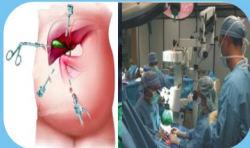


# د جراحی انکال

رنځور یار دوکتور عجب گل مومند

Afghanic



ننگرهار طب پوهنځی

Pashto PDF  
2015

Funded by  
Kinderhilfe-Afghanistan

# Surgery

Dr Ajab Gul Momand

Download: [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)



ننگرهار طب پوهنځی



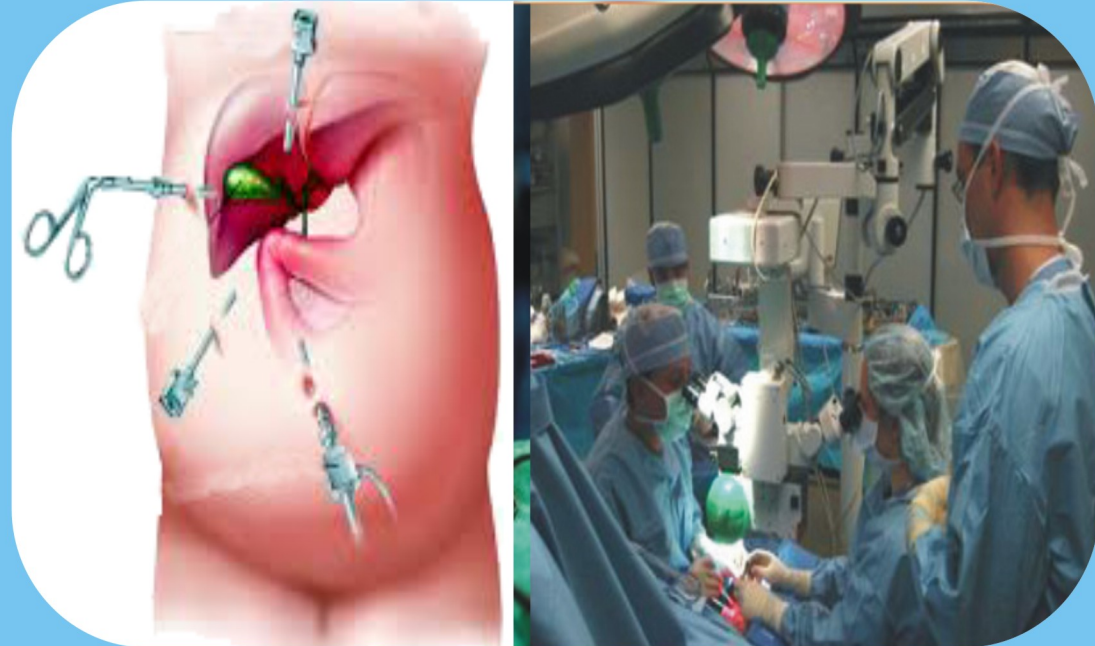
Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

# د جراحی انکال

## د جراحی انکال

Dr Ajab Gul Momand

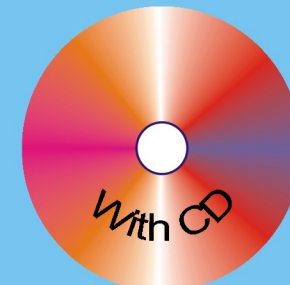


## Surgery

# Surgery

رنځور یار دوکتور عجب گل مومند  
۱۳۹۴

Funded by  
Kinderhilfe-Afghanistan



رنځور یار دوکتور عجب گل مومند

۱۳۹۴

2015

بسم الله الرحمن الرحيم

# د جراحی انکال

رنخوړ یار دوکتور عجب گل مومند

دغه کتاب په پی دی اف فورمت کی په مله سی دی کی هم لوستلی شی:



د کتاب نوم	د جراحی انکال
لیکوال	رنخوړ یار دوکتور عجب گل مومند
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۴
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	افغانستان ټایمز مطبعه، کابل

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمویل شوی دی. اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤلیت نه لري.

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

ډاکټر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان ۵ - ۰۶ - ۹۳۴۲۹۳ - ۱ - ۹۷۸

## د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه گڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاړه میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو څخه گټه اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

تراوسه پورې مونږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپیسا د طب پوهنځیو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۱۵۶ عنوانه مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننگرهار طب پوهنځی لپاره د ۲۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توگه ویشل شوي دي. ټول چاپ شوی طبي کتابونه کولای شي د [www.afghanistan-ecampus.org](http://www.afghanistan-ecampus.org) ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کړي.

دا کړنې په داسې حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې: "د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انگریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس په راتلونکې کی غواړو چې دا پروگرام غیر طبي برخو لکه ساینس، انجنیري، کرهنې، اجتماعي علومو او نورو پوهنځیو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

کوم کتاب چې ستاسې په لاس کې دي زمونږ د فعالیتونو یوه بېلگه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو، تر څو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپتر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه نا څه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زموږ په واک کې يې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندې پوهنځۍ استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د يادو شويو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظريات زموږ په پټه له موږ سره شريک کړي، تر څو په گډه پدې برخه کې اغيزمن گامونه پورته کړو.

د يادونې وړ ده چې د مولفينو او خپروونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتواي د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بيا هم کيدای شي د کتاب په محتوی کې ځينې تيروتنې او ستونزې وليدل شي، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو تر څو خپل نظريات او نيوکې مولف او يا موږ ته په ليکلې بڼه راوليږي، تر څو په راتلونکې چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او د هغې له مشر ډاکټر ايروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لگښت يې ورگړي دي دوی په تيرو کلونو کې هم د ننگرهار د طب پوهنځی د ۶۰ عنوانه طبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود.

په ځانگړي توگه د جې آي زيت (GIZ) له دفتر او (CIM) Center for International Migration & Development چې زما لپاره يې په تېرو پنځو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي دي هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو وزارت علمي معين ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين ښاغلي پوهنوال ډاکټر گل حسن وليزي، د ننگرهار طب پوهنځی رييس ښاغلي ډاکټر خالد يار، د ننگرهار طب پوهنځی علمي مرستيال ښاغلي ډاکټر همایون چارديوال، او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده. د دغه کتاب له مولف څخه منندوی يم او ستاينه يې کوم، چې خپل د کلونو کلونو زيار يې په وړيا توگه گرانو محصلينو ته وړاندی کړ.

همدارنگه د دفتر له همکارانو حکمت الله عزيز، احمد فهيم حبيبي او سبحان الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه سترې کيدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکټر يحيی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت مشاور

کابل، جنوري ۲۰۱۵

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

مخونه	نيوليك	گڻه
		1 ستاينليڪ (تقريب)
		2 سريزه
1	لومري ڇپرڪي	3
1		4 دگڏي سٽونري
1-12		5 دگڏي پرسوب (انتقاع)
13-26		6 دگڏي درد (Abdominal Pain)
27	دوهم ڇپرڪي	7
27		8 ميٽابوليڪ بدلونونه
27-33		9 اسيدوزس Acidosis
33-35		10 الڪلوزس Alkalosis
35-37		11 تنفسي الڪلوزس Respiratory alkalosis:
38	دريم ڇپرڪي	12
38-41		13 انافيلائيڪ غير ڪوئونه (درملوغير ڪوئونه)
42-48		14 وينه لڙي (ڪمخوني Anemia)
49-52		15 در ڪوئو شرياني لاري سٽونزمن حالتونه
53	څلورم ڇپرڪي	16
53-59		17 د اسپايريشن Aspiration
60-65		18 براي ڪارڊيا Brady Cardia
66-70		19 همياتوچيزيا (Hematochezia)
71	پنجم ڇپرڪي	20
71-77		21 د سڀرو او زره ودرپدنه
78	شپڙم ڇپرڪي	22
78-86		23 صدي دردونه (صدي خناق Chest pain)
87	اوم ڇپرڪي	24
87-93		25 د صدي ٽيوب سٽونري:
94	اتم ڇپرڪي	26
94-98		27 د عصبي حالت بدلون
99	نهم ڇپرڪي	28

99-104	نه پرن کېدنه (عدم تحشر)	29
105	لسم څپرکې	30
105-109	دکولوسټومي او ایلوسټومي ستونزې	31
110	یوولسم څپرکې	32
110-113	قبضیت (Constipation)	33
114	دوولسم څپرکې	34
114-118	ټوخي (Cough)	35
119-126	د وړیدي سهولتونو ستونزې	36
127-133	نس ناسې (اسهالات Diarrhoea)	37
133-136	د ډرین دهانه (Drain Output)	38
137-140	د ټریمینز هذیانات (Delirium Tremens)	39
140-144	ساتنګی (تنفسی عسرت Dyspnea)	40
144-147	د متیازو سوځېدنه (Dysuria)	41
147-150	د پوزې وینه بهېدنه (رعاف Epistaxis)	42
150-157	تبه (Fever)	43
156	دیارلسم څپرکې	44
156	دالکیرولایټونو اختلال	45
156-163	هایپوکلسمیا (Hypocalcemia)	46
163-166	هایپوګلاسیسمیا (Hypoglycemia)	47
167-171	هایپوګالیمیا Hypokalemia	48
172-177	هایپوناتریمیا (Hyponatremia)	49
178-182	هایپرګلاسیسمیا (Hyperglycemia):	50
182-185	هایپرګالیمیا Hyperkalemia	51
186-188	هایپرناتریمیا (Hypernatremia)	52
189	څوارلسم څپرکې	53
189-199	هایپوټنشن یا شاک (Shock) Hypotension	54



200	پنځه لسم څپرکې	55
200-206	د تشو ميازو راتوليدنه - ميازي ډنډېدنه { بولي احتباس (Urinary Retention) }	56
207	شپاړسم څپرکې	57
207 - 210	بې خوابي INSOMNIA	58
211	اوه لسم څپرکې	59
211-116	غير منظم نبضان Irregular pulse	60
217	اته لسم څپرکې	61
217	د جراحي پروسېجرونه	62
217-222	د وريدي لاس رسي ستونزې	63
222-226	نخاعي بډل Spinal Tub	64
227	نولسم څپرکې	65
227-233	زړه بدوالی او کانګې Nausea / Vomiting	66
234	شلم څپرکې	67
234-241	د انفي معدوي تيوب منجمنې (Nasogastric tub management)	68
242	يووېشتم څپرکې	69
242-250	اوليګوريا او انوريا (Oligurial / Anuria)	70
251	دوه وېشتم څپرکې	71
252-254	د درد درملنه (Pain Management)	72
255	دروېشتم څپرکې	73
255-257	پاراسټيزيا (Parasthesia)	74
258	څلور وېشتم څپرکې	75
258-260	د وريدونو التهاب (فليبيټ Phlebitis)	76
261	پنځه وېشتم څپرکې	77
261-263	خاربنټ (Pruritus)	78
264	شپږ وېشتم څپرکې	79

264-267	د سرود شریان کیترايز یشن ستونزې	80
268	اوه ویشتم څپرکې	81
268-272	پرته له نبضان څخه نهایتونه (Pulseless Extremities)	82
273	اته ویشتم څپرکې	83
273-276	اختلاج (Seizures)	84
277	نه ویشتم څپرکې	85
277-279	پرسېدلي نهایتونه Swollen Extremities	86
280	دېرشم څپرکې	87
280-285	سینکوپ Syncope	88
286	یو دېرشم څپرکې	89
286-289	ټاکي کارډیا (Tachycardia)	90
290	دوه دېرشم څپرکې	91
290-294	د وینې د ترانسفیوژن (نقل الدم) غبرگون:	92
295	درې دېرشم څپرکې	93
295-299	دمهبل وینه بهېدنه (Vaginal Bleeding)	94
300	څلور دېرشم څپرکې	95
300-303	د وینتیلاتور منجمنټ : اجیټیشن Agitation : Ventilatory management	96
303 -366	د وینتیلاتور منجمنټ : په شهیق کې چې لوړه سویه د اوکسیجن ولري	97
266-309	د وینتیلیټور منجمنټ د لوړ پیک فشار په صورت کې	98
209-313	د وینتیلیټور منجمنټ د ټیټ شریاني اوکسیجن/اولوړ کاربن ډای اکساید سویې په حالت کې	99
314	پنځه دېرشم څپرکې	100
314-317	سینکاري (wheezing)	101
318	شپږ دېرشم څپرکې	102
318-321	د ټپ وازېدنه (Wound Bursting) Wound Dehiscence	103
321-226	د ټپ دریناژ (Wound Drainage)	104
227	اوه دېرشم څپرکې	105

227-334	لابراتواري آزماينستونه او دهغوي تفسير	106
335	اته دپرشم خپرکې	107
335	ميټابوليک ستونزې	108
335-316	ميټابوليک الکوزس (Metabolic Alkalosis)	109
317-360	تنفسي الکوزس (Respiratory Alkalosis)	110
361	نه دپرشم پرکې	111
361 -366	دوينې لوړ فشار (Hypertention):	112

سريزه

## اَلْحَمْدُ لِلّٰهِ وَكَفَى

دا کتاب پداسی حال کښې لیکل شویدی چی زمونږ په وطن کښې د اوږدې مودې د جنگونو او شخړو له کبله د وطن ټول مادي او معنوی زیرمې او یا هم د اور په لمبو کښې سوځیدلې دی . د یا دولو وړ بولم چی ووايم دغه رازدجراحی اړوند کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلی موسسې له خوا ندی چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چی وکړای شی د زده کوونکی او یا ځوان طبیب د مخامخ کیدونکی پیښو دحل لپاره مرسته وکړی . یو لړ زیاتو طبیبانو په بیلا بیلو اړخونو او موضوعاتو باندی د طب په څانگه کښې گټه ور او معتبر کتابونه لیکل دی چی دافغان زده کوونکو او طبیبانو لپاره کولای شی مرستندویه وی چی زه په خپل وار سره د هغه طبیبانو او استاذانو قدردانی کوم چی زیاری ایستلې او خپل وخت یی پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختیا لپاره یی په افغانی ژبو دا خدمت تر سره کړیدی .

په طبي زده کړه کښې چې داختلاطونو اوستونزو سره هغه ډاکتران چې دترینگ په دوره کښې دشپي له خوا د نوکریوالیپرمهال دجراحی ناروغانو اړوند دستونزو سره مخامخ کیږي دا ستونزي باید وپیژندل شي اودهغوي درملنه ژر تر ژره ترسره شي .

د جراحی تخصص پروگرام زده کړي لپاره دا ضروري ده چې زده کوونکي په دوره یی بڼه په بیلا بیلو څانگو کي د زده کوونکي په توگه کاروکړي او د ستونزو دپیژندلو اود درملني لاري چارو زده کړه وکړي د جراحی انکال هغوي ته ور زده کوي چې دخپلو ناروغانو سره څرنگه چلند وکاندي او دغه بیلگه د نړي دبیلا بیلو برخو دجراحی ډاکترانو، متخصصینو اوجراحی کړسي مشرانو پواسطه راټوله اولیکل شوي ده . او په هره یوه برخه باندی ډیره څېړنه ترسره کړي ده پدی لړ کښې ئي دگن شمیر **Text book** او **Manual book** کوچنیو او لویو کتابونو څخه گټه پورته کړي ده . هره ستونزه څیړل شویده او هغه دغوره ستونزي په څیر پیژندل شویده پرهغي خبري اتري شویدي او د درملني لاري چاري ورته موندلي شویدي .مادغه بیلگه دځوانو ډاکترانو د پوهاوي او علمي پیاوړتیا لپاره ژباړلي او هیله لرم چې دهغي په لوستلو سره دخپلو ناروغانو د ستونزو د لیري کولو اودهغوي د ژوند ژغورلو اړوند هڅه ، بشپړه مرسته وکړي .

د یا دولو وړ بولم چی ووايم که چیری د کتاب په متن کښې او یا هم د کرښو په چاپ او املاکښې کومه غلطی راغلی وی هیله ده هغه مونږ ته را په گوته کړی او د هغه په هکله زمونږ معذرت او

ننوتې ومني مونږ به زيار وباسو چي يه راتلونكي ټوكونو كښې هغه اصلاح او په پام كښې و لرو  
همدارنگه زه له هغه ټولو دوستانو څخه چي زما سره يې د مطلبونو راتولو او ترتيب كولو كښې مرسته  
كړې ډيره مننه كوم.

په درنښت

رنځور يار ډاکټر عجب گل (مومند)

د جراحي علومو پروفیسور - ټرینر متخصص

## ستاینلیک (تقریظ)

د اچی پدغه راز له ستونزو ډکو شرایطو کښې ښاغلي رنځور یار ډاکټر عجب گل (مومند) وکړای شو ځوانو طبیبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زیرمو او د نړۍ له غوره منابعو او کتابونو څخه مواد راټول او هغه یې ژباړه او په ترتیب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زیار یې ایستلای دی هغه نیولیکونه چی ډیر اړین او ضروری دي او د هغوی پوهېدنه یی یوه طیب لپاره حتمی ده په خلص او لنډډول سره د ژباړلی وروسته یې د هغوی لپاره اړوند تصویرونه برابر کړيدي چې د مطلب د پوهیدنی په کښې مرستندویه دي په اړوند ځایونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د یا دولو وړ بولم چی ووايم دغه راز بنسټیز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلی خپرندویه موسسې له خوا ندی چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چی وکړای شی د زده کوونکی او یا ځوان طیب د مخامخ کیدونکی پښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځور یار ډاکټر عجب گل (مومند) او د هغه طبیبانو او استاذانو قدردانی کوم چی زیاری ایستلې او خپل وخت یی پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختیا لپاره یی په افغانی ژبو یې لیکنې کړیدی .

د یا دولو وړ بولم چی ووايم چې دغه راز مسلکي او طبي کتابونو لیکنه د طب خانگي غنا او لا پیاوړتیا بولم او ددغې کار کونکو ته لایریالیتوب غواړم او د نوموړي هڅې ستایم او ورته لا بریالیتوب د لوي الله (ج) له درباره غواړم.

په درنښت

رنځور وال ډاکټر محمد ابراهیم (هایل)

د عمومی جراحی پروفیسور - ټرینر متخصص

## ستاینلیک (تقریظ)

د اچی پدغه راز له ستونزو ډکو شرایطو کښې ښاغلي رنځوریار ډاکټر عجب گل (مومند) وکړای شو ځوانو طبیبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زیرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه مواد راټول او هغه یې ژباړه او په ترتیب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زیار یې ایستلای دی هغه نیولیکونه چی ډیر اړین او ضروری دي او د هغوی پوهېدنه یی یوه طبیب لپاره حتمی ده په خلص او لنډپول سره د ژباړلی وروسته یې د هغوی لپاره اړوند تصویرونه برابر کړيدي چې د مطلب د پوهیدنی په کښې مرستندویه دي په اړوند ځایونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د یا دولو وړ بولم چی ووايم دغه راز بنسټیز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلی خپرندویه موسسې له خوا ندی چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چی وکړای شی د زده کوونکی او یا ځوان طبیب د مخامخ کیدونکی پېښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځوریار ډاکټر عجب گل (مومند) او د هغه طبیبانو او استاذانو قدردانی کوم چی زیاری ایستلې او خپل وخت یی پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختیا لپاره یی په افغانی ژبو یی لیکنې کړیدی .

دا کتاب لکه دنورو کتابونو په څیر د یو لړ ناروغیو شکایتونو پر بنسټ چې د جراحي ځانگو کښې د ستونزو سره مخامخ شوي او نوکریوال ډاکټران د هغې د حل لپاره هڅه او هاند کوي تر د ناروغانو شته ناروغي له منځه یوسي اړوند بشپړ معلومات راټول او لیکل شویدی دغه مطلبونه په ډیر ساده ، روانه ټول پوهه ژبه لیکل شویدی او د زده کړي د لارې لپاره ډیر گټه وردی ..

د یا دولو وړ بولم چی ووايم چې د غه راز مسلکي او طبي کتابونو لیکنه د طب ځانگي غنا او لا پیاوړتیا بولم او ددغې کارکونکو ته لاپریالیتوب غواړم او د نوموړي هڅې ستایم او ورته لا بریالیتوب د لوي الله (ج) له درباره غواړم .

په درنښت

رنځوروال ډاکټر محمد جعفر (لورین)

د ماشومانو د عمومي جراحي پروفیسور-ټرینر متخصص

## ستاينليك (تقريظ)

د اچي پدغه راز له ستونزو ډكو شرايطو كښي ښاغلي رنځوريار ډاكټر عجب گل (مومند) وكړاي شو ځوانو طبيبانو او زده كوونكو لپاره له معتبرو زيرمو او د نړۍ له غوره كتابونو څخه مواد راټول او هغه يې ژباړه او په ترتيب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زيار يې ايستلای دی هغه نيوليكونه چې ډير اړين او ضروري دي او د هغوی پوهېدنه يې يوه طبيب لپاره حتمی ده په خالص او لښږډول سره د ژباړلي وروسته يې د هغوی لپاره اړوند تصويرونه برابر كړيدي چې د مطلب د پوهيدنی په كښي مرستندويه دي په اړوند ځايونو كښي ځای په ځای كړيدی .

د يا دولو وړ بولم چې ووايم دغه راز بنسټيز كتاب لا تر اوسه د كوم بل چا او يا د بلی خپرندويه موسسې له خوا ندی چاپ شوی او يا هم دغه ته ورته كتاب لا هم نشته چې وكړاي شوی د زده كوونكي او يا ځوان طبيب د مخامخ كيدونكي پيښو دحل لپاره مرسته وكړی . زه په خپل وار سره د رنځوريار ډاكټر عجب گل (مومند) او د هغه طبيبانو او استاذانو قردردانی كوم چې زياري ايستلي او خپل وخت يې پری مصرف كړيدی او د علم او پوهی د پراختيا لپاره يې په افغانی ژبو يې ليكنې كړيدي .

دا كتاب لكه دنورو كتابونو په څير د هر يوه عنوان (نيو ليك) په هكله د (تعريف ، ميكانيزم ، اناتومي ، فزيولوژی ، سبيونو ، كلينيكی نښو نښانو ، پتالوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی كړنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او ليكل شويدي دغه مطلبونه په ډير ساده ، روانه ټول پوهه ژبه ليكل شويدي او د زده كړي د لارې لپاره ډير گټه وړدی ..

د يا دولو وړ بولم چې ووايم چې دغه راز مسلكي او طبي كتابونو ليكنه د طب څانگي غنا او لا پياوړتيا بولم او ددغې كاركونكو ته لا برياليتوب غواړم او د نوموړي هڅې ستايم او ورته لا برياليتوب د لوي الله (ج) له درباره غواړم .

په درنښت

رنځورپوه ډاكټر عبدالكبير عبدالله

د عمومي جراحي پروفېسور-ټرينر متخصص



# د انکال ستونزې

## لومړۍ څپرکې

د بېلابېلو روغتونونو په جراحی څانگو کې له عملیات څخه دمخه او یا هم د عملیاتو تر سره کولو وروسته د بستر شویو ناروغانو او یا هم هغه ناروغان چې د بېړنې (عاجل) سرویس خونې ته مراجعه کوي یو لړ داسې پېښې شته دي چې بېلابېلو ستونزې لري چې پدې کتاب کې ستونزې په ګوته او اړوند د ستونزو دحل لپاره لارې چارې ، سپارښتنې شوی دي چې د ناروغانو په درملنه کې ښائې ډېرې ګڼه وړې څرګندې شي چې پکار دي د اړوند ډاکټرانو له خوا د درملنې پر مهال په پام کې وساتل شي.

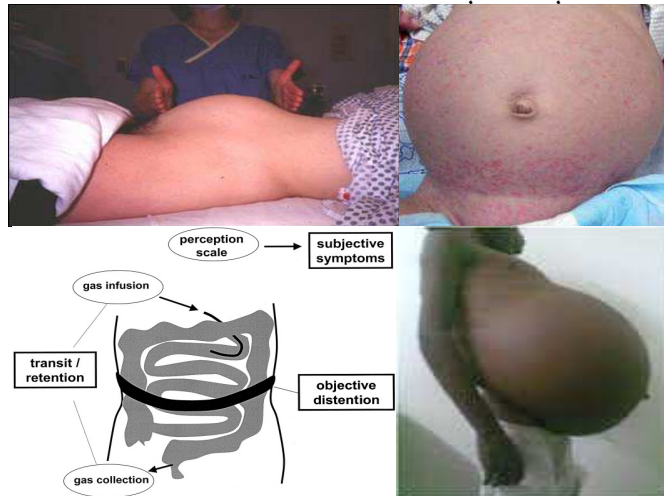
## د ګډې ستونزې

### ABDOMENAL PROBLEMS

### د ګډې پرسوب (انتفاخ)

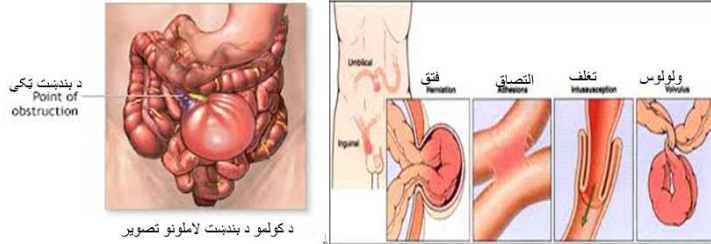
### :Abdomenal Distention

i. یو ناروغ چې د ګډې پرسوب څخه شکایت کوي سمدلاسه کومې پوښتنې په ذهن کې شته والې لری .



a- آیا ناروغه په نږدې وختونو کې تر عملیات لاندې راغلي؟ سمدلاسه وروسته له عملیات څخه د ګډې پرسوب (انتفاخ) معمول اونشائی د فلج (Ileus) یا د معدې اتساع اړوند وي خلف پریتوني (Retro Peritoneal) جراحی ښائې د Ileus علت وګرځی .

- b- يولې درمل که چېرې استعمال شوي وي ؟ يولې درمل نارکوتیک لکه کودين (Codeine)، مورفين (Morphine) او اتي کولينرجیکونه (لکه اتروپين ، Belladonna) بنسټی دکولمو حرکتونه لږ کړي او يا يې فلج کاندې همدارنگه ديورتيکونه لکه (Furosamides) که چېرې استعمال شي د پوتاشيم لږوالي (Hypokalemia) سبب گرځي او دکولمو د حرکتونو د لږوالي لپاره لامل ګڼل کيدلای شي.
- c- آیا اتفي معدوي ټيوب N.G Tube په معده کېښي شته او که ؟ معدې اتفي ټيوب د معدې د پړسوب څخه مخنيوی کوي او د معدې هوا او مايع بهر ته راوباسي خودغټو کولمو يا کولون دکا زاتو د لږوالي لامل نه گرځي د ټيوب دکار کړنې څخه بايد بشپړه اطمینان ترلاسه کړي.
- d- کوم ډول پخواني عمليات ورته ترسره شوې دي ؟ دکېډې دانتفاخ علت بنسټی دکولمو بندښت دالتصاقونو ، ټومور ونو اوچري (Hernia) له کبله وي څيرنه ترسره شي.

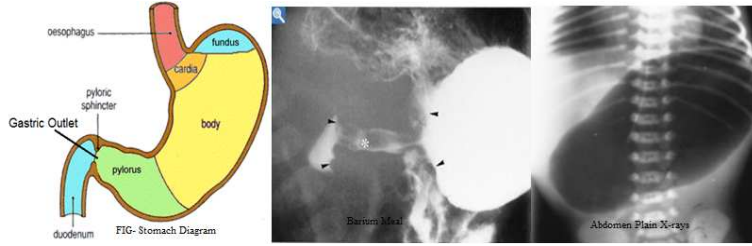


د کولمو د بندښت لاملونو تصویر

- e- حیاتي علايم څه ډول دي ؟ دکېډې دانتفاخ کېدای شي چې د سپرو دندې ترسره کول اغيزمن کاندې او چېنک تنفس (Tachypnea) منځ ته راشي همدارنگه تبه (Fever) بنسټی دانتاناتو څرګندونه وکړي لکه پريټونیت ، پنومونیا چې دواړه بنسټی دایليوس سبب وگرځي .
- f- کهه يا څه وخت دکولمو حرکت (هوا تيريدنه) په نيردي موده کېښي ليدل شوې دي ؟ دکولمو حرکت يا دهوا تيريدنه دکولمو د حرکت کولو لپاره ښه څرګندونه بلل کېږي او که چېرې حرکت شته والې ونلري دا ايلوس وبلل شي بنسټی ميکانیکي بندښت او يا وظيفوي (adynamic ileus) غیر ډيناميکي ايلوس وګڼل شي.
- g- آیا ناروغ کانګې کړې دي او که ؟ معمولاً کانګې کول د بندښت نښه ګڼل کېږي دمخوي له مخي کولاي شو د بندښت برخې پېژندنه په سمه توګه وکړو لکه د معدې د خولې (gastric out let) برخې بندښت شتون نوېدي ناروغۍ کېښي به دکانګو مخوي کېښي به تريخي (صفر) نه وي او يا ډيره لږه وي او يوازې د معدې مخوي ليدل کېږي حال دا چې چه ليري دکولمو په برخې بندښت کېښي به مخوي د تريخي مواد (صفر) او کولمو مواد ولري.
- ||| توپيري پېژندنه:

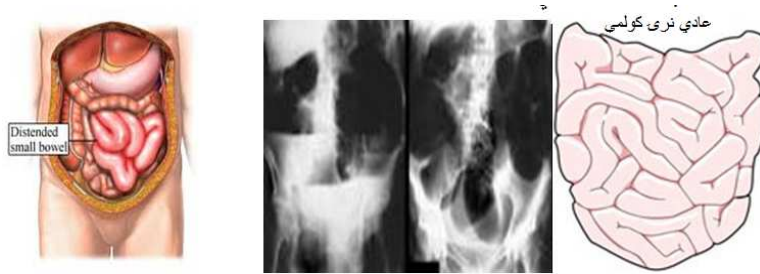
a: د معدې (ژرندې) او کولمو بندښت Gastro Intestinal Tract obstruction :

- 1- معده Stomach: د معدې بندښت د ټومور ، قرحي د معدې اتوني اوضعيې په ثانوي توګه دجراحی له کبله د معدې اتساع او پړسوب احساس منځ ته راتلای شي.



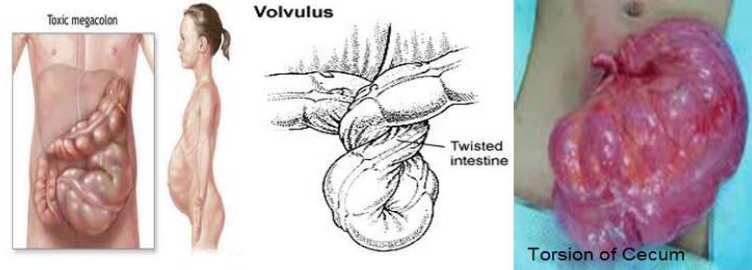
2- نری کولمې Small Intestine :

التصاق وروسته له پخواني عملیات څخه اودنورو میخانیکي علتونو لکه د لومن دننه برخې بندښت (اجنبي جسمونه ، د تریخی ډبرې اونور) د لومن څخه بهر ته د ټومور ونو له کبله د نری کولمو د بندښت سبب گرځی ، دننه چرې (Internal Hernias) کیدلای شي چې د کوچنیو کولمو بندښت سبب وگرځی .



3- غټې کولمې Large Intestine :

د بندښت علتونه لکه ټومور ونه ، تدور (Volvulus) او غایطه موادو کلکوالي (Fecal Impaction) په ځانگړي توگه په ډیر عمر درلودونکو او په بستر محکوم ناروغانو کېښې لیدل کېږی .



4- پرته له معدې او کولمو څخه:

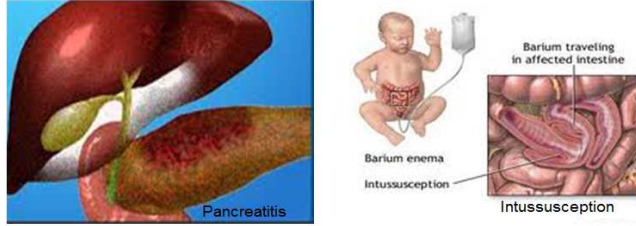
نور ټومور ونه لکه دنسائي بنځینه ناروغانو ، خلف پریوتاني سارکوما لمفوما ، بولي تناسلي خبیث ټومور ونه بنسائي د بندښت لامل وگرځی .

B- دکولمو اسکیمیا Intestinal Ischemia:

معمولاً د اسیدوز له مخې پیژندل کېږی او د W.B.C لوړوالي اود درد شته والی پرته له فزیکي نښو موندنو له مخې پیژندنه کېږی .

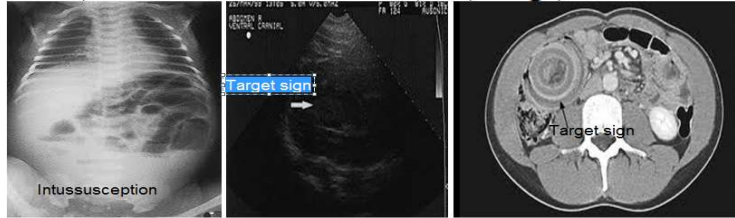
C- پرلایتيک ایلیوس Paralytic Ileus:

داد غیردینامیک ایلیوس پنامه هم یادېږي دابنځای په ثانوی توگه دننه دکېډې (داخل البطني) اتاناتو (Peritonitis) له کبله منځ ته راشي اویاهم دالتهاې پروسولکه پانکریاټیت (Pancreatitis) اوکولي سیسټیت له کبله وي اودامعمولاً وروسه دعملیاتي کړني ترسره کولو له کبله په کېډه کېښي یا خلف پریوانی برخه کېښي اویا وروسه دکېډې دپخې تروما څخه اویاهم ددرملو ورکولو وروسه هم لیدل کېږي .



Reflex ileus معمولاً دپنومونیا او د بولي لارې اتاناتو سره سم لیدل کېږي لکه د (Pyelonephritis) سره یوځای .

Intussusception -D تغلف: دکولمې دیوي برخې نوتل په بله برخه کېښي منځ ته راځي په اکثریت پېښو کېښي دا Ilio cecal valve برخو کېښي منځ ته راځي دابنځای دټومور ونوله کبله وي او دکولمو دبنډنټ لامل ګرځي .

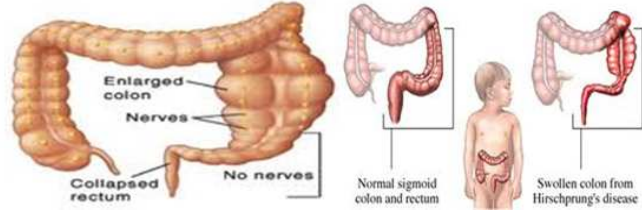


E- د غړو (ارګانونو) لویوالي Organomegaly: په کلوي توگه دکېډه ضخامه اودطحال یا توري ضخامه ښايي دکېډې دانتخاس سره غلط کړل شي .

F- دکېډې دننه کلي: بیلابیل آتونه لکه Cysts (مېزانتريک) ، دهگي ځالي سیستونه اود پښتورگو سیستونه) ټومور ونه ، انیوریزم ، له نظره پاتي بلاربنټ کولاي شي چې دکېډې د اتساع سبب وګرځي .

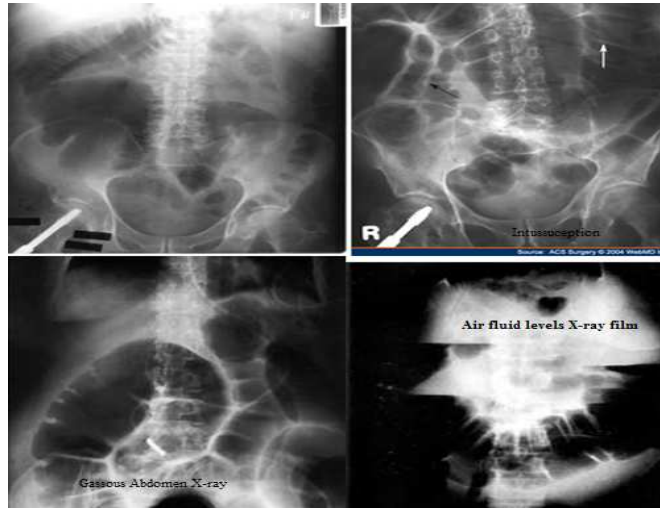
G- دمثاني اتساع اوپرسوب: دمثاني د تشیدني دلارې بندښت ښايي د پروسات د ضخامې اولویوالي ، نیوروجنیک مثاني اویا دنخاع درسي دجرحي له کبله د مثاني پرسوب منځ ته راځي .  
H- دکېډې دجدار اویا سپوږنو (Groin) برخو چره: دغه یولړ علتونه دکولمو دلوپ دبنډنټ او ښايي داختناق اوهدارنگه اسکیمیا لامل وګرځي .

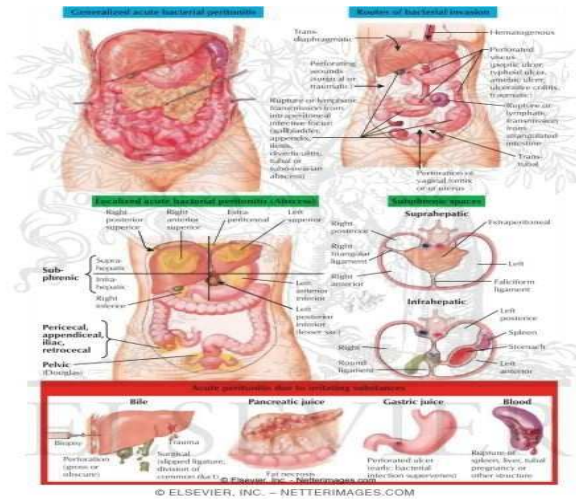
I- دهرشپرونګ ناروغی (Hirschproung's disease): همدارنگه نوموړي ناروغی د (Aganglionic mega colon) پنامه پیژندل شوېده د عمر په لومړیو کېښي دپیژندنې ورده او دکېډې داتساع علت ګرځي په متناوب ډول د قبضیت اوکازاتو تولید اوکانګولامل ګرځي .



ل- حبن Ascites: داناروغی معمولاً په مزمینه توګه دینې (خټګر) ناروغیو، الکولیک سیروز، کارسینوما (خبیث حبن) سره مل وي اودفزیکي کټني تاریخچې له مخي پېژندنې وړوي.

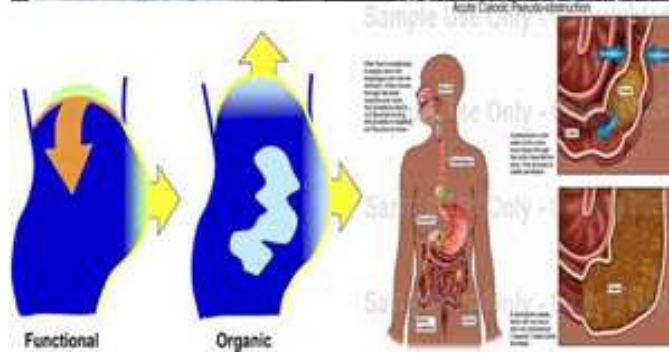
K- Ogilvie's Syndrome: دا د غټو کولمو حاد کاذب ډول بندښت ( Acute Colonic Pseudo- obstruction) دي چې په کولون کېښې آفت شته والبنلري داپه بستر محکوم ناروغانو کېښې چې په خارج البطني ناروغیو شدید اخته ناروغانو کېښې لیدل کېږي لکه د تنفسي یا کلیوي نه بریالیتوب ناروغی او د فقراتو کسر له کبله وي.





فزیکي کڼې غوره ټکي :

► **دردونه** : د اراز ناروغان به د کڼې دردونه چې بشايي په دوره ئي ډول وي شتون ولري او دردونو پر مهال بشايي لت په لت واوري او ډېر نارامه وي چې د کولمو په بند بست کڼي به ډېر وليدل شي.



► **حياتي علايم** : تبه Fever د التهابي پروسې څرگندونه کوي او ټاکي پښا بشايي دنتفسي سيستم اخته کېدنه څرگنده کاندې. ټاکي کارډيا په دوراني سيستم کڼي راڅرگند کړي او د

فشار بدلون به غوره معلومات راکړي دنېضان ناستوب به همدارنگه یولړ ناروغی راپه گوته کاندې.

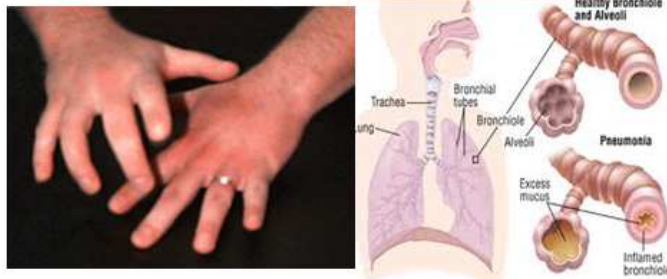
▶ زړه Heart: د E.C.G له مخې که چېرې Atrial Fibrillation (اذینې فیبریلسن) شته والې ولری دابه دکولمو فلج یا دولارې حالت او Ischemia څرگندونکې وي.



▶ کډو (Abdomen): د کډې د ناروغیو پیژندنې په موخه باید تقییش ، اصغا ، قرح اوجس ترسره شي نیغ په نیغه (مخامخ) توگه د کډې پورتنې برخه وکل شي ترڅو دمعدې اتساع او پرسوب لیون اوکنه ترسره شي Tempanism د کډې اودکولمو داآزونو یا غړونو نشووالي به په پریټونیت کېنې اودکولمود High pitch غړونه یا پرسالتیزم به دکولمو په بندښت باندي دلالت وکړي. که چېرې د کډې پرمخ هرراز ندبه (Scar) شته والې ولری دابه د کډې پخواني جراحي عملي په ترسره کیدلو باندي دلالت وکړي. که چېرې هرراز Tenderness حساسیت شته والې ولری دابه د پریټوان په التهاب (په عمومي توگه د منتشر پریټونیت او په موضعي توگه به دحاد بطن لکه کولې سیسټیت دلالت وکړي) . د کډې دجدار چره یا قق ښائي شته والې ولری او وپیژندل شي. همدارنگه د ضلعي فقری (Costo vertebral)، برخې زاوئي حساسیت به دحجاب حاجز ، ښي (ځیگر) ، توري (طحال) او یا پښتورکو التهابی حالت شته والې څرگند کړي ، د اصمیت بیخایه کېدنه ( Shifting dullness) او د مایع څپه (Fluid wave) یا دمایع تریل (Thrill) به د کډې په حبن (Ascites) په ناروغی کېنې ولیدل شي.

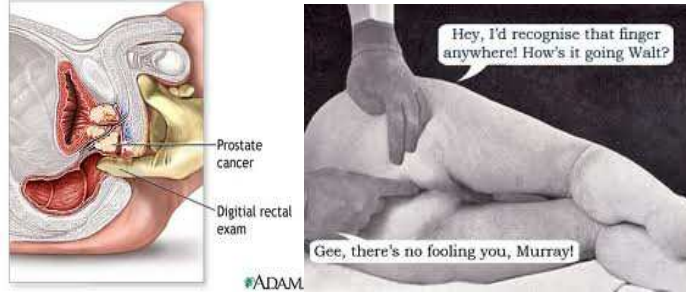


سږي (Lungs): د سږو په فزيکي کڼې کڼې خاصتا داصغاء په واسطه کېدای شي چې دپنومونيا په پېژندنه کې مرسه وکړي چې پکې به [ ټوخي، تبه، خراشکې، او سږو آوازونه زير ه ( رالونه، کريپيشن) ] شته والې ولری .





- ▶ د مقعدی کتنه (Rectal Exam): د گوټي پواسطه کتنه ښائي په مقعد او ریکټوم کېږي دغایطه موادو کلکه کله څرگنده کړل شي. او یا هم د ریکټوم حساسیت د دوگلاس جوف حساسیت او همدارنگه د ریکټوم په برخه کېږي (وینه بهیدنه ، بواسیر، فیسوریا فیسټول ټومور او نور) حالتونو شته والې څرگند کړل شي.



- ▶ د سپوږنو (مغبنې) برخه: د فزیکي کتنې په لړ کېږي د مغبنې او فخذی برخې د قفق د شته والې ولری ولټول شي.
- ▶ پوستکي Skin: د پوستکي د تغیراتو تعدد او دوام به د الکوهلو استعمال سره ولیدل شي همدارنگه غڼې جال په څېر علامه ( Spider angioma ) ، اود ورغوي سوروالي ښائي داوردی مودی لپاره به په حین (Ascites) کېږي شته والې ولری .



- ▶ محیطي رگونه: د نه حرکت له کبله هر راز نښې ښائي د ناروغۍ باید ولټول شي ښائي چې د گېږې آمبولې دکولمو داسکیمیا سبب شي چې د نبضان نشووالي په ښکته نهایاتو کېږي د آمبولې په شته والې کېږي ثبیت شي.
- ▶ د حوصلي کتنه Pelvic Exam: د غدواتو (Adenex) غټوالي او کله او حساسیت به د هکې ځالو د خباث ښکارندوي وي او د حین علت اویا (PID) د حوصلي التهابی ناروغی لپاره ځانگړي کھیل کېږي .

B- لابراتواري کتنې:

- دوینې کتنه (Hemogram): که چېرې د فورمول کټي ته اووښتنه اولوکوسیتوز حالت شتوالي ولري دابه اتانې پروسې څرگندويه وي.
- د سیروم الکترولایټ (Serum electrolyte) : په شدید بڼه ها پوکالیمیا ښائي دکولمو د ایلیوس لامل وگرځي .

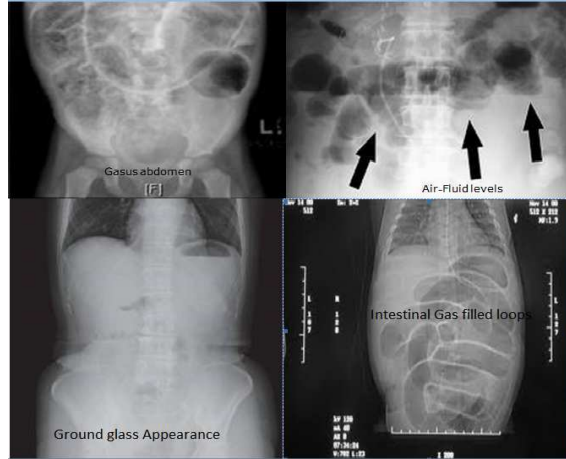
- .iii د بڼې (ځيگر) دندې آزموينې (LFT): که چېرې دهغوي سويه لوړه وي دکبد (بڼې) ناروغیولپاره ځانگړي کېږي اود بیلرویین ، الکالین فاسفتیز انزایم ، SGPT ، SGOT ، بڼایي لوړه سويه څرگنده کړي
- .iv دمیتازو آزموینه Urine analysis :دمیتازو په گڼه کېڼې د W.B.C اود لوکوسیت استراز شته والې به د بولي سیستم په اتاناتودلالت وکړي.
- .v دسیروم امایلز انزایم Serum Amylase: په ځانگړي توگه د(Pancreatitis) ناروغی کېڼې لوړه سويه څرگندوي اوهمدارنگه دکولمو تثقب ، دکولمو بندښت اومېزاتریک اسکیما کېڼې هم تثبیت کېږي .
- .vi دشریان د وینې دگاز ټاکه: اسیدوزس بڼایي دکولمو داسکیما په پېژندنه کېڼې گڼه ورڅرگند شي
- .vii دوینې بیوکیمیاوي آزموینه : که چېرې د وینې یوریا اوCreatinine لوړ تثبیت شي دابه په یوریمیا دلالت وکړي اودایلیوس لامل بلل کېږي .



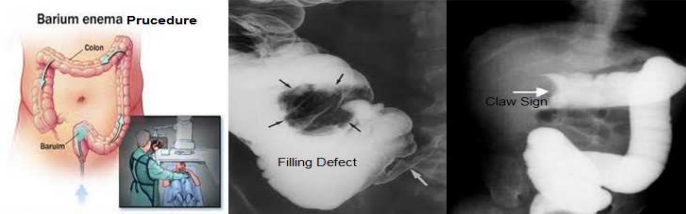
راډیولوژیک آزموینې :

دگېډې راډیوگرافي (Abdomen X-Ray): د Supine استجاع ظهري او اوپه ولاړه راډیوگرافي دگېډې دبطني انتفاح ټولو ناروغانو ته ورکول کېږي اوترسره کېږي ( Ground Glass Appearance) منظره چې داسې یوه نښه ده چې (لکه چې دښینې پرمخ رنګ اچول شوې وي) چې دابه حین (Ascites) اوگېډې مایع په پرتونیت کېڼې دپېژندنې وړده. اوهمدارنگه Air Fluid Level دهوا اومايع سويي په ایلوس اوکولمو بندښت کېڼې دلیدلو وړوي اومعدې دپوڼاکي په څیر بڼه Large gastric babble بنسودونکي وي اودمعدې د تشبدي اټوني (Gastric Atony) بنسودونکي وي او د معدې د تشبدي او توسع ولري

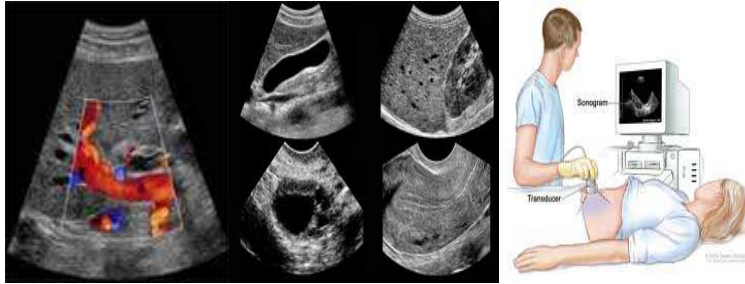
(10-12cm across >) په اپنډيسيت او غټو کولمو بندښت او په نثب به دلالت وکړي دهوا شته والې دځيگر څخه پورته دکولمو په نثب دلالت کوي.



- 1- د صدر راديوگرافي Chest X-Ray: په ولاړه د صدر يا ټټر راديوگرافي کېښې کېدای شي په ښه توگه د حجاب حاجز لاندې وليدل شي که چېرې آزاده هوا سمډلاسه وروسته دگېډې عمليات (لاپراټومي) څخه نثيت شي نارمل بلل کېږي. خو که چېرې دلاپراټومي دمخه اويا هم څو ورځې وروسته له لاپراټومي څخه وليدل شي دابه دکولمو دنثب لپاره ځانگړي وي. داسې هم کېدای شي چې پنومونيا په ښه توگه وپېژندل شي همدارنگه پلورائي انصباب او هيموتورکس Hemothorax، پنوموتورکس Pneumothorax، دپېژندنې وړدي دامېم په صورت کې دپلورا او Sub diaphragmatic تحت الحجاب حاجزي التهابې پروسې پورې تړاو لرلای شي.
- 2- دباريوم سلفيت کتنه: دا کتنه هم دراديوگرافي د سرته رسولو پواسطه ترسره کېږي چې دباريوم مواد دخولي له لارې خوړل کېږي اويا هم دريکټوم له لارې کولمو ته تېرول کېږي که چېرې په هره برخه کېښې بندښت شته والې ولري (پيلور)، دائشاءعشر بندښت، او همدارنگه د Intussusception پواسطه دکولمو بندښت دپېژندلو وړگرځي. دباريوم انيما پواسطه Claw sign د Intussusception تغلف او د نارنېسه (String sign) دپلور د هايپيرټروفې په ناروغۍ کېښې لپاره ځانگړي نښه ده. دباريوم کتنه په هغو ناروغانو کېښې چې دکولمو نثب ولري خطرناک دي اود باريوم پريټونيت د باريوم دخپريدني له کبله دگېډې جوف کېښې منځ ته راځي که چېرې دنثب هر راز امکان شته والې ولري ددي کتنې لپاره د (Gastrografin) يا Egluminediatzoate اونورو څخه کاراخيستل کېږي اودا مواد ضرر نلري.



3- دالتراساوند کتنه: ډاکټنه په ځانګړې توګه دټومور ونو، ډګېډې د مایع شته والې حبن (Ascites)، پریټونیت، اسی، ارکانومیګالي او کلي پیژندنې لپاره ډیره ګټه وړه ده.



4- C.T Scan کتنه: د دې کتنې پواسطه د (ټومورونو، کلاتو، ارکانومیګالي، اجنبي جسمونو اونورو) حالتونو د شته والی په صورت کتنې د ناروغیو پیژندنه کېږی .

د ناروغی د درملنې اړوند پلان نیول:

الف: داتساع اړوند لومړیتوب څرګند کول شي اود لاندې علتونو درملنه ژر تر ژره وشي:

- ډیره زیاته اتساع د سیکوم بنائې چې د ثقب علت وګرځی .
- دمعدې ډیر پرسوب او اتساع بنائې د کانګو لامل شي او (Aspiration Pneumonia) سبب وګرځی .
- ډیهایدریشن اوهاپو والیمیک شاک لامل ګرځی .
- دالکترولایت ونو ابنارملیتي دزړه دوراني اوعصبي سیسټم اختلال منځ ته راوړي .
- په فشار سره کانګي کول بنائې دمري څیرېدنې سبب وګرځی .
- ډګېډې په زیاته پیمانې پرسوب دحجاب حاجز دحرکونو محدود کېدنې لامل ګرځی .

ب: لومړي منجمنت:

- په ډیروپینو کېنې ناروغان (Non per Oral) NPO یا دخولې له خوا څه نه خوړلو په حالت پریښودل کېږی .
- دورید له لارې ناروغ ته دالکترولایتونو درلودونکي مایع ورکول کېږی . لکه (Ringer، Plasma، Normal Saline)، اونور .
- همدارنګه پدې لړ کېنې دوینې الکترولایتونه اوکازونه ټاکل کېږی .
- هرکله چې دمعدې دبنډښت لپاره فکر وشي اویاهم په شدیدې بڼه کانګي شته والې ولری وظیفوي (N.G Tube) معدې ته تیرېږي که چېرې دمعدې پرسوب شته والې ونلری اوانفې

معدوی تیوب ( N.G Tube ) معدې ته تیرشي دابه لږ ګټه وړ وي خو بیا هم باید د اصولو له مخي دې هلته پریښودل شي ترڅو دمعدې ( محتوي ، هوا اومعدوي جوس اوک چپرې دکولمو محتوي معدې ته راشي) دابه په آسانه بهر ته راووزي اوداختلاطونو مخنیوي کیدلای شي.

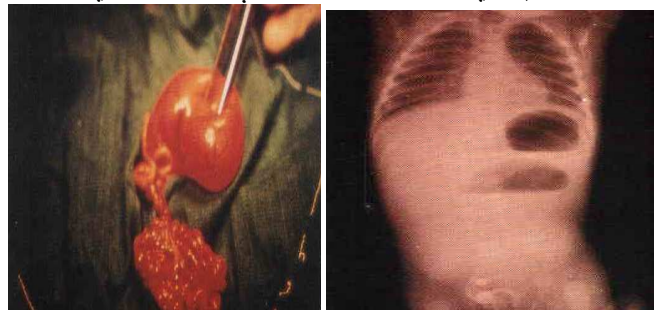
**ج: دمایعاتو انډول ساتل Fluid Balance:**

په احتیاط اوباملرني سره دي دمایعاتو اخیستنه او بهر ته ضایع کېدنه (Out Put) په ځانګړي توګه که چپرې N.G Tube شته والې ولری ویاکل شي.

**د: اختصاصي ځانګړي درملنه:**

لاندي علونه باید په روښانه توګه څرګند کړل شي اومناسبه درملنه دي وشي د درملني معمول پلان په لاندي توګه دي.

- دهرودول الکترولیت ابارمليتي دي اصلاح کړل شي خصوصاً دپوتاشیم عنصر د لږوالي يا (Hypokalemia) درملني لپاره دي د ورید له لاري (IV Potassium chloride) ورکړل شي.
- درمل دي دهغوي د وقفي له مخي په پام نیولو سره تطبیق کړل شي خاصاً هغه درمل چې دکولمو په حرکت اغیزه اچوي اعیارکړل شي .
- دغایطه موادوکلکېدنه دي وپژندل شي اودګوتي پواسطه دي دریکوم ګنه ترسره شي.
- د حین (Ascites) درملنه دي دطبي درملني له مخي ترسره شي د (سودیم لږکول او Sprinolacton) که چپرې حین د تنفسي سیستم تراغيزي لاندي راوړي دمايع لږول دي Paracentesis عملي پواسطه ترسره شي.
- له عملیات څخه وروسته ایلئوس (Post Operative Ileus) درملنه اواصلاح پخپله کېږی خو بیا هم که په اختلاطي بڼه وي او اتانات ئي علت وي درملنه دي وشي .
- عملیاتي مداخله اوکړنه په ډیرو پېښو کېږي چې بطني اتساع شته والې ولری ترسره کېږي حتي دکولمو د اسکیمیا لپاره ، انسدادی فتق ، نثقب یا مېخانیکي بندښتونو لپاره ترسره کېږي. کله ناکله د جراحی عملیات لاپراتومی ترسره کول هم ګټه نه وي اولامل ئي نه موندل کېږی .
- دپښتورګو عدم کفایي (نه بریالیتوب) په صورت کېږي دي درملنه وشي.

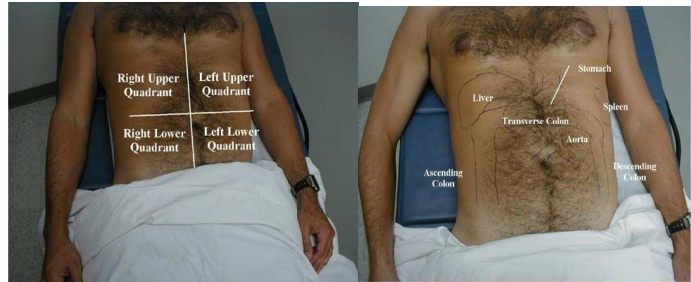


## دگېډې درد (Abdominal Pain) :

له هغه وخته چې په جراحی کلینک کې دگېډې درد په کراتو سره ثبت شوي اوليدل کېږي دجراحی انکال لپاره يوه غوره ستونزه بلل کېږي . اکثراً دغه ستونزه دگېډې دپرسوب (انتفاخ) سره يوځای ليدل کېږي او دواړه يوځای ترخپرنې لاندې نیول کېږي او دحاد بطن Acute Abdomen ترسرليک لاندې خپل کېږي .

1- ستونزه : په جراحی سرويس کې يوناروغ چې اوه ورځې وروسته 40% سوځېدنې څخه د فزیکي کتې پرمهال دگېډې په بني پورتي کوارانت کې دردونه د جس پواسطه زیاتوالي مومي ناروغ د 60 کالو عمر لري او همدارنگه ژپري هم لري . سمدلاسه پوښتنې په لاندې ډول وی :

- 1- حیاتي علايم څرنگه دي؟ پدې حالت کې به لاندې نښې ولټول شي :
  - تبه ديوي التهابی پروسې څرگندونکي وي .
  - د فشارشکته کېدنه او ټاکي کارډيا بڼائی د شاک څرگندويه وي دا بڼائی د سپسيس يا وينه بهېدنې له کبله وي . هغه ناروغان چې ايمونو سوپرسيف يا انالجزیک درمل اخلي اویا ډیر عمر لري پدوي کې به تبه ډیره نه وي .
  - دتنفسي شمېر زیاتېدنه په دسرېو دناروغیو (پنومونیا) څرگندوي وي .
  - د نبضان زیاتوالي اولروالي ديولر زړه اورگونو او وينې مایعاتو د توپرونو څرگندوي دي .
- 2- چېرته درد ځای پر ځای دي؟ دابه یوازني عمومي لارښود دگېډې درد لپاره وبلل شي د ناروغی . په لومړيو کې بڼائی درد داصل پټالوژي ځای څخه لیرې پیل وکړي اویا د پټالوژیک برخې غړې ته راټول او هلته ځای پر ځای شي او په وروستي حالت کې بڼائی د گېډې په ټوله برخه کې په خپره بڼه منځ ته راشي په کلاسیکه بڼه د اپنډیسیت په ناروغی . کې چې دردونه لومړي دنامه دغوټي په چا پیربال کې وي اویاهم داې کاسټریک برخه کې وي اووروسته بیا دبنی شکه کوارانت اوایلک برخې ته راټولیري او هلته ځای پر ځای کېږي .



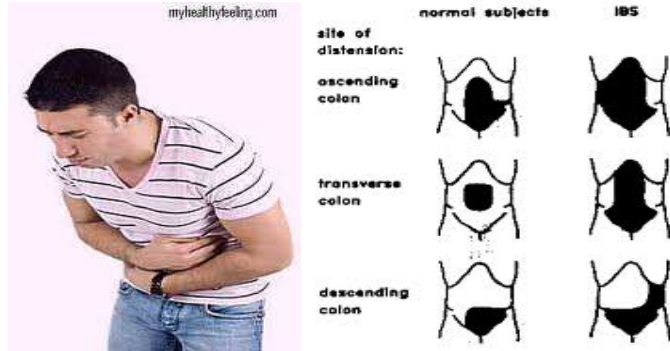
که چېرې پرته له کتې پاتي شي پروسه به پرمخک وکړي درد به په عمومي بڼه کېږي ته خپور شي او پرتونیت به منځ ته راشي . هغه دردونه چې د Groin لوري ته خپرېدنه مومي دابه دحالب د کولیک پورې تړاو ولري او هغه دردونه چې دملا لوري ته دکمر بند په څیر شاته خپرېدنه مومي دا

دردونه د پانکریاتیت پورې تړاو ولري او یا هم د کپډې دانیوریزم د خیریدني (Rupture) پورې اړوند وي.

3- کله دغه درد پیل کوي؟ حاد چاودېدونکې درد به ځانگړې توگه د (احشاوؤ ریچر اونټب، دانیوریزم ریچر، اسی او یا بی ځایه بلاربنست) له کبله وي. هغه دردونه چې د 1-2 ساعتو مودې کښې زیاتوالي یا شدت مومي دابه دحاد کولیسیسیت، حاد پانکریاتیت، دکولمو اختناق، د میزاتر ترومبوز، دکولمو د قریبه (لومړني) برخې بندښت، دپنسورگو او حالب کولیک حالتونو پورې تړاو ولري. هغه دردونه چې د څو ساعتو نو په موده کښې زیاتوالي او شدت مومي دابه د حاد اپنډیسیت، دکولمو دبعیده (لیري) برخې بندښت، غیراختلاطي دپیتیک قرحاتو ناروغی، اویلابیلو نسائي اوبولي تناسلي غړو ناروغیو پورې اړوند وبلل شي.

4- د دردونو کیفیت څه ډول دي؟

- پچ درد Dull Pain لکه دمعدې دردونه .
- تیز درد Sharp Pain لکه دابه دچاودني یا ریچر ناروغی کښې .
- متناوب درد Intermittent Pain لکه (دحالب اوپنسورگو کولیکي دردونه)
- ثابت درد (Constant Pain) په یو حال ولاړ دردونه
- سوځنده درد (Burning Pain) پیتیک قرحاتو ناروغی)



- 1- کوم شيان دردونه زياتوي او يا هغوي ته لږوالي وربخښي؟ هغه دردونه چې د ژور تنفس سره زياتوالي مومي دابه دحجاب حاجز تخريش (پلوريزي ، التهابي آفتونه دگېډې په پورتنې برخه کېښي ) ، خوراک معمولاً دمعدې قرحوي دردونه لږ کوي ، نارکوټيکونه کولیکي دردونه لږ کوي او همدارنگه دکولمو اختناق او مېزاتريک ترومبوزس دردونه په لږه اندازه کموي او پانکرياتيټ دردونه زياتوي.
- 2- نور کوم اعراض او علايم ورسره ملتيا کوي؟
  - کاتکي د درد د تېري او حتمي سره د پړيوان د تخريش له کبله شته والې لري د تش منځي احشاور تثقب او په راوتلي بڼه دگېډې د پورتنې برخې ناروغۍ لکه Boerhaave's Syndrome ، حادگسټريت ، پانکرياتيټ دوړو کولمو يا غټوکولمو دبعيده برخې بندښت کېښي ليدل کېږي .
  - زړه بدوالي Nausea : هغه ډول عرض يا څرگندونه ده چې معمولاً د درد څخه ډېره موده دمخه منځ ته راځي.
  - هماغوميزس دهضمي جهاز د پورتنې برخې د وينه بهېدنې د قرحوي ناروغيو يا ميلوري وايس سندروم پورې تړاو لري.
  - نس ناستي که چېرې ډير شديد وي اودگېډې درد سره يوځاي وي دابه د گسټرواتيټ پورې اړيکه چېرې وينه مل وي بنسټي داسکيمیک کوليت ، السرايټ کوليت ، دکرون ناروغۍ او يا آسيک ډيزاټري پورې تړاو لري.
  - قبضيت په متناوب ډول د نس ناستي سره د دايبورتیکولار ناروغۍ کېښي ليدل کېږي او همدارنگه قبضيت دغايطه موادو او گازاتو د نه تېرېدنې په صورت کېښي په غير وصفي توگه کولمو د ميکانیکي بندښت پورې اړوند گڼل کېږي .
  - هماغچوريا د بولي تناسلي سيستم د ناروغۍ له کبله منځ ته راځي.
- 3- دکانگو دمحتوي اوصاف څرنگه دي؟
  - که چېرې دکانگو محتوي دمعدې محتوي وي دابه تازه خورل شوې مواد وي ډيرو لږ به صفراوي مواد ولري او يا به هيڅ دصفراوي مواد پکښې شته والې ونلري .
  - که چېرې دکولمو لومړني برخې بندي وي پدې صورت کېښي به دکانگو محتوي دتريخي (صفراوي مواد) په ډيره پيمانه ولري او بنسټي دکولمو دقريبه برخې محتوي هم ولري.
  - که چېرې دکانگو محتوي دغايطه مواد څرگندونکي وي پدې صورت کېښي به دکولمو بعيده برخې د بندښت سره مخامخ وي .
  - همدارنگه که چېرې دکانگو محتوي وينه ولري دابه دمعدې اواثناء عشر دقرحاتو او يا دمري دواړيس ، ميلوري وايس سندروم ) پورې تړاو ولري.



4- ناروغ کله خوراک کړېږي؟ دغه پوښتنه د ناروغۍ د مودې د ارزولو او همدارنگه دانستېرې د پلان په هکله مهم اومرستندويه ده.

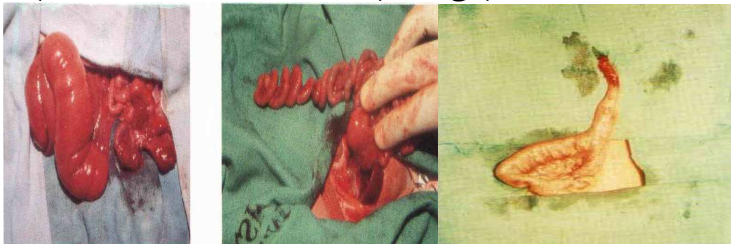
5- د بنځينه ناروغ د حيض د تاريخچې څرنگوالي؟ يو Missed اويا په مؤخر اوځنډ سره د حيض دوره د Ectopic pregnancy يا بي ځايه بلارېښت ته پام وړوي Mittel schmerz هغه ډول درد دي چې د هگي ځالي فولیکول د رېچر يا څيرېدنې له کبله منځ ته راځي.

6- د ناروغ پخواني طبي يا جراحي تاريخچه څرنگه ده؟ په پخواني او تيره تاريخچه کېنې د قرحاتو ، د تريخي ډبرو، الکولو استعمال اويا د پخواني جراحي عملياتو اړوند معلومات اود طبي درملو د لست په پوهېدنې به د ناروغۍ د علت په پوهېدنه کېنې مرسته وکړي . همدارنگه دگېډې د پيچ ترضيض تاريخچې درلودل 1-3 ورځو دمخه اودگېډې درد منځ ته راتگ له ترضيض وروسته د دي بنسکارندوي دي چې وينه بهېدنه به دڅيگر(بني) ، توري (طحال) اوپنستورگي ترکېسول لاندي دي Sub Scapular برخه کېنې شته والې ولری اودايوه لارښودنه د علت موندني لپاره بلل کېدای شي

**توپيري پېژندنه :**

دگېډې دردونه کولاي شي چې دگېډې (دنه اويا دگېډې څخه بهر ته برخو) څخه سرچېنه ولري چې کېدای شي دداخلي ناروغيو اوجراحي ناروغيو له کبله وي دغه لست ډير اوږد دي خو يو لړ ناروغۍ دي چې ډيري پېښېرې دهغوي يادول اړين بلل کېږي .

A. تش منځي احشاوي (Hollow Organs): تش منځي احشاوي کله چې تنقب وکړي اودکولمو د بندښت له کبله کېدای شي منځ ته راشي دابه يوحد اوپېرني جراحي حالت وبلل شي.



1) دگېډې پورتنې برخه :

- د مری التهاب Esophagitis
- د معدې التهاب Gastritis
- پېپټيک قرحي Peptic Ulcer
- کولي سيستېټ Cholecystitis

2) ميډگېټ Midgut : د کوچنيو کولمو بندښت ، احتشاء چې بندښت د التصاقات (سليم اوخيټ) ډول ، قتونو (داخلي اوخارجي) اويا تاويدنې (Valvulus) له کبله منځ ته راځي.

3) د کپډې د بڼګه برخې : د کولمو التهابی ناروغی . اپنډیسیت ، مېزاتریک لمفادینیت ، د کولمو بندښت یا انسداد کېدای شي چې ورته حالت پېښ کاندې .

4) گسټرواټریت او کولیت : د کولمو د نس ناستي التهابی ناروغی کېدای شي چې اړوند حالت دردونه رامنځ کړي .

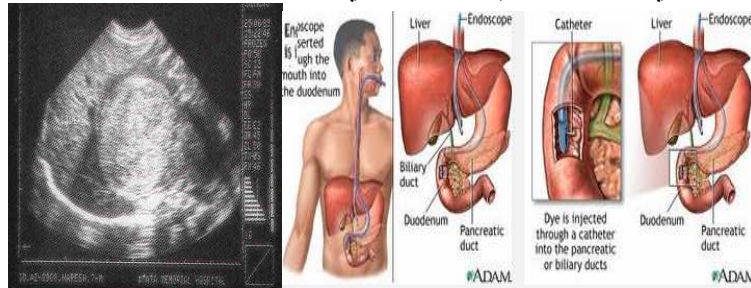
B. کلک (Solid) ارګانونه (غړي) : د کپډې کلک (Solid) ارګانونو التهابات او اړوند ناروغی د کپډې دردونو لامل ګرځي .

a- بڼه (ځیګر) لکه دهیپاتیت ناروغی .

b- پانکراس لکه پانکریاتیت

c- طحال لکه د توري (طحال) احتشا

d- پښتورګي لکه د پښتورګو ډبرې ، پیلوفریټ ، اسی



3- د حوصلي غړي:

- د حوصلي التهابی ناروغی (PID)
- بي ځایه بلارېښت Ectopic Pregnancy
- پولپوري ناروغی لکه فیروئید ټومور ونه ، دهګي ځالي تدور (تاویدنه) ، سیستونه او انډومتریوزس .



5- درګونو ناروغی : دانیورېزم ریچر ، ډایسکېټیک انیورېزم ، مېزاتریک ترومبوزس او یا آمبولېزم .

6- د طحال او ځیګر - صفراوی لارې ناروغی او څیریدنه معمولاً د ترضیض څخه وروسته ،

پانکریاتیک ناروغی ، د هضمی جهاز تشوش ، بولی سیستم ښځینه تناسلی ، پریټوان ،

د پریټوان خلف ناروغی چې دا ناروغی په ګډو سره په لاندې جدول کېښي ښودل

شوېدي .

همدارنگه په خالص بڼه په لاندې جدول کېښې د حاد بطن لپاره لاملونه ګڼل شويدي:

Causes of Acute Abdomen			
د حاد بطن (د ګېډې د حاد دردونو) لاملونه			
1) Gastro Intestinal Tract Disorders	-Appendicitis -Small & Large Bowel Obstruction -Strangulated Hernia -Perforated Peptic Ulcer -Bowel perforation -Boerhaave's Syndrome -Diverticulitis -Inflammatory Bowel Syndrome -Millory wise Syndrome -Gastro Enteritis -Acute Gastritis -Mesentric Adenitis	5) Gynecological Disorders	-Rapture ectopic Pregnancy -Twisted Ovarian Tumor -Rapture Ovarian Folicle Cyst - Acut Salpangitis -Dysmenorrhea -Endometriosis
2) Liver,Spleen and Biliary Tract Disorders	- Acut cholecystitis -Acut cholangitis -Hepatic Absceas - Rapture Hepatic Tumor -Spontaneous rapture of the Spleen -Splenic Infarction -Biliary Colic -Acut Hepatitis	6) Vascular Disorders	-Rapture of aortic an veseral anurism - Acut Ischemic Colitis -Mesentric Thrombosis
3) Pancreatic disorders	Acut Pancreatitis	7) Peritoneal Disorder	-Intera Abdomenal Absces -Primary Periotonitis -Tuberculosic Periotonitis
4) Urinary Tract Disorders	-Ureteral or Renal Colic Acut Pyelonephritis -Acut Cystitis -Renal Infarction	8) Retroperitoneal Disorders	-Retroperitoneal Hemorrhage

B- خارج البطني لاملونه : دغه دردونه د اړيکې له مخې په نادره بڼه په ګېډه کېښې منځ ته راځي

ډير مهم ئي لکه :

Sickle Cell Crisis -

- پنومونيا Pneumonia په ځانګړې توګه د بنسټې لوب اړوند .

- د ميوکارډ احتشاء Myocardial Infarction

- د ديايت کيټواسيدوز په نادره توګه منځ ته راځي چې دغه دردونه جراحي ته اړتيا نلري

C- يولر نولاملونه Other :

1- Trauma: پخ ترضيضونه کولاي شي چې د ګېډې دکلکو غړو لکه (ځيګر، توري ،

بدوډي او پانکراس) او ثابت غړي لکه اثناء عشر غوڅ او مجروح کړي همدارنگه نافذه

ترضيضونه بنائي هر راز د ګېډې دننه غړي غوڅ او زخمي کاندې.

2- وروسه له عمليات څخه Post Operative: وروسه له عمليات څخه درد که پرته له

اختلاط څخه وي معمولاً د ( 2-3 ) لومړي ورځو تېرېدنې اصلاح کېږي اوله منځه ځي . او هغه

دردونه چې پاتې کېږي او تعدد کوي دا د يوې ستونزې ښودونکي دي . لکه د بندښت

Obstruction ، خراج (اسي) جوړېدنې .

پرته له اختلاط څخه وروسه له عملياته بنائي د حشوې رشتو څخه د جراحي زخم له کبله په

پريوتان باندي او همدارنگه د ګېډې د جدار د سوماتيک ځانګو د تعصيب عصبي ريښي زخمي

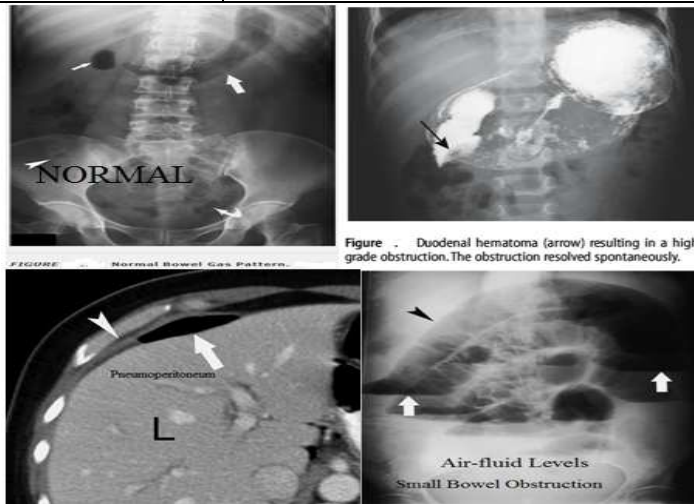
کېږي .

3- ډیرحیرانی (نا تاري) ناروغ: هغه ناروغان چې د شدید Stress سره مخامخ دي لکه پولي تروما ، سوخیدنې چې معمولاً سپسیس منځ ته راوړي بنسټی دگډوډې دننه ډیرې پینې منځ ته راوړي.

- Acute Stress Gastritis چې د G.I Bleeding پواسطه پېژندل کېږي .
- پرته له نټب څخه د فشاری قرحې (Curling Ulcer) له کبله.
- پرته له ډیریزکولي سیسیت ، کولي ستازس ، دمزن وړیدي نیوتريشن تغذي له کبله منځ ته راځي.

A- فزیکي کتنې :

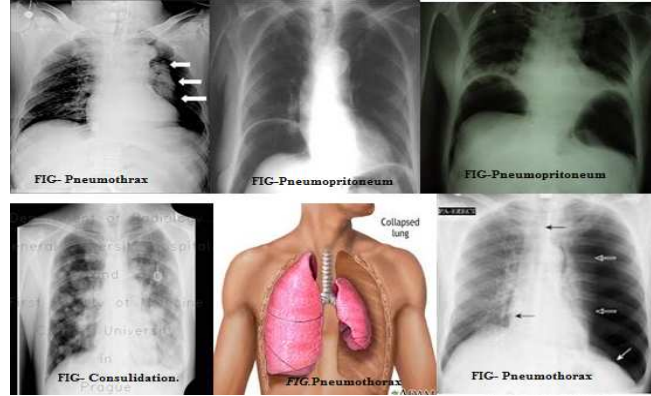
د حاد بطن لپاره سمدلاسه د عملیات کولو استطابات		
No	CLINICAL / TESTS	FINDING / CRITERIA'S
1	Physical Finding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Involuntary guarding or rigidity, (if spreading)</li> <li>- Increasing or severe localized tenderness.</li> <li>- Tense or progressive distention.</li> <li>- Tender abdomen or rectal mass with high fever or hypotension .</li> <li>- Rectal bleeding with shock or acidosis.</li> <li>- Equivocal abdominal finding along with {Septicemia (high grade fever ,leukocytosis, mental changes , increasing glucose intolerance in Diabetes Militus ) , Bleeding with (shock, acidosis, falling Hematocrit), Suspected Ischemia (acidosis , fever, tachycardia), Deterioration on conservative treatment}.</li> </ul>
2	Radiologic Finding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumoperitoneum.</li> <li>- Gross or progressive bowel distention.</li> <li>- Free extravasation of contrast materials.</li> <li>- Space –occupying lesion on Scan with fever.</li> <li>- Mesenteric occlusion presence on angiography.</li> </ul>
3	Endoscopic Finding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perforated uncontrollably bleeding lesion.</li> </ul>
4	Paracentesis Finding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blood , Bile, Bowel content or Urine.</li> </ul>



لاندې جدول کښې لارښونه شويده :

شمبر ه	Helpful Sign مرستندويه نښې	Condaton حالت
۱	کېده Scaphoid بڼه لري ، حساسه وي، دکولموغرونه لږوالي مومي ، ځنډني حالاتو کي دځيکو Dullness له منځه ځي ، اوهمدارنگه دکېدې دجدار (Guarding) دفاعي بڼه اوشخي (Rigidity) منځه ځي.	نښې احشايي <b>Perforated Viscus</b>
۲	دکولمو حرکتونه له منځه ځي ، ناروغ پرته له حرکتو وي او ارام پروت وي په ځنډني حالاتو کښې دتوخي سره درد زياتوالي مومي او Rebound Tenderness مثبت وي اوهمدارنگه دکېدې Guarding او Rigidity مثبت وي.	<b>Peritonitis</b> پريټونيت
۳	دردناکه کله چه (دنه کېده کښې ، ريکوم اويا حوصله کښې ) دريکال پوچ برخه دردناکه وي همدارنگه ځانگړي علايمي لکه (مورفي ، پسواس او اوبتوراتور) مثبت وي.	التهابي کله اويا ايسي <b>Inflamed Mass or Absces</b>
۴	بطني انتفاخ ، بنکاره کېدونکي پرسالتيزم دکېدې پرمخ ، اوهمدارنگه هايپرپرسالتيزم ، په مقدمه يا مؤخره حالت کښې Quit Abdomen يا پرته له غړ اوغوره کېده همدارنگه په خيره بڼه درد ، ريباونډ ټينډرنس او بعضا فق او دريکوم کله ثبت کېږي .	دکولمو بندښت <b>Intestinal Obstruction</b>
۵	دکېدې پرسوب ، لږه اندازه دکولمو اوازونه (Tingling Sound) لکه چې ديوې فلزي سکي څخه منځ ته راځي ، په موضعي توگه حساسيت نشتوالي لري.	فلجي ايلوس <b>Paralytic Ileus</b>
۶	ترڅو چې ډيره موده تيره نشي دکېدې پرسوب منځ ته نه راځي ، دکولمو اوازونه په توپير سره وي شديد درد شته والي لري خو حساسيت لږ وي ، دريکوم له لارې وينه بهېدنه شته والي لري .	داسکيک يا اختناق کولمي <b>Ischemic or Strangulated Bowel</b>
۷	سپينوالي خثافت ، شاک ، دکېدې پرسوب ، نبضاني انوريزم ، حساسيت دبي ځايه بلارښت په صورت کښې ، دکلي شته والېدريکوم له لارې وينه بهېدل	وينه بهېدنه <b>Bleeding</b>

- 1- عمومي وضعيت General Apearance : په کولمي ناروغيو کښې ناروغ لټ په لټ اوږي راوړي او په بستر کښې نارامه پروت وي حال دا چې دپريټون په تخريشيت کښې ناروغ آرام پروت وي او نه خوځيږي اوحرکت ورنه ډير دردناکه وي.
- 2- سږي Lungs : که چېرې دسږو په قاعده کښې يا قاعدوي رالونه اووږيدل شى پدې حالت کښې په پنومونيا شته ولري. همدارنگه دقرع کولو پواسطه Dullness بڼائي ، پنوموتوراکس، پلورائي انصباب يا هم کانسوليډيشن شته والي ولري.



3- زړه Heart: د زړه د Decompensation حالت په ځانګړي توګه که چېرې دا کليې رګونو دناروغی Pre-existing حالت لکه (د غاړې دورید توسع ، S<sub>3</sub>-Gallop محیطي اذیما) شته والی ولری بشايي په نیغه پاملرنه دمیوکارډ احتشاء لوري ته واړوي او یا هم همدارنګه یو اذینې فیبریلشن به دامبولې څرګندوي وي.

4- ګېډه : Abdomen :

a- نفتیش : دګېډې پرسوب دشته والی په صورت کېښي به (بندښت ، ایلوس ، حبن ) څرګند کړي . Scaphoid ګېډه به (د تنقبی قرحه) ، د فلانک اکیموزس ، هیموراژیک پانکریاتیت . Caput medusa به د Portal Hypertention ، اودجراحی ندبه به د التصاقاتو او تومور څرګندوي وي.

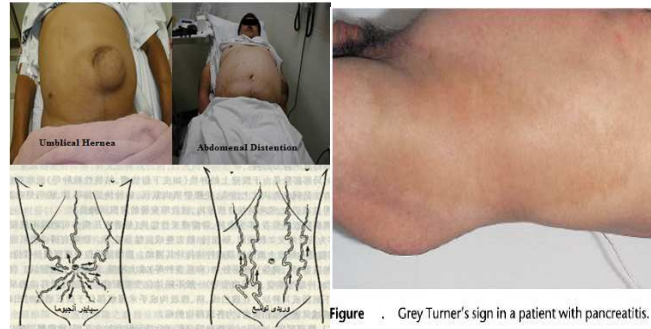


Figure . Grey Turner's sign in a patient with pancreatitis.

b- اصعاء : دکولمو دحرکتونو اوریدنه (دغږونو نشتوالي اویاهم بعضا لږوالي دایلیوس اویاهم دکولمو دحرکاتو زیاتوالي به دورو کولمو بندښت یا ګسټرواټریت لوري ته پام واړوي.



-c قمع : Tympanism ڊڪولمو ڊلوپونو ڊپرسوب اويا اتساع سره مل وي Dullness او Fluid Thril (wave) به دحين اودخچر لباسه د Dullness ورکوالي د آزادي هوا Free air سره مل وي.



-d جس : Rigidity ، Gaurning ، Rebound Tenderness ڊپريٽونيت لپاره ڄاڻگي بل ڪپري. موضعي حساسيت معمولاً په اپنديسيت ، سلپانجيت ، ڊايورتیکوليت کبني ليدل ڪپري.



- Arteriography : دشريان راڊيوگرافي درنگه موادو پواسطه ترسره ڪپري .
  - Angiography : همدارنگه درگونو راڊيوگرافي که کنه درنگه موادو پواسطه چي برسره پر انجيوگرافي ، فليبوگرافي هم ترسره ڪپري .
  - E.E.G : ڊالڪرو انسفالوگرافي ترسره ڪول که ارين ويال شي.
  - MRI ( Magnetic Roentgenographic Image ) : ڊايوه ڊيره بنه کنه ده که چيري ورته اړتيا وي او بايد ترسره شي.
  - Peritoneal Lavage : ڊا آزمونه اوکته ڊپريٽون مايع دسائيتولوژيک کني په موخه ترسره ڪپري.
  - Paracentesis : پاراسنتيس هغه کنه ده چي ڊکپي بڙل اومايع بي دسائيتولوژيک کني په موخه ترکني لاندې راڄي.
  - C.S.F : دماغي اونهايعي مايع کنه ڊيولر ناروغي پيژندنې لپاره چي ارين وي ترسره ڪپري .
- پلان جو رول اومنجمنت :

ڊکپي دردونه په ناروغانو کبني دناروغي ڊپيژندنې لپاره مرستندويه وي په تيره بيا په هغه ناروغانو کبني چي ڊپر عمر لري اود ڊاڪٽرانوسره دناروغي پيژنده کي مرسته نکوي هغوي مرستي ته

اړيا سي د جراحو لپاره داموخه او هدف وي که چېرې ناروغۍ جراحی کړنې يا عمليات ته اړتيا ولري ورته درملنه ترسره کړي اوله مړينې مخنيوي وکړي. هغه دردونه چې د شپږو ساعتونو څخه ډېره موده ونيسي اوداصلاح وړ نه وي اوليال وي دجراحی عمليات ورته ترسره شي جراح ورته اقدام اوتکل کوي.

ډېري د جراحی ناروغۍ داسې دي چې دگډې درد پرته لدې چې لامل يې وپيژندل شي ورته لاپراټومي ترسره کړي اودرملنه يې جراحی بلل کېږي اوله عمليات څخه دمخه يې علت دپيژندلو وړ نه وي. لږه موده ځنډ ددرد لامل پيژندنې په موخه ترسره کړي خو په اکثريت پېښو کېښي لاپراټومي گټه وړه وي اومصون بلل شوېدي.

داناالجزېکونو ورکړه تر بحث لاندې خبره ده خودکلينک ډير جراحو اوس پدې عقیده اوباور دي چې په لږه اوخفيف اندازه داناالجزېکو ورکړه د ناروغۍ کلينک تر پوښښ لاندې نه راوړي خوناروغ آرامه ساتي او هغه هوساينه وربخښي. دجراحی ځانگړي عملياتونه دلته د يادولو وړ نه بولو داړتيا په صورت کېښي غوره گابونو ته مراجعه کولاي شو او په بشپړه توگه يې لوستلای شو يولې ناروغۍ شته والې لري چې ژوند تهديد کوي او په پېړنۍ توگه جراحی عمليات ورته اړين اوضروري بلل کېږي.

#### نظارت اوکنه Observation:

- استثناء يولې پېښي شته والې لري چې دگډې جراحی عمليات ورته په پېړنۍ توگه ترسره کېږي خو اکثريت پېښي دگډې درد، نږدې نظارت، طبي منجمنت، داناالجزېکونو ورکړي ته اړتيا لري. هغه پېښي چې له عمليات څخه وروسته پکښې دگډې درد شته والې ولري اکثراً يا ډيرمهال اناالجزېکونه يا ددرد ضد درمل ورته ورکول کېږي.
- ناروغ بايد د نه خوراک حالت (NPO) کېښي وساتل شي اوکه چېرې گانگي ولري ښه به دا وي چې N.G Tube په معده کېښي تثبيت شي او معده تشه اوسکشن کړل شي.
- دوريد له لارې مایع اوالکترولايونو نه ورکول کېږي اودناروغ Intake او Out put دلته نږدې وڅارل شي.
- دوريد له لارې اناالجزېک ورکول کېږي زيارد وايستل شي ترڅو پتالوژيک پېښه ترماسک لاندې يا پټه پاتي نشي.
- پرلپسې توگه دناروغ فزيکي کنه ديوه ډاکټر لخوا بايد ترسره شي اوکه چېرې دناروغۍ په ننگ لاره (سير) کېښي داعراضو پرمخگ منځ ته راشي نوډاکټر به خپل تصميم ونيسي.

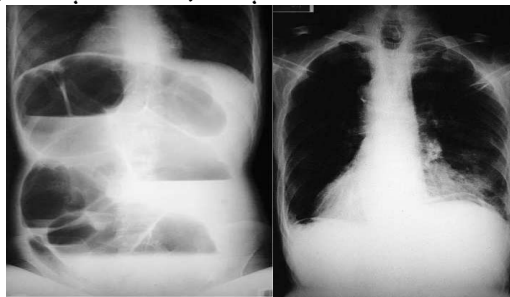
#### جراحی Surgery:

يولې ناروغۍ چې په غوڅه توگه دپيژندلو وړگرځي جراحی عمليات ته په پېړنۍ توگه ضرورت لري بايد دناروغۍ پيژندنې لپاره له عمليات څخه دمخه بايد گټې ترسره شي. دجراحی عمليات لپاره لاندې جدول ته پاملرنه وکړي.



حاد بطن ددرملنې اوپېرني جراحی عمليات لپاره استطباب.

- a فزيکي نښې نښانې اوموندني :
- په غير ارادي توگه دگېډي Guarding شخي اويا Rigidity په ځانگړي توگه که په خپره بڼه زياتيدونکي اوځاي پرځاي شديد درد اوحساسيت حالت .
- حساس اوپه پرمختلونکي بڼه دگېډي پرسوب يا اتساع شته والې .
- دگېډي حساسيت Tenderness اويا په رکوم کېښې دجس پرمهال دکلي شتون سره دلوري تبي اوهاپوتنشن .
- دريکوم له لارې وينه بهېدنه د شاک اويا اسيدوزس شته والي .
- د فزيکي کڼې پرمهال په اندوليزه اومساويانه توگه دکلينيکي نښو شته والې د (لوريه Septicemia) تبه ، وصفي لوکوسايټوزس ، رواني بدلونونه اودکلوکوز په وړاندي دناروغ دنه تحمل حالت دشکر په ناروغانوکښې .
- وينه بهېدنه (پرته له شرحي شاک ، اسيدوزس اودهماټوکرت ټيوالي)
- په واضحه اوروشانه توگه د وينه لږي يا انيميا (اسيدوز ، تبه ، ټاكي کارډيا ) شتون .
- کله چې ددرملنې په لړ کېښې ويجاړيدونکي حالت زياتوالي ومومي يا درملنې نه برياليتوب هم ثابت شي .
- b درايولوژيک فلم نښې نښانې :
- دپنوموپريټونيم شته والي (Pneumo Peritonium) .
- Glass ground appearance مظهر .
- په گېډه کېښې د Multiple hydroairic Level شته والي .
- Free extravasation په آزاده بڼه دښکاره کېدونکي مواد (Contrast مواد) دگېډي په جوف کېښې شته والي .
- Space Occuping Lesion د CT.Scan پرمهال چې دتبي سره مل وي .
- دمیزاتير شريان بندښت دانجيوگرافي په وخت .
- دالتراسونډ په کتنه کېښې دگېډي په جوف کېښې دازادي مايع شته والي .



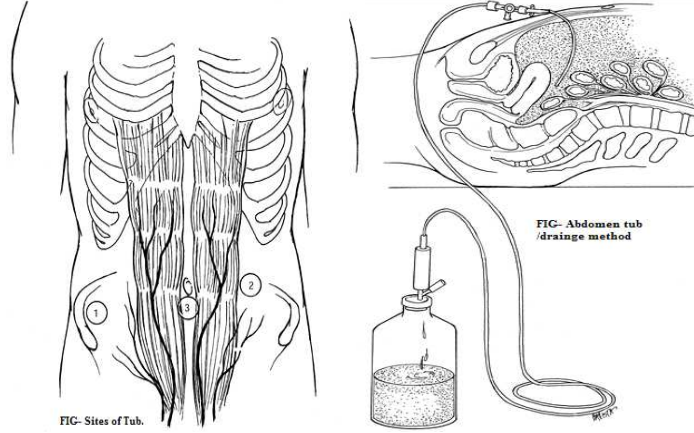
-c انډوسکوپیک گڼه :

- دانډوسکوپي پواسطه په Upper And Lower پورته اوبښگه معدې معائني سیستم کبسي که چېرې دوينه بهېدنه حالت ثابت شي اودکټرول وړنه وي.

-d دپاراسنتيزس گڼه :

که چېرې دپاراسنتيزس يا Abdomenal Tub پواسطه چې مايع کبسي وينه ، صفرا (Bile) ، زوي (PUS) ، دکولمو محوي اويادميټازي محوي نشيت شي .

که چېرې دکينک له مخي پورته حالتونه نشيت شي نوناړوخ ته په بېرني توگه بايد لاپرايومي ترسره شي اودلامل اوعلت دله منځه وړلو لپاره دي ژر تر ژره اقدام وشي .



دوهم څپرکي  
میټابولیک بدلونونه

اسیدوزس Acidosis

تعریف :

(pH) : عبارت دی د هایدرجن آزاد آیون د منفي لوگاریم (negative logarithm) تراکم څخه چې د قلوۍ په پر تله کچل شی چې دا د [H<sup>+</sup>] in moles per liter ] پذیریه ټاکل کېږي چې فورمول یې د (pH = -log[H<sup>+</sup>]) بلل شی. چې د دغه د هایدرجن آیون غلظت ټاکي له مخې د محلولونو د تیزابۍ یا قلویت بڼه هم نښت کېږي که چېرې اندازه یې په محلول راپټیه شي ورته اسیدی (تیزابي acidic) او که چېرې سویه یې لوړه وټاکل شی ورته قلوۍ (alkaline الکلی) ویل شی . په نورماله توګه د بدن د مایعاتو (7.3 and 7.5) اندازه یې ټاکل شی.

اسیدوزس (Acidosis): هغه حالت دی چې پکې د (H<sup>+</sup> ions) غلظت په خارج الحجروي مایع (extracellular fluid) کې راپولېږي او په پایله کې دغه (pH below 7.36) څخه ټیوالې مومی.

الکوزس (Alkalosis): هغه حالت دی چې پکې قلوۍ (base) غلظت په خارج الحجروي مایع (extracellular fluid) کې راپولېږي او د (pH above 7.44) لوړوالې مومی.

بفر سیسټم (Buffer system) : هغه حالت دی چې د هایدرجن آیون (H<sup>+</sup>) غلظت ثابت ساتي داخل الحجروي (Intracellular H<sup>+</sup> buffers) بفر عبارت دی له (phosphates او proteins، همدارنګه H<sup>+</sup> buffers په وینه کې HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> او Haemoglobin بلل شی) چې په ګډه له همدوی څخه منځ ته راځي. سږي چې (H<sup>+</sup> لکه د CO<sub>2</sub> and H<sub>2</sub>O) اطرح کولو او پښورکې د (excreting HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>) پذیریه د بدن د هایدرجن آیون (Control H<sup>+</sup> levels) سویه او (pH) ثابت ساتي.

Table - Predicted Changes in Acid-Base Disorders	
Disorder	Predicted Change
<b>1) Metabolic</b>	
Metabolic acidosis	Pco <sub>2</sub> = 1.5 x HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> + 8
Metabolic alkalosis	Pco <sub>2</sub> = 0.7 x HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> + 21
<b>2) Respiratory</b>	
Acute respiratory acidosis	pH = (Pco <sub>2</sub> - 40) x 0.008
Chronic respiratory acidosis	pH = (Pco <sub>2</sub> - 40) x 0.003
Acute respiratory alkalosis	pH = (40 - Pco <sub>2</sub> ) x 0.008
Chronic respiratory alkalosis	pH = (40 - Pco <sub>2</sub> ) x 0.017

Acid-base disturbance			
Disturbance	Causes	Blood gas picture	Treatment
<b>Metabolic acidosis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactic acidosis</li> <li>- Ketoacidosis</li> <li>- Excess <math>\text{HCO}_3^-</math> loss</li> <li>- Renal failure</li> <li>- Drugs</li> </ul>	<p>pH &lt; 7.36                      P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> &lt; 4.7 kPa                      HCC &lt; 18 mmol/L                      Base excess &lt; -5 mmol/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treat underlying cause</li> <li>- Sodium bicarbonate</li> </ul>
<b>Metabolic alkalosis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- H+ loss</li> <li>- Nasogastric suction</li> <li>- Vomiting</li> <li>- Hypokalaemia</li> <li>- Excess alkali</li> <li>- NaHCO<sub>3</sub> ingestion</li> <li>- Diuretics</li> <li>- Excess citrate</li> </ul>	<p>pH &gt; 7.44                      P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> &gt; 6.0 kPa                      HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> &gt; 32 mmol/L                      Base excess &gt; +5 mmol/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treat underlying cause</li> <li>- Isotonic sodium chloride i.v. and</li> <li>- correction of hypokalaemia if present</li> </ul>
<b>Respiratory acidosis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypoventilation</li> <li>- Ventilation-perfusion mismatch</li> <li>- Airway obstruction</li> <li>- Hypermetabolism</li> </ul>	<p>pH &lt; 7.38                      P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> &gt; 5.7 kPa                      HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> &gt; 22 mmol/L                      Base excess -2 mmol/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treat underlying cause</li> </ul>
<b>Respiratory alkalosis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperventilation</li> <li>- Apprehension</li> <li>- Hysteria</li> <li>- CNS injury</li> <li>- Rapid-rate mechanical ventilation</li> </ul>	<p>pH &gt; 7.42                      P<sub>a</sub>CO<sub>2</sub> &lt; 5.3 kPa                      HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> &lt; 22 mmol/L                      Base excess +2 mmol/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treat underlying cause</li> </ul>

ستونزه: که چېرې یو ناروغ د Fulminant حاد پانکریایټ، ادولټ تنفسي دسترس سندروم (ARDS) سره روغتون ته راشي داتوبوشن ومېخانیکی تنفس اووتیلشن ایجاب وکړي اوپه لومړي مرحله کېنې دشریاني وینې ګاز د pH اندازه هم 7.14 وټاکل شي. لاندې پوښتنې سم دلاسه مطرح کېږي .

A- آیا دا اسیدوزس به تنفسي ، میتابولیک او یا دواړه په ګډه سره وي ؟ پدې هکله راتلونکي څرګندونې ته پام وکړي.

معمولاً دوینې دکا زاتو راپور به دپېرې زیاتي اندازې تقیصې اونیمکرتیا سره مل وي اود راپور په پایله کېنې (Base excess/Deficit) دي وکل شي. که چېرې دقلوي

(PO<sub>2</sub>/PCO<sub>2</sub>/pH/Bicarbonate/ Base excess) په راپور کېنې وکل شي که دقلوي زیاتوالي Base excess منفي وي او یا هم مثبت Deficit یا تقیصه ولیدل شي نو پدې حالت کېنې به لږ ترلږه یا قسماً میتابولیک اسیدوزس شته والې ولری .

که چېرې د Base excess قلوي زیاتوالي په راپور کېنې نه وي اود ABG تایجوله مخي په چټکه توګه د میتابولیک اوتنفسي اسیدوزس ترمخ توپیر کیدلای شي.

که چېرې  $PCO_2 < 40$  وي نو اسيدوزس مېټابولیک بل کېږي او د بنسټي تنفسي معاوضي سره وي . او که چېرې دکاربن داي اوکسايډ فشار  $PCO_2 > 40$  اسيدوزس به لږه اوقسما تنفسي وي . په هر نوبتي کته (10 torr) کېږي به دکاربن داي اوکسايډ فشار  $PCO_2$  به له 40 څخه لږ وي ، د pH اندازه به 8 - 0.0 کچه به په نورمال حالت کېږي بنسکه تثبيت کړل شي . د بېلګې په توګه : که چېرې دناروغ  $PCO_2$  د 60 په اندازه وټاکل شي سترګې په لاره اسيدوز به 7.24 وي او نور هر ډول اسيدوزس به د مېټابولیک علتونو لوري ته پام وړ وي . د اسيد - قلوې بيلانس ټاکنې لپاره د (pH) نورمال اندازه  $[pH = 6.1 + \log (HCO_3^- / H_2 CO_3)]$  ده . همدارنگه د [ Carbonic acid ]  $[H_2 CO_3^-]$  ټاکنې لپاره نورماله اندازه  $[H_2 CO_3^- = PCO_2 (mm Hg) \times 0.03]$  اټکل شي .

B- د Volume يا حجم حالت په ناروغ کېږي څه ډول دي ؟ د مېټابولیک اسيدوز لپاره معمولي علت په حاده توګه به Lactic Acidosis دانساجو ته دلږ پروفیوژن له کبله وي ناروغ دي وکل شي او د ميتازو اندازه دي وليدل او وټاکل شي . د زړه د ډکېدنې فشار دي وليدل شي که چېرته امکان ولري د شريانونو اورګونو د حجم اندازه دي هم وټاکل شي حجم لږوالي د ديورتیک پواسطه منځ ته راځي او معمولاً الکولوزس سره مل وي .

C- آيا د وينټلاتور د بهير کومه ستونزه شته والې لری او که ؟ هغه ناروغان چې اتويشن ئي نه وي شوې او د تنفسي اسيدوزس ولري اکثراً دا ناروغان د تنفس او ساکټيلو ستونزو سره مل وي . او هغه ناروغان چې آرامه وي اتويشن ولري تنفسي بنسټي دکليټک له پلوه شته والې ونلری ددي لپاره دي دوينټلاتور سرکوليت ولټول شي که چېرې دوينټلاتور ستونزه شته والې ونلری يا دي داندوتراخيال ټيوب پوزيشن د X-ray اخيستلو پواسطه وليدل شي چې آيا په موزون ځاي کېږي دي که يوي لوري ته تير نه وي .

D- آيا کوم ډول اريټميا اويا اکويا شته والې لری ؟ که چېرې اسيدوز په ژوره بڼه شته والې ولری د زړه دريټم اختلال اويا د بطني اکويا علت به اسيدوز وبلل شي ددي لپاره دي E.C.G اود زړه کتنې ترسره شي .

### توپيري پېژندنه :

لکه چې دمخه مو وويل د مېټابولیک او تنفسي اسيدوز پېژندنې د علتونو اړوند مو مثالونه وړاندي کړل او اړوند څرګندونې مو وکړې بيا هم يولږ څرګندونې د بڼه توپيري پېژندنې اړوند ضروري بولو .

### A- د سرې اړوند حالتونه تنفسي اسيدوزس :

#### 1- سالنډي Asthma :

- i. که چېرې يود سالنډي ناروغی درلودونکي په تنفسي اسيدوز باندي اخته شي دوي به ډيره شديد ناروغی ولري او معمولاً به د سمدلاسه اتويوشن ته اړتيا ومومي .
- ii. په ميکانيکي توګه د پورتنې تنفسي لارې بندښت : پدي هکله به د اجنبي اجسامو اويا حنجري سپزم لامل غوره علت وګڼل شي .

- iii. فضائونکي آفتونه Space Occupying Lesion: پنوموتورکس ، پلورائي انصباب ، هيموتورکس  
بنايي لامل وگرځي .
- iv. شديده ريوي اذيميا : داپه دزره احتقاني عدم کهايه کبني ليدل کېږي .
- v. پنومونيا : معمولاً په اساسي توګه د COPD ناروغانو کبني لامل گرځي .



2- درمل او توکسين Drug & Toxins :

- i. ډېر الکھول څښاک .
- ii. دنارکوټيکونو اوسيدانټيفونو په زيات ډوز خوراک .
- iii. عضلي عصبي بلاک کونکي مواد لکه کيورار (Curare)



3- عضلي عصبي حالتونه :

- i. Myasthenia gravis
- ii. پيکويکيان سنډروم Pickwickian Syndrome
- iii. Cerebro Vascular accident داعصابو درګونو چاودنه
- iv. Guillainn -Barre Syndrome .

B- ميټابوليک اسيدوزس: دا ډول د ميټابوليزم تر سره کېدني پر مهال د ميټابوليک ستونزو او خطاګانو له امله پېښېږي چې دا کولاي شو په نورمال انيون درلودونکي خلاء (Normal Anion Gap) او هغه چې د انيون زياتېدونکي خلاء (Increased Anion Gap) چې د پورته تليې پرته له ټاکل کېدني يا نه ټاکل کېدونکي انيون ډولونو وويشو. د انيون خلاء د  $\{ [Na] - (Cl + HCO_3^-) \}$  پواسطه ټاکل کېږي چې دا نورمال اندازه يې (8-12 mEq/L) دي .

(a) Normal Anion Gap :

i. د باي کاربونيټ له لاسه ورکول : دا حالت معمولاً دهضمي جهاز له لارې منځ ته راځي لکه د نس ناستي په ناروغۍ کېښي ، دکوچنيو کولموفيسټول ، دپانکراس اوپوسټيکي فيسټول اويا په زياته پيمانه د تريخي موادو بهر ته راوتل اودريناژ .

ii. دکليوي ټيوبولونو اسيدوز Renal tubular acidosis :

(b) Elevated anion gap :

- i. لکټيک اسيدوزس Lactic Acidosis: ډيره لږه اندازه پرفيوزن چې د اکسيجن نورمال تحمضي Oxidative ميټابوليزم تراغيزي لاندي راشي او د لکټيک اسيدونو راټولېدني له امله په وينه کې منځ ته راځي .
- ii. ديابيټيک کيټواسيدوزس : د شکرې په ناروغۍ کې د وينې بهر کې د کيټونونو زياتوالي له امله منځ ته راځي .
- iii. الکھوليک کيټواسيدوزس: د ډېر الکھولو خوراک له کبله دځيګر دندې خرابېږي او کيټونونه ډېروالي مومي .

iv. مزمن د پښتورگونه برياليتوب CRF: نه ټاکل کېدونکي پورته تلونکي انيونونه د Sulfates او Phosphate سره.

c) Drugs / Poisoning :

د آسپرين ډير لوړ ډوز درمل اخيستل ، د ميتايل الکھول خوړل ، د ايتالين گلايکول او پارا الډيهايډو خوراک د مسموميت حالات منځ ته راوړي .

د فزيکي کڼې غوره ټکي :

1. حياتي علايم Vital Sign: پدې حالت کېنې د هايپوتيلشن ، هايپوتشن ، ټاکي کارډيا ، تبه د سپيس له کبله شاک په څير حالتونه دي ولټول شي چې د اسپډوز غوره لاملونه بلل کېږي .
2. پوستکي Skin : سور ، لوند خولجن پوستکي ښائي د پښو اولاسونو په برخه د شاک له کبله څرگند شي لډي کبله چې ښکته لوري ته پرفيوزن لږوالي مومي.
3. HEENT : پدې حالت کېنې که چېرې کيټوزس او يا د ساکنلو پر مهال دميوې بوي له خولې څخه راووزي دابه دد يا بيټک کيټو اسيدوزس يوه غوره نښه وي. همدارنگه که چېرې شزن بي ځايه شوې وي دابه د Space Occupying Lesion او که چېرې وريدي پرسوب وليدل شي نو دابه د CHF يا Tension Pneumothorax لوري ته پام واپروي.
4. سږو (Pulmonary) : د تنفسي غږونو ټيټوالي او يا نشوالي ، د سټرايډور (Stridor) غږ به د پورتي تنفسي لارې د بندښت له کبله Wheeze اورالونه دي ولټول شي.
5. کېډه Abdomen: د پريټوان نښې ښانې به د حاد بطن څرگندوي وي او وصفي دگېډې پرسوب او اتساع ښائي تنفس نهي کړي.
6. عضلي عصبي : عمومي ضعيفي او يا موضعي علامي (Sign) د شعور د انحطاط سويه يا په پوهينه توب او يا کوما د نوټ کرل شي.

لابراتواري کڼې :

- A. د وينې کڼې (هيموگرام):
1. لوکوسيتوز د سپيس سره او وينه لږي يا انيميا په مزمن ډول پښتورگونه برياليتوب (CRF) کېنې ليدل کېږي .
2. الکترولايټونه BUN او کرياتينين : که د سيروم دکلورايد اندازه اوسويه لوړه وي پدې صورت کېنې Nan Anion Gap ، ميټابوليک اسيدوزس . همدارنگه د Anion Gap اندازه دي د پخوا په څير وگڼل شي د الکترولايټونو د ټاکلو پر مهال دي اړوند معلوماتونه راټول شي ښائي د پښتورگونه برياليتوب شته والي ولري .
3. د وينې گلوکوز او کيټون سويه : که چېرې د دوي سويه لوړه وي دابه د ډيابټ ښکارندوي وي .
4. دلکټېټ سويه : د سپيس او پرفيوزن لږوالي په صورت کېنې لورېږي .

5. د شریان وینې گازاتو سویه : په تکراري بڼه که { Arterial Blood Gas(ABG) } بدلون څرګند کړي نو د درملنې مداخلې ته اړتیا پر یوې

B نوري کتنې :

1. د صدر رادیوګرافي (Chest X-Ray) : د صدر رادیوګرافي دي د ارتشاحاتو (Infiltration) لپاره وارزول شي همدارنگه ريوې اذیما ، پلورائي انصباب ، اوداندو تراخیال ټیوب پوزیشن (فرضي موقیعت تقریبا 2cm پورته له Carina څخه وي).
2. E.C.G with rhythm strip : دا ډول آزمايښت به د اریتمیا کانو نثیت لپاره تر سره شی.
3. EMG : د ايو ډول اختصاصي عصبي آزموينې دي اوشائني دعصبي لومړني حالتونو پیژندنې لپاره ضروري وکیل شي.

د درملنې پلان نیول :

په عمومي بڼه د دواوو میټابولیک او تنفسي اسیدوز د درملنې په موخه په لاندې ډول علتونه باید له منځه یوړل شي لومړي اوبېړنۍ توګه باید د اسیدوز حاد حالت تر درملنې لاندې ونیول شي اولومړي ترټولو Sodium Bicarbonate دورید له لارې ناروغ ته ورکړل شي اوها پروتیلیشن دها بیوکسیا دله منځه وړلو لپاره ترسره شي په پرلپسې توګه باید وینې pH وټاکل شي ترڅو د درملنې پرمخګ اړوند معلومات ترلاسه نشي.

-A Metabolic Acidosis :

1- دبای کاربونیټ پواسطه درملنه : که چېرې  $pH < 7.20$  څخه وي دورید له لارې دي

Bicarbonate بای کاربونیټ محلول ورکړل شي.

a- لاندې فورمول دي پکار یوړل شي .

$$\text{Patient's weight (in Kg)} \times (0.40) \times 24 - [\text{HCO}_3^-] = \text{Total number mEq of HCO}_3^- \text{ needed.}$$

b- نیمايي (50%) لږي اندازي څخه دي د دولس ساعته موده کېنې دبای کاربونیټ  $D_5W$

ګلوکوز محلول سره ګډېږي او ناروغ ته ورکول شی.

c- لاندې حالتونه د بای کاربونیټ د درملنې اختلاطونه بلل شی :

- هاپرناټریمیا

- د حجم (والیوم) زیاتوالي .

- هاپوکالیمیا لږي کبله چې پوتاشیم حجراتو ته لیردول کېږي چې pH زیاتوالي مومي.

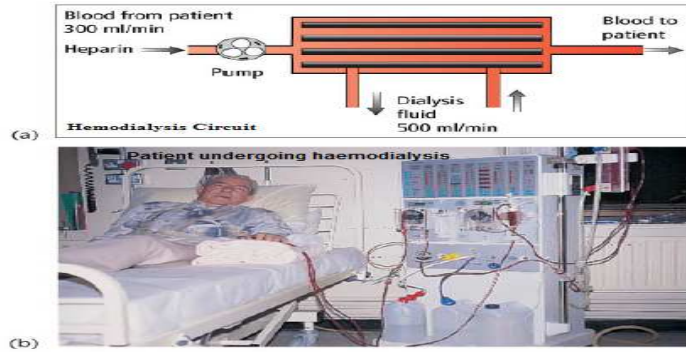
2- دلاندې علتونو درملنه دي وشي :

1. حجم دي سپسیس له کبله اعاده کړل شي اود هیموکریټیک شاک او لکټیک اسیدوزس درملنه دي وشي.

2. انسولین اود سالیڼ محلول دي د دیابیتیک کیتواسیدوزس لپاره ورکړل شي .

3. د پښتورګو عدم کفایي په صورت هیموډیالیز ته اړتیا ده.





B- تنفسي اسيدوزس : پدې لړ کېښې دي دلاندې لاملونو پلټنه اودرملنه وشي.

1. که چېرې اړتيا پر يوزي ددرملنې په موخه ناروغ ته شزني ټيوب تطبيق اومېخانيکي تنفس دي پيل کړل شي ، اوکه چېرې دمخه ناروغ ته شزني ټيوب تير شوې وي اوپه روښانه توگه تنفسي اسيدوزس ولري داستاڅو وينټيليشن دي زيات کړل شي او د ټايدل واليوم اندازې دې تر (Up to 10-15 ml/kg) پورې لوړ بيول شي اوپدې حالت کېښې دې د شهيتي فشار (Peak) اودتنفسي چټکتيا اواندازه وټاکل اوتعقيب کړل شي.
2. په بېړنۍ حالاتو کېښې دې ناروغ دوينټيلاتور ځني خلاص کړل شي اودلاس پواسطه (Hyper Ventilation) ترسره شي همدارنگه دا مهم دي چې دتنفسي لارې په پاکولو دومره ډير ټاگيد اوټينگارنه کېږي اوافرازات دي هره گړي نه سکشن کېږي ترڅو ناروغ ته په کافي اندازه اکسيجن ورکړل شي. کله چه مېخانيکي وينټيليشن ورکول کېږي سيديشن اواراميا ډيره مهمه گڼل کېږي چې وروسته يادونه کېږي.

## الکلوزس

### Alkalosis

که چېرې دوينې دقلويت حالت ( $pH > 7.1-7.2$ ) زيات او لوړ شي نودغه اصطلاح ورته نومول کېږي. دپيلگې په توگه لاندې مثال ته د لاروښاتيا لپاره پاملرنه وکړي.

که چېرې يو ناروغ چې 47 کاله عمر ولري اوشخينه ناروغ وي د ICU يا دجدي څارني يونټ ته راورل شي چې يوه ورځ ئي دتوراکومي ورته د Anti reflux کړنه ورته ددرملنې په موخه ترسره شويوي اود وينټيلاتور لاندې وي اودوينې pH اندازه ئي 7.56 وي سمدلاسه لاندې پوښتې مطرح کېږي .

- a- آيا ناروغ تروينټيلاتور لاندې دي اوکه وي نودتنفسي چټکتيا يا سويه او Tidal Volume اندازه يې څومره ده؟ بنسټي چې الکلوزس ئي دډير وينټيليشن له کبله وي دلر Minute Ventilation ټاگه هم ډيره مهمه ده لډي کبله ( Assist Control يا IMC ) اندازه همدارنگه لکه حجم دهرسره کېښلو (تنفس) لپاره چې ترسره کېږي يا (Tidal Volume)

اندازه ډیره مهمه ده چې وټاکل شي . د (Tidal Volume) حجم اندازه چې (10-15 cc/kg) ده باید وټاکل شي دا لاندې فورمول پکار یووړل شي.

$$\text{Minute Ventilation} = \text{Rate} \times \text{Tidal Volume}$$

هرراز بدلون د پارامتر به د Minute Ventilation تراغیري لاندې راوړي.

b- ناروغ کوم ډول درمل اخلي؟ باید چې یقینې شو چې یولړ درمل چې غوره رول لري ناروغ ته ورکول کېږي که نه . یولړ درمل لکه دیورتیکونه Thiazides چې د Contraction Alkalosis لامل ګرځي، اویا په زیاته پیمانه که چېرې بای کاربونیټ ورکول کېږي او یا هم د بای کاربونیټ پریکارسورونه ورکړه لکه د Acetate شتون په محلولونو کې دا د میتابولیک الکالوزس سبب کېدلای شي.

c- د ورید له لارې د مایعاتو جوړښت څه دي؟ باید یقین ترلاسه کړو چې د بای کاربونیټ اضافه اندازه خومره ده او درینګر په محلول کېږي د بای کاربونیټ ماده شته والې لری باید د بای کاربونیټ ورکړي سره ورنکړل شي. او همدارنگه یقین ترلاسه کړي چې ناروغ په کافي اندازه کلوراید

[80-100 mEq/day) ، اخلي او که لکه (NaCl په محلول کېږي + دضایعاتو اندازه) .

اویاهم (80-100 mEq /day add NaCl Plus Losses).

d- همدارنگه یقین دي ترلاسه شي چې N.G Tub ناروغ ته تطبیق دي او که ګانګي شتون لري. د NG Tube دمعدې څخه د HCl اندازه د هضمي جهاز دضایعاتو ټاکنې لپاره ضروري ده ځکه چې داد Hypochloremic Alkalosis سبب د جراحی په ناروغانو کېږي کېدلای شي.

توپیري پیژندنه :

ددي مقصد ترلاسه کولو لپاره داسې ډوزس ټاکنې څیرکړنه ترسره کېږي چې آیا دا الکالوزس تنفسي دي او که میتابولیک باید توپیري وشي.

A- میتابولیک الکالوزس Metabolic Alkalosis :

داحالت تلمدام دوینې دسیروم د بای کاربونیټ دلوړوالي له مخې کېږي او همدارنگه اعاده ئي تل د Hypoventilation اودپنټورگو له لارې د بای کاربونیټ اطراح پواسطه کېږي او پیژندنه ئي د pH دسویې د لوړوالي چې دشریاني وینې د کاربن دای اوکساید فشار PCO<sub>2</sub> اندازه به ورسره لوړه اویا نورمال ثابت کړل شي.

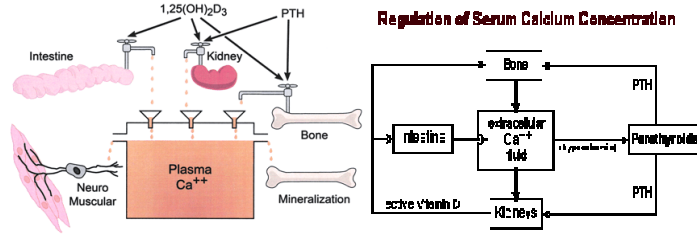
1- د HCl ضایع کېدنه په لاندې حالاتو کېږي لیدل کېږي:

- i. Nasogastric Suction اویا ګانګي کوي.
- ii. Villous adenomas چې دپوتاشیم ضایع کېدنې لامل ګرځي .
- iii. ددیورتیکونو پواسطه په ځانګړي توګه Thiazids تیاژیدونه.
- iv. له هایپرکینیا وروسته Post hypercapnia

2- Chloride Resistant

- i. د بای کاربونیټ ورکړه دخولې اویا ورید له لارې
- ii. مزمن هایپوکالیمیا Chronic hypokalemia

iii. پرايمري هايپرالډوسټيرويزم دکوشنگ سندروم اودبهرني سټروئيدونو ورکړه.



B - تنفسي الکلوزس Respiratory alkalosis:

په هغه حالاتو کې چې د  $PCO_2$  اندازه لږوالی ومومي او همدارنگه که چېرې باي کاربونيټ ډېپنټورگول لارې ډېر اطراح شي د معاوضي ميکانيزم له مخي هايپرونيټيشن منځ ته راځي او په لاندې حالتونو کې بدلون مومي .

i. اضطراب Anxiety

ii. د هايپرميټابولیک حالت لکه (په تبه اوسپيس) کېږي.

iii. Iatrogenic سبب لکه چې دوينټيلاتور چټکيا چې ډير تنفسي حالت منځ ته راځي او د Tidal Volume اندازه لږه وي.

iv. بلارېنټ Pregnancy

v. دسيروزس حالت

vi. دزړه ناروغۍ چې په صدري درد کېږي څپل کېږي .

vii. دسږو ناروغۍ چې په Dyspnea کېږي څپل کېږي .

viii. د Brian Stem آټونه چې د عصبي ناروغيو په لړ کېږي څپل کېږي .

ix. د Salicylate زهري مسموميت سره.

کلبنيکی کڼي:

د فزيکی کڼي غوره ټکي:

i. حياتي علايم: پدي لړ کېږي بايد دساه کېلو اندازي، Respiratory Rate، ټاکي پيا ته پاملرنه وشي چې تنفسي علتونه نکل کېږي .

ii. سږي: همدارنگه دسږو اذيا اورالونوته دي پاملرنه وشي.

iii. پوستکي: دالکھولو ډير استعمال له کبله دي لکه دورغوي سوروالي او Spider Angioma

(دغني انجيوما) نښانې وليدل شي.

## لابراتواري کښې:

- i. د سوررکمي (شريان) وينې گازاتو سويه دي وليدل شي لکه چې پخوا تري يادونه وشوه.
- ii. د سيروم الکترولايټونو سويه په ځانگړي توگه د هاپوکاليميا حالت چې د الکولوزس سره به مل وي.

- iii. د سيروم د ساليسلات سويه: بنائې چې په سيروم کېنې د Aspirin سويه لوړه وي اومسوميت ولري.

## iv. Spot Urine Electrolyte For Chloride :

ډاکړنه ډيره مرستندويه دميټابوليک الکولوزس پېژندنې ثابته شوېده که چېرې Chloride <10 mEq/L په ميټازوکېنې تشيت شي دابه ددي بنکارندوي وي چې دکلو رايد په وړاندي الکولوزس منځ ته راغلي چې دابه د (ديورتیکونو، دهضمي جهاز ضايعاتو) له کبله وي چې معمولاً به دکلو رايد د تطبيق پواسطه دوريد له لارې سمون ومومي اوناړوخ بنسټه والي مومي چې که چېرې (Urine Chloride >10 mEq/L) اندازه ولري دابه د Chloride resistance alkalosis پنامه ياد شي اودابه د (ادرينال ناروغيو اويواضافه بهرني سترويد استعمال له کبله وي) اوکټرا دکلو رايد انفيوزن او ورکولو پواسطه اصلاح نه مومي.

ددرملنې په موخه پلان نيول:

دا به ډيره ښه وي دلاملونو اوسيبونو د پېژندنې وروسه ددرملنې لپاره تصميم ونيول شي.

a- د بهرني Exogenous باي کاربونيت ورکړه دي ودرول شي همدارنگه دباي کاربونيت پريکارسور (Precursor) لکه (Acetate Salt مالکيو) (Amino acids) اندازه که چېرې په (Hyper alimentation) محلولونو کېنې وي د ورکړي اندازې ټاکې لپاره دې و ارزول شي. که چېرې (Hyper alimentation) په اساسي توگه وي دکلو رايد مالکيو اندازي دي په محلولونو کېنې لوړه يبول شي اوايمتواسيدونو محتوي ي لږه کړل شي.

b- دوريد له لارې معاوضه (I.V Replacement):

هغه حالت چې الکولوزس د HCl د ضايعاتو له کبله وي پدي حالت کېنې دي د (0.9 % NaCl) نورمال ساليين محلول د ورید له لارې تطبيق کړل شي او که الکولوزس دکلو رايد مقاوم (Chloride resistant) ډول څخه وي پدي حالت کېنې دي د ورید له لارې پوتاشيم کلو رايد (KCl) محلول د پرفيوزن په څېر ورکړل شي.

c- تسکين Sedation: بايد پدي حالت کېنې اضطراب (Anxiety) له منځه يوړل شي ځکه چې اضطراب د تنفسي الکولوزس لامل گرځي چې پدي لږ کېنې ډيازيپام گټه وړدي.

d- Increases FiCO<sub>2</sub>: بايد ماسک په غير اتوبيټ ناروغانو کېنې ډيا ساه کېنلو په موخه تشيت کړل شي ترڅو دتنفسي الکولوزس درملنه ترسره شي که چېرې Ventilator پواسطه ساه کېنل ترسره کېږي بايد د Minute Ventilation اندازه لږه کړل شي اوچټکيا دي لږ شي او

يا Tidal Volume اندازه دي لږه شي اويقتين دي ترلاسه شي چې د Tidal Volume 10-15cc/kg شي .

e- دهاپوکاليميا درملنه دي د ( IV Perfusion 1-2 mEq/Kg / Day ) (20mEq Kcl/L) د پذريعه وشي.

f- د حجم (واليوم) اعاده دي وشي د N.G Tube ضايعات دي محاسبه او د  $D_5 \frac{1}{2} NS$  محلول دي 20mEq Kcl/L سره ورکړل شي.



## درېم خپرکې

### انافېلالېک غبرگونونه ( درملوغبرگونونه)

#### Anaphylactic Reaction (Drug Reaction)

ستونزه :

یوناروغ چې وروسته له جراحی عملیات څخه ورته Dyspnea ( ذیق النفس) او هایپوټنشن او په عمومي بڼه د پوستکي اندفاع کاني (Rash) د ورید له لارې د پنسلین یا نورو درملو وروسته پیدا کېږي سمدلاسه لاندې پوښتنې مطرح کېږي .

- a. دناروغ حیاتي علایم څرنگه دي ؟ ټاكي کارډیا معمول نښه بلل کېږي اودانښايي ديولر حالاتو په وړاندې دغبرگون په توگه څرگند شي چې دغه حالات لکه هایپوکسیا ، ویره ، هایپوټنشن یا د فشار ښکته کېدنه ، اریتمیا چې سمدستي ئي درملنې ته اړتیا پرېوږي.
- b) آیا ناروغ کولای شي چې په مناسبه توگه اړیکه ټینگه کړي ؟ که چېرې ناروغ پوښتنو ته سم ځوابونه و وایي داپدې معني ده چې دناروغ د ماغزو(دماغ) اوکسیجن (Oxygenation) حالت پدغه مهال کښې ښه دي اوکه ځوابونه سم نه وي پدې معني ده چې شدید تنفسي اختلال او یا د تنفسي لارې د پورتنې برخې بندښت د لارېنګوسپزم او یا د حنجري اذینا او پرسوب له کبله شته والې لری .

- c) کوم راز درمل به ناروغ ته ورکړل شوی وي ؟ ډیر ډول درمل شته دي چې دغبرگون لپاره لامل گڼل کېږي ډیر معمول درمل لکه : د پنسلین او یا د هغه مشتقونه ، دیتا لکیم ډلي اتي بیوتیکونه (سفالوسپورینونه) اود ورید له لارې (Contrast) ښکارندویه مواد چې معمولاً د صفاوی لارې او بولي لارې د راډیوگرافي لپاره پکاروړل شی. آسپرین او غیرسټروئید ضد التهابی درمل (NSAID) او نور په حساسیت لرونکو ناروغانو کې دغبرگون لامل گرځېدلای شي دوینيې ترانسفیوژن (قل الدم) غبرگون څرگندونې وروسته څپرل کېږي دچېچونکو حشراتو او خزندگانو د چېچولو غبرگون څرگندوي او په یوډول ئي درملنه کېږي .



**توپيري پېژندنه :**

- اناښايلاکسس د تخنيک له پلوه د هغه اعراضو او علايمو پورې چې د اتني جن ميديت آزادېدو چې د IGE ميديا تورو نو پواسطه منځ ته راځي تر او لري دا کېدای شي چې موضعي لکه د الرژيک رينيت او يا هم سيستېک وي چې ژوند تر تهديد لاندې راوستلې شي.
- a. حاد الرژيک غبرگون (اناښايلاکسس) : په روغتونونو کې چې حاد حالت د درملو تطبيق په لړ کېښي ليدل کېږي ډېر لږ اندازه ئي دخوراکي توکو، محيطي يا چاپيريال موادو (Dust، Pollen) او خزندگانو او حشراتو د چيچلو له کبله منځ ته راځي.
- b. د تنفسي لارې د پورتنې برخې بندښت : داکېدای شي د اجنبي اجسامو ، د حنجري اذيم او حنجري سپزم له کبله وي چې په کلاسيکه بڼه پکېښي Stridor شته والې لري .
- c. د سالنډي حاده حمله: پدې حالت Wheezing د پخواني استما تاريخچه معمولاً شته والې لري.
- d. د سېرو امبولې : په ځانگړي توگه له عمليات وروسته منځ ته راځي خو پدې حالت کېښي په حاده توگه د ساه کېښلو لنډوالي Acutely Short of Breath شته والې لري .
- e. نور حالتونه : يولړ حالتونه نور هم شته والې لري چې وروسته هر يو څپرل کېږي (Dyspnea، Wheezing ، Hypotention) اونور.
- A- غوره فزيکي نښې نښانې په کتنه کېښي :
- i. حياتي علايم Vital Sign: پدې هکله هايپوتنشن بايد په پام کېښي وي.
  - ii. سېري Lungs : د سېرو په اصغاء کېښي بايد Wheezing ولټول شي چې د برانکوسپزم ښکارندوي دي او Stridor به د حنجري د سپزم ښکارندوي وي.
  - iii. پوستکي : په خيره بڼه د پوستکي اندفاع Urticaria ، Rashes ، خارشنت (Pruritis) ، د يوه حاد اناښايلاکسيک غبرگون سره مل وي.
  - iv. لاسونه پښي (Extrimities) دلته بايد د سيانوزس ولټول شي.
  - v. رواني حالت (Mental State) : بعضي حالتونه شته دي چې سمدلاسه تنفسي حمايت ته اړتيا لري چې د Hypercapnia د شديد حالت څرگندوي دي.



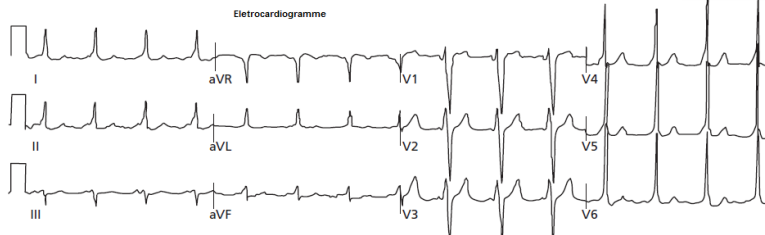
B- لابراتواري کتنې :

- دشریاني دوینې گازونه : دوینې دکازونو دسویي ټاکنې له مخې به دهاپوکسیا اوهاپیرکینیا په اړوند معلومات ترلاسه شي خو باید لومړي ترټولو دمخه د ستونزي درملنه وشي.

C- راډیولوژي اونوري څېړنې :

I- دصدر راډیوگرافي : دصدر راډیوگرافي Chest X-Ray که چېرې وخت وي ترسره شي دابه دتنفسي ستونزو نورو علتونو اړوند معلومات راکړي لکه : پنومونیا، CHF اونور ....

II- د زړه گراف (Electrocardiogram) : حاد میوکارډیا ل احتشاء کولاي شي چې دسږو اذینا منځ ته راوړي چې دشدید ذیق النفس Dyspnea سره به مل وي .



Right Ventricular Strain کېدای شي چې په سږو آمبولي کېنې له کبله منځ ته راشي او همدارنگه د میوکارډ احتشاء ښايي دشدید هاپوتنشن څخه په انافیلاکسیس کېنې منځ ته راشي.

د درملنې پلان :

دکلبنيکي نښونښاني له مخې دي په چټکي سره درملنه پیل شي اوپا دي نوري لابراتواري کتنې بشپړي شي همدارنگه دزړه اوسږو بیا رغونې(احیا) لپاره هڅه وشي. په لاندې توگه دي درملنه وشي:

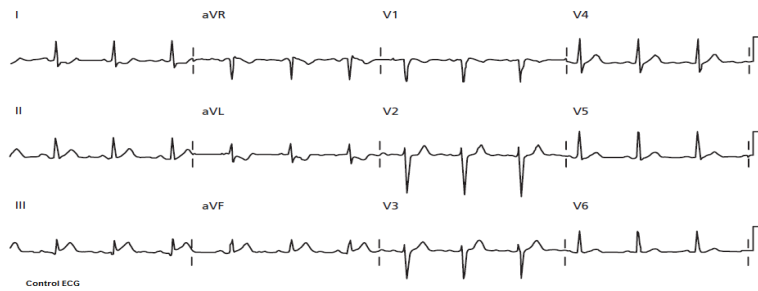
A- اوکسیجن Oxygen: اوکسیجن دمخ دماسک له لارې د شدید Dyspnea د له منځه وړلو په موخه پیل کړل شي او ښایې چه اتیوپوشن ته اړتیا وي په ډیر شدید حالت کېنې اتیوپوشن ترسره کېږي دا ډله ناروغان نشي کولاي پخپله د سږو افرازات کنټرول کړي اوپدې حالاتو کېنې په شریاني وینې د  $PCO_2$  سویه لوړه او  $PO_2$  سویه ډیره ټیټه وي.

B- اپي نفرین Epinephrin: اپي نفرین 1:1000 محلول دي 0.3-0.5cc په اندازه دي د تحت الجلد له لارې سمدلاسه ورکړل شي ترڅو لارښکوسپزم دله منځه وړلو چې په حیرانونکې او ډراماتیکه بڼه اصلاح منځ ته راوړي.

همدارنگه دCPR په حالاتو کېنې (1:10000) اندازه داپي نفرین محلول څخه دورید له لارې ورکول کېږي اود یادولو وړ بولو چې اپي نفرین ورکړه دي په هغه ناروغانو کېنې چې عمر ئي د (40) کالو څخه پورته وي په ډیر احتیاط سره ورکړل شي او یا هم ورنکړل شي.



- C دایفن هایدرامین Diphenhydramine: همدارنگه دایفن هایدرامین دي (25-50mg) دعضلاتو له لارې تطبیق اودایي نفرین محلول دي دهیستامین داغیزولو کولو په موخه ورکول شي همدارنگه دلومړي مرحلي اولو درجي انافیلایکیک غبرگون په له منځه وړلو کېږي ډېره کچه وړدي لکه په اورتيکاريا (urticaria) کېږي. دا درمل کولاي شو چې دوريد له لارې تطبیق کړو دډیر عمر درلودونکو ناروغانو کېږي دي پاملرنه وشي.
- D په لوړ دوز کلوکو کورتيکویډ: هایډروکورتیزون (100mg) دوريد له لارې ورکول کېږي چې ښائی دایي نفرین اودایفن هایدرامین درملو ورکولو ته هم اړتیا پریوزي.
- E دویني فشار: دویني فشار دایي نفرین اودایفن هایدرامین په ورکولو سره سمون مومي او همدارنگه دنورمال سالین (NaCl) محلول ته دحجم داصلاح لپاره کارول کېږي او همدارنگه (Dopamine یا Pressors) مادي ته دفشار د تقویت لپاره کله ناکله اړتیا پریوزي.
- F Monitoring نظارت اوڅارنه: د کلینک له پلوه دناروغ دحالاتو اصلاحاتو بڼه دي وڅارل شي دڅارنې پواسطه دي دناروغ بدلونونه ثبت کړل شي هر راز اړتیا ته دي پاملرنه وشي اودزړه اوسرود ودرېدنې مخه دي ونیول شي.



## وينه لږې (کمخونی Anemia)

تعريف : هغه ناروغان چې د وينې د هيموگلوبين اندازه يې د (10 gr % / dl) څخه راټيټه شي او د ناروغ پوستکي ، دسترگو منضمې او مخاطي غشأ رنگ ته سپينوالي او تېنېدلې بڼه وروښښي دغه حالت وينه لږې (کمخونی Anemia) بلل شي چې د بېلابېلو لاملونو له کبله پېښېږي .

د هيموگلوبين (Haemoglobin) جوړښت له څلور (Polypeptide Chains) ځنځيرونه ، دوه الفا ځنځير ونه (Two alpha) چې ټول (141 Amino Acid) په هر يوه کېښې شتون لري او دوه د بېتا ځنځيرونه (Beta chains) چې ټول (146 Amino Acid) لري .

هر يو د ځنځيرونو څخه يوه د اوسپنې هسته (One Haem) او د (Cyclic Tetrapyrrole) څخه جوړه ده چې يو مفرد ډپولي پېپټايد ځنځير د يوه (Haem) سره اړيکه لري چې د هيموگلوبين يوه برخه گڼل شي. په يوه بشپړ ماليکول کې (Four Subunits) سره د (Hydrogen Bonding) پواسطه يوځای کېږي ترڅو (Tetramer) جوړ کاندې. د يوه (Haem Proteins) دندې عبارت دی له : (Oxygen Binding ، Oxygen Transport او Electron Transport) څخه دي.

همدارنگه هر يو (Haem) د (Protoporphyrin- IX) او (Four Nitrogen Atoms) څخه جوړ دی او د (Ferrous ion Fe<sup>2+</sup>) لپاره (Co-ordinated) منځ ته راوړي او دنده تر سره کوي او (Fe<sup>2+</sup>) پخپل وار سره د (co-ordinated) په څېر د (Nitrogen Atom) په منځ کې د (Histidine) د پاتې شونو سره د گلوبين (Globin) ماليکول يوه برخه جوړوي. هيموگلوبين هغه برخه ده چې د اوکسيجن سره په سرو کې اړيکه منځ ته راوړي او زړه ته يې لېږدوي او له هغه ځايه يې انساجو ته او همدارنگه کاربن ډاي آکسايډ (Carbon Dioxide) بېرته سرو ته لېږدوي .

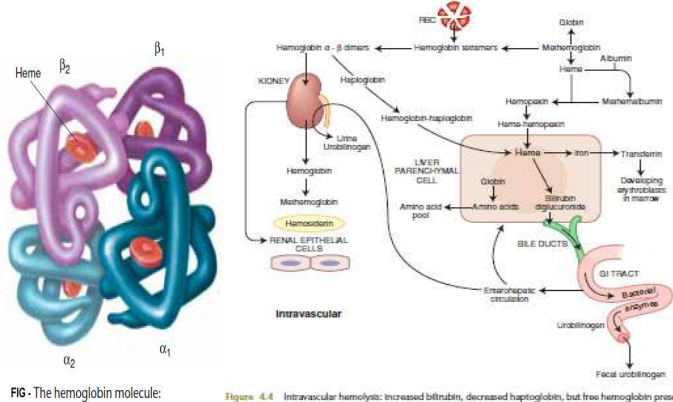


FIG - The hemoglobin molecule:

Figure 4.4 Intravascular hemolysis: increased bilirubin, decreased haptoglobin, but free hemoglobin present.

ستونزه : ديلگي په توگه که چېرې يوناروغ دوريدي وريکوز له کبله روغتون کېښې دبستر لپاره راشي او د هيماتوکريت اندازه يې (19%) له عمليات څخه دمخه وي لاندې پوښتنې سمداسه مطرح کيدلای شي:

- 1- آیا ناروغ د هیموډینامیک له پلوه ثابت دي او که ؟ هغه ناروغان چې په مزمن ډول وینه لري (Anemia) لري دوي د حجم د ضایع په وړاندې معمولاً معاوضه وي بڼه غوره کوي داډول ناروغان کولای شو چې د یوه (Order) تطبیق له مخې تر درملنې لاندې ونیسو او هغه ناروغانو چې د ټیټ هیماتوکریټ لري او په حاده بڼه وینه ضایع کړي پېړنۍ درملنې ته اړتیا لري ترڅو دوی بې حجم ژر تر ژره اعاده شي هغه ناروغان چې د کلبینیک له مخې وینه بهېدنه ولري دا ناروغان دي دروټین لابراتواري گڼو په لږ کبڼې وڅېړل شي ټاکی کارډیا او هاپوټنشن د هاپوولیمیا حساسه نښې بلل کېږي .
- 2- آیا ناروغ غایطه مواد(غول) کې د وینې پرن شوي بڼه شته او که ؟ په جراحی سرویس کبڼې که ناروغ بستر وي او هیماتوکریټ ټي ټیټ وي بنائې چې د هضمي جهاز وینه بهېدنه ولري ددې لپاره دي د وینې کبڼې لکه (MCV، MCH، MCHC)، د (CBC) له مخې ترسره شي او که چېرې دا د مایکروسایټیک، هاپوکرومیک انیمیا بنکارندوي چې پدې هکله وروسته څېړنه کېږي ددې څرگندوي وي چې د هضمي جهاز له لارې د وینې ضایع کېدنې چانس شته دي همدارنگه د Melana شته والې تور قیر ته ورته غول (Tarry Stols) اود تعوط د عادت او هضمي جهاز د طبیعت بدلون اړوند دي وپوښل شي او معلومات دي ترلاسه شي که چېرې د غایطه موادو لومړي کتنه منفي وي دویم اودریم ځل دې وینه وکل شي ترڅو بڼه ارزونه ترسره شي.
- 3- آیا ناروغ د وینې کمښت Anemia پخواني تاریخچه لري او که ؟ د ناروغ څخه دي د پخواني وینه لري تاریخچه اړوند پوښتنه وشي او ثبت دي کړل شي او همدارنگه د فامیلی وینه لري اړوند دي معلومات ترلاسه شي .
- 4- آیا د ټیټ هیماتوکریټ تاج صحیح دي او که ؟ که د هیماتوکریټ د تاجو اړوند کوم ډول شک شته والې ولری اود ناروغ د بڼې سره سمون ولري نو پدې هکله دي داشتباه منبع ولټول شي لکه
  - i. دڅو ناروغانو ازموینه دي یوځای واستول شي.
  - ii. د ماشین تخنیکي ستونزي دي وپلټل شي.
  - iii. وینه دي له ورید څخه راواخیستل شي غلطې او ناسمې تیجې لابراتواري کبڼې غیر معمول خبره ده په تکراري بڼه دې کتنه تر سره شي اوناړوغ دې تعقیب شي.
- 5- آیا په وینې بانک کبڼې وینه شته او که ؟ که چېرې په پېړنۍ توگه ناروغ ته د وینې اړتیا وي باید د بانک څخه پوښتنه وي چې وینه لري او که .  
 نمونه دي دگروپ ټاکی او Cross-match په موخه بانک ته واستول شي ترڅو چې د هیموډینامیک له پلوه غیر ثابتوالي تثبیت نشي باید ناروغ ته وینه تیره نکړل شي او انتظار دې وایستل شی .

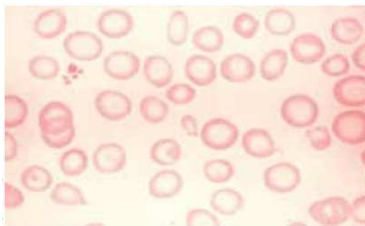


Figure 5.4 Microcytic and hypochromic red cells.

توپيري پېژندنه :

A- په غير مناسبه توګه دسره کړيواتو توليد :

1- د هيموګلوبين توليد نيمګړتياوي له کبله :

a. داوسپني لږوالي Iron Deficiency : دا تل مدام د وينې د مژمن ډول ضايع کېدنې او د

اوسپني د غير مناسب اولږ خوراک له کبله مينځ ته راځي.

b. Folate deficiency : دامیګا بلاستيک انيميا ډول دي چې د خوراک لږوالي او الکھولیک کسانو

کېنې ليدل کېږي .

c. Vitamin B<sub>12</sub> : میګالوبلاستيک انيميا بنائې د ایلوم قطع کولو او Sprue نس ناستې کېنې ولیدل شي.

d. Thalasemia : پدې حالت کېنې په ارثي توګه د هيموګلوبين جوړښت کېنې نيمګړتيا شته والې

لری .

2- غير مناسبه توګه دسره کړيواتو توليد دنورو علتونوله کبله :

a. Marrow aplasia : داد درملو او کيمياوي موادو علتونوله کبله وي.

b. Marrow replacement : داد نيوپلازيا اويا فيروزس له کبله وي.

c. مژمن ناروغی ، سيستمیک ناروغی کولاي شي چې نورموکروميک نورموسايتیک انيميا منځ ته

راوړي .

دمژمن کليوي عدم کفايه نورډولونه دانيميا داريتروپوئين دنشتوالي له کبله منځ ته راوړي.

B- سره کړيواتو ويجاړيدنه :

1- داخل کپسولي نيمګړتيا Intra capsular defect :

a. ارثي سفيروسايتوزس Hereditary Spherocytosis

b. دانزيمونو نشتوالي Enzyme deficiency

c. Sickle cell disease

2- Extra capsular defect

a. همولايتیک انيميا : داد اوتوايمون غيرګون چې معمولاً د درملوله کبله مينځ ته راځي چې بنائې د

سيستمیک اوتوايمون ناروغيو يوه برخه وي.

b. همولايزس دزړه د والف پروسټيز له کبله.

C- دسره کړيواتو ضايعات :

دسره کړيواتو ضايعاتو حالت د وينه بهيدنه چې که څه هم د هضمی جهاز (G.I System) اويا هم

د بولي تناسلی جهاز (UG system) له کبله : ( لکه حيض ، غيروظیفوي رحمي وينه بهيدنې په

بنځو کېنې) خلف پريتواني ، بهرني وينه بهيدنې دجراحی عمليات څخه وروسته .

الف: فزيکی غوره ټکي :

▪ حياتي علايم : اورتوسايتیک هايپوتنشن اوټاکي کارډيا دانيميا لپاره د هيموډينامیک بدلون

غوره ټکي دي.

- پوستکي : خثافت ، کم رنگه منضمه او د نوکانو بستر ديلا بيلو درجو وينه لري بنکارندوي کيدلای شي.
- گډه (بطن) : د توري لويوالي Splenomegali په هيمولايټيک انيميا کېنې ترسترگو او ثبیت کېږي او همدارنگه د Intra carpuscular defect حالت کېنې د سرو کړيو اتو تخريب ليدل کېږي او Myeloid metaplasia ميا لوييد ميا پلازیا کېنې د توري لويوالي ليدل کېږي کېدای شي چې دخيشو کلاتو په لړ کېنې دگډې کلي ثبیت کېږي .



- دريکوم کته : پدي کته کېنې د ډير پاملرنه وشي چې که چېرې کومه کله شته والې ولري او يا هم که چېرې کومه دوينې پرن شوي غوټه شته والې ولري بايد وڅېړل شي .  
ب: لابراتواري کته :

لابراتواري کتني د وينه لړۍ ناروغۍ د پيژندنې اړوند ډېره ښه او گوره آزموينه بلل کېږي او د لابراتواري هيماتولوژي کتني بايد ترسره شي او د مايکروسکوپ پذريعه دغه کتني ترسره کول د ناروغيو پيژندنې کې هاص اهميت لري او نورې کتني هم ترسره کېږي.

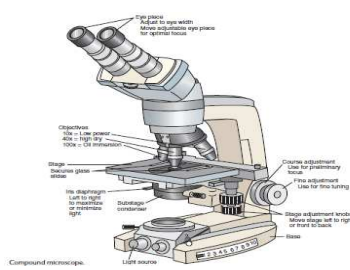


Table of Hemogram Test for results			
No	Test	Result	Normal Range
1	WBC	?	4.8 to 10.8 x 10 <sup>9</sup> /L
2	RBC	?	4.7 to 6.1 x 10 <sup>12</sup> /L
3	Hgb	?	14 to 18 g/dL
4	Hct	?	37 to 47 %
5	MCV	?	80 to 100 fL
6	MCH	?	27 to 31 pg
7	MCHC	?	31 to 36 %
8	RDW	?	11.5 to 14.5 %
9	Platelets	?	150 to 350 x 10 <sup>3</sup> /μL

1- هیموگرام Hemogram:

د هیماتوکریټ کچه او اندازه دي ولیدله شي همدارنگه د سپینو کړیواتو اندازه دي ولیدل شي او د پلاټلټ کچه دي وټاکل شي ترڅو د لوکیما او Bone Marrow Depression اړوند معلومات ترلاسه شي.

2- Red Blood Cells Indices:

د MCV او MCHC ګڼه دانیمیا تصنیف اړوند معلومات راګوي د RBC د سایز له مخي Normocytic ، Microcytic او Macrocytic ډولونه ټاکل کېږي او هیموګلوبین درلودونکي هایپوکرومیک ، نارموکرومیک ډولونه لیدل کېږي .

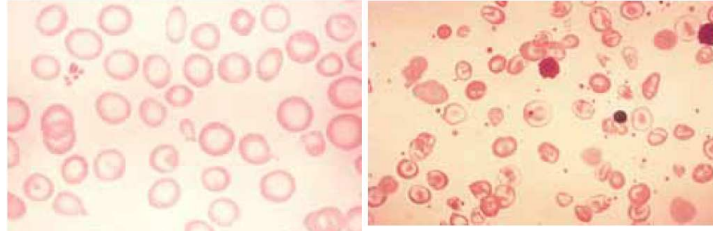


Figure . Microcytic and hypochromic red cells.

Figure . Thalassemia major, showing a high degree of poikilocytosis and nRBCs.

د اوسپني دنشتوالي انیمیا مایکروسایټیک او هایپوکرومیک وي حال داچې په وصفي توګه ماکروسایټیک ډول به د میګالوبلاستیګ انیمیا بنسټونکي وي.

3- Peripheral Blood Smear:

همدارنگه دا ډول د وینې ګڼه هم ترسره کېږي خو ځینې وخت د سره کړیواتو د سایز او اندازي ټاکي اړوند غلط معلومات ورکوي. لکه Microcytic او Macrocytic دواړه بوځاي پېښېږي او د پېژندنې وړګرځي او MCV هم بنسټي نورمال وي . اوسره کړیواتو د شکل اوبني ټاکنه (Fragments RBC او Spherocytosis، Elliptocytosis) ځینې وخت مرستندویه دي.

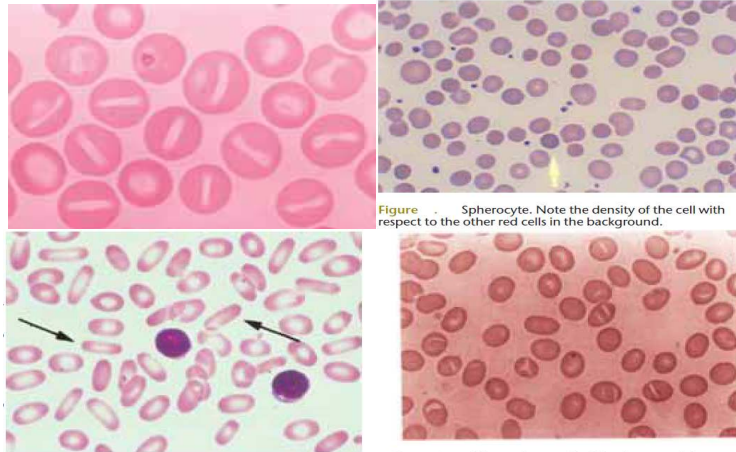


Figure . Spherocyte. Note the density of the cell with respect to the other red cells in the background.

Figure . Elliptocytes. Note these cells are pencil shaped.

Figure . Photomicrograph of Southeastern Asian ovalocytosis.

- 4- رېټیکولوسایټونو مقدار: دا په Bone marrow کېږي د سره کړيواتو د جوړېدنې سوپه ټاکنې.  
 5- وينې کيمياوي کڼي (BUN) ، Urea، Creatinin: دا ښايي چې وکړاي شي د پښتورگو د عدم کلاسي معلومات څرګند کړي او همدارنګه Indirect Bilirubine لورپه سوپه به د هيمولايټک انيميا اړوند معلومات ورکړي.

6- (TIBC) Iron Total Iron Binding Capacity :

که دا اوسپني نشوالي ډول انيميا وي پدې حالت کېږي به د وينې اوسپنه لږه وي او (TIBC) به زياتوالي ولري. د زمونږ ناروغيو په لړ کېږي هم د وينې په سيروم کېږي د اوسپني سوپه ټيټه او يا نورماله پاتې کېدلای شي او (TIBC) اندازه ټيټه وي.

7- Vit . B<sub>12</sub>،Folate سوپه: پدې کتنه کېږي د سيروم کېږي که چېرې سوپه ټيټه وي او همدارول نورميټابولايټونه کېدای شي چې د انيميا علت وګرځي.

8- هيموګلوبين: په هيمولايټک انيميا کېږي ټيټه سوپه لري.

9- Coombs Test: ددې آزموينې پواسطه په وينه کېږي د IgM او IgG اتې باډي ګانو اندازه کېږي او په هيمولايټک انيميا کې ليدل کېږي.

راډيولوژيک او نوري کڼي:

- د صدر راډيوګرافي ښايي د سرېو د زمونږ ناروغيو اړوند معلومات ورکړي.
- CT- Scan ښايي چې د خښو کلو اړوند معلومات څرګند کړي.
- د ګډې ټراساوند کولای شي چې بېلابېلې کلاسي ثبوت کړي.
- بيوپسي (Biopsy): بيوپسي اخيستل يو غوره کار بلل شي چې د ستنې پذيربه دا کړنه تر سره کېږي او هډوکو ماغزو (مخ عظم) کړنه غوره بلل شي
- Bone Marrow Biopsy: که چېرې درټيکولوسايټ اندازه ښکته يا ټيټه وي د اړترو سايټ پريکورسورونه به وارزول شي د اوسپني زيرمي به وټاکل شي او په هډوکي مخ يا ماغزو تعويض به د ارتشاحي ناروغيو پروسې پواسطه وليدل شي.

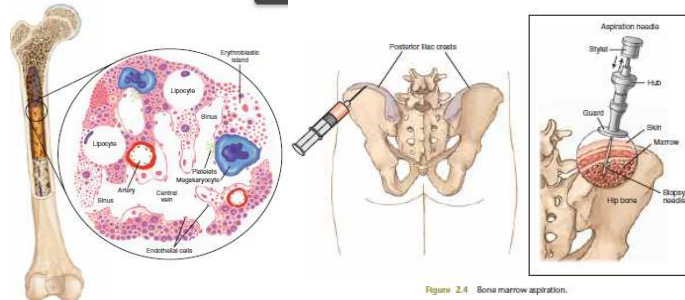


Figure 2.4 Bone marrow aspiration.

- د هضمي جهاز کړنې (G.I Workup): پدې لړ کېږي به د پورتنې معدې معائني سيستم ارزونه وشي او باريوم انيما، کولونوسکوپي، پورتنی هضمي جهاز اندوسکوپي، انجيوګرافي او يا د

(Tagged red blood cell nuclear scan) بنائې دمعدې اوکولمو دسیستم له لارې د وینه

لرې منابع څرګندې کاندې.

ددرملنې پلان :

A- حاد منجمنت:

که چېرې په حاده بڼه هیموډینامیکه او واضح ډول وینه لرې شته والې ولری پدې حالت کېنې دي ورید ته کولا تېره د وینې نمونې لپاره دې وینه واخیستل شي اودهاپووالیمیا د اعاده کولو په موخه دې مایعات ناروغ ته ورکړل شي غایطه مواد دي د وینې د شته والی په موخه لابراتوار ته واستول شي . N.G Tube دې معدې ته دپورتنې هضمي جهاز وینه بهېدنې تثبیت لپاره تیر کړل شي.

B – ارزول Evaluation:

دهضمي جهاز د وینه بهېدنې تثبیت په موخه دي لکه چې پخوا مو وویل څیرنه پیل کړل شي د لابراتوار له لارې د وینې ګڼه اودهیماتولوژي متخصص مشوره دې واخیستل شي.

C- ځانګړي او اختصاصي درملنه :

- 1- د اوسپنې کمښت وینه لرې (Iron Deficiency Anemia) : Ferrous Sulfat او یا Ferrous Gluconate دي د  $325\text{mg}/8^{\text{h}}$  په اندازه دورځي درې ځله ناروغ ته ورکړل شي دلچې د اوسپنې نابلتونه دقبضیت سبب ګرځي باید لږه اندازه دقبضیت ضد مواد دي هم ورکړل شي او ناروغ دي پوه کړل شي د اوسپنې خوراک له کبله دغایطه موادو رنگ توروالي مومي.
- 2- د فولیک اسید کمښت (Folate Deficiency) : دا د  $1\text{mg}$  په اندازه دخولې لارې اویا دوریدي مایعاتو په لږ کېنې ورکړل شي.
- 3- Vitamine B<sub>12</sub> deficiency : د ورځي زرمایکروګرام په اندازه دعضلي له لارې د څوارلس ورځو لپاره او وروسته بیا د میاشتي زرمایکروګرام دعضلي له لارې ورکول کېږي .
- 4- هیمولایټیک انیمیا : دامعمولاً دکلوکورټیکوئیدونو پواسطه درملنه کېږي لکه Prednizolon  $60-100\text{mg}/\text{Day}$  دورځي چې بنائې د Spleenectomy ته اړتیا پرېوزي.
- 5- Intra Carpuscular Red Blood Cell Defect : ددې لپاره معمولاً Spleenectomy اړین بلل کېږي .
- 6- نقل الدم Transfusion : د اړتیا پرمهال دي ناروغ ته وینې ورکول (نقل الدم) ترسره شي.
- 7- عملیات Operation: پدې هکله د هضمي جهاز د ارزونې د وینه بهېدنې ټکي د تثبیت وروسته جراحی عملیات ته بنائې اړتیا پرېوزي.
- 8- H<sub>2</sub>- Receptor Blockers & Anti Acid : د معدې او اثناعشر د قرحوي ناروغیو درملنې په موخه پکارول کېږي .



### د رګونو شرياني لارې ستونزمن حالتونه

#### Arterial Line Problems

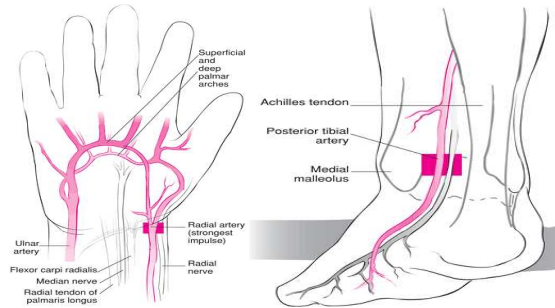
ستونزه: يوه ناروغ ته چې ورته ريوې لوبګومي ترسره شويده د عمليات په لومړي ورځ د شرياني رګ کېټر بندښت منځ ته راغلي او وظيفه نه ترسره کوي سمدلاسه لاندې پوښتنې مطرح کېږي .

A- د Tracing منظره څه ډول ده ؟ د Tracing نشتوالي به ددې ښکارندوي وي چې په کېټر کېښې به پرې شوې وينه (Clot) منځ ته راغلي وي که چېرې نورمال Tracing شته والې ولري ددې ښودونکي دي چې شرياني بهير په کېټر کېښې شته والې لري او بندښت به د پرې وينې يا هوا له کبله منځ ته راشي.

B- د لاس يا پښې بعيده برخه دي پلټل شي ؟ د لاین يا کېټر څخه بعيده برخه دي وګل شي که چېرې بعيده برخه اسکيميا ولري دا پدې معني ده چې کېټر بنددي بايد لاین يا کېټر راويستل شي.

C- آیا کولاي شو چې وينه له کېټر څخه بهر ته راوباسو ؟ که چېرې دکېټر راويستل مطرح نه وي وينه دي تري راويستل شي او وظيفه دي دوينې د فشار ټاکنې اومونيتور پواسطه وڅارل شي.

D- آیا شرياني فشار د Cuff pressure پواسطه ټاکل کېږي که د شريان فشار دي تعقيب او وټاکل شي د Cuff pressure اندازه عموماً 10-15mmHg د شرياني line برخه کېښې لوستل کېږي .



توپيري پېژندنه:

A- Mechanical مېخانيکي :

i. Kinked Catheter قات شوي کېټر: که چېرې کېټر قات Kink شي پدې کېښې به بهير يا Tracing ترسرتګونشي اود وينې علقه به هم له هغه ځايه به بي ځايه نشي اوله هغه څخه به وينه بهر ته را ونه ايسل شي.

ii. Clotted Catheter: په کېټر کېښې دعلقي له کبله منځ ته راځي اودا اکثراً د ناکافي هپارين ورکړي څخه منځ ته راځي.

- iii. Faulty monitor/Transducer: دمونیټور او ټرانسدیوسر غلطې کېدای شي چې ورته ستونزه منځ ته راوړي خود ICU کارکوونکي ددې ستونزې سره بلد دي چې ښایي دا د نوموړي آلاتو، ماشین اویا برېښنا دستونزې له کبله وي.
- iv. Cracked Catheter: وینه بهېدنه، هوا، دلاين در اوښتو او یا ننویستلو پرمهال هلته منځ ته راځي د Tracing نشتوالي ښایي ترسټرګو شي یا بد پدې هکله خپل اطمینان حاصل کړل شي چې تخنیکي عارضه شته والې ونلری .
- v. Positional Catheter: دامعمولا کټېتر د لارې اوپوزیشن ورکولو پرمهال دګڼدلو اوځاي پرځاي کولو یوه ستونزه ګڼل کېږي چې ورته پاملرنه ضروري ده.
- B Vascular درګونو اړوند:

- 1- Thrombosed Vessel ترومبوزي رګ: قریبه نبض دي چک کړل شي که اړتياوي د التراسونډ Doppler Probe دي وکارول شي دخطر فکتورونه لکه هایپوټینشن او مېخانيکي فشار راوړل ترڅو وینه ودرېږي دغټ قطر درلودونکي کټېتر استعمال اوپکاروړل، داوږدي مودي لپاره د کټېتر پرېښودل په رګ کېږي یولړ خطر ونه شمېرل شوېدي.
- 2- د کټېتر د چاپېر رګ خړیدنه د وینه بهېدنه سبب ګرځي دا وروسته له یوه ستونزه درلودونکي کټ د ډون (Cut down) وروسته منځ ته راځي د فشار راوسل په هره وینه بهېدنه کېږي ستونزه دي کټرول شي همدارنگه Peri Arterial Hematoma ښایي وروسته د کاذب انیـ وریزم Pseudo Anurism منځ ته راتلو سبب وګرځي .

#### A- د فزیکي کټې غوره ټکي:

- 1- د کټې د تطبیق دځاي په برخه کېږي دي د وینه بهېدنه اویا اتاناتو (قیح یا زویو) ښې ښایي ولټول شي او خیاطه دي د ګڼدول شوې برخه کېږي ولیدل چې مطمین دي اوکله.
- 2- بعیده برخې د لاسونو اویا پښو دي چې هلته داسکیمیا کومه نښه شته اوکله.
- 3- د ټول ټیوب، ټرانسدیوسر، مونیتور سیسټم دي ولټول شي او انفیوژن لین فشار دي ولټول شي او همدارنگه د ټیوب کومه فات Kink شوې اویا جلا شوې (Disconnected) شوې اوکله.
- B د لابر اتوار کټې:

دوینې کټې دي د (BT) Bleeding Time او (CT) Clotting Time او (PT) پروټرومین او ترومبوپلاستین ټایم (PTT) او پلاټیلیټ او فیبرین اړوند معلومات راټول شي که چېرې په خپره بڼه وینه بهېدنه شته والې ولری باید د پورته ذکر شویو توکو اړوند معلومات راټول شي دهما توکریټ ټاکنه په شديده وینه بهېدنه کېږي اړین بلل کېږي .

#### د درملنې پلان

- A. وینه بهېدنه (Bleeding): که چېرې په ساحه کېږي وینه بهېدنه شته والې ولری د فشاري پانسماں څخه دي نیغ په نیغه د جرحې لپاسه کارواخیستل شي خو وینه ودرېږي او له

نورو ځایونو څخه وینه بهېدنه به د Disseminated Intravascular coagulopathy (DIC) اړوند ویل شي.

کله چې کبتر راویسټل شي د لس دقیقو لپاره دي په ساحه باندې فشار راوړل شي ترڅو د وینه بهېدنې مخه ونیول شي معنده ډول منح ته راغلي هیماتوما وروسته مهال بنسټي دکاذب انیوریزم جوړیدني ته زمینه برابره کړي.

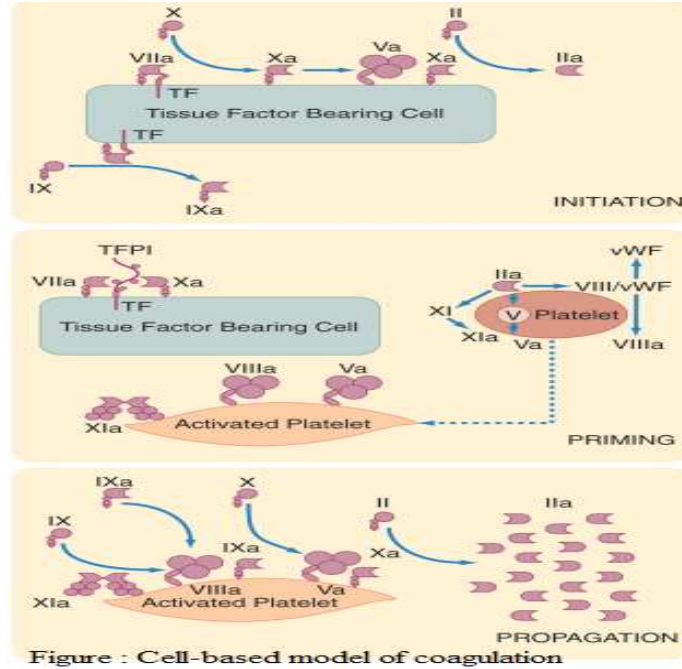
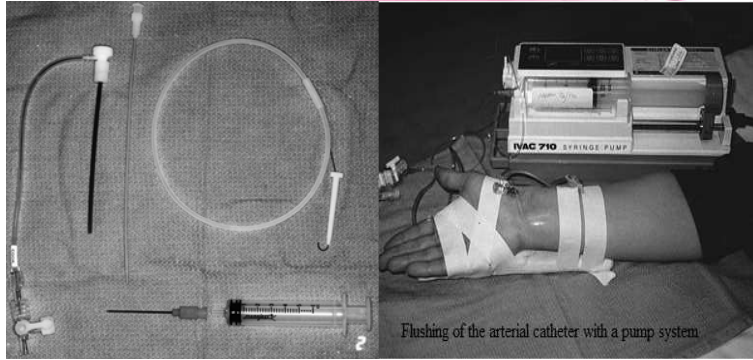
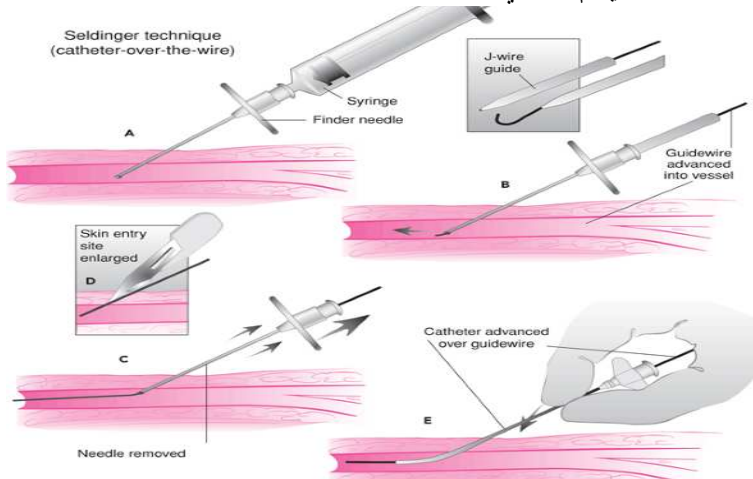


Figure : Cell-based model of coagulation

B. میخانیکي ستونزې:

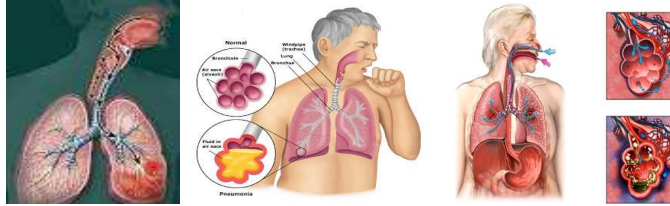
- 1- Armboard استعمال د Arterial Line د تطبیق په ساحه کېنې د ډیرو میخانیکي ستونزو مخه نیولای شي دکبتر د پوزیشن ستونزه بنسټي د Armboard څخه گټه اخیستلو اویا یا گډلوله لارې له منځه ولاړه شي.
  - 2- قات شوې Kinked اوباعلقه ئي کبتر باید بیا کینودل شي.
    - i. که چېرې کبتر پرني شوې Clot حالت منح ته راغلي وي دهغي دله منځه وړلو لپاره دي په کافي اندازه هیپارین معمولاً (2-4 Unit/ml) ورکول شي.
    - ii. مداوم Flushing سیستم ته نسبت متناوب Flushing سیستم ته ترجیح ورکول کېږي .
    - iii. که چېرې رگونه پرته له تخریب څخه ظاهر شي دکبتر بدلون دمعمم شرایطولاندې ترسره شي په ډیر احتیاط اویام سره دي گډول ترسره چې ترڅو کبتر Kink قات نکړل شي.
    - iv. د Line Leak اوداتصال Connection ستونزه معمولاً د ICU دنرسنکې پواسطه حل کېږي .
- C. دلوستلو خطاوي:

لکه چې دمخه مووويل د Cuff اوشرياني Line فشار ترمخ توپير د 10-15 mmHg څخه لږ وي  
 دمناسب Cuff څخه کار واخيستل شي اوهمدارنگه مناسب ترانس ډيوسر وکارول شي اوډير پام  
 دي وساتل شي چې سيسټم ته هوا وردننه نشي.  
 D. ترومبوسس : پدې حالت کبني معمولاً ايجاب کوي چې کبتر دي راوايستل شي اوداسکيميا  
 بدلونونو ته دي پام ولرل شي.



## څلورم څپرکې د اسپايريشن Aspiration

ستونزه: د ICU يا جدي څارني خونې په منځ کېنې دقحفي جروحانوکانگي اکثراً دتنفسي ديسټرس Distress حاد حالت ته وده ورکوي دابه کانگو د اسپايريشن له کبله تنفسي سيستم او سږو ته وبلل شي سمدلاسه څو پوښتنې مطرح کېږي .



- 1- دناروغ حياتي علايم څرنگه دي ؟ ډير واضح او شديد تنفسي ديسټرس بنائى د يوه Massive aspiration څرگندويه وي چې دمعدې محتوي به اسپرېټ شوې وي تبه به بنائى د مکر وېونو دمداخېلې ښکارندويي وي هاپرټيشن او براى کار ديا بنائى د دماغي فشار د لوړوالي ښکارندويي وي.
- 2- آيا تنفسي لاره ساتلي شوې که ؟ که چېرې ناروغ ونشي کړاى خپله تنفسي لاره وساتي بايد انټوبيشن ورته ترسره شي.
- 3- آيا ناروغ سيانوزس لري اوکه ؟ سيانوزس او ټاکي پټيا وروسته له ريوې اسپايريشن څخه منځ ته راتلونکې حالت دى چې معمولاً دانټوبيشن تطبيق ته اړتيا لري.
- 4- دناروغ عصبي حالت څرنگه دي ؟ هغه ناروغان چې شعور ونلري او يا بي هوشه پراته وي دوي د سږو د اسپايريشن منځ ته راتلو ترخطر لاندې دي.

توپيري پېژندنه

A- اسپايريشن پنيومونايټيس Aspiration –Pneumonitis:

دخطر فکتورونه لکه درواني حالت اختلال ، دمري رفلوکس ناروغى ، دانفي معدوي ټيوب ايښودنه او تراخيوسټومي . په پېړنۍ حالت کېنې انټوبوشن کول به په لوړه اندازه خطري ولري او په لوړه د اسپايريشن لامل گرځي دلای شي به بلارېو ښځو کېنې انټوبوشن کول هغه ناروغانو چې دخوراک څخه لږه موده تيره وي ، دکولمو د بندښت ناروغان او همدغه راز داسپايريشن دمختوي لپاره دي انډکشن (Induction) او د کريکويډ غضروف لباسه فشار راوسل شي ترڅو پرته له خطره انټوبوشن وشي.

په ډيرو حالاتو کېنې دمعدې داسپدي موادو اسپايريشن له کبله ناروغ ته برانکوسپزم منځ ته راځي او دتنفسي ديسټرس لامل گرځي که چېرې د ډوډي او يا خوراکي توکو غټه مړي يا کله داسپايريشن لامل

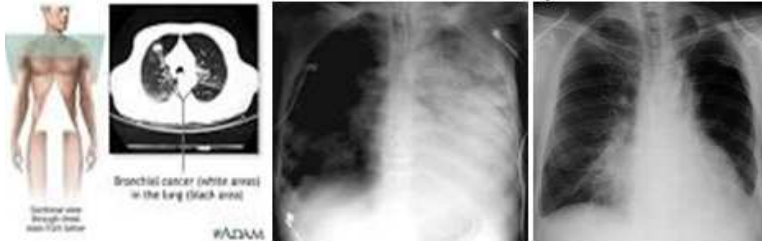
- وي نودا به د تنفسي لارې (قصباتو) د بندښت اولړه اندازه ئې د پنومونيا اوبسي (خرچ) منځ ته راتلو لامل وگرځي .
- B- سالنډي Asthma: سينګاري (Wheezing) په اصغاء کېښې دسرېو د سينګاري غږ اوريدنه په اسپايريشن کېښې په ځانګړې توګه په مزمن اسپايريشن کېښې کولاي شي چې دسالنډي ناروغۍ په څيرڅرګندونې وکړي.
- C- پنومونيا (Pneumonia): دا ناروغۍ ښائې چې دمخه داسپايريشن څخه اويا داسپايريشن څخه وروسته منځ ته راشي.
- D- دسرېو آمبولې او احتشاء: په حاد ډول Dyspnea اودتنفسي عدم کفايه (نه برياليتوب) کېدای چې په معمول ډول دامبولې له کبله په سرېو کېښې راڅرګدې شي.
- E- داجنبي اجسامو اسپايريشن: دا دماشومانو لپاره ، اوډير عمر درلودونکو معمولاً دغابښونو تيريدنه سرېو ته ده ډيرې غوره ستونزې داسپايريشن منځ ته راوړي.
- دفيزيکي کښې غوره ټکي:
- پدې لړ دسالنډي تاريخچه دي ژرترژره رد کړل شي اوناروغ دي داسپايريشن خطر فکټورونو پيژندنې په موخه وارزول شي اولاندې ټکو ته دي ډيرپاملرنه وشي.
1. حياتي علايم: دناروغ حياتي علايم دي وټاکل شي اوتنفسي چټکيا او اندازه دي په څير سره وټاکل شي.
  2. HEENT: پدې هکله د غابښو ورکيدنې او تيريدنې تثبيت لپاره دي بشپړ لټون وشي.
  3. غاړه Neck: پدې هکله دي په غاړه کېښې دټومور ونودشته والی لپاره دبلعوم حنجري اوشزن برخه ولټول شي همدارنگه د تراخيوسټومي د پخواني زخم ، دسر او غاړې برخې هر راز جراحي عمليات ښې اوډورانګو ورکولو ښې دي د سر او غاړې په برخه ولټل شي اومعلومات دي ترلاسه شي.
  4. سرېي Wheezing: دي دمعدې داسېدو داسپايريشن اوقصباتو او تنفسي لارې د پاريدنې اوتخريش له کبله ولټل شي همدارنگه که چېرې اجنبي جسم اسپايريشن شويوي د بندښت له کبله به تنفسي غږو لږ اويا هيڅ وانه اوريدل شي.
  5. پوستکي: دهايپوکسيا پيژندنې لپاره دي سيانوزس ښې ولټل شي.
  6. لاسونه او پښې: د DVT شته والې ولری پلټنه وشي.
  7. عصبي کښې: په پوره پام سره دي د زني حالت پورته کړل شي اود Gag reflex شته والېډير مهم ګڼل کېږي .

### لابراتواري کښې :

- i. د شریان د وینې گازونه : لومړي دي اتویوشن ترسره شي په مناسبه اوکافي اندازه د اوکسیجن نشي کیدلای چې تریا په پاتې شي د دي لپاره د  $PCO_2$  او  $PO_2$  اندازه وټاکل شي.
- ii. هیموگرام : پدې هکله دي د سپینو کړیواتو اندازه او هیموگلوبین اندازه وټاکل شي.
- iii. دخړاچکي (بلغم) گرام تلون کلچر : پټولوژیک ارگانیزمونه ښائي په مزمن ډول اسپایریشن کښې اویا هم په حاد ډول اسپایریشن کښې تثبیت کړل شي.

### راډیولوژیک اونوري کښې :

- A. د صدر راډیوگرافي Chest Radiography: د صدر په راډیوگرافي کښې به لاندي موندني ولیدل شي :
  - a. Air Trapping د Hyperaeration نښې به داچني جسم اسپایریشن لوري ته ترسټرگو شي.
  - b. دارتشا شته والبه دښکني لوب دپورتي سکمنت (Mid Lung Field) برخه کښې به په بستر پراته ناروغانو کښې تثبیت کړل شي.
  - c. دادسگمنتونو برخه په هغه ناروغانو کښې چې Supine پوزیشن کښې پراته دي وموندل شي ارتشا سمدلاسه داسپایریشن وروسته نشي کېدای چې دپېژندنې وړوي.
  - d. Wedge shape infarction: په ځيني رېوي آمبولې حالتونو کښې لیدل کېږي .
  - e. اسپایریشن کولای شي هربرخه دسرېو ارتشاحي کاندې.
  - f. Clear Field : روښانه ساحه به په غیر اختلاطي سالنډي کښې ولیدل شي.
  - g. دسرېو اسی منځ ته رانگ به د هوا اومايع سوپه (Air fluid Level) منځ ته راوړي اومعمولاً به په مزمن اسپایریشن کښې وموندل شي.



- B. دالتراسوند کښې دلته دومره کچه وري ندي خوبیا هم کېدای شي چې د کېږې دډیولې ناروغیو کچه ور معلومات راکړي چې ددرملنې لپاره ضرور بلل کیدلای شي.
- C. T scan : دا هم دراډیوگرافي سره مرستدویه اودیولې لاملونو اړوند معلومات راکوي.
- D. برانکوگرافي دراډیولوژي اړوند کښه ده چې دقصباتو دښښت اوسرېو ناروغیو اړوند معلومات راکوي.

E. برانکوسکوپي همدارنگه د ناروغۍ لامل پېژندنې په موخه ترسره کېدای شي او د درملنې په موخه هم پکار وړل کېږي .

F. Ventilation /Perfusion Scan : که چېرې وریدي ترومبوس او یا د سپرو آمبولي په شک کېږي وي ترسره کېږي .

د درملنې پلان :

په هغه ناروغانو کې چې شعوري حالت یې ښه نه وي او ونشي کړای چې خپله تنفسي لاره وساتي او هغه ناروغان چې د عصبي ، انکولوژي ناروغیو له کبله چې د ډیوخي او یا بلعي (تیرولو) عکسه ئي تر اغیزې لاندې راوړي وي او انحطاط روحي ئي پېښ کړي وي او یا ئي د Gag reflex له منځه وړي وي لکه د قحفي ترضیضونه ، د الکولو مسمومیت لري او یا هغه ناروغان چې دمړه کیدو وړته انټیپشن ترسره کېږي او یا هغه ناروغان د Gavage feeding لارې تغذیه کېږي ترخطر لاندې ناروغان دي لاندې ټکي دي په پام کېږي وي :

- اتی باډی کانی معمولاً د باکتریاوو ضد اغېزې لپاره ورکول شی.
- اتی بیوتیک درملنه تر (14 days) ورځو مودې پورې د درملو د اغېزې پرمختیا شدت پورې تړاو لري . وسیع الساحة طیف درلودونکی درمل په لومړۍ سر کې ناروغانو ته ورکول شی .
- تراسیکلینونو (Tetracyclines) لکه [doxycycline (Vibramycin) ، Doryx] ورکړه گټه ور تمامېږي .

- ماکرولیدونه (Macrolides) لکه [Erythromicine ، Azertromicine ، Clarythromicine] د باکتریاوو ضد اغېزې لري .

- فلوروکینولونونه (Fluoroquinolones) لکه [Ciproflaxacin ، Levoflaxacin ، Oflaxacin] ښه او گټه ور درمل بلل شی .

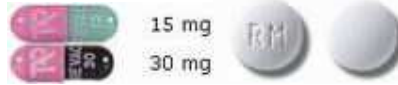
- سفپروزیل (Cefprozil) د سفالوسپورین (Cephalosporins) درملو څخه دي چې د  $(250-500 \text{ mg}/8-12 \text{ h})$  په اندازې سره ناروغانو ته د باکتریا ضد اغېزې گټه ور دی .
- همدارنگه د مترونیدازول (Metronidazole) درمل د  $(250-500 \text{ mg}/8-12 \text{ h})$  په اندازې سره د باکتریا ضد گټه وړې اغېزې لري .

- همدارنگه دا ناروغان باید ډیر استراحت وکړي او ډیره اندازه اوبه او مایعات مصرف کړي .
- د اوکسیجن ورکړه (O<sub>2</sub> therapy) د (PaO<sub>2</sub>) په کچه (80-100 mmHg) او یا هم (saturation) یې (95-96%) لاس ته راوړنی لري او د آزما بېنسونو په ذریعه ټاکل شی .
- مرطوب تریبولایزر (netribulizer) د بلغم (خراچکي) د نړۍ کولو او برانکودایلین په موخه د برانکوسپزم (bronchospasm) لري کولو لپاره ورکول شی .
- مایعات (Fluid) دي وټاکل شی او درملنه دي وشي .
- میخانیکي تنفس (Mechanical ventilation) ښائي اړتیا وي .

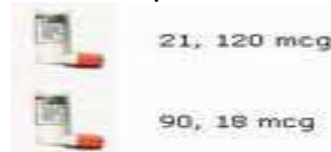


A. مخنيوي:

- 1- د پېرني اتويوشن حالاتو کې چې په عمليات خونې کې ترسره کېږي بايد دمخه تراټويشن دوريد لارې دي ( H<sub>2</sub> receptor Blocker ) لکه سيميتيدين (Cimetidin) فيموتيدين (Famotidin) ريني تيدين (Ranitidin) ورکول کېږي ترڅو د pH معدې اسيدې افزا لږ کړي ، ژر Induction او پرکريکويډ غضروف باندي فشار راوړل شي.
- 2- همدارنگه د پروتون پمپنگ آيون نهی کونکې [proton pump inhibitor (PPI)] درمل لکه (Lansoprazole) يا (Prevacid) د ورځې دوه ځلې د افزا اتولږ کولو ، معدې قرحاتو او معدې او مری التهابونو او (GERD) درملنه کې گټه ور دي .



- 3- د اپراتوپيوم انشاق (Ipratropium inhalation): دا د رمل د برانکوسپزم د مخنيوي لپاره او or COPD (chronic obstructive pulmonary ، emphysema.bronchitis] [ disease] ناروغيو کې گټه وردي .



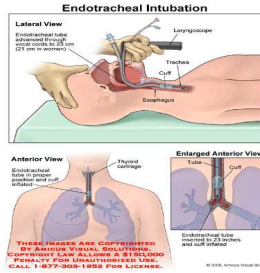
- 4- هغه ناروغان چې ورته Gavage Feeding ترسره کېږي دمعدې تشوالي دي يقيني شي اودناروغ دصدر اوسربرخه دي په بستر کې په پورته وضعت کې وساتل شي.
- 5- غير شعوري ناروغان دي چې Lateral اړخ پوزيشن کې اوسر دي لږ څه بنکته دامکان په صورت کې وساتل شي.

B. Oxygenation :

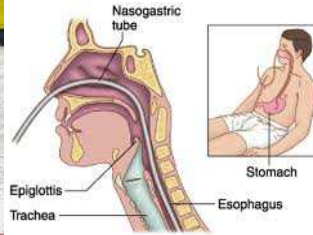
Supplemental Oxygen دي معمولاً دماسک له لارې لومړي ناروغ ته تطبيق کړل شي په پوره ځير اوپاملرنه سره دي او اوکسيجن سويه دمونيټور پواسطه وڅارل شي اودشرياني وينې د PO<sub>2</sub> او PCO<sub>2</sub> اوگازاتو ټاکنه دي په پرلپسي توگه وشي.

C. انتويشن اودسرو پاکول :

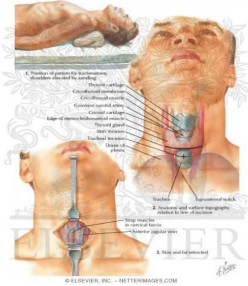
ددې لپاره چې د موادو د اسپايريشن څخه موخ نيوی کړي او ناروغ آزاد تنفس وکړي او سږي هم پاک او سکشن کړل شی دغه کړنې ته بنائى اړتيا ولري په تيره بيا چې ناروغ خراب اوشعور ونلري.



D. دمعدې اوانفي ټيوب رويستل : - که چېرې امکان ولري بايد ټيوب رويستل شي سره ددي چې دمعدې دتشلولو لپاره ټيوب ايښودل کېږي ترڅو داسپايريشن څخه مخنيوي وشي.



E. تراخيوسټومي : هڅه دي ويستل شي چې Cuff tracheostomy دتراخيوسټومي لپاره وکارول شي دا ډول ټيوب داسپايريشن په مخنيوي کېږي کچه وړدي.



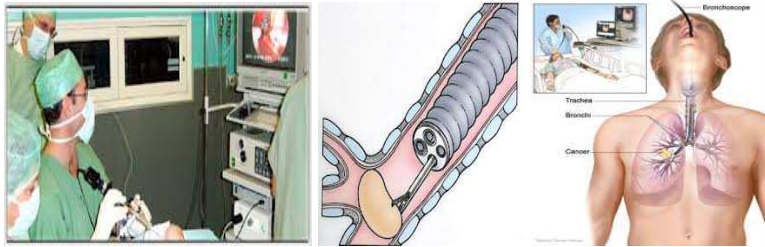
F. درمل :

- 1) کورټيکوسټيروئيډونه اودمخنيوي په موخه هېڅ که هم اتبي پوټيکونه نه تطليق کېږي يولړ د کلينک مشخصين دهايډروکورتيزون 30mg /kg/day دورځي دري يا څلورځله غوره گڼي چې تطليق شي.
- 2) اتبي پوټيکونه دي دکلچر پربنسټ ناروغ ته ورکړل شي په تيره بيا په پنومونيا شته وي حاد پنوموني د اسپايريشن بڼايي چې ايروبيک اويا انايروبيک اثاناتو په گډه شته والې ولري.
- 3) انايروبيک ارگانيزمونه په هغه ناروغانو کېږي ضعيف غاښونه لري اودا ناروغان بڼايي د روغتون څخه بهر برخه کېږي اسپايريشن شوي وي اود دوي لپاره لومړني درملنه به د :

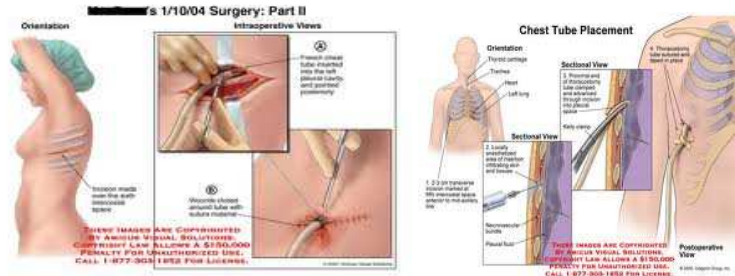
- په لوړ ډوز سره (Pencillin G 2-6 milion Unit/day) ورکول کېږي . اوهغه ناروغان چې په روغتون کېنې بستر وي دوي ته د Tobramycine او Ticarcillin په ټاکلي بڼه غوره درمل گڼل کېږي خو بيا هم دکلچر اواتي پيوگرام ترسره کول غوره کار گڼل کېږي .
- همدارنگه (Ampicilin / Amoxicilin x (500-1000) mg /6-8<sup>h</sup> / day) درمل ورکول کېږي .
- ماکروليدونه (Erythromycin x 500 mg /6-8<sup>h</sup> / day) او نور مشتقونه د ورځې ورکول شي .
- سفالوسپورينونه (Cephalosporin) د جوړښت او ټاکلي ډوز له مخې تنظيم کېږي .
- کوټرايموکسازول (Cotrimoxazol 2 x (1-2) tablets) نابليتونه او يا زرقی (Trimatoprim 10 mg / kg / 12<sup>h</sup> / day) هم گټه ور درمل گڼل شوېدی .
- همدادول کليندامايسين (klindamycin for 1 to 2 weeks) تر دوه اونيوگټه ور دي .

G. Rigid Branchoscopy :

داپه هغه ناروغانو کېنې ترسره کېږي چې داجنبي اجسامو مواد اوياهم دمعدې خوراکي توکو او موادو اسپايرشن نشيت اوپژندل شويوي چې د سکشن وړتيا ونلري .



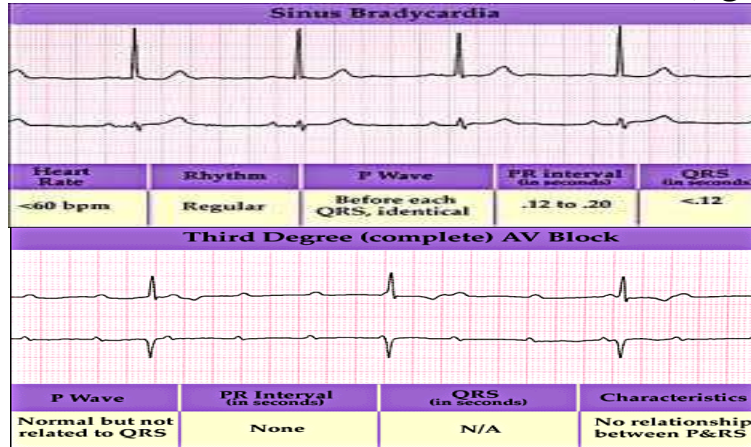
H. صدري ټيوب Chest-Tube : د صدري دريښاڅ په موخه کولاي شو چې په وروستي مرحله کېنې د پلورا جوف ته ټيوب وردننه کېږي ترڅو امپيم Empyema چې دمزمن اسپايريشن پنومونيا چې بنائى د نکروز موجب شي اوسېرو ابسي منځ راتلو له کبله وي امپيم ديناڅ کېږي .



## برادې کارډیا Brady Cardia

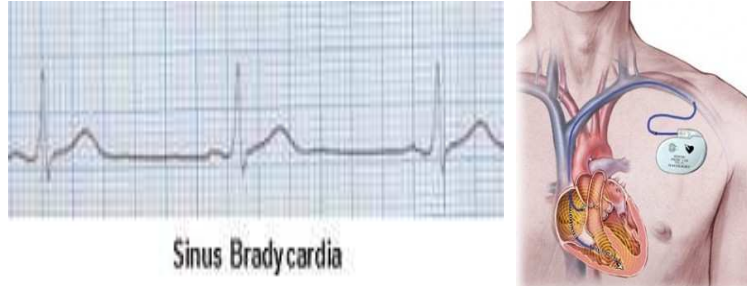
سټونزه :

یوناروغ چې دقت (چري) ناروغی له کبله ورته عملیات ترسره شوېدي دزړه د ټکانونو (ضربان) اندازه یی 42/mint ده چې په لومړني کتنه او Check کبني تثبیت کېږي سمداسه لاندې پوښتنې مطرح کېږي :



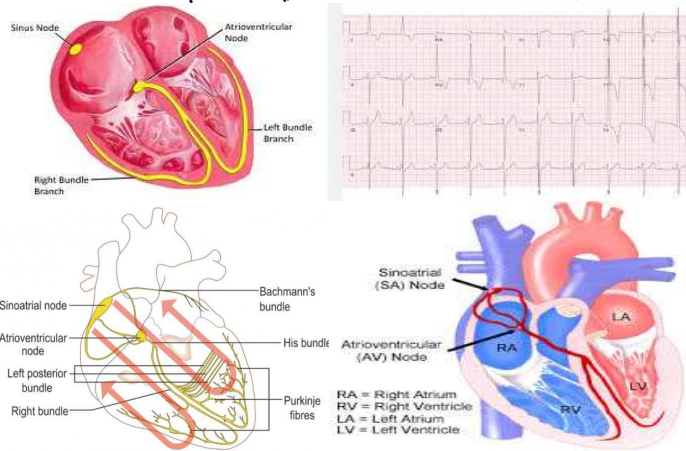
- 1) دحياتي علايمو ټاكيې پرمهال ئي دوينې د فشار اندازه څومره ده او آيا ناروغ بيدار اوکې بي هوشه اويا هم هوشياردي اوکې معلومات راټول کړل شي. لومړني پوښتنې به دستونزي او ناروغی شدت اړوند رغنده معلومات څرگند کاندې په يوه واضحه اوروشانه برادې کارډيا کبني به دکليټک له پلوه به دوينې فشار او پرفيوزن کچه ټيټه وي اود دي حالت پيژندنې لپاره دي په څيرسره کتنه وشي.
- 2) دناروغ دزړه ټکانونو اندازه په نورمال او هوساينې يا استراحت وخت کبني څومره دي؟ په يولړ ناروغانو کبني داستراحت او هوساينې حالت کبني دزړه دټکانونو شمېره په نورمال بڼه کېدای شي چې 42/minute په يوه دقيقه کبني وشمېرل شي او دا اندازه غير نارمل نه بلل کېږي اوترهغه ښکته به برادې کارډيا اړوند وبلل شي.
- 3) آيا يولړ نوري کلبنيکی نښې لکه صدري خناق (دردونه)، دوينې ټيټ فشار، ډيسپنيا، Diaphorsis، زړه بدوالي هم شته والې لری اوکې؟ يونوي Bradydysrhythmia نښانې يوه حادي زړه ناروغی لکه دزړه دميوکارډ دسفلي برخې تظاهر څرگند کاندې چې دناروغ څخه دي اړوند پوښتنې پدي لړ کبني ترسره او ثبت کړل شي.
- 4) آيا ناروغ د کوم ډول سرگچې يا سپک ډول سردردې نږدي يا پخوا درلوده اوکې؟ دکليټک له پلوه Sinus node dysfunction معمولاً د يوه سنکوپ اپي زودي يا نږدي سنکوپ بڼي نښه گڼل کېدای شي.

5) کوم ډول درمل ناروغ اخلي او یا ناروغ پسمیکر لري اوکته : یولې درمل لکه پیتا بلاکرونه، پروپرانولول اونور برادې کارږي یا منځ ته راوړلای شي د پسمیکر درلودونکي ناروغان به د Pacer malformation تحمل کوونکي وي.



6) آیا ناروغ پخوا د زړه اورګونو ناروغی درلوده اوکته ؟ ددې اړوند پوهیدنه به د ناروغی د طبیعت او د زړه د ټکانونو په هکله ضروري معلومات څرګند کړي چې پوهیدنه ئې ډیره ګټه وړه ده. توپيري پېژندنه :

اختلال د زړه د Conduction لارې په چې برادې ډیسریټیا منځ ته راوړي دادغیروظیفوي حالت به Sinus Node په سويه اويا به داډینې بطنې نوډیا Hiss purkinje System په سويه کبې منځ ته راغلي وي ددغه دوه ګډه ګوربو په لړ کبې به یولې حالتونه وپېژندل شي چې د زړه ګراف (ECG) دځانګړتیا و اوقسما دکبنيکی حالتونو له مخي به دپېژندنې وړوي.



A- د سینوس نوډ ناروغی Sinus node disease.

1- د سینوس برادې کارږي Sinus Bradycardia.

وازوواګل سنکوپ Vaso Vagal Syncope.

i. High Vagal Tone : داپه منډه وهونکو اوډیر عمر درلودونکو خلکو کبې لیدل کېږي.

ii. د داخل القحفي فشار لوړوالي .

iii. Cushing Reflex پېښه په برادې کارږي کبې پېښېږي.



2- Sinus node Dysfunction : د Sick Sinus Syndrome او Tachycardia

Bradycardia سندروم به سینوس د نوډ ناروغی وبلل شي او په متناوب بڼه به دودرېدنې (توقف) پوسيله د پېژندلو وړتيا ومومي او همدارنگه په لاندي ناروغيو کېنې ليدل کېږي.

- i. ایسکیمیک کارډیومايوتي
- ii. هایپرټنسیف کارډیومايوتي
- iii. هایپوټایرایډیزم
- iv. هایپوترمیا
- v. ارتشاحي ناروغی لکه امايلوایډوزس.

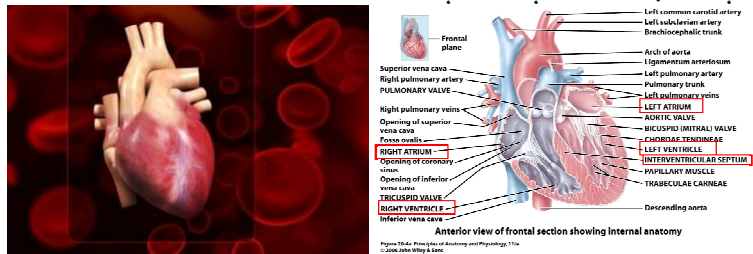
B- داذینې بطینې نوډ ناروغی : Atrioventricular node disease

1- لومړي درجه A.V Block : پدې حالت کېنې د (  $PR\text{-interval} < 0.2\text{ sec}$  ) وي.

2- دویمه درجه A.V Block : Mobitz Type 1 ( Wenckebach )

پدې حالت کېنې د PR- Interval اوږدوالي لري او دبطینې ضربه به لویدنه اولږوالي ولري

چې په لاندي ناروغيو کېنې شته والي لری .



- i. دمیوکارډ دسفلي برخې احتشاء.
- ii. ددرملو مسمومیت : دیولر درملو ورکولو په لړ کېنې لکه Digoxins ، یستابلاکرونو Calcium ( Beta Blocker ) پروپرانولول ، اوکلسیمو چنبل بلاکرونو Verapamil لکه channel Blocker اونور .

3- دوهمه درجه A.V Block Mobitz Type II :

متناوب Missed بطینې ضربان او متراقی یا مل حالتونه به ددریم درجه اذینې بطینې بلاک په څیر وي او ددریم درجي AV.Block لوري ته پرمخک مومي.

## 4- دريم درجه A.V Block:

دي ته همدارنگه AV. Dissociation نوم هم ورکول کېږي په لاندې ناروغيو کې دثبیت وړ وي:

- i. دمیوکارډ احتشا چې معمولاً دزړه دمیوکارډ سفلي یا Antero septal برخه اخته کوي.
- ii. پرایمري استحالوي ناروغی د Conducting په سیستم کېږي .
- iii. ارتشاحي حالتونه چې پکې سارکوايدوزس ، امايلوايدوزس او نیوپلازم ورگډېږي.
- iv. اتاني یا مکروبي ناروغی لکه ویروسي میوکارډیت ، حاده ریوماتیکه تبه او د لایم ناروغی (Lyme disease).

## کلبنيکی غوره ټکي:

- حياتي علايم: پدې لړ کې د زړه ضربي اندازه ، دوينې فشار ، دساه کنبلو يا تنفسي چېکيا اندازه ، هاپوټنشن  $> 90\text{mmHg}$  په اندازه که چېرې دسيستول اندازه وي پېرني درملني ته اړتيا لري.
- سږي: دتنفسي سيستم عدم کفائي نښو(رالونو) ته دي په اصغاء کېږي خاصه پاملرنه وشي.
- زړه: هر راز د Gallops څرگندونې اودرېتم منظم والي اوغيرمنظم والي دي نوټ کړل شي.
- پوستکي: دپوستکي سپين تښتيدنه (Pallor) ، سوړوالي ، دپوستکي لوندوالي (رطوبت) دثبیت ډول پرفیوژن څرگندوي دي اويا د لوړ واکل مقویت څرگندونه کوي.
- عصبي: پدې هکله ددماغي فشار دلوړوالي لپاره لټون لکه Papilledema لټون دي ترسره شي اويا که چېرې دشعوري اورواني حالت ټيټه بڼه به دلږ اندازي پرفیوژن څرگندونه وي.

لابراتواري کټني:

1. دوينې دسيروم الکترولايټونه اوکلسيوم:
2. هاپوکاليميا ښائی د Digoxin مسموميت پوتانسيال زيات کړي اوهمدارنگه هاپوکالسيميا ښائی د QR- Interval وقفه اوږدوي اوبراډي کارډيا منځ ته راوړي.
3. CPK دايڼو انزایم سره د میوکارډ جرحه زياتوي چې وروسته يي څيړنه راځي.
4. Digoxin سويه که چېرې ښائی وي وټاکل شي ، مسموميت يي دبراډي کارډيا څرگندونه کوي اومعمول زهري سويه  $\text{Digoxin} > 2.5\text{ng/ml}$  ده.
5. دټايرايډ هورمون سويه : هاپيوټايرايډيزم دبراډي کارډيا گړخی .
6. دشرياني وينې گازونه : معلوماتو ته اړتيا وي که چېرې يد تنفسي ډسټرس اويا ډيسپنيا شته والي ولری بايد څيړنه وشي.

## راډيولوژيک څرگندونې اونورې څيړنې:

- i. زړه گراف (ECG). بايد داڅيړنه ترسره شي اوپه سيستماتيک ډول داډين اندازه په (Lead - II) کېږي ښه وي. دبطيــــن تقاصــــاتو اندازه ، د PR Interval ، اود P-wave څپې

اړیکه د QRS-complex سره او داسکیمیا شهود (Inverte -T wave، ST-depression) به ولیدل شي.

- ii. Chest x-ray: د صدر په راډیوګرافي کېنې د زړه د silhouette اواندازه کېنې بدلون منځ ته راځي دسپرو ساحه به میوکارډ ډیسفینکشن سره مل وي.
- iii. ایکو کارډیوګرافي به یولر رغنده معلومات څرګند کړي.
- iv. ځانګړي آزمویښي: آزمویښي د یوه کارډیولوژیست له خوا ورکول کېږي چې د الکتروفزیولوژیک نقشه اچول کېږي ترڅو د بلاکونو موقعیتونه او بشپړ اتونومیګ بلاک (د اتروین او پروپرانولول) استعمال پسې د زړه د چېنګیا اړوند څرګندونه کوي او همدارنګه د Vagal Tone سره ملټاډبرادي کارډیا په اړه د تشدید نښه ګیل شویږي.
- v. د زړه د انزایمونو ټاګه به دویښي د آزمویښي په لړ کېنې اړوند معلومات څرګند کړي.

#### د درملني پلان:

د درملني پلان به د برادي کارډیا درجي ټاکي د ناروغۍ دکېنیکي اوډول پېژندنې له مخې برابر اوجور کړل شي دا باید په خاطر کېنې ولرو چې ټول ډولونه د برادي کارډیا تل دکلینک له مخې نښې نښانې منځ ته نه راوړي ددې لپاره دي ډیر په څیر سره زیار وایستل شي په ځانګړي توګه په ډیر عمر درلودونکي کسانو کېنې دي ناروغۍ پېژندنه ترسره شي اودرملنه دي پیل کړل شي. سمدلاسه په لومړي سر کېنې د اتروین دورید له لارې ورکول کېږي او همدارنګه اوکسیجن تطبیق کېږي او ECG یا د زړه ګراف اخیستل کېږي.

A- درملو پواسطه درملنه:

د درملو پواسطه درملنه دي په حاد ډول پېښو کېنې او په بشکاره ډول پېژندل شوي برادي کارډیا کېنې چې د هاپوتنشن سره مل وي ناروغ ته ترسره شي.

1) Atropine اتروین: 0.5-1mg IV یا (0.01mg/kg)، ناروغ ته ورکول کېږي کېدای شي

چې هر 5-10 minute اومجموعي ډوز ئي دوه میلی ګرامه دي.

2) Isoproterenol (Isopril): که چېرې د اتروین په وړاندي ځواب ترلاسه شي ایزوپروترونول

درمل ورکول کېږي د درمل 1-3  $\mu\text{g}/\text{min}$  دورید له لارې د مدام انفیوژن له لارې ناروغ

ته ورکول کېږي که چېرې ځواب ترلاسه نشي ت 10  $\mu\text{g}/\text{min}$  دارپتیا پورې ورکول کېدای

شي.

B- دلاندي حالتونو درملنه دي وشي:

1) د مایوګارد ایسکیمیا: دا حالت باید د نایترایټونو پواسطه تر درملني لاندې ونيول شي لکه (د تحت

الساني نایټروګلايسرين) او همدارنګه د اوکسیجن پواسطه هم درملنه په ګډه ترسره کېږي.



2. ددماغي فشار لوړوالي : اهمات دي ونيول شي چې ترڅو ددماغ فشار راټيټ کړل شي پدې لړ کېنې د Manitol diuresis ، دبستر دسربرخه پورته ساتل کېږي اواتوېشن اومېخانيکي وينيليشن څخه کار اخيستل کېږي .

C- د پسميکر درملنه :

که چېرې دبرايي ديسرټيما ددرملو په وړاندي ځواب ورنکړي په دغه راز بحراني يا ناتاري (Critical) حالت کېنې په موقت يا لنډ مهاله توگه بطين ته Pacer wire تيرېږي اودبرايي کار پيا درملنه کېږي ددې لپاره دي دکارډيولوژي متخصص اومشاوور راوغوښتل شي.

1. دموقت پسميکر استطباب

i. تيريدونکي Transient دويمه درجه اذيني بطيني AV-Block دميوکارډ دسفلي برخې احتشاء سره په گډه توگه .

ii. AV – Block اذيني بطيني بلاک ددرملو مسموميت له کبله .

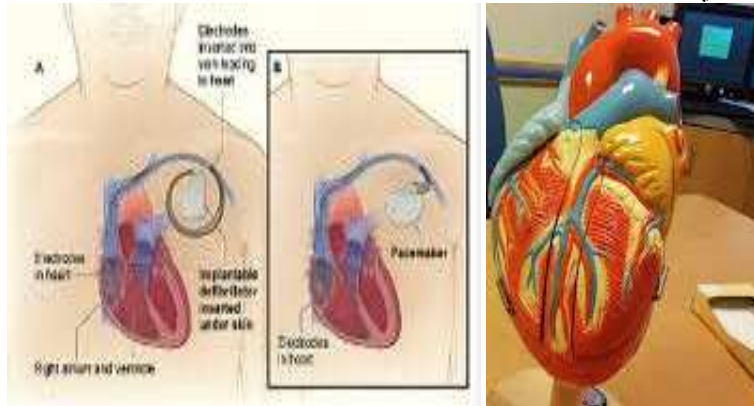
iii. لنډ مهاله اندازه نيول دتلباتي پسميکر تطبيق څخه دمخه .

2. د تلباتي پسميکر استطباب :

i. د سينوس د نوډ غيروظيفوي بڼه . دا بايد مستند اوکلينيکي اعراض اوعلايم ولري .

ii. دويم اودريمه درجه اذيني بطيني بلاک چې دميوکارډ داحتشاء سره مل وي .

iii. دريم درجه اذيني بطيني بلاک چې Symptomatic Mobitz Type II سره يوځاي وليدل شي .



D- دډيجوکسين مسموميت :

دډيجوکسين سويه دي په وينه کېنې وټاکل شي اودرمل ترکټول لاندې راوستل شي اوهمدارنگه دډيجوکسين اتې دوت (Digibind) دي دوريد له لارې د 60mg په اندازه د (1 mg) هر ملي گرام دډيجوکسين په پرتله تطبيق کړل شي .

## همیا توچېزیا (Hematochezia) :

دا یو یونانی لغت دی چې دریکیم له لارې د تازه اوروشانه وینې رانگ ته (Hematochezia) ویل کېږي چې د دهمضمی جهاز په بشکتنې برخې ناروغیو کې لیدل شوی غوره لاملونه ئی [Necrotizing Enterocolitis، Colorectal Cancer، Diverticulosis، hemorrhoids، Ulcerative Colitis، Inflammatory Bowel Disease، Intussusception، او همدارنگه په (Beeturia)، د سره چغندرو (بلبو (Beets))، د خوراک له کبله هم د غایطی موادو رنګ سوروالې خپلوي چې پکې د سره پگمنت میتابولیزم نه تر سره کېږي] دي .  
ستونزه : د مقعد له لارې تازه رویشانه وینه رانگ.

تاسو د دي لپاره راغوشنل کېږي چې یوه 60 کالو عمر درلودونکي شخصه چې د دري ورځو راهیسي دریکیم له لارې تازه او رویشانه وینه بهېدنه لري اوورته Radical mastectomy ترسره شويدي پدي هکله لاندې پوښتنې مطرح کېږي .

- 1- دناروغ حیاتي علایم څرنگه دي ؟ پدي هکله دي هغه نښې چې د وینې ضایع له کبله د هیمودینامیک بدلونونه منځ ته راوړي لکه ټاکی کارډیا اوهاپوتشن دي ولټول شي.
- 2- څومره وینه دغه مودي په لږ کېږي ضایع شويده ؟ پدي صورت کېږي کولاي شو چې دضایع شوي وینې اندازه پیدا کړو اواندازه ئی وټاکو اوهمدارنگه دمودي اړوند ئی معلومات لاس ته راوړلای شو ځکه چې دهیماټوکریټ ټاکل دډیرمودي لپاره نه راتیټیري اوتوپیر نه څرگندوي د هیموګلوبین ټاګه به د وینې لږې اندازې اړوند معلومات راکړي چې په درملنه کېږي رول لري.
- 3- د نږدې هماټوکریټ ټاګي اندازه څومره ده؟ د وینې بهېدنې داندازي ټاګي لپاره پخپله ځانګړي ارزښت لري.

4- دغایطی موادو طبیعت څرنگه دي؟ دغایطی مواد پوښل شوي بڼه د وینې پواسطه معمولاً دریکیم اومقعدی افاتو لکه هیموروئید (بواسیرو) اړوند وي خو بیا هم کېدای شي دبنګه هضمي جهاز د خیشوناروغیو له کبله وي . تازه او رویشانه وینه دبغیده کین کولون اړوند وي Melana دښي کولون د Proximal برخې مخکېږي برخو اړوند بلل کېږي .

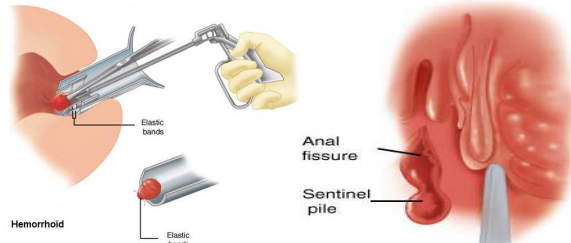
5- ناروغ کوم ډول درمل اخلي اوايا دالکھولو دخوراک تاریخچه لري اوکله ؟ الکھولیزم کېدای شي د مری د وریس (Varices) څرگندوي وي اوتقرحي یا قرحه جوړونکي درمل لکه دآسپرین او غیر ستروئیدی ضد التهابی درملو (NSAID) چې ډیر او دوامداره خوراک یې د هضمي جهاز د وینه بهېدنې سبب ګرځي دلایي شي.

6- آیا ناروغ په نږدې موده کېږي دهمضمي جهاز جراحی عملیات ترسره کړي اوکله ؟ دجراحی عملیات سرته رسولو وروسته په نږدې موده کېږي دکولمو دحرکاتو دپیل سره سم وینه بهېدنه غیر معمول خبره نده.

7- آیا کوم ډول نورګو اعراض او علايم هم ورسره شته او که ؟ دکېډې کرهپونه دانثاني ايتيولوژي څرګندوي وي اوهم کولمو التهابي ناروغۍ، يا ډايورتيکوليت ښکارندوي وي. دغايطه موادو کولو د عادت او د تعوط د قطر لږوالي د دي څرګندوي وي چې کومه خسيته دنيوپلازم اويا پولپ، انجيويديسپلازيا معمولاً پرته له نورو اعراضو او علايمو شته والې څرګند وي.

**توپيري پېژندنه :**

- A- ډايورتيکولي ناروغۍ : دابوه معمول ناروغۍ د علت په توګه د (70%) ناروغانو لپاره اټکل شويده چې په کلوي ډول دهضمي جهاز دښکتنې برخې خونريزي منځ ته راوړي او معمولاً په کينه لوري کښې منځ ته راځي.
- B- انجيويديسپلازيا Angiodysplasia: دا معمولاً په ښي لوري کي منځ ته راځي او اکثراً د ميلانا Melana سره مل وي او د طبيعي ناروغۍ له مخي په انجيويديسپلازيا کښې يا وينه بهېدنه منځ ته راځي چې د وريدي او يا کيلري وينه بهېدني له کبله وي حال دا چې په ډايورتيکولار ناروغيو کي دا وينه شرياني منشه لري.
- C- پولپونه Polyps : همدارنگه د کولمو د ذغابو (Villous) ادينوماګاني يا پولپونه چې د مخاطي غشا سليم ټومورونه بلل کېږي د پوتاسيوم عنصر د ضايع کېدنې سبب ګرځي.
- D- کارسينوما: معمولاً لوي کله د کولمو ادينوکارسينوما دغه حالت منځ ته راوړي.
- E- د کولمو التهابي ناروغۍ: پدي لړ کي لکه د السرايټف کوليت " Ulcerative Colitis " کي د Crohn's disease کرون ناروغۍ په پرتله ډير د وينه درلودونکي نس ناستي سبب ګرځي.
- F- هيموروئيد " بواسير ": سره د دي د هيموروئيد شته والې غير معمولي خبره نده همدارنگه د کرښي په څېر به د غايطه موادو په اوږدو کي وينه شته والې ولري او همدارنگه دا حالت کېدای شي د خباثت Malignancy او يا Angiodysplasia سره د مل په توګه وپېژندل شي.



- G- د ميزانټېر ټرومبوزس: دا حالت د کولمو داسکيميا لا مل ګرځي وينه بهېدنه منځ ته راوړي.
- H- ميکل ډايورتيکوليت: دا هم د وينه بهېدني لا مل بلل کېږي.
- I- د مقعد فيسور : دا حالت هم د يوه نري کرښي په څېر وينه په غايطه موادو کي د ليدو وړ وي او تازه وينه ښکاري.
- J- ډيرزيات اتي کواکوليشن: پدي حالت کي يقيني شي چې ناروغ درمل خوري او که او همدارنگه د وينې Clotting Time کتنه تر سره کړي.

K- په کلوي توګه د پورتي هضمي جهاز وینه بهېدنه: دا په چټکه تیریدونکي توګه د هیماتوچېزیا (Hematochezia) حالت دي چې شرحه یې په ځانګړي توګه راغلي ده او دا یوه ډیر ښه مسهل په توګه څرګندېږي په یاد ولري چې د G.I. Bleeding د هضمي جهاز په هره برخه کې منځ ته راتلای شي .

کلینیکي غوره ټکي :

1) حاتي علايم: د هاپيو والیما اړوند دي معلومات وشي چې ټاکي کار ډیا او هاپيوپتشن سره مل وي که تبه شته والې ولری دا به د کولمود التهابی ناروغیو او یا هم اتاني کسټراتریت څرګندوي وي .

2) ګېډه: جس کول دي د کلاتو او حساسیت لپاره تر سره شي کين لوري ته د ښکتنې کوادرانت کلې ښائی د ډایورتیکولیت او یا د ښي لوري کوادرانت کلې به د کرون ناروغی سره مل وي او د کولمو حرکونه یا د پرستالیزم غړونه به چټک او هاپیراکیف وي .

3) انو ریکټال برخې: د ریکټوم ګنه کې به هیموروئید ، فیسور او کلې وموندل شي .

لابراتواري ګټې :

1) هیموګرام/دوینې ګټې: په پرلپسې توګه د هیماتوکریټ اندازه دي وټاکل شي چې دا کارموسندویه بلل کېږی په کلوي توګه وینه بهېدنه ښائی د کوم بدلون څرګندویه نه وي که چېرې Microcytic یا Hypochromic حجري وموندل شي دا به د مزمن ډول وینه بهېدنې او وینه لږې څرګندویه وي .

2) ډېرن کېدنې څېړنې: PT/ PTT او د پلاټیت د اندازي ټاکنه ښائی د وینې ډېرن کېدنې (عقې Clotting) د اختلال څرګندویه .

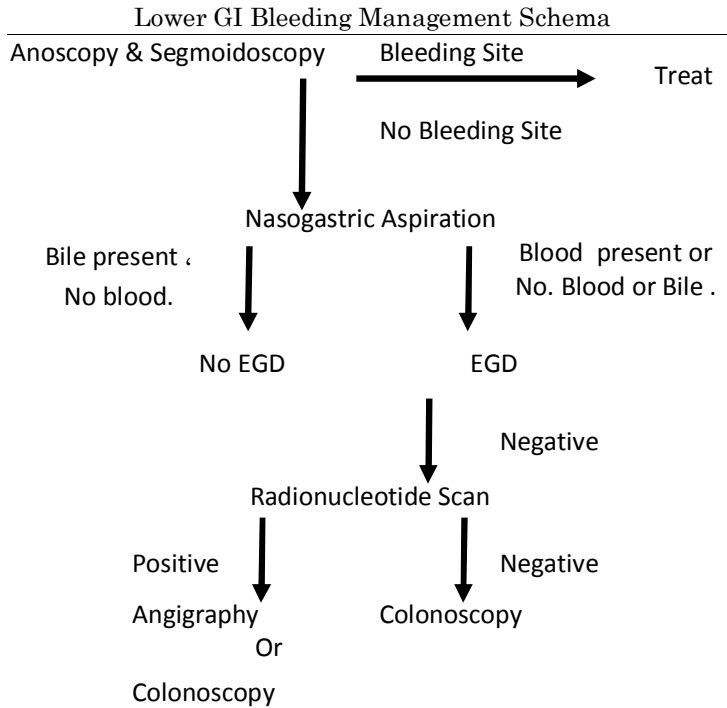
3) د وینې ګروپ: د وینې ګروپ دي وکل شي او همدارنگه Cross- match دي بیا تر سره شي .

د رادیولوژي او نورې ګټې :

1- انفي معدوی ټیوب (NG .Tub) : انفي معدوي ټیوب دي تیر کړل شي د هضمي جهاز د پورتي برخه وینه بهېدنه لامل رد کړل شي .

2- انجیوګرافي : د رګونو رنگه رادیوګرافي تر سره کول د ښکته هضمي جهاز وینه بهېدنه پېژندنې په موخه چې دوه یوتبه وینه یې ضایع کېږی او هاپيوپتشن ولري کېږی په یاد ولري کله چې د باریوم موادو په کولمو کې شته والې ولری دغه ناروغانو ته انجیوګرافي نه تر سره کېږی په هغه حالت کې چې وینه بهېدنه (0.5 – 1.0 mL /min) څخه ډیره وي انجیوګرافي اخیستل کېږی ټاکنیز (انتخابي Selective) ایموبلائیزیشن یا د Vasopressin انفیورن ښائی د وینې بهېدنې کنټرول په موخه ورکړل شي .

- 3- Radiolabeled R.B.C study (Usually 99<sup>mTc</sup>): دا کله ناکله کولای شي د هضمي جهاز آفت موضعي کاندې په ځانگړې توگه هغه ناروغۍ چې په کراره بڼه وینه بهېدنه لري او انجیوگرافي ته اړتیا لري (0.5- 2ml/min) په اندازه وینه بهېدنه ئې اټکل شوې دي .
- 4- سگموئیدوسکوپي Sigmoidoscopy: دا کله کولای شي هغه وینه بهېدنه لري چه د بڼکته او پایلي برخې څخه منشه ولري او د دي په موخه Colonoscopy بڼه او غوره گڼل کېږي.
- 5- د هضمي جهاز پورتنی برخې اندوسکوپي : Oesophago Gastrodoudenoscopy په دي کتنه کي چې سره د دي چې د هضمي جهاز د پورتنی برخې وینه بهېدنه د NG Tub تیرولو پواسطه د پیژندنې وړگرځی خو بیا هم د وینه بهېدنه د منبع پیژندنې اړوند ډیره گټه وړ کتنه ده.



### د درملنې پلان :

په 80% ناروغانو کي چې د هضمي جهاز د بڼکته برخې وینه بهېدنه لري په بنفسي يا پخپله ذاتي بڼه ودرېږي او که چېرې په حاد او سمدا لاسه توگه وینه بهېدنه منځ ته راشي دا به د ژوند ونه لپاره له خطره ډکه وي او د درملنې اړوند ئې باید پوره پاملرنه وشي .

A. پرته له ځنډه مداخله Acute intervention:

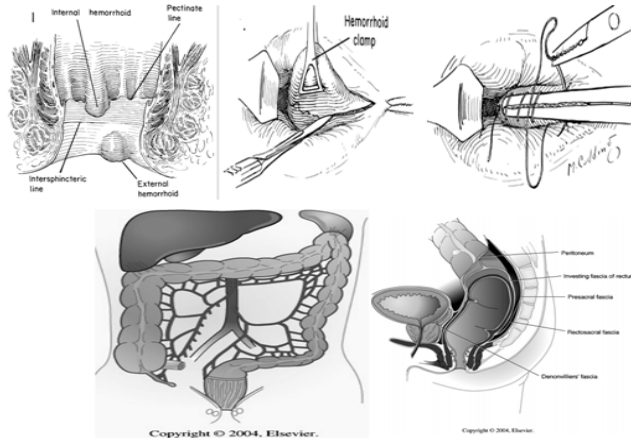
د غټ قطر درلودونکي وریدي کټر دي نثیت کړي شي تر څو د ظایع شوې وینې انډول مایع ناروغ ته تطبیق کړل شي او حجم اعاده شي کریسټالوئید او یا تازه وینه ورکول کېږي لکه

چېرې هیماتوکریټ ټیټ وي نوموړي کرسټالوئید مایع او وینه گڼه وره ده او د هیماتوکریټ اندازه باید (>30%) د دېرش سلنه څخه پورته وساتل شي او د فولی کېټر ټیرول او د تشو میازود اندازه یی ټاکلوله مخی به د ظایع شوې حجم وینې د اندازی اټکل په ښه توگه وشي او مرکزي ورید فشار د ی هر ورو په ډیر سپین ډیرو ناروغانو کې که چېرې مرکزي ورید ته کېټر ټیر شوې وي وټاکل شي چې د درملنې په لړ کې ډیر گټه ورگڼل کېږی.

B پېژندنه او درملنه :

د هضمي جهاز د ښکته برخې د وینې بهېدنې پېژندنې لپاره اړینه ده په لاندې موضوع باندې پوه شو.

- 1- درملنه : د ټولو علتونو پېژندنې له مخی تر سره کېږی د بیلگې په توگه که چېرې وینه بهېدنه د دایورټیکولوم له کبله وي نو د ناروغ عمومي وضعیت د الکترولایتونو او مایعاتو اعادې کولو وروسته لاپراتومی او نوموړي برخې غوڅول (Resection) تر سره کېږی .
- 2- په گڼه توگه دانجیوگرافي او کولونو سکوپي پواسطه کېدای شي د وینه بهېدنې ساحه وپېژندل او محدوده کړل شي په هغه ناروغانو کې چې وینه بهېدنه ډیره شدیدې وي او په پراخه پیمانه وي او په وینه ورکونکي ټکي ونه پېژندل شي کولای شو چې Subtotal Colectomy د کولونونو په وینه بهېدنه کې تر سره کړو .
- 3- همدارنگه په ځانگړې توگه د کولمو اډینوکارسینوما ، پولیپ ، هیموروئید او د کولمو التهابی ناروغیود شتون په صورت کې په جذري بڼه درملنه تر سره کېږی او د آفت برخه له منځه وړل کېږی .
- 4- په موضعي توگه د هیموروئید د درملنې لپاره په اوبو منحل Bath او غایطه موادو (غولو) پوستوالي او د کریمونو او سوپزاتوونو استعمال غوره کيل کېږی .



## پنځم څپرکې

### د سږو او زړه ودرېدنه

#### Cardiopulmonary Arrest

تعريف :

د زړه او سږو ودرېدنه هغه حالت دی چې پکښې زړه او سږې دواړه سمدلاسه ودرېږي او کار ونکړي او نورماله فزيولوژيک دنده تر سره نشي کړای. که چېرې يو ناروغ چې ورته د زنگون څخه ښکته امپوتیشن تر سره شوې وي او سمدلاسه يوه اونۍ وروسته په بستر کې پرته له نبض او پرته له غبرگون څخه موندل کېږي پدې لړ کې لاندې پوښتنې بايد وڅېړل شي؟



- 1- آیا ناروغ کوم ډول راز غبرگون لري او که ؟ که چې ناروغ بېحاله پروت وي او غبرگون ونلري ورته د بيارغوني چېکه درملنه ترسره کېږي په ناروغ غږ تر سره کېږي ناروغ سمدلاسه راويښول ، راپورته کول ، او ښورول کېږي چې راويښ شي.
- 2- آیا د تنفس يا ساکټيلو لاره بنده ده او که ؟ د گوتې پواسطه دې خوله تشه ، پکه شي او يا سکشن کړل شي او سږو او ساکټيلو حرکتونه دې وليدل او د سږو غږونه دې واوريدل شي .
- 3- آیا حياتي علايم شته او که ؟ د ثباتي رنګ نبضان او د وينې فشار دې وکړل شي که اړتيا وي نو خوله په خوله ساکټيل او 100% اوکسيجن دې د وينتليشن پواسطه ورکړل شي کېدای شي دا کړنه د ماسک او يا انټوشن پواسطه تر سره شي.
- 4- کوم راز درمل دې پيل او يا تر درملنې لاندې دې ؟ د زړه درمل تر ټولو مهم گڼل کېږي لکه د اريټميا ضد او ډيجوکسين په اړه دې معلومات واخيستل شي او د نوموړو درملو ډيره اندازه ورکړه هم کولاي شي چې ورته ناوړه اغيزه منځ ته راوړي .
- 5- آیا کوم ډول لابراتواري کتنې لکه د پوتاسيوم ، هيماتوکريت اندازه ، هايپرکالييميا معمولاً د (  $>7\text{mEq}$  ) زیاته وي او يا هم شديدې وينه لري په حاده بڼه کېدای شي د زړه ودرېدنې لامل وگرځي . د ناروغ د غوره ناروغيو لکه احتشاء ، فرط فشار ، ريوي آمبوني او نږدې جراحي اړوند معلومات دې راټول شي .

## توپيري پېژندنه:

د ودرېدلی رېتم (Arrest rhythms) چې د لاندې لاملونو له کبله وي فېرېلېشن، تاکلي کارويا ، Electromechanical dissociation systole په کچه او يا ځانگړې توگه د زړه د ودرېدنې

## لامل گرځی

- 1- د زړه لاملونه :
  - د زړه د مایوکارډو احتشاً Myocardial infarction .
  - د زړه احتقاني نه برياليتوب Congestive heart failure
  - د زړه بطني اريتميا Ventricular arrhythmia
  - معمولاً تر ضيضا تو وروسته Cardiac temponad
- 2- د سږو لاملونو Pulmonary :
  - د ريوې آمبولې Pulmonary embolus
  - د سږو حاد نه برياليتوب Acute respiratory failure
  - تنشين پنوموتورکس Tension Pneumothorax
- 3- د وينه بهېدنې (Hemorrhagic) لاملونه : ډير شديده وينه بهېدنه کولاي شي د زړه او د تنفسي سيستم د ودرېدنې لامل گرځی د بېلگې په توگه لکه ، دا بهر د انيوريزم شليدنه د پولپوزس له کبله او د مري د واريسونو د شليدنې له کبله .
- 4- هايپوکاليميا او هايپرکاليميا : په وينه کې د پوتاسيوم د سويې ټيوالي او لوړوالي د زړه د اريتميا لامل گرځی او د نه درملنې په صورت د زړه د ودرېدنې سبب گرځېدلې شي .
- 5- اسيدوزس: شديد اسيدوزس د زړه د ميوکارډ د وظيفي انحطاط لامل گرځی .
- 6- د هايپوټرميا (سرېښت) له کبله: هايپوټرميا د اريتميا لامل گرځی او د زړه د ودرېدنې سبب گرځی .

## فيزيکي کتنې :

- A. د فزيکي کتنې غوره ټکي :
  - حياتي علايم: د حياتي علايمو او غيرگونونو کتنه او کتنو رول مهم گڼل کېږي د بيارغونې او درملنې لپاره دې لاندې په پام کې ونيول شي .
  - 1- وينېلشېن او تنفسي پورې وازه بڼه دې چک او کټرول شي چې ښائی د زنی او ژامنی "Jaw thrust or chin lift" مانوري ته اړتيا پريوزي.
  - 2- د شزن (ترخيا) بي ځايه کېدنه کېدای شي چې د تنشېن پنوموتورکس حالت څرگندوي .
  - 3- د غاړې د ورید اتساع ښائی د پريکارډ تمپوناد او يا د پنوموتورکس ښکارندوي وي .

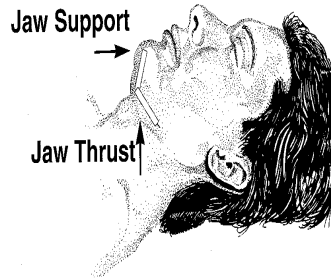




Figure .-Head tilt-chin lift maneuver.



Figure .-Jaw-thrust maneuver.



B. لابراتواري کښې :

د لابراتواري کښو لپاره دې ژر تر ژره اقدام وشي خود دې اړوند بايد په درملنه کې ځنډ منځ ته رانشي اولاندې آزموينې دې تر سره شي .

1- د شرياني وينې د گازاتو ټاکنه .

2- د وينې د سيروم د الکترولايټونو ټاکنه .

3- د وينې د حجراتو او هموگلوبين او هيماټوکريټ ټاکنه

C. راډيولوژيک کښې :

د زړه او صدر راډيوگرافي تر سره شي چې بڼائی د زړه د غټوالي او د سپرو د غير نورمال حالتو لکه : د اذيميا ، پنومونيا ، اټلکازي ، کولاپس د پلورا مايع، او کلاتو څرگندوي وي:

▪ په نورو کښو کې لاندې کښې تر سره کېدای شي که د نورو مترافقيه آفتونو څخه څرگندوني شتون ولری .

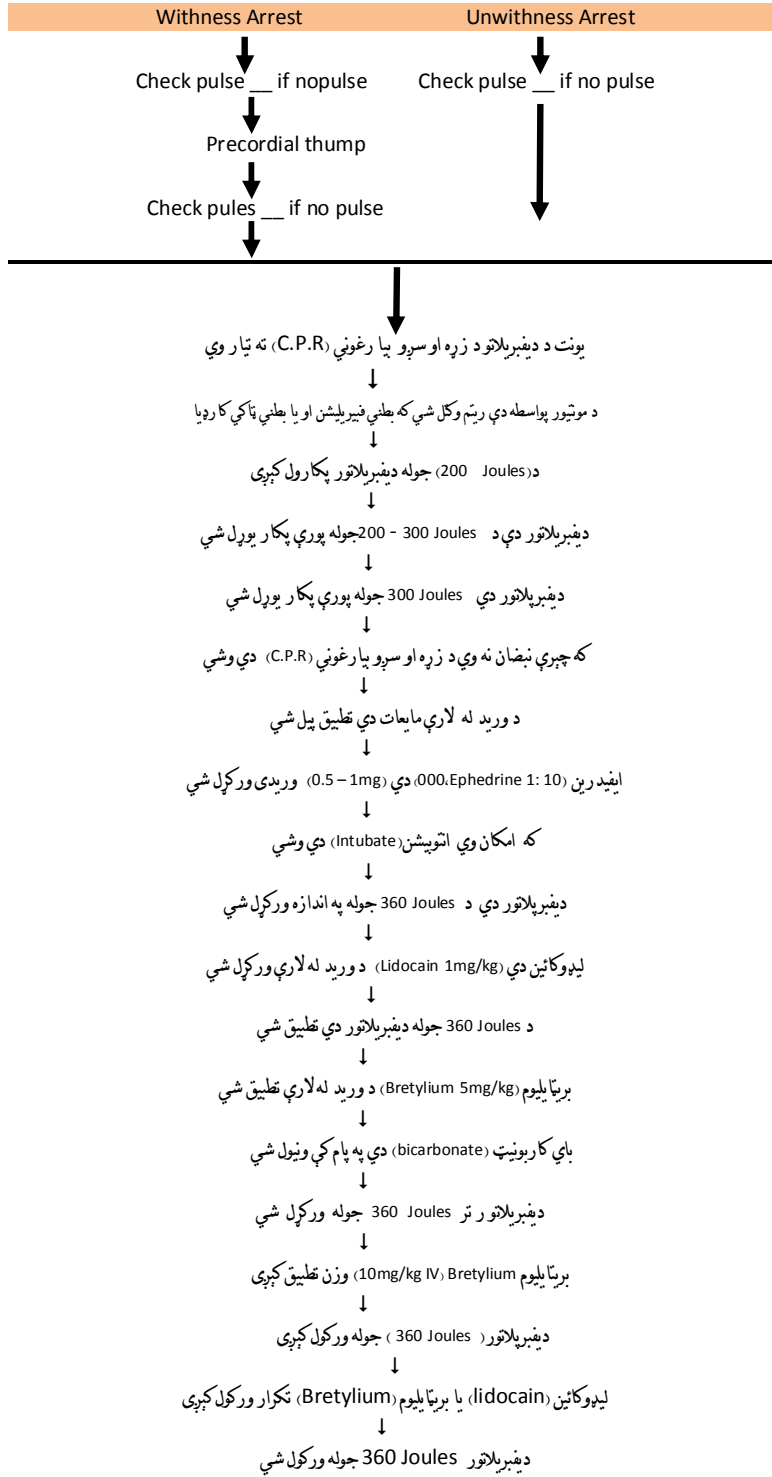
▪ M.R I بڼائی د يولړ ناروغيو اړوند معلومات څرگند کړي .

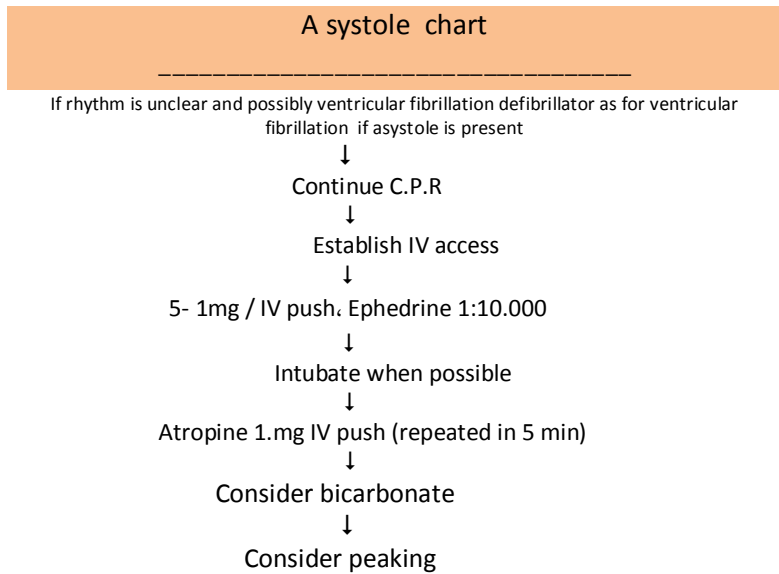
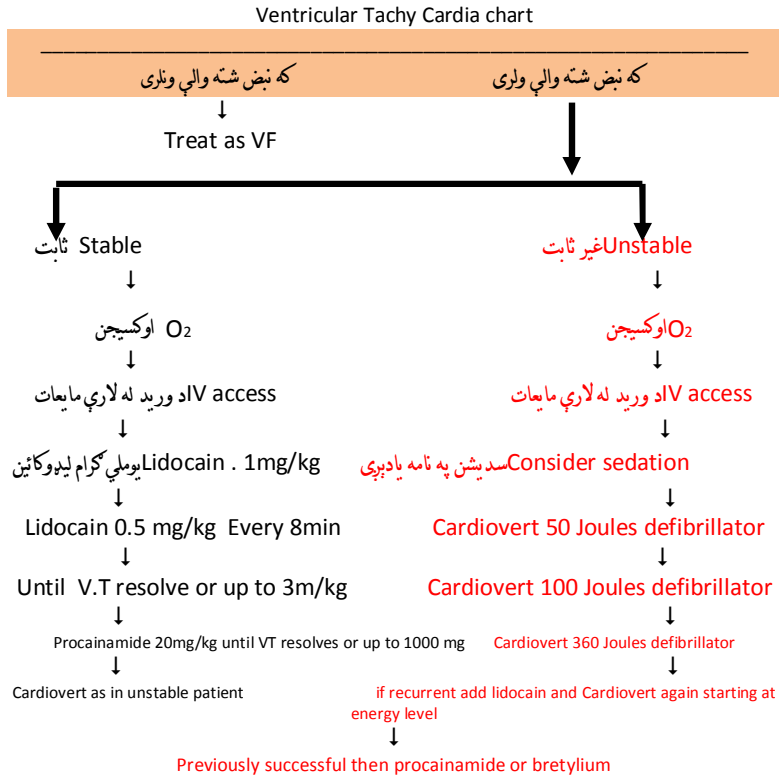
▪ E.C.G د زړه گراف پواسطه يولړ ناروغيو اړوند معلومات موندل کېدای شي .

▪ ايکوکارډيوگرافي کېدای شي د زړه او پريکارډ جوف اړوند ناروغيو په هکله معلومات څرگندوي .

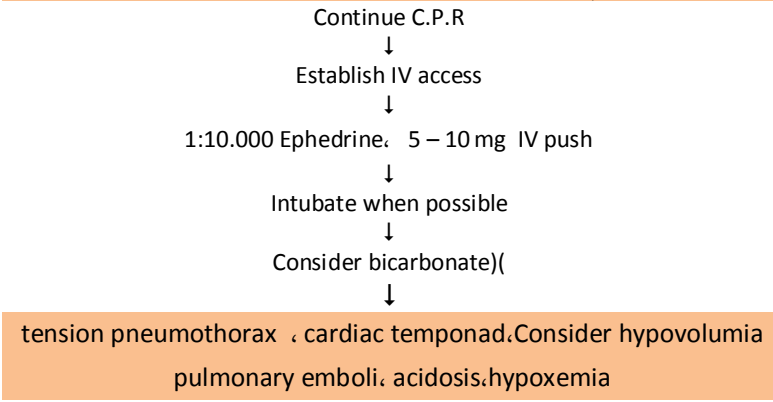
د درملنې پلان :

د درملنې په موخه د بطني فيبريليشن او پرته له نبضان څخه ټاکي کار ديا اړوند بايد لاندې جدول ته پاملرنه وکړي



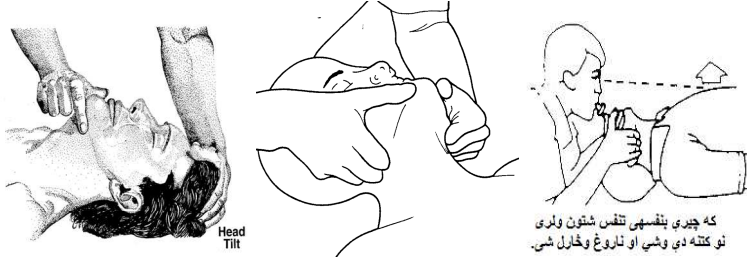


Electromechanically dissociation



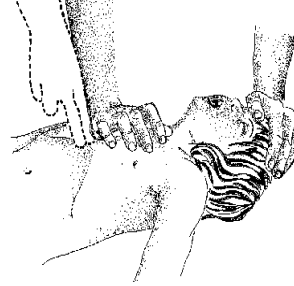
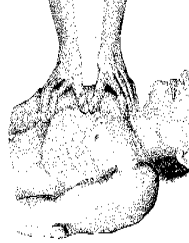
ټول ډاکټران باید دغه موضوع کاني په یاد ولري اودا اړتیا په وخت په کراتو سره تري کار اخستلای شي بر سیره پر دي چې د بيارغوني برياليتوب په ريتم پر کړنه اړتيا اود ريتم په مونيتور پورې تړوا لري ريتم بايد هر يود جدول مطابق خپله ځانگړې کړنه وکړي بيا رغونه بايد د (E،D،C،B،A) په پام کي نيولوله مخي تر سره شي چې پدي کړني کې:

- A . Airway د هوایي لارې
  - B . Breathing د تنفس يا سا کبيلو او سپرو
  - C . Circulation دوینې دوران اوزړه
  - D . Dysfunction of CNS د مرکزي عصبي سیستم غیر وظیفی حالت.
  - E . Exposure د بدن سر تر پایه لیدنه د پورته هر يو په پام کي نیولو او د اړوند ستونزو له منځه وړلو لپاره هڅه او درملنه وشي.
- 1 . که چېرې بطني فبريليش پرته له نبضان څخه ټاکي کارډيا سره منځ ته راغلي وي داړوند چارټ څخه دي کار واخيستل شي .
  - 2 . که چېرې بطني ټاکي کارډيا شته والې ولری د درملنې لپاره دي داړوند چارټ څخه دي کار واخيستل شي .
  - 3 . که چېرې Electromechanical dissociation منځ ته راغلي وي نو د دي لپاره دي داړوند چارټ څخه کار واخيستل شي .

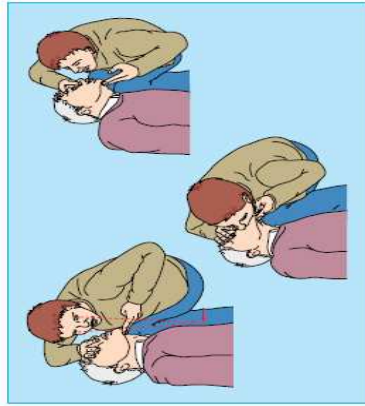
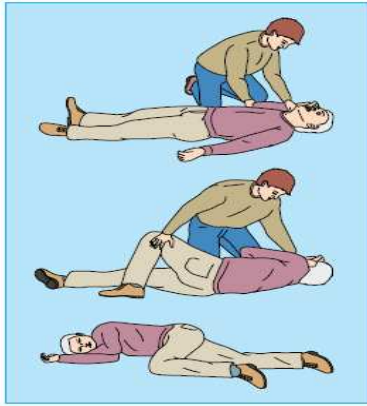


که چيري بنفسي تنفس شتون ولري نو کتنه دي وښي او ناروغ وځارل شي.

Method 1 Find midpoint between sternal notch A and lower end of sternum B as demonstrated below with thumbs marking the midpoint.



Method 2 Locating hand position for chest compression.



## شپږم څپرکي

صدری دردونه ( صدری خناق )

### Chest pain

تعريف :

ټول هغه دردونه چې د صدر (ټټر) په دننه کې احساس کېږي او ځای پر ځای وي او يا هم خپرېدنه ومومي ورته د صدری خناق نوم ورکول شوي دي او معمولاً د زړه او صدری احشأوو په ناروغيو کې منځ ته راځي .

که چېرې يو ناروغ چې ورته بشپړه نفوځوي تر سره شوي او د 62 کالو عمر ولري او څلور ورځې د عمليات څخه تيري وي د صدری درد پيدا شي او د لس دقيقو لپاره دوام ولري او بيا ورک شي نو د لاندې پوښتنو اړوند بايد معلومات تر لاسه شي .

1) آیا ناروغ پخوا د اکيلې رگونو ناروغی درلوده او کله که چېرې شته والېدرلوده نو په تاريخچه کې به يې اړوند دردونه به راتلونکي بڼه شته والې ولری نو دا درونه دي وڅېړل شي اړوند کېږي دي تر سره شي او د ميوکارډ د عضلي اسکيميا او د احتشأ په څير درملنه دي وشي او د درد په پيل کې دې ورته 0.4 mg Nitroglycerin تر ژبې لاندې (Sublingually) په لومړي ډوز ورکول شي او پرته له ځنډه دې درملنه وشي درد معمولاً (1-2 minutes) موده کې کمښت مومي او همدارنگه د فعاليت د پيل څخه دمخه هم ناروغ ته نايټروگلايسرين په وقايوي ډول ورکول کېږي .

2) د درد موقعيت ، طبيعت شدت او څيرېدني اړوند دي معلومات راټول شي د درد موقعيت د سټرونوم لاندې او اېي گاسټريوم برخه کې او انتشار يا خپرېدنه برخه ئي (ژامنه ، بازوگان ، فلانک ، گيډه) د درد طبيعت کېدای شي چې د سوځيدنه (Burning) ، ټکولو (Crushing) ، څيرېدنه (Tearing) ، چوڅلو يا سوري کول (Stabbing) په څير وي او د درد شدت کولای شي چې د ناروغی د پيژندنې اړوند گټه وړ وي سره لدې چې د صدری خناق درونه نشو کولای د يولر معيارونو له مخي څرگندونې او اړوند معلومات څرگند کړي خود صدری احشأوو تعقيب يوه لړ څرگندونې او يو عصبي تگلاره پلې کوي په کلاسيکه بڼه صدری درد خلف د سټرونوم ته او د کين بازو او يا ژامنې لوري ته خپرېدنه مومي د صدری ابهر انيوريزم معمولاً د شليدني (Ripping) په څير او د پيپټيک قرحې دردونه د سوځيدني په بڼه او يا (Growing) په څير څرگندېږي .



3) ناروغ په څه کار اخته وو چه درد پيل کړی ؟ پارونکي فعاليتونه (هنه فکورونه چې درد زياتوي) او د تيري (حملې) پر مهال سره لدې چه زورونکي دي خو بيا هم د ناروغۍ د لامل پېژندنه اړوند مرستندويه وي په کلاسيکه توگه صدري خناق وروسته د جهد او فعاليت څخه زياتوالي مومي پلورائي دردونه د ټوخي وروسته زياتوالي مومي او ايزوفاجيت يا مري التهابی دردونه د خوراكي توکو خوراک پر مهال زياتوالي مومي.

توپيري پېژندنه:

د يولړ ناروغيو تر منځ دې توپيري پېژندنه تر سره شي چه په لاندې ډول دي :

A. د زړه او رگونو ناروغۍ

1) د زړه د ميوکارد احتشأ:

پدې هکله د يوه زورونکي او ټوکېدنې په څير د سټرونوم (قص) خلف ته او معمولاً د کينې مټ يا ژامنې ته خپرېدنه مومي او معمولاً د کانگوزړه بدوالي Dyspnea يا Palpitation مومي او يا د زړه ټکانونو سره مل وي او اکثراً د Nitroglycerine درملو پواسطه لږوالي مومي او يا هم له منځه ځي چې د لاندې لاملونو له منځ ته راځي:

a. داکلېلي رگونو ناروغۍ

b. داکلېلي رگونو سپرم (Prinzmetals angina) Variant angina اکثراً د

استراحت پر مهال منځ ته راځي .

c. دابهر ريگورجيتيشن او يا مائيرال د سام پرولا پس چې پکې اکثراً د زړه سوفل Heart murmur اورېدل کېږي .

d. دابهر ډايسکشن Aortic dissection:

e. دا درد د خپرېدنې په څير طبيعت لري او د شا لوري ته خپرېدنه مومي او په تاريخچه کې د وينې فشار لوړوالي تل ورسره مل وي .

f. حاد پريکاردېټ : د دي ناروغۍ سره يو Friction rub اورېدل کېږي او پريکاردېال انصباب هم د ايکوکارډيوگرافي پواسطه ثبیت کېږي د E.C.G نښې هم موندل کېږي.

2) مکروبي حالت : دابه په ويروسي يا نړی رنځ ناروغه انسانانو کې شته والې ولری .

3) د مايوکارد احتشأ: دلته په يو مقدم پريکاردېټ په څولومړيو ورځو کې او به 1-4

weeks په د مايوکاردېال احتشاء (Dressiers Syndrome) کې ليدل شی.

4) يوريميا Uremia له کبله .

5) خباثت اکثراً د ټيونو او قصباتو له کبله منځ ته راځي.

6) د منضم نسج ناروغۍ.

7) مقدم ريوي هايپرټنشن: درد خفيف وي او ذيق النفس (ډيسپنيا) به د ډير فعاليت پر مهال د غوره اعراضو څخه وي .

**Table. Differentiating Features of Conditions Causing Chest Pain with Hypovolemia.**

Diseases	Findings			
	History	Examination	ECG	X-Rays
Myocardial infarction with vagotonia	Crushing chest pain; nausea	Bradycardia; stable hypotension	Acute infarction pattern and bradycardia	Nonspecific.
Aortic dissection	Tearing chest pain; back pain; often history of hypertension	Tachycardia; pulse deficits; progressive hypotension	Nonspecific or may show ischemia or infarction pattern. left ventricular hypertrophy	Widened mediastinum; pleural fluid. CT scan is more sensitive than x-ray.
Leaking upper abdominal aortic aneurysm	Chest and epigastric pain	Tachycardia; pulsatile epigastric mass	Nonspecific	CT scan or ultrasound is more sensitive than x-rays.

B. د سږو اړوند Pulmonary :

1. د سږو آمبولې او احتشأ.
  2. پنوموتورکس په حاده بڼه تېري لري او د ډيسپنيا سره مل وي او ځوانو ناروغانو کې چې COPD ولري ليدل کېږي .
  3. Pleurodynia د پلورا دردونه د Bronchopulmonis Disease چې د Coxsackie وپروس له کبله په ناروغۍ کې ليدل کېږي .
  4. پنومونيا او پلورايتيس : دا دردونه په ځانگړي توگه د پلوريت له کبله وي او درد د عميق شهيق پر مهال زياتوالي مومي.
- C. د هضمي جهاز له کبله:
1. دمعدې-مري رفلوکس ناروغان معمولاً په خوله کې د اسيدې حالت يا تريو خوندي احساس کوي چې په تکراري بڼه شته والې لري .
  2. دمري سپزم په ساده کې سره د صدري خناق سره مغشوش او غلطېږي دا بناي چې د سترنوم خلف ته وي او د نايټروگلايسيرين سره ښه والي مومي.
  3. د معدې التهاب يا گسټرېټ د ډول ناروغانو په تاريخچه کې الکوليزم معمولاً شته والې لري.
  4. د پېپټيک قرحي ناروغۍ په ځانگړي توگه د شرسوفي برخې درد شته والې لري چې خوراک ورسته لږوالي لري.
  5. صفراوي يا د تريخي کولیک : تل د خوراک سره مل وي دردونه منځته راوړي چې په ځانگړي توگه که په خوراک کې غوړ يا شحم شته والې ولري او د شرسوفي په برخه کې په ښي پورته کواډرانت کې توضع لري او ښي اوږې ته لږدول کېږي.
  6. پانکرياتيټ : دا يو حاد ډول درد په گېده کې منځ ته راځي او د ملابند په څير خپرېدنه کوي او په کې يولې انزاييمونه توپير مومي او زياتوالي ليدل شي.



D. عضلي اسکيټي :

1. دا ډول دردونه د صدر د جدار په برخه کې وي د جس (Palpation) پواسطه يا له سره منځ ته راځي .
2. عضلي غضروفي التهاب : د درد غوره برخه د ضلعي د ضلعي غضروفي بند يا مفصل برخه شته والې لری .
3. عضلي درد او سپزم په دې هکله تل د فعالیت او تمرین له کبله په تاریخچه کې د درد زیاتوالي شته والې لری .
4. د پښتو (اضلاع) دردونه چې تل له ترضیضاتو وروسته لیدل کېږي .

کلبنيکی کڼې :

۱. فزيکی کڼې :

1. حياتي علايم : هايپوتشن د وينې فشار ټيټوالي ، او نورې تهديدی نښې به د زړه وعائی کولاس سره شته والې څرګندويه وی [دېر شديد د مایوکارډ احتشاء ، انيوريزمی ډایسکشن (Dissection) د سپروآمبولي ، او ټیشن پڼوموتورکس] کېدای شي دا حالت منځ ته راوړي هايپرتیشن کله چې د میوکارډ احتشاء ، د اېهر انيوريزم تخریب شلېدنه بېرته مرسټي او درملنې ته اړتیا لري او د وينې فشار دې راتپت کړل شي .

2. د تودوخي درجه : تبه ښائی د آمبولې ښکاروندوي وي چې معمولاً ټيټه درجه وي ، او د انسانانو یا مکروبونو د مداخلې له کبله منځ ته راځي نوري التهابی ناروغی لکه ( پڼومونیا پلوريزي او پريکارډیت ) هم دا علت منځ ته راوړي .



3. ساکنبل (تنفس) : د ساکنبلو نظم ، شمېر باید وپلټل شي او اړوند معلومات دې راټول کړل شي .



4. نېضان : د نبض ډول او شمېر او نظم باید وکړل شي او اړوند معلومات دې راټول کړل شي .

A. HEENT :- د خولې پخېدنه (ترش Thrush) په ځانګړې ډول

"Immunosuppressed" او دکانديد يا ايزوفاجيت يا د مری التهاب سره مل وي .

B. غاړه (Neck): د وريد توسع د غاړي يا ورمير په برخه کې به د CHF او يا پڼوموتورکس سره مل وي .

C. صدر Chest : په فزيکی کڼه کې ښائی چې حساسيت یا کاتوژن د پښتو د کسر د قص

(سټرنوم) هډوکي ښائی وروسته Median sternotomy څخه ښائی د اتاناتو د مداخلې

ښکاروندوي وي چې د Costochondritis او ضلعي غضروفي دردونو سره مل وي

D. سپري Lungs : رالونه به د CHF سره مل وي او د قعر پر مهال په Dullness او يا مایع يا

پڼومونیک تکاثف Friction rub، Consolidation به د پلورا التهابی ناروغی سره شته والې

لری او همدارنگه د پنوموتورکس او مایع (انصباب) شته والې په صورت کې به د سپرو غږونه ټیټ واریدل شي.

E. زړه Heart : د زړه سوفل Murmur به د زړه د دسامونو په ناروغیو کې اوفیکشن رب به د پریکارډیټ سره مل وي همدارنگه [د زړه جراحی عملیات وروسته به سمدلاسه نورمال حالت شته والې ولری] او د PMI پېچا په کېدنه به د CHF سره شته والې ولری.

F. گډه Abdomen : په گډه کې به د پالوژي له کبله د کولمو آوازونو (پرسانلیم) نشوالی د پریټونیت او یا نورو التهابی ناروغیو له کبله وي .

G. عصبي Neurologic: د اېسکشن ښائی په وصفی توگه د گوزن Hemiplegia لپاره لامل وگرځي

H. لاس او پښې ( نهایتونه Extremities) د پښو یا نهایتو نوبرخه کې اذیما به CHF سره او غیر متناظر پرسوب او اذیما په د وریدي ترومبوزس ناروغی کې ولیدل شي .

II. د لابراتواري څیړنې:

1. هیموگرام Hemogram : د وینې کڼې کې به لوکوسیتوزس د اتانې ناروغیو او لمفوسیتوزس به د وېروسي ناروغیو څرگندوي وي.

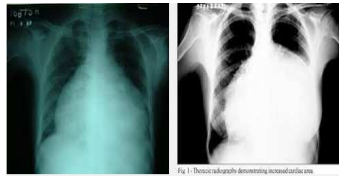
2. CPK : د ایزوآنزیم سره دا کڼه دي هر اته ساعته وروسته په تکرار سره تر سره شي تر څو د زړه د میوکارډ ترضیضونه تخریب وازول شي.

3. د شریاني وینې گازونه ټاکنه: دا باید یولړ ډیر ناروغیو کې تر سره شي ټول هغه ناروغان چې پکې د سپرو ناروغی او ډیسپنیا شته والې ولری تر سره کېږی.

III. د زړه گراف : د زړه گراف دې پرلپسې د لنډې مودې وروسته تکرار واخیستل شی او یو د بل سره دې پرته شی که چېرې (MI) شتون ولری بای د (Q-wave) او (ST-wave) بدلون (انحطاط یا لوېدنه) به شتون ولری او نورې اریتمیا گانې دې وڅارل شی.

IV. د راډیولوژي کڼې :

1. د صدر راډیوگرافي که چېرې د میوکارډ ناروغی شته والې ولری نو د خوځنده (متحرک) راډیوگرافي ماشین څخه دي کار واخیستل شي او ناروغ دې د راډیولوژي سرویس ته رانه وړل شي لاندې ټکي په پام کې ونیسي:



- پنوموتورکس او د سپرو کولاپس خیال.
- پلورائي انصباب او یا پریکارډ انصباب.
- ارتشاء د التهابی ناروغیو له کبله.
- د زړه گړدي خیال د پریکارډ انصباب له کبله .

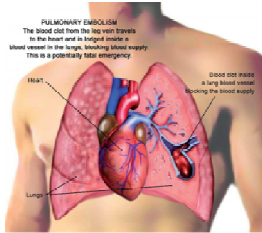
- د منصف پراخیدنه او د اېسکشن له کبله وی.

- د پښتو (اضلاع) کسرونو او د غضروفي ضلعي بندونه توپرونه.
  - د سږو د انساجو ټومورونه ( منکس ، کهنې او سیسیک خیالونه).
  - 2. ایکوکارډیوګرام- کېدای شي د سږو او پریکارډیوم د انصباب په هکله غوره معلومات راڅرګند کړي د زړه د جدارونو او حرکتونو د دسامونو د ناروغیو او د اېهر ډیسکیشین اړوند معلومات راکړي.
  - 3. الټرا سونوګرام همدارنګه کولای شي د یولړ ناروغیو په هکله معلومات څرګند کړي.
  - 4. انجیوګرافي د یولړ د رګونو ناروغیو په هکله رغنده معلومات راکړي.
  - 5. د کمپیوټر ټوموګرافي C.T Scanning پواسطه ډیرې ناروغۍ پیژندل کېږي.
  - 6. MRI : چې د یو ناروغیو په اړوند معلومات راکړي
  - 7. Venogram ، Ventilation – perfusion scan او د سږو انجیوګرام:
- دا به د سږو آمبولې سره مل وي یو منفي A/v. scan بښایي ریوی آمبولې (Pul. Emboli)، لپاره رد کونکي وي همدارنګه که ناکله بښایي د سږو رګونو راډیوګرافي (Arteriography)، تر سره کېږي او د ناروغۍ پیژندنې لپاره اړین پروژي.
- 7. د زړه ګراف ECG: دا به په اساسي بڼه د زړه د ناروغیو پرمختګ او شته والی په هکله معلومات راکړي چې د ناروغیو په پیلایلو مرحلو کې اخیستل کېږي د مایوکارډ احتشاً (MI) په صورت کې په (Q) چې او (ST) په څپه کې بدلون شته والی ولری د انحطاط یا اوچتوالي په یولړ ناروغۍ څرګندي کړي همدارنګه د (T) څپې په څټ کېدنه به د زړه د تحت انډوکارډیوم (Subendocardial) احتشاء سره او د (Q) څپه بښایي شته والی ونلری او اریتمیا به شته والی ولری.
- د درملنې پلان :**
- کله چې کره کتنه وشي او د ناروغۍ رغنده پیژندنه به تر سره شي د ناروغۍ د پیژندنې مطابق د درملنې پلان جوړېږي.
- A. بېړنۍ معالجه پلان :
    1. د اوکسیجن تطبیق او معالجه دې د ماسک یا ټیوب له لارې وشي.
    2. د زړه ګراف دې واخیستل شي او لیدونه دې پر ځای پرېښودل شي او د څارنې- مونیټورنګ په موخه دې په تکراري ډول د زړه ګرافونه واخیستل شي تر څو ولیدل شي چې ناروغۍ د پرمخ تللو په لورې ځي او که ښه والی مومي.
    3. خونې ته دې ګرځنده د راډیوګرافي ماشین راوړل شي او ځای پر ځای دې راډیوګرافي واخیستل شي.
    4. د شرباني وینې د کازاتو اندازه دې وټاکل شي.

5. که چېرې د میوکارډ د احتشاء او اسکیمیا حالت شته والې ولری تر ژبې لاندې د نایټروګلایسیرین درملو تابلیت دي کینسودل شي تر څو د زړه رګونو توسع منځ ته راشی او درملنه دي وشي .
- B. د مایوکارډ ایسکیمیا:
1. نایټرایټونه Nitrites: نایټرایټونه تر ژبې لاندې نایټروګلایسیرین (0.4 grain/1) د پیل لپاره ځانګړې ډوزېل کېږی د اعراضو لږوالي او دوینې د فشار د سمون مونیټورینګ دي وشي او 5-10 minut دقیقو موده کې دي تکرار درمل ورکړه شي که چېرې نایټروګلایسیرین اغېزمن وي مګر دردونه هم شته والې ولری د Nitroglycerin drip 10-20 µg/min دي ورکړه شي او دردد تر له منځه تللو دي Titrated تیر په څیر عیار کړل شي پدې لړ کې دي د وینې د سیسټولیک فشار دي 90 mmHg څخه پورته وساتل شي .
2. مورفین Morphine: که درد د نایټروګلایسیرین ورکړې سره کم نشی او لاهم شته والې ولری او که چېرې د نایټریت په وړاندې تحمل ونلري د مورفین درمل دي ورکړل شي درملنه دي د مورفین پواسطه 1-3mg د ورید یا دخولې له لارې د اړتیا له مخې ورکړل شي .
3. اوکسیجن Oxygen د څلور لیټره په اندازه د پوزي له لارې چې معادل د 35% د ماسک له لارې ورکول او تطبیق کېږی
4. لیدوکائین Lidocain که چېرې پیژندنه واضح وي د زړه د ریتم بې نظمي له منځه وړلو لپاره په E.C.G کې واضح Ectopy حالت شتون ولری د 75-100 mg لیدوکائین د ورید له لوري نیغ په نیغ ناروغ ته ورکړل شي او په مقدم ډول د انفیوژن په څیر 2mg/min په هره دقیقه کې ورکول کېږی .
5. ناروغ دي د پرلپسې او دومداره کښې او مونیټورینګ لپاره او د زړه د ګراف له مخې د ناروغ څارنې لپاره د C.C.U (Coronary Care Unit) او I.C.U (Intensive Care Unit) یونټ کېنې بستر کړل شي .
6. ډاکلیلي شریان د ټرومبوزس تجزیه (Coronary Thrombolysis) د تجزیه کولو لپاره د سټرپټوکاینینز (Streptokinase) انزایم ناروغ ته تطبیق کېږی او همدارنګه [Urokinase (Tissue-Plasminogen Activator)] بنائې پکار یوړل شي .
- C. د اهر ډایسکشن (Aortic dissection):
- تر ټولو لومړني درملنه په درد له منځه وړل او فشار راټیټول دي تر څو د سیسټول فشار راټیټ شي د جراحی پواسطه دي اصلاح تر سره شي تر څو د انیوریزم اعراض له منځه ولاړ شي .
1. نایټروپروسایډ Nitroprusside (Nipride): دا درمل به د سیسټول فشار راټیټ کړی په پرلپسې بڼه د انفیوژن په توګه (0.5-1 µg/kg/min)، ورکول کېږی او ډوزي (Titrated) په توګه تیار او عیارېږي تر څو چې فشار د وینې تر کنټرول لاندې راشي .

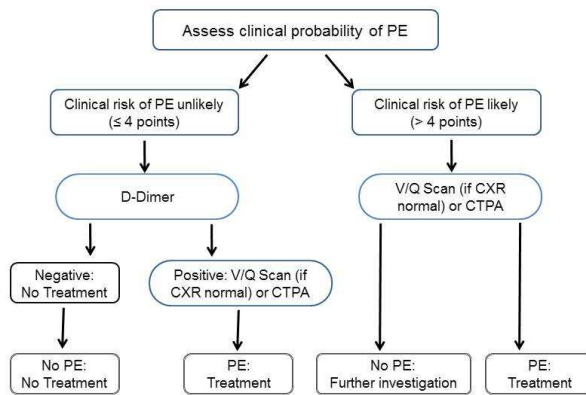
2. پروپرانولول (Propranolol): دا درمل د سیسټولیک فشار په حاده بڼه راتیټوی لومړي په حاده بڼه بنسټی فشار لوړ کاندې دا په د وروسته د څه مودې څخه د Rebound په څیر زیاتوالي موي او د وریدي IV -1-3mg پروپرانولول څخه د مخه تر Nipride درملو ورکولوګټه اخیستل کېږي . دا درمل ډیرګټه وردي او د دي ناروغۍ په لړ کې دي ورته بشپړه پاملرنه واورول شي .
3. Morphine: دا درمل هم د ورید له لارې 1-3mg پورې یوځل د اړتیا له مخې ورکول کېږي .

- D. د سرې آمبولې: هغه حالت چې د سرې انساجونه د وینې بهیر له منځه ولاړ شي او د یوې آمبولې پذیرعه د سرې (لوب ، لویبول ) شریانی وینه رسېدنه وځنډېږي . چې پکې به لاندې نښې نښانې شتون ولري :



- د تنفس لنډوالي (Breathlessness) .
- د صدری دردونه چې شدیدې بڼه (Chest Pain) .
- ټوخی او هیموپتازی (Cough/Haemoptysis) .
- هایپوټنشن (Hypotension) چې قلبی دهانه راتیټوی .
- ټاکی کارډیا (Tachycardia) .
- ټاکیپنیا (Tachypnoea) چې معمولاً تنفسی سرعت به پکې له (20/min) څخه لږه کچه ولري .
- پلورائی رب (Pleural Rub) .
- د نښی بطن هیف (Heave) یا (S<sub>2</sub>) دویم غږ د زړه .
- هایپوکسیا (Hypoxia) چې د (PaO<sub>2</sub>) به د (10.7 kPa) وی او بنسټی ټیټه کچه ولري .

Investigatory and Diagnostic Alogrithm for PE



1. لومړي او اساسي کتنې پرن کېدنې PTT/PT دي وټاکل شي .
  2. د ورید له لارې د Heparin د 10000 Units یونټه آمپول څخه او یا 10- 100unit/kg/hour ورید له لارې دې تطبیق او تنظیم کېږي هر 3-4hour دې د پروټرومبین ټایم (PT) ټاکل کېږي او هیپارین دې داسې عیار شي چې په حدودو د دوه برابره د نورمال حالت وي.
  3. که چېرې اتی کولانتونه مضاد استطباب وي نو intra caval filter پکارول کېږي همدارنگه فلټرونه په هغه ناروغانو کې چې په Recurrent توگه آمبولې منځ ته راوړي سره لږې چې اتی کولانت ورته ورکول کېږي .
  - E. پنوموتورکس که چېرې هوا د پلورا په جوف کې راټوله شي او د Tub thoracostomy ورته تر سره کېږي ترڅو هوا بهرته راوځي او سږې په نورمال او ښه توگه دنده تر سره کړي.
  - F. Pricardiostomy پرېکار د ایټس د زړه تمپوناد لپاره دي وڅارل او موتیور کول شي همدارنگه Indomethacine او یا نوري (NSAID) درمل ښائی د درد له منځه وړلو په موخه پکار یوړل شي .
  - G. Gastritis/esophagitis د دي ناروغۍ د شته والی په صورت کې .
  1. Antiacids لکه (مگنیزیم هایدرواکساید، المونیم هایدرواکساید) محلولونه .
  2. H<sub>2</sub> – Receptor blocker : لکه [Cimitidin او یا Famotidin او Ranitidine] درمل.
  3. Proton pumping inhibitors لکه Omeprazol او Lansoprzol او یا Ismiprazol Rebaprazol Pantperzol درمل ناروغ د اړتیا له مخې ورکول کېږي .
  - H. د پښتو – غضروفی التهاب (Costochondritis) د دي ناروغۍ په صورت کې کېدای شي د NASID مستحضراتو او درملو لکه Mefenamic acid, Naproxen ، Diclofenac ، Ibuprofen لکه
- ناروغ ته ورکول کېږي او ورڅخه کار اخستل کېږي .

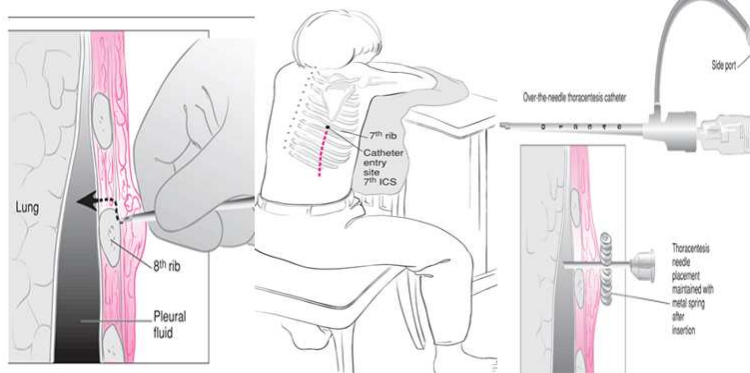
# اوم خپرکې

## د صدري ټيوب ستونزې:

### Chest Tub Problems

تعريف:

د صدري ټيوب اېنسودل داسې يوه کړنلاره ده چې د صدري جوف څخه د (مايعاتو ، وينې او هوا) تخليبي په موخه ټيوب د صدر جوف دننه اېنسودل کېږي کله چې دا ټيوب کومه ستونزه پيدا کړي د ستونزې د حل لپاره يولړ کړنې تر سره کېږي .  
که چېرې يو ناروغ ته چې د شپږه کالو عمر لري او د بنفسي پنوموتورکس له کبله صدري ټيوب کېښودل شوې وي او هغه ښه او سمه دنده تر سره نکړي نو لاندې پوښتنې به مطرح شي :

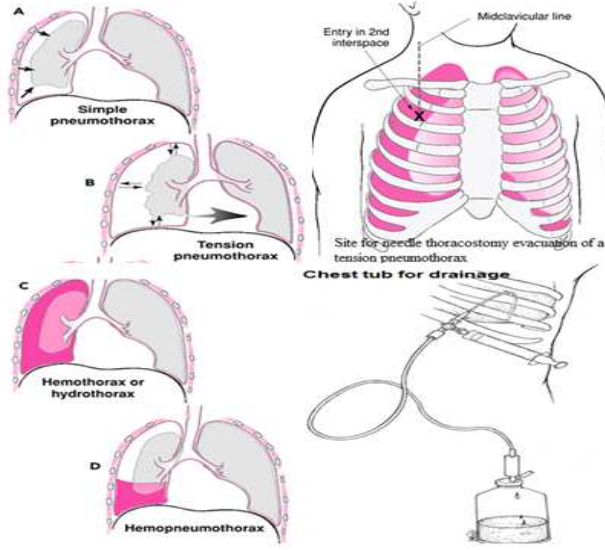


A- د ناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ ټاكي کارډيا ، ټاكي پنيا ، هاپوټېشن په د بنفسي پنوموتورکس ښوونه وکړي .

B- اصلي ستونزه څه ده ؟ د دريښاډ په کيفيت او کميته به توپير منځ ته راغلي وي همدارنگه کېدای شي چې د پانسماڼ په برخه کې د ټيوب چاپيريال څخه هوا او مايع دريښاډ منځ ته راغلي وي او لاهم دوام ولري او يا هم د تحت الجلدي آمفزيما به لاسي زياتوالي ومومي ناروغ به ډير نارامه او شکايت به يې ډېروالي ومومي چې دا به د ټيوب په بندېدنه دلالت کوي .

C- کله او ولي ټيوب کېښودنې نېټه دي وليدل شي او ستونزه ښائې هماغه مهال چې ټيوب کېښودل شوې او د عمليات په ښوونه کې ورته پيدا وي دا ټيوب ښائې د ( هوا ، ايفوزن ، آمپيم ، وينې ) شته له کبله په پلورا کې کېښودل شوې چې د هر يوه علت لپاره موده توپير لري .

D- کله ورته د آزماينې وروستې صدري X-ray راډيوگرافي اخيستل شوې ؟ سمدلاسه دې د صدري راډيوگرافي د پلټنې په موخه واخيستل شي تر څو د ټيوب موقعيت او حالت د پلورا په منځ کې د ناروغۍ د علت شته والی په هکله معلومات راکړي .



**تویپري پېژندنه :**

A-د دریناژد سیستم غلطی :

1. بښائی چې ددریناژ د مايع ظرف یا بوتل ډک شوې وي .
  2. بښائی چې ټیوب مات او بند شوې وي .
  3. د Suction جدار بښائی چې مناسب نه وي او د ټیوب د دریناژ لپاره ایستلی سوري لږ وي او بندښت ولري .
  4. بښائی چې د صدری ټیوب قطر کوچنی وي او په مناسب توگه دریناژ ونکړي په مشومانو کې (14-16) قطر او یو کاهل کې د (20-cm) په اندازه قطر درلودونکي ټیوب پکارول کېږی .
  5. همدارنگه کېدای شي د منفي سیستم د منخ ته راوړلو لپاره د هوایي تخلیې لاره بنده وي .
- B- په دوامداره توگه هوایي لیکاز:
- دا حالت کولای شي چې د ټیوب له لارې د هوا تخلیه کېدنه په بوتل یا ظرف کې و آزمویو او په اوبو کې بښائی چې د ساکنولو پر مهال هوایي پوکاني (حبابونه) منخ ته راشي نو د دي لپاره دي لاندې ټکي ته نظر وشي.
1. ټیوب دي چک او وڅارل شي بښائی چې ټیوب په کومه برخه کې سوري او خراب شوې وي او یا هم میکانیکي ستونزه لکه د ټیوب نښسته او تړاو له منخه تللي وي .
  2. هغه سوري چې په ټیوب کې ایستل شوې دي او په پلورا کې د هغه له لارې تخلیه صورت مومي بښائی هغه سوري د پلورا څخه بهر ته وي او د پلورا څخه راوتنه ولري او دریناژ سیستم سره تړاو ونلري د هغه له لارې هوا راووځي .

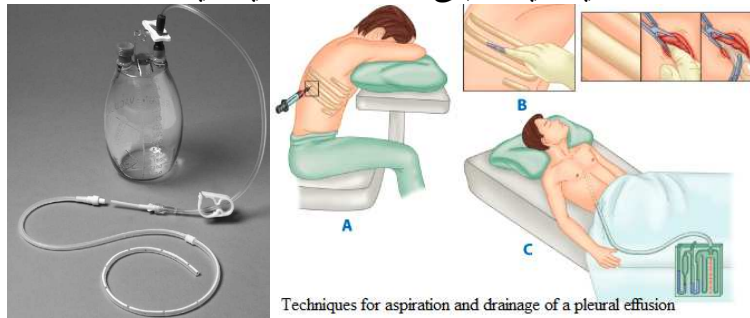


3. د سپړو د نسج او پارانشيم ترضیض او جرحه چې په معند او دوامداره توګه Branchoplural fistula) د قصباتو پلورائي فيستول له لارې هوا ليکاژ وکړي بنائى چې د ترضیضاتو وروسته د سپړو جرحي شته وي او يا هم د ټيوب کينودني جراحی عمل پواسطه سپړي د ډاکټر پواسطه مجروح شوې وي او د نسج د تخريب له لارې هوا په دوامداره توګه تخلیه شي.

توپيري پېژندنه:

A- د دريناژ دسيسټم غلطې:

- i. بنائى چې د دريناژ دمايع ظرف يا بوتل ډک شوې وي.
- ii. بنائى چې ټيوب مات او بند شوې وي.
- iii. د سکشن جدار بنائى چې مناسب نه وي او د ټيوب د دريناژ لپاره ایستلي سوري لږوي او او د علقې يا قیچ پذیرعه بندست ولري.
- iv. بنائى چې د ټيوب قطر کوچني وي او په مناسبه توګه دريناژ ونکړي.
- v. په يو کاهل کېنې د  $20^{ch}$  په اندازه قطر درلودونکي ټيوب پکارول کېږي.
- vi. همدارنگه کېدای شي دمنفي سسيسټم منځ ته نه راتلو لپاره دهوائى تخليبي لاره بنده وي.



Techniques for aspiration and drainage of a pleural effusion

B- په دوامداره توګه دمايع دريناژ د ټيوب له شاوخوا څخه:

په ناروغانو کې هلته چې ټيوب د انصباب دريناژ لپاره کېنودل شوی او پريمانه کچه دريناژ ولری او د ساده دريناژ او پانسماں پذیرعه درملنه شی.

- باید باوری شی چې د ټيوب آخرنۍ سوري يې په صدر کې موقعیت ولری.

- همدارنگه که چېرې د ټيوب چارپير برخه ډېره شخه او مضبوطه کيدل شوی بنائى چې د پوستکى او تحالجلد برخې انساج يې پرې کړی او يا يې خیرلی وی.

C- د کیفیت له پلوه د دريناژ بدلون درلودونکي حالت:

کله چې د صدر دننه پلورا کېنې ټيوب کېنودل شي بنائى دريناژ کېنې وينه شته والې ولری.

i. د بين الضلعي رګونو ترضیض او ژوبلېدنه: په عمومي توګه ددي لامل څخه مخنيوي کېږي ځکه چې د پورتنی په پورتنی څنډه کېنې اچول کېږي او هلته درګونو تخريب امکان نشته خوبيا هم کله ناکله

- کېدای شي چې جراح ډيره تجربه ونلري او يا په کړنلاره تر سره کولو کېنې ډيره پاملرنه ونکړي او رگونه ژوبل کړي او وينه بهېدنه منځ ته راشي.
- ii. وينه درلودونکي انصباب : د تنفسي سيستم اوسدر خيښو ناروغيو په صورت کېنې به وينه درلودونکي مايع د انصباب شته والي ولري.
- iii. دريوې شريان ژوبليدنه : دا يو نادر ډول پېښېدنه ده.
- iv. له ترضيضاتو وروسته : اکثراً له ترضيضاتو وروسته د پڼوموتورکس حالت سره وينه بهېدنه په بيلابيلو درجو سره شته والي درلودلای شي.
- D- د دريناژ د کيټ بدلون : په لاندې حالاتو کې کمښت منځ ته راتلای شي.
- i. ښائې ټيوب په لومن کېنې دوينې پرې کېدنې علقي کله راغلي وي او هغه يې بنده کړې وي.
  - ii. ښائې ټيوب د تاويدنې يا ماتېدنې (قات خوړولو Kinked) له کبله بند شوې وي.
  - iii. ښائې چې په صدر کېنې دننه د دريناژ لپاره نورڅه شته والي ونلري.
  - iv. سړې ښائې چې د جداري پلورا سره التصاق موندلای وي او گڼ شمېر جوفونه يې جوړ کړي وي.
- E- د پوستکي آفزيما :
- i. ښائې چې ټيوب د پلورا جوف څخه بهر ته راوتلای وي او يا هم سوري يې د پوستکي لاندې برخې او پلورا صدري جدار ترمنځ وي.
  - ii. ښائې چې ټيوب غير مناسب ترپوستکي لاندې تېروي او پلورا سره لاره ولري.
  - iii. که چېرې صدري ټيوب د هوا ليکاژ ولري نو د بل ټيوب کېښودنې ته اړتيا لري.
  - iv. د تنشن پڼوموتورکس حالت شته والي.
- F- د ټيوب له کبله نارامتيا :
- کله چې ټيوب په صدر کې کېښودل شي نو تل به د پلورائې درد سره مل وي په تېره بيا د دننه شوې څوکې په برخه کې چې راز درد بايد هر ورو له صدري خناق او نورو پېښو څخه توپير کړل شي هغه دردونه چې ناڅاپه پيل مومي بايد وپلټل شي .
- کلينيکي کتنه
- A- فزيکي کتنې :
- 1- حياتي علايم : ټاکي پنيا ښائې د پڼوموتورکس ښکارندويي وي چې تنفسي سيستم ئې اخته کړلای وي تينشن پڼوموتورکس ښائې چې دوينې فشار راټيټ کړي.
  - 2- غاړه Neck: د شرن بې ځايه کېدنه ښائې چې پڼوموتورکس څرگند کړي.
  - 3- سړي Lungs: د سړو داوازونو تناظر ته دي پام وکړل شي هاپيريزونانس به د پڼوموتورکس ښکارندويي وي او انصباب يا دمايع شتون او اصميت (Dullness) به هيموتورکس څرگند کړي.

4- د صدر جدار: د صدر جدار که وکل شي بڼائی چې Crepitation او آمفیزما د جس وړوي همدارنگه د ټیوب د تېرولو برخه دې وکل شي ترڅو د ټیوب د بې ځایه کېدنې، مکرروب یا اتان او یا د پوستکي وینه بهېدنه شتوالي لري اوکه.

B- لابرټوري کتنه :

i. د شریانونو د وینې د گازاتو ټاکنه دي وشي اود ډیسپنیا په ناروغانو کېبې استطباب لري.  
ii. د وینې د پرن کېدنې څیړنه : PT/PTT او پلاټینونه دې وټاکل شي چې په شدید وینه بهېدنه کېبې د علت ټاکنې لپاره ترسره کېږي .

C- دراپولوژي کتنې :

- د صدر رادیوگرافي : دلته د صدر رادیوگرافي اخیستل ډیر مهم گڼل کېږي او د ټیوب موقعیت او د پایلي سوري موقعیت دي وکل شي او همدارنگه د انصباب شته والیاو پنیوموتورکس دي وارزول شي.

د درملنې پلان :

درملنه د لاملونو د ارزوونې له مخې تر سره کېږي او بڼائی د صدری ټیوب یا تطبیق لپاره ورته اړتیا پریوزی د صدری دریناژ کړنه په تېرو تصویرونو کېبې په څرگند ډول لیدلای شی:

A- دهوا لیکاز درملنه :

1) باید ښه باوري شو چې د ټیوب وروستی سوري د پلورا جوف دننه دي او په X-ray کېبې دي نثیت کړل شي که چېرې هوا په چټکي سره د ټیوب له چا پیريال څخه بهر ته راووزي دابه د دي څرگندويه وي چې د ټیوب وروستی سوري به د صدر څخه بهر ته موقعیت ولري. پدي صورت کېبې ټیوب دي په نوي ځای کېبې تیر اودننه نثیت کړل شي د ټیوب دننه کول به د آمپم د خطر سره مل او مخامخ وي.

2) د ټیوب اوسیستم ترمنځ د اړیکي ستونزه دي وڅېړل شي اوتوییر دي وشي دیوه کلمپ پواسطه دي د صدری نهایت ترڅنگه ټیوب بند او وتړل شي که چېرې هوا په دوامداره توگه لیکاز وکړي دا چې د دریناژ سیستم ستونزه وي اود ناروغ اوتیوب ستونزه به نه وي.

B- د ټیوب له چا پیر څخه لیکاز یا دریناژ:

په هغه ناروغانو کېبې چې ټیوب د انصباب لپاره کېبنودل شوي وي معمولاً د پانسما بدلولو ایا یا فشاري پانسما بدلون پواسطه تر درملنې لاندې راوستل کېږي باید باوري شو چې د ټیوب سوري د پلورا جوف کېبې دننه دي که چېرې په ټینگه اوفشار سره د ټیوب چا پیر یا ل پوستکي وگڼول شي بڼائی چې د تحت الجلدی برخې جلاکېدنه منځ ته راشي او هوا یا مایع به ورڅخه لیکاز او یا دریناژ وکړي.

C- د دریناژ په کیفیت کېبې بدلون :

1- سمدلاسه به دریناژ مایع کېبې د وینې رانگ وروسته د ټیوب د تطبیق څخه به دبین الضلعي برخې درگونو ژوبلیدنه څرگنده کړي او یا هم کېدای شي چې د سړې نسج ژوبل شوې وي

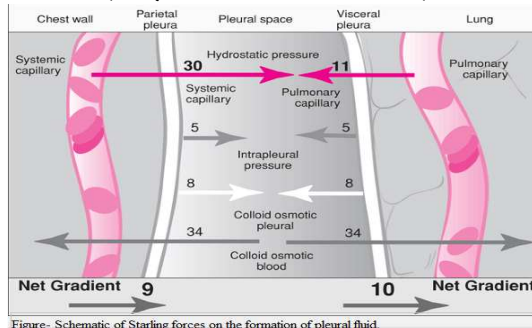
- او همدارنگه لږه اندازه وينه بهېدنه به د تحت الترقوي وريدي رګ کښې دکټر تېرېدنې وروسته هم منځ ته راځي چې ډېر ژر به وينه بهېدنه ودرېږي.
- 2- دین الضلعي رګونو ژوليدني وينه بهېدنه هم په چټکي سره پخپله ودرېږي خوکه چېرې زياته وي او ونه درېږي پدې صورت کښې به د جراحی عمليات ترسره شي او وينه بهېدنه دې ودرول شي او شرياني رګ دې ليکاتور يا وتول شي.
- 3- د پخواني وينې شتون به چې سوررنگ Straw-colored درلودونکي دي لږ منځ ته راځي او د تشوېش وړندي.

يو انصباب به هغه مهال تقحي (exudative) وي چې لاندې ځانګړتياوې (criteria) غوره کړي:

- د مایع پروټين / سيروم پروټين له ( $0.5 > \text{Fluid Protein/Serum Protein}$ ) څخه ډېر وي .
- د پلورائی مایع ال ډي ایچ / سيروم ال ډي ایچ د ( $0.6 > \text{Pleural Fluid LDH/Serum LDH}$ ) کچې څخه پورته نشیت شي .
- د پلورا مایع ال ډي ایچ LDH د نورمال څخه ( $1.67 \text{ times}$ ) برابره ډېر او لوړ نشیت شي .
- D- ددريناژ په کميټ کښې بدلون: په ناڅاپه اوسمدستي توګه ددريناژ مایع په کميټ کښې زياتوالي به نادره خبره وي او هله زياتوالي ومومي چې وينه بهېدنه منځ ته راشي او د رګونود ژوليدني پورې تړاو لري او د صدري راډيوګرافي اخیستلو پواسطه دپېژندنې وړوي .
- - آیا نوي انصبابي مایع په هماغه طرف کښې منځ ته راغلي؟ په ناڅاپه توګه ددريناژ د مایع کميټ کښې لږوالي به ددې ښکارندوي چې ټوب باید نوي ټوب دي کينسودل شي اوبعضا دویم نوي ټوب کينسودني ته په بلې برخه کښې اړتيا پرېوزي.

هغه ميکانيزم چې پکې د مایع موازنه يا انډول ويجاړېږي په لاندې توګه شميرل شي:

- 1) د هايډروسټاتيک (Hydrostatic) فشار لوړ والي.
- 2) د پلورا دننه (Intrapleural) منفي فشار لوړ والي.
- 3) د کيلري د نفوذیه قابليت (Capillary Permeability) زياتوالي.
- 4) د پلازما آنکوتيک (Plasma Oncotic) فشار لږوالي.
- 5) د لمفاوی دريناژ (Lymphatic Drainage) لږېدنه يا ودرېدنه.



د ترانزودیت (Transudative Effusions) مایع انصباب لپاره لاندې لاملونه ډېر غوره بلل

شوېدی :

1. Congestive Heart Failure
2. Cirrhosis
3. Nephrotic Syndrome
4. Hypoalbuminemic Conditions
5. Fluid Retention/Overload
6. Pulmonary Embolism
7. Lobar Collapse
8. Meigs' Syndrome

E- ترپوسټکي لاندې آمفزیما: پنوموتورکس به معمولاً دتحت الجلاډي آمفزیما سره مل وي چې هوا به ترپوسټکي لاندې طبقاتو کېښې تیره شي او کېدای شي چې ډیره لږه اندازه هوا د ټیوب کېښودني پرمهال له ټیوب څخې نږدې برخو ته تیره شي او دغه حالت بنائې منع ته راشي اودا نوي آمفزیما به لنډ مهاله وي او ژر له منځه ځي اوکه دوام ومومي اکثراً به دا څرګند کړي چې وروستي سوري د ټیوب به دتحت الجلاډ په برخه کېښې موقیعت لري او یا به سوري دصدر څخه بهر ته وي اوددي څرګندوي دي چې ټیوب په ښه اوسمه توګه دنده ترسره کوي او یا بد ټیوب له سره تیز او تطبیق کړل شي او همدارنګه که چېرې آمفزیما ډیره وي دپوسټکي لپاسه څوځایه څیریدنه ترسره شي او یا دي دغټ قطر درلودونکي سټني پواسطه هوا تخلیه شي اوکه هوا ډیره لیکاز څرګندوي نونوي ټیوب دي کېښودل شي.

F- دناروع نارامي او زوربدنه: تل به دټیوب کېښودني وروسته درد شته والې ولری په ځانګړي توګه به دردونه دټیوب کېښودني په ځای کېښې منع ته راشي دغه راز دردونه دي دصدري دردونو څخه توپیر کړل شي اودنورو ایټولوژي ګانو سره دي توپیر ترسره شي. همدارنګه که چېرې په ناڅابه توګه درد منع ته راشي باید وڅېړل شي اودټیوب دواړه نهایتونه دي وپاتل شي اودپنوموتورکس شتوالي دي ولټول شي غیرسټروئیدی ضد التهابی درمل (NSAID) دي ددرد له منځه وړلو په موخه ورکړل شي لکه: [بروفین Ibumprofen، نیپروکسین Naproxan، اندومیتاسین Indomethacine، ډایکلوفیناک Diclofinac I] دي پکار یوړل شي اوکله ناکله د نیموسالید دنارکوټیک درملو مشتقاتو څخه هم کار اخیستل کېږي .

## اتم خپرکې

### د عصبي حالت بدلون

ستونزه :

که چېرې ناسو يو بسخینه ناروغ ته چې 44 عمر ولري او ورته بشپړه جذري ډول د تيونو غوڅول (Mastectomy) دوه ورځې دمخه ترسره شوې وي او عصبي حالت يې ښه نه وي راوغوښتل شئ نولاندې پوښتنې دي وپوښتل شي.

1. حياتي علايم څه ډول دي ؟ که چېرې شاک دهر ډول علت له کبله وي د دماغ پرفيوزن ته لږوالي وربخښی او په روحي اورواني حالت باندې اغيزه پرېاسي که چېرې د ساکټيلو (تنفس) په چلند کې بدلون منځ ته راشي نو د دماغ فشار په لوړوالي ومومي. لومړني کړاره کېدنه به دچټک ساکټيلو سرعت پسې منځ ته راشي.

2. آیا ناروغ بشپړ ډول وينې دي ؟ پدې لړ کې چې دي دکورس موده د عصبي حالت بدلون لپاره فکر وکړل شي او که چېرې ناروغ داوردې مودې لپاره ویده پروت وي دابه په عصبي حالت باندې اغيزه ولري.

3. کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول کېږي ؟ په ځانگړې توگه د خوب راوړونکي درمل (Sedative) درملو په هکله معلومات ترلاسه شي او هغه اندازه نارکوتیک چې دردونه کټول کړي بايد ورته پاملرنه وشي . او هغه اندازه درمل چې ناروغ ته ورکړل شوېدي بايد وټاکل شي.

4. آیا ناروغ د شکرې ناروغۍ لري او که ؟ هاپيوگلايسيميا يا هاپيروگلايسيميا دواړه کولاي شي چې د ناروغ په روانی - عصبي حالت باندې اغيزه کوي.

5. آیا کوم ډول وريدي مایع ناروغ ته ورکړل شوې ؟ دانسانۍ چې دميټابوليک لسوري علتونو ته لارښودنه وکړي او د کوما لورې ته به لاره څرگنده کړي اومايعاتو ترکیب څه دي ؟

6. آیا د تراوما کومه پېښه شته والې لری او که ؟ آیا ناروغ له بستر څخه بهر ته لاندې غورځيدلي او که ؟ ترضيضونه او ژوبلېدنې کېدای شی د روانی - عصبي ناروغيو لامل وگرځي.

توپيري پېژندنه :

1) د کوپري د ډېورا طبقي لاندې هيمایوما : ترټولومعمول ډول (Sub dural Hematoma) لامل دي چې د داخل الدماغې گلې په څير عمل کوي اود قحفي ترضيضاتو په لړ کې منځ ته راځي.

2) داېي ډورال هيمایوما : دابه معمولاً دکوپري دهوروکو دکسر سره مل وي اود منځنی مننجيال (Medial meningeal) شريان شلېدنه به شته والې ولری.

3) کانکشن Concussion : دا د عصبي سيستم وظيفوي دنده نه ترسره کولو هغه ډول تېرېدونکي پړاو دی چې په 24 ساعته کېږي ماغزه بيرته خپل سمون ترلاسه کوي.

4) کاتوژن Contusion: د دې حالت سره تل د عصبي تقیصه معمولاً شته والې لری چې له ترضیض څخه وروسته د 24 ساعتو څخه ډیره موده دوام مومي چې دوینه بهېدنې لامل د ماغزو په دننه کېنې کېږي اود CT-Scan پواسطه د پېژندنې وړوي.

1. میتابولیک لاملونه:

1) بهرنی Exogenous: الکول که چېرې پریښودل شي Delerium حالت منځ ته راوړي او همدارنگه ډیولډرملو د سمدلاسه پریښودې سره هم د عصبي مزاج بدلون منځ ته راتلای شي له عملیاتو څخه وروسته د ځینې انسټیټیک مواد او مسمومیتونو له کبله هم عصبي مزاج بدلون منځ ته راځي.

2) دننه Endogenous:

a- اندوکراین: یولډراندوکراین لاملونه پدې هکله د یادولو وړ دي.

- پانکراس: انسولین، هایپوګلاسیما، هایپرګلاسیما.

- Pituitary: هایپریټریزم او هایپوټریزم

- ټایرایډ: هایپوټایرایډزم او هایپرتایرایډزم

- ادرینال: هایپراډرینالیزم او هایپوډرینالیزم

- پاراټایرایډ: هایپراپاراتایرایډزم او هایپوپاراتایرایډزم

b- اوبه او الکترولایټونه:

- سوډیم: هایپوناتریما او هایپرناتریما بنسټی د کاتیون لامل شي.

- پوتاسیوم: هایپوکالیما او هایپرکالیما

- مگنیزیم: هایپومگنیزیم او هایپریمگنیزیم.

- اسیدوزس: په ځانګړې توګه تنفسي اسیدوز، اومیتابولیک اسیدوزس.

- الکولوزس.

- داووزمولارې تشوش، لکه هایپراوزمولار کوما.

- د اوبو مسمومیت (Water intoxication).

C- دغړونه بریالیتوب (عدم کهایه): د پښورګو، ینې (ځیګر)، سږو اوزره عدم کهایه (هایپوکسیا، هایپرکاریا، دشحمي آمبولیزم سندروم (داورډوهډوکو ډکسر اړوند).

II. اتانونه یا مکروبونه:

- د عصبي مرکزي سیستم مکروبي ناروغی لکه مننجیټ، انسفالیت، د عصبي (ماغزو) اېسي کاني اونور حالتونه.

- سیسټیک سپیس (سیټیسیما).

III. ټومورونه:

- د مرکزي عصبي سیستم لومړني او یا میتاسټایټیک ټومورونه.

- پارانیویلاستیک سندروم
- IV. رواني - روحي لاملونه:
  - درواني کوما چې پکښې عصبي اولابراتواري آزموينې ټولې په کامله توگه نورمالي وي.
  - انحطاط (Depression) کولاي شي چې دسپين بېرو اوډير عمر درلودونکو ناروغانو کښې د Demintia لامل وگرځي .
  - د ICU يا جدي څارني يونټ
  - Post cardiomy delirium ځينې وختونه ليدل کېږي .
- V. بېلابېل حالتونه:
  - اختلاجونه په شمول د Post Ictal Status حالتونو.
  - د عصبي رگونو ناروغۍ. لکه: احتشاء، عصبي رگونو وينه بهېدنه (CVA).
  - د شريان او ورید سؤشکل ، هايپرتنسيف انسفالوپټي.
  - Syncope.
  - د زړه ددهاني لږوالي يا شاک
  - نورې د CNS ناروغۍ لکه: مزمني ناروغۍ، Alzheimer's Disease د نورمال فشار هایدروسفالوس ، Wernickes Encephalopathy ، (د تيامين Thiamin فقدان) داتساني ناروغيو له کبله انسفالوپټي .
  - اونوري ناروغۍ:
    - کلينيکی کتنه
    - A- فزيکی کتنه:
      - i. حياتي علايم: هايپرتنشن، هايپوتنشن ، ټاكي کارډيا ، برادې کارډيا اودتنسي چټکيا اندازه وټاکل شي اوشائي دناروغۍ په پېژندنه کېښې رول ولري.
      - ii. HEENT: حليموی اذیما (Papilledema) چې (دکلاتو اويا هايپرتنسيف انسفالوپټي له کبله دماغي فشار زياتوالي منځ ته راځي) دغه حالت پېښو کي سحاييا علايم لکه Nuchal rigidity (Meningitis) ، په حدقي غبرگون کېښې (Pine Point) حدقه په نارکوټيک درملو کېښې ، بوي لوري ته حدقه متوسع او ثابت داد Unkle Herniation بنکارندوي دي او توسع او ثابتوالي به د انوکسيا (Anoxia) څرگندوي وي اوهمدارنگه دمنضي اوفنگسي پېشيا (Petitia) به دشحمي آمبوليزم سره مل وي ، دميوې بوي تنفس به په کيتواسيډوزس کېښې او Bruits بنائي د Strock بنکارندوي وي.
      - iii. پوستکي: ژيري ، Spider Angioma اود ورغوي سوروالي به دينې (ځيگر) په ناروغيو کېښې شته والې ولري.



iv. عصبي کښې: د دې کښې بشپړولو لپاره دې Glasgow Coma Scale پکار یوړل شي، پخپل سر حرکونه اود درد په وړاندې غبرگون دې وپلټل شي.  
B- دلابراتوار کښې:

- 1- CBC اود پلاټلیټ اندازه ټاکنه به وینه لري اوتانات وارزوي.
- 2- دویني ټولي کیمیاوي آزموینې دې ترسره شي چې پدې کښې به الکترولایټ دې په چټکه توګه وټاکل شي اوس Finger Stick کلوکومتر په ټولو بونیټونو کښې شته والې لری.
- 3- دشریاني وینې دګازاتو دسویي ټاکنه: د دې پواسطه کېدای شي چې دمیټابولیک اوتنفسي علتونو اړوند معلومات راټول شي.
- 4- دویني دامونیا سویه دې وټاکل شي اودهغه له مخې کولای شو چې دځیګر (کبد) ناروغیو اړوند معلومات ترلاسه کړو.
- 5- میټازي اودویني دسیروم دسمومیت ټاکنه: کله چې اړتیا وي داآزمونه دې ترسره شي.
- 6- کلچر: که چېرې د Sepsis حالت شته والې ولری نود وینې اوځایي زویو (تج) کلچر دې د مکروبونو د ډول پیژندنې اود مکروبو حساسیت د درملو په وړاندې داتي بیوګرام له لارې ترسره کړل شي.

راډیولوژیک اوتوري کښې:

- 1- دصدر راډیوګرافي دادي هر ورومرو دسرو اتاناتو په ناروغیو کښې ترسره شي.
- دکوپري CT-Scanning: که چېرې دکوما لپاره دمرکزي عصبي سیسټم علتونو ته پام واپول شي په ځانګړي توګه په موضعي علايم اود حلیمي اذیما (Papiledema).
- قطني بذل Lumbar Puncture: قطني بذل دې ترسره شي او نخاعي دماغي مایع حجري او پروټین دې وټاکل شي.
- الکروکارډیوګرافي: دزړه ګراف به د مایوکارډیال احتشاً (MI) یا اذینې فبریلشن، اودزړه عضلي ترومبوسمبولي (Mural thrombi with emboli).
- 2- الکروانسفالوګرام: د دې کښې پواسطه کېدای شي چې دعصبي سیسټم یولړ ناروغی وپیژندل شي اودرملنه یې وشي.

ددرملنې پلان:

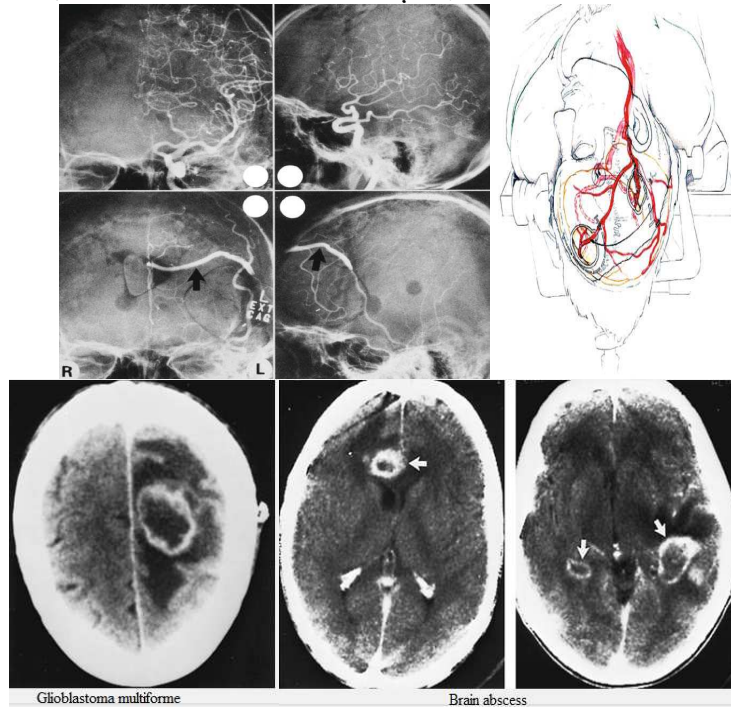
- A- دمیټابولیک لاملونو درملنه: دهغه توپرونو اونقیصو درملنه دې وشي چې په لابراتواري کښې موندل کېږی لکه که چېرې هاپیوګلايسيميا شته والې ولری یو امپول (50% Dextrose) محلول دې سمدلاسه دورید له لارې ناروغ ته ورکړل شي.
- B- بهرني لاملونه: که چېرې دنارکوټیک موادو له کبله بدلون شته والې ولری نوددې حالت لپاره دې د Naloxne درملو څخه کارواخیستل شي چې ډوز ئې (0.4-0.8mg) ملي ګرام دورید له لارې تطبیق کېږی او تکراري ډوز درملو کولای شو چې 4-5Amp پدغه حالت کښې ورکول کېدای شي.

C- ټومور ونه : که چېرې د مرکزي عصبي سیستم لومړني اویا میاساتیک ټومور ونه شته والې ولری د پېرني حالت نه شته والې کېسې بنسائی (Radiotherapy) رادیوتراپی ته اړتیا وي همدارنگه دکورتیکو سټروئید لکه دکسامیازون (Dexamethzone) څخه (0.1-0.2mg/kg) کولای شو دورید له لارې ناروغ ته ورکړو.

D- مکرېونه یا اتانات : اتانات کولای شو چې په ښه توگه د هغوي د ډول پیژندنې اواتي بیوگرام له مخي تردرملني لاندې ونیسو.

E- د زړه سنکوپ اود زړه لږه دهانه : د زړه د ستونزو ځانگړي پیژندنې له مخي ئې درملنه ترسره کېږی.

F- رگونه : د دماغي وینه بهېدنې لاملونه لکه دنورو په څیر تردرملني لاندې نیول کېږی اودماغي اذیما رابنځه کېږی همدارنگه دعصبي جراحي متخصص سره دي مشوره وشي. اتویشن او هایپروتیشن اوزموتیک دیوریز د (مانیتول پواسطه (1-1.5g/kg/20min) دشل دقیقو په لړ کېسې اوسټروئید دکسامیازون (10mg/IV) ورکول کېږی چې بنسائی د دماغي فشار په حاد ډول راټیټ کړی.



## نهم څپرکي

نه پرني کېدنه (عدم تحشر)

### Coagulopathy

ستونزه: یوناروغ چې ورته دجراحی عملی پواسطه د LeeVeen Shunt کېښودل شوې دي وروسته له عملیات څخه وینه بهېدنه دپریټوان اوغاري Oozing په څیردوریدي رګونوله برخې څخه لري سمدلاسه به لاندې پوښتنې مطرح شي.

1- دناروغ دویني فشار څه ډول دي؟ که چېرې ناروغ هاپیوولیمیا اوشاک ولري نوناروغ به وینه ډیره ضایع کړي وي حجم دویني به دویني د فشار ټاکنې له مخې وارزول شي همدارنگه دمیټازویا دیوریز ټاکنه او مرکزي فشار ټاکنه که امکان ولري ګټه ورکار بلل کېږي مرکزي ورید ته دي کېټر تیر کړل شي دمخه تردې چې لوي ورید ته کېټر تیر شي ښه به داوي چې د تحشري تشوش یا اختلال ناروغی شته والي وڅېړل شي.

2- بهرني وینه بهېدنه به څه اندازه وي؟ په جراحی سرویس کېنې ترټولو غوره ستونزه دناروغونوله ټپ څخه وینه بهېدنه ده چې آنکال ډاکټر تل ورته رابلل کېږي او دا هله وي چې د ناروغ پانسما په سور رنګ ککړه بڼه ولري اود مودې په تېریدو زیاتوالي ومومي.

یوه لاره داده چې پخواني پانسما لیري کول کېږي اوټپ نیغ په نیغه کل کېږي که چېرې فعاله وینه بهېدنه نه شتون ولري نوپه سترګو لیدل کېږي چې له ټپ څخه ډیره اندازه وینه بهرته راوړي او پخواني پانسما هم پرته کېږي ترڅو اندازه ښه وټاکل شي چې په ډیراهمیت ولري اودرملنې په هکله ورته پاملرنه پکار ده.

3- آیا داسې فکتورونه شته والي لری چې وینه بهېدنه دي خپره اوعوموي بڼه ولري؟ لکه چې مخکېنې موذکر کړ که وینه بهېدنه شته والي ولری نوکېدای شي چې DIC یا په خپره بڼه داخل الوعائي تحشري تشوش شته والي ولری په عوموي توګه که د نم وهلو، ننښدلو یا څڅېدل، (Oozing) په څېر وینه بهېدنه وي نوډیر به کېدې ناروغیو لوري ته پام واړول شي، همدارنگه د وینې اختلال اودیولډ درملو خوراک د آسپیرین، غیرستروئیدی ضد التهابی درمل، دویني د علقي ضد درمل په تاریخچه اخیستنه کېنې شته والي ولری د سترګو د Bruising یا شینوالي او پټشیا (Petechia) څرګندونې په پوستکي کېنې ولیدل شي.

4- آیا وینه بهېدنه به میکانیکي توګه په ټپ هماغوما اوستونزه منځ ته راوړي اوکه؟ دغه راز پوښتنې د غاري په ټپونو کېنې دهماغوما منځ ته رانګ به ښائی دشزن لپاسه فشار راوړي اوهمدارنگه په منصف کېنې به دویني دنه دریناژ له کبله دپریکارډ اوزره تمپوناد دمنځ ته راتلولامل شي په دواړه حالاتو کېنې دي پرته له ځنډه یا مداخله وشي اوژر ترژره دي پېړنې عملیات ترسره او هیماټوم دي تخلیه شي اودرملنه دي ترسره شي.

توپري پيڙندنه :

- A. ناڪافي جراحی هيموسٽازس: تڙولو غوره او معمول ڊول په موضعي وينه بهيدنه کښي دغه حالت وروسه له عمليات څخه منځ ته راځي چې اکثراً دا ڊول وينه بهيدنه خفيفه بڼه ولري.
- B. د پلاٽيٽونو تشوش:

1- ترومبوسا ټوپيني :

- i. په توليد کي کموالي : دابه په لاندې ناروغيو کښي معمول دي :
- کيموٿراپي او راديوٿراپي.
  - د هډوکو دماغزو تعويض يا بدلون.
  - فيبروزيس.
  - نيوپلازمونه.
- ii. سکويسٽري کېدنه (Sequestration): دابه دطحال يا توري په ضخامه کښي وي چې لاندې لاملونه لري:
- د باب د ورید فرط فشار
  - نيوپلازي/ټومورونه.
  - د زيرمه کېدني Storage ناروغي.
- iii. ويجاړتيا Destruction: په لاندې ناروغيو کښي ليدل کېږي :
- Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP).
  - Thrombotic Thrombocytopenic Purpura (TTP).
  - د درملو غبرگون لکه دهپارين درملو له کبله د پلاټيټونو ويجاړيدنه اونور.

2- دکميت له پلوه د پلاټيټونو اختلال :

- i. د Vonwillebrand's Disease : دا اوټوزومال ډومينانت ناروغي ده چې پکښي د پلاټيټونو نښته لږوالي مومي.
- ii. د پلاټيټونو د آزاديدني نيمگړتياوي : دا د آسپرين، NASID، پواسطه د Cyclo - oxygenase انزاييم د مداخلې له کبله چې په ميټابوليزم کښي اختلال منځ ته راځي.
- iii. Glanzmann's disease : دا ناروغي هم پلاټيټونو ته لږوالي وربخښي.
- iv. Bernard Soulier Syndrome : داسندوروم هم د پلاټيټونو دکميت اختلال منځ ته راوړي.

C- دتحر نيمگړتيا Coagulation Defect:

1- په مورزادي ډول Congenital:

- (a) هيموفيليا (Hemophilia): په ارثي ډول پدې حالت د VIII Factor ، X- Linked نشتوالي لري اوپښي يي 1/100000 نارينه زيږنده کښي نښت کېږي .
- (b) Hemophillia په ارثي ډول پدې حالت کښي د IX – Factor ، X-Linked نشتوالي لري چې پښي يي 1/100000 نارينه زيږنده کښي نښت کېږي.

2- کسبي Aquired:

- DIC : په خپره بڼه درگونو کواکولوپټي به په لاندې حالاتو کې پېښېږي لکه :
- سپټيسيس (Sepsis).
- ترضیضات (Trauma).
- سوځېدنه (Burns).



- په خپره بڼه خباث لکه لوکيميا
- ولادي ستونزې Obstetric Catastrophe
- Lee Veen Shunts تطبيق وروسته چې د پروټيني موادو داخليدو وروسته په وريدي سيستم کېنې منځ ته راځي.
- Vit Kd فقدان : دا ویتامین د پرن کېدنې د فکورو نو د جوړېدنې لپاره ضروري دي لکه د II ، VIII ، VII ، IX او لسم X فکورو نو .
- دکېدي عدم کفايه : نه يوازې د ویتامین K اړوند فکورو نه نور فکورو لکه I ، V ، XI فکورو نه هم په کېد کېنې جوړېږي.

کلېنیکي کتنه :

A- فزیکي کتنه :

- a. حیاتي علايم : ټاكي کارډيا ، اورتوسټاتیک هايپوتنشن اونوري نښې د هايپوالميا لپاره په ځانگړي توگه د ډيرې وينه بهېدنې لپاره د نظر وړوي.
- b. پوستکي : پټيشيا ، پورپورا ، ساده Bruising يا شينوالي Oozing له وريدي برخې څخه شينوالي دا به ټول د سيستمیک لوري ته پام وړوي.
- c. ټپ Incision : ټپ دي د هيمایوما اوفعاله وينه بهېدنې لپاره ولټول شي.
- d. کېدې Abdomen : دگېدې په کتنه کېنې دي دتوري (طحال) او کېد ضخامه اوليوالي او حین (Ascites) شته والې ولری لټون وشي.
- e. نهایتونه (لاس - پښې) : هيمآرتروزس Hemoarthrosis بنسائي دهيموفيليا په ناروغی شته والې ولری .
- f. عصبي کتنه : عصبي اساسي کتنه دي ددماغی وينه بهېدنې پوهيدنې په موخه وکړل شي.

## لابراتواري کښې :

- i. Hemogramme : دويښې عادي کښه دې د هيماتوکريټ ، هيموگلوبين ټاکنې او وينه بهېدنې پرمختيا ټاکنې لپاره ترسره شي.
- ii. د پلاټلټونو شمېر نه : که چېرې د پلاټلټونو شمېر نه نشي کولاي چې د پلاټلټونو سمه دنده ترسره کول ثابته کړي.
- iii. پروټرومبين ټايم او ټرومبو پلاستين ټايم : د PTT په آزموينه کې دتحر ټول پروټينونه پرته له VII فکتور او XIII فکتور ارزول P په لور وي که چېرې د I، II، V، VIII او يا X فکتورونو فقدان موجود وي . همدارنگه VII فکتور لږ Half Life لري او معمولاً د عمومي ستونزو لپاره لامل گڼل کېږي چې د کبد (بڼې) په ناروغۍ کې منځ ته راځي.
- iv. په لوپوس اريتميا تونز ناروغۍ کې په دوران د بهير اتې کوکولانت چې د PTT/ PT لوپوالي لامل گرځي خود وينه بهېدنې Diasthesis لامل نگرځي چې د پاملرني وړ بلل کېږي .
- v. Thrombin Time : د Assays پواسطه د فيبرينوجن سويه ټاکل کېږي او د هپارين اغيزه ليدل کېږي .
- vi. د فيبرين اوفينرينوجن تضاعف توليدونه (FSP) : په DIC کې فيبرينوجن لږوالي مومي او FSP يا د Fibrinogen and Fibrin Split Products لوپوالي مومي.
- vii. Bleeding Time (BT) : که چېرې وټاکل شي دا د پلاټليت دندي ترسره کولو لوپوالي لپاره گڼه ورو وي ، يوريميا ، د کبد ناروغۍ . داسپرين يا NSAID پواسطه په يوه اونۍ کې په خرابه بڼه اغيزه منځ ته راوړي او BT ته توپير ورکوي.
- viii. محيطي دويښې نمونه : دانمونه به وکړاي شي چې د DIC ، TTP ټاکنې لپاره د حجراتو ټاکنې له مخې گڼه ورثابت شي.
- ix. دويښې گروپ او کراس ميچ : که چېرې اړتيا وي نونمونه دي دويښې بانک ته واستول شي.
- x. Coagulation Factors : دتحر فکتورونو ټاکنې لپاره دي دوه ټيويه وينه واخيستل شي اودرملنه دي وروسه ترسره او ټيوب څخه لابراتواري هر راز اړينه کښه ترسره شي.

C- راديو لويژيک اونورې کښې :

- صدر راديوگرافي : که چېرې اړتيا وي Chest x-ray اخيستل کېږي .
- Bone Marrow : دا کښه دې د هډوکو دماغزو د پلاټليت حجرو د توليد ټاکنې په موخه ترسره شي اولابراتوار ته دي نمونه واستول شي.

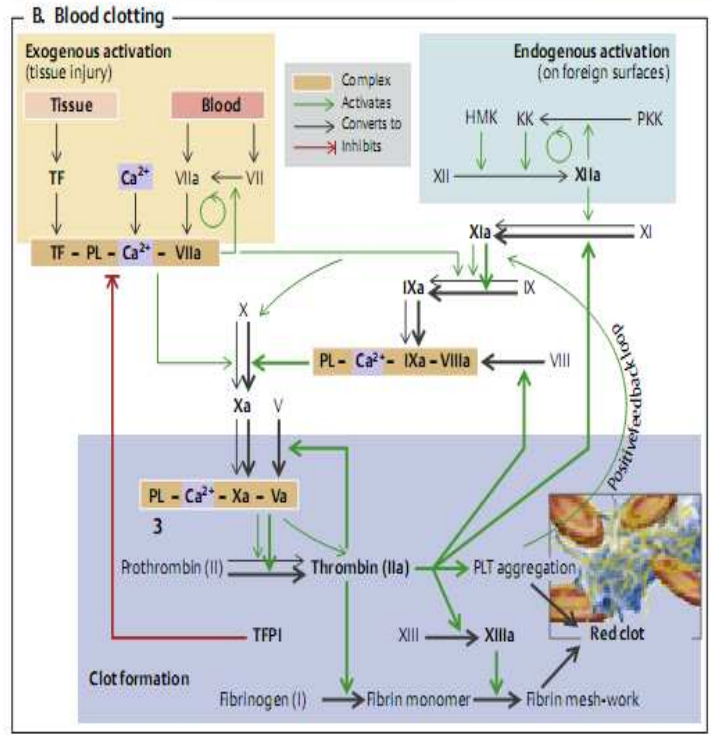
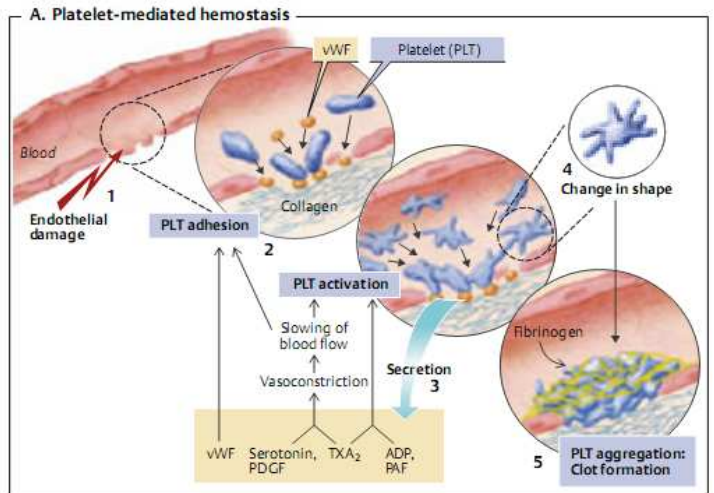
ددرملنې پلان :

- i. د ترومبوسايټيني درملنه : د Random donor پلاټيلټونو ترانسفيوژن (5-10Units) په اندازه هر هغه مهال تر سره کېږي چې د پلاټيلټونو شمېر نه ټي د 10000 لس زره څخه لږوالي ومومي او همدارنگه په هغه حالت کې خفيفه بڼه ترومبوسايټينيا شته والې ولري او وينه بهېدنه اوهم شته

- والې ولری ورکړي که چېرې هغه ناروغانو کې چې خوځله د پلاټلټ ترانسفیوژن ورته ترسره شوې وي بنائې بدوي کبې اتې باډي وده ومومي دوي ته دي په بڼه توګه (HLA-Matched single donor) کړنه ترسره شي. د ايمون ستونزه درلودونکي ناروغانو ته دي (Irradiated Platelets) ورکړه شي ترڅو د غبرګونو څخه مخنيوي وکړاي شي.
- II. د درملو غبرګونونه : که چېرې اړتيا وي نو پلاټلټونو سره يوځای درمل په توګه د درملو ورکړي څخه دي ډه ډه وکړل شي د دوامداره پنسلين او همدارنګه د تروپوسټيکي لاندې د هپارين دوامداره تطبيق به ترومبوسايټيډي لامل وګرځي .
- III. آيديوټيک ترومبوسايټيټيک پورپورا (ITP) : هيڅ راز درملنې ته اړتيا نلري ترهغه مهاله چې د پلاټلټونو شمېره د لس زرو ( $< 10000$ ) څخه لږوالي ونه مومي . مزمن ITP د [پريډنيزولون ، Danazol ، Azathioprine ، Cytoxan] پواسطه تر درملنې لاندې نيول کېږي. تر Spleenectomy کړنې څخه دمخه پدغه راز ناروغانو کې د پلاټلټونو عمر به ډير لږ وي.
- IV. د وينې کېدنې موده (Bleeding Time) اونيمګرټياوي به وظيفوي ډول شته والې سره .
- V. Von – Willebrand Disease
- VIII- Cryoprecipitate Antihemophilc Factor (Cryo) : دا درمليز ګڼو جوړښت (Factor Von Willebrand's Factor & Fibrinogen) چې په دغه راز ناروغۍ او نورو نيمګړتيا لرونکو ناروغيو کې په ټاکلې اندازې سره ورکول کېږي .
- DDAVP (Synthetic Arginine Vasopresine) د وازو پرسين انالوګ چې د Von Willberand's Factor سويه لوړوي ناروغۍ ، Post Cardio-pulmonary Bypass حالت کې د ( $0.3\text{mcg/kg dilute } 50 \text{ ml NaCl } 0.9\%$ ) کې په اندازه ورکول د ( $15-30 \text{ min}$ ) موده کې کراره تطبيق کېږي.
- VI. Hemophillia –A هيموفيليا :
- پدې حالت کې د اتم فکتور (Factor VIII) اغېزمنتيا موده (Half life) به دولس ساعته دي او د (Factor VIII) څخه ( $\text{One Unit/kg}$ ) ورکول کېږي او بدن فعاليت دا اندازه ( $2\%$ ) دوه سلنې ته لوړ کړي د ورید له لارې  $50 \text{ Unit/kg}$  پواسطه Loading ورکړل شي او وروسته دي همدا فکتور  $25 \text{ Unit/kg} / 12^{\text{h}}$  هر دولس ساعته وروسته ورکړل شي.
- Cryoprecipitate د 20-Fold په اندازه زياتول کېږي د اتم فکتور سره ګډېږي او فعاليت يې د FFP سره پرتله (مقايسه) کېږي.
- VII. Hemophillia –B : د FFP او يا د پلازما د پروترومين کمپلکس غنی کولو پواسطه تر درملنې لاندې نيول کېږي .
- VIII. ډي آي سي (DIC) : لاندې علتونه دي تر درملنې ونيول شي :
- دوينه بهيدونکي ناروغ حمايت د FFP پواسطه کېږي .
- د پلاټلټونو پواسطه دي د پلاټلټونو لږوالي په صورت کېبدرملنه وشي .

- دویمه لړۍ په صورت کېږي دي د وینې ترانسفیوژن وشي .  
 IX. دویمین K فقدان اود کېد ناروغی :

پېړنۍ درملنې ته اړتیا ده د FFP پواسطه دي 2-4 Unit اندازي سره درملنه وشي اود PTT/PT انداز په ټاکنه اوتعقیب دي وشي همدارنگه په ټولو حالاتو کېږي دي Vit K 10 mg/SQ هره ورځ د دري ورځو لپاره ورکړل شي .





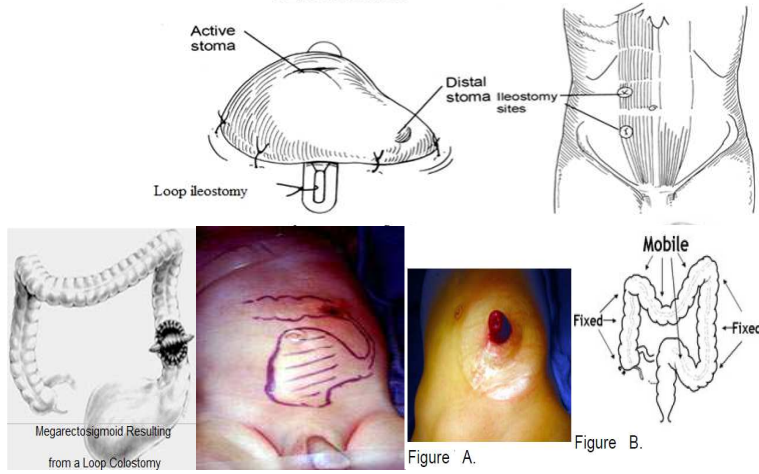
# لسم څپرکي

## د کولوسټومي او ايليوسټومي ستونزې

### Colostomy and ileostomy Problems

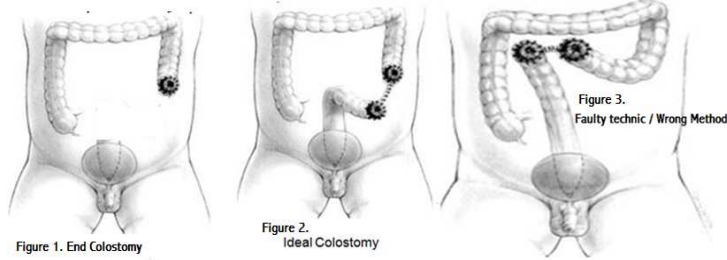
ستومي : هغه حالت بلل شى چې د گېډې په جدار د کولمو لوپ بهر ته راويستل شى او د کولوسټومي (چې پکې د کولون کولمې يو برخه ستومي شى)، او ايليوسټومي (چې پکې د ايلوم کولمې يوه برخه ستومي شى) داسې حالت دى چې پکې د کولون يا ايلوم کولمې يوه برخه در ترانزيت ترسره کولو په موخه د گېډې د جدار څخه بهر ته راكارېدل شوي وي او د هغه له لارې غايطه مواد تخليه کېږي.

#### ILIOSTOMY

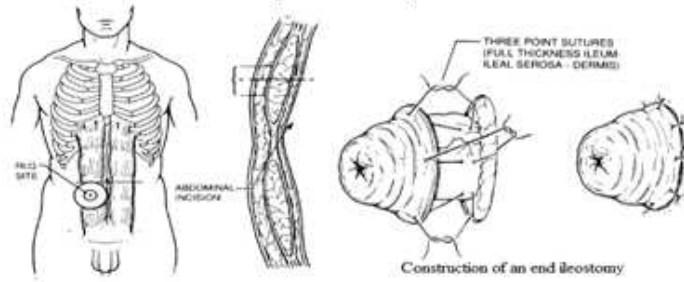


ستونزه : که چېرې يو ناروغ چې د اته شپيته کالو عمر لري او د لاپرايټومي څخه وروسته کولوسټومي ورته ترسره شوې ده پنځه ورځې وروسته د کولوسټومي برخه يې دنده نه ترسره کوي لاندې پوښتنې به په سمدستي توگه مطرح شي.

A- څو ورځې د کولوسټومي څخه تيرې دي او کوم ډول کولوسټومي ورته ترسره شوېده؟ پدې صورت کې نوې کولوسټومي ښائى چې د ټپ دنده ته ورلويډلي (Retract) وي او بندښت ښائى چې د پخوانۍ کولوسټومي برخې کې هم منځ ته راشي همدارنگه Double Barre کولوسټومي لنډ مهالي اوډيکا مېريشن په موخه وي حال داچې End colostomy به تل پاتې بڼه ولري.



- B- کولوستومي څرنګه ترسره شوېده ؟ یوه ضعیفه ګېډل شوې دکولوستومي برخه به د لیکاز او پاریدني تخريش سره مل وي.
- C- مخاط کوم ډول رنگ لري ؟ دمخاط داسکیمیا له کبله کېدای شي له عملیات څخه وروسته سمدلاسه منځ ته راشي.
- D- آیا د دهاني حجم (Output) په طبعي توګه دي اوکله ؟ هغه کولوستومي چې سمدلاسه ودرېږي او دنده ترسره نکړي درملنه ئي توپیر لري اکثرًا کولوستومي کاني کین لوري دنازله کولون په برخه کېنې ترسره کېږي ، په لومړي څوورځو کېنې دعملیات وروسته کولوستومي وچه وي اوکه مواد راشي سوررنگک به ولري نوکله چې پرستالیتیم منځ ته راشي لومړي گاز تیرېږي اووروسته ترهغه به اوبلن غایطه مواد په دیسچارچ کېنې راشي اومعمولاً به په څلورمه یا پنځمه ورځ له عملیات وروسته وي. د غایطی موادوقوام یا ککوالی دي ولیدل شي اوکه چېرې اوبلن اوډیرځله مواد راشي دابه دمکروبونو اویا د ډیر اندازي کولمو غوڅولو پورې تړاو ولري چې ورته ډیره پاملرنه وشي.

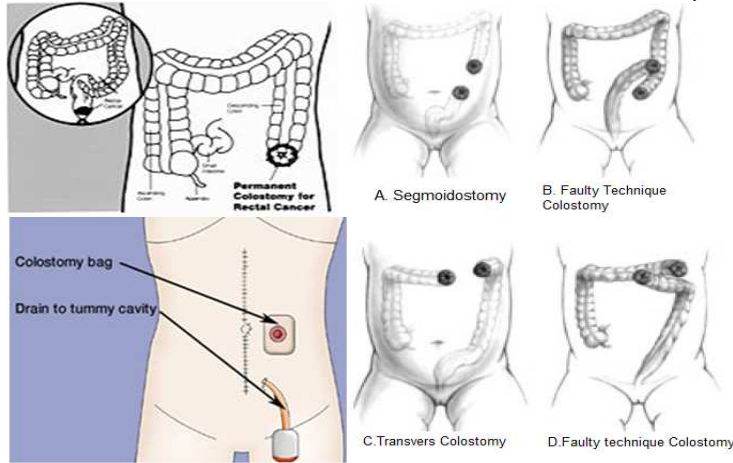


توپيري پېژندنه :

- A- د نوي ستومي ستونزه :
- 1- د ستومي رترکشن او پرولاپس: کله چې دستومي کولمه کېږي ته رترکشن وکړي اووروغورځيږي نودابه دپېرني مداخلې ته اړتيا ولري . دستومي دپرولاپس په صورت کېنې دي کولمه بيا له سره دننه ننوسل شي.
- 2- دستومي نکروزس: که چېرې دستومي شوې کولمې اروا يا شرياني رګونه تر فشار لاندې راغلي وي اود ستومي برخې ته وينه ونرسېږي نو نکروزس به منځ ته راشي . اودابه دهغه ځاي پورې تړلي وي چې دهغي شرياني رګ تړل شوې داکېدای شي چې سطحي وي اويوازي دمخاطي غشاء نکروز وکړي اوياهم کېدای شي ټولي طبقي Full Thickness نکروز وکړي چې سمدستي بايد درملنه ترسره شي اويبا عملیات ترسره شي.
- 3- دستومي وينه بهېدنه : دابناني دناسمي هموستازيس دعملیات پرمهال په تيجه کېنې منځ ته راشي هغه وينه چې دکولوستومي له چا پيربال څخه راځي دابه دګېډې وينه بهېدني پورې اړه ولري اويبا به دپوسنګي، دلومن دننه څخه اويبا دمخاطي غشاء تخريش له کبله منځ ته راشي.

:Existing Stoma Problems -B

- i. Impaction /Obstruction : دا به د تاریخچې له مخې ناڅاپه وي اوکوتې پواسطه به يې کڼه ترسره شي.
- ii. وینه بهېدنه
- iii. Mucosal Slough
- iv. ضعیف تثبیت او یا د پوستکي تخریشت .
- v. دکولوستومي دچا پیربال فتق.
- vi. تضیق ، په ډیره پیمانہ مایع راځي دکوتې پواسطه کڼه کېږي بنائې دصفاق یا پوستکي په سویه کښې وي.



A- فزیکي کڼه :

- 1- ستومي شوې کولمه دې وکل شي اواسکيميا ، رترکشن نکروز لپاره دې ښه وارزول شي چې اکثراً دا حالتونه د رني(شفافي) کولوستومي کڅوړې پواسطه پېژندل کېدای شي له عمليات څخه څو ورځې وروسته د ستومي کولمه سوري سمدلاسه Pink Brown رنگ ښه غوره چې اذیما ئي حالت به ولري چې داسکيميا ښکارندويي به وي اوکه چېرې شنه پخه (Faint green) توره بخنه رنگ مخاطي غشاء ولري دابه دنکروزس څرگندوي وي اوکه چېرې مخاطي غشاء دليدلو وړنه وي دابه درترکشن څرگندوي وي اوکه چېرې دکولوستومي چارپیره برخه وینه درلودونکي وي موضعي علتونه دي ولټول شي. دستومي دننه دي ولټول شي اودلومن دننه ژوره برخه دي هم وازمويل شي.

- 2- دکېډې دننه دي دپریټویټ علايم ولټول شي ، دکېډې پرسوب اودستومي فتق دي ولټول شي.

B- لابراتواري کڼې :

پدې ناروغۍ کښې دویني کڼه ډیره مهمه ده چې دویني په کڼه اوآزموینه کښې دي دویني هیموگلوبین ، هیماتوکریټ ، دپلاټیلیټ شمېر، اوپه ځانګړې توګه دي PT/PTT وکل شي اواندازه دي وټاکل شي.

C- رادپولوژيک اونوري کښې :

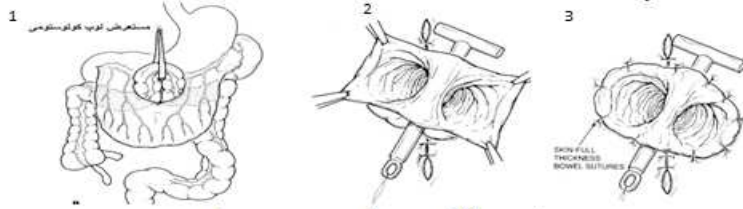
- I. دگېډې فلم: پدې ډول رادپوگرافي کښې په ولاړه وضعيت کښې اخيستل کېږي بايد دکولمو بندښت نښې ولټول شي (Air Fluid Levels) پدې هکله ښه نښه بلل کېږي .
- II. دستومي له لارې دگاسټروگرافي آزمایښت : پدې کڼه کښې د بندښت برخه وټاکل شي همدارنگه Gastrographin مواد د مسهل خاصيت هم لري.
- III. دباريوم پواسطه درادپوگرافي اخيستل : پدې کڼه کښې هم دانسداد سويه او برخه دپيژندلو وړ ده چې دا مواد دستومي برخې له لارې تيريږي اوپارادپوگرافي اخيستل کېږي.
- IV. دالټراسونډ کڼه: پدې کڼه کې کېدای شي چې دمايع شته والېدکېږي په جوف کښې نشيت کړل شي.

ددرملنې پلان :

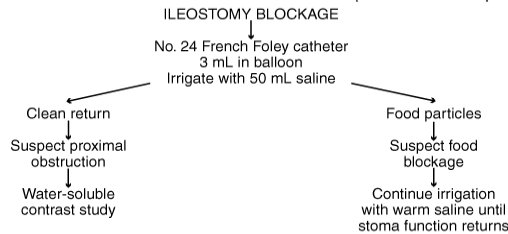
- A. د ستومي اسکيميا : که چېرې په حقيقي ډول دستومي برخې اسکيميا منځ ته راغلي وي بايد په ډيرې پاملرنې سره وارزول شي اودپا عمليات لپاره دې پلان ونيول شي اوکه هرراز ستونزه منځ ته راغلي دتخنیکي اومېخانيکي ستونزه دي ليري شي او د اسکيميا لپاره لاملونه دي له منځه يوړل شي د صفاق ډير ټينگوالي اودميزانټري د Kink حالت دي اصلاح شي.
- B. دستومي رترکشن : ستومي دننه لوري ته غورځيدنه يا رترکشن په بشپړه توگه دگېډې جوف ته ناخا په منځ ته راځي اوپه بېړۍ توگه دعمليات يا سرته رسولو ته اړتيا پريوزي.
- C. دغايطه موادو کلکيدنه : دامعمولاً ددېهايدريشن پرمهال ، دنارکوټيکو موادو په خواراکي توکو کښې ددفع کيدونکو موادو نشتوالي له کبله منځ ته راځي اومعمولاً دکولوستومي له لارې دتړمو مايعاتو دمسهلو تېرولو پواسطه له منځه ځي .
- ددي حالت مخنيوي داوردې مودي لپاره دغايطه موادو پوستوالي ، دمسهل موادو اوپه کافي اندازه دمايعاتو تطبيق پواسطه ترسره کېږي .
- D. وينه بهيدنه Bleeding: که چېرې وينه بهيدنه دپوستکي يا مخاطي غشاء په برخه کښې وي په روښانه بڼه وليدل شي کېدای شي دبستر لباسه دالکروکواتري پواسطه د Silver Nitrate اوياکېډلو Suturing پواسطه درملنه شي د الکروکواتري سره دې ډيره پاملرنه وشي ځکه دستومي په برخه کښې دگازو ټوکړان دسوخيدني وړ دي . که چېرې وينه بهيدنه دهضمي جهاز له نورو برخو څخه وي بايد په کومه توگه ارزونه ترسره شي اود لامل د له منځه وړلو پربنسټ دې درملنه وشي.
- E. وسيله نې ستونزه (Appliance Problems) : پدې هکله دي د Enterostomal care متخصص سره دې مشوره وشي همدارنگه کېدای شي دمحافظوي کريمونو اودستومي نښونکي موادو څخه گټه واخيستل شي ترڅو دپوستکي مخنيوي وشي.

F. **تضييق Stenosis:** دستومي تنگوالي په لومړنيو مرحلو کېښي دگوتې پواسطه اتساع عملي ترسره کولو له مخي يې درملنه کېږي اوکله ناکله بيا دجراحی عمليات Dilatation ترسره کولو ته اړتيا پريوزي کله چې د تضييق برخه دصفاق په برخه کېښي وي .

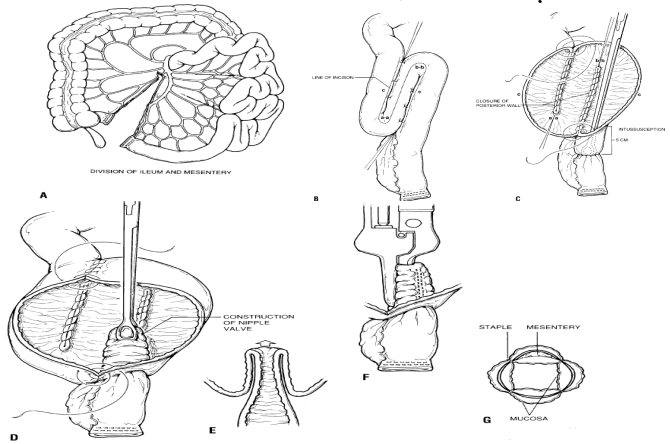
G. **دکولوستومي پرلپسي دريناژ:** ډير ناروغان ددوامداره موادوو راټگ سره ډير خپه وي معمولا کولون ته دخړوبولو پواسطه روزل کېږي اوعادت ورکول کېږي . همدارنگه د مستعرض کولون برخې د لوپ کولوستومي (Loop Colostomy) څخه په سختي سره څارنه او منجمنت کېږي ځکه چې په دوامداره توگه دريناژ لري.



H. **Obstruction:** دغايطه موادو کلکوالي دي لکه پورته تردرملني لاندي ونيول شي اوډير شديد حالت به دعود کونکي ټومورونو بيا منځ ته راتلو پواسطه منځ ته راشي. همدارنگه لکه د لاندي ډياگرام په څېر چلند هم ترسره کېدلای شي .



په بعضي حالاتو کېښي چې جراح لازم وگڼي د دايمي (تلياټي) ايليوستومي په مخه د ( Construction of Continent Ileostomy ) ترسره کوي کړنلاره په لاندي ډول غوره کاندي چې ناروغ په کراره سره زده کوي چې څرنگه چلند وکړي .

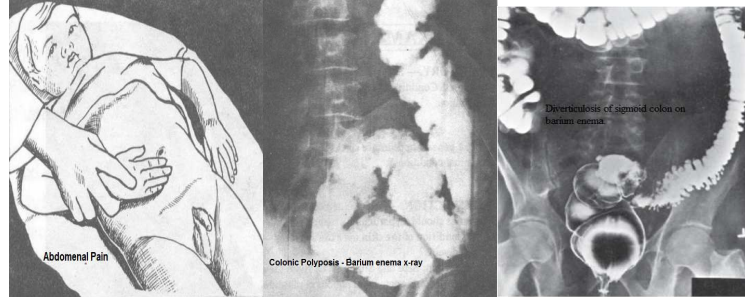


## يوولسم څپرکې

### قبضيت

#### Constipation

تعريف: که چېرې يو څوک د (24) ساعتونو په لړ کې ونشي کړای چې خپل غايطه مواد په نورماله توگه اخل کړي او هغه د څو ورځو پورې وځنډيږي دغه حالت ته قبضيت ويل شي چې بڼايي تر څو ورځو دوام وکړي چې بڼايي بېلابېل لاملونه ولري.



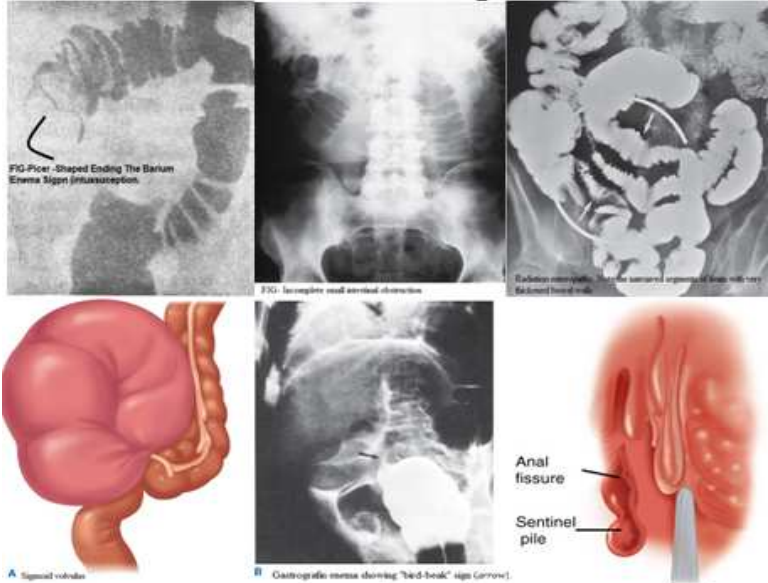
ستونزه:

- i. يو پنځه اويا (75) کلنه ښځه چې په بستر محکوم وي اود اوه ورځو لپاره دکولمو حرکتونه ونلري او غايطه مواد ئې نه وي کړي نوسمد لاسه به لاندي پوښتې مطرح شي.
  - ii. دناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ تبه، ټاكي کارډيا، اوهاپوټنشن بڼايي دمکروبونو يا سپسيس ښکارندوي وي.
  - iii. آيا دناروغ کېده حساسه، دردناکه، پړسېدلي اوآيا ناروغ گاز او غايطه مواد تير کړي اوکه؟ دگېډې دکولمو بندښت د نټب سره اويا پرته له نټبه اويا دکولمو احتشا به دژوند تهديد کوونکي وي او يېرني حالت به منځ ته راوړي قبضيت به يوازينې د توقع ورڅرگندونه وبلل شي.
  - iv. دناروغ پخواني تاريخچه به دهضمي جهاز اړوند څرنگه وي؟ هغه ناروغان چې قبضيت ولري دجلابو پواسطه يامسهلاتو اړوند تاريخچه به ولري اوجراحی تاريخچه کېږي بڼايي د ټومور يا التصاقاتو حالت شته والې ولري.
- iv. ناروغ کوم ډول درمل اخلي؟ نارکوټيک درمل به دکولمو د پړسالتیک حرکتونو لپروالي منځ ته راوړي.

توپيري پېژندنه:

- 1- ميخانيکي بندښت: دکولمو لپاسه د يوې کلې فشار له کبله له دننه يا بهر څخه د ميخانيکي بندښت لامل گرځي.
- 1) حقيقي قبضيت: دا حالت کېدای شي د Perianal برخې ناروغيو په لړ کې لکه هيموروئيد (بواسيرو) دسپزم منځ ته راتلو له کبله منځ ته راشي.

- 2) دغایطہ موادو لککوالی Feecal Impaction: دا حالت بہ ڈیرو عمر درلودونکو سین ریپرو او دیہا دریشن ناروغانو کبھی اوهمدارنگہ پہ ہفہ کسانو کبھی چھی پہ خوراکی موادو کبھی لڙ ریپنی درلودونکی مواد خوری اولڙ غور و لڙی منڃ ته راڃی .
- 3) دکلاتو له کبله قبضیت : د مقعد برخی زخمونه (فیسورونه) کڙدای شی دگڙدڙ کلي التهابی او یا نیوپلاستیڪ لکه (ہیموروئید، د کولمو سرطانہ ) وي چھی د کولمو دنہ یا بہر خخہ بی پر لومن فشار راوستلی وی اوهمدارنگہ دکولمو تاویدنی (Volvulus) ، تغلف ، التصاقاتوشہ والی د عملیات وروسہ حالانو خخہ منڃ ته راتلاي شی.



- II- فارمکولوژیک لاملونہ : ڈیرو درمل لکه نارکوٹیکونہ ، داوسپنی مشخصونہ اودلڙو پاتي شونو یا بقایا وو درلودونکی موادو خوراک بہ دا حالت منڃ ته راوڙی .
- III- عصبي لاملونہ : دحوصلي یا ملا دتیر اونخاع ترضیضونہ بہ دمقعدی معصری دوظیفوي تشوش حالت منڃ ته راوڙی . دحوصلي برخی تومور ونہ چھی عصبي برخی بی نیولي وي دکولونونو حرکونہ لڙ کڙی لکه دغیوکولمو Pseudo Obstruction او Ogilvie's Syndrome منڃ ته راتلا کولای شو چھی یادکڙو .

IV- نور لاملونہ : نہ خوڄنبت ، لڙ مایع خوراک اود مسهلاتو غلط استعمال بنائی دیوہ مساعد کونکي فکٽور پہ توکے اوهمدارنگہ دها ہیوکالیمیا پہ حالانو کبھی ہم دکولمو حرکونہ لڙوالی مومي

A. فزیکی کتنہ :

- 1- حیاتی علامیم : دفشار یتوالي ، تبہ ، ٽاکی کارڈیا ، دنبض زیاتوالي بہ د مکررونو ( Sepsis ) خرکندوي وي .

- 2- دګېډې ګڼه : پدې ګڼه کېنې دکولمو دپرسالتيزم آوازونه ( دکولمودآوزونوکيفيت ) ، دګېډې پرسوب لپاره تقشيش وشي اوکه دکلاتو درد او حساسيت شته والې ولری دي جس ترسره شي.
- 3- دمقدي ګڼه : داګڼه دي دکلکو غايطه موادو ، وينې ، اوکلو شته والې لپاره دي مقدي ګڼه ترسره شي.
- 4- عصبي ګڼه : د پخواني Strock دشته والې اړوند دي لټون وشي اوهمدارنگه دنورعصبي حالاتو د شته والې اړوند دي پوښتې ترسره شي.

#### B. دلابراتوار ګڼې :

- دغايطه موادو ګڼه آوزمايښت دي دوينې دشته والې لپاره ترسره شي.
- دوينې دسيروم دکيډولايټو نو ګڼه دي دهاپيوکاليميا لپاره ترسره شي.
- هيموګرام ، دلوکوسايتوزس شته والې به داتاناتو په لړ کېنې منځ ته راشي. د وينه لږې حالت به د هضمي جهاز وينه لږې ناروغيو کېنې وليدل شي.
- دشرياني وينې دکازاتو ټاګه : دکازاتو توپيره دکولمو داحتشاء اوميټابوليک اسيدوزس حالاتو کېنې تثبيت کړل شي.

#### C. دراډيولوژي اونورې ګڼې :

- دګېډې راډيوګرافي ترسره کېږي اودبندښت شته والې په صورت کېنې ځانګړي نښې وليدل شي.
- دباريوم پواسطه به دګېډې فلم دکولون چوکات واخيستل شي اودکولوګرام پواسطه بنائې دکولمو کلي اوبندښت سويه وليدل شي.
- دکسټروګرافين ګڼې پواسطه بنائې دکوچنيو کولمو دبندښت سويه ثابته کړل شي.
- د CT Scan ګڼه به دکولمو او دګېډې ټومورونو د شته والې تثبيت لپاره ترسره شي.
- الټراسونډ په ګڼه کېنې دګېډې دکلاتو اړوند معلومات ترلاسه شي.
- ريکيوکولونو سکوپې په هغه حالاتو چې په غټو کولمو کېنې التهاب او زخمونه شتون ولری ګڼه وره وبلل شي ترڅو علت وپېژندل شي.

#### ددرملنې پلان :

- 1- مخنيوي Prevention: دعمليات څخه دمخه دي دغايطه موادو د قوام پوستوالي په موخه مسهل مواد پکاريورل شي لکه د(Sodium doculsate) مواد کارول کېږي .
- دخوراکي موادو کېنې د غوري ،ميوه جاتو اوسابو خوراک ورکړل کړل شي اوهمدارنگه دي ډيره زياته او پريمانه پيمانه اوبه وڅښل شي.





II- مسهل مواد اواماله : د يولر مسهلاتو ورکړه به قبضيت له منځه وړلو کيښي گڼه وړ وي چې دکولمو حرکتونه ډيروي لکه ( Milk of Magnesium ، Cascara ،Bisacodyl )، خوراک گڼه وړدي . همدارنگه دامالي ترسره کول (تړمو اوبو ، او د تړمو اوبو اوصابون) څخه تيار شوي ناروغ ته گڼه وړدي برسیره پردې د لکتولوز شربت کېدای شي چې په مزمنو قبضيتونو کې پکار يووړل شي يولر شربتونه په بازار کي ډول موندل کېږي چې نومونه يې (Agarol ،Creamafine ،Bilagol) اونور) دي پرته له گڼي ندي يولر امالي تيارې په بازار کيښي شته والې لری چې کېدای شي پکار يووړل شي.

III- Disimplication: په ډير احتياط او پاملرني سره گوته مقعد ته ننويستل کېږي که چېرې دغايطه موادو کلکه کله شتوالي ولري په احتياط راويستل کېږي او وروسته له هغي دتړمو اوبو، صابون او اوبه ، منرال درلودونکي غوړه مایع ، پارافينو، کسترايلو څخه جوړه اماله ناروغ ته دمقعد له لارې تيروي . او کېدای شي چې د په راتلونکي کيښي قبضيت منځ ته راتلو څخه مخنيوي وکړي.

IV- نوري درملنې : دکولمې سوري کېدنه (نثب) ،حادبندبنت اود Sepsis شته والې په بېړنۍ توگه جراحی عمليات ته اړتيا لري او که چېرې بشپړ بندبنت شته والي ونلري نو کېدای شي قسمي بندبنت دامالي پواسطه له مينځه يوسو.

V – همدارنگه د تمرينونو او سپورتي کړنو ترسره کول به د کولمو د حرکاتو تنظيم او خوځښت په هکله مرستندويه وي او افتلا د ورځې څو ځله دې عادي تمرينونه چې درانده نه وي ترسره شي .



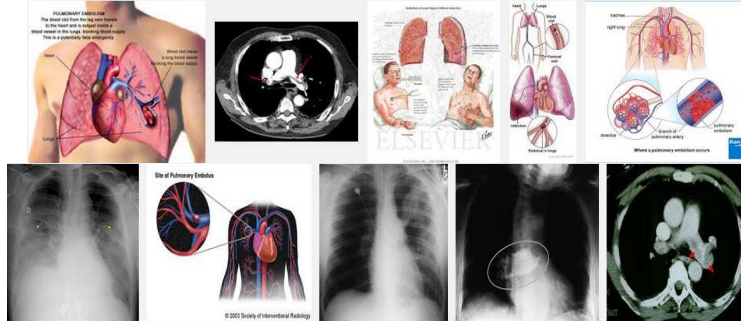
## دوولسم څپرکي

### ټوخي (Cough)

تعريف: ټوخي عبارت دى د تنفسى سيستم دفاعى عكسې څخه چې سږي غواړي چې پكې راټول شوى افرازات او اجنبى اجسام بهر ته وغورځوي .

سټونزه:

که چېرې یوناروغ چې سلولیت ولري په روغتون کې بستر وي اود ورید له لارې اتی بیویکونه وروکول کېږی له ټوخي څخه شکایت ولري نولاندې پوښتنې به سمداسه پيدا شي.



1. آیا ناروغ دټوخي سره بلغم (خراشکې) لري اوکله ؟ اوکه چېرې شته والې ولري څه رنگه به بنسکاره شي؟ همدارنگه دبلغم درلودونکي ټوخي به دمکروبونو دشته والې لوري ته فکر واپوي اوپه تيره که چېرې بلغم قیح اوخيري له ځانه سره ولري اووینه هم پکښې ولیدل شي دمکروبونو مداخلې چانس به لوړوالې ومومي.
2. آیا ناروغ ټاکیڼیا اویا ډیسپنیا لري اوکله ؟ معمولاً ټوخي پېرې اوسمدلاسه عمل ته اړتیا نلري په اسستې دهغه حالاتو چې ناروغ د سږو اویا زړه مزمن ناروغی ولري اودهغې په لړ کېښې به دسږو ناروغتیا زیاتوالي ومومي اوپه حاد ډول به پېښه منځ ته راشي.
3. آیا ټوخي حاد منځ ته راغلي اویاهم په مزمنه بڼه ؟که چېرې ټوخي مزمن وي دهغه اوصافو په هکله دي معلومات لاس ته راوړل شي که چېرې د مزمن ټوخي اوصاف سمداسه بدلون وکړي اوکه نور ډول تنفسي اعراض نشتوالي ولري نوي ټوخي به سگرت څښونکي ناروغ دسرطاني پېښې پورې تړاو ولري.
4. آیا د ناروغ ایمو نیټي سیسټم انحطاط دي اوکله ؟د یولړ درملو لکه ( دستروئیدونه ، کیموتراپي ) او یا هم ثانوی حالتونه لکه ( ډیاټیس -ملیتوس ، Aids ایډز او خباث ) هغه ناروغی دي چې د سږو ناروغیو او اتاناتوله پاره مساعده زمينه برابروي.
5. آیا ټوخي د کوم ډول فعالیت پورې تړاو لري اوکله ؟که چېرې د فعالیت سره سیسټم ټوخي منځ ته راشي دا په د سږو اذیما اوکه چېرې د سپزم درلودونکي ټوخي د خوب پر مهال منځ ته راشي دا به د Aspiration pneumonia اوکه چېرې ټوخي د خوراک او څښاک په مهال

منځ ته راشي دا په د Trachio – esophageal فيستولونو پر مهال او يا هم د عصبي تشوشاتو له کبله منځ ته راتلاي شي .

توپيري پېژندنه:

A. التهابي حالتونه :

- 1) حاد التهابونه: باکتریايي ، وپروسي ، فنگکسي ، او دا اسيد مقام باکتریاوي او ارگانيزمونه علتونه بلل کيږي د سيستمیک مترافق علايم په لاندې ډول دی:
  - تبه ، لوکوسایټوزس، وپروسی گراثيم او قیحي خراشکې .
  - د خراشکې (بلغم) موجودیت بښائی د بیلایلو ناروغیو په لړ کې بیلایل رنگونه خپل کړي چې د کتو تر سره کولو پذیرعه به د هر یوه ځانگړتوب څرگند کړي .
- 2) مزمن ډول التهاب: مزمن برانشیت معمولاً په سکرت ځکونکو کې منځ ته راځي .دوی بښائی چې مزمن ډول خراشکې لرونکې ټوخي د ( 3months) میاشتو څخه تر (2years) کالو مودې راهیسي شتون ولري .

B. مېخانيکي :

مېخانيکي ډول د ټوخي تبه (پارېدنه) د (انشاق ، دننه يا بهرنی پارېدنې) له لارې منځ ته راځي .  
1- انشاقی :

- اجنبی جسمونه د تنفسی سېتم په هره برخه کې ټوخي او ویننگ منځ ته راوړي چې بښائی د شعور اختلال سره مل وی .

- د هوا ذرات سرو ته نوزی او ټوخي پېښوی .

- د معدوی موادو آسپايريشن د ټوخي لامل کېږي او اسپايريشن پنومونیا منځ ته راوړي .

- الرژن مواد د سرو دننه ننوتلو سره سم د ټوخي لامل کېږي .

2- داخلي د بدن (دنه) لاملونه:

- ریوی اذیما: بښائی د زړه يا پرته له زړه لاملونه ولري چې ټوخي ، ذیق النفس ، خراشکې تولیدوی .

- د سرو د پښ السنخي ناروغی: په خپره بڼه اترسټيشيال بدلونونه يا فيبروزس به د راډیوگرافي په کتو کې وپېژندل شي .

- د سرو کارسینوما: چې سکرت ځکول يو خطري فکټور دی او اسبسټوزيس سره مخامخ کېدنه سمدلاسه د ټوخي -بلغم ناروغی پېښوی .

- برانشيال اډینوما: معمولاً پرته له عمومی اعراضو وی خو بښائی هیموپتازی پېښه کړي .

3- خارجي د بدن (بهرنی) لاملونه:

- صدري انوريزم چې بښائی د قصباتو يا شزن لپاسه د فشار لامل شي .

- لمفادینوټی چې معمولاً د سارکوائیدوزس، مزمن اتاناتو اولمفوما سرطانی پېښې چې تل عمومي اعراضو سره مل وی.

C. کېمایوی.

1. انشاقی د لوگی (دود) اړوند.

2. سمی-زهری مواد.

فزیکي کټې:

1. حیاتی علامې: پدې برخه د تودوخې درجه او تنفسی سرعت بدولون مومی د پوزې الوتل اوشدید دیسترس به اړوند لارښوونه وکړی.

2. ریوی (سرې):

- سټیرایډور (Steridor): دا ښائی د علوی تنفسی لارې او اپیکلوټیت څرګندوی وی.

- رانکای (Rhonchi) د برانشیت او انشاقی جروحانو کې لیدل شی.

- نکاتف (Consolidation): پدې کې به د برانشیال تنفسی آوازونه، ایکوفونی، د نکتایل فریمایوس نښې تثبیت کړل شی.

- رالونه (Ralls): دا به د سرې په اذیمای کې وصفی ډول شتون ولری.

- موضعی وېزینګ او رانکای (Wheezing / Rhonchi): دا به وځانګړی ډول د اجنبی جسمونو او نیوپلازم له امله د بندښت لامل بریندو کړی.

3. د زړه کټې: د زړه عدم کفایه [کارډیومېکالی، د (S<sub>3</sub> Gallop Rhythm)] به غوره نښې وی.

4. پوستکې-نهایات: سیانوزس، کلیننګ (Clubbing)، په وصفی ډول (COPD) لپاره دی او جلدی (Rashes) سره مخه به ویروسی ناروغی څرګندې کړی.

لابراتواری کټې:

- هیموګرام: لوکوسایټوزیس حالت به اتاناتو ښوونه وکړی.

- کلسیم: د هایپرکلسیمیا شتون به د پارانیو پلاستیک سنډروم د قصبی کارسینوما له کبله څرګندونه وکړی.

- د شریانی وینې ګازات: د ګازاتو د سوپې ټیوالې به د سیانوزیس، ډیسپنیا څرګندونه وکړی.

- شریانی کاربوکسی-هیموګلوبین: دا به د دودو (لوگی) او کاربن مونواکساید مسمومیت حالاتو کې د څیرلو وړ ښه کتنه وی.

راډیولوژی او نورې کټې:

1. صدری راډیوګرافی: ریوی اذیمای، سرې د بین السنجی ناروغی، د سرې کارسینوما، برانشیال

اډینوما، پنومونیا، د سرې صروی لمف اډینوټی به راډیوګرافی په فلم کې ځانګړې څرګندونې

ولری.

2. خراشکې: د خراشکې مستقیمه کتنه به د لزوجیت، رنگ، بوی، اندازه به د ناوغیو اړوند معلومات راکړی. د گرام ټلویډ به د اسید مقاومت باکټریا، فنگسونه اړوند معلومات څرگند کړی او د کلچر او اتی بیوگرام کتنه به د اړوند اتاناتو پیژندنه او درملنه کې مرستندویه وی او سائیتوپالوژي به د نوموړو په ډول پیژندنه کې ډېره مرسته کوی.

3. د پوستکي (PPD test) آزمايښت: په هغه ناروغانو کې چې د نری رنځ تر شک لاندې وی کټه وړوی.

4. Pulmonary Function Test (PFT): د سږو تحدید کونکې حالت د سږو د ټول ټال ظرفیت (Total Lung Capacity)، کهنیت او (Vital Capacity) په اترسټیشیال ریوی ناروغی پیژندل کېدنه کې مرستندویه دی.

5. برانکوسکوپي: دا کتنه د نیوپلازمو نیوپسی اخیستنې، کلچر موادو اخیستنې او اجنبی جسمونو پیژندنه او ځینې وختونه د درملنې په موخه کارول شی.

د درملنې پلان:

په لومړي سر کې د صدری رادیوگرافي د سږو ناروغی پیژندنه او د بلغم (خراشکې) نمونه په ټوخی خراشکې لرونکو کې لابراتوار ته استول شی. همدا ډول که ناروغ ډېر ذیق النفس وی نو ورته د شریانی وینې د گازاتو ټاکنه تر سره کېږی او د اوکسیجن درملنه ورته تر سره کېږی.

1. اتانات: د اتاناتو پیژندنه او درملنه د کلچر او اتی بیوگرام پر بنسټ تر سره کېږی. لکه

- نامعلومه ټولنیز کسبی پنومونیا (د پنسلین جی پذیریه چې معمولاً پنوموکوکونه دي ښه درملنه کېږی) او یا هم د (ایرترومایسین پذیریه د مایکوپلازم او پنوموکوک) درملنه کېږی.

- ټولنیز کسبی اتانات (Acohic.COPD) ناروغان د سفالوسپورین او ټیتراسکلین درملو پذیریه درملنه کېږی.

- روغونی اتانات: دا ټول اتانات د اماينوگلايکوسیدونو (جتیامایسین + فیسلین یا اماينوگلايکوسیدونو+ سفالوسپورینونو) پواسطه درملنه کېږی.

- آټروویک اتانات: دا مکروبونه د پنسلین جی او کلیندامایسین پواسطه درملنه کېږی.

- مایکوپلازم اتانات: ددې اتان درملنه د (ایرترومایسین او ټیتراسکلین درملو پذیریه درملنه کېږی).

- توبرکلوزیس (نری رنځ TB): دا اتان د (Rifampicin + INH+ Ethambutol) پذیریه درملنه کېږی.

- ایمنوسوپرسیف ناروغان: پدې ډول ناروغانو کې د لیجنېلا اتان درملنه (ایرترومایسین او اماينوگلايکوسید د پنسلین یا سفالوسپورینونو) درملو پذیریه درملنه کېږی. همدا رنگه د پنوموسیستیس کارینی پنومونیا چې د ایډز ناروغی کې پېښېږی درملنه یې د کوټرایموکسازول یا

پنټاميدين درملو پذيربه کېږي . يولړ اتانات د کلچر او اتی بيوگرام تر سره کولو له مخې تر سره کېږي.

2. ريوې اذیما :

- اوکسیجن

- سرپورته وضعیت ورکول و

- د يوريتیک درمل ورکړه لکه زرقی ډول (Furosamide 20-40 mg IV) اومزن ډول کې د خولې له لارې (Lasix) ورکول کېږي او د پوتاسيوم سويه بايد تعقيب او وټاکل شي.

3. پرته له خراشکې ټوخي :

1 د ټوخي انحطاط ورکونکي درمل :

- پدې حالت کې د کوډين / هايډروکوډين او اړوند مشتقاتو څخه کار اخيستل شي.

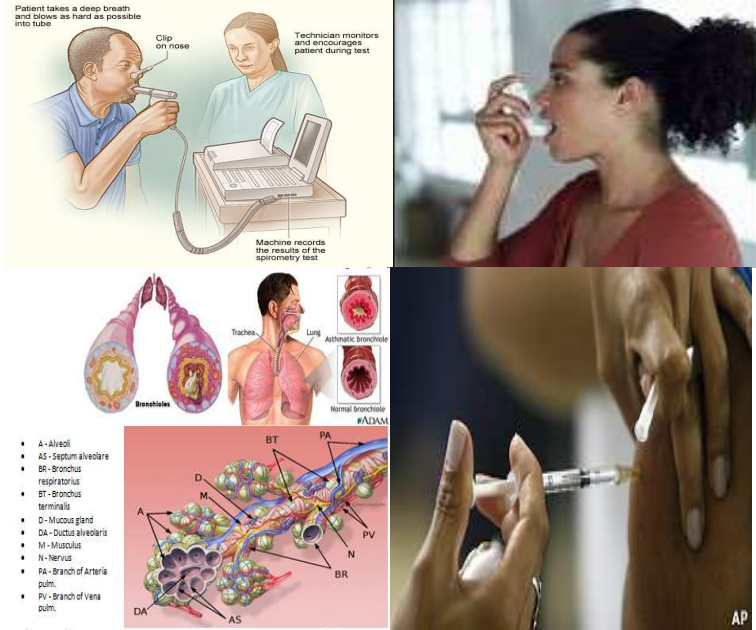
- ډکسټرمتوفان چې د کوډين مشتق دې مرکزي اغېزې لري.

- هغه ناروغان چې مقشع (خراشکې) لري نو بايد د دغه راز درملو پذيربه دې درملنه ونشي .

2 اکسپکټورانټ (مقشع) درمل : دا درمل بنسټي دومره ارزښتمند نه وي خود

( Guaifenesine + Antihistamine) گې جوړښت چې کله ناکله د انحطاطي ډول

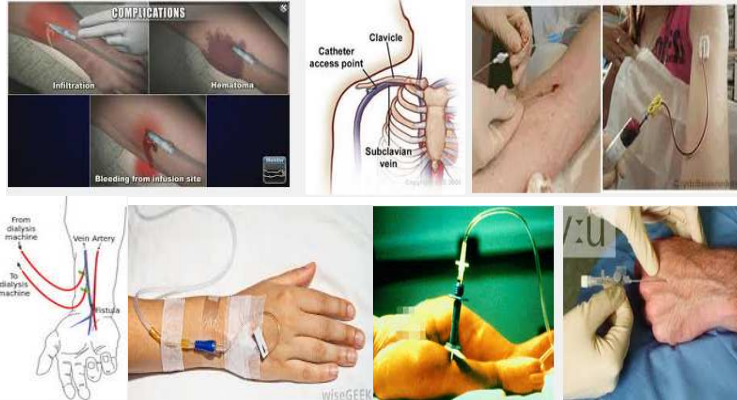
درملو سره په گډه بڼه جوړېږي او بنسټي پکار وړل شي.



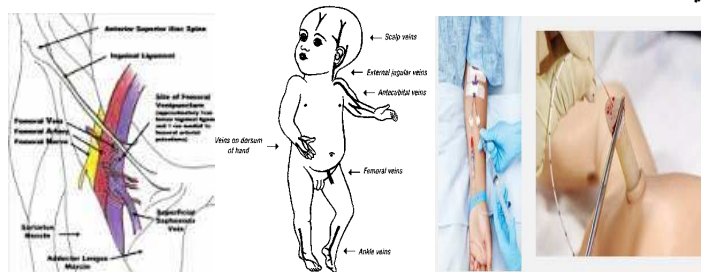
## د وريدي سهولتونو ستونزې

### Intravenous Access Problems

يوه 40 کلنه بنځه چې وريدي ناوړه درمل اخلي او د کيډي دردونه کانگې لري او روغونه ته راوړل کېږي په لاسونو او مټونو کې هيڅ راز تيار وريد د وريدي تطبيقاتو له پاره نه لري نو سمدلاسه به لاندي پوښتنې مطرح شي.



- د ناروغ ناروغۍ طبيعت څرنگه دی؟ ناروغ به سمدلاسه د وريد له لارې د ماعا تو تطبيق ته اړتيا ولري او د دې لپاره هيڅ راز وريد ونه لري بايد تر پوسنکي لاندي تطبيقات پيل شي او همدارنگه به ناروغ ته وريدي کېټ ډوون (Cutdown) تر سره شي بايد وخت ضايع شي که چېرې هر څومره وروکي وريد په لاس او پښو کې وي بايد له هغه څخه کار واخستل شي.
- آیا ناروغ ناوړه وريدي درمل اخلي او که؟ که چېرې د وريدي له لارې يولړ درمل په ناوړه توگه پکار لور وړل شي دا درمل ستاسې د اعتبار له کبله وي نو په دې حالت کې به وريدونه له کاره وتلي وي او يا هم هغه ناروغان چې کيموتراپي ورته تر سره کېږي نو د دوی وريدونه به له کاره وتلي وي.
- د کومو موخو لپاره وريدونه کارول شوي دي؟ که چېرې ناروغان په مزمنې توگه په روغتون کې بستر وي نو د دوی وريدونه به له کاره وتلي وي ځکه چې وريدونه به بيا بدل شوي وي.



**توپيري پېژندنه:**

- i. د وريدونو له لارې د ډېرو درملو استعمال له كبله.
- ii. په ډېرو چاغو او خړبه ناروغانو كې.
- iii. هغه ناروغان چې د وريد له لارې كيمو تراپي ورته سرته رسول كېږي.
- iv. هغه ناروغان چې د اوږدې مودې لپاره بستري وي او وريدونه يې ډېر زيات كارول شوي وي.
- v. د لمفاوي اذيما له كبله كله چې (Mastectomy) ناروغانو ته تر سره كېږي او د ابطي برخې لمفاوي عقدات راويستل شوي وي او يا د نورو جراحي كړنلارو له كبله د لمفاوي عقداتو راويستلو له كبله منځ ته راغلي حالات.
- vi. عمومي اذيما (Anasarca): عمومي اذيما كېدای شي د وريدونو ستونزې منځ ته راوړي لكه د (Ascites) حبن او شديد هايپروټينميا په صورت كې.
- vii. د رگونو كولاپس: هغه ناروغان چې د شاك له كبله راغلي وي په دې حالت كې به رگونه كولاپس ولري.
- viii. حياتي علايم: هايپوټشن او نور د شاك لاملونه بنائى درگونو د كولو پس لامل وگرځي.
- ix. پورتي نهيونه: كه چېرې پخوانى د ستنې چاپي او نښې شته والى ولري نو په دې حالت كې وريدونه له كاره وتلي وي.

**د درملنې پلان :**

- A: محيطي مټ (Arm) : لومړى بايد د بنكټي نهياتو څخه كار وانه اخيستل شي ځكه چې هغه په سهولت سره ښه كار نه كوي او د ترومبوفيليت لپاره ډېر مساعد دى د مټ او پورتي نهيات وريدونه سټنډرډ دى. او د ترضيضا توپه حالت كې (14-16 gage) كيتير تيريږي او ډېر كارول كېږي.
1. لومړى نوريكيت ټرل كېږي .



2. د لاس څنگل برخې (Line- Antecubital): كېدای شي و كارول شي. او د څنگل عدم تحريك او ثبات كارول كېږي ترڅو ډېر ونه خوځول شي.
3. په انتحابي توگه د وريدي لاین تيرول به پكار يوړل شي د وينې د فشار نه اله دى پكار يوړل شي فشار دې د (Caff) په برخه كې راوستل شي (5-10 minute) لپاره دې وساتل شي نورپاك دستمال يا ټوكر دې و كارول شي ترڅو ښكته وريد و پر سپرې اوبشكاره شي.





B: بهرنی جوگولار ورید (External Jugular): که چېرې د سټ په برخه کې وریدونه موندل شي یو یا دوه (1-2) درگونو کیتیر دي د بهرنی جوگولار په ورید کې تېر کول شي په دې صورت کې ناروغ ته (Trendelenburg) پوزیشن چې سر لږ څه د بطن څخه ښکته وي او جوگولا د ورید به وپرسېږي او ښکاره د موندنې وړ گرځي او د تر قوی هډوکي په برخه کې لږ څه پورته د لیدنې وړ گرځي.



C: مرکزي کیتیر (Central line):

غوره ځایونه یې داخلي وداجي ورید تحت الترقوي او فخذی وریدونه دي د ننه وداجي او تحت الترقوي وریدونه د مرکز ورید فشار ټاکنې لپاره ډېر غوره ځایونه دي ډېرې عالمان پدې باور دي چې فخذی یا د ورونبرخې ورید به نادراً پکار یوړل شي ځکه دا تانانو دا اختلاط منځ ته راتگ ډېر احتمال لري همدارنگه د حالاتو دکولایس اعاده کول او درملنه لدې کبله چې ښکته اطراف ډېر لږ انازه د وینې بهیر لري په ښه توگه نه تر سره کېږي او د بیارغونې پروسه هم لږ وخت پکار لري چې باید ټول پورته حالات باید په پام کې ونیسو.

که چېرې یوه ناروغ ته د مرکزي وریډی کېټر تېروی او هغه سم کارو نکړی او تسو راوغوښتل شی لاندې پوښتنې به مطرح شی:

- I. د کېټر د تېریدو او مایعاتو تېرولو منظره څرنگه ده ؟ د کېټر د موادو څخه ائیز تېریدو حالت د تنفس سره توپیر مومی که چېرې په سمه بڼه کېټرول شوې نوکه چېرې کېټر کې دڅپه ائیز حرکت شتون ونلری دا پدې معنی دی چې د علقې پواسطه کېټر بند دی . د ترانسډیوسر د نشوالی په صورت کې دی د مایع یوه (Column) اندازه دی په مانومیتر کې د تنفس پذیرعه څخه ائیز بڼې ته واړول شی.
- II. آیا کولای شو چې د وینې علقه اسپایریت کړو او بهر ته یې راوباسو ؟ د کېټر څخه د علقې یا بند شوي عامل اسپایریت راویستنه پدې معنی نده چې له کېټر څخه نشو کولای د مایعاتو زرق لپاره کار واخلو بنسټی چې د کېټر څوکه د رگ جدار په ذریعه بنده وی یا قات شوې وی.
- III. د څومره مودې لپاره کېټر پرېښودلای شو ؟ دا باید د رادیوگرافی پواسطه وڅارو د کېټر څوکه باید په علوی اجوف وریډ کې وی که چېرې کوم ډول شک شتون ولری رادیوگرافی دې تکرار شی او یا و ارزول شی.
- IV. که چېرې وینه بهېدنه د اړوند برخې څخه شتون ولری ؟ دابه د موضعی ستونزې یا تحشر اړوند ستونزې څرگندویه وی.

توپیری پېژندنه .

- د کېټر بندېدنه : په هغه کسانو کې چې کېټر یې په کراره او ورو کارول شی دغه حالت پېښېږی .

- دپځایه موقعیت کېټر : دا حالت د صدری رادیوگرافی پواسطه تعین کېږی تحت الترقوی کېټر ځینې وخت تر غاړې پورې غچېږی او دا باید د تنفس پذیرعه به څپه ائیز (څپانده) خوځښت ونلری .

- قات شوې کېټر : پدې صورت کې به کېټر بند او قات شوې بڼه ولری او د تحت الترقوی برخه کې به د زاویوی ډول وریډی کېټر تطبیق له کبله وی او د صدری رادیوگرافی پواسطه ټاکل کېږی .

- نورې مېخانیکي ستونزې : همدارنگه کېدای شی چې د کېټر د مفصلی- تړون برخې څخه د جلا کېدو په اثر د کېټر غېر وظیفوی حالت شتون ونلری .

- بنسټی چې د کېټر د ترانسډیوسر برخه بڼه کار ونکړی : چې د سیستم د څارنې او کنترول په اثر دا وپېژندل شی چې پدې هکله نرسان مرسته کولای شی .

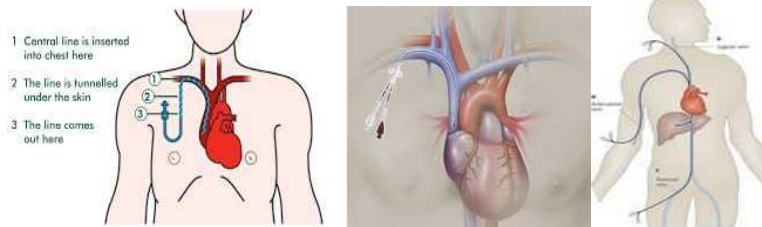
- د کېټر اتانات : کېدای شی چې کېټر متنن شی او دا حالت د وینې کلچر او اتی بیوگرام په مرسته بڼه پېژندل او درملنه کېږی .

**فيزيکي کټنې :**

- A. حیاتي علايم : تبه د اتاناتو تثبيت يوه نښه ده چې ورسره ټاکی کارډيا ، هايپوټنشن ، مل وی بنائې چې ورسره زیاته پیمانہ وينه بهېدنه ، ټنشن پنوموتوراکس او یا هيموتورکس وليدل شي.
- B. (HEENT) د شزن پمخايه کېدنه وسپچ-پراخ ډول هيمایوما یا پنوموتورکس بنوونه کولای شي.
- C. تنفس : کېدای شي تنفسي آوازونه کاهش ومومي چې د (، ټنشن پنوموتوراکس او یا هيموتورکس او هایډروتورکس) بنوونه کوي.
- D. د کېتر ژوره برخه : پدې کې بنائې چې سلوليت ، وينه بهېدنه ، د کېتر قاتوالي یا مفصلی برخې سستوالي او پيلېدنې او ليکاژ کتنه د مستقيم ډول د ترانسډيوسر په ذریعہ د ( Flash line) ميتود له مخې کټرول شي.

**لابراتواری کټنې :**

- 1. که چېرې د سپسيس شک شتون ولری يوه اندازه وينه دې له ورید څخه راويستل شي او هغه دې لابراتوار ته د کلچر او اتی بيوگرام لپاره واستول شي.
- 2. د کېتر چارپير برخې قیچ نمونه دې د کلچر او اتی بيوگرام لپاره واستول شي .
- 3. د (CBC) او کواگولیشن پروفایل (Coagulation Profile) د وينې بهېدنې پيژندنې په موخه وټاکل شي.



**د درملنې پلان :**

- 1) د کېتر علتې پذیرعه بلاک : کېدای شي چې نوې کېتر هم بلاک شي چې د سورنج پذیرعه په مصوونه بڼه علقه راويستل کېږي. همدا رنگه د علتې راويستونکې کېتر باید موجود او وکارول شي تر څو دغه پرېن شوې کله (علقه) په آمبولې وانورې کېتر کېدای شي چې اسپايرت شي او یا هم هغه ته د فلش کپنه د يوه سې سې توپرکولين سورنج پذیرعه تر سره شي او له هپيارين محلول (100 Units/mL) ورکړې څخه کار اخيستل شي همدا رنگه د سټريټوکاينيز محلول څخه هم گټه پورته کېدای شي .
- 2) د قات شوی کېتر : دا کېدای شي د موقعيت موندنې وروسته بيا له سره تېر اوسمون ورکړل شي. د تحت الترقوی کېتر مانوره ساده ده خود داخلي وداجی کېتر مانوره گرانه ده دا مانورې باید د معقم شرايطو لاندې تر سره شي.

3) هغه کېټر چې په غلطه لاره تطبیق وی: دا کېټرونه دی روویسل شی او له سره دې یا تطبیق کړل شی.

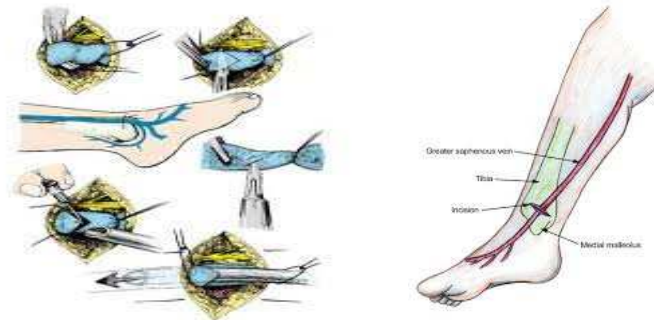
4) وینه بهېدنه : د وینې بهېدنې حالت دې د مستقیم فشار راوړلو پذیرعه ودرول شی.

5) اتانې کېټرونه : د اتانانو کنټرول او درملنه د کلچر او اتی پوگرام کړنې وروسته تر سره کېږي که چېرې د ناروغانو حالت وچېار او خراب وی کېټر دې بدل کړای شی او درملنه پرته له کلچر کونې انتظاره د گرام منفي کنټرول کوونکو درملو پذیرعه پیل شی او کله کلچر نتیجه راوړسېږي د هغې مطابق دې عیار کړل شی.

**د کېټر د بريالی تطبیق نښې نښانې :**

- وینه د کېټر تطبیق څخه وروسته د سورنچ پذیرعه په آسانه وینه راکنټل کېدای شی.
  - په ساده توگه لارښود (Guidewire) تېرېدلای شی.
  - د لارښود (Guidewire) راویستنه نېغه تر سره کېږي.
  - د مایعاتو تطبیق په آسانه او روانه بڼه تر سره کېږي.
- D: د وریدې کېډون Cut down ستونزې :

کېډون هغه مهال تر سره کېږي چې نور ریدونه لاس ته رانشي په ښکته اویا پورته نهایت کې رگ غوڅېږي او هلته کېټر تیر او نښت کېږي او وروسته له هغه لارې ناروغ ته وینه یا مایعات ورکول کېږي.



که چېرې تاسو یوه ناروغ ته چې کېټر د کېډون له لارې ورته مایعات تطبیق کېږي د کېټر بندښت پېښ شوې دې راغوښتل کېږي. سمدلاسه څو پوښتنې مطرح کېږي :

- A. آیا کېټر څومره موده کېږي چې تطبیق شوې دې؟ که چېرې کېټر د درې-څلور ورځې تېرې وی او کار ونکړي ښائی د بندښت لامل یې د وربدونو د ولف عدم کفایه او یا هم د وینې علقې پواسطه بندښت وی.
- B. آیا د کېټر شاوخوا برخې پرسېدلی دی او که؟ که چېرې پرسوب شتون ولری دا به د مایعاتو په اکتراویشن باندې دلالت وکړي یا دا چې کېټر د وریدې لومن دننه ندې او د رگ د جدارونو دننه یا د جدار څخه بهر د پوستکي په طبقاتو کې ځای پرځای دې.

- C. آیا د پرسېدلې برخې رنگ څرنگه دي؟ که چېرې د اړوند برخې پرسوب سور اوښتې وي او د جس پواسطه دردناکه دا به د التهاب څرگندويه وي چې د څو ورځو په موده کې مخ ته راغلي .
- D. آیا د اړوند برخې څخه زوې يا قيح راوځي که يه ؟ که چېرې پرسوب او ټودوخه شتون لري او د جس پذیرعه قيح راتخليه شي دا به د اسې او سلوليت څرگندويه وي چې ورته پاملرنه پکار ده او که چېرې د پوستکي برخه توره اوښتې وي نو د دغه برخې د نکروز خوانته فکر کېږي.
- E. آیا د کېټر له شاوخوا برخو څخه وينه بهېدنه شتون لري ؟ که چېرې وينه بهېدنه شتون ولري نو دا پدې معنی ده چې د پروګرېمال وربدي برخه ټپلې نده يا غوټه وازه شوېده چې وينه بهېدنه شتون لري .

### لابراتواري کتنې :

- د وينې عادي کتنه به تبې او التهاب حالاتوکې د لوکوسایټوزيس څرگندونه ولري .
- که چېرې وينه ډېره بهېدلې وي د هيموګلوبين اندازه به ټيټه وي يا هم د وينې اختلال اړوند به د کوکولوپټي نښت شي .
- د اړوند ځای څخه نمونه دي کلچر او اتی بیوګرام په موخه لابراتوار ته واستول شي .

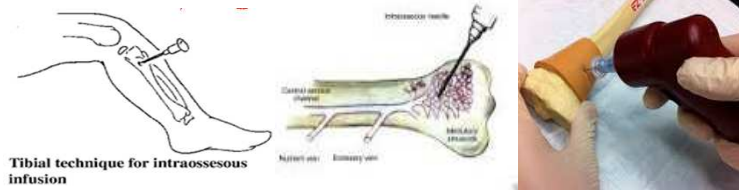
### د درملنې پلان :

- A. که چېرې کېټر پمخا په شوي وي او مايعات نه تېرېږي او شاوخوا پرسوب شتون ولري کېټر راويسل شي او له سره بيا کېټر ټېرول شي .
- B. که چېرې پرسوب ستون نلري او کېټر کار نکوي بايد لومړی د (3-5 ml) سورنج پذیرعه مایع د (Flash) په توګه رګ ته تېرېږي او دا برخه وارزول شي .
- C. که چېرې د اړوند برخې پرسوب شتون ولري او د کېټر ټېرولو څخه څو ورځې تېرې وي او کېټر بند وي نو کېټر اويسل شي او که اړتيا وي کېټر په بله برخه کې د کټ ډون پذیرعه تېرېږي .
- D. که چېرې د اړوند برخې پرسوب شتون ولري او د کېټر ټېرولو څخه څو ورځې تېرې وي او کېټر بند وي او هلته قيح (زوې) شتون ولري د همدې برخې نمونه اخيستل شي نو کېټر اويسل شي پانسما تر سره کېږي او اړوند اتی بیوټیک ورکول شي او که اړتيا وي په بله برخه کې کېټر د کټ ډون پذیرعه تېرېږي .
- E. د درد او التهاب ضد درمل د اړتيا له مخې ټاکلي ډوز سره ورکول کېږي .

### E: د هډوکي له لارې تطبيق:

- که چېرې په ماشومانو کې رګونه د زرقيانو لپاره ونه موندل شي د (Tibia) هډوکي ته دغټ قطر درلودونکي ستنه د ننه کېږي .

ii. او یا دهغه له لارې مایعات تېرېږي د (Intraosseous infusion) نوم ورکول کېږي چې دا هغه مهال کېږي چې بله چاره نه وي پاتې او ناروغ مرکونی حالت ولري البته په دې حالت کې (Osteomyelitis) ناروغي د احتمال څخه لرې نده .



د مایعاتو د تطبیق نورې لارې :

- i. تحت الجلدی (Subcutaneous): دا ډول کړنه کله ناکله کارول کېږي خو یوازې په هغه حالاتو کې چې هایپوتینشن د دیهایدریشن له کبله وي او د مایعاتو بیا ورکول ډېر اړین وي.
- ii. انفي معدوي ټیوب (NG Tub): د انفي معدوي ټیوب له لارې هم کله ناکله د مایعاتو بیا ورکول د شدید ډول دیهایدریشن ناروغانو ته تر سره کېږي خو دا دومره مؤثره نده چې شدید ډول د شاک حالت دې درمنله کړي.
- iii. د نامه غوټۍ ورید (Umbilical Vein) له لارې: په نوې زوکړو ماشومانو کې د مایعاتو او وینې تېرول کېدای شي چې د اړتیا پرمهال ر نامه غوټۍ د ورید له لارې په ښه توګه تېرشي او د ناروغ اړوند ضایعات او اړتیا له منځه یووړل شي.



## نس ناسې (اسهالات)

### Diarrhoea

که چېرې يو څوک د (24) ساعتونو په لړ کې د (1-2) ځله څخه ډېره اندازه غايطی مواد (غول) اطرح کړي او قوام يې نړۍ وي او دفعات يې زيات وي نو ورته نس ناسې ويل شي.  
ستونزه:

که چېرې ناسويو ناروغ ته چې (56) کاله عمر لري او د (Aortobifemoral Vascular Graft) رگونوگرافت جراحي کړنه ورته تر سره شوې دى او د نس ناسې شکایت له امله راو غوښتل شى لاندي پوښتنې به مطرح وي:

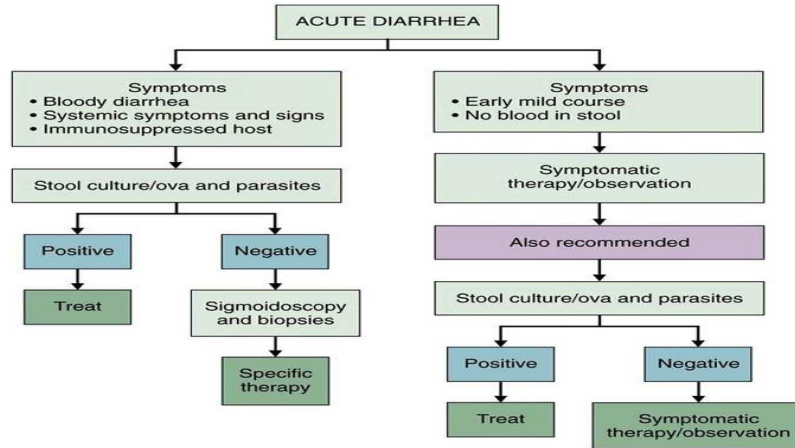
- A. د ناروغ حياتی علايم څه ډول دي ؟ ټاکی کارډيا او تفریط فشار ښايي د حجم ټیوالې او کمښت ، تبه او ټاکیټيا ښايي د اتان څرگندی وي همدا ډول که مېټابولیک اسيدوزيس غبرگون شتون ولري ښايي چې د ایسکيميا ترضیض لکه د کولمو د احتشاً ښودونکې وي.
- B. آیا نس ناسې وينه -مخاط لري ؟ يوازې وينه به د [کولمو د ایسکيميا، کولون نیوپلازم (کارسينوما ، ذغابې اډينوما) ] څرگندونه وکړي . او که چېرې وينه او مخاط شتون ولري دا به د اتاناتو پرازیتونو (شجیلا ، آمیب ، جيارډيا ) د کولمو التهابی ناروغیو حالت څرگند کړي .
- C. آیا ستونزه حاد که مزمنه بڼه لري ؟ حاد ډول نس ناسې ښايي د اتاناتو ، درملو ، اسکيميا - احتشاً له امله وي . که چېرې مزمنه بڼه ولري چې پېړنۍ درملنه نه غواړي ښايي د گېډې درد سره مل وي د درملو او ملیناتو مستحضراتو له امله معمولاً منځ ته راځي .
- D. کوم ډول درمل همدا مهال ناروغ ته ورکول کېږي ؟ يولړ درمل کېدای شي چې نس ناسې پيش کړي لکه اتی بیویټیکونه ..... او نور درمل .



توپیری پېژندنه .

1) حاد نس ناسې:

ډېر نادر ډول حاد لامونه به د نس ناسې لپاره په جراحي ناروغانو کې وموندل شي دا به معمولاً د [ویروسونو (اډينو وایروس ، روتا وایروس...) ، باکتریايي (سلمونیل، شجیلا ، کمیلویاکټر او ریسیټیا... نور) ، پرازیتونه (آمیب ، جيارډيا ، اسکاریس ... او نور] وي .



a. ایسکیمیا. د کولمو ایسکیمیا د میزانټریک شریانی بندښت او احتشاً له امله پېښېږي چې پکې حاد شدید درد، د کولمو پریستالټیک غړونو نشوالې، د کېډې اتساع او وینه لرونکې نس ناستې شتون لري. چې د جراحي رگونو لېگاتور وروسته د کولمو د اړوند برخو ایسکیمیا او نکروزیس منځ ته راوړي.

b. معدی معایې وینه بهېدنه: د وینې موجودیت په کولمو کې کولای شې چې د یوه مسهل یا بهوونکې په څېر عمل وکړي.

c. درمل:

- یولړ درمل لکه اکتینوین، ډیجوکسین، کولچسین، مگنیزیم، اتی اسیدونه، کیموتراپی مستحضرات (میتوټوکسېټ، ادریامایسین) او مسهلونه (جولاب) [دا ډول نس ناستې پېښې منځ ته راوړي.
- اتی بیوټیکونه: دا مواد د کولمو د فلورا بدلون پېښوي او د سؤجذب لامل کېږي کاذبه غشأ کولیت ناروغی منځ ته راوړي. دا درمل کېدای شې د ډېر مقدار دوامداره استعمال له امله ناروغی پېښې کړي لکه (سفالوسپورینونه، کلیندامایسین، آمپسلین، زرقی آمانوگلایکوسیدونه).

(2) مزمن ډول نس ناستې:

- التهابی (ریجیونال اترایتس، السراټیف کولایتس، وړانگو پذیرعه درملنه) د کولمو التهاب منځ ته راوړي.
- نیوپلاستیک ناروغی (د کولونو کانسروونه لکه ذغابی اډینوما) د نس ناستې ناروغی پېښوي.
- انډوکرین ناروغی (د کارسینوئید سندرومونه، هایپرپیتوریزم، او د آیسلټ حجراتو تومور (کاسټرینوما، زولینجرایلسین سندروم، (VIPoma) "Vasoactive-Intestinal Polypeptid hormone" د نس ناستې حالت پېښوي.



- له عملیات څخه وروسته : اسهالات کېدای وروسته له کاسټرکومی ، پانکریاټیکومی او غټو کوچنیو کولمو پراخه اندازه قطع کولو څخه وروسته ولیدل شی.
- پانکریس اړوند : آکروکریزین پانکراسی اختلال په (Steatorrhea او Malabsorption) ډول منځ ته راځی.
- پارډوکس ډول : غایطی کلې (Feecal Impaction) چې د اوږدې مودې لپاره پاتې وی د هغه غاړو څخه د نړۍ موادو تېرېدنه پېښېږی د نس ناستی حالت پېښوی .
- نور لاملونه : روانی - عقلی او (Bowel Irritable Disease) ناروغی د نس ناستی حالت پېښوی.

### فزیکي کني :

1. حیاتي علايم : غير منظم نبض بشائي د اذيني فبريليشن څرگندويه وی او د آمبولې سرمنشه به وبلل شی.
2. د کېدې کتنه : درد نادرأ په د نس ناستی حالت کې منځ ته راځی که چېرې شتون ولری د باکټریاوو (شجېلا ، یرسینیا ... او نور) او مېزاتریک ایسکېمیا په شتون به دلالت وکندی چې پکې حاد شدید درد ، د کولمو پریستالټیک غړونو نشوالې ، د کېدې اتساع او وینه لرونکې نس ناستی شتون لری.
3. مقعدی کتنه : ددې لپاره چې یولړ ناروغی لکه (نیوپلازمونه ، غایطی کلکې کلې او نوری ناروغی رد یا تائید شی هر ورو باید د کوتې پواسطه مقعدی کتنه تر سره شی.
4. پوستکې : ژړپې ، سپاډر آنجیوما ، پالمیر ایرټیما دې تل ولټول شی تر څو د ځیکر او پانکراس اړوند ثانوی ناروغی او الکھولوېې کچې څښاک لاملونه تثبیت کړل شی.

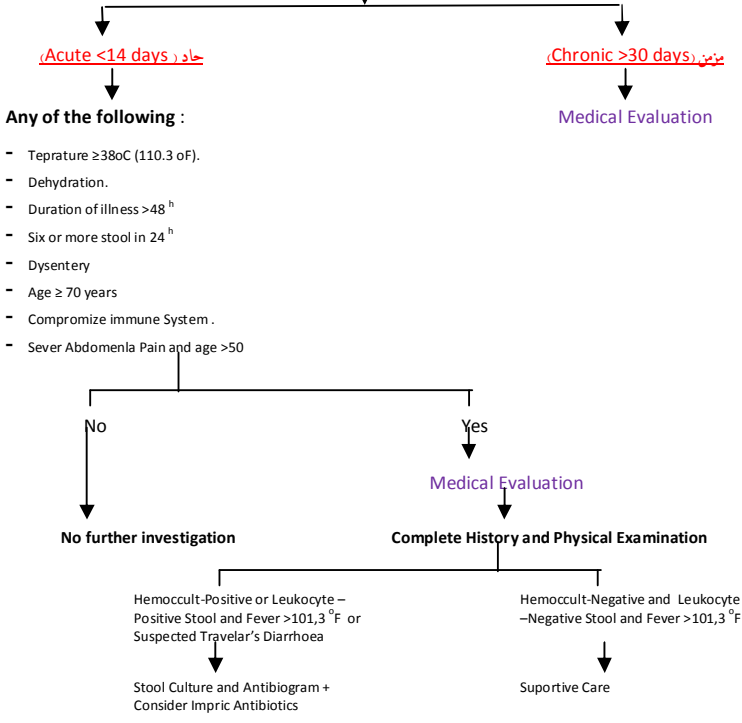
### لابراتواری کني :

1. د غایطه موادو کتنه : د تازه وینې ، پرازیتونو هکچې ، او لوکوسایټونو تثبیت اړوند دې غایطی مواد وکلل شی .
2. د غایطه موادو کلچر کتنه : د کولمو پټوجن مېکروبونو تثبیت لپاره دې دا کتنه وشی .
3. هیموگرام : د هیموگلوبین کچه او هیماتوکریټ اندازه دې وکلل شی تر څو د وینې بهېدنې کچې اټکل تر سره شی ، لوکوسایټوز به اتاناتو او تنقب اړوند معلومات راکړی همدارنگه انیوزینوفیلیا به د پرازیتونو متن کېدنه په گوته کړی.
4. الکټرولایټونه : شدید ډول د نس ناستې به د وینې د سپروم اړوند الکټرولایټونه رایتې کاندې ، هاپوکلیمیا او بای کاربونېټ ضایع کېدنه به د مېټابولیک اسیدوزس او نورمال انیون تشې لورې ته پام واړوی.
5. د شریانی وینې گازات : دا کتنه به د اسیدوزس ارزونې اړوند معلومات څرگند کړی.

6. د غایطه موادو الکترولائیټونوکنه: د غایطه موادو سوډیم ، پوټاسیوم ، پای کاربونیټ به د مایعاتو د کچې اعادي اړوند معلومات څرگند کړي .

د نس ناستې پیژندنې اړوند څېړنې او کار:

**نس ناستې (اسهالات Diarrhoea)**



که چېرې نس ناستې د (15-29 days) ورځو پورې له منځه ولاړ شي دا د (Persistent Acute Diarrhoea) تر سرلیک نامه لاندې څېړل شي که تر هغه ډېره موده ونیسي نو دابه د مزمن نس ناستې تر سرلیک لاندې وڅېړل شي. راپولویزیک او نورې کتنې:

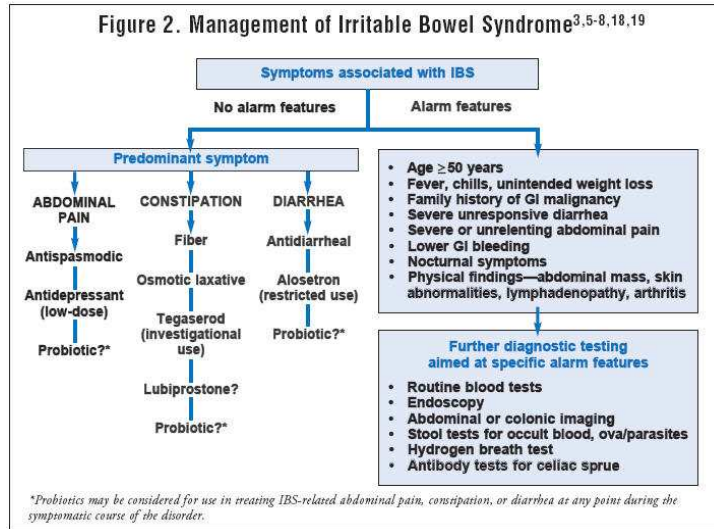
1. سیګموئیدوسکوپي : دا کړنه به د سکموئید او کلونونو اړوند تومورونو ، پولیپوزس ، کاذبه غشایی کولیت معلومات راکړي او د شکې برخې څخه د بیوپسی اخیستنه به تر سره کړل شي .
2. انفي معدوی اسپایریشن : یوانفي نیوب دې معدې تېر شي تر څو د هضمی جهاز پورتنۍ برخې وینې بهېدنې اړوند معلومات راکړي .
3. د گېډې او صدر راپوگرافي : د بندښت د سوپي ټاکې (Dilated Loops and Air –fluid levels) او کولمو –معدوی نټب (Free Air or Pneumopretonium) او د باب سیستم برخې د هوا شتون به د (Ischemic Bowel Necrosis) او پانکراس نکلس اړوند معلومات راکړي .

4. پاراسنتېز (Paracentesis) : د ایسکېمیا او کانکرن لټون په موخه پاراسنتېز او پریټونال لواز ډېره غوره بلل شی .
5. ارتروګرافي : د ایسکېمیک کولمو جروحاتو کې تر سره کېږي .
6. باریوم او کاسټروګرافین اینیما : دا د کولمو التهابی ناروغیو او نیوپلازمونو پېژندنې لپاره تر سره کېږي .
7. کولونوسکوپي : دا کړنه به درېکټوم بواسیر، سګموئید او کولونو اړوند تومورونو، پولیپوزس، کاذبه غشایي کولیت معلومات راکړي .
8. د زړه ګراف : د مېزاتریک آمبولې – اذیني ترومبوز، میوکارډ احتشأ او فیبریلېشن اړوند غوره معلومات څرګندوي .

#### د درملنې پلان :

- A. د مایعاتو او الکترولایټونو علاج :
  - د واضح ډیهاډریشن درملنه دې د مایعاتو او الکترولایټونو اعادې پذیرېه وشي .
  - الفا – ادرینرژیک مستحضرات دې د مېزاتریک ایسکېمیا رغونې او وینې فشار ساتنې په موخه ورکړل شی .
  - په شدید ډول نس ناستی کې د کارسینوما پېښو کې دې د بای کاربونېټ او مایعاتو درملنه وشي .
- B. د درملو ودرېدنه : هغه درمل چې د وینې بهېدنې لامل ګرځي سمډلاسه دې ودرول شی لکه (کلیندامایسین، ادریامایسین) یا مګنیزیم لرونکی اتی اسیدونه .
- C. د نس ناستی ضد درمل : یو لړ درمل چې د غايطي موادو قوام ته کلکوالي وربخښي د لنډمهالی مودې لپاره پکار وړل کېدای شی. خود اتاناتو چانس ته زیاتوالي وربخښي نوکه چېرې د اتاناتو مداخلې ډېر زیات چانس وی باید ترې ډه ډه وشي. که چېرې کلکه غايطي غوټه یا نیوپلازمونه شتون ولری باید د قوام کلکونکو درملو ورکړې څخه ډه ډه وشي. د قوام کلکونکی درمل په لاندې ډول ذکر کېږي :
  - نارکوټیک : د [پینو (تاریاکي) عصاره، Diphenoxylate، Atropin، Codeine، Loperamid] ورکړه .
  - پېسموټ – سالیسالیټ : دا درمل د پروسیاګلانډین جوړېدنه نهی کوي .
  - کولین او پکین : په ډېرې پېښو کې نه کارول شی .
  - کولیسټرامین Cholesteramin : دا یو ډول ښه ماده ده چې د وانکومایسین سره ګډ ډول د کولمو کاذبې غشأ پېښو درملنه کې پکار وړل شی .
  - خوراکي (غذائي) بدلون :
    - لکټولوز لرونکی خوراکي توکي .
    - د مایعاتو د نلرونکو غذائي مواد د (24-48) ساعتونو په لړ کې .

- د عالی ارزښت غذاگانو پرهېز په کراره سره.
- D. اتی بیویکونه :
  - باکتریا ضد :
    - سالمونیل (محرقي) .
    - شجېلا (کوټریموکسازول یا آمپیسیلین ... نور) .
    - کامپیلوباکتر (اریترومایسین ... نور) .
    - اتیروپتوجن لکه ایشريشيا کولی (تیرا سیکلینونه) .
    - جیارډیا (میټرونیدازول) .
  - د کاذب غشا لرونکې کولیت : د دې ناروغۍ درملنه د وانکومايسين ( Voncomycine  $125 \text{ mg PO} / 6^h$ ) او یا (Metronidazole  $500 \text{ mg PO} / 6^h$ ) پذیریه کېږي چې معمولاً د درملنه د اوه ورځو پورې وی همدارنگه کولیسټرامین ( دورځې څلور ځله کېدای شی پرې ورگډ کول شی .
- E. عملیات : آمبولکټومی ، د کولمو غوڅول او مېزانتريک شریان بای پاس د ایسکېمیا درملنې کې ترسره کېږي . غوڅول همدا ډول د سرطانی - نیوپلازمونو او یا هم د کولمو التهابی ناروغیو اختلاطی بڼې درملنې په موخه ترسره کېږي .
- F. نورې درملنې : ددې درملنو اړوند لاندې طریقي شاملېدای شی :
  - د هضمی جهاز د وینې بهېدنې ودرولو کټرول ټولې طریقي کېدای شی پکار یوړول شی .
  - د ( Disimpaction Method ) میتود : دا دلاس پذیریه د لاسپوش د گوتو څخه په کافی اندازه د یوه لوبریکانت پذیریه غوړول شی .
  - د پانکراس عدم کفایه : پدې کې لوړ ډوز سره د انزایمونو (Viokase.Pancrease او نورو انزایمونو) معاوضه کېږي .
  - د تاپروتوکسیکوز کټرول : پدې کې (PTU) یا (Betablockers, Iodide.Methimazole ، Dexamethasone) درملو څخه کار اخیستل شی .
  - سټیروئیدونه یا سلفاسلازین درمل : دا درمل په کولمو التهابی ناروغیو کې پکار وړل شی .
  - لوړ ډوز سمپټیډین د هغه نس ناستی کې چې دگاسټرینوما ناروغۍ کې ورکول شی .



د ډرین دهانه

Drain Output

د اندازې (کمیت) بدلون :

که تاسې د یوه ناروغ چې ورته د کبد غوڅېدنه (هیپاټیکومی) تر سره شویده او دوه ورځې وروسته د دریناژ د حجم مقدار زیاتوالې د (Jackson-Pratt Drain) درین کېنودنې له کبله پېښ حالت دویمې ورځې په لومړنیو اته ساعتو ووبنی. نولاندې پوښتنې به مطرح شی.

A. دا چې کوم ډول عملیات ورته تر سره شویډی او درین چېرته کېنودل شویډی ؟ که چېرې درین د صفراوی لارې عملیات له کبله (T-Tube) کېنودل شویوی نو طبیعي ده ډېره اندازه دریناژ باید شتون ولری او که د صفراوی کڅوړه ویستل شویوی نو باید دا حالت برعکس وی.

B. د دریناژ مایع خصوصیت /طبیعت څه ډول دی ؟ مایع بنائې چې [مصلی - وینه لرونکې (Serosanguinous) ، مصلی ، وینه ، قیچی ، لمفاوی (Chyle) ، صفراوی ، پانکریاټیک عصاره، د کولوموحتوی ، میازې ، نخاعی-دماغی مایع ] وی . چې دامایع ځینې وختونه په سترگو پیژندل شی او ځینې وختونه د لابراتواری کتنو ته اړتیا لری.

C. آیا د مایع د تغیراتو سره کوم ډول کلینیکي اعراض او علایم شتون لری ؟ دا کلینیکي اعراض او علایم لکه (کانکې ، درد، تبه ، اتانی نښې ، تقریط فشار ، بطني اتساع) کېدای شی شتون ولری.

D. د عملیات څخه وروسته مهال څه ډول نمونه دریناژ شتون درلوده ؟ دا چې که چېرې دریناژ له عملیات څخه وروسته لږه پیمانه وی او ناڅاپه زیاتوالې ومومی او پدې هکله دې عمومی ټول ټال د دریناژ اندازه وټاکل شی او د التراساوند کتنه به بنائې د کېدې د جوف دننه کره معلومات راکړی .

E. آیا د ناروغ په کچه وړه (فعالیت) کې د دریناژ د بدلون سره توپیر موندلې او که؟ که ناروغ د خوراک سره سم د [پانکراس، صدری قنات یا د (T-Tube)] څخه بهیر بدلون مومی یا ناروغ فزیکي فعالیت وکړي او خوځښت پیل کړي یا فزیکي درملنه واخلی نو د نهایتو لمفواوی غوټو د تسلیخ او غوځولو له امله د دریناژ زیاتوالي پېښ دی.

د درین کېښودنې ځایونه پېژندنه:

1- نهایت / لمفواوی (ابطی، مغبنی) غدواتو راویستې برخو کې: د غه برخو کې د (لف، مصلی مایع) د راټولېدنې څخه د مخنیوی په موخه او د لمفواوی مایع دریناژ زیاتوالي د ناروغ دخوځښت او حرکت سره منځ ته راځي.

2- د منصف ټیوب: چې واز ډول زړه جراحی تر سره کولو وروسته کېښودل شی.

- د دې لپاره چې د وینې راټولېدنې او زړه د ټیمپوناډ څخه مخنیوی وکړي.

- د وینې دریناژ زیاتوالي به د وینې بهېدنې ټکې راپه گوته کړي.

- سمدلاسه ودرېدنه د ټیوب بندښت ته ښوونه وکړي او د ټیمپوناډ حالت به منځ ته راوړي.

3- صدری ټیوب دریناژ: صدری ټیوب په بیلایل ناروغیو کې د صدر جوف کې کېښودل شی.

- د صدری ټیوب دندې تر سره کول به بیلایل پېښو کې توپیر ولری لکه په (وینه، قیج، هوا، مایع) کې.

- د ټیوب دریناژ زیاتوالي به یو ډېر قوی توپیر به د خوراک او مایعاتو څښاک سره د صدری قنات شلېدنې حالت کې څرگند کړي.

4- د ځیگر – صفراوی ټیوب دریناژ: د لاندې پېښو کې ټیوب په کېدی لوژ کې کېښودل شی:

1) هیپا ټیکومی:

- د کېد د قطع شوي برخې سطحې څخه (لف، وینه، صفرا) دریناژ شتون ولری او د صفرا زیاتوالي

به صفراوی قناتونو د لېگاتور برخې لېکاژ وکړل شی.

- مایع دې د صفرا تثبیت لپاره لابر اتوار ته واستول شی.

2) کولیسېسټکومی:

- د درین مایع دې د وینې – صفرا شتون لپاره وپلټل شی چې د دریناژ اندازه به د سیسټیک قنات –

شریان لېگاتور برخې سستوالي څرگند کړي.

3) گېگ صفراوی قنات جراحی:

- د گېگ صفراوی قنات دننه د (T-Tube) کېښودل د کولیدو کوټومی وروسته تر سره کېږي تر څو د

زیاتې پیمانې صفراوی لېکاژ مخنیوی وکړي همدارنگه د تشخیص، کولانجیوگرام او ډېرې

راکتبلو درملنې اړوند هم خپل ارزښت لری.

- که چېرې دریناژ ډېره پیمانه وي دا به په ډاگه کړي چې د گېگ قنات دننه د (ډېرې، ستازس، اذیما، او

د خولې له لارې خوراک) پذیرېه زیاتولې موندلې.

5- د پانکراس پروسیجرونه:

- نوکه چېرې د پانکراس غدې ترضیض، تومورونه شتون لری او د هغه له کبله پانکراس نسج غوڅېږی یا هم د قنات سیسټم وازوالې د پانکراس کاذب سیسټ له کبله بهر ته لاره ورکړل شوېوی د پانکراس افرازاتو د راټولیدنې مخنیوی لپاره درین کېنودل شی.
- د دریناژ دهانه زیاتوالې به د قنات انسداد یا تغذیه اړوند څرګندونې وکړی.
- 6- د مری (ایزوفاکوس) پروسیجرونه:
- د دریناژ محتوی او دنده دا څرګندوی چې مایع تخریشی ده که متنن.
- د دریناژ زیاتوالې دا څرګندوی چې لیکاز شته که نه او لپارو محتوی نشیت به د کاسټرو-انتستینال رفلوکس شتون رد کاندې.
- 7- د بولی لارې پروسیجرونه:
- دا بنسټی د کامل ډول مټانې غوڅولو او حالونو غرس په کولمو کې، پروستاټیکومی، لمفاوی غوټو غوڅولو او نورو پرسیجرونو کې د بورینوما د مخنیوی په موخه کېنودل شی.
- د دریناژ زیاتوالې دا څرګندوی چې لیکاز شته والې راپه گوته کاندی چې د ګډولې یا تقم برخې لیکاز څرګندوی.

### د فزیکي کټې غوره نښې:

- 1- د دریناژ مایع: مایع دې وکل شی او [رنګ، اوځانګړتیاوی (قیح، وینه، صفر)، دې وپېژندل شی همدارنګه د ټیوب بندښت دې د علقې له امله بندښت لپاره وپلټل شی.
- 2- سرې: د تنفسې آوازونو بدلون دې وپلټل او نشیت کړل شی.
- 3- زړه: د تیمپوناو اړوند فزیکي نښې لکه د (وداجی ورید پرسوب یا اتساع، د پاراووکس نبض، اوږه آوازونو کښت یا ورکېدنه) ځانګړې ارزښت لری.
- 4- ګډېه: د ګډې (درد، اتساع، د مایع څپه ایزه (Fluid Thrile) نښانه) به د مایع راټولیدنې پرمهال شتون ولری.
- 5- نهایت (لاسونه- پښې): نهایت دې د مایع دریناژ اړوند په هغه برخه کې چې عملیات تر سره شوې ولټول شی.

### لابراتواری کټې:

- 1- هیموګرام: په هغه حالاتو کې چې اتانات یا وینه بهېدنه شتون ولری تر سره کېږی.
- 2- د دریناژ شوي مایع هیماتوکریټ: معمولاً ګراس وینه لرونکې مایع به د ډېرې پیمانې لمف او سپروم درلودونکی وی او د دریناژ شوي مایع هیماتوکریټ دې د وینې هیماتوکریټ سره پرتله کړل شی.
- 3- د دریناژ شوي مایع د ګرام تلون او کلچر: که چېرې اتانی شهود شتون ولری تر سره کېږی.
- 4- کیمیاوی کټې (Chemistry): دا کټې د مایع د اوصافو اړوند ښه معلومات راټولوی.
- امایلز: امایلز انزایم به د پانکراس افرازاتو کې زیاتوالې ولری.

- تراکلايسرایډ: دا د صدري قنات لمفاوی دریناژ کې زیاته پیمانہ نشیت کېږي.
  - کریاتینین: که چېرې مایع میازي وی پدې صورت کې به د کریاتینین سویه پورته نشیت شی.
  - پی ایچ (pH): د پلورائی مایع (pH < 7.2) بنسټی د آمپیم (Empyema) په شتون کې نشیت شی.
- راډیولوژیک او نورې کټې:
- 1- صدري راډیوگرافي: د صدري مایعاتو د زیات دریناژ په صورت کې دې د تیوب او مایع ارزونې په موخه تر سره شی.
  - 2- ساده فیلم: ډېرې درینونه د اوپک مادې پذیرمه مخلوط وی چې په ساده فیلم کې د درین موقعیت په ښه ډول نشیت شی.
  - 3- رنگه (Contrast) څېړنې: روټین ډول د (T-Tube) ارزوونه د صفراوي لارې عملیات تر سره کولو وروسته او همدا رنگه د (فیسټولونو، لیکاژ، جوفونو، بندښتونو) اړوند معلومات څرگندوی.
- د درملنې پلان:
- پدې لړ کې د مایعاتو د زیرمو او اړوند پالوژي موندنې له مخې درملنه تر سره کېږي چې دا به خاص ډول ارزښت ولري.
- A- پېړنۍ درملنه: معمولاً د زړه عملیات وروسته سمدلاسه جراحی یا مداخلې ته اړتیا نه پرېوزي او د یو لړ حالاتو پورې تصمیم نیول ترلې دي.
- 1- د دهانې زیاتوالي: دا معمولاً وینه وي چې په هر (30-60min) موده کې زیاتوالي د نشیت وړ گرځي چې ورسره به د وینې هیمانوکریټ لري او کواگولو پټي حالت ارزوول او ټاکل شی.
  - 2- د دریناژ کمښت: سمدلاسه د مایع دریناژ او ودرېدنه به د تیوب بندښت د وینې علقې پذیرمه منځ ته راغلي وی د تیمپوناډ ودې لپاره یو علامه ده چې د تیمپوناډ حالت کې به د وینې فشار ټیټوالي ومومي.
  - 3- جراحی عملیات: که اړتیا پرېوزي د جراحی یا مداخلې او هماغه ټوما تخلیې ته د رټروسترنال له لارې تر سره کېږي چې پکې د جرحې لاندې برخه وازوي. همدا رنگه د نورو برخو یا جراحی عملیات هم تر سره کېدلای شی.
- B- روټین منجمنټ: پدې هکله لاندې کړنې تر سره کېږي.
1. د مایع (مقدار، اوصاف) دې نشیت شی او د کټې او تحلیل لپاره دې لابراتوار ته دې واستول شی.
  2. د ډېرې اندازې مایع ضایعات دې د مایعاتو په مناسب اندازې سره اعاده کړای شی:
- د مایعاتو، الکترولايتونو، وینې، پلازما اعاده وې وشي.
  - که چېرې انتانات شتون ولري مناسب اتی بیوټیکونه ورکول شی.
  - که چېرې خراج یا اېسې منځ ته راغلي وی دریناژ تر سره کېږي.



## د ترمينزهديات

(Delirium Tremens)

ستونزه: د يو (55-years) کلن ناروغ چې د مسموميت (Intoxication) له کبله بستر شوی او ورته د گېډې درد ، امايلز لورپه کچه تثبيت شوې ده او د نارکوتیک درمل ورکړل شويدي د بستر کېدنې په دريمه ورځ کې ناروغ علايم زياتوالي موندلې او د ډيوال سره خبرې کوي او شديد ټکانونه لري لپاره تا سو راغوشل شوی ياست لاندې پوښتنې به مطرح وي:

A- د ناروغ حياتي علايم څه ډول دي؟ فرط فشار ، ټاکی کارډيا ، تبه به د اوتونوميک ډېر فعاليت څرگندونه وکړي او د هذياناتو سره مل وي.

B- د ناروغ رواني – روحي حالت څه ډول دی؟ د شعور اختلال به د هذياناتو سره مل وي برسامات او شعوري مغشوشيت به د دماغي تخريب سره مل وي د سترگو اړوند بصري برسام ( Pink –elephant ) معمولاً د ټوکسيک پسایکوز سره مل وي ، سمعي برسام به عقلي يا رواني ناروغيو کې شتون ولري.

C- د ناروغ تنفسي حالت څرنگه دی؟ هغه ناروغان چې شعوري حالت يې مختل وي پدوی کې به داسپايريشن خطر زياتوالي ومومي.

D- کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول شي؟ بايد د اعتياد لورپه ته فکر واپول شي.

E- آیا ناروغ د الکولو يا درملو مداوم خوراک تاريخچه لري؟ پدې اړوند دې پوښتنه وشي چې د درملنې لړ کې خاص ارزښت لري.

توپيري پېژندنه:

د دماغي منتشر ډول دندې اختلال ، موضعی عصبي تقايص ، د ساختمانو غير نورمالتياوو ( Stroke, Brain Tumors او نور) حالتونه د څېړنو او مراقبتونو ته اړتيا لري .

1- د پرېښودني سندرومونه (Withdrawal Syndromes):

1) Delirium Tremens: دا د الکولو ترک کوونکو خلکو منځ کې خطرناک او ژوند تهديد کوونکې بڼه لري. او پدې هکله دې تل فکر وشي او د هغه ناروغانو کې چې (3-4 Days) ورځو بستر څخه اوښتي وي او که ناروغانو نه وي ويلې چې الکول څښاک لري ورته پاملرنه پکار ده تر څنگه نور علونه هم بايد وپلټل شي.

2) باريتورات درمل پرېښودنه: د کلينیک له پلوه په هغه ناروغانو کې چې د باريتورات درمل دوامداره خوري او هغه پرېږدي نو دوی ته هذيانونه پيدا کېږي.

3) د اپينو (ترياکو) پرېښودنه: تل د اپينو پرېښودنې د (48<sup>h</sup>) وروسته اړوند هذيانات منځ ته راځي خود هيرويينو پرېښودنې حالت کې دمخه تر دې منځ ته راتلای شي اعراض به (نارامی ، پوزه بهېدنه، اوشکې بهېدنه ، زړه بدوالي ، نس ناستې ،فرط فشار) وي .

2- مېټابولیک اېنارمليټي گانې:

- i. دالکټرولايټ اېنارمليټي: مزمن کانگې، پانکرياتيټ، کليوي عدم کفايه، او شديد ډول کېدې عدم کفايه الکترولايټي اختلال پېښوي چې د هډيان لامل گرځي.
- ii. هايپوکسيا: د زړه احتقاني عدم کفايه کولای شي هايپوکسيا پېښه کړي چې د هډيان لامل گرځي.
- iii. د درملو مسموميت: يولې درمل د دماغي اختلال لامل کېږي او هډيانات منځ ته راوړي.
- 3- اندوکرين اېنارمليټي: يولې ناروغۍ چې د اندوکرين غدواتو پورې اړوند وي لکه د تايرايډ او ادرينال کورټيکس د دندې اختلال دا ناروغۍ پېښوي، هايپوگلايسيميا د انسولين توليدوونکو تومورونو يا کولمو اړوند او تصادفي ډول د انسولين پريمانه کچې ورکولو له کبله دا ناروغۍ پېښېږي ډيابيټيک کېتواسيدوزس او هايپير اوزمولار کوما هم بايد په پام کې ولرل شي.
- 4- د مرکزي اعصابو اتانات: لکه مننجيټ او انسفاليت کېدای شي دا ډول هډيانات منځ ته راوړي.
- 5- د جدې څارنې خونې پساېکوز: هغه ناروغان چې پدې خونې تر څارنې لاندې دي او ورته د زړه رگونو باي پاس تر سره شوي وي ورته د (Post Pump Psychosis) يا (Pericardiotomy Syndrome) سندروم هم ويل شي.
- 6- سپيسيس: هرډول اتاني لامل سپيسيس ښايي د هډياناتو لامل شي.

د فزيکي کتنې غوره ټکي:

1. حياتي علايم: ټاکی کارډيا، تبه، معمولاً د پريښودنې (ترک کولو) سره مل وي.
2. د غاړې گڼه: د وداجي وريد پر سوب د زړه احتقاني عدم کفايه او تايرايډ گلاتو (هايپرتايرايډيزم) کې منځ ته راځي.
3. د صدر گڼه: د زړه احتقاني عدم کفايه، ريوبي اذيما او هايپوکسيا په پام کې ونيول شي.
4. د گېډې گڼه: د مټاني پر سوب په زړو عمر ناروغانو کې د اجيټيشن لامل گرځي.
5. پوستکي: منتشر ډول جلدي پر سوب به د هډياناتو لامل شي.
6. عصبي کتنې: د رواني حالت بدلونونه به د هډياناتو، برسام، مغشوشيت او نه پېژندنې حالت منځ ته راوړي، رفلکسونه به شديداً زياتوالي ومومي خو دا به متناظر وي، حدقې په غبرگون ولري. همدا ډول هر راز (حرکي، حسي، ژور ټينډوني، دماغي اعصابو) اعراض او علايم به (دماغي-نخاعي) اناټوميک ناروغۍ څرگندې کړي.

لابراتواري کتنې:

1. الکترولايټ، گلوکوز او کلسيوم: د هايپوناتريميا، او هايپوگلايسيميا اړوند دې ټون وشي چې دواړه شديداً ژوند تهديد کوونکي دي د کلسيوم اېنارمليټي گانې هم د ارزښت وړ دي.
2. د شرياني وينې گازات: هايپوکسيا ډېره د ارزښت وړ ده.

رايولوژيک کتنې:

1. د صدر راډيوگرافي : د زړه لويوالي او ريوې اذیما لټون ډېر د ارزښت وړ دی .
2. مرکزي عصبي سيستم خپونه: ددې سيستم د ناروغيو پېژندنې لپاره اړتيا ده چې د (سی تی سکې ، آیم آر آی ، فطنی بذل ، او موضعی ناروغيو کې د دماغي گراف ) تر سره شي .

### ددرملنې پلان :

1. مخنيوي : پدې لړ کې به کېدای شي د ترانکولایزر درملو [بنزوديازپين کورني لکه اوکسازپيم (Oxazipum 15-30mg/oral /4-6<sup>h</sup>) ، کلوډيازوپوکسايډ (Chlordiazopoxide 25-50 mg PO/6-8<sup>h</sup>)] څخه ورکول شي .
2. هذيانونه (Delirium Termen's) : د (الکولوېجده پريمانه مقدار څښونکي پرېښودونکي ناروغانو کې او د کانګوله امله د ډېر الکترولایټونو ضايعات ، کېدې انسفالوټي ) پېښې ددې لامل ګرځي . دوی ته لاندې درملنه تر سره کېږي .
  - i. بنزوديازپين (Benzodiazipin) کورني: نومړی . د ورید له لارې ( Diazepam 5-10 mg IV/4-6<sup>h</sup> ) او يا د خولې له لارې ډيازپيم ، کلوډيازوپوکسايډ پدې ډول د دوام ورکول شي .
  - ii. ددې لپاره چې ناروغ ځاته ضرر پېښ نکړي د پرمخ (Prone Position) وضعت ورکول شي .
  - iii. د ورید له لارې د مايعاتو اعاده به معمولاً کټه وړه وي چې پکې [ (Thiamin 100mg) ، (Multivitamin) ، (Magnisium 1-2 gr) ، او (Calcium 500mg) ] په سوټغذيه ناروغانو کې ورکول شي .
  - iv. د اختلاجونو مخنيوی په موخه د (Phenytoin, Paraldehyd) درملو څخه کار اخيستل شي .
3. هاپوکسيا (Hypoxia):
  - i. د اوکسيجن ورکول د ماسک لارې .
  - ii. مورفين سلفيت او ډيورتيک : دا د ريوې اذیما کمښت اړوند پکار وړل شي .
  - iii. ديجوکسين ، ډوپامين او نایټرايت درمل : په هغه حالت کې چې د ريوې اذیما د زړه عدم کھايي له کبله وي دا درمل کټه وړ دي .
4. د نارکوټيکونو پرېښودنه: دا کېدای شي د ضعیف ترانکولایزر د لوړ ډوز سره پیل يا د مېټادون (Methadone 10-20 mg /PO / 4-6<sup>h</sup>) او کلونډين (Clonidine) ښائې د التيف درملو په حيث د اوتونوميک اعراضو کمښت لپاره وکارول شي .
5. د درملو مسمومیت : په شديدو ناروغانو کې کېدای شي ترانکولایزر استعمال شي او د چاپيريال اصلاح او اړوند درملواتي دوت کېدای ورکول شي .
6. اندوکرين اېنارمليټي : د اړوند هورمونو او منځ ته راغلې اختلال درملنه تر سره کېږي .
7. د مرکزي اعصابو اتانات : ټاکلې اتی بيوتيکونه ، د خراجونو درېناژ ښائې پکار وړل شي .

8. د جدی څارنې خونې پسیکوز به د چاپیریال بڼه والی او (Haloperidol) درملو ورکړی سره بڼه شی.

### ساتنګی (تنفسی عسرت)

(Dyspnea)

ستونزه : یو ناروغ چې د ترضیضاتو سرویس کې د مایوکارډ کاتوژن ستونزې له امله بستر دی ورنه د تنفسی ستونزه پېښېږی او په سمه توګه تنفس نشی کولای ناسو راغونښل شی سمدلاسه به لاندي پوښتې مطرح شی .

A. ناروغ هغه مهال چې ورته ستونزه پیدا شوه څه عمل تر سره کول؟ د فعالیت سره په تړاو کې د زړه ناروغیو سره تړاو نلری خو هغه ډیسپنیا چې د پوزېشن په تغیر سره منخ ته راځی (Orthopnea) دا د زړه په ناروغیو پورې تړلې بڼه لری.

B. آیا ناروغ ته تنفسی عسرت ناڅاپه پیدا شوه که تدریجی بڼه ؟ دا د بېلابېلو ډولونو حاد او مزمن او تحت الحاد ډول باندې منخ ته راتلونکې بڼې لری چې په (ریوی اذیما، پنوموتورکس یا مایوکارډ احتشاً) له امله منخ ته راځی.

C. دناروغ اساسی تنفسی حالت څه ډول دی؟ شکایات به په ځینو ناروغانو کې چې ټرین شویوی او یا د مزمن سګرټ ځکونکو چې آفزیما لری ډېر بارز نه وی خود حاد مایوکارډ احتشاً کې به نابره سمدلاسه زیاتوالې ومومی.

D. آیا نورکوم ډول نښې نښانې به د ډیسپنیا سره مل وی؟ کېدای شی یو لړ نور اعراض او علایم هم شته والې ولری چې ډیسپنیا ته یې د احتشاً پر مهال زیادښت وربخښلې دی.

E. آیا ویننګ او سټیرایډور شته والې لری؟ د استما او انافیلکیک غبرګونونه کېدای شی تهدید کوونکی ګواښونه وی چې ډېره ژر یې درملنه پکار ده .

توپیری پېژندنه :

دا چې ډیسپنیا درې ډوله تصنیف شویدی (حاد ، تحت الحاد او مزمن) هر یوه ځانته مېکانیزمونه لری او ځانګړې درملنې ته اړتیا لری.

1. حاد ډول تنفسی عسرت :

1. ریوی تنفسی عسرت : دابه د یو ډول پېښو په لړ کې منخ ته راشی لکه :

a پنوموتوراکس : کېدای شی ترضیضی د اضلاعو کسر ، او هیموتوراکس سره د څوساعتو په لړ کې وده وکړی ، بنفسي پنوموتوکس معمولاً د نریو – اورډو ونو لرونکو معنادینو یا هغه ناروغان چې ریوی آفزیما ولری منخ ته راځی.

- b. ریوی آمبولې : دا به یو ډېره د خطر د ناروغی وی چې د (ایموبیلازیشن ، نېرډې جراحی عملیات ، نیوپلاستیک ناروغیو ، ایستروجن استعمالونکو) کې منځ ته راشی.
- c. استما (سالندی) / الرژی: سالندی په واضح توګه د ویزینګ شتون پذیره پیژندل شی. او الرژی د [ سټیرایډور ، غیر وصفی تاریخچه ، هیف (Hives) ، مخ اذیما ] پذیره پیژندل شی.
- d. د اجنبی جسم اسپایریشن : دا تل ناڅاپه وی او د تنفسی لارې بندښت ، عصبی - روانی ویجاړتیا ، او د فزیکي کڼې پرځای د راډیولوژیک کڼې ته اړتیا لیدل شی.
- e. ریفلوکس د اسپایریشن سره.
- f. پلورائی انصباب ، چې د راډیولوژي او فزیکي کڼې پذیره پیژندل شی.
2. د مایوکارډو حاد احتشاً : خاصاً که چېرې د زړه د خطر فکتورونه ورسره مل وی د زړه ګراف تیترات او صدري درد به شتون ولری .
3. د هیسټیریا او اضطراب حمله : دا معمول علت ندې خود د تنفس لنډوالي پکې شتون لری ، د ټاکیټیا سره مل وی چې ځینې وخت د نورمال تنفس سیکل به ثبیت شی پدوی کې تنفسی لاره بندښت نلری.

## II. تحت الحاد او مزمن ډول تنفسی عسرت:

1. د سږو لاملونه :
- a. د (COPD) حالت : دا ناروغان به اد اوږدې موی سګرټ څښلو تاریخچه ولری چې ډیسپنیا به یې د تمریناتو او فعالیت سره زیاتوالې ولری.
- b. پنومیا : دا به معمولاً د لوکوسایټوزیس ، تبه ، خراشکی او د راډیوګرافي له مخې به ارتشاحی نښې ثبیت شی.
- c. د سږو انټرسټیشیال ناروغی : دا به د صدري راډیوګرافي او ریوی وظيفیوی آزماښتونه به تغیر ولری .
2. زړه لاملونه:
- a. د زړه احتقانی عدم کفایه : پدې صورت کې به د وداجی ورید فشار زیاتوالې ، رالونه ، محیطی اذیما ، د زړه ګالوپ ، او د بطین د نبضان بیخایه توب به شتون ولری.
- کلینیکي فزیکي کڼې :
1. حیاتی علایم : تبه به د اتاناتو شتون په ګوته کړی . خو کېدای شی د ریوی آمبولې سره هم شتون ولری. ټاکیټیا به د هایپوکسیا ، آمبولې او پنومونورکس سره مل وی .
2. سږې : دلته باید د تنفس ریتم ، سرعت ، ډول او د تنفسی اضافی عضلاتو ګډون ته پاملرنه وشی. د ویزینګ ، سټیرایډور ، رالونه دې ولټول شی د سږو اصغاً ډېره د اهمیت وړ ده .

3. زړه: د وداجی ورید فشار لوړ والی، نوی سوفلونه، د مایټرال ریګورجیشن او پارډوکس نبض به شتون ولری.
4. نهایتونه: د نهایتو یا محیطی اذیما او پرسوب به د ژور وریدی ټرومبوز څرګندونه وکړی، د سیانوز شته والی دې وپلټل شی.
5. عصبی: خوبجن حالت او شعوری اختلال به د هایپوکسیا اړوند معلومات راکړی.

### لابراتواری ګټې:

1. هیموګرام: لوکوسایټوزیس به د اټاناتو شته والی سره مل وی.
2. شریانی وینې کازات: د کازاتو ټیوالې به د سږو تر اغېزې لاندې رانګ په ګوته کړی چې د درملنې لپاره خاص ارزښت لری.
3. د خراشکی - ګرام تلون او کلچر: دا ګرڼه به د پنومونیا او تراخیوبرانشیت اړوند معلومات څرګند کړی.
4. د وینې کېمایوی ګټې: ښائی چې د بدودو عدم کهایه په ګوته کړی.

### راډیولوژیک ګټې:

1. صدری راډیوګرافی: اسپایریشن به ارتشاحات څرګند کړی چې ښکئی سکمنټ به اخته وی. د سټافیلوکوک پنومونیا به کھف (Cavitation) ضایعات په ګوته کړی.
2. د زړه ګراف: د زړه ناروغیو پیژندنې لپاره اړین دی.
3. ریوی وظیفوی ټسټونه: په حاد حالاتو کې اړین ندی خو په مزمن او تحت الحاد حالاتو کې ګټه وړې څرګندېږی.
4. V/Q Scan: دا د (Ventilation/Perfusion Scan) ګرڼه به د ریوی آمبولیزم شته والی ډېر آسانه وپېژنی.
5. انجیوګرافی: دا به د سږو د پټالوژی، احتشاً او نورو حالاتو کې ګټه وړ وی.
6. راډیونیوکلوتا ډی انجیوګرام: دابه بطینی (Ventricular Ejection Fraction) او زړه احتقانی عدم کھائی اړوند کره معلومات څرګند کړی.
7. Exercise Tolerance Tset: کله چې پدې لړ کې ډیسپنیا زیاتوالی ومومی د زړه د ایسکیمیک ناروغۍ ته به پام واړوی.

### د درملنې پلان:

#### A. پېرني درملنه:

1. د اوکسیجن سپلیمنټ: هغه ناروغان چې لنډ تنفس لری پدوی کې به (100%) پکار وړل شی. د اوکسیجن عیارول دې تر هغه چې د لږ تر لږه (60-80 mmHg) تر حده ورسېږی تر سره شی یا د اکسیجن (>90% Saturation)، د وینې کازاتو سویې ټاګې له مخې وڅارل شی. که چېرې د اوږدې مودې لپاره اوکسیجن ورکړل شی ښائی د اوکسیجن مسمومیت پېښ کاندی. د

هاپوکسیک انحطاط حالت ته د (Chronic Lung Disease) مه په تشویش کېږي. په حاد حالت کې د (COPD) ناروغیو تاریخچه لرونکو او د (CO<sub>2</sub> retention) احتباسی حالت کې بنایي د (Hypoxic Drive) د تنفس په وړاندې حالت منځ ته راځي اختلاط خطر شته والي لري خو وړاندوینه یې نشي کېدای.

2 د صدر رادیوگرافی ، زړه گراف ، دویني گازاتو ټاکنه معمولاً معلومات او درملني دوام اړوند گڼه وړې څارنې بلل شی.

B. سالنډی (استما):

1. په اکثر پېښو به د (Alupent Nebulizer 0.3 mL) چې د (NaCl 2-3mL) سره مخلوطېږي پذیرعه درملنه تر سره شی .
  2. همدا ډول په شدیدو ناروغانو کې به (0.25 mL or 0.01 mL /kg) په اندازه د (1:1000) تحت الجلدی له لارې (Ephedrine) څخه تطبیق کړل شی.
  3. هغه ناروغان چې د تیوفیلین درملني لاندې نه وی دوی ته دې د ورید له لارې مینوفیلین درمل (Loading Dose 5-6 mg /kg IV Aminophylline over 20-30 min) پیل شی.
  - C. د انافلکسیس پر مهال دې اړوند درملنه وشي.
  - D. د مایوکارډ عصلې احتشاً : نوکه چېرې د ارزونې په لړ کې د مایوکارډ احتشاً نشیت شی تر ژبې لاندې نایترگلیسرین ورکړه ضروری ده .
  - E. حاد د زړه احتقانی عدم کفایه : د اوکسیجن ورکړې پذیرعه دې درملنه پیل ، ډیوریتیک د ورید له لارې (Furosemide) لومړی پیل شی ، که عمومی وضعیت اجازه ورکړه شی ناروغ ته د کنبناستي حالت ورکول شی.
  - F. د پنومونیا (Pneumonia) حالت : پدې صورت کې اتی بیوتیک درمل او د سپرو پاکېدنه تر سره کېږي .
1. پنوموکل پنومونیا : ددې میکروب په درملنه کې د پنسیلین جی څخه د ورید له لارې (6<sup>h</sup> / 600,000-2000,000 Unit) هر شپږ ساعته وروسته ورکول شی .
  2. مایکوپلازم او لیجنېلا پنومونیا : ایریترومایسین (6<sup>h</sup> / 500 mg) د خولې / ورید له لارې ورکول شی.
  3. ستافیلوکوکل پنومونیا: د (Naficilin 500 mg /6<sup>h</sup>) یا (Cefalosporine 1.5-2 gr / 6<sup>h</sup>) اتی بیوتیک درملو څخه ورید له لارې ورکول شی .
  4. اسپایریشن پنومونیا :
- له نور اسپایریشن پرمختګ څخه دې مخنیوی وشي.
  - د ورید له لارې (6<sup>h</sup> / 600,000-2000,000 Unit) ورکول شی .

5. پنوموسیستیس (Pneumocystis) پنومونیا : د دې ناروغۍ درملنه کې د ( Pentamidine ) او ( Co-trimoxazole ) څخه کار اخیستل شی .
6. گرام منفي اتانات پنومونیا : د روید له لارې د اماينوگلايکوسید مشتقات او سفالوسپورین مشتقاتو څخه کار اخیستل شی .
- G پنوموتورکس : د صدري تيوب کېنودل او اړوند نورې درملنې تر سره کېږي .

## د متيازو سوځېدنه

### ( Dysuria )

- يو ناروغ چې د څلور ورځو راهيسې د متيازو سوځېدنې - درد د غاړې د بې اختلاطه جراحي عمليات وروسته شکایت کوي تاسو راغونډل شئ لاندې پوښتنې د مطرح وړ دي .
- A د څومره مودې راهيسې دا حالت شته والې لری ؟ که چېرې د اوږدې مودې راهيسې ناروغ دا ستونزه لری دا به د پخوانۍ بولي سيستم په ناروغيو دلالت وکړي چې د ارزښت وړ خبره ده .
- B آیا ناروغ پخوهم دا ډول د بولي اتاناتو يا ډبرو تاريخچه درلوده که نه ؟ که چېرې ناروغه ښځه وی دوی د بولي اتاناتو باپري ژر پېښېږي . او بورتريت او پروستاتیت به په نارينه وو کې منځ ته راشي .
- C آیا متيازې په څه وصف سره سوځېدنه لری (مقدم ، ټوټال ، مؤخر) ؟ مقدم ډول ډيسیوریا به په احليل ناروغيو کې وی که مؤخر ډول ډيسیوریا وي دا به د مثاني په آفاتو کې منځ ته راشي او که ټوټال وی يعنې دميازو کولو ټول ټال لږ کې شتون ولری به د پښتورگو او حالبون و اړوند ناروغی ډيسیوریا وبلل شی .
- D آیا ورسره نورې گډې ناروغيو نښې نښانې شته ؟ لکه تبه ، لږزه ، د ملادرډونه چې معمولاً د پورتنی بولي جهاز اتاناتو (لکه پلوفريټ) پورې تړاو لری . فريکونسی او درد به د ټول پر مهال د ښکته بولي جهاز اتاناتو (پروستاتیت ، بورتريت) اړوند وی .
- E آیا ناروغ پخو تر دې فولې کټېر درلوده که نه ؟ دا به د بولي اتاناتو - احليل تخريش لپاره يو لامل وی .
- F آیا ناروغ پخوا کوم ډول د بولي جهاز ترضيض تېر کړې ؟ ترضيضات او جروحات - عملیاتونه ښائی د (احليل تضيق ، حالب تضيق) په څېر ناروغۍ پېښې کاندې .
- توپيري پېژندنه :
1. بولي اتانات :
1. علوی بولي جهاز : لکه (پلوفريټ) دا لږ معمول وی خو که وی تبه ، لږزه ، د ملادرډونه چې معمولاً د پورتنی بولي جهاز اتاناتو پورې تړاو لری .



2. بنسکه بولی جهاز: د مثاني اتانات او التهابات په معمولاً د فزیکونسی سره مل وی او درد به د تبول په پای کې منځ ته راشی، همدا رنگه د ګونو کوک اتاناتو او غیر ګونو کوکال (کلابډیا) التهاباتو پر مهال د بنسکه بولی جهاز (پروستاتیت، پوریتیت) اړوند وی چې پدوی کې به تبه او لږزه غوره علامه وی.
- II. د مهبل التهاب (Vaginitis): دا بنسائی د ابتدائی اعراضو ډیسپوریا سره مل وی بنسائی د (کانډیډیا، ټرایکوموناس، ګاردنریلا) اتاناتو له کبله وی او ضموری (اټروفیک) وحینیت به د مینوپاوز عمر بنسکو کې شتون ولری.
- III. تناسلی اتانات: پدې لړ کې به د هرپس (Herpes) او کانډیلولوماتا (Condilomata) ناروغی مطرح وی.
- IV. کېمایوی مخرشات: د یولر الرژیک موادو (Deodorant, Douches) په وړاندې په غیرګونیز حالت شتون ولری.
- V. د پروسیجرونځ څخه وروسته: لکه د مثاني (کیتراپزیشن، اندوسکوپیک کنې، پورټوسیسټوسکوپي) د اتاناتو او ترضیضاتو ته زمینه مساعدوی.
- VI. یوریترال سندروم: دا په بنسکو کې معمول وی چې معمولاً د اتاناتو سره مل وی.
- VII. نور حالتونه: د احلیل ترضیضات، د مثاني تومورونه، بولی ډبرې، اټریشیال سیسټیټ، د پروستات تومورونه.

### فزیکي کنې:

1. د ګېډې ګنه: پدې ګنه کې د عانی پورتنی برخې ګنه او دردونو شتونه تثبیت مهمه وی.
2. تناسلی غړی: د احلیل خوله، احلیل، د مرغېرو (خصیان) او بریخ په نارینه وو کې وکل شی، د مهبل دیسچارج به د مهبل التهاب څرګندوی وی. همدارنگه د حوصلې ګنه به پرته له ګڼې نه وی.
3. د مقعدی ګنه: په جراحی ناروغانو کې به د مقعدی ګنه غوره بلل شی ځکه چې د پروستات (ضخامه، التهابات)، د مقعد د نورو اړوند حالاتو شتون به ډېر مهم وبلل شی چې پیژندنې ته اړتیا لیدل شی.

### د لابراتواری کنې:

1. د تشو متیازو تجزیوی ګنه او کلچر – اتی بیوګرام: د متیازو ( $Pyuria > 5 \text{ WBC/HPF}$ ) یا نایټرایټونو او یا په کلچر کې د اتاناتو تثبیت به د بولی اتان به شتون دلالت وکړی او د ډیسپوریا لامل ګرځی.
2. هیموګرام: د لوکوسایټوزیس او فورمول کین لورې ته به بیخایه کېدنه د پیلونفریت او حاد پروستاتیت څرګندونې وکړی.

3. د احليل څخه ډیسچارج او ګرام ټلویډ - کلچر: د (Thayer- Martine media) باید پکار یو وړل شی که چېرې د نایزیریا ګونوریا اتانات مطرح وی چې بین الحجر وی ډیپلوکوکونه په ګرام ټلویډ کې پیژندل کېږي.

4. بولی ساټولوژی: ډیسیریا به کېدای شی د ترانزیشنال سل کارسینوما اعراض وګڼل شی. رادایولوژیک او نورې ګټې:

مکمل یورولوژیک ارزوونې: پدې لړ کې ګڼ شمېر ګټې ورګڼېږي چې په لاندې ډول نومونه لری.

1. یوروګرافي (Urography):

- اطراحی یوروګرافي (Excretory Urography): پدې کې د ټول سیستم ګټه تر سره کېږي.

- IVP Intravenous Pyelography پدې ډول یوازې د پښورګو د حویضې حالت څېړل

شی.

- Nephrogram یا (Nephrography) پدې کې د پښورګو د قشر برخې ګټې کېږي.

2. سیسټوګرافي: پدې کې د مثاني برخې اړوند معلومات راټولېږي.

3. یورټروګرافي: دا په دوه ډوله دی چې یو یې (Antigrad Urthrography) له پورته څخه

ښکته لوري ته دی او بل ډول یې دقدام څخه (د احليل د بهرنی میاتوس څخه د مثاني لوري ته)

د یورګرافین تېرولو وروسته اخیستل شی او ورته (Retrograd Urthrography) ویل شی.

د درملنې پلان:

A. د بولی ښکته برخې غیر اختلاطی اتانات: نوکله چې په ګټو کې اتانات مثبت وی نو د اتی

بیوتیکو پیل لپاره یو دلیل کېدای شی لومړنی د پیل اتی بیوتیک به کوترایموکسازول وی.

B. پیلوټریټ او حاد پروستایټ: هغه ناروغان چې د سپسیس سیستمیک اعراض ولری لکه (ته

، لړزه، زړه بدوالي، کسالت، هایپوټشن) دا به معمولاً د (پیلوټریټ او حاد پروستایټ) سره مل وی او

وینه او متیازې دې د (کلچر، اتی یوګرام) لپاره لابراتوار ته واستول شی. دریم جنریشن د

سفالوسپورین لکه (سفاپرازون، سفازیدیم، سفویکسیم... او نور) یا هم (- Ampicillin 500

100 mg/kg/day او Gentamycin 2-7 mg/kg/day په ګډه ډول) ښه درمل ګڼل

شی. او د کلچر اتی یوګرام تیجې له مخې دې اتی بیوتیک ورکړل شی.

C. مزمن یا ګڼیایي پروستایټ: دا ناروغان ښایي د متیازو مثبت کلچر ولری پدوی کې به ښه

درمل په لومړی سر کې (کوترایموکسازول او ډوکسی سیکلین) وګڼل شی د درې اونيو لپاره

ورکول شی.

D. مهبلی التهاب (وحینیت): پدې لړ کې به ښه درمل مهبلی نیسټاتین کریم یا شیاف د کانډیډیا

درملنې او میټرونیدازول به د ترایکوموناس او I (AVC) Cream Dienestrol به د اتروفیک

وحینیت لپاره ورکړل شی.

E. یورټریټ: د احليل التهاب درملنه:

- گونوکوکل يورترېت : ددې حالت درملنې لپاره گڼ شمېر رژيمونه شتون لري لکه [ Procain
- د (Pencillin-G 4.8 Milion Unit IM، د (Prbenicid 1gr PO) سره مل د خولې له لارې ورکول
- شی، [ Ceftriaxone 250 mg IM، Ampicillin 3g PO /4 divided Dose/Day،
- ورکول شی او تعقيب يې د [ Tetracyclin 500 mg /6<sup>h</sup>، Doxycycline 100 mg /12<sup>h</sup>، يا
- [ Eythromycin 500 mg /6-8<sup>h</sup> ] ورکول کېږي .
- غير گونوکاکل يورترېت او کلاميديا : پدې حالت کې د (Doxycycline 100 mg PO/BID) او
- (Tetracyclin 500 mg /6<sup>h</sup>) درمل به د (7-10 days) ورځولپاره ورکول شي.
- F د اعراضو کمول : د ډيسيوریا اعراضو کمښت لپاره کولای شو چې يولړ درمل لکه
- [ Phenazoperidine 100-200 mg PO /tid، تر څو چې ميازي ژير - نارنجی بڼه
- واخلی او د کېدای شی د ميازو د قلوې کولو يا اسيدی کولو) د خوراکي (غذائی بدلون)
- پواسطه درملنه کړو .

د پوزې وينه بهېدنه ( رعا ف )

Epistaxis

د پوزې څخه د وينې راتگ (رعا ف) د بېلابېلو ناروغيو (سيستمیک او موضعی) له کبله پېښېږي چې د پوزې د لاندې لاملونو له امله پېښېږي .

د پزې هغه برخه چې ډېره پیمانته شريانی رگونه لري (Little's Area) پنامه يادېږي او د پوزې د تحت المخاط طبقي کې واقع ده منځ ته راځي لاندې لاملونه لري:

- تر ضيوضونه.
- فرط فشار .
- ترومبوسا تيونيټيا .
- نازوفرينجيال انجيو فيبروما .
- سارکويډوزس .



Nasal Angiofibroma او Wegeners Granolomatosis



مهبه فکوروڼه رعا ف منځ ته راتگ لکه د(د اوږدې مودې لپاره د تودې او وچې هوا سره مخامخ کېدنه، د پوزې او سینوسونو اتانات، لرژیک رينېت، د پوزې اجنبی اجسام، په زوره د پوزې سوډول، د پوزې جراحی عملیاتونه، د پوزې انحراف / سورې کېدنه، ډېره پیمانته اوپې حده اندازه د کوکائین (Cocaine) استعمال) .

ډېر لږ معمول حالتونه د يولړ درملو دوامداره خوراک لکه [ Clopidogrel ، (Coumadin)Warfarin، Bisulfate (Plavix) nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) لکه Aspirin ] چې د

وینې علقه کېدنه مخکې کوی ، په موضعی توګه د درملو استعمال لکه (Corticosteroids) او Antihistamines) کېدای شی رعا ف پېښ کاندې ، د کېد ناروغی ، مزمن بېجده د الکھولو خوراک ، د پښورګو ناروغی ، د پلاټلیټونو تشوش، ارثی د وینې علقې فکټورونو اختلال ، د رګونو انومالیکانې ، پوزې ټومورنه ، او اضطراب چې د ځینې وختونه وینې د فشار لوړېدو لامل کېږي. ستونزه : که چېرې ناسې یوه ناروغ ته چې (45- years) کاله عمر لری اود اوږد مهالې د فرط فشار تاریخچه ولری او ورته د پوزې وینه بهېدنه د دوه ساعته وروسته له (Cholecystectomy) څخه پېښه ده راوغوښتل شی لاندې پوښتنې به مطرح وی.

A. د ناروغ حیاتی علایم څه ډول دی؟ فرط فشار د وینې به یو لامل وی ، ټاکی کارډیا به شتون ولری چې وینې بهېدني له کبله پېښېږي ، ټول ناروغان دي د اورټوسټاټیک هاپوټنشن ثبیت په موخه وکړل شی.

B. آیا پخوا هم کله رعا ف منځ ته راغلي یا ترضیض د پوزې لیدل شویدی؟ نوې حمله د رعا ف به ډاکټر ته د پوزې دننه لامل لپاره یوه بنسټونکې علامه وی چې باید لټون وکړی .

توپیری پېژندنه:

1. ترضیض : د ګوتې پذیرعه ترضیض به تر ټولو لوی لامل وی او دا به په قدامي برخه کې (Kiesselbach's Triangle) واقع وی .
2. د وینې فرط فشار : دا نادراً پېښېږي او د رعا ف کنټرول پکې سونمن دی.
3. د پوزې دننه پټالوژی : دا کېدای شی د پوزې پولپ ، سلیم او خبیث ټومورونه ، موضعی اتانی پېښې به دا راز د رعا ف څرګندونې منځ ته راوړی .
4. سیسټمیک ناروغی او درمل : د تحشر ضد درمل د پروټرومین وخت اوږدوی یولې سیسټمیک ناروغی لکه (پلاټلیت اختلال، لوکېما ، هیوفیلیا ، کیموټراپی) د ترومبوساټوینیا لامل ګرځی ، انټرو سکلیروزس به خلفی برخې رعا ف ته زمینه برابره کړی.

کلینیکي کڼي :

A. حیاتی علایم : فرط فشار د وینې به یو لامل وی ، ټاکی کارډیا به وینې بهېدني له کبله شتون ولری ، ټول ناروغان به چې کافی اندازه وینه ضایع کړی د اورټوسټاټیک هاپوټنشن حالت سره مل وی.

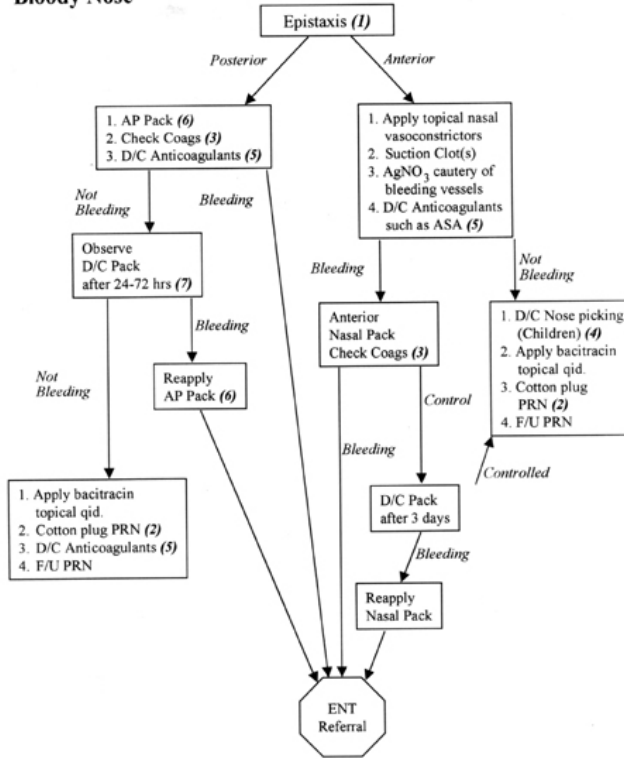
B. پوستکي : پېشیا ، اکیموزس شتون به د سیسټمیک ناروغیو ته فکر واړوی.

C. پوزه : د پوزې د جوف کڼه به د انفي حجاب اړوند ناروغیو لپاره وکړل شی.

لابراتواری کڼي :

1. د تحشر اړوند څېړنې : دا څېړنې به تحشری اړوند لاملونو ثبیت کې ډېری ګڼه ورې وی.
2. هیموګرام : هیماتوکریټ ټاکه د حادي بنې رعا ف اړوند رځنده معلومات نشی څرګندولای خو ترومبوساټوینیا کېدای شی د وینې کڼي له لارې ثبیت شی.

**Bloody Nose**



**د درملني پلان :**

A په لومړني سر درملنه کې به د عادي ډول کړنولکه (د پوزې مناخرو تر فشار لاندې راوړلو پواسطه او د (Cocaine 5%) محلول موضعي استعمال پواسطه د اوعبي د تقبض ورکونکې مادې په څېر وکارول شي.



B کواترايزيشن او قدامي پکينگ : دا په لاندې ډول کېږي:

- 1 د سيلور نايټريټ سيټک (Silver Nitrate Sticks) : که چېرې د کلينيکي گڼې پرمهال وليدل شي چې وينه بهېدنه شتون لري د سيلور نايټريټ سيټک څخه کار اخيستل شي تر سيمه کواترايز شي.
- 2 قدامي د پوزې پکينگ : که چېرې سيلور نايټريټ سيټک گڼه ورنه وي نو پدې صورت کې به د پکينگ تر سره کول شي يوه ټوټه جيلي فوم به په وينه ورکونکې برخه کې کېښودل شي.

3. او پک ټوکر د باسټراسین په مرحم غوړول شوی او په پوزه اړوند پک کېښودل کېږي دا پک (2-4 days) ورځو پورې هله پریښودل شی. او اتی بیویټیک درمل (امپیسیلین یا اریټرومایسین) کېدای شی ناروغ ته ورکړل شی ترڅو د اتاناتو مخنیوی وشي.
- c. خلفی پکینګ : دا کرڼه دې په غوړ، پوزې او ستونی ډیپارټمنت کې تر سره شی چې ناروغ ته اتی بیویټیک درمل لکه (امپیسیلین یا اریټرومایسین) ورکړل شی او ورسره د انالجزیک اوکسیجن هم ورکړه شی.
- د فرانسوی (Foley Catheter -14 G) کېټرد پوزې له لارې بلعوم ته ټبر او بګ یې وپرسول شی او په ظریف ډول د کوانا لورې ته راکش او ځای پرځای شی.
- د پوزې ځانګړي بالونونه (Nasal- Salt) پنامه یادېږي تطبیق کړل شی.
- د پنبې – گاز (4+4) څخه جوړ شوی پکینګ کېښودنه : پدې میتود کې گاز تاوول کېږي او د وربنسین تار پذیرعه ګڼول شی، پوزې ته تېرول کېږي خلف او قدام کې نثیت کېږي او د (4-5 days) ورځو وروسته بېرته راویستل شی.
- D. ریفرکتوری رعاف اللف (Refractory Bleeding): که چېرې د خلفی پکینګ وروسته بیا هم د (4-5 days) ورځو پکینګ څخه وینه بهېدنه عود (باپېری) وکړي نو پدغه ناروغانو کې انجیوګرافي استطباب لری چې بنسائی لیکاتور، آمبولایزیشن ته اړتیا نثیت کړل شی



### تبه (Fever)

تبه: د بدن د تودوخې درجې لوړوالي ( $37^{\circ}\text{C}$ ) څخه بلل شی چې د بېلابېلو لاملونو له امله

پېښېږي.



ستونزه: که چېرې ناسې د یوه ناروغ لپاره چې ( $38.9^{\circ}\text{C}$ ) تودوخې درجه لری او ورته د معدې کانسر له کبله کاسټریکټومی تر سره شوېده راغوشل کېږي لاندې پوښتنې به مطرح شی:

A. له عملیات څخه وروسته خو ورځې کېږي چې بستر دی؟ پنځه شیان چې په انګرېزي توري (Five - W's) پیل کېږي او د (Wind , Water, Walk, Wound , Wonder) لپاره لنډيز دی د تبې لامل بلل شي بايد واضح شي. دغه پنځه علونه به په ترتيب سره د ( , Pneumonia , UTI, Thrombophlebitis , Wound Infection , Drugs Reactions) له کبله منځ ته راشي.

B. د ناروغ د تبې وصف (نونه) څه ډول ده؟ درې ورځې مخکې د تبې چارټ دې وګل شي ، يو ناڅاپه تبې منځ ته رانګ به د اتاناتو لکه (خړاج يا اېسې ګانو) شتون لوري ته پام واړوي. مډاومه تبې د اوغيې ، سپټيک فليسيټ او يا هم د ګرافټ اړوند اتانې پېښې رابرسېره کړي.

C. آیا ناروغ د تبې سره لږزه او ټکانونه د هډوکو دردونه هم لري ؟دا به د باکټريما حالات راپه ګوته کړي چې د غبرګون له کبله تبې د (لږزه او ټکانونه د هډوکو دردونه) له ځانه سره نلري.

D. آیا ناروغ مخکې له عملیات څخه هم تبه درلودله که نه؟ بنائې ناروغان د مزمنو ناروغيو په لړ کې تبه له لومړي سره ولري چې اړوند زېرمه يې بايد وپلټل شي.

E. آیا ناروغ خپل د تبې- درد ضد درملو خوراک ودرولې او که نه؟دا مهمه ده که چېرې ناروغان د درد اوتبې ضد درمل ونه خوري نو د تبه به لوړوالي ومومي .

F. آیا ناروغ اتې بيوتيکونه اخلي که نه ؟ دا که چېرې درملو خوراک قطع شويې علت او وخت يې بايد وټاکل شي.

G. آیا د تبې سره نور اعراض او علايم لکه (دکېډې درد، ټوخي ، ډيسوريا، د ټپونو تر څنګ برخو درد) شکا ټونه شته که نه؟دا ټول دې وپلټل شي او اړوند تصميم دې ونيول شي.

توپيري پېژندنه:

- A. له عملیات څخه وروسته تبه :
1. اتلګنازيس . معمولاً تبه له (39°C) درجو څخه ټيټه وي او په لومړنيو (12-48<sup>h</sup>) ساعتو کې منځ ته راځي .
  2. بولي اتانات : دا د (3-5 days) ورځو په لړ کې منځ ته راځي او يوه بولي مانورې سره مل بنسکاري .
  3. د وريدي کېټر (IV Catheter) تطبيق وروسته: د وريدي کېټر تطبيق وروسته د اتاناتو خطر شته والي لري چې کله د اوږدې مودې لپاره کېټر په رګ کې پاتې شي .
    - محيطي کېټر : پدې حالت کې د کېټر شاوخوا( سوروالي ، درد، تودوالي ، پړسوب ) شتون لري .
    - مرکزي کېټر: د وينې کلچر او اتې بيوګرام له مخې به دا د تشيت وړ وي .
  4. ژور وريدي ټرومبوز: تبه پدې حالت کې ډېره ټيټه (37.5- 38.5 °C) کچه لري او ريوي آمبولې هم ورته ټيټه کچه لري .

5. د ٽپ اتاني حالت: پڊي صورت د ٽپ سوروالي، پوسوب، درد، تودوخه اوقيج اغرازات شون لري چي ورته ڊبره پاملرنه پکارده.
6. درمل غبرگون: اتي بيوتيڪونه معمولاً ڪڍڊاى شي غبرگون ولري لکه (پنسلين، سفالوسپورينونه).
7. مرڪزي عصبى منشه: حقيقي ترضيضات يا نخاعى انسٽيزي ورڪره بنائى د تبي سره ملتيا ولري.
8. د تايرايڊ غڊي ناتار (بحران): د تايرايڊيڪٽومي چي د گراويس ناروغى لپاره تر سره ڪڍري بنائى تبه منخ ته راوري.
9. د وينې ترانسفيوژن: يولڙ اتانات بنائى د نقل الدم وروسه بدن ته دننه شي يا وينې غبرگون د ڊي لامل شي چي تبه پيشه ڪاندي.
10. ڊپرڪارڊيڪٽومي وروسه سندروم: معمولاً (5-7 days) ورخي وروسه منخ ته راخي.
11. د ڪولموڊ تقم وروسه ليڪاڙ: معمولاً (7-10 days) ورخي وروسه له عمليات خخه منخ ته راخي او د پريوان طبقي تخريش منخ ته راوري.
12. د غور او سينوسونو التهاب اولارو غڊواتو التهاب: خصوصاً په هغه ناروغانو ڪي چي د اورڊي مودي لپاره انفي معدوي تيوب لري.
13. اڊيسوني ڪرايزيس: دا بنائى د زره ميوڪارڊ حاد احتشاً يا د ڪڍڊي دننه پٽالوژي گانو سره مغالطه شي.
14. غير ڊبريز ڪوليسيسٽيٽ: هغه ناروغان چي د اورڊي مودي لپاره غير فمي (NPO) پريبنودل شي او ترضيض يا شديد ناروغى ولري تبه منخ ته راوري.

B. تبه پرته له معلومه اصله:

اتانات (خراج، اندوڪارڊيٽ وگزانولوماتوز ناروغى)، نيوپلازمونه (لمفوما، ڪلوي حجروي ڪارسينوما، ڪڍي ميساٽيڪ ناروغى)، د منضم نسج التهابات (سيستميڪ لويوس اريٽماتوزيس، روما تويد آرترايٽيس، پولو مياگيا روماٽيڪ)، درمل (پنسلين، سفالوسپورين) او نور التهابي (د ڪولمو التهابي ناروغى، عودتي روي اسولې) بايبري ڪوونڪي ناروغى. چي پيژندل شوي نه وي او پڙندنه بي يوه اندازه وخت غواړي.

ڪلينيڪي ڪني:

A. فزيڪي ڪني:

1. حياتي علايم: د تبي او تودوخې درجه ڊي وٽاڪل شي، د خولي ترماميتر خخه ڊي ڪار واخيسل شي. چي تخرڪ ڪي ( $1^{\circ}\text{C}$ ) يوه درجه ساتي گريڊ د تودوخې تپه او ريڪٽوم ڪي ( $1^{\circ}\text{C}$ ) يوه درجه د حرارت لوڙه ثببت ڪڍري. تفريط فشار به د تبي سره مل وي اورتوساٽيڪ هاپوٽشن ڊي وٽاڪل شي.
2. پوسنڪي: د ٽپ او ڪٽر برخه ڊي وڪل شي.
3. HEENT: د غور او سينوسونو التهاب، د بلعوم التهاب اولارو غڊواتو التهاب ڊي پام ڪي ولرل شي.



4. غاړه: د غاړې شخې به د مننجیت او پرسوب دې جدرې (غور) لپاره ولټول شی.
5. سپرې: رانکای، نکاشف به اړوند ناروغیو لپاره په اصغاکې واورېدل شی.
6. زړه: سوفل شتون د اندوکارډیت اړوند علامه وی.
7. کېږه: د کولمو پرسالتیزم نشووالي به د پریټوئیت اړوند ویل شی چې د کېږې حساسیت سره مل وی او همدارول که چېرې د ضلعې - قنری زاویې دردناکې وی دا به د پښتورگو ناروغیو لورې ته پام واری.
8. نهایونه: ژور ورېدی ترومبوز یا د بندونو دردناکه حالت د اتانی آرټریت ښوونکې وی.
9. جروحات: د پهرونو او ټپونو لیدن کې به (سوروالي، پرسوب، مایع راټولېدنه، تحت الجدی هوا، کریپیشن او حساسیت) شتون ولری چې ورته ډېره پاملرنه پکار ده.
10. حوصلې کښې: باید د حوصلې التهابی ناروغیو (PID, Abscess) ته پاملرنه وشی.

### لابراتواری کښې

1. هیموگرام: لوکوسایټوزیس د اتاناتو یوه نښه ده وینه لږې (کمخونی) به اندوکارډیت لپاره وصفی ویل شی.
2. الکترولاټونه: هایپوناتریمیا، هایپرکالیمیا به د اډیسونی ناروغی لپاره وصفی وی.
3. تایراید هورمونونه: که چېرې د تایراید غدې ناتار شتون ولری د (T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>) سویه به تغیر وموی.
4. تشو میازوکنه: د گرام ټلویډ او کلچر به گټه ورکاروی.
5. ستونې: که اړتیا وی د ستونې څخه دې د کلچر لپاره نمونه واخیستل شی.
6. د جرحې گڼه: که اړتیا وی د جرحې څخه دې د کلچر لپاره نمونه واخیستل شی.
7. وینه: که اړتیا وی د وینې (محیطی - مرکزی) برخې کېټرونو څخه دې لږ تر لږه دوه نمونې دې د کلچر لپاره نمونه واخیستل شی.
8. د خراشکې گڼه: که اړتیا وی د خراشکې (بلغم) څخه دې د گرام ټلویډ او کلچر لپاره نمونه واخیستل شی.

### راډیولوژیک او نورې کښې:

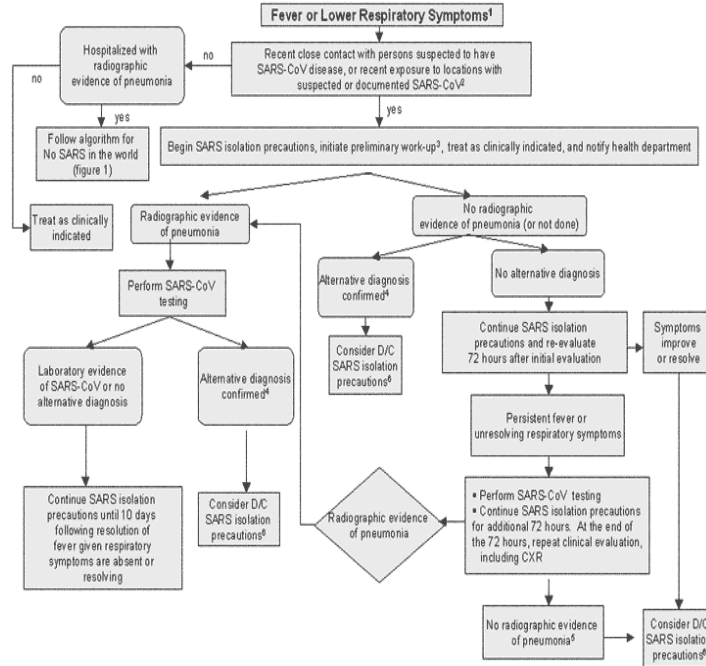
1. صدری راډیوگرافی: خطی ډول کثافت به د اټلکانازی، ارتشأ به پنومونیا، او (Wedge Shaped Infarction) احتشأ به ریوی آمبولې لپاره وصفی وی.
2. زړه گراف: د (ST-Elevation) څپې به پریکارډیوکیومی وروسته سندروم کې ولیدل شی.
3. وینوگرام: د ډوبلار التراساوند گڼه د ژور ډول وریدی ترومبوز نشیت لپاره ضروری او گټه ور تمام شی.
4. Abdomen CT scanning: د کېږې دننه خراجونو (کډی، تحت الکډی) لپاره به وروسته د التراساوند کښې څخه د پیژندنې غوره کار ویل شی.

5. التراسونډ : پرته له ډبرو کولیسیسیت ، د کېډې دننه ابسي گانو او بولي لاري ډبرو پېژندنې لپاره غوره کړنه وي.
  6. د (HIDA) کتنه : دا به د پرته له ډبرو کولیسیسیت (Acalculus Cholecystitis) پېژندنه کې گټه ورکاري وي.
  7. د (Gallium scan) کتنه : پدې کې به د سينيوکريواتوليل لگول شي او د ابسي گانو پېژندنه کې گټه ور بلل شي.
- د درملنې پلان :

د اړوند پېژندل شويو لاملونو درملنه اصلي موخه ده . چې تبه له هغه وروسته دوهمه موخه ده چې درملنه يې پکار ده.

- A. تبه د هايپوټشن سره : دا به يو پېرني کار وي چې دواړه سمدلاسه د اړوند پروتوکولونو مطابق درملنه شي.
  - B. اتلکنازي او پنومونيا : دواړو ته پاملرنه پکار ده :
1. جدي توگه د سپايرومټري کړنه ، امبولېشن ، ټوخي او تبه به عموماً کله ډول د تداوي وړ خبره وي ترڅو د اتلکنازي او پنومونيا د پرمختگ مخنيوي وشي.
  2. د پنومونيا لپاره به اتی بيوتيک درمل په لومړي سر کې پيل شي او د گرام تلوين لڅ مخې کېډای شي تنظيم شي.

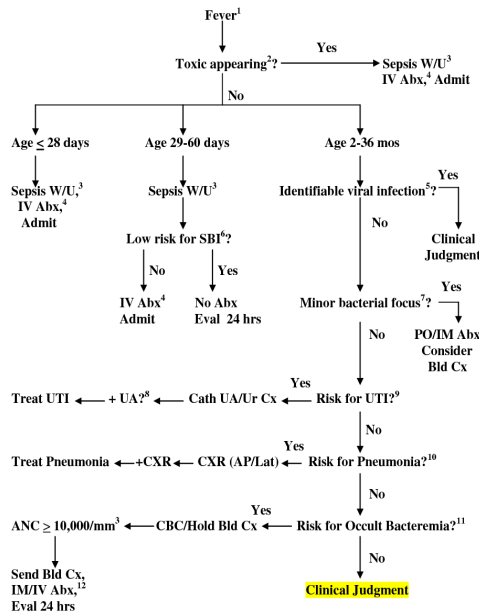
Figure 2: Algorithm for management of fever or respiratory symptoms when SARS-CoV person-to-person transmission is occurring in the world

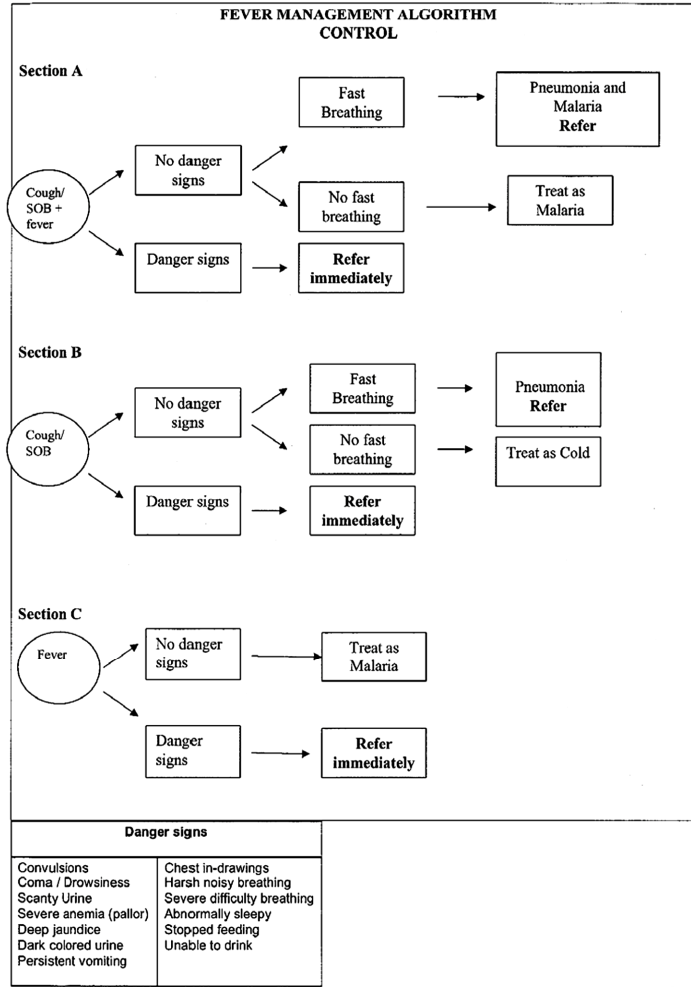


- C بولی اتانات : پدې لړ بايد گرام منفي او گرام مثبت او کونوريال ډيپلوکوکونه درملنه شي چې د کلچر ا اتی بیوگرام پر بنسټ به ښه نتیجه تر لاسه شي.
- D د وريدي کيتر اتانات : د کلچر ا اتی بیوگرام پر بنسټ به ښه نتیجه تر لاسه شي خودوی ته اکثراً د (سفازولين او کلوکراسيلين يا نيسيلين ) درمل پيل کې ورکول شي. او محیطی يا مرکزی مشکوک کيترونه دې راويستل شي او نوی کيترونه دې په بل ځای کې کينسودل شي.
- E د تايراید ناتار : ددې درملنه دې [Propythiouracil (PTU) 400 mg / 6<sup>h</sup> ] ، ( Sodium Hydrocortison 100 mg / IV / 6<sup>h</sup> ) او هايډروکورتيزون ( Hydrocortison 100 mg / IV / 6<sup>h</sup> ) دې ورکول شي.
- F له پريکارډيکومي وروسته : يوه ډله د تبې ضد درمل لکه د ( Indomethacin 25-50 mg / 8<sup>h</sup> ) په اندازه د ورځې درې ځله د اتی اسيدونو سره مل گڼه وړی .
- G د ايسوني ناتار پرمهال : پدې صورت کې ( Hydrocortison 100 mg / IV / 6-8<sup>h</sup> ) گڼه وړ درمل بلل شي .
- H د ټپ اتانات : پدې لړ کې به د کلچر ا اتی بیوگرام تر سره وروسته ښه نتیجه لاس ته راشي .
- I د تبې عرضی (Symptomatic) درملنه : دلاندې کتو پذريعه کيږي :
- 1 د تبې ضد درمل لکه ( Acetaminophen 650 mg PO/4-6 h ) په اندازه ورکول شي چې دا د آسپرين او نورو په پرتله مناسب گڼل شي.
  - 2 بايد متوازن ډول مايعات تطبيق شي. د هر درجې (Above 38.5 °C or 101°F) تودوخې درجې سره سم دې ( 500 ml / 24<sup>h</sup> ) په اندازه مايعات ناروغ اضافه تطبيق کړل شي.
  - 3 د ټوکراڼو سپرنت پذريعه : دا کړنه هم د تودوخې راټيټولو کې گڼه وړدی.
- J مخنيوي کوونکې (وقايې) معيارونه: دا په لاندې ډول دی :
- 1 اتلکنازی : سگرت څکونکي دې د ښايسته مودې لپاره برهښ شي. او ناروغ ته دې ورزده شي چې له عمليات څخه دمخه څه ډول سپايرومټري کړنې تنظيم کړي.
  - 2 وريدي کيترونه: د دې لپاره دې محیطی کيترونه هر (2-3 days) ورځې وروسته بدل کړه شي.
  - 3 ژور وريدي ټرومبوز :
    - a ژر تر ژره دې ناروغ وگرځول شي.
    - b چاغی ، پخوانی وريدي ټرومبوز تاريخچه ، نيوپلازيا ، اوږد مهالې نه خوځښت او بستر پاتې کېدنه ټول مساعد خطري فکتورونه بلل کېږي نو بايد لاندې کړنې وشي:
      - تحت الجلدی هيبارين ورکړه د ( 500 Units ) له عمليات څخه دمخه او هر ( 8-12 h ) وروسته تر څو چې ناروغ کاملاً په گرځېدنه راشي.

- International Pneumatic Compression Stocking : له عملیات څخه دمخه او وروسته تر څو چې بشپړ ډول ناروغ وگرځي.
- 4 د وینې ترانسفیوژن : پدې حالت کې دې د پارسامول درمل ، اتی هیسیتامین د ساعت دمخه وریدی / خولې له لارې ورکړل شی .  
(Diphenhydramin 25-50 mg IM /PO) په دوز له ترانسفیوژن څخه نیم
- 5 د نایرایډ ناتور : د [Saturated Solution of Potassium Iodide (SSKI)] دوه څاڅکې درې ځله د ورځې او ورسره ( Propranolol 20-40 mg PO /6h ) له عملیات څخه دمخه د (7-10 days) ورځولپاره گټه ور بل شویدی .  
د تېې منحنت پرته له باکتریاي منشي څخه په هغه مشومانوکې چې د عمر په ( 0-36 Months) کې وی .

ED Management of Fever  
Without Apparent Serious Bacterial Source  
In the Previously Well Child Aged 0-36 Months



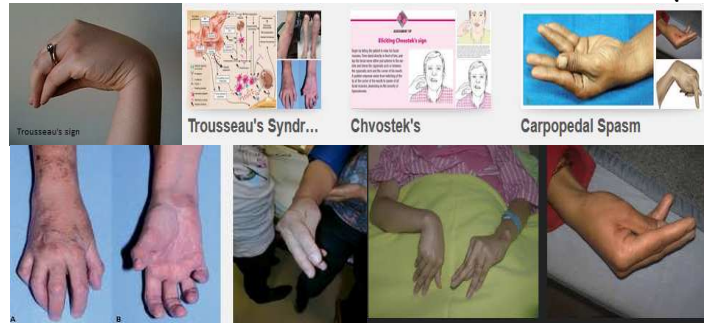


## د یارلسم څپرکي د الکترولایټونو اختلال

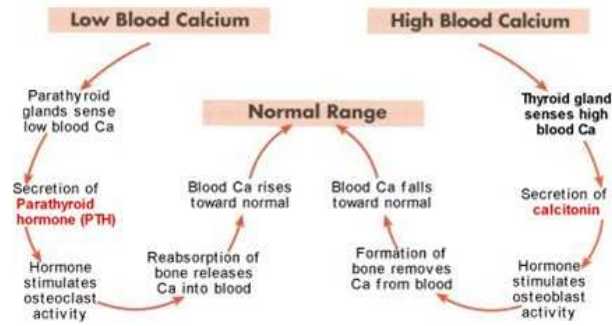
### هایپوکلسیمیا (Hypocalcemia)

هایپوکلسیمیا: دا عبارت له هغه حالت څخه دي چې په کې د وینې سیروم د کلسیم سویه د نورمال (8.5-10.5mg/dl) څخه راټیټه شي همدارنگه که چېرې یو ډاکټر د یوه ناروغ لپاره چې د پولی تراوما له کبله د تراوماتولوژي په سرویس کې بستری او د کلسیم سویه یې د وینې په کتنه کې (7.7mg/dl) تثبیت شویوي راوغوښتل شي، د ناروغ د کتنې سره سم به لاندې پوښتنې مطرح شي:

- آیا یو لږ نور اعراض او علائم د ښکته سویې کلسیم سره مل شته او که؟ پرته له اعراضو هاپو کلسیمیا معمولاً کوم ډول بیړنۍ درملنې ته اړتیا نه لري. لومړنۍ اعراض او علائم به د هاپو کلسیمیا لپاره محیطي او د خولې د چاپیریال پاراسټیزیا وي [لاسونو-پښو سپرم (Trousseau's sign)، یو ډول فینومینا چې پکې (د لاسونو بندونو برخه و قبض بڼه نیسی)، کانفیوژن (Confusion) او Chvostek's sign، دماغی اختلال، عضلي Muscle. Twitching تیتاني حملې او اختلاجونه ښائی شته والی ولري.

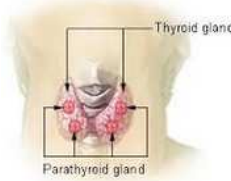


- آیا د ناروغ په پخواني تاریخچه کې د غاړې او ورمېر کوم جراحی عملیات تر سره کولو تاریخچه شته والی لري او که؟ په دې موخه دې د ندبې (Scar) لپاره لټون وشي ځکه چې د جراحی پواسطه د پارا ټایراید احتشاً له کبله قطع کولو لپاره یو غوره لامل گڼل کېږي چې د هایپوکلسیمیا حالت منځ ته راوړي.
- آیا د کلسیم سویې ښکته بڼه د ایونایز کلسیم څرگندوی وي او که؟ ډېرو لابراتوارونو چې د کلسیم سویې ښکته راپور یې ورکړی د پروټین د سویې چې د البومین سویه ټیټه وي (1g/dl) د کلسیم د پروټین باند سویه به 0.8mg/dl څرگنده کړي چې په دې حالت کې باید د البومین سویه برابره شي ځکه چې په وینه کې د ایونایز کلسیم سویې مخنیوی وشي.



توپيري پېژندنه :

د ايونايډ کلسيوم شته والی علتونه به د وينې په سيروم کې په لاندې ډول تصنيف شي.



- i. د پاراتايرايډ هورمون نيمګړتيا
- ii. د ويټامين ډي Vit.D نيمګړتيا.
- iii. دمګنيزيوم Mg د فقدان
- iv. د کلسيوم ضايع کېدنه
- v. دکلسيوم بې ځايه کېدنه



1. د پاراتايرايډ هورمون نيمګړتيا په لاندې حالاتو کې ليدل کېږي.

- دجراحی پواسطه د تايرايډ او پاراتايرويډ غډې غوڅول او لږ کول.
- دارتشاحي ناروغيو شته والی لکه هيموګروماتوزس، امايلويډوزس دميټاسټيک کانسررونو ناروغي.
- ايډيوپاتيک لاملونه.
- وړانګې (تشعشع).



2. د پاراتايرايډ هورمون (فعاليت لږوالی په لاندې حالاتو کې ليدل کېږي).

3. کاذب ډول هايپوپاراتايرايډيزم: د حجراتو په برخه کې د پاراتايرايډ هورمون په وړاندې مقاومت کولای شي د پاراتايرايډ هورمون سويه لوړوالی مومي چې دا کېدای شي د کلسيوم انټيوزن پواسطه انحطاط ومومي.

- د ویتامین ډي نیمګړتیاوې په لاندې حالاتو کې منح ته راځي.
- خوار ځواکي (Malnutrition)
- سؤجذب (Mal absorption) چې په لاندې حالاتو کې لیدل کېږي.
  - a) پانګریاتیت .
  - b) له ګاسترکومي څخه وروسته
  - c) د کولمو دلندوالي سندروم (Short gut Syndrome، Short bowel Syndrome) .
  - d) د ډیرو مسهلو (جولابو) درملو خوراک اواستعمال.
  - e) سپرو (Sprue) شحمي یا غوړین نس ناستی.
  - f) د یبې او تریخی ناروغۍ چې د صفراوی مالګو (bile salt) کمښت ورسره دمله په توګه شته والی ولري.
- د میتابولیزم نیمګړتیاوې به لاندې لاملونه ولري:
  - دیني یا ځیګر ناروغۍ لکه د [ 25 (Di Hydroxy) Vitamin. D ] جوړېدنې نه بریالیتوب.
  - د بډوډو یا پښتورګو ناروغۍ لکه [ 1-25 di hydroxy vitamin.D ] په وړاندې نه بریالیتوب.
  - د اختلاج ضد درملنې لکه د فینوباریتال او فیني تونین درمل چې د ویتامین ډي د میتابولایتونو تولید غیر فعاله کوي.
- 4. د مګنیزیم کمښت: دا د پاراټایرایډ هورمون د لږوالي په نتیجه او یا د فعالیت د لږوالي پر مهال کله چې د مګنیزیم سویه برابره شي ورسره د کلسیم سویه هم سمون مومي.
 

د کلسیم ضایع او یا بې ځای کېدنه په لاندې حالاتو کې لیدل کېږي:

  1. هایپرفاسفیتیمیا د هډوکو دکلسیم د بې ځایه کېدنې لامل ګرځي.
    - په حاد ډول د فوسفیت خوراک اوهضم .
    - په حاد ډول د فوسفیت ازادېدنه د Rhabdomyolysis د ټومورونو انحلال پر مهال.
    - د پښتورګو عدم کفایه: په مزمن ډول عدم کفایه کې د 1،24 di hydroxy vit.D لږوالی مومي چې ورسره دکلسیم سویه هم راټیټېږي.
  2. حاد پانګریاتیت.
  3. د اوسیتوبلاستیک میتاستازس د تیونو او پروسیات له سرطان څخه.
  4. د ټایرایډ غدې د میدولا برخې کارسینوما: چې په کې د ټایروکلسیونین زیاتوالی مومي.
  5. د هډوکو پواسطه د جذب لږوالی د لاندې درملو خوراک پواسطه دکلسیم جذب د هډوکو پواسطه لږوالی مومي:
    - a) Actinomycin
    - b) Calcitonin
    - c) Mithramycin



## کلینیکي کتنې:

### A. فزیکي کتنې:

- پوستکي: درماتي اکريما مزمن هاپوکلسیمیا:
- سر، غوړ، سترګه، پوزه او ستوني (HEENT): کترکت (ساد) بنائې شته والی ولري، لارینګوسپزم چې نادراً منځ ته راځي او بنائې د ژوند تهدید کړي د ژورور ټینډونونو عکسات فرط فعالیت څرګندوي.
- عضلي عصبي (نیورومسکلار): [کافیوژن، سپزم، Grimacing یا مخ یو ډول څرګندونې دی چې پکې له مخې بد رنگه او لېونی بڼه څرګندوي چې پکې دا بنوونې د اصلاح وړ ندی، Facial Twitching او همدارنگه د ژورو ټینډونونو د عکساتو فرط فعالیت] به شته والي ولري.
- د ټټاني او هاپوکلسیمیا لپاره ځانګړې آزمويې:
- a) Chvostek's دا په 10-05% سلنه ناروغانو کې شته والی لري د وجهي عصب لپاسه د Zygoma په برخه کې Tap (په کراره وهل، ټپ ټپ کول، چوښول)، تر سره کېږي او لیدل کېږي چې د ژامني Twitch منځ ته راځي او که.
- b) Trousseau's Sign: د وینې د فشار ټاکنې Cuff لږ پورته تړل کېږي او د سیسټول فشار د درې دقیقو لپاره ټاکل کېږي او لیدل کېږي چې د Carpal برخې سپزم منځ ته راځي او که.

### لابراتواري کتنې:

- i. د سیروم الکترولایټونه: په دې کتنه کې کلسیم فاسفیټ پوناسیموم مګنیزیم او همدارنگه د کلسیم اندازه دې د البومین د سولې سره پرتله کړل شي هاپو مګنیزیمیا او هاپو کلسیمیا بنائې چې د هیاپوکلسیمیا کلینیکي اعراض او علائم راپورته کړي د هغه به را برسېره کړي.
- ii. د سیروم البومین: د کلسیم د سولې اصلاح دې وشي که چېرې د البومین سویه ټیټه وي دا به د کلسیم په ایونایز ډول اغېزه ونه لري خو باید د درملنې لپاره د البومین سویه نورماله کړل شي.
- iii. د پښتورګو وظیفوي آزماينستونه: د دې لپاره د BUN او د Creatinine سولې ټاکنه غوره ګڼل کېږي چېرې د کرباټین سویه ډېره لوړه وي نو دا به ډېره د پښتورګو د عدم کھايې لپاره ځانګړې وګڼل شي.
- iv. د پاراټایرایډ هورمون د سولې ټاکنه ډېره له اهمیت څخه ډکه ده.
- v. د ویتامین ډي د سولې ټاکنه: په دې لړ کې [25-hydroxy VitD او 1.25-dihydroxy VitD] ټاکل کېږي چې د سولې ټاکنه به د کلینک له پلوه ګټه وړه وي.
- vi. په متيازوکې Cyclic- AMP د سولې ټاکل: دا به د پاراټایرایډ وظیفوي حالت را څرګند کړي دا به پاراټایرایډ هورمون د لوړوالي سره سم په متيازوکې لوړوالی ومومي.

vii. د غایطه موادو کتنه: دا به د Steatorrhea د ناروغۍ شته والی لپاره ترسره شي.

راډیولوژیک او نورې کتنې:

- د زړه گراف E.C.G: د زړه گراف بنائې چې غوره دا QT interval اوږدېدنه څرگنده کړي چې د هاپو کلسیمیا غوڅه څرگندونه کوي.
- د هډوکو راډیوگرافي: د هډوکو بدلونونه به د پښتورگو په عدم کتایه اویا د هډوکو او سیټو بلاستیک میاستازس حالاتو کې ولیدل شي.

د درملنې پلان:

په ناروغ کې دې د ټیټاني حملاتو د شته والی لپاره ټون پیل شي ځکه چې د ټیټاني پېښې کولای شي چې د حنجري د سپزم لامل وگرځي او همدارنگه اختلافونه هم پېرني درملنې ته اړتیا لري. په نورو حالاتو کې چې د البومین کلسیوم فاسفیت مکسیموم پاراټایرایډ هورمون ټیټه سویه کولای شو چې د خولې له لارې د درملنې پواسطه تر کنټرول لاندې راوړو.

A. پېرني درملنه:

1. په هغه حالاتو کې چې په وینه کې د کلسیوم د سویې اندازه له  $Ca^{+} < 1.5 \text{ mmol/lit}$  څخه راښکته وي پېرني درملنه کېږي ترڅو د حنجري د سپزم د منځ ته راتلو څخه مخنیوی وشي د ورید له لارې په مستقیم توگه 200-300mg کلسیوم ورکول کېږي.
  1. 10% Calcium Gluconate: یو امپول 10ml چې 90mg د کلسیوم لري دا د 10ml په اندازه د ورید له لارې Total 20-30 mL /IV ورکول کېږي.
  2. 10% Calcium Chloride: یو امپول 10ml چې 360mg د کلسیوم لري دا د 10ml په اندازه د ورید له لارې ورکول کېږي ډېره پاملرنه باید وشي ترڅو Extravasations ونه لری ځکه چې هلته د Slough نسج منځ ته راوړي.
  3. په (Digitalized) ناروغانو کې د کلسیوم د دیجوکسین په پوتانسیلی اغېزو باندې اغېزه پرېباسی چې د زړه بلاکونو اړوند باید پاملرنه وشي.
- B. مزمنه درملنه:

د ابتدائی ډول (PTH deficiency) فقدان لپاره موخه د (2-4 grams) په اندازه د خولې له لارې د ورځې ورکړه ده چې ورسره به د ویتامین ډي ورکړه د اړتیا له مخې وټاکل شي.

1. د کلسیوم کاربونیټ درمل به (240 mg) په اندزې سره چې په یوه (600 mg) ټابلیټ کې شتون لری ورکړل شي.
2. Os-cal 500.A: د خولې له لارې د کلسیوم کاربونیټ د 1.25 gr Calcium درلودونکې یو ټابلیټ چې دا به 500mg د عنصري کلسیوم درلودونکې وي.
3. Dihydrotachysterol Vitamin.D<sub>2</sub> چې 0.25-1.0  $\mu\text{cg/day}$  ورکول کېږي.

4. د مگکیزیم فقدان: د دې حالت شته والی لپاره 1-2 gram د 10% مگکیزیم سلفیت د ورید له لارې 20 minute دقیقو په لپ کې او 40-80 mEq MgSO<sub>4</sub>/Lit د اشیرژن په توگه د ورید له لارې ورکول کېږي.

### هایپوگلاسیمیما (Hypoglycemia)

- که چېرې دوینې د سیروم د گلوکوز سویه د لوړې پرمهال (70-150mg/dL) نورمال څخه ښکته وټاکلی شي ورته د هایپوگلاسیمیما ویل کېږي همدارنگه تاسې دیوه ناروغ چې د 40 کاله عمر لري او وینې د گلوکوز سویه یې 40mg/dL ښودل شویده او د ډیابېټ په Type-I ډول هم اخته دی لپاره روغتون راغوشل کېږي سمدلاسه په لاندې پوښتنې مطرح کړل شي.
1. ایا ناروغ د شکرې ناروغی لري او انسولین هم اخلي او که؟ تر ټولو ډېره غوره لامل دانسولین ډېر مقدار ورکول دی او یا ناروغ ته د لوړې په حالت کې د انسولین تطبیق بلل کېږي.
  2. کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول کېږي؟ د شکرې ضد درمل د خولې له لارې او یا هم د انسولین ورکې اړوند دی معلومات راټول شي.
  3. کوم ډول وریدي مایعات ناروغ ورکول کېږي؟ ایا ناروغ په نږدې موده کې د کوم ډول الکترولایتونو Hyperalimentation درملنې ځنې جلا شوی دی؟ دا حالت ښائی چې د غیرکونیز ډول Reactive Hypoglycemia لامل وگرځي سره له دې چې ډېره نادره پېښه بلل کېږي.
- همدارنگه که چېرې د گلوکوز سیروم اخلي هغه دې په گوته شي.
4. د ناروغ تشخیص او یا پېژندنه څه ده؟ ایا یولې نورې ناروغۍ د هایپوگلاسیمیما سره مل دی او که لکه د خلف پرتواني سارکوما انسولینوما، پارانیوپلاستیک سندروم، په ځانگړي توگه د سکواموزسل کارسینوما شته والی.
  5. د ناروغ کلینیکي حالت څرنگه دی؟ آیا ناروغ هوشیار او وینښ دی او یا هم کوما توږیا ډیافوریتیک بڼه لري؟ ډیافوریزس، Termulousness معمولاً د کاکولامین دیسچارج له کبله منځ ته راځي.
- توپیری پېژندنه:

A. درمل: یولې درمل شتون لری چې د هایپوگلاسیمیما لپاره زمینه مساعدوی.

i. انسولین: نابره او ډېره اندازه د انسولین ورکړه د پوستکي، وریدي یا عضلي له

لارې د غه حالت منځ ته راوړي.

ii. د خولې له لارې د شکرې ضد درملو خوراک پر مهال.

▪ Tulbutamide

▪ Chlorpropamide

▪ Acetohexamid او نور درمل.

نور لکه: Pentamidene، Ethanol

- د MAO نهي کونکي د دې علت لامل گرځي.
- B. شدد ډول د ځيگر عدم کفايه: په دې صورت کې به د کيد نسج تخريب وي او و به نه شي کړای چې کلايکوجن تجزيه کړي او Glycolysis او گلوکونيوجنيزس منځ ته راوړي.
- C. انسولينوما: په دې لړ کې د وينې دسيروم د انسولين سويه ټاکل کېږي.
- D. سمدلاسه د TPN څخه جلا کېدنه: دا به اکثراً ډيره تيوريکي بڼه ولري خو بيا هم ډيرې ناروغان د ا حالت تحمل کولای شي او يوه کمه (لږه) اندازه ناروغان دغه حالت منځ ته راوړي.
- E. خلف پريټوانی سارکوما: دغه ټومور ونه دهايپوگلايسيميا لامل گرځي.
- F. پارانيوپلاستيک سندروم: هايپوگلايسيميا کېدای شي د انسولين يا انسولين نه ورته موادو افزاز پواسطه چې دټومورونو پواسطه افزاږي په ځانگړي توگه د سړو د Small Cell کارسينوما پېښو کې منځ ته راځي.
- G. Surreptitious insulin/Oral Hypoglycemic Administration
- H. Reactive Functional Hypoglycemia
- I. Alimentary Hypoglycemia: دا حالت په هغه ناروغانو کې چې ورته بشپړه گاستريکټومي (Total Gastrectomy) تر سره شوی وي دا له دې کبله چې هر څه ژر تر ژره له معدي څخه تېرېږي اومعه ژر تشېږي.
- J. Factitious Hypoglycemia: له نېکه مرغه دا نادر دی چې په هغه ناروغانو کې دسيپنو کړيواتو اندازه يې ( $WBC < 4000$ )، دا راز ناروغان هايپوگلايسيميا منځ ته راوړي چې کوم ډول اعراض نلري دا د سيپنو کړيواتو ميټابوليزم نهي کوي.
- K. هورمونونو کمښت: لکه د [ Glucocorticoid , Growth Hormone , Thyroid Hormones , Glucagon, او پان هايپوپيټوريزم [Panhypopituitarism].
- L. نور لاملونه: لکه: Sepsis، الکھوليزم او شديد ډول خوارځواکي .

### کلبنيکي کتنې:

- A. فزيکي کتنې:
- حياتي علايم: ټاکي کارډيا بنائى د ادرينرجيک غبرگون چې دگلوکوز د راټټولو په موخي کارول شى له کبله منځ ته راشي ، همدارنگه دوينې ټيټ فشار به يو علامه وي چې د هايپوگلايسيميا ناروغان لری ، او تنفسی رېتم بنائى شديد ډول کې ماخل شى.
- پوستکى: ډيافوريزس (Diaphoresis) همدارنگه دادرينرجيک غبرگون له کبله شمېرل کېږي.
- عصبي: په دې هکله به د شعور اختلال شتون ولری او توپرولو يا پېژندگوي حالت تغير ومومي، ناروغان به ونشى کړای چې هرڅه په ياد ولری او دهايپوگلايسيميا له کبله گنښت خوېجن حالت پېښېږي ، اختلاج منځ ته رانگ به په شديد ډول هايپوگلايسيميا کې يوه کلبنيکي نښه وي .

B. لابراتواري کتنې:

a. د سيروم گلوکوز: تر ټولو مهم او غوره کتنه بلل کېږي او که چېرې له 50mg/dl څخه راټيټ شي ډېر داهميت وړ اوپام وړ خبره بلل کېږي او ورسره په کلېنيک يا اعراض او علايم هم شته والی ولري. په دې لړ کې به لاندې کړنې گڼه وړې وي:

- i. Reagent strips
- ii. Glucometers

iii. Finger sticks sample پکار وړل کېږي خو دا ټول بايد د سيروم د سويې له مخې تعين کړل شي.

b. د مټيازو د گلوکوز سويه: دا کتنه او آزمايښت به ډېره گټه وړه نه وي.

c. د سيروم دانسولين سويه: که چېرې دانسولينوما ناروغی تر شک لاندې وي تر سره کېږي.

d. C- Peptide level: په دې کې د داخلي انسولين د سويې سره سمه لوړه وي دا به د انسولينوما ناروغی را برسېره کړي او که چېرې د سيروم دانسولين سويه لوړه وي او د C-peptide سويه ټيټه وي دا به د ډېر انسولين ورکړه (Cover Dosage) حالت را څرگند کړي.

c. رايولوژيک اونورې کتنې:

که چېرې د خيښو ټوموري کلاتو او ناروغيو او نورو مل ناروغيو شک شته والی ولري ځانگړې د (صدری، بطني، کوپړی) او هډوکو رايولوژيک کتنې به تر سره شي همدارنگه التراساوند، CT.Scanning او MRI د استطباب له مخې کېدای شي توصیه شي او تر سره شي ECG هم ښائی د زړه د ناروغيو په صورت کې تر سره شي.

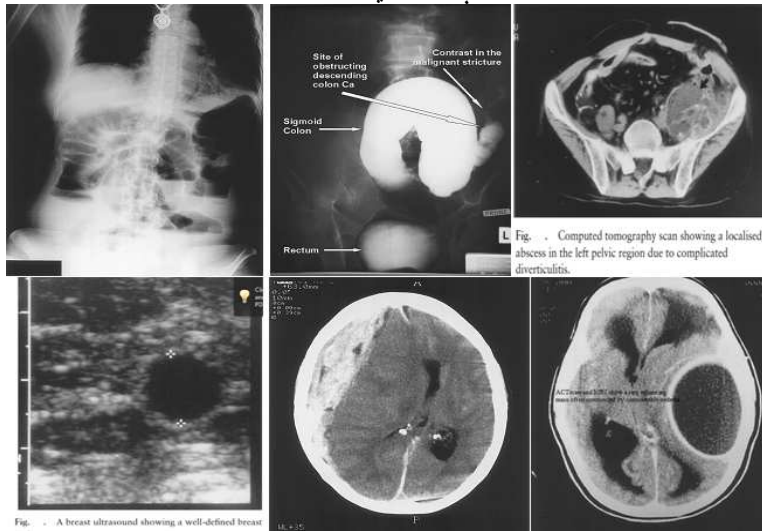


Fig. . . A breast ultrasound showing a well-defined breast

Fig. . . Computed tomography scan showing a localised abscess in the left pelvic region due to complicated diverticulitis.

## د درملنې پلان:

که چېرې گلوکوز په وینه کې سمدلاسه په حاده توګه لوړوالی ومومي نو د علتونو پېژندنې لپاره دې لټون وشي.

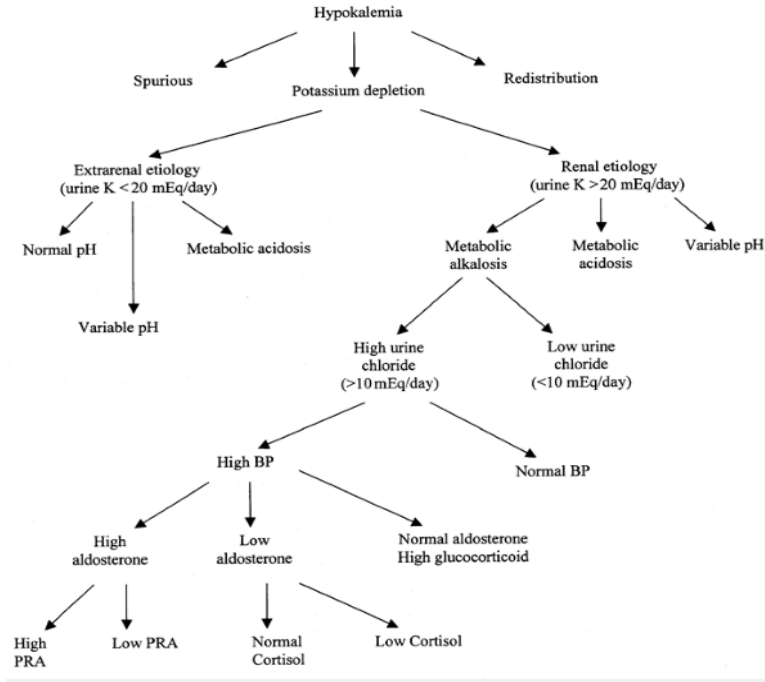
- A. د گلوکوز تطبیق: که چېرې ناروغی په کره توګه او واضحاً پېژندل شوی وي نو باید چې انتظار وایستل شي ترڅو د لابراتوار کښې تر سره او تاپچ را ورسېږي ناروغ ته دې په چټکه توګه گلوکوز د ورید له لارې تطبیق کړل شي. که چېرې ناروغ وینس وي دخولې له لارې دې خواږه ورکړه شي او همدارنګه ناروغت دې اوبه ورکړ شي.
- i. فمي (Oral): د خولې له لارې دنارنج یا لیمو او خواږه درلودونکي اوبه ورکړه شي ترڅو تنده یې ماته شي.
- ii. د زرقی (Parenteral): همدارنګه د ورید له لارې د (Dextrose 50%) څخه (D<sub>50</sub>) زرقی (Push) په توګه ورکول کېږي او که چېرې کومه نتیجه لاس ته رانشي نو یو امپول بل تکراراً تطبیق کېږي.
- iii. که چېرې د ورید له لارې تطبیق ستونزه شته والی ولري نو د گلوکاګون هورمون دې د عضلي یا تحت الجلدی زرق له لارې (0.5-1mg IM/SC) په حاده توګه ورکول کېږي بنائې چې کانګې منځ ته راشي.
- iv. دورید له لارې (Maintenance) مایعات دې پیل کړل شي د دې لپاره دې (Dextrose 5%) د (50-100 ml/h) د تکراري هایپوګلاسیمییا د مخنیوي لپاره ورکول کېږي. د درملنې په لړ کې دې پرلپسې د گلوکوز سویه په وینه کې دلبراتور له خوا وټاکل شي.
- B. د درملو عیار کول دې تر سره شي: درمل دې بیا و ارزول شي او د مداوم ډوز چارټ دې ورته تیار کړل شي او د انسولین او نورو خولې له لارې هایپوګلاسیمییک درمل دې عیار کړل شي او د چارټ له مخې دې تطبیق تر سره شي.
- C. د هایپوګلاسیمییا لپاره کارکړنه او تعقیب: هر حاد حالت دې درملنه شي ناروغ ته دې هغه حالت چې د هایپوګلاسیمییا لامل ګرځي ور زده کړل شي په پرلپسې او مداومه توګه دې د ناروغ د تعقیب لپاره د وینې د گلوکوز سویه دانسولین سویه د C-peptide سویه او دکبدي آزموینې او وظیفوي آزماښتونه دې تر سره شي د گلوکوز تحمل آزماښت او مناسب ډول د راډیوګرافي آزماښتونه دې د اړتیا له مخې تر سره شي.

## هاپوکالیمیا

### Hypokalemia

دا هغه حالت دی چې د وینې د سیروم پوتاسیوم سویه له نورمال (5.1mmol/L - 3.5) څخه راتپه شي هاپوکالیمیا نومېږي که چېرې د یوه ناروغ لپاره چې 72 Year کاله عمر لري او د اورېدې مودې لپاره یې ډیوریتیک د زړه د عدم کلايې لپاره ورکول شوی وي او ناروغ د کېدې اتساع هم لري او وینې د سیروم پوتاسیوم یې (2.5mmol/L) راپور ورکړ شوی وي تاسو را وغوښتل شئ سمدلاسه به لاندې پوښتنې مطرح شي.

- A. ناروغ کوم ډول درمل همدا مهال اخلي؟ د لوپ ډیوریتیک (Loop diuretic) د فروساماید (Furosemide) به هم لامل وي چې په وصفې توګه د پښتورګو له لارې پوتاسیوم ضایع کوي. د تیزید کورنۍ ډیوریتیکونه به هاپوکالیمیا لامل وګرځي خو سویه یې نادراً خطرناکه وي دا به هغه مهال منځ ته راشي دا هغه مهال وی چې ډیجوکسین درمل متناوباً مصرف کړل شي.
1. هاپوکالیمیا به د ډیجوکسین د مسمومیت پوتانسیل ډېر کړي.
2. امفوتریسین به د پوتاسیوم ضایع به مستقیماً د پښتورګو د سمې اغېزې له کبله منځ ته راوړي.
- B. آیا ناروغ کانګې لري، د انفي معدوي ټیوب او یا نس ناستي لري او که؟ د هضمي جهاز له لارې ضایعات معمولي علت د هاپوکالیمیا لپاره په جراحی ناروغانو کې بلل کېږي.
- C. د ناروغ حیاتي علایم څرنگه دي؟ د غیر منظم نبضان چې د عملیات څخه وروسته مرحله کې به د نوي پریماچور اذینې او بطني تقلصاتو له کبله منځ ته راشي چې دا به د مایوکارډ عضلي تخریش له کبله وي.
- D. آیا ناروغ نور اعراض او علایم لري او که؟ د هاپوکالیمیا لپاره اعراض لکه ضعیفي زړه بدوالي، کانګې او د کېدې حساسیت ښائی شته والی ولري.



توپيري پېژندنه:

A: د پوتاسيوم عنصر ضايع كېدنه:

1. د هضمي جهاز له لارې:

- i. داوړدې مودې لپاره دانفي معدوي ټيوب پرېښودنه چې ورته اعاده تر سره نسې د هاپيوکاليميا لامل گرځي چې نېغ په نېغه ضايعات ورکوي، همدارنگه د پېنټورگو له لارې د پوتاسيوم ضايع اود پوتاسيوم بېخايه کېدنه (Shift)، د حجراتو لوري ته دمېابوليک الکولوزس د ودې له کبله.
- ii. د کانکورډ شته والي له کبله چې د ټيوب په وړاندې ښائى منځ ته راشي.
- iii. د کولمو بندښت د هاپيو کاليميا لامل گرځي چې د کولمو لومن لوري ته نفوذ کوي د افزاز (Pooling) له لارې اود پوتاسيوم د جذب د وړتيا د له منځه تللو له کبله.
- iv. د نس ناستي، فيسټول او ذغابو (Villous) د اپينو ما د شته والي له کبله

2. د پېنټورگو له لارې:

- i. د يورتيکونو خوراک د اوړدې مودې لپاره لکه (Furosamide) درمل:
- ii. د پېنټورگو ټيوبولوو اسيدوزس له کبله چې په دې کې پوتاسيوم اطراح او هايډروجن آيون جذبېږي.

iii. د اتي بيوتيکونو خوراک لکه:

- Carbinicillin
- Amphotericin چې د مگنيزيوم ضايعات مخ ته راوړي.



iv. له بندښت څخه وروسته ډیوریزس چې دا د حاد ټیوبولارنکروزس د ډیوریتیک مرحلې په لړ کې پېښېږي.

B: د پوتاسیوم عنصر Redistribution:

1. الکولوزس: د کیون پیلانس دې ته اړتیا لري چې د هایډروجن ایون ( $H^+$ ) له حجری څخه بهر ته ووزي ترڅو الکولوزس اصلاح کړل شي همدا راز د پوتاسیوم ایون ( $K^+$ ) د حجری دننه نوزي هایپوکالیمیا منځ ته راوړي.
  2. انسولین: دانسولین زرق او درملنه د کلکوز او پوتاسیوم عنصر دواړو د ترانسپورت اونوتلو لامل د حجراتو دننه برخې ته گرځي چې دا په خپل وار د هایپوکالیمیا لامل گرځي.
- c: د ناکافی خوراک (Inadequate intake):

دا اکثراً له خپل لاسه (iatrogenic) د درملنې په لړ کې چې (د هغه مایعاتو دورید له لارې تطبیق چې د اوږدې مودې لپاره چې پوتاسیوم ونلري) منځ ته راځي. که چېرې نور ضایعات شته والی ونه لري د ورځې په لړ کې په نورماله توګه ( $40-60\text{mEq}/24^h$  او یا  $1-2\text{mEq}/\text{kg}/24^h$ ) ناروغ ته د مایعاتو د تطبیق په لړ کې ورکول کېږي دا باید هغه مهال وي چې د پښتورګو وظیفوي حالت نورمال وي.

کلینیکي کتنې:

دا چې د پوتاسیوم عنصر د داخل الحجروي برخې د کیون لپاره اساسي ګڼل شوی دی هایپوکالیمیا معمولاً په مشهوده توګه له بدن څخه د پوتاسیوم د ضایعاتو له کبله منځ ته راځي د سیروم سویه به  $[3\text{mEq}/\text{Lit}(\text{mmol}/\text{Lit})]$  په اندازه معمولاً په مجموعي توګه د  $(100-200\text{mEq})$  به په کاهلانو کې نیمګړتیا څرګنده کړي.

الف: فزیکي کتنې:

- a. د زړه ګڼه: غیر منظم نبضان ښائي نوې اریټیمیا (PAC او PVC) حالتونه او یا د ډیجوکسین سمیت را په ګوته کړي.
- b. د ګډې ګڼه: د ګډې توسع او کولمو د آوازونو اوږدې لپاره ټون وشي د کولمو بندښت ښائي هایپوکالیمیا منځ ته راوړي نادراً به د هایپوکالیمیا له کبله ایلوس (فلج) منځ ته راشي چې حالات به لاسې خراب کړي کانګې به د هایپوکالیمیا لامل شي اومسمومیت به منځ ته راوړي.
- c. عصبي: شدید هایپوکالیمیا به د Blunting of reflexes، پاراسټیزیا او پارالیزس حالتونه منځ ته راوړي.

ب: لابراتواري کتنې:

- a. د سیروم الکترولایټ ګڼه: د سیروم د الکترولایټونو په ټاکنه به د هایپوکالیمیا سره د ( $K^+$ ) پوتاسیوم سویه ټیټه اود مګنیزیم او کلسیم سویه ټیټه تثبیت شي.

b. د شریاني وینې دکازاتونیاکه: د سیروم دکترولایتونو انارملیتی به معمولاً (Acid-Base) نیمکرتیا سره مل وی دهاپوکالیمیا له کبله بعضاً د پښتورگو ټیوبولار اسیدوزس او میتابولیک الکولوزس حالتونه منځ ته راورلای شي.

c. د میازو الکترولایتونو ټاکنه: هغه ناروغان چې ډیورتیک درمل اخلی دا به ګوره کڼه وی که چېرې د پښتورگو له لارې پوتاسیم اطراح شي د میازو په نمونه کې به سوبه وټاکل شي همدارنگه په میازوکې د (Na<sup>+</sup>) او پوتاسیم (K<sup>+</sup>) سوبه او د اوزمولیټي اندازه وټاکل شي.

d. که چېرې اړتیاوې د ډیجوسین اندازه او سوبه دې وټاکل شي.

ج: رادیولوژیک او نورې کڼې:

▪ د زړه ګراف ECG: د زړه ګراف تر سره کول په اړین وی او د زړه بې نظمی کڼې به پرې تثبیت کړل شي او د ډیجیتال درملو مسمومیت حالت بشودنې لپاره هم ګور ثابتېږي. همدارنگه نوی PAC او PVCs به د نوي غیر منظم نبض سره څرګند کړل شي.

▪ د صدر رادیوګرافي: د صدر رادیوګرافي پواسطه کولای شي چې د زړه غټوالی او د سږو ناروغیو شته والی سبب کېدای شي.

▪ د ټومورونو پیژندنې لپاره کېدای شي چې CT Scan تر سره کولو څخه کار واخیستل شي.

▪ دکېډې دکلاتو او بولي سیستم د ډبرو شته والی په صورت کې به د التراساوند کڼه ګوره وي.

د درملنې پلان:

ډبر شدید بڼه هاپوکالیمیا لکه چې سوبه یې (3.0 mmol/lit) څخه ټیټه ویاو یا هم که چېرې د ECG بدلونونه شته والی ولري باید په جدي توګه یې درملنه وشي. که چېرې ډبرو ډو وظیفوي حالت روغ او سم وی کولای شو چې په کلوي ډول دهاپوکالیمیا اعاده وکړو.

A: د ورید له لارې بیا رغاونه او اعاده:

1. استطببات: په لاندې پېښو کې ډبره ځیرنه او پام پکار دی.

a. د ډیجوسین مسمومیت (Digoxin Toxicity).

b. اریتمیا خاصاً (PACs, PVTs).

c. شدید ډول هاپوکالیمیا 3.0 mmol/lit څخه بې سوبه ټیټه وي

d. او هغه کسان چې د خولې له لارې نشي کولای د پوتاسیم اعاده ورته ترسره شي

e. N.P.O ایلوس، زړه بدوالی درلودونکی او کانګې درلودونکو ناروغانو کې د ورید له

لارې د پوتاسیم تطبیق باید وشي چې کېتر باید مرکزي ورید ته تېر شي او په ګراره سره

ډبرې ناروغانو اصلاح کېږي. او همدارنگه د خولې له لارې هم د تطبیق له مخې هم اصلاح

منځ ته راځي.

2. Replacement: یو لږ ډبر د KCl محلولونه د محیطي وریدونو له لارې ناروغانو ته

تطبیق کېږي چې معمولاً دوی باید د 40mEq/lit څخه زیاتوالی ونه مومي چې که چېرې دا

زیاتوالی ومومي دوریدي تخرب د پوتاسیوم تراکم له امله کېږي. که چېرې ډېر بېرني حالت وي نو کېدای شي چې  $60\text{mEq/Lit}$  هم ناروغ ته تطبیق کړل شي.



د  $10\text{-}20\text{mEq}$  پوتاسیوم کلوراید محلول به په سیروم کلوکوز ( $D_5W50\text{-}100^{\text{cc}}$ ) اویا نورمال سالین [ $(NS) \text{NaCl}$ ] محلول کې رقیق کېږي چې دا به د یوه ساعت په لړ کې دانفیورژن په توګه تطبیق کړل شي که چېرې شدید ډول نیمګړتیا شته والې ولری نو کېدای شي چې په تکرار ډول ناروغ ته تطبیق کړل شي. دلور ډوز په تطبیق کې دې ډېره پاملرنه وشي چې انفیورژن باید ډېر په کراره تر سره شي.

3. څارنه (مونیتورینګ) (Monitoring):

په تکراري بڼه دې د سیروم د پوتاسیوم اندازه و ټاکل شي او له هایپرکالیمیا منځته راتګ څخه دې مخنیوی وشي اود کلبینیکي غبرګون څرګندونې پر اساس  $2\text{-}4/h$  ساعته وروسته دې ECG د ICU مونیتورینګ او څارنه دې وشي ځکه چې د چټک مقدار تطبیق وروسته اریتمیا منځ ته راځي چې ځانګړې پاملرنې ته اړتیا لري.

B. د خولې له لارې اعاده: د معمولاً پرته له اعراضو خفیف ډول هایپرکالیمیا په صورت کې تر سره کېږي د خولې له لارې مایع او پودر شته والي لري او په کراره آزادېدونکي ټابلیټونه چې  $10\text{ mEq/}\text{Tablet}$  شته والي لري چې معمولاً مناسبه درملنه نده. د درملنې ډوز او اندازه تل باید د  $40\text{-}120\text{ mEq/day}$  وي چې په کسري ډوزونو ناروغ د ناروغ وزن او هایپرکالیمیا سوېي سره سمون ورکول کېږي که چېرې د Maintenance ډوز ته اړتیا وي درملنه دې د  $20\text{-}40\text{ mEq}$  دورځي عیار کړل شي. همدارنګه دیولر درملو سره چې د پوتاسیوم ساتونکي او احتباس کوونکي بلل کېږي د پوتاسیوم درلودونکو مستحضراتو د ورکړې څخه ډډه وکړل شي (دا درمل لکه:  $\text{Spironolactone}$ ،  $\text{Triamterene Hydrochloride}$ ) چې د ډیوریتیک په څېر کارول کېږي ترڅو د هایپرکالیمیا منځ ته راتلو مخنیوی وشي.

C: Replace ongoing losses: د روانو ضایعاتو اعاده چې په ډېره پیمانه د انفي معدوي ټیوب له خوا aspirate کېږي اعاده دی ملي لیتر د ملي لیتر په اندازه اعاده شي چې دا مایعات [ $(NS) \text{D}_5 \text{Mixed}$  سیروم څخه  $20\text{ mEq/L KCl}$  هر  $4\text{-}6$  ساعته وروسته تطبیق کېږي.

D: Refractory causes: نادراً به د هایپرکالیمیا حالت دمګټیز بوم د لږوالي یا هایپو مګنیزیمیا له کبله د اصلاح وړ نه وي همدارنګه د نورو عناصرو دکمښت اندازه دی هم اعاده او درملنه شي.

## هايپوناتريميا

(Hyponatremia):

کله چې د وينې د سيروم د سوډيم سوپه نورمال (136-145 mmol/lit) څخه ټيټه شي د هايپوناتريميا په نوم يادېږي.

ستونزه: که چېرې يو ناروغ چې بنسټه ده او د 65 کالو عمر لري او ورته بشپړه ږد تيونو غوڅول (Total Mastectomy) تر سره شوی ده او د سوډيم سوپه يې په وينه کې 119 mmol/L راپور ورکړل شوی ناسوورته د مشورې لپاره راوغوښتل شي سمدلاسه په لاندې پوښتنې مطرح شي.

A. آيا ناروغ د مرکزي اعصابو کوم ډول اعراض او علايم د هايپوناتريميا اړوند لري؟ په لومړي مرحله کې به د ماغي حجروي اذيمايي شي او هايپو اوزموتيک حالت به غواړه کړي په دې حالت کې به ستړيا (Lethargy, Agitation او Disorientation) او نه پېژندنې حالت ورته پيدا شي.

B. آيا لادمخه يې هم د لابراتواري کتنو په لړ کې د هايپوناتريميا په مزمنه بڼه درلوده او که ځکه چې د سوډيم سوپه په چټکه توگه لږوالی ومومي اعراض او علايم به هم سمدلاسه په شديد توگه نېغ په نېغه زياتوالی ومومي چې په حاد بڼه کې دا بايد ډېر په پام کې وي او د سوډيم ټاکنه او درملنه اړينه ده.

C. آيا ناروغ د مدرر (Diuretics) اخلي او که؟ په مزمنه توگه د ډيورتيکونو استعمال به سوډيم د ضايع کېدنې لامل وگرځي ځکه چې هر ماليکول سوډيم به 20 ماليکوله اوبه د ځانه سره بهر ته اطرح کړي.

D. آيا هايپوناتريميا صحيح ده او که د لابراتوار له خوا غلطه راپور شوېده؟ اوزموتيک اجنونه او (Space – Occupying) مرکبات (Compound) لکه (گلکوز، ټرايگلايسريډونه) چې په لوړه پيمانه کله چې تراکم ومومي نو د لابراتوار په راپور کې به بدلون او د سوډيم سوپه به بدلون او تغير څرگنده کړي به تکراري بڼه دی کتنه وشي او گلکوز او ټرايگلايسريډونه دې هم وټاکل شي او دقت دې وشي.

E. آيا ناروغ د وريد له لارې مايعات اخلي او که؟ د ډېرو مايعاتو تطبيق همدارنگه د رقيق Dilutional هايپوناتريميا لامل گرځي چې په ډېرې جراحي ناروغانو کې د اهميت وړ خبره ده همدارنگه ناد ډېر زيات مقدار (5% Glucose) مايعاتو تطبيق له کبله منځ ته راتلاي شي.

F. آيا ناروغ ته نږدې مهال جراحي عمليات ترسره شوېده او که؟ جراحي او انستيزيا معمولاً دلته مهالي نامناسب ADH افزاز منځ ته راوړي او دا هم يو تېرېدونکې مرحله بلل کېږي چې د هايپوناتريميا حالت منځ ته راوړي.

توپيري پېژندنه:

A. لابراتواري غلطې گانې: يا کاذب ډول هايپوناتريميا په لاندې حالاتو کې منځ ته راځي.

1. Osmotic agent: د سوډیم اندازه دې د 1.6 mmol/lit د هر 100 mg/dL دکلوکز په وړاندې عیار کړل شي ترڅو چې نورمال حالت 100mg/dL ته ورسېږي.
2. Space Occupying Compounds: په دې لړ کې شحم او یا غوړین (Lipid) توکې معمول دی لابراتوار کولای شي چې Ultracentrifuge د نمونې ترسره کړي ترڅو دسیروم او یا پلازما صحیح سویه وپېژندل شي.
- B. هایپو والیمیک هایپوناتریمیا:
  1. Spot Urinary Na<10 mEq/lit
    - a. د هضمي جهاز له لارې د مایع ضایعات: د دې لپاره انفي معدوي ټیوب کانکې، نس ناستی حالتونه غوره لاملونه دي په شدیدې بڼه کانکې کول او یا هم د Urine د بولي کلوراید اندازه معمولاً urinary Na<10 mEq/Lit څخه زیاته وي.
    - b. Third Space Fluid loss: دا به په پانکریاتیت او پریټونیت کې منځ ته راشي.
    - c. سوځېدنه Burns: دا به په ډېره زیاته پیمانې او په سوډیم ضایع کړي.
      2. Spot Urinary Na> 10 mEq/Lit
- a. د ډیوریتیکونو ډېر استعمال: دا د Thiazid کورنۍ درملو لکه هایډروکلوریتایزید اوي اد Loop Diuretics لکه فروساماید له کبله منځ ته راځي. همدارنگه که په لوړه پیمانې ډیوریتیکونه وکارول شي د کلوراید سویه به په مټيازوکې Urinary Cl>20 mEq/Lit ثبیت کړل شي.
  - b. د پښتورگو تشوشات: په لاندې حالاتو کې هایپوناتریمیا منځ ته راځي.
    - Medullary Cystic Diseases
    - Polycystic Disease
    - Chronic Interstitial Nephritis
  - c. داوسین ناروغی: د دې ناروغۍ په لړ کې هایپرکالیمیا او په مټيازو کې د پوتاسیوم ټیټه سویه ثبیت کېدلای شي.
  - d. اوزموتیک ډیوریزس: دا معمولاً په لاندې موادو تطبیق کې منځ ته راځي.
    - گلوکوز Glucose
    - ماینټول Maintol
    - کیتونونه Ketones
  - e. Euvolumic Hyponatrimia د نارمل حجم هایپوناتریمیا:
    1. Syndrome Inappropriate Antidiuretic Hormone, SIADH:
      - a. د دې پېژندنه چې د (SIADH) پنوم یادېږي د سیروم د اوزمولالیتی ټیټوالی، د مټيازو د سوډیم سوي لوړوالی (>20 mmol/Lit) او لوږده اندازه د مټيازو غلظت لوړوالی (اوزمولالیتی سیروم ته نږدې ثبیت کېدلای شي) د پېژندنې وړ وگرځي.
      - a. عملیات او انسټیزي به د ADH هورمون د زیاتوالی لامل وگرځي.
      - b. ټومورونه: پدې لړ کې { Small Lung Cell Carcinoma(SLCC) معمول لامل بلل کېږي.

- c. د سپرو اتاني او مکروبي ناروغی: لکه د نری رنخ (TB) او باکټریا نوری ناروغی.
- d. د مرکزي اعصابو ناروغی: ترضیضات، ټومورونه او اتاني ناروغی.
- e. فشار یا Stress: د عملیات څخه دمخه او وروسته فشار په شمول.
- f. درمل Drugs: د خولې له لارې هایپوگلاسیسیمیک او کیموتراپیوتیک درمل لکه ( Cytoxan، Vincristine ) همدارنگه روانی درمل (Haloperidol او Tricydic) او همدارنگه د غوړو ضد (Clofibrat) درملو خوراک کېدای دا حالت منځ ته راوړي.

2. هایپوتایرایډیزم.

3. هایپوټویریزم.

D Dilutional Hyponatremia او Hypervolemic Hyponatremia:

1. د زړه عدم کهایه یا (CHF)

2. کبډی سیروز (Cirrhosis)

3. د پښورگو ناروغی لکه.

i. مزمن عدم کهایه.

ii. نفروټیک سندروم.

4. TURP Syndrome: دا حالت د احلیل له لارې د جراحی سرته رسولو پرمهال د ډیر زیاتي

مایع د جذب له کبله منځ ته راځي.

### کلینیکي کتنې:

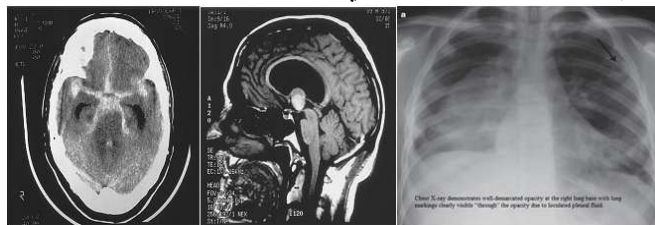
A: فزیکي کتنې: د توپیری پیژندنې لپاره همدارنگه چې د لاملونو پیژندنه اړینه ده نو همدغه راز د کلینیکي اعراضو او علایمو پیژندنه هم ډیره ضروري ده چې باید وشي.

1. حیاتي علایم: په دې لړ کې دې اورتوسټاتیک دوینې فشار وکل شي او توپیر دې د supine او ولاړې په حالت کې تثبیت شي. که چېرې فشار د 10 mmHg په اندازه ټیټ شي او نبضان د 10 لس څخه پورته وي نو د وینې فشار دې په کراتو سره کټرول کړل شي چې دا به د حجم د لږوالي څرگندوی وي ټاکی پنا بنائنی د حجم زیاتوالی څرگند کړي چې د سپرو د اذیما شته والی به راڅرگند کړي.

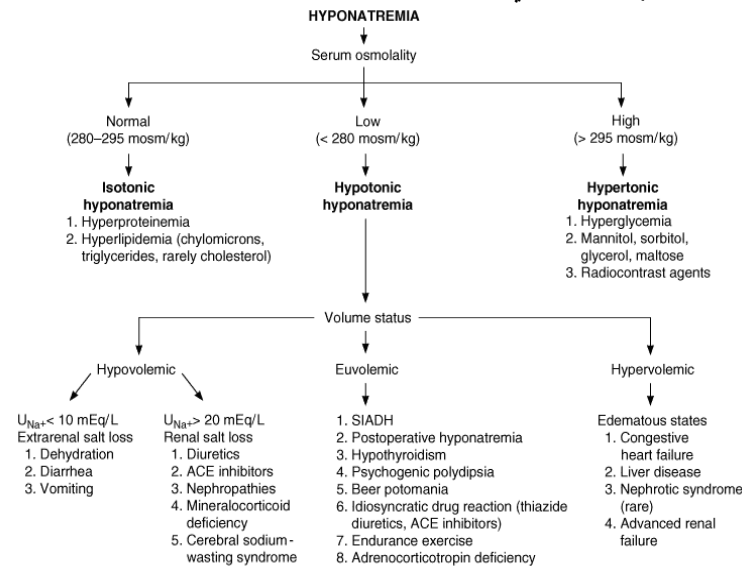
2. پوستکی: د پوستکي شادایت (Turgor) بنائنی کمښت ومومي مخاطي غشا او ژپه به وچه او ډیهاډریت وي د اذیما شته والی به (Overload) څرگندوی وي د کېډې پرسوب او بطنی وریډی رگونو پرسوب Cuput medusa حالتونو شته والی به د کېډ د سیروز (Cirrhosis) څرگندوی وي.

3. کوپړی، سترګې، غوړ پوزه او ستونی (HEENT): همدارنگه دناروغ وضعیت او حالت دې په بستر کې 45° Degree ورکړل شي او د عنق (Internal Jugular) وریډ نبضان دې جس

- شي او همدارنگه که چېرې ډېر برجسته وي او چېنگ اوډک وي نور (Overload) لوري ته به فکر وشي.
4. سږې: که چېرې د سږو اذیما منځ ته راغلی وي نو د سږو په اصغاکې به د سږو رالونه (Ralls) واورېدل شي.
5. زړه: د زړه (S3 Gallop) سوفل که چېرې د زړه په اصغاء کې شته والی ولري دابه د (Overload) لوري ته فکر واريو.
6. گډه: حین، هیپاتوميگالي د سیروزس څرگندویه وي او هیپاتوجگولار رفلوکس بنائې په CHF کې شته والی ولري.
7. عصبي: د ژورو ټینډونونو د عکساتو ډېر غبرگون شونډه د شعور تغیرات، کانفیوژن، کوما او یا د اختلاج شته والی به معمولاً د سوډیم سویه به ټیټه د ( $Na^+ < 125 \text{ mmol/Lit}$ ) څرگنده کړي چې خاصه پاملرنه غواړي.
- B: لابراتواري کتنې:
1. الکترولایټونه: که چېرې دوینې سیروم گڼه وشي د هایپوناتریما سره سم بنائې د نورو عناصرو ټیټه سویه او بدلونونه نشیت کړل شي.
2. Spot Urine Electrolyte Creatinine: دا گڼه باید د یورتیک درملو درملنې په لړ کې وکړل شي او ټاکنه یې یو شرط دی.
3. د متیازو او سیروم د وزمولایټي ټاکنه: د سیروم او زمولایټي بنائې نارمل وي دابه د لابراتوار غلطی وي خو په متیازو او سیروم کې که چېرې ټیټه سویه اوزمولایټي ثابت شي دهایپوناتریما حالت څرگندوي به وي.
4. د ځیکر وظیفوي آزماښتونه (LFT): د کبد د ناروغیو لپاره (LFT) ترسره کېږي.
5. د شریاني وینې دکازاتو ټاکنه: بنائې اسیدوزس او الکلووزس شته والې کې به گازات ټیټه سویه ولری.
6. ACTH Stimulation test د Cortisole level آزماښتونه به گڼه وړ وي.
7. کلچر (کبت): د (دوبنې، بلغم یا خراشکي، متیازو) کلچر ترسره او نتایج یې لیدل شی.
- C: رادیولوژیک او نورې کتنې:
1. صدري رادیوگرافي (Chest X-ray) به سږو اذیما، د زړه د عدم کھايي، TB، پڼومونیا او یو لړ نور ناروغیو ثبت لپاره ترسره شي.



2. د CT Scan Head: که چېرې اړتیا وي د کوپړۍ د ماغزو ناروغیو د لټون په موخه تر سره کېږي.
3. د زړه گراف (ECG) د زړه د عدم کفایي د هاپیوناتریما لپاره تر سره کېږي.
4. التراساوند: د کډې التراساوند د کډې او پښتورگو د تغیراتو او ناروغیو د لټون په موخه تر سره کېږي.
5. Water load test: د دې لپاره چې د سیروم د سوېې اندازه نورمال حالت ته راوړل شي د مایعاتو اندازه لږ کول کېږي او ودرول کېږي او بیا د چلنج (ننګونې) په توګه دخولې له لارې 20ml/kg اوبه ورکول کېږي بیا د متیازو اطراح د پنځه ساعتو لپاره هر ساعت یا کپي کې راتولېږي که د مایعاتو یا اوبو خوړل شوی اندازې  $<75\%$  اطراح شوې وي او یا هم د متیازو د اوزمولیټي سوېه را ټیټه شوی او د اوزمولیټي د 200 څخه لږه وي بیا به وویلی شو چې SIADH به شته والی ولري.



### د درملنې پلان:

- A بېړنی درملنه: که چېرې د عصبي سیستم نښې (اعراض) شته والی ولری لکه د اختلاج، کوما).
1. سیروم فزیولوژیک (NS) او فیروسامايد 1mg/kg د ورید له لارې ورکول کېږي د فزیولوژیک او دیورتیکو نوکې استعمال د منفي حجم بیلانس خالصه بڼه لاس ته راوړي باید د مایعات د حجم ورکولو او اطراح اندازه کې ډېر احتیاط او پاملرنه وشي که چېرې پوتاسیم او نور عناصر ضرورت وي ورکول کېږي.
  2. هاپیټونیک سالین 3%: د انادراً ورکول کېږي خو که چېرې ضرورت وي د روغتون د ننه ورکول کېږي بښائی چې بعضې عالمان یې پلویان وي خو دا چې ډېر اختلاط ورکوي لږ کارول کېږي.



B: هایپوالمیک هایپوناتریما:

1. د سوډیم د اعدادې لپاره معمولاً درملنه د نورمال سالین ورکوي پواسطه تر سره کېږي چې د ورید له لارې ناروغ ته ورکول کېږي.
2. د دې لپاره چې د یورتيکونه ډېر کارول شوي وي نو د پوتاسیوم عنصر هم ور په کې کېږي ترڅو هغه هم اعاده شي.
3. یا نورمال حجم (Euvolumic) هایپوناتریما.

که چېرې ناروغ اذیما نه لري په دې صورت کې لاندې درملنه کېږي:

1. SIADH: د اوبو مقدار و درېږي او لږول کېږي تر 800-1000 اندازې ناروغ ته مایعات ورکول کېږي. او ورسره دخولې له لارې [ Demeclocycline, د (300-600mg/bid) ] په اندازه د ورځې دوه ځله ورکول کېږي که چېرې مزمن SIADH ولري دا درملنه تر سره کېږي.
2. هایپوتایرایډیزم: دې حالت د شته په صورت کې د تایرایډ هورمون ورکول کېږي اړین دی.
3. هایپوټوریزم: دا حالت هم د اړین هورمون په ورکړه درملنه کې کېږي.

C: هایپوالمیک هایپوناتریما:

ناروغ به اذیمایي حالت ولري چې په دې صورت کې لاندې درملنه کېږي.

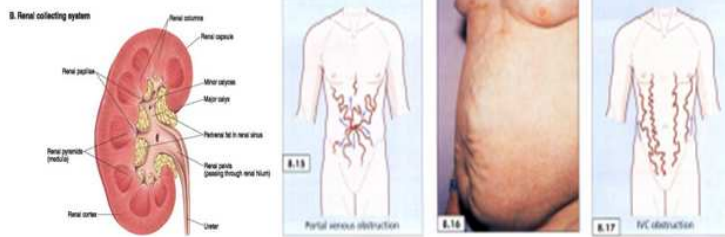
1. دخولې او وریدي مایعاتو تطبیق لږ کول کېږي.
  - a. د زړه احتقانی عدم کفایه (CHF): درملنه د [ Digoxin, ډیوریتیک (فروساماید) د اوبو لږول، د کپتوپریل Captopril، اینالاپریل Enalapril او نور] درمل به ګډور وي.
  - b. نفروټیک سندوم: ستروئیدونه، د اوبو لږول، د پروټینونو خوراک زیاتوالی او د فروساماید درمل ورکول کېږي.

c. سیروزس Cirrhosis: د اوبو لږول ډیوریتیک ورکول او همدارنګه Portosystemic

Shunt استطب لري د متيازو سوډیم اندازه به  $Na^+ > 20 \text{ mEq/lit}$  څه لږ ټیټ شي.

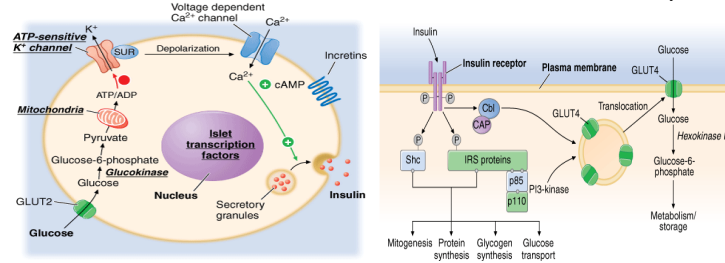
2. د پنسورګو عدم کفایه: د مایعاتو لږول، د Loop Diuretic لکه فیروساماید تطبیق کېږي او

همدارنګه د وینې Dialysis هم تر سره کېږي.



هایپرگلیسیمیا (Hyperglycemia):

یوه زړه بنځه کې چې ورته هیمی کولکټومی ترسره شوېده په خپل میټازو کېنې گلوکوز تېروی یا اطراح کوی اودلابراتوار په آزموینه کېنې دوینې د گلوکوز سویه 185 mg/dl راپور ورکړل شویدی حال داچې نورماله اندازه به 70-150 mg/dl وي.



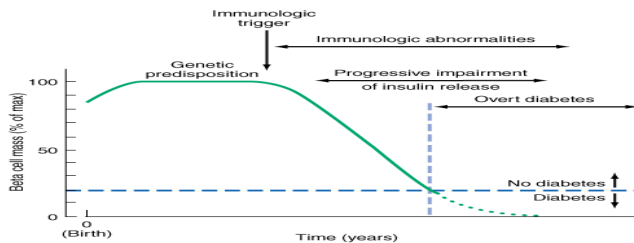
پدې حالت کېنې به لاندې پوښتنی مطرح شی:

- 1- آیا ناروغ د شکرې (دیابت) ناروغی لری؟ په تاریخچه کېنې هغه په دیابت اخته ناروغان چې معمولاً دانسولین درملو ته اړتیا لری معمولاً د درملو ډوز به دسهار له خوا 50% وي خود جراحی سرته رسولو څخه دمخه په انسولین Non- Dpendent ناروغانو کېنې دانسولین ورکړی ته اړتیا لری اوهمدارنگه هغه ناروغان چې د سپسیس او نورې ستونزی ورسره د مله په توگه ولری د گلوکوکورټیکوئید درملو ورکړی ته اړتیا لری.
- 2- حیاتي علامې څرنگه دی؟ دتې شته والې به د سپسیس څرگندونی وکړی چې بنائنی د گلوکوز عدم تحمل منځ ته راوړی یوه نوی جمله به د هایپرگلیسیمیا په واسطه په دیابت ناروغی دلالت وکړی.

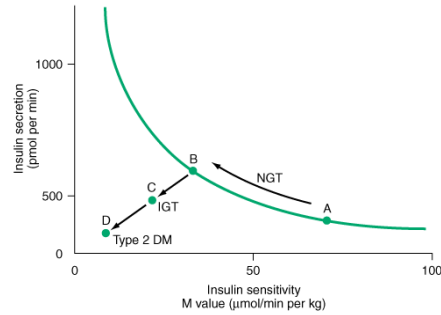
توییری پېژندنه:

- دیابت یا دشکرې ناروغی:

- دانسولین پوری تړلی دشکر ناروغی (Type-I): په معمول توگه ورته د Juvenile Diabetes نوم ورکړل شویدی دا هغه ډول ناروغی ده چې د خولې له لارې هیڅ راز درمل اغېزه نلری.



- دانسولین پوری تړلی دشکر ناروغی (Type-II): دی ناروغی ته د Adult onset Diabetes اويا AODM نوم هم ورکړل شویدی.



دجراحی عملیات ترسره کول به دډیابت ناروغی نابیره راخرگنده کړی ناروغ دغذا پواسطه ترکنترول لاندې راخی چې دجراحی پواسطه به خرابوالې ومومی.

- سپیسس (Sepsis): دگلوکوزنه تحمل به ترټولو لومړنی نښه دډیابت لپاره وگڼل شی.
- هایپرالمینشن (Hyperalimentionation): په وصفی توگه دورید له لارې دتغذی محلولونه تر 35% پوری دگلوکوز درلودونکی وی که چېرې دا پرمخ تللی وی په چټکی سره به د یوه اندازه مایعاتو تطبیق وروسه د ډیابت ناروغی وده وکړی اوخرگنده به شی.
- دحاملگی یا بلاربنست دوری ډیابت: یولرښخی دبلاربنست په مرحله کښې هایپرگلیسیمیا ته وده ورکوی.

- ددرملوبواسطه: سټروئیدونه کولای شی دانسولین په وړاندی مقدم حالت منځ ته راوړی نوردرمل دخولې له لارې کانتراسټیف درمل دی.
- دکوشننگ سندروم (Cushing's Syndrome): دپانکراس ناروغی او یا دپانکراس قطع کول :-

کلبنیکی کڼې :-

- فزیکي کڼې:
- حیاتي علامې :-
- تبه ، ټاکی کارو یا یا داتان ښودونکی وی هایپوټنشن د(Sepsis) ښودونکی دی (Kussmal respiration) چې چټک ژورتنفس ښائی په شدید کټواسیدوزس کښې شته والې ولری.



که چېرې په تنفس کښې دمیوې بوی شته والې ولری دابه په کټواسیدوزس دلالت وکړی اودډیابتیک کوما لپاره ځانگړی دی.

- سږی :- د پنومونیا شته والې لپاره دې لټون وشی.

- کېږه :- د سیسپیس لپاره دې دگېډې دننه علتونه ولټول شی.
- عصبي :- په دیاپیتیک ناروغانو کې به عصبي خرابی زیاتوالې ومومی اوشائی دابه د Ketoacidosis حالت ته وده ورکړی.

لابراتواری کښې :-

- د Finger Stick پواسطه دی دگلوکوز سویه وټاکل شی.
- هېموگرام :- اتانات د لوکوسایټوزس پواسطه پېژندل شی اوهمدارنگه بشائی هایپرټنشن به هم شته والې ولری.
- دسپروم الکترولایت :- پوتاسیوم اوفاسفورس سویه دې وټاکل شی اوددیاپیتیک کېټو اسیدوزس په لړ کېډې دې په جدی توگه تعقیب شی.
- دشریانی وینې گازونه :- هرراز د سیسپیس ، دیاپیتیک کېټو اسیدوزس شواهد که چپری شته والې ولری دسپروم د pH او pO<sub>2</sub> بشودونی له مخې دې تعقیب کړل شی اودرملنه دې وشی.
- دلکټیک اسید ټاکنه :- دلکټیک اسید دسویې ټاکنه به ددیاپیتیک کېټو اسیدوزس په پېښوکښې کچه وروی.
- د میازو او وینې کلچر :- که چپری دانانائوشته والې ترشک لاندې وی نوکلچر دې ترسره شی.
- دمیتازو گلوکوز :- که چپری په میازو کېډې گلوکوز اطرح شی نوپدې هکله دې د وینې د مقدار سره پرتله کړل شی.

رادایولوژیک او نورې کښې :-

که چپری دلکټیک له مخې دی ته اړتیا وی چې رادایوگرافي دی ترسره شی نودغه کڼه هم اړینه کېږی لکه :



بلل

Charcot neuroarthropathy: lateral X-ray showing destruction of tarsal and metatarsal

- دهایپرگلیسمیمیک په ناروغانو کېډې دانانائو شته والې د عملیات ترسره کولو وروسته اود صدر په رادایوگرافي کېډې دی د پڼومونیا شته والې ولټول شی.
- دگېډې CT-Scan دی دگېډې د دانې (اسی) شته والی لپاره ترسره شی.
- دگېډې التراساوندی کڼه به د دانې (اسی) اوکلاتولټون په موخه ترسره شی.

ددرملنی پلان

-A -Sliding Scale Insulin-

- ۱- کوچنی ڊوز د انسولین به تر پوستکی لاندې دریگولار انسولین څخه هر شپږ ساعته وروسته دچیک گلاسیمیا لوړوالې په حالاتو کېه وړی.
- ۲- که چېرې په حاده بڼه دگلوکوز سویه په وینه کېښې د 200 mg/dl څخه ښکته وټاکل شی نو مناسبې پاملرنې ته اړتیا لری.
- ۳- په وصفی توک Sliding Scale له مخې به دانسولین ورکړه په هغه حالاتو کېښې چې اندازه یې د 180 mg/dl څخه لږوی نه ورکول کېږی. او 3-5 Unit به 240-180 mg/dl او همدارنگه 6-10 U په هغه ناروغانو کېښې چې د 400-240 mg/dl وي او 9-15 Unit به هغه ناروغانو کېښې چې دویښې د سپروم دگلوکوز سویه یې د 400mg/dl څخه پورته وی ورکول کېږی همدارنگه هغه ناروغان چې پخوانی انسولین اخیستی وی لږه اندازه اوډوز دانسولین تطبیق ته اړتیا لری.
- یا دغذا یا خوراک (Diet) کنټرول له مخې :-
- دکالوری لږوالې پواسطه په هغه ناروغانو کېښې چې ډیابېټ لری همدارنگه په چاغو ناروغانو کېښې دکالوری درلودونکو خوراکی توکو محدودیت او پرهېز لگول کېږی.
- دخولې له لارې دهایپوگلاسیمیک درملو ډولونه : ډېر هغه ناروغان چې د Type-II ډول ډیابېټ یا شکرې ناروغی لری دغه راز درمل دخولې له لارې ورکول کېږی دا درمل لکه : (Glucophage ، Glinamide اونور) .
  - انسولین هغه مهال پدې ناروغانو کېښې پکار وړل کېږی چې د جراحی عملیات ورته ترسره کېږی. اومعمولاً د همدغه درملو ورکولو سره له روغتون څخه ډیسچارج کېږی.
  - شدید ډول دگلوکوز عدم تحمل د ډیابېټیک کیتواسیدوزس له کبله :- دغه راز ناروغان شدید ډول درملنی ته اړتیا لری چې معمولاً په ICU کېښې د بستر پر مهال ترسره کېږی ډیابېټیک کیتو اسیدوزس دټاکی پنا ، ډیهایډریشن ، کیتونونه دتنفس پر مهال ، دگېټې دردونه د هایپرگلاسیمیا سره ، هایپرکیتونیمیا اومیټابولیک اسیدوزس په څېر نښې نښانې منځ ته راوړی.
  - Precipitating Factors : په دغه راز جراحی ناروغانو کېښې اتانات به دگلوکوز په وړاندې شدید عدم تحمل منځ ته راوړی لدې کبله دې د اتاناتو درملنه وشی.
  - د ډیهایډریشن درملنه : پدې لږکښې ناروغان شدیداً د مایعاتو په نیمگړتیا اخته وی چې داد گلوکوز یوریا له کبله منځ ته راځی په لومړی سرکښې دې دپرتله له گلوکوز څخه نورمال سالیڼ پواسطه ریهایدریشن یاد مایعاتو اعاده کول ترسره شی دمتيازو Out Put پدغه ناروغانو داوزموتیک ډیوریزس له کبله زیاتوالې ومومی اودابه ښائی د ډیهایډریشن غبرگون په وړاندې نه وی د والیوم اوحجم اندازه دې د مرکزی ورید فشار ټاکی له مخې وشی.

- پوټاسيوم :- کله چې د ډيټايټيک کېټو نيوريا حالت سمون ومومي د پوټاسيوم سويه به هم ښکته شي د پوټاسيوم ايون به داخل الحجروي برخي ته ننوزي او په سپروم کېنې به يې سويه راټيټه شي او ناروغ به په حاده بڼه د پوټاسيوم سويه په بدن کېنې د نيمګوټيا سره مخامخ شي.
- بای کاربونيټ :- د شديد ډول اسيدوزس شته والې به د بای کاربونيټ ورکړې پواسطه سمون ومومي او د انسولين ورکړه ترهغه مهاله دوام ومومي ترڅو د بای کاربونيټ سويه نورمال شي دا پدې معنی دی چې انسولين او ګلوکوز دواړه د وريدې له لارې ورکول کېږي.
- انسولين :- د انسولين ورکړه د (10-20 Unit) د وريدې له لارې نېغ په نېغه ورکړل شي او د مداوم څاڅکو پواسطه دې دوام ورکړل شي د انشيورن اندازې سرعت به توپير ولري خو بايد په حدود د (2-5 Unit/Hour) عيار کړل شي.
- ډکستروز :- د وريدې له لارې مايعات دې بدل کړل شي او 5% Dextrose دې ترهغه مهاله وکارول شي ترڅو د ګلوکوز سويه (300 mg/dl) شي.
- دانسولين مينټانانس :- کله چې هاپرګلايسيميا ترکنټرول لاندې راشي دانسولين مينټانانس اندازې ته اړتيا ده د تحت الجلدي انسولين ورکړه به دوړځې دوه ځله ترسره شي ددی لپاره چې ښه نتيجه لاس ته راشي نولازمه ده دکمابن په توګه نورډولونه لکه؛ NPH او Regular انسولين هم ورکول کېږي ناروغان چې تر هاپرالمينټيشن لاندې وي کولای شي چې انسولين مستقيماً په محلول کېنې علاوه کړل شي.

## هاپيرکاليميا

### Hyperkalemia

- که چېرې دوينې د سپروم د پوټاسيوم سويه له نورمال (5.1 - 3.5 mmol/L) څخه دلابراتوار په کتنه کېنې لوړه وموندل شي ورته د هاپيرکاليميا نوم ورکول کېږي. همدارنگه که چېرې يو ناروغ چې د (Crush injuries) له کبله په ترضيضاټو سرويس کېنې بستروى اود پوټاسيوم سويه په وينه کېنې (7.1 mmol/L) تثيت کړل شي نولاندې پوښتې به سمدلاسه مطرح شي.
- دحياتي علامې به څرنگه وي؟ د پوټاسيوم په لوړوالي کېنې به په زړه باندې دژوند تهديد کوونکې د اريټميا حملې منځ ته راشي.
- دناروغ دميټازو اطراح Out Put څرنگه دی؟ دپښورګو عدم کفایه اود پوټاسيوم نه اطراح اویا هم له بهره اویا دننه په بدن کېنې د پوټاسيوم لوړ اواندازې زیاتوالي د هاپيرکاليميا لپاره غوره لاملونه بلل کېږي ددی لپاره دپښورګو ددندې آزمويڼې اوميټازو اطراح پرلپسې وکل شي.
- آیا ناروغ د وريدې له لارې د پوټاسيوم عنصر په زرقی مايعاتو کېنې اخلی اوکته؟ معمولاً د وريدې له لارې سټنرد محلولونه چې 20-40 mEq/l د پوټاسيوم اویا د هاپيرالمينټيشن محلولونه چې ښائی

- ډیره پیمانه پوټاسیوم ولری ناروغ ته تطبیق کېږی نود پوټاسیوم دلوری سویې په صورت کېنې دې دغه له بهره د پوټاسیوم ورکړه ودرول شی.
- آیا دلابراتوار د آزماښت کره اوصحیح دی اوکه :ددی لپاره چې پدې مطمئن شوی باید کتنه تکرارا ترسره شی اوهمدارنگه د نمونی په اخیستنه اومیتود کېنې دی ډیره پاملرنه وشی ترڅو آزماښت دتوقع له مخې ترسره شی اودرملنه په ښه توگه وشی.
  - آیا ناروغ داسی درمل اخلی چې دوینې دسویې دپوټاسیوم لوړوالې منځ ته راوړی. دادرمل لکه Triamtren, Spironolacton اواندومیتاسین دی چې دپوټاسیوم دسویې دلوروالی لامل گرځی.
- تویږی پېژندنه :-
- a: Redistribution حالت په لاندې ناروغیو کېنې لیدل کېږی :-
- Acidosis
  - Insulin deficiency
  - Digoxin over dosage
  - Succinylcholin
  - Cellular breakdown
- a Crush جروحانو (Rhabdomyolysis) اود Reperfusion Syndrome
- b هیمولایزس یا دوینې دحجراتو ویجاړتیا
1. دپښورگو علتونه .
  - I - په حاده توگه دپښورگو نه بریالیوب .
  - II - په مزمنه توگه دپښورگو نه بریالیوب: پدې حالت تل مدام دپوټاسیوم سویه نه لوړیږی خواهه به منځ ته راشی چې وروستی مرحله وی.
  - III - Renal tubular dysfunction :- داد پښورگو دترانسپلانتیشن ،لوپوس ایرتیمیاتوزس ، Sickle cell disease اومیالوما په ناروغیو کې منځ ته راځی.
2. دمنرالو کوریکوېی دونو په عدم کها په کېنې اوفقدان کېنې :-
    - Adison disease .
    - هایپوالدسترونیزم یا (Hyporeninemia).
    - 3. ددرملو له کبله :
      - Spironolacton
      - Triametren
      - Indomethacine
- C- کاذب ډول هایپرکالمیا
- د اخیستل شوې نمونې په هیمولایزس کېنې.
  - داوږدې مودې لپاره دتورنیکت پریښودنی حالاتو کېنې.
  - ترومبوسایتوزس ، لوکوسایتوزس ، دوینې دسپینو کرویاتو اوبلاتیلیت ازادونکی پوټاسیوم لکه دعلقاتو (Clot) په جوړیدو کېنې.

کلبنيکي کښې:

## ▶ فزيکي کښې:

- زړه: برادې کار ديا ، بطني فيبريليشن په حالاتو کې چې په وصفي توګه د پوټاسيوم د لوړوالي لامل ګرځي.
- عضلي عصبې: پدې کې به Ting Ling ، ضعيفي ، نرم يا پوست فلج ، د ډير غبرګون ښودونکي ژور تيندون رفلکسونه ، د زړه ودرېدنه د دغه راز علامې به وروسته تر ټولو منځ ته راشي.

## ▶ لابراتواري کښې:

- الکترولايټونه ، BUN ، کرياتينين: که دڅېړنو په لړ کې هاپيرکاليميا وپېژندل شي او د پښتورګو عدم کفايه به څرګند شي.
- د شرياني وينې دکازاتو ټاګه: Non- anion-gap اسيدوزس به د هاپيرکاليميا سره مل وي.
- د پلاټېټونو اولوکوسايټونو ګڼه: ښائي د هاپيرکاليميا سره په ګډه توګه د دوی لوړه سويه شته والې ولري.
- دکورټيزول سويې اود ACTH د پارېدنې آزمايښت .
- د Digoxine سويې (Level) که چېرې استطباب ولري.
- د مایوګلوبين سويې ټاګه په ميازو اوسپروم دوينې کې چې په CrsuH جروحاتو کې ګڼه وروې.

## ▶ راديو لوزيک اونورې کښې:

- راديوګرافي ښائي دومره ګټه ورنه وي خو کېدای شي صدری راديوګرافي د زړه دغټوالي او په سپرو کې د پڼومونيا پېژندنې په موخه ترسره شي.
- همدارنګه که د هاپيرکاليميا سره په ګډه توګه دنورو اعضاو ټومورونه شته والې ولري نو د CT Scan راديوګرافي هم ښائي ګټه وړه وي .
- د ECG د زړه ګراف سرته رسولوله مخې به د پوټاسيوم دلوری سويې اغېزې په زړه باندې څرګندی شي چې دابه د T-wave لوړوالي اوهمواره د P-wave ، اود PR-interval اوږدې دنه اوهمدارنګه د QRS-Complex پراخېدنه به د زړه په Arrest لوری ته هم پام واپرول شي.

ددرملنې پلان :-

دهاپيرکاليميا د شدت قضاوت به د وينې د سپروم د سويې او ECG ترسره کولو له مخې وشي اوهمدارنګه د هاپيرکاليميا درملنه هغه محال د پام وړ خبره ده چې په وينه کې سويه د Serum K<sup>+</sup> > 7 mmol/lit څخه پورته وي او يا هم چې ورسره د ECG نښې نښانې هم شته والې ولري چې بايد ژر تر ژره دې تصميم ونيول شي او دلاندې ميکانيزمونو په پام کې نيولو سره



چې پکې (دها پیرکالیمیا اغېزه پرغشاء ، دپوټاسیوم اطراح له بدن څخه اودپوټاسیوم ننوتل حجراتو ته ) شاملېږي درملنه ترسره شی.

A- دها پیرکالیمیا دپرمخک مخنیوی :-

پدې هکله دی هغه پوټاسیوم چې دویني په سپروم کښې دې راتیت او اطراح کول شی.

B- کلسیم :- دغشا داغېږي له کبله چې پوټاسیوم لوړوالې مخ ته راځي باید اصلاح شی اوددی لپاره دی دکلسیم %10 فیصده مایع د 10-20ml د ورید له لارې هر 3-5/دقیقې وروسته ناروغ ته تطبیق کول شی ددی درملنی په لږ کښې دزړه مونیتورنگ (څارنه) وشي چې حتمی ده.

C- دپوټاسیوم K<sup>+</sup> Shift کښې ددی موخې لپاره دی دویني دسپروم دپوټاسیوم عناصر د Intracellular برخي ته بې ځایه اويا ورننویستل شی اوددی موخې لپاره لاندې کړنی ترسره کېږي.

۱- سوډیم بای کاربونیټ : یو امپول چې(44mEq) دی د ورید له لارې تطبیق شی بنسټی چې په تکراری ډول یو یا دوه ځله هر (20-30minute) دقیقې وروسته ناروغ ته ورکول شی دابه په اسیدوټیک ناروغ کښې ښه اغېزه وکړي خو په نارمل PH درلودونکي ناروغانو کښې هم اغېزه لري.

۲- انسولین /گلکوکوز: یو امپول D50W او 10 Unit د Regular Insulin د ورید له لارې ناروغ ته تطبیق کول شی.

۳- Combination treatment: پورته دواړه میتودونه چې %50 دکستروز محلول یو امپول او 10Unit انسولین دی د Mixed په توگه (D<sub>10</sub>W) ددری امپوله سوډیم بای کاربونیټ د ورید له لارې هر 2-4<sup>Hours</sup> ساعته د Regular انسولین سره مل ناروغ ته ورکول کېږي چې Regular انسولین SQ 10 Unit څخه به هر 4-6 ساعته وروسته ورکول شی.

D- دپوټاسیوم اطراح له بدن څخه :-

۱- Kayexalate یا (Exchange resin):

a- دخولې له لارې 40gram په 25-50ml د 70فیصده سوږیټول څخه هر 2-4 ساعته وروسته ورکول کېږي.

b- دمقعد له لارې: 50-100gram په 200ml سي سي اوبو کښې حل کېږي اودامالی له لارې د 30/minute په لږ کښې هر 2-4 ساعته وروسته ورکول کېږي.

۲- ډیالایزس :- پریټوانی اويا دویني ډیالایزس له لارې دپوټاسیوم اطراح ترسره کېږي.

۳- Furosemide:- دمتيازو اطراح دی وڅارل شی اوکله چې Furosemide ناروغ ته د ورید له لارې ورکول کېږي ډیره پاملرنه دی وشي دویني دحجم اندازی ته دی پاملرنه وشي.

## هایپرناتریمیا (Hypernatremia)

دا هغه حالت دی چې دویني دسپروم دسودیم اندازه د 145-136 mmol/L څخه لوړه نشیت شی همدارنگه ناسودیمه ناروغ پنځه اتیا کاله عمر لری چې په روغتون کښې بستر ده اولدبراتور له خوا یې دویني دسودیم سوپه 155mmol/L ټاکل شویده راغونښل کېږی سمدلاسه په لاندې پوښتنی مطرح شی.

- آیانااروغ وینس اوهوشیار دی او یا هم شعور نلری او اختلاج لری؟ دهایپرناتریمیا حالت ترهغه چې سوپه یې په وینه کښې د 160mmol/L څخه پورته نشی اعراض اوعلامې نه څرگندوی چې غوره اعراض به (تخریش، اټاکسی، بی اشتهایې اوکرمپونه) اوکه چېرې سوپه یې له 180mmol/L څخه واورې نویا به Stupor، Confusion، Seizure، اختلاج شته والې ولری اوکه چېرې په چټکیا سره هایپرناتریمیا لوړه شی نواعراض به هم چټک وده وکړی.
- کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول کېږی؟ دیوریتیکونه چې د بدن داوبو یا مایعاتو ضایع کېدنه منځ ته راوړی دهایپرناتریمیا سبب گرځی او یا هم هغه درمل چې دسودیم یا احتباس دپښتورگوله لاری گرځی.
- د Intake او Out Put اندازه دخوټېرو ورځو په لړ کښې څومره ده؟ دمایعاتو ضایع کېدنه او یا نامناسبه اندازه دمایعاتو اخیستل دواړه دهایپرناتریمیا سبب گرځی.
- آیا یولپناروغی نورې هم دهایپرناتریمیا سره مل دی اوکه؟ یولپناروغی لکه ددیابتوس انسینیټوس (بې مزې شکرې) ناروغی، شته والې دی ولټول شی.
- آیا دلبراتور آزماښت ټیک اوصحیح دی اوکه؟ کېدای شی دغه رقم دلبراتور له خوا غلط راپور ورکړ شوېدی دناروغ کلینیکې بنی سره دی پرتله کړل شی اودخیراودقت لپاره دی نمونه یا لبراتور ته واستول شی.
- هغه مایعات چې دورید له لاری ناروغ ته ورکول کېږی څه شی دی؟ دسودیم درلودونکی مایعات دی وڅپرل شی همدارنگه ناروغ مناسبه آزاده مایع اخلی (معمولا  $35\text{mlit/kg}/24^1$  دکاهل لپاره).

توپیری پېژندنه :

A- دمایعاتو نامناسبه اندازه اخیستنه: دمایعاتو لږه اندازه تطبیق ناروغ ته خصوصاً له عملیات څخه وروسته .

B- دمایعاتو زیاته پیماننه ضایع کېدنه: ډیپری مایعات Hypotonic دسودیم له پلوه وی نوله همدې کبله به ډېره زیاته پیماننه ضایع کېدنه Hyponatrimia منځ ته راوړی .

A- دهضمی جهاز له لاری ضایعات :- لکه د NG Tube له لاری، نس ناستی، اوفیسټول له لاری .

II- دسپوله لاري : نه احساس کېدونکې ضابعات په اتوبی شوی ناروغ کې چې دوی په مناسبه اندازه لوندوالي Humidification نه وی شوی.

III- دپوسټکی له لاري: داهم نه احساس کېدونکې وی چې دتې په حالاتو کې 500ml/24<sup>h</sup> دیوی درجی تې لوروالي په پرته له 38.3 °C څخه پورته درجه کېې ضابعات ټاکل شوی دی. دپنسورگوله لاري :

- دپورټیکونه
- هایپرکلسیمیک فروفې
- هایپوکلیمیک فروفې
- ډایټ انسپیتوس
- حاد تیوبولار نکروزس : معمولا پولي یوریک مرحله اوپراو کېې
- Post Obstructive diuresis دا حالت معمولا وروسته له اورېدې مودې څخه دپنسورگوله دواړه لورو ته دبنډنت له کبله منځ ته راځي .
- دډایټ ملیټوس (شکرې ناروغی) : چې داوموټیک ډیوریزس حالت دکلايکوزیوریا لامل ګرځي.

C- دهایپرتونیک سالیټ تطبیق سره : - په عادی ډول سره دجراحی په ناروغانو کې ددی محلول ورکړه نه ترسره کېږي.

D- دمنرال کورټیکوئید اوکلوکورټیکوئید دپورېډوالي:

- Primary aldosteronism
- Cushing Syndrome
- Ectopic ACTH Production

کلینیکي ګڼې :

► فزیکي ګڼې

- حیاتي علامې : پدې لړ کېې به دویې فشار اورټوسټایټیک بدلون ، ټاکی کارډیا ، دوزن لږوالي به دحجم په ضایع کېدنه دلالت وکړي.
- پوسټکی : دپوسټکی Turgor باید وکل شي. مخاطی غشاء بنائې وچه وی اودویې غلظت به زیاتوالي ولري .

▪ عصبي : دتخریشت ، ضعیفی ، زجرت اواختلاج علامې دی ولټول شي.

► لابراتواری ګڼې :

▪ دویې دسپروم الکترولایټونه : کېدای شي چې دهایپرناتریما سره یولې نورالکترولایټونو توپیر هم منځ ته راغلی وي.

▪ دویې دسپروم اوزمولالیټي: دابه دحجم دضابعاتو سره زیاتوالي ومومي.

- دمټيازو اوزمولاليتي : دهايپرتونیک ميتيازو اطراح به بهرنی مايع په ضمايع کېدنه دلالت وکړي حال داچې که چېرې Isotonic او يا Hypotonic ډول ميتيازې اطراح شي دابه دپنټورگو لامل وبلل شي.
- Spot Urine Sodium : که چېرې د Spot Urine Sodium د 20 mEq/Lit زياته وي دابه پرته له پنټورگو دمايعاتو ضمايعات لامل وبلل شي.
- ▶ راډيولوژيک اونورې کتنې :
- X-Ray : که چېرې يولر نورې ناروغی شته والې ولری لکه د پنومونيا او يا دزړه دعدم کهايې اوبطيناتولويوالي شته والې حالاتو کېنې بنائې دصدر راډيوگرافي ترسره کول گټه وړ وي.
- CT Scan : دا کتنه به دټومورونو شته والې راڅرگند کړي.
- Ultrasounography : دا کتنه کېدای شي په يولر ناروغيو کېنې ترسره شي.
- MRI :- ددې کتنې ترسره کول هم په يولر ناروغيو کېنې گټه وړ دي.

### درملنه :-

په ټولو حالاتو کېنې (Free salt) مايعات ناروغ ته ورکول کېږي ترڅو دوينې دسوديم غلظت راټيټ کاندی دوينې دلور فشار درملنه بايد وشي او همدارنگه ددماغي اذينا دمنځ ته راښخه دی مخنيوی وشي ځکه چې داخالجونو منځ ته راښک ددماغي اذينا له کبله وي.

-A Detormin Volum deficite :

دحجم دتقصي دښودونکي لپاره پرته له مالگي مايعات ورکول کېږي ترڅو دټول مجموعی بدن وزن اصلاح شي.

- Water Deficit =(0. 6X Weight in Kg )- TBW
- TBW=  $^{140}$ /Serum Na x (0. 6 X Weight in Kg)

-B دضمايع شوی مايعاتو اعاده :

په څلورويشتو ساعتونو کې دی 5% Dextrose مايع په اوبو کېنې ورکړل شي او په متناوب ډول دی (Dextrose in 0.45 Nacl) مايع ورکړل شي همدارنگه نوره اړتيا دی د Free Salt ورکړه شي همدارنگه که چېرې دډېرو مايعاتو ورکړې ته اړتيا وي د 5% Dextrose مايع دی په 0.2Nacl سره عوض کړل شي.

-C دلاندې لاملونو درملنه دی وشي :

- 1 هغه ضمايعات چې دپنټورگو ، دکولمو اوبانکراس دفيستولونو له کبله وي.
- 2- د ډيابېټ مليټوس ناروغی دی دانسولين په واسطه تداوی شي.
- 3- دډيابېټوس انسپيټوس درملنه دی دمايعاتو ورکولو پواسطه ترسره شي.

## څوارلسم څپرکې

### هايپوټنشن يا شاک

#### (Shock) Hypotension

ټيټ فشار هغه حالت دی که چېرې د وينې فشار د ټاکلي نورمال اندازې (120/80 mmHg) څخه راټيټ شي او دماغ او مهم حياتي غړو ته وينه لږه ورسېږي چې دا د وينې د بهير او د محيطي مقاومت عدم کفايي له کله منځ ته راځي په تېجه کې وينه او اوکسيجن اړينه کچه انساجو ته لږ رسول کېږي چې دغه حالت ته هايپوټنشن (Shock) ويل کېږي همدارنگه که چېرې تاسود يوه ناروغ لپاره چې 40 کاله عمر لري بنځينه ناروغه ده او د تيونو پلاستيک پارغونې پلاستيک جراحي ورته ترسره شوېده او د وينې فشار يې د (80/50 mmHg) ملي متر سيماب به ټاکل شوی وي راغوبنښل کېږي سمدلاسه به دکنې پرمهال لاندي پوښتنې مطرح کړل شي.

- نبض څرنگه دی ؟ د نبضان زياتوالی به په جراحي ناروغانو کې د هايپو واليميا له کبله منځ ته راشي چې دهايپوټنشن لپاره يوه علامه ويلل شي . که چېرې ډېر زيات دنبضان ضربي شته والی ولري دا نه د زړه او رگونو غبرگون دهايپوټنشن په وړاندې څرگند کړي. نورمال نبض (110/min) او ( په ماشومانو کې /min 80-120) کې که چېرې شته والی ولري نو دا به لږ دهايپوټنشن لپاره ښودونکی وي که چېرې شديدافشار راټيټ وي او دشاک حالت شته والی ولري نبض به چټک اوخيټي وي.

نورمال حدود د نبض لپاره په لاندي جدولونو کې ښوول شويدي ورته څير شئ:

Age	Lower Limits of Normal (beats/min)	Average (beats/min)	Upper Limits of Normal (beats/min)
Newborn	70	125	190
1-11 mo	80	120	160
2 yr	80	110	130
4 yr	80	100	120
6 yr	75	100	115
8 yr	70	90	110
10 yr	70	90	110

Age	Lower Limits of Normal (beats/min)		Average (beats/min)		Upper Limits of Normal (beats/min)	
	Girls	Boys	Girls	Boys	Girls	Boys
12 yr	70	65	90	85	110	105
14 yr	65	60	85	80	105	100
16 yr	60	55	80	75	100	95
18 yr	55	50	75	70	95	

- له عمليات څخه دمخه د فشار اندازه څومره وه؟ بايد ښه اوري شو چې دا فشار دملاستي او استراحت حالت پرمهال ټاکل شوی او که چېرې په دې هکله دنبض کتنه مرستندويه بيا له سره بايد مناسب ډول د فشار آلې Cuff پواسطه دواړه لورونه دې فشار وټاکل شي.

- کله ناروغ ته د جراحی عملیات تر سره شوی دی، که چېرې دا په لومړي شپه د عملیات څخه وروسته وي د هایپوټنشن علت دی ولټول شي عمدتاً وینه بهېدنه او مایعاتو تطبیق دې په پام کې ونیول شي.
- د زړه ریتم څرنګه دی؟ اېنارمل ریتم به هایپوټنشن منځ ته راوړي په ځانګړي توګه د اذینې فیبریشن او فلوتر له کبله.
- د ناروغ دماغی حالت څرنګه دی؟ د ناروغ د مایعې حالت کانتیوژن، کوما، اختلاج دې ولټول شي ځکه چې د حیاتي ارګانونو ته وینه رسېدنه او پرفیوژن ډېر اهمیت وړ ګڼل کېږي.
- کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول کېږي؟ هغه ناروغان چې بیتابلاکر درمل اخلي دوی به تېټ نبض ولري چې د هایپوټنشن حالت به خرابه کړي او ټاکي کار ډیا به ډېر کړي. نارکوتیک او یولپ سیداتیف درمل کولای شي چې هایپوټنشن منځ ته راوړي انافیلاکټیک غبرګون کېدای شي د یولپ درملو پواسطه منځ ته راشي.
- د مایعاتو بیلانس څرنګه دی؟ د میازو او ټیټوټ به حجم په اړوند معلومات راکړي. که چېرې پرفیوژن څرګند وي وي باید باوري شو چې ناروغ د اړتیا وړ مایعات بشپړ اخیستي دي او همدارګه نور ضایعات هم ورته اعاده شوي دي.
- آیا دکوم ډول د وینې بهېدنې سرچینه شته والی لري او که؟ د پانسمان په برخه کې هغه وینه چې ضایع شوی ده ټاکل کېږي د اتقي معدوي ټیټوټ له لارې د وینې ضایعات د صدري ټیټوټ له لارې د وینې ضایعات او نور... درینونو (Drains) له لارې د وینې ضایعات دې وټاکل شي او د ناروغی سره دې پرته کول شي.

#### توپيري پېژندنه

په کاهلانو کې د (Rule of Thumb) له مخې که چېرې د وینې سیسټولیک فشار له 90 mmHg څخه راټیټ شي نو ورته د هایپوټنشن نوم ورکول کېږي او هایپوټنشن بنسټي د شاک لامل وګرځي. او لاندې حالاتو کې توپيري پېژندنه کېږي.

A. هایپو والیمیا:

1. وینه بهېدنه:

- a. ترضیعی: هغه ناروغان چې د شاک په حالت کې روغتون ته راځي بنسټي وینه بهېدنه ولري او بنسټي (په صدر، بطن، خلف پریټوان او په انساجو کې د کسرونو له کبله د فخذ هډوکي او حوصلې هډوکو کسرونه) او همدارنګه بنسټي بهر ته له بدن څخه درګوود څېرېدنې او دوازي جرحې له لارې وینه بهېدنه شتون ولري
- b. له عملیات څخه وروسته: د ننه وینه بهېدنه له عملیات وروسته و پخپله په ټپ او جرحه کې وینه بهېدنه د جراحی عملیات وروسته ډېر معمول حالت ګڼل کېږي.

C. نورعلتونه: د یو لړ ناروغیو له لکه DIC د هضمي جهاز وینه د اکټویک یا بیخایه بلارېښت حالت په ښځینه ناروغانو کې باید له پامه لېرې نه وي چې دوینه بهېدنې لامل ګرځي.

2. د مایعاتو ضایع کېدنه:

A. شدید ډول کانګې، نس ناستی، ډېره خوله کول، په زیاته فیصدي او پیمانې سره د بدن د سطحې سوځېدنه، دریمې فضا (Third Space) ته ضایعات (په پانکریاتیت دکولمو بندښت) او همدارنگه ښائی د نامناسب اندازې ریهایدريشن د جراحی عملیات په لړ کې چې ورسره په مداوم ډول د رګونو توسع او خوليجن حالت هم شته والی ولري اود کېدوې جوف هم وازوي لیدل کېږي.

Severe (>40% Blood Volume)	Moderate (20–40% Blood Volume)	Mild (<20% Blood Volume)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Same, plus:</li> <li>- Hemodynamic instability</li> <li>- Marked tachycardia</li> <li>- Hypotension</li> <li>- Mental status deterioration (coma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Same, plus:</li> <li>- Tachycardia</li> <li>- Tachypnea</li> <li>- Oliguria</li> <li>- Postural changes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cool extremities</li> <li>- Increased capillary refill time</li> <li>- Diaphoresis</li> <li>- Collapsed veins</li> <li>- Anxiety</li> </ul>

B. عسبي Neurogenic: دا په هغه ناروغانو کې چې دنخاع ترضیض یې لیدلای وي منځ ته راځي ترضیضات دهاپوټنشن لامل ګرځي او ښائی نبض نورمال وي دا ډله ناروغان معمولاً نورمال دیوریز لري.

C. د رګونو له کبله Vasogenic: سپټیک شاک، انافیلایټیک غبرګونونه، ادرینوکورټیکو نارسایي، ښائی د رګونو مقویت راتپټ کول شي او د محیطي رګونو مقاومت لږوالی مومي او مایع هلته ضایع کېږي.

D. په جراحی ناروغانو کې سپټیک شاک معمول ډول دی چې په دې حالت کې معمولاً هایپرډینامیک بڼه شتون لري چې د زړه دلوړ او تپوټ او محیطي رګونو د مقاومت لږوالی منځ ته راځي.

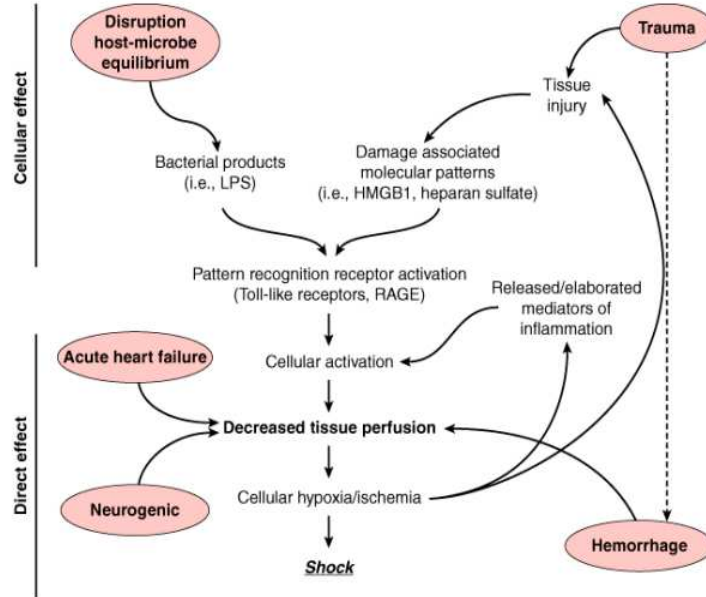
E. د زړه اړوند Cardiogenic: د زړه دپمپ نارسایي (معمولاً دزړه د عضلي احتشا او کارډیومیوټي)، اریتمیا د (اذینې فبریلشن، بشپړ د زړه بلاک) به شته والی ولري.

F. صدري: د ټنشن پنوموتورکس او یا دیوې آمبولې حالات کولای شي د زړه اړوند شاک منځ ته راوړي او دوریږي یا راګرځېدنه (Return) به لږوالی مومي.

G. نور آفتونه: لکه د پریکارټیمپوناد، دابهر د دسام ناروغی او حجاب رپچر (Septal Rupture) ښائی دهاپوټنشن سره مل وي.

**Diagnosis of Altered Blood Pressure and Puls**

No	Condition	Character – Type	
		Tachy cardia ټاكي کارډيا	Brady cardia برادى کارډيا
1.	Hypertension د وینې فشار لوړوالی	- Pain درد - Hypoxia هایپوکسیا	Increased ICP د دماغی فشار لوړوالی
2.	Hypotension د وینې ټیټ فشار	Shock شاک	Heart block د زړه بلاک



کلینیکي کني:

A: فزيکي کني:

1. حیاتي علايم: لومړی ترټولو بايد باوري شی چې د فشار الي Cuff د شريان لپاسه دی او که چې تخنيکي خطا شته ولبونه لري او فشار په دقيق ډول تثبيت شی. ټاكي کارډيا به ترټولو لومړنی کلینیکي نښه وي چې د هایپوټشن له کبله منځ ته راځي، د نبض غیر منظم حالت به اریتمیا څرگنده کړي. ټاكي پنا بنائى د هایپوکسیا او یا اسیدوزس دضعیف پرفیورن له کبله او یا هم د سیپسیس (Sepsis) په لومړي سرکې منځ ته راځي. تبه به تل د Sepsis لوري ته فکر یوسي سره د دې په سپین ږيرو او یا هغه ناروغان چې د ایمنو سوپرسیف درملنې لاندې وي کېدای شي د Sepsis سره دمخامخ کېدني له کبله بعضاً د هایپوټرمیا حالت دسیپسیس لپاره څرگدونه وي.



2. پوستکي: د پوستکي او مخاطي غشاء ښه شادابیت حالت د ریهاید ریشن لپاره کلبینکي څرگنده نښه وي او برخلاف سوپر پوستکي او زیرې - خولېجن Clammy پوستکي به د شاک څرگندونه وي.
3. غاړه او ورمېرې: د جگولار ورید توسع دې وپلټل شي د وریدونو برجسته او وتلې حالت د زړه د احتقاني عدم کهایه لوري ته پام واړوي او همدارنگه د پریکارډیال ټیمپوناد او ټنشن پنوموټورکس هم دغه حالت منځ ته راوړي.
4. صدر: که چېرې د صدر په اصغاء کې رالونه (Ralls) شته والی ولري دا به د زړه په احتقاني عدم کهایه کې شته والی ولري او د Wheezing او Steridor شته والی به په هیموټورکس او پنوموټورکس دلالت وکړي. او که چېرې د صدر د پښتو هډوکي مات وي د هیموټورکس او پنوموټورکس او د قص هډوکي دردونه او حساسیت او پریکارډ ټیمپوناد سره به مل وي چې دا ډول معمولاً د موټر د شترک Steering په ترضیضاتو کې د ترافیکي پېښو پرمهال لیدل کېږي.
- زړه Cardiac: په دې لړ کې دې د نوي سوپل اریټیا گانو او یا رب (Rub) شته په موخه لټون وشي او همدارنگه که چېرې د زړه ټیمپوناد شته والی ولري د زړه آوازونه به ټیټ (Muffled) واوریدل شي.
- کیده Abdomen: د کېډې استاع، نبضان درلودونکي کلات، دفلائک ایکیموزس یا شینوالی، د درن په برخه د فعاله وینې راټک او د پانسما په برخه کې د وینې شتون به په هیموټورکس دلالت وکړي.
- ریکټوم Rectal: ښائی په سترگولیدونکي وینه (هیماټوجېزیا) او د وینې پرن شوی ټوټې به ولیدل شي
- حوصله (Pelvis): د حوصلې د هډوکو کسر کېدای شي چې په ډیره پیمانې وینه بهیدنه منځ ته راوړي. د حوصلې گڼه په ښځینه ناروغانو کې ښائی چې دنسایي ناروغیو د علت اړوند معلومات څرگند کړي.
- لاسونه پښې Extremities: دنبضان شته والی ډیر په خیطي (Thready) ډول او دنبضان نشوالی ښائی د شاک له امله وي. د اوږدو هډوکو کسر یا ماتېدنه د ملاحظې او لیدنې وړ وینه بهیدنه د انساجو لوري ته منځ ته راوړي<sup>cc</sup> (500-2000) ضایعات د وینې په دې ډول کسر کې ښائی منځ ته راشي دا طرفو په گڼه کې د ورید په هغه برخه کې چې کولا (وریدی کيتر) تېره شوېده د مکروبوټولپاره ولټول شي د اذیما شته والی به د زړه په عدم کهایي ناروغی دلالت وکړي.



6. د بلارټوب آزمویښه (Pregnancy Test) : که چېرې د رېچر شوی بې ځایه بلارټوب حالت تر شک لاندې وي د بلارټوب آزماینست ترسره کېږي.
7. کراس میچ او وینې د گروپ ډول ټاکنه: دا باید هغه مهال چې ناروغ سمدلاسه روغتون ته راځي دا آزمویښې ترسره شي.
- C: رادپولوژیک او نورې کښې:
1. د صدر رډیوگرافي: د CHF، د زړه ضخامي، پنوموتورکس، هیموتورکس د شته والي لټون په موخه ترسره کېږي.
  2. د زړه گراف ECG: د مایوکارډ عضلي اسکیمیا به بنائې Flipped T. wave او یا د ST. Segment Depression څرگند کړي همدارنگه د اریتمیا حالاتو شته به هم را په گوته کړي.
  3. د رېوی شریان کېتر: دا به دناروغ د مایعاتو Overload حالاتو کې گټوروي چې بنائې خطرناک وي باید د Iatrogenic رېوی اذیمیا منځ ته رانگ ځني ډه وشي همدارنگه د دې کښې پواسطه کېدای شي چې د زړه هایپرو والیمیا او رگونو لاملونو پېژندنه په ښه توگه وشي.
  4. انجیوگرافي: د دې کښې پواسطه کېدای شي چې د شریاني وینې بهېدنې ځای او موقعیت تثبیت کړل شي د رېوی انجیوگرام پواسطه به وکړلای شو چې سېرو د آمبولې وپېژنو.
  5. Nuclear- Ventilation / Perfusion (V/Q) Scan: د دې کښې پواسطه به وکړای شو چې د سېرو آمبولې په ښه توگه وپېژنو.
  6. ایکو کارډیوگرام: ASD، VSD یا د بین الحجابي نیمگړتیاو د دسامونو کڼه (ماترال تضیق دابهر عدم کفایه) او نورې ناروغۍ به په ښه توگه د پېژندنې وړ وگرځي. همدارنگه د پریکارډیوم مایع شته والی او داخل القلبي آمبولې به د پېژندنې وړ وگرځي.
  7. کلچر: کلچر د (دوبنې، خراشکې او میازو) که چېرې د Sepsis حالت او اتاناتو حالاتو شته والی تر شک لاندې وي ترسره کېږي.
  8. د پریټوان، صدري پلورا او دوگلاس جوف بدل: د دې جوفونو په ناروغیو کې د تثبیت لپاره کولای شو چې بدل ترسره کړو او راویستل شوی مایع لابر اتوار ته واستول شي.

#### د درملنې پلان:

- ژر تر ژره چې وکړل شي د حجرو او انساجو لوري ته پرفیوژن دې اعاده کړل شي او دوبنې فشار دې له 50/90 mmHg څخه پورته وساتل شي او د میازو دهانه (اوپټوب) دې لږ تر لږه  $0.5-1^{cc}/kg/min$  یوه دقیقه کې وساتل شي چې په دې صورت کې به درملنه گټوره وي.
- A. بېړنۍ درملنه:
1. د فشار پر راوستلو دې بهر ته وینه بهېدنه په مستقیم ډول تر کنټرول لاندې راوستل شي.

2. د ورېدي مایعاتو تطبیق لاره په ښه توګه وساتل شي او ناروغ دې دمونیټور ماشین سره وصل کړل شي او له نږدې دې مونیټور او څارنه وشي.
3. ترندن برگ وضعیت (Trendelenburg's Position): ناروغ ته دې دستونې ستاڅ ظهري استجاع (Supine) په حالت چې پښې له سرڅخه پورته بڼه ولري پوزیشن ورکړل شي ترڅو په حاد ډول د دماغي پرفیوژن او وینې فشار اصلاح کړل شي.
4. همدارنګه خاص ډول جامې او کالي ښائی د تراوما په ناروغانو کې پکار یوړل شي.
5. په استثنی دکارډیوجینک شاک د دوران حجم دې په حاد ډول بیرته اعاده او بشپړ کړل شي او د کرسټالوئید محلولو تو لکه ( رینګر هارټمن او نورمال سالین محلول) پکار یوړل کېږي.
6. فولی کېټر دې دمتيازو یا بولي دهانې ټاکې په موخه تطبیق کړل شي.
7. Supplemental Oxygen: او یا تنفسي حمایت ته که چېرې اړتیا وي ماشین له لارې ناروغ ته تطبیق شي د شدید اسیدوزس حالت دې د سوډیم باي کاربونیټ محلول پواسطه د ورید له لارې اصلاح کړل شي.
8. PA. Catheter او C.N.P. Line د حجم د اعادې لپاره ګټوره لاره ګڼل کېږي همدارنګه په ډېر دقت او پاملرنه دې د شاک علت او لامل پیژندنې لپاره لټون وشي.
9. هاپرو والیمیک شاک درملنه: د رګونو دننه حجم دې یا اعاده کړل شي د دې لپاره لاندې کړنې تر سره کېږي.
  - i. د غټ قطر درلودونکي کولادې ناروغ ته تیر او تثبیت کړل شي.
  - ii. مایعات دې تطبیق کړل شي که چېرې هیموګلوبین او هیماتوکریټ ټیټ وي وینه دې ناروغ ته تطبیق شي. همدارنګه کرسټالوئید محلولونه لکه Ringer Hartman's او نورمال سالین NS محلولونه دې همتوکریټ د نورمال بڼې په صورت کې ناروغ ته تطبیق شي همتوکریټ که (35%) څخه پورته وي.
  - iii. مایعات دې په کراره د وینې فشار کنټرول او حیاتي علایمو څارنې سره سم تطبیق شي.
  - iv. که ریوی شریان ته کېټر تېر شي نو دا به د مایعاتو د تطبیق اړوند ډېر ګټور وي. دمرکزي ورید فشار ګڼه به ډېره مفیده وي او همدارنګه د وینې فشار به ډېر ګټور وي چې کنټرول شي.
  - v. هیڅکله دې د فشار پورته کوونکي درمل په کار نه وړل شي لکه د (Dopamine) ترڅو چې Persistent Hypotension معندها بیوتشن منځ ته نه وي راغلی مناسب د زړه بشپړ ډکېدنې فشار { (12) mmHg } <full tank" Wedge Pressure" A" { هاپیوتشن د لږ ډکېدنې فشار { (6) mmHg } <Wedge Pressure" Filling Pressure" A" { لومړی تر ټولو د مایعاتو تطبیق پواسطه درملنه کېږي. یو { CVP او PA Catheter } به دمونیټورنګ لپاره اړین وګڼل شي.

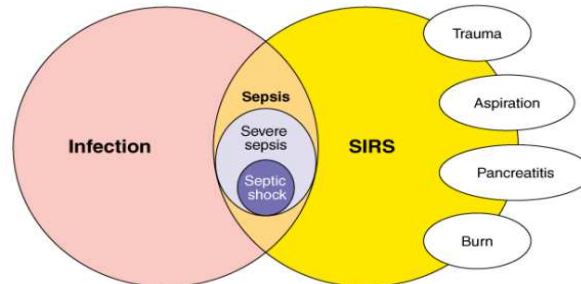
vi. کله چې ښه ډک حجم فشار او د زړه دهانه مناسبه وي حالت شته والی ولري او دوینې فشار ټیټ وي نو پدې صورت کې کېدای شي یو لږ درمل چې مقبض الوعالي خاصیت ولري لکه ادرنالین یا اپی نفرین Epinephrine یا Levophed هغه ناروغ چې لاهم ټیټ فشار لری پدوی کې پکار وړل کېږي.

C. عصبي شاک:

- i. متوسط یا لږه اندازه مایعات پکار وړل کېږي ترڅو Overload منځ ته رانشي.
- ii. لږه اندازه مقبض الوعالي درمل لکه ډوپامین Dopamine ښائی فشار لوړ کړي.
- iii. د غټې ښې عصبي ترضیضات ښائی د ترضیض پرمهال کلپنیکي ښې ټیټ فشار څرګندې کړي او همدارنگه ناروغ به د ترضیض له کبله خپل شعور له لاسه ورکړي وي چې ځانګړي درملنې ته اړتیا لري.

D. Vasogenic shock:

- 1. Septic shock: لاندې حالتونه باید نېغ په نېغه درملنه شي.
  - a. د زړه دهانه به اندازه کړل شي او دسیسټیک د عالي مقاومت چې په وصفي توګه (د زړه لوړ دهانه او د محیطي رګونو ښکته مقاومت یا سیسټیک ټیټ مقاومت) په ریوي شریان کېتر پواسطه اندازه کړل شي.
  - b. د ورید له مایعات دې تطبیق او فشار دې وساتل شي او متياز او ټپوټ دې وټاکل شي.
  - c. کلچر: دوینې، متياز او خراشکی کلچر به د ناروغی د لامل په پیژندنه کې ګټوره وي.
  - d. لاندې علتونه د Sepsis دې درملنه شي او مناسب وسیع الساحة اتي بیوتیکونه دې دکلچر د تایجو را رسېدنې د مخه ناروغ ته ورکړل شي همدارنگه د لاپراټومی اویا تحت الجلد له لارې دې د دانې (اسې) دریناژ ترسره شي.



- e. د رګونو تقبض ورکونکی (Vasopressure) درمل دې د اړتیا په صورت پکار وړل شي په لومړي سر کې (Dopamine) ښه درمل دی چې د وینې فشارساتي او متياز او ټپوټ هم ښه ساتي ځکه چې د پښتورګو پرفیوژن ته ښه والی وربخښي. د ډوپامین فیزبولوژیک اغېزې په لاندې ډول دي.
- i. د ډوپامین د رسپورونو له لارې په پښتورګو او احشاوؤ کې د رګونو توسع منځ ته راوړي.

- 3-5  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ - renal and splenchnic Vasodilation via dopamine receptors
- 5-10  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  د پیا positive Inotrope via Beta-1 receptor
- بلاکر سپټورونو پواسطه مثبت اینوتروپ اغېزې څرګندوي.
- $>10 \text{ mcg}/\text{kg}/\text{min}$  –prepheral Vasoconstrictor via Alpha receptor د همدغه
- الفار سپټورونو له لارې محيطي مقبض الوعایي اغېزې څرګندوي.

**Table - Hemodynamic Characteristics of Patients in Septic Shock**

CHARACTERISTIC	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM
Heart rate (beats/min)	121	47	142
MAP (mm Hg)	60	48	66
PCWP (mm Hg)	14	8	20
CI (L/min/m <sup>2</sup> )	4.2	3.0	5.6
SVRI (dynes/cm <sup>2</sup> /sec/m <sup>2</sup> )	868	675	1110
O <sub>2</sub> delivery (mL/min/m <sup>2</sup> )	498	344	573
O <sub>2</sub> consumption (mL/min/m <sup>2</sup> )	141	101	183

**Table :** Vasoactive Drugs Reported as Therapeutic in Adults in Shock

DRUG	DOSE RANGE	PRINCIPAL MECHANISM
<b>I. Inotropic (May Be Chronotropic)</b>		
- Dobutamine	2-20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	$\beta_1$ -adrenergic
- Dopamine (low dose)	5-10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	$\beta_1$ -adrenergic; dopaminergic
- Epinephrine (low dose)	0.06-0.20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	$\beta_1$ - and $\beta_2$ -adrenergic; less $\alpha$
<b>II. Vasoconstrictor and Inotropic</b>		
- Dopamine (high dose)	$>10 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	$\alpha$ -adrenergic; less dopaminergic
- Epinephrine (high dose)	0.21-0.42 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	$\alpha$ -adrenergic; less $\beta_1$ and $\beta_2$
- Nor epinephrine	0.02-0.45 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	$\alpha$ -adrenergic; less $\beta_1$ and $\beta_2$
<b>III. Vasoconstrictor</b>		
- Phenylephrine	0.2-2.5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	$\alpha$ -adrenergic
- Vasopressin	0.01-0.04 U/min	V1 receptor
<b>IV. Vasodilator</b>		
- Milrinone	0.4-0.6 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	Phosphodiesterase inhibitor
- Dopamine (very low dose)	1-4 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	Dopaminergic

**E. انافیلالکسیک شاک :**

د انافیلالکسیک د منځ ته راتل د وینې فشار ټیوالې مومی او په وینه کې د (Mast cell) د تخریب له امله د هیستامین ، سیروتونین او نورو میډیاټورونو افراز له کبله دغه پېښه منځ ته راځي او د شاک علامی پېښې چې د انافیلالکسیک لامل له منځه وړلو ، د هیستامین ضد درملوڅخه ، سټروئیدونو او اړین مایعاتو ورکړې څخه وروسته ناروغ ښه والی مومي او درملنه تر سره کېږي.

F. کارډیوجنیک شاک :

1. د زړه دهانه به د زړه د اینوتروپیک درملو لکه (ډوپامین ، ډیپوتامین) پواسطه لوړه او اعظمي حد ته ورسېږي. Dobutamine به د پمپ کولو بې کفایتي (Pump failure) حالتونو کې ټاکلی او انتخابي درمل وبلل شي. د شدید ډول د سږو اذیما حالات د ډیوریتیکونو ورکړې پواسطه درملنه کېږي چې د دې لپاره Furosamide پکار ورپل کېږي او ورسره متوسع الوعایي درمل لکه (Nitrites) هم د اړتیا په صورت کې پکار ورپل کېږي.
2. د مایوکارډ اسکیمیا به داوکسیجن پواسطه او دردونه به د مورفین (Morphine) او همدارنگه د نایترایټونو پکار ورپل به درملنه کېږي.
3. اریتمیا که چېرې شته والی ولري دا دې ژر تر ژره وپېژندل شي او د رملنه یې وشي اونورمال سینوزال ریتم ته بیا راوگرځول شي.
4. د سږو آمبولې دې درملنه کړل شي.
5. د پنوموتورکس شته والی په صورت کې دې درملنه وشي.

Anterior myocardial infarction	60.5%	
Median time from myocardial infarction to shock	5.6 hr	
Lowest systolic blood pressure	88 mm Hg	
Lowest diastolic blood pressure	54 mm Hg	
Heart rate	102 beats/min	
Pulmonary capillary wedge pressure	24 mm Hg	
Cardiac index	1.75 L/min/m <sup>2</sup>	
Left ventricular ejection fraction	31%	
Number of diseased coronary vessels:		
i.	1 <sup>st</sup> coronary vessels	13%
ii.	2 <sup>cond</sup> coronary vessels	23%
iii.	3 <sup>rd</sup> coronary vessels	64%
Left main coronary artery disease		20%



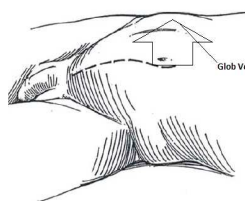
## پنځه لسم څپرکي

د تشو متيازو راټوليدنه - متيازي ډنډېدنه

( بولي احتباس، Urinary Retention )

تعريف :

کله چې يو ناروغ ونشي کړای د ورځې او شپې په لړ کې تشې متيازي وکړي او هغه په مټانه کې راټولې شي دې ته بولي احتباس ويل کېږي چې د کېډې بنسټي برخه پروسوب مومي .  
که چېرې د يوه ناروغ لپاره چې نارينه 66 کاله عمر لري او په شديد توگه د فوق العاني برخې درد او پروسوب ولري او دوه ورځو راهيسې يې متيازي نه وي کړي تاسو راوغوښتل شئ سمدلاسه به لاندي پوښتي مطرح شي.



- د ناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ تبه، ټاكي کارډيا بنائى دحاد باکټريايي پروستاتيت نښې ويل شي.

- کوم ډول درمل ناروغ همدا مهال اخلي؟ فارمکولوژيک لاملونه او درمل بنائى په خاص ډول د متيازو احتباس منځ ته راوړي.

- ايا په پخواني تاريخچه کې ناروغ د متيازو احتباس Frequency، Hesitancy، Urgency او Nucturia لري او که؟ که چېرې دغه راز کليني کې اعراض شته والى ولري د ابه د مټاني څخه بنسټه بهير د بندښت لامل په نارينه وکې لکه (د پروستات هائپرتروفې، بولي ډبرې او احليل تضيق) څرگندوى وي او که چېرې په سترگو بنسټه کې همتوريا شته والى ولري دا علت بنائى دعلقي له امله وگڼل شي، همدا رنگه کله ناکله د بولى لارې ډبرې د بندښت لامل شى چې دا ټبري اکثراً مهاجري وي او د پورتي بولي سيستم څخه بنسټه رالويږي او په احليل کې د بندښت او احتباس لامل گرځېدلای شي.

- ايا ناروغ ته نږدې جراحی عمليات تر سره شوى او که؟ که چېرې ناروغ ته دپروستات او يا مټاني جراحی عمليات تر سره شوى وي له عمليات څخه وروسته بيا وينې بهېدنه بنائى دعلقي منځ ته راتگ ته وده وکړي او د حليل برخه د علقي پواسطه بنده شي همدارنگه به دمتيازو احتباس منځ ته راوړي. که چېرې ناروغ ته دبطني او پرينيوم برخې پريکولو [قطع (Resection)]



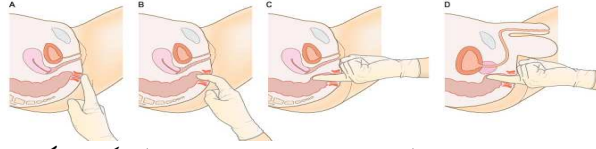
جراحی کړنه ترره شوی وي بڼای د نیورجنیک مټانې حالت له کبله د مټانې احتباس وده وکړي همدغه راز هر ډول د جراحی عملیات څخه وروسته بڼائی احتباس منځ ته راشي خو که چېرې عملیات او انوریکوم لپاسه تر سره شی نو عملیات سره بڼائی ډېر مهال احتباس منځ ته راشي ځکه چې د دردونو شته والی سمپاتیک (Outflow) یا د مټازو بهیر ته زیاتوالی ور بخښي او د مټانې د عنق تړلو لامل گرځي چې دا به اکثراً د عملیات څخه وروسته سمدلاسه پېښ شي. همدارنگه په شدید ډول سره د یورتريت یا حلیل التهابونو شته والی به د مټازو احتباس لامل وگرځي.

### توپيري پېژندنه:

- A. فارمکولوژیک لاملونه: هغه د رمل چې د مټازو احتباس لامل گرځي:
1. میجور ترانکولایز درمل لکه (Alpha methyl dopa, ganglion blockers)
  2. اتی کولینرژیک درمل لکه (Antispasmodic cold preparation).
- B. عصبي یا نیورولوژیک:
- ترضيضات: یولې ضربې او ترضيضونه د تشو مټازو د احتباس لامل گرځي لکه:
1. د حوصلې او دملا د قطني برخې ترضيضونه د مټازو احتباس لامل گرځي. لکه [ د Detrusor (Mm) عضلاتو تقلص به په غیر وظیفوي ډول وي او د مټانې احتباس به خپل حال پاتې وي ] .
  2. له عملیات څخه وروسته: په ځانګړې توګه د APR، دملا له لارې انسټيزي او هغه عملیات چې مغنبي او تناسلي برخې کې تر سره کېږي د مټازو احتباس منځ ته راوړي .
  3. عصبي عضلي ناروغی:
- C. اناټومي: یولې د غړو اناټوميک بدلونونه د تشو مټازو د احتباس لامل گرځي لکه:
1. پروستاتیک: په نارینه وو کې د پروستات پروسوب که سلیم او یا خبیث ډول وي او یا حاد باکټریایي التهاب چې د فوق العانی (سوپرا پیویک) او عجان ( پرنیوم) برخې درد او تبه منځ ته راوړي:
  2. احليلي: یولې د احليل ناروغی د تشو مټازو د احتباس لامل گرځي لکه:
- a. ترضيضات: همدارنگه د پخواني تاریخچې پواسطه به د STD (Sexual Transmitted Diseases), ناروغیو حملې او یا د احليل له لارې د وسایلو او آلاتو استعمال شته والی ولري.
- b. د احليل شلېدنه (Urethral Disruption): دا حليل قطع او څیرېدنه به د حوصلې کسروو د ترضيضاتو په پېښو کې وي چې دا حليل د میاتوس څخه تازه وینه او آزاد پروستات به په مقدي ګڼه کې تثبیت شي.



© RECTAL EXAMINATION  
CORRECT METHOD  
Clinical Examination  
Figure - The correct method for insertion of the index finger in rectal examination.



- c. نور علنونه: یولر نور لاملونه هم د تشو میازو د احتباس لامل گرځی لکه:
- d بولي سیستم ډبرې: یولر تېرې چې د فلاک د درونه چې د Groin په برخه کې درد منځ ته راوړي او د میازو د بندبست لامل گرځي.
  - ii Gross- hematuria: بنائی پدې صورت کې یوه پرې (علقه) شوی کله د میازو د احتباس لامل وگرځي.

### کلپنیکي کني

A: فزيکي کني:

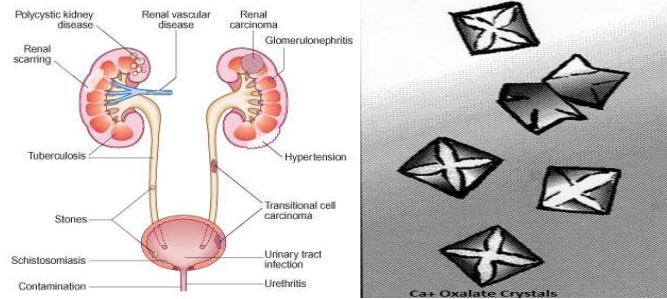
1. د گېډې کني: يو ظريف ډول جس او قرع دې د گېډې په بنکته برخه کې تر سره شي ترڅو د مثاني توسع و د میازو احتباس برېښي او وپېژندل شي.
2. دريکي کني: پدې کني کې بايد د پروستات پروسې، حساسيت بنائی د پروستات لويوالي څرگندوی وي حال دا چې که چېرې يوه کلکه کله د پروستات نثيت شي دا به د کانسر بنکارندوی وي همدارنگه د مقعدي معصري مقويت، او بولې - تناسلي غړو حوصلي عصب وظيفوي حالت دې وپاکل شي او که چېرې پروستات بشپړ آزاد او لامبووونکی (Floating) بڼه ولري دابه د احليل د شلېدنې يا رېچر حالت څرگند کړي.
3. د تناسلي غړو کني: د میاتوس له لارې دې وينه، خیرن (فيحي) ديسچارچ په پام کې ونيول شي چې هر يوه به د يوې ناروغۍ اړوند څرگندونه وکړي.
4. عصبي Neurologic: د ژورو تېدونو (اوتارو) نورمال رفلکسونه د کريماستيريک رفلکس او نورمال موضعي احساس او حسيت همدارنگه د مقعد (Anal wink) يا هم چې کله د قضيبي سر ومونيل شي په غير ارادي توگه د به د مقعدي تقلصونه شته والی ولري دا په دې معنی چې د حوصلي رفلکس قوس به خپله بڼه او حال پاتې وي.

B: لابراتواري کني:

1. هيموگرام: د سپينو کرياتو لوړوالی به د اتاني پېښې څرگندونه وکړي لکه د حاد پروستاتيت حالت شته والی.

2. دسیروم الکترولایټونه ، BUN ، کراتینین گه : د اوږدې مودې لپاره د متیازو احتیاس به د پښتورگو عدم کهایې په منځ ته راتگ باندې دلالت وکړي او دسیروم یوریا- کراتینین به لوړتښت شي او دویني د الکترولایټونو ټیټه سویه او یا لوړه سویه دې تر درملنې لاندې ونیول شي.

3. د متیازو د تجزیې آزماښت او کلچر: د متیازو په آزماښت کې دې د سروکړیواتو هموگلوبین شته والی رد او کرسټالونو شته والی دې چې د (Urolithiasis) شته والی څرگندوی په غور سره وڅیړل شي.



که چېرې حاد باکټریایي پروستاتیت او باکټریایي سیسټیټ Cystitis او (UTI) شته والی ولري په دې حالت کې به په متیازو کې WBC (Pyuria) او RBC شته والی ولري او د کلچر په نتیجه کې به ځانگړی میکروبونه وپېژندل شي. اوهمدارنگه که اتی بیوگرام هم تر سره شي نو ځانگړی اتی بیوتیک به چې اغېزمن وي د پېژندنې وړ وگرځي.

4. د احلیل دیسجارج کلچر او اتی بیوگرام: د دې موخې لپاره د متیازو د لومړي سر متیازي دسهار له خوا د نمونې لپاره په یوه پاک او معقم ټیوب کې واخیستل شي او آزماښت لپاره دې لابراتوار ته ولېږل شي د باکټریا پېژندنې او اتی بیوگرام له مخې دې درملنه تر سره شي.

C: رادپولوژیک او نورې کني:

1. د رادپوگرافي (K.U.B X-ray) په ساده ډول رادپوگرافي کې ښائی چې د هغه تېرې شتون چې رادپو او پک بڼه لری ثابت او ولیدل شي.
2. اطراحی یوروگرافي (Excretory urography) کڼه: دا ډول کڼه کې به د پښتورگو بولي سیستم د بدلون او وظیفوی حالت څرگند کړلې شی.
3. Retrograde urethrogram: دا رادپوگرافي چې د قدامي احلیل دمثباتوس له لارې د یوروگرافین موادو زرق تر سره کېږي د دې پواسطه د احلیل د تنگوالي (تضیقاتو) د موقعیت داحلیل د انشقاق او بندښت برخه په واضح توگه څرگنده شي.
4. د مټانې کڼه (Cystoscopy): د دې کې پواسطه به د اناټومیک او عصبي او کلاتو شته والي تثبیت شی او همدارنگه دا کڼه به برسېره پردې چې د پېژندنې لپاره پکار وړل کېږي د درملنې په موخه هم کارول کېدلای شي.

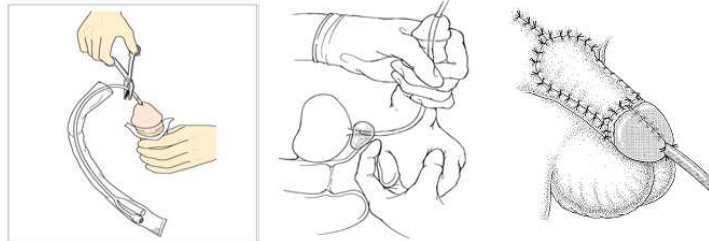
5. Videocystourethrogram: د ویديوکمرې لرونکې وسيلې په ذريعه د مثاني احليل ګڼه هم د پيژندنې لپاره پکارول کېږي او د درملنې کړنلارې هم له دې لارې تر سره کېږي.
6. Uretheroscctoscopy: دا ویديوکمرې لرونکې وسيلې په ذريعه ګڼه هم د احليل او مثاني ګلاتو او تضيقاتو درملنې او پيژندنې په موخه پکارول کېږي.
7. Cystometrogram: د اګنه د مثاني د وظيفې او حجم ټاکنې په موخه پکارول کېږي.



د درملنې پلان:

- کېټرايزيشن Catheterization:

په لومړي سر کې دې د (F-16-18 Gage) کېټر د مثاني دننه تېر کړل شي ترڅو د يکامپرسن وشي او که چېرې د اګنه بريالی نه وي نو Coude. Tip يا Elbow tip کېټر بعضاً په چټکۍ او آساني سره نارينه و ته تېرېږي.



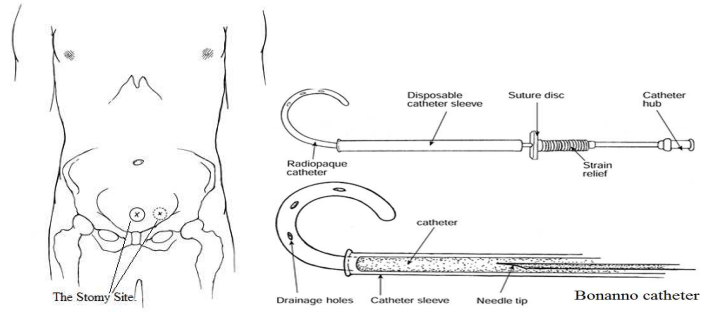
که چېرې د پروستات سلیم ډول پروسوب شته والی ولري نو د يو ډول جیلی مايع (K-y-jelly) دې ديوه سورنج پواسطه احليل ته د ننه تېر کړل شي ځکه چې د کېټر په تېرېدنه کې به ډېره مرسته وکړي. نادراً به Filiform او Followers او يا هم Suprapubic cystostomy تر سره کېږي او بشپړ ډول د يکامپرسن دې په تدریجي ډول وشي. په ترضیضي ناروغانو کې چې ترڅو د احليل انشقاق رد کړل شوی نه وي او رتروګراد یورتروګرام تر سره شوی نه وي کېټرايزيشن لپاره د احليل له لارې مضا د استطباب ککيل کېدلای شي.

- اتی بیوتیکونه Antibiotics:

شديد ډول د بولي سیستم اتان Sepsis او حاد پروستاتیت بنائې درملنې ته اړتیا ولري او مناسب وسع الساحة اتی بیوتیکونه به پکار یوړل شي او کینولین او نور درمل به د کلچر او اتی بیوګرام په پام کې نیولو ورسوته ناروغ ته ورکړل شي.

- مایعات او الکترولائیونه:
- د مایعاتو او الکترولائیونو منجمنت دې د الکترولائیونو نیاکې وروسته تر سره شي همدارنگه مایعات دې هم د ورید له لارې د 24<sup>h</sup> په لړ کې د ټاکلي اندازې سره د 2-3 ورځو پورې ورکول شي.
- فوق العانی سیستوستومی Percutaneous Suprapubic Cystostomy :
- پدې ډول جراحی کړنه کې د فوق العانی برخې څخه مټانې ته د جراحی غوڅولو پذیریه د مټانې څخه مټازې تشې کول شي.
- د سیستوستومی استطباب :
  - Urethral stricture
  - False passage
  - Inability to catheterize
  - Acute prostatitis
  - Traumatic urethral disruption
  - Periuethral abscess
- د سیستوستومی مضاد استطباب :
  - Prior midline infraumbilical incision
  - Nondistended bladder
  - Coagulopathy
  - Pregnancy
  - Carcinoma of the bladder
  - Pelvic irradiation
- د سیستوستومی کړنلاره :
- انسټیزيا (Anesthesia):
- اړین توکي وسائل (Equipment): یولړ وسائل ، توکی او موادو ته اړتیا ده چې په لاندې ډول دی :
- ددې جراحی کړنلارې لپاره د (Bonanno percutaneous suprapubic catheter) یوسیت چې پدې (catheter set) کې (14F or، 12F، 10F) کېټرونه شتون ولری .
  - Urinary drainage bag
  - Sterile prep solution
  - Sterile gloves and towels
  - 20-Gauge spinal needle
  - 10-ml syringe (two)
  - 1% lidocaine
  - 22- to 25-Gauge needles
  - 3-0 nylon suture
  - Needle driver
  - Suture scissors
  - Scalpel
- وضعیت (Position): ددې کړنلارې لپاره دې (Supine) پوزیشن ورکول شي.
- د جراحی تخنیک (Technique):
- د مناسب اتی بیوتیک تطبیق په ځانگړې توگه هغه چې د بولی اتاناتو کې ورکول شي.

- بايد د فوق العاني برخه فرغ (Percussion) شي ترڅو پرسېدلې مټانه نشيت کړل شي .
- د فوق العاني برخه دې ( drape, prep.and Shave ) کړل شي .
- کېټر دې راټول او وټول شي .



د شق لپاره تخنيک :

- 1 د ناروغ پوستکې دې د (1% lidocaine) انسټيټيک موادو پذيريه دې (4 cm above) له (symphysis pubis) څخه متوسط خط midline سره په پېوښي تر سره شي .
- 2 که چېرې ناروغ د منځني کرښې پخواني بندې جرحه ولري نو (4 cm above) پورته د (symphysis pubis) څخه دې (2 cm lateral) ددې جرحې څخه جنب ته د شق لپاره انسټيزي موادو زرق وشي .
- 3 زاويه مستقيم ډول (inferomedially) د (symphysis) لورې ته وي .
- 4 همدا مهال به (ultrasonography) ډېره گڼه وړه وي .

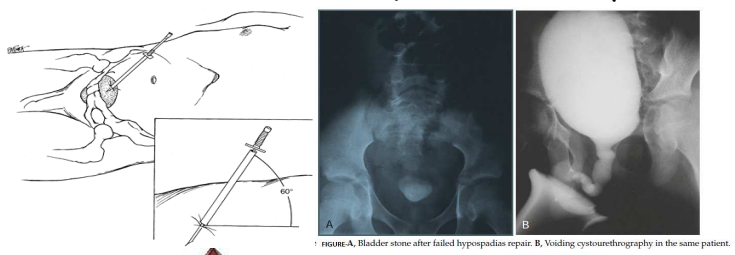
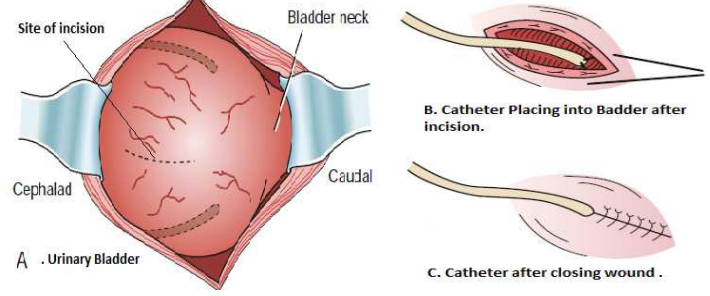


FIGURE A. Bladder stone after failed hypospadias repair. B. Voiding cystourethrography in the same patient.



## شپاړسم څپرکي

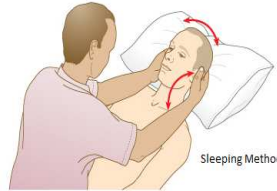
### بې خوابي

#### INSOMNIA

که چېرې یوناروغ یا روغ کس په ( $24^h$ ) ساعتونو کېنې د ( $6-8^h$ ) ساعتو خوب بشپړ نکړي دغه حالت یېخوبی بلل شی چې د بیلایلو لاملونو له امله منځ ته راځي.

یوناروغ چې د 14 ورځو لپاره په روغتون کې بستر دی او د ورید له لارې اتی بیوتیک ورته ورکول کېږي ناروغ د دصفاقي التهاب (Fascitis) له کبله بستر دی د شپې لخوا هره شپه په ساعتونو وینن پاتې کېږي په دې لړ کې به لاندې پوښتنې مطرح شي:

- i. آیا ناروغ د درد له کبله ځورول کېږي؟ د جراحی ناروغانو تل د لږڅه درد شته والی له کبله ځورېږي که څه هم له عملیات څخه د ناروغی اړوند اویا هم له عملیات تر سره کولو وروسته دردونه شته والی لري درد لرونکی تنه حتی دروغتون د ننه (شورماشور Noise) مزاحمتونو Interruptions، د بستر سره نه بلدتیا) کېدلای شی په بده بڼه د insomnia لامل وگرځي.



- ii. همدارنگه باید باوري شو چې ناروغ خپل درمل بشپړ په وخت سره خوري اویا زرقي اخلي او که او درد ضد درمل اویا خوب راوړونکی طبي تابلېونه د خوب پرمهال خوري اوکه؟
- iii. همدارنگه د ورځې له خوا دناروغ د خوب پروگرام څرنگه دی؟ بعضې ناروغان د ورځې له لوري د اوږدې مودې لپاره (څو ساعته) خوب کوي او د شپې له خوا دا ناروغان ژر خوب ته نه ځي او د بې خوابي څخه شکایت کوي. د ا ډول ناروغان نوموړو د بیا رتمتوونو مشورې ته اړتیا لري.
- iv. آیا ناروغ په مزمنه توګه دخوب پرمهال د خوب درمل خوري او که؟ د دې لپاره په تاریخچه اخیسته کې برنډېږي چې دا ناروغان پخوا له بستر کېدنې هم دخوب راوړونکي درمل اخلي اودهغوی درملو ډول نوم او ډوز اړوند دی معلومات راټول او تصمیم دې ونیولی شي.
- v. آیا ناروغ د ملا په تخته پروت وضعیت کې هم ستونزه لري او که؟ همدارنگه دسالنډي اورتوپنیا Orthopnea او همدارنگه Calf pain اویا (Ischemic Rest Pain) حالت شته والی به د بې خوابي لپاره لامل وگرځي.
- vi. آیا دناروغ د خوب موده څومره دی؟ د ناروغ دسهار له خوا وینېدنه څه ډول ده ایا وینېدنه دا نخطاط او غمجن حالت سره د اضطراب به معمولاً د خوب پرمهال دستونزې لامل وي.

توپيري پېژندنه

A: طبي لاملونه :

1. درد Pain: لږه اندازه دردونه معمولاً د اصلاح وړ دي.
2. د زړه احتقاني عدم کلايه: دابه د Orthopnea سبب وگرځي.
3. محيطي درگونو ناروغی: د ملاستې په مهال به د درد شته والی درگونو د اسیکيما له کبله منخ ته راشي چې په محيطي برخوکې د احساس وړ وي.
4. Sleep Apnea Syndrome: دا به دعيی چاغوالی (Morbid Obesity) پر مهال د پېژندنې وړ وي.

B: درمل / ټوکسين:

1. د يولړ درملو د تحمل له کبله بنائى په مزمن ډول سره خوب منح ته راشي لکه ديولړ ترانکولایزر درملو خوراک.
2. د الکولو ډېر خوراک: د الکولو اعتبار او يا ډېر خوراک په لړ کې هم کېدای شي چې بې خوبې منح ته راشي.

C: رواني لاملونه:

1. انحطاطي ناروغي: Bipolar او Unipolar
2. اضطرابي تشوشونه.

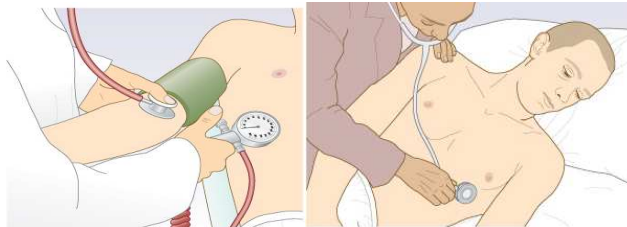
D: موقعيتي:

1. شور ماشور: که چېرې دناروغ خونه دنرسنگ مرکز ته نېرډې وي.
2. قهر او غضب د فاميل او پرسونل په وړاندې.
3. اضطراب: د اضطراب شته والی د درملنې او طبي حالاتو په وړاندې.

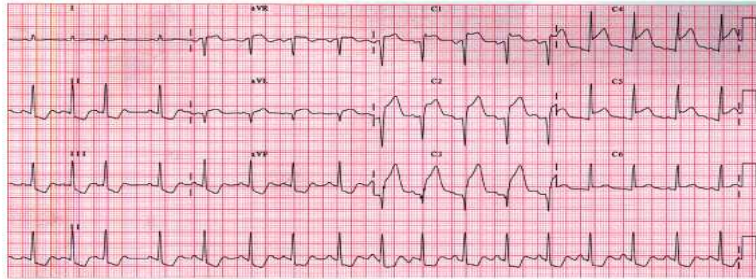
کلينیکى کتنې

A: فزيکى کتنې: د بې خوبى له پاره دناروغ چې ارزول د رواني حالت پېژندنې په موخه تر ټولو غوره بلل کېږي دلاندې لاملونو پېژندنې ډېرى ارزښتانه کې دى :

1. زړه اوسپنې: د زړه اوسپنې د رالونو شتون، د PMI بې حايه کېدنه، گالوپ رېتم به د CHF ښودونکى وي.







2. نهایتونه (لاسونه پښې): د نبضان لږوالی او یا نشتوالی او که چېرې لاس یا پښه پورته کړل شي نود خثافت یا سپینوالي منځ ته رانګ به دملاستي پرمهال د ایسکیمیا په شته والی دلالت وکړي.

3. عصبي: په دې لړ کې په دروانی حالت او داضطراب او یا انحطاط او خپګان دحالاتو شته والی پلټل کېږي.

B: لابرټواري ګڼې:

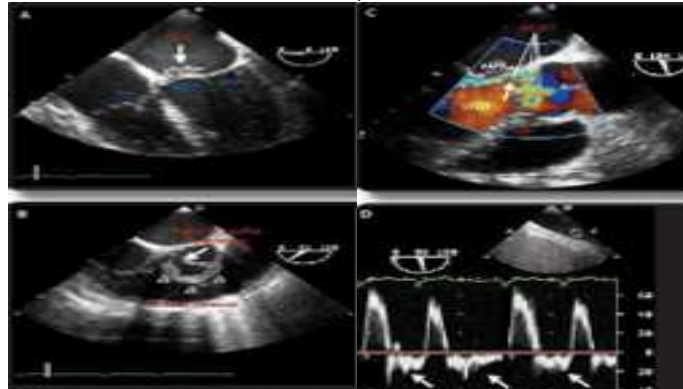
1. کیمیاوي ګڼې: په دې لړ کې دې د پښتورګو او ځيګر دندې تر سره کولو آزمايښتونه تر سره شي.

2. د ټا پرایډ غډې د هورمونونو سويه که چېرې په کلینیکي توګه يې تون پکاروي ټاکل کېږي.

C: نورې او راډیولوژیکي ګڼې:

1. د صدر راډیوګرافي: په دې کې ښائی د CHF اړوند معلومات وموندل شي.

2. د مټ (بازو) او پښې په برخه کې دوینې فشار او یا رګونو د ناروغی اړوند څیړنه کېږي ترڅو د رګونو ناروغی وپېژندل شي.



د درملنې پلان:

تر ټولو د مخه دا علت پیداشي چې ولې ناروغ خوب نشي کولای که څه هم دا د طبي درملو رواني او یا هم دموقعیت او ټولنیزو لاملونو له کبله وي که په روغتون کې دا ستونزه منځ ته راغلی وي نو دا

حالت به وکړای شو د درملو ورکولو په واسطه بنه والی ته واړوو خو بیا هم که هر راز لامل شته والی ولري باید هغه وموندل شي اودرملنه یې په ځانگړي توگه ترسره شي.

### عرضي (Symptomatic) درملنه:

A: دخولې له لارې د خوب راوستونکي درمل:

1. Benzodiazepines: دا درمل تل د لنډې مودې لپاره ناروغ ته ورکول کېږي. لکه:
  - i. (Halcion) Triazolam: دا درمل 0.125 mg پکارورول کېږي خو په ډېر عمر لرونکو او سپین پړوکسانو کې به دا بنه وي چې 0.125mg د خوب پرمهال ورکول شي.
  - ii. (Dalman) Flurazepam: دا درمل 15-30 mg د شپې د خوب پرمهال ناروغانو ته ورکول کېږي.
  - iii. (Restoril) Temazepam: دا درمل 15-30 mg ناروغانو ته ورکول کېږي.
  - iv. (Zanax) Alprazolam: دا درمل 0.25- 0.5 mg ناروغ ته ورکول کېږي.
  - v. (Laxothonil) Bromazepam: دا درمل 3-6mg د شپې له خوا د خوب پرمهال ورکول کېږي.

2. نور درمل:

- i. Chloralhydrate: دا درمل به 500-1000 mg ناروغانو ته ورکول کېدای شي خو په یاد باید ولرو چې دا درمل د کېدې عدم کفایي Hepatic failure حالاتو کې نه ورکول کېږي.
- ii. دایفن هایدرامین (Diphenhydramine): دایفن هایدرامین (Benadryl) بنائى درمل چې اتې هیستامین دي خو د 25-50mg په اندازه کولای شو چې د خوب راوړلو په موخه پکار یوسو.

B: غیر فمي خوب راوړونکى درمل:

1. Chloralhydrate: 500-1000 mg دریکټوم له لارې ورکول شی.
2. Phenobarbital: دریکټوم، دورید یا عضلې له لارې 100mg د خوب راوړلو په موخه په کارورول کېږي.

C: به غیر له طبي درملو درملنه:

- دناروغ سره ډېر خبرې کول او رواني درملنه اوقناعت ورکول.
- دناروغ د خوب د خونې بدلون.
- د ناروغ د بستر دټوکړانو د رنگ بدلون.
- د خوب تر مهاله ناروغ ته د شیبه تېرونکي (تفریحي) سرگرمیو برابرول.

## اوه لسم څپرکي غیر منظم نبضان Irregular pulse

کله چې د ناروغ روټین علایمو څارنه او ټاکنه ترسره کېږي د نبض په کچه او جس کې بڼایي چې نبض گډوډ او غیر منظم وموندل شي .



په دې لړ کې کېدای شي د یوه ناروغ چې (72) کاله عمر لري او دوه ورځو را په دېخوا ورته غیر منظم نبض منځ ته راغلی نو کېدای شي سانسو در اغونښتي پرمهال لاندې پوښتي منځ ته راشي:

- I. د ناروغ حیاتي علایم څرنګه دي؟ د ناروغ حیاتي علایم (Vital Signs) ټاکل کېږي او تودوخې درجه ساکنلو شمېره د زړه ټکانونه او دوینې فشار ټاکل کېږي.
- II. د ناروغ نبضان څه اندازه دی؟ په دې لړ کې بڼایي اریتمیا تشیت شي د بېلګې په توګه د بطني تقلص اندازه به اذینې فیبریلشن پرمهال نادراً د 150 څخه ډېروي حال دا چې فوق البطني ټاکنې کارډیا معمولاً له 150 پورته وي.
- III. آیا د نبضان بې نظمي سره نورې ناروغۍ لکه د هیموډینامیک غیر ثابتوالي (هاپوټنشن) شته والی لري او کله؟ چې پېرې درملنې ته اړتیا لري.
- IV. کوم ډول درمل ناروغ ته په دوامداره توګه ورکول کېږي؟ هغه درمل چې د زړه درملنه پرې کېږي او یا هم د دیورتیک درمل چې د K پوتاسیوم اطراح منځ ته راوړلو وړتیا لری د پاملرنې وړ بلل کېږي.
- V. آیا ناروغ د زړه ناروغۍ لري او کله یا هم کوم ډول نوی کلینیکي بڼې موندل شوې چې د درملنې پرمهال د ناروغیو اړوند څېړنه ورته پکار ده.

### توېرې پېژندنه

- A. پریماچوراذینې بطني تقلص (PVCs) (PACs) اړوند:
1. پریماچوراذینال او وینتریکولار کاترکشن (PVCs) (PACs):
  - i. (PACs) دا په پریماچورینه د اذین تقلص له کبله وي چې معمولاً د نارمل QRS کمپلکس ور پسې منځ ته راځي . چې معمولاً دکلینک له خوا نه پېژندل کېږي او د فشار (Stress) له کبله وي مایوکارډیال احتشاء او کافین خوراک یې نور لاملونه گڼل کېږي.

ii. (PVCs) دا په بعضې نورماله ناروغانو کې موندل کېږي په (PVCs) کې د P-wave (پي - موج) د QRS پورې کوم تړاو ونه لري او په معاوضوي توګه به یوه وخته دهر (PVCs) پسې منځ ته راشي چې دا په بعضې اضطرابي ناروغانو په ګوته شي او ګه ډېره شدیدې بڼه موندل شي نو دا به دمیټابولیک اوزره ناروغیو کې ولیدل شي.

2. سینوزال اریتمیا: د نبض بیلابیل بڼې یې لیدل کېږي.

3. تېنېټېدونکې ضربان (Escape beats): دا به معمولاً په برادې کارډیا کې د لیدلو وړ وي.

4. اکسټراسیټول: یوه ثابته وخته د سینوس بیت Sinus Beat او اکسټراسیټول ترمنځ به د

تمریناتو په حال کې ولیدل شي.

5. اذینې فیبریلسن: دا به د زړه د ډېرې ناروغیو سره مل وي لکه د ( زړه ایسکیمیا، د دسامونو ناروغی) په دې صورت کې به هیڅ راز د P.wave په څیر څپه په زړه ګراف کې ونه لیدل شي او همدارنګه د غیر منظم بطنې سرعت او فلویټر بنائې په سرګوشي.

6. Pasmaker Malfunaction

7. Sick. Sinus Syndrome

8. پروکسیزمال اذینې ټاکی کارډیا چې د ډول ډول بلاک سره وي د اذین اندازه 140-250 Beats/min تخلصونه په دقیقه کې د اذین په بیلابیل ډول غبرګون په انډول شته والی

ولري.

B. د کانډکشن تشوش؟

(a) Sinoatrial Block: دا بنائې داسکیمیا اویا د ډیجوسین ډېروالی سره مل وي.

(b) Partial A.V. Block: د Mobitz type I ( wenckebach ) اویا type II دویمه

درجه بلاک به ولیدل شي.

(C) Pulsus Alterans: منظم ریتم به د مساوي مسافې تقلص امپلیتود (Amplitude) په منځ

کې د توپیر سره مل وي.

C. د مایوکارډ ایسکیمیا: لومړنی نښه به اسکیمیا شتون لپاره غیر عرضي ډول کې د اریتمیا شته

والی وي

D. د سږو ناروغی: د سږو ناروغی د نبض د تغیراتو منځ ته راتګ لامل ګرځي.

E. د پریکارډ ناروغی: کانستریکټیف پریکارډیټ او تیموناد بنائې د غیر منظم نبض سبب

وګرځي.

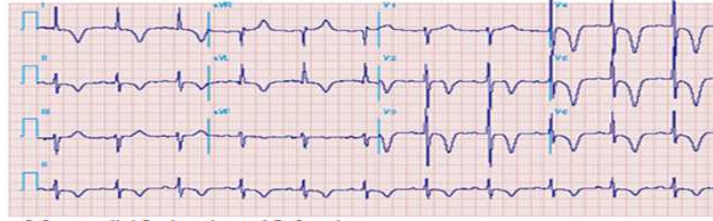
کلینیکي ګڼې:

A. فزیکي ګڼې:

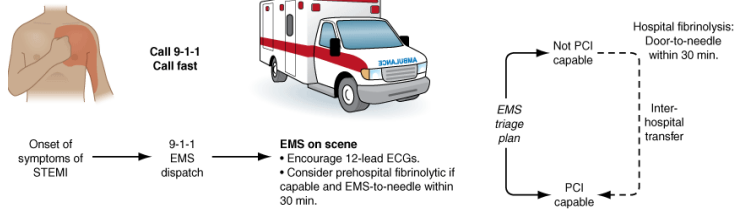
a - حیاتي علایم: د نبض به منظم او چټکیا (سرعت) به غیر منظم وي ټاکی پڼیا شتون به بنائې

په یوې آمبولې اویا شدید هاپوکسیا په ناروغی دلالت وکړي. د کانستریکټیف پریکارډیټ او

- پريکارډيوم ټيمپوناد اويا شديد ډول سالنډي (Asthma) حالاتو کې وليدل شي اود مثبت آزماينست بشودونکې به وي چې د وينې فشار به 10 mmHg په اندازه د ټاکې په مهال توپير وکړي او بنسکه غورځېږي که چېرې نبض په لومړيو کې په واضح توگه غير منظم وي او په آساني سره د تنفسي پورې تړلې وگڼل شي نوبشائي Sinus arrhythmia څرگندونه وکړي.
- b. هايپوتشن: هايپوتشن به واضح او روښانه توگه هموډينامیک ستونزه وگڼل شي او چې هموډينامیک ستونزه بايد په بيرنې توگه درملنه شي.
- c. غاړه او ورمېر: پدې صورت کې به اذيني وداجي څپې (Jugular atrial wave) چې او وريدي توسع وبلل شي.
- d. زړه: د پريکارډيت په صورت کې به پريکارډيال رب (Pricardial rub) واورېدل شي چې دا په ترانسسمورال احتشاء کې هم ليدل کېږي. د سوفل (Murmur) شته والی به د دسامونو ناروغيو ته پام واپوي.
- B. لابراتواري کتنې:
1. الکترولايتونه:
  - د الکترولايتونو اېنارمليتي حالات به بېلابېل ډول اريتميا څرگندويي وکړي لکه په هايپوکاليميا اويا هايپرکاليميا حالاتو کې.
  1. دسور رګي (شرياني) وينې دکا زاتو ټاکنه:
  2. هايپوکسيا کولای شي اريتميا منځ ته راوړي اويا بشائي د يوې آمبولې سره مل وي.
  3. Cardiac Panel cpk & LDL isoenzymes: د زړه د انزيمونو ټاکنه به وکړای شي د زړه د مېوکارډ عضلي احتشاء ناروغی پېژندنه کې مرسته وکړي.
  4. د ډيچوکسين سويه: هغه ناروغان چې پخوا د ډيچوکسين تر درملنې لاندې وې گڼه وره گڼه ده همدارنگه د يولړ درملو لکه (Quinidine او Procainamide) سويه د اړتيا په صورت کې په وينه کې ټاکل کېږي.
  5. د نورو درملو سويه: د نورو درملو سويه دې هم وڅارل شي بشائي چې توپير ډېرېدل شي.
  6. د ټاير ايد هورمون ټاکنه: هايپرتايرايډيزم کولای شي چې اريتميا منځ ته راوړي همدارنگه د (T4 او TSH) هورمونونه سويه هم بايد وټاکل شي.
- C. راډيولوژيک او نورې کتنې:
1. د E.C.G 12 Leads: د دې گراف پواسطه به وکړای شوهر راز اريتميا وپېژنو او اذيني فيبريليشن بشائي د E.C.G سر ته رسولوله مخې په ناڅاپه ډول وپېژندل شي همدارنگه د Ischemia يا احتشاء شته والی نښې نښانې دي ولټول شي چې Flipped T. Waves، د ST. Segment توپير بشائي چې د زړه گراف سره پرتله کړل شي.



**Myocardial Ischemia and Infarction**  
Anterior wall ischemia (deep T-wave inversions and ST-segment depressions in I, aVL, V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>) in a patient with LVH (increased voltage in V<sub>2</sub>-V<sub>3</sub>).

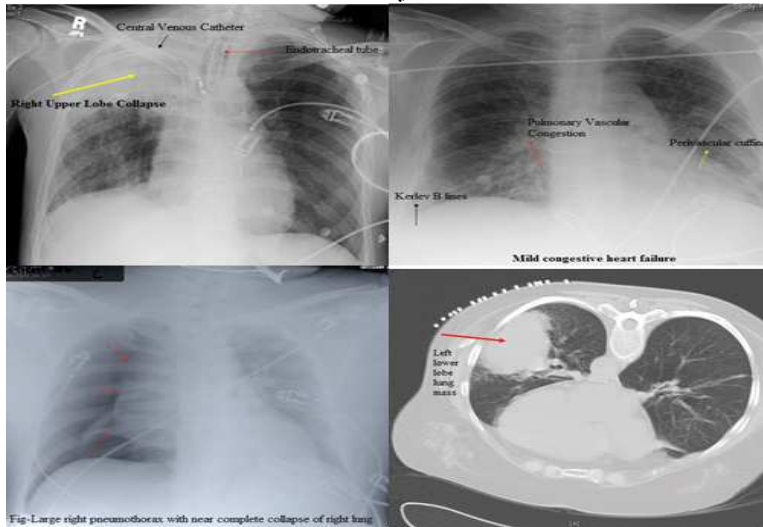


**GOALS**

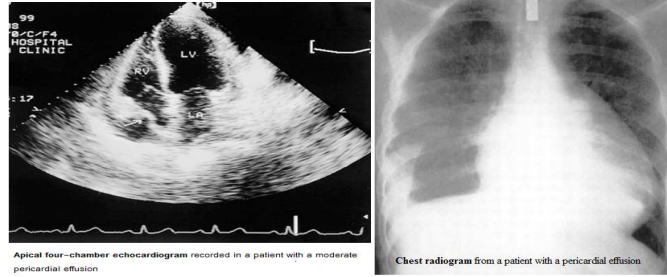
5 min. Patient	8 min. EMS	EMS transport
Dispatch 1 min.		
		<b>Prehospital fibrinolysis</b> EMS-to-needle within 30 min.
		<b>EMS transport</b> EMS-to-balloon within 90 min. <b>Patient self-transport</b> Hospital door-to-balloon within 90 min.

Golden hour= first 60 min. Total ischemic time: within 120 min.

2. د صدر راډيولوګرافي: د دې پواسطه به CHF د زړه ضخامت Cardiomegali د سپرو پرايمري ناروغۍ پنوموتورکس، اتلکازي، پنومونيا، پرائشیکازي، سيست، اېسې، ټومورونه او نورې بنائې د پېژندلو وړ وګرځي.



3. ايکوکارډيوګرام: د دې کتني پواسطه بنائې د زړه د عضلي په منځ کې د آمبولې شته والی په هغه ناروغانو کې چې د اوږدې مودې لپاره يې اذيني فيبريليشن ناروغۍ درلودلې وې ولټول شي همدارنگه د پريکارډيال انصباب او دسامونود ناروغيو شته والی وپېژندل شي.



4. Nuclear Ventricular/ Perfusion (Y/Q) Scanning : دا کله هغه مهال چې د سږو آمبولي شته والی تر شک لاندې وي تر سره کېږي.

د درملنې پلان :

کله چې اریتمیا وپېژندل شي د هغه لاملو پېژندلو لپاره تېون کېږي او درملنه یې کېږي. ناروغ حالت باید د همیو دینامیکي له پلوه درملنه شي. همدارنگه ناروغ ته (O<sub>2</sub>) اوکسیجن Suplmentation سمداسه ورکول کېږي او د درملو ورکړې سمو او کره ډوز او اندازه دی د اریتمیا د اصلاح لپاره ورکول شي.

A. سینوزال اریتمیا (Sinus arihylhmia) هېڅ راز درملنې ته اړتیا نلري.

B. اذیني فیبریلسن:

1. د الکترولائیو نو ایملانس او هاپوکسیا دي درملنه شي.

2. ناروغ ته دی دیجوسکین ورکول شي.

i. دیجوسکین د (1.0 mg/ 24<sup>h</sup>) په اندازه دی په کسري ډوزونو لومړی ډوز (0.5 mg) یا

وروسته 0.25mg به کسري ډول هر 6<sup>h</sup> بعد ورکول کېږي.

ii. ناروغ ته تعقیبي مینتینانس ډوز ورکول کېږي.

iii. که چېرې چېکټیا (Rate سرعت) خرابیدونکی نو پدې حالت کې 1.0 mg په چېکټه توګه

ورکول کېږي.

iv. همدارنگه pronestyl د کیمیاوي کارډیوورژن لپاره د دیجوسکین درملنې وروسته ورکول

کېږي او همدارنگه د quinidine درمل هم ګټه ور تمامېږي او سینوس ریتم ساتنې لپاره درمل

ګټور واقع کېږي.

v. یو ناروغ د همیو دینامیک درملنې په موخه لکه دها پوتنشن له کبله د اریتمیا شته والی دی

Electrically Cardioverted کړنه تر سره شي.

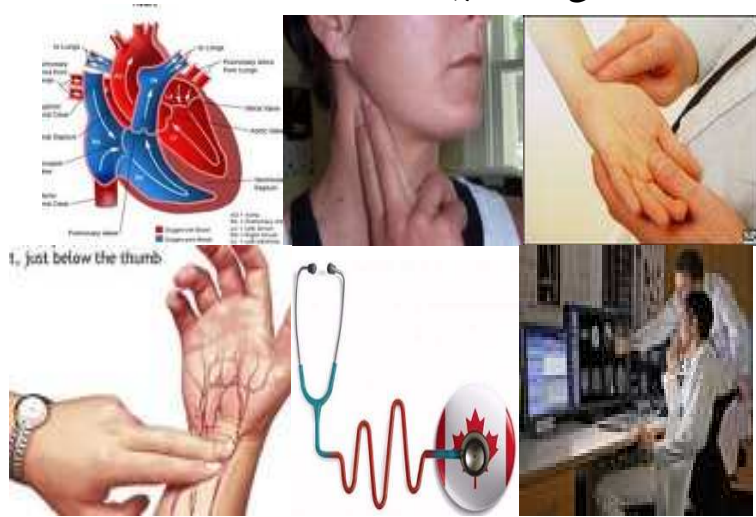
- Diazepam درمل 5-10 mg د ورید له لارې دسدیشن لپاره ورکول کیږي .

- Synchronized Cardioversion: په پیل کې د (50-100 Joules) په اندازه ورکول شی.

C. د سږو آمبولي :

1. پېژندنه د (Nuclear Ventilation /Perfusion (V/Q) Scan) پذیرعه کېږي.

2. که چېرې د پورتنی کتنې پواسطه یا هم آمبولې د پیژندلو وړ نه وي نو د دې لپاره دی د سپرو انجیوگرافي تر سره شي او د Gold standard کتنه د پیژندنې لپاره ده .
3. دهیپارین پواسطه درملنه چې دورید له لارې نیغ په نیغه ورکول کېږي او تعقیب یې د Drip یا څاشکو په څېر ورکول کېږي ترڅو چې PTT آزمايښت 1.3-1.5 time څخه ډېر شي او یا همدارنگه Streptokinase انزایم هم ورکول کېږي د اوږدې مودې لپاره اتی گواکولانت درملنه (3-6 month) لپاره معمولاً استطباب لري خو له نږدې څخه دې د ناروغ څارنه وشي .
- D. د مایوکارډ احتشاء: پدې ډول ناروغی کې حمایوي درملنه کېږي د وینې د گاز اتو څارنه د مونیټور پواسطه کېږي. O<sub>2</sub> اکسیجن، د درد ضد درمل (مورفین) نایټریټونه او دمخنیوي په موخه Lidocain ناروغ ته ورکول کېږي.





# اته لسم څپرکې

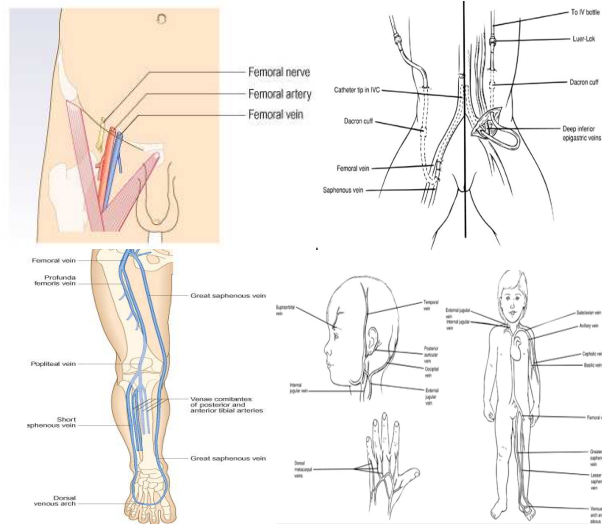
## د جراحي پروسېجرونه

### د وريدي لاس رسې ستونزې

#### Intravenous Access Problems

يوه 40 کلنه ښځه چې وريدي ناوړه درمل اخلي او د کېډې دردونه کانګې لري او روغتونونو ته راوړل کېږي په لاسونو او مټونو کې هيڅ راز تيار وريد د وريدي تطبيقاتو له پاره نه لري نو سمدلاسه به لاندې پوښتنې مطرح شي:

- i. د ناروغ د ناروغۍ طبيعت څرنگه دی؟ ناروغ به سمدلاسه د وريد له لارې د مايعاتو تطبيق ته اړتيا ولري او د دې لپاره هيڅ راز وريد ونه لري بايد تر پوستکي لاندې تطبيقات پيل شي. او همدارنگه به ناروغ ته بايد ژر تر ژره Cutdown تر سره شي بايد وخت ضايع نشي که چېرې هر څومره وړوکي وريد په لاس او پښو کې وي بايد له هغه څخه کار واخيستل شي.
- ii. آیا ناروغ ناوړه وريدي درمل اخلي او کله؟ که چېرې د وريدي له لارې يولړ درمل په ناوړه توګه پکار لور وړل شي دا درمل ښايي د اعتياد له کبله وي نو په دې حالت کې به وريدونه ده کاره وتلي وي او يا هم هغه ناروغان چې کيموټراپي ورته تر سره کېږي نو د دوی وريدونه به له کاره وتلي وي.
- iii. د کومو موخو لپاره وريدونه کارول شوي دي؟ به مزمته توګه که چېرې ناروغان په مزميني توګه به روغتون کې بستروي نو د دوی وريدونه به له کاره وتلي وي ځکه چې وريدونه به بدل شوي وي.



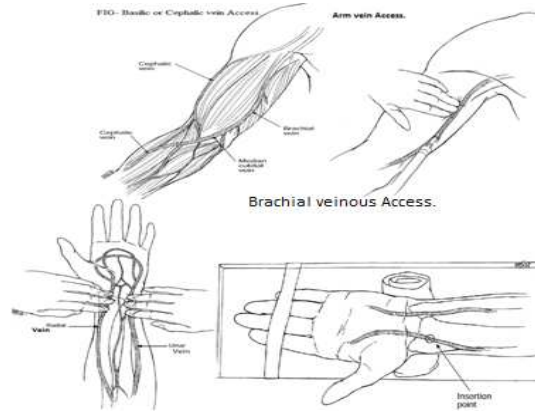
## توپیری پېژندنه:

1. د وریدونو له لارې د ډېرو درملو استعمال له کبله .
2. په ډېرو چاغو او خړبه ناروغانو کې.
3. هغه ناروغان چې د ورید له لارې کیمو تریای ورنه سرته رسول کېږي.
4. هغه ناروغان چې د اوږدې مودې لپاره بستري وي او وریدونه یې ډېر کارول شوي وي.
5. د لمفاوي اذیما له کبله کله چې Mastectomy ناروغانو ته تر سره کېږي او د تخرګ یا ابطي (Axial) برخې لمفاوي عقدات راویستل شوي وي او یا د نورو جراحی کړنلارو له کبله د لمفاوي عقداتو راویستلو له کبله .
6. عمومي اذیما (Anasarca): عمومي اذیما کېدای شي د وریدونو ستونزې منځ ته راوړي لکه د حین (Ascites) او شدید هاپروپروتینیا په صورت کې.
7. د رګونو کولاپس: هغه ناروغان چې د شاک له کبله راغلي وي په دې حالت کې به رګونه کولاپس ولري او لاندې لاملونه لري:
  1. حیاتي علایم: هاپروتیشن او نور د شاک نښې نښانې (علامي) بنائې درګونو د کولو پس لامل وګرځي.
  2. پورتنې نېټونه: که چېرې پخوانی د ستنې خاږې (نښې) شته والی ولري نو په دې حالت کې وریدونه له کاره وتلي وي.

## د درملنې پلان:

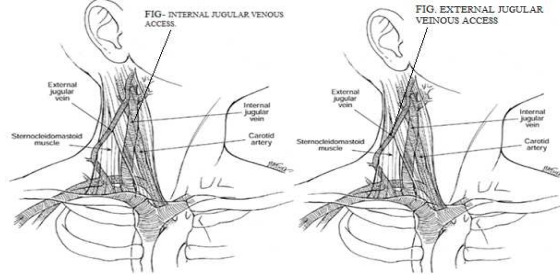
## A: محیطي

- A. مت (Arm بازو): لومړی باید د بشکنتې نهایاتو و نه کارول شي ځکه چې هغه په آسانه سره او ښه کار نه کوي او د تروموفیلیټ لپاره ډېر مساعد دی د مت او پورتنې نهایت وریدونه ستونزور دی. او د ترضیضاتو په حالت کې غټه اندازه (14-16 Gage) کټیر تیريزي او ډېر ځله همدا کارول کېږي ترڅو مایعات په ښه توګه او چټکه بڼه تیر شي.
  1. لومړی ټورنیکټ د مت لپاسه تړل کېږي .
  2. Line- Antecubital برخه کېدای شي وکارول شي او د ځنګل عدم تحرکیت او ثبات کارول کېږي ترڅو ډېر ونه ځورول شي .
  3. په انتخابي توګه د وریدي لاین تیرول به پکار یوړل شي ښه به داوی چې د وینې د فشار آله پکار یوړل شي فشار دې د Caff په برخه کې رانه وسل شي (5-10 minute) لپاره دې وساتل شي که د فشار آله نه وی یو دستمال او یا ټوکر دې وکارول شي ترڅو ترڅو ښکته وریدونه وپرسېږي او ښکاره شي.



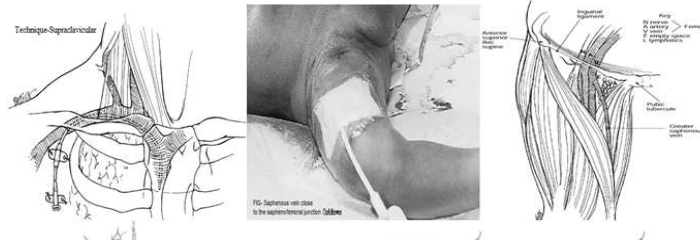
B: بهرنې وداجی وريد (External Jugular):

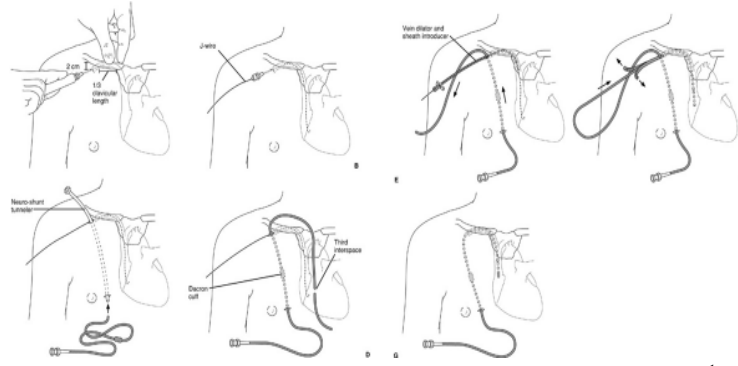
که چېرې دمټ په برخه کې وريدونه ونه موندل شي يو يا دوه (1-2) د رگونو کيتر دي د جگولار په وريد کې تېر کول شي په دې صورت کې ناروغ ته Trendelenburg Position پوزيشن چې سر لږ څه بدن څخه ښکته وي او جگولار وريد به وپرسېږي او ښکاره د موندنې وړ گرځي او د ترقيوي هډوکي په برخه کې لږ څه پورته د ليدنې وړ گرځي.



C: مرکزي کيتر (Central line):

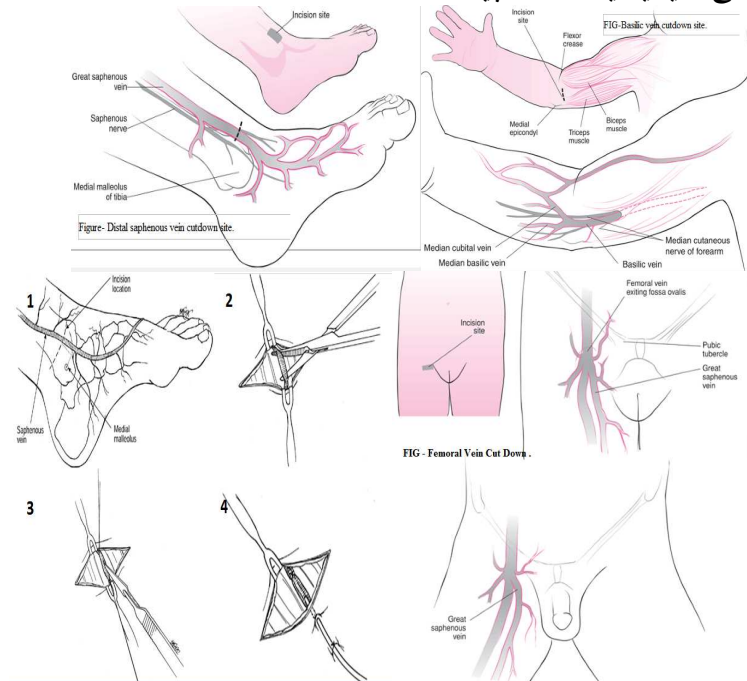
غوره ځايونه يې داخلي وداجي وريد تحت الترقوي او فخذني وريدونه دي د ننه وداجي او تحت الترقوي وريدونه د مرکز وريد فشار ټاکي لپاره ډېر غوره ځايونه دي ډېرې عالمان پدې باوردي چې د ورون (فخذني) وريد به نادراً پکار يوړل شي ځکه د اتاناتو د اختلاط منځ ته راتگ ډېر احتمال لري همدارنگه د حالاتو د کولاپس اعاده کول او درملنه لدې کبله چې ښکته اطراف ډېر لږ اندازه د وينې بهير لري په ښه توگه نه تر سره کېږي او د بيا رغونې پروسه هم لږ وخت پکار لري چې بايد ټول پورته حالات بايد په پام کې ونيسو.

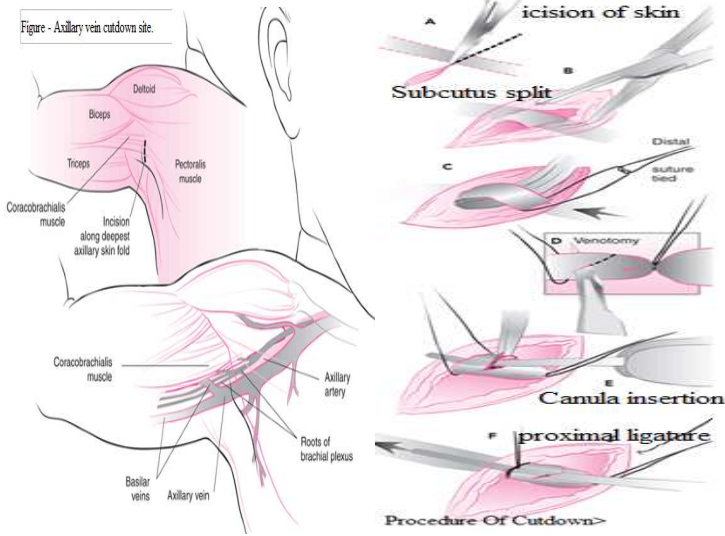




D : کټ ډون Cut down

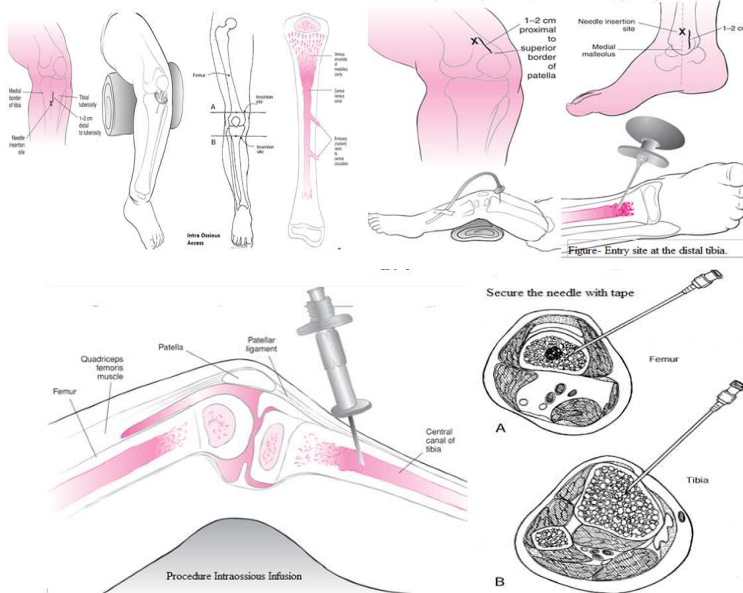
دا د ورید نوله لارې د وینې او مایعاتو تېرولو په موخه د وریدونو موندل او دهغه لومن ته د کټولا تېرولو کړنلاره بلل کېږي او کېدون هغه مهال تر سره کېږي چې نور سطحی وریدونه لاس ته رانشي په ښکته اویا پورته نهایت کې رڼک غوڅېږي او هلته کېتر تیر او تثبیت کېږي او ورسته له هغه لارې ناروغ ته وینه یا مایعات ورکول کېږي .





E: نور (Others):

- i. که چېرې په ماشومانو کې رگونو دزرقیانو لپاره ونه موندل شي د قصبې (Tibia) هډوکي ته دغټ قطر درلودونکی ستنه وردننه کېږي او یا دهغه له لارې مایعات تېرېږي د Intraosseous infusion نوم ورکول کېږي چې دا هغه مهال کېږي چې بله چاره نه وي پاتې او ناروغ مرکونی حالت ولري البسه په دې حالت کې Osteomyelitis ناروغی د احتمال څخه لرې نډه .



- ii. تحت الجلدی Sub cutancus دا ډول کپنه کله ناکله کارول کېږي خو یوازې په هغه حالاتو کې چې هاپوتیشن د دیهایدریشن له کبله وي او د مایعاتو بیا ورکول ډېر اړین وي او وریدی آسائیاوی شتون نلري .
- iii. د NG.Tub د انفي معدوي نیوب له لارې هم کله ناکله د مایعاتو بیا ورکول د شدید ډول دیهایدریشن ناروغانو ته تر سره کېږي خو دا دومره مؤثره نده چې شدید ډول د شاک حالت دې درمنله کړي.

## نخاعي بډل

### Spinal Tub

- نخاعي بډل یو ډول د عصبي جراحي (Neurosurgical Procedure) کړنلاره ده چې پکې د ملاد تیر د عصبي نخاعي مایع [Cerebrospinal fluid (CSF)] د آزمایښت او فشار ټیټولو په موخه راویسل شي او ورته (Lumber Puncture) هم وايي.
- که چېرې ناسي د یو داسې ستونزې لپاره چې ناروغ تبه، شرن (اختلاج) ولري او جراحي عملیات وروسته ناروغ ته پیدا وي راوغوښتل شي لاندې پوښتنې به مو په ذهن کې راوگرځي:
- i. آیا ناروغ سمدلاسه وروسته له عملیات څخه ورته اختلاج منځ ته راغلي، آیا دا موضعی دي که عمومی او لنډمهالې دي او که اوږد مهالې اختلاج شتون لري؟
  - ii. آیا ناروغ مایعات په سمه توګه اخیستي او که؟
  - iii. آیا د ناروغ تغذیوي اړتیاوي په بسنه توګه تامین شوې که؟
  - iv. آیا د ناروغ دوینې بیوشیمیک کني توپیر لري که؟
  - v. آیا ناروغ د عملیات څخه دمخه کوم ډول ضربه (توضیض) لیدلې او که؟
  - vi. آیا د عملیات څخه دمخه یې کوم ډول صرعه (Epilepsy) درلودله او که؟
- ددې لپاره چې د اختلاج په عصبي نخاعي لاملونو پوه شو باید دغه ډول ناروغانو ته د ملا تیر د عصبي نخاع څخه بډل تر سره او کتنه ئې په لابراتوار کښې بشپړه شي او حجرې ئې وروسته له توپیر څخه وپېژندل شي .

### د بډل استطاب (Indications):

1. د عصبي نخاعي مایع د ارزونې (CSF evaluation) لپاره چې په لاندې حالاتو کېږي تر سره کېږي.
  - د سحایاوو التهاباتو (Meningitis).
  - د تحت العنکبوتیه وینه بهیدنه (Subarachnoid hemorrhage) .
  - نیوپلاستیک ناروغی.
2. د نخاعي مایع دریناژ او راویسته د درملنې په موخه:
  - i. Communicating hydrocephalus
  - ii. Pseudotumor cerebri

CSF leak .iii

3. د دماغی فشار ټاکنې په موخه:

.i Communicating hydrocephalus

.ii Pseudotumor cerebri

4. د داخل النخاعی درملو (Intrathecal drug) تطبیق په موخه :

.i Radiopaque contrast

.ii Antibiotics

.iii Antineoplastic chemotherapy

مضاد استطباب (Contraindications):

ټول هغه ناروغان چې ورته د ناروغیو توپیری پیژندنې په موخه { computed tomography

Scan [CT Scan] او [MRI] magnetic resonance Image } د قطنی بډل ( lumbar

puncture) څخه دمخه تر سره شوی وي .

▪ Noncommunicating hydrocephalus

▪ Intracranial mass( tumor , hematoma.Abscess)

▪ Coagulopathy or platelets <50K

▪ Cellulitis at intended puncture site

▪ Complete spinal block above tap site

▪ Tethered cord Syndrome

د بډل کړنلاره:

د پروسیجر تر سره کولو لپاره اړوند موادو ته اړتیا ده:

انسټیټیا (Anesthesia):

د انسټیټیا ورکړې لپاره د [ Lidocaine ( 0.5%، 1.0%، or 2.0% ) ] ته اړتیا ده .

مواد او اړین توکي:

▪ Sterile prep solution

▪ Sterile gloves and towels

▪ 22-Gauge and 25-Gauge needles

▪ Spinal Needle with stylet 18-Gauge، 20-Gauge or 22-Gauge

▪ CSF collection vials

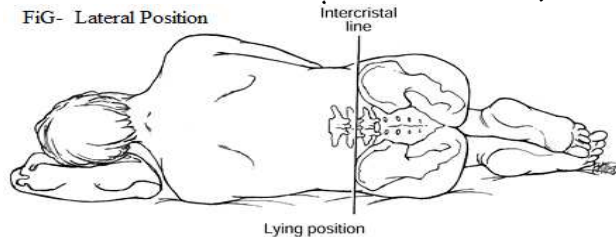
▪ Manometer with stopcock

د ناروغ وضعیت (Position) ورکول :

1. جنبي وضعیت (Lateral) : داسې جنبي اړخ وضعیت ناروغ ته ورکړی چې زنگونه

(knees) ئې د زني (chin) سره لگېدلې او ورونه ئې په صدر لپاسه نښتې بڼه غوره

کاندي دا بڼه د دماغی فشار ټاکنې لپاره ښه کچل شی.



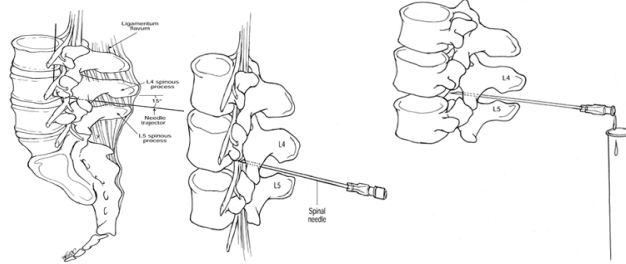
II. د ناستې حالت (Sitting) او وضعیت:

ناروغ د ناستې په حالت لکه چې په تصویر کېښې ښکاری د بستر ترڅنګ د قبض په حالت کېښې نول کېږي د یوه بالېنت په چاپر چې ترڅو ملاحظه یې شي. دا وضعیت د ډیرو بندو او څرېبه (obese) ناروغانو لپاره کارول شي پدې کې دماغی فشار (Intracranial pressure) نه ټاکل کېږي.



III. د بډل تخنیک (Technique):

- ناروغ د تعقیم موادو پذیریه او محلول پواسطه ښه پاکېږي او ددې برخې پوښل (sterile drapes) تر سره کېږي. همدارنګه د نظر وړ برخه وټاکي. (L4-5 interspace) چې د منځنۍ کرښې (intercrystal line connecting the superior iliac crests) په تداوم پرته ده چې قطنې بډل هم معمولاً د (L4-5، L3-4) ، او (L5-S1 interspaces) برخو کې تر سره کېږي.
- اوس د (1 ml) په اندازه (lidocaine) تر پوستکې لاندې (subcutaneously) د ټاکلې برخه کې زرق کېږي او تر هغه لاندې ټولې برخې ته هم انسټیزي ورکول کېږي او (3 ml of lidocaine) په اندازه مواد زرق کېږي بیا وروسته له هغه د (22-Gauge) اندازه قطنې ستن (lumbar puncture needle) نیغ په نیغه (slightly cranially and parallel to the midline) ملا ته د بېهوبښه شوې برخې له لارې تېرېږي.



کله چې ستنه د (Thecal sac) ته وردننه شي لیدل کېږي چې د نخاعی دماغی مایع (CSF) بهر



ته راووخې یا وروسته دې ماندرن راوویسل شی او دهغې مایع رنگ ، وینې او علقې Blood Clots شتون ، شفافیت Clearance دې یاد داشت کړل شی .

د مایع نمونې ګڼه دې په لابراتوار کې د (Cell counts and Xanthochromia) نښت موخې لپاره واستول شی . د مایع فشار بهیر دې د مونومتر (Monometer) پذیرعه وټاکل شی ، د (CSF flow pressure) فشار اندازه د ساتي متر اوبوبه کچه سره بنائې د [ 20 cm H<sub>2</sub>O; abnormal ] په نښت کړل شی او په پای کې یو ټیوب (tube) کېښودل کېږی او په هغه کې د (CSF) مایع د نمونې (Samples) لپاره راټولېږی. او هره نمونه د یولړ اجزاوو ټاکې :

- د حجراتو (Cell count) اندازه دې وټاکل شی.
- د (Protein او glucose) اندازه دې وټاکل شی.
- د کلچر او مکروبی حساسیت (Culture او sensitivity) دې تر سره شی.
- حجروي شمېرنه (Cell count) دې د لومړي ځل شمېرنې (first cell count) سره پرتله کړل شی .

کله چې ستنه راوویسل شی یو معقم ګاز دې هلته کېښودل شی او د روانی عقلی ، حیاتي علایم او د حدقي (pupil size) اندازه او غبرګون (reactivity) دې وڅارل شي.

اختلاطونه او درملنې :

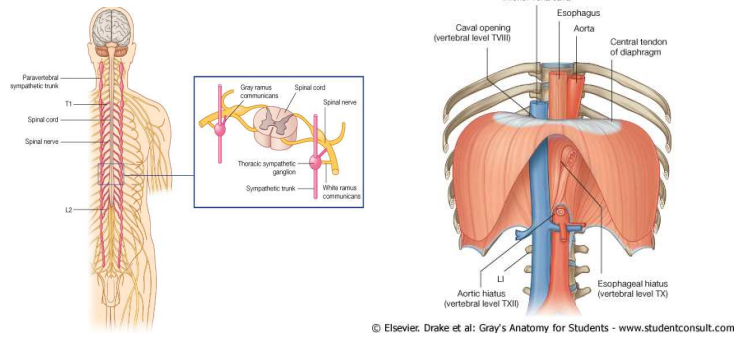
© Tonsillar herniation :

- لومړنۍ تظاهرات او عصبي-عقلی حالت بدلون د قحفي اعصابو (Cranial nerve) د اېنارمليتي (Third nerve palsy، respiratory difficulties) اړوند او د کوشنګ غبرګون (Cushing response) چې پکې (Bradycardia، Hypertension) ، Respiratory depression) په چېک ډول سره وژونکې بڼه غوره کوی منځ ته راشی.
- په چېک ډول دې ستنه وایسل شی دناروغ سر دې پورته کړل شی تر څو د دماغ څخه وریدی راګرځېدنه (venous return) اصلاح شی.
- د ورید له لارې دې (1 g/kg of Mannitol) تطبیق کړل شی.
- ناروغ دې (Intubate) شی او هایپر وینټیلیت (Hyperventilate) شی تر څو (PCO<sub>2</sub> = 30 mm Hg) هدف تر لاسه شی.
- ژر تر ژره دې د عصبي جراحی مشاور (Neurosurgical consult) راوغوښتل شی.

© Nerve root injury :

- باید ستنه ژر تر ژره راویسل شی .
- که چېرې درد او مونور برخو ضعیفي نغد وکړی اوږدوالي ومومی (corticosteroids) دې د (Decadron 4 mg / 6 hours) په اندازه ورته پیل کې ورکړل شی.

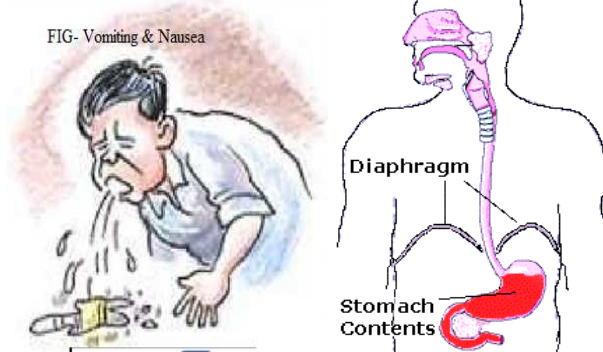
- همدارنگه (Electromyogram/nerve conduction velocity) دې وڅېړل شې او يو جدول دې د درد کټيول لپاره جوړ شې .
  - © د نخاعی سردرد:
    - د ناروغ ملادي د تحمل او زغملو تر حده سمه او آرامه وساتل شې .
    - معمولاً څو ساعته وي خو د تعدد په حالت کې څو ورځې دوام مومي .
    - د مايعاتو ورکړه (Hydration) او کافين (caffeine) بنسټی د دردونو او اعراضو لږ کولو په موخه کې وروي .
  - © د ابهر (Aortic) او شريان (arterial) بډل :
    - ستنه دې چېک ډول راوويستل شې او تر ( 4 - 6 hours ) پورې دې د هيموډيناميک څارنې په موخه ثابت وساتل شې .
    - د رگونو يا وعائی جراحي متخصص او مشاور دې راوغوښتل شې .



## نولسم څپرکې زړه بدوالی او کانګې Nausea / Vomiting

دا یوه داسې ناروغۍ چې کله د معدې محتوی د خولې له لارې په فشار سره بهرته وغورځوي دې حالت کانګې ویل کېږي. همدارنگه په روغتون کې یوه ناروغ ته چې د راپورټیکولیت له کبله ورته کولوسټومی تر سره شوېده یوه اونۍ وروسته ورته زړه بدوالی او کانګې په بیاځلي (تکراري) ډول پیدا کېږي نو سمداسه به لاندې پوښتنې مطرح شي:

FIG- Vomiting & Nausea



- I. آیا ناروغ مترافیه نورې ناروغۍ لکه کسټروائترائیس او د هضمي جهاز نور اعراض لري او که؟ زړه بدوالی او کانګې به د یولې ډېرو ناروغیو لپاره دعرض په توګه وپېژندل شي چې د توپيري پېژندنې پرمهال یې اوصاف باید په پام کې ونیول شي په ځانګړې توګه د ګېډې درد د ګېډې پړسوب نس ناستی قبضیت ښائی د زړه بدوالی او کانګو سره په ګډه بڼه منځ ته راشي.
- II. د کانګو رنګ بوی او منظره څه ډول ده؟ بعضې حالاتو کې د ناروغ د کانګو محتوی د یولې ناروغیو اړوند معلومات څرګندولای شي لکه د وینې شته والی د غایطه موادو شته والی په کانګو کې د کولمو دلېرې برخې بندښت څرګندوي د تريخي مواد یا صفراوي مواد و شته والی به د پیلور څخه ښکته برخې ناروغۍ څرګند کړي د وینې او صفرا موجودیت به ښائی Mallory Weiss tear په حالت کې شته والی ولري.
- III. آیا کانګې د خوراكي موادو یا درملو سره تړاو لري او که؟ کېدای شي کانګې د هضمي جهاز د خوراكي توکو او یا پرهیز اړوند وي یوه یا دوه کینټې (ساعتونه) وروسته له خوراک څخه به په معدې کې هضم شوی مواد وي چې دا به د معدې په ستازس او یا د معدې د بندښت له کبله وي چې له خوراک وروسته مخ ته راځي همدارنگه یولې درمل لکه نارکوتیکونه NSAID درمل ښائی د کانګو لامل شي.

۱۷. آیا کانګې فوراني Projectile دي؟ دا به ماشومانو کې د نوي زېږېدنې پر مهال (CHPS) له کبله او همدارنگه په لویانو کې د CNS د تشوشاتو په حالاتو کې منځ ته راشي او بښائی په غذايي مسومیت کې هم منځ ته راشي .

توپيري پېژندنه:

A. عمومي General:

- a. پریونیت : پدې ناروغۍ کې دا نارغان تبه لري .
- b. د عملیات څخه وروسته ایلیوس : له عملیات څخه وروسته (48) ساعتونو څخه وروسته له لاپراتومي دهضمي جهاز وظیفه یا منځ ته راځی او په لومړیو 48 ساعتونو کې بښائی د (ileus) د ایلیوس له بله وي او کله اختلاط به منځ ته راغلی وي
- c. مېخانیکي بندښت : دا که په هره برخه کې وي بښائی د کانګې حالت منځ ته راوړي.
- d. کاسټروائیریت : دا که دهر لامل له کبله وي لکه ویروسي، توکسین، باکټریا، او نور ..... د کانګې لامل ګرځي.

B. معده Stomach:

- د معدې څخه لېرې برخه کې بندښت.

- د پېپټیک قرحي ناروغۍ.

- دمعدې د التهاب او راټولېدنې : دا بښائی

دشکري په ناروغۍ کې منځ ته راشي.

C. د کبدا او صفرا یا تريخی له کبله :

- د تريخی کولیک او یا حاد کولي سېسټې له کبله .

- پانکراتایټ

- هیپاټېټ

- کولون دایورتیکولیت.

- خبیث بندښت دریکټم او کولون کانسر له

کبله .

- اپنډیسیت .

D. میټابولیک ناروغۍ:

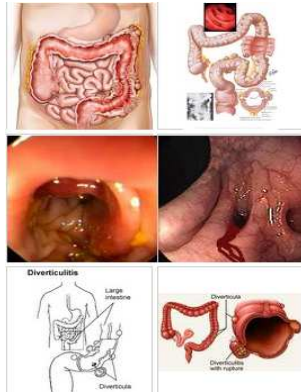
- یوریمیا .

- د کبدي عدم کفایه .

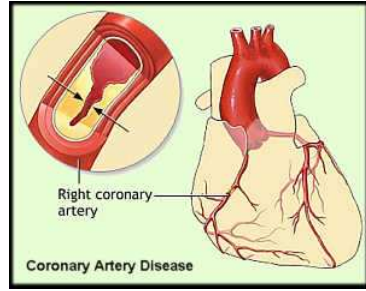
- میټابولیک اسیدوزس .

- د الکترولایټونو اېنارملټي .

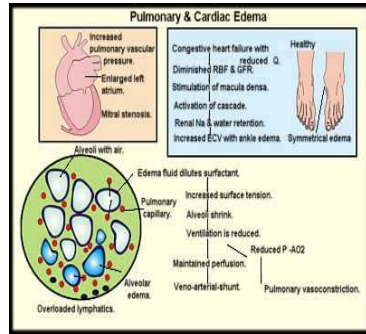
E. اندوکرین ناروغۍ:



- د شکرې ناروغۍ Gastroparesis دمعدې فلج .
- دا درېنال غدې عدم کفایه د انساني د اوږدې مودې د سټروئیدونو استعمال د قطع کول ورسوته میخ ته راشي.



- F. درمل او توکسين ناروغۍ:
- ډېر الکول خوراک.
- بوتولیزم يا غذايي مسمومیت.
- د خوراکي موادو او درملو په وړاندې غیرکون.
- نارکوټيکونو استعمال لکه کوډين خوراک .



- د NSAID درملو خوراک په تبه کې .
- د کيموټراپي درملو ورکړې په لږ کې .
- G. د زړه احتقاني عدم کفایه :
- د مایوکار د عضلي حاد ډول احتشاء .
- د زړه احتقاني عدم کفایه .
- H. د بولي تناسلي ناروغیو له کبله :
- د پښورگو کولیک د اتانانو ، ډېرو ، او نورو علتونو له کبله چې دفلانک په برخه کې درد د همتوریا سره مل وي .
- PID د حوصلې التهابی ناروغي په بنځینه ناروغانو کې بلارېنیت دا په لومړي ټرايمسټر کې .
- I. د عصبي سيستم ناروغۍ:

- Space occupying CNS lesion چې د دماغی فشار لوړوالی مومي .
- سردردی او Migraine .
- Labyrinthitis او سفري ناروغۍ Motion sickness .
- حاد ډل د تبي ناروغۍ په ځانگړي توگه په ماشومانو کې .

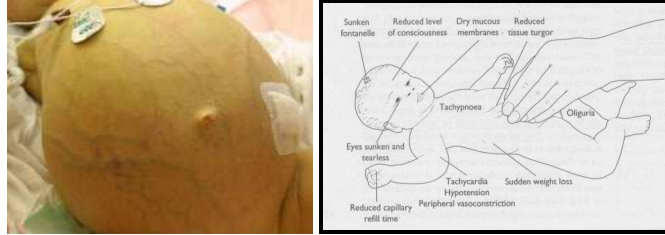
کلېنيکی کني :

فيزيکی کني

- i. حیاتي علايم : او رتوسټایټیک د وينې فشار بدلون به د حجم په ضایع کېدنه دلالت وکړي تبه به التهابی پروسې څرگندونه وکړي .
- ii. دسر ، سترگې ، غوږ پوزه او ستوني کنه: دفرنجیت، اووتیت حالاتو شته والی به د التهاباتو په شته والبدلالت وکړي پیل ادیما به دماغزو فشار لوړوالی ته پام وړوي .

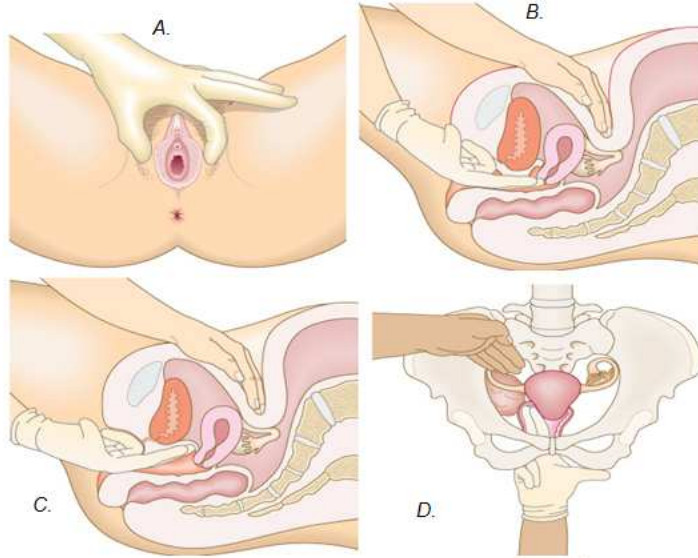
iii. پوستکي: د پوستکي شادابیت، دمخاطي غشا وچوالی به د حجم د ضایعاتو اړوند معلومات ورکړي همدارنگه د پوستکي او منظمې ژېړوالی به د ژیري ناروغۍ په شته والی دلالت وکړي.

iv. بطن کیده: د دې کني په لړکې دې د کولمو اوازونه، د کپډې پرسوب، پریټوان علایم لکه د حساسیت او درد شته والی او موقعیت اړوند معلومات راټول کړل شي.

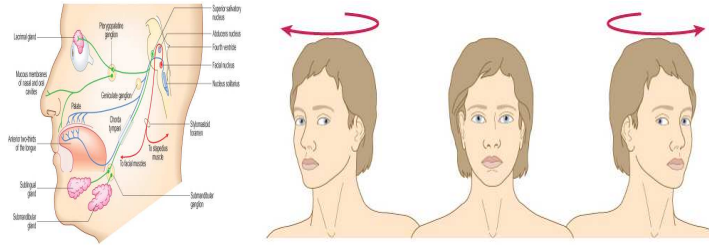


v. ریکټوم او مقدي کنه: پدې کنه کې به کلکو غایطه موادو کلو د ریکټوم دکلاتو لکه ټومورونو بواسیرو او همدارنگه د وینې د پرن شوي علقاتو شته والي پېژندل کېږي او همدارنگه د فیسورونو، فیسټولونو شته والی اړوند به معلومات راکړي.

vi. د مهلي يا حوصلي کنه: دا کنه به بنځینه ناروغانو کې تر سره کېږي چې د دې پواسطه بنائی د حوصلي التهابی ناروغیو او ټومورونو او نورو حالاتو اړوند معلومات راکړي.



vii. عصبي کنه: د رواني حالت بدلون بنائی د مرکزي اعصابو آقاتو په اړه او یا هم د الکټرولایټونو شدید ډول اېنارمليټي اړوند معلومات راکړي.



B: لابراتواري کتنې:

1. هیموگرام : د وینې په کتنه کې به هیموگلوبین لوکوسیتونو تجزیه او تحلیل وشي او د اتانای ناروغیو اړوند معلومات راکړي.
2. الکترولایتونو کتنه: هایپوکلوریمیا هایپوکلیمیا چې بنسټی د شدیدو کانګو شته والی له کبله منځ ته راغلي وي معلومات راټولېږي.
3. کیمیاوي کتنې: د وینې د یوریا کرپاتینې ن (K.F.T) کتنې به د پښتورگو عدم کهایې اړوند معلومات راکړي.
4. د ځیګر د وظیفوي آزماینېت : د دې کتنې اړوند به د ځیګر وظیفوي آزماینېت لکه SGOT، SGPT بیلروین Bilirubin او نورو کتنه ګټه وره وي چې د ځیګر د التهابی ناروغیو اړوند غوره معلومات راټولېږي.
5. د امایلز انزایم سویې ټاکنه په وینه کې د پانکریاتیت په ناروغی کې تر سره کېږي .
6. د متیازو کتنه او کلچر: د اتانای التهابی ناروغیو او ډیرو اړوند معلومات راټول شي.
7. د شریاني وینې د گازاتو ټاکنه: که چېرې اړتیا وي دا کتنه تر سره کېږي د وینې د اوکسیجن او کاربن ډای اکساید د سویې ټاکنه به د الکلوزس او اسیدوزس په حالاتو کې تر سره کېږي او همدارنگه د کولمو د اېسکیمیا په حالاتو کې هم ګټه وره کتنه ده او د پښتورگو مزمنې عدم کهایه کې ډیره ګټه وره بلل کېږي. او همدارنگه دمونیټور په واسطه کولای شو چې د O<sub>2</sub> او د CO<sub>2</sub> د سچوریشن (Saturation) سویه په پرلپسې توګه وڅارو.
8. په متیازو کې د H.C.G سویه ټاکل کېږي: دا کتنه به د بلاربنسټ په پېژندنه کې ډیره ګټه وره وي.

C: راډیولوژیک او نورې کتنې:

- i. د ګېډې د ولارې په حالت کې راډیوګرافي : پدې کتنه کې به د کولمو د بندښت او پریټونیت اړوند غوره معلومات لاس ته راشي د دوو څخه د ډیرو Hydro- Airic سویې شته والی به د کولمو شدت اړوند څرګندونه وکړي. همدارنگه د ګېډې جوف پنوموپریټونیم Pneumopritonium شته والی به د کولمو د سوري کېدنې او پریټونیت اړوند معلومات بیان کړي .

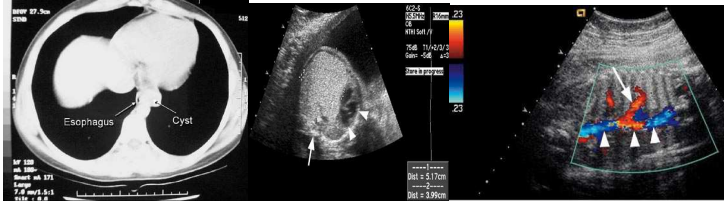


ii. KUB X- ray : دا کله چې د بولي سیستم لپاره اختصاصي کتنه ده چې (Kidney ، Bladder ، Ureter) لپاره مخفف دی او په درې واړو برخو کې به د تېرو او ډېرو اړوند معلومات څرگند کړي.

iii. د زړه گراف (ECG/ EKG) : د زړه د ایسکیمیک ناروغي پېژندنې لپاره تر سره کېږي .



iv. د گېډې الټراساوند کتنه: د دې کتنې پواسطه به د گېډې کلاتو پریټونیت او بولي سیستم ډېرو او کلاتو اړوند معلومات راټول کړل شي.

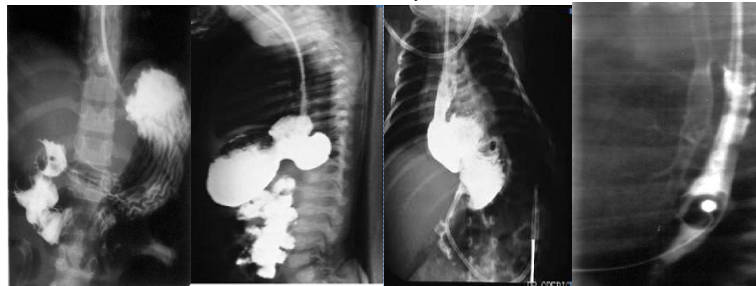


v. CT. Scan : د توموگرافي تر سره کول به د ټومورونو پېژندنې اړوند غوره معلومات راټول کړل شي چې د گېډې او کوپړۍ کتنې لپاره تر سره کېږي .

vi. انډوسکوپي : د گېډې يا پورتنی هضمي جهاز اړوند د انډوسکوپي کتنه د دا به ته د مری، معدې او اثنا عشر اړوند ناروغيو په هکله غوره معلومات څرگند کړي .

vii. Esophagogram : دا د مری د باریم پواسطه د بلع یا تیروولو پرمهال راډیوگرافي (Barium Swallow) اخیستل کېږي او د مری ناروغي پېژندنې لپاره دا کتنه تر سره کېږي .

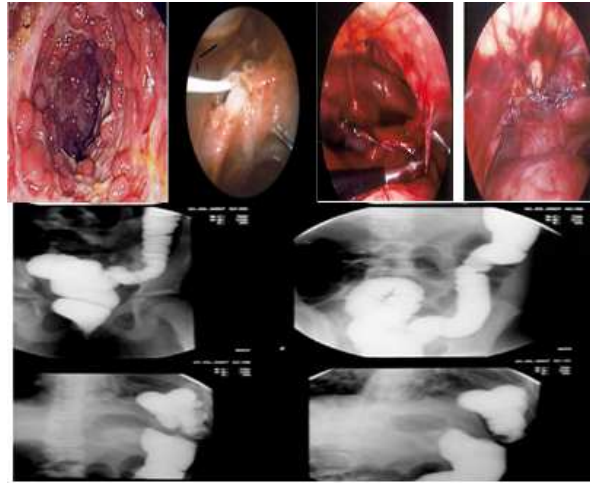
viii. باریم میل (Barium meal) یا د باریم پواسطه د معدې رنگه راډیوگرافي: دا ډول راډیوگرافي د معدې د ناروغيو پېژندنې لپاره تر سره کېږي.



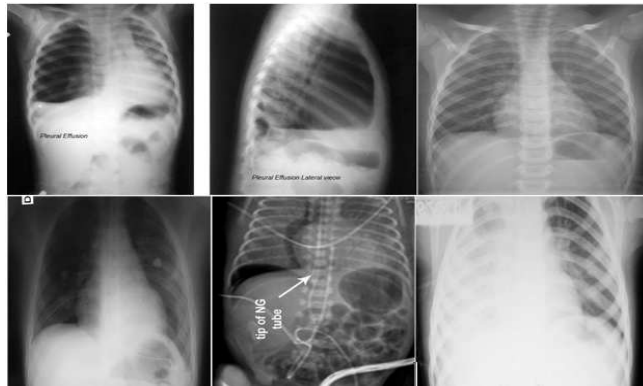


ix. د باریوم اینیما (Barium Enema): دا ډول راډیوگرافي د کولون کولمو ناروغیو پیژندنې په موخه تر سره کېږي.

x. کولونوسکوپي: دا د کولونونو اندوسکوپیک کنه ده چې دکولونو ناروغیو پیژندنې په موخه تر سره کېږي.



xi. د صدر راډیوگرافي: همدارنگه دا کنه د پنومونیا C.H.F اسپا پریشن پنومونیا پلورائي انصاب پیژندنې او همدارنگه د ډیافراکم څخه ښکته برخه کې د ازادي هوا شته والی په پنومو پریټون دلالت وکړي.



د درملنې پلان:

سمدلاسه به ناروغ NPO کړل شي که چېرې ناروغ د مایعاتو ضایعات ولري سمدلاسه به مایعات ناروغ ته زرق کړل شي او ضایعات دې اعاده شي له عملیات څخه وروسته چې د مورفین ورکړه د کانکولامل کرچي او هغه درملود تاثیراتو د له منځه وړلو په موخه دې د (Demerol) درمل ورکړل شي ښائی دا ستونزه ورکه شي.

## شلم څپرکې

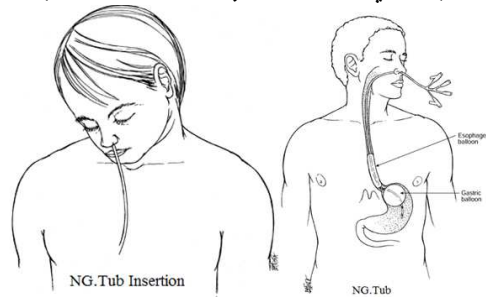
### د انفي معدوي ټيوب منجمنت

#### Nasogastric tub management

۱. د وینې رانگ NG Tub له لارې:

یو ناروغ چې ورته د کوچنیو کولمو غوڅېدنه (resection) دمیکل دایورتیکولوم له کبله ترسره شویدی او د (NG Tub) څخه وینه راځي نو په دې حالت کې به سم دلاسه لاندې پوښتنې مطرح شي:

- څومره وینه لرونکی دریناژ به راغلی وي؟ هغه ناروغان چې ډېره اندازه تازه وینه په ناڅاپه توګه بهر راوباسي دا به نسبت هغه حالاتو ته چې لږه اندازه وینه بهر ته راغلی وي خطرناکه او بحراني ویل شي.
- ایا د ناروغ حالت وروسته د هضمي جهاز د پورتنی برخې جراحی وروسته داسې دی؟ پدې حالت کې به د مورکې برخې قرحه (Marginal ulcer) پخواني انستوموټیک برخې په ځای کې منځ ته راغلی وي که چېرې تازه منځ ته راغلی وي دا به د تازه جراحی وروسته د استوموزس برخې له کبله وي.
- ایا ناروغ اتی اسیدونه خوري او د معدې د pH اندازه ئی څه اندازه ده؟ که چېرې د معدې اسیدي اغرازات زیات وي دا په کاسټریټ منځ ته رانگ کې ډېر رول ولري همدارنګه زیار دي وایسټل شي ترڅو pH د معدې له (4-5) څخه ډېر وي ترڅو مخاطي غشا وساتل شي.



توپري پېژندنه:

- A. Insertion trauma: دا حالت هغه مهال منځ ته راځي چې ټيوب د پوزې له لارې معدې ته تېري او دا به معمولاً د پوزې او فرنکس په برخه کې وي.
- B. دمخاطي غشا تخريش: دا به هغه مهال منځ ته راشي چې ټيوب د اوږدې مودې لپاره معدې کې پرېښودل شي او په دې حالت کې به د معدې pH اسیدي تثبیت شي چې ورته ډېره پاملرنه پکار ده.

C. د گڼدل شوي برخې د خياطي وازېدل او يا وينه راڼگ : دا په هغه ناروغانو کې چې هغوی ته تازه عمليات ترسره شوي وي او لږه موده پي وتلی وي اکثراً<sup>h</sup> (24-48) وروسته له عمليات څخه چې په ټيوب کې تازه وينه راشي.

Type of Secretion	Composition of GI Secretions				
	Volume (mL/24 h)	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Cl (mEq/L)	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (mEq/L)
Stomach	1000-2000	60-90	10-30	100-130	0
Small intestine	2000-3000	120-140	5-10	90-120	30-40
Colon	—	60	30	40	0
Pancreas	600-800	135-145	5-10	70-90	95-115
Bile	300-800	135-145	5-10	90-110	30-40

- D. د فرنکس ته د ټيوب د تېرولو وروسته : کله چې د وينه بهېدنې زېرمه پورته منشه ولري چې دا به ټيوب پورې تړاونه لري.
- E. قرحه: دا قرحه يا ټپ کېدای شي Curling ، Cushing او يا Pre-existing وي د دې لپاره دې مترافقه ناروغی وپلټل شي لکه سوخېدنه د قحفي ترضیضات او غټ عمليات تر سره کول.
- F. د معدې گريد نه (erosion) گاسټرېټ ، ایزوفاجیټ او وارسونه:
- G. کوآگولوپټي Coagulopathy: د کوآگولوپټي په صورت کې وينه راڼگ لیدل کېږي چې بنائې د DIC ، ITP او نور به حالاتو تر سترگو شي.

کلبنيکي کني:

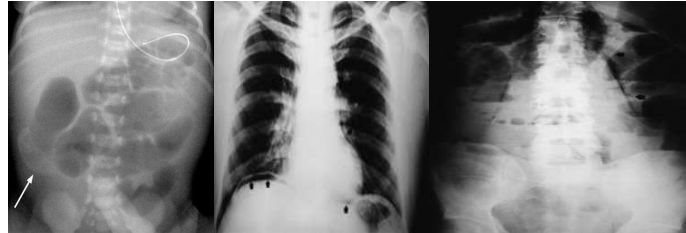
A: فزيکی کنه:

- حياتي علايم: ټاكي کارډيا ، هايپوټنشن سپيسيس (Sepsis) او يا هم په ډېره وينه بهېدنه کې ترسترگو او نښت کېږي.
- سر، سترگې ، غوږ، پوزه، ستونې، همدارنگه دا برخې کل کېږي کېدای شي د وينې بهېدنې منشا او سرچېنه وموندل شي .
- کېدو. د پرتوان نښې نښانې ، دا پي گاسټرېک برخې حساسيت او درد د معدې پرسوب بنائې وپېژندل شي.

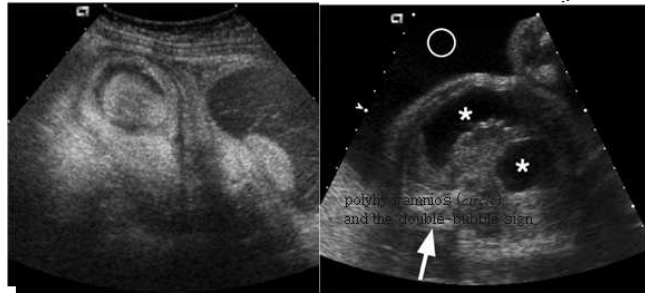
B: لابراتواري کني:

- هموگرام: د وينې کنه تر سره کېږي هيموگلوبين هماتوکريټ BT،CT لوکوسيتونه سره کرويَات کل کېږي ترڅود وينې د ضايع شوي اندازې پټه ولگېږي.

- P.T.T/ PT : دا کتنه د کواکولوپټي شته والی په موخه تر سره کېږي.
- C: رادیولوژیک او نورې کتنې:
- د صدر رادیوگرافي Chest X- Ray : دا رادیوگرافي کولای شي د صدري ناروغیو اړوند معلومات راټول کړي لکه Pneumomediastinum په څیر.
- د کېډې په ولارې رادیوگرافي : کېدای شي د یولړ حالاتو لکه د ازادې هوا شته Pneumoperitonium په اړه راکړي.



التراسونوگرافي : پدې کتنه به د یولړ غبر نارمل کلاتو ، د کېډې جوف آزادي مایع ، د مجوف احشاوو کې التهاباتو – او تیرو شتون څرگند کړل شی .



polyhydramnios (circle) and the double-bubble sign

- PH Test : دمعدې دمایع د PH اندازه ټاکل کېږي او د  $3 > 5$  څخه باید پورته او اوچت وساتل شي.

### د درملنې پلان :

- د دې لپاره چې ښه باوري شو ټیوب کولای شو راوباسو او بیا یې له سره ورته تېر کړو که چېرې وینه بهېدنه ډېره زیاته وي د ضایع شوې وینې اندازه دې بیا اعاده کړل شي.
- همدارنگه که چېرې د صدري برخې ستونزه شته والی ولري نو هغه دې د جراحی پواسطه حل شي لکه د مری تنقب او د کېډې اړوند ستونزه هم بېرې جراحی ته اړتیا لري باید لاپراټومي تر سره شي.
- 1) N.G. Irrigation : دا نفي معدوي ټیوب خړوب کول د نورمال سالیڼ پواسطه که چېرې د خوښې تودوخه سمه وي نو د مایعاتو تودوخه دومره مهم نده مایع معدې ته تېرېږي او تر سره کېږي چې دا به د ناروغی پېژندنې او درملنې دواړو حالاتو لپاره پکار یوړل شي چې له معدې څخه به دوینې علقات راوباسي .

2. د اتی اسیدونو پواسطه د رملنه : د دې لپاره دمعدې د pH اندازه د 3.5 څخه پورته ساتل شي باید یو لږ درمل ورکول شي.

i. د اسید ضد (Antacid) شربتونه، تابلیتونه او د راژي (المونیم هایډروکساید او مگنیزیم هایډروکساید) .

ii.  $H_2$  – receptor بلاک کونکي درمل لکه :



- رنیتیدین (zanatac) Ranitidin
- فموتیدین (Famot) Famotidin
- سیمیټیدین (Tagamit) Cimitidin

iii. Proton – pumping inhibitor لکه

- اوپرازول Omperazole
- لانسوپرازول Lansoprazole
- ایسمپرازول Ismiperazole
- پانتوپرازول ، ریپاپرازول Rebaprazole او نور

iv. ساکرولفت (Saculfate)، هغه درمل دی چې د معدې مخاطي غشا پوشوي او د قرحوي حالاتو په درملنه کې پکار وړل کېږي .

C: اندوسکوپي Endoscopy: که چېرې د پورتي برخې وینه بهېدنه دوام ومومي پدې حالت کې به د اندوسکوپي یوه ګڼه د پېژندنې په موخه تر سره شي چې کله ناکله ډېره ګڼه ور او درملنې لپاره هم کارېږي.

ii. کله چې په Out put کې بدلون منځ ته راشي:

که چېرې یو ناروغ د 46 کالو عمر لري او دپانکر یا ټیټ ناروغی ولري او په ناڅاپه بې د انفي معدوي ټیوب له لارې دمایعاتو راتګ زیاتوالی ومومي او همدارنگه یو بل ناروغ چې ورته دکوچنیو کولمو ریزکشن تر سره شوی وي او د ټیوب له لارې بې د افزازاتو لږ والی منځ ته راغلی وي نو سمدلاسه به لاندې پوښتنې مطرح شي:

- آیا دا ناروغان د ګېډې ډیسټرس او نارامي احساس لري ؟ که چېرې یو ناروغ په عمومي توګه ایلیوس او بندبست د کولمو ولري نو په دې حالت کې به د ټیوب له لارې افزازات زیاتوالی ومومي.

- آیا افزازات د تريخی (بایل) درلودونکی دی او که ؟ که چېرې د تريخی مواد ته ټیوب کې راشي نو دا به د دې بشودونکی وي چې عارضه لېرې له معدې څخه او په کولمو کې ده او اهم دغه دانفي معدوي ټیوب له معدې څخه تیر او په کولمو کې ځای په ځای دی .

- آیا ټیوب فعاله دی او کار کوي که نه ؟ معمولاً ټیوب بندېږي دا د مخاط او یا اتی اسیدونو پواسطه بندېږي باید په دې حالت کې دې ټیوب ته دننه هوا تېره او دستاتسکوپ پواسطه دګېډې

- او معدې لپاسه اصفا وشي چې د بهير حالت اورېدل کېږي او که که بند وي نو ټيوب ته وضعيت ورکول کېږي او ګل کېږي.
- آيا ناروغان غايطه مواد او هوا د معده له لارې تېروي او که ؟ معمولاً که چې د کولمو وظيفوي حالت په نورمال حالت واروي نو د ټيوب له لارې د موادو راټک لېوالی مومي چې په دې وخت کې به د کولمو پرستاليزم نورمال واورېده شي.
  - آيا ناروغ د خولې له لارې کوم څه خوري او که ؟ که چې ناروغان د خولې له لارې د ککگل ټوټې او يا اوبه ، مايعات ، دخولې له لارې وخوري په دې صورت کې به د ټيوب له لارې افرازات په حيرانونکي ډول زياتوالی ومومي .

توپري پېژندنه :

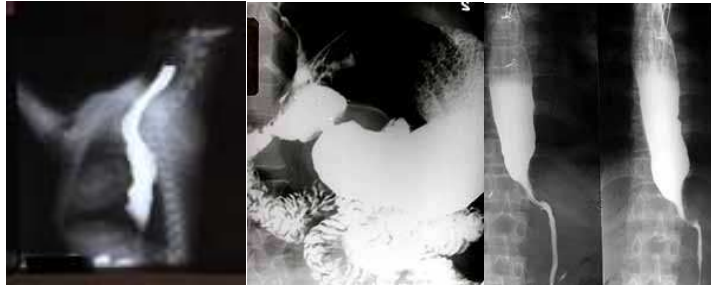
- A. کله چې د ټيوب له لارې مایع زياتوالی ومومي :
- بشائي د ټيوب نهايت د معدې د پيلور څخه کولمو لوري ته تېروي په دې حالت کې به د پانکرص تريخی او کولمو افرازات په ټيوب کې بهر ته راووزي.
  - د لېري کولمو او يا د معدې داوتلټ برخې بندېښت .
  - هغه مرحله چې په لوړه پيمانه په کې افرازات منځ ته راشي .
  - په غولونکې بڼه به د خولې له لارې د مايعاتو د ککگل ټوټو او اوبو څښناک وروسته د ټيوب افرازات زياتوالی ومومي.

- B. کله چې د ټيوب له لارې مایع لېوالی ومومي :
- کله چې د کولمو نورمال پرستاليزم حالت يا راوگرځي.
  - کله چې د ټيوب د خولې سورې بند شي د ا بشائي د ټيوب ماتېدنې يا تاوېدنې kink يا د موادو لکه اتي اسيدونو وينې علفي د مخاطي غشا مخاط پواسطه وتړل او بند کړل شي.
  - د H<sub>2</sub> receptor بلاک کونکو مواد و له استعمالو او ورکړې سره سم به افرازات لېوالی ومومي لکه د سمپيدين فموتيدين راتيدين خوراک.
  - د معدې تشوونکو مواد و کارول لکه د metclopromide درملو ورکړه ناروغ ته چې معده تشوي.
  - که چېرې د ټيوب څوکه دمعدې او مری. معصرې څخه پورته موقعيت ولري کېدای شي چې د ټيوب څوکه په معده کې نه وي او په مري پورته راتاوه او راگرځېدلی وي.

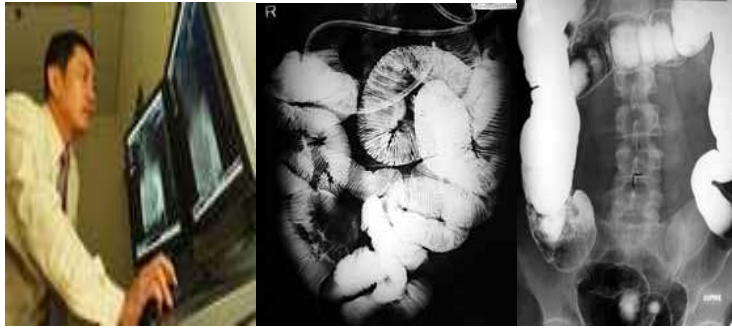
کلينيکي ګڼې :

- A. فيزيکي ګڼې :
- حياتي علايم: د ناروغ حياتي علامي دې وګل شي او غير نورمال حالت دې وڅارل او ثبت کړل شي.

- سر، سترګې پوزه غوږ ستونی خوله ستونی دې وپلټل شي چې ټیوب راتا او په خوله او ستونی کې خای پر خای نه وي .
  - کېږه : پدې ګڼه کې دې د کولمو پرستالیزم حالت واورېدل شي که چېرې هېڅ راز پرستالیزم تر غوږونو رانشی او وا نه اورېدل شي نو پدې صورت کې به د ایلوس حالت شته والی ولري high pitched کولمو پرستالیک آوازونه به د بندښت او یا ایلوس څرګندونه وکړي .
  - B. لابراتواري ګڼې :
    - د وینې د سیروم الکترولایټونه : پدې لړ کې دې په ډېر پام سره د پوټاسیم بای کاربونیټ سویه دې دانفي معدوي سکشن پرمهال وکل شي .
    - د معدې د pH ټاګه : داسپایرېټ شوی مایع په منځ کې دا به د اتی اسیدونو ورکړې ښودنه کړي او یا ښائي کېټر به له پیلور څخه د کولمو لوري ته تیروي .
  - C. رادیولوژیک او نورې ګڼې :
    - 1- د صدر رادیوګرافي په ولاړه : پدې ډول رادیوګرافي کې دانفي معدوي ټیوب څوکې موقعیت ولټول شي همدارنگه Pneumomediastinum او د دواړو لوړو حجاب حاجز قبي موقعیت به ټینګ شي .
    - 2- د ګېډې رادیوګرافي په ولاړه : پدې رادیوګرافي کې په لاندې ټکي د پام وړ وي
      - i. Pneumoperitonium
      - ii. Hydro-airic levels
      - iii. Distended loops
      - iv. Glass Graud appearance
- چې نوموړی پورتنی حالات به په پرتیونېټ او کولمو بندښت کې ولیدل شي .
- 3- ایزوفاګوګرام یا Barium Swallow او باریوم میل Barium meal : په دې ګڼه کې به دمری او معدې اړوند معلومات تر لاسه شي او همدارنگه د باریوم تېرېدنه کولمو ته به د کولمو اړوند معلومات هم راکړي .



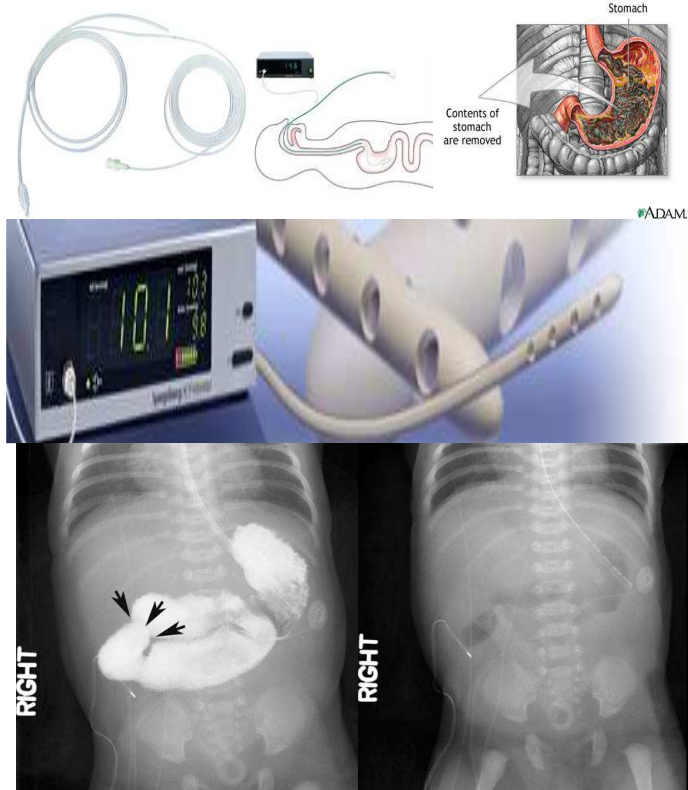
- 2 د کولون د باریوم رادیوګرافي : د کولون ګڼه به په دې ګڼه کې وشي او د اړوند پتالوژي پېژندنه وشي لکه د میکاکولون تغلف اونور .



### د درملنې پلان :

- A. د ټيوب د پوزيشن بدلون : دا به د X-Ray اخيستني وروسته ترسره شي او همدارنگه د  $40-60^{\circ}\text{C}$  او به يا هوا به معدې د ټيوب له لارې تېر او اصغابه د معدې لپاسه وشي هلته به د ټيوب اړوند معلومات ترلاسه شي چې ډېره دقيقه کتنه دې وشي
- B. ټيوب دې کټرول شي يوه اندازه او په د  $(30^{\circ}\text{C})$  په اندازه به هر  $(3-4)^{\text{h}}$  وروسته د ټيوب له لارې معدې ته تېر شي او ټيوب دې ومنيځل شي او پاک کړل شي ترڅو د ټيوب د څوکې سورۍ بند نه وي .
- C. د Out put زياتوالی:
- په هغه حالاتو کې چې معدې بنه نه تشېرې او ټيوب هيڅ بند نه وي نو په دې حالت کې به  $10\text{ mg Metoclopramid}$  هر  $(6^{\text{h}})$  وروسته د ورید له لارې ورکړل شي.
  - د بعيد برخې (ديستال) د بندښت په صورت کې به په مداوم توګه د NG Tub سکشن ترسره شي د باريوم راډيوګرافي به ترسره شي او د بندښت له منځه وړلو په موخه به جراحی عمليات ترسره شي .
  - د ايليوس په شته والې کې دې سمدلاسه وروسته له عمليات څخه ناروغ ته ټيوب تېر او الکټرولايټونه دې کټرول او د اېنارمټي په صورت کې دې اصلاح ترسره په ځانګړي توګه د هاپوآلېميا درملنه دې وشي N.G. Tub له لارې دې سکشن وشي که چېرې داوړدې مودې لپاره ايليوس دوام وکړي په دې حالت کې به د ګډې اتانات او سپسيس Sepsis شته والی ولري
- D. د Out put لږېدنه:
1. دا به اکثراً د کولمود وظيفې نورمال حالت کې منځ ته راشي چې به ورسره سم د غايطه موادو او هوا تېرېدنه د مقعد له لارې وليدل شي نو پدې حالت کې ټيوب له معدې بايد راوويستل شي.
  2. که چېرې ټيوب په سم ځای کې نه وي بيا دې راوويستل شي اوسم دې په معدې کې ځای پرځای شي.





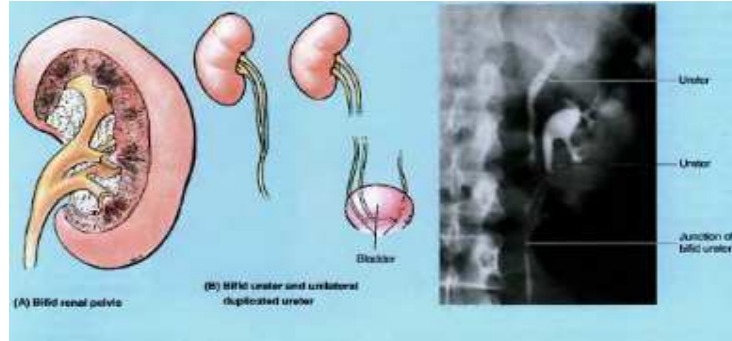
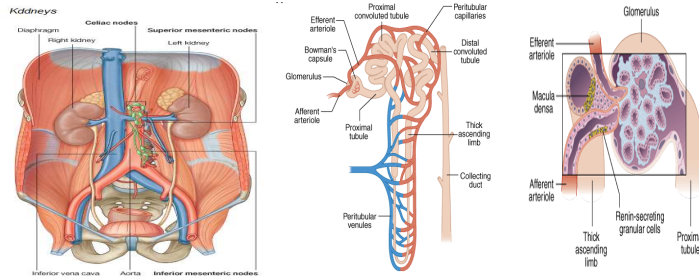
## يو ویشتم څپرکي

### اوليگوريا او انيوريا

#### Oligurial / Anuria

**اوليگوريا Oliguria**: دا هغه حالت دی چې د ناروغ دمیتازو اطراح لېروالی مومي چې د میتازو اطراح به له  $500^{cc} / 24^h$  لېروالی ولري.

**انيوريا Anuria**: دا هغه حالت بل کېږي چې پکې د ناروغ د پښتورگو په واسطه میتازي نه جوړېږي او هېڅ راز میتازي په مثانه کې شته والی نه لري.



که چېرې يو ناروغ چې دابه—ر رگ انيوريزم عمليات تر سره کولو له کبله ورته د يوې ورځې وروسته په يوه ساعت کې 4,9,15,22 سی سی میتازي توليدوي او په مثانه دغه اندازه ادرار يا میتازي د فولی کېتر له لارې بهر ته راوړي او په پاکټ کې نه راټولېږي نوسمد لاسه به لاندي پوښتې مطرح شي.

1. د ناروغ د حجم (Volume) اندازه او حالت څرنگه دی؟ د ناروغ د وينې د حجم په اړه کولای شو د نبض او ناروغ د فشار ټاکنې پواسطه معلومات لاس ته راوړو چې اکثراً د اوليگوريا لپاره له عمليات څخه رسو ته د هاپيواليميا له کبله منځ ته راځي.

همدارنگه مهمه خبره داده چې په حاد ډول د ټيوبولونو نكروزس په ثانوي ډول د ايسکيميا له کبله منځ ته راځي چې دا هم د هاپيواليميا اړوند ده او د حجم ټاکنه د فشار ټاکنه د کيني مټ په برخه کې او د يوه کېتر ټيرولو وروسته د مرکزي وريد په برخه کې د وزن بدلون او تل د فزيکي کني په

واسطه ټاکل کېږي دا په یاد ولری چې ځان باوري کړی چې هاپیوالیما د وینه بهېدنې له کبله نه دی.

2. آیا ناروغ پخوا کله دهاپوټنشن له ناروغۍ څخه په مستند بڼه شکایت درلوده؟ په جراحی سروس کې به تل دناروغانو د اولیګوریا لپاره دپنټورګو د ټیوبولونو حاد نکروزس ایسکیمیا له کبله وي چې د دې لپاره دی د ناروغ د جراحی عملیات دوره انسټیزیا په لړ کې دهاپوټنشن مرحله تېره کړي که.

3. د ناروغ د پنټورګو وظیفوي آزماښت څه ډول دي؟ که چېرې د پنټورګو نه بریالیتوب (Renal insufficiency) حالت شته والی ولري نو په دې صورت کې د یوریا او کرباتینین سویه په وینه کې لوړه وي.

4. آیا ناروغ کوم ډول دپنټورګو زهري Toxic درمل اخیستی؟ یولړ درمل بنسټي د پنټورګو عدم کفایه منځ ته راوړي دا لکه د امینوګلایکوسیدونه Aminoglycosid لکه

- i. Gentamicin
- ii. Streptomycin
- iii. Kanamycin

نوموړي درمل په پنټورګو ناوړه اغیزه لري چې د درملنې پر مهال دی د ډوز عیارول په پام کې ولول شي.

5. آیا ناروغ داسې درمل اخلې چې د پنټورګو له لارې دې بیرته اطلاق وشي د یجوکسین اواتي بیوتیکونه ډېر مهم دي چې د پنټورګو ناروغیو شته والی په صورت کې دې عیارول ترسره شي.

6. آیا ناروغ دډولې کېټر واز دی؟ د کېټر تیرولو پر مهال ډېره پاملرنه وشي چې کېټر مات (kink) نه وي او په مثانه کې تثبیت شي او که چېرې شک شته والی ولری نو پدې صورت کې یا له سره کېټر تیر کول شي او دمثانې میازو اندازه دې وټاکل شي.

### توپیری پېژندنه:

لکه چې د مخه مووېل که چېرې میازي په 500 ml/24 څخه لږ تولید شي نو دا به اولیګو یوریا وبلل شي او که چېرې د 100 ml/24 څخه لږ تولید شي نو د انیوریا anuria نوم ورکول کېږي او په نورمال حالت کې باید دمیازو تولید راټوله اندازه د 1500-2500 وټاکل شي او یا هم 1-2 kg/h دا اندازه وټاکل شي چې غوره لاملونه په لاندې ډول تصنیف کېږي.

1. د پنټورګو څخه دمخه Prerenal برخې اړوند

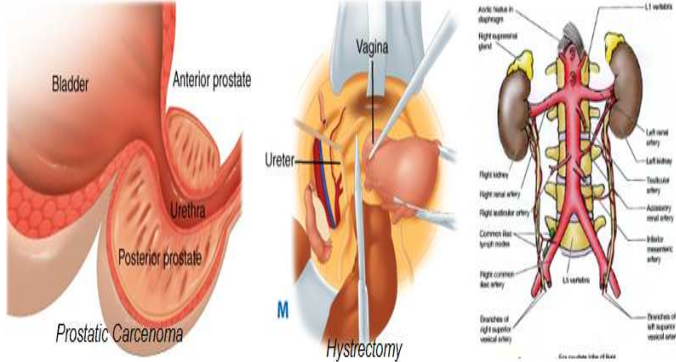
2. د پنټورګو Renal برخې اړوند

3. له لښورګو څخه وروسته Post Renal برخې اړوند

A - قبل الکلوي Prerenal لاملونه: په یولړ حالاتو کې کله چې د پنټورګو څخه دمخه برخو لاملونو او د ناروغیو سره مخامخ کېدنې وروسته بنسټي میازي په مثانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندې لاملونه لری:

1. شاک/ هاپيو واليميا:
  - a. وينه بهېدنه
    - د تراوما (ترضیضات)
    - له عمليات څخه وروسته
    - يولر ناروغی.
  - b. دلرې اندازه ميعاتو تطبيق:
    - د اورېد مهالې جراحي عملياتو په لړ کې لږه اندازه مایع تطبيق کول
    - ډېره اندازه اوبه به آزاده او بخار شي که چېرې گيډه وازه وي او يا هم خلف پريوتان وازوي.
  - c. سپيسيس Sepsis:
    - د ا د پښتورگو لورې ته د پرفيوزن اندازه لږ کوي او درگونو د مقاومت حالت لږ کوي.
2. د رگونو په منځ کې هاپيو واليميا شتون لامل.
  - د دريمي مسافي نه ضایع (Third Space Losses): دا به د عمليات څخه په وروسته مرحله کې د لوی عمليات ترسره کولو او همدارنگه د بدن د ډېر سطحې سوځېدنې په مهال وليدل شي.
  - د زره احتقاني عدم گهايه
  - هياتو رينال سندروم د سيروژس سره مل.
  - نفروټيک سندروم.
3. د رگونو لاملونه.
  - آمبولې (د کولسترول له کبله)
- B- د پښتورگو (بډوډو) اړوند لاملونه: په يولر حالاتو کې چې د پښتورگو د غړو برخې د بندښت سره مخامخ شي متيازې په مثانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندي لاملونه لري:
  - 1- حادثې بولار نکروزس د شاک او سپيسيس وروسته.
  - زهر Toxin د طبي زهر لکه امانوگلايکو سيدونه د پښتورگو رنگه مواد لکه يوروگرافين د دراندوفلزاتولکه د سرپ (lead) خوراک، د زهري مارانو چېچلو وروسته، د الژرن ننوتلو وروسته.
  - د ايسکيميا (شاک او سپيسيس له کبله).
  - 2- حادثې ترسټيال نقرېت:
    - درمل د لکه د بيټا لکټيميز مقاوم پښلین، NSAID او نور.
    - حادثې کلوميروپولونونو ناروغی.
    - خيټ هاپرېټشن.

- ایمون کمپلکس ناروغی
- سیمسټیک ناروغی لکه د ( Good posture Syndrome, Wegeners, TTP,SLE)
- C. له پښتورگو وروسته Post renal: په یولر حالونو کې چې د پښتورگو څخه وروسته برخې د بندښت سره مخامخ شی میاږي په مټانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندې لاملونه لری:
  - 1- داخل بندښت: : په یولر حالونو کې داخل بندښت سره مخامخ کېدای شی میاږي په مټانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندې لاملونه لری:
    - د پروستات پړسوب.
    - د کټر بندښت.
    - داخل تنګوالي ( تضیق).
  - 2- دواړه لورونه حالونو بندښت: په یولر حالونو کې د حالونو دواړه لورونه د بندښت سره مخامخ کېدای شی میاږي په مټانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندې لاملونه لری:
    - معمولاً د کارسینوما
    - خلف پرتیوانی فایبروزس
    - له هسټرکومی وروسته د عملیات پرمهال د حالونو تړل.



کلینیکي کټي:

A- فزیکي کټي:

1. حیاتي علايم د وزن بدلونه او رتوسټایټیک علايم د مایعاتو ضایع کېدنه، تبه د sepsis سره.
2. پوستکي: د پوستکي شادابیت، دمخاطي غشا وچوالي.
3. د اذیما شته والي، له مخې به د حجم زیاتوالی ولیدل شي.
4. د زړه او سږو اړوند: منرالونو شته والې د وریدي فشار لوړوالی
5. کیده د زړه کالوپ د حین او میاږو احتباس شته ولاي دی ویلئ شي.
6. نهایتونه: پرفیوژن دی د پښو او لاسونو رنګ او تودوخې ټاکې دې وشي.

B- لابراتواري کټي:

- 1- د وینې د الکترولایټونو کتنه: د هایپرکلیمیا شته والبه د ژوند تهدید کوونکی وي چې بنائى د حاد کليوي عدم کفایي سره مل وي.
- 2- د وینې د BUN او کرياتینین ټاکنه: که چېرې د BUN/creation (20:1)، په اندازه وټاکل شي دا به Prerenal قبل الکليوي سرچېنه ولري او که چېرې  $15:1 < \text{BUN/Creation}$  دا حالت به د پښتورگو Renal اړوند. همدارنگه که چېرې د یوریا اندازه او سويه په وینه کې له 50 څخه وېرته وي او کرياتینین ن Creation سويه 1.5 څخه پورته وي نو دا به کليوي عدم کفایه باندې دلالت وکړي.
- 3- دمیتازو کتنه او آزماښت: دمیتازو پروټین سويه، د سره کرویاتو، د سپینو کرویاتو، د Cast اندازه، د شکرې (گلوکوز) اندازه به وټاکل شي چې د گلوپروټینونو په ناروغۍ کې به یې اندازه لوړه ثابت شي همدارنگه ایوزینوفیلونو د سويې شته والي به د حساسیت په شته والی دلالت وکړي او همدارنگه د اترسټیشیال نقریټ په ناروغۍ کې به شتوالي ولري. د بلیروبین شته والي Bile salt او Bile Pigment شته والي به د ژیري ناروغۍ په شته والی دلالت وکړي.
- 4- په میتازو کې د الکترولایټونو، یوریا او کرياتینین اندازه وټاکل شي: دمخه تردې چې دیوریټیک ورکړه شي دمیتازو د سوډیم سويه که  $20 \text{ mEq/L} < \text{Na}$  به اندازه وي دا به Prerenal ناروغۍ څرگندې کوي او د میتازو سوډیم سويه  $20 \text{ Eq/L} > \text{Na}$  وي دا به د پښتورگو anuria Renal شته والی راڅرگند کړي. ددې لپاره چې Renal Failaur index سره راټول وگڼو نو پدې حالت کې به RFI لکه :

$$\text{RFI} = \text{Urinary Na} \times \text{plasma Creatinine}$$

که چېرې  $\text{RFI} < 1$  له یوه څخه ډېر وي دا به Renal یا د پښتورگو پورې اړوند ناروغۍ څرگنده کړي او که چېرې  $\text{RFI} < 1$  د یوه څخه ټیټ وي دا به Prerenal له پښتورگو څخه دمخه ناروغیو اړوند ویل شي چې ډېر د اهمیت وړ کتنې بلل کېږي.

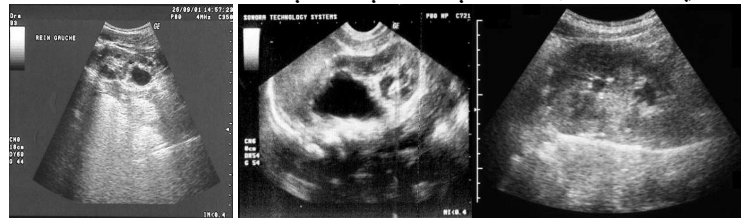
Table - Urine Assays for Albuminuria/Proteinuria				
حالات Conditions	24-Hour Albumin <sup>o</sup> (mg/24 h)	Albumin <sup>o</sup> /Creatinine Ratio (mg/G)	Dipstick Proteinuria	24-Hour Urine Protein <sup>o</sup> (mg/24 h)
Normal	8–10	<30	–	<150
Microalbuminuria	30–300	30–300	–/Trace/1+	–
Proteinuria	>300	>300	Trace–3+	>150

- 5- هیموگرام: د لوکو سیټونو لوړه سويه به د اتانې ناروغۍ په شته والي او د وینې د هیموگلوبین ټیټه سويه به په وینه لږې (Anemia) دلالت وکړي.
- 6- د درملو سويه: هر راز د پښتورگو زهري درمل لکه امانیوگلاسیډونه او یا هغه درمل په ډېره پیمانه د پښتورگو له لارې اطراح کېږي بنائى په پښتورگو ناوړه اغیزه ولري.



C. رادیولوژیک او نورې کټي:

- i. الټراساوند: پدې کټي د پښتورگو د حویضي کالیسونو او پښتورگو د سایز اړوند معلومات راټول شي همدارنگه یولړ ناروغۍ چې په کیده کې شته والې ولري ښائی.



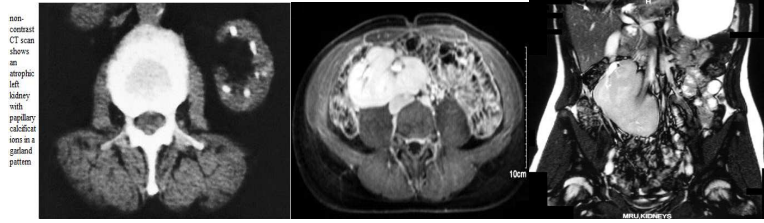
- ii. د صدر رادیوگرافي: پدې کټه کې به د زړه د عدم کفایي حالت په احتقاني توگه (HF) د زړه لویوالي په میډیاسټینوم کې بدلون د پلورا او سپرو اړوند ناروغیو په هکله معلومات راټول شي.
- iii. x-ray-KUB: دا ډول رادیوگرافي ښائی د پښتورگو او بولي سیستم بندښت منځ ته راوړونکی ناروغۍ لکه د ډبروله کبله د بولي لارې بندیدنه راڅرگنده کړي.
- iv. پدې کټه کې به د بولي سیستم اړوند معلومات راټول شي لکه: IVU او IVP

Hydronephrosis، Hydroureter، او Obstructive Uropathy او نورو ناروغیو اړوند

معلومات راټولیدلای شي.

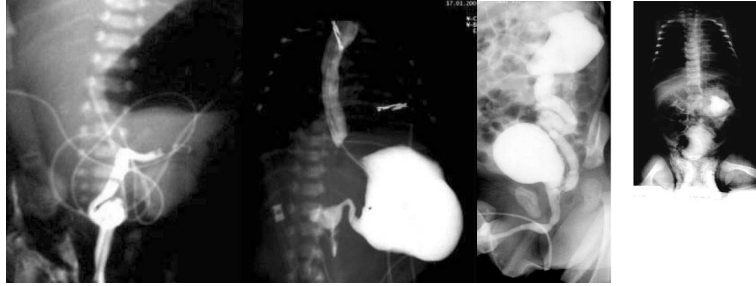


- v. د پښتورگو CT. Scanning: د اهم د پښتورگو اړوند بدلونو، نومورونو او ناروغیو اړوند معلومات راټولوي.



.vi Retrograd studies : دا کټي هم د بولي سيستم اړوند ډېرې کټه ورې دي.

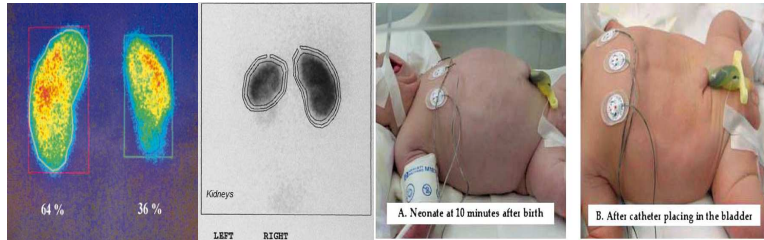
- Retrograde Urethrography
- Retrograde Pyelography
- Retrograd cystography



.vii Renal scan : پدې کټه کې يولړ کټي چې د Technetium Labeled DTPA nuclear

medicine په واسطه تر سره او خپرنې کېږي دا به د پښورگو لوري ته د وينې بهير په اړه

معلومات راکړي.



.viii انجيوگرام Angiogram: ددې لپاره چې د پښورگو د رگونو اناتومي اړوند معلومات پکار وي نو

دغه کټه تر سره کېږي.



.ix د پښورگو بيوپسي: په بعضي حالاتو کې چې وغوښتل شي د پښورگو د نسج د بدلونونو اړوند

معلومات پيدا کړو نو د پښورگو څخه بيوپسي اخيستل کېږي.



x. د مرکزي ورید فشار ټاکنې لپاره کټر کینودنه د دې لپاره که وغواړو چې د وینې د حجم اندازه وټاکو نو د مرکزي ورید دننه کټر تیرېږي او د فشار ټاکنه ترسره کېږي.

د درملنې پلان:

په عمومي توګه دکاهلانو لپاره دمتيازو دهانه (output) په حدود (0.5 - 1ml /kg/h) په یو ساعت کې دقبول ورکېل شویده او په هغه مهال وي چې په کافي اندازه مایعات ناروغ ته تطبیق شویږي. د ناروغ ټول د درملو ریکارډ ګڼه کېږي او نفرو ټوکسیک درملو او د هغه درملو د پېنسورګو له لارې اطراح کېږي قطع کول ترسره کېږي همدارنگه د وریدي مایعاتو څخه د پوتاسیوم عنصر هم لیري کول کېږي چې پورته ټکي ټول د درملنې په لړ کې په پام کې نیول کېږي.

A. د فولی کټر دریناژ:

باید باوري شو چې د فولی له لارې میتازې دریناژ کېږي او کټر نورمال کارکوي (50<sup>cc</sup>) تیرېږي مایع باید نورمال سالین وي او باید باوري شو چې مایع په آسانه تیرېږي او نوموړي اندازه بیرته دسورخ پواسطه راویستل کېږي او د کټر ستونزوې نوټ کېږي.

B. د مایع چلنج Fluid Challenge:

لکه چې دمخه مو وویل په جراحی ناروغانو کې په اولیګوریا د هایپووالیمیا پورې تړلې ویل شي په هر ناروغ کې باید پرته له پوتاسیوم څخه مایعات ناروغ ته ورکړه شي چې د والیوم چلنج به د فزیولوژیک (NaCl) مایع 500<sup>ml</sup> ناروغ ته تېر او حالت ګل کېږي هغه ناروغان چې د زړه اوسرې ناروغی لري لږه اندازه مایع نیغ په نیغه د ورید له لارې تیرېږي اود مرکزي ورید فشار ټاکل کېږي.

C. Prerenal management:

1. د ویرد له لارې نیغ په نیغه (Boluses) مایع ورکول کېږي او دمتيازو د Out put اندازه ټاکلې کېږي او یا مایع د دوام لپاره عیارېږي.
2. د حجم د اعادي حالت څارل کېږي او مرکزي ورید فشار ټاکل کېږي او د مرکزي ورید فشار (CVP>10 mmHg) څخه پورته ساتل کېږي او که چېرې اړتیا وي همیا توکریټ دی معمولاً د (Hematocrit > 25-30%) څخه پورته وساتل شي.
3. همدارنگه دهر ساعت دمتيازو اطراح په ځانګړې توګه وڅارل شي او د نرس یا کورنی غړی څخه دی وغوښتل شي چې هر ساعت باید د (Urine output<25ml /Hour) څخه زیات اندازه میتازې باید په یورین بګ کې راټول شي او په وصفې توګه (0.5 ml / kg/ h) باید میتازې اطراح شي.

D. Renal Management:

1. د مرکزي ورید له لارې دی د حجم اندازه وټاکل شي.
2. د وریدي مایعاتو څخه دی د پوتاشیوم (K<sup>+</sup>) عنصر پرته مایعات وټاکل شي او همدارنگه له هغه وروسته دی هم په وینه کې د پوتاسیوم سویه په پرلپسې توګه وټاکل شي.

3. هرکله چې د وينې د حجم اندازه اصلاح او براهه شوه نو پدې صورت کې دمتيازو Out put با اطراح زيات کول شي. د دې موخې لپاره لاندې درمل ورکول کېږي.

i. فروزامايد Furosemide: ددې لپاره چې دمتيازو حجم اطراح زياتوالی ومومي يو ميتود پدې ډول دی. لومړی 80 mg د ورپدې لارې ورکول کېږي بيا وروسته 160 او همدارنگه دريم ډوز به 320 mg د ورپدې لارې ورکړه شي.

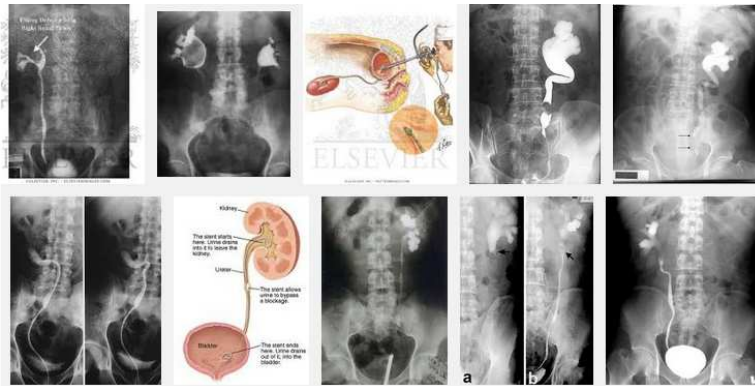
ii. مانيتول Manitol: دا محلول 12.5-25gr (25% محلول) يا (50-100ml) په اندازه ، په ماشومانو کې (0.5-1g /kg /8h)، د ورپدې لارې 15-20 minute کې ناروغ ته تېرېږي ترڅو او زموڼک ډيوريزس منځ ته راشي.

iii. ډوپامين Dopamine: دا درمل هم د (2-5 µg / kg / min) په هره دقيقه کې د ورپدې لارې د پرفيوزن او قطري به څير ناروغ ته ورکول کېږي دا درمل د پښورگو د رگونو پرفيوزن زياتوي.

4- هغه درمل چې په پښورگو توکسيک اغيزې لري او يا د پښورگو له لارې اطراح کېږي دهغوی ډوز دی سم او عيار کول شي.

E. Post renal management :

- معمولاً د يورولوژي متخصص ډاکتر سره مشورې ته اړتياوې که چېرې دنولې کېتر بند وي نو لکه د پورته ذکر شوېو مطلبونو او لارښوونو په څير عمل کېږي.
- نوکه چېرته اړتياوې نورې کړنې هم ترسره کېږي لکه Cystostomy او Percutaneous Nephrostomy ترسره کېږي او ستونزه له منځه وړل کېږي.



## دوه ویشتم څپرکي

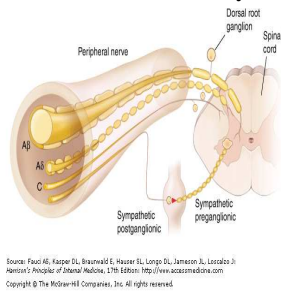
### د درد درملنه

(Pain Management)

یوه ناروغ ته چې د ډېر شدید صدري درد منځ ته راغک د یوه وازي سږو پیوسي اخیستنې وروسته منځ ته راغلي او صدري ټیوب هم ورته تطیق شویږي نو پدې هکله د ډېر شدید درد له کبله یې خپل صدري ټیوب ویستلی او روغتون یې پرېښودلی دا ځکه چې د جرحې یا تپ په برخه کې یې ډېر درد درلوده نو د دغه ناروغ په هکله لاندې پوښتنې د روښانتیا وړ دی.



- I. آیا ناروغ د تپ په برخه کې اتاني پروسه، همیاټوما او یا نوره ستونزه لري؟ کله چې ډېر ژر اتاني ناروغی د تپ په برخه کې منځ ته راشي دا به د کلو سټریډیا اړوند وي او یا هم سټرپټوکوک چې تر ټولو ډېر د پام وړ ګرځي همدارنگه نور حالتونه لکه د تپ په برخه کې د همیاټوما شته والی هم له عملیات وروسته د درد لامل ګرځي.
- II. ناروغ اوس کوم ډول درمل اخلي په کوم ډوز او څه مهال ورته ورکول کېږي؟ که چېرې له عملیات څخه وروسته ناروغ شدید دردونه ولري دا په دې معنی دی چې په دوامداره توګه درمل په کافي اندازه نه ورکول کېږي همدارنگه ښائی درمل په وخت سره ورنکړل شي او یا هم ناروغ ښائی د درد ضد درمل وانه خلي او په دوسیه کې ورته نه وي لیکل شوې.
- III. آیا ناروغ له پنخوا څخه نارکوټیک موادو خوراک او یا ورته درملو سره عادت وو؟ که چېرې یو ناروغ له عملیات دمخه نارکوټیک تر لاسه کول نو پکار دا ده چې د درملو ډوز ورته عیار او لوړ کړل شي ځکه چې له عملیات وروسته لوړ ډوز ته اړتیا ده.



Components of a typical cutaneous nerve. There are two distinct functional categories of axons: primary afferents with cell bodies in the dorsal root ganglion, and sympathetic postganglionic fibers with cell bodies in the sympathetic ganglion. Primary afferents include those with large-diameter myelinated (A $\beta$ ), small-diameter myelinated (A $\delta$ ), and unmyelinated (C) axons. All sympathetic postganglionic fibers are unmyelinated.

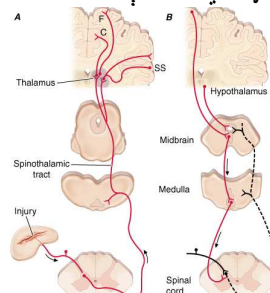


FIG- Pain transmission and modulatory pathways

## توپيري پېژندنه:

A – ناکافي اندازې اناجزیکونو رژیم:

- i. دېره لږه اندازه درمل: دا درمل که چېرې لږه اندازه محاسبه شي او يا د نرس له خوا ورته لږه اندازه ورکول شي نو پدې صورت کې د درد منجمنت سم نه وي شوی.
- ii. که چېرې د درملو ورکړې ترمنځ د وخت واټن اوږد شي؟ په دې هکله درهريوه درملو نيمائې عمر (Half life) بايد په پام کې ونیول شي چې بعضي درمل په وړح کې ( $6-8^h$ ) وروسته يعنې ( $3-4 / 24^h$ ) ځلي ورکول کېږي او همدارنگه يولې درمل د ضرورت او اړتيا پر مهال (PRN) ورکول کېږي چې دنورو درملو سره په ګډه بڼه اغيزه لري.

B – د ټپ اختلاطونه:

- i. اتانات: د اتاناتو درملنه دی دکره او غوره اتې بيوتیکونو په واسطه دکلچر او اتې بيوګرام پر بنسټ ترسره شي.
- ii. هيمایوما: دا تل د ناوړه هيموستاز له کبله منځ ته راځي چې ټپ بايد واز او هيمایوما بايد لري کول شي.
- iii. Dehiscence: د ټپ د خولې واز بده ته او د شونډو ليري کېدنه د ناوړه تخنيک استعمال له کبله منځ ته راځي.
- iv. که چېرې په ټپ کې عصبي رشته راشي او يا هم ټپ تر ډېره فشار لاندې وګڼدل شي او يا دېر تر فشار لاندې پانسماڼ شي.
- v. د خياطې يا ګنډلو اسې او يا د ګرانولوما منځ ته راتګ له کبله چې دا حالت معمولاً ډېر د عمليات څخه وروسته منځ ته نه راځي او لږه موده وروسته منځ ته راتلای شي.

C – Drug seeking Behavior:

- پدې حالت کې ناروغ سم دلاسه له عمليات وروسته پدې لټه کې وي چې ددې بې بايد تداوي او درملنه شي او د درد د تعدد له کبله د درملو ډوز لوړ کول کېږي چې پدې صورت کې کېدای شي بعضي درمل په ګډه (Comboin) توګه ورکول شي. همدارنگه د درملو د ډوز لوړولو په صورت کې دی ناروغ علايم لکه خوېجن Drowsiness او نه پېژندنې Disorientation اختلال حالتونه د لازياتو درملو (over-medication) له کبله وکړل او وڅارل شي.

کلېنيکي ګڼې:

فيزيکي ګڼه:

حياتي علايم:

- تبه او ټاكي کارډيا په داتاناتو په شته والې دلالت وکړي.

- ټپ: ټپ دی د اتاناتو علايمو (سوروالي، خيري او زويو او کرپيشن) لپاره ولټول شي او همدارنگه دهما ټوما لپاره دې لټون وشي او باوري شي چې دکلک پانسما ن له کبله درد نه وي منځ ته راغلي.
- عصبي: د ناروغ وضعیت، اتل اېنسودنه او د بدن نور حرکتونو بنائې د درد سره مل وي او د ناروغ د نه پېژندګلوي حالت به د نارکو ټيکونود ډېر ډوز له کبله وي.
- B- لابراتواري کتنې: هيموګرام: پدې لړ کې هيموګلوبين او لوکو سيټونو اندازه دې وټاکل شي چې معلومات ورکونکې بلل کېږي.
- د ټپ کلچر او اتې بيوګرام: دا به د ناروغ د ټپ د اتاناتو په پېښه کې ګڼه وړ وي.
- C- رادېولوژيک او نورې کتنې:
  - صدري رادېوګرافي: هغه ناروغان چې صدري ناروغی ولري بنائې دا کتنه ګټه وړه وبلل شي.
  - التراساوند: د التراساوندې پواسطه به د مايعاتو راټوله بڼه ښه په ګوته شي او د يولې نورو نارغيو په هکله به معلومات راکړي.
  - د سي ټي سکڼ او ام آر ټي (CT Scan/ MRI): کتنې به يولې معلومات څرګند کړي.



د درملنې پلان:

A- د درد ضد درمل:

- i. مورفين سلفيټ: دا درمل ښه او ستندرد بلل کېږي ( $12\text{mg}/56\text{ }34^h$ ) اکثره ورکول کېږي په صدري او اورټوډيک ناروغانو کې ( $12-15\text{mg}$ ) ورکول شي.
- ii. Demerol: دا درمل ( $75-125\text{mg}/3^h$ ) وروسته ورکول کېږي.
- iii. Dilaudid: دا درمل ( $2-4\text{mg}/1\text{m}/3-4^h$ ) وروسته ورکول کېږي.
- iv. Paracetamol+ Codien: دا هم ډېر ښه درمل وروسته له عمليات څخه بلل کېږي.
- v. (Vistaril) Hydroxyzin ، Atarax: دا به د نارکوټيکو نوسره يوځای وکارول شي دا درمل په اندازه ( $25-50\text{mg}/8^h$ ) هر اته ساعته وروسته همدارنگه ډېر ښه درد کړاوي او د نارکوټيکو نود زړه بدوالی اغېزه هم له منځه وړي.



B : نور کپنلارې د درد کټول لپاره :

i. Epidural narcotics: دا د انسټيزي ټيم پواسطه تر سره کېږي او قسماً د شپې له خوا کټه وړ دې خود ناروغ موافقه په کې شرط ده.

ii. Self control IV – pumps: همدارنگه د انفيوژن پواسطه نارکوټيکونه ورکول کېږي چې د ناروغ له خوا يې کټول کېږي لکه مورفين چې د وريد له لارې تطبيق کېږي ناروغ ته ورزده کول کېږي چې تر خود درملو ډوز پرمهال يې ځان ته تطبيق کړي او وقفه يې په پام کې نيسي. په وصفي توګه د مورفين سلفيت اندازه  $3\text{mg}/15\text{min}$  کې چې اعظمي ډوز يې  $30\text{mg}/4^h$  ټاکل شوېده.

iii. عصبې بلاک Nerve Block: دا چې صدري ټپونه او دفلانک برخې دردونه ډېر شديد وي په ځانګړي توګه په لومړنيو ساعتونو کې له عمليات وروسته چې د اوږد مهالي انسټيټيک درملو څخه په ارتشاحي توګه د ټپ په برخه کې کار اخيستل کېږي چې د عمليات د خلاصېدو پرمهال په ټپ کې زرق کېږي لکه Bupivacaine (Marcain) چې بين الضلعي اعصابو کې په ارتشاحي توګه د توراګوتيومي تر سره کولول وروسته تر سره کېږي.

iv. همدارنگه يولړ دردونه شتون لري چې د فزيکي درملنې (فيزيوټراپي) ورکړي او تمرينونو تر سره کولو پدريعه سمون مومي.



## درويشتم خپرکې

### پاراسټيزيا (Parasthesia)

پاراسټيزيا عبارت له هغه حالت څخه دی د بدن د يوې برخې بې حسه کېدنه منځ ته راشي يعنې داچې د يوې برخې حسيت لږوالی مومي او دا برخه داسې احساسېږي چې لکه ستې په چا کې چوڅېږي او هغه برخه کرخته وي نو که چېرې ناسې د يوه ناروغ لپاره چې د 62 کالو عمر لري او پاراسټيزيا ولري او ورته د يوې نښې لوري همي کولکومي تر سره شوې سمدلاسه په لاندې پوښتې طرح شي.

1. پاراسټيزيا په کومه برخه کې شته والی لری ؟ هغه ناروغان چې د لاسونو او پښو په برخه کې د پاراسټيزيا اعراض لري دوی به د محيطي رگونو د بندښت ناروغی ولري چې په بيلابيلو پړاونو کې به کلېنيکي نښې څرگندې کړي لکه د پاراسټيزيا درد او نور .
2. آیا ناروغ د محيطي رگونو ناروغی لري او که ؟ پاراسټيزيا يود څلورو بې تورو (Ps) څخه بلل کېږي او هر توري دا معنی لري (Pain, pallor, Pulselessness, Paralysis) پدې لړ کې دې وپوښتل شي چې نور دغه راز اعراض لري او که نه.
3. آیا ناروغ دا اعراض پخوا درلوده او که ؟ دا ډېره داهميت وړ خبره ده چې ناروغ پدې لړ کې پخوا له عمليات څخه هم همدغه راز اعراض درلود، او که نه ؟ ځکه چې يولړ ناروغی دغه راز نښې نښانې منځ ته راوړی.
4. آیا پاراسټيزيا سمدلاسه او که په تدريجي ډول او کراره سره منځ ته راغلی ؟ که چېرې په تدريجي ډول وي د رگونو ناروغی او سمدلاسه نښانې د عمليات اړوند نښه وبلل شي .

#### توپيري پېژندنه:

- د رگونو عدم کفايه : پدې لړ کې به د رگونو بندونکي ناروغی لامل وبلل شي چې په دې حالاتو کې بايد ناروغان جدي وڅارل شي او درملنه وشي او اطراف بايد وساتل شي.
- هايپوکسميا: پدې حالت کې پاراسټيزيا له شونډو څخه پيل کېږي او د ژبې گوتو او پښو په برخه کې هم پرمخ ځي او هلته هم اعراض ورکوي چې دا به د تايرايډ او پارائايرايډ غدې د جراحی عملياتو نوروسته زياتوالی ومومي.
- د عمليات د خونې لاملونه: هغه کسان چې د زده کړې په دوره کې دی او زده کوونکي دې نو که چېرې عمليات اوردمهالي وي پدې صورت کې د نه بلدتيا له کبله د نوموړو کسانو په پښو کې د ډېرې ودرېدنې له کبله پاراسټيزيا منځ ته راشي همدارنگه ناروغ ته د ميز لپاسه که چېرې د غلط پوزيشن ورکولو څخه ډډه وشي نو دا به هم د پاراسټيزيا څخه مخنيوی وکړي که چېرې په ډېر ټينگ (Tight) ډول پلاستر وتړل شي او يا پانسما تر سره شي نو دا به د پاراسټيزيا لپاره يولامل وبلل شي چې کولای شو دا حالتونه اصلاح کړو.

- نیوروما: دا کېدای شي چې څو اونۍ وروسته له عملیات څخه دعصب د ټپي کېدنې له کبله منځ ته راشي.
- هایپروینټیشن: په وصفي توګه دواړه لورو ته د لاسونو د ګوتو دستني چوڅېدنې او کرختې د پاراسیتیزیا یو دهاپروینټیشن سره به اعراض منځ ته راوړي.
- تېرېدونکي داسکیمیا حملې یا Transient Ischemic Attack (TIA): دا به د لاسونو او پښو (نهایاتو) کې به په متناظر ډول د خبرو او ساکینو د ستونزو سره مل وي دثباتي شینوالي Carotid Bruit: بنائې شته والی ولري او عصبي نیمګړتیاوې به نادراً ولیدل شي.
- محیطي نیوروپتي: معمولاً به د لاسپوښونو (Gloves) او جورابو (Stocking) په څېر په نهایاتو کې منځ ته راشي چې دا به د یولې ناروغۍ لکه د ډیابېټ، الکھولیزم او مزمن ډول د پښورګو عدم کھايي ناروغیو سره مل ولیدل شي.
- د اعصابو فشار: دا به د Carpal tunnel syndrrme او په فشار سره د پانسمان پرېښودنې له کبله ولیدل شي.
- نور لاملونه: د مرکزي اعصابو ټومور وټه، نوروسیفلیس، خښته وینه لږې او درانده فلزاتو مسمومیت.

### کلینیکي کتنې

#### A. فزیکي کتنې:

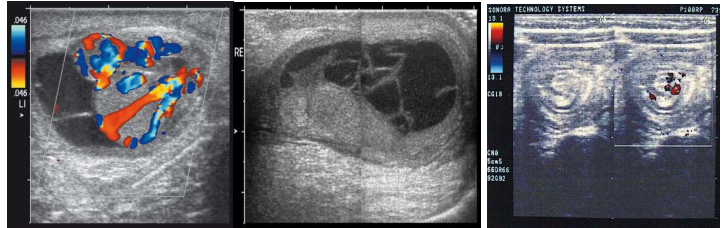
- i. حیاتي علایم: ټاكي پښابه دهاپروینټیشن سره مل وي.
- ii. سترګو، کوپړۍ، غوږ پوزې او ستونې کتنه: بنائې Carotid bruit شته والی ولري چې د (TIA) څرګندونه کوي چې باید د Chvostek's sign باید ولټول شي.
- iii. نهایات Extrimities: باید د محیطي نبضان شته والی په لاسونو او پښو کې ولټول شي او د Trousseau دې وپلټل شي.
- iv. عصبي: د محیطي نیوروپتي علامې دي په متناظر ډول د Pink prick دستني چوڅولو پواسطه حسیت به له منځه تللی بڼه ولري وپلټل شي که چېرې عصبي فشار شته وال ولري نو په دې حالت کې به عکسات لږوالی ولري.
- v. د فشار شته والی لامل دی په دغه برخه کې وګل شي: دپلستر پواسطه فشار د پانسمان فشار د جرابو او لاسپوښونو او نور پواسطه د فشار منځ ته راوړونکو لاملونو نښې دې ولټول شي.

#### B. لابراتواري کتنې:

- i. دوینې د سیروم الکټرولایټونه او کلسیم سویه: د دې لپاره چې هایپوکلسیمیا د پښورګو عدم کھايه ډیابېټ په څېر ناروغۍ رد کړل شي نو لازمه ده چې پورته آزماښتونه تر سره شي.



- ii. د شریانی وینې دکازاتو ټاکنه: هایپروینټیلشن کېدای شي چې دهایپرستیژیا لامل لکه د تنفسي الکولوزس له کبله منځ ته راوړي.
- C. راډیولوژیک او نورې کتنې:
- i. د زړه گراف ECG: دا دینې فیبریلیشن چې د ترومبوزس او ایموپلازینشن لپاره لامل ګڼل کېږي باید وپلټل شي.
- ii. Nerve. Conduction velocities: د اعصابو دکاندکشن چېکټیا دې دعصب دفشار دشته والي په موخه وګل شي.
- iii. دوینې دپیر د ډایلرڅیرنه: دوینې دپیر په اړه دې دنهایاتو نبض وڅپړل شي او د ډایلر الټراساوند څپرنه ترسره کېږي.



د د رملنې پلان:

- A. د رګونو عدم کفایه: که چېرې د پاراسټیزیا شدید علامې شته والی ولري د دې لپاره چې د لاسونو او پښو ژغورنه شوی وي باید ژر تر ژره درملنه وشي د رګونو د بندښت برخه چې دعلقي او یا سکروزس له کبله وي باید د Angiography څپرنې څخه وروسته یې حاده درملنه وشي.
- B. هایپوکسیمیا: د دې حالت شته والی د ثبوت وروسته دې دوینې له لارې دکسیوم سویه اصلاح کړل شي چې وریدي کسیوم یا دخولې له لارې کلسیوم تطبیق کېږي.
- C. دایسکیمیا تیریدونکی حملې (TIA): دا اکثراً د جراحی په واسطه دکاروتید شریان څخه دعلقي یا (plaque) له منځه وړلو کړنلارې پواسطه درملنه کېږي.
- D. محیطي نیوروپټي: الکترونیک، د یابټیک نیوروپټي معمولاً مزمن او نه راکړخیدونکی بڼه لري.
- E. هایپروینټیلیشن به دالکولوزس په مهال منځ ته راشي او درملنه یې پکار ده.
- F. دپلستر او پانسما له کبله دفشار منځ ته راتګ به په آسانی سره د پلاستر او پانسما لیري کولو او یا ترلو پواسطه له منځه یوړل شي.

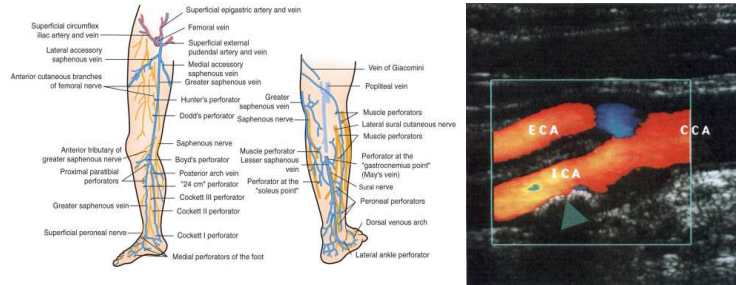
## خلورويشتم څپرکي

### د وريدونو التهاب

(فليبيټ Phlebitis)

تعريف: فليبيټ د وريدي رگونو د طبقاتو التهابی ناروغۍ ده چې د بيلابيلو ناروغيو په لړ کې د بيلابيلو لاملونو له کبله منځ ته راځي.

که چېرې يو ناروغ چې 40 years کاله عمر ولري او ورته کوليسيسټيکومي ترسره شوي وي او د پنځه ورځو لپاره په پرلپسې توګه يو وريد له لارې درملو او مایعات ورته تيرېږي او د همدغه رک برخه سره او پرسيدلی او درد ولري نو پدې صرت کې به لاندي پوښتنې منځ ته راشي.



1. د ناروغ علامې څرنگه دي؟ ننه کېدای شي چې د سطحې ترومبوفليبيټ او يا ژور وريدي ترومبوزس له کبله منځ ته راشي.
2. بنائې چې خيري او زوی (Pus) له همدغه برخې څخه بهر ته راشي؟ خيري او زوی (Pus) بنائې چې په موضعي توګه د مکروبوونو بنکارندوی وي او همدارنگه زوی او قبح (Pus) د ترومبوفليبيټ څرګندونه وکړي.
3. کم ډول درمل ناروغ ته له وريد څخه ورکول کېږي؟ يو لړ درمل لکه (Keflin) Cephalothin پوتاشيوم،  $(K^+)$  او کلسيوم  $(Ca^+)$  بنائې د ترومبوفليبيټ لامل وګرځي.

توپيري پېژندنه:

حاد وريدي التهاب او بدنېت به د وريد په سطحې برخه کې او يا ژوره برخه کې منځ ته راشي ژر منځ ته راغلي وريدي ترومبوزس نادراً مکروبي کېږي.

A. سطحې ټر دمبوفليبيټ: حاد التهاب معمولاً د اتاناتوسره وي.

- i. د وريدي کېتر برخه په ځانګړي توګه پورتنې اطرافو کې.
- ii. دمخړشو درملو اکسټراوزيشن لکه د شيموتراپي درمل په سرطانونو کې.
- iii. نه پېژندل شوي لاملونه معمولاً په بنګنه نه يا تو کې.

B. سپوراټيف (قحبي) ټرومبوفليبيټ: به د معدنې، سپس او مثبت د وينې کلچر به د اتاناتو څرګندوي وي. قبح ورځ په ورځ زياتوالي مومي او د اخته وريد برخه به بنکاره اعراض په

برخه کې منځ ته راځي. او د Cutdown په برخه کې لږ معمول بلل کېږي چې دا معمولاً په ښکته نښه يا توپنښه کې ليدل کېږي.  
C. نور لاملونه:

- ژور وريدي ترومبوزس
  - مکروبي ترومبوليسيت د تحت الترقوي وريد په برخه کې.
- کلېنيکي ګڼه:

A. فزيکي ګڼه:

- i. حياتي علايم: تبه د مکروب او اتاناتو لپاره يوه علامه بلل کېږي.
- ii. نهايتونه: په تبه درلودونکو کې پخواني وريدي برخه بايد وکل شي چې په هغه برخه کې ښائې سوروالي قيج (Pus) او د جس پر مهال ښائې حساسيت ولري. لکه د (humans sing) چې دا به DVT لپاره ډېر مهال شته والي ونلري.



B. لابراتواري ګڼه:

- i. هيموګرام: لوکو سائتوزس به په دواړو سطحي او ژورو ډولونو د ترومبوليسيت کې وليدل شي.
  - ii. کلچر او ګرام تلوين: - قيج به د پخواني وريد په برخه کې کلچر او اتې بيوګرام د مکروب پيژندې لپاره واستول شي.
- C. راډيولوژيک ګڼې:

- وريدي رنگه عکسونه (Venography): دا که نادراً تر سره کېږي که د ترومبوز شک شته والي ولري ترومبوزس لپاره دغه ګڼه تر سره کېږي.



### د درملنې پلان

A. سطحې ترومبوفلیټ:

- i. موضعي تودوخه Local heat : وچ او مرطوب تودوخه.
- ii. د پښو جګول (Limb elevation) : د نهایاتو پورته ساتنه.
- iii. د التهاب ضد درملو ورکول : لکه Ibuprofen، Aspirin .

B. قیحي ترومبوفلیټ:

- i. د ټپ موضعي څارنه . په موضعي توګه دوچ او لاندې پانسمان کارول.
- ii. انالجزیک او التهاب ضد درمل: لکه بروفین ، آسپرین او دیکلوفیناک .
- iii. وریدي انټي بیوتیکونه: معمولاً وسیع الساحة انټي بیوتیکونه لکه Methicillin ، Nafcillin ، Voncomycin او نور .

iv. معند او پرمخ تلونکي مګروبوټه: د دې لپاره د Venotomy جراحی کړنلاره تر سره کېږي او اخته رګ برنډول او راویسل کېږي او د ټولوژي کټو لپاره لابراتوار ته استول کېږي او ټپ واز پرېښودل کېږي.

C. نورې درملنه:

د دې لپاره چې قیحي ترومبوفلیټ د تحت الترقوي برخې درملنه شي په عملیاتي خونې کې د رګ برخه غوڅېږي او د رګ راویسل تر سره کېږي او د ورید له لارې انټي بیوتیکونه ورکول کېږي.



+++++

## پنځه ويشتم څپرکې

### خارښت (Pruritus)

دا يو کلبنيک علامه ده چې ناروغان يې ډېولې ناروغيو په لړ کې څرګندوي او د بدن يوه برخه يا ټوله برخه يې خارښت کوي او ناروغ ځان کروي او دا په بدن کې يې ډېول حساسيت پارونکو موادو - لاملونو افراز له کبله په وينه کې منځ ته راځي.

يو زوړ ناروغ چې 49 کاله عمر لري چې ورته د کلسو resection قطع کولو کړنه ترسره شوېده وروسته له درې ورځو تېرېدنې د پښو شديد ډول خارښت منځ ته راغلی نو په دغه راز ناروغانو کې د کلبني پرمهال لاندې پوښتنې ترسره کېږي.

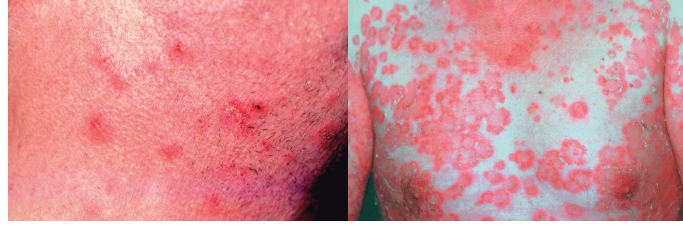
- د ناروغ د ناروغۍ د اوږدېدنې موده څومره ده؟ يوحد حالت به ډېر وخت به د جامود صابون بدېدنې د ټوکړانو بدلولو او يا نوي درملو ورکولو له کبله وي.
- آيا ناروغ نږدې کوم د نوي درملو په خوراک پيل کړي او کوم نوي خوراک او يا نوي جامې، صابون يا د ټيږجنت يې کارولي او که؟ دغه پورته ذکر شوي لاملونه تر ټولو غوره بلل شوي دي.
- آيا در سره نورې نښې لکه rush او يا ټپونه يا اڅتونه شته او که؟ دابه د يولې لاملو اړوند معلومات راکړي.
- ايا نورې علامې او اعراض ور سره مل دي او که؟ سره د دې چې ډېر غير معمول ده خو بيا هم دانا فيلاکيک غبرګون يوه لومړنۍ نښه بلل کېدای شي.

#### توپير پېژندنه

سره د دې چې خارښت په بستري ناروغ کې Contact Dermatitis اړوند وبلل شي او يا هم د درملو پورې تړاو لري. همدارنگه يولې لاملونه په لاندې توګه ډلبندي کېږي.

#### A- د پوستکي تشوش:

- i. د پوستکي پېولوسلکواموز ناروغۍ.
- ii. د پوستکي ويزيکوبولوز ناروغۍ.
- iii. الرژيک غبرګون په دې لړ کې به لاندې ناروغۍ:
  - Contact Dermatitis چې معمولاً دا صابون ډيټرجنټونو او لوکو پلاسټوونو له کبله وي.
  - اورتيکاري Urticaria چې معمولاً د درملو نارکوتيکونو اتې پيوټيکونو او کاترست موادو له کبله منځ ته راځي.



- iv. پرازیتونه: لکه د Scabis سکایس له کبله .
  - v. اتانونه: ویروسونه لکه Measles شری، Chicken Pox چیچکو (کوڅکو، کڅوک) .
- B: سیسټمیک ناروغی:
- i. د ځيگر ناروغی معمولاً د ژپري له کبله.
  - ii. یوریمیا چې معمولاً د BUN دسولې پورې تړاونه لري.
  - iii. اندوکین هایپوټایرایډیزم هایپریا راتا یرایډیزم د شکرې ناروغی.
  - iv. د قرص Gout ناروغی.
  - v. د خیشو ناروغیو لکه هوچکن ناروغی لوکیمیا.
  - vi. د کولمو پرازیتونه (Pinworm، Hook worm)
  - vii. د درملو غیرکونونه لکه د پنسلین او سلفامیدونو او نورو
  - viii. بلاریبنت معمولاً د سیروم د پیلروین لوروالی
  - ix. پولی سایتمیا ویرا Polycythemia Vera :
- C: وچ پوستکی: په ځانگړې توگه په ډېرو زړو (معمرو) اود سپرې هوا اړوند ناروغانو کې
- Psychosomatic Pruritis د رواني ناروغیو اړوند بلل شي .
- E: دعصبي او وینې بهیر اړوند ناروغیو او تشوش له کبله .

### کلینیکي کتنې

- A. فزیکي کتنې:
- i. دسترگو، سر، غوږ پوزې او ستونې کنه: Stridor سترایډور بنائی دشدید الرژیک غیرکون سره مل وي.
  - ii. صدر (ټپ): د صدر په اصغاء کې به سینگاري (Wheezing) شته والی ولري
  - iii. پوستکی:
- سره مخه Rashes دې ولټول شي چې څومره خیره بڼه لري .
  - ویزیکولونه Visicule او د هغوی دشته والی برخې دې په گوته شي .
  - پاپولونه Papule او دهغو ټکي دې څرگند کړل شي .
- د گوټو د گروټونو ځای دی وپلټل شي چې په پوستکي کې به دکربنو په څېر وپېژندل شي.
- iv. کریاتینین او BUN: دا به د پښتورگو دعدم کډایې ناروغی اړوند معلومات راکړي

v. هيموګرام : پدې کتنه کې به لوکيميا يا ( د وينې سرطان ) اړوند د پرازيتونوله کبله ايزونوفليا چې د درملوله کبله وي وپېژندل شي.

C: راديو لوژيک او نورې کتنې: صدري راديوګرافي بنائې د سپو د خيښو ناروغيو اړوند چې د خارښت لامل ګرځېدلی څرګندونه وکړي.

د درملنې پلان:

A. انافيلاکيک څېرګون درملنه:

- انټي هيسټامين او سيروتونين ضد درمل ورکول کېږي.
  - سټروئيډونه د څېرګون دمنځ ته راتلو مخ نيوی کوي.
  - که تبه لوړ وي اناالجز يکونه ورکول کېږي.
  - که چېرې هايپو واليميا شته والی ولري نو واليوم د مايعاتو يا ورکړي پواسطه له منځه وړل کېږي.
- B. د وچ پوستکي درملنه:

- د ترمو اوپو پواسطه ګرما به او حمام کول د ورځې چې ورپسې سمډلاسه پکارول کېږي:
  - همدارنگه د مالګو ورکول د اوبو سره ګټه ور وي.
  - کريمونه په هغه حالاتو کې چې بنائې وي او پوستکي سوروالی rushes ونه لري بايد ونه کارول شي.
- C. د يوريميا له کبله د خارښت درملنه :

- پدې هکله د التراويلت (UV) وړانګې او د ورید له لارې lidocain ورکول لکه د cholestamine ورکول به ګټه ور وي چې دا درمل د ځيګر په ناروغی کې هم ګټه ور بلل کېږي.

D. تماسی درماتیت (Contact dermatitis) درملنه:

- د لاملونو له منځه وړل په موضعي توګه د سټروئيډونو لکه د (hydrocortizon) کريمونو کارول چې د 10-14 ورځو لپاره که اړتيا وي ورکول کېږي.

E: د اعراضو لړ کول :

- i. د ايډن هايډرامين (Benadryl) د ( $25-50\text{mg} / 8^h$ ) په اندازې سره ورکول شی.
- ii. سپروهيټاډين (periactin) د ( $4\text{mg} / 8^h$ ) په اندازې سره ورکول شی.
- iii. هايډروکسي زين (Atarax) د ( $25\text{mg} / 6^h$ ) په اندازې سره ورکول شی.

## شپږ ويشتم څپرکې

### د سږو د شريان کيتر ايزيشن ستونزې

#### Pulmonary artery catheter problem

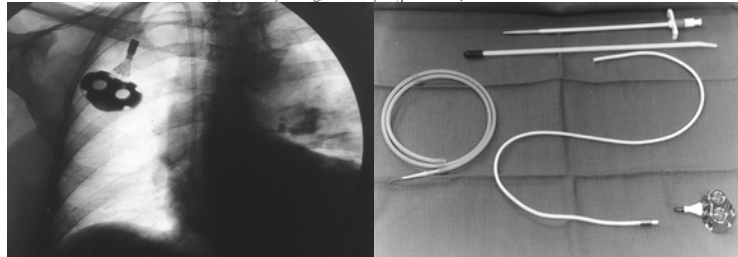
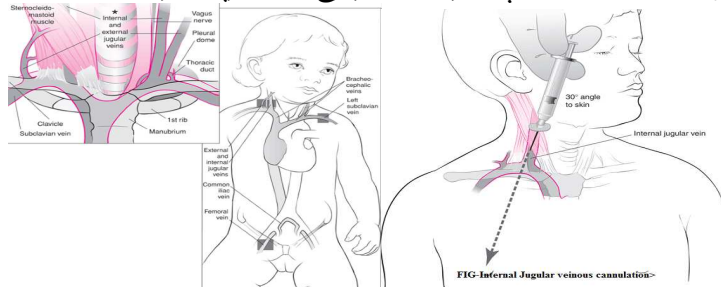
په يوه د سږو شريان کې چې کېتر کېښودل شوی او ستونزه منځ ته راځي نو په سمدلاسه توګه په لاندې پوښتنې منځ ته راشي.

- آیا کېتر کله هم په ښه Wedge پوزيشن و؟ بايد باوري شو چې کېتر پخوا ښه کار کاوه همدارنگه د کېتر پوزيشن به د X-ray پواسطه د پېژندنې وړ وګرځي.
- آیا بالون په ښه توګه کار کوي او يا هم د مونيتور او ترانسډيو سر سره کومه ستونزه لري او کله؟ بالون کېدای شي چې چاودلی وي د ريوې شريان سمدلاسه د فشار tracing به داسې څرګند کړي چې ترانسډيو سر په خپل حال پاتې دی.

توپيري پېژندنه

A. د کېښودنې ستونزه :

تر ټولو غوره ځای يې Internal Jugular او تحت الرقوي وریدونه بلل کېږي په نوموړو پېښو کې به د فلوروسکوپي ګڼه ډېره کره وبلل شي. په تېره په هغه ناروغانو کې چې د Pulmonectomy کړنلاره تر سره شوی وی چې په دې حالت ډېرې منځ ته راتلونکې ستونزې لکه :



- د داخلي جګولار ورید ته تېرول او يا اوله تحت الرقوي څخه تېرېدنه .
- په ښي بطن کې د هغه ښکاره کېدنه .
- د کېتر غوټه کول .

B. وظيفوي ستونزې:



i. Cannot wedge catheter: د څپې نشتوالی چې دا به ترومبوز پواسطه بند او تړلی

وي د انساني غوره ستونزه وي

که چېرې لږه اندازه یا له سره ځای پرځای شي نو بښائی لږه اندازه بڼه والی منځ ته راشي او قسماً به ساده وي که چېرې ماتیدونکی او یا تاویدونکی پلاستیک وي چې باید په سمه توګه ځای پرځای شي.

ii. د بالون چاودنه: هیڅ کله دې بالون ته له 1.5 ml څخه ډیره مایع یا هوا تېره نه شي .

C. اختلاطونه:

- پنوموتورکس کله چې ډېر زیات کټر مرکزي برخې ته تېر شي.

- هیموتورکس .

- اتان یا مکروب .

- دريوي شریان سورې کېدنه .

- اریټیا معمولاً بطین ډول.

- د سپرو احتشاء .

نودا به ډېر هغه مهال ولیدل شي چې په شریان کې د کټر بالون ډېر وپرسېږي او د شریان لومن بند شي.

### کلینیکي کټي

A. فزیکي کټه:

1. د کټر برخه دې وکل شي او د نښلېدنې برخې څارنه پکار ده او همدارنگه باید باوري شو چې کټر د پوستکي په برخه کې تاو او یا قات شوی ندی همدارنگه د هیپارین درلودونکی نارمل سالیڼ مایع پواسطه دې د کټر د پایلې برخه وکل شي او د مایع Flash دې ترسره شي .

2. همدارنگه د کټر اندازه دې وکل شي چې څومره د ناروغ په رګ کې تیر دی او د 20<sup>cc</sup> په اندازه مایع دې تېره شي نو وپه کل شي چې په رګ کې دننه څومره څپې تر سترګو کېږي او 60<sup>cm</sup> کټر څخه کار اخیستل کېږي که چېرې تر دې غټ کټر وکارول شي د تحت الترقوي کټر کې به د توقع وړ اندازه به تر سترګو نشي.

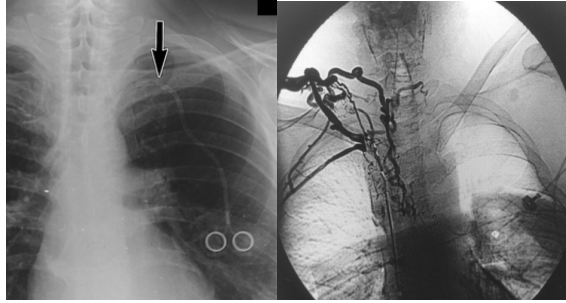
B. لابراتواري کټي:

▪ هیموګرام: د وینې هیموګلوبین او لوکو سیټونو او (CT،BT) به وټاکل شي

C. راډیولوژیک او نورې کټي:

▪ Chest X-Ray: د صدر په راډیوګرافي اخیستلو پواسطه به د کټر اندازه وپلټل شي او همدارنگه موقعیت په هملکه به معلومات واخیستل شي همدارنگه چې کټر به تل په رېوي شریان کې وي او دلته باید دیوې لیندی په څېر بڼه چې کټر له بڼې اذین څخه

د ترای کسپ دسام له لارې بطین ته تیر او له هغه ځایه به دريوي شران ته تېروي او له Midline څخه د 5 cm اندازې څخه باید ډېر تېر نه وي .



**د درملنې پلان**

A. د کټر ایښودنې (Catheter placement) ستونزه :

1. کټر دې د مایع د تیروولو پواسطه وازمویل شي.
2. بالون دې د 1<sup>cc</sup> هوا پواسطه وپرسول شي او بیا دې هوا راوویستل شي ترڅو ښه دنده تر سره کړي
3. کټر دې د ترانسډیوسره سره وتړل شي او الکترونیک منظره دې وڅېړل شي که چېرې High frequency, High Amplitude څپې ولیدل شي دا به د ریوي شریان Tracing څرگندوي وي.

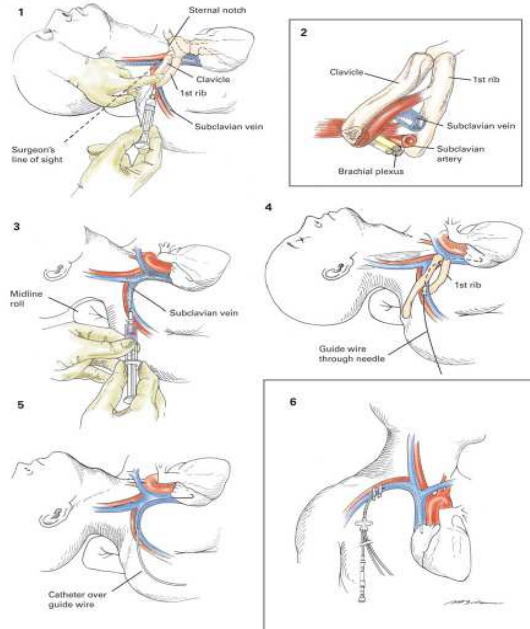
B. د پوزیشن ورکولو Positioning ستونزه :

1. بالون دې د فوقانی کوال ورید (SVC) کې وپرسول شي چې دا به 20<sup>cm</sup> په حدودو کې وي د تحت الترقوي ورید له لارې وی.
2. باید باوري او مطمئن شو چې بالون له هوا بیاتش (Deflate) شوی او پرېښودل کېږي ترڅو مخکې لاړ شي او بیا کله چې تېر شو پرسول کېږي.
3. کله چې کټرینې بطین ته تیر شي او بطینې اریتمیا ښائی ولیدل او پرمخک وکړي چې درملنه یې پکار ده که چېرې دوام وکړي او هیموډینامیک بدلون منځ ته راوړي. بعضې داسې فکر کېږي دا به مصوئن او بې خطره وي چې کټر پرېښودل کېږي کله چې په ښي اذین کېږي وي او لیډوکاټین نېغ په نېغه دمخه تر دې چې د کټر معاوضه replacing وشي تېرېږي دغه د ریتم غیر نورماله بڼه به لنډمهاله وي او نادراً به معنده وي.

C. Functional Problem :

- دا ستونزې په وصفی توګه د کټر تیریدو وروسته لیدل کېږي هغه کټر او اړتیاوي کېدای د مانوري پواسطه ستونزه اصلاح شي. اکثراً د کټر ستونزې د ترومبوزس له کبله منځ ته راځي.
1. د کټر غیر وظیفوي بڼه کېدای شي د مایع تیروولو (Flashing) پواسطه اصلاح شي.

2. بالون دې و آزمایل شي : هغه هوا چې په بالون کې ده باید راوویستل شي او په هماغه اندازه مایع دې ورننوستل شي کله چې بالونونه جوړ وي همدارنگه Passive هوا تشول Deflation بڼائی بې خطره وي.
3. دکېټر یا تیرویل : په پرمخ تللي بڼه د کېټر بعیده برخه بالون پرسول کېږي او بالون دې wedge ته آماده او تیار شي که چېرې ستونزه ډېره وي بڼائی چې ددې لپاره Fluoroscopy تر سره کولو ته اړتیا وي.



D. اختلاطونه:

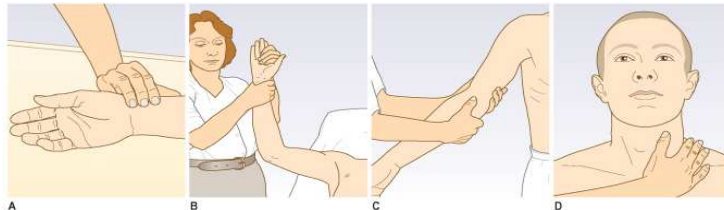
- پنوموتورکس : چې د پنوموتوراکس درملنې لپاره بڼائی تورا کوټومي ته اړتیا پر پوزي.
- دکېټر اتان : که چېرې اتانی محراق تثبیت شی کېټر باید په چټکه توګه راوویستل شي او اتی پوتیکونه ورکړل شي.
- اریټیمیا : دا به لیدوکاټین ورکولو پواسطه اصلاح شي 1 mg/kg په اندازه اصلاح منځ ته راوړي اریټیمیا معمولاً دکېټر راویستلو وروسته سم دلاسه له منځه ځي.

## اوه ويشتم څپرکي

پرته له نبضان څخه نهايتونه

### Pulseless Extremities

- ستونزه : یو ناروغ چې دېر عمر لري او دمعدې قرحې درملنې لپاره په روغتون کې بستري او د بڼې پښې په برخه کې نبضان نه جس کېږي سمدلاسه به لاندي پوښتنه منځ ته راشي :
1. آیا دا حاد ډول بدلون به ناروغ کې دي؟ د بستر کولو تاريخچه او فزيکي کتنې (تستونه) دي د پرته له نبضان حالت شته په موخه ولټول شي له بده مرغه د رگونو بشپړه کتنه گرانه ده چې په لومړني توگه ترسره او په تاريخچه کې دې ذکر شي. له ناروغه دې وپوښتل شي چې آیا د پښو او لاسونو په برخه کې يې نبضان ثبیت کېږي او که؟
  2. آیا ورسره نور اعراض لکه درد، خثافت، فلج او يا هم نور د لامل په توگه شته؟ پدې صورت کې به پنځه د (Five Ps) حالتونه [ دردPain، خثافتPallor، پاراستيزيا Parasthesia، پاراليزس Paralysis او پرته له نبضان څخه دنهاياتو Pulselessness] حالاتو شته والی به په حاد ډول د شريان په تړلو او بندښت دلالت وکړي. ډېرې ناروغان درد او خثافت لري او پاراستيزيا په لومړني علامه او پاراليزس په وروستي علامه داسکليت ترضيض لپاره وبلل شي. له ناروغه دې پوښتنه وشي چې دا نښې نوې منځ ته راغلي او په چټکې يې پرمختگ کې او که؟
  3. آیا په پخواني تاريخچه کې کوم ډول Claudication او يا د رگونو جراحي کړنلاره ترسره شوې او که؟ محيطي د رگونو اتیروسکلروزس بڼائی د رگونو د بندښت لامل وگرځي ا په نهايت کې به کولاټرال رگونه دنده ترسره کړي. دا به د دې زمينه مساعده کړي چې ناروغ د بندښت عمل او زغم وکړي.
  4. په بل لوري نهايت کې نبضان څرنگه دی؟ مزمن ډول محيطي درگونو ناروغی معمولاً دواړه لورو ته وي که چېرې په دواړو لورو کې نبض نشتوالی ولري دا به داتیروسکلروزس په شتوالي دلالت وکړي.



5. آیا ناروغ کوم ډول Palpitation او Fibrillation فیبريلشن په تاريخچه کې لري او که؟ اذینې فیبريلشن به د رگونو د بندښت لپاره لامل وبلل شي چې د آمبولې له کبله منځ ته راتلای شي حتی که ناروغ sinus rhythm ولري بايد د پخواني تاريخچه اړوند اريتميا او ديچوکسين خوراک اړوند معلومات راټول شي نږدې Conversion د سينوس ریتم بڼائی د آمبولې لپاره په حاد ډول لامل وگرځي.

## توپیری پېژندنه:

ډېرې د شریان بندینه د پښو په برخه کې وي او د آمبولې فینومن له کبله دې سره ددې ترومبوزس، د رگونو التهاب (Vasculitis) او د رگونو بندښت وریدي ډول به په حاده توګه ولیدل شي.

A. د آمبولې له کبله:

1. د زړه ناروغی:

i. دا کلیلي شریان ناروغی چې د میوکارو احتشاء او میورال ترومبوزس سره وي.

ii. اذینې فیبریلشن چې اذینې ترومبوزس به شته والې ولري.

iii. د زړه روماتیک ناروغی: معمولاً د زړه د مایترال دسام تضیق چې د اذینې فیبریلشن سره مل وي.

iv. د زړه مصنوعي دسام.

v. د اندوکارډیټ.

vi. اذینې میګروما.

2. محیطي ناروغی:

i. دا بهر اړوند انیوزم د میورال ترومبوزس.

ii. اتیروآمبولې معمولاً د تهاجمي پروسې جرونو (لکه د زړه کبترایزیشن) او یا هم د محیطي

زیرمولکه ابهر، ایلیاک یا پولیسیال (چې ورته د Blue Toe Syndrome او یا Trash Foot

یا د پښو د ګوتو شینوالی) ویل کېږي منځ ته راځي.

3. پارادوکسیکال آمبولې: په هغه حالاتو کې چې فورامین اووال Foramine Oval واز

پاتې وي او نور لکه Right-to-Left Shunt هم دغه حالت منځ ته راوړي.

B. د ترومبوزس لاملونه:

معمولاً د اتیروسکروزس بیلایېلې درجې چې د بندښت ناروغی منځ ته راوړي چې د هاپووالیمیا

لامل د هماغه برخه کې د بهیر د لږوالي د هاپیروکوآګولېټي حالت منځ ته راځي.

1. د شریانونو د بندښتیزو ناروغیو شته والی.

2. هاپووالیمیا او دوینې بهیر لږوالي حالت:

i. تراوما او شاک لامل.

ii. د هایدريشن.

iii. تبه.

iv. مکروبي وینه یا (Sepsis) حالت.

3. د هاپیروکوآګولېټي حالت Hypercoagulable state:

- خباث Maligrancy

- پولی سائیمیا Polycythemia

- دا سټروجن استعمالول.

C. د شريان ډايسکشن Arterial Discetion:

لکه د ګېډې د شريان يا اېبر انيوريزم

D. تر ضيضاټ Truma:

- دا هم که څه هم پخ تر ضيضاټ وي او يا هم ننوتی (نافذه).

E. د رګونو التهابونه:

i. Takayusus Disease: د تکاياسوس ناروغی معمولاً د لاسونو يا پورتي اطرفو

د شريانونو بندښت لامل ګرځي.

ii. Thrombangitis obliterans: دا رګونو د بندښت يو ډول ناروغی ده چې اکثراً

د پښو د رګونو د بندښت لامل ګرځي. په ځوانو سګريټيانو او چلميانو کې منځ ته راځي

ورته Buerger disease نوم ورکول شوي دي.

F. حاد د فحذي يا ايلياک وريد بندښت:

G. فلګمازيا Phlegmasia: د شيدونه ورته رنگ لرونکې پښې.

### کلينيکي کتنې:

#### A- فزيکي کتنې:

a. حياتي علايم: پدې صورت کې به اورتوسټاټيک هايپوټنشن د هايپو واليميا له کبله او غير منظم

نبضان به داذينې فيبريلشن له کبله وليدل شي.

b. زړه: سوفل (Murmur) به د زړه د دسامونو ناروغی او يا اندوکارديت او ديم بې نظمه

حالت ليدل کېږي.

c. ګېډه: Abdonenal Bruit او دجس وړانيوريزم به وليدل شي.

d. لاسونه او پښې: پرته له نبضان نه حالت او تودوخې بدلونونه دې دواړه لورونه په متناظر ډول

وڅارل شي. د پوسکي خافت به وليدل شي او اواسيکيميا سويه دې دواړه لورونه وټاکل

شي. د وينسانو له منځه تلل او اټروفي بڼه په نهاياتو کې دمزمڼ ډول ايسکيميا څرګندونه وکړي.

e. عصبي: موضعي نښې (اختلاطونه) پاراسټيزا داسکيميا څرګندونه وکړي او پراييزس به چې

دحسيت له منځه تللو سره وي دا به په دې معنی وي چې (Limb) يا طرف له لاسه تللی دی.

#### B- لابراتواري کتنې:

1. دوينې د الکټرولايټونو ټاکنه: هايپرکيميا بنائې چې دانساجو دتخريب او ويجاړتيا سره مل وي.

2. هيموګرام: دوينې دضايح او لږ بهير شونډنه کوي او هيموګلوبين به توپير ولري.

3. PT/ PT T: دا به هغه مهال ارزښت ولري چې ناروغ د اتې کواکولانت تر درملنې لاندې وي.

4. د شريانې وينې دکازاتو ټاکنه: پدغه حالت کې گازات دضعيف پرفيوزن څرګندونه وي.

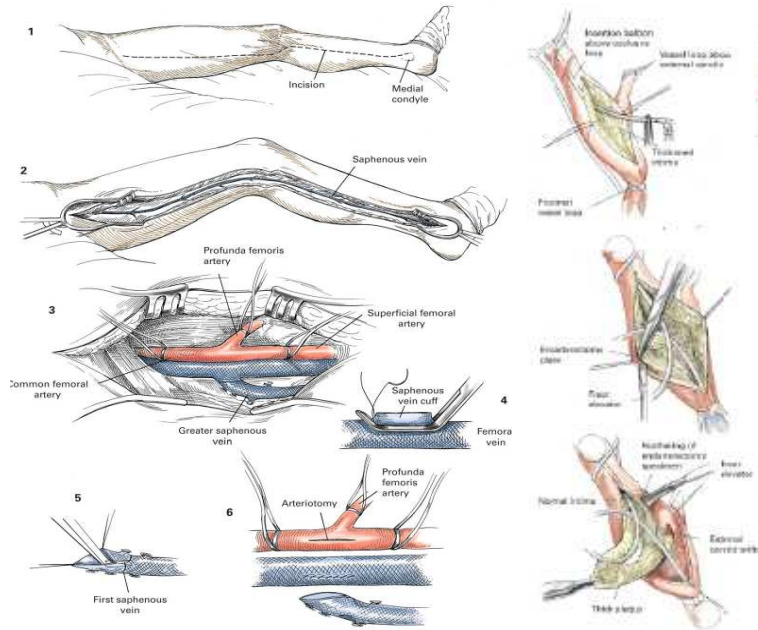
5. د تشوميازو کتنه او آزماينښت: پدې کتنه کې به هيماتوريا او مایوګلوبين يوريا وليدل شي.

6. د مایوگلوبین ټاکنه په وینه کې: Rhabdomyocysis بڼائی چې د عضلاتو دنکروزس په صورت کې منځ ته راځي.
- C – راډیولوژیک او نورې کښي:
- صدرې راډیوگرافي: پدې کښه کې به د زړه او صدرې اهر د پټالوژي ارزونه وشي.
  - د زړه گراف او ریتم ډول: که چېرې اریتمیا ولیدل شي نو د ترومبوزس شته والی ته پام واورې.
  - غیر مهاجم د رگونو څېړنه: هر هغه برخه کې چې نبضان نه جس کېږي د التراساوند ډوپلر کښه ترسره کېږي همدارنگه انجیوگرافي به مرسته وکړي.
  - ایکلوکاډیوگرام: پدې حالت کې به د دسامونو ناروغۍ بطني انیوریزم، میورال ترومبوزس او (Akinesis) اړوند معلومات راټول شي.
  - د زړه د تالیوم سکن (Cardiac Thallium Scan): پدې کښه به لومړنۍ احتشاء وپېژندل شي خو په حاد حالاتو کې تل نه ترسره کېږي.
  - انجیوگرام: پدې کښه کې به د بندښت سوبه، کولایټرال او بعضاً انیوریزم هم وپېژندل شي همدارنگه پرته له توقع بعضاً آمبولې هم پېژندل کېدای شي.
  - ډکېډې التراساوند: دا کښه به د کېډې د اهر د انیوریزم پېژندنې په موخه ترسره شي او بعضاً د محیطي انیوریزم پېژندنې لپاره هم ډوپلر التراساوند ډېر گټه وړ وي.

### د درملنې پلان

- بیرنۍ منیجمنټ: د شریان حاد بندښت یوه جراحی بیرنۍ پېښه بلل کېږي او په چټکه ژر تر ژره درملنه به یې دنهاتو ساتنې لپاره غوره خبره وبلل شي. نه راکړځیدونکي مایونکروزس به د شپږ ساعتونو وروسته د اسکیمیا له تېږدنې څخه منځ ته راشي.
- د اتی کواکولاتونو پواسطه دې درملنه وشي د حجم اړتیا دې وڅېړل شي او د عملیات لپاره دې تیار کړل شي ترڅو عملیاتو ته یوړ شي.
- د پاراسیتیزیا او پارالایزس شته والی دې وڅېړل شي چې د اسکیمیا له کبله نهایت له لاسه لاړ شي.
- د انجیوگرام اړتیا دې وټاکل شي او معمولاً انجیوگرام ترسره کېږي او ناروغ کله چې ناروغ تثبیت وشي سمدلاسه د عملیات خونې ته یوړل شي.
- د حجم نیمگړتیا دې اصلاح شي: که چېرې هایپو والیمیا شته والی ولري نو د وریدي مایعاتو به ورکړي دې اصلاح شي د میازو مونیټور دې د Out put ټاکنې او د درملنې په موخه وشي.
- د اتی کواکولیشن: که چېرې لږه اندازه تأخیر په جراحی عملیاتو درملنه کې منځ ته راشي له انجیوگرام د مخه دې د هیپارین 10.000 unit یونیه په اندازه درمل ناروغ ته د ورید له لارې 100 units /Loading په توگه ورکړل شي او متداوم او پرلپسې ورکول دې د

- 10 units /kg/hour تنظیم شي تر څو د ترومبوزس د پرمختګ مخنیوی وشي. PTT دې تعقیب شي او PTT دې (2-2 Times) 1<sup>1</sup>/2 کټرول کړل شي.
- D. ترومبولیتیک درملنه: دا درملنه بعضې مرکونه د (Streptokinase) انزایم دانساجو پلازموجن اکټیوټور په لومړني توګه پیل کوي. همدارنګه بعضې هغه ناروغان چې د جراحی کپنلارې لپاره کانډید وي دوی ته د اتې کواګولانت ډرمل ورکول کېږي او ترومبولیتیک درملنه کېږي.
- E. اتې بیوتیکونه: هغه ناروغان چې د جراحی په واسطه Prosthetic گرفت مواد کارول شوي وي د وسیع الساحة اغیزه درلودونکې سفالوسپورینونونه ورکول کېږي.
- F. د ایسکیمیک غړۍ ساتنه: دغړۍ وضعیت ورکول به خفیفاً ښه وي که چېرې ترضیض منځ ته راغلي وي دا به ګټه وره کړنه وي.
- G. عملیات: یو مناسب ډېر مجرب دجراحی تیم د انسټیزي لوجست سره که چېرې د بندښت برخه وازه او په وخت سره درملنه وکړي او Embolectomy ورته ترسره شي دا به ډېره ګټه وره وي.



- H. Reperfusion Syndrome: له عملیات څخه وروسته دې د acidosis ته راتګ څارنه وشي او هاپرکالیمیا، مایوګلوبین پوریا بنائی دنهایاتود د reperfusion څخه وروسته منځ ته راشي.

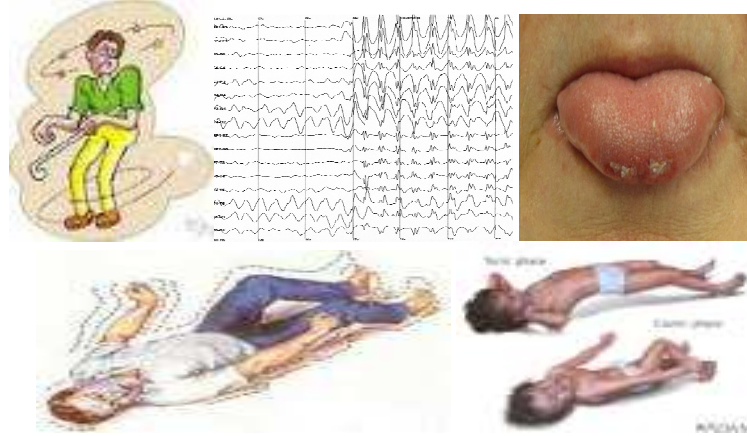


## اته ویشتم څپرکي

### اختلاج

### Seizures

د لاسونو او پښو کوروالی او شخوالي (اختلاج) د ناروغیو په لړ کې منځ ته راځي چې د اختلاج د منځ ته راتلو سره سم د ناروغ د عصبي سیستم اړوند نښې د سترگو او نښته، ژبه چېچل، د لاسونو او پښو کوروالي او شخوالي او همدارنگه د غاړې او ملا تیر شخوالي هم منځ ته راځي د بیلایل لاملونه لري.



یو ناروغ چې 25 کاله عمر لري او اپندیکتومي ورته ترسره شویده په بستر کې د اختلاج په حال موندل کېږي سمدلاسه لاندې پوښتنې منځ ته راتلای شي.

1. آیا ناروغ پخوا هم کله د اختلاج تاریخچه درلوده او که؟ هغه ناروغان چې په پخوا کې د اختلاج تاریخچه ولري نو دوی به اکثراً د اختلاج ضد درمل وخورې پدوی کې به لامل د درملو نه خوراک یو لامل وګڼل شي.
2. آیا ناروغ کوم ډول د اختلاج ضد درمل خوري او که؟ باید هغه درمل چې ناروغ خوري و پېژندل شي. آیا په ناروغ باندې د درملو خوراک و درول شوی؟ که چېرې ناروغ NPO وي باید باوري شو چې ناروغ د ورید له لارې درمل اخستی او که؟ همدارنگه پدې راز ناروغانو کې دې د اختلاج ضد درملو سویه په وینه کې ولټول شي په ځانګړې توګه Dilantin یا Diphénylphenitoine سویه دې وټاکل شي.
3. آیا ناروغ د الکلو څښناک ناوړه عادت لري؟ دا به د الکل د ترک له کبله منځ ته راشي چې د شدید هایپوګلاسیمیما حالت منځ ته راځي.
4. آیا اختلاج عمومي دی او که په یوه برخه کې موضعي بڼه لري؟ چې موضعي ډول د مرکزي اعصابو د آقت له کبله منځ ته راتلای شي.
5. د لابراتوار تازه کتنه څرنگه ده؟ پدې لړ کې د الکترولایتونو اېنار مليتي او ډګلوکوز ټیټه سویه کېدای شي شته والی لري.

## تویر پیژندنه:

- اختلاج به Rigidity شخوالی Stiffening دعضلاتو، دمثاني د کټرول له لاسه ورکول، سیانورس او Post ictal مرحله کې به کانفیوژن میالجی (عضلي درد)، کسالت او سټریا او سردرد سره مل وي.
- i. ایډیوپټیک صرع: تر ټولو معمول او غوره لامل د اختلاج لپاره بلل کېږي چې باید وپیژندل شي اوحد حالت دې وپیژندل او درملنه شي.
  - ii. ټورمورونه: د دماغ یا ماغزو لومړنی او یا میاسټایټیک ډول ټورمورونه کولای شي چې اختلاج منځ ته راوړي میاسټایټیک دماغی ټورمورونه د تیونو کارسینوما، سرېو کارسینوما او یا د پښتورګو میلانوما او یا لقمو له کبله منځ ته راتلای شي.
  - iii. اتانې یا مکروبي حالت: په کاهلانو کې دماغزو دننه مکروبوته د اختلاج لامل ګرځي، حال دا چې په ماشومانو کې هر راز اتانې حالت چې د سیسټمیک غیرګون سره مل وي او تبه منځ ته راشي د اختلاج لامل ګرځي چې ورته د تبي اختلاج (Febrile seizure) نوم ورکوي.
  - iv. ترضیضونه یوه په احتیاط او پاملرنې سره تاریخچه دې واخیستل شي بنسټی چې ناروغ د غورځیدنې له کبله دماغزو ترضیض لیدلی وي او بنسټی د کوپري هډوکو کسر ونه ولري چې دابه د اختلاج لامل وګرځي.
  - v. د الکولو او درملو ودرول: سمدلاسه که چېرې الکول او یا یو لږ درمل ودرول شي نو بنسټی د اختلاج منځ ته راتلو لامل وګرځي.
  - vi. مزمن ډول د پښتورګو نه بریالی توب (C.R.F): په مزمن ډول د پښتورګو عدم کلا په او یوریمیا کې اختلاج منځ ته راځي.
  - vii. انوکسیا: ددې لپاره دې دشریاني وینې دګازاتو اندازه وټاکل شي.
  - viii. د الکترولایټونو غیر نورمال بڼه: هایپوناتریمیا، هایپوکاسیمیا، او هایپو مګنیزیمیا حالتونه اختلاج منځ ته راوړلای شي.
  - ix. هایپوګلاسیمیما: کله چې دګلوکوز سویه په وینه کې راتیټه شي اختلاج منځ ته راوړي.
  - x. هایپوټا یرادیزم:
  - xi. د رګونو آفتونه: لکه احتشاء، آمبولی، هایپرټنسیف انسفالوټی، دکاروټیدسینوس ناروغی دتحت العنکبوتیه برخې هیماټوما او نور.
  - xii. سینکوپ: دا حالت هم د اختلاج لامل ګرځیدلای شي چې دقیقه تاریخچه دې واخیستل شي.
  - xiii. هیسټیریا: دا یو ډول رواني ناروغی ده چې د Pseudo – seizure لامل ګرځي.
  - xiv. په لږه اندازه د اختلاج ضد درملو ورکړه د اختلاج پرمهال: په ځانګړې توګه که چېرې د (phenyton) یا (Dilantin) درمل په لږه اندازه ناروغ ته ورکړل شي نو اختلاج بیا منځ ته راتلای شي همدارنګه ددې درمل سویه ډیولږ درملو ورکړې پرمهال دې په پام کې ونیول شي.

کلېنیکي کښې:

A – فزیکي کښه:

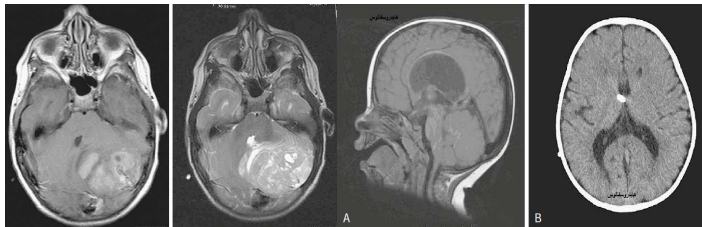
1. حیاتي علايم: تبه به دمکروب په شته والبدلالت وکړي اختلاج ښائي چې د تبي پروخت په ماشومانو کې ډېر مهال وليدل شي د وينې فشار دې وليدل شي او نبضان دې دښه پرفيوزن په موخه وکل شي.
2. غوږ پوزه ستونی، سترګې او سر کښه: Nuchal rigidity به دمنجمنټ په شته والبدلالت وکړي.
3. عصبي کښه: موضعي نښې او علامې دې د لاملونو پېژندنې په موخه وبلل شي بشپړه کښه دې دقحفي ازواجو، حسيت، قوت، د ژورو ټيندونو نور فلکسونو او رواني او شعوري حالت ترسره شي، ښائي چې يوه گزري نيمگړتيا داخلاج وروسته وليدل شي (post – ictal state).
4. مټانه او کولمې: دمثاني او کولمو دکټرول له منځه تګ به Seizure grandmal سره مل وي.

B – لابراتواري کښې:

- i. دسيروم اکرولايټونه: سوډيم، کلسيوم، مگنيزيوم کښه دې وشي ښائي چې ټيټه سويه يې وليدل شي.
- ii. د وينې کيمياوي او نورې کښې: د وينې يوريا د کرياتين سويه او گلوکوز سويه به وټاکل شي.
- iii. شيرباني وينې دکازاتو ټاکنه: ددې لپاره دهاپيوکسيا او نوکسيا اړوند معلومات ترلاسه کړو د وينې دکازاتو سويه ټاکل کېږي.
- iv. د وينې د درملو سويه: د اختلاج ضد درملو اندازه او سويه دې په وينه کې وټاکل شي.
- v. د دماغي شوکي مايع (CSF) کښه: د منجمنټ شته الې په موخه دې د دماغي شوکي مايع تجزيه او تحليل وشي.

C – راډيولوژيک او نورې کښې:

1. د Head CT. scan : دکوپري دماغزو او هډوکو راډيو لوژيک او CT scan کښه کڼه وره وي (Space Occupying) آتونونو شته والې اړوند معلومات راکوي چې چېکې درملنې ته اړتيا لري.



2. قطني بډل: د ملا د تير د نخاع بډل په قطني برخه کې ترسره کېږي او مايع لابراتوار ته استول کېږي چې پدې صورت کې به د ماغي فشار لوړوالی اړوند معلومات راکړي او منجمنټ حالاتو کې کڼه ور دی.
3. د سترگو فونډوسکوپي: پدې کښه کې ښائي Papilledema وليدل شي .

## د درملنې پلان

A. بیړنۍ درملنه:

1. هیڅکله دې هم کله چې ناروغ بنفسي تنفس ولري باید مداخله ونشي او هيڅ راز آله لکه Tongue Depressure څخه دې کار وانه خيستل شي چې دا بنسټی ناروغ ته غیر ضروري صدمه ورسوي.

2. Position: ناروغ ته کيڼې جنبې پوزیشن ورکول شي او خوله دې سکشن شي.
3. اختلاج به درې دقیقو پورې له منځه لاړی شي.

B. د اختلاج کنټرول:

- 1- د ناروغ وریدي خلاص کول شي.
  - 2- په لومړي توگه دې 100mg / 10<sup>th</sup> min د ورید له لارې ورکول شي چې د Dextrose (5% 50 ml) د ورید له لارې ورکول کېږي.
  - 3- د دوهم ځل لپاره دا اختلاج تیري یا حمله باید د Diazepam – 5 mg/ IV push په کراره سره 10-15 minute کې تکرارېدلای شي ترڅو اختلاج کنټرول شي.
  - 4- Dilating Phenytoin (Dilating): دا درمل هم په کراره ورکول کېږي چې هغه مهال چې ديازپیم اغېزه ونه لري ورکول کېږي دا درمل 50mg/ min/ push ورکول کېږي او په کراره تطبیق کېږي.
  - 5- فینوباربیټال: دا درمل د ورید له لارې لویانو کې (120/240mg)، په ماشومانو کې (5-20mg/kg) ورکول کېدای شي چې اکثراً د Loading Maintenance Dose په توگه ورکول کېږي.
  - 6- د اختلاج ضد درمل د الکېولو په ودرولو پنبو کې نه ورکول کېږي خو Librium بنسټی ګڼه وړې چې Delirium له منځه وړي.
  - 7- Refractory seizure: که چېرې پورته درملنه ګڼه وړه نه وي نو په دې صورت کې عمومي انسیتري د Thiopental پواسطه ګڼه وړه ده.
- C. هغه مترافټیه ناروغی لکه د الکېرولاټونو او وینې یوې نورې غیر نورمال حالتونه دې اصلاح شي او همدارنګه د عصبي ناروغیو درملنه دې وشي.



Figure . Axial CT scan shows mildly dilated lateral ventricles and a generous subarachnoid space in the frontal and frontoparietal areas (arrows).



Figure . Ultrasound image shows a grade III bilateral intraventricular hemorrhage with ventricular dilation.

## نه ويشتم څپرکي

### پرسېدلي نهايتونه

#### Swollen Extremities

يو ناروغ چې دهیستروکومي ورسوته له درې ورځو تېرېدنې د کينچې پښې پرسوب منځ ته راغلی او دا ناروغه د (49) کالو عمر لري سمدلاسه به لاندي پوښتنې مطرح شي.



- داروغ حياتي علامې څرنگه دي؟ ټاکي کارډيا او تبه بنائې د مکروبوونو شتون څرګند کړي ټاکي کارډيا او ټاکي پنيا دواړه د سپرو آمبولې په شته الي دلالت کولای شي .
  - ايا ناروغ لنډه ساکته کېښه لري؟ هغه ناروغان چې د پښو پرسوب ولري او د ساکبلو پرمهال ډېره هوا نشي اخيستلای چې دابه په ريوې آمبولې کې وليدل شي.
- توپيري پېژندنه:

A. وریدي بندښت Venous Obstruction ستونزې:

ژور وریدي ترومبوزس (DVT) په ډېرې پېښو د جراحی عملیات څخه وروسته مرحله کې منځ ته راځي چې ډېرې بې دکلینې ک له پلوه پټې پاتې کېږي ترومبوزس له زنگون څخه ښکته په هره برخه کې منځ ته راځي او حتی د حوصلې تر برخې هم منځ ته راتلای نشي . په ډېرو حالاتو د ترومبوزس (DVT) د سپرو آمبولې (Pulmonary Embolie) او سپرو احتشاً خطر ه بنائې منځ ته راوړي او د مرګ تر سرحده ورسېږي او سطحې ترومبولیسېټ په لاسونو او پښو کې منځ ته راتلای شي

B. لمفاوي ستونزې :

- i. بندښت : په وصفې توګه ټوموري غوټې ( مغنبي میلانوما ) د قضیب کانسر، دابطي برخې او تیپونو سرطاني پېښې د بندښت لامل ګرځي دلمفاوي چپنل بندښت داځای او پرسوب حالت منځ ته راوړي چې دا پرسوب حساسیت او درد نه لري.
- ii. تخریب ( ويجاړتیا Destruction) : د یو لړ تخریبی پروسې جرونو تر سره کولو وروسته به بنائې د پرسوب ستونزې منځ ته راشي.

a. عملیاتي ويجاړتیا چې د لمفاوي لارې بندښت لامل ګرځي بنائې به حاد او یا کالونو په تېرېدنې پرسوب او اذیما منځ ته راوړي په وصفې توګه کله چې دابطي برخې لمفاوي عقدي راوستل شي نو د لاسونو پرسوب منځ ته راوړي.

- b. همدارنگه وړانګې هم دلمفاوي چېنل ويجاړتیا منځ ته راوړي .
- c. مکرېونه: سلولیت د بنګنې نهایتو په برخه کې په ځانګړي توګه کله چې د شکرې ناروغۍ سره مل وي دپنې پړسوب منځ ته راوړي چې دا به د مکرېونو د پراختیا او اخته والي پورې تړاو لري . اجنبي اجسام چې داتاناتو سره مل دی پړسوب په پښوکې منځ ته راوړای شي .
- d. مورزېرولې ( Congenital) معمولاً لهماوی اذیما او پړسوب Lymph edema، که څه هم Lymph edema tarda او یا praecox .
- e. نورحالتونه: لکه (د پښورګو عدم کهایه ، د زړه احتقاني عدم کهایه) .  
پورته ذکر شوی حالتونه کولای شي چې د پښو اذیما او پړسوب منځ ته راوړي .

### کلینیکي کتنې:

#### A. فزیکي کتنې:

1. حیاتي علامې : ټاكي پنيا Tachypnea به دسپروآمبولې نښه وي .
2. صدر : رالونه Ralls به په CHF کې واوریدل شي .
3. تیونه: دتیونو ټومورونه او مقدم مسکټومي .
4. گیده : د حین Ascites شته والی
5. نهایتونه: باید پړسوب، دمکرېونو ، سلولیت، لهمانجیت ، حساس سطحې وریدونو (Hormone's Sign) دی وپلټل شي او د تورم او پړسوب ټاکنه او اندازه دې وشي .
6. ابطی او مغنبي لهماوي غدې: په دې صورت کې دې Lymphadenectomy په مقدم ډول او دلمفاوي عقداو پړسوب او د ټومورونو جس تر سره شي .

#### B. لابراتواري کتنې:

- هیموګرام : باید داتاناتو او وینه لږې لټون وشي .
- الترولایتونه په سپروم کې : الکترولایتو نه دې وکل شي او پرتله دې شي .
- دګلوکوزسویه په وینه کې : د ډیات یا شکرې په ناروغۍ کې به دګلوکوزسویه لوړه وي
- دعلقي (کواګولیشن) PT او PTT پلاټینو اندازه : له اتني کواګولانت ورکړې د مخه نوموړی توکې وټاکل شي
- INR کتنه : د وینې (INR) ټاکنه مهمه ده چې د (INR >5) څخه لوړه به د (DVT) لوړې ته پام واړوی .

#### C. راډیولوژیک او نورې کتنې:

- i. Venogram : درګونو څېړنه د DVT پیژندنې په موخه تر سره کېږي
- Impedence platinography (IPG) بعضاګڼه وړې وي .
- وریدي ډوپلر التراسونوګرافي کتنې هم ډېرې ګټه وې دي

- د هډوکو راډيوگرافي: دا بنسټي دسکري پېنې او سلوليت کېدای شي وپېژندل شي بايد درخوه انساجو او اوسټيومیاليت او اجنبي اجسامو پېژندنه کېدلای شي.

### د درملنې پلان

A. د وريدي بندښت درملنه:

1. دبستر استراحت (Bed rest): دبستر هوساينه او داخه طرف پورته پوزيشن ورکول
  2. د پلاټيټ شمېرنه Baseline platelet count او قسمي فعاله ترومبوپلاستين ټايم Activated Partial Thromboplastin Time (PTT) ټاکنه دې وشي او اوھپارېن دې عيار کړل شي ھپارېن نادراً ترومبوسايټوپېنې منح ته راوړي د لابراتواري کتنې لړۍ ته دې دوام ورکړل شي.
  3. ھپارېن: ھپارېن 5000-10000 IU د وريد له لارې نېغ په نېغه ورکړل شي او د ھغې تعقيب به دې 10000-15000 IU د انفیورن په توگه ورکړل شي او PTT دې مداوم (ميتاين) کړل شي او کټرول کړل شي.
  4. کومارېن او Comadine:
- کومادينايزيشن دې د 3-5 Days ورځو لپاره پيل کېږي درمليز ھپارېن بايد تعقيب شي 3-6 مياشتو پورې ورکول کېږي پروترومين ټايم دې تل وڅارل شي (1.5-2times).
5. مخنيوی:

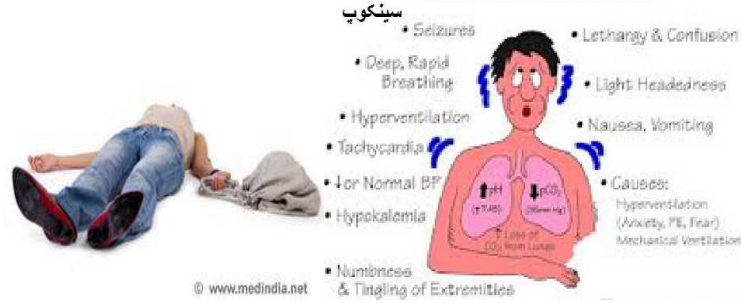
- a. Minidose Heparin: دا به د DVT په پېښو کې گټه وروي چې له عمليات څخه د مخه ناروغانو ته ورکړل شي دا په اورټويدي او چاغو ناروغانو ډېره گټه لري دا درمل 5000 unit د پوستکي لاندي هره 8-12 hours ساعتو کې ورکول کېږي.
- b. Pneumatic stocking: هوايي جراحي ناروغ ته پوشل کېږي دا د عضلاتو نقلص منح ته راوړي چې د DVT مخنيوی لپاره ډېره گټه وړه ده که چېرې ناروغ په مقدم ډول ناروغ فعاله او وگرځي د DVT او د (DVT) مخنيوی لپاره د Aspirin 75-300 mg /day or Clopedogril 100-200mg /day درملو ورکړه گټه وړه ده.
6. سطحې ترومبوپليسيټ: دا د NSAID درملو پواسطه درملنه کېږي.
- B. لمفاوي ناروغی: که چېرې اخته طرف ته پورته وضعيت ورکړل شي نو په دې صورت کې به لږه اندازه گټه وړه وي، [ Custum- made edastic stocking (Jobst™), Others ] بعضاً کارول کېږي متناوب هوايي فشار کولای شي ناروغی ته لږوال ورکړي.
- C. اتانونه (مکروبونه): په لومړي گام کې مکروبي ضد درملنه ژر تر ژره بايد پيل شي او ستافیلوکوک او سټرپټوکوک او گرام منفي باکټرياوې هم بايد په پام کې وي (Naficillin+ Gentamicin) او يا (Voncomycin + Gentamicin) يوځای کارول کېږي همدارنگه سفالوسپورينونه ته هم ورکول کېږي.

## دېرېشم خپرکې

### سينکوپ

### Syncope

تعريف: سينکوپ هغه حالت دی چې په هغه کې دماغ ته دکافي وينې انرژي او اوکسيجن نه رسيدلو له کبله د يوه لمحه (مرحله) د ضعف حالت منځ ته راځي چې ناروغ پرخمکه غورځېږي او غير نوماال حالت منځ ته راځي چې بيلابيل لاملونه لري.



يو ناروغ چې 50 کاله عمر لري چې ماتيال دشام بدلولو جراحي کړنلارې په موخه په روغتون کې بستر دي له عمليات څخه دمخه ورته دسينکوپ حالت منځ ته راغلی چې سمدلاسه لاندې پوښتنې مطرح کېدای شي چې ډېرې د پاملرنې وړ دی.

1. ناروغ د حملې پرمهال په څه کړنه بوخت وو؟ د وازو واکل ( Vasovagal ) سينکوپ به د اورتوسټاټيک هايپوټنشن د ولاړې اویا ناستې په حالت کې د پېژندلو وړ وگرځي. هغه سينکوپ چې دملاستې پرمهال منځ ته راځي دا به د زړه د ناروغيو اصله ويلل شي دوازو واکل ډول سينکوپ به د درد ، اضطراب او تودوخې منځ ته راوړونکې پېښو کې وليدل شي همدارنگه د تمريناتو پرمهال سينکوپ به د زړه ناروغيو اړوند وي د ټوخي د سرخړځي او گسست او ناڅا په پورته کېدنې پرمهال د اعراضو شته والې دې وپوښتل شي.
2. آیا د سينکوپ سره اختلاخ هم يوځای ليدل شوی؟ د شعور د له منځه تالو او اختلاخ حالاتو پېژندنه به د ناروغۍ په توپيري پېژندنه کې ډېره گټه وړه وي همدارنگه د خولې او ژبې برخې ټپلونو اړوند دی پوښتنه وشي د سينکوپ ناروغ ژر ریکوري مومي چې د اختلاخ ناروغان تردې توپير لري.
3. آیا ناروغ ناڅا په او يا پخوا خپل شعور له لاسه ورکړی؟ هغه په ناروغان ناڅا په او يا پخوا خپل شعور له لاسه ورکړی وی دگېډې اړوند علامې چې د زړه سينکوپ او اورتوسټاټيک هايپوټنشن ناروغان ناڅا په حمله لري د اختلاخ مرحله بنائې د (aura) مرحله په منځ کې ولري
4. آیا کوم چا دناروغ نبض د حملې پرمهال جس کړي؟ وازو واکل سينکوپ دبرادي کارډيا او اورتوسټاټيک هايپوټنشن د ټاکي کارډيا او د زړه سينکوپ د زړه سرعت چې شديد برادي کارډيا زړه بلاک سره مل وي.



5. آیا ناروغ د شکرې او یا نورې لویې داخلي ناروغۍ لري او که؟ هایپوګلاسیمیک Spells حملې به لږې وي او په چټکه د درملنې وړ وي او د زړه لاملونه د څېړنې وړ وي.

Neurogenic Syncope (58 Percent of Cases)	Cardiogenic Syncope (28 Percent of Cases)
Vasovagal	Dysrhythmias
Situational	Tachyarrhythmias
Micturition	Ventricular tachycardia
Cough	Ventricular fibrillation
Defecation	Supraventricular tachycardia
Swallow	Bradyarrhythmias
Neurologic	Sinus-node disease
Migraine	Second- or third-degree heart block
Transient ischemic attacks	Pacemaker malfunction
Seizures	Drug-induced or prolonged-QT syndrome
Subclavian steal	
Carotid sinus	Organic heart disease
Psychiatric condition	Aortic stenosis
Medications	Hypertrophic cardiomyopathy
Orthostasis	Myocardial infarction
Hypoglycemia	Coronary spasm
	Tamponade
	Aortic dissection
	Cardiac myxoma
	Cardiopulmonary problems
	Pulmonary embolism
	Pulmonary hypertension

توپیري پېژندنه

A. وازوواکل Vasovagal: یوه ساده ډول حمله به د (aura) سره مل وي.

1. د زړه (Cardiac) اریتمیا:

i. د زړه بلاک: د زړه د تقلصونو اندازه به معمولاً  $Rate < 40BPM$  Stokes Adams. Attacks.;

ii. ټاکی اریتمیا:  $Rate Usually > 160 BPM$  شمېره معمولاً 160 ضربې په هره دقیقه کې ده

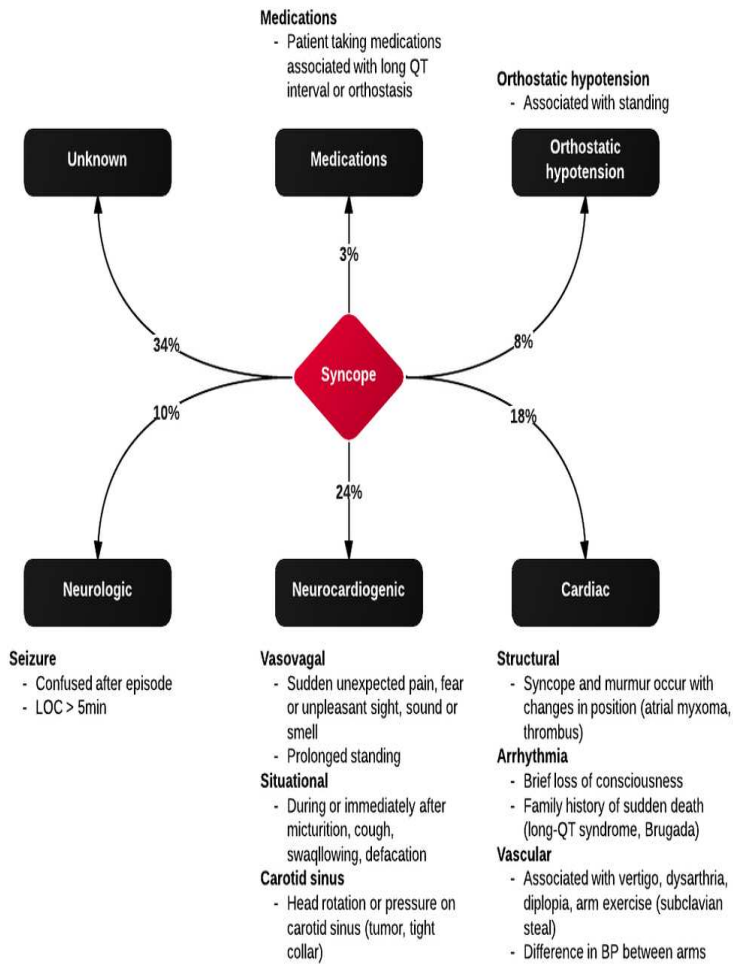
چې ورسره د زړه دهانه output لږوالی مومي پروکسیز مال اذینې ټاکی کارډیا اذینې فیبرلیشن او فلوتر بطنې ټاکی کارډیا یا فیبرلیشن به شته والی ولري.

iii. Sick sinus Syndrome.

iv. اسیستولي Asystole د زړه ودرېدنه.

2. دمایوکارډ ناروغی:

- i. د اهر تضيق يا تنگوالی : دا ناروغی به د بطینې د بهير سره بند کړی وي.
- ii. idiopathic hypertrophic Sub aortic stenosis : بعضې نامعلومه ميکانيزمونه اهر د تضيق پکې رول لري.
- iii. لومړنی د سرېو هايپرتنشن : د سرېو د شريان هايپرتنشن به د سرېو بهير ته لږوالی ويخني.
- iv. د مايوکارډ حاد احتشاء له کارډيوجنيک شاک سره .
- v. اذيني مکروما
- B. اورتوسټاتيک هايپوتنشن :
  - i. هايپواليما چې دهر لامله چې وي .
  - ii. ناخپه د وضعیت د بدلون له کبله چې بنائې د درملو سره سم وي.
  - iii. عصبي د Shy-Drager Syndrome د Diabetes سره مل وي.



C. د عصبي او رگونو لاملونه.

i. د بڼلار شريان عدم کفايه

ii. کاروتيد سينوس سندروم : چې په وصفي توگه د سينکوپ سره مل وي چې د سرخرخی له کبله منځ ته راځي.

iii. Subclavian steal Syndrome.

D. يولړ لور لاملونه:

i. دميازو کولو پرمهال سينکوپ Micturation syncope.

ii. د ټوخي پرمهال سينکوپ Cough syncope چې پورته دواړه حالتونه د وريدي

بیا راستنېدنې (return) پورې تړاو لري.

iii. هاپوکلايسيميا.

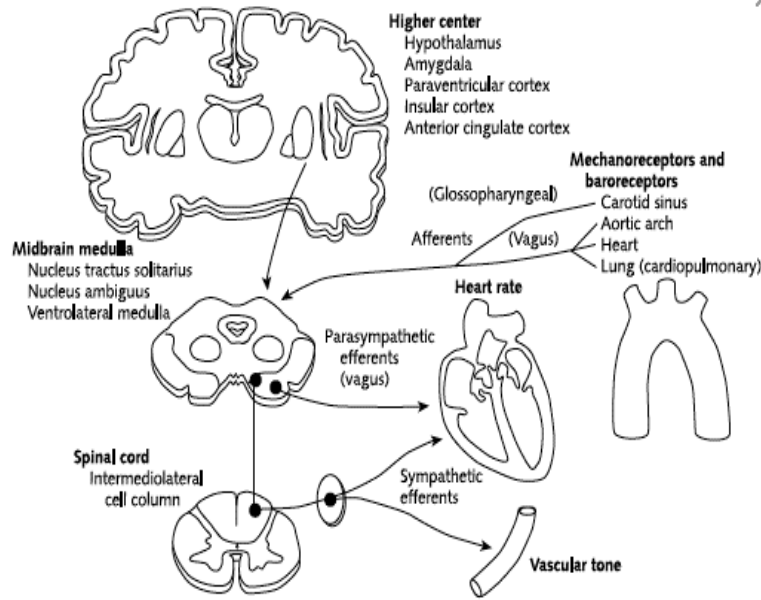
iv. هاپروپنټيشن.

v. هاپوکسيا.

E: غير سينکوپي Non syncopal

i. اختلاج seizure

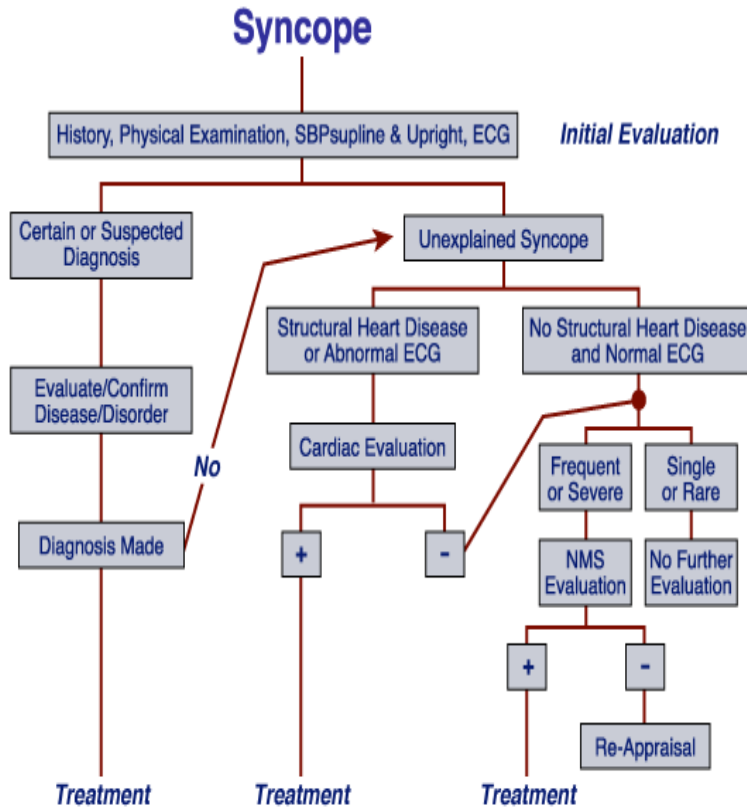
ii. کوما Coma



**کلینیکي کتنې**

**A. فزیکي کتنې:**

- i. حیاتي علايم: اورتوسټاتیک بدلون ، د زړه ریتم او نبضان ، د وینې د فشار بدلون د 20 mmHg په اندازه په دواړه لورونو کې به د Subclavian Steal Syndrome څرگندونه وکړي.
- ii. غاړه Neck : کاروتید Bruite ، کاروتید Upstroke
- iii. زړه : داېر رسام تضیق له کبله سوفل ، IHSS ، د ریتم غیرن ورماله بڼه.
- iv. متعدي ریکټوم کتنه: د وینې سره سم غایطه مواد د حاري وینې بهیدنې بله نښه ده.
- v. عصبي کتنه : Dysarthria ، موضعي علامې، د رواني حالت بدلون
- vi. پیا منځ ته راتلونکي سینکوپ : د مانوري تر سره کولو وروسته لکه ټوخي دسر تاوول - څرخولو ، هایپروینټیلیشن ، یاد کاروتید مساژ.

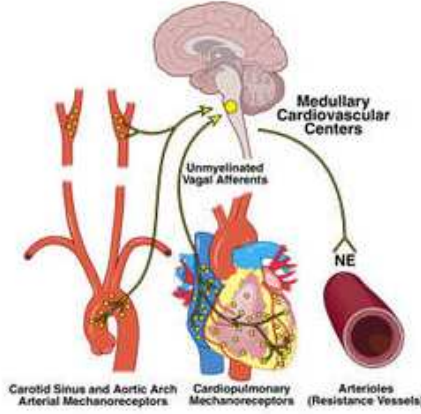


**B: لابراتواری کتنې :**

- هیموگرام: چې پدې کې ډېر پاملرنه باید هماتوکریټ هیموگلوبین ، د حجراتو ټاکنه.

- د الکترولایټونو او ګلوکوز سویه: خاصاً د هایپوګلیسیمیا په حالاتو او الکترولایټونو اېنار مليټي کې.

- د وینې د ګازاتو ټاکنه: هایپوکسیا او یا هایپروینټیلیشن د کاربن ډای آکساید (O<sub>2</sub>) او PH سویه راتیت کوي او د خاصې پاملرنې وړ ده.



C: راپولوژیک او نورې کني:

- د صدر راپوګرافي: په ځانګړي توګه دې د زړه اندازه او سرحدونه وټاکل شي ترڅو د زړه د عدم کفایي اړوند معلومات تر لاسه شي.

- د زړه ګراف: لنډ د DeHa

PR- interval: waves او نور د

زړه درېم ډولونه دي وټاکل شي.

- ایکو کارډیوګرام: بنائې چې مګروما، د دسامونو

آقونه او ترومبوزونه د پېژندنې وړ وګرځي.

- Holter monitor دا به د Dysrhythmia لپاره ګڼه

وړ وي.



د درملنې پلان

- په چټکه توګه دې د زړه بلاک پېرني درملنه وشي

A وازواکل لاملونه درملنه: د ناروغ سرته دې د سینکوپ پرمهال بنسټه موقیعت ورکړل شي

B د اورټوسټاتیک هایپوټنشن درملنه: د وینې فشار او حجم دې وټاکل شي د ځانګړي پاملرنه دې

د هضمي جهاز وینه بهیدې ته واړول شي) او درملنه دې وشي.

C د زړه اړوند لاملونو درملنه:

▪ دارټیمیا درملنه:

- ټاكي اریتمیا د هایپوټنشن لامل ګرځي چې د

رملنه یې کېږي

- په لومړي مرحله کې بنائې چې E.C.G درېم

تشوش ثبیت نه کړي خو بڼه او ګڼه وره څارنه د Holter monitor پواسطه د 24 ساعتونو

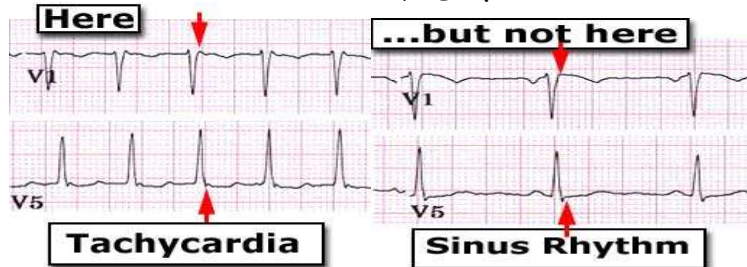
په لړ کې تر سره کېږي او بنائې د ریتم ناروغۍ څرګنده کړي.



## يودېرشم خپرکې

### ټاكي کارډيا (Tachycardia)

که چېرې د زړه نبضان يا دتقلصونو شمېره د نورمال څخه ډېره شمېره ثابت شي { نورمال اندازه (80-100/min) } نور ټاكي کارډيا نوم ورکول کېږي که چېرې يو ناروغ چې د 68 کالو عمر لري او د سيګمويډ کولون کولکټومي ورته تر سره شوی وي او د 155/min څخه پورته د زړه تقلصونه ولري نو سمدلاسه به لاندي پوښتنې مطرح شي.



- آیا ناروغ نورمال نبضان په محيطي برخې کې لري او که د نبضان ټاکنه د محيطي برخې غړو کې ډېره د اهميت څخه ډکه ده ځکه چې د يولړ ناروغيو په پېژندنه کې رول لري.
- د ناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ که عمليات څخه په ورسوټه مرحله کې ټاكي کارډيا د هايپوټنشن سره دهايپو واليميا څرګندونه کوي چې ډېر داهميت وړ خبره ګڼل کېږي همدارنگه کېدای شي چې دتبې (Fever) له کبله ټاكي کارډيا منځ ته راشي.
- آیا ناروغ په څرګند ډول د زړه ناروغی لري او که د لکه د اذینې فيبريليشن.
- آیا ناروغ په دوامداره توګه طبي درملنه اخلي؟ که چېرې ناروغه کس داريتيمياضد درمل اخلي او يا هم ناروغ خپل درمل په ټاکلي اندازه خوري او که د يورتيکونه او د پوتاسيوم مستحضرونه بنائى دالکترولايټونو د اټار ملټي او اريټميا لامل وګرځي.
- ايا نور کوم ډول مترافقيه اعراض او علامي هم شته والی لري؟ صدري خناق د ميوکارډ د احتشاء لپاره يوه ډېره غوره نښه او علامه ګڼل کېدای شي.

توپيري پېژندنه:

#### i. سينوزال ټاكي کارډيا :

- i. تايرونوکسيکوزس: د وزن بايلل، تخريشيت، تريمور ورسره ګډې نښې او علامې بلل کېږي.
- ii. فيوکروموسايټوما: دابه دسر درد، دګډې درد، د فشار لوړوالی او ډېر خوليجن حالت به په ګډه ډول وليدل شي.
- iii. اضطراب او درد: نورمال فيزيولوژيک غبرګون به د کاکولامين آزادېدنې اړوند وي.
- iv. د درملو اړوند: سمپاتوميټيک لکه ايفيډرين بنائى د ټاكي کارډيا لامل وګرځي.

- v. دهايپوتېشن: دا به دهايپوواليما سره مل وي.
- vi. دلور اوت پټ حالت: کله چې د بني ازين فشار چې د هر لامله وي. لکه ټايروټوکسيکوزس A-V fistula ، وينه لري، بلارېنست او شديدي د پحت ناروغی:
- vii. دزړه نه برياليتوب (عدم کهايه): يوه غورځيدنه (Drop) د نبض په فشار د بني ازين فشار لوړوالی پر مهال د ټاکي کارډ يا حالت منځ ته راوړي.
- viii. تبه (Fever): تبه د ټاکي کارډ يا لامل گرځي.
- ii. اکټيک ټاکي کارډ يا :
1. پروکسيمال اذيني ټاکي کارډ يا: معمولاً د پليټيشن او سپک سری چې د PBM اندازه به د 140-250 پورې وټاکل شي.
  2. اذيني فلوتر: د اندازه په د اذيني اتصالي (junctional) ټاکي کارډ يا په پرته چېکه (250-350) پورې وټاکل شي.
  3. بطيني ټاکي کارډ يا: دا د زړه د اسکيمیک ناروغی سره مل وي او همدارنگه بنايي ورپسي بطني فلوتر منځ ته راشي.

### کلينيکی کتنې:

#### A. فزيکی کتنې:

1. حياتي علايم: د نبض نظم دی ولټول شي همدارنگه تبه هايپوتېشن په لوړ اندازه د ژوندانه گواښ بلل کېږي.
2. غاړه: ټايرايډ غده دی د نوډول يا غور (جدرې) لپاره ويلل شي که چېرې دغاړې وريد پرسيدلی، برجسته وي نو دا به د CHF يا زړه عدم کهايي څرگندويه وي او همدارنگه د پنومورتوکس، زړه تيمونار په حالانو کې هم منځ ته راځي.
3. زړه: د عدم کهايي، دغاړې وريد پرسوب او زړه دريم غږ (S<sub>3</sub>) او نور دې ولټول شي.
4. سرې: د زړه عدم کهايي، رالونو، پنومورتوکس علامې دې ولټول شي.
5. لاسونه او پښې: د اذينا او شينوالي (سيانوزس) اړوند دې معلومات تر لاسه شي.

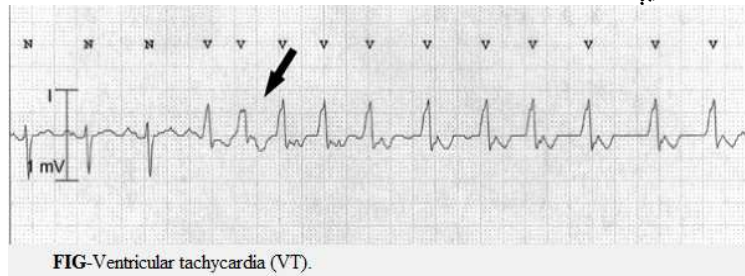
#### B. لابراتوري کتنې:

- دسيروم الکترولايټونو کتنه: په ځانگړې توگه د پوتاسيوم کتنه اړينه ده.
- دشراباني وينې دگازاتو ټاکنه: د هايپوکسيا اړوند ټاکلي معلومات راټولېږي.
- هيموگرام: د سيپسيس او وينه لري اړوند دې معلومات راټول شي.
- د ټايرايډ وظيفوي آزماينستونه: که چېرې دکلينيکي نښې شته والې ولري نو د آزماينستونه ورکول کېږي.

- C. راډیولوژیک او نورې کتنې:  
 - د صدر راډیوگرافي: د زړه د عدم کفایي او سپرو لومړنیو ناروغیو لکه پنومرینا، نیوموتورکس او نورو اړوند معلومات راټولېږي.  
 D. د زړه گراف E.C.G: دا آزماښت کولای شي د زړه اړوند توپرونو او ټاکنې کارډیا په اړه کړه معلومات څرگند کړي.  
 E. د زړه ایکو کارډیوگرافي: دا کتنه هم د زړه اړوند ناروغیو په پام کې معلومات را کولای شي.

د درملنې پلان

- A. د بطنې ټاکنې کارډیا درملنه: دا په چټکه توګه د مړینې لامل ګرځي چې چټکه او بیرنۍ درملنه یې پکار ده.



- B. اذینې فلوتر او فیبریشن:  
 1. د هیمو ډینامیک پلوه دې ناروغ وڅارل شي او سم د لاسه بیرنۍ درملنه برېښنايي کارډیوورژن Electrical Cardio Version دې چې د (50-100 Joules) په اندازه د وریډي ډیازییم ورکولو سره سم ورکول کېږي.  
 2. د کاروتید مساز ترسره کېږي تر څو د فلوتر خپې څرګندې شي.  
 3. که چېرې ناروغ ثابت او تکره وي نو فارمکولوژیک درملنه ورکول کېږي.  
 i. لومړي موخه به بطنې غبرګون وي. دا د (دیجوکسین او یا ویراپامیل Verapamil) د وریډ لارې درملنې پواسطه درملنه کېږي.  
 ii. دویمه موخه باید د زړه د سینوزال ریتم حالت له سره منځ ته راوسل شي چې دا د Quinidine ورکړې پواسطه چې تر څو بطنې غبرګون راټیټ شي تر کټیول لاندې راشي. پروکائین اماید procaine amide یو ډول التریف درمل بلل کېږي چې د کینډین پسي ورکول کېږي.  
 iii. دیجوکسین او ویراپامیل باید په هغه ناروغانو کې چې د Wolff- Parkinson لري ورکړل شي.



- iv. ناروغ چې اذیني فیبریلشن په مزمن ډول لري او چې کانورټ وړونه وي چې په سینوس ریتم واوړي هغه مهال چې وپراپامیل د چټک اغېزې درلودونکي د ډیجوکسین په پرتله دی او په وینه کې یې سویه ټاکل کېږي نښائی نورو ډوزونو ته یې اړتیاوې ورکول کېږي.
- C. پروکسینز مال اذیني ټاکي کار دیا: دا په بېلابېلو لارو درملنه کېږي.
1. د واکل مانوره چې په کې د کټکل ټوټه دمخ لپاسه کېښودل کېږي او د کانکو حالت منځ ته راوړل کېږي اود کاروتیدو مساز لومړی تر ټولو تر سره کېږي چې د کاروتیدو شریان په ناروغۍ کې ډېره پاملرنه پکار ده.
  2. وپراپامیل Verapamil د ورید له لارې ګټه وړ وي چې پیل یې 2-5mg/IV او برسیرن ډوز (لوښک ډوز) به د 2-5mg/5min په اندازه په هر پنځه دقیقو کې تکرارېږي چې د ټول ډوز اندازه د (10mg) پورې ورسېږي.
  3. د وپراپامیل او کاروتیدو مساز په ګډه ډول اغېزمن تمامېږي.
  4. د ورید له لارې پروپرانولول اغېزمن ثابت شوی دی.
  5. DC cardioversion همدارنګه ګټه وړه ګرځي ده.
- D. سینوس ټاکي کار دیا: په جراحی ناروغانو کې تبه او هایپو والیمیا معمولاً لیدل کېږي. تبه او هایپو والیمیا او اولیګیوریایا دي په پوره پاملرنې سره درملنه شي.

Copyright 2002 by Randy Glasbergen.  
www.glasbergen.com



## دوه دېرشم څپرکي

د وينې د ټرانسفيوژن (تقل الدم) غبرگون:

که چېرې د يوه ناروغ د وړاني بهير ته د وينې يا دوينې يا يوه کمپوننت برخه تېره شي او ناروغ د هغه په وړاندې غبرگون څرگند کړي دغه حالت ته د ټرانسفيوژن غبرگون ويل کېږي.

يوه ناروغ ته چې دوينې د Packed cell load cells تېره شوی ده د ناروغ د تودوخې درجه  $38.5^{\circ}C$  ته لوړه شوېده نو لاندې پوښتنې مطرح کېږي.

i. د ناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ په دې لړکې هاپوټنشن بايد رد يا نأيد Rolled out کړل شي، ټاکي پټيا به چې د وينې ټرانسفيوژن سره منځ ته راځي.

ii. آیا ناروغ د صدر او يا ملاردرد لري؟ که چېرې په ډېر پمانه وينه ناروغ ته تېره شي حاد ډول کوآکولوپټي به منځ ته راشي د صدري درد به د هيموډينامیک سترس (فشار) له کبله وده ومومي نورې علامې به اړيدنه (لږزه) ډيافوزيريز، دفرط حساسيت غبرگون خاربنست Pruritis ،

Heave،Wheezing د زړه د احتماني عدم کھايي تشديد او پاريدنه به وليدل شي.

iii. آیا ټرانسفيوژن عمليه ودرول شوېده او که؟ که چېرې ټرانسفيوژن لاهم دوام ولري نو بايد چې ودرول شي او ناروغ ته دې د ورید له لارې فيزيولوژيک محلول NaCl پيل کړل شي.



Central role of thrombomodulin in acute traumatic coagulopathy (ATC)

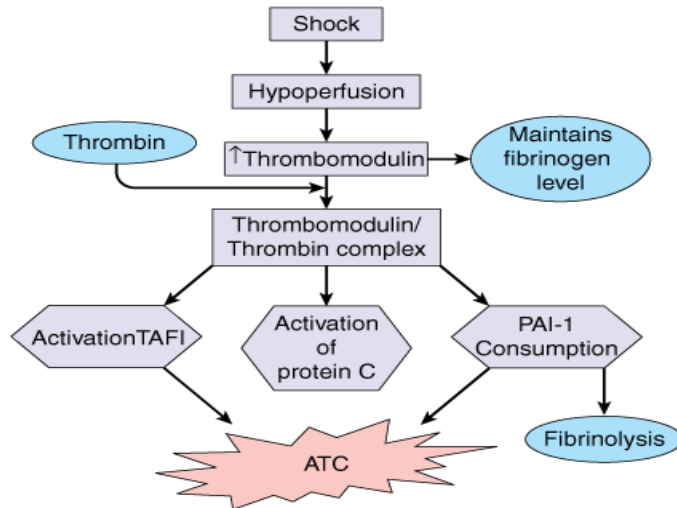


Table. Complications of blood transfusion

Complication	Cause
<b>Immune mediated</b>	
- Acute haemolytic transfusion reaction	- ABO mismatch
- Delayed transfusion reaction	- Atypical antibodies
- Febrile non-haemolytic transfusion reaction	- HLA antibodies after multiple transfusions or in multigravida
- Allergic reaction	- Hypersensitivity or anaphylaxis in response to a component of transfused plasma
- Graft-versus-host disease	- Engraftment of donor T lymphocytes in the recipient
- Transfusion-related acute lung injury	- Leukocyte antibodies or other activators in the donor
- Post-transfusion purpura	- Sensitization to transfused platelet antigens
<b>Infection</b>	
- Viral infection	- HIV, hepatitis B and C, cytomegalovirus and parvovirus in donor blood product
- Other infections	- Bacterial contamination of the blood product, malaria parasites in the donor red cells
<b>Volume related</b>	
- Circulatory overload	- Excessive transfused volume
- Coagulopathy	- Massive red cell transfusion leading to dilutional coagulopathy
<b>Other complications</b>	
- Tissue iron overload	- Repeated red cell transfusion for indications other than blood loss
- Haemolytic disease of the newborn	- Transfusion of D-positive red cells to a D-negative female of child-bearing age

توپيري پېژندنه:

1. د سپينو کړيو توکو کتنه کې به په ډېر پيمانه سپين کړيوات ولري هغه غبرگون چې د دې لامله وي دا په اورتيکاري (Urticaria) سره مل وي .
2. Minor Protein Reaction: د پروټين له کبله لږه اندازه غبرگون د سيروم په وړاندې غبرگون بلل کېږي چې دابه د تبې بعضاً انفايلاکسيس او د حاد ريوې اذيم لامل شي.
3. ABO- incompatibilities: د گروپونو نه برابري په ژوندانه ته گواښ په توگه څرگندونه وکړي چې له نيکه مرغه لږ پېښېږي چې علامي به يې د ترانسفيوژن څخه ورسره د وينې دمقدار په انډول منځ ته راشي.
4. Contaminated Blood: ککړه وينه چې په (ويروسونو، مکروبونو، پرازيتونو) شته والی سمباله وي ډېره لږه اندازه پېښې لري خو بايد چې له پامه لري نه وي په دې صورت لوړه تبه هايپوټشن به ډېر ژر وروسته له ترانسفيوژن څخه منځ ته راشي چې معمولاً وژونکي بڼه لري. څېړنې (Investigations) :
  - مشکوک د وينې نمونه بايد له سره و آزمايل او کراس مچ شي.
  - د سروکړيواتو بسته (The red cell pack) او تطليقي سيت دې په پېرني توگه لابراتوار ته د هيمولاييس (acute haemolysis) ټاکنې لپاره واستول شي .

- بشپړه توګه د وينې ګڼه (Full blood count) او ګواکوليشن (coagulation screen) دي يا وټاکل شي .
- منتشر د رګونو دننه ګواکوليشن (Disseminated intravascular coagulation) بڼائی د علقې مودې اوږدوالي (prolongation of clotting times) او د ترومبوسايټوپېنيا (thrombocytopenia) ناروغی منح ته راوړی .
- د پښورګو د دنډې تر سره کولو ټاکې لپاره دې (Urea and electrolytes) تر سره شي .
- د وينې کلچر (Blood cultures) دې تر سره شي .

### کلېنيکي ګڼې

A. فزيکي ګڼه:

- سرې : درالونو او سينګاري (Wheezing) علامې دې وپلېل شي.
- زړه : د ټاکي کارډيا او د نوي بهير اړوند سوډل ته دې پاملرنه وشي.
- ګډه: درد په ځانګړې توګه دفلانک په برخه کې چې بايد وپلېل شي.
- پوستکي: د سور رنگه پوستکي (Rush) او يا (Hives) لپاره دې لټون وشي.

B. لابراتواري ګڼې:

- د بانک د وينې د نمونې څېړنه: تازه علقه شوې ټيوبونه (Red top tubes) بايد چې بانک ته د بيا آزمايښت تر سره کولو په موخه واستول شي چې تکرار اکراس مچ تر سره کېږي. ډېری د وينې د بانک نمونې هپارين درلودونکی وي ترڅو Indirect comb's test تر سره شي.
- د ميازو آزمايښت: د ميازو په آزمايښت کې به هيماتوريا به د ترانسفيوزن غبرګون له کبله په هيموګلوبين يوريا له کبله د هيمولاييس وروسته منح راشي چې دا به د ABO ګروپونو د نه برابري له کبله ليدل کېږي.
- هيموګرام: د ترانسفيوزن غبرګون په صورت کې به Schistocytes وليدل شي خرابيدونکی وينه لري بڼائی وده ومومي چې د سره کړيواتو د تخريباتو له کبله منح ته راځي.
- د آزاد هيباتوګلوبين وهيموګلوبين لپاره د سيروم آزمايښت: ازاد هيموګلوبين به په سيرم کې دوينې د ترانسفيوزن غبرګون په صورت کې وليدل شي او همدارنگه هيباتوګلوبين به لږوالی ومومي.
- BT او CT آزمايښت: د ګواکوليشن څېړنې دې وشي بلډينګ ټايم (BT) او کلاټينګ ټايم (CT) به بدلون ومومي او همدارنگه د پلاټلټونو لږوالی ترومبوسايټوپېني اشته والی به د DIC (Dissiminated idiopathic coagulopathy) ښودونکی وي.
- په وينه کې BUN او کرياتين سوېي ټاکه: د الکترولايټونو ټاکه په سيروم د وينې د ناروغی د وډې اړوند معلومات راکوي

- د شریاني وینې د گازاتو ټاکنه: دا ګڼه په لږه پیمانه تر سره کېږي خو د که چېرې تر سره شي په وینه کې د  $O_2$  او  $CO_2$  د سوېې ټاکنې له مخې په اړوند ناروغی او وده یې وپېژندل شي.
- C. رادپولوژیک کښې: که چېرې دکلیک له پلوه د سږو او زړه اړوند علامې په کېنیکې فزیکې کښې کې ولیدل شي د صدرې رادپوګرافي په رویتن توګه تر سره کېږي.
- D. د زړه د ګراف کڼه: د زړه اړوند ناروغی او اریسمیا ګانې به پدې کڼه د پېژندلو وړ وګرځي چې درملنه یې پکار ده.

### د درملنې پلان

- A. ناڅاپه دې ټرانسفیوژن ودرول شي. د بانک د ټالورست سره دې مشوره وشي او معمولاً وینه بیا له سره ککل کېږي.
- B. د ورید له لارې مایعات ورکړل شي. د متيازو Out put او حیاتي علامې دې کنټرول کړل شي او د نورمال سالیڼ ورکولو ته دې دوام ورکړل شي.
- C. بانک ته د وینې د نمونې استولو په هکله دې اړوند څیړنه او یتین تر لاسه شي او تاج دې وڅېړل شي.
- D. خفیف غبرګون: معمولاً تبه پرته له ډېر شدید علامو یا همولایزس څخه شته والی لري چې لاندې درملنه کېږي.

1. اتی هیسټامین:

- ډایفن هایډرامین 25-50 mg د عضلي او ورید له لارې ورکول کېږي
- 2. اسټامینوفن (پاراسټامول): دا درمل به د تبې یا الرژیک غبرګون لږوالی کې او بیا ښه والی کې غوره رول لري.
- 3. ټرانسفیوژن: نوکله چې یقینې شو چې د وینې ګروپونه کومه ستونزه نلري. کېدای شي ټرانسفیوژن له سره پیل شي.
- E. دابه دهیمولایزس پوسيله د پېژندلو وړ وي باید د پښتورګو د عدم کفایي دمخنیوي لپاره هڅه وشي.

1. د د وړاني بهیر پیاوړتیا او ساتنه Circulatory Support:

- د وینې فشار دې اعاده کړل شي د وینې د حجم نورمال ساتنه دې وشي.
- د یوریتیک د فیروسامايد او یا مانیټول ورکړه دې معمولاً د سیروم ګلوکوز (DW5%) د پښتورګو عدم کفایي مخنیوی لپاره دې ورکړل شي د متيازو القلي کېدنې لپاره دې هڅه وشي او بای کاربونیټ دې په درملنه کې ورزیات کړل شي ترڅو د پښتورګو تخریب او ټپي کېدنې مخنیوی وشي.
- 2. اتی بیوتیک: د مکروبو د شک په صورت کې به اتی بیوتیک ورکړه شي چې معمولاً د ګرام منفي باکټریا و درملنه کېږي.

- پیژندل شوی غیرګونونه: هغه ناروغان چې د غیرګون له کبله تې لري او هسټامین ضد درمل یې اخیستی وي د تې ضد درمل هم ورکول کېږي او د کورټیکو سټروئیدونه ورکول کېږي چې ترڅو د غیرګون د زیاتېدو څخه مخنیوی وشي.

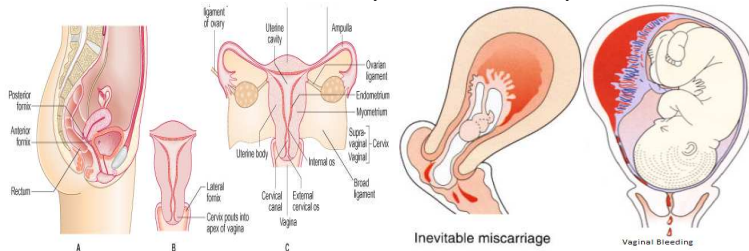
**Table - Alternatives to Allogeneic Transfusion**

TECHNIQUE	PRODUCT	DISADVANTAGES/STATUS
Autologous blood		Requires donation days to weeks before planned blood loss
		Potential for clerical error
		Cost
Acute normovolemic hemodilution		No role in a acute hemorrhage
		Increased logistic requirements
Autologous cell salvage	Cell saver	Potential for contamination
	Chest tube	Cost
	Drains	
Iron supplementation	Ferrous gluconate	Constipation/diarrhea
	Ferrous sulfate	False-positive fecal occult blood test
		Requires days to weeks for effect
Epoetin alfa (recombinant human erythropoietin)	Epoen (Amgen)	Hypertension· seizures· thrombotic events
	Procrit (Ortho Biotech)	Cost
Antifibrinolytic agents	Aprotinin (Trasylol· Bayer)	Thromboembolic events such as myocardial infarction and stroke (mostly reported with aprotinin) and renal dysfunction
	Tranexamic acid (Cyklokapron· Pharmacia and Upjohn)	
	Aminocaproic acid (Amicar· Wyeth-Ayerst)	
Recombinant activated factor VII	NovoSeven (Novo Nordisk)	Cost
<b>Oxygen Carriers</b>		
Perflubron (perfluorocarbon)	Oxygent HT (Alliance Pharmaceutical)	Increased rate of strokes· trials halted
Hemoglobin-based substitutes (bovine)	Hempure (Biopure)	Hypertension· increased amylase and lipase
		Phase III trials
	PEG-hemoglobin (Enzon)	Early-phase trials as radiosensitizer
Hemoglobin-based substitutes (human)	Diaspirin cross-linked hemoglobin/HemAssist (Baxter)	Increased mortality in phase III trials
		Trials closed
	PolyHeme (Northfield)	Elevated bilirubin and amylase
		Phase III trials
	Hemolink (Hemosol)	Increased rate of myocardial infarcts· trials halted
	PHP (Apex Bioscience)	Trials terminated
	Hemospan (Sangart)	Phase II trials
Hemoglobin-based substitute (recombinant)	Optro (Somatogen/Baxter)	All phase I trials terminated

## درې دېرشم خپرکې

### دمهبل وينه بهېدنه (Vaginal Bleeding)

د مهبل (لمنې) له لارې دوینې رانگ ته مهبلې وينه بهېدنه وايي يوه ځوانه ښځه چې دا پندېسيټ ناروغۍ د پلټنې او څارنې په موخه روغتون کې بستر شويده او ورته نابره دمهبل يا لمنې له لارې وينه بهېدنه پيدا کېږي چې سمدلاسه لاندې پوښتنې مطرح کېږي.



- د ناروغۍ ښځې دحيض دوره کله تېره شوې او همدارنگه آيا ښځه د جنسي پلوه فعاله وه او که ؟ د حيض دمرحلې اړوند دې بشپړ معلومات راټول شي چې څه موده دمخه آيا کوم ډول غېر نارمل (ابنارمليتي) حالت شته والی لري او که ؟ بايد بشپړه تاريخچه دکاتراسټيف خوراک او دبلارېښت لومړنيو اعراضو لکه د سهار ناروغۍ، دمايعاتو احتباس، زړه بدې او کانگې او نور په څېر معلومات راټولېږي.
- آيا کومه نښه د شاک لپاره شته والی لري؟ مهبلې وينه بهېدنه کېدای شي په بعضې حالاتو کې ژوره (Profuse) وي او بعضاً په سترگو ليدونکي بڼه لري او د ټوټې ټوټې په څېر به وليدل شي نو په دې حالت کې دې د ناروغ حالت دشاک او هايپوالييميا شته والی لپاره وازمويل شي.
- آيا د وينه بهېدنې سره کوم ډول درد شته والی لري؟ حاد ډول وينه بهېدنه معمولاً د آکټويک بلارېښت چې له هغه څخه دمخه به تل درد د شکايت په څېر شته والی ولري.
- نور لاملونه هم چې د وينه بهېدنې سره د مل په توگه د درد سره يوځای منځ ته راتلای شي لکه دمعدې معائني سيستم يا هضمي جهاز ناروغۍ اعراض به شتون ولری.
- د ضايع شوې وينې اندازه دې وټاکل شي؟ د وينې د ضايع کېدنې چټکتيا او سرعت به پېژندنې او درملنې دواړو په موخه گڼه وړه وي د حجم ټاکنې په موخه دې ډټوکراټو (Pad) او تامپون ټوکر اړوند معلومات راټول شي ترڅو درجه وټاکل شي.

توپيري پېژندنه:

- A. د حيض نورماله پړاو: د حيض په واضح او روښانه توگه دې معلومات راټول شي او دغه دورې دې وڅېړل شي.
- B. غير وظيفوي وينه بهېدنه: دا به په لاندې حالاتو کې وليدل شي.

- i. د زړښت دورې نېرېدې کچې (Perimenopausal) کې.
  - ii. د لویال پړاو ناکافي توب (Inadequat luteal phase).
  - iii. د خولې له لارې کاتراسپېف خوراک.
  - iv. اندومتريوزس.
- C. د بلارښت اړوند لاملونه په لاندې ډول دي؟
- i. اکویک بلارښت.
  - ii. تهدیدي یا بنفسي زیان (Treatend/ spontaneous abortion).
  - iii. د بلارښت د تولیداتو احتباس او پاتې کېدنه.
- D. نیو پلازیا لاملونه په لاندې ډول دي:
- i. د رحم فیبر وید تومور ونه.
  - ii. د سرویکس پولیپونه
  - iii. کارسینوما
  - iv. د اندومتريوم کارسینوما
  - v. د عنق یا سرویکس کارسینوما
  - vi. د هکې خالي کارسینوما
- E. اثانات یا مکروبونه:
- i. د حوصلي احتشاؤ التهابی ناروغی (PID).
  - ii. د مهبل التهاب (وجینېټ).
- F. ترضیضات : د ښځینه حوصلي تناسلی غړو ترضیضات د وینه بهیدني لامل گرځي.
- G. وینه بهیدنه ښائی له نورو برخو څخه وي:

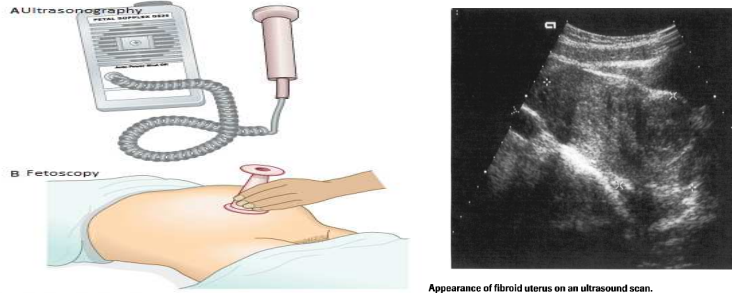
### کلینیکي کتنې:

- A. فزیکي کتنې:
1. حیاتي علايم: اورتوسیتیک علامې د وینې ډېره زیاته پیماننه او تبه د اتان لپاره دې وپلټل شي.
  2. پوستکي: د پوستکي ختافت یا سپینوالی د وینې بهیدني لپاره یوه غوره نښه بلل کېږي. (Bruise) شینوالی او پتیشیا به د وینې د ناروغیو اړوند نښې وبلل شي.
  3. گډه: د پرتوان علامې، حساسیت (Tenderness)، د گډې پرسوب (Distention) د گډې د جدار شخي (Rigidity) به وپلټل شي.
  4. حوصلي کتنه: د مهلي کلې شته والی لپاره دې مهلي کتنه د مهبل عنق رحم د خلانخي او ادینکس (Adenex) د سرویکس د خوځښت پرمهال درد د عنق (وازه او تړلی) بڼه دې وکلل شي.



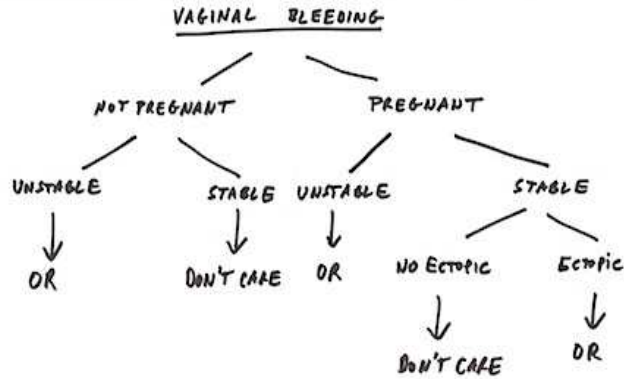


2. د حوصلې التراساوند کله: د ځلانځې (رحم) او ټیوبونو د ناروغیو پیژندنې څېړنې لپاره او همدارنگه د حوصلې دکلاتو ټاکنې لپاره تر سره کېږي.



Appearance of fibroid uterus on an ultrasound scan.

3. د حوصلې سي ټي سکن: دا د هر ډول حوصلې کلاتو پیژندنې لپاره ډېره ښه وړه کڼه بلل کېږي په یا ولری چې التراساوند کڼه تل د بلا ربښت پیژندنې لپاره د CT.Scan څخه دمخه تر سره کېږي.



**د درملنې پلان:**

ډېرې دمېبل وينه بهېدنه ځانگړی درملنې ته اړتیا نه لري تر هغه چې حیض مرحله نورماله بڼه ولري او که چېرې وينه بهېدنه تعدد او ډېر دوام وکړي د نسايي ولادي ناروغیو متخصص مشورې ته اړتیا پرېوزي.

**A. پېړنې درملنه:**

- i. که چېرې ناروغ حاده وينه بهېدنه ولري د بيا رغونې درملنې ته په پېړنې توگه اړتیا ده .
- ii. د لوی قطر درلودونکی کولا ناروغ ته ټېرېپي او کریستالوئید مایع ورکول کېږي.

د وینې ورکولو لپاره کراس میچ کېږي، د میازو اوت پټ کېږي د هیماتوکریت سلسله گل کېږي ناروغ NPO کېږي. او پېرني د جراحی عملیات کېنلاره تر سره کېږي. B. بی ځایه بلارینست:

که چېرې د کېډي په بنسټې برخه کې درد شته والی لري او ناروغ د ماشوم زېږونې په عمر کې وي د بی ځایه بلارینست حالت باید وپلټل او رد کړل شي که چېرې د بلارینست آزماښت منفي وي التراساوند د دوگلاس جوف بدل دی تر سره شي او بنسټې پېرني جراحی کېنلارې ته اړتیا پریوزي.

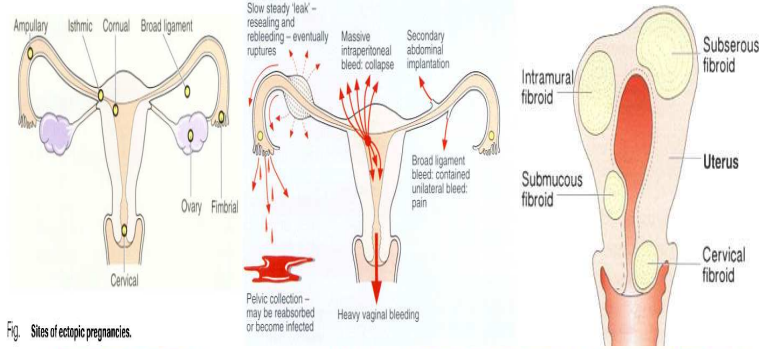


Fig. Sites of ectopic pregnancies.

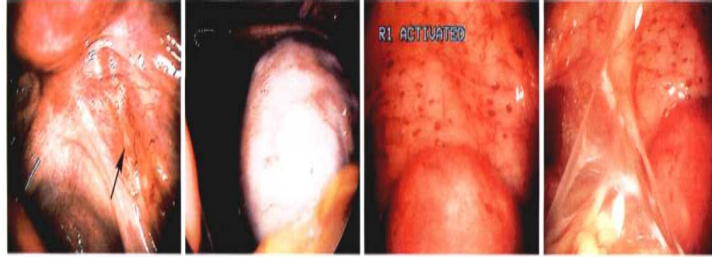
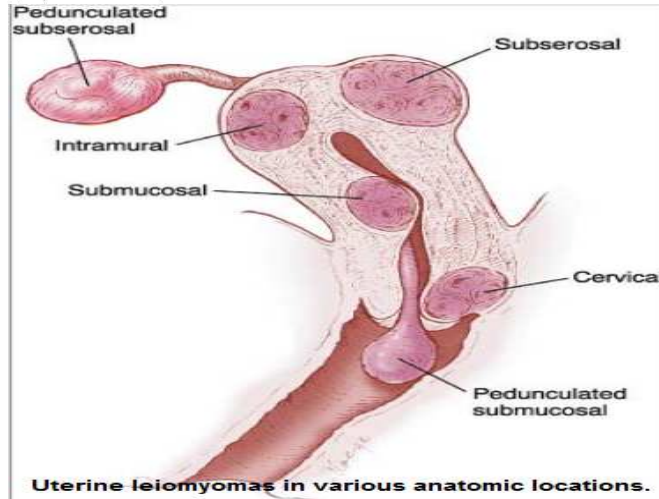


Fig. Laparoscopic appearance of endometriosis. (a) Endometriotic deposits - red 'flares'. (b) Intact endometrioma. (c) Uterovesical fold - café-au-lait spots. (d) Filmy adhesions over ovarian cyst.



Uterine leiomyomas in various anatomic locations.

## څلور دېرشم څپرکي

### د وينټيلاټور منجمنټ: اجيټيشن

#### Agitation : Ventilatory management

- تاسې د يوه ناروغ لپاره چې په ICU خونه کې بستر دی او د وينټيلاټور پواسطه ورته تنفس ورکول کېږي راغوبنځل کېږي چې ناروغ پارونې - جټکې وهلو (Agitation) او ټوپ اچولو (Bucking) حالت د وينټيلاټور منځ ته راځي نو سم د لاسه لاندې پوښتنې منځ ته راځي.
- 1- د شرياني وينې د کاراتوسويو څه ډول ده؟ هاپوکسيا ښائې د هاپوکسيا او ټاکيڼيا لامل ګرځي.
  - 2- د ناروغ نېرډې (وروستنې) صدري راډيوګرافي کومه ده؟ هر يوه ډول ناروغ لږ تر لږه بايد يوه صدري راډيوګرافي واخلي او همدارګه له چې د کلبنيک له پلوه ورته بدلون منځ ته راغلی وي بايد راډيوګرافي واخيستل شي. د مثبت فشار شته والی له کبله ښائې پنوموتورکس تازه منځ ته راغلی وي چې د هاپوکسيا او اجيټيشن لامل ګرځي.
  - 3- د ناروغ تنفسي عمليې اندازه څومره ده؟ ټاکيڼيا معمولاً د وينټيلاټور د Bucking له کبله وي.
  - 4- د وينټيلاټور Setting څه ډول دی؟ پدې کې (Rate، PEEP، FiO<sub>2</sub>، TV) او د وينټيلاټور مود کله کېږي په هره دقيقه کې د تنفس تعداد او يا شمېره Assist کنټرول ښائې د وينټيلاټور له کبله Fall tidal volume منځ ته راشي.

### توپيري پېژندنه

#### A. Respiratory Decompensation:

- i. پنوموتورکس او ټنشن پنوموتورکس.
  - ii. نامناسبه پوزيشن (Improper positioning)، د اندوتراخيال ټيوب چې هر چېرې Proximal او يا distal وي.
  - iii. Mucous plugging د غليظ افرازات کولای شي چې ټيوب بند کړي.
  - iv. د وينټيلاټور دنده نه تر سره کول په دې صورت کې دې ټيوب وځوځول او بې ځايه کړل شي او د ما هر کس پواسطه دې دا کړنه تر سره شي او ناروغ دې وڅارل شي.
  - v. اسپارېشن: دا به معمولاً د اندوتراخيال ټيوب په چاپېريال برخه کې راټول شي.
  - vi. Sepsis: سيپټيک سيپسس کولای شي چې اجيټيشن منځ ته راوړي.
  - vii. نور لاملونه لکه د زړه احتقاني عدم کفايه او آمبولي.
- B. نامناسبه ټايډل واليوم: مناسبه اندازه Tidal volum به د ناروغ لپاره (10-15cc/kg) وټاکل شي.
- C. ناروغ ته غير مناسب د سډاټيف او يا درد ضد درملو ورکړه.
- D. Status epilepticus: دا ښائې د agitation سره مغالطه کونکې وي.

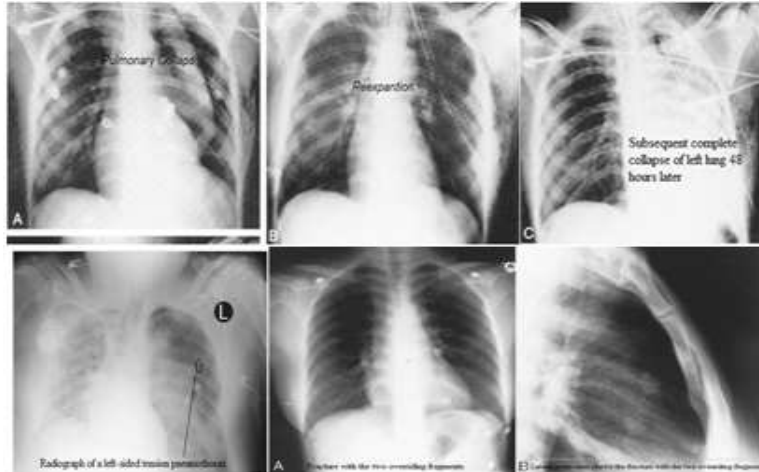
کلبنيکي کني

A. فزيکي کني:

- حياتي علامې: هايپوټنشن بنائي د اجيټشن لامل وگرځي.
- غاړه (عنق): د غاړې د وریدونو پرسېدلی بڼه او د ترخيا بې ځايه کېدنه به د پنوموټورکس په شته والي دلالت وکړي.
- سرې: دواړه لورو سرې اوریدنه دې وشي او Wheezing او يا د زړه د عدم کډايي لپاره دې لټون وشي.
- صدر: د تحت الجادي امفزيما شته والی دې وپلټل شي او همدارگه نور توپيرونه دې هم وڅېړل شي.
- Cuff ته بدلون ورکول به په مناسب ډول کف پرسول کېږي او دهر ډول هوايي ليکاژ دې وکل شي.

B. لابراتواري کني:

- د شرياني وينې دکازاتو ټاکنه: ډاکنه هغه مهال ضروري ده چې په عينې توگه شهود شته والی ولري چې غير نارمل نښې شته.
- C. راډيولوژيک او نورې کني:
- د صدر راډيوگرافي: د اندوتراخيال تيوب دځای او موقعيت دې وپلټل شي همدارنگه د پنوموټورکس ، انصباب دې وپلټل شي.



د درملنې پلان:

A. بېرني منجمنت:

1. د شرياني وينې دکازاتو سويه اندازه دې وټاکل شي او راډيوگرافي دې تيوب موقعيت ثبیت لپاره واخيستل شي.

2. د امبوېک پواسطه دې ناروغ ته منوالې وينټيلېټور ورکړل شي او 100% اوکسيجن ورکول کېږي.
- a. که چېرې په ساده ډول وينټيلېشن تر سره شي د مېخانيکې وينټيلېټور ستونزه دې چک او کنټرول کړل شي.
- b. که چېرې دوينټيلېشن مقاومت زياتوالی ومومي د پنوموتورکس حالت دې په نظر کې وي.
- i. دواړه لورونه دې د سږو آوازونه واورېدل شي که چېرې پنوموتورکس شته والی ولري نښې چې د راډيوګرافي اخيستلو ته انتظار وباسو که ناروغ غير ثابت وي Chest tub دی کينډول شي.
- ii. که پنوموتورکس شته والی ونه لري اندوتراخيال ټيوب دی ولټول شي چې بدنېت شته والی لري او که کېدای شي ټيوب replace کړل شي.
3. که چېرې کوم انسداد يا بدنېت شته والی ونلري نو سپيس CHF د سږو اېولي اويا اسپاږېشن به وليدل شي.
- B. يقين کول او يا باوري کېدنه: بيا بايد باوري شو او ټول دې له سره وارزول شي او منجمنټ دې له سره پيل شي.
- C. انالجزيا او سيدېشن : په مناسبه اندازه د درد ضد او سيداتيف درمل دې ورکړل شي
- Diazepam (Valium): 5 - 2.5 mg IV / 6<sup>h</sup> دې پيل شي.
  - Pancrimum (Pavulon): دا درمل دې په روټين ډول ونه کارول شي درد له منځه وړي د عضلاتو پاراليزس او سيدېشن منځ ته ر اوړي. که دا درمل دې په روټين ډول ونه کارول شي دعضلاتو پاراليزس منځ ته ر اوړلو لپاره به دا درمل دمورفين اوډيازيم سره په گډ ډول وکارول شي.



- D. عمومي بېهېنې (انسټيزيا):
- بعضاً دا ناروغان د ټايډل واليوم لوړوالی لپاره اړتيا لري. Fixed.Tidal Volume د IV or IM mode.
  - منځ ته ر اوړلو لامل کړځي د تنفس شمېرې زياتوالی د دې کړنلارې سره سم منځ ته راځي چې گډه وره ده .
  - Assist control کېدای شي چې بشپړ تنفس ناروغ ته ورکړي .

- Tidal volume به داسې پرېشن سره مرسته وکړي او ناروغ یو به لږ اندازه کوښښ ته اړتیا ولري.
- Controlled Ventilation باید چې په روټین ډول ونه کارول شي چې ښائی داجیټیشن او نورو اختلاطونو لامل وګرځي.

### د وینټیلېټور منجمنت : په شهبق کې چې لوړه سویه د اوکسیجن ولري Ventilator management: high inspired oxygen

- i. یو تراوماتیک یا ترضیفي ناروغ چې د میکانیکي تنفس اخلي د اوکسیجن فشار یې  $PO_2$  یې  $75\text{mmHg}$  وي او  $19\%$  اوکسیجن ورته تطبیق کېږي لاندې پوښتنې سم دلاسه مطرح کېږي.
  1. د ناروغ د شریاني وینې دکازاتو سویه څه ډول ده؟ د کاربن ډای اکساید  $PCO_2$  فشار لوړوالی به د هایپوینټیلیشن څرګندویي ونې که چېرې وینټیلیشن لږه اندازه توپیر او اغېزه دکاربن ډای اکساید پرسویه باندې ولري او اصلاحي حالت منځ ته رانشي دا به د سرو په ناروغیو دلالت وکړي او هایپوکسیمیا به منځ ته راوړي.
  - ii. صدري راډیوګرافي څه ښودنې لري؟ په واضح او روښانه بڼه دا تکالوژي پنومونیا، پنوموتورکس، د پلورا انصباب، د سرو اذیما او د ARDS شته والی ولري دا ناروغی هایپوکسیمیا زیاتوي.
  - iii. داندوتراخیال ټیوب حالت څرنگه دی؟ همدارنگه د راډیوګرافي پواسطه کولای شو چې داندوتراخیال ټیوب په اړه معلومات راټول کړو هغه ویشوروو بې ځایه یې کړو او موقعیت ته یې توپیر ورکړو او Cuff یې له سره وپرسوو.
  - iv. د وینټیلېټور Setting او کار کړنه څه ډول ده؟ ښائی د PEEP زیاتولو پواسطه د اوکسیجینیشن ټیټه سویه برابره او سمه شي.

### توپیری پېژندنه:

- دهایپوکسیمیا معمول لاملونه کولای شو چې په دوه برخو ویشو:
- هغه ستونزې چې د وینټیلیشن او پرفیوژن ترمنځ Poor matching ضعیف ګډون منځ ته راوړي. (shunt V/Q Mismatch and diffusion abnormalities) او همدارنگه د خالص پرفیوژن پورې تړولري.

A. دوینټیلیشن او پرفیوژن Mismatches پورې تړلی لاملونه لکه په:

- i. COPD، Asthma .
- ii. پنومونیا.
- iii. اتلکازس .
- iv. د سرو آمبولی.
- v. پنوموتوراکس.
- vi. فزیولوژیک شنتینګ Shunting په ARDS او سرو اذیما کې کېدل کېږي.

- vii. اتوماتیک شننیک د په زړه ولادي ناروغیو کې وي.
- viii. سپیسس په خفیف یا منحنی ډول د نا اندوله (mismatch) د وینتیشن او پرفیوژن ترمنځ نه پېښېږي.
- ix. کېدای شي چې اندو تر اخیال تپوب د سربو اساسي برانکوس ته ښکته ورننوتی وي.
- B. هایپوینتیشن:
  - i. ډېر لږ اندازه تپت وینتیشن (تپت ټا بدل والیوم).
  - ii. د مړې مسافې زیاتوالي (increased dead space) چې د میکانيکي تنفس پواسطه له منځه نه ځي.
  - iii. د عضلاتو ضعیفې هغه ناروغانو کې چې تر وینتیشن لاندې نه وي.
  - iv. دکف لیکاز Cuff leak.

کلېنیکي کتنې

A. فزیکي کتنې:

- 1. حیاتي علامې: تبه، ټاکی کارډیا او هایپوټنشن ښائی د سپیسس څرگندوي وي.
- 2. غاړه: د جګولار ورید پړسوب دې ولټول شي.
- 3. زړه: د زړه د دریم غږ (S3) او ټاکی کارډیا ښائی د زړه د عدم کلايي چې د سربو اذیما منځ ته راوړي څرگندوي وي.
- 4. سږې په ډېرې پاملرنې او احتیاط سره دې د سربو اذیما شته والی ولټول شي د رالونو شته والی د سربو اوزونو تپت والی (اتلکازي، انصباب پنوموتورکس) او ایګوفوني به په (پنومونیا) ویزنک یا سینګاري به په استما (Asthma) کې واوریدل شي چې د سربو یا صدر راډیوګرافي اخیستل پکار دي.

B. لابراتواري کتنې:

- شریاني وینې دکازاتو ټاکنه ضرروي ده.
- هیموګرام: هیموګلوبین او هیماتوکریټ دې ولټول شي.
- کلچر: د خراشکي، وینې، متیازو او درین او جراحی افرازات د بکلچر کړل شي.
- د خراشکي آزماښت: نري (Tenacious) افرازات به د تنفسي ناروغیو غبرګون حالاتو او د قیحي (prulent) خراشکي په پنومونیا Frouthy sputum به د سربو اذیما کې ولیدل شي.
- Mixed Venous Oxygen Content: د سربو له شریان څخه دې وینه راوویستل شي په نورمال توګه اوکسیجن دې (40mmHg) فشار ولري او (70% saturated) په سوپه لري ټپه سوپه به د اوکسیجن پرفیوژن انساجو ته ضعیف څرګند کړي چې ښائی غټه بڼه ترضیض او یا شدید (sepsis) شته والی لري.

C. راډیولوژیک او نورې کتنې:



1. د صدر راديوگرافي: د دې ګټې پواسطه اټلګازي، پنومونيا، د سپرو اذیما ARDS، پنوموتورکس او دپلورا انصباب به وپېژندل شي.
2. الګروکارډيوگرام: د زړه درټیم د بې نظمي په اړه لټون پکار دی اذینې فیبریلیشن او فلوتر چې کېدای شي اصلاح شي د ایسکیمیک بدلونونو شته والی به داحتشاء څرګندوي وي.
3. Nuclear ventilation / perfusion scan or pulmonary Arteriogram: همدارنگه دا ګټه د آمبولې په شته والی کې لیدل کېږي.
4. د ګډې CT.Scan: که چېرې کوم اتناني ټولګه تر اشتهابه لاندې وي نو ددې ګټې په لړ کې به وپېژندل شي.
5. التراساوند: په یولړ ناروغیو کې د ګډې او زړه التراساوند ته اړتیا پرېوزي.
6. ایګوکارډيوگرافي: د زړه ایګو ګټه کولای شي د یولړ ناروغیو اړوند معلومات څرګند کړي.
7. برانکو سکوپي: دا ګڼه د سپرو افرازاتو راویستلو په موخه چې د اټلګازي سبب ګرځي همدارنگه لواژ او بیوشيمي هم د دې ګڼې پواسطه تر سره کېږي.
8. Open lung biopsy: نادراً توصیه کېږي او هغه مهال د سپرو ناروغیو له کبله هاپوکسیما منځ ته راشي.

#### د درملنې پلان:

- A. د وینه لړې اصلاح: پدې لړ کې دې سره کریوات یا تازه وینه ناروغ ته تېره کړه شي او هیماټوکریټ دې له 30% څخه پورته وساتل شي.
- B. د سپرو ناروغۍ درملنه:
  - 1 pneumothorax اصلاً د پنوموتورکس لپاره دې صدري ټیوب کېښودل شي.
  - 2 پنومونيا دې د اتی بیوتیکونو او ویروس ضد درملو او سپرو پاکولو پواسطه درملنه شي.
  - 3 اټلګازي: په کره توګه دې سکشن وشي همدارنگه د Sigh's set پواسطه چې دوه ځله تایدل والیوم 6-10 times په یوه ساعت کې تر سره شي چې د اټلګازي څخه په مخنیوي کې رول لري.
  - 4 استما Asthma: موضعي برانکو دایلاتور درمل ( سالبوتامول، لیزنوپریل او الوپنټ) اماینوفیلین او سټروئیدونه بنائې وکارول شي.
  - 5 پلورائی انصباب: تورا سنتیزس او ټیوب تورا کو ستومي ته بنائې اړتیاوي.
  - 6 د سپرو اذیما: دیورتیکونه، د مایعاتو تطبیق دې په احتیاط وشي او مورفین به ګټه ور وي.
- C. د سپرو پاکولو درملنه:
  - په کراتو سره دې سکشن وشي او اندو تراخیال ټیوب دې پاک شي.
  - د فزیولوژیک پواسطه لواژ به د سپرو افرازات پاک کړي.
  - په پراخه پیمانې او اندازه تایدل والیوم دې برقراره شي.

- میتا پرولول (الوپنت) ورکول کېږي.
- د سپروفزوتراپي.
- D. د سپیسيس درملنه:
- سپیسيس دې درملنه شي پدې لړ کې به مناسب وسع الساحه اغېزه کونکي اتی بیوتیکونه اوبنائی جراحی دریناژ ته اړتیا وي.
- E. دوینتیټور Setting دې ډاومن شي:
- د راډیال شریان دې د کبتر تیروولو لپاره وټاکل شي اود وینې دکازاتو ټاکنې لپاره دې نمونه ورځنې برابره شي.
- د PCO<sub>2</sub> فشار دې نورمال وساتل شي.
- د FiO<sub>2</sub> دې په لوړه کچه او اندازه پیل شي، (0.9-1.0). او پاملرنه دې وشي چې داوکسیجن کمښت منځ ته را نه شي.
- Positive and Expiratory pressure(PEEP) : په کراره سره علاوه کړل شي کله چې فشار 10-15 mmHg وي اختلاطونه لږ پېښېږي بنائى Barotrauma او زړه دهانه (اوت پټ) لږ کړي.
- سیدیشن اویارالایزس ته هم اړتیا پروتای شي.
- F. هیموډینامیک حالت دې اعظمي کړلو لپاره بنائى د سپرو شریاني کبتر مرستندویه وي:

- 1- Filling pressure دې مناسب وساتل شي (15mmHg) چې کرسټالوئید مایع ورکول کېږي او یا هم وینه تطبیق کېږي.
- 2- که چېرې Wedge pressure له 20mmHg څخه پورته وي فیروساماید Furosemide درمل ورکول کېږي.
- 3- د زړه index اصلاح کېږي اود Dopamine ورکړه بنائى اړتیا وي.
- 4- Cardiac Index= Cardiac Out Put / Body Surface Area; Normal = 2.8-3.2 liter/ Min/Meter که بنائى وي index دې له دوه (2.0) څخه پورته وساتل شي Mixed venous اوکسیجن مناسب د زړه اوت پټ څرگندوي چې دانساجو اوکسیجینیشن تامینوي.
- 5- سیسټیک مقاومت (SVR) باید په نظر کې وي همدارنگه دې ته د محیطي مقاوت اجمالی بڼه Total prepheral resistance (TPR) هم ویل کېږي چې په لاندې توگه کتل کېږي.

$$CVR = \frac{(MAP - CVP)}{Cardiac \text{ .output}} \times 80$$

MAP = main arterial pressure = diastolic pressure+1/3 (Systolic – Diastolic)

- Normal SVR= 900-1200 dynes/sec/cm<sub>2</sub>
- Normal MAP =90-80 Torr

سيپيس او هايپوټنشن د SVR ټيټوالي منځ ته راوړي او د زړه Output لوړوالي د مقاومت لوړوالي د دوپامين Norepinephrine، Norepinephrine، Dopamine د څاڅکو وړکړې پواسطه منځ ته راځي د مقاومت لږوالي د نايټروپروسايد وړکړې پواسطه منځ ته راځي. G. هپارين: که چېرې د سږو آمبولې مطرح وي هپارين وړکول کېږي.

### د وينټيلټور منجمنټ د لوړ پيک فشار په صورت کې

#### Ventilator management

يو ناروغ چې په تراو ماټولوزي سرويس کې (multiple) متعدد جروح او له کبله بستر دی ورته ناڅاپه High. Peak . pressure داتويیشن په حالت کې منځ ته راغلي دي سمدلاسه دلاندې پوښتنو اړوند معلومات راټولېږي.

- I. د شرياني وينې دکازاتو سويه څه ډول ده؟ د پيک د فشار بدلون به ښائی د وينټيلټور د غير نورمال په بڼې دلالت وکړي. که چېرې سيديشن لږوالی ومومي دابه دسږو په يوه نوي حالت دلالت وکړي د دې لپاره دې د شرياني وينې نمونه لابراتوار ته واستول شي او دمونيټور پواسطه دې دکازاتو سويه وڅارل شي.
- II. آیا د اندو ترخيال ټيوب بدلون د پوزيشن له پلوه شته او که؟ د راديوگرافي اخيستنې پواسطه کولای شو چې د ټيوب موقعيت وڅارو چې هغه پر خپل ځای کې دی او که او ياهم له خپل ځايه بې ځايه په برانکوس يا قصبې کې دی او ښائی د يوه سږې لورې ته تېروي او يو سږې په وينټيلشن کې برخه واخلي دا بايد ډېر پوخ او کره وڅارل شي.
- III. آیا په اندو ترخيال ټيوب کې افرازاتو کې زياتوالی منځ ته راغلی او که؟ که چېرې په ټيوب کې افرازات ډېر او پېر شي نو د نرس پواسطه سکشن کولو ته اړتيا پريوزي ترڅو ټيوب پاک وساتل شي که چېرې افرازات سکشن او پاک نه کړل شي نو په قسمي ډول ښائی د بندېدنې لامل وگرځي.
- IV. آیا ناروغ تحت الجلدي امفزيما لري او که؟ د پيک د فشار د لوړوالي لامل يوهم دادی چې ناروغ د مثبت فشار لاندې د تنفس پرمهال ورته ټنشن پنوموتورکس منځ ته راځي چې ښائی د تحت الجلدي امفزيما سره مل وي چې په دې حالت کې به صدري جدار او غاړه جس کړل شي او د راديوگرافي پواسطه د پېژندنې وړ وگرځي.
- V. آیا د وينټيلټور په Setting يا کارکړنې کې کوم توپير شته والی لري؟ بايد ماشين دکارکړنې په هکله ښه يقيني شو چې سم کار کوي او که په کارکولو او Setting کې يې توپير منځ ته راغلی او ټول سرکيټونه دې وپلټل شي.

#### توپيري پېژندنه

A. د وينټيلټور ميکانيکي ستونزې:

i. که چېرې دا لازم Setting په ټيټ پيک د فشار عيار شوې وي.

- ii. که چېرې د سرکټ Set. up په وینټیلیټور کې سم نه وي شوی.
- iii. که چېرې د اندوتراخیال ټیوب موقعیت بېخا په او بدل (Shift) شوی وي.
- B. د ننه د سپرو ستونزې :
  - i. د اندوتراخیال ټیوب بندېدل د افرازاتو پواسطه.
  - ii. د سپرو اذیما:
  - iii. اترسټیشیال ناروغی:
  - خباث Malignancy لمفاوي خپرېدنه.
  - فیبروزس Fibrosis چې لکه د بلیوما یسین پواسطه منځ ته راځي.
  - iv. د سپرویا د هوايي لارې دناروغی لکه استما (سالندی) له کبله .
- C. د سپرو بهرني لاملونه او فشاري ستونزې:
  - i. پنوموتورکس او تنشن پنوموتورکس.
  - ii. دپلورا انصباب او هیموتوراکس .
  - iii. دگډې پړسوب چې تنفس تر اغېزې لاندې راوړي.
  - د وینټیلیټور (Bucking) حالت اضطراب (Anxiety) درد دسیدیشن لږوالی اجییشن به په ثانوی ډول هاپووینټیلیشن او هاپوکسیا منځ ته راوړي چې  $PCO_2$  دې کنټرول شي.
  - ټوخی او سپزم

### کلینیکي کټنې

- A. فزیکي کټنې:
  1. پوستکی: سیانوزس او کرپټیشن به د تحت الجلدی آمفزیما کې ولټول شي.
  2. سرې: د سپرو افرازات دې وپلټل شي او د سپرو آوازونه به یې لږ واورېدل شي رالونه او ویزنګ به شته والی ولري
  3. زړه: د وریدي فشار به لوړوالی ومومي او د زړه آوازونه به ټیټوالی ومومي .
  4. گډه: د گډې پړسوب او حېن به شته والی ولري.
- B. لابراتواري کټنې:
  - دشریاني وینې گازونه به ناڅابه بدلون ومومي .
  - هیموگرام د هیماتوکریټ او لوکوسایټوزس لپاره لټون پکار دی چې هیماتوکریټ به ټیټوالی او لوکوسایټوزس به شته والی ولري
- C. رادیولوژیک او نورې کټنې:
  - د صدر رادیوگرافي: نوی رادیوگرافي اخیستل کېږي د ټیوب موقعیت اټلکازي ، پنوموتورکس ARDS، پلورايي انصباب ، د سپرو اذیما او نوي ارتشاحتو اړوند معلومات

راکړی د ټیوب دننه انتها دې وپلایل شي چې د Carina څخه باید د  $2\text{CM}$  دوه ساتي متره پورته موقعیت ولري.

### د درملنې پلان

A. بیرنې درملنه:

1. د وینټیلیټور څخه ناروغ سمدلاسه خلاص کړل شي او د آمبوټک (Ambo bag) پواسطه دې ناروغ ته تنفس ورکړل شي. دا کړنه به سمدلاسه د منځ ته راغلي ستونزې اړوند به له منځه تللو کې پوره مرسته وکړي همدارنگه د اندوتريخیال ټیوب سکشن به په کراره او آسانه بڼه وشي.
2. وینه دې شریاني وینې دکازاتو سویې ټانې لپاره واخیستل شي او صدري راډیوګرافي به واخیستل شي.
3. د یوه نرس پواسطه دې سیستم کټرول کړل شي او تصمیم او هوډ دې ونيول شي چې که ستونزه چېرې ده.

B. هیمونوموتورکس او انصباب درملنه:

- که چېرې دکلینیک او راډیوګرافي پواسطه هیموتورکس، پنوموتورکس او پلورایي انصباب تثبیت کړل شي په بیرنې توګه باید ژر تر ژره ناروغ ته صدري ټیوب باید تطبیق کړل شي. د پنوموتورکس شته والی درملنې لپاره دی په اخته لوري کې په دوهمه بین الضلعي مسافه کې کېښودل شي.
- C. د اندوتريخیال ټیوب بې ځایه موقعیت:

د دې ستونزې لري کولو په موخه دې ټیوب عیار او په اصلي برخه کې ځای پرځای کړل شي چې بشاړی د ټیوب راویستلو او بېرته ځای پرځای کولو ته اړتیا پرېوزي او د صدري راډیوګرافي اخیستلو ته اړتیا ده.

D. د وینټیلیټور Bucking دی کټرول او اصلاح شي.

E. د فشار الارم دې عیار کړل شي.

- د فیبروزس، ارتشاحي ناروغی او ARDS دې په اعظمي توګه درملنه شي.
- د لوړ پیک تنفسي لارې فشارونه بشاړی د ناروغ پواسطه تحمل کړل شي.
- الارم دې عیار شي د پنوموتورکس او باروتراوما پلټنه دې وشي.

د وینټیلیټور منجنټ د ټیټ شریاني اوکسیجن

او لوړ کاربن ډای اکساید سویې په حالت کې

تاسې بشاړی دیوه ناروغ لپاره چې 83 کاله عمر لري او بطني ابهر انیوریزم د څېرېدنې له کبله ورته دکرافټ (Grafting) جراحی کړنلاره تر سره شوېده چې سمدلاسه د اوکسیجن فشار له  $55\text{ PO}_2$  څخه ټیټ دی سمدلاسه لاندې پوښتنې منځ راتلای شي.

1. د وینټیلیټور Setting په مداوم ډول څرنگه دی او ایا کوم ډول نږدې بدلونونه شته والي لري او که ؟

- ii. د ناروغ د تنفس شمېره څومره اټکل کېږي؟ پاکيټيا ډېره مهمه نښه بلل کېږي چې بنسټي وينټيلټور Setting به په مناسبه بڼه نه وي ترڅو تنفس حمايت کړي.
- iii. کوم ډول جراحي کړنلاره يا عمليات ناروغ ته تر سره شويده؟ د توراګوټومي جرحه فلانگ او يا هم د گېډې لويه جرحه به درد ناکه وي چې د ناروغ په تنفس باندې اغېزه اچولای شي لکه د Median sternotomy کړنلاره.
- iv. له عمليات څخه دمخه د ناروغ دکازاتو سويه څرنگه وه؟ د سږو د ناروغيو د شته والي په صورت کې بنسټي د وينې دکازاتو سويه ښه نه وي او بدلون ولري او دمنلو وړ سويه ونه لري چې بايد وکل شي.
- v. د پک ايروي pack airway فشار به څه ډول وي؟ دکا کولای شي تاسو ته اجازه ورکړي چې شکاټونه وگڼئ چې د سږو شخې پسې منځ ته راځي په پرمختلونکي ډول د سږو شخې بنسټي ARDS لامل د ټيټ  $O_2$  اوکسيجن لپاره څرگند شي. نورمال  $Normal Compliance is > 100ml/cmH_2O$
- vi. وروستی راديوگرافي د صدر څه مهال اخيستل شوي ده؟ که چېرې نږدې په څو ساعتونو کې اخيستل شوی نه وي يوه نوې راديوگرافي دې اخيستل کېږي ترڅو د لامل پېژندنې لپاره مرسته وکړي.

## توپيري پېژندنه:

- A. د سږو اډيما: د مايعاتو بيلانس دی د څو ورځو په لړ کې کنټرول کول شي که چېرې مايعات ډېر ورکړل شوی وي نو کېدای شي د اوکسيجن دټيټ سويې لامل وگرځي.
- B. د وينټيلټور ليکاژ: معمولاً د شلیدلي يا سوري کف (Cuff) پورې تړاو لري پدې يقيني کړي ځان چې ناروغ ټول مجموعي ټايدول واليوم اخيستی او که؟
- C. د سږو پارانشيما ناروغی: لکه COPD چې له عملياته د مخه شته والی ولري.
- D. نامناسبه د وينټيلټوري حمايت: لکه د ټايدول واليوم ټيټه اندازه او د peep د سويې نامناسبه بڼه.
- E. پنوموتورکس: يو ساده پنوموتورکس کېدای شي چې په چټکه توگه پرمخ ولاړه شي او ټنشن پنوموتورکس کېدای شي د ميکانیکي وينټيليشن په ناروغانو کې منځ ته راشي.
- F. د اندو تراخيال ټيوب بې ځايه موقعيت: د صدری راديوگرافي پواسطه ارزول کېږي چې ټيوب بايد  $2^{cm}$  قصبی څخه پورته موقعيت ولري.
- G. اسپايريشن Aspiration: اسپايريشن بايد وارزول شی او ثبیت کول شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- H. مخاطي پلک: ډېر پير افرازات بنسټي د تنفسي لارې او اندوتراخيال ټيوب د بندېدنې لامل وگرځي.

- I. ARDS: دا سندروم باید وارزول شی او نثیت کړل شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- J. د قصباتو سپزم Branchospasm: د قصباتو سپزم باید وارزول شی او نثیت کړل شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- K. اټلکنازس / پنومونیا: دواړه حالات باید وارزول شی او نثیت کړل شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- L. د سږو آمبولی: باید وارزول شی او نثیت کړل شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- M. د هیموګلوبین ټیټه سویه چې د اوکسیجن په لېږدولو کې ډېر رول لري.

### کلینیکي کتنې

- A. فزیکي کتنې:
  1. HEENT باید د هف (Cuff) لیکاز وڅارل شي او پلټنه وشي.
  2. غاړه Neck: د غاړې د ورید پرسوب د CHF حجم زیاتوالی او یا هم پنوموتورکس کې تر سترگو کېدای شي.
  3. صدر Chest: د برانکوسپزم او یا د سږو اذیما دې وپلټل شي همدارنگه د تحت الجدي امفزیما چې د پنوموتورکس له کبله منځ ته راځي ښائی شته والی ولري.
- B. لابراتواري کتنې:
  - د شریاني وینې دکازاتو ټاکل چې باید په پرلپسې توګه تر سره او وڅارل شي.
- C. رادیولوژیک او نورې کتنې:
  - i. د صدر رادیوګرافي: د زړه احتقاني نه بریالیتوب (CHF) پنوموتورکس اندوتریخالی ټیوب موقعیت، ارتشاحات او د ARDS علامې به ولیدل شي.
  - ii. هستوي وینټیلشن / پرفیوژن سکین (V/Q Scan): که چېرې دسږو آمبولی لپاره کوم ډول شک شته والی ولري نو د (V/Q Scan) تر سره کول استطباب لري او که چېرې اړتیا پرېوزي درکونو بندښت هم مطرح وي انجیوګرافي هم تر سره کېږي.
  - iii. برانکوګرافي او برانکوسکوپي هم د اړتیا په صورت ښائی تر سره شي.

### د درملنې پلان

- A. هایپوکسیا Hypoxemia:
  1. د  $FiO_2$  سویه دې د 0.4-0.5 پورې وساتل شي چې په دې محدوده کې د اوکسیجن مسمومیت او زهرجنوب لږدی په عمومي توګه د اوکسیجن اتموسفیریک فشار ( $PaO_2$ ) به 60 mmHg ملي متره د سیمابو او یا به له دې څخه لوړ وي.
  - د هیموګلوبین سویه به (90%) نوي سلنه Saturated وي.

2. د زړه د اوت پټ Output د تعقيب وروسته به د سرپو د شريان له لارې اندازه کول د بالون درلودونکی کبتر پواسطه تر سره شي.
3. د هايپوکسيميا درملنه کېدای شي چې د اوکسيجن د ورکړې د زياتوالي پواسطه وشي او يا هم د اوکسيجن اړتيا لږه کړل شي او درملنه شي.
  - i. د اوکسيجن د ورکړې زياتوالی:
    - a. ويتيليتوري:
      - $FiO_2$  زياتېدنه:
      - د shunt لږېدنه دا به د PEEP د زياتوالي پواسطه منځ ته راځي. په ياد ولری چې د PEEP زياتوالی کولای شي په روښانه توګه د زړه په اوت پټ اغېزه پرېاشي. نو د دې لپاره بنسټي د سرپو شرياني کبتر تيرولو ته اړتيا پريوزي او په ځانګړي توګه د PEEP سويه به له  $10-15\text{cmH}_2\text{O}$  ساتي متر د اوبو څخه پورته وي.
      - b. دوينې د بهير (دوران):
        - د زړه اوت پټ اصلاح کېږي.
        - د فزيکي بندښت درملنه چې د آموپلې پواسطه منځ ته راځي داتي کواکولانت درملو پواسطه تر سره کېږي.
        - c. هيموګلوبين:
          - د هيموګلوبين ټرانسفيوژن تر هغه چې منلو وړ دی لکه (usually  $>30\%$  hemoglobin).
          - ii. Decreased Consumption
          - a. د بدن د اوکسيجن ته د اړتيا لږوالی د سيديشن پاراليزس هايپوترميا په صورت کې منځ ته راځي.
            1. هايپرکاربيا Hypercarbia:
              - کاربن ډای اکسايډ  $PCO_2$  فشار په ديوه مناسب ډول وتلېشن پواسطه تر کنټرول لاندې راشي. او د ټايډل واليوم بدلون به اغېزمن کار وبلل شي.
              2. دمیکانيکي ستونزې شته والی دې رد کړل شي. لکه ليکاژ داندو ترخيال ټيوب بندښت Kinking يا د ټيوب تاويدنه اوماټېدنه او دټيوب بې ځايه کېدنه.
              3. د ټايډل واليوم بايد  $10-15\text{ml/kg/BW}$  ملي ليتره پر هر کيلوګرام بدن وزن ساتل کېږي.
              4. بايد باوري واوسو چې کوم ډول د Cuff ليکاژ شته والی نه لري او ناروغ ټاکلی ټايډل واليوم اخلي.
              5. هايپوونټيلشن (دلبر اندازه حجم) کېدای شي د کاربن ډای اکسايډ فشار لوړ کړي.
              6. د  $PCO_2$  فشار لوړېږي ځکه د  $CO_2$  توليد زياتوالی مومي او يا هم dead space وينټيليشن زياتوالی مومي.



- د کاربن ډای اکسایډ د تولید زیاتوالی.
- Sepsis شته والی چې د مناسبو اتی بیوټیکونو پواسطه یې درملنه کېږي
- زیات کاربوها یدریت په هایپرینټیلیشن کې د کارلوري بدلیدنه په Emulsion باندې.
- b. د مړه واټن (Dead space) زیاتوالی:
  - د زړه د اوت پټ نامناسبه اندازه
  - د سرپو آمبولې
  - PEEP د ډېر پړسوب منځ ته راوړي.
  - د رگونواقباض په سرپو کې د وازکواکیف درملو او یا د بېې هایپریشن له کبله.





## کلينیکي کتنې

### A فزیکي کتنې:

i. حیاتي علامې: هایپوټنشن بنائى دالرژیک غبرګونونو په حالاتو کې ولیدل شي.



ii. HEENT: د سر، غوږ، پوزې، ستونې او سترګو په کتنې کې Stridor د اورېدنې وړ وي چې

دحجري سپزم او اذیما حالت را په ګوته کوي او په الرژیک غبرګونونو کې دلیدنې وړ دی.

iii. سپرې: په دواړه لورو سپرو اورېدنه کې به په دښور او شهيق کې به ویزنګ Wheezing واوریدل شي چې دابه داستما په ناروغۍ دلالت وکړي.

iv. پوستکى: دالرژیک غبرګون لپاره دې د پوستکي سوروالی (rushes) علامې ولیدل شي.

v. لاسونه او پښې (نهایتونه): د اذیما او سیانورس (شینوالي) شته والی لپاره دې لټون وشي.

### B لابراتواري کتنې:

i. دشریاني وینې دکازاتوسویه: د اوکسیجن او کاربن ډای اوکساید سویه دې وټاکل شي ترڅو د ښه وینتیلیشن او اوکسیجینشن اړوند معلومات راټول شي.

ii. دوینې د هیموګلوبین ټاکنه: د وینې هیموګلوبین سویه د اوکسیجن رسول انساجوته څرګندوي او همدارنګه دوینې د نورو عناصرو لکه WBC لوړوالی بنایي یا تانی او مکروبي حالت د سپرو راپه ګوته کړي.

iii. همدارنګه دایوزنیوفیل لوړوالی به د استما او الرژي ناروغیو اړوند معلومات تائید راکړي.

iv. د بلغم (خراشکي) ګڼه کلچر، اتي بیوګرام او ګرام تلون ګڼه ضروري ده.

v. که چېرې ناوړغ تیوفیلین اخلي نو په وینه کې یې د تیوفیلین سویه ټاکنه اړینه ده.

### C رادپولیوژیک او نورې کتنې:

i. د صدر رادپوګرافي: د پنومونیا لپاره د شواهد لټون او همدارنګه د سپرو اذیما یا اتلګازي او ټیوب دموقعیت اړوند رغنده معلومات راکوي.

ii. Peak air way pressure: دا یومهم پارامتر دی چې دوینتیلیټور څخه یې لټون پکار دی

له  $H_2O$  20-30cm څخه پورته سویه یې غیر نارمل بلل کېږي او همدارنګه له نوي

Setting وروسته که چېرې ویزنګ واوریدل شي دا به د قصباتو سپزم

(Branchospasm)، او یا د مایعاتو زیاتې ورکړې Over load حالت را څرګند کړي.

توپري پېژندنه:

- حاد برانکو سپزم: تل دې لومړني تاريخچه او پخواني تاريخچه وپوښتل شي چې د استما ناروغۍ به را په گوته كړي او يا هم داتي هستامين درملو وركړي اندازه بنائى ټيټه اندازه وي چې د دې لامل گرځېدلای شي.
- پنومونيا: بنائى رالونه، تبه، ټوخي شته والى ولري.
- الرژيک غبرگونونه: دا به په هغه حالاتو كې چې الرژن مواد دوران ته سيستميك توگه وړ دننه شي منځ ته راوړي چې بنائى به انشاقې ډول يا زرقي ډول وي دانافيلاكسيس حالت منځ ته راوړي.
- د مايعاتو زياته پيمانه تطبيق: پدې حالت كې د سپرو اذيم رالونه شته والى لري او ورته د دزړه استما (Cardiac Asthma) نوم وركړل شوى دى.

د درملني پلان

- A. د اندو ترخيال ټيوب سكتشن په متواتره بڼه د نور مال سالين پواسطه دا ډيره مهمه كړنه بلل كېږي چې پدې صورت به مونږ وركړاى شو چې:
  - i. د ټيوب دمنځ د تنگوالي او بندېدل.
  - ii. اتلگنازي دمخنيوى دمخاطبي افزازاتو پاكولو له مخې.
  - iii. د مڪروبوونو Colonization راټولېدنې څخه مخنيوى او Full - Blown infection مخنيوى وكړو.
  - iv. همدارنگه د اتاناتو او مڪروبوونو په پېژندنه كې رول لري.



- B. د Metaproterenol (Alupent) نيوپولايډ: دا ماده 0.3cc in 2.5cc salin سره كېږي او همدارنگه ورسره يوځاى  $\beta_2$  agonist درمل په حاد ډول د استما په تيري يا حملې كې وركول كېږي د دې درملني اغېزې په 5 minute يادقيقو كې منځ ته راځي او كولاى شو چې هر څلور ساعته ورسوته يې تكرار كړو.
- C. امينوفيلين Aminophyllin او د زانتين (Xanthin) مشتقاتو:
  1. امينوفيلين د ريفركتوري برانكوسپزم په درملنه كې د وريد له لارې وركول كېږي چې Loading dose 6mg/kg يې د 20-30 Minute كې وركول كېږي او ډوز بايد 50% كه چرې 24<sup>h</sup> پخوا امينوفيلين اخيستې وي رالږ كول كېږي په مداوم او دوامدره ډول، (05mg/kg/h) دقظري يا څاخكي په څېر وركول كېږي او عياري بڼه يې دسيروم

سره 10-20micro gram /ml په درملنيزه سويه ناروغ ورکول کېږي او ناوړه اغېزې يې لکه ټاکنې کارډيا بلل کېږي.

2. د کورټيکوسټيروئيد درمل تر 30mg /h Beclamethazone پورې ګټه وړ دي.

3. دا درينالين درملو نيوپولاييز هم ګټه وړ بلل کېدای شي.

انتي بيوتيکونه:

- وسيع الساحة انتي بيوتيکونه د برانکو سپزم پرمهال چې د پنومونيا اوبيا برانشيټ شتون له کبله د درملني په موخه ناروغانو ته ورکول کېږي غوره کار به داوی چې د انتي بيوتيکو نو ورکړه دکچر او انتي بيوګرام تر سره کولو روسته وبلل شي.



- غير اتوېشن شوی ناروغان: دا ناروغان دنيوپولاييزر پواسطه دميټاپروټرينول ،امينوفلين سالبوتامول ، ټيوفيلين او نور لکه سټروئيد او ادرينالين هم دنيوپولاييزر په څېر ورکول کېږي.
- د يورتيکونه: که چېرې دمايعاتو د زياتو ورکړې شهود شته والی ولري نو دهغې دله منځه وړلو لپاره ډيورتيکونه لکه Furosemide ورکول کېږي.
- د انافيلاکسيس درملنه چې پخوا ترې يادونه شوېده تر سره کېږي

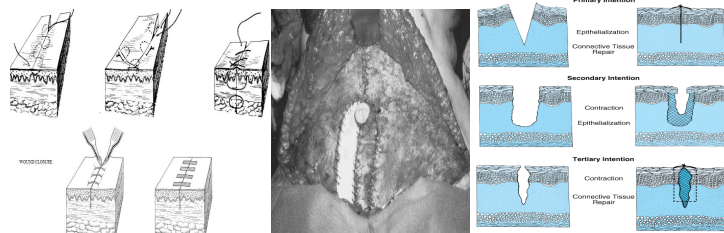


## شپږ دېرشم خپرکې

### د ټپ وازېدنه

(Wound Bursting) Wound Dehiscence

دا هغه حالت دی کله چې یو ټپ له عملیات ترسره کولو وګډل او ترمیم شي ورسوته دڅه مودې او یا ورڅو 5 ټولې طبقې بیا وازې شي او ترمیم نه وي منځ ته راغلی ناسود یوه ناروغ لپاره چې دواړه لورو ته ادرینالیکومي شوی او دلاپراټومي ټپ څو ورځې وروسته بیا واز شوی وي دګډل شوې برخې څخه شحي غوړینې کلې د لیدلو وړ وي سمدا لاسه لاندې پوښتنې منځ ته راځي.



1. آیا په رېنټیا توګه ټپ واز شوی او که دی نوڅوره پراختیا لري؟ باید د ډاکټر پواسطه ټپ وازمویل شي او په هیڅ چاډې باور ونشي که څه هم دهغه سوېې او یا دهغه څخه ټیټه سوېه لرونکې ډاکټر وي او پخپله عملیات کوونکی دی تصمیم ونیسي او پلټنه دې وکړي.
2. همدارنګه هیڅکله وي تر سهار پورې انتظار ونه ایسل شي ټپ دې وارزول شي چې څومره وسعت لري ژوروالی یې څومره دی او همدارنګه Laceration شته والی او لري والی یې څومره واز ټپ هغه مهال Dehiscence بلل کېږي چې دصفاق طبقه هم وازه پاتې شوی.
3. آیا کوم ډول اوبلن مواد له ټپ څخه بهرته راوړي؟ د مایع او افرازاتو اندازه دی وټاکل شي او همدارنګه د رنګ اړوند دې معلومات انول شي چې مصلي Serosanguinous / Serous مصلي وینه لرونکی ده له صفاق بښتګه که چېرې قیحي Purulent او یا وینه لرونکې Bloody افرازات شته والی ولري نو دا به د ټپ سطحې برخې اتانات څرګند کړي او که چېرې نری وینه او هماټوما یا فعاله بڼه وینه بهېدنه شته والی ولري دابه دسطحې انساجو اړوند وینه بهېدنه وي.



4. آیا هلته کوم ډول مساعد کوونکی فکتورونه د ټپ وازېدنې شته دي؟

- a. دا فکتورونه موضعي لکه :  
- د تخنیک غلطې



TB	g	اتان مکرېونه
Anemia	h	هیماتوما
A- Chronic disease	i	اجنبی اجسام
D. هغه حالتونه چې پر تپ یا پر هر باندې فشار راوړي.		C. د تپ د رغېدنې (ترمیم) ضعیفه بڼې
Ascites	a	عمومي لاملونه :
b. د کولمو پرسوب د بندښت له کبله.		Malnutrition / poor nutrition
c. ډېر زور وهل او دردونه پر مهال د زور وهل.		Diabetes
d. کانګې او ټوخي.		Cushing's Steroids داخلي لکه
e. COPD.		او بهرنی لکه پریدنیزولون
		Uremia
		Chemotherapy
		Malignancy (لوکیمیا)

**کلینیکي کتنې**

A: فزیکي کتنې:

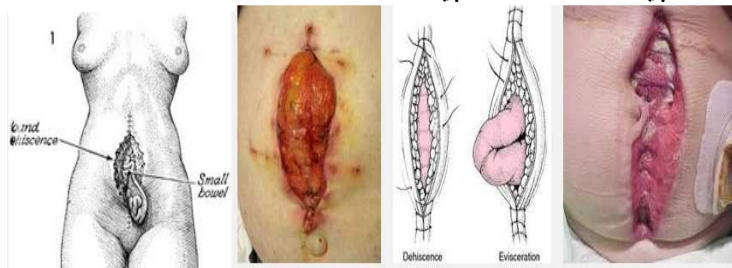
د تپ Incision اړوند: پاکې د سنکشي دې واغوسل شي ټول پانسما دې راپورته کړل شي او ټول تپ دې وکړل شي د تپ په برخه کې دې مایع او افرازات وکړل شي همدارنگه د تپ جس وشي د تپ په برخه کې دې داتا نانو علامې وپلټل شي د تپ د صفاق طبقه دې وڅېړل شي.

B: لابراتواري کتنې: د تپ څخه دې نمونه واخیستل شي او gram stains گرام ټولین او کلچر او اتی بیوگرام لپاره دې والسټول شي.

**د درملنې پلان**

A. لومړنی منجمنټ:

- مناسب اتی بیوټیکونه ورکول کېږي تپ پاک پانسما کېږي ناروغ NPO ساتل کېږي که چېرې evisceration شته والی ولري تپ په نورمال سالیڼ پواسطه مینځل کېږي او کولمې تر لاندې د یوه ټوکر چې لوند وي پټ ساتل کېږي ناروغ د عملیات خونې ته بیول کېږي او عملیات بیا تر سره کېږي.



B. که چېرې صفاق واز وي او ایواسریشن شته والی ونه لري:



1. په دې صورت کې که د ناروغ حالت اجازه د عملیات لپاره ورکوي او پوستکي او د تحت الجلدي نورمال وي نو د یوه الاستیک کېږي بند او پواسطه حمايه کېږي او دمجرب جراح نظر غوښتل کېږي په دې صورت کې ښائي ventral hernia منځ ته راشي.



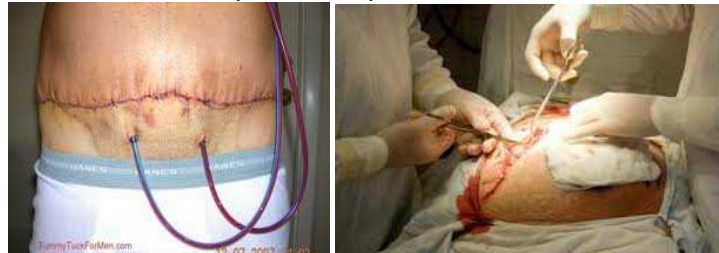
Figure 4. Final appearance of wound at 6-month follow-up.

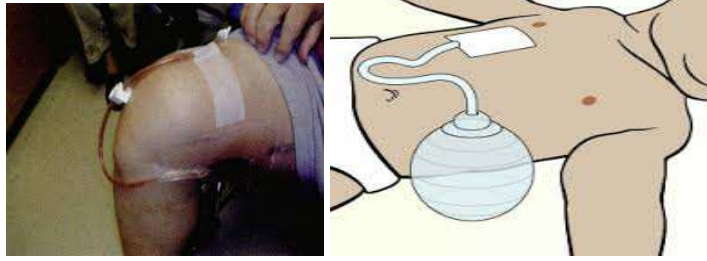
2. همدارنگه که ناروغ عملیات ته تیار وي نو عملیات ترسره کېږي او د راتلونکو اختلاطو منځ ته راتگ مخنیوی کېږي.
- C. په سطحې بڼه کې ټپ واز دی.
- 1- روغېدنه healing: باید د انااتو شته والی درملنه شي د راتول شوي خیرې او زوي (فیج) برخه وي دریناژ شي دورځي (2-4) ځله دې وچ پانسما و شي ټپ دې د نورمال سالیڼ او اتي بیوتیک پواسطه و مینځل شي.
- 2- بیا کډل Closure: هغې جراحان دغه میتود د بیا کډلو په سطحې واریدنه کې غوره گڼي په دې مرحله له کډلو وروسته هم د انااتو د مداخلې احتمال شته والیري د ورځې څو ځله دې وچ پانسما تر سره شي خودا ډېرې نږدې پاملرنې ته اړتیا لري.

### د ټپ دریناژ

#### Wound Drainage

دا هغه کړنه ده چې د ټپونو په جوړونو کې د افرازاتو راټولېدنې د تشېدنې په موخه تر سره کېږي تر څو مواد هلته راټول نشي. ناسودیه ناروغ لپاره چې پنجه ورسو ته له لپراټومي څخه د درن له برخې ځنې لوی دریناژ پیل شوی البته ناروغ ته ischemic intestinal gangrene له کبله قطع (Resection) تر سره شوی دی په دې لړ کې به لاندې پوښتنې د لټون وړ دي.





1. څومره موده له عمليات څخه تېر دی اوڅه ډول عمليات ورته ترسره شوی دی؟ هغه لاپراټومي چې په کې د کولمو غوڅول او تقم تر سره شوی وي د درن مخنیوی به دکولمو مواد وي دا په دلیکاژ علامه راپه گوته کړي همدارنگه د محتوی په اټکل سره به دلامل راپه گوته کړل شي.
2. آیا له دې مخکې هم دریناژ شته والی درلوده او درن هلته شته والی لري؟ دواړه په مناسب او کره توګه کارونکي.
3. تپ څه ډول تړل شوی دی؟ بعضې تپونه pack کېږي او وار پریښودل کېږي ترڅو هغه مایع اومواد چې د هغې طمع او توقع کېږي بهر ته راوځي او ورسره له هغې بیا تړل کېږي.
4. د دریناژ وصف څه ډول دی؟ وینه درلودونکی مصلی وینه درلودونکی قیحي دکولمو مواد اومصلی مایع به دناروغی اړوند معلومات څرګند کړي. همدارنگه د دریناژ د موادو لوی توپیر هم د اړوند ناروغی په اړه معلومات راګوي.
5. څه اندازه دریناژ راځي؟ یوه اندازه مایع دهضمي جهاز د لیکاژ او فیستول له لارې ضایع کېږي چې باید په پام کې ونیول شي او بیا ناروغ ته ورکړل شي ترڅو ناروغ د ناتار او بحران لوري ته لار نشي.

#### توپيري پېژندنه

- A. د تپ مکرېونه: دا حالت په ځانګړي توګه څو ورځې ورسوته له عمليات څخه منځ ته راځي چې تبه او درد د تپ په ورسره مل وي.
- i. د تپ حساسیت او څپه ایز حالت: دا به اکثراً د ستافیلوکوک اوسټرېټوکوک مکرېونو سره ولیدل شي چې د (3-5 days) ورځې وروسته له عمليات څخه منځ ته راځي.
- ii. گاز تولیدونکی مکرېونه: دا د شدید درد او ګریټیشن سره د تپ حالت بلل کېږي چې د کلوسترېډیا Clostridia چې معمولاً د ګرام منفي مکرېونو سره او مایکرو ایزوفیلیک ګرام مثبت باکټریاوي په مختلط ډول مکرېونه د شکرې په ناروغانو کې شته والی لري.
- B. Impending Dehiscence: د مصلی او وینې درلودونکی مایع رانګ ورسوته د<sup>h</sup> 24 ساعتو له عمليات تېرېدنې تل پټوګونومونیک د جراحي لپاره بلل کېږي چې د څېړنې وړ بلل کېږي.
- C. دکولمو او پوستکي ترمنځ فیستول: ناڅاپه دکولمو موادو رانګ د یوه فیستول له لارې بهر ته وی دریناژ کېدنه ښائی لوړ او تپت او یا تیت او تپت درلودونکی وي چې دا حالت به دیلابیلو

لاملونو لکه د غلط تخنيک ډګډلو پرمهال اونورو له کبله منځ ته راشي چې دا به تل د څو ورځو وروسته له کېږې درد او تېې څخه منځ ته راشي .  
 D. وينه بهېدنه ( خونريزی ) : ډېره وينه بهېدنه معمولاً د عمليات څخه وروسته په تازه بڼه د ليدنې وړوي چې بڼائی د يوه رګ يا څو کوچنيو رګونو دوازه پاتې کېدنې له کبله وي DIC له کبله وينه بهېدنه پرته له ټپ په نورو برخو کې هم منځ ته راځي چې اړوند پلټنه پکار ده .  
 E. د پانکراس فيسيټول : د بڼائی له عمليات او يا تر ضيغ وروسته منځ ته راشي .  
 F. د بولي سيستم فيسيټول : له دې کبله د فيسيټول په صورت کې رنجې او په يا متيازې بهر ته دريناژ کېږي .

- a د حېن ليکاژ : دا هم رنجې او به رانګ دي چې په دوامداره توګه دريناژ کېږي .
- b د دريناژ ناسم کار کولنه :  
 - کېدای شي درن په ټاکلي او اړين ځای کې نه وي .  
 - کېدای شي چې درن بند او ناسم ځای يا لکه بهرني برخې د ټپ کې وي او مایع له ټپ څخې راوځي .  
 - بڼائی درن لنډ يا اوږد بې ځايه پروت وي .

**کلينيکي کتنې**

- A. فزيکي کتنې :
1. حياتي علامې : تبه ټاکي کازريا به د Sepsis او ټپ د مکروبو نو څرګندونه وکړي .
  2. کېده : د پريټونيټ نښې او علامې بايد وپلټل شي .
  3. ټپ Wound : په ډېر احتياط او پاکو شرايطو کې دې کتنه وشي او نقيش او جس د ټپ به په ناروغۍ پيژندنه کې رول ولري .



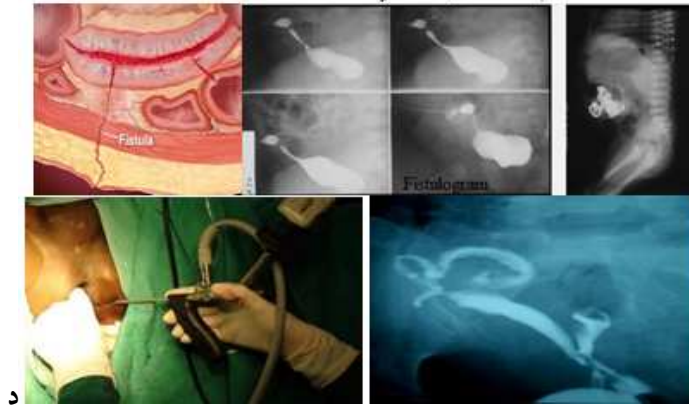
**B. لابراتواري کتنې :**

- 1) د وينې روتين ( هيموګرام ) کتنې :  
 - لوکوسيتوزس به د التهاب او مکروب شته والي څرګند کړي .  
 - انيميا ( وينه لږې ) به د وينه بهېدنې اړوند معلومات راکړي .  
 - همدارنګه Platelets به د DIC او ترومبوسايټوپيني په حالاتو کې ټيټه سويه ولري .

- Coagulation profile: پدې صورت کې به د PTT،PTT فیبرین زیاتوالی او توپیر به د DIC په حالاتو کې ولیدل شي.

- 2) د دریناژ مایع کلچر او اتي بیوگرام او اما یلیز انزایم ټاکنه : د کولمو د فیستولونو په صورت کې به ولیدل شي لوړه سویه د اما یلیز شته والی لري.
  - 3) د دریناژ د مایع د کریاتین سویه: که چېرې د دریناژ په مایع کې متیازې شته والی ولري او یوې فیستول شته والی ولري دابه د ریناژ په مایع د کریاتین لوړه سویه ثبت کړي.
- C: درادبولوژیک اونورې کتنې:

- i. د کېډې رادیوگرافي بنائې یولې معلومات د پریټینت او کولمو بندښت اړوند څرگند کړي.
- ii. د فیستولوگرام Fistulogram پواسطه کولای شو چې د دریناژ اصلي هسته وټاکو.
- iii. التراساوند: د کېډې التراساوند له لارې بنائې چې په کېډه کې د مایع او وینې قیج راټولېدني ځایونه پېژندنې وړ وگرځي.
- iv. CT. Scan هم ګټه وره تمامېدلای شي.



### درملنې پلان

A. لومړنی منجمنټ :

1. سم د لاسه د ژوند محدود کونکي لاملونه درملنه شي لکه د احشاو راوتل (ایواسریشن) په څېر اختلاط باید سم د لاسه درملنه شي.
  2. هغه مایع له درن څخه راځي باید سایټولوژیک کتنې لپاره لابراتوار ته واستول شي او اما یلیز او کریاتین دې په کې وټاکل شي.
- B. د ټپ د مکروبیونو درملنه:

1. ټپ دې واز شي او د سالیڼ پواسطه و مینځل شي او د ټپ زوی (قیج) دې له ټپ څخه رابهر کړل شي او لوند ګاز دې پرې پرته پانسماڼ کړل شي.
2. څو خیاطي او ګنډلي تارونه دې واخیستل شي ترڅو دریناژ ښه وشي.

3. د سلولیت په پرمختللي بڼه کې کرپیشن دکا زاتود شته والي له کبله دکاز تولیدونکو باکتریاو له کبله اویا د سیسټیک اتاناتو علامې شدیدې درملنې ته اړتیا لري.
- کلوسټریډیا Clostridia: که چېرې دکلوسټریډیا لپاره شواهد شته والی ولري یعنی نارويي حربي جرحي او منځني جرحي شته والی ولري نو باید بڼه او پاک تطهير Debridement پاکون تر سره شي ترڅو هلمته مړه انساج او اجنبي اجسام پاتې نه شي او ورسره په لوړ ډور سره پنسلین - جي (Penicillin - G) ناروغ ته تطبیق شي او همدارنگه دکلوسټریډیا تیتاني باکتریا د مخنیوي په موخه دې د تیتانوس ضد سیروم ناروغ ته ورکړل شي.
- کاز تولیدونکی غیر کلوسټریډیال باکتریاوې: دا باکتریاوې د وسیع الساحة طیف اغېزه درلودونکی اتی بیوتیکونو ورکړې پواسطه درملنه کېر لکه ( سفالوسپورین، پنسلین مشتقات و اما نیوکلایکو سیدونه د تراسکلین مشتقات کورا مینیکول اونور) ورکول کېږي.
- C. وازیدنه یا Dehiscence شلېدنه: د صفاق د طبیعي شلېدنه که چېرې دمصلې او وینه درلودونکی مایع رانګ پواسطه ولیدل شي په دې صورت کې دې درملنې په موخه د بیالپراټومي Relapratomy کړنې اوله سره گډلو ته اړتیا ده.
- D. دکولمو او پوستکي ترمنځ فیستولونه: د لږ اوت پټ درلودونکی فیستولاگانې تل په بنفسي بڼه پخپله بڼه والي مومي او تړل کېږي او ډېرې جدي پاملرنې او کره پانسمان ته اړتیا لري همدارنگه د لوړ اوت پټ درلودونکی فیستولونه به بنائې جراحی مداخلې ته اړتیا ومومي په دې موده کې د ضایعاتو ټاکنه وشي او ضایع شوی مواد الکترولایتونه او پروتین اونور مواد باید ناروغ ته ورکړل شي او د فیستول تړل هغه مهال باید تر سره شي چې د ناروغ عمومي بڼه بڼه شي د گېډې دننه برخه د پریټوان جوف پاک شي او کولمې د ترمیم وړتیا بیا ومومي اکثرأ باید (1-3) میاشتي انتظار ایستل کېږي او بیا لاپراټومی او د فیستول تړل تر سره کېږي. همدارنگه د فیستولونو په درملنه کې لاندې پرنسیپونه باید مراعات کړل شي.
- i. معمولاً دکولوستومي او ایلیوستومي بګ تړلو ته اړتیا پریوزي ترڅو دریناژ په هغه کې راټول اود پوستکي او کالیو ککړتیا څخه مخنیوی وشي.
- ii. معمولاً Charcoal او رنگ (dye) پکار وړل کېږي او دهغوی د محتوی ټاکنه او تجزیه کېږي ترڅو په درملنه کې په پام کې ولرل شي همدارنگه په لومړي اوني کې ناروغ (NPO) ساتل کېږي بڼه به داوي چې معدوي انفي ټیو پوچول شي اوله یوه اونی ورسوته کولای شو چې مایعات دخولې له لارې په لوړه پیمانته ورکړو اوله لس ورځو ورسره ورته عادي غذا او خوراک ورکړو همدارنگه د (NPO) پرمهال مایعات باید دورد له لارې ورته ورکړل شي اومایعات باید اعاده شي.

## E. د پانکراس فیسټول:

1. د پوستکي ساتنه باید وشي او ایلوسټومي بک باید ونښلول شي او د ستومي چارو د متخصص ډاکټر سره مشوره وشي.
2. په دې کې بنائې په لوړه پیمانه دغذایي نیمکړتیا منځ ته راشي ځکه چې ډېره زیاته اندازه پروټین ضایع کېږي.
3. د راز ناروغان ځکه چې د قلوبی زیاته پیمانه ضایع کوي او دوی د پیټیک ناروغیو لیوالتیا لري نو د دې لپاره اتی اسیدونه دمحلول او تابلېټ په توگه [ (Mg- phosphate Mg tri silicate ، Magnesium sulphate) او د H<sub>2</sub>receptor blocker لکه (Famotidine، Ranitidine او Cimetidine او همدارنگه PROTON Pumping Inhibitor لکه (Lansoprazole، Pantoperazole ، Omeprazole) او کېدای شي چې Sacralfate ( Ulsanic ) ] څخه د اړتیا پرمهال د ډاکټرانو پواسطه ورکړل شي.
4. که چېرې ټیوب د فیسټول په خوله کې کینودل شي نو دابه د پوستکي د مقدم تړلو څخه مخنیوی وکړي.

## F. وینه بهېدنه (هیموراژ):

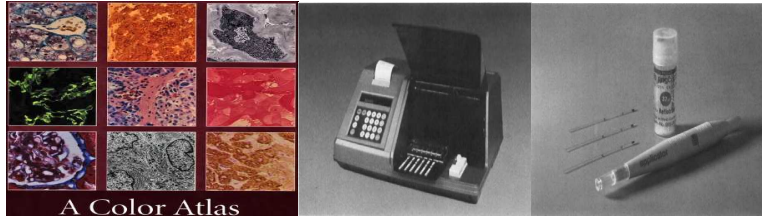
- i. د ناروغ د وینې بهر دحجم اټکل وي وشي چې د فشار او نبض ټاکنې له مخې کولای شو چې د اټکل وکړو همدارنگه دهیموگلوبین او هیماټوکریټ ټاکنه بنائې ډېرې مودې ته اړتیا ولري چې معلومات راکړي وینه او کریسټالوئید مایع ورکول کېږي.
- ii. دا چې د بیا جراحی Relapratomy اړتیا شته او که دا به دکلینیکي علایمو او ناروغ د عمومي حالت پورې تړاو ولري بنائې چې د پوستکي په برخه کې کومه او عیه وازه وي که چېرې دغه راز حالت وموندل شي نو کولای شو چې د الکتروکواتري پواسطه هغه ودروو او یا هغه لیگاتور کړو.
- iii. د DIC شته والی په صورت کې په مستقیم ډول دلاندې لاملونو درملنه وشي:
  - د اتی بیوټیکونو ورکړه داتاناتود درملنې لپاره .
  - تازه وینه که چېرې انیما شته والی ولري ورکول کېږي.
  - Fresh Frozen Plasma (FFP) د اړتیا له مخې ورکول کېږي .
  - Platelets پلاټیټونه که چېرې اړتیا وي ورکول کېږي.
  - داوکسیجن ورکول ناروغ ته که چېرې اړتیا ورکول کېږي.
  - اړین ویتامینونه ورکول کېږي.
  - که چېرې اړتیا وی اوکسیجن ناروغ ته ورکول کېږي.
  - کورټیکو سټروئیدونه د بهر څخه د ادرینال غدې د انحطاط له کبله ورکول کېږي.

## اوه دېرشم خپرکې

### لابراتواري آزمايښتونه او دهغوی تفسير

Laboratory tests & their interpretation

د لابراتواري آزمايښتونو په ارزښت پوهېدنه ډېر اړينکار بلل کېږي ترڅو هغه پر صحيح مهال د اړتيا له مخې ناروغ ته ورکړه شي او دهغوی تفسير په صحيح صورت تر سره شي او درملنې يوه مهمه برخه بلل کېږي او هر ډاکټر لره چې دناروغانو درملنې سره سروکار لري بايد لابراتواري آزمايښتونه زده کړي او د کليني ک په لړ کې د پېژندنې دکره کېدنې لپاره يې ناروغانو ته توصيه کېږي چې يولړ دغه آزمايښتونه دلته ذکر کېږي:



1. ACTH (Adrenocorticotrophic Hormone) آزمايښت: 20-40 pg/mlت دسهار

په اته بجوورکول شی او بڼه نتایج تر لاسه کېږي او که چېرې دشپې به نیمه شپه کې تر سره شي 50% دسهار په انډول نتایج لري.

د دې هورمون زیاتوالي سویه په لاندې ناروغیو کې لیدل کېږي:

a Addison's disease

b. Ectopic ACTH production چې دا په لاندې ناروغیو کې وي:

- Giant Cell Carcinoma

- Pancreatic islet cell tumors

- Thymus Tumors

- Renal Cell Carcinoma

د لږوالي سویه په لاندې ناروغیو کې لیدل کېږي:

- Adrenal adenoma or carcinoma

- Nodular adrenal hyperplasia

- Pituitary hyperplasia

2. ACTH Stimulation test: دا آزمايښت تل د ادرينال غدې د عدم کھايي په پېژندنه کې

غوره رول لري.

- کورټيزون (Cortisone): دا هورمون چې د (ACTH) هورمون انالوگ دې په ډوز د عضلي يا

وريد له لارې 0.25 µg په کاهلانو کې ورکول کېږي او يا هم دا درمل په 1.25 µg په

اندازه په ماشومانو کې چې د دوه کالو څخه يې عمر ډېر وي ورکول کېږي.

- د وينې نمونه له 30 او 60 دقيقو تېرېدنې وروسته راخيستل کېږي او دکورټيزون او الډسټرون

سويه په کې ټاکل کېږي.

- i. نورمال غبرگون: کورټیزول د  $10 \text{ microgram / dl}$  Cortisole څخه پورته او الډوسټرون اندازه د  $5 \text{ Nanogram / dl}$  Aldostrone څخه پورته نشیت کېږي.
  - ii. د Addison's Disease ناروغۍ په لړ کې یا Primary adrenal insufficiency په صورت هېڅ یو نه کورټیزول او نه الډوسټرون لوړوالی مومي په خپله نورماله سويه کې موندل کېږي.
  - iii. په Secondary Adrenal Insufficiency چې د Pituitary نخامي غدې د انحطاط له کبله راځي دېر څخه دستروئیدونو ورکولو له کبله کورټیزول توپیر نه کوي خو الډوسټرون لوړوالی مومي.
3. د ALT آزماينست په SGOT کې وگوري.
  4. د AST آزماينست په SGOT کې وگوري.
  5. Acid Fast Stain منفي به وي او همدارنگه ددې ټسټ مثبت حالت به د {مايکوبکټريوم (توبرکلوزس،،، Tuberculosis ،،، Avium ،،، Scrofulaceae،،، Nocardia او Actinomyces} کې وليدل شي.
  6. Acid phosphatase اسيد فاسفیت انزایم.
- دا به نورمال  $3.0 \text{ nonogram/dL}$  او یا  $0.8 \text{ IU/Lit}$  وې
7. R.I A test معمولاً د پروسات ناروغیو لپاره دې دا به په لاندې حالاتو کې زیاتوالی ومومي.
    - د پروسات کارسینوما ( معمولاً میاسټاتیک ډول)
    - د پروسات جراحی اوتراوما
    - د پلاټیټونو د زیات تخریب لکه (ITP) او نادراً به د هډوکو په ناروغیو کې.
  8. د Albumin ټاکنه او آزماينست :
    - خوار ځواکي Malnutrition
    - نفروټیک سنډروم
    - مولټیپل میالوما Multiple Myeloma
    - د هوچکن Hodgkin ناروغۍ
    - لوکیمیا ( دویني سرطان)
    - د کولمو هغه ناروغۍ چې پروټین ضایع کړي.
    - مزمن گلوبولونفریت ناروغۍ
    - الکھولیک سیروزس Alcoholic Disease
    - د کولمو التهابی ناروغۍ Inflammatory Bowel Disease
    - د رگونو کولاجن ناروغۍ
    - هایپر تیرایډیزم



9 د دوسترون آزمايښت :

- د سيروم عادي اندازه بنائې 3-10 Nanogram/ dl که چېرې سهار وختي وټاکل شي او دسويډيم نورماله اندازه اخيستل شوی وي دا په Supine پورېشن ټاکل کېږي.
- همدارنگه د ولاړې يا ناستې په حالت کې 5-30 Nanogram /dl
- په متيازوکې د  $24^h$  ساعتوکې  $(2-16 \text{ Nanogram} / 24^h)$  ټاکل کېږي.
- i. دوسترون به په لاندي ناروغيوکې لوړوالی ومومي.
  - هايپرو دوسترونيزم (Primary او Secondary)
  - ii. په لاندي حالاتوکې ټيټوالی مومي.
    - Adrenal insufficiency
    - Panhyperpituitarism

10. الکالين فاسفيز انزايم Alkaline Phosphatase :

په کاهلانوکې 20-70 Unit /lit او په ماشومانوکې 20-150 Unit/lit دی او همدارنگه Fractionated يامات شوی الکالين فاسفيز انزايم د هډوکو او کېد د انزايم د اصل پېژندنې له پلوه کچه ور بلل کېږي.

د تودوخې په وړاندي ثابت مقاوم فرکشنې انزايم دکېد له ډوله اود تودوخې په وړاندي بدلون کوونکې Heat Labile fraction د هډوکو له ډوله وي (Bone Burns) وي که چېرې په فرکشن شوی نمونې کې  $20\% <$  Heat stable fraction د هډوکو له ډوله کېدلای شي همدارنگه د 25-35% پورې به دکېد (liver) له اصله وبلل شي.

أ. په لاندي پېښوکې دا انزايم زياتوالی مومي:

- په هغه حالاتوکې چې دکلسيوم بې ځايه کېدنه له هډوکو څخه منځ ته راځي .
- هايپار تايروايډيزم
- د پخت ناروغی
- د هډوکو او سټيوپلاستيک ټومور ونه (ميټاسټاتيک يا اوسټيوجنیک سارکوما)
- اوسټيوملاسيا
- ريگنسيا
- بلارېښت
- کوچنيټوب
- وينې ناروغی
- د تريخی لارې بندښت
- هايپر تايروايډيزم
- درملو پواسطه درملنه

ب. په لاندي حالاتوکې دا انزايم لوړوالی مومي

- خوارخواکي.
- په ډېره زیاته پیمانه دویتامین ډي خوراک
- 11. الفافیتو پروتین Alpha – Feto Protein : د دې AFP >25Nanogram/ml اټکل په نورماله بڼه کتل شویده.
- AFP په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي.
- هیپاتوما
- دمرغیريو ټومورونه (ایمبریونال کارسینوما او خبیث تیراتوما).
- Spina Bifida
- 12. امونیا (NH<sub>3</sub>) Ammonia :
- دا په کاهلانوکي 11-35mmol/lit او په ماشومانو کې 40-80 mmol/Lit تثبیت کېږي .
- په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي
- د کبد په عدم کتایه
- Reye's Syndrome
- امایلز انزایم Amylase :
- امایلز ( Amylase ) : نورماله اندازه یې (25-125 Unit /Lit) ده.
- (a) په لاندې پېښو کې زیاتوالی مومی :
- i د پاقراص دقتات بندښت
- ii د ډېرو، تضیق ټومور،
- iii دمعصرې سپزم) یا د
- iv درملو خوراک پواسطه .
- v د الکھولو خوراک
- vi بغوتونه یا اډي (کله چرک
- vii د کولمو بندښت .
- viii د مینرائیریک ټرومبوز.
- ix له جراحی عملیات
- x پاروتیت
- xi وروسته .
- (b) په لاندې حالاتو کې امایلز لږوالی مومي
- د پانگریاس بندښت د پانگریا ټیت سیستیک فیبروزس )
- د کبد (خیکر) ویجاړتیا (هیپاتیت او سیروزس)
- 13. امایلز / کرباتین کیرانس کچه Amylase/ Creatinine Clearance ratio . د دې نورماله
- سویه پنځه فیصده %5 < څخه پورته ده.
- د دوی سویه په میازو او د وینې سیروم کې ټاکل کېږي چې ددې لپاره د دوه ساعتو میازو راټولېدنه
- کېږي او سویه یې په لاندې ټاکل کېږي.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Urinamylas} \times \text{serum Creatinin}}{\text{Urin Creatinin} \times \text{Serum amylas}} \times 100$$

- په لاندې حالاتو کې یې سویه لوړه موندل کېږي:
- که چېرې اندازه یې د پنځه فیصده څخه پورته وموندل شي د حاد پانکریایټ ناروغۍ په پېژندنه کې رول لري.

14. (Anti Nuclear Antibody) ANA

- Negative که چېرې منفي وي نو ناروغۍ په شته والې ولري.
- همدارنگه که چېرې مثبت Positive وي نو درگونو دکولاجن ناروغۍ لکه د سیسټمیک لوپوس ایډیماټوزس د درملو له کبله منځ ته راغلی د لوپوس په څېر سندروم لکه د پروکائین امايد درملو سکرودرما او روماتوئید اړتیا به شته والی ولري

15. ویتامین ب (Vit B<sub>12</sub>) : د دې نورماله اندازې بڼه 140-700 µg/ml ده.

- په لوکیمیا او پولی سائیمیا ویراکې زیاتوالی مومي.
- په Pernicious anemia ، بلاربنیت او سوجذب حالاتو کې لږوالی مومي.
- 16. دقلوي زیاتوالې او نیمکوتیا (Base excess / deficit): که چېرې د بای کاربونیت (قلوي) سویه ټیټه شي په دې حالت کې ورته د Base deficit نوم ورکول کېږي او که چېرې زیاتوالې ومومي Base – excess نوم ورته ورکول کېږي د دې لپاره چې میتابولیک اسیدوزس اصلاح شي.

د لاندې فورمول څخه د سوډیم بای کاربونیت په ورکولو کې کار اخستل کېږي.

$$\text{mEq Sodium Bicarbonat} = \frac{\text{Deficit} \times \text{patient weight (kg)}}{4}$$

دقلوي زیاتوالې په میتابولیک الکوزس کې منځ ته راځي چې ډېر خطرناک دی او همدارنگه دقلوي لږوالی په میتابولیک اسیدوزس کې منځ ته راځي.

د وینې دگازاتو نورماله اندازه

Normal Blood gas values

اندازه Measurement	شرياني وينه Arterial blood	گډه وينه Mixed Venous	وريدي وينه Venous
pH (range)	7.40 (7.38-7.42)	7.36 (7.31-7.41)	7.36 (7.31-7.41)
pO <sub>2</sub> (decreased With age)	80-100 mmHg	35-40 mmHg	30-50 mmHg
pC O <sub>2</sub>	35-45 mmHg	41-51 mmHg	40-52mmHg
O <sub>2</sub> - saturation(decreased with age)	>95%	60-80%	60-85%
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	22-26mEq/L	22-26mEq/L	22-28mEq/L
Base Difference (Deficit / excess)	-2 to +2	-2 to +2	-2 to +2

17. بیلروبین Bilirubin : د بیلروبین عمومي کچې اندازه (Total <0.1-1.2-mg/dL) ده

- Direct <0.2mgdl
- indirect <0.7 -0.9 mg/dl

د بلېروېن نورماله اندازه د عمر په بېلابېلو مرحلو کې په لاندې ډول وي.

د بلېروېن Bilirubin د نورمالې سوډې د ښودنې جدول		
Age	Term	Range
Cord	Preterm	<2 mg/dL
	Term	<2 mg/dL
0-1 d	Preterm	<8 mg/dL
	Term	<6 mg/dL
1-2 d	Preterm	<12 mg/dL
	Term	<8 mg/dL
3-5 d	Preterm	<16 mg/dL
	Term	<12 mg/dL
Thereafter	Preterm	<2 mg/dL
	Term	<1 mg/dL
Adult		0.1-1.2 mg/dL

1. Total Bilirubin په لاندې حالتونو کې زیاتوالی مومي:

- د کبدې ویجاړتیا (هیپاټیت، ټوکسین، سیروزس) ناروغیو.
- د تریخی لارې د بندښت (د ډېرو او یا ټومور پواسطه)
- هیمولایزس
- لوړه Fasting

2. مزدوج Direct Bilirubin (Conjugated) ډول يې په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي.

- د تریخی دلارې بندښت (د تریخی ډېرو ټومورونو تضیقانو).
- د درملو له کبله Cholestasis
- Dobbin – Johnson Syndrome
- Rotor's Syndrome

3. غیر مزدوج Indirect Bilirubin یا (Unconjugated) غیر مزدوج ډول په لاندې حالاتو

کې زیاتوالی مومي. دې ته هیمولایټیک ټریټی هم وایي چې په هیمولایټیک انیمیا لکه: [د ترانسفیوژن غیرکون Sickle Cell disease، Gilbert's disease، Physiologic jaundice، په نوي زېږېدلو ماشومانو کې، Crigler Najjar Syndrome] کې زیاتوالی شتون لري.

18. BT (Bleeding time): دا به په عادي ډول په لاندې توګه وي.

Duke Ivy <6min template < 10 min

دا په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي

- ترومبوسایټوپېنیا
- ترومبوسایټوپېنیک پور پورا
- Von- willebrand Disease
- د پلاټېټونو غیر وظيفوي بڼه او حالت.
- د آسپرين درملو په ذریعې په درملنه کې.

19. د وینې یوریا نایټروجن Blood urea nitrogen (BUN): نورماله اندازه یې د 7-18 mg/dL ده.



په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي

- د پښتورگو عدم کهایه
- Prerenal azotemia (چې په کې د پښتورگو پرفیوژن لږوالی مومي او دا په ثانوی توګه د CHF، Shock او حجم لږوالی پورې تړاو لري).
- له پښتورگو څخه وروسته بندښت ( لکه د حالبونو بندښت ).
- دهضمي جهاز وینه بهېدنه (GI. Bleeding)
- درمل لکه امینوګلايکو سیدونه

په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي

- لوړه اوقحطي
  - د ځيګرو ويجاړتیا ( هیپاتیت ، درمل)
  - بلارښت
  - ماشوم توب (infancy)
  - نفروټیک سنډروم
  - د زیاتومايعاتو اخیستل ( Over hydration )
20. د وینې دکازاتواندازه په وریدونو او شریانونو کې: همدارنګه د الکوزس او اسیدوزس برخې اوجدول ته مراجعه وکړي.
21. میتابولیک اسیدوزس: کله چې د پلازما د بای کاربونیټ ( $HCO_3$ ) سویه راټیټه شي ورسره جوخته په معارضوي ډول سره  $pCO_2$  کاربن ډای اوساید فشار راټیټېږي نو دې لپاره چې پیژندنه وشي باید د (Anion Gap) د انیون تقیصه دې وموندل اوله جدول څخه دې کار واخیستل شي.

- Anion Gap= (Na+)- (Cl+ HCO<sub>3</sub>)
- Normal Gap= 8-12 mEq /Liter

د اسید او قلوي ساده تشوش Simple Acid -Base Disturbances

No	Acid Bas Disorder	Primary Abnormality	Secondary Response	Expected degree of Compensatory Response
1	Metabolic Acidosis	[HCO <sub>3</sub> ]	PCO <sub>2</sub>	PCO <sub>2</sub> = ( 1.5x [HCO <sub>3</sub> ]
2	Metabolic Alkalosis	[HCO <sub>3</sub> ]	PCO <sub>2</sub>	PCO <sub>2</sub> = [HCO <sub>3</sub> ]
3	Respiratory Accdosis	PCO <sub>2</sub>	[HCO <sub>3</sub> ]	[HCO <sub>3</sub> ]= 0.35x PCO <sub>2</sub>
4	Respiratory Alkalosis	PCO <sub>2</sub>	[HCO <sub>3</sub> ]	[HCO <sub>3</sub> ] = 0.50x PCO <sub>2</sub>
Anion Gap = (Na <sup>+</sup> ) – (Cl+HCO <sub>3</sub> )				
Normal Gap = 8-12 mEq/ lit				



توییری پېژندنه:

په پورته ذکر شوي جدول کې لیدل کېږي چې اود مقایسې له مخې که د اسیدوزس ستونزو برخې سره یې پرتله کوو نو د Anion gap Acidosis په لاندې ډول ومومو:

1. Anion Gap Acidosis ( Normochloremic Acidosis : Gap> 12 mEq /lit ) : چې دا

د بای کاربونیټ د بیانس د رایتېټ کېدنې له کبله چې د ناپاکې اسیدونو د زیاتوالي له کبله منځ ته راځي چې نوموړی حالت د لاندې لاملونو سره مل وي.

- لکټیک اسیدوز Lactic Acidosis
- اتوکسیکیشن ( سالیسایټ، میتانول ، پارا الهاید، ایټالین کلایکول
- یوریمیا

- هایپر الیمینټیشن Hyper Alimentation

2. Hyper Chloremic Acidosis : Gap between 8-12 mEq/lit Non –  
: ( Anion Gap Acidosis

3. Low Anion Gap : ( Gap <8) دا حالت د اسیدوزس سره مل نه وي خو کېدای

شي چې د بروماید دخوراک هایپوناتریمیا اوملټیپل میالوما کې ولیدل شي.

## اته دېرشم څپرکې

### ميټابولیک ستونزې

### ميټابولیک الکالوزس

#### Metabolic Alkalosis

کله چې په پلازما کې د باي کاربونيټ  $\text{HCO}_3^-$  سويه لوړه شي ورسره سمه د کاربن ډای اوکسايډ فشار ( $\text{PCO}_2$ ) هم په معاوضوي ډول سره لوړوالی موخې د Spot Urine د متيازو يوه نمونه د ناروغۍ پېژندنې لپاره بس بلل کېدلای شي چې په ذکر شوې جدول کې ورته پاملرنه وکړي. توپيري پېژندنې لپاره کېدای شي چې د الکالوزس بحث ته مراجعه وشي.

1.  $\text{Urine - chloride} < 10\text{mEq/lit}$  (Chloride responsive) د کلورين په وړاندې ځواب ورکونکې ډول بلل کېږي چې دا د د لاندې حالاتو سره سم ليدل کېږي. د متيازو کلورين سويه که پورته ذکر شوی اندازې څخه ټيټه وي دا به په لاندې حالاتو کې وليدل شي لکه:
  - د يورتيکونو (متيازې راوړونکې درمل) ورکړې.
  - د هضمي جهاز له لارې ضايعات (NG tub، کانکې، نس ناستی، ایلوس، ادينوما او په ولادي بڼه د کلورايد ضايع کېدنه په ماشومانو کې د نس ناستي پر مهال.
  - Iatrogenic په خپل لاسي توگه لکه د نا مناسب مقدار سره د کلورايد خوراک له کبله.
2.  $\text{Urine Chloride} > 10\text{mEq/Lit}$  (Chloride Resistant) د کلورين په وړاندې مقاوم ډول بلل کېږي چې دا د د لاندې حالاتو سره سم ليدل کېږي.

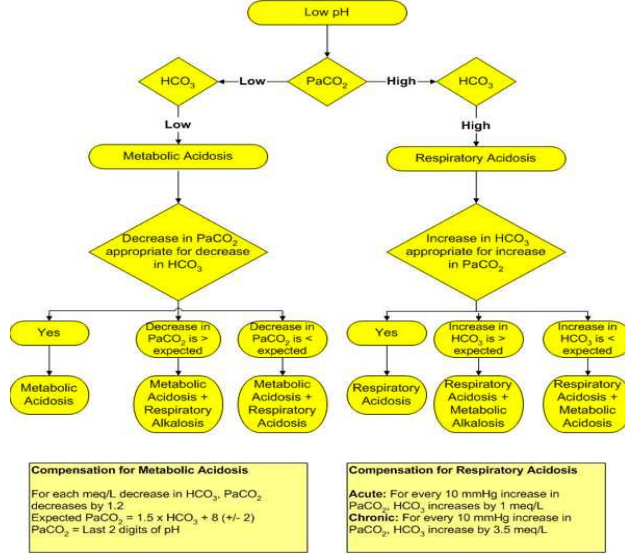
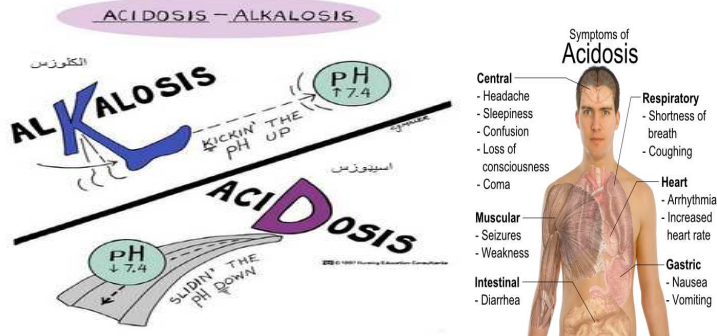
- د ادرينال غدې ناروغۍ لکه د کوشنگ سندروم او هايپرالډوسټرونيما.
- د ډېرې اندازې بهرني سټروئيډونو خوراک لکه پريډنيزولون دکساميتازون او نور.
- بارټرز سندروم Bartter's Syndrome.
- د لايکوريس خوراک Licorice Ingestion.

#### تنفسي اسيدوزس (Respirator Acidosis)

کله چې په ابتدايي (Primary) ډول سره د کاربن ډای اوکسايډ سويه لوړه شي په دې صورت کې د وينې د پلازما د باي کاربونيډ ( $\text{HCO}_3$ ) سويه په معاوضوي ډول لوړوالی مومي چې دا لوړوالی په حادو حالاتو کې  $30\text{ mEq/Lit}$  څخه نه پورته کېږي چې ذکر شوی جدول بيا پاملرنه وکړي. د توپيري پېژندنې لپاره کېدای شي د اسيدوزس بحث ته بيا کتنه وکړي.

- a. حاد حالت : په لاندې پېښو کې منځ ته راتلای شي چې د پام وړ بلل کېږي
  - مرکزي عصبی سيستم انحطاط (CNS Depression): د مرکزي اعصابو انحطاط لکه د ډېر سيديشن او نارکوټيکونو او اناسټيټيکونو ورکړې له کبله.
  - د مرکزي اعصابو ترضيض لکه (CVA، قحفي ترضيض، دنخاع ترضيض).

- عصبی عضلې ناروغۍ لکه ( میاسټینیا گراویس ، کولین ، بار ناروغۍ ) .
- د هوایي لارې بندښت .
- د حنجري سپزم .
- په Iatrogenic ډول سره د مېخانيکي Under Ventilation حالت .
- د سپرو ناروغۍ د سپرو حاده اذینا شدیدې پنومونیا .
- د صدر تر ضیصونه ( هیپوټوراکس ، پنوموټورکس ، فلیال صدر ) .
- b. مزمن حالت په لاندې پیښو کې لیدل کېږي .
- اوږدمهاله سالنډي (مزمنه استما)
- امفریما
- برانشیت
- Pickwickian Syndrome او نور .





## تنفسي الکالوزس

(Respiratory Alkalosis)

که چېرې په لومړني (ابتدائي) بڼه د کاربن ډای آکسایډ  $PCO_2$  راټیټ شي نو د تنفسي الکالوزس لامل گرځي چې دا په کولای شو چې د ذکر شوې جدول کې پرتله کړو.

توپيري پېژندنه يې کولای شو چې د الکالوزس په بحث کې له نظره تېر کړو.

- I. د مرکزي اعصابو د سیسټم لاملونه په لاندې توګه کېږي.
  - اضطراب Anxiety.
  - ها پرونیټیشن سندروم .
  - درد Pain
  - د قحفي ترضیض
  - CVA
  - انسفالایټس
  - د مرکزي اعصابو ټیومورونه
  - د ډېرو زیاتو پیمانو Salicylate سالیسیلاتونو د مستحضراتو خوراک مقدم مسمومیت
  - تبه
  - د سپیسيس مقدم حالت
- II. محیطي پاریدني ( تنبهاټ ) :
  - د سړو آمبولي
  - د زړه احتقاني عدم کفايه CHF .
  - د سړو انترسټیشیال ناروغی.
  - پنومونیا
  - لوړې ارتفاع کاني
  - هاپوکسمیا چې دهر لامله وي
- III. نور حالتونه :
  - Delirium tremens
  - Cirrhosis
  - ټایروټوکسیکوزس
  - بلارټوب
  - Iatrogenic Hyperventilation
- IV. دویني او کپلري : کله چې وغواړو ( Capillary Blood Gas ) CBG تفسیر وکړو لازمه ده چې د پېژندلو لپاره لاندې قاعدې پر نظر کې ونیسو او تېرویحونو ته مراجعه وکړو.
  - Arterial Blood Gas :

- pH same as arterial or slightly lower (N=7.35.7.40) دابه دشریان په اندازه او یا لږڅه ټیټ وي.
- PO<sub>2</sub> Lower than Arterial(N=45-60) داکسیجن فشار اندازه به لږڅه دشریان څخه ټیټه وي.
- O<sub>2</sub> Saturation : > 70% is Acceptable دا به د 70% په حدودو کې د قبول وړ دی خو Saturation په بنائې کچه ورتام شي کله چې د اوکسیجن فشار د CBG's له مخې تفسیر کېږي
- v. د وینې گازات او وریدونه:
  - لکه چې پخوا مود وینې د نورمال گازاتو ټاکنې جدول کې ولیدل دله ډېره لږه اندازه تفاوت دشریان او وریدونو د pH او بای کاربونیت په اشتهنی د (CHF, Shock) او نوي زیږیدلو ماشومانو کې نو له دې کبله د ورید گازاتو د سولې ټاکنه بعضاً د Acid – Base حالت ټاکنې او ارزونې په موخه پکار وړل کېږي خود اوکسیجن سویه به په واضح ډول د شریان په پرتله ټیټ وي.
- vi. CBC (Hemogram – Blood Complete Count)
  - 1. دنورمال حالاتو لپاره لاندې جدول وگورئ او د توپیري پیژندنې لپاره بیا ځانگړې آزماښتونه له نظره تېر کړي.

Age	Cell Type of Blood									
	WBC (Cells / UL)	RBC (Cells / UL)	Hemoglobin	Hematocrite	MCH (pg)	MCHC (%)	MCV (fL)	RDW	Platelets (UL)	
1 Adult	4800-10800	4.7-6.1x10 <sup>6</sup> F: 4.2-5.4x10	M: 14-18 F: 12-16	M: 40; 54 F: 37-47	27-31	33-37	M: 80-94 F: 81-99	11.5-14.5	150-450000	
2 (2 year Child Puberty)	4 years 5000 – 15000 10 years 4500 – 13500	3.8-5.5x10 <sup>6</sup>	11-16	31-43					150-450000	
3 Infant 10-days -2 year)	6000 – 17000	3.8-5.5x10 <sup>6</sup>	10-5	30-40					200-475000	
4 Neonat (5-10 days)	5000- 21000		11-20	35-49	32-34	33-34	96-108		150-3000000	

- vii. C. Peptides :
  - دا په لوږه ټاکل کېږي چې نورماله اندازه یې 2500-500 کپل کېږي.
  - په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
    - انسولینوما Insulinoma:
    - په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
      - o دیابیتیس (د ننه انسولین لږوالی مومي) او همدارنگه د Factitious Insulin تطبیق ترسره کېږي.
  - viii. کلسیټونین Calcitonin : دا په نورمال ډول نارینه وو کې (Male <155 ng/Lit) څخه پورته او په بشپړه واک کې (Female <105 ng/Lit) څخه پورته وي په لاندې حالاتو کې سویه پورته ځي.
    - میډولاري کارسینوما د ټا براید غدې

- نوي زېږېدلو ماشومانو کې
- بلارېښت
- مزمن ډول د پښتورگو نه برياليتوب (عدم کفايه)
- ذوليچر ايليسون سندروم
- خسيښه انيميا

IX. **دوينې دسيروم کلسيوم .**

- 4.2-5.3 mEq/lit or 8.5 -10.5 mg/dL
- Ionized 2.24-2.46mEq/Lit or 4.48-4.92mg/dL

همدارنگه د ډېرو معلومات لپاره کولای شي چې د هايپو کلسيميا او هايپرکلسيميا برخو بحثونو ته مراجعه وکړي . کله چې د کلسيوم مجموعي سويه تفسير کېږي لازمي ده چې د Total Protein او البومين سويه هم څرگنده کړل شي که چېرې دوی په خپل نورمال محدوده کې نه وي نو د کلسيوم سوې گڼې لپاره به لاندي فورمول په کار يووړل شي . چې آيونايز کلسيوم اصلاح کونې خاص ډول اصلاح ته اړتيا نه لري .

$$\text{Corrected total Calcium} = 0.8 (\text{normal albumin} - \text{measured albumin}) \text{ Reported Ca}^+$$

دکلسيوم سويه په وينه کې په لاندي حالاتو کې لوړوالی مومي:

- پرايمري هايپرتايرايډيزم
- پاراتايرايډ هورمون (PTH) ترشحې ټومورونه
- د ډېر ویتامينونو خوړل.
- د هډوکو ميتاستاتيک ټومور ونه.
- او سټيوپوروزس .
- نه خوځېښت Immobilization
- Milk alkali Syndrome
- د پچټ ناروغی
- ايډيوپټيک هايپرکلسيميا په نوي زېږېدلو ماشومانو کې
- Infantile Hypophosphatemia
- د تيازيډ درملو استعمال
- په مزمن ډول د پښتورگو عدم کفايه
- سارکويډوزس
- ملټيپل ميالوما

په لاندي حالاتو کې د وينې دکلسيوم سويه ټيټوالی مومي

- هايپريارا ټايرايډيزم د جراحي يا ايډيوپټيک .

- کازات ډول هایپیراراتا پرایډیزم.
- د ویتامین دی لږوالی او لږه اندازه اخیستل
- دکلسیم اوفاسفورس خوراک لږوالی د ( بلارینت و سټیوملاسی ایکس)
- هایپو مگنیزیمیا
- د پښورگو د ټیوبولونو اسیدوزس
- هایپوالمینې میا ( Cachexia، نفروتیک سندروم ، سیسټیک فیبروزس )
- مزمن ډول د پښورگو عدم کهایه (فاسفیت احتباس).
- حاد پانکراتیت.
- دالبومین او پروټین ټیټې سوپې له کبله Factitious لږوالی لامل ګرځي.
- x. Calcium Urine : په نور ماله توګه :
  - Calcium free diet <50mg/24<sup>h</sup> Urine
  - Average Calium Diet 100mg – 300mg /24<sup>h</sup>Urine
- a. په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
  - هایپیراراتا پرایډیزم
  - هایپرتا پرایډیزم
  - د ډي ویتامین په هایپرویتامینوزس کې
  - بعیده د پښورگو د ټیوبولونو اسیدوزس (Type-I).
  - سارکوائیدوزس
  - نه خوځښت یا اوږدمهالی د ملاستې نه حرکت کولو حالاتو کې
  - او سټیولایټیک افتونه لکه د هډوکو مټیاسټازس ملټیپل میالوما)
  - پچت ناروغی.
  - د ګلوکوکورټیکوئید زیاتوالی
- b. په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي
  - د تیزید دیورټیکونو خوراک
  - هایپو تاپرایډیزم
  - د پښورگو عدم کهایه
  - Steatorrhoea
  - ریکټس Rickets
  - اوسټیوملاسیا Osteomalacia
- Carbon dioxide (Bicarbonate or Total Co<sub>2</sub>) کاربن ډای اوکساید ( دکاربن ډای اوکساید مجموعي ډول اویا بای کاربونیټ ) :
- o په نور ماله توګه په کاهلانو کې 23-29 mmol/Lit

○ په نورماله توګه ماشومانو کې Lit / 20-28mmol همدارنګه د لا زیاتې پوهېدنې لپاره د کاربن ډای اوكساید او شریاني کاربن ډای اوكساید بحثونه وګوري.

- a. په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- میتابولیک الکوزس
  - تنفسي اسیدوزس
  - آمفزیما
  - ډېر شدید ډول کانګې
  - پرایمري الدوسټرونیزم Primary Aldosteronism
  - حُجبي تقلص ( Volume Contraction )
- b. بارټرز سندروم Bartter's Syndrome
- c. په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
- میتابولیک اسیدوزس
  - تنفسي الکوزس
  - لوړه
  - ډیابټ یا د شکرې ناروغۍ کیتواسیدوزس
  - لکتیک اسیدوزس
  - الکولیک کیتواسیدوزس
  - مسمومیت (توکسین پواسطه لکه ( میتانولو ایتا بلین ګلایکول پارالډیپاید )
  - ډېر شدید ډول نس ناستی
  - د پښورګو عدم کهایه
  - یولر درمل لکه ( سالیسالیټونه ، استازول امايد )
  - ډیپایډریشن یاد اوبوله لاسه ورکول له بدن څخه
  - د ادرینال غدې عدم کهایه
- xI کاربن ډای اوكساید اود کاربن ډای اوكساید شریاني فشار .
- Arterial Carbondi Oxid (pCO<sub>2</sub>)،
  - پخوانی د کاربن ډای اکساید د فشار جدول ته مراجعه وکړي.
- a. په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- تنفسي اسیدوزس
  - په میتابولیک الکوزس کې په معاوضوي ډول زیاتوالی.
- b. په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:

- تنفسي الکوزس
- په ميټابوليک الکوزس په معاوضوي بڼه .
- XII. کاربوکسي هيموگلوبين Carboxy Hemoglobin :
  - هغه کسان چې سکرټ نه څکوي له دوه فيصده څخه پورته 2% < Nonsmokers .
  - په سکرټ څکونکو کې له 6% < څخه پورته نثيت کېږي .
- (a) په لاندې حالاتو کې زياتوالي مومي:
  - سکرټ او چلم څکونکو کې
  - د دود انشاق پرمهال
  - کاربن مونواکسايډ انشاق ( اورلگېدنې پرمهال) .
- XIII. Carcinoembryonic Antigen (CEA)
  - په سکرټ څکونکو > 5.0nanogram / ml څخه پورته .
- په لاندې حالاتو کې زياتوالي مومي:
  - کارسيټوما (کولون ، پانکراس ، سږو، معدې)
  - سکرټ اوچلم څکونکو
  - غيرنيوپلاستيک ځيگر ناروغي.
  - د کرون ناروغي.
  - السراټيف کولايټس
- XIV. Fractionated, Catcholamines : اندازې يې د بېلابېلو آزموينو ترسره کولو له مخې توپير لري.

نورمال سويه يې د HPLC تخنيک له مخې په لاندې ډول دي.

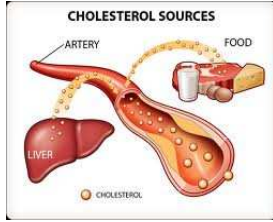
TABL- HPLC TECHNIC		
Test Name	Plasma (Supine)	Urine
Norepinephrine	<400pg/ml	<50ug/24 <sup>h</sup>
Epinephrin	<50 pg/ml	<15ug/24 <sup>h</sup>
Dopamine	<30 pg/ml	<440ug/24 <sup>h</sup>
Total	120-450 pg/ml	

XV. Unconjugated, Urine.Catecholamin :

- دپنځه لس کلونو څخه پورته عمر درلودونکو ناروغانو کې 24<sup>h</sup> /100-microgram څخه پورته چې په ازاد اېي نقرين-نارايي نقرين او ډوپامين په اندازه کولو سره ثبت کېږي او په لاندې ناروغيو کې زياتوالي مومي:

- فيوکروموسايټوما
- نيورال کرسټ ټيومورونه ( نيوروپلاستوما)
- XVI. سيروم، کلورايډ ( Chloride،Serum) : د سيروم کلورايډ او اندازه ټاکل کېږي په نورمال ډول سره(98-106 mEq/lit) او په لاندې حالاتو کې زياتوالي مومي:
  - کانکې

- د يابې (شکري) ناروغۍ د کيو اسيدوزس سره
  - د منرالو کورتيکويډ زياتوالی
  - د پينټوگرکو ناروغۍ چې سوډيم د ضايعاتو سره مل وی.
- XVII. د متيازوکلورايډ (Chloride – Urine): نورماله بڼه يې (110-250 mmol/24<sup>h</sup>Urine) ده چې په متيازوکې تثبيت کېږي د نور معلوماتو لپاره د متيازو الکترولايتونو ټاکنې ته پاملرنه وکړي.
- XVIII. کولسترول (Cholestrol): کولسترول هغه ماده ده چې په وينه کې شتون لري او د کولموله لارې وينې ته جذبېږي او د خوراکي توکو په منځ کې موندل کېږي چې په ډېرو ناروغيو منځ ته راتگ کې رول لري .



الف : مجموعی (Total):

- په کاهلانو کې 140-200 mg/dL
- په ماشومانو کې 120-200 mg/dL

لاندي جدول ته د سوئي ټاکنې لپاره پاملرنه وکړي. ترڅو ښه روښانتيا منځ ته راشي .

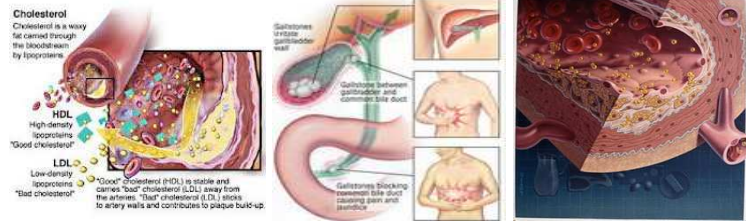
Test	Desirable	Borderline	Undesirable
Total Cholesterol	<200	200-240	>240
HDL Cholesterol	>45	35-45	<35
Triglycerides	<200	200-400	>400
LDL Cholesterol	<130	130-160	>160
Cholesterol/HDL	<4.5	4.5-7.5	>5.5
LDL/HDL	<3.0	3.5	>5.0

Sources :Medical Essay (1993)

(a) په لاندي حالاتو کې زياتوالی مومي

- ايدوپيټيک هايپرکولستروليميا
- د صفر اوي لارو بندښت
- نفروز
- هايپوتايرايډيزم
- پانکرياتيک ناروغۍ (د يابې)
- بلاربنښت
- هايپرلايپوپروټيمينا
- د سټروئيډ پذريعه درملنه

- لاپروپروټينميا -



(b) په لاندې حالاتو کې لېږوالی مومي

- د ځيگر ناروغۍ (هيپاټيت او نورې)
- هاپيرتايرايډيزم
- خوار ځواکي وکانسر، لوږه
- مزمن انيميا
- دستروئيد پذريعه درملنه
- لاپروپروټينميا

ب: Cholesterol HDL ( HDL-C):

- o په نارينه وو کې د لوږې پرمهال (45 ±12 mg/dl) نورماله بڼه لري
- o په ښځينه وو کې د لوږې پرمهال (55 ±12 mg/dl) نورماله بڼه لري. HDL- Cholesterol ډېره نږدې اړيکه د اکيلي رگونو دناروغۍ د ودې سره لري کله چې HDL- Cholesterol په نارينه وو کې لېږوالی مومي په دوی کې خطر زیاتوالی مومي.



(a) خودا په لاندې حالاتو کې لېږوالی مومي :

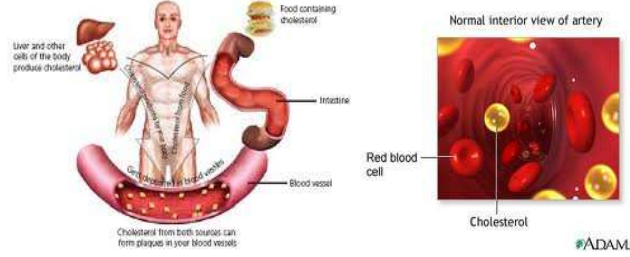
- يوريميا
- پنډوالی (چاغې)
- ډيابېټ يا دشرکي ناروغۍ
- د يني يا ځيگر ناروغۍ
- د tangier's ناروغۍ

ج: LDL Cholesterol (LDL-C): په نورمال حالت کې 100-200 mg/dL ټاکل کېږي.

(a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:



- کله چې په ورځني خوراک کې غوړ لکه د (لم غوړي، کوچ، پیروي او طبعي غوړي) ډېر وخورې .
- دمایو کارډ په احتشاء .
- هایپرلاپوپروتینیمیا .
- دصفاوای سیروزس .
- د اندوکرین ناروغۍ (د ډیابت، هایپوتایرایډیزم)



(b) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:

Malabsorbtion -

شديد د ځيگر ناروغۍ -

A. betalipoproteinemia -

.xix Cold- Agglutinine : په نورمال حالت کې 1:32 < Cold agglutinine ټاکل کېږي .

(a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:

- د او توایمون هیمولایټیک انیمیا ، لوکیمیا ، لمفوما ، درگونو کولاجن ناروغۍ کې .

- د ترانسفیوژن غیرکونیزه هیمولایټیک ناروغۍ .

- د بعضې درملو په وړاندې حساسیت (میټیل ډویا، لیوډویا، سفالوتین) .

- په ماشومانو کې هیمولایټیک ناروغۍ لکه (اریټرو بلاستوزس فیټالیس) .

.xx indirect ,Comb's test : په نورمال حالت کې منفي وي د دې لپاره هغه له سیروم څخه

کار اخیستل .

(a) په لاندې حالاتو کې مثبت وي

- د پخواني ترانسفیوژن له کبله ایز او یمونایزیشن

- غیر مطابقت کونکې وینه دغلط کراس میچ له کبله

.xxi Cortisol کورتیزول:

- دسهار په اټه بجو 5.0-23.0ug/dL په نورمال ډول وي

- د مازیکر په څلور بجو 3.0-15.0 ug/dL په نورمال ډول وي

(a) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:

- ادرینال اډینوما

- ادرينال کارسینوما
- د کوشنگ ناروغی
- هغه ټومور ونه چې غیر نخامیه ACTH هورمونونه جوړ وي.
- (b) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی مومي:
  - آپیسون ناروغی.
  - ولادي ادرينال هاپرټروفی .
  - Water – house – Frider Chsen Syndram
- xxii Counter Immuno Electrophoresis (CEP، CIE، CIEP) : په نورمال حالت دا آزماينست منفي وي. دا يو ايسونو لوژيک تخنيک دی چې په چټکه توگه هغه منن والی يا مايکرو ارگانيزم چې په مايعاتو کې په شمول د ( سيروم ، سيازو، CSF او د بدن نورې مايع) دهغه شته والی څرگند کړي ارگانيزمونه چې د پېژندلو وړ وي لکه :
  - N. Meningitidis
  - S. Pneumonia
  - H. Influenza
  - Group Beta- streptococcus
- xxiii Creatinine Phosphokinase (CPK) : په نورمال حالت کې ددې انزایم دغه اندازه د (25-145 mU/mL) حدودو کې نښت کېږي
  - (a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
    - دعضلاتو ويجاړېدنه او تخریب
    - حاد مایوکارډيال احتشاء
    - مایوکارډيټ
    - دعضلاتو ډیسټروفی
    - دعضلاتو تراوما
    - له جراحی او زرقیاتو وروسته
    - ددماغ یا مغزو احتشاً
    - ډیفبریشن
    - د زړه کیترايزشن
    - رهاډو مایو لایزس
    - پولی مایوزیټس
- xxiv MB، CPK Isozymes MM ، BB : همدارنگه MB په نورمال حالت کې دا انزایم له ( Normal <6% ) څخه ټیټه وي.
  - (a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي

- حاد ډول د مایوکارډ احتشاء چې له (8-4) ساعتو موده کې پیل کویاو په 24<sup>h</sup> کې خپل peak ته رسېږي.
  - عضلي ډسټروفی.
  - د زړه جراحی عملیات کې.
  - په ډیرو حالاتو کې نه لیدل کېږي.
- xxv. د میازو کریاتین Creatinine، Urine : په نورماله توګه په نارینه وګې کریاتین 18-25mg/kg/24<sup>h</sup> ټاکل کېږي او په نورماله توګه په بنځینه وو کې کریاتین 12-20 mg/kg/24<sup>h</sup> ټاکل کېږي.

دلایات معلومات لپاره د کریاتین کلیرانس ته پاملرنه وکړي  
xxvi. کریاتین کلیرانس (Creatinine Clearance):

- په نارینه وو کې 100-125 ml/min
  - په بنځینه وو کې (85 of. Male)، 85-105 ml/min
- د دې لپاره پرلپسې سیروم او میازو راټولېدنې ته اړتیا ده یوه لنډه موده وقفه کېدای شي پکار یووړل شي ترڅو فورمول صحیح کړل شي.

$$Creatinin\ Clearane = \frac{Urine\ Creatinin\ .total\ Urine\ Volume}{Plasma\ CoCreatinin\ .time\ (1440\ minute\ for\ 24\ hours)}$$

د څرګندولو لپاره که هغه اندازه د میازو نمونه چې په 24 hour ساعتو کې بشپړ راټول شوی که چېرې نمونه لږ تر لږه په کاهل نارینه کې 18-25mg/kg/24<sup>h</sup> وټاکل شي د دغه آزماښت ترسره کول کوم ډول اړتیا نه ده بلل شوی.

که چېرې ناروغ کاهل ( $1.73\ m^2 = \text{body surface area } 150\ lb$ ) وي د کلیرانس عیار کول د بدن داندازې په انډول په روټینه بڼه اړتیا نه لري چې عیار کړل شي. همدارنګه که چېرې ناروغ ماشوم وي نو عیار کولو ته اړتیا لیدل کېږي د دې لپاره چې د بدن دسطحې اندازه اصلاح شي نو د دې لپاره دې د ګڼل شوې کریاتین کلیرانس باید د 1.73 سره ضرب او د ناروغ د بدن سطحې پراندازه دپویشل شي

(a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:

- بلارېتوب Pregnancy:

(b) په لاندې حالاتو کې ټیوالی مومي:

- کله چې د وین په سیروم کې کریاتین لوړ شي د پښورګو په عدم کهایه کې.
- په نورماله توګه د عمر سره سم ټیوالی مومي

xxvii. دویني د سیروم کریاتین:

- په کاهل نارینه کې 0.7-1.3mg/dL نورماله بڼه لري
- په کاهله بنځینه کې 0.6-1.1mg/dL نورماله بڼه لري.

a) په لاندې حالاتو کې ياتوالی مومي:

- د پښورگو عدم کفايه
- جياتيزم Giantism
- اکروميگالي
- دسرې کرې غوښې خوراک
- اماينوگلايکوسيدونه او نور هغه درملونه چې په پښورگو توکسيک اغېزه ولري
- او نور.

XXVIII. Dexamethazon Depression Test

دا آزمايښت دکوشنگ سندورم دتوپيري پېژندنې په موخه پکارېږي او دارنگه وي چې ناروغ د شپې له خوا په (11 pm) بجو دخولې له لارې (1mg) دیکساميتازون تابليت خوري او دسهار له خوا په (8 am) بجو په لوږه دپلازما دکورتيزون اندازه اوسويه ټاکل کېږي. په نورماله توگه به د کورتيزول سويه بايد له (Cortisole < 5µg/dL) څخه ټيټه وي اوکه چېرې دکورتيزول سويه له (Cortisole > 5µg/dL) څخه پورته وي دا به دکوشنگ سندورم ناروغی راپه گوته کړي. همدارنگه په څرېوالي (چاغې) الکوليزم کې اويا Depression حالاتو کې هم همدا تيجه ليدلاى شو.

د لوږ ډوز آزمايښت (High Dosage Test):

دیکساميتازون (2mg) دخولې له لارې هر شپږ ساعته ورکول کېږي چې وروسته له اته ډوزونو پوره کېدنې څخه به په مټيازو کې سويه (17.OH Corticosteroids) تر (50%) راټيټ شي چې دا دواړه لورونه دادرينال غدې هايپر پلازيا پورې تړاو ولري. خودا به دناروغ د ادرينال ټومور او يا اکټويک ادرينو کورتیکوتروپيک هورمون توليد (Ectopic -ACTH production) کې منځ ته رانشي.

XXIX. استروجن رسپټور:

- دا به په تازه دجراحی نمونې کې وليدل شي او درسيټورونو شته والی به د اورېدې مودې ناروغيو Free interval او هغه ناروغانو کې چې د تيوبونو کانسر څخه ژوندی پاتې وي تثبيت کړل شي.

- همدارنگه هغه ناروغان چې د اندوکرين درملنې په وړاندې خواب ورکوي هم ليدل کېږي.

XXX. د ايتانول Ethanol توکسيک کچه يې په لاندې ډول د تثبيت وړ ده:

- 100-200mg /100mL (Legal Drunken).
- 150 -300 mg /100 mL (Confusion).
- 250-400 mg /100 mL (Stupor ).
- 350-500 mg /100 mL (Coma).
- >450 mg /100mL (Death).

- .XXXI د غاڅلی شحم Fecal Fat:
- نورمال اندازه یې په هغه کسانو کې چې غوړ نه خوري په دوی کې ( $6gr/24^h$ ) څخه لږه اندازه لري.
  - همدارنگه په Steatorrhoea (د پانکراس عدم کفایه) کې زیاتوالی مومي.
- .XXXII Ferritin:
- په نارمل توگه په نارینه وو کې  $15-200\text{ ng/ml}$  ټاکل کېږي.
  - په نورماله توگه په نسځینه وو کې  $12-150\text{ ng/ml}$  ټاکل کېږي.
- د اوسپنې په نشتوالي Iron deficiency په مقدمو مرحلو دمخه تردې چې په سروکروانو کې بدلون منځ ته راشي د حساسیت د یوې علامې په توگه پیژندل شوی.
- .XXXIII (FDP) Fibrin Degradation product:
- په نورماله توگه له ( $FDP < 10\text{ ng/ml}$ ) څخه لږ ټاکل کېږي او د (FDP) ننزبل تولیدي بڼه په یولړ حالاتو اړوند وی.
- a) په لاندې حالاتو کې یې لوړه سویه ثبت کېږي:
- په هر راز ترومبو اسبولیک حالاتو کې لکه [د ژورو وریدونو ترومبوس یا (DVT)، د مایوکارډ احتشاً، د سپرواسبولی].
  - [Disseminated Intravascular Coagulopathy (DIC)] په خپره بڼه د رگونو ترمنځ د وینې د تحریوچارټیا کې تر سترگو کېږي.
- .XXXIV Fibrinogen:
- په نورماله توگه د  $150-450\text{ mg/dL}$  ټاکل کېږي.
- a) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی مومي:
- په ولادي توگه (له مور په پېدا)
  - په DIC، (Sepsis)، (امینوټیک مایع آمبولیزم، ابریشو پلاستا)
  - نیوپلاستیک او هیماټولوژیک حالتونه
  - په حاد ډول شدید وینه بهېدنه
  - سوځېدنه
  - د مارانو دچچلو وروسته
- .XXXV Folic acid اسید (Serum folate):
- په نورماله توگه په وینه کې یې سویه  $2.0-21\text{ ng/ml}$  ټاکل کېږي.
- a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي: د فولیک اسید په زیاتې ورکړې یا تطبیق کې زیاتوالی مومي.
- b) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی مومي.

- ککلی حجروي وده (Massive Cellular Growth) لکه د کانسر حالت .
- هيمولايټيک انيميا
- ميگالو بلاستيک انيميا
- سؤجذب سندروم Malabsorption Syndrome
- Fluorescent Treponemal Anhtordy Absorbed (FTA- ABS) : .xxxvi
- دآزمایښت په نورمال حالت کې منفي وي
- په لاندي حالت کې مثبت ټاکل کېږي.
- سيفيلس ( يوازي آزمايښت دی چې پېژندنه پرې کېږي) .
- د فنګسونو سيرولوژي Fungal Serology : .xxxvii
- دا آزمايښت په نورمال حالت کې منفي وي او (Negative < 1:8) وي دا د فنګسونو دکپلمنټ فيکسيشن اتي باډي د ټون لپاره دی او د Histoplasma ، Blastomyces ، Aspergillus او Coccidioides فنګسونو تثبیت لپاره کارول کېږي.
- کاسټرين Gastrin : په نورمال حالت کې په نارينه وو کې < 100pg/ml او څخه ټيټ وي او په بنځينه وو کې < 75pg/ml Female څخه ټيټ وي. .xxxviii
- (a) په لاندي حالاتو کې زياتوالي مومي
- Zollinger Ellison Syndrome
- د پيلور معصري په تضيق يا تنګوالي
- خيټ ډول انيميا Pernicious
- آتروفیک کاسټريټ
- السرايټف کرليټ
- د پښتورگو په عدم کھايه
- دستروئيدونو يا کلسيم ورکړي يا تطبيق په صورت کې.
- G- cell Hyperplasia
- شکر- گلوکوز (Glucose) : د لوړې په حالت کې 70-105mg/dL، Fasting او Post .xxxix
- 2hour prandial < 120mg/dL ټاکل کېږي
- (a) په لاندي حالاتو کې زياتوالي مومي:
- په هغه حالاتو کې چې هايپرگلايسيميا منځ ته راځي د هايپرگلايسيميا بحث وګورئ
- د يا بټ ميلټيس (خوږې شکرې ناروغی).
- کوشنگ سندروم
- په هغه حالاتو کې چې اپي نفرين هورمون زياتوالي مومي ( زرقیات، فيوکروموسايټوما، روجي فشار سوځېدنه اونور حالتونه).
- پانکريايټيټ (د پانکراس التهابات).

- د ادرينو کورټيکو تروپيک هورمون ورکړې او تطبيق پرمهال.
- ډېره پېمانه د گلوکوز سويې ټاکل په هغه حالاتو کې چې ناروغ ته دوريد له لارې د کسټروز ورکول کېږي اوله I.V Canula د تطبيق له حايه پورته برخې څخه دوينې نمونه واخيستل شي.
- د ډېر عمر درلودونکو ناروغانو .
- پانکريا ټيک گلوکاکونوما.
- b) به لاندې حالاتو کې تيغوالی تثبيت کېږي.
- ټولو هغه حالاتو کې چې د هاپوگلايسيميا حالت منځ ته راځي د هاپوگلايسيميا بحث وگوري
- د پانکراس ناروغۍ ( پانکريا ټيټ Islet cell tumors)
- له پانکراس څخه بهر ته ټومور ونه لکه (دادرينال غدې کارسينوما اود معدې کارسينوما)
- د ځيگر ناروغۍ ( لکه هپاټيت ، سيروزس ، ټومور ونه)
- د اندوکرين ناروغۍ (مقدم ډيابټ ، هاپوټايرايډيزم ، هاپو پيټوريزم)
- وظيفوي تشوش / اختلال ( لکه وروسته له کاسټريکومي).
- د ماشومانو ستونزې ( پريماچوريټي ، ماشوم د ډيابيټک مورسره کيټوټيک هاپوگلايسيميا انزايي ناروغۍ).
- د بهر څخه دانسولين ورکولو پرمال
- د خوړلې له لارې د هاپوگلايسيميا منځ ته راروړونکي درملو خوړاک
- خوړاځواکي (Malnutrition).
- XL گلوپيکو هيموگلوبين ( Hemoglobin A/C) : په نورمال حالت کې (4.6-7.1%) ټاکل کېږي او په شکرې (ډيابيټس ميليټس) کې زياتوالی مومي.
- XLI د گرام تلون (Gram stain):
- 1. چټک تخنيک Rapid technic:

د يوې نرې پاڼې ياطبعې په څېر د نمونې څخه د سلايد پر مخ خپرېږي او پرېنودل کېږي چې وچ شي دهوا يا تودوخې حرارت پواسطه او Juntion – Violet پواسطه رنگول کېږي او (Rodine) ټاڼو لپاره پرېنودل کېږي او بيا د (15-20sec) ټاڼو لپاره دايوډين (Iodine) محلول کې او الکوهول کې تر هغه دمه چې په څوټاڼو کې خپل رنگ له لاسه ورکړي پرېنودل کېږي د اوبو پواسطه مينځل کېږي او د Safrahin په منځ کې ( 15-20 sec ) پرېنودل کېږي او وروسته له هغه Immersion oil اچولو په واسطه ترمايکروسکوپ لاندې کتل کېږي گرام مثبت سلايدونه به ابې تياره (Dark Blue) رنگ ولري او گرام منفي سلايدونه په سور (Red) رنگ ولري.

- a) گرام مثبت کوکسي Grom Positive Cocci:
  - i سټافيلوکوک Staphylococcus .
  - ii سټريټوکوک Streptococcus
  - iii ديپلوکوک Diplococcus

iv مائیکروکوکک Micrococcus

v پیپٹو کوکک Peptococcus (انایروب)

**Gram Positive Rods**

i. کلو سٹریڈیوم Clostridium (انایروب).

ii. کورینو باکٹریوم Corynebacterium

iii. لیسٹریا Listeria

iv. باسیلوس Bacillus species

**Gram Negative** گرام منفی کوکسی

**Cocci**

- Species (Branhamella) Naiseria

**Gram Negative Coccoid Rods**

i. ہیموفیلس Hemophilus

ii. پاسٹیوریللا Pasturella

iii. بروسیلا Brucella

iv. بورڈیٹلا Bordatella

**Gram Negative Straight**

**Rods**

i. Escherichia Colli

ii. Salmonella

iii. Shigella

iv. Proteus

v. Enterobacteriaceae

vi. Klebsiella

vii. Pseudomonas

viii. Providencia

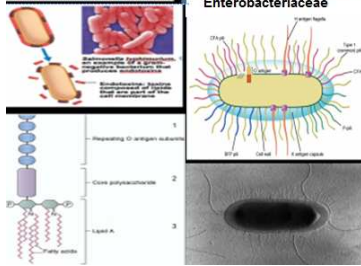
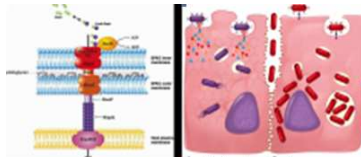
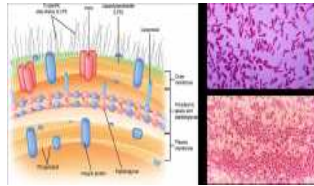
ix. Yersenia

x. ( Herellea Mima) Acineto bacteroides

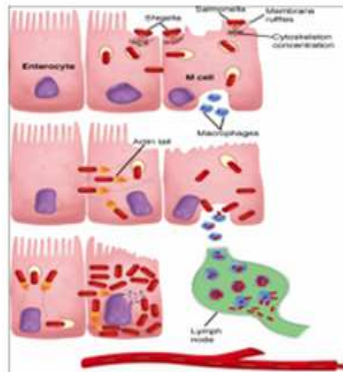
xi. (anaerobic) fusobacterium

xii. (Commashaped) Campylobacter

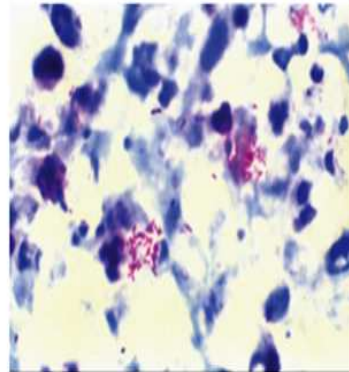
xiii.



**SALMONELLA**



**Legionella Pneumophila**





XLII Heptoglobin: هیپاتوگلوبین په نورمال حالت کې 26-185 mg/dL ټاکل کېږي.

a په لاندې حالتونو کې زیاتوالی مومي

- د ځيگر بند بنسټيزې ناروغۍ.

- ټول هغه حالات چې ESR د لوړېدنې لامل ګرځي.

b په لاندې حالتونو کې يې سويه ټيټه موندل کېږي:

- د هيمولايزس هر ډول ( د ټرانسفوزن غبرګون اونور)

- دينې يا ځيگر ناروغۍ.

XLIII هيماتوکريټ (Hematocrite):

• په نورماله توګه په نارينه وو کې 40-45% ټاکل کېږي

• په نورماله توګه په بنځينه وو کې 37-47% ټاکل کېږي

a په لاندې حالتونو کې زیاتوالی مومي

- پولي سايټيميا وېرا Polycythemia vera

- ثانوی پولي سايټيميا Secondary polycythemia

- په لوړو ارتفاعاتو کې ژوند کول.

- ډېر زيات تمرين ترسره کول.

- سکرټ ځکول

- هيموګانسټرېشن ( لکه شاک، سوځېدنه، شديد ډيهايډرېشن).

b په لاندې حالاتو کې ټيټوالی مومي.

- انيميا [ مایکروسایټیک انيميا (داوسپنې لږوالی، شديد د پروټين لږوالی دپورفایرين سټيزس) ].

- نورموسایټیک انيميا په [ ناڅاپه شديد ډول وينه بهېدنه، هيمولايټیک انيميا په (شديد ډول د ايمون

لږوالی DIC ولادي ډول هيموګلوبينو ټي) ].

- د سروکړيواتو ډېره لږه اندازه توليد (د لوکيميا درملو خوړاک، د پښورګو ناروغۍ، مزمن، اتاني

حالات دځيګر ناروغۍ).

- ماکروسایټیک انيميا.

- ميګالو بلاستيک انيميا (Vit B<sub>12</sub>، فولیک اسيد) فقدان.

- د ماکرو سايټوزس حالت.



XLIV. هیموگلوبین Hemoglobin:

- په نارینه وو کې نورماله بڼه %14-18 ټاکل کېږي
- په بنځینه وو کې نورماله بڼه %12-16 ټاکل کېږي

a, په لاندې حالتونو کې زیاتوالی مومي

- پولی سائیمیا ویرا .
- ثانوی پولی سائیمیا .
- لوړو ارتفاعاتو کې .
- په ډېره زیاته اندازه تمرینونه تر سره کول .

b, په لاندې حالاتو کې لوړوالی مومي:

- وینه بهېدنې
- هیمولایزس
- هغه حالتونه چې هیماتوکریټ په کې ټیټوالی مومي

XLV. دهیپاتیت آزماښتونه Hepatitis tests

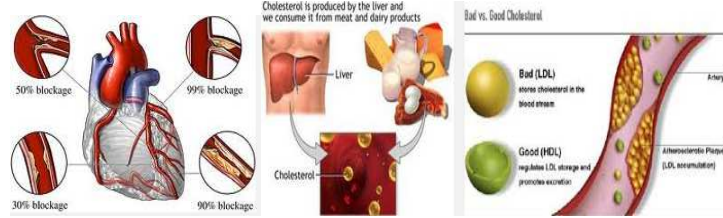
1) HBs-Ag:

- دهیپاتیت بی د سطحې اتی جن، (HAA (Australia antigen
- Anti-HBC- IgM د اتی باډي دهیپاتیت بی Core کوراتی جن لپاره .
- 2) HBeAg: دهیپاتیت بی ای اتی جن په وړاندې اتی باډي چې کله شته والی ولري په دې صورت کې په کوره کچه د اتان څرګندوي وي .
- 3) Anti-HBe: د دهیپاتیت بی ای اتی جن په وړاندې دانتي باډي شته والی که چېرې ثابت شي دا به دانتان Resolution سره مل وي .
- 4) Anti HBs: د دهیپاتیت بی سطحې (Surface) اتی جن په وړاندې د اتی باډي که چېرې ولیدل شي نو په دې صورت کې په وصفي توګه د معافیت اوکلبنیکي ریکوري څرګندوی به وي .
- 5) Anti-HAV: ټوټال اتی باډي دهیپاتیت (A) په وړاندې که چېرې وموندل شي دا به دهیپاتیت A ویروس سره دمخامخ کېدنې اواخته کېدنې حالت څرګندوي وي .
- 6) Anti-HAV-IgM: د اتی باډي شتون دهیپاتیت (A) ویروس په وړاندې به

د نېرډې په اتان اخته کېدنې څرګندونه وي .

XLVI. HDL-HDL (High Density ) lipoprotein

دا دلورې په حالت کې HDL په نارینه وو کې (55±12 mg/dl) دی همدارنګه د (HDL-C) شته والی دا کليې رګونود ناروغیو دې لپاره د اړیکې څرګندوي بلل کېږي که چېرې په نارینه وو کې HDL-C سویه ټیټه وي په ناروغانو کې د خطر risk زیاتوالی څرګندوي .



a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:

د بنځینه وو کې داستروجن سره زیاتوالی مومي

b) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی لیدل کېږي.

- نارینه وو کې
- یوریمیا
- چاغوالی (خرڅه توب)
- د شکرې ناروغی.
- د ښې (کبد) ناروغی.
- Tangier's disease د تانجیر ناروغی.

XLVII HIV – Antibody (HTLV-III Antibody): په نورمال حالت کې منفي وي ، دا د AIDS د

ناروغی د پېژندې لپاره پکارېږي د HIV انټي باډي د ELISA میتود پواسطه پېژندل کېږي.

مثبت آزماښت د Blot Western پواسطه یقینې کېږي.

مثبت والی د AIDS او ایډز اړوند کمپلکس حالاتو کې لیدل کېږي.

Urine (17-OHCS), 17 – Hydroxycorticosteroid XLVIII

• په بالغ نارینه کې  $3.0-12.0\text{mg}/24^h$  په میټازو کې

• په بنځینه کې  $2.0-9.0\text{mg}/24^h$  په میټازو کې

a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی لیدل کېږي.

- د Steroid سټروئید یا ACTH تطبیق په صورت کې .
- کوشنگ سندروم .
- فشار Stress.
- هایپوتا یرایډیزم
- 11- Hydroxylase. deficiency
- خړبوالي Obesity
- بلارښت .

b) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی مومي:

- دا ډیسون ناروغی.
- د ACTH د تولید لږوالی د پان هایپو پیتوریزم شته والی حالت کې .

- داستروجن ورکړې .
- دخولې له لارې دکټراسټيف خوراک په صورت کې .
- Human Chorionic Gonadotropin(HCG.BETA- SUBUNIT) XLIX
- نورماله اندازه  $<3.0\text{mlU/ml}$  Normal ده چې د بلارېښت وروسته موده کې توپير لري.
- $10\text{ days post conception} > 3\text{mlU/ml}$
- $30\text{ days } 100\text{-}5000\text{ mlU/ml}$
- $10\text{ weeks } 14000\text{ - }50000\text{mlU/ml}$
- $>16\text{weeks } 10000\text{-}5000\text{ ml U /ml}$
- a) په لاندې حالاتو کې زياتوالی مومي:
- بلارېښت
- د مرغېر يو ټومور ونه
- د ټروفوبلاست ناروغی.
- هايډاټيفورم مول
- کوريو کارسینوما چې معمولاً سويه يې  $>100000\text{mlU/ml}$  وي .
- L serotonin metabolite د 5-HIAA (hydroxyl indoleactic acid) د د
- $2\text{-}8\text{mg}/24^{\text{h}}$  Urine Collection
- b) په لاندې حالاتو کې لوړوالی مومي
- کارسینوئيد ټومورونه
- يو لړ خوراکونه لکه ( د کيلي، رومي بانجانو، Pineapple).
- LI اوسپنه Iron:
- په نارينه وو کې  $65\text{-}175\text{ }\mu\text{g/dL}$
- په ښځينه وو کې  $50\text{-}170\text{ }\mu\text{g/dL}$
- a) په لاندې حالاتو کې لوړوالی مومي:
- هيموکروماتوزس
- هيموزيد روزس چې د ډېر اوسپني خوراک له کبله منځ ته راشي.
- د سروکړيواتو ډېر ويجاړ تيا حالتونه
- د سروکړيواتو لږ اندازې توليد
- د ښې يا ځيگر نکروزس
- b) په لاندې حالاتو کې لوړوالی مومي
- داوسپني دفتدان انيميا
- نفروزس ( داوسپني ضايع د پروټين باند) له کبله
- نارموکروميک انيميا
- ښائى ناروغی.

- اتناني ناروغی
- LII (Total Iron binding capacity) (TIBC) په نورمال حالت کې (250-450µg/dL) ټاکل کېږي او همدارنگه په نورماله توګه په سلوکې د Iron / TIBC (20-50%) ده اوله 15% < څخه ټیټه سوبه د آیرن ډیفیشنسي انیمیا پېژندنې لپاره وصفي ده .
- a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- دوینې ضایع کېدنه په حاده یا مزمنه توګه
  - که د اوسپنې د لږوالي له کبله وینه لږې منځ ته راغلی وي
  - هیپاټیت .
  - دخولې له لارې د کاتر اسپټیف درملو خوراک په لږ کې .
- b) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
- سیروزس (حین)
  - نقروزس هیموکروماتوزسن
- LIII (17-KGS) = Ketogenic steroids :17
- په نارینه کاهل کې (5-23 mg/24<sup>h</sup>) او په ښځینه کې (3-15 mg/24<sup>h</sup>) په میازو کې سوبه ټاکل کېږي
- a) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
- پان هاپوپیتوریزم
  - د اډیسون ناروغی
  - په حاده توګه د سټروئیدونو قطع کول
- b) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي
- د ادرینال غدې هاپر پلازیا
- LIV (17-Ks) = Ketosteroid :17: په میازو کې نورمال اندازه لاندې ډول ټاکل کېږي
- په نارینه کې 9-22 mg/24<sup>h</sup>
  - په ښځینه کې 6-15mg/24<sup>h</sup>
- a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- کوشنګ سنډروم
  - 11 and 21 hydroxylase deficiency
  - له بهر څخه د سټروئیدونو اخیستل
  - همدارنگه له بهر څخه د ACTH او یا اندروجن هورمونونو اخیستل
- b) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
- د اډیسون ناروغی
  - عصبی بی اشتهايي Anorexia Nervosa

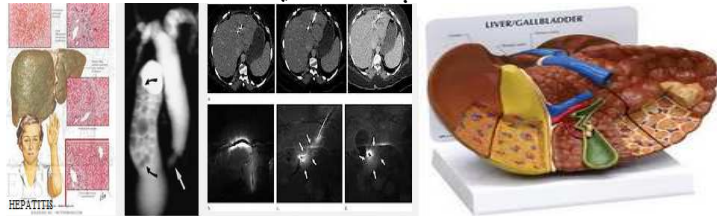
- پان هایپو پیټوریزم
- LV .KOH- Prep: دا آزماینست په نورمال حالت کې منفي وي او مثبت ډول يې په سطحې مایکوزس Superficial mycoses لکه (Keratinomyces, Candida ، Trichophyton ، Microsporone, Epidermophyton) کې لیدل شی .
- LVI Lactate dehydrogenase(LDH) انزایم: نورماله سویه يې 40-10 U/L
- a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:

- حاده مایوکارډیال احتشاء
- د زړه جراحی څخه وروسته
- د جراحی عملي پواسطه د مصنوعي دسام ځای پرځای کولو وروسته
- خبیثه انیمیا
- خبیث ټومورونه
- د سړو آمبولې
- هیمولایزس
- د پښورگو احتشاء

LVII LDH- Isoenzyme (LDH Lto LDH- 5):

په نورمال حالت کې که چېرې  $LDH_1/LDH_2$  نسبت ( $0.6-0.7 < LDH_1/LDH_2$ ) څخه لږ وي او که چېرې همدا نسبت له 1 > څخه پورته وټاکل شي نو دا راپه گوته کړي چې حاد ډول احتشاء به په مایوکارډ کې منځ ته راغلی وي د LDH سویه به په  $10-12^h$  ساعتونو کې لوړوالی ومومي او لوړ پیک Peak به يې په  $48-72^h$  کې منځ ته راشي.

د LDH-5 سویه به په هیپاټیټ ناروغۍ کې لوړوالی ومومي:



LVIII Lactic Acid (Lactate):

نورماله کچه يې [Noramal Levele (0.5-2.2 mmol/Lit)] دی او په لاندې حالاتو کې زیاتولې

- مومي .
- Hypoxic Lactic Acidosis
- Hemorrhage
- Circulatory Collaps
- Sepsis
- Cirrhosis
- Exercise

LIX. د وینې د (Lee- White Cloting Time) اندازه :

- د دې نورماله کچه (Normal 6-7 minutes) ده چې په لاندې حالاتو کې زیاتوالې مومي .
- هیارین درملنه (Heparin Therapy).
- د فکټورونو کمښت Plasma Cloting Factors Deficiency پرته له (Factor –VII, & XIII).

LX. لایپیز انزایم (Lipase Enzym) :

- نورماله کچه یې په وینه کې (0-1.5 U/mL) یا (10-150 U/L) ده په لاندې حالاتو کې زیاتوالې مومي :
- حاد پانکریاتیت .
- د پانکراس قنات بندښت (تیره، تضیق، تیومور ، د درملو) ، شحمی آمبولې سندروم (د بغوتیو-کله چرک) له کبله.

LXI. د لوپوس اریتماتوزس :

- په نورمال حالت کې هېڅ راز حجرې نه لیدل کېږي.
- په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه مومي .
- لوپوس اریتماتوزس سیسټمیک .
- Scleroderma
- Rheumatoid Arthritis
- د درملو له کبله لکه (Procainamide)

LXII. مگنیزیم ( Magnesium ) :

نورماله کچه یې (1.6-2.6 mg /dL) ده.

1. په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه مومي .
  - پښتورکو عدم کفایه .
  - هایپوتایرایډیزم .
  - دمگنیزیم عنصر لرونکی اتی اسیدونو خوراک .
  - اډیسون ناروغی .
  - ډیابیتیک کوما .
  - شدید ډیهایدریشن .
2. په لاندې حالاتو کې کمښت مومي .
  - سؤجذب .
  - سټیاتوریا
  - الکھولیزم .
  - سیروزس . هایپاراتایرایډیزم .
  - الډوسټرونیزم .
  - ډیوریتیک خوراک او درملنه .
  - حاد پانکریاتیت .
  - هایپر پاراتایرایډیزم .
  - هایپر الیمینټیشن .
  - انفی - معدوی سکشن .
  - مزمن هیموډیالیزس .
  - کلیری تیوبولار - اسیدوزس .
  - د درملو خوراک لکه (سیسپلاتینوم ،اماینوکلایکوسیدونه) .

LXIII پروټین یوریا :

ددې نورماله کچه په میازو کې ( Protein <100 mg /24 h Urine ) ده او ( Spot < 10mg /dL

or < 20 mg / dL ) د سهار وختی موده کې راپټول شوي میازو کې د تثبیت وړ وی

په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه مومی.

- Nephrotic Syndrome
- Glumerolonephritis
- Lupus Nephritis
- Amyloidosis
- Venous Congestion of Kidny (Renal Vein Thrombosis, Svere CHF)
- Multiple Myeloma
- Pre-eclampsia
- Postural Proteinurai
- Polycystic Kidney Disease
- Diabetic Nephropathy
- Radiation Nephritis
- Malignant Hypertension

LXIV پروترومین موده (PT) :Prothrombin Time

نورماله کچه یې (Normal =11.5-13.5 Seconds) ده . پدې لړ کې بهرنی د وینې علقې

فکټورونو مېکانیزمونه خپرل شې چې پکې یو لړ فکټورونه لکه ( Factor-I , Factor-II ,

Factor-V , Factor VII, and Factor-X ) ورگډېږي .

په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه – اوږدېدنه مومی.

- Coagulopathies ټول ډولونو د تحشر اختلال
- Drugs (Sodium Warfarin, Coumadin)
- Decreased Vitamin K
- Fat Malabsorption
- Liver Disease
- Prolong use Tourniquet دمخ تر دې چې وینه راوکښل شې.
- منتشر ډول پین الوعائی کواگولوپټی .

LXV د سروکریو اتوشمیرل اړوند د (Mean Cellular Hemoglobin) ټاکنه :

1. په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه – اوږدېدنه مومی.

▪ په ماکروسایټوزیس (Macrocytosis) :

- Megaloblastic Anemia
- High Reticulocyte Count

په لاندې حالاتو کې کمښت مومی.

▪ مایکروسایټوزیس (Microcytosis) .

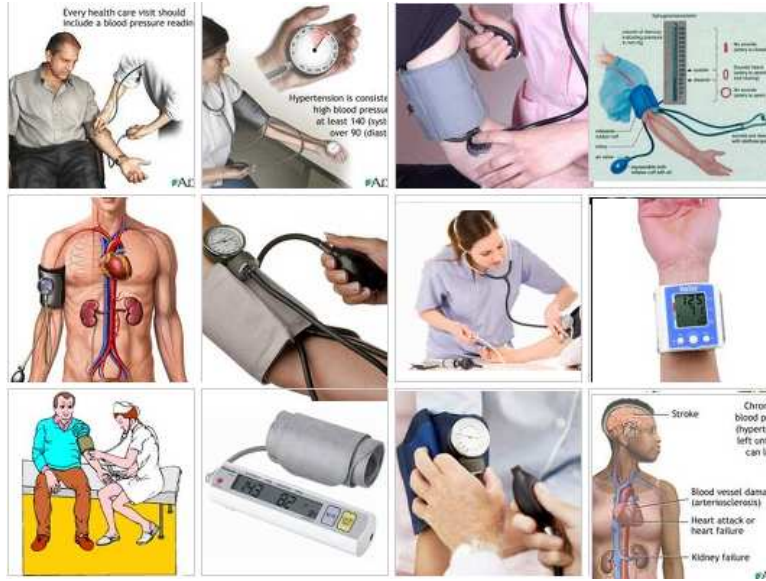
- Iron Deficiency



## نه دېر شم پرکې

### دوینې لوړ فشار (Hypertention):

که چېرې د ناروغ دوینې فشار د سیسټول 120mmHg او یا د پاسټول 80mmHg څخه پورته وټاکل شى دغه حالت به د لوړ فشار ناروغی وبلل شى او همدارنگه که چېرې یوه ناروغ ته چې د 45 کاله عمر لری Antrectomy او Vagotomy ورته ترسره شوی وی او دوینې فشار یې 190/110 ټاکل شوی نو سمدلاسه په لاندې پوښتنی مطرح شى .



- آیا ورسره ټاکی کارډیا او ټاکی پڼیا حالتونه شته او که؟ د عملیات څخه وروسته د دردونو شته والې به معمولا ټاکی کارډیا او هایپرټنشن پواسطه څرگندونه وکړی که چېرې برسېره پردی ټاکی پڼیا هم ورسره مل وی دابه هایپوکسیا په شته والې دلالت وکړی مخصوصا د Agitation پرمهال .
- آیا ناروغ پخوا هم د فرط فشار تاریخچه درلوده او که؟ د هایپرټنشن په ناروغانو کې په لږه اندازه خفیفه د فشار لوړوالې وټاکل شى همدارنگه د عملیات د زیاتې پیمانې مایعاتو تطبیق هم نادرا د ناروغانو وخامت منځ ته راوړی.
- آیا ناروغ کوم ډول صدري دردونه لری او که؟ د هایپرټنشن ناروغان په معمولا د زړه په برخه کې دردونه احساس کړی که چېرې د اکلیلی رگونو ناروغی شته والې ولری دابه کولای شى چې صدري دردونه منځ ته راوړی د زړه د مایوکارډ احتشاء په پېړنی درملنی ته اړتیا ولری د Aortic dissection ناروغی به همدارنگه پېړنی حالت منځ ته راوړی او صدري درد به خلف د صدر کېښې منځ ته راوړی.

▪ د ناروغ تل مدام فشار او درملنه کوم ډول درمل دی؟ د سمپا توممیټیک درمل به په غیر صحیح دوز سره هایپریتشن منځ ته راوړي چې د درملنی پرمهال دی رفاقت اوڅاڅکي په څېر سره وټاکل شی.

دخولې له لارې کاتراسټیټ درمل اوسټروئیدونه کولای شی چې فشار لوړ کاندی ددی لپاره د عملیات څخه وروسته لوړ فشار مخنیوی وشی باید ټول د فشار ضد درمل پرته له دیوریتیکونو څخه کولای شو چې وړکړو همدارنگه ډیپرلامونه چې علت جوړوی باید تر درملنی لاندې ونیول شی.



توپیری پېژندنه :

په کلاسیکه توګه د جراحی لپاره شپږ غوره د اصلاح وړ حالتونه شته چې کېدای شی د اصلاح سره سم فرط فشار پری تر کنټرول لاندې راشی:

- Coarctation of Aorta
- Pheochromocytoma
- Cushing Syndrome
- Primary Hyperaldosteronism
- Unilateral Renal Parenchymal Disease
- Renovascular Hypertention

A- له عملیات څخه وروسته : د حالت د لاندې لاملونو له کبله منځ ته راځی:

- د دردونو له کبله
- د مایعاتو زیات انفیوزن (Fluid Overload).
- هایپوکسیا.
- Vasospasm پدې حالت کېبې تر ټولو ډېر د بدن د تودوخې (حرارت) ضایعات د عملیات پرمهال چې ددی لپاره چې د ناروغ تودوخه ضایع نشی درکونو سپزم منځ ته راځی او همدارنگه کېدای شی چې دابهر Cross - Clamping له کبله هم منځ ته راشی.

B- اساسی هایپریتشن : هغه ناروغان چې مزمن هایپریتشن لری د 90-95% پېښو لپاره کوم راز بنسکاره لامل نه موندل کېږی.

C- ثانوی هایپریتشن :

- کلیوی لامل :- چې بسائی د پښورکو وعایې او یا پارانشیمال ستونزه وی.

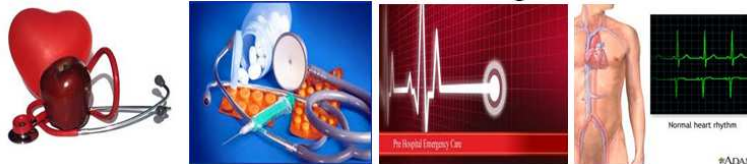
- اندوکراين :- فيوکروموسايټوما ، دکوشنگ سندروم.
- ددرملو له کبله : دخولې له لارې کاتراسپټيف ، امفټامين ، کيټامين اويولې نورسيميټوميټيک درمل .
- بلاربنست :- پريايکلامپسيا .
- داېهر کوارکېشن .
- ددماغی مايع د فشار لوړوالي : چې معمولا دبرادې کارډيا سره مل وی اودټومورونو ، دتحت العنکېوتيه برخې وينه بهېدنه اونور .
- پولی سايټيميا وېرا (Polycythemia vera) .
- اونورتخنيکي لاملونه : که چېرې ډېرکوچنی د فشار آلې کف وکارول شي اوناروغ هم که چېرې ډېرچاغ وی نو دابه تخنيکي لامل وکيل شي .



### کلبنيکي کني

#### ► فزيکي کني :

- حياتي علايې : د وينې فشار دی په دواړو متونو کبني وټاکل شي همدارنگه د بدن د تودوخې درجه دې وټاکل شي دټيټې درجې تودوخه به دلور فشار لپاره لامل وټاکل شي .
- د سر ، سترگو ، غوږ ، مری ، پوزې اوسټوني په کني کبني دی خيړ وشي د Papilledema ، درتينا وينه بهېدنه ، اوبشاي اګرودات شته والي ولری . Papilledema به ددماغی فشار دلوروالي اوخيټ فرط فشار بشودونکی وی .
- سپری : که چېرې دسپرو په اصغاء کبني رالونه شته والي ولری دابه دسپرو داډيما اوزپه دعم کفایې څرګدونکی دی .
- کېډه : دنبضان درلودونکی کله دګېډې داېهر دانوريزم اوهمدارنگه د Bruit شته والي د Renovascular په ها پيرټنشن باندي دلالت وکړی .
- عصبي : که چېرې موضعی اختلاج شته والي ولری دابه ددماغ په اسکېما باندي دلالت وکړی .



### ▶ لابر اتواری کټنې :

- دشریان وینې دکازاتو ټاکنه : که چېرې دهاپوکسیا لامل تراشتباه لاندې وی نوپدې حالت کېږي دشریانی وینې دکازاتو دسویې ټاکنه ترسره کېږي .
- یورینلایزس ، BUN دسپروم کریاتینین .
- همدارنگه پدې کتنه کېږي به دویڼې د فشار او پښتورگو عدم کڼایې اړوند معلومات څرگند شی .
- دسپروم گڼکولامینونه ، دبولی VMA اومیټا نفرینونو ټاکنه .
- دابه یوازې په هغه ناروغانو کېږي چې دفیوکر وموسایټو لپاره مشکوک وی ترسره کېږي .
- د دیکسامیازون سوپرېژن آزماښت : دابه دکوشنگ سندروم شته والې لپاره ترسره شی .

### ▶ رادپولوژیک او نورې کټنې :

- دزړه گراف (ECG) :- داهغه ناروغانو لپاره چې ورته دزړه صدر اورگونو جراحی ترسره کېږي دزړه گراف یوه گټه وړه کتنه ده او یا هم هغه ناروغان چې په تاریخچه د زړه دناروغیو دشته والې حکایه لری اودلوی عملیات لپاره کاندید وی ترسره کېږي دها پیرتشن دشته والې په صورت کېږي دزړه گراف داسکیمیا ښکارندوی وی اوبدلون ښائی وموندل شی .
- دریوی شریان کټر : دزړه داوت پټ اوسپړود Capillary wedge فشار به دزړه دوظایفود زیاتوالې په شدیدو ناروغانو کېږي څرگند کړی په ډېری ناروغانو کېږي چې دغه حالت ولری ښائی دوی استطباب ونلری .
- آرتریوگرافي (Arteriography) : دشریانونو ښکاره کونکی رادپوگرافي ښائی په ډېر ناروغانو دیولې ناروغیو شته والې څرگند کړی .
- په عادی توگه دپښتورگو دورید د رینین ټاکنه به ښائی ډېره گټه وړه څرگنده شی .
- دمیتازو دکیکولامین ټاکنه اود VMA ټاکنه .
- دویڼې دکورټیزول ټاکنه .

### د درملنی پلان

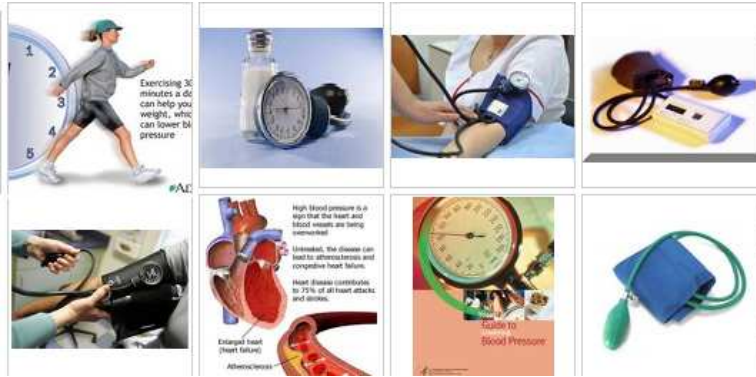
#### پېړنی منجمنټ :

شدید هاپیرتشن په شمول دهاپیرتسیف انسفالوټی ، خبیث فرط فشار ، دابه دانوریزم ډایسکشن معمولا د سوډیم نایټروپروساید پواسطه تردرملنی لاندې په پېړنی توگه نیول کېږي نوردرمل چې په حاد حالت کېږي د درملنی لپاره ورکول کېږي لکه (Labetelol ، Diazoxide ، Hydralazin) گټه ورتما مېږي .



- ▶ له عملیات څخه دمخه : کله چې ناروغ بستر کېږي له عملیات څخه دمخه ورته د وینې د فشار ټاکل ضروری وی چې هایپرټنشن باید تثبیت شی.
  - ECG دزړه گراف د اسکیما او Failure ټاکل کېږي.
  - د وینې فرط فشار اوزره ټول درمل دی دسهار له خوا ورکول شی او ډیوریتیک باید ورکول شی.
  - دوزن بایل او خاص غذايي رژیم او پرهبز ورکول کېږي.
  - وصفی درمل لکه Beta blocker درمل او ډیوریتیک Thiazid به په ناروغانو کېږي بڼه اغېزمن وی.
- که چېرې دیتا بلاکر لپاره مضاد استطباب شته والې ولري لکه (Asthma، دزړه عدم کفایه ) شته والې له کبله به مرکزي ضد ادرینرجیک درمل لکه (Clonidine، Aldomet) او یا د الفا ادرینرجیک ضد درمل بنائې وکارول شی.
- دریم ډله هغه درمل لکه هایدرالازین ، Prazosin او دانجیوتنسن کانورټینګ انزایم نهی کوونکی لکه (Captopril، Enalapril) ورکول کېږي . هایدرالازین بنائې دټاکی کارډیا لامل شی.
- دکلسیم چپل بلاکر درمل به فعلا زیات پکاریورل شی چې د هغې ټاکلی ډوز به ګټه وړ وی.
- ▶ له عملیات څخه وروسته :-
  - مناسب اندازه آکسیجن ناروغ ته ورکول کېږي.
  - انالجزیکونه ددردونو دله منځه وړلو لپاره ورکول کېږي.
  - ناروغ باید آرام اوتود وساتل شی.
  - خفیف هایپرټنشن دډېرو درملو پواسطه تردرملنی لاندې نیول کېږي دژبې لاندې نفیوپین (10-20mg) نادر دهایپوټنشن لامل گرځي.
  - هایدرالازین (5-10mg) ورید له لارې دډېر عمر درلودونکو ناروغانو کېږي پکاریورل کېږي سیدایف درمل ددرد کترول اوفشار کترول لپاره ګټه وړدی کله ناکله ډیوریتیک هم ورکول کېږي اوهمدارنگه په بلاربو بشخو کېږي د Alpha- methyl-dopa درمل ګټه وړدی.

- په شدید ډول هایپر تینشن کېښي دورید له لارې Vasodilator درملو څخه کار اخیستل کېږي نادراد Beta blocker زرقی محلولونه کارول کېږي.
- ټاکلی اوځانګړی د فرط فشار ضد درمل د دی موخې لپاره غوره درمل د سوډیم نایټروپروساید (Sodium Nitroprosid) گڼل کېږي.



پای

## نيونكي سرچيني يا مآخذونه (References):

1. **SURGERY ON CALL** -1990 Edited by : Leonard G. Gomela, MD and Alan T. Lefor , MD ISBN :0-8385-741-0 Printed in USA. Prentice Hall.
2. Medical Reviewers: William C. Lloyd III, MD, FACS Last Review Date: Aug 9, 2013 © 2014 Healthgrades Operating Company, Inc. All rights reserved. May not be reproduced or reprinted without permission from Healthgrades Operating Company, Inc. Use of this information is governed by the Healthgrades User Agreement.
3. <http://emedicine.medscape.com/article/863220-overview> and [http://en.wikipedia.org/wiki/Wikipedia,the\\_free\\_encyclopedia](http://en.wikipedia.org/wiki/Wikipedia,the_free_encyclopedia).
4. Madeod's Clinical Examination .Copyright © 2007 [Elsevier](http://www.elsevier.com) Inc. [studentconsult.help@elsevier.com](http://studentconsult.help@elsevier.com)
5. Schwartz\_'s Principles of Surgery, Ninth Edition , **F. Charles Brunickardi, MD, FACS** Copyright © 2010, 2005, 1999, 1994, 1989, 1984, 1979, 1974, 1969 by The McGraw-Hill Companies, Inc. Book ISBN 978-0-07-1547703
6. Townsend Beauchamp Fvers Mattox . Sabiston Textbook of Surgery, 18th ed.The Biological of Modern Surgical Practice, Copyright © [2007 Saunders, An Imprint of Elsevier](http://www.saunders.com)
7. Washington Manual of Surgery, 4th Edition Editors: Kingensmith, Mary E; Amos, Keith D.; Green, Douglas W.; Halpin, Valerie J; Hunt, Steven R Copyright 2005©<sup>1</sup> Department of Surgery, Washington University School of Medicine. Published by Lippincott Williams & Wilkins
8. Acute Care Surgery Principles and Practice :Editor-in-Chief LD. Britt, MD, MPH.,Donald D. Trunkey, MD, David V. Feliciano, MD © 2007 Springer Science+Business Media, LLC
9. Textbook of Pediatric Emergency Procedures 2/e Author(s): Christopher King MD, FACEP; Fred M. Henretig MD, FAAP, Copyright 2008©<sup>1</sup> Lippincott Williams & Wilkins.
10. Clinical Surgery SECOND EDITIONAlfred Ouschieri MD DM ChM FRSE FRCS(Ed) FRCS(Eng) , Pierce Grace MCh FRCS(I) FRCS, Ara Darzi KBEMD FRCS FACS FRCS(I) FRCPS(Glas) F Med Sci , Neil Borley MB BS FRCS(Eng) MS , David Rowley B.Med.Biol MD FCRS(Ed) FRCS(Eng) FRCPS(Glas) , ©1996, 2003 by Blackwell Science Ltd

## د ليکوال لنډه پيژندنه:

رنځوريار ډاکټر عجب گل مومند د ننگرهار ولايت د مومندري ولسوالي د باسول په کلي کښې



په (۱۳۴۷) لمريز کال کښې په يوه روښانفکره کورنۍ کښې سترگې نړۍ ته غړولي په کال (۱۳۵۳) لمريز کال کښې د کابل ولايت د شاه شهيد (ع) لومړنۍ او منځنۍ ښوونځۍ کښې په زده کړو پيل کړې تر کال (۱۳۶۰) پورې هلته لومړنۍ زده کړې پاي ته رسولې او په کال (۱۳۶۴) لمريز کال کښې د کابل د حبيبيې عالي ليسي څخه فارغ همدارنگه په (۱۳۷۰) لمريز کال کښې د کابل د طبي پوهنتون د معالجوی طب پوهنځۍ کښې عالي زده کړې بشپړې او په (۱۳۸۰) لمريز کال کښې د کابل د اندراگاندي په نوم د ماشوم روغتيا

انيسيتيوت او روغتون کښې د جراحي څانگې د تخصص پروگرام سرته رسولې په بېلابېلو روغتونونو او

جراحي څانگو کښې دنده پرمخ بيولې او لاهم تراوسه د ناروغانو په چوپړ کښې دې.

په پښتو، دري، انگريزي او اردو ژبو کښې بشپړ لاس لري.



## Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 156 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost. All published medical textbooks can be downloaded from [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)

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

*“Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashtu. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state – of – the – art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashtu is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit.”*

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

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

**I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to the medical colleges free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.**

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

We are very thankful to **Kinderhilfe-Afghanistan** (German Aid for Afghan Children) and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 60 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country. Dr. Eroes has made funds available for 20 additional books which are being printed now.

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

In our ministry, I would like to cordially thank Academic Deputy Minister, Prof. M Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Dean of Nangarhar Medical Faculty Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy Dr. Hamayoon Chardiwal, for their continued cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz, Fahim Habibi and Subhanullah in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak  
Advisor & CIM-Expert at the Ministry of Higher Education  
Kabul/Afghanistan, January, 2015  
Office: 0756014640  
Email: [textbooks@afghanic.org](mailto:textbooks@afghanic.org)

Book Name        Surgery  
Author            Dr Ajab Gul Momand  
Publisher        Nangarhar Medical Faculty  
Website         www.nu.edu.af  
No of Copies    1000  
Published        2015  
Download        www.ecampus-afghanistan.org  
Printed at        Afghanistan Times Printing Press

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and Technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office        0756014640

Email        textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2015

ISBN        978 – 1 – 934293 – 06 – 5