



لس مشهوری ناروغی

پیژندنه، لاملونه، نښې او درملنه

۱. زکام
۲. شری
۳. ملاریا
۴. سینه بغل
۵. برانشولایتس
۶. شجیلوزس
۷. منخني غور التهاب
۸. حاده اوبلنه نس ناسته
۹. د نویو زېږېدلو ماشومانو زیږی
۱۰. د نویو زېږېدلو ماشومانو اسپیکسیا



¥ 2.0

ډاکتر سید ملیار سادات

لس مشهورې ناروغۍ

TOP TEN
DISEASES

ډاکټر سيد مليار سادات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

د کتاب خانگړنې :

د کتاب نوم لس مشهورې ناروغۍ

لیکوال ډاکټر سید ملیار سادات

چاپ کال ۱۳۹۵ هـ

سکن کونکي: عزت الله سلطاني

پر لیکه کونکي عزت الله سلطاني

دا کتاب د خان کتابتون څخه ډانلود شوي دي

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

Esultanzai@hotmail.com

azatullahsultanzai@gmail.com

www.facebook.com/Ezatullah.sultanzai

- ۱- زکام COMMON COLD 3
- ۲- حاده او بلنه نس ناسته ACUTE WATERY DIARRHEA 11
- ۳- سینه بغل / نمونیا (PNEUMONIA) 24
- ۴- ملاریا (MALARIA) 33
- ۵- برانشیولایتیس (BRONCHIOLITIS) 45
- ۶- شری / سرخکان (MEASLES (RUBEOLLA) 50
- ۷- شیبیلوزس (SHIGELLOSIS (BACILLARY DYSENTERY) 57
- ۸- د نوو زیریڈلو ماشومانو ژیری NEONATAL JAUNDICE 61
- ۹- د منخنی غور التهاب OTITIS MEDIA 79
- ۱۰- د نوي زیریڈلي ماشوم اسپیکسیا BIRTH ASPHYXIA 85
- 95 ماخذونه

ڊالی

دا ڪتاب خپل گران ارواڻياد پلار، گرانه مور او گران ورونه هريو ڊاڪٽر صحرايي سيد، سيد اجمل سادات، زيرڪ ذهين او اسدالله سادات ته پي به ادبي او پڻتنه مينه ڊالی ڪوم.

() () ()

په دوهم قدم ڪي پي هغو ڊاڪٽر صاحباتو ته ڊالی ڪوم چي نفسونه پي د طبي تجارت خخه پاڪ دي او د هر ناروغ درد خپل درد بولي او د ناروغانو د بني روغتيا لپاره هلې ځلې ڪوي.

() () ()

ڊاڪٽر سيد مليار سادات

خپلې خبرې

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

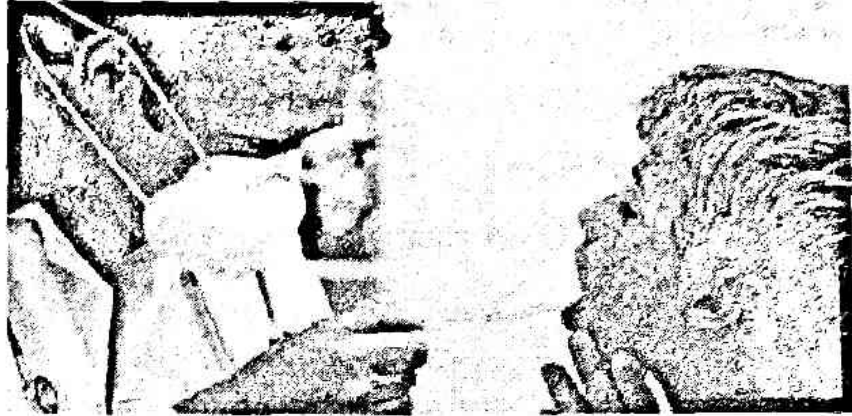
وروسته د حمد او ثنا څخه د لوي الله شکر ادا کوم چې وروسته د ډېرې مودې څخه بې زه د دې جوگه کړم چې يو ځل بيا دخپلو هېوادوالو د علمي سطحې د لوړوالي لپاره يو علمي اثر چمتو کړم.

افغانستان يو ډېر غريب هېواد دي او خلک يې د ډول ډول اقتصادي ستونزو سره لاس په گريوان دي او هغه صحي خدمات چې د يوې سالمې روغتيا لپاره اړين گڼل کيږي په بشپړ ډول سره نه دي چمتو، چې همدا لامل يې دي چې ورځ په ورځ ساري او غير ساري ناروغۍ مخ په ډېرېدو دي او د ډېرو ماشومانو ژوند يې، د گواښ سره مخ کړی، نو همدا وجه وه چې زه يې دې ته اړ کړم چې د هغه ناروغيو په اړه چې په ماشومانو کې ډېر وقوعات لري او مرگونې اختلاطات لري او هم نوموړې ناروغۍ زموږ په ټولنه کې په سر کې دي يعنې زموږ په روغتونونو، روغتيايي مرکزونو او شخصي کلينيکونو په ناروغانو کې همدغه ناروغۍ دي چې زموږ د ناروغانو ډېره فيصدي جوړوي، نو په همدې خاطر مو دغه کتاب مو (لس تاپ ناروغۍ) يا diseases Top ten (زکام، نس ناسته، نمونيا، وينه لرونکې

TOP TEN DISEASE | 2

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

سید ملیار سادات
کنړ ولایت، نورگل ولسوالي
سیدانو جونگره



(1)

زکام

Common Cold

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

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

د انتقال لاره او میکانیزم:

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

TOP TEN DISEASE 15

ICAM-1 receptors سره باندو جوړوي چې د دغه باندو جوړیدو په صورت کې Inflammatory mediators ریلیز کیږي چې د دغه التهابي میډیاتورز د ریلیز کیدو په نتیجه کې ناروغ ته اعراض پیدا کیږي مگر نوموړې ویروس په عمومي ډول سره Nasal epithelium ته کومه صدمه نه رسوي مگر د بل طرفه respiratory syncytial virus د مستقیم او غیر مستقیم تماس په واسطه د پوزې اپیتلیوم تخریبوي او همدا ډول parainfluenza ویروس په قسمي ډول سره د پوزې ، ستونې او برانکسونو التهاب رامنځ ته کوي، په غټوماشومانو کې کله چې دا ویروس trachea متاثره کړي نو کېدای شي چې د هوايي لارې د تنگیډه له امله د کروب اعراض ورکړي.

ایډیمولوژي:

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

اعراض او علایم:

Signs and symptoms

د زکام و صفی اعراض په لاندې ډول دي.

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

وده یا Progression :

زکام اکثره وخت د سترتیا او د خستگی د احساس سره پیل کېږي چې ناروغ پرنجی او د سردرد ورسره لري او دوه ورځو په دوران کې بهیدونکې پوزه او توخی هم شروع کېږي، دغه اعراض امکان لري چې د زکام ویروس اخته سره د شپاړسو ساعتونو په موده شروع شي او بیا د دوه یا دريو ورځو په دوران کې خپل اخرې حد ته لوړیږي چې دا بیا زیاترو وخت په د لسو ورځو په موده کې شفا یات کیږي او هم کیدای شي دغه اعراض تر درې اونیو پورې پاتې شي، د توخی منځنۍ موده یې تر اتلس ورځو پورې وي او په ځینو کیسونو کې ناروغانو یو ډول توخی پیدا کیږي چې د Post-Viral cough په نامه سره یاد یږي چې کله کله دا توخی یو اوږد سیر پیدا کوي.

اسباب (Causes) :

Virology

Coronaviruses یو ډله پیژندل شوې ویروسونه دي چې زکام رامنځ ته کوي، دغه ویروس کله چې د الیکترون مایکروسکوپ لاندې ولیدل شي د

TOP TEN DISEASE 17

تاج په شکل منظره لري، common cold د پورتنی تنفسي لارې يو ويريوسي انتان دی چې د لامل له نظره ځينې مهم ويريوسونه د فيصدي له لحاظه په لاندې ډول دي.

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

تشخيص (Diagnosis):

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

مخنيوي (Prevention):

د زكام د مخنيوي لپاره يواځنې ممكنه او مهمه لار چې د زكام د ويروس خپريدنه او وقوعات راكم كړي فزيكي تدابير دي لكه د لاسونو پريمينخل ، ماسك كارول ، همدارنگه په health car environment كې د چين او disposable دستكشو استعمال دى.

• لومړې بايد په دوامدار او منظم ډول سره وروسته د پوزې يا دخولې د مسح كولوڅخه او د غذا د چمتوكولو لاسونه بايد په صابون باندې پريمينخل شي.

• هميشه بايد پرنجى او توخى په يو دسمال او يا بل يو كاغذ كې وشي.

- هغه کارې ساحې چې موږ هلته کار کاوو باید روزمره د میکروبونو څخه پاکې وي.
 - د زکام ناروغان باید د خپلو ځانونو لپاره پيالې اولوحي جدا کړي.
- د ماشومانو منظم لاسونه وينځل د زکام ويروس انتقال په کم والې ډېر موثر دي همدارنگه هغه خلک چې د زکام په ويروس اخته دي د هغوي سره د خبرو کولو پرمهال باید ماسک وکارول شي او يا متن اشخاص ماسک وکاروي، په کور، دفتر او يا نورو کارني ځايونو کې باید نوموړې متن اشخاص خپل د خوراک څښاک لوبښي جدا کړي، نوموړې ناروغانو ته باید صحي تعليمات ورکړل شي او د زکام د اضرارو څخه دې خبر کړای شي، Zinc سفليمينټ استعمال هم يو څه موثر تماميږي ځکه دا د زکام په پريويلانس کې کموالي راولي، نوو مطالعاتو بنودلې ده چې که چېرې د زکام د شروع کيدو په لومړيو 24 ساعتونو Zinc وکارول شي د ناروغۍ وخت او شدت کموي د Vitamine C استعمال د ناروغۍ شدت نه کموي مگر وخت راکموي.

اداره (Management) :

زکام کومه خاصه تداوي نه لري چې د انتان وخت راکم کړي او يوازې او يوازې اعراضي کړاروونکي تداوي ورته توصيه کيږي لکه د بيلگې په ډول ناروغ ته باید پوره آرام وکړل شي، همدارنگه د آرام سره سره د زکام ناروغان باید کافي مايعات واخلي چې هايډريشن برقراره وساتي، د دې سره سره ناروغ ته اړينه چې په مالگينو اوبو سره غرغره وکړي، او ورسره د درد او د تبې لپاره د درد ضد درمل (analgesics) او د تبې ضد درمل (antipyretics) لکه Ibuprofen او acetaminophen/Paracetamol ورکړل شي، شواهدو بنودلې ده چې د توخي ضد درمل د انلجيزيکو په پرتله په

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

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

: Antibiotics and antivirals

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

: انزار (Prognosis)

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

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

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

کله چې

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

(2)

حاده اوبلنه نس ناسته

Acute Watery Diarrhea

د نورو ناروغيو په پرتله اسهال په کوچنيانو (د پنځو کالو څخه کم عمره ماشومان) کې زيات ليدل کيږي او د اطفالو متخصصين او معالج ډاکټران ورسره په کلينيکونو، روغتونونو او نورو صحي مرکزونو کې ورسره مخامخ دي، د کوچنيانو لپاره هره ناروغي که هغه وږه وي او يا غټه که چېرې په خپل وخت سره تد اوي نه شي ستونزمن تماميږي او د مرگونې اختلاطاتو لامل گرځي. نس ناسته په دوه ډوله ده چې يو يې د لنډ وخت لپاره نس ناسته (حاده نس ناسته) او بل يې ځنډنې (يا اوږد مهاله) نس ناسته بلل کيږي. لنډ مهاله نس ناسته هغه ده چې لږ وخت د بيلگې په ډول يوه ورځ يا څو ورځې دوام کوي او لدې وروسته پخپله يا د درملنې پوسيله په بشپړ ډول له منځه ځي مگر ځنډنې نس ناسته بيا هغه ده چې مياشتې، کلونه او په ځنې وختونو کې ان ټول عمر په ناروغ کې شتون لري او د ناروغ لپاره په ژوند کې يو عمده صحي ستونزه وي.

تعريف (Definition) :

حاده ناسته: که چېرې د يو کوچني تغوط (frequency) شمېر په ورځ درې يا د درې څلو څخه زيات او غايطه مواد اوبلن شکل ولري دغه حالت د نس ناستې څخه عبارت دی او يا که چېرې د غايطه موادو په Consistency او frequency کې تغير راشي دې حالت ته اسهال ويل کيږي او که چېرې په ساده ډول سره تعريف کړو نو داسې به ووايو چې نس ناسته هغه حالت ته

ویل کیږي چې یو شخص پکې د عادي حالت په خلاف ژر ژر اوبلنې ډکې متیازی کوي. یا داسې یې هم تعریف کولای شو چې حاده نس د غایطه موادو د قوام او دفعاتو له ناڅاپي بدلون څخه عبارت دی او که چېرته په غایطه موادو کې وینه موجود وي نو بیا دې حالت ته dysentery ویل کیږي. په زیاتره پېښو کې حاد و قفوي نس ناستې د اوو ورځو په موده کې له منځه ځي مگر په 5-15% واقیعاتو کې امکان لري چې حاده نس ناسته تر دوه (۲) اونيو پورې هم پاتې شي. او که چېرې د نس ناستې ناروغي د څوارلسو (۱۴) څخه زیاته پاتې شي مقاومه (persistent) نس ناسته بلل کیږي او که د اعراضو وخت د یوې میاشتې څخه زیات شي نو داسې حالت بیا د ځنډنې نس ناستې په نوم نومول کیږي، د حادې نس ناستې زیاتره پېښې په خپله ښه کېدونکې (self-limited) وي.

وقوعات (Incidence):

د اسهال وقوعات د نړۍ په هر ګوډ کې لیدل کیږي، مگر په هغه هیوادونو کې یې پېښې (Mortality, Morbidity) زیاتي لیدل کېږي چې د حفظ الصحې شرایط یې درست نه وي او یا یې اقتصادي کچه ټیټه وي.

د ګلوبل پندو اداری د اسهال په کلنۍ تخمیني اندازه کې ښودلې ده چې په کال ۳-۵ میلیونه کوچنیان د نس ناستې د واقیعاتو سره مخ کېږي او په دې کې بیا ۲ میلیونه کوچنیان د نس ناستې له لاسه خپل ژوند له لاسه ورکوي او وایي چې د پنځو کالو څخه په کم عمره ماشومانو کې نس ناسته د ټولو نورو مړینو په پرتله ۲۰ فیصده څخه زیات مړینه جوړوي.

د نس ناستې دوه مهم لاملونه د سوټغذی (malnutrition) او دیهایدریشن (dehydration) څخه عبارت دي، دیهایدریشن او سوټغذی د نس ناستې د رامنځ ته کیدو لپاره یو ناوړه سیکل جوړوي چې بیا په دې کې سوټغذی د نس ناستې خطر شدت زیاتوي.

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

: Epidemiology

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

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

: اسباب (Etiology)

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

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

باکټريايي انتانات (Bacterial Infection) :

Enterotoxigenic, enteropathogenic, : (25%) **Escherichia.coli**

Enteroinvasive and enteroaggregative

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

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

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

Compylobacter species

نور باکټريايي انتانات :

Bacillus cereus, Clostridium difficile

Clostridium perfringens, staphylococcus aureus, Vibrio

Plesiomonas shigelloides, parhemolytic,

ويروسي انتانات (Viral Infections) :

Rota Virus (40 %)

Norovirus spp : Human caliciviruses

Enteric adenovirus serotypes 40 and 41

Astroviruses, coronaviruses, cytomegalovirus : others

پرازيتي انتانات (Parasitic Infection) :

Giardia lamblia

Cryptosporidium parvum

Entamoeba histolytica

Cyclospora cayentanensis

Isospora belli

Parenteral infection

Otitis media,UTI,Pneumonia:

: Dietary factors

Over feeding,Starvation, Food allergy,Food Poisoning

: Drugs

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

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

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

د ناروغ ارزيايي کول (Evaluation of the patient):

تاريخچه:

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

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

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

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

همدارنگه د نورو ناروغیو د اعراضو په اړه پوښتنه وکړئ لکه د توخې په اړه چې په تنفسي انتاناتو کې وي، جلدې رش چې په شری کې وي،

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

د گېډې د درد او پراخوالي په اړه پوښتنه وکړئ.

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

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

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

: Examination

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

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

مخاطي غشا، وکتل شي چې نارمله، وچه او یا بل کوم شکل لري.
Skin turgor: د نس ناستې په ناروغانو کې جلدې ترگر معاینه کېږي چې نارمل، ضعیف، خپل ځای ته په قلاړه ځي او یا ډېر په قلاړه خپل ځای ته ځي.

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

قدامي فانتینال هم باید ارزیابي شي چې ایا خلاص دي، که بند او یا زور کړی شوې او یا څه برامدگې لري.

گیډه: د ناروغ گیډې په معاینه کې باید د گیډه او ازونه، پراخوالي او نور اقات په کې ولیدل شي.

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

پتوفزیولوژي:

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

د مایعاتو ضیاع (lose fo water):

د اسهال ناروغانو د مایعاتو د ضیاع په نتیجه کې جلدې ترگر ضعیف کېږي، ورک یا ضعیف نبض لري، د ناروغانو د زړه ضربان زیات وي، سترگې یې ننوتې وي، فانتینل یې ښکته خواته ننوتې وي، ناروغ ډډه اواز لري، د اطرافو شینوالي هم پکې موجود وي، جلد یې بیخ وي او ادرار یې وي موجود او یا کمې وي.

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

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

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

د ډیهایدریشن طبقه بندي:

د کلینک له نظره ډیهایدریشن په درې ډوله دی .

خفیف: چې د وزن ضیاع یې د ۵٪ څخه کمه وي.

متوسط: چې د وزن ضیاع یې د ۵٪-۱۰٪ په مینځ کې وي.

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

بایو کیمیکل طبقه بندي:

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

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

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

کلینیکي تظاهرات:

پېښې په ناڅاپي ډول د اسهال او استفراقاتو سره شروع کېږي.

د نس ناستې په ناروغانو کې ډیهایدریشن په عاجل ډول په غایطه موادو

او استفراقاتو کې د مایعاتو او د الکترولایتونو د ضیاع په نتیجه کې منځ

ته راځي او د ډیهایدریشن د مختلف پړاوونو اعراض او علایم په لاندې

ډول دي.

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

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

استفراقوي او قدامي فانتینل پکې په کم ډول ښکته وي.

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

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

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

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

شديد ديهيدریشن : د ناروغ حالت پکې د اوليگيميا او د مخيطي دوراني عدم کفايي له امله ډېر خطرناک وي، جلد پکې يخ او شين بخن وي، نهايات پکې ډېر ژور شين والې يعنې سيانوتيک وي او د کوچنې د اوبو او يا د تې رودل پکې له منځه تللي وي، د سترگې کورنيا طبقه پکې ډېره ځلانده وي او د سترگې گاتې پکې اکثره وخت پورته خواته تاو شوي وي، فانټينل پکې ډېر ژور ننوتی او د ادرارو خروج پکې کم وي.

پلټنې (Investigation):

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

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

- ترش.
- مړينه.

اداره يا Management :

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

• ايا ناروغ نس ناسته لري؟

که چيرته ځواب هو و. پوښتنه وکړی.

د څومره وخت راهيسې؟

• ايا په غايظه موادو کې وينه شته؟

وگوری او حس کړئ.

د ناروغ عمومي حالت ته وگورئ چې ايا ناروغ محرش دی او که بيهوشه . ايا ناروغ نارامه دی او که خوبجن .

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

• ناروغ ته اوبو څښلو توصيه وکړئ.

چې ايا ناروغ د اوبو څښلو قابليت لري او که نه او يا ډير په قراره اوبه څښي؟ او يايې په ډير مينه څښي.

د گېډې د پوستکې پنچ کړئ چې خپل حالت په قراره او که په تيزي سره (د دوه سيکيندو څخه زيات وخت).

اوس نس ناسته طبقه بندي کړئ او تداوی لپاره يې پلان گذاري وکړئ.

Treatment Plan A (for no dehydration)

Treatment Plan B (for some dehydration)

Treatment Plan C (for sever dehydration)

(1) د تداوی پلان A د No د بيهادريشن لپاره :

د تداوی په دغه پلان کې ناروغ په کور کې تداوی کېږي او د مور سره په درې خبرو سلامشوره کېږي او توصيه ورته کېږي.

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

(b) او هم ورته اضافي مايعات ورکړي
موربايد ماشوم ته د سپنې شېدو سره په پاکو جوش شوو اوبو کې ORS
ورکړي. هغه کوچنيان چې عمر يې 2 کالو څخه بنسټه وي د 50 څخه تر
ORS 100ml وروسته د هر تغوط څخه ورکول کېږي او هغه کوچنيان
چې عمر يې د 2 کالو څخه پورته وي 100 څخه تر ORS 200ml وروسته
د هر تغوط څخه ورکول کېږي. موربايد د دغه مايعاتو سره خپل ګو چني
ته شوروا يا سوپ ورکړي.

(c) او بيا کله بيرته مراجعه وکړي.
موربايد په دې وپوهول شي چې د کوچني د وضعيت د ارزيايي لباره 5
ورځې ورسته بيرته راشي او هغه وخت عاجل بيرته راشي که چيرته په
ماشوم کې لاندې حالتونه وليدل شي.
• دڅښلو او د تي روډلو توانايي ونه لري.
• د موجوده حالت څخه زيات ناروغ شي.
• ناروغ تبه پيدا کړي.
• په غايظه موادو کې يې وينه پيدا شي.
• او ضعيف څښاک ولري.

2) د تداوي پلان B د some ديهيدریشن لپاره:

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

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

• په قاشوقه يا په بياله باندې وار په وار کوچنې د گوت په شکل د ORS محلول ورکړي.

• که چيرته ماشوم کانگې وکړي د 10 دقيقو په اندازه ورته صبر وکړئ او بيا ورته د ORS محلول ورکړئ خو ډير په قراره.

• ناروغ ته بايد مور خپلې شېدې ورکړي تر هغه چې مور يې غواړي. وروسته د 4 ساعتونو څخه :

د ناروغ ارزيايي وکړئ او ديهيدریشن يې وگورئ

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

1. اضافي مايعات ورکړي.

2. شېدې ورته په جاري ډول ورکړي.

3. او بيا کله بيرته کلينیک يا روغتون او يا شخصي کتنخي ته راشي

د تداوي پلان C د شديد ديهيدریشن لپاره :

د ديهيدریشن په دې ډول کې ناروغ ته ورپدي مايعات ورکول کيږي

هغه ماشومان چې عمر يې د 12 مياشتو څخه کم وي په لومړي اول ساعت

کې ورته 30ml/kg په هر کيلوگرام وزن د بدن ، بيا ورته 70ml/kg په

هر کيلوگرام وزن د باندې په 5 ساعتونو کې او هغه ماشومان چې

عمر ونه يې 12 مياشو څخه تر 5 کالو پورې وي په لومړي 30 دقيقو کې

ناروغ ته په هر کيلوگرام وزن د باندې 30ml/kg ورکړئ بيا 2 نيم

ساعتونو کې 70ml/kg په هر کيلوگرام وزن د بدن باندې.

دورپدي مايعاتو د تطبيق په وخت کې بايد د ناروغ بشپړ ارزيايي وشي او

په هر ساعت کې د ناروغ وضعيت چيک کړای شي ۱

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

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

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

(3)

سینه بغل / نمونیا

(Pneumonia)

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

Definition and Incidence of Pneumonia

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

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

په اسبابوکې یې معمولاً ویروسونه، باکتریاگانې، فنگسونه، په لږه اندازه مایکروارگانیزمونه، درمل او نورې ناروغۍ لکه اتوامیون ناروغی پکې شاملې دي.

وقوعات Incidence:

په نړۍ کې هر کال ۴۵۰ میلیونه خلک په نمونیا باندې اخته کېږي چې د ټول نفوس ۷ فیصده جوړوي او ۴ میلیونه مړینه ترې منځ ته راځي. په ۱۹ پیړۍ کې William Osler نمونیا د نارینه و د مړینې د کیپتان په نوم نومولې وه یعنې مانا دا چې په هغه وخت کې ترې مړینه زیاته منځ ته راتله چې بیا په شلمه پیړۍ کې دانتی بیوتیک په استعمال او واکسین په تطبیق سره د مړینې په دغه کچه کې کموالی راغی سره له دې چې په انکشاف یافته هیوادونو کې په مابین د ډېر و زړو او په ډېر ځوانانو کې او په مزمنو ناروغیو کې نمونیا د مړینې یو سبب پاتې شو.

نمونیا په کوچنیانو کې یو عامه صحي ستونزه ده چې د روغتونونو د ۲۰٪ - ۱۰ د بستر ناروغان جوړوي.

د نمونیا ډول او شدت د عمر له لحاظه په مختلف ډول سره لیدل کېږي د بېلگې په ډول مایکولازما نمونیا دښوونځي څخه مخکې مرحله کې عمومیت لري خو د بله طرفه ویروسي نمونیا په شېډو خوړونکو کوچنیانو کې ډېره لیدل کېږي، نمونیا په هغو کوچنیانو کې چې په خوارځواکی باندې اخته وي وقوعات یې زیات دي

د نمونیا طبقه بندي :

د نمونیا په دوه ډوله طبقه بندي کېږي .

1) اناتوميکه طبقه بندي .

• برانکونمونیا .

په دې ډول نمونیا کې د برانکیولونو گرد چاپیره د سږو یو شیندل شوې

التهاب موجود وي چې د سږو کانسولیدیشن ، امنخ ته کوي .

• لوبرنمونیا .

په دې ډول نمونیا کې د سږو یو لوب یا ډېر لوبونه مصاب وي .

• نموناییتیس .

په دې کې د سږو patchy التهاب موجود وي خو شاید چې کانسولیدیشن

ورسره وي او یا نه .

• بین الخلائي نمونیا .

دا د بین الخلائي انساجود التهاب څخه منخ ته راځي . بین الخلائي انساج

د انساجو د دیوال نه ، الیولر سک ، الیولر ډکت او د برانکیولونو څخه

جوړ دي .

2) اټیولوجیکه طبقه بندي .

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

• باکټریایي نمونیا .

• ویروسي نمونیا .

• اسپایریشن نمونیا .

• هایپوستیټیک نمونیا .

• فنگسي نمونیا .

• پروتوزوایي نمونیا .

• لوفلز نمونیا .

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

د نمونيا د خطر فکتورونه:

- د زيږون کم وزن.
- سويي تغذي.
- د ویتامين A فقدان.
- دمورد شېدو کموالی.
- دمور سگرت څښنه.
- د کورنۍ د غړو د شمېر زیاتوالی.
- د برانشیت کورنۍ تاریخچه.
- د هوا کثیف کېدل.
- د چاپېریال ککړتیا.

د نمونيا کلينيکي تظاهرات:

- لوړه درجه تبه
 - چټک تنفس.
 - ټوخی.
 - سالنډي (SOB) يا ستونزمن تنفس.
 - د سينې درد.
 - په کوچنيو شېدو خورونکو ماشومانو کې سيانوزس، لیترجي،
 - په شديد کيسونو کې د سينې ښکته تلل (انډروينگ).
- د نمونيا د پورته اعراضو او علايموسره سره د نمونيا کلينيکي منظره د نمونيا په مختلف ډولونو کې فرق کوي يعنې کلينيکي منظره يې په ويريوسي نمونيا، باکټريايي نمونيا او فنگسي نمونيا کې سره توپيرلري، د بيلگې په ډول هغه نمونيا چې د Legionella په واسطه منځ ته راغلي وي

ik9jkkz ,,m شاید چې ناروغ په کې د گېډې درد، اسهالات او کونفیوژن ولري همدارنگه په Streptococcus Pneumoniae کې ناروغ زنگ وهلي رنگين (Currant jelly) بلغم لري. په مایکوپلازما نمونیا کې د غړۍ په لمفاوي عقداو کې پرسوب او د مفاصلو درد یا د منځني غوږ انتان د لیدو وړ وي، په ویروسي نمونیا کې د ناروغ په سینه کې ویزینګ موجود وي.

پلټنې یا Investigations

1. د وینې د سپین کورویاتو اندازه:
 $Leukocytosis\ 15000-4000/mm^3$ (په دغه اندازه زیاتوالی زیاتره په نوموړو کل نمونیا کې لیدل کېږي).
 د وینې د سپین حجراتو اندازه د $5000/mm^3$ څخه کم وي چې ښه انزار نه لري.

2. د سینې اکسری (Chest X-ray):

د نمونیا په ناروغانو کې په اکسري کې لاندې تغیرات لیدل کېږي.
 پراخه او منتشر کانسولیدیشن.
 امکان لری چې پلیورل افیوژن موجود وی او یا نه.
 په نوموړو کل نمونیا کې په اکسری کې لوبرنمونیا د زیر یا د ګراس کانسولیدیشن سره لیدل کېږي.
 په سټریپټوکوکل نمونیا کې اکثراً منتشر برانکونمونیا د غټ پلیورل ایفیوژن لیدل کېږي.
 په سټیپیلوکوکل نمونیا کې شاید چې په لومړئ قدم کې په اکسری کې غیرخاص برانکونمونیا ولیدل شی چې بیا په چټک ډول سره په لوبرنمونیا ته اوږي.
 په H. influenza نمونیا کې شاید چې په اکسری کې لوبرنمونیا سره د کوچنیو هوايي لارو د پراخ تخریب سره ولیدل شي.

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

د توبرکولین تیسټ باید هم اجراشي.

د نمونیا یا د سینه بغل اختلاطات:

- د منځني غوړ التهاب ، سینوزایټس او Bronchiectasis.
- پریکارډایټس، اندوکارډایټس، شاک. د زړه احتقانی عدم کفایه.
- توکسیک او میتابولیک اسیدوزس، هیمولایتیک انیمی او اختلاجات.

د نمونیا تداوی:

د نمونیا د تداوی لپاره اړینه دا ده چې یو ډاکټر د نمونیا په ټولو ډولونو او اسبابو باندې وپوهیږي او یو ډول یې له بل ډول څخه جلا کړي ، ځکه چې د نمونیا تداوی د سبب سره ارتباط لری او باید چې سببي تداوی یې اجرا شي ، خوبیا هم به یې تداوی په عمومي ډول سره ذکر کړو
د نمونیا د تداوی تداویر په دوه ډوله دي

1. کومکي تداویر.

2. خاص تداویر.

کومکي تداویر:

(a) ناروغ ته آرام ورکول او یا یې بستر کول.

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

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

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

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

(c) د نمونیا په شدیدو او وځیمو واقعاتو کې (لکه په تنفسي بې کفایتي، سیانوزس، د تنفسي ریټ زیاتوالي، د دوه میاشتو څخه کم عمره ماشوم $>70/\text{min}$ ، د دوه میاشتو څخه تر 12 میاشتو څخه کم عمره ماشوم $>60/\text{min}$ او د یو کال څخه پورته عمر ماشوم کې $>50/\text{min}$ په اندازه تنفسي ریټ وي) د سیانوزس، نارامی او تخریشیت په صورت کې باید ناروغ ته $2-4 \text{ L/min}$ په اندازه اکسیجن تطبیق شي.

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

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

(f) د رغيدو په جريان کې ناروغ ته فزيو تراپي او تنفسي تمرين ورکړئ.

(g) هغه ډول توخي څخه چې تقشع ورسره موجوده وي بايد جلوگيري ونشي مگر اوچ توخي چې په ويروسي نمونيا کې عموميت لري بايد د کودين (په ۲۴ ساعتونو کې د بدن په هر کيلوگرام وزن 2 mg) او يا د methadin (0.2mg/kg په ۲۴ ساعتونو کې) په واسطه اراميزي، د نمونيا د تداوی لپاره خاص تدابير:

په نمونيا يا سينه بغل کې د انټي بيوتيکو استعمال:

که څه هم د نمونيا د مړينې شمير زيات دی مگر بيا هم بايد يادونه وشي چې د سپرويو زيات شمير انتانات په خپله بڼه کيږي، په نمونيا کې انټي بيوتيک د 7-10 ورځو لپاره د سببي عامل له مخې ورکول کيږي او په Staphylococcal pneumonia کې د 2-3 اونیو پورې انټي بيوتيک ورکول

کيږي

(۱) Pneumococcus:

First generation cephalosporins Benzyl penicillin

(۲) Streptococcus:

Erythromycin, Benzyl penicillin

(۳) Staphylococcus.

First generation cephalosporins, Cloxacillin.

(۴) H-influenzae : Second & third generation

cephalosporins, Chloromphenicol

(۵) Mycoplasma : Erythromycin, Clarithromycin.

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

(۷) Tuberculosis : د توبرکلوز ضد درمل.

د دوه میاشتنو څخه بنکته عمر ماشومانو کې د نمونیا تداوي:

: First line

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

: Second line

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

دپورته ذکرشوو انټي بیوتیکو سره ځواب ورنکړي نو په دې حالت

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

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

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

سره تطبیقیري.

د ۲ میاشتنو څخه تر ۵ کالو عمر ماشومانو تداوي:

Ampicillin : First line په پورتنی دوز سره.

Ceftriaxone یا Cefotaxime : Second line .

د ۵ کالو څخه پورته عمر ماشومان :

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

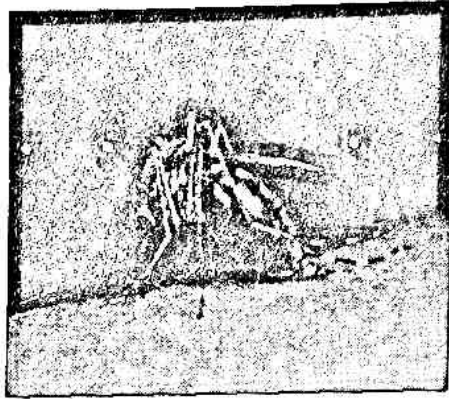
Clarithromycin 15mg/kg/day, Azithromycin 10mg/kg 1st day

than 5mg/kg/day.

Ceftriaxone or cefotaxime : Second line

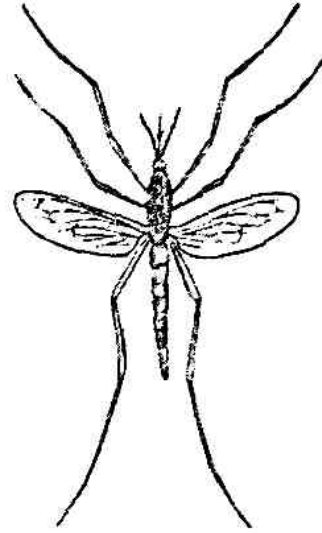
نوټ: دوه او دریم لاین انټي بیوتیکونه باید د مشرانو ډاکټر صاحبانو او یا

د اطفالو متخصصونو په مشورې سره شروع شي.



(a) Female mosquito

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



(b) Anopheles

(4)

ملاريا

(Malaria)

ملاريا د بشر په تاريخ كې يوه خطرناکه پروتوزوایي ناروغي ده چې د فلازموديم په واسطه رامنځته کېږي او د بنځينه انافيل مياشې په واسطه له يو شخص څخه بل شخص ته انتقالېږي.

د ملاريا ناروغي نوم له خرابي هوا څخه اخیستل شوې دی چې د اړيکو شتون ته اشاره کوه چې د ناروغي او د هوا ترمنځ موجوده وی د اټکلونو په اساس لا اوس هم هر کال دا ناروغي په کال کې تر اتولکو زیات د پنځو کلنو څخه کم عمره ماشومان وژني او کابو د درې میلیارډ وگړو ژوند گواښوي، ملاريا په انسانانو کې د هغو غوره پرازيتي ناروغيو له ډلې څخه شميرل کېږي چې هر کال یو سلو درې بیلا بیلو هېوادونو کې له

یو څخه تر دري بیلیونو خلک پرې اخته دي او ۴۰ فیصده د نړۍ خلک د ملاریا د خطر سره مواجهه دي
ملاریا د نړۍ په تودو سیمو (Tropical region) او په نیمه تودو سیمو کې د morbidity (رنځ) یو حاد یا مزمن انتاني سبب دی، دغه ناروغي د پلازموډیم پرازیت د څلورو ډولونو په واسطه منځ ته راځي او د طحال په غټوالي، کم خوني او د بیا پېښیدونکې لوړې درجې تبې سره مشخص کیږي.

د ملاریا پرازیت ډولونه:

Plasmodium falciparum (3)

Plasmodium Vivax (4)

Plasmodium Malaria (5)

Plasmodium Ovale (6)

د ملاریا د پرازیت د تفریح دوره:

پلازموډیم فلسیپارم (۹-۱۴ ورځې)

پلازموډیم وای واکس (۱۲-۱۷ ورځې)

پلازموډیم اووال (۱۲-۱۸ ورځې)

پلازموډیم ملاریا (۱۸-۴۰)

انتقال او اپیدیمولوژي:

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

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

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

واسطه هم انتقالیدای شی.

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

دی

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

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

1. غير اختلاطي مشکوکه ملاريا:

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

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

د خطر علايم:

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

غير اختلاطي تايد شوې فالسيپارم ملاريا:

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

د ملاریا پتوفزیولوژی:

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

کلینیکي تظاهرات:

غیر اختلاطي ملاریا:

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

- نس ناسته.
 - د زړه بدوالی.
 - کانګې.
 - کم حوصله ګي.
 - بې اشتهايي.
 - شديده ملاریا:
 - د حواص احتلال.
 - کوما (Glasgow Coma Scale <10)
 - اختلاجات (په ۲۴ ساعتونو کې د دوه حملو څخه زیات).
 - ژور تنفس (Acedotic breathing).
 - د فشار تیتوالی (په کاهلانو کې سیستولیک فشار 70mmHg څخه کم او کوچنیانو کې 50mmHg څخه کم
 - ژپړی سره د حیاتي ارګانونو د عدم کفایي د شواهدو سره.
 - په ادرارو کې د هیموګلوبین موجودیت (Haemoglobinuria)
 - غیر نارمل خون ریزی
 - ریوی اذیما.
- په کاهلانو کې د ملاریا کلینیکي منظره:
- د ملاریا ناروغي پیل په بې اشتهايي، سردردی، او تبې سره شروع کېږي. او حملات یې په دريو کلینیکي مرحلو ویشل کېږي.
1. Cold Stage: په دې مرحله کې ناروغ د یخوالي احساس کوي او ټول وجود یې ریږږیږي او هم غاښونه کرپوي، بې ځایه خبرې کوي او ځان به کمپل کې تاووي دا مرحله د ۳۰ دقیقو څخه تر یوه ساعته پورې دوام کوي په دې مرحله کې د تودوخي درجه تر 37 سانتی ګریډ پورې وي.

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

Plasmodium Vivax and Ovale Infection

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

Plasmodium Malariae Infection

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

Plasmodium Falciparum Infection

دا د ملاریا یو اختلاط او خطرناک ډول دی چې پیل یې په ناڅاپي ډول سره کېږي، د نارامۍ، سردرد، خواگرځۍ، توځي او نس ناستی سره پیل کیږي.

د تبې منظره یې وصفی نه وي یعنې یخه گرمه او د خولې کولو مرحله په کې نه لیدل کیږي.

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

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

تشخيص:

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

- هایپوګلايسيميا ($< 2.2 \text{mmol/d}$)
- هایپرلکتیمیا ($> 5 \text{mmol/L}$)
- میتابولیک اسیدوزس ($< 15 \text{mmol/d}$)
- د ځیګرد انزایمونو لوړوالی.
- د عضلاتو د انزایمونو لوړوالی.
- WBC د $12000 / \mu \text{L}$ څخه لوړ.
- شديده کم خونې ($\text{PCV} < 15\%$).
- دمويه صفحات (Platelite) 50000 څخه ټيکته وي

د ملاريا تفریقي تشخيص؛

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

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

د ملاريا اختلاطات :

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

دماغي ملاريا (Cerebral Malaria):

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

TOP TEN DISEASE | 41

هغه وخت چې بشپړه ملاريا ضد درمل او حساس وقايوي تدابيرونه شي انذار يې ښه دي.

• بليک و اټرفيور (hemoglobinuria): په کتلوي ډول سره د هيمولاييس له امله هيموگلوبين يوريا منځ ته راځي چې د ادرارو رنگ ډارک يعنې تور معلوميري او شايد د پښتورگو حاده عدم کفايه منځ ته راشي.

- د زړه احتقاني عدم کفايه،
- ډيهايډريشن.
- حاد تنفسي ډيستريس سندروم.
- ژيري.
- شديده وينه لزي (Anemia).
- ډيسيمينتيد انټراواسکولر کواگوليشن (DIC).
- هايپوگلايسيميا.
- دوراني کولبس.
- تروپيکل سپلینوميگالي سندروم.
- نيپروتیک سندروم.

درملنه

1. عمومي اهمات:

2. خاص تدابيرونه:

عمومي اهمات

- ناروغ ته بايد د درد ضد درمل او د تبې ضد درمل ورکړل شي.
- د ډيهايډريشن په صورت کې ناروغ ته مايعات ورکړل شي.
- که چيرته اړتيا وه د انيميا لپاره ټرانسفیوژن.

خاص تدابیر:

د درملو په واسطه درملنه:

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

:Palsmodium Vivax (1)

Chloroquine Phosphate

کلوروکین د ملاریا ضد درمل دي چې په ایروتوسایتیک پارازیت باندې اثر کوي او یوازې په Chloroquine Sensitive plasmodium کې کلوروکین پاسبیت انتخابي درمل دي، دوز یې په هر کیلوگرام وزن د بدن ۱۰ میلی گرام (10 mg/kg) ورکول کیږي په ازاد بازارونو کې په مختلفونو نومونو (Resochin) یادېږي چې 250mg chloroquine phosphate لري په داسې حال کې چې 150mg Chloroquine base دي او د کوچنیانو لپاره یې شربتونه هم شته چې اندازه یې 50mg/5ml ده او که چیرته د 24-48 ساعتونو په دوران کې په چټک ډول سره د پارازیتونو اندازه نسکتہ رانغله او یا دڅلورو ورځو په مابین کې تیسټ منفي نه شونو دا بیا chloroquine resistant malaria په گوته کوي. کلوروکین

په لاندې ډول ورکول کیږي

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

یا لومړی ۴ تابلیت.

شپږ ساعت وروسته ۲ تابلیت.

TOP TEN DISEASE | 43

د راتلونکو دوه ورځو لپاره ۱ تابليت د ورځی دوه ځلې . چې يو کاهل شخص ته ټوټل ۱۰ تابليت ورکول کيږي.

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

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

resistant P. Vivax

Quinine sulphate (a

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

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

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

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

Fansidar : Pyramithamine 1mg/kg once

Arthemeter (b : 3.2mg/kg/day for one day follow by

1.6mg/kg for 5-6 days .

(3) د شديدې او اختلاطي ملاريا تداوي:

Quinine DHC : 20mg/kg (loading dose) بايد په 5% 10ml/kg مايع

کې رقيق شي يا په 10% D/W IV کې او بيا د 4 ساعتونو په دوران کې ورکړل شي ، تعقيب يې وروسته د 8 ساعتو د loading dose څخه 10mg

in 10ml/kg 5% or D/W په دوران د 4 ساعتونو سره وشي ترهغه پورې

چې ناروغ د خولې د لارې د کونين توانايي پيدا کړي (10mg/kg TID) او

د تداوي 7 ورځې پوره کړي، که چيرته په ناروغ کې کوما د 48 ساعتو څخه

زيات دوام وکړي نو بيا د کونين دوز 7mg/kg/day ته راټيټ کړي. جمع

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

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

Primaquin

د وقایې او د یا د ملاریا د بیا راگرځیدو د مخ نیوي په خاطر اړینه ده چې ناروغ ته 0.25mg base/kg primaquin د ورځې یوځل د دوه اونيو لپاره د غذا سره ورکړل شي. ترڅو hepatic hyponozoites له منځه یوسي او له راگرځیدو څخه یې مخنیوي وکړي هغه ناروغان چې په G6PD deficiency باندې اخته وي باید primaquin ورته ورنه کړل شي، Primaquin یوازې هغه ناروغانو ته ورکړل شي چې P.Vivax په کتر تشبیت شوي وي.

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

(5)

برانشيولايټيس

(Bronchiolitis)

برانشيولايټيس په کوچنيانو کې د بڼکټنيو تنفسي هوايي لارو يو شديد او حاد انتان دی چې زياتره هغه ماشومان پرې اخته کيږي چې عمرونه يې د يو څخه تر شپږو مياشتو پورې وي (خو په هر حال د دغه عمر څخه پورته کوچنيان هم پرې اخته کېدای شي او يا برانشيولايټيس د شيدو خوړونو کو ماشومانو د برانشيولونويوه التهابي ناروغي ده چې د التهابي بندښت له کبله په کې تنفسي عسرت منځ ته راځي.

وقوعات:

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

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

اسباب:

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

2 **Para-influenza virus**

3 **Adenovirus**

پتوجنيزيس:

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

- د وخت څخه مخکې زيږيدنه.
- کم وزنه ماشومان ځکه چې په دې ماشومانو کې معافيتي سيستم يې پوره بشپړ شوي نه وي او د بلې خوا مورنۍ انتي باډي يې موجوده نه وي.

- د سپرو مزمنې ناروغي.

- د مور د سگرټو څښل.

- د زړه ولادي ناروغي.

کلينيکي تظاهرات:

- د پورتنی تنفسي سيستم د انتان موجوديت . چې زياتره کورنۍ تاريخچه لري.

- په ناروغ کې تنفس سريع وي چې په نتيجه کې يې تنفسي عسرت منځ ته راځي.

- زياتره ناروغان په کې خفيف اعراض لري او د درې څخه تر اوو ورځو په موده

ريکور کيږي او هغه ناروغان چې شديد حالت ولري شايد چې په کې د

بنکتنيو **intercostals spaces** ريتريکشن موجود وي.

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

تشخيصي پلټنې:

1. د سينې اکسري (Chest-X-ray): د سينې په اکسري کې په سرېو کې هايپراينفليشن ليدل کيږي چې lucency يې هم زياته وي او هم يې قدامي خلفي قطر زيات وي.
 2. اکسرا WBC په کې نارمل وي.
 3. د naso-pharyngeal افرازاتو څخه بايد وایرل کلچر اجراشي.
 4. وایرل انټي باډي ټايټر.
- اختلاطات:

1. تنفسي عدم کفايه.
2. ديهایدريشن.
3. تنفسي اسيدوزس.
4. د زړه عدم کفايه.
5. نوموتوراکس.
6. نمونيا.

تفريقي تشخيص:

1. د زړه احتقاني عدم کفايه.

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

تداوي:

د ناروغۍ کورس او انداز:

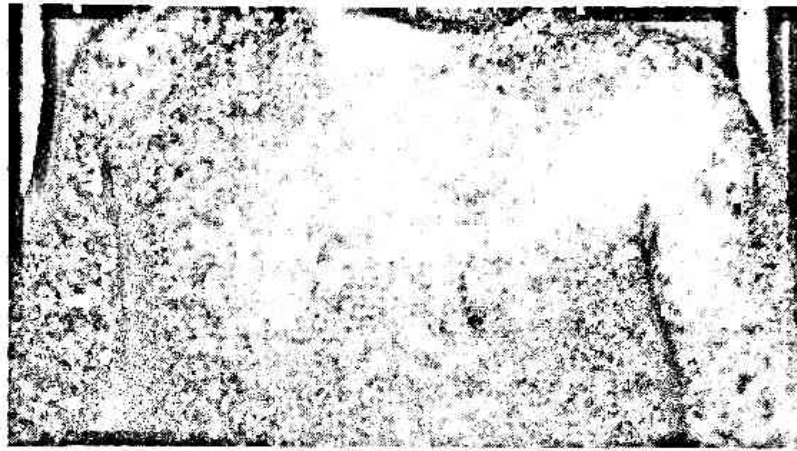
په عمومي ډول سره برانشیولایتس یوه خپله بڼه کېدونکې ناروغي ده، اعراض یې د 3-7 ورځو په موده کې پېښېږي، په شدیدو ناروغانو کې د تنفسي عدم کفایې له امله په یو فیصد ناروغانو کې مړینه منع ته راځي.

عمومي اهتمامات:

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

فارمکالوژیکه درملنه (Pharmacotherapy)

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



(6)

شری / سرخگان

(Rubeolla) Measles

شری یوه حاده وخیمه ساري ویروسي ناروغي ده چې د ویروس په واسطه منع ته راځي او د تبې، پورتنی تنفسي لارې التهاب، maculopapuler جلدي اندفعات او Kopliks spot په موجودیت سره پیژندل کیږي، د شری ویروس د RNA د ویروسونو له جملې څخه دی چې د Paramyxoviridase د کورنی سره اړیکې لري.

Epidmiology

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

وقوعات بی په ژمي کې ډېر منځ ته راځي.
شری د جلدي اندفاعاتو د بنکاره کېدو څخه ۴ ورځې مخکې او وروسته بیا
تر ۵ ورځو پورې سرایت کولای شي.
هغه ماشومان چې عمر ونه بې د ۳ کالو څخه کم وي او په درست ډول سره
تغذیه شوي نه وي وقوعات بې په کې ډېر لېدل کېږي.
د شری د انتقال لاره:

شری د انفي بلعومي افرازاتو (nasopharyngeal secretions) په
واسطه د هواد لارې د پورتنی تنفسي سیستم څخه روغ ماشوم ته سرایت
کولای شير.
پتوجينيزس:

کله چې د شری ویروس پورتنی تنفسي لارې مخاطي غشا ته سرایت وکړي،
په همدغه مخاطي غشا کې او په لمفاوي عقدا توکې تکثر کوي او په
دوهمه او دریمه ورځ ابتدایي وایریمیا منځ ته راوړي او د دغه ځای څخه
ویروس لمفاوي انساجو ته سرایت کوي او د ناروغۍ په ۵ یا ۷ ورځ شديده
ثانوي وایریمیا منځ ته راوړي او ناروغي په ټول بدن کې خپريږي.
کلينيکي تظاهرات:

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

۱) Prodromal Stage:

دغه مرحله د ۳-۵ ورځو پورې دوام کوي دا مرحله په لوړې درجې تېبې،
کمزوتیا چې ورسره توخی هم ملگری وي، منضمواتهاب
(Conjunctivitis) ریزش، د جفن التهاب او kopliks spots چې د شری
ناروغي یو پتوگونامیک نښه ده پیژندل کېږي چې د جلدي اندفاعاتو د

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

۲) د Exanthem مرحله یا د جلدی اندفاعاتو مرحله :
 جلدی اندفاعات یا Maculopapular Rash د شری یوه وصفی ښه گڼل کیږي او د ۳-۵ ورځو پورې دوام کوي نوموړې اندفاعات د د غوږونو د خلفي برخو، د غاړې جنبي برخه څخه شروع او په ۲۴ ساعتونو کې مخ، غاړه، د سینې پورتنۍ برخه او متانو ته انتشار کوي او په دوهم ۲۴ ساعتونو کې خیتې، شا، لاسونو او په دریمه ورځ پښو سرایت کوي چې په دې مرحله په جلد کې اذیما او په مخ کې یو اندازه پړسوب لیدل کیږي. د کلینیک له نظره نوموړې اندفاعات ډېر ارزښت لري یعنې څومره چې د پوستکې پرمخ اندفاعات گڼ وی د ناروغۍ شدت په گوته کوي او که اندفاعات گڼ نه وي نو کیدای شي ناروغی خفیف شکل ولري.

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

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

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

تشخيص:

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

تفريقي تشخيص:

1. Rosola infantum
2. Kawasaki disease
3. ټوکسوپلازموزس.
4. انتاني مونونوکلئوزس.
5. Erythema infectiosus

6. مينينگو کوسيميا .
7. سكارليت تبه .
8. رويلا .

اختلاطات :

د شری اختلاطات په هغه کوچنيانو ډېر تظاهر کوي چې سويي تغذي او يا کم مافيته کوچنيان وي. د شری عام اختلاطات په لاندې ډول دی

1. د منځني غوړ التهاب .
 2. بکتریايي برانکونمونیا .
 3. د حنجري التهاب .
 4. د تراھيا التهاب .
 5. د قصباتو التهاب .
 6. Giant cell نمونيا .
 7. برايشوايکتاييزس .
 8. توبرکلوز .
 9. مقاوم اسهال .
 10. د اپنډيکس التهاب .
 11. هيپاتايټس .
 12. د اوريوگانگرين .
 13. اينسيپالايټس (1:1000 واقيعاتو کې) .
 14. تحت الحاد سکليروزنگ پان اينسيپالايټس . د ايو مزمن اينسيپالايټس دی چې د مرکزي عصبي سيستم د شری د مقاوم ويروسي انتان له امله منځ ته راځي .
 15. هيمورژيک شری: په fulminant شری کې شايد چې د هضمي سيستم په مکوزا کې هيموراج منځ ته راشي .
-

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

تداوي :

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

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

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

(7)

شيجيلوزس

(Bacillary Dysentery) Shigellosis

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

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

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

ایپیدیمیولوجی:

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

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

د تفریح دوره یې ۷-۱ ورځې ده.

پتوجینیزس:

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

کلینیکي تظاهرات:

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

▪ په اوبلن او میوکایید غایطه موادو کې وینه موجوده وي.

▪ په شجیلوزس کې اعراض د ۷-۳ ورځو لپاره پاتې کیږي.

تشخیص:

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

- د وینې په بشپړ اندازه کې به ليو کوسایتوزس لیدل کیږي.
- هغه کوچینان چې توکسیک بنکاري شاید چې د وینې کلچر په کې مثبت وي.
- دقیق تشخیص یې د غایطه موادو د کلچر په واسطه د شجیلا تشخیص دی.

اختلالات:

- هیمولاتیک یوریمیک سندروم.
- میتاستاتیک انتانات.
- فیبرایل اختلاج.
- شاک.
- اسیدوزس.
- ریکتل پرولپس.

تفریقي تشخیص:

- د هغه اورگانیزمونو سره یې باید تفریقي تشخیص وشي چې هغه د ډایزینټري لامل کیږي لکه *Enteroinvasive E.coli* ، *Yersinia-enterocolitica* ، *Entamoeba-histolytica*
- التهابي bowel ناروغي.

تداوي:

- ناروغ ته مایعات او هم ورسره الکترولایتونه ورکړل شي
- د O.R.S محلول باید وکارول شي.
- انټي بیوتیک : منتخب انټي بیوتیک هغه وخت وضع کیږي چې د غایطه موادو کلچر اجرا شي.
- ټول انټي بیوتیکونه باید د ۵ ورځو لپاره ورکړل شي.
- موثره انټي بیوتیک په کې *Trimethoprim- Ampicillin* ، *nalidixic acid* ، *Sulfamethoxazole*

Chloramphenicol, Ceftriaxone, Ciprofloxacin, Cefixime

او (Azithromycin) (12mg /kg)

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

مخنيوي:

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

(8)

د نوو زيريدلو ماشومانو ژيري

Neonatal Jaundice (Jaundice Neonatorum)

د نوو زيريدلو ماشومانو ژيري يا Neonatal hyperbilirubinemia يو داسې حالت دی چې په وينه کې د بيلروبين د غلظت د زياتوالي له امله منځ ته راځي. او يا داسې هم ويلاى شو چې ژيري د پوستکي يا سکليرا ژير رنگ ته ويل کيږي چې د بيلروبين د زيات تراکم او زيات توليد له کبله رامنځ ته کيږي.

ژيري (Jaundice) :

په نوو زيريدلو ماشومانو کې جايندس يا د پوستکي او د سترگو زيروالي يو ډېر عام حالت دی چې په حقيقت کې ۶۰ فيصده ماشومان د ولادت په څو ورځو کې په زيري باندي اخته کيږي او د ډېرو ناروغيو د موجوديت لپاره يوه ډېرې نښې جوړوي او هغه وخت منځ ته راځي کله چې په لوړ غلظت بيلروبين په وينه کې منځ ته راشي، بيلروبين يو زير رنگ يا پيگمنټ دی چې د وينې د سرو کروياتو د پارچه کېدو په صورت کې منځ ته راځي، په نارمل ډول سره بيلروبين د ځگر له لارې د امعاو و ليومين ته خوشي کيږي، په هر حال په نوو زيريدلو ماشومانو کې ځگر د پخيدو په حال کې وي او نه شي کولای چې په درست ډول د وينې څخه بيلروبين اخراج کړي او نوموړې بيلروبين په جلد، مخاطي غشا، د بدن معايعات او سترگو کې تراکم کوي

او پوستکې او سترگې ژیرې معلومېږي چې همدغې ژيروالي ته ژیرې وایي.

د ژیرې ډولونه .

ژیرې یا hyperbilirubinemia عموماً په دوه ډوله ده .

1) Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia

2) Direct (Conjugated) hyperbilirubinemia

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

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

Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia:

غیر مستقیم هایپر بیلروبینیمیا:

ابتیولوجي:

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

خاص اسباب:

1. ډیر عام سبب یې فزیولوجیک ژیرې دی.

2. هیمولایتیک انیمیا.

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

فيزيولوژيک ژيری:

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

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

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

• هغه زيری چې د ماشوم د زيريدلو څخه وروسته په لومړۍ ورځ پيدا شي عموماً د هيمولايټيک ناروغيو له امله وي.

• په لومړيو ۲۴ ساعتونو کې فزيولوژيک زيری نه ليدل کېږي او که په يو full term ماشوم کې د ژوند د اولې هفتې څخه وروسته زيری وليدل شي نو نوموړی زيری فزيولوژيک نه دی. او هغه زيری چې د ژوند په دوهمه او دريمه ورځ پيدا شي فزيولوژيک زيری بلل کېږي.

• په فزيولوژيک زيری کې د ادرارو او غايطه موادو رنګ نورمال وی او که د غايطه موادو رنګ خائف او د ادرارو رنګ تياره وي انسدادی زيری ته فکر کېږي.

د فزيولوژيک زيری ميکانيزم:

1. په نوو زيريدلو ماشومانو کې د بيلروبين لوړ زياتوالی د غټو RBC حجراتو واليم له امله ، د وينې د سروکروياتو د ژوند کمولی له امله او د اينټيروهيپاتيک سرکوليشن له کبله منځ ته راځي

2 د ځگر په واسطه د بيلروبين نامکمل اخيستنه.

3 د بيلروبين نامکمل اتصال.

4 صفرا ته نابشپړ اطراح.

5 او په ټوله کې د ځگر د وظيفو کموالی.

پلټنې (Investigations) :

که چيرته د پتالوجيک لاملونو په اړه شک موجود و نو په دغه صورت کې بايد په بشپړ ډول سره د Hyperbilirubinemia په اړه پلټنې وشي.

1. د total, direct, indirect سيروم بيلروبين اندازه.

2. د ريتوکولوسايت او د وينې د حجراتو مکمل اندزې تعينول.

• د هيمولايټيک انيميا لپاره د هيموگلوبين اندازه.

• د دمويه صفحاتو اندازه د sepsis لپاره.

•

TOP TEN DISEASE | 66

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

د زیږي

اداره:

په عام ډول سره د غیرمستقیم بیلروبین رابنکته کولو لپاره درې میتودونه کارول کېږي.

- Phototherapy
- Exchang transfusion
- Pharmacological therapy



Phototherapy

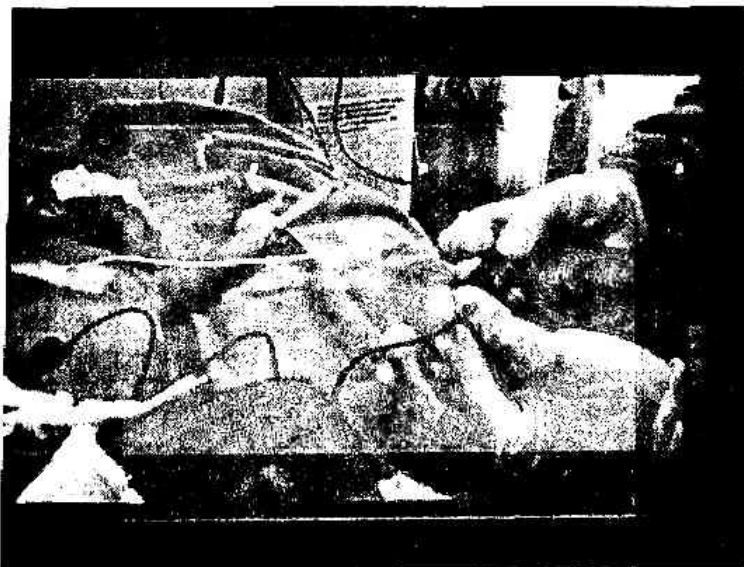
په پوتوتیراپی کې بیلروبین په Photo isomers باندې بدلېږي چې بیا د څگر conjugating system له فرعي لارو څخه په صفرا او ادرارو کې یې له دې څخه چې د میتابولیزم نورې لارې طی کړي اطراح کیږي. ماشومان چې د غیرمستقیم هایپر بیلروبینیمیا ولري د فوتوتیراپی ابی رنگه گروپونه چې د انرژي اعظمي out put یې 425-475mm وي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

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

د پوتوتیراپی لپاره استطبایات:

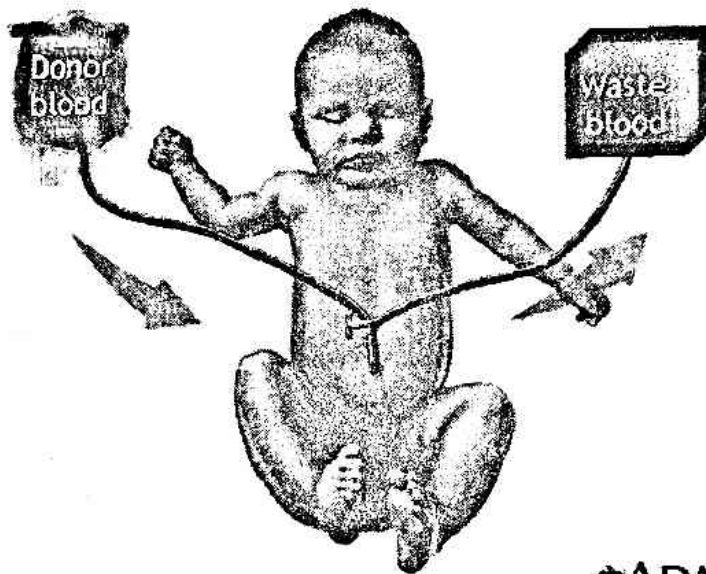
- د وینې د سیروم بیلروبین د un-conjugated له ډول څخه وي.
- د وینې د سیروم بیلروبین سویه د Exchang transfusion د سویې څخه 5mg بسکته وي.
- د Exchang blood په تعقیب سره فوتوتراپی اړینه ده.
- د نوو زیږیدلو ماشومانو په هیمولایتیک ناروغیو کې د Exchang transfusion د انتظار په موخه.

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



Exchang transfusion

په نوو زېږېدلو ماشومانو کې Exchang blood transfusion هغه وخت اجرا کېږي کله چې د بيلروبين د لوړ غلظت لپاره و صفي خطرات موجود وي چې په دغه صورت کې ماشوم ته د نامه د وريد له لارې Exchang transfusion اجرا کېږي. او بايد چې د Exchang blood transfusion د تطبيق لپاره ماهره او تجربه لرونکې پرسونل او مجهز سامان الات موجود وي Umblical وريد د زېږېدنې څخه وروسته تر يوې اونۍ پورې خلاص وي چې يو مخصوص سروى Catheter په نوموړې وريد کې د Exchang blood transfusion د تطبيق لپاره داخليږي



*ADAM

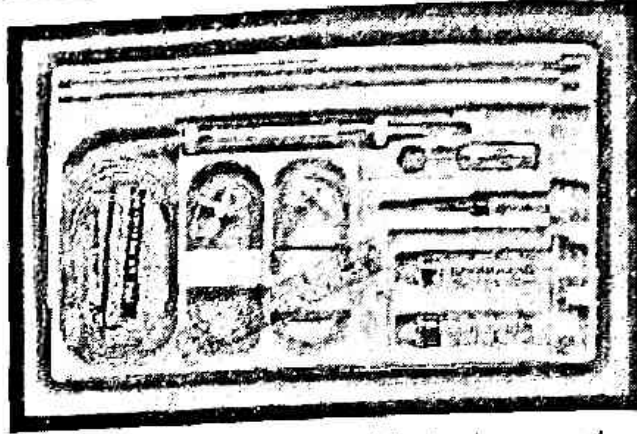
موخې:

(۱) د وینې د دوران څخه د حساسو سروکرویاتو او د انتي باډي او د دوراني بیلوین لرې کول او د کوچنې د کم خونۍ اداره کول.
استطبات:

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

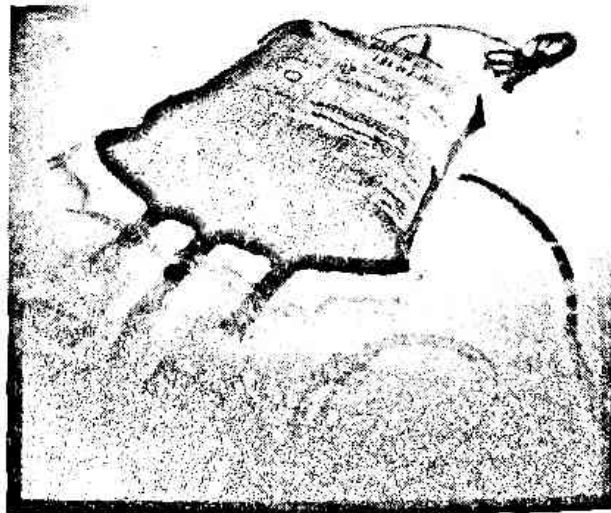
Complication of Exchangs blood transfusion

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



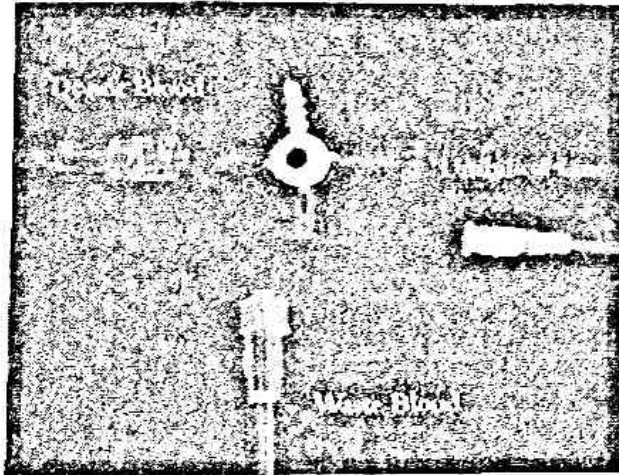
د EBT لپاره اړين سامان الات:

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



د EBT د اجرا تخینک :

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



Exchang transfusion د تطبیق خواوي:

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

عمومي تدابیر او پارماکولوجیک تیراپي:

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

4 د کوچنې په مور کې Rh-isoimmunization دمخ نيوي په خاطر Rh0(D) immunoglobulins انجیکشن په واسطه د Rh positive ماشوم ولادت په ۷۲ ساعتونو په دوران کې وکړل شي.

5 Phenobarbiton: فينوباربيتون د نوې زيږيدلې ماشوم د څگر حجم زيات او د انزايمونو، صفراوي مالګې او د صفرا د افرازاتو د زياتوالي سبب ګرځي، د فينوباربيتون اغيزې په نوې زيږيدلې full term ماشوم کې د ۳-۷ ورځې وروسته او په پريميچور ماشومانو کې په ځنډ سره ليدل کيږي.

6 Metallo-porphyrins چې يو heme oxygenase نهې کونکې دی توصيه کيږي چې د بيلروبين د توليد د کميدو باعث کيږي.

7 د ولادت څخه وروسته 500mg/kg داخل وريدي ايميونوګلوبولين په تطبيق سره داسې بنودل شوي ده چې د Exchanges transfusion اړتيا کموي.

Kernicterus:

(Bilirubine encephalopathy)

د بيلروبين encephalopathy د Kernicterus په نامه سره يادېږي، kernicterus يو نيورولوجيک سندروم دی چې په عصبي حجراتو کې د غير مستقيم بيلروبين د تراکم څخه منځ ته راځي، غير مستقيم بيلروبين په دماغو باندې ناوړه او توکسيک تاثيرات لري د غير مستقيم بيلروبين دقيق مقدار او غلظت چې په انفرادي ډول سره د هر ماشوم لپاره توکسيک وي معلوم نه دی.

لنډه پتالوجي:

کله چې غير مستقيم بيلروبين چې په شحمو کې منحل دی اندازه يې د 20mg/dl څخه پورته شي په دغه صورت کې يه نوو زيږيدلو ماشومانو په عصبي حجراتو کې Blood brain barrier (BBB) کراس کوي او په

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

كلينيكي تظاهرات:

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

مخنيوی:

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

د مور د شېدو زيری (Breast Milk Jaundice):

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

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

مقاوم يا Persistent زيری:

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

اسباب:

- د وخت څخه مخکې زیږیدنه.
- د مورد شېدو زیږی.
- هایپوتايریدیزم.
- ډاون سندروم.
- سریگلرنیجار سندروم.

پتالوجیک زیږی:

خصوصیات:

- ❖ د ډاډول زیږی شواهد د ژوند د لومړۍ ورځې څخه موجود وی.
- ❖ د بیلروبین په یو ساعت کې د 0.5mg/dl په اندازه لوړیږي.
- ❖ په term ماشومانو کې د بیلروبین اندازه 13mg/dl او په preterm ماشومانو کې د 15mg/dl په اندازه لوړیږي.
- ❖ د مستقیم بیلروبین فریکشن د $1.5-2.0\text{mg/dl}$ څخه لوړ وی.
- ❖ هیپاتوسپینومیگالي او کم خوني موجوده وي.

مستقیم بیلروبین زیاتوالي:

(Conjugated(direct)Hyperbilirubinemia)

مستقیم هایپر بیلروبینیمیا داسې واضح کیږي کله چې په وینه کې د مستقیم بیلروبین غلظت د 2mg/dl (34.2mmol/L) یا 20% د ټوټل بیلروبین څخه زیات شي.

عمومي پاملرنه:

- د مستقیم بیلروبین زیاتوالي د هیپاتوبیلري عدم فعالیت لپاره یوه نښه گڼل کیږي.
- د مستقیم بیلروبین زیاتوالي د صفرا د افراز د نقیصې یا د بې کفایتۍ په نتیجه کې منځ ته راځي چې په دغه ځای کې یو عدم فعالیت موجود

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

- كله چې د فزيالوجيک زيری غير مستقيم هايپربيلروبينيميا په څنگ شي، په نوى زيږيدلي ماشومانو کې اكثره وخت مستقيم هايپربيلروبينيميا وروسته د يوې اونۍ عمر څخه بنسكاره كيږي.
- شايد چې نوموړې زيری د هيپاتوسپلینوميگالي، خاسف غايطه مواد او د توررنګه ادراروسره ملګري وي.

اسباب:

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

تشخيص:

- د direct hyperbilirubemia د ټولو شکمنولاملونو په اړه دې منتخب تحقيقات اجراشي.
 - د direct, indirect, total بيلروبين اندازه.
 - TFT, SGOT, SGPT معاينات بايد اجراشي.
 - د وينې، ادرارو، Spinal fluid ک لچر.
 - TORH انتي باډى ټايټر.

- HbsAg حالت.
- د وینې او ادرارو میتابولیک سکرینینګ.
- د ځګر تحت الجلدي بایوپسي

اداره:

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

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

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

(9)

د منځني غوږ التهاب

Otitis Media

د منځني غوږ حاد التهاب:

Acute Otitis Media (AOM)

د منځني غوږ التهاب يعنې د منځني غوږ د جوف قیحي انتان او التهاب دی، دا ډول انتانات اکثراً د هغو انتاناتو په واسطه منځ ته راځي کوم چې د مخه په ناروغ کې د ستونې درد، ریزش یا د نورو تنفسي ناروغيو سبب شوې وي چې د نوموړې محراقو څخه يې منځني غوږ ته سرایت کړی وي. ځکه منځني غوږ استاڅين ټیوب له لارې ستونې سره نښتي وي او که چیرې له درملنې پرته پریښودل شي په هغه صورت کې ځینې خطرونه لکه د غوږ مزمن التهاب، کونوالی او د ډېر مهم ماستويدیت (يعنې ماستويدیت انتان د غوږ د شا هډوکې کې وتل) چې کولی شي د منځني او د دماغ د اوسې لامل شي چې دواړه ناروغۍ جدي مراقبت او تداوی ته اړتیا لري.

د منځني غوږ التهاب یې Otitis Media د ماشومتوب یو د ډېرو عامو انتاناتو له جملې څخه گڼل کېږي، نوموړې ناروغي په هر عمر کې کوچنيان مصابولای شي خو بیا هم وقوعات يې د شپږو میاشتو څخه تر درې کالو عمر په مابین کې ډیر لیدل کېږي.

اسباب:

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

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

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

پتوجینیزس:

کله چې د Eustachian تیوب مجرا د موضعی انتاناتو په واسطه یا د ضخاموی اډینوید له امله وتړل شي، باکتریاگانې مینځني غوږ ته ځان رسوي، د مینځني غوږ جوف ایسار شوی هوا له سره رشف او جذبېږي او په نوموړې جوف کې منفي فشار مینځ ته راځي او جوف ته د باکتریا د رارسیدو زمينه مساعد گرځوي دغه د باکتریاگانو رارسیدنه مینځني غوږ ته اوله جوف څخه د افرازاتو نه راوتنه او بندش بلعوم ته د دی سبب کېږي چې د متوسط غوږ کې مایع راټوله شي او د باکتریاوو په واسطه سره منتن شي،

مساعد کوونکي فکتورونه:

➤ هغه ماشومان چې په غریبو کورنیو کې ژوند کوي.

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

کلينيکي تظاهرات:

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

اختلاطات:

- 1. Mastoiditis
- 2. Meningitis

Hearing loss 3

تشخيص:

د منځيني غوږ د التهاب د تشخيص لپاره لاندې ميتودونه په کار اچول کيږي.

Otoscope

د کوچنيانو ډاکټران د کوچنيانو د غوږ د التهاب د معلومولو او تشخيصولو لپاره يوه اله کاروي چې د Otoscope په نامه سره ياديږي د دغې الهې په مرستې سره کولای شو چې د غوږ داخلي مجرا وگور او اړونده نقيقه يا کوم التهابی حالت معلوم کړو، د غوږ د معاینې پر مهال بايد معاینه کوونکې لاندې شيان په نظر کې نيولو سره د غوږ بشپړ ارزيايي وکړي.

✓ سوروالی.

✓ پرسوب.

✓ وينه.

✓ افرازات.

✓ په منځيني غوږ کې د مايع موجوديت.

✓ د غوږ د بهرنۍ مجرا پرسوب.

Tympanometry

د tympanometry test په دوران کې ډاکټريوه وړه اله کاروي چې په مرسته يې د غوږ فشار معلومېږي او که چيرته eardrum رېچر کړی وی هم يې معلوموي.

Reflectometry

د reflectometry تيست په دوران کې ډاکټريوه وړه اله کاروي

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

Hearing test

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

Ear discharge culture

Needle aspiration and culture of the middle ear contents په هغه

صورت کې چې د غوږ افرازات نه وي

تداوي:

Acute Otitis Media(AOM)

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

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

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

(10)

د نوي زيږيدلي ماشوم اسپيکسيا

Birth Asphyxia/Perinatal Asphyxia Or Neonatal Asphyxia

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

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

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

د خطر فکتورونه:

مورني عوامل.

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

پلا سینټا پوري اړوند عوامل:

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

• د قلبي او تنفسي ستونزوله امله هایپوکسیا.

د زیریدني د وخت اسپیکسیا سبب:

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

سریري تظاهرات:

➤ د وینې د PH کموالي د ۷.۲ څخه.

- اسيدوزس.
- دجنين Distres په حالت کې چې د امينو تیک مایع کې میځونیم موجود وی.
- خسافت.
- سیانوزس.
- اپني.
- د زړه د ضربان کموالی
- د تنبه په مقابل کې د عکس العمل نه بنودل.
- تنفسي عدم کفایه.
- د ماشوم د عضلاتو د تون کموالی.
- لنډه پتوفزیولو جی:
- د بیرت اسپیکسیا پتالوجی د ناروغی د وخامت او دارگان د مصابیدو سره تړاو لري.
- د اسپیکسیا پیل په لاندې حالتونو په تعقیب سره پیل کیږي.
- میتابولیک اسیدوزس.
- هایپوگلایسسمیا.
- هایپوتینشن.
- د دماغی وینې په جریان کې تغیر راتلل.
- په مرکزي عصبي سیستم د شعریه عروقو د نفوذیه قابلیت د زیاتوالي له امله د مایع لیکاز مینخ ته راځي چې cerebral اذیما او حجروي مرینه رامنخ ته کوي.
- میتابولیک پایلی:
- د گلایکولایزس سریع کیدل سره د brain lactate levels زیاتوالي سره او ورسره د high energy phosphate concentration کې کمښت را مینخ ته کیدل..

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

➤ په لومړۍ قدم کې د دماغی وینې په جریان کې ډېرښت.

➤ وعایې یا واسکولر autoregulation له مینځه تلل.

➤ د وینې د فشار کمښت او بیا د Cerebral blood flow کې کمښت

رامنځ ته کیدل چې دا ټول پورتنې حالتونه د زیږیدنې دوخت اسپیکسیا

رامنځ ته کوي.

تشخیص:

د اسپیکسیا د تشخیص لپاره خصوصي کلینیکي میتودونه موجود دي

د وینې بیوشیمیک معاینات اجرا او د نوموړو معایناتو څخه د یو لارښود

په ډول کار اخیستل کیږي.

د ولادت څخه مخکې:

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

نیول.

ټولې مېندې د ولادت په دوران کې کم څه کم څلور پنځه واري نږدې

روغتیایي مراکزو ته یا د ولادي نسایي متخصص یا ډاکترانو ته مراجعه

وکړي ترڅو د وخت څخه دمخه د هغوروغتیایي ستونزو مخه ونیول وشي

چې د ولادت په وخت کې د اسپیکسیا یا د نورو روغتیا ستونزو لامل

گرځي.

به کارډیو گراپی باندې د جنین Tachycardia، bradycardia او یا late-

Deceleration حالت معلومیدای شي.

په التراساوند باندې د جنین د فعالیت کموالی. د جنین د تنفسي حرکاتو

کموالی او یا په Liquor کې د میکونیم د موجودیت له امله fetal

distress معلومیدای شي.

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

د ولادت په وخت کې:

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

په غیر asphyxiated ماشوم کې شاید چې low apgar scor موجود وي چې امکان لري چې لاملونه یې لاندې حالتونه وي.

Depression from maternal anesthesia or analgesia

Trauma، نیورو مسکولرناروغی، انتانات او داسې نور.

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

TOP TEN DISEASE | 90

APGAR SCOR

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

په عمومي ډول سره اپگار سکور په ۱، ۵، ۱۰، او ۱۵ دقیقو کې اندازه کېږي.
دا اپگار سکور ډله بندي:

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

- (1) مرکزي عصبي سیسټم: Hypoxic Ischemic encephalopathy.
- (2) پښتورگي: د پښتورگو د تیوبولونو حاد نیکروز.
- (3) تنفسي سیسټم: میکونیم ایسپایریشن. تنفسي ډیسټریس سندروم، د سرو مقاوم لوړ فشار، اپني.
- (4) قلبی و عایبي سیسټم: د میوکارډ التهاب. اسکیمیا. قلبی عدم کفایه. ترایکسپید او میترال ریگر جیټیشن.

TOP TEN DISEASE | 91

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

Hypoxic Ischemic encephalopathy

په نوو زیږیدلو ماشومانو کې د اسپیکسیا له امله اول هایپوکسیا او اسیدوزس مینځ ته راځي او بیا په ثانوي ډول د نیونیتل اینسیپلاپتی لامل ګرځي چې په لاندې چوکاټ کې په دريو سټیجونو ویشل شوي ده .

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

د اسپیکسیا تداوي:

- د اسپیکسیا د تداوی یو اصلي هدف دا دی چې د اسپیکسیا د نور حملو مخه ونیول شي.
- ټول نوي زېږېدلي ماشومان باید د وخت څخه دمخه د اسپیکسیا لپاره ارزيايي شي او د لوړ خطر واله ولادتونه دې په دوام دار ډول څارنه وشي او بڼه ولادي خدمات دې ورته وړاندي شي او په ولادت ځانه کې دې په درست ډول سره د ټولو نوو زېږېدلو ماشومانو resuscitation اجراشي.
- د حرارت درجه دې کنترول شي او د هايپوترميا څخه دې کوچنې وژغورل شي.
- د کوچنې حياتي علايم او output دې په درست ډول سره ریکارډ شي.
- که د ناروغ حالت ډېر وخيم وي او يا ختلاج ولري په دغه صورت کې باید د خولې له لارې څه شی ورنه کرل شي.
- د گلوټيک د برخې سکشن دې اجرا شي ترڅو تنفسي لاره د وينې، مخاط او مايکونيم څخه پاکه شي او د ماشوم د پښې د گوتو د ورو ورو ضربو په واسطه تنبع او اکسيجن د بېگ او ماسک په واسطه د فمي بلعمومي airway د اخلولو څخه وروسته د اړتيا مطابق تطتيقيږي.
- هايپوکسيا د (4L/minute) اوکسيجين سره تداوي کړی او په هغه صورت کې چې hypercarbia واقع شوې وي Intermittent positive pressure ventilation (IPPV) ورکول کيږي.
- د اسيدوزس په صورت کې باید بای کاربونيت د يو متخصص يا د تجربه کار ډاکتر په واسطه ورکړل شي ځکه د سوډيم بای کاربونيت زيات مقدار hypercarbia او د hypernatremia د رامنځ ته کېدو خطر زياتوي او هم بې زيات مقدار د دماغي اذيما چانس زياتوي.

TOP TEN DISEASE 193

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

د اسپیکسیا د اختلاطاتو تداوي:

- (1) Seizures
Phenobarbiton 20mg/kg loading dose slow IV
تعقیبی دوز 3-5mg/kg/day
 - (2) Fluid restriction : Cerebral odema او په اختیاط سره د
ایلیکترولایتونو په څارنې سره او شاید چې د hypertonic
solution د 20% مانیتول (0.5-1.0g/kg/dose IV over 20 min) په
دوران کې.
 - (3) Hypotention : پلازما او انوتروفیک سپورت لکه ډوپامین.
 - (4) Cardia failure : تداوي په Digoxin او Inotropic support.
 - (5) د ادرارو Out put باید په ډېراحتیاط سره وڅارل شي او باید د
1 ml/kg/hr څخه پورته شي.
 - (6) Apnea and Carbon dioxide retention په IPPV سره.
-

ماخذونه

1. Basis of Pediatrics. 8th Edition. Parvez Akbar Khan
 2. Practical Paediatric Guide by Dr. Malte L von Blumroeder.
 3. Ghai Essential Pediatrics 8th Edition.
 4. Children Diseases Volume 1 by Professor Dr Ahmad Siar
Ahmady
 5. Treatment Guide 8th Edition by Muhammad Inayatullah and
Shabbir Ahmad Nasir.
 6. Medical Diagnosis and Management Eleventh Edition By Dr
Muhamad Inam Danish.
 7. Childrens Common Diseases by professor Dr Abdul
Satar Niazi
 8. Medical Emergency Treatment by Dr Sayed Malyar Sadat.
 9. Drug Dosages in Children 8th Edition By Meharban Singh and
Ashok K. Deorari
 10. Pediatrics Diseases: by dr Sultan Muhamad Safi
 11. Treatment Guidelines of Pediatrics : by Dr Mansoor
Aslamzai MD Associat prof of Pediatrics.
 12. Our Environment (how to keep our environment clean) by
Dr. Sayed Malyar Sadat
 13. www.healthline.com
 14. <https://en.wikipedia.org>
 15. www.healthcomunities.com
 16. د کوچنيانو ناروغۍ . لومړۍ ټوک : ليکوال: پوهاند دوکتور
عبدالستار نيازي.
 17. انتاني ناروغۍ . پوهنوال ډاکټر عبدالناصر جبار خيل.
 18. د ملاريا ناروغۍ د درملنې ملي لارښود (کال ۱۳۸۹)
 19. د درملنې ملي معيارۍ لارښود د لومړنيو روغتيايي خدمتونو مرکزونو
لپاره.
-

د ليکوال پېژندگلوې:



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

لومړنۍ زده کړې يې د ننگرهار په عالی لیسې ترسره کړې او بيا وروسته په ۱۳۸۲ کال د نورگل مزار لیسې څخه په اعلي درجه فارغ شوی دی او

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

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

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

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

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

په درنښت
نوراغا سعيد
توحيد غمږ راډيو
کنړ/نورگل

Top Ten Diseases

Introduction, Causes, Signs & Treatment

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



Designed by: Abdul Hadi Asar

By: Dr. Sayed Malyar Sadat



چاپ چارې

د ختیخ خیرندویه ټولنې تخنیکي خانګه - جلال اباد

ختیخ خیرندویه ټولنه / facebook.com

۰۷۷۲۷۱۹۰۳۰۰۷۷۱۱۰۴۲۴۳