Download From: www.aghalibrary.com

لس مشهورې ناروغۍ

پېژندنه، لاملونه، نښې او درملنه

۱. زکام
۲. شرى
۳. ملاریا
٤. سینه بغل
٥. برانشولایتس
٦. شجیلوزس
۷. منځني غوږ التهاب
۸. حاده اوبلنه نس ناسته
۹. د نویو زېږېدلو ماشومانو زیړی
۱۰. د نویو زېږېدلو ماشومانو اسپیکسیا

ډاکتر سید ملیار سادات

Download From: www.aghalibrary.com

Download From: www.aghalibrary.com

لس مشهورې ناروغۍ

TOP TEN DISEASES

ډاکټر سید ملیار سادات

بسم الله الرحمن الرحيم

Download From: www.aghalibrary.com

د کتاب ځانګړني :

د کتاب نوم لس مشهورې ناروغۍ

لیکوال ډاکټر سید ملیار سادات

چاپ کال ۱۳۹۵ هـ

سکن کوونکي: عزت الله سلطانزي

پر لیکه کوونکي عزت الله سلطانزي

دا کتاب د خان کتابتون څخه ډانلوډ شوي دي

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

Esultanzai@hotmail.com

azatullahsultanzai@gmail.com

www.facebook.com/Ezatullah.sultanzai

لیکلړ

۱ - زکام COMMON COLD 3

۲ - حاده اوبلنه نس ناسته ACUTE WATERY DIARRHEA 11

۳ - سینه بغل / نمونیا (PNEUMONIA) 24

۴ - ملاریا (MALARIA) 33

۵ - برانشیولایتیس (BRONCHIOLITIS) 45

۶ - شری/ سرخکان MEASLES (RUBEOLLA) 50

۷ - شیجیلوزس SHIGELLOSIS (BACILLARY DYSENTERY) 57

۸ - د نوو زیږیدلو ماشومانو ژیړی NEONATAL JAUNDICE 61

۹ - د منځني غوږ التهاب OTITIS MEDIA 79

۱۰- د نوي زیږیدلي ماشوم اسپیکسیا BIRTH ASPHYXIA 85

ماخذونه 95

Download From: www.aghalibrary.com

ډالۍ

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

() () ()

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

() () ()

ډاکترسیدملیارسادات

Download From: www.aghalibrary.com

خپلې خبرې

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

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

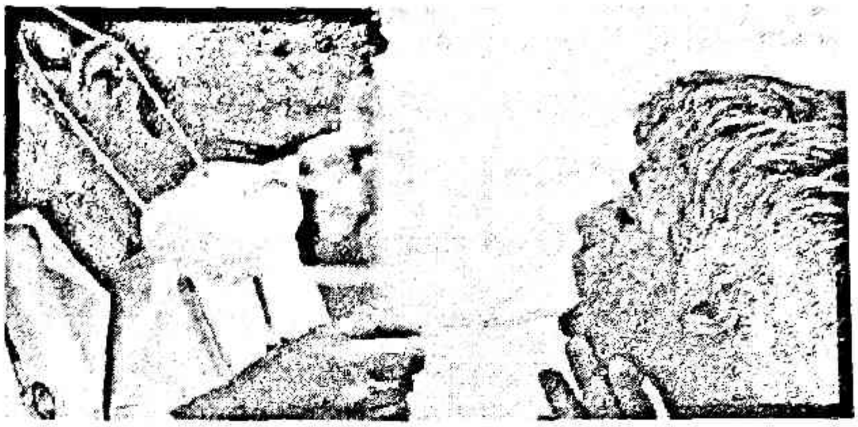
افغانستان یو ډېر غریب هېواد دي اوخلک یې د ډول ډول اقتصادي ستونزو سره لاس په ګریوان دي او هغه صحي خدمات چې د یوې سالمې روغتیا لپاره اړین ګڼل کیږي په بشپړډول سره نه دي چمتو ، چې همدا لامل یې دي چې ورځ په ورځ ساري او غیر ساري ناروغۍ مخ په ډېریدو دي او د ډېرو ماشومانو ژوند یې، د ګواښ سره مخ کړی، نو همدا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

Download From: www.aghalibrary.com

اسهال، برانشيولايتس، ملاريا، شری، د نووزیږیدلوماشوماتوژیړی، د منځني غوږ التهاب او د نووزیږیدلوماشومانو اسپیکسیا) باندې ونوموو، د دغه کتاب په لیکلوکې د نړیوال منل شوو طبي کتابونو او هم د هېواد په سطحه د معتبروکتابونو څخه په کې استفاده شوې ده ، نوموړې کتاب په ډېره ساده او اسانه ژبه چمتو شوې او ټول ډاکترصاحبان او خصوصاً د طب پوهنځي ګران محصلین ترې ډېر په اسانۍ سره استفاده کولای شي، زه د لوی خدای له دربار څخه غواړم چې نوموړې کتاب زما لپاره صدقه جاریه وګرځي او د هېوادوالو داستفادې وړ وګرځي.

سید ملیار سادات
کنړ ولایت ، نورګل ولسوالي
سیدانو جونګړه

Download From: www.aghalibrary.com



(1)
زکام
Common Cold

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

Download From: www.aghalibrary.com

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

د انتقال لاره او میکانیزم:

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

Download From: www.aghalibrary.com

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

ایپدیمولوژي:

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

اعراض او علایم:

Signs and symptoms

د زکام وصفي اعراض په لاندې ډول دي.

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

همدرانګه ځینې وخت د لاندې اعراضو سره ملګری وي

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

وده یا Progression :

زکام اکثره وخت د ستړتیا او د خستګۍ د احساس سره پیل کېږي چې ناروغ پرنجي او د سردرد ورسره لري او دوه ورځو په دوران کې بهیدونکې پوزه او ټوخی هم شروع کېږي، دغه اعراض امکان لري چې د زکام ویروس اخته سره د شپاړسو ساعتونو په موده شروع شي اوبیا د دوه یا دریو ورځو په دوران کې خپل اخرې حد ته لوړیږي چې دا بیا زیاتر وخت په د لسو ورځو په موده کې شفایات کیږي او هم کیدای شي دغه اعراض تر درې اونیو پورې پاتې شي، د ټوخي منځنۍ موده یې تر اتلس ورځو پورې وي او په ځینو کیسونو کې ناروغانو یو ډول توخی پیداکیږي چې د Post-Viral cough په نامه سره یادیږي چې کله کله دا ټوخي یو اوږد سیر پیداکوي.

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

تاج په شکل منظره لري، common cold د پورتني تنفسي لارې يو ويروسي انتان دی چې د لامل له نظره څينې مهم ويروسونه د فيصدی 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 کيدو د موقعيت پورې اړه لري

مخنيوي (Prevention):

د زکام د مخنيوي لپاره يو اځنې ممکنه او مهمه لار چې د زکام د ويروس خپريدنه او وقوعات راکم کړي فزيکي تدابير دي لکه د لاسونو پريمينځل ، ماسک کارول ، همدارنګه په health car environment کې د چپن او disposable دستکشو استعمال دی.

- لومړې بايد په دوامدار او منظم ډول سره وروسته د پوزې يا دخولې د مسح کولوڅخه او د غذا د چمتوکولو لاسونه بايد په صابون باندې پريمينځل شي.
- هميشه بايد پرنجی او ټوخی په يو دسمال او يا بل يو کاغذ کې وشي.

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

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

اداره (Managment) :

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

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

: Antibiotics and antivirals

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

انزار (Prognosis) :

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

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

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

کله چې

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

(2)
حاده اوبلنه نس ناسته
Acute Watery Diarrhea

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

تعریف (Definition) :

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

ویل کیږي چې یو شخص پکې د عادي حالت په خلاف ژر ژر اوبلنې دکې 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 چیرته په غایطه موادو کې وینه موجود وي نو بیا دې حالت ته dysentery ویل کیږي.
په زیاتره پیښو کې حاد وقفوي نس ناستې د اوو ورځو په موده کې له منځه ځي مګر په 15%-5 واقیعاتو کې امکان لري چې حاده نس ناسته تر دوه(۲) اونیو پورې هم پاتې شي. او که چیرې 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 ځنډنۍ نس ناستې په نوم نومول کیږي، د حادې نس ناستې زیاتره پیښې په خپله ښه کیدونکې (self-limited) وي.

وقوعات (Incidence):

د اسهال وقوعات د نړۍ په هرګوټ کې لیدل کیږي، مګر په هغه هیوادونو کې یې پیښې (Mortility,Morbidity) زیاتې لیدل کیږي چې د حفظ الصحې شرایط یې درست نه وي او یا یې اقتصادي کچه ټیټه وي.
د ګلوبل پنډاداری د اسهال په کلنۍ تخمیني اندازه کې ښودلې ده چې په کال ۳-۵ میلیونه کوچنیان د نس ناستې دواقیعاتو سره مخ کیږي 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 سوئغذی (malnutrition) او دیهایدریشن (dehydration) څخه عبارت دي، دیهایدریشن او سوئغذی د نس ناستې د رامنځ ته کیدو لپاره یو ناوړه سیکل جوړوي چې بیا په دې کې سوئغذی د نس ناستې خطر شدت زیاتوي.

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

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

: Epidemiology

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

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

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

اسباب (Etiology) :

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

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

باکتریایي انتانات (Bacterial Infection):

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

نور باکتریایي انتانات:

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

ویروسي انتانات (Viral Infections):

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

پرازیتي انتانات (Parasitic Infection):

Giardia lambia
Crptosporidium paroum
Entamoeba histolytica
Cyclospora cayetanensis
Isospora belli

Parenteral infection

Otitis media,UTI,Pneumonia:

: Dietary factors

Over feeding,Starvation, Food allergy,Food Poisoning

: Drugs

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

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

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

د ناروغ ارزیابي کول(Evaluation of the patient):

تاریخچه:

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

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

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

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

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

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

د ګېډې د درد او پراخوالي په اړه پوښتنه وکړئ.

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

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

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

Examination :

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

د ناروغ په عمومي معاینه کې باید نبض، حرارت، تنفسي ریټ، د وینې فشار او وزن باید معاینه شي.
مخاطي غشا، وکتل شي چې نارمله، وچه او یا بل کوم شکل لري.
Skin turgor: د نس ناستې په ناروغانو کې جلدي ترګر معاینه کیږي چې نارمل، ضعیف، خپل ځای ته په قلاره ځي او یا ډېر په قلاره خپل ځای ته ځي،
سترګې: د ناروغ سترګې باید معاینه شي چې ایا ناروغ ننوتې سترګې دي او یا کوم خواته ځوړندې دي او یا نارملې دي.
قدامي فانتېنال هم باید ارزیابي شي چې ایا خلاص دی، که بند او یا زور کړی شوې او یا څه برامدګې لري.
ګیډه: د ناروغ ګیډې په معاینه کې باید د ګیډې اوازونه، پراخوالې او نور افات په کې ولیدل شي.
د نورو اړونده ناروغیو لپاره باید مرکزي عصبي سیستم او تنفسي سیستم معاینه شي.
پتوفزیولوژي:
د نس ناستې په ناروغانو کې ډیهایډریشن د مایعاتو او د الکترولایټونو د ضیاع په نتیجه منځ ته راځي چې لاندې تظاهرات پکې لیدل کېږي.
د مایعاتو ضیاع (lose fo water):
د اسهال ناروغانو د مایعانو د ضیاع په نتیجه کې جلدي ترګر ضعیف کیږي، ورک یا ضعیف نبض لري، د ناروغانو د زړه ضربان زیات وي، سترګې یې ننوتي وي، فانتېنل یې ښکته خواته ننوتې وي، ناروغ ډډ اواز لري، د اطرافو شینوالې هم پکې موجود وي، جلد یې یخ وي او ادرار یې وي موجود او یا کمې وي.
د مغذي موادو د ضیاع په نتیجه کې په ناروغ کې هایپوګلایسیمیا، اختلاجات، د وزن باختل او یا کوما منځ ته راځي.

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

د ډیهایدریشن طبقه بندي:

د کلینک له نظره دیهایدریشن په درې ډوله دی .
خفیف : چې د وزن ضیاع یې د ۵٪ څخه کمه وي.
متوسط: چې د وزن صیاع یې د ۵٪ ـ ۱۰٪ په مینځ کې وي.
شدید : چې د وزن ضیاع یې د ۱۰٪ څخه زیاته وي.

بایوکیمیکل طبقه بندي:

ایسوټونیک: د سودیم اندازه د ۱۳۰–۱۵۰mmol/L په مابین کې وي.
هایپوټونیک: د سودیم اندازه پکې د ۱۵۰mmol/L څخه کمه وي.
هایپرټونیک: د سودیم اندازه پکې د ۱۵۰mmol/L څخه زیاته وي.

کلینیکي تظاهرات:

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

والې هم ولري او شايد ميتابوليک اسيدوزس هم موجود وي چې پکې چټک او ژور تنفس لري او تنده پکې ډېره وسيع وي.
شديد ډيهايدريشن : د ناروغ حالت پکې د اوليگيميا او د مخيطي دوراني عدم کفايې له امله ډېر خطرناک وي، جلد پکې يخ او شين بخن وي، نهايات پکې ډېر ژور شين والې يعنې سيانوټيک وي او د کوچنې د اوبو او يا د تې رودل پکې له منځه تللي وي، د سترګې کورنيا طبقه پکې ډېره ځلانده وي او د سترګې ګاټې پکې اکثره وخت پورته خواته تاو شوې وي، فانټينل پکې ډېر ژور ننوتې او د ادرارو خروج پکې کم وي.

پلټنې (Investigation):

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

د نس ناستې اختلاطات:

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

- ترش.
- مړینه.

اداره یا Management :

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

- ایا ناروغ نس ناسته لري؟

که چیرته ځواب هو و. پوښتنه وکړی.
د څومره وخت راهیسې ؟

- ایا په غایطه موادو کې وینه شته ؟

وګوری او حس کړئ.
د ناروغ عمومي حالت ته وګورئ چې ایا ناروغ محرش دی او که بیهوشه .ایا ناروغ ناارامه دی او که خوبجن.

- د ناروغ سترګو ته وګورئ چې ننوتې دي او که نه ؟.
- ناروغ ته اوبو څښلو توصیه وکړئ.

چې ایا ناروغ د اوبو څښلو قابلیت لری او که نه اویا ډیر په قراره اوبه څښي ؟او یایې په ډیرمینه څښي.
د ګېډې د پوستکې پنچ کړئ چې خپل حالت په قراره او که په تیزي سره (ددوه سیکیندو څخه زیات وخت).

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

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

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

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

a) چې په بشپړ ډول سره ماشوم ته شېدې ورکړي
موربايد ماشوم د ورځې ۴ ځخه تر ۷ ځلو پورې خپلې شېدې او يا د غوا شېدې ورکړي او هم ورته تازه جوس يا كيله وركړيد.

b) او هم ورته اضافي مايعات ورکړي
مور بايد ماشوم ته د سېنې شېدو سره په پاكو جوش شوو اوبو كې ORS ورکړي هغه کوچنيان چې عمر يې 2 كالو ځخه ښکته وی د 50 ځخه تر ORS 100ml وروسته د هر تغوط ځخه ورکول کېږي او هغه کوچنيان چې عمر يې د 2 كالو ځخه پورته وي 100 ځخه تر ORS 200ml وروسته د هر تغوط ځخه ورکول كېږي مور بايد د دغه مايعاتو سره خپل کو چنی ته شوروا يا سوپ ورکړي.

c) او بيا كله بيرته مراجعه وکړي.
مور بايد په دې وپوهول شي چې د کوچنې د وضعيت د ارزيابئ لباره 5 ورځې ورسته بيرته راشي او هغه وخت عاجل بيرته راشي كه چيرته په ماشوم كې لاندې حالتونه وليدل شي.

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

2) د تداوئ پلان B د some ديهايد ريشن لپاره :

د ديهايد ريشن دا ډول هم په ORS سره تداوي كيږي او بايد چې ناروغ ته په لومړئ 4 ساعتونو په دوارن کې ORS ورکړل شي، د ناروغ عمر معلوم کړی او ORS 75ml/kg ورکړئ ، كه چيرته ناروغ د ORS دځښلو سره سره بيا هم نور ORS غوښتل وربې کړئ. هغه ماشوم چې عمر يې د 6 مياشتو ځخه کم وي د 100-200ml په اندازه ورته پاكې

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

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

وروسته د 4 ساعتونو څخه :

د ناورغ ارزيابي وکړئ او ديهايدريشن بې وګورئ

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

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

د تداوئ پلان C د شديد ديهايدريشن لپاره :

د ديهايدريشن په دې ډول کې ناروغ ته وريدي مايعات ورکول کيږي هغه ماشومان چې عمر بې د 12 مياشتو څخه کم وي په لومړي اول ساعت کې ورته 30ml/kg په هر کيلوګرام وزن د بدن ، بيا ورته 70ml/kg په هرکيلو ګرام وزن د باندې په 5ساعتونو کې او هغه ماشومان چې عمرونه بې 12 مياشو څخه تر 5کالو پورې وي په لومړئ 30 دقيقو کې ناروغ ته په هر کيلوګرام وزن د باندې 30ml/kg ورکړئ بيا 2 نيم ساعتونو کې 70ml/kg په هر کيلو ګرام وزن د بدن باندې.

دوريدي مايعاتو د تطبيق په وخت کې بايد د ناروغ بشپړ ارزيابي وشي او په هرساعت کي د ناروغ وضيعت چيک کړای شي ۱

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

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

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

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

(3)
سینه بغل / نمونیا
(Pneumonia)

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

د نمونیا تعریف او وقوعات :

Definition and Incidence of Pneumonia

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

ښکتنۍ تنفسي لارې برخه ده چې مشتمل دی په تنفسي برانکیولونو ،الویولرډکټ، الویولرسک او په الویولای(alveoli)باندې.
یا نمونیا د سږویوالتهابي حالت دی چې په ابتدایي ډول سره مایکروسکوپیک هوایي کڅوړی چې د اسناخو (alveoli)په نامه سره یادیږي مصابوي.
په اسبابوکې يې معمولاً ویروسونه، باکتریاگانې، فنگسونه ، په لږه اندازه مایکروارگانیزمونه، درمل او نورې ناروغۍ لکه اتوامیون ناروغي پکې شاملې دي.

وقوعات Incidence:

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

د نمونیا طبقه بندي :

د نمونیا په دوه ډوله طبقه بندي کېږي.

1) اناتومیکه طبقه بندي.

- برانکونمونیا.

په دې ډول نمونیا کې د برانکیولونو ګرد چاپیره د سږو بو شیندل شوې التهاب موجود وي چې د سږو کانسولیډیشن رامنځ ته کوي.

- لوبر نمونیا.

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

- نمونایټیس.

په دې کې د سږو **patchy** التهاب موجود وي خو شاید چې کانسولیډیشن ور سره وي او یا نه.

- بین الخلالي نمونیا.

دا د بین الخلالي انساجو د التهاب څخه منځ ته راځي. بین الخلالي انساج د اسناحو د دیوال نه ، الویولر سک، الویولر ډکت او د برانکیولونو څخه جوړ دي.

2) اتیولوجیکه طبقه بندي.

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

- باکتریایي نمونیا.
- ویروسي نمونیا.
- اسپایریشن نمونیا.
- هایپوستیټیک نمونیا.
- فنګسي نمونیا.
- پروتوزوایي نمونیا.
- لوفلرز نمونیا.

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

د نمونیا د خطر فکتورونه:

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

د نمونیا کلینیکي تظاهرات :

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

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

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

پلټنې یا Investigations

1. د وینې د سپین کورویاتو اندازه:

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

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

2. د سینې اکسرې (Chest X-ray) :

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

پراخه او منتشر کانسولیډیشن.

امکان لری چې پلیورل افیوژن موجود وی او یا نه.

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

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

په ستېپایلوکوکل نمونیا کې شاید چې په لومړئ قدم کې په اکسری کې غیرخاص برانکونمونیا ولیدل شی چې بیا په چټک ډول سره په لوبرنمونیا ته اوړي.

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

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

د توبرکولین تیسټ باید هم اجراشي.

د نمونیا یا د سینه بغل اختلاطات:

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

د نمونیا تداوی:

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

دنمونیا د تداوئ تدابیر په دوه ډوله دي

1. کومکي تدابیر.
2. خاص تدابیر.

کومکی تدابیر:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

،دنمونیا د تداوی لپاره خاص تدابیر:

په نمونیا یا سینه بغل کې د انتي بیوتیکو استعمال:

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

۱) Pneumococcus :

First generation cephalosporins Benzyl penicillin

۲) Streptococcus :

Erythromycin ، Benzyl penicillin

۳) Staphylococcus.

First generation cephalosporins,Cloxacillin.

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

۵) Mycoplasma : Erythromycin,Clarithromycin.

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

۷) Tuberculosis : د توبرکلوز ضد درمل.

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

: First line

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

: Second line

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

د ۲ میاشتو څخه تر ۵ کالو عمر ماشومانو تداوي:

Ampicillin : First line په پورتني دوز سره.

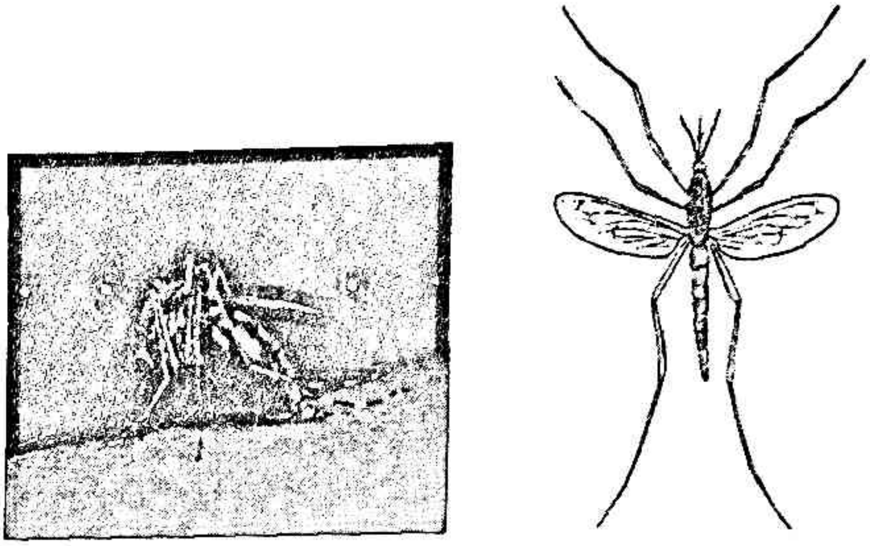
. Cefotaxime یا Ceftriaxone : Second line.

د ۵ کالو څخه پورته عمر ماشومان:

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

Ceftriaxone or cefotaxime : Second line

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



(a) Female mosquito (b) *Anopheles*

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

(4)
ملاریا
(Malaria)

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

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

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

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

د ملاریا پرازیت ډولونه:

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

د ملاریا د پرازیت د تفریح دوره :

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

انتقال او اپیدیمولوژي:

د ملاریا انتقال په عمده ډول سره داب او هوا تراغیزی لاندی دی
ملاریا ناروغی د مونث انافیل ماشی د چیچلو په واسطه انتقال او انتشار کوی او کله کله د وینی تبدیلیدو د پلاسنتا له لاری او د ملوثو ستنو په واسطه هم انتقالیدای شی.

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

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

ملاريا په جنوبی اسیا او همدارنګه په هندوستان کی مورټیلیټی او د موربیډیټی یو مهم سبب دی، چې هر کال يې تقریباً ۲۶ میلیون پیښې ریپورټ کیږی چې په دې کې تقریباً هر کال ۱۰۰۰ مړینې منځ ته راځی.

د ملاریا د واقعاتو تعریف:

1. غیر اختلاطي مشکوکه ملاریا:

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

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

د خطر علایم:

- د شېدې څښلو عدم توانايي
- د بل د مرستې ځخه پرته کیناستل.
- کوما.
- د غاړی شخوالی
- وینه لرونکي اسهالات.

غیراختلاطي تاید شوې فالسیپارم ملاریا:

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

د ملاریا پتوفزیولوجي:

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

کلینیکي تظاهرات :

غیراختلاطي ملاریا :

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

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

شدیده 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 ټیټوالی (په کاهلانو کې سیستولیک فشار 70mmHg څخه کم او کوچنیانو کې 50mmHg څخه کم
- ژیړی سره د حیاتي ارګانونو د عدم کفایې د شواهدو سره.
- په ادرارو کې د هیموګلوبین موجودیت (Haemoglobinuria)
- غیرنارمل خون ریزی
- ریوي اذیما.

په کاهلانو کې د ملاریا کلینیکي منظره:

د ملاریا ناروغي پیل په بې اشتهایي، سردردي، او تبې سره شروع کېږي. او حملات یې په دریو کلینیکي مرحلو ویشل کیږي.

1. Cold Stage: په دې مرحله کې ناروغ د یخوالي احساس کوي او ټو ل وجود یې ریږدیږي او هم غاښونه کړپوي، 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 تودوخې درجه تر 37 سانتي ګرید پورې وي.

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

Plasmodium Vivax and Ovale Infection

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

Plasmodium Malariae Infection

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

Plasmodium Falciparum Infection

دا د ملاريا يو اختلاط او خطرناک ډول دی چې پيل يې په ناڅاپي ډول سره کيږي، د نا ارامۍ، سردردي، خوا ګرځۍ، تو خي او نس ناستی سره پيل کيږي.

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

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

تشخیص:

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

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

د ملاریا تفریقی تشخیص ؛

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

- **Kalazar**
- د ځیګر امیبي ابسې.
- **Sepsis**
- بولي انتانات.
- د محرقې تبه
- انتاني هیپاتایتس.

د ملاریا اختلاطات :

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

دماغي ملاریا (**Cerabral Malaria**):

- دماغي ملاریا (**Cerabral Malaria**): دماغي ملاریا د ملاریا ناروغی د ټولو اختلاطاتو په پرتله یو خطرناک اختلاط دی چې په شدید سردرد،د شعور د کچی کموالی، اختلاج، کوما او یا نورو نیورولوجیک تغیراتو سره پيژندل کېږي، **CSF** فشار په کې لوړ وی مګر معاینه اکثره وخت نارمل وی ، دماغی ملاریا که چې په وخت سره يې تداوي ونه شي د مورتيبيليتی ريټ يې لوړ دی او پاتی نیورولوجیک نیمګړتیاوې په خاص ډول هغه وخت منځ ته راځی چې کله ورسره هایپوګلایسیما ملګری وی ، کوما دشديدي فلسيپارم ملاریا یوه ځانګړې او منحوسه کلینیکي لوحه ده چې له درملنې سره سره به لويانو کې ۲۰ فیصده او په کوچنیانو کې ۱۵ فیصده مړینه رامنځ ته کوي د ناروشغ د خواصو تغیر (**Delirium** او په لړه اندازه د شعوراختلال ته هم باید جدي دماغي ملاریا کېدای شي په ناځاپه یا په ورو ډول له اختلاج سره پيل شي او د دوه اړخیزي انسفالوپتي په شان ځرګندتیاوي ولري پاملرنه وشي او

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

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

درملنه

1. عمومي اهتمامات:
2. خاص تدابیر:

عمومي اهتمامات

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

خاص تدابير:

د درملو په واسطه درملنه :

کله چې د ملاريا تشخيص وضع شي نو بايد چې ناروغ ته سمدلاسه د ملاريا ضد درمل شروع شي. او که چيرته د ملار يا په درملنه کې معطل وشي نو کيداى چې د ملاريا په انذارو باندې اثر وغورځوي اوناروغ د ملاريا شديد ډول ته واوړي او د تداوى په مقابل کې مثبت ځواب هره ورځ په ناروغ کې پارازيتيميا کمه وي.

:Palsmodium Vivax (1)

Chloroquine Phosphate

کلوروکين د ملاريا ضد درمل دي چې په ايروتوسايتيک پارازيټ باندې اثر کوي او يوازې په Chloroquine Sensitive plasmodium کې کلوروکين پاسپيټ انتخابي درمل دي ، ډوز يې په هرکيلوگرام وزن دبدن ۱۰ ميلي گرام (10 mg/kg) ورکول کيږي په ازاد بازارونو کې په مختلفونومونو(Resochin) يادېږي چې 250mg chloroquine phosphate لري په داسې حال کې چې 150mg Chloroquine base دی او د کوچنيانولپاره يې شربتونه هم شته چې اندازه يې 50mg/5ml ده او که چيرته د 24-48 ساعتونو په دوران کې په چټک ډول سره د پارازيټونو اندازه ښکته رانغله او يا دځلورو ورځو په مابين کې ټيسټ منفي نه شو نو دا بيا chloroquine resistant malaria په گوته کوي. کلوروکين

په لاندې ډول ورکول کيږي

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

يا لومړی ۴ تابليت.

شپږساعت وروسته ۲ تابليت.

د راتلونکو دوه وروځو لپاره ۱ تابلیت د ورځی دوه ځلې. چې یو کاهل شخص ته توټل ۱۰ تابلیت ورکول کیږي.

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

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

a) Quinine sulphate

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

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

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

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

Fansidar: Pyramithamine 1mg/kg once

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

(3) د شدیدې او اختلاطي ملاریا تداوي:

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

Arthemeter: IM 3.2 mg /kg تعقيب بې په 1.6mg/kg هره ورځ د 6 ورځو لپاره د شديه اود سرزوري كيسونو كې بايد د مشرانو پروفيسرانو ډاكترصاحبانو سره مشوره وشي.

(4) په P.Vivax تثبيت شوو ناروغانو كې د ملاريا د بيا راګرځيدو ضد (Anti Relapse) تداوي.

Primaquin:

د وقايې او د يا د ملاريا د بيا راګرځيدو د مخ نيوي په خاطر اړينه ده چې ناروغ ته 0.25mg base/kg primaquin د ورځې يوځل د دوه اونيو لپاره د غذا سره وركړل شي. ترڅو hepatic hyponozoites له منځه يوسي او له راګرځيدو څخه يې مخنيوي وكړي

هغه ناروغان چې په G6PD deficiency باندې اخته وي بايد primaquin ورته ورنه كړل شي، Primaquin يوازې هغه ناروغانو ته وركړل شي چې P.Vivax په كڅ تثبيت شوې وي.

- مخكې د primaquin د توصيه كېدو څخه بايد د G6PD deficiency خفيف، شديد او متوسط وضيعت مشخص شي.
- تر هغه پورې چې د G6PD deficiency د وضيعت مراحل ممكن نه وي د طبي پرسونل د نظارت لاندې د خون ريزۍ دكشف په خاطر ناروغ ته 0.75mg base/kg primaquin په هفته كې يو ځل د 8 اونيو لپاره وركړل شي.
- د خون ريزۍ يا د وينې بهېدنې په ټولو واقعياتو كې بايد primaquin په عاجل سره قطع شي او د اضافي معايناتو لپاره ناروغ ته رجعت وركړل شي.
- هغه مېندې چې حا مله وي او يا خپلو كوچنيانو ته شېدې وركوي بايد **Primaquin** ورته توصيه نه شي.
- كه **primaquin** په خالي ګېډه توصيه شي د ګېډې د نااراحتۍ سبب كيږي نو اړينه ده چې له غذا سره يوځاى توصيه شي.

(5)
برانشيولايتيس
(Bronchiolitis)

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

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

وقوعات:

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

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

اسباب:

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

پتوجنیزیس:

د برانشیولونو ویروسي حمله التهاب رامنځ ته کوي او دمیوکس، حجروي **debris** او پړسوب د یو ځای کېدو له امله د برانشیولونود انسداد لامل ګرځي او په ځینو ناروغانو کې **spasm** هم پیدا کوي چې په نتیجه کې تنفسي مقاومت زیات او د هوا جریان کمیږي.

د برانشیولایتس د خطرفکتورونه:

- د وخت څخه مخکې زیږیدنه.
- کم وزنه ماشومان ځکه چې په دې ماشومانو کې معافیتي سیستم یې پوره بشپړشوې نه وي او د بلې خوا مورنۍ انتي بادي یې موجوده نه وي.
- د سږو مزمنې ناروغي.
- د مور د سګرټو څښل.
- د زړه ولادي ناروغي.

کلینیکي تظاهرات:

- د پورتني تنفسي سیستم د انتان موجودیت. چې زیاتره کورنۍ تاریخچه لري.
- په ناروغ کې تنفس سریع وي چې په نتیجه کې یې تنفسي عسرت منځ ته راځي.
- زیاتره ناروغان په کې خفیف اعراض لري او د درې څخه تر اوو ورځو په موده ریکور کیږي او هغه ناروغان چې شدیدحالت ولري شاید چې په کې د ښکتنیو **intercostals spaces** ریتېرکشن موجود وي.

- ناروغ خفيف پوزه بهيد نه لري.
- ناروغ په شېدو څښنبلو ستونزه لري او استفراق کوي بې او هم ورسره ناارامه وي.
- په شديد انتان کې ناروغ ډيسپنيک 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 کمزوري وي.

تشخيصي پلټنې :

1. د سينې اکسرې (Chest-X-ray): د سينې په اکسرې کې په سږو کې هايپر اينفليشن 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 وايرل کلچر اجراشي.
4. وايرل انتي بادي ټايټر.

اختلاطات :

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

تفريقي تشخيص :

1. د زړه احتقاني عدم کفايه.

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

تداوي :

د ناروغۍ کورس او انذار :

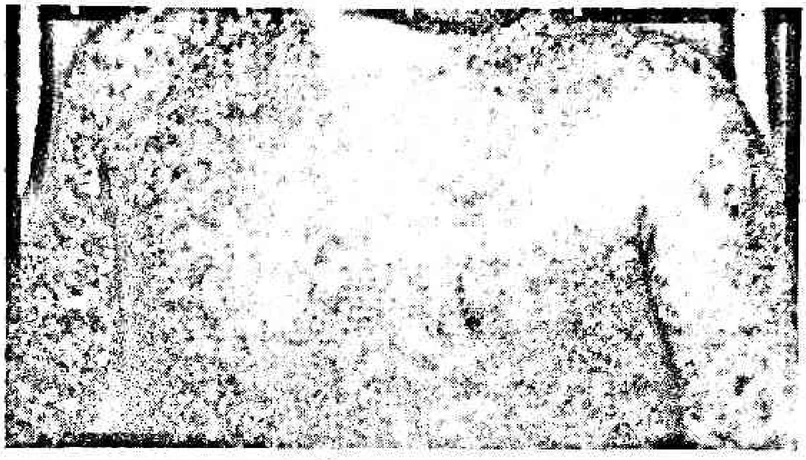
په عمومي ډول سره برانشیولایتس یوه خپله ښه کېدونکې ناروغي ده ، اعراض یې د 7-3 ورځو په موده کمیږي ، په شدیدو ناروغانو کې د تنفسي عدم کفایې له امله په یو فیصد ناروغانو کې مړینه منځ ته راځي.

عمومي اهتمامات:

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

فارمکالوژیکه درملنه (Pharmacotherapy)

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



(6)

شری / سرخکان

(Rubeolla) Measles

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

:Epidmiology

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

وقوعات یې په ژمي کې ډېر منځ ته راځي.
شرى د جلدي اندفاعاتو د ښکاره کېدو څخه ۴ ورځې مخکې او وروسته بیا تر ۵ ورځو پورې سرایت کولای شي.
هغه ماشومان چې عمرونه یې د ۳ کالو څخه کم وی او په درست ډول سره تغذیه شوي نه وي وقوعات یې په کې ډېر لیدل کېږي.

د شرى د انتقال لاره:

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

پتوجینیزس:

کله چې د شرى ویروس پورتني تنفسي لارې مخاطي غشا ته سرایت وکړي، په همدغه مخاطي غشا کې او په لمفاوي عقداتوکې 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 شدیده ثانوي وایریمیا منځ ته راوړي او ناروغي په ټول بدن کې خپرېږي.

کلینیکي تظاهرات:

د شرى د ناروغي د تفریح دوره د ۱۰–۱۲ ورځوپورې ده او د دغه دورې د تیریدو څخه وروسته درې مرحلې لیدل کیږي یا د شرى په ناروغۍ کې درې کلینیکي مرحلې لیدل کیږي.

۱) Prodromal Stage:

دغه مرحله د ۳- ۵ ورځو پورې دوام کوي دا مرحله په لوړې درجې تبې، کمزوتیا چې ورسره ټوخی هم ملګری وي، منضموالتهاب (Conjunctivitis) ریزش، د جفن التهاب او kopliks spots چې د شرى ناروغي یو پتوګونامیک نښه ده پیژندل کیږي چې د جلدی اندفاعاتو د

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

۲) د Exanthem مرحله یا د جلدي اندفاعاتو مرحله :

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

۳) د نفاهت او تفلس دوره :

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

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

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

تشخیص:

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

تفریقي تشخیص:

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

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

اختلاطات:

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

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

16. ترومبوسایتوپینیا.
17. د شرې څخه وروسته د معدې او کولمو التهاب.
18. اوپتیک عصب تخریب.
19. کورنیال السریشن.
20. کوجنکتیوایتس.
21. مایوکاردایتس.
22. د زړه عدم کفایه.

تداوي :

د شرې لپاره کومه خاصه Anti-viral درملنه نشته او یوازې محافظوي او عرضي تداوي يې اجرا کیږي خو بیا هم د تداوۍ په منظور یې لاندې ټکي په نظر کې نیول کیږي.

- ټول هغه کوچنیان چې په شرې اخته وي او شدیده تبه ولري باید په روغتون کې په داسې اطاق کې بستر شي چې نور ناروغان ورسره نه وي او د نرسانو او ډاکټرصاحبانو له خوا يې بشپړ ۲۴ ساعته مراقبت او ساتنه وشي.
- ناروغ ته باید نرمه غذا او مناسبه غذا ورکړل شي.
- که چیرته ناروغ د حنجرې په التهاب اخته وي په دغه صورت کې باید د کوټې رطوبت او د تودوخې درجې ته خاصه پاملرنه وشي.
- ټول د شرې ناروغانو ته باید کافي استراحت توصیه شي.
- تبې لپاره د تبې ضد درمل توصیه شي.
- هغه ماشومان چې پوټوپوبیا ولري باید د قوي رڼا د معروضیدو څخه وساتل شي.
- د Otitis media او د نمونیا لپاره مناسب انتي بیوتیک ورکړل شي.

- د شری په ۹۰ فیصده ناروغانو کې هایپوریتینیمیا موجوده وي او د Vit A ذخایر کم او Xeropthalmia او د قرني تقرح 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 مورتیلیتي او موربیدیتي کې د کموالي سبب کیږي.
- د ویټامین A ډوز: هغه ماشومان چې عمرونه یې د ۲ میاشتو څخه تر ۱۲ میاشتو پورې وي 100000 unit او د یو کلنۍ څخه پورته عمر ته 200000 unite توصیه شي.

په 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 راکموي.

(7)

شیجیلوزس

(Bacillary Dysentery) Shigellosis

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

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

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

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

ایپیدیمیولوجي:

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

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

د تفریح دوره یې ۷-۱ ورځې ده.

پتوجینیزس:

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

کلینیکي تظاهرات:

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

تشخیص:

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

- د وينې په بشپړ اندازه کې به لیوکوسایتوزس لیدل کیږي.
- هغه کوچينان چې توکسیک ښکاري شاید چې د وینې کلچر په کې مثبت وي.
- دقیق تشخیص یې د غایطه موادو د کلچر په واسطه د شجیلا تشخیص دی.

اختلاطات:

- 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 Entero-invasive E.coli ، Entamoeba-histolytica ، Yersinia-enterocolitica.
- التهابي bowel ناروغي.

تداوي:

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

Chloramphenicol، Ceftriaxone,Ciprofloxacin,Cefixime

او (Azithromycin(12mg /kg

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

مخنيوی:

- ميندې بايد وهڅول شي چې د اوږدې مودې لپاره خپلوکوچنيانو د سينې شيدې ورکړي.
- وروسته د رفع حاجت څخه په پشپړ ډول سره د لاسونو پريمينځل.
- د ډوډی څخه وروسته او مخکې د لاسونو وينځل.
- په پشپړ ډول سره د حفظ الصحی مراعت کول.
- د کور او د اړونده برخو د چاپيريال پاک ساتل.

(8)

د نوو زیږیدلو ماشومانو ژیړی

Neonatal Jaundice

(Jaundice Neonatorum)

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

زیړی (Jaundice) :

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

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

د ژیړی ډولونه.

ژیړی یا hyperbilirubinemia عموماً په دوه ډوله ده.

۱) Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia

۲) Direct (Conjugated) hyperbilirubinemia

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

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

Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia:

غیر مستقیم هایپربیلروبینیمیا:

ایتیولوجي:

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

خاص اسباب:

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

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

3. پولي سايتيميا :

- د شکرلرونکو ميندو ماشومان.
- د کارد وروسته بندوالي.
- Feto-meternal or feto-fetal transfusion

4. Blood extravasation

- سيفالوهيماتوما .

5. Breast milk and breat feeding jaundice
6. Glucuronyle transferase defect

- Crigler Nijjar Syndrom(type 1,11)
- Gilbert syndrom

7. ميتابوليکي ناروغۍ

- Galactosemia
- Hypothyroidism

8. Increased enterohepatic circulation

- د کولمو بندښت او د پايلوردبرخې بندښت.

فزيالوژيک ژيړی:

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

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

خصوصیات:

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

د زیړي د ډول ډول لاملونو تفریقي تشخیص:

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

د فزیولوژیک زیړي میکانیزم:

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

پلټنې (Investigations) :

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

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

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

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

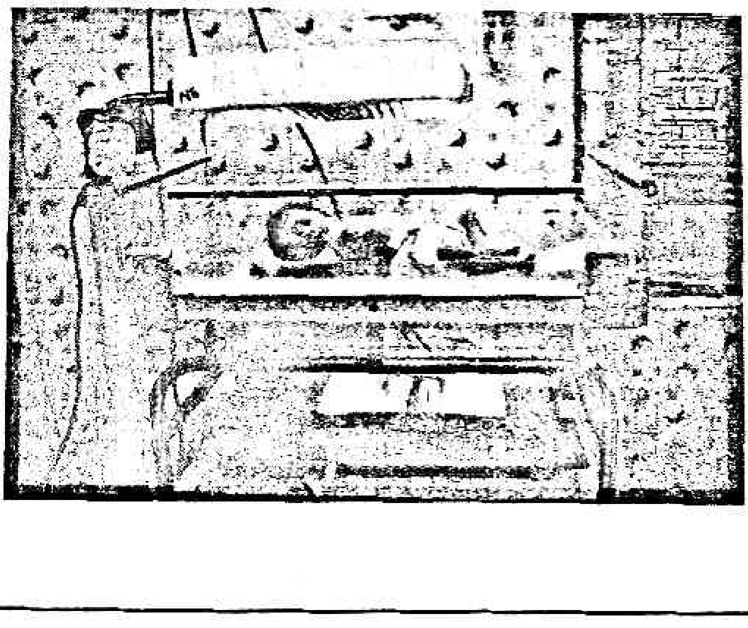
- Thyroid function test
- Compleat urine examination
- Liver function test.
- TORCH antibody titer.
- G6PD enzyme assay.
- Abdominat USG.
- HIDA Scan.
- Liver biopsy.

د زيړي

اداره :

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

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



Phototherapy:

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

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

د پوتوتیراپي لپاره استطبابات:

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

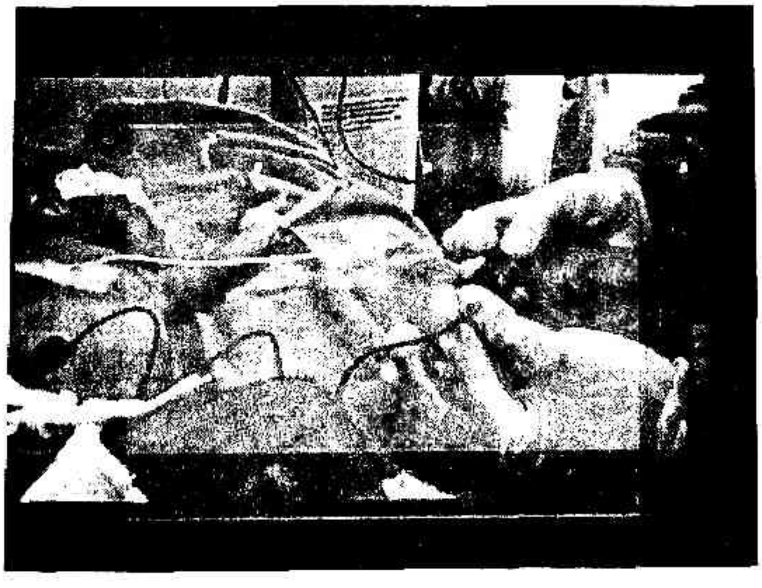
- د بیلروبین د اضافي سويې د لوړوالي د مخنیوي په خاطر.
- شاید چې په شدید کم وزنه ماشومانو کې وقایوي پوتوتیراپی استطباب ولري.

د پوتوتیراپی مضاداستطبابات:

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

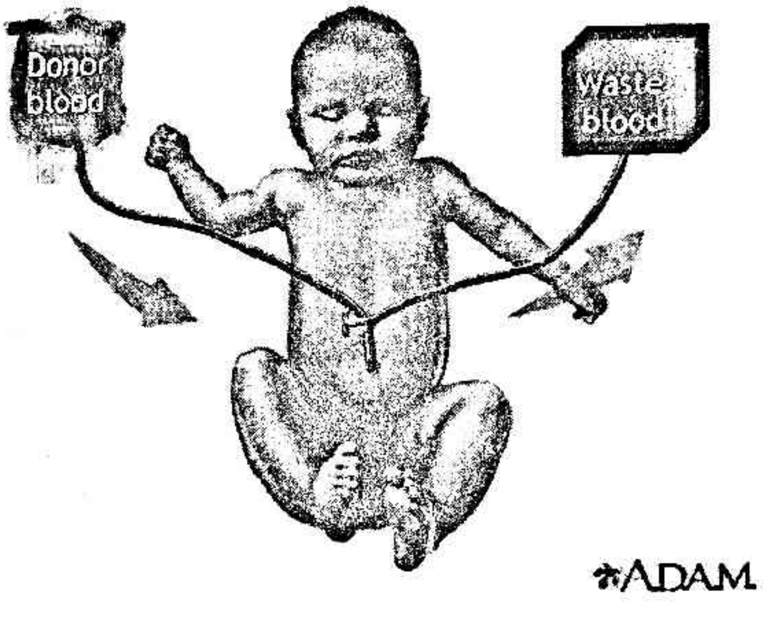
د فوتراپی اختلاطات:

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



:Exchangs transfusion

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



موخې:

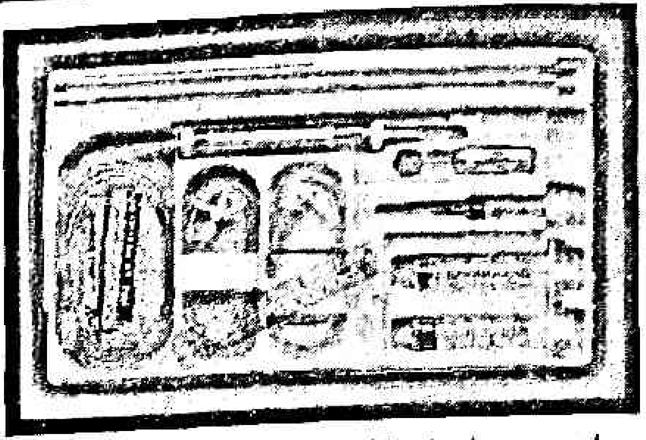
۱) د وینې د دوران څخه د حساسو سروکرویاتو او د انتي باډي او د دوراني بیلروبن لرې کول او د کوچنې د کم خونی اداره کول.

استطبابات:

- د زیږیدنې څخه وروسته د حبل سروی (Cord blood) په وینه کې د هیموګلوبین د۱۲ ګرامو څخه کم وي.
- په ماشوم کې د Comb تیست مثبت وي.
- د بیلروبن اندازه د ۵ ملي ګرام څخه زیاته وي.
- د Reticulocyt شمیره د 15% څخه زیاته شي.

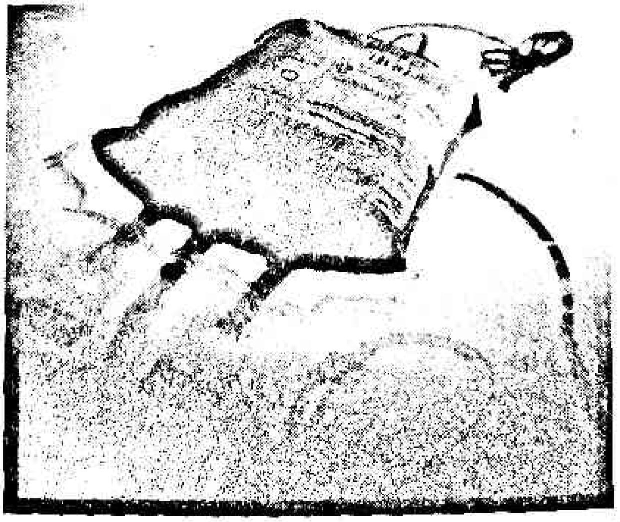
Complication of Exchangs blood transfusion

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



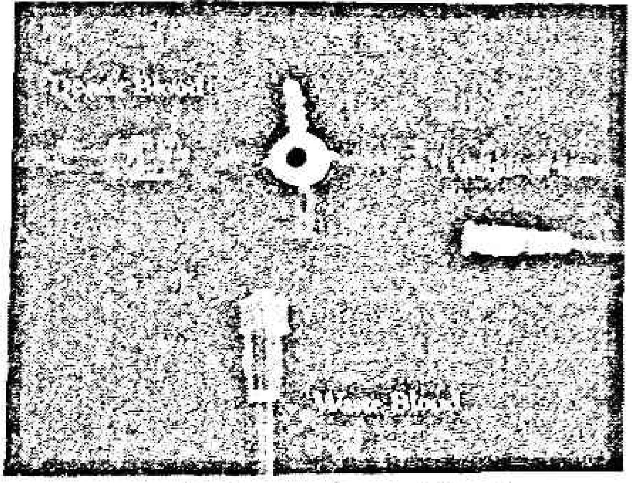
د EBT لپاره اړین سامان الات:

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



د EBT د اجرا تخنیک:

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



د Exchangs transfusion د تطبیق خواوې:

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

عمومي تدابیر او پارماکولوجیک تیراپي:

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

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

Kernicterus:
(Bilirubine encephalopathy)

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

لنډه پتالوجي:

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

عمومي ډول سره basal ganglia ، 3rd او 4th قحفي عصب هستې ته او نور عصبي مراکزرنګه کېدل دي چې په نوموړو برخو کې نيورونونه تخريبوي او د ماغي زيړي لامل ګرځي.

کلينيکي تظاهرات:

- هغه ماشومان چې په kernicterus باندې اخته وي نيورولوجيک نښې په کې د ېرې ليدل کېږي.
- هغه ماشومان چې په ژور زيړی اخته وي ناڅاپي ډول سره ليترجي، ضعيف تی رودنه په کې ليدل کيږي.
- د Moro عکسې ضعيف يا نه شتون.
- لوړه او تيزه ژړا.
- د عضلاتي تون زياتوالی.
- اپنيا.
- تنفسي بې نظمي.
- اختلاج.
- زياتره کوچنيان د Kernicterus له امله خپل ژوند له لاسه ورکوي هو هغه ماشومان چې تر يوکاله ژوندي پاتې شي اختلاج او عضلاتي شخوالي لري.
- 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 دماغي وروسته والی.
- مړينه د تنفسي عدم کفايې او د جاري کوما له امله منځ ته راځي.

مخنیوی:

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

د مور د شېدو زیړی(Breast Milk Jaundice) :

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

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

مقاوم یا Persistent زیړی :

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

اسباب:

- د وخت څخه مخکې زیږیدنه.
- د مورد شېدو زیږی.
- هایپوتایریدیزم.
- ډاون سندروم.
- سریګلرنیجارسندروم.

پتالوجیک زیړی:

خصوصیات:

- د دا ډول زیړی 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 1.5-2.0mg/dl څخه لوړ وی.
- هیپاتوسپینومیګالي او کم خوني موجوده وي.

مستقیم بیلروبین زیاتوالي:

(Conjugated(direct)Hyperbilirubinemai

مستقیم هایپربیلروبینیمیا 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 ګڼل کیږي.
- د مستقیم بیلروبین زیاتوالي د صفرا دافراز 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 بیلروبین اخراج کړي چې دانقیصه همیشه پتالوجیک وي.

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

اسباب:

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

تشخیص:

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

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

اداره:

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

په منتخبو انتي بيوتيکو په استعمال سره سيپسيس تداوي کيږي.

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

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

(9)
د منځني غوږ التهاب
Otitis Media

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

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

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

اسباب:

1. باکتریا: باکتریا د ټولو لاملونو په نسبت یو ډیر معمول اجینټ دی چې د منځني غوږ التهاب رامنځ ته کوي، ترټولو زیات عام اورګانیزمونه عبارت دی له..
   - Streptococcus pneumonia(15-40%)
   - Haemophilus influenza (15-25%)
   - Moraxella catarhalls(12-20%)
   - Group A streptococcus
   - Staphylococcus aureus(acut and chronic otitis media)
   - Paeudomonas aeruginosa(chronic otitis media)
2. ویروسونه: ویروس د غوږ د التهاب د مستقیم سبب لپاره دومره مهم نه دی خو په هر حال د پورتني طرق تنفسي ویروسي انتانات د استاخین تیوب بندښت رامنځ ته کولای شي چې د باکتریاګانو د نشونما لپاره زمینه مساعدوي.

پتوجینیزس:

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

مساعد کوونکي فکتورونه:

- هغه ماشومان چې په غریبو کورنیو کې ژوند کوي.

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

کلینیکي تظاهرات:

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

اختلاطات:

1. Mastoiditis
2. Meningitis

3. Hearing loss

تشخيص:

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

Otoscope

د کوچنيانو ډاکتران د کوچنيانو د غوږد التهاب د معلومولو او تشخيصولو لپاره يوه اله کاروي چې د Otoscope په نامه سره ياديږي د دغې الې په مرستې سره کولای شو چې د غوږ داخلي مجرا وګور او اړونده نقيقه يا کوم التهابی حالت معلوم کړو، د غوږ د معاينې پر مهال بايد معاينه کوونکې لاندې شيان په نظر کې نيولو سره د غوږ بشپړ ارزيابي وکړي.

- ✓ سوروالی.
- ✓ پړسوب.
- ✓ وينه.
- ✓ افرازات.
- ✓ په منځيني غوږ کې د مايع موجوديت.
- ✓ د غوږد بهرنۍ مجرا پړسوب.

Tympanometry

د tympanometry test په دوران کې ډاکتريوه وړه اله کاروي چې په مرسته يې د غوږ فشار معلوميږي او که چيرته eardrum رپچر کړی وی هم يې معلوموي.

Reflectomety

د reflectometry ټيسټ په دوران کې ډاکتريوه وړه اله کاروي

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

Hearing test

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

Ear discharge culture

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

تداوي:

Acute Otitis Media(AOM)

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

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

• د **penicillin-resistant pneumoccocci** لپاره دوهم اپشن د ورځې يو ځل تو ټل دوزونه Ceftriaxone 50mg/kg/day IM ۳-۱ ورکول کيږي يا Macrolide antibiotic (azithromycin)

• هغه ناروغان چې د انتي بيوتيکو د دوهم کورس توصيه کيدو باوجود هم شفاياب نه شي او يا ناروغي يې لا هم شديده شي نو په دغه صورت کې د tympanocentesis په اړه فکر کيږي چې تر څو اصلي سببی لامل په ګوته شي او دقيق انتي بيوتيک ورته توصيه شي.

(10)
د نوي زیږیدلي ماشوم اسپیکسیا
Birth Asphyxia/Perinatal Asphyxia Or Neonatal Asphyxia

د نوي زیږیدلي ماشوم اسپیکسیا یو طبي حالت دی چې د یونوي زیږیدلي ماشوم د ولادت په وخت د اوکسیجین د محرومیت څخه منځ ته راځي یعني کله چې یو نوی زیږیدلي ماشوم تر بشپړې زیږیدنې سمدستي وروسته په بنفسهي ډول سره تنفس پیل نه کړي نونوموړې حالت منځ ته راځي او که چیرته د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په وخت سره او په جدي ډول سره تداوي نه شي نو په نتیجه کې خطرناک اختلاطات منځ ته راځي او د Encephalopathy له کبله د مرکزي عصبي سیستم حجرات په دایمي ډول سره زیانمنې کیږي چې ښایي د نوي زیږیدلي ماشوم د مړینې اویا په موخر ډول سره د cerebral palsy او mental deficiency سبب شي. نو په جامع ډول سره د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په دا ډول تعریفوو، که چیرې یو نوی زیږیدلي ماشوم د پوره زیږیدنې یا ولادت څخه وروسته سمدستي په بنفسهي ډول سره خپل تنفس شروع نه کړي د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په نوم یادیږي اویا د ماشوم د زیږیدنې د عمر په لومړیو ۱- ۵ دقیقو کې د ابکار سکور درجه د ۵ څخه ښکته شي او یا د وینې PH یې ټیټ شي د زیږیدنې اسپیکسیا ورته وایي.

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

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

د خطر فکتورونه:

مورني عوامل.

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

پلاسینتا پورې اړوند عوامل:

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

د جین پورې اړونده عومل:

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

د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا سبب:

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

سریري تظاهرات:

- د وینې د PH کموالي د ۷.۲ څخه.

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

لنډه پتوفزیولوجي:

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

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

میتابولیک اسیدوزس.

هایپوګلایسمیا.

هایپوټینشن.

د دماغي وینې په جریان کې تغیر راتلل.

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

میتابولیک پایلې:

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

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

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

تشخيص:

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

د ولادت څخه مخکې:

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

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

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

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

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

د ولادت په وخت کې:

د ولادت په وخت کې د APGAR سکور د اندازې ښکته والي د ټولو څخه زیاته استعمالیدونکې کریتیریا ده چې تریو حده د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا پرې تشخیص کیدای شي. د اپګار سکور په دې طریقه کې دماشوم تنفسي حالت،رواني حالت او عصبي حالت څیړل کیږي، که د پنځودقیقوڅخه زیات وخت لپاره د APGAR سکوراندازه که ۳ شااوخواکې وي د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا شواهد په ګوته کوي خوپه هر حال شاید چې په preterm ماشوم کې low apgar scor د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په ګوته نه کړي چې نومورې ماشومان د ولادت په وخت هایپوتونیک ،د 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 meternal anesthesia or analgesia

Trauma، نیورومسکولرناروغي، انتانات او داسې نور.

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

APGAR SCOR

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

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

د اپګار سکور ډله بندي:

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

د اسپیکسیا اختلاطات:

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

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

:Hypoxic Ischemic encephalopathy

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

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

د اسپیکسیا تداوي:

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

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

د اسپيکسيا د اختلاطاتو تداوي:

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

2) Cerebral odema : Fluid restriction او په اختياط سره د ايليکټرولايتونو په څارنې سره او شايد چې د hypertonic solution د 20% مانيټرل (0.5-1.0g/kg/dose IVover 20 min) په دوران کې.

3) Hypotention: پلازما او انوټروفيک سپورټ لکه ډوپامين.

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

5) د ادرارو Out put بايد په ډېراحتياط سره وڅارل شي او بايد د 1ml/kg/hr څخه پورته شي.

6) Apnea and Carbon dioxide retention په IPPV سره.

ماخذونه

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

د لیکوال پېژند ګلوي:

ډاکټر سید ملیار سادات د اروانباد استاد سید غلام علي سادات زوی دی، چې په ۱۳۶۳ کال د کونړ ولایت په نورګل ولسوالئ د بر نورګل کلي د ساداتو په کورنۍ کې زیږېدلی دی
لومړنۍ زده کړې یې د ننګرهار په عالي لیسه ترسره کړې او بیا وروسته په ۱۳۸۲ کال د نورګل مزار لیسې څخه په اعلی درجه فارغ شوی دی او په ۱۳۹۱ کال د پکتیا پوهنتون د معالوجوی طب څخه فارغ شوی، نوموړی یو هڅاند ځوان دی او په خپل مسلک پورې د اړونده کتابونو ترڅنګ د پښتو ادب مطالعې سره ځانګړې مینه لري، چې اوس یې پښتو ادب سره د ډېرې مینې له امله په خپل مسلک کې د ځینو کتابونو د لیکلو تکل کړی دی.
ډاکټر صاحب یو هڅاند ځوان دی او په خپل مسلک پورې د اړوندو کتابونو ترڅنګ د پښتو ادب مطالعې سره ځانګړې مینه لري، چې اوس یې پښتو ادب سره د ډېرې مینې له امله په خپل مسلک کې د ځینو کتابونو د لیکلو تکل کړی دی.
د سادات صاحب د همدې تکل او مزل ځینې نورې بېلګې هم شته، چې یو څه یې په کتابي بڼه چاپ شوي او د نورو یې تر دې وروسته د چاپ په هڅه کې دی چې چاپ او ناچاپ آثار یې په لاندې ډول دي.

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

Download From: www.aghalibrary.com

7. انساني عظمت(چاپ)
8. د داخله ناروغیو اساسات، لیکوال ډاکترابراهیم شینواری(دوهم واری کتنه او زیاتونه) چاپ)
9. پر روغتیا د شرابو (الکولو) اغېزې(چاپ)
10. لس تاپ ناروغی، همدا اثر (چاپ)
11. زموږ چاپېریال (دوهم ځل چاپ)
12. طبابت که تجارت. ناچاپ
13. د بریا لار (ناچاپ)
14. د ژوند حقیقت (ناچاپ)
15. اسلام او معاصر طب
16. په افغانستان کې د نشه یانو د ژوند ریښتنې انځور(ناچاپ)
17. د والدینو حقوق (ناچاپ)
18. ورځنې مېډیاوې او افغانې کلتور(ناچاپ)
19. د اروابناد استاد سید غلام علی سادات ژوند ته لنډه کتنه(ناچاپ)
20. کاریدیولوژی(ناچاپ)
21. ژوند او رژېدلې هېلې.

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

په درنښت
نوراغا سعید
توحید غږ راډیو
کنړ/نورګل

Download From: www.aghalibrary.com

Top Ten Diseases

Introduction, Causes, Signs & Treatment

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

By: Dr. Sayed Malyar Sadat

Designed by: Abdul Hadi Asar

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