بسم الله الرحمن الرحیم

لس مشهورې ناروغۍ

TOP TEN DISEASES

ډاکټر سید ملیار سادات

د کتاب ځانګړنې :

د کتاب نوم لس مشهورې ناروغۍ

لیکوال ډاکټر سید ملیار سادات

چاپ کال ۱۳۹۵ هـ

دا کتاب د خان کتابتون څخه ډانلوډ شوی دی

یادونه : ګرانو لوستونکو که تاسی د کوم کتاب سافټ لرې مهرباني وکړي زمونږ بریښنالیک ته یې را واستوئ مونږ به یې په ټولنیزو شبکو او ویبپاڼو کي نشرکړو .

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

ډالۍ

دا کتاب خپل ګران اروابناد پلار، ګرانه مور او ګران ورونه هریو ډاکتر صحرايي سَيد، سید اجمل سادات، زیرک ذهین او اسدالله سادات ته یې په ادبي او پښتنه مینه ډالۍ کوم.

() () ()

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

() () ()

ډاکترسیدملیار سادات

خپلې خبرې

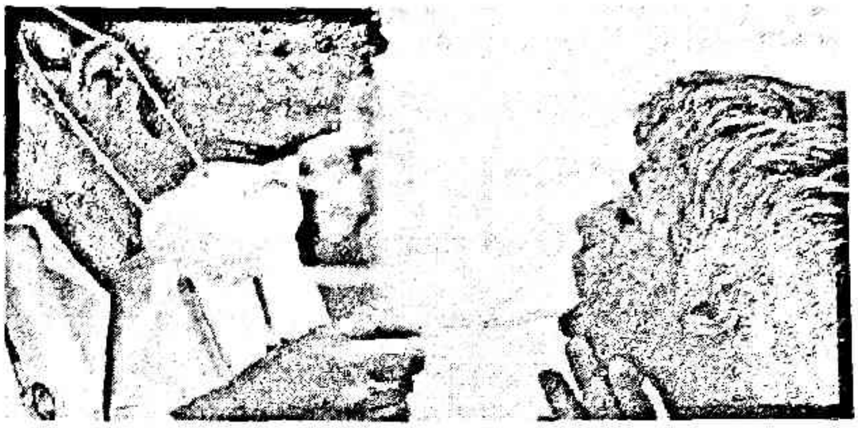
ټول حمد ، ثنا او صفتونه هغه ذات لره دي چې په خپل ذات او صفاتو هيڅ شريک نه لري خپل کامل قدرت سره يې داستر نړۍ پيدا کړې او د ډېرو اوچتو صفاتو خاوند دی، چاته چې وغواړي عزت ورکوي او چاته چې وغواړي ذلت ورکوي .

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

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

اسهال، برانشیولایتس، ملاریا، شری، د نووزیږیدلوماشومانوزیږی، د منځني غوږ التهاب او د نووزیږیدلوماشومانو اسپیکسیا) باندې ونوموو، د دغه کتاب په لیکلو کې 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 غوارم چې نوموړې کتاب زما لپاره صدقه جاریه وګرځي او د هېوادوالو داستفادې وړ وګرځي.

سید ملیار سادات
کنړ ولایت، نورګل ولسوالي
سیدانو جونګړه



(1)
زکام
Common Cold

زکام یا Common Cold د علوي تنفسي لارې یعنې د پوزې او ستونې او ساینوسونو خفیف ویروسي انتان دی چې د پوزې بلاک یا بندښت رامنځ ته کوي چې دغه بندښت په اوبه لرونکې پوزه، پرنجي او د ستونې درد او ټوخي سره تعقیبیږي په ابتدایي ډول سره اکثره پوزه (Nose) متاثره کوي همدارنګه په دوهم قدم کې ستونې مصابوي چې د Pharyngitis لامل 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 کیدونکې ساري ناروغي ده چې د مختلف ډوله وایروسونو په واسطه منځ ته راځي، زکام یا common cold د پورتني تنفسي لارې انتان دی چې د 200 څخه یې زیات ډوله وایروسونه پیژندل شوې دي چې د زکام لامل ګرځي چې ځینې مهم یې په لاندې ډول دي.

Rhinovirus 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 جوړېدای شي ځکه چې د زکام نوې وایروسونه په پرله پسې ډول سره رامنځ ته کېږي او بدن هیڅکله د دغه وایروسونه په مقابل کې مقاومت نه کوي. په حقیقت کې د مکتب څخه 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 ژمې 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 ډاکتر ته دتګ تر ټولو زیات سبب جوړوي او هم د ښوونځي ته د تګ او د ورځنې کارونو پروړاندې ستونزې جوړوي.

د انتقال لاره او میکانیزم:

زکام یا common cold د نورونو منتنو خلکو څخه د هوایي معلقو ځاځکو، 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 ستونې څنډو پورې ونښلي چې په دغه وخت کې معافیتي سیستم د دغه ویروس له منځه وړلو لپاره د وینې سپین حجرات (White blood cells) استوي چې دغه د ویروس په مقابل کې ابتدایي شخړه ناکامیږي او پوزه او ستونې پړسوب کوي او میوکس جوړوي او په مقابل کې بیې 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

ICAM-1 receptors سره بانډ جوړوي چې د دغه بانډ جوړيدو په صورت کې **Inflammatory mediators** ريليز کيږي چې د دغه التهابي ميډياټورز د ريليز کيدو په نتيجه کې ناروغ ته اعراض پيداکيږي مګر نوموړې ويروس په عمومي ډول سره **Nasal epithelium** ته کومه صدمه نه رسوي مګر د بل طرفه **respiratory syncytial virus** د مستقيم او غير مستقيم تماس په واسطه د پوزې اپيتليم تخريبوي او همدا ډول **parainfluenza** ويروس په قسمي ډول سره د پوزې ، ستونې او برانکسونو التهاب رامنځ ته کوي، په غټوماشومانو کې کله چې دا ويروس **trachea** متاثره کړي نو کېداى شي چې د هوايي لارې د تنګيدو له امله د کروپ اعراض ورکړي.

ايپډيمولوژي:

زکام (Common Cold) د کال په هر موسم کې منځ راځي خو زياتره د ژمي او د پسرلي په موسومونو کې يې وقوعات زيات دي ، زکام يوه 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 ليدل کېږي مګر په ماشومانو او زړو خلکو کې د ضعيف معافيتي سيستم له امله يې پېښې زياتي ليدل کيږي، په پرمختللو هېوادونو کې ددرستي حفظ الصحې له برکته يې وقوعات کم دي او هغه هېوادونه چې د پرمختګ په حالت دي وقوعات يې زيات دي.
هغه خلک چې په ګڼو کورونو کې ژوند کوي او هم يې حفظ الصحه درسته نه وي او يا د ژمي په موسومونو کې په يخو سيموکې کارونه کوي د دي ويروس سره زيات مواجه کيږي.

اعراض او علايم:

Signs and symptoms

د زکام وصفي اعراض په لاندې ډول دي.

- بهیدونکې 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 پاتي شي، د ټوخي منځنۍ موده یې تر اتلس ورځو پورې وي او په ځینو کیسونو کې ناروغانو یو ډول ټوخی 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 ځينې مهم ويروسونه د فيصدۍ 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 اځنۍ 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 کولوخخه 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 مونږ 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 والې 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 نوموړې منتن اشخاص خپل د خوراک څښاک لوښي جدا کړي، نوموړې ناروغانو ته باید صحي تعلیمات ورکړل شي او د زکام د اضرارو څخه دې خبر کړای شي، Zinc سفلیمینټ استعمال هم یو څه موثر تامیږي ځکه دا د زکام په پریویلانس کې کموالي راولي،نوو مطالعاتو ښودلې ده چې که چېرې د زکام د شروع کیدو په لومړیو 24 ساعتونو Zinc وکارول شي د ناروغۍ وخت او شدت کموي د Vitaminc C استعمال د ناروغۍ شدت نه کموي مګر وخت راکموي.

اداره (Managment) :

زکام کومه خاصه تداوي نه لري چې د انتان وخت راکم کړي او یوازې او یوازې اعراضي کراروونکې 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 توخي 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، يواځې د تبې ضد درمل توصيه کيږي تر څو د سر فشارونه کم کړي زکام ويروسي حالت دی او وروسته له يو څو ورځو څخه خپله 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 ورځو ته هم اوږديږي،د زکام

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

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

کله چې

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

(2)
حاده اوبلنه نس ناسته
Acute Watery Diarrhea

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

تعریف (Definition) :

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

وقوعات (Incidence):

د اسهال وقوعات د نړۍ په هرګوټ کې لیدل کیږي، مګر په هغه هیوادونو کې یې پېښې (Mortility,Morbidity)زیاتې لیدل کېږي 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 د واقیعاتو سره مخ کېږي او په دې کې بیا ۲ میلیونه کوچنیان د نس ناستې له لاسه خپل ژوند له لاسه ورکوي او وایي چې د پنځو کالو څخه په کم عمره ماشومانو کې نس ناسته د ټولو نورو مړینو په پرتله ۲۰ فیصده څخه زیات مړینه جوړوي.
د نس ناستې دوه مهم لاملونه د 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 يې زياتره د يو کال څخه په کم عمره ماشومانو کې ريکارډ شوې دي او د ۴۰-۵۰ فيصده په روغتونونو کې د بستر ناروغان جوړوي

د نس ناستې پېښې زياتره په معتدلو سيمو کې چې په اوړي کې باکتريائي انتاناتو له لامه او په ژمي کې دويروسي انتانانو له کبله منځه ته راځي او زياتره په هغه سيمو کې زيات منځ ته راځي چې هلته د حفظ الصحي شرايط برابر نه وي او هم ورسره د خلکو تعليمي کچه ټيټه وي، د نس ناستې پېښې په هغو کې ماشومانو کې ډېر کمې منځ ته راځي هغوی د مور په شېدو تغذيه کيږي ځکه چې د مور شېدې د نس ناستې د مخنيوي لپاره يو ښه غذا ده، اسهال د انفاسي په مرحله کې د childhood په نسبت ډېر وحامت لري ، ځکه چې د انفاسي په مرحله کې د ماشوم مقاومت د انتان او مايعاتو او ايلکټرولايتونو د تشوشاتو په مقابل کې کم وي، نس ناستې د ماشومتوب په هره مرحله کې ليدل کېږي مګر په هغوکوچنيانو يې پېښې زياتې ليدل کېږي چې عمرونه يې د دوه کالو څخه کم وي.

: Epidemiology

اسهال په ماشومانو کې د مورتيليتي او د موربيډيتي يو مهم سبب دی.

د سرايت يا د انتقال مهم ميکانيزم يې د فيکواورال لاره ده چې د منتن غذا او اوبو څخه منځ ته راځي.

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

اسباب (Etiology) :

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

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

باکتریایي انتانات (Bacterial Infection) :

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

نور باکتریایي انتانات :

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

ویروسي انتانات (Viral Infections) :

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

پرازیتي انتانات (Parasitic Infection) :

Giardia lambia
Crptosporidium paroum
Entamoeba histolytica
Cyclospora cayetanensis
Isospora belli

Parenteral infection

Otitis media,UTI,Pneumonia:

: Dietary factors

Over feeding,Starvation, Food allergy,Food Poisoning

: Drugs

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

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

- د ناروغیود خپریدو ضعیف مخنیوي.
- د پرسونل هایوجین نشت والي.
- د څښلو 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 مزمنوحالتونو 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 ګیډې د درد او پړاخوالي په اړه پوښتنه وکړئ.

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

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

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

: Examination

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

د ناروغ په عمومي معاینه کې باید نبض، حرارت، تنفسي ریټ، د وینې فشار او وزن باید معاینه شي.
مخاطي غشا، وکتل شي چې نارمله، وچه او یا بل کوم شکل لري.
Skin turgor: د نس ناستې په ناروغانو کې جلدي تړګر معاینه کیږي چې نارمل، ضعیف، خپل ځای ته په قلاره ځي او یا ډیر په قلاره خپل ځای ته ځي،
سترګې: د ناروغ سترګې باید معاینه شي چې ایا ناروغ ننوتې سترګې دي او یا کوم خواته ځوړندې دی او یا نارملې دي.
قدامي فانتېنال هم باید ارزیابي شي چې ایا خلاص دی، که بند او یا زور کړی شوې او یا څه برامدګي لري.
ګېډه: د ناروغ ګیډې په معاینه کې باید د ګیډه اوازونه، پراخوالې او نور افات په کې ولیدل شي.
د نورو اړونده ناروغیو لپاره باید مرکزي عصبي سیستم او تنفسي سیستم معاینه شي.

پتوفزیولوژي:

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

د مایعاتو ضیاع (lose fo water):

د اسهال ناروغانو د مایعانو د ضیاع په نتیجه کې جلدي تړګر ضعیف کیږي، ورک یا ضعیف نبض لري، د ناروغانو د زړه ضربان زیات وي، سترګې یې ننوتي وي، فانتینل یې ښکته خواته ننوتې وي، ناروغ ډډ اواز لري، د اطرافو شینوالې هم پکې موجود وي، جلد یې یخ وي او ادرار یې وي موجود او یا کمې وي.
د مغذي موادو د ضیاع په نتیجه کې په ناروغ کې هایپوګلایسیمیا، اختلاجات، د وزن باختل او یا کوما منځ ته راځي.

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

د پوتاشیم د ضیاع په تنیجه کې په ناروغ کې د ګېډې پړاخې(Abdominal distention) پارالایتیک الیوس او مقاوم شاک منځ ته راځي.

د ډیهایدریشن طبقه بندي:

د کلینک له نظره دیهایدریشن په درې ډوله دی .

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

متوسط: چې د وزن صیاع یې د ۵٪ _ ۱۰٪ په مینځ کې وي.

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

بایو کیمیکل طبقه بندي:

ایسوټونیک: د سودیم اندازه د ۱۳۰-mmol/L۱۵۰ په مابین کې وي.

هایپوټونیک: د سودیم اندازه پکې د mmol/L۱۵۰ څخه کمه وي.

هایپرټونیک: د سودیم اندازه پکې د mmol/L۱۵۰ څخه زیاته وي.

کلینیکي تظاهرات:

پېښې په ناڅاپي 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 وسبیع وي، سترګې او قدامي فانتینل پکې ننوتي وي او جلد چې یې کله کش کړای شي کونځوالې یې غیرنارمل وي، نهایات یخ احساسیږي او امکان لري شین

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

شديد 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 تی رودل پکې له منځه تللي وي، د سترگې کورنيا طبقه پکې ډيره ځلانده وي او د سترگې کاتي پکې اکثره وخت پورته خواته تاو شوې وي، فانټينل پکې ډېر ژور ننوتی او د ادرارو خروج پکې کم وي.

پلټنې (Investigation):

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

د نس ناستې اختلاطات:

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

- ترش.
- مړينه.

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. پوښته 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 څخه تر ۷ ځلو پورې خپلې شېدې او يا د غوا شېدې ورکړي او هم ورته تازه جوس يا کيله ورکړيد.
b) او هم ورته اضافي مايعات ورکړي
مور بايد ماشوم ته د سېنې شېدو سره په پاکو جوش شوو اوبو کې ORS ورکړي. هغه کوچنيان چې عمر يې 2 کالو څخه ښکته وي د 50 څخه تر ORS 100ml وروسته د هر تغوط څخه ورکول کېږي او هغه کوچنيان چې عمر يې د 2 کالو څخه پورته وي 100 څخه تر ORS 200ml وروسته د هر تغوط څخه ورکول کېږي مور بايد د دغه مايعاتو سره خپل کوچنی ته شوروا يا سوپ ورکړي.
c) او بيا کله 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 که چيرته په ماشوم کې لاندې حالتونه وليدل شي.

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

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

اوبه ورکړئ ، همدارنګه مور ته یې وښایئ چې په کوم ډول ORS ورکړي.

- په قاشوقه یا په پیاله باندې وار په وار کوچنې د ګوټ په شکل د ORS محلول ورکړی.
- که چیرته ماشوم کانګې وکړي د 10 دقیقو په اندازه ورته صبر وکړئ او بیا ورته د ORS محلول ورکړئ خو ډیر په قراره.
- ناروغ ته باید مور خپلې شېدې ورکړي تر هغه چې مور یې غواړي.

وروسته د 4 ساعتونو څخه :

د ناورغ ارزیابي وکړئ او دیهایدریشن یې وګورئ

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

1. اضافي مایعات ورکړي.
2. شېدې ورته په جاري ډول ورکړي.
3. او بیا کله بیرته کلینیک یا روغتون او یا شخصي کتنځي ته راشي

د تداوئ پلان C د شدید دیهایدریشن لپاره :

د دیهایدریشن په دې ډول کې ناروغ ته وریدي مایعات ورکول کیږي هغه ماشومان چې عمر یې د 12 میاشتو څخه کم وي په لومړي اول ساعت کې ورته 30ml/kg په هرکیلوګرام وزن د بدن ، بیا ورته 70ml/kg په هرکیلو ګرام وزن د باندې په 5ساعتونو کې او هغه ماشومان چې عمرونه یې 12 میاشو څخه تر 5کالو پورې وي په لومړئ 30 دقیقو کې ناروغ ته په هر کیلوګرام وزن د باندې 30ml/kg ورکړئ بیا 2 نیم ساعتونو کې 70ml/kg په هر کیلو ګرام وزن د بدن باندې.

دوریدي مایعاتو د تطبیق په وخت کې باید د ناروغ بشپړ ارزیابي وشي او په هرساعت کې د ناروغ وضیعت چیک کړای شي ۱

همدارنګه 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 خولی د لاری د مایعاتو په څښلو قادر شو نو د maintenance تیراپئ لپاره 5% dextrose 1/5 saline په هر کیلو وزن د بدن باندې 100ml/k g/day باندې ورکړي که چیرته ناروغ د خولی د لاری 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 نوموړې کوچنیان د نورو لویو کوچنیانو په نسبت د انتان سره ډېر مخ دي او هم یې معافیتي سیستم بشپړ شوي 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 مخنیوي وشي.

د نمونیا تعریف او وقوعات :

Definition and Incidence of Pneumonia

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

ښکتنې تنفسي لارې برخه ده چې مشتمل دی په تنفسي برانکیولونو ،الویولرډکټ، الویولرسک او په الویولای(alveoli)باندې.
یا نمونیا د سږویوالتهابي حالت دی چې په ابتدايي ډول سره مایکروسکوپیک هوايي کڅوړی چې د اسناحو (alveoli)په نامه سره یادیږي مصابوي.
په اسبابوکې يې معمولاً ویروسونه، باکتریاګانې، فنګسونه ، په لږه اندازه مایکروارګانیزمونه، درمل او نورې ناروغی لکه اتوامیون ناروغي پکې شاملې دي.

وقوعات Incidence:

په نړۍ کې هر کال۴۵۰ 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 بیاپه 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 کېږي د بېلګې په ډول مایکولازما نمونیا دښوونځي ځخه مخکې مرحله کې عمومیت لري خو د بله طرفه ویروسي نمونیا په شېدو خوړونکو کوچنیانو کې ډېره لیدل کېږي، 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 گرد 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 انساجود التهاب څخه منځ ته راځي. بین الخلالي انساج د اسناحو د دیوال نه ، الویولر سک، الویولرډکت او د برانکیولونو څخه جوړ دي.

2) اتیولوجیکه طبقه بندي.

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

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

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

د نمونيا د خطر فکتورونه:

- د زيږون کم وزن.
- سويي تغذي.
- د ويټامين A فقدان.
- د مور د شېدو کموالی.
- د مور سګرټ څښنه.
- د کورنۍ د غړو د شمېر زياتوالی.
- د برانشيټ کورنۍ تاريخچه.
- د هوا کثيف کېدل.
- د چاپېريال ککړتيا .

د نمونيا کلينيکي تظاهرات :

- لوړه درجه تبه
- چټک تنفس.
- ټوخی.
- سالنډي (SOB) يا ستونزمن تنفس.
- د سينې درد .
- په کوچنيو شېدو خوړونکو ماشومانو کې سيانوزس، ليترجي،
- په شديد کيسونو کې د سينې ښکته تلل (انډرو ينګ).

د نمونيا د پورته اعراضو او علايموسره سره د نمونيا کلينيکي منظره د نمونيا په مختلف ډولونو کې فرق کوي يعنې کلينيکي منظره يې په ويروسي نمونيا، باکتريايي نمونيا او فنګسي نمونيا کې سره توپيرلري ، د بيلګې په ډول هغه نمونيا چې د Legionella په واسطه منځ ته راغلي وي

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

پلټنې یا Investigations

1. د وینې د سپین کورویاتو اندازه:

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

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

2. د سینې اکسری (Chest X-ray) :

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

پراخه او منتشر کانسولیدیشن.

امکان لری چې پلیورل افیوژن موجود وی او یا نه.

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

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

په سټیپایلوکوکل 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 ټیسټ باید هم اجراشی.

د نمونیا یا د سینه بغل اختلاطات:

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

د نمونیا تداوی:

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

دنمونیا د تداوئ تدابیر په دوه ډوله دي

1. کومکي تدابیر.
2. خاص تدابیر.

کومکی تدابیر:

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

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

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

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

b) تغذیه: د نمونیا ناروغان باید په درست ډول سره تغذیه شي 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 زیاتوالې ، د دوه میاشتوڅخه کم عمره ماشوم 70/min< ، ددوه میاشتوڅخه تر 12 میاشتوڅخه کم عمره ماشوم 60/min< او د یو کال څخه پورته عمر ماشوم کې 50/min< په اندازه تنفسي ریټ وي) د سیانوزس ، ناارامئ او تخریشیت په صورت کې باید ناروغ ته 2-4 L/min په اندازه اکسیجن تطبیق شي.

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

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

f) د رغيدو په جريان کې ناروغ ته فزيوتراپي او تنفسي تمرين ورکړئ.

g) هغه ډول توخي څخه چې تقشع ورسره موجوده وي بايد جلوګيري ونشي مګراوچ توخي چې په ويروسي نمونيا کې عموميت لري بايد د کودين (په ۲۴ ساعتونو کې د بدن په هر کيلوګرام وزن 2 mg) او يا د methadin (0.2mg/kg په ۲۴ ساعتونو کې) په واسطه ارامېږي

،دنمونيا د تداوی لپاره خاص تدابير:

په نمونيا يا سينه بغل کې د انتي بيوتيکو استعمال:

که څه هم د نمونيا د مړينې شمير زيات دی مګربيا هم بايد يادونه وشی چې د سږو يو زيات شمير انتانات په خپله ښه کيږي ،په نمونيا کې انتي بيوتيک د 10-7 ورځو لپاره د سببي عامل له مخې ورکول کيږي او په Staphylococcal pneumonia کې د 3-2 اونيو پورې انتي بيوتيک ورکول کيږي

۱) Pneumococcus :

First generation cephalosporins Benzyl penicillin

۲) Streptococcus :

Erythromycin ، Benzyl penicillin

۳) Staphylococcus.

First generation cephalosporins,Cloxacillin.

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

۵) Mycoplasma : Erythromycin,Clarithromycin.

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

۷) : Tuberculosis : د توبرکلوز ضد درمل.

د دوه میاشتو څخه ښکته عمرماشومانو 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 تېستې دوز په اجراکولوسره د ورید له په قراره سره تطبیقیږي.

د ۲ میاشتو څخه تر ۵ کالو عمر ماشومانو تداوي:

Ampicillin : First line په پورتني دوز سره.

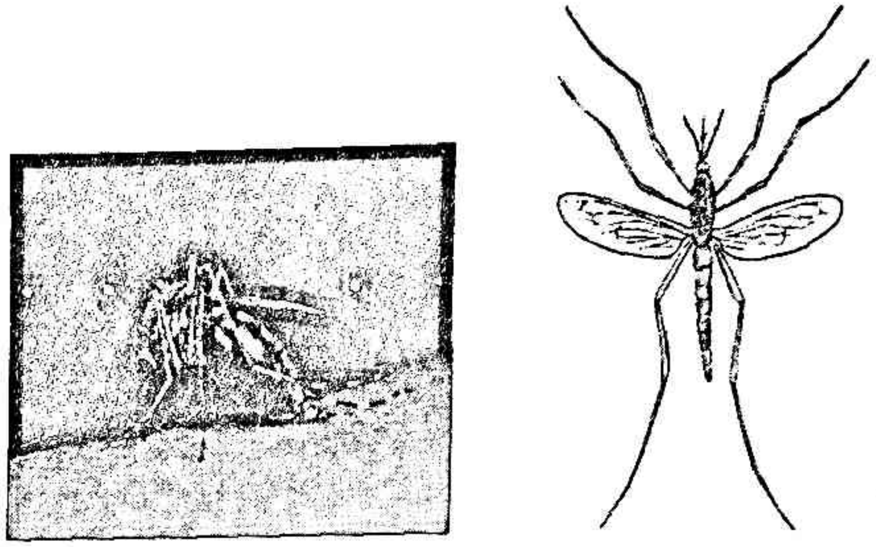
Cefotaxime یا Ceftriaxone : Second line.

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 مشرانوډاکترصاحبانو او یا د اطفالو متحصیصونو 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 میاشي په واسطه له یو شخص څخه بل شخص ته انتقالیږي.

د ملاریا ناروغۍ نوم له خرابی 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 هیوادونو کې له

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

ملاریا د نړۍ په تودو سیمو (Tropical region) او په نیمه تودو سیمو کې د **morbidity** (رنځ) یو حاد یا مزمن انتاني سبب دی، دغه ناروغي د پلازموديم 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 :

پلازموديم فلسیپارم (۹-۱۴ ورځې)
پلازموديم وای واکس (۱۲-۱۷ ورځې)
پلازموديم اووال (۱۲-۱۸ ورځې)
پلازموديم 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 ګرم اقلیم د ملاریا د پرازیت د خپریدو لپاره یو ډیر ښه محیط دی
د نړۍ څلویښت سلنه خلک د ملاریا د خطر لاندې دي.

ملاریا په جنوبي اسیا او همدارنګه په هندوستان کې مورتیلیتي او د موربیډیتي یو مهم سبب دی، چې هر کال یې تقریباً ۲ میلیون پیښې ریپورټ کیږي چې په دې کې تقریباً هر کال ۱۰۰۰ مړینې منځ ته راځي.

د ملاریا د واقعاتو تعریف:

1. غیر اختلاطي مشکوکه ملاریا:

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

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

د خطر علایم:

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

غیراختلاطي تاید شوې فالسیپارم ملاریا:

تبه لرونکې ناروغ (چې د تخرګ لاندې د تودوخې درجه یې ۳۷.۵ درجې او یا تر دې لوړه وي) او یا په تیرو ۲۴ ساعتونو کې د تبې تاریخچه په اوسنی ناروغی کې ولري او د مایکروسکوپ یا چټک تشخیصه ټیسټ په واسطه یې پلازمودیم 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 رپچر وکړي.
- کله چې ایریترو سایټ رپچر وکړي او میروزوییټ دوران ته ولویږي په دغه وخت کې تبه د ملاریا فوق العاده اعرض وی چې نومړې تبه د tumor necrosis factor او یا د نورو سایټوکین له امله وی ، همدارنګه د تبی په ځواب کې محیطي وازوډایلیشن منځ ته راځي او د وازواکتیب موادو له امله وي چې د ملاریا د بارازیت په واسطه جوړیږي.
- هایپوګلایسیمیا په ملاریا کې د ګلایکوجین ذخیرو د کمبوت په اساس منځ ته راځي.
- همدارنګه د وینو د سروکورویاتو د پارچه کېدو له امله کم خوني منځ ته راځي.
- امکان لري چې په کتلوي ډول د هیمولایزس له امله هایپرکالیمیا ، هایپربیلیروبینیمیا ، هیموګلوبینیمیا او هیموګلوبین یوریا تظاهر وکړي.

کلینیکي تظاهرات :

غیراختلاطي ملاریا :

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

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

شدیده ملاریا:

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

په کاهلانو کې د ملاريا کلينيکي منظره:

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

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

2. Hot Stage : په دې مرحله کې لړزه له منځه ځي او ناروغ د ګرمۍ احساس کوي، او کمپل له ځانه لرې کوي.
3. Sweating Stage : په دې مرحله کې په ناروغ زیاتې خولې راځي د تودوخې درجه په تیزۍ سره لوېږي او ناروغ د ارام والي احساس کوي.

Plasmodium Vivax and Ovale Infection

د ناروغۍ حمله ۴۸ ساعته وروسته تکرارېږي، توری او کبد په تدریجي ډول سره لوېږي او که په وخت سره تداوي نه شي کیدای شي حساس وګرځي.

Plasmodium Malariae Infection

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

Plasmodium Falciparum Infection

دا د ملاریا یو اختلاط او خطرناک ډول دی چې پیل یې په ناڅاپي ډول سره کېږي، د ناارامۍ، سردردي، خواګرځۍ، تڼوځې او نس ناستی سره پیل کیږي.

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

Organ Damage : د منتو RBC په سطح کوبه ډوله تبارزات (Knob-like surface projection) رامنځ ته کیږي چې د وینې د اوعیو سره د دې RBC نښلیدل اسانوي چې په پایله کې Vascular occlusion رامنځ ته کوي چې دا بیا د پښتورګو، کبد، دماغو Organ damage رامنځ ته کړي همدارنګه 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 پېژندلو 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 تفریقي 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 بايد هميش په دقيق ډول سره يی تشخيص وضع شی او په بشپړډول سره تداوی شی، د ملاريا خاص اختطلاطات په لاندې ډول دي.

دماغي ملاريا (Cerabral Malaria):

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

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

- بلیک واټرفیور(hemoglobinuria): په کتلوي ډول سره د هیمولایزس له امله هیموګلوبین یوریا منځ ته راځي چې د ادرارو رنګ ډارک یعنې تور معلومیږي او شاید د پښتورګو حاده عدم کفایه منځ ته راشي.
- د زړه احتقاني عدم کفایه،
- 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 تدابیر:

د درملو په واسطه درملنه:

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

:Palsmodium Vivax (1)

Chloroquine Phosphate

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

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

یا لومړی ۴ تابلیت.

شپږ ساعت وروسته ۲ تابلیت.

د راتلونکو دوه ورځو 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

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

Quinine sulphate (a

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

Arthemeter: 3.2 mg /kg IM تعقیب يې په 1.6mg/kg هره ورځ د 6 ورځو لپاره د شديه اود سرزوري کيسونو کې بايد د مشرانو پروفيسرانو ډاکترصاحبانو سره مشوره وشي.

(4) په P.Vivax تثبيت شوو ناروغانو کې 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 ورکړل شي. ترڅو hepatic hyponozoites له منځه يوسي او له راګرځيدو څخه يې مخنيوي وکړي

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

- مخکې د primaquin د توصيه کېدو څخه بايد د G6PD deficiency خفيف، شديد او متوسط وضيعت مشخص شي.
- تر هغه پورې چې د G6PD deficiency د وضيعت مراحل ممکن نه وي د طبي پرسونل د نظارت لاندې د خون ريزۍ دکشف په خاطر ناروغ ته 0.75mg base/kg primaquin په هفته کې يو ځل د 8 اونيو لپاره ورکړل شي.
- د خون ريزۍ يا د ويني بهېدنې په ټولو واقعياتو کې بايد primaquin په عاجل سره قطع شي او د اضافي معايناتو لپاره ناروغ ته رجعت ورکړل شي.
- هغه مېندې چې حامله وي او يا خپلو کوچنيانو ته شېدې ورکوي بايد **Primaquin** ورته توصيه نه شي.
- که **primaquin** په خالي ګېډه توصيه شي د ګېډې د ناراحتۍ سبب کيږي نو اړينه ده چې له غذا سره يوځای توصيه شي.

(5)
برانشیولایتیس
(Bronchiolitis)

برانشیولایتیس په کوچنیانوکې دښکتنیوتنفسي هوايي لارو یو شدید او حاد انتان دی چې زیاتره هغه ماشومان پرې اخته کیږي چې عمرونه یې د یو څخه تر شپږو میاشتو پورې وي(خو په هر حال د دغه عمر څخه پورته کوچنیان هم پرې اخته کېدای شي

او یا برانشیولایتیس د شیدو خوړونوکو ماشومانو دبرانشیولونویوه التهابي ناروغي ده چې د التهابي بندښت له کبله په کې تنفسي عسرت منځ ته راځي.

وقوعات:

دا ناروغي په ماشومانو کې یوه ډیره معمول ناروغي ده چې د کوچنیو تنفسي لارو له امله تقریبا 6-7% په هغوماشومانو کې منځ ته راځي چې عمرونه یې 2 کالو څخه کم وي خو زیاتره وقوعات یې په 6 میاشتني عمرکې منځ ته راځي.

د ښځوپه نسبت دا ناروغي په سړو کې ډیره منځ ته راځي. چې زیاتره وقوعات یې په ژمي او سپرلي کې منځ ته راځي).

اسباب:

1. د نورو سببو نو په نسبت بې 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 لرې.
- 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 دې څخه تر اوو ورځو په موده ریکور کیږي او هغه ناروغان چې شدیدحالت ولري شاید چې په کې د بښکتنیو intercostals spaces ریترکشن موجود وي.

- ناروغ خفیف پوزه بهیدنه لري.
- ناروغ په شېدو څښلو ستونزه لري او استفراق کوي يې او هم ورسره ناارامه وي.
- په شديد انتان کې ناروغ ډيسپنيک وي او شايد چې سيانوزډ ووله ښکاره شي.
- ناروغ کې متوسطه تبه موجوده وي.
- فاين کريپيتيشن او رانکای په کې د اورېد قابل وي.
- په شديدو واقيعاتو کې امکان لري چې تنفسي اواز د اورېدو قابل نه وي او يا کمزوری وي.

تشخيصي پلټنې:

1. د سينې اکسری (Chest-X-ray): د سينې په اکسری 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 اجرا شي.
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. برانکونمونيا.
4. پرتيوزس.
5. په تنفسي لارو کې د اجنبي اجسامو داخليدل.
6. سيستيک فايبروزس.

تداوي :

د ناروغۍ کورس او انذار :

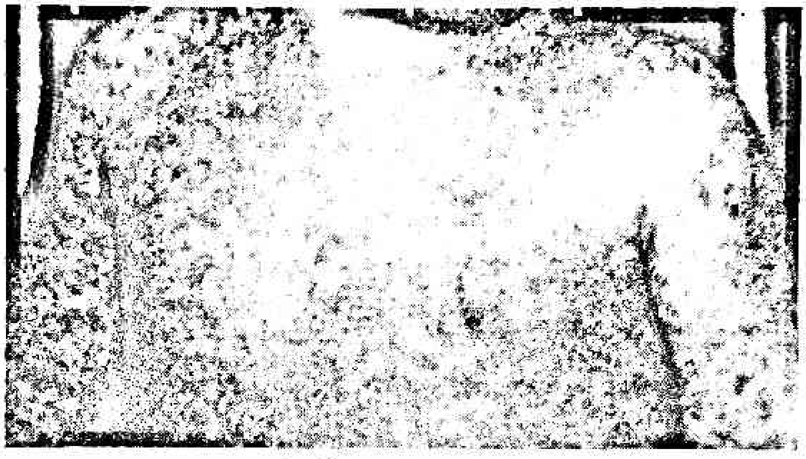
په عمومي ډول سره برانشيولايتس يوه خپله ښه کېدونکې ناروغي ده ، اعراض يې د 7-3 ورځو په موده کمېږي ، په شديدو ناروغانو کې د تنفسي عدم کفايې له امله په يو فيصد ناروغانو کې مړينه منځ ته راځي.

عمومي اهتمامات:

1. هغه ماشومان چې په برانشيولايتس اخته وي بايد چې د والدينو له خوا يې بشپړ مراقبت او ساتنه وشي.
2. نوموړي ناروغان بايد په کور کې د نورو ناروغانو څخه لرې وساتل شي او هم يې حفظ الصحه په نظر کې ونيول شي.
3. که چيرته په ناروغ کې په ناڅاپي ډول سره تنفسي ستونزې وليدل شي نو بايد چې ژر تر ژره صحي کلينيک يا روغتون ته وليږدول شي.
4. ناروغان بايد د خاورو دوړو څخه لرې وساتل شي.
5. ناروغ ته بايد کافي او مناسب خواړه ورکړل شي.
6. همدارنګه ماشوم بايد توند بويو 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 شېدو خښلو 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° 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 انتي 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 انتي 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 پېژندل کیږي، د شری ویروس د RNA د ویروسو نوله جملې څخه دی چې د Paramyxoviridase د کورنۍ سره اړیکې لري.

:Epidmiology

انسان د شری کوربه دی شری په ټوله نړۍ کې په اینډیمیک او اپیډیمیک ډول لیدل کیږي.

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

د شری د انتقال لاره:

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

پتوجينيزس:

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

کلينيکي تظاهرات:

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

۱) Prodromal Stage:

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

پیدا کیدو څخه دوه ورځې د مخه پیدا کیږي، په دې مرحله کې توخی شدید دغېا 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:

جلدي اندفاعات یا Maculopapular Rash د شرې یوه وصفي نښه ګڼل کیږي او د ۳-۵ ورځو پورې دوام کوي نوموړې اندفاعات د د غوږونو د خلفي برخو،د غاړې جنبي برخه څخه شروع او په ۲۴ ساعتونو کې مخ، غاړه، د سینې پورتنۍ برخه او متانو ته انتشار کوي او په دوهم ۲۴ ساعتونو کې خیټې، شا، لاسونو او په دریمه ورځ پښو سرایت کوي چې په دې مرحله په جلد کې اذیمااو په مخ کې یو اندازه پړسوب لیدل کیږي. د کلینیک له نظره نوموړې اندفاعات ډېر ارزښت لري یعنې څومره چې د پوستکې 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 نقاهت او تفلس دوره:

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

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

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

تشخیص:

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

تفریقي تشخیص:

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

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

اختلاطات:

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

1. د منځني غوږ التهاب
2. بکتریایي برانکونمونیا.
3. د حنجرې التهاب.
4. د تراهیا التهاب.
5. د قصباتو التهاب.
6. Giant cell نمونیا.
7. برایشوایکتایزس.
8. توبرکلوز.
9. مقاوم اسهال.
10. د اپنډیکس التهاب.
11. هیپاتایتس.
12. د اوریو ګانګرین.
13. اینسیپالایتس (1:1000 واقیعاتو کې).
14. تحت الحاد سکلیرزنګ پان اینسیپالایتس. دا یو مزمن اینسیپالایتس دی چې د مرکزي عصبي 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. ترومبو سایتوپینیا .
17. د شری 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 شری لپاره کومه خاصه Anti-viral درملنه نشته او یوازې محافظوي او عرضي تداوي بې اجراکیږي خو بیا هم د تداوی په منظور بیې لاندې ټکې په نظر کې نیول کیږي.

- ټول هغه کوچنیان چې په شری اخته وي او شدیده تبه ولری باید په روغتون کې په داسې اطاق کې بستر شي چې نور ناروغان ورسره نه وی او د نرسانو او ډاکټرصاحبانو له خوا بې 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 شری ناروغانو ته باید کافي استراحت توصیه شي.
- تبې لپاره د تبې ضد درمل توصیه شي.
- هغه ماشومان چې پوتوپوبیا ولري باید د قوې رڼا د معروضیدو څخه وساتل شي.
- د Otitis media او دنمونیا 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 موربیډیتي کې د کموالي سبب کیږي.
- د ویټامین A ډوز: هغه ماشومان چې عمرونه یې د ۶ 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 ګروپ ماشومانو کې یې زیاتره د انتقال لاره فیکواورال ده او نوموړې ناروغي په لومړی شپږمیاشتني عمر ماشومانو کې کمه منځ ته راځي. انسان د دې انتان کوربه دی.

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

د تفریح دوره یې ۷-۱ ورځې ده.

پتوجینیزس:

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

کلینیکي تظاهرات:

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

تشخیص:

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

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

اختلاطات:

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

تفريقي تشخيص:

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

تداوي:

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

Chloramphenicol، Ceftriaxone,Ciprofloxacin,Cefixime

او (Azithromycin(12mg /kg

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

مخنیوي:

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

(8)

د نوو زیږیدلو ماشومانو ژیړی

Neonatal Jaundice

(Jaundice Neonatorum)

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

زیړی (Jaundice) :

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

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

د ژیړی ډولونه.

ژیړی یا hyperbilirubinemia عموما په دوه ډوله ده.

۱) Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia

۲) Direct (Conjugated) hyperbilirubinemia

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

ژیړی د نووزیږیدلو ماشومانو د ناروغیو یوه برخه جوړوي، 60% په موده ماشومانو کې او 80% په بې مودې ماشومانو کې 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.
- دواګانې.
- Hereditary sphrocytosis

3. پولي سايتيميا :

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

4. Blood extravasation

- سيالوهيماتوما .

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

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

7. ميتابوليکې ناروغۍ

- Galactosemia
- Hypothyroidism

8. Increased enterohepatic circulation

- د کولمو بندښت او د پايلورد برخې 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، نوموړې ژيړی په لومړۍ مرحله کې په بامعياده کوچنيانو(term) کې ۵ ورځې او په

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

خصوصیات:

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

د زیږي د ډول ډول لاملونو تفریقي تشخیص:

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

د فزیولوژیک زېړي 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 ټوله 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 .
-

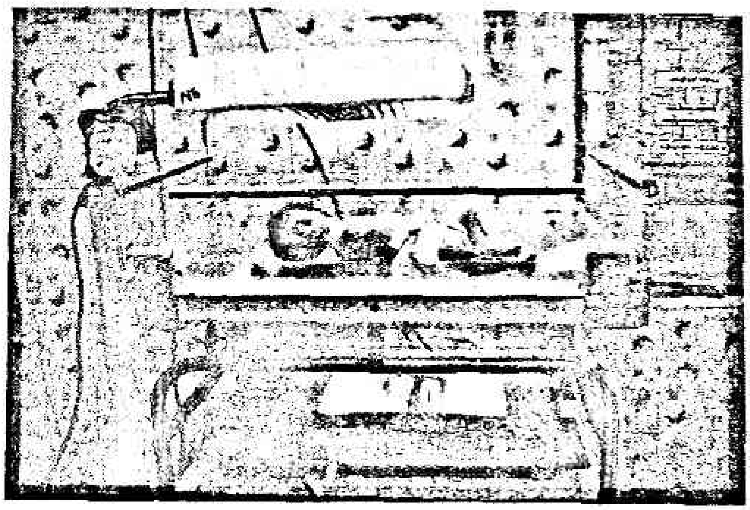
3. د مور او د ماشوم د وينې د ګروپ تعين.
4. په ماشوم کې د direct Combs test.
5. نور اضافي معاينات. لکه.

- 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 رابنکته کولو لپاره درې ميتودونه کارول کيږي.

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



Phototherapy

په پوتوتیراپی کې بیلروبین په Photo isomers باندې بدلیږي چې بیا د ځګر conjugating system له فرعي لارو څخه 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 فوتوتیراپی ابي رنګه ګروپونه چې د انرژي اعظمي out put یې 425-475mm وي د فوتوتیراپي لپاره خوار کافی او نوموړي کوچنیان د دغه ابي رنګه ګروپونو لاندې لوڅ اچول کیږي چې نوموړې لایټ انرژي په جلد کې توکسیک غیرمستقیم بیلروبین په نان توکسیک غیرمستقیم بیلروبین بدلیږي او د صفرا له لارې اطراح کیږي چې د ځګر په واسطه هیڅ کوم اتصال ته اړتیا نه لري. د فوتوتیراپی لاندې د ماشوم سترګې د یو سپیني نوتړ یا ګاز په واسطه تړل شوي وي او د یو معین وخت لپاره ترې ماشوم لاندې پروت وي، ماشوم هر دوه ساعته وروسته د یو اړخ څخه بل اړخ ته باید واړول شي او د حرارت درجه یې کنترول شي او باید هر ۸-۴ ساعته وروسته یې SBR اندازه شي د evaporation water loses په خاطر ۳۰ فیصده مایعات ورکول کیږي.

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 ماشومانو په هیمولایتیک ناروغیو کې د Exchang transfusion د انتظار په موخه.

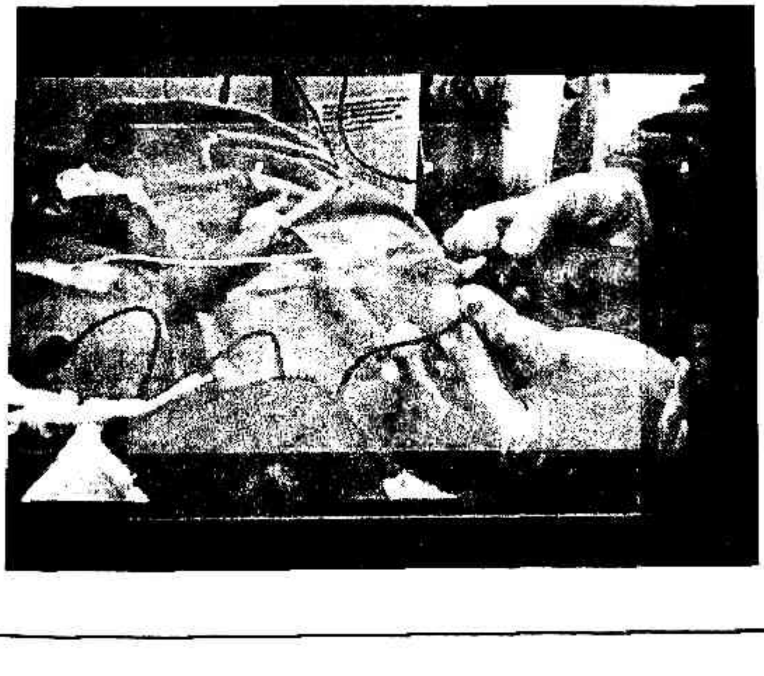
- د بیلروبین د اضافي سویې د لوړوالي د مخنیوي په خاطر.
- شاید چې په شدید کم وزنه ماشومانو کې وقایوي پوتوتیراپی استطباب ولري.

د پوتوتیراپی مضاد استطبابات:

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

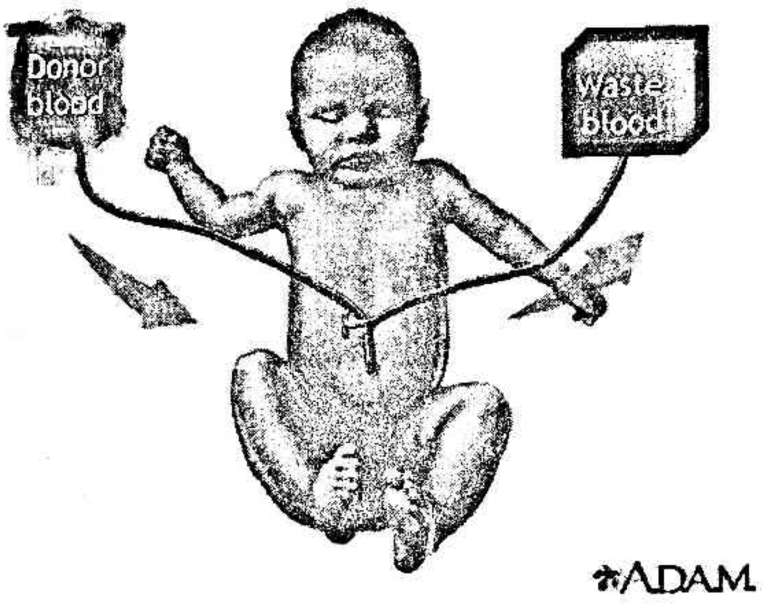
د فوتراپی اختلاطات:

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



:Exchangs transfusion

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



موخې :

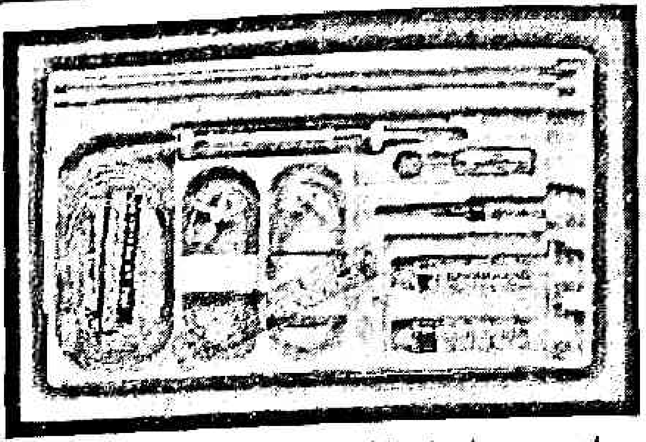
۱) د وینې د دوران څخه د حساسو سروکرویاتو او د انتي باډي او د دوراني بیلروبن لرې کول او د کوچنې د کم خونی اداره کول.

استطبابات:

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

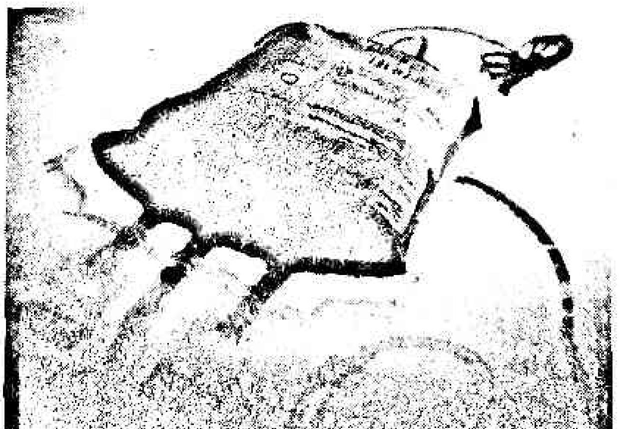
Complication of Exchangs blood transfusion

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



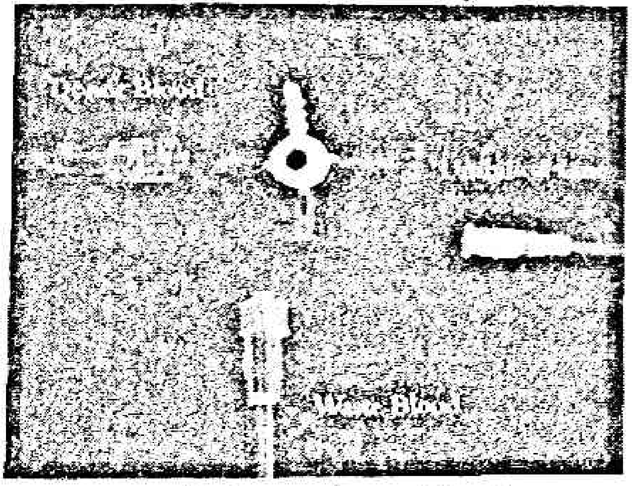
د EBT لپاره اړین سامان الات :

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



د EBT د اجرا تخنیک :

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



Exchangs transfusion د تطبیق خواوې:

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

عمومي تدابیر او پارماکولوجیک تیراپي:

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

4. د کوچنې په مور کې Rh-isoimmunization دمخ نیوي په خاطر د RhO(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 زیاتوالې سبب ګرځي ، د فینوباربیتون اغیزې په نوې زیږیدلې 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 یه نوو زیږیدلو ماشومانو په عصبي حجراتو کې Blood brain barrier (BBB) کراس کوی او په

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

کلینیکي تظاهرات:

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

پتالوجیک زیږی:

خصوصیات:

- ❖ د دا ډول زیږی شواهد د ژوند د لومړۍ ورځې څخه موجود وی.
- ❖ د بیلروبین په یو ساعت کې د 0.5mg /dl په اندازه لوړیږي.
- ❖ په term ماشومانو کې د بیلروبین اندازه 13mg /dl او په preterm ماشومانو کې د 15mg /dl په اندازه لوړیږي.
- ❖ د مستقیم بیلروبین فریکشن د 1.5-2.0mg/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 ټوتل 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 بيلروبين اخراج کړي چې دانقيصه هميشه پتالوجيک وي.

- کله چې د فزيالوجيک زيړی غير مستقيم هايپربيلروبينيما په څنګ شي ،په نوی زيږيدلي ماشومانو کې اکثره وخت مستقيم هايپربيلروبينيما وروسته د يوې اونۍ عمر څخه ښکاره کيږي.
- شايد چې نوموړې زيړی د هيپاتوسپلينوميګالي، خاسف غايطه مواد او د تور رنګه ادرارو سره ملګري وی.

اسباب:

1. د صفرا د جريان بند ښت.
   - بيلری ارتريزيا.
   - د صفرا قنات تنګوالي.
   - سيستيک فايبروزس.
2. د ځګر دحجراتو ژوبلونه .
   - انتانات لکه سيپسيس ، هيپاتايتس ، TORCH انتانات.
   - ميتابوليک ناروغی. ذخيروی ناروغی ګلکتوسيميا. فرکتوسيميا .
   - جينيتکي ناروغی. لکه ډوبين جانسين سندروم او روتور سندروم.

تشخيص:

- د direct hyperbilirubenemia د ټولو شکمنولاملونو په اړه دې منتخب تحقيقات اجراشي.
- د direct,indirect,total بيلروبين اندازه.
- TFT, SGOT,SGPT معاينات بايد اجراشي.
- د وينې ، ادرارو ، Spinal fluid کلچر.
- TORH انتي بادی تايتر.

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

اداره:

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

په منتخبو انتي بیوتیکو په استعمال سره سیپسیس تداوي کیږي.

په Cholestatic jaundice کې د صفرا جریان سریع کول، د سویي تغذي مخه نیول، ویتامین فقدان د منځه وړل د تداوی اصلي مقصد دی.

د choletyramine او phenobarbiton استعمال دصفراجرایان تنبع کوي او د سیروم بیلروبین 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 نومورې محراقاتو څخه بې منځيني غوږ ته سرايت کړی وی. څکه منځني غوږ استاخين ټيوب 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 منڼژيت او د دماغ د ابسې لامل شي چې دواړه ناروغۍ جدې مراقبت او تداوۍ ته اړتيا لري.

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

اسباب:

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

- هغه ماشومان چې په غریبو کورنیو کې ژوند کوي.

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

کلينيکي تظاهرات:

- نوزادان او ماشومان شايد چې اعراض ونلری اويا لاندې اعراض به په کې موجود وي.
- مخرشيت.
- تبه
- کانګې.
- اسهالات
- د غوږ درد.
- د ماشومانو په واسطه د اخته غوږ کيکاږل.
- د اواز د اوريدو ضياع.
- د غوږ افرازات
- د ماشومانو ژړا کول.
- په غوږ کې د اجنبي اجسامو حس کيد .
- بې خوبي.

اختلاطات:

1. Mastoiditis
2. Meningitis

3. Hearing loss

تشخیص:

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

Otoscope

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

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

Tympanometry

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

Reflectomety

د reflectometry تیست په دوران کې ډاکتریوه 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 منکعس کيږي د غوږ په داخل کې مايع معلومه کړي.

Hearing test

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

Ear discharge culture

په هغه Needle aspiration and culture of the middle ear contents 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 مايکرواورګانيزمونو (S.Pneumoniae and H. Influenzae) په ضد درمل ورته توصيه کيږي خو کله 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 Ceftriaxone 50mg/kg/day IM د ورځې يو ځل تو ټل دوزونه ۱-۳ 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 بې لا هم شديده شي نو په دغه صورت کې د tympanocentesis په اړه فکر کيږي چې تر څو اصلي سببي 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 لومړیو۱- ۵ دقیقو کې د ابګار سکور درجه د ۵ څخه ښکته شي او یا د وینې PH یې ټیټ شي د زیږیدنې اسپیکسیا ورته وایي.

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

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

د خطر فکتورونه:

مورني عوامل.

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

پلاسینتا پورې اړوند عوامل:

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

د جین پورې اړونده عومل:

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

د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا سبب:

د انیستیزیا، د قلبي ناروغیو، نمونیا، تنفسي عدم کفایه، د هایپوتینشن له کبله د ولادت د وخت د مور کم فشار د ابهر او ویناکاوا د کومپریژین له کبله) په وخت کې د مورنی 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.
- اپنې.
- 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 پتو فزیولوجي:

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

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

میتابولیک اسیدوزس.

هایپوګلایسسمیا.

هایپوتینشن.

د دماغي وینې په جریان کې تغیر راتلل.

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

میتابولیک پایلې:

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

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

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

تشخيص:

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

د ولادت څخه مخکې:

د بيرت اسپيکسيا د خطرفکتورونو پيژندل او د هغې لپاره اړين دقدامات 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 گرځي.

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

په التراساوند باندې د جنين د فعاليت کموالي. 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 خو په هر حال شاید چې په preterm ماشوم کې low apgar scor د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په ګوته نه کړي چې نوموړې ماشومان د ولادت په وخت هایپوتونیک ،د اطرافو سیانوزس او د تنبه په مقابل کې کم ځوابه وي.

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

Depression from meternal anesthesia or analgesia

Trauma، نیوروسکولرناروغی، انتانات او داسې نور.

خو داسې به ووایو چې د ماشوم د حالت د ارزیابی 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 دقیقوکې اندازه کیږي.

دا پګار سکور ډله بندي:

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

داسپیکسیا اختلاطات:

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

5) د معدی او دامعاو سیستم: د معدي زخم ، نیکروټایزینګ اینټیروکولایټیس او د کولمو پرفوریشن.
6) د وینې سیستم : ډیسټامینیټید اینټراواسکولرکواګولیشن . د نوو زیږیدلو 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 اینسیپلاپټی لامل ګرځي چې په لاندې چوکاټ کې په دریو سټیجونو ویشل شوې ده .

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

د اسپیکسیا تداوي:

- د اسپیکسیا د تداوی یو اصلي هدف دا دی چې د اسپیکسیا د نور حملو مخه ونیول شي.
- ټول نوي زیږیدلي ماشومان باید د وخت څخه دمخه د اسبیکسیا لپاره ارزیابي شي او د لوړ خطرواله ولادتونه دې په دوام دار ډول څارنه وشي او ښه ولادي خدمات دې ورته وړاندي شي او په ولادت خانه کې دې په درست ډول سره د ټولو نوو زیږیدلو ماشومانو resuscitation اجرا شي.
- د حرارت درجه دې کنترول شي او د هایپوترمیا څخه دې کوچنې وژغورل شي.
- د کوچنې حیاتي علایم او output دې په درست ډول سره ریکارډ شي.
- که د ناروغ حالت ډېر وخیم وي او یا ختلاج ولري په دغه صورت کې باید د خولې له لارې څه شی ورنه کړل شي.
- د ګلوټیک د برخې سکشن دې اجرا شي ترڅو تنفسي لاره د وینې، مخاط او مایکونیم څخه پاکه شي او د ماشوم د پښې د

ګوتو د ورو ورو ضربو په واسطه تنبع او اکسیجن د بیګ او ماسک په واسطه د فمي بلعمومي airway د اخلولو څخه وروسته د اړتیا مطابق تطتیقیږي.

- هایپوکسیا د (4L/minute) اوکسیجین سره تداوي کړی 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 څکه د سودیم بای کاربونیت زیات مقدار hypercarbia او د hypernatremia د رامنځ ته کېدو خطرزیاتوي او هم یې زیات مقدار د دماغي اذیما چانس زیاتوي.

- که ناروغ هایپوګلایسیمیا (Blood glucose <50mg/dl) ولري 2ml/kg of D/W10% په یوه دقیقه کې او بیا د د وینې د عادي ګلوکوز د برقراره ساتلو لپاره 6-8mg/min ورکول کیږي.
- Hypocalcemia : (Blood calcium <7mg/dl) په اعراض لرونکې (اختلاج اپنی، تیتاني) کیسونو کې Clacium gluconat 1-2mg/kg 10% IV د پنځو دقیقو په جریان کې تطبیقیږي که چیرته نوموړې تداوي نتیجه ورنکړي نوموړې دوز ۱۰ دقیقې وروسته بیا تکراریږي.
- همدارنګه د تولد د دوه ساعتونو په دوران کې ورته وقایوي Vit K IM تطبیقیږی.
- هغه ماشومان چې په شدیده اسپیکسیا باندې اخته وي دزړه د وضعې 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 اینتراکاردیک او یا داخل په ورید کې تطبیقیږي.
- که چیرته د انتان خطر مواجه وي په دغه صورت باید مناسب انتي بیوتیک ورکړل شي.

د اسپیکسیا د اختلاطاتو تداوي:

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

2) Cerebral odema : Fluid restriction او په اختیاط سره د ایلیکټرولایټونو په خارنې سره او شاید چې د hypertonic solution د 20% مانیټول 0.5-1.0g/kg/dose IVover 20 min) په دوران کې.

3) Hypotention: پلازما او انوټروفیک سپورټ لکه ډوپامین.

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

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

6) Apnea and Carbon dioxide retention په IPPV سره.

ماخذونه

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

د لیکوال پېژند ګلوي:

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

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

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

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

په درنښت
نوراغا سعيد
توحيد غږ راډيو
کنړ/نورګل

Top Ten Diseases

Introduction, Causes, Signs & Treatment

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

By: Dr. Sayed Malyar Sadat

Designed by: Abdul Hadi Asar

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