



Nangarhar Medical Faculty

# د ماشومانو تنفسی، زړه وینې او پښتوري ناروغي



پوهاند داکټر نجیب الله امین



۱۳۹۷

پلورل منع دی

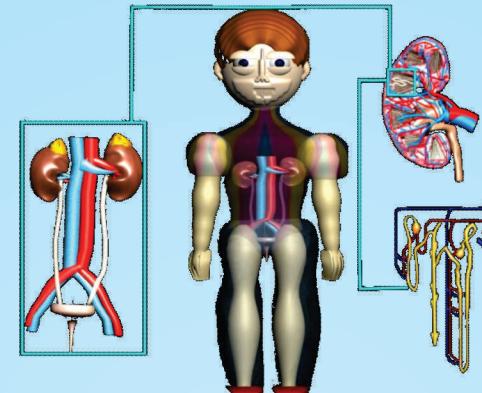
د ماشومانو تنفسی، زړه  
وینې او پښتوري ناروغي

Respiratory, Cardiac, Hematological  
& Renal Diseases of Children

پوهاند داکټر نجیب الله امین  
۱۳۹۷

Prof Dr Najeebullah Ameen

## Respiratory, Cardiac, Hematological & Renal Diseases of Children



Funded by  
Kinderhilfe-Afghanistan



Not For Sale

2018

# د ماشومانو تنفسی، زړه وینې او پښتوري ناروځي

پوهاند داکټر نجیب الله امین

افغانیک  
Afghanic



Pashto PDF  
2017



Nangarhar Medical Faculty  
ننګهار طب پوهنځی

Funded by  
Kinderhilfe-Afghanistan

Respiratory, Cardiac, Hematological  
& Renal Diseases of Children

Prof Dr Najeebulah Ameen

Download:

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

بسم الله الرحمن الرحيم

## د ماشومانو تنفسی، زړه، وینې او پښتوګي ناروغری

پوهاند داکټر نجیب الله امین

لومړی چاپ

دغه کتاب په پې ډي ایف فارمت کې په مله سی ډي کې هم لوستلی شئ:



د کتاب نوم	د ماشومانو تنفسی، زړه، وینې او پښتوګي ناروغۍ
لیکوال	پوهاند داکټر نجیب الله امین
خپرندوی	ننګهار پوهنتون، طب پوهنځی
وب پاڼه	www.nu.edu.af
د چاپ کال	۱۳۹۷، لومړی چاپ
چاپ شمېر	۱۰۰۰
مسلسل نمبر	۲۷۰
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	سهر مطبعه، کابل، افغانستان



دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمپټي، په جرمني کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمولیل شوي دي.  
اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي.  
د کتاب د محتوا او لیکنې مسئولیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پوري اړه  
لري. مرسته کوونکي او طبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسئولیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړیکه ونیسی:  
ډاکټر یحيی وردک، د لورو زده کرو وزارت، کابل  
تېلیفون ۰۷۵۶۰ ۱۴۶۰  
textbooks@afghanic.de ايمېل

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان ۹۷۸-۹۹۳۶-۶۲۰-۶۱-۲

## د لوړو زده کړو وزارت پیغام



د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راولو، ساتلو او خپرولو کې دیر مهم رول لوپولی دی. درسي کتاب د نصاب اساسی برخه جوروی چې د زده کړي د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدي امله د نېټوالو پېژندل شویو معیارونو، د وخت د غونښتنو او د تولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

له بناغلو استادانو او لیکوالانو خخه د زړه له کومي مننه کوم چې دوامداره زیار بې ایستلني او د کلونو په اوردو کې بې په خپلو اړوندو خانګو کې درسي کتابونه تأليف او ژیاړلي دي، خپل ملي پور بې اداء کړي دي او د پوهې موتور بې په حرکت راوستي دی. له نورو بناغلو استادانو او پوهانو خخه هم په درښت غونښته کوم تر خو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او درسي مواد برابر او چاپ کړي، چې له چاپ وروسته د گرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي او د زده کړو د کیفیت په لوړولو او د علمي پروسې په پرمختګ کې بې نېټ ګام اخيستي وي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلینو د علمي سطحي د لوړولو لپاره د علومو په مختلفو رشتو کې معیاري او نوي درسي مواد برابر او چاپ کړي. په پاي کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمبيټي او زموږ همکار داکتر يحيى وردک خخه مننه کوم چې د دی کتاب د خپرولو لپاره بې زمينه برابره کړبده. هيله منده یم چې نوموري ګټوره پروسه دوام وکړي او پراختیا موموي تر خو په نېړدې راتلونکې کې د هر درسي مضمون لپاره لړ تر لړه یو معیاري درسي کتاب ولرو.

په درښت

پوهنمل دوکتور نجیب الله خواجه عمری

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۷

## د درسي کتابونو چاپول

قدمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لوبيو ستونزو خخه ګنل کېږي. یو زيات شمير استادان او محصلين نويو معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاړه میتود تدریس کوي او له هغه کتابونو او چېټرونو خخه ګته اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټېټې کیفیت فوټوکاپی کېږي.

تر اوسه پوری موره د ننګههار، خوست، کندههار، هرات، بلخ، الپرورني، کابل، کابل طبی پوهنتون او کابل پولی تختنیک پوهنتون لپاره ۲۷۸ عنوانه مختلف درسي کتابونه د طب، ساینس، انجینيري، اقتصاد، ژرنالیزم او زراعت پوهنځیو (۹۶) طبی د آلمان د علمي همکاريو تولني DAAD، ۱۶۰، Kinderhilfe-Afghanistan ۷، کتابونه د طبی او غیر طبی د افغان ماشومانو لپاره د جرمي کمېټي Afghanistan-Schulen ۲، کتابونه په مزار شريف کې د آلمان فدرال جمهوري ځنزاں کنسولګري، ۲ کتابونه د Afghanistan www.afghanistan-ecampus.org ويب پاني خخه داونلود کولای شي.

دا کېښې په داسي حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۴-۲۰۱۰) کلونو په ملي ستراتېژیک پلان کې راغلي دي چې:

”د لوړو زده کړو او د نبوونې د نبه کیفیت او زده کوونکوته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په درې او پښتو ژبود درسي کتابونو د لیکلو فرصت برادرشي د تعليمي نصاب د ريفورم لپاره له انګریزې ژبې خخه درې او پښتو ژبوده د کتابونو او درسي موادو ژبارل اړین دی، له دي امکاناتو خخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استادان نشي کولای عصرې، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي.“

مونږ غواړو چې د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونونو سره مرسته وکړو او د چېټر او لکچر نوټه دوران ته د پای تکی کېږدو. دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال خه نا خه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ شي.

له ټولو محترمو استادانو خخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولکي، وزیاري او يا هم خپل پخوانۍ ليکل شوي کتابونه، لکچر نوتونه او چېټروننه ايدېت او د چاپ لپاره تبای کړي، زمونږ په واک کې راکړي چې په نسه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوند پوهنځيو، استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنګه د یاد شوېو ټکو په اړوند خپل وړاندېزونه او نظریات له مونږ سره شريک کړي، تر خو په ګډه پدي برخه کې اغیزمن ګامونه پورته کړو.

د مؤلفينو او خپروونکو له خواپوره زيار ايستل شوی دي، ترخود کتابونو محتويات د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بیا هم کیدای شي د کتاب په محتوى کې خینې تیروتنې او ستونزې ولیدل شي، نو له درنو لوستونکو خخه هيله مند یو تر خو خپل نظریات او نیوکې مؤلف او يا مونږ ته په ليکلې بنه راولیري، تر خو په راتلونکي چاپ کې اصلاح شي. له افغان ماشومانو لپاره د جرماني کمبېتي او د هغېي له مشر پاکتر ايروس خخه دېره منه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لګښت يې ورکړي دي، دوی تر دي مهاله د ننګرهار پوهنتون د ۱۶۰ عنوانه طبي او غيرطبي کتابونو د چاپ لګښت پر غاړه اخيستي دي.

د جې آي زېټ (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration & Development) له دفتر او خخه، چې زما لپاره يې له تر ۲۰۱۰ نه تر ۲۰۱۶ پوري په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي ۹۹، هم د زړه له کومې منه کوم.

د لوړو زده کړو له وزیر پوهنمل دوکتور نجيب الله خواجه عمری، علمي معین پوهنمل دېپلوم انجنير عبدالتواب بالاكرزۍ، مالي او اداري معین داکتر احمد سير مهجور، مالي او اداري رئيس احمد طارق صديقي، په لوړو زده کړو وزارت کې سلاکار پاکتر ګل رحيم صافي، د پوهنتونونو رئیسانو، د پوهنځيو ریسيسانو او استادانو خخه منه کوم چې د کتابونو د چاپ لپري يې هڅولي او مرسته يې ورسره کړي ۵۵. د دغه کتاب له مؤلف خخه دېر منندوی یم او ستاینه يې کوم، چې خپل د ګلونو-ګلونو زیار يې په وړیا توګه ګرانو محصلينو ته وړاندې کړ.

همدارنګه د دفتر له همکارانو هر یو حکمت الله عزيز او فهیم حبیبی خخه هم منه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه سترې کیدونکي هلې ئڅې کړي دي.

داکتر يحيى وردک، د لوړو زده کړو وزارت سلاکار

کابل، مارچ، ۲۰۱۸

د دفتر تيليفون: ۰۷۵۶۰ ۱۴۶۴۰

ایمیل: [textbooks@afghanic.de](mailto:textbooks@afghanic.de)

## د پیل خبری

د تولنې سوکالی او پرمختګ راز په پوهه کې نغښتې ده او د پوهې په لاسته راولرو او بقا کې کتاب خرگنده رول لري ،نو د الله جل جلاله خخه منندوی یم ،چې ماته د ا توفیق راکړ ،چې دغه درسي کتاب په خپل وار سره د طبابت د پوهې د پرمختګ او د علمي کچې دلوړوالي لپاره او د طب پوهنځي د پنځم تولګي د دوهم سمسټر او د طب پوهنځي د ماشومانو د خانګي دارتیا پر بنسته د نوی کوريکولوم سره سم د ماشومانو تنفسی زره، وینې او پښتوري ګي ناروغرۍ په نامه په بشپړ ډول ولیکم ،چې ددي کتاب په ليکلو کې کوبنښ کړي، چې د ناروغيو په پیژندنه، کلينيکي نبني اوښانې، تشخيص، تفريقي تشخيص، لبراتواري کتنې، اختلالات، درمانه، اتزار او مخنيوي موضوعات او معلومات د نړيوالو باوري سرچينو خخه راتول او دنبي روښانه کولواو بنې پوهې دنې لپاره جدولونه او تصوironونه د کتاب په مناسبو خایونو کې خای په خای کړي ده او دامكان تر بریده راتول کړي معلومات مې په پښتو ملي ژبه او په روانو عبارتونو ليکلې ده .. ، تر خود هبود د طبی محصلینو او طبی کارکوونکو د ګټو او پام وړو ګرځي او په خانګړي ډول د تګرها د طب پوهنځي درسي تشه د که کړي . په پاي کې د ګرانو او درنو لوستونکو خخه په درښبت سره هيله کوم ، چې ددي کتاب په مفهوم ، املاء ، انشاء ، او متن کې کومه نيمګړتیا تر سترګو کېږي هيله مند یم ، چې د نومورو نيمګړتیا د پوره کولو لپاره خپل نظر د تګرها د طب پوهنځي د شراتو مدیریت او یا ماته په ليکلې بنې واستوئ .

په درناوی

## د اصلې اثر په هکله تائیدي تقریظ

## د کوچنیانو د خانگی محترمو غرو ته!

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

د کوچنیانو خانگی استاد محترم پوهنواں دوکتور نجیب الله (امین) دغه علمی اثر چې د پنځم ټولګي د دویم سمسټر لپاره یې دیوه درسي کتاب په توګه تالیف کړي دي په ډیر غور سره می د پیل خخه تر پای پوري مطالعه کړ او د علمي ارزښت خخه یې په لاندې ډول یادونه کوم.

کتاب د تنفسی، زړه، وینې اوپنستورګې ناروځی تر عنوان لاتدي په ۴ څېرکو او ۱۴۱ مخونو کي د طب پوهنځي د پنځم ټولګي درسي کريکولم او مفردات سره سمه تاليف شوي اړين معلومات د نېړي د علمي منابعو خخه راټول او په بنورا روانه او ساده جملو سره ليکل شوي چې محصلين، داکتران او د طب مينوال تري په ډير لپه وخت کي زيات گتیه پورته کولای شي مغلقي او پېچلي ج ملي پکي نه په ستر ګو کېږي د اړتیا پر بنست د جدولونو خخه هم گتله احیستل شوي دي.

ددي کتاب د چاپ او نشر سره نه یواخي دا چي د تنفسې، زره، وينې اوپنستور گې  
ناروغۍ درسي کتاب د نه شتون ستونزه هواره شي بلکه په راتلونکي کي به په اړونده  
برخه کي د یو با اعتبار علمي ريفرنس په توګه هم را منځ ته شي، چي د محصلينو

سریبره ټوان داکتران هم د تنفسی، زړه، وینې اوپنستور ګې نارو غی په اړوند نظری او عملی معلومات ترلاسه کولای شي.

کتاب کي ريفرنس چي په نړيوالو معیارونو برابر دي او بنورا تازه، باوري او نوي تکست کتابونو څخه پکي ګته اخيستل شوي ده هم شتون لري

نو په پاي کي د پورتنیو علمي ارزښتونو په لړو سره زه د استاد پوهنواں دوکتور نجیب الله (امین) دغه بالرزنې علمي کتاب د اصلی اثر په توګه د پوهاند علمي رتبې ته د لوړتیا لپاره کافي بولم او د کتاب تالیف یې تائیدوم او د چاپ سپارښته یې کوم او په علمي ډګر کي د نورو بریالیتوبو غوښتونکي يم.

پوهاند دوکتور سیف الله (هادي)

داداخلي قلبي او هضمی خانګي استاد

## د اصلی اثر په هکله تائیدي تقریظ

## دکوچنیانو دخانگی محترمو غرو ته!

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

د طب پوهنځي د پنځم تولګي د دو هم سمسټر د تنفسې، زړه، وينې اوپنستور ګې  
نارو غوي، په نوم تدریسي کتاب چې د کوچنيانو خانګي استاد محترم پوهنواں  
دوکتور نجیب الله (امین) د پوهنواں علمي رتبې خخه پوهاندي علمي رتبې ته  
دارتفا لپاره ورکړشوي وه دغه علمي اثر چې د پنځم تولګي د دویم سمسټر لپاره یې  
د یوه درسي کتاب په توګه تالیف کړي دي زما له خوا په هر اړخیز ه توګه په ډير دقت  
سره ولوستل شو او د نوموري درسي کتاب په هکله خپل نظر په لاندی ډول خرگندوم

•

استاد خپل کتاب د تنفسی، زره، وینی اوپنستورگی ناروگی. تر عنوان لاندی په سریزه پیل کړي او په ۱۴۱ هېرکوا مخونو کې د طب پوهنځی دینځم پولکې درسي کړیکولم او مفرداتو سره سه تالیف کړي دی. کتاب په ډیر روان اسانه په پښتو ملي ژبه ليکل شوي، چې محصلین او طبی پرسونل تري په ډیر لې وخت کې زیاته ګټه اخیستلاي شي مغلقي او پیچلي جملې پکي نه په ستر ګو کېږي د اړتیا پر بنسټ د جدولونو خخه هم ګټه اخیستل شوي دي، همدارنګه ویلی شم چې دادرسي کتاب

د پنځم تولګي د دویم سمسټر لپاره زیات علمي ارزښت لري . د کتاب ليکل ډير معياري او په نړيواله کچه د کتاب د ليکلو د اصولو سره برابردي املائي او انشائي غلطې نه لري . په کتاب کې مؤلف د معتبرو نوو تکست کتابونواونوروطبي سرچينو خخه نوي معلومات راټول کړيدی ، چې د لوستونکو پاملننه ځاته اړولي شي .

نوزه دغه کتاب د پورته تکو په نظر کي نیولو سره د استاد پوهنوال دوکتور نجیب الله (امین) دغه علمي اثر د یو طبی تدریسي علمي کتاب په توګه مثبت ارزیابی کوم او د پوهاند علمي رتبې ته د لورتیا لپاره کافي بولم او د کتاب تالیف یې تائیدوم او اړوندې مقاماتو خخه د چاپ او نشر غونتنه یې کوم .

پوهاند دوکتور ایمل (شیرزی)

داداخلي قلبی او هضمي خانګي استاد

## د اصلی اثر په هکله تائیدي تقریظ

د کوچنیانو دخانگی محترمو غرو ته!

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

د کوچنیانو هغه درسي كتاب چې محترم پوهنواں دوکتور نجيب الله

(امين) د تګرهاړ د طب پوهنځي د کوچنیانو خانګي استاد ته د پنځم تولګي د دویم سمسټر تدریسي كتاب د تنفسی، زړه، وینې او پښتوريګي ناروغۍ تر عنوان لاندي د پوهنواں علمي رتبې خخه پوهاند علمي رتبې ته دلورتیا لپاره د تالیف دنده ورکړل شوي وه او د طب پوهنځي علمي شورا یې تائید کړي وه ماته د نظر د خرګندولو په خاطر وسپاره په دې اړوند خپل نظر په لاتدي دول وړاندې کوم ۰

محترم پوهنواں دوکتور نجيب الله (امين) خپل كتاب په سريزه پیل کړي او په ۴ خپرکو او ۱۴۱ مخونو، چې په لومړي خپرکې کي تنفسی ناروغۍ، دویم خپرکې کې زړه ناروغۍ، دريم خپرکې کې وینې ناروغۍ او په خلورم خپرکې کې پښتوريګي ناروغۍ په ترتیب سره د طب پوهنځي د پنځم تولګي درسي کړيکولم او مفردات سره سم تالیف شوي او اړین معلومات یې د نړي د علمي منابعو خخه راټول او په روانه او ساده جملو سره ليکل شوي دي، چې محصلین، داکتران او د طب مینواں تري په ډير لړ وخت کې زیات ګټه پورته کولای شي او د اړتیا پر بنسټ د جدولونو خخه هم ګټه

اخیستل شوی دی، چې کتاب د علمي کړنلارو مطابق لیکل شوی دی ۰ املايې او انشايې غلطې نه لري ۰ کتاب کي ريفرنس چې په نړيوالو معیارونو برابر دي او بنورا تازه، باوري او نوي تکست کتابونو خخه پکي ګته اخیستل شوی ده هم شتون لري ۰

زه د استاد پوهنواں دوکتور نجیب الله (امین) دغه علمي اثر بنورا بالارزښته ګنډ او د نورو شرایطو د پوره کولو تر خنک د پوهاند علمي رتبې ته دلورتیا لپاره کافي بولم او د کتاب تالیف یې تائیدوم او اړوندہ ادارو خخه د چاپ او نشر غوبښنه کوم او خپله استاد ته د لوی خدای (ج) له دربار خخه په علمي ډګر کي د نورو بریاليتوبو غوبښونکي یم:

پوهاند دوکتور عبدالستار (نيازی)

کوچنیانو د خانګي استاد

# لیکلر

مخونه	سریکونه	
۱	سریزه	۱
	لومپی چرکی	
	تنفسی ناروغى	
۳	والگى	۱-۱
۳	تعريف	۱-۱-۱
۳	کلینیکی بنه	۲-۱-۱
۳	تفریقی تشخیص	۳-۱-۱
۵	اهتمامات	۴-۱-۱
۵	کروب	۲-۱
۵	تعريف	۱-۲-۱
۶	کلینیکی بنه	۲-۲-۱
۷	دپورتی تنفسی لاری داتناناتو تفریقی تشخیص	۳-۲-۱
۷	اهتمامات	۴-۲-۱
۱۰	نمونا	۳-۱
۱۰	تعريف	۱-۳-۱
۱۰	لاملونه	۲-۳-۱
۱۲	پتالوژی	۳-۳-۱
۱۲	کلینیکی بنه	۴-۳-۱
۱۳	لبراتواری کتنې	۵-۳-۱
۱۵	تشخیص	۶-۳-۱
۱۵	تفریقی تشخیص	۷-۳-۱
۱۵	درملنه	۸-۳-۱

۱۹	اختلاطات	۹-۳-۱
۱۹	IMCI	۱۰-۳-۱
۲۳	ویزتہ دنگدی کے دولارہ اور براشیل استما	۴-۱
۲۳	تعريف	۱-۴-۱
۲۳	لامونہ	۲-۴-۱
۲۴	پتوفیولوژی	۳-۴-۱
۲۵	پتالوژی	۴-۴-۱
۲۵	کلینیکی بنه	۵-۴-۱
۲۶	لبراتواری کتنی	۶-۴-۱
۲۶	تشخیص	۷-۴-۱
۲۶	تفرقی تشخیص	۸-۴-۱
۲۷	اختلاطات	۹-۴-۱
۲۷	درملنہ	۱۰-۴-۱
۳۲	برانشیولایتس	۵-۱
۳۲	تعريف	۱-۵-۱
۳۳	ایتوپوجنیزیس	۲-۵-۱
۳۴	کلینیکی بنه	۳-۵-۱
۳۵	لبراتواری کتنی	۴-۵-۱
۳۶	تشخیص	۵-۵-۱
۳۶	تفرقی تشخیص	۶-۵-۱
۳۷	اختلاطات	۷-۵-۱
۳۷	درملنہ	۸-۵-۱
۳۹	انزار	۹-۵-۱
۴۰	لنڈیز	
۴۱	پونستنی	

دوهم خپرکی  
زړه ناروځی

۴۳	دزړه ولادي ناروځی	۱-۲
۴۳	تعريف	۱-۱-۲
۴۴	ایتیوپوجنیزیسنس	۲-۱-۲
۴۵	معمول ډولونه	۳-۱-۲
۴۵	atrial septal defect	۲-۲
۴۷	کلینیکي بهه	۱-۲-۲
۴۸	تشخيص	۲-۲-۲
۴۸	درملنه	۳-۲-۲
۴۹	ventricular septal defect	۳-۲
۵۰	کلینیکي بهه	۱-۳-۲
۵۱	تشخيص	۲-۳-۲
۵۱	درملنه	۳-۳-۲
۵۲	potent ductus arteriosus	۴-۲
۵۳	کلینیکي بهه	۱-۴-۲
۵۳	تشخيص	۲-۴-۲
۵۴	درملنه	۳-۴-۲
۵۴	Tetralogy of fallot	۵-۲
۵۵	کلینیکي بهه	۱-۵-۲
۵۵	تشخيص	۲-۵-۲
۵۶	درملنه	۳-۵-۲
۵۶	transposition of great arteries	۶-۲
۵۷	کلینیکي بهه	۱-۶-۲
۵۷	تشخيص	۲-۶-۲

۵۷	درملنه	۳-۶-۲
۵۷	دزره احتقاني عدم کفايه	۷-۲
۵۷	تعريف	۱-۷-۲
۵۸	لاملونه	۲-۷-۲
۵۸	پتوفيريلوزي	۳-۷-۲
۵۹	کلينيكي بهه	۴-۷-۲
۶۰	درملنه	۵-۷-۲
۶۳	انزار	۶-۷-۲
۶۳	ريوماتيك تبه	۸-۲
۶۴	تعريف	۱-۸-۲
۶۴	ایتوپتوجنيزيس	۲-۸-۲
۶۴	کلينيكي بهه	۳-۸-۲
۶۶	تشخيص	۴-۸-۲
۶۶	درملنه	۵-۸-۲
۶۸	اختلالات	۶-۸-۲
۶۸	مخنيوي	۷-۸-۲
۶۸	انزار	۸-۸-۲
۶۹	شاک	۹-۲
۶۹	تعريف	۱-۹-۲
۷۰	په ماشومانوکي دويني دفشار اندازه کول	۲-۹-۲
۷۱	ایتوپتوجنيزيس	۳-۹-۲
۷۲	کلينيكي بهه	۴-۹-۲
۷۳	لابراتواري کتنې	۵-۹-۲
۷۳	تشخيص	۶-۹-۲
۷۴	درملنه	۷-۹-۲
۷۶	اختلالات	۸-۹-۲

۷۶	انزار	۹-۹-۲
۷۷	لنديز	
۷۹	پونستي	
۸۰	ماخذونه	
	دربيم چبرکي	
	دويني ناروغى	
۸۱	ويسي كموالي ته دنريدي كيدولار او تغذىي پوري ارونده ويني كموالي (اوسيپني او megaloblastic)	۱-۳
۸۱	تعريف	۱-۱-۳
۸۲	دولونه	۲-۱-۳
۸۲	اوسيپني د كموالي كمخوني	۲-۳
۸۳	ايتوبوجنيسس	۱-۲-۳
۸۴	كلينيكي بنه	۲-۲-۳
۸۵	لابراتواري كتنى	۳-۲-۳
۸۶	تشخيص	۴-۲-۳
۸۶	درملنه	۵-۲-۳
۸۷	اختلاطات	۶-۲-۳
۸۷	مخنيوي	۷-۲-۳
۸۷	انزار	۸-۲-۳
۸۷	ميگالوبلاستيك ويتامين B <sub>12</sub> كموالي كمخوني	۳-۳
۸۸	ايتوبوجنيسس	۱-۳-۳
۸۸	كلينيكي بنه	۲-۳-۳
۸۹	لابراتواري كتنى	۳-۳-۳
۸۹	تشخيص	۴-۳-۳
۸۹	درملنه	۵-۳-۳

٩٠	اختلاطات	٦-٣-٣
٩٠	انزار	٧-٣-٣
٩٠	میگالوبلاستیک فولیک اسید کم و الی کم خونی	٤-٣
٩٠	ایتوپتوجنیس	١-٤-٣
٩١	کلینیکی بنه	٢-٤-٣
٩١	لابراتواری کتنی	٣-٤-٣
٩١	تشخیص	٤-٤-٣
٩١	درملنه	٥-٤-٣
٩٢	اختلاطات	٦-٤-٣
٩٢	مخنیوی	٧-٤-٣
٩٢	انزار	٨-٤-٣
٩٣	تلاسیمیا	٥-٣
٩٣	تعريف	١-٥-٣
٩٣	دولونه	٢-٥-٣
٩٦	کلینیکی بنه	٣-٥-٣
٩٧	تشخیص	٤-٥-٣
٩٩	درملنه	٥-٥-٣
١٠٢	اختلاطات	٦-٥-٣
١٠٢	انزار	٧-٥-٣
١٠٢	G-6-PD کمبنت	٦-٣
١٠٢	تعريف	١-٦-٣
١٠٣	دولونه	٢-٦-٣
١٠٣	کلینیکی بنه	٣-٦-٣
١٠٣	تشخیص	٤-٦-٣
١٠٤	درملنه	٥-٦-٣
١٠٥	اختلاطات	٦-٦-٣

۱۰۵	انزار	۷-۶-۳
۱۰۵	اپلاستیک وینی کموالی	۷-۳
۱۰۵	تعريف	۱-۷-۳
۱۰۶	لامونه	۲-۷-۳
۱۰۷	کلینیکی بنه	۳-۷-۳
۱۰۷	لابراتواری کتنی	۴-۷-۳
۱۰۸	تشخیص	۵-۷-۳
۱۰۸	تفرقی تشخیص	۶-۷-۳
۱۰۸	اختلالات	۷-۷-۳
۱۰۸	درمانه	۸-۷-۳
۱۱۰	انزار	۹-۷-۳
۱۱۰	Idiopathic thrombocytopenic purpura	۸-۳
۱۱۰	تعريف	۱-۸-۳
۱۱۱	ایتوپوچنیزیس	۲-۸-۳
۱۱۱	کلینیکی بنه	۳-۸-۳
۱۱۲	تشخیص	۴-۸-۳
۱۱۳	تفرقی تشخیص	۵-۸-۳
۱۱۳	درمانه	۶-۸-۳
۱۱۵	اختلالات	۷-۸-۳
۱۱۵	انزار	۸-۸-۳
۱۱۶	Hemophilia	۹-۳
۱۱۶	تعريف	۱-۹-۳
۱۱۶	ایتوپوچنیزیس	۲-۹-۳
۱۱۷	کلینیکی بنه	۳-۹-۳
۱۱۸	تشخیص	۴-۹-۳
۱۱۸	تفرقی تشخیص	۵-۹-۳

۱۱۸	درملنه	۶-۹-۳
۱۱۹	اختلاطات	۷-۹-۳
۱۱۹	انزار	۸-۹-۳
۱۲۰	لیوکیمیا او حاده لمفو بلاستیک لیوکیمیا	۱۰-۳
۱۲۰	تعريف	۱-۱۰-۳
۱۲۰	ایتوپتوجنیزیس	۲-۱۰-۳
۱۲۱	کلینیکی بنه	۳-۱۰-۳
۱۲۲	لابراتواری کتنی	۴-۱۰-۳
۱۲۳	تشخیص	۵-۱۰-۳
۱۲۳	درملنه	۶-۱۰-۳
۱۲۶	اختلاطات	۷-۱۰-۳
۱۲۶	انزار	۸-۱۰-۳
۱۲۷	لنپریز	
۱۳۱	پوبستی	
۱۳۲	ماخذونه	

## خلورم خپرکی دپبستورگی ناروغی

۱۳۴	بولی لاری اتنات	۱-۴
۱۳۴	تعريف	۱-۱-۴
۱۳۴	ایتوپتوجنیزیس	۲-۱-۴
۱۳۵	کلینیکی بنه	۳-۱-۴
۱۳۶	تشخیص	۴-۱-۴
۱۳۷	اختلاطات	۵-۱-۴
۱۳۷	درملنه	۶-۱-۴
۱۳۸	مخنیوی	۷-۱-۴

۱۳۸	انزار	۸-۱-۴
۱۳۹	حاده گلومیرولونفرایتس	۲-۴
۱۳۹	تعريف	۱-۲-۴
۱۳۹	ایتوپتوجنیزیس	۲-۲-۴
۱۴۰	کلینیکی بنه	۳-۲-۴
۱۴۰	تشخیص	۴-۲-۴
۱۴۱	اختلاطات	۵-۲-۴
۱۴۲	درملنه	۶-۲-۴
۱۴۳	مخنیوی	۷-۲-۴
۱۴۴	انزار	۸-۲-۴
۱۴۴	نفروتیک سندروم	۳-۴
۱۴۴	تعريف	۱-۳-۴
۱۴۵	دولونه	۲-۳-۴
۱۴۵	ایتوپتوجنیزیس	۳-۳-۴
۱۴۷	کلینیکی بنه	۴-۳-۴
۱۴۸	تشخیص	۵-۳-۴
۱۴۸	اختلاطات	۶-۳-۴
۱۵۵	درملنه	۷-۳-۴
۱۵۵	مخنیوی	۸-۳-۴
۱۵۵	انزار	۹-۳-۴
۱۵۶	پستورگی حاده عدم کفايه	۴-۴
۱۵۶	تعريف	۱-۴-۴
۱۵۶	لاملونه	۲-۴-۴
۱۵۷	ایتوپتوجنیزیس	۳-۴-۴
۱۵۸	کلینیکی بنه	۴-۴-۴
۱۵۹	تشخیص	۵-۴-۴

۱۶۰	درملنه	۶-۴-۴
۱۶۶	اختلاطات	۷-۴-۴
۱۶۶	انزار	۸-۴-۴
۱۶۷	لنديز	
۱۶۹	پوبستني	
۱۷۰	داصطلحاتو قاموس	
۱۷۱	ماخذونه	

دالله (ج) خخه شکر اداکوم، چې د توفيق را کړ تر خود تنګرهار طب پوهنځي د اطفالو درسي کتاب په پښتو زبه ولیکم اوله دی لاري خپله ايماني او ملي دنده خپلو هپوادوالو ته ترسره کرم. خرنګه چې د تنفسی، زره، وينې او پښتوري ګي ناروغيو پښې په نړيواله اوسيمه ايزه ول زياتې دی، چې د خارج بستر حاد تنفسی اتناناتو پښې ۳۰-۶۰٪ او له دی شميرې خخه ۸۰٪ د پورتنې تنفسی لاري اتنانات او ۲۰٪ د تنفسی بېكتني لاري اتنانات جوروی، دزره او رګونوناروغۍ په نړيواله کچه د کلنۍ مړينې ۳۰٪ برخه جوروی، وینې ناروغۍ هم په تولنو کې د پام ورده او د کم خونې پښې په تولو ماشومانو کې ۷۹٪ تخمين شويدي او پښتوري ګي ناروغۍ د مختلفو لاملونله کبله رامنځ ته او د بولی لاري د اتناناتو پښې په نجونو کې ۱۰-۳٪ او په هلکانو کې ۱-۳٪ جوروی او همدارنګه د اطفالو خانګي د درسي ستوري له منځه وړولویه موخه ماته دنده وسپارله تر خود طب پوهنځي د پنځم تولکي د لسم سمسټر لپاره دغه درسي کتاب د اطفالو د نصاب په پام کې نیولو سره د پوها ند علمي رتبې ته دلورتیا لپاره ولیکم. کتاب په خلورو فصلونو کې جوردي او په لومړي فصل کې تنفسی سیستم پوري اړوندي ناروغۍ (ذکام او کروپ، نمونیا، ویزته د نژدی کیدو لرا او برانشیل استما، برانشیولایتس)، په دویم فصل کې په زړه پوري اړوندي ناروغۍ (دزره ولادي ناروغۍ، زړه احتقاني عدم کفایه، ریوماتیک تبه او شاک)، په دریم فصل کې وینې پوري اړوندي ناروغۍ (کمخونی ته د نژدی کیدو لارا او تغذیې پوري اړوند کمخونی، تلاسیمیا او G6PD، اپلاستیک انیمیا، ITP او هیموفیلیا، لیوکیمیا او حاد لمفویلاستیک لیوکیمیا) او په خلورم فصل کې په بولی لاري پوري اړوندي ناروغۍ (بولی لاري اتنان او حاد ګلومیر ولو نفرایتس، نفروتیک سندروم او حاد

د پښتوري گې عدم کفایه، د درسي کوريکولوم مطابق په بشپړه توګه ليکل شوي دي.  
په دغه کتاب کې د موضوعاتو د بنه روښانه کولواو بنسې پوهېدنې لپاره په مناسبو  
ځایونوکې جدولونه او تصویرونه ځای په ځای شوي دي. د امکان تر حده دغه کتاب  
په پښتو ملي ژبه او روانو عبارتونو ليکل شوي دي.

ددې کتاب په ليکلو کې مې کوبېښ کري، چې له نويو او معتبرو منابعو څخه ګته  
واخلم، چې نومونه يې په ماخذونو کې ليکل شوي دي. په پای کې که چېږي ددي  
کتاب په املاء، انشاء، معنۍ او متن کې کومه نيمګړتیا تر ستر ګو کېږي هيله مند يم  
، چې دنومور و نيمګړتیاو د پوره کولو لپاره له ماسره مرسته وکړي .

# لومړۍ څېرکۍ

## تنفسی ناروځۍ

د پنځو کالو بنکته عمر ماشومانو کې د ناروځۍ او د مرینې یو لامل حاد تنفسی انتانات دي، حاد تنفسی انتانات د خارج ستر ناروغانو ۳۰-۶۰٪ پېښي جوړوي. د دې ناروغانو ۸۰٪ پېښي د پورتنۍ تنفسی لاري د انتاناتو څخه دي، چې تژدي د حاد تنفسی انتاناتو ۲۰٪ پېښي بنکتنۍ تنفسی لاري انتاناتو ته پرمختک او هېږي پېښي یې نمونيا منځ ته راوري د پورتنۍ تنفسی لاري انتانات دېږي پېښي خود په خوده بنې کېږي. څه برخه یې عرضي درملنه کېږي او یوځه برخه یې لکه د منځني غوره التهاب، ستریپتوکوکال sore throat سبېي درملنه کېږي، چې مخ پرودي هپوادونوکې د نمونيادېر لامل بكترياګانې دی او په پرمختلليو هپوادونوکې د نمونيادېر لامل وايروسونه دی. د بنکتنۍ تنفسی لاري معمول بكترياګانې ستریپتوکوک، هيموفيلوس انفلونزا، ستافيلوكوك او ستریپتوکوک ګروپ A څخه دی. د WHO د مطالعې په بنسټ دوه نښې ددي ناروځۍ او شدت د تشخيص لپاره حساس او مهمي دي. یوه چټکه ساه ايستنه اوبل chest indrawing د پورتنۍ تنفسی لاري حاد انتانات ۸۰٪ پېښو سره توخي یا والګي لري، چې داسي ناروغانو ته انتې بيوتیک ضرورت نه شته، یواحې داسي ناروغان د توخي ضددرمل او ماياعاتولکه شين چای د شاتوسره، قهوې او جوشاندي د استعمال سره بنې کېږي او پاتې پېښي انتې بيوتیک او نوري درملني ته ضرورت لري. په دې فصل کې د تنفسی ناروغيوله ډلی یواحې والګي، نمونيا، استما او برانشيولايتس څخه په بشپړ ډول تري یادونه کېږي، چې پېښې یې هېږي دي.

## ۱-۱. ذکام یا والگی

۱-۱-۱. تعریف: ذکام یا coryza دماسومتوب ددوری یوله متکررو واپرسی ناروغیو خخه دی، چې په دپروپینسو کې لامل د علوی تنفسی لارې اتنات لکه rhino virus، افلووتزا، پارا افلووتزا، ادینو، کورونو، RSV، ایکوا و اتیرو واپرسونو خخه عبارت دی، چې د rhinorrhea او دپوزی دبندې د دنبنبو سره ملګری وي. مساعد کوونکې فکتورونه یې ساره، د سړی هوا سره ناخاپی مخامنځ کېدل، ګونه ګونه او rhinitis خخه عبارت دی. (۴:۳۷۴)

۱-۱-۲. کلینیکې بنه: کلینیکې نبې اوښانې عبارت دی له تې، د پوزی خخه دافراز توراتګ، توخى، نالارامی او د پوزی بندې دل، د غارې لمفاوی عقدو غټوالی، دپوزی او بلعومي احتقان له کبله د پوزی دبندې دل ګرځی، د تیوب بندې دل د منځنۍ غورالتهاب او tympanic eustachian ممبران د احتقان لامل ګرځی او په الرجیک rhinitis ناروغانو کې دپوزی خخه روښانه مایع راتلل د پرنجي سره یوځای وي. د تنفسی لارې د تنګوالی او بلعومي تخریش له کبله وچ توخى منځ ته راهېي، دستر ګوڅخه داوښکې راتګ داوښکې دقناتونو دبندې دله کبله منځ ته راهېي ناروغۍ معمولاً درې ورڅو پوري دواړي ياله منځه خې او کله ممکنه ده، چې تردوو اوونیو پوري دواړي وکړي. ذکام په اکثر و پینسو کې نه اختلاطې کېږي، پینسیدونکې اختلاطات یې د منځنۍ غورالتهاب، ساینوزایتس، laryngitis، برانشیولایتس، استما او برانکونومیا خخه عبارت دی. (۴:۳۷۴)

۱-۱-۳. تفریقي تشخیص: د اجنبي جسم شتون، د ریفامپیسین درملو غېر منظم استعمال (فلو په شان سندروم منځ ته راډري)، ریزرپین او پروکلورپیرازین درملو

استعمال هم دپوزی بندش منع ته راوري ، د ولادي سفليس snuffles او دپوزي دغونجيدني سره تفريقي تشخيص شي (٣٧٤:٤)

۱-۴. اهتمامات : ذکام کومه خانگري درملنه نه لري ذکام خپله بنه کېدونکې ناروغي ده ، دماشومانو ذکام درملنه دغتانو په نسبت فرق لري ، که چېري ماشوم دپوزي افرازاتوجريان او پرنجي ولري ، نو په دې صورت کي دپوزي قدامي سورى ددستمال دخنلي په ذريعه پاکوي او افرازات وچ كري ، دسلاينو دقطرى په ذريعه دپوزي کانجيسشن لب او ارام كري ، دپوزي دېکانجيسانت لکه ايفيدرين او زايلوميتازولين په روتين ډول مه استعمالوي ئكھه چې ددوباره کانجيسشن لامل گرخي ، مگر په معندو پېبنو کي يواخي دلپي مودي لپاره استعمالولي شى ، غېر sedating انتي هيستامينيك درمل لکه لوراتادېن او سيترizin په الرجيک کي د پرنجي او افرازاتو په کمولو کي استعمال لري . د کافي ماياعاتو ورکړه ذکام ناروغي په دوران کي اړين دي . ذکام ناروغانو ته داتي بيوتىکو ورکړه هغه وخت استطباب لري ، چې تالي باكتريايې انتاناتو شواهد شتون ولري . ذکام وقايه د روغتيا ساتني د اهتماماتو سره کولائي شو ، چې تره پره حده داتان دخوري دو مخنيوي وکړو . لاسونه په او بو یا د صابون سره ومينځل شى . د مستقيم تماس دمحدودېت هڅه وشي او دژمي په موسم کي اخته ماشوم ګرم وساتو او دناخاپي يخني هوا د مخامنځ کېدو خخه وساتل شي . (٣٧٤:٤)

## ۲-۱. کروپ

۱-۲. تعريف : کروپ اصطلاح هغه مختلفو حالاتو ته استعمالېري ، چې او از لرونکي توخى يې يوله بنسټي بشو خخه دي ، د hoarseness ، شهيقى ستريدور او تنفسى زجرت سره موجوديا کله نه وي ، چې ډولونه يې له لارښگو تراخيوبرانکېتس

حاد، epiglotitis، لارینجیتس او سپوزمودپک لارینجیتس خخه عبارت دی.  
(۴:۳۷۶)

۱-۲- کلینیکی بنه: په حاد Epiglotitis کې د ناروغې کلینیکی بنه عموماً د ۵-۲ کلنی پوري د پروقوعات لري. دستونی درد، شدېدہ تبه، سترايدور، د تنفس او بلعي عسرت او آوازلرونکي تنفس موجودوي، د تنفس داضافي عضلاتود فعاليدوپه صورت کي *suprasternal* او *infrastral* رترکشن موجودوي او کله چې ماشوم ستومانه شي، نو سترايدور کميږي. ناروغې عموماً د ۴-۷ ورخويوري دوام کوي، مګرتبه ۳- ورخې وروسته له منځه هې. په انتاني کروپ کې د ناروغې پيل تدریجي او معمولاً خورخولپاره خفيفه والګي موجود وي. وروسته آواز لرونکي توخي او شهیقی سترايدور ته پرمختګ کوي، کله چې انسداد زياتيري، نو سترايدور په کې د پربنکاره او خرگندپري. کله چې اتنان برانشيول ته ورسپري، نو پدي حالت کې ساه لنډي زياتيري ماشوم ناقراره او ويريري. ناروغ کې *Suprasternal* ريتركشن، هاپوكسيا او سيانوزتاسيس او ليدل کېداي شي. (۴:۳۷۶) ته کله خفيفه یا نه وي او کله شدېدہ وي او د حرارت درجه يې ۳۹-۴۰ درجود سانتي گرادو ته رسپري. نښې دشپي له خواهپري او خرابپري او د نښو بهه والي د خورخوپه دته ليدل کيږي او مکمل بهه والي د ناروغې ديوسي اوونۍ په موده کې منځ ته رائي. (۸: ۱۷۶۳) د ماشوم نښي او نښاني د agitation او ژرا سره زياتيري، ماشوم په بستر کي د ناستي وضعیت یا دولاري حالت خاتمه غوره ګني.

حاد سپوزمودپک کروپ دا هول کروپ عموماً دشپي لخواليدل کېږي. د ناروغې دحملې خخه مخکې ضعيف او یا منځنۍ اندازه د آواز خپوالي او ريزش موجوده وي. آواز لرونکي تنفس او ساه لنډي موجود او ماشوم ويريري تبه معمولاً موجوده نه وي، مګر سيانوز په متناوب ډول سره ليدل کېږي. د خوساعتونو په موده کې

د اعراضو بنه والي حاصليري . او ناروغ ماشوم په بله ورخ روغ او بنه وي مگر  
دناروغى دحملى تکرارلىدل كېدai شى . (٤:٣٧٦)

۱-۲-۳. دپورتى، تنفسى لاري د حادو اتناناتو تفريقي تشخيص  
حاد Epiglottitis بنا يى دلارپنگو تراخيو برانكېتس سره يوئىhai وليدل شى او يايپه  
ئانگرى ۋول سره ليدل كېرى . معمول سببىي عامل يى هيموفيلوس انفلوэнزا تىپ B  
څخه عبارت دى . (٤:٣٧٦) ددى ناروغى تشخيص د مستقيم لرونگوسكوبىي  
معايىنى پواسطه اجرا كېرى نومورپى عملىي بايد په ۋېر احتياط سره اجراشى  
دلرونگوسكوبىي په وخت كى Epiglottitis سوراوا ذىما يى وي .

كە چېرى دلرونگوسكوبىي معائىنە په بى احتياطي سره اجرا شى دھنجرى دنا خاپى  
ريفلكس سېزم له كبله مېرىنە ليدل كېرى . (٤:٣٧٦) حاد لارپنگو تراخيو برانكېتس  
او laryngitis داتانىي كروپ په نامە هم يادپېرى او دكروپ يو معمول ۋول دى، چې  
په عمومى ۋول دويروسونو پواسطه پيداكېرى . (٤:٣٧٦) معمول وايروسىي لاملونه يى  
پارا انفلوэнزا تىپ ٢، ١، ٣، adeno، respiratory syncytial، rhino او وايروسونو  
څخه دى . او بكتيريا يى تالىي اتنان په كى غير معمول دى . (٤:٣٧٦) حاد سپۇز مودبىك  
كروپ په ١-٣ كلنوماشومانو كى ۋېر قوعات لرى، نومورپى ناروغى دلرنگو تراخيو  
برانكېتس سره شباھت لرى، مگر اتنانىي عامل موجودنە وي همدارنگە الرجيىك  
او سايكلوجيك عوامل او فكتورونه هم رول لرى . (٤:٣٧٦)

۱-۲-۴. اهتمامات : په اتنانىي كروپ كى لومرى دناروغى دشدت ارزونە و كېئ .  
لاندى ۱- جدول كى د اتنانىي كروپ دناروغى دحالت ددرجي ارزونە رابنىيپ  
(٤:٣٧٧).

تبی	خفیف	منحنی	شدید
عمومی بنکاریدن	خوشحاله وی، بنه خوری او دمحیط سره دلچسپی لری	تخریشیت لری او ممکنه ده چې د والدې نو په ذریعه دلسا شی	نا آرامه وی یا په حرکت راخی یا متغیر حسیت لری
سترايدور	استراحت کې سترايدور سترايدور نه لری	استراحت کې سترايدور لری	د استراحت په حالت سترايدور لری کله چې په حرکت راخی بدتر کېږي
تنفسی زحرت	زجرت نه لری	چتکه ساه ایستنه او chest retractions	خرگنده چتکه ساه ایستنه د سره chest retraction
سیانوزس	نشته	نشته	ممکنه ده چې وی
مش بوع اکسیجن	% ۹۲ <	% ۹۲ <	< % ۹۲

په پورتنی جدول کې که چېړی پېښه خفیفه وی، نو اعراضی درملنه کوو. د تبی په صورت کې د تبی ضددرمل او کافی مایعات توصیه او تشویقو او د ناروغه والدې نو ته د ناروغۍ په هکله معلومات ورکوو. که چېړی د ناروغۍ نښې یې شدېدې شوې، نو بايددوباره د کتنې لپاره ناروغه رو غتونه مراجعه وکړي. که چېړی ناروغ کې نښې او نښاني د منحنی او په شدېدو حالاتو کې وی، ناروغ په رو غتون کې بستر او درملنه بې د اپی نفرین د نیبولایز په دول د ۱:۱۰۰۰ محلول د ۱ ml/kg (په اعظمي دول سره د dose، ۳ خخه زیات نه شي) تطبیقېږي دا درمل په ناخاپې دول او په چتکې سره د اوعیونفودیه قابلیت کموي د سبو اذیما او هواي جريان نښه کوي، څرنګه چې درمل اغبزی موقتي وي، نوبیا خلی د ۴-۲ ساعتونو په موده کې درمل دورکړي ضرورت لیدل کېږي، نوي خیرې نېښو دلې ۲۴ ده، چې یو دوزه ډیکسا میتاژون د ۰، ۳ خخه تر kg/mg، ورکړه په لوړې یو ۲۴

ساعتونو کې د ناروغى شدت کموي او د intubation او د adrenaline ضرورت کموي او ناروغپه روغتون کې د بېرى مودې لپاره نه پاتي كېرى او همدارنگه nebulization budesonide ېوملى گرامپه ورخ کې دوه خلې گتۇرە دە . دشدېد كروپ په صورت کې ناروغ روغتون کې بستر شى د جدى پاملىنى سره سره ناروغ تە داكسىجىن، سترويدور كە گتۇردى د خرابى تنفسى ستونزى لە كبلە ناروغ تە دلرىي مودې لپاره وينتيليشن ضرورت وي. انتى بيوتىك دتالىي انتاناتو دوقايى لپاره هم استعمالىدای شي كە چېرى انسدادى حالت دزيات وخت لپاره دوا و كېرى او تنفس عسرت او سيانوز موجود وي ، نويدي حالت کې انفي شزني تىوب تطبقىرىي ، داخل وريدى مايغاتو تطبقىق هم دبئه والي سبب كېرى (٣٧٦: ٤) .

د حاد Epiglottitis په صورت کې په روغتون کې د بستر كېدو ضرورت لرى ناروغ تە مرطوب اكسىجىن توصىيە كىوو، درملنه کې جدى اهتمامات لازم دى . sulbactum اوامپسلين دعاضلى زرقياتو په دول په ۲۴hr / ۲۰۰ mg/kg تطبقى كېرى او بىھه تىيجه لاسته راخى ياسيفترىكسون ۲۴h / ۱۰۰ mg/kg اوسيفوتاكسيم ۲۴ h / ۱۵۰ mg/kg دزرقياتو په دول توصىيە كېرى ، كورتيزون او ادرىنلين غير موثر دى .

كە چېرى دانسداد حالت خورا بد شو ، نو دبئه والي په منظور مىخانىكى اهتمامات لکە Intubation (nasotrachial intubation) انتخابى تداوى ده او كە چېرى امکان ونلىي ، نو پە دې حالت کې تراخيوستومي اجرا كېرى .

د حاد سېزمودېك كروپ درملنه کې د حنجرى دالرجىك اذىما دبئه والي لپاره اپى نفرىن وركول كېرى . نومورىي درمل ۱ ml / kg ، (پە اعظمى مقدار سره د ml / dose ، ۳ خخە زيات نه شي ) د پوستكى لاندى تطبقىرىي او د racemic اپى نفرىن مقدار ۰.۷۵-۰.۲۵ ملى ليتر پورى د ۳ ملى ليتر نارمل سلاين سره وركول

کېرىي. کورتىكوسترويدلەم پەدى ناروغى، كى استعمالىيپىي بېرىدىنىزولون ۲۴ hr / kg / mg / او هايدروکورتىزون پەھ ۶ hrs ۱۰۰-۵۰ مقدار توصىيە كېرىي، كە چېرىي د پورتنى درملنى سره تفسىي ستۇنە او شدپە سترایدور كى بىنه والى حاصل نەشي نو پە داسىي حالت كى endotrachial intubation تطبقى استطباب لرى .

( ۱۷۶۵: ۸ )

### ۱-۳-۱. نمونيا

۱-۱. تعريف : نمونيا د تنفسىي سىيسم دېنىكتنى لارى لە ناروغىي خخە دە، چې دسپۇدپرانشىم

نسج التهاب سره ملگرى وي او داناتومىك لە نظرە پە درىو ۋەلۇنۇ  
 Broncho, lobar او interstitial وىشل شويدي . او پتالوجىك بىلۇنۇنە يى دسپۇ  
 پە الويول كى كانسولىدېشن يى

پە بىن الخالىي انساجو كى انفلترىشن دالتهابىي حجراتو سره يو خاي وي . ( ۳۷۷: ۴ )

۱-۲-۳. لاملونە : د نمونياد ۴۰ % پېپسولامل respiratory syncytial، انفلوتنزا، پارانفلوتنزا او ادپنو وايروسونە دى اود ۳ / ۲ خخە پە ڈپرو پېپسوكىي معمول بكترياكانىي دنمونيا لامل گرئىي، چې پە ڭۈرمىنيو دوو مياشتوكىي معمول بكترياكانىي پە گرام منفي بكترياو كى لكە E, klebsiella coli او پە گرام مثبت بكترياو كى نموكوك اوستافيلوك دى .

ددرييو مياشتوكىي تر درىي كالونو پوري معمول پتوجن يى سترىپتوکوك نمونى ،  
 هيموفيلوس انفلوتنزا او ستافيلوكوكس خخە دى .

ددري گلنی خخه په پورته عمر کې معمول بکتریا یې پتوجن نموکوک، ستافیلوکوک دی. گرام منفي بکتریا گانې په مقدم infancy دوره کې، شدېد ه خوارخواکې او هغو ماشومانوکې، چې معافيتي سيستم يې تيټ وي دنمونيا لامل گرخي. هفو ماشومانوکې، چې معافيتي سيستم يې تيټ وي دنمونيا Chlamydia لامل گرخي. په غهانو او ماشومانوکې غير وصفي مايكروار گانيزمونه لکه Chlamydia مايكو پلازما ډولونه د community acquired ډولونه د دنمونيا لامل گرخي.

په immunocompromised ماشومانوکې نيموسيس تيس jiroveci، هيستوپلازموسس او کوكسيدو مايكوسس دنمونيا لامل گرخي او نور دنمونيا لاملونه لکه اسکاريس، د خوار وا سپايريشن، د پزي غوريين خاځکي، پارافين مایع او kerosene تسمماتو خخه عبارت دي. اوپاتي  $\frac{1}{3}$  د دنمونيا دېښنو لاملونه نامعلوم دي. ( ۳۷۷: ۴ )

دنمونيا لپاره predisposing فكتورونه يې ولادي اناتوميك انومالي گانې په هوائي لاره کې تراخيوايزوفاجيل فيستولا، cleft palate، cleft lip، او برانشيل ستينوزس او د هضمي سيستم په پورتنۍ برخه کې کرايکوفارينجيل incoordination او گاستروايزوفاجيل ريفلوكس، توی زېړيدلي ماشومان، دمودي مخکې زېړيدلي ماشومان، تيټي وزن زېړيدلي، هغه ماشومان چې کمزوري معافيتي سيستم ولري، سستيک فيبروزس، ولادي برانشiktasis او iatrogenic dyskinesia، aspiration، خوارخواکې، ويتامين A کموالي، دزره عدم کفایه او نفروزس، دمور د تغذېي نه شتون، د عضلې مقویت خرابولي لکه پولیومیالیتس، په ځنډنیوناروغیو اخته ماشومان، چې اوږده موده يې په بستر کې تيره شوي وي، سګرت زغمونکي passive smokers)، لوی شمير کورنۍ، ګنه ګونه، د برانشیتس کورنۍ تاریخچې شتون خخه عبارت دي. ( ۲۸۲: ۲ )، ( ۳۷۷: ۴ )

۱-۳-۳. پتالوژی : دنمونیا ډپری پېښې نموکوکال نمونیا جورپوی، نودبیلگی په ډول د همدي نمونیادپتالوژی څخه یادونه کوو.

تنفسی لاره د vocal cord لاندې دموضعي او سیستمیک دفاعي میکانیزمونویه ذریعه معقمه ساتل کېږي.

کله چې یومایکروارگانیزم تنفسی الیول ته خان ورسوی، نود موضعی او سیستمیک دفاعي میکانیزمونو عکس العمل سره مخامنځ کېږي، چې په تیجه کې التهابي exudates جور او د کانسولیدېشن مرحله منځ ته راوري.

وروسته په دی مرحله کې د التهابي عکس العملونو سره د سروکریواتوشتون او دراټولیدوله کبله red hepatization مرحله منځ ته راوري.

وروسته بیافاګوسایتونه حجروي پاتي شوی مواد بلع او د فیبرینی عکس العمل په تیجه کې gray hepatization مرحله منځ ته راخي.

وروسته په اسناخو کې مکروفاجونه او د التهابي عکس العمل حجري زیاتیرې، چې دی مرحلې resolution مرحله وايېي، نود دی مرحلې ورسوی افت خپلی برخی بنې کېږي. لبی پېښې دنه بنې کېدو په صورت کې مجاور واعضاوته انتشار کوي. (۲ : ۲۸۲، ۲۸۳)

۱-۳-۴. کلینیکی بهه ناروغری په ناخاپه توګه دپورتنې تنفسی لارې داتسان سره یا د لورې تبی، لړزه، توختنۍ او تنفسی ستونزی، grunting respiration او چټکې ساه ایستنې او کله کله دنس ناستي، کانګي، اختلاج او د سیني درد سره ملګري وي. د ناروغری نښي په برانکو نمونیا کې په تفتيش سره د پزي الوتل، چټکه ساه ایستنه او په اصغا سره تنفسی او ازاونه نارمل يا harsh chest-indrawing،

یا Crepitatio د اوریدو ور وي، په جس سره Vocal fremitus نارمل او کله لوروي.

په قرع کې صدر لب resonant وي د ناروغۍ نبني په لوبر نمونيا کې په تنقيش سره د پزي د مناخرو الوتل ، chest-in drawing ، اخته شوي برخه په تنفس کې برخه نه اخلي.

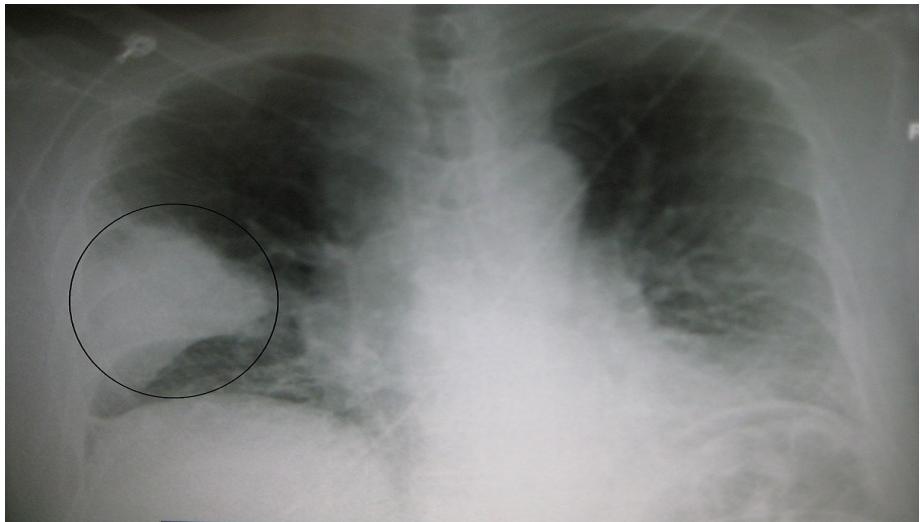
په اصغا سره د کانسوليدېشن په مرحله کې تنفسی اوازونه نارمل يا Harsh ، په hepatization مرحله کې په اخته خوا کې تنفسی اوازونه تيست او يا له منځه تللي وي.

او Tubular sounds د اخته برخې په پورتنۍ برخې او يا په مقابلې خواکې د اوریدو ور وي.

په جس سره په اخته برخه کې Vocal fremitus لور او په قرع سره په اخته برخه کې Dullness موجودوي . ( ۲ : ۳۷۷، ۲۸۴، ۲۸۳ )

### ۱-۳-۵. لابراتواري کتنې

د ناروغ دويني په معاينه کې د WBC شمېرد/mm<sup>3</sup> ۱۵۰۰۰ خخه لوره وي او نيوتروفيليادليني ور وي ، که چېري ليوكوبنيا او نيوتروپنيا موجوده وي د ناروغۍ په خرابو انزارودلات کوي . دويني کلچر معاينه د هغونارو غانولپاره چې اشتباه ورباندي وي يادبال الخاصه مايكروارگانيزم د معلوم مولولپاره ترسره کېږي . د صدر رادېوګرافۍ کې کانسوليدېشن د لوبر نمونيا لپاره او Patchy infiltrations د برانکونمونيا په پېښو کې د ليدلنې ور وي



پورتنی ۲-۱ تصویرد اکسري په کلیشه کي دسپرو دمنځني لوب کانسولیديشن رابنېي، (۲۸۳:



۳-۱ تصویر د اکسري په کلیشه کي دسپرو دپورتنی لوب کانسولیديشن رابنېي، (۴: ۳۷۸)  
د توبرکلوزسس تشخيص د توبرکوليین تست ، د سمیرمعاینې، ګرام تلوین او کلچر له  
مخې صورت مومني. نورمعاینات لکه برانکوسکوپ، بیویسي دبرانکووالویول  
او سپرو aspiration دلواژ د کلچرد سمپل لپاره اړین ګنهل کېږي، یواخې په هغوا

ماشومانو کې تر سره کېږي چې Immune compromised اویا کلینیکی بنه يې  
غیر وصفی وي. (۲: ۲۸۴، ۴: ۳۷۷)

۱-۳-۶. تشخیص: د ناروغۍ تشخیص د کلینیکی نښواونښانو، لبراتواري ازموينې  
اود IMCI د پالپسی په بنسټ صورت نیسي.

۱-۳-۷. تفریقي تشخیص: نمونيا د ی د

۱- برانشیولایتس

۲- برانشیل استما

۳- د زړه عدم کفایه

۴- سستیک فیبروسس، ۵- توبرکلوزس، ۶- اجنبي جسم انشاق سره بايد تفریقي  
تشخیص شي. (۲: ۲۸۰، ۸: ۱۷۹۷)

په نمونيا اخته ماشومانو کې د بستر استطبابات عبارت دی له:

۱- عمر د شپږ میاشتو څخه بستکته وي

۲- د خولوبونو اخته کېدل

۳- شد پدد په یادريشن. ۴- دوامداره کانګې ۵- شد پد تنفسی زجرت

۶- توکسیک ماشومان ۷- تیټ معافیت لرونکې ماشومان ۸- د کورنیو  
درملو سره نه رو غېدل

۹- کله چې اکسیجන ته اړتیا موجوده وي

۱۰- که چېرى مورد ماشوم څارنه ونشی کولای ۱۱- په وينه کې لیوکو پنیا موجوده وي  
(۸: ۱۷۹۸)

۱-۳-۸. درملنه:

الف- دروغتون څخه د باندی درملنه: په درملنه کې کوتراي موکسازول / ترايموتپيريم

۱۰-۸ ملي گرامه په فيي کېلوګرام وزن د بدن په ورڅ کې په دوه کسری دوزونو د خولي

لهلاري ، اموکساسيلين ۵۰-۸۰ ملي گرامه په في کېلوگرام وزن دبدن په ورخ کي په ۳-۴ کسري دوزونو د خولي لهلاري . cefuroxime ۵۰-۱۰۰ ملي گرامه په في کېلوگرام وزن دبدن په ورخ کي په ۳-۴ کسري دوزونو د خولي لهلاري ، اريترومايسين ۵۰ ملي گرامه په في کېلوگرام وزن دبدن په ورخ کي په درې کسري دوزونو او کلاروترومايسين ۲۰ ملي گرامه په في کېلوگرام وزن دبدن په ورخ کي په دوه کسري دوزونو سره د خولي لهلاري د (۷) ورخو لپاره ورکول کېږي . که چيرته د ۴۸ ساعتو وروسته د پورته درملو سره په ناروغۍ کې بنه والې منځ ته راغلي وو درمل ته ادامه ورکوو او که چېرى ماشوم حالت د پخوا په شان او یا تردی هم خراب شوي وو . لوړۍ باید په تشخيص کې فکروشي او بیاددرملنې پلان ته بدلون ورکړل شي او یا که استطباب موجود وي ماشوم بستر شي .

ب- دروغتون درملنه: په روغتون کې درملنه دوی برخې لري .

A: محافظظوي درملنه په محافظظوي درملنه کې . مایعات ناروغ ته باید مایعات ورکړل شي ، چې ورخنې اړتیا وي یې پوره کړي که چېرى ماشوم څښلې نه شي ، شدې د بهایدریشن او یا شدې ده چټکه ساه ایستنه ولري ناروغانو ته ۳۳٪ ، سلاین ګلوكوز ۵٪ او یا ګلوكوز ۵٪ - ۸٪ سلاین دورید لهلاري ورکول کېږي .

هر خومره ژر چې امکان ولري د خولي لهلاري مایعات پیل شي . ناروغ ته دې بنه ارزښت لرونکې خواره ورکړل شي ترڅو دخوارخواکي خخه مخنيو وشي ، اکسيجن که چېرى سیانوز یا تنفسی زجرت وي .

۲-۴ لیتر اکسيجن ورکول کېږي .

تبې ضد درمل که چېرى د تبې درجه ۳۸ درجه د سانتى گرید خخه لوره شي پاراسیتامول د ۱۰-۱۵ mg/kg/dose هر ۲ ساعته وروسته یا بروفین ماشوم ته

۱۰ mg/kg/dose هر اته ساعته وروسته ورکول کېرى. اوفریوتیراپی باید ماشوم ته اجراشي.

B: بنستيزه درملنه: د انتى بيوتىك په واسطه صورت مومي. که چېرى د ماشوم عمر د دوه

مياشتو خخه بىكته وي د Sepsis په ډول يې باید درمنله وشي ماشوم ته امپيسيلين (۱۰۰ ملی گرامه په في كېلوگرام وزن بدنه په ورڅ کې) په ۳-۲ یا ۴ کسرى دوزونو يا په دريمه درجه سفالوسپيرين لکه سيفوتاكسيم ۱۰۰ ملی گرامه في كېلوگرام وزن بدنه په ورڅ کې په

۴-۳-۲ کسرى دوزونو سيفترىكسون ۵۰-۱۰۰ ملی گرامه په في كېلوگرام وزن بدنه په ورڅ کې په يو يا دوه کسرى دوزونو او سيفتا زيدېم ۱۰۰-۵۰ ملی گرامه في كېلوگرام وزن بدنه په ورڅ کې په ۳-۴ کسرى دوزونو د Aminoglycosid سره يو خای ورکول کېرى.

درملنه په روغتون کې: د ۱۰-۱۴ ورڅو لپاره په غير وصفى نمونيا کې ۱۰ ورڅي او ستافيلوكوكل نمونيا په پېښو کې ۳-۲ اونيو لپاره دوا مومي. د انتى بيوتىك ورکړه د انتان د ډول له نظره په لاندې ډول ترسره کېرى.

دنموکوكل نمونيا پېښي د يو کلنۍ خخه وروسته ډيرې معمولى دي پنسيلين يې انتخابي درمل دي چې ۴۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰ یو ته في كېلوگرامه وزن بدنه په ورڅ کې په ۶-۴ کسرى دوزونو ورکول کېرى.

په غيراختلاطي پېښو کې ناروغى په دراما تيك ډول بنه والى مومي ددرملنى موده يې (۱۰-۷) ورڅي ده که چېرى د پنسيلين سره حساسيت موجود وي ۵۰-۱۰۰ ملی گرامه في كېلوگرام وزن بدنه په ورڅ کې سفازولين په دريو کسرى دوزونو انتخابي درمل دي.

په multi drug resistant حالاتو کې بیتا لکتامیزنه‌ی کوونکې لکه ستابافیلوکوال نمونیا ددرملنې لپاره بیتا لکتامیزنه‌ی کوونکې لکه اونور Ampicillin-sulbactam او يا Amoxycilline-clavolante گنل کېږي.

ستافافیلوکوال نمونیا ددرملنې لپاره بیتا لکتامیزنه‌ی کوونکې لکه اونور ۵۰ - ۱۰۰ ملی گرام في کېلوگرام وزن بدنه په ورخ کې په ۳ - ۴ کسری clavolante دوزونو جمع امپیسیلین یاجنتامايسین ورکول کېږي.

هیموفیلوس انفلوتنزا انکونومونیا لپاره امپیسیلین ۱۰۰ ملی گرام في کېلوگرام وزن بدنه په ورخ کې په ۴ - ۳ کسری دوزونو ورکول کېږي. همدارنګه امپیسیلین + کلورامفینیکول ۱۰ ملی گرام في کېلوگرام وزن بدنه په ورخ کې یا سیفتريکسون په یو یا دوه کسری دوزونو هم ورکول کېډای شي.

د klebsiela نمونیادرملنې لپاره پنسیلین + جنتامايسین سره یو ئای ۸ - ۶ ملی گرام په هر کیلو گرام وزن بدنه په ورخ کې په کسری دوزونو یا کنامايسین ۱۰ ملی گرام په هر کیلو گرام وزن بدنه په ورخ کې په دوه کسری دوزونو ورکول کېږي. Pseudomonas نمونیادرمل لپاره تیکارسیلین ۱۰ ملی گرام په هر کېلوگرام وزن بدنه په ورخ کې په ۴ - ۳ کسری دوزونو یواخي یا د جنتامايسین یا کنامايسین سره یو ئای ورکول کېږي.

د pneumonia carini لپاره په لور دوز کوتريماکساژول / تراي ميتوبيريم ۲۰ ملی گرام په هر کېلوگرام وزن بدنه په ورخ کې په دوه کسری دوزونو ورکول کېږي. د توبرکلوز نمونیا درملنې لپاره د توبرکلوز ضد خلور درمل ريفامپیسین ۱۰ ملی گرامه په هر کېلوگرام وزن د بدنه په ورخ کې ، INH ۵ ملی گرامه په هر کېلوگرام وزن د بدنه په ورخ کې ، پايرازينامايد ۲۰ - ۲۵ ملی گرامه په هر کېلوگرام وزن د بدنه په ورخ کې او ايتامبيتول ۲۰ - ۲۵ ملی گرامه په هر کېلوگرام وزن د بدنه په

ورخ کې ورکول کېبېي، وايروسې نمونيا درملنى لپاره ribavirin RSV پەدرملنه کې گتپور دې.

د غير وصفي نمونيا درملنى لپاره چې د مایكوبلازما نمونيا پە واسطه مينځ ته راغلي وي. اريترومايسين ۵۰ ملي گرامه پە هر كېلو گرام وزن د بدن پە ورخ کې پە ۳ کسري دوزونو او يا كلارپترومايسين ۲۰ ملي گرامه پە هر كېلو گرام وزن د بدن پە ورخ کې پە دوه کسري دوزونو او يا تيكارسيلين ورکول کېبېي، اسپايريشن نمونيا لپاره وقايوی انتي بيوتيك ورکول استطباب لري. (۲: ۲۸۵، ۴: ۱۷۹۸، ۸: ۲۸۵) : ۳۷۷ - ۳۸۰ :

۱-۳-۹. اختلاطات : د ناروغى اختلاطات پە لاندى دول دې:

۱- Empyema ، ۲- دسبروابسى، ۳- نيموتوراكس، هيموتوراكس، ۴- پلورال ايفوزن ، ۵- پە ئىنله بىسەوالىي ، ۶- تنفسىي عدم كفایه ، ۷- د زړه عدم كفایه او ۸- ميتاستاتيك سىپتىك افات لکه (سحايى والتهاب منخنى غوبر التهاب، ) (۲: ۲۸۵) دى . sinusitis, septicemia

### ۱-۳-۱۰. د IMNCI نظره د نمونيا د ناروغانو درملنه

اول. د مياشتىنى خخه تر ۵ كلنى عمره پوري د ناروغو ماشومانو تصنيف، ارزونه او درملنه له مورخنى پوبنتنه و كپئى چې ماشوم خه ستونتە لري. معلومه كپئى چې دا د دې ستونتى لپاره لومنى كتنه ده او كه تعقيبي كتنه ده. كه چېرتە تعقيبي كتنه وي، نود تعقيبي كتنى د چارت له هداياتو خخه استفاده و كپئى.

كە چېرتە لومنى كتنه وي، نو پە لاندى ۱-۲ جدول كې د ماشوم ارزونه ترسره كپئى. (۴: ۱۵۳ - ۷۵۹، ۱: ۱۵۵ - ۷۵۴)

د خطر عمومي نبئي وبلши:	نبئي اوينسانى	طبقه بندى	درملنه
<p>پوبنتنه وکري؟ يا ماشوم د خبلاو او شيدى رو دلو توان لري ؟ ايا ماشوم هر شى بېرته گرخوي ؟ ايا ماشوم اختلاح لري ؟ وگوري؟ ايماشوم بى حاله وابا بى هوشه دى؟ ايا ماشوم اوس هم اختلاح لري؟</p>	يوبي نبئي شتون	د خطر دتبىو خخه د ناروغى	<p>كەچيرته اختلاح شتون ولرى دەفعه درملنه ترسره كري وھا يابى لاري بىرانىستى وساتىء ارزوونه پەچتىكى سره ترسره كري دماتسوباتىي بىوتىكى لۇمەرنى دوز ور كري ماشوم ددويني شىكىرى كىبىت پە مقابل وقايه كري پە بىرە بىي روغۇتون تە واستوئ</p>

٣- جدول وروستە پوبنتنه وکري ئچي آيا ماشوم توخى يا تنفسى ستونزى لري ؟ كە ھواب هو

(٤) ٧٥٩

ارزوئە	نبئي اوينسانى	طبقه بندى	درملنه
<p>ويونتىء لە ۋەھىمە مودى راهىسى؟ وگورى ئواورى او حس كري (ماشوم بىايدارام وي) تنفس يە يو دېقىقە كې وشمىرى دىتىر دېسكتىنى بىرخىي توتىسە</p>	<p>د خطر لە عمومى علايمىز خخە د يسو نېبى شتون يَا دىتىر دېسكتىنى بىرخىي تنوتىتە يَا پەلارام ماشوم كې مىتارىدۇر</p>	<p>شىدپەسىنە بغلى ياساپەرە شىدپەناروغى</p>	<p>مناسوباتىي بىوتىكولومپىنى دوز ور كري كۈويز شتون ولرى دەفعه درملنه و كري ماشوم دويني شىكىرى كىبىت پە مقابل كې وقايه كري پە بىرە بىي روغۇتون تە واستوئ</p>
<p>چىتكى تفس</p>	<p>سيئە بغل</p>	<p>ارزوئى لپارە بىي روغۇتون تە واستوئ مناسوباتىي بىوتىكى دېنخۇر ورخولپارە ور كري كۈويز شتون ولرى دەفعه درملنه و كري دىستونىي تخرىش لپارە د توكى مىسكن ور كري مور تە توصىيە و كري ئچى كەلە بېرته مراجعە و كري ئىقىبىي كىتتە ٢ ورئىخى وروستە</p>	<p>كەچيرته توخى لە ١٤ ورخۇ خخە زيات دوام كري و يى نو دلازىياتى ارزوئى لپارە بىي روغۇتون تە واستوئ كۈويز شتون ولرى دەفعه درملنه و كري دستونىي تخرىش لپارە د توكى مىسكن ور كري مور تە توصىيە و كري ئچى كەلە بېرته مراجعە و كري كە دماشوم وضعىت بىنه نەشى ، تىقىبىي كىتتە ٥ ورئىخى وروستە</p>

## ۱-۴ جدول: د زېرون خخه تر ۲ میاشتو پوري د څوان تي رودونکو ماشومانو ارزونه، تصنيف او درملنه

له مورنه پونښنه وکړئ خوان تي رودونکي ماشوم خه ستونزه لري ( ۴ : ۷۵۹ )

درملنه	طبقه بندی	نېښۍ اونښاني	رزونه
اختلاج که	ممکنه	له غورځخه زوه بهډنه يا	ایا ماشوم اختلاج درلوه؟
موجود وي	شدبده	دنوم سوروالی چې جلد ته	آیا همدا اوس اختلاج لري؟
درملنه يې	باکتریاې	پراخ شوي وي يا	ایا ماشوم هرشی ګرخوي؟
وکړئ	انتان	تبه ۶، ۷، ۸ بالوره يا	ایا ماشوم د رودلو او خوبو وړتیا نلري؟
د عضلي		تیټیه درجه حرارت د ۵۰ ،	وګورئ، واورئ، حس کړئ: په یو ارام ماشوم کې
انتي بيرو		۳۵ نه تیټیه، يا	سا اېستل په یو هه دقیقه کې وشمیرئ که اوچت شوي
نيک لوړۍ دوزور کړئ.		جلد دېر يا شدبد	وي له سره بي وشمیرئ.
دوینې د		pustule يا	شدبد وګورئ chest in drawing وګورئ.
شکر د کمنست.		خوب وپري او بي هوشه يا	Nasal flaring وګورئ
وقايه وکړئ.		اختلاج يا	ماشوم د grunting لپاره وګورئ او واورئ ماشوم د
		چټکه سا اېستل (تنفس	wheezing لپاره وګورئ او واورئ
		شمېره ۶۰ یاد ۶۰ خخه	د bulging fontanel وګورئ او حس بي کړئ، زوه بهدل له
		زيات) يا	غوب خخه وګورئ
		chest in drawing شدبد	نوم وګورئ سوروالی لري او یازوه ورڅه بهېږي او ایا
		يا	سوروالی جلد ته غخیدلی .
		Nasal flaring يا	د حرارت درجه وګورئ (دبې او یاتېتې درجې لپاره حس
		grunting يا	کړئ) د پوتکي pustule وګورئ آیا دېر شدبد دي؟
		wheezing	ایا ماشوم خوبوړي او یا بې هوشه دي؟

د IMCI پاليسى له مخي هغه ماشومان چې عمرې ۵ د میاشتو خخه تر ۵ کلنۍ پوري وي د توخې یا تنفسی ستونزه ولري په پونښنې سره توخې یا تنفسی ستونزې د مودې پونښنې وکړئ، په ليدلو، اوري دلو او حس کولو سره تنفس په یو هه دقیقه کې وشمیرئ، د تېير د بنکتنې برخې تنونزه وګورئ، سترايدور وګورئ او واورئ او ویز وګورئ او واورئ پورتنې ارزونه په داسي حال کې چې ماشوم باید ارام وي، که چېرته ويز له چټک تنفس یا د تېير د بنکتنې برخې له تنونزې سره یو خای شتون ولري، نوتر

۳ خلوپوري سريع التاثير قصبي توسع وركونکي له هرو ۱۵-۲۰ دقیقوروسته تطبيق کرئ بيا خلي تنفس وشمپري او دتیه دبکتنی برخی نتوته وگورئ او ناروغ له سره تصنیف کرئ ، وروسته دپلتنی د توحی يا تفسی ستوتزی تصنیف کوو . او که چېري یواحی چټکه سایستنه cut off مطابق وي يعني د یونوي زیبیدلی ماشوم خخه تر ۵۰ میاشتوپوري ۶۰ يا د ۶۰ خخه ډپروي ، یاد ۲ میاشتو خخه تر ۱۲ میاشتو پوري ۵۰ يا د ۵۰ خخه ډپر ، یا د ۱۲ میاشتنی خخه په پورته عمر کې ۴۰ يا ډپروي نوتصنیف سینه بغل دي ، نو درملنه کې دارنګه تجویز کېږي که چېري توحی له ۱۴ ورخو خخه زيات دوام کري وي ، نو دلازياتي ارزونې لپاره يې روغتون ته استوو ، مناسب اتنې بيوتیک دلومړۍ لیکې کوترايمیکزاژول او دوهمې لیکې اتنې بيوتیک اموکساسیلين د پنځو ورخو لپاره ورکرئ . که ویز شتون ولري نیبولايزر یا فمي سالبوتامول د پنځو ورخو لپاره ورکرئ ، دستونې د تحریش لپاره د توحی خوندي مسكن مورشیدې ، دسابو توده بنوروا ، خوب چاي ، تودې او به ، شیدې له شاتوسره ، دختمي ګلانو چاي ، د کورکمن چای د چرګ بنوروا او د بهي د ايشول شووشيره ) ورکرئ او تعقیبې کتنه یې ۲ ورخې وروسته تر سره کرئ . د زپرون خخه تر ۲ میاشتنو پوري د څوان تي رودونکي ماشوم ارزونه کې د پورتنيو نښو خخه یو نښه شتون ولري ، نوتصنیف ممکنه شدېده باکتریا يې اتنا او درملنه کې اختلاح که موجود وي ، نو درملنه یې د ددپازیم یا پارالدېهايد په واسطه تر سره کرئ . د عضلي اتنې بیو تېک لومړۍ دوزامپیسیلين د ورخې څلور څلې او جنتامايسین دورخې دوه څلې تر هغه وخته پوري چې ماشوم بنه والي موسي تطبيق کرئ . بیا يې په مناسب فمي اتنې بيوتیک بدل کرئ تر خود ۱۰ ورخو درملنه بشپړه شي . د وينې د شکر د کمنبت وقايه دمور دشیدو ورکولولپاره زيات کوبنښ وشي که شونونې نه وه دبورې شربت ورکرئ دبورې شربت د جوره لوپه خاطر په یو ګیلاس پاکوا بوبو ۲۰۰ ملی لیتره ) کې

دچایو په کاشوغه<sup>۴</sup> کاشوغې (۰۰ ملی گرامه) بوره حل کړئ که ماشوم د خبیلو توان ونلري، نو<sup>۵</sup> ملی لیتره دبوری شربت دانفي معدوي تیوب له لاري ورکړئ.  
( ۱۵۳ - ۷۵۹ ) ( ۱۵۵ - ۷۵۴ )

۱-۴. ویز ته دنبډی کډولار او برانشیل استما ۱-۴-۱. تعريف: ویزیو موزیکل ، دوامدار، شپیلی ته ورته جګ آواز دی، چې پرته له ستاتسکوب اور بدل کېږي او د بستکنۍ تنګو هوایي لارود بندش خخه منځ ته رائۍ، چې زیاتره د expiration په صفحه کې او ر بدل کېږي. ( ۳۷۲ : ۴ ) په ماشومانو کې ویز د نورو لاملونو ترڅنګ هېږي لامل التهابات دی او زیاتره پېښې په برانشولایتس او برانشیل استما کې وي. برانشیل استمایو د بستکنیو تنسی لارود مزمون التهابي تشوش خخه دی، چې د مختلفو ایمنولوژیک او غیر ایمنولوژیک تنبهاتویه مقابل کې د تنفسی سیستم دور او لویو هوایي لارود عکس العمل په تیجه کې برانکوسیزم رامنځته، چې د شد بدی ساہ لنډي، ویزینګ او توخى سره مل او د دو و حملو په منځ کې ماشوم روغ وي. ( ۲۸۹ : ۵ ) ( ۲۳۰ : ۲ )

۱-۴-۲. لاملونه: استماد حملې په منځ ته راتګ کې یوشمیر لاملونه رول لري، چې عبارت دی له:

۱-عمر: استما په هر عمر کې لیدل کډای شي مګر په عمومي ډول له دوه کلنی خخه په مخکې عمر کې نه پیلیږي مګرزیاتره پېښې د ژوند په لومړنيو لسو کالونوکې لیدل کېږي. ۲-جنس: هلکان د انجونویه نسبت زیات اخته کېږي، ۳-جنیتیک، ۴-تنفسی انتانات، ۵-اندوکراینی عواملو (تحیض، مینوپوزل او تایرو توکسیکوسس) کې د استما شدت او خامت ډپروی<sup>۶</sup>-الرجونونه لکه غذايی مواد (شیدې، هنگې، چاکلیت، ماہیان، خسته جات، غنم، حبوبات) او همدارنګه inhalant مواد لکه

پولن، تباکو، دوری، مالوچ، خرمن او د حیواناتو و ینستان دی.<sup>۷</sup> سایکولوجیک تشوشات<sup>۸</sup> معافیت په الرژیک استماناروغانو کې په سیروم کې ۶۳٪<sup>E Ig</sup> اسویه لوره وي او په غیر الرژیک استماناروغانو کې په سیروم کې ۵٪<sup>E Ig</sup> اسویه لوره وي<sup>۹</sup> تمرینات، اکزیما، الرژیک رینایتس، sinusitis او گاستروایزو فاجیل ریفلوکس<sup>۱۰</sup> درملونه لکه اسپیرین، تارتارازین او غیرسترویدی التهاب ضددواگانی دی. غربت، وروکې کور چې د اتوکوتوجهه لبروي، لوبي کورنۍ چې د کسانو شمیر یې د شپړو خخه د بروي په لومړنۍ ماشومتوب دوره کې متکررنفسی انتانات د استمانا پاره پارونکي او د خطری فکتورونو خخه دی.<sup>(۲) (۴) (۳۸۳) (۲۸۹)</sup>

**۱-۴-۳. پوفریولوزی** په برانشیل استما کې د هوایی لارو د مخاطی غشاد اذیما اوالتهاب، د مخاطو د دبر افرازا او د برانکسونو د عضلاتو د سپزم له کبله منځ ته راهی تر او سه پوري برانشیل استما طبقة بندی extrinsic چې د الرژینو په مقابل کې عکس العمل د IgE او د مداخلې خخه منځ ته راهی، atopic intrinsic يا non atopic چې د مداخله موجود نه وي، mixed، تمرین ارونډ او اسپیرین اړوند خخه دی. او د الرژن موادو انشاق له کبله دوه ډوله مقدم او مؤخر عکس العملونو په تتيجه کې د برانکسونونا خاپې تقبض لامل ګرځي. د الرژن د مخامنځ کې دو په لسو دقیقو کې مقدم عکس العمل منځ ته راهی، چې په دې غبرګون کې هیستامین، لیوکوترين، پروستاگلاندین، platlet activating factor او برادي کاینین ازادېږي ټول د غه پورتنۍ مواد د مخاطی اذیما، برانکوسپزم او مخاطی افرازا تو د زیاتولی لامل ګرځي او د تنفسی لارو بندش منځ ته راورې او د غو عکس العملونو مخنیوی د beta 2-agonist درملو په واسطه کېږي. موخر عکس العمل په ۲/۳ برحوناروغانو کې واقع کېږي او په ۳-۴ ساعتو کې پرمختک کوي او

په ۱۲-۸ ساعتونوکي اعظمي حد ته رسيري د mast cell ميدباتورونه ددوهم خل لپاره بيا ازادپوري . ددغه عكس العمل مخنيوي د beta 2-agonist در ملوپه واسطه نه كپري خودسترويد په واسطه نهي كپدای شي .<sup>(۴) : ۳۸۳</sup>

۱-۴-۴. پتالوزي : د استما بنستيزه پتالوزي د هوایي لارود التهاب خخه عبارت د ي ، چي پيل يي د mast cell او د مختلفو التهابي ميدباتورونه د ازاد بد و خخه عبارت د ي ، چي په هوایي لارواپتيليل نسج کي نقیصه منع ته راوري او مخاطي افرازات زياتوي . او همدارنگه التهابي ميدباتورونه د عصبي مي�انينكیت له لاري هم په دي غبرگون کي اغيزمن دي .<sup>(۴) : ۳۸۳</sup>

۱-۴-۵. كلينيكي بنه : د استما كلينيكي لوحه متفاوته او اعراض يي د متكرر توهى نه نيوولي تر شد بدويزينگ پوري توپير کوي ، په ماشومانوکي متكرر توهى ممکن دويزينگ سره يوخاي او يا بي له ويزينگ خخه وليدل شي ، اعراض يي د موسم د بدلون سره بدلون موسي همدارنگه د تمرين

او دشپي لخوا حملات زياتيربي . حاد استما معمولاً د ذکام خخه پيل کپري او د توهى سره ، چي د شپي لخوا يي شدت زياتوالي موسي يوخاي وي د حمله په لومري مرحله کي توهى غير بلغم لرونکي وي ، ماشوم ساه لندي ، ضفير يي نسبت شهيق ته او برد وي ، اضافي تنفسی عضلات په تنفس کي برخه اخلي ، ماشوم خولي کوي او کپدای شي سيانوزس وليدل شي . ماشوم ستومانه او اندېبنمن بسكاري ، په شد بد و حمله کي air hunger بسكاري ، تنفسی او ازونه کمزوري کپري ، هغه ويزينگ چي په اول کي داوريد و رها ممکن ورک شي دا يو خطرناکه علامه ده ، چي د silent chest په نامه يادپوري ، د سيانوزس او تنفسی زره تنگي په موجودهت کي دويزينگ نشتوالي د کلينيكي بنه والي په معني نه دي ، کله چي ويزحمله له منخه لاره کلينيكي بنه والي

منځ ته راخي . د *pulsus paradoxus* شتون د استما د ناروغری دشده حالت بنوونه کوي . د استما په شدې دو پېښو کي دسيني قفس د بيلر شکل غوره کوي او د ګوتو clubbing پيدا کوي . ( ۴ : ۳۸۳ )

۱-۴-۶. لابراتواري کتني : د تنفسی دندو تسيت د استما په تشخيص کي دومره رول نه لري ، خو د مشکوکو پېښو په تشخيص او درملني دخواب په ارزونه کي مهم رول لري .

الرژیک تسيت : په لړو پېښو کي د مختلفو اتنۍ جنونود حساسیت د معلومولو لپاره ضرورت پیدا کېږي . د ويني په معاینه کي ايزينوفيليا ليدل کېږي ، د هيمو ګلوبین او هيما توکريت سويه لوره وي ، د *Eg* a کچه بنائي لوره وي دسيني په راد پوگرافۍ کي سينه پراخه ، د سړو عمده شريانونه بنکاره او lung marking زياتيري ( ۴ : ۳۸۴ )

۱-۴-۷. تشخيص : د استما تشخيص په زیاتره پېښو کي کلينيکي دي ، د توختي او د ويز شتون او متکري حملې د استما بنوونه کوي چې د تمرین او فزيکي فعالیت سره زياتيري او بلغم يې پاك او مخاطي وي . ناروغر کي ساه لنډي ، اتوپيک ناروغر ګورنۍ تاري خچه ، ايزينوفيليا شتون ، جلدې الرژیک تسيت ، د سړو وظيفوي تسيت د استما بنه والي ددرملو د استعمال په واسطه د استما په تشخيص کي مرسته کوي . ( ۴ : ۳۸۳ )

۱-۴-۸. تفريقي تشخيص : ۱- برانشيولايتس ، ۲- hypersensitivity نمونيا ، ۳- سيستيك فيبروزس ، ۴- توره ټوخله ، ۵- ويزې برانکېتس او ۶- foreign body aspiration سره تفريقي تشخيص کېږي . ( ۴ : ۳۸۴ )

۱-۹-۴. اختلاطات: اختلاطات یې عبارت دی له نمو توراکس، status asthmaticus، نیومیدپاستینوم، نمونیا، ھنڈنې پوخوالی او دخوانی دچتک ودې د کموالي خخه دی.

(۲۳۱: ۵)، (۲۹۱: ۲)

۱-۱۰. درملنه: درملنه ددریو مؤخو لپاره ترسره کېږي:

- ۱- دتشدېد کوونکوپارونکوفکتورونو پیژندل او د هغې له منځه وړل یا محدودول یاتري ډده کول
- ۲- د ناروغۍ د طبیعت او د هغې د مخنيوي په باره کې ناروغ او د ناروغاندوال دېنپوهول.
- ۳- فارمکالوجیک درملنه

الف-bronchodilators: دا ډول درمل داعراضو دچتک لړوالي لامل ګرخي او دوه ډوله درمل لري

a- لنډمهاله عمل کوونکې درمل لکه ادرينالين، تربتالين او سالبوتامول خخه عبارت دی.

ادرينالين په برانکسونو چتکه اغېزه لري او د الفا او بيتا ريسپتورونو تنبیه له کبله په زړه باندې

جانبي عوارضو لامل کېږي او تحت الجلدې ورکول کېږي. تربتالين او سالبوتامول دواړه beta-agonist دی. نوئکه په زړه باندې جانبي عوارض یې لبدې، د خولي، انشافي او ذرقي ډول ورکول کېدای شي، انشافي ډول ته لوړیتوب ورکول کېږي دا چکه چې جانبي عوارض یې لبدې.

b- اوړدمهاله بيتا اگونیست عمل کوونکې درمل لکه salmeteros او farmeterose درملې چې د ۱۲-۲۴ ساعتونو پورې اوړده اغېزې لري، خونديتوب او اغېزمنتوب د څلورو کالونو په پورته عمر کې بنودل شوي دي. ب- کورتيکوسترويد: یو قوي

التهابی ضد درمل دی د استما په او بد مهاله درملنې کې خای لري او بې حادو حملو کې سیستیمیک استعمال د ناروغ بستر کېدل کموي د انشاقی درمل جانبي عوارض يې لبدي انشاقی درملی لکه budesonide، بیکلومیتازون او fluticasone خخه عبارت دی fluticasone او budesonide د بیکلومیتازون په نسبت لور تاثیرات لري.

ت-mast cell nebulizer: دغه درملی د سود پم کرومولین، سود پم نیدوکرومیل او خخه عبارت دی. دا درملونه برانشیل غبر گون کموي او په خفيف او منځنې دوامداره استما او تمرين يا لوبی ته اړوند استما کې د ۸-۶ او ونیوپوري استعمال لري او leukotriene ketotifen د ۱۴ او ونیوپوري استعمال لري. ج- zafirlukast لکه montelukast يو کال پورتہ عمر ماشومانو کې او inhibitorse د شپرو کا لونو عمر ماشومانو کې استعمال لري. ح- xanthine گروپ لکه تیوفیلین چې د phosphodiesterase دنهي کولوله لاري برانکسونو کې توسع منځ راوري (۴: ۲۸۴- ۲۸۵)

دثاروغی درملنې لپاره قدم په قدم کرنې يې اړينه ده، چې هغه داده:  
۱- د استمادشت ارزونه ۲- درملو تاکل ۳- د انشاق مناسبې آلې تاکل

#### ۴- درملنې تعقیب

لاندې ۵- جدول د استما دشدت د درجه بندی ارزونه رابنيي . (۴: ۲۸۷)

کلينيکي حالت	نهوي	نارمل	نارمل	منځنې	شد پد
رنګ	نېړۍ	نارمل	نارمل	نارمل	څهړۍ
حسیت	تنفسی کچه	نارمل	اندېښمن	څهړۍ	څهړۍ
سادلنډي	نهوي	نهوي	منځنې وي	څهړۍ	شد پد هوي

ستونزمني خبرې کوي	کولاي شي چې خوکلیمي خبرې وکړي	کولاي شى چې جملې ووايې	خبرې کول
دپوزې دمناخروالو تل او Chest indrawing	Chest indrawing	هېڅ نه وي یا لړه برخه لري	اضافې عضلاتو استعمال
>۲۰mm	۱۰-۲۰mm	<۱۰mm	Pulsus paradoxus
ذفيري يا شهيقۍ بهانه وي	ذفيري يا شهيقۍ وي	شهيقۍ وي	Ronchi
<۶۰	۹۰-۶۰	>۸۰	شهيقۍ جریان لوروالي
<۹۰	۹۵-۹۰	>۹۵	اکسیجن مشبوع والی

لندې ۶- جدول د استماد دشدت تقسیم بندې رابنېبې . ( ۴ : ۲۸۷ )

قدم	نبني	دشپې دوخت نښي	شهيقۍ جریان د لوروالي کچه
لومپې قدم وقفه لرونکې	کیوخلې په یوه اونې کې، بې عرضه وی PEFR ، د حملوپه منځ کې نارمل وي	≤ ۲ خلې په یو میاشت کې	≥ ۸۰٪ تایید شوی بدلون ورتیا < ۲۰٪
دویم قدم خفیف مقاوم	حیو خلې په اونې کې، مګر کیو خلې په ورڅ کې	حدوه خلې په یو میاشت کې	≥ ۸۰٪ تایید بدلون ورتیا < ۳۰٪ - ۲۰٪
دریم قدم منځنې مقاوم	ورخینې حملې د عمل وروسته د $\beta_2$ ورخینې agonist استعمال	حیو خلې په اونې کې	او < ۸۰٪ > ۶۰٪ بدلون وړتیا < ۳۰٪
خلورم قدم شدې مقاوم	د هر پېښې دونکې وي	دوا مداره وي، فزيکې فعالیت محدودوي	≤ ۶۰٪ بدلون ورتیا < ۳۰٪

۲- درملو انتخاب لاندی ۱-۷ جدول دانتخابی درملود او بردی مودی و قایه رابنیبی .

( ۴ : ۲۸۷ )

تقسیم بندی	د او بردی مودی و قایه
لومپی قدم	کله چی حمله په اونی کي ۳ خلی وي داعراض د کمولولپاره دلندي مودی عمل کونونکی بيتا ۲ اگونیست انشاق ضرورت دی یا دویمی قدمی ته مراجعه و شی وقفه لرونکی
دویم قدم خفیف مقاوم	کله چی دلندي مودی عمل کونونکی بيتا ۲ اگونیست انشاق ضرورت دی انشاقی بدپسونید یا انشاقی فلوتیکازون یا بیکلومیتاژون ( $100 - 200 \mu\text{g}$ ) هر ۱۲ ساعته توصیه شی یا کرومولین سود بهم یا sustain release تیوفیلین یا لیکوتین modifer
دریم قدم منخنی مقاوم	کله چی ارتیا بلک کپدل دلندي مودی عمل کونونکی بيتا ۲ اگونیست انشاق ضرورت دی + انشاقی بدپسونید یا انشاقی فلوتیکازون یا بیکلومیتاژون ( $100 - 200 \mu\text{g}$ ) یا که ارتیا و سالمیترول $\mu\text{g} ۵۰$ هر ۱۲ ساعته او یا sustained release تیوفیلین
خلورم قدم شد بد مقاوم	په دی مرحله کی دلندي مودی عمل کونونکی بيتا ۲ اگونیست انشاق ضرورت دی + انشعاقی بدپسونید یا انشاقی فلوتیکازون یا بیکلومیتاژون ( $400 - 200 \mu\text{g}$ ) هر ۱۲ - ۲۴ ساعته توصیه شی یا سالمیترول یا فارمیترول او یا sustained release تیوفیلین او یا لبر مقدار پریدنیزولون په متناوبو ورخو (که چبری نسبی د پورتنی درملنی سره ارام نه شی)

د وزونکی استما درملنه : لاندینیو حالاتو لکه سیانوزس ، silent chest ، ضعیف تنفسی کوبنبن ، ستومانه کپدل ، دشعوري حالت بدلون ،  $\text{PEFR} < 30\%$  ،  $\text{FEV}_1 < 90\%$  مثبت اکسیجن موجود په وزونکی استما دلالت کوي . نودغسی ناروغانو ته په بیرپني دول اکسیجن ورکول کېږي ، ذرقی ادرینا لین یا تربتالین دتحت الجلدی له لاري ، د سالبوتامول ، تربوتا لین او اپراتروپیسوم استنشاق باید پیل شی او یو ذرقی mg/kg ۵ هایدروکورتیزون ورکول کېږي او ناروغ CLU اته انتقال کېږي . که چبری

ناروغ په عاجله خونه کې بنه والي وموند نود هر ۲۰-۳۰ دقیقو په فاصله د سالبوتامول، تربوتا لین استنشاقاتو ته دوا ورکول کېري او  $5\text{ mg/kg}$  هايدروکورتیزون هر ۸-۶ ساعتو په فاصله ورکول کېري او تره غه وخته پوري ادامه ورکول کېري، چې تر خوناروغ دخولي له لاري ددرملو داخيستلو ورتيا پيداکري، که چېري بنه والي پيدا نشو نو انفيوزن تيو فيلين ورکول کېري او هم مګنيشيم سلفيت د  $50\text{ mg/kg}$  په مقدار په ۳۰ دقیقو کې د انفيوزن په ډول ورکول کېري که ددغو اهتماماتو سره بنه والي منع ته رانشی نوناروغ ته ميخانيکي تهويه توصيه کېري. که چېري ناروغ د پورتنيو اهتماماتو سره څواب ونه وايي نوداسي ناروغان د الکترولايت بيلانس تشوش، اسيدوزس، نموتوراكس او استان لاملونولپاره ولتهول شي (۳). ۲۸۵ م) د خفيف حاد استما درملنه نودغسي ناروغانو ته  $\beta_2$  اگونيسست.

نيبوليزيزد Metered dose inhaler with spacer with face mask سره دهري دقیقي په فاصله يو puff درمل ترلس puff پوري ورکول کېري، که په ناروغ کې د پام ورېنه والي پيداشي کور ته ليږل کېري او په کور کې inhalation او يا  $\beta_2$  اگونيسست د خولي له لاري توصيه کېري د ماشوم مورا ويپلار ته لارښوونه کېري او بيا ۲-۱ اوونيو وروسته د دوباره ارزيبابي او او بدمهالي درملني لپاره غوبنتل کېري، که چېري ماشوم ددرملني په مقابل کې څواب ورنکري نو ناروغ ته د منځني حاد استما درملنه پيلوي. د حاد منځني او شدې د استما درملنه، نودغسي ناروغانو ته  $\beta_2$  اگونيسست نيبوليزيزد Metered dose inhaler with spacer with face mask سره هر ۲۰ دقیقو پوري په فاصله ورکول کېري، د اکسيجين پيل او پريدينيزولون دخولي له لاري  $2-1\text{ mg/kg}$  ورکول کېري د یو ساعت په اخر کې ماشوم ارزيبابي کېري د بنه والي په صورت کې انشاق ته هر ۳۰ دقیقي دوا ورکول کېري او د  $\beta_2$  اگونيسست په تدریجي ډول هر ۶-۴ ساعتونو ته غزيرې که د اکسيجين اشباع د ۹۰٪ خخه جګه وساتي

نوداکسیجن انشاق ته توقف ورکول کېري، پریدنیزولون دورخې يو ئەل د ٧-٥ ورخو پورې دوا م او تدریجی کمولو پرته درول کېري. كه چېري د سالبوتامول د انشاق سره بنه والى منځ ته رانه شې سالبوتامول ته ادامه ورکول کېري اوورسره اپراتروپیوم ٢٥٠ مایکروگرامه پري اضافه اوهر ٢٠ دقیقې وروسته تکرارېري، د هايدروکورتیزون  $10 \text{ mg/kg}$  يو ذرق ورکول کېري او ددوه ساعتو په اخر کې ناروغ ارزیابې کېري دنه ھواب په صورت کې تیوفیلین انفیوزن او مگنیزیم دانفیوزن په چول د ٣٠ دقیقو په موده کې ددېکستروز سره ورکول کېري که بنه والي پیدا نه شې، نودغه ناروغانو ته دې میخانیکې تهويه اماده شې.

٣- د انشعاق د وسیلې مناسب تاکل : دانشاعاق له لاري درمل هر وخت زیات موثر واقع کېري او جانبي عوارض يې هم کم دې. دانشاعاق معمولي وسیلې Metered dose inhaler with spacer، dose inhaler

٤- ددرملنى تعقیب: ددرملنى تعقیب د RR، HR، مشبوع اکسیجن او chest in drawing نېبو په ذريعه صورت نیسي، ددرملنى د پیل خخه ١٥-٣٠ دقیقو کې PEFR اندازه کول تکرار شې، په روغتون کې د  $\beta_2$  اگونیست ورکري مخکې اووروسته PEFR د ورخې خلور خلې تکرار شې pulse oxymetry اجرا او اکسیجن اشباع د ٩٢٪ خخه پورته وساتل شې. (٤: ٢٨٧)

## ١-٥. برانشیولايتیس

١-١. تعريف: برانشیولايتیس د تې رودونکو ماشومانو دېنگتنى تنفسىي لاري يوله معمولو، شدېدو، حاده، انتاني او التهابي ناروغيو خخه ده، چې دبرانشیولونو ياد كوچنیوهوايې لارو د بندش سره يو ئاخا او په ماشوم کې تنفسىي ستونزه او ويزيڭ منځ ته راپوري. (٤: ٣٨١)

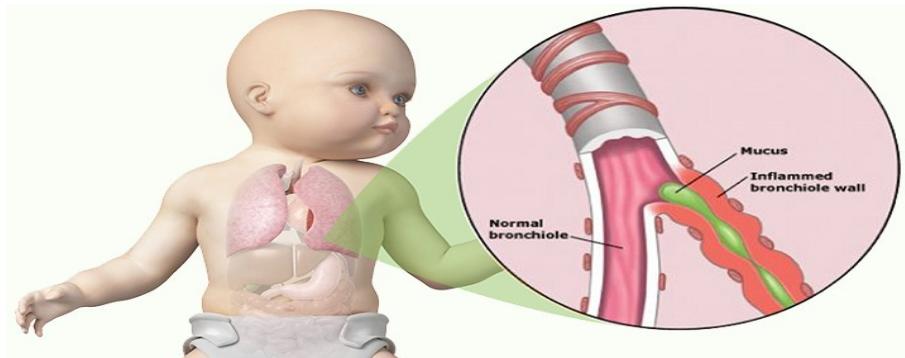
۱-۵-۲. ایتوپتوجنیس: برانشیولایتیس یوه ویروسی ناروغی ده، چې لامل بې د ۵۰٪ خخه په ډېرہ فیصدی respiratory syncytial وایروس جوړوي. (۸: ۱۷۷۴)

(۲۶۵): مګر یو شمیر نوروایروسونه لکه انفلوټرا، پارا انفلوټرا، ادبنو، اتیرو، هرپیس وایروسونه اوپه لړو پېښو کې مایکوپلازمانیمونی ددی ناروغی سبب جوړوي (۴: ۳۸۱). د ناروغی په هلکانو کې نسبت جنکبو ته دوه چنده ډېرہ لیدل کېږي. ددی ناروغی د ژمي اوډ پسرلي په موسم کې ډېر لیدل کېږي. (۲: ۲۷۹)

(۴: ۳۷۹): د داناروغی څوان تي رو دونکې ماشومان، چې عمرونه یې دیوی میاشتې خخه تر شپږو میاشتو پورې وي مصابولي شي، مګر د ناروغی کولای شي چې دوه ورخینی عمر ماشوم هم مصاب کړي. د respiratory syncytial وایروس په مقابل کې ساتنه د IgG3 اتهي باډي د سب کلاس په ذريعه صورت نیسي، مګر خرنګه چې دا اتسېي باډي half life لنډاو د پلاستنا خخه نشي تيريدلي نوله دې کبله ددې اتنان په مقابل کې د ماشوم ساتنه نشي کولای، له بلې خوا په کولسترول اوډ سور په شیدو کې دلور مقدار افرازي IgA انتي باډي گانو شتون د respiratory syncytial وایروس په مقابل کې د حاد برانشیولایتیس پېښي په روغتونونو کې کموي. (۴: ۲۷۹)

(۴: ۱۷۷۵): د برانشیولایتیس احتمالي خطری فکتورونه عبارت له: بې مودې او LBW، تیت اقتصادې او اجتماعي حالت، د سگر تو سره دوالدې نو عادت، گنې گونې حالت، د سړو مزمن ناروغی، یا برانکوپلمونی ډیسپلازیا، دزره ولادي ناروغی او د سړو لور فشار، د دریو میاشتولې عمر ماشوم، د تنفسی هوایې لارو انومالی گانې او ولادي یا کسبي معافیت کموالي خخه دې.

په قصیباتو حمله کوي، د قصیباتو په مخاطي غشا کې دال تهاب له کبله اذیما اوډ اپتیلیل د حجرو پرولیفریشن، مخاطي او حجروی debris منځ ته را وړي.



٤-١ تصویر نورمال او التهابی قصبات رانبیئ

دقصیباتو لومن کمیبی په بعضو پینسو کې برانشیولر سیزم لیدل کېږي، چې په تیجه کې دهوا جريان په سپو کې کمیبی او مقاومت دهوا درجيان په مقابل کې د تنفس په دواړو صفحوي يعني شهیق او ذفیر کې زیاتیرې. د سپو په بعضی خایونوکې برانشیولونه د ذفیر په صفحه کې قسمًا کولپس کوي او په الولونوکې دهوا د ټولیدوباعث او ایمفیزیماتوس بدلونونه منځ ته راوري. کله چې په برانشیولونوکې انسداد په تام ډول منځ ته راشی، نواتیلیکتازیس منځ ته راوري. په پراخه توګه دهوا یې لاروانسدادونه د سپو ventilation-perfusion ratio باندې اغیزه کوي او د اسناخودتهو یې د کموالي له کبله شرياني هایپوكسیمیا رامنځته او په شريانونوکې کاربن دای اکساید کچه زیاتیرې، نوپه تیجه کې تنفسی اسیدوزس تاسس کوي. د ایزینوفیلونوشتون په وينه او تنفسی افرازاتوکې د وايرولي اتنان بنوونه او په ماشومانو کې ویزینګ حملی رامنځته کوي . (٣٨١: ٤)

٤-٥-٣. کلینیکې بنه: پدې ناروغۍ کې لوړۍ د خورخو په موده کې د علوی تنفسی لارود التهاب داعراضو او علامو تاریخچه موجوده وي، وروسته ساه ایستنه یې چټکه او تنفسی ستونزه یې پرمختک کوي. اشتدادې ټوخي، ویزینګ او ناروغ نارامه وي، د تنفس شمیره په یوه دقیقه کې  $60-80$  وي، تیټه درجه تبه چې د حرارت

درجه يي ١٠٢-١٠١ فارنهاید پوري وي ، دساه لندي له كبله دتي رودلو ستونزه لري په هپرو ماشومانو کي نبسي اوښاني خفيفه اوښه والي د ٧-٣ ورخو پوري وي ، د اتتان په شدېدو پېښو کي بين الصلعي، تحت الصلعي او فوق القصي تركشن موجود وي ، وچ پرله پسي توهنۍ ، مرکزي سيانوزا د پوزي الوتل موجود وي ، تبه په منځني درجه لوره وي ، دسرو او صدر د توسع له كبله د دبافاراګم ډيريشن منځ ته رائي او خيگرا طحال د جس وروي ، د زره د عدم کفائي له كبله هم د خيگر ضخame تاسس کولاي شي ، د تنفس د چټکتیا له كبله د بدن داوبو غير محسوس ضایعات زیاتیرې او د بلي خوا خنه ماشوم لب مقدار مایعات اخلي نوله همدي كبله هاپر تونیک ډیهايدريشن منځ ته رائي او د تنفس د ذفير صفحه او بده وي . دسرو په اصغا کي کريپتیشن، rhonchi او ويزينګ او ريدل کپدای شي ، په شرياني وينه کي داکسيجن مقدار لب او د کاربن ډاي اکسایدمقدار د براودونې PH لبوي ، نوله همدي كبله تنفسی اسیدوزس او هاپوكسیمیا منځ ته رائي ، او میتابولیک اسیدوسس هم تاسس کولاي شي . ( ۲: ۳۸۱ ، ۴: ۳۸۱ ، ۸: ۱۷۷۵ )

۱-۵-۴. لابراتواري کتني : په اوستني وخت کي د چټکو تشخيصي تېستونواو monoclonal اتني بادي تېستونو په ذريعه په انفي بلعومي افرازاتو کي د respiratory syncytial وايروس موجود پت تشخيص تاييدوي .

همدارنګه په وينه کي هم د اتني بادي اندازه لوره وي . په رادپولوجيک معایناتو کي د دبافاراګم ډيريشن او د سربو hyper inflation موجود وي ، په جنبي رادپوگرافی معاینه کي د صدر قدامي او خلفي قطره بر وي ، يو په دريمه برخه ناروغانو کي د داتليكتاسيں له كبله منشر کا نسولي ډېشن موجود وي ، په وينه کي د لوکوسیتوزیس شمير د نورمال په حدودو کي يا لب لوره وي ، لیمفوبینیا چې په اکثر و وبروسي ناروغیو کي لیدل کېږي موجود نه وي . ( ۲: ۲۸۰ ، ۴: ۳۸۱ ، ۸: ۱۷۷۶ )

۱-۵-۵. تشخیص : دبرانشیولایتس تشخیص دتاریخچې په اخیستلواود مشخصو کلینیکي اعراض او علایم پذیریه کېږي، د ژمي او پسلی موسم کې، د علوی تنفسی لارو د استان د اعراض او علایم موجودېت او دویزشتون د تشخیص سره مرسته کوي. (۲۸۰: ۲۸۷) (۸: ۱۷۷)

#### ۱-۵-۶. تفریقی تشخیص

۱-برانکونمونیا: په برانکو نمونیا کې لوره تبه، ماشوم ډپر توکسیک، په وينه کې لوکوسایتوسیس، په فزیکي معاينه کې صدر غیر متناظر، په قرع کې dullness او په اصفا سره ویزینګ موجود نه وي، د صدر په رادپوگرافی کې په سپروکې hyperinflation موجود نه وي.

۲-برانشیل استما: برانشیولایتس په اکتروپینسو کې د استما سره مغالطه کېږي، مګر استما ناروغۍ د همیشه لپاره دیوکلنی خخه په بسکته عمر کې نه لیدل کېږي، د استما په ناروغۍ کې فامیلی تاریخچه، متکرري حملی، ناخاپې حمله، دالرجي تاریخچه، په وينه کې ایزینوفیلیا او د bronchodilators د تطبیق سره د استما چټګ بنه والي تفریقی تشخیص سره مرسته کوي.

۳-زړه احتقاني عدم کفایي: د زړه احتقاني عدم کفایي کې تکي کاردبا، حیګر لویوالی او په جس سره حیګر حساس او په رادپولوژیک معایناتو کې د زړه سایز غټه وي، jugular venous pressure داصفا وروي.

۴-د توري توخلې په ناروغۍ کې درادپولوجیکو بدلونونو کوم شواهدنه وي، په وينه کې لمفوساایتوسیس، د تماس تاریخچه، د نزلوي دوری اعراض او علایم، باکتریولوژیک معاینات دبرانشولایتس سره په تفریقی تشخیص کې مرسته کوي.

۵- دسیستیک فیبروزس په ناروغری کې متکرر تنفسی اتنات، د سوءجذب تاریخچه اویه خوله کې د کلورايد غلظت لور وي .

۶- سره بايد تفریقی تشخیص په نظر کې ونیول شي. foreign body aspiration

(۳۸۲: ۴)، (۲۸۰: ۲)

## ۱-۷. اختلاطات

لندمهاله اختلاطات :

- ۱- تالی باکتریایی اتنان د نمونیا سره، ۲- دپهایدریشن، ۳- نموتوراکس،
- ۴- تنفسی اسیدوزس، ۵- زړه عدم کفایه، ۶- د منځنی غوره التهاب،
- ۷- اوږده اپنیک حملې، سیانوزس او مرینه یې چې ممکن د ۱٪ خخه لړه وي ،
- ۸- چټک او پرمختللي ستوماتیا ، ۹- برانشیل استما او ۱۰- بې اشتھایې خخه دی .

اوړد مهاله اختلاطات :

۱- برانشیولایتس hyper lucent lung syndrome-۲ oblitterans

(۵: ۲۲۴)، (۲: ۲۸۰)

۱-۸. درملنه: خرنګه چې برانشیولایتس یوه ویروسی ناروغری ده، نو کومه مخصوصه درملنه نه

لري، په روغتون کې د بستر استطبابات یې عبارت له هغه ناروغ ماشومان چې عمر يې د دوومیاشتو خخه لړاود کوتۍ د هوا سره هایپوكسیمیا ولري، د اپنی تاریخچه ولري، منځنی درجه تکي اپنیا چې د خورلو سره ستونزی ولري، تنفسی د بستریس د ریتراکشن سره ولري، مزمن قلبې او تنفسی تشوش خخه دي . (۴: ۲۸۲، ۶: ۵۳۷)

د بستر کېدو په صورت کې ماشوم ته اکسیجن باکس اینسول کېږي، نيمه ناستي وضعیت ورته ورکول کېږي، دها یپوکسیمیا درملنې لپاره ماشوم ته مرتبط اکسیجن تطبیقیږي، لوړۍ ۴۰٪ اکسیجن تطبیقیږي، وروسته د اکسیجن مقدار دشرياني اکسیجن اوډ ماشوم کلینیکې حالت له مخي د اکسیجن مقدار هم زیاتېداي شي او شرياني اکسیجن بايد  $70\text{ mmHg}$  خخه پورته وساتل شي. د ناروغ سرد ۳۰-۴۰ درجوازوي په اندازه لور وساتل شي.

د تالي باكترياي انتاناتود مخنيوي يا د نمونيا دشتون په صورت کې اتي بيوتیک توصیه کېږي، ددها یدريشن د مخنيوي په خاطر دخولي يا درګ له لاري مایعات توصیه کېږي، د دواګانو دورکري sedative خخه دی دده وشي، د تنفسی اسيدوزس او الکترولايت عدم توازن شتون په صورت کې ده ګي اصلاح وشي، برانکسون توسع ورکونکو دواګانو موثریت بنکاره نه دي.

(۳) دسترويد دواګانو استعمال موثریت نه لري، د مقشع دواګا نو دورکري خخه دده وشي ribavirin چې يواشي وايرل درمل دي دا درمل په هغه برانشیولايتيس اخته ماشومانو کې، چې مخکي داخته کېدو خخه روغ وي کومه ګته او رول نه لري، ribavirin استطبابات په هغه ماشومانو کې چې د زره ولادي ناروغی، د سرومزم من ناروغی، يا immunodeficiency ولري د نیبولایز په شکل توصیه کېږي.

په هغو ماشومانو کې چې risk high وي اوډ RSV اشتباه وي د ناروغی دشدت د کمولو لپاره داخل وريدي ايمنوگلابولين د داخل عضلي palivizumab چې monoclonal انتي بادي دي سره یو ئاي ورکول کېږي. تازه اونوي مطالعات رابنيي چې د براګونکو د بلا تورد دواګانو خخه یواخي سالبوتامول په برانشیولايتيس کې د اپراتروپیم سره د inhalation په شکل ممکن خه ګته ولري.

اما بیتا ادرینرجیک او اپراتروپیم دو اگانی په شپږ میاشتنې بنکته عمر ماشومانو کې بايد استعمال نه شي، د ائکه چې زیان يې د ګتې په نسبت ډیر دي . همدارنګه ممکنه ده چې یواخی اپي نفرین هم inhalation په ډول ګته وله د زړه داحتقاني عدم کفایي په صورت کې د ډجوکسین توصیه شي.

د تنفسی عدم کفایي د ډېبندیدو په صورت کې او د کنترول لپاره يې continuous CPAP (positive airway pressure) يا کمکي تهوي څخه ګته واهیستل شي. په وقايه کې کله چې برانشیولایتیس respiratory syncytial virus د له کبله وي، د موسم څخه مخکې يا په موسم کې، د ډېبندی د مخنيوی لپاره د داخل عضلي palivizumab اتني بادي ورکول کېږي .

د palivizumab اتني بادي ورکول په هغه ماشومانو کې چې عمر يې د دوکالو څخه لړاو د مزمن تنفسی ناروځي (برانکوپلمونري د پسپلازیا) سره یوځای وي يا بې مودي ماشوم وي استطباب لري . (۵۰۲ : ۹)

د سکرتو د لوګي څخه دده وشي همدارنګه لاس مینځل د نزو و کوميل اتنا تا تو د انتقا ل د مخنيوی لپاره یوه بنه طریقه ده . (۱۷۷۶: ۸)

۱-۵-۹. انذار : د برانشیولایتیس لمرنی ۴۸-۷۲ ساعته وخیمه وي، ځکه چې په لومرنیو ساعتونو کې تنفسی ستونزه، تنفسی اسیدوز س او د اپني حملی پېښدای شي، د نښونښانو بنه والي د خوورخو په موده کې پیدا کېږي .

پدي ناروځي کې د مریني کچه د ډو فیصد څخه لړه وي، مرینه د دوامداره apnea، شد بد غیر معاوضي تنفسی اسیدوز سیس او د شد بد د یهای دریشن له کبله پیدا کېږي .

همدارنګه برانشیولایتیس په هغو ماشومانو کې، چې په سیستیک فیبروسیس او ولادي قلبی ناروځیو باندې اخته وي د زیاتې مریني لامل ګرځي . (۱۷۷۶: ۸)

## لنديز

ذکام دماشومتوب ددوری يو له متکررو وايروسي ناروغيو خخه دی ، چې په دپرو پېښو کې لامل د علوی تنفسې لاري انتانات لکه virus rhino، انفلوتنزا ، پارا انفلوتنزا او داسي نوردي کلينيکي نښې اونښاني عبارت له تبي ، د پوزي خخه دافراز توراتگ ، توخى ، نالارامي ، د پوزي بندېدل او داشتها خرابوالې دی .

ذکام کومه خانګوري درملنه نه لري ذکام خپله بنه کېدونکې ناروغوي ده . کروب هغه حالت ته وايې ، چې اواز لرونکې توخى (brassy cough)، hoarseness، شهيقي ستریدور او تنفسی ستونزی سره موجود با کله نه وي ، چې ډولونه يې عبارت له spasmodic laryngitis، acute epiglottitis laryngotrachiobronchitis laryngitis خخه دی. نمونيا د تنفسی سیستم د بكتنی لاري له ناروغيو خخه ده ، چې دسپرو د پرانشیم نسخ التهاب سره ملګري وي او د اناتومیک له نظره په دریو ډولونو لوبر، برانکو او بين الخلالي، ويشل شویدې نمونيا په ناخاپه توګه دپورتنې تنفسی لاري داتنان سره ياد لوړي تبي ، لرزه ، توخى او تنفسی ستونزی ، grunting respiration او چته کې ساه ايستنې او کله کله د نس ناستي، کانګي، اختلاج او د سیني درد سره ملګري وي درملنه يې محافظظوي اوښتني درملنه ده .

برانشیل استمایو د بكتنیو تنفسی لارود مزمن التهابي تشوش خخه دی، چې د مختلفو ايمنولوژيك او غير ايمنولوژيك تنبهاتو په مقابل کې د تنفسی سیستم دورواو لویو هوایي لارو د عکس العمل په نتيجه کې برانکوسپزم رامنځته ، چې د دشدې دی ساه لنډي، ويزينګ او توخى سره مل او د دوو حملو په منځ کې ماشوم روغ وي. برانشیولایتیس دخوانو تي رو دونکو ماشومانو د بكتنی تنفسی لاري يوله معمولو، شدېدو، حاد، اتانۍ او التهابي ناروغيو خخه ده ، چې د براښیولونو ياد کوچنيو هوایي لارو د بندش سره یو ټه او په ماشوم کې تنفسی ستونزه او ويزينګ منځ ته راوري لنډمهاله او اورد مهاله اختلالات لري . خرنګه چې برانشیولایتیس یوه ویرولي ناروغۍ ده، نو کومه مخصوصه درملنه نه لري .

## پونېتنې

- ۱- د ذکام دمساعد کوونکې فکتورونونومونه کوم دی واضح کړئ؟
- ۲- کروپ خودلونه لري شرحه کړئ؟
- ۳- د نمونيا مساعد کوونکې خطری فکتورونه کوم دی واضح کړئ؟
- ۴- د نمونيا استطبابات واضح کړئ؟
- ۵- برانشيل استما خودلونه لري تشریح یې کړئ؟
- ۶- برانشيل استما د اخلاقاطاتو نومونه واضح کړئ؟
- ۷- دبرانشيولایتس د بستر استطبابات کوم دی شرحه یې کړئ؟
- ۸- یوه د لاندنسیوحالاتو خخه دبرانشيولایتس په لنډ مهاله اخلاقاطاتو کې شامل نه دی په نښه کړي؟

الف: دېهايدريشن

ب: تنفسی اسیدوزس

ج: زړه عدم کفایه

د: تنفسی الکالوسس

- ۹- یوه د لاندنسیو درملو خخه دمایکوپلازمما نمونیا لپاره غوره درمل دی په نښه کړي دی؟

الف: اریترومایسین

ب: سفالیکزین

ج: امپسیلپن

د: سفتريکسون

- ۱۰- لاندې صحيح جمله په (ص) او غلطه جمله په (غ) سره په نښه کړي؟

- د برانشيولایتس ناروغری لوړنۍ ۴۸-۷۲ ساعته وخیمه وی.

- د نمونیا د ۴۰٪ پیپنولامل respiratory syncytial انفلونزا، پارا انفلونزا اوادېنووا ایروسونه دی.

## مأخذونه

- ١- نياري .عبدالستار. (٢٠١٥). دماشومانو دناروغيو درسي كتاب .دېنځم تولګي د لوړي سمسټر لپاره. افغانستان چاپ ، ټایم چاپ خونه .مخونه. ۱۵۳، ۱۵۵.
- 2-Akbar khan , Pervez .(2002).BASIS OF PEDIATRICS. 8<sup>th</sup> edi, Lahore Carven Book Centre Pakistan.PP.:279, 291,289.
- 3-Barnes .R.M, Harject Singh, Ajit Stephens,( 1999) TEXT BOOK OF PEDIATRICS IN THE TROPIC AND SUBTROPICS, macmillan publishers Ltd.p.117.
- 4-Ghai.O.P, Vinod .K, Paul ,Arvind .Bagga. (2009) . ESSENTIAL OF PEDIATRICS . 8<sup>th</sup> ed,New Delhi Bangalore ,CBS publishers and distributers Pvt LTD.PP.383,759,754,287,381,374.
- 5-Gupte Suraj.(2001).THE SHORT TEXT BOOK OF PEDIATRICS,9<sup>th</sup> ed.New Delhi,Jaypee Brothers.P.231.
- 6-Hay.W.W,Hayword.A.R,Levin.M.J (2012),CURRENT OF PEDIATRICS DIAGNOSIS AND TREATMENT.21th ed .USA.long medical book.P.537.
- 7-Hutchison.James H, Cockburn. Forrester,(1989).PRACTICAL PAEDIATRIC PROBLEMS,6<sup>TH</sup> Edi,Printed by Singapore National Printers(pvt) Ltd.P.265.
- 8 – kliegman. R. M, Behrman .R .E, Jenson .H. B ( 2007 ),NELSON TEXT BOOK OF PEDIATRICS, 18<sup>th</sup> Ed , VoL –I “Saunder Company, USA.PP.1776,1774,983,1775.
- 9-Kliegman. Robert. M, Marcdante. Karen.j,etal,(2006).NELSON OF PEDIATRICS.5<sup>TH</sup> Edi.Printed by Saunders an ESSENTIALS P.502. Imprint Of Elsevier.

## دوهم خپرکی

### دزره ناروغى

په ماشومتوب دوره کي دزره د او عيود سيستم ناروغى د معيبويت او ميريني عمدہ لامل دى . كله چې د زره ولادي ناروغى د ماشومتوب په مقدمه دوره کي پېښې شي د زره ولادي ناروغى ته اطلاق كېري او زياتره دزره د ساختمانی نقىصى له كبله منع ته راخي . د زره ولادي نقىصه د نوزادي د تولو نقىصو يوه معموله نقىصه ده ، اتناني ناروغى لكه تبركلىزسسى او دوايروسى ناروغى پرمختك د پريكاردايتسس او ميوکاردايتسس لامل گرخى . مخ پرودي هيادونو کي دزره کسبى ناروغى يوله دېرو معمولو ناروغىو خخه ده . په ھوانو ماشومانو کي دزره د عدم كفایي لامل کم خونى ده . كىنه گونى د streptococal tonsillitis لپاره د مساعد کوونکى فكتور په توګه د ريوماتيك تبى او د زره د ناروغىو لامل گرخيدلى شي . په غربىي هيادونو کي دزره ولادي نقىصى پېښې په هغو ماشومانو کي ، چې دي هيادونو ته يې مهاجرت كړي وي دېر ليدل كېري په دي خپرکي کي دزره ولادي ناروغى ، زره احتقانى عدم كفایه ، ريوماتيك تبى او شاك په بشپړ ډول ددي پورتنيوناروغىو پېژندنه او درملنى خخه يادونه شويدي .

### ۲-۱. دزره ولادي ناروغى

۱-۱-تعريف : د زېرون مخکي دوره کي په ولادي ډول دزره ساختمانی نقىصى او د زره ډډول ډول حالا تو د نيمگرتيا اوو د پيدا كېدوله كبله په زره کي هيموديناميک بدلونونه ، چې د بالغيدو تر وروستيو پوري رابنكاره شي دزره ولادي ناروغى په نوم يادېږي . دزره ولادي ناروغى د تولو ولادي ناروغىو ۳۰٪ جوروسي . په

هرو زرو نویوز بیدلو ماشومانو کې د زړه ولادي ناروغری ۶-۸٪ پېښې راپور ورکړل شوي دي. د زړه دولادي ناروغيو په منځته راتګ کې کروموزومي نيمګرتيا وي، محيطي فكتور لکه لوره اارتفاع او جنيتك فكتورونه د زړه دولادي ناروغيو په منځته راتګ کې رول لري.

کله چې د یووالدې بنو خخه یو ماشوم د زړه په ولادي ناروغری اخته وي په دویم ماشوم کې د زړه د ولادي ناروغيو خطر چانس ۵-۲٪ دی او په همدي ترتیب په درییم ئلېي دddy په متولدې بنو کې د زړه د ولادي ناروغيو خطر ۲۰-۲۵٪ دی (۲۰۰: ۲)، (۱: ۳۳۶، ۳۳۷).

۱-۲. ايتپتو جنیسس: په اکثر و پېښو کې د زړه دولادي نيمګرتيا و اسباب نامعلوم دی، خو په خانګړو پېښو کې خو ډوله فكتورونه د زړه د ناروغيو په منځته راتګ کې په ګډه رول لري او په یوه لړه فيصدی د زړه دولادي ناروغيو په منځته راتګ کې کروموزومل ابنارملتي هم رول لري. د غه نقیصه په احتمالي ډول داخل الرحمي عمریه لوړنيو او وونیو کې پېښیږي. کله چې بارداره بنځۍ د یوشمیر تیراتوجنیکو فكتورونو سره مخامنځ کې دو په نتیجه کې په ماشوم کې د زړه ولادي ناروغری منځ ته راوري، چې تیراتوجنیک فكتورونه یې دمور لخوا د اختلاج ضد درملو استعمال، NSAIDs، کوتريمیکزاژول ایستروجن او فولیک اسید اتناګونیست درملو استعمال، مورنۍ اتنانات روپیلا، سایتومیگالووايروس، مورنۍ شکري ناروغری، جنيتك او سندرومونه (marfan، Down، turner)، تشعشعات او دويتامینونو کموالی او داسي نور فكتورونه د زړه دولادي ناروغيو په منځته راتګ کې رول او هیمودیناميک بدلونونه منځته راوري.

(۱: ۳۳۶، ۳۳۷، ۱۸۷۹: ۷)

۲-۳- معمول ڈولونه : دزره ولادي ناروغى په ڈوو ڈولونو سيانوتيك اوغير سيانوتيك سره ظاهر کوي :

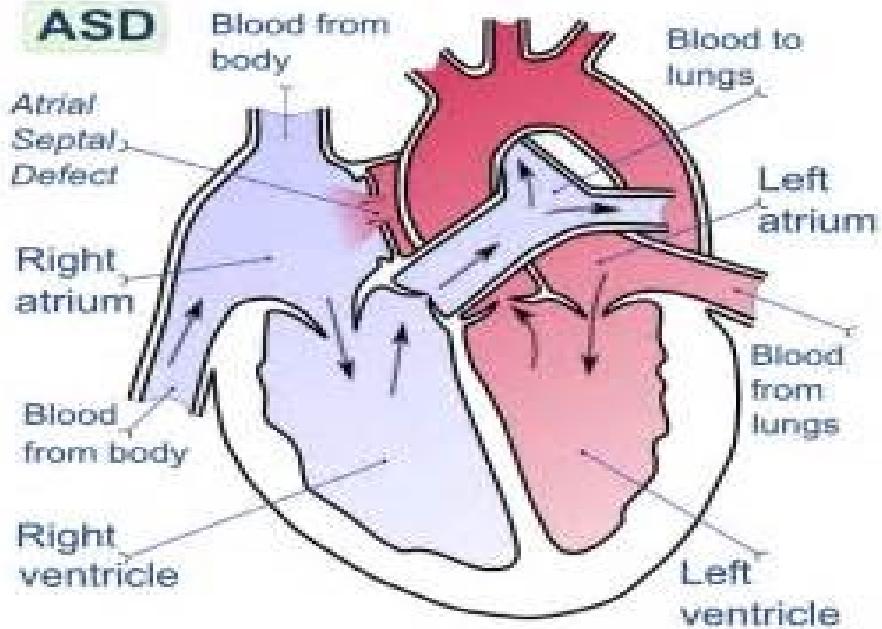
الف - دزره غير سيانوتيك ناروغى : په دې گروپ ناروغانو کي شنت چپ خخه بنې طرف ته وي ، چې معمول ڈولونه يې عبارت له اذيني پردي نقىصه potent بطيئي پردي نقىصه ، سېرو يا ابهر دهنې تنگوالى او ductus arteriosus' coarctation of aorta خخه دى .

ب- دزره سيانوتيك ناروغى : دزره په سيانوتيك ناروغيو کي شنت بنې خخه چپ طرف ته وي ، چې معمول ڈولونه يې تترالوجي اف فالوت ، transposition of great arteries ، تراي کسپيد يا پولمونري اتريزيا او truncus arteriosus دا ڈول ناروغان په دوه سب گروپونو ويشل شوي دي . لومړي سب گروپ چې د سېرو شرياني فشار نارمل او یابنكته وي ، نو په داسي ناروغانو کي د سېرو دويني جريان يې هم بنكته وي ، چې د الحال د پولمونري وال تنگوالى پوري اره لري په دې ناروغانو کي منځنۍ يا شد بد سيانوز موجود وي او ejection سيسټوليک مرمر بنكته وي دوهم سب گروپ چې د سېرو شرياني فشار لوريا جګ وي ، نو په دې ناروغانو کي په خفيف ڈول سره سيانوز موجود وي ، چې د سېرو دا عيو دبندش ناروغى پوري ارونډ وي .

وې

( ۲: ۴۰۳، ۱: ۳۳۷، ۱: ۱۸۸۲، ۱: ۱۸۸۱ )

۲-۴ . atrial septal defect : په دې ناروغى کي دزره بين الاذيني پرده خلاصه او ويني ته د یواذين خخه بل اذين ته د تيريدو اجازه ورکوي ، چې د ټول CHD ۱۰٪ پېښي جوروي دزره بين الاذيني پردي خلاصوالى په لاندي دريو ڈولونو پېښيداي شي .



۱- تصویر دSAsD نیصه په شیماتیک ڈول رابنیع (۷:۱۸۸۶)

الف-sinus venosus defect: چې اکشربین الاذیني پردي په پورتنی برخه کې موقعیت لري چېرته چې پورتنی venacava بنی اذین ته داخلیري او پېښې دېري لړي دي او کله کله په بسکتنی

برخه کې چې بسکتنی venacava بنی اذین ته داخلیري موقعیت لري.

ب-ostium secundum defect: دپردي په منځنۍ برخه کې موقعیت لري، چې دا دول د بین الاذیني پردي د fosa ovalis ساحه کې موقعیت لري.

ت-ostium premium defect: د بین الاذیني پردي په تیټه برخه کې دترای کسپید او میترال والونو ته ژردي واقع کېږي. او کله کله د ددی دواړو والونو به کې برخه لري او یا هم د ددی والونو عدم کفایه په کې موجود وي او کله ورسه VSD موجوده وي.

(۴۱۳: ۱)، (۳۴۹: ۲)

پتوفزیولوچیک او هیمودینامیک گډوډی: په ASD کې د دواړو او ذیناتو په منځ کې تفاضلی فشار لبوي، خو بیا هم د اکسیجن په واسطه مشبوع شوي وينه د چپ او ذین خخه بنې او ذین ته تیریبی همدارنګه بنې او ذین ته د علوی او سفلی وریدي اجوافو خخه وينه رائي، نوپه او ذین کې زیاته وينه جمع کېږي، چې د بنې او ذین د لوبيډولامل کېږي زیاته اندازه وينه د tricuspid وال له لارې د دېاستول په صفحه کې بنې بطین ته ئې او د tricuspid د مؤخر دېاستولیک مرمر لامل کېږي او هم بنې بطین لوبيږي، چې د عظم قص په چپ سفلی سرحد کې او ریدل کېږي. وروسته دوینې زیاته اندازه د نارمل ریوی شريان خخه د ټېبدو په ترڅ کې pulmonary ejection سیستولیک مرمر تولیدوی. چې په دوهمه چې بین الصلعی ساحه کې نژدې عظم قص ته او ریدل کېږي. (۲: ۴۱۳)

۲-۱. کلینیکی بنه: په ostium secondum defect اخته ماشوم اکثرآ بې عرضه وي، کله چې ostium secondum defect لوي وي په فزیکي معاينه کې په کلینیکي ډول دزره عدم کفايه نښې موجودې وي او په غټو ماشومانو کې دستړتیا مختلفي درجي موجودې وي، نبض نورمال او دزره دوهم او ازا پراخه وي، سافت سستولیک مرمر په پورته چپ طرف دوهمه بین الصلعی مسافه کې نژدې عظم قص ته او ریدل کېږي. (۱: ۳۴۹، ۶: ۳۱۸)

په ostium premium defect دېږي ناروغان بې بې عرضه وي او د فزیکي معاينې په دوران کې تشخيص کېږي، دستړتیا مختلفي درجي او د متکرري نمونيا تاریخچه موجوده وي کله چې ددې سره د میترال دسام عدم کفايه او دشنټ لويوالی موجودو په فزیکي معاينې سره دزره دوهم او ازا split apical pan سیستولیک مرمراوسافت سیستولیک مرمر د قص عظم په چې علوی خنډه کې او ریدل کېږي. (۱: ۳۴۹)

## ۲-۲-۲. تشخیص

الف- اکسری : د زرہ لويوالی په جنبي رادپوگرافی کې په واضح ھول ليدل کېږي ، په لوی شنت کې د ريوی شريان قطعه په کليشه کې برجسته وي ، دريوی اوعيو نبني برجسته وي .

ب- ECG په **ECG** کې ، نبني بطيني توسع / هايپرتروفی ، نبني بطيني غتهوالی ، incomplete right bundle branch block وی .

ج- ايکوكاردپوگرافی په دی معايني سره د نبني اذین او بطين لويوالی او هم دبين الاذيني پردي د نيمګړي ، وضعیت ، اندازه او موقعیت په واضح ھول بنکاره کېږي .

د: د کاردپاک کتيتريزيشن د معايني په واسطه د زرہ په مختلفو اجوافوکي داکسيجن د اشباع درجه معلومولی شي . ( ۱: ۳۴۹، ۲: ۴۱۳، ۷: ۱۸۸۴ )

لاردي ۱-۲ جدول د زرہ دولادي ناروغيو کلينيکي په تشخیص د **nadas' criteria** په ذريعه رابنيجي . ( ۲: ۴۰۶ )

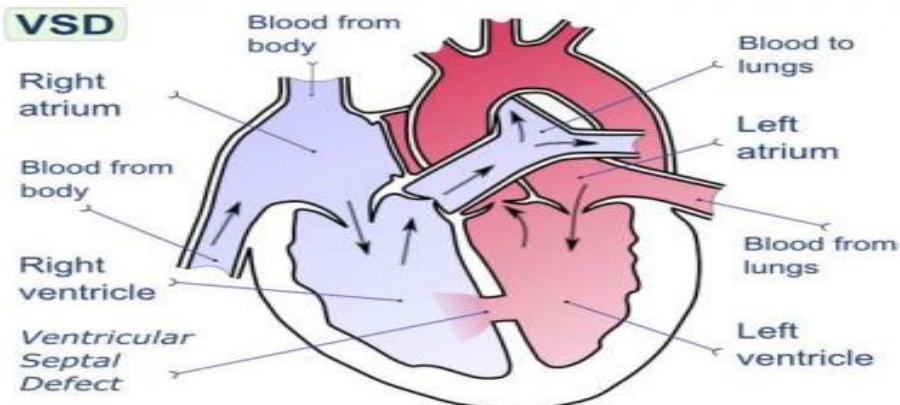
غتی	واړه
سستوليک مرمر درجه III	سستوليک مرمر درجه I یا II
يا ډېر شدېدوی	غیر نورمال دوهم آواز
ډېاستوليک مرمر	غیر نورمال الیکتروکاردپوگرام
مرکزي سيانوزسس	غیر نورمال اکسری
زرہ احتقاني عدم کفایه	غیر نورمال ويني فشار

د **nadas' criteria** ارزونه کې یوه غته نښه یاد دوہ وړو نښو شتون د زرہ دولادي ناروغيولپاره ضروري او تشخیص وضع کوي . ( ۲: ۴۰۶ )

۲-۳-۲ . درملنه : الف- طبي درملنه : د ناروغانو د سيني اتنان باید وخت په وخت تداوي شي ، د اتنانی اندوكاردپتس په صورت کې درملنه یې عاجله اجرا شي او

دنور و اعراضو د پیدا کېدو په صورت کې عرضي تداوي اجرا کېږي. بـ جراحي درملنه: هغه ASD چې  $^8$  ملي مترو خخه لړو وي د مشاهدي لاندی وي او که چېږي ASD وروکې وي او په infancy او مقدم ماشومتوب دوره کې تشخيص شوي وي سره په خپله تړل کېږي، زياتره ASD دكتيرايزيشن په ذريعه تړل کېږي. جراحي درملنه يې اسانه او خطر يې هم لبدي، خطر يې  $1\%$  د، د عمليات لپاره مناسب عمر مخکې له بنوونځي ته د تګ عمر خخه د. (۳۵۰، ۱: ۴۰۹)

۲-۳. Ventricular septal defect: دزره دواړو بطيناتو په منځ کې ارتباط د بین البطيني پردي له لاري د VSD په نامه يادېږي. په  $90\%$  پېښو کې نيمګړ تیاد پردي په پورتنۍ membranous برخو کې واقع کېږي.



۲-۲ تصویر د VSD نقیصه په شیماتیک ډول رابنیئ (۷: ۱۸۸۸) دا نارو غې د تولو قلبې ولادي نارو غیو  $20\%$  جوړو وي. VSD د اندازی له نظره په دریو ډولونکه small- $0.5\text{ cm}^2$ , moderate- $0.5-1\text{ cm}^2$ , large- $>1\text{ cm}^2$  دی. په VSD کې د هیمودپنامېک په بدلونونکې اکسیجن لرونکې وينه د چې بطین خخه د بین بطیني پردي سوری له لاري بنې بطین ته خې چې بطین د بنې بطین خخه مخکې تقلص کوي، نو وينه په ډېر فشار سره مخکې له

دې خخه چې د مترال دسام و تړل شي، بنې بطین ته جريان پیدا کوي مرمر شروع کېږي، د سستوليك په صفحه کې تفاضلي فشار لورې وي، نووينه په سرعت سره بنې بطین ته جريان پیدا کوي، د سستولول توله صفحه کې پان سستوليك مرمر منځ ته رائي، thrill د جس وروي، چې بطین د تخلیې دوه لارې لري نو د تخلیې صفحه لنډه اوډ ابهر دسام د وختي بندې د لامل ګرځي او له بله طرفه د زياتي ويني د ورتګ له کبله بنې بطین ته د تخلیې صفحه اوړدووي، چې د ريوسي دسام دلړ په ځنډه د تړل کېډو لامل کېږي، چې دزړه د دوهم اوږد د پراخواли سره split اوږيدل کېږي (۲ : ۳۱۴)

۲-۳-۱. کلينيکي بنه: کلينيکي بنه يې د VSD دسايز او دريوسي شريان دويني جريان پوري اړه لري.

۱- دا ناروغان په تاريخچې سره بي عرضه او نورماله وده لري. په فزيکي معايني سره، لومړي او دوهم دزړه او ازونه نورمال اوږيدل کېږي، دقص عظم په چې طرف مسافه کې harsh pan systolic murmur اوږيدل کېږي. (۱ : ۳۴۴)

۲- په منځني VSD کې د تنفسی سیستم داتنان متکرري حملې، د ناروغانو کمزوري وده، ساه لنډي، ستړتیا او د تمرین په مقابل کې عدم کفايه په فزيکي معايني سره thrill د جس وړ، دزړه منځني سايز لوسي والي، د زړه اوږد نورمال اوږيدل کېږي او دوهم اوږد يې split وي، دقص عظم په چې طرف مسافه کې پان سیستوليك مرمر اوږيدل کېږي

۳- د سپودلورې فشار سره large VSD کې د سپو ويني جريان هېروي، په ناروغ کې د خورو ستونزې، د تنفسی سیستم داتنان متکرري حملې، د ناروغانو کمزوري وده، ساه لنډي او خوله موجود وي. د ژړا په وخت کې سیانوز اوډ تې رو دنې په عمر کې دزړه عدم کفايه واقع

شي، harsh پانسستوليک مرمر اوريدل كېري، كه چېري نقىصە لويه وي نومر مرخيف وي دياستوليک فلومرم ممکن موجودوي كه چېري VSD ناروغان clubbing عمليات نه شي ريوسي فشار خواهه ئى شنت معكوس، سيانوز، essennmenger (كمپيليكس)، او تنفسى ديستريس پيدا كېري. (١ : ٣٤٤)

٢-٣-٢. تشخيص: په وروكى شنت كې دزره په x-ray كې نورماله وي په لوي شنت كې ددواړوبطيناتو غتىوالى موجودوي ريوسي وعابي شنبى دسرپوهه مرکزي او محيطي برخوكى متسع وي.

په وروكى ECG VSD كې نورماله په منځنى اندازه VSD كې چپ بطيني هايپرتروفى ورسره يا بيله چپ اذيني هايپرتروفى وي. په لوي VSD كې ددواړوبطيناتو هايپرتروفى بنبي. په ايكوكارديوگرافى سره د VSD اندازه، شميره، وضعیت، موقعیت او فشار تفاوت معلوميداى شي. د کاردېاک كتيتريزيشن د معایينې په واسطه د زره په مختلفو اجوافو كې داكسىجن د اشباح درجه معلومولى شي. (١ : ٥٧٦) (٣٤٥)

٢-٣-٣. درملنه: طبی اهتمامات د CHF كنترول، دسيني متكرراتان درملنه، دانيميا وقايه او درملنه اود اتساني اندوکاردېتس درملني خخه عبارت دي. په وروكى VSD كې ناروغى سليم طبیعت لري او نقىصە دماشوم دژوند په لومړۍ کال كې پخپله ترميميرې. په لويه نقىصە كې دزره لويوالى كنترول او درملنه او دريوسي شريان لور فشار، پولموني ستينوسس او د aorta regurgitation د پر مختگ مخنيوسي او درملنه شامل دي.

جراحى درملنه كې د جراحى عمليه ددهو كلنۍ مخکى اجراشي، كه چېري CHF د درملنى په مقابل كې ئواب كمزوري وي، دريوسي او عيو لور فشار موجودوي او په

مزمن ھول دورانی حجم زیاتوالی وی نوجرا ھي عملیات استطباب لري د ناروغى انزار د VSD داندارزى پوري اپه لري ، وروکى VSD په ۵۰-۳۰ فیصده پېبنسوکى د ڈوند تر لومپى کال پوري تپل کېبى او پا تې زیاته فیصدی يې مخکى لە خلور گلنی عمر خخه تپل کېبى ( ۱ : ۴۱۷، ۳۴۶-۳۴۵ )

٤-٢. Potent ductus arteriosus: په نورمال ھول د ماشوم په جنیني دوران کي ريوسي شريان دابھر د شريان نازله برحى سره چچ subclavian شريان په دېستا ل برحه کي اړيکه لري نود potent ductus arteriosus په نامه يادبېرى . اوکه ڈوند دلومپى اونى خخه زيات دوام ، نوبيا پخپله بندېدل يې ناشوني دي . PDA کېداي شي د coarctation of aorta اويا VSD سره یو ځای منځ ته راشي . PDA د ناخاپي عضلي تقلصا تواود قسمي اکسیجن فشار زیاتوالی په ذريعه دغه duct بندېبى . د ناروغى لاملونه يې معلوم نه دي ، خو هغه ماشومان چې ميندي يې د حمل په دوران کي په روبيلا اخته وي ، پريمچور وي ، د بحر دسطحي خخه په لورو ساحو کي زېږيدلې وي پېبنسي زياتي دي او د ductus arteriosus د بندیدو وروسته والي يو لامل perinatal asphyxia دې چې بيله خاصي درملني بنه کېبى . پېبنسي دټولو دزره دولادي ناروغى ۱۰٪ جوروي ، پېبنسي په بسخوكې نسبت نارينو ته چېبردي ، پېبنسي په VLBW او پرمچور کي ډېر وي او په با ميعاده ماشومانو کي پېبنسي لېږي دي ( ۲: ۴۱۷، ۷: ۱۸۹۱ )

ھيموديناميک بدلونونه په PDA: کي چې خخه بنسې طرف ته شنت د ابھر خخه ريوسي شريان ته موجود وي . دغه جريان د دېستول او سېستول په دواړو صفحو کي موجود وي . کله چې د ريوسي شريان فشار نورمال وي ، نو مرمر د زره دلومپى او از د پيل خخه وروسته شروع کېبى او peak يې د زره دوهم او از ته رسېبى . وروسته

دمرمر شدت کمیری او د دباستول دصفحی په یوه برخه کې د اسغاوروی نوخرنگه چې مرمر دواړه صفحی په بر کې نیسي نورته دوامدار مرمر وايې . په PDA کې د VSD په شان زياته اندازه وينه د دباستول په صفحه کې چپ بطین ته ورځی ، چپ بطین د زياتي ويني او زيات کار له کبله لویېږي او هایپرتروفیک کېږي . د چپ بطین زياته اندازه وينه ابهره ته تیله کېږي ، نوددي له کبله aortic ejection click د پیدا کې د لامل ګرځی . ( ۴۱۷: ۲ )

۴-۱. کلینيکي بنه : د ناروغۍ اعراض د شنت د سايز او دريوسي فشار تردرجی پوري اړه لري . په یو کوچنۍ شنت کې اکثراً اعراض موجود نه وي په لوی شنت کې عسرت تنفس ، تنفسی ستونزی ، د خوارو په وخت کې ستونزی او دودې تاخر موجودوي . او ممکنه ده چې CHF او مکرر تنفسی ستونزی ورسه ملګري وي . ( ۳۴۷ : ۱ )

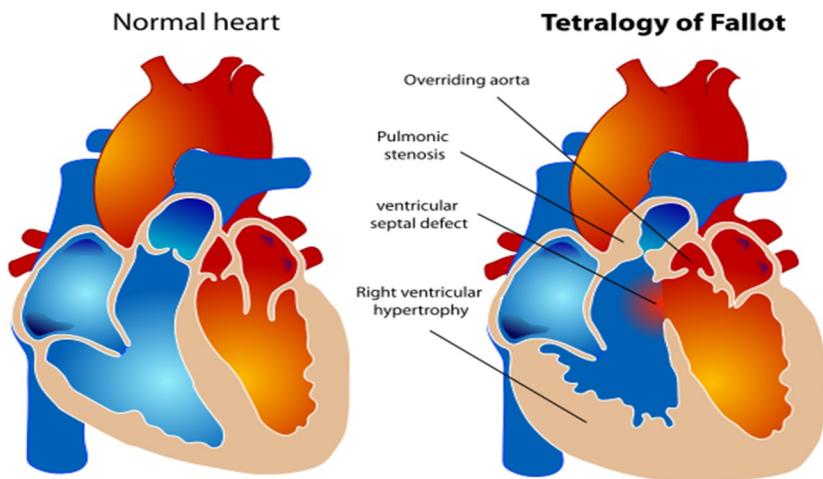
۴-۲. تشخيص : په اکسری سره د زړه اندازه ، ريوسي او عيو نښي رابنيي ، وړوکې PDA کې اکسری نورماله وي . په لویه PDA کې د زړه غټه والى د صاعدہ ابهر لویوالی نښي او دريوسي او عيو علامي او د زړه د چپ اذين لویوالی د زړه په نښي سرحد کې د double contour په ډول معلومېږي . په وړ وکې PDA کې ECG نورماله وي او په لوی PDA کې د دواړو بطیناتو هایپرتروفي موجوده وي . په وړوکې PDA کې ایکو نورماله وي . په لوی PDA کې د چپ اذين او بطین لویوالی موجودوي ، خپله ductus مشاهده کېدای شي . د زړه د کتیتریزیشن معاینې سره د زړه د اجوافو او او عيو د مشبوع شوي اکسیجن درجه او ductus معلومولي شو . ( ۳۴۷ : ۱ )

۲-۳-۴. درملنه طبی درملنه کې که چېری ریوی لور فشار موجود نه وي، نو په تمرين بندېز نه شته او په باميعاده ماشومانو کې داندوميتاسين او ايبوبروفين ورکړه کوم مثبت تاثير نه لري . ولې په بې مودې ماشومانو کې عرضي PDA موجودوي، نو اندوميتاسين (دپروستاگلاندین جوري دنه کونکې ) په واسطه يې تداوي کولي شو . دغه درمل په هغه بې مودې ماشومانو کې چې د ماشوم عمر چې د <sup>۷</sup> ورخو خخه پېروي ، duct يې معمولاً دلومړۍ ذرق وروسته بندېپري مقداري ۱۲-۲۴ mg / h <sup>۲</sup> : ( ۴۱۹ ) ۲۵ kg/dose iv q درريو ورخو ددری خلو لپاره ورکول کېږي .

جراحی درملنه کې د catheter closure دوروساختمانو په ذريعه ducts بندول دی . بې عرضه PDA مخکې د <sup>۳</sup>-۰ اکلنی خخه duct ligation او یا division په ذريعه بندوو او عرضې ناروغان پرته د عمر په نظر نیولو سره جراحی عمليات ducts او یا ligation اجرا خخه

عبارةت دی . جراحی استطبابات يې ماشوم د لوي duct سره وي، بې مودې ماشومان او لوي duct لرونکې نسبت device سايزته وي دی . ( ۴۱۹: ۳ ) ( ۲۵۹: ۳ )

۲-۵. tetralogy of fallot: د ولادي سیانوتیک ناروغیو یوم معمول ډول دی، چې متصف په pulmonic تنگوالی، بین البطیني پردي ثقيصه، ابهر overriding او د بنې بطین هایپرتروفی دی



۳- تصویر نارمل زره او ترالوجی اف فالوت نقیصی رابنیئ (۱۹۰۷: ۷)

۱-۵- ۱. کلینیکی بنه: دزیپیدنی خخه و روسته TOF ناروغان په خفیف ډول سیانوزی وي د ناروغانواعراض اوعلایم يې دتمرين په وخت کې ساه لندې، تمرين عدم تحمل، خرابه وده اوګتو squatting، anoxic spells، clubbing وضعیت، ساینکوب ژورسیانوز، تکی پنیا، نبض نورمال، سیستولیک thrill او ejection سستولیک مرمرد عظم قص په علوی چپ سرحد کې اوریدل کېږي. (۱: ۳۳۷، ۲: ۴۲۱)

۲-۵- ۲. تشخيص: د وینې په معاینه کې هیموگلوبین، هیماتوکریت او د وینیسره کریواتو شمیر لوروالی دخیف درجی خخه تر شدېد پوري موجودوي.

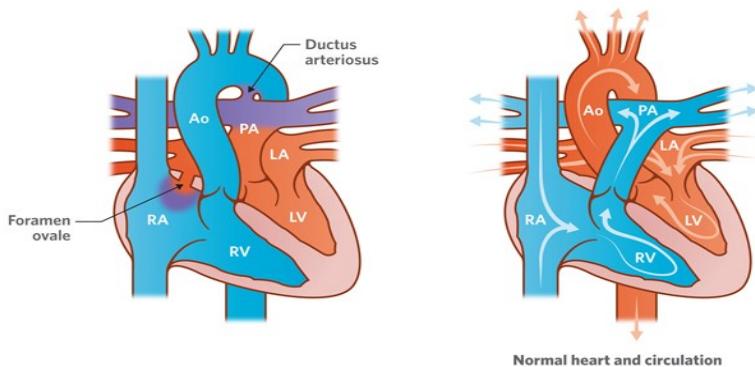
په اکسري کې د ناروغ زره بون شکله بسکاره کوي، په ECG کې په سیانوتیک ډول کې RAD او RVH موجوده وي او QRS axis نورمال وي R په tall V<sub>1</sub> او بر جسته S په V<sub>5</sub> او V<sub>6</sub> کې وي، په ایکوکې د زره نقیصی مشاهده کېداي شي او د کتیترایزیشن په

ذریعه دوینې مشبوع اکسیجن درجه، د ابهر او بطیناتو د فشار معلومول پاره کړو  
دی. (۱: ۳۳۹، ۲: ۴۲۲)

۵-۲. درملنه په طبی درملنه کې کافی مایعاتو توصیه، بدن حرارت درجه نارمل ساتل، ګلوكوز کموالی مخنيوي، هیمو ګلوبین نارمل ساتل، لورکافی کالوري ورکړه، د خولي حفظ الصحه ساتل، د اسیدوزس اصلاح، د anxiety لپاره مورفين ورکول او د انوکسیا حملی د مخنيوي لپاره پروپرانولول د  $0,5\text{--}1\text{mg/kg}/\text{iv}$  هر شپږ ساعته وروسته تر هغه وخته پورې ورکول چې بنه والي راشي. جراحی درملنه یې په (شنت جوړول) او یامکمل جراحی رغاونی سره دی.

۶-۲ transposition of great arteries: دا یوه پره شدې ده سیانوتیک ناروغۍ ده، چې لمبا شومان له دې وخیمي ناروغۍ خخه ژوندي پاتي کېږي، چې په TGA کې ابهر له RV خخه او PA له چې بطین خخه منشه اخلي. (۱: ۳۴۱، ۲: ۴۲۴)

#### Transposition of the great arteries



۴-۲ تصویر نارمل زړه او transposition of the great arteries رابنیي. (۷: ۱۹۱۸)

© The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia

۲-۱. کلینیکی پنهانه هفه VAD چی دلوی سره وی، نودناروغ دژوند په لومړۍ میاشت کې خفیف سیانوز، دزره عدم کفایې نښې، تکپینیا، تکی کاردې، وزن نه اخیستنه، ګالوپ ریتم او د حیگر دلویوالی امکان شته او که TGA چی دلوی VAD او چپ بطین ددهانی دوتلودلاري دبندش سره ملګري وي د زیریدو په وخت کې شدې سیانوز، سستولیک مرمراوریدل کېږي او اخته ماشومان د زیریدو په وخت کې دیروزن لري.

۲-۲. تشخیص: په اکسری کې زره ممکن نارمل یا خفیف دول سره لوی وي، ابهر اوريوي شريان نري شکل جوړوي. په ECG کې RAD، RVH یا د دواړوبطیناتو لویوالی موجود وي.

په ایکوکې ابهر دبني بطین اوريوي شريان د چپ بطین خخه منشه بنسيي.

۲-۳. درملنه: طبی درملنه کې پروستاگلاندین د انفوژن په دول ورکول کېږي تر خوقنات خلاص پاتې شي، دناروغانو هایپوترمیا، اسیدوزس، هایپوکسیا، هایپوگلایسیمیا، زره عدم کفایې او د تغذې درملنه وشي.

جراحي درملنه دناروغ د عمر په دویمه اوښې کې ناقص ځایونه د جراحی عملی په ذريعه ګنډل او ترمیمیږي. (۱: ۳۴۳، ۲: ۴۲۵)

## ۲-۷. دزره احتقاني عدم کفايه

۲-۱. تعريف: د دزره احتقاني عدم کفايه یوپتالوجیک حالت دي، چې زره نشي کولاي، چې د استراحت او یا د سترس په حالت کې قلبې دهانه د وجود د استقلابي ضرورت لپاره په کافي دول وساتي یا په بل عبارت غير کافي قلبې دها نې ته سستولیک عدم کفايه او د ويني درسیدو بې کفايتې دزره بطینې اجوافوته د دیاستولیک په صفحه کې په کمزوري فشار سره د دیاستولیک عدم کفايه په نامه يادېږي. (۲: ۳۹۶، ۱۱: ۴۷۴)

۲-۷-۲. لاملونه:

A - ئوان تې رودونكى ماشومان:

۱- دزره ولادي ناروغى، ۲- ميوکاردپتس او لومرنى ميوکاردپال ناروغى ۳- کاواساكى ناروغى

۴- تكى اريتميا او بردې اريتميا، ۵- سېولور فشار ۶- اوداسى نورلاملونه لكه  
كم خونى، وينى گلوكوز كموالى، اتنات، وينى كلسيم كموالى او Neonatal  
asphyxia .

B - لوئي ماشومان :

۱- ريماتيك تبه او دزره ريماتيك ناروغى ۲- اتنات، كم خونى او اندوكاردپتس  
۳- سستيميك لورفشار ۴- ميوکاردپتس او لومرنى ميوکاردپال ناروغى  
۵- علوى تنفسى لاري بندش ۶- تنفسى لورفشار (لومرنى او ثانوي) (۳۹۷) : ۲

۳-۷-۲. پوفزيولوژي : د CHF تر تولولومرنى شكایت دزره دضريان د زياتوالى  
خخه عبارت دى ، كله چې زره په عدم كفايه شروع وکړي ، نو موضعی معاوضوی  
ميکانيزمونه په فعالیت شروع کوي ترڅو پوري قلبی دهانه نورمال وساتي . هلتنه  
لومړۍ سمپاتيك عصبي سیستم فعالیت زياتيرې . کاتيکولامينونه (اپي نفرین  
، نار اپي نفرین له یوي خوا دقلي عضلي تقلص ته قوت وربني او له بلې خوا دزره  
ضريان زياتوي د وخت په تيريدوسره زره ددغه اضافي کار د اوچتولو په منظور  
هايپرتروفې کوي ، نو په دې وخت کې زره ته راول شوي وينه د بدن د ضرورت لپاره  
کافي وينه دوران ته پمپ نه شي نو په دې توګه د باستوليك فشار او حجم زياتيرې  
، چې په نتيجه کې دزره توسع منئ ته رائي .

بطینات نه شي کولاني چې قلبې دهانه نورماله وساتي نو په دې وخت کې د زره د عضلي تقلصيت کمېري چې بالاخره د قلبې دهاني د کميدولامل گرخي او ناروغ بلې مرحلي ته چې decompensated heart failure په نوم يادپوي داخلېږي ، چې د لامل کېري چې زره د چې طرف په عدم کفایه کې backward cardiac failure د سبود دوران passive congestion منځ ته رائي او د سبود په اذیما منتج کېري د سبود دوراني احتقان د سبود دا عيو د مقاومت د پورته کېدولا مل گرخي چې بالاخره د زره دبئي طرف د کار دزياتيدولامل او په تتيجه کې د زره دبئي طرف عدم کفایه ددوراني وريدي احتقان سره مرسته کوي ، چې په اخه کې د نرموا نساجو پرسوب او tender hepatomegaly منځ ته رائي . ( ۱ : ۳۵۰ - ۳۵۱ )

۷-۴. کلينيکي بهه : اعراض يې دادي چې د ماشوم وده ضعيفه وي ، ستوري کېري لبرتى روې يالبره خواره اخلي ، چېک تنفس ، وزن اخیستنه يې ضعيفه وي ، نا ارامه ، دوامدره توخي ، ويز ، مخ پرسوب او د پنسو اذیما لري . علاميم يې د زره په چې طرف عدم کفایي کې عسرت تنفس ، تکي کاردبا ، توخي ، ويز او په صدر کې rales اوريدل کېري . علاميم د زره په بني طرف عدم کفایه کې حیګر لویوالی ، مخ پرسوب ، خواوکې د زره غتیوالی ، محیطي سیانوز ، د وزن دنه زیاتيدو شتون ، ګالوب ریتم ، لبر حجم نبض دی . په CHF کې دري اسا سې نښې ( cardinal signs ) عبارت دی له زره لویوالی ، او حیګر لویوالی خخه دی . ( ۲ : ۳۹۷ - ۳۹۸ ) لبراتواري کتنوکې د سيني په رادپو گرافۍ کې د زره لویوالی معلومېري او د سبود او عيو خیال د CHF عامل ته فرق کوي د سبود Hillary برخود اعيونښي د سبود په

وریدی احتقان او په تنفسی اذیما باندی دلالت کوي، چې د زړه عدم کفایې په ډېرو شدې درجوکې منځ ته رائی .

ECG: د بطیناتوهای پرتروفی نسي، په کاردپومایوپاتي کې دبئي او چې بطین اسکېمیک بدلوننه مشاهده کېږي، لړولتاز QRS د موجو غیر نورمال حالت د میوکاردپال په التهابي ناروغیو او

پريکاردپتس دلالت کوي. کله چې د زړه عدم کفایه شدې د وي نوممکنه ده چې تنفسی اويا ميتابوليک اسيدوزس واقع شي. او د نورو لاملونو لکه د اتان، ګلوکوز، د کلسیم او کم خونې د کچې د معلومولو لپاره دوینې روئین معاینات مرسته کوي. ایکوکاردیوگرافی دغه تست دزړه بطیناتو د وظایفود معلومولو لپاره استعمالېږي او قلبې output هم سنجولي شي. د CHF ناروغانو تشخيص د کلینيکي اعراضو او عاليمو، رادپوگرافی، ECG او ایکوکاردپوگرافی په واسطه صورت نيسې.

( ۳۵۲ )

۲-۷-۵. د رملنه: دزړه عدم کفایې د درمني لپاره په خلوروخواو ومنگولۍ لګول په کاردي:

۱- دزړه د کار کموالي ۲- قلبې عضلې د تقلص زياتوالې<sup>۳</sup>- زړه سايز کمول<sup>۴</sup>- د لامل اصلاح کول

۱- دزړه د کار کموالي  
a. بستراستراحت: اکثرآ ناروغ ماشومان دلنې وخت لپاره په بستر کې استراحت ته ضرورت لري

b. Propped up وضعیت: ناروغ د بستر سره<sup>۳۰</sup> درجی زاویه ولري، چې دوریدي وينې رجعت زړه ته کم کړي. چې د دی کار په نتیجه کې دزړه کار کميېږي.

c. تبه: د بدن حرارت د<sup>۳۶-۳۷</sup> سانتي ګرادو په کچه وساتل شئ.

- d. ناروغانو ته مرطوب اکسیجن چې غلظت يې ۴۰-۵۰٪ وی ۶-۷ لیتر فی دقیقه ورکړل شي.
- e. د ناروغ دنارامی او anxiety د کنترول لپاره مورفین، pethidine، فینوباربیتال، کلورال هایدرات، پرومیتازین او ډیازپیام ورکول کېږي. ارامونونکی درمل دماشوم فزیکې فعالیت، او د کاتیکولامین افراز کموی، چې په تئیجه کې دزره کار کموی.
- f- مناسب انتی بیوتیک ورکړه: کله چې د اتنان شواهد موجود وي تووصیه کېږي.
- g- دمالګي لپا خیستل
- h- کمخونې درملنې کول: د کمخونې په صورت کې ۳-۵ ml / kg packed red cell ورکول کېږي
- z- مایعاتو لپا خیستل: ناروغ ته ورخینې ضرورت وړ مایعات ۲/۳ اندازی ته را بنسکته شي.
- z- تغذی: ناروغانو ته لور کالوري درلودونکی غذايی رژیم بايد تهیه شي.
- k- داویو پراخه کوونکو درملو استعمال (ملیرینون، نا یتروپروساید او کپتوپریل) دا دول درمل کموونکی درمل دی چې زړه باندې کار کموي Afterload

۲- قلبی عضلي د تقلص تقویه کوونکی درملونه

A- د پجوکسین تاثیرات د زړه ضربان کموی او دزره د میوکارد تقلص زیاتوی د دې جوکسین او مدرر درملو مقدار په لاندې ۲-۲ جدول کې بنودل کېږي . ( ۴۰۰ : ۲ )

تعقیبی مقدار	دېجوکسین مکمل مقدار	عمر	۱- دېجوکسین
۱/۴	۰،۰۴ mg/kg	نوي زېږيدلې او بې مودې ماشومان	
۱/۴ - ۱/۳	۰،۰۸ mg/kg	امياشتني- يو کال پوري	
۱/۴ - ۱/۳	۰،۰۶ mg/kg	يو کلن تر ۳ کلن	
۱/۳	۰،۰۴ mg/kg	۳ کلن پورته	
خولي له لاري ۲ - ۳ په في کېلوګرام وزن بدنه په ورخ کې			۲- فیروزاماپید
۱ في کېلوګرام وزن بدنه په ورخ کې ۲ ھلي دخولي له لاري mg			۳- سپیرانولكتون

## د دېجوکسین مجموعي اندازه د وزن مطابق اندازه کېږي او بيا مجموعي اندازي مقدار نيمائي

کېږي د خولي له لاري ناروغته لومړي ډوز ورکول کېږي د مجموعي مقدار پاتي نيمائي په دووبرخو ويshelf کېږي، چې د مجموعي مقدار څلورمه برخه د دويم ډوز او دريم ډوز په ډول د لومړي ډوز د ۸ ساعت ورخه وروسته په فاصلو سره ورکول کېږي تر خو مجموعي مقدار پوره شي. تعقيبيه ډوز لومړي ډوز خخه کم تر کمه ۲۴ ساعته بعد ورکول شي. د دېجوکسین ذرقې اندازه د پورته خولي له لاري مقدار د  $\frac{7}{10}$  په اندازه سنجلول کېږي. د دېجوکسین توکسيستي بايد د تداوي په وخت کې په دقت سره مشاهده شي او د دېجوکسین توکسيستي د ECG د PR فاصله داندازه کولو په واسطه معلومېري. که چېږي په ECG کې د PR فاصله اندازه د خپل لومړنۍ حالت خخه یونیم چنده زیات شي د دېجوکسین توکسيستي باندي دلالت کوي. د دېجوکسین د توکسيستي داتروپین درمل پواسطه تداوي شي. دېجوکسین مجموعي

مقدار نیما یپی اندازه و رکره په لاندی حالاتو کې (بې مودې ماشومان، نقصانې میوکارد، خرگند زړه لویوالی، اسیدوزس، هایپوکسیا، د خیگراو د پنستور ګو عدم کفایې په ناروغیو کې) په احتیاط ورکول غوره دی. د دې جیتال درملو خواکې یو شمیرنور درمل شته چې د *inotropic* اغیزه په زړه لري لکه د پامین، د بوتامین چې کاتیکلولامینونه دې او غیر کاتیکلولامینونه لکه امرینون او میلرینون دی

۳- زړه سایز کمول : د دې موخو ته درسیدو لپاره مدرر استعمال شی لکه فوروزامايد ، درمل استعمال لري . (۲ : ۴۰۰ - ۳۹۸ ) (۱ : ۳۵۳)

۴- د لامل درملنه یا اصلاح کول که چېری د زړه عدم کفایې لامل قلبی ولاډی انومالي ګانی یا د ریوماتیک ناروغیو له کبله وي یا د زړه عدم کفایې سره ولري د طبی درملنی تر خنگ جراحی درملنی توصیه کېږي . (۲ : ۴۰۰)

۶-۷-۲. انزار: د زړه د عدم کفایې د مرینې کچه په ماشومانو کې لوره او انزار یې د زړه د عدم کفایې د بنستې او بنيادي لاملونو پوري اړه لري . (۲ : ۴۰۰)

## ۲-۸. ریوماتیک تبه

۱-۸-۲. تعریف: ریوماتیک تبه یو ایمینولوجیکی ناروغی ده، چې بدن د group A beta hemolytic streptococcus اتستان په مقابل کې اتنې باډې جوره او د بدن د زړه، د اوعیه، بندونواود عصبی سیستم د منضم نسج سره د عکس العمل په تیجه کې ریوماتیک تبه منځ ته راپری. د یوې احصایې په بنست د هندوستان په روغتونونو کې د ۵ - ۵۰ % پېښې ریوماتیکی قلبی ناروغی جوروی په اټکلې ډول نژدي دواړه جنسه یعنی نر او بسخې په مساوی توګه په دې ناروغی اخته کېږي.

مساعد کوونکی فکتورونه یې د ټولنې تېتې اجتماعي او اقتصادي حالت، گیه گونه  
، ژمي او پسلی موسم دی. ( ۲: ۴۳۳ - ۴۳۴، ۱۰: ۴۹۳ )

۲-۸-۲. ايتپتوچنيسس: د ريوماتيك تبی لامل ګروپ A بيتا هيمولايتك  
ستريپتوکوك اتسان چې یو ګرام مثبت مايکروارگانيزم پېژندل شويدي. د  
ريوماتيك تبی عامل د تنفسی لاري د

پورتنۍ برخې په اپتليوم حجراتپورې نېسلې او یادپوستکي له لاري د خپلي  
انزایمونولکه سايتولايتك توکسينونو، سترپتومايسين، سترپتوولايزيزن په ذريعه  
د کوربه انساجو ته نفوذ او تخریب لپاره زمينه برابروي. دستوني ددرد<sup>۵</sup> ورخې  
وروسته د حاد التهاب له کبله تبه، خستگي، او د سپينوکروياتو لوروالی منځ ته  
رائي. دستوني جوریدو خخه خواونيونوروسته د کوربه بدن ددي اتسي جينيک  
موادو په مقا بل کې اتسي بادي جوروي بيادغه اتسي بادي د ماشوم د منضم نسج سره  
چې په زړه، مرکزي عصبي سيستم، او یعو، بندونواو پوستکي کې موقعیت لري چې  
د ميکروارگانيزم د اتسي جن سره ورته والي لري د عکس العمل په تئيجه کې التهاب  
د ناروغانویه لړه فيصدې کې ريوماتيك تبی خواته پرمختګ کوي او په زړه کې د  
نوروافاتو تر څنګ د والونونګوالي او یا عدم کفایه منځ ته رائي. ( ۲ : ۴۳۴ )

۲-۸-۳. کلينيکي بنه: ريوماتيك تبی ده پرو مختلفو اعراضو او علامو سره ملګري  
وي. ناروغۍ کلينيکي لوحه دستوني دردي او تبې خخه عبارت ده، چې بیا ۱۰  
ورخې او یا خواونې وروسته د ناروغۍ د دوباره ګرئيدو د تبی او ريوماتيك  
ناروغۍ د نورو مختلفو کلينيکي نېښوانښانو سره رابنکاره کېږي.

## ۱- غتی معیارونه

الف: carditis دریوماتیکی تبی یوله مخکپنوتظاهراتو خخه دی په ۹۰٪ ناروغانو کی پیبنی لري.

ب: poly arthritis کی غتی بندونه لکه زنگونه، بننگری او خنگلی اخته کېری او ورو بندونواخته کېدل غیر معمول دی. د arthritis پیبنی ۵۰-۳۰٪ پوری بسودل شویدی.

ج: chorea یو دمؤخر و نبسو خخه دی چې دری میاشتې وروسته دحادی ریوماتیک تبی دپیل خخه واقع کېری، ۴-۳ چنده پوری په جنکپو کی نسبت هلکانو ته پیبنی ټبروی.

د: subcutaneous nodules زیاتره دخنگلی، لینگنی، spine او دهلوکو په بنکاره ساحه کی دلیدلو وي، مختلف سایزلری او دسنچاق دسر خخه نیولی تر بادامو داني پوری وي او حساس نه وي او دnarوغى یوله مؤخر و تظاهراتو خخه دی چې پیبنی د ریوماتیک تبی ۲۰-۳٪ پوری دی.

ذ: erythema marginatum دnarوغى یوله مقدمو تظاهراتو خخه دی او دبدن دتنې په ساحه کی بنکاره وي رش بې سور، دپوستکې خخه لورنه وي او خاربنت نه لري. ۲- کوچنی معیارونه

## A: کلینیکي

الف: تبه: ریوماتیک تبه تقریباً د تل لپاره دتبی سره ملگری وي

ب: بندونو درد چې په ۹۰٪ پیبنسو کی د arthritis سره ملگری وي.

ج: مخکپنی ریوماتیک تبی او ریوماتیک ناروغى (۲ : ۴۳۶)

B: لابراتواري کتنې:

الف: دحادي مرحلې په عکس العمل کې پولي مورف نيوکلير ليوکوسايتوزسس وي ، erythrocyte sedimentation rate c- لوروي

ب: اوبرد PR فاصله

C: بنستي معیارونه

الف: O anti streptolysin د کچي لوروالې دستريپتوکوك اتان د نژدي اخته کېدو شواهد بنبي ب: ستوني د کلچر مثبتوالې

ج: په نژدي موده کې د محملک ناروغری د مصاب کېدو تاريخچي شتون د: ايکوکاريوگرافی معاینه دریوماتیک carditis د تشخيص لپاره یوه بنه معاینه ده

( ۴۳۶ : ۲ )

٤-٨-٤. تشخيص: د ناروغری د تشخيص لپاره غت، واره او د ناروغری بنستي معیارات ته ضرورت ده. دوه غتني معیارونه او یا یوه غت معیارونه او دوه واره معیارونه د ناروغری د تشخيص لپاره کفايت کوي او په پورته دوارو حالاتو کې د بنستي معیاراتو شتون ضروري دي . ( ۴۳۴ : ۲ )

٤-٨-٥. درملنه: د ناروغری اهتمام عرضي او مخيوي يې د التهاب ضد درملو درملنى سره کېږي

الف: د ناروغری دحادي مرحلې درملنه: د ناروغری په طبي درملنه کې لاندي تکي شامل دي

١- د بستر استراحت او ګرځيدنه: کوم ناروغان چې په حادي ریوماتیکې تبې اخته وي په عمومې ډول ورته بستر استراحت توصیه کولای شي او هغه ناروغان چې د زړه ماؤف والې ونه لري نو د ناروغری په دويم او دریمو اونیو کې ګرځیدلې شي او کله چې

ولري ، نود يوي مياشتې خخه تر دريو مياشتو پوري نه خوئيپي او مطلق استراحت ته ضرورت لري په ئانگري چول چي CHF و لري .

٢- خواره : هغه ناروغان چې د زړه ماؤف والي ونه لري د مالګي محدودېت نه شته او هغه ناروغان چې د زړه ماؤف والي و لري د مالګي محدودېت ضرورت نه لري او که چېري CHF و لري د مالګي محدودېت ضرورت شته او محدودېت یې گټور دی ) .. ( ۲۷۴ ، ۳- د گروپ A بيتاھيمولايتك سترپيتوكوك اتنان

کشف او درملنه دغوره او ګيزمن انتي بيوتيکو په ذريعه لکه بىنزايل پنسيلين

٤- ۱،۲۰ ملیون یونیته داخل عضلي یو خل لپاره ، خولي له لاري پنسيلين وي ۲۵۰ ملي گرامه هر ٦ ساعته ١٠ د ورخولپاره او خولي له لاري اريترومايسين ۲۵۰ ملي گرامه هر شپږ ساعته ١٠ د ورخولپاره صورت نيسې ( ۲۳۷: ۲ )

٤- Suppressive therapy : که چېري ناروغ carditis د زړه عدم کفائي احتقان سره وي کورتيکوسترويد درمل استعمالوي شئ . د Suppressive درملو اسپيرين يا سترويد دورکري موده دولس اوونې ده ، د اسپيرين دورکري مقدار mg / kg / day ۹۰ - ۱۲۰ دخولي له لاري په څلورو کسري دوزوند لس اوونيو لپاره او وروسته ددووا اوونيو لپاره پورتنې مقدار وروورو کموي بل درمل پريدينزولون دی ، چې مقدار يې ( ۶۰ لور مقدار ۲ mg / kg / day ) ددريو او نيو لپاره او وروسته د ۹ او نيو لپاره په تدریجې چول کموي .

٥- residual valvular damage : که چېري د متراج او اورتىك دسا مي افت ولري نو په طبي درملني سره امكان نه لري ، نوباید د ناروغ افت و هللي دسام د جراحى عملی په ذريعه عوض شي .

٦- د زړه عدم کفائي د تاسيس په صورت کي درملنه د اكسىجين ، مدرر ، دېجيتالizer او د او بوا او سودېمو په محدودولو سره کېږي .

٧- د پینتورگی حاد عدم کفایی دتاسس په صورت کې دهغی اهتمام نیوول دی ٨ - د  
chorea په صورت کې د ناروغ والدېنو ته داوه ورکړل شئ چې دا یوه داسي ستونزه ده  
، چې خود په خوده بنه کېږي او د chorea نبې اوښانې د التهاب ضد درملو د  
مستحضراتو اوستروید په مقابل کې نبې خواب نه وايې ، تقویوي درملنې کې  
استراحت او په درملو کې هالوپریدول، د بازیپام او کاربامازیپین د اغیزمنو درملو  
څخه دې (٢: ٤٣٨)

٢-٨-٦. اختلاطات : ۱- زره والونونقصانات ، ۲- اتناني اندوکاردپتس،  
chorea-٤ ، carditis-٣

٥- دزره احتقانی عدم کفایی ٦ - او داسي نور (٧: ١١٤٤) ، (٣: ٢٧٢)

٢-٨-٧. وقايه : له حادي مرحلې ددرملنې څخه وروسته دناروغې دنکس څخه  
وقايه ده . a- لومړنۍ وقايه : دناروغانو دستونې اتنان دلاندي درملولکه  
بینزاتین پنسیلین پروکاین پنسیلین، پنسیلین وي، اموکساسیلین، امپیسیلین او  
اریترومایسین په ذريعه ١٠-٧ ورځواید تداوی شي تر خود ناروغې دلومړنې  
حملی څخه مخنيوي وشي .

b- ثانوي وقايه : دناروغې دلومړۍ، حملی څخه وروسته دناروغې دنکس څخه  
ژغورنه د بینزايل پنسیلین ، ٢-٦ ، ٠، ١ ملیون یونیته داخل عضلي یوئل هر ٤-٣  
اونې وروسته ، سلفادپازين ٥٠٠-٥٠٠ ملی ګرامه یوئل په ورځ کې، خولي له  
لاري پنسیلین وي ٥٠ ٢ ملی ګرامه هر ١٢ ساعته په ورځ کې او خولي له لاري  
اریترومایسین ٢٥ ملی ګرامه هر ١٢ ساعته په ورځ کې درملو په ذريعه کېږي .  
(٧: ٢٧٣) ، (٣: ١١٤٤)

٢-٨-٨. ازار : د ناروغې ازار د ناروغ عمر ، دناروغې په اوله حمله کې د کلينيکې  
نبیوشتون، دزره دافتاتو موجودېت، زره افاتو پرمختګ، درملنې او د حملو شمیرا او

شدت پوري اره لري . هغه ناروغان چې په مقدم ماشومتوب دوره کي carditis پيداکړي اتزاري و خيم دي . په اتكلي ډول هغه ناروغان چې په اوله حمله دناروغى کي carditis پيداکړي ، ۷۰ % ناروغان يې پرته دزره دناروغى له کومې نقیصي بنه کېږي اوکه اوله حمله ډېره شد بده او carditis ولري نود ناروغ زره دماوف پاتيک ګډو خطرشتون موجودوي، ۷۵% هغه ناروغان چې اولني حمله يې دحادروماتيک تبي ناروغى تيره کري وي ددي ناروغان دژوند په دوران کي بياخلي ديو ياخو حملود ناروغى دبیرته ګرځیدو چانس شته ، په او سنې وختونو کي داغيزمن اتي بيوتick شتون، ټولنيز اقتصادي حالت بنه والي ، ددسامونو پرمختللي جراحې عملېي په ازارو کي دملاحظي وړ اصلاحات راوري دي . دناروغ مرینه معمولان دناروغى په حاد او و خيم ډول کي واقع کېږي . (۱۱۴۴: ۷، ۲۷۳: ۳)

- ۱-۹-۲. شاك : شاك يو حاد سندروم دي چې د قلبي وعايي څواک د بې کفایتي او د دوراني سیستم د وظيفوي خرابولي له کبله چې نه شي کولاي، ترڅو د حیاتي غرو میتابولیک اړتیا پوره کړي منحثه رائحي . د شاك ډولونه او لاملونه يې عبارت دي له :
- ۱- هایپوالومیک شاك، ۲- distributive شاك، انافیلاکتنيک، نیورو جنیک، سیپتیک، دوایي توکسیستي)، ۳ - کاردو جنیک شاك (زره ولادي ناروغى، دزره اسکیمیا ناروغى، تیمپوناد،
- ۴ - انسدادي شاك (سبرو امبولیزم) او ۵ - نورو لاملونه لکه پانکراتیتس، فوق الکلیوی غدي عدم کفایه) خخه دي . (heat stroke ۱۱۴۸: ۲، ۷۱۵: ۹)

۲-۹-۲. په ماشومانو کې د ويني د فشار اندازه گيري : د شرياني ويني فشار اندازه گيري مونږ کولاي شو چې د متئه د پورتنى او يادلينگي د پورتنى برخې خخه اندازه گيري کړو خود بنې ويني فشار د

معلومولپاره ماشوم ارام وي . د ويني د فشار د آلۍ cuff دمت یا د لينگي دوه پر دريمه برخه کې تاوکړوا cuff بايد کلك ونه ترو، د نوي زېږيدلې ماشوم لپاره مناسب سايز cuff ۵،۳ ساتتي متراه . خوان ماشومانولپاره ۷-۵ سانتي متراه او د غټه ماشومانولپاره ۱۲-۷ ساتتي متراه . وروسته cuff ته وروهوا تر متوقع سیستولیک ویني فشار لپاره داخلوو او وروسته وروهوا بيرته خارجوو، په دې وخت کې بر اخیل نبض جس کووکله چې نبض جس شو همدي نبض جس ته د ويني سیستولیک فشار وايې وروسته د مکمل هوا د خارجیدو خخه بیا cuff ته وروهوا تر سیستولیک فشار جس پوري داخلوو په دې وخت کې کله چې وروسته وروهوا خارجولومړي، او از چې دستا تسکوپ په د بافر اګم کې او رود ويني د سیستولیک فشار خخه دی. هوا خارجیدل تر هغه وخته پوري دوام ورکووچې او از او ریدل ورک شول دی ته د ويني د باستولیک فشار وايې او په نويوزېږيدلو ماشومانو کې د ويني د فشار د معلومولپاره د flush method خخه ګټه اخيستل کېږي .

لاندې ۳-۲ جدول نارمل د ويني فشار رابني . (۱:۵، ۴:۵)

عمر	دويني نارمل فشار (mm Hg)
نوي زېږيدلې ماشوم	۳۵/۳۶
تر یو کلن پوري	۵۵/۸۰
تر پنځه کلن پوري	۶۰/۸۵
د پنځو خخه تر پنڅلس کلن پوري	۷۰/۱۱۰-۱۰۰

۲-۹-۳. ایتوپتوجنیس: شاک در ی مرحله لری (معاوضوی، غیر معاوضوی او غیر رجعي)، چې د پورتنيو اسبابو له کبله کله چې هایپو پرفیوژن په نتیجه کې هایپوکسیا منحنه راخی نو په حجراتو کې په krebs cycle کې د پایرویک اسیدا و لکتیک اسید جوړونه پیل کوي او په پای کې لکتیک اسیدوزس منځ ته راوري، انسانی بدن د حیاتي او عیود بستر د مناسب او کافي پرفیوژن ساتلو او اکسیجن رسولو لپاره خو تنظیم کوونکې (باروریسیپتور، کېموریسیپتور، هیمورال ریسیپتور او رینین - انجوتینسین او الدوستیرون) سیستمونه لری، چې پورتني نقيصه جبیره کړي چې په لاندې ډول تري يادونه کوو. بارو رسپیتور د شرياني فشار Pulse pressure mean يا کمپلوا په پایله کې د carotid sinus او د aortic arch د بارورسپیتورونو د تنبه کموالي منځ ته راخی چې وروسته vaso motor centers د نهی په واسطه داویو تقبض منځ ته راخی، چې د اسکلیتي عضلاتو او جلدی او عیوپه بستر کې شد بد وي په داسې حال کې چې جريان د بنفسه ی تنظیم په ذریعه په دماغ، coronary او پنستورګې دوران کې دزره د حرکاتو په زیاتیدوسره محفوظ وي. کېمورسپیتور زد فشار کموالي، د موضعی نسج د هایپوکسیا، پرفیوژن کموالي د اسیدوزیس سبب کېږي، چې په نتیجه کې د کېمورسپیتور د سیگنال زیاتوالی لامل چې په خپله وار کې د تنفس د تنبه، دوازو کنستېرکشن او دزره د ظایفو یا حرکاتو د زیاتوالی سبب کېږي، چې تر خو یو خه اندازه نقيصه جبیره کړي، هیمورل رسپیتور فشار او پرفیوژن د کموالي له کبله د ادرېنل مېډولا او د سیستمیک adrenergic nerve دنهایاتو خخه د اپي نفرین او نار اپي نفرین افرازو لامل او د وازو کنستېرکشن، انوتروپیک او کرونوتروپیک اغېزو سبب کېږي. همدارنکه د وازو پریسین افراز د خلفي نخامي غدي خخه د او عیو کنستېرکشن او داوبو د دوباره جذب لامل کېږي، چې تر خو یو خه اندازه فشار لورا او

پرفیوژن کې زیا توالي راشی . رینین انجیوتینسین الدېسترون سیستم د پښتور گو د پرفیوژن کموالی، د پښتور گو د جګستا گلومیرولر حجراتو خخه د رینین د افراز سبب کېږي . رینین دانجیوتینسینسونجن بدله دل په انجیوتینسینسین یوباندي زیاتوي چې وروسته دانجیوتینسین کنورتیننگ انزايم په شتون په انجوتینسین دوه بدله بې . انجیوتینسین دوه یوقوي vaso constrictor دې، چې د الدېسترون افراز تنبه کوي او په پښتور گو کې د سودېم جذب د زیاتوالي لامل گرئي تر خو چې د پښتور گې پرفیوژن بنه کړي خود معاوضوي مرحلې دنا کاميدو په صورت پرفیوژن کموالی دوا م او اسکېمیا په تیجه کې غیر معاوضوي مرحلې ته پرمختګ کوي ددی مرحلې ددوا م سره غیر رجعي مرحلې ته داخل او د مرینې کچه لوړېږي .. (۷۱۵: ۲)

#### ۴-۹-۲ د شاک د ډولونوکلینيکي بنه

په هیپو والمیک شاک کې ناروغ تکي کاردېا ، هایپو ترمیا ، اطراف یې خر ، شعريه عروقو د ډکې د وخت د دوه ثانيو خخه او بد وي ، د شعور کموالی ، کله چې ۲۵ د وينې حجم کې کموالی راشی د وينې فشار کموالی ورسره وي په Distributive shock کې ناروغ تکي کاردېا، تې، دېستولیک فشار تیت، سستولیک فشار لې لور یا نارمل وي ، د تشو متیازو out put لې، د شعور خپپتیا او د محیطی نبض او یا د ادرار کموالی د  $\text{ml/kg/hr}$  اخخه موجود وي نو مور ته سپتیک شاک په ګوته کوي . هایپوتیشن د سیپتیک شاک د اخرو علايمو خخه دي کېداي شي چې شتون ولري او یا هم ونه لري . په کاردېوجنیک شاک ناروغ کې تکي کاردېا ، بدن یې يخ وي ، اطراف یې خر ، شعريه عروقو د ډکې د وخت د دوه ثانيو خخه او بد وي ، د شعور کموالی سبو اذیما او د وينې فشار کموالی موجود وي .

**لائدي ۴-۲ جدول کې د شاک د دريو مراحلو نېبو خلاصه رابنيې (۱۰۸: ۷۱۶)**

كلينيكي حالات	معاوضوي	غير معاوضوي	غير رجعي
دماجي حالت	خوخول يا confusion	Drowsiness	عكس العمل خواب نهوي
زره درجه	تكې کاردېا	خرگند تکې کاردېا	بردي کاردېا
تنفس	نارمل یا خفيف tachypnea	Tachypnea او Apnea او اسيدووزس	آسيدووزس
پوستکي او د شعرېه عروقو د کېدو وخت	زيات	پېر لې	پخ او سيانوتيك
ادرار حاصل	کافني	اوليګوپوريا	انيوريا
ويني فشار	نارمل	هايپوتension	ياداشت قابل نه دی

**۵-۹-۳. لبراتواري کته:** داتسان دارزيابي له پاره ESR، CRP، WBC معاينه کوو، د DIC دارزونې له پاره Platlet کچه او فيبرينوجن معاينه کوو، د adrenal cortisolo د وظایف معلومولو لپاره

ACTH، د تعين پذريعه کوو، د هيگردد وظایف معلومولو لپاره د هيگردد وظایف توست او د تحاري فكتورونود تعين پذريعه معلوموو، د پښتوري گود وظایف معلومولو لپاره BUN، کرياتنين، باي کاربونيټ او د سيروموسوديم تعينوو، داتسان د ثبیت لپاره دادرار، ويني او د اسي نوروخایيونود کلچريز دريعه سره معلوموو او نور معاينات لکه د lactate، الیکترولایتونو، د مگنیزیم، کلسیم او فاسفیت د معلومولو په ذريعه د شاک اسباب او اختلالات معلومولې شو (۷۱۶: ۲)

**۶-۹-۴. تشخيص:** په تاریخچه کې هغه اسباب چې هايپوالیمیک شاک موبه ته رابنيې عبارت دي د مایعاتو ضیاع او د مایعاتو لې اخیستلو خخه دي په فزیکي معاينه کې مخاطي غشا وچه وي، او بنسکې موجودې نه وي، د ادرار put out لې وي نور خصوصيات يې د پرفیوژن کموالي د شعرېه عروقو په دوباره د کېدو کې تاخرد

محیطی نبضونو بنکته کېدل او د رنگ ضعیفوالی بنیې په لابراتواری کېنو کې د وینې یوریا او په لړه اندازه کریټپنین لور وي او د یوریک اسیداندازه لوره وي. په Chest x ray کې (a small silhouette) رابنیې، په کاردپو جنیک شاک ناروغانو کې یو مرمر، د زړه اضافي غړونه، (S ګالوپ)، د (DVP) لوروالی، د حیکر غټموالي او (Friction rub) موجود وي، د مرکزي ورید فشار معمول لور وي په اکسری کې (a large silhouette) او پلمونري اذیما تشخیص وضع کوي.

(۶۴۰: ۳)، (۷۱۵: ۲)

**۷-۹-۲ درملنه:** درملنه بنستاً د شاک د نوعې پوري اړه لري په هایپوالیمیک شاک کې ایزوتونیکو مایعاتو ورکړه اصلی تداوی ده. په کارډیوجنیک شاک کې درمل ضروري ده. د کارډیوجنیک شاک په بعضی مواردو کې د کموالي د استعمال په واسطه ممکن ګتمور ثابت شي. د مایعاتو درملنه: په حاده مرحله کې کرستالیدونه انتخابي مایع ده خو که چېري د مایعاتو پېږزيات ضرورت وي، کلويدونه لکه (دیکستران ۵٪، البومن، جیلاتین او Packed RBC ۱۰ ml/kg) هم استعمال کېداي شي. نارمل سلاين او رینګر لګتیت غوره مایع ده، چې د Bolus شروع شي، چې د زړه د دهاني د کلینيکي حالتولکه د شعریه عروقود کېدو وخت، زړه د حرکات اندازه او sensorium سره بنه شي. چې پورتنې مقدار چې په سرعت سره د ۵ نه تر ۱۰ دقیقو په موده کې ورکړل شي که چېري د توجه وړ پرمختګ یا بهبود ونه ليدل شو، نو د ml/kg - ۴۰ ml/kg په Bolus ډول باید بیا څلی ورکړل شي. د درملنې لپاره د deficit ۴۰ ml/kg ۶۰-۴۰ ml/kg بولس ۶۰ مایع ته ضرورت وي. هغه مریضان چې په اول ساعت کې د intubation باشد په سرعت باندې ورکولو سره خواب نه وايې نو موښ ته مقاوم شاک په ګوته کوي. چې بايد ورته Support inotropic ورکړل شي نوداسي مریضان او

میخانیکی تهويي او نظارت ته ضرورت لري. داگانو استعمال: Vasoactive دوپامين د شاك لپاره داتخابي انتروريك په حیث دلور output او تيit سیستيميك او عيو مقاومت سره په دواړو نوي زېږيدلو ماشومانو او کوچنيانو کې قبول شوي درمل د ډوپامين د microg/kg/min ۰.۵ دوز سره دزره دهانه زياتوي. د ډوپامين وعايوی تقبضي Vasoconstrictor تاثير د microg/kg/min ۱.۵ اڅخه پورته دوز کې بنکاره کېږي داپي نفرین تيit دوزته دلومرنۍ ليکي په حیث په Warm هايپودېناميک کې ترجيح ورکړي.

Inotropic therapy: ډوبوتامين او منځني دوز د ډوپامين په کاهلانو کې دلومرنۍ ليکي دواګاني دې مګر ماشومانو کې کېداي شي لړ ځواب ورکړي. داپي نفرین انفيوژن د ډوپامين او ډوبوتامين سره مقاوم شاك کې ګټوردي اپي نفرین کېداي شي

دلومرنۍ ليکي دواپه حیث په Cold هايپودېناميک شاك کې استعمال شي. په ماشوما نو کې چې د ويني لور فشار ولري د تيit قلبې دهاني حالت اولور وعايوی مقاومت سره د فاسفوره اي ايستريز-3 Type نهی کوونکو استعمال د اپي نفرین او وازو ډالټور با وجود باید په نظر کې ونیول شي.

Cyclic AMP زياتوي او د زړه وعايوی نسج کې د الفارسيپترونو تنبه کوونکې تاثيرات تقویه کوي. دغه دواګاني باید د تکې اريتميا، هايپوتنسن ياسستميک وعايوی مقاومت کميدو دلومرنۍ علامي په ليدلو سره قطع شي. د او عيو د توسع ورکوونکو بواسطه درملنه: د او عيو توسع کوونکې درمل په هغه ناروغ ماشومانو کې چې هايپودېناميک شاك کې وي یاد لور سستميک وعايوی مقاومت سره د مایعاتو او inotropic support با وجود استعمالېږي.

اسید، قلوی او میتابولیک حالات: که چربی پرفیوژن او وینتیلیشن مساعد نه وی، دسودبم بای کاربونیت سره تداوی نادرآد شریانی وینی PH ساتلای شی.  
نودا باید دیو موقتی او فوری تداوی په حیث په نظر کې ونیول شی چې د زړه د عضلي وظیفه نښه کړي هغه هم هغه وخت چې د وینی PH د ۷،۲ خخه کم وي د اسید بیز هیموستازس نښه کولولپاره دورانی او اکسیجنیشن نښه کېدلو سره کېږي هایپوگلاسیمیا او هایپوکلسیمیا باید په چټکې سره تشخیص او اصلاح شی او د عود د مخنيوی لپاره یې کوبنښ وشي.

دانتی بیوتیکو توصیه: دیوې بنې تیجې د تراسه کولولپاره دا مهمه ده چې مناسب انتی بیوتیک په لومړنی وخت او کافې دوز سره هغه ماشومانو ته چې سپتیک شاک کې وي ورکړل شی.

نو ماشوم ته هغه انتی بیوتیک ورکول کېږي چې ګرام مثبت او ګرام منفي باکتریا تریونښن لاندې نیسي. لکه: دریمه درجه سفالوسپورېن او وانکومایسین.

د منبعی کنترول لپاره که چربی ماشوم کې د pus تجمع موجود وي لکه abscesses ، empymathoracis په رخوه انساجو کې نو باید تخلیه صورت ونیسي.

د سترویدونور کړه هغه ناروغانو ته چې د کتیکول اماين سره مقاوم شاک یا مشکوک اویا ثابته شوي ادرینال غدي عدم کفايې باندې اخته وي ورکول کېږي (۱۹۴: ۷۱۶ - ۷۱۸)

۲-۹-۸. اختلالات: اختلالات یې عبارت له شعور ضیاع ، کوما ، مرینه ، پنستورگی عدم کفايې ، زړه دریدل ، لکتیک اسیدوزس ، تحشری ابنارملتی ، تنفسی عدم کفايې ، ځیګرۍ وظایفو خرابوالی او دا سې نوروڅخه دی . (۱۹۴: ۸)

۲-۹-۹. انزار: د شاک انزار د شاک د بنسټیز لامل او د اختلالاتو وسعت او شدت پوري اړه لري هایپووالمیک ، نیوروجنیک او انافیلیکتیک شاکون درملنه یې که

چېري په چېکۍ سره وشي د طبې درملنۍ سره بنه خواب وايي اما د septic shock اتزار بنه نه دی.

د اخکه چې د مرینې کچه يې په ۱۹۶۰ کال کې د ۹۰٪ خخه د پره وو او اوس د مرینې کچه يې د ۸-۹٪ پوري تېته شویده، همدارنګه د هاپيو واليميك شاك په ځنډ درملنې د مرینې او د مختلفو اعضاوود عدم کفایي کچه لوروي . (۸ : ۱۹۴)

## لنډيز

د زړه ولادي ناروغۍ د ټولو ولادي ناروغۍ ۳۰٪ جورووي په هرو زرو نو یوز یوې دلو ماشومانو کې د زړه ولادي ناروغۍ ۸-۶٪ پېښې راپور ورکړل شوي دي د زړه ولادي ناروغۍ په دووډولونو cyanotic او a cyanotic سره تظاهر کوي، چې د زړه a potent ناروغۍ معمول ډولونه يې عبارت له اذينې پردي نقیصه، ductus arteriosus' بطيئې پردي نقیصه، اورتیک یا پولمونزې والونتونکوالي او coarctation of aorta خخه دي. او د زړه cyanotic تترالوجي اف فالوت، لویوشريانونو د وضعیت بدلون، تراي کسپید او پولمونزې والونواتريزيا او truncus arteriosus خخه دي. قلبې احتقاني عدم کفایي د یوکلينيکي حالت خخه عبارت دي، چې زړه نشي کولاهي، چې د استراحت او یاد د په حالت کې قلبې دهانه د وجود د استقلابي ضرورت لپاره په کافي ډول وسا تي 'په CHF کې دري اساسې نښې (cardinal signs) دی، چې عبارت دي له زړه لویوالی، چې که ساه ایستنه او څيګر لویوالی خخه دي. د زړه عدم کفایي د درملنې لپاره خلور طرفه منګولي لګول په کاردي، چې یود زړه د کار کموالي، دویم قلبې عضلي د تقلص زياتولي، دريم زړه سايز کمول او خلورم د لامل درملنې یا اصلاح کول خخه دي. ریوماتیک تبه یود ایمینولوجیک بي نظمي خخه دي، چې بدن د ګروپ A بیتها هیمولایتیک ستریپتوکوک اتنان په مقابل کې انتی بادې جورووي او دا انتی

بادې د بدن دزره ، دویني داوعيو ، بندونواود مرکزي عصبي سيسىتم د منضم نسج سره د عکس العمل په نتيجه کې ریوماتیک تبه منځ ته راپری . ریوماتیک تبي ددپرو مختلفو اعراضو او علايمو سره ملګري او کلينيکي لوحه يې دستوني درد او تبي خخه عبارت ده ، چې دستريپتوکوك اتنان له امله منځ ته رائي وروسته ۱۰ ورخي او يا خواوني بيا د ناروغۍ د دوباره گرځيدو د تبي او ریوماتیک ناروغۍ د نورو مختلفو کلينيکي نښوانښانو سره رابنکاره کېږي . د ناروغۍ د تشخيص لپاره چې د قلبې وعابې څواک د بې کفایتي او د دوراني سيسىتم د وظيفوي خرابوالې له کيله چې نه شي کولاهي ، ترڅو د حياتي غړو ميتابوليك اړتیا (اکسيجين او مغذي مواد) پوره کړي ، منځته رائي .

## پونتنی

- ۱- د زره ولادی ناروگی په خو ډوله دی واضح یې کړئ؟
  - ۲- سندروم حه ته وايې شرحه یې کړئ؟ essenmenger
  - ۳- د زره عدم کفایې انتزاري ځنګه دی تشریح یې کړئ؟
  - ۴- ریوماتیکې تبی مساعد کوونکې فکتورونه کوم دی واضح یې کړئ؟
  - ۵- ریوماتیکې تبی د اختلاطاو نومونه وواياست؟
  - ۶- شاک خو ډلونه لري شرحه یې کړئ؟
  - ۷- شاک درملنه خه ډول ده واضح یې کړئ
  - ۸- شاک خو مرحلې لري یو د لاندنسیو خخه صحیح دی په نښه کړي ؟
- الف : درې مرحلې لري                          ب: څلور مرحلې لري
- ج: پنځه مرحلې لري                          د: شپږ مرحلې لري
- ۹- یوه د لاندنسیو خخه د زره عدم کفایې په درملنه کې شامل نه دی په نښه کړي دی؟
- الف : د زړه د کار زیاتوالي                          ب: قلبې عضلي د تقلص زیاتوالي
- ج: زړه سایز کمول                          د: دلامل اصلاح کول
- ۱۰- لاندې صحیح جمله په (ص) او غلطه جمله په (غ) سره په نښه کړي ؟
  - ریوماتیک تبه یود ایمینولوجیکې بې نظمې خخه ده .
  - د زړه ولادی ناروگی په دوو (سیانوتیک او غیر سیانوتیک) ډلونو سره تظاهر کوي

## مأخذونہ

- 1-Akbar khan , Pervez .(2002).BASIS OF PEDIATRICS. 8<sup>th</sup> Edi, Lahore Carven Book Centre Pakistan.PP.345,5,108.
- 2-Ghai.O.P, Vinod .K, Paul ,Arvind .Bagga. (2009) . ESSENTIAL OF PEDIATRICS . 8<sup>th</sup> Ed,New Delhi Bangalore ,CBS Publishers And distributers Pvt LTD.PP.396,715,716.
- 3-Gupte Suraj.(2001).THE SHORT TEXT BOOK OF PEDIATRICS,9<sup>th</sup> Ed.New Delhi,Jaypee Brothers.PP.273,640.
- 4-Hay.W.W,Hayword.A.R,Levin.M.J (2012),CURRENT OF PEDIATRICS DIAGNOSIS AND TREATMENT.21th ed .USA.long medical book.P.576.
- 5-Haneef.S.M, Maqbool Sajid.etal.(2016).TEXTBOOK OF PEDIATRICS,8<sup>th</sup>.ed  
.printed by paramount books (Pvt) Ltd.P.4.
- 6-Hutchison.James H, Cockburn. Forrester,(1989).PRACTICAL PAEDIATRIC PROBLEMS,6<sup>TH</sup> Edi,Printed by Singapore National Printers(pvt) Ltd.P.318.
- 7 – kliegman. R. M, Behrman .R .E, Jenson .H. B . ( 2007 ) ,NELSON TEXT BOOK OF PEDIATRICS, 18<sup>th</sup> Ed , Vol –I “Saunder Company.P.1144 .
- 8-Kliegman. Robert. M, Marcdante. Karen.J,etal,(2006).NELSON ESSENTIALS OF PEDIATRICS.5<sup>TH</sup> Edi.Printed by Saunders an Imprint Of Elsevier. P.194.
- 9-Parthasarathy.A,etal,(2009). IAP TEXTBOOK OF PEDIATRICS .4<sup>TH</sup> Edi, Published by Jaypee Brothers Medical Publishers (Pvt) Ltd.P. 1148
- 10-Rudolphs.Abraham.M.(1991).RUDOLPH’S PEDIATRICS,Printed by Apletion and Lang. P.403
- 11- Singh Meharban. (2016).MEDICAL EMERGENCIES IN CHILDREN,5<sup>th</sup> Edi,Printed by CBS Publishers And Distributers . Pvt . Ltd.P.¤ ¤

## درېیم خپرکي

### دوینې ناروغى

دوینې د جورې دو انساج (هیماتوپویتیک حجري) په ریشم کې د mesanchymal طبقي خخه منشه اخلي، د داخل الرحمي ژوند په ۲-۳ اوئنیو کې خون سازی د yalk sac خخه پیلیپري او د داخل الرحمي ژوند په شپږمې اوئى کې د خون سازی دنده ئیگر او تورى پر غاره لري وروسته د خون سازى دنده په کراره د ئیگر او تورى خخه مخ عظم ته انتقالیپري. دزېپيدو په وخت کې د هلهوکې مخ عظم دېږي برخه او لېډه برخه reticulo endothelial سیستم د خون سازى دنده لري وروسته د ماشومتوب HbF، بلوغت دوره او بالغ کس کې د خون سازى دنده د اوړدو هلهوکو مخ عظم لري. د داخل الرحمي ژوند په اتمه اوئى کې د تول هیموګلوبین ۹۰٪ برخه جورپوي وروسته په کراره په یو باميعاده ماشوم کې د HbF کچه ۷۰٪ او با لاخره په یو کلنۍ عمر کې کچه د ۲٪ خخه لېډه وي. HbA شمبر په اوله کې لې او تري یو کلنۍ عمر پوري ۹۵٪ ته رسپيرى. او HbA<sub>2</sub> کچه هم تري یو کلنۍ عمر پوري نارمل حد ته رسپيرى او د هیموګلوبينو دنه جورپدو او ضياع له کبله کم خوني منځ ته راخي. په دې فصل کې د وینې ناروغى لکه تغذې پوري اړوندکم خوني، تلاسيميما، ITP، هيموفيليا، G<sub>6</sub>PD، اپلاستيك انيميا او ليوکيميا پېژندنه، نښې اوښانې، تشخيص او درملنى خخه يادونه کېږي.

### ۱-۳. دوینې کموالي ته دنې دې کېدولار او په تغذې پوري اړوندکم خوني

۱-۱-۱. تعريف: کله چې په وينه کې د هیموګلوبين ياد هیماتوکربت کچه د نارمل کچې خخه لېډه وي د کمخوني په نوم ياد بېږي. يا په بل عبارت که د هیموګلوبين کچه د شپږ میاشتنې عمر خخه تر شپږ وکالونو عمر پوري لـ ۱ gm/dL شخه بنکته او په

نویو زیرپدلو ماشومانو کې له ۱۲ gm/dL خخه بىكتە شي، نو انىميايا كمخونىي بىلل كېرىي د كمخونيو پېبنىي په بىاري ماشومانو کې ۷۱% او په اطرافي ماشومانو کې ۸۴% او په عمومي ډول په تولو ماشومانو کې ۷۹% تخمین شوي دي . د هيموگلوبين نورماله كچە نظر عمر ، جنس، نژاد او جغرافيو موقعيت پوري فرق كوي ، هغه خلک چې په لوره ئايونو کې او سيرې د هغوي د HB كچە نسبت د تېتىو سيمو او سيدونكوه زياته وي. د جنس له مخي نارينه د بىخۇپه پرتلە لور اندازه HB لري او يە تور پوستكىي نظر سېين پوستكوتە د HB كچە تېتىه وي . په ئىنۇ حالاتو کې د وېنىي غلظت په كاذب ډول سره لورېرىي . لكه په دېهايدريشن کې او ددى برعكس د CHF په حالت کې وينه رقيقه شي يعني د HB كچە په ناسم ډول سره تېتىه شي ..

( ۳۳۰: ، ۴۳۷: ۳ ) ، ( ۴۳۷: ۸ ) ، ( ۲۰۰۳: ۸ )

**۳-۱-۲. ډلونه : د RBC د مورفولوزي له نظرە د كمخونيو تصنيف بىندى**  
 ۱ مايكروسايتىك/هايپوكروميك (مزمن اتنان، او سېنىي كموالي، مسو كموالي، سربوتىسمم ، سيدروبلاستوزس) ۲ ماكروسايتىك /هايپوكروميك (فيتامين B<sub>12</sub>، كموالي ، فوليت كموالي ، تيامين كموالي ، هايپوتايروديزم او مايلود بىسپلازيا، فيتامين B6 كموالي) ۳ نارموسايتىك/نارموكروميك (دوينيدتوليد كموالي، ليوكېميا، اپلاستيك كمخونىي، ويني ضايعات)

**۳-۲. د او سېنىي د كموالي كمخونىي: د او سېنىي د كموالي له كبلە په ناروغانو کې**  
 مايكروسايتىك /هايپوكروميك كم خونى منئته راخى چې په اتكلى ډول % ۳۰ دنېرى وگرى د او سېنىي د كموالي په كمخونى اختە دى او زياترە دا وگرى مخ پرودى هپا دونو کې ژوند كوي او پېبنىي په تې رودونكواو ماشومتوب دورى ماشومانو کې ديرى وي .

( ۴۳۸: ۳ ) ، ( ۴۳۸: ۸ ) ، ( ۲۰۱۴: ۸ )

۳-۲-۱. ایتوپوجنیس: د اوسبنی دکمخونی لاملونه د اوسبنی د ذخیره کموالی په Low birth weight ، غبرگونی ماشومان ، داوسبنی کم اخیستل ، اوسبنی د جذب کموالی ، داوسبنی ارتیا زیاتوالی ، بنکاره یا پت ډول سره د وینی ضایع کېدل او د اوسبنی د میتابولیزم خرابوالی خخه دی. څرنګه چې په خورو کې یواخې ۱۰٪ اوسبنیه جذبیری ، نود ماشوم د ورځی د خورو د اوسبنی ارتیا ۱۵-۸ ملی ګرامو پوري ده. د اوسبنی منابع په پراخه پیمانه په نباتي او حیوانی خورو لکه غوبنه، څیگر، پښتوروگی، د هنگی ژپر، شنی پانې لرونکې نباتات او میوه جاتو کې پیدا کېږي. د حیوانی خورو اوسبنیه د Hem-iron په ډول چې جذب یې اسانه او د نباتي خورو اوسبنیه د Non-hem-iron په ډول ده، چې جذب یې لړدی. یوشمیر فکتورونه لکه اسکوربیک اسید ، غوبنه، د چرګ غوبنه، ماهی او نور بحري خواره ، تیت PH ، لکتوز، هایدروکلوریک اسید ، امینواسیدونه لکه هیستیدین سیستین او لایزین، د Non Hem Iron جذب د امعاوه خخه زیاتوی او یوشمیر نور فکتورونه لکه فاسفیت، فیتات، کلسیم، تانیک اسید او کاربونیت مالګې په غذايی رژیم کې د Non Hem Irons جذب له امعاوه خخه منعه کوي د اوسبنی جذب د امعاوه په اثنا عشر او پورتني جیجینوم کې صورت نیسي اوسبنیه په کولمو کې د دوو فعالو او دریم د دېفۇڙن میکانیزم په بنسته جذبیری اوسبنیه په پلازما کې له یو ډول پروتین سره چې اپو فیریتین نومیری یوځای او څیگر ته انتقالیبی. په څیگر کې په فیریتین چې د اوسبنی ذخیره ډول دې جو پرېږي او په RES (څیگر، د هډوکو مغز او طحال) کې ذخیره کېږي. یواندازه اوسبنیه د هیموزیدرین په ډول هم ذخیره کېږي. ، چې بیا اوسبنیه له ذخایرو خخه د یو ډول پروتین په ذریعه چې ترانسفرین نومیری هر مالیکول یې د اوسبنی دوه اتومه د استعمال خای ته انتقالوي چې د ترانسفرین دغه طاقت ته Total Iron Binding Capacity وايي .

ترانسفرین ریسیپتورد او سپنی ایون له ترانسفرین خخه جلا او سرو حجراتو ته يې داخلوی وروسته هیموگلوبین او سری حجري جوریبی د پورتنيو لاملو له کبله داویکی کمولی په تیجه کې هیموگلوبین نه جوریبی او کمخونی منحّته راوري .

( ۳: ۴۳۹، ۲۰۱۵: ۸ )

**۲-۲-۳. کلینیکی بنه:** ناروغان په عمومي ډول ستري ستومانه، خوب ډېر کوي، تي رو دونکي ماشومان د تي رو دلو په وخت کې ژر ستومانه کېري نسبتاً غت ماشومان په لوبو کې برخه نه اخلي د بنوونځي د عمر ماشومان له بنوونځي سره کمه علاقه نسيبي ناروغان خاسف معلوميږي

د زده کړي قابلیت يې کمزوری وي، وده او ارتقاء يې اکثراً ضعيفه وي. خوکله چې د HB کچه له gr/dL ۶ خخه بشکته شي نو په ماشوم کې عصبي اعراض لکه مخرشيت، بي اشتھائي، قلبي اعراض لکه تکي کارديا، زړه لویوالی، سیستیمیک جريان مر او CHF پیدا کېدای شي. په ۱۳ فیصده پېښو کې د ناروغانو توری هم غتیبری د ناروغانو پوستکي خاسف وي چې په شد بدې کمخونی دلالت کوي د ناروغانو نوکان نازک، جلا داره، پر سطحه يې او بدې کربنې، منح يې ژور او خنډي يې پري راپورته وي چې د قا شقۍ منظره، چې ورته Koilonychia وايې .

▪ Angular stomatitis



▪ Koilonychia



۱- تصویر د خولي دقرحاتو او د نوکانو د قاشقي منظره راښبيئ . ( ۱: ۱۲۶ )

ناروغان په متکرر ډول سره په انتان اخته کېږي. ناروغان هفو شیانو ته چې د خورلو وړنه وي د خورلو میلان پیداکوي، چې دغه حالت ته pica ويل کېږي د شایسته یې موادو خوراک ته (amylophagia) د يخ له خوراک سره مينه (pagophagia) او د خاورو له خوراک سره مينه (geophagia) ويل کېږي. په هضمی سیستم کې ساختمانی بدلونونه منځته راخي. د ماشومانو درې پاپیلا اتروفي کوي يا اتروفيک ګلوسایتس او انگولرستوماتیتس منځته راخي د امعاوو مخاطي غشاو کې بدلونونه پیدا او سؤجذب منځ ته راخي . . ( ۳: ۴۴۰، ۸: ۲۰۱۶ )

**۳-۲-۳. لابراتواري کتنې:** د وینې معاینات: د وینې HB باید اندازه شي ځیني وخت HDL gr/dL ۳ خخه هم رابنکته کېږي. د وینې سرو کرييوو حجم منځني کچه او HB (MCH, MCV) له نورمال حالت خخه کم وي، چې سره کرويات مایکروسایتیک او هاپوکرومیک وي د سرو کروياتو په ډول کې تغیر موجود وي (poikilocytosis) او هم یې په جسامت کې تغیر موجودوي (anisocytosis) او همدارنګه په ۲/۳ پیښو کې د RBC نیم زوند کمېږي او هم RBC شمېره کمېږي WBC پکې نورمال او کله کله پکې ترومبوسايتوزس موجود وي. د وینې د سیروم ferritin سویه له ۱۰ ng/mL د خخه بنکته وي (نورمال TIBC ۳۵ ng/mL، ۳۵ اندازه د  $\mu\text{g}/\text{dL}$ ) ۳۵۰  $\mu\text{g}/\text{dL}$  د خخه لورو وي د Heme مخکن پروتوبورفیرین د نورمال HB په نسبت د  $2,8 \mu\text{gm}/\text{g}$  د خخه پورته وي. د هډوکو د مغز Hypercellularity موجوده وي. اريترويد هايپرپلازيا پکې بنکاره وي، خوليکوسایتونه او میگاکاريسایتونه پکې نورمال وي IDA په مقابل کې مثبت او د تشخيص لپاره بهترین میتود Therapeutic trial د دی.. ( ۳: ۴۴۰، ۸: ۲۰۱۵، ۴: ۳۳۴ )

۳-۲-۴. تشخیص: د ناروگی، تشخیص دnarوگی، دنسنو اوښانو او لبراتواری معایناتو په ذریعه صورت نیسي.

۳-۲-۵. درملنه: د ناروگی، لامل باید پیدا او تداوی شي او سپنه له دریولارو خخه ناروغ ته ورکول کېږي.

الف: د خولي له لاري: د بنستېي او سپني اندازه  $6\text{ mg/Kg/day}$  - $3\text{ mg/Kg/day}$  په دري کسری دوزونو ورکول کېږي او په دغه مقدار ورکولو سره د HB اندازه  $\text{gr/dL/day}$   $4\text{ mg/Kg/day}$  زياتيري او سپنه له ويتامين سی سره بنه جذبيري، حکه چې ويتامين سی

Iron Fe  $^{++}$  Iron Fe  $^{+++}$  باندې ارجاع کوي، نو حکه د او سپني جذب له امعاوو خخه زياتوي او سپنه باید په خالي معده او ياد غذا په منځ کي تر  $4\text{ mg/dL}$  مياشتو پوري ورکول شي تر خود او سپني ذخيرې پوره شي او که په دوه او نيوکې تيجه ورنکره، نوبیا د مايكروسايتیک کمخونی د نورو لاملونو لټول په کار دي.

ب: د ورید له لاري او سپني ورکولو ته د عضلي له لاري په نسبت ترجيح ورکول کېږي حکه چې د وریدي او سپنومستحضرات محفوظ او تاثيرات يې بنه دي  $mg/150\text{ ml}$   $150\text{ ml}$  نارمل سالين سره رقيق او د انفيوژن په دول  $90-30\text{ mg/kg}$  موده کې ورکول کېږي.

ج: د عضلي له لاري د او سپني ورکول په تي رو دونکو ماشومانو کې مجموعي اندازه د ورخي  $50\text{ mg}$  او غټه ماشومانو کې تر  $100\text{ mg}$  پوري محدودېږي، اوله او سپني د پکستان کمپلکس مستحضر خخه ناروغ ته په gluteal عضله کې چې د پوستکې لې څه وحشي خوا ته (Z-method) په دول سره ژور زرقيري.

د ناروگي په لاندي حالاتو کې ويني ورکول استطباب لري.

۱: چې د HB سويه له  $6\text{ gr/dL}$  خخه بنکته شي.

۲: که چېري د کمخونی په سيرکي CHF پیدا شي.

۳: که د هايپوكسيا په سيرکي ددماغ وظایف خراب شي

۴: که چېري کمخونی له اتاناتو سره ملګري وي . (۱۰:۵۹۲)

### ۳-۲-۶. اختلاطات :

۱- ستومنتيا ۲- اتاناداحتمالی خطر زياتوالی ۳- زړه عدم کفايه

۴- ودي ستونتري

۵- اوداسي نوردي . (۳:۴۴۱، ۸:۲۰۱۶، ۴:۳۳۴)

۳-۲-۷. وقايه: د ماشوم د مورشيدې کافي اوسينه لري خود ماشوم لپاه تر خلورو يا شپږ میاشتو پوري کفایت کوي. او وروسته له هغه باید ماشومانو ته په کافي اندازه داسي خواره ورکړل شي چې له اوسيني خخه غني وي . که چېري د هوتلونو او کورونو خواره د اوسينه لرونکې مالګې په واسطه تقویه او غني شي نو د IDA د وقاېي له پاره به کافي وي . که د لابراتوار سهولت نه وي او په ناروغ د چنجيو اشتباه وي یو کورس د چنجيو درمل ورکړل شي . (۹:۶۹۹، ۶:۴۰۸، ۱:۱۳۱)

۳-۲-۸. انزار: که چېري درملنې په وخت وشی گوابسونکې اختلاطات نه پېښېږي د شدې دو اختلاطاتو د پېښې دو په صورت کې انزار بنه نه دي . (۸:۶۹۹، ۵:۴۱۳)

۳-۳. ميگالوبلاستيك ويتامين<sub>12</sub> کموالي کمخونی : د ويتامين<sub>12</sub> کموالي کمخونی د ميگالوبلاستيك کم خونی یونوعه ده، کله چې ويتامين<sub>12</sub> کموالي پېښې شي د ويتامين<sub>12</sub> د کموالي کمخونی منځ ته رائي، چې په کمخونی اخته ماشومانو کې د وينې سره حجرات له نورمال خخه غټې بنکاري . (۳:۴۴۷)

۳-۱. ایتوپتوجنیس: کی دا ویتامین د بدن په واسطه نه جو پری، نو باید په خواروکی واخیستل شي منابع یې حیوانی محصولات لکه غوشه، شیدی، هگی او نوردي. ورخینی ضرورت یې  $1\text{ gm/day}$  دی. جذب یې کله چې غذايی مواد په معده کې تو په تو په او کوبالامين ور خخه جلاکپری د معدي په داخل کې له سره یو کمپلیکس جوروی. کله چې دغه کمپلیکس اثناعشر ته ورسیپری هلتہ کوبالامین د gastric R-binder خخه جلاکپری او له داخلی فکتور سره یو خای کپری، نو په اسانی سره د کولمود جذب ساحی اخرنی ایلیوم ته رسیپری هلتہ مخصوصی اخذی دی چې د  $\text{IF}+\text{cobalamin complex}$  اپوري نسبلي او د ویتامین جذب اسانوی وروسته له هغه  $2\text{-transcobalamin}$  سره یو خای کپری او دوران ته خی او بیا حجراتو ته د  $\text{endocytosis}$  عملیي په واسطه داخلی پری او په حجراتو کې د کواترايم په دول په دوو عملیوکی (دمیتیونین جوریدل د هو موسيستین خخه او د  $\text{A co-A methylmalonyl succinyl}$  بدلیدل په باندی) برخه لري.

(۴۴۵: ۳)

لاملونه یې هغه ماشومان چې میندي یې شد بدی خوارخواکی، خبیشه کمخونی، ماشوم کې داخلی فکتور کموالي، خوانی خبیشی کمخونی، زیرپیدومیتابولیزمیک خطأگانی، گاستریکتومی، وسیع الساحه اتنی بیوتیکو استعمال او blind loop سندروم کې کوبالامین د کمپلیکس خخه جلا او جذب یې کموی. (۴: ۳۳۵)

۳-۲. کلینیکی بنه: د ناروغی کلینیکی بنه پیل په کراره وي، خسافت، ستربتیا، نارامی، بی علاقه گئی، بی اشتھایی او اتان ته میلان لري. وقفوي اسهال، ژبه پخه او خویه، سره او در دنا که وي. په  $40\%-30\%$  پیبنسوکی د توري او حیگر لویوالی موجودوي او په  $25\%$  پیبنسوکی پتیچجا اونوری خونزیزی پیدا کپدای شي او په

ناروغانو کې عصبي تحریشت، اتاكسيا، محیطي نیوروباتي د لاسونوا وېنسو موجودوي او همدارنگه داوتارو عکسي معدوم وي. (۴: ۳۲۶) paresthesia

**۳-۳-۳. لبراتواري كتنې:** لبراتواري معاينې په وينه کې MCV زياتوالی او RBC کموالي، hypersegmented neutrophil، poikilocytosis او anisocytosis په خانگري ډول شپې لوب لرونکي PMN ولیدل شي، نود  $B_{12}$  vit د کمبنت د تشخيص لپاره بنه نښه ډه. په مخ عظم کې اريترويدها يېرپلازيا او ميگالوبلاستيك حجرات ليدل کېږي په ادرار کې د اطراح زياتوالی د  $B_{12}$  methylmalonic acid د کمبنت د تشخيص لپاره بنه اندکس دی (۴: ۴۴۸)، (۳: ۳۳۶)

**۳-۳-۴. تشخيص:** د اعراضو او علایم او لبراتواري معايناتو په ذريعه صورت نیسي.

**۳-۳-۵. درملنه:** شیدې خورونکو او تنکېو ماشومانو  $1000\text{g}$  او غټيو ماشومانو  $250\text{ }\mu\text{g}$  ده یو ملي ګرام ( $1000\text{ }\mu\text{m}$ ) د عضلي له لاري هره ورخ ددوه او وونيو لپاره په ذرقې ډول او بیا په اوونی کې یو خل تر هغه وخته پوري ورکول کېږي تر خوچې د هيموګلوبین سویه نورمال شي. او د خبیث انیمیا په صورت کې  $1000\text{ }\mu\text{g}$  د  $B_{12}$  vit د عضلي له لاري هره ورخ ددوه او وونيو لپاره او وروسته په دووا او وونيو کې یو خل د  $6\text{ }\mu\text{M}$  میاشتو لپاره بیا ناروغ ته  $1000\text{ }\mu\text{g}$  میاشت کې یو خل د ژوند تریا یه پوري ورکول شي. د درملني څواب ډېر په تیزی سره منځ ته رائي د ریتیکولوسایت اندازه په هفته کې نورمال حد ته رسیبې او د ډېر کو د مغز څواب له دې هم چېک وي او د نیورولوچیکو اختلالاتو څواب ډېر وړو منځ ته رائي. (۴: ۳۳۷)

۳-۶-۱. اختلالات: ۱- خبیشه کمخونی، ۲- parasesthesia، ۳- محیطی نیوروپاتی،

۴- عقامت، ۵- معدی سرطان، ۶- عصبی تیوبی نقیصه او ۷- داسی نوردی .

۳-۷-۷. ازاز: دنه در ملنی په صورت کې عصبی اختلالات د دوامداره او خبیث کم خونی له کبله په مرینه ختمیری او هغه خلک چې خبیث کم خونی لري د معدی د کنسر خطر پېرو وي (۳۳۷: ۴)

۳-۸-۱. میگالوبلاستیک فولیک اسید کموالی کم خونی: دا دول کمخونی د فولیک اسید د کموالی له کبله منئ ته راخی .

۳-۹-۱. ایتوپتوجنیس: فولیک اسید د پولی گلوتامیت په بنه په شنو سبزیجاتو کې ڈېر پیدا کېږي. د فولیک اسید ورخینی ارتیا  $60-30 \mu\text{gm} / \text{day}$  دی، منابع یې سبزیجات، او حبوبات دی، فولیک اسید د یو فعال انتقال په نتیجه کې د وړو کولمودجیجینیوم په برخو کې جذبیبوي او د intrahepatic دوران له لاری دوران ته هئي بیا په خیگر کې ذخیره کېږي.

فولیک اسید په پلازمماکې اکثرأ د 5-methyl tetrahydrofolate په ډول موجودوي او د یو ناقل په کومک حجر و ته داخلیبوي میتوتریکزیت د دغه ناقل په وړاندې رقابت کوي .

فولیک اسید د حجري په داخل کې د کواترايم په ډول د کاربن د استقلاب لپاره کارکوي چې کمنبت یې په مخ عظم او امعا ووکې د حجراتو د انقسام د توقف لامل ګرخي لاملونه یې عبارت دی په خواروکې د فولیک اسید ناکافې اخیستنه لکه دوزو شیدي، چې کافې فولیک اسید نه لري، سیلیاک سپرو، سؤجذب، مزمن نس ناسته، blind loop سندروم او کولایتس په حالاتو کې جذب صورت نه نیسي. هغه حالات چې د فولیت ارتیا زیاتوي (حاملکي)، تې رو دونکې، هاپر تایروید بزم، کنسر، هغه ماشومان چې د فولیک اسید ذخیري کمي وي، د اختلاج ضد درمل لکه

فینیتیون او سایتو توکسیک در مل لکه میتو تریکزیت استعمال، انتانات او دفولیک اسید ضایع کېدل لکه هیمودیالایزنس دی. (۴۴۸: ۳) (۹۰۵: ۷)

۳-۴-۲. کلینیکی بنه: ناروغانو کې خسافت، وده ورو او مخرش وي، مزمن نس ناسته، بې اشتھا يې، زبه بسویه، سره او دردناکه وي او دناروغانو تغذیي کمزوري وي، خیگر لویوالی، خونریزی

، خفیف ژیری، paresthesia او وضعیفتیا موجوده وي. (۴۴۸: ۳) (۹۰۵: ۷)

۳-۴-۳. لبراتواری کتنې: په لبراتواری معاينې په وينه کې MCV زیاتوالی او RBC کموالی، hypersegmented poikilocytosis، anisocytosis څانګري ډول خو لوب لرونکې PMN لیدل کېږي. سپین کربووات او دمویه صفیحات نورمال وي او په مخ عظم کې اریتروید هایپرپلازیا او میگالوبلاست حجرات لیدل کېږي.

همدارنګه په سیرومکې د سروکروباتو د فولیت کچه بسکته وي. او د دی کم خونی په تشخیص کې د هوموسیستین معلومول مرسته کوي. (۴۴۸: ۳) (۹۰۵: ۷)

۳-۴-۴. تشخیص: د اعراض او علایمو، فزیکی او لبراتواری معاينې په ذریعه کولانې شو.

۳-۴-۵. درملنه: په دی کې لومړی لامل پیدا وروسته درملنه شي، ناروغانو ته / mg day ۱-۵ فولیت د خولي له لاري د ۴-۳ اونیو لپاره توصیه کېږي.

دویتامین B<sub>12</sub> د کمبست په صورت کې باید فولیت ورنکرل شي ځکه چې په پته د عصبی ناروغیو د غیر رجعي پرمختګ لامل ګرځی ذرقی اندازه يې د کورس مطابق اد عضلي له لاري د ۴-۲ ورڅو لپاره ورکول کېږي، د ضرورت په وخت کې دوینې ورکړه هم ترسره کېږي.

ددرملنی په ۴-۵ ورخوکې د ریتیکولوسایت شمیر زیاتیری، چې د درملنی په کامیابی دلات کوي، د فولیک اسید د کمبنت سره د ویتامین سی کمبنت هم پیداکوي، نویه دی بنسته د فولیک اسید سره ویتامین سی هم ماشوم ته یو ئای ورکول کېږي . ( ۳۳۷: ۴ ) ( ۴۴۸: ۳ )

### ۴-۶. اختلاطات

۱- عقامت ، ۲- زړه او رګونو ناروغۍ، ۳- کنسر، ۴- ماشوم د زیبیدو په وخت کې ستونزې، ۵- عصبې تیوب نقیصه او ۶- داسې نور دی.

۳- ۴- ۷. مخنيوي : تول بې ميعاده ماشومان چې د بدنه وزن یې د ۱۷۰۰ گرامو خخه لبوي، نو د ژوند په اولو دریو میاشتو کې د ۲۵-۵۰ mcg / day فولیک ورکړي .  
۴- ۸. انزار : ناروغ په ډپروپینسو کې د دوه میاشتنی درملنی سره بنه ځواب وايي

( ۴۱۶: ۵ ) ( ۳۳۶: ۴ )

## ۳-۵ تلاسیمیا

۳-۵-۱ . تعريف : تلاسیمیاد هیموگلوبینونویوارثی ناروغی ده، چې په هغې کې د ګلوبین د یویا خوزنخیرونو د تولید د کموالی یا نشتوالي په تیجه کې د hypo /chromic microcytic کمخونی منع ته راوري . تلاسیمیا د ښانی کلیمې خخه اخیستل شوی ده ، چې thalassa د بحیری او emia د وینې په معنی ده او موخه تری د مدپترانی بحیره ده دا ئکه چې نوموری ناروغی په لومړی خل د مدپترانی د بحیرې د هېوادونو په وګرو کې لیدل شوی دي . ( ۲۰۳۳: ۸، ۳۴۱: ۴ )

۳-۵-۲ . ډولونه

- ۱-  $\beta$  thalassemia : د ګلوبین د بیتما زنخیر د تولید نشتوالي او قسمی کموالی له کبله منع ته راخي ، تر ټولو معمول ډول دي .
- ۲-  $\alpha$  thalassemia : د ګلوبین د الفازنخیر د تولید نشتوالي او قسمی کموالی له کبله منع ته راخي -thalassemia  $\alpha$ -globin د جینونو په ۱۶ کروموزوم باندي د خلورو جینونو د یوا او زیاتو جینونو د نشتوالي په تیجه کې منخته راخي . Normal diploid cell د خلورو الفا ګلوبین جینونو درلودنکي ده او د ناروغی شدت ددي جینونو د شمير د نشتوالي پوري تعلق لري ناروغ د یواخي یو جین د نشتوالي په صورت کې یو مزمن ناقل ( silent carrier ) منع ته راخي ، ناروغ یې بې عرضه او د وینې معاینات یې نورمال ، چې په  $(-\alpha/\alpha)$  single gene deletion سره بنسودل کېږي . د دوو جینونو په نشتوالي سره  $\alpha$  thalassemia Trait راخي ، چې په Hypo chromic microcytic انيمیا سره متصرف هیمو ګلوبین یې نورمال او یا په کمه اندازه د هیمو ګلوبین کموالی موجود وي او د هیمو ګلوبین الیکتروفوریسس په خیرونو کې له ۲۰-۲ % پوري Hb Barts ښیي او په  $\alpha/\alpha$  یا

-α / - سره بنودل کېږي . د یو شخص د دري جينونو په له منځه تګ سره هيموګلوبین (H) ناروغری منځته رائي ، چې خفيفه، منځنۍ او شدېده کمخونی منځ ته راوري، په ناروغانو کې څيگر، توري لويوالي ، هدوکو ابانار مليتي، ريتیکولوسایت اندازه پکې لور او سره کرويات په وخیم ډول سره Hypochromic او Microcytic basophilic stippling Poikilocytosis او موجود وي ، د هيموګلوبین الیکتروفوریسس د مطالعاتوله مخي ۱۵ - ۷۵ % پوري Hb barts بنيسي . که چېري د څلور واپو جينونو له منځه تګ موجود وي نو پدي صورت کې جنین له منځه ئې چې د Hydrops fetalis په نوم يادېږي . د ناروغری کلينيکي منظره د یوی شدېدي داخل الرحمي انيميما او هايپوكسيا لامل کېږي او هلته په وخیم ډول وتلي خسافت او په پراخه د څيگر او طحال لويوالي موجوده وي د هيموګلوبین اليمتروفوریسس په څېښو کې مکمل Barts Hb څلورو ګاما ګلوبينونو ځنځير لرونکې وي . ( ۴۴۱: ۳، ۳۴۱: ۴ )

beta thalassemia بيتا تلاسيمياد ګلوبين دزنځير دجوريديو يوله اتوزومل ريسیسیف ارثي نقیصي خخه عبارت ده . بيتا تلاسيمياد په درې ډوله دی .

Thalassemia -۱ β Thalassemia Intermedia -۲ β Thalassemia major -۳

β minor

نارمال هيموګلوبينونه په عمومي توګه په دريو (  $HbA(\alpha_2+b_2)$  ،  $HbA_2(\alpha_2+\delta_2)$  ،  $HbF(\alpha_2+y_2)$  ) ډولونو پېژندل شويدي .

لاتدي ۱-۳ جدول په نورمال ډول د هيموګلوبينونو د انواعو مقدار سلنې نظر په عمر رابنيسي .

( ۴۴۱: ۳، ۹۰۹: ۷ )

عمر	زیبیدوکپی	پنخمه اونی	خلور	پنخمه میاشتی	یوکلن
Hb F	% ۵۵	% ۵۵	% ۱۰	% ۵	% ۲۴
HbA					% ۹۴
HbA <sub>2</sub>					% ۳

کوم جین چې د بیتا زنخیر د تولید دنده لري په یوولسم کروموزوم کې موقعیت لري که چېری دواړه جینونه په افت اخته او نه شې کولانې چې بیتا ګلوبین زنخیر په مقدم ډول تولید پیل کړي د هوموزایگوس بیتا تلاسیمیا یا تلاسیمیا مجرور او که په مؤخر ډول تولید پیل کړي د بیتا تلاسیمیا اترمیدبا په نامه یادېږي او که یواحی یو جین په افت اخته وي د هیتروزایگوس بیتا تلاسیمیا یا تلاسیمیا مینور لامل ګرئي . د بیتا ګلوبین زنخیر نشتوالي په  $\beta^0$  علامه بنیو او قسمی کموالی یې په  $\beta^+$  علامه بنیو .

۳- ۲- جدول د بیتا تلاسیمیا ډولونه، جینوتایپ جینتک تایپ او کلینیکی شدت رابنېي  
(۳:۴۴۸، ۸:۲۰۳۵)

طبقه بندی	کلینیکل شدت	جینوتایپ	جنیتیک تایپ
بیتا تلاسیمیا مینور	پتیا غلی	$\beta/\beta^0, \beta/\beta^+$	هیتروزایگوس
بیتا تلاسیمیا اترمیدبا	منځنۍ	$\beta^+/\beta^+, \beta^+/ \beta^0$	هوموزایگوس
	شد پد	$\beta^0/\beta^0$	
بیتا تلاسیمیا مجرور			

Fetal Hb د اکسیجين سره ډېرہ لیوالتیا لري خوداکسیجين په انتقال کې کمزوري دی، نو په دې ناروغانو کې  $A_2Hb$  د هیمو ګلوبین وظيفوي دنده تر سره کوي نو په همدي بنسټ ناروغه یا پوکسیا ته ئې او د ایریتروپیوتن د افراز لامل ګرئي او په مخ عظم او

دمن عظم خخه وتلي دويني دجوريدنې دتنبه لامل او دتوري دلويوالي سره ملگري وي  
(٢٠٣٥: ٨)

( ٤٤٨: ٣ ) ( ٩٠٥: ٧ )

### ٣-٥-٣. کلينيكي بنه: Thalassemia major: د اناروغى د cooleys anemia

په نوم هم يادبوي معمولاً ناروغان نورمال پيدا كېري او د ژوند په لومړنيو خو مياشتو  
کې ڈېرہ بنه وي ، د ناروغى اعراض د ماشوم د ژوند د لومړني کال په وروستي  
نيمايي کې شروع او د لومړي کال خخه وروسته د اسکليت بدلونونه په واضح ډول  
سره بشكاره کېري د ناروغ مخ د Mangloid faces مخصوصه منظره نيسی، چې په  
دي کې د ناروغ وچلي ، mandible هدوکې راوتلي ، د Maxilla هدوکې  
هایپرتروفی ، دېزی د بند بسته والي او همدارنګه پرسيدلي سترګي هم ورسه  
موجودي وي په دې ناروغانو کې د غابونو سوء تشکلات هم موجود وي د ناروغانو  
د تغذيي حالت به بنه نه وي ، وده ورو ، د ناروغ فزيکي فعالیت هم کم وي ، ناروغانو  
کې د متکرو اتنا ناتوله کبله غير منظمه تبه موجوده وي ، د ناروغى په لومړيو  
وختونو کې په صليبيه کې خفيف ژيرې مشاهده کېري همدارنګه په غير تدواي شويو  
ماشومانو کې داوبدو هلو و کوسرونې زيات واقع کېري په فزيکي معاينه کې ګډله  
وتلي د ځيګر او توري د پراخه لويوالي له کبله موجود وي ، په ناروغانو کې پوستکي  
توروالي دهيموزيدروسس له کبله موجود وي د ځيګرفبروسيس اوسيروزسس  
پيدا كېداي شي همدارنګه په ناروغانو کې متکرر پريکاردېتس ، زره اريتميا ، زره  
عدم کفائي احتقان او شکري ناروغى هم ليدل کېداي شي . ( ٢٠٣٥: ٨ ) ( ٤٤٣: ٣ )

دناروغی  $\beta$ -Thalassemia Minor دناروغ وده او تکامل نارمل وي ، کله خفيفه کمخونی لري او د هيموگلوبین کچه يي نارمل او يا يو خه لپوي د  $11 \text{ mg/dl}$  (۴۴۳: ۱)

دناروغی  $\beta$  thalassemia intermedia دناروغی اعراض او علایم دعمر په دویم او خلورم کال کې رابنکاره کېږي کمخونی يې منځنی او د ناروغ وده کېداي شي نورماله او يا ورو وي . (۴۴۳: ۳)

۳-۵-۴. تشخيص : په تلاسیمیا مجرور کې په وينه کې معمولاً د هيموگلوبین کچه  $6-5 \text{ g/dl}$

يا بښکته په تلاسیمیا مینور کې د هيموگلوبین کچه اکثراً نورمال وي دویني په محیطي سمير

کې MCHC, MCH, MCV بښکته او مايكروسايتیک هايپوكرومیک کمخونی موجوده او په دوران کې anisocytosis, poikilocytosis, target cell لرونکې سري کرويات موجودي وي ریتیکولوسایت کچه په نسبتي دول  $10-5\%$  د خخه زيات وي د اوسيپني سیروم لور او total iron binding capacity د هدوکو په مخ کې ويني فيريتین سويه په وخيم دول سره لورېږي او د free erythrocyte prophyrine سويه پکې نورماله وي . د هدوکو د مخ بدلونونه: د هدوکو په مخ کې اريترويد هايپرپلازيا موجوده وي ، چې له همدي قبله هايپر سيلولر سيدرو بلاست ، stippled erythroblast شميره پکې زياته وي او هم د هيموزيد روسيس ذخيري پکې زياتي وي . راهيولژيک بدلونونوکې مقدم بدلونونه د لاسونو په ورو هدوکو کې مشاهده کېږي د هدوکو مغز پراخه او د کورتیکس بيرونې برخه يې نري د هدوکو وسط برخه په ځانګړي دول د سر د هدوکو منځنی برخه د هدوکو د مغز په واسطه د کېږي چې دراډيو ګرافۍ په کليشه کې د ګومنځي د غابنو په دول منظره

غوره کوي د هدوکود غه بدلونونه د ناروغانو مخته hair on end  
 mangoloid منظره ورکوي .



۲-۳ تصویر د تلاسیمیا ناروغ مخ رابنیئ (۱۳۶: )

د اوږده هدوکو په کورتیکس کې نریوالی منځ ته رائی او د کمی ضربی سره ماتېږي .  
 Hb Electrophoresis یوه بنستیزه معاینه ده، چې په تلاسیمیا کې د هیموگلوبین  
 نوعه او شمیرابنیئ

۳-۳ جدول کې د هیموگلوبینو د نوعی موجودېت او فيصدې په بنست تشخيص بنسو دل شوي  
 دی. (۳: ۴۴۴)

تلاسیمیا مجور	تلاسیمیا اترمیدا	تلاسیمیا مېنور
Hb A نشته	کمولائي Hb A (20-40%)	کمولائي Hb A
Hb A <sub>2</sub> >3% زیاتوالی	(همیشه زیاتوالی) Hb A2	Hb A <sub>2</sub> زیاتوالی د 10% لوره (2.5% نارمل)
Hb F>90% زیاتوالی	(60-80%)Hb F	Hb F زیاتوالی د 2% لوره (2% نارمل)

۳-۵-۵. درملنه: دناروغى minor ڈول درملنى ته ضرورت نلري او پاتي دوونورو چولونوکي درملنى ته ضرورت شته، دناروغى درملنى موخه داده، چې دناروغ والدېنوتە دناروغى په هکله پوهاوي او معلومات ورکول، هيموگلوبين نورمال ساتل، داوسپني دتوليد مخنيوي او داوسپني اطراح کولو څخه عبارت دي .

( ۴۴۵: ۳ )

۱- د ويني ورکپي درملنه : په هرو ۸-۴ او نيو كې ناروغتە خالص او Packed RBC او ۱۵cc/kg ورکول كېږي، دناروغ د ويني د Hb سویه د ۱۰gm/dL په سویه کې بايد (Hyper-transfusion) وساتل شي او ياددا dL/ ۱۲gm/ ۱۶خنه پورتە (SuperTransfusion) وساتل شي خو ۲۰ سې سې په کېلو ګرام څخه بايد اضافه نشي که نوره وينه ضرورت وي نوسبا به بیا ورکول كېږي د هرويني ورکپي سره ماشوم ته ۱ ملي ګرام په کېلو ګرام لازیکس ويني ته دخای خالي کولو په موخه ورکول كېږي. تلايسميما مينور ناروغان څه خاصي درملنى ته ضرورت نلري او تلايسميما مجوز ناروغانو ته متکرره وينه ورکول په کاردي دناروغ هيموگلوبين بايد په ۱۲ gr - ۱۰ کې وساتل شي.

۲- Desferrioxamine.: chelation therapy- په وريدي شکل د ۶۰-۲۰ mg/kg/day مقدار د ۱۲-۸ ساعتويه موده کې د ډوخا ډيزاين شوي مايكروانفوزن پمپ په ذريعه کم تر کمه په اوئي کې پنځه شپږ څلي دشپي لخوا ورکول كېږي . په ناروغى کې chelating درملنه دناروغ د ۱۰-۱۵ څلي ويني ورکول څخه وروسته شروع کېږي او ترهغه وخته پوري دوا ورکول کېږي ترڅودويني د فيريتین سویه د ۱۰۰۰ng/ml کې وساتل شي. دادرمل دودي د عدم کفائي دسمعي او بصرى

تسمماتولامل کېږي اوهم د Desferrioxamine اوږدي درملني له کبله د کتارکت راپور هم ورکړل شویدي .

او درملنه د chelating iron chelator دخولي له لاري يو deferiprone:oral سميit يي کم دي دغه درمل mg/kg ۷۵-۱۰۰ په ورخ کې دري خلی ورکول کېږي او ډېر معمولي جانبي عرض يي ارتروپاتي ده Agranulocytosis يي ډېر نادر جانبي عرض ده خو که ولیدل شي نو شد په سمي حالت به ولري .

۳- د اوسيپني اطراح ته سرعت ورکولاګوربيک اسيد: د mg/day ۵۰-۱۰۰ د ورید له لاري ددي په خاطر ورکول کېږي چې اوسيپنې دادرار له لاري اطراح کړي .

۴- folic Acid: خرنګه چې د فوليك اسيد مصرف زييات دې نو ناروغانو ته د ورخي ۵mg ورکول کېږي .

۵- Packed RBC: Spleenectomy په تلاسميک ناروغ د ويني ضرورت په کال کې د په بنستي د (۲۵۰ cc/kg) خخه زييات شي او Hypersplenism حالاتو کې اجرا کېږي .

۶- مخ عظم transplantation کې دهلوکې د مخ عيب لرونکي جين بايد په نارمل جين باندي د transplanted pluripotent hematopoitic Stem cells په شکل عوض شي .

۷- جين درملنه: د درملني یونوي طريقه ده او په تردي راتلونکي کې په دې کار روان دې، چې خرنګه کولائي شو چې بسکاره جينونه يا انتخابي جينونه حمايه کړو .

۸- د جيني هيموګلوبين د جورونې تحریک کول: د تلاسيمية د ناروغانو د اهتماما تويوه ستراتيزې داده، چې خنګه کولائي شو چې دويني دورکړي dependency کمه کړو، هغه داده چې د ګاما ګلابولين جورونه چتک کړو، چې دالفا زنځير سره یوځاي شي او جيني هيموګلوبين توليد ډېر کړي، او fetal hemoglobin لور

مقدار ممکنه ده چې د تولو هیمو گلوبینونو تولید بنه کړي او په تیجه کې غیر اغیزمن وینې جو ګونه کمه کړي . درمل یې عبارت دي له hydroxyurea ، butyric acid او erythropoietin acid خخه دي.

۹- جنیتیکې مشورې او ارثیت : په یوشمیر هیوادونو کې د تلاسیمیا د ناروغی دبنه کنتیروں لپاره د Thalassemia Screening پروگرام شروع شوي خودا یو قیمتی پروگرام دي کله چې یو شخص پلان لري چې واده وکړي او یا اولاد ولري او په اينده کې په اولادونو کې ددي ناروغی خطر نه وي نو د Screening په ذريعه ناقل معلومېږي بیا ده ګه چا سره واده وکړي چې ناقل نه وي . زېړون مخکې تشخيص مونږ کولای شو چې په لسم اونۍ د داخل الرحمې عمر خخه مخکې د fetal DNA تجزیې په بنسټ د chorionic villus sampling په ذريعه په لومړۍ درې میاشتنې دوره کې یا د amniocentesis په ذريعه په دوهم ترايمیستر کې تشخيص وضعه او د اسلام مبارک د پن دقوانینو د اجازې سره سم حمل ته خاتمه ورکړل شي . ( ۴۴۶: ۳ )

Thalassemia α کې درملنی ته ارتیا نشته ، په Hb کې ناروغتہ په کافي اندازه فولیک اسید ورکړل شي اوناروغد اکسیدانت درملو خخه چې په G6DD کې د هیمولایزسنس لامل کېږي وساتل شی . ځکه چې ددي او نورو درملو اوموادو سره کېداي شي انيميا متشدده او نقل الدم ته ضروت پیداشي ، په ماشومتوب دوره کې ممکن Hypersplenism منځ ته راشي او کېداي شي چې Splenectomy ته ارتیا پېښه شي ، جنیتیکې مشورې او د زېړون خخه مخکې تشخيص ته په دې خاطر ارتیا ده چې د Hydropsfetalis له خترونو خخه مخنیوی وشي . د زېړون مخکې تشخيص په صورت کې دافت و هلې ماشوم ژوند پای ته ورسول شي او یا داخل الرحمې وینې ورکړه هم اجرا کېداي شي . ( ۳۴۱: ۸ ) ( ۲۰۳۷: ۸ )

### ۳-۵-۶. اختلاطات

- ۱- اوسپینی زیاتوالی (کاردپومایوپاتی، زره عدم کفایه، اریتمیا، هایپوتایرویدیزم، هایپوپاراتایرویدیزم، شکری ناروغی، هایپوگونادیزم، دخوانی، چندوالی)  
۲: هلهوکی ناروغی (اوستوپنیا، اوستیوپوروسس)
- ۳: تلائیمیا ناروغان HCV، اویرسنسیا اتیروکولایتس انتاناتو ته مساعدتی.
- ۴: hypercoagulopathy (سرپر و امبولیزم، عمیقو او عیو ترومبوزس)
- ۵: hyperpleenism دی. (۳۴۲: ۶)
- ۶-۷. انزار: مرینه په اکتروپینسو کې د زره عدم کفایي له کبله وي ، ددې ناروغانو د ژوند لورتیا د chelatinting او supertransfusion درملو په ذريعه بنه کولای شو او مخ عظم transplantation یو علاج کوونکی درملنه ده. (۳: ۴۴۶)

### ۳-۶. Glucose 6 phosphate dehydrogenase کښت

۳-۶-۱. تعريف: G-6-PD Deficiency یوه پره معموله ارثی X-linked انتایماتیک بې نظمی ده ، چې د ددوه ډوله هیماتولوچیک (حاد او مزمن) حالاتو لامل ګرئی . حاد حالت بې معمول دی او د ھیمولایتیک حادثې ، اтанان او بعضی درملو په ذريعه منځ ته راخي او مزمن حالت بې لړ پېښېږي . نو ناروغی زیاته پېښې په نارینه جنس کې منځته راخي په G6PD اخته سره حجرات نشي کولای چې لړ مقدار glutathione تولید کړي ، نو په دې بنست د وينې سره حجرات نه شي کولای چې sulphhydryl خپل څاند اکسیدانت موادو په مقابل کې وساتي بیا د ھیمو ګلوبین group د اکسیدانتونو د مخامنځ کې دو په نتیجه کې په heme ، ګلوبین او Heinz

هیمولایزیسس منخ ته راوري وروسته تخریب شوي سره حجرات bodies ریتیکولواندوتیلیل سیستم پواسطه لري کېرى . ( ۴۵۰: ۳، ۳۳۹: ۴ )

G6PD د سلو خخه ڈپر د G6PD مختلف شکلونه لري چې دري يې ڈېر مهم دى ، چې عبارت دي له  $A^+$  ،  $B^+$  او canton G6PD چې په چېنایې وگروکې ڈېر موندل کېرى . A<sup>-</sup> په تور پوستکو امريکايانو کې ، -B شکل يې په مدېترانه يې وگروکې شتون لري .

۳-۶-۲. دلونه : G6PD د کلينيک له نظره په دريو ڈولونو ده . خفيف ڈول ، منخنى او شدې ڈول او ڈېر شدې ڈول دي . ( ۴۵۱: ۳، ۴۴۲: ۵ )

اكسيدانت موادېي عبارت دي لکه د ملاربا ضد درمل (پريماکوين ، کونين ، نايتروفورانتين ، فورازوليدون ، سلفونامايد ، نفتالين ، پروبينيسيد ، انتي پايريتيك ، ناليديك اسييد ، پارامينوساليسيليك اسييد ، Fova beans ، او نورو سره مخاخ شي په ناروغانو کې يوشدې vascular Intra هیمولایزیسس سره تعقيبېرىي .. ( ۴۵۱: ۳، ۲۰۴۱: ۸ )

۳-۶-۳. کلينيکي بنه : په نويوزېرېدلو ماشومانو کې چې د G6PD سره ملګري وي ممکنه ده چې hyperbilirubineia ولري ، غټه ماشومان چې د G6PD سره ملګري وي بي عرضه وي يا دهیمولایزیسس پیداکېرى . داكسيداتونوند مخاخ کېدو په اول ۲۴ ساعتونو کې ناروغ کې خسافت ، ژيري ، هيموگلوبينيا او هيموکلوبين يوريا سره ملګري او پرمختګ کوي او په بعضو پېښو کې قلبې وعايوې بې نظمي هم موجوده وي . ( ۴۵۱: ۳ )

۳-۶-۴. تشخيص : دناروغى تشخيص په کلينيکي نېسو ، تاريچې او لبراتوارى كتنو سره کولاني شو . داكسيدانت سره دنه مخاخ کېدو په صورت کې دويني

هيموگلوبين، ريتيكولوسايت کچه او محيطي سمير معمولانور مال وي او د اكسيدانت موادو سره د مخامخ کېدو په صورت کې کله چې هيمولاييز منع ته راشي د هيموگلوبين کچه تيته وي، سري حجري ماتي او چاودپدلي وي هيموگلوبين يوريا په کې معموله ده، دريتيكولوسايت کچه لوره وي، heinz bodies دليدلو وروي. حجرات يې نارموکروميك /نارموسایتيک وي، په ناروغانو کې دغیر مزدوج بيليروبين لوروالې په وينه کې موجودوي. د ناروغى قطعى تشخيص د G6PD د ازاييم مقدار په تعينولو سره کولامي شو.

لندې ۴-۳ جدول د کموالي داندازي طبقه بندی او سلننه رابني. (۲۰۴۱-۲۰۴۰: ۸)

G6PD د کموالي داندازي طبقه بندی		
کلاس	کلينيکي ډولونه	پاتې شوي ازاييم فعالitet
۱	ډپر شد پد	<٪ ۲
۲	شد پد	<٪ ۱۰
۳	منځنۍ	٪ ۵۰-۱۰
۴	نشته	٪ ۱۵۰-۶۰

۳-۶-۵. درملنه د ناروغى د واقع کېدو په صورت کې خه خاصه درملنه نشه عرضې تداوي کېږي خولاندي تدابير او احتياط په کار دي:

۱- د G6PD ناروغانو کې د اكسيدانت درملو د استعمال او مخامخ کېدو خخه دده وشي:

۲- شد بد هیموگلوبین یوریا باید دبوی بیرونی ناروغی په شان در ملنې شي . ناروغانوته په کافي اندازه سود بم باي کاربونات د ادرار د alkalinize کېدو په منظور ورکړل شي تر خوبوري چې د اسید هیماتین د ترسب خخه په renal tubes کې مخنيوی وشي او د پنستور ګې عدم کفایه واقع نه شي خکه چې اسید هیماتین د پنستور ګو د تیوبونودنکروزسنس لامل ګرځي . که چېري د اتنان شواهدشون ولري نو مناسب انتي بیوتیک توصیه کوو .

۳- د ناروغی شد بد ه انيميا باید د وينې ورکړي په واسطه تداوي شي . (۳: ۴۵۲) ، (۹: ۷۰۴)

۳-۶-۱. اختلاطات : ۱- kernicterus ، ۲- قلبی و عایی کولپس ، ۳- توری لویوالی ، صفراوي تیرې او ۴- G6PD د مختلفو ډولونوسره ممکنه ده مزموني هیمولایتیکي انيميا ملګري وي . (۷: ۹۱۵)

۳-۶-۲. انزار : ډېري پېښې خفيف او خود په خوده بنه کېږي ، په ميدېترانين نوع کې شد بد ه خونریزې او مرینه منئته رائحي ، په نويوزيرې دلوماشومانو کې شد بد زېږي او kernicterus منځ ته راوبري . (۳: ۴۵۲)

### ۳-۷. اپلاستيك د وينې کموالي

۳-۱. تعريف: اپلاستيك کمخونې د هیماتوپویتیک stem cells حجرات ده ګروپې تشوش خخه عبارت دی ، چې د اریترویید ، میالویید او میگاکاریوسایتیک حجرات ده سلسلې د یو یاخو حجرات ده تولید کې کموالي منځ ته راشي د اپلاستيك کمخونې په نوم یاد ډېري . دا ډول کم خونې په کسبې یا ولادي ډول منځ ته رائحي ، چې د اپلاستيك کمخونې ولادي ډول فانکونې سندروم دی او دا

یوه جنتیکی ناروغى ده چې انتقال يې په اتۇزومل ریسيسيف ھول صورت نىسىي. همدارنگە لە دې ناروغى سره يوخاى نوري ولادى انومالى گانى لە نصوارى رنگە پوستكى، ورۇكى سترگى، قىچ، ورۇكى سر، پراخه اوتيت پوزى، دغتىي گوتى نشتوالى، دېپنتورگو ولادى انومالى گانى، تىتە ونه اوئور شامل دى. (٤: ٣٤٥)، (٨: ٢٠٤٧)

اوبل ھول يې كىسىي اپلاستيك انيميا دى، چې د يوشمير فزيكى، كېمياوي او اتنانى لاملونولە كېلە دەھدۇكۇ مغۇز د زيان لامل گرئىي او متصف پە محيطى پانسایتوپينيا او دەھدۇكى د مغۇز hypocellularity سره ملگرىي وي. (٣: ٤٤٩)، (٨: ٢٠٥٣)

### ٣-٧-٢. لاملونه

**الف - ولادى اسباب :** (٢٠٪) پېبنى لرىي، چې عبارت لە فانکونى، انيميا، ولادى Cartilage-hair Dyskeratosis، ترومبوسايتوبينيا، radius ھەدۇكى نە شتون سندروم، Shwachman-Diamond سندروم، Dubowitz سندروم، Pearson سندروم، كورنى اپلاستيك انيميا او Diamond-Blackfan سندروم خخە دى. (٨: ٢٠٤٧)

**ب - كىسىي اسباب :** (٨٠٪) پېبنى لرىي.

١- نامعلوم فكتورونه

٢- ثانوى

- اتنانات پارفووايروس، هيپاتيتس وايروس، ايپستين بار وايروس، HIV)
- تسمم دكېمياوي او شعاگانوسره مخامخ كېدل لە بىنزىن او ورانگى
- ايزينوفيليك fasciitis

- دواګانی لکه سایتو توکسیک درملي، کلورامفینیکول، نوالجین، فیناپل بیتازون، سلفونامیدونه، حشرات و زونکې، سودبم والپروت، سیمیتیدبن او طلایي مالگئي، خخه دی.
  - پریلیوکپمیا
  - تایوما (۴۴۹: ۳)
- ۳-۷-۲. کلینیکي بنه: فانکونی سندروم ناروغانو دماغي حالت هم له نارمل حالته تيشه وي اوپکي د ترمبوسايتوبينيا اعراض لکه پتيچجا، bruising او نور موجود وي. د نيوتروپينيا له کبله ناروغان استان ته ببرتماييل لري او د انيميا تول نبني او نبني په کي دلپدوړوي همدارنګه پوستکي عموماً زياتره رنګه وي او هايپوگونادېزم هم موجود وي. که پورته انومالي موجود يا نه وي، خوده لوڅولو خخه لومره د ترمبوسايتوبينيا اعراض (پيتشيشا، بروسنگ او نور) او ورپسي د RBC کموالي اعراض او بيا د WBC اعراض او علام منع ته راهي. (۲۰۴۷: ۸)
- د کسبې اپلاستيك انيميا نبني او نبني د پانسايتوبينيا درجې پوري اړه لري، کسبې اپلاستيك انيميا اکثرآ د کمخونې، ليکوبينيا او ترمبوسايتوبينيا سره متصف او د خسافت، ستوماتيا، زړه عدم کفايې، اتانات او خونريزې سره یوځاي وي او په اخته ناروغانو کې د لمفاوي عقداتو، حيګر او توري لویوالې موجود نه وي. (۴۴۹: ۳)
- ۳-۷-۴. لابراتوارې کتنې: فانکونې سندروم کې دویني په محیطي سمیر کې پانسايتوبينيا موجوده وي او سره کرويات نارموکرومېک او نارموسایتیک (۱۰۰-۷۵FL وي.

د ریتیکولوسایت شمیره کم وي، په ماشومانو کې د Hb-F سویه لوره وي. BM په معاينه کې يو Hypo cellular حالت موجود وي او شحمي نسج مخ عظم زياته برخه اشغال کړي وي.

همدارنګه په وينه کې Erythropoietin سویه هم ممکن لوروي. (۲۰۴۸: ۸) او په کسبې اپلاستیک انیمیا کې دوینې دسر و حجراتو، سپینو حجرات او platelets حجراتو دشمیر کموالی موجودوي، ریتیکولوسایت شمیر د یو فیصد خخه لبروي، د سیروم داو سپنې مقدار نورمال او ESR لوروي، ده دوکود مغز په معاينه کې د نیوتوفیل حجر و شمیر په یو ملي متر مکعب کې د ۵۰۰ ۱ خخه لبر او د platelets حجراتو شمیر د ۲۰۰۰۰ ۲ خخه کم وي. (۴۴۹: ۳)

۳-۷-۵. تشخیص: دولادي او کسبې اپلاستیک کمخونی تشخیص د کلینیکي نښوا نښبانو، فریکی معاينې او لابرаторی معايناتو په ذريعه صورت نیسي.

۳-۷-۶. تفریقی تشخیص: ۱- حاد لیوکمیا، ۲- هایپر سپیلینیزم، ۳- DIC sepsis یا اود ۴ - ITP سره تفریقی تشخیص شي. (۴۵۰: ۳)

۳-۷-۷. اختلالات ۱- شد بدہ خونریزی، ۲- انتان، ۳- درملیزو درملو په مقابل عکس العمل او ۴ - داسې نور. (۴: ۳۴۷)

۳-۷-۸. درملنه: په فانکونی سندروم کې د انتان درملنه له انتی بايوتیکو سره و شي، ناروغ دانیمیا دشتون په صورت کې وينې ورکړه وشي. دش بدې وينې بهیدنې په صورت کې ناروغ ته packet platelet ورکړل شي. په ۵۰٪ ناروغانو کې د ماشومانو د مخ عظم دتنبیه لپاره اندرو جنونه بنسه تئیجه ورکوي لکه Dura Bolin او Oxy-methanol توصیه کېږي. څرنګه چې Oxy-methanol د دوامداره استعمال په

تسيجه کې هيپاتوما رامنخته کېبىي نو خك Dura Bolin تە ترجىح ورکول کېبىي. پە دې بىرخە کې وروستى درملنە دترانسپلاتشن خخە عبارت د خۇ قىمتى ده اود ولادى انومالى پە بىرخە کې د جراحي سره مخ عظم ترانسپلاتشن مشورە پە كار ده. (٢٠٤٩: ٨)

پە كىسبىي اپلاستيك كمخونى درملنە كې د توكسىن او مضرە درملود مخامنخ كېدۇ خخە ھەدە وشى، دشدېدى خۇزىزى پە صورت كې platelet transfusion توصىيە شىء، دانتاناتودشتون پە صورت كې مناسب اتنى بىوتىك توصىيە شىء، بىنه او غورە درملنە يې مخ عظم transplantation دى. پە ئايى بلە چارە دانتى تايemosait گلوبىن يالاتى لمفوسايت گلوبىن اوسايكلوسپوربن درملوگە استعمال اغيزناكە درملنە ده، چى بىنه والى د ٨٠-٦٠ فيصدوپوري دى. (٤٥٠: ٤٣٧) ميتايل پريدينيزولون پە يواحى ھول د ورئى د  $mg / kg / day$  ٥ دخولي يارىك لەلارى د اتو ورخۇلىپارە تعقىبىي مقدار  $mg / kg / day$  ١ دشپر ورخۇلىپارە وروستە ذكر شوي مقدار كوچنى او درمل قطع كwoo، دبىه والى درجه يې ٢٥٪ دى. (٤٥٠: ٣) اتنى لمفوسايت گلوبىن د  $mg / kg / dose$  ٤٠ د رىك لەلارى د ١٢ ساعتۇپە مودە كې پە دوامدار ھول د ميتايل پريدينيزولون سره  $mg / kg / day$  ١ درىك لەلارى دخلورو ورخۇلىپارە تطبيق كېبىي د اتنى لمفوسايت گلوبىن يواحى ورکپى د بىنه والى درجه ٥٠٪ دى. سايكلوسپوربن ورکە دخولي لەلارى  $mg / kg / day$  ٨ پە پىل كې د ١٤ د ورخۇلىپارە او وروستە  $mg / kg / day$  ١٥ ددرىي مياشتولپارە دوا ورکول كېبىي. كولانى شوچى يو ياشۇ haematopoitic colony stimulating factors هم استعمال كېو. او نورى دىملنې لكە داخل وريدىي ايمنوگلابولين، اتنى تايemosaitik گلوبىن، recombinant human IL-3 او جين درملنە چى پە اپلاستيك كمخونى

کې استعمال لرى. ھەماشومان، چې پە فانکونى كمخونى اختەدى د immuno-suppressive درملو سره درملنە مضاد استطباب دى. پە دى ناروغانو كى دنبە والى درملنە يواخى دھيماتوپويتىك stems cell transplantation (٣: ٤٥٠، ٢: ٣٤٧) .

٣-٧-٦. انزار: د شدەد اپلاستىك انيميا پە صورت كى انزار بىنه نە دى، يو شمير ناروغان د ٦-١٢ مىاشتو پە مودە كى دتشخيص وروستە داتان او خونزىزى لە كبلە مرى، كە چېرى اختە ماشوم زىد مخ عظم ترانسپلاتيشن شىء دنبە والى چانس ٨٠% دى، كە كله يو شمير ناروغان د درملنى سره دلىوكېميا او نورو خبىشە ناروغى خطر سره مخ او دەرىنى كچە لوپىرىي (٣: ٤٥٠)

٣-٨-٣.تعريف : Idiopathic ترومبوسايتوبينيك پورپورا Idiopathic ترومبوسايتوبينيك يوه كسبى ھيموراژىكە ناروغى ده، چې دترومبوسايتونود زيات تخرىب خخە منئ تە رائى. دا ناروغى متصرف پە ترومبوسايتوبينيا، پورپورېك رش او پە مخ عظم كى دىيگا كروسايتونو شمير نورمال سره ملگرىي وي . ITP پە حاد او مزمۇن دولۇنۇ تصنیف بىندى شوي ٥٥. كە دناروغى اعراض او علايم او ترومبوسايتوبينيا د شېپرو مىاشتو پوري وي دحدايدى ITP پە نوم يادېرى او كە اعراض او علايم د ترومبوسايتوبينيا د شېپرو مىاشتو خخە زيات دوايم و كپرىي دمىزمىي ITP پە نوم يادېرى. (٣: ٤٥٨)

۲-۸-۳. ایتوپتوجنیس: ITP لامل تراوسه پوری بنه معلوم نه دی خودا سی ویل کېږي چې د اناروغی یو immune auto ناروغی چې د ترومبوساایتونوت خریب د antibody coated platelets په واسطه په طحال کې، چې د ریتیکولواندو تیلیل سیستم عضوه ده صورت نیسي او په تیجه کې ترومبوساایتونینیا منځ ته رائی. لوړۍ د صفيحات دمویه د جدار ګلایکوپروتین په مقابل کې اتنی بادې جورېږي اووروسټه اتنی بادې مستقيماً صفيحاتو دمویه د جدار د اتنی جن په ضد عمل کوي او platelet تخریبوي. داسی نظریه هم شتون لري چې اتنی بادې ګانی مستقيماً په مخ عظم کې په میگا کاریوسایت باندې اغیزه کوي نوپه دی بنسټ platelet کمېږي. د خیرونله مخي د ITP ناروغانوپه ۵۰-۶۰٪ پېښو کې دوا یروسی ناروغیو مخکېنی تاریخچه موجوده وي او معمول وا یروسی ناروغی عبارت دی له شري، واریسیلا، روپیلا، HIV، epstan bare وا یروسونو خخه دی.

( ۴۵۹: ۳، ۲۰۸۲ )

### ۳-۸-۳. کلینیکی بنه

۱- حاد ITP: حاد ITP په ماشومانو کې ۶۰-۷۵٪ پوری پېښی جوروی، د اعراضو پیل ناخاپي او دشدې ترومبوساایتونینیا سره ملګري وي، په ۵۰٪ پېښو کې د ناروغی له پیل خخه ۱-۴ اوئني مخکې د وا یروسی انتان تاریخچه موجوده وي، د تشخيص خخه د ۲-۴ میاشتو په دنته کې خپله بنه کېږي همدارنګه بیرته ګرځیدنه لري چې اکثراً د انتان په ذريعه ورته زمينه برابرېږي. حاد ترومبوساایتیک پورېورا لور پیک د ۲-۵ کالونوپه منځ کې ده، هلکان او نجوني په مساوی اندازه اخته کوي.

( ۳۵۱: ۴، ۲۰۸۲ )

۲- مزمن ITP: دناروغى داعراضو پىل په مخفي ھول او ترومبوسایتوپينيا يى ھېرە شدپدە نه وي د، دلومپى حملى خخە مخكى دوايروسى انتان تاريچە موجودە نه وي ، ۱۰-۲۰٪ پېبنسو كىي دمزمنى ITP د خوبخودى بىسە والى چانس شتە ، هغە ماشومان چىي په SLE ، rheumatoid ناروغىو او نوروكولاجن ناروغىو اختە وي د مزمن ITP د منختە راتگ چانس دېرىدى او مزمن ترومبوسایتىك پورپورا دبلغت په عمر كى زياتىي پېبنسي لرى . او پەنجونو كىي نسبت ھلکانوتە ھېرى پېبنسي لرى پە دې ناروغانو كى دېبوي وېرى ضربىي او ياي پە خپله پە اسانىي سره تحت الجلدى خونرېزىي پىدا او پتىچا ممكىنە دەپە تۈل پۇستكىي كىي واقع شى . ecchymosis اكثراً دسفللى اطرافوپە قدامى برخو او دوجود پە راوتلو برخو كىي لىدل كېرى

۳/ اپېبنسو كىي كله چى دترومبوسایتونوشمير لە  $1\text{ خخە لبوي} / \text{mm}^3$  اووريو له مخاطىي غشاوو خخە خونرېزىي hematemesis . او پە مفاصلو كىي خونرېزىي غير معمول دە ، پە دماڭ كىي خونرېزىي دناروغىي پە لومپى وخت كىي منع تە راتللىي شى ، كە خونرېزىي نه وي كم خونى نشته ، پە مزمن ITP كىي پە ۱۵-۵٪ پېبنسو كىي توري دجس وروي . دناروغىي شدپد كلينىكىي تظاهرات د هيماچوريا ، معدى معايىي خونرېزىي ، شدپدپوزىي وينه بهيدنە او پە غقىو نجونو كىي minorrhagia خخە عبارت دى ، داخل القحفى خونرېزىي پە ۲-۱٪ پېبنسو كىي لىدل كېدايى شى او وژونكىي وي . (۴۵۹: ۲۰۸۳، ۸: ۳۵۱، ۴)

۳-۴- تشخيص : د ITP د تشخيص لپارە تاريچە او فزيكىي معاينە ، دپورتنې تنفسىي انتان شتون پە تشخيص كىي مرستە كوي او قطعىي تشخيص د لبراتوارى معايناتو پە ذريعە كولاي شوچىي تشخيص كرو .

۱- وينه: د ITP په تولو پېښو کې د platelets  $100000/\text{mm}^3$  کچې خخه بنکته وي، د ترومبوسايتون منځنی حجم له نورمال حالت زيات وي . capillary fragility test مثبت وي ، خونریزی موده او بده وي ، مګر پروترومبین موده او قسمی ترومبوپلاستین موده په کې نورمال وي ، platelet antibody تست تيټت وي .

۲- مخ عظم : د هدوکومخ کې د مېگاکاريوسايتیک شمیر نورمال او یا زيات وي ، د ایزینوفیل پیش قدم په مخ عظم کې ډېر بنکاره وي ، د میالوید او اریترووید سلسله په کې نورمال وي hess tourniquet test مثبت او خونریزی موده زيات وي او که د ترومبوسايتون شمیر د  $40000$  خخه لږ وي نو د BT معاينه نه اجرا کېږي . قسمی پروترومبین موده او قسمی ترومبوپلاستین موده نارمل وي ، په ھوانانو او پیغلوکې چې په ITP اخته وي anti nucleated antibody اکثراً مثبت وي . چې د مزمني ITP احتمال زياتوي . د تشخيص لپاره د هدوکومخ معاينات ضرورت نه پېښېږي یواخي په هغه حالتو کې پېښېږي چې د لیوکېمیا ، اپلاستیک ناروغۍ شک موجودوي . (۳: ۴۵۹)، (۸: ۲۰۸۳)، (۳۵۱: ۴)

### ۳-۸-۵. تفريقي تشخيص

۱- دواګانۍ پوري اړوند ترومبوسايتوبینيا (کونین، هیپارین ، NSAID او داسي نور دې) ،

۲- لیوکېمیا ، ۳- اپلاستیک کمخونی ، ۴- hypersplenism او

۵- هیمولایتیک یوریمیک سندروم

او DIC سره تفريقي تشخيص شي . (۳: ۴۵۹)، (۸: ۲۰۸۳)

۶- درملنه : هغه ناروغان چې اعراض نه لري او platelet شمیر په یو ملي متر مکعب وينه کې له  $4000$  خخه زيات وي خه خاصي درملني ته ضرورت نه لري .

تقویوی درملنه کې ناروغان دفزيکي فعالیت خخه منعه شي، په لویو کې برخه نه اخلي او داسپیرین، هیپارین، کلورامفینیکول، سلفامید، کاربامزیپین، والپرویک اسید او نورومربوطه درملو دخورولو خخه ډډه وشي، دلپې ضربی او ترضیض پواسطه د وینې توییدنې امکان شته، هغه ماشومان چې  $\text{platelets} / \text{mm}^3$  ۲۰۰۰۰ خخه کم شي د شد بد خونریزی دامکان له وچې باید بستر شي.  
فارماکولوچیک درملنه کې لاندې درملونه شامل دي.

۱- ستروییدونه پریدنیزولون د  $\text{mg/kg} / \text{day}$  د ۴-۱ د ۳-۲ او نیوپوری ورکول کېږي او ترهげه وخته پورې، چې د  $\text{platelet} / \text{mm}^3$  ۲۰۰۰۰ خخه زیات شي ادامه ورکول کېږي او بیا یې په تدریجی ډول اندازه کمېږي اوله ۱-۲ او نیوپوری نورهم نظر درملنې ځواب ته ادامه ورکول کېږي. په مزمنه ITP کې د پریدنیزولون له لوره مقدار خخه استفاده کېږي او د ځواب په صورت کې ترهげه وخته پورې ورکول کېږي، چې د  $\text{platelet} / \text{mm}^3$  ۱۰۰۰۰ خخه زیات شي.

۲- داخل وریدي immunoglobulin په ورکولوسره له یوی خوا FC receptor بلک کوي او platelet له انتي بادي خخه وقايه کوي اوله بلی خود ترومبوسايتونو انتي بادي کموي او اغيزي تر خوا نيوپورې دوام کوي څرنګه چې دا درمل د ترومبوسايتونو شمير په دايمي توګه لور ساتلي نه شي نو په دې بنسته د حاد ITP په درملنه کې دلومړي درمل په توګه نه استعما لېږي او د مزمني ITP په درملنه کې په تکرار ارتيا پېښیدا يې شي.

۳- ايمونوگلابولين ورکړه په anti Rh D مثبت کسانو کې د antibody coated platelet په ځای کې antibody coated RBC په ذريعه FC receptor بلک کوي او د ترومبوسايتونو د تخريب خخه مخنيوي کوي، د پورتنیو دوو درملو داغيزو په

نسبت ورو او وروسته منع ته راخي نو په بيرنيو پېښو کې نه توصيه کېږي او په مزمنه ITP کې په متکرر ډول استعما لولي شو .

۴- معافیت غلی کوونکې درملي د ITP په مقاوم او مزمن ډول کې په يواхи توګه چې له اسپیلینیکتومي سره بنه شوي نه وي استطباب لري .

۵- ډيلوگرام استطباب لري fresh blood یا platelet transfusion ۱۰ سی سی په څلګرام استطباب لري .  
۶- spleenectomy: څرنګه چې توري anti platelet antibody په جورې دواو دترومبوسایتونیه له منځه وړولوکې ډول لري ، نو اسپیلینیکتومي په ۷۰-۹۰٪ ناروغانو کې دايمي بنه والي منع ته راوري او استطباب یې کله چې دژوند تحدېد ونکې خونریزی ولري او بنا نوري شدې خونریزی چې پورتني درملي پري اغبزه ونه کړي او غير قابل کنترول خونریزو کې استطباب لري .

۷- plasmapherosis د طبي درملنۍ او اسپیلینیکتومي سره سره دوامدار ترومبوسايتوبينيا او شدې خونریزی موجوده وي نودا عملیه اجرا کېږي . (۳: ۴۶۰، ۴: ۲۰۸۴، ۴: ۳۵۲)

### ۳-۸-۷. اختلاطات

۱- خونریزی په ناخاپې او شدې ډول د هاضمي سیستم له لاري  
۲- ددماغ داخل کې خونریزی (۴: ۲۰۸۳، ۸: ۳۵۱)  
۳- ۸-۸-۳. ازار: ITP د ۹۰٪ پېښي د میاشتوپه موده کې په بنفسه ډول بنه کېږي او وروسته د یو کال خخه د ناروغۍ په بنفسه ډول بنه کېدل غير معمول دي ، د ناروغۍ پاتي ۲۰٪ پېښي مزمني کېږي . داخل قحفې خونریزی او نه

کنترولیدونکې خونزیزی دمرگ عمدە لاملونه دى او وروسته له اسپیلینیکتومي  
٩٠-٦٠ ناروغان پە دايىمىي توگە بىنە كېبىي . ( ٤٥٩ : ٣ )

### ٩-٣. هيموفيليا

- ١-٩-٣. تعريف: هيموفيليا يو x-linked recessive ارثي ناروغى ده، چى د پلازماد علقە فكتورونود كموالي له كبله منع ته راخي . ( ٣٥٢ : ٤ )
- ٢-٩-٣. ايتوبوجنيسس: داتم فكتور د كمبنت له كبله هيموفيليا A او دنهم فكتور د كموالي له كبله هيموفيليا B منع ته راخي ، نو پە دې بنسىت يواخى پە نارينه جنس كې كلينيكي تظاهرات منع ته راوري او بنئينه جنس يواخى د هيموفيليا trait لە كبله مزمن ناقلين دى . فعال شوي نهم فكتور د اتم فكتور، كلسىم اوددمويه صفيحاتو دجدارد فاسفولپيد سره كمپليكس جوروي ترخو دترومبين پاتوي فعا له كېي . وروسته ترومبين فيبرينوجن فعالوي ترخو fibrin clot جوركىي ، نو پە دې بنسىت د نوموروفكتورو نو كموالي دخونزىزو لامل گرئخي . د هيموفيليا ۋ لونو خخە يو هم هيموفيليا A دى داپول د اتم تحشىري فكتور د ولادي كموالي خخە منع ته راخي، ٨٥٪ پېنىي جوروي د ناروغى معمول داپول داپىي هرو ٥٠٠٠ تنو نارينو كې يوتان اخته كوي . دوھم داپول يې هيموفيليا B دى داپول د نهم تحشىري فكتور د ولادي كموالي خخە منع ته راخي، دناروغى ١٥-١٠٪ پېنىي جوروي درېيم داپول هيموفيليا C ده، چى دناروغى داپول دبوولىسم تحشىري فكتور د ولادي كموالي خخە منع ته راخي دناروغى ٥٪ خخە لېپى پېنىي جوروي .  
لاندى د هيموفيليا د شدت طبقه بندى بىنىي :

- ۱- شدپد (فکتور کچه > ۱٪ نارمل کچه) : داتمو اونهمو فکتورونواندازه دنارمل اندازی د ۱٪ (یو یونت په دېسی لیتر) خخه لبوي .
- ۲- منئنۍ ( فکتور کچه د ۵-۵٪ په منئ کې ) : په پلازما کې داتمويا نهمو فکتورونواندازه له ۱-۵٪ يعني دبو خخه تر پنځو یونیتو په دېسی لیتر وي .
- ۳- خفيف ( ۳۰-۵٪ فکتور کچه ) : په پلازما کې داتم او نهم فکتورونواندازه دنارمل اندازی له ۵٪ یونت په دېسی لیتر خخه زيات وي : دناروغى په ۳۰-۲۰ پېښو کې سپوراډېک موتیشن له کبله منئ ته رائي . نوکورنى تاريچه په ځینوپېښو کې نه وي . ( ۴۵۴: ۳ )

۳-۹-۳. کلينيکي بنه : دناروغى په خفيفو پېښو کې ناروغان بي عرضه وي او کېداي شي ، چې وروسته د جراحې عملې ، شدپدي ضربې او د غابنوونو ايستلوا خخه وروسته دوامداره خونريزي پيداشي . د ناروغى په شدپد ډول کې په ناروغانو کې دوامداره خونريزي ، د عضلاتو هيماتون او په بندونو کې خونريزي ليدل کېږي ، د ترضيض او غابنوونو ايستلوا خخه وروسته د مخاطي غشا و شدپده خونريزي معمولاً موجوده وي همدارنګه په ناروغانو کې د بنفسه خونريزي د ليدلو وړوي . په نويو زېریدلو ماشومانو کې دنامه خخه يا داخل قحفي خونريزي په ډول تظاهرکوي ، خرنګه چې اتموا نهمو فکتورونه له پلاستنا خخه نه شي تيريداي ، یواحې ۳۰٪ تي رودونکو ماشومانو کې د circumcisions خخه وروسته دا بودې مودې خونريزي شتون ممکن دناروغى لوړنې نښه وي ، په نويوزېریدلو ماشومانو کې داخل قحفي خونريزي په نادر ډول سره منئ ته رائي . د عضلاتو خونريزي ، پريتوان خلفي برخي خونريزي منئ ته رائي ( ۴۵۴: ۳ ) ، ( ۲۰۶۶: ۸ )

۳-۹-۴. تشخيص: دناروغری تشخيص دکلینیکی نښونښانو او لابراتواری معايناتو په ذريعه تعين او معلوممو. په لابراتواری ازمونو کې په ماشومانو کې خونریزی موده، ترومبيین موده، پروترومبین موده، او ترومبوسايتونوشمير نورمال وي، خوتحيري موده او قسمی ترومبوپلاستین او بودوي، په دی ناروغانوکي دناروغری تشخيص داتم او نهم فكتورونود مقداري ارزیابي د نارمل اندازي خخه لبر وي. په دی ناروغانوکي صفيحات دمويه شمير نارمل يا لور وي او دناروغ کم خوني دويني دضایع کېدو پوري اړه لري. (۳: ۴۵۵، ۸: ۲۰۶۷)

۳-۹-۵. تفريقي تشخيص: ۱- idiopathic ترومبوسايتوبنيک پورپورا، ۲- ويتامين کموالي، ۳- هينوچ scholen پورپورا او ۴- د نور وتحيري فكتورونوکموالي د پولونوسره تفريقي تشخيص کولائي شو. (۸: ۲۰۶۷)

### ۳-۹-۶. درملنه

۱- د خونریزی دحملاتو مخنيوي او کنترول ددي ناروغانوکي اخته ماشومان د هغوي مور او پلار ته دناروغری په هکله د وقايوی تدابир و دكتري په هکله، د بيارغونې په هکله او هم دناروغری ددوامداره اهتمام په هکله صحی تعليمات ورکړل شي ددي ناروغانوکي ماشومان واکسيوننه تحت الجلي و اخلي، د ترضيض خخه و زغورل شي. د اسپيرين او نور ددرد ضد درملو دخورولو خخه ډډه وشي. دناروغ دخونریزی د موثر کنترول لپاره دهيمو فيليا ده تحيري فكتور د کموالي په صورت کي د اتم يا نهم فكتور استعمال کړي.

۲- د اختلالاتو درملنه: د هر اختلال په صورت کي دهفي درملنه وشي.

۳- دافت و هلو برخو بیارغونه په پرمختللو هیوادونوکې دناروغى لپاره و قایيوي تدابير ددي په خاطر نیول کېري، چې دناروغى شدېد ھول په منئى او ضعيف ھول بدل کرپي ناروغانو ته  $\text{kg / unit}$  ۲۰-۱۰ VIII اتم، فكتور په هفتە كې دوه يا دري ئەلىي ورکول کېري. ناروغە تە ددى تو انورکوي چې نارمل ژوند وکرپي، چې حتى په سپورتى لوبو كې بىرخە اخيستىي شي. كسبىي هيموفيليا په هغە ناروغانو باندى اشتباھ كېري، چې دكافي فكتور درملنى په مقابل كې بىاھم خواب ونه وايي ويلاي شي. اهتمام ستونزمن او په خاص خانگە كې بايد درملنە صورت ونيسي

Von will brand diseases دايyo اتورومل دومينانت ناروغى ده چې د von will brand factor دلپوالى پورې اره لرى او د تھرى بى نظميyo ۵-۳% جوروي، von will brand factor دصفيحاتىدمويه، اندوتيليل حجراتو او په پلازما كې داتم فكتور د كموالى سره موجودوي. ناروغان يې اكثراً مخاطي خونريزى لرى او كلينيكى بىنه يې د هيموفيليا سره شبات لرى، لبراتواري معایناتو كې د خونريزى موده او بىد وي او اتم فكتور كموالى موجود وي او اهتمامات يې د هيموفيليا په شان دى. (۴۵۵: ۳)، (۴۵۳: ۴)، (۴۰۶۸: ۸)

۳-۹-۷. اختلاطات: ۱- مزمن ارتروپاتي منخ تە رائىي، ۲- اتسانىي ناروغى د متكرر ترانسيوزن خخە منخ تە رائىي، ۳- داتمو اونهمو فكتورونو په مقابل كې د اتنىي باد پو منخ تە راتلل او ۴- داخل قحفىي خونريزى. (۴۵۵: ۳)

۳-۹-۸. انزار: د هيموفيليا ناروغانو ژوند په نورمال ھول بىه دى. انزار يې په شدېد ھول د تھرى فكتور نه شتون، د مکرر ترضيض او شدېدې خونريزى شتون او دوينې د ورکرپي داساتتىاو نه شتون په صورت كې اتزار بىه نه دى. (۴۵۶: ۳)، (۹۳۲: ۷)

### ۳-۱۰-۱. لیوکِمیا او حاده لمفوبلاستیک لیوکِمیا

۱-۱۰-۱. تعریف: لیوکِمیا یا دوینی سرطان د مشومانو تر تولومعموله سرطانی ناروغی ده، چې دهه وکویه مغز کې د خبیثه سپینو حجر وشتوں یا کله چې دهه وکویه مغز کې د blast cells حجراتو شمیر د ۲۵٪ خخه پر شتون د لیوکِمیا لامل گرخی او په دوه ډوله حاد او مزمن ده. لومړی ډول حاد یې هم په دوو ډولونو (حاد لمفوبلاستیک لیوکِمیا چې د لیوکِمیا ۷۵٪ پېښی جوروی او حاد میالوید لیوکِمیا چې د لیوکِمیا ۱۵-۱۰٪ پېښی جوروی)، تصنیف شویدی دویم ډول مزمن ډول یې هم په دوه ډوله مزمن میالوید لیوکِمیا چې د لیوکِمیا ۳-۲٪ پېښی لري او juvenile مزمن میالوید لیوکِمیا د لیوکِمیا ۲-۱٪ پېښی تشکیلوی تصنیف شویدی (۴۶۵: ۳، ۲۱۱۶: ۸)

۳-۱۰-۲. ایتوپوجنیس: د لیوکِمیا سبب تراوسه پوري معلوم نه دی محیطي او جنیتکې فکتورونه د ناروغی په پیدا کړدو کې رول لري او مساعد کوونکې فکتورونه عبارت دی له

۱- جنیتکې فکتورونه: داؤن سندروم، فانکونې سندروم، بلوم سندروم، ډایمندبلک فین سندروم، shwachman سندروم، klinefelter سندروم، ترنر سندروم، telangiectasia، شدېد معافیت کموالي او پاراکسیزمل نکچورنل هیمو ګلوبین یوریا.

۲- محیطي فکتورونه: ایونی وړانګکي، درمل، الکالائين ایجنت، بنزین، ایستن بیر وايروس او د مورګانوزیات عمر خخه دی. (۲۱۱۷: ۸)

معمول ډول خخه دی ، چې د تولو سرطانی پېښو ۱/۴ برخه او د تشخيص شوي لیوکیمیا ۳/۴ برخه جوروي . ALL پېښی هرکال په هرسل زروم اشومانو کې چې عمر یې د ۱۵ کالو خخه بنکته ۴-۵ پېښی بنودل شویدي . همدارنګه پېښی یې په هلکانو کې نسبت جنگیو ته ډپر دی . او پېښی یې په ۶-۲ کلنوكوچنیانو کې ډپر منځ ته رائحي تصنیف ALL د مورفولوژي او ایمینیوفینوتیپ له پلوه په لاندې ډولونو تصنیف شویدي .

۱- د مورفولوژي له پلوه :

- L<sub>1</sub>) (۸۰-۸۵) د لمفوبلاست حجري کوچنی ، حجري سره یوشان او د سایتوپلازم مقدار یې لبه وي .
- L<sub>2</sub>) (۱۵٪) د لمفوبلاست حجري غتني ، یوله بله توپير او د سایتوپلازم مقداري یو خه زياته وي .
- L<sub>3</sub>) (۲-۲٪) د لمفوبلاست حجري یې غتني ، چې تولي سره یوشان وي او د سایتوپلازم مقدار یې ډپر ، واکپول لرونکي او ډپر بزو菲ليک وي .
- ۲- د ایمینوفینوتایپ له پلوه : په T ، B cell ، pre B cell ، early pre B cell و يشل شویدي . پورتنی تصنیف یواحی دناروغی دانزارو لپاره ارزښت لري ، چې په دې تصنیف کې L<sub>1</sub> بنه اززارلري او L<sub>3</sub> او B cell ډولونه یې خراب اززار لري .
- (۳) (۴۶۶)، (۸) (۲۱۱۷)

۳-۱۰- ۳. کلينيکي بنه : ALL نبني او نبني په بيلابيلوغرو کې د سرطاني حجراتو دارتشاچ له امله منځ ته رائحي ، چې په لاندې توګه تري یادونه کېږي . د هلهوکود مغز د عدم کفائي له کبله کم خوني او ناروغ کې خسافت او ستړتیا منځ ته رائحي .

همدارنگه د نیوتروپنیا له کبله تبی او انتاناتو ته زمینه برابری، چې تبه و قفوی او په تیته درجه وي، انتانات زیاتره د خولی، ستونی، تنفسی سیستم او پوستکی اخته کوي. دترومبوسایتوبینیا له کبله پورپورا او هیموراژ منع ته رائی. د نوروغرافانفلتریشن د ۶۰٪ خخه په ډپرو ناروغانو کي لمفاذ پنوباتی، هیگر لویوالی او توري لویوالی موجود او د جس وروي. په ۲۵٪ پینسو کي د بندونواو هدوکودرد (په ځانګري ډول حوصله، فقرات او پینسو کي) موجود وي. په ۲-۵٪ پینسو کي مرکزي عصبي سیستم اخته کېږي، چې له امله یې د قحفي ازواجه فلچ او د داخل قحفي فشار لوپرالی نبی لکه سردردې او کانګه منع ته رائی او په لړو پینسو کي زړه، سبې، پښتوري ګي، پوستکي، سترګي او معدې امعاي سیستم اخته کولاني شي، چې د هري عضوي او سیستم د اخته کېدونښي اوښانی بسکاري او نبی یې د خوور خوخه تر خو او نيو پوري دوام کوي، په بعضو پینسو کي تر خو میاشتو پوري دوام کوي.

(۴۰۱: ۸)، (۱۱۸: ۴)

**۳-۴- لبراتوارې کتنې:** خرنګه چې په ۹۵٪ ناروغانو کي لې، تر لې *single cytopenia* (نيوتروپنیا یا ترومبوسايتوبینیا) موجود وي.  
 ۱- دوینې په معاینه کي ترقولو ګټور او لومړنۍ تست کنيل کېږي او د هدوکودمغز د عدم کفایې بنه بسودونکي دي، چې په ۵۰٪ پینسو کي د سپینو حجر و شمير د  $1000/\text{mm}^3$  خخه لې او د لمفوپلاست حجر و یوه لړه فيصدې موجوده وي. په ۳۰٪ ناروغانو کي د سپینو حجر و شمير  $1000-5000\text{ mm}^3$  او په ۲۰٪ پینسو کي د سپینو حجر و شمير  $5000/\text{mm}^3$  خخه زياتيرې او په محیطې وينه کي معمولاً د لمفوپلاست حجري لیدل کېږي.

په دې ناروغانو کې د هيموګلوبين اندازه لړه ، چې تقریباً په ۲۵٪ پېښو کې د mg/dl حڅه بشکته وي . په دې پېښو کې ترومبوسايتونیا موجوده وي . د platelet اندازه په ۲۵٪ پېښو کې د  $10000/mm^3$  اڅخه لوره وي په دې ناروغانو کې د نیوتروپنیا موجوده وي ، چې دنیوتروفیلیونوشمیرد  $1000/mm^3$  اپوري يا لړه وي . ۲- په دماغي شوکې مایع کې د سپینو حجراتو زیاتوالی اوډ لمفوبلاست حجراتو شتوالی د مرکزي عصبي سیستم په اخته کېدو دلات کوي .

۳- د هډوکويه مخ کې دليوکېميک لمفوبلاست منتشر ارتشاح يا انفلتریشن چې له ۲۵٪ حڅه زياته وي . د دې معاينې په ذريعه دناروغۍ قطعی تشخيص اينسودل کېږي .

۴- د صدر په رادپوگرافی کې د منصف پراخوالی ، داوبده هډوکواو د ملاتير په رادپوگرافی کې demineralization لیدل کېږي ، د ګيدې الترا ساوند معاينه کې د خیگر ، توری او پښتوري ګو غټوالی تر سترګو کېږي . ( ۴۶۷: ۳ )

۳-۱۰-۵. تشخيص دليوکېميا او ALL تشخيص د ذکر شووکلينيکې نښو اونبسانو اولبراتواري بدلونونوسره کېږي ، قطعی تشخيص د هډوکو د مخ د بدلونونو پذريعه تاييد او صورت نيسې .

### ۳-۱۰-۶. درملنه

۱- خانګري درملنه : په لاندي خلورو پړاونو کې ترسره کېږي الف- induction reission : په دې پړاو کې له لاندنېو ۳-۴ درملو څخه په ګډه د خلورو اونيو لپاره ورکول کېږي ، چې د ۹۸٪ دنبه والي لامل ګرځي د هډوکويه مخ کې له ۵٪ څخه لېرد لمفوبلاست حجري ، لیدل کېږي .

- پريدينيزولون د  $40 \text{ mg} / \text{m}^2$  له اولي ورخبي خخه تر ۲۸ ورخپوري دخولي له لاري ورکول کېږي.

- وينكريستين  $1,4 \text{ mg} / \text{m}^2$  په ۱۰-۲۲-۸ او ۲۹ ورخوكې دوريد له لاري ورکول کېږي.

داونبوريسين-ليبرى  $30 \text{ mg} / \text{m}^2$  او ۱۵-۲۹ په ۳۰ ورخوكې دوريد له لاري استعما.

- اوشلمو ورخوكې په غوبنه کې زرقېږي.  $6000 \text{ u} / \text{m}^2$  L-aspargmase دورخې خلور خلي دلسو دوزونو لپاره په دويمو

- ميتوتريکزيت د  $12 \text{ mg}$  په ۱۰، ۱۵، ۱۸ او ۲۲ ورخوكې په intrathecal ډول ورکول کېږي.

ب- مرکزي عصبي سистем وقايه په ډپرو ماشومانو کې چې د ALL له کبله مرکزي عصبي سیستم اخته شوي وي پرته له کلينيکي نښو وي او له بلې خوا BBB ددرملني په مقابل کې د ليوګيميك حجروساتنه کوي، نوددي سیستم داخله کېدو دمخنيوي لپاره له لاندانيو درملو خخه گته اخيستل کېږي.

ميتوترريکزيت په ۱۰، ۱۵ او ۲۲ ورخوكې په intrathecal سره قحفي شاع ورکول ټړۍ او بل رژيم لکه ميتوتريکزيت، هايدروکورتيزون او سايتورابين په ډول پرته له قحفي شاع ورکول کېږي.

ج- کانسوليدېشن درملنه له لومړۍ پړاو خخه وروسته د مقاومو اويا پاتي شوو ليوګيميك حجراتو دله منځه ورلو لپاره له لاندانيو درملود ۴-۶ اوونيو لپاره گته ورکول کېږي.

سايكلوفاسفاماي德  $750 \text{ mg} / \text{m}^2$  په اوله او ۱۵ ورخوكې دوريد له لياري.

- وینکریستین  $mg / m^2$  ۱،۴ په ۱۱ او ۱۵ ورخوکي دوريد له لاري ورکول کېږي .  
- سایتوزين ارابينوسايد  $m^2$  / هر ۷۵mg ۱۲ ساعته دپوستگي لاندې په شپړو  
دوزونود ۱-۳-۱۵ اود ۱۷-۱۵ ورخوکي ورکول کېږي .

- مرکپتوبوربن  $mg / m^2$  ۶ هره ورخ دخولي له لياري له ۷، ۱۲ او ۲۱، ۱۵ ورخوپوري  
ورکول کېږي

د- تعقيبي درملنه : لاندې پنې درمل په ګډه دشپړو خلود ۲-۵ کالونو په ترڅ کي ورکول  
کېږي .

- پريدينيزولون  $mg / m^2$  ۴۰ له اولي ورخى خخه تر ۷ ورخوپوري دخولي له لاري  
ورکول کېږي

- وینکریستین  $mg / m^2$  ۱،۴ په لومړيو ورخوکي دوريد له لاري ورکول کېږي .  
- دونوبوريسيين  $mg / m^2$  ۳۰ په لومړي ورخوکي دوريد له لاري استعما لېږي .  
- دارمل  $L - aspargmase / m^2$  ۶۰۰۰ u دورخى خلور خلی په ۱، ۳ او ۵ ورخوکي په  
غوبنه کي زرقېږي - ميتوتريکزيت د  $mg / m^2$  ۱۵ دخولي له لاري په اونې کي یو خل  
يو اونې په منځ کي د خلورو اونيو لپاره مجموعاً دولس اونيو لپاره استعما لېږي  
دادرمل په پنځلسمه ورخ کي پيل کېږي

۱۲ اونيو لپاره استعما لېږي دادرمل په پنځلسمه ورخ کي پيل کېږي .  
۱۲- محافظوي درملنه : د شدې د کم خونې په صورت کي دويني ترانسفیوژن او

د پوريتنيک خخه ګټه اخیستل کېږي . کله چې د نیوتروفیلیونوشمير له  $mm^3$  ۵۰۰  
خخه لېږيا تبه موجوده وي ، نو وسیع الساحه اتې بیوتنيک ورکول کېږي ،  
Pneumcystsis carinii د مخنيوي لپاره کوتريمیکرا سول د ناروغۍ د درملنې په

موده کې وروسته تر خو میاشتوبوری استعما لیبری . د leukemic cells د تخریب له کبله د یوریک اسید نفروپاتی خطر زیاتیری د مخنیوی لپاره وریدی سودبم باي کاربونات ، کافی مايغا ت او د خولي له لاري الوبوربنول ورکوو . ( ۳: ۴۶۸ )

### ٣-٧-١. اختلالات

١- مکررەول په اختنان اختنه کېدل ، ٢- خونزیزی ، ٣- وزن بايلل ، ٤- کمخونی او ٥- داسی نور اختلالات چې د درملنی او د لیوکمیا ئانگری تیپ پوری اپوند وي لکه د ناروغى بيرته گرخیدنە، لیمفوما، تومور لایزسنس سندروم، عقیم خخە دی . ( ٤٣٦ : ٦ )

٣-٨-٩. ازازار: د ناروغى ددرملنی پرته مرگ په خواونیو کې پېښېرى او د مكملى درملنی سره سره ٨٠٪ د بنېھ والي د ٥ کا لو خخە دېر دوام کوي يا داوبىدى مودى بنېھ والي منخ ته راپرى .

لاندى حالاتو کې ALL خراب ازازار لري .

١- د ماشوم عمرله يو کال خخە لې او له لسوکا لو خخە دېر وي .

٢- سپینوحجراتو شمير<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> ١٠٠٠٠ ييا له هغە خخە دېر وي

٣- لمفادرپنیاتي او د منصفي كتلی شتون

٤- د مرکزي عصبى سيستم اختنه کېدل

٥- L<sub>2</sub> او B-cell ۋولۇنو شتون

٦- له لومړنى درملنی سره نه ھواب

٧- نارينه جنس

٨- په خلورو اونیو کې د درملنی سره بنېھ والي منخ ته رانشى

٩- LDH لور والي شتون خخە عبارت دى ( ٣: ٤٦٩، ٢: ٩٧ )

په وينه کې د هيموگلوبين ياد هيماتو كريت کچي د نارمل کچي خخه لبروي يا په بل عبارت که د هيموگلوبين کچه د شپږ مياشتني عمر خخه تر شپږ و كالونو عمر پوري لـ gm/dL ۱۱ خخه بستکته او په نويو زيريدلوماشومانو کې له ۱۲ خخه بستکته شي نو انيميمايا کمخوني بلل کېږي د کمخونيو پېښي په بشاري ماشومانو کې ۷۱٪ او په اطرافي ماشومانو کې ۸۴٪ او په عمومي د ډول په تولو ماشومانو کې ۷۹٪ تخمين شوي دي . د کمخونيو تصنیف بندې د RBC د مورفولوژي له نظره په دريو ډولونو (مايكروسايتick هايپوكروميك، نارموسايتick ناروکروميك، مكروسايتick هايپوكروميك) دي . د اوسيپني د کموالي کم خوني يوله مايكروسايتick / هايپوكروميك کم خونيو خخه دي، چې په اتكلي ډول ۳۰٪ دنې، وګړي د اوسيپني د کموالي په کمخوني اخته دي او زياتره دا وګړي مخ پرودي هيوا دونو کې ژوند کوي او پېښي په تې رودونکې او ماشومتوب دورې ماشومانو کې ډېر وي . د حيواني خورو اوسيپنه د Hem-iron په ډول چې جذب يې اسانه او د نباتي خورو اوسيپنه د Non-hem-iron په ډول ده چې جذب يې لبردي . خرنګه چې په خورو کې يواحې ۱۰٪ اوسيپنه جذبيري نو د ماشوم د ورځې د خورو د اوسيپني ارتيا ۱۵-۸ ملي ګرامو پوري ده . د اوسيپني د کم خوني لامل پيدا او تداوي شي . اوسيپنه له دريو لارو (خولي له لاري، وريده له لاري، عضلي له لاري) خخه ناروغ ته ورکول کېږي د ويتامين  $B_{12}$  او فوليك اسيد کموالي له کبله سره حجرات له نورمال خخه غټه بسکاري چې په مخ عظم کې د ميگالوبلاست په نامه يادېږي . ويتامين  $B_{12}$  کموالي ميگالوبلاستيك کمخوني دا ډول کمخوني د ويتامين  $B_{12}$  د کموالي له کبله منځ ته رائحي د ناروغۍ پيل په کراره وي، خسافت، سترپتيا، نالرامي

بې علاقە گىي، بې اشتھايى او انتان تە مىلان لرى . وقفوي اسھال، زېھ پخە او خويە، سره او دردناكە وي . پە ٤٠-٣٠٪ پىينبو كى دتوري او خيگر لويسالى موجودوی او پە ٢٥٪ پىينبو كى پىتىچبا اونورى خونرېزىي پيدا كېداي شى او پە ناروغانو كى عصبي تحرىشت، اتاكسيا، محيطىي نىوروباتىي د لاسونو اوپىنسو paresthesia موجودوی او هىدارنگە داوتراروعكسي معادوم وي.  $B_{12}$  پە شىيدى خورۇنكى او تىنكى ماشومانوتە  $\mu g$  ٢٥٠ او غەتو ماشومانوتە يو ملي گرام  $1000\text{ }\mu\text{g}$  د عضلى لەلارى ھەر ورخ ددوه اوونىيولپارە پە ذرقىي ھول اوبيا پە اوونىي كى يو خىل تر ھە وختەپورى ئوركول كېرىي، تر خۇچىي د ھيموگلوبىن سوئە نورمال شى او د *pernicious anemia* پە صورت كى  $1000\text{ }\mu\text{g}$  د  $B_{12}$  vit عضلى لەلارى ھەر ورخ ددوه اوونىيولپارە او وروستە پە دووا اوونىيوكى يو خىل د ٦ مىاشتو لپارە بىا ناروغتە  $1000\text{ }\mu\text{g}$  د مىاشت كى يو خىل د ژوند تريايەپورى ورکړل شى . فوليک اسييد كموالي كمخونىي دا دول كمخونىي د فوليک اسييد د كموالي لە كبلە منخ تە راخىي كلينيكي بىنه يې خسافت، وده ورو او مخرش وي، مزمن نس ناستە، بې اشتھايى، زېھ بىنۋىيە، سره او دردناكە وي او د ناروغانو تغذىي كمزوري وي، خيگر لويسالى، خونرېزىي، خفييف ژيرىي او ضعيفتىي موجودوی paresthesia . لومرى د كم خونى لاملىپىدا او وروستە درملنە شى، ناروغانوتە/day ١-٥ فوليكت د خولى لەلارى د ٣-٤ اوئىيولپارە توصىيە كېرىي . تلاسيمياد ھيموگلوبينون يوارثىي ناروغى ده، چې پە ھەنە كى د گلوبىن د يو ياخوزنخىرونود تولىدد كموالى ياشتولىپە تىيجه كى د hypo كمخونىي منخ تە راپرى . دوه ڈولونه microcytic /chromic Thalassemia  $\alpha$  لرى . بىتا تلاسيميادري ڈولونه  $\beta$  thalassemia ،  $\beta$  thalassemia . Thalassemia minor ،  $\beta$  Thalassemia Intermedia ،  $\beta$  major لرى .

دنا روغى په minor ډول کې درملنى ته ضرورت نشته او په پاتي د وو نورو ډولونو کې درملنى ته ضرورت شته. د درملنى موخه د ناروغ والدېنوته د ناروغى په هکله پوها وي ورکول، هيموگلوبين نورمال ساتل، داوسپيني دوليد مخنيوي او د اوسپيني اطراح کول دی. مرینه په اکشرو پېبنسو کې د دزره عدم کفابي له کبله وي G-6-PD کموالي يو ھېره معموله ارثي X-linked اترائيماتيک بي نظمي ده، چې د دده ډوله هيماتولوجيك (حاد او مزمن) حالاتو لامل گرئي. حاد حالت يې معمول دی او د هيمولايتيک حادثي، اتنان او بعضي درملو په ذريعه منځ ته راخي او مزمن حالت يې لو پېبنسيوري. نو ناروغى زياته پېبنسي په نارينه جنس کې منځته راخي په G6PD اخته سره حجرات نشي کولاي چې لږ مقدار glutathione توليد کړي، نو په دې بنسته د ويني سره حجرات نه شي کولاي چې خپل ځاند اكسيدانت موادو په مقابل کې وساتي G6PD د کلينيک له نظره په دريو ډولونو (خفيف، منځني او شدې او ډېر شد بد شکل، دې اپلاستيک کم خوني د هيماتوپويتيک stem cells حجرات ده ګروپي تشوش څخه عبارت دی، چې د اريتروييد، ميالوييد او ميگاکاريوسايتيك حجرات تو د سلسلې د يو ياخو حجراتو په توليد کې کموالي منځ ته راشي د اپلاستيک کمخوني په نوم يادېږي. او په دوه (ولادې، کسبې)، ډولونودي کسبې اپلاستيک انمياد يو شمير فزيکي، کېمياوي او اتناني لاملونوله کبله ده دوکو مغز د زيان لامل گرئي او متصف په محيطې پان سايتونيا او ده دوکې د مغزد hypocellularity سره ملګري وي. Idiopathic ترومبوسايتونينيک پورپورا يوه کسبې هيموراژيکه ناروغى ده، چې د ترومبوسايتونود زييات تحریب څخه منځ ته راخي. دا ناروغى متصف په ترومبوسايتونيا، پورپورېک رش او په مخ عظم کې د ميگاکاروسايتونو شمير نورمال سره ملګري وي. اپه حاد او مزمن

ډولونو تصنیف بندی شوي ده، ITP د ۹۰٪ پېښي د ۶ میاشتوبه موده کې په بنفسه ډول بنه کېږي. هیموفیلیا یو x-linked recessive ارثی ناروغی ده، چې د پلازماد علقة فکتورونو د کموالی له کبله منځ ته رائی. د اتم فکتور د کمبست له کبله هیموفیلیا A او د نهم فکتور د کموالی له کبله هیموفیلیا B منځ ته رائی نو په دې بنسته یواخی په نارینه جنس کې کلینیکې تظاهرات منځ ته راوري او بنخینه جنس یواخی د هیموفیلیا trait له کبله مزمن ناقلين دی. د هیموفیلیا ناروغانو ژوند په نورمال ډول بنه دی. انزار یې په شدې ډول د تحری فکتور نه شتون، د مکرر ترضیض او شدې دی خونریزی شتون او دوینې د ورکړي داساتیاونه شتون په صورت کې انزار بنه نه دی. لیوکمیا یا دوینې سرطان د ماشومانو تر تولو معموله سرطانې ناروغی ده، چې د هلهوکویه مغز کې د خبیثه سپینو حجر و شتون یا کله چې د هلهوکویه مغز کې دblast cell حجراتو شمیر د ۲۵٪ خخه ډې شتون د لیوکمیا لامل ګرخي. او په دوه ډوله (حد او مزمن) دی ALL په ماشومانو کې دوینې د سرطان تر تولو معمول ډول خخه دی، چې د تولو سرطاني پېښو ۱/۴ برخه او د تشخیص شوي لیوکمیا ۳/۴ برخه جوروی. د ALL پېښي هر کال په هر سل زرو ماشومانو کې چې عمر یې د ۱۵ کالو خخه بنکته ۴.۵ پېښي بنو دل شویدې. همدارنګه پېښي یې په هلکانو کې نسبت جنگیو ته ډېر دی. او پېښي یې په ۲-۶ کلنوكچنیانو کې ډېر منځ ته رائی د ناروغی د درملنې پرته مرګ په څواونیو کې پېښېږي او د مکملی درملنې سره سره ۸۰٪ د بنه والي د ۵ کالو خخه ډېر دوام کوي یا دا وردې مودې بنه والي منځ ته راوري.

## پونېتنې

- ۱- کم خونی د ویني دسرو کروياتو دمورفولوژي له نظره په خودوله ده واضح يې کړئ؟
- ۲- کوم فكتورونه د non hem iron جذب په کولموکې زياتوي شرحده يې کړئ؟
- ۳- داوسپني د کمولالي کمخوني اختلالات کوم دی تشریح يې کړي؟
- ۴- ویتامین بي ۱۲ کمولالي د خه دول کم خونی لامل ګرځي واضح يې کړي؟
- ۵- د فولیک اسید د کم والي کم خونی کلینیکې نښې اوښانې کوم دی شرحده يې کړي؟
- ۶- ALL په کومو حالاتو کې خراب اتزار لري واضح يې کړي؟
- ۷- د G6PD اکسیدانت مواد کوم دی شرحده يې کړئ؟
- ۸- یوه دلاندانيو څخه د هیموفیلیلا په اختلالاتو کې شامل نه دی په نښه کړي?
  - الف : حاد ارتروپاتي
  - ب: مزمن ارتروپاتي
  - ج: اتناني ناروغۍ د متکرر ترانسفیوژن له کبله
  - د: داخل قحفې خونریزې
- ۹- بیتها تلاسمیا په خودوله دی یوه د لاندانيو څخه صحیح په نښه کړي دی?
  - الف : دری ډوله
  - ب: خلور ډوله
  - ج: پنځه ډوله
- ۱۰- لاندې صحیح جمله په (ص) او غلطه جمله په (غ) سره په نښه کړي؟
- د G6PD په ناروغانو کې د اکسیدانت درملو د استعمال او مخامنځ کېدو څخه ډډه ونشي.
- حاد ITP په ماشومانو کې ۷۵-۶۰٪ پوري پېښې جورو وي.

## ماخذونه

- ۱- کاموال. محمد ناصر. (۱۴۰۲). دماشومنو دنارو غیو درسی کتاب پنجم تولگی دوبیم سمترا لپاره چاپ خای. تکرہار طب پوهنخی. مخونہ. ۴۴۳، ۱۳۱.
- ۲- شیرزی ایمل. (۱۶۰۲). هیماتولوژی، خلورمه گنه چاپ خای. مهمند کتاب پلورنخی. مخ. ۳۴۷.

- 3-Akbar khan , Pervez .(2002).BASIS OF PEDIATRICS. 8<sup>th</sup> Ed, Lahore Carven Book Centre Pakistan.pp.459,451,452,459 .
- 4-Ghai.O.P, Vinod .K, Paul ,Arvind .Bagga. (2009) . ESSENTIAL OF PEDIATRICS . 8<sup>th</sup> Ed,New Delhi Bangalore ,CBS Publishers And Distributers Pvt LTD.p.351.
- 5-Gupte Suraj.(2001).THE SHORT TEXT BOOK OF PEDIATRICS,9<sup>th</sup> ,Ed.New Delhi, Jaypee Brothers.p.442.
- 6-Haneef.S.M, Maqbool Sajid.etal.(2016).TEXTBOOK OF PEDIATRICS,8<sup>th</sup>.ed.printed by paramount books (Pvt) Ltd.pp. 408,436.
- 7-Hay.W.W,Hayword.A.R, Levin.M.J (2012),CURRENT OF PEDIATRICS DIAGNOSIS AND TREATMENT.21th . Ed .USA. long medical book.p.915..
- 8 – Kliegman. R. M, Behrman .R .E, Jenson .H. B ( 2007) ,NELSON TEXT BOOK OF PEDIATRICS, 18<sup>th</sup> Ed , Saunder Company, USA.p.2083.
- 9-Kliegman. Robert. M, Marcdante. Karen.J,etal,(2006).NELSON ESSENTIALS OF PEDIATRICS.5<sup>TH</sup> Edi.Printed by Saunders an Imprint Of
- 10-Lacy.Charles.etal(1996),DRUG INFORMATION Elsevier.pp.699,704. HANDBOOK,3<sup>rd</sup> Edi.Printed by Lexi-Comp Inc.p.592.

## خلورم خپرکی

### دپنستورگی ناروغی

هر پنستورگی تقریباً ده میلیون نفرون خخه جوړ دی ، په هر نفرون کې ګلومیرول او renal شامل دی او ګلومیرول د tubol efferent/afferent کپیلریلونو خخه جوړ دی. د مختلفو لاملونوله کبله پنستورگی او بولی لاری دندې مختلف کېږي. د بولی لاری د تشوشا تو معمول نبې او نسبانې عبارت له اذیما ، هیماچوریا ، اولیگوپوریا ، ابناړملتی micturition ، مladرد ، کولیکی دردونواودا سې نوروڅخه عبارت دی . التراساوند ، تشومتیاز وساده معایینې ، اکسری او نوروتستونو پذیریعه کولای شو ، چې د پنستورگی ناروغی کشف کرو . حاده پوست ستریپتوکوکل ګلومیرولونفرایتس پېښی د ۳ کلنی عمر خخه په بستکته عمرکې دېرې لېږي دی . د پنستورگی حاده عدم کفایه د ماشومانو د روغتون ۲-۳٪ او د نویزې بدلي ماشومانو د جدي مراقبت خانګي د بستر ناروغانو اته فيصده جوړوي . UTI . اختلاطات یې عبارت له هایپرتنشن ، د پنستورگی تېږي ، شدې د vesicoureteral ریفلیکس او د پنستورگی مزمنه عدم کفایه خخه دی . په عمومي پاملنې او درملنه کې ناروغ بايد زیاتو مایعاتو اخیستلو ته تشویق او هم خپله مثانه ژرژر تخلیه کړي . په دې فصل کې د پنستورگی هغه ناروغی لکه بولی لاری اتنات ، ګلومیرولونفرایتس ، نفروتیک سندروم او د پنستورگی حاد عدم کفایې په باره کې د کوريکولوم مطابق د مفرداتو سره تشریح شوي دي .

## ۴-۱. دبولي لاري اتنات

۴-۱-۱. تعريف: دبولي لاري اتنات په ماشومانو کې يوله معمولو طبی ستونزو خخه ده. که چېري په يو سی سی ادرار کې د کلچر خخه وروسته په High Power Field کې د بكتيرياوود كاللونيو شميرد لس په توان د پنځو ( $CFU10^5$ ) خخه زيات شي په UTI دللت کوي يا په بل عبارت دبولي لاري (پښتوريکو، حالب، مثاني، احليل) د التهاب خخه عبارت ده، چې پښتوري کې په آفت اخته شي ( Pyelonephritis، حالب په آفت اخته شي د Ureteritis، مثانه په آفت اخته شي د Cystitis او احليل په آفت اخته شي د Uretheritis په نوم يادېږي.. پېښي په انجونو کې  $3\%-10\%$  او په هلکانو کې د یو کلنۍ عمر پورې په هلکانو کې نسبت نجونو ته د UTI پېښي زياتي دي، د نبوونځي خخه مخکې عمر کې د UTI پېښي په نجونو کې نسبت نارينه وو کې زياتي دي او په نبوونځ کې د UTI پېښي نجونو کې د هلکانولس چنده زياتي وي. ( ۳۲۴: ۱، ۴۸۳: ۳، ۵۸۲: ۴ )

۴-۱-۲. ايتوپوجنيسس: په غير اختلاطي پښنو کې د UTI ډېر معمول لامل-E Coli (90%) ده. نوموري پتوجن د احليل په شاوخوا کې د نارمل فلورا په شکل او سيرې. نور معمول مکروبونه په نوو زيريدلو ماشومانو کې klebsiella، pseudomonas او ددي عمر خخه په پورته ماشومانو کې ستافيلوكوك او پروتيوز هم ورسه يو ئاي کېږي. د ويني د جريان له لاري، د مجاورت له لاري او هم په صاعده دول بولي لاري ته اتنان خان رسوی.. د UTI مساعد کونکې عوامل عبارت دی له بنهينه جنس، د یو کال خخه بنکته عمر، د بدن د معافيت خرابوالې ( AIDS ناروغۍ او خوارڅواکۍ ناروغان)، د طبی ساماننو استعمال لکه کتيترونه، د

ادرار رجعت لکه چې په ویزیکو یوریترال ریفلکس کې ادرار بیرته پنستور گو خواته جمع کېږي، د بولی لارې بندش لکه یوریترال ستینوسس، Phimosis، د مثاني او بولی لارې د بنکته برخو فلچ، قبضيت، نیورو چنيک بلدر، یوریترال والف، په یابیتوس مليتوس، perinial اتنان، هایپرکلسیم یوریا او Septicemia دی.

(۳:۵۸۳، ۴:۴۸۳، ۸:۲۲۲۴)

**۴-۱-۳. کلینيکي بنه:** په کوچنیانو کې د بولی لارې اتنانات بي عرضه وي، خو په شد ډو حالاتو کې لاندې منظري غوره کوي. د ناروغۍ کلینيکي منظره د ناروغ د عمر او هم د ناروغۍ ترشد پوري اړه لري. په نوزیږیدلوماشونو کې تبه، استفرادات، اسهال، ژیرې، وزن نه اخيستنه او ګنگسيت حالت موجود وي لندې د چې د Septicemia اعراض او علامې، په نسبتاً غټه شيدو خورونکو کې غیر واضح تبه، فريکونسي او کله کله داحتلاح سره ملګري وي په غټوماشونو کې د بولی طروق د Distal برخې اتنان کلینيکي لوحه موجوده وي لکه Frequency، هايپو ګاستريک ناحيې درد، ادرار سوزش، Urgency او ادرار کېداي شي، چې بد بوی ولري، په لپو پېښو کې هيموچوريا پیدا کېږي. د ادرار کولو وخت کې د ماشوم د ژرا زياتوالی، د ادرار قطره راتګ، سست یا غير نورمال د ادرار جريان د بولی لارې د لاندې بنه برخې په اتنان دلالت کوي. په پايلونفرايتس کې تبه، لړزه، د اړخ ناحيې دردونه او توکسيك حالت موجود وي البته بشکاره هيموچوريا په UTI کې نادره ده (۳:۵۸۴، ۴:۴۸۳، ۸:۲۲۲۴)

## ٤-١-٤. تشخیص

۱- تاریخچه او فریکی معاینات

۲- دادرار مکمله معاینه

الف: دادرار ساده معاینه: سمپل باید دادرار د وسط خخه وي. دکتیتر خخه کار اخیستل کېدای شي خود تیوری له نظره ئینی نور ماله فلورا چې تناسلی ناحیي په بیرونی برخه او یا احلیل په مجاورت کې موقعیت لري په کاذب ډول مثبته تیجه ورکوي. همدارنگه د Gage 22 or 25 فلزی ستني په ذریعه د متیازو خخه ډکې مثاني د Supra public برخی ته د تېپ په ذریعه دادرار سمپل اخیستل کېږي. پایویوریا یعنی د لیو کوسایتونو موجودېت په ادرار کې اقلأً د پنځه حجراتو خخه باید په هر High power field Bacterurea کې زیات وي او د صورت کې په هر یو سی سی ادرار کې<sup>۵</sup> ۱۰ کالونی خخه زیات وي. پایویوریا پرته له اتنان خخه او اتنان پرته له پایویوریا خخه هم موجود کېدای شي. مايكروسكوبیک هیموچوریا په حاد Cystitis کې عمومیت لري او په متیازو کې د Cast موجودېت د پنستور ګود اخته کېدو بنکارندوي دي.

ب: Urine Culture: نهایی تشخیص دادرار د کلچر په واسطه کېدای شي او په دې

کې مرضي عامل، د اتنی بیوتیکو په مقابل د عامل حساسیت هم معلومیدای شي.

۳. رادپولوزی او التراساوند معاینات: دا معاینات د پنستور ګود ابسو، کابو او انومالیو په معلومولو کې مرسته کوي کوم، چې د اتنان لپاره زمينه برابروي.

۴. د پنستور ګود دندو معلومول: معمولاً دا معاینات نورمال وي، خو په پایلونفرایتس کې کېدای شي BUN او کریاتینین په خفیفه او گذری توګه پورته لار شي.

( ۳:۵۸۴، ۴:۴۸۴ )

**۴-۱-۵. اختلالات: اختلالات بی عبارت له هایپرتنشن، دپنستورگی کانی، شدید ویزیکویوریترال ریفلکس او دپنستورگی مزمنه عدم کفایه خخه دی.**

**۴-۱-۶. درمنه: عمومی پاملرنه:** په عمومی دول ناروغ باید زیات مایعاتو اخیستلو ته تشویق او هم خپله مثانه ژرژر تخلیه کړي، ترڅودتسو متیاز و توقف واقع نه شي. لویو ماشومانو ته د ادرار سوزش د جلو ګیری لپاره پوتاشیم سیتریت په نویو زپرپدلو ماشومانو کې UTI اکثراً سره یو ځای وي نو ناروغانو ته امپیسیلین mg/kg/day ۱۰-۳۰ او یا pyridine ۱۰ mg/kg او د ۴۰-۳۰ mg/kg په درمنه دوزونو او د یوی او نی خخه په کمه ماشومانو کې په دوه کسری دوزونو او د یوی او نی خخه په زیاته عمر ماشومانو ته په دری کسری دوزونو باندې ورکول کېږي او ورسره جنتامايسین mg/kg/day ۵ یوی او نی عمر ماشومانو ته په دوو کسری دوزونو ورکول کېږي او ورسره کافی مایعات او هم تقویوی تدابیر نیوں کېږي. یا دا چې سیفتريکسون یا سیفوتابکسیم په ترتیب سره mg/kg ۷۵-۵۰ له لمپی درمل او mg ۱۰۰ اپه هر کېلو ګرام وزن د بدن له دوهی درمل سره ناروغ ته په دوو کسری دوزونو توصیه کېږي.

په غتیو ماشومانو کې د ناروغی اهتمام د مرض ترشدت پورې اړه لري. که چېږي پایلونفرايتس اشتباه موجوده وي، نولومپی رګ له لاري bactericidal دوا ګانی شروع کېږي. ددې لپاره سیفوتابکسیم hourly mg/kg ۱۲-۲۴ یا ۱۰۰ اپه mg/kg ۲۰۰ په دری کسری دوزونو د جنتامايسین سره توصیه کېږي. کله چې د ناروغ توکسیک حالت بنې شو، نود خولي له لاري د دوا استعمال ته دوام ورکړئ، بنې به وي چې ناروغ ته د خولي له لاري نورپاتي د درمني کورس توصیه شي هغه ناروغان چې توکسیک نه دي، نو په کور کې د خولي له لاري ورته کوتري

میکسازول یا الموکسیل توصیه کېرى. ددرملنی دوام د ۷-۱۰ اورخولپاره دی. هغه کوچنیان چې عمر يې د ۲ میاشتوضخه لور اماتوکسیک او د پهایدريتید وي یا کانگي کوي، چې د کانگوله کبله دخولي له لاري درمل نه شي اخيستلي بايد روغتون کې بستراوزرقى درمل ورته پيل شي او کله چې د کوچنی عمومي وضعه مخ به بنه کېدو شي، نوبیا زرقى درمل بنداو دخولي د لاري درمل پيل شي، که چېرى د درملود پيل خخه ۴۸ ساعتو پوري د کوچنی وضع بنه نشي، نود ادرار ټول معاينات او کلچر بايد تکرار شي او په بېړنى توکه ورته التراساوند اجرا ترڅو انسداد او یاکومه بله ابنار مليتي رد شي او یا کوچنی د درملنی عدم کفایي په لوحه کې بستراپاتي کېرى اتنې بیوتیکونو ته لېټرلې ۱۰-۱۴ اورخوپوري دوام ورکول کېرى. که چېرى د Cystitis اعراض ولیدل شي، نوبایداتې بیوتیکونو ته تر ۳-۵ ورخوپوري دوام ورکول شي.

( ۴:۴۸۴ ، ۳:۵۸۳ )

**۴-۱-۷. وقایه:** په ځوانو تي رودونکو ماشومانو کې کله چې VSR د تصور وړوی، نو وقايوی اتنې بیوتیک ورکولای شي، په هلکانو کې ختنه کول دمتکرر UTI مخنيوي کوي، قضيت درملنه د UTI په مخنيوي کې ګټوره ده . ( ۳:۵۸۵ )

**۴-۱-۸. انزار:** د بېکتنې بولي لاري اتنا انزار بنه دي که چېري اتنا بورتنې بولي لاري ته داخل شي، نو انزار يې د خارلودي، په مناسبې درملنې سره دمتکرر UTI مخنيوي کېرى . ( ۳:۵۸۵ )

## ٤-٢. حاد پوست ستریپتوکوکل گلومیرولونفراایتس

٤-١-تعريف: دېپنستور گود گلومیریولون التهاب خخه عبارت دې چې متصف په ناخاپې پیل د هیموجوریا ، اولیگوچوریا ، اذیما ، دوینی لورفشار او دېپنستور گو عدم کفايی سره مل دی.

هغه ډول گلومیریولونفریت، چې د ستونی ناروغی خخه وروسته پیداشوی وي د جنس له نظره هلکان نسبت نجونو ته ډپر اخته کوي. د پسلی اوژمي په موسم کې لیدل کېږي، او هغه ډول یې چې د پوستکې ناروغی خخه وروسته پیدا کېږي نجوني او هلکان په مساویانه ډول اخته کوي.

ددوبی اومنی په موسم کې لیدل کېږي. د عمر له نظره ۱۲-۵ کلنی عمر کې ددې ناروغی زیات واقعات لیدل کېږي، خودري کلنی، خخه مخکې عمر کې ناروغی نادرأ لیدل کېږي.. (۳:۵۶۱، ۸:۲۱۷۳)

## ٤-٢-٤. ایتوپتوجنیسس

ناروغی د ستونی یا پوستکې A گروپ بیتھا هیمولایتیک ستریپتوکوک تیرولو خخه وروسته منځ ته رائی، محملک تبې او منځنی غور بالتهاب تیرولو خخه وروسته هم کېدای شی ناروغی ولیدل شی. فکر کېږي ناروغی د Immune complex ناروغیو له جملی خخه دې کله چې انتی جن وجود ته داخل شود هغه په مقابل کې انتی بادې جوره پېږي او د انتی جن او انتی بادې مغلق جوړ وي او دوینی د لارې گلومیریولون ته څان رسوی او د کمپلمنټ سیستم دفعالید و سبب ګرئي او بالتهابي پروسې درامنځته کېدولا مل ګرئي. په آفت اخته شی (۳:۵۶۲، ۴:۴۷۴، ۸:۲۱۷۳)

**٤-٣-٢. کلینیکی بنه :** دناروغى په وصفى واقعاتو كې يونه تر دوه اوئىي دستونىي ناروغى او درىي نه تر شپۇرو اونىيۇ دېپوستكىپى ناروغى خخە و روسته اعراض او علايم را خىركند بېرى، چى كېداي شى مايكروسكوبىك هىموجوريا، چى نور اعراض او علايم ورسره نه وي او دېپنستورگۇنور مالۇ ئۆظاييفو سره يوئىاي وي او يالافت دومره سخت وي چى دېپنستورگۇ عدم كفایي نېبىي نېبانىي سره خىركندشىي ناروغى دېپنستورگو په اطرافو ياكله كله بىكتىنىي اطرافو كې مختلف درجه پېسوب دمالگىي او اوبوتراكم لە املە ؛ فشارلۇرپۇرالىي او دېشومتىياز و كموالىي تاسىس كوي ناروغى كې انسىفالولىياتىي او يىا دېچپ زېرە عدم كفایي او يىا دېپەرە حادا ذىما دمایعاتلىزىياتو والىي يالور فشارلە املە پېداشىي انسفالولىياتىي مستقىما دېيىكروب توكسىن لە كبلە ھە منئىته راتلىي شى پە لىس ياشل فيصده ناروغانو كې نېروتىك سىندروم تاسىس كوي معمولاناروغانو كې خستىگىي، خوبولى حالت يابىي خوبىي، دېگىدەي ارخ بىرخوددا تې عامە وي، Aphasia، كانگە، دېشۈرەتلىشۇش، لېيدلولوشۇش او اختلاج ھە يو تعداد ناروغانو كې تېسترگو كېرىي دناروغى حادە صفحە عموما پە ظرف دېپەرە و ياتە او نىيوكى لە منئە ئىي پە تېشومتىياز و كې دېپروتىن اطراح او لور فشارا كثرا دناروغى دېپىل خخە خلور او ياشپۇر اونىيۇ كې نور مالېرىي، خوولىي كېداي شى مايكروسكوبىك هىمماچوريا دناروغى دېپىل خخە تېيىيادوھ كلونوبورى دوا م پېدا كېي. (٩ : ٢١٧٤)

**٤-٤-٢. تشخيص :** دناروغى تشخيص دكلىنيكىپى خىركندونو، تشي متييازى او وينىي معائىنىي، داتتىي بايوتىكىنۇ تعىينول او Streptozym test پە مرستە وينه كې او دستونىي كلچر پە ذريعە صورت مومى.

الف: تشیی متیازی په تشومتیازوکې RBC casts، پروتین يوریا + ۱ یا + ۲ او PMN لیوکوسیتونه موجود وي. دتشومتیازوکثافت له ۱۰۲۰ خخه زیات او Osmolality ۷۰۰ mosm له په هر کېلوگرام وزن بدنه خخه زیات وي.

ب: وینی معاينات: ESR لوروي، دویني رقيق کېدواولې اندازه هيمولیزله امله دهیموگلوبین کموالی موجود وي. داتی بادی گانوم موجود بېت وینه کې چې ستریپتوزیم تېست پواسطه مشخص کېږي او نیکوتینامايدادنین dinucleotidase، هیالورونیدايز، ستریپتوکاینیز، B او O Streptolysin په مقابله کې اتي بادی گانی تثبیتیږي. وینه کې کمپلیمنت ۳ او دسودېم اندازه تېته وی او دپوتاشیم يوریا او کریاتینین سویه لوروي.

ج: ستونی کلچر په یوشمېر پېښوکې دستونی کلچر په ناروغانوکې ستریپتوکوک انتان بنبی.

د: رادپوگرافی: که چېري سبرو اذیما موجوده وي سبرورادپوگرافی کې peri-hilar انفلتریشن لیدل کېږي.

ه: پېښتورگوایوپسی: په لړو پېښوکې استطباب لري مګر کله چې نفروتیک سندروم، پېښتورگوعدم کفايې او یا کمپلیمنت ۳ تېته والی زیات دواه وکړي د پېښتورگوایوپسی اخستل کېږي (۵۶۲: ۳)

۴-۵. اختلاطات: د ناروغۍ حاد اختلاطات د لورفشار او پېښتورگو وظایفو مختل کېدوله امله منځته رائې په شپیته فيصده ناروغانوکې لورفشار چې کېداي شي په لس فيصده پېښوکې هایپرتنسیف انسیفالوپاتی سره یوئځای وي لیدل کېږي. د ناروغۍ نور اختلاطات عبارت له زړه عدم

کفايه، هايپركليميا، هايپرفاسفتيميا، هايپوكلسيميا، اسيدوزس، اختلاج اوبيوريما  
خخه دى. (٨: ٢١٧٥)، (٥: ٣٨٩)

٤-٢-٦. درملنه : دناروغى درملنه تقويوى ده، په مقدمه مرحله کي داتي بيوتىك وركول د سترپتوکوك اتانا دله منخه ورلويه خاطرپنسيلين عضلي ياوريدى دېنخه يالاوه ورخولپاره ناروغانو ته وركول كېرى دېستراحت ترخوجى دويىنى ESR نورمال شى چې تقرىباً خلوراونى وخت په برکى نىسى دېستراحت كېمۇر دى دناروغى عمده اختلالات لومپى او دوهمى اونى په جريان کي منخته راھىي، چې باید ورته خيراؤسو غذايى محدود پتونه په ماشومانو كي ضرورت نه پېبنېپرىي. صرف كله چې دېنتورگو عدم كفایه يازره عدم كفایه واقع شى دمالگىي، پوتاشيم او مایعات محدود پت ولگول شى او يواخي دېنتورگو عدم كفایه كه موجودوي د كالوري ورکره هم/ $m^2$  Kcal/٤٠٠ په ورخ كي محدودشى. Anuria كي پروتين كاملاً له خورو خخه ايسته شى او د گلوکوز لس ياشل فيصده محلولات تو خخه استفاده وشى. او خلورسوه سى سى مایعات په هرمتر مربع سطح د وجود غير محسوس ضایعاتolle پاره ورسره خومره چې خلورو يشت ساعتونو كي تشي متيازى كېريوي، په هماگه اندازه نورمایعات ورزیيات او ناروغ ته ورکړشى.

Hyperkalemia مخنيوي: پوتاشيم لرونکې خواره ناروغ ته ورنکړل شى او كه هايپركليميا موجودوي د حاد دېنتورگي د عدم كفایي مطابق درملنه شى. ميتابوليک اسيدوزس اصلاح لپاره ناروغ ته سودبم باي کاربونت ورکړشى. كېن زره عدم كفایه: د كېن زره عدم كفایي لپاره ناروغ ته نيمه ناستي وضعیت او مرطوب اكسیجن ورته ورکړشى، د مایعات او سودبم (٢-١ گرام) استعمال محدوده

شي، ناروغ دېجیتالايزشي، يويا دوه ملي گرامه فروزامايد په هرکېلوګرام وزن دبدن تطبیق شي او دويني فشارکنترول شي.

هايپر تنسیف انسفالوپاتي: Diazoxide - په هرکېلوګرام وزن دبدن دري يا پنځه ملي گرام وريدي په بېړه ورکړشي چې تاثيرات يې دولس نه ترڅورو یشت ساعته پاره دواه کوي.

- هايدرالزرين وريد له لياري په هرکېلوګرام وزن دبدن (mg ۱۵، ۰) وريدي تطبیق شئي.

- ژبي لاندي نفیدېپین په هرکېلوګرام وزن دبدن (mg ۲۵، ۰، ۵) په هردو زوز تطبیق شئي.

- ميتايل ډوپا په هرکېلوګرام وزن دبدن (mg ۱۵، ۵) په هردو زور ډله لياري په ظرف د ۶۰-۲۰ دقیقو تطبیق شي په لړ فوري حالاتو کې هايدرالزرين (mg/kg ۰.۵-۰.۱) او ريزرپين (mg/kg ۰.۰۵) دواړه عضلي ورکړشي، که په دوه یادري ساعته په موده کې دويني فشار تيټ نشي پورتنۍ ډوزبيا تکرار شي. که لور فشار ادامه پيدا کړي کېداي شي ميتايل ډوپا خولي له لياري mg/kg/day ۴۰-۲۰ توصيه شي او که لور فشار سره دوراني مایعات هم زيات وي وريدي په عضلي فروزامايد (۱mg ۲) په هرکېلوګرام وزن دبدن هم ورکړشي.

ډباليزس: که ناروغ او د الکترولايتونو هغه تشوشات چې د مریني سبب ګرځي موجود ه وي د بالايزسس بايد ترسره شي د پښتور ګوشد پده عدم کفایه، دوامداره او لیکوپوریا، او که تراندازې ډېرمایعات موجودوي. (۳:۵۶۳، ۴:۴۷۵)

۴-۲-۷. مخنيوي: دستوني او پوستکې ستريپ توکوك اتان په مقدمه مرحله کې سيستميک انتي بيوتيك په ذريعه درملنه د ګلوميريو لو نفريتس خطرنه

کموی، خوبی‌اهم دگلومیریولو نفریتس ناروغ او د هغه کورنی، غری هیمولایتیک سترپتوکوک گروپ A له خاطره دستونی کلچر شی که د کلچرتیجه مثبت وي هغوي لپاره اتي بیوتیک په واسطه در ملنہ ترسره شي. (۸ : ۲۱۷۵)

۴-۲-۸. انزار: پنهانه نوي فيصده خخه زيات ناروغان په پوره توګه به کېري، د ناروغى په حاده مرحله کي د پنسټورگو عدم کفائي، زره عدم کفائي او لور فشار در ملنی پواسطه په مناسبه توګه له مړيني خخه مخنيوي کېداي شي، لږي پېښې کله کله حاده مرحله کي شد پده وي او گلومیریولونوکي Hyalnization او د پنسټورگو ځنډاني عدم کفائي ته پرمختک کړي وي بايد يادونه وشي، چې د ناروغى بيا خرگند بدل ډېرنادردي. (۸ : ۲۱۷۵)

### ۳-۳. نفروتیک سندروم

۴-۳-۱. تعريف: نفروتیک سندروم متصف په زياتي پروتين يوريا ، هايپو البومين يوريا ، اذيمما او د هايپرليپيدې میاسره یوځای وي او د بعضوناروغانو سره هيموچوريما او د ويني لور فشارهم موجودوي د ماشومانو نفروتیک سندروم لامل يې معلوم نه دي، ارثيت پکي رول نه لري ، خوداسي وييل کېري، چې دا یو معافيتی ناروغې ده، چې د lymphocyte T دابنار مل وظایف په نتيجه کي منځ ته رائحي (۳: ۵۶۴، ۴: ۴۷۷، ۲۱۹۰: ۸).

### ۴-۳-۲. دولونه

۱-لومړنۍ یا ایدوپاتیک نفروتیک سندروم د ماشومتوب ددوري نفروتیک سندروم د ۹۰٪ خخه ډېر هم دا ډول جوړوي.

الف: د ګلومیرولونیفرایتس پرته a - Minimal change ناروغۍ (٪ ۷۵)،

- b Focal segmental ګلومیرولرنفرایتس (٪ ۱۰).

c-ولادي نفروتیک سندروم

b: د ګلومیرولونیفرایتس سره

a- میزانجیل پرولاپریتیف ګلومیرولونفرایتس (٪ ۱).

b- ممبرانوس پرولاپریتیف ګلومیرولونفرایتس (٪ ۵).

c- میمبرانوس نفروپاتی > ۵٪

۲-ثانوي نفروتیک سندروم.

نفروتیک سندروم په ماشومانو کې د پینستور گوده ستولوجیک بدلونونو د خانګرتیاو په بنستې په دوو ګروپونو ويشل کېږي لومړي minimal change نفروتیک سندروم او د هم یې نفروتیک سندروم د significant lesion سره دي، چې د minimal change نفروتیک سندروم پېښي اکثراً دسترويد په مقابل کې حساس او انتاريې بنه دي او د نفروتیک سندروم د significant lesion پېښو کې د سترويد په مقابل کې مقاوم په نتيجه کې مزمن د پینستور گوی عدم کفایې ته پرمختک کوي او انتاريې بنه نه دي. (۳:۵۶۵، ۴:۴۷۷)

۴-۳-۳. ایتوپوجنیسس: د ناروغۍ لاملونه او پتالوجي لاتراوسه به معلومه نه ده، خوداسي شواهد شته، چې په ناروغۍ کې د T-lymphocyte pathway رول

لري يعني دمعافيتي وظايفو خرابوالی په تيجه کې چېنې ميداتورونه افرازاودا عيودنفوذیه قابلیت دزياتیدولامل گرئي، چې نوموري مواد د گلوميرولر بيسمنت ممبران د پېپدوله کبله په تيجه کې د گلوميرولونو شعریه عروق خپل منفي چارج له لاسه ورکوي، نود پلازما منفي چارج لرونکي پروتينونه نه دفعه کېږي او گلوميرولونو نفوذیه و پروتیاد پروتینویه مقابل کې زياته او درار کې افراز زياتيري. همدارنګه *Immune diffusion* تخنيک په واسطه هم بنکاره شوي ده، چې تیت وزنه ماليکول لرونکي پروتینونه نسبت لور وزنه ماليکول لرونکو پروتینونه د گلوميرولونو په واسطه په اسانه فلتر کېږي او که چيرې د گلوميرولر بيسمنت ممبران تخرييات زياتوي بيا لور وزنه ماليکول لرونکي پروتینونه لکه گلوبولين هم اطراح کېږي، دلور وزنه ماليکول پروتینونو خارجیدل د ناروغۍ په وحامت دلات کوي. د پروتینونو خارجیدل په ادرار کې په وينه کې هايپوالبومينيميا منځ ته او په تيجه کې د پلازما انکوتیک فشار کمېږي او مایعات بين الخاللي مسافي ته نفوذا وبين الخاللي اذیما منځ ته رائحي. همدارنګه ټیگرد هايپوالبومينيميا په مقابل کې د څواب په بنسټ د بيتا ليپوپروتين د زياتو جوريديو په تيجه کې هايپر ليپيد بميامنځ ته کېږي. پروتين يورياد-T cells د وظايفو د غيرنورمال حالت له کبله کله چې په اندتيليل حجراتو، اپتيليل حجراتو او گلوميرولر بيسمنت ممبران کې انيونيك چارج له منځه ئې او او عيو نفوذیه قابلیت زياتيري، نومنفي چارج والا پروتینونه، چې پخوانورمال حالت کې نه تېرېدل او س ورته د تيريدو اجازه ورکوي. په minimal change ناروغۍ کې انتخابي پروتین يوريادي يعني تیت وزنه ماليکولې پروتینونه لکه البومن ته د تيريدو اجازه ورکوي، خو په چېنې نورو انواعو کې لور وزن ماليکول لرونکو

پروتینونو لکه بیتاکلوبولین، ترانسفرین ته هم د تیریدو اجازه ورکوي . هایپوپروتینیمیا په ناروغانو کې د پروتین په ځانګړي ډول البومن کموالی په پلاسمما کې له دي کبله منځ ته راخي چې له یوې خوا پروتینونه په ادرار کې ضایع کېږي ، او بل خوا پروتینونه د بدن د کتابوليزم لپاره په مصرف رسیبې او هم د پروتینونو ترکېب په جگر کې کمېږي . هایپر لپید بمیادسیر و مود لیپیدو کولوستیرول اوترای ګلیسراسید ) او لایپوپروتین زیاتیدلو ته وايې د لپیدو زیاتوالی د هایپوالبومینیمیا، د جگر د پروتینو د ترکېب کموالی، د lipoprotein lipase د کچې کموالی او هم د شحمود کتابوليزم د کموالی پوري اړه لري . پرسوب کله چې د وینې د پلاسماد البومن کموالی د ۵، ۲ ګرام په یو دېسى لیتر خڅه کم شي ، نوېدې ډول د پروتینونو کموالی په وینه کې دوینې انکوتیک فشار کموي . مایعات بین الخالی مسافو ته رجعت کوي، داخل و عایي مایع کمېږي ، نوېدې دې وخت کې رینین انجیوتنسین الدوستیرون سیستم فعال او Anti diuretic هورمون افراز زیاتیرې، چې دا هر یو په خپل وار سره داوبو او مالګې د احتباس لامل ګرځې او اذیما منځ ته راوړې . ( ۳:۵۶۵، ۸: ۲۱۹۰ )

**۴-۳-۴. کلینکې منظره:** ناروغۍ د ۵ کلنۍ خڅه په بنکته عمر کې منځ ته راخي لوړنې عرض اذیمادی، چې د اجفانو په شاوخوا کې شروع کېږي او په سهار وخت کې ډېره بنکاره وي اواليکوپوریا ورسره موجوده او لړې ورځې وروسته ټول بدن په اذیما اخته کېږي په دغه مرحله کې ماشوم ناروغ نه معلومېږي، خو ناروغان ګنګس، بي اشتها او کله کله د ګیدې دردلري دادرار حجم کمېږي، او Ascitis او Pleural effusion پیدا کېږي، چې ورسره تنفسی ستونزه د دبافر ګم د بې ځایه کې دله کبله منځ ته راخي . همدارنګه نس ناسته پیدا کېدای شي او په

ناروغانو کې كمخونى معمولاً موجوده وي پە ئىنى ناروغانو كې پە مقدم دەول دويروسي او يابكتريايى استان تارىخچە موجوده وي، بىكاره هيموجوريا موجوده نه وي، دناروغانو فشار پە اكثرو ماشومانو كې نورمال وي، خو كله كله دخفيف هاينپرتنشن راپور ھم وركړل شوي ده "MCNS" ٩٥٪ ناروغان د ١٠-١ ڪلونو ترمنع عمركې قرارلري دوينى د كمپليمنت كچە نورماله وي، واضحە انتخابي پروتىن يوريا موجوده وي، بوريميا، هيموجوريا موجوده او هاينپرتنشن موجوده نه وي د ناروغى دا شکل د سترويد پە مقابل كې اكثراً بنه ھواب وايىي (٣:٥٦٧، ٤:٤٧٧، ٤:٤٧٢)،

**٤-٣-٥. تشخيص:** تشخيص د كلينيكي اعراض او عاليمو اولبراتواري معایينى پە ذريعە صورت نىسى. دادرارىپە معایينه كې ٣+، ٤+ پروتىن يوريا، بىكاره هيموجوريا يا دوامداره مايكروسكوبىك هيموجوريا شتون، هيالين او گرانولر كاست موجود وي، دسيرومو البومين كچە  $gr/dl$  ١ خخە تىتە وي، پە وينه كې هاينپرکولوستيروليميا وي، د وينى يوريا او كرياتينين نارمل وي. د سيني اكسرى او كلچر پە تشخيص كې مرسته كوي. (٣:٥٦٧، ٤:٤٧٧، ٤:٤٧٢)

#### ٤-٣-٦. اختلاطات

- ١: اتنات: د اتنان معمول لامل ستريپتووكوكل نمونيا ده او نور گرام منفى بكتيريا وي هم د بنسهپى پريتونپتس لامل گرئى.
- ٢: شريانى اووريدىپ ترومبوسيس
- ٣: ودى تآخر د ستيرويد دوامدارى درملنى پە نتيجه كې منع تە رائى او كله چې درملنه پاي تە ورسىپرى بىا وده دوباره پيل كېرى.

۴: نوراختلالات یې لکه دنهم، یوولسم او دولسم تحشري فكتوروونو کموالي، دکلسيم او ويتامين D کموالي، حاد پښتوري ګي عدم کفائيه، هايپرتنشن، خوارهواکي، تبرکلوزس، سترويد پوري اړوند توکسيستي او د ميتابوليټ پوري اړوند توکسيستي خخه دي. (۳: ۵۶۷)

لاندي اصطلاحات تعريفات، چې په نفروتيک سندروم کي استعمال يېري:

Response: درملني، په کورس کي چې د ۷ ورخو خخه زيات نه وي دادرار په درې پى در پى معاینو کي ادرار د پروتین خخه پاک و بسودل شي د درملني خواب ويلې شي.

لومرنۍ responder: هغه خواب ته چې د ناروغۍ د لومرنۍ درملني په ۸-۶ اوانيو کې منځ ته راشي response responder: هغه د ناروغۍ د درملني په لومرنۍ ۶-۸ اوانيو کي منځ ته رانشي وايې.

Late responder: د ابتدائي non responder په تعقيب response منځ ته راشي relapse: د هغه ابتدائي steroid responder دLate non-responder اشخاص د په خلورو اوانيو کي response ورنکري.

سترويد dependent په یو responder رنځور کي، چې د دوا اندازه کمه شي او يا دوا قطعه شي دوه اوانيو وروسته متكرر relapse منځ ته راشي.

سترويد ته مقاوم: هغه ناروغانو کي چې د سترويد د تقسيم شوو دوزونو سره د دوامداري تداوي لاندي وي خلور اواني، وروسته ۲+ يا زياته دوامداره پروتین يوريا وبنېي.

Relapse: د تداوى په هغه کورس کي چې د ۷ ورخو خخه زياته نه وي په درې پرله پسي ازمونې په جلاهول سره ۱+ يا ډېر پروتین يوريا وبنېي په داسي حال کي چې

تنفسی اویا نور متکرر انتانات موجود نه وي يا داچې متکرره اذیما د relapse خخه عبارت ده په دې کې دې ناروغان وقووي پروتین يوريابنېی None Relapser : هغه چې بيرته گرځیدنه ونکړي غیر متکرر Relapser په میاشتوکې د ۲ ریلپس خخه لپد غیر متکرر بيرته گرځیدنې په نوم یادېږي  
متکرر Relapser : هغه Responder چې په میاشتوکې د ۲ يا د دې خخه زیات یا په یو کال کې درې ریلپسر وبنېي . ( ۳ : ۵۶۸ )

۴-۳-۷ . درملنه : د درملنې موخه داده چې د ناروغ ماشوم ژوند د نورمال ساتلو لپاره د ماشوم اذیما او پروتین يوريابايد په پوره ډول له منځه ولاړه شي . کوم ناروغان بسترشی : هغه ناروغان بسترشی کوم چې د هغوي د ستونزو بنه درملنه په کور کې نه نیول کېږي لکه peritunitis , septicemia ، شدې د اود البومنیو په شمول داخل وریدې دبوریتیک ته ضرورت ، شدې د کمخونی ، شدې د اتان او هغه ناروغان چې د پښتورو ګې بايوپسی لپاره کاندې د وی باید بسترشی .

غذايی رژیم : ناروغ ته بايد لوړ پروتینې خواره او تیټ سودې مې خواره ورکړشی ( d / kg ۳-۴ ) پروتین باید واخلي د اذیما د کنترول لپاره د دورخې د ۲ ګرامو خخه کمه مالګه استعمال شی . د مایعاتو ورکړه په ځانګړي ډول کله چې اذیما موجوده وي باید د نورمال ضرورت خخه ۳۰ % کمه ورکړل شي .

• فعالیت : ماشومانو ته اجازه ورکړه شي چې خپل ورځنې فعالیت ته ادامه ورکړي ، کاھل ماشوم که چېږي اذیما ونه لري بنوونځي ته د تللو اجازه لري .

- اتنان: داتسان دشتون په صورت کې مناسب اتنې بیوتيک لکه بینزایل پنسیلین او جنتامايسین استعمال شي دا خکه چې نموکوس او *E coli* اتنان اکثراً دخالت لري او که *TB* موجوده وي بايد تداوي شي
- اذيمما او دايوريتنيک ناروغانوته مدرري دواگاني بايد په ډپر احتياط سره ورکړي شي، خکه چې د هايپوكليميا او هايپواليميا چې د شدې د جانبي عوارضو خخه دي منځ ته راوري، په زياتره ايدوپاتيک نفريتنيک سندروم کې بهترین مدرر د ستروئيد تراپي خخه عبارت ده، مدرر د تنفسی د پستريس، عوارضو massive ascitis او یا کله چې ستروئيد تراپي مضاد استطباب او یا د جانبي عوارضو رپورت ورکړل شي بنه درمل ده. لکه هايدروکلوتيازايد mg / kg / d ۲ اعظمي مقدار (۱۰۰ mg) او سپيرانولكتون mg / kg / d ۲-۴ په خلوروکسرى دوزونورکول کېږي. که چېري مدررناكام شي نو % ۲۵ Free salt ، الومين / d ۱ kg / d داخل ورید په ۱-۲ ساعتونو کې دانفيوژن په ډول ورکول کېږي که ضرورت وي نو ۱۲ ساعته بیا انفيوژن تکرار يېږي. (۳:۵۶۹، ۶:۴۹۱)
- په بالخاصه درملنه کې يې سترويد ورکوو، چې پريدينيزولون يې انتخابي دوا ده د / d ۲ چې اعظمي اندازه يې ۶۰ ملي ګرامه ده په درې یا خلوروکسرى دوزونو هره ورڅو د واحد دوز خخه تقسيم شوي دوز غوره ده خکه که چېري ځینې ناروغان د واحد دوز په مقابل کې تيجه ورنکري نو د تقسيم شو دوزونو سره ځواب وايې پريدينيزولون تر هغه پوري ناروغ ته ورکوو تر خو پوري پروتين يوريا اصلاح شي او د ادرار معاینه خلور پنځه ورځې مسلسل د پروتين له خاطره منفي شي او یاد trace کچې ته ورسيرې، چې دغه کار په منځنۍ ډول سره په دوه هفتونو کې صورت نيسې، بیا هم عین اندازه درملنې ته ۱۰-۱۴ ورځې

وروسته د شفا کېدو خخه نور هم ادامه ورکوو، په عمومي ډول سره د درملنې دغه رژیم ته باید څلور اوئني دوا م ورکړشي . وروسته ددي عین اندازه پريدينيزولون په واحد دوز سره په سهار کې يو ورځ بعد د څلورو اوئنيولپاره نور هم ادامه ورکوو، او بیا په تدریج سره د دوا اندازه کموو او حتی د اوئنيو په فاصله يې ۲۰، ۳۰، ۴۰ او یا  $mg/m^2/day$  د ۱۰ اوئنيو په موده کې ختموو، او س که چېري د دوو میاشتو د ستروئید مسلسلې ورځنې درملنې سره سره څواب ور نکړي او یا هغه ناروغان چې د ستروئید تقسیم شوو دوزونو سره د دوامداري تداوي لاندې وي او څلور اوئني وروسته بیا هم  $+2$  او یا زياته دوامداره پروتین یوریا وښیي ، نو د ناروغان ستروئید مقاوم فکر کېږي. په سلوکې  $90\%$  ناروغان د پريدينيزولون د درملنې سره شفامومي ، چې په دې کې  $36\%$  مکمل شفایاب کېږي، او غیر متکرر relapse  $18\%$  ورکوي، او  $46\%$  ناروغان متکرر relapse ورکوي (پدې مانا چې په  $6$  میاشتو کې دوه یا زيات Relapses او یا درې Relapses په یو کال کېښیي). او س لوړنې هغه ده ، چې ناروغان هره ورځ پرله پسې په خپل ادرار کې پروتین وښیي ، نو د دی حالت درملنې د لوړنې درملنې په ډول تداوي کېږي ، یعنې هره ورځ  $/ mg / d$   $2 kg$  پريدينيزولون په څلورو کسری دوزونو د څلورو اوئنيولپاره او بیا عین اندازه یو ورځ بعد د څلورو اوئنيولپاره په واحد دوز سره ورکول کېږي او بیا په تدریج سره د  $6$  اوئنيو په جريان کې قطعه کېږي د متکرر relapses درملنې د پريدينيزولون د عین مقدار د یو ورځ بعد په ورکولو سره د  $6$  میاشتو خخه تر یو کاله پوري تداوي کېږي.

په تولو ناروغانو کې ، چې د پریدنیزولون درملنې لاندې وي بايد د توبرکلوزس د تشخيص لپاره د Mantoux test اجرashi .

کورتیکوستیروئید په لاندې حالاتو کې مضاد استطباب دي:

۱- دوامدار کمپلمنتونو کچه تیته وي

۲- هیموچوریا ، اذوتیمیا ، سیستیمیک هایپرتنسن

۳- پیپتیک قرحة

۴- پایلونفرایتس یا توبرکلوزس

۵- Exposure to varicella or measles

د پنستورگوبیوپسی په مقاوم ستروید اوستروید dependent ناروغانو کې اخستل کېږي ، نوداسي ناروغانو ته تقویوی درملنه یا دا چې لاندې سایتو توکسیک دواګانې استعمالوو.

cytotoxic therapy په هغه ناروغانو کې گټور ده چې د سیتروئید په مقابل کې څواب نه واي.

A : سایکلوفاسفامايد د سیتروئید پورخ وروسته تداوي سره یو ئای سایکلوفاسفامايد ۲ mg/kg<sup>۵-۲</sup> په واحد مقدار د سهارلخوا د ۳-۲ میاشتو لپاره ورکول کېږي (دا خبره بهتره ده چې د ورخني سیتروید درملنې سره کله چې بشپړه اصلاح حاصل شوه بیا د سیتروید اندازه نیمايې کوواو یوورخ بعد یې ناروغ ته شروع کوو په دې وخت کې ورسه سایکلوفاسفامايد یو ئای ورکول شروع کېږي (ددې درمل سمي تاثیرات عبارت دی له: لیکوپینیا، خونریزی، cystitis ، کروزومل افت، عقیم، الوبیسیا د نومورې دوا دورکړي خخه ړومبى د ماشوم سور او پلار د

دوا د جانبي عوارضو خخه باید خبر شي. دماشوم WBC په اونې کې يو خلچک کېږي که اندازه یې cumm<sup>5000</sup> خخه کمه شي دوا قطعه کېږي.

سترويد resistant ناروغان د سايكلوفاسفامايد جمع ميتايل پريدينيزولون يا سايكلوسپورین د یو پراخه کورس (۳-۶ مياشتى)، سره تداوي کېږي نوموري درمل د ۵ کلونو خخه په لور عمر او هغه ناروغانو کې چې د ناروغى موده یې د ۲ کلونو خخه زياته وي موثره درملنه ده.

B کلورومباسيل: کلورومباسيل mg/kg/day / ۳-۲ د ۰،۲ مياشتولپاره ورکول کېږي اوستطباب یې د سايكلوفاسفامايد په شان ده د ستيروئيد سره یو ظایه هم استعمالېږي. دوا سمی تاثيرات د موضعی اختلاج، معدي معايې تحریښت، ګونادل توکسيستي ليکوپينيا، مخ عظم د پريشن خخه عبارت دي.

C: سايكلوسپورین دا درمل د mg/kg/day ۵-۳ د ۰،۵ مياشتولپاره استعمالېږي، سمی اغېزي د اوريوها پريلازيا hypertrichosis، هايپرتشن اونفریتس خخه عبارت دي، چې د درمني په اوړدو کې د پښتوګود وظايفوارزيابي وشي، نوموري درمل د Afferent arterioles Anti lymphocytic تاثير له مخې په Aاندې یوتقلص کوونکې اغېزي لري.

D: ميتايل پريدينيزولون رګ له لاري د ۴-۸ اوانيو لپاره یوه ورڅه وروسته ورکول کېږي، نوموري درمل په سترويد مقاوم پښو کې په خانګړي ډول په (FSGS) باندې موثرت زيات ده.

E: ليوميزول دوا mg/kg/day ۲،۵ د شېري له خوا په واحد دوز د دريو خخه ترڅلورو مياشتولپاره استعماليداۍ شي، دادرمل Immune regulatory خاصیت هم لري يعني یو Relapses T-cell modulator هم ده، نوموري درمل د متکرر

نفروتیک سندروم لپاره استطباب لري او د کورتیکو سیتروئیدو سره یو ئای ورکول کېږي.

F: نوري دواګانې لکه هیپارين، ضدتحرث، وارفارين، او Anti platelet دواګانې لکه اسپيرين هم استعماليدا شي (۱۲۶۹: ۱۱، ۷۴۵: ۱۰، ۵۷۱-۳: ۵۶۹)

۴-۳-۴. مخنيوي: د ماشوم مور او پلار باید د ناروغى په طبیعت پوه کړل شي، چې دا یود او بدی مودی ناروغى ده، د تداوي په جانې عوارضو پوه شي د ناروغ په بیابیاملاقات او کتنې سره راضي شي او هغوي باید په متناوب ډول د خپل ماشوم د ادرار د معایني لپاره او relapses لپاره وخت په وخت راشي، د ناروغى د شفایابې په مرحله کې غذايي او فزيکي پرهيز نه شته.. (۴: ۴۸۲)

۴-۳-۵. انزار: MCNS د ستيرويد د درملنۍ سره ۷۸٪ ناروغان بنه کېږي د مريني پېښې په MCNS کې ۴-۱٪ ده چې مهم لاملونه يې انتان، تحرث او دوراني تشوشا توڅخه دی. ناروغى کې، چې بسکاره هيموچوريا، هايپرتنسشن، هايپوكمپلمنتيميا، اخره مرحله د پنستورگې عدم کفائي ولري خراب انزار لري. د ستيرويد ډولونه relaps لري او د ناروغى بنفسهې بنه والي په دويمي لسيزې تراخره پوري وي او په لبو پېښو کې لومړنۍ بنه والي يې د یو کال څخه په زياته موده کې وي. (۳: ۵۷۱، ۸: ۲۱۹۴)

## ۴-۴. دېپنستورگو حاده عدم کفایه

۴-۱. تعریف: دېپنستورگو حاده عدم کفایه یوه کلینیکي سندروم ده، چې پښتوري ګي په حاد ډول دزيان له کبله نايتروجنی له کاره لويدلي او نور ميتابوليک پاتې شوي لکه او به، الکترولايتونه او نور مواد ساتي يا نشي کولاني چې اطراح کري. څرنګه چې ARF ته یو ستندرد تعريف نشه، نوددي ستونزی د حل لپاره acute kidney lesion اصطلاح وړاندې شویدي، چې تشخيص يې کله په ناخاپې ډول د ساعتو په موده کې د پښتوري ګي دندې لړه شي او یا په دې موده کې د کرياتينين کچه د dl / mg ۰، ۳ خخه لوړه یا برابره وي یا دسلني له نظره د baseline خخه %۵۰ خخه ډېره یا برابره وي یا همدارنګه دادرار output کموالي د ml / kg / hr for >6hr پوري وي تشخيص وضع کوي.

۳-۲ ARF د ماشومانود روغتون او اته فيصده دنووزيرېيدلي ماشومانود جدي مراقبت خانګي

دبسترنا وغان جوړوي. اوليګوريا او anuria یوله برجسته نښو خخه دی، همدارنګه په ډېرولړو پېښو کې ممکنه ده، چې ادرار output نارمل وي. (۴:۴۸۷، ۸:۲۲۰، ۱۲:۵۱۶)

## ۴-۲. لاملونه

Prerenal پښتوري ګو حاده عدم کفایي لاملونه یې عبارت دی له ډيهايدريشن، وينه بهيدنه، Sepsis، هايپوالبومينيميا، زره عدم کفایه خخه دی.

Renal پښتوري ګو حاده عدم کفایي لاملونه یې ګلومير يولو نفرايتس لکه پوست سترپتوکوكل، لوپوس اريتيما توزس، انافيلكتوئيدپورپورا، غشائي تکثري

گلومیریولو نفرایتس، Anti-glomerular basement membrane و دتبولونو حاده نکروز، دپنستور گود قشری برخونکروزس، دپنستور گود دورید ترومبوузس، هیمولایتیک یوریمیک سندروم، رابدومیالوسس، بین الخالی نفرایتس، توموری ارتشاج، تومور لایزسنس سندروم دی.

Postrenal پنستور گوحاده عدم کفایی لاملونه یې خلفی حالبی والفس، رحمې حوصلې جنكشن بندبنت، Ureterocele، تومور، بولی لیاروتیری، هیموراژیک سیستیتس، نیورو جنیک بلدر دی. (۲۴۶: ۳)، (۴: ۴۸۷)، (۵۷۲: ۲)

### ۴-۳. ایتوپتوجنیزس

Prerenal پنستور گوحاده عدم کفایه: په دې دول عدم کفایه کې د شریانی ویني حجم کمیری او په تیجه کې د پنستور گو پرفیوژن کمیری او د گلومیریولونو فلتریشن هم کموی، خود پنستور گود ماوفیت موندنی اثرات پنستور گوکې نه لیدل کېری، که چېری په دغه ناروغانو کې د هایپو پرفیوژن لامل اصلاح شي.

پنستور گی بيرته خپل نورمال و ظایف ترسره کوي، خو که هایپو پرفیوژن دوامداره شي دپنستور گو پرانشیمل نسج ماوفیری.

Renal پنستور گوحاده عدم کفایه: په دې آفت کې د پنستور گو پرانشیمل نسج په شمول دهایپو پرفیوژن یا اسکیمیا او د برو نورو تشوشا تو له امله لکه د گلومیریول نفرایتس، هیمولایتیک یوریمیک سندروم، دتبولونو حاد نکروز تشکبلوی، چې میخانیکېت يې کېدايې شي دپنستور گو هیموداینامیک تغیرات، دتبولونو بندبنت او د گلومیریولونو فلتر شوي مواد بيرته گرخیدنې پوري اړين وي، تومور لایزسنس سندروم د ARF مشخص ډول دي چې په بنفسه ی توګه یا کېمیاوی مواد د پواسطه په هغو ناروغانو کې، چې لیمفوپرولیفیراتیف خبیشه ناروغی، ولري منځ ته راخي، چې

میخانیکېت يې يوریک اسید کرستلونو پواسطه د توبولونو بندبنت تشكېلوی بىرۇنى بىنالخالىي نفرايتىس ھم د ARF يو عام سبب دى، چې د فرط حساسىت غېرگۈن د يوه درمل پە مقابىل يا مختلفو مكروبونو لە املە منئۇ تە رائىي. Post renal پېنستورگۇ حادىدەم كفايە: پدى ناروغانوکىي اكثراً دبولي لارى بندبنت لە املە منئۇتە رائىي پە نويوزيرىدلۇ ماشومانوکىي ولادى تشوشتات لكە Posterior urethral valves او دوه طرفە درحمىي حوصلىي جنكشن بندبنت ددى دەول پېننىي تشكېلوى نورحالتونە لكە دبولي لارى تىرىپى، توموروونە داخل دكىيەي يا پە بولى لارى كې، هيموراژىيىك او نىوروجنېك بلدر كېدايى شى پە لويماشومانو اتنىكىي و چوانانوکىي د ARF لاملىشى. (٤:٤٨٧، ٨:٢٢٠٦، ٣:٥٧٢)

#### ٤-٤. كلينىكىي بىنه

ھەغە ماشوم چې دخو ورخۇ راپدېخوا دنس ناستىي او كانگىي تارىخچە ولرىي فكر كېرىي چې دماياعاتو ضايىع كېدىل د Prerenal لاملونو لە املە د پېنستورگۇ حادىدەم كفايە باندى اختە شوي وي او كە يو شىپە كلن ماشوم چې خە مودە مخكىي يې د ستونى التهاب تىر كرى وي او ورسىرە دسترگوشاخوا پېرسوب، لور فشار او هيماچوريا ولرىي Renal لاملونو د پېنستورگىي حادىدەم كفايىي تە فكىر كېرىي. كله چې يو ھېر ناروغ ماشوم تو كسىك دواگانو استعمال تارىخچە موجودە وي پە دېر احتمال سره حاد توبولر نكروزىس تە فكىر وشى يۇنىي زىپېيدلىي ماشوم كە دهايدىر و نفروزىس تشخيص مخكىي لە زىپېيدۇنىتىي التراسونىن نتىيجه كې بىسۇدل شوي وي او مثانە يې د جس ورۇي ترە پەرە حده د بولى ليارو ولادى بندبنت تە بايد پام وشى چې كېدايى شى Posterior urethral valves لە املە منئۇ تە راغلىي وي.

د ناروغ فزيكىي معاينې په وخت کې تاکي کاردېا، وچه مخاطي غشا او محيطي خراب پرفيوزن ناروغ کې که موجود وي په غير كافي دوراني حجم دلالت کوي اود Prerenal پښتوري گو حاده عدم كفائيي احتمال موجودوي. د اطرافو پرسوب، سپرو کې رالونه، او په زره کې گلوب د مایعاتو زياتيدل دوراني ويني ته دلالت کوي او احتمال د داخلی پښتوري گو حاده عدم كفائيه، چې د گلوميرولو نفريت يا د توبولونو حاده نکروزس له امله منځ ته راغلي وي فکر کېږي. د پوستکې رش او د بندونو التهاب که موجودوي لوپوس اريتيماتوزس يا انافيلكتوئيد نفرايس ته پام راګرخوي، که د ناروغ فلانک ساحه کې کتلي جس شي د پښتوري گو وريد ترومبوزس، تومورونه، Cystic ناروغيو ياد بولي لاري بندبست ته فکر کېږي. (۳:۵۷۴، ۴:۴۸۷، ۷:۲۲۰)

#### ۴-۵. تشخيص

دقيق تاريخچې اخيستل د ARF لامل په موندلوكې د پرگتھور تامايرېي د كلينيکي نښو اوښانو، فزيكىي معاينې اود لبراتواري معايناتو پذریعه کولاني شو تشخيص کړو، په تشومتيازو کې هيماقوريا، پروتين يوريالا وسره کروياتو کاست یا ګرانولر کاست په داخل المنشا ARF خصوصاً گلوميرولي ناروغيو باندي دلالت کوي. د WBC او WBCs کاست موجودېت له لړه درجه هيماقوريا او پروتين يورياسره په Tubulointerstitial ناروغې دلالت کوي. کېډاي شي. ايزينوفيلونه په تشومتيازو کې د درمل له امله تحريك شوي Tubulointerstitial نفرايس ناروغانو کې ولیدل شي. د ناروغې په لبراتواري معاينه کې کم خوني، ليکوپينيا په سستيميك لوپس اريتيماتوس کې ليدل کېږي او ترومبوسياتوپينيا په سستيميك لوپس اريتيماتوس، هيمولاليتېک يوريسيك سندروم او پښتوري گو وريد ترومبوزس کې.

موجودوي،<sup>۱</sup> پنستور گو و ظايفوناتوانی له امله (ميتابوليک اسيدوزس، لور BUN، كرياتينين، يوريك اسيد، پوتاشيم او فوسفات) او Hypocalcemia ليدل كېري، كمپيلمنت كچي تيتوالي داتناناتو وروسته، سستيميك لوپس اريتيماتوس، ياغشايي تکثري گلوميريلونفريتس کي موجودوي،<sup>۲</sup> لور اتي بادې په سيروم کي په سستيميك لوپس اريتيماتوس،<sup>۳</sup> سترپتوکوك اتنان، Wegener granulomatosis، مايكروسكوبيك پولي ارتريتس يا Goodposture ناروغى { ناروغانو کي ليدل كېري.<sup>۴</sup>

(۴:۵۶۷)

#### ۴-۶. درملنه

الف: ناروغى په عمومي اهتماماتو کي دناروغ ورید خلاص و ساتل شي، دويني سمپل هره ورخ يوريا، كرياتينين، BUN، الکترولايت او ويني گازاتو معاني لپاره و اخستل شي، ناروغ هره ورخ وزن شي، دناروغ خلورويشت ساعته تشى متياري راتمولې شي، دويني فشارکه لوره وي هر ساعت او که نورمال وي هر خلور ساعته وروسته چك او كنترول شي، دمایعاتو ورکره خلورسوه سی سی په هرمترمربع سطحه ديدن لويانو لپاره او شيدورودونکوماشومانو لپاره پنځه لس سی سی په هر کېلوګرام وزن ديدن غيرمحسوس ضایعاتولپاره ور زيات او ناروغ ته ورکړل شي په وينه کي پوتاشيم زياتيد او پوهيدلو لپاره تکارتکار دزره ECG و اخستل شي. ديدن دحرارت د هر ساتي ګراد درجي دلورې دلپاره ناروغ ته لس فيصده مایع زيات ورکړشي. لېټرلې درې سوه کېلوکالوري په هرمترمربع سطحه د وجود انژي ورکړشي، د انژي زياته برخه يې د کاربوايدريتوڅخه وي اوورسره شيدورودونکوماشومانو کي.<sup>۵-۸</sup> ۱، ۵ ګرام اولويوماشومانو کي، ۰، ۵-۰ ګرام پروتين په هر کېلوګرام وزن ديدن، چې

لوربیولوژیک ارزبنت لری شپه او ورخ کې ناروغ ته خوروکې ورکړشی که د بولی  
لیاري بندښت شتون ولري باید اصلاح شي.

دناروغ تغذی کې په ډېرو پېښوکې سودېم، پوتاشیم او فاسفورس په خوروکې  
محدود کړي شي.

بالخاصه درملنه: الف: پښتوري گو عدم کفایه له ډیهایدریشن سره: شد ډد ډیهایدریشن  
درملنی پلان شاک درملنه ترسره شي، که ۲-۳ ساعتوکې ډیهایدریشن اصلاح شي ولی  
تشی متیازی پیدانشي ناروغ ته فورا زامايد دوه نه ترڅور ملي ګرامه په هر کېلو ګرام  
وزن د بدن ورید له لاري ورکړشی یافورا زامايد په عوض بومیتائید ۱ ، ۰ ملی ګرام په  
هر کېلو ګرام وزن د بدن، بیاهم که د تشی متیازی کمی اصلاح نشي دفورا زامايد  
دو هم څل په عین مقدار د انفوژن په ډول دوامدار تکرارشي، که دو هم څل سره هم تشی  
متیازی زیات نشي ناروغ ته پریتوانی ډیالیزیس ترسره شي.  
که

دناروغ هایدریشن حالت بنه وي او فشار لورنه وي زیات طبیبان پښتوري گو قشری  
برخی وینی جریان زیاتولو په خاطر دوه نه تردری مايكرو ګرامه په هر کېلو ګرام وزن  
دبden دوپامین دفورا زامايد ترڅنګ استعمالوي.

ب: پښتوري گو عدم کفایه د بدن زیات مقدار مایعات سره: وریدله لاري مایعات ورنکرل  
شي، نورپورتنۍ درملنه ترسره شي. که دوه څل فورا زامايد ورکړي سره خواب منفي  
وي، یو واحد ډوز ورید له لاري مانیتول نیم نه تریو ګرام په هر کېلو ګرام وزن د بدن له  
شل فيصده محلول خخه نیم ساعت په موده ورکړشی. که وینی فشار لورنه وي پنځه  
مايكرو ګرامه په هر کېلو ګرام وزن د بدن دوپامین هم استعمال شي، که تردي دمه  
درملنی په مقابل کې خواب منفي وي ډیالیزیس ترسره شي. (۳:۵۷۵، ۴:۴۸۷)،

(۸:۲۰۸)

ج: پنستور گو عدم کفایی داختلات اتو در ملنہ:

A- هاپرکلیمیا سیروم پوتاشیم کچه له شپر ملی ایکوویلانٹ خخه په یولیتر که زیات شي کېدای شي دزره اریتمی، زره و دریدل او مرینه رامنځته شي ECG کې T موجه نوکتیزه QRS پلن، ST قطعه ژور، بطینی اریتمی او زره و دریدل تغیرات لیدل کېږي. درملنی لپاره يی کله چې پوتاشیم کچه وينه کې L/mEq<sup>6</sup> ته ورسیپری پوتاشیمي منابع (غذایی، وریدی مایعاتوکې، تغذیې)، ناروغ ته ورنکرل شی، gr/kg ۱ kayexalate خولي يا احتباسی امالی له لاري ناروغ ته تطبیق شي، چې تقریبا L/mEq<sup>1</sup> پوتاشیم سویه وینه کې کموی، نوموری درمل هردوه ساعته وروسته تکراریدای شي، ولی دسود بم لوړوالي سبب ګرئیدای شي. همدارنګه پنځنه نه ترلس ملي ګرامه سالبوتامول انشعاق هم ګټوردي.

کله چې پوتاشیم کچه وینه کې له L/mEq<sup>7</sup> خخه زیات شي، پرته له Kayexalate خخه لاندې بېړنې اهتمامات ترسره شي:

۱- لس فيصده کلسیم ګلوكونات یوسی سی په هر کېلو ګرام وزن بدنه وریدله لاري درې نه ترینځه دقیقویه موده کې ورکړشي.

۲- سودپم باي کاربونات<sup>۵</sup>، فيصده محلول یونه تردوه ملي ایکوویلانٹ په هر کېلو ګرام وزن بدنه وریدله لاري پنځنه نه ترلس دقیقویه موده کې ورکړشي.

۳- انسولین کرستل صفر عشاریه یو واحد (kg/U<sup>۰۰۱</sup>) په هر کېلو ګرام وزن بدنه له پنځوس فيصده ګلوكوز محلول یوسی سی په هر کېلو ګرام وزن بدنه سره وریدله لاري یوساعته په موده تطبیق شي. دغه عاجل اهتمامات لاندې مودې لپاره د پوتاشیم سویه وینه کې کموی، نوځکه دوامداری مودې هاپر کلیمیا کنترول لپاره د بالایسس په نظر کې وي.

B - پدی ناروغانوکی خفیف اسیدوزس عام وی، ولی کله ناکله در ملنی ته ضرورت پیشگیری، که چېري اسیدوزس شد بد وی، نوپه دې حالت کې دوریدله لارې سودېم باي کاربونات توصیه شي.

C - Hypocalcemia: په لومړۍ مرحله کې لورفاسفورس کچې تیټولوېه ذريعه هایپوكلسیمیا در ملنې شي، پیل دوزی ۳-۱ تابلیته ده او استعمال یې د خور و سره وشي، مجموعی مقدار بې ورولورشی تره غه وخته پوري، چې فاسفورس کچه وينه کې نورمال شي.

D - Hyponatremia: هایپوتريمیا عموماً دوینې رقیقیدوله امله منځ ته راخې در ملنې لپاره یې دمای عاتور کړه محدود کړي شي نسبت دې ته چې سودېم کلوراید ورکړشی، هغه ناروغان، چې د هایپوتريمی سره د هغه کلینیکې نښی نښاني، اختلاج او خوبجن حالت هم ولري یا هغولپاره، چې دوینې سیروم سودېم کچه یې (۱۲۰ meq/l) خخه لبوي، درې فيصده سودېم کلورايد.

تر خود سیروم سودېم ۱۲۵mEq/liter ته لور شې، خوپه پام کې وی، چې د سیروم سودېم کچه په ۲۴ ساعتو کې له L ۱۰ meq/L خخه زیات پورته نشي. په عمومی توګه د ۳ فيصده سودېم کلورايد kg/ml د سیروم سودېم mEQ/L ۵ لوره وی، چې د اعراض لرونکی هایپوتريمیا لپاره له دې خخه وروسته د اضافې سودېم ارتیاوی د ۴۸-۲۴ ساعتو په موده کې تطبیقېږي، خو هغه ناروغان، چې د خولي له لارې کولاهی شې و خښې د WHO ORS ستندرد خخه باید استفاده وکړي. باید یادونه وشې، چې ژردد سودېم اصلاح کول د پاتین میالینوسس سبب ګرئي.

E - معدي امعايې خونریزې: د خولي یاوري د له لارې H2 blocker لکه رنیتیدېن عموماً دې اختلاط مخنيوي لپاره استعمال یې.

F-لورفشار: لورفشار در ملنی لپاره دمالگی او مایعات و استعمال محدود شی او مدرر دوا گانو استعمال هم کپدای شی گتھور تمام شی نسبتاً په لنده مواد کی دوینی لورفشار تیتو لول پاره Isradipine mg/kg/dose ۰،۰-۰،۵،۱ (اعظمی دوزی ۵mg) هر شیب ساعتہ و روسته یا دوزی ۱۰mg هر دو لس یا شیب ساعتہ و روسته خولی له لاری استعمال شی دوامدار تاثیر لرونکی لورفشار ضد دوا گانی لکه ۱،۰-۱،۰mg/kg/24h املود بپین په یویادوه کسری دوز و نو، پروپرانولول (mg/kg/24h) ۵،۰ په دوه یاد ری کسری دوز و نو، لبیتولول mg/kg/d ۴-۰،۴ په دوه یاد ری کسری دوز و نو سره کولای شی، چې دلورفشار کنترول ادامی لپاره گتھور تمام شی، دشد بد نبئی لرونکی (Hypertensive urgency/emergency) لورفشار ناروغانو در ملنی لپاره کولای شو، چې سود بم نایتروپروساید ۳-۰،۶ mg/kg/hr ۰،۵-۱۰ μg/kg/min لبیتولول یا Esmolol ۳۰۰-۱۵۰ μg/kg/min دوامدار انفیوژن په چول گته و اخلو، خوکله چې ناروغ کی فشار استقرار پیدا کری، دغه تداوی ته متقطع دوز لورفشار ضد دوا گانو پواسطه ادامه ورکوو.

G- عصبی نبئی: سردردی، اختلال، خوبوری حالت او Confusion ناروغ کی هایپوتريمیا، هایپوکلسیمیا، لورفشار، دماغی خونریزی، دماغی رگونو التهاب او یوریمیک حالت خخه پیدا کری ډیازیپام داختلاجاتو په کنترول کی ټپر زیات گتھور در مل دی.

H- کمخونی پنستور گو عدم کفایه ناروغانو کی عموماً خفیف (۱۰-۹gr/dl) وی او وینی حجم زیاتیدوله امله منحتجه رائی، خوهیمولایتیک یورومیک

سندروم، سیستیمیک لوپوس اریتیماتوس، فعال وینه بهیدنه یادوامداره ARF کی وینی تطبیق ته کبدایی شی ضرورت پیش شی.

وینه هغه وخت، چی هیموگلوبین لـ gr ۷ خخه لپشی Packed RBC ۰ ml/kg اور کول کبری، هغه ناروغان چی بدنه مایعات یی زیات وی ددی لپاره چی لورفشار، دزره عدم کفایه اوسبو پرسوب رامنخته نشی باید په کراره خلورونه ترشیپ و ساعتویه موده کی وینه واخلي تازه وینه چی RBC یی مینخل شوی وی دهاپر کلیمیا خطر کموی، بنه به داوي، چی شد بد هایپر الیمیا یا هایپر کلیمیاناروغانوکی وینه ورکول ددیالیزس با Ultrafiltration په وخت کی خوندی تطبیق شی. (۴۸۸: ۳۵۷۵)، (۴: ۲۲۰۸)

### ڈیالیزس استطباب :

- ۱- هغه ناروغان، چی بدنه مایعات یی زیات وی او دلور فشار او یا سبو پرسوب شواهد ولري او مدرر دوا گانو استعمال پواسطه څواب ونه وايي.
- ۲- دوامداره هایپر کلیمیا ولري.
- ۳- هغه شد بد میتابولیک اسیدوزس چی داخله طبی در ملنی په مقابل کی څواب ونه وايي.
- ۴- عصبی شکایتونه (ددمااغی حالت تغیر، اختلالات) شتون ولري.
- ۵- که چېري BUN لـ mg/dl ۱۰۰ - ۱۵۰ خخه زیات وی یا که له دی اندازي خخه یی کچه کمه وی او یا په بیره لوره شوی وی.
- ۶- دکلسمیم او فاسفورس توازن خراب شوی وی او هایپو کلسمیمیک تیتانی پرته له ذکر شويو حالات او دناروغ تغذیه د مایعات شد بد محدود پت له امله پوره ونه شی کړای هم باید ڈیالیزس شی.

ARF ناروغانو ډیالیزس ته خورخو خنه نیولی تردولسو او نیولپاره کېدای شی اړتیاولري.

ډیالیزس په دریو طریقو د پنستور ګود دوامداره اعادی درملنه، هیمودی الایزسنس او پریتونل ډیالایزسنس، سره سرته رسیرېي. (۳:۵۷۷، ۴:۴۸۹، ۸:۲۲۰۸)

۴-۷. اختلاطات : ۱- مایعاتواضافه والي ، ۲- سبو اذیما ، ۳- لورفشار ، ۴- میتابولیک اسیدوزسنس ، ۵- هایپر کلیمیا، ۶- هایپر تریمیا ، ۷- شدېدہ کمخونی، ۸- هایپرفاسافتیمیا، ۹- معده امعایی او ۱۰- اختلاج (۴:۴۸۹، ۸:۲۲۰۸، ۷: ۷۲۸)

۴-۸. انزار: د ARF د مرینی کچه ۲۰-۴۰٪ دی، خود مرینی کچه د ناروغری د اصلی لامل د نوعی او د پنستور ګی عدم کفایې په مودې پوري اړه لري او هغه ناروغان، چې لامل یې septicemia او هیمولایتیک یوریمیک سندروم وي او ورسه داوبدې مودې anurea ملګری وي، نوددې ناروغان اتزار بنه نه دی.

او هغه ناروغانو کې، چې ARF یې د crescentic ګلومیرولر نفرایتس او واژکولایتس له کبله وي، نو اتزاريې د پنستور ګی د ماؤف کېدود شدت او د چتک بالخاصه درملنې د پیلدو پوري مربوط دی او که ARF د حاد تیوبولرنکروزسنس له کبله وي او پرته له اختلاطاتو وي اتزار بنه دی.

که چېري د ناروغری سره نور فکتورونه لکه د ناروغری مؤخر ډول روغتون ته مراجعيه د اختلاطي انتان شتون او د زړه، خیگر او تنفسی عدم کفایې موجودې په صورت کې اتزار بنه دی.

د تغذیي حالت ساتنه او د انتاناتو مخنيوي په قطعي ډول په ارزارو کې بنه والي راولي. (۳:۵۷۸)

لنهيز: دبولي لاري اتنات کله چې په يوسي سي ادرارکي د کلچر خخه وروسته په High Power Field کي د يوشانتې بكترياوود كالونى تعداددلس په توان دپنخو خخه زياتي شي په UTI دلات کوي ياپه بل عبارت دبولي لاري (پښتوريکو، حالب، مثاني، احليل) دالتهاب خخه عبارت ده. بسكتنى بولي لاري اتنان اتراربه دی اوکه چېري اتنان پورتنې بولي لاري ته داخل شي، نواتزاربي دخارلودي، په مناسي درملني سره دمتکرر UTI مخنيوي کېږي. دپښتوريکو دکلوميريلونو التهاب متصرف په ناخاپې پيل د هيمچوريا، اوليكويوريا، اذيمما، دويني لورفشار او دپښتوريکو عدم کفائي سره دي. ناروغۍ دستوني يا پوستکي A ګروپ بيتاباهيمولايتك سترپپتوکوك، محملک تبي او منځني غوره التهاب تيرولو خخه وروسته هم کېداي شي ناروغۍ، ولیدل شي. نيفروتيک سندروم متصرف په زياته پيمانه پروتين يوريا، هاپيوالبومينيميا، اذيمما او دې برخلي دهاپرلپيدېميا سره یوځای وي دوه (لومړنۍ او ثانوي) ډولونه لري. ددرملني موخه داده، چې د ناروغ ماشوم ژوند نورمال وساتل شئ او د ماشوم اذيمما او پروتين يوريا بايد په پوره ډول له منځه ولاړه شي دپښتوريکو حاده عدم کفائيه يوه ګلنېکي سندروم دي، چې پښتوريکي په حاده ډول دزيان له کبله نايتروجنې له کاره لويدلي او نور ميتابوليک پاتې شوي لکه او به، الکترولايتونه او نور مواد نشي کولاي چې اطراح کړي، نو تشخيص يې کله چې په ناخاپې ډول د ۴۸ ساعتو په موده کې د پښتوريکي دندې لبره شي او يا په دي موده کې د کرياتينين کچه د  $\text{mg / dl}$ ،  $۳۰$  څخه لورپيارا برابر وي يا دسلني له نظره د baseline څخه  $۰.۵\%$  څخه په پريما برابروي همدارنګه د urine output کموالي د  $\text{ml / kg / hr}$  for ARF د مرینې  $> 6\text{hr}$ ، څخه وي يا په دواړو صورتونو کې تشخيص وضع کوي. د خودمرینې کچه د ناروغۍ داصلې لامل د نوعی او دپښتوريکي  $۲۰ - ۴۰\%$  دي، خودمرینې کچه د ناروغۍ داصلې لامل د نوعی او دپښتوريکي

دعدم کفايې د مودې پوري اره لري او هغه ناروغان، چې لامليي HUS او septicemia وي اوورسره د او بدي مودې anurea ملګري وي، نوددي ناروغانو از ارنېنه نه دې او هغه ناروغانو ARF چې crescentic گلوميرولنفرايتس او واzkولايتس له کبله وي، نو اتاريې د پښتوري گې د ماؤف کېدو د شدت او د چېک بالخاصه درملني دېيلېدو پوري مربوط دی او که ARF د حاد توبولر نيكروزسنس له کبله وي او پرته له اختلاطاتو وي اتزا رښه دی .

## پونتی

- ۱- د بولی لاری داتناناتو مساعد کوونکی فکتورونه کوم دی شرحه یې کړئ؟
- ۲- د بولی لاری داتناناتو داختلاتاتو نومونه کوم دی واضح یې کړئ؟
- ۳- د پښتوري ګو د ګلوميرولونوالتها ب پېښي په کوم عمر کې د بري وي واضح یې کړئ؟
- ۴- نفروتیک سندروم متصف په خه دی توضیح یې کړئ؟
- ۵- نفروتیک سندروم انتاز حنگه دی شرح یې کړئ؟
- ۶- د پښتوري ګو د حادي عدم کفایې لامونه کوم دی واضح یې کړئ؟
- ۷- د پښتوري ګو د حادي عدم کفایې د یالیزس استطبابات کوم دی شرحه یې کړئ؟
- ۸- یوه په لاندنسیو حالاتو کې کورتیکوسستیروئید مضاد استطباب نه دې په نښه کړي?  
الف : دوامدار کمپلمنتونو کچه تیته وي      ب: پیپتیک قرحة  
ج: دوامدار کمپلمنتونو کچه لوره وي      د: سیستیمیک هایپرتنشن  
۹- یوه د لاندنسیو خخه د بولی لاری داتناناتو داختلاتات خخه نه دی په نښه کړي دی?  
الف : هایپرتنشن      ب: د پښتوري ګی کانی  
ج: شدېد ویزیکویوریترال ریفلکس      د: پښتوري ګی مزمنه عدم کفایه  
۱۰- لاندی صحیح جمله په (ص) او غلطه جمله په (غ) سره په نښه کړي؟  
د UTI د بنکتنی بولی لاری انتاز نښه دی  
- نیفروتیک سندروم متصف په زیاته پیمانه پروتین یوریا،  
هایپوالبومینیمیا، اذیما او ډېرڅلې د هایپرلیپیدمیا سره یوځای وي

## د اصطلاحاتو قاموس

- آواز لرونکی توخی ته وايي . Brassy caugh
- د مرمو راحساس د جس په ذريعه ته وايي . Thrill
- د اکسيجن کموالي ته وايي . Hypoxia
- د ھيگر لويوالي ته وايي . Hepatomegaly
- کاچوغی ته ورته نوکانو ته وايي ، چې د اوسيپني د کموالي يوه نښه ده . Kailonechia
- د روماتيك تبې يوله مؤخر و نښو خخه ده . Chorea
- هغه نښه ده کله چې ناروغ غير ضروري اوبي ارزښته خورو ته ميلان پيدا کړي Pica ويل کېږي .
- کله چې ناروغ يخ له خورولو سره ميلان پيدا کړي ويل کېږي Amylophagia .
- کله چې ناروغ خاورو له خورولو سره ميلان پيدا کړي ويل کېږي Geophagia .
- دويني د سرو حجراتو کوچنيوالی ته وايي Microcytic .
- دويني د سرو حجراتو غتیوالی ته وايي Macrocytic .
- په وينه کې د پروتین د کچې کموالي ته وايي Hypoproteinemia .
- په وينه کې د شحمود کچې هيروالی ته وايي Hyperlipidemia .
- په بین الخاللي نسج کې د مایعاتو د ټولید و شتون ته وايي Oedema .
- هيماچوري په تشومتيازو کې دويني شتون ته وايي Hematuria .

## مأخذونه

- ۱-فضلی، محمد رسول.(۲۰۱۰م). دماشومانودرسی کتاب. گنہ لومنی. چاپ ۲۳۴ . سحر مطبعه. کابل-افغانستان. مخ.
  - ۲- هادی، سیف اللہ. (۲۰۱۱م). دھضی اوبینتور گئی سیستمونوناروگی. گنہ لومنی. چاپ ۲۴۶ . شوی. سحر مطبعه کابل-افغانستان. مخ.
- 3-Akbar khan , Pervez .(2002).BASIS OF PEDIATRICS. 8<sup>th</sup> Edi, Lahore Carven Book Centre Pakistan.Pp .569,572,582.
- 4-Ghai.O.P, Vinod .K, Paul ,Arvind .Bagga. (2009) . ESSENTIAL OF PEDIATRICS . 8<sup>th</sup> Ed,New Delhi Bangalore ,CBS Publishers And Distributers Pvt LTD.Pp.483,487,489.
- 5-Gupte Suraj.(2001).THE SHORT TEXT BOOK OF PEDIATRICS,9<sup>th</sup> Ed.New Delhi,Jaypee Brothers.P.389.
- 6-Haneef.S.M, Maqbool Sajid.etal.(2016).TEXTBOOK OF PEDIATRICS,8<sup>th</sup>.Ed.Printed By Paramount Books (Pvt) Ltd.P.491.
- 7-Hay.W.W,Hayword.A.R,Levin.M.J. (2012).CURRENT OF PEDIATRICS DIAGNOSIS AND TREATMENT.21th Ed .USA.long medical book.P.728.
- 8 – kliegman. R. M, Behrman .R .E, Jenson .H. B. ( 2007) .NELSON TEXT BOOK OF PEDIATRICS, 18<sup>th</sup> Ed , Vol -I “Saunder Company, USA.Pp.2206,2208.
- 9-Kliegman. Robert. M, Marcdante. Karen.j,etal,(2006).NELSON ESSENTIALS OF PEDIATRICS.5<sup>TH</sup> Edi.Printed By Saunders An Imprint Of Elsevier.P.2174.
- 10-Parthasarathy.A,etal,(2009). IAP TEXTBOOK OF PEDIATRICS .4<sup>TH</sup> Edi, Published By Jaypee Brothers Medical Publishers (Pvt) Ltd.P.745.
- 11-Rudolphs.Abraham.M.(1991).RUDOLPH'S PEDIATRICS,Printed By Apletion And Lang .p.1269.
- 12- Singh Meharban. (2016) .MEDICAL EMERGENCIES IN CHILDREN,5<sup>th</sup> Edi,Printed By CBS Publishers And Distributers Pvt . Ltd.P.516.

## دمولف لنډه پیژندنه :



پوهاند دوکتور نجیب الله (امین) دالحاج امین الله خان زوی دی،  
نوموري دنگرهاړ ولایت د جلال اباد بنار په لمپري ناحیه کې په  
۱۳۴۹ هجري شمسى کال کې زېبیدلی دی ۰

لومړني او منځني زده کړي یې د ننګرهاړ ولایت د جلال اباد بنار په تجربوي منځني بسوونځي کې او  
ثانوي زده کړي یې د ننګرهاړ په عالي لیسه کې بشپړ کړي دی ۰

په ۱۳۷۶ هجري شمسى کال کې د کابل د معالجوي طب د انسټیوټ خڅه فارغ شوي دي ۰

په ۱۳۷۶ هجري شمسى کال کې د ننګرهاړ پوهنتون روغتون د ماشومانو په خانګه کې په دندہ پيل  
کړي ۰ په ۱۳۷۸ هجري شمسى کال کې د لوړ وزده کړو د محترم وزارت له خوا د ننګرهاړ پوهنتون  
د طب پوهنځي د ماشومانو په خانګه کې د استاد په توګه په علمي کدر کې شامل او په کال ۱۳۸۲  
کې پوهنیار علمي رتبی ته ترقیع کړیده . په کال ۱۳۸۶ کې پوهن ملي علمي رتبی ته ارتقا کړیده او په  
کال ۱۳۸۶ کې د IMCI د پاليسى clinical instructor معرفی شوو .

په کال ۱۳۹۰ کې پوهندوي علمي رتبی ته ارتقا کړیده . او په کال ۱۳۹۶ کې پوهاندي علمي رتبی ته  
ارتقا کړیده .

محترم استاد د دندی دیل خڅه تراوسه پوري د ننګرهاړ د طب پوهنځي د ماشومانو په خانګه کې  
د تدریس چاري پرمخ بیا یې ۰

په درنښت

## **Publishing Textbooks**

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue, we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 278 different textbooks of Medicine, Engineering, Science, Economics, Journalism and Agriculture (96 medical textbooks funded by German Academic Exchange Service, 160 medical and non-medical textbooks funded by German Aid for Afghan Children, 7 textbooks funded by German-Afghan University Society, 2 textbooks funded by Consulate General of the Federal Republic of Germany, Mazar-e Sharif, 2 textbooks funded by Afghanistan-Schulen, 1 textbook funded by SlovakAid, 1 textbook funded by SAFI Foundation and 8 textbooks funded by Konrad Adenauer Stiftung) from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh, Al-Beroni, Kabul, Kabul Polytechnic and Kabul Medical universities. The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. It should be mentioned that all these books have been distributed among all Afghan universities and many other institutions and organizations for free. All the published textbooks can be downloaded from [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org).

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-2014) states:

"Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashto. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of-the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit".

We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of higher education institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

**I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to Afghan universities free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.**

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards, but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to Kinderhilfe-Afghanistan (German Aid for Afghan Children) and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 160 medical and non-medical textbooks so far.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me from 2010 to 2016 in Afghanistan.

In our ministry, I would like to cordially thank Minister of Higher Education Dr. Najibullah K. Omary (PhD), Academic Deputy Minister Prof Abdul Tawab Balakarzai, Administrative & Financial Deputy Minister Prof Dr. Ahmad Seyer Mahjoor (PhD), Administrative & Financial Director Ahmad Tariq Sediqi, Advisor at Ministry of Higher Education Dr. Gul Rahim Safi, Chancellor of Universities, Deans of faculties, and lecturers for their continuous cooperation and support for this project .

I am also thankful to all those lecturers who encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz and Fahim Habibi in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak  
Advisor at the Ministry of Higher Education  
Kabul, Afghanistan, March, 2018  
Office: 0756014640  
Email: [textbooks@afghanic.de](mailto:textbooks@afghanic.de)

## **Message from the Ministry of Higher Education**

In history, books have played a very important role in gaining, keeping and spreading knowledge and science, and they are the fundamental units of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of higher education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and today's requirements and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be provided and published for the students.



I appreciate the efforts of the lecturers and authors, and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks in their fields. They have offered their national duty, and they have motivated the motor of improvement.

I also warmly welcome more lecturers to prepare and publish textbooks in their respective fields so that, after publication, they should be distributed among the students to take full advantage of them. This will be a good step in the improvement of the quality of higher education and educational process.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and standard learning materials in different fields in order to better educate our students.

Finally I am very grateful to German Aid for Afghan Children and our colleague Dr. Yahya Wardak that have provided opportunities for publishing this book.

I am hopeful that this project should be continued and increased in order to have at least one standard textbook for each subject, in the near future.

Sincerely,

Dr. Najibullah K. Omary (PhD)

Minister of Higher Education

Kabul, 2018

Book Name	Respiratory, Cardiac, Hematological & Renal Diseases of Children
Author	Prof Dr Najeebulah Ameen
Publisher	Nangarhar University, Medical Faculty
Website	<a href="http://www.nu.edu.af">www.nu.edu.af</a>
Published	2018, First Edition
Copies	1000
Serial No	270
Download	<a href="http://www.ecampus-afghanistan.org">www.ecampus-afghanistan.org</a>
Printed at	Sahar Printing Press, Kabul, Afghanistan



This publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office      0756014640

Email      [textbooks@afghanic.de](mailto:textbooks@afghanic.de)

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2018

ISBN    978-9936-620-61-2