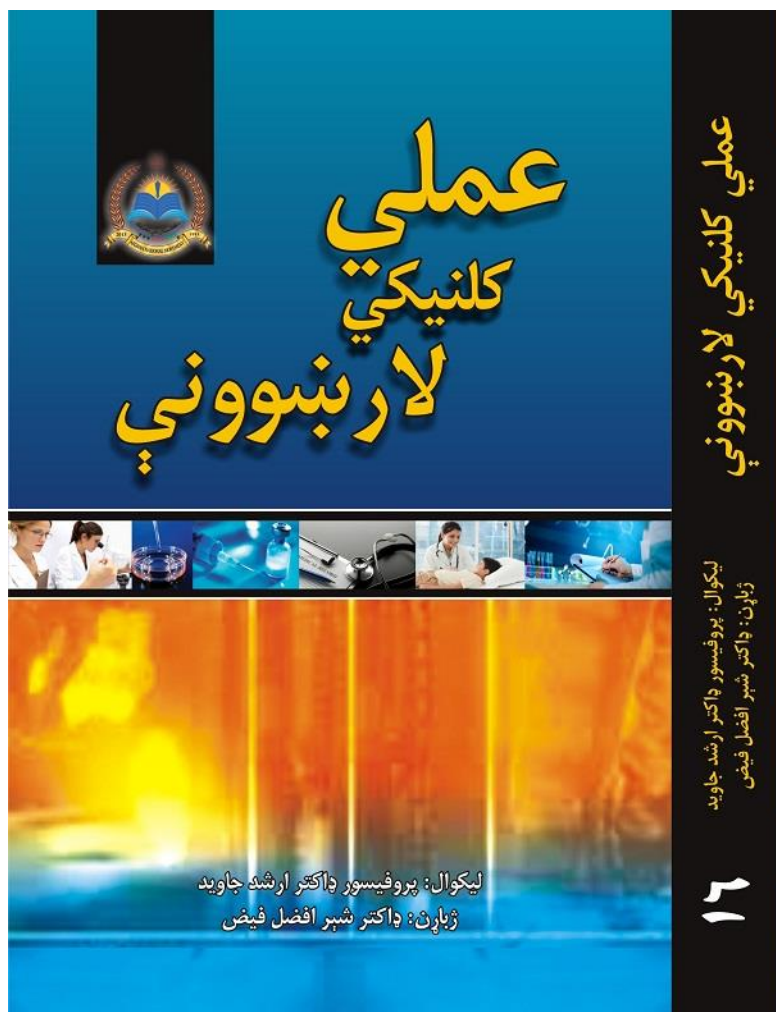




Ketabton.com



Clinical Guidelines

عملي كلينيكي لارنسووني

ليکوال: پروفیسور ډاکټر ارشد جاوید

ژباړن: ډاکټر شېرافضل فیض

۱۳۹۳ ل. / ۲۰۱۴ م



د کتاب ځانگړنې :

د کتاب نوم: عملي كلينيكي لارښوونې

Clinical Guidelines

ليکوال: پروفیسور ډاکتر ارشد جاوید

ژباړن: ډاکتر شېر افضل فیض

کمپوز/ډیزاین: عبدالهادي اثر

خپرنډوی: د ملي تحریک فرهنگي څانگه

د خپرنډوی پرله پسې نومره: (۱۶)

چاپشمبر: ۱۰۰۰

چاپ وار: لومړی

چاپکال: ۱۳۹۳ ل





دا کتاب؛

د هېواد دوه سترو علمي، معنوي، فرهنگي او ادبي هستيو ته چې پښتو ادب يې په نومونو هسک سر ولاړ دی، تراوسه يې سلگونه کتابونه د زړه په وينو ليکلي او د هېواد د ستر علمي مرکز علومو اکاډمۍ پر سينه يې لکه د گلونو ورتومبلي او لاسکلا يې ورکړې.

ښاغلی څېړنوال علي محمد منگل او څېړنوال محمد عارف غروال ته ډالۍ کوم.

الله تعالی دې د دې هستيو د انا ښودې او علميت خلي همدا سې هسک لري، زموږ غوندې د علم ډېر تربې به يې سيوري ته دمه وکړي.

شېر افضل فيض



د ښوونکي خدای په نامه

د ژباړن خبرې

انساني ژوند د پهلوانۍ د میدان په څېر دی، انسان تل هڅه کوي، چې بريالی واوسي، ځکه بريا ده چې انسان خپلو هیلو او ارمانونو ته رسوي، بريالي انسانان په ژوند کې تل هڅه کوي، په بیه پرېکړه ونه کړي، تل په حوصلې او ډېرې هوښیارۍ هر کار ته لاس اچوي، د کوم کار ترسره کول یې چې هیله وي، له وړاندې یې ټولې لارې سنجوي، تل د ژوند له ټولو کړاوونو، لوړو ژورو او ناخوالو سره په مبارزه اخته وي.

هو؛ همدغه انسانان چې یو سپېڅلي ارمان ته د رسېدلو په تمه شپې سبا کوي، تل یې خپل فکري او بدني ځواک سپېڅلی او بریاوې یې خپلې کړې وي. د انساني ژوند ټول اړخونه په اسانۍ سره لاسته نه راځي، هڅه او هاند له ټولو ډېر اړین کار دی، د ژوند یوه برخه هم له خوځښته پرته کومه مانا نه لري. هغوی چې نن د ډېر عزت څښتنان دي، دا عزت دوی ته خلکونه دی ورکړی، دوی خپله دا عزت خپل کړی، د عزت او د یوه پرافتخاره نوم د ترلاسه کولو لپاره یې پر ځان سختې تېرې کړي او همدا وجه ده، چې د لوړ عزت او وقار څښتنان شوي دي.

لنډه دا چې، د انساني ژوند هر اړخ ته د رسېدو لارې ډېرې دي، خو که کوم څوک وغواړي ور ورسېږي.

خبرې لنډوم، صرف دومره وایم، (عملي کليکي لارښوونې) کتاب به چې د طب هر محصل درلود، نو د پښتو کولو ارمان به یې کاوه، هر محصل به دا ویلې، چې کاش دا کتاب مو په پښتو ژبه درلودای، ددوی د کړاوونو زغم مې ونه شو کولی،



پرځان مې سخته تېره کړه او له خپلې لږې پوهې سره چې لاره مې، عملي کليکي لارښوونې د خدای تعالی په فضل دا دی پښتو ژبې ته وژباړه، امید دی د هغو لوستونکو تنده پرې ماته شي، چې د کتاب د پښتو کولو هیلې یې په زړه کې درلودې.

په پای کې پرځان پور بولم چې له درانه استاد ښاغلي ډاکتر محمد عالم الم خڅه د زړه له تله مننه وکړم، رښتیا چې کتاب یې په ټوله مانا له لومړۍ کرښې تر پایه لوستی، ځان یې په پوره مانا احسانمن بولم، خدای تعالی دې درانه استاد ته اوږد عمر له صحت سره په برخه کړي، ډاکتر صیب احمد فهم فیض به مې هیڅکله له یاده ونه وځي، د کتاب په پروف کې یې راسره ډېرې ستړې وگاللې او پر خپلې درنې لیکنې یې زما کتاب لا دروند کړ، پر مومند خپرندویه ټولنې ویاړم، چې پښتو اکاډمیکو کتابونو ته یې اوږه ورکړې او په ورین تندي یې چاپوي، عبدالهادي اثر چې ځوان او باسواده کمپوزگر او ډیزاینگر دی، کتاب یې په پوره غور کمپوز کړی، له خدای تعالی خڅه ورته جنتي ژوند غواړم.

په هېواد کې د بشپړې روغتیا په هیله

شېر افضل فیض

د مرغومي ۷مه، ۱۳۹۳ل.

تنگرهار - اریانا پوهنتون



د ستر او ښکلا پنځوونکي خدای تعالی په سپڅلي نامه

تقریظ

د ډاکټر صیب شېر افضل فیض هغه علمي اثر، چې د عملي کلينيکي لارښوونو تر عنوان لاندې ژباړلی، ما په پوره غور او پام سره لوستلی، غواړم د هغه له علمي ارزښت څخه په لاندې ډول یادونه وکړم.

عملي کلينيکي لارښوونې د کتاب د لیک لې او سرليکني پرته په (۱۶۵) مخونو کې لیکل شوی، چې هره برخه کې د ناروغۍ له پېژندنې سربېره د ناروغۍ کلينيکي لوح، لابراتواري معاینات، د پروسیجرونو استطبایات او مضاد استطبایات، توپيري تشخیص او درملنې څخه یادونه شوې.

دا کتاب د محتوا له نظره د علمي منابعو په واسطه غني او د لیکنې سبک یې ساده او داسې دی، چې مغلق او پېچلې جملې په کې نه تر سترگو کېږي او ټول لوستونکي ترې د موضوع په هکله په ښه توګه ګټه اخیستلای شي.

باید یادونه وکړم، چې ددې کتاب په چاپ او نشر سره به د ډېرو هغه ډاکټر صاحبانو او محصلینو چې لا تر اوسه یې Post Graduation او تخصص نه وي ترسره کړی، ځینې امراضو درملنې او پوهېدنې ته په اسانۍ سره لاسرسی پیدا شي.

په پای کې دا د ډاکټر صیب شېر افضل فیض لپاره سترویاړ دی، چې د محصلۍ په دوره کې یې دومره زیار ویستلی او دا کتاب یې ژباړلی، ستر خالق تعالی دې ورته په عمر او علم کې برکت واچوي، چې خپلو علمي خدمتونو ته همدا سې ادامه ورکړي.

درښت

ډاکټر محمد عالم

د داخله ناروغيو متخصص



د تحريک يادښت

فرهنگي څانگه د افغانستان ملي تحريک له اساسي څانگو څخه يوه ده. د دې څانگې دنده داده چې هېوادوالو ته فرهنگي خدمات وړاندې او گټور فرهنگي کارونه ترسره کړي. د تاريخي، ملي، کلتوري ورځو او تاريخي او ملي شخصيتونو نمانځل د دې څانگې نورې دندې دي.

د هېواد د ليکوالو د علمي، ديني، روزنيزو او معلوماتي اثارو چاپ هم د دې څانگې له اساسي دندو څخه گڼل کېږي. له هغې ورځې راهيسې چې تحريک خپل عملي فعاليتونه پيل کړي دي، نو دې څانگې هم ورسره سم خپل فعاليتونه چټک کړي دي. تاريخي ورځې يې نمانځلي، تاريخي واپتونو ته يې لوحې جوړې کړي. علمي سيمينارونه او ورکشاپونه يې جوړ کړي دي.

د تحريک دې څانگې د تحريک د عمومي هدفونو په رڼا کې وپتېيله چې په يوځايي ډول (شل عنوانه) کتابونه چاپ کړي. په دې اثارو کې اکثره ديني او علمي اثار شامل دي چې درنو هېوادوالو ته يې وړاندې کوي.

دا اثر (عملي کليکي لارښوونې) چې ستاسو په لاس کې دی، ښاغلي (ډاکټر شېر افضل فيض) ژباړلی او د همدغو شلو عنوانو اثارو له جملې څخه دی. هيله ده درانه لوستونکي ترې ښه گټه پورته کړي. تحريک خپلو هېوادوالو ته ډاډ ورکوي چې په راتلونکي کې به هم خپلو دې ډول هڅو ته دوام ورکړي.

د هېواد د فرهنگ د بډاينې په هيله

په درناوي

د افغانستان ملي تحريک

فرهنگي څانگه



نيولیک

سريزه / ۱

لومړۍ څپرکۍ

د لويانو حاده شديده ساه لنډي

Acute Severe Asthma in Adults

پېژندنه او تشخيص / ۱

ژوند گواښوونکې کليکي بڼه / ۱

يادونه / ۱

پلټنې / ۲

۲ / Blood Gas Marker of Life Threatening Attack

بېړنۍ درملنه / ۲

هغه ناروغان چې ژوند گواښوونکې کليک لري / ۳

Exacerbation of Chronic Obstruction Pulmonary Disease

پېژندنه او تشخيص / ۳

اعراض او نښې / ۳

پلټنې / ۴

بېلوونکې تشخيص (Differential Diagnosis) / ۴

بېړنۍ درملنه / ۵

میکروب ضد درملنه / ۵

۵ / Broncho Dilators

۶ / Corticosteroid

راتلونکې (تعقيبې) درملنه / ۶

له ټولنې څخه اخيستل شوي نمونيا

Community Acquired Pneumonia

اعراض / ۷ Symptoms

نښې / ۷ Signs



پلټنې Inrestigation / ۷

بېلوونکي تشخيص (DDX) / ۸

بېړنۍ درملنه / ۸

میکروب ضد درملنه Antibiotic Therapy / ۸

د بېړنيو مرستو لارې چارې / ۱۰

وروستۍ (تعقيبې) درملنه / ۱۰

اختلاطات Complications / ۱۰

له روغتون څخه اخيستل شوی سينه بغل

Hospital Acquired Pneumonia

پېژندنه او تشخيص / ۱۱

اعراض Symptoms / ۱۱

نښې Signs / ۱۱

پلټنې Investigation / ۱۱

بېلوونکي تشخيص DDX / ۱۲

بېړنۍ درملنه / ۱۲

د میکروب ضد درملنه / ۱۲

میکروب ضد درملنه / ۱۳

له روغتون څخه اخيستل شوې شديدې نمونيا / ۱۳

تعقيبې درملنه / ۱۳

د بې پايلې درملنې لاملونه / ۱۴

د سږو امبولېزم

Pulmonary Embolism

پېژندنه او تشخيص / ۱۴

اعراض Symptoms / ۱۴

نښې Signs / ۱۴

Massive Pulmonary Embolism / ۱۴

د خطر فکتورونه Risk Factors / ۱۵

پلټنې Investigation / ۱۵



بشپړ تشخيص / ۱۶

بېلوونکی تشخيص (DDx) / ۱۶

بېړنۍ درملنه / ۱۶

ځانگړې درملنه / ۱۷

Thrombolysis / ۱۷

تعقيبي درملنه / ۱۷

Discharge Policy / ۱۷

د تنفسي عدم کفایه

Respiratory Failure

اعراض او نښې / ۱۸

پلټنې Investigation / ۱۸

تنفسي عدم کفایه دوه ډولونه لري / ۱۹

بېړنۍ درملنه / ۱۹

د (Non Invasive Ventilation) NIV درملنه د کريټريا له مخې / ۱۹

دويم څپرکی

د زړه او رگونو ناروغۍ

Cardio Vascular Disease

Acute Myocardial Infarction (MI) / ۲۰

پېژندنه او تشخيص / ۲۰

اعراض Symptoms / ۲۰

نښې Signs / ۲۰

پلټنې Investigation / ۲۰

بېړنۍ درملنه / ۲۱

Thrombolytic Therapy / ۲۲

استطبيات / ۲۲

مضاد استطبيات / ۲۲

د درملو غوره Agents ټاکل / ۲۳

اختلاطات / ۲۴



ځانگړي حالتونه / ۲۴

د شکر ناروغان چې د وينې گلوکوز يې له 280 mg/dl څخه پورته وي / ۲۵

تعقيبې درملنه / ۲۶

Monitoring Treatment / ۲۶

د زړه عدم کفايه / ۲۶

د پرېکاره التهاب / ۲۶

د سينې پرله پسې دردونه / ۲۷

Unstable Angina

تعريف / ۲۷

اعراض او نښې / ۲۷

پلټنې / ۲۷

بېلوونکې تشخيص / ۲۸

بېړنۍ درملنه / ۲۸

تعقيبې درملنه / ۲۹

وروستۍ درملنه / ۲۹

د زړه عدم کفايه

Cardiac Failure

پېژندنه او تشخيص / ۳۰

اعراض / ۳۰

نښې / ۳۰

پلټنې / ۳۰

لاملونه / ۳۱

د زړه د پمپ کمزورتيا / ۳۱

ميخانيکي گډوډۍ / ۳۱

Excessive Demand / ۳۱

Arrhythmia / ۳۱

بېلوونکې تشخيص / ۳۱

بېړنۍ درملنه / ۳۲



د سږو حاد پړسوب / ۳۲

تعقيبي درملنه / ۳۲

که درملنې ځواب ووايه / ۳۲

که درملنې ځواب ونه وايه / ۳۳

څارنيزه درملنه / ۳۳

د ابهر څيري کېدل

Aortic Dissection

اعراض / ۳۳

نښې / ۳۴

پلټنې / ۳۴

بېړنۍ درملنه / ۳۴

Cardiac Tamponade

اعراض او پېژندنه / ۳۵

پلټنې / ۳۵

ژوند گواښوونکې کلينيکي بڼه / ۳۵

بېړنۍ درملنه / ۳۶

د ژورو وریدونو ترمبوزس

Deep Vein Thrombosis

پېژندنه او تشخيص: / ۳۶

بېلوونکې تشخيص / ۳۶

پلټنې / ۳۶

بېړنۍ درملنه / ۳۷

تعقيبي درملنه / ۳۷

Cardiac Arrest

پېژندنه او تشخيص / ۳۸

نښې / Signs / ۳۸

بېړنۍ درملنه / ۳۸

اوس ناروغ ته Cardio Pulmonary Resuscitation (CPR) پيل کړئ / ۳۸



د CPR پر مهال له ناروغ سره لاندې مرستې ترسره کړئ / ۳۸

ځانگړي حالتونه / ۳۹

پلټنې / ۳۹

۴۱ / Cardiac Arrhythmias

پېژندنه او تشخيص / ۴۱

اعراض / ۴۱

نښې / ۴۱

تفريقي تشخيص / ۴۱

۴۲ / Tachycardia

د Sinus Tachycardia درملنه / ۴۳

۴۳ / Atrial Tachycardia

۴۳ / Atrial Fibrillation/Flutter

۴۳ / Wolf Parkinson Wide Syndrom

۴۴ / Junctional Re-Entry Tachycardia

۴۴ / Ventricular Tachycardia

درېم څپرکي

د معدې او کولمو د پورتنیو برخو وینه بهېدنه

پېژندنه او تشخيص / ۴۵

امراض / ۴۵

يادونه / ۴۵

پخوانۍ تاريخچه / ۴۵

نښې / ۴۶

پلټنې / ۴۶

شديده وینه بهېدنه / ۴۶

بېړنۍ درملنه / ۴۶

تعقيبي درملنه / ۴۸

يادونه / ۴۹



د جراحي مداخلې استطبایات / ۴۹

که ناروغان Oesophageal Varices ولري / ۴۹

د ناروغ څارنه / ۴۹

Discharge Policy / ۴۹

د ځيگر حاده عدم کفایه له Encephalopathy سره

پېژندنه او تشخيص / ۵۰

اعراض او نښې / ۵۰

پلټنې Investigations / ۵۱

بېړنۍ درملنه / ۵۲

تعقيبې درملنه Subsequent Management / ۵۳

Additional Factors to Consider / ۵۴

د ځيگر د عدم کفایې او Encephalopathy اختلاطات / ۵۴

د ناروغ څارونکې درملنه / ۵۴

حاده Ulcerative Colitis او Crohn's ناروغۍ

پېژندنه او تشخيص / ۵۵

اعراض او نښې / ۵۵

پلټنې / ۵۶

تفريقي تشخيص / ۵۶

بېړنۍ درملنه / ۵۷

يادونه / ۵۷

تعقيبې درملنه / ۵۸

يادونه / ۵۸

خلورم څپرکۍ

Renovascular Disease

د پښتورگو حاده عدم کفایه / ۵۹

پېژندنه او تشخيص / ۵۹

پېژندنه / ۵۹



لاملونه / ۵۹

تشخيص / ۵۹

پلټنې / ۶۰

بېړنۍ درملنه / ۶۰

Accelerated (Malignant) Hypertension

پېژندنه او تشخيص / ۶۱

اعراض / ۶۱

نښې / Signs / ۶۱

بېړنۍ پلټنې / ۶۲

بېړنۍ درملنه / ۶۲

تعقيبې درملنه / ۶۳

د ناروغ څارنه / ۶۳

پينځم څپرکي

Neurology عصبي

Status Epilepticus and Frequent Seizure

پېژندنه او تشخيص / ۶۴

اعراض او علايم / ۶۴

پلټنې / ۶۴

تفريقي تشخيص / ۶۵

بېړنۍ درملنه / ۶۵

Strok

پېژندنه او تشخيص / ۶۷

تفريقي تشخيص / ۶۷

بېړنۍ پلټنې / ۶۷

بېړنۍ درملنه / ۶۸

څارنيزه درملنه / ۶۹

اختلاطات / Complication / ۶۹

Causes of Deterioration / ۷۰



Sub Arachnoid Haemorrhage

پېژندنه او تشخيص / ۷۰

اعراض او نښې / ۷۰

پلټنې / ۷۱

تفريقي تشخيص / ۷۱

بېرېنۍ درملنې / ۷۱

Acute Spinal Cord Compression

پېژندنه او تشخيص / ۷۲

اعراض او نښې / ۷۲

پلټنې / ۷۲

د سينې ايکسري / ۷۲

تفريقي تشخيص / ۷۲

بېرېنۍ درملنه / ۷۲

شپږم څپرکي

اندوکراينو لوژي

Diabetic Ketoacidosis (DKA) and Non Ketotic Hyper Osmolar Coma

پېژندنه او تشخيص / ۷۳

اعراض / ۷۳

نښې / ۷۳

پلټنې / ۷۳

بېرېنۍ درملنه / ۷۴

تعقيبي درملنه / ۷۵

څارنه / ۷۵

Acute Hypoglycaemia

پېژندنه او تشخيص / ۷۶

اعراض او نښې / ۷۶

پلټنې / ۷۶

بېرېنۍ درملنه / ۷۶



تعقيبي درملنه / ۷۷

د ادرينال غدې حاده عدم كفايه

Acute Adrenal Insufficiency

پېژندنه او تشخيص / ۷۷

اعراض / ۷۷

نښې / ۷۷

د خطر فکتورونه / ۷۸

پلټنې Investigation / ۷۸

د ناروغۍ د شدت نښې / ۷۸

بېړنۍ درملنه / ۷۹

تعقيبي درملنه / ۷۹

اووم څپرکي

د الکتروليتونو گډوډۍ

Hyperkalaemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۰

ځانگړي لاملونه / ۸۰

اعراض او نښې / ۸۰

پلټنې Investigation / ۸۰

درملنه / ۸۱

Hypokalaemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۱

اصلي لاملونه / ۸۱

پلټنې / ۸۲

درملنه / ۸۲

Hyper Calcaemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۳

اصلي لاملونه / ۸۳

اعراض او نښې / ۸۳



پلټنې / ۸۴

درملنه / ۸۴

Hypernatraemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۵

ميکانيزم / ۸۵

اعراض او نښې / ۸۵

پلټنې / ۸۵

درملنه / ۸۶

لاملونډه / ۸۶

بېړنۍ درملنه / ۸۶

درملنه / Treatment ۸۶

Hyponatraemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۷

لاملونډه / ۸۷

اعراض او نښې / ۸۷

تشخيص / Diagnosis ۸۷

پلټنې / ۸۸

درملنه / ۸۸

Hypo Calcaemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۸

عام لاملونډه / ۸۸

اعراض او نښې / ۸۹

پلټنې / ۸۹

درملنه / ۸۹

اتم څپرکي

انتانات Infections

دماغي ملاريا / Cerebral Malaria ۹۰

پېژندنه او تشخيص / ۹۰



تشخيص / Diagnosis ۹۰

بېړنۍ درملنه / ۹۱

درمليزه درملنه / ۹۱

د سحاي التهاب

(Bacterial)

پېژندنه او تشخيص / ۹۲

اعراض او علايم / ۹۲

پلټنې / ۹۲

تفريقي تشخيص / ۹۳

بېړنۍ درملنه / ۹۳

Acute Hot Joint, Septic Arthritis & Gout

پېژندنه او تشخيص / ۹۴

اعراض / ۹۴

نښې / ۹۴

پلټنې / ۹۴

تفريقي تشخيص / ۹۵

بېړنۍ درملنه / ۹۵

میکروب ضد درملنه / Antibiotic Therapy ۹۶

څارنيزه درملنه / ۹۶

تعقيبي درملنه / ۹۷

د میکروب ضد درملنه / ۹۷

د درملنې بې پايلې کېدل / ۹۷

Sepsis Syndrome & Septic Shock

پېژندنه او تشخيص / ۹۸

اعراض او نښې / ۹۸

ژوند گواښوونکي حالتونه / ۹۸

پلټنې / ۹۸

تفريقي تشخيص / ۹۹



بېړنۍ درملنه / ۹۹

میکروب ضد درملنه / ۹۹

تعقيبي درملنه / ۱۰۰

نهم څپرکی

تسمم / د درملو د ډوز ډېرښت

Poisoning / Drug Over Dosage

حاد تسمم او د درملو د ډوز ډېرښت / ۱۰۱

پېژندنه او تشخيص / ۱۰۱

د درملو د ډوز ډېرښت کلينيک / ۱۰۱

ژوند گواښوونکی کلينيک / ۱۰۱

پلټنې / ۱۰۲

بېړنۍ درملنه / ۱۰۲

تعقيبي درملنه / ۱۰۳

Aspirin

پېژندنه او تشخيص / ۱۰۳

اعراض / ۱۰۳ Shymptoms

پلټنې / ۱۰۴

بېړنۍ درملنه / ۱۰۴

تعقيبي درملنه / ۱۰۴

د Alkaline Diuresis بېړنۍ درملنه / ۱۰۵

څارنيزه درملنه / ۱۰۵

لسم څپرکی

Paracetamol

پېژندنه او تشخيص / ۱۰۶

اعراض او علايم / ۱۰۶

پلټنې / ۱۰۶

بېړنۍ درملنه / ۱۰۶

څارنيزه درملنه / ۱۰۷



Tricyclics

پېژندنه او تشخيص / ۱۰۸

اعراض / Shymptoms / ۱۰۸

نښې / ۱۰۸

پلټنې / ۱۰۹

بېړنۍ درملنه / ۱۰۹

تعقيبي درملنه / ۱۰۹

لسم څپرکي

Prescribing Regimens

Streptokinase

استطبات / ۱۱۰

د Streptokinase ډوز / ۱۱۰

Warfarin

د درمل د ډوز ټاکل / ۱۱۱

Over Anti Coagulation

With Warfarin

لاملونه / ۱۱۴

Heparin

يادونه / ۱۱۵

Dobutamin

Hydrochloride

استطبات / ۱۱۵

ډوز / Dossage / ۱۱۵

Dopamin Hydrochloride

استطبات / ۱۱۷

ډوز / Dossage / ۱۱۸

Diluents / ۱۱۹

Labetalol

استطبات / ۱۲۰

Accelerated Hypertension / ۱۲۰

ډوز / Dossage / ۱۲۰



Sodium Nitroprusside

استطبابات / ۱۲۱

۱۲۱ / Accelerated Hypertension

دوز / ۱۲۱ Dossag

د درملو د کارونې کړنلارې / ۱۲۲

کله که Nitroprusside د Syringe پمپ له لارې توصیه کوو / ۱۲۲

د Drip Bag له لارې د Infusion تطبيق کول / ۱۲۲

Amino Phylline

استطبابات / ۱۲۴

دوز / ۱۲۴ Dossage

مينځنۍ دوز / ۱۲۴

څارنه / ۱۲۵

برابرونه / ۱۲۵

Diluents / ۱۲۵

Salbutamol

استطبابات / ۱۲۶

دوز / ۱۲۶ Dossage

۱۲۶ / IV Infusion

برابرونه / ۱۲۷

Phenytoin

استطبابات / ۱۲۷

۱۲۷ / Status Epilepticus

دوز / ۱۲۷ Dossage

برابرونه / ۱۲۸

Diluents / ۱۲۸

يوولسم څپرکي

عملي کړنلارې

Practical Procedure

استطبابات / ۱۲۹



مضاد استطباب / ۱۲۹

اړين توكي / ۱۲۹

کړنلاره / Procedure ۱۳۰

د پلورا له تشې څخه د هوا ايستل

Peural Aspiration of Air

استطبابات / ۱۳۰

مضاد استطباب / ۱۳۰

اړين توكي / ۱۳۱

کړنلاره / ۱۳۱

د بين الضلعي تيوب په وسيله ډريناژ

Inter Costal Tube Drainage

استطبابات / ۱۳۲

مضاد استطباب / ۱۳۲

اړين توكي / ۱۳۲

کړنلاره / ۱۳۲

د Drain له تطبيق وروسته / ۱۳۳

Pleurodesis

استطبابات / ۱۳۳

مضاد استطباب / ۱۳۴

اړين توكي / ۱۳۴

کړنلاره / ۱۳۴

له کړنلارې وروسته له ناروغ سره مرستي / ۱۳۵

Percutaneous Central Venous Cannulation

استطبابات / ۱۳۵

مضاد استطبابات / ۱۳۵

اړين توكي / ۱۳۶

د وريد انتخاب (ټاکل) / ۱۳۷

External Jugular Vein / ۱۳۷



۱۳۷ / Internal Jugular Vein

Tapping Ascites and Paracentesis

استطبابات / ۱۳۸

مضاد استطبابات / ۱۳۸

د څښ لاملونه / ۱۳۸

اړين توکي / ۱۳۹

کړنلاره / ۱۳۹

Lumber Puncture

استطبابات / ۱۴۰

مضاد استطبابات / ۱۴۰

اړين توکي / ۱۴۰

کړنلاره / ۱۴۱

Naso Gastric Tube NG. Tube

استطبابات / ۱۴۱

د NG. Tube اختلاطات / ۱۴۲

د NG. Tube مضاد استطبابات / ۱۴۲

Foley's Catheter

استطبابات / ۱۴۲

جراحي کارونې / ۱۴۳

د Foley's Catheter اختلاطات / ۱۴۳

مضاد استطبابات / ۱۴۳

Endo Tracheal Tube

استطبابات / ۱۴۴

مضاد استطبابات / ۱۴۴

Intravenous Connula

استطبابات / ۱۴۴

اختلاطات / ۱۴۴

Knee Aspiration

استطبابات / ۱۴۵



تشخيص / ۱۴۵

درمليز موخي / ۱۴۵

مضاد استطبابات / ۱۴۵

اړين توکي / ۱۴۶

کړنلاره / ۱۴۶

Gastric Lavage

استطبابات / ۱۴۶

مضاد استطبابات / ۱۴۷

اختلاطات / ۱۴۷

اړين توکي / ۱۴۷

کړنلاره / ۱۴۷

www.melitahrik.com
0777 400 116



د قوت لایموت خدای په سپېڅلي او مهربان نوم!

سریزه

خپلې خبرې په دې رنگ پیل کوم، چې د ښکلې، شنې، سمسورې او د چینارو د وطن د ښکلې پکتیا د دنگو شینچکو غرونو شاه زلمی، هغه څوک چې د طب د دروند بار په اوږه لرلو بیا هم په دې وتوانېدو، ترڅو موږ او تاسو ته یې دا ښایسته کتاب، چې ستاسو په نازولو لاسونو کې دی، د (عملي کلنيکي لارښوونې) تر عنوان لاندې راپېرزو کړ او خپل د احسان پېټی یې را په شا کړي.

راځم خپلې خبرې رالندوم، کوم کتاب چې ستاسو مینه والو په لاسونو کې دی، له پیله مې تر اخیږه په دېره مینه او خلوص ولوست، واقعا تر اخیږه بریده ژباړن په دې توانېدلی دی، چې په خوږه پښتو یې تر موږ راوړسوي او په ساده روانه ژبه یې په خپلو هنرمندو گوټو وژباړي، ترڅو په ویلو کې کتاب وال له کوم ډول لیکنیز خنډ سره مخامخ نه شي.

مشرور ور مې، ښاغلی ډاکټر شېرافضل فیض تل په دې هڅه کې دی، چې د نورو همزولو په څېر خپله مورنۍ ژبه لا نوره هم وځلوي او ورته د



خدمت جوگه واوسي، دا کتاب چې په يوولسو څپرکو په خورا نظم تيار کړې، چې د هڅې يې منيب يو، د دغه اثر د ژباړلو زه په خپله شاهد يم، تر ډېره ځايه يې په ليکلو ځواکي ايستې ده.

خپلو خبرو ته مې ټکي ږدم، خو دا ويل هم غواړم، چې فيض د ډېرو شته ستونزو، تکليفونو، مهندو ترږو او د طب سنگين بار په اوږه لرلو سره سره په دې لاسبري شو، چې کتاب (عملي کليکي لارښوونې) وژباړي، چې ځان مې دده په درلودونکي استعداد او هنريت د وياړ په جامه احساسوم.

علم دې خداي تعالی ورته په سيند او چينه بدله کړي، زه د ډاکتر شېر افضل فيض ددې زيار او هڅې ستاينه په خپلو کمزورو گوتو نه شم کولی، خو د عمر باغ يې تل سمسور، د بلبلانو په همېشني چغار ښکلی او عمر يې سل شه، په همدې خبرو تاسې رابولم او بلنه درکوم، ددې کتاب لوستلو ته، راختی په گډه يې سره ولولو.

ستاسې د همېشني بريا په هيله

ډاکتر احمد فهم فيض

کابل اوومه ناحيه، چهلستون، خپله مېنه

د مرغومي ۶مه، ۱۳۹۳ ل.



لومړۍ څپرکۍ

د لویانو حاده شدیدې ساه لنډې Acute Severe Asthma in Adults

پېژندنه او تشخیص:

- د حادې شدیدې ساه لنډۍ کلينيکي بڼه:
۱. په یوه ساه کې بشپړه جمله نه شي لوستلې.
 ۲. د تنفس رېټ له $30/\text{min}$ څخه لوړېږي.
 ۳. نبض له $110/\text{min}$ څخه لوړېږي.
 ۴. (PEF) یا پي پي اف رېټ له 50% څخه راښکته کېږي.
 ۵. په تنفس کې د اضافي عضلاتو برخه اخیستنه.
- ژوندگواښوونکې کلينيکي بڼه:
۱. (PEF) له $200\text{--}300/\text{min}$ څخه ټیټ یا هم له 30 سلنې څخه ټیټه کچه رانښودلې شي.
 ۲. خاموشه سينه، سيانوزس او د ناروغانو کمزوری تنفس کول.
 ۳. Bradycardia او د فشار ټیټوالی (Hypotension).
 ۴. ناروغان به ستومانه، گنگس او یا د کوما په حالت کې وي.

يادونه:

بنسايي، چې ټول ناروغان له پورته ژوند گواښوونکو کلينيکي نښو درلودونکي نه وي، خو که يوه نښه هم مثبت شو، فوراً له ډاکټر سره مشوره



وشي.

پلټنې:

۱. لومړی د ناروغ PEF وټاکئ.

۲. Oximetry.

Blood Gas Marker of Life Threatening Attack

د Blood Gas مارکر هغه حالت، چې ژوند ته د بدوونکي حملو سبب ګرځي.

۱. نورمال (۳۸-۴۵mmHg) يا لوړ PaCO_2 .

۲. شديد Hypoxia: PaO_2 له ۶۰ mmHg څخه ښکته وي.

۳. د PH ټيټوالی يا د H^+ لوړوالی.

د بېړنۍ درملنې لپاره نورو پلټنو ته اړتيا نه شته.

بېړنۍ درملنه:

۱. د حادثې شديدې ساه لنډۍ ناروغانو ته اول Oxygen برابر وو، چې له ۶۰-۴۰ سلنې څخه يې کچه لږه نه وي.

۲. ۵mg Sulbutamol له اکسيجن سره يوځای د Nubuliser له لارې ناروغانو ته توصیه کوو.

۳. ټابلېټ Prednisolone (۳۰mg) او که ناروغ پرله پسې درمل اخيسته، نو له ۳۰mg څخه هم يو څه مقدار ډېرولی شو، که ناروغ ډېر ستونزمن وي Hydro Cortison (۲۵۰mg) IV Bolus په ډول تطبيق کولی شو.

۴. ناروغانو ته Sedative درمل مه ورکوي.

۵. Pneumothorax د تشخيص لپاره ناروغانو ته د ګوګل ايکسري ورکوو.



۲. که له حادې شديدې ساه لنډۍ سره يو ځای ناروغانو ځنډنی Bronchitis هم درلوده، نو هڅه وکړئ، ترڅو ډېر ښه او پر ځای ميکروب ضد Antibiotic درمل ناروغانو ته وټاکئ.

هغه ناروغان چې ژوند گواښوونکی کلينيک لري:

۱. Add Ipratropium ۵۰۰ mcq to The Nebulised Beta-Agonist.

د β - Agonist نيبولايزر ماشين کې ۵۰۰ mcq Ipratropium گډ او تطبيق کړئ.

۲. Aminophylline (۲۵۰ mg) د وريد له لارې په ۲۰ دقيقو کې ناروغ ته ورکړئ.

۳. هغه ناروغان، چې له پخوا څخه يې Theophyllin اخيستلي وي Bolus Aminophyllin ورته مه ورکړئ.

۴. د يو تکړه Pulmonologist متخصص ډاکټر تر څارنې لاندې ناروغ د بېړنيو مرستو خونې (ICU) ته ولېږدوئ.

۵. په ناروغ کې د Hypoxia او يا Hyper Capnia حالت څارنه په جدي ډول له پامه ونه باسئ.

۶. د ناروغ ستومانتيا، کمزورې ساه اخيستنه، گنگسيت او خوبجن حالت له پامه، مه غورځوئ.

۷. د کوما او تنفسي عدم کفايې لپاره له وړاندې لارې چارې تر پام لاندې ونيسئ.

Exacerbation of Chronic Obstruction Pulmonary Disease

بېړندنه او تشخيص:



اعراض او نښې (Symptoms/Signs):

۱. د ټوخي د بڼې بې کچې خرابېدل.
۲. Dyspnoea د حملو ډېرېدل.
۳. Wheezing.
۴. د خړاسکي د کچې ډېرښت، سربښناکه خړاسکي او د خړاسکو قیحي بڼه هم شونې ده.
۵. شدید تبه.
۶. Tachypnoea.
۷. د زړه د ټکان ډېرښت (Tachycardia).
۸. د گېډې د خوځښتونو ډېرښت.
۹. ناروغان به اوږد شهيق لري، Tracheal Tag او په بندو شونډو ساه اخیستل، یانې Pursued Lip Breathing به موجود وي.
۱۰. د ګوګل اضافي عضلات به په تنفس کې برخه اخلي.
۱۱. په ناروغانو کې د Core Pulmonale نښې، لکه محیطي پرسوب، د JVP لوړوالی او Hepatomegaly لیدل کېږي.
۱۲. د دویمې ډول تنفسي عدم کفایې نښې، لکه خوبجن حالت، گنګسیت، سیانوزس، Flapping Tremor او د سترګو عدسیو پرسوب هم په ناروغانو کې مینځته راتلی شي.

پلټنې:

۱. د وینې د ګازاتو نورماله کچه.
۲. د ګوګل ایکسری.
۳. ECG.
۴. خړاسکي د زوې او لزوجیت لپاره تفتیش او کلچر ته ولېږي.



۵. Blood Complete.

۲. که ناروغ تبه درلوده، د وينې کلچريې واخلئ.

۷. د يوريا (Urea) او الکتروليت کچه وټاکئ.

بېلوونکي تشخيص (Differential Diagnosis):

۱. د ساه لنډۍ اختلاطي حالت سره.

۲. Pneumothorax که ډېر کوچنی هم وي، خطرناک دی، د COPD په پرمختللو حالتونو کې د مړينې کچه تر ۵ سلنه رسېږي.

۳. د کين بطين عدم کفايه (په اړه يې د زړه عدم کفايه وگورئ).

۴. Pulmonary Embolism.

بېړنۍ درملنه:

۱. Oxygen.

میکروب ضد درملنه:

عام ارگانېزمونه، چې ناروغي مينځته راوړي Strep Pneumonia او H.Influenza ده، د انفلوینزا په خپرولو کې د Staph Aueus هم له ياده ونه ايستل شي.

۲. Co-Amoxiclave (۲۲۵mg) د خولې له لارې هر (۸) ساعته وروسته وخورل شي.

۳. که ناروغي ډېر شديد وي، نو ناروغانو ته د Co-Amoxiclave (۲۲۵mg) سره يوځای (۱-۲gm) Ciprofloxacin هر ۴۸ ساعته وروسته ورکوو.

۴. د Quinolones کورنۍ درمل، لکه Ciprofloxacin،

Levofloxacin، Moxifloxacin او Gemifloxacin هم د پام وړ اغېزې لري.

۵. خو که د مرض راوړونکو ارگانېزمونو له ډلې څخه Staph Aures



تشخيص شو، تر ټولو ښه درمل Flucloxacillin (۵۰۰ mg) د خولې له لارې يا هم هر ۲ ساعته وروسته د وريد له لارې ناروغانو ته ډېر اغېزمن تمامېدای شي.

Broncho Dilators

۶. Sulbutamol (۲، ۵-۵mg) هر ۲-۴ ساعته وروسته د Nebuliser له لارې ناروغانو ته ورکړو.

۷. Ipratropium Bromid (۵۰۰ mcg) هر ۲ ساعته وروسته د Nebuliser له لارې ښه اغېزمن درمل دی.

۸. که پورته درملو تر ۴ ساعتو ښه پایله ونه ښوده، نو انفيوژن په شکل ناروغانو ته Amino Phylline تطبیق کړئ.

Corticosteroid

۹. ناروغانو ته هره ورځ Prednisolone (۳۰ mg) ټابېټ ورکړو.
۱۰. که ناروغانو هره ورځ Tab. Prednisolone (۳۰ mg) اخيستل په وروستيو کې يې ډوز هم ډېرولی شو.
۱۱. که ناروغي له شدت سره ملګرې وه Hydrocortisone (۱۰۰ mg) د وريد له لارې IV Boluos په ښه هر ۲ ساعته وروسته توصیه کړئ.
۱۲. د ناروغانو د مايعاتو کچه له پامه مه باسئ.

راټلونکي (تعقيبي) درملنه:

- د ۴۸ ساعته سمې درملنې وروسته:
۱. Antibiotic تر هغه ناروغانو ته توصیه کوو، چې خړاسکي Mucoïd (مخاطي) ښه غوره کړي.
۲. دې ناروغانو ته تر ډېره په کورونو کې هم د Nebuliser له لارې د اکسيجن او Broncho Dilater سپارښتنه غوره ده.



۳. د پورته ډوز په پام کې نيولو سره تر ۷-۱۰ ورځو پورې
Tab.Prednisolone ښه درملنه ده.
۴. کله چې د PaO_2 کچه تر ۵۵mmHg پورته شوه، اکسيجن بندوو.

له ټولنې څخه اخيستل شوي نمونيا

Community Acquired Pneumonia

اعراض Symptoms:

۱. ستړتيا، تبه او Rigours.
۲. کانگې، نس ناستی.
۳. په زړو وگړو کې ډېر کنگسيت.
۴. Dyspnoea او ټوخی.
۵. خړاسکي ښايي، چې وينه لرونکي، سربېښناکه او په مشکل سره ووځي.
۶. پلورايي دردونه.

نښې Signs:

۱. لوړه درجه تبه (خو په لويانو کې نه وي).
۲. Tachy Cardia.
۳. Tachypnoea.
۴. په سينه کې موضعي Crackle او اوزونه.
۵. Bronchial Breathing.

پلټنې Inrestigation:

۱. د گوگل ايکسري.
۲. Arterial Blood Gases.



۳. Microbiology:

- د خړاسکي (Sputum) مايکروسکوپ تفتيش، کلچر او حساسوالی دې وليدل شي.

- که ناروغي ډېره شديده وي، د ارگانېزمو نو د موندلو لپاره دې د سیرالوژي معيانتو پر مټ د Bumetii، Coxiella، Influenza(A)(B)، Legionella، Mycoplasma Pneumonia، Chlamydia Psittaci او Pneumophila په هکله ډېرې پلټنې وشي.

- په ادرارو کې د Legionella Antigen پيدا کول ډېر اړين دي.

بېلوونکی تشخيص (DDX):

۱. Pulmonary Thromboembolism.

۲. د سږو کانسر.

۳. د کيڼ بطين عدم کفايه.

بېړنۍ درملنه:

بېړنۍ مرستې:

۱. Oxygen: تر هغه چې PaCO_2 له 60 mmHg څخه پورته شي.

۲. د مایعاتو کچه برابره وساتئ.

۳. د پلورايي دردونو د مینځه وړلو لپاره د درد ضد درمل (Analgesic)،

بڼې پایلې بندي، لکه $(25-50 \text{ mg})$ Diclofenac Sodium د خولې له لارې هر ۸ ساعته وروسته ډېر اغېزمن تمامېدای شي.

۴. که د تنفسي لارو کومه برخه بنده شوي وي اړونده درملنه ورته پیل

کړئ.

میکروب ضد درملنه Antibiotic Therapy:

۱. له تشخيص سره سم ناروغانو ته درملنه پیل کړئ، په دې ډول سینه



بغل کې ډېر Streptococcus Pneumonia درملنې لاندې نيول کېږي.

۲. درملنې تگلاره د پتوجن يا میکروب شدت ته په کتو ټاکل کېږي.

- له روغتون څخه د باندې درملنه چې ناروغي ډېره شديده نه وي.

ناروغانو ته د خولې له لارې (۲۲۵mg) Co-Amoxiclav هر ۸ ساعته وروسته د (۵۰۰mg) Clarithromycin هر ۱۲ ساعته وروسته يا (۵۰۰mg) Erythromycin هر ۲ ساعته وروسته سره يوځای ډېرې ښې پایلې پرېباسي.

- که د وريد له لارې درملنې ته اړتيا شوه: د وريد له لارې ناروغانو ته (۱،۲gm) Co-Amoxiclav هر ۸ ساعته وروسته د Clarithromycin (۵۰۰mg) د وريد له لارې هر ۱۲ ساعته وروسته يا هم Erythromycin (۵۰۰mg) د وريد له لارې هر ۲ ساعته وروسته يوځای توصیه کړي.

- په ورته ډول په روغتونو کې ناروغانو ته د Fluorquinolones کورني درمل، لکه Levofloxacin (۵۰۰mg) روزانه، (۴۰۰mg) Moxifloxacin روزانه او (۳۲۰mg) Gemifloxacin ورکولی شو.

- په روغتون کې د شديدو ناروغانو درملنه: (۱- Co-Amoxiclav IV (۲gm) هر ۸ ساعته وروسته يا Ceftriaxaon (۲gm) IV هر ورځ، (۱gm) IV Cefotaxim هر ۱۲ ساعته وروسته له Clarithromycin (۵۰۰mg) سره يوځای يا هم يې پرځای ناروغانو ته Erythromycin (۵۰۰mg) هر ۲ ساعته وروسته هم ورکولی شو.

د يادولو وړ ده، چې د Fluroquinolone کورني درمل هم د وريد له لارې په ټاکلو ډوزونو ورکولی شو.

۸. Staph Pneumonia په تېره چې د انفلوینزا شک شتون ولري.

(۱،۲gm) IV Co-Amoxiclav هر ۸ ساعته وروسته له



Flucloxacilline (۲gm) سره یوځای هر ۶ ساعته وروسته د ورید له لارې
ښه درملنه ده.

۹. Atypical Pneumonia.

د Legionella د ډولونو لپاره ناروغانو ته Erythromycin (۵۰۰ mg) یا د خولې له لارې (۱ gm) یا هم هر ۶ ساعته وروسته د انفیوژن له لارې په ورید کې تطبیق شي، همدارنگه د Fluroquinolon کورنۍ، Levofloxacin، Moxifloxacin او Gemifloxacin د پام وړ اغېز لري.

۱۰. Aspiration Pneumonia: (۱، ۲gm IV) Co-Amoxiclav هر ۸ ساعته وروسته او (۵۰۰ mg IV) Metronidazole هر ۸ ساعته وروسته یا هم Ceftriaxone (۲gm IV) هره ورځ.

۱۱. Cavitating Pneumonia: ناروغانو ته Metronidazole د Aspiration نمونیا د ډوز په انډول او Ceftriaxon د شدیدې نمونیا په انډول ورکولی شو.

د بېرنيو مرستو لارې چارې:

- ICU ته د لېږلو استطببات.
- که سینه بغل شدید وي.
- شریاني اکسیجن PaO_2 له ۶۰ mmHg څخه لږ وي.
- شدید اسیدوسز: $\text{PH} < ۷.۲۵$.
- ستریا، خوبجن حالت او د هوش خرابتیا موجوده وي.
- تنفسي یا د زړه عدم کفایه موجوده وي.
- ناروغان په شک وي.

وروستۍ (تعقيبي) درملنه:

د میکروب ضد درملنې موده:



۱. لومړۍ اړوند میکروب د کلچر پر مټ وپېژندل شي، بیا یې پروړاندې حساس میکروب ضد درمل ورکړل شي.
۲. که سینه بغل اختلاطي نه وي ۷-۵ ورځې درملنه ښه پایله ښيي.
۳. که ناروغان شدید سینه بغل، Staph Pneumonia، Legionella Pneumonia ولري، تر ۲ اوونیو یې درملنه وغځول شي.

اختلاطات Complications:

۱. Empyema یا Para Pneumonitic Infusion.

۲. د سږو خنځې (Abscess).

۳. Bronchial Obstruction.

۴. د سږو امبولي.



له روغتون څخه اخیستل شوی سینه بغل

Hospital Acquired Pneumonia

پېژندنه او تشخیص:

تعریف: له روغتون څخه اخیستل شوی نمونیا هغه ده، چې په روغتون کې له ۴۸ ساعتو پاتې کېدو څخه وروسته سږي پرې اخته شي، خو که له ۴۸ ساعتو څخه کم وخت پرې تېر شوی وي HAP ورته نه شو ویلی.

اعراض Symptoms:

۱. لرزه او تبه.
۲. ګڼګښت.
۳. ټوخی او ساه بندي.
۴. زوې لرونکی سربېښناکه بلغم.
۵. د سینې پلورايي دردونه.

نښې Signs:

۱. تبه.
۲. Tachycardia.
۳. Tachypnoea.
۴. په سینه کې د Crakles اورېدل کېدل.
۵. Bronchial Breathing.
۶. په سینه کې د مایع ټولېدل.

پلټنې Investigation:

۱. د سینې ایکسري.
۲. د څراسکو تفتیش د مایکرو بیولوژي، کلچر (کرنې) او حساسوالي.



لپاره.

۳. له دوه برخو څخه ځانگړي سلايدونه د کرنې لپاره جوړ کړئ، چې شک مو له مينځه لاړ شي.

۴. د Arterial Blood Gase.

۵. Blood Complete.

۶. که د ناروغانو په گوگل کې مایع موجوده وي، د تشخیص لپاره راوايستل شي.

۷. تشې متيازې د Legionella انتي جن لپاره.

بېلوونکې تشخيص DDX:

۱. د زړه احتقاني عدم کفایه.

۲. د سږو Thromboembolism.

۳. له درملو سره حساسیت (Reaction).

۴. د سږو وینه بهېدنه (Pulmonary Hemorrhage).

۵. په لویانو کې تنفسي Distress Syndrome.

بېړنۍ درملنه:

۱. Oxygen: تر هغه ناروغانو ته اکسیجن ورکوو، چې شرياني (PaO_2)

۲۰ mmHg ته پورته شي.

۲. د مایعاتو د کچې برابر ساتل.

۳. د پلورايي دردونو د مينځه وړلو لپاره Tab. Diclofenac Sodium

(۵۰-۲۵ mg) د خولې له لارې هر ۸ ساعته وروسته.

د میکروب ضد درملنه:

۱. د ناروغانو کلينيکي کړيتړيا ته په کتو سم له واړه درملنه پيل کړئ، د

کرنې يا هم مايکروبيولوژي معایناتو د پایلې پورې به انتظار کوئ.



میکروب ضد درملنه:

- که نمونیا شديده نه وي، يوازې (۲۲۵mg) Co-Amoxiclav هر ۸ ساعته وروسته.

- د شديدي نمونیا عضلي يا Parentral درملنه.

- ۲gm Ceftazidime هر ۱۲ ساعته وروسته.
- ۲gm Ceftriaxone هره ورځ.
- ۵۰۰mg Ciprofloxacin هر ۱۲ ساعته وروسته د
- Gentamycin هر ۸ ساعته وروسته يو ځای ښې پایلې لري.
- که Pseudomonas موجود وي (۲gm) Ceftazidime هر ۱۲ ساعته وروسته.

له روغتون څخه اخيستل شوي شديده نمونیا:

که يوه لاندې ښو شته وي، د ناروغۍ په وځيم (خراب) حالت دلالت کوي.

۱. تنفسي رېټ له ۲۵/min وي (که ليکل شي، چې $RR > 30$ څخه).
۲. که سيټوليک فشار له ۹۰ mmHg څخه ښکته وي.
۳. ډياستوليک فشار به له ۶۰ mmHg څخه ټيټ وي.
۴. WBC به له (4×10^9) څخه ټيټ يا به له 20×10^9 څخه پورته وي.
۵. د ادرارو کچه به ټيټه وي.
۶. ناروغان Metabolic Acidosis لري.

تعقيبي درملنه:

د درملنې وروستۍ کچه تر اوو ورځو پایله ښيي، خو کابو تر دوه اوونيو پورې امکان لری.



د بې پايلې درملنې لاملونه:

۱. کله چې سم تشخيص نه وي ايښودل شوی.
۲. که ناروغي اختلاطي شوی وي، يانې Empyema، د سږو اېسې مينځته راغلی وي.

د سږو امبوليزم

Pulmonary Embolism

پېژندنه او تشخيص:

اعراض Symptoms:

۱. په ۹۰ سلنه پېښو کې ناروغان Dyspnoea لري.
۲. د سينې پلورايي دردونه.
۳. په خړاسکو کې وينه (Haemoptysis).
۴. Syncope.

نښې Signs:

۱. ښايي، ځينې نښې يې شکمنې وي.
۲. Tachypnoea يانې د تنفس رېټ له ۲۰/min څخه لوړ وي.
۳. تبه.
۴. Pleural Rub.
۵. Tachycardia.

Massive Pulmonary Embolism

۱. شديده ساه بندي.
۲. د سينې د مرکزي برخې درد.
۳. وريدي فشار پورته کېدل.



۴. د فشار تیتوالی او شاک.

۵. د ښې زړه عدم کفایه.

د خطر فکتورونه Risk Factors:

۱. DVT ۵۰ سلنه ناروغان لري.

۲. قوي ترضیض.

۳. جراحي عملیاتونه (د ګېډې او لګن خاصرې).

۴. مزیتوب (تسمه).

۵. د خوځښت نه شتون.

۶. عمر ډېروالی.

۷. خبیثه حالتونه.

۸. د حمل ضد درمل کارول.

۹. Hyperviscosity Syndrom, Nephrotic Syndrom.

۱۰. Lupus Anti Coagulant.

پلټنې Investigation

۱. ECG.

- د زړه برېښنایي ګراف دې لپاره غوره ده، که په زړه کې کومه ستونزه موجوده وي، د ګراف له مخې یې ټاکلی شو.

- په ECG کې به Sinus Tachy Cardia ولیدل شي، یانې T_3 ، Q_3 ، S_1 او Right Bundle Brand بلاک، P-Pulmonale او په کمه کچه Pleural Effusion موجود وي.

۲. د ګوګل ایکسری:

په لږ ډول به خطي نښې د Atelectasis او یو څه Plural Effusion ولیدی شي.



۳. د وينې په Gases کې به د PaCO_2 ټيټه وي.

۴. APTT او INR.

۵. د PTE د اسباب پيدا کړئ، يا يې د Leg په برخه Doppler Ultrasound او هم د Pelvic التراساوند په ترمبو امبولېزم کې موثر دی.

بشپړ تشخيص:

۱. د ناوړغ ECG او X-Ray کې به لاندې غټ خطرناک فکتورونه وموندل شي.

- د خوځښت نه شتون، غټ جراحي عملياتونه.

- شديد ترضيض او د لاندې برخو (Lower Limb) جراحي عملياتونه.

- بلارېښتونه / د زېږون وروسته وينه بهېدنه.

بېلوونکي تشخيص (DDx):

۱. سينه بغل.

۲. MI د زړه اختشاء.

۳. Dyspnoea د ډېرېدل COPD او ساه لنډۍ له کبله د Dyspnoea ښايي، چې د سږو د امبولې له کبله وي.

بېړنۍ درملنه:

۱. Oxygen تر % ۵۰-۳۵ پورې خو Shock ناروغانو ته له يادې کچې ډېر ورکړو.

۲. د پلورايي درد له مينځه وړلو لپاره Analgesic، لکه Tab.

۵۰-۲۵ mg Diclofenac د خولې له لارې هر ۸ ساعته وروسته، که Diclofenac مضاد استطباب وي، نو بيا ۵-۱۰ mg Diamorphine له

Metoclopramide (۱۰ mg) IV سره يوځای ورکړو.

۳. که JVP لوړ وي، ناروغانو ته کريستالويد او يا هم کولويد



(Colloids) ډېر اغېزمن تمامېږي.

۴. له ادرار راوړونکو درملو څخه په کلکه ډډه وشي.

ځانگړې درملنه:

- Hyparin: د شکمن تشخيص پرمهال هم په Loading Dose سره
I.U. ۵۰۰۰ د وريد له لارې د I.U. ۱۴۰۰ په تعقيب ناروغ ته ورکولی شئ.
هر ۲-۴ ساعته وروسته د ATTP کچه وټاکئ او له مخې يې ناروغ ته د
Infusion برابره کچه تطبيق کړي، يانې I.U. ۱۵۰۰ چې Half Life يې ۴۰-
۹۰ min کېږي.

Thrombolysis:

۱. که ژوند گواښوونکې کلينيکي بڼه مينځته راغلې وه، لکه د ښي زړه
عدم کفايه، شاک نو ناروغ ته د محيطي وريدونو له لارو Streptokinase
ورکوو.

هره ورځ د Thrombin وخت وټاکئ، کله چې د Streptokinase په وسيله
هم درملنه بې پايلې پاتې شوه، نو دا يوه بېړنۍ پېښه ده، چې فورا بايد د
Catheter له لارې Thrombo Embolectomy ترسره او له سږو څخه امبولي
وايستل شي.

۲. وروسته له Thrombolytic درملنې ناروغانو ته تر ۴ ساعته Heparin
او Warfarin نه ورکوو.

تعقيبي درملنه:

۱. د نورو (Embolization) ښود د پيدا کېدو لپاره هره ورځ کلينيکي
معاینات ترسره شي.

۲. له تشخيص سره سم بايد Warfarin پيل شي.

Discharge Policy:



۱. د ناروغانو INR د Warfarin په مرسته تر (۲-۳) برید پورې ساتو.
۲. ناروغان په دې وپوهوئ، چې Warfarin له ډېرو درملو سره عکس العمل ښيي، نو د هرې بلې ناروغۍ درملنې په موخه له درملو اخیستلو وړاندې ډاکټر ته ووايي، چې Warfarin کاروم.
۳. د علقې ضد درملنه (Anti Coagulation) باید هره اوونۍ د ډاکټر تر مشورې لاندې وشي، د لومړي Thrombo Embolic پېښو د درملنې لپاره Warfarin تر ۳ میاشتو ناروغانو ته ورکولی شو.

د تنفسي عدم کفایه

Respiratory Failure

تنفسي عدم کفایه هغه حالت ته ویل کېږي، چې سږي ونه کولای، چې په نورمال یا دمه حالت کې د اکسیجن او کاربن ډای اکساید داخلولو او خارجولو پروسه پرمخ یوسي، نو له مخې به یې د شریاني PaO_2 کچه له 50 mmHg څخه ټیټه شي او د شریاني PaCO_2 کچه له 50 mmHg څخه پورته کېږي، ډېر لاملونه لري، چې په لاندې توګه ترې یادونه کوو.

اعراض او نښې:

۱. مرکزي سیانوزس (Central Cyanosis).
۲. خوبجن حالت.
۳. محیطي ګرموالی، Bounding Pulse، Tachy Cardia، Flapping Tremors.

۴. Papilloedema که ناروغان Hyper Capnia ولري.

پلټنې Investigation:

۱. Aterial Blood Gases on Air.
۲. د ګوګل ایکسری.



۳. Blood Complete

۴. Urea او الكتروليت وليداى شي.

۵. ECG

www.melitahrik.com
0777 400 116



تنفسي عدم کفایه دوه ډولونه لري:

۱. ۱. Type: (Oxygenation Failure) دلته به PaO_2 ټیټ وي، خو PaCO_2 به نورمال وي، چې Asthma ، سینه بغل، Pneumothorax ، د سپرو پړسوب د توتکۍ التهاب او د سپرو فايبروزس به ورسره یو ځای وي.
۲. ۲. Type: (Ventilation Failure) دلته به هم PaO_2 ټیټ وي او PaCO_2 به لوړ وي، چې COPD ، Encephalitis ، عضلاتي Dystrophy به ورسره یو ځای وي.

بېړنۍ درملنه:

په لاندې لاملونو درملنه وکړئ.

Oxygen.

Type ۱

- هر ۲۰-۳۰ وروسته د شریاني وینې د گاز انډول وټاکئ.

- هڅه کوو، چې PaO_2 تر ۵۰ mmHg پورته کړو.

Type ۲

- هر ۲۰-۳۰ دقیقې وروسته د شریاني وینې د گاز کچه څرګنده کړئ، تر

ډېره هڅه کوو چې PaO_2 له ۵۰ mmHg څخه پورته کړو.

- ډېره هڅه وکړئ، چې د PaCO_2 کچه له ۶۰ mmHg ټیټه وساتئ.

- بیا هم وروسته له ۲۰-۳۰ څخه شریاني وینې د گاز کچه وټاکئ.

د (Non Invasive Ventilation) NIV درملنه د کریټریا له مخې:

- که له مینځني بریده تر وروستي بریده شدید Dyspnoea او د صدر د

اضافي عضلاتو خوځښت شته وي.

- که له مینځني تر شدید Acidosis موجود وي، یانې ($\text{pH} < ۷.۳۰$) وي

او Hypercapnia ($\text{PaCO}_2 > ۴۵-۶۰$ mmHg) څخه پورته وي.



- د تنفس كچه له ۲۵B/min څخه ډېره وي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



دويم څپرکي

د زړه او رگونو ناروغي Cardio Vascular Disease

: (MI) Acute Myocardial Infarction

پېژندنه او تشخيص:

: Symptoms اعراض

۱. د Epigastric او ځوگل شديد او پرله پسې درد.

۲. Dyspnoea.

۳. ډار يا وېره.

: Signs نښې

۱. خاسفوالی.

۲. خوله کېدل.

۳. Anxiety.

۴. د محيطي رگونو راټولېدنه (Vaso Constriction).

۵. شاک.

۶. زړه بدوالی او کانگې.

: Investigation پلټنې

۱. د زړه برېښنايي گراف (ECG)، له نښو څخه يې په لاندې ډول يادونه

شوې.



۲. د زړه د مايوکارډ (Myocard) عضلې له تخريب څخه ۱۲ ساعته وروسته په وينه کې د Troponin انزايم کچه تر وروستي بريده پورته کېږي، د Troponin دا کچه تر ۱۲ ورځو پر همدې حالت پاتې کېږي.

کله چې د زړه د عضلې تخريب زباد شو، نو د سينې له درده ۱۲ ساعته وروسته په وينه کې د Troponin کچه ټاکلې شو.

۳. CK-MB انزايم ټاکل يوازې د شکمن بيا ځلې انفارکشن لپاره ډېر اړين دی (ځکه چې د زړه عضلې له مړينې وروسته ترڅو ورځو پورې د Troponin کچه لوړه پاتې کېږي).

۴. د زړه عضلې د اسکميا (Myocardial Ischaemia) د تشخيص پر مهال له AST او LDH څخه ډېره گټه نه اخيستل کېږي.

۵. د وينې د وريدي وينې د گلوکوز کچه.

بېړنۍ درملنه:

۱. د سينې له درد سره سم ناروغانو ته (۳۲۵mg) Aspirin د ژوولو يا نېغ تېرولو لپاره توصيه کوو.

۲. د درد ارامښت لپاره IV (۲-۸mg) Morphine ورکوو.

۳. د کانگو د مخنيوي لپاره اغېزمن درمل Metoclopramide (۱۰ mg) IV دی.

۴. Nitrate چې په Inferior MI او RV Infarction په ډېر احتياط وکارول شي.

۵. Thrombolytic درملنه.

۶. چې تر ۲۰-۴۰ سلنه پورې د اکسيجن تطبيق.

۷. تر هغه چې مضاد استطباب نه وي، ناروغانو ته د خولې له لارې Bisoprolol ۲،۵mg يا Metoprolol (۵۰ mg) ورکوو.



۸. ټول هغه ناروغان چې (STEMI)، يا هم LBBB له انفارکشن سره ګډ لري، په لومړيو ۲۴ ساعتو کې بايد ACE Inhibitors درمل واخلي.
۹. Clopedogrel (۳۰۰ mg) د خولې له لارې او د حاد مايو کارډيل انفارکشن ناروغان په CCU کې تر درملنې لاندې ونيوی شي.

Thrombolytic Therapy:

څنگه چې MI تشخيص شو، سم له واره درملنه پيل کړئ، خومره چې درملنه ځنډوو، هومره د زړه عضله د مړ کېدو خواته درومي.

استطبات:

۱. د ناروغۍ (MI) له پيله تر ۱۲ ساعتو اړونده نښې څرګندې کړي.
۲. د سينې درد تر ۳۰ دقيقو ډېر وغځېږي.
۳. په دوه يا زياتو Pericardial ليدونو کې ST قطعي لوړوالی د ۲mm څخه ډېر وي او په Limb ليدونو کې به دوه مسلسل ليدونو کې ST قطعي لوړوالی له ۱mm څخه زيات وي.
۴. که زوړ LBBB موجود وي، په V_۱-V_۳ ليدونو کې به لاندې توپيرونه تر سترګو شي.

a. Complex > ۱mm ST Segment Depression.

b. ۱mm ST Segment Elevation > چېرې چې QRS Complex به

مثبت وي.

c. ۵mm ST Segment Elevation > چېرې چې QRS Complex به

منفي وي.

۵. که LBBB نوی پيل شوی وي، د حاد (MI) په څېر يې درملنه کوو.

مضاد استطبات:

په لاندې حالتونو کې په بشپړ ډول درملنه نه ترسره کوو.



۱. فعاله وينه بهېدنه.
 ۲. که د ابهر Dissection موجود وي.
 ۳. اوسنی د سر ترضيض يا د کوپړۍ دننه تومور (Intracranial Tumor).
 ۴. په مخکې وختونو کې د Stroke له کبله وينه بهېدنه.
 ۵. په وروستيو درېيو مياشتو کې د Ischemic Stroke تاريخچه.
 ۶. که ناروغ وړاندې له مخه له Fibrinolytic درملو سره حساسيت درلوده.
 - په لاندې حالتو کې د حاد MI په درملنه کې يو څه احتياط کوو:
 ۱. که د دوه اوونيو په اوږدو کې غټ جراحي عملياتونه ترسره شوي وي.
 ۲. که د يو کال راهيسې ناروغ Non Hemmorrhagic Stroke تېر کړی وي.
 ۳. د وينې بهېدنې پېژندل شوې ناروغۍ: که د Warfarin د INR کچه له ۲ پورته وي.
 ۴. د GI سيستم له وينې بهېدنې سره يوځای فعاله بد هضمي.
 ۵. نه کابو کېدونکې سيستوليک فشار، چې له ۱۸۰ mmHg څخه پورته وي.
 ۶. منتشره Retinopathy.
 ۷. د کوپړۍ اوسنی ټپ.
 ۸. د پريکارډ التهاب (Pericarditis).
 ۹. بلارېښت او Post Partum.
 ۱۰. مياشتنی وينې بهېدنه يا شيدې ورکولو مهال (Lactation).
- Cardiogenic شاک او بطيني Arrhythmias مضاد استطباب نه دی.
- د درملو غوره Agents ټاکل:**



۱. تر ټولو غوره درمل Streptokinase (SK) ده، چې (۵، ۱) QQ ميليونه يونيټه په ۱۰۰ mli د ۹٪، ۰ سوډيم کلورايد کې د IV Infusion په ډول ناروغانو ته په يو ساعت کې تطبيق کوو. د SK له تطبيق وروسته Heparin ته اړتيا نه شته.

۲. په ورته ډول کولی شو، چې Alteplase (rt PA) هم د Streptokinase پر ځای وکاروو، هغه ناروغان چې له ۲۵Kg څخه ډېر وزن لري ۱۵mg د IV bolus په بڼه ورکوو او په تعقيب يې ۵۰mg په ۳۰ دقيقو او ۳۵mg په يو ساعت کې تر ټولو غوره کړنلاره ده، خو دلته بايد ناروغان ورسره جوخت Heparin د انفيوژن په ډول واخلي، يانې په ۴۸ ساعتو کې د انفيوژن پمپ له لارې (۱۰۰۰ i.u) Heparin واخيستل شي.

اختلاطات:

۱. د فشار ټيټوالی (Hypotension): کله چې د ناروغانو فشار ټيټه شو، سم له واره وريدي انفيوژن بند کړئ، تر هغه چې د ناروغ فشار بېرته د نورمال بريد خواته سر راڅرگند کړي.

۲. Bradycardia: ددې ستونزې د مخنيوي لپاره تر ټولو غوره درمل ۳Mg Atropine دی، چې ناروغ ته د وريد له لارې تطبيق کېږي.

۳. Ventricular Tachycardia: دا ستونزه تر ډېره پرته له درملنې د مينځه ځي، له مينځه نه تله نو د درملنې لپاره Cardiac Arrhythmias وگورئ.

۴. Artrial Puncture: Central Venous Canulation او وريدي زرقيات بايد د درملنې په موخه تر هغه ناروغانو ته ترسره نه شي، څو چې په پوره ډول طبي اهمات لکه ازموينې، تاريخچه، عمر په اړوند مالومات ونه لرو.



ځانگړي حالتونه:

د ښي بطين انفارکشن (Right Ventricular Infarction):

۱. د ناروغانو د زړه Preload لوړ وساتئ.

که چېرې د وينې فشار 90 mmHg ته راښکته شوی وي، نو 9% ، 0% Saline کابو $1-2$ لیتره ناروغ ته توصیه کوو.

۲. After Load کم کړئ: په تېره هغه ناروغانو کې چې د کيڼ بطين په عدم کفایه اخته شوی وي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



د شکر ناروغان چې د وينې گلوکوز يې له 280 mg/dl څخه پورته وي:

۱. که ناروغ په شکر اخته او د وينې گلوکوز يې له 280 mg/dl څخه ټيټ وي، نو د Insuline درمليز رژيم ورته پيل کړئ، يا هم د خولې له لارې ورته Hypoglycemic (Sulphonylurea يا Acarbose) درمل توصيه کړئ.

۲. له Metformin له کارولو ډډه وکړئ.

۳. که د وينې گلوکوز له 280 mg/dl څخه پورته شوی وي، نو د شکرې اړونده درملنه ودرئ او Insuline گلوکوز د انفیوژن په بڼه يانې Insuline Glucose Infusion (IGI) ورته پيل کړئ.

۴. د پلازما د پوتاشيم کچه وټاکئ.

۵. له نورمال سره د وينې گلوکوز هم وټاکئ.

۶. Insuline Glucose Infusion په ۵% Dextros کې کابو 500 ml هر ۱۲ ساعته وروسته.

۷. په 50 ml ۹۰٪، سوډيم کلورايد کې Joun، انسولين خو Regular Insuline توصيه شي.

۸. کله مو، چې (IGI) ناروغ ته پيل کړ، نو هر ساعت وروسته د ناروغ د وينې گلوکوز وټاکئ.

Capillary glucose ($\text{Mg}/100 \text{ ml}$)	Insulin infusion rate ($\text{Units/hr}=\text{ml/hr}$)
>300	Give ۸ units of insulin as an intravenous bolus injection and increase infusion rate by ۱ unit/hour.
۲۰۰-۳۰۰	Increase infusion rate by ۰,۵unit/hour



۱۳۰-۲۰۰	Leave infusion rate unchanged.
۱۲۰-۱۳۰	Decrease infusion rate by ۱ unit/hour.

www.melitahrik.com
0777 400 116



تعقيبي درملنه:

۱. Aspirine ۷۵-۱۵۰ mg هره ورځ.
۲. Bisoprolol ۲، ۵mg هره ورځ يا Metoprolol د ورځې دوه ځله.
۳. Clopidogrel ۷۵mg هره ورځ.
۴. که په درد کې ډېرېښت رامینځته شو، نو ناروغ ته Nitrat Infusion پیل کړئ، یا هم له ۵mg Metoprolol څخه ګټه واخلي، په تېره هغه مهال چې د زړه رېټ له ۷۰ پورته او سیستولیک فشار له ۱۰۰ mmHg څخه لوړ وي.
۵. ناروغ ته د غذايي رژیم په هکله پوره سپارښتنې وکړئ.
۶. هغه ناروغان، چې د Glucose یا هم Insuline په وسیله یې درملنه کېږي، نو ترټولو غوره لار د یو Diabetologist یا هم Endocrinologist سره مشوره کول دي.

Monitoring Treatment

۱. په هر ۲۴-۴۸ ساعتو کې یو ځل د ECG اخیستل.
 ۲. هر ۲۴ ساعته وروسته یو ځل د ناروغ د وینې فشار وټاکل شي.
- د زړه عدم کفایه:**
۱. په هغه ناروغانو کې چې د کینې بطن عدم کفایه شته وي، نو ورته ACE نهی کوونکي درمل توصیه کړئ، همدارنګه یادو ناروغانو ته په وخت سره د Echocardiogram معاینات هم ترسره کړئ.

د پرېکاره التهاب:

۱. له غټو انفارکشنو څخه وروسته ښايي رامینځته شي.
۲. تر دوه یا پینځو ورځو پورې لومړی Pericardial Rub موجود وي، بیا د سینې شدید درد په ناروغانو کې پیل کېږي.



۳. ناروغانو ته په لوړ ډوز سره Aspirine هر ۲ ساعته وروسته د (PPI) سره يوځای توصیه کړي.

د سينې پرله پسې دردونه:

۱. Iso Sorbide Mono-Nitrate د خولې له لارې ۲۰ mg يا له اړتيا سره سم د انفيوژن له لارې Nitrate ډېراغېزمن تمامېږي.
۲. که ناروغانو ته استراحت مهال نه تحمل کېدونکي دردونه رامینځته شي، نو د PCI او CABG لپاره روغتون ته ولېږدول شي.

Unstable Angina

تعريف:

۱. د لومړي ځل لپاره په سينه کې د شديد او نه زغمېدونکي درد مينځته راتلل.
۲. د پخواني Stable Angina د درملنې په تعقيب بيا ځلې د شديد درد مينځته راتلل.
۳. د استراحت پر مهال د سينې شديد درد.
۴. د سينې هغه دردونه، چې له ۲۰ min څخه ډېر وغځېږي، سره له دې چې ناروغ له Glyceryl Trinitrate څخه گټه پورته کړي.

اعراض او نښې:

۱. د سينې په مينځنۍ برخه کې درد/شخوالی او نارامي ښايي، چې درد د اوږو، ستوني، ژامې، غاښونو او ملا خواته هم ولېږدېږي.
۲. سخته ساه تنگي.

پلټنې:

۱. د درد په لومړنيو ۲۴ ساعتونو کې به ECG وکولی شي، چې د ST Depression را په گوته کړي، په دې مانا چې ښايي ناروغ Ischemia ولري.



۲. ST Elevation له Prinzmetal Angina يا Acute MI څخه ښودنه کوي.

۳. د اعراضو له پيل څخه ۱۲-۸-۴ او يا هم ۲۴ ساعته وروسته په وينه کې د (CK MB) او Troponine انزايمونه خپل شتون په زبات رسوي.

۴. Blood Complete.

۵. Random Cholesterol.

بېلوونکي تشخيص:

۱. د سرو امبولېزم.

۲. Oesophageal Spasm.

۳. عضلي دردونه.

۴. Biliary Colic.

۵. د معدې تپ.

۶. د ابجر د سام ناروغۍ.

۷. Mitral Valve Prolaps.

۸. Hypertropic Cardiomyopathy.

بېړنۍ درملنه:

۱. د خولې له لارې د ژوولو يا هم تېرولو په بڼه ناروغ ته Aspirine

۳۰۰ mg ورکړئ.

۲. د ژبې لاندې د Nitroglycerine (۰,۳-۰,۲ mg) به اعراض له مينځه

وېسي.

۳. د خولې له لارې ۵۰ mg Atenolol، که بېتا بلاکر مضاد استېباب و،

نو ناروغ ته يې پرځای ۶۰ mg Diltiazem د خولې له لارې توصيه کړئ.

۴. Heparin ۵۰۰۰ i.u د وريد له لارې، ورپسې ۱۰۰۰ i.u په يو



ساعت کې د لومړيو ۲۴ ساعتو لپاره د Infusion Pump له لارې ناروغ تر هغه گټور تمامېږي، چې اعراض (درد) له مينځه يوسي.
۵. لومړی ۳۰۰ mg Clopidogrel وروسته بيا ۷۵mg هره ورځ.
۶. ناروغ د هروخت له Cardiology څانگې سره په اړيکه کې اوسي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



تعقيبي درملنه:

۱. Aspirin ۱۵۰ mg د خولې له لارې.
۲. Atenolol (۵۰-۱۰۰ mg) د خولې له لارې.
۳. که β -Bloc ker استطباب نه درلوده، نو ۲۰ mg Diliazem په ورځ کې درې ځلې.
۴. کله چې درملنې ځواب ووايه، نو په ورپسې ناروغ ته Iso Sorbid (۲۰-۴۰ mg) Mono Nitrate هر ۱۲ ساعته وروسته توصیه کړئ.
۵. که درملنې ځواب ونه وايه، نو ناروغ د Angiography يا Revascularisation لکه PCI او CAPG لپاره اړونده ډاکټر ته ولېږئ.
۶. Morphine (۲-۴ mg) د ورید له لارې.
۷. Metoclopramide ۱۰ mg د ورید له لارې.
۸. Simvastatin (۲۰-۴۰ mg) يا Atorvastation (۱۰-۸۰ mg) له ماښام ډوډۍ څخه دمخه.
۹. تر هغه چې ناروغ کابو شوی نه وي، د هغه نبض، د وينې فشار دې هر ساعت وليدل شي، همدارنگه وروسته له ۲۴ ساعته يو ځل د ناروغ د زړه برېښنايي گراف واخيستل شي.

وروستۍ درملنه:

۱. کله چې د ۴۸ ساعته وروسته د ECG او وينې د انزايمونو گډوډۍ نور مالې شوې، ناروغ کور ته ولېږئ.
۲. د Aspirin، Beta Blocker، Nitrate درملو ته ادامه ورکړئ.
۳. ناروغ ته توصیه وکړئ، چې له سگرېټو، وينې فشار، شکر، Hyperlipidaemia او چاغوالي په کابو کولو کې له هيڅ راز بېغورۍ څخه کار وانهخلي.



د زړه عدم كفايه Cardiac Failure

پېژندنه او تشخيص:

اعراض:

۱. ستړتيا.
۲. د دمې پر مهال د ساه لنډۍ د شتون څرگندې نښې.
۳. Orthopnea.
۴. (Paroxysmal Nocturnal Dyspnoea) PND.
۵. د پښو او د پښو د بښنگرو پرسوب.
۶. ټوخی.
۷. Wheez.

نښې:

۱. Tachycardia.
۲. د غاړې د وريد غښتلی کېدل (JVP).
۳. د فشار ټيټوالی.
۴. د زړه غټوالی.
۵. په زړه کې د درېيم او څلورم اواز اورېدل کېدل.
۶. Crackles.
۷. غټ او حساس ځيگر، زېړی.
۸. محيطي پرسوب، خښ (Ascites).

پلټنې:

۱. Blood Complete.
۲. يوريا، الکتروليت او د زړه انزايمونه.



۳. Echocardiography

۴. Artrial Blood Gases

لاملونه:

د زړه د پمپ کمزورتيا:

۱. د زړه حاده احتشاء او د زړه ځنډنۍ اسکيميا.

۲. د زړه د فشار ناروغۍ (Hypertensive Heart Disease).

۳. درمل او د هغوی زهري خاصيت.

میخانيکي گډوډۍ:

۱. د زړه د دسامونو ناروغۍ (Post-Infarct Mitral Regurgitation).

۲. بطيني انيوريږم (Ventricular Aneurysm)، Posterior Infarct

Septal Defect

۳. د زړه زېږوني ناروغۍ.

۴. Tamponade / Pericardial Constriction

Excessive Demand

۱. Anaemia

۲. Thyrotoxicosis

۳. سيستمیک انتانات

Arrhythmia

۱. Atrial Fibrillation / Tachy Cardia

۲. Heart Block / Brady Cardia

بېلوونکي تشخيص:

۱. د خوځښت د نه شتون له کبله د پړسوب رامینځته کېدل.



۲. د سږو د بندښت ځنډنۍ ناروغۍ (COPD).

۳. حاده شديده ساه لنډي.

۴. سينه بغل.

۵. د سږو امبولېزم.

۶. د سږو د قاعدوي غشا ناروغۍ.

۷. د پښتورگو عدم کفايه / نفروتیک سندروم.

۸. Cirrhosis.

۹. Constrictive Pericarditis.

بېړنۍ درملنه:

د سږو حاد پړسوب:

۱. ناروغ د چوکۍ يا بستر له پاسه د ناستې وضعيت غوره کړي.

۲. Oxygen، کابو ۲۰-۴۰٪.

۳. Frusemide ۴۰ mg د وريد له لارې په ورو ډول ناروغ ته زرق شي.

ډوز يې په وروستيو کې تر ۳۲۰ mg هم پورته کولی شو.

۴. Morphine (۲-۵mg) په ورو ډول د وريد له لارې.

۵. د وينې د لوړ فشار پر ځای درملنه ترسره کړئ.

۶. په شديده و پېښو، يانې که سيستوليک فشار له ۱۰۰ mgHg پورته

وي، نو ناروغ ته Nitrate (Isoket) توصيه کړئ.

تعقيبې درملنه:

که درملنې ځواب ووايه:

۱. د مالګې لګښت کم کړل شي.

۲. د مايعاتو ډېر کارول.

۳. Frusemide ۴۰ mg د خولې له لارې هره ورځ که په ناروغانو کې



محيطي پرسوب شته وي، نو د Frusemide ډوز تر ۸۰ mg هم پورته کولی شو.

۴. کله چې د زړه کچه نورمال ورسره يو ځای د زړه برېښنايي گراف هم د نورمال بريد خواته ځان راوړساره، نو د نورو سپارښتنو لپاره ناروغ يو تکړه Cardiologist ته ولېږئ.

۵. په هر حال کې ACE کارولی شو، تر هغه چې په ناروغانو کې د Mitral / Aortic تنگوالی، Hypertropic Cardiomyopathy، د پښتورگو عدم کفایه ($\text{Plasma Creatinine} < 1.7 \text{mg/dl}$) نښې نه وي لیدل شوي.

۶. که د ASE نهی کوونکي درمل مضاد استطباب وي، نو ناروغانو ته هره ورځ يو ځل ۲۵mg Spironolactone توصیه کړئ.

که درملنې ځواب ونه واړه:

که په ناروغانو کې بیا ځلې سره پرسوب لیدل کېده، نو د ورید له لارې ورته Diuretics او په مینځني ډوز سره ACE نهی کوونکي درمل ورکړئ، همدارنگه لاندې درمل هم گټور تمامېدای شي.

۱. Digoxin او Metolazone د خولې له لارې کابو ۵-۲.۵ mg پورې.

څارنیزه درملنه:

۱. هر دوه ساعته وروسته Artrial Blood Gases ترسره کړئ.

۲. هر څلور ساعته وروسته نبض، د وینې فشار او د تنفس رېټ وټاکئ.

۳. هره ورځ د ناروغ وزن او د مایعاتو کچه وټاکئ.

۴. د یوریا او الکترولیت ټاکل هم اړین دي.

۵. څلور یا پینځه ورځې له اړتیا سره سم د سینې عکس.

د ابحر څیرې کېدل

Aortic Dissection



اعراض:

۱. د سينې سخت ناخايي درد، خيري کونکي، بنايي چې د Sternum شا خوا غاړې، اوږو، گېډې او د دواړو Scapula هډوکو مينځنۍ برخې ته هم خپور شي.
۲. د دماغې او نخاعي شريانونو د زيانمنېدو له کبله د فلج رامینځته کېدل.

۳. د هوش له مينځه تلل.

۴. Dyspnoea.

نښې:

۱. د وينې فشار لوړېږي.
۲. په Limbs يا اطرافو کې فشار توپير مومي.
۳. Pulse Deficit که AF موجود وي.
۴. Aortic Regurgitation Murmur.
۵. د اروا خړپرتيا.
۶. Cardiac Temponade.

پلټنې:

۱. د سينې ايکسري.
۲. ECG.
۳. د وينې د لېږدونې لپاره Cross Match.
۴. يوريا او الکتروليت.
۵. CT Angio Graphy / CT ډېره اړينه ده.
۶. MRI.

بېړنۍ درملنه:



۱. د درد د مخنيوي لپاره Morphine او Metoclopramide ډېر اغېزمن دي.
۲. د وينې فشار د Isoket Infusion په وسيله نورمال وساتئ.
۳. د زړه د رېټ او د وينې فشار د کابو کولو لپاره $\beta - Bloc\ ker$ ډېر غوره درملنه ده.
۴. $Sodium\ Nitroprusside\ 0.5mcq/kg$ په يوه دقيقه کې.
۵. که څيرې کېدنه په ابهر کې وي، په اني ډول د زړه جراحي ترسره شي.
۶. له وخت سره سم د ناروغ د وينې فشار، نبض او د تودوخې درجه، د ادرارو کچه په هر ساعت کې يو ځل وټاکل شي.

Cardiac Tamponade

اعراض او پېژندنه:

۱. Dyspnoea.
۲. د هوش کچه وار تر بله ښکته کېږي.
۳. د ښي زړه عدم کفايه.
۴. د فشار ټيټوالی.
۵. Pulse Paradoxus.
۶. JVP لوړوالی.
۷. د زړه د اوازونو نرمښت.
۸. د زړه رېټ له $80\ bpm$ څخه لوړېږي.

پلټنې:

۱. Echocardiography.
۲. د سينې ايکسري.
۳. ECG.



۴. يوريا او الکتروليت.

ژوندگواښوونکي کلينيکي ښه:

۱. شديد اعراض.

۲. د شاک نښې.

۳. د ګوګل په ايکسري کې به په ډېره پيمانه اوبه راټولې شوې وي.

بېړنۍ درملنه:

۱. د Echo په مرسته په بشپړ ډول سم تشخيص غوره کړئ.

۲. د مايع له ايستلو څخه وروسته سم له واړه ناروغ ته Normal Saline

پيل کړئ.

۳. مايع د تشخيص او د اعراضو د ختمولو لپاره راوباسئ، که مايع يې

کچې ډېره وي، په ساحه کې Drain ځای پرځای کړئ.

۴. کله چې مايع په بشپړ ډول له مينځه ولاړه Drain د تعقيم شرايطو

لاندې وايستل شي.

د ژورو وريدونو ترمبوزس

Deep Vein Thrombosis

پېژندنه او تشخيص:

۱. په آفت اخته شوې برخه کې په پرسوب، درد او شخوالي موجود وي.

۲. Pitting Odema.

۳. د پوستکي د تودوڅي درجه لوړېږي.

۴. Erythema.

۵. حساسوالي (Tenderness).

۶. خفيفه تبه.



بېلوونکي تشخيص:

۱. Ruptured Baker's Cyst.

۲. Torn Calf Muscle.

۳. Cellulitis.

پلټنې:

۱. د لينگي Doppler تلويزيوني معاينه ترسره کړئ.

۲. که D-Dimer منفي وي، تشخيص په غور سره له سره کړئ.

۳. که D-Dimer مثبت وي، خو کلينيکي نښې کمزورې وي، نو کله هم Anticoagulant درملنه پيل نه کړئ، ۷-۴ ورځې بيا ناروغ ته د Doppler تلويزيوني معاينه له سره کړئ.

۵. د CT په وسيله ښه تشخيص اېښودل کېدای شي.

بېړنۍ درملنه:

۱. دمه او د لينگي يو څه اوچت ساتل.

۲. ساده Analgesia.

۳. Anti Coagulant په ټيټ ډوز، يانې Heparin له Warfarin سره يو

ځای ډېر اغېزمن دي، که INR تر ۳-۲ پورته شو، Heparin بند کړئ.

که ناروغ Pulmonary-Emboli نه وي ورکړي، نو Warfarin تر درېيو

مياشتو ورکړو او که Pulmonary-Emboli ورکړی وي، نو تر شپږو مياشتو

پورې ورته Warfarin ډېر گټور تمامېږي، خو که د Anti Coagulant د

درملنې له پرې کېدو سره دوباره بيا DVT پيدا شي، نو ټول عمر به ناروغ Warfarin اخلي.

تعقيبي درملنه:

- کله چې د ۳۲ ساعتو وروسته درد، پړسوب کم شو، لينگي ته خوځښت



ورکړل شي.

- که له ۷۲ ساعتو وروسته بیا هم درملنه له اغېزمنه نه وي تمامه نه شوه، تشخیص ته د رسېدو لپاره نورې لارې چارې ولټوئ.

www.melitahrik.com
0777 400 116



Cardiac Arrest

پېژندنه او تشخيص:

نښې Signs:

۱. بېهوشي.
۲. کابو د ۱۰ sec لپاره د ساه ودرېدل.
۳. د لسو ثانيو لپاره په Carotid او Femoral شريانونو کې د نبض له مينځه تلل.

بېړنۍ درملنه:

- د مرستې لپاره له هرڅه لومړی Defibrillator چمتو کړئ.
- که د ترضيض نښې نه وي، ناروغ په Supin وضعيت ځملوئ.
- د ژامې پورته کول (Lifting Chin) او سر پورته کولو (Tilting Head) کړې په مرسته هوايي لار خلاصه وساتئ.

اوس ناروغ ته Cardio Pulmonary Resuscitation

(CPR) پيل کړئ:

۱. ناروغ ته د خولې له لارې تازه هوا برابره شي.
۲. خوله په خوله تنفس په عملي طريقه.
۳. د Pocket Face Mask له لارې ناروغ ته کابو ۱۵L/min اکسيجن برابره شي.

۴. د ناروغ د زړه برېښنايي گراف د Monitor له لارې په سم ډول وڅارئ.

د CPR پر مهال له ناروغ سره لاندې مرستې ترسره کړئ:

۱. ناروغ ته د Endotracheal Intubation او IV لاره خلاصه کړئ.
۲. په لوړ ډوز سره اکسيجن د ناروغ له ژوند سره مرسته کوي.



۳. په هرو درېيو دقيقو کې يو ځل ناروغ ته Epinephrine ۱mg (Adrenaline) زرق کړئ.

۴. بيا ځلې راگرځېدونکې ستونزې له مينځه يو سئ، لکه:

- Hypovolaemia / Hypoxia

- Hypo Kalaemia او ميتابولیک گډوډۍ.

- Hypothermia

- Tension Pneumothorax

- Cardiac Temponad

- Thromboembolic

- Obstruction

۵. تر هغه د ناروغ CPR ته دوام ورکړئ، چې د نب شتون جس شي.

۶. Adrenaline د ناروغ د عمومي وضعيت په ښه کولو کې ډېره مرسته

کوي، خو Defebrillation له مينځه نه شي وړلې.

۷. Epinephrine، Lignocaine او Atropine په ۰.۹% سوډيم کلورايد

کې گډ او د وريد له لارې توصيه شي.

ځانگړي حالتونه:

۱. Atropine د واگوس عصب د ټون په کابو کولو کې اغېزمن رول لري.

۲. ۱۰% Calcium Chloride د يو تکړه او ځلېدلي ټيم په مشوره

وکارول شي.

۳. د Acidosis شکمنو ناروغانو ته Buffer Sodium Bicarbonate

(۱meg/kg) ډېر پرځای درمل دی.

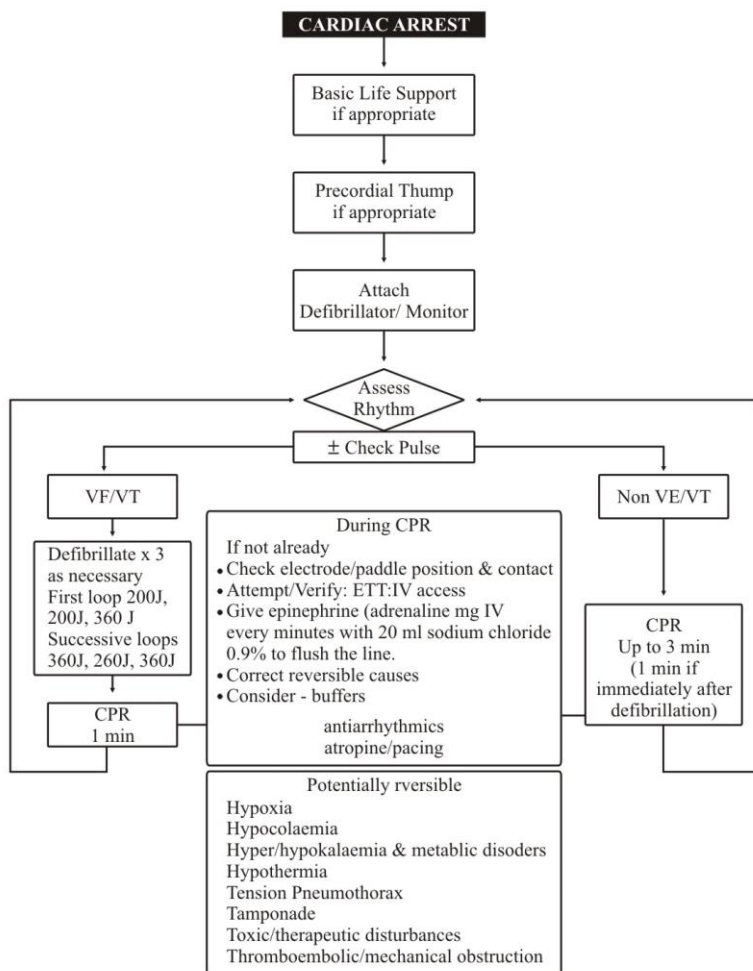
۴. په هغه ناروغانو کې نبض نه جس کېږي Epinephrine ۱mg هر درې

دقيقي وروسته ډېر ښه اغېز ښکاري.



پلټنې:

۱. Acid Basis او Blood Gases.
۲. يوريا، الكتروليت او گلوکوز.
۳. د گڼکل ساده ايکسري.
۴. د زړه انزايمونه.
۵. د ښه تشخيص لپاره ECG هم ښه ازموينه ده.



Cardiac Arrhythmias

پېژندنه او تشخيص:

په ځينو وختونو کې ECG ته لاسرسی ونه لرو، هم پورته ناروغۍ يو څه تشخيص کېدای شي.

اعراض:

۱. Palpitation.

۲. Dyspnoea.

۳. د سينې درد.

۴. گنگسيت.

۵. Syncope.

۶. د زړه ودرېدل.

نښې:

۱. د زړه رېټ به له ۶۰ څخه ښکته وي.

۲. Hypotension.

۳. Hypo Perfusion.

۴. JVP به غښتلي شوي وي.

۵. د زړه لومړۍ اواز به يو څه سختوالی موندلی وي.

۶. د زړه د عدم کفایې څرگندې نښې ښايي رامینځته شي.

تفريقي تشخيص:

د زړه د اړوند لاملونو له کبله پرته په ناروغ Syncope شته دي، ښايي، چې ميتابولیک يا هم نيورولوژیک لاملونه وي.

• Bradycardias:

- که Sinus Brady Cardia شته وي، نو درملنې ته اړتيا نه شته، خو که



اعراض غښتلي شول، نو ناروغ ته 200 mg/IV Atropine ورکړئ، له اړتيا سره سم يې ورته پينځه دقيقې وروسته هم توصيه کولی شئ.

- که په Sino Atrial ناروغيو کې Bradycardia يا هم Tachycardia موجوده وي، له Cardiologist سره مشوره وکړئ.

• AV Conduction Block

- په لومړي درجه Block کې درملنې ته اړتيا نه شته.

- دويمه درجه Block کې د اعراضو د مينځه وړلو لپاره درملنه ښه ده.

- درېيمه درجه کې Pacirng ته په بشپړ ډول اړتيا موندل کېږي.

Tachycardia

په زړه د Tachycardia شتون د ECG په وسيله ډېر په اسانۍ سره موندل شو.

د QRS Complex ډېرې تنگې کړنې، چې له 110 msec څخه کمې وي، له Sinus Node څخه سرچينه اخلي.

۱. لومړی ناروغ ته 3 mg Adenosine ورکړو، که اغېز يې ونه ښوده، ډوز يې ۲-۱ دقيقې وروسته 6 mg ته رسوو، که بيا هم اغېزمن نه شول، د ورید له لارې يې ډوز تر 12 mg هم پورته کولی شو، خو ياده دې وي، چې Adenosine په هغه ناروغانو کې نه شو کارولی، چې د Wheezing تاريخچه ولري.

۲. زموږ په هېواد کې ډېرې له $10-5 \text{ mg IV}$ Verapamil څخه ډېره گټه اخيستل کېږي، ددې درمل ډوز په ۲۰ دقيقو کې يو ځل له سره کولای شو.

خو په ياد ولرئ، چې کله هم په پراخ QRS Complex Tachycardia کې Verapamil ناروغ ته ناروغ ته ورنه کړئ، پرځای يې د ورید له لارې 5 mg Metoprolol په پينځو دقيقو ذرق شي، کله چې دې ناروغانو ته



وریدي درمل ورکولو، د Resuscitation ټول اهمات باید برابر وي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



د Sinus Tachycardia درملنه:

د ډول Tachycardia ته فزيولوژيک ټکي کارډيا هم وايي. له هرڅه دمخه لومړی لامل له مينځه یوسي، لکه د وينې ضايع، د زړه عدم کفایه، Thyrotoxicosis او Anaemia که کم څرگند لامل نه تشخیص کېدو، نو ناروغانو ته لومړی د خولې له لارې بیتا بلاکر (Atenold ۵۰ mg) هره ورځ یوه دانه ډېر اغېزمن تمامېدای شي.

Atrial Tachycardia:

د بطين له مایوکارډ څخه سرچینه اخلي، تر ټولو ښه درمل یې Amiodarone چې ۵ mg/kg د ECG مانیتور تر څارنې لاندې ناروغانو ته توصیه کېږي.

Flecainide او Sotalol هم ښه درمل دي، خو په اسانۍ سره نه پيدا کېږي.

د Flecainide ډوز ۲-۱ mg/kg او د Sotalol ۴۸۰-۱۶۰ mg/day پـــه وېشل شوي ډوز سره.

Atrial Fibrillation/Flutter:

که له ۲۴ ساعتو یې لږ دوام درلود، نو سم له واره ناروغ د Anti Arrhythmic درمل یا DC شاک ورکړي، همدارنگه لاملونه یې لکه Thyrotoxicosis، د مایټرل دسام ناروغۍ، سینې بغل هم له مينځه وېسي. په پورته ناروغانو کې لومړی د ورید له لارې Heparine د انفیوژن په ښه ۱۰۰۰ i.u/hour توصیه کړي.

خو که Atrial Fibrillation له ۲۴ ساعتو ډېر دوام ومونده، نو ناروغ ته Diltiazem/Rerapamil/Digoxin ورکولی شو.

Wolf Parkinson Wide Syndrome:

ښايي، چې د Atrial Fibrillation او Atrial Flutter په ناروغانو کې رامینځته شي، QRS Complex څپه به پراخه شوی وي. تر هغه چې په پوره ډول د Resuscitation او د کارډیولوژي له ټیم سره سمه مشوره نه وي شوي، کله هم له Verapamil, Digoxin او Adenosine څخه گټه مه اخلئ.

:Junctional Re-Entry Tachycardia

دلته ستونزه ډېره په AV Node کې موجوده وي، دې ناروغانو ته لومړی Verapamil ۵mg IV ورکړو، که اړتیا شوه، نو ددې درمل ډوز تر ۱۵mg هم پورته کولی شو.

:Ventricular Tachycardia

د بطين له مایوکارډیوم څخه سرچینه اخلي، دې ناروغانو ته لومړی Lignocaine ۱۰۰mg IV په دقیقو کې یو ځل ورکړو، د اړتیا پر مهال یې ۱۰ دقیقې وروسته بیا هم ناروغانو ته توصیه کوو.



درېم څپرکي

د معدې او کولمو د پورتنیو برخو وینه بهېدنه

پېژندنه او تشخیص:

امراض:

۱. قهوه رنگه کانګې (Coffe Ground).
 ۲. Haematemesis (په کانګو کې روښانه سور رنگه وینه).
 ۳. Melaena (په غایطه موادو کې وینه) په لږو پېښو ښايي پرته له کومې پتالوژي د معدې او کولمو د پورتنیو برخو حخه وینه راشي، چې دا وینه د مقعد له لارې د Melaena په ډول ښودل کېږي.
- #### يادونه:

سور رنگه روښانه وینه په داسې حال کې چې Hypotension ورسره ملګری نه وي، د معدې او کولمو د ښکتنیو برخو په وینه بهېدنه دلالت کوي.

پخوانۍ تاریخچه:

۱. د معدې او کولمو د وینې بهېدنې پر مهال د لاندې ناروغیو تاریخچه وپلټئ.

- د معدې تپونه.
- تردې وړاندې وینه بهېدنه.
- د ځيګر ناروغۍ.
- د وینې بهېدنې کورنۍ تاریخچه.



- د ټپ ضد درملنه / د علقې ضد درملنه.

- د وزن بايلل.

نښې:

۱. له ډېرې وينې بهېدنې څخه وروسته ناروغان شاک ته ځي، چې
Tachycardia Hypotension او Clammy Skin به لري.

۲. په ناروغانو کې کمخوني سر راپورته کوي.

۳. ناروغان د زېرې يا هم د ځيگر ځينو نورو ناروغيو سره مخ کېږي.

۴. د خولې يا مخ په برخه Talangiectasis ليدل کېږي.

۵. په خوله کې Corrosives هم مينځته راځي.

پلټنې:

کله چې وينه بهېدنه شديده نه وي

۱. کله چې بېړنۍ حالت موجود نه وي، ۱۰ ml وينه د Cross Match
لپاره لابراتوار ته لېږو.

شديده وينه بهېدنه:

۱. Blood Complete.

۲. يوريا او التروليټ.

۳. INR.

بېړنۍ درملنه:

که وينه بهېدنه شديده نه وي.

که د ناروغ عمر له ۲۰ کالو ښکته Hypovolaemia ونه لري او د
هيموگلوبين کچه يې تر ۱۰ g/dl وي، لاندې درملنه غوره ده.

۱. Base Line Observation.

۲. د خولې له لارې د خوړو د نظم برابرول.



۳. د درملنې په لیست کې د (Oesophago Gastro Duodenoscop) OGD معاینه ناروغانو ته توصیه کوو.
۴. د خولې له لارې PPI (Proton Pump Inhibitor) یانې Omeprazole، Lansoprazole، Pantoprazole او Esomeprazole ډېر ګټور درمل دي.
۵. که په Variceal Bleeding شکمن شو، نو ناروغانو ته انجکشن Terlipressin (۲mg) وریدي په داسې حال کې چې ناروغ د دوه ورځو لپاره د ورید له لارې (۲mg) APASL هم اخیستي وي.
یا هم ناروغان (۲۵-۵۰ mg) Inj.Octreotid د انفیوژن په بڼه تر ۵-۲ ورځو پورې اخلي.

که وینه بهېدنه شدیدې وي:

۱. ناروغان ICU (د بېرنيو مرستو خونه) ته لېږدوو.
۲. د ناروغ ورید خلاصوو او یو څه وینه Cross Match لپاره لابر اتوار ته لېږو ورپسې ناروغ ته سیروم Haemaccel یا Gelofusion لږ ګوو.
۳. ناروغ ته په ګړندی بڼه د ورید له لارې سیروم Saline یا Dextrose ډېر ګټور تمامېږي.
۴. د CVP لپاره هم اړینې لارې په نظر کې ونیسی.
۵. جراحي اړونده ستونزو لپاره له مجرب جراح ډاکتر سره مشوره وکړئ.
۶. که وینه بهېدنه په سم ډول کابو شوي نه وي، ناروغان تر یوه وخته په ICU کې وساتئ.
۷. ډېر ناروغان د شدیدې وینې بهېدنې سره یوځای Oesophageal Varices لري، همدارنګه د دې ډول ناروغانو پخوانۍ کلينيکي تاریخچه او څرګندې کلينيکي نښې، لکه زیږی، خبن، Spider Naevi او نورو په هکله بڼې پلټنې وشي.



۸. Endoscopy معاینه.

۹. هر ۱۲ ساعته وروسته انفيوژن Omeprazole د وريد له لارې.
۱۰. که په Variceal Bleeding شکمن شو، نو ناروغانو ته انفيوژن Octreotide (۵۰ mcg) د وريد له لارې تر ۵-۲ ورځو کوو.
۱۱. د Variceal Bleeding ناروغانو ته میکروب ضد درملنه ډېره ګټوره تمامېږي، که څه هم انتان مداخله نه وي کړې، هره ورځ ۲ gr Inj.Ceftriaxon (IV) يا د ۷-۲ ورځو لپاره هر ۱۲ ساعته وروسته انفيوژن Ciprofloxacin ۲۰۰ mg ښه اغېزمن او د پام وړ درملنه ده، کله چې ناروغ یو څه د ښېګڼې خواته لاړو، د خولې له لارې هم درمل ورته ټاکلی شو.
۱۲. د Variceal Bleeding شکمنو ناروغانو کې د ځيګرد Encephalopathy د مخنيوي لپاره Lactulose ښه اغېزمن درمل دی.

تعقيبي درملنه:

- په لږه کچه وينه بهېدنه:
۱. تر هغه درملنه وغځوئ، چې د معدې او کولمو په اندوسکوپي کې د ښېګڼې ښې رامینځته شوې نه وي، په پرلپسې درملنه کې تر رغېدو پورې ناروغان H₂ Receptor Antagonist خوري.

تر ټولو غوره درملیز رژیم:

۲. هر ۱۲ ساعته وروسته PPI درمل.
۳. له PPI سره دوه میکروب ضد درمله هم ورکوو، يانې:
- ۵۰۰ mg Clarithromycin هر ۱۲ ساعته وروسته.
 - ۱ gr Amoxicillin هر ۱۲ ساعته وروسته.
 - ۴۰۰ mg Metronidazole هر ۸ ساعته وروسته.
 - درملنه بايد تر ۷-۱۴ ورځو دوام وکړي.



- که د Clarithromycin او Metronidazole پروړاندې مقاومت رامینځته شو، پرځای یې بل درمل کاروو.

- که بیا هم درملنه بې پایلې شوه، پرځای یې ۵۰۰ mg Oxytetracycline هر ۶ ساعته وروسته ناروغانو ته ورکوو.

۴. د معدې د فعال تپ پر مهال د PPI یا H₂ Blocker په وسیله د درملنې څلور اونیز کورس په لار واچول شي.

۵. که کنسري حالت موجود وي، د جراحي درملنې لارې چارې لټوو.

يادونه:

که له پورته درملنې سره سره بیا هم ناروغانو د معدې او کولمو برخو وینه درلوده، نو لومړۍ ښه معاینات اندوسکوپي ده، چې آفت ځای په سم ډول څرگند او د جراحي درملنې لپاره اړین اهماطات ونيوی شي.

د جراحي مداخلې استطابات:

۱. که د ناروغ عمر له ۲۰ کالو پورته وي، ۴ یونټو څخه یې ډېره وینه اخیستي وي او تر ۲۴ ساعته د اخیستل شوې وینې کچه ونه ساتل شي، همدا شان پر له پسې وینه بهېدنه هم موجوده وي، نو جراحي مداخلې ته اړتیا موندل کېږي.

که ناروغان Oesophageal Varices ولري:

۱. لومړی د ورید له لارې (۲ mg) Telipressing تعینوو او بیا هر څلور ساعته وروسته ناروغانو (۲ mg) ټاکو.

۲. د تکړه متخصص ډاکټر تر څارنې لاندې د خولې له لارې هر ۱۲ ساعته وروسته ۵۰۰ mg Ciprofloxacin ناروغانو ته توصیه کوو.

د ناروغ څارنه:

۱. هر څلور ساعته وروسته د ناروغ نبض او وینې فشار گورو.



۲. کانګې د هغه د محتوياتو له مخې ګورو.

۳. هره ورځ د هيموګلوبين کچه ټاکو.

Discharge Policy

۱. د ناروغ رخصت کول د هغه عمر او د معدې کولمو د وينې بهېدنې پورې اړونده ده، خو ډېر ناروغان وروسته له پينځو ورځو کورونو ته استول کېږي.

۲. ځوان ناروغان چې شديده وينه بهېدنه ونه لري، همدارنگه د معدې ټپ يې کمزوري يا نه وي، د اندوسکوپي د معاينې وروسته رخصتېږي.

۳. زاړه وگړي د هغوی بدني وضعيت ته په کتو لېږل کېږي.

۴. که Hb له 10 g/dl څخه ټيکنه شوی وي، ناروغانو ته د خولې له لارې هر ۸ ساعته وروسته Ferrus Sulphate (200 mg) ورکوو.

۵. که Neoplasia تشخيص شوه، ډېرو نورو پلټنو ته اړتيا موندل کېږي.

۶. که د ناروغانو H.Pylori مثبت وي، د هغې درملنه وشي (مخکې ترې يادونه وشوه).

۷. د Oesophageal Varices ناروغان هر ۲-۴ اوونۍ وروسته روغتون ته د کتنې لپاره راغونښتل کېږي.

۸. د Oesophageal Varices د دويمې ځل اخته کېدو د مخنيوي لپاره ناروغانو ته $\beta - \text{Bloc ker}$ ورکوو.

د ځيگر حاده عدم کفايه

له Encephalopathy سره

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:



۱. زېړۍ.
۲. سترېتيا، زده بدوالی او کانګې.
۳. د ځيگر په Encephalopty کې د هوش کچه بدلون مومي.
۴. د انتاناتو د پېښو ډېرښت.
۵. د Brushing، Coagulopathy او Petechia د پېښو څرګندې نښې.
۶. Hepatic Flap.

Grading of Encephalopathy

- ۱ Grade: ګنګسيت، د سلوک او حوصلې خرابوالی.
- ۲ Grade: خوبجن او د سلوک خرابوالی.
- ۳ Grade: Stupor د خبرو له ګډوډۍ سره يوځای ناوړغ وينې او ساده امرونو ته ځواب ویلی شي.
- ۴ Grade: کوما، د خبرو بشپړ ګډوډ والی.

پلټنې Investigations:

۱. Blood Complete.
۲. INR.
۳. يوريا او کرياتينين.
۴. سيروم الکتروليت.
۵. د ځيگر د نديز تيستونه (LFT).
۶. Toxicology Screen.
۷. د ځيگر د التهاب لپاره سپرالوژي معاینات.
۸. د وينې او ادرارو کرنه (Culture).
۹. د ځين د مايع کرنه.
۱۰. د ګوګل ایکسری.



۱۱. Arterial Blood Gases.

د نورو ارګانونو د عدم کفایې لپاره ځانګړې پلټنې وکړئ:

۱. Anuria / Oligourea.

۲. Hypotension چې مینځنۍ شریاني فشار به له ۸۰ mmHg څخه

نښکته وي.

۳. Metabolic Acidosis.

۴. د ګوګل ایکسری د سږو په برخه کې د پړسوب یا Shadowing نښو ته

ښه پاملرنه وکړئ.

۵. ناروغ شدید بیمار مالومېږي، ستړتیا هم ورسره مل وي.

۶. خپلسري وینه بهېدنه او له مخاطي برخو څخه خپلسري وینه بهېدنه.

بېړنۍ درملنه:

۱. ناروغ د بېړنيو مرستې خونې ته لېږدوو.

۲. ناروغ د مجرب متخصص ډاکټر د درملنې لاندې نیسو.

۳. د Consultation لپاره د معدې او کولمو د برخې له ماهر سره سلا

مشوره کوو.

که لاندې ستونزې موجودې وي، ناروغ په ICU کې بستر کوو.

۱. د ځيګر له حادثې عدم کفایې سره که د بدن د نورو یا څو غړو د عدم

کفایه مینځته راغلې وي، همدارنګه که ناروغان د Encephalopathy په

Grade (۳) او Grade (۴) کې وي، ناروغان په ICU کې پرېږدو.

۲. د ماغي پړسوب Cerebral Odema.

هغه ځيګر چې اختلاط يې نه وي ورکړئ:

۱. د لاندې کرڼو مخه ونیسئ.

- Na لرونکي درملونه زیانمن تمامېږي.



- د PPI تر هغه نه شو ناروغانو ته ورکولی، چې مثبت استتباب موندلی وي.

۲. د Hypoxia د مینځه وړلو لپاره لارې چارې عملي کړئ.

۳. په ناروغانو کې Hypokalaemia او Hypoglycaemia له مینځه وېستئ او پرله پسې ناروغانو ته ۱۰٪-۵۰٪ گلوکوز د ورید له لارې ورکړئ، همدارنگه د Hypotension د مینځه وړلو لپاره Crystalloid او Colloid د انفیوژن په ډول اغېزمن تمامېږي.

۴. ۵٪ گلوکوز ۵۵ml را اخلو او په هغه کې Vitamin K (۱۰ mg) کېږو او د IV له لارې یې ورو د انفیوژن په ډول ناروغانو ته تطبیق کوو.

۵. ناروغانو ته د خولې یا NG Tube له لارې هر ۲ ساعته وروسته تر هغه ۳۰ ml لکتولوز (Lactulose) ورکوو، چې کولمې ښې پاکې شي، ډوز داسې برابروو، چې ناروغ هره ورځ دوه یا درې ځلې تغوط وکړي.

۶. د Prophylactic لپاره ناروغانو ته Broad Spectrum میکروب ضد درمل ورکوو.

- هر ۱۲ ساعته وروسته ۲۰۰ mg IV Ciprofloxacin یا هم هره ورځ ۲ Gm Inj. Ceftriaxone د ورید له لارې د پام وړ درمل دي.

پورته وریډي درمل له ۴۸ ساعتو وروسته دروو او پرځای یې ناروغانو ته د خولې درمل پیلوو، که کرڼه یا کلچر منفي شو، ټوله درملنه د پینځو ورځو په مینځ کې بندوو.

۷. شکمن اتانات (Suspected Infection) په لاندې درملو له مینځه وړو:

- هر ۱۲ ساعته وروسته ۲۰۰ mg IV Ciprofloxacin یا هم په لومړیو

کې ۲ gm Inj. Ceftriaxon، چې بیا یې کچه ۱ g ته رانښکته کوو، ورسره



يوځای هر ۱۲ ساعته وروسته ۱۰۰ mg Metronidazole تر ۷-۱۰ ورځو پورې ناروغانو ته توصیه کوو.

- کرڼه يا کلچر او د هغه میکروب ضد درملنه ډېره اغېزمنه ده.

۸. خوړيز رژيم دې د ۳۰ Kcal/Kg لوړ پروټين او ټيټه کچه مالګې سره برابر کړل شي.

۹. د Sedatives درملو، لکه Benzodiazepines، Phenothiazine او Opioids له کارولو څخه په کلکه ډډه وشي.

تعقيبې درملنه Subsequent Management:

۱. ناروغانو ته Prophylactic میکروب ضد درمل يا (Antibiotic) ورکوو، يانې هر ۱۲ ساعته وروسته ۲۰۰ mg Ciprofloxacin د خولې له لارې ښه درملنه ده.
۲. هغه ناروغان چې د Encephalopathy کچه يې تر (۱-۲-۳-۴) شاوخوا وي، په ICU کې وساتل شي.

Additional Factors to Consider

۱. Varices.

د ځيګر د عدم کفايې او Encephalopathy اختلاطات:

۱. Coagulopathy.
۲. د الکتروليتونو د کچې زيانمنېدل.
۳. له معدې او کولمو څخه وينه بهېدنه.
۴. Hypoglycaemia.
۵. متکرر په انتاناتو اخته کېدل.
۶. د پښتورگو د عدم کفايې له کبله Oligouria.



۷. تنفسي عدم کفايه.

د ناروغ څارونکې درملنه:

په ورځ کې:

۱. هر ساعت د متيازو د کچې ټاکل.
۲. هر دوه ساعته وروسته د وينې گلوکوز ټاکل.
۳. هر څلور ساعته وروسته د وينې فشار ټاکل.
۴. هر څلور ساعته وروسته د نبض ټاکل.
۵. هر څلور ساعته وروسته د بدن د تودوخې د کچې څرگندول.
۶. هر څلور ساعته وروسته د هوش د کچې ټاکل.
۷. د Fundoscopy په مټ د ورځې دوه ځلې د Papilloedema کتل.
۸. د کوپړۍ د ننني فشار ټاکل د Encephalopathy د درېيم گړېدو او څلورم گړېدو لپاره.

روزانه Dialy:

۱. Blood Complete او INR.
۲. يوريا او الکتروليت.
۳. د ځيگر د نديزې ازموينې (LFT).
۴. وزن او مايعاتو کچه.

حاد Crohn's او Ulcerative Colitis ناروغۍ

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:

۱. شديد نس ناستی او Tenesmus.
۲. د گېډې درد.



۳. بې اشتهايي او د وزن بايلل.

۴. ستړيا.

۵. په غايظه موادو کې وينه.

۶. د اوبو ضايع کېدل.

۷. Tachycardia.

۸. تبه.

۹. کمخوني.

ژوند تهديدوونکي کلينيکي بڼه:

a. Sepsis Syndrom او Septic Shock.

b. د کولون ټوکسيک پراخوالی.

c. د کولون سوري کېدل.

d. د الکتروليتونو بې کچې ګډوډي.

e. ډېره وينه بهېدنه.

f. په څرګند ډول د وزن ضايع کېدل.

g. په دويمې ډول د نورو غړو عدم کفايه.

پلټنې:

۱. Blood Complete.

۲. بيوشميک معاينات او د وينې ګلوکوز.

۳. د ګېډې ايکسري.

۴. د ولاړې حالت ايکسري کې به د حجاب حاجز لاندې هوا وليدای شي.

۵. د غايظه موادو کلچر د Salmonella، Shigella او Compylobacter

لپاره.

۶. Cross Match.



۷. د شرياني وينې ګازات يا Arterial Blood Gass.

تفريقي تشخيص:

۱. که ناوړغ ځينو مملکتونو ته سفر کړی وي، له هغه څخه د بکټريايي او Amoebic Collitis په هکله تاريخچه واخلي.
۲. د میکروب ضد درملو له کبله د کاډبې غشا لرونکې Colitis يا Pseudomembranous Collitis.

۳. Diverticular Disease.

۴. Ischaemic Collitis.

۵. د کولمو کنسر.

۶. د ګېډې لمفوما.

۷. شعاعي Collitis.

۸. Ileocecal TB.



بېړنۍ درملنه:

۱. لومړی د ناروغ د اوبو د ضايع کېدو او د الکتروليتونو د کمېدو د مخه ونيسئ.

۲. که د وينې د Hb کچه له 8g/dl څخه ښکته وي، ناروغانو ته تازه وينه ورکوو.

۳. هر ۸ ساعته وروسته 100mg IV Hydrocortison.

۴. هر ۸ ساعته وروسته 100mg IV Metronidazole.

۵. که ناروغ له وژونکي کلينيکي ښې سره لاس وگرېوان وي، اړونده برخو کې د تکړه متخصص ډاکټرانو سره مشوره وکړئ.

يادونه:

- د نس ناستي په حاده مرکله کې د Anti- Diarrhveal درملو کارول د کولمو د زهري پراخوالي (Toxic Dialation) سبب ګرځي.

- د نس ناستي په حاده مرحله کې د Barium Enema او Colonoscopy ترسره کول د کولمو د سوري کېدو سبب ګرځي.

که نس ناستي په اوږدو شي، نو:

۱. ناروغانو ته 400mg Metronidazole هر ۸ ساعته وروسته له

$(40-60\text{mg})$ Prednisolone سره يوځای هره ورځ ورکوو، ياده دې وي، چې

d Hydrocortison پرځای دلته Prednisolone کارول کېږي.

۲. ښه خوړيز رژيم.

۳. هر ۸ ساعته وروسته 800mg Mesalazine د خولې له لارې.

۴. که ناروغي ډېره پرمختللې وي، ناروغانو ته Prednisolone Enema

هم توصيه کوو.



تعقيبي درملنه:

هر دوه ساعته وروسته:

۱. د تودوخې درجه وټاکل شي.
 ۲. نبض کچه وټاکل شي.
 ۳. د وينې فشار ټاکل.
 ۴. د تنفس د کچې څرگندول او ټاکل.
- په ورځ کې دوه ځلې د ناروغانو گېډه د Peritonitis او د کولمو د اوزونو د شتون لپاره وليدې شي.

هره ورځ Dialy:

۱. Blood Complete، يوريا او الکتروليت کتل.
۲. د گېډې ايکسري په گېډه کې د ګاز د شتون او کولمو د پراخوالي لپاره.
۳. په غايظه موادو کې د وينې د نښو د پيدا کولو لپاره لابرټواري معاينات ترسره کړئ.

يادونه:

په ولاړ حالت کې ايکسري او په هغه کې د حجاب حاجز لاندې د ګاز د شتون نښې پيدا کړئ.

ناروغانو ته له رخصت کولو سره لاندې درمل ورکړئ:

۱. د کورنۍ د برابر خوړيز رژيم په پام کې نيول.
۲. هره اوونۍ ۵mg پورې د Prednisolone کچه رابښکته کړئ.
۳. په ورځ کې يو ځل Prednisolone Enema ناروغانو ته ورکړل شي.



څلورم څپرکی

Renovascular Disease

د پښتورگو حاده عدم کفایه:

پېژندنه او تشخیص:

پېژندنه:

۱. Oliguria به موجوده وي، چې له ۳۰ ml څخه به په یو ساعت د متیازو کچه راښکته شوې وي، ښايي چې ناروغان Anuria هم ولري.
۲. د Plasma د کریاتینین کچه به په ورځ کې له ۱،۵mg/dl څخه پورته شي، خو که انتان موجود وي، نو به کریاتینین به تر ۳mg/dl پورې ورسېږي.

لاملونه:

۱. Prerenal (له پښتورگو څخه مخکې لاملونه).

- د زړه د Volume خرابوالی.

- Hypotension، د زړه د پمپ خرابوالی.

- Sepsis.

۲. پښتورگو اړوند لاملونه:

- Acute Tubular Necrosis.

- Vasculitis، Glumerulonephritis.

- Nephrotoxins.

تشخیص:

۱. له ناروغ څخه د پښتورگو اړوند سمه تاریخچه واخلي، وپلټئ، چې ناروغ خود متیازو سم نه کېدل، Sepsis او یا هم د بدن په کوم بل ارګان ستونزمن شوی نه وي؟
۲. له ناروغ څخه د درملو اړوند تاریخچه واخلي.



۳. له ناروغ څخه د ادرارو د بندښت، سوځېدل، مثاني پرسوب او درد اړونده تاريخچه واخلئ.

يادونه:

د تل په څېر له ناروغانو څخه د بدن د نورو داخلي غړو د نظم د خرابېدو په هکله سمه تاريخچه واخلئ.

پلټنې:

۱. که په متيازو کې Haematuria يا Proteinurea وليدای شوه، نو په Glumerulonephritis يا هم Vasculitis دلالت کوي.

۲. Blood Complete.

۳. د وينې د ګاز کچه، چې له Acidosis او Hypoxia ځانونه ډاډه کړو.

۴. د پښتورګو د اندازې، تېرېو، بندښت او نورو ستونزو لپاره التراساوند ښه معاینه ده.

کله ناروغ د Nephrology څانګې ته لېږو؟

۱. کله چې ناروغان لاندې ستونزمن حالت ولري.

- Creatinine $> 2.5 \text{ mg/dl}$.

- که له کوم څرګند لامل څخه پرته ناروغ د پښتورګو په حاده عدم کفایه اخته شوی وي.

- که د پښتورګو له حادثې عدم کفایې سره یوځای ناروغان په ادرار کې وينه (Haematuria) يا Proteinuria ولري.

- که د پښتورګو له حادثې کفایې سره یوځای نور داخلي غړي په آفت اخته شوي وي.

بېړنۍ درملنه:

۱. لومړی د هر څه دمخه ناروغ ته کتیتړ د احلیل له لارې تېر او د ورځني



- مټيازو کچه څرگنده يا وټاکل شي.
۲. که ناروغ اوبه ضايع کړي وي، يانې Dehydrated وي، د وريد له لارې کریستالويد ورکوو.
۳. ناروغ ته د وريد له لارې تر هغه Crystaloids ورکوو، چې د ادرار نورماله کچه 30 ml/hour ته ورسېږي.
۴. که ناروغان د وينې فشار ولري، نو بڼه دې سيروم Gelofusin او يا تازه وينه ورته تطبیق شي.
- يادونه: ناروغانو ته د Dopamine له ورکولو ډډه وکړئ.
۵. که په ځينو حالتونو کې د مايعاتو کچه لوړه شي، نو د وريد له لارې Frusemide ($20-40 \text{ mg}$) ناروغانو ته ورکوو، که Frusemide سره سم ځواب لاسته نه راتلو، د Nephrology د برخې اړونده برخه په جريان کې کړئ.
۶. د پښتورگو لپاره زهري درملو څخه ډډه وشي (NSAIDs).

Accelerated (Malignant) Hypertension

پېژندنه او تشخيص:

د وينې د فشار خبيث حالت هغه دی، چې له شرياني تخریب سره يوځای د ياستوليک فشار کچه تر 130 mmHg پورته شي، ياد حالت د ځيگر Encephalopathy ناروغانو په درېيم او څلورم گړېد کې ډېر ليدل کېږي.

اعراض:

۱. دماغی وروسته والی او د سترگو Bluring يا کرنې کرنې لیده.
۲. سر درد.
۳. د زړه د کينې بطين د عدم کفايې له کبله به ناروغان ساه لنډې لري.

نښې Signs:



۱. ناروغان به په متيازو کې وينه لري (Haemachoria).
 ۲. د سترگو د کسې شاوخوا کې به د Fundoscopy يا په عادي حالت کې د وينې نښې وليدای شي، که ناروغانو مو له خبيث لوړ فشار سره شکمن شول، نو د Fudoscopy په مرسته د سترگو شاوخوا په سم ډول وگورئ، بنايي چې د خبيث لوړ فشار له کبله ناروغان د Stroke، کينې بطين عدم کفايې غټوالی او د پښتورگو عدم کفايه ولري، ياده دې وي، چې د خبيث فشار ناروغانو په ادرار کې به د وينې سرې حجرې (RBC)، Casts او پروټين شته وي.

بېړنۍ پلټنې:

۱. Blood Complete، يوريا، الکتروليت او کرياتينين.

۲. د متيازو مايکروسکوپي ليدنه.

۳. ECG او د گوگل ايکسري.

بېړنۍ درملنه:

۱. هغه ناروغان چې د ياستوليک فشار يې له 120 mmHg څخه پورته او د Retinopathy يې په درېيم او څلورم گړېد (Grade) کې وي، بېړنۍ تشخيص دې ورته وشي، دا ناروغان بايد د ورید له لارې هيڅ وانه خلي، يوازې د خولې له لارې د فشار ضد درمل ناروغانو ته توصيه شي، هڅه وکړئ، د وينې په بېړني ډول رابښکته نه شي، چې خدای مه کړه ناروغان د Cerebral Perfusion او دماغو ته د وينې د نظام له گډوډېدو سره مخ نه شي.

۲. د شديد وينې فشار له پورته کېدو سره ناروغانو ته Bisoprolol 10 mg د ورځې يوه دانه له 30 mg Nifedipine سره يو ځای ورکوو، بنايي ځينو ناروغانو کې 20 mg Lisinopril يا 8 mg Perindopril يا هم



Beta Blocker (۱۲-۳۲mg) Candesartan درمل اغېزمن تمام شي، که Beta Blocker مصاد استطباب وي، ناروغانو ته ورکوي.

يادونه:

کله هم ناروغانو ته د ژبې لاندې Nifedipine ورنه کړئ، په لومړيو کې هڅه کوو، د پاستولیک فشار له ۱۱۵-۱۱۰ mmHg څخه رابښکته نه شي. زړقي درمل يوازې هغه وخت ورکولی شو، چې له خبيث فشار سره لاندې ستونزې هم ملگري شوي وي.

۱. Hypertensive Encephalopathy.

۲. د ابهر څيرې کېدل.

۳. د کوپړۍ په دننه کې وينه بهېدنه.

۴. Pheomochromocytoma Crisis.

۵. د سږو حاد پړسوب.

۶. د پښتورگو حاده عدم کفايه.

۷. Unstable Angina.

تعقيبي درملنه:

۱. که ناروغ د وريد له لارې درمل اخلي، بند او د خولې درمل پيل شي.

۲. ناروغانو ته په پرله پسې ډول ۵-۱۰ mg Atenolo Bisiprilol

۱۰۰ mg يا هم د ورځې يو ځل گټور تمامېږي.

۳۰ mg Nifedipin LA

۳. که اړتيا پېښه شوه نو هر ۲-۳ ورځې وروسته ادرار راوړونکي

درمل Diuretic ناروغانو ته ورکوو، کرياتينين او الټراساوند معاينات وخت په وخت ترسره کوئ.

۴. ډېره هڅه وکړئ، فشار تر ۱۶۰/۹۰ mmHg سره برابر وساتئ.



د ناروغ څارنه:

۱. وروسته له درملنې د ناروغ فشار هر ۳۰ دقيقې وروسته ټاکي.
۲. د زرقي درملو د کارولو پر مهال د ناروغ فشار هر ۱۵ دقيقې وروسته ټاکي.
- هره ورځ د ناروغ کرياتينين، يوريا او د الکتروليت کچه وټاکل شي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



پينځم څپرکي

عصبي Neurology

Status Epilepticus and Frequent Seizure

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او علايم:

Status epilepticus هغه حالت ته وايي، چې د ميرگي د حملې پر مهال په ناروغ بله حمله هم راشي، خو ناروغ همداسې د بېهوشي په حالت کې وي، يانې د Epilepsy د حملو ترمينځ ناروغ خپل شعوري حالت نه اختياروي.

له ناروغ څخه لاندې پوښتنې وکړئ:

۱. د ميرگي پخوانۍ تاريخچه موجوده ده او که نه؟
۲. د Status Epilepticus پخوانۍ تاريخچه موجوده ده که نه؟
۳. اوسمهال د ميرگي ضد درمل کاروي؟ يا هم يې د درملو په کارولو کې قضايي راوړې، خو نه ده؟
۴. ناروغان کانگې او نس ناستی لري؟

پلټنې:

۱. د وينې کلسيم، گلوکوز او سوډيم ټاکل.
۲. که ناروغ د جټکو ضد درمل (Anti Convulsant) کاروي، تاسو وگورئ، چې ناروغ خود Seizures لپاره کارېدونکي درمل، لکه Carbamazepine يا Phenyton نه کاروي؟



۳. د ميرگي حمله نوې وي، ناروغانو ته تر ټولو ښه معاینه CT Scan توصیه کوو، چې پر مټ به يې د Basal Ganglia Calcification، Hypoparathyroidism او نورې ستونزې راپه گوته شي.

تفريقي تشخيص:

د Epileptic Non- Seizures حملو يا Pseudo - Seizures سره بېلوونکې تشخيص وشي.

Sepileptus په مينځته راوړلو کې لاندې لاملونه ډېر اړين رول لري:

۱. انتانات: د سحايا التهاب، Encephalitis او خنځې (Abscess).
۲. د سر حاد تر ضيقات.
۳. د ماغي تومورونه.
۴. ميتابوليک گډوډۍ (د پښتورگو عدم کفايه، Hypoglycaemia او Hypocalcaemia).
۵. د درملو ډوز ډېرښت (Phenothiazines، Tricyclics، Cocaine او Isoniazid، Theophylline).
۶. Acute Cerebral Infarction.
۷. Non Epileptic حملې.
۸. Hypoparathyroidism.
۹. Eclampsia.

بېړنۍ درملنه:

۱. که ژبه د Seizure په حمله کې ټپي شوی وي، ناروغ ته د خولې له لارې څه نه ورکوو، د اړتيا پر مهال ناروغانو ته Intubation ترسره کوو.
۲. که په ناروغ د Seizure حمله راشي، هڅه وکړئ داسې يوځای ورته



برابر شي، چې ازاد وي، ترڅو پښې، لاسونه او نورې برخې يې له تپي کېدو بچ پاتې شي.

۳. عمومي Tonic Clonic ميرگي حملې ژوند تهديدوونکي دي، بايد زړ يې درملنه وشي.

۴. ناروغان په ICU کې وساتئ.

۵. Seizure په حملو کې د ناروغ هوايي لارې او ساه اخيستل ښه وڅارئ.

۶. لوړ ډوز اکسيجن چې په ساعت کې کابو 10 L/hour ته ورسې.

۷. په هر ۵ دقيقو کې 20 mg IV (۱۰-۲۰) Diazepam ناروغانو ته توصيه کړئ، خو که اړتيا شوه، هر ۱۰ دقيقې او هر ۲۰ دقيقې وروسته هم Diazepam ناروغانو ته ورکولی شو.

۸. که د Seizure پرله پسې حمله موجوده وي، نو ۲۰ دقيقې وروسته ناروغ ته Phenyton د Cardiac Monitoring ترڅارنې لاندې ورکوو.

۹. که بيا هم پورته درملنه بې پايلې شوه، نو د نيورولوجي يو تکړه ډاکتر سره مشوره وشي.

۱۰. دويمې ميتابوليک فکتورونه، لکه (Hypoglycaemia، د الکتروليتونو گډوډي، Lactic Acidosis، د اوبو ضايع کېدل او Hyperpyrexial) له مينځه وېسئ.

۱۱. که د پورته ټولو کړنو سره بيا هم درملنه بې پايلې شوه، په اني ډول ناروغ ICU کې د شته ډاکترانو تر څارنې لاندې ونيسئ، په ICU کې ناروغانو ته په بېرني ډول سره EEG له Intubation څخه وروسته تر سره کړي، دا چې ولې درملنه بې پايلې شي، لاملونه يې په لاندې ډول دي.

ولې درملنه بې پايلې شي؟



۱. د ناسم تشخيص ايښودل.
۲. د ميتابوليک لاملونو ناسمه پېژندنه او درملنه.
۳. د Intubation او Anaesthesia وروسته تطبيق کېدل.
۴. د درملو د ناسم ډوز کارول.
۵. د ميرگي ضد درملو د درملنې ټاکلې وخت په پام کې نه نيول.

Strok

پېژندنه او تشخيص:

TIA (Transient Ischaemic Attack): هغه Stroke دی، چې له ۲۴ ساعتو لږ دوام وکړي، ښايي چې په ډېرو حملو کې تر ۳۰ دقيقو دوام وکړي. Cresendo TIA: هغه ډول دی، چې د حملو دوام يې ډېر اوږد او په څو ورځو کې بار بار رامينځته شي.

تفريقي تشخيص:

۱. Sub Dural او Extradural، Subarachnoid Haemorrhage سره. haemorrhage
۲. شرياني خيري کېدنه په تېره د Whiplash Injury او د غاړې ترضيض ناروغانو کې.
۳. د سحایا التهاب، (HIV) Encephalitis.
۴. Seizures.
۵. Hypertensive Encephalopathy (د یاسټولیک فشار به له ۱۲۰ mmHg څخه لوړ وي، د هوش کچه به ښکته وي او ناروغان به Papilloedema ولري).
۶. ميتابوليک ناروغۍ، لکه Hyponatraemia، Hypoglycaemia.
۷. د ځيگر Encephalopathy.



۸. Anoxic Encephalopathy لکه شاک او Arrhythmic ناروغۍ.

۹. ترضيض (Trauma).

بېړنۍ پلټنې:

۱. گلوکوز، يوريا او الکتروليت، INR او Blood Complete.

۲. د گوگل ايکسري.

۳. ECG د زړه برېښنايي گراف.

۴. د لاندي ستونزو د شتون پر مهال ناروغانو ته CT Scan او MRI

ورکولو.

- که Platelets له ۱۰۰,۰۰۰ لوړ او INR له ۱,۲ لوړ اوسي.

- د سر ترضيض (Head Trauma).

- د غاړې شخوالی، له روښنايي ډارېدل (Photophobia).

- Crescendo TIAs.

- کوما.

بېړنۍ درملنه:

۱. که ناروغ شعوري حالت نه درلوده، د تېرولو ځواک يې کمزوری شوی

وي او نو لومړی ناروغ ته د ورید له لارې مایعات بيا NG ټیوب تېروو.

۲. که ناروغ د خولې له لارې څه نه شي خوړلی، نو په لومړيو ۲۴ ساعتو

کې ورته Normal Saline ورکوو، خو له Glucose څخه ډډه وشي.

که ناروغ ډېرې اوبه ضایع کړي وي، پرځای مایعات ناروغانو ته توصیه

شي.

۵. که ناروغانو ادرار نه شو کابو کولی Foley's Catheter ورته تېر

کړئ.

۶. د ښکمنو میکروبونو د شتون پر مهال میکروب ضد درملنه وکړئ.



۷. که تودوخې درجه له 99°F څخه پورته شي، نو هر ۲ ساعته وروسته ناروغانو ته يو گرام Paracetamol توصیه کړئ.

۸. که د گلوکوز کچه له 200 m/I څخه پورته د Insulin پر مټ يې کابو کړئ.

۹. که فشار ښکته شوی وي، سمه درملنه ورته توصیه شي.

۱۰. هغه ناروغان چې Warfarin اخلي INR يې تر (۱,۰) سره برابر وساتل شي.

که څه ستونزه پرته د تازه پلازما په تطبيق يې له ناروغانو څخه نيسو.

۱۱. له يو مجرب او متخصص ډاکتر سره په لاندې ستونزو خبرې وکړئ.

- د دماغو په دننه کې وينه بهېدنه په تېره هغه ناروغان، چې د علقې ضد

درمل هم کاروي.

- Crescendo TIAs ناروغان چې د CT Scan او MRI په معایناتو کې

وينه بهېدنه نه وي.

- دماغي Hematom چې ناروغانو خپل هوش هم له لاسه ورکړی وي.

- Hydrocephalus.

څارنيزه درملنه:

۱. ناروغانو ته د ناستې وضعیت ورکړئ.

۲. بېهوشه ناروغانو د يوې ورځې په مينځ کې خوځښت ورکړئ.

۳. که په CT سکڼ کې وينه بهېدنه نه وي، په اني ډول ناروغ ته Aspirin

۳۰ mg ورکړی، تر هغه چې مضاد استطباب نه وي.

۴. که ناروغ د تېرولو ځواک له لاسه ورکړي NG Tube تطبيق کول تر

ټولو غوره لار ده.

اختلاطات Complication:



۱. د خولې له لارې د مايعاتو اخيستل د ګوګل اثانات مينځته راوړي.
- ځکه چې ښايي په ډېرو وختونو کې Aspiration نمونيا مينځته راوړي.
۲. PE/DVT.
۳. خپګان.
- احساساتي حالت مينځته راتلل، Dementia، د خبرو کولو د ځواک د کمزورتيا او نور.
۴. Seizure.
- په بشپړ او سم ډول بې تشخيص او درملنه وشي.
۵. د اوږد دردونه.
- زيانمن خوا باندې فشار نه راوړل او د درد له مينځه وړل.
- د ډېرو پلټنو لپاره ښه ډاکټر سره مشوره وشي.

Causes of Deterioration

۱. پورتنۍ اختلاطات.
۲. د Hypoxia، Hypoglycaemia، Hyperglycaemia، Pyrexia، انتانات، د زړه عدم کفايه، د مايعاتو او الکتروليت د کچې خرابېدل او نور.
۳. Brain Odema.
۴. Cerebral Emboli يا هم Vasculitis.
۵. Hydrocephalus په تېره په دماغي Stroke کې.
۶. Haemorrhagic Conversion په تېره په غټو انفارکشنو کې.
۷. تفريقي تشخيص له سره وکتل شي.
۸. EEG، CT Scan معاينات له سره کړي او د Epilepsy او Encephalitis څخه ځانونه ډاډه کړئ.

د حملې د دويم ځل مخنيوي لپاره لاندې کړنې په پام کې نيسو:



۱. ناروغانو ته تر هغه هره ورځ 150 mg Aspirin ورکړو، چې د وينې بهېدنې علایم له مينځه لاړ شي.
۲. هره ورځ ټولو ناروغانو ته Warfarin د Stroke له حملې څخه دوه اوونۍ وروسته 3 mg پورې ورکړو، خو د ناروغ INR بايد هره ورځ وټاکل شي.
۳. ناروغانو بايد سگريټ ځکولو کلکه ډډه وکړي.
۴. د وينې فشار، شکر، Hyperlipidaemia سمه درملنه ترسره کړئ.

Sub Arachnoid Haemorrhage

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:

۱. ناروغانو ته په ناڅاپي ډول د سر شديد خوږ پيدا کېږي، په څو ثانيو کې خوږ نور هم ډېرېږي، چې د کانگو او د هوش خرابېدل ورسره ملګري وي، دا ناروغان Photophobia او د غاړې شخوالي هم لري.
۲. يو ساعت وروسته په ځينو ناروغانو کې د سر خوږ کمښت مومي، چې په دې حالت کې د CT Scan ازموینه په هيڅ ډول له پامه ونه غورځول شي، دې لپاره چې ډېر وخت به د Sub Arachnoid Haemorrhage دردونه د Migraine او د سر له ساده دردونو سره ناسمېږي.

پلټنې:

- CSF For Blood، CT Head Scan (د وينې د شتون پاره د CSF کتنه)،
Xanthochromia.

تفريقي تشخيص:

۱. د سحايا التهاب.
۲. Encephalitis.



۳. Migrain.

بېړنۍ درملنې:

۱. که هوش له مینځه تللی وي، د هوايي لارو د خلاصون لپاره هڅې پیل کړئ.
۲. 30 mg Dihydrocodeine د خولې له لارې یا 50 mg د عضلې له لارې د درد ضد درملو په توګه ښه پایلې ښي.
۳. ECG د زړه برېښنايي زګراف.
۴. د نیورولوژي له واک سره په همغږۍ ښه درملنه پیل شي.



Acute Spinal Cord Compression

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:

۱. د يوې يا دواړو اوږو کمزوري.
۲. د حس د کچې ټيټوالی.
۳. د Hyper Reflexia د پښو د تلي خلاصېدونکي غبرگون غښتلي کېدل.
۴. د غايطه موادو، متيازو او جنسي برخو د توازن خرابېدل.
۵. موضعي د ملاردرد او حساسوالی.

پلټنې:

۱. په آنې ډول ناروغانو ته MRI معاینه ترسره کړئ.
۲. Blood Complete، یوریا، الکترولیت او LFTs.

د سینې ایکسری:

تفریقي تشخيص:

۱. Transvers Myelitis.
۲. Cord Ischaemia.
۳. Guillain Barre Syndrome.

بېړنۍ درملنه:

۱. هر شپږ ساعته وروسته د ورید له لارې ناروغانو ته Dexamethasone (4mg) Phosphate ورکړئ.
۲. له تکره عصبي جراح سره د ښه درملنې لپاره مشوره وکړئ.



شپږم څپرکی

اندوکراینولوژي

Diabetic Ketoacidosis (DKA) and Non Ketotic Hyper Osmolar Coma

پېژندنه او تشخیص:

اعراض:

۱. ډېره تنده.

۲. د وزن بایلل.

۳. ډېر ادرار کول.

نښې:

۱. سوربخن پوستکی.

۲. Kussmaul Breathing ډول ساه اخیستل.

۳. د خولې Ketones ډوله بوی شتون.

۴. د اوبو ضایع کېدل.

۵. گڼگسوالی.

۶. کوما.

پلټنې:

۱. د وینې گلوکوز (شریاني).

۲. په پلازما او ادرار کې د کیتون ازموینې.

۳. الکترولیت.



۴. Blood Gases.

۵. د وينې گلوکوز (وريډي).

۶. MSU.

۷. ECG.

۸. د صدر ايکسري.

بېړنۍ درملنه:

۱. د کيتونو او ميتابوليک اسيدوسز د شتون پر مهال د گلوکوز کچه کابو تر 320 mg/dl پورته ساتو.
۲. د وريډ له لارې د سوډيم کلورايد (0.9%) په لاندې رژيم سره ناروغانو ته ورکوو.

- په لومړي ځل نيم ساعت کې يو ليتري.

- يو ليتري په يو ساعت کې.

- يو ليتري په دوه ساعتو کې.

- نور نو د ناروغ عمومي وضعيت ته په کتو سره ټاکو.

۳. انسولين انفيوژن د 1 unit/ml د سوډيم کلورايد 0.9% سره برابر او د

وريډ له لارې يې ناروغانو ته تطبيق کوو.

۴. پوتاشيم هم د هغه د کچې له ټاکلو سره سم توصیه کېږي، داسې که د

پوتاشيم کچه له 5.5 څخه ډېره وي، هيڅ څه ته اړتيا نه شته، خو که د 3.5 ،

5.5 پورې بيا يې د انفيوژن په څېر 20 mmol په ساعت کې ناروغانو ته

توصيه کوو، که K د 3.5 څخه کم وي 40 mmol توصیه کېږي.

د پوتاشيم له ورکړي سره د زړه رېتم گډوډېږي، چې پورته درمل بايد د

ECG Monitor پر مټ وشي.

۵. Bicarbonate بايد په ډېر احتياط سره وکارول شي، غوره دا ده، چې



د يو ماهر ډاکټر تر څارنې لاندې ناروغانو ته د تطبيق لار ورکړل شي.
۶. که ناروغانو هوش نه درلود NG Tube ورته تطبيق شي او معده يې و مينځل شي.

۷. د وينې له کرنې (کلچر) څخه وروسته ناروغانو ته Broad Spectrum ميکروب ضد درمل ورکړئ.

۸. د ناروغ د متيازو د کچې د ټاکلو لپاره هغوی ته کټيتر تېر کړئ.

۹. د Hyperosmoler کوما ناروغانو کې وریدي Thromboembolism وېره ډېره وي، خو د وينې بهېدنې د مخنيوي لپاره Heparin ښې پايلې ښکاري.

تعقيبي درملنه:

۱. که د وينې د گلوکوز کچه له 270 mg/dl څخه ښکته شوه، نو ناروغانو ته په اتو ساعتو کې يو ليتر 5% Glucous ورکړئ او د انسولين انفیوژن کچه 2 u/hour ته راښکته کړئ.

۲. که د وينې گلوکوز کچه 90 mg/dl ته راښکته شوه، وریدي مایعات 10% Glucose ته واړوئ.

۳. د Sepsis، Pancreatitis او MI د شتون يا شکمن حالت پر مهال د اړونده ماهرو ډاکټرانو سره په اړيکه کې شئ.

۴. د ناروغ له بستر کېدو څخه ۴۸ ساعته وروسته بايد انسولين پيل شي، تر هغه چې ناروغ Normo – Glycaemic او سم خوراک پيل کړي.

ياني انسولين د پوستکي لاندې د يو ماهر ډاکټر تر مشورې لاندې وکارول شي.

څارنه:

ناروغان په وروستيو کې د Cerebral Odema او ARDS سندروم لپاره



خاری.

www.melitahrik.com
0777 400 116



Acute Hypoglycaemia

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:

۱. پوستکي به يخ او خړنگه.

۲. Tachycardia.

۳. ناراحتيا.

۴. گنگسيت.

۵. کوما.

پلټنې:

۱. Finger Prick Blood Glucose.

۲. د وينې وريدي گلوکوز.

۳. LFT د ځيگر دنديز تستونه.

۴. يوريا او الکتروليت.

۵. TSH.

بېړنۍ درملنه:

که ناروغ ډېر هوش له لاسه نه وي ورکړی:

۱. ۲۵g Glucose په ۱۵۰ mli اوبو کې گډوو او ناروغانو ته يې د خولې

له لارې توصیه کوو، که اړتيا ډېره وي، هر ۱۵-۱۰ دقيقې وروسته يې له سره کوو.

که ناروغ بېهوشه وي:

۲. کله چې ناروغ پوره پېه هوش شي، د خولې له لارې گلوکوز يا

کاربوهايډرېټ ډېر گټور دی.

۳. ۲۰% Glucose کابو ۱۰۰ ml را اخلو او د ورید له لارې يې په ۱۵



دقيقو کې ناروغانو ته ورکوو، که ۱۵ دقيقې وروسته بيا هم ناروغ بېهوشه اوسي، بيا يې هم دوه ځلې ورکوو.

۴. که د انسولين د ډوز د ډېرښت له کبله Hypoglycaemia وي، نو گلوکوز %۵ يا %۱۰ د انفيوژن په ډول د وريد له لارې توصيه کوو، ترڅو ستونزه له مينځه وړي.

تعقيبي درملنه:

۱. د شکر په درملنه له سره پاملرنه وکړئ.
۲. د Hypoglycaemia د مينځته راتلو اصلي لامل وپلټئ.
۳. که Hypoglycaemia اوږدمهاله شوه، انفيوژن گلوکوز ښه درملنه ده.
۴. وخت تر بله هره ورځ د ناروغانو گلوکوز په نهاره ټاکئ.

د ادرينال غدې حاده عدم کفايه

Acute Adrenal Insufficiency

پېژندنه او تشخيص:

اعراض:

۱. Lethergy.
۲. زړه بدوالی.
۳. د وزن بايلل.

ښې:

د ادرينال لومړنۍ عدم کفايه:

- a. د فشار ټيټوالی (Sustained / Postural).
- b. Pigmentation (ورغوی، د خولې مخاطي غشا).
- c. Vitiligo.



په دويمې ډول د ادرينال غدې عدم کفايه:

a. خاسفوالی.

د خطر فکتورونه

لومړني خطرونه:

a. Auto Immune ناروغۍ (شکر، Hypothyroidism او خبيشه وينه

لري.)

b. توپر کلوز.

c. د سرو د کانسرونو لېږدېدونکي حالت Metastasis.

دویمې خطرونه:

a. د Steroid درملو ډېر کارول.

b. د نخاميه غدې جراحي / وړانگې.

پلټنې Investigation:

۱. Blood Complete.

۲. يوريا او الکتروليت.

۳. د وينې گلوکوز.

۴. Random Serum Glucose.

۵. Plasma ECTH.

۶. د ادرينال لومړني عدم کفايه کې د کورتيزول 150 nmol/l څخه ټيټ

په داسې حال کې چې ACTH به 80 pg/ml څخه لوړ وي.

د ناروغۍ د شدت نښې:

۱. Hyponatraemia.

۲. په لومړني ډول د ادرينال عدم کفايه کې Hypoglycemia شتون.

۳. Hyperkalaemia.



۴. د يوريا لوړوالی.

بېړنۍ درملنه:

که ناروغي شديده وي.

۱. وريدي 100 mg Hydrocortisone هر ۲ ساعته وروسته.

۲. په ۲۰-۳۰ دقيقو کې د وريد له لارې يو ليتېر Sodium Chlorid

(۹۰٪) ناروغانو ته ورکوو، که Hypoglycaemia موجوده ورته درملنه وکړئ.

۳. ۲۰٪ Glucose کابو 100 ml د وريدي انفيوژن په ډول په ۳۰ دقيقو

کې ناروغانو ته ورکوو، په داسې حال کې چې ۱۰٪ گلوکوز يو ليتېر د انفيوژن په ډول په ۱۲ ساعتو کې واخلې، ښې پايلې له ځان سره لري.

تعقيبي درملنه:

۱. هر اته ساعته وروسته ناروغانو ته 20 mg هايډرو کورټيزون ورکوو.



اووم څپرکی

د الکترولیتونو گډوډۍ

Hyperkalaemia

پېژندنه او تشخیص:

دلته به د پلازما د پوتاشیم کچه کابو له 5 mmol/L څخه سمون وځوري.

ځانگړي لاملونه:

۱. ډېره کارونه: په خوړو کې د پوتاشیم د کچې ډېرښت یا هم د ورید له لارې د پوتاشیم ډېرښت هم Hyperkalaemia مینځته راوړي.

۲. د انساجو مړینه: د هغې سیستم ته وینه بهېدنه او په تشو کې راغونډ بدل هم سبب کېدای شي.

۳. د K خارجېدل له حجري څخه: د حجراتو مړینه، شاک، Ischemia، Acidosis، د انسولین کمښت، د الدسترون د خوړېدو عدم کفایه او $\beta - \text{Bloc}$ ker هم Hyperkalaemia مینځته راوړي.

اعراض او نښې:

۱. Neuromuscular اعراض.

۲. د زړه مړینه پرته له نښو د شتون.

پلټنې Investigation:

۱. د پلازما په مایع کې د یوریا، الکترولیتو او پوتاشیم کچه څرگنده

کړئ.

۲. Blood Complete.



۳. په وريدي وينه کې د HCO_3 کچه.
۴. د ادرار د نورمالې کچې مالومول.
۵. د ECG بدلونونه: چې T خپه، PR او QRS Complex به له نورمالې څخه يو څه اوږدوالی ولري.
۶. که لامل ښه څرگند نه شو، په وينه کې د Cortisol کچه وټاکئ.

درملنه:

- درملنه بايد په پلازما کې د K د کچې د ټاکلو پر مټ ترسره شي.
۱. لومړی اصلي لاملونه چې پورته ذکر شوي له مينځه وېسئ.
۲. په شديدو حالتونو کې وريدي ۱۰% Calcium Gluconate کابو ۱۰-۲۰ ml ناروغانو ته زرق کوو.
۳. وريدي ۵۰ ml له ۵۰% Glucose سره يوځای ناروغانو ته ۱۰ يونيټه Regular Insuline ورکوو.
۴. کابو ۱۵ دقيقو کې په Alternative ډول سره وريدي Sulbutamol ۵mg، به ۵% Dextrose کې ناروغانو ته توصيه کوو.
۵. د Metabolic Acidosis په پېښو کې هر ۸-۲ ساعته وروسته ۱،۲% (HNCOR) ناروغانو ته گټور تمامېږي.

Hypokalaemia

پېژندنه او تشخيص:

دلته به د پلازما د پوتاشيم کچه له ۳,۵mol/L سره سمون وځوري.

اصلي لاملونه:

۱. په دويمې ډول د هغې سيستم په برخه کې د کانگو او نس ناستي پېښېدل.
۲. د پښتورگو له لارې په ادرارو کې پوتاشيم له ۲۰ mmol/L څخه ډېر



ضايع کېدل.

۳. د Mg کمښت يا نه شتون، همدارنگه د پښتورگو د تيوبولونو بېلا بېلې ناروغۍ.

۴. Metabolic Acidosis.

پلټنې:

۱. د ECG بدلونونه، د ST خپه سرچپه، هموارې TU خپې او Arrhythmias.

۲. د سيروم د پوتاشيم د کچې ټاکل، په ادرارو کې د يوريا، الکتروليتونو ټاکل.

۳. Blood Complete له اړتيا سره سم.

۴. د نس ناستي او Diuretic کارونو کسانو کې د سيروم Mg او K کچه وټاکل شي.

درملنه:

درملنه بايد د پلازما د پوتاشيم د کچې د ټاکلو له مخې ترسره شي.

۱. د Hypokalaemia د مخنيوي لپاره وريدي مايعات، سټرويد او Diuretics کابو $80-120 \text{ mmol/L}$ ناروغانو ته توصيه شي.

۲. که د پلازما د پوتاشيم کچه له 3.0 mmol/L څخه ښکته او کوم اعراض ونه لري.

درملنه يې:

- د لامل د شتون له مينځه وړل، هر ۸ ساعته وروسته دوه دوه ټابلېټ Neo-K ښه اغېزمن تمامېږي.

- په شديدو پېښو کې پوتاشيم لرونکي تازه مېوې ډېر وکارول شي.

۳. که د پلازما پوتاشيم کچه له 3.0 mmol/L ښکته او Arrhythmia



ورسره ملګری وي، نو:

- ۲۰ mmol پوتاشيم کلورايد (KCL) په ۵۰۰ ml د سوديم کلورايد
(۰،۹٪) سره ګډو او د وريد له لارې يې ناروغ ته توصيه کوو.
که د زړه Arrhythmia بيا هم له ګډوډۍ سره مخ وي، د زړه له تکره
متخصص سره مشوره وشي.

Hyper Calcaemia

پېژندنه او تشخيص:

د پلازما د کلسيم کچه کابو له ۱۰،۵mg/dl څخه پورته وي.

اصلي لاملونه:

۱. په ۲۰-۱۰ سلنه ناروغانو کې لومړنی Hyperparathyroidism موجود دی.
۲. Malignancy.
 - په موضعي ډول د هډوکو د ناروغيو شتون.
 - د تيونو، سږو کنسررونه، Lymphoma، Myeloma او همدارنګه د مری، پښتورګو، پروستات، سر او غاړې کنسري حالتونه.
۳. Granulomatous ناروغۍ.
 - Sarcoidosis
 - TB توبرکلوز.
۴. درملونه.
 - Vitamin D
 - Vitamin A
 - Thiazide Diuretics
۵. ميتابوليک لاملونه.



- Thyrotoxicosis

- Pheochromocytoma

- Milk Alkali Syndrome

اعراض او نښې:

۱. تر هغه چې Ca^{++} له 12 mg/L څخه ډېر شوی نه وي، نښې يې کمې وي.

۲. په هضمي سيستم کې به کانګې، زړه بدوالی، قبضيت او د گېډې درد شته وي.

۳. په پښتورگو کې به ادرار ډېرښت (Polyuria) او د اوبو ډېر څښل (Polydipsia) شته وي.

۴. په زړه او رگونو سيستم کې به د فشار لوړوالی، ECG کې به د QT انټروال او اوږد PR خپه موجوده وي، همدا شان QRS به پراخ او Arrhythmia نښې به وليدای شي.

۵. عصبي سيستم کې به ناروغ خپګان، سردرد، د هوش گړوډي او په حاد ډول اروايي ناروغ وي.

پلټنې:

۱. په اني ډول ناروغانو ته د يوريا، الکتروليت، Ca^{++} ، Albumin کچه وټاکئ، همدا رنگه ECG او د ګوگل ايکسري هم مه هېرئ.

۲. ESR، Blood Complete، Alk Phasphatase، د فاسفورس کچه، امایليپر (Amylase) او Lipase کچه د پانکراس د التهاب د شتون په موخه وټاکل شي.

درملنه:

Mild: ۱. په کمزورو پېښو کې بېړنۍ درملنې ته اړتيا نه شته، خو تر



ټولو غوره داده، چې Thiazides او نور ډول Vitamin A,D او د کلسيم کارونه ځای پر ځای ودرول شي.

Moderat: ۲. د ناروغۍ په مينځني شدت کې د خولې له لارې ناروغانو ته د ورځې ۲-۳ ليتره اوبه ډېرې گټورې تمامېږي، که د خولې له لارې د اوبو څښل ناشوني، نو د وريد له لارې ۲-۳ ليتره سوديم کلورايد (۰,۹%) هم غوره کړنه ده، د يوريا او الکتروليت د کچې ټاکل هم اړين دي.

Sevre: ۳. د ناروغۍ په شديد حالت کې ناروغان بايد په ۲۴ ساعتو کې ۳-۴ ليتره سوديم کلورايد (۰,۹%) واخلي، په زړه او LVF ناروغانو کې احتياطي کار واخيستل شي، که د ناروغانو د ميعاتو کچه له نورمال واټن څخه ډېرښت وموند، نو په هرو ۱۲ ساعتو کې ۲۰-۴۰ mg Frusemide د وريد له لارې ستونزه په بشپړ ډول له مينځه وړي، خوياده دې وي، چې د Frusemide کچه له ۱۲۰ mg څخه ډېرښت بيا مومي، د پښتورگو له لارې د کلسيم ضايع کېدل مينځته راوړي شي، له دې امله هر ۱۲ ساعته وروسته د يوريا الکتروليت او کلسيم نورماله کچه ټاکل ډېر اړين دي.

۴. که د سيروم (Ca++) کچه له ۱,۳,۲ څخه لوړه او اعراض هم ورسره ملگري وي، نو ناروغانو د وريد له لارې په هرو څلورو ساعتو کې ۶۰-۹۰ mg Disodium Pamidronate ورکوو، ترڅو په ۷ ورځو کې ستونزه په بشپړ ډول له مينځه لاړه شي.

Hypernatraemia

پېژندنه او تشخيص:

د سيروم د سوديم کچه به له ۱۵۰ mmol/L څخه پورته وي.

ميکانيزم:

په ټوليز ډول د بدن د اوبو کمښت يا د بدن د سوديم ټوليز ډېرښت.



اعراض او نښې:

د عصبي سيستم بېلا بېلې نښې، لکه Lethergy، کوما، ميرگي او د اوبو د ضايع کېدو له کبله Hypovolemia نښې.

پلټنې:

۱. سيروم يوريا، الکتروليت او گلوکوز د کچې ټاکل.
۲. د ادرارو يوريا او الکتروليت.

درملنه:

۱. لومړۍ هڅه وکړئ، چې د Hypovolemia درملنه ترسره کړئ.

لاملونې:

۱. $U_{osm} > 300 \text{ mmol/l}$.

- Osmotic Diuresis، لکه Hyperglycaemia.

- د اوبو د پرمخه کيدل د خولو، نس ناستي او نورو لاملونو له کبله.

- د تندې د حس نه شتون.

- Diabets Insipidus هم شونې ده.

بېړنۍ درملنه:

۱. که Hypernatraemia نښې نه درلودې.

- د خولې له لارې مايعات.

- هره ورځ د Na کچه وټاکئ.

۲. که د اعراضو سره يوځای Hypevolaemic شاک هم موجود وي.

- د وينې د نظم د برابروالي لپاره ناروغاو ته ۰.۴۵% سوديم کلورايد

ورکړئ.

- که لامل په DM پورې اړوند نه وي، نو د Hypernatraemia اعراض د



۵٪ گلوکوز په وسيله له مينځه وړو.

- که د Hyper Natraemia لامل د Non- Ketotic Hyperosmoler Coma له کبله وي، ۰،۴۵٪ سلاين قطع او ناروغانو ته ۵٪ گلوکوز پيل کړئ.

درملنه Treatment:

۱. هر ۱۲ ساعته وروسته د Na کچه مالومه کړئ.
۲. په ۲۴ ساعته کې د سيروم سوديم کچه بايد له 10 mmol/l څخه ډېرښت بيا نه مومي.

Hyponatraemia

پېژندنه او تشخيص:

د پلازما د سوديم کچه به 125 mmol/l سره سمون خوري.

لاملونه:

عام لاملونه:

۱. ECF (خارج الحجروي مايع کمښت).

- د DKA، کانگو او نس ناستي له کبله Hypovolemia.

- Cirrhosis، د ادرينال غدې عدم کفايه او د پښتورگو د عدم کفايه له

کبله د مالگې مايع کېدل.

۲. د ECF نورمال کچه.

- NSAIDs، Diuretics، Hypothyroidism، Nephrotic Syndrome

او له عمليات څخه وروسته دردونه.

۳. د ECF د کچې ډېرښت.

- د پښتورگو عدم کفايه، د زړه عدم کفايه.

اعراض او نښې:



۱. زړه بدوالی.

۲. Cramps ډوله دردونه.

۳. ګنګسیت.

۴. Lassitude.

۵. میرګي.

تشخيصي Dragnosis:

- په بشپړ ډول د سمې تاريخچې اخیستل، درملو او مایعاتو د کارونې ډولونه.

پلټنې:

۱. یوریا او کریاتینین.

۲. د ادرارو سودیم او Osmolality.

درملنه:

۱. د پلازما د سودیم کچه له 120 mmol/l څخه پورته شي.

- له 5 L ، څخه لږه مایع واخیستل شي.

- 90% ، سیروم سلاين کابو یو لیتر په 12 ساعتو کې ناروغانو ته ورکړي.

- که د مایع کچې ډېرښت وموند، د خولې له لارې ناروغانو ته 20 -

40 mg Frusemide ورکړئ.

۲. که د پلازما سودیم له 110 mmol/L څخه ټیټ وي، نو:

- ناروغانو ته $1,8\%$ یا 3% سیروم سلاين ورکړئ، چې په یو ساعت کې د

سودیم کچه تر 5 mmol/l ، پورته یوسي.

- بیا هم که مایعات ډېر شول 20 mg Furusemide ښه درمل دی.

Hypo Calcaemia



پېژندنه او تشخيص:

د پلازما د کلسيم کچه به له 8.5 mg/dl څخه ښکته وي، يانې 2 mmol/L به وي.

عام لاملونه:

۱. Hypoparathyroidism.

۲. Alkalosis (ميتابوليک او تنفسي).

۳. د VitD کمښت.

۴. د پښتورگو حاده عدم کفايه.

۵. د پانکراس حاد التهاب.

۶. Hypo Albuminaemia.

اعراض او نښې:

۱. په ماشومانو کې د Carpopedal Spasm، Stridor او اختلاج نښې.

ډېرې غښتلې وي.

۲. په لويانو کې د لاسونو پښو او د خولې شاوخوا برخو د حس له مینځه

تلل، خو د Carpopedal Spam نښې کمزورې وي.

۳. د Trousseau's Sign او Chovstek's Sign هم ښايي وليدای شي.

پلټنې:

- ايونايښ کلسيم مقدار به کم وي.

درملنه:

۱. د Alkalosis د يو ډول ځانگړو کاغذي کڅوړو کې له ساه ايستلو

څخه وروسته سمېږي.

۲. 20 ml Inj. Ca-gluconate د ورید له لارې ډېر اغېزمن دی، که د



عضلې له لارې توصیه کوو، نو ۱۰ ml بسنه کوي.
۳. اصلي لامل له مینځه یوسئ.

www.melitahrik.com
0777 400 116



اتم خبرکی

انتانات

دماغي ملاریا Cerebral Malaria:

پېژندنه او تشخیص:

۱. دماغي ملاریا د پلازموډیم فالسیفارم د ډېرو وېروونکو اختلاطاتو له ډلې څخه شمېرل کېږي، چې د مړینې کچه یې تر نورو لوړه ده.
۲. په هغه ناروغانو کې چې کلينيکي بڼه او د هوش کچه یې خرابه وي، ډېر د دماغي ملاریا خواته فکر کېږي.
۳. د دماغي ملاریا ډېر ناروغان د ګڼګڼیت، Stuporous، Delirium او د کوما تر کچې رسېدای شي، شونې ده، چې کلينيک په بېرني یا هم په تدریجي ډول رامینځته شي، همدارنګه ناروغان به د سحایا التهاب، مخرش والی، نښې هم له ځان سره ولري.
۴. که دې ناروغانو ته د Fundoscopic معاینات ترسره شي، بنایي چې د سترګو Retina طبقه کې به د وینې نښې رابرسېره شوي.

تشخیص Diagnosis:

کلينيکي او لابراتواري تشخیص:

۱. د سلايد پر مخ د ملاریا پرازیتونو موندل، که د Parasitemia کچه له ۵% څخه لوړه یا هم په هر ملي لیتر کې له ۱۰۵ څخه ډېر پرازیت موجود و، د مړینې کچه ډېر ټیټه مومي.
۲. د Glasgow Come Scale (GCS) پر مټ د ناروغ د هوش کچه



وټاکئ.

۳. ناروغ د مایعاتو د ورکړې پر مهال د پښتورگو له لارې د هغه اطراح وڅارئ، یانې که په ۲۴ ساعتو کې د پښتورگو له لارې د مایع کچه د ۵۰۰ ml لږه شوه مایعات بند او د پښتورگو په اړوند پر ځای معاینات ناروغ ته ورکړئ.

۴. د وینې د گلوکوز کچه ډېره اړینه ده، په تېره هغه ناروغانو ته چې Quinine د انفیوژن په بڼه اخلي.

۵. د ناروغانو د HCT (Haematocrite) کچه هر ورځ د لابراتوار په مرسته څرگنده کړئ.

بېړنۍ درملنه:

۱. که ناروغ د هوش کچه له مینځه تللې وه، نو په یو اړخ یا پرمخ (Prone) وضعیت یې ځملوئ.

۲. د IV لاره یې خلاصه کړئ.

۳. ناروغ ته (NGT) تېر او له (Glucose-D) سره یو ځای په هر ساعت کې ۸۰ ml تازه جوس ورکړئ.

درملیزه درملنه:

۱. هر اته ساعته وروسته Quinine د انفیوژن په څېر د ۲۰ mg/kg د بدن وزن سره برابر او ناروغ ته توصیه کړئ، لومړی ۲۰ mg/kg ورکوو، بیا ۱۰ mg/kg هر اته ساعته وروسته ورکوو او په ۱۰٪ گلوکوز کې گډېږي، ترڅو د Hypoglycemia څخه مخنیوی وشي.

۲. که Quinine انفیوژن ته مو لاسرسی نه درلود، نو پر ځای یې د عضلې له لارې Arthemether کابو ۲ mg/kg، ۳ د پینځو ورځو لپاره ناروغانو ته ورکوو، یاده دې وې، چې د Arthemether له لومړۍ ورځې وروسته



۱,۲ mg/kg ته بنکته کوو.

۳. ناروغ د ۳rd جنيريشن Cephalosporin سره ډېر ښه ځواب وايي، يانې هره ورځ د وريد له لارې (۲g) Inj.Ceftriaxon ورکوو، خو د يادولو وړ ده، چې په دې درملنه کې ناروغان Septicaemia ته ډېر مساعد کټري.
۴. که ناروغان د پښتورگو حاده عدم کفايه ولري، په آني ډول ورته Haemodialysis پيل کړئ.

د سحيا التهاب Meningitis (Bacterial)

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او علايم:

۱. سردرد، کانگې، د غاړې شخوالي او له روښنایۍ څخه وېره (Photophobia).
۲. تبه.
۳. د هوش زيانمنېدل، کوما او ميرگي.
۴. د septicaemia او شديد Sepsis کليکي نښې.
۵. په لويانو کې شونې ده، چې گنگسيټ له تبې څخه پرته هم شته وي.

ژوندگواښوونکي کليکي بڼه:

۱. په بشپړ ډول د هوش له مينځه تلل.
۲. د کوپړۍ د ننني فشار لوړېدل.
۳. احتلاجات (Convulsion).
۴. Septicaemia او د هغه اختلاطات.

پلټنې:



۱. په ټولو هغه ناروغانو کې چې تبه، سر درد او د سحایا التهاب ولري، د CSF لابراتوري معاینات همدارنگه کولی شو، چې ناروغانو ته د ښه تشخیص په موخه Brain CT Scan او Brain MRI هم توصیه کړو.
۲. Blood Complete او Deffrential WBC.
۳. یوریا، الکترولیت او گلوکوز.
۴. Pneumococcal Meningitis په ناروغانو کې ۵۰ سلنه د وینې کلچر مثبت وي.

۵. د گوگل ایکسری.

تفریقي تشخیص:

۱. Sub Arachnoid Haemorrhage.
۲. د کوپړۍ نننۍ Sepsis.
۳. سیستمیک Sepsis.
۴. د نورو لاملونو له کبله د کوپړۍ د ننني فشار پورته کېدل.
۵. Encephalitis.
۶. ملاریا.

بېړنۍ درملنه:

پرتله له ځنډ او تشخیص څخه ناروغ د Antibiotic ورکړل شي.

د سحایا التهاب په اختلاطي حالتونو کې:

۱. د Pneumococcal Meningitis ناروغانو کې ۲ mg Ceftriaxon هر ۱۲ ساعته وروسته له (۱۵mg/kg) Inj. Vancomycin سره یوځای ناروغ ته ورکړئ او بیا وروستی ډوز د ۱۰ mg Inj. Dexametasone هر شپږ ساعته وروسته ورکړئ، همدارنگه د میکروب ضد درملنې په لومړي ډوز کې Inj. Dexametasone (۰,۱۵mg/kg) ډېرې ښې او پرځای پایلې ښندي، که



ناروغ له Pencilline سره حساسيت درلوده، که میکروب له Pencilline سره حساس وي، نو بيا به Benzyl Pencilline د Seftrixone سره يوځای ورکول کېږي، نو هر ۴ ساعته وروسته د ۱۴ ورځو لپاره ناروغ ته Benzyl Pencilline ۲,۴g د انفيوژن له لارې ډېره اغېزمنه درملنه ښودل شوې.

۲. که Meningococcal Sepsis موجود وي، Methylprednisolone ۵۰۰ mg د وريدي انفيوژن له لارې د لومړي میکروب ضد درملنې ناروغانو ته ورکړو.

۳. که چېرې Herpes Simplex Encephalitis مينځته راغلی وي، په Empirical ډول سره ناروغ ته ۱۰ mg/Kg Acyclovir هر ۸ ساعته وروسته د انفيوژن په څېر ډېر غوره دی.

۴. که په ډېرو ځايونو کې د CSF د کتنې اسانتيا نه وي، نو په Empirical ډول سره ناروغانو ته ۲g Ceftriaxon هر ۱۲ ساعته وروسته توصیه کوي.

Acute Hot Joint, Septic Arthritis & Gout

پېژندنه او تشخيص:

اعراض:

د بندونو شديد دردونه او پړسوب.

نښې:

ګرم، حساس او پړسېدلي بندونه په داسې حال کې اوبه هم ښايي، په بند کې ټولې شوي وي، په لويانو معافيت ځپلو، شکر، د پښتورگو په عدم کفايه اخته وګړو او Rheumatoid Arthritis ناروغانو کې د تبې شتون د بند د التهاب ښودنه نه شي کولی.

پلټنې:



بېړنۍ:

د زنگون بند ډېر پرسېدلی وي، په اني ډول يې مایع وباسئ (په مایع ایستلو د کپنلارې وروسته څپرکی وگورۍ).

۱. Blood Complete.

۲. مایکرو بیولوژي.

۳. د وینې کرنه (Culture).

۴. په افت اخته شوي بند څخه د Swab اخیستل.

۵. که د Gonococcal د انتاناتو شک شته وي، د مقعد، احلیل او مری څخه Swab اخیستل ښه تشخیص غوره کولی شي.

۶. ESR.

۷. CRP.

۸. د سیروم د یوریک اسید د کچې ټاکل.

۹. په افت اخته شوي بند څخه د X-Ray اخیستل.

تفریقي تشخیص:

۱. Septic Arrthritis.

۲. Crystal Arrthritis له نفرس سره.

۳. Acute Reactive Arrthritis.

۴. حاد التهابي Arrthritis، لکه په Rheumatoid Anthritis.

۵. Haemarthrosis.

بېړنۍ درملنه:

مرستندویه:

۱. لومړی د بند د درد د کمښت لپاره ناروغ ته Analgesia ورکړئ،

ورپسې ۵۰ mg Tab. Diclofenac هر اته ساعته وروسته.



۲. له اړتيا سره سم هر ۲ ساعته وروسته يو گرام Paracetamol، که بيا هم درد شته وي، نو ناروغ ته هراته ساعته وروسته يو ټابلېټ Tramadol ورکړئ.

۳. بند د فزيوټراپيست په مرسته Ice Pack او Splint کړئ.

۴. د مايعاتو پوره کول.

۵. که ناروغ وړاندې له دې Steroid اخيستل تاسو ورسره Prednisolone ۱۰ mg هم ملگري کړئ.

www.melitahrik.com
0777 400 116



میکروب ضد درملنه Antibiotic Therapy:

کله چې له بند څخه مایع واخیستل شي، میکروب ضد درملنه پیل کړئ، عام میکروب د Staph Aureus ډېروي.

۱. هغه ناروغان، چې یوازې یو بند یې په افته اخته وي، هر اته ساعته وروسته ورته د خولې له لارې 500 mg Sodium Fusidate ورکړئ، همدارنګه د ورید له لارې ورسره 500 mg Flucloxacillin هم یوځای کولی شئ، که له Pencilline سره حساسیت ولري، نو بیا ورته Erythromycine توصیه کړئ.

۲. که ناروغ Rheumatoid یا هم د بندونو التهابي حالت سره یوځای Septic Join ولري، نو:

- هر شپږ ساعته وروسته د ورید له لارې Flucloxacillin سره یوځای 500 mg Amoxicilline هر اته ساعته وروسته ناروغانو ته ډېر اغېزمن تمامېږي.

- هغه ناروغان چې له Pencilline سره حساس دي، پرځای یې هر اته ساعته وروسته 1.5g IV Cefuroxime ورکولی شو.

۳. په Gonococcal انتاناتو کې $400\text{ mg}/12\text{h}$ Ofloxacin د خولې له لارې ډېرې پایلې لری شي.

څارنیزه درملنه:

۱. د نبض کتل او ټاکل، هر څلور ساعته وروسته د تودوخې د درجې ټاکل تر هغه چې ناروغ نورمال حالت ته راشي.

۲. هره ورځ له بند څخه مایع اخیستل او کلچر ته لېږل، ترڅو څرګنده شي، چې میکروب ضد درملنې اثر ښودلې او که نه.

۳. هر 48 ساعته وروسته WBC، ESR او CRP معاینه کول.



۴. هغه ناروغان چې Sodium Fusidate اخلي، د LFT ټيسټ ورته ډېر اړين دی.

تعقيبي درملنه:

Septic Arthritis.

د میکروب ضد درملنه:

۱. د میکروب ضد درملنه باید له بکتريا سره د حساسوالي له مخې وټاکل شي، د Staph Aureus انتاناتو د شتون پرمهال ناروغ ته د هر وخت لپاره دوه میکروب ضد درمل وټاکئ.

۲. میکروب ضد درملنه تر هغه غځوو، چې تبه او نور سيستمیک اعراض له مينځه لاړ شي.

۳. د خولې له لارې میکروب ضد درملنه تر ۲ اوونيو وغځول شي.

۴. په مرستندويه درملنه کې Physiotherapist ښې لاسته راوړنې درلودی شي.

د درملنې بې پایلې کېدل:

۱. د تشخيص ناسموالی.

۲. د کلچر له سره تر سره کول.

۳. د درملنې له بې پایلې کېدو سره ناروغ تکړه Rheumatologist، د هپووکو جراح سره مشوره وشي.

- د نفرس د شتون پرمهال په Synovial مايع کې Urate Crystals ښې موجودې وي.

- هراته ساعته وروسته د نفرس ناروغ باید ۵۰۰ mg Naproxine د خولې له

لارې واخلي، که NSAIDs مضاد استطباب وي، نوهر ۲ ساعته وروسته ۰.۵mg Colchicine د خولې له لارې ډېرې ښې پایلې لري.

- د حاد نفرس پرمهال کله هم ناروغانو ته Allopurinol ورنه کړئ.



Sepsis Syndrome & Septic Shock

پېژندنه او تشخيص:

Bacteraemia او Septicaemia پر وړاندې د بدن سيستمیک غبرگون ته Sepsis ويل کېږي، په هغه ناروغانو کې ډېر مېنځته راتلی شي، چې معافیت ځپلي وي.

اعراض او نښې:

۱. خوله کېدل او تبه.
۲. سردرد او د عضلاتو دردونه.
۳. په بولي لارو، تنفسي لارو، سحایا، پوستکي، گېډه، حوصله (PID)، Endocarditis، Osteomyelitis او STD برخو کې د انتاناتو د شتون اعراض او نښې ډېرې غښتلې وي.

ژوندگواښوونکي حالتونه:

۱. Sepsis Syndrome: Sepsis د غړيو له عدم کفایې سره، لکه د پښتورگو زړه عدم کفایه ورسره یوځای د Hypoxia، Acidosis، ARDS، د گیلو شتون.
۲. Septic Shock: Sepsis Syndrome د سیستولیک فشار کابوله 90 mmHg څخه ښکته.

پلټنې:

۱. Boold Complete.
۲. د ګوګل ایکسری.
۳. د سیروم Cortisol د کچې ټاکل.
۴. ګلوکوز.
۵. Arterial Blood Gass.



۶. INR او APTT.

۷. د وينې، ادرار او غايطه موادو کلچر د انتاناتو د پېژندلو لپاره، که د کوپړۍ ننی فشار پورته شوی وي، کانگې به هم موجود وي.

۸. د هډوکو د مغز کتنه.

۹. د نورو مالوماتو د لاسته راوړلو لپاره CT Scan، الټراساوند ښه لار ده.

تفريقي تشخيص:

۱. سيټميک انتانات: د Staphylococcal ټوکسيک شاک سندروم، ملاريا، Rickettsial، Viral Haemorrhagic Fever انتانات او Systemic Inflammation Response Syndrome سره.

بېړنۍ درملنه:

۱. لومړۍ ناروغانو ته پوره اکسيجن برابر کړل شي.

میکروب ضد درملنه:

۲. که د تنفسي، بولي او زړه سيستم کې د انتاناتو څرگندې نښې پيدا نه شي، نو IV ۲ g Ceftriaxon له Gentamicine سره يوځای د ژوند گواښوونکي کلينيک د درلودلو پر مهال ناروغانو ته ورکوو.

۳. که د کولمو په کومه برخه د سوري کېدو نښې څرگندې شوې، له پورته درملنې سره يوځای ناروغ ته په هرو اتو ساعتو کې ۵۰۰ mg Metronidazole ورید له لارې توصیه کړي.

۴. که د معایناتو او کلچر له مخې Samlonella انتانات وموندل شي، په هرو ۱۲ ساعتو کې ۷۵۰ mg Ciprofloxacin د ورید له لارې ناروغ ته ورکړي.

که ناروغان له Pencilline سره حساس وي، پرځای يې Ceftazidime ۲G هراته ساته وروسته د ورید له لارې وکارول شي.



تعقيبي درملنه:

۱. پر ناروغان بايد پرله پسې اکسيجن واخلي.
۲. پرله پسې ميکروب ضد درملنه، د Sepsis له مينځه تللو سره ناروغانو ته د خولې له لارې درمل توصيه کړئ.
۳. د ناروغ د نبض، تودوخې درجه او وينې فشار ټاکل ډېر اړين دي.
۴. د ادرار کچه او CVP هر ساعت وټاکل شي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



نهم څپرکی

تسمم / د درملو د ډوز ډېرښت

Poisoning / Drug Over Dosage

حاد تسمم او د درملو د ډوز ډېرښت:

پېژندنه او تشخیص:

د درملو د ډوز د ډېرښت کلینیک:

۱. هغه ناروغان چې عمرونه یې کابو ۵۵-۱۵ کلنۍ ترمینځ وی او پرته له کوم بل لامل څخه کوماته تلې وي، ډېر د درملو د تسمم خواته فکر کېږي.
۲. که د ناروغ تنفس اغېزمن شوی وي، نو درمل به د دماغو په مرکزي برخه خپل اثر ښندلی وي.
۳. د Tricyclics او Barbiturates په تسمم کې ناروغان کې د زنگون بند او د ګوتو په مینځونو کې Blisters لري.
۴. د Opioid درملو د ډوز په ډېروالي کې د کسي (Pupils) شاوخوا کې د Pinpoint ډوله ښې د لیدلو وړ دي.

ژوند ګواښوونکی کلینیک:

۱. کوما.
 ۲. Cyanosis.
 ۳. د فشار تیتوالي (Hypotension).
 ۴. Paralytic Ileus.
- د تسمم یا هم درملو له کبله پېښې شوې ستونزې د ښه تشخیص اېښودلو کې د ناروغ خپلوان ښه برخه اخیستې شي.



پلټنې:

۱. د يوريا او الکتروليت ټاکل.
۲. Acid – Base او Blood Gases.
۳. د زهري موادو د ښه پېژندلو لپاره د ناروغانو وينه او ادرار لابراتوار ته واستوئ، په بېړني ډول سره د Plasma او سيروم غلظت وټاکئ او د تسمم درملنه د Paracetamol، Methanol، Lithium، Iron، Ethylene Glycol، Theophylline او Salicylate په وسيله ترسره کړئ.

بېړني درملنه:

تر ډېره هڅه وکړئ، چې د Aspirin، Paracetamol، Tricyclic او Anti Depressant درملو د تسمم کېدو توپير او له مخې يې سمه درملنه ترسره کړئ.

۱. له هر څه دمخه د ناروغ هوايي لار خلاصه وساتئ.
۲. د دوران څارنه وکړئ، يانې که فشار له $100/20$ mmHg څخه ښکته وي.

د ناروغ سر (Head) يو څه ښکته او سوډيم کلورايد 0.9% ورته د وريد له لارې پيل کړئ، خو د Vasoconstriction درملو له کارولو څخه ډډه وکړئ.

۴. په هغه ناروغانو کې چې هوايي لارې خلاص او ژوند يې د تسمم له کبله د خطر لاندې وي، سم له واره ورته د معدې تخليه (Gastric Lavage) ترسره کړئ، (د معدې تخليه په هکله کرن په (۱۱) څپرکي کې ذکر شوی).

وړاندې له دې چې د معدې د تخليه کولو پاىپ وباسئ، کابو Charcoal $60g$ همالته پرېږدي.

۵. که د ناروغانو د تسمم وخت له يو ساعت څخه کم تېر شوی وي او د معدې مينځلو (Lavage) استطباب موجود نه وي، نو $50g$ Charcoal د



خولې له لارې ناروغ ته ورکړئ، فعال شوي Charcoal د معدې په د هيڅ انزاييم د جذب د خرابېدو سبب نه ګرځي.

۲. Ipecacuanha د معدې په تخليه کې هيڅ ونډه نه شي اخيستی، له کارولو څخه يې په کلکه ډډه وکړئ.

که لاندې حالتونه شته وي، ناروغ به بېرني ډول ICU ته واستوي.

- Hypoxia يا Hypercapnia.

- کمزوری تنفس.

- د تنفس ودرېدل.

تعقيبي درملنه:

په هغه ناروغانو کې چې د Depsone، Carbamazepine، Quinine، Phenobarbital يا Theophylline له کبله تسمم شوی وي، نو د (NGT) له لارې ناروغ ته کابو ۱۲.۵g Charcoal هر ساعت ورکړئ، تر هغه چې ټوليزه کچه يې تر ۲۲۰g-۱۵۰g ورسېږي.

يادونه:

هر وخت لپاره د ناروغ د هوش کچه، تودوخې درجه، تنفس، نبض او د وينې فشار تر هغه وڅارل شي، چې ناروغ پوره د روغتيا څښتن شي.

Aspirin

پېژندنه او تشخيص:

اعراض Shymptoms:

۱. Tinnitus.

۲. کونيوالي.

۳. د ليدلو د ځواکله مينځه تلل.

۴. د Epigastric د ساحې درد، زړه بدوالي او کانګې.



۵. نارامي.

۶. Tachycardia.

۷. Hyperventilation.

۸. د تودوخې د درجې لوړوالی.

۹. خوله کېدل.

۱۰. د اوبو ضايع.

۱۱. Vassodilation.

۱۲. د سږو پرسوب.

۱۳. گنگسيت.

۱۴. کوما.

۱۵. Delirium.

۱۶. د فشار تیتوالی.

پلټنې:

۱. یوریا، الکترولیت او Creatinine ټاکل.

۲. Blood Gases.

۳. د وینې شریانې ګلوکوز.

۴. د ادرار PH.

بېړنۍ درملنه:

۱. تسمم شویو ناروغانو ته د معدې له تخلیه څخه د معدې د تیوب له

لارې ۵۰ g Rial Charcoal توصیه کړئ.

۲. که د معدې د تخلیه کولو استطباب نه وي موجود، نو د خولې له لارې

فعال ۵۰ g Charcoal ناروغانو ته ډېر اغېزمن تمامېږي.

تعقيبي درملنه:



۱. که د Aspirin د ډوز د ډېرېښت (Overdose)، اعراض او علايم په ناروغانو کې وليدای شول، نو هر ساعت کې بايد ناروغ ته د NGT له لارې کابو ۱۲,۵g Charcoal ورکړي، چې ټوليزه کچه يې تر ۲۲۰-۱۵۰g ته ورسېږي.

۲. که ناروغ کانګې درلودې او د پلازما Salicylate کچه يې له ۳,۲mmol/L ، ۵۰۰mg/L څخه ښکته وي، نو د وريدي مايعاتو توصيه کول ډېر اغېزمن تمامېږي.

۳. که د پلازما د Salicylate کچه له ۳,۳mmol/L يا ۵۰۰mg/L څخه پورته وي.

په تېره په اسيديميا او د هوش د خرابتيا پېښو کې د Alkaline Diuresis د څرګندولو لپاره د پښتورګو نورمال دندې مالومې کړي.

۴. که Alkaline Diuresis مضاد استطباب وي او هم پلازما Salicylate له ۵,۱mmol/L يا ۷۰۰mg/L څخه لوړ وي، نو له تکړه Nephrologist سره مشوره وکړي.

د Alkaline Diuresis بېړنۍ درملنه:

۱. د احليل له لارې ناروغ ته Catheter تېر کړي.
۲. که د ناروغ فشار ښکته وي، ورسره يوځای CVP هم له (۳cm) څخه ټيټه شوې وي، نو د Hypovolaemia د مينځته وړلو لپاره د وريد له لارې ناروغانو ته ۰,۹% سوډيم کلورايد ډېر ګټور تمامېږي.
۴. د سيروم رېټ په داسې انډول کې وساتي، چې د ادرار PH (۷,۵-۸,۵) سره برابر شي.

څارنيزه درملنه:

۱. د Alkaline Diuresis پر مهال د ناروغ د يوريا، الکتروليت، د وينې



گلوکوز او Acid Base کچه په هر ساعت کې وټاکئ.

www.melitahrik.com
0777 400 116



لسم څپرکی

Paracetamol

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او علايم:

۱. په ډېرو پېښو کې څرگندې نښې نه ورکوي.
۲. د درملو له جذب وروسته ناروغ ته زړه بدوالی او کانګې پيدا کېږي.

پلټنې:

۱. د پلازما د پراسيتامول کچه له جذب (Over Dose) څخه ۱۲-۴ ساعته وروسته وټاکي.

۲. د درملو د ډوز له ډېرېدو سره ناروغانو ته د هغوی د وينې (INR)، الکتروليت، يوريا، د ځيگر دنديز تستونه او Phosphate هم وټاکي.

بېړنۍ درملنه:

- د معدې مينځل، کانګې ته اړ ايستل هيڅ استطباب نه لري، خو يوازې د Charcoal درمل د جذب په مخنيوي کې ډېر اغېزمن تمامېږي.

۱. که ناروغ له ۱۲g يا هم ۱۵۰mg/Kg څخه په يو ساعت کې ډېر Paracetamol اخيستلی وي، نو ناروغ ته د خولې له لارې له ۵۰g (Charcoal) يا هم د N.G.Tube له لارې ډېر غوره دی.

۲. د پلازما Paracetamol د درملنې له گراف سره پرتله کړئ، که يو څه پورته او يا هم له اصلي کرښې (Treatment Line) لږ څه ښکته وي، نو ناروغ ته د وريد له لارې په ۵% گلوکوز کې Acetylcysteine ورکوو، يانې ۱۵۰mg/Kg په ۲۰۰ml کې کابو ۱۵ دقيقو کې ناروغ ته تطبيق شي.



۳. که پر ناروغ له ۲۴ ساعتو څخه ډېر وخت تېر شوی وي او د Paracetamol ډوز يې ۱۲g يا ۱۵۰mg/Kg څخه پورته شوی وي، د تسمم اعراض او علايم او لابراتواري معاینات هم نورمال نه وي، نو بيا هم ناروغ Acetylcysteine ورکړو، خو د درملنې معیاري رېيم له پامه نه غورځوو، که په ناروغ کې بيا هم د ځيگر د عدم کفايې او د احليل له لارې کتیتر (Catheter) سره سمون وڅوري، که بيا هم درملنه بې پایلې شوه، نو ناروغ ته Frusemide ۴۰mg د ورید له لارې په وړو ډول (۴mg/min) توصیه کوو او یوځای ورسره په کم ډوز سره Dopamin هم تطبیق کوو.

يادونه:

په ځينو ناروغانو کې Acetylcysteine يو الرژيک غبرگون مينځته راوړي، لکه Flushing، Wheezing او د فشار تپتوالي، کله چې ياد غبرگونونه وليدل شول، نو ځای پر ځای درمل بند او پر ځای يې د ورید له لارې (۱۰mg) Chlorpheniramin په يوه دقیقه کې او Hyerocortisone ۱۰۰mg په يوه دقیقه کې ډېر اغېزناک پرېوځي.

څارنيزه درملنه:

- هغه ناروغان چې له تسمم کېدو څخه يې ۸ ساعته تېر شوي وي.
 ۱. AST، ALT، INR او د پلازما کرياتينين په ۲۴ ساعتو کې.
 - هغه ناروغان چې له تسمم څخه يې ۱۵-۸ دقيقې تېرې شوې وي.
 ۱. AST، ALT، يوريا، پلازما کرياتينين، فاسفيټ وټاکي.
 هغه ناروغان چې له Paracetamol تسمم څخه يې ۱۲ يا له دې ډېر ساعتونه تېر شوي وي.

۱. AST، ALT، INR، پلازما کرياتينين او فاسفيټ.

۲. د ادرار د خارجېدو نورماله کچه.



۳. د وينې ګلوکوز او Finger Prick.

۴. Blood Gases.

۵. د Encephalopathy نښې له پامه مه باسئ.

Tricyclics

پېژندنه او تشخيص:

اعراض Shymptoms:

۱. د خولې وچوالی.

۲. Blurred Vision.

۳. Drowsiness.

نښې:

۱. حيرانتيا، اپلتي او Delirium.

۲. Ataxia.

۳. د عضلاتو لرزېدل.

۴. د عدسيو پراخوالی.

۵. Hypertonia.

۶. Hyperreflexia.

۷. احتلاج.

۸. کوما.

۹. Sinus Tachycardia او د زړه Arrhythmias.

۱۰. د PR، QRS او QT انتروالونو اوږدوالی.

۱۱. د فشار تیتوالی.

۱۲. Hypothermia.

۱۳. د ادرار بندښت او Paralytic Ileus.



www.melitahrik.com
0777 400 116



پلټنې:

۱. ECG.

۲. يوريا او الکتروليت.

۳. Blood Gases.

بېړنۍ درملنه:

- هغه ناروغانو چې له 750 mg څخه ډېر Tricyclics درمل اخيستي وي، ورته د معدې مينځلو استطباب شته، په تېره هغه ناروغانو کې چې له تسمم څخه يې يو ساعت تېر شوی وي.

- که د معدې مينځلو استطباب نه درلوده، نو يوازې ناروغ ته Charcoal 50 g درمل د خولې يا N.G. Tube له لارې اغېزمن تمامېږي.

تعقيبي درملنه:

۱. لومړی د Metabolic Acidosis د سمونې په فکر کې شئ ($\text{pH} < 7.2$) که چېرې فشار له 100 mmHg سيماب څخه ښکته وي، نو 1.2% سوډيم کاربونيټ (150 mmol/L) يانې په 30 دقيقو کې 50 mmol سوډيم کاربونيټ ناروغ ته توصيه کړئ.

۲. د بطيناتو د Arrhythmias د مينځه وړلو لپاره ناروغ ته د وريد له لارې 1.2% سوډيم باي کاربونيټ ورکړئ، که ډېره اړتيا ليدل کېدله، نو کولی شو، چې ناروغانو ته Anti Arrhythmic درمل هم ورکړو.

۳. د تنفسي ستونزو او احتلاج د مينځه وړلو لپاره ناروغانو ته Diazepam ($5-10\text{ mg}$) د وريد له لارې توصيه کړئ.



لسم څپرکی

Prescribing Regimens

Streptokinase

د MI ناروغانو ته کله هم Streptokinase نه شو کارولی.

استطابات:

په Thrombolysis کې د لاندې ناروغیو لپاره Streptokinase کارولی شو.

۱. د سپرو ژوند تهدیدوونکې Thrombolysis.

۲. د ژورو وريدونو د Thrombosis په درملنه کې.

د Streptokinase ډوز:

۱. Loading Dose: په ۳۰ دقیقو کې به کابو $250,000 \text{ iu}$ د محيطي وريدونو په وسيله ناروغ ته د وريدي انفیوژن له لارې توصیه کړي، په دې وسيله به دوراني Streptococcal انتي باډي گانې له مينځه ولاړې شي. د دويم ځل لپاره هم کولی شئ، چې $250,000 \text{ iu}$ د Streptokinase راواخلئ او په SCC د ۹۰٪ سوډيم کلورایډ کې گډه او ناروغ ته توصیه کړئ.

۲. کابو $100,000 \text{ iu}$ Streptokinase را اخلو او IV Infusion له لارې يې ناروغ ته په محيطي رگ زرق کوو، خو پورته ډوز په Pulmonary Embolism کې يوازې په ۲۴ ساعتو کې يو ځل او د Deep Vein Thrombosis ناروغانو کې په ۷۲ ساعتو کې يو ځل تطبيق کولی شو. کله چې د دويم ځل لپاره ډوز له سره کوو، نو Vial Streptokinase $750,000 \text{ iu}$ را اخلو او په SCC د ۹۰٪ سوډيم کلورایډ کې يې گډوو او



ناروغانو ته يې تطبيق کوو.
د پورته درملو په تطبيق دا په ياد ولرئ، چې کله هم د Syringe د فشار
کچه له 8ml/hour څخه پورته نه کړئ.

يادونه:

۱. کله چې د Streptokinase په وسيله ناروغانو ته درملنه پيل کوئ، نو
وړاندې ورته د APTT، Haematocrit او Platelet کچه څرگنده کړئ، که
ناروغ Heparin کاروي، ځای په ځای ودرول شي، همدارنگه د APTT
Thrombolytic درملنې لپاره بايد د کچه له ۲ څخه پورته نه وي.
دا هم له ياده مه باسئ، چې د Streptokinase له کارولو وړاندې بايد د
ناروغ د INR کچه له ۱,۷ څخه ښکته وساتل شي.
۲. د Streptokinase د درملنې دمخه هڅه وکړئ، چې د APTT کچه
وټاکئ، بايد له ۲-۴ څخه لوړه نه وي.
۳. له درملنې څلور ساعته وروسته د APTT کچه ۱,۵ ته راښکته شوه،
Streptokinase سره حساسيت شته، بايد ونه کارول شي.
۴. کله چې مو Streptokinase بند کړل، څلور ساعته وروسته د دويم
ځلې د APTT کچه گورئ، چې د Heparin د پيل کولو دمخه به تر ۲
رارسېدلي وي.
- په بازار کې د Streptokinase (۱,۵million Units) په هر Vial کې
موندل کېږي، په سوډيم کلورايد ۰,۹% يا ۵% Glucose کې Diluents
کېدای شي.

Warfarin

د Warfarin د کارولو لپاره ښه ډوز ۵mg دی، چې هره ورځ يو ځل د
دريو ورځو خوړل کېږي، د Warfarin په اخيستلو سره ناروغ بايد کابو په



۷ ورځو کې يو ځل د INR (International Normalization Rate) کچه مالومه کړي، INR د کچې ټاکل د دې لپاره اړين دي، موږ يې له مخې ناروغانو ته د Warfarin ډوز په سمه توګه وټاکلی شو، که څه هم ناروغ Heparin اخلي.

د درمل د ډوز ټاکل:

کله چې په سم ډول د درملنې پرېکړه وشوه، نو په لاندې ډول د ناروغ لپاره د Warfarin ډوز ټاکو.

د ناروغ د INR د ټاکلو لپاره د هغه وينه واخلي: که INR ۱,۴ يا له دې څخه لوړ وي، نو د کلنيکي پرېکړې له مخې يې درملنه ترسره کړئ، که له ۱,۴ څخه ښکته وي، نو د Warfarin مضاد استطب لپاره کوم دليل نه شته، کابو ۱۰ mg د ۵:۰۰ pm او ۶:۰۰ pm تر مينځ ناروغ ته توصیه کړئ، يوازې په هغه ناروغانو کې ښايي حساسيت مينځته راوړي، چې عمر يې له ۸۰ کلنۍ څخه پورته، احتقاني عدم کفايه، د ځيګر د دندو ناسموالي ولري. په ۲-۳ او څلورمه ورځ د ۹:۰۰ am او ۱۰:۰۰ am بجو په شاوخوا کې (يانې د Warfarin له وروستي ډوز څخه ۱۲ ساعته وروسته) بيا ځلې د INR کچه څرګنده کړئ، د دويم ډوز د ټاکلو لپاره ۵:۰۰ am او ۶:۰۰ am ښه وخت دی، چې په څلورمه ورځ بايد وټاکل شي، ښه ډوز د جدول له مخې وټاکئ او د INR کچه تر ۲-۴ وساتئ.

يادونه:

۱. د Heparin د اخيستلو پرمهال بايد له لابر اتوار سره په اړيکه کې اوسئ، ځکه چې له امله يې د INR کچه پورته ځي، ښايي چې له ۲,۵ هم پورته وي، دلته نو نه شو کولی، چې Warfarin ناروغانو ته توصیه کړو.
۲. په لاندې چارټونو کې د INR د کچې په کتو د Warfarin ډوز ټاکل



کېږي.

Day ۲ (۱۲ hr after first ۱۰ mg dose)	
INR	Warfarin dose (mg)
<۱,۸	۱۰,۰
۱,۸	۱,۰
>۱,۸	۰,۵
Day ۳ (۱۲ hr after second dose)	
INR	Warfarin dose (mg)
<۲,۰	۱۰,۰
۲,۰-۲,۱	۵,۰
۲,۲-۲,۳	۴,۵
۲,۴-۲,۵	۴,۰
۲,۶-۲,۷	۳,۵
۲,۸-۲,۹	۳,۰
۳,۰-۳,۱	۲,۵
۳,۲-۳,۳	۲,۰
۳,۴	۱,۵
۳,۵	۱,۰
۳,۶-۴,۰	۰,۵
>۴,۰	۰
Day ۴ (۱۲ hr after third dose)	
INR	Warfarin dose (mg)
<۱,۴	>۸,۰



۱,۴	۸,۰
۱,۵	۷,۵
۱,۶-۱,۷	۷,۰
۱,۸-۲,۳	۶,۵
۱,۹-۲,۵	۶,۰
۲,۰-۲,۹	۵,۵
۲,۲-۳,۱	۵,۰
۲,۴-۳,۳	۴,۵
۲,۷	۴,۰
۳,۱	۳,۵
۳,۶-۴,۰	۳,۰
۴,۱	•-give ۲mg from day ۵
>۴,۵	•-give ۱ mg from day ۶



Over Anti Coagulation With Warfarin

لاملونه:

په Over Anti Coagulation:

- د Concurrent ناروغۍ / هغه ناروغۍ چې د وينې علقې فکتورونه

زيانمنوي.

- د زړه عدم کفايه.

- د ځيگر ناروغۍ.

- Cholestasis.

- نس ناستی.

- Gastrocolic Fistula.

- Hypo Albuminemia.

- خوار ځواکي.

- Thyrotoxicosis.

- تبه.

Heparin

- د وريد له لارې د Anti Coagulation لپاره Heparin کارول ډېرې ښې

پايلې ښيي، په تېره هغه ناروغانو کې چې د Thromboembolitic ناروغۍ هم ولري.

- د Heparin په وسيله درملنه ددې لپاره ترسه کېږي، چې د ناروغ

APTT (Activated Partial Thromboplastin) له نورمال بريد څخه پورته

نه شي، ياندې د ۲،۵-۱،۵ په شاوخوا کې وساتل شي.

- کله چې د لومړي ځل لپاره د Heparin په وسيله درملنه پر لار اچوو، نو



د پیل ډوز له 500 iu(IV) څخه پیل کېږي.
 د Heparin Solution کابو تر 500 units/ml پیل او د انفیوژن کچه یې له $2,8 \text{ ml/hour}$ ($1400 \text{ units/hour} = 33,600 / 24 \text{ hours}$) پورې ټاکو، له دې ډوز سره سم د ناروغانو APTT کچه په هر ۲ ساعتو کې یو ځل وټاکئ.
 - د لوموړي ډوز له پیل کولو څخه کابو ۱۰ ساعته وروسته د ناروغ APTT کچه څرګنده کړئ.

یادونه:

په هغه ناروغانو کې چې له پینځو ورځو څخه ډېر Heparin واخلي، نو د هغوی د Platelet کچه د Thrombocytopenia لپاره په وخت سره وټاکئ.

APTT Ratio	Change in Infusion Rate
$>5,0$	Stop infusion for ۱ hr, then reduce by ml/hr
$4,1-5,0$	Reduce by $0,2 \text{ ml/hr}$
$3,1-4,0$	Reduce by $0,2 \text{ ml/hr}$
$2,5-3,0$	Reduce by $0,1 \text{ ml/hr}$
$1,5-2,5$	No Change
$1,2-1,4$	Increase by $0,4 \text{ ml/hr}$
$<1,2$	Increase by $0,8 \text{ ml/hr}$

Dobutamin Hydrochloride

استطاباات:

دا درمل د زړه د Inotropic توان د ډېرښت لپاره هغه مهال کارولی شو، چې زړه د وینې د اچونې توان کمښت (Low Out Put) له عدم کفایې سره



يوځای د زړه احتشا (Myocardial Infarction) او Cardiogenic Shock ولري.

Dobutamin بايد په مرکزي ورید کې د Cannula په وسیله تطبیق شي.

دوز Dossage:

که وغواړو په پرله پسې ډول يې د انفیوژن له لارې تطبیق کړ، نو ښه دوز د ورید له لارې $2.5-10 \text{ mcg/kg/min}$ دی، چې په دې مهال به تاسو د ناروغانو نبض، د وینې فشار، Cardiac Out Put او د ادرار کچه په سم ډول ټاکئ.

يادونه: وریدي Solution يې بايد د کوتي په تودوخه کې وساتل شي. په بازار کې Dobutamin Hydrochloride (250 mg) په 20 ml Vials کې موندل کېږي، چې په 0.9% سوډیم کلورایډ او یا 5% گلوکوز کې حلولى شو.

Syringe پمپ له لارې يې په لاندې ډول تطبیق کوو.

For 5 mg/ml Solution

۱. 50 ml سورنج را واخلي او 250 mg Dobutamin Hydrochloride په 50 ml 0.9% سوډیم کاربونیټ کې حل او لاندې چارت ته په کتو يې تطبیق کړئ.

۲. غلظت: 250 mg په 50 cc کې چې د (5000 mcg/ml) سره برابرېږي.

Table ۱: Infusion via syringe pump-flow rate (ml/hr)

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)											
	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰
۲	۱,۱	۱,۲	۱,۳	۱,۴	۱,۵	۱,۶	۱,۷	۱,۸	۱,۹	۲	۲,۱	۲,۲



۳	۱,۲	۱,۸	۲	۲,۲	۲,۳	۲,۵	۲,۷	۲,۹	۳,۱	۳,۲	۳,۴	۳,۷	۳,۸	۴
۴	۲,۲	۲,۴	۲,۷	۲,۹	۳,۱	۳,۴	۳,۷	۳,۸	۴,۱	۴,۳	۴,۷	۴,۸	۵	۵,۳
۵	۲,۷	۳	۳,۳	۳,۷	۳,۹	۴,۲	۴,۵	۴,۸	۵,۱	۵,۴	۵,۷	۶	۶,۳	۶,۷
۶	۳,۲	۳,۷	۴	۴,۳	۴,۷	۵	۵,۴	۵,۸	۶,۱	۶,۵	۶,۸	۷,۲	۷,۷	۷,۹
۷	۳,۸	۴,۲	۴,۷	۵	۵,۵	۵,۹	۶,۳	۶,۷	۷,۱	۷,۷	۸	۸,۴	۸,۸	۹,۲
۸	۴,۳	۴,۸	۵,۳	۵,۸	۶,۲	۶,۷	۷,۲	۷,۷	۸,۲	۸,۷	۹,۱	۹,۲	۱۰, ۱	۱۰, ۲
۹	۴,۹	۵,۴	۵,۹	۶,۵	۷	۷,۲	۸,۱	۸,۷	۹,۲	۹,۷	۱۰, ۳	۱۰, ۸	۱۱, ۳	۱۱, ۹
۱۰	۵,۴	۶	۶,۷	۷,۲	۷,۸	۸,۴	۹	۹,۷	۱۰, ۲	۱۰, ۸	۱۱, ۴	۱۲	۱۲, ۲	۱۳, ۲
۱۲	۶,۵	۷,۲	۷,۹	۸,۲	۹,۴	۱۰, ۱	۱۰, ۸	۱۱, ۵	۱۲, ۲	۱۳, ۷	۱۴, ۴	۱۵, ۱	۱۵, ۸	
۱۴	۷,۲	۸,۴	۹,۲	۱۰, ۱	۱۰, ۹	۱۱, ۸	۱۲, ۲	۱۳, ۴	۱۴, ۳	۱۵, ۱	۱۶, ۱۲	۱۷, ۸	۱۸, ۲	۱۸, ۵
۱۶	۸,۲	۹,۲	۱۰, ۲	۱۱, ۵	۱۲, ۵	۱۳, ۴	۱۴, ۴	۱۵, ۴	۱۶, ۳	۱۷, ۳	۱۸, ۲	۱۹, ۲	۲۰, ۲	۲۱, ۱
۱۸	۹,۷	۱۰, ۸	۱۱, ۹	۱۳	۱۴	۱۵, ۱	۱۶, ۲	۱۷, ۳	۱۸, ۴	۱۹, ۴	۲۰, ۵	۲۱, ۶	۲۲, ۷	۲۳, ۸
۲۰	۱۰, ۸	۱۲	۱۳, ۲	۱۴, ۲	۱۵, ۲	۱۶, ۸	۱۷, ۱۸	۱۹, ۲	۲۰, ۴	۲۱, ۶	۲۲, ۸	۲۳, ۲۴	۲۴, ۲	۲۵, ۴
۲۵	۱۳, ۵	۱۵	۱۶, ۵	۱۸	۱۹, ۵	۲۱	۲۲, ۵	۲۴	۲۵, ۵	۲۷	۲۸, ۵	۳۰	۳۱, ۵	۳۳
۳۰	۱۶, ۲	۱۸	۱۹, ۸	۲۱, ۲	۲۳, ۴	۲۵, ۲	۲۷	۲۸, ۸	۳۰, ۲	۳۲, ۴	۳۴, ۲	۳۶	۳۷, ۸	۳۹, ۲
۳۵	۱۸, ۹	۲۱	۲۳, ۱	۲۵, ۲	۲۷, ۳	۲۹, ۴	۳۱, ۵	۳۳, ۶	۳۵, ۷	۳۷, ۸	۳۹, ۹	۴۲	۴۴, ۱	۴۶, ۲
۴۰	۲۱, ۶	۲۴	۲۶, ۴	۲۸, ۸	۳۱, ۲	۳۳, ۶	۳۶	۳۸, ۴	۴۰, ۸	۴۳, ۲	۴۵, ۶	۴۸	۵۰, ۴	۵۲, ۸

کله که مود ml Chamber ۱۰۰ له لاري تطبيق کول، نو:



:For ۲,۵mg/ml Solution

۲۵۰mg Dobutamine Hydrochloride را واخلي او په ۱۰۰ ml اوبو

کې حل کړئ او د لاندې چارټ له مخې يې ناروغ ته توصيه کړئ.

Table ۲: Infusion via syringe pump-flow rate (ml/hr)

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)													
	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰	۱۰۵	۱۱۰
۲	۲,۲	۲,۴	۲,۶	۲,۸	۳,۲	۳,۴	۳,۶	۳,۸	۴	۴,۴	۴,۶	۴,۸	۵	۵,۲
۳	۳,۲	۳,۶	۴	۴,۸	۴,۶	۵	۵,۴	۵,۸	۶,۲	۶,۴	۶,۸	۷,۲	۷,۶	۸
۴	۴,۴	۴,۸	۵,۲	۵,۸	۶,۲	۶,۸	۷,۲	۷,۶	۸,۲	۸,۶	۹,۲	۹,۶	۱۰	۱۰,۲
۵	۵,۴	۶	۶,۶	۷,۲	۷,۸	۸,۴	۹	۹,۶	۱۰	۱۰,۲	۱۱	۱۲	۱۲,۲	۱۳
۶	۶,۴	۷,۲	۸	۸,۲	۹,۴	۱۰	۱۰,۲	۱۱	۱۲	۱۳	۱۳,۲	۱۴	۱۵	۱۵,۲
۷	۷,۲	۸,۴	۹,۲	۱۰	۱۱	۱۱,۲	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۸,۲
۸	۸,۲	۹,۶	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱
۹	۹,۸	۱۰	۱۱	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳
۱۰	۱۰	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۴	۲۵	۲۶
۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۷	۱۸	۲۰	۲۱	۲۳	۲۴	۲۶	۲۷	۲۸	۳۰	۳۱
۱۴	۱۵	۱۶	۱۸	۲۰	۲۱	۲۳	۲۵	۲۶	۲۸	۳۰	۳۲	۳۳	۳۵	۳۷
۱۶	۱۷	۱۹	۲۱	۲۳	۲۵	۲۶	۲۸	۳۰	۳۲	۳۴	۳۶	۳۸	۴۰	۴۲
۱۸	۱۹	۲۱	۲۳	۲۶	۲۸	۳۰	۳۲	۳۴	۳۶	۳۸	۴۱	۴۳	۴۵	۴۷



	۴	۲	۸			۲	۴	۲	۸	۸		۲	۴	۵
۲۰	۲۱, ۲	۲۴	۲۲, ۴	۲۸, ۸	۳۱, ۲	۳۳, ۲	۳۲	۳۸, ۴	۴۰, ۸	۴۳, ۲	۴۵, ۴	۴۸	۵۰, ۴	۵۲, ۴
۲۵	۲۷	۳۰	۳۳	۳۶	۳۹	۴۲	۴۵	۴۸	۵۱	۵۴	۵۷	۶۰	۶۳	۶۶
۳۰	۳۲, ۴	۳۶	۳۹, ۴	۴۳, ۲	۴۶, ۸	۵۰, ۴	۵۴	۵۷, ۲	۶۱, ۲	۶۴, ۸	۶۸, ۴	۷۲	۷۵, ۲	۷۹, ۲
۳۵	۳۷, ۸	۴۲	۴۶, ۲	۵۰, ۴	۵۴, ۲	۵۸, ۸	۶۳	۶۷, ۲	۷۱, ۴	۷۵, ۲	۷۹, ۸	۸۴	۸۸, ۲	۹۲, ۴
۴۰	۴۳, ۲	۴۸	۵۲, ۸	۵۶, ۲	۶۰, ۴	۶۴, ۲	۶۹	۷۳, ۸	۷۷, ۲	۸۱, ۴	۸۵, ۷	۹۰	۹۴, ۱۰۰	۹۸, ۱۰۵

Dopamin Hydrochloride

استطابات:

۱. د زړه د عدم کفایې په درملنه کې د حاد مایو کارډیل انفارکشن څخه وروسته.

۲. د Paracetamol د ډوز د ډېرېدو په درملنه کې له Frusemide (IV) سره یوځای چې د پښتورگو Perfusion غني شي.

یادونه:

Dopamin باید د Central Line له لارې تطبیق شي، که د محیطي رگونو له لارې تطبیق شي، ښایي چې د هماغه ساحې Necrosis مینځته راوړي.

ډوز Dossage:

۱. د زړه د عدم کفایې په درملنه کې له حاد مایو کارډیل انفارکشن څخه وروسته.

۲. ۲ mcg/kg/min د IV Infusion له لارې، دلته د IV Infusion Pump ډېر اړین دی، چې د Infusion رېټ کابو کړي.



۳. د Paracetamol د ډوز د ډېرښت په پېښو کې د وريدي Frusemide سره يوځای بايد 5 mcg/kg/min ، د IV Infusion له لارې توصیه شي.

۴. Mono Amine Oxidase نهی کوونکي درمل د Dopamin اغېز ډېروي، نو کله چې موږ Phenelzine، Isocarboxazide، Moclobemide او Tranylcypromine کاروي، نو بايد ددې درملو د اصلي ډوز پرځای $1/10$ برخه واخلي.

يادونه:

که د Dopamin ډوز له 5 mcg/kg/min څخه پورته شي، نو په ناروغانو کې د Vasoconstruction له کبله د پښتورگو Perfusion خرابوي او له مخې يې د زړه عدم کفايې ته لار هوارېږي.

- کله چې Dopamin د انفیوژن په بڼه کاروو، نو په 2 mg/ml Solution کې يې د محيطي وريد له لارې ناروغ ته تطبيق کوو.

- په ځينو وختونو کې د Dopamin Infusion په ناروغانو کې د موضعي Vasoconstruction سبب گرځي، نو پر وخت بايد ورته پاملرنه وشي، ترڅو ستونزه پرمخ لاړه نه شي، د موضعي ساحې د Ischaemia مينځه وړلو لپاره د $(5-10 \text{ mg})$ Phentolamine Meyslate په 0.9% سوډيم کلورايد کې گډوو او په ساحه کې يې (Infiltrate) کوو.

- کله د Dopamin هغه انجکشن ونه کاروئ، چې د Solution د رنگ بڼه يې له تياره رنگ څخه ژېړ رنگ ته اووختی وي.

40 mg/ml Dopamin Hydrochlorid په 5 ml Ampoules کې تيار کړل شي.

:Diluents

۱. د انساجو په لوړه کچه نکروز کې له 0.9% سوډيم کلورايد يا 5%



گلوکوز څخه کار اخلو.

۲. Dopamin د ۵٪ بای کاربونیت او Alkaline Solution په وسیله غیر

فعال کېږي.

کله چې Dopamin د Syringe له لارې تطبیق کوو:

:For ۴ mg/ml Solution

کابو ۵ml (۲۰۰mg) Dopamin Hydrochloride Solution راواخلئ

او په ۵۰ ml کې یې Diluent کړئ.

کله چې Dopamin د Chamber له لارې تطبیق کوو:

:For ۲ mg/ml Solution

۵mg (۲۰۰mg) Dopamin Hydrochloride محلول راواخلئ او په

۵٪ ۱۰۰ml گلوکوز کې یې Diluents کړئ.

Table ۲: flow rate (ml/hr)

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)											
	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰
۰.۵	۰.۷	۰.۸	۰.۸	۰.۹	۱	۱.۱	۱.۱	۱.۲	۱.۳	۱.۴	۱.۴	۱.۵
۱	۱.۴	۱.۵	۱.۷	۱.۸	۲	۲.۱	۲.۳	۲.۴	۲.۶	۲.۷	۲.۹	۳
۱.۵	۲	۲.۳	۲.۵	۲.۷	۲.۹	۳.۲	۳.۴	۳.۶	۳.۸	۴.۱	۴.۳	۴.۵
۲	۲.۷	۳	۳.۳	۳.۶	۳.۹	۴.۲	۴.۵	۴.۸	۵.۱	۵.۴	۵.۷	۶
۲.۵	۳.۴	۳.۸	۴.۱	۴.۵	۴.۹	۵.۳	۵.۶	۶	۶.۴	۶.۸	۷.۱	۷.۵
۳	۴.۱	۴.۵	۵	۵.۴	۵.۹	۶.۳	۶.۸	۷.۲	۷.۷	۸.۱	۸.۶	۹
۳.۵	۴.۷	۵.۳	۵.۸	۶.۳	۶.۸	۷.۴	۷.۹	۸.۴	۸.۹	۹.۵	۱۰	۱۰.۵
۴	۵.۴	۶	۶.۶	۷.۲	۷.۸	۸.۴	۹	۹.۳	۱۰.۲	۱۰.۸	۱۱.۴	۱۲
۴.۵	۶.۱	۶.۸	۷.۴	۸.۱	۸.۸	۹.۵	۱۰.۱	۱۰.۸	۱۱.۵	۱۲.۲	۱۲.۸	۱۳.۵
۵	۶.۸	۷.۵	۸.۳	۹	۹.۸	۱۰.۵	۱۱.۳	۱۲	۱۲.۸	۱۳.۵	۱۴.۳	۱۵

Labetalol



Labetalol په اسانۍ سره په بازارونو کې نه موندل کېږي، که څه هم د زړه اړوند درمل دی، خو بيا يې هم بايد د ډاکټر په اړه ډېر مالومات ولري.

استطابات:

Accelerated Hypertension

دوز Dossage

۱. کله چې وغواړو د ناروغ د ياستوليک فشار $110/115 \text{ mmHg}$ ته رانښکته کړو او کولی شو، چې Labetalol د IV Injection او هم د IV Infusion له لارې هم تطبيق کړو.

۲. د لومړي دوز د پيل کولو لپاره Labetalol Hydrochloride 50 mg (10 ml) را اخلو او په يوه دقيقه کې يې ناروغ ته تطبيق کوو، خو د اړتيا پر مهال يې پينځه دقيقې وروسته هم له سره کولای شو. ټوليز دوز بايد له 200 mg څخه ډېر نه شي، له تطبيق څخه وروسته په پينځو دقيقو کې درمل خپل اثرات ښيي او د اغېزې کرښه يې تر شپږو ساعتو پايښت مومي.

۳. کله چې د IV Infusion له لارې درمل تطبيق کوو، نو 5 mg/min سره برابر کړل شي، Infusion تر هغه روان اوسي، چې درملنه مو اغېزمنه پرېږي، يانې 100 mg (20 ml) Labetalol Hydrochloride په 50 ml محلول کې گډوو او په 24 hour کې اغېزو ته په کتو تطبيق شي.

يادونه:

د درمل له توصيه کولو څخه وروسته ناروغ پردې وپوهوئ، چې تر درېيو ساعتو د Supine وضعيت غوره کړي، دې لپاره چې د وضعيتي فشار (Postural Hypertension) د ناوړه حالات ښکار نه شي، درمل د ورکړې پر مهال د ناروغ نبض، د زړه رېټ او فشار ټاکل ډېر اړين دي، په لږو پېښو کې



ليدل شوي، چې ناروغان له شديدې Bradycardia سره مخ شي، چې ياده ستونزه د $Atropin\ Sulphate\ ۶۰۰\ mcg\ IV$ په وسيله له مينځه ځي. - په بازار کې $(۱۰۰\ mg)$ Labetalol Hydrochloride انجکشن په $۲۰\ ml\ Ampouls$ کې موندل کېږي.

Dose (mg/min)	۰,۵	۱	۱,۵	۲
Flow Rate (ml/hr)	۱۵	۳۰	۴۵	۶۰

Sodium Nitroprusside

دا درمل هم په اسانۍ سره په بازار کې نه موندل کېږي، د زړه د ناروغيو اړونده درمل دی، ډاکتران يې بايد په اړه ډېر پوه اوسي، ددې درمل کارونه بايد د روغتون په Wards کې وشي، دې لپاره چې هلته د پوره اهتماماتو لپاره تياري ونيول شي، لکه د BP کابو کول د زړه رېټ، نبض او نور.

استطابات:

:Accelerated Hypertension

:Dossage ډوز

۱. ډياسټولیک فشار تر $۱۱۵-۱۱۰\ mmHg$ پورې رابښکته کوي.
 ۲. لومړی ډوز له $۰,۳\ mcg/kg/min$ د IV Infusion له لارې پیلوو، بیا نو ځواب ته په کتو يې ډوز ډېروو، په لومړي Table کې ترې يادونه شوې.
 ۳. $Plaximum\ Dose = (۸\ mcg/kg/min)$.
 ۴. هغه ناروغان چې د فشار ضد درمل کاروي او عمر يې ډېر وي، له Sodium Nitroprusside سره ډېر حساس وي.
 ۵. که د فشار کچه په ۱۰ دقیقو کې رابښکته نه شوه، نو Infusion ودرئ، بیا نو د Malignant HTN لپاره پلټنې پیل کړئ.
- د درملو د کارونې کړنلارې:**



۱. Sodium Nitroprusside درمل بايد د کابو کوونکي Micro Drip Regulator په وسيله توصيه شي.

۲. Sodium Nitroprusside بايد په ۵۰ ml سورنج يا هم د ۵۰۰ ml Drip Bag په مرسته ناروغ ته تطبيق شي.

کله که Nitroprusside د Syringe پمپ له لارې توصيه کوو:

۱. ۲ cc د Sodium Nitroprusside را اخلو او په ۵% گلوکوز کې يې گډوو، چې ښايي د Infusion د رنگ ښه نارنجي نصواري رنگه شي، خو که له دې رنگ کچه درته ډېره تېزه ښکاره شوه، له کارولو يې ډډه وکړئ.

۲. Sodium Nitroprusside بايد له روښنايي څخه په کلکه وساتل شي، د همدې درمل د جوړنې ۲۴ ساعتو پورې Infusion ساتلی شو.

۳. په لومړي Table کې د ډوز پوره څرگندونه شوې.

د Drip Bag له لارې د Infusion تطبيق کول:

۱. د گلوکوز ۵% راواخلي او ۲ cc د Nitroprusside ورسره يوځای کوو، بيا هم يادونه کوو، چې د Infusion رنگ (Orange Brownish) ده، که له دې تېز رنگ يې درلوده، له کارولو ډډه وکړئ.

۲. Sodium Nitro Prusside له روښنايي وساتل شي، د درمل ډوز د راتلونکې پاڼې له مخې د ناروغ وزن ته په کتو وټاکئ.



Table ۱: Syringe pump rate in (ml/hr)												
Concentration=۵۰ mg in ۵۰ ml=۱۰۰۰ mcg/ml(۱ mg/ml)												
Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)											
	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰
۰.۳	۰.۸	۰.۹	۱	۱.۱	۱.۲	۱.۳	۱.۴	۱.۴	۱.۵	۱.۶	۱.۷	۱.۸
۰.۵	۱.۴	۱.۵	۱.۷	۱.۸	۲.۰	۲.۱	۲.۳	۲.۴	۲.۶	۲.۷	۲.۹	۳
۱	۲.۷	۳.۰	۳.۳	۳.۶	۳.۹	۴.۲	۴.۵	۴.۸	۵.۱	۵.۴	۵.۷	۶
۱.۵	۴.۱	۴.۵	۵.۰	۵.۴	۵.۹	۶.۳	۶.۸	۷.۲	۷.۷	۸.۱	۸.۶	۹
۲	۵.۴	۶.۰	۶.۶	۷.۲	۷.۸	۸.۴	۹.۰	۹.۶	۱۰.۲	۱۰.۸	۱۱.۴	۱۲
۲.۵	۶.۸	۷.۵	۸.۳	۹.۰	۹.۸	۱۰.۵	۱۱.۳	۱۲	۱۲.۸	۱۳.۵	۱۴.۳	۱۵
۳	۸.۱	۹.۰	۹.۹	۱۰.۸	۱۱.۷	۱۲.۶	۱۳.۵	۱۴.۴	۱۵.۳	۱۶.۲	۱۷.۱	۱۸
۳.۵	۹.۵	۱۰.۵	۱۱.۶	۱۲.۶	۱۳.۷	۱۴.۷	۱۵.۸	۱۶.۸	۱۷.۹	۱۸.۹	۲۰	۲۱
۴	۱۰.۸	۱۲.۰	۱۳.۲	۱۴.۴	۱۵.۶	۱۶.۸	۱۸	۱۹.۲	۲۰.۴	۲۱.۶	۲۲.۸	۲۴
۴.۵	۱۲.۲	۱۳.۵	۱۴.۹	۱۶.۲	۱۷.۶	۱۸.۹	۲۰.۳	۲۱.۶	۲۳	۲۴.۳	۲۵.۷	۲۷
۵	۱۳.۵	۱۵	۱۶.۵	۱۸	۱۹.۵	۲۱	۲۲.۵	۲۴	۲۵.۵	۲۷	۲۸.۵	۳۰
۵.۵	۱۴.۹	۱۶.۵	۱۸.۲	۱۹.۸	۲۱.۸	۲۳.۱	۲۴.۸	۲۶.۴	۲۸.۱	۲۹.۷	۳۱.۴	۳۳
۶	۱۶.۲	۱۸	۱۹.۸	۲۱.۶	۲۳.۴	۲۵.۲	۲۷	۲۸.۸	۳۰.۶	۳۲.۴	۳۴.۲	۳۶
۶.۵	۱۷.۶	۱۹.۵	۲۱.۵	۲۳.۴	۲۵.۴	۲۷.۳	۲۹.۳	۳۱.۵	۳۳.۲	۳۵.۱	۳۷.۱	۳۹
۷	۱۸.۹	۲۱	۲۳.۱	۲۵.۲	۲۷.۳	۲۹.۴	۳۱.۵	۳۳.۶	۳۵.۷	۳۷.۸	۳۹.۹	۴۲
۷.۵	۲۰.۳	۲۲.۲	۲۴.۸	۲۷	۲۹.۳	۳۱.۶	۳۳.۸	۳۶	۳۸.۳	۴۰.۵	۴۲.۸	۴۵
۸	۲۱.۶	۲۴	۲۶.۴	۲۸.۸	۳۱.۲	۳۳.۶	۳۶	۳۸.۴	۴۰.۸	۴۳.۲	۴۵.۶	۴۸

يادونه:

۱. د Infusion د تطبيق پر مهال د هغه کچې ته پوره پاملرنه وساتئ.
۲. د BP د شديد ښکته کېدو ته په ناروغ کې سر درد، گنگسيت، زړه بدوالی، د گېډې درد، Perspiration، د زړه ټکان، د Sternum شاوخوا ناراحتي پيدا شي، نو دا مهال به د Infusion کچه لږ څه کړي.



۳. Nitro Prusside په بدن کې په Free Cyanide اوږي، کوم چې په ځيگر کې Thiocyanate ته اوږي، نو له دې کبله د Toxicity د مخنيوي لپاره د ځيگر دنديزې ازموينې ترسره شي.

۴. د فشار په لوړېدو سره د خولې له لارې د فشار ضد درمل کارولې شي.

۵. که درملنې له ۲۴ ساعتو ډېر پايښت وموند، د Toxicity اړوند نښو د مخنيوي، لکه Tachycardia، خولې کېدل Hyper Ventilati-ax Arrhythmias او ميتابوليک اسيدوزس لپاره اړينې لارې چارې په کار واچوي.

Amino Phylline

استطابات:

Acute Severe Asthma او د هوايي لارو دوه ځلې بندوالي (Reversible) Airway Obstruction.

دوز Dossage:

هغه ناروغانو ته چې د خولې له لارې يې Theophylline نه وي اخيستی، يا هم يې د ۲۴ ساعتو په اوږدو کې Aminophylline نه وي اخيستی، نو ۲۵۰ mg د IV Infusion له لارې په ۲۰ دقيقو کې د ۱۰۰ ml bag له لارې ناروغ ته توصيه کوو.

مينځنۍ ډوز:

۱. چاغو وگړو ته چې د بدن وزن يې له ۱۲۰٪ څخه لوړ وي، د Gentamycin له ډوز سره Aminophylline ورکوو.
۲. ځوان سگريټ څکوونکي (Smokers): ۱ mg/kg/hour.
۳. هغه ناروغان چې د ځيگر عدم کفايه، د زړه عدم کفايه لري او هغه چې Cimetidine او Ciprofloxacin کاروي، نو د درملنې پرمهال په وينه کې د



Thiophylline د سيروم کچه وټاکل شي.

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)										
	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰
۱	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰

a. (Add ۱۰۰۰ mg (۴ Ampoules) in ۱۰۰۰ ml of Diluent after First Removing ۴۰ ml From the Bag.

b. د ۰,۵ mg/kg/hour دوز تطبیق د بدن د وزن په کچه.

Add ۵۰۰ mg (۲ Ampoules) in ۱۰۰۰ ml of Diluent After First Removing ۲۰ ml From The Bage.

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)										
	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰
۰,۵	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰

۱۰۰۰ ml = ۰,۵ mg/ml

څارنه:

۱. کله چې ناروغ ته Infusion تطبیق کوي، نو ۲-۱ ساعته وروسته یې د پلازما د پوښتیم کچه وټاکي.

۲. د Theophylline غلظت باید هم لږ کړل شي، ځکه چې په ډېر عمره خلکو کې د سيروم کچه لوړېږي، په تېره هغه کسانو کې چې وایروسي انتانات لري، اوږد مهاله تبه لري او یا هم د Erythromycin، Fluconazole، Isoniazid، Norfloxacin، Clarithromycin، Verapamil، Diltiazem، Ketaconazole او د حاملګۍ ضد درملو څخه ګټه پورته کوي.

۳. خو په هغه وګړو چې د Refampicin یا Retonavir درملو څخه ګټه



پورته کوي، په هغوی کې د Theophylline د سيروم کچه ښکته والی مومي.
۴. د Aminophylline ډوز له ۲۰-۱۰ mg سره برابر وټاکي.

برابرونه:

Aminophylline Injection = ۲۵mg/ml چې له ۱۰ ml امپول سره سمون خوري.

Diluents

په ۹۰، سوډيم کلورايډ او ۵٪ گلوکوز کې.

Salbutamol

استطبات:

Severe Bronchospasm

ډوز

IV Injection

د وريد له لارې په ورو ډول خود بيرنۍ درملنې لپاره کارول کېدی شي.
۱. ۲۵۰ mcg په ۱۰ دقيقو کې.

۲. ۵ml، يا نيم امپول د Salbutamol په ۲۰ cc کې Diluent کېږي او ناروغ ته تطبيق کړي.

۳. که موږ د Syringe له لارې تطبيق کوو، نو په رېټ يې بايد له ۱۲۰ ml/hour چې د ۲ ml/min سره سمون خوري ډېر نه شي.

IV Infusion

۱. د درمل ځواب ويلو ته په کتو بايد مينځنۍ ډوز له ۵ mcg/min څخه ډېر نه شي، که اړتيا ډېره شوه، نو لاندې جدول وگورئ.



۲. ۵۰۰ ml Diluent گلوکوز راواخلی او ۵cc ترې کم کړئ او پر خای یې
 ۱۰ امپوله (۵mg) Salbutamol ورگډه کړئ.
 ۳. ۵mg په ۵۰۰ ml کې له ۱۰ mcg/ml سره سمون خوري.

Dose (mcg/min)	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
Infusion rate (ml/min)	۰,۳	۰,۴	۰,۵	۰,۶	۰,۷	۰,۸	۰,۹	۱	۱,۱
Pump rate (ml/hr)	۱۸	۲۴	۳۰	۳۶	۴۲	۴۸	۵۴	۶۰	۶۶

Dose (mcg/min)	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
Infusion rate (ml/min)	۰,۳	۰,۴	۰,۵	۰,۶	۰,۷	۰,۸	۰,۹	۱	۱,۱
Pump rate (ml/hr)	۱۸	۲۴	۳۰	۳۶	۴۲	۴۸	۵۴	۶۰	۶۶



يادونه:

۱. Salbutamol د ناروغانو د زړه رېټ پورته کوي او د Palpatation سبب گرځي، ځکه نو د زړه په Ischaemic ناروغيو کې له احتياطه کار واخيستل شي، يانې د Cardiac Monitor له لارې څارونه وشي.

۲. Salbutamol په حجراتو کې د پوتاشيم د اخيستنې کچه ډېروي، ځکه ناروغانو ته شديده Hypokalaemia موندل کېږي، دلته نو اړ ياست، چې د Salbutamol له درملنې سره هريو يا دوه ساعته وروسته د پلازما پوتاشيم کچه وټاکي.

برابرونه:

په بازار کې د Salbutamol ۵۰۰ mg په يو امپول کې موندل کېږي.

Piluent: په ۵% گلوکوز او ۰.۹% سوډيم کلورايد کې.

Phenytoin**استطابات:****Status Epilepticus:**

که چېرې Phenytoin په تېزۍ سره تطبيق شي، نو ناروغانو ته Hypotension، د زړه Arrhythmias، د زړه د سيالوډ لېږد گډوډي، CNS Depression او د تنفس د ودرېدو پېښې ډېرې مينځته راځي.

کله چې ناروغ د Infusion له لارې درمل اخلي، بايد Cardiac Monitor شته وي.

دوز Dossage:

۱. Phenytoin ۱۵ mg/kg د IV Infusion له لارې په غټه وريد کې ناروغ ته داسې تطبيق کړئ، چې له ۵۰ mg/min څخه ډېر نه شي.

۲. Syringe Pump موجود نه اوسي، نو Inj. Phenytoin را اخلي او



په ۱۰۰ ml ۰,۹% کلوراید کې یې Diluent کړئ، چې کابو له ۱۰ mg/ml سره سمون وځوري، بیا یې ناروغ ته توصیه کړئ.

يادونه:

Sodium Phenytoin القلي خاصيت لري، کله چې د عضلې له لارې تطبيق کوو، نو بايد د Infusion کچه له ۵۰ mg/min څخه ډېره نه شي.

برابرونه:

۵۰ mg/ml Inj. Phenytoin Sodium په ۵ ml یا ۲۵۰ mg امپولونو کې موندلی شئ.

Diluents

یوازې سوډیم کلوراید ۰,۹% کارولی شو او بس.

Weight (kg)	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰
Dose (mg)	۲۷۵	۳۰۰	۳۲۵	۳۵۰	۳۷۵	۴۰۰	۴۲۵	۴۵۰	۴۷۵	۵۰۰	۵۲۵	۵۵۰
Ml of phenytoin (۵۰ mg/ml)	۵.۵	۶.۰	۶.۵	۷.۰	۷.۵	۸.۰	۸.۵	۹.۰	۹.۵	۱۰.۰	۱۰.۵	۱۱.۰
Syringe pump rate (ml/hr)	۲.۷	۳.۰	۳.۳	۳.۵	۳.۷	۴.۰	۴.۲	۴.۵	۴.۷	۵.۰	۵.۲	۵.۵



يوولسم څپرکی

عملي کړنلارې

Practical Procedure

د پلورا بايوپسي او د مايعاتو ايستل.

استطبات:

۱. تشخيص: که په ډېره کچه نه کابو کېدونکي مايع شتون لري، نو له پلورا څخه بايوپسي واخيستل شي.
۲. د پلورا د پلورالي او د اعراضو د مينځه لپاره چې ناروغي ځنډنې نه شي او پر وخت يې درملنه وشي.

مضاد استطباب:

۱. Severe Bullous Emphysema يا COPD.

۲. که د وينې د علقه کېدو وېره شته وي.

اړين توکي:

۱. کله چې له پلورا څخه مايع ايستل غواړو، Gloves.
۲. ۲% Lignocaine کابو ۱۰ ml.
۳. ۵-۵۰ ml پلاستيکي سورنجونه.
۴. Heparin ۱۰۰۰ unit/ml.

کله چې له پلورا څخه Biopsy اخيستل کېږي.

۱. Gloves.

۲. Gown.

۳. ۲% Lignocaine کابو ۱۰ ml.



- له پلورا څخه د مايع ايستلو وروسته يو بوتل چې کابو ۳x۲۰ ml کچه ولري را اخلو او د مايکرو بيولوژي، بيوشيمي او سيراالوژي معايناتو لپاره يې لابر اتوار ته لېږو.

- که مايع د Cytology لابر اتوار ته لېږو، نو Anti Coagulant بوتلونو څخه گټه اخلو.

- که مايع د گلوکوز د کچې د مومندلو لپاره لابر اتوار ته لېږو، د Oxalat بوتلونو څخه گټه اخلو.

کړنلاره Procedure:

۱. د گوگل ايکسري په غور سره وليدل شي.
۲. ناروغ ته د مايع ايستلو ټوله کړنلاره روښانه کړئ، چې ناروغ مو پوره ډاډمن شي.
۳. ناروغ د چوکۍ لپاسه داسې کېږي، چې دواړه لاسونه يې مخې خوا ته تپت شوي وي، که د چوکۍ پر تکیه کوونکي برخه دواړه لاسونه راتاو شي، تر ټولو به ښه وي، چې ناروغ څخه په اسانۍ مايع وايستل شي.
۴. په ناروغ کې د راټولې شوې مايع ساحه په سم ډول وټاکئ، بيا نو د Scapula هډوکي له ښکتنۍ څوکې څخه يو گوته ښکته لومړۍ قرع ترسره کړئ، چې قرع Dullness شوې ساه وټاکئ.
۵. ساحه په بشپړ ډول پاکه کړئ.
۶. په پوستکي Lignocain په ډېر احتياط سره زرق کړئ.
۷. بين الضلعي مسافه پيدا، بيا کابو ۱۰ ml Lignocain جدي پلورا نه او د پښتۍ ښکتنۍ Periosteum ته ور زرق کړئ، له دې وروسته په اسانۍ سره مايع راوباسئ.
۸. ستن ته له Bag سره تماس ورکړئ او مايع په کې راټوله کړئ.



د پلورا له تشې څخه د هوا ایستل

Peural Aspiration of Air

استطابات:

له کوچني څخه تر لوی Pneumotorax پورې.

مضاد استطاب:

۱. Hydropneumothorax.

۲. Bilateral Pneumothorax.

۳. Tension Pneumothorax.

اړين توکي:

- له پلورا څخه د مایع ایستلو پوره Pack چې (۱۴G)، ۵۰ ml Syringe،
IV Canule، درې څوکي لرونکی تیوب او Kidney Tray.

- Gloves

- Gown

- ۲% Lignocaine کابو ۱۵-۱۰ ml.

کړنلاره:

۱. لومړی له هرڅه دمخه ناروغ له کړنلارې څخه پوره خبر او ډاډمن کړئ.

۲. د ایکسری پر مټ د هوا ټاکلی ځای مالوم کړئ.

۳. ټاکلې ساحه په انټي سپیټیک موادو ښه پاکه کړئ.

۴. د پلورا ښکتنۍ برخې ته موضعي انسټیزي ورکړئ.

۵. د هوا راتلل په خپله د Pneumothorax ښودنه کوي.

۶. د پلورا تشې ته Canula وردننه کړئ.

۷. درې څوکي لرونکي ۲۰-۵۰ ml سورنچ سره یې وښلئ.



۸. هوا کابو (۵۰ mlx۵۰) يا ۵L پورې را ايستلی شی.
۹. که ناروغ له نورو ستونزو سره يوځای توځی پیل کړي، هوا ايستل بندوو.

۱۰. Canula وباسو او ساحه پاکه پلستر کوو.
۱۱. دې لپاره چې پوه شو، هوا مويه بشپړ ډول ايستلې او که نه، ايکسري له سره توصيه کړو.

د بين الضلعي تيوب په وسيله ډريناژ

Inter Costal Tube Drainage

استطبات:

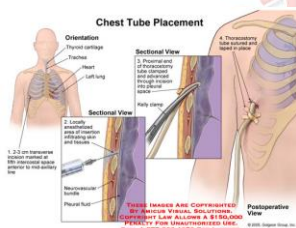
- له لږ څه تر ډېر Pneumothorax تخليله کولو لپاره کارول کېږي.
- له پلورا څخه د مايع ايستل.

مضاد استطباب:

- کله چې د وينې د علقې (Blood Clotring) وېره شته وي.

اړين توکي:

۱. د ګوګل د Drainage کولو لپاره خپل تيار کړل شوي Pack راواخيستل



شي.

۲. پاک (Sterile) Gown او Gloves.
۳. ۲% Lignocaine کابو ۲۰-۱۰ mli.
۴. د پلورا Drains بېلا بېلو کچو.
۵. د مايع د تخليه کولو کڅوړه.

کړنلاره:

۱. له هر څه دمخه ناروغ ته پوره ډاډ او له کړنلارې خبر کړل شي.
۲. په ايکسري کې د آفت برخه او اړخ په سم ډول وټاکي، چې د تخليله



کولو لپاره تر ټولو غوره ځای يا ناحیه د Mid Auxillary کرښې لپاسه د خلورمې او پینځمې بین الضلعي مسافې مینځنۍ ټکی دی.

۳. ناروغ له ځمکې سره 30° زاویه برابره کړي او لاسونه یې دواړه د سر لاندې برابر کړي.

۴. ساحه په سم ډول وټاکئ، له ټاکلو وروسته یې ښه پاکه کړئ.

۵. له دې وروسته (۲۴-۱۶) ډرېن ناروغ ته وټاکئ، ځکه پر مټ یې کولای شو، په اسانۍ سره مایع راوایستل شي.

۶. ټول اړین توکي بیا له سره وگورئ، چې څه خرابي خو به نه لري.

۷. بین الضلعي مسافه جس کړئ، ۱۰ ml Lignocaine جداري پلورا او د پښتۍ په بنکتنی Periosteum کې زرق کړئ.

۸. افقي شق له ۲ cm څخه په کچه د پوستکي او شحمي برخې لپاسه وکاروئ، Drain دننه او همالته یې په سم ډول Suture کړئ.

۹. Suture او Drain د تثبیت کولو لپاره د جراحي سمه عمیله تر ټولو اړینه بلل شوې.

د Drain له تطبیق وروسته:

۱. ناروغ ته Analgesic ورکوو، لکه NSAID، ۵۰ mg Diclofenac د خولې له لارې هراته ساته وروسته تر ۲۴ ساعتو پورې، که اړتیا وموندل شوه، ناروغ ته هر ۸-۶ ساعته وروسته دوه گولۍ Paracetamol هم ورکولی شو.

یادونه:

کله چې د Drain له لارې د Pneumothorax د هوایی پوکاني بندې شوې له ۲۴ ساعتو وروسته په علمي کړنلاره Drain وباسو.

Pleurodesis



استطابات:

۱. په خيټ ډول د پلورا په تشه کې د مايع ټولېدنه.

۲. پرله پسې ډول د پلورا تشه کې

د مايع راغونډېدل.

۳. پرله پسې Pneumothorax.

مضاد استطاب:

۱. له پلورا مايع سره د خيټ حالت

مينځته راتلل.

۲. د بين الضلعي Drainage له کبله د سږو د پراخوالي کمښت.

اړين توکي:

۱. (۳) Bladder Wash Syringe.

۲. ۵۰ ml پلاستيکي Syringes.

۳. ۱,۵g تتراسکلين.

۴. ۲۰۰ ml د سوډيم کلورايد کابو ۰,۹%.

۵. ۱% Lignocaine کابو ۲۵ml.

۲. Inj. Tramadol.

کړنلاره:

۱. د گوگل پر ايکسري ښه غور وکړئ.

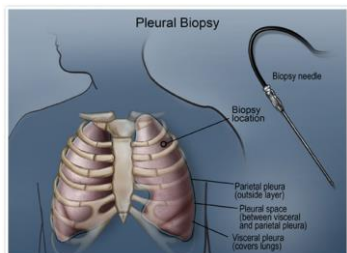
۲. کله چې له پلورا څخه مايع وباسو او Intubation ترسره کوو، نو بايد

دواړه سږي په پوره پيمانه پراخه شوي اوسي.

۳. د Pneumothorax له تخليبې وروسته هم بايد سږي په پوره پيمانه

پراخ شي.

۴. ناروغ د Pleurodesis د کړنلارې ټول اړخونه روښانه او ډاډ ورکړئ.



۵. ناروغ ته د عضلي لاندې NSAID (Diclofenac ۵۰ mg) تطبيق کړئ.
۶. کابو درې Blader Wash Syringe د لاندې کړنلارې له مخې چمتو کړئ.

۷. ۱٪ Lignocaine کابو ۲۵ml د ۰،۹٪ سوډيم کلورايډ کابو ۲۵ml سره په يو ۵۰ ml سورنج کې ګډ کړئ، ياده دې وي، چې له پورته درملو سره تتراسکلين هم يوځای شي.

له کړنلارې وروسته له ناروغ سره مرستې:

۱. ناروغ ته پوره Analgesic، لکه ۲ Tab Paracetamol د لومړيو - ۲۴ ۴۸ ساعتو کې، که انتاني حالت وي NSAID ډېر ګټور تمامېږي.

۲. Suction ته تر هغه وخت ورکوو، چې د Drainage کچه په ورځ کې له ۵۰ ml څخه ښکته راوغورځي.

۳. بيا له سره ناروغ ته د ګوګل ايکسري ورکړئ او له ناروغ څخه غوښتنه وکړئ، چې هر وخت خپل سږي پراخ وساتي، يانې ژورې ژورې ساه ګانې اخلي.

۴. د ناروغ د عمومي وضعيت او هراړخيزې روغتيا وروسته Drain وباسئ.

Percutaneous Central Venous Cannulation

د پورته عمليې ترسره کول د مړينې ډېره کچه جوړوي، ځکه نو بايد د يو تجربه لرونکي کس په وسيله ترسره شي.

استطابات:

۱. د وينې په جريان کې د شديدو تغيراتو مينځته راتلل، په تېره هغه ناروغانو کې چې د ښي بطين دندې يې زيانمنې شوې وي.
۲. د مخرشو درملو تېرېدنه وريدونو ته.



۳. د اوږد وخت لپاره د ورید له لارې د درملو اخیستل.

مضاد استطبایات:

۱. د Canula د تطبیق په ساحه کې د Sepsis وېره.

۲. که Sub Clavian ورید ته د Infraclavicular Supraclavicular له لارو

د Bullae یا هم ګوګل ته د Cmpysemu وېره موجوده وي.

۳. د کارټویډ شریان Aneurysm.

۴. د Hypo Coagulation او Hyper Coagulation حالتونه مینځته

راتلل.

اړین توکي

۱. تعقیم شوي Gloves، ماسک، Gown او منځ پاک.

۲. Dressing Pack د مالوچو، ګاز ټوټې، Swab او Anti Septics سره.

۳. Blade Size II.

۴. د پوستکي انټي سپیټیک.

۵. ۱% Lignocain.

۶. ۰.۹%، سوډیم کلورایډ په ۲۰ ml سورنډو کې.

۷. Hyparinized Saline ۱۰ U/ml in a ۵ml Syringe.

۸. پلستر.

۹. Silk ۱-۰ یا نیولون ګنډونکي تار (Suture).

۱۰. Tourniquet.

۱۱. Manometer.

۱۲. ۰.۹%، سوډیم کلورایډ په یو لیټر اوبو کې.

۱۳. Central Venous Catheter.

Table ۱



Route of Insertion	Gauge of Cannula needle	Minimum Length of catheter (mm)
Arm vein	١٤G	٢٠٠
External jugular vein	١٦ or ١٤G	٢٠٠
Internal jugular vein	١٦ or ١٤G	١٥٠
Subclavian vein	١٦ or ١٤G	١٥٠
- Long cannulae are available (١٢٠-١٥٠ mm long, ١٤-١٨G)		

www.melitahrik.com
0777 400 116



د وريد انتخاب (ټاکل):

۱. Antecubital Fossa Median (Basilic) or Cephalic Veins.
 ۱. وريد پر Tourniquet وتړئ.
 ۲. تړل شوي اړخ ته سر کوډ کړئ، چې د غاړې پر وريد فشار راشي.
 ۳. لاس راټول کړئ.
 ۴. ۲۰۰ mm اوږدوالي سره Catheter دننه کړئ.
 ۵. د Emboli د مخنيوي لپاره Tourniquet په ډېر احتياط سره خلاص کړئ.
 ۶. Catheter په ورو ډول لومړی د Auxillary وريد، ورپسې د Cephalic Vein پر لور وړاندې تېر کړئ.
- ### External Jugular Vein
۱. د ناروغ سر ۲۰° په کچه ښکته کړئ.
 ۲. دلته به وريد د Mandible هډوکي له زاويې څخه د Clavicle هډوکي مينځنۍ برخې سره برابر شي.
 ۳. د کيڼي او ښي اړخ ښه غښتلی وريد وټاکئ.
 ۴. که وريد د جس او ليدلو وړ نه وي، وړاندې مه ځئ.
 ۵. کله چې وريد ښه جس او وليدی شو، نو کابو ۲۰۰ MM اوږدوالي سره Catheter په وريد کې دننه کوو.

يادونه:

- په ۵۰ سلنه هغه کسانو کې چې د Clavicle هډوکي له پاسه د گوتې فشار وارد شوی وي، Catheter په اسانۍ سره د Intra Thoracic Vein ته نه داخلېږي.

Internal Jugular Vein



۱. د ناروغ سر کيڼ خواته اړوو، همدارنگه سريې 20° ښکته خواته برابروو.
۲. دې لپاره چې د Thoracic Duct د ټپي کېدو مخه مو نيولې وي، نو له ښي ورید څخه گټه پورته کوو.
۳. له هر څه دمخه لومړی د ناروغ د غاړې په برخه کې د Sternomastoid Cricoid غضروف او کارټیډ شريان موقعیتونه په سم ډول وټاکئ.
۴. د Cricoid غضروف له سطحې سره برابر په کيڼ لاس د کارټیډ شريان ساتنه وکړئ.

Tapping Ascites and Paracentesis

استطابات:

۱. دې لپاره چې د ځښ لامل وپېژندل شي.
۲. د ځښ د مایع د بکټريايي انتان د درملنې ارگانېزم پېژندل.
۳. د مایع د ایستلو پر مه د گېډې ناراحتي، شدید ساه تنگی، څخه مخنیوی وشي.

مضاد استطابات:

۱. Coagulopathy.
۲. انتاني ځښ، چې له ۴۸ ساعتو څخه لږ وخت درملنه یې شوې وي.

د ځښ لاملونه:

عام لاملونه:

۳. د ځيگر سيروزس.
۴. د گېډې کنسر، په تېره د مبيضونو.
۵. توبرکلوزیک پريتونايتس.
۶. د زړه ناروغۍ په تېره Constrictive پريکارډايتس.



۷. د پښتورگو اوږدمهاله ناروغۍ.

۸. Myxoedema.

۹. د پانکراس ځنډنۍ ناروغۍ.

۱۰. د نفیرونو خبیثې ناروغۍ.

۱۱. Nephrotic Syndrome.

اړين توکي:

۱. Syringe (۲۰ ml) له ۲۱ G (Needle) سره.

۲. Dressing Pack.

۳. د پوستکي انټي سپيټيک.

۴. د Needle کچه له ۱۹-۲۳ G پورته نه وي.

۵. د موضعي انسټيزي لپاره له ۵ ml څخه گټه اخلو، لومړی د ۵۰ ml

مايع را اوباسو.

۶. مايع د Haematology، Biochemistry او Cytology،

مايکروبيولوژي معایناتو لپاره لابراتوار ته لېږو.

کړنلاره:

۱. ناروغ ته له ټولې کړنلارې څخه پوره ډاډ ورکړئ.

۲. له ناروغ څخه غوښتنه وکړئ، چې خپله مشانه له متيازو تشه کړي.

۳. ناروغ ستوني ستغ (Supine) وضعیت کې ځملوئ.

۴. د ناروغ گېډه له سره وگورئ، چې Shifting Dollness کوم ځای کې د

جس کېدو وړ ده.

۵. په نښه شوې ساحه د انټي سپيټيک موادو په وسیله ښه پاکه کړئ،

بیا کابو ۲-۳ Lignocaine د گېډې په مخکیني دېوال او جداري

پرايټوان په ساحه کې زرق کړئ.



۲. له دې وروسته کابو (۲۳G-۱۹) يو Needle د ګېډې تشې ته وردننه کړئ.
۷. اوس نو مایع په اسانۍ سره بهر ته راوځي، کابو ۵۰ ml مایع را اخلو او د ازموینو لپاره یې لابراتوار ته لېږو.

Lumber Puncture

استطبابات:

۱. د سم تشخیص کولو لپاره.
۲. Introduction of Contrast Media.
۳. Chemotherapeutic Agents د پېژندلو لپاره.

مضاد استطبابات:

۱. د کوپړۍ د ننني فشار د لوړوالي پر مهال.
۲. د نخاع له ټپي کېدو سره د وینې بهېدنې وېره.
۳. موضعي Sepsis، چې د مایع د ایستلو له کبله په ناروغ کې د سحایا التهاب جوړېدو وېره موجوده.
۴. Coagulopathy.

اړین توکي:

۱. Sterile Gloves.
 ۲. Green Sterile Towel.
 ۳. Dressing Pack د مالوچو، Guaze ټوټې، Swab او لوبڼي.
 ۴. د پوستکي انټي سپیټیک.
 ۵. ۲% Lignocaine په ۵cc سورنچ کې د ۲۵G لرونکې ستنې سره یوځای تیاروو.
۲. د Lumber Puncture ځانګړی Needle، چې (۲۲G) کابو ۳-



۳, ۵inch) اوږدوالی ولري.

۷. Manometer.

۸. کله چې مایع راوايستله، د نورو ازموینو لپاره یې یا هم په ځانګړي ډول د کرنې، پروټین، ګلوکوز لپاره لابراتوار ته لېږو.

۹. ساحه د پلستر په وسیله پټوو.

کړنلاره:

۱. ناروغ ته له مایع ایستلو څخه وړاندې پوره ډاډګیرنه ورکړئ.

۲. ناروغ په کین اړخ د مېز پر خنډه داسې ځملوئ، چې د دواړو پښو زنګنونه یې د سینې خواته راټول او غاړه یې هم په بشپړ ډول راټول شوې اوسي.

۳. له هرڅه دمخه لومړی Anterior Superior Iliac Spine جسد او پیدا

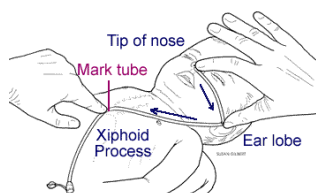
کړئ، اوس کولای شئ، چې په اسانۍ سره ۳-۴ فقراتو مینځنۍ ټکی پیدا او مایع راوباسئ.

Indication for diagnostic LP	Tests
Suspected subarachnoid haemorrhage	Blood, xanthochromia
Myelopathies and suspected multiple sclerosis (but not for suspected cord compression)	Protein. IgG or gamma globulin, oligo clonal bands
Peripheral neuropathies Eg Guillain-Barre syndrome	Cells, protein
Infections of central nervous system (bacterial meningitis, tuberculosis, acute and subacute encephalitis, neurosyphilis, viral, fungal, and protozoal meningitis)	Cells, protein, treponemal haemagglutinating antibodies (or other specific tests), glucose culture, special stains, and antibodies
Meningeal infiltration	Cytology

Naso Gastric Tube



NG. Tube



استطابات:

۱. Therapeutic

- د تسمم له کبله د معدې مینځل.
- د پريتوان حاد التهاب.
- د معدې شديده وينه بهېدنه.
- د کوما ناروغان.

۲. تشخيص:

۱. د معدې مینځل د (Acid Fast Bacil) AFB لپاره.
۲. د پايډور د تنگوالي د تشخيص لپاره.
۳. د مقعدي برخې د Fistula د تشخيص لپاره.
۴. د Trachio Esophageal فستولا د تشخيص لپاره.

د NG. Tube اختلاطات:

۱. Aspioation Pneumonia

۲. تخريش.

۳. وينه بهېدنه.

۴. انتانات.

۵. د Varices خيري کېدل.

۶. د Sinuses التهاب (Sinusitis).

د NG. Tube مضاد استطابات:

۱. د Kerosene تسمم ناروغان.

۲. د Corrosive تسمم ناروغان.

۳. د Facial عصب په ترضيضاتو کې.

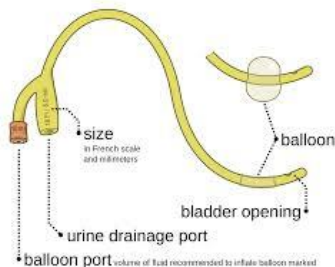


۴. د Cervical Spine په ټپي شوي يا ماتېدونکي حالتونو کې.

Foley's Catheter

استطبابات:

۱. طبي کارونې:



- د کوما ناروغانو ته.

- د متيازو په بندښت کې.

- د متيازو په راغونډېدو کې.

- په مثانه کې د پاتې شويو متيازو

د کچې د ټاکلو لپاره.

- د مثاني په دننه برخه کې د درملو د تطبیق لپاره.

جراحي کارونې:

- د متيازو حاد بندښت.

- د متيازو ځنډنې بندښت.

- د حوصلي (Pelvic) جراحي عملیاتونه.

- د مثاني جراحي.

- د Urethra (احلیل) د څیرې کېدو او د هغه جراحي.

د Foley's Catheter اختلالات:

- Urethritis

- د مثاني التهاب (Cystitis).

- Pyelonephritis

- د احلیل څیرې کېدل.

- د وینې د علقې جوړېدنه.

مضاد استطبابات:



- د اخليل ترضيضات.
- د حوصلې ترضيضات.
- Scrotal Haemotoma
- د اخليل په سوري کې د وينې شتون.

www.melitahrik.com
0777 400 116



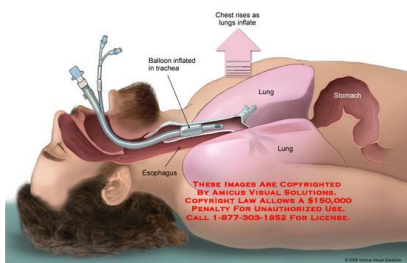
Endo Tracheal Tube

استطبابات:

- د هوايي لارو خلاصول.
- د عمومي انستيزي تطبيق.
- هوايي لارې Suction.

مضاد استطبابات:

- موضعي ترضيضات د غاړې په برخه کې.
- د اندوتراخيل تيوب بندوالی.
- Sinusitis.
- کله Larynx ټپي شوی وي.
- د تراخيا تنگوالی او Fibrosis.



Intravenous Connula

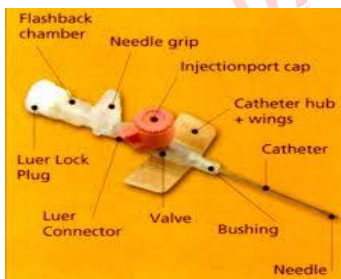
استطبابات:

- په پرله پسې ډول د وریدي زرقیاتو ترسره کول.
- کریستالوید او کولوید مایعاتو توصیه کول.

- د وینې لېږد.

اختلاطات:

- Phlebitis.
- Hematoma.
- Embolism.



Knee Aspiration

استطابات:



تشخيص:

۱. د ناخرگندې سرچينې له کبله د زنگون بند التهابي کېدل، چې ځوې (Puss) کچه له خپل بريده واورې.

۲. په مزمنو او Sub- Acute Articulare

پتولوژي کې هم د تشخيص لپاره هم له Knee Aspiration گټه اخلو.

درمليز موخې:

۱. د Septic Arthritis په ناروغانو د پرله پسې درملنې لپاره Knee Aspiration ترسره کولې شو.

۲. د بند په دننه کې د درملو زرق کول.

مضاد استطابات:

۱. کوم ځانگړی مضاد استطباب نه لري، خو له احتياطه کار واخيستل شي.

۲. په هغه ناروغانو کې د Knee Aspiration پر مهال له احتياطه کار واخيستل شي، چې د علقي جوړېدنې او وينې بهېدنې وېره شته وي.

۳. هغه ناروغان چې Prosthetic بندونه ولري، له احتياطه کار واخيستل شي، همدارنگه په هغه ناروغانو کې د پوستکي ناروغۍ لري، کمه Psoriasis چې د بند په Sepsis اوړي.

يادونه:

د Knee Aspiration پر مهال بايد د زنگون د بند په ټوله اناتومي پوه اووسئ.



اړين توکي:

۱. تعقيم Dressing Pakc.

۲. Gloves.

۳. د پوستکي انټي سپټيک.

۴. ۱۰ ml - ۲۰ او ۲ cc سورنج.

۵. ۱% Lignocaine.

کړنلاره:

۱. ناروغ بايد په ستوني ستغ (Supine) وضعيت پروت وي.

۲. د ناروغ د زنگون بند لاندې بالښت کېږدئ، چې دا به د زنگون د عضلاتو په استرخا کې مرسته وکړي.

۳. د زنگون بند او Patela هډوکي ترمينځ سرحدا يا پوله وټاکئ.

۴. د Patela د انسي خنډې په مينځني ټکي يو ۱ cm ژور نښه وکارې.

۵. لاسونه پرېمينځئ، Gloves په لاسو او ساحه پاکه کړئ.

۶. د پوستکي په برخه کې ۱% Lignocaine زرق کړئ.

۷. د Patela او Femur هډوکي په Notch کې Needle يا ستن په افقي ډول دننه کړئ.

۸. کله چې مایع په Needle کې راغله، نو د Patela هډوکي له پاسه فشار واردوو، چې مایع په بشپړ ډول تخلیه ترڅو پاکه Synovial مایع راووځي.

۹. که Synringe ډک شو، ستن مه راباسئ یوازې سورنج ورته بدل کړئ.

Gastric Lavage

استطابات:

۱. له معدې څخه د هغه موادو

راایستل چې د انسان ژوند له مرګ سره مخ



کوي.

مضاد استطببات:

۱. هغه ناروغان چې په هوش نه وي او د هوايي لارو د بندښت وېره هم شته وي.

۲. هغه ناروغانو کې چې د وينې بهيدنې، سورۍ کېدنې وېره شته وي.

اختلاطات:

۱. Larygospasm.

۲. Fall in PaO_2 .

۳. Aspiration Pneumonia.

۴. Sinus Bradycardia، په ECG کې د ST Elevation.

اړين توکي:

۱. FG ۳۶-۴۰ پراخ ټيوب.

۲. بنوی Jelly ډوله مواد.

۳. د دستگاه Suction.

۴. 100°F گرمې شوې اوبه يا ۹۰٪ سوډيم کلورايد کابو ۲L-۱.

۵. PH Strips.

۶. فعال ۵۰ Chorcoal.

۷. Endotracheal Tube د کوما ناروغانو لپاره.

۸. د هوايي لارو خلاص ساتل.

۹. د بستر مېز.

کړنلاره:

۱. ناروغ له کړنلارې ډاډه کړئ.

۲. Suction ماشين وگورئ، چې څه ستونزه خو نه لري.



۳. که ناروغ د کوما حالت کې وي او Gag غبرگون نه لري، نو ورته Endotracheal ټيوب او يا هم Intubation ترسره کړئ.

۴. ناروغ په کيڼ وڅشي وضعيت ځملوئ.

۵. پر ټيوب Jelly ډوله موادو و موبښئ او نېغ يې معدې ته تېر کړئ.

۶. دې لپاره چې پوه شو، ټيوب معدې کې ده او که نه سټاټسکوپ را اخلو او د Syringe په وسيله ټيوب ته هوا ورکړو او د معدې له پاسه يې اعضا کوو.

۷. لومړۍ کابو ۲۰۰-۳۰۰ ml گرم مايع معدې ته وردننه کوو، له گرمو مايعاتو ځکه گټه پورته کوو، چې په ناروغانو کط مو له Hypothermia مخه نيولي وي.

۸. اوس نو د معدې ټول مواد راباسو او د اړتيا او اعراضو له مخې بيا مايعات تطبيق کوو.

د ژباړې پاى

د ليندې ۳۰ مه، ۱۳۹۳ ل.

کابل، اوومه ناحيه، چهلستون، خپله مېنه





مننه او کوروداني

د افغانستان ملي تحريک د هېواد پال او فرهنگپال شخصيت
بناغلي (خرېن هدايي) څخه د زړه له تله مننه کوي چې د دې اثر
چاپ ته يې اوږه ورکړه. ملي تحريک وياړي چې د علمي اثارو
د چاپ لړۍ يې پيل کړې ده. د لړۍ به دوام لري. موږ له ټولو
درنو هېوادوالو څخه په خورا درنښت هيله کوو چې په خپل
معنوي او مادي وس د کتابونو د چاپ د لړۍ لا پسې وغځوي.
يو ځل بيا د دې اثر له ژباړن او چاپوونکي څخه د زړه له تله مننه
کوو چې د دې اثر د ژباړلو او چاپولو جوگه شول.

په فرهنگي مينه
د افغانستان ملي تحريک



Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library