

# ماشومانو ته د زيان رسېدنې ساحوي لارښود

پښتو نسخه

روغتون ته له رسېدو مخکې پړاو

له ځانگړې پاملرنې سره د زيان کنټرول او جراحي

جراحي

په وارد کې پاملرنه، روغتيا موندنه

رواني-ټولنيزه مرسته



# له دي لارښود څخه څنگه گټه واخيستل شي

دا لارښود د هغو کسانو لپاره چمتو شوی چې د روغتيايي زده کړو تر څنگ د ټپي شويو ماشومانو په درملنه کې هم تجربه لري. دا لارښود له گټه اخيستونکو سره مرسته کوي، تر څو خپلو پوهنو ته د ټپي شويو ماشومانو له درملني سره سمون ورکړي.

دا لارښود د زيانمن شويو ماشومانو د درملني پر بنسټ په څو برخو وېشل شوی دی. هرې برخې ته بېل رنگ ورکړل شوی، تر څو گټه اخيستونکي اړوندي برخې په اسانۍ سره وموندلای شي:

روغتون ته له رسېدو مخکې پړاو

له ځانگړې پاملرنې سره د زيان کنټرول او جراحي

جراحي

په وارډ کې پاملرنه، روغتيا موندنه

روانۍ-ټولنيزه مرسته

د دي لارښود پانې داسې برابري شويدي، چې د موبایل کمره کې هم په اسانۍ سره کاپي کېدای شي.

همدارنگه دا لارښود د هغو کسانو لپاره هم غوره تمامېدای شي چې د ټپي شويو ماشومانو لپاره د درملني پلان جوړوي، تر څو وکولای شي هغه سرچېنې، روزني او وسايل وگوري چې په يوه روغتيايي مرکز کې د ناروغو ماشومانو لپاره اړين دي.

دا لارښود د وروستنې مخ له لینک څخه د PDF په بڼه داوڼلوډ کولای شی.

# لړلیک

## روغتون څخه مخکې پړاو

- 6 لومړۍ ناسته د لیدونکي پواسطه لومړنۍ غبرگون.....
- 10 دویمه ناسته روغتون څخه مخکې د مختلفو تلفاتو مدیریت.....
- 13 روغتیایي مرکز کې یې مدیریت.....
- 14 درېیمه ناسته روغتون څخه مخکې د بېرني حالت پاملرنه.....
- 20 څلورمه ناسته روغتون څخه مخکې لېږدونه او د لارې په اوږدو کې پاملرنه.....

## له ځانگړې پاملرنې سره د زیان کنټرول او جراحي (ICU)

- پنځمه ناسته د زیان کنټرول او جراحي  
عملیات 24 ضمیمه 5A له رسېدو څخه مخکې  
د چمتووالي لیست 42 ضمیمه 5B
- 43 د رگونو (Intraosseous) له لارې لاسرسی.....
- 44 ضمیمه 5C د تزریق پالېسي او ثبت م.....
- 47 ضمیمه 5D د قلبی-تنفسي سیستم بندېدنه.....
- 49 ضمیمه 5E د چاودنې ټپونو په اړه یادښتونه.....
- 52 ضمیمه 5F د ماشومانو مهم توپيرونه.....
- 54 ضمیمه 5G د ټپونو (زیانونو) چارټ.....
- 56 شپږمه برخه د ماشومانو شدیدې پاملرنه.....  
انستیزی او د درد کنټرول 78
- 91 ضمیمه 7A د تنفس غیر متوقعه ستونزمنه لاره.....

## جراحی

92	د معدی جراحی.....	اتمه برخه
98	ضمیمه 8A د عملیاتی یادښت نمونه.....	
100	ضمیمه 8B د WHO د جراحی خونديتوب چک لیست.....	
102	د اندامونو د جراحی مدیریت.....	نهمه برخه
109	د اندامونو بیارغول.....	
112	د سوځېدنو مدیریت.....	لسمه برخه
121	د سوځېدنو د بیارغونې ملاحظې.....	
123	بیولسمه برخه عصبي جراحت.....	
127	نخاعي جراحت.....	
129	د عصبي جراحت وارد او بیارغونه.....	
129	ضمیمه 11A د CT انځور اخیستلو لارښود.....	

## د وارد پاملرنه: بیارغونه

132	د ماشومانو وارد پاملرنه.....	دولسمه برخه
145	ضمیمه 12A د ماشومانو د لومړني پړاو خبرداري نمرې.....	
151	ضمیمه 12B سپیسیز.....	
153	ضمیمه 12C د درمل د چارټ ترتیب.....	
156	ضمیمه 12D له روغتون څخه د ماشومانو د رخصتېدو نمونه.....	
158	دیارلسمه برخه د چاودني له امله د ماشومانو د ټپونو درملنه.....	

## روانې-ټولنیزه مرسته

162	څوارلسمه برخه د رواني روغتیا او رواني ټولنیزې مرستې ملاحظې.....	
170	روغتیایي کارکونکو لپاره د ځان او ډلې پاملرنه.....	
171	پنځلسمه برخه اخلاقي چلند او خونديتوب.....	

# د لیدونکي پواسطه لومړنی غبرگون

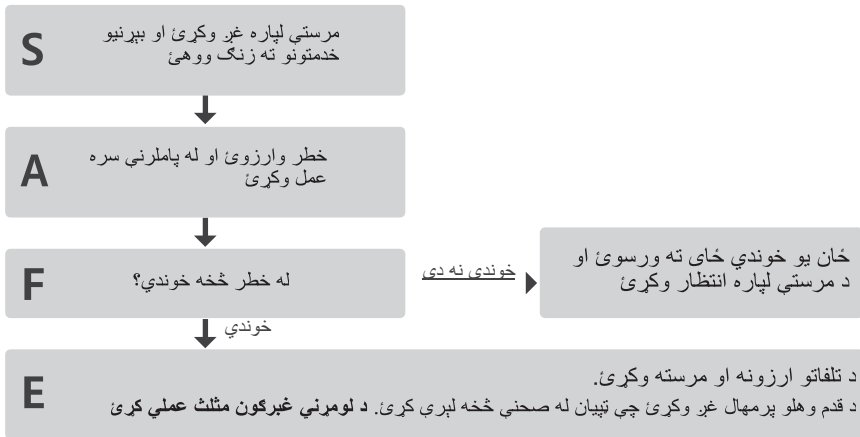
دا ناسته به د یوې چاودنې له امله د رامنځته شوو تلفاتو په اړه لومړني غبرگون تر پوښتنې لاندې نیسي.

دا غبرگون کېدای شي د لیدونکو پواسطه ژ غورځونه وي.



- له ټپي/تلف شوي کس سره د مرستې کولو په هڅه کې دویم قرباني مه اوسئ
- تل له خوندي (S▶A▶F▶E) طریقې څخه ګټه واخلي

## خوندي طریقه



## خونديتوب

د چاودنې قربانيانو ته لومړني غبرگون ښودونکي په آسانه توګه پخپله قرباني کېدلای شي.

- د نورو چاودېدونکو توکو، راتلونکي توغندي، اور لګېدنې او د ودانۍ نړېدو په اړه خبر اوسئ
- د ډاډمنتیا او خوندي ساتنې لپاره ماشومان تل له والدينو سره وساتئ
- ډيری تلفات چې څرګند فزیکي ټپ پکې ونه لیدل شي کېدای شي د کیمیاوي برید له امله وي – خونديتوب پریردئ او نږدې نشئ

## د پېښې ځای ته نږدې کېدل

- د چاودنې ځای (صحنه) ډیر ګډوډ وي، او ښايي روښانه نه وي چې څوک تر کنټرول لاندې دي. له عادي خلکو (لیدونکو) سره بوخت شئ ترڅو ګڼه ګڼه مدیریت او وکولای شئ چې د ناروغانو درملنه وکړئ.
- عاجلو تلفاتو ته د هغوی د لید په مسیر کې نږدې شئ او خپل لاس پورته ونیسئ او په لور غږ شفاهي امرونه وکړئ، مګر په یاد ولرئ چې کېدای شي هغوی د اورېدو ستونزه ولري او ونه توانېږي چې شفاهي امرونه عملي کړي.
- هغو ټپیانو ته چې قدم وهي لارښوونه وکړئ ترڅو یو خوندي ځای ته لاړ شي.
- تلفاتو سره تل په احتیاط کار وکړئ ترڅو له ډیر زیان څخه یې مخنیوی وشي.
- عادي خلکو ته دنده وسپارئ ترڅو له بېرنيو خدمتونو سره خبرې وکړي، ګڼه ګڼه کنټرول کړي او که چېرې اړتیا وي ترانسپورتي ترتیبات چمتو کړي.

## ژرترزره پاملرنه

د عادي وګړي سملاسي پاملرنه  
 د لومړني غیرګون مثلث کې  
 خلاصه شویږي

## د شدیدې وینه وینه بهېدنه بندول

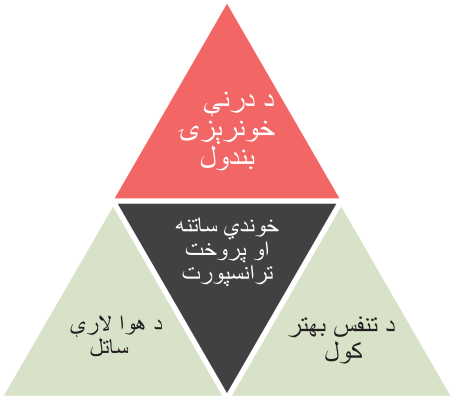
د وینې ضایع کېدو له امله د مړینې مخنیوي لپاره د شدیدې خونړیزې کنټرول کولو په موخه لاندې ټکي ترسره کړئ:

- ټولو پرې شوو اندامونو ته تورنیکیت (شریان بند) استعمال کړئ

- هر ټپ ته چې درنه وینه تری بهیږي د پانسمان یا پاکو توکو پواسطه دوامداره او مستقیم فشار ورکړئ – **توګي (پانسمان) له ټپ څخه مه لېرې کوئ**

- که چېرې فشار د پرې شوي غږي خونړيزي بند نه کړي، له ټپي شوي ځای څخه پورته ژرترزره یو تورنیکیت (شریان بند) استعمال او په مناسبه اندازه یې کلک کړئ. له دویم تورنیکیت څخه هم ګټه اخیستل کېدای شي. کوبینډ وکړئ چې د تورنیکیت د کارولو وخت یاداشت کړئ.

**کله چې درنه وینه بهېدنه کنټرول شي د تنفس سیستم پرلور لاړ شئ.**

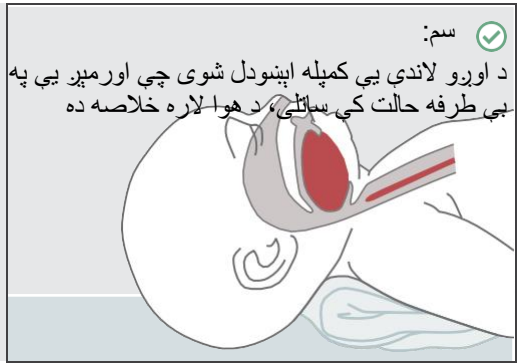


## د تنفس لارې خلاص ساتل

په چاودنه کې له تپې شوي ماشوم سره چې بیهوشه شوی وي، هر وخت کې یې له سر سره مرسته وکړئ.

که چېرې ماشوم بیهوشه او تنفس نه کوي یا تنفسي سیستم یې آواز ولري، لاندې موارد ترسره کړئ:

نوی زېږېدلی ماشوم – د هوا لارې په بې طرفه توګه برابر کړئ



له یو کلن څخه لور ماشوم



- خوله یې وګورئ چې توتیه شوي شیان پکښې نه وي موجود او که په ګوتو باندې په آسانه جدا کېدای شي، نو راویې باسئ.
- په بیداره (با هوشه) ماشوم کې له تنفسي لارې سره غرض مه کوئ – هغوي پریردئ چې پخپله یې سیده او برابره کړي



## تنفس بهتر او ډاډمن کړئ (Optimize breathing)

د تنفس د بهتر کولو لپاره لاندې د درې (R) کارونه ترسره کړئ

- (Re-position airway): که اړینه وه تنفسی لاره بېرته په پخواني حالت برابره کړئ او چک یې کړئ (ویې گوئ)
- (Re-position child): د ماشوم روغ بغل پورته خوا ته واړوئ او د ناستې په حالت کې یې وساتئ،
- (Remove restrictions): خنډونه لرې کړئ – تنګي جامې، درانده شیان

## ساتنه او پر وخت لېږدول

یوځل چې لمړنی پاملرنه ترسره شوه، لاندې کارونه وکړئ:

- **وینه وینه بهېدنه او تنفسی لاره کنټرول کړئ**
- ماشوم گرم او وچ وساتئ. که ممکنه وه نو پناځای ته یې یوسئ او د ماشوم له پاسه او لاندې ټوټه یا کمپله واچوئ.
- ماشوم ته غورپ غورپ اوبه ورکړئ
- که وخت اجازه درکوي نو کوچني ټپونه یې پانسماڼ کړئ (وېوښئ)
- لېږد (ټرانسپورټ) مه ځنډوئ، څومره چې ژر ممکنه وي، روغتیايي آسانتیا ته یې ولېږدوئ – که کومه مرسته موجوده نه وه نو د ټرانسپورټ بدیل لاره وگورئ.
- که ممکنه وه، د پېښې، ټپي او د ستاسو د اقداماتو ځای او تفصیلات ولیکئ ترڅو له ماشوم سره ولېږل شي. که کمره موجوده وه نو د صحنې د ثبت (ریکارډ) لپاره له کمرې نه کار واخلئ.
- ډاډمنه کړئ چې له ماشوم سره یې کورنۍ یا ساتونکي شته دي که ممکنه نه وه نو د ماشوم له برخلیک نه یې خبر کړئ.

• تل له خوندي روش (S ▶ A ▶ F ▶ E Approach) نه کار

واخلئ او د لمړني غیرګون مثلث (First Response)

(Triangle) وکاروئ

- درنده وینه بهېدنه کنټرول کړئ
- تنفسی لاره خلاصه کړئ او ساتنه یې وکړئ
- د 3R's نه په کار اخیستلو سره تنفس بهتر او ډاډمن کړئ
- ژغورنه یې وکړئ او ویې لېږدوئ.



## د گڼ شمیر ټپیانو له روغتون څخه دمخه مدیریت

خونديتوب: منډې او خيزونه مه وهی

د خپل ځان خونديتوب، وروسته د ناروغ، وروسته د صحنې خونديتوب  
سمدستي گواښونه څه شی دي؟ آیا وضعیت مخ په خرابیدو ده؟



هو:

- د کنټرول ځای پیدا او راپور ورکړئ
- د وضعیت په اړه چټک راپور ترلاسه کړئ
- پلان/ مرسته ولټوئ او پلان جوړ کړئ

نه:

- د خپل ټیم لپاره د کنټرول یو مناسب ځای په گوته کړئ
- خپل ټیم مو راغونډ کړئ
- د وضعیت یوه چټکه ارزونه وکړئ
- هڅه وکړئ چې ICP د مرکز په توگه وکاروئ نو نور کسان چې مرستی نه چمتو دي کولای شي چې رابنکېل شي.
- که کافي کارکوونکي موجود وي، یو با تجربه مشر په ICP کښې وټاکئ چې نور ملاتړي هم د غبرگون په ترتیبولو کښې رابنکېل کړي



### 3 اړیکې نیول

که ممکنه وي، وضعیت د روغتون له ریاست سره شریک کړئ: د میتان پیغام:

- ستره پېښه
- دقیق موقعیت
- د پېښې ډول
- د پېښې په ځای کې خطرونه
- د لاس رسي لارې
- د ټپیانو شمیر/ ډول
- اړین عاجل غبرگون

که نه داسې کسان چې همدا اوس روغتون ته ځي خبر کړئ او یو لنډ لیکلی پیغام ورته ورکړئ



### بېستيزه عملي پلان

کچېرې سرچېنې اجازه درکوي، خلک په ډلو وویشي ترڅو لاندې کارونه وشي:

- هغه ټپیان چې په لاره تللي شي، مدیریت کړل شي (۵ بکس)
- د پېښې په مهال د اړینو روغتیايي اقداماتو لومړیتوب وټاکل شي (۶ بکس)
- د لېږد په برخه کې مرسته وشي (۱۰ بکس)

- په صحنه کښې سمدستي درملنه
- غبرگون سره همغږی کړل شي.

5

## د هغو ټپيانو مدیریت کول چې په لاره تللی شي

د کوچنیو ټپونو لرونکو ناروغانو په چټکه توګه بیلول دي ته موقع برابروي چې د غبرګون پاتې برخه په هغو ناروغانو ورغونډه شي چې مرستې ته اړتیا لري او پدې توګه په روغتون باندې فشار کموي.

- یو قابله ساتونکی پوه کړئ چې په نیردې خوندي ځای کېږي ودریږي
- ټولو هغو کسانو ته خبر ورکړئ چې ټپیان دي ولې په لاره تللی شي
- د لمړنیو مرستو کوچنی بکس – ضد د درد درمل، پلستر، او بندازونو سره چمتو شئ
- په لوړ آواز خبر ورکړئ ترڅو هرڅومره خلک چې ممکن وي، را جلب کړل شي.
- هڅه وکړئ چې د روغتون نه بهیر د مدیریت یو بل موجود ځای په ګوته کړئ (د بیلګې په توګه، د کلي کلینک، فارمیسي، کلیسا او نور) چېرته چې مراقبت او پاملرنه ترسره کېدای شي.
- داسې کارکوونکي چمتو کړئ چې کوچني ټپونه اداره او د هغو نه رامنځته شوي خرابي تشخیص کړي.
- هرڅومره چې ژر ممکنه وي، ځایي ځواب وپونکو ته یې وسپارئ او خپلې سرچینې مو له سره په کار وګمائ.

## 6 آیا د اړینو اقداماتو د ترسره کولو لپاره سرچینې لری؟

**نه:** د اړینو اقداماتو او درملنې نه تیر شئ، او سیده د ټرانسپورټ په ځای کې مرستې ته ولاړشئ (۱۰ بکس)

**هو:** اړینو اقداماتو ته ولاړشئ

## 7 د اړین اقداماتو لومړیتوب ټاکل (TRIAGE)

- کارکوونکي وګمائ چې د اړین اقداماتو لومړیتوب وټاکي.
- ناروغان تشخیص او لومړیتوب یې وټاکئ: سمدستي اقدام ته اړتیا لري ګنه، یا مړ ده.
- ناروغان نښاني کړئ: رنګ (سور/ زېر/ تور) یا یې نمره بندي کړئ (۱ یا ۲ لومړیتوب یا مړ ده)، پوښل په پام کې ونیسئ یا مړی وباسئ.

## یو د لومړیتوب ټاکني سیستم وکاروئ چې تاسو ورسره بلد یاست، یا:

- نبض نشته او د تنفسی لارې د خلاصوالي سره بیا هم تنفس نکو ● مړ
  - حقیقي یا خنډ رامنځته کوونکی بندش، ولې بیا هم د مرستې پواسطه ● سور تنفس کوي
  - د هوش یا بیداری کچه یې کمه ده
  - په ښکاره د پام وړ جاري وینه بهیدنه، یا تورنیکیت
- غیرنورمال حیاتي علایم:

عمر	د تنفس تعداد	نبض
نوی زیرپدلی	له ۵۰ نه زیات یا تر ۳۰ کم	له ۱۴۰ نه زیات
کوچنی ماشوم	له ۳۰ نه زیات یا تر ۲۰ کم	له ۱۳۰ نه زیات
ستر ماشوم	له ۲۵ نه زیات یا تر ۱۵ کم	له ۱۲۰ نه زیات

زیر ●

نور ټول هغه چې په لاره نشي تللی

ایا هلته یو منظم ترانسپورتي سیستم شتون لري؟

9

نه:

- د پېښې د ځای د جوړښت نه پرته او د اغېزمنو سرچینو په نشتون کې چې په کار کې یوې یوسې، تاسو یواځې هغه څه کولای شئ چې ښه یې ترسره کولای شئ. که وضعیت بدل شو، نو بیرته ۱ ته ولاړشئ.
- هغه ټپیان چې په پښو تللی شئ، پرېردئ
- له ټولو ټپیانو چې تاسو یې پیدا کوئ یوه لېدنه وکړئ
- د هغو لپاره مرسته وغواړئ چې ژوندي دي ولې سخت ټپیان دي.
- په وضعیتي درناز او د وینې بهیښې په کنټرول باندې مو پام وړغوند کړئ

هو:

د ترانسپورټ په ځای کې مرستې (۱۰ بکس) ته ولاړ شئ

0د لېږد په ځای کې مرسته کول

1

- د لېږد اصلي ځای ته لاړ شئ
- هغه کسان نښانې کړئ چې ډیر سخت ټپي شوي دي (۷ بکس وگورئ)
- کوبښن وکړئ چې د لېږد لپاره لومړیتوب و هڅوئ
- کله چې ممکنه وي، روغتون ته بیرته معلومات ورکړئ
- لږ تر لږه دومره درملنه وکړئ چې سفر پرته له کومې د پام وړ خرابۍ نه ترسره شئ
- کچیري لېږد وځنډیده یا سفر اوږد وه، نو پانسماڼ او میزابه کې اچول په پام کې ونیسئ
- که ممکنه وه، نو درد آرام کړئ
- که ممکنه وه، خپلې موندنې مو د سند په توګه ریکارډ کړئ

## (IN-FACILITY MANAGEMENT) په داخل د آسانتیا کې مدیریت کول

## 11 کار کوونکي مو چمتو کړئ:

- که په هره وجه ممکن وی، د پېښې له ځای نه معلومات ترلاسه کړئ
- ټول کارکوونکي مو د پېښې، هیلو، او د هغوی د رول او مسؤلیتونو په هکله خبر کړئ
- هر گروپ په دنده وگماری چې خپله ساحه چمتو کړي
- د ټولني د ملاتړ را جلول په پام کې ونیسئ چې ځیني کارونه لکه د خپلوانو او هغو ټیپیانو مدیریت وکړي چې په خپلو پښو تللی شی.

12

## 13 آیا تاسو سرچینې زیاتولی شئ؟

- له مخکېني نه ترلاسه کېدونکي اصلي درمل (د درد ضد درمل، TXA) په پام کې ونیسئ
- آیا د وینې لپاره لاره چاره لرئ – آیا تاسو د وینې ورکوونکو یوه ډله چمتو کړې ده؟
- آیا رخصت شوي کار کوونکي شته دي چې کولای شئ را وېي غواړئ؟
- آیا تاسو له نږدې آسانتیاو و سره اړیکې نیولې شئ؟

## 14 بهیر مدیریت کړئ:

- که داسې اسانه وه، نو له داخلیدلو نه دمخه لومړیتوبونه وټاکئ (۷ پکس). د کارکوونکو یو با تجربه غړی له مرستندویه پرسونل سره وگماری چې سهولت ته د داخلیدو بهیر کنټرول کړي.
- کوښښ وکړئ چې د کورنۍ اضافي غړي/ روغ خلک یو خوندي ځای ته واستوئ او هغوي له هغه څه نه چې پېښیري خبر وساتئ. که ممکنه وه له یو ځایي مشر نه د اړیکو ټینګونکي په توګه کار واخلي.
- له مخکېني نه د جراحي عملیاتو پلان نیول مهم دي – هغه کسان چې عملیات ته اړتیا لري نو که ممکنه وه باید مستقیماً عملیات خونې ته لار شي.
- هغوي چې اوسمهال ډیر سخت یا وخیم ندي باید هر څومره چې ژر ممکنه وی د درد آرامولو، د مکروب ضد درملو، پټي لګولو/ میزابیه کې اچولو او بیا بیا کتنو لپاره یوه وارډ ته ولېږل شي.
- که ممکنه وه هغه ټیپیان چې په لاره تللي شي باید په یوه نږدې جدا سیمه کې مدیریت شي.

15

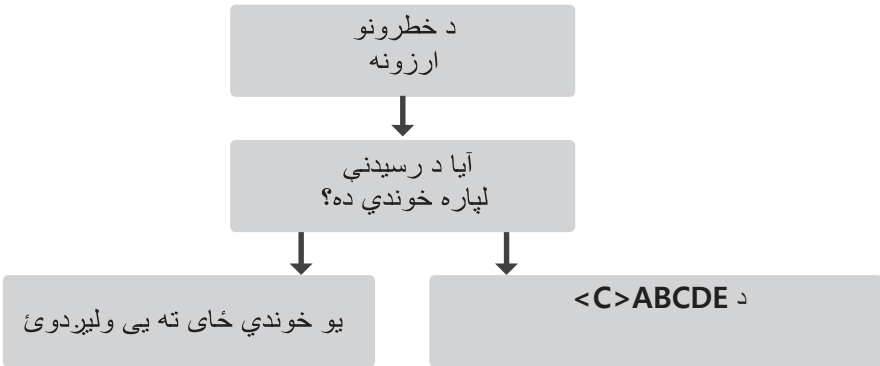
## له روغتون څخه د مخه بېرني پاملرنه

دا برخه هغه روش تر پوښښ لاندې نيسي چې څنگه د روزل شويو ځوابويونکو پواسطه د بېرني په ځای کېني د يو ټپي ماشوم درملنه وشي.

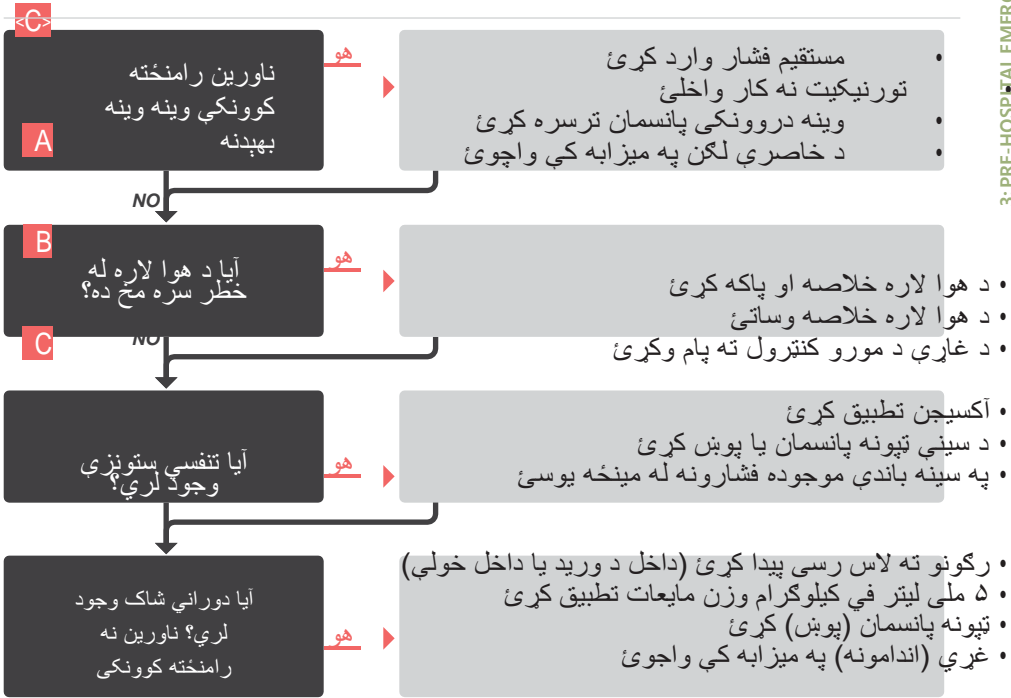
### لنډيز

- خونديتوب تر ټولو پورته لومړيتوب ده. د خپل ځان خونديتوب، وروسته د ناروغ، وروسته د پېښې د ځای خونديتوب. د خطرونو ارزونه وکړئ
- ټپي ماشوم ته د <C>ABCDE روش نه په کار اخیستلو سره د ماشوم ارزونه او درملنه وکړئ
- لاندې کارونه په دوراني شکل د بېرني په ځای او د ليرد په مهال په دوامداره توگه وکاروئ
- بيا ارزونه ► اقدام ► ارزونه
- ماشومان په احتياط سره پورته کړئ ترڅو د وينې لخته شوي ټوتي (علاقات) وساتل شي.
- پرته د ژوند ژغورونکي اقدام د ترسره کولو لپاره، نور په ليرد کېني ځنډ مکوي

### خوندي روش



## د ABC &lt;C&gt; ارزونه او اقدام



## &lt;C&gt; ناورين رامنځته کونکي وينه بهېدنه

## د ناورين رامنځته کونکي وينه بهېدنه کنترول اولین لومړیتوب ده

- ټولې برخې په غور سره وپلټئ چې ناورين رامنځته کونکي وينه بهېدنه نه وي موجود
- په ټولو تپونو باندې چې درنده وينه ترېنه بهیري مستقیماً فشار وارد کړئ، یوځل چې کنترول شوه یو تینګ یا کلک پلستر/بنداژ ورباندې وروټړئ.
- که وينه بهېدنه نشوای کنترول کیدای، نو وينه درونکي پانسما (بنداژ) یا د لاس پواسطه دوامداره فشار نه کار واخلئ
- که بیا هم کنترول نشوه، د تپ نه لږ پورته یو تورنيکيت وټړئ.
- د تطبیق وخت ریکارډ کړئ او په منظم ډول یې بیا ارزونه وکړئ
- ټولو قطع شویو غړو ته یو تورنيکيت تطبیق کړئ. د تطبیق وخت ریکارډ کړئ او په منظم ډول یې بیا ارزونه وکړئ.
- په ټولو لاندنیو غړو کې چې قطع شوې وي او ماشومان چې د شاک په حالت کې وي، یو د لگن خاصري ميزابه وکاروئ. هیڅکله له لنگ سره غرض مکوئ.

د لخته شوي يا پرند شوي ويني (علقې) ژغورنه:

- لومړنۍ لخته يا پرند شوي وینه (علقه) ترټولو قوي لخته وینه ده
- تېيان په احتياط او ډير کم بنکته او پورته کړئ
- د تېيانو د انتقال/ ليرد لپاره له هوا ترخت زنبيل نه کار واخلي.
- ۵ ملی ليتر/کيلوگرام مایع په کراره تطبيق او د اړتيا په مهال يی تکرار کړئ ترڅو د لاس نبض وساتل شي.

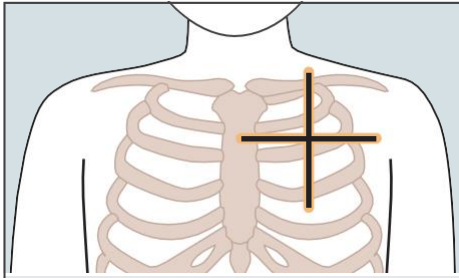
## د هوا لاره (Airway)

- وگورئ چې د بندش او سوځيدني نښانې وجود لري کنه
  - د هوا لاره د لاس يا مرستندويه شيانو پواسطه پداسې خلاص حالت کې وساتئ چې د ناروغ له عمر سره مناسبه وي،
  - د غاړې د مورو (رقيبي فقراتو) تېونو او کنترول ته پام وکړئ.
- په ماشوماتو کې د غاړې کلک بندونه (غروندې) مه کاروئ**





## تنفس کول یا ساه اخیستل (Breathing)



د ستنی پواسطه د فشار کمول په دویمه بین الضلعي مسافه کې، د مینځني ترقوي خط په امتداد.

د دریمي ضلعي په علوي کنار باندې د دویمي بین الضلعي مسافي له لاري د مینځني ترقوي لین په امتداد کنول د پلورا جوف ته ورداخل کړئ.



د داخلولو ځای د ساق نږدې ساحه (proximal tibia) یو سانتي متر لاندې او یو سانتي متر د ساق د برآمدگی (tibial tuberosity) آنسې طرف ته ده

• د تنفسی کار د زیاتوالي نښانې وگورئ چې شته کنه

• د تنفس تعداد او د اوکسیجن اشباع درجه اندازه کړئ (که ممکنه وه)

• اوکسیجن تطبیق کړئ، د اوکسیجن د اشباع درجه له ۹۴٪ نه لوړه وساتئ.

• وگورئ چې د سینې نافذه (داخل ته ننوتې) ټپونه موجود دی کنه او د

سینې پداسې بنداز یې پانسماں کړئ چې بندش رامنځته نکړي.

د سینې له خلاص والي نه په منظم ډول څارنه وکړئ.

• که ماشوم کولای شوي نو د شاه په تخته نیمه ملاست حالت کې

یې کپړدئ یا ماشوم پریردئ چې پخپله ځان همغسې برابر کړي.

• خنډونه لکه درانده شیان/ تنگي او محکمې جامې ترینه لرې

کړئ

• د فشاري نوموتوراکس

(tension pneumothorax)

نښانو ته بیداره اوسئ او چمتو و اوسئ چې د ستنې (needle

decompression) د عمليې

پواسطه فشار لرې کړئ

## دوران (Circulation)

د شعریه عروقو د بیا ډکیدو وخت، د نبض

تعداد او په ماشومانو کې د مروند نبض

(radial pulse) او په نویو زیریدلو

ماشومانو کې د مټ نبض (brachial

pulse) اندازه او ریکارډ کړئ

• که د شاګ نښانې موجودې وی نو داخل عظمي (IO) لاره د لاس رسي لپاره تر ټولو آسانه لاره ده.

• که د مروند نبض (په نویو زیریدلو ماشومانو کې د مټ نبض) نه وي موجود نو که موجوده وه د گرمې وینې محصولات یا کرسټالویدد د ۵ ملی ګرام/کیلوګرام په ډوز او ترانیکزامیک اسید د ۱۵ ملی ګرام/ کیلوګرام ډوز ورکړئ.

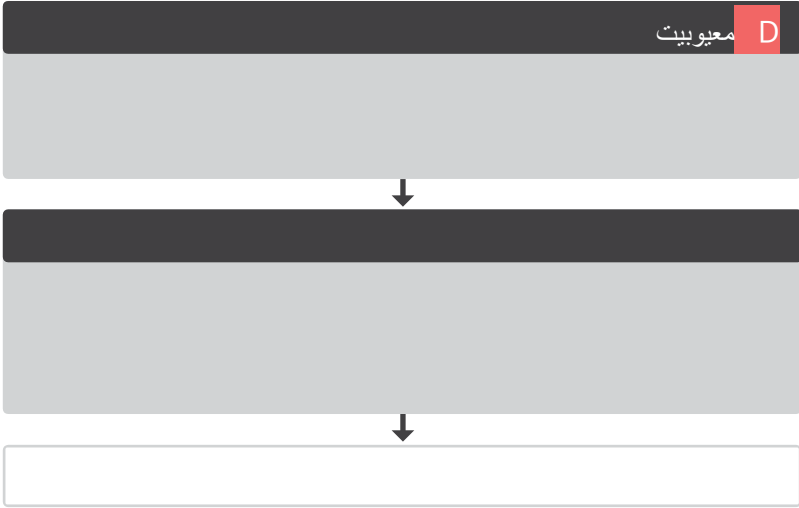
• بیا یې ارزونه وکړئ، که اوس هم د مروند (په نویو زیریدلو ماشومانو کې د مټ) نبض نه وه موجود، نو قطري (ډوز) بیا تکرار کړئ.

• د اړتیا سره سم یې بیا تکرار کړئ پداسې حال کې چې د طبی آسانتیا ته د لیرد لپاره ترتیبات هم نیول کيږي

**مهم ٽڪي:** ڪچيري ستنه په هڊوڪي ڪي برابره داخله نشوه نو په همغه هڊوڪي (عظم) ڪي بله داخل عظمي ستنه مه داخلوئ – ڪه ڇي د مابع د خارجيدلو او په نسج باندې د اشتهاهي شريان بند اثر ڪوي.

## معيوبيت او لوڅېدل (DISABILITY AND EXPOSURE)

يوځل چې **ABC <C>** ارزونه او اقدام بشپړ شول، نو د **معيوبيت او لوڅېدلو** په لور ولاړ شئ.



### معيوبيت (Disability)

- د غړو (اعضاوو) حرکت ریکارډ کړئ
- د سترگو د کسي اندازه، تناظر او غیرگون (عکس العمل) ریکارډ کړئ
- هوش/ بیداري ریکارډ کړئ (AVPU or GCS)
- د فارمکولوژیک او غیر فارمکولوژیک طریقو نه په کار اخیستلو سره د درد مدیریت وکړئ (درد کنټرول کړئ)
- د ویني د گلوکوز کچه اندازه کړئ که له ۳ ملی مول پر لیتر نه کمه وه نو ۱۰٪ دیکستروز د ۲ ملي لیتره في کیلوگرام په دوز ورته تطبیق کړئ.

### لوڅول (Exposure)

- ماشومان د اړتیا په مهال د لږ وخت لپاره د معاینې په خاطر لوڅ کړئ ولي له سره نه تر پینو او له مخې نه تر شا د ټپونو بشپړه معاینه تر سره کړئ.
- ماشومان هر وخت وچ او گرم وساتئ
- که له مخکېنې نه وي ترسره شوی، نو ټپي غړي پلستر او ټول پاتې ټپونه پانسما کړئ
- د لېږد لپاره يې په چمتو کولو/ بسته کولو باندې پیل وکړئ

### رواني لومړنۍ مرسته (PSYCHOLOGICAL FIRSTAID)

- د چاودنې ټپ او درملنه د ماشوم او درملنه کوونکي لپاره پريشانوونکي وي
- فزيکي صدمه او شديدې وېره د رواني اغيزې سبب کيږي
- منفي رواني اغيزې کيداي شي د پاملرنې/درملنې په هر پړاو کې را کمې کړل شي
- ماشومان د کورنيو يا وليانو نه مه جدا کوي مگر داچې چاره نه وي
- د ماشومانو د پاملرنې/درملنې په کار کې د درملنه کوونکو مرسته وکړئ

#### اړيکي ونيسئ

- خپل ځان مو په نوم سره وروپيژنئ او روښانه کړئ چې تاسو څوک ياست، او د ماشوم د نوم پوښتنه وکړئ
- ماشوم نه د هغه د اندېښنو په هکله پوښتنه وکړئ او داچې بنايي څه شي ته اړتيا لري
- له ماشومانو سره پداسې توگه اړيکي ونيسئ چې هغوي پرې پوهيدلای شي
- آرام او ساړه و اوسئ او له کورنيو سره مرسته وکړئ ترڅو آرام و اوسيري او هغوي ته هوساينه او مرسته وړاندې کړئ
- د خپل غږ په عادي آواز خبرې وکړئ او هوسا او ډاډمن و اوسئ

## د روغتون نه د مخه د لېږد په مهال او د لارې په اوږدو کې پاملرنه

- له روغتون څخه د مخه د یو ټپي ماشوم لېږد د ناروغ او کلنیکي متخصص دواړو لپاره یوه خطرناکه مرحله ده، او د خونديتوب د ډاډمن کولو لپاره پلانگذارې، زیرکي او پاملرنې ته اړتیا لري.
- که کولای شئ نو پلار یا مور یې راولئ.
- د لېږد په مهال د ستونزو حل ښایي مشکل وي؛ له مخکې نه پلان ونیسئ – کوبښ وکړئ چې مهم اقدامات له پیل نه دمخه بشپړ کړئ. کچېرې ستونزې موجودې وي، نو د هغو د هوارولو لپاره تم کېدل په پام کې ونیسئ.
- ځان ډاډمن کړئ چې ناروغ او ټولو اړینو وسایلو ته هر وخت لاس رسې ولرئ.
- د وینې وینه بهېدنه د کنټرول درملنې بیا وگورئ ترڅو ډاډمن شئ چې دا اوس هم اغیزمن دي او یقیني کړئ چې د اړتیا په مهال د هغوي برابرولو ته تاسو لاس رسې لرئ.
- ډاډ حاصل کړئ چې تاسو هوایی لاره ارزولی شئ او لاس رسې ورته لرئ.
- که د تنفسي یا قبلي وعايي سیستم وضعیت په ناڅاپي توګه خراب شو نو فشار نوموتوراکس (Tension Pneumothorax) په پام کې ونیسئ.
- د لېږد نه د مخه که ممکنه وه نو په میزابه کې یې واچوئ او د درد آرامول ترسره کړئ.
- ټپي ماشوم پداسې توګه تسلیم کړئ چې د ATMIST کارونه مو ټول ترسره کړي وي.

### خونديتوب (SAFETY)

- د لېږد چک لیست (لاندینی) په کار یوسئ
- دا به ډیره خوندي وي چې د اړتیا په مهال د یو طرز العمل د ترسره کولو لپاره تم شئ
- دا ډول سفرونه ښایي له خطر ډک وي – د ډرېور او خادمانو خونديتوب باید حتمي له اړتیا سره برابر وي ترڅو ماشوم په چټکۍ سره ولېږدوي.

- پلار او مور وهڅوئ چې له خپل ټپي ماشوم سره یوځای سفر وکړي، داسې چې ماشوم ته ښکارېږي او که ورته نږدې وي نو ډیره په زړه پورې خبره ده.

د روغتون نه د مخه د لیږد لپاره چک لیست (Prehospital Transfer Checklist)

د لیږد لپاره مناسب روغتیایي ټیم

ناروغ د لیږد لپاره خوندي ساتل شوی ده

ناروغ په زړه پورې چمتو (ګرمول، هوسا، لاس رسی) او بسته بندي شوی داخل د وریډ ته کلینکي متخصص لاس رسی لري او وریډ خلاص ده

د بیړنی حالاتو وسایلو ته په چټکه توګه لاس رسی کیږي – BVM، د وریډ له لارې تطبیق

کیدونکي مایعات، د هوا د لارې وسایل پوره څارنه شوي ده

روغتیایي ټیم خپل ټول وسایل او درمل، د

ناروغ مستند تفصیلات او والدینو/عدم

اعتراض تفصیلات لري او د امکان په

صورت کې د ماشوم له والدینو/درمل

کونکي سره د تلو ځای تثبیت شوي ده.

طبي لوازم (اوکسیجن، برق) چک کړئ، وګورئ چې د لیږد لوازم (تیل،

دربور، موټر) شته دي

د ATMIST کارونه ټول ترسره شوي او پلان شوي رسیدنه له هغې

آسانتیا سره چې ورته وړل کیږي (receiving facility)

( شریکه شوی ده.

د ATMIST د تسليمولو جوړښت (ATMIST handover structure)

د ناروغ عمر (Age of patient)	A
د ټپي كيدلو وخت (Time of injury)	T
د ټپي كيدو ميكانيزم (Mechanism of injury)	M
ټپونه (Injuries)	I
نښانې (نېض، د تنفس تعداد، په شرياني وينه كې د اوكسيجن اندازه، د عروق شعريه دوباره ټكيدل)	S
شوي درملنه (د تورنيكيت د تطبيق د وخت په گډون)	T

## د لېرد (انتقال) لپاره چمتووالی

### ناورین رامنخته کوونکي وینه بهیدنه

- ناروغ پداسی توگه کنبېردی چې د ټول سفر په اوږدو کې مستقیم فشار پري راوړل کیدای شي.
- ټول تورنيکتونه (شريان بندونه) وگورئ چې د کار وړ او اغيزمن وي او لاس رسی ورته کیدای شي.

### د هوا لار (Airway)

- تاسو خپله او ناروغ پداسې ډول ځای پرځای شئ چې د سفر په مهال د اړتیا سره سم د هغوی د هوا د لارې مدیریت ته ادامه ورکړای شئ (لکه د هوا د لارې کمکي آلې ایښودل).
- دا ډاډمنه کړئ چې تاسو حتی د آواز حرکت سره سره هم د ناروغ د هوا د لارې ارزونه کولای شئ.

### تنفس کول/ ساه اخیستل (Breathing)

- وگورئ چې د اوکسیجن جریان لږ تر لږه په هغه اقلي ډوز کې قرار لري
- وگورئ چې د سینې ټول بندونه (تنی گانې) خلاص وي.

### دوینې دوران (Circulation)

- د کنول جریان جاري او ډاډمن کړئ
- مایعات او شیردان را ځورند کړئ.

### د درد آرامول (Pain relief)

- تېپي غړي (مجروحي اعضاوی) ثابتې او له حرکته وغورځوئ او د سفر لپاره درد آرام کړئ.

## د لېرد (انتقال) اقدامات

بیا ارزونه وکړئ ▶ اقدام وکړئ ▶ ارزونه وکړئ



د یو ناروغ وضعیت په چټکۍ سره بدلیدای شي او د روغتون د چاپیریال په پرتله، د لېرد په مهال د گنګسیت او لیونتوب له کبله لږ ښکاره کیږي.

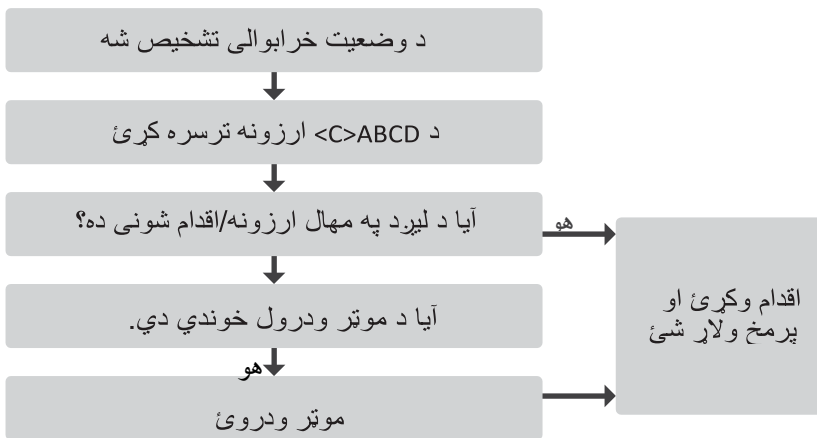
وضعیت غیر ثابت (متحرک) ده او په چټکۍ سره بدلیدای شي او د روغتون نه د مخه د انتقال د چاپیریال په مهال د گنګسیت له کبله لږ د لیدو وړ وي.

د جوربنت نه په کار اخیستلو سره د ماشوم ارزونه په منظم ډول ترسره کړئ ترڅو وگورئ چې د وضعیت د خرابیدلو نښانې او علتونه خو به نه وي موجود.



## ! د وضعیت د خرابوالي نښاتي

- په اندازه شویو حیاتي نښانو کې څارل شوی خرابوالی
- ماسک ګردله (وریخ وریخ کیډل) ودروي
- د سښي د حرکت کموالي/ د سښي غیرمتناظر حرکت
- د تھوبي ستونزې/ لوړ فشار
- خسافت/رنګ شین او وینتل
- د لیدو وړ وینه بهیدنه
- د جس کیدونکو/په لاس احساس کیدونکو نبضونو ورکیدل
- په هوش/بیداری کې تغیر
- د سترگو د کسي نامتناظروالی



پداسې حال کې چې د لیرد په حالت کې یاست د تسلیمې لپاره مو د ATMIST کارونه چمتو کړئ او که مو له طبي آسانتیا سره اړیکې درلودې نو هغوی ته له مخکښې نه خبر ورکړئ.

## مقصود طبي آسانتیا ته رسیدل

د لیرد اخري ځای ته له رسیدونه لږ مخکښې د ناروغ وروستی ارزونه ترسره کړئ نو د تسلیمې معلومات به څومره چې ممکنه وي، هغومره تازه وي.

په رسېدو سره مو اخیستونکي ټیم ته یوه باخبره تسلیمې ورکړئ (د ATMIST فورمه)

ټیم پریږدئ چې خپله لومړنی ارزونه بشپړه کړي، او وروسته د ټیم مشر او د کورنۍ غړو ته چې له ناروغ سره سفر کړئ ده د پېښې (چاودنې) د صحنې په اړه نور اضافی تفصیلات ورکړئ.

# د زیان کنټرول، بیا رغونه او جراحي

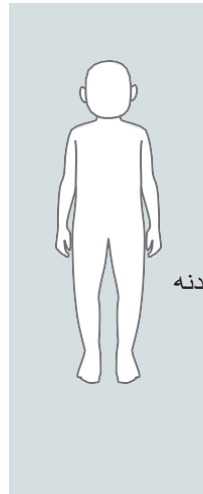
- د زیان کنټرول، بیا رغونه او جراحي (DCRS) د ارزونې (assessment) ، بیا رغونې (resuscitation)، جدي څارنې (critical care) او جراحي (surgery) یوه چټکه او موازي عملیه ده ترڅو پدې توگه په ټپي ماشوم کې چې څومره ژر ممکنه وي، وینه بهیدنه کنټرول کړي او نورماله فزیولوژی له سره ورغوي نو لدې کبله ژوند ژغوري.
- ماشومان اکثراً د لویانو په څیر د چاودنې په ضربه کې عین ټپونه گالي او تحمل کوي یې
- هغه جوړښت چې د ټپي ماشوم د ارزونې او درملنې لپاره کارېږي ډېری همغه څېر ده چې په لویانو کې په کار وړل کېږي.

د DCRS پړاوونه په لاندې توگه دی:



د هوا لاره

درمل او مایعات (تطبیق کونکی)



د وینې وینه بهیدنه کنټرول او لاس رسی

لومړنۍ سروې او اقدامات

د ټیم مشر

کاتب

## چمتووالی

- د ټپیانو د رسیدلو نه ۲۰ دقیقې مخکې ټیم (ټیمونه) باید د ټپي یا ټپیانو د څرنګوالي په اړه خبر کړل شي.
- رولونه (نقشونه) باید د موجوده پرسونل سره برابر ځانګړي او تثبیت شي. چې دا رولونه عبارت دي له:
- د ټیم مشر
- د هوا لاره
- لومړنۍ سروې او اقدامات
- د وینې وینه بهیدنه کنټرول او لاس رسی
- درمل او مایعات (پرمخ وړونکی)
- د نسخې لیکونکی

یوځل چې پرسونل ته رولونه (نقشونه) ځانگړي او خبرتیا ورکړل شوه، نو وسایل، درمل او مایعات چمتو کړئ. ټول وسایل چې بنایي وکارول شي باید په لنډ ډول چک او حاضر کړای شي. تمام مایعات یا درمل چې ورته اړتیا ده باید محاسبه او چمتو کړل شي.

د ماشومانو د تلفاتو شتون د ترضیض (زیان) په ټول ټیم کې احساسات راپاروي او دا د ماشوم پواسطه تشخیص کیدای شي نو یو آرام او خاموشه طریقه مهمه ده. د ترضیض ټیم مشر باید حتماً ډاډ ورکړي چې داسې پېښیږي.

د ترضیض په مهال د بیا رغوني لپاره وزن د لاندې فورمول پواسطه په خوندي توگه اټکل کیدای شي.

$$\text{وزن په کیلوگرام} = (\text{عمر جمع } 4) \times 2$$

د ماشومانو د اړینو خدماتو/ درملني چسبک د وزن د اټکل کولو لپاره کاریدای شي.

ماشومان باید هرڅومره چې ژر کیدای شي وزن یې معلوم کړل شي ترڅو یو دقیق وزن یې واخیستل شي.

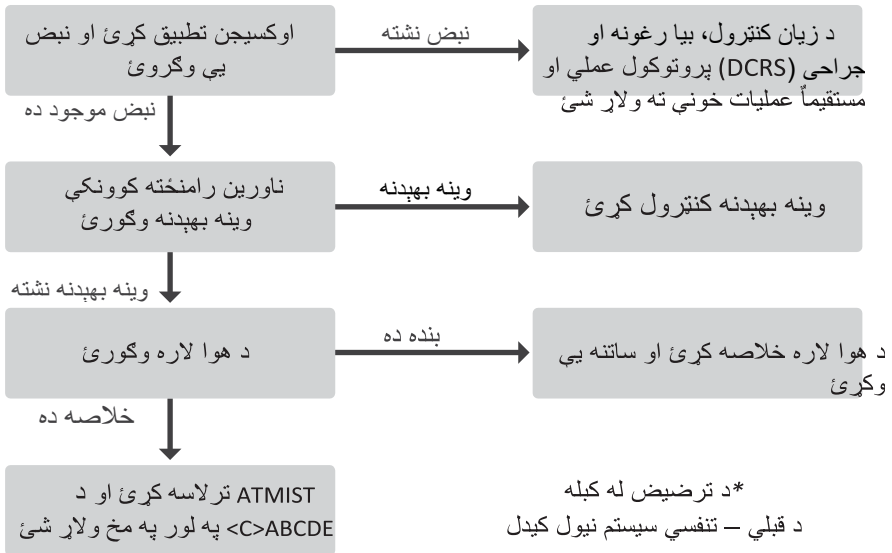
په کم عابده زمینه کې د ۶ کالو نه کم عمره ماشومانو نه ۲ کیلوگرامه او ۶ کلنو او زیاتو ماشومانو نه ۴ کیلوگرام منفي کړئ.

### لاندې ټکي محاسبه او ولیکئ:

W	وزن
E	په شزن کې د داخلېدونکي ټیوب اندازه
T	د ترانیکز امیک اسید ډوز
B	د ویني د څاڅکو اندازه
A	د ضد مکروب درملو ډوز
G	د گلوکوز ډوز

(۵ الف ضمیمه، ۴۲ پاڼه وگورئ)

طبي آسانتيا ته رسېدل  
له رسېدلو سره سم لاندې کارونه ترسره کيږي:



\*د ترضیض له کبله  
د قبلي – تنفسي سیستم نیول کیدل

۵ د ضمیمه ، ۴۷ پاڼه وگورئ

لومړنۍ سروی

• لومړنۍ سروی د <C>ABCDE جوړښت نه په کار اخیستو سره ترسره کيږي.

- په ماشومانو کې د عمر مطابق نورمالو فزیولوژیکي حدودو (اندازو) سره بلد واوسی
- د ناڅاپي ژوند گواښونکي تپونه له موندلو سره سم اقدام کيږي او درملنه يي ترسره کيږي.

جدول - نورمال فزیولوژیکی حدود

د وینی سیسټولیک فشار		د زره د ضربان تعداد په دقیقه کې		د استراحت په مهال د تنفس تعداد په دقیقه کې		د وزن لارښود په کلوگرام	عمر
۵۰ سلنه ۹۵ سلنه		۵ سلنه		۵ نه تر ۹۵ سلنه		۵ نه تر ۹۵ سلنه	
۱۰۵	۹۰ - ۸۰	۷۵ - ۶۵	۱۷۰ - ۱۲۰	- ۲۵ ۵۰	۵.۳	د زیږون په مهال	
						۱ میاشتنی	
						۳ میاشتنی	
	۹۵ - ۸۵	۷۵ - ۷۰	۱۶۰ - ۱۱۰	۴۰ - ۲۰	۸	۶ میاشتنی	
۱۲ میاشتنی							
۱۱۰	۱۰۰ - ۸۵	۸۰ - ۷۰	۱۵۵ - ۱۰۰	- ۲۰ ۳۵	۱۱	۱۸ میاشتنی	
						۲ کلن	
						۳ کلن	
						۴ کلن	
- ۱۱۰ ۱۲۰	۱۱۰ - ۹۰	۹۰ - ۸۰	۱۳۵ - ۸۰	- ۱۵ ۲۵	۱۸	۵ کلن	
						۶ کلن	
						۷ کلن	
						۸ کلن	
- ۱۲۵ ۱۴۰	۱۲۰ - ۱۰۰	- ۹۰ ۱۰۵	۱۱۵ - ۶۵	- ۱۲ ۲۴	۲۱	۹ کلن	
						۱۰ کلن	
						۱۱ کلن	
						۱۲ کلن	
			۱۱۰ - ۶۰		۲۳	۷ کلن	
					۲۵	۸ کلن	
					۲۸	۹ کلن	
					۳۱	۱۰ کلن	
					۳۵	۱۱ کلن	
					۴۳	۱۲ کلن	
					۵۰	۱۴ کلن	
					۷۰	بالغ	

## <C> ناورين رامنخته کونکي وينه وينه بهېدنه

- په قطع شويو غړو باند تورنيکيت (شريان بند) وټرئ يا يې محکم کړئ چې وينه وينه بهېدنه کنټرول شي.
- په ټولو هغو حالاتو کې چې د لگن خاصرې د ټپ گمان پکې کيږي او همدارنگه د لاندنيو غړو د قطع کولو (پريکولو) په صورت کې لگن خاصرېه ميزابه کې واچوئ
- په مفصلی ساحو کې چې ټپونه وي په هغو مستقيم فشار وارد کړئ او تر هغې يې له فشار لاندې ونيسئ چې وينه بهېدنه کنټرول شي.
- که د هايپووالييميا (د د وينې وينه بهېدنه له کبله د وينې د مقدار کميدلو) په صورت کې پري اريست (له په ټپه درېدو نه دمخه حالت) موجود وي، نو مستقيم يې عمليات خونې ته وليږدوئ.

## د هوا لاره

- د هوا لار و ارزوئ چې بندش خو به پکښې نه وي يا مخ په بندېدو خو به نه وي
- د هوا لار خلاصه کړئ او خلاصه يې وساتئ
- د بيهوشۍ (انسټيزي) د تطبيق له کبله رامنخته کيدونکي چټکي پايې او د ټيوب داخلول په پام کې ونيسئ – (۳۴ پاڼه، د RSI برخه وگورئ)

## تنفس (ساه اخيستل)

- که د سيني د قفس دننه (داخل قفس صدري) حتی د پام وړ ټپ موجود هم وي، په ماشومانو کې د ټپي کيدنې نښانې نښايي نه وي موجودې. د پښتنيو (اضلاعو) کسرونه د پام وړ قوې بنکارندوی دي.
- ماشومان په چټکۍ سره غير مشبوع کيږي.
- د ډيري خواکمنې خريطي لرونکي ماسک له لارې تهويه ترسره کول د معدې د پرسوب سبب گرځي او د اسپايريشن (تنفسي لارې ته د معدې د محتوياتو داخلېدو) او د ډيافراگم پردي د فلج کيدو (په ټپه دريدو) خطر لري.
- د تنفس چټکوالی (Tachypnoea) د ټپي کيدنې او د هايپووالييميا (د وينې د مقدار کميدلو) يوه لمرنۍ نښه ده او بايد له پامه ونه غورځول شي.



- وگورئ چې تنفسي ستونزې يا عدم کفايه موجود دي کنه
- د تنفس چټکتيا (ټپکيپنيا)
- د تنفسي کار زياتېدل
- په وينه کې د اوکسيجن کموالی (هايپوکسيا) // سيانوزيس (د نهايتونو رنگ تور اووینتل)
- د سيني ژوند-گوانبونکي ټپونه تشخيص کړئ او په درملنه يې اقدام وکړئ
- د تنفسي عدم کفايه په صورت کې د انسټيزي لمرني چټک غبرگون ته چمتووالی ونيسئ – ۳۴ پاڼه، د RSI برخه وگورئ
- د سيني ساده عکس (راډيوگراف) واخلي او کلينيکي معاينه يې ترسره کړئ.

په ماشومانو کې د سيني د ټپونو لنډيز

اقدامات (مداخلې)	نښانې	ټپ
د اوکسيجن تطبیقول د سيني د قفس تخليه کول	چټک تنفس د اوکسيجن کموالی يو طرف ته د تنفسي آوازونو موجودیت	نوموتوراکس
د سيني درز بندوونکی پانسمان جراحی د سيني د قفس تخليه کول	د نافذه (داخليدونکي) ټپ موجودیت چټک تنفس هاپيوکسيا د تنفسي آوازونو کمېدل	خلاص (باز) نوموتوراکس
د اوکسيجن تطبیقول له سيني څخه د فشار لري کول سيني د قفس تخليه کول	چټک تنفس هاپيوکسيا د شاک نښانې	فشاري نوموتوراکس
د اوکسيجن تطبیقول د ضایع شوي مايعاتو د حجم بیرته اعاده کول د سيني د قفس تخليه کول	چټک تنفس د شاک نښانې يو طرف ته د تنفسي آوازونو موجودیت د قرع (percussion) په صورت کې د کند حالت موجودیت	کنلوي هيموتوراکس (د سيني په قفس کې د وینې جمع کېدل) وگورئ)
د اوکسيجن تطبیقول په تنفس کې مرسته کول	چټک تنفس هاپيوکسيا په تنفس کې ستونزې	چاود سېری (د چاودني د ټپ په هکله نوټونه په ۵ د ضميمه، ۵۱ پاڼه کې وگورئ)
د درد آرامول د اوکسيجن تطبیقول (د سېرو په تھويه کې مرسته کول)	د سيني د جدار د عادي حالت نه سر چپه (برعکس) حرکت چټک تنفس هاپيوکسيا	فلايل چپسټ (د گڼ شمير پښتنيو کسرونه په بيلابيلو ځايونو او امتدادونو کې)
د اوکسيجن تطبیقول د ضایع شوي مايعاتو بیرته اعاده کول د سيني د قفس خلاصول د جراحی پواسطه	د شاک نښانې نافذه (داخل ته ننوتونکي) ټپ	قلبي ټامپوناد (د پریکارډ په جوف کې د وینې راغونډیدل چې په زړه باندې فشار وارد کړي)

- وروسته له ټپي کیدونه، په لومړي ساعت کې د مروند نبض (radial pulse) وژغورئ او د انساجو اروا (perfusion) بهتره کړئ
  - ماشومان د کرکچن حالت د جبران وړتیا وروسته په ځنډ سره له لاسه ورکوي چې ناوړین رامنځته کونکي وي
  - داسې بل ستونزمن شی نشته لکه په ماشومانو کې د ټیټ فشار بېرته رغول
  - د هایپووالیمیا (د وینې د حجم کموالي) په مدیریت کې د رگونو تنګوونکي درمل (vasopressors) ونه کاروئ
  - د ترضیض (ټپ) په وخت د زړه چټک ضربان (Tachycardia) تل د هایپووالیمیا له کبله وي مګر دا چې ثابت شي
  - د شاک په حالت کې په ماشوم کې رگونو ته داخل عظمي (Intraosseus vascular access) لارې لاس رسی آسان او د ډاډ وړ طریقه ده
  - د یو ماشوم په بیا رغونه کې هیڅکله هایپوټونیک یا هایپونېټرمیک مایعات ونه کاروئ.
- تل دا فرض کړئ چې د زړه چټک ضربان په ثانوی توګه د هایپووالیمیا له کبله منځته راځي.
- د شاک د نښانو ارزونه وکړئ (شته کنه؟)
  - د زړه چټک ضربان
  - د شعریه عروقو د بیرته ډکیدلو وخت اوږدېدل (له ۲ ثانیو نه زیات)
  - د تنفس چټکوالی
  - خسافت (رنګ تینتیدل)
  - ګڼه معاینه کړئ
  - د لازیاتي وینې وینه بهېدنه نه مخنیوی وکړئ
  - ټپونه پانسما کړئ
  - کسرونه په میزابه کې واچوئ
  - که اړین وه، د خاصې لګن په میزابه کې واچوئ -
- هیڅکله هم د ثبات (ټینګښت) د ارزولو لپاره د خاصې لګن سره لاس مه وهئ**
- د دوراني وینې حجم له سره اعاده (پوره) کړئ
  - رگونو ته لاس رسی پیدا کړئ، (داخل عظمی لاره یو وختي یا لومړنی وسیلي په توګه په پام کې ونیسئ - ۵ ب ضمیمه، ۴۳ پاڼه وګورئ)
  - د وینې د ورکړې (transfusion) د پروتوکول سره سم وینه او د وینې محصولات تطبیق کړئ (۵ ج ضمیمه، ۴۴ پاڼه)
  - وروسته د هر ۵ ملی لیتر پر کیلوګرام څاڅکو د تطبیق نه دویمه لاره ارزونه وکړئ - پدې موخه چې د مروند نبض په لومړي ساعت کې وژغورل شي او نبض، د شعریه عروقو د بیا ډکېدنې وخت، او د انساجو د اروا نښاتي بهتره کړل شي.
  - (د کتلوي وینې ورکونې پروتوکول په ۵ ج ضمیمه، ۴۴ پاڼه کې وګورئ)
  - ټرانیکزایمیک اسید ورکړئ
  - د کتلوي وینې ورکونې د پروتوکول سره سم کلسیم کلوراید ورته تطبیق کړئ.



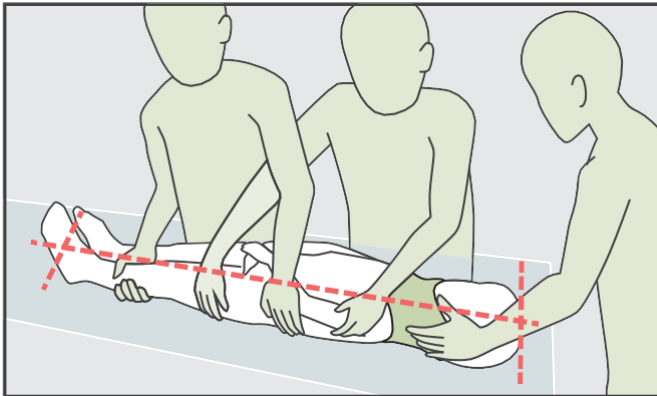
## معیوبیت (Disability)

- تر فشار لاندې او ټپي ماشومانو کې د هاپیوگلايسيميا (په وینه کې د کلکوز کچه را ټیټېدلو) خطر ډیر لور وي – په ټولو ماشومانو کې د سیروم د گلوکوز کچه وگورئ.
- د ۱۰٪ ډیکسټروز د ۲ ملی لیټر پر کیلوگرام په ډوز په تطبیقولو سره هاپیوگلايسيميا کنټرول کړئ.
- د هوش (بیداری) په گډون، عصبی (نیورولوژیک) ارزونه ترسره کړئ.
- د وینې گلوکوز وگورئ او هاپیوگلايسيميا کنټرول کړئ
- د جواز په صورت کې د نخاع ژغورني احتیاطی تدابیر ونیسئ (۱۰ برخه وگورئ)
- که جواز لري نو د عصبی سیستم د ژغورني تدابیر ونیسئ.

## د معاینې لپاره برېښول (Exposure)

- ماشومانو کې د هاپیوترمیا (د بدن د تودوخي کمښت) خطر ډیر لور وي.
- برېښد یې کړئ – معاینه یې کړئ – د بدن ساحې یې بیرته پټې کړئ.
- یواځې یوځل یې په بل مخ واړوئ چې شاه یې معاینه کړئ او د کړیدو درجه یې ترټولو ټیټې کچې ته را کمه شي.
- دغه ماشوم له سر نه تر پښو، ۳۶۰ درجې د ټولو ټپونو لپاره معاینه کړئ
- دا کار باید په لومړنۍ موقع کې ترسره شي او بنايي وروسته له جراحي نه هم ترسره شي ولي ځانونه ډاډمن کړئ چې شوی ده.
- دا ډاډمنه کړئ چې ماشوم گرم او وچ ساتل کيږي
- مایعات گرم کړئ
- کوټه گرمه (توده) کړئ
- تودوخه کنټرول کړئ او وېي څارئ.

درې کسان باید ماشوم د گنډې په څیر واړوي.



## اقدام/ مداخله (INTERVENTION)

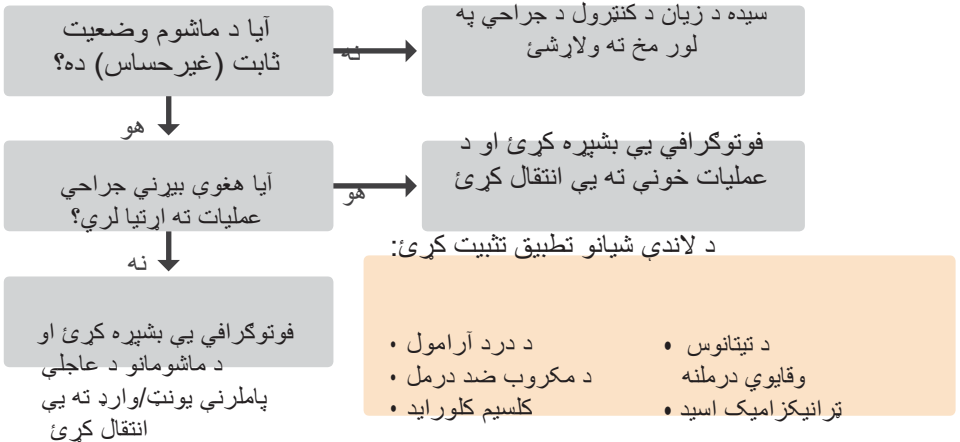
کله چې لومړنی سروی پرمخ روانه وي نو بڼایي دیته اړتیا ولیدل شي ترڅو په بیرته په اقدام لاس پورې شي او د ژوند ژغورلو لپاره لاس په کار شي.

### بیا ارزونه (Reassessment)

- وروسته له هر اقدام نه  $C > ABC$  په لنډ ډول بیا وارزونه ترڅو معلومه شي چې که په وضعیت کې کوم بڼه والی (بهبود) راغلی وي.
- د  $C > ABC$  د ارزونې په پای کې بیا لنډه ارزونه ترسره کړئ ترڅو ثابتې دا ثابتې شي چې:
  - ناورین رامنځته کونکي وینه بهیدنه کنترول ساتل شوي ده
  - د هوا لاره خلاصه ده او ژغورل شوي ده
  - تهویه (د سرو د هوا تازه کیدل) او د اوکسیجن رسیدنه کافي ده
  - د اړتیا په صورت کې د وینې تطبیق پیل کېږي
  - هوش (بیداري) ثابت حالت کې ده یا مخ په بڼه کېدو ده او په وینه کې د گلکوز مقدار نورمال ده
  - ماشوم گرم او پوښل شوی ده.
- که په سمدستی توګه ژوند ګواښونکي ستونزې هوارې شوي نه وي، نو بیرته د اقدام/مداخلې او بیا ارزونې په لور لار شئ.

### د ټیم ترمینځ د کار په هکله کنفرانس

د لومړنۍ ارزونې او اقدام نه وروسته د ټیم لخوا په کلینکي وضعیت باندې یوه لنډه کتنه ترسره کېږي. پدې موقع کې د پاملرنې د راتلونکي پړاو په هکله تصمیم نیول کېږي.



- د قومندې تصمیم باید لنډ او د ټیم د مشر لخوا رهبري شي.
- تصمیم باید په واضح ډول له ټول ټیم سره شریک کړل شي.
- تصمیم باید له کورنۍ/ساتونکو سره شریک کړل شي.





د <C>ABCDE الگوریتم



کارونو ته دوام ورکړئ او بیا ارزونه ترسره کړئ. بیا رغونې ته دوام ورکړئ

• د انسټیزي چټکو پایلو ته چمتو و اوسئ



## د زيان کنترول، بيا رغونه او جراحي عمليه کي RSI

د RSI د ترسره کولو تصميم بايد حتماً د ترضيض د ټيم له مشر سره يوځای ونيول شي او ټول ټيم بايد پرې خبر وي.

RSI چې هرڅومره ممکنه وي په خوندي توگه نيول کيږي. فزيولوژي بايد په زړه پوري حالت کې وي او ټول لوزام (کيتونه) او پرسونل بايد چمتو وي. کله داسې هم پېښيږي چې د ناروغ له رسيدو سره سمداستی RSI ته اړتيا ليدل کيږي. چمتو اوسئ

- د زيان کنترول، بيا رغونه او جراحي عمليه کې د RSI استطببات په لاندې ډول دی
- د تنفسي لارې حقيقي يا خنډ پېښوونکي انسداد يا بندش (لکه سوځيدنې، پراخيدونکې هيماتوما)
- د هوش/ بيدارۍ کميدل يا بېقراري
- بشري لکه نه کنټروليدونکي درد يا روحي فشار په ماشوم کې
- د بيلگې په توگه له مخکې نه پېش بينه شوی کلينکی سير به سمداستی جراحي ته اړتيا ولري.

يو چک ليست وکاروئ او څارنه وکړئ

- د زړه برقي گراف
- د وينې فشار
- نبض او په وينه کې د اوکسيجن د مقدار معلومول (Pulse Oximetry)
- د خارج کړی شوي (ذفيري) کاربن دای اوکسايډ د عظمت معلومول (Capnography)

### د ټيوب داخلولو نه د مخه چک ليست: د مثبت ځواب کتنې

ناروغ چمتو کړئ	وسایل چمتو کړئ	ټيم چمتو کړئ
<input type="checkbox"/> د ټيوب په داخلولو کې د ستونزو د شتون تاريخچه؟ که هو نو ولي؟ <input type="checkbox"/> سست غاښونه؟ <input type="checkbox"/> له مخکې نه اوکسيجن ورکړل شوی <input type="checkbox"/> د قلابی وعايي سيستم له پلوه محکم ده؟ کله نو ډاډمن يې کړئ <input type="checkbox"/> وضعيت يې مناسب ده؟	<input type="checkbox"/> د څارني (مونيتورينگ) وسایل شته؟ <input type="checkbox"/> د مرطوب کولو دستگاه چالانه (روښانه) ده؟ <input type="checkbox"/> ايا ټول وسایل شته دي؟ <input type="checkbox"/> د سکشن دستگاه کار کوي؟ <input type="checkbox"/> د اوکسيجن آله روښانه چالانه (ده)؟	<input type="checkbox"/> ايا د ټيم مشر شته ده؟ <input type="checkbox"/> پېژندگلوۍ شوي دي؟ <input type="checkbox"/> د انسټيزی ټيم حاضر ده؟ <input type="checkbox"/> هر چاته خپل رول (نقش) <input type="checkbox"/> ټاکل شوی ده؟ <input type="checkbox"/> د ټيوب داخلولو الف او ب پلان

د تیوب داخلولو څخه دمخه  
چک لیست  
ارین وسایل



د خولی له لارې د هوا لار



سکشن



د اوکسیجن ماسک



مایعات او درمل



د انسټیزي سرکت



د حنجري د لیدلو آلي



غوروونکی جل



د ماگیل فورسیپ



Oxygen  
ERCO<sub>2</sub> Monitor

اوکسیجن



پخپله پرسیدونکی خاڼه



ټیپ



داخل شزني تیوبونه



سیخ او د راویستلو آله



## القاء او د تيوب داخلول (Induction and Intubation)

- له مخکېني نه د اوکسيجن ورکړه مهمه ده، ماشومان په ډيره چټکۍ سره غير مشبوع کيږي، تاسو به ددې کار لپاره ډير لږ وخت ولرئ
- هرڅومره چې ماشوم ډير د ډاډ وړ وي هغومره د هايپنوتيک او اوپيات درملو ډوز بايد لږ وي. يوځل چې تيم چمتو شه او چک ليست بشپړ شه نو د القاء (انډکسيون) په لور مخته ولاړ شئ. کوم کلينکي متخصص چې دا کار ترسره کوي يا هغه درمل وکاروي چې دوي ورسره بلد وي ولی د ترضيض د انډکسيون لپاره يو تجويز شوی مخلوط په لاندې ډول ده:

دوز:			د ماشوم فزيولوژيکي وضعيت
روکورونيوم» (ملي گرام/ کيلوگرام)	کيتامين (ملي گرام/ کيلوگرام)	فينتانيل (مايکرو گرام/ کيلوگرام)	
1	2	3	د نورمال فشار په حالت کې
1	1	1	د شاک په حالت کې
1	0	0	له گرفتگي نه مخکې حالت

« يا سکسينايل کولين

د يو لستوني بند لرونکي تيوب پواسطه (چې د لږ فشار پواسطه اندکې پرسول شوی وي) د هوا لاره خلاصه کړئ يعنې تيوب ورداخل کړئ. که لستوني بند لرونکی تيوب نه وي موجود د ستوني يوه نمناکه ټوټه (کيسه) په پام کې ونيسئ.

د سښي د حرکت د معاینې، اصغاً (په ستاتسکوپ باندې تنفسی آوازونه کتلو) او د تنفس د جذر او مد په اخر کې د کاربن ډای اوکسايډ ( $end\ tidal\ CO_2$ ) په نثبیتولو سره د تيوب ځای پر ځای کيدل نثبیت کړئ.

هر ځل چې ماشوم انتقالیږي د تيوب ځای پر ځای کيدل نثبیت کړئ.

د پايڅو (trouser legs) نه په کار اخیستو سره د تيوب داخلولو نه وروسته تيوب خوندي او ډامن کړئ (۷ برخه، ۸۱ پاڼه وگورئ) او د هوا د لارې، تنفس، دوران وضعيت (ABC status) نثبیت او تهويه ورکونکې دستگاه ته يې انتقال کړئ.

موخه د ۶ ملي ليتر پر کيلوگرام ټايډل واليم او د ډفير په اخر کې د ۴ سانتي متره اوږو په کچه مثبت فشار رامنځته کول دي.

د انستيزي او فلج ته په اډامه ورکولو پيل وکړئ (۷ برخه، ۸۲ پاڼه وگورئ)





## د زیان د کنټرول لپاره جراحي عملیه\* (DCS)

- زیان کنټرولونکي جراحي یو لنډ بیا رغونکی طرز العمل ده ترڅو لاندې کارونه ترسره کړي:
  - وینه بهېدنه کنټرول کړي
  - د انساجو اروا (پرفیوژن) بیرته اعاده کړي
  - د کولمو د محتویاتو پواسطه ککړیدل (ملوث کیدل) را کم کړي.
- زیان کنټرولونکي جراحي د ټولو عمرونو ماشومانو لپاره یو برابر اغیزمنه ده
- هغه اصول چې کله د ټولو عمرونو ماشومانو کې باید جراحي مداخله وشي عین شي دي کوم چې په لویانو کې دي.
- موخه داده چې عادي فزیکي حالت بیرته اعاده شي، نه دا چې قاطع ترمیم ترسره شي.
- زیان کنټرولونکي جراحي تر یو ساعت وخت پورې محدوده ده.

• بیا رغونه له جراحي عملیات سره موازي پر مخ شي – په دوامداره توګه د بیا رغونې له ټیم او د انسټیټیزي له ډاکټر سره اړیکې ټینګې کړئ.

\* د ماشومانو ترضیض د جراحي په هکله د پرمختګ په موخه ۸ برخه وګورئ.

## د زیان کنټرولونکي جراحي (DCS) لپاره استنباطات

- کله چې د بیا رغونې له کار سره بیا هم ماشوم په لاندې حالتو کې قرار ولري، پداسې ناروغ ماشوم کې باید سمدستي جراحي مداخله یا اقدام وشي:
  - د گرفتګي (په ټپه ولاړ) حالت نه دمخه حالت کې
  - د وینې فشار په چټکۍ سره نشي اعاده کیدای یا ژغورل کیدای
  - د نه ایساریدونکي او دوامداره وینې وینه بهېدنه د شواهدو موجودیت
  - د کولمو د تثقېب(سوري کیدلو)/ له منځه وتلو د شواهدو موجودیت
  - مخ په خرابیدو فزیولوژیکي حالت
  - بل ژوند/غري ژغورونکي بیړني اقدام ته اړتیا لکه اسکیمیا یا مرکزی عصبی سیستم.

## اړیکي ټینګول

سره د زیان کنټرولونکي جراحي ته د لېږد پلان له ټول ټیم سره شریک کړئ د دې کار لپاره د نړیوالې روغتیايي ادارې چک لیست (WHO checklist) نه چې په ۱۰۰ پاڼه کې ده، ګټه واخلي. اختلافاتو ته د ځان رسولو لپاره موخي، خطر ونه او پلانونه روښانه کړئ.

## د صدري قفس خلاصول (Thoracotomy) يا د بطن خلاصول (Laparotomy)؟

دا کار د تپ (جرحي) په نوعیت او د عکس (راډیولوژي) د تشخیصونو لخوا رهبري کيږي. د متمرکز ټلویزوني معاینې (focused ultrasound) کارول ښايي په پریټوان کې د مایع موجودیت په گوته کړي ولې ددې د مسترد کولو لپاره باید په دې معاینه باندې حتماً باور ونه شي. لاندې ټکي د تصمیمونو په نیولو کې مرسته کوي:

- کنټرول باید دومره نږدې وی څومره چې ضروري وی
- صدري اهر (thoracic aorta) ته لاس رسی ډیر چټک ده او اهر په آسانه په لاس باندې کنټرولیدای شي.
- د فزیولوژي د ژباړلو لپاره د کافي وینې د نشتون په صورت کې، د اوږدو هډوکو په ګډون ټول ځایونه وګورئ.
- د وینې د کمېدو له کبله په تپه ولاړ حالت (hypovolaemic arrest) کې د سینې د قفس خلاصول باید لومړنی لاره وی.

### لاس رسی (Access):

#### بطني/ د ګېډي له لارې (Abdominal)

تر ټولو چټک لاس رسی د مینځنۍ خط شق (midline incision) ده. ولې د بطن جدار ډیر نازک ده او د پریټوان په پریکولو سره د غړي د ټپي کېدو خطر موجود ده په ځانګړي توګه ښه (ځبګر) چې د پښتۍ د څنډې لاندې ادامه لري.

په ماشومانو کې چې وزن یې له ۱۵ کیلوګرامه نه کم وي، ټول بطن ته د لاس رسي پیدا کولو لپاره یو عرضاتي شق ښايي ډیر اغیزمن تمام شي.

#### د صدر/ سینې له لارې (Thoracic)

د قشر په منګول کې نیولو له لارې د صدر خلاصول (Clam shell thoracotomy) د لاس رسي تر ټولو چټکه لاره ده. د قص د عظم مابین څیړول (Median sternotomy) ښه لاس رسی پیدا کوي ولې وخت نیونکی ده. پرته له لویانو نه، په ماشومانو کې وحشي-قدامي توراګوتومي ممکنه نده چې کافي غټه وي ترڅو پوره لاس رسی برابر کړي.

#### خلف پریټواني لاره (Retroperitoneal)

احشاوو (داخلي غړو) ته د انسي لور ته تدور ورکول خلف پریټوان (د پریټوان شا ته) برخو ته لاس رسی آسانوی چې دا کار په ماشومانو کې آسانه ده ځکه چې خلف پریټواني التصافات (نښلونې) یې نازکه دي.

- کله چې ګمان کيږي چې غټېدونکي هیماټوما د چپ کلیوی (پښتورګي) شریان یا د اهر د څانګې د وینې وینه بهېدنه له کبله منځته راغلي نو ماشوم ته له چپ اړخ نه د ښي اړخ په لور تدور ورکړئ.
- که ګمان کيږي چې غټېدونکي هیماټوما د راسته کلیوی (پښتورګي) شریان یا د سفلي ورید جوف (Inferior Vena Cava) نه د وینې وینه بهېدنه له کبله رامنځته شوي نو ماشوم ته (د اثنا عشر سره یوځای) له راسته اړخ نه د چپه اړخ په لور تدور ورکړئ.



## د زیان د کنترول طرز العملونه

- په ماشومانو کې د جامد (ډک منځی) غړي او د خلف پریټوانی وینې بهیدني په کنترول کې ترل یا بسته کول (Packing) ډیر زیات اغیزمن ده.
- په ماشومانو کې جدا شوی پنډ جامد غړی نږدې هر وخت په محافظه کارانه ډول مدیریت کیدای شي.
- د رگونو لوري بل لور ته اړول (Vascular shunting) ستونزمن کار ده. د لږ پرمختللي جانبي دوران له کبله په ماشومانو کې د اسکیمیا (انساجو ته د وینې کمیدلو) خطر ډیر لور ده.

### یوځل په بطن (گېډه) کې لاندې کارونه ترسره کړئ:

- امعا (کولمې) په غور سره وگورئ او له نظره یې تیري کړئ
- د گیدې ټولي ربعي (څلورمې برخي/کوادرانت) په بنداذ باندې پاکي او وپوښئ
- **Pause for any anaesthetic catch-up**
- د لاس پواسطه د کیکارلو (فشار واردولو) سره فوق-الیوی (supra-coeliac aorta) ابهر لا زیات کنترول کړئ. دا کار د کیرا (بندگیر) کارولو په پرتله ډیر خوندي او اغیزمن ده.
- بستې (د بنداذ پالښتکونه) با او ارزوئ او د هغو ربعو (کوادرانتونو) نه چې کمه تری بهیري یا لږ تپي وي د زیاتو وینه بهیدونکو تپونو په لور یو په بل پسې لري کړئ.
- کولمې (Bowel) – د تپي کوچنیو/غټو کولمو د برخو د گنډلو یا پریکولو او انستوموز کولو (پریکول او خوله په خوله گنډلو) پرځای هغوي غوټه کړئ یا فیدک پکې واچوئ.
- جامد یا ډک منځ لرونکی غړی (Solid organ) – ترمیم لپاره د توري (طحال) یا (یوه خوا) پښتورگي (کلیې) د کش کولو پرځای د هغوي ویستل ښایي اړین وي ولې محافظه کاري (احتیاط او ژغورنه) په پام کې ضرور ونیسئ. ینه (څیگر) پوښ کړئ.
- او عیه/رگونه (Vascular) – رگونه په نږدې او لریو موقعیتونو کې کنترول کړئ. د عارضی ترمیم پرځای رگونه غوټه یا شنت (موازي او منحرف) کړئ. په یاد ولرئ چې په کوچنیو رگونو کې د شنت عملیه له تخنیکي پلوه ننگوونکې ده. د شریانونو غوټه کول د اسکیمیا رامنځته کولو له کبله ښایي جدي پایلي رامنځته کړي. د غړي یا عضوي د اسکیمیا ښانې په غور سره وڅارئ.
- غړی/عضوه (Limb) – په ماشومانو کې لکه د لویانو په څیر د اسکیمیا یا شدیدو تپي غړو په صورت کې د صفاق ویستل (Fasciotomy) استطاب لري (۹ برخه وگورئ)
- د خاصري لگن/ حوصله (Pelvis) – د حوصلي پریټوان د خلاصولو، قبل پریټوانی صفحي ته داخلیدلو، د عجز (sacrum) په چاپیره د شق اجرا کولو او د بیرونی میزابي سره د خاصري د لگن ټینګولو سره د خاصري د لگن خلف پریټوانی وینه بهیدنه پوښل او ترل کیدای شي.
- د خارج پریټوانی صفحي څخه له کار اخیستلو نه پرته د بسته بندۍ (ترولو) کار به وینه وینه بهیدنه پوره بنده نشي کرای یعنی پوره ټمپوناد نشي رامنځته کولای.
- سینه (Chest) – د سرو د تپي کیدو په حالت کې چې د پام وړ وینه بهیدنه لري یا هوا پکې بیرون ووځي، د دواړو یعنی د قید کوونکو آلو (stapling devices) یا د مستقیمې گنډني پواسطه د سږي غیر اناتومیک شقونه یا د یوې برخي ویستل په ښه توګه کار کوي. په ځوانو خلکو کې د سږي ویستل (Pneumonectomy) ډیر په سختی تحمل کیري.

## اړیکې ټینګول (COMMUNICATION)

- د منظمو وقفو لپاره مهال ویش جوړ کړئ ترڅو د بیارغونې، انسټیزي او جراحي د ټیم ترمنځ تازه معلومات تبادله کړئ.
- د سیستولیک، وخت (چې عملیات تر دې دمه اخیستی) او تودوخه، اسیدوزیس او وینه پرند کیدنې فورمه وکاروئ.
- د اړتیا په مهال جراحي عملیات ودریو ترڅو د بیا رغونې په کار کې رامنځته شوي تیروتنې په گوته او کارکوونکي مو وهڅوئ.
- کچېرې هر وخت په کوم کار کې ستونزه وي د ټیم هر غړی باید په لور آواز وغږیږي.

د زیان د کنټرول، بیارغونې او جراحي (DCRS) د عمليې په مهال مهمه ده چې بڼې او دوامداره اړیکې د ټیم د غړو ترمنځ موجودې وي. ددې کار د اسانتیا لپاره باید په هرو شل دقیقو کې د سیستولیک، وخت او تودوخه، اسیدوزیس او وینه پرند کیدنې (STACK) په اړه تازه معلومات شریک کړل شي. دا کار باید د انسټیزي د ډاکټر لخوا پیل شي. د STACK په هکله د تازه معلوماتو وړاندې کولو په مهال لاندې ټکي په غور چک کړئ:

S	سیستولیک
T	وخت (چې عملیات تر دې دمه اخیستی) او د تودوخي درجه
A	اسیدوزیس
C	وینه پرند کیدل یا تحتر خون (که تست کول ممکن نه وه نو د حادثې کلینکي نښانې باید په کار یووړل شي)
K	کاریدونکی کیت او اړینې سرچېنې

دا کار به ټول ټیم پدې وتوانوي چې د ماشوم د کلینکي وضعیت د پرمختګ په هکله له تیروتنو ځان وژغوري.



## وروستی له طرز العمل (POST PROCEDURE)

کله چې د زیان د کنټرول طرز العمل ترسره شو نو د لاندې موخو په خاطر د بطن صفاق (abdominal fascia) باید ونه تړل شي:

- د بطن د برخو سندروم (abdominal compartment syndrome) احتمال کم شي.
- د بیا کتنې پلان شوی جراحي آسانه کړل شي.

د احشا (داخلي غړي) د پوښلو لپاره که ممکنه وه نو منفي فشار لرونکی بندوونکی پانسما یا بل منفي فشار لرونکی موضعي پانسما وکاروئ ترڅو بطن د یو وخت لپاره (موقتاً) په سالم حالت کې وساتل شي. یوه لږ په زړه پورې ولې عملي لاره داده چې یواځې پوستکی وتړل شي یا بند کړل شي.

د زیان کنټرول، او بیا رغونې د جراحي (DCRS) د بشپړونې نه وروسته مشر جراح باید د عملیات یو یاداشت بشپړ کړي. ددې کار لپاره یوه الگو په ۸ برخه، ۹۸ پاڼه کې شته ده.

د DCRS د عمليې موخه داده چې طبی آسانتیا ته له رسیدو سره سم د په ظرف د یو ساعت وخت کې وینه بهیدنه ودروي، ککړتیا یا ملوثیت کم کړي او نورماله فزیالوژي بیرته اعاده کړي، نه دا چې قاطع جراحي ترمیم ترسره کړي.

بیا رغونه، جراحي عملیات او جدي څارنه باید هم مهاله ترسره شي او یو په بل پسې (په مسلسل توګه) ترسره نشي.

د ټیم د ټولو غړو ترمینځ اړیکې ټینګول حیاتي ارزښت لري او باید د ترضیض د ټیم د مشر لخوا رهبري شي.



د رسېدلو نه دمخه د چمتووالي لیست

د تیم مشر	
د هوا لار/ د تیوب داخلول	
د ویني بهیدني کنترول او لاس رسی	
لومړنی سروې او طرز العملونه:	
درمل/ مایعات/ پرمخ وړونکی	
نسخه لیکونکی:	
کیلوگرام	* اټکل شوی وزن $(\text{عمر} + 4) \times 2$
ملي متر	د داخل شزني تیوب قطر $(\text{عمر}/4) + 5.3$ لستون بند لرونکی تیوب $(\text{عمر}/4) + 4$ لستون بند نلرونکی تیوب
سانتي متر	د داخل شزني تیوب اوږدوالی $(\text{عمر}/2) + 12$
ملي لیتر	وینه/ د ویني محصولات/ د مایعاتو څاڅکي ۵ ملي لیتره/ کیلوگرام (ټول مایعات)
ملي گرام	د ترانیکزامیک آسید ډوز ۱۵ ملي گرام/ کیلوگرام
ملي گرام	** د ضد مکروب درملو ډوز ملي گرام/ کیلوگرام
ملي گرام	د گلوکوز ۱۰٪ محلول ۲ ملي لیتره/ کیلوگرام

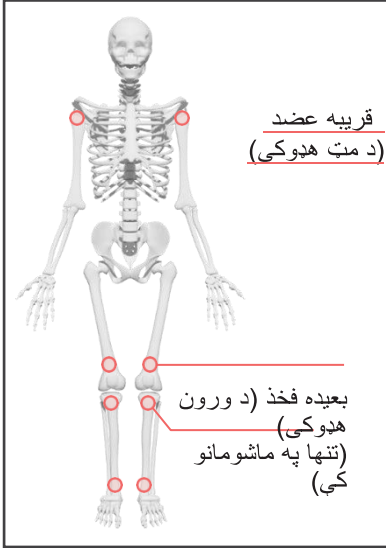
\* په کم عایده زمينه کې په ۱ – ۵ کلنو ماشومانو کې ۲ منفي ۲ کیلوگرامه یا منفي ۴ کیلوگرامه په ۶ کلنو یا پورته ماشومانو کې برابر کړئ.

\*\* کو-اېماکسی کلاف (Co-amoxiclav) ۳۰ ملي گرام پر کیلوگرام مناسب دي یا ځایي پالیسي نه کار واخلي.

## له داخل عظمي لاري لاس رسي (Intraosseus Access)

داخل عظمي لاره د بيارغوني په كار كې د مايعاتو او درملو د تطبيق لپاره يوه ډيره اغيزمنه لاره برابروي. په کوچنيو، او د شاك په حالت كې ماشومانو كې رگونو ته د لاس رسي پيدا كولو لپاره دا ترټولو آسانه لاره ده.

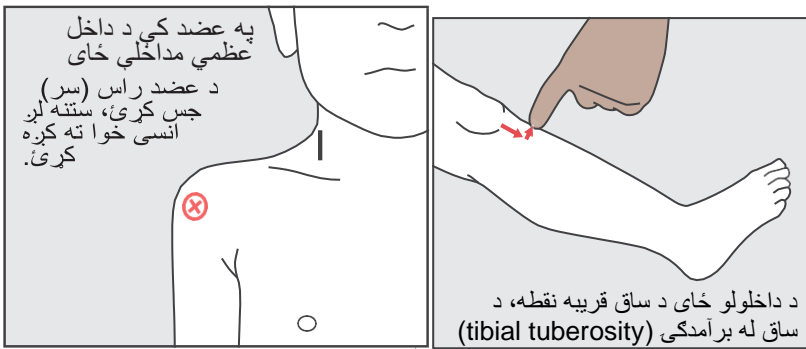
په ماشومانو كې د داخل عظمي مداخلې  
ځايونه



د ځاي پر ځاي كولو (تطبيقولو/تيرولو) لومړنۍ لاره د ساق قريبه نقطه، د ساق له برآمدگي (tibial tuberosity) نه نيږدې ۱ سانتي متر بعيده او انسي طرف ته ده. دا نقطه به د ماشوم له حجم غټوالي سره لږ توپير وكړي.

### مهم ټكي:

- له داخل عظم (د هډوكي داخل) نه د وينې نمونه د وينې د گروپ/ كراس مچ لپاره هم كاريدلاى شي.
- د سنتي په داخلولو سره هغه تل محكمه ځاى پرځاى او برابره كړئ.
- د ۵۰ ملي ليتره سيرنج يا د انفيوژن آلي نه په كار اخيستو سره تل مايعات په فعاله توگه تيروئ (زرق كوئ)، مايعات به يواځې د ځمكي د جاذبي قوي په اثر جريان ونكړي.
- د داخل عظمي لاري نه ټول مايعات او درمل تطبيق كيداى شي.
- د ودې د صفحي (growth plate) له زيانمن كيدو نه خبر واوسئ



مهم ټکی: که ستنه بیخایه شوه نو داخل عظمی ستنه په همغه هډوکي کي مه بیا مه بدلوی – ځکه چي د مایعاتو د خارجیدلو او د اشتباهي یا غیر قصدی تورنیکیت اغیزی په نسج باندې کوي.

## ۵ ج ضمیمه

### د کتلوي (پیرې) وینه ورکوني د ثبت پاڼه

وخت	نېټه
د ناروغ نوم	
د زیریدلو نېټه	د ناروغ پیژندنه
مشر جراح ډاکټر	د انسټیزي مشر ډاکټر
	د تېم مشر (ضربې) د تېم مشر

الف: د استعمال شوو محصولاتو د یونټونو تعداد:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	خالص سره کرویات
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	-----------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	تازه یخه پلازما
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	-----------------

د صفحات دمویه ساره ترسبات

1	2	3	4	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---

کیلوگرام	ب. وزن
ملي لیتر	ټوله وینه/ خالص سره کرویات/پلازما/صفحات دمویه/ساره ملي لیتر په ۵ ملي لیتر/کیلوگرام
ملي لیتر (اعظمي ۱۰ ملي لیتر)	کلسیم کلوراید ۱۰٪ ۲.۰ ملي لیتر/کیلوگرام
ملي گرام	نور

ملي گرام (تر ۱ گرام پورې)	ټرانیکزامیک اسید لومرنی غټ ډوز او وروستی انفیوژن ۱۵ ملي گرام/کیلوگرام
---------------------------	--

مخفقات:

PRBC - خالص سره کرویات

cells PLT - صفحات دمویه

Cryo - - ساره ترسبات

## ج. د غټو ډوزونو شمار (د حجم د محاسبې لپاره لاندې جدول وگورئ)

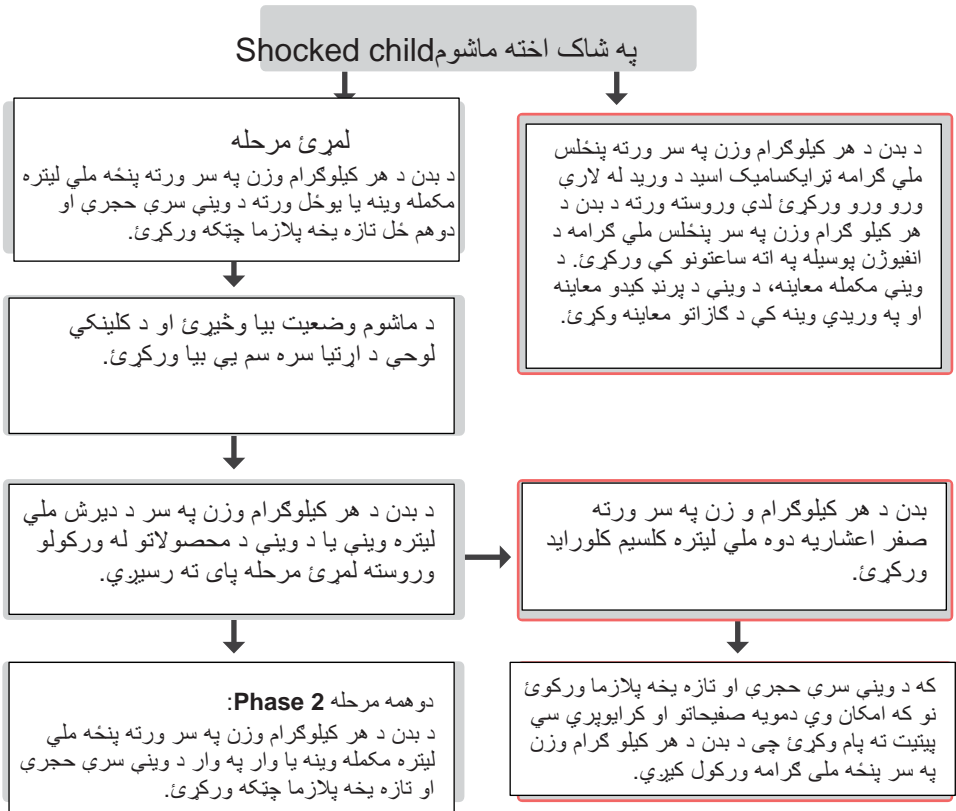
د غټ ډوز وخت	مقدار	محصول*	ټول مقدار	د وینې تستونه	په پام کې نیول شوي
1				لخته کیدل/ګاز	ترومیوکزان
2					کلسیم ایون
3					فبرینوجن/
4					صفحات دمویه د
5					پوتاشیم چک
6					
7					
8				لخته کیدل/ګاز	
9					کلسیم ایون
10					
11					فبرینوجن/
12					صفحات دمویه
13					
14					د پوتاشیم چک
15					
16				لخته کیدل/ګاز	
17					کلسیم ایون
18					
19					فبرینوجن/
20					صفحات دمویه
21					
22					د پوتاشیم چک

## یادښتونه:

- اعظمې غټ ډوز د ټولو ناروغانو لپاره ۲۵۰ ملي لیتره ده
  - ټول مایعات گرم کړئ
  - په ماشومانو کې وزن محاسبه کړئ  
د وزن د اټکل کولو لپاره د برسلو فیته وکاروئ. که نه وه موجوده او وزن پیژندل پکار وه نو لاندې فورمول وکاروئ:
- $$\text{عمر} + 4 \times 2 = \text{وزن په کیلوګرام}$$
- د چټک انفیورژن آلې نه په کار اخیستلو سره په ماشومانو کې وینه په خوندي توګه تیره کړئ

- د زیاتې وینې ورکولو په هکله بیداره اوسئ
- له ۲۰ کیلو ګرام نه ښکته — د بولوس ډوز لپاره ناروغ مستقیماً د وریدې لاین سره مه نښلوئ بلکه ۵۰ ملي لیتره سیرنج نه کار واخلئ
- ۲۰ — ۳۰ کیلو ګرام — که ټیم د آلې په کارولو کې ماهر وه نو مستقیماً یې ورته تیر کړئ
- له ۳۰ کیلو ګرام نه پورته — په عادي ډول د ۵ ملي لیتر/ کیلوګرام بولوس ډوزونه وکاروئ
۵. هایپیرکالمیا —
- د ۲۰ ملي لیتر/ کیلوګرام ډوز د کلسیم کلوراید سره یې تداوي کړئ چې وروسته ۱۰ یونټ/کیلوګرام انسولین سره چې د ۲ ملي لیتر/ کیلوګرام د ۵۰٪ ډیکستروز کې ګډ وي، د ورید له لارې د ۱۰ دقیقو نه په زیات وخت ورته تطبیق کړئ.

## د ډیری وینې ورکولو پالیسی Massive Transfusion Policy



وضعیت یې بیا وگورئ که د زړه او د وینې د ورکړې د کلینیکي نښانو له مخې استنباب لري نو بیا یې ورته تکرار کړئ.

## د تداوی اهداف

د تداوی په ټول بهیر کې:

- په یو لیتر وینه کې د ایونایز شوي کلسیم اندازه له یو ملي مول نه لوړه ساتل کېږي.
- د دمویه صفيحاتو شمیر له سلو ډیر ساتل کېږي.
- د فیرینوجن اندازه په یوه لیتر کې له یو اعشاریه پنځه لوړه ساتل کېږي.
- دپوتاشیم اندازه نورمال ساتل کېږي

په لمړئ ساعت کې:

- د ساعد نبض (په تی خورونکو ماشومانو کې د عضد نبض) گورئ.
- د ماشوم د بدن وظیفه او بدن ته د وینې د جریان نښې نښانې نښې کېږي.
- له لمړي ساعت وروسته:
- د بدن نورمال فزیولوژیک پارامیترونه اعاده کېږي.



- که د فشاری وسایلوڅخه استفاده کوی نو ډیرې وینې ورکولو ته پام کوی.
- دمویه صفيحات او کرایوپری سیپینیت په جدا جدا رگونو ورکړئ.

تازه سره پلازما – FFP خالص سره کرویات – PRC \*

## د ضربې له کبله د زړه او تنفس دریدل (Traumatic Cardio-Respiratory Arrest)

- د زړه او تنفس دریدل په ماشومانو کې هغه پېښه ده چې ماشوم ترېنه ژوندی پاتې کېدای شي.
- د له منځه وړلو لپاره یې چټک او قوي درملنې ته اړتیا ده.
- پدې حالت کې د زړه او تنفس د دریدو د داخلي له لارېښود نه استفاده مکوي.
- یواځې د شوکي نخاع له کبله د شاک پرته ادرینالین او د زړه مساز استطباب نلری.
- د ضربې له کبله د زړه او تنفس د دریدو لږ لارېښود نه استفاده وکړی.

د ضربې له کبله د زړه او تنفس د دریدلو د تداوي وړ علتونه په لاندې ډول دی.

**هایپوکسیا** تنفسي لاري ته یې تیوب تیر او اکسیجن ورکړی

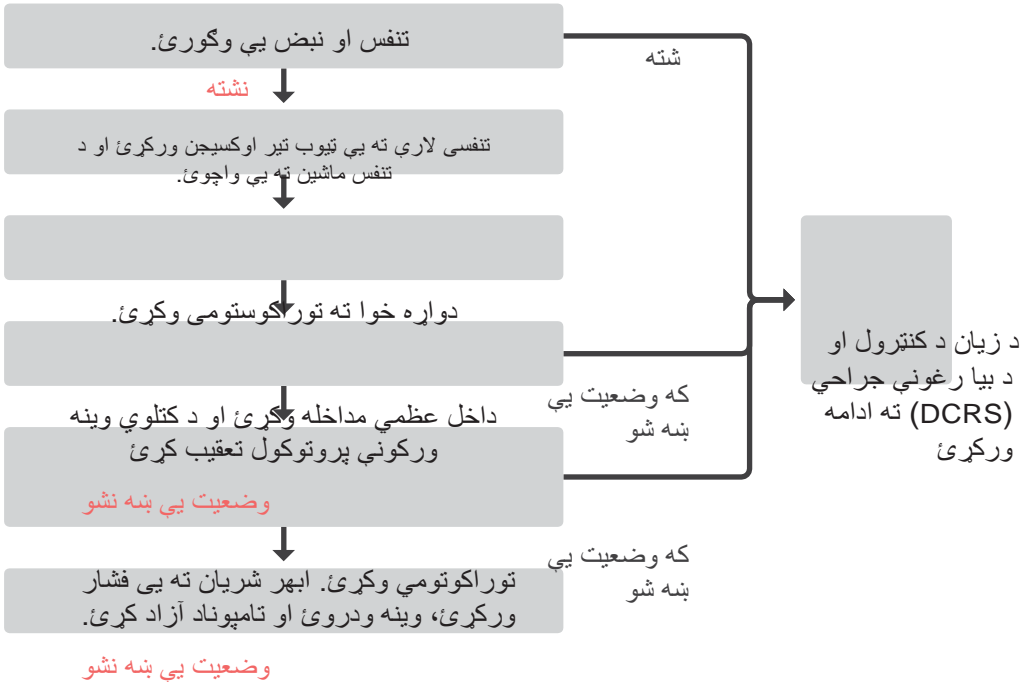
**هایپو والیمیا** ورید یا د هډوکي د ننه ته یې کنولا تیره او وینه یا د وینې محصولات ورکړی.

**تینشن نیوموتوراکس** دواړو خواو ته فینگر توراکوستومي وکړی.

**د زړه تامپوناد** کالمشیل توراکوتومي او پیري کارډیم له فشار نه آزاد کړی.

**د شوکي نخاع له کبله شاک** که د زړه او تنفس د دریدو لامل یواځې همدا وي نو ادرینالین ورکړی او ماشوم سره د ژوندي پاتې کېدو پرمختللي مرستي وکړی.





مر شوی ده

که وسایل وي نو په یو وخت یې تنفسي لاری ته ټیوب تیر کړئ، توراکوستومی ورته وکړئ، او وینه ورکړئ لدې وروسته یې له توراکوتومي کولو مخکې وضعیت بیا وگورئ.

د پورتنیو کارونو له بشپړولو مخکې هیڅکله زړه ته فشار مه ورکړئ. درگونو د تنگولو دواگانې د ضربې د پېښو په ابتدایي تداوی کې استنباب نه لري خو د شوکي نخاع له کبله شک لدې نه مستثنی ده.

## د چاودني له کبله د ټپونو په اړه څو ټکي (Notes on Blast Injury)

د چاودني له کبله ټپونه يواځي په يوه ميخانيکيت منځ ته نه راځي. ماشومان د چاودني له کبله په يو شمير ميخانيکيتونو ټپي کيږي. د چاودني له کبله ټپونه په لاندې ډولونو وېشل کيږي:

### د چاودني ابتدايي ټپونه Primary

دا ټپونه د چاودني د فشار د هغه څپو له کبله منځ ته راځي چې د نسجونو څخه تيريږي او انرژي آزادوي. په خاص ډول په هغه ځايونو کې منځ راځي چې د گاز- مایع يوه سطحه شتون لري. تاثيرات يې ډير په معدې معايي لاره او سږو کې څرگنديږي.

### د چاودني ثانوي ټپونه Secondary

دا تيره او پخ ټپونه دي چې د بم د هغه ټوټو او بيکاره موادو د لگيدو له کبله منځ ته راځي چې د چاودني باد يې ليردوي.

### د چاودني دريم ډول ټپونه Tertiary

دا هغه ټپونه دي چې د چاودني د باد پوسيله د ماشوم گوزاريدو او په بل څيز د لگيدو له کبله منځ ته راځي. اکثره دا ټپونه پخ ټپونه وي.

### د چاودني څلورم ډول ټپونه Quaternary

څلورم ډول ټول هغه ټپونه دي چې د چاودني له کبله منځ ته راغلي او پورته شرحه شوي ندي مثلاً: سوزيدل، کوفته کيدل، د بم زهرجن اثرات او د داخلي د هغه ناروغيو شديد کيدل چې پخوا موجودې وي.

## د چاودني له امله د ماشومانو د تپ ځانگړتياوي

### • په روغتون كې د ۸۰٪ مړينې ټول غټونه

- د بدن د گڼو ځايونو بنسټلټيا په ۶۵٪ پېښو كې
- سوزيدني (سوختگي) په ۷۰٪ پېښو كې
- نافذه (داخل ته ننوتونكې) تپ په ۸۰٪ پېښو كې
- په ماشومانو كې په (۵۶٪) پېښو كې د چاودني د تپونو په صورت كې د جراحي اړتيا د چاودني نه پرته تپونو په پرتله دوه برابره ده.
- د مړينې اصلي علت د بدن د ټول مساحت له ۳۰٪ نه زياتي ساحې سوځيدني دي.
- په ۳۰٪ پېښو كې شديد تپ او ۱۸٪ پېښو كې وځيمي تپي كيدني.

## د چاودني له كبله وصفي ټپونه د سيستم په لحاظ

سمعي (اوريدني) سيستم	د غشای طبل (د غور د پردې) سوري كيدل، د غور د کوچنيو هډوكو ماتيدل، د كوكليا ټپونه، غور ته بيروني اجسام داخليدل
سترگه، اجفان، مخ	د سترگي د گاتي سوري كيدل، د بيروني جسم ننوتل، هوايي امبوليزم، كسرونه
تنفسي سيستم	د سري چاوديدل، هيموټوراكس، نوموټوراكس، د سري كفته كيدل او وينه بهيدنه، اذيني – بطيني فيستول، د حرارت يا تودوخي د انشاق يا تيرولو نه رامنځته شوي ټپونه.
هضمي سيستم	اسكيميا، د كولمو سوري كيدل او وينه بهيدنه، د ځگر (كبد) يا توري (طحال) سوري كيدل يا چاوديدل
دوراني سيستم	د زړه ټوكل كيدل، هوايي امبوليزم، شاك، د واگوس عصب له كبله د رگونو د توسع په وجه د فشار ټيټيدل، د محيطي او عيه (رگونو) تپي كيدل
د مركزي عصبي سيستم تپي كيدل	د مغز شديد ضربه او بيهوشي (كانكژن)، د مغز ټرلي او خلاص ټپونه، دماغي سكته، د شوكي نخاع تپي كيدل
د پښتورگي (كلبي) تپي كيدل	د پښتورگي كوفته كيدل، څيرېدل، د پښتورگي حاده عدم كفايه
د نهايتونو تپي كيدل	د ضربي له كبله بريكېدل، كسرونه، ټوتي ټوتي كېدل، كمپارتمان سندروم، سوځيدني، څيري كيدني، د شريانونو حاد بندش يا انسداد

## د چاودني له کبله د سږو لومړني ټپونه (Primary Blast Lung Injury)

د چاودني څپې ته له مخامخ کيدو نه وروسته د چاودني له کبله د سږي ټپي کيدل ( Blast lung injury ) يو تر ټولو معمول وژونکی ټپ ده. د فشار او حجم ضربه په سږي باندې د اسناخو نه د ويني بهيدنې، د سږي د کوفته کيدلو، ازيماء، او نوموتوراسيز (د پلورا په جوف کې د هوا راغونډيلو) سبب کيږي.

د اعراضو او علايمو ښکاره کيدل څو ساعته ونيسي او د ستونزمن تنفس د حاد سينډروم ( Acute Respiratory Distress Syndrome ) په څېر کلينکي بڼه ښودل تر ۴۸ ساعتونو وخت نیسي. که د لاندې نښانو څخه په ماشومانو کې هره يوه ښکاره شوه، نو د چاودني له کبله د سږو لومړني ټپونو گمان بايد وکړئ:

### اړونده ناروغي

### اعراض او علايم

- توخي
- د تنفس سختوالي (عسرت تنفس)
- په بلغم کې د ويني موجوديت
- د تنفس چټکوالي
- هايپوکسيا
- سيانوزيس (د نهايتونو شنه اووښتل)
- نوموتوراکس (د پلورا په جوف کې د هوا راټوليدل)
- هيومتوراکس (د پلورا په جوف کې د ويني راټوليدل)
- په ميډياسټينوم کې د هوا راټوليدل
- هوايي امبولوس (په وینه کې د هوا داخلیدل)

درملنه کمکي ده، تر ۸۰٪ پيښو کې تنفسي مرستې ته اړتيا ليدل کيږي. د تهوي په مهال د سږي د ژ غورني ستراتيژي غوره کړئ ترڅو د سږي ټپي کيدل کم شي (د ماشومانو د سږو حادي ټپي کيدنې په اړه د پوهاوي کانفرنس لارښودنې). د ډيرو زياتو مايعاتو له تطبيق نه بايد ځان وساتل شي.

## د چاودني له کبله د هضمي سيستم لومړني ټپونه (Primary Blast GI Tract Injury)

د فشار وارديدلو — د فشار بيرته لري کيدلو (Compression-decompression) له کبله واره شوي صدمه د مخاطي غشا د جدا کيدو، وینه وینه بهيدنه او اسکيما سبب گرځي. بيا هم، د نښانو ښکاره کيدل ښايي ساعتونه يا ورځې ونيسي. د اسکيميا، تنقب (سوري کيدل) او د پرېټوان د التهاب پيژنده او تشخيص پرله پسې معاینې ته اړتيا لري.

جدول: د ماشومانو کليدي توپيرونه په ياد ساتل

نوم	کليدي توپيرونه	اړيکه
ناورين رامنځته کونکي وينه بهيدنه	د وينې حجم د ملي ليټر/کيلوگرام له مخې لور ده د دوران ټول حجم پکې کم ده	وينه ترې په چټکۍ سره وځي
د هوا لار	حنجره يې ډيره لوړه او د نرم شرع الحنک سره ډيره قدام طرف ته ده	د حنجري ليدنې آله (ميلر لارينگوسکوپ)، پلونه او تخنيک يې توپير لري.
	د هوا لاره يې تنگه ده	له ازيمو او پرسوب سره بندش پکې ډير په چټکۍ سره رامنځته کيږي
	د غاړې/ هوايي لارې انساج يې نرم دي	په آسانه متراکم کيږي او په ښکته پورته کولو يا پرسوب سره په آسانه بنديږي
	آناټومي يې د عمر په تيريدو سره تغير کوي	د هوا د خلاصي لارې حالتونه پکې توپير لري د وسايلو او تخنيکونو شرايط پکې بدلېږي.
تنفس	د سينې ديوال (جدار صدر) يې ښه سازگار ده	د بيروني نښې يا د پښتنيو د کسر نه پرته د سينې ټپي کيدل پکې موجود وي.
	پښتني (اضلاع) يې پورته او مخي (قدام) ته وي.	تنفس يې د حجاب حاجز پواسطه صورت مومي د سينې او گيډې د غړو ژ غورنه پکې نه وي موجود يا پکې کمه وي.
	حجاب حاجزي تنفس (د حجاب حاجز پواسطه تنفس کوي)	کله چې د صدمې يا د معدې د پرسوب له کبله د حجاب حاجز حرکت له خنډ سره مخ شي نو په ماشوم کې تنفسي عدم کفايه منځته راځي.
	د هواي مرده وظيفوي ظرفيت پکې کم او د اوکسيجن مصرف پکې زيات ده	د اوکسيجن ورکولو نه وروسته په چټکۍ سره غيرمشبوع کيږي او د لارينگوسکوپي لپاره وخت پکې کم وي
	د عمر په تيريدو سره د تنفس تعداد پکې تغير کوي.	د ټپي ماشوم پيژندل پکې ستونزمن وي.

نوم	کابدي توپيرونه	اړيکه
د دوران سيستم	د عمر به تيريدو سره د نبض تعداد	د ټپي ماشوم تشخيص پکې ستونزمن وي او د وينې فشار تغير کوي
	وريدونو ته لاس رسى (داخليدل)	ستونزمن وي.
		د درملو او مايعاتو د تطبيق لپاره په بدېلو لارو اتکا کيږي
		په کار باندې تمرکز او د پيښې ځنډيدل
	د سټروک واليوم (له هر ضربان سره د پمپ کيدونکي وينې مقدار) کې کم تغير راځي	د هايپوواليميا په غبرگون کې د زړه د ضربان زياتيدل په ماشومانو کې ډير ارزښتناک او د پام وړ وي
	د هايپوواليميا په وړاندې د زړه او رگونو د جبران وړتيا ډيره زياته ده	د فشار ټيټوالی (هايپوتينشن) په ځنډ سره رامنځته کيږي او بايد د په ټپه ولاړ حالت (گرفتگي) د يوې نښې په توگه وگنل شي.
معيوبيت	د گلايکوجن زيرمې کمې او د ميتابوليزم درجه لوړه وي	په طبيعي توگه هايپوگلايسيميا (په وينه کې د گلوکوز کموالي) ته ميلان لري.
	د مغز د وينې مانعه (BBB) يې ډيره قابل نفوذ ده	د بيارغونې لپاره هيڅکله هم هايپوټانیک/هايپونېټريمیک مايعات پکې مه کاروئ، ځکه چې د مغزي ازيما خطر لري.
لوڅيدل	د بدن مساحت يې د وزن په پرتله ډير ده	په طبيعي توگه د بدن د تودوخې ټيټيدو (هايپوترميا) ته برابر وي.

د ناروغ نوم		د ناروغ پیژندنه (هویت)	
د چتووالي نه د مخه معلومات			
د تیم پوهاوی			
له رسېدو سره سم	ناورین رامنخته کوونکي وینه بهیدنه	د هوا د لارې بندوالی	
	په تنفس کې ستونزې	شاک	
	بیدار	په غږ سره بیدارېږي په درد سره بیدارېږي غیرگون نه بنیې	
تسلیمول عمر میکانیزم ټپونه نښانې درملنه			
لومړنی سروی	A - د هوا لاره		
	B - سینه او غاړه		
	C - دورانې سیستم، کیده او د خاصرې لگن		
	D - معیوبیت		
	E - لوڅېدل او نهایتونه		

تشخیص شوي ټپونه:

نېټه

وخت

د هوش عمومي حالت	سترګي (۱ - ۴)					
	شفاهي (۱ - ۵)					
	حرکي (۱ - ۶)					
	د هوش عمومي حالت په ټوله کي (۳ - ۱۵)					
د سترګو کسي	اندازه بڼي/کين					
	عکس العمل					
نهييه	FiO2					
	ETCO2					
	SaO2					
	د تنفس تعداد					
د ويښي فشار او د نبض تعداد	۱۹۰					
	۱۸۰					
	۱۷۰					
	۱۶۰					
	۱۵۰					
	۱۴۰					
	۱۳۰					
	۱۲۰					
	۱۱۰					
	۱۰۰					
	۹۰					
	۸۰					
	۷۰					
	۶۰					
	۵۰					
۴۰						
۳۰						
د مايعاتو کول ضايع کول	د ويښي ضايع کول					
	ادرار					
	د سپني تخليه کول					
د تودوخي درجه، ميتابوليزم، درد	د تودوخي درجه					
	ګلوکوز					
	درد					
د درملو او مايعاتو ريکارډ:						





## د ماشومانو جدي څارنه

د ترضيض په صورت کې د ماشومانو د جدي څارني موخه دا ده چې:

- هغه ناروغ ته چې د هوا د لارې، تنفس، د ويني د دوران، عصبي يا نورې ستونزې لري، او داسې څارني او اقداماتو اړتيا لري چې د وارد په چاپيريال کې نه وي موجود، د غړو د سيستم مرسته برابره کړل شي،
- د ناروغ پېچلی درد آرام کړل شي، لکه د اوپياتو او نور درملو زرق کول، د ام الصليبه (epidural) له لارې انسټيزي ورکول او نور، چې دا کار د وارد په چاپيريال کې شونې نه وي.
- د جاري وینه وینه بهېدنه نېناني وڅارل شي او د ټولو اندينينو په هکله د جراحي ټيم خبر او بيدار کړل شي
- د انتان نېناني وڅارل شي او د انتان د سرچېني د کنټرول او مکروب ضد درملو پواسطه درملنه وشي.
- د فزيولوژيکي تشوشاتو مخنيوی او درملنه وشي چې د ترضيض په صورت کې د ناوړه پایلو سبب ګرځي – لکه هايپوترميا، اسيدوزيس، کواګولوپاتي.

د جدي څارني څانګې (ICU) ته له رارسيدو سره سم

### تاريخچه او تسليمي يا سپارل (History and handover)

- د جدي څارني څانګې ته د ناروغ داخلولو نه مخکې، **د دريږي** او د جراحي ټيم لخوا تسليمي ته **غورځول شې**
- د ترضيض (ټپي کيدو) ميکانيزم
- لومړنۍ او دويمه سروی
- د لاندې شيانو په ګډون تردې دمه درملنه:
- د ABC <C> اقدامات
- د ويني محصولات
- درمل (ټرانېکزاميک اسيد؟ د مکروب ضد درمل؟)
- جراحي عمليات او پلان

د ناروغ له تسليمی نه وروسته کتنی:

- A: د تیوب اندازه؟ لستونې دار ده؟ د تیوب موقعیت یا وضعیت؟  
د سینې ایکس رې وېبې ترڅو د تیوب وضعیت وکتل شي.
- B: په تهویه کې کومې ستونزې شته؟ اوسنې وضع څنگه ده؟  
د وینې گاز بیا و ارزوئ او ځان ډاډمن کړئ  
که دریناژ (تخلیه) صورت نیولی وه، نو وینې گوری
- C: د دروانې سیسټم ارزونه: د زړه د ضربان تعداد، د وینې فشار، د شعریه عروقو بیا ډکېدنه.  
آیا محیطي لاس رسی کافي ده. آیا مرکزي/ شریاني لاس رسی (مداخلې) ته اړتیا شته؟ وینه  
واخلې / وینې ارزوئ.  
آیا وینه درول شوي ده؟ آیا ناروغ کواگولوپاتیک ده (د وینې د پرند کیدو ستونزې لري؟)
- D: د سر د ضربې (ترضیض قحفي) تاریخچه وجود لري؟ له تیوب داخلولو نه دمخه د ناروغ  
د هوش عمومي حالت؟ آیا د غاړې د مورو ساتنې (حفاظت) ته اړتیا شته؟ د اخري  
تسکین ورکونکو درملو وخت/ اندازه څومره ده. آیا اوس ورته کوم انفیوژن جریان لري؟
- E: د مرکزي او محیطي تودوخې درجه. د غړو تپونه/ پانسمانونه.

د ناروغ د تسليمی نه سمدستي وروسته لاندې کارونه ترسره کړئ:

- ناروغ د جدي څارني د څانگې د تهویې له ماشین (ICU ventilator) سره وصل کړئ
- د تسکین ورکونکو درملو او وریدي مایعاتو تزریق پیل کړئ او وینې ارزوئ
- د وینې معاینات – د وینې مکمله معاینه (FBC)، د وینې د پرند کیدو معاینه (coagulation screen)، د ادرار معاینه، د هډوکو بشپړه معاینات، کریاتینین فاسفیټ، د وینې کلچرونه. د ځیگر وظیفې او کریاتینین فاسفوکیناز ته پام وکړئ.

د ترومبوز نه مخنیوی (Thromboprophylaxis) له ۱۶ کلنو نه کم عمره ماشومانو کې په ندرت سره استطباب لري؛ یواځې په هغو کسانو کې چې قوي هیكله یا د بدن د کتلې شاخص (BMI) یې لوړ وي له لومړنیو ۲۴ ساعتونو نه وروسته نوموړې درملنه په پام کې ونیسئ، یو ځل چې وینه ودریده، نو له جراح ډاکټر سره خبرې وکړئ.

## د ماشومانو تهويه (PAEDIATRIC VENTILATION)

د تهويې استطابايات په لاندې ډول دی

- "بشري" - د مثال په توگه گني جراحي يا نور طرز العملونه ژر ترسره کېدونکي وي
- د هوش د کچې کموالی
- د هوا د لارې د ستونزو شتون
- شديدې تنفسي ستونزې، مخ په زياتيدونکې هايپوکسيما يا ستومانټيا
- د قبلي وعايې (زړه او رگونو) سيستم له خطر سره مخامخ کيدل

### په ماشومانو کې د تهويې طريقې

په ماشومانو کې د مداخله کوونکي (تهاجمي) تهويې تر ټولو زياتې کاريدونکې طريقې په لاندې ډول دي:

- د فشار پواسطه کنټرولېدونکې تهويه (Pressure control ventilation)
- د هوا د لارې دوه سطحې مثبت فشار (Bilevel Positive Airway Pressure)
- هم مهاله نوبتي اجباري تهوه (SIMV)

اکثريت تهويه ورکوونکي دواړه د فشار پواسطه کنټرولېدونکې تهويې طريقې د هم مهاله طريقو په څير برابرې او خود بخودي تنفسونه هم د فشار پواسطه د کمکي تهويې (PSV) يا کمکي فشار پواسطه (PS) پياوړې کېدای شي.

**د فشار طريقې په ماشومانو کې غوره گڼل کېږي.**

په هغو ماشومانو کې چې د سږو ظرفيت يې نورمال وي د پيلولو لپاره لاندې طريقې وړاندې شوي دي (د حاد تنفسي ستونزې په سندروم کې فشار بنايي ډير لور وي)

د شهبق اعظمي فشار	د شهبق وخت	د ذفير په اخر کې مثبت فشار	درجه	د فشار پواسطه کمکي تهويه
۱۶ - ۱۸ (د تايدل واليوم له ۶ - ۸ ملي ليتر/کيلوگرام سره يې عيار)	۲.۱ ثانيې (په بالغ کې) په (نوي زيږيدل کې) تر ۶،۰ ثانيو پورې را کم	۶ - ۱۲ (په بالغ کې) تر ۳۰ پورې (په نوي زيږيدلي ماشوم کې)	۴ - ۶ (د حاد تنفسي ستونزو په سندروم کې بنايي تر ۱۵ سانتي متره د)	۱۰ نه تر ۱۲

## د تهویه کوونکي دستگاه له کبله د سږي له زیانمن کیدو (VALI) نه مخنیوی کول

د لاندې ټکو په ډاډمن کولو سره VALI راکمیدای شي:

- تاییدل والیوم تر ۶ – ۸ ملي لیتر/ کیلوگرام پورې محدود وي
- د شهیق اعظمي فشار د اوبو له ۳۵ سانتي متره فشار څخه کم وي
- د کاربن دای اوکساید د سطحې مجاز لوړوالی: موخه د شریانونو د تیزابیت (pH) له ۷.۲۵ نه کم ساتل دي نه د کاربن دای اوکساید مشخص حد مگر داچې ځانگړي حالات (لکه د مغز ترضيضي ټپونه) موجود وي.
- په شهیقي هوا کې د اوکسیجن برخه ( $FiO_2$ ) باید په احتیاط سره د اوکسیجن د مشبوعیت له کچې ( $SpO_2$ ) سره عیاره شي، پدې موخه چې په وینه کې د اوکسیجن د مشبوعیت کچه له ۹۲٪ نه زیاته نشي پرته له ځانگړو شرایطو نه (لکه د مغز ترضيضي ټپ په صورت کې)
- د شهیق په اخر کې مثبت فشار (PEEP) درست استعمال د اسناخو گمارنه په تهویه کې په زړه پورې کوي او بښایي د اوکسیجن د مشبوعیت کچه را ټیټه کړي.

## د ټیوب ویستلو (extubation) لپاره د ناروغ ارزونه

آیا ناروغ لاندې ټولو کرایټریاوو سره برابر ده؟

1. نور غټ جراحي طرزالعملونه په پلان کې نشته
2. درد په پوره توگه آرام ده
3. بیداره ده
4. د کانگو/توخي عکسي موجودي دي؟
5. د هوا د لارې په هکله انډیبنی (ازیما/ پروسوب) نشته
6. د تهویه ورکونکي دستگاه په کمه مرسته د گاز تبادلې په بڼه توگه صورت نیسي (لکه
7. د تهویه ورکونکي دستگاه په اقلي مرسته د گاز بڼه تبادلې (لکه د هوا د لارې دوامداره مثبت فشار (CPAP)) د فشار پواسطه مرسته د PEEP ۵ او د فشار پواسطه مرسته ۵ – ۸)

## د وځیم ناروغه ماشوم هیموډینامیک مدیریت

د فزیولوژیکي پارامترونو حدود په ۲۷ پانه کې ورکول کېږي.

په یو ماشوم کې چې د شاک حالت (د زړه چټک ضربان، د وینې ټیټ فشار، د عروق شعریه ډکیدل په خنډ سره، په وینه کې د لاکټېټ زیاتوالی) پکې مخ په وده وي نو حیاتي علایم (<C>ABC) پکې وګورئ، د ورید له لارې کافي لاس رسی برابر کړئ او بالاخره لاندې اسباب په پام کې ونیسئ:

جاري وینه بهیدنه – د وینې د سرو کرویاتو/پلازما/صفحات دمویه د ۱:۱:۱ مایع بیا اعاده کولو ته دوام ورکړئ او د بیرنۍ جراحي کتنې ترتیبات ونیسئ.

• د ترضیض نور پکې علتونه ولټوئ او درملنه یې وکړئ:

• فشاري نوموتوراکس

• د زړه او ګیډې ټامپوناد

• نخاعي ټپونه

• سپیسیز (Sepsis) – احتمال نلري چې د جدي څارنې څانګې ته د داخلیدلو (ICU admission) په لومړنیو ۲۴ ساعتونو کې ښکاره شي. لدې نه وروسته د ثانوي سپیسیز امکان شته. پدې حالت کې وسیع الساحه ضد د مکروب درمل او د سرچېني کنټرول اړین دي.

• نور:

• قلبي یعنی د زړه اړونده علتونه (د زړه د توکل کیدو په ګډون)

• انافیلاکسیز

## د بیهوشه (شاک) ماشوم د مدیریت عمومي اصول

- هره فشار واردونکي وینه بهیدنه (compressible haemorrhage) د مثال په توګه (د غړو وینه تویونکي ټپ) ولټوی او کنټرول یې کړی.
- دا یقیني کړی چې د هوا لاره او تنفس په بشپړه ډول مدیریت کيږي.
- د ویني د حجم د زیاتولو په موخه، د ترضیض په صورت کې د ( ۵ ملي ګرام/کيلوګرام) په مقدار د ویني د محصولاتو څاڅکي ورته تطبیق کړی، یا د طبي سببونو په صورت کې د ۱۰ ملي لیټر/ کيلوګرام د کریستالوید څاڅکي ورته تطبیق کړی.
- وروسته د مایعاتو د هر څاڅکي (غورپ) نه باید د ناروغانو بیا ارزونه وشي ترڅو د بهتر کیدو نښانې پکې ولټول شي.
- د زړه د ضربان په تعداد کې کموالی
- د پوستکي په اروا او د ادارار په دهانه کې بهتروالی
- د هوش د کچې زیاتیدل (کچېرې مسکنات ورته نه تطبیق شوي)
- د ویني په فشار کې زیاتوالی او په میتابولیک اسیدوزیس او لاکتیک کې بهتروالی
- په هر ساعت کې د ادار د کتیر دهانه (محصول) د پښتورګي د اروا یوه مهمه نښانه ده.
- کله چې وینه ودریده (هیموستاسیز صورت ونیوه) او شاک د مایعاتو له تطبیق سره بیا هم مقاوم وه، نو د مقوي قلبي (inotropic) مرسته ښايي پیل کړل شي (په راتلونکي پاڼه کې جدول وګورئ)
- اصلاً دا ښايي ډوپامین و اوسي چې د محیطي داخل وړیدي کتیر له لارې ورکول کيږي
- به سور شاک (cold shock) کې، کله چې میوکارډ انحطاط او د اوډیه وو تقبض (د رګونو تنګیدل) غالب وي، ادرینالین (ایپی نفرین) کولای شی ور زیات کړل شي کچېرې ډوپامین په یواځې ډول اغیزمن نه وي.
- په گرم شاک (In warm shock) کې، کله چې قبلي و عایي غبرګون د توسع اوډیه (د رګونو آزادیدل) په ډول غالب وي، نورادرینالین (نور ایپی نفرین) ښايي ورزیات کړل شي.

جدول: د ماشومانو په جدي څارنه کې د مقوي قلبي (Inotropes) کارول

نوم	ميکانيزم	اثر	ډوز
نور ايبي نيفرين*	الفا اډرينرجيک اخځې تنبيه کوي	د سيستمیک او عيه (رگونو) مقاومت زياتوي	۰.۱ – ۰.۵ مايکروگرام/ کيلوگرام/ دقيقه
ايبي نيفرين*	الفا/بيتا اډرينرجيک اخځې تنبيه کوي	د زړه ضربان، د سيستمیک رگونو مقاومت، او تقلصيت زياتوي	۰.۵ – ۵.۱ مايکروگرام/ کيلوگرام/ دقيقه
ډوپامين	دوه گونی اثر لري، الفا/بيتا اډرينرجيک اخځې تنبيه کوي	کم ډوز (۲ – ۵) د پښتورگي او توري (طحال) د ويني جريان زياتوي (دوه گونی اثر) متوسط ډوزونه (۵ – ۱۲) د زړه ضربان زياتوي (بيتا اثر) لوړ ډوزونه (۱۲ – ۲۰) د سيستمیک رگونو مقاومت زياتوي (الفا اثر)	۲ – ۲۰ مايکروگرام/ کيلوگرام/ دقيقه

$HR =$  د زړه د ضربان تعداد؛  $SVR =$  د سيستمیک رگونو مقاومت؛  
 $Target =$  د عمر سره سم د ويني نورمال فشار

\* که ممکنه وي د مرکزي عصبي لاین له لارې يې تطبيق کړئ.



## سيپسيس (SEPSIS):

په ماشومانو کې، د شاک تر ټولو معمول طبي علت سيپسيس تشکيلوي. کچېري د سيپسيس گمان کيده، نو د وينې کلچر واخلئ او سمدستي وسيع الساحه ضد د مکروب درمل ورته تطبیق کړئ.

- ضد مکروب درمل بايد د خايي پروتوکولونو او د درملو د شتون له مخې انتخاب شي.
- په سيپتيک شاک کې، بنيايي د مايعاتو اعاده، مقوي قلبي درمل او رگونه تنگونکي (مقبض وعايي) درمل ټولو ته اړتيا پيښه شي ترڅو په ترتيب سره د هايپووالييميا، د ميوکارد انحطاط او د رگونو نامناسبه توسع (توسع نامناسب او عيه) درملنه وشي.
- په لومړنيو ۲۴ – ۴۸ ساعتونو کې بنيايي د زياتو مايعاتو اعاده اړينه وي.

په ماشومانو کې د داخل وریدي مایعاتو تجویز کول

لاندې ټکي په پام کې ونیسئ:

1. د هایدريشن وضعیت
2. الکترولايت
3. جاري ضایعات، اسهال (نس ناستی)، د خولي له لاري ضایعات، کانګي (استفراغ) او نور.
4. د مغز د ازیما شتون یا د رامنځته کېدو خطر یې د مثال په توګه؛ د سحایا التهاب (منینجیت)، د مغز ترضیضې ټپ، د اوکسیجن او وینې د کمبود له کبله انسفالوټی (هایپوکسیک اسکیمیک انسفالو ټی).
5. میتابولیک شرایط  
بنايي د انرژي اړتیاوي یې زیاتي کړې وي لکه سوځیدني، سپیسیز
6. مشخص تشخیص او د زیاتو غیرمحسوسو ضایعاتو انډیسنې یا د SIADH خطر لکه د سحایا التهاب (meningitis)، سینه بغل (pneumonia)، او له جراحي نه وروسته اختلاط.

## ماشومانو ته باید مایعات د عمر د څلورو گروپونو پر بنسټ تجویز شي

### 1) نوي زیریدلي (له ۴ اونيو نه کم)

د مایعاتو اړتیاوي یې تر ۱۲۰ - ۱۵۰ ملي لیتر/کیلوګرام/ورځ پورې لوړې دي

لومړنۍ ورځ - ۱۰٪ گلکوز د ۶۰ ملي لیتر/کیلوګرام/ورځ په مقدار

دویمه ورځ - ۱۰٪ گلکوز د ۹۰ ملي لیتر/کیلوګرام/ورځ په مقدار

درېمه ورځ - ۱۰٪ گلکوز، ۴۵.۰٪ سالین د ۱۲۰ ملي لیتر/کیلوګرام/ورځ په مقدار\*

د څلورمې ورځې نه ورو هغې خوا - ۱۰٪ گلکوز، ۴۵.۰٪ سالین د ۱۲۰ - ۱۵۰ ملي لیتر/کیلوګرام/ورځ په مقدار\* ولی د وینې قندونه او الیکترولایت په احتیاط سره تعقیب کړئ او د مایعاتو مقدار د هغو سره سم تعدیل کړئ.

\* ۱۰٪ گلکوز د جوړولو لپاره

• ۱۰ ملي لیتره ۵۰٪ گلکوز

• ۴۰ ملي لیتره معقمی اوبه په یو ۵۰ ملي لیتره سیرنج کې سره ګډې کړئ

\* ۱۰٪ گلکوز له ۴۵.۰٪ سوډیم کلوراید سره یوځای جوړولو لپاره

• ۱۰ ملي لیتره ۵۰٪ گلکوز

• ۲۵ ملي لیتره ۹.۰٪ سوډیم کلوراید

• ۱۵ ملي لیتره معقمی اوبه په یو ۵۰ ملي لیتره سیرنج کې سره ګډې کړئ.

د اليکترولايتو معمولي ورځنی اړتياوې (د لارښودني لپاره، که اړينه وه ټول ورځني مايعاتو ور اضافه کړئ)

- سوډيم ۲ - ۴ ملي مول/کيلوگرام/ ورځ
- پوتاشيم ۲ ملي مول/کيلوگرام/ ورځ (۲ ملي مول = ۳.۱ ملي ليتره ۲۰٪ پوتاشيم کلورايد)
- کلسيم ۴۵.۰ ملي مول/کيلوگرام/ ورځ (۴۵.۰ ملي مول = ۲ ملي ليتره ۱۰٪ کلسيم گلوکونات)

## 2) نوي زيږيدلي ۱ - ۱۲ مياشتني، نږدې ۱۰۰ ملي ليتره/کيلوگرام/ ورځ

تجويز شوي مايعات په جدول (په راتلونکي پاڼه) کې دي

## 3) لويان ماشومان چې ټولې ورځني اړتياوې يې د وزن له مخې محاسبه کيږي

- لومړنيو ۱۰ كيلوگرامو لپاره ۱۰۰ ملي ليتر/کيلوگرام/ورځ
  - د ۱۰ كيلوگرامو نه د ټولو پورته كيلوگرامونو لپاره ۵۰ ملي ليتر/کيلوگرام/ورځ ور اضافه کړئ
  - د ۲۰ كيلوگرامو نه د ټولو پورته كيلوگرامونو لپاره ۲۰ ملي ليتر/کيلوگرام/ورځ ور اضافه کړئ
- تجويز شوي مايعات په جدول (په راتلونکي پاڼه) کې دي

## 4) که د ناروغ وزن له ۵۰ كيلوگرامه نه زيات وي، نو "۱۰۰٪" په ورځ کې ۲ - ۵.۲ ليتره مايع وکاروئ.

کله چې مايعات تجويز کوي نو **پشپړه محاسبه** بايد د نسخې په جدول کې په تفصيل وليکل شي. د يو نارابنکته ماشومانو کې نسخې بايد د **ملي ليتر/کيلوگرام/ورځ** په شکل وي، د يو نه پورته ماشومانو لپاره نسخې بايد د ژ غورني د **سټني (فيصدي)** په ډول وي.

د مايعاتو په محاسبه کې د خولي (هضمي سيستم) له لارې خواړه او درمل هم شامل وي. **که خوندي او د کلينکي پلوه مناسبه وي نو د خولي (هضمي) لار د مايعاتو او خورو لپاره غوره گڼل کيږي.**

د پورتنیو مايعاتو حجمونه د ژ غورني لپاره يواځې يو لارښود ده. مطلقه درسته ژ غورنه ښايي د پام وړ توگه کمه وي. په هغو ماشومانو کې چې د مايعاتو غيرمحسوس ضايعات لري لکه تبه، له حده زياته خوله کول يا سوخيدني پکې وي نو د ژ غورني لپاره د مايعاتو اړتياوې يې ښايي ډيرې وي.

مايع	د استعمال ځايونه
۹.۰٪ سوډيم کلورايد، پلازمالايت، هارټ مانز	لومړنی چټک تطبيق (بيړنی انفیوژن) د کمښت پوره کول د ضايعاتو پوره کول
۹.۰٪ سوډيم کلورايد له ۵٪ گلوکوز يا پلازمالايت سره	د دوام لپاره (تطبيق ته ادامه ورکول)

مثالونه:

۲.۵۰ کيلوگرامه ماشوم ته چې عمر يې ۵ مياشتې وي ۱۰۰ ملي ليتر/کيلوگرام/ورځ x ۵.۲ کيلوگرامه = ۵۲۰ ملي ليتره/ورځ تجويز کړئ

۸۰٪ مایعات د ۲۳ کيلوگرامه ماشوم ته ۸۰٪ د ۱۵۶۰ ملي ليتره = ۱۲۴۸ ملي ليتر/ورځ تجويز کړئ

له مخکې نه جوړ شوي ۹.۰٪ محلولونه له ۲۰ ملي مول پر ليتر پوتاشيم کلورايد سره شته دي او بايد وکارول شي پرته له هغې نه چې هايپرکاليميا (د پوتاشيم زياتوالی په سيروم کې، انيوريا (د ادرار نشتون) يا د پښتورگي عدم کفايه موجوده وي.

په هيڅ حالت کې هم ۱۸.۰٪ سوډيم کلورايد + ۴٪ گلوکوز ونه کاروئ

ځانگړي پاملرنې

- د مغز د ازيما تشکيلېدل يا د تشکيلېدو خطر – د ورته ازمولرېټي لرونکي مايع (-ISO osmolar fluid) وکاروئ او په اخيستلو يې محدوديت ولگوئ (احتمال لري چې يواځې ۶۰٪ دوام ته اړتيا ولري)
- وروسته له عمليات نه – د SIADH خطر موجود ده. د عمليات نه وروسته په لومړۍ ورځ مایعات بايد ۶۰٪ پورې محدودې وي، په ۲ ورځ تر ۸۰٪ او په ۳ ورځ بايد تر ۱۰۰٪ پورې آزاد وي.

څارنه (Monitoring)

د هايډريشن (د بدن د اوبو) د ارزولو لپاره په منظم ډول وزن کول (تلل) يوه ترټولو دقيقه لاره ده که شونې وي. کله چې ناروغ ته ورېدي مایعات جاري وي نو ، اليکترولايت يې بايد د ورځې لږ تر لږه يوځل چک کړل شي. که غير ثابت وه، نو ناروغ ښايي په هرو ۴ – ۶ ساعتونو کې د اليکترولايتو چک کولو ته اړتيا ولري. چمتو واوسئ چې د اړتيا سره سم د مایعاتو تجويز بيا بيا بدل کړئ.

دوامداره او جاري مديريت

د ستونزې په صورت کې، د انسټيزي له ډاکټر، د جدي څارني دځانگي له مشاور، يا هغه مشاور يا نرس چې د ماشومانو له ناروغيو سره ځانگړي علاقه لري، سلا مشوره وغواړئ. که پېچلو مایعاتو ته اړتيا وي، نو وگورئ چې که ماشوم د جدي څارني په څانگه (ICU) کې په غوره توگه مديريت کړل شي. هرڅومره ژر چې شونې وي، ناروغ د خولې له خوا خوراک ته واړوئ.

کله چې د کولمو له لارې خواړه پیل کوئ نو د لاندې  
سایزونو سره سم د پوزې له لارې معدې ته  
تیریدونکی تیوب (NGT) وکاروئ:

۶ Fr	له یو کلن نه کم
۸ Fr	۱ - ۶ کلن
۱۰ Fr	له ۶ کلن نه پورته

د کولمو (هضمي سیستم) له لارې خواړه

### ورکول

کچېرې خواړه نه ورکول کېږي، نو H2 نهی  
کونکې درمل (لکه رانیتیدین) د ورید له لارې  
ورته شروع کړئ؛ یوځل چې خواړه ورته  
شروع شوه نو بیا درمل قطع کړئ.

- خواړه په تدریج سره د دیاگرام مطابق ورکړئ.
- یوځل چې خواړه ورته شروع شوه، نو د پوزې له  
لارې معدې ته داخلیدونکی تیوب (NGT) د ورځې  
لږترلږه یوځل خالي کړئ (عموماً ۴ ساعتو کې).

- سخت وخیم ناروغان چې کله یې کولمې سره وصل شي، باید هر څومره چې ژر ممکنه وي،  
خواړه شروع کړي (د خوړو له پیل نه مخکې له جراح ډاکټر سره خبرې وکړئ)
- په هرو ۴ ساعتونو کې د وینې د گلوکوز څارنه وکړئ.
- ټول درمل چې د د پوزې له لارې معدې ته داخلیدونکی تیوب (NGT) له لارې تطبیق کېږي باید په  
مایع شکل وي او د خوړو نه بېل (جدا) ورکړل شي داسې چې د درمل نه مخکې او وروسته باید له  
اوبو سره د په فشار په زور ور تیر کړل شي.
- ددې لپاره چې تنفسي لارې ته د خوړو له تیریدو څخه مخنیوی وشي، نو که ممکنه وي ناروغ باید په ۳۰  
درجو یا زیات د ناستې په حالت تغذیه کړل شي.

تر ۴۰ کیلوگرام نه پورته

د څلور ساعتو لپاره ۳۰ ملي لیتر/ساعت خواړه پیل کړئ

انفي- معدوي تیوب خالي او پاک کړئ

له ۲۰۰ ملي لیتر نه زیات

۲۰۰ ملي لیتره پوره کړئ او باقي پاتې وغورځوئ

د ۳۰ ملي لیتر/ساعت خوړو ته ترهغې دوام  
ورکړئ چې دوه پرله پسې خالي کېدني له ۲۰۰ ملي  
لیتره نه زیاتي شي.

په هرو ۴ ساعتونو کې را خالي کړئ

کچېرې د ۲۴ ساعتونو په موده کې دا کار پېښ

نشو نو د حرکت لمسونکي درمل په پام کې ونیسئ

له ۲۰۰ ملي لیتر نه کم

خالي شوي خواړه تبدیل کړئ.  
اندازه له ۲۵-۳۰ ملي لیتره پورې  
د ۴ ساعتونو لپاره زیاته کړئ

په هرو ۴ ساعتونو کې را خالي کړئ

د ۲۵ - ۴۰ ملي لیتر/ ۴ ساعت په اندازه  
بې مقدار ترهغې زیات کړئ چې تجویز  
شوی مقدار ته ورسېږي

انفي – معدوي ټیوب د ځاي پرځاي کولو د لارښودنو سره سم ځاي پرځاي کړئ  
 د تیزابیت د کتلو په موخه د معدې د محتویاتو په راویستلو سره د انفي-معدوي  
 ټیوب موقعیت چک کړئ. که د ټیوب د موقعیت په اړه کوم شک وه نو د ایسکری  
 په واسطه یې تثبیت کړئ.

**د ۴ ساعتونو لپاره وړکول پیل کړئ:**

له یو کلن نه کم عمره ماشوم لپاره د نوي زیریدلي ماشوم فورمول/ د شواهدو  
 په بنسټ د طبابت (EBM) یعنې خواړه ۵ ملي لیتر پر ساعت وړکول کیږي.  
 له ۱ – ۶ کلن ته د ماشومانو فورمول یعنې ۱۰ ملي لیتر پر ساعت او له ۶  
 کلن نه پورته لپاره مناسبه فورمول ۲۰ ملي لیتر پر ساعت ده.

انفي-معدوي ټیوب ځای په ځای کړئ

له ۴ ساعتو نه زیاتو خوړو حجم ویستل شوی  
 د معدې نه راویستل شوی مواد تبدیل یا جبران  
 کړئ او خواړه د ۱ ساعت لپاره قطع کړئ

۴ ساعتو نه زیاتو خوړو حجم ویستل شوی  
 په هرو ۴ ساعتونو کې د شروع په مقدار باندې  
 د خوړو اندازه ورزیاته کړئ

له ۱ ساعت نه وروسته د معدې محتویات  
 راویاسئ، که عین حجم را ووت نو د کولمو  
 له لارې خواړه ودرولئ او له نیم سره  
 خبرې وکړئ.

د خوړو حجم زیاتولو ته ترهغې دوام ورکړئ  
 ترڅو چې د خوړو حجم لازمی درجې ته  
 ورسېږي.  
 څارنه کول:

لاندي ټکي په پام کې ونیسئ:

- دوامداره فمي – معدوي او گیسټروسټومي خواړه به  
 همیشه د ۴ ساعتونو لپاره یوه د استراحت موده  
 ولري.
- په هرو ۴ ساعتونو کې د معدې نه د تخلیه شویو  
 موادو څارنه وکړئ او تیزابیت (پی ایچ) یې اندازه  
 کړئ ترڅو یې موقعیت تثبیت شي.
- کچېرې راویستل شوي مواد صفر، وینه، یا ناهضم  
 شوي خواړه وي یا ناروغ کانګې کوي، د معدې له  
 لارې خواړه وړکول ودرولئ او له ۱ ساعت  
 استراحت نه وروسته یې بیا پیل کړئ.

- د جراحي بطن له نشتون نه ډاډ حاصل  
 کړئ

- وګورئ چې لاکټیټ نورمال وي

که له پورتنۍ کتنې نه راضي وي نو د انفي –  
 جیجونیم ټیوب له لارې خواړه ورکړئ یا د  
 کولمو حرکت تثبیه کوونکي درمل ورکړئ

## تسکین او د درد آرامول (SEDATION AND ANALGESIA)

### عمومي اصول

- د ماشومانو د جدي څارني په څانگه (PICU) کې د دوامداره تسکین لپاره پروپوفول جواز نلري ځکه چې د "پروپوفول انفیوژن سنډروم" خطر لري. بالعموم، لږښه باید ځان وساتل شي، اگر که په چټکه توگه له تي څخه بیلولو وړاند وینه کیري، نو د ۲۴ – ۴۸ ساعتونو لپاره به ددې استعمال مناسب وي. د لومړني قطار درمل مورفین او میدازولام دی.
- د تسکین او درد آرامولو ته د اړتیاوو د کمولو په موخه تل غیر-فارماکولوژیک اقدامات ترسره کړئ.
- اول د کولمو له لارې تسکین/درد آرامونکي درمل تطبیق کړئ او د ناروغ د داخلیدو په لومړیو ۲۴ ساعتونو کې د داخل وریدي درملو نه ځان ساتنه پیل کړئ.
- د تسکین د زیاتولو یا اضافي تسکین ورکولو نه دمخه، تل د درد او تحرکیت د سببونو لکه د مثاني ډکوالی، هایپوکسیا، د کاربن ډای اوکساید زیټوالی، د تهوبې د ماشین ناکافي جریان/همغږي، د بستري نامساعده حالت، بیخوبي او نورو د نشتون نه ځان ډاډمن کړئ.
- د تسکین نمره (UMSS د ۶ میاشتني – ۱۲ کلن پورې اعتبار لري) باید په هر ناروغ کې په کار یوړل شي.
- د تسکین موخي، شرایط او رخصتي باید هره ورځ په پام کې ونیول شي
- په ځانگړو ناروغانو کې د نرس لخوا کنټرول شوي درد آرامونه یا د ناروغ لخوا کنټرول شوي درد آرامونه ترسره کړئ. د دردناکو طرزالعملونو لپاره موضعي انسټیزي په پام کې ونیسئ.

### غیر فارماکولوژیک اقدامات:

- د ناروغ آسودکي ډاډمنه کړئ: ټول د اصلاح وړ چاپیریالي او فزیکي لاملونه چې د ناراحتی سبب گرځي، باید اصلاح کړل شي
- د خوب عادي ډول باید وهڅول شي
- روښنایي او غالمغال (آوازونه) باید تر اقلې کچې راکم کړل شي
- د والدینو او کورنۍ شتون. اړیکي نیول او بیا بیا ډاډگیرنه ورکول
- د ماشوم د هوش د کچې او د انکشاف پر او سره سم، موسیقي/لوس/تفریح

## وکړئ او ونکړئ (اوامر او نواهي) په یاد وساتئ

### اړیکې ونیسئ

- خپل ځان مو په نوم سره وروپيژنئ او روښانه کړئ چې تاسو څوک یاست، د ماشوم د نوم پوښتنه وکړئ
- له ماشوم نه د هغوي د اندېښنو پوښتنه وکړئ او داچې هغوي څه شي ته ښايي اړتیا ولري
- له ماشومانو سره په داسې طریقو اړیکې ونیسئ چې هغوي پرې پوهیږي (۱۶۴ پاڼه)
- آرامه (خون سرده) اوسئ او له والدينو سره مرسته وکړئ ترڅو آرامه و اوسي، او هغوي ته آسودگي ورکړئ او ملاتړ يې وکړئ
- د خپل غږ په نورمال آواز خبرې وکړئ او آرامه او ډاډمن واوسئ

## د سرپرستانو نه ملاتړ وکړئ (Support caregivers)

- هڅې وکړئ چې ځوان ماشومان د هغوي له سرپرستانو سره بیرته یوځای کړئ او هغوی سره یوځای وساتئ. دا ډاډمنه کړئ چې سرپرستان له ماشوم سره چې هرڅومره ډیر ممکن وي پاتې کیږي او هغوي ته بیا دا ډاډ ورکوي چې یواځې به يې پرې نږدې.
- دا مهمه ده چې سرپرستان د هغو ماشومانو په څارنه کې چې د چاودنې له تپ نه کرېدلې وي، لومړۍ لیکه کې وساتل شي. دا پدې معنا چې د سرپرستانو ملاتړ کول ترڅو په اوضاع کې له خپلو پریشانیو سره په بريالې توګه مقابله وکړي، او هغوي ته عملي معلومات او ټکي ورکول ترڅو د خپل ماشوم په مبارزه او بهبود کې مرسته وکړي.
- مطمین و اوسئ چې سرپرستانو ته د رواني اوضاع، د هغوي د ماشوم د وضعیت او د هغوي د تمو په هکله معلومات ورکړئ. د د ماشومانو د لومړني ساتونکي او پالونکي په څیر د هغوي د رول درناوی وکړئ او د څارنې او درملنې په هکله هغوي په تصمیمونو کې ښکېل کړئ. هرځای چې ممکنه وي، لومړی له والدينو سره خبرې وکړئ او د هغوی له ماشوم سره د خبرو کولو نه مخکې له هغوی نه اجازه وغواړئ.
- که ممکنه وه، د والدينو او سرپرستانو لپاره معلوماتي مواد چمتو او هغوی ته يې ورکړئ چې له هغوی سره مرسته وکړي چې اوضاع درک کړي او پدې پوه شي چې څنګه له خپلو ماشومانو سره په ښه توګه مرسته وکړي.

## د لاندي کارونو نه ځان وساتئ:

- ماشومانو یا د هغوی سرپرستانو ته غلطې ډاډګیرنې یا ژمني مه ورکړئ ترڅو هغوي فقط آرام کړئ. ددې پرځای، حقيقي ډاډګیرنه او ریښتیني معلومات ورکړئ
- ماشومان د هغوی له سرپرستانو نه مه بیلوئ
- د کوچنیو ماشومانو په مخکې له نورو لویانو سره د طرز العملونو په اړه خبرې اترې مکړئ
- ماشومان مه پرېږدئ چې نور ماشومان چې دردناک طرز العملونه پکې ترسره کیږي، وويني یا يې غږ واورې (لکه د پانسماونو بدلول د نورو ماشومانو په مخکې).
- ماشومان مه پرېږدئ چې په طبي آسانتیا کې وپروونکي (وحشتناکي) صحنې وګوري (لکه نور خلک چې حاد، شدید تپونه ولري)



## د ميشيگن پوهنتون د تسكين وركولو (نشه كولو) نمرې (UMSS)

— په هغو ناروغانو كې چې ټيوب ورته تطبيق شوی وي، د ۳ په شاوخوا ده

### د ناروغ وضعیت

نمره

۱ وپښ او بيداره

۲ ډير لږ نشه (کنګس): ستري/خوبوري، په خوله محاورې، او/يا غږ ته مناسب غبرگون بڼي

۳ په منځنۍ توګه نشه (کنګس): خوبوري/ ویده، د اندکې تماسي تنبيه يا ساده زباني امر سره په آسانه تحريك او بيداريري

۴ ژور نشه (کنګس): ژور ویده، يواځې له ستري فزيکي تنبيه سره تحريك او بيداريري.

۵ د تحريك او بيداريدو وړ نده (نه بيداريدونکی)

د شديد ناروغو ماشومانو لپاره د تسكين او درد آرامولو لپاره لارښودنې

### د جدي څارنې څانګې ته داخل شوی ماشوم

غیر-فارمکولوژیک تدابیر باید  
په هر ماشوم کې عملي کرل شي

**تمه کېږي چې ټيوب به د ۴۸ ساعتو نه  
په کم وخت کې وويستل شي**

- په منظم ډول پاراسيتامول + غير ستيروبيډي  
انلجيزيک (پرته له هغې نه چې مضاد استطباب وي)
- د مورفين انفیوژن پیل کړئ
- د ميدازولام څاڅکي يا کم ډوز (۰.۵ - ۲  
مايکروګرام/کيلوګرام/دقيقه) په پام کې ونيسئ.
- د ارتيا په مهال کلورل هايډرېټ/والرکان په پام  
کې ونيسئ

د ټيوب وويستل  
وځنډيدل

**د ۴۸ ساعتو په موده کې د ټيوب  
ويستل امکان نلري**

- د مورفين/ميدازولام انفیوژن او کلونيدين (د  
وريد/انفي معدوي له لارې) پیل کړئ
- په منظم ډول پاراسيتامول + غير ستيروبيډي  
انلجيزيک (پرته له هغې نه چې مضاد استطباب وي)
- په منظم ډول کلورل هايډرېټ/والرکان ورته  
تطبيق کړئ

### هغه ناروغ چې ټيوب پکې له ۵ ورځو

#### زيات پريښودل کېږي

- د اوپيآتو او بينزوديازپينو لپاره د هغوي د  
ترک کولو (پريښودلو) پلان عملي کړئ
- د دغو درملو نه د ډډه کولو اعراض او د  
هغوي تحمل نه څارنه وکړئ
- په غير-فارمکولوژیک اقداماتو بايد بيا  
زور واچوئ

## د خو درملو د یوځای ورکولو (ګډولو) وړاندیز

پروپوفول/فنتانیل (هغه ناروغ چې د هیموډینامیک له پلوه ثابت وي، د ۴۸ ساعتو نه کم وخت پکې د تهوې وړاندوینه شوي وي)

مورفین/میدازولام (هغه ناروغ چې د هیموډینامیک له پلوه غیر ثابت وي، یا د ۴۸ ساعتو نه د زیات وخت لپاره پکې د تهوې وړاندوینه شوي وي)

فنتانیل/میدازولام

(که له مورفین/میدازولام سره پوره تسکین (سیدېشن) ترلاسه نشو)

### ټیوب داخلول د ۴۸ ساعتو نه د زیات وخت لپاره

په هغو ماشومانو کې چې د ۴۸ ساعتو نه د زیاتې مودې لپاره نشه (سیدېټیډ) وي، په ورځني توګه تسکین یا سیدېشن باید ورته پام کې ونیول شي

### اوږد مهاله پاتي کیدونکی ناروغ (له پنځو ورځو نه زیات)

- په هغو حالاتو کې چې تسکین (سیدېشن) او درد آرمول (انالجیزیا) پکې له ۵ ورځو زیات ترسره شي؛ د دغو درملو د پریښودلو اعراض او علایم رامنځته کیدل پکې ډیر امکان لري، نو د درملو نه د ډډه کولو یوه فعاله ستراتیژي باید په کار یووړل شي
- د تسکین (سیدېشن) نمرې له نیږدې نه وڅارئ.
- د کلونیدینو کافي ډوز او د هضمي سیستم له لارې سیدېشن پکې ترسره کړئ ترڅو د ورید له لارې درمل اخیستل پکې کم کړئ.

### د عصب او عضلي ارتباط قطع کول (Neuromuscular Blockade)

- فلج کول (Paralysis) باید یواځې به ټاکلو ناروغانو کې ترسره شي (د تهوې ډیر لوړ فشارونه، د عصب ژغورنه او نور).
- هرڅومره ژر چې د کلینکي له پلوه ناروغ ثابت شه، نو د عصب او عضلي د ارتباط قطع کول (Neuromuscular blockade) باید بس کړل شي.

## د درملو دوزونه (Drug Dosages)

### مورفين: د لومړي خط ضد درد درمل

بولوس ډوز	حد	د درمل شروع اندازه	
۵۰ مايکروگرام/کيلوگرام/ساعت	۵-۲۰ مايکروگرام/کيلوگرام/ساعت	۱۵ مايکروگرام/کيلوگرام/ساعت	نوي زيږيدلي ماشومان
۵۰-۲۰۰ مايکروگرام/کيلوگرام/ساعت	۱۰-۶۰ مايکروگرام/کيلوگرام/ساعت	۲۰ مايکروگرام/کيلوگرام/ساعت	له ۶۰ کيلو گرامو نه کم ماشومان
۱۰-۵ ملي گرام/ساعت	۰.۸-۳ ملي گرام/ساعت	۱.۵ ملي گرام/ساعت	له ۶۰ کيلوگرامو نه پورته ماشومان

د مورفين غټ مقدارونه (Boluses) ددې لپاره اړين دي چې په پلازما کې د نوموړي درمل مؤثر غلظت رامنځته شي. کچېرې په يو ساعت کې له درې نه زيات غټ څاڅکي (Boluses) ته اړتيا وه، نو مخکنی اندازه د ۲۰٪ په مقدار زياته کړئ. داسې ناروغ هم کله پېښيرې چې ښايې تر ۶۰ - ۸۰ مايکروگرام/کيلوگرام/ساعت ته اړتيا ولري. په هغو ناروغانو کې چې له مورفين سره مقاوم دي، فنتانيل په پام کې ونيسئ. په هغو ناروغانو کې چې د ځيگر يا پښتورگي عدم کفايه لري، د درملو تيبټ دوزونه وکاروئ.

**د درملو پريښودل (Weaning):** د ۷ ورځو پرله پسې استعمال نه وروسته، د مورفين د پريښودلو يو پلان جوړ کړئ، نوموړي درمل د اساسي ډوز ۵ - ۱۰٪ يو ځل يا دوه ځلي د ورځې ورکړئ هره ورځ د درملو د پريښودلو نښانې له نيږدې څخه وڅارئ.

**ميدازولام: د ضد اضطراب او تسکين کوونکی لمرنی خط درمل چې د ورید له لارې تطبيق کيږي.** په نويو زيږيدلو ماشومانو کې ترک کيدای شي.

بولوس ډوز	حدود	د درمل شروع اندازه	
۵۰ مايکروگرام/کيلوگرام	۰.۲۵-۲ مايکروگرام/کيلوگرام	۱ مايکروگرام/کيلوگرام/دقيقه	نوي زيږيدلي ماشومان
۵۰-۲۰۰ مايکروگرام/کيلوگرام	۰.۵-۶ مايکروگرام/کيلوگرام	۱ مايکروگرام/کيلوگرام/دقيقه	له ۶۰ کيلو گرامو نه کم ماشومان
۲-۵ ملي گرام	۵-۱۵ ملي گرام/ساعت	۱ مايکروگرام/کيلوگرام/دقيقه	له ۶۰ کيلو گرامو نه پورته ماشومان

ميدازولام بايد د ميشيگن پوهنتون د سيډيشن له نمرو (UMSS score) سره عيار شي. څومره چې ژر امکان لري، د هضمي سيستم له لارې سيډيشن پکې ترسره کړئ ترڅو د ورید له لارې د سيډيشن اړتياوې پکې کمې شي.

په هغو ناروغانو کې چې د ځيگر يا پښتورگي عدم کفايه لري او هغوي چې د هيموډينامیک له پلوه ناثابته دي، د درملو تيبټ دوزونه وکاروئ.

د ۷ ورځو پرله پسې استعمال نه وروسته، د ميدازولام د پريښودلو يو پلان جوړ کړئ، نوموړي درمل د اساسي ډوز ۵ - ۱۰٪ يو ځل يا دوه ځلي د ورځې ورکړئ هره ورځ د درملو د پريښودلو نښانې له نيږدې څخه وڅارئ.

## کلونیدین:

په ټولو هغو ماشومانو کې چې د جدي ځارني په ځانگه کې له ۴۸ ساعتو نه د زياتې مودې لپاره پاتې کيږي، کلونیدین باید د بینزودیازپینو او اوپیاتو د اثر نه د مخنیوي لپاره وکارول شي او کله چې تمه کيږي چې د پاتې کیدو موده به یې له ۴۸ ساعتو نه زیاته وي، باید د ناروغ له داخلیدو سره سم دا درمل پیل کړل شي. دا په خالي معده هم کارول کیدای شي پرته له هغې نه چې په مشخص ډول مضاد استطباب وي. دا درمل باید په هغو ناروغانو کې چې د زړه عدم کفایه او د وینې تیب فشار لري، په احتیاط سره وکارول شي. دا درمل باید په ناڅاپي توگه قطع نه کړل شي ځکه چې د لوړ فشار د بیا راگرځیدني (rebound hypertension) خطر ونه پکې وجود لري.

دوز	دفعات (تکرار)
د خولي له لاري ۱ - ۵ مایکروگرام/ کیلوگرام تسټ دوز: ۱ مایکروگرام/ کیلوگرام، د ۲ ساعتو لپاره هایپوټینشن (د وینې تیب فشار) وگورئ	۳ - ۴ ځله په ورځ کې
د ورید له لاري ۱ - ۲ مایکروگرام/ کیلوگرام انفیوژن: ۰.۲۵ - ۲ مایکروگرام/ کیلوگرام/ ساعت (۰.۱ مایکروگرام/ کیلوگرام/ ساعت تر هغې زیات کړئ چې کافي تسکین (سیدپشن) را منځته شي)	۳ - ۴ ځله په ورځ کې

له وریدي لاري نه د خولي لاري ته اړول: د خولي له لاري دوز عین د ورید د دوز په څیر ده.  
د درمل پریښودل: لومړی اوپیات او بینزودیازپین قطع کړئ او بیا کلونیدین یواځې د دغو دوو درملو له پریښودلو نه وروسته قطع کړئ.

## پاراسیټامول/د درد ضد غیرسټروویډي درمل (Paracetamol/ NSAIDs)

پرتله له هغې نه چې په ځانګړي توګه مضاد استطباب وي، نوره پاراسیټامول باید په هر ناروغ کې تطبیق شي ترڅو د مورفینو ضد د درد اثر زیات کړي.

دوزونه		د خولې له لارې		عمر
د ریګنوم له لارې	۲۰ ملي ګرام/کيلوګرام	بولوس دوز	نوي زیریدلي ماشومان له ۳۲ او نیو نه لویان	(اعظمي ۶۰ ملي ګرام/کيلوګرام/ورځ)
	۲۰ ملي ګرام/کيلوګرام هر ۸ ساعته وروسته	د دوام دوز	۱۰ - ۱۵ ملي ګرام/کيلوګرام هر ۶ - ۸ ساعته وروسته	
	۳۰ ملي ګرام/کيلوګرام	بولوس دوز	۱ تر ۳ میاشتنی	(اعظمي ۶۰ ملي ګرام/کيلوګرام/ورځ)
	۲۰ - ۳۰ ملي ګرام/کيلوګرام	د دوام دوز	۱۵ - ۲۰ ملي ګرام/کيلوګرام هر ۶ - ۸ ساعته وروسته	
	۳۰ - ۴۰ ملي ګرام/کيلوګرام	بولوس دوز	۳ میاشتنی نه تر ۱۲ کلن	(اعظمي ۹۰ ملي ګرام/کيلوګرام/ورځ)
	۲۰ - ۳۰ ملي ګرام/کيلوګرام	د دوام دوز	۱ ګرام هر ۶ - ۸ ساعته وروسته	
۱۲ کلن نه پورته (اعظمي ۴ ګرام/ورځ)				
<b>د ورید له لارې (له ۱۵ دقیقو نه زیات وخت کې انفیوژن کول)</b>				
له ۱۰ کیلو ګرامه نه کم: ۷.۵ ملي ګرامه / کیلوګرام هر ۴ - ۶ ساعته وروسته (اعظمی ۳۰ ملي ګرام/کيلوګرام/ورځ)				
له ۱۰ نه تر ۵۰ کیلو ګرامه: ۱۵ ملي ګرامه / کیلوګرام هر ۴ - ۶ ساعته وروسته (اعظمی ۶۰ ملي ګرام/کيلوګرام/ورځ)				
له ۵۰ کیلو ګرامه نه پورته: ۱ ګرام هر ۴ - ۶ ساعته وروسته (اعظمی ۴ ګرام /ورځ)				

نور د درد ضد غیرسټروویډي درمل لکه ایبوپروفین او ډایکلوډینک باید د اوپیاتو نه د مخنیوي لپاره په پام کې ونیول شي پرتله له هغه حالت نه چې مضاد استطباب وي.

## کلورل هایپریت (Chloral Hydrate):

په هغو ناروغانو کې چې عمر یې له یو میاشتني نه زیات وی او داخل وریدي سیدپشن ته اړتیا لري، کلورل هایپریت بڼایي اضافه کرل شي پرته لدې چې مشخص مضاد استطباب موجود وي، او وریدي سیدپشن باید پریښودل شي. دا له دواړو لارو یعنی د خولې له لارې او د ریکتوم له لارې ورکول کیدای شي. په هغو ناروغانو کې چې د هیموډینامیک له پلوه ناثابته وي، د دغو درملو کم پوزونه باید پیل کرل شي.

پوز: ۳۰ - ۵۰ ملي ګرام/کيلوګرام (اعظمي ۱ ګرام/پوز) هر ۶ ساعتو کې

## البیمازین/ترای میرازین (والرګان)

والرګان باید په هغو ناروغانو کې په پام کې ونیول شي چې له ۲ کلنې نه پورته وي او د ورید له لارې ورته سیدپشن صورت مومي ترڅو د والرګان پواسطه د وریدي درملو اړتیاوي کمی کرل شي.

پوز: ۱ ۴ ملي ګرام/کيلوګرام هر ۶ - ۸ ساعته وروسته

## نور وریدي سیدپشن/درد آرامول

درمل	پوز
فینټانیل	• ۵-۲ مایکروګرام/کيلوګرام (د تیوب داخلولو په مهال) • ۲-۱ مایکروګرام/کيلوګرام (نور طرز العملونو په مهال) • ۱۰-۱ مایکروګرام/کيلوګرام/ساعت (له ۶۰ کیلوګرام نه ښکته) - (د جدي څارنې په څانګه کې سیدپشن ورکول) • ۱۰۰-۲۵ مایکروګرام/کيلوګرام/ساعت (له ۶۰ کیلوګرام نه پورته) - (د جدي څارنې په څانګه کې سیدپشن ورکول)
کیتامین	• ۳-۲ مایکروګرام/کيلوګرام (د تیوب داخلولو په مهال) • ۲-۱ مایکروګرام/کيلوګرام (نور طرز العملونو په مهال) • ۴۵-۱۰ مایکروګرام/کيلوګرام/دقیقه (د جدي څارنې په څانګه کې سیدپشن ورکول)
پروپوفول	• ۴-۱ ملي ګرام/کيلوګرام (د تیوب داخلولو په مهال) - په تیت فشار لرونکو او بیهوشه ناروغانو کې کم دوز ورکول کيږي • ۲-۱ ملي ګرام/کيلوګرام (نور طرز العملونو په مهال) • ۴-۱ ملي ګرام/کيلوګرام/ساعت (اعظمي ۲۰۰ ملي ګرام/ساعت) (د جدي څارنې په څانګه کې سیدپشن ورکول)

## د عضلاتو نرمول/رخاوت عضلي (Muscle relaxation):

درمل/ اثر	دوز
سگزامیتونیوم	۱-۲ ملي گرام/کيلوگرام بولوس دوز د انستیزی د چټکو پایلو د پارولو لپاره
دیبیولرایز کونکي (اټروپین چمتو ولری)	(۲ ملي گرام/کيلوگرام د نويو زیریدلو ماشومانو لپاره، او ۱ ملي گرام/کيلوگرام د ماشومانو لپاره) ۰.۲۵-۰.۵ ملي گرام/کيلوگرام تکراري دوز
روکورونیوم	۰.۶ ملي گرام/کيلوگرام بولوس دوز
دیبیولرایز نه کیدونکي	۱.۲ ملي گرام/کيلوگرام بولوس دوز د انستیزی د چټکو پایلو د پارولو لپاره
د بیرته رغیدو وخت نږدی ۴۰ دقیقې	۰.۵ ملي گرام/کيلوگرام بولوس دوز د ورید له لاری
اټروکورپیوم	۰.۲-۰.۴ ملي گرام/کيلوگرام ساعت
دیبیولرایز نه کیدونکي	۰.۲ ملي گرام/کيلوگرام بولوس دوز د ورید له لاری ۱ -
د بیرته رغیدو وخت نږدی ۱۵ تر ۲۰ دقیقې	۶ مایکروگرام/کيلوگرام/دقیقه
ویکورونیوم	
دیبیولرایز نه کیدونکي	
د بیرته رغیدو وخت نږدی ۲۰ - ۳۰ دقیقې	

### د ماشومانو د جدي څارني څانگه - د بيار غوني کلیدي ټکي

- درد په پوره توگه آرام کړئ ترڅو تنفس په ښه توگه ترسره شي او له بيار غوني سره درمل په يو وخت ورکړل شي.
- که ماشوم خوبوری (سیدېټید) وي، د پورتنیو او لاندنیو غړو د حرکت حدود د موقعیت ورکولو او آرامه مفعولي تمرینونو له لاری ډاډمن کړئ.
- دا ډاډمنه کړئ چې ماشوم چې د سیدېشن په حال کې قرار لري په هرو ۲ ساعتو کې اړول را اړول کيږي ترڅو د فشاري ټپونو (زخم بستر) او د غړو له شخیدو نه یې مخنیوی وشي.
- په هغو ماشومانو کې چې د تهویې لاندې قرار لري په لاسونو باندې یې وضعیت ته تغیر ورکول او ورسره زیات پرسول او لاسي تخنیکونه (لکه اهتزازات او/یا قرع (په لاس ضربه ورکول) ترسره کول) ښایي د بلغم په خارجولو کې مرسته وکړي.

- که د بلغم خارجول ستونزمن وي، نو یقیني کړئ چې ماشوم پوره اوبه اخلي او یو بلغم تجزیه کوونکی نیبولایزر پکې وکاروئ.

عمر	د سکشن فشار	
	کيلو پاسکال	ملي متر سیماب

- که سکشن ته اړتیا وه، نو دا یقیني کړئ چې د افرازاتو د پاکولو لپاره د درستي اندازې کنتیتر او فشارونه کارول کيږي

# د بیهوشۍ درمل او د درد کنټرول

## Anaesthetics and Pain Control

آماده گي نیول:

له بیهوشۍ ورکولو مخکې آماده گي نیول ضروري دي چې د ناروغ د بدن وزن باید دقیق اندازه شي...

- د بیهوشۍ او نورو درملو جدول جوړ کړئ.
- د مایعاتو د ورکړې او د دواگانو د ورکړې اندازه محاسبه کړئ.
- د هغه مایعاتو اندازه محاسبه کړئ چې د بیرته رغولو لپاره یې باید چټک ورکړئ او د بېرنيو پېښو په مهال د درملو د ورکړې اندازه محاسبه کړئ.
- تجهیزات وگورئ او داسې یې چمتو کړئ چې سم اندازه شوي وي.

د ماشوم عمر ته په پام د هغه د حیاتي نښو نورمالې اندازې ته پام کوئ (پدې اړه ۲۷ صفحه وگورئ). د ماشوم له رارسیدو مخکې خپلې کاري ډلې ته معلومات ورکړئ او د خوني د تودوالي څخه ځان ډاډه کړئ.

بیهوشي ورکول:

د ورید په یو خوندي ځای کې ورته کنول تېر کړئ چې له هغې لارې بیهوشي او مایعات ورکړل شي. له بیهوشۍ ورکولو وروسته په بل ځای کې هم ورته کنول تیرولی شی. له کنول ورکولو مخکې د کنول د تیرولو په ځای کې موضعي بیهوشه کونکې ملهم ورته ووهئ.

د ماشوم د آرامولو لپاره تر بیهوشه کولو پورې د ماشوم مور او پلار یا بل پایوازی ورسره پریږدئ.



## کنول تیروول

په یاد لری چی د هډوکي داخل ته کنول تیروول تر ټولو چټکه او .  
مناسبه لاره ده. لمړی همدا لار غوره کړئ.

## مرکزي ورید ته کنول تیروول

که موجود وي نو داسي کنول تیر کړئ چی یوه لاره  
لري چی دوا پکی بنه تیره شي: 4 – 6F

خو لاري لرونکي کنولونه

- له یو کال کم ماشومانو ته: 3F
- له یوکلن نه تر دوه کلن ته: 4 – 5F
- له دوه کلو لوی ماشوم ته:

که موجود وي نو د کنول تیروول د التراسونډ پوسيله  
وگورئ. د لس کیلو نه کم ماشوم ته په کنول کي د ننه د  
ستنې د تخنیک نه استفاده وکړئ.

## بیهوشي ورکول ( INDUCTION )

## Calculate all drugs in advance

مخکي له مخکي ټولي دواگانې محاسبه کړی. بیهوشي باید د بیهوشي د مسول د تجربې او  
معلوماتو سره سمه ورکړل شي. خبر اوسئ چی د Propofol او باربیتورات پوسيله  
بیهوشي په هغه ماشومانو کي د وینې د تیبټ فشار سبب کیږي چی هایپو والیمیا لري یا  
سیپسیس لري یا اینوتروپیک درمل اخلي. کیتامین پدې برخه کي د ډاډ وړ بلل کیږي.

له بیهوشي مخکي په لاندې ډول درملنه صورت مومي:

- د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر ورته له صفر اعشاریه پنځه ویشته  
ملي گرامه څخه تر صفر اعشاریه پنځه ملي گرامه پوری میدازولم  
درمل په خوله ورکړئ (دا درمل په اعظمي ډول په یوه ورځ کي  
15mg ورکول کیږي) او د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر له شل  
ملي گرامه پراستامول شربت سره یوځای ورکول کیږي.

• له جراحي عملیات څخه یی دیرش دقیقې مخکي ورکړئ.

د کیتامین پوسيله له بیهوشي مخکي هم دا درمل ورکول مناسب کار ده.

## شزن ته ټيوب تيرول Endotracheal Intubation

• د ماسک پوسيله له تنفس ورکولو وروسته معمولاً د معدې پرسوب پيدا کېږي. له بيهوشي وروسته يې د

پوزې يا خولې څخه معدې ته ټيوب تير کړئ.

- ماشومان د لويانو په پرتله ژر د اکسيجن په کمښت اخته کېږي.
- شزن ته د تير شوي ټيوب د موقعيت نه ځان خبروئ، هر ځل د ماشوم له حرکت وروسته دواړو تخرگونو ته غور نيسي.
- د ټيوب خلته له حده زياته ډيره مه پرسوي.

ورو ورو د خلطې د کيښکودلو پوسيله تنفس ورکول او بيا بيا تنفس ورکول هغه کار ده چې ورته ضرورت ده. له حده زيات تنفس ورکولو نه بايد کلکه ډډه وشي ځکه معده پرسوي او ديافراگم کلکوي چې تنفس مشکل کوي، په ډير زور بيا بيا د تنفس ورکولو ضرورت پيښوي، حجاب حاجز نور کلکوي او تنفسي لارې ته د معدې د موادو د ننه کيدو خطر ډيروي او بنايي د تنفس د بنديدو سبب شي.

له دوه کلونو په کوچنيو ماشومانو کې د داسې لارينگوسکوپ نه کار واخلئ چې پل (بليډ) يې نيغ وي. د شزن د ټيوب اندازه بايد د لاندې څيزونو په اساس تعين شي.

• د ماشوم د عمر په اساس

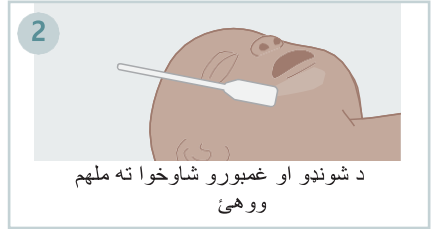
• د ماشوم د پوزې د سوري يا د پنځمې گوتې د اندازې په اساس بايد تعين شي.

که ممکن وي له داسې ټيوب نه استفاده وکړئ چې خلطه لري. که کوچنی نه وي نو شل سانتي مناسب ټيوب ده. که ټيوب لوی وي نو په ستوني کې يو لوند سواب کېږدئ. ټيوب د پلستر پوسيله کلک کړئ (لکه لاندې چې ليدل کېږي). که ټيوب د خولې له لارې تير شوی وي نو نه پرېږدي چې ټيوب يوې خوا ته وبنورېږي.

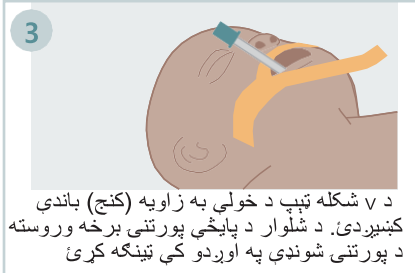
د خولی له لارې تنفسي لارې ته د ټیوب تیرولو لارښودنې.



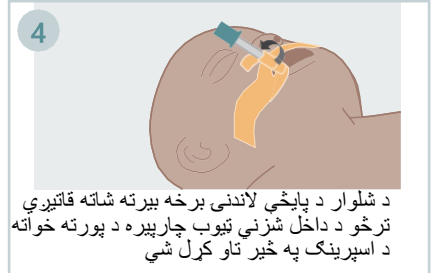
سامان راغونډ کړئ



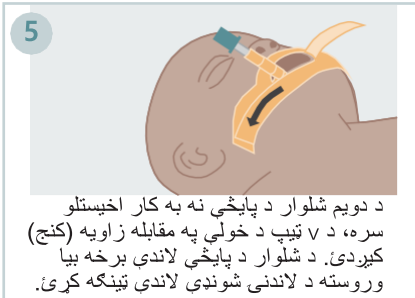
د شونډو او غمبورو شاوخوا ته ملهم ووهئ



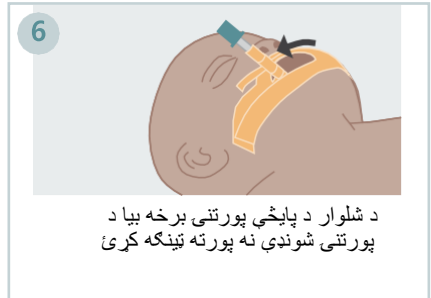
د ۷ شکله ټیپ د خولی به زاویه (کنج) باندې کېږدئ. د شلوار د پایڅي پورتنی برخه وروسته د پورتنی شونډې په اوږدو کې ټینګه کړئ



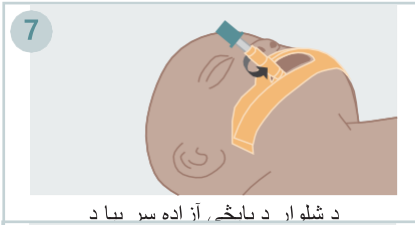
د شلوار د پایڅي لاندنی برخه بیرته شاته قاتیري ترڅو د داخل شوني ټیوب چارپیره د پورته خواته د اسپرینګ په څیر تاو کرل شي



د دویم شلوار د پایڅي نه به کار اخیستلو سره، د ۷ ټیپ د خولی په مقابلو زاویه (کنج) کېږدئ. د شلوار د پایڅي لاندنی برخه بیا وروسته د لاندنی شونډې لاندنی ټینګه کړئ.



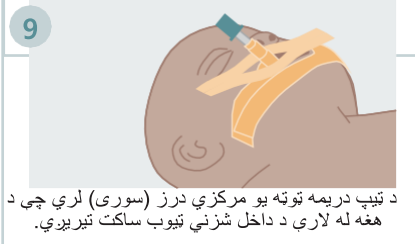
د شلوار د پایڅي پورتنی برخه بیا د پورتنی شونډې نه پورته ټینګه کړئ



د شلوار د باغځي آزاده سر بیا د



د شلوار د باغځي اخی برخه شاته بخله به باغځه بیا جو



د ټیپ دریمه ټوټه یو مرکزي درز (سوری) لري چې د هغه له لارې د داخل شوني ټیوب ساکت تیریري.



دا بیا وروسته د شونډو پورته او لاندې کارول کېږي.

## د بیهوشۍ ساتنه کول

له اکسیجن سره یوځای د غاز په شکل بیهوشی کوونکی مواد ورکړی یا که تیخیر کیدونکي مواد نه وي نو وقفه په وقفه ورته کیتامین یا **Ketamin Propofol mix (PK – Ketamol)** ورکړئ. له عملیات وروسته د اوږد وخت لپاره د انفیوژن په ډول **Propofol infusion** په ماشومانو کې نه ورکول کیږي خو جراحي عمل لپاره ورکول کیدای شي.

د کلینکي نښو نښانو له مخې د پرمختللو پمپونو په نشتوالي کې د بیهوشی د درملو د ورکولو اټکلي لارښودنې	
په لمریو لس دقیقو کې	په یو ساعت کې د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر لس ملي لیتره ورکړئ.
په نورو لس دقیقو کې	په یو ساعت کې د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر لس ملي لیتره ورکړئ.
د ماشوم د بیهوشه ساتلو لپاره	په یو ساعت کې د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر شپږ ملي لیتره ورکړئ.

د زره ګراف، په نبض کې د اکسیجن اندازه، د تنفس ګراف، د وینې فشار، د بدن د تودوخې درجه او د تنفس مقدار، فشار او شمیر یې باید منظم وکتل شي.

## شریان ته کنول تیږول Arterial Access

شریان ته هغه وخت کنول تیر کړئ چې د زره د بې ثباتی او زیات مقدار وینې ورکولو ته د ضرورت امکان وي یا ممکن ماشوم ډیرې وینې اخیستلو ته ضرورت پیدا کړي.

### شریان ته کنول تیږول

له پنځه کلونو کوچنیو ماشومانو ته

د ورون شریان ته کنول تیږول

- له پنځه کلونو کوچنیو ماشومانو ته انتخابي طریقې ده مګر هغه وخت ترې استفاده نه کیږي چې لاس رسی ورته ممکن نه وي یا اپریټر متخصص تجربه ولري.
- که ماشوم له یوکلن نه کم وي نو د سنتي د پاسه د کنټر له طریقې استفاده کیږي.
- که ماشوم له یوکلن لوی وي نو د سنتي پوسيله د وایر د تیږولو له طریقې نه استفاده کیږي.

له پنځه کلونو لویو ماشومانو ته

د لاس کعبري شریان ته کنول تیږول

- د سنتي د پاسه د کنټر له طریقې استفاده کیږي.
- د رګ د ترانس فیکس او بیا بیرته راویستلو له طریقې استفاده کیږي وروسته پداسی حال کې د ننه وړاندې ځي چې سیرینج ورسره نښتی وي.

د کنول اندازه

- نوی بریدلی ماشوم ته ۲۴ لمبره
- له یو کال کم ماشوم ته ۲۲ لمبره
- له یو کال لوی ماشوم ته له ۲۲ تر ۲۰ لمبره

## د بدن د مایعاتو برابر ساتل FLUID MANAGEMENT

ماشومان بنایي د عملیات په وخت د مایعاتو برابر ساتلو ته اړتیا ولري. په یو ساعت کې ماشوم ته د مایعاتو د ورکړې اندازه د ۴-۲-۱ اصل له مخې په لاندې ډول محاسبه کېږي.

### د ۴-۲-۱ اصل

په لمړي ساعت کې د لس کیلو وزن لرونکی ماشوم ته د یو کیلو ګرام وزن په سر ۴ ملی لیتره مایعات ورکول کېږي. په دوهم ساعت کې د لس کیلو وزن لرونکی ماشوم ته د یو کیلو ګرام وزن په سر ۲ ملی لیتره مایعات ورکول کېږي. لدی وروسته د هر کیلو ګرام وزن په سر ورته یو ملی لیتر ورکول کېږي.

- نوي زیریدلي ماشوم ته لس فیصده ډیکسټروز + صفر اعشاریه پنځه څلوېښت فیصده سوډیم کلوراید ورکول کېږي.
- د مور له یو کلن نه کوچني ماشوم ته پنځه فیصده ډیکسټروز + صفر اعشاریه نهه فیصده سوډیم کلوراید ورکول کېږي.
- د ماشوم د وینې شکر له نزدې وڅارئ.
- له داسې پمپونو یا buvette نه استفاده وکړئ مایع ترې هیڅکله به آزاد توګه نه ووځي.
- که ماشوم له ۲۴ ساعتونو څخه د ډیر وخت لپاره وریدي مایعات اخلي نو په یو لیتر کې د ۲۰ ملی مول بوتاشیم کلوراید په ورکولو غور وکړئ.
- که ماشوم ته کنتیر تیر شوی وي نو د تشو میتیازو اندازه یې د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر په یو ساعت کې یو ملي لیتر وساتئ.

هیڅکله د بیا احیاء لپاره هایپوتونیک/هایپوناتریمیک محلول مه ورکړئ.

## د بدن د تودوخې د درجې کنټرول Thermoregulation

د بدن د تودوخې کمښت (هایپوترمیا) په ماشومانو کې ډیره په آسانه پیدا کېږي چې د هغوی د مریني کچه ډیروي لدې کبله:

- د ماشوم د بدن تودوخه وڅارئ او په جدي ډول یې برابرې وساتئ.
- ټول مایعات تاوده کړئ.
- د ماشوم سر پټ وساتئ.
- له ماشوم لاندې د یخ عایق واچوئ یا که ممکن وي نو ځای تود کړئ.
- د ماشوم لوڅ ساتل له لږ نه لږ وساتئ.
- خونه توده کړئ.

## له عملیات وروسته POST OP

- له تودولو، مایعاتو ورکولو، د درد د کافي آرامولو او د ټولو لویو جراحي عملیاتونو د تکمیل وروسته یې له شزن ته ټیوب بیرته وباسئ.
- د درد آرامول آسانه خو په هغه ماشومانو کې له چلینجونو ډک دی چې ډیر کوچني دي او خپل درد نشی ویلی. د درد د آرامولو لپاره د عصب د بلاک کولو تخنیکونو ته پام کوئ.
- د دوا د تطبیق جدول چې د درد آرامونکو دواگانو د منظم استعمال او د اړتیا په وخت د استعمال لپاره جوړ شوی تکمیل کوئ او د بیهوشۍ وروسته لارښودنې عملي کوئ.

## په ماشومانو کې د درد آرامول PAIN MANAGEMENT IN CHILDREN

- د درد ښه کنټرول په ټیپي شوی ماشوم کې یو اساسی بشري کار ده.
- د امکان تر بریده ژر تر ژره د ماشوم درد آرام کوئ.
- د درد آرامول د ماشوم د زړه د ضربان زیاتوالی او له هغه نه د ویني تگ کموي.
- د درد آرامول سټریس کموي او ماشوم او د هغه مور و پلار او پالونکي آراموي.

### ارزیابي Assessment

ټیپي ماشوم کې د درد شتون ته فکر وکړئ. په یاد مو وي چې د درد د شتون اظهار په بیلابیلو کلتورونو کې په بیلابیل ډول ده، یو غلی ماشوم پدې معنی نده چې درد نلری. ټول ماشومان ضرورت لري چې په منظمو فاصلو د درد آرام مخکې او وروسته د درد د شتون د درجي ارزونې ته ضرورت لري.

د درد شدت په لږ لویو ماشومانو کې له 0 – 3 مقیاس له مخې ارزول کیدای شي. ځیني ماشومان ښایي وکولی شي چې له 0 – 10 مقیاس څخه استفاده وکړي. داسې چې 0 یعنی هیڅ درد نشته او 10 یعنی درد تر ټولو شدید ده.

0	درد هیڅ شتون نلري.
1	خفیف درد شتون لري.
2	متوسط درد شتون لري.
3	تر ټولو شدید درد شتون لري.

د لږ عمر په ماشومانو کې د درد د شدت ارزونه د Adler Hey Triage Pain Scor څخه په استفاده صورت مومي.

## د Adler Hey Triage درد د نمره جدول

د ماشوم عکس العمل	صفر نمره	یو نمره	دوه نمره
ژړا/ چيغی	شکایت نکوي/ ژاړي	د تسلی وړ ده	د تسلی وړ نده
نورمال خبرې کوي	خبرې نه کوي (منفی)	له درد نه شکایت کوي	
د څپري تغیرات	نورماله څیره لري.	وړوکی وړوکی زگېروي کوي (له ۵۰٪ په لږو پېښو کې)	اوږده اوږده زگېروي کوي (له ۵۰٪ په ډیرو پېښو کې)
د ملاستي وضعیت	نورمال پروت ده	ځان لمس کوي/سولوي/کمي خبرې کوي	لاس نه پرېږدي/حساس ده
د ماشوم حرکت نورمال حرکت کوي	حرکت یې کم ده یا ناکاراره ده	بی حرکت ده یا اوږي را اوږي	
د ماشوم رنگ نورمال ده	خاسف ده	ډیر خاسف/شین ده	

په یو نمره (Score 1) کې شامل هر حالت کې له خفیف نه تر منځني درجي د درد د آرام دوا ورکړئ. په دوه نمره (Score 2) شامل هر حالت کې ماشوم ته قوي د درد د آرام دوا ورکړئ.

### د درد د شدت ارزونه Assess pain severity

- له سپلینټ (میزابه) // سلینګ (دستمال) // پانسما او نورو نه استفاده وکړئ.
- د درد نورو سببونو ته پام وکړئ.
- د جراحي عملیو د درد لپاره د ساحي د عصب بلاک او پرته له بیهوشی نشي ته پام وکړئ.

د خفیف درد لپاره	په شروع کې د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر ورته شل ملي ګرامه پراستمول د خولي یا مقعد له لاري او وروسته له څلورو تر شپږو ساعتونو وروسته د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر پنځلس ملي ګرامه ورکړئ.
د متوسط درد لپاره	په هرو شپږو نه تر اته ساعتونو کې ورته د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر لس ملي ګرامه ایبوپروفین په خوله ورکړئ. په یوه ورځ کې د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر له دیرش ملي ګرامه څخه ډیر ایبوپروفین مه ورکړئ.
	د خفیف درد د آرام له دوا سره یوځای لاندی دواګانی هم ورکړئ.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• که مځکي مو ایبوپروفین نه وي ورکړي نو په هرو اته ساعتونو کې ورته د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر یو ملي ګرام ډایکلو فینیک د خولي یا مقعد له لاري ورکړئ او/ یا</li> <li>• له دولس کلنو لویو ماشومانو ته د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر هرو څلورو نه تر شپږو ساعتونو کې کودین فاسفیت ورکړئ. یا ورته سمدستی د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر له صفر اعشاریه دوه څخه تر صفر اعشاریه پنځه ملي ګرامه پوری مورفین ورکړئ.</li> </ul>

- 
- د بیه تدبیر په ډول Entonox ته پام کوئ.
  - د پوزي له لاري دایامورفین diamorphine ورکړئ – پدې اړه ۹۰ پاڼه وگورئ.
  - د وړید له لاري ورته د بدن د یو کیلوگرام وزن په سره له صفر اعشاریه یو نه تر صفر اعشاریه دوه ملي گرامه پوري مورفین او لدی سره یوځای د خولي له لاري د درد د آرامولو دواگانې ورکړئ.
-



## له درمل وړکولو پرته د درد آرامول Non-Pharmacological

بنداز جادويي اغيز هيڅکله کم مه گنئ. په درد اخته ماشومان تسلي او سکون غواړي نو مهربان اوسئ. د سوخيدو په ځانگړو حالاتو کې د تپونو پانسيمان درد آراموي. د تپ پانسيمان د هغه په څيره ناوره رواني اغيزي کموي او د ناروغ په غلي کولو کې مرسته کوي.

د لاسونو او پښو تپونه بايد بي حرکت او اوچت کرل شي يا په يوه دستمال بند (sling) کې واچول شي. له يو کال کوچني ماشومان د لاندې کارونو په گډون په ځينو آرام ساتلي شو:

- د مور تي ته ماشوم اچول يا د ساختي شیانو پوسيله له خورو وړکولو پرته ماشوم ته چوشک وړکول ماشوم ته د پاملرنې عادي برخه ده.
- د تپي لاس يا پښي د خوځښت د کمولو او ټينگښت سره د مرستې په موخه د لاس يا پښي مکمل يا قسمي تړل غوره کار ده.
- د زيان رسونکې تنبيه يا زياتي تنبيه مثلا: غالمغال او رنا کمول د ناروغ له آرام سره مرسته کوي.
- د مورو پلار يا پياواز پوسيله ماشوم په غير کې نيول يا ځان ته نږدې کول هغه آراموي.
- له شپږو مياشتو لوی ماشومان نيغ نيول ماشوم آراموي.
- لږ لوی ماشومانو پام بل لور ته اړول مثلا: د لوبو سامانونه/ يا آوازونه وربښودل او سندري ورته وييل هغه آراموي.

## په یاد لرئ REMEMBER:

- له ماشومانو سره د هغوی د عمر او ودې د مرحلې سره سم چلند وکړئ..
- له خپلو پالونکو پياوړانو څخه ماشومان مه جدا کړئ.
- ماشومانو ته درناوی وکړئ.
- له پياوړانو سره يې د ماشومانو په پالنه کې مرسته وکړئ.

## د خولې له لارې د درملو پوسيله د درد آرامول Oral analgesia

ان که مخکې يې زرقي درمل استعمال کړي هم وي نو که ممکن وي د ټولو ماشومانو درد بايد د خولې له لارې د درملو پوسيله آرام کړل شي. د خولې له لارې د درد درمل ډير اغيزمن دي او که په وخت وړکړل شي نو د ډير وخت لپاره درد آرامولی شي. کله چې د درد د آرام زرقي دواگانې بنديري نو ماشوم ته کولی شو پراستامول، آبيروفين او د اپين د کورنۍ درمل opioids وړکړو.

### د لمني له لاري د درد د درملو پوسيله د درد آرامول Rectal analgesia

د لمني لار په هغه ماشومانو کې گټوره ده چې ډيره نارامي کوي يا کانگي کوي. پراستامول او دايکلوډيپناک دواړه د لمني له لاري ورکول کيدای شي.

### د وريد له لاري د درد آرامول Intravenous

د وريد له لاري د تطبيق وړ د اپين د کورني درمل ورکول د شديد درد د آرامولو لپاره د سرو زرو ارزښت لري. مگر وريد ته کنول تيرول ښايي ستونزمن او د ماشوم د ناراحتۍ لامل شي. سربيره پر دې ښايي د درد په آرام کې داسې خنډ منځ ته راوړي چې د منلو وړ نه وي.

### د غوښي (عضلي) د پيچکاري پوسيله د درد آرامول Intramuscular

د غوښي له لاري د کنيامين ورکول د درد د ښه آرامولو لپاره يوه چټکه او اغيزمنه لاره ده. دا لاره په خانگري ډول د سوخيدنو په پيښو کې ډير ارزښت لري ځکه له يوې خوا ماشوم ډير ناگراره وي له بلې خوا ورته کنول تيرول ستونزمن وي.

### د پوزي له لاري د درملو ورکولو پوسيله د درد آرامول Intranasal

دا طريقه د درد د چټک او موثر آرام لپاره يوه گټوره طريقه ده. کيتامين Ketamine، فينتانيل fentanyl او diamorphine ټول د پوزي له مخاطي غشاء څخه ښه جذبيري. دوا اندازه بايد لږ وي او که اندازه يې 0.4 ml نه ډيره وي نو بايد د پوزي په دواړو سوږيو وويشل شي. له 0.4 ml ډير درمل ورکول خپل تاثير له لاسه ورکوي ځکه د مخاطي غشاء له لاري د جذبيدو په ځای د مري له لاري تيريږي. دا درمل بايد د يو ملي ليتر سرينج پوسيله ورکړل شي او که موجود وي نو د مخاطي غشاء اتومايزر آلي (mucosal atomiser device (MAD) ) پوسيله ورکړل شي. د پوزي له لاري د درملو د ورکولو اندازه په راتلونکي مخ کې په تفصيل روښانه شوي دي.

### د محيطي عصب د بلاک کولو پوسيله د درد آرامول Peripheral Nerve Blocks

دا طريقه د لاسونو يا پښو د زخمنو د درد په آرامولو کې گټوره ده. که ممکن وي نو په رندو سترگو د دې تخنيک څخه د استفادې په ځای بايد د الټراساوند تر لارښودني لاندې لدې طريقې څخه استفاده وشي. ډاکټرانو ته بايد د هر محيطي عصب د بلاک کولو په برخه کې چې دوی يې بلاک کول غواړي روزنه ورکړل شي.

د درملو د ورکړې اندازې Drug Doses

درمل	د تطبیق لاره**	د ورکړې اندازه	احتیاطي تدابیر
پراستامول	د خولې له لارې	د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر ۱۵ ملي گرامه د ورځې څلور ځله (زیات نه زیات یو پایواز پراستامول ورکړي دي که نه. گرام) ورکول کیږي.	هر وخت وگورئ چې مخکې خو بی
	د لمنې له لارې	د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر ۱۵ ملي گرامه د ورځې څلور ځله (زیات نه زیات یو گرام) ورکول کیږي.	
	د ورید له لارې	له لس کیلو ډیر ماشوم ته	
		د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر ۱۵ ملي گرامه د ورځې څلور ځله (زیات نه زیات یو گرام) ورکول کیږي.	
		له لس کیلو کم ماشوم ته	
		د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر اووه نیم ملي گرامه د ورځې څلور ځله (زیات نه زیات په یوه ورځ کې د یو کیلو گرام وزن په سر ۳۰ ملي گرامه) ورکول کیږي.	
ایپوپروفین	یواځې د خولې له لارې ورکول کیږي.	د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر ۵ ملي گرامه (زیات نه زیات ۴۰۰ ملي گرامه) د ورځې درې ځل ورکول کیږي.	ممکن نفس تنگی ډیره کړی. د پښتورگو په ناروغیو، د معدې په زخمونو، او د وینې په دریدلو کې د ستونزو په پېښو کې یې مه ورکوی.
ډایکلو فینک	د خولې له لارې	د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر یو ملي گرام (زیات نه زیات پنځوس ملي گرامه په یوه ورځ کې درې ځله ورکړئ).	ممکن نفس تنگی ډیره کړی. د معدې په زخمونو، او د وینې په دریدلو کې د ستونزو په پېښو کې یې مه ورکوی.
	د لمنې له لارې	د بدن د هر کیلوگرام وزن په یو ملي گرام (زیات نه زیات پنځوس ملي گرامه په یوه ورځ کې څله ورکړئ).	
Codeine*	یواځې په خوله ورکول کیږي.	د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر یو ملي گرام (زیات نه زیات ۶۰ ملي گرامه) د ورځې څلور ځله ورکړئ.	په لاندې حالاتو کې یې مه ورکوی.
Tramadol	په خوله ورکول.	د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر یو ملي گرام (زیات نه زیات ۵۰ ملي گرامه) د ورځې څلور ځله ورکړئ	سیروتونین ته ورته Serotonergic جاني عوارض لري.
	په ورید کې ورکول	د بدن د هر کیلوگرام وزن په سر یو ملي گرام (زیات نه زیات ۵۰ ملي گرامه) د ورځې څلور ځله ورکړئ	

درمل	**د تطبیق لار	د ورکړی اندازه	احتیاطی تدابیر
اورامورف	یواځې په خوله ورکول کیږي.	له یوې تر درې میاشتني ماشوم ته د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر له ۵۰ نه تر ۱۰۰ میکرو ګرامه په هرو ۴ ساعتونو کې یوځل ورکول ورکړئ.	د مرکزي عصبي سیستم انحطاط، زړه بدوالی او کانګو په شتون کې یې په احتیاط ورکړئ.

له درې تر شپږ میاشتني ماشوم ته د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر له ۵۰ نه تر ۱۰۰ میکرو ګرامه په هرو ۴ ساعتونو کې یوځل ورکول کیږي.

له یوې تر درې میاشتني ماشوم ته د بدن د هر کیلو ګرام وزن په سر له ۱۰۰ نه تر ۲۰۰ میکرو ګرامه په هرو ۴ ساعتونو کې یوځل ورکول کیږي.

تر ۱ میکروګرام/کیلوګرام د ډیپریشن لپاره عیار شوی ده..

### زړه بدوالی

درد

او کانګی

۱ میکروګرام/کیلوګرام د پوزې د پوزې له لارې سوریو کې اچول کیږي

که له ۰.۴ ملي لیتر نه زیات وي د پوزې په سوریو کې تقسیم کړئ

د تنفسي او مرکزي عصبي سیستم انحطاط، زړه بدوالی او کانګی	راتلونکی جدول وګورئ	ډیپامورفین د پوزې له لارې
---	---------------------	---------------------------

کیتامین	د ورید له لارې ۰.۲۵ - ۰.۵ ملي ګرام/کیلوګرام	وارخطایې او خفګان
د بنزودیازپین کوچنی دوز په پام کې ونیسئ	د عضلي له لارې ۲ - ۴ ملي ګرام/ کیلوګرام	د سیدپشن او درد آرامولو لپاره)
	د پوزې له لارې ۳ ملي ګرام/ کیلوګرام	

\* کودین باید په احتیاط وکارول شي ځکه د ۱۲ کلنۍ نه کمو ټولو ماشومانو کې او په ۱۲ - ۱۸ کلنو پورې هغو ماشومانو کې چې د تنفسي لارې طرز العمل پکې ترسره شوی وي یا د خوب په مهال د تنفس د بندیدلو تاریخچه ولري د تنفسي انحطاط خطر رامنځته کوي.

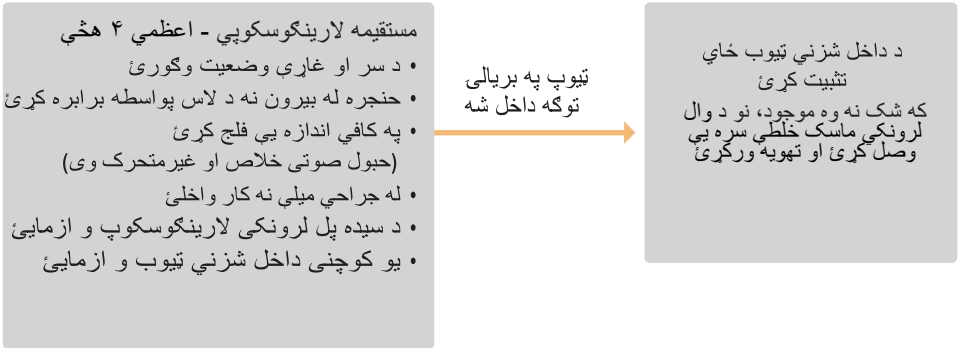
د کودین بدول (د مل داسې هایدرو کودین) د خول له لارې د مورفین محلول ته تړاومل کېږي.



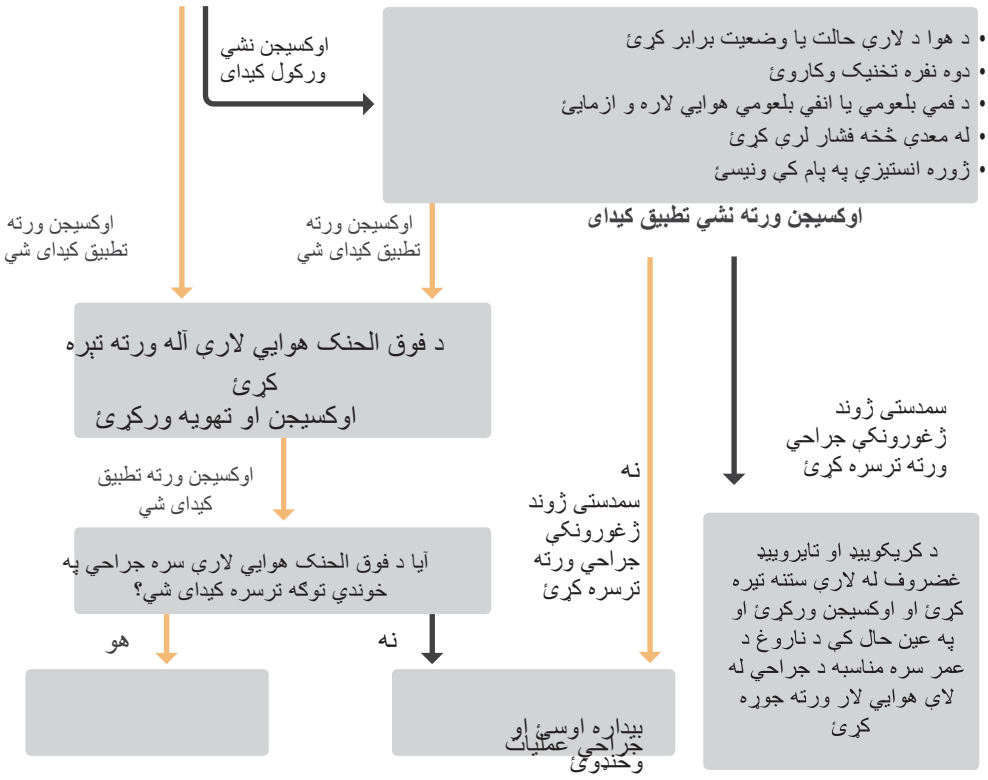
د پوزې له لارې د ډيامورفين د ډوز ټاڪلو جدول (د ډيامورفين د ۱۰ ملي گرامه ويال په كارولو سره)

وزن/ كيلوگرام	د اضافه شوي ساليڼ محلول حجم/ملي ليتر	يادښتونه
15	1.3	1. وزن اټكل كړئ يا تر ۵ كيلو پوري نږدې وزن كړئ
20	1.0	2. د ۰.۹٪ سوډيم كلورايد
25	0.8	مقدار د وزن سره برابر وړ اضافه كړئ
30	0.7	3. د محلول ۰.۲ ملي ليتره
35	0.6	چمتو كړئ
40	0.5	
50	0.4	
60	0.3	

يوځل چې چمتو شو نو د مخاطي اتومايزر آلي نه په گټه اخيستلو سره يې د پوزې په سوري كې تطبيق كړئ. دا به ۰.۱ ملي گرام/ كيلوگرام ډيامورفين تطبيق كړي.



**ټیوب نشي داخلیدای**



مخکېني ولاړ شئ

## د صدر او بطن جراحي (Thoraco-Abdominal Surgery)

- عموماً، عين اصول چې د لويانو د بطن (گيډي) د ټپونو جراحي مديريت کنټرولوي په سختو شرايطو کې د ماشومانو لپاره هم درست گڼل کيږي.
- حياتي جوړښتونه د کمو انساجو پواسطه پوښل شوي او د انرژي لرونکو پارچو يا توغنديو پواسطه په آسانه ټپي کيږي. په ماشومانو کې د گڼو ټپونو د رامنځته کيدلو امکان ډير وي.
- د پښتنيو د کسرونو د نشتون په صورت کې پدې مه ډاډمن کيږئ چې د سيني د قفس دننه به کوم ټپ نه وي موجود.
- د بطن د غړو ساقه لرونکي سيستمونه متحرک (خوځنده) وي او د بدن د بيخايه کولو په مهال د کراريدلو او چټک کيدولو له کبله ټپي کيږي.
- هوا لرونکي احشا (داخلي غړي) له نسج سره د چاودنې د څپې د ټکر کيدلو له کبله ښايي ټپي شي.

د ماشوم د ارزونې په مهال د جراح ډاکټر به ذهن کې بايد ۵ پوښتنې موجودې وي. د دغو پوښتنو ځوابول به د مديريت پلان غښتلی کړي.

- 1) آیا د بطن (گيډي) ټپ شتون لري؟  
(د پريتوان درز کيدل، د خالي منځه احشا (پوچ غړي) څيري کيدل، د ډک منځني (جامد) غړي وينه بهيدنه)
  - د ناروغ تاريخچه او د ټپ ميکانيزم/ وخت څه شی ده؟
  - فزيکي پيداکونې (ياافته های فزيکي) څه شی دي؟
  - د ځانگړو څيړنو پايلې څه شی دي؟
- 2) آیا ماشوم د پام وړ خطر سره مخ ده؟
  - د ماشوم فزيولوژي، او د فزيولوژي حالتونه څنگه دي؟
  - (د زړه د ضربان تعداد، د وينې فشار، د تنفس تعداد، دماغي حالت، د ادرار اندازه)
- 3) ماشوم څومره په بيره اقدام (مداخلې) ته اړتيا لري؟
  - ناروغ څرنگه له خطر سره مخ ده، د وضعيت د نه مقابلي او نه جبرانيدلو خطر څه شی ده؟
  - نور ټپونه څه شی دي چې ښايي پاملرنې ته اړتيا ولري؟
  - سيالي کونکي حالات څه شی دي چې ښايي پاملرنې ته اړتيا ولري؟



- 4) د احتمالي ټپ لپاره د مدیریت ترټولو غوره ستراتیژي څه شی ده؟
- آیا ژغورونکی (محافظةوی) مدیریت شونی ده؟
  - که جراحی ته اړتیا وي، دا باید همدا اوس ترسره شي یا ځنډېدلای شي؟
  - که جراحی ته اړتیا وي، آیا جراحی زیان کنترولوونکي ده یا قاطع درمل کوونکي ده؟
- 5) د ماشوم د څارني لپاره راتلونکی ځای چیرته ده؟
- آیا دا یو ستر یا زیاتو سرچینو لرونکی روغتون ده؟
  - څنگه به ماشوم هلته ورسول شي؟
  - کوم اقدام اوس ترسره کیدای شي ترڅو د طبي درملني په هغه آسانتیا کي د رواني بریالی څارني لپاره حالت برابر کرل شي.

### مدیریت

#### د گیدې د پک منځي (جامد) غړي د ټپ ژغورونکی مدیریت

- د گیدې د جامدو غړو (ځیگر، توری، پښتورگی) نه وینه بهیدنه پخپله دریدونکي وي او د بیا رغوني او نیردي معاینې پواسطه مدیریت کیدای شي. لدې کبله، د پریټوان په جوف کي یواځې د وینې پیداکول د جراحی عملیات لپاره یواځیني دلیل نشي کیدای.
- دا ستراتیژي پدې وړتیا باندې تکیه ده چې ناروغان له نیردي نه وڅارل شي چې کلینکی حالت خو به یې مخ په خرابیدو نه وي.

#### د گیدې د داخلي ټپ د گمان په صورت کي جراحی مدیریت

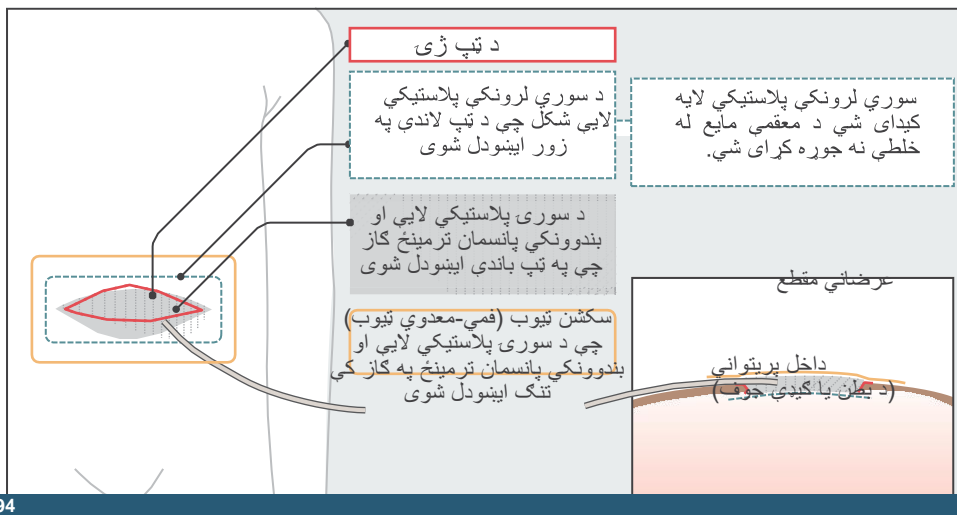
##### چمتوالی

- شاک، جبران شوی شاک، د پریټوانی یا خلف پریټوانی څیري کیدني شواهد، څیري کېدل، او د پریټوان التهاب جراحی عملیه لازمه کوي.
- که په شک کي وي، له وخت او بیا بیا ارزونو نه کار واخلئ ترڅو خپل انتخاب غوره کړئ. که د ماشوم وضعیت د ارزونو لپاره وخت او موقع نه درکوله، نو په جراحی باندې اقدام وکړئ.
- له بیهوشي ورکوونکي سره له نیردي اړیکي ونیسئ
- د جراحی له مرستیال سره له نیردي اړیکي ونیسئ او موجوده وسایل، گندنې او ترني (پوبنوني) و ارزوئ
- خپل ټیم ته مو یو هراړخیزه خبرتیا ورکړئ (لکه د نړیوال روغتیایی سازمان د خونديتوب چپک لیست، ۱۰۰ پاڼه). روښانه کړئ چې موخه څه ده، خطرونه کوم دي او له اختلاطاتو سره د مقابلي پلان څه شی ده.

## د بطن (گیدې) تپونه (Abdominal injuries)

- هغه ماشومان چې د شاک په حالت کې وي او نافذه (ژور) تپونه لري باید د زیان کنټرولونکي جراحي (DCS) پواسطه مدیریت شي.
- که د لومړنۍ بیا رغونې نه وروسته ماشوم د هیموډینامیک له پلوه استواره وي او د گیدې داخلي تپونه نه وي موجود، نو د جامدو (ډک منځو) غړو ثانوي تپونه چې د کندې (پڅې) ضربي له کبله رامنځته شوي وي، درملنه په محافظوي توګه هم کېدای شي. دا ستراتیژي په پوره سرچینو ولاړه ده ترڅو د اوږدې مودې لپاره ماشوم له نیردې نه وڅارل شي. دا امکانات ښايي نه وي موجود، نو لدې کبله د گیدې خلاصول (laparotomy) ښايي د سرچینو پر بنسټ یو مناسب تصمیم وي.
- که ممکنه وه، نو د توري (طحال) ژغورنې ته پام وکړئ ځکه چې د توري د ویستلو نه وروسته د انتان اوږد مهاله خطرونه موجود وي – په ځانګړي توګه په هغو هیوادونو کې چې واکسیناسیون او د مکروب ضد درمل کم پیدا کېږي.
- د ځیګر یا توري له څیرې شویو ځایونو نه د بهیدونکي وینې د کنټرول لپاره تړب (omentum) کېدای شي د وینې بندونکي پینې (پټې) په توګه وکارول شي.
- د کولمو انستوموز (ځنډه په ځنډه ګنډل) باید د لویانو په څیر وي.
- یوځل چې ماشوم نور اسیدوټیک (تیزابي حالت کې) نه وي،
- یوځل چې ماشوم ته مقوي قلبي درمل ودرول شي او د هیموډینامیک له پلوه ثابت وي.
- د زیان د کنټرول لومړنۍ جراحي نه وروسته د دویم ځل کتنې لپاره د گیدې خلاصول یو ښه فرصت ده چې ترسره شي.
- د بندونکي واکيوم پانسمان پواسطه گیده د یو وخت لپاره سلامتې پاتې کېدای شي. د یو جراح ډاکټر لپاره دا کار ډیر وسوسه اچوونکی ده چې د یو ماشوم نازکه گیده تر فشار لاندې بنده او وتړي. دا کار مکوي.

## د منفي فشار لرونکي بندونکي پانسمان (Occlusive Negative Pressure Dressing)



- بعیده جوفونه (لکه د نهایې الیوم جراحي یا د کولون/غټو کولمو جراحي) ماشومان بڼه تحمل کولای شي ولې په اوږده موده کې په کورنۍ باندې یو د پام وړ بار بردي.
- قریبه جوفونه د مایعاتو او الیکترولایتو د ضایع کیدو او سوئی جذب رامنځته کیدو له کبله ډیر کم تحمل کیري پدې معنی چې ماشوم احتمال نلري چې بریالی شي. د زیان کنټرولونکي جراحي د طرز العمل له لارې چې وروسته ترینه د دویم ځل کتنې په مهال لومړنۍ انستوموز ترسره کیري یا مخکې لدې نه چې ماشوم روغتون پریري پړوخت د جوف بندولو له لارې نه د قریبه جوفونو له جراحي نه ډډه وکړئ.
- د دویم ځل کتنې لپاره د گیدې خلاصولو په مهال د یو انفي – جیجوني تیوب (nasojejunal tube) تیرولو ته پام وکړئ ترڅو پړوخت د خوړو ورکول ممکن شي.
- په نافذه (ژور/ننوتونکي) ترضیض کې، له بهر څخه ننوتونکي/بیرون وتونکي ټپونه د غړي له ټپونو سره چې موندلي مو دي، پرتله کړئ ترڅو د توغندي د لارې لوری (د مرمۍ مسیر) ورغوئ. دا ډاډمنه کړئ چې د کیدې خلاصولو د عملیات له بشپړیدلو نه دمخه دغه ټکی په پام کې نیول شوی ده.
- په گرمو تعقیم شویو مایعاتو سره د پریټوان خړوبول، د توغندي د مسیر په اوږدو کې د ژوندي نه پاتې کیدونکو نرمو نسجونو لری کول او ویستل، او د وروستیو بیا کتنو طرز العملونو ته پلان نیول هغه حیاتي عناصر دي چې د وروستي انتان نه مخنیوی کوي، او د عملیات نه وروسته د مکروب ضد درملو ورکولو په پرتله ډیر ارزښتناک دي.

### د رگونو ټپي کیدل (Vascular Injury)

- د ټپ ځانگړتیا او په احتیاط سره ارزونه د رگونو د ټپونو د پیژندلو کلید ده.
- ډوپلر الټراساوند د اناتومي د پیژندلو لپاره ترټولو غوره لاره ده ولې که لاس رسی ورته کیدای شي نو انجیوگرام (د رگونو گراف ویستل) هم ښایي ارزښتناک تمام شي.
- د یو ټپي رگ د رالوځولو نه دمخه، جراح ډاکټر باید د رگ په قریبه او بعیده دواړو برخو باندې کنټرول ولري.
- د لویو رگونو د مسیر تغیرول د زیان د کنټرول په حالتونو کې ښایي ژوند او غړی ژغورونکي رول ولري و د ماشومانو رگونه او په تیره بیا د شریانونو شدید تقبض (تنگیدل) دغه کار ډیری وختونه له تخنیکي پلوه ستونزمن کوي.
- په ماشومانو کې جانبی دوران ډیری وختونه د لویانو په څیر بڼه پرمختگ نکوي او که رگونه قطع شي نو د بعده برخي د اسکیمیا خطر پکې ډیر وي.
- د جراحي عملیات پواسطه د صفاق ویستل (Fasciotomies) همدومره مناسبه ده لکه چې په لویانو کې د ورته ټپونو په صورت کې وي.

## د سيني ټپي كيدل/ صدي صدمه (Thoracic injury)

- د سيني ډيری ټپونه يواځي د سيني د قفس په تخليه كولو (دريناژ) سره مديریت كيدای شي.
- په ماشومانو كې د سيني پخ ترضيض ډېر كم د پښتنيو د كسرونو سبب كيږي ولي ډيری وختونه د سرو د پام وړ كوفته كيدني سبب گرځي. دا حالتونه په محافظه كارانه ډول د درد د ښه آرامولو او كمكي تهويي پواسطه مديریت كيدای شي.
- د ماشومانو د ميډياستينوم (د سيني د قفس منځنی برخه) د حركت له كبله، نوموتوراكس (د سيني په قفس يا پلورا جوف كې د هوا راغونډيدل) په چټكۍ سره پرمختگ كوي. ټولو ماشومانو ته چې د سيني د ضربې گمان پرې كيږي بايد د سيني يوه ايكسري ورته وشي.
- كچېري د پام وړ نوموتوراكس يا هيموتوراكس (د سيني په قفس كې د هوا يا وينې راغونډيدل) لپاره د سيني تخليه اړينه وي نو دريناژونه په عادي طريقه باندې ځای پر ځای كيږي ولي د پلورا په خاليگاه كې د گوتي داخلول ستونزمن وي.
- د وينه وينه بهېدنه د كنټرول او د بعیده برخو د وينه وينه بهېدنه لپاره د نازله ابهر (بښكنه كيدونكۍ ابهر شريان) كينكولو لپاره په جراحي عمليي سره د سيني خلاصول گټور دی.
- حلزون شكله شق بايد د اكثر و ټپونو لپاره ترسره شي. د چپه خوا قدامي جنبی اړخ نه د سيني خلاصولو له لارې اكثرأ كافي لاس رسی نه كيږي. د منځني قفس هډوكي خلاصول (median sternotomy) ډير وخت نيسي ولي د غاړې د رگونو ريښو او د ابهر قوس د كنټرول لپاره لدې لارې نه ښه لاس رسی كيږي.
- يا د غوټه كوونكي آلو يا د مستقيمو بخيو پواسطه د سرو غير اناتوميك پريكوني يا د يوې برخي قطع كول د سږي د ټپونو لپاره چې د پام وړ وينه بهېدنه پكې موجوده وي يا د هوا ترينه ووځي، ښه كار كوي.
- د سږي ويستل (Pneumonectomy) په ځوانو خلكو كې ډير په سختۍ تحمل كيږي.

## د درست ترميم په هكله دقيقه لارښودنه

په دوه لايو (پوبونو) كې يې د جذب وړ بڅې باندې ترميم كړئ، (تل كوچنی معده كيسه وگورئ چې سوری نه وي).	معه
كوچېرايز؛ كوچني سوري په دوه لايو كې د جذب وړ بڅې (گنډلو پواسطه ترميم كړئ؛ غټ سوري هم په ورته ډول ترميم كړئ ولي د ترميم د ژغورني لپاره د معدې-جيجونيم جراحي (gastrojejunostomy) په پام كې ونيسئ؛	اثنا عشر
په يوه يا دوه لايو كې يې د جذب وړ بڅې گنډلو پواسطه ترميم كړئ.	كوچنی/ غټي كولمي
كه كوچنی وي نو ساده ترميم يې وكړئ. كه پيچلی وي - د جوف منحرف كول په پام كې ونيسئ.	د ريكتوم سوري كيدل (تثقب ريكتوم)
پوښل (ټرل) د وينه درولو اساسي لاره ده چې وروسته بايد پوښ لري كيږي. د ځيگر له بخيو (گنډلو) نه ډډه وكړئ (د نكروز/سيپيسيز خطر لري).	ځيگر
ويي پوښئ (ويي ټرئ) چې وروسته بيا پوښ تري لري كيږي يا توری وباسئ يعنې لري يې كړئ.	توری (طحال)

د وینه دروونکو بخیو (ګندلو) پواسطه وینه بهیدنه و دروی؛ تخلیه یې کړی. که لکی/تنه یې د عرضاني مقطع له ۵۰٪ نه زیاته ټپي وي نو د پانقراض بعیده برخه وباسی یعنی ( Distal pancreatectomy) ترسره کړی.

پرته له هغه حالت نه چې پراخیدونکي هیماتوما موجوده وي، نور یې په محافظوي توګه مدیریت وکړی. قطبي ټپونو ته بالبنټکونه ورکړی او د جذب وړ بخی پواسطه یې ترمیم کړی.

د مناسب سیخ (د ماشوم د تغذیې ټیوب یا ورته شی) له پاسه یې ټول ټپ ترمیم کړی (سیخ باید د حالب د سوري له لارې داخل شوی وي).

په دوه لایو کې یې د جذب وړ بخیو پواسطه ترمیم کړی. د ۱۰ ورځو لپاره یې د احلیل له لارې د کټیتر پواسطه تخلیه کړی.

د نه جذبیدونکي بخیو (ګندنو) پواسطه یې په دوره یې توګه ترمیم کړی.

### رضایت

د جراحي لپاره د کورنی رضایت باید د یوې ورځنۍ مسلې په توګه وغوښتل شي. ستر ماشومان روښانتیا او بیا ډاډګیرنې ته اړتیا لري.

### اسناد برابرول

عملیاتي نوبت باید ډیر روښانه وي، او ددې خبرې په اړه چې څه ترسره شوه، ولې ترسره شوه، څه شی پاتې دي چې باید ترسره شي او کله باید ترسره شي یوه روښانه شرح وړاندې کړي. د داخل-بطني (د ګیدې دننه) سوابونو شمیر او وضعیت باید په غور سره ریکارډ کړل شي. نوبت باید د پیاوړو اختلاطاتو وړاندوینه وکړي او د هغو اقداماتو لپړی باید ریکارډ کړي چې د دغو اختلاطاتو د پېښیدو په صورت کې باید ترسره شي. د عملیات جراح ډاکټر باید حتماً عملیاتي نوبت داسې ریکارډ کړي چې هر جراح ډاکټر چې په راتلونکي ځای کې دا ماشوم اخلي باید د مدیریت په پلان کې هېڅ په شک او تردید کې وانه اچول شي. ۸ الف ضمیمه وګورئ.

د عملیات د نوټ الگو

عمر	د ناروغ نوم
	ناروغ ورپیژندونکی
<p>د راجستر نمبر</p> <p>نوم</p>	
	جراح ډاکټر
	مرستیال
	تعقیم کول
	د انستیزی ډاکټر
چمتووالی	
استطباب	
موندني	

دندنی پوښونې

بندول

شاخصونه

د عملیات وخت

د وینې محصولات

تر ټولو خرابه شدیدې تبه

د وینې ضایع کیدل

تر ټولو زیات خراب قلوي حالت

له عملیات نه وروسته پلان

د روغتیا د نړیوال سازمان د جراحي د خونديتوب چک لیست

د بیهوشۍ د پیل نه د مخه  
(برتر لاره د نرس او انستیزې د ډاکټر پوسطه)

ناروغ خپل هویت، ځای، طرز العمل او رضایت تثبیت کړی ده؟

ایا ځای په نښه شوی ده؟

نه

د اجرا وړ نده

د انستیزې ماشین او درملو چک بشپړ شوی ده؟ د نبض او کسینجن اندازه کوونکې آله د کار وړ ده؟

آیا ناروغ پیژندل شوي الرژي لري؟

نه

هو

آیا تنفسي ستونزې يا تنفسي لاري ته د موادو داخلیدو خطر شته ده؟

نه

هو او وسایل/ مرسته شتون لري

آیا له ۵۰۰ ملي لیتره نه د زیاتي (په ماشومانو کې ۷ ملي لیتره/کیلوگرام)

وینې ضایع کیدو خطر شته؟

نه

هو، او دوه وریدي/مرکزی لاس رسي او مایعات پلان شوي دي

د چک لیست ددی لپاره نده جوړ شوی چې هر اړخیزه واوسي. ددی لپاره چې له محلي پرکتیک سره برابر شي، پدې کې اضافات او تعدیلات هڅول کيږي.