بسم الله الرحمن الرحیم

Ketabton.com
Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ننګرهار طب پوهنځی

د کولمو بندش او د پریطوان جراحي ناروغۍ

پوهاند دوکتور عبدالروف حسان

۱۳۹۰

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کتاب نوم	دکولموبندش اود پریطوان جراحی ناروغی
لیکوال	پوهاند دوکتور عبدالروف حسان
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ ځای	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ نېټه	۱۳۹۰
دکتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټی **(www.Kinderhilfe–Afghanistan.de)** لخوا تمویل شوی دی.

اداری او تخنیکی چارې یې د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځي پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسولیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:

ډاکتر یـــحـــیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵٦۰۱۴٦۴۰

موبایل: ۰۷۰٦۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: ISBN: 978 993 640 0702

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

کتاب د علم او تکنالوژۍ په تر لاسه کولو کې د تاریخ په اوږدو کې یو ډېر مهم رول درلودلی دی او د تحصیلي نصاب اساسي جز او د زده کړو د کیفیت په لوړولو کې خورا مهم رول لري. نو ځکه باید په علمي معیارونو برابر او تازه مواد د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

زه د هغو محترمو استاذانو ستاینه او ورڅخه مننه کوم چې کلونه، کلونه یې زحمت ویستلی دی، او کتابونه یې تألیف او ژباړلي دي او نورو ښاغلو استاذانو ته بلنه ورکوم چې دوی هم پخپلو رشتو کې درسي کتابونه برابر کړي، تر څوچاپ او د ګټې اخیستنې لپاره بېرته د محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د خپلو ګرانو محصلینو د ښه روزلو لپاره نوي او تازه درسي مواد برابر کړي.

په پای کې د ټولو هغه ادارو او کسانو څخه، په تېره بیا د Dr. Eroes او ډاکټر یحیی وردګ څخه مننه کوم، چې د طبي کتابونو د چاپ زمینه یې برابره کړې ده.

هیله لرم چې دغه ګټور کار ته ادامه ورکړل شي او هم د نورو برخو تدریسي کتابونه د چاپ په ګاڼه سمبال شي.

په درنښت

قانونپوه سرور دانش

د لوړو زده کړو د وزارت سرپرست، کابل ۱۳۹۰

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه ګڼل کیږي. د دې ستونزې د هوارولو لپاره موږ په تېرو دوو کلونو کې د طب پوهنځیو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پیل او تر اوسه مو ۶۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځیو ته ورکړل .

د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د ۲۰۱۰-۲۰۱۴ کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي چې :

"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او محصلینو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي، د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انګلیسي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او مجلو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او ښوونکي نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخ دي. دوی په زاړه مېتود تدریس کوي، محصلین او استادان نوي، تازه او عصري معلومات په واک کې نلري، دوی له کتابونو او هغه چپټرونو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټیټ کیفیت کاپي کیږي. باید هغه شمېر کتابونه چې د استادانو له خوا لیکل شوي دي راټول او چاپ شي.

په ۲۰۱۱ کال کې د کابل طبي پوهنتون څخه (۹ عنوانه)،د ننګرهار (۱۳عنوانه)، کندهار (۷ عنوانه) او هرات (۴عنوانه) طبي درسي کتابونه (ټول ۳۳ عنوانه) راټول او چاپ کړل، چې یوه بېلګه یې ستاسې په لاس کې همدا کتاب دی.

د افغانستان د پوهنتونونو او د لوړو زده کړو وزارت د غوښتنو له مخې، غواړو، چې دغه پروګرام د هېواد نورو پوهنځیو ته هم وغځوو.

لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځیو ته لازیاته پاملرنه وشي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځرنګه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام یوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند څو ټکي راوړم:

۱. درسي طبي کتابونه

دا کتاب چې ستاسو په لاس کې دی د درسي کتابونو د چاپ د لړۍ یوه برخه ده. موږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چپټر او نوټ ورکولو دوران ختم شي.

۲. د نوي مېتود او پرمختللو وسایلو په کارولو سره تدریس

د ننګرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځي یوازې د یو پروجیکټور درلودونکې وو، چې په ټول تدریس کې به ترې ګټه اخیستل کېده او ډېرو استادانو به په تیوریکي شکل درس ورکاوه. په ۲۰۱۰ کې مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځیو ټولو تدریسي ټولګیو کې پروجیکټورونه نصب کړو.

۳. د هېډل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماستري

په نظر کې ده چې د هېواد د طب پوهنځیو د عامې روغتیا د څانګو استادان د جرمني هیدل برګ پوهنتون ته د ماسترۍ لپاره ولېږل شي.

۴. د اړتیاوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځیو روان وضیعت (اوسنۍ ستونزې او راتلونکې چېلنجونه) وارزول شي، او بیا ددې پر بنسټ په منظمه توګه اداري، اکاډمیک کارونه او پرمختیایي پروژې پلې شي.

۵. کتابتونونه

په انګلیسي ژبه په ټولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړیوال معیاري کتابونه د پوهنځیو کتابتونونو ته وسپارل شي.

۶. لابراتوارونه

په هر طب پوهنځي کې باید په بېلا بېلو برخو کې لابراتوارونه موجود وي.

۷. کدري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هېواد هره طب پوهنځی باید کادري روغتون ولري او یا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلینو لپاره د عملي زده کړو زمینه برابره شي.

۸. ستراتیژیک پلان

دا به ډېره ګټوره وي، چې د طب هر پوهنځی د اړونده پوهنتون د ستراتیژیک پلان په رڼا کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه اډېټ او د چاپولو لپاره تيار کړي او بيا يې زموږ په واک کې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او بيا يې په وړيا توګه طب پوهنځيو او د محصلينو په واک کې ورکړو.
همدارنګه د پورته يادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړانديزونه موږ ته په لاندې آدرس وسپارئ، څو په ګډه مؤثر ګامونه واخلو.
له ګرانو محصلينو هيله کوم، چې په يادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مرستندوی شي.

په آلمان کې د افغاني ماشومانو سره د مرستې ټولنې(Kinderhilfe-Afghanistan e.V.) او د ټولنې مشر ښاغلي Dr Eroes نه د زړه له کومې مننه کوم، چې تر اوسه يې د دغه کتاب پر شمول د ۱۳ کتابونو د چاپ لګښت په ورين تندي پر غاړه واخيسته او له دې سربېره يې د لانورو مرستو وعده هم کړې ده. همداراز د افغانيک (Afghanic) موسسې څخه هم مننه کوم، چې د کتابونو د چاپ تخنيکي او اداري کارونه يې تر سره کړي .

په افغانستان کې د کتابونو د چاپ په برخه کې د لوړو زده کړو وزارت سرپرست قانونپوه سرور دانش، علمي معين پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين پوهاند صابر خويشکي، د پوهنتونو او پوهنځيو له رييسانو او درنو استادانو څخه يوه نړۍ مننه کوم، چې موږ يې تشويق کړي يو او د کتابونو د چاپ په برخه کې يې له موږ سره همکاري کړې .

ډاکتر يحيي وردګ، د لوړو زده کړو وزارت
کابل، ۲۰۱۱ م ،دسامبر
د دفتر تيليفون : ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
موبايل تيليفون :۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴
ايميل: wardak@afghanic.org

× × ×

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ډالی

د جراحی دیپارتمنت محترمو استادانو ته!

هریو محترم پوهنوال دوکتور عبدالاحد (حمید)، پوهندوی دوکتور فضل الرحیم (شګیوال)، پوهندوی دوکتور سید شال(سیدی)، پوهندوی دوکتور صابر(سعید)، پوهندوی دوکتور محمد افضل(اسلم)، پوهنمل دوکتور برات ګل(مهرزی)، پوهنمل دوکتور ګل اقا (سادات)، پوهنمل دوکتور سید بها (کریمی)، پوهنمل دوکتور عبدالبصیر(منګل)، پوهنمل دوکتور خان میر(غیور)، پوهمنل دوکتور جمال عبدالناصر(غازی)، پوهیالی دوکتور احمد شکیب(زلمی).

چی په ډیرو کمو امکاناتو او سختو شرایطو کی د ګرانو هیواد والو او محصلینو د مشکلاتو د حل لپاره هلی ځلی کوی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

منن لیک

د محترم پوهیالی دوکتور احمد شکیب زلمی څخه د زړه له کومی مننه کوم چی د دغه کتاب په ترتیب، تنظیم، کمپوز، ډیزاین او موادو په راټولو کی زیار ایستلی او زما ټولی مشوری یی په عملی او نظری توګه په تالیف کی په نظر کی نیولی. کامیابی، علمی پرمختګ او خوشحالی ورته د الله(ج) څخه غوښتونکی یم.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

فهرست

مخ	عنوان
الف	**سریزه**
۱	د کلمو انسداد intestinal obstruction
۱	دکلمود انسداد اسباب او تصنیف:
۱	د ساده میخانیکی انسداد انواع:
۲	داختناقی میخانیکی انسداد انواع kinds of strangulated mechanical obstruction
۲	ولادي انسدادونه:
۲	د پیلور ولادی تنګوالی
۲	سریري تظاهرات
۳	تداوي
۳	د اثنا عشر ولادی بندوالی
۳	تداوي
۴	دجیجونوم – الیوم او کولون ولادي تنګوالی او تام انسداد
۴	سریري تظاهرات
۴	تشخیص
۴	تداوي Treatment
۵	Disorders of intestinal rotation
۵	په داخل رحمی ژوند کي دکلمي د غیر نورمال تدور پتوژنیزیس او تصنیف
۶	سریري تظاهرات
۶	تداوي
۶	میکونیم ایلیوس
۷	سریری تظاهرات

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

عنوان	مخ
اختلاطات(Complications)	۷
تداوي	۷
انذار	۷
Anorectal Anomalies انورکتال انو ما لی گانی	۸
تصنيف	۸
سریری تظاهرات	۸
اختلاطات(Complications):-	۹
تداوی:-	۹
انذار:-	۱۰
فلجی انسداد Paralytic Ileus	۱۰
ادیناميک اليوس يا پارالتيک اليوس--Adynamic Ileus	۱۰
اسباب:	۱۰
پتوژنيزيسPathogenesis :	۱۰
سریری تظاهرات:-	۱۱
سریری اعرض	۱۱
سریری علايم	۱۱
تشخيص	۱۱
لابراتواری معاينات	۱۱
راديوگرافيک علايم	۱۱
تداوی	۱۱
۲-تشنجی انسداد--- spastic Ileus	۱۲

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

عنوان	مخ
سریری تظاهرات	۱۲
ساده میخانیکی انسداد Simple Mechamical Obstraction	۱۲
اسباب	۱۲
پتوژنیز یس Pathogenesis:-	۱۳
دالکترووالایتو او مایعاتو ضایع کیدل	۱۳
د کلمو په مینځ کي د ګازاتو زیاتوالي	۱۴
دکولون دانسداد پتوژنیزیس	۱۴
سریري تظاهرات	۱۵
سریري اعراض	۱۵
سریري علایم	۱۶
مقعدي معاینه	۱۷
تشخیص	۱۷
لابراتواری معاینات	۱۷
رادیو لوژیک معاینات	۱۸
تفریقی تشخیص	۱۸
تداوی	۱۹
دعملیات ځخه دمخه اهتمامات	۱۹
جراحی تداوی	۲۰
د عملیات ځخه وروسته د ناروغ پاملرنه	۲۰
میخانیکی اختناقی انسداد	۲۱
اسباب	۲۱

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

عنوان	مخ
پتوژنیزیس	۲۱
Closed loop انسداد پتوژنیزیس	۲۲
د میخانیکی اختناقی انسداد انواع	۲۲
د وړی کلمی تدور	۲۲
اسباب	۲۲
سریری تظاهرات	۲۲
تداوی	۲۳
د کولون تدور	۲۳
د سیکوم تدور	۲۳
سریری تظاهرات	۲۴
رادیوگرافی معاینی	۲۴
اختلاطات(Complications)	۲۴
تداوی	۲۴
سیگموید تدور	۲۴
اسباب	۲۵
سریری تظاهرات	۲۵
رادیولوژیک معاینات	۲۵
تداوی	۲۶
تغلف	۲۷
تعریف	۲۷
اسباب	۲۷

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

عنوان	مخ
سریری تظاهرات	۲۸
تشخیص	۲۸
رادیوگرافیک معاینات	۲۸
اختلاطات	۲۹
تداوی	۲۹
انذار	۲۹
د علوی مساریقی او سفلی مساریقی د شراینو حاد بندوالی	۳۰
اسباب	۳۰
پتالوژی	۳۰
سریری تظاهرات	۳۱
تشخیص	۳۲
تداوی	۳۲
د کلمي مزمن انسداد	۳۳
اسباب	۳۳
پتوژنیزس	۳۳
سریري لوحه	۳۳
تشخیص	۳۴
تداوي	۳۴
دویمه برخه (د پریطوان جراحی ناروغی د پریطوان مختصر اناتومی)	۳۶
سرب یا (Omentum)	۳۷
د پریطوان تعصیب	۳۸

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

عنوان	مخ
د پریطوان فیزیولوژی	۳۹
پریطوان د یو قابل نفوذ پردی په صفت	۳۹
د پریطوان عکس عمل د جرحاتو په مقابل کی	۴۰
د پریطوان انتانی ضد خاصیت	۴۰
د پریطوان د هایدرو ستاتیک فشار	۴۱
د پریطوان التهاب یا Peritonitis	۴۱
د پریطونایتس تصنیف	۴۱
حاد تقیحی پریطونایتس Acute suppurative	۴۲
اسباب	۴۲
د ګیډی په جوف کی د انتان د انتشار خصوصیات	۴۴
د پریطوان اناتوموپتالوژیک تغیرات په حاد تقیحی پریطونایتس کی	۴۵
د پریطونایتس پتوژنیزیس	۴۶
د حاد تقیحی پریطونایتس سریری تظاهرات	۴۸
سریری اعراض	۴۸
سریری علایم	۴۹
د حاد تقیحی پریطو نایتس تشخیص	۵۰
رادیو لوژیک معاینات	۵۰
بطنی پارا سنتیزیسAbdominal paracentesis	۵۰
تفریقی تشخیص	۵۰
د پریطونایتس د د ځو اړخیز تداوی معاصر پرنسیپونه	۵۱
د عملیات څخه مخکی اهتمامات او تداوی	۵۱

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

عنوان	مخ
د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول	۵۲
د انتی بایوتیک تطبیقول	۵۲
اوکسیژن تطبیقول او Ventilatore	۵۲
اینتوبیشن – کتیتر اچول او نور اهتمامات	۵۳
استروئید(steroid) تطبیقول	۵۳
Vasoactive دواګانی	۵۳
د دیجیتال (Digital)تطبیق	۵۴
جراحی تداوی	۵۴
وروسته د عملیات څخه اهتمامات	۵۵
د تداوی نتایج او د عاجل مرستی سازمان ورکول رول د پریطونایتس د مقدم تشخیص او تداوی په هکله	۵۶
موضعی پریطونایتس	۵۷
د موضعی پریطونایتس اسباب	۵۸
د موضعی پریطونایتس عمومی سریری اعراض	۵۸
ښی تحت حجاب حاجزی موضعی پریطونایتس یا ابسی	۵۹
سریری علایم	۵۹
تداوی	۵۹
ښی تحت الکبدی موضعی پریطونایتس	۵۹
چپ تحت حجاب حاجزی ابسی	۶۰
د Lesser sac موضعي پریطونایتس	۶۰
بین المعای ابسی	۶۰
حوصلی ابسی یا د دوګلاس جوف ابسی	۶۱

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

عنوان	مخ
توبرکلوزیک پریطونایتس	۶۱
مکروبی عوامل	۶۲
د انتان د سرایت لاری	۶۲
د توبرکلوز پریطونایتس تصنیف	۶۲
پتوژنیزیس	۶۳
د توبرکلوز پریطونایتس عمومیات	۶۴
د توبرکلوز پریطونایتس سریری لوحه	۶۴
تشخیص	۶۵
تداوی	۶۵
د مساریقی ادنایتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculos	۶۶
سریری اعراض او علایم	۶۶
تداوی	۶۶
ماخذونه	۶۷

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سریزه

څرنګه چې زمونږ هیواد د غریبو هیوادو په لړ کې تر ټولو غریب هیواد دی د خرابو صحي شرایطو له امله لکه د کلمو پرازیتي ناروغیو، محرقه او داسې نور چې د هیواد د وګړو د کلمو د بندوالي او یا هم د پریطوان د جراحي ناروغیو سبب ګرځي او له بلې خوا د ټپونو او جنګي شرایطو شتون دا ستونزه(د پریطوان جراحي ناورغی) نور هم زیاته کړېده، د دې ترڅنګ د مجهزو کتابخانو نه موجودیت، د محصلینو نه عادت له کتابخانې سره، د محصلینو نا اشنایي له خارجي ژبو سره او هم په دغه برخه کې کوم موثر جراحي کتاب نه شتون د دې لامل شو چې د کلمو د بندش او د پریطوان د جراحي ناروغیو تر عنوان لاندې یو کتاب نوی تالیف کړم چې د دې رنځوری په هکله نوی نړیوال بشپړ معلومات ولري ترڅو چې د رنځوری عوامل، تداوي لارې چارې او وقایوي تګلاره وټاکل شي.

د کتاب لیکنه نړیوال معیار او سبک د پښتو ژبې د کړنلارې لمخې تالیف شوی او زما په عقیده د ځو راتلونکو کلونو لپاره د طب علمي غني پانګه ده.

د کتاب په لیکنه او تالیف کې داسې معقول لغتونه استعمال شوي چې هر لوستونکي ترې په اسانه توګه ګټه اخیستلای شي. د انټرنټ او نشراتو، مجلاتو او ټکس بوکونو ډیر نوي او لابراتواري ازمویني ځای په ځای شوي دي.

زما هیله ده چې لوستونکي یې په غور او مینې سره ولولي اصلاحي لار که چیري موجود وي د راتلونکي چاپ لپاره څرګند کړي ډیره مننه به مو وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

intestinal obstruction د کلمو انسداد

تعریف:

دنورمال لارې څخه د کلمی دنورمال ترانزیت بندوالی د کلمې دانسداد په نامه یادیږي .

دکلمود انسداد اسباب او تصنیف:

داسبابو له نظره دکلمې انسداد په دوه ډوله دی:

۱. میخانیکی انسداد :- چه دکلمې خوله د یو میخانیکی فشار پواسطه بندیږي.

۲. فلجی انسداد (Ileus): دکلمې دحرکيي عدم کفایی څخه عبارت دی چه خپل محتوي پر مخ نشي بیولای او دا حرکيي عدم کفایه زیاتره عصبی منشاء لري.

میخانیکی انسداد په دوه ډوله دی:

۱. ساده میخانیکی انسداد (simple mechanical obstruction)

۲. اختناقی میخانیکی انسداد (strangulated mechanical obstruction)

فلجي انسداد هم په دوه ډوله دی.

۱. تشنجی فلجی اسنداد (spastic Ileus)

۲. غیر تشنجی فلجی انسداد (adynamic or paralytic Ileus)

د ساده میخانیکی انسداد انواع:

۱. ولادي سو اشکال:

الف : congenital pyloric stenosis

ب: congenital duodenal obstruction

ج: atresia- stenosis of the jejunum – ileum and colon

د: disorder of intestinal rotation

هـ: Meconium Ileus

و- imperforated Anus

۲. انتانی عوامل:

الف: crohn, s مرض .

ب: tuberculosic Enteritis

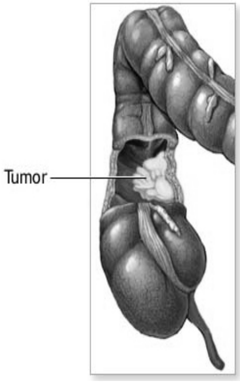
۳. دکلمو د لومن بند والی د کلمو د لومن دداخلی میخانیکی فشارله کبله :

الف : غآیطه تیږه یا fecal impacta

ب: صفراوي تیږه یاgallstone Ileus

ج: پرازیتی انسداد مثلاً د اسکریس چینجي له کبله .

د : د کلمې سلیم او خبیث تومورونه لکه د وړو کلمو ، غټو کلمو او د رکتوم تومورنه.



٤. د کلمو د لومن بندوالی دخارجي میخانیکی فشار له کبله :

الف:داخل بطنی ابسی گانی.

ب: داخل بطنی تومورونه.

ج: توبرکلوزي بریدونه د T.B Peritonitis له کبله.

د: lymphadenitis mesenteric tuberculosis

ه: دکلمو دلومن بندوالی د رادیشن radiation له کبله.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

داختناقي میخانیکي انسداد انواع kinds of strangulated mechanical obstruction

۱. داخلي او خارجي اختناقي فتقونه.

۲. دکلمو تدور - vulvulus

الف: د وړو کلمو تدور .

ب: دسیکم تدور.

ج: د سیګموئید تدور.

۳. تغلف - intussusception

غیر تشنجي فلج انسداد (Paralytic ileus) په لاندې حالاتو کې مینځ ته راځي.

۱. د معدی معائی لارې د مسقیم تخریشاتو له کبله (مثلاً دعملیات په وخت چې په کلمو کې ډیر لاس ووهل شي)

۲. د پریطوان د انتاني او غیر انتاني تخریشاتو له کبله (مثلاً داخل بطني نذف دکیمیاوي پریطو نایتس په وروسته مرحلو کې- په سیر داپندیسایتس په استئناد نکروزي شکل یې).

۳. دګیډې په دننه یا د ګیډې د باندې د غړو د کولیک حملاتو په وخت کې (مثلاً د کبدی یا د پښتورګو د کولیک په سیر).

٤. د حرکی اعصابو دانحطاط په حالاتو کې (د ستون فقرات په کسرونو کې – د شمزۍ په ترضیضاتو کې او په خلف د پریطوان دهما توم د تشکل په صورت کې حرکی اعصاب په انحطاط راځي.)

٥. دمیتابولیک امراضو په پرمختللی مراحلو کې (مثلاً ددیابتیک اویوریمیک کوما په حالت کې).

٦. د پلورا او د سږوپه حادانتاني حالاتو کې (مخصوصاً دماشومانو په شدید او حاد قائدوي نمونیا کې).

تشنجي (spastic) فلج انسداد په لاندې حالاتو کې مینځ ته راځي.

۱. د مساریقی اوعیی په حاد بندوالی کې .

۲. د ځیني فلزاتو د تسم په اثر مثلاً دسرب دتسم په صورت کی.

۳. د پورفیریا د میتابولیزم دخرابوالي په حالاتو کې مخصوصا په کبدی پورفیریا کې.

٤. ځینی وخت د یوریمیا په پرمختللی واقعاتو کې په عوض د فلجی غیر تشنجي انسداد تشنجی انسداد مینځ ته راځي.

ولادي انسدادونه:

۱. د پیلور ولادي تنګوالی:

په دی ناروغانو کې پیلوریک معصره په ولادی ډول هایپرتروفی کوي او دمعدې پیلوریک کانال بندوي ، زیاتره نارینه او مخصوصاً لمړی ماشوم په پیلوریک ولادي (Pyloric canal) هایپرتروفیک تنګوالي مصابیږي.

سریري تظاهرات :

دتولد د دریم یا لسمې اونۍ څخه وروسته ماشوم ته سمدستی پس د تی رودلو څخه فورانی(توپ وهونکی) کانګی پیدا کیږي دکانګو محتوي یی خوړل شوي شیدی وي او هیڅ وخت صفرا نه احتوا کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په فزيکي معاينه کې دمعدي پيلور چه غټه شوي وی د يو تومور په شکل د ګيډی دجدارپه شرسوفی(Epigastric) ناحيه کې د متوسط خط څخه لږ چپ خوا ته جس کيږي.

ددی ناروغی تشخيص دمعدی د راد يو ګرافی پواسطه چه ماشوم ته کثيفه مواد ورکړی شويوی اجراکيږي .

د راد يو ګرافی په پاڼه کې دمعدی حجم او استدارې حرکات زيات شوي او پيلوريک کانال د يو نری اوږد خط په شکل معلوميږي.

تداوي:

که دناروغی څخه څه موده تيره شوي وي د ماشوم په وجود کې حتماً د الکترولايت عدم موازنه موجوده وي ، مخصوصاً د کانګی له کبله ماشوم ميتابوليک الکلوز(Metabolic Alkalosis) لري ، او په سيروم کې هايپوکلوريميا (Hypo chloremia)او هايپوپتاسيميا (Hypo potachemia)موجود وي ، لدی کبله ماشوم ته سيروم فيزيو لوژيک ۲-٤ ملی اکويولانت پتاسيوم په هر کيلوګرام وزن د بدن په ظرف د ۸-۱۲ ساعتو کې ورکول کيږي وروسته د الکترولايت دتوازن د برابرولو څخه بايد دماشوم ګيډه خلاص(laparatony) او د پيلور په سر د Ramstedt -Fredet په اصول pyloronyctomy اجرا شي او کوشش وشي چه دپيلورو س مخاطی غشاء څيری نشي.

وروسته دعمليات څخه ماشوم ته لږ لږ شيدی چه داوبو سره نری شوي وي ورکول کيږي اووروسته د شيږو ورځو څخه عادي شيدې رودلو ته پيل وکی.

۲. داثناعشر ولادي بندوالی congenital duodenal obstruction :

د اثنأعشر تام انسدادي حالت هغه وخت مينځ ته راځي چه په اثناء عشر کې تام بند ش او Atresia موجود وي ، او د اثنا عشر ناتام انسدادي حالت د اثناعشر دتنګوالی (stenosis) له کبله پيدا کيږي ، د اثناء عشر تنګوالی په لاندې حالاتو کې مينځ ته راځي.

۱. د اثناء عشر د لومن په منځ کې په ولادي صورت د پردی موجوديت.

۲. د Anular pancreas په حالت کې .

۳. د کولون په Malrotation حالت کې.

د سريري اعراضو له نظره د اثناعشر په تام يا نا تام انسدادي حالاتو کې ماشوم صفراوي کانګی کوي چه په ماشومانو کې د وړې کلمې دانسداد مهمترين عرض دی داثناعشر دناتام انسداد قطعی تشخيص راد يوګرافی پواسطه اجراء کيږي څرنګه چې دماشوم د ګيډی څخه د ولاړی په وضيعت (ماشوم په پښو ودرول شي) واخستل شي په ګيډه کې دوه غټه هوايي خيال چه د double bubble په نامه ياديږي معلوميږي د اثناء عشر په ناتام انسدادي حالت کې double bubble موجود اما وړکی وي.

تداوي Treatment:

دناروغ تداوي د جراحي عمليات پواسطه اجراء کيږي ، څرنګه چې مخکی دعمليات څخه دماشوم الکترولايتی تشوش اصلاح او وروسته لپروتومی کيږي او داثناء عشر د atresia په حالت کې duodeno-jujenostomy يا duedeno-duodenostomy اجراء کيږي .

که د اثناءعشرناتام انسداد د ولادي پردی له کبله پيدا شويوي نوموړی پردی بايد د Duodenotomyپواسطه قطعه اولری شي اوکه انولارپانقراس (Anular pancreas)داثناعشر دناتام انسداد سبب شوي وي بايد د اثناء عشر داتريزيا(Atresia)دتداوی په شکل تداوي شي.

وروسته د عمليات څخه دناروغ معده تر څو چه فعال استداري حرکات پيدا شي دمعدوي تيوپ دتثبيتولو او لدی لارې څخه دسکش(Suction) کولو پواسطه تش وساتل شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. دجیجونوم – الیوم او کولون ولادي تنګوالی او تام انسداد:

پتوژنیزیسPathogenesis :

د جیجونوم ، الیوم او کولون ولادي تضیق او بندش هغه وخت مینځ ته راځي چه په داخل رحمی ژوند کي دکلمې ارواء په یوه برخه کې قطع یا مختل شي د کلمې ارواء په یوه برخه کی هغه وخت قطعه یاخرابیږی چې مربوطه مساریقه یی تر فشار لاندی راشی مثلاً که پــــه داخل رحـــمی (intra uterins) ژوند کي دجنین کلمې تدوروکړي یا تغلف صورت ونیسي یا داچه د فتقیه سوري څخه کلمې دباندې لاړ شي مربوطه مساریقه تر فشار لاندې راځي او دکلمې ارواء په تام یاناتام ډول قطع کیږي په هغه حالاتو کې چه دکلمې ارواء په یوه برخه کې په ناتام ډول قطع شي د کلمې په هغه ناحیه کې اسکیمیا منځ ته راځي او امکان لري چه په نوموړي ځای کې کلمې نورمال نشونما و نکړي او کلمې نری، تنګ او متضیق پاتی شي چه دکلمې د stenosis په نامه یادیږي.

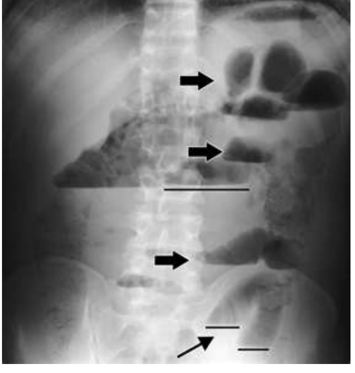
او که دکلمې اروا د مساریقی فشار له کبله په تام ډول قطع شي مربوطه کلمې په اسپتیک نکروز اخته کیږي او دیو فبروزي نری مزي (حبل) په شکل چه هیڅ لومن نه لري ددوه نورمال کلمې په مینځ پاتی کیږي چه دکلمې د atresia په نامه یادیږي.

سریري تظاهرات:

ماشوم صفراوي کانګی کوي ګېډه یې په مترقی ډول متوسع کیږي او دمقعد له لارې میکونیم ډیرلږ خارجیږي ، پاسنی اعراض او علایم د کلمې په انسداد دلالت کوي.

تشخیص:

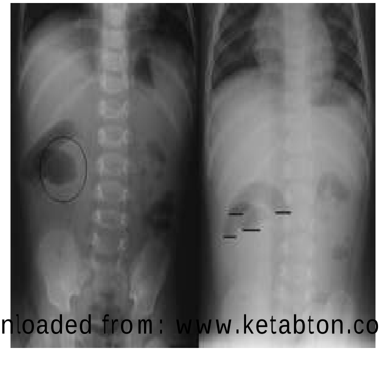
د قطعي تشخیص لپاره باید د ګیډې څخه ساده راد یوګرافی اجرا شي چه په رادیوګرافی پاڼه کې څو Air fluid levels (hydroairic) خیالونه لیدل کیږي چې د کلمې په انسداد دلالت کوي



،ددې لپاره چه معلومه شي ایا په کولون کی هم کوم انومالی موجود دی یا داچه د ګیډې په ساده رادیوګرافی کی ښکاره شوی هوایي خیالونه کولون پوری ارتباط لري او که نه ماشوم ته د باریوم اماله ورکول کیږي او کولون دچوکاټ څخه رادیوګرافی اخیستل کیږي البته که په کولون کې کوم بندش یا تنګوالی موجود وي ددی معاینې پواسطه تشخیص کیږي.

تداوی Treatment:

وروسته د تشخیص دوضع کیدو څخه ماشوم باید فوراً عملیات شي ځکه که وخت ډیر تیر شي د حجاب حاجز د جګوالی له کبله د سږي انتان ، شدید دیهایدریشن او بالاخره دزړه عدم کفایه دماشوم دمرګ سبب ګرځي.



که تضیق یا بندوالی په جیجونوم یا الیوم کې موقیعت ولري دکلمې متضیقه برخه د کلمې د پروکسیمال شدید متوسع برخی سره قطع او د قطع شوي برخې څخه د پروکسیال او دیستال برخه خوله په خوله (ددیستال برخې خوله منحرف او دپروکسیال برخې خوله چه لږ متوسع دی عموداً باید قطع شي تر څو د دواړو د لومن محیط مساوي شي) یا خوله په اړخ سره انستموز ورکول کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
که تضيق يا بندوالی د کولون په پروکسيمال برخه کې موقيعت ولري د کولون شديد متوسع برخه قطع او په لمړی مرحله ilioecolostomy اجرا شي که تضيق يا بندوالی په ديستال برخه کې موقيعت ولري ماوفه ناحيه قطع او لرى کيږي.
اود مأوفه برخې څخه پورته او ښکته د کولون خوله دMicolitz په اصول اړخ په اړخ په لمړي مرحله کولوستومی کيږي او په دوهمه مرحله لږ ترلږه وروسته د دريو مياشتو څخه کولون داليوم سره په انتخابی ډول خوله په اړخ او کولون دکولون سره خوله په خوله انستموز ورکول کيږي.

٤. Disorders of intestinal rotation

په داخل رحمی ژوند کې دکلمې نورمال تدور:
دداخل رحمی ژوند په لسمه او نی کې د جنين کلمې دنامه څخه د بطن جوف خواته ټيله کيږي او دشريان مساريقی علوي پرمحور باندې خلاف دعقرب ساعت په تدور پيل کوي څرنګه چې د کلمې duodenojujenal برخه ٢٧٠ درجې تدور کوي او دشريان مساريقی علوي تر شاه موقيعت نيسي اثناعشر په خلاف د پريطوان او پاسنی برخې دجيجونوم دTreitz رباط پواسطه تثبيتيږي.
دکلمې ceco – colic برخه د شريان مساريقيي علوي په قدام وروسته د ٢٧٠ درجې خلاف د عقرب ساعت تدور څخه د ګيډې د جوف په محيطی برخو او د وړو کلمو په چارچاپيره پداسی حال کې موقيعت نيسي چه سيکم د ګيډې په ښي ښکتنې کوادرنت(Quadrant) کې تثبيږي.

<u>په داخل رحمی ژوند کې دکلمې د غير نورمال تدور پتوژنيزيس او تصنيف:</u>

دکلمې غير نورمال تدور او تثبيتيدل په لاندې ډول تصنيف کيږي:
١. **درحم په داخلی ژوند کې که کلمې هيڅ تدور ونه کړي (no rotation)** :کوم وخت چې کلمې هيڅ تدور ونه کړي پدی وخت وړی کلمې د ګيډې په ښي خوا کې د علوي مساريقی شريان تر څنګ زوړند پاتی کيږي او غټی کلمې په کين خوا موقعيت نيسي چه دکلمې دا حالت د کلمې دتدور لپاره ډيرمساعد وي.
دا انومالي عموماً په هغه ماشومانو کې پيدا کيږي چه amphalocelle او ولادي حجاب حاجزي فتقونه هم ولري.
٢. **Incomplete rotation**: د کلمې duodeno-jujenal برخه يا ceco – colic برخې تدورنکوي ، اما زياتره سيکوکوليک برخه په تدور کی اشتراک نه کوي او په دی ډول ددی برخې مساريقه د يو بريد په شکل د دودينو جيجونال پرمساريقی باندې عمل کوي او اختناقي انسدادمنځ ته راځي.
٣. **Reversed rotation**: په داخل رحمی ژوند کې کلمې برعکس د نورمال يعني د عقرب ساعت هم سمت دمساريقی علوي شريان پر محور باندې تدور کوي.
پدی ډول تدور کې سيکم دګيډې په چپ طرف کی موقيعت نيسی او له هغه ځايه چې د کلمی سيکوکوليک برخه دمساريقی علوی شريان په خلاف موقيعت نيولی دی نو د ښې کولون انسداد مينځ ته راځي.
٤. **دمساريقی غير نورمال تثبيتيدل:-** دمساريقی دغير نورمال تثبيتيدو له کبله د paraduodenal فتقونو او دسيکم د فوق العاده متحرک پاتی کيدو سبب ګرځي ، (د سيکم مساريقه اوږده پاتی کيږي او د ګيدی په خلفی جدار نه تثبيتيږي) چه د اثناعشر چارچاپير فتقونه امکان لري اختناقي شي او که سيکم متحرک پاتی شي امکان لري تدور وکړی چه په دواړو حالاتو کې انسدادي حالت مينځ ته راځي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سریري تظاهرات:

دکلمې د غیر ولادي طبیعی تدور له کبله دری پر څلور برخه ماشومان په کوچني توپ کې دکلمې په انسداد اخته کیږي او یو پر څلور برخه ماشومان امکان لري چه په وړکتوب کې په انسداد اخته نشي بلکه په مل ابزورپشن(Mal-absorption) او پیپتیک قرحه اخته کیږي.

یا داچه وروسته د ۱۰ یا ۱۵ کلنې څخه په متناوب ډول تام یا نا تام انسدادي حالت د اثناء عشر یا د جیجونوم دتدور یا د مساریقی بریدو د جوړیدو له کبله مینځ ته راشي.

د سریري اعراضو له نظره ماشوم صفراوي کانگی لري که انسداد دتدور یا اختناق له کبله مینځ ته راغلی وي امکان لري چه دگیډې توسع موجود وي ،او که انسداد د بریدو له کبله پیدا شوی وی د گیډې توسع دومره موجوده نوی ،که میلا نا او د پریطو نایتس(Peritonitis) اعراض موجود وي دکلمې په گانګرین دلالت کوي.

د گیډې په ساده رادیو گرافی کې double bobble یا Air Fluid level معلومیږي دباریوم امالی څخه وروسته په رادیوگرافی پاڼه کې امکان لري دسیکم غیر نورمال موقیعت تثبیت شي.

تداوي Treatment:

وروسته د تشخیص څخه ماشوم باید فوراً عملیات شي دنامه څخه پورته د یو مستعرض بطنی شق پواسطه لپراتومی(Lepratomy) اجرا او د گیډې احشاء په دقیق ډول معاینه شي که کوم تدور موجود وي تدور باید دعقرب ساعت پرخلاف رد شي که کوم برید یا التصاق داثناعشر یا دکولون دپروکسیمال برخې او دگیډې دجنبي جدار ترمنځ موجود وي باید قطع او وروسته د اپندکتومی څخه سیکم د گیډې په ښی ښکتنی کوادرانت کی او اثناعشر دگیډې په ښیجنبې علوي برخه کې تثبیت شي ، وروسته دعلمیات څخه معده او کلمې په دوامدار ډول سکشن شي دتدور دارجاع څخه وروسته دناروغي انذار بیخي مساعده ده اما د التصاقاتو او دبریدونو د قطع کولو څخه وروسته انذار چندان مساعد نه دی. ځکه امکان لري بیا بریدونه تشکل وکړي او انسدادي حالت پیدا شي.

۵. **میکونیم الیوس:**

۲۰ فیصده ماشومان چه د پانقراس د فیبرو سیست سره تولد کیږي دمخاط غلیظ اوټینگ افرازات دکلک میکونیم سره یو ځای دالیوم په اخرنۍ برخه کې پاتی کیږي او دانسداد سبب گرځي تر اوسه پوری معلومه شوی نه دی چه دپانقراس د فیبروسیست او دمیکونیم دکلکوالي په مینځ کې کوم ارتباط موجود دی که نه . دمیکونیم کلک کیدل امکان لري چه په جیجونوم ،الیوم او په کولون کې واقع شي.

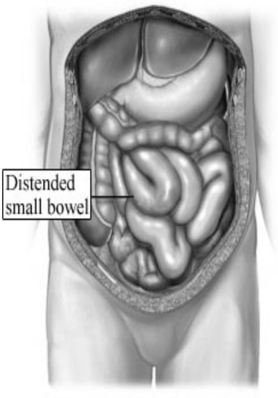
میکونیم الیوس دپانقراس دنورو ولادي امراضو سره یو ځای هم لیدل کیږي که میکونیم الیوس تداوي نشي امکان لري چه دکلمې دتوسع له کبله تدور مینځ ته راشي چه په دی حالت کې کلمې کانګرین او سوري کیږي.

سریري تظاهرات:

وروسته د ولادت څخه دماشوم گیډه په مترقي ډول متوسع کیږي او دمقعد له لارې میکونیم نه خارجیږي د گیډې دتوسع سره موازي ماشوم ته صفراوي گانگی هم پیدا کیږي د گیډې په ساده رادیوگرافی کې دوړې کلمې یوه غټه عروه چه دګازاتو سره ډک وي د گیډې په ښي کوادرنت(Quadrant) کې د لیدوړ وي او هیڅ وخت هایدروایریک خیالونه نه لیدل کیږي د باریوم د امالي څخه وروسته که دکولون چوکاټ څخه رادیو گرافی اجرا شي د رادیو گرافی په لوحه کې کولون ډیر نری معلومیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
(Micro – colon) که میکونیم الیوس اختلاطی(Complicated) شوي وي (یا په بل عبارت وخت ډېر تیر شوی وي) د پریطو نایتس اعراض هم موجود وي.



اختلاطات(Complications) :

دمیکونیم عمده اختلاطات(Complications) عبارت دي له :

١. دسږي انتانات لکه مزمن برانکونمونیا ، برانشکتازیس او دسږي آبس.

نوموړی اختلاطات(Complications) دکلک قصبي افرازاتو له کبله چه په قصباتوکی بند پاتی کیږي او په اسانی نه خارجیږي پیدا کیږي.

٢. مل ابزوربشن د پانقراس عدم کفایی له کبله.

٣. دمقعد پرولاپس او دکلمو تغلف.

٤. په داسی ماشومانو کې اکثراً د پزی پولیپ (Nasal polyp)او مزمن سینوزایتس (Chronic sinusitis)هم موجود وي.

تداوي Treatment:

مخکی ددی ځخه چه کوم عملیات ماشوم باندې اجرا شي یوه معدوي تیوب ورته تطبیق او دوامدار سکشن اجراء کیږي وروسته د فلورو سکوپیک کنترول لاندې ناورغ ته دمقعد له لارې د امالي په شکل (ګستروګرافین) چه یو موکولتیک انزایم دی تطبیق کیږي ، اما ددی مادې د تطبیق سره سم ماشوم ته په کافي اندازه مایعات د ورید له لارې ورکول کیږي ، ځکه چې وروسته د (ګستروګرافین) د تطبیق ځخه امکان لري کلک موکونیم رقیق او په پرن ډول د مقعد ځخه خارج شي او په دی ډول که ماشوم ته مایعات ورنکړل شي امکان لري چې په شدید دیهایدریشن اخته شي که دمیکونیم الیوس ځخه وخت زیات تیر شوی وي پاسنی اهتمامات نتیجه نه ورکوي او امکان لري چه کلمې تدور وکړي او دتدور له کبله کلمې سوري او کانګرین شي پدی حالاتو کې باید لپروتومی اجرا او سوری شوی یا کانګرین شوي کلمې قطع او ماوفه ناحیې ځخه پورته او ښکته د نورمال کلمې خوله یو بل سره ګنډل کیږي وروسته دعملیات ځخه تر ځو چه په کلمو کې فعال استداري حرکات پیدا شي معدوي تیوب تطبیق اوسکشن شی.

ددیهایدریشن دمخنیوی لپاره کافی اندازه مایعات ترڅوچه دخولی له لاری په تغذی شروع وکړی دورید له لاری ورکړل شی وروسته دکلمی داستداری حرکاتو دپیداکیدو ځخه دپانقراس دعدم کفایي لپاره ماشوم ته باید پانقراسی انزایمونه د شیدو سره یوځای ورکړل شی او دشیدو شحمی مواد باید لږوی دتنفسی جهاز دانتاناتو دمخنیوی لپاره انتی بیوتیک ورکول مفید دی اما په دوامدرډول باید ورنکړل شی اوددی لپاره چه میکرواورګانیزم ژرد هغه په مقابل کی مقاومت پیدا کوی وروسته د هرو پنځو ورځو ځخه باید نوعیت دانتی بایوتیک تغیر ورکړل شی.

انذار –

سره دټولو پاسنی اهتماماتو ٥٠فیصد ماشومان دتنفسی جهاز دانتانی اختلا طاتو له کبله مړه کیږی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

٦_ انورکتال انو ما لی ګانی _ Anorectal Anomalies

دا انومالی په مذکراو مؤنث جنس کی برابر تصادف کیږی په ۲۰زرو ژوند یو نور مال ولا دتونو کی یوه واقعه ددی انومالی سره تولد کیږی

تصنیف-

۱- Low Anomalies - پدی انومالی کی رکتوم دمقعدی رافعه عضلی څخه ښکته نشو نما کړی وی اما مقعدی قنات امکان لری په لاندی ډول په دری غیر طبیعی شکلو نشو نما وکړی.

الف – مقعدی قنات نورمال موقعیت لری اما امکان لری چی د یو پرده یا پاڼی پواسطه سوری یی بند شوی وی یاداچه مقعدی قنات تضیق ولری.

ب- مقعدی قنات نورمال موقیعت لری اما د پوستکی او تحت الجلد پواسطه دمقعدی قنات خوله کاملا بنده وی

ج- مقعدی قنات سره لدی چی نورمال تشکل لری اما په غیر نورمال ځای کی خوله خلاصه شوی وی چی په نارینه کی امکان لری دمقعدی قنات خوله په Perineum دصفن په متوسطه بر خه اوحتی په قائده د قضیب خلاصه شی په انجونوکی د مهبل دخولی په څنګ خلاصیږی

۲- Intermediate Anomalies–پدی انومالی کی رکتوم درافعه عضلی څخه لږ ښکته راځی دپوستکی په سرالیوی التوات موجود وی اما مقعدی قنات موجود نوی درکتوم اخرنی برخه دیو فستول په شکل په نارینه کی په کهفی احلیل تمادی پیدا کوی اوپه انجونو کی دمهبل په ښکته برخه کی خوله یي خلاصیږی

۳- High Anomalies– پدی انومالی کی درافعه عضلی څخه ښکته رکتوم ښکته نشو نما نه کوی اوددی عضلی دپاسه موقعیت لری همداسی امکان لری چه مقعدی التوا هم موجود نوی درکتوم اخری برخه امکان لری بیخی بنده وی یادا چه په نارینه کی په مثانه یا پرو ستاتی احلیل کی خوله ئی خلاصه شی .

او په انجونو کی درکتو م خوله په مثانه یادمهبل په پاسنی برخه کی خلاصیږی.

سریری تظاهرات –

وروسته دولادت څخه دانومالی په تشخیص کی دماشوم مکمل فزیکی معاینه ډیر اهمیت لری په ښکتنی انومالی کی امکان لری دمقعدی قنات خوله په غیر طبیعی ځای خلاصه شوی وی چه پدی ډول دصفن متوسط اوښکتنی برخه ،دمهبل خوله او همد اسی الیوی التوات په پام سره معاینه شی.

په بین البینی اوپا سنی انومالی ګانوکی امکان لری چه داحلیل په خوله یا په تشومتیازوکی یا دمهبل په خارجی فوحه میکونیم موجود وی ما شوم ته وروسته د۱۲ساعتو څخه کانګی اودګیدی توسع پیدا کیږی مقعدی تضیق عموماً په لمړی مرحله کی اعراض نه ورکوی لدی کبله اوله مرحله نه تشخیص کیږی اوروسته دڅو ورځو څخه چه په ګیده کی انتفاخ پیدا شو دمقعدی قنات د جس کولو په واسطه تشخیص تریوی اندازی پوری وضع کیږی.

دImperforated دقطعی تشخیص اود تداوی دمیتود دانتخاب اود بولی تناسلی هضمی فستولو دموجود یت له کبله ځینی راد یوګرافیک معاینات باید اجراشی.

۱- لږ تر لږه اته ساعته وروسته د ولادت څخه باید دماشوم دګید ی څخه راد یو ګرافی اجرا شی څکه پدی موده کی ماشوم ته اجازه ورکول کیږی چی کافی اندازه هواتیره کړی.(بلع کړی)وروسته ددی مودی څخه چه په کلمو کی تیره شوی هوا داخل شود ګیدی دراد یوګرافی څخه ترمخی دپنځه دقیقی لپاره دماشوم سرښکته اوپښی پورته نیول کیږی ترڅو درکتوم په ښکتنی څوکه کی هوا ټوله شی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
او وروسته دکبیر تروخانتیر(Greater Trochanter)په حذا دماشوم دګیدی اوحوصلی څخه جنبی را دیو ګرافی اخستل کیږی ددی لپاره چه دمقعد په بند شوی برخی دپوستکی پنډ والی ښه تعین شی باید دماشوم دالیوی التوا دپوستکی له پاسه یو فلزی پارچه تثبیت شی ترڅو چه دراد یو ګرافی په کلیشه کی ددی فلزی پارچی اودرکتوم دښکتنی څوکی هوایي جوف ترمینځ فاصله اندازه شی اما دانورکتال د انو مالی دنوع دتعینو لو لپاره دامیتود کافی ندی او باید دلاندی میتودو څخه استفاده وشی .څرنګه چه دماشوم درادیوګرافی په پاڼه کی دعانی مفصل دښکتنی سرحدڅخه یو خط دعجزداخری فقری تر ښکتنی سرحد پوری رسم کیږی چه داخط یعنی pubococcigealخط درافعه مقعدی عضلی پاسنی سرحد سره موازی توافق کوی .

همداسی یوخط د ورک دهډوکی (oss, ischium)دښکتنی سرحد په حذا د pubococcigeal خط سره موازی رسم کیږی چه داخط درافعه عضلی دسفلی سرحد سره موازی توافق کوی .

که درکتوم هوایي جیب دورکی خط (inter ischial line)څخه پورته واقع وی انومالی امکان لری چه پورته وی اوکه درکتوم هوایي جیب دورکی خط (inter ischial line)څخه ښکته واقع وی انومالی امکان لری چه ښکته وی . دا میتود امکان لری چی په ځینو وختونو کی غلط ثابت شی ځکه چی هوا د رکتوم په ښکتنی څوکه کی ښه ځای پر ځای شوی نه وی په هغه حالاتو که چه دمثانی په مینځ یعنی دعانی هډوکی په خلاف هوا موقعیت ولری درکتو ویزیکال فستول ثابتوی.

۲-دهضمی جهاز او د بولی تناسلی لاری دفستول دموجود یت په هکله دماشوم په احلیل او مهبل کی په رترو ګراد (Retrograde)ډول کثیف مواد دکتیتر پواسطه اچول کیږی.

دکثیفه موادو دخط السیر څخه رادیوګرافی اجرا کیږی که کثیفه مواد په هضمی جهازاو دکلمی دګازاتو په مینځ داخل شوی وو دفستول د موجودیت د هضمی او بولی تناسلی جهازو په مینځ ثابتیږی.

اختلاطات(Complications):-

دانومالی په تشخیص یا تداوی کی ځنډوالی د کلمی د زیات توسع له کبله د سیکم د سوری کیدو خطر موجود دی چی په نتیجه کی د میکونیم پریطونایتس مینځ ته راځی.

د رکتوم او دبولی لاری د فستول په موحودیت کی تش متیازی په رکتوم او کولون کی داخلیږی په نوموړو ځایونو کی د امونیم کلوراید د جذب له کبله ماشوم په اسیدوزس اخته کیږی.

برخلاف د کولون او رکتوم محتوی په بولی لاره کی داخل او د پیالونفرایتس سبب ګرځی.

چی د نوموړی اختلاطات(Complications) د مخنیوی لپاره کولوستومی کول په مقدم مرحله کی انتخابی تداوی دی.

تداوی:-

۱-د ښکتنی انومالی تداوی :-

د مقعدی پاڼی (پرده)باید شق شی که تضیق موجود وو د شپږو یا اتو میاشتو لپاره هره ورځ د مخصوص توسع ورکونکو سندو پواسطه مقعدی قنات ته توسع ورکړشی او که د مقعد خوله په غیر طبیعی ځای خلاصه شوی وو د عجان له لاری مداخله صورت نیسی او د مقعدی قنات خوله د معصری سره یوځای قدام یا خلف ته راواړل کیږی او په طبیعی ځای کی تثبیتیږی.

۲-د inter mediatedاو پورتنی انومالی تداوی :-

په لمړی مرحله کی د صاعده کولون په حذا د ګیدی په ښی طرف کولوستومی اجرا کیږی. ترڅوچی بولی لاری ته د کولون محتوی داخل نشی او انسدادی حالت رفع شی کوم وخت چی

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ماشوم لږ تر لږه 9 kg وزن پیداکړدګیدی او عجان له لاری مداخله صورت نیسی او د کولون دیستال څوکه د رافعه عضلی د مینځ څخه تیر او په عجان کی خوله یی خلاصه او ګندل کیږی.
په Highاو Intermediatedانومالی کی د مقعد خارجی معصره چی د رافعه عضلی په ښکتنی برخه کی واقع شوی دی لږ وظیفوی عدم کفایه ښکاره کوی او د مقعد داخلی معصره موجود ندی لدی کبله د غایطه موادو بندش په رکتوم کی د رافعه عضلی په مقویت پوری اړه لری .

انذار:-

بی لدی څخه چی وخت دیر تیر شی که عملیات صورت ونیسی د عملیات له کبله د مړینی خطر ډیر لږ وی .
په ښکتنی انومالی کی وروسته دعملیات څخه په مقعدی قنات کی هیڅ تشوش نه پاتی کیږی اما په پورتنی انومالی کی یو زیات شمیر ماشومانوته وروسته د عملیات څخه د غایطه موادو incontinence پاتی کیږی.

فلجی انسداد Paralytic Ileus

فلجی انسداد په دوه ډوله دی :

۱-Inhibitori Ileus or Adynamic Ileus

۲-Spastic Ileus

ادینامیک الیوس یا پارالتیک الیوس--Adynamic Ileus

په دی نوعه انسداد کی دکلمی حرکات دکلمی دجدارعصبی عضلی جهاز دخراب والی له کبله یا کمیږی یا داچه هیڅ موجودنه وی.

اسباب:

دپارالایتیک الیوس په پیداکیدوکی برعلاوه دهایپوتاسیمیا یوشمیر نورعوامل رول لری کوم چه دانسداد د تصنیف په برخه کی ذکر شول.

پتوژنیزیسPathogenesis :

دکلمی په جدارکی د سیمپاتیک اعصابوفعالیت اضافه اود پاراسیمپاتیک اعصابو په ضد چی دکلمی دحرکاتو دزیاتوالی مسؤل دی عمل کوی. دکلمی دحرکاتو فلج له کبله دکلمو په مینځ کی زیاته اندازه مایعات ټولیږی او کلمی په مترقی ډول سره توسع کوی کوم وخت چی دمایعاتوسویه یا اندازه تر معده پوری ورسیدپه دی وخت په جیجینوم او معده کی معکوس استداری حرکات پیدا کیږی او ناروغ کانګی کوی.
همداسی رکودتی مایعاتو په مینځ کی زیات مقدار باکتریا نشونما کوی او ددی میکروبو توکسین دکلمی دجدار څخه دپریطوان جوف ته مهاجرت کوی او په هغه ځای کی جذبیږی.
په خلاصه ډول نن معلومه شوی ده چی دپارالایتک الیوس له کبله دری عمده تشوشات په عضویت کی پیدا کیږی چی دهغه له کبله ناروغ مړکیږی:
لمړی:- دالکترولایت تشوش دزیات اوبو اوالکترولایتودضایع کیدو له کبله
دویم:-شدید توکسیمیا حالت : کوم میکروبونه چی دکلمی په مینځ رکودتی مایعاتو په وسط نشونما کوی دوی په خپله او ددوی توکسین پریطوان ته داخلیږی او هلته جذبیږی.
دریم:- دګیډی دداخلی فشارجیګوالی دکلمو دتوسع له کبله چه پر حجاب حاجز باندی فشار وارد وی چی له یوی خوتنفسی ظرفیت کم اوهایپو کسیا مینځ ته راځی اوله بلی خوا دسږو په قائده کی اتلکتازیس اونمونیا پیداکیږی .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سریری تظاهرات:-

هغه ناروغی چه دفلجی انسداد سبب گرځیدلای وی امکان لری چی سریری اعراض یی بارزاو دفلجی انسداد اعراض ترشعا لاندی نیولی وی یاداچه برخلاف د فلجی انسداد سریری اعراض بارزاو داصلی مرض اعراض پټ پاتی شی.

سریری اعرض _

۱_ درد :- ناروغ په خپل ګیډه کی خفیف درد په دوامد اره توګه حس کوی چه تقر یبآ کولیکی وصف لری

۲_ کانګی _ چه وروسته ددرد دشروع څخه ناروغ ته پیداکیږی اوپه وروستنی وخت کی غایطی ګانګی مینځ ته راځی (دالیوسیکال دسام دفلج له کبله)

۳_ دګازاتو اوغایطه مواد نه خارجیدل دمقعد له لاری

٤_ که دفلجی انسداد منشا داخل پریطوانی یاخارج پریطوانی هیماتوم یانذف وی تبه لږ موجود او دوینی درشف کیدو له کبله هم پیداکیږی

سریری علایم _

په تفتیش سره ګیډه متوسع وی په جس سره په ګیډه کی تندرنس موجود وی په قرع سره په ټول بطن کی تامپانیک حالت او په اضغاءکی دکلمی اوازونه ډیر لږ یاهیڅ نه اوریدل کیږی .

تشخیص:-

دناروغی تشخیص د سریری تظاهراتو او لابراتواری معایناتو اورادیو ګرافی سره وضع ګیږی

لابراتواری معاینات:-

سربیره پرخصوصي معایناتو چه داصلی مرض په هکله اجرا کیږی اومختلف نتائج لاس ته راځی دفلجی انسداد له کبله دوینی په معاینه کی هیموکانسنتریشن اودالکترولایت عدم توازن موجود وی خصوصا دپتاسیوم مقدار دنورمال اندازی څخه ډیر ښکته وی .

رادیوګرافیک علایم

په فلجی یا پارالیتیک انسداد کی وړی کلمی دګازاتو څخه ډک اودمخاطی غشاء التوات واضح ښکاری همداسی په کولون کی زیات اندازه ګازات موجود او دغټو کلمو التوات لری،لری په سګمنتال (segmental)ډول معلومیږی اوهایدروایریک خیالونه هیڅ موجود نوی په فلجی یا پارالتیک انسداد کی که دانسداد ی حالت په سرپریطونا یتس(Peritonitis) لوحه ضمیمه شوی وی دراد یو ګرافی په پاڼه کی دګیدی ښکتنی برخی سپین ښکاری.

تداوی :-

دمرضی عامل دمینځه وړل دفلجی انسداد اساسی تداوی دی. کوم فلجی انسداد چی وروسته دعملیات څخه پیداکیږی امکان لری چه یوه یادوه ورځي وروسته د مینځه و لاړ شی اوکه دعملیات په وخت کی کلمو ته ډیرمانور ورکړ شوی وی امکان لری چه دڅو ورځو لپاره فلج انسداد پاتی او پدی وخت باید معدوی تیوب تطبیق اوهمیشه سکشن شی .دګیډ ی په سرتاوده تطبیقات اوناروغ ته په احتیاط پارسیمپا تیک منبه دواګانی تطبیق شی او ناروغ ته په کافی اندازه داخل وریدی مایعات اوپتاسیوم ورکړ شی. که پا سنی اهتمامات موثر واقع نشو امکان لری چی وروسته دعملیات څخه دپریطوان په جوف کوم موضعی ابسی تشکل کړی یاداچه دانستوموزی ناحی لیکاژپیداشوی وی یادکوم میخانیکی فشار له کبله دکلمی لومین په کوم ځای که بندشوی وی پدی حالا تو کی دالکترولایت عدم توازن دوینی معاینی په واسطه باید رد او وروسته دناروغ ګیډه دوباره خلاص اوپه دقیق ډول تفتیش اجراشی که کوم ابسی موجود وو باید تخلیه اودرناژشی که په انستموزی ناحیه کی لیکاژ موجود وی باید دوباره ترمیم اوکه په نوموړی ځای التهاب مداخله درلو

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
د دګیدی دجدارسره د الیوستومی یا جیجونو ستومی په شکل ارتباط ورکړ شی که کوم میخانیکی فشار موجود وی هغه هم باید لری شی اوکه دګیډی په مینځ کوم ښکاره انسداد ی عامل پیدانشـــو معد وی تیوب په عوض میلرابوت تیوب چه څوکه يي تر الیوسیکال دسام پوری ورسیږی دوړی کلمی د Decompession په منظور تثبیت شی که فلجی انسداد په کولون کی موجود وی پدی وخت سیکوستومی باید اجراشی .اوکوم وخت چه دکلمو نورمال حرکات شروع شوکه میلرابوت تیوب استعمال شوی وو باید ورو ورو وایستل شی او که سیکوستومی اجراشوی وی وروسته دڅومودی څخه بایدوتړل شی. که فلجی انسداد د نورو عواملو له کبله چه د ناروغی په اسبابو کی شرح شوی دی پیداشوی وی باید سببی تداوی چه په جلا مباحثوکی شرحه کیږی اجراشی اوتداوی دسرته رسیدو څخه وروسته فلجی انسداد له مینه ځی.

۲-تشنجی انسداد--- spastic Ileus

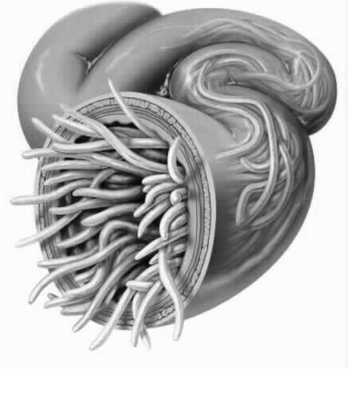
داقسم انسداد ډیر لږ تصادف کیږی اودکلمی دغیرمنظم اوغیرمنسجم هایپر اکتیف حرکاتو څخه عبارت دی .چی ددی حرکاتو په نتیجه کی غذايي مواد د کلموپه مینځ کی پرمخ نه ځی دتشنجي انسداد اسباب د انسدادوپه تصنیف کی ذکر شوی دی .

سریری تظاهرات:-

ناروغ په خپل ګیده کی متقطع شدید کرمپ ډوله درد حس کوی چه دزړه بدوالی او کانګو سره ملګری وی په ځینی حالاتو کی دګیدی درد تر هغه اندازی پوری شدید وی چی داکتر یو حاد بطن او پر یطونایتس خواته فکر کوی اما باید وویل شی چی په وینه کی دسپین کریواتو شمیر نورمال او تبه هم موجوده نوی. دتداوی له نظره تشنجي انسداد باید سببی تداوی شی څرنګه چه کومی ناروغی چه دکلمو داستداری حرکاتو ضعیفوالی سبب کیږی باید هغه تداوی شی مثلاکه دسرب تسمم له کبله دانوع انسداد مینځ ته راغلی وی باید کوشش وشی چی دسرب تسمم تداوی شی چه ددی ناروغی دتداوی سره سم دګیدی درد هم ورک کیږی همداسی یو ریمیا اودځګر پورفیریا تر څو چه تداوی شوی نوی تشنجي فلجی انسداد دمینځه نه ځی .

ساده میخانیکی انسداد Simple Mechamical Obstraction

تعریف _ پدی نوع انسداد کی دکلمو خوله بندیږی پرته ددی چه دنوموړو کلمو دوینی جریان قطع شی. دبند شوی ناحیی څخه پورته کلمی دګازاتو اومایعاتو دتجمع له کبله توسع کوی او دا توسع پر مخ ځی اوحتی دجیوجونوم اومعدی پوری رسیږی دکلمو دلومن بند والی یاانسدادی سویه هرڅومره چه پورته وی په هماغه اندازه سریری تظاهرات شدید وی .



اسباب:-

څرنګه چه دانسداد په تعریف کی تذکر ورکړ شود ساده میخانیکی انسداد اسباب په لاندی ډول شرح کیږی

۱_ دکلمودلومن بندوالی دداخل لومن دعواملو له کبله: مثلاً دغایطی تیږی، صفراوی تیږه، اسکریس چنجی، انترایتس توبرکلوز، کرون ناروغی، دکلمو سلیم او خبیث تومورنه

۲_ دکلمو دلومن بندالی دخارجی میخا نیکی فشار له کبله :مثلاداخل بطنی تومورونه، داخل بطنی ابسی ګانی، توبرکلوزی برید ونه اودمساریقی لمفاوی غدواتو فشار .

۳_ دکلمو لومن بندوالی د رادیشن له کبله

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوژنیز یس Pathogenesis:-

دوړو کلمو په ساده میخا نیکی انسداد کی چه اروا یي قطع شوی نوی دبند شوی ناحي څخه پورته دکلمو په مینځ کی ګازات او مایعات راټولیږی اودکلمو په حرکاتو که تغیر پیداکیږی.

دالکترووولایتو او مایعاتو ضایع کیدل:-

په نورمال حالت کی کوم وخت چه غذایي مواد په وړوکلمو کی داخلیږی په هر ۳۰ دقیقو کی پینځه نیم لیتره مایعات (غذایي مواد چه دمعدی معائی افرازاتو سره یوځاي شوی دی دکلمو دلومن څخه وینی ته داخلیږی او برعکس پنځه لیتره دوینو څخه کلمو لومن ته راځی. دمعدی معائي افرازتوپه شکل) چه په نتیجه کی دکلموجذب نسبت د کلمو افرازاتو ته ۵۰۰ ملي لیتر (نیم لیتر) اضافه دي اما کوم وخت چي د کلمو د لومن په یوه برخه کي بندش پیداکیږي په لمړي مرحله په هغه جریان کي چه د لومن څخه وینی خواته صورت نیسي کموالي پیداکیږي اما د وینی څخه لومن خواته جریان نورمال پاتي کیږي یا په بل عبارت د جذب په عمل کي کموالی مینځ ته راځي چی په نتیجه کي یو مقدار مایع په تدریج سره د کلمو په لومن کي اضافه کیږي او د مایع زیاتوالي له کبله کلمی په مترقی ډول توسع کوي وروسته د ۲٤ یا ٤٨ ساعتو د وینی څخه لومن خواته په جریان کي هم زیاتوالي پیداکیږی.(د کلمو د جدار اوعیه توسع کوي) او په کلمو کي نور هم مایعات اضافه کیږي او پدي ډول دانسد ادي ناحیی څخه پورته د مایعاتو د تولیدو له کبله د کلمو لومن ډک او په مترقی ډول توسع کو ي .او دکلمی د لومن داخلی فشار جګیږي.د کلمی د لومن د داخلی فشارلا جګوالی د دی سبب کیږی چی دکلمی د جدار وریدی جریان باندي فشار واردشي او بالاخره وریدي جریان قطع او وریدي وینه د کلمی د جدار په مینځ د رکودت په حال پاتي شي چي په دي وخت اورده توسع کوي او جدار یي نري کیږي او د اوردي د نري جدار څخه یوه اندازه مایعات د کلمو د جدار په مینځ یعنی په بین الحجروي مسافاتوکی داخلیږي او د کلمو د جدار دازیما سبب ګرځي بله برخه یي دکلمی په لومن کي داخل او په دغه ځاي کي د فشار د لازیاتوالي سبب ګرځي یوه برخه یي د پرطوان په ازاد جوف کي توییږي.

کوم مایعات چي د کلمي په لومن کي داخلیږي ورو ورو سویه یي پورته ځي او حتي معدي ته رسیږي او معده ډکوي له هغه ځایه چي معده دا مواد ښکته خواته نشي تش کولاي نو د انتی پریستالتیزم حرکاتو او د حجاب حاجز او د ګیډي د جدار د تقلصاتو پواسطه د کانګي په شکل خارجوي. پدي ډول په څلورو شکلو یعني د کلمو د جدار په مینځ د ازیما په شکل ، د پریطوان په ازاد جوف کي، د کلمی په لومن کي او بالاخره لدي لاري د کانګي په شکل مایعات ضایع کیږي .

(دمعدي معایي قنات افرازات په ۲٤ ساعتو کي تر اته لیتره پوري په متوسط ډول رسیږي چي لرونکي د مختلف انزایمونو او الکترولایتو دي او دا مقدار افرازات په انسدادي حالاتو کي نه جذبیږي) باید وویل شي چي وروسته ددي څخه چي وریدي جریان قطع شود کلمی د لومن د فشار د مترقی زیاتوالي له کبله ورو وروشریانی جریان هم تر فشار لاندي راځي او بلاخره شریاني جریان هم قطع کیږي. چه پدي وخت ماوفه کلمی په نکروزاو ګانګرین کیدو شروع کوي چي د ګانکرین شوي ناحیی له لاري یوه اندازه وینه هم ضایع کیږي.

د مایعاتو د ضایع کیدو له کبله خارج الحجروي مایعات هم کمیږي او د دوران څخه پلازما خارج او نوموړي ځاي کی تجمع کوي او په نتیجه کي هیموکونسنتریشن او هایپو والیمک شاک ـ د پښتورګو عدم کفایه او بلاخره مرګ مینځ ته راځي له بله خوا کوم مایعات چي د رکودت په حال د انسدادي ناحیی څخه پورته ټول شوي دي د هغوي په مینځ کی باکتریاوي نشونما کوي او له هغه ځایه چه د کلمو جدار د زیات توسع له کبله ډیر نري شوي دي باکتریاګاني د کلمو د داخل څخه په

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
اسانی د کلمو جدار څخه تیریږي او د پریطوان په جوف کی مهاجرت کوي او د انسدادي لوحی په سر د پریطونایتس لوحه هم اضافه کیږي یا په بل عبارت د هایپو والیمک شاک ترڅنګ انتانی شاک هم ضمیمه کیږي.

له یوي خوا د کلمی توسع او له بلی خوا د پریطوان په مینځ کي دزیاتو مایعاتو تولیدل ددي سبب کیږي چه حجاب حاجز پورته خواته ټیله شي چه ددي په اثر سږی نورمال انبساط نه کوي او په نتیجه کي تنفسی ظرفیت لږ او د ګازاتو تبادله په صحیح صورت سرته نه رسیږي او ناروغ په انوکسیا(Anoxia) اخته کیږي چی البته د انوکسیا په مقابل کی دماغ،ځیګر،پښتورګواو پانقراس ډیر حساس او په نومړو غړوکی حجروي میتابولیزم ښکته او په نتیجه کي دوي خپل وظایف په صحیح توګه سرته نشی رسولاي.

د کلمو په مینځ کی د ګازاتو زیاتوالی:-

د میخانیکی فشاري ناحیی څخه پورته د کلمی په مینځ کي یوازي د مایعاتو تولید د کلمو په توسع ورکولو کي رول نه لري بلکی د ګازاتو موجودیت هم ذیدخل وي په کلمو کي د ګازاتو جذبیدل د هغو په قسمی فشار په کلمو کي ،په پلازما کي اوپه تنفسی هوا پوري اړه لري مثلاً د نایتروجن قسمی فشار په وینه،کلمواو په تنفسی اتوموسفیري هوا کي تقریباً مشابه وي نو د هغه جذب د کلمو له خوا ډیر لږ دي.

برخلاف د کاربن ډاي اکساید جذب زیات دي ځکه چي قسمی فشار یی په کلمو کی فوق العاده زیات ،په وینه کي متوسط او په اتوموسفیري هوا کي ډیر کم وي اما سره له دي هم د اوسني تحقیقاتو په اثر څرنګه چه د کلمو ګازات تجزیه شوي دي د هغه مقدار او فیصدي د اتموسفیر هوا سره ورته والي لري نو فکر کیږي چی د کلمی ګازات په میخانیکی ساده انسداد کي زیاته اندازه یی د بلع شوي هواڅخه منشاء اخلي او هغه وخت چه انسدادي حالت دوامداره شي د باکتریاو د فعالیت له کبله هم یوه اندازه ګاز د کلمو په مینځ پیداکیږي او کوم وخت چه کلمی توسع کوي له هغه ځایه چه د ګازاتو قسمی فشار د کلمو د لومن په مینځ نسبت وینی ته ښکته دي نو پدي وخت د ویني څخه هم یوه اندازه ګازات د کلمو د لومن په مینځ داخلیږي .

د کلمو د حرکاتو شدت:-

کوم وخت چه د کلمو لومن د یو میخانیکی فشار پواسطه بندیږي د کلمو استداری حرکات شدید او کوشش کوي چه مانعه لري کړي د لږ وخت لپاره دوامدار استداري حرکات دوام کوي او ژر د شدید استداري حرکاتو په مینځ یو ارام صفحه مینځ ته راځي چي په دي ارام صفحه کي استداري حرکات موجود نوي.

د دوه ارامو صفحو فاصله د معدي معائي قنات په سیر د میخانیکی انسداد په موقعیت پوري اړه لري.

د جیجونوم او الیوم په برخه کي که کوم میخانیکی فشار موجود وي د دوو ارامو صفحو په مینځ ۳ تر ۵ دقیقه فاصله وي او که فشار د الیوم څخه ښکته موقعیت ولري د دوو ارامو صفحو فاصله د ۱۰ څخه تر ۱۵ دقیقو پوري اوږدیږي.

دا شدید استداري حرکات چه د کلمو د عضلی طبقی د تقلصاتو له کبله مینځ ته راځي د کلمی جدار په ازیما کي ښه مرسته کوي او د هغه ازیما او توسع زیاتوي.

دکولون دانسداد پتوژنیزیس:-

د کولون د انسداد تاثیرات پر ناروغ باندي نسبت وړو کلموانسدادي تاثیراتو ته لږ دي ځکه چه:

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱ – په استثناء د تدوري حالت کولون نورهيڅ وخت د نورو انسدادي عواملو له کبله په اختناق نه اخته کيږي.

۲ – له هغه ځايه چه کولون نسبت وړی کلمی ته مقاوم او قوي عضوه ده او نسبت وړي کلمی ته د جذب او افرازي خواص لږ دي نو په انسدادي حالاتو کي د اوبو اوالکترولايتو توازن ډير ورو ورو خرابيږی .
ددي دوو دلائلو په اساس نه يواځي د کولون غيرتدوری انسداد يوغيرعاجل واقعه جوړوي بلکه څرنګه چه د وړو کلمو په انسدادو کی د ناروغ عمومي حالت ژر خرابيږي د کولون په انسدادو کي ډير ژر نه خرابيږي
د کلمومترقی توسع د کولون د انسدادو خطرناک عرض تشکيلوي که اليويسکال د سام عدم کفايه ولري ددي د سام له لاري د کولون محتوي اليوم ته ريفلکس کوي او د کولو ن د مترقی توسع څخه مخنيوي کوي اما که اليو سيکال د سام عدم کفايه ونه لري او کولون په يوه بله بر خه يو مانعه مثلاً يوکانسری کتله د هغه لومن بند کړي وي پدي وخت يو closed loop انسداد مينځ ته راځي چه اصلاً د کلمی اوعيه په دی ځای ترفشارلاندی نه دی اما دکلمی لومن په مترقی ډول دګازاتو توليدوله کبله متوسع کيږي او داخلي فشار يي زياتيږي.
د کولون جدار باندي د وارده قوي فشار په هغه ځاي کي زيات وي چی زيات قطر ولري دلاپلاس د قانون په اساس د هغه لازم قوه کموالي د يو مجوف يا تش جسم په دننه چه د هغه د جدارد توسع سبب وګرځي معکوساً متناسب دي د تش جسم د جدار د شعاء د لويوالي سره.
د کولون په هکله ددي قانون په اساس په ټول کولون کي داخلی فشار مساوي(په نورمال حالت د کولون دننه فشار ۲۵ سانتي متره داوبودی)يوبرابر پاتي کيږي اما جدار باند ي د وارد شوی قوي ددي فورمول په اساس محاسبه کيږي

$$\text{Tension} = \text{pressure} \times \text{diameter}$$

$$\text{Tension in sigmoid} = 25 \times 6 \times 3.14 = 471\text{cm } H_2o/cm^2 \text{ surface}$$

$$\text{Tension in cecum} = 25 \times 12 \times 3.14 = 912\text{cm } H_2o/cm^2 \text{ surface}$$

د پاسني فورمول په اساس په سيکم جدار باندي وارده شوي قوه په في سانتي متر مکعب سطح کي زيات دي او لدي کبله د سيکم جدار د کولون نسبت نوروبرخوته ژر څيري کيږی.

سريري تظاهرات

په مختلف انسدادي حالاتو کي چه انواع يي د انسداد په اسبابو کي ذکر شوي دي خصوصی سريري تظاهرات فرق کوي اما د انسداد عمومي سريري تظاهرات په لاندي ډول شرح کيږي او خصوصی سريري تظاهرات د هر انواع انسداد په مبحث کي ذکر کيږي

سريري اعراض:-

۱ – **درد(pain)** :- چه منشاء يي دکلمو شديد استداري حرکات دي چه په پريوديک ډول مينځ ته راځي او د کرمپ وصف لري څرنګه چه د هر کرمپ ډوله درد حملی څخه وروسته يو خاموش يا بی درد صفحه مينځ ته راځي چي پدي صفحه کي ناروغ درد نه حس کوي
که دکلمو پاسني برخه په انسداد اخته شوي وي درد په شروع د کيډي په پاسني برخه حس کيږي او که انسداد د اليوم په جدار کي وي ناروغ د نامه په چار چاپيره کي درد حس کوي اما د کولون مخصوصاً د سګموئيد په انسدادي حالاتو کي ناروغ د ګيډي په ښکتنی برخو کي د رد حس کوي که انسداد د کلمو په پاسني برخو کي وی خاموشه صفحه د ۵-۴ دقيقو پوری دوام کوی که انسداد د کلمو په اخري برخو کي واقع وي (يعني پرسګموييد او کولون باندي) د دوه درد حملي فاصله تقريباً ۱۵ يا ۲۰ دقيقي وي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
که انسدادي حالت دومداره شي درد خپل کرمپ یا تشخیص وصف ته تغیر ورکوي او کولیک په شکل دوامدار په ټول ګیډه کي پاتی کیږي.

۲ -_کانګي vomiting
الف – غیر عکسوي کانګي یا non reflexive vomiting - کوم وخت چي د الیوسیکال د سام څخه پورته انسدادي حالت پیدا شي د وړو کلمو په مینځ ګازات او مایعات تولیږي او کوم وخت چي مایعاتو وسویه تر معدي پوري ورسید د معدي د جدار د تنبه او تخریش له کبله ناروغ کانګي کوي چه دا کانګي عموماً په لمړۍ وختو کي لږ اسیدي یا صفراوي وي وروسته د وړي کلمی مواد احتوا کوي او په هغه حالاتو کي چه اختناقی انسداد موجود وي امکان لري وینه لرونکي مایع خارج شي.
ب:- عکسوي کانګي - reflexive ometing -:
هغه وخت مینځ ته راځي چي انسدادي حالت د الیویسکال د دسام څخه ښکته واقع شوي وي او په نوموړي د سام کي عدم کفایه موجود نوي (کوم وخت چه په نوموړي د سام کي عدم کفایه موجود نه وی دکولون روکودتی مواد په وړی کلمی او معدی ته رسیدای نشی او محتوی یی د کانګي په شکل د معدي څخه نه خارجیږي) پدي وخت کوم کانګي چه ناروغ ته پیداکیږي کولون د توسع له کبله مینځ ته راځي چه د کولون توسع پر پریطوان او وړي کلمو باندي فشار واردوي او د هغه د تنبه په اثر په عکسوي ډول ناروغ ته کانګي پیداکیږي.
په هغه حالاتو کي چي د الیوسیکال په د سام کي عدم کفایه موجود وي نو هر وخت چه انسداد له کبله په ټول کولون کي ګازات او مایعات راټول شي د نوموړي د سام له لاري چه خلاص پاتی دی وړي کولمي ته راځی او د مایعاتو سویه هر وخت چه معدي ته ورسید ناروغ ته کانګي پیداکیږي چی دا نواع کانګي عکسوي ندي او د کانګي محتوي غایطه مواد وی.
۳ – د غایطه موادو او ګازاتو نه خارجیدل د مقعد له لاری:
یو تشخیصی عرض دي اما د کلمی د توسع له کبله داخل بطنی فشار جګیږي او پدي وخت امکان لري د انسدادي ناحیی څخه ښکته کوم ګازات او غایطه مواد چي موجود دي د مقعد له لاري خارج شي مخصوصاً انسداد وړو کلمو کي وی امکان لری چی ناروغ د پریودیک درد څخه حتی څو ساعت وروسته هم تغوط وکړی د یو کرمپ ډوله شدید درد څخه وروسته په انفلاقی ډول اسهال پیدا کیدل په ناتام انسدادي حالت دلالت کوي.

سریري علایم

۱ – تفتیش
الف – د ناروغ عمومي وضع د تفتیش له نظره:- د ساده میخانیکی انسداد په لمړي ۲٤ ساعتو کي د ناروغ عمومي حالت زیات تغیر نه کوي حیاتي علایم تقریباً نورمال او د یهایدریشن چندان زیات موجود نه وي اما په ساده میخانیکی انسداد وروسته د ۲٤ ساعتو څخه او په اختناقی انسدادي حالاتو په لمړي ۲٤ ساعتو کي ناروغ توکسیک او شدید دیهایدروجن حالت لري او په پرمختللی واقعاتو کي ناروغ په شاک ځی.
څرنګه چي د ناروغ ژبه وچه ـ شدید تندی حس کوي ـ په تندي یخه خوله- هایپرترمیا ـ نبض سریع او ضعیف – د وینی فشار ښکته حتي غیرقابل اندازه او ناروغ فوق العاده ضعیف ښکاري
ب- د ګیډي تفتیش – که انسداد د معدي معائد جهاز په پاسني برخو کي واقع شوي وي یا داچه اختناقی انسداد موجود وي له هغه ځایه چه کلمي توسع نه کوي نوګیډه هم د دیستنشن نه لري او د کلمو په مینځنی برخی یا په کولون انسداد واقع شوي وي ګیده په مترقی ډول دیستنشن پیداکوي په

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تفتیش سره د ساده میخانیکی انسداد په حالاتو کي د ګيدي جدار د پاسه مخصوصا چی ناروغ ډنګروي د کلمو استداري حرکات په سترګو نه لیدل کيږي

۲ – **جس** :د درد په وخت کي چی د ګیډی عضلات د تقلص په حالت کي وي د ګیډي جدارشخوالی لري اما کوم وخت چي د د رد حمله د مینځه لاړ شي که بطن په غیر اختناقی حالاتو کي د ګیډي په جدار کي تندرنس موجود وي کوم داخل بطنی تومورد انسداد سبب شوي وي همداسي د یو پرازیتی متحرک کتلات او د تغلف یا instussuseption تومورپه ښی ښکتنی کوادرنت(Quadrant) یا د رحم او مبیض تورمونونه د جس وړ وي په هغه حالاتو کي چي اختناقی انسداد یا د وخت په تیریدو کي انسدادي حالت پریطونایتس لوحه پیداکړي د ګیډي جدار د تختی په شان کلک –تندرنیس او ریبوند تندرنس موجود وي په ټول انسدادي حالاتو کي د یو قانون په حیث باید چی مغبنی او فخذی سوري جس شی چی په نوموړیو ځایونو کی اختناقی فتق موجود نه وي

مقعدي معاینه Rectal Examination

له هغه ځایه چي یو شمیر ولادي انومالی ګاني رکتوم امراضو لکه تومورنه د انسداد سبب ګرځي نو دا معاینه د نوموړو امراضو د تشخیص په هکله مهمه ده

سربیره ددی د داخل بطنی تومورود موجودیت په هکله هم تریوی اندازی پوری د دی معاینی پواسطه معلومات لاس ته راځی .

۳- قرع (Percussion)

په ساده میخانیکیی انسداد کی په عمومی ډول دکلمی دتوسع له کبله په قرع سره په ټوله ګیډه کی مخصوصاً په مر کزی بر خو کی تمپانیک اواز موجود وی. باید وویل شی څومره چی میخانیکی انسداد ښکته واقع شوی وی په هماغه اندازه دګیډی توسع زیاد او په قرع سره تمپانیک حالت زیات وی .

په اختناقی حالاتوکی او په هغه حالاتوکی چی انسدادی حالت پریطوان خواته د مکروبودمهاجرت له کبله پریطونایتس(Peritonitis) لوحه پیدا کړی وی په ټول بطن کی د قرع سره اصمیت موجود وی

٤- اصغآء (Auscultation)

د درد د حملی په وخت کی شدید استداری حرکات د تندر او بریښنا د اواز په شکل اوریدل کیږی. په فلجی انسدادونو کی داستداری حرکاتو اواز د لری څخه ضعیف ،جلا جلا او وروسته د زیات وخت څخه اوریدل کیږی. په اضغآ کی د استداری حرکاتو نه اوریدل پدی دلالت کوی چی کلمی ګانګرین شوی دی .

تشخیص :

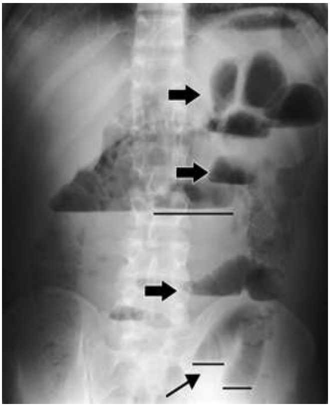
دناروغی تشخیص د سریری تظاهراتو – لابراتواری معایناتو اورادیو ګرافی پواسطه وضع کیږی.

لابراتواری معاینات .-

دانسداد په لمړیو مراحلو کی لابراتواری معاینات امکان لری چی نورما ل اوسی اما دانسداد د پرمختګ سره څرنګه چی خارج الحجروی مایعا ت او الیکترولایت ضایع کیږی نوعضویت ددی ضایعاتو په مقابل کی دانتی دیوریزیس (Anti diuresis)او دسودیم داحتباس په شکل عکس العمل ښکاره کوی دالکترولایت عدم توازن اود دیهایدریشن اندازه د انسدادی حالت په سویه او دوخت په تیریدو پوری اړه لری یعنی هر څومره چی د انسداد څخه وخت زیات تیر شوی وی او انسداد د وړی کلمی په اخری برخه کی موقعیت ولری په هماغه اندازه هیموکانسنتریشن زیات وي د تشو

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
متیازو اندازه ډیر لړ او لدی کبله په وینه کی دوینی یوریا نایتروجن(Urea- Nitrogen) سویه جګړی په ساده میخانیکی انسداد کی د سپین کورویاتو شمیر (۱۵۰۰۰)پوری رسیږی .
اما په اختناقی انسدادو کی د سپین کورویاتو شمیر په یو ملی لیتر مکعب وینه کی د (۱۵۰۰۰) څخه زیات وی .او په دورانی وینه کی ځوان سپین کریوات په زیات اندازه موجود وی که دسپین کورویاتو شمیر په یو ملی لیتر مکعب وینه کی (٤۰۰۰۰یا ٦۰۰۰۰) ته ورسیږی د کلمی د مسارقی اوعیی په بند والی دلالت کوی.



رادیو لوژیک معاینات :-

که دناروغ د ګیډی څخه د ولاړی په وضیعت قدامی خلفی را دیو ګرافی واخیستل شی لاندی علایم او خیالونه به موجود وی .
۱- په وړو کلمو کی دګازاتو وضع :-
هایدروایریک (Hydro airec)خیالونه د لیدو وړ وی چی ګازات دنیم دائروی خیالونو په شکل چی قبه یی پورته خواته متوجه وی معلومیږی .

۲- په کولون کی د ګازاتو وضع :-
د وړو کلمود انسدادپه صورت، په کولون کی دنورمال څخه لږګازات موجود وی که د سیکم او سیګموئید کولون تدور موجود وی د سیکم او سیمګو ئید په حذا یو غټ بالون ډوله ګاز چی د نوموړو کلمو شکل ارائه کوی معلومیږی .
۳- دمایعاتو سویه :-
څرنګه چی پورته ذکر شو په کلمو کی نیم دائروی هوائي خیالونه د یو افقی خط پواسطه د مایعاتو څخه جلاکیږی .
٤- پریطوانی اکزودات(Peritoneal Exodate) :- پریطوانی اکزودات موجود نوی .
٥- دحجاب حاجز وضع :-
په ساده میخانیکی انسداد کی د ګیډی د توسع سره موازی حجاب حاجز پورته جګ معلومیږی او په رادیو سکوپی کی حرکات یی ازاد وی رادیوګرافی د باریوم د اماله سره هغه وخت استطباب لری چی په ساده رادیوګرافی فلم کی د کولون انسدادی حالت ښکاره شی او ددی لپاره چی دانسداد ځای اونوع تعین شی د دا نوع رادیو ګرافی څخه کار اخیستل کیږی .
همداسی د عملیات داهتماماتو دنیولو سره په ماشومانو کی دغیر اختناقی تغلف د تداوی او تشخیص لپاره هم دبار یوم د امالی څخه کاراخیستل کیږی .
باید وویل شی چی که دباریوم محلول د امالی له لاری کولون ته داخل نشو باید ډیرهڅه ونشی ځکه چی د باریوم د فشار پواسطه امکان لری کولون سوری شی .
همدارنګه دپښتورګو اوحالب تیری او دصفراوی لاروتیری مخصوصاً د درد په وخت هم د فلجی انسداد سبب ګرځی.
په هغه حالاتو کی چی داکتر دفلجی انسداد عامل د صفراوی یا د بولی لاری تیری فکرکوی داخل وریدی پیالوګرافی او کولی سیستوګرافی استطباب لری.

تفریقی تشخیص DDX:-

دکلمو انسداد دلاندی امراضو سره باید تفریق شی .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
۱- **دحاد ازیمایی او هیموراژیک پانکراتایتس سره:** پدی نوع پانکراتایتس کی عموماً انسدادی لوحه پیداکیږی چی البته تفریق یی دوینی او تشومتیازو دمعاینی پواسطه کیږی چی په پانکراتایتس کی داملاز سویه په سیروم او تشومتیازو کی زیاته وی.
۲- **دصفراوی کولیک –اپندیکولر کولیک او دانترایتس سره :-** چی په دی امراضو کی ناروغ انتانی حالت لری او د رادیو گرافی په لوحه کی هایدروایریک (Hydro airec)خیالونه لیدل کیږی .
۳- **دهغه پریطوانایتس سره چی دهضمی جهاز دقنات دسوری کیدو له کبله مینځ ته راغلی وی** چی پدی حالاتو کی که د ناروغ څخه دولاړی په وضیعت رادیوگرافی اجراء شی حجاب حاجز لاندی ازاده هوا موجوده وی.

تداوی Treatment:-

دانسداد د تداوی اساس عبارت دی له:-

۱- په وجود کی د اوبو او الکترولایتونو موازنه برابرول .
۲- دعملیات تر وخته پوری د کلمی د توسع د پرمختګ څخه مخنیوی .
۳- دامکان په صورت کی دکلمی اوګیډی د توسع کمول.
٤- بلاخره دعملیات پواسطه دانسدادی عامل دمینځه وړل .

دعملیات څخه دمخه اهتمامات :-

هر څومره چی دانسدادی حالت څخه وخت ډیر تیر شوی وی په هماغه اندازه مخکی دعملیات څخه اهتمامات زیات وخت نیسی .
۱- ناروغ ته فوراًمعدوی یا معائي تیوب تطبیق او په دوامداره ډول سکشن شی تر څو چی له یوی خوا معده او کلمه تشه، دکلمی د داخلی فشار د زیاتوالی او د کانګی څخه مخنیوی وشی اوله بلی خوا بلع شوی هوا بیرته خارج شی.
۲- دناروغ دګیډی څخه ساده رادیو ګرافی واخیستل شی .
۳- دناروغ وینه دهیما توکریت ،هیموګلوبین ،هیموکونسنتریشن ،دسپینو کرویاتو شمیر، دوینی دیوریا نایتروجن مقدار او د الکترولایت مقدار له نظره معاینه شی .
٤- ناروغ ته داحلیل کتیتر تثبیت او دتشو متیازو افراغ یی په هر۱۵ دقیقوکی اندازه او تشی متیازی یی د معاینی لپاره لابراتوار ته ولیږل شی.
۵-ناروغ ته فوراً داخل وریدی کریستالوئید مایعات ورکړل شی .
وروسته د پاسنی اهتماماتو څخه چی په ظرف د دوه ساعتوکی باید تکمیل شی که ناروغ په ساده میخانیکی انسداد اخته وی او د انسدادی حالت څخه یی ۲٤ ساعته تیر شوی وی نو باید عملیاتخانی ته نقل او عملیات شی دعملیات دمړینی خطر په داسی ناروغانو کی یو فیصد وی .
که دمیخانیکی انسداد څخه ۲٤ ساعته تیر شوی وی یا دا چی انسداد اختناقی (closed loop)وی دناروغ عمومی حالت دالکترولایتونو دتشوش او هایپو والیمیک شاک له کبله د اطمینان وړ نوی نو سر بیره د پاسنی اهتماماتو څخه په لاندی ډول نور اهمامات هم ورته نیول کیږی .
دتحت الترقوی ورید(Subclavian vein) له لاری یو کتیتر سفلی اجوف ورید(I.V.C) ته دمرکزی وریدی فشار د تعینولو په منظور داخلیږی .
که یو ناروغ ۷۰ کیلو ګرام وزن ولری او هیما تو کریت یي ۵۵ فیصد وی معنی يي داده چی تقریباً ٤۰ فیصده پلا زما او خارج الحجروی مایعات ئي ضایع کړیدی او له دی کبله ژرترژره (۱۱۰۰)ملی لیتر پلازما او(٤۰۰۰)ملی لیتر کریستالو ئید مایعات ورته ورکړل شی .
وروسته ددی څخه چی وریدی مرکزی فشار، هیماتو کریت ،او د تشو متیازو افراغ نورمال وګرځیده عملیات ته باید اقدام وشی دغه ناروغانو ته ترهغه وخته پوری باید پوتاشیم ورنکړل شی

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
تر څوچې دتشو متیازو افراغ يې نورمال ګرځيدلی نوی . پدی ناروغانو کی مخکی دعملیات څخه دمایعاتو سره یوځای وسیع الساحه انتی بیوتیک لکه امپی سیلین یا تتراسکلمین که ورکړل شی بهتره ده .

په هغه حالت کی چی اختناقی انسداد موجود وی د یوډیرعاجل واقعی په شکل د مایعاتو په عوض ناروغ ته وینه تطبیق او دناروغ د وضیعت دلږ ښه والی سره ژر تر ژره عملیات اجرا او اختناقی عامل د مینځه یوړل شی.

په اختناقی انسدادو کی وروسته دعملیات څخه د مړ ینی خطر ۲۵ فیصده وی .

جراحی تداوی Surgical Treatment:-

دانسدادی عامل د مینځه وړلو لپاره جراحی کړن لاره په پنځه کتګوریو ویشل شویده

۱- په لمړی کتګوری کی د کلمی لومن نه خلاصیږی بلکی که التصاقات موجود وی قطع کیږی . تغلف یا intussusception که اختناقی شوی نه وی اویا کوم بنده پاتی فتق موجوده وی ارجاع او که کوم تومور موجود وی ایستل کیږی.

۲- په دوهم کتګوری کی د کلمی لومن خلاصیږی(Enterotomy) اوکوم انسدادی عامل چی د کلمی دلومن په مینځ کی موجود وی لکه پرازیتونه ،صفراوی یا غایطه تیږی ،پردی اجسام(foreign body) اوسلیم تومورونه ایستل کیږی اود انتیروتومی (Enterotomy) ځای بیرته ګنډل کیږی .

۳- دوړی کلمی یوه برخه چی د اختناق یا تدور له کبله خپل حیاتیت له لاسه ورکړی وی یا حیاتیت یې داکتر ته مشکوک ښکاره شی دا برخه قطع او په لمړی مرحله کی دماوفه برخی څخه نورمال پاسنی او ښکتنی کلمی خوله په خوله انستوموز(anastomose) ورکول کیږی .

٤- په وړو کلمو کی دانسداد عامل دکلمی دلومن په داخل یا دلومن څخه دباندی یو تومور دی(سلیم یا خبیث) چی دالتصاقاتو له کبله دهغه ایستل امکان نه لری نوپدی صورت کی پرته ددی چی دانسداد عامل لری شی دتومورڅخه پورته اوښکته د کلمی نورمال لومن یو بل سره خوله په خوله یا اړخ په اړخ انستوموز (anastomose) ورکول کیږی .

۵- که د دریم او څلور کتګوری حالت دغټی کلمی په اوږدو کی واقع شی پدی ځای کی دماوفه ناحی څخه پورته په مستعرض ډول Single یا Double کولوستومی (Colostomy)یا سیکوستومی(Cecostomy) اجرا کیږ ی.

په هغه حالاتو کی چی د پریطوان په جوف کی وینه لرونکی مایع یا زوی موجود وی د پریطوان دجوف په ژورو ځایونو کی پنروز درنونه(Penrose Drain) د درنا ژ په منظور باید تثبیت شی .

دعملیاتو څخه وروسته دناروغ پاملرنه :-

کوم اهتمامات اوپاملرنه چی دعملیات څخه مخکی ناروغ لپاره نیول شوی وو عین اهتمامات باید وروسته دعملیات څخه هم ونیول شی.

تر څو چی فعال استداری حرکات په کلمو کی پیدا کیږی باید په دوامداره توګه د معدوی تیوب پواسطه اسپایریتد (aspiration) شی.

ناروغ ته بر علاوه د ۲٤ ساعته اوبو او الکترولایتو، د نورمال څخه باید اضافه مایعات هم د ورید له لاری ورکړ شی یعنی هر څومره مایعات چی د معدوی تیوب او د درنونو(Drains) له لاری ضایع کړی وی باید معاوضه شی . ناروغ ته د ضرورت وړ ویتامینونه او انتی بیوتیک تطبیق شی د پوتاشیم او سودیم مقدار په وینه کی هره ورځ تعین او د نورمال په سویه وساتل شی .د پوتاشیم او سودیم مقدار کموالی په وینه کی د فلجی انسداد سبب ګرځی او په وینه کی د دوی د سویې د زیاتوالی په صورت کی داوبو د احتباس له کبله قلبی تشوشات مینځ ته راځی .

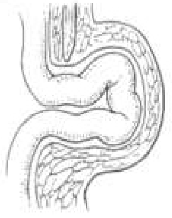
Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پاسنی اهتمامات تر هغه وخته پوری باید ادامه ورکړ شی چی په کلمو کی نورمال استداری حرکات پیدا شی او ناروغ د نورمال هضمی ترانزیت پیدا کولو له کبله په غذا خوړلو پیل وکړی .

میخانیکی اختناقی انسداد Strangulated Mechanical Obstruction

تعریف :- پدی انسداد کی دکلمی مساریقه تر فشار لاندی راځی په اوله مرحله د کلمی وریدی جریان او وروسته بیا ژر شریانی جریا ن ئي قطع او کلمو ته وینه نه رسیږی او په نتیجه کی کلمی گانگرین کیږی .



اسباب

۱- داخلی او خارجی اختناقی فتقونه :- کوم وخت چی دغیر قابل ارجاع فتقیه محتوی اروا قطع شی مخصوصاً چی د فتق محتوی کلمی وی په نتیجه کی د کلمی انسدادی اعراض پیداکیږی

۲- دکلمو تدوریا Vulvulus :- دمساریقی د یوی ثابتی نقطعه او محورپه چاپیر د کلمی دتاویدو څخه عبارت دی .

۳- تغلف یا Intussusceptions :- پدی انسداد کی د کلمی پروکسیمال برخه دکلمی دیستال برخی ته دهغه د طولانی محورپه امتدادننوځی.

٤- دمساریقی دعلوی او سفلی شریانونو حادبندوالی :-چی د امبولی یاترومبوز پواسطه بندیږی.

پتوژنیزیس(pathogenesis)

دکلمی دیوی برخی ارواء قطع کیدل چی د کلمی د لومن دبندوالی سره یوځای وی یا نوی داختناقی انسدادسبب گرځی.

مثلاً دکلمی په تدورکی د فتقیه محتوی بند والی چی کلمی وی دفتقیه حلقی دفشار له کبله اودالتصاقی بندونو اوبریدونوپه حالاتوکی له یوی خوا دکلمی مساریقه تر فشار لاندی راځی،ارواءيي قطع کیږی او له بلی خوا د کلمی لومن بندیږی ،دکلمی نورمال ترانزیت صورت نه نیسی.

پدی ډول انسدادونو کی د گازاتو او مایعاتو تولیدل دکلمی په لومن ، دکلمی په حرکاتوکی تغیر، د کلمی داختناقی سگمنټ د اوعي دبندش تر شعاء لاندی راځی څرنگه چی د متوسع شوی اوعي څخه یوه اندازه وینه لرونکی مایع دکلمی په مینځ او دکلمی د جدار په ضخامت کی ټولیږی او دگانگرین شوی کلمی څخه توکسیک مواد دپریطوان په جوف کی تویږی ،چی دا تو کسیک مواد د مکرو بونود اندو توکسین، اکزوتوکسین او تخریب شوی هیموگلوبین څخه عبارت دی .

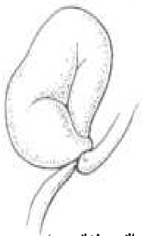
او دهغه مکروبو په واسطه تولیږی کوم چی د اختناقی شوی کلمی په لومن کی موجودوی باید وویل شی چی دا توکسیک مواد دماوفی کلمی د جدار له خوانه جذبیږی بلکی دماوفی کلمی د جدارڅخه تیریږی اود پریطوان په ازاد جوف کی توئیږ ی او د پریطوان له خوا جذب اود مړینی سبب گرځی داوسنی تحقیقاتو له مخی ددی لپاره چی د توکسیک موادو د تولید او جذب څخه مخنیوی وشی باید ژر تر ژره د عملیات پواسطه ما وفه کلمی لری او د پریطوان د جوف څخه وینه لرونکی مایع چی زیاته اندازه توکسیک مواد لری وایستل شی او انتی بایوتیک ورکول دناروغی اساسی تداوی نده .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د closed Loop انسداد پتوژنيزيس :-

کوم وخت چې دکلمې ديوې برخې مو صله او مرسله عروات بند شي Closed Loop انسداد مينځ ته راځي چې داختناقي انسداد يو خطرناک سريري شکل دی پداسې انسدادي پيښوکې دکلمې اوعيه شديداً ترفشار لاندې واقع کيږي او مخکې لدې څخه چې د انسدادعلايم لکه دکلمې او د ګيډې توسع مينځ ته راشي کلمې ګانګرين کيږي.



مثلاً که کلمې د ۳۶۰ درجه څخه زيات تدوروکړي دا حالت مينځته راځي.

دميخانيکي اختناقي انسداد انواع :-

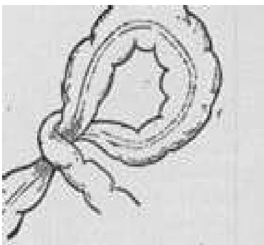
۱- داخلي او خارجي اختناقي فتقونه :

چې دفتقوپه مبحث کې په مفصل ډول ترې بحث شويدی(مغبنی اوفخذی اختناقي فتقونه)

۲- دکلمې تدوريا Intestinal Vulvulus :-

الف- دوړی کلمې تدور – Small intestine Vulvulus:-

دوړی کلمې تدورمخصوصاً په افغانستان کې په کاهل خلکو کې زيات تصادف کيږي د وړی کلمې تدورپه دوه ګروپونو ويشل شويدی .



۱- *د وړی کلمې ساده تدور*:چې د وړی کلمې يوه عروه (Loop) دخپل ثابت مساريقي محور باندی تدورکوی .

۲-*د وړی کلمې مختلط يا compound تدور*:

چې د وړی کلمې دوه يا زيات عروات(Loops)د خپل مساريقي محور او يو پر بل باندی تاويږي .

اسباب :-

۱- ميخانيکي عوامل :- لکه التصاقات او تومورونه،دوړی کلمې د استداری حرکاتو د بې نظمی کولو پواسطه دتدورسبب ګرځي.

۲-ولادی انومالی ګانی :-لکه ولادی فيبروزی سره نژدی شي لکه بريدونه اودمساريقي ولادی اوږدوالي او دايورتيکول.

سريري اعراض اوعلايم :-

د وړی کلمې تدورسريري تظاهرات دانسداد په عمومي مبحث کې ذکر شوی دی خو يواځې ځينې خصوصيتونه موجود دی چې پدی ځای کې تذکر ورکول کيږي

۱- په ګيډه کې يو پريوديک درد په ناڅاپه ډول شروع کيږي او هرڅومره چې دکلمو تاوزيات وی په هماغه اندازه دردهم شديد وی .

۲- څرنګه چې تدور د کلمې پر مساريقي محور باندی اجراءشويدی نو د کلمې ارواء قطع اودپريطوان په جوف کې زياته اندازه وينه اوپلازماتوليږی او پدی ډول ناروغ ژرپه هايپووالميک شاک(Hypo valuomic shock) اخته اومړکيږی

۳- دوړی کلمې په تدورکې د ګيډې توسع دومره زياته نوی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تداوی Treatment:-

که ناروغ په هایپووالمیک شاک (Hypo valuomic shock) اخته شوی نوی باید فوراً عملیات شی او که ناروغ په هایپووالمیک شا ک اخته وی لمړی په ظرف د دوه یا دری ساعتونو کی کافی اندازه مایعات ورکړ شی تر څو د تشو متیازو اندازه(0,5) ملی لیتره په هر کیلو گرام وزن د بدن ورسیږی او وروسته عملیات اجراء شی .

په عملیات کی لمړی باید د کلمی اختناقی حالت لری شی یعنی فوراً د کلمی تدور ارجاع او وروسته د تدورعامل باید ولټول شی که التصاق موجود وی باید چی التصاقات خلاص او ناحیه د پریطوان پواسطه پوښ شی.

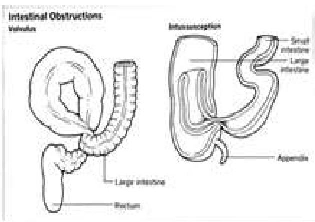
که کوم تومور موجود وی باید چی وایستل شی که دایور تیکول موجود وی Diverticulectomy اجراء شی دوړی کلمی مساریقی اوږدوالی په صورت کی او همداسی ددی لپاره چی التصاقات بیا تشکل ونکړی دوړی کلمی د Plication یا د Noble دعملیات څخه استفاده کیږی تر څو په راتلونکی کی وړی کلمی په خپل اوږد مساریقی محور باندی تدورونکړی یا داچی التصاقات مینځته رانشی .

ب- دکولون تدور :-

عمومیات :- د کولون دیوی برخی تاویدل دهغه پرمساریقی محور باندی ددی سبب کیږی چی لومن یی بند او مساریقی ارواء ئي په تام یا ناتام ډول قطع شی .

دلومن اودمساریقی ارواء بند یدل د کولون د تدور په زیاتوالی پوری اړه لری

هرڅومره چی کولون زیات تاو شوی وی په هماغه اندازه لومن او مساریقی ارواءئی زیات بندیږی.



باید وویل شی چی دکلمی توسع اود وریدی جریان دقطع کیدوڅخه وروسته پر مساریقی جذر باندی فشار زیاتیږی اود مساریقی ارواء دلازیات بندیدوسبب گرځی.

په عمومی ډول د کولون تدور د کولون په هغه برخو کی واقع کیږی چی زیات متحرک او اوږد مساریقه ولری او دکولون هغه برخی چی دا اوصاف لری په لمړی درجه سیگمو ئید او په دوهمه درجه سیکم دی.

د مستعرض کولون تدورفوق العاده لږتصادف کیږی اوکه واقع شی د میگا کولون د اختلاطاتو(Complications) څخه به وی.

دسیکم تدور Caecum Vulvulus

سیکم – ترمینال الیوم او د صاعده کولون پروکسیمال برخه زیاته متحرکه ده یاپه بل عبارت Hypo fixation یا اوږده مساریقه دسکیم دتدورلپاره زمینه مساعدوی.

او دکلمو دنوموړو برخو ثابتوالی دسیکم د تدور څخه مخنیوی کوی.

دسیکم تدور په دوه میخانیکته صورت نیسی :

۱- دسیکم تدور دهغه اوږد مساریقی محور باندی چی الیوسیکال شریان (Iliocecal artery) په خپل مینځ کی لری د (۳۶۰ درجی څخه تر ۷۲۰ درجی) پوری صورت نیسی .

چی ددی تدور په اثر یو Closed Loop انسداد مینځ ته راځی د دی تدور په اثر د سیکم اروا په لمړی مرحله کی ډیر ژر قطع کیږی .

۲- په دوهم میخانیکیت کی سیکم چی اوږده مساریقه لری،دالیوم اخره برخه او د صاعده کولون پروکسیمال برخه ټول په گډه دچپ پاسنی کوادرانت (L.U.Q)خواته قاطیږی او یو ناتام

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

انسدادمینځته راوړی چی دانوع انسداد په بنفسهی ډول ارجاع کیږی چی د مو لفینو له خواد intermittent Obstruction نوم ورکړل شویدی او له هغه ځایه چی مساریقی اروا ءنه قطع کیږی نو انزاریی ښه دی .

سریری تظاهرات :

ځرنګه چی د سیکم د تدور سره دالیوم اخری برخه هم په تدورکی برخه اخلی نوددی انسدادسریری تظاهرات دوړو کلموانسدادی اعراضواوعلایموته ډیرورته والی لری .

ځرنګه چی د درد شروع ناڅاپه ،پریودیک او کرمپ ډوله وی چی د ګیډی په ښی اړخ مخصوصاً د ښی اړخ په ښکتنی برخو کی پیداکیږی پدی وخت امکان لری چی په عکسوی ډول د کولون د پاتی برخی استداری حرکات زیا ت شی او یو اندازه ګازاوغایطه مواد دمقعد له لاری خارج شی وروسته له هغه زړه بد والی ، کانګی ،د ګازاوغایطه موادوبندش،کرمپ ډوله درد سره ملګری کیږی دګیډی توسع ډیره شدیده نوی اوپه ښی ښکتنی کوادرانت(R.L.Q)کی په قر ع سره شدید تمپانیک اواز اوریدل کیږی .

رادیو ګرافی معاینی :- دسیکم دتدورتشخیص بی درادیو ګرافی څخه چندان امکان نه لری .

د ګیډی په ساده رادیوګرافی کی متوسع سکیم چی سرحد ئي تراپی ګستریوم(Epigastrum) اوچپ پاسنی کوادرانت (L.U.Q)پوری رسیدلی وی تقریباً د ګیډی په ښی اړخ کی ښکاری د تذکروړدی چی متوسع سیکم د یو مایع هوائي خیال(Hydro airic) پواسطه محدود شوی دی او ځینی وخت دمتوسع معدی سره مغالطه کیږی او که معدوی تیوب اسپیریتد شی دا خیال په وروستنی رادیوګرافی کی په خپل حال پاتی وی .

اختلاطات(Complications):-

که دسیکم دتدور په تشخیص یا تداوی کی ځنډ پیښ شی دسیکم د جدار د سوری کیدلو خطرزیات وی چی د سوری کیدو څخه وروسته خطرناک پریطونایتس مینځ ته راځی .

تــــــداوی:-

د تشخیص څخه وروسته د سیکم تدور باید فوراً تداوی شی دعملیات څخه مخکی اهتمامات دنیولو څخه وروسته لپراتومی(lepratomy) اجراء اود سکیم تدور رد کیږی په هغه حالاتو کی چی ناروغ وضع د اطمینان وړنوی یا دا چی ډیرزوړاو د اوږد عملیا ت تحمل ونه لری اودسیکم رنګ وروسته د رد ولو څخه نورمال اوسی سیکم د ګیډی په جدار دکوک پواسطه تثبیتیږی که د ناروغ وضع داطمینان وړوی نودښی کولکتومی سرهIliotransvers Colestomy اجراء کیږی.

په هغه حالت کی چی سیکم ګانګرین شوی وی د کلمی Exteriorisation اووروسته ریز کشن او الیوستومی(iliostomy) اجراء کیږی .

د سیګموئید تدور Sigmoid valvulus

تعریف :- که سیګموئید د خپل مساریقی محور په ګرد چاپیره خلاف د ساعت دعقربی یا هم سمت د عقربی تدور وکړی ا ونظر په اندازه د تدور د سیګموئید خوله بند او د سیګموئید ارواء قطع شی دی حادثی ته د سیګموئید تدورویل کیږی البته دماءوفی کلمی د ورانی خرابوالی او تشوش په اوله درجه دمساریقی جذر دتدورپه اندازه او په دوهمه درجه ماءوف شوی کلمی په پړسوب اوازیمااو په دریمه درجه د انسدادی حالت په تیر شوی وخت پوری اړه لری.

Downloaded from: www.ketabton.com

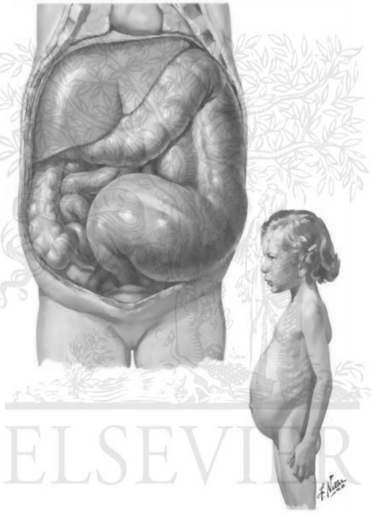
(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب

۱- د سیګموئیدد مساریقی ا اوږدوالی

۲-میګا کولون

الف – ولادي میګا کولو ن – دسیګموئیدپه یوه برخه کي په ولادي ډول عقدوي عصبي حجرات چی د کلمی د استداري حرکا تو مسول دي موجود نوي او یو غیر متحرکه برخه د دوه متحرکو برخو په مینځ کی واقع کیږي او امکان لري چی د پاسني عروي استد اري حرکات دغیر متحرکی برخی د تاویدو سبب شي.



© ELSEVIER, INC. – NETTERIMAGES.COM

ب -کسبي میګا کولون – چی د chagase diseaseیابرازیلي tripanosomiasis په نامه یادیږي او زیاتره دغه ناروغی په برازیل کي پیدا کیږي.

۳- مزمن قبضیت:-دکولون اومخصوصاً دسیګموئید د توسع اود مساریقی د اوږدوالی سبب ګرځی.

۴-دماغي عصبي ناروغي – په هغه خلکوکي زیات لیدل کیږي چی پارکینسون لري

۵-قلبي وعاي عوامل:- د احصایی له نظره سیګموئید تد ورپدي خلکوکي زیات لیدل کیږي

٦-د سیګموئید د مساریقی مزمن التهاب :- دالتهاب له کبله د سیګموئید مسار یقه غونډیږي اود سیګموئید قوس د دوه میله توپک په شکل راځي او ژر تد ورکوي

۷-دمنطقي له نظره ناروغي زیاتره په مرکزي اسیا او جنوبي اروپاکي پیداکیږي

سریري تظاهرات

۱-متقاطع کرمپ ډوله او پریودیک درد د ګیډي په ښکتنی برخوکي.

۲-د غایطه موادواو ګازاتو وروستنی بندش او همداسي وروسته زړه بدوالي او کانګي.

۳-د ګیډي مترقي او شدیده توسع چی حتی پرحجاب حاجز فشار وارد وي اود عسرت تنفس سبب ګرځي

٤-د پاسنی اعراضو سابقه تاریخچه چی ناروغ پخوا څوځو ځلي داسي اعراض تیره کړي وی

رایو لوژیک معاینات:

د ګیډي په ساده رادیوګرافی کي د ګیډي د جوف په مینځ کی یوغټ –متوسع او پوکانه مانند هوایي خیال چی د لوبیا دداني په شکل معلومیږي دحوصلي څخه جیګه شوي او تر حجاب حاجز پوري رسیدلی وي او د توسع له کبله د مخاطی غشاء التوات او Haustra یی د مینځه تللی وي ددي لوبیا ډوله هوایي خیال محدبیت یی ښی خواته او مقعریت یي چپ خوا ته متوجه دي.

که د باریوم اماله څخه وروسته د ناروغ د ګیډي څخه راد یو ګرافی اجرا شی د امبولا څوکه د پیچ یا حلزون په شکل قطع شوي ښکاري چی د دي ناحي څخه پورته غټ هوایی خیال د لیدو وړ وي چی په هغه کي باریوم داخل شوي ندی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تـــــــــــداوي:

ناروغ ته د کلمي د انسداد اهتمامات نيول کيږي وروسته د دي ناروغ ته د نيم ليتر په اندازه تخليوي اماله ورکول کيږي.

که د سيگموئيد تدور لږ وي د امالی سره ارجاع کيږي که انسدادي حالت بيا هم پاتي شود سجدی په وضيعت (knee chest position) سيگموئيد سکوپي اجرا کيږي که د کلمي اختناقی اعراض موجود وي د تخريباتو د مخنيوي لپاره په اړخيز وضيعت سيگموئيد سکوپی بايد اجراشي.

که سيگموئيد ډير تدور کړي نوي د سجدي په وضيعت امکان لري چی تدوريي ارجاع او انسدادي حالت د مينځه لاړه شي.

سيگموئيد سکوپ په ډير احتياط او فنی مانور پواسطه تر هغه ځايه پوري په امپولاکي داخليږي تر څوچی مانعه وليدل شي د سيگموئيد تاو شوي ځاي د مخاطي غشاء تاو شوي التوات د مرکز په يوه نقطه ختميـــــــږي.

که پدی ناحيه کي مخصوصاً د تاو شوي کلمی په مرکزي برخه کي د مخاطی غشاءرنگ تغير کړي وي او توربښنه ښکاره شي يا په بل عبارت په هغه ځاي کی نذفی نقاط موجود وي د سيگموئيد په کانگرين کيدودلالت کوی اوبايدفوراً لپراتومی شی .

د لپراتومی(lepratomy) څخه وروسته کانگرين شوي کلمی ټول قطع (resection) د امپولااونازله کولون خوله په چپ حرقفی حفره کي ډبل کولوستومی (double- colostomy) کيږي که دامپولا څوکه دگيډی جدار ته ونه رسيږي نو د هارتمن د عمليات څخه استفاده کيږي څرنگه چی دامپولاد خولی د گنډلو څخه وروسته د پريطوان په خلف کي اچول کيږي اود نازله کولون خوله يواځي دچپ حرقفی په حفره کي سينگل کولوستومی (single- colostomy) کيږي.

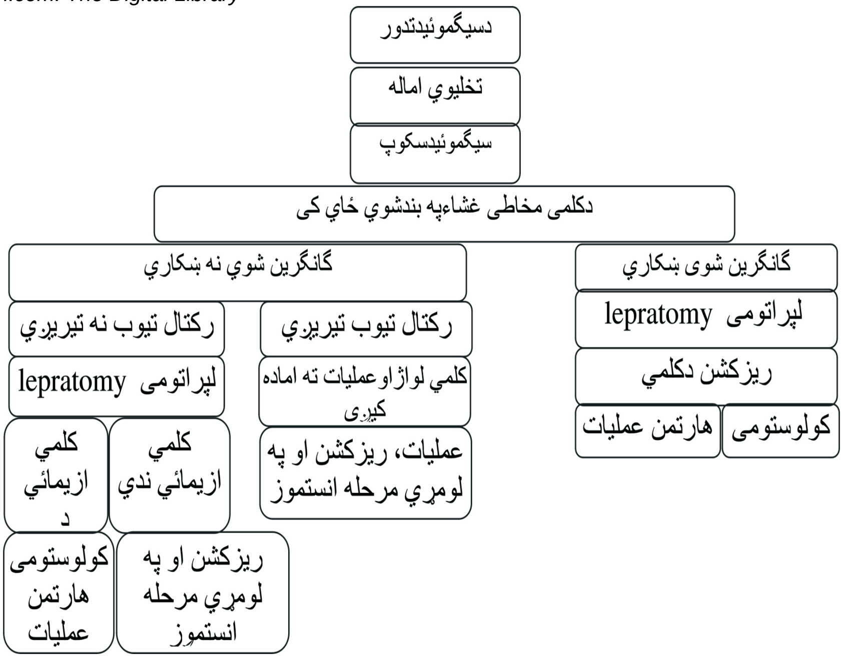
که د سيگموئيد سکوپ سره وليدل شو چی دتاو شوي کلمی د مرکزي برخه مخاطي غشاءنورمال يا رنگ يي لږ تغير کړي وی يورکتال تيوب (rectal-tube)چی ښه غوړ شوي وي په ډيراحتياط د تاو ورکولوحرکاتو سره بندی شوي ناحي ته ورداخليږي او کوم وخت چی تيوب تيرشوپه دراماتيک ډول د سيگموئيد تر فشارلاندي باد او گازات په شدت خارجيږي او د گيډي توسع د مينځه ځی رکتال تيوب په مقعد کي تثبيت اوهر ورځ د رکتال تيوب له لاري سيگموئيد پري مينځل کيږي.

ناروغ ته د خولي له لاري مايع رژيم د معايي انتی سپتيک دواگانو سره يو ځاي ورکول کيږي له بله خوا د ناروغ گيډه د کلمی د گانگرين کيدو په هکله تر کتنی لاندي نيول کيږي ځکه امکان لري چی د سيگموئيد يوه برخه د تاو شوي ناحيه څخه پورته گانگرين شوي وي د سيگموئيد لواژ او پري مينځل د يو هفتي لپاره دوام ورکول کيږي

او له هغه ځايه چی د سيگموئيد دبيا تدور امکان د ۸۰ څخه تر ۹۰ فيصده پوری دی نو وروسته ديوی هفتي لواژ څخه په انتخابي ډول بطن خلاص – سيگموئيد قطع او د نازله کولو ن خوله د امپولا د خولي سره په لمړي مرحله انستموز ورکول کيږي که د سيگموئيد سکوپ له لاري ډاکتر موفق نشو چی رکتال تيوب په بنده شوي ناحيه کي ور داخل کړي نو بيا هم بايد د ناروغ گيډه خلاصه او سيگموئيد تفتيش شي که سيگموئيد ډيرازيمايی نوي وروسته د سيگموئيد د ريزکشن څخه د نازله کولون اودامپولا خوله يو دبل سره په لمړي مرحله انستموز ورکول کيږي او که سيگموئيد ازيمايی وي نو انستموز ورکول استطباب نه لري او د گانگرين شوي کلمی په شان عمليات ته ادامه ورکول کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



يا تغلفInvagination or Intussuseption

تعريف:- پدي نوع انسداد کي دکلمی پروکسيمال برخه يا (intussusseptum) د کلمی ديستال برخی(Intussuscepiens)کی ننوځی او دتغلف ياIntussuseption_ په نوم ياديږی.
دانوع انسداد زياتره په هغه ماشومانوکی چی د دوه کا لو څخه لږ عمر لري پيدا کيږي. هلکان نسبت انجونوته دري ځلی زياتره پدي ناروغي مبتلا کيږي.
دتغلف انواع:
تغلف زياتره د اليوم او سيکم په مينځ يعني iliocolic intussuseption واقع کيږی.
اما Ilioileal, Iliocolic, Jejunoilial, Colocolic او jejuno jejunal واقعات يی هم تصادف کيږي.

اسباب

کوم خاص عامل چی د تغلف په پيدا کيدو کي عمده رول ولري تر اوسه پوري معلوم ندي اما د کلمی پوليپ(polyp) – ميکل دا يورتيکول (mickle Diverticle –) اينترامورال هيماتوم (intra-- mural hematum)او دکلمی لمفوماعمده امراض دي چی عموما تغلف د دي امراضو سره يو ځاي تصادف کيږي.
پدي اخرو وختو کي دکلمی دادينووايرس (adino virus)انتانات او د تغلف تر مينځ مناسبت تر يوي اندازي پوري ثابته شوي دي ځرنگه چی زياتره ماشومان چی دهغوي کلمی تغلف کوي دهغوي په اليوم کي لمفويد نسج اوpayer,s patchesغټ شوی اود اليوم په لومن کي تبارز کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سریري تظاهرات

یو روغ ماشوم په ناڅاپه ډول خپل پښني او زنګون د ګیډي د شدید درد له کبله پر ګیډي باندي قاطوي او نه غزوي درد متقطع وي څرنګه چی درد په وخت ماشوم نارام او ژاړي او د دوه درد دحملو په مینځ ماشوم ارامیږي د دوه درد ازاده صفحه چی لمړي وختوکي تقریبا(۱۵یا ۲۰)دقیقی وي ورو ورو لنډیږی باید وویل شي چی د درد د حملی په وخت ماشوم ډیرخوله او د مخ رنګ یی سپینیږي
د مقعد څخه وینه لرونکي مخاط خارجیدل د مرض ډیر وروستني عرض دي.
دانسداد په لمړیو مرحلو کي یوه یا دوه واري کانګي کوي چی عکسوي منشاء لري اما کوم کانګي چی د ګیډي د توسع سره یوځاي پیدا کیږي د ناروغي په پرمختګ دلالت کوي.
که ماشوم د تشخیص اوتداوي څخه پاتي شي د intussuseptumبرخی د اروا د قطع کیدو له کبله کلمی ګانګرین اودپریطونایتس(peritonitis) او سپتسیمیا (septicemia)سریري اعراض او علایم مینځ ته راځي.
په فزیکی معاینی کي د ګیډي په ښي مینځني یا علوي برخو کي یوه کتله د کولو ن په امتداد د جس وړ وي او برخلاف ښي ښکتني کوادرنت تش جس کیږي همداسي په مقعدي معاینی کي امپولا وینه لرونکي مخاط څخه ډک او که د ګیډي د پاسه داخل بطني کتله ښکته خوا ته تیله شي نه یوائي کتله دجس وړ وي بلکی د کتلي غټوالي او شکل هم تعینیږي .
<u>تشخیص:</u>
دناروغي تشخیص د سریري تظاهراتو اوراد یوګرافي معایناتو پواسطه اجرا کیږي

رادیو ګرافیک معاینات

دباریوم دامالي څخه وروسته د کولو ن د چوکات رادیو ګرافي پواسطه بند شوي ځاي معلومیږي پدي ډول چی درادیوسکوپی لوحي په سر لیدل کیږي چی باریوم د کولون مخصوصا د صاعده کولون تریوي برخي پوري رسیږي اونورپرمخ نه ځی.
اودintussuseptumڅوکه د کولون په مینځ کي واضح کوي.
یوشمیرماشومان چی په هغوي کی دپریطونایتس اعراض او مقعدي نذف موجود نوي دباریوم د امالی سره امکان لري چی تغلف یي ارجاع شي څرنګه چی ماشوم ته د عملیات د میزپه سر پداسي حال کی چی د عملیات اهتمامات نیول کیږی دباریوم اماله ورکړل شی اما د امالی کڅوړه تقریبا یوه متر یا دري فټه د میز د سطحی څخه پورته نیول کیږي که کلمی ګانګرین شوي نوي همدا فشار کافي دي چی تغلف ورو ورو ارجاع کړی د اماله کولو په جریان کي د فلو روسکوپ پواسطه کلمی تر کتني لاندي نیول کیږي که ولیدل شوچی تغلف ارجاع اوباریوم بنده شوي ناحیه ورو ورو تیله کړاود الیوم برخی ته تیرشو د عملیات څخه صرف نظر کیږي.
او که دفلورسکوپ په لوحه کي ولیدل شو چی کثیفه مواد بند پاتي دي او تغلف نه ارجاع کیږي فورا عملیات ته اقدام کیږي (که ناروغ فورا عملیات نشی امکان لري چی د باریوم فشار پواسطه کلمی سوري شي)
اما اوس پدی ماشومانوکی د Ultra soundاوMRIپواسطه قطعی تشخیص وضع کیږی چی پاسني رادیوګرافی ته ضرورت نشته او په مشکوکوحالاتو کی د باریوم رادیوګرافی څخه ګټه اخیستل کیږی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات(Complications):

د زياتو کانګو او د کلمی د لومن اومربوطه مساريقي اروا د بند يدوله کبله ماشوم زياته اندازه مايعات له لاسه ورکوي او په شديد ديهايدريشن (Dehydretion)اخته کيږي.
د انسدادي حالت د وامداره پاتي کيدل د intussuseptum کلمی ګانګرين کيدو سبب ګرځي چی په نتيجه کي پريطو نايتس – سپتيسميااو مرګ مينځ ته راځي

تـــــــــداوی:

په لمړي مرحله کی د ماشوم د يهايدريشن او هايپو واليميا(Hypo ualemia) دپرمختګ د مخنيوي لپاره مايعات تطبيق شي او د لزوم په صورت کي ماشوم ته وينه بايد ورکړي شي که د کلمی دسوري کيد واو ګانګرين اعراض موجود نوي لمړي ماشوم ته يوه يا دوه ملي ګرام په هر کيلو ګرا وزن دوجودsecobarbitalورکول کيږي.
وروسته څرنګه چی مخکي تذکر ورکړ شودعمليات دميزپه سرچی د عمليات اهتما مات نيول شوي وي ورته د باريوم اماله ورکول کيږي او د کلمی د ارجاع کيدو عمليه د فلور سکوپ په لوحه کي ليدل کيږي که د لمړي باريوم اماله پواسطه د کلمی تام ارجاع صورت ونه نيوه وروسته د لمړي امالی د تخليی څخه دوهم ځل اوحتي دريم ځل بيا اماله ورکول کيږي .
اوکه د لمړی په واسطه intussuseptum هيڅ حرکت ونه کړي دنوراماله کولو څخه بايد ډډه وشي او عمليات ته اقدام وشي .
عمليات نه يوازي په پاسني حالت کي استطباب لري بلکي که د کلمي د ګانګرين او پريطونايتس اعراض هم موجود وي بايد عمليات اجرا شي څرنګه چي د ګيډي په ښي ښکتني کوادرانت کي ديو مستعرض شق پواسطه (lepratomy) اجراء او د کلمي تغلف تر کتني لاندي نيول کيږي که د کلمي رنګ لږ تغير کړي وو او متغلف کلمي يو د بل سره التصاق کړي نه وو
intussuseptum د څوکی د تيله کولو پواسطه ورو ورو تغلف ارجاع کيږي (متغلف کلمي بايد هيڅ وخت کش نه شي)مثلا که اليوم د سيکم په مينځ کي ننوتي وي د سيکم د جدار د پاسه د اليوم د متغلفی څوکی تيله کولو پواسطه ارجاع بايد صورت ونيسي په دي وخت کی که ناروغ ته دوريد له لاري ګلوکاګون ورکړل شي د کلمي د عضلي طبقي د سست کيدو پواسطه ارجاع په اساني صورت نيسي.
په هغه صورت کي چي کلمي د پاسني مانور پواسطه ارجاع نه شي يا داچي کلمي ګانګرين شوي وي ماوفه کلمي قطعه او اليوستومی اجرا شي.
وروسته د عمليات څخه ماشوم ته د اوو ورځو لپاره انتيبيوتيک(anti biotic) او داخل وريدي مايعات ورکړل شي او اليوستومی يي وروسته د دري مياشتو څخه ترميميږي څرنګه چي د اليوم څوکه د مستعرض کولون سره اناستوموز ورکول کيږي .

انذار –

وروسته د تداوي څخه دتغلف بيا مينځ ته راتلل څلور فيصده دي که عمليات د ناروغی په لمړيو مرحلو کي صورت نيولي وي او د کلمو د ګانګرين کيدو څخه زيات وخت تير شوي نه وي د مړيني خطر لږ وي او د وخت په تيريدو سره د مړني خطر هم زياتيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د علوي مسارقي او سفلي مسارقي د شرائينوحاد بند والي

اسباب:-

۱. امبولي : - د مسارقي علوي شريان حاد بندوالي د امبولي په واسطه نسبت مسارقي سفلي شريان ته ډير تصادف کوی ځکه چي مسارقي علوي شريان قلب ته نژدي دي قطر يي زيات دي او همداسي مسارقي علوي شريان نسبت مسارقي سفلي شريان ته په حاده زاويه د ابهر څخه جلا کيږي نوموړي امبولي عموماً قلبي يا ابهري منشاء لري .

قلبي منشاء: - ناروغ چي پخوا د چپ بطين احتشاء تير کړي دي يا داچي په ازيني فبليريشن اخته دي په چپ بطين يا چپ ازين کي ترمبوز تشکل کوي او دا ترمبوز د هغه ځاي څخه جلا او امبولي په شکل مسارقي شريان بندوي.

ابهري منشاء :-

دويجيتاتيف اندوکارډايتس(Vegetative endocarditis)ياد انوريزم aneurismله کبله د ابهر په مينځ اتيروماتوز پلاکونه تشکل کوي او ددي پلاکو په سر ترمبوز پيداکيږي کوم وخت چي دا ترمبوز جلا شو د امبولي په شکل مسارقي شرائين بندولاي شي نوموړي امبولي ګاني نظر په خپل غټوالي د مسارقي شرائينو يوعمده يا يو وړوکي جنبي شعبات بندوي

۲. ترمبوز :- د مسارقي شرائينو حاد بندوالي د ترمبوز د کبله هغه وخت پيدا کيږي چي مخکي نوموړي شرائين د اتيروسکلروزيس atherosclerosis په واسطه تنګی شوي وي همداسی د مسارقي شريان ترمبوزد Trombo angitis obliterant fusiform Periarteritis nodosa , aneurism, Dissecting aneurism له کبله په لږ فيصدي هم مينځ ته راځي .

همداسي دزړه دد هانی ناځاپي کموالي مثلا د مايوکارد په احتشاء يا د زړه د احتقاني په عدم کفايه کي د مسارقي شرائينو په مينځ د ترمبوز د تشکل سبب ګرځي .

پتالوژي :-

د مسارقي شريان د ناځاپي او تام حاد بندوالي له کبله په لومړي مرحله کي اسکيميک اينفارکشن (infarction) مينځ ته راځي ځرنګه چي د اوعيي دسپزم(spasm) د پيداکيدو له کبله د کلمي رنګ سپينيږي او په مخا طي طبقه کي تقرحات مينځ ته راځي په دي مرحله کي کلمي هايپوتونيک(hypotonic) اومتقلص حالت پيدا کوي. چي د يوه يا دوه ساعتو په مينځ کی د اوعيي سپزم له مينځ ځي اود کلمي دانوکسيک جدار په مينځ کي ټول شعريه اوعيي د ويني په واسطه ډکيږي او د ترمبوز شوي ناحيي ښکته احشا ء خوا ته د ټول اوعيو په مينځ نور ترومبوز تشکل کوي په د ي وخت کی د کلمي جدار خپل ټول مقويت او تقلصی حالت له لاسه ورکوی.

دتقرحی او اسکيميک مخاطي غشاء په مينځ کي بکتريا په فعاليت شروع کوي او حتي د ترمبوز شوي اوعيو په مينځ کی داخل اود کلمي دجدار ټول طبقات په نکروز او التهاب اخته کيږي.

د پريطوان په ازاد جوف کي وينه لرونکي مايع د کلمي د احتشايي او التهابي جدار له خوا ازاديږي چي دا مايع هم دکلمي د جدار د مکروبو په واسطه منتن او شديد پريطوانايتس مينځ ته راځي بلاخره د مکروبو د توکسين دجذب له کبله ناروغ په شديد انتاني شاک اخته او مړ کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
که د مسارقي شرائينو جذ ر بند شي ټول وړي کلمي او يا د کولون نيمايي برخه په اسکيميا او بيا په نکروز اخته کيږي او که امبولي وړوکي وي د نوموړي شرائينو يو شعبه بنديږي چي مربوطه کلمي په نکروز اخته کيږي .
د مسارقي شرائينو په مينځ کي د ترمبوز ناڅاپي تشکل ددي سبب کيږي چي ټول وړي کلمي يا د کولون نيمايي برخه احتشايي شي اما که ترمبوز د و خت په تيريدو ورو ورو تشکل وکړي جانبي دوران پيداکيدو ته زمينه مساعديږي نو په دي وخت کی کلمی په احتشاء نه اخته کيږي بلکي د اسکيميک په حالت پاتي کيږي چي د کلمي داسکيميا سريري تظاهرات مينځ ته راځي .

سريري تظاهرات

عموميات:

مريضان زياتره نارينه وي او عموماً د ۵۰ او ٦٠ کلني په مينځ کي تسادف کيږي . معمولا په هغه ناروغانو کي چي د زړه ناروغي او د مسارقي اوعيي ارتيروسکلروزيس له کبله له ډيري مودي را په ديخوا د ډوډئ خوړولو څخه وروسته د ګيډي کرمپ دوله درد درلوده (د کلمي انويژن) دا ناروغي پيداکيږي .

سريري اعراض

١. **درد** :- ددي مرض درد فوق العاده شديد ثابت او دوامدار وي چي د نرکوتيک دواګانو سره هم څواب نه وايي . د درد موقيعيت د ماوفه کلمي په موقيعت پور اړه لري که د مسارقي علوي شريان جذر بنده شوي وي په شروع کي درد په اپي ګسترياک ناحيه کي وي او کوم وخت چي کلمي په نکروز اخته شو درد په ټول ګيډه کي انتشار کوي د مسارقي سفلي شريان د بند والي په صورت کي درد د ګيډي په ښکتني برخو کي وي او ډير شديد نه وي

٢. **کانګي** : ناروغ شديد کانګي کوي اود کانګو محتوي تور بخن وينه احتوا کوي د مسارقي سفلي شريان د بندوالی په صورت کي کانګي ډير وروسته پيداکيږي

٣. **د کلمي د ترانزيت خرابوالي**- په شروع کي ناروغ اسهال لري او وروسته تام قبضيت او انسدادي حالت مينځ ته راځي په اسهال کي امکان لري په کتلوي ډول تور بخونه وينه راشي.

سريري علايم :-

تفتيش:- په يوپر پنځه ناروغانو کي د ګيډي په جدار مخصوصاً په فلانک ناحيه کي پوستکي سيانوزي وي .

جس:- په ارادي يا غيري ارادي ډول عضلي کلکوالي د ګيډي په جدار کي موجود وي اما د ګيډي جدار لکه چي په پريطوانايتس کي د تختي په ډول کلک کيږي په دي ځاي داسي نوي اما تندرنس او (rebound tenderness)هغه وخت پيداکيږي چي د کلمي احتشاء او پريطوانايتس مينځ ته راشي .

قرع :- په قرع کي کوم واضع علامه موجود نه وي .

اصغا :- په شروع کي د کلمي اوازونه شديد او کوم وخت چي دکلمي احتشايي شي دکلمي اوازونه بيخي له مينځه ځي.

په شروع کي د ناروغ نبض – درجه د حرارت او د ويني په فشار کي کوم واضع بدلو ن نه وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اما کوم وخت چي د ګيډي په مينځ او په کلمو کي انتان مداخله وکړي او کلمي ګانګرين شي ډير ژر نبض سريع او د ويني فشار ښکته او ناروغ په شاک اوتام دوراني کولپس خواته روانيږي .
که شريان مسارقي سفلي ماوفه شوي وي د سيګموئيد و سکوپي په ماينه کي د سيګموئيد مخاطي غشاه په ازيمايي – سيانوزي اوتقرحي معلوميږي .

تشخيص : -

يو کاهل ناروغ چي مخکي کوم قلبي وعايي ناروغي تيره کړي وي اواوس د ګيډي شديد درد ورته پيدا شوي وي چي د ټول انلجيزيک analgesicدوا ګانو په مقابل کي ځواب نه وايی .
دناروغي په تشخيص کي ډير اهميت لري د ويني په معاينه کي د سپين کريواتو شمير په شروع کي نورمال او کو م وخت چي د کلمي احتشايي حالت تاسس وکړی تعداد يي د ۲۰۰۰۰ څخه زيات وي.
په زياتره ناروغانو کي د سيرم اميلاز سويه جيګه وي د ګيډي په ساده راډيوګرافي کي وړي او غټي کلمي مخصوصاً ماوفه شوي برخی لږ پراخه ښکاري د ښي کولون او په مستعرض کولون يا په چپ کولون کي د کازاتو موجوديت او بي حرکت پا تي کيدل د کلمي په احتشاء دلالت کوي .
همداسي د ګيډي په پاراسنتسس(Paracenthesis) د پريطوان د جوف څخه وينه لرونکي مايع لاس ته راځي چي تشخيصي اهميت لري .

تداوي :-

د مسارقي شرائينو حاد بندوالي تداوي د عملياتو په واسطه سرته رسيږي مخکي د عمليات څخه ناروغانو ته وينه او وسيع الساحه انتي بايوتيک او همداسي کافي مقدار اوبه او انتي کواګولانت يا هيپارين ۶۰۰۰ يونت ورکول کيږي .
د عملياتو څخه مخکي اهتمامات د نيولو څخه وروسته لپراتومی اجرا او د ناروغ کلمي تر کتني لاندي و نيول شي . په هغه صورت کي چي وړي کلمي اوښی کولون ګانګرين شوي وي بايد په وسيع ډول ټول ګانګرين شوي کلمي قطعه او ويستل شي . چي په دي صورت د مړني خطر فوق العاده زيات او حتي ۹۸ فيصده ته رسيږي . که يوه برخه د وړي کلمي ګانګرين شوي وي يا ډاکتر د هغه په هکله مشکوک وي نوموړي کلمي قطعه او پاتي برخه خوله په خوله انستموز ورکول کيږي . کلمي او مخصوصاً وړي کلمي رنګ لږ تغير کړي وي د مسارقي شريان نبض تعقيب او په هر ځاي چي نبضان موجود نه وه مطلب يي دادي چي نوموړي ځاي کي امبولي بندپاتي دي او د ارتيريوتومی طولاني شق په واسطه شريان خلاص او امبولي لري کيږي په هغه صورت کي چي ترمبوز تشکل کړي وي thromboendarterectomy بايد اجرا شي وروسته د شريان د ترميمولو څخه ناروغ ته هيپارين تطبيق شي . او تر کنترول لاندي نيول کيږي تر څو چي بيا امبولي پيد ا نه شي .
د مسارقي سفلي شريان د حاد بندوالي په صورت کي نکروزي کلمي قطعه او د کلمي پروکسيمل برخه (د مستعرض کولون ښي نيمايي برخه) خوله کولو ستومی کيږي . او دري مياشتي وروسته د کبد ي زاويی د ازادولو څخه بيرته ترميميږي .
وروسته د عملياتو څخه ځرنګه چي مخکي د عملياتو څخه اهتمات نيول شوي وو بايد بيا هم همغه تدابير و نيول شي تر څو چي د کلمي ترانزيت نورمال وګرځي چي د انسداد په مبحث کي په مفصل ډول ليکل شوي دي دداسی ناروغانو مړني خطر وروسته د عملياتو څخه ۸۵ فيصده ښودل شوي دي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کلمي مزمن انسداد :-

د کلمو په مزمن انسداد کي د انسداد اعراض په خفيف او ګذري شکل هميشه مينځ ته راځي د انسداد اعراض پيداکيدل امکان لري چي دتداوي يا بدون تداوي په بنفسهي ډول د مينځ لاړ شي .

اسباب

دا نوعه انسداد زياتره د کلمو په کارسينوما کي چي کلمي په تدريجي ډولبنديږي مينځ ته راځي زياتر صاعده په دوهمه درجه نازله کولون او په دريمه درجه وړى کلمى په کارسينوما مبتلا کيږي . همداسي د کلمو مزمن انسداد د انترايتس توبرکلوز _ پريطوانايتس _ داخل پريطواني بريدونه او التصاقات او دګيډي د راډيشن څخه وروسته پيدا کيږي .

بايد و ويل شي چي د پاسني عواملو له کبله د کلمي لومن په نا تام ډول بنديږي او د انسداد اعراض هم په ناتام ډول دحمل په شکل مينځ ته راځي .

پتوژنيزس pathogenesis:

د کلمي انسداد د کلمي په کارسينو ما کي د تومور په نشونما پوري اړه لري يعني هر څومره چي تومور نشونما وکړي په هماغه اندازه د کلمي لومن ډير بنديږي او د انسداد اعراض او علايم بارزوي . د توبر کلوز په حالت کي دا ناروغي ۸۵% فيصد په اليوسيکال ناحيه کي توضع کوي . دا توضع له دي کبله دي چي په دي ناحيه کي لمفاوي انساج فوق العاده زيات وي . او ۱۵% فيصد سيکم او کولون مخصوصاً صاعده کولون اشغالوي.او توبرکلوزي قرحات مينځ ته راوړي . د قرحي سير او پر مختګ د کلمي د لومن په مينځ کي په حلقوي شکل صورت نيسي او په حلقوي ډول د کلمي لومن متضيق کيږي . همداسي قرحه ژور خواته هم وده کوي او بالاخره د کلمي د سوري کيدو سبب ګرځي چي په دي صورت کي پريطوانايتس مينځ ته راځي .

کوم فکتورنه چي د پريطوان په جوف کي د التصاقات بريدونه په تشکل کي عمده رول لري عبارت دي له ميخانيکى جروحات _ اسکيميا _ بکتريايي فعالتونه _ وريدي رکودت _ د پريطوان په جوف کي هيماتوم _ اجنبي اجسام لکه د تلک پوډر او د ګاز پارچي او نور . د پاسني عواملو له کبله د پريطوان سطحه تخريش او تخريبيږي چي د تخريش له کبله حجروي فعاليت د پريطوان په سطحه اظافه کيږي او نوي انساج په غيري منظم ډول تشکل کوي او د بريدو او التصاقاتو د مينځ ته راتلو سبب ګرځي . بريدونه په کلموباندي د ميخانيکيي فشار او التصاقات د کلمي دعرواتو د قاتيدو او زاويه جوړولو سبب ګرځي او په نتيجه کي د کلمي لومن بندوي يا متضيق کوي او د تام يا نا تام انسداد ي حالت مينځ ته راوړي.

داخل بطني خبيث تومورونه لکه رحم –مثاني او پروستات د خبيث تومورونو د تداوي په منظور د ګيډي په سر شعاع تطبيقيږي دا شعاع نه يوازي د کنسري نسج د تخريب سبب ګرځي بلکي د کنسري نسج په څنګ د نورو غړو مخاطي طبقه چي د راديشن په مقابل کي ډير حساس دي هم تخريبيږي او په نتيجه کي د نورو تخريباتو د شفا کيدو په اثر التصاقات او تضيقات د کلمي په لومن پيدا او انسدادي اعراض مينځ ته راځي .

سريري لوحه :-

د کلمي مزمن انسداد د ګيډي د متناوب پريوډيک دردونو سبب ګرځي چي د در د سره يو ځاي زړه بدوالي او کانګي هم موجود وي . که عامل د مزمن انسداد د کلمي تبرکلوزي وي ناروغ په متناوب ډول اسهال او قبضيت لري اما په نورو حالاتو کي پر مختللي قبضيت موجود وي چي کله،کله د تام انسداد سبب ګرځي نوموړي انسدادي حالت امکان لري يوه يا دوه ورځي دوام وکړي او د کلمي پروکسيمال برخه د تش کيدو سره (د کانګي يا د معدوي تيوب سره) انسدادي حالت له مينځ ځي په تفتيش کي ګيډه عموماً پړسيدلي اوزياتره وخت د ګيډي د جدار دپاسه د کلمي استداري حرکات په سترګو ليدل کيږي . په اصغا سره د کلمي اوازونه ډير شديدوي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص :

قطعي تشخیص د ناروغ د تاریخچي _ لابراتوری معاینات او د راډیوګرافي په واسطه وضع کیږي ناروغ په خپل تاریخچه کي امکان لري د توبر کلوز سابقه عملیات او یا د راډیشن د ګیډي ترضیض څخه حکایه کوي .

د لابراتواري معایناتو له نظر ه عادي توبرکلوزي معاینات د مرض دتشخیص لپاره او همداسي د تفریقي تشخیص په هکله مرسته کوي . اما کوم معاینه چي د کولون د کار سینوما سره دا ناورغي تشخیصوي او له بلي خوا د کلمو د کارسینوما د تشخیص په هکله مرسته کوي عبارت دي له carcinoembriogeinc antigene چي په کنسري واقعاتو کي ددي انتیژن مقدار د لس (10ng)نانوګرام په یو ملي لیتر سیرم کي اضافه او په غیري کنسري واقعاتو مقدار یي لږ وي .

د مزمن انسداد قطعي تشخیص د راډیوګرافي په واسطه اجرا کیږي چي البته د باریوم د خوړلو یا دباریوم امالي څخه وروسته دوړي کلمي او غټي کلمي یا د کولون دچوکات څخه راډیوګرافي باید اجرا شي .

تداوي :

۱-د توبر کلوز په صورت کي :-که تام انسدادي حالت پیدا شوي نه وي د ناتام انسدا د په صورت کي ناروغ ته معدوي تیوب تطبیق او کلمه یي په دوامدار ډول سکشن کیږي . د ورید له لاري مایعات _ ویټامینونه او انتي توبر کلوزیک دوا ګاني تطبیقیږي . ددي تداوي سره امکان لري چي د څو ورځو لپاره انسدادي حالت رفع او وروسته انتي توبرکلوزیک دوا ګاني تر یو نیم کال پوري ورته توصیه شي .

په هغه صورت کي چي تام انسدادي حالت موجود وي یادا چي محافظه کاره تدواي نتیجه ور نکړي په دي وخت جراحی عملیات استطباب پیداکوي .

که په الیوسیکال ناحیه کي تام تضیق پیداشي کولکتومی او که ناتام ستینوز(stenosis) وي Iliocolic Bypass عملیه باید اجرا شي . او د جراحی تداوي په څنګ تر یو نیم کال پوري انتي توبرکلوزیک دوا ګاني باید تطبیق شي .

۲-د داخل پریطواني بریدونو او التصاقاتو په صورت کی :-

په بطني عملیاتو کي یو ښه تخنیک څخه استفاده او د داخل پریطواني پتالوژیکي تغیراتو فني او علمي تداوي _ ترمیم او درناژ د بریدو او التصاقاتو دتشکل څخه مخنیوي کوي . د جداري او حشوي پریطوان هغه برخی چي انتاني یا غیري انتاني عواملو له کبله تخریب شوي وي باید د سرب په واسطه پوښ شي . وروسته د عملیاتو څخه باید د پریطوان دجوف څخه هیماتوم _ پردي اجسام او نکروزي انساج لري شي بیا د پریطوان جوف د معقم سلین سره تل پریمینځل شي . د پریطوانایتس په حالاتو کي یا په هغه حالاتو کي چي وروسته د عملیاتو څخه د پریطوان په ازاد جوف کي د هیماتوم تشکل یا د زوي د تولیدو خطر موجود وي باید په مخصوص او ژورو ځاي کي درنونه تثبیت او تر څو چي پریطواني درناژ قطعه شوي نه وي باید درنونه و نه ایستل شي او ددي لپاره چي درنو په چار چاپیره کي بطني غړو التصاق ونه کړي درن ته هره ورځ حرکت ورکړل شي .

۳-د راډیشن له کبله که مزمن انسداد پیدا شوي وي .

په اوله مرحله کوشش وشي چي زیات شعاع تطبیق نه شي او همداسي ناروغان همیشه تر کنترول لاندي وي په هغه صورت کي چي وروسته د شعاع ورکولو څخه انسدادي حالت پیدا شي یواځیني تداوي یي عملیات دي . د کلمي هغه برخی چي د راډیشن له کبله تنګوالي یا تضیق پیداکړي وي قطعه او د کلمي پاتي برخه په لمړي مرحله خوله په خوله انستوموزورکړل شی. او که د ماوفه

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلمي قطعه کول يي امکان نه درلودل يا د کلمي پراخه برخه ماوفه شوي وو نو side to side by pass انستوموز بايد اجرا شي که انستوموز په غټو کلمو کي اجرا شوي وي د انستوموز ځاي ځخه پورته بايد کولوستومی اجرا شي . د تذکر وړ دي چي بايد په دي ناروغانو کي د عمليات په وخت د کلمي د ډير لاس وهلو او د غيري ضروري التصاقاتو د خلاصولو ځخه بايد جداً ډډه وشي په غير ددي بيا انسدادي حالت مينځ ته راځي .

۴ـد کلمي د کارسينوما په حالاتو کي :

په هره برخه کي په مفصل ډول تشريح کيږي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دویمه برخه

د پریطوان جراحی ناروغی

د پریطوان مختصر اناتومی

پریطوان دیوه طبقه میزوتیلیل یا اندوتلیل (Mesothelial or Endothelial) حجراتو څخه عبارت دی چی دا نری طبقه په خپل ټول امتداد دیو طبقه نرم منظم نسج چی د تونیکا پراپریا (Tonica propria) په نامه یادیزی په سر هموار شوی دی. یا په بل عبارت پریطوانی پاڼی دیو لاندنی نرم منظم طبقی په واسطه تقویه شوی دی .ددی منظم طبقی په مینځ کی شحمی حجرات ، مکروفاژ او یو شمیر کولاجن او ایلاستیک الیاف موجود دی. پریطوانی پاڼه دګیډی د جوف داخلی سطحه پوښوی چی د پاریتل پریطونیم (Parital- peritoneum) په نوم یادیږی.

دا پریطوانی پاڼه دځیګرپه علوی خلفی وجه کی او همداسی وروسته ددی څخه چه د حوصلی ځمکه او دګیډی د خلفی جدارښکتنی برخه پوښ کړی داثناعشرپه حذا دوباره انعکاس کوی .او د داخل بطنی اعضاؤ اوغړوسطحه پوښوی.یا په بل عبارت د نوموړو اعضاوسیروزاطبقه (Visceral Peritoneum) تشکیلوی.

په نارینه وکی پریطوان یو تړلی جوف جوړوی،اما په ښځو کی دا تړلی جوف ددوه رحمی تیوبونوپواسطه د رحم او مهبل له لاری باندنی محیط سره تماس پیدا کوی لدی کبله په ښځو کی یوتړلی جوف ندی.

جداری پریطوان د ګیدی دجدارننی سطحه –دحجاب حاجزښکتنی سطحه – د حوصلی داخلی مخ او د ګیدی د خلفی جدار داخلی مخ پوښوی.

حشوی پریطوان (Visceral Peritoneum) د ګیدی داخلی غړوسطحه په لاندی ډول پوښوی:

۱--کوم داخلی بطنی غړی چی ټوله سطحه یی د پریطوان پواسطه پوښل شوی دی

الف:کوم اعضا چه پریطوان نوموړی عضو ته کپسول جوړوی عبارت دي له ځیګر او توري څخه.

ب: کوم داخلی بطنی اعضاء چی سیروزا طبقه یی د پریطوان پواسطه جوړه شویده عبارت دی د معده—لمړی برخه د اثناءعشر—جیجینوم –الیوم –سیکم – مستعرض کولون – سیګموئید—د رکتوم پاسنی برخه – رحم او مبیضونه.

۲-- کوم داخل بطنی غړی چی یوه برخه د هغود پریطوان پواسطه پوښل شویدی عبارت دی له: داثنأعشردوهمه اودریمه برخه،نازله کولون،صاعده کولون،درکتوم منځنی برخه،د مهبل پورتنی برخه او دمثانی دجدارخارجی خلفی برخه

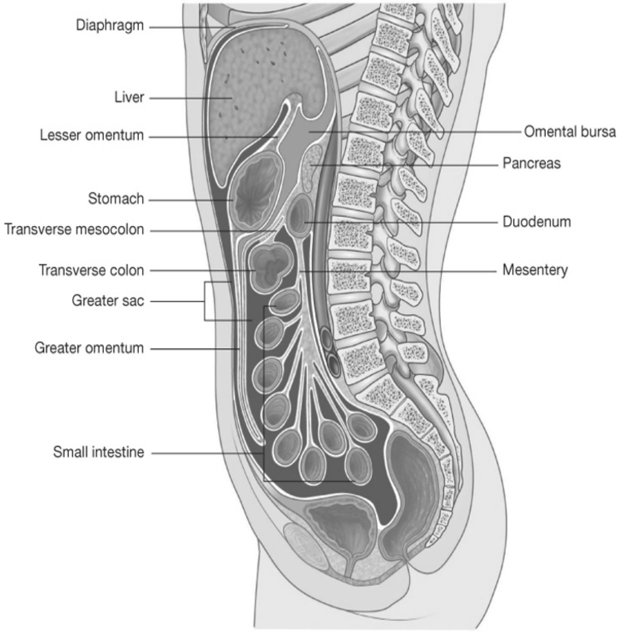
۳-کوم اعضأ چی پریطوان د هغه په سرواقع شوی دی اودهغی سره تماس لری عبارت دی د پښتورګو،پانقراص او د پښتورګی دپاسه غده.

۴-کوم اعضا چی هیڅ پریطوان سره تماس نه لری او کاملاً دپریطوان په خلف کی واقع شوی دی عبارت دی د ریکتوم ښکتنی برخه ، دمثانی قاعده ، قدامی سطحه اوغاړه یی او دمهبل ښکتنی قدامی او خلفی جدارونه .

دپریطوان جوف دجداری اوحشوی پریطوانی پاڼو په مینځ کی قرار لری چی په دوه واړه او غټ پریطوانی جوفونو باندی ویشل شوی دی. پریطوانی وړوکی جوف یا (lesser peritonealcavity) دمعدی په خلف کی قرار لری. پریطوانی غټ جوف دمعدی په قدام او د مستعرض کولون څخه ښکته واقع دی. دادوه جوفونه دیو سوری په واسطه چی د (foramen epiploicum) یا (Foramen of winslow) په نوم یادیزی یو د بل سره ارتباط پیدا کوی. دپریطوان سطح کاملاً ښویه دی ددی لپاره چی یوه طبقه پریطوانی پاڼه د بل پریطوانی پاڼی په

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
سطح باندی په اسانی سره وښویږی د پریطوان په جوف کی معمولآ په یو کاهل سړی کی ۱۲۰ ملی لیره مایع د سیروم په شکل موجود وی.



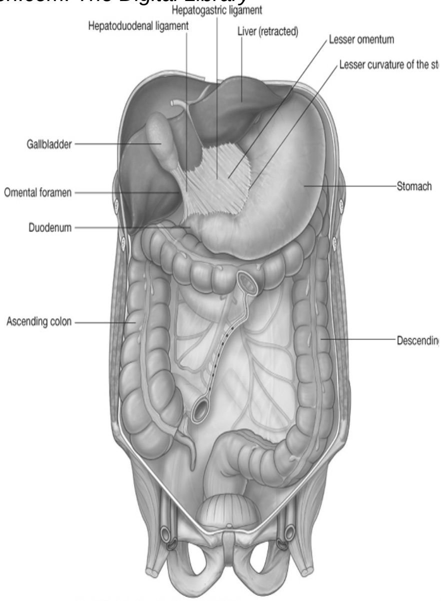
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.
Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

سرب یا (Omentum)

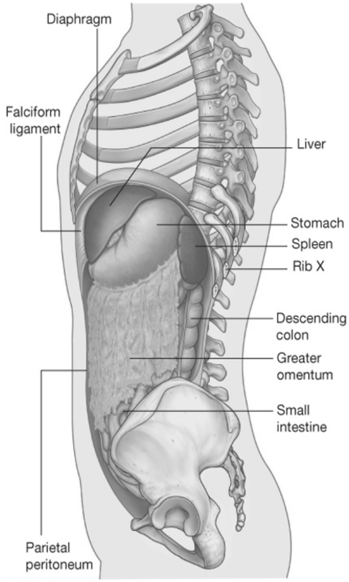
دپریطوان د دوه پاڼو څخه جوړشویدی دا دوه پریطوانی پاڼی چی یوه ئی دمعدی قدامی مخ او بل ئې د معدی خلفی مخ پوښوی د معدی دلوی انحنأ په برخه کی سره یو ځای کیږی او د لمن په شکل ښکته په ازاد ډول د وړو کلمو په سطحه سیرکوی او بیرته دواړه پریطوانی پاڼی پورته جگیږی او د کبیره سرب دجوړولو څخه وروسته د مستعرض کولون قدامی او خلفی مخونه او د هغه د مساریقی سطح پوښوی او بلاخره د گیډی د خلفی جدار په سطحه خپل سیر ته ادامه ورکوی.
پدی ډول کبیره سرب د دوه جوړه (څلور طبقه) پریطوانی پاڼو څخه جوړه شوی.
د کبیره سرب شرائین: د چپ gastroepiploic arteria پواسطه چه یوه شعبه د طحالی شریان دی او د ښی Gastroepiploic arteria چی یوه شعبه د Gastroduodenal arteria دی او دا شریان یوه شعبه د کبدی شریان دی منشأ اخلی.
اود سرب وریدی وینه په Splenic vein کی توئیږی او دا ورید په باب ورید ختمیږی .
څرنگه چی د معدی د اناتومی په مبحث کی ذکر شو چی سرب د التهاب د محدودولو وظیفه په غاړه لری نو د پریطوان د جوف په هره برخه کی چی التهاب تائسس وکړی د سرب پواسطه محدودیږی او دهغه د انتشار څخه مخنیوی کوی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.
Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.



Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.
Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

د پریطوان تعصیب (Innervation):-

جداری پریطوان د محیطی (somatic)او حشوی (visceral) اعصابو پواسطه تعصیب شوی دی نولدی کبله فوق العاده حساس وی او د پوستکی په شان د هرنوع تنبهاتو په مقابل کی ځواب وایی او د موضعی یا عمومی دردونو سبب ګرځی. د جداری پریطوان قدامی برخه یا په بل عبارت هغه برخه د جداری پریطوان چی دګیډی د قدامی جدار سره په تماس دی فوق العاده زیات حساس دی او د جداری پریطوان هغه برخه چی حوصله یی پوښه کړی نسبتاً لږ حساس دی د جداری پریطوان د موضعی تنبهاتو او دهغه له کبله د موضعی عکس العمل د ښکاره کولو له مخی په سریریاتو کی د داخل بطنی امراضو په تشخیص کی زیات استفاده کیږی. له هغه ځایه چی د جداری پریطوان جروحات او التهابات د ګاونډی او نږدی ارادی عضلاتو د شخوالی او سپزم سبب ګرځی نو د دی عضلاتو عکس العملونه د تندرنس او (ریباوند تندرنس) په شکل تظاهر کوی او د دی تظاهراتو د موجودیت له مخی د داخل بطنی امراضو سیر او پرمختګ تعینیږی.

حشوی پریطوان یوائې د اوتو نومیک اعصابو پواسطه تعصیب شوی دی او لدی کبله د فشاری او حرارتی تنبهاتو په مقابل کی ډیر حساس ندی او د دی نوع تنبهاتو په مقابل کی داخل بطنی اعضاء ډیر لږ د موضعی درد په شکل عکس العمل ښکاره کوی. حشوی اعصاب زیاتره د ترکشن(traction) او دیستنشن(Distention) تنبهاتو په مقابل کی د کرمپ اوکولیک په شکل عکس العمل ښکاره کوی.

د وړو کلمو مساریقه او د صفراوی لارو تعصیب ډیر ښه غنی دی او د تنبهاتو په مقابل کی د موضعی او د ګیډی د عمومی درد سبب ګرځی. د مساریقی د شدید تنبهاتو په اثر مثلاً د مساریقی د زیات کشش له کبله عصبی عکس العمل د برادی کاردیا (Brady cardia)او د هایپو تنشن (Hypotension) په ډول ښکاره کیږی.

اما د وړو کلمو تعصیب په یوائی او جلا ډول چندان ښه ندی او د وړو کلمو تنبهاتو په اثر یوائی د ګیډی په مینځنی برخو کی د لږ مبهم درد په شکل عکس العمل ښکاری. د وړو کلمو د شدید

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
تنبهاتو په اثر مثلاً د عملیات په وخت کی د کلمو د ډیر لاس وهلو سره یا د شدید التهابی تنبهاتو په اثر حشوی عکسه د کلمو د فلج په شکل تظاهر کوی.

د پریطوان فیزیولوژی:-

۱ـــــپریطوان د یو قابل نفوذ پردی په صفت :-

په یو کاهل سړی کی د پریطوان سطحه تقریباً د ۲ مترومربع پوری پراخوالی لری یا په بل عبارت د پریطوان سطحه او د وجود د پوستکی سطح سره یو برابر وی یعنی پریطوان سطح د پښتورګو د ګلومیلورو(kidney Glumerule) د فلتر سطح به نسبت پراخه ده.

د پریطوان برخلاف د پوستکی یوه نیمه قابل نفوذ غشاء ده او په دواړو سمتونو کی د اوبو، الکترولایتو، پپتیدو او وړو کی پروتینی مالیکولو د انتقال سبب ګرځی. یعنی د پریطوان جوف وجود خواته او د وجود څخه پریطون جوف ته د نوموړی موادو انتقال د پریطوان له لاری صورت نیولای شی.

په نورمال حالت د پریطوان په جوف کی تقریباً ۱۲۰ ملی لیتره په اندازه سیروم ډوله مایع موجود وی چی د دی مقدار مایع پواسطه د کلمو د عرواتو او د کلمو او د ګیډی د جدار ترمنځ حرکات په اسانی صورت نیسی له هغه ځایه چی پریطوان په دوه سمت مایعاتوته انتقال ورکولایشی لدی کبله پریطوان ته نیمه قابل نفوذ غشاء نوم ورکړ شوی دی.

کوم مایع چی په نورمال حالت د پریطوان په جوف کی موجود دی د خارج الحجروی مایعاتو یوه برخه جوړوی د دی مایع اوسموتیک(osmotic) او هایدورلیک غلظت د پریطوان د دوه سمت مایعاتو انتقال خاصیت کنترول په غاړه لری. پدی ډول کوم وخت چی د دی مایع غلظت اضافه شی د وجود څخه پریطوان جوف ته مایعات کش کیږی او کوم وخت چی د پریطوان د مایع غلظت کم شی د پریطوان د جوف څخه مایعات وجود خواته داخلیږی.

د دی پسیف (passive)عملی په اساس د پریطوان په جوف کی د ځینی داخل حجروی او بین الحجروی موادو فعال جذب ته زمینه مساعدیږی او لدی لاری څخه یو شمیر اضافه مواد د وجود څخه پریطوان جوف ته او له هغه ځایه د باندی ایستل کیږی او برخلاف کوم مواد چی د وجود په مینځ کی لږ دی پریطوان جوف ته اچول کیږی او د دی لاری وجود خواته جذبیږی د مثال په توګه یو مایع چی زیات اوبه ولری او غلظت یی لږ وی د پریطوان په جوف کی واچول شی ډیر ژر دهغه غلظت بین الحجروی مایعاتو یا د وینی د پلازما سره په تعادل راځی.

البومین، الکترولایت او یوری محلولات په آزاد ډول د پریطوان د جوف څخه وینی ته او د وینی څخه پریطوان جوف ته تبادله کیږی. د پریطوان د پاڼی لخوا عموماً انتی بایوتیکونه جذبیږی. (اندوژن) او (اکسوژن) توکسیک موادو په شمول د باکتریا د توکسینو په اسانی سره د پریطوان له خوا جذبیږی. او د عمومی اعراضو د منځته راتلو سبب ګرځی له هغه ځایه چی د پریطوان سطح وسیع او پراخه ده نو د موادو جذب او برخلاف د وجود څخه د موادو داخلیدل پریطوان جوف ته عموماً په کتلوی ډول او په غټ حجم صورت نیسی.

د پښتورګو د عدم کفایی په حالت کی چی د پتاسیوم او یوریا سویه په وینه کی ډیر جګ وی د مخصوص مایعاتو پواسطه چی پریطوان ته اچول کیږی او د پتاسیوم او د یوری غلظت پدی مایعاتو کی ډیر لږ دی نو وروسته د څو ساعتو څخه د پتاسیوم او یوریا غلظت چی په وینه کی زیات دی پریطوان جوف ته داخل او له دی ځایه څخه د باندی خارجیږی چی دا عملیه د Peritonial Dialysis په نوم یادیږی.

برخلاف د کلمو د اختناقی انسداد په حالاتو کی چی د کلمی د لومن او د نکروز شوی انساجو څخه توکسیک مواد پریطوان جوف ته داخلیږی ژر جذب او د عمومی اعراضو دمنځته راتلو سبب ګرځي. همداسی د پریطوان تبادلی په څنګ د حجاب حاجز لمفاوی قناتوته چی د پریطوان د جوف

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
په سقف کی قرار لری هم د اوبو او الکترولایتو په انتقال کی د وجود څخه پریطوان جوف ته او د پریطوان د جوف څخه وجود خواته مهم رول لوبوی او له همدی کبله ده کوم وخت چی د حجاب حاجز ښکته سطح د شدید التهابی حالت سره مخامخ کیږی لږ اندازه مایع د همدی لمفاوی قناتو له خوا پلورایی جوف ته ازادیږی.

۲ـــ د پریطوان عکس العمل د جروحاتو په مقابل کی :-

پریطوان وروسته د ژوبلیدو څخه ډیر ژر التیام کوی او د پریطوان وسیع دیفکت په ظرف د څو ساعتو کی د مینځه ځی دا ځکه چی د پریطوان ترمیم د پوستکی په شان چی د زخم د شونډی څخه مرکز خواته د اپیتل نشونما صورت نیسی داسی ندی. بلکی یو شمیر میزوتیلیل حجرات د پریطوان د نورمال سطح څخه مجروحه یا دیفکت ناحیی ته مهاجرت کوی او حجروی نشونما نه یواځی د پریطوان د جرحی د شونډی څخه شروع کیږی بلکه کوم میزوتیلیل حجرات چی د جرحی په منځ او مخصوصاً د دیفکتی ناحیی په منځ کی ځای په ځای شوی دی وده او نشونما کوی او پدی ډول ځکه چی حجروی نشونما دوه منبی لری نو پریطوانی زخم نسبت نورو زخمونو ته ژرالتیام کوی.

که د پریطوان نورمال التیام د التهاب له کبله په تاءخیر واچول شی یا داچی ناتام التیام وکړی پدی وخت کی التصاقات پیداکیږی. څرنګه چی د التهابی شوی میزوتلیال حجراتو څخه فبرین افرازیږی چی وروسته دا فبرین اګلوتینیشن کوی او فبرینی التصاقات مینځته راوړی که دا فبرینی التصاقات ژر د منځه لاړنشی او پاتی شی د هغه د منځ په ظرف د پنځه تر لسو ورځو پوری فیبروبلاست حجرات تشکیل او د هغه په منځ او اوعیه پرمختګ کوی او بلاخره اورګنایز کیږی.

۳ـــ د پریطوان انتانی ضد یا Anti- Infectieus خاصیت :-

په نورمال حالت پریطوان د انتاناتو به مقابل کی ښه مقاوم دی د مثال په توګه که یو مقدار باکتریا د پریطوان به جوف کی زرق شی ډیر ژر د فاګوسایتوزس د عملی په واسطه لمړی محدود او بیا له منځه ځی او که عینی مقدار باکتریا پوستکی لاندی زرق شی حتماً ابسی جوړوی یا داچی شدید سلولایتس منځته راوړی. د پریطوان باکتریایی التهاب هغه وخت منځه ته راځی چی د پریطوان جوف په دوامداره توګه یا د یو شدید ویرولانس لرونکی باکتریا پواسطه ملوث شی. د پریطوان په جوف کی د انتان په مقابل په دوه میخانیکیت سره صورت نیسی.

۱ـــ د انتان د محدودولو میخانیکیت

۲ـــ د فاګوسایتوز د عملی په واسطه

۱ـــ د انتان د محدودولو په منظور کوم ځای کی چی انتان تاسیس شی د سرب حشوی او جداری پریطوان پواسطه نوموړی انتان چاپیریږی وروسته دهغه څخه د پریطوان د التهابی عکس العمل به اساس چی Vasodilatation صورت نیسی د اوعیی د جدار څخه پلازما او فبرین خارج او د پریطوان به سطح مخصوصاً په هغه ځای کی چی انتان محدود شوی دی یو فبرینی سطح جوړیږی پدی ډول له یوی خوا په خپله پریطوان او له بلی خوا فبرینی پای انتان محدودوی.

۲ـــکوم وخت چی انتان محدود شو د پریطوان د جدار څخه د فبرینی او د پلازما سره یوځای د وینی دفاعی عناصر هم خارجیږی او د انتان د محدودولو څخه وروسته کوشش کیږی چی د دی عناصرو پواسطه انتان فګوسیتی او د منځه لاړ شی.

د پریطوان په جوف کی د اجنبی اجسامو موجودیت د پریطوان د سطح د تخریش سبب ګرځی. او وروسته د تخریش څخه د پریطوان نورمال سطح خپل طبیعی نسجی خاصیت له لاسه ورکوی یا په بل عبارت د اجنبی اجسامو د تخریش په اثر د پریطوان په سطح فبروزی نسج پیداکیږی او پدی وخت پریطوان نشی کولای چی خپل انتانی ضد خاصیت او فعالیت په صحیح ډول سرته رسوی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴ – مخکی تذکر ورکړ شو چی د پریطوان په جوف کی یوه اندازه مایع موجود دی او دا مایع د حشوی او جداری پریطوان سطح ښوی کوی. پدی ډول له یو خوا د کلمو استداری حرکاتو ته اسانتیا برابریږی او له بلی خوا د ګیډی جدار او حجاب حاجز حرکاتو ته د تنفس په وخت مرسته کوی. او دا دوه عضوی په اسانی سره د تنفس په حرکاتو کی اشتراک کوی.

۵ – د پریطوان د هایدرو استاتیک فشار :-

په نورمال حالت د پریطوان داخلی فشار تقریباً اته سانتی متر اوبو ته رسیږی. په هغه حالاتو کی چی د ګیډی د جوف ظرفیت د حجاب حاجز یا د ګیډی جدار د تقلص په اثر کم شی د پریطوان جوف فشار زیاتیږی. مثلاً کوم وخت چی سږی و ټوخیږی حجاب حاجز ښکته خواته راځی او د ګیډی قدامی جدار تقلص کوی پدی وخت د پریطوان جوف فشار ۱۵۰ سانتی مترو اوبو ته جګیږی همداسی کوم وخت چی پریطوان التهابی شی د ګیډی په جدار کی شخوالی پیداکیږی او داخل پریطوانی حجم کمیږی او فشار یی جګیږی.

د پریطوان التهاب یا Peritonitis

تعریف :- د ګیډی په جوف کی د جداری یا حشوی پریطوان سطح د ټول یا د یوی برخی د التهاب څخه عبارت دی.دغه ناروغی ٪۲۵د پریطوان ناروغی تشکیلوی.

په کلاسیک ډول د پریطوان التهاب په ابتدایی یا primary او ثانوی Secondary ویشل شوی دی اما د سریری او کلنیک له نظره دا تقسیمات چندان ارزښت نه لری ځکه کوم وخت چی جراح یو پریطونایتس ناروغ سره مخامخ کیږی د حاد تقیحی پریطونایتس تر تشخیص لاندی خپل تداوی سرته رسوی او د پریطونایتس ابتدایی یا ثانوی حالت هغه ته کوم مفهوم نه لری.

د پریطونایتس ټول واقعات له هره سببه چی وی د ناروغی په شروع کی پریطوانی پانی التهابی کیږی او دهغه په تعقیب د هضمی جهاز ترانزیت او د عضویت د مایعاتو توازن خرابیږی چی د دی دوه تغیراتو په اثر په ثانوی ډول یو شمیر پتالوژیکی تغیرات په زړه، تنفسی جهاز، پښتورګو، اندوکراین غدوات او د عضویت د میتابولیکی په وظایفو کی منځ ته راځی.

دجراحی له نظره چی کومه طبقه بندی ډیر ارزښت لری هغه په لاندی ډول ده

۱- local peritonitis:-البته په خاصه برخه کی تر یوه وخته د omentumپواسطه احاطه وی او که پرختګ وکړی نو بیا په General Peritonitisباندی بدلیږی.

۲-General Peritonitis :

د پریطونایتس تصنیف(Classification of peritonitis) :-

په عمومی ډول پریطونایتس په دوه عمده ګروپو ویشل شوی دی

۱ – حاد پریطونایتس --- Acut peritonitis

۲ــــمزمن پریطونایتس Chronic peritonitis

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱ـــحاد پریطونایتس په دوه ګروپو تقسیمیږی

الف: حاد تقیحی پریطونایتس.

ب: حاد اسپتیک پریطونایتس(Acute aseptic peritonitis):

چی په لاندی ګروپونو تقسیمیږی:

- ✓ د معدی د عصاری له کبله (په لمړی کی معقم مګر وروسته منتن کیږی)
- ✓ د پانقراس د عصاری له کبله
- ✓ د صفرا دعصاری له کبله
- ✓ د تشومتیازو له کبله
- ✓ حاد هیمو پریطونایتس
- ✓ میکونیم پریطونایتس
- ✓ Chylus پریطونایتس(دلمف دخارجیدو څخه د پریطوان جوف ته ددی Peritonitisباعث کیږی)
- ✓ موکوز پریطونایتس
- ✓ اندو توکسین پریطونایتس
- ✓ د معقم پردی اجسامو(foreign body) پریطونایتس:لکه د جراحی عملی نه وروسته د جراحی سامان او یا د ګاز د پارچی پاتی کیدل د پریطوان په جوف کی ددی ډول peritonitis باعث کیږی.
- ✓ د باریوم پریطونایتس:که چیری د رادیولوژیک معایناتو په وخت کی د باریوم اندازه زیاته شی نو د کلمو د ruptureباعث کیږی او دغه ډول peritonitisمنځ ته راځی.

۲ ـ مزمن پریطونایتس په دوه ګروپونو ویشل شوی دی:

الف : توبرکلوزی پریطونایتس

ب : غیری توبرکلوزی یا ګرانولوماتوز پریطونایتس

حاد تقیحی پریطونایتس Acute suppurative peritonitis

اسباب :ـ

د حاد تقیحی پریطونایتس اسباب په کلاسیک ډول په څلورو ګروپونو کی ویشل شوی دی.

الف ـ هغه پریطونایتس چی د داخل بطنی اعضاو د التهاب یا د ګانګرین په اثر یا داچی د کلمی د لومن څخه پریطوان جوف ته د مکروبونو د مهاجرت له کبله منځته راځی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
۱ – **د هضمی جهاز د التهابی یا غیرالتهابی قرحاتو سوری کیدل**:- د اثناعشر او د معدی قرحاتو سوری کیدل په اوله مرحله کی د اسپتیک(Aseptic) او وروسته د تقیحی حاد پریطونایتس سبب گرځی. همداسی د محرقی د اختلاط په سیراو د کلمو په توبرکلوز او گرانولوماتوز افاتو کی هم هضمی جهاز سوری کیږی او حاد تقیحی پریطونایتس منځ ته راوړی او Diverticulitis هم باعث کیداشی د Peritonitis .

۲ – **حاد اپندیسایتس (Acute appendicitis):-**

د حاد تقیحی پریطونایتس عمده سبب مخصوصاً زمونږ په هیواد کی چی ناروغان ژر تر ژره داکتر ته مراجعه نه کوی جوړه وی. اما باید وویل شی چی مخکی لدی څخه چی حاد اپندیسایتس عمومی پریطونایتس جوړ کړی لمړی موضعی دا ځکه چی Omentum د ساحی څخه را چاپیر کیږی(نظر په مقاومت د ناروغ او د مکروب ویرولانس) پریطونایتس جوړه وی. او وروسته دا موضعی پریطونایتس په عمومی پریطونایتس بدلیږی کوم وخت چی عمومی پریطونایتس منځته راځی معمولاً موضعی اعراض او علایم په ټول گیډه کی انتشار کوی او په ظرف د څو ساعت به عمومی بطنی علایم بدلیږی.

۳ – **حاد سلپنجایتس(Acute salphangitis) :-**

منتشر درد په ټول گیډه کی او ښکاره تندرنس، اسپازم او شخوالی د گیډی به سفلی برخو کی د حاد سلپنجایتس په لمړیو مرحلو کی موجود وی او د نفیرو د التهاب د پرمختگ سره سم د عمومی پریطونایتس سریری اعراضو او علایم هم منځه ته راځی.

۴ – **د مساریقی د اوعیی حاد بندوالی :-**

د مساریقی اوعیی حاد بندوالی د گیډی د شدید درد سبب گرځی او د پریطونایتس سریری اعراض او علایم د کلمو د گانگرین کیدو او د پریطوان په جوف کی د گانگرین شوی کلمی د انتان د انتشار له کبله منځته راځی.

۵ – **حاد کولی سیستایتس :-**

حاد کولی سیستایتس هغه وخت د عمومی پریطونایتس سبب گرځی چی التهابی شوی صفراوی کڅوړی سوری شی او زوې یی په ټول گیډه کی انتشار وکړی.

۶ – **حاد دایورتیکولایتس :-**

د اپندیسایتس به شان هغه وخت د عمومی تقیحی پریطونایتس سبب گرځی چی سوری شی. که دایورتیکول په کولون کی موقعیت ولری د دایورتیکولایتس د سوری له لاری زیات اندازه هوا پریطوان جوف ته داخلیږی او نه یواځی د پریطونایتس سریری تظاهرات منځه ته راځي بلکی گیډه زیات توسع کوی.

۷ – **د غټو او وړو کلمو په انسداد کی چی کلمی ډیر توسع کړی وی** او د انسدادی حالت څخه زیات وخت تیر شوی وی د کلمی د لومن څخه مکروبونه د کلمی د نری شوی جدار څخه تیریږی او د پریطوان په جوف کی ځان رسوی او حاد تقیحی پریطونایتس جوړه وی.

<u>ب :-</u> هغه پریطونایتس چی مکروبی عوامل د وینی له لاری پریطوان جوف ته راځی او پریطونایتس جوړوی:-

په لږی فیصدی باکتریا د هیماتوژن له لاری د پریطوان په جوف کی داخلیږی او د عمومی پریطونایتس سبب گرځی چی ځینی مولفین دا نوع پریطونایتس ته ابتدایی یا Primary پریطونایتس په نامه یادوی دانوع پریطونایتس په نفروتیک او اسایتیک ناروغانو کی زیات تصادف کیږی.

<u>ج –</u> د پریطوان د چارچاپیری اعضاو ابسی گانی که په معین وخت تداوی او درناژنشی امکان لری چی د پریطوان په جوف کی به بنفسهی ډول تخلیه او د عمومی پریطونایتس د منځته راتلو

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سبب گرځي. مثلاً د پښتورګو، د ځګر، د پانقراس د توری او د مساریقی د لمفاوی غدواتو ابسی ګانی که په معین وخت او علمی ډول تداوی نشی امکان لری چی د پریطوان به جوف کی درناژ او عمومی پریطونایتس جوړه کړی.

د -- هغه پریطونایتس چی د ګیډی د ترضیضاتو په مبحث کی په مفصل ډول ذکر کیږی معمولاً وروسته د ګیډی د پڅ یا تیره ترضیضاتو څخه د ګیډی د داخلی غړو ژوبلیدل او د دوی محتوی پریطوان جوف ته داخل او د حاد تقیحی پریطوانایتس سبب ګرځی.

د ګیډی په جوف کی د انتان د انتشار خصوصیات:-

کوم وخت چی باکتریا د پریطوان په جوف کی داخل شی عموماً په ټول پریطوان کی انتشار کوی او عمومی پریطونایتس منځته راوړی. برخلاف پریطوان د خپل مدافعوی میخانیکیت په اساس په زیاتو واقعاتو کی د باکتریا د انتشار څخه مخنیوی کوی او یو شمیر یی له منځه وړی.

که د پرطوان مدافعوی میخانیکیت د انتان د محدودولو په هکله په لمړی مرحله کی موفق شی او همداسی د باکتریا او عضویت د مدافعوی عناصرو د مدافعی مقابلی په نتیجه کی انتان محدود پاتی شی پدی وخت کی د پریطوان په جوف کی په موضعی ډول منتن ځایونه او ابسی ګانی تشکیلوی. که د پریطوان او د عضویت لمړی مدافعوی میخانیکیت د انتان په محدودولو کی موفق نشی پدی وخت کی انتان د پریطوان په جوف کی انتشار کوی او باکتریا د اکسوداتیف او ترانسوداتیف مایعاتو په منځ چی د پریطوان په جوف کی راټولیږی وده او نشونما کوی او عمومی پریطونایتس منځته راوړی. په حاد تقیحی پریطونایتس کی چی باکتریا د پریطوان په جوف کی شدیداً فعالیت کوی د وجود عکس العملونه هم د انتان په مقابل کی شدید وی د انتان شدت او سرعت په حاد تقیحی پریطونایتس کی په لاندی فکتورو پوری اړه لری.

۱ ـ د ملوث کونکی باکتریاو په ویرولانس:-

کوم وخت چی پریطوان جوف د معدی معایی لارو د منتن موادو په واسطه ملوث شی یو داسی تقیحی پریطوانایتس منځته راوړی چی په هغه کی د مکروبونو زیات انواع (Mixed or polymicorbial) مداخله لری کوم مکروبو ته چی د حاد تقیحی پریطونایتس سبب ګرځی په ترتیب عبارت دی له , Aerobic coliform انایروبیک Bacteroide مکروبونه، انایروبیک استرپتوکوک او ایروبیک استرپتوکوک، انتیروکوک او کولستریدیا.

په تقیحی پریطونایتس کی د مړه کیدو خطر د پریطوان په جوف کی د پتوژن مکروبونو په شمیر او زیاتوالی پوری مستقیماً ارتباط لری. کوم وخت چی غایطه مواد د پولی مکروبیال په شکل پریطوان ته داخل شو د پریطوان په منځ کی مکروبونه د Synergitics په شکل فعالیت کوی او د دی مکروبو مخصوص ویرولانس د هرنوع مکروب د جلا جلا ویرولانس څخه زیات وی او دا ثابته شوی ده چی د پریطوان په منځ کی د انایروبیک مکروبو موجودیت نه یواځی د ایروبیک مکروبو د ویرولانس د زیاتوالی سبب ګرځی بلکی د دی مکروب د موجودیت په اثر داسی زمینه مساعدیږی چی کوم ایروبیک مکروبونه چی په نورمال حالت یواځی د اسی د منځه ته راتلو سبب ګرځی پدی حالت کی د عمومی پریطونایتس سبب ګرځی د تقیحی پریطونایتس په حالاتو کی کوم وخت چی فکر کیږی انایروبیک مکروبونه مداخله لری که د عملیات په وخت د ګیډی جوف لږ تر لږه د دوه ساعتو لپا ه ازادی هوا سره په تماس کی پاتی شی وروسته د عملیات څخه د انایروبیک مکروبو د بیا مداخلی خطر ډیر لږ وی.

۲ ـ پریطوان د ملوث کیدو په ساحه او د ملوث کیدو په موده کی :-

هر څومره چی د پریطوان وسیع ساحه ملوث شوی وی په هماغه اندازه انتان شدید سیر کوی او همداسی هرڅومره چی د پریطوان جوف زیات وخت لپاره د انتان سره په تماس وی په هماغی

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اندازی سره زیات ملوث کیږی او انتان شدید سیر کوی د مکروبونو د انتشار په برخه کی د پریطوان په منځ د کلمی حرکات او د ګیډی د جدار او د حجاب حاجز حرکات او د ځمکی جاذبه قوه مهم رول لری. همداسی د پریطونایتس وخامت او وسعت نه یواځی د انتان د منبع په وسعت(د معدی معایی په لارو کی د سوری پراخوالی) پوری اړه لری بلکی د معدی معایی په قنات کی د انتان د منبع په موقعیت پوری هم ارتباط لری. مثلاً د کلمو د پاسنی برخو محتوی نسبت د کلمی د ښکتنی برخوته ډیر منتن ندی.

۳ ـ د باکتریا سره د مرسته کوونکی عوامل په موجودیت یا عدم موجودیت :-

کوم وخت چی د پریطوان په جوف کی د مکروبو سره یوځای هیموګلوبین او موکوز موجود وی پریطونایتس په وخیم ډول سیر کوی ځکه چی د دی موادو موجودیت د مکروبو لپاره بهترینه زرعیه وسط دی. همداسی د پریطوان په جوف کی داجنبی اجسامو موجودیت مخصوصاً هغه اجنبی اجسام چی پروتینی خاصیت ولری د التهاب د شدت او وخامت سبب ګرځی. لکه هماتوم، موکوز، مړ نسج او داسی نور.

۴ ـ غیرکافی تداوی او موٴخر تداوی :-

په ټول بطنی ترضیضاتو کی مخکی د دی څخه چی د پریطونایتس واضح سریری لوحه ښکاره شی باید جراحی عملیاتو ته اقدام وشی. او د ځنډ په صورت پریطونایتس که موجود وی شدت پیداکوی. همداسی د پریطونایتس په حالاتو کی انتی بایوتیک ورکول د انتان د محدودولو په منظور مخکی د عملیات څخه مخصوصاً هغه وخت چی ناروغ د مجهز روغتون څخه لری وی مفید دی اما د اساسی تداوی په منظور غلط دی بلاخره په داخل بطن کی ابسی ګانی باید حتماً په معین وخت درناژ شی او د معاینی په وخت د زیات او شدید مانور ورکولو څخه ډډه وشی په غیر د دی امکان لری چی ابسی وچوی او انتان په ټول پریطوان کی انتشار وکړی. همداسی د داخل بطنی ابسی ګانو په موجودیت د قوی لکزاتیف دواګانو د تطبیق څخه باید ډډه وشی ځکه چی د لکتزاتیف داوګانو د تطبیق سره د کلمو استداری حرکات اضافه او د ابسی جدار به د کلمو د عرواتو پواسطه جوړ شوی دی تخریبیږی او د ابسی محتوی د پریطوان په جوف انتشار کوی.

<u>د پریطوان اناتومویتالوژیک تغیرات په حاد تقیحی پریطونایتس کی :</u>

د انتان او التهاب په اثر په پریطوان کی لمړی هایپرایمیا پیداکیږی چی ترانسودیشن سره تعقیبیږی. د پریطوان په لاندی طبقاتو کی ازیما او احتقان فوراً منځ ته راځی د پریطوان له لاری د جذب عملیه خرابیږی او له هغه ځایه چی په پریطوان کی هایپریمیا موجود دی د نورمال په نسبت کوم شیان چی ډیر غټ مالیکول وزن لری هم د پریطوان د فلتر څخه تیریږی. د خارج الحجروی مـــسافاتو څخه د مایعاتو ترانسو دیشن د لړ اندازی پروتین احتوا کوی پریطوان جوف خواته د زیات اندازه پولی مورفونوکلییر لوکوسیتو سره یو ځای صورت نیسی او د دی په مقابل کوم مکروبی توکسین او مواد به د پریطوان په جوف کی ټول شوی دی د پریطوان له خوا جذب او دوران ته داخلیږی نو پدی مرحله کی پریطوان د یو څلورلاری په شکل رول لوبوی څرنګه چی یو شمیر مواد د دوران څخه د ګیډی جوف ته او یو شمیر مواد د ګیډی د جوف څخه د دوران خواته انتقال ورکوی.

وروسته د ترانسودیشن د مرحلی څخه په پریطوان کی د اکسودیشن مرحله شروع کیږی. څرنګه چی د التهابی پریطوان څخه چی التهاب یی پرمختګ کړی ده یوه اندازه اکسودات مایع چی زیات اندازه پروتین، فبرین او د پلازما نور پروتینی مواد احتوا کوی خارج او د پریطوان به جوف کی تویږی. دا مایع پړند کیدو ته میلان لری چی د دی مایع د پړنډ کیدو په اثر د کلمو

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

عروات یو بل سره یا نورو احشاو سره یا د ګیډی د جدار سره التصاق کوی او دا التصاقات د انتان د محدود ولو په هکله ډیر مرسته کوی د انساجو په منځ کی د ریبونوکلییک اسید(RNA) او دی-ریبونوکلییک اسید (DNA)نسبت او موجودیت د پروتین د تولید د مشعرپه صفت قبوله شوی ده. او د پریطونایتس په حالاتو کی د حجراتو په منځ د دی دوه مادو مقدار د نورمال څخه کمیږی او کوم وخت چی التهابی وتیره د ۲۴ ساعتو څخه زیات د پریطوان په منځ کی په فعال ډول پاتی شی د انساجو په منځ کی د دی دوی مادیی مقدار کمیږی. او څرنګه چی دا دوه مادی د حجراتو د تشکیل اساسی ماده ده نو پدی وخت د پریطوان ترمیمی فعالیت هم کمیږی. د دی وتیری په څنګ د حجراتو هایپوکسیا او د باکتریا له خوا د کولاژن او د پروکولتیک انزایمو افراز د کولاژن دسنتیز څخه مخنیوی کوی.

د پریطونایتس پتوژنیزیس :-

په پریطونایتس کی د عضویت په یو زیات شمیر اعضاو کی تغیرات منځ ته راځی چی دا تغیرات په هره عضوه کی به جلا جلا ډول تر مطالعی لاندی نیسو.

۱ــــ**معایی تغیرات :-** د پریطوانی تخریش په مقابل کی د کلمو لمړی عکس العمل د هغه د حرکاتو د زیاتوالی په شکل تظاهر کوی. وروسته د یوی لنډی مودی څخه د کلمو د حرکی فعالیت به انحطاط راځی او یو ادینامیک الیوس منځ ته راځی. چی د دی الیوس په اثرکلمی توسع کوی او دهغه به منځ کی ګازات او مایعات تجمع کوی. ټول شوی ګازات د هغه ګازاتو څخه عبارت دی چی ناروغ د خولی له لاری تیروی. کوم وخت چی الیوس منځ ته راغی د کلمی د لومن په منځ کی څرنګه چی میخانیکیت یی د انسداد په مبحث کی تشریح شوی دی د مایعاتو Exsorption زیاتیږی. برخلاف د کلمی د لومن کی د مایعاتو جذب یا Insorption خرابیږی. او بلاخره د هضمی قنات په منځ کی د مایعاتو د سویی د جګوالی په اثر ناروغ ته ګانګی پیدا کیږی.

۲ – **هایپو والیمیا :-**_ څرنګه چی تذکر ورکړ شو د التهاب پواسطه په پریطوان جوف کی هایپریمیا او د اوعیی توسیع منځ ته راځی . او د اوعیی د جدار څخه د پلازما په شان مایعات خارج او پریطوان جوف ته د اکسودات او ترانسودات به شکل تویږی. د مساریقی او دهغه د نرم منظم نسج په منځ کی چی د حشوی پریطوان لاندی واقع دی د خارج الحجروی د مایعاتو د نفوذ په اثر ازیما ئی کیږی. کوم خارج الحجروی مایعات چی د توسع کړی هضمی کانال په منځ کی راټولیږی د رکودت په حال پاتی کیږی. په خلاصه ډول په ۲۴ ساعتو کی د پریطوان په جوف او د کلمو د لومن په منځ یا په بل عبارت د عضویت په دریمه فاصله کی(third- space) د څلورو څخه تر شپږو لیترو پوری اوبو او الکترلایت او پروتین مواد ټولیږی.

۳ – **اندوکرینی تغیرات :-**_ پریطونایتس حالت پر یو زیات شمیر اندو کرینی اعضاو باندی تنبهی تاثیر لری. د ټولو اندوکرینی غړو څخه مخکی د پښتورګو د پاسه غدی مخ(Medulla) د پریطونایتس په مقابل کی ژر عکس العمل ښکاره کوی. څرنګه چی د (اپی نفرین) او (نوراپی نفرین) د افراز پواسطه د وجود د اوعیی د تقبض تکی کاردیا او د خولی د زیات افراز سبب ګرځی.

د پښتورګو د پاسه غدی قشر د پریطوان د التهاب یا جرحی د تنبیه پواسطه د دوه یا دری ورځو لپاره زیات مقدار کورتیکال هورمون افرازوی.

د پریطونایتس د هایپووالیمیا په مقابل کی د الدوسترون او انتی دایورتیک هورمون افرازات هم زیاتیږی. چی د دی دوو هورمونو تر تاثیر لاندی د پښتورګو څخه اوبو او سودیم زیات نه اطراح کیږی. اما له هغه ځایه چی د اوبو احتباس نسبت سودیم احتباس ته زیات دی نو د پلازما په منځ یو نسبی هایپوناتریمیا موجود وی. د درقی غدی میتابولیکی فعالیت نسبتاً اضافه کیږی او لدی کبله د پریطونایتس د تاسیس په وخت ناروغ زیات انرژی ضایع کوی او ډیر خولی کیږی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴ـــد زړه په وظایفو کی تغیرات :- په زړه باندی د پریطونایتس تاثیر د خارج الحجروی مایعاتو د کموالی او د اسیدوز د پرمختګ په اندازه پوری اړه لری. د خارج الحجروی او د وینی د حجم کموالی د دی سبب کیږی چی وریدی رجعت لږ شی یا په بل عبارت لږ مقدار وینه قلب ته مراجعت کوی او په همدی شکل لږ مقدار وینه د زړه څخه خارجیږی. یا په بل عبارت زړه دهانه یا outputکمیږی.

او د دی لپاره چی د عضویت د احتیاج وړ وینه ژر ژر انساجو ته ورسیږی د زړه فعالیت اضافه کیږی او تکی کاردیا منځته راځی. د پریطونایتس په پرمختللی واقعو کی د زړه ضربان شمیر زیاتوالی هم د عضویت د احتیاج وړ وینه نشی رسولای او له بلی خوا نه اسیدوز د مترقی سیر په اثر د زړه تقلصی قدرت کمیږی او په نتیجه کی د زړه دهانه نور هم ښکته راځی. چی د زړه د دهانی د کموالی په اثر حیاتی انساجو لکه د دماغی نسج، ځګر، پښتورګو، پانقراس او نوروځایوته کافی وینه نه رسیږی او د دی اعضاو په وظایفو کی اختلال او کموالی منځته راځی.

۵ ـ تنفسی تغیرات :- د ګیډی توسع دکلمو د فلجی انسداد له کبله د دی سبب کیږی چی د حجاب حاجز او د بین الضلعی عضلاتو حرکات محدود شی. د دی دوی عضلاتو حرکات محدودیدل د تنفس حجم د کموالی سبب ګرځی یا به بل عبارت سږی نه انقباض او انبساط نشی کولای نو لدی کبله د سږو په قائده کی اتلکتازیس پید اکیږی.

د پریطونایتس په لمړیو مراحلو کی د تنفس حرکاتو په شمیر زیاتوالی لیدل کیږی. او دا زیاتوالی د هغه تنبهاتو په اثر منځ ته راځی کوم چی د تنفس حجم د کموالی په اثر د عضویت په انساجو او وینه کی د کاربن دای اوکساید زیات مقدار تراکم کوی. باید و ویل شی چی د کاربن دای اوکساید تراکم نه یواځی د تنفس حرکاتو د زیاتوالی سبب ګرځی بلکه اسیدوزهم منځته راوړی. او په نتیجه کی انایروبیک حجروی میتابولیزم منځته راځی.

۶ ـ د پښتورګو به وظایفو کی تغیرات :- هایپووالیمیا او د زړه دهانه کموالی د انتی دیورتیک هورمون او د الدسترون د افراز د زیاتوالی سبب ګرځی. د پریطونایتس په حالت کی نوموړی تغیرات په سینرژتیک ډول پر پښتورګو باندی تاثیر اچوی او د پښتورګو د ورانی وینه محدودیږی. چی د هغه په اثر د ګلومیرو لار فلتریشن او د توبولونو په منځ کی د تشومتیازو په جریان کی کموالی پیداګیږی. له بلی خوا د اوبو او د سودیم به دوباره جذب کی لازیاتوالی لیدل کیږی. او زیات مقدار پتاسیوم ضایع کیږی. په نتیجه کی د پښتورګو وظایف مختل او د تشومتیازو اندازه کمیږی. چی دا حالت میتابولیکی‌اسیدوز ته چی د تنفس عکس العملو له کبله منځته راغلی وو نورهم تشدیدوی.

۷ ـ میتابولیک تغیرات :- اوکسیژن ته د عضویت احتیاج د زیاتوالی سره موازی د عضویت میتابولیک فعالیتونه هم اضافه کیږی. د سږو او د زړه د فعالیتو د تشوش په اثر په دورانی وینه کی د اوکسیژن مقدار کمیږی نولدی کبله په عضویت او نور محیطی انساجو کی انایروبیک موضعی حجروی میتابولیکی احتیاجاتو په اساس کنترول کیږی کوم وخت چی انایروبیک حجروی میتابولیزم منځ ته راځی او دهغه محصول یعنی اسیدلکتیک د حجراتو په منځ تراکم کړ په موضعی ډول شریانونه توسع کوی. په دی شرط چی هایپووالیمیا موجود نه وی. د زړه دهانه زیاتیږی او په نتیجه کی په محیطی ارواء کی زیاتوالی پیداکیږی. او کوم اسیدی مواد چی د حجراتو به منځ تولید شوی دی په دروان کی داخل او حجرات ایروبیک میتابولیزم ته اماده کیږی. کوم وخت چی د پریطونایتس په اثر هایپووالیمیا منځته راشی پاسنی نورمال وتیره سرته نه رسیږی او کوم اسیدی مواد چی د حجراتو په منځ کی تولید شوی دی د خراب ارواء له کبله د منځه نه ځی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
له بلې خوا د پریطوانایتس په هایپو والیمیا حالت کې څرنګه چې مخکې وویل شو په معاوضوی ډول د اپي نفرين او نارایي نفرين د افراز له کبله عمومي Vasoconstriction منځته راځی. او پدې ډول پوستکی، عضلات او بطني او خارج بطني احشاء ارواء کمیږی. او لدې کبله هم اسیدي تولید شوی مواد د حجراتو په منځ کې ځای پر ځای پاتې کیږي.
همداسی د پښتورګو د خراب ارواء له کبله د پښتورګو کلیرانس د دې اسیدي موادو په مقابل کې کمیږی. او یوه اندازه اسیدي مواد چې د حجراتو څخه په دوران کې د اطراح لپاره داخل شوی دي په دوران کې پاتې کیږي او بلاخره په نتیجه کې میتابولیکی اسیدوز په ډیر شدت منځته راځی. د ځګر د ګلایکوژن ذخیره د پریطوناتیس په حالت کې په ناڅاپي ډول په مصرف رسیږی. د انسولین افراز د Islet cell پواسطه زیاتیږی. خو بیا هم د عضلاتو په منځ کې ګلوکوز نه ذخیره کیږی او عضویت د خپل احتیاج وړ انرژی د تولید لپاره د خپل شحمي ذخایرو څخه استفاده کوی او بلاخره د دې ذخایرو د تمامیدو څخه وروسته پروتيين کتابولیزم مخصوصاً په عضلاتو کې شروع کیږی او پدې ډول که ناروغ بې د تداوی پاتې شي په ظرف د څو ورځو کې خپل ۲۰ یا ۳۰ فیصده وزن کموی.

د حاد تقیحي پریطونایتس سریري تظاهرات :-

سریری اعراض :-

۱ــــ **ګیډې درد :-** د ناروغې یوه بارزه او عمده عرض دی درد امکان لري چې په ناڅاپي ډول شروع شي. مخصوصاً چې پریطونایتس د ګیډې د داخلي غړو د څیری کیدو له کبله منځته راغلی وی.یا داچې درد په تدریجي ډول اضافه کیږی. د پریطونایتس د تاءسیس په دوره کې درد ثابت، دوامدار، کلک او د وړکي حرکت سره اضافه کیږی. د درد شدت زیات د ګیډې په هغه ناحیه کې توضیع لري چې د هغه ځای پریطوان شدیداً التهابی شوی وی. د درد شدت هغه وخت کمیږی چې التهاب موضعي کیدو ته میلان ولري. برخلاف د درد د شدت هغه وخت نورهم زیاتیږی چې التهاب د پریطوان په جوف کې انتشار ته میلان ولري.

- بې اشتهایی : د ټولو تبه لرونکې او التهابي امراضو په شان په پریطو نایتس کې هم ناورغ شدیداً بې اشتهایي لري او هیڅ ډوډې خوړلو ته میلان نه لري.

- زړه بدوالی او کانګی : دا عرض ډیر عمومیت لري زړه بدوالی همیشه د کانګو سره ملګری وی.

- تنده : ناروغ د تندې څخه شدیداً شکایت کوی.

- تبه : تبه عموماً متقطع او د ریپدو سره شروع کیږی او وروسته بیا دوامدار تبه موجود وی، د وجود د حرارت درجه د سانتی ګراد ۳۸ درجو څخه ۴۰ درجو پوری فرق کوی، په ځوانانو کې تبه عموماً جګ وی برخلاف د زړو، او کوم خلک چې بیا سؤ تغذی دی په متوسطه اندازه تبه پیدا کوی.

- تکي کاردیا : پدې ناروغانو کې عموماً نبض سریع او تش جس کیږی، او د نبض دا دوه خاصیت په هایپو والیمیا د لالت کوی، او هر څومره چې هایپو والیمیا زیات وی به هماغه اندازه نبض سریع او تش جس کیږی. د ناروغانو د وینې فشار په شروع کې ډیر لږ ښکته وی او د تآسس په صفحه کې سره لدې چې مایعات زیات ضایع کیږی د محیطي اوعی د

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

معوضوی Vasoconstriction له کبله د وینی فشار بیا هم زیات ښکته نه راځی، اما کوم وخت چی اندو توکسین خپل اعظمی تاثیر یو عضویت باندی واچول او سپتیک شاک تاسس کړ نبض غیر قابل د جس او د وینی فشار غیر قابل د اندازی وی.

- تنفسی وضع : په ډیروصفی شکل د ناروغ تنفس سطحی او شمیر یی زیاتیږی، د تنفس شمیر لدی امله زیاتیږی چی د وجود ټول انساج په هایپو کسیا اخته کیږی او سطحی لدی کبله چه که ناروغ ژور سا وباسی نو د ګیډی درد اضافه کیږی نو د درد د کموالی له کبله ناروغ سطحی تنفس اجرا کوی.

سریری علایم :-

- تفتیش : د پریطو نایتس ناروغان آرام او بی حرکته په بستر کی ستون ستاخ پراته او ورنونه یی پر ګیډی باندی د قبض په حالت نیول او د درد له کبله د ګیډی جدار په تنفسی حرکاتو کی هیڅ ډول اشتراک نه کوی او ناروغ یواځی صدری تنفس لری، د ناروغ ګیډه متوسع او د صدر د سویی څخه امکان لری لړ جګ وی.
- جس : د جس پواسطه په ټول بدن کی تندرنس موجوده وی، تندرنس زیاتر د ګیډی جدار په هغه ناحیه کی وی چی پریطوان زیا ترپه التهاب اخته شوی وی، د تندرنس ترڅنګ ناروغان ریبوند تندرنس(rebound tenderness) او ریفیرد تندرنس (refer tenderness) هم لری، د ګیډی جدار تندرنس اوشخوالی هغه وخت رامنځته کیږی چی جداری پریطوان شدیداً التهابی شی او د نوموړی التهاب له کبله په عکسوی ډول ګیډی جدار شخوالی پیدا کوی او داشخوالی تردی اندازی پوری رسیږی چی په کلاسیک ډول د لرګی د تختی په شان کلک کیږی.

- قرع : له هغه ځایه چی د فلج شوی او متوسع کلمی په منځ کی ګازات راټولیږی نو د قرع پواسطه په ګیډه کی مخصوصاً د ګیدی په اطرافوکی وضاحت یا Hyper resonance موجود وی، په هغو حالاتو کی چی د ګیډی تش غړی سوری شوی وی د سوری له لاری ازاد هوا پریطوان جوف ته داخل او حجاب حاجز مخصوصاً پدی طرف د حجاب حاجز او د جګر په منځ موقیعیت لری او د جګر اصمیت د قرع پواسطه د مینځه تلی وی، همداسی د قرع په واسطه هم تندرنس موجود وی چی د قرع تندرنس د جس تندرنس څخه په سریراتو کی با اهمیته ده او د قرع تندرنس د تشخیص پواسطه د ګیډی اعظمی التهابی ناحیه تعینیږی.

- اصغآ : د اصغا په واسطه پریطونایتس په شروع کی د کلمی آوازونه خفیف اوریدل کیږی، اما د پریطو نایتس د تاسیس د دوری د ښکاره کیدو سره یوځای د کلمی آوازونه هم د مینځه ځی او تقریباً د فلجی انسداد په شان د کلمی اوازونه اوریدل کیږی،

- مقعدی او مهبلی معاینه : د سریری تشخیص لپاره اساسی معاینه ګڼل شوی دی، د دی معاینی پواسطه د دو ګلاس جوف په جدارونو کی تندرنس او د حوصلی په مینځ کی که

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
کوم کتله موجود وی تثبیتیږی، سربیره د پاسنی معلوماتو څخه په ښځو کی د مهبلی معاینی
پواسطه تثبیتیږی، چی ایا پریطونایتس د تناسلی داخلی اعضاو څخه منشا اخیستی ده که نه.

د حاد تقیحی پریطو نایتس تشخیص :

د حاد تقیحی پریطونایتس تشخیص د سریری اعراضو،لابراتواری او رادیوګرافیک معایناتو پواسطه اجرا کیږی، د وینی په معاینه کی لوکوسایتوزس عموماً موجود وی اما د حاد پریطونایتس په ځینی واقعاتو کی یواځی سپین کورویات بدون د Differential و شمیرل شی داکتر ته غلطه لاربښوونه کوی د مثال په توګه د حاد عمومی او شدید پریطونایتس په حالاتوکی د سپینو کورویاتو شمیر نورمال یا د نورمال څخه لږ وی ځکه چی د سپینو کورویاتو زیاد شمیر په التهابی ناحیه کی په فعالیت بوخت وی او لږ شمیر یی په دوران کی پاتی کیږی، اما که پدی وخت دیفرنشیال اجرا شی لیدل کیږی چی د سپینو کورویاتو ساختمان چپ خواته میلان پیدا کړی دی، یا په بل عبارت ځوان سپین کورویات او پولی مورفو لوکوسایتونه په زیاته اندازه دورانی وینی ته داخل شوی دی چی د عضویت په شدید التهابی حالت دلالت کوی، سره لدی چی د سپینو کرویاتو شمیر د نورمال حالت څخه لږ دی.

همداسی په دی ناروغانو کی د شدید دیهایدریشن له کبله هیمو کونسنتریشن او میتابولیک اسیدوز موجود وی.

رادیو لوژیک معاینات :-

د ګیډی په ساده رادیوګرافی کی د فلجی انسداد لوحه ښکاری څرنګه چی د وړو او غټو کلمو خیالونه چی توسع کړی او د ګازاتو څخه ډک شوی دی او په ځینی ځایونوکی د ګازاو مایع سویه پیدا شوی دی معلومیږی، د پسواس دعضلی (psoas muscle)خیال امکان لری معلوم نشی لکه چی د پریطوان په جوف کی زوی ټوله شوی دی، حجاب حاجز د ځګر څخه د نوی سپوږمی په شکل د ازاد هوا پواسطه جلا شوی ښکاری او دا علامه هغه وخت د لیدو وړ وی چی د ګیډی یوه تشه عضوه لکه معده --- وړی یا غټی کلمی سوری شوی دی،(رادیو ګرافی باید په ولاړ حالت کی واخیستل شی)

بطنی پارا سنتیزیس Abdominal paracentesis :-

دپریطو نایتس په مشکوکو واقعاتو کی مخصوصاً چی د ګیډی نافذه جرحه موضوع د بحث نوی یا د اچی ناروغ زوړ وی (ځکه چی په زاړه خلکو کی د پریطو نایتس سریری اعراض ډیر وصفی نه وی) بطنی پاراسنتیز یا بطنی لواژ د زوی د لاس ته راوستلو په منظور تشخیصی اهمیت لری او باید اجراشی.

تفریقی تشخیص:-

1. د کلمو انسداد :- د کلمو انسدادی دردونه په لمړیو مراحلو کی عموماً پریودیک وی او د ګیډی جدار لکه چی په پریطونایتس کی د تختی په شان کلک وی د کلمو په انسداد کی دا وصف نه لری، اما د انسداد په ورستیو مراحلو کی چی کلمی ګانګرین شوی وی درد دوامدار او په حقیقی ډول د انسدادی لوحی په سر د پریطونایتس لوحه هم ضمیمه کیږی.

2. د نمونیا سره :- د سږود قائدی لوبار نمونیا (lobar pneumonia)درد عموماً ګیډی خواته انتشار کوی اما پدی ناروغانو کی ریباوند تندرنس او د ګیډی د جدار غیر ارادی شخوالی موجود نوی، همداسی پدی مرض کی تنفس بطنی اما په پریطونایتس کی تنفس

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

صدری وی بلاخره د سرو د فزیکی اورادیوگرافیک معایناتو پواسطه نمونیا د پریطو نایتس څخه په ساده ډول تفریق کیږی.

3. یوریمیا (Uremia):- دیوریمیا (Uremia)په سیرکی عموماً فلجی انسداد او د ګیډی توسع پیدا کیږی همداسی د پښتورګو مزمن عدم کفایه زیاتره اپند یسایتس لپاره زمینه برابروی او د دی ناروغی د مینځ ته راتلو سبب ګرځی، او څرنګه چی په دا دوو حالاتو کی د ګیډی منتشر درد موجود وی نو پدی حالاتو کی د حاد تقیحی پریطو نایتس سره په مشکل تفریق کیږی.

4. د ځینی خزنده ګانو مخصوصاً د Black widow spider د چیچلو څخه وروسته د حاد پریطو نایتس په شکل د ګیډی منتشر دردونه پیدا کیږی اما د ناروغی د تاریخچی پواسطه تشخیص په صحیح ډول وضع کیږی.

5. حاد پانکراتایتس (Acute Pancreatitis):- پدی ناروغی کی هم د ګیډی منتشر شدید درد موجود وی خو پدی ناروغی کی درد په ناڅاپه ډول پیدا کیږی اودوینی په سیروم او تشو متیازو کی د امایلیز سویه ډیره لوړه وی چی د ناروغی د تشخیص او تفریقی تشخیص لپاره ډیر با اهمیته ده.

د پریطونایتس د څو اړخیز تداوی معاصر پرنسیپونه:-

د پریطو نایتس تداوی په دری مرحلو کی ترسره کیږی.

A. د عملیاتو څخه مخکی اهتمامات او تداوی.

B. جراحی تداوی

C. وروسته د عملیات څخه اهتمامات او تداوی.

A. د عملیات څخه مخکی اهتمامات او تداوی:-

مخکی له تداوی څخه اساسی اهتمامات په لاندی ډول نیول کیږی:

1) د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول.

2) د انتی با یوتیک تطبیق

3) ناروغ ته د اوکسیژن(Oxygen) تطبیق او د لزوم په صورت کی Ventilator Support

4) د عضویت د اطراحی لارو(Intubation) او نور ضمیموی اهتمامات

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول:-

ناروغ ته په کافی اندازه مایعات باید ورکړل شی ترڅو چی د وینی حجم او تشو متیازو اطراح تقریباً نورمال سرحد ته ورسیږی. په هغه ناروغانو کی چی د دوی مرکزی وریدی فشار د ۱۰ سانتی متر اوبو څخه لږ دی باید وریدی مایعات ډیر ژر او په سرعت سره تطبیق شی، اما کوم وخت چی دا فشار لس سانتی متر اوبو ته ورسید داخل وریدی مایعات باید ورو ورو تطبیق شی. یواځی کوم ناروغان چی د زړه په احتقانی عدم کفایه اخته وی په هغوی کی له اوله مایعات د ورید له لاری ورو ورو ورکول کیږی. په غیر د دی که نور ناروغانو ته مایعات په سرعت تطبیق نشی امکان لری ناروغ د شاک څخه ونه وځی. ناروغانو ته عموماً باید کریستالوئید مایعات ورکړل شی. ترڅو کوم اوبه او الکترولایت چی د کلمی او پریطوان په جوف کی راټول شویدی معاوضه شی. وینه تطبیقول یا یواځی د سره کریواتو تطبیق هغه وخت استطباب لری چی ناروغ انیمیک (Anemic)او سره ددی چی د وینی غلظت یی زیات وی ۳۰ تر ۳۵ فیصد هیما توکریت ولری.

مخکی د عملیات څخه پریطونایتس ناروغانو ته کلوئیدی مایعات ورکول تر مناقشی لاندی دی دهغه مایعاتو د ضایع کیدو په هکله چی د کلمی د لومن په منځ کی راټولیږی ټول مولفین په اتفاق عقیده لری چی یواځی د کریستالوئید مایعاتو سره ضایع شوی مایع معاوضه او ناروغ ته تطبیق شی، اما د ضایع شوی پلازما د معاوضی لپاره ځینی مولفین عقیده لری چی د کریستالوئید او ځینی نظر ورکوی چی د کلوئید مایعاتو څخه استفاده وشی.

د وروستنی تحقیقاتو په اساس په سپتیک پریطونایتس کی ناروغانو ته باید په کتلوی ډول کریستالوئید مایعات ورکړ شی، او کوم ناروغان چی د پریطونایتس په څنګ کوم قلبی وعایی ناوروغی لری یا داچی قلبی وعایی ناروغی پیدا کیدو ته مساعده زمینه لری د دی لپاره چی د کریستالوئید مایعاتو زیات اندازه تطبیقول د سږو د ازیما سبب ګرځی کریستالوئید او کلوئید مایعات په ګډه سره باید ورته ورکړشی.

د انتی بایوتیک تطبیقول:-

کوم مکروبونه چی د هضمی جهاز په منځ کی زیاتره موجود او پتوژن خاصیت لری او عموماً د پریطو نایتس سبب ګرځی د E. coli او Bacteroides Fragilis څخه عبارت دی، د دی مکروبو په څنګ یوزیات شمیرنور مکروبونه هم مداخله لری، د دی مکروبو د فعالیت د کنترول لپاره مخکی د عملیات څخه باید موثر انتی بایوتیک د ورید له لاری په مناسب او تیراپیوتیک مقدار (therapeutic dose) ناروغ ته تطبیق شی، کوم انتی بایوتیکونه چی هغه د فعالیت ساحه وسیع او پر نومړی مکروبو باندی موثر دی عبارت دی د Gentamycine او Clindamycine د E. Coli باندی موثر انتی بایوتیک Cephalosporin او Chloramphenicole او B. Fargili باندیChleramphenicole ، Clindamycine, Metronidazoleاو اریترومایسنerythromycine دی.

اوکسیژن تطبیقول او Ventilatore :-

د پریطونایتس په حالاتو کی د سږی تهویه په نورمال ډول صورت نه نیسی او لدی کبله چی تنفس اسیدوزسAcidosis او د عضویت د حجراتو هایپوکسیا مینځته رانشی باید ناروغانوته اوکسیژن د جبری تنفس په شکل ورکړل شی، نو د دی منظور د لاس ته راوستلو لپاره په پزه کی د یو کتیتر له لاری پنځه لیتره او کسیژن په یوه دقیقه کی د انستیزی څخه د مخه تطبیقیږی. که د ناروغ په شریانی وینه کی د اوکسیژن فشار د ۷۰ ملی متر سیماب څخه ښکته وی ۴۰٪ اوکسیژن د مصنوعی تنفس په شکل ورکول کیږی ځکه چی د سږی تهویه ښه ندی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

همداسی په التهابی حالاتو کی د سره کریواتو اورگانیک فسفات سویه ښکته راځی او دا عمل د هیمو گلوبین او اوکسیژن په یو ځای کیدو او جلا کیدو کی مهم رول لری، نو کوم وخت چی د فسفات سویه په وینه کی د ۶۰ ملی گرام په یو لیتر کی ښکته شی نو پدی وخت کی هم باید ناروغانو ته تر فشار لاندی اوکسیژن تطبیق شی.

اینتوبیشن – کتیتراچول او نور اهتمامات :-

لدی کبله چی د فلج شوی کلمی په منځ کی د هوا د تولید او د کانگو څخه مخنیوی وشی یا په بل عبارت معده او کلمه تش پاتی شی بهتره ده چی معدوی تیوب ناروغ ته تطبیق او په دوامدار ډول سکشن شی. همداسی د دی لپاره چی په یوه ساعت کی د تشو متیازو اطراح اندازه شی په احلیل کی یوه کتیتر باید تثبیت شی، د مرکزی وریدی فشار تعینولو په منظور او د هغه له مخی د ناروغ د ضرورت وړ مایعات د تعینولو او تطبیقولو لپاره په تحت الترقوی ورید کی یو کتیتر یاید تثبیت شی او که ناروغ ماشوم وی بهتره ده چی دا کتیتر په وداجی وریدJugular vein کی داخل شی د کتیتر د داخلولو څخه وروسته د صدر راد یو گرافی باید اجراشی ترڅو چی داکتر و پوهیږی چی ایا د کتیتر څوکه د ورید په مینځ کی ځای په ځای دی که نه، او همداسی د دی رادیوگرافی پواسطه که کوم هیموتورکسHemothorax یا نومو تورکس pneumothorax موجود وی معلومیږی، د ناروغ حیاتی علایم لکه د حرارت درجه ، نبض، فشار، تعداد د تنفس هره دوه ساعته وروسته کنترول او یاد داشت وشی.

مخکی د عملیات څخه د وینی بیوشمیک معاینات لکه د وینی الکلین فسفتاز Alkaline phosphatase، بیلی روبینbilirubine، گلوکوز، کولسترول، کراتنین creatinineاو الکترولایت تعین او همداسی د تشو متیازو مکمل معاینه باید اجرا شی.

استروئید(steroid) تطبیقول :-

د استرویید د فارمکولوژیک مقدار تطبیق په هغه ناروغانو کی چی د پریطوان په حاد التهاب اخته دی گټور ثابت شوی دی او کلنیکی تجاربو ښودلی ده چی د استرویید د زیات مقدار د تطبیق پواسطه کوم ناروغان چی د حاد پریطو نایتس له کبله په مرگ محکوم وو شفایاب شوی دی، مخصوصاً که استرویید په هغه مرحله چی ناروغ شاک ته نوی تلی تطبیق شی ډیر گټور ثابتیږی، د استرویید ابتدایی مقدار باید د ورید له لاری په ظرف د ۵ یا ۱۰ دقیقو کی ناروغ ته ورکړل شی، د ۳۰ ملی گرام متیل پرد نیزولون(methyl prednisolon) څخه عبارت دی، چی د لزوم په صورت کی هر دوه یا دری ساعته وروسته بیا تکرار ورکول کیږی، او که په دوهم زرق کی د هغه تاثیر معلوم نشو نو زیات مقدار ورکول یی فایده نه لری او باید بیا تکرار ورنکړل شی.

Vasoactive دواگانی:-

په سپتیک شاک حالاتوکی د وازواکتیف دواگانو د تطبیق څخه مخکی ناروغانو ته باید تریو اندازی پوری داخل وریدی مایعات ورکړل شی په غیرد دی د اوعیی د تقبض پواسطه مخصوصاًدشعریه اوعیودتقبض په اثر د حجراتو اروا مختل کیږی، بهتره دوا پدی منظور Isopreterenole دی چی یوه یا دوه ملی گرام یی په پنځه سوه ملی لیتره پنځه فیصده سیروم گلوکوز منحل او ورو ورو د پرفوژن (perfusion)په شکل د ورید له لاری تطبیقیږی .

که د نبض شمیر د ۱۴۰ په حدود په یوه دقیقه کی ورسیږی یا ناروغ ته اریتمیا (arrhythmia)پیدا شی باید پرفوژن قطع شی که د ایزوپوترینول د تطبیق سره سره بی د دی چی اریتمیا پیداشی د وینی فشار ښکته پاتی شی دا معنی لری چی ناروغ ته په کافی اندازه مایعات مخکی د ایزپروترینول څخه ورکړ شوی ندی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د دیجیتال (Digital)تطبیق :-

په کاهل او زاړه خلکو کی د دی لپاره چی د زړه وضع معلومه شی عموماً باید الکترو کاردیوګرام اجرا شی. ناروغ ته باید د یجیتال په عادی حالت کی تطبیق نشی. ځینی ناروغان چی د دوی عمر د ۴۵ کالو څخه زیات وی امکان لری چی په مخفی ډول د زړه عدم کفایه ولری یا داچی د زړه عدم کفایه په ابتدایی مراحلو کی وی چی د سریری له نظره شاید اعراض ورنکړی او کوم وخت چی داسی ناروغان په شدید ګرام منفی انتاناتو یا سپتیک شاک مبتلا شی د زړه احتقانی عدم کفایه په هغوی کی ښکاره کیږی، پداسی ناروغانو کی دیجیتال په ډیر احتیاط باید تطبیق شی مخصوصاً چی هایپو کالیمیا (Hypo kalimia)هم موجود وی.

جراحی تداوی Surgical treatment:-

د جراحی مداخلی خصوصیات:

د حاد تقیحی پریطونایتس عمده او اساسی تداوی خصوصیات په لاندی ډول اجرا کیږی،

1) ګیډه په وسیع ډول خلاصه شی.

2) د پریطو نایتس اسباب ولټول شی اوپیدا کیدو څخه وروسته دهغه په ترمیم اقدام وشی، مثلاً که سبب د حاد تقیحی پریطو نایتس د معدی یا د اثنا عشر سوری شوی قرحه وی باید د جراحی د اصولو سره سم وګنډل شی.

که سوری شوی اپندکس موجود وی اپندکتومی(appendectomy) اجرا شی او په همدی ډول څرنګه چی د پریطونایتس په اسبابو تذکر ورکړ شو باید سببی تداوی اجرا او د هغه په جراحی تداوی اقدام وشی.

3) د پریطوان دجوف دیبرید منت (Peritoneal Cavity Debridment):-

د پریطوان جوف څخه مخصوصاً د تحت حجاب حاجز، تحت الکبدی، حوصلی او د پریطوان د نورو ژورو ځایونو څخه زوی، کاذب غشا ګانی، فبرینی علقات، اکسوداتیف مایعات او نکروزی انساج باید بیخی وایستل شی، وروسته د دی څخه د مساریقی د التواتو او د پریطوان د ژورو ځایونو تفتیش صورت ونیسی، او د ابسی د تشکل په صورت کی نوموړی ابسی ګانی درناژ(Drainage) شی، د کلمو د عرواتو او د سرب په امتداد ټول التصاقات مخصوصاً هغه التصاقات چی په راتلونکی کی د کلمی د انسداد سبب ګرځی باید خلاصه شی، بلاخره کوم نکروزی اعضاء چی د پریطونایتس په پیدا کیدو کی اساسی رول لری باید لری شی. مثلاً نکروزی اپندیکس، سوری شوی صفراوی کڅوړی، نکروزی شوی دایورتیکول، ګانګرین شوی کلمی یا د مبیض سیست او داسی نور.

باید وویل شی چی پدی مرحله د عملیات د پریطوان زوی ګرام استین او کلچر لپاره لابراتوار ته ولیږل شی.

4) د کلمو Decompression :-

که کلمی په کتلوی او شدید ډول توسع کړی وی.اودهغه په مینځ کی زیات مقدار مایعات ټول شوی وی د معدوی تیوب یا د غټ استنی یا د Enterotomy پواسطه Decompression شی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

5) د پریطوان جوف توالت او پریمینځل :-

وروسته د پریطوان د جوف د دیبرید منت څخه د سلین یا د رینګر لکتات محلول سره د پریطوان جوف پریمینځل شی، تجربو ښودلی ده که دا پریمینځل د انتی بایوتیک د محلول سره سرته ورسیږی قناعت ښسونکی نتیجه ورکوی، څرنګه چی د هر لیتر رینګر یا سلین سره دوه تر څلور ګرام کانامایسین(kanamycine or bacitracine)حل اوبیا پریطوان جوف ددی محلول سره پریمینځل شی .
همداسی په هغه حالاتو کی چی د پریطوان جوف فوق العاده منتن وی د پریطوان په جوف کی ساده پرفوژن سیت چی په څوڅو ځای کی سوری شوی وی ځای ورکول کیږی اودهغه له لاری په دوامداره ډول څاڅکی څاڅکی انتی بایوتیک لرونکی سلین محلول پریطوان جوف ته داخلیږی او پدی ډول په دوامداره شکل پریطوانی لواژ سرته رسیږی.

6) د پریطوان جوف درناژPeritoneal Cavity Drainage:-

په هغه حالاتوکی چی پریطوانی جوف ډیرمنتن شوی نوی وروسته د پریطونایتس د عامل د منځه وړلو او د پریطوان جوف لواژ څخه درناژ ته ضرورت نشته، درناژ هغه وخت استطباب لری چی د پریطوان جوف فوق العاده منتن وی یا داچی فوق العاده زیات نکروزی انساج موجود وی او داکتر نشی کولایی چی پریطوان جوف په مطمئین ډول ښه پاک پریمینځی یا داچی ټول نکروزی انساج لری کول امکان ونه لری او د پریطوان جوف په ژورو ځایونو کی د ابسی د پیدا کیدو خطر موجودوی.

7) د عملیاتی زخم تړل:-

په عمومی ډول د پریطونایتس په ټولو حالاتو کی صفاق د سیم(wire) نیلون یا پرلون سره (چی نوموړی مواد غیر قابل جذب مواد دی)باید وګنډل شی. په هغه حالاتو کی چی پریطوان جوف ته درناژ ضرورت نوی د صفاق په سر تحت الجلد او پوستکی ګنډل کیږی اما په هغه صورت کی چی پریطوان جوف دوامدار پریمینځلو یا درناژ ته ضرورت ولری پوستکی نه ګنډل کیږی او وروسته د ۴۸ ساعتو څخه که په زخم کی انتان مداخله نه درلود پوستکی تړل کیږی.

<u>وروسته د عملیات څخه اهتمامات:-</u>

وروسته د عملیات څخه ناروغ ته په کافی اندازه مایعات او انتی بایویتک ورکړشی، ناورغ د خولی له لاری باید هیڅ شی ونه خوری، معدوی تیوب یی د دوامدار سکشن سره ارتباط ورکړشی، په وینه کی د الکترولایت توازن باید کنترول شی، د درد د کموالی په خاطر د انلجیزکونو(Analgesic) څخه استفاده وشی، د مایعاتو د ضایع کیدو له کبله ناروغ هیموکونسنتریشن(Hemoconcentrition) لری او د دی حالت د منځه وړولو لپاره ناروغ ته کافی اندازه مایعات ورکړ شی، پدی وخت کی که د وینی په معاینه کی هیماتو کریت انیمیا ښکاره شو نو ترانسفوژن باید اجرا شی یا په بل عبارت که هیماتوکریت د ۳۰ فیصده څخه ښکته وی وینه ورکول ناروغ ته حتمی دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د تنفسي، قلبي او کليوي عدم کفايي د مخنيوي لپاره بايد د تنفسي هوا حجم، د تشو متيازو حجم او دويني گازات او د سيروم کراتنين (creatinine) تعين او که غير نورمال وو د نومو‌ړی تغيراتو په مقابل کی لازم اهتمامات ونيول شی که د بيليروبين په سويه کی وروسته د عمليات څخه زياتوالی مينځته راشی دا معنی لری چی په داخل د بطن يا د پريطوان په جوف کی په کوم ژوره ځای کی ابسی تشکل کړی دی چی بايد حتماً درناژ شی. کوم وخت چی د زوی انتی بايوگرام نتيجه لاسته راغی د هغه له مخی معين شوی انتی بايوتيک ناروغ ته تطبيق شی، بلاخره کوم وخت چی کلمی استداری حرکات پيدا شو په تدريجی ډول مايع رژيم او په کراره سره نورمال غذايی رژيم خواته وړل کيږی.

د تداوی نتايج او د عاجل مرستی سازمان ورکولو رول د پريطونايتس د مقدم تشخيص او تداوی په هکله

څرنگه چی مخکی د عمليات څخه د اهتماماتو تر عنوان لاندی ليکل شوی دی د دی لپاره چی د تداوی نتايج بهتره شی او دناروغ د مرگ خطر ښکته راوړل شی بايد چی يو شمير اهتمامات مخکی د عمليات څخه ونيول شی، مثلاً مخکی د عملياتو څخه څرنگه چی ناروغ زيات مايعات ضايع کړيدی بايد په کافی اندازه مايعات ورته ورکړ شی او له هغه ځايه چی د ناروغ په وجود کی انتان مداخله لری او امکان لری چی سپتيک شاک ته لاړ شی نو مخکی د عمليات څخه دمايعاتو سره يو ځای وسيع الساحه انتی بايوتيک تطبيق او همداسی نور اهتمامات بايد ورته ونيول شی، خو سره لدی اهتماماتو د پريطونايتس د مړينی خطر مخصوصاً په وروسته پاتی هيوادو کی تقريباً ۴۰٪ په حدود کی وی، چی البته د دی غټی فيصدی په مورد کی دا لاندی ټيکی مهم رول لری.

⟸ ناروغان ډير ناوخته روغتون ته مراجعه کوی.

⟸ حتی د ناروغی د پيدا کيدو په لمړيو مراحلو کی ترڅو چی روغتون ته رسيږی د فنی او طبی تداوی په عوض غير فنی او محلی تداوی وربادی تطبيقيږی.

⟸ په روغتون کی د کافی تشخيص او تداوی وسايلو او پرسونل عدم موجوديت

⟸ د ناروغانو او د روغتون بوديجوی ضعيفوالی

پاسنی ټکو ته په پام کی نيولو سره ناروغ ته د ناروغی په مختلفو مراحلو کی په لاندی ډول عاجل مرسته بايد سازمان ورکړ شی.

الفــــپه هغه ناروغانو کی چی د پريطونايتس سريری اعراض او علايم په وصفی ډول تاسس کړی نوی:-

۱--- د ناروغ وينه او تشی ميتيازی عادی معاينات اجرا شی.

۲ــــناروغ ته معدوی تيوب، د احليل کتيتر او رکتال تيوب تثبيت شی.

۳ــــد ناروغ په يو وريد کی غټه ستنه تثبيت او لدی لاری څخه پنځه ملی ليتره وينه د کراس ميچ لپاره واخيستل شی، او وروسته د همدی استنی پواسطه داخل وريدی مايعات تطبيق شی.

۴ــــداسی ناروغانو ته مخکی د عمليات څخه وسيع الساحه انتی بايوتيک ورکړل شی ځکه چی د عمليات څخه وروسته د انتان د تائسس د مخنيوی لپاره ښه مرسته کوی.

۵ــــوروسته د پاسنی اهتماماتو څخه بطنی پاراسنتيزس د قطعی تشخيص په منظور اجرا او ددی تست د مثبتوالی په صورت کی ناروغ عمليات خانی ته انتقال شی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
بـــپه هغه صورت کی چی د پریطونایتس سریری اعراض او علایم تاسس کړی وی:-
۱ـــناروغ ته فوراً معدوی تیوب تطبیق او په دوامدار ډول سکشن اجرا شی.

۲ـــناروغ په اوله مرحله کی سیروم فیزیولوژیک واخلی او د پتاسیوم دورکولوڅخه ډډه وشی ځکه چی د پښتورگی افراغی وظیفه د سپتیک شاک او هایپوالمیک شاک له کبله کم شوی دی، او که پتاسیوم ناروغ ته ورکړ شی د تشو متیازو اندازه نورهم کمیږی. نو کوم وخت چی د تشو متیازو افراغ نورمال و گرځید که لازم وو پتاسیوم لرونکی محلولات ورته ورکړیشی.

۳ـــد سیروم د ستنی له لاری ۱۵ ملی لیتره وینه د هیماتوکریت، سپینو کریواتو شمیر، د الکترولایت او د امایلیز د مقدار د تعینولو لپاره واخستل شی.

۴ـــد ناروغ په احلیل کی کتیتر تثبیت او د تشو متیازو مقدار په هرو ۱۵ دقیقو کی د شاک د درجی د معلومولو لپاره اندازه شی، او د هغه له مخی داخل وریدی مایعات تنظیم شی.

۵ـــد مرکزی وریدی فشار معلومول، یو مخصوص نری کتیتر د تحت الترقوی ورید له لاری په ورید اجوف سفلی (I.V.C)کی تثبیت او مرکزی وریدی فشار تعین شی، نورمال مرکزی وریدی فشار تقریباً د ۶ تر ۱۰ سانتی متر د اوبو په مینځ کی دی، اما د شاک او مخصوصاً د سپتیک شاک په حالاتو کی تقریباً د دری سانتی متر اوبو څخه ښکته وی، پداسی حالاتو کی چی انتی بایوتیک سره مایعات تر هغه وخته پوری ناروغ ته ورکړ شی چی مرکزی وریدی فشار د ۶ سانتی متر اوبو څخه جگ شی.
۶ـــانلژزیک، وروسته د عملیات د موافقی اخیستلو څخه له هغه ځایه چی ناروغان درد لری بهتره ده چی مخکی د عملیاتو څخه انلژزیک دواگانی د ورید له لاری دوی ته تطبیق شی، پدی شرط چی ناروغ په کوما کی نه وی.

۷ـــانتی بایوتیک، مخکی د عملیات څخه چی د مکروب نوع تراوسه پوری تعین شوی ندی بهتره ده چی Cephalexine یا Ampicelline تقریباً دری گرام د ورید له لاری تطبیق شی، اما وروسته د عملیات څخه د پریطوان په زوی کی د مکروب نوع تعین شو د هغه له مخی مربوطه انتی بایوتیک باید ناروغ ته ورکړشی.

۸ـــاوکسیژن، څرنگه چی د مرض په اناتوموپتالوژی کی تذکر ورکړ شو دی ناروغانو ته مخکی د عملیات څخه مخصوصاً مخکی د انستیزی څخه کافی اندازه اوکسیژن ورکړشی.
د پاسنی اهتماماتو د سازمان ورکولو سره نه یواځی د حاد تقیحی پریطونایتس په حالاتوکی مقدم تشخیص وضع کیږی بلکه د تداوی نتیجه په خپل بهترین شکل لاس ته راځی او د مړینی خطر کمیږی.

موضعی پریطونایتس

د پریطوان د جوف په ځینی ځایونو کی مخصوصاً په ژورو ځایو کی د زوی د تولیدو او دهغه په منځ کی د مکروبو وده د موضعی ابسی گانی یا موضعی پریطونایتس جدار د جداری پریطوان، د کلمی عروات، د مساریقی او د سرب دالتهابی التصاقاتو پواسطه مینځ ته راځی، نوموړی ابسی گانی امکان لری یو یا څو دانی وی یا په بل عبارت موضعی پریطونایتس امکان لری په یوه یا څو ځایو کی تشکیل شی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د موضعي پريطونايتس اسباب

۱ــــوروسته د پريطونايتس د عمليات څخه د پريطوان د جوف ژورو ځايونه ښه درناژ نشي يا داچې تثبيت شوی دردونه مخکې لدی څخه چې درناژ توقف وکړی وايستل شي موضعي پريطونايتس يا داخل بطني ابسې ګانې تشکيلوی.

۲ــــوروسته د صفراوی يا پانقراسي جراحي عملياتو څخه که د نوموړی غړو په لوژ کې رابری درن تثبيت نشي نو د نوموړو غړو افرازی ليکاژ د موضعي پريطونايتس د تشکل لپاره مساعده زمينه جوړوی.

۳ــــد کلمی د انستموزی برخي ليکاژ هم د موضعي پريطونايتس د تشکل سبب ګرځي .

۴ــــکوم وخت چې يوه تومورى منتن يا غير منتن غړی د داخل بطن څخه وايستل شي(مثلاً غټې توری، د انتان له کبله غټه شوی او خرابه شوی پښتورګي او تدور کړی مبيضي سيستونه) او دنوموړی غړو په لوژ هيماتوم ټول شي امکان لری چې د هماتوم په مينځ انتان مداخله وکړی او موضعي پريطونايتس جوړ کړی.

۵ــــهمداسی که د بطن په پاک عملياتو کې اسپسی او انتی سپسی شرايط مد نظر ونه نيول شي او د پريطوان جوف منتن شي وروسته د عمليات څخه پريطوانی منتن مايع د پريطوان د جوف په ژورو ځايونو کې موضعي پريطوانی التهابات تشکيليږی.

۶ــــد پريطوان په جوف کې د پردی اجسامو (foreign body) پاتې کيدل(لکه ګاز وړی وړی ټوټې) نکروزی او مړ انساج د داخل پريطوان د ابسې په تشکيل کې عمده رول لری، داخل بطني ابسې ګانې يا موضعي پريطونايتس د پريطوان په هغه برخو کې زيات تر تشکيليږی چې د ناروغ د ملاستی د وضيعت په نظر نيولو سره ژوره وی، او دا ځايونه عبارت دی له:

۱ــــپه ښی طرف :- حجاب حاجز لاندی، دځګر د علوی خلفي وجه په شا، ځګر لاندی، د ځګر د ښکتنی مخ په خلفي برخو کې، د ښی حرقفي حفری ژوره.
۲ــــپه چپ طرف کې :- حجاب حاجز لاندی د توری په خلفي او ښکتنی برخو کې او د چپ حرقفي حفری په ژوره.
۳ــــپه متوسط خط کې :- په Lesser Peritoneal Sac او د وګلاس په جوف.

د موضعي پريطونايتس عمومي سريری اعراض

۱ــــ وروسته د يوبطني عملياتو څخه ناروغ په دوامدار يا په متقطع ډول تبه کوی، څرنګه چې په لمړيو وختوکې ناروغ عموماً متقطع او په حملوی ډول تبه کوی او کوم وخت چې ابسې يا زوې په تام صورت تشکيل شي تبه دوامدار او تبه پاتې کيږی، د تبې حملې عموماً د لرزه، يخني او تکی کارديا سره شروع کيږی. او دا لدی کبله د ی چې د موضعي پريطونايتس مينځ څخه ميکرو اورګانين په متقطع ډول وينی دوران ته داخليږی. او که په دوامدار ډول د ابسې څخه زياته اندازه ميکرو اورګانيزم دوران ته داخل شي نو نه يوائې دوامدار تبه مينځته راځي بلکه د سپټيسميا (septicemia) د پيدا کيدو خطر هم موجود وی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
۲ـــفلجي یا میخانیکی انسداد:- د تبی په څنګ د ابسی د تشکیل سره سم د ناروغ ګېډه توسع کوی د غایطه موادو او د ګازاتو خارجېدل د مقعد له لاری توقف کوی او ناروغ ته زړه بدوالی او کانګی پیداکیږی، د سریری اعراضو پیدا کیدل او پرمختګ د انتی بایوتیک د ورکولو سره تغیر کوی او د داخل بطنی موضعی پریطونایتس سریری اعراض مغشوشوی نولدی کبله د هغه تشخیص ځنډوی، باید وویل شی چی د انتی بایوتیک د ورکولو سره موضعی پریطونایتس له منځه نه ځی اما تر یوی اندازی پوری هغه نورهم محدودوی او د ناروغ په وضع کی موقتی ښه والی مینځ ته راوړی، پداسی حالاتو کی د دی لپاره چی تشخیص په صحیح ډول وضع شی باید انتی بایوتیک قطع او ژرتر ژره د سریری علایم او لابراتواری معایناتو په واسطه موضعی پریطونایتس تشخیص او تداوی شی.
له هغه ځایه چی د موضعی پریطونایتس سریری علایم او تشخیصی معاینات نظر په موقیعت د موضعی پریطونایتس فرق کوی نو بهتره ده چی موضعی پریطونایتس نظر د دوی د موقعیت په جلا جلا ډول تر مطالعی لاندی ونیسو.

۱ـــښی تحت حجاب حاجزی موضعی پریطونایتس یا ابسی :-

د Iig. Triangularis او lig Cronary د پاسه د ځګر او د حجاب حاجز په منځ کی کوم فاصله چی موجوده ده د ښی تحت حجاب حاجزی د ابسی د تشکیل ځای دی.
د ځګر د ابسی او د پپتیک د قرحی د سوری کیدو څخه وروسته د معدی یا د اثناعشر محتوی پدی ځای کی ټولیږی او د دی ځای د ابسی د تشکیل سبب ګرځی، همداسی کله کله د عمومی پریطونایتس په سیرپدی ناحیه کی ابسی تشکیل کوی.

سریری علایم :-

ناروغ د ښی صدر په خلفی ښکته برخه او د ګیډی په ښی پاسنی برخه درد حس کوی چی ځینی وخت ښی اوږی خواته انتشار کوی.
د صدر په رادیوګرافی کی حجاب حاجز لاندی په ۳/۲ (دوه پر دری) ناروغانو کی Air Fluid Levelلیدل کیږی، پخپله حجاب حاجز د نورمال سویی څخه جګه او بی حرکته معلومیږی، په زیات شمیر ناروغانو کی د پلورایی په مسافه کی مایع موجود وی او د یو شمیر ناروغانو په رادیو ګرافی پاڼه کی د ښی سږی په قائده کی اتلکتا زیس موجود وی.
تداوی :- ښی تحت حجاب حاجزی موضعی پریطونایتس د پښتی لاندی د اړخیز شق له لاری درناژ کیږی، څرنګه چی د یولسم پښتی د څوکی څخه قدام خواته د لسم پښتی د ښکتنی څنډی سره موازی د ګیډی جدار تر پریطوان پوری څیری کیږی، وروسته بی لدی چی پریطوان څیری شی په خلف د پریطوان د ځګر علوی سطح سره موازی جراح خپل ګوته ابسی خواته پرمخ بیایی او ابسه درناژ کوی. وروسته د ابسی د درناژ څخه د ابسی په جوف یو رابری درن تثبیتیږی، د جراحی عملیاتو سره یوځای ناروغ ته انتی بایوتیک ورکول کیږی.

۲ـــد ښی تحت الکبدی موضعی پریطونایتس

ښی تحت الکبدی جوف ځګر لاندی واقع دی چی ښکته د مستعرض کولو نه د کبدی زاویی په متوسط کی د اثناعشر او هیپاتودودنال رباط (Hepato duodenal lig)په ښی طرف د ګیډی د جدار پواسطه محدود شوی دی، د دی جوف خلفی برخه د Morison’s pauch په نامه یادیږی، د معدی او د اثناعشر د قرحی د سوری کیدو څخه وروسته او همداسی د صفراوی لاری د عملیاتو څخه وروسته پدی ناحیه کی موضعی پریطونایتس یا ابسی تشکل کوی.
د سریری علایمو له نظره ناروغ په ښی پاسنی کوادرنت کی درد حس کوی، دا درد مخصوصاً د توخی او د کلمی د حرکاتو سره مخصوصاً د مستعرض کولون د استداری حرکاتو سره زیاتیږی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تحت الکبدی ابسی عموماً د ګېډې د نورو داخل بطنی ابسی ګانو سره یوځای وی، د تداوی له نظره ابسی باید د لېروتومی پواسطه درناژ او د ابسی په جوف یورابری درن تثبیت شی، او څرنګه چی بطن خلاصیږی او د ابسی زوې په ټول پریطوانی جوف کی انتشار کوی نو د پریطونایتس په شکل د ګېډې په نورو ژورو ځایونو کی لکه د دوګلاس په جوف کی هم باید درن د درناژ په منظور تثبیت شی.

۳ــــ چپ تحت حجاب حاجزی ابسی :

په چپ طرف حجاب حاجز لاندی موضعی پریطونایتس وروسته د Splenectomy او پانکراتایتس څخه پیدا کیږی د سریری اعراض او علایمو په کین خوا د ښکتنی اضلاعو لاندی تندرنس او درد موجود وی چی درد یی اوږی خواته انتشار کوی، د رادیو ګرافی په پاڼه کی د کین پلورایی په مصافه کی مایع موجود او په رادیو سکوپی کی حجاب حاجز بی حرکته معلومیږی دا موضعی پریطونایتس د دولسم پښتی د ښکتنی شوندی سره موازی د پوستکی شق پواسطه درناژ کیږی.

۴ــــ د Lesser sac موضعی پریطونایتس

د اناتومی له نظره Lesser sac یوه برخه د ګېډې تحت حجاب حاجزی مسافی دی د پانکراتایتس ابسی یا د پانقراس د کیستو د منتن کیدو له کبله همداسی د معدی او د اثناعشر د لمړی قطعی د خلفی جدار د قرحی د سوری کیدو څخه وروسته پدی ځای کی ابسی تشکل کوی.
د سریری اعراضو له نظره د Lesser sac ابسی تشخیص ډیر ستونزمن دی ځکه چی د دی جوف زیاته برخه یی په قدام کی په لمړی مرحله د معدوی او وروسته د ځګر پواسطه پوښ شوی دی خو بیا هم د جس پواسطه په اپی ګستریک په ناحیه کی تندرنس موجود وی، د رادیوګرافی معاینی له نظره د کثیفه موادو خوړلو څخه وروسته که د معدی څخه رادیو ګرافی اجرا شی معده قدام خواته ټیله شوی ښکاری.
د ابسی یا موضعی پریطونایتس د اناتومیک موقیعت په نظر کی نیولو سره د خلفی پریطوان له لاری درناژ یی امکان نه لری نو بهتره ده چی د متوسط خط شق په واسطه چی د نامه څخه پورته اجرا شوی دی د پریطوان جوف خلاص او د معدی کولونی رباط د قطع کولو څخه وروسته د معدی په خلف ابسی درناژ او دهمدی لاری څخه د ابسی په جوف درن تثبیت شی.

۵ــــبین المعایی ابسیInterloop Or Midabdominal Absees

دا ابسی د کلمو د عرواتو په منځ کی پداسی شکل سره تشکل کوی چی د مساریقی، د ګېډې جداراو د سرب پواسطه محدود شوی دی. مستعرض کولون او د مستعوض کولون مساریقه د یو دیوار په حیث د دی ابسی د پرمختګ څخه د ګېډې په پاسنی برخو کی مخنیوی کوی.
د اینترلوب ابسی تشخیص فوق العاده مشکل دی حتی دا ابسی چی تقریباً یو لیتر زوې ولری داسی بارز سریری اعراض نه ورکوی چی د هغه له مخی تشخیص وضع شی خو بیا هم ډاکتر که ډیر پام سره ناروغ معاینه کړی د پریطونایتس او د انسداد خفیف موضعی او عمومی اعراض موجود وی چی تشخیصی اهمیت لری او دګېډې په منځنی برخو کی یو غټ، درد ناک او نرم(Fluctuant) کتله چی حدود یی ښه نه تعینیږی او لږ شان امکان لری متحرک وی جس کیږی د دا قسم ابسی امکان په یوځای یا څو ځایو کی تشکیل شوی وی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د تداوی له نظره وروسته د لیروتومی څخه د ابسی جوف خلاص او زوې یی اسپیریتد شی د ابسی په جوف وروسته د دیبرید منت او بریریمنځلو څخه پنروزدرن تثبیت همداسی د وروستنی درناژ په منظور د پریطوان د جوف په ژورو ځایو کی نور پنروز درنونه تثبیت شی او په اخر کی وروسته د تفتیش څخه د ګیډی جدار تړل کیږی.

۶ــــحوصلی ابسی یا د دوګلاس جوف ابسی

د حوصلی ابسی زښته زیات عمومیت لری. عمومی پریطونایتس او د ګیډی د غړو په جرحوی او انتانی حالاتو کی چی د پریطوان آزاد جوف ته د نوموړو غړو انتان انتشار وکړی دا ابسی تشکل کولای شی. دا ابسی عموماً د دوګلاس په جوف یا Excuvative Retrovesiculis چی د پریطوان د جوف ژوره ناحیه ده تشکل کوی.

د سریری اعراضو او علایمو له نظره ناروغ د ګیډي په ښکتنی برخه په موضعی ډول درد حس کوی، له هغه ځایه چی د رکتوم او د مثانی جدار د انتان له خوا تخریش کیږی د تشو متیازو فریکونسی او د کلمی د تینیزم سبب ګرځی. که انتانی حالت د دوګلاس په جوف کی شدید او دوامدار پاتی شی امکان لری چی د تشو او ډکو متیازو احتباس سبب وګرځي.

د ګوتی سره په مقعدی یا مهبلی معاینه کی د رکتوم په قدامی جدار کی یوه دردناکه او فلوکتوانت(نرم او متوج) کتله جس کیږی چی پورته او ښکته نه ځی.

د تداوی له نظره ابسی باید د مقعد یا د مهبل له لاری درناژ شی همدارنګه لمړی په رکتوم یا مهبل کی انوسکوپ یا اسپیکولوم داخلیږی ترڅو چی د ابسی موقعیت معلومه شی وروسته په هغه ناحیه کی چی شدید تموج یا فلوکتویشن موجود وی یوه غټه ستنه داخل او د سرنج پواسطه اسپیریتد کیږی په هغه صورت کی چی زوې خارج شی د ستنی ترڅنګ یو مستعرض شق اجرا او ابسی درناژ کیږی باید وویل شی چی د ابسی د تشکیل سره سمدستی باید درناژ عملیه اجرا نشی بلکی دوه یا دری ورځی انتظار ایستل کیږی ترڅو چی د ابسی او د بطنی احشاو ترمنځ یو پیوژنیک ممبران(pyegenic membrane) جوړ شی که دا ممبران تشکل ونکړی او ابسی درناژ شی امکان لری چی د درناژ دسوری له لاری څخه کلمی د باندی راشی. وروسته د زوې د درناژ څخه د ابسی جوف، ریکتوم یا مهبل باید د انتی سپتیک محلولاتو پواسطه پریمینځل شی او څرنګه چی دابسیپه جوف کی رابری درن نه تثبیتیږی نو د دی لپاره چی د ابسی خوله بنده نشی هره ورځ د ابسی خوله د ګوتی سره خلاصه او جوف یی پریمینځل کیږی ترڅوچی درناژ کاملاً توقف وکړی.

توبرکلوزیک پریطونایتس Tuberculosic Peritonitis

د جراحی له نظره د پریطوان او د کلمی توبرکلوزیک افات لدی کبله تر مطالعی لاندی نیول کیږی چی:

۱ـــد دی ناروغی قطعی تشخیص د جراحی پواسطه اجرا کیږی(د پریطوان د بایوپسی پواسطه)

۲ـــد پریطوان او د کلمی د توبرکلوزی ناروغی اختلاطات مخصوصاً انسدادی اختلاطات یی جراحی پوری اړه لری.

۳ـــد دی ناروغی په اختلاطی حالاتو کی مخصوصاً په انسدادی حالت د تداوی له نظره د شیمو تراپی په څنګ کی جراحی عملیات اساسی تداوی ګڼل کیږی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مکروبی عوامل

عبارت دی له Mycobacteriua Tuberculese او Mycobacteriua Bovis

د انتان د سرایت لاری:

توبرکلوز پریطونایتس معمولاً په ثانوی ډول مینځ ته راځی ځرنګه چی لومړی په عضویت کی یو ابتدایی توبرکلوزی محراق پیداکیږی او په دوهمه مرحله د دی محراق څخه د توبرکلوزبسیل پریطوان ته ځان رسوی او توبرکلوزیک پریطونایتس مینځته راوړی نو انتان د مختلفو لارو څخه ځان پریطوان ته رسوی.

۱ــــد وینی له لاری

۲ــــد مساریقی د یوی توبرکلوزیک ابسی شوی لمفاوی غدی څخه

۳ــــد توبرکلوزیک نفیرو(Tuberculosic uterine tube) زوې چی توبرکلوز بسیل احتوا کوی پریطوان جوف ته درناژ کیږی.

۴ــــد کلمو د توبرکلوزیک محراق څخه د توبرکلوز بسیل پریطوان ته مهاجرت کوی(وروسته د انتریت یا کولایتس توبرکلوز څخه)

۵ــــد پریطوان د مجاور اعضاو توبرکلوزی زوې پریطوان جوف ته درناژ او توبرکلوزی پریطونایتس مینځ ته راځی، مثلاً د فقراتو یا د پښتورګو توبرکلوزیک ابسی پریطوان جوف ته که درناژ شی.

د توبرکلوز پریطونایتس تصنیفClassification of Tuberculosic Peritonitis

د توبرکلوز پریطونایتس تصنیف د ناروغ د پتالوژی په اساس صورت نیسی.

۱ــــلوند توبرکلوز پریطونایتس یا Wet Tuberculos peritonitis لوند توبرکلوزی پریطونایتس چی په مقدم ډول مینځ ته راځی د Subacut Acitic Stage په نامه هم یادیږی، پدی نوع پریطونایتس کی د پریطوان په جوف زیات اندازه ژیړ رنګ مایع موجود وی چی پړند یا علقه کیدو ته میلان لری ځکه چی یو اکسوداتیف مایع دی او دهغه په مینځ کی د دری ګرامو څخه زیاتره پروتین موجود وی. د پریطوان په ټول سطحه کی په زرهاو توبرکولونه موجود وی چی هر توبرکول د یوه یا دوه ملی مترو په اندازه قطر لری او ژیړ رنګه وی.

۲ــــوچ توبرکلوز پریطونایتس یا Dry Tuberculos Peritunitis اصلاً لوند پریطوانایتس په وچ پریطونایتس بدلیږی یا په بل عبارت وچ پریطونایتس د لوند پریطونایتس وروستنی مرحله ده، ځرنګه چی د پریطوان د اکسو داتیف مایع اوپه یی جذب او پروتینی مواد یی یو زیات شمیرلیفی بنډلونه جوړوی چی له یوی خوا د کلمو د عرواتو د التصاقاتو سبب ګرځی یا داچی دا لیفی بندلونه د یو برید یا رسی په شکل د کلمو د عرواتو او د جداری پریطوان په مینځ کی ځای نیسی او د کلمو د انسداد سبب ګرځی. چی دی شکل ته التصاقی توبرکلوزی پریطونایتس یا Adhasive Tuberculos Peritenities نوم ورکړ شوی دی.

کله کله د پریطوان اکسوداتیف مایع د کلمو د التصاقی عرواتو په منځ کی راټولیږی او د سیست شکل غوره کوی چی د کیستیک توبرکلوز پریطونایتس(Cystic tuberculosis peritonitis) په نامه یادیږي.

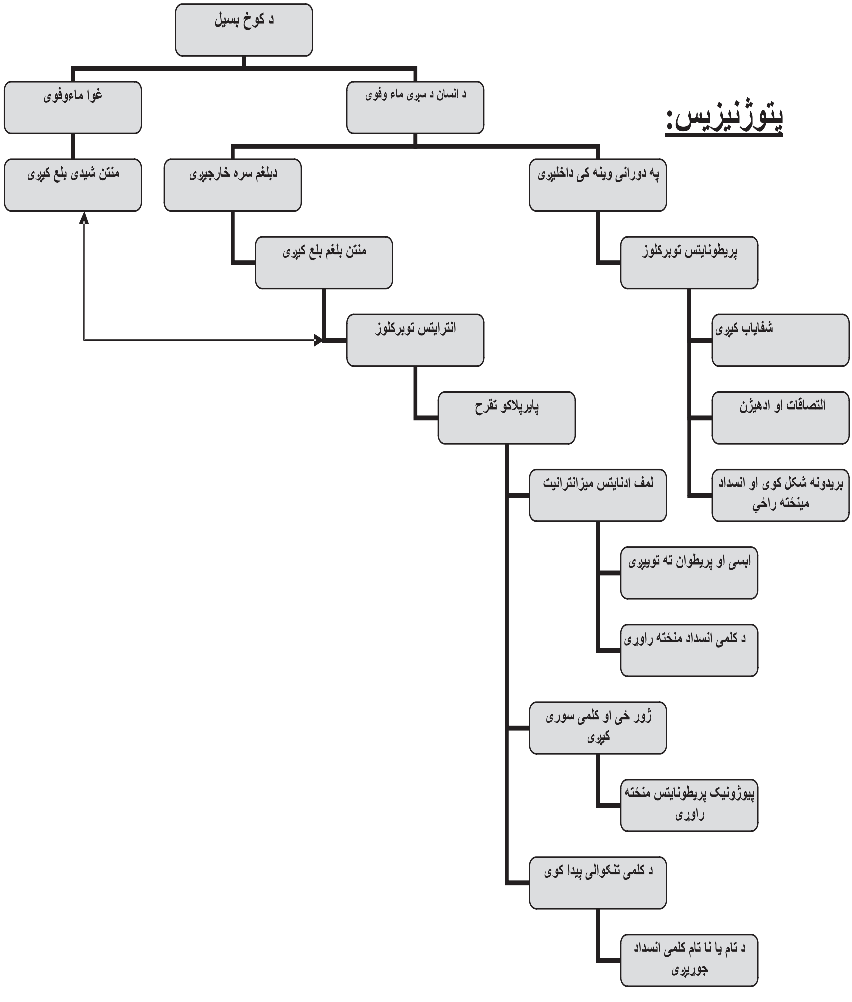
۳ــــد مساریقی ادنایتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculos د توبرکلوز بسیل په لمړی مرحله په Terminal Iliumکی Payer's Patche ماء وفوی او د هغه د تقرح سبب ګرځی. وروسته لدی لاری لمفاوی قناتوته داخل او د مساریقی په لمفاوی عقداتو ځای نیسی او د

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

نوموړی و عقداتو د غټوالی او ابسی سبب ګرځی چی د دی ابسی ګانی زوې د بطن په جوف کی درناژ او د متعدد موضعی توبرکلوز ابسی ګانی منځته راوړی.

پتوژنیزیس:



د توبرکلوز بسیل د انسان سږی یا غوا منتن کوی. د انسان د سږو ښخه منتن بلغم بلع او کلمی ته راځی او په تالی ډول توبرکلوز انترایتس مینځ ته راځی.

همداسی د منتن غوا شیدی د څکلو ښخه وروسته مکروب کلمی ته راځي او په ابتدایی ډول د توبرکلوز انترایتس(Primary Tuberculosic Enteritis) سبب ګرځي. کوم وخت چی توبرکلوز انترایتس پیدا شو په نتیجه کی پایرپلاکونه تقرحی کیږی چی پدی ځای دری امکان موجود وی:

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library
۱ـــپایر تقرحات وروسته التیام کوی او د فیبروزی نسج د پیدا کیدو له کبله د التیام کړی نسج په سر د کلمی د لومن د تنګوالی یا بیخی بندش سبب ګرځی. چی په نتیجه کی د کلمی تام یا ناتام انسدادی حالت مینځته راځی.
۲ـــیا داچی قرحه ژور خواته فعالیت کوی او تر سیروزا طبقی پوری رسیږی او بالاخره سیروزا طبقه هم سوری کیږی او د کلمی محتوی یعنی غایطه مواد پریطوان ازاد جوف ته تویږی او پیوژنیک پریطونایتس منځته راوړی.
۳ـــیا داچی د قرحی له لاری انتان لمفاوی قناتوته داخل او بلاخره د مساریقی لمفاوی غدواتو ته داخلیږی او توبرکلوزی لمف ادنایتس میزانتریک منځته راوړی چی د دی منتن شوی لمفاوی غده سیر یی دوه لاری غوره کوی.
الفـــلمفاوی غده ورځ په ورځ غټیږی اود مجاور کلمی په لومن باندی فشار واردوی او په نتیجه کی میخانیک انسداد مینځته راوړی.
بـــمنتن لمفاوی غدوات توبرکلوزی ابسی جوړوی او دا ابسی پریطوان ازاد جوف ته درناژ او په نتیجه کی عمومی پریطونایتس منځته راوړی.
همداسی توبرکلوزی بسیل د سږی د توبرکلوزی محراق څخه وینی ته داخل او په پریطوان کی ځان رسوی او د توبرکلوز پریطونایتس سبب ګرځی،
توبرکلوز پریطونایتس د پریطوان په دننه کی د بریدو د تشکیل او د داخل بطنی اعضاو د التصاقات(د لوند او وچ پریطونایتس د تشکل څخه وروسته) سبب ګرځی. او په نتیجه کی میخانیکی انسداد پیداکیږی.

د توبرکلوز پریطونایتس عمومیات

دا ناروغی پخوا ډیرعمومیت درلوده اوس په پرمختللی هیوادو کی واقعات یی زیات نه لیدل کیږی خو په وروسته پاتی هیوادو کی مخصوصاً زمونږ په هیواد کی د توبرکلوز پریطونایتس ناروغان ډیر دی. او هغه خلک زیاتر پدی ناروغی اخته کیږی چی په خراب ټولنیزو شرایطو کی ژوند کوی او په سوء تغذیه مبتلا دی. د احصایی له نظره په هر سن کی پیدا کیږی په ماشومانو کی د وفیاتو اندازه یی ډیره لوړه ده. او په ښځو کی نسبت نارینو ته زیات لیدل کیږی.
ځکه چی په ښځو کی د نفیرو توبرکلوز پریطوان ته ژر انتقالیږی.

د توبرکلوز پریطونایتس سریری لوحه

۱ـــ **سریری اعراض :-** حاد لوند پریطونایتس توبرکلوز عموماً جګ سړه لرونکی تبی سره شروع کیږی چی دا تبه یا متقطع او یا په دوامداره ډول سیر کوی. ناروغ فوق العاده بی اشتها وی او لدی کبله ورځ په ورځ ضعیفه کیږی او په سرعت خپل وزن له لاسه ورکوی. او د شپی خولی کیدل همیشه موجود وی.
د ناروغی د تاسیس په مرحله کی ناروغ ته زړه بدوالی او کانګی هم پیدا کیږی ناروغان کله قبضیت او کله اسهال پیدا کوی یا داچی دا دوه عرض په متناوب ډول تل موجود وی.
د وچ توبرکلوز پریطونایتس په حالت کی سریری اعراض په تدریجی ډول شروع کیږی تبه دومره جګه نوی ناروغ ورو ورو خپل وزن کموی او بی اشتها کیږی او هضمی تشوشات د تام یا ناتام انسدادی حملاتو په شکل مینځته راځی.
۲ـــ **سریری علایم :-**_ د لوند توبرکلوزی پریطونایتس په حالت کی بطن متوسع او په جس سره لږ سخت او حساس او د ګیډی په جوف کی اسایتس موجود وی او ناروغ همیشه په خپل ګیډه کی مبهم منتشر او خفیف درد حس کوی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د وچ توبرکلوزی پریطونایتس په حالت کی که د انسداد اعراض موجود نوی ګیډه نرم ډیر لږ حساس او متوسع نوی په هغه حالت کی چی د انسداد اعراض موجود وی ګیډه متوسع او ناروغ پریودیک دردونه حس کوی او په جس سره یوه اندازه حساسیت هم موجود وی.

تشخیص :-

د توبرکلوز پریطونایتس په ټولو سریری اشکالو کی احتمالی تشخیص د سریری اعراضو او د توبرکلوز د تاریخچی د درلودلو پواسطه اینودل کیږی اما قطعی تشخیص د لابراتواری معاینات او اندسکوپیک معاینی پواسطه وضع کیږی.

د توبرکلوز پریطونایتس په ټولو حالاتو کی د توبرکولین تست مثبت وی او د غایطه موادو په معاینه کی امکان لری د توبرکلوز بسیل تثبیت شی. د وینی په معاینه کی د سره کریواتو ترسب(ESR) سرعت زیات وی. په لوند پریطونایتس حالت کی د توبرکلوز بسیل ۸۰٪ په اسایتیک مایع کی تثبتیږی په دی شرط چی اضافه د یو لیتر اسایتیک مایع کلچر شی.

د توبرکلوز اسایتیک مایع زیات اندازه پروتین او لمفوسایتس احتوا کوی او د ګلوکوز اندازه ۳۰ ملی ګرام په سل ملی لیتر مایع کی وی. پریطونیال بایوپسی د ستنی پواسطه ۶۰٪ فیصده مثبت نتیجه ورکوی اما په Peritoneoscopy او د دی الی پواسطه بایوپسی سل فیصده مثبت نتیجه ورکوی.
په وچ توبرکلوزیک پریطونایتس کی تشخیص د هغه بایوپسی پواسطه په قطعی توګه وضع کیږی کوم چی د پریطوانوسکوپی پواسطه اخیستل کیږی. همداسی د رادیوګرافی په پاڼه کی چی د ګیډی څخه اخیستل کیږی د ناتام یا تام انسدادی حالت خیالونه ښکاری چی د انسداد په مبحث کی تذکر ورکړ شوی دی.

تداوی :-

د ناروغی په لمړی مرحله کی مخصوصاً د اسایتیک په صفحه کی مطلق استراحت ښه غذا او د مختلفو ویتامینو د ورکولو په څنګ ګی Triple antituberculosic دوا ګانو څخه استفاده وشی او دا تداوی تر یونیم کال پوری ادامه ورکړ شی چی دغه تداوی ډیر ښه نتیجه ورکوی او ډیر ښه وی. مخصوصاً چی د تداوی په اخرو وختو کی که د انتی توبرکلوزیک دواګانو سره پردنیزون هم یوځای شی د بریدو او التصاقاتو د تشکل څخه مخنیوی کیږی. اما د اسایتیک په اخرو مرحلو کی یا کوم وخت چی لوند پریطونایتس په وچ پریطونایتس تبدیل شو له هغه ځایه چی فیبروزی التصاقات او بریدونه د کلمی ترمینځ او د پریطوان په جوف کی پیدا اود کلمی دانسداد د منځته راتلو سبب کیږی نو پدی حالت کی د انتی توبرکلوزیک دواګانو د تطبیق په څنګ کی یواځینی تداوی عملیات دی چی د عملیاتو پواسطه کوم بریدونه او التصاقات چی د میخانیکی انسداد سبب شوی دی قطع او خلاصیږی او د دی لپاره چی وروسته د عملیات څخه بیا بریدونه او التصاقات تشکل ونکړی او انسدادی حالت بیا منځته رانشی د انتی توبرکلوزیک دواګانو په څنګ ناروغ ته پردنیزون او فبرینولتیک دواګانی په موضعی او عمومی ډول تطبیق شی(البته په موضعی ډول د عملیات په وخت او په عمومی ډول د زرق له لاری ناروغ ته ورکول کیږی)

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د مساریقی ادنایتس توبرکلوزMesenteric Adenitis Tuberculos

په پرمختللی هیوادو کی دا ناروغی ډیر لږ واقع کیږی ځکه چی له یوی خوا خلک Pasteurizedشوی شیدی استعمالوی اوله بلی خوا شیموتراپی په ویسع او فنی ډول او په داسی حال کی چی ناروغ همیشه تر طبی مراقبت لاندی وی تطبیق کیږی دا مرض هغه وخت پیدا کیږی چی د Mycobacterius Bevins پواسطه منتن شوی شیدی د انسان له خوا وڅکل شی. نوموړی بسیل په لمړی مرحله کی د الیوم په اخری برخه کی پایرپلاکونه ماء وفوی او د هغه د تقرح سبب ګرځی وروسته لدی لاری لمفاوی قناتوته داخل او د مساریقی په لمفاوی عقداتو کی ځای نیسی او د نوموړی عقداتو د غټوالی او ابسی سبب ګرځی.

سریری اعراض او علایم :-

ناروغ د خپل ګیډی په یوه ناحیه کی ثابت درد حس کوی چی په جس سره په همدی ناحیه کی تندرنس هم موجود وی او په عمیق جس سره یوه یا څو کلک، منظم، مدور، متحرک او په ځینی حالاتو کی فلوکتوانت کتله موجود وی.

Tuberculos Mesenteric Adenitisتشخیص په لمړی او غیری احتلاطی مراحلو کی مشکل دی که د سریری اعراضو او د دی په څنګ د لابراتواری معایناتو لکه سریع Sedimentation او لوکوسایتوزس پواسطه تشخیص وضع شی د شیموتراپی پواسطه ناروغ شفایاب کیږی. په غیر د دی مرض د دوه عمده اختلاطاتو سبب ګرځی.

۱ـــد لمفاوی غدی د ډیر غټوالی له کبله میخانیکی انسداد مینځته راځی

۲ـــمأوفه لمفاوی غده ابسیدی کیږی او زوې یی پریطوان ازاد جوف ته درناژ او په نتیجه کی توبرکلوز پریطونایتس او د داخل پریطوانی اعضاو د شدید التصاقاتو او بلاخره انسدادی حالت مینځته راوړی.

تداوی :-

په داوړو حالاتو کی د جراحی عملیات استطباب موجود دی. څرنګه چی په لمړی حالت کی د امکان په صورت کی غټه شوی لمفاوی مساریقی غده ایستل کیږی او که یواځی د غدی ایستل امکان نه درلود مساریقه د مربوطه کلمی سره ریزکشن او Primary Anastomose ورکول کیږی. په دوهم حالت کی تقیح لمفاوی غده ایستل کیږی او هغه التصاقات چی د کلمی د انسداد سبب شوی دی قطع او د پریطوان په آزاد جوف کی کوم نکروزی انساج چی موجود دی لری کیږی.

البته د جراحی تداوی په څنګ انتی توبرکلوزیک دواګانی تر یونیم کالو پوری ناروغ ته باید ورکړ شی.

****

****

****

***

*

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Reference

1-Anson and Chester B.Mc. Vay “SURGICAL ANATOMY” Eifth Edi.
Chap. 14 pp. 532- 535.
Saunders comp. 1994

2-A.Velikoretsky M.D “TEXT BOOK SURGICAL” Chap. 22
pp. 384-392 F.L.P.H. Moscow

3-Charless E.lyght M.D et all.THE MERCK, MANUAL OF DIAGNOSIS AND THERAPY “15th Edition Chap.9 pp 574 – 577
Bublished by Mark& comp.

4-Francis D.mooren M.D “METABOLIC CARE OF THE SURGICAL PATIENT
Part 5 chap. 34 section 4 pp. 522-538
W.B. Saunder’s comp.

5-Herbert uebermuth M.D.”SPEZIELLE CHIRURGIE” Kapitel 4
Seite 221-231. Johann Ambrosius Barth Verlag Leipzig

6-J.Englebert dunphy M.D Lawrence W.way “CURRENT SURGICAL DIAGNOSIS &TREATMENT” 3th Edi.Chap 33, 34, pp.589 -593, 628 - 630. L.M.P. 1900

7-Marcus A.Krupp and Milton J.chatton “CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS & TREATMENT” Chap.10 pp. 379 - 382. L.M.P 1999

8- Ralph C.benson “CURRENT OBSTETRIC & GYNECOLOGIE DIAGNOSIS & TREATMENT”Chap.38 pp. 756 - 758 L.M.P 1996

9- Richard T. Shauckelford M.D “SURGERY OF THE ALIMENTARY TRACT” Chap. 7 pp 1140 - 1176 W.B.Saunder,s Comp 1998

10-S.Schwartz M.D “PRINCIPLE OF SURGERY” Forth Edition
Chap.24 pp.1051 - 1062
Mc.Graw hill comp. 2004

Downloaded from: www.ketabton.com

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library