

Ketabton.com

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library



د ننګرهار پوهنتون
د طب پوهنځی
ددا خلي څانګه

دهضمي سیستم او پښتو رګوناروغی

مؤلف : پوهندوی دکتور سیف الله (هادي)

کال: ۱۳۹۰ ل

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د کتاب نوم	دهضمي سيستم او پښتورگونارو غي
ليکوال	پوهندوی دوکتورسيف الله هادی
خپروندوی	د ننگرهارطب پوهنځی
ويب 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 تمويل شوی دی.

اداری او تخنيکی چاري يې د افغانيک موسسی لخوا ترسره شوي دي.

د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځی پوري اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولنې په دې اړه مسوليت نه لري.

د تدريسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړيکه ونيسی:

ډاکتر يـــحـــيی وردک، دلوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبايل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ايميل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: ISBN: 978 993 620 1385

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

بسم الله الرحمن الرحيم

تقريظ

دداخلي څانګي استاد پوهندوي دکتور سيف الله (هادي) هغه علمي اثر چه د هضمي سيستم او د پښتورګو ناروغي عنوان لاندي يي تاليف کړي دي ما په غور سره لوستلي او غواړم چه د هغي علمي ارزښت څخه په لاندي ډول يادونه وکړم:

کتاب د ليک لړ او سر ليکني سر بيره په دوو برخو په ۲۸۲ مخونو کي ليکل شوي چه لمړي برخه کې يي د هضمي جهاز او دهغی ملحقاتو يانی ځيګر، د صفرا کڅوړی او د پانقراص د ناروغيو څخه پـه لاړم تفصيل سره يادونه شوی ده او دويمه برخه يې د پښتورګو ناروغيو ته ځانګړی شوی ده .

چې دواړو برخو کې د هری ناروغۍ د تعريف سربيره پتوجنيسس، کلينيکی بڼې، تشخيص، تفريقي تشخيص او د تشخيص په منظور ډول ډول لاړمو لابراتواري کتنو څخه يادونه شوی او د درملنی بيلابيلی لاری په ګوته شوي دي.

دا کتاب د محتوا له نظره د ډول ډول علمي منابعو په واسطه غني او د ليکنې سبک يې ساده او داسی دی چې مغلق او پيچلی جملی پـه کی نه تر سترګو کيږي او ټول لوستونکي تری د موضوع په هکله ښه ګټه اختسلای شي.

بايد ووايم چې نوموړی درسي کتاب د څلور ټولګي د درسی کوريکولم او مفرداتو مطابق ليکل شوی او په چاپ او نشر سره به يې د څلورم ټولګي د دويم سمستر د محصلينو اړتيا له منځه لاړه شي او هم به د نورو ځوانو ډاکټرانو لپاره په يادی شوی برخه کې پوره اسانتياوی رامنځ ته شي.

د کتاب په پای کې ماخذونو ته ځای ورکړی شوی چې په معياري ډول ليکل شوی او اکثره برخو کې يې د ډيرو نويو تازه علمي منابعو او د انټرنيټ د سايتونو څخه ګټه اخستل شوی ده.

په پای کی ويلای شم چې د يو درسی کتاب لاړم نورمونه ټول له مؤلف له خوا په پام کې نيول شوی دی زه د استاد دغه زيار او هاند چې ددی علمي اثر د سر ته رسولو لپاره يې ګاللی دی ستايم او د نورو شرايطو د بشپړه کيدو تر څنګ يې د پوهنوالۍ علمي رتبی د لوړوالي لپاره کافي بولم او اړونده مقاماتو ته يې د چاپ او نشر لپاره سپارښتنه کوم او خپله استاد ته د لوی خدای (ج) څخه د نورو بریاوو غوښتنه کوم.

په درنښت

الحاج پوهاند دوکتور محمد طيب نشاط
د داخلی څانګی استاد.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

بسم الله الرحمن الرحيم.

تقريظ

د طب پوهنځي د داخلي څانګې محترمو غړو ته!

السلام عليكم ورحمت الله وبركاتة

د هضمي سيستم او دپښتورګو ناروغيو تر عنوان لاندې درسي کتاب چې د څلورم ټولګي د دويم سمستر لپاره پوهندوی دوکتور سيف الله (هادي) ته د داخلي څانګې دپريکړې له مخې د رايو په يووالي وظيفه ورکړل شوې وه او د طب پوهنځي علمي شورا او نورو ذيصلاح مقاماتو له خوا تائيد شوی و سرته يې رسولی ما په غور سره مطالعه او په لاندې توګه يې ارزيابي کوم.

کتاب په روانه پښتو ژبه په دوو برخو چې لومړی برخه يې د هضمي سيستم ناروغي اودهغی ملحقاتو يانی ځيګر، دصفراوي کڅوړی او د پانقراص د ناروغيو څخه په لاړم تفصيل سره يادونه شوی ده او دويمه برخه يې دپښتورګو ناروغيو ته ځانګړی شوی ده.

په ۲۸۲ مخونو کې ليکل شوی دی. دکتاب تاليف، ليکنه، راټولونه او د ليکلو کړنلاره يې چې ديو علمي کتاب د ليکنې لپاره اړينه ده په پوره ډول په پام کې نيول شوی ده.

همدارنګه کتاب دسريزې، فهرست او د اخذ ليکنو لرونکی دی. د کتاب منځپانګه د داخلي څانګې د استادانو دعلمي اثارو، کتابونو، دکابل طبي پوهنتون د داخلي څانګې د استادانو، دنړيوالو معتبرو کتابونو او انټرنېټي سرچينو څخه برابره شوې ده.

په کتاب کې د طب پوهنځي محصلينو او نورو ځوانو ډاکټرانو لپاره دهرې ناروغۍ پېژندنه، لاملونه، اپيد يمولوژي، پتوجنيسس، کلينکي بڼه، توپيري تشخيص، اختلاطات، انزار او درملنه د منلي شوي کريکولم سره مطابق ليکل شوی چې د لوستلو پرمهال يې سترپا نه احساسېږي. همدارنګه په کتاب کې د ځينو ناروغيو لپاره جدولونه، شيماګانې او انځورونه هم په مناسبو ځايونو کې ځای پر ځای شوي چې د لا روښانولو لپاره پوره مرستندويه دی.

نو دپورته ټکو په پام کې نيولو سره کتاب پوره علمي ارزښت لري او زه يې مثبت ارزيابي کوم او دپوهنوالۍ علمي رتبې ته د لوړتيا لپاره نورو شرايطو د پوره کولو تر څنګ يې کافي بولم او د کتاب دخپرېدا او چاپ وړانديز يې کوم.

په پای کې د محترم استاد لپاره په علمي ډګر کې د نورو بريا وو په هيله يم.

په درنښت

الحاج پوهاند دکتور محمد ظاهر (ظفرزی)

د داخلي څانګې مشر

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

بسم الله الرحمن الرحيم

تقريظ

د ننګرهار د طب پوهنځي د داخلي ډيپارتمنټ محترمو غړو ته!

السلام علیکم ورحمت الله وبرکاته

هغه موضوع چې د هضمي سيستم او پنبستورګو ناروغيو تر سرليک لاندې ښاغلي پوهندوی ډاکټر سيف الله ((هادي)) ته د پوهندويې علمي رتبې څخه د پوهنوالۍ علمي رتبې د ارتقا لپاره د ډيپارتمنټ له خوا ورکړ شوې او د طب پوهنځي علمي شورا او د عالي تحصيلاتو د وزارت د انسجام کمېټې له خوا تاید شوی ما په غور سره په هر اړخيزه توګه مطالعه او خپل نظر په لاندې توګه څرګندوم.

کتاب په دوو برخو(د هضمي سېستم ناروغۍ او د پنبستورګو ناروغۍ) په ۲۸۲ مخونو کې ليکل شوی دی.

کتاب په ساده، روانو سوچه پښتو کليمو او جملو کې ليکل شوی او مؤلف کوښښ کړی چې د انګليسي ژبې لغات او کليمې په ساده پښتو ژبه ترجمه تر څو د طب مينه وال ورڅخه اعظمي استفاده وکړي.

د کتاب منځپانګه د داخلي د ډيپارتمنټ او هم د کابل طبي پوهنتون له اثارو څخه غني شوې ده، له بلې خوا د کتاب په منځپانګه کې د دنيا له معتبرو نويو ټکس کتابونو، ژورنالونو او انټرنېټ څخه پوره معلومات ځای پر ځای شوي، چې د همدې کبله له يوې خوا د محصلينو ستونزې دلکچر له پلوه له منځه تللي او له بلې خوا د ډاکټرانو او محصلينو د استفادې لپاره يو ښه ماخذ ګڼل کېږي. همدا رنګه دا کتاب دځلورم ټولګي د کاريکولم سره سم په ښه توګه ليکل شوی، چې ټول محصلين ورڅخه د هضمي سيستم او پنبستورګو ناروغيو په هکله پوره معلومات تر لاسه کولی شي.

بايد يادونه وکړم چې په کتاب کې د موضوعاتو د ښه روښانه کولو لپاره انځورونه او جدولونه په مناسبو ځايونو کې ځای پر ځای شوي، چې په دې وسيله د طب مينه وال ورڅخه پوره ګټه اخېستلی شي، په اخر کې بايد ووايم چې ښاغلي ډاکټر سيف الله ((هادي)) د کتاب په ليکلو کې پوره زحمت ګاللی او د پوهندويې علمي رتبې څخه يې د پوهنوالۍ علمي رتبې ته د ارتقا لپاره د نورو شرايطو د پوره کولو تر څنګ کافي بولم او له الله (ج) څخه ده ته په علمي ډګر کې لازيات بريالیتوبونه غواړم.

په درنښت

پوهاند ډاکټر عبدالواحد ((الکوزی))

د داخلي ډيپارتمنټ استاد

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

یادونه

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه ګڼل کیږي. ددې ستونزې د هواړه لپاره مورږ په تېرو دوو کلونو کې د ننګرهار، کندهار، بلخ اوخوست د طب پوهنځیو د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) له خوا ۲۵ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځیو ته ورکړل شول. د هېواد د پوهنتونونو، لوړو زده کړو وزارت او آلمان په غوښتنه مورږ خپل دغه پروګرام نورو پوهنتونونو او پوهنځیو ته هم غځوو.

د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د ۲۰۱۰ـ۲۰۱۴ 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 پښتو او دري 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 استاذان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او استاذان له ډېرو ستونزو سره مخ دي، دوی په زاړه مېتود تدریس کوي، محصلین او استاذان نوي، تازه او عصري معلومات په واک کې نلري، درسي میتود ډېر زوړ دی، محصلین له کتابونو او هغه چېپټرونو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټیټ کیفیت کاپي کېږي. لکه څنګه چې زمورږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځیو ته لازیاته پاملرنه وشي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ددې ستونزې د حل لپاره هغه ګټور کتابونه چې د طب پوهنځيو د استادانو لخوا ليکل شوي، بايد راټول او چاپ شي، په دې لړ کې مو د ننګرهار، کندهار، بلخ،خوست او هرات له طب پوهنځيو څخه درسي کتابونه ترلاسه او چاپ کړي، چې دغه کتاب يې يوه نمونه ده.

څرنګه چې د کتابونو چاپول زمونږ د پروګرام يوه برخه ده، غواړم دلته زمونږ 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 يوه برخه ده. مونږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چېپټر او نوټ ورکولو دوران ختم شي.

۲. د نوي مېتود او پرمختللو وسايلو په کارولو سره تدريس

د ننګرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځی يوازې د يو پراجيکټور درلودونکې وو، چې په ټول تدريس کې به تر ډېره ګټه اخيستل کېده او ډېرو استادانو به په تيوريکي شکل درس ورکاوه. تير کال مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځيو ټولو تدريسي ټولګيو کې پروجکټرونه نصب کړو.

۳. د هېدل برګ پوهنتون په نړيوال طب کې ماستري

په نظر کی ده چې د هېواد د طب پوهنځيو د عامې روغتيا د څانګو استادان د جرمني هيدل برګ پوهنتون ته د ماستری لپاره ولېږل شي.

۴. د اړتياوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځيو روان وضيعت (اوسنی ستونزې او راتلونکي چلنجونه) وارزول شي، او بيا ددې پر بنسټ په منظمه توګه اداري، اکاډمیک کارونه او پرمختيايي پروژې پلې شي.

۵.کتابتونونه

په انګليسي ژبه په ټولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړيوال معياري کتابونه د پوهنځيو کتابتونونو ته وسپارل شي.

۶. لابراتوارونه

په هر طب پوهنځي کې بايد په ښه ښه برخو کې لابراتوارونه موجود وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۷. کدري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هېواد هر طب پوهنځي بايد کادري روغتون ولري او يا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلينو لپاره د عملي زده کړو زمينه برابره شي.

۸. ستراتيژيک پلان

دا به ډېر ګټور وي، چې د طب هر پوهنځي د اړونده پوهنتون د ستراتيژيک پلان په رڼا کې خپل ستراتيژيک پلان ولري.

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 چيټرونه اډېټ او د چاپ کولو لپاره يې تيار کړي.

او زمور په واک کې يې راکړي، چې په ښه کيفيت يې چاپ او په وړيا توګه يې د محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنګه د پورته يادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړانديزونه مور ته په لاندې آدرس وسپارئ، څو په ګډه اغيزمن ګامونه واخلو.

له ګرانو محصلينو هيله کوم، چې په يادو چارو کې له خپلو استادانو او مور سره مرسته وشي.

د آلمان د اکاډميکو همکاريو ټولنې DAAD مؤسسې څخه ډېره منnه کوو، چې تر اوسه يې د ۲۵ طبي درسي کتابونو د چاپ او په پينځو طب پوهنځيو (ننګرهار، خوست، کندهار، هرات او بلخ) کې د پروجکټرونو لګښت په غاړه اخيستی.

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 منnه کوم، چې په ورين تندي يې د دغه کتاب د چاپولو لګښت منلی دی او د لانورو مرستو وعده يې کړې ده.

په افغانستان کې د کتابونو په چاپ کې د لوړو زدکړو وزارت همکارانو، د پوهنتونونو او پوهنځيو له رييسانو او استادانو مرستې د قدر وړ بولم او مننه وی يم.

ډاکتر يحيی وردګ
د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۱ م، اکتوبر
دفتر تليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰، موبايل تليفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴
ايميل: wardak@afghanic.org

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

لیکلړ

لومړی برخه

دهضمي سیستم ناروغي

سرلیک مخ

سرلیکنه ۱

دمری التهابي ناروغی

پیژندنه ۲

اپیدیمولوژي ۲

پتوفزیولوژي ۲

کلینیکي بڼه ۴

توپیري تشخیص ۵

اختلاطات ۵

دمری انتاني التهاب ۱۰

د درملو له کبله دمری التهاب (Drug induced esophagitis) ۱۲

دسوزونکو توکو له کبله دمری التهاب (Caustic esophageal injury) ۱۳

اکلیژیا (Achalasia)

پیژندنه ۱۴

پتوفزیالوژي ۱۴

کلینیکي بڼه ۱۴

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

تشخیص ۱۵
درملنه ۱۲

ګاسترایتس او ګاستروپاتي (Gastritis and gastropathy)

پیژندنه ۱۸
ویشنه ۱۸
حاد ګاسترایتس ۱۸
حاد اروسیف او هیموراژیک ګاستروپاتي ۱۹
سټریس ګاستروپاتي ۲۰
NSAIDs له کبله ګاسترایتس ۲۰
الکولیک ګاستروپاتي ۲۱
پورټل هایپرټنسیف ګاستروپاتي ۲۱
تشخیص ۲۱
توپیري تشخیص ۲۱
دحاد ګاسترایتس مخنیوی ۲۲
درملنه ۲۲
دایچ پیلوري له کبله حاد ګاسترایتس ۲۳
ځنډنی اتروفیک ګاسترایتس ۲۴
ټایپ ای ځنډنی اتروفیک ګاسترایتس ۲۴
ټایپ بي ځنډنی اتروفیک ګاسترایتس ۲۵
دګاسترایتس ځانګړي ډولونه ۲۲
اتاني ګاسترایتس ۲۲
لمفوسایتیک ګاسترایتس ۲۲

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ازونوفیلیک ګاسترایتس ۲۶
ګرانولوماتوز ګاسترایتس ۲۷

پیپتیک السر (Peptic Ulcer)

پیژندنه ۲۸
اپیدیمولوژي ۲۸
دمعدې فزیالوژي ۲۹
دمعدې او اثناعشر ویجاړونکي فکتورونه ۳۱
دمخاطي طبقی دفاعي او دبیا رغونې سیستم ۳۲
لاملونه ۳۳
هیلیکوبکترپایلوري له کبله پیپتیک السر ۳۳
ایچ پیلوري او پیپتیک السر ۳۳
پیپتیک السر او نن ستروئید التهاب ضد درمل ۳۶

داثناعشر تپ (Duodenal ulcer)

کلینیکي بڼه ۳۸
تشخیص ۴۰
توپیري تشخیص ۴۱

دمعدی تپ (Gastric ulcer)

لاملونه او پتوجنیزس ۴۲
کلینیکي بڼه ۴۳
درملنه ۴۳
اختلاطات ۴۹
دمعدې او کولمو وینه بهیدنه (Gastrointestinal bleeding) ۴۹

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دمعدې دبهرنی فوحی بندښت (Gastric outlet obstruction) ۵۷
Zollinger Ellison's Syndrome(ZES) ۵۸
پتوفزیالوژي ۵۹
تشخیص ۶۰
توپیري تشخیص ۶۱
درملنه ۶۱

بدهضمي (Dyspepsia)

پیژندنه ۶۲
درد ۶۳
نن السر دیس پیپسیا ۶۹
دزړه سوځیدنه ۷۰
دخوړو نه زغمل ۷۱
دمعدی او کولمو ګازي سندروم (Gastro intestinal Gas Syndrome) ۷۲
تشخیص ۷۴
درملنه ۷۵

Irritable Bowel Syndrome(IBS)

پیژندنه ۷۶
اپیدیمولوژي ۷۶
پتوفزیالوژي ۷۶
کلینیکي بڼه ۷۷
تشخیص ۷۹
توپیري تشخیص ۸۰

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

درملنه ۸۰

دمعدی اډینو کارسینوما (Gastric Adeno Carcinoma)

اپیدیمولوژي ۸۳

لاملونه ۸۳

پتوجنیزس ۸۴

پتالوژي ۸۵

کلینیکي بڼه ۸۶

تشخیص ۸۷

Stages ۸۸

دمعدې لمفوما ۹۱

تشخیص ۹۱

ستیژونه ۹۱

درملنه ۹۱

دکولمو التهابي ناروغۍ (Inflammatory Bowel Diseases)

پیژندنه ۹۲

اپیدیمولوژي ۹۲

لاملونه او پتوجنیزسس ۹۲

السراتیف کولایټس (Ulcerative Colitis)

پیژندنه ۹۴

پتالوژي ۹۴

کلینیکي بڼه ۹۵

لابراتواري پلټنې ۹۷

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

اندوسکوپي ۹۷
رادیوګرافي ۹۷
توپیري تشخیص ۹۸
دالسراتیف کولایتس موضعي اختلاطات ۹۸
دکولمو څخه دباندې اختلاطات ۹۹
درملنه ۱۰۰
انزار ۱۰۳

کرون ناروغي (Crohn's Diseases)

پتالوژي ۱۰۴
کلینیکي بڼه ۱۰۵
تشخیص ۱۰۶
توپیري تشخیص ۱۰۷
درملنه ۱۰۷
انزار ۱۱۰

دځیګر ځندنی التهاب

پیژندنه ۱۱۱
ویشنه ۱۱۱
Chronic Persistent Hepatitis ۱۱۱
Chronic Lobular Hepatitis ۱۱۱
Chronic Active Hepatitis ۱۱۲
ځندنی وایروسي هیپاټیټس ۱۱۲
اتوامیون هیپاټیټس ۱۲۲

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د درملو له کبله د ځیګر التهاب ۱۲۵

ژیړی

پیژندنه ۱۲۸
پتوفزیولوژي او ویشنه ۱۲۸
دبیلروبین میتابولیزم ۱۲۹
کیمیاوي تست ۱۳۱
ان کانجوګیتید هایپر بیلروبینیمیا ۱۳۲
کانجوګیتید هایپر بیلروبینیمیا ۱۳۴
دژیړي دناروغ سره چلند ۱۳۵
دژیړي دلامل د تشخیص لارې چارې ۱۳۲

دځیګر سیروزس (Liver Cirrhosis)

پیژندنه ۱۳۸
دځیګر الکولیک ناروغی ۱۴۲
د Child's Turcotte Pugh ویشنه ۱۴۷
پوست نیکروتیک سیروزس ۱۴۷
صفراوي سیروزس ۱۴۸
لومړنی صفراوي سیروزس ۱۴۸
دویمي صفراوي سیروزس ۱۵۲
دزړه سیروزس ۱۵۳
دځیګر دسیروزس لوی اختلاطات ۱۵۵
پورتل هایپرتنشن ۱۵۴
واریسل وینه بهیدنه (Variceal Bleeding) ۱۵۵

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دتوري غټوالی ۱۵۹
Ascites ۱۶۰
دپریتوان خودسره بکتریایي التهاب(Spontaneous Bacterial Peritonitis) ۱۶۳
هیپاتورینل سندروم ۱۶۴
دځیګر انسفالوپاتي ۱۶۵
نور اختلاطات ۱۶۹
دځیګر بدلول ۱۷۱
انزار ۱۷۱

هیپاتوسیلولر کارسینوما Hepatocellular Carcinoma (HCC)

عمومیات او اپیدیمولوژي ۱۷۲
لاملونه او پتوجنیزس ۱۷۲
پتالوژي ۱۷۳
کلینیکي څیره ۱۷۳
تشخیص ۱۷۴
درملنه ۱۷۵
انزار ۱۷۶

دصفراوي کڅوړې حاد التهاب (Acute cholecystitis)

اپیدیمولوژي ۱۷۷
پتوجنیزس ۱۷۷
پتالوژي ۱۷۷
کلینیکي بڼه ۱۷۸
تشخیص ۱۷۹

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

توپیري تشخیص ۱۸۰
درملنه ۱۸۰
Acalculous cholecystitis ۱۸۱
لاملونه ۱۸۱
پتوجنیزس ۱۸۲
کلینیکي بڼه ۱۸۲
تشخیص ۱۸۲
درملنه ۱۸۲
مخنیوی ۱۹۳
انزار ۱۸۳

دپانکراس ناروغی (Pancreatic Disease)

عمومیات ۱۸۴
حاد پانکراتایتس ۱۸۴
پیژندنه ۱۸۴
اپیدیمولوژي ۱۸۴
ویشنه ۱۸۴
لاملونه ۱۸۵
پتالوژي ۱۸۵
کلینیکي بڼه ۱۸۲
لابراتواري ازموینې ۱۸۸
رادیوګرافي ۱۸۹
تشخیص ۱۹۰

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

اختلاطات ۱۹۰
درملنه ۱۹۱
انزار ۱۹۳

د پانکراس ځنډنی التهاب (Chronic Pancreatitis)

پیژندنه ۱۹۴
اپیدیمولوژي ۱۹۴
لاملونه ۱۹۴
پتوفزیالوژي ۱۹۴
پتالوژي ۱۹۵
کلینیکي بڼه ۱۹۵
تشخیص ۱۹۵
اختلاطات ۱۹۶
درملنه ۱۹۷
انزار ۱۹۸

دپانکراس کنسر (Cancer of the Pancrease)

اپیدیمولوژي ۱۹۸
لاملونه ۱۹۸
پتالوژي ۱۹۸
کلینیکي بڼه ۱۹۹
تشخیص ۲۰۰
دتومورونو ستیژونه ۲۰۰
درملنه ۲۰۱

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

انزار ۲۰۱
Malabsorbtion Syndrome ۲۰۲

دوهمه برخه

دپښتورګو ناروغي

دبولي لارو انتانات The Urinary Tract infection

پيژندنه ۲۱۰
اپيديمولوژي ۲۱۰
پتوجنيزس ۲۱۰
دمثانی حاد التهاب ۲۱۲
حاد پيالونفرايتس ۲۱۴
ځنډنی پيالونفرايتس ۲۱۵
د پروستات حاد بکتريايي التهاب ۲۱۶
دپروستات ځنډنی بکتريايي التهاب ۲۱۷
دپروستات غير بکتريايي التهاب ۲۱۸
حاد اپيديديمايتس ۲۱۹

دګلومیرول غوره ناروغی The Major Glumeropathies

حاد نفريتيک سندروم ۲۲۲
پوست سترپيتوکوکل ګلوميرولونفرايتس ۲۲۴
Anti glomerulor basement membrane glomerulonephritis ۲۲۵
Rapidly progressive glomerolonephritis ۲۲۷
نفروتيک سندروم ۲۲۸

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Asymptomatic abnormalities of the urinary sedemint ۲۳۲
ځنډنی ګلومیرولونفرایتس ۲۴۰

دپښتورګو حاده عدم کفایه (Acute Renal Failure)

پیژندنه ۲۴۲
لاملونه او پتوفزیولوژي ۲۴۲
Intrinsic acute renal failure ۲۴۴
کلینیکي بڼه ۲۴۸
تشخیص ۲۴۹
توپیري تشخیص ۲۵۲
اختلاطات ۲۵۲
درملنه ۲۵۴

دپښتورګو ځنډنی عدم کفایه (Chronic renal Failur)

پیژندنه ۲۵۹
لاملونه ۲۵۹
دیوریمیا پتوفزیالوژي او بیوکیمستري ۲۶۰
کلینیکي بڼه ۲۶۰
لابراتواري ازموینې ۲۶۲
درملنه ۲۶۴
دیالیزس ۲۷۴
هیمودیالیزس ۲۷۵
پریتونیل دیالیزس ۲۷۶
دپښتورګو پیوندول ۲۷۶

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Interstitial Nephritis ۲۷۷
ریفرینس ۲۸۰

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دلوی اوبخښونکي الله په نامه !

سرلیکنه

دلوی، مهربان اوسپیڅلي څښتن تعالی څخه شکر اداء کوم چې دهضمي جهاز او د پښتورګو د ناروغیو تر سر لیک لاندې د درسي دکتاب تالیف توان یي راپه برخه کړ.
څرنګه چې ددې دواړو سیستمونو ناروغۍ زمونږ په هیواد کې په پراخه توګه شتون لري او زیات وګړي ددې ناروغیو له کبله په دوامداره توګه رنځیړي نو دهمدی کبله ددې ناروغیو پتالوژي، لاملونه، کلینیکي بڼه، درملنه ، مخنیوی او انزارو پیژندنه خورا اړینه ده ، دبلې خوا د تنګرهار د طب پوهنځی دداخلی په دیپارتمنت کې دځلورم ټولګي محصلینو ته ددی سیستمونو تدریس د لکچر نوټ او پولی کاپي په توګه تر سره کیږي او کوم تدریسي کتاب د محصلینو په لاس کې شتون نه لري نو دهمدی ستونزی دهواری په پام کې نیولو سره دداخلی دیپارتمنت لخوا دنده راکړل شوه چې یو تدریسي کتاب د پوهندوی علمي رتبی څخه د پوهنوالی علمی رتبی ته د لوړیدو لپاره ولیکم.
ددې کتاب په لیکلو سره به د محصلینو ستونزی هواری او د بلی خوا به د لکچر نوټ او پولی کاپي څخه مخنیوی وشي.
دکتاب مفردات د کریکولم سره سم ترتیب او دطب پوهنځی د علمی شورای اود کابل دانسجام کمیټی لخوا تائید شوی دي.دکتاب مینځ پانګه په روانه پښتو لیکل شوي باید ووایم چې د ناروغیو د بڼه پوهیدلو لپاره جدولونه اوانځورونه په مناسبو ځایونو کې ځای پر ځای شوي دي. د کتاب منځ پانګه دباوري نړیوالو ټکس کتابونو، انټرنیټ، دتنګرهار د طب پوهنځی دداخلی څانګی داستادانو کتابو، رسالو او علمی اثارو په تیره بیا د پوهاند دوکتور محمد ظاهر ظفرزي د عملی اثارو څخه (لکه دهضمي جهاز، ځیګر، صفراوي کڅوړی د پانقراص اودځیګر ناروغیو) او دکابل طبي پوهنتون د معالجوي طب د داخلی څانګی د استادانو د کتابونو څخه بډایه شوی ده.
همدارنګه د پوهاند دوکتور محمد ظاهرظفرزی ، پوهاند دوکتور عبدالواحد الکوزی او پوهاند دوکتور محمد طیب نشاط څخه چې دکتاب په ترتیبولو کې راسره مرسته کړی مننه کوم.او په پای کې دا باید ووایم چی انسان د سهوی او خطاء څخه خالی نه دی نو که ګران لوستونکي دکتاب په متن کی کومه انشایي او املایي تیروتنه وګوري هغه دې په ډیره مینه او اخلاص سره مولف ته راپه ګوته کړي تر څو په بل چاپ کي د هغي د تکرار څخه مخنیوي وشی.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دمرۍ التهابي ناروغۍ

Inflammatory Esophageal Disease
(Gastro Esophageal Reflux Disease)(GERD)

پيژندنه:

ګاسترواز وفاژيل ريفلوکس هغه حالت ته ويل کيږي چې د معدې مينځ پانګه د مرۍ خواته بيرته وګرځي (په نارمل حالت کې هم پيښيږي) او ګيلی نه وي. که انتي ريفلوکس ميکانيزمونه پاتی شي او دمرۍ ښکتنی معاصره په پرله پسی توګه دمعدې دمنځ پانګې سره په تماس راشي او ناروغ ورځخه ګيله من وي نو بيا دا حالت د ګاسترو ازوفاژيل ريفلوکس ناروغی په نوم يادېږي.(۳۲)

دريفلوکس ضد ميخانيکتونه: په درې ډوله دي:

۱- دمرۍ ښکتنی معصره: دا معاصره د مرۍ خواته د معدې دمينځ پانګې د بيرته ګرځيدو څخه مخنيوی کوي.

۲- دمرۍ هغه برخه چې په ګيډه کې ده: دمرۍ هغه برخه چې د حاجز د پردې څخه تيريږي او ګيډې ته دننه کيږي د دسام (Valve) په ډول ده او د مرۍ د ښکتنۍ معاصرې د تون په زياتوالي کې مرسته کوي.

۳- د مرۍ دويمي استداري حرکتونه: دا دمرۍ په پاکولو کې مرسته کوي.(۳۲، ۳۸)

اپيديمولوژي:

GERD دمعدې او د کولمو يوه غوره ناروغی ده چی لږ تر لږه ۱۵ سلنه رنځوران په اونۍ کې يوځل او ۷ سلنه (په تيره اميدواره ښځې) هره ورځ د زړه سوي او ريګورجيتيشن څخه ګيله من وي. د GERD ۴۸-۷۹ سلنه ناروغان ازو فاژيتيس لري چې ددې څخه ۳-۴ سلنه ټولو خلکو کې او ۵ سلنه په هغه ناروغانو کې چې عمر يې ۵۵ کاله اويا ددې څخه پورته وي مينځته راځي په دواړو جنسونو کې نژدې يو برابر وي.(۴۱)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پتوفزيولوژي: لاندې فکتورونه د GERD په مينځته راتلو کې ونډه لري.

۱- دمرې د ښکتنۍ معاصرې ابنارملتيا:

په نارمل ډول دمرې د ښکتنۍ معاصرې ټون زيات وي چې دمرې د تيرولو په وخت کې استرخاء کوي. هغه ناروغان چې په GERD اخته وي دمرې د ښکتنۍ معصرې ټون يې کميږي او ريفلکوس هغه وخت مينځته راځي چې دګيډې دننه فشار لوړ شي.

په هغو خلکو کې چې دمعاصرې ټون يې نارمل وي ريفلوکس هغه وخت پيدا کيږي چې دمعصرې د استرخاء پيښيدل يې ډير وي. (۳۸)

۲- چوره

هياتوس هيرنيا يوه اناتوميکه ناروغي ده چې پدې ناروغۍ کې د معدې يوه برخه په ګوګل کې ننوزي. کله دمعدې يوه برخه د حاجز د پردې له لارې ګوګل ته ننوزي نو دسلائيډينګ هيرنيا او که د ګاستروازوفاژيل جنکشن دننه شي دپارا ازوفاژيل يا رولينګ هيرنيا پنوم يادیږي.

چوره ۳۰ سلنه په هغه کسانو کې پيدا کيږي چې عمر يې د ۵۰ کالو څخه ډير وي.

- زياتره پيښو کې ګيلې نه وي.
- د زړه سوځيدل اوريګورجيتيشن هغه وخت پيدا کيږي چې د چورې سره ريفلوکس مل شي.
- کله کله لويه پاراازوفاژيل چوره د معدې د Volvulus (Strangulation) لامل کيږي چې ناروغ ته د ټټر سخت درد پيدا کيږي او بيړنۍ جراحي درملنې ته اړتيالري.

هياتوس چوره ځکه د ريفلوکس لامل کيږي چې د ټټر او ګيډې تر مينځ د توپيري فشار دمينځ ته راتلو لامل ګرځي او هم هغه زاويه چې دکاردیا اومری تر مينځ ده له مينځه ځي.د ريفلوکس ګيلې په هغه رنځورانو کې پيدا کيږي چې د چورې سورۍ يې لوی وي. ځينو رنځورانو کې چوره وي خو ګيلې نه وي او ځينو کې چوره نه وي خو ګيلې وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

خو په ډيرو ناروغانو کې چې ازوفاژيتس، باريت ازوفاګس يا پيپتيک تنګوالی مينځته راغلی وي هياتوس چوره لري.

۳- د مرۍ د پاکيدو ځنډوالی:

په ازوفاژايتس کی د مرۍ استداري حرکتو نه نيمګړي وي خو که دمرۍ دپاکوالي دنده خرابه وي نو دمرۍ مخاطي طبقه په پرله پسی ډول د اسيد سره په تماسيږي.

۴- دمعدې مينځ پانګه : دمعدی تيزاب د مرۍ دمخاطي طبقي د غوره مخرشاتو څخه دي.

۵- دمعدې د تشيدو نيمګرتيا:

په GERD کې دمعدی تشيدل ځنډيږي چې لامل يې څرګند نه دی.

۶- دګيډې دننه فشار لوړوالی:

اميدواري، چاغوالی، اسايتس، زيات خوړل د GERD برابرونکي فکتورونه دي دوزن بايللو سره ګيلې له منځه ځي.

۷- دخوړو او چاپيريالي فکتورونه:

غـــوړ، چـــاکليت، سګرت، کـــافي، الکـــول، نايتريت، انتي کـولي نرجيک، نايتريت، بيتاادرينرجيک، امينوفيلين، کلسيم کانال بلاکر او سيلډينافيل دمرۍ د ښکتنۍ معصرې د استرخاء لامل کيږي. همدرانګه ځينې نور فکتورونه لکه زياتې کانګې، نازوګاسټريک تيوب ، اسکليرودرما، د ډوډۍ خوړلو څخه وروسته ژر ځملاستل د GERD لامل کيږي. (۳۷)

کلينيکي بڼه:

۱- دزړه سوزش: دزړه سوځيدل د GERD ځانګړې کلينيکي ګيله ده چې د ډوډۍ خوړلو څخه ۳۰-۲۰ دقيقې وروسته پيداکيږي.د تيوغيدو، زور وهلو او ځملاستلو سره زياتيږي. د انتي اسيد، سودا خوړل او کښيناستلو سره غلې کيږي.درد دمرۍ د ليرۍ عضلاتود سپزم له کبله وي چې غاړې، ژامو، متو او شاه خواته خپريږي. د ګيلو اوازوفاژيتس تر مينځ اړيکې نيمګړي وي يانې کله ګيلې شديدې وي او افت لرې وي او په سرچپه ډول

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کله ګیلي لرې او افت شدید وي خو په ناروغ کې وینه لرونکی کانګې او داوسپنې دکموالي وینه لرې د ځنډنۍ وینې بهیدنې له کبله منځته راځي. (۳۲، ۳۸)

۲- ریګورجتیشن :(Ragurgitation)

هغه حالت ته وایي چې دمعدې تیزاب او خواړه خولې ته راشي په تیره کله چې ناروغ ستونی ستاغ پریوځي یا توغ شي اوکه چیری توکي هوایي لارو اوسږو ته دننه شي نو د اسپریشن نمونیا اونکچورنل استما لامل کیږي.

۳- واټربرش: دلاړو زیاتوالي ته وایي او هغه وخت پیداکیږي چې تیزاب مرۍ ته دننه شي او په عکسوي ډول د لاړو غدوات وپاروي.(۳۸)

۴- ډیس فاژیا :(Dyspgagia)

ډیسفاژیا یو پر دري رنځورانو کې وي چې ایروسیف ازوفاژیټس، دمرۍ د استداري حرکتونه د خرابوالي اویا دمرۍ د تنګوالي له کبله مینځته راځي.

د GERD غیر وصفي ګیلې عبارت دي له استماء، ځنډني ټوخي،د لرنکس التهاب، دستوني درد او دزړه د غیر وصفي دردونو څخه .(۳۷)

توپیري تشخیص:

GERD دلاندې ناروغیو څخه توپیریږي.

۱- دمرۍ حرکي ناروغۍ.

۲- پیپټیک ټپونه.

۳- انجینا پیکتورس.

۴- وظیفوي دس پیپسیا.

۵- د درملو له کبله دمرۍ التهاب.

۶- د وړانګو له کبله دمرۍ التهاب.

۷- انتاني ناروغۍ (سایتومیګالو وایرس، هرپس، کندیدا) (۳۷)

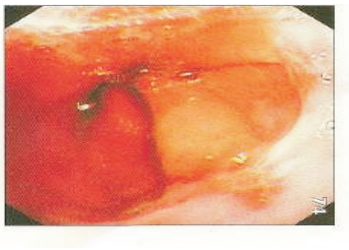
اختلاطات:

۱- دمرۍ التهاب :

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ازوفاژايتس دشدت له پلوه دخفيف څخه تر شديد حالت ، وينه ورکوونکو تېپونو او تنګوالي پورې پرمختګ کوي. د ګيلو، هستولوژيکو او اندوسکوپيکو نښو تر مينځ يې اړيکې کمې دي خو کيدای شي چې په GERD کې اندوسکوپي او هستولوژي نارمل وي.(۳۸)



(۱-۱) شکل کې ازوفاژايتس ښودل شويدی(۲۷)

۲- باريټ ايزوفاګس (Barrett Esophagus)

دايوپري ملګننټ ناروغي دی چې د ځنډنې ريفلوکس له کبله دمرۍ سکواموز اپي تيليوم په کلومنار اپي تيليوم ميتاپلازيا کوي.

د ځنډنې ريفلوکس ۱۰ سلنه رنځورانو کې مينځته راځي دمرۍ د ادينو کارسينوما لپاره برابرونکي فکتور دی.که چيرې په اندوسکوپي کې د معدې څخه پورته اودمرۍ په ليرۍ ښکتنۍ برخه کې دمعدې اپي تيليوم ته ورته د ژېې يا ګوتې په شان جوړښت وليدل شي په باريت ازوفاګس باندې ګمان کيږي چې تشخيص يې د بايوپسي په واسطه تر سره کيږي.په باريټ ازوفاګس کې د ريفلوکس له ګيلو (زړه سوځيدل او ريګورجتيشن) څخه پرته نورې ګيلې نه وي. کله کله دسفاژيا د مرۍ د حرکي ناروغيو له کبله وي.

په يو پردې رنځورانو کې دتيزابو په وړاندې باريټ اپي تيليوم دحساسيت دکموالي له امله ګيلې کمې اويا نه وي. ۹۰ سلنه څخه زيات ناروغان د درملنې لپاره نه ګرځي.

دباريت ازوفاګس اختلاطات عبارت دي له : دمرۍ د تنګوالي، زخمونو، وينې بهيدلو، ادينوکارسينوما اودمعدې دکارديا د برخې د تومورو څخه. د باريت

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ازوفاګس ناروغان د اوږدې مودې لپاره د پروتون پمپ نهي کوونکو درملو سره درملنه کيږي.

جراحي درملنه يې فنډوپليکيشن دی. داندوسکوپي دلارې باريټ اپي تيليوم د فوتوډای نامیک تراپي پرمټ له مينځه ځي چې يوازې هغه ناروغانو کې کارول کيږي چې اختلاطات يې ورکړی وي.

هر هغه ناروغ کې چې د ريفلوکس ګيلې يې دپنځو کالو څخه ډير پايښت وموميي بايد د باريټ ازوفاګس دمينځته راتګ لپاره اندوسکوپي شي او باريټ ازوفاګس په هر درې کالو کې د دسپلازيا يا ادينو کارسينوما لپاره وکتل شي.(۳۸)

۳- دمرۍ سليم تنګوالی:

دمرۍ فبروزي تنګوالی په ۱۰ سلنه پيښو کې د اوږدې مودې ازوفاژايتس په پايله کې مينځته راځي. په هغه ناروغانو کې پيداکيږي چې عمر يې د ۲۰ کلنۍ څخه پورته او دمرۍ استداري حرکتونه يې کمزوري وي. ناروغان متناوبه دس فاژيا لري او د کلکو خوړو په وړاندې د زړه سوځيدو تاريخچه شته وي خو کله چې مرۍ تنګه شي دزړه سوځيدل ورک کيږي ځکه چې دتيزابو د ريفلوکس په وړاندې خنډ پيداکيږي.

دمرۍ تنګوالی د اندوسکوپي پرمټ پيژندل کيږي اود خبيثه افاتو څخه يې توپير دبايوپسي پرمټ کيږي. ستريکچر دپراخوونکي بالون پواسطه پراخيږي او دبيا دمينځ ته راتګ د مخنيوي لپاره پروتون پمپ بلاکر ورکول کيږي. (۳۸)

۴- انيميا

که چيرې د ازوفاژيتس موده اوږده شي نو د ځنډنۍ وينې بهيدنې له امله د اوسپنې دکموالي وينه لږۍ لامل کيږي. (۳۸)

۵- دمعدی وال وولس (Gastric Valvolus)

کله کله دسينې دننه لويه هياتوس چوره په خپله په ارخيز محور باندې تاوويږي او ګاستريک وال ولوس لامل کيږي چې دادمرۍ يامعدې دپوره بندښت لامل کيږي چې په دې صورت کې ناروغ د کانګو، دسينې د شديد درد اوډس فاژيا څخه ګيله لري

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

چې تشخيص يې دسينې د راديوګرافي (په سينه کې هوايي پوکانې وي) او دباريوم د تيرولو پر مټ تر سره کيږي. ډيرۍ ناروغان په خپله ښه کيږي خو جراحي درملنه دبيرته ګرځيدو څخه مخنيوی کوي. (۳۸)

پلټنې:

ځوان ناروغان چې د زړه دسوځيدلو او دريګورجتيشن ځانګړې ګيلې ولري خو شديدې ګيلې لکه ډډسفاژيا، وزن بايلل او انيميا ورسره نه وي د پلټنو څخه پرته درملنه کيږي. او که چيرې ناروغ د منځنۍ عمر خاوند او يا زوړ وي ګيلې يې وصفي نه وي اويا د اختلاطاتو ګمان شته وي نو لابراتواري پلټنې ترسره کيږي.

اندوسکوپي يې ټاکلی ازمويښه ده چې ددې پرمټ دمعدې معايي دپورتنۍ برخې د ناروغيو سره توپيري تشخيص ترسره کيږي او اختلاطات يې پيژندل کيږي.

که داندوسکوپي سره تشخيص څرګند نه شو اويا جراحي درملنې ته اړتيا وي نو د مرۍ ۲۴ ساعته پي،ايچ اندازه کيږي پدې کړنه کې د پي،ايچ د څرګندولو لپاره يو تيوب مرۍ ته دننه او دمرۍ او معدې د يوځای کيدو د برخې څخه پورته برخه کې اينبودل کيږي. دمرۍ پي، ايچ او د درد يرغلونه ثبتيږي. که چيرې د څيړنې دوخت څخه (چې ناروغ تر څيړنې لاندې دی) د ۲-۷ فيصدو څخه زياته موده کې د مرۍ پي، ايچ د ۴ څخه کم وي نو د ريفلوکس نښودنه کوي.

ايزوفاجيل مانومټري په لاندې حالتو کې بايد ترسره شي:

۱- د پي ايچ پروب دننه کولو څخه مخکې دمرۍ د معاصری دځای څرګندولو لپاره.

۲- په هغه ناروغانو کې چې دانتي ريفلوکس جراحي کړنې ته يې اړتيا وي. (۳۸)

درملنه:

د درملنې موخه د ګيلو کمول ، دګريدلي ازوفاژيتس رغول او د اختلاط د مينځته راتګ څخه مخنيوی دی. (۳۸، ۳۷)

لږ ګيلې لرونکي ناروغان په لاندې توګه درملنه کيږي.

۱- دژوند د بڼې بدلول : (Life Style Modification)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ناروغ بايد دري ساعته وروسته د ډوډۍ خوړو څخه څملي. دخوب په وخت کې يې سر د ۲ انچو په اندازه پورته وي، په ګيدې باندې فشارونه لرې شي.

رومیان، ستړیوس میوې، مساله لرونکي خواړه، کافي، غوړ، چاکلیت،مرچ، انتي کولي نرژیک درمل او کلسیم کانال بلاکر درمل ونه خوری، د ډوډۍ د خوړلو په وخت کې زیاتې اوبه ونه څښي، سګریت او الکول کارول پریږدي، وزن باید کم شي، د ډوډۍ خوړلو څخه وروسته ټوغ نه شي، لږه ډوډۍ وخوړل شي.

۲- درملیزه درملنه: انتي اسیدونه، الجینات انتي اسیدونه (ګاویسکان)، ایچ دوه رسیپتور انتاګونیست (لکه Cimetidine ۲۰۰ ملي ګرامه، Ranitidine او Nizatidine ۷۵ ملي ګرامه، یا Fomatidine ۱۰ملي ګرامه څخه دورځې یوځل) کارول کیږي.

دمنځني ګیلو لرونکو ناروغانو لپاره (ګیلې هره ورځ یا په اونۍ کې څو ځله پیداکیږي) اچ دوه رسپتور انتاګونیست (سمیتیدین ۴۰۰-۸۰۰ ملي ګرامه رانیتدین او نیزاتیدین ۱۵۰ ملي ګرامه یا فوماتیدین ۲۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله) ورکول کیږي.

که د ایچ دوه ریسپتور انتاګونست سره د ۱۲ اونیو په موده کې ښه والی پیدا نه شونو proton pump inhibitor (PPi) درمل لکه Omeprazol یاRabeprazol ۲۰ ملي ګرامه، Lansoprazol ۳۰ ملي ګرامه یا Esomeprazol یا Pantoprazol ۴۰ ملي ګرامه دورځې یوځل، د ۸-۱۲ اونیو لپاره ورکول کیږي وروسته لدې څخه درول کیږي.

PPi دورځې یوځل کې ۸۹% او دورځې دوه ځلو کې ۹۵% اغیزمن دی.

۸۰ سلنه ناروغانو کې د پي،پي،ای د درولو سره دیو کال په موده کې په تیره اولو دریو میاشتو کې ګیلې بیرته راګرځي چې په دې صورت کې د اوږدې مودې پورې درملنه کیږي.

هغه ناروغان چې شدید ازوفاژایتس، باریټ ازوفاګس یا پیپټیک سټریکچر لري تر هغه پورې پي،پي، ای یا ایچ دوه رسپتور انتاګونست ورکول کیږي تر څو چې ګیلې ورکې شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲۰ سلنه ناروغانو کې دګيلو دغلي کولو لپاره پي،پي، ای په لوړه اندازه (دوه يا دري واري) ورکولې شو. دمرۍ څخه دباندې د ريفلوکس د ګيلو د اراموالو لپاره پي، پي، ای دورځې دوه ځله د ۲-۳ مياشتو لپاره کارول کيږي.

۱۰-۲۰ سلنه ناروغان د ورځې يوځل او ۵% دورځې دوه ځلو پي،پي، ای سره ځواب نه وايي نو دا ناروغان بايد د زولنجر ايليسن سندروم، د درملو له کبله دمرۍ التهاب د درمل په وړاندې د زغم نه شتون او د پي،پي، ای په وړاندې د ټينګار لپاره ولټول شي. همدارنګه د همدې ناروغانو دمرۍ پي، ايچ کتل کيږي چې ايا ګيلې د اسيد ريفلوکس پورې اړه لري او که نه.

که دمرۍ پي،ايچ نارمل وي نو بيا د ټيټ دوز ترای سايکليک انتي ډيپريسانت (ايمپيرامين يا نرتريپتالين ۲۰ ملي ګرام) دخوب په وخت کې ورکول کيږي. (۳۸،۳۷)

جراحي درملنه:

انتي ريفلوکس جراحي درملنه په لاندې حالاتو کې تر سره کيږي.

۱- که چيرې طبي درملنه اغيزمنه نه وي.

۲ -هغه ناروغان چې پروتون پمپ نهی کوونکی درمل د اوړدې مودې لپاره نه خوښوي.

۳- په هغه حالاتو کې چې ريګورجتيشن د ناروغانوغوره ګيله وي.(۳۸)

دمرۍ انتاني التهاب (Infectious Esophagitis)

انتاني ازوفاژيتس زياتره په معافيت ځپلو ناروغانو (لکه ايډز، لوکيميا،دکلکو غړو ترانس پلانټيشن ، معافيت ځپونکي درمل اخيستونکي) کې مينځته راځي غوره لاملونه يې عبارت دي له کنديدا البيکان، هيرپس سمپلکس او سايتوميګالو وايرس څخه. همدارنګه کنديدا البيکان په ناکنترول شوي ديابيتس، د سيستميک کورتيکوسټروئيدو ، انتي بيوتيکو ، او د وړانګو د درملنې لاندې ناروغانو کې مينځته راځي. هيرپس سمپلکس په روغو کسانو کې هم مينځته راتلای شي.(۳۷)

کلينيکي بڼه:

دانتاني ازوفاژيتس ګيلې عبارت دي له ډسفاژيا، اوډينوفاژيا اود ټټر دهډوکي لاندې درد څخه.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د کنديدا البيکان ډيرې ناروغان ګيلې نه لري. ټپونه په کنديدا البيکان کې ۷۵سلنه او په وايروسي ازوفاژيتس کې ۲۵-۵۰ سلنه وي. په سايتوميګالو انتان کې پر ازوفاژيتس سربيره ښايي دبدن په نورو برخو لکه رتينا او کولون کې هم پتالوژي وي.

دهيرپس سمپلکس ازوفاژيتس سره کله کله د شونډو ټپونه (Herpes labialis) هم مل وي.(۳۷)

لابراتواري پلټنې:

دناروغۍ د پوره تشخيص لپاره اندوسکوپي سره بايوپسي او برش (دمايکرو پيالوژيک او هستولوژيک کتنو لپاره) تر سره کيږي. د کنديدا البيکان ازوفاژايتس په اندوسکوپيکو کتنو کې په مرۍ کې خواره خطي، سپين، ژيړ رنګه پلاکونه چې دمخاطي پردې پورې نښتې وي ليدل کيږي.

په سايتوميګالو وايرس کې ديو څخه تر څو دانو پورې لوی سطحي ټپونه ليدل کيږي.

په هيرپس ازوفاژيتس کې بې شميره کوچني ژور ټپونه وي.

درملنه

الف: کانديداالبيکان له کبله دمرۍ التهاب

۱- اورو فرنجيل کانديازس لپاره Clotrimazole ترشونه (۱۰ ملي ګرامه دورځې پنځه ځله په خوله کې کارول کيږي) يا نستاتين سسپنشن (۵۰۰۰۰۰ يونټه دورځې پنځه ځله).

۲- دمرۍ کنديديازس لپاره پراخه اغيزه لرونکي انتي فنګل لکه فلوکونازول ۱۰۰ ملي ګرامه دخولې دلارې دورځې يوځل د ۱۲-۱۴ ورځو لپاره کارول کيږي.

که چيرې ۷-۱۴ ورځو په موده کې درملنه ناکامه شوه نو اندوسکوپي د برشنګ، بايوپسي او کرنې سره تر سره کيږي تر څو کوم بل انتان (سايتوميګالو وايرس يا هيرپس وايرس) نه وي.(۳۷)

د فلوکونازول دناکامۍ په صورت کې د Itraconazole سسپنشن د ورځې ۲۰۰ ملي ګرامه يا واري کونازول ۲۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله کارول کيږي. که چيرې د دوی سره هم ټينګار رامينځته شي نو بيا درګ د لارې Caspofungine دورځې ۵۰ ملي ګرامه يا امفوتيراسين بي دورځې ۳،.- ۷،. ملي ګرامه نظر په کيلو ګرام وزن دبدن کارول کيږي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ب: د سايتوميگالو وايرس له کبله دمری التهاب:

Ganciclovir ۵ ملي ګرامه په کيلو ګرام وزن دبدن د ورید دلارې هر دولس ساعته وروسته د ۳-۲ اونيو لپاره ورکول کيږي. نتروپنيايي اړخيزې اغيزې دي.

کله چې ګيلې ورکې شوې دخولې دلارې Valgoanciclovir ورپسې ورکول کيږي چې ۹۰۰ ملي ګرام دورځی يوځل کارول کيږي. (۳۷)

که چيري ناروغ ښه نه شو اويا ګن سايکلووير يې زغملای نه شو نو Foscarnet ۹۰ ملي ګرامه په کيلو ګرام وزن دبدن درګ دلارې هر دولس ساعته وروسته د ۳-۲ اونيو لپاره ورکول کيږي.

ناوړه اړخيزې اغيزې يې دپښتورګو بې وسي، هايپوکلسيميا او هايپو مګنيزيما دي.

ج: هرپس سمپليکس وايرس له کبله دمری التهاب:

معافيت لرونکی ناروغان په ګيله ايزه توګه درملنه کيږي د وايرس مخه نيوونکي درمل ته اړتيا نشته.معافيت ځپلو ناروغانو ته اسايکلووير ۴۰۰ ملي ګرامه دخولی دلارې دورځې پنځه ځله يا ۲۵۰ملي ګرامه پر متر مربع درګ دلارې هر ۸-۱۲ ساعته وروسته د ۷-۱۰ ورځو لپاره ورکول کيږي. (۳۷)

Famciclovir ۲۵۰ ملي ګرامه دورځې درې ځله اوValaciclovir يو ګرام دورځې دوه ځله ورکول کيږي خو د Aciclovir په پرتله ګران دی.

که چيرې درملنه ناکامه شوه فوس کارنيټ ۴۰ ملي ګرامه په هر کيلو ګرام وزن دبدن درګ دلارې هر اته ساعته وروسته د ۲۱ ورځو لپاره ورکول کيږي.(۳۷)

انزار:

ډيری انتاني ازوفاژيتس داغيزمنی درملنې سره بشپړ ښه کيږي که دبدن ټينګار ښکته وي ښايي چې ناروغی بيرته راوګرځي.(۳۷)

د درملو له کبله دمری التهاب (Drug induced Esophagitis):

يو شمير درمل دمری د مخاطيطبقې سره دنبغ په نيغه د پرله پسی تماس له امله مری خرابوي چې غوره يې عبارت دي له: نن ستروئيد د التهاب ضد درمل ، پوتاشيم کلورايد، کـــــنيدين، زيل سيتابين،اوسپنه، ويتامـــــين سي، تتراسکلين، دوکسي سايکلين، او

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينډ اما يسين څخه. افت هغه وخت مينځته راځي کله چې درمل په ملاستې اويا بې له اوبو څخه وخوړل شي. (۳۷)

په بستر باندې پراته ناروغان ډير تر خطر لاندې دي. ګيلې يې عبارت دي د سينې د هډوکي لاندې درد، اوډينوفاژيا او دسفاژيا څخه چې دګولۍ خوړلو څخه څو ساعته وروسته پيدا کيږي. ګيلې ناڅاپه شروع کيږي چې تر څو ورځو پورې دوام مومي. په ځينو ناروغانو کې لکه زاړه کسان درد لږ وي خود دس فاژيا څخه ګيله من وي.

که چيرې اندوسکوپي ترسره شي په مرۍ کې يو يا څو خواره سربيرن يا ژور تپونه ليدل کيږي. په ځانګړې او شديد ازوفاژيتس کې د تنګوالي ، وينې بهيدنې اوسوري کيدو خطر شته. رغيدل ژر تر ژره د درمل د درولو سره پيدا کيږي. دافت دمخنيوي لپاره درمل بايد داوبو سره وخوړل شي او وروسته دخوړلو څخه ۳۰ دقيقې کيښني.

خطري درمل بايددمرۍ په حرکي تشوشاتو، تنګوالي او دسفاژيا کې ورنکړل شي. (۲۲)

دسوزونکو توکو له کبله دمرۍ التهاب (Caustic Esophageal Injury)

دمرۍ کازتيک ناروغي په ناڅاپي توګه (په ماشومانو کې) يا په قصدي ډول (د ځان وژنې هڅه) دمايعاتو (اسيدونه، کرستالين ، قلويات) دخوړلو څخه پيدا کيږي. دخوړلو څخه يې سم دلاسه ناروغ ته د زړه شديده سوزش، دسينې درد، دسفاژيا، اټکي وهل پيدا کيږي او د اسپريشن څخه يې سترائيډور او ويزينګ مينځته راځي. (۳۷)

اختلاطات يې عبارت دي له : دمرۍ د سوري کيدلو، دمنصف التهاب يا پريتونيتس، د وينه بهيدنې، تنګوالي او ازوفاژيل تراخيل فستولا څخه.اندوسکوپي دمرۍ د سوري کيدو لامل کيږي ښه ازموينه يې د باريوم تيرول دي. درملنه يې ساتونکي ده (درګ دلاړې مايعات، انالجزيک او خواړه). نازوګاستريک لواژ اودخولې دلاړې دميکروب ضد درمل يا انتي دوت نه ورکول کيږي. دخولې دلاړې خوړل ۲-۳ و ذرځې وروسته پيليږي پدې شرط چې ناروغ يې وزغملای شي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

اکلازیا (Achalasia)

پیژندنه:

دمرۍ دښوی عضلاتو حرکي ناروغي ده چې دمرۍ ښکتنی معاصره د مرۍ تیرولو په وخت کې استرخا نه کوي اومرۍ استداري حرکتونه نه لري چې په پایله کې مرۍ پراخیږي. (۳۸،۳۷)

دناروغۍ لامل ښکاره نه ده په هر عمر کې مینځ ته راتلای شي خو په ماشومانو کې ډیره لږه ده.

دځنډني چګس (امریکایي تریپانوزومیازسس) ناروغي د اکلیژیا په شان کلینیکي څرګندونې لري. (۳۸،۳۷)

پتوفزیالوژي:

دمرۍ ددیوال په واګس عصب کې استحالوي بدلونونه منځته راځي او د مای اینټرییک عصبي بنډل ګانګلیونیک ژونکې کمیږي. (۳۲)

نن اډرینرجیک او نن کولینرجیک عصب نظر کولي نرژیک عصب ته لږ اخته کیږي چې په پایله کې دمرۍ ښکتنۍ معصره د تتریک اسید په نه شتون کې استرخاء نه کوي.

په ځینې رنځورانو کې د مای اینتریک بنډل د سطحي ژونکو د ډوپامین انتقالوونکی پروتین په وړاندې انتي بادي وي.(۳۲)

کلینیکي بڼه:

دایوه غیرمعمول ناروغی دی چې ۱:۱۰۰۰۰۰ پری اخته کیږي. بنسټیزې ګیلې یې عبارت دي له ډسفاژیا، دسینې درد او ریګورجتیشن څخه. نیمایي ناروغانو کې د تټر د هډوکي لاندې درد وي چې دخوړو دخوړلو او د تمرین سره تړاو نه لري څو ساعته دوام مومي چې په ځوانانو کې زیات وي چې د ویګورس اکلازیا په نوم یادیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ریګورجتیشن او دسړو اسپریشن هم پیښیدای شي ځکه چې په مرۍ کې زیاته اندازه لیاړې او نا هضم شوي خواړه ساتل کیږي. که په ریفلوکس ازوفاژیتس کې دزړه سوځیدل ورک شي اودسفاژیا پیداشي مانا داده چې ازوفاژیتس په اکلیژیا بدل شویده. یانې په اکلیژیا کې دزړه سوځیدل نه وي ځکه چې په مرۍ کې پاتې شوې اوبه او خواړه دمعدې دتیزابو د بیرته ګرځیدو څخه مخنیوی کوي.

دناروغۍ تګ لاره ځندنی ده دسفاژیا او وزن کمیدل په میاشتو او کلنو کې مینځ ته راځي.

که دکارسینوما سره یوځای وي ناروغ به ډیر وزن بایللی وي. په دودیز ډول دسکواموز کارسینوما لپاره زمینه برابر وي. (۳۸، ۳۷، ۳۲، ۲۲)

تشخیص:

۱- دسینې رادیوګرافي: دسینې په رادیوګرافي کې په معده کی دهوا خیال نه لیدل، دابهر تر څنګ یو تیوبولر منصفي کتله لیدل کیږي او منصف پراخه ښکاري دولاړې په حالت کې په منصف کې داوبو او هوا خیال لیدل کیږي.

۲- دباریوم دتیرولو په کتنه کې مرۍ پراخه او په پرمخ تللي حالت کې مرۍ سګموئیدی (Swan neck deformity) ښکاري.

۳- په فلوروسکوپي کې د مرۍ په ښکتنۍ دوه پر دریمه برخه کې نورمال استداري خوځښتونه له مینځه تللی وي. لومړۍ برخه یې دمرغانو د منښوکې په شان تنګه شوې وي چې دمرۍ د ښکتنۍ معصرې استرخاء راپه ګوته کوي.

۴- په مانومیتري کې لاندې بدلونونه ښکاري.

- دمرۍ دښکتنۍ معاصری فشار نورمال یا لوړ شوی وي.
- دمرۍ تیرولو په وخت کې یامعاصره استرخاء نه کوي اویا درجه او دوام یې کم شوی وي.
- دمرۍ فشار پورته وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

- که دمرۍ تیرولو په وخت کې داستداري موجو شدت او دوام لږ وی د کلاسیک اکلیژیا اوکه ډیر شدید وي د ویګوروس اکلیژیا پنوم یادیږي.

۵- داندوسکوپي پرمټ اکلیژیا د اکلیژیا د دوهم لامل لکه سرطان څخه توپیر کیږي.

۲- کولي سیستوکاینین په نورمال ډول دمعا صرې فشار ښکته کوي خو په سرچپه ډول د مرۍ دښکتنۍ معاصری د تقلص لامل کیږي.

۷- سي تي سکن: دمرۍ د مخاط دننه کارسینوما د څرګندولو لپاره ترسره کیږي.(۲۲،۳۷)

درملنه:

۱- نرم خواړه، سیداتیف او کولي نیرژیک درمل ناروغ ته ډاډ نه ورکوي.

۲- نایتریت او کلسیم کانال بلاکر د لنډې مودې لپاره ګټور دي خو دارځیزو ګیلو له امله یې کارول کم شوي.

۳- نایتروګلسرین ۳،-۲،. ملي ګرامه دژبې لاندې دډوډۍ خوړلو څخه مخکې اینښودل کیږي. (۲۲)

ازوسوربید دای نایتریت ۵،۲-۵ ملي ګرامه دژبې لاندې یا ۱۰-۲۰ ملي ګرامه دخولی دلارې د ډوډۍ خوړلو څخه مخکې ورکول کیږي. نایتریت د سردردۍ او د وضعیتي فشارد ښکته والي لامل کیږي. (۲۲)

کلسیم کانال بلاکر لکه نیفیدیفین ۱۰-۲۰ ملي ګرامه دخولې یا ژبې لاندې مخکې له ډوډۍ خوړلو څخه ورکول کیږي. (۲۲)

داندوسکوپي تر لارښوونې لاندې د بچولین توکسین دمرۍ دمعاصری په دننه کې زرقیږي. دلنډې مودې لپاره په ځینو رنځورانو کی اغیزمن دي دوامدار زرقول یې د فیبروزس لامل کیږي چې جراحي درملنه ستونزمنوي.د بچولین توکسین په معاصره کې دکولي نیرژیک پارونکي عصب فعالیت بندوي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دبالون پواسطه پراخوالی ورکول دعضلي ریښو د څیرې کولو له امله دمرۍ د ښکتنۍ معاصری فشار ښکته کوي. که دښه پوه ډاکتر لخوا نوموړی تخنیک تر سره شي نژدې ۸۵ سلنه ګټور دی. سوري کیدل او وینه بهیدنه ددی کړنې اختلاط دي.

جراحي مایوتومي چې د هیلوس مانورې یا لپراسکوپي کړنې پرمټ تر سره کیږي هم ښه کړن لاره ده خو د ریفلوکس ازوفاژیتس لامل کیږي(۲۲).

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ګاسترايتس او ګاستروپاتي (Gastritis and Gastropathy)

پيژندنه:

ګاسترايتس هغه حالت ته ويل کيږي چې دمعدې په اپي تيليوم کې دهستولوژي له نظره د التهاب نښې شتون ولري او ګاستروپاتي هغه حالت دی چې دمعدې اپي تيليوم يا اندوتيليوم دکيمياوي تپونو يا درګونو د ناروغيو له کبله ويجاړ شوی وي.(۳۷)

ويشنه :

الف: حاد ګاسترايتس(Acute Gastritis)

۱- بيړني ايچ پيلوري انتان

۲- نـــــور انتانـــات لکه بکتريا ،Helicobacter Helmani ، Phlegmoneous ، مايکوبکتريال، سفليس،وايرل، پرازيتيک او فنګسي.

ب: ځنډنی اتروفيک ګاسترايتس:

۱- Type A Autoimmune body predominant

۲- Type B H.Pylori related antral predominant

ج: دګاسترايتس غير معمول ډولونه :

۱- لمفوسايتيک.

۲- ازونوفيليک.

۳- کرون ناروغي

۴- سارکوئيدوزس.

۵- ګرانولوماتوز.(۳۷)

حاد ګاسترايتس : (Acute Gastritis)

حاد ګاسترايتس دمعدې دمخاطي طبقې يو حاد التهابي حالت دی چې ډيری اروسيف يا هيموراژيک وي. په سربيرن اپي تيليوم کې څرګندې ژونکې يې نتروفيل وي. (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

لاملونه :

۱- اسپرين يا غير ستروئيد التهاب ضد درمل

۲- ايچ پيلوري

۳- الکول

۴- درمل (داوسپني لرونکي درملونه)

۵- شديد دنده ايز فشارونه لکه سوئيدل، دڅو غړو بې وسي، دمرکزي اعصابو تروما.

۶- دصفرا ريفلوکس (دمعدې دجراحي کړنو څخه وروسته)

۷- وايروسي انتانات لکه سايتوميګالووايرس، هيرپس سمپلکس، ايډز. (۳۷)

حاد ګاسترايتس ځانګړې ګيلې نه لري خو ښايي ناروغ د ډيس پيپسيا، زړه بدوالي، کانګو، بې اشتهايي، وينه لرونکو کانګو يا ميلانا څخه ګيله من وي ډيرى پيښې يې ډير ژرې ښه کيږي او پلټنې ته اړتيا نه پيدا کيږي خو اندوسکوپي او بايوپسي بايد د پيپتيک السر او کنسر د ردولو لپاره ترسره شي. (۳۷)

درملنه يې لاملي ده. دلنډې مودې لپاره ګيله ايزه درملنه يې د انتي اسيد، پروتون پمپ نهي کوونکو درمل يادکانګو ضد درملو (ميتاکلوپرامايد) تر سره کيږي. (۳۷)

حاداروسيف او هيموراژيک ګاسټروپاتي (Acute Erosive and Hemorrhagic Gastritis)

لاملونه:

داروسيف ګاسترايتس معمول لاملونه عبارت دي له: نن ستروئيد التهاب ضد درمل، الکول، د داخله او جراحي شديده ناروغۍ، ستريس، پورتل هايپرتنشن څخه.

نادوديز لاملونه يې دمخرشو توکو خوړل او وړانګې دي. (۳۷)

کلينيکي بڼه:

اروسيف ګاسترايتس ډيرى بې ګيلو وي ګيلې يې عبارت دي له زړه بدوالي، بې اشتهايي، اپي ګاستريک درد، کانګو، وينه لرونکو کانګو (Hematemesis يا Caffee ground emesis) او تور قير رنګه ډکو متيازو (Melana) څخه. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

څرنګه چې اروسيف ګاسترايتس سربيرنه ناروغي ده نوځکه هيموډاينامېک ستونزې په کې لرې وي.

اروسيف ګاسترايتس کومې ځانګړې لابراتواري نښې نه لري خوکه چيرې وينه بهيدنه په کې وي نو هيماتوکريت به ښکته او د اوسپنې د لږوالي د وينه لږې نښې به په ناروغ کې وليدل شي. (۳۷)

ښه تشخيص يې داندوسکوپي پرمټ کيږي چې ننښې يې عبارت دي له اپي تيليل هيموراژ، پتي خياا او اروژن څخه دغه اندوسکوپيک ننښې ډيرى سربيرنې وي چې په شمير او کچه کېيې توپير وي. فوکل يا خپاره وي په هستولوژيک ازموينه کې څرګند التهاب نه ليدل کيږي. (۳۷)

ستريس ګاستروپاتي(StressGastropathy):

لاملونه: دستريس ګاستروپاتي لاملونه عبارت دي له: ميخانيکي تهويه،دويني دپرندېدو ناروغۍ، تروماګانې،سوځيدل (Curling's ulcer) ، شاک ،سپ سيس، دمرکزي دماغ ناروغي. (Cushing's Ulcer) ،دځيګر او دپښتورګو بې وسي. (۳۷)

دويني د پرندېدو ناروغۍ او هغه تنفسي بې وسي چې د ۴۸ ساعتو څخه ډيرې ميخانيکي تهويې ته اړتيا لري ډير زيات خطري دي.

پدې ناروغيو کې د ۷۲ ساعتو په موده کې مخاطي پوښ ګريدنه (ايروژن) او دا پې تيليل لاندې وينه بهيدنه پيدا کيږي.

کلينيکي ښکاره وينه بهيدنه په ۲ سلنه پيښو کې پيدا کيږي خو دشديدى وينې بهيدنې پيښې چې چټکې درملنې ته اړتيا لري د ۳ سلنو څخه لږ دى. دويني بهيدنې سره دناروغ ټول عمومي حالت خرابيږي خو مړينه په کې لږه ده.(۳۷)

NSAIDs درملو له کبله ګاسترايتس:

هغه ناروغان چې غير ستروئيد التهاب ضد درمل اخلي د کلنيک له نظره ۲۵-۵۰ فيصده ګاستريتس ۱۰-۲۰ سلنه السر او ۵ سلنه دډيس پيپسيا ګيلې لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د ډيس پيپسيا يوازې هغه ناروغان اندوسکوپي شي چې دخطر نښې (لکه د ګيډې شديد درد، وزن بايلل، کانګې، اوکولمو وينه بهيدنه، انيميا) لري ددې درملو اړخيزې اغيزې د دوا د پريښودلو، دوز کمولواويا د ډوډۍ سره يوځای خوړلو سره کميږي.(۳۷)

الکولیک ګاستروپاتي (Alcoholic Gastropathy):

الکول دمعدې مخاطي طبقې ويجاړ وي زيات ځنبل يې د دس پيپسيا، کانګو او دلړ وينه لرونکو کانګو لامل کيږي.(۳۷)

پورتل هايپرتنسيف ګاستروپاتي (Portal Hypertensive Gastropathy):

دپورتل هايپرتنشن له کبله دمعدې دمخاطي طبقې او دهغه دلاندې وريدونو کې وينه دمه کيږي چې ډيرى ناروغان ګيلې نه لري خو په ۱۰ سلنه کې وينه بهيدنه پيدا کيږي ښکاره وينه بهيدنه او وينه لرونکې کانګې ډيرو لږو ناروغانو کې وي. (۳۷)

تشخيص:

په ګاسترايتس کې کومې ځانګړې لابراتواري ازموينې نشته خو که وينه بهيدنه ډيره وي هيماتوکريت به ښکته او د اوسپنې د لږوالي انيميا به شته وي. (۳۷)

ځانګړې ازموينې:

۱- اندوسکوپي: دګاسترايتس د تشخيص لپاره دمعدې او کولمو د پورتنۍ برخې اندوسکوپي ښه ازموينه ده. همدارنګه د اندوسکوپي پرمټ د پيپټيک السر، دمرۍ د واريسز او د ګاسترايتس د وينه بهيدنې تر منځ توپير کولای شو. دمعدې او کولمو د پورتنۍ برخې په وينه بهيدنه کې بايد د ۲۴ ساعتو په موده کې اندوسکوپي وشي.

۲- راديوګرافي: دمعدې اوکولمو دپورتنۍ برخې پرله پسې راديوګرافي بايد تر سره شي.

۳- په هستولوژيک ازموينو کې څرګند بدلون نه ليدل کيږي. (۳۷)

توپيري تشخيص:

دګاسترايتس توپيري تشخيص دلاندې ناروغيو سره کيږي:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

الف: هغه ناروغي چې داپي ګاستريک برخې د درد لامل کيږي.

پيپتيک ټپونه، ګاسترو ازوفاژيل ريفلکس، دخوړو تسمم، وايروسي ګاسترو انتريتس، دس پيپسيا

ب: هغه ناروغۍ چې داپي ګاستريک برخې د ډير شديد درد لامل کيږي.

سوری شوی پيپتک السر، پني تراتينګ السر، دپانکراس ناروغۍ، دمرۍ ځيرې کيدل، دابهر د انيوريزم ځيرې کيدل، دمعدې تاويدل، مايوکارد کوليک.

ج: هغه ناروغۍ چې دهضمي پورتنۍ لارې دويني بهيدنې لامل کيږي.

پيپتيک السر، ازوفاژيل واريسيز، ميلوري وايس سندروم، شرياني وريدي خراب جوړيدل. (۳۷)

د حاد ګاسترايتس مخنيوی :

لږ خوړل : ژر ژر لږ خوړل دمعدې اسيدي افرازات نهي کوي، د الکولو پرېښودل، دسګريټ نه څکول، د درد ضد درملونو بدلول (اسپرين او بروفين په اسيتو امينوفين بدلول)، د داکټر سپارښت منل، دستريس ګاسترايتس د مخنيوي لپاره دايچ دوه رسپتور انتاګونيست يا دخولې دلارې پروتون پمپ نهي کوونکي درمل اويا سکرال فټ ورکول کيږي چې ۵۰ سلنه اغيزه لري په شديدو حالاتو کې کله چې د اسيد افرازيدل نارمل اويا ښکته وي خو دمعدې پي ايچ بايد د ۴ څخه لوړ وساتل شي. (۲۹)

درملنه:

که د ستريس په مهال وينه بهيدنه پيدا شوه پروتون پمپ نهي کوونکي درمل (ايزو ميپرازول، لانسوپرازول يا پانتوپرازول لومړی ځل د وريد د لارې ۸۰ ملي ګرام د انفيوژن په ډول وروسته په پرله پسې توګه په ساعت کې ۸ ملي ګرامه) او سکرال فټ شربت هم ورکول کيږي. (۳۷)

د ويني بهيدنې دلامل د موندلو لپاره اندوسکوپي ترسره کيږي. که لامل يې خپور ګاسترايتس وي اندوسکوپيک هيموستازس ګټه نه لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

که ګاسترايتس دنن ستروئيد التهاب ضد درمل له کبله وي نو د درملنې لپاره د پروتون پمپ نهي کوونکي (اوميپرازول، رابي پرازول، ازومي پرازول دورځې ۲۰-۴۰ ملي ګرامه، لانسو پرازول دورځې ۳۰ ملي ګرامه، پانتو پرازول د ورځې ۴۰ ملي ګرامه) د ۲-۴ اونيو لپاره ورکول کيږي که ګيلې بنی نه شوې نو اندوسکوپي تر سره کيږي.

دالکوليک ګاستريتس د درملنې لپاره ايچ دوه رسپتور بلاکر، پروتون پمپ نهي کوونکي يا سکرال فټ د ۲-۴ اونيو لپاره ورکول کيږي.

دپورتال هايپرتنسيف درملنې لپاره پروپرانولول يا ناډولول ورکول کيږي که د بيتابلاکر سره درملنه بريالی نشوه پورتل ډي کمپريشن ترسره کيږي. (۳۷)

ايچ پيلوري له کبله حاد ګاسترايتس (Helicobacter pylori Gastritis):

ايچ پيلوري يوه ګرام منفي بکتريا ده چې دمعدې دمخاطي پوښ لاندې اپي تيليل ژونکو ته نږدی اوسيږي. خپريدنه يې د يو کس څخه بل کس ته (په تيره ماشومانو کې) د ککړو اوبو او فيکل خولې دلارې ترسره کيږي.

دمعدې دمخاطي طبقې التهاب او ټپ د ايچ پيلوري د دوو جينونو Vac-A او Cag-A له امله مينځته راځي.

دناروغۍ په حاد پړاو کې د ګيډې درد او زړه بدوالی وي چې څو ورځې دوام مومي. په هستولوژيکه ازموينه کې د پي ام ان ژونکو انفلتريشن شتون لري.

په ځنډني ګاسترايتس کې په مخاطي طبقه کې د پي، ام، ان او لمفوسيت ژونکو انفلتريشن وي.

هغه ناروغۍ چې دځنډني ايچ پيلوري له کبله مينځته راځي عبارت دي له اتروفيک ګاستريتس، دمعدې ټپ، کنسر، Mucosa associated lymphoid, Tissure Lymphoma,(Maltoma) اوډيس پيپ سيا څخه. (۲۲، ۳۷)

الف: د ايچ پيلوري دتشخيص لپاره Non invasive ازموينې:

۱- سيرالوژي: سيرالوژي اسانه ازموينه ده خو تشخيصي ارزښت ئې لږ دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- ELISA (Enzym linked immuno sorbant Assay) : ۸۰% په تشخيص کې مرسته کوي.

۳- Fecal Antigen Immuno Assay او Urea Breath Test (C^{13}) ډيره ښه ازمويښه ده. ۹۵ څخه زياته سلنه کې ناروغي تشخيصوي.

پروتون پمپ نهي کوونکي ددې دوو وروستيو ازموينو حساسيت کموي خو په سيرالوژيکي ازموينې باندې اغيزه نه لري.

ب: اندوسکوپي

په روتين ډول د ايچ پيلوري د تشخيص لپاره اندوسکوپي نه تر سره کيږي خو که دبلې ناروغۍ لپاره ترسره شي نو بايد د ايچ پيلوري د پيژندلو لپاره بايوپسي واخيستل شي. دايچ پيلوري د فعال انتان د تشخيص لپاره چټک يوريز ازموينه وشي چې دا ازموينه ارزانه ده ۹۰% ناروغي تشخيصوي.

که وينه په فعاله ډول بهيږي اويا ناروغ پروتون پمپ نهي کوونکي اخلي دانتان د څرګندولو لپاره هستولوژيکي ازموينې غوره دي. دهستولوژيکو ازموينو لپاره بايوپسي بايد د انتروم او باډي څخه واخيستل شي.(۲۲، ۳۷)

څنډنی اټروفيک ګاسترايټس(Chronic Atrophic Gastritis):

په دې حالت کې د التهابي ژونکو ارتشاح د ميوکوزا په ژوره طبقه کې وي په مخاطي ژونکو کې مخاط اوپه ګلاندولاز ژونکو کې ميتوزس کميږي اوغدوات ويجاړيږي.(۲۲)

تايپ اې څنډنی اټروفيک ګاسترايټس (Chronic Atrophic Gastritis Type-A):

دا ډيره نادره ناروغي ده چې ډيری فنډس او باډي پرې اخته کيږي. د پرنيشس انيميا(PA) سره يوځای وي. پدې ناروغۍ کې د ديوالي ژونکو او انترين زيک فکتور په ضد دوراني انتي بادي مينځ ته راځي نو لدې امله ورته اتوامیون ګاسترايتس وايي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د ديوالي ژونکو د اخته کيدو له امله اکلوروهايدريا مينځته راځي. دمعدې د اسيد د نشتوالي په مهال د جي ژونکو څخه زيات گاسترين ازاديږي چې د هايپرگاسټرينيميا لامل کيږي.(۲۲)

په پرنيشس انيميا کې د گاسترين کچه د pgm/ml ۵۰۰ څخه لوړه وي او د اسيد دلږوالي له امله انتروکرومافين ژونکې هايپرپلازيا کوي چې دا د گاسټريک کارسينوئيد تومور لامل گرځي.

داينټرينزيک فکتور ضد انتي بادي له کبله د ب ۱۲ ويتامين دلږوالي انيميا مينځته راځي چې ددې انيميا له کبله ميگالوبلاستيک انيميا او دعصبي دندوخرابوالی پيدا کيږي.

د ديوالي ژونکو ضد انتي بادي او اتروفيک گاسترايتس د پرنيشس انيميا ناروغانو د کورنۍ په نورو غړو کې هم وي. دا انتي بادي ۲۰ سلنه په هغه خلکو کې چې عمر يې د ۲۰ کلنۍ څخه زيات وي او ۲۰ سلنه په هغه ناروغانو کې چې په وايټيليگو او اډيسن ناروغۍ اخته وي ليدل کيږي.

تايپ بي ځنډنی اټروفيک گاسټرايټس(Chronic Atrophic Gastritis Type-B)::

د ځنډني گاسترايتس يو دوديز ډول ده چې په انتروم کې وي. ايچ پيلوري يې غوره لامل دی. د ۱۵-۲۰ کالو په موده کې په پان گاسترايتس بدليږي. د عمر په زياتيدو سره يې پيښې ډيريږي. ان تر دې چې د ۷۰ کلنۍ څخه وروسته ۱۰۰ سلنه وي. دايچ پيلوري د درملنې سره ښه کيږي.

دځنډني ايچ پيلوري د انتان له کبله اتروفيک گاسترايتس، گاسټريک اتروفي، ميتاپلازيا او په پاې کې گاستريک ادينوکارسينوما پيدا کيږي.

د ايچ پيلوري ريښه ايستونکی درملنه د کنسر د مخنيوي لپاره په دوعمومی توگه نه کارول کيږي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دګاسترايتس ځانګړي ډولونه:

۱- انتاني ګاسترايتس(infectious Gastritis) :

دمعدې د سب ميوکوزا او عضلي طبقو حاد بکتريايي انتانات (ايروبيک او ان ايروبيک) نادراً دشديدو او ژوند ويرونکو ناروغيو(Phlegmoneous يا Necrotizing) لامل کيږي چې په چټکۍ سره د پراخه اغيزه لرونکو ميکروب ضد درملو پواسطه درملنه کيږي.

وايروسي انتانات لکه (سايتوميګالووايرس) په ايډز، د جامد غړيو اوبون ميرو ترانس پلانټ ناروغانو کې د ګاسترايتس لامل کيږي او په اندوسکوپي کې دمعدې فولډونه پلن وي.

فنګسي انتانات (لکه کانديدا) په معافيت ځپلو ناروغانو کې د ګاسترايتس لامل کيږي.

انيساکيس مارينا لاروا په هغه کسانو کې چې اومه کبان خوري د ګيډې د شديد درد لامل کيږي او تر هغه پورې دوام مومي تر څو چې لاروا مړه شي اويا د اندوسکوپي پرمټ وويستل شي. (۳۷)

۲- لمفوسايټک ګاسترايتس (Lymphocytic Gastritis):

دايوه ناڅرګنده ناروغي ده چې ګيلې او ننبې يې عبارت دي له د ګيډې په متناوب درد، زړه بدوالي او کانګو څخه او په اندوسکوپي کې د معدې مخاطي طبقه کې اروژن او واريولوفارم (پکس ته ورته) ښکاري. په بايوپسي کې خپور لمفوسايتيک ګاسترايتس ليدل کيږي. اغيزمنه درملنه نه لري. (۳۷)

۳- ازونوفيليک ګاسترايتس(Eosino philic Gastritis)

دا نادره ناروغي ده چې په انتروم او کله کله د کولمو په نژدې برخه کې په مخاطي عضلي او سيروزا طبقو کې ازونوفيل ژونکي انفلتريشن کوي. دوينې دازونوفيل شمير زيات وي. ګيلې يې عبارت دي له وينه لرې، دګيډې درد، وروسته د ډوډۍ خوړلو

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

څخه د کانګو او ژرژر مړيدلو څخه. د درملنې لپاره کورتيکوسټروئيد ورکول کيږي.

۴- ګرانولوماتوز ګاسترايتس Granulomatase Gastritis

هغه ګرانولوماتوز ناروغي چې د ګاسترايتس لامل کيږي عبارت دی له: کرون ناروغي، ايچ پيلوري، توبرکلوز، سفليس، فنګسي انتانات، سارکوئيدوزس څخه. په دې ناروغيو کې د هضمي سيستم ګيلې کمې او يا نه وي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پيپتيک السر Peptic Ulcer(PU)

پيژندنه :

پيپتک السر دمعدی، اثناعشر او د مری دتني طبقی د خلاص ټپ څخه عبارت ده چې پراخوالی يې د پنځو ملي مترو څخه زيات او ژوروالی يې ترميوکوزا لاندې پورې وي يا په بل عبارت که دالتهابي وتيرې له امله دمعدې او اثناعشر مخاطي طبقه په بشپړ ډول له مينځه لاړ شي د ټپ په نوم يادېږي. (۴۰، ۲۱، ۵)

اروژن هغه حالت ته وايي چې ويجاړيدنه يواځی دمخاطي طبقی په اپي تيليل کې وي چې ښايي څو ورځو کې ښه شي.

دځای له نظره ټپ په معده، اثناعشر، مری، دکوچنی کولمو په هغه برخه کې چې گاستروانتريک انستوموزس سره نژدې وي او مايکل دايورتيکل کې (چې په ولاډي ډول ديوالي ژونکی پاتې وي) مينځته راځي. د پيپتک ټپ غوره گيله د اپي گاستريک ناحيی درد ده. (۴۰، ۲۱، ۵)

اپيديمولوژي:

۱- داثناعشر ټپ(Duod and Ulcer):

۲-۱۵ سلنه د لويديځ وگړي داثناعشر ټپ لري. پيښې يې د ۱۹۲۰ څخه تر ۱۹۸۰م پورې لږې شوي.

هرکال په امريکا کې ۵۰۰۰۰۰ نوې پيښې پيدا کيږي. دجراحي او د داخلې د درملنې له امله د ۳۰ کالو راهيسې ۵۰% څخه زياتې پيښې کمې شوي چې لامل يې د ايچ پيلوري له مينځه وړل دي. (۵، ۴۰، ۲۱)

دايچ پيلوري د پيژندلو څخه پخوا د درملنې څخه وروسته دناروغی بيرته راگرځيدنه زياته وه خو د ايچ پيلوري د رينبې ايستونکې درملنې سره د ناروغی د بيرته راگرځيدو کچه ډيره ټيټه شوې. (۳۷،۲۲)

داثناعشر دټپ پيښې پنځه ځله دمعدې د ټپ په پرتله ډيری دي چې دځاې له انده

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۹۵% په بصله يا پيلوريک کانال کې وي.

داثناعشر د ټپ د پيښيدو عمر د ۳۰-۵۵ کالو تر مينځ دی. دنارينه او ښځو تر مينځ اندول ۱:۳، ۱ دی (۲۲، ۳۷)

۲- دمعدې ټپ (Gastric ulcer):

دمعدې ټپ د عمر له مخې د ۵۵ او ۷۰ کالو تر مينځ پيداکيږي. په نارينوو کې يې کچه زياته وي.

ددې پيښې دنن ستروئيدل التهاب ضد درملو (ان لړ دوز اسپرين) دزيات کارولو له امله ډيرې شوي.

دګاستريک السر دګيلو دنشتوالي اويا کموالي له امله يو ګڼ شمير ناروغان ډاکټر ته هغه وخت درومي چې ناروغي يې اختلاطی شوی وي (۲۲، ۳۷)



(۱-۲) شکل دمعدی د سليمي قرحی اندوسکوپيک منظره (۳۰)

دمعدې فزيالوژي:

معده درف داره اپي تيليوم پواسطه پوښل شوې چې دهغې د ژونکو څخه د معدې غدوات جوړ شوي. دغه غدوات مخاطي او اندوکراييني ژونکې لري. په فندس او انتروم کې ديوالي ژونکې دي چې هايدروکلوريک اسيد او انټرينسيک فکتور (ويتامين ب ۱۲ جذب لپاره اړين دی) افرازوي

په باډي کې د چيف ژونکې دي چې پيپ سينوجن افرازوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په انتروم کې د ډيوالي ژونکو ځخه برسيره يو شمير نورې ژونکې هم شته لکه چې ژونکې چې ګاسترين، ډي ژونکې سومستاتين اومخاطي ژونکې ميوکوزا افرازوي. هايدروکلوريک اسيد او پيپسينوجن د معدې د بنسټيزو افرازاتو څخه دي چې دمعدې مخاطي طبقه ماوفوي.(۱۸،۲۲)



(په اثناعشر کې د تيزابو اندازه زياتيږي چې دګاستريک ميتاپلازيا لامل کيږي)
(دتيزابو افراز زياتيږي)
(د G حجرو څخه دګاسترين افراز زياتيږي)
(په انتروم کې د D حجراتو څخه سوماستاتين افراز کميږي)
(التهاب نور هم پرمختګ کوي چې په پاى کې تپ منځ ته راځي)

(۱-۳) شکل د اثناعشر د تپ پتوفزيالوژي (۳۸)

دمعدې تيزاب په نارمل او تنبهي حالت کې ازاديږي. په نارمل يا بزل حالت کې د معدې تيزاب په ځلورويشت ساعتو کې دواګس عصب تر کنترول لاندې افرازيږي چې د شپې لخوا زيات او په سهار کې لږ وي. (۱۸،۲۲)

پارونکي حالت يې هستامينونرژيک رسپتورونو پورې تړاو لري چې دهستامين د پارونې پواسطه د انتروکرومافين ژونکو ځخه ازاديږي.

دمعدې تيزاب په درې پړاوونو کې مينځته راځي. (۱۸،۲۲)

۱- سفاليک پړاو (دماغي پړاو):

داپړاو دخوړو په ليدلو، بويولو او مزې سره پيليږي چې دواګس عصب د تنبه له کبله تيزاب افرازيږي. (۱۸،۲۲)

۲- ګاستريک پړاو (دمعدې پړاو)

پدې پړاو کې دتيزابو افراز پدوو ميکانيزمونو پورې اړه لري. (۱۸،۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

الف: کله چې خواړه معدې ته دننه شي دمعدې د پراخيدو له املې تيزاب او ګاسترين ازادېږي.

ب: دخوراکي توکو امينواسيدونو او امينونه د ګاسترين افراز هڅوي. (۲۲،۱۸)

۳- دکولمو پړاو:

کله چې خواړه کولمو ته دننه شي دکولمو د پراخوالي او خوراکي توکو له کبلې تيزاب افرازېږي. سوماتوستاتين د معدې د ډي ژونکو څخه دهايدروکلوريک اسيد د تنبه له کبلې افرازېږي چې دا د تيزابو افراز مستقيما او غير مستقيما نهي کوي مستقيما يې د ديوالي ژونکو څخه ازاديدل نهي کوي اوغير مستقيما يې داينټيروکومافين ژونکو څخه د هستامين او د جي ژونکو څخه دګاسترين افرازيدل نهی کوي. (۲۲،۱۸)

هستامين، ګاسترين اواستيل کولين د ديوالي ژونکو څخه د تيزابو ازاديدل هڅوي.

پروستاګلانډين، سوماستاتين او اپي درمل ګروت فکتور د تيزابو ازاديدل نهي کوي. (۲۲،۱۸)

H-K ATPase انزايم په ديوالي ژونکو کې شته چې په لوړه کچه د هايدروجن ايون دنومورو ژونکو د سايتوپلازم څخه افرازوي او کانالیکول ته يې دپوتاشيم په ځای دننه کوي تر څو چې د تيزابو په بياجوړيدو کې ونډه واخلي. دا انزايم د پروتون پمپ نهي کوونکو درملو پواسطه نهي کيږي.

ايچ دوه رسپتور اتاګونست درمل هستامينونرژيک اخذی بلاکوي. د چيف ژونکې دمعدی په فندس کې ځای لري چې پيپ سينوجن جوړوي. پيپ سينوجن يو غير فعال پيپتائيد دی چې په تيزابي چاپيريال کې (PH<2.0) په فعال پيپتايد (پيپ سين) بدليږي د پيپ سين فعاليت په پي ايچ ۴ کې کميږي. (۲۲،۱۸)

دمعدې او اثناعشر ويجاړونکي فکتورونه:

دمعدې اپي تيليوم دتل لپاره د اندوجينوس (هايدروکلوريک اسيد، پيپ سين، پيپ سينوجن او صفراوي مالګې) او اکزوجينوس (درملونه، الکول، بکتريا) زيان رسونکو توکو تر خطر لاندی دی چې دمعدې د تپ لامل کيږي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دمخاطي طبقي دفاعي او دبيا رغونې سيستم:

د ويجاړونکو فکتورونو په وړاندې دري دفاعي او دبيا رغونې ليکې شته چې دټپ دمينځ ته راتګ څخه مخنيوی کوي. هر کله چې دفاعي او دبيا رغونې ميکانيزمونه ناکام شي ټپ مينځته راځي چې ميکانيزمونه عبارت دي له:

I: پري اپي تيليل

پدې ليکه کې مخاط، بای کاربونيت او برسيرن فاسفوليپيد ګډون لري دا ليکه د هايدروکلوريک اسيد او پيپ سين د بيا ديفوژن څخه مخنيوی کوي او چاپيريال قلوي کوي. (۲۲)

د بای کاربونيت افرازيدل د کلسيوم، پروستاګلانيدين، کولي نرژيک عصب اوتيزابو پواسطه تنبه کيږي او د NSAID پواسطه نهی کيږي. (۲۲)

II: اپي تيليل: پدې ليکه کې:

۱: ژونکيز ټينګار زياتيږي.

۲: مخاطي سطحه دهايدروجن ايون دبيا ديفيوژن څخه مخنيوی کوي.

۳- بيارغونه: دمعدې اپي تيليل ژونکې ناروغه ځای راچاپيره او رغوي.

۴- دودې فکتور: د اپي تيليل ژونکو د ډيروالي لپاره اپي درمل ګروت فکتور او فبروبلاست ګروت فکتور ازاديږي. (۲۲)

۵- انجيوجينيزس: په ناروغه ځای کې نوي رګونه جوړيږي.

۶- په ناروغه ځای کې اپي تيليل ژونکې ډيروالی مومي.

۷- پروستاګلاندين: اغيزې يې عبارت دي له:

الف: دمخاط او بای کاربونيت افرازول هڅوي.

ب: دمخاط دوينې بهير زياتوي.

ج: هايدروکلوريک اسيد افرازول نهی کوي.

د: داپي تيليل ژونکو رغول زياتوي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

III: سب اپي تيليل: د مخاط لاندې په سب ميوکوزا کې دوينې بهير زياتيږي ددې لپاره چې :

الف: د باى کاربونيت کچه زياتيږي .

ب: دناروغه ځاى خواړه ډير کړي.

ج: ناروغه ځاى ته اوکسيجن وليږدوي.

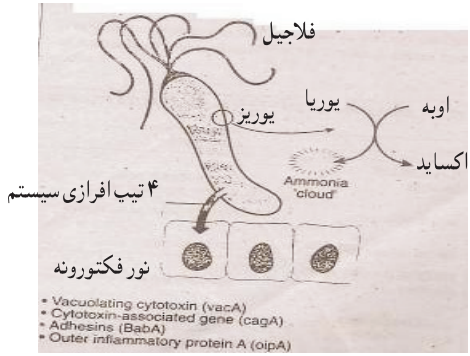
د: د ناروغه ځاى څخه زهرجن توکي ليرې کوي. (۲۲)

لاملونه:

الف: هيليکوبکتر پايلوري او پيپټک السر

بکتريالوژي:

دا يوه ګرام منفي بکتريا ده چې د ايچ پيلوري پنوم يادېږي خوځنده دى او دفلاجيل لرونکى ده. دمعدې د مخاطي طبقى په ژوره برخه او يا دمخاطي او اپي تيليوم طبقه تر مينځ اوسيږي. انتان لومړى په انتروم کې وي وروسته د وخت په تيريدو سره دمعدې د نژدې برخې خواته راځي. داپه اسانى سره په کوکوئيډ شکل (چې د ډيرې مودې لپاره دناوړه شرايطو له امله پټ پاتې کيږي) بدليږي.(۲۲)



(۱-۴) شکل هغه فکتورونه چى د ايچ پيلوري ويرولينسي پورې اړه لري (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

اپيديمولوژي:

په صنعتي هيوادونو کې د ايچ پيلوري پيښې ورو ورو د عمر په زياتيدو سره زياتيږي.
په انګلستان کې هغه خلک چې عمر يې د پنځوس کالو څخه زيات دی پنځوس سلنه انتان لري. مخ پر ودې هيوادونو کې که انتان يې په ماشومتوب کې اخيستی وي ۹۰ سلنه به يې تر ځوانۍ پورې انتان ولري. (۲۲)
زياتره ککړ خلک بې ګيلو وي او يا لږ ګيلې لري. نژدې ۹۰ سلنه د اثنا عشر ټپ او ۷۰ سلنه د ګاستريک السر ناروغان د ايچ پيلوري انتان لري او د پاتی ۳۰ سلنه ګاستريک السر لامل NSAIDs دي. (۲۲)
د ايچ پيلوري لپاره زمينه برابرونکي فکتورونه.
۱- د اقتصادي او ټولنيز حالت خرابوالی.
۲- دپوهې د کچې کموالی.
۳- مخ پر ودې هيوادونو کې زيات زيږون اويا ګډ اوسيدل.
۴- د کورنۍ د وګړو ګڼ والی.
۵- د روغتيايي حالت خرابوالی.
۶- د ناپاکو خوړو خوړل.
۷- دککړ کس د معدې دمينځ پانګې سره اړيکې. (۲۲)
ايچ پيلوري د يو کس څخه بل کس ته د خولې يا فيکل خولی دلارې ليږدول کيږي.
په امريکا کې د ۳۰ کالو پخوا په پرتله د ايچ پيلوري پيښې ۵۰ سلنه څخه زياتې کمې شوي. (۲۲)

پتوجنيزس او پتوفزيالوژي:

په ربښتيا سره ايچ پيلوري زياتره د ځنډنې ګاستريتس لامل کيږي خو يوازی ۱۰-۱۵٪ ککړو کسانو کې پيپټيک السر مينځته راځي. هغه فکتورونه چې د ايچ پيلوري د ناروغۍ په مينځته راتلو کې ونډه لري عبارت دي له:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱: بکتريايي فکتورونه:

ايچ پيلوري ددې توان لري چې په اسانې سره په معده کې و اوسيږي مخاط ويجاړ او دکوربه دفاعي حالت خراب کړي. دايچ پيلوري بيلا بيل ډولونه بيلا بيل وايرولنس فکتورونه لري. (۲۲)

۱- پتوجينک وايرولنس فکتورونه عبارت دي (Vaculating cytotoxin-A (VaCA ، Cytotoxin associated gen (Cag-A) او Pic-B

۲- يوريز : ددې انزايم پواسطه امونيا جوړ وي ترڅو چې انتان خپل شاوخوا چاپيريال د اوسيدو لپاره قلوي کړي. (۲۲)

۳- سطحي فکتور : دافکتور د نتروفيل او مونو سيت ژونکو کيموستاسيز کموي ترڅو اپي تيليل ژونکې اغيزمنې کړي. (۲۲)

۴- اډهيزين : ددې پواسطه د اپي تيليل ژونکو پورې ځان ننبلوي.

۵- پروتي ايز او فاسفوليپيز د ګلايکو پروتين او شحمي پوړ ځيرې کوي.

۲- دايچ پيلوري د ليپوپولي سکرايد اميونولوژيک فعاليت لږ دی چې دغنډني التهاب لامل کيږي. (۲۲)

۲: دکوربه فکتورونه:

۱- دايچ پيلوري په وړاندې دکوربه التهابي غبرګون دادی چې ويجاړ ځای ته نتروفيل، لمفوسيت، مکروفاژ او پلازما ژونکی ليږدوي.

۲- په ناروغه ځای کې د سايتوکينونو (Interlukin(IL) α/β). IL2, IL6 ، (Tumor Necrose Factor alfa) TNFα او iL γ کچه لوړيږي. (۲۲)

۳- ايچ پيلوري په کوربه کې مخاطي او سيستميک هورمال غبرګون فعالوي خو دانتان په له منځه وړلو کې کومه ګټه نه لري.

۴- دفعال نتروفيل په منځګړيتوب ريا کتيف اوکسيجن اونايتروجن مينځ ته راځي چې د اپي تيليل دويجاړيدو لامل ګرځي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ايچ پيلوري په ګاستريک ډوله اپي تيليوم کې چې يوازې په اثناعشر کې شتون لري کالوني جوړوي چې د ګاستريک ميتاپلازيا او د انترال ګاسترايتس لامل کيږي.
دګاستريک ټپ په مينځته راتلو کې دايچ پيلوري پتوجنيزس ښه ښکاره نه ده خو ښايي چې د مخاطي طبقه تينګښت د تيزابو او پيپ سين په وړاندې لږ کړي.
نژدې يو سلنه ککړو خلکو کې ايچ پيلوري ديان ګاستريتس لامل کيږي چې ددې له کبله ګاستريک اتروفي او هايپو کلورو هايدريا مينځ ته راځي چې په معده کې دانتان د ډيروالي لپاره زمينه برابروي. همدارنګه پدې دواړو حالاتو کې دخوړو نايتريت څخه ميتوجينيک نايتريت جوړيږي چې دمعدې د کارسينوما لپاره برابرونکي فکتور دی.(۲۲)

ب- Nonstroidal anti inflammatory drugs (NSAIDs) له کبله ټپ:
دنن ستروئيد التهاب ضد درمل د پرله پسې کارولو له امله دمعدې د ټپونو پيښې ۱۰-۲۰% او داثناعشر د ټپونو پيښې ۲-۵ سلنه دي.
دټپ اختلاطات لکه سوري کيدل، وينه بهيدنه او مړينه په هغه خلکو کې چې دا درمل کاروي درې ځله زيات دی. (۲۲)
دنن ستروئيد التهاب ضد درمل له ډلې څخه اسپرين ان په ډير کم دوز (۸۱-۱۲۲ ملي ګرامه) او پايروکسيکم ډير او بروفين لږ السروجينک دي.
نن ستروئيد التهاب ضد درمل Cylo oxgynase-1 (COX-1) (په معده، پنبتورګو او ترمبوسيت کې دی او COX-2 (په مکروفاژ ، لوکوسيت، فبروبلاست اوساينوويل ژونکو کې دی) نهی کوي. (۲۲)
دا انزايم پروستاګلاندين جوړوي. پروستاګلاندين په معده کې سايتوپروتيکتيف اغيزې لري. دپروستاګلاندين د کموالي له کبله د تيزابو افراز زياتيږي. دمخاط بای کاربونيټ او برسيرن فعال فاسفوليپيدو افرازات کميږي. د اپي تيليل ژونکو پرولیفريشن خرابيږي چې په پايله کې دمخاطي پوښ ټينګار د اسيد په وړاندې له مينځه ځي او ټپ پيدا کيږي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د نن ستروئيد التهاب ضد درمل د اختلاطاتو خطر په لاندې حالاتو کې ډير دی.

۱-که دناروغ عمر د ۶۰ کالو څخه زيات وي.

۲- که ناروغ د پيټيک ټپ پخوانۍ تاريخچه ولري.

۳- ددې درملو د اړخيزو اغيزو تاريخچې شتون ولري.

۴- که د کورتيکو ستروئيدو يا انتي کواګولانت سره ګډ وکارول شي.

۵- په لوړ دوز سره کارول.

۶- شديده داخلي ناروغۍ.

۷- دازاپروپازون، پايروکسيکم او کيتوپروفين سره ډير او دبروفين سره لږ وي. (۲۲)

انتخابي NSAIDs لکه Celecoxib او Refecoxib په COX2 باندې زياته او په COX-1 باندې لږه اغيزه لري له دې امله دنومورې درملو د کارولو سره د ټپ او دهغه داختلاطاتو پيښې تر ډيرې کچې کيمدای شي.

ايچ پيلوري دنن ستروئيد التهاب ضد درمل په کارونکو کې د ټپ د پيداکيدو چانس درې څله زياتوي. (۲۲)

ج: سګرت څکل :

سګرت څکول د پيپټيک ټپ په مينځته راتلو کې ونډه لري ميکانيزم يې ښکاره نه دی خو لاندې اړيکې دسګرت او ټپ تر مينځ شته:

۱- په سګرت څکوونکو کې دنه څکونکو په پرتله دمعدې او اثناعشر دټپ مينځ ته راتګ ډير دی.

۲- سګرت دټپ رغيدل ځنډوي.

۳- د درملنې ځواب خرابوي.

۴- د ټپ د اختلاطاتو (لکه سوري کيدل) خطر ډيروي.

۵- داسی اند شته چې داثناعشر د بای کاربونيټ افراز کموی او دايچ پيلوري انتان خطر زياتوي. (۲۲، ۴۱)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د: ارثيت:

دارثيت او د پيټيک السر ناروغۍ تر مينځ اړيکی ښې څرګندې نه دي خو دټپ خطر په لومړي نسل کې زيات دی. ايچ پيلوري هم په ارثي توګه د ټپ په مينځته راتلو کې ونډه لري، دوينې 0 ګروپ لرونکي او نن سکری توري خلکو کې زيات پيدا کيږي. (۲۲)

هـ:داسيد او پيپسين په وړاندی دمخاطی طبقه مقاومت:

پيپټيک ټپ هغه وخت مينځ ته راځي چې دمخاطي پوښ د ساتونکو او ويجاړونکو فکتورونو تر مينځ انډول خراب شي. (۲۲)

و: سيکالوژيک فشارونه:

سيکالوژيک فکتورونه لکه نيوروتيزم هم دټپ په مينځ ته راتلو کې مرسته کوي. (۹، ۲۱)

ز: خواړه:

ځينی خواړه هم د پيپټيک ټپ په مينځ ته راتلو کې (لکه الکول و کافين) ونډه لري. (۲۲)

ح: ځندنی ناروغی:

ځندنی ناروغی لکه سيستميک ماستوسايتوزس ، دسړو، پښتورګو او ځيګر ځندنی ناروغی، دپښتورګو تيږې،د الفا يو انتي تريپسين کموالی، هايپرپاراتائيرويدزم، داکليلي رګونو ناروغی، پولي سايتيميا او ځندنی پانکراتايتس) د پيپټيک السر په مينځ راتلو کې مرسته کوي. (۲۲)

داثناعشر ټپ (Duodenal Ulcer):

کلينيکي بڼه:

پيپټيک السره يو اوږد مهاله ناروغی ده چې کله کله پخپل سر ښه کيږي او تر کلنو پورې دوام مومي. غوره ګيله يې د اپي ګاستريک ناحيی درد دی چې لاندې صفتونه لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- د درد ځای: دوه پر درې ناروغانو کې درد په اپي ګاستريک ناحيه کې وي خو کله کله په ښي يا کين پورتني کوادرانت يا هايپوکاندريوم کې وي. ډيرو کمو پيښو کې شاوخواته خپريږي ځينې وخت درد دومره تيز او ځائي وي چې ناروغ يې د دو يا درې ګوتو پواسطه ښيئی چې (Pointing sign) پنوم يادیږي. (۳۸، ۲۲)

۲- دوه پر درې ناروغانو کښدرد د شپې لخوا پيداکيږي او ۱-۲ بجې د شپې ناروغ دخوب څخه ويښوي.

۳- درد دڅو اونيو پورې پايښت مومي (Rhythmicity) او بيا د څو اونيو يا مياشتو پورې نه وي (Peridiocity).

۴- درد ۱-۳ ساعته وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه مينځ ته راځي.

۵- درد د خوړو، انتي اسيد، ارګمي کولو او کانګو سره غلی کيږي.

۶- درد نيوونکی، غاښ ژوونکي او سوزيدونکي اوصاف لري چې دلوړې سره زياتيږي.



(۱-۵) شکل داثناعشر تپ چې داثناعشر د فولډونو التهاب سره يوځای وي (۳۰)

نژدې ۲۰% نن ستروئيد التهاب ضد درمل پورې تړلې ټپونو او زړو کسانو کې ګيلې نه وي خو ښايي ناروغان يې داختلاطاتو له امله (وينه بهيدنه او سوري کيدلو) روغتون نه راشي.

د غير اختلاطي پيپټيک تپ په فزيکي کتنه کې کومه ځانګړې فزيکي نښه نه وي يوازې اپي ګاستريک ناحيه په جس سره حساسه او دردناکه وي خو د ځينو نښو شتون

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دناروغۍ د د اختلاطاتو ښودونکي دي لکه تکي کاردیا ، ورتوستاسیس هاپیوتنشن، وینه لرونکي کانګي (Caffee ground emesis) تکي توري قیر ډوله ډکي متیازي، روښانه وینه لرونکي ډکي متیازي (که وینه بهیدنه کتلوي وي) چې د معدی اوکولمی دلارې دوینې بهیدنې ښودونکي دي. ځنډنۍ وینه بهیدنه د اوسپنې دلږوالي انیمیا لامل کیږي.

که چیرې ګیډه دردناکه او د تختې په شان کلکه وي نو ټپ سوری شوی او پریتونیتس یې ورکړي .که چیری درد شدید او دوامداره شي ملاتړ انتشار وکړي دانتي اسید او خوړوو سره غلی نه شي د ټپ دپنی تریشن ښودونکی دی.

Succussion splash په معده کې د اوبو شتون ښیئي چې د ګاستریک اوټ لیټ د بندښت ښودنه کوي. (۲۲،۳۸)

تشخیص :

په غیر اختلاطي پیپټیک ټپ کې لابراتواري ازموینې نارمل وي.

انیمیا د بیرنۍ یا ځنډنۍ وینې بهیدنی له کبله وي.

لوکوسایتوزسس د سوري کیدو یا پني تریشن ننبنه ده .

دسیروم دامایلیز د کچې لوړوالی اویا د اپي ګاستریک شدید درد پانکراس ته د السر د پني تریشن ښودونکي دي.

دلوړې په حالت کې د سیروم د ګاسترین د اندازې لوړوالی د زولینجر الیسن سندروم ښودنه کوي د ګاسترین دکچې داندازه کولو لپاره ۲۴ ساعته مخکې ایچ دوه رسپتور بلاکر او یوه اونۍ مخکې پروتون پمپ نهي کوونکي درمل نه ورکول کیږي. (۳۷)

اندوسکوپي:

دمعدی او اثناعشر د ټیونو د پیژندلو لپاره ښه ازموینه اندوسکوپي ده چې ددې پواسطه د خبیث ټپ د ردولو اود ایچ پیلوري د شتون لپاره بایوپسي اخستل کیږي د باریوم د رادیوګرافي په پرتله ښه او سمه تشخیصه ازموینه ده. (۳۷)

داثناعشر ټپ هیڅ کله خبیث نه وي نو بایوپسي ته یې هم اړتیا نشته.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳-۵ سلنه د ګاستريک سليم ټپونه د خبيث ټپونو په شان ښکاري خو ددې ګمان د لرې کولو لپاره بايوپسي اړينه ده. همدارنګه دمعدی ټپ بايد وروسته د دولس اونيو د درملنې څخه بيا اندوسکوپي شي چې ايا ټپ بشپړ روغ شوی او که نه که ښه شوی نه وي د خبيث ټپ ګمان پرې کيږي. دمعدی (دواړه سليم او خبيث) ټپونه دمعدې په کوچنۍ انحناء کې وي. د خبيث ټپ قطر د ۳ سانتي مترو څخه زيات وي همدارنګه که دکتلې په مينځ کې ټپ وي نو د خبيث ټپ ښودونکی دی. (۳۷)

د ايچ پيلوري لپاره ازمويښه:

په هغه ناروغانو کې چې داندوسکوپي پواسطه يې ټپ تشخيص شوی وي بايد دمعدې دمخاطي طبقې څخه بايوپسي درپيد يوريز ازمويښ او هستولوژيک ازمويښو دترسره کولو لپاره واخيستل شي. (۳۷)

Rapid urease test : که چيری دمعدی دانتروم يا جسم څخه بايوپسي واخيستل شي په داسې يو لوښي کې چې يوريا او Aggar جيل ولري اچول کيږي که ايچ پيلوري مثبت وي نو يوريا په امونيا او کاربن ډای اکسايد بدلوي پدې صورت کې محيط اسيدی کيږي او دوسط زيړ رنګ په سور رنګ بدليږي داتعامل ۲-۲۴ ساعتو په موده کې ترسره کيږي.(۳)

که چيرې چټک يوريز تست مثبت وي نو هستولوژيکه ازمويښه بايد ترسره نه شي.

په هغه ناروغانو کې چې د پيپتيک ټپ تاريخچه لري او يا دمعدې اوکولمی د پورتنۍ برخې د باريوم ازمويښو پواسطه تشخيص شوی وي د ايچ پيلوري دتشخيص لپاره بايد فيکل انتي جن تست او د يوريا ز بريت ازمويښه ترسره شي. د دواړو ازمويښو د ترسره کولو لپاره بايد ۷ ورځې مخکې پروتون پمپ نهي کوونکي درمل ودرول شي ځکه چې ازمويښه په دروغو منفي کوي. (۳۷)

توپيري تشخيص:

پيپتيک السر بايد دلاندې ناروغيو سره توپيري تشخيص شي:

۱- نن السر دس پيپ سيا.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- دګاسرترو ازوفاژيل ريفلوکس ناروغۍ.

۳- دصفراوي لارو ناروغۍ.

۴- د اپي ګاستريک شديد درد د حاد پانکراټايټس ، حاد کولي سيستيټس ،دمرۍ څيرې کيدل او دصفراوي لارو کانې ، ګاستريک وال ولوس او دابهر د انيوريزم د څيرې کيدو سره توپيري تشخيص شي. (۳۷)

دمعدې ټپ (Gastric Ulcer):

دمعدې د ټپونو پيښې په ۲۰ کلنۍ او ډيرې په نارينوو کې وي. څرنګه چې دا بې ګيلې وي نو دپيښيدو ښه رښتياني وخت يې څرګند نه دی.

د کلينک له انده د اثناعشر د ټپ په پرتله ښه نه تشخيصيږي.

دمعدې ټپ ژور وي دمعدې دمخاطي طبقي څخه هم تيريږي. هستولوژي يې د اثناعشر د ټپ په شان ده خو پدې کې د ټپ په شاوخواکې پراخه ګاستريتس شتون لري. دمعدې ټپ ډيرې د انتروم دمخاطي طبقي اود معدې د بدن دمخاطي طبقي په جنکشن کې ځای لري. دانتروم مخاطي طبقي دوه پر درې دکوچنۍ انحنا او يو پر درې د لوی انحنا مخاطي طبقي پورې غزيدلی شي. (۲۲)

دمعدې سليم ټپ دمعدې په فنډس کې ډير لږ وي. د معدې سليم ټپ د هر وخت لپاره د ايچ پيلوري له کبله وي.

که دمعدې ټپ داسپرين يا نن ستروئيد التهاب ضد درمل له کبله وي نو ګاسترايټس ورسره مل نه وي. (۲۲)

لاملونه او پتوجنيزس:

تيزاب او پيپسين د ناروغۍ په پيداکيدو کې غوره ونډه لري. دمعدې په ټپ کې تيزاب نارمل يا ښکته وي (اکلورهايدريا) په سليمه ټپ کې هيڅ کله نه وي (ان د پنتاګاسترين د زرق سره) هم نه زياتيږي. (۲۲)

۱۰ سلنه د ګاستريک ټپ ناروغان د اثناعشر ټپ هم لري چې پدوی کې د تيزابو افرازات داثناعشر د ټپ په اندازه وي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ايچ پيلوري دمعدی ټپ په مينځته راتلو کې غوره ونډه لري. په تيره په هغه کسانو کې چې دنن ستروئيد التهاب ضد درملو تاريخچه ونه لري. ګاستريک ټپ په پنځه کلن ماشومانو کې چې په لومړي وخت کې يې ايچ پيلوري انتان اخيستی وي پيدا کيږي. که په دې عمر کې پيدا شي د اتروفيک يا ځنډني ګاستريتس لامل هم کيږي.

د معدی ټپ ناروغانو کې د ګاسترين کچه لړه لوړه وي چې د تيزابو د دافراز دکموالي ښودونکی دی. (۲۲)

په ګاستريک ټپ کې معده په ځنډ سره تشيږي داثنا عشر دمنځ پانګو ريګورجتيشن ښايي دګاستريک ټپ په مينځته راتلو کې مرسته وکړي.

نن ستروئيد التهاب ضد درمل ۱۵-۲۵ سلنه دګاستريک ټپ لامل کيږي. (۲۲)

کلينيکي بڼه

درد د اثنا عشر د ټپ په شان په اپي ګاستريک ناحيه کې وي خو ډير وصفي نه وي درد ښايي دخوړلو سره لږ او يا ډير شي. زړه بدوالی او کانګې په دې ټپ کې بې د اختلاطه څخه زيات وي. په داسې حال کې د اثنا عشر په ټپ کې کانګې د ګاستريک اوټ ليټ په بندښت کې وي دمعدې ټپ داثنا عشر دټپ په شان کيداې شي ښه شي او يا بيرته وګرځي مړينه په دې کې د اثنا عشر د ټپ په پرتله زيات دی چې لامل يې د ناروغانو عمر زياتوالی، دهضمي لاری څخه دوينې بهيدل او دتشخيص وروسته والی دی. (۳)

درملنه:

د ايچ پيلوري د پيدا کيدو څخه مخکې د پيپتيک ټپ په درملنه کې داسې فکر کيده چې که تيزاب نه وي ټپ به نه وي. خو د تيزابو افرازيدل د پيپتيک ټپ په منځته راتلو کې تر اوسه پورې غوره ونډه لري. خو دايچ پيلوري ورک کول او د نن ستروئيدل التهاب ضد درملو له کبله د ټپ د مينځ ته راتګ څخه مخنيوی د درملنې بنسټ دی.

د پيپتيک السر په درملنه کې لاندې درمل کارول کيږي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

۱- دتيزابو افراز نهی کوونکي درمل (Acid antisecretory agents)

۲- دمخاط ساتونکي درمل (Mucosal protective agents)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- هغه درمل چې د ايچ پيلوري په له منځه وړلو کې کارول کيږي.

الف: دتيزابو افراز نهی کوونکي درمل

۱- پروتون پمپ نهی کوونکي PPi (Proton pump inhibitor)

دا درمل دتيزابو افرازونکي انزايم H,K-ATPase غير فعالوي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

ددې درملو د ژوند موده ديو ساعت څخه کمه خو اغيزه يې د ۲۴ ساعتو څخه زياته ده.

ددې درملو د خولې مستحضرات عبارت دي له : اوميپرازول يا رابيپرازول ۲۰ ملي ګرامه ، لنسوپرازول ۳۰ ملي ګرامه،ازوميپرازول يا پانټوپرازول ۴۰ ملي ګرامه څخه . (۳۷، ۳۵، ۲۲)

دغه درمل ۹۰ سلنه څلورويشت ساعته د تيزابو افراز نهی کوي او د ايچ دوه رسپتور بلاکر په پرتله ډير چټک درد غلی کوي.

ايچ دوه رسپتور بلاکر ۲۵ سلنه څلورويشت ساعته د تيزابو افراز نهی کوی.

پي،پي،ای بايد نيم ساعت مخکې د ډوډۍ څخه وخوړل شي (ډيری دسهار لخوا) هر يو له دوی څخه دورځې يوځل ورکول کيږي چې ۹۰ سلنه داثناعشر تپ د څلور اونيو په موده کې او ۹۰ سلنه د معدې تپ د اتو اونيو په موده کې رغوي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

پي،پي،ای د لنډې مودې درملنې لپاره ښه درمل دي خو داوږدې مودې لپاره په ۳ سلنه رنځورانو کې د ګاسترين د کچې دلوړوالي (>500pg/ml) له املې په انسانانو کې د انتروکرومافين ژونکو د هايپرپلازيا لامل کيږي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

دکلينيکي ازموينو له مخې د ۱۰ کالو راهيسې په انسانانو کې ددې درملو توکسي سيټي څرګنده شوی نه ده. د اوږدې مودې لپاره کارول يې لږ د ويتامين بي ۱۲ اوسپنه اود کلسيوم جذب خرابوي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

په پيټيک تپ کې د اوږدې مودې لپاره نه ورکول کيږي خو په جيرد کې کارول کيږي.

۲- ايچ دوه ريسپتور انتاګونيست:

ايچ دوه رسپتور انتاګونست څلور مستحضراته لري. د شپې لخوا د خوب په وخت کې يوځل ورکول کيږي. نوموړي درمل عبارت دي له رانيتيدين يا نيزاتيډين ۳۰۰ ملي

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ګرامه، فاموټيډين ۴۰ ملي ګرامه، سيميټيډين ۸۰۰ ملي ګرامه په غير اختلاطي تپونو کې ورکول کيږي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

داثناعشر تپ د ۲ اونيو په موده کې او دمعدې تپ داتو اونيو په موده کې ۸۵-۹۰% رغوي. څلور واړه يې ښه زغمل کيږي لږې اړخيزې اغيزې لري.

سيميټيدين يې د ينې د سايتوکروم پي ۴۵۰ ميتابوليزم د نهي کولو له امله لږ کارول کيږي او هم د تيوفيلين ، وارفارين، ليډوکاين او فينوتوين سره نه ورکول کيږي ځکه چې د دوي د سيروم کچه لوړه وي، او همدارنګه دتيونو دغتيدو او جنسي کمزوري لامل کيږي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

ب: هغه درمل چې دمخاطي طبقې دفاعي غښتلتيا لوړه وي.

۱- Sacralfat

داد سکروز المونيمي مالګه ده چې دټپ بيخ د پيپتيک ويجاړولو څخه ساتي. يو ګرام دورځې څلور ځله ورکول کيږي د پښتورګو په ځنډنۍ بې وسۍ کې نه ورکول کيږي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

۲- بسموت لرونکي درملونه:

بسموت لرونکي درملونه د پيپتيک تپ دناروغيو بنسټيزه درملنه ده چې د ايچ پيلوري په له مينځه وړلو کې د دوو اتي بيوتيکو سره ګډ ورکول کيږي.

مستحضرات يې عبارت دي له Colloidal bismuth sub citrate، Bismoth subsalicylate (پيپتو بيسمول) ۱۲۰ ملي ګرامه دورځې څلور ځله ورکول کيږي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

۳- پروستاګلاندين انالوګ:

Misoprostol پروستاګلانيدين ته ورته درمل دی. ۲۰۰مايکروګرامه دورځې څلور ځله ورکول کيږي. اړخيزې اغيزې يې عبارت دي له نس ناستي او ابورشن څخه. په اميدوارو او ماشوم زيږونکو مينډو کې نه ورکول کيږي. دا د نن سترويډال التهاب ضد درملو تپونو د مخنيوي لپاره ښه درمل دي. (۳۷، ۳۵، ۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۴- انتي اسيدونه:

پخوا دغه درمل د پيپتيک السر دناروغانو په درملنه کې د تيزابو په خنثی کولو کې غوره ونډه درلوده خو اوس نادراً د لومړنيو تيراپيوتيک درمل په توګه کارول کيږي. ناروغان يې په عمومي ډول د دس پيپ سيا د ګيلو له مينځه وړلو لپاره خوري. غوره انتي اسيدونه عبارت دي له: د المونيم هايدروکساید او مګنيزيم هايدروکساید مخلوط او ميلانتا څخه. (۲۲، ۳۵، ۳۷)

المونيم هايدروکساید د قبضيت او دفاسفيت دکموالي لامل کيږي او مګنيزيم هايدروکساید ناروغ ته نس ناسته پيدا کوي.

مګنيزيم هايدروکساید د پنبتورګو په بې وسۍ کې نه ورکول کيږي او المونيم د پنبتورګو د بې وسۍ په ناروغانو کې د نيوروتوکسي ستي لامل کيږي.

د کلسيوم کاربونيت پرله پسې خوړل د Milk alkalin سندروم (چې متصف دی په هايپرکلسيميا، هايپر فاسفتيميا، نفروکلسينوزس او د پنبتورګو بې وسۍ باندې) او سوديم بای کاربونيت د سيستميک الکالوزس لامل کيږي. (۲۲، ۳۵، ۳۷)

ج: د ايچ پيلوري له مينځه وړل:

ټول هغه رنځوران چې د اثناعشر يا معدې بيرنی يا ځنډنی ټپ لري او لامل يې ايچ پي وي د دوو انتي بيوتيکو او يو پروتون پمپ نهي کوونکي يا بسموت سره درملنه کيږي. (۳۷، ۳۸)

د درملنې د دوام موده ۷-۱۴ ورځې ده او اغيزه يې ۸۵-۹۰% ده. هغه انتي بيوتيکونه چې د ايچ پيلوري د درملنې لپاره کارول کيږي عبارت دي له: کليروترومايسين ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې دوځله، اموکسي سيلين يو ګرام دورځې دوه ځله. که د پنسيلين سره الرژي شته وي نو ميترونيدازول ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځلې ورکول کيږي. (۳۷، ۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پروتون پمپ نهي کوونکي عبارت دي له: اومي پرازول يا رابي پرازول ۲۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله، لنسوپرازول ۳۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله ، پانتوپرازول ۴۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله يا ازومي پرازول ۴۰ ملي ګرامه دورځې يو ځل ورکول کيږي.

که چيرې انتان د لومړنۍ درملنې د پلان سره دوام ومومي څلور درملونه يوځای د ۱۴ ورځو لپاره ورکول کيږي (بسموت سب سليسالیت+پي پي ای+ میترونیدازول+ تیتراسایکلین) (۲۷، ۲۲)

د ايچ پيلوري پورې تړلي ټپ د درملنې رژيمونه:

لومړی رژيم:

۱- PPi د ورځې دوه ځله.

۲-Klarithromycin ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله.

۳- اموکسي سيلين Amoxicillin يو ګرام د ورځې دوه ځله. (۳۷، ۳۸)

دويم رژيم:

- پي پي ای د ورځې دوه ځله
- Bismoth Subsalicylate ۱۲۰ ملي ګرامه دورځې څلور ځله.
- تتراسايکلين Tetracycline ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې څلور ځله.
- ميترونيدازول Metronidazole ۲۵۰ ملي ګرامه دورځې څلور ځله. (۳۷، ۳۸)

دريم رژيم:

- Ranitidine Bismoth citrate دورځې دوه ځله.
- کليروترومايسينKlarithromycin ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله.
- اموکسي سيلينAmoxicillin يو ګرام يا تتراسايکلين ۵۰۰ ملي ګرامه يا ميترونيدازولMetronidazole ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله. (۳۷، ۳۸)

پي،پي،ای بايد مخکې له ډوډۍ څخه وخوړل شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د رژيمونو د مودې د خلاصيدو څخه وروسته د ټپ د بشپړ رغيدو لپاره په پرله پسې توګه ايچ دوه رسپتور انتاګونست يا پروتون پمپ نهي کوونکي دورځې يوځل ورکول کيږي.

د ايچ پايلوري د تداوي استطبابات:

دمعدې او اثناعشر ټپ موجود وي ، د هستولوژي له مخې ګاسټريک ميتاپلازيا تثبيت شي، ملتوما شته وي، دمعدې اويا اثناعشر قرحه چې دفعال انتان سره يوځای وي، داسپنې دلږوالي انيميا موجوديت چې د درملنې په وړاندې مقاوم وي.(۴۷)

د نن سټروئيد التهاب ضد درملو له کبله د ټپ درملنه:

الف: دفعال ټپ درملنه:

۱- پي،پي،ای: داثناعشر د غير اختلاطي ټپونو لپاره څلور اونۍ اود غير اختلاطي ګاسټريک ټپونو لپاره اته اونۍ ورکول کيږي.(۳۸)

۲- ايچ دوه رسپتور انتاګونيست:

داثناعشر د غير اختلاطي ټپونو لپاره دورځې يوځل دخوب په وخت کې د ۲ اونيو لپاره او د معدې د غير اختلاطي ټپونو لپاره سيميتيدين ۴۰۰ ملي ګرامه، رانيتيدين يا نيزاتيدين ۱۵۰ ملي ګرامه، فوماتيدين ۲۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله د اتو اونيو لپاره ورکول کيږي.(۳۸)

په اختلاطي ټپونوکې پي،پي،ای ډير ښه درمل دي.(۳۸)

ب: دټپ د اختلاطاتو څخه مخنيوی:

۱- په زيات خطري ناروغانو کې (دپخوا څخه د ټپ تاريخچه شته وي،دټپ اختلاط، عمر د ۶۰ کالو څخه زيات وي، نورې شديدې ناروغۍ شته وي، کورتيکوسټروئيد ، انتي کواګولانت او نن سټروئيد التهاب ضد درمل اخيستی وي) د ټپ د بيا مينځته راتګ څخه په لاندې توګه مخنيوی کيږي.(۳۷ ،۳۸)

الف: پي،پي،ای دورځې يو ځل

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ب سيلو کوزب **Celecoxib**: لږ السيروجنيک دي (د زړه او رګونو په ناروغيو کې نه ورکول کيږي)

ج:ميسوپروستول Misoprostol ۲۰۰ مايکروګرامه د ورځې ۳-۴ ځله.

۲- داوږدي مودې پرله پسې درملنه:

په هغو ناروغانو کې چې ايچ پيلوري منفي وي اويا د ايچ پيلوري درملنه ناکامه شوې وي دټپ د بيا بيا مينځ ته راتګ دمخنيوي لپاره دورځې يو ځل نيم يا بشپړ دوز PPI يا ايچ دوه رسپتور انتاګونست ورکول کيږي.(۳۸)

مقاوم ټپونه :

مقاوم ټپونه هغه ټپونو ته ويل کيږي چې داتو اونيو په موده کې د پروتون پمپ نهي کوونکو سره ښه نه شي چې لاملونه يې عبارت دي له: د درملو نه زغمل، سګرت څکل، د اسپرين او نورو نن ستروئيد التهاب ضد درمل، زولينجر اليسن سندروم او خبيث ټپونه.

ټول مقاوم او بيا راګرځيدونکي ټپونه چې دنن ستروئيدالتهاب ضد درملو تاريخچه ولري او ايچ پيلوري منفي وي بايد جراحي درملنه تر سره شي.(۳۷)

دپيپتيک ټپونو اختلاطات:

۱- دمعدې او کولمو وينه بهيدنه(Gastroin testinal Bleeding).

دمعدې اوکولمو د پورتنۍ برخې د وينه بهيدنې ۵۰ سلنه لامل يې پيپتيک ټپ ده چې د کلينيک له انده ۱۰ سلنه کې ښکاره وينه بهيږي. نږدې ۸۰% کې وينه پخپله دريږي.(۱۵،۳۷)

کلينيکي بڼه:

دمعدې اوکولمو د پورتنۍ برخې د بيړنۍ وينې بهيدنې کلينيکي څرګندونې د ناروغۍ د وخامت، عمر زياتوالي، په کانګو او ډکو متيازو کې دوينې شتون، هيموډاينامېک ګډوډيو او نورو سختو ناروغيو شتون پورې اړه لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په ۲۰% پيښو کې درد (په تيره په هغه ناروغانو کې چې نن سترو ئيد التهاب ضد درمل اخلي) نه وي. (۱۵،۳۷)

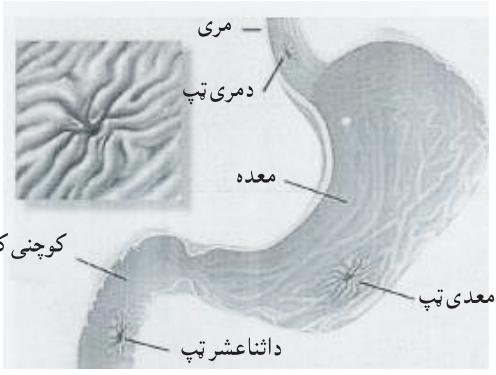
دناروغۍ غوره ننبې عبارت دي له: هيماتوميزس او ميلانا څخه.

Hematemesis په کانګو کې دوينې شتون ته وايي چې د تور چای يا قهوی ډوله رنګ (Caffee ground) لري.

که ناروغ ته نازوګستريک تيوب واچول شي نو کافي رنګه يا تازه وينه په کې راځي خو په ۱۲ سلنه هغه ناروغانو کې (چې داثناعشر ټپ لري) په تيوب کې وينه نه راځي.

ميلانا په ډکو متيازو کې دوينی شتون ته وايي چې قير ته ورته (Tarry stool) رنګ لري. (۱۵،۳۷)

Hematochezia په ډکو متيازو کې دتازه وينې راتګ ته وايي چې ډيری دمعدې اوکولمو د ښکتنۍ برخې وينې بهيدنې ننبه ده خو دمعدې اوکولمو د پورتنۍ برخو په وينه بهيدنه کې هغه وخت وي چې وينه بهيدنه ډيره وي اويا دکولمو خوځښتونه چټک وي.



(۱-۲)شکل کې دمعدی او اثناعشر ټپونه ښودل شويدي ((۴۰))

Occult blood: هغه حالت ته وايي چې د هضمي جهاز ځندنۍ وينه بهيدنه د ورځې د ۱۰۰ ملي ليترو څخه لږه وي چې ددې د پيژندلو لپاره Fecal occult blood مثبت وي او داوسپنې دکمواليد وينه لږۍ لامل کيږي. (۱۵،۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کـه دهضـمي جهـاز د ويـنې بهيـدنې سـرچينه د Ligament of teritz څخـه پورتـه وي دهضمي جهاز د پورتنۍ برخې وينه بهيدنې پنوم اوکـه ددې څخـه بنـکته وي د هضـمي جهاز د ښکتنۍ برخې د وينې بهيدنې په نوم يادېږي. (۱۵،۳۷)

دفزيکي کتنو له مخې دهضمي جهاز د پورتنۍ برخې دوينې بهيـدنې دشدت کچـه پـه لاندې توګه ويشل شوي. (۱۵،۳۷)

۱- لږه وينـه بهيدنـه : پدې حالـت کې نـاروغ يـو يـا دوه ځلې وينـه کانګـه کـوي (۱۰ فيصده وينه يې له لاسه ورکړي) د ناروغ عمومي حالت ښـه وي او دزړه ضـربان ، دوينې دفشـار انـدازه نارمـل وي خـو نـاروغ کلـه کلـه د لـږ پ سـتوماتنيا څخـه ګيلـه کـوي. (۱۵،۳۷)

۲- په منځنۍ کچه وينه بهيدنه :

پدې حالت کې په کانګو کې دوينې دلاسه ورکولو کچه او کرات زيات وي (دا ناروغـان ۲۰ فيصده وينه يې له لاسه ورکړي وي).

دوينې د فشار اندازه د ۱۰۰ ملي مترہ سيماب څخه لوړ د زړه ضربان يې په يوه دقيقه کې د ۱۰۰ څخه زيات وي ناروغ کې دوضعيتي فشار تيټوالي (دوضعيت دبدلون سره دوينې فشار بدلون ته وايي چې د Tilt test په نوم يـادېږي يعنې کلـه چې نـاروغ سـتون ستاغ وضعيت څخه کښيني ۱۰ ملي متر سيماب فشـار بنـکته کيـږي او په يـوه دقيقـه کې د نبض شمير ۲۰ ضربانه زياتيږي) تکي کاردیا ، دزړه تپکان او ګنګسـيت شـته وي. (۱۵،۳۷)

۳- شديده وينه بهيدنه :

پـدې حالـت کـې نـاروغ ۴۰ سـلنه وينـه لـه لاسـه ورکـړي وي، د زړه ضـربان چټـک او د شـميرلو وړ نـه وي. دوينې فشـار د ۱۰۰ ملي مترہ سيمابو څخـه بنـکته، يخـه خولـه، دلاسونو او پښو سوړوالی، تنده او اوليګويوريا شتون لري. دناروغ عمومي حالت خراب او په شاک کې وي. سترګې يې ننوتې خاسف او ناارامه بنکاري. (۱۵،۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دلاندې حالاتو شتون د هضمي جهاز د پورتنۍ برخې د وينې بهيدنې په رنځورانو کې دمړينې خطر زياتوي:

۱- زړښت: که دناروغ عمر د ۶۰ کالو څخه ډير وي.

۲- د نورو ناروغيو (لکه سرطان، دځيګراو پنبتورګو بې وسي) شتون

۳- شاک

۴- که په اندوسکوپيکه کتنه کې فعاله وينه بهيدنه اويا د ليدلو وړ رګونه شته وي.

۵- دويم ځل وينه بهيدنه (۳۷، ۱۵)

لابراتواري نښې:

هيماتوکريت دوينې بهيدنې يا درګ دلارې دمايعاتو د اخيستلو له کبله ښکته وي.

بي، يو، اين په کوچنۍ کولمو کې دوينې دنايتروجن د جذبوالي او پري رينل ازوتيميا له کبله ډير وي. (۳۷، ۱۵)

لومړنۍ ارزيابي اودرملنه

الف: دناروغ رغول(Stabilization):

په لومړي پړاو کې دناروغ هيموډاينامېک حالت ارزيابي کيږي چې ايا وينه بهيدنه لږ يا په منځني ډول او يا شديده ده. پس چورال هايپوتنشن او تکې کاردیا دوينې دلاسه ورکول لپاره ښې ګټوري نښې دي خو ښايي چې بې له وينې بهيدنې څخه دکوم بل لامل له کبله هم وي. (۳۷)

دهيماتوکريت ټاکل د بيړنۍ شديدې وينې بهيدنې د څرګندولو لپاره ګټوره ازموينه نه ده ځکه چې ۲۴-۷۲ ساعته وروسته درګ څخه دباندې مايعاتو پواسطه انډول برابريږي.(۳۷)

که وينه بهيدنه شته وي ۱۸ ګيچه يا ددې څخه لوی وريدي لين اچول کيږي. يوه اندازه وينه لابراتوار ته دوينې د بشپړ شمېرنې، پروترومبين ټايم، انټرنيشنل نارمالايز ريشيو(INR)، سيروم کرياتينين، دځيګر د دندو ازموينه، کراس ميچ او دوينې ګروپ لپاره استول کيږي. (۳۷، ۱۵)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

که چيرې په يو رنځور کې څرګند هيموډاينامیک حالت خراب نه وي او فعاله وينه بهيدنه شتون ونلري نو دمايعاتو ورکول لږ بايد وځنډيږي تر څوچې د وينې بهيدنې د شدت اندازه نوره هم روښانه شي(۱۵،۳۷)

کـه د نـاروغ هيموډاينامیـک حالـت خـراب وي نوبايـد ۹۰،% مـالګين سـيروم يـا رنګرلکتيت سيروم ورکړل شي اونادراً دوينې 0 ګروپ ورکول کيږي.

همدارنګه دمايعاتو ورکولو په وخت کې بايد د مرکزي وريدي فشار کنترول شي ناروغ ته نازوګستريک تيوب واچول شي. که په تيوب کې سره تازه يا تکه توره وينه راشي نو دفعالې وينې بهيدنې ښودونکې ده چې ډيره زياته خطري ده که په ان جې تيوب کې وينه رانشي (اثناعشر تپو کې) خطر ډير لږ دی. (۱۵،۳۷)

د اندوسکوپي څخه ۳۰ دقيقې مخکې د رګ دلارې ۲۵۰ ملي ګرامه اريترومايسين ورکول کيږي ترڅو چې معده دوينې کلاټ څخه پاکه شي او افت ښه وليدل شي.

دوينې بهيدنې د دريدلو لپاره دمايعاتو پواسطه زيات معدوي لواژ د اسپريشن خطر پيداکوي د بيا بيا اسپريشن پواسطه د وينې بهيدنې دوام يا بيا بهيدل پيژندل کيږي. (۱۵،۳۷)

ب: دوينې ورکول :

دمايعاتو او دوينې دمحصولاتو دورکولو کچه د ژوند د نښو ، په نازوګستريک کې دفعالې وينې راتګ او لابراتواري ازموينو پورې اړه لري. دوينې خالص سرې ژونکې تر هغه پورې ورکول کيږي تر څو چې هيماتوکريت ۲۵-۳۰ سلنه ته ورسيږي.

که چيرې پرله پسې وينه بهيدنه شته نه وي نو دوينې د خالص سرو ژونکو د هر يونټ سره بايد ۴ سلنه هيماتوکريت لوړ شي. کـه چيـرې فعالـه وينـه بهيدنـه شـته وي د هيماتوکريت د اندازې په نظر کې نيولو سره بايد ناروغ ته وينه ورکړل شي.

پـه فعالـه وينـه بهيدنـه کـې ترمبوسـيت هغـه وخـت ورکـول کيـږي چـې شـمير يـې د 50000/mcl څخه لږ شوی وي. (۱۵،۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

که د پلاټ ليټ دنده داسپرين يا کلوپيدوګرول سره خرابه شوی وي نو پلاټ ليټ پرته دشميرپه نظر کې نيولو سره ورکول کيږي. فريش فروزن پلازما په هغه ناروغانو کې چې کواګولوپاتي شته وي او INR د 1.5 څخه زيات وي ورکول کيږي. که فعال تازه وينه بهيدنه شته وي د سرو ژونکو دهرو پنځو يوتيو سره يو يونيټ Fresh frozen plasma ورکول کيږي(۳۷، ۱۵)

ج: دخطري فکتورونو دشتون له مخې دناروغانو لومړنی ويشنه:

د Resuscitation (بيا رغونه) لپاره ناروغان دخطري فکتورونو له مخې ډله بندي کيږي چې نوموړی فکتورونه عبارت دي له:

۱- د ناروغ عمر چې د ۶۰ کالو څخه زيات وي.

۲- دوينې بهيدنې څخه پرته دنورو طبي ناروغيو (لکه دځيګر، پښتورګو بې وسي، اودسرطان) شتون.

۳- دوينې سستوليک فشار د ۱۰۰ ملي متره سيمابو څخه لږ او دزړه ضربان په يوه دقيقه کې د ۱۰۰ څخه ډير وي.

۴- په نازوګستريک تيوب اويا مقعدي ازموينه کې فعاله تازه وينه شتون ولري .

۱- ډير کم خطر فکتورونه:

که چيرې په ناروغ کې خطري فکتورونه نه وي هيموډاينامیک حالت يې ښه وي دفعالې وينې بهيدنې نښې لکه (ميلانا او هيماتوميزسس) په ۴۸ ساعتو کې نه وي، په نازوګستريک تيوب کې وينه رانه شي او لابراتواري ازموينې نارمل وي نو دغه کسان د روغتون څخه دباندې ارزيابي کيږي. (۳۷، ۱۵)

۲- ډير خطري فکتورونه:

که چيرې خطري فکتورونه شته وي اوهيموډاينامیک حالت خراب وي نو ناروغ بايد په دسختې څارنې يونټ (ICU) کې بستر شي او وروسته د احيايې مجدد څخه د ۱۲ ساعتو په موده کې سمدلاسه اندوسکوپي شي. (۳۷، ۱۵)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- متوسط خطري فکتورونه

وروسته د احيايي مجدد څخه ناروغ دښه تشخيص او درملنې لپاره په وارد کې بستر شي که ښکاره وينه بهيدنه شتونه ونه لري نو بايد د ۱۲-۲۴ ساعتو په موده کې اندوسکوپي شي. که په اندوسکوپي کې وليدل شو چې دبيا ويني بهيدنې خطر نه شته د روغتون څخه يې دباندې درملنه کيږي. (۳۷، ۱۵)

درملنه :

الف: طبي درملنه:

۱- دتيزابو افراز نهی کوونکي درمل:

پروتون پمپ نهي کوونکي درګ يا په لوړ دوز دخولی دلارې د درې ورځو (۷۲ساعتو) لپاره دټپ هغه ناروغانو ته چې داندوسکوپي د ازموينې له مخې تر خطر لاندې وي (لکه فعاله وينه بهيدونکی ټپ، ښکاره رګونه او نښتی کلاټ) ورکول کيږي.

پي،پي،ای پدې ناروغانو کې دوينې ترانسفيوژن او اندوسکوپيک درملنې اړتياوی کموي. (۳۷، ۱۵)

دلومړنی کاميابی اندوسکوپيک درملنې څخه وروسته اومی پرازول ۸۰ ملي ګرامه درګ دلارې او بيا په هر ساعت کې ۸ ملي ګرامه د ۷۲ ساعتو لپاره د انفيوژن په ډول ورکول کيږي چې دا دوينې بهيدنې خطر د ۱۰- ۲۰ سلنې څخه کموي.

خو ازومی پرازول يا پانټوپرازول د رګ دلارې لومړی ۱۸۰ ملي ګرامه اوبيا هر ساعت وروسته ۸ ملي ګرامه ورکول کيږي. (۳۷، ۱۵)

اومي پرازول د خولې دلارې (۴۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله) په لوړ دوز ورکول د رګ د ورکړې اغيزه يې کوم توپير نه لري.

ايچ دوه رسپتور انتاګونست د بيړنې ټپ د وينې بهيدنې په درولو کې اغيزه نه لري.

۲- داوړدې مودې لپاره د بيا وينې بهيدنې څخه مخنيوی:

يو پر درې ناروغان چې ښه درملنه يې شوی نه وي ددرې کالو په موده کې يې بيا د ټپ څخه وينه بهيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

که وينه بهيدنه د ايچ پيلوري مثبت ټپ له کبله وي نو د ايچ پيلوري ريښه ايستونکې درملنه د بيا بيا وينه بهيدنې څخه مخنيوی کوي. (۳۷، ۱۵)

په ټول هغه ناروغانو کې چې وينه بهيدونکی ټپ لري بايد د ايچ پيلوري لپاره يې ازمويته وشي. که ايچ پيلوري مثبت وي نو بايد ۴-۸ اونيو لپاره انتي بيوتيک تراپي شي درملنې څخه وروسته دانتان د ورک کيدو د څرګندولو لپاره يوريا بريت يا فيکل انت جن تست تر سره شي اويا داچی دهستولوژيکو ازمويښو دترسره کولو لپاره داندوسکوپي دلارې بايوپسي واخيستل شي. (۳۷، ۱۵)

هغه ناروغان چې پرله پسې ايچ پيلوري مثبت ټپ لري اويا داچی ټپ دايچ پيلوري يا نن ستروئيد التهاب ضد درمل له کبله نه وي نو د بيا بيا وينې بهيدنې د مخنيوي لپاره بايد د اوږدې مودې لپاره دخوب په وخت کې ايچ دوه رسپتور انتاګونيست (لکه رانتيدين ۱۵۰ ملي ګرامه) اويا پروتون پمپ نهي کوونکي دورځې يوځل ورکول کيږي. (۳۷، ۱۵)

ب: اندوسکوپي:

دپورتنۍ هضمې لارې دوينې بهيدنې د تشخيص لپاره اندوسکوپي ډيره ښه ازمويښه ده چې ددې پواسطه ناروغي ښه تشخيصيږي د بيا بيا وينې بهيدنې خبر ورکوي په زيات خطري ناروغانو کې د درملنې لپاره کارول کيږي. دابايد د ۱۲-۲۴ ساعتو په موده کې تر سره شي. په شديد او فعاله وينې بهيدنې کې لومړی ناروغ بايد احيايی مجدد او هيموډينامیک حالت يې سم او بيا اندوسکوپي شي. دهغه ناروغان چې هيموډاينامیک حالت يې ښه نه وي ۲۴ ساعتو لپاره دسختی څارنې يونټ کې او د ۷۲ ساعتو لپاره په وارد کې بستر شي. (۳۷، ۱۵)

دهضمي لارې دپورتنۍ برخې د بيړنې وينې بهيدنې ښه درملنه داندوسکوپي د لارې په وينه بهيدونکی برخه کې د اوبلن (1:10000) د اپي نفرين زرقول، تيرموکواګولیشن اواندوسکوپيک کليپ دی. ددې درملنې ګټه داده چې دبيا بيا وينې بهيدنې خطر، د ترانسفيوژن او دجراحي درملنې اړتياوی کموي او ۹۰% اغيزمن دی که په ګډه

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

اندوسکوپيک تراپي او د رګ دلاړې پي،پي،ای ورکړل شي د بيا وينې بهيدنې خطر او د جراحي درملنې اړتياوی کموي.

جراحي درملنه هغه وخت ترسره کيږي چې بيا بيا وينه بهيدنه وي او اندوسکوپيک درملنه بريالی نشي. (۳۷، ۱۵)

دمعدې دبهرنی فوحی بندښت (Gastric outlet Obstruction)

لاملونه:

۱- داثناعشر دټپ له کبله فبروتيک تنګوالی

۲- د پيلور کانال پرسوب.

۳- د انتروم سرطان.

۴- Adult hypertrophic pyloric stenosis (۳۷، ۳۸)

کلينيکي بڼه:

معمول ګيلې يې ژر مړيدل، زړه بدوالی، کانګی او وزن بايلل دي.

په پيل کې ناروغان د خوړو د خوړلو څخه وروسته د اپي ګاستريک د دروندوالي او ډکوالي څخه ګيله کوي. (۳۷، ۳۸)

ناروغ د ډوډۍ خوړلو څخه يو ساعت وروسته کانګې کوي چې مينځ پانګه يې نيمه هضم شوي خواړه وي. (۳۷، ۳۸)

په فزيکي ازموينه کې Gastric (Succusion) Splash د خوړو دخوړلو څخه څو ساعته وروسته اوريدل کيږي. دمعدې استداري حرکتونه په سترګو ليدل کيږي.

اختلاطات يې عبارت دي له ډيهايدريشن ، ميتابوليک الکالوزس اوهايپوکالييميا څخه. (۳۷، ۳۸)

لابراتواري نښې:

۱- دمعدې د مينځ پانګې د وتلو سره ديهايدريشن او د سيروم کلورايد او پوتاشيم کميږي.

۲- دسيروم د يوريا او بای کاربونيټ کچه لوړه وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- د پنټورګو د لارې دسودیم جذب زیاتیږي او په ځاې یې د هایدروجن ایون وزي چې دې ته پارادوکسیکل اسید یوریا وایي.

۴- که دمعدې اسپریشن وشي (وروسته دیوې شپې ولږې څخه) دمعدې مینځ پانګه د ۲۰۰ ملي لیترو څخه ډیره وي.

۵- اندوسکوپي هغه مهال ترسره کیږي چې معده د ان جي تیوب پواسطه تشه شي.

۲- دباریوم ازموینې نادراً ترسره کیږي ځکه چې د ټپ او کنسر تشخیص شکمنوي او بیرته ایستل یې ګران دی. (۳۷، ۳۸)

درملنه:

۱- معده د ان جي تیوب پواسطه تشیږي.

۲- دورید دلارې ډیهایدریشن اومیتابولیک اسیدوزس باید سم شي.

۳- په لومړیو څلورویشت ساعتو کې لږ تر لږه څلور لیتره ازموتیک سالین او 80mmol پوتاشیم کارول کیږي.

۴- کله کله ټپ د پروتون پمپ نهی کوونکو پواسطه رغیږي پرسوب له مینځه ځي او د جراحي درملنې ته اړتیا کمیږي.

۵- نیمه ګاستریکتومي وروسته د اوو ورځو د معدې اسپریشن څخه ترسره کیږي تر څو چې معده ښه تشه او نارمل کچې ته وګرځي.

۲- د اوږدې مودې لپاره پروتون پمپ نهي کوونکي ورکول کیږي ترڅو د سترومل السریشن څخه مخنیوی وشي. (۳۷، ۳۸)

Zolinger Ellison's Syndrom (ZES) Gastrinoma

دایوه نادره ناروغی دي چې متصف دی په شدید پیپټیک السر، د معدې د اسیدي افرازاتو زیاتوالی اودپانکراس دنن بیتا ازلیت ژونکو تومور (ګاسترینوما) باندې.

دا سندروم داثناعشر دټیونو 0.1 سلنه لامل جوړوي داناروغي په دواړو جنسونو په هر عمر کی مینځ ته راتلای شي خو ډیری د ۳۰-۵۰ کالو تر مینځ پیښیږي.(۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پتوفزيالوژي:

دګاسترينوما څخه ګاسترين افرازيږي چې دا دمعدی د ديوالي ژونکو څخه په لوړه پيمانه د اسيد ازادېدل هڅوي او دهمدې ژونکو کتله ۳-۲ ځله زياتوي. (۳۸)

پنتاګاسترين دمعدې د اسيد افرازول هڅوي خو د بزل د پيمانې څخه نه لوړيږي. (۳۸)

داسيد افراز دومره ډير وي چې دکوچنی کولمو تر پورتنی برخې پورې رسيږي او پي ايچ يې د دوو يا دريو څخه ښکته کيږي پدې پي ايچ کې د پانکراس لای پيز انزايم غير فعاليږي او صفراوي اسيدونه رسوب کوي چې دا د عادی او شحمي نس ناستي لامل کيږي.(۳۸)

پتالوژي:

په ۹۰ سلنه پيښو کې تومور د پانکراس په سر يا داثناعشر په نژدې ديوال کې پيداکيږي چې وروستی يې ډير معمول ځای دی. د تومور اندازه د يو ملي متر څخه تر شل سانتي مترو پورې رسيږي. يو پر درې څخه تر دوه پر درې يې خبيث وي. خو ورو ورو پر مخ ځي کله کله يو پر درې يې مخکی له تشخيص څخه ځيګر ته ميتاستازس ورکوي. ۲۰-۲۰ سلنه ددې ناروغانو د پاراتائروئيد او دنخامی غدی ادينوما لري.(۳۸)

کلينيکي بڼه:

پيپټيک ټپونه شديد څو دانې او په غير معمول ځايونو لکه داثناعشر شاتني بولبر، جيجينوم، يا مری کې پيداکيږي. ټپ د منلې درملنی په وړاندې ځواب نه وايي. دناروغی تاريخچه لنډه وي وينه بهيدنه او سوري کيدنه يې غوره اختلاطات دی. دا سندروم کله کله هغه وخت پيژندل کيږي چې پيپټيک ټپ دجراحي درملنې څخه وروسته بيا مينځ ته راشي. نس ناسته يو پر درې يا ډيرو ناروغانو کې وي. په يو ناروغ کې ددې سندروم د شتون ګمان هغه مهال کيږي چې پيپټيک ټپونه شديد ايچ پيلوري

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

منفي،دنن ستروئيد التهاب ضد درملواخيستلو تاريخچه ونه لري او په باريوم ميل کې دمعدې مخاطي ګونځی زيږې وي.(۳۸)

تشخيص:

۱- دلوړې په حالت کې دسيروم د ګاسرتين کچه د 150pg/ml څخه لوړه وي. د سيروم دګاسترين دکچې دمعلومولو لپاره ناروغ ته ايچ دوه رسپتور بلاکوونکي ۲۴ ساعته مخکې اويا پروتون پمپ نهي کوونکي شپږ ورځې مخکې نه ورکول کيږي په منځنۍ توګه د سيروم د ګاسترين کچه 500-700 pg/mL وي خو په ۲۰ سلنه رنځورانو کې د 1000pg/mL څخه ښکته وي.(۳۷)

۲- هايپوکلوروهايدريا:

دکلور د کموالي سره دمعدې پي ايچ لوړيږي چې د هايپرګاسترينيميا لامل کيږي.که چيرې دمعدې پي ايچ د ۰ – ۳ څخه لوړ وي نو په هايپوکلور هايدريا دلالت کوي او ګاسترينوما ردیږي. (۳۷)

که دسيروم د ګاسترين کچه د 1000pq/hr څخه ډيره وي او داسيد کچه هم ډيره وي نو د زولينجر السن سندروم ښودنه کوي. که چيرې د سيروم ګاسترين د 150- 1000pg/mL څخه لږ وي او داسيدو افرازيدل هم لږوي نو زولينجرالیسن سندروم بايد دهايپرګاسترينيميا د نورو لاملونو څخه د سکريتين ستيمولیشن ازموينې په واسطه توپير شي. (۳۷)

سکرتين ناروغ ته د رګ دلارې دوه يونټه نظر په وزن د بدن ورکول کيږي چې په ۲-۳۰ دقيقو کې د سيروم ګاسترين د 200pg/mL څخه لوړيږي. (۳۷)

د زولينجر السن سندروم په ناروغانو کې بايد دپاراتائيرويد هارمون ،پرولاکتين،فوليکول ستيمولاټينګ هارمون،ليوتينيزينګ هارمون،دودی هارمون کچې هم د مولتيپل اندوکراين نيوپلازما -۱ د ردولو لپاره ولټول شي.(۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

رادیولوژي:

درادیولوژیکو ازموینو پر مټ دتومور لومړنی ځای، موضعي او میتاستاتیک تومور څرګندیږي.

لاندې رادیولوژیکې ازموینې د ناروغۍ دتشخیص لپاره په کارول کیږي.

۱- Radio labeled somatostatin Receptor scintigraphy

۲- دکوچنیو تومورونو لپاره اندوسکوپیک التراسوند

۳- سي ټي سکن اوام.ار.ای دلویو تومورونو لپاره.(۳۷)

توپیري تشخیص:

ګاسترینوما د کارسینوئید، انسولینوما، وي پوما ګلوکاګونوما او سوماستاتینوما سره توپیري تشخیص کیږي. (۳۷)

درملنه:

نژدې دیرش سلنه تومورونه کوچني، یو او موضعي وي چې د جراحي درملنې سره لرې کیږي، خو ډیری یې مولتپي فوکل وي، ځینې رنځورانو کې میتاستاتیک وي چې دجراحي د درملنې وړ نه وي. (۳۷)

د پروتون پمپ نهي کوونکی دوامداره ورکول ډیری ناروغانو کې ټپ او نس ناسته ښه کوي. دې ناروغانو ته د ورځې ۲۰-۸۰ ملي ګرامه ورکول کیږي.

ترکیبي سوماستاتین، اکتریوتائید دپوستکي لاندې زرقول کله کله د ګاسترین ازادول لږوي د ۲۰-۷۵ سلنه د ژوند موده پنځو کالو پورې وي.

ټول ناروغان باید د مولتپي پل اندوکراین نیوپلازیا - ۱ لپاره ولټول شي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

بد هضمي (Dyspepsia)

پيژندنه:

دګيدې د پورتنۍ برخې د بيړنۍ، ځنډنۍ يا متکرر درد يا ناراحتۍ ته وايي چې اوصاف يې عبارت دي له: د ګيدې د پورتنۍ برخې ډکوالي، ژر مړيدلو، تيزابيت، سوځيدلو، پرسوب، ارګمي، زړه بدوالی او کانګو څخه.

دس پيپسيا ۲۵ سلنه په ځوانانو کې او ۳ سلنه په طبي کارکوونکو کې وي او نژدې ۸۰ سلنه خلک دس پيپسيالري. ((۳۷، ۳۲، ۲))

لاملونه:

۱- خواړه او درمل

زيات خوړل، چټک خوړل، زيات غوړ خوړل د خفګان په وخت کې خوړل، زيات شراب يا قهوه څښل. نن سترويد التهاب ضد درمل درملونه، انتي بيوتيکونه (ميترونيدازول او مکرولید) د شکر درمل (ميت فورمين، الفاګلوکوسيدايز) اوسپنه، کورتيکوسترويد، دای ګوکسين، اوپيات.

۲- دمعدی معايي لارو د لومن د دندو خرابوالی.

پيپتيک تپ ۵-۱۵% جيرد ۲۰% دمعدی سرطان، ۱% ګاستروپاريزيس (دشکری ناروغی)، لکتوز نه زغمل، پرازيتي انتانات لکه جاردیا، سترانګوليدازيزس (۲).

۳- ايچ پيلوري.

۲۰-۵۰% ځنډنی ګاسترايتس چې لامل يې ايچ پيلوري وي دډس پيپ سيا لامل کيږي.

۴- دپانکراس ناروغۍ:

۵- دپانکراس ځنډنی التهاب او سرطان

۶- دصفراوي لارو ناروغۍ.

د کولي ليتيازيسس او کولي ډکوليتيازيسيس دردونه د ډس پيپسيا سره توپير لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۷- نورې ناروغۍ لکه ډيابتس، د تائيروئيد دغدې ناروغۍ، دپښتورګې ناروغۍ، مايوکارد اسکيميا، دګيدې دتنه خباثت، دمعدې تاويدل، هيې ياتوس چوره، اميدواري.

۸- وظيفوي ډس پيپسيا. دغنډنۍ دس پيپ سيا غوره لامل دې چې ارګانيک لامل نه لري.(۳۷، ۳۲)

کلينيکي بڼه:

دناروغ څخه بايد دناراحتۍ ځای، ځنډيتوب، کرکتر، دخوړو سره اړيکې، د الکولو، کافي، رومي، کورنۍ، افتصادي او ټولنيزې ستونزې، خفګانونه، واده، طلاق، وزګارتيا، يوازيتوب، جنسي خواهشاتو، دانتي اسيدو سره دغلي کيدو په اړونده پوښتنه وشي. (۳۷، ۳۲)

که د دس پيپ سيا سره وزن کميدل، دوامداره کانګې، ثابت يا شديد دردونه، انيميا، دسفاژيا، وينه لرونکی کانګی،ميلانا، زړښت (دعمر د ۵۰ کالو څخه ډير وي) مل وي د دس پيپسيا د خرابوننبو ښودونکي دي چې بايد ژر تر ژره اندوسکوپي يا دګيدی راديوګرافي تر سره شي. (۳۷، ۳۲)

دګيدې درد: (Abdominal Pain)

دا دهضمي جهاز دناروغيو غوره ګيله ده چې دګيدې د ښوی عضلاتو او د غړو د کپسول د کشيدلو څخه پيداکيږي.دګيدې د درد په اړوند بايد دناروغ څخه دځای، شدت، کرکتر، دوام، تشديدونکي او اراموونکي فکتورونو او نورو اضافي ګيلو په اړوند پوښتنه وشي.

دګيدې دردونه څلور ډوله دي:

۱- حشوي دردونه:

داحشاو درد پريکوونکی او سوزيدونکی نه وی. دا درد د غړو د پراخوالي، تقلص، تاوئيدلو او کشيدلو څخه پيداکيږي. دځانګړي غړو درد په عمومي ډول دګيدې د منځنۍ ليکې لپاسه وي.(۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- جداري دردونه :

دجداري پريتوان د سوماتيک عصابو په واسطه اروا شوې چې دالتهاب، انتان او نيوپلازم له کبله يې درد پيداکيږي. دردونه يې تيز موضعی او اړخيز وي. (۳۸)

۳- ليږديدونکي دردونه :

دصفراوي کڅوړې د ناروغيو دردونه په شا او د اوږې څوکې ته خپريږي. (۳۸)

۴- سيکوجنيک دردونه :

کلتور، خفګانونه او ټولنيز فکتورونه دګيډې د درد لامل کيږي. که چيرې د ګيډې د دردونو لپاره کوم ارګانيک لامل پيدا نه شو نو بايد د عصبي دردونو خواته پام وشي. (۳۸)

دګيډې حاد درد

دګيډې حاد دردونه دجراحی د پيښو ۵۰ سلنه جوړوي چې لاملونه يې عبارت دي له:

۱- التهاب :

دا دردونه ورو ورو دڅو ساعتو په موده کې پرمخ تګ کوي. لومړی لږ خپور وي خو کله چې دجداري پريتوان اخته شو موضعي کيږي. دحرکت سره ډيريږي، ګيډه کلکه او شخه وي

لاملونه يې عبارت دي له اپنديسايتس، داي ويرتيکولايتس، کوليسيستايتس، دحوصلی التهابي ناروغۍ، پانکراتايتس، پيالونفرايتس او د ګيډې دننه ابسو څخه. (۳۸)

۲- سوري کيدل.

دا دردونه ديو غړي د سوري کيدو څخه ناڅاپه پيليږي، درد يې شديد وي او پريتونيتس ورکوي. لاملونه يې عبارت دي له پيپتيک ټپ، سوري کيدل، دتخمدانونو د کيست او دابهر د انيوريزم دڅيرې کيدو څخه. (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- انسدادي دردونه :

انسدادي دردونه کولیکي وي. ناروغان یې د درد په وخت کې تاوراتاویږي. که چیرې کولیکي دردونه ثابت شي او د دردونو تر مینځ د ارامیدو پړاو نه وي. تبه، تکي کاردیا او لوکوسایتوزس ورسره مل شي مانا یې داده چې التهاب ورسره یو ځای شوی. دکولیکي دردونو لاملونه عبارت دي دکولمو، صفراوي او بولي لارو دبندیزونو څخه. دثابت دردنو لاملونه عبارت دي له سترانګولیتید چوره ، کولاتجیتس او سلفنجیتس څخه. (۳۸)

دګیدې د حاد درد تاریخچه او پلټنې:

۱- که د اپي ګاستریک ناحیې درد د دس پیپ سیا او خوږو سره اړیکې ولري نو دمعدې او صفراوي ناروغیو ښودنه کوي.

۲- که دګیدې درد ناڅاپه پیل شي نو داثناعشر د ټپ د سوري کیدو، دابهر د انیوریزم دڅیرې کیدو، دتخمدانونو دکیست د تورشن او د حاد پانکراتایتس ښودنه کوي.

۳- دشاه درد په پانکراتایتس، دابهر دانیوریزم په څیرې کیدلو، او دبولي لارو ناروغیو کې وي.

۴- که دګیدې درد د کانګو سره یوځای وي د کولمو دبندښت ښودنه کوي.

همدارنګه دکانګو د مینځ پانګې (وینه،صفرا، دکوچنۍ کولمو مینځ پانګه) په اړوند هم باید پوښتنه وشي.

۵- که دکولمو عادت بدل شوی وي، مقعدي وینه بهیدنه او بندښتي ننبې شتون ولري نو باید د باریوم د امالی،د سګموئیدسکوپي او د کولونو سکوپي سپارښتنه وشي.

۶- که دګیدې درد د ډوډۍ خوړلو سره زیات شي او د اتیروسکلیروزیس ننبې شتون ولري نو دمیزانتریک داسکیمیا ښودنه کوي.

۷- دګیدې د پر له پسې درد لپاره باید د غټو او کوچنیو کولمو ناروغۍ رد شي.

که ناروغ ځوان وي کله اسهال او کله قبضیت ولري اود ګیدې درد د ډکو متیازو کولو سره غلی شي نو دایریتیبل باول سندروم ښودنه کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۸- که درد دګيډې په پورتنۍ برخه کې وي د شاه خواته خپور شي، د ناروغ وزن کم شوی وي، نس ناسته ولړي او دالکولو د څښلو تاريخچه شته وي نو د ځنډني پانکراتايتس ښودنه کوي.

۹- د ګيډې د ښي پورتنۍ کودرانت دردونه دصفراوي کځوړې، دصفراوي لارو ناروغۍ، هيپاټيټس او د ځيګر په احتقان کې وي او کله کله د پيپتيک ټپ درد هم همدی ځای کې وي. همدارنګه په روغو ښځو کې دګيډې ځندني دردونه د کولمو په وظيفوي ناروغيو کې وي.

۱۰- که دګيډې درد په کيڼ الياک فوساکې وي نو دا به د کولون سرچينه لري لکه په حاد دای ورتيکولايتس کې.

۱۱- دګيډې د ښکتنۍ برخې ځندني دردونه دکولمو په وظيفوي تشوشاتو کې وي.

په ښځو کې دګيډې د ښکتنۍ برخه کې نسايي دردونو پورې اړه لري.

۱۲- دګيډې په ښي ښکتنۍ الياک فوسا کې ځندنی درد د ځندني اپنډي سايتس له کبله وي.

۱۳- که د فلانک بيابيا دردونه وي او بولي ګيلې ورسره يوځای وي نو د پښتورګو او حالبونو د تيږو لپاره بايد پلټنه وشي.

۱۴- که دګيډې درد لپاره کوم ارګانيک لامل پيدا نه شو او ناروغ د سيکالوژيک ناروغيو تاريخچه ولري، ازموينې يې نارمل وي نو سيکالوژيک دردونه ښيي. (۳۲، ۳۸)

فزيکي ازموينې:

دناروغ حالت وکتل شي چې ايا ناروغ ښکاري او که نه.

که چيرې ناروغ ډير مايعات د پريتوان په تشه کې او دکولمو په لومن کې ضايع شوی وي نو د ناروغ پوستکې خاسف، يخ، نبض به يې ضعيف او چټک وي. ناروغ به هايپوټينشن يا شاک کې وي.(۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دګيډې فزيکي کتنې:

۱- ليدنه: دناروغ په ګيډه کې بايد پرسوب، سکار يا کتله وليدل شي.

۲- جس: دناروغ ګيډه بايد دشخوالي، حساسيت لپاره جس شي که دناروغ ګيډه حساسه، شخه او کلکه وي د پريتونيتس ښودنه کوي.

۳- دکولمو اوازونه:

که اوازونه لوړ واوريدل شي د کولمو انسداد ښودنه کوي اوکه وانه اوريدل شي نو د اليوس اود سترانګوليتيد اسکيميا دلالت کوي. (۳۲)

دحوصلې او ريکتوم فزيکي کتنې:

دحوصلې ازموينې د نسايي ناروغيو په پيژندلو کې کوم چې د ګيډې د حاد درد لامل کيږي مرسته کوي لکه د ايکتوپيک حاملګي ريچر. (۳۲)

سګموئيدوسکوپي:

که نس ناسته دګيډې د حاد درد سره يوځای وي د لامل (سلمونيلا، کامپيلوبکتر، شګيلا) دموندلو لپاره بايد سګموييدسکوپي او د ډکو متيازو کرنه تر سره شي. (۳۲)

دخولې کتنه:

په ځينو پيښو کې ژبه بارداره او تنفس بدبويه وي. (۳۲)

تودوخه:

په حاد التهابي ناروغيو کې تبه وي. (۳۲)

تشې متيازې:

تشې متيازې بايد د وينې، ګلوکوز، کيتون بادي، پروتين او لوکوسيت لپاره معاينه شي. (۳۲)

پلټنې:

دګيډې د حاد درد دلامل موندلو لپاره بايد لاندې پلټنې وشي.

۱- دوينې بشپړه شميرنه: په التهابي پيښو کې لوکوسايتوزس وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- دسيروم دامیلیز لوړوالی په پانکراتایتس کې وي.

۳- د سيروم يوريا او الکترولایت د ډیهایدریشن لپاره.

۴- اکسري: دسينې په راديوګرافي کې دښي ډیافراګم لاندې د ازادې هوا خیال شتون د معدی او کولمو سوري کیدو ښودنه کوي.

دګیډې په ساده راديوګرافي کې پراخه کولمه یا دمایع سطحه د انسداد ښودنه کوي.

۵- په ځوانو ښځو کې په تشو متیازو کې د امیدواری ازموینه.

۶- اندوسکوپي

۷- کولونوسکوپي

۸- دګیډې په التراسوند کې د صفراوي کڅوړې ناروغۍ لکه کانې کولي سیستایتس، کولانجیتس، ډپنټورګو او حالبونو تیږې، دپستو انساجو کتله، د ګیډې دننه ابسو.

۹- راديوکنترست ازموینې: دخولی یا دمقعد دلارې دکولمو میخانیکي او دروغجن انسداد د تشخیص او توپیري تشخیص لپاره.

۱۰- سي ټي سکن: دپانکراټایتس، د پریتوان شاته دمایعاتو ټولیدل، د کتلې او دابهر د انیوریزم لپاره.

۱۱- انجیوګرافي: دمیزانتریک اسکیمیا د تشخیص لپاره.

۱۲- لپراسکوپي: که دګیډې د بیړني درد لپاره د ازموینو دلارې کوم لامل پیدا نه شو نو تشخیصي (استکشافي) لپراتومي تر سره کیږي (که عمر د ۵۰ کلو څخه زیات وي اپندیکتومي هم ترسره کیږي). (۳۲)

دګیډې ځنډني او پرله پسې دردونه:

دکولمو څخه دباندې دګیډې د ځنډني دردونو لاملونه:

۱- دپریتوان شاته: د ابهر انیوریزم، خبیثه ناروغۍ، لمف ادینوپاتي، ابسی.

۲- سیکوجینک: روحي فشارونه، خفګانونه.

۳- لوکوموتور: په شمزیو باندې فشار، دګیډې دعضلاتو کشش.

۴- میتابولیک او اندوکراینې: دشکرې ناروغي، ادیسن ناروغي، هایپرکلسیمیا.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۵- درملونه او توکسینونه: الکول، کورتیکوسټروئید ، ازاتایوپورین.

۶- هیماتولوژي: سیکل سیل ناروغي، هیمولایټیک ناروغي.

۷- نیورولوژیک: راډیکالوپاتي، ټابیس ډورسالیس (۳۸)

دګیډې ثابت دردونه:

دګیډې دځنډینو پرله پسې او ثابت دردونو لاملونه عبارت دي له:

۱- دمعدی، پانکراس، کولون او ځیګر سرطاني ناروغي.

۲- دګیډې ځنډني وظیفوي دردونه چې ازموینې یې نارمل وي اود عصبي ناروغیو تاریخچه هم ولري نو ددې لپاره کیتامین، ګاباپنتین، امی ترپتالین او اوپیات ورکول کیږي. (۳۸)

Functional or Non Ulcer Dyspepsia (NUD)

که چیرې په دریو یا زیاتو میاشتو کې د دس پیپ سیا (دګیډې د پورتنۍ برخې درد او ناراحتي) لپاره کوم عضوي لامل پیدا نه شو نو د وظیفوي یا ټپ نه لرونکی دس پیپ سیا (NUD) پنوم یادیږي دا وروسته د Irritable Bowel سندروم څخه ډیره زیاته ده.

نژدی ۲۵% خلک په کال کې ۲ ځله د ګیډې ناراحتي لري چې یوازي ۱۰-۲۰% یې ډاکټر ته ورځي. وظیفوي دس پیپ سیا د دس پیپ سیا ۲۰% جوړوي. داناروغي سلیم پر مختګ کوي. لږ شمیر ناروغانو کې چې ایچ پیلوري یې مثبت وي یا نن سټروئید التهاب ضد درمل اخلي نو د ټپ خواته پر مخ تګ کوي. د وظیفوي دس پیپسیا ځینې پیښې دمعدې معایې د پخوانیو انتاناتو څخه پیدا کیږي خو ډیری ناروغان عصبي ستونزې، فشارونه او خوړو نه زغم لري. ((۳۲، ۲۲))

د وظیفوي دس پیپ سیا سب ګروپونه:

۱- Ulcer like Dyspepsia : درد او دس پیپ سیا د ګیدې په پورتنۍ برخه کې وي.

۲- Dysmotility like dyspepsia : بې درده دس پیپ سیا او نارامي دګیډې د پورتنۍ برخې په مرکز کې وي. (۳۸، ۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينيکي موندنې:

ډيرى ناروغان ځوانان (د ۵۰ کالو څخه کم عمر) وي په ښځو کې د نارينوو په پرتله دوه ځله زياته ده.

دګيډې درد، ژړژر مړيدل، نفخ باد او زړه بدوالى وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه وي.

ګيلې (درد او زړه بدوالى) ډيرى د سهار لخوا کله چې ناروغ د خوبه ويښيږي وي.

داګيلې ښايي د پيپتيک ټپ ناروغانو کې هم وي.

که ناروغان زاړه وي نو بايد د ګيدې خبيثې ناروغۍ هم له پامه ونه ويستل شي.

فزيکي ازموينې نارمل وي د ناروغانو وزن لږ شوى نه وي.

روحي ستونزې اوخفګانونه لري. په اميدوارو ښځو او الکوليستانو کې کانګې دسهار لخوا وي. (۳۸، ۳۲)

دزړه سوځيدل: (Heart Burn)

دزړه سوځيدل د ګاستروازوفاژيل ريفلوکس لومړنۍ ګيله ده چې د Acid regurgitation، Indigestion، Sour stomach او bitter bleching پنومونو هم نومول کيږي. (۴۱، ۱)

ناروغ د ټټر د هډوکي شاته سوځيدل، ګرميدل او تيزابي والى احساسوي او شديدو حالاتو کې درد هم ورسره مل کيږي. (۴۱، ۱)

دزړه سوځيدل لومړى دمرۍ په ښکتنى برخه کې پيليږي ورو ورو پورته خواته د ټټر دهډوکي شاته، غاړې، کله کله شاته او نادراً اوږې ته خپريږي. (۴۱، ۱)

دانتي اسيد، سوډا او شيدوخوړلو سره غلې کيږي. کله کله دزړه د رګونو د ناروغيو د دردنو سره غلطيږي. (۴۱، ۱)

دزړه سوځيدل دمعدى د تيزابو، صفرا او دپيپ سين د بيرته ګرځون له کبله چې دمرۍ دښکتنى معصرې دبې وسۍ يا دګيډې دننه دفشار د لوړوالى له امله وي مينځته راځي که دزړه سوځيدل د واټر برش سره يوځاى وي داثناعشر ټپو ته پام کيږي، دزړه سوځيدل، دامبدوارۍ او چاغوالي سره زياتيږي (۴۱، ۱)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دخوړو نه زغمل: (Food intolerance)

دخوړو نه زغم د خوړو د هغو اړخيزو ګيلو څخه عبارت دی چې معافيتي (اميونولوژيک) مينځ ګړتياپه کې نه وي. دا د فارمکالوژيک (هستامين، تايرامين يا مونوسوديم ګلوتاميت) ميتابوليک (لکتيز فقدان) يا د نورو ميکانيزمونو لکه توکسين (سکروم بروئيد کب خوړلو څخه) يا دکيمياوي موادو له امله مينځ ته راځي. همدارنګه هستامين په روميانو او ځمکني توت کې وي. (۳۸، ۳۲)

۱- دنيم سردرد: دادځينو خوراکي توکو (لکه چاکليت، پنير، الکول) دخوړلو څخه پيداکيږي. دا خواړه يو ډول امين لري چې تايرامين نومېږي. مونوامين اکسيديز نهی کوونکي ددې امين په ميتابوليزم کې ونډه لري هغه کسان چې دا انزايم لري نيم سر درد په کې پيداکيږي. (۳۸، ۳۲)

۲- Irritable Bowel Syndrome (IBS)

دځينې خوړو (لکه غنم) څخه مينځ ته راځي. (۳۸، ۳۲)

۳- Chines restaurant syndrome

په چينايي خوړو کې مونوسوديم ګلوتاميت دي چې دخوړلو څخه وروسته سربدالي، زړه بدوالی، خوله، دټټر درد او کمزوري مينځ ته راځي. (۳۸، ۳۲)

۴- فينايل کيتون يوريا (Phenylketonuria)

دخوړو دنه زغم يو ډول دی چې فينايل الانين هايدروکسي ليز دنشتوالي څخه پيداکيږي. دغه انزايم غذايي فينايل الانين ميتابوليز کوي. (۳۸، ۳۲)

۵- دلکتوز نه زغمل: دانسان شيدې ۲۰۰ ملي مول لکتوز لري چې مخکې له جذب څخه په کولمو کې د لکتيز انزايم پواسطه په ګلوکوز او ګلکتور باندې بدليږي.

په لومړنۍ لکتيز فقدان کې د جيجينوم دميوکوزا مارفولوژي نارمل وي اوپه دويمي کې دځينو ناروغيو له کبله لکه سلياک، وايرل ګاستروانترايتس کې د جيجينوم د ميوکوزا مارفولوژي ويجاړيږي. غير هايدروليز شوي لکتوز کولون ته دننه کيږي چې

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دکولمو د بکتریاو دتخمري کړنې پواسطه هغه په لنډ ځنځیر لرونکي شحمي اسیدونو هایدروجن او کاربن دای اکساید باندې بدلیږي. (۳۸ ، ۳۲)

کلینیکي موندنې:

ډیری خلکو کې لکتیز فقدان بیخې بې ګیلی وي خو په ځینو کې وروسته د شیدو خوړلو څخه د ګیډې کولیکي دردونه ، پړسوب، باد ، دکولمو اوازونه، او نس ناسته پیداکیږي چې د ای، بي، ایس سره غلطیږي. که ناروغ ښه ارزیابي شي او شیدې پرې بندې شي ښایي ناروغ ښه شي. تشخیص یې د هایدروجن بریت ازموینې پواسطه کیږي. د درملنې لپاره د خوړو څخه لکتوز لرې شي. (۳۸ ، ۳۲)

دمعدی او کولمی ګازي سندروم (Gastrointestinal Gas syndrome)

په نارمل حالت کې دکولمو دګازاتو اندازه دیو شخص څخه بل شخص ته توپیر لري نارمل اندازه یې د ۲۰۰ ملي لیترو څخه لږه ده. (۴۱)

په کولمو کې پنځه ډوله ګازات دي (نایتروجن، اکسیجن، کاربن دای اکساید ، هایدروجن، میتان) داګازات له دریو لارو څخه پیداکیږي. (۴۱)

۱- دهوا تیرول :

په معده کې دګاز سرچینه تیره شوی هواده چې دورځې څو لیتره نایتروجن په معده کې ځای په ځای کیږي کله چې نایتروجن دمعدې څخه کولمو ته تیریږي په کولمو کې نه جذبیږي نوځکه ډیری تیره شوی هوا د ارګمي په ډول بیرته راوزي. (۴۱)

۲- دکولمو په دننه کې دګازاتو سرچینه:

دکولمو په دننه کې دري ډوله ګازات جوړیږي (هایدروجن، کاربن دای اکساید ، میتان). کاربن دای اکساید دهایدروجن دایون او دبای کاربونیټ د یوځای کیدو او د ترای ګلسرایدو څخه چې کله په شحمي اسیدونو باندې بدلیږي تولیدیږي. (۴۱)

دهایدورجن ایون په کولمو کې په کاربوهیدریتو، پروټینونو او امینواسیدونو باندې د بکتریاو د تخمري کړنې له امله جوړیږي. (۴۱)

میتان دهایدروجن دایون په شان دبکتریاو دمیتابولیزم له امله جوړیږي. (۴۱)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- دکولمو دلومن اودويني تر مينځ دګازاتو بدلون:

کاربن دای اکساید ، ميتان، نايتروجن او اوکسيجن په پاسيف توګه دلومن او ويني تر مينځ بدليږي. (۳۰)

دکلينيک له نظره د ګازاتو ستونزې:

ارګمی (Belching)

دمعدې يا مرۍ څخه په ارادي يا غير ارادي ډول د ډوډۍ خوړلو په وخت اويا وروسته دګازاتو ازادېدلو ته وايي. داهغه وخت پيداکيږي چې دمرۍ ښکتنۍ معصره استرخاء وکړي. ارګمی يوه نارمل عکسه ده چې دمعدی معايي سيستم دناروغيو ښودنه نه کوي.(۳۷)

په کمزورو خلکو کې دمعدې ټول ګاز تيره شوی هوا ده. دهرې مرۍ د تيرولو سره ۲-۵ ملي ليتره هوا تيريږي چې دګيډې دنارامۍ، پرسوب، درد او باد لامل کيږي.

دادچتک خوړلو، ژاولو ژوولو سګرت څکلو او کاربونيت لرونکو مشروباتو سره پيداکيږي. په تشويش خلکو کې زيات وي.

دارګمي لپاره هغه وخت پلتنې ترسره کيږي چې دسفاژيا ، زړه سوځيدل، کانګې او ژر ژر مړيدل ورسره مل وي.انتي اسيد او سيميتيکان ورکول کومه ګټه نه لري.(۳۷)

باد (Flatus)

دنفخ اوباد اندازه دمقعد دلارې ديو سړي نه بل سړي ته توپير لري چې په ورځ کې د ۲۰۰-۲۰۰۰ ملي ليترو پورې وي. (۳۷، ۱)

نفخ اوباد په کولمو کې دتيرې شوې هوا اوپه خوراکي توکو باندې دبکتريا و دتخمري کړنې له کبله پيداکيږي. همدارنګه نفخ او باد په سو جذب سندروم، لکتوز نه زغمل،ای بي ايس ، نن السر ډيسپيپسيا اودکولمو په انسداد حالت کې هم وي.دکولمو اوازونه دکولمو په اوږدو کې دمايعاتو اوګازاتو دخوځښت څخه پيداکيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

هغه خواړه چې دنفخ اوباد لامل کيږي عبارت دي له فرکتوز، لکتوز، سوربيتول، نشايسته،نخود، براکولي، ګلپي، کرم، پياز او کافي څخه. (۲۲، ۱)

هغه ناروغان چې دوامداره ګيلې لري بايد نشايسته او نور فايبرلرونکي خواړه ونه خوري فعال کارکول دګيډې بادارامووي. سي ميتيکان کومه ګټه نه لري. خوړو شحم بايد کم کړل شي ترڅو چې دکولمو د ګاز کليرانس وځنډيږي. (۳۷، ۱)

د Dyspepsia تشخيص

۱- اندوسکوپي:

دپورتنۍ هضمي لارې د ارګانيک ناروغيو دموندلو لپاره تاکلې ازمويښه ده چې د راديوګرافي په پرتله ډيره ښه ده. (۳۷، ۳۲)

۲- عمومي لارې چارې:

ټول هغه دس پيپټيک ناروغان چې عمر يې د ۵۵ کالو څخه لږ دی او اختلاط يې نه وي ورکړی په لومړي پړاوکې بايد د ايچ پيلوري (Urea breath test, Fecal antigen test, IgG seralogy) لپاره پلټنه وشي. (۳۷، ۳۲)

سيرالوژيکې ازمويښې اسانه او ارزانه دی خو لږ ارزښت لري که ايچ پيلوري منفي وي او د نن ستروئيد التهاب ضد درملو خوړلو تاريخچه ونه لري نو پيپټيک ټپ ردیږي.

ډيری ايچ پيلوري منفي ناروغان چې وظيفوي دس پيپسيا لري او د غيروصفي ريفلوکس ناروغان د ۴ اونيو لپاره د پي،پي،ای سره درملنه کيږي. که د درمل د پرېښودلو سره ګيلې بيا پيدا شي په دوامداره توګه پي،پي،ای ورکول کيږي. که ايچ پيلوري مثبت وي ۹۰ سلنه څخه پورته ناروغان د ايچ پيلوري د درملنې سره ښه کيږي او د لس سلنو څخه لږ رنځوران يې وظيفوي دس پيپسيا لري. (۳۷، ۳۲)

که د ايچ پيلوري د ورک کولو سره ګيلې بيرته بابيږي وکړي نو پي،پي،ای په دوامداره توګه ورکول کيږي. که دلومړنيو لاړو چارو سره د دسپيپسيا ګيلې ورکې نه شوې نو د دس پيپسيا د نورو لاملونو دموندلو لپاره بايد هڅه وشي. (۳۷، ۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د Dyspepsia درملنه:

الف: عمومي اهتمامات:

د ناروغانو څخه بشپړه تاريخچه واخيستل شي او په ډاکتر باندې باوري شي. په کولمو باندې دسيکالوژيک فکتورونو اغيزې وڅيړل شي.

د ډيرو ناروغانو لړې او پرله پسې ګيلې ناروغ ته د تسلي ورکولو او دژوند د ترتيب بدلولو سره ښه کيږي. د خوړو بنديز کومه ګټه نه لري خو بيا هم شراب، کافين، غوړين خواړه لږ يا بيخي ودرول شي. د درد د زياتيدو لپاره دناروغ څخه دهغه د ورځني خوړو او روحي تولنيزو ستونزو پوښتنه وشي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

ب: فارمکالوژيک درمل:

سره له دې چې درمل په وظيفوي دس پيپسيا باندې کومه اغيزه نه لري خو بيا هم دوه پر دري ناروغان د درملو سره ښه کيږي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

۱- PPi

۱۰-۱۵% دس پيپ سيا او ريفلوکس ډوله دس پيپ سيا (زړه سوی) د پي،پي،ای سره ښه کيږي. اومي پرازول، ازومی پرازول، رابي پرازول ۲۰ ملي ګرامه، لنسوپرازول ۳۰ ملي ګرامه يا پانتوپرازول ۴۰ ملي ګرامه د ۲-۴ اونيو لپاره ورکول کيږي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

۲- ايچ دوه رسپتور بلاکر د شپې درد يا د زړه سوځيدو لپاره ورکول کيږي.

۳- Antidepressant:

د Dispramine يا Nortriptyline يا Imipramine دخوب په وخت کې ۱۰-۵۰ ملي ګرامه ورکول کيږي دوز يې ورو ورو جګيږي اوسرترالين هم ورکولای شو.

۴- پروکينيتيک درمل:

ميتوکلوپرامید ۱۰ ملي ګرامه دورځې دري ځله، دوم پريدون ۱۰-۲۰ ملي ګرامه د ورځې دري ځله مخکې له ډوډۍ څخه ورکول کيږي. دميتوکلوپرامید دوامداره ورکول نيوروسيکاتريک اړخيزې اغيزې پيداکوي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Itopride د D2 رسپتور او اسيتايل کولين استريز انزايم د نهي کولو د لارې دمعدې داستيل کولين ازاديدل زياتوي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

۵- انتي ايچ پيلوري درملنه:

۱۰% څخه کمو پيښو کې د وظيفوي دس پيپ سيا لامل ايچ پيلوري ده بايد درملنه يې وشي.

۶- انتي اسيدونه لرې ګټه لري.

۷- په مخرشو ناروغانو کې هايپنوتراپي هم ښايي ګټه ولري.

۸- هربال تراپي

Caraway ، Pepermini چې لږې اړخيزې اغيزې لري هم ګټه لري.

۹- سموت مسل ريلکزانت: هغه درمل چې دښوی عضلاتو دنرم والي لامل کيږي چې عبارت دي له: Hyocyamine، Methoscopolamine څخه. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

Irritable Bowel Syndrome (IBS)

پيژندنه:

دغټو کولمو يوه وظيفوي ځنډنی او متکرره ناروغي ده چې د کولمو د جوړښت پتالوژي په کې نه وي چې متصف دی يې دګيډې په درد او نارامي باندې چې د ډکو متيازو کولو سره غلي کيږي. (۳۷)

اپيديمولوژي:

په لويديځ وګړو کې يو پر پنځه کسانو کې د ای بي ايس ګيلې شته چې يوازې په سلو کې ۲۰ يې د ډاکټر سره مشورې کوي او ددې څخه يې ۱۰ سلنه روغتون ته دمعدې او د کولمو د ګيلو له کبله راځي. (۳۸، ۳۷، ۳۲)

په ځوانو ښځو کې دنارينو په پرتله ۲-۳ واری زياتی دی ځکه چې په ښځو کې روحی ستونزې او خفګانونه زيات دي او د دوي کولمې دبهلابيلو پارونو سره ډيرې حساسې دي. خواړه پدوي باندې ډيره سيکالوژيکه اغيزه لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

همدرانګه په دوي کې ځينې نورې ستونزې (لکه دحوصلې برخه کې د ډکو متيازو کول، تشې متيازې کول، جنسي نژدې والی، مياشتنی عادت، اميدواري اوزيږون) ډيرې دي. (۳۸، ۳۷، ۳۲)

پتوفزيالوژي:

لاندې پتوفزيالوژيک ميکانيزمونه د ای بي ايس په مينځ ته راتلو کې ونډه لري.(۳۷)

۱- دکولمو حرکي ستونزې:

يو شمير څرګند مايوالکتريک او حرکي ستونزې په کولون او کوچنۍ کولمو کې پيژندل شوي چې د لړۍ مودی لپاره دګيډې د درد او روحي ستونزو سره اړيکی لري.

۲- دګيډې داحشاو حساسيت زياتوالی.

د ډيرو ناروغانو دحشوي دردونو داحساس اندازه لړه وي چې دغټو کولمو د لړ پرسوب سره دګيډې درد احساسوي. (۳۷)

ځينې ناروغان سره له دې چې دکولمو دګاز اندازه يې نارمل وي خو دګيډې دباد او درد څخه ګيله من وي. ځينې ژر ژر ډکې متيازې کول احساسوي خو د ريکتوم د ډکو متيازو حجم يې لږ وي. (۳۷)

۳- لومينل فکتورونه (دکولمو انتان)

په ۷-۳۲ سلنه ناروغانو کې وروسته د بکتريايي ګاسترو انتريتس څخه د ای بي ايس ګيلې پيدا کيږي ښځې او هغه خلک چې ډير روحی فشارونه او خفګانونه لري د د بيړني ګاسترو انترايتس دير غل د تيرولو څخه وروسته ورته ای بي ايس پيدا کيږي. (۳۷)

۴- عقلي او ټولنيز ابنارملتی:

د ۵۰ سلنه څخه ډير ناروغان روحي ستونزې، خفګانونه ، دخوړو ستونزې، جنسي او فزيکي ستونزې لري. (۳۷)

کلينيکي بڼه:

ای بي ايس يوه ځنډنۍ ناروغي ده چې ډيرې يې په وروستۍ لسيزو کې پيليږي. دناروغۍ ګيلې دناروغۍ د تشخيص څخه دري مياشتې مخکې شته وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ای بي ايس هغه مهال پيژندل کيږي چې په ناروغ کې ګيلي وي خو په لابراتواري ازموينو کې يې کوم پتالوژيک افت پيدا نه شي. (۳۷)

تشخيصيه کريتيريا:

په دې کريتيريا و کې داسې څرګنديږي چې په ۱۲ مياشتو کې ۱۲ اونۍ پر له پسې دګيدې درد يا ناراميي وي چې د لاندې اوصافو لرونکې وي. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

۱- دګيډې درد د ډکو متيازو کولو سره اراميږي.

۲- د ډکو متيازو د فريکونسۍ بدلون (په ورځ کې د درې ځلو څخه ډير اويا په اونۍ کې د درې ځلو څخه لږ وي).

۳- د ډکو متيازو په کلکوالي (کتلوي، سخت، نرم اوبلن) کې بدلون.

۴- د ډکو متيازو کولو په وخت کې ابنارملتي (زور وهل، ژړژړ تلل، دنابشپړ تشيدو احساس).

۵- دمخاط وتل.

۶- دګيډې نفخ اوباد. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

ددغو ګيلو شتون ای بي ايس ناروغان په درې سب کلاسونو باندې ويشي:

۱- څرګند نس ناسته.

۲- څرګند قبضيت

۳- متناوبه نس ناسته او قبضيت. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

دګيډې درد کرامپ ډوله دګيدې په ښکتنۍ برخه کې وي د شپې مهال نه وي او دناورغ دخوب دخرابوالي لامل نه کيږي. دناروغ وزن کم شوی نه وي ناورغ د شيدو، سابه او غوړو په خوړلو کې بنديز راولي. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

کله کله دګيډې درد د ډوډۍ خوړلو په مهال مينځ ته راځي چې ناروغ ډوډۍ خوړل بندوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

نس ناسته دسهار لخوا وي او تر څو چې نس ناسته يې ښه شوی نه وي ناروغ د کور څخه نه وځي او کله چې د کور څخه وځي داسی ځای ته ځي چې هلته دتشناب اسانتیاوی وي. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

همدارنګه د ای بي ايس ناروغانو څخه بايد د دس پيپ سيا دخطري ګيلو پوښتنه وشي. که چيري شته وي دناروغ ناروغي به دکوم بل اورګانيک لامل له کبله وي او دهغه لپاره پلټنې وشي. په همدې ډول که ګيلې ناڅاپه پيل شي او دناروغ عمر د ۴۰-۵۰ کالو څخه ډير وي نو بايد دکومې بلې ارګانيکې ناروغۍ خواته پام وشي. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

که ناروغ ته دشپې لخوا نس ناسته، شديد قبضيت يا نس ناسته، هيماتوچيزيا، وزن بايلل او تبه پيداشي بايدد ارګانيک افت د موندلو لپاره هڅه وشي.

د ای بي ايس ناروغانو په فزيکي ازموينو کې کوم ابنارمل نښه نه وي. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

دهضمي جهاز څخه دباندې د ای بي ايس کلينيکي څيره:

۱- نسای ولادي ګيلې (دردناکه پيريود يا دس مينوريا يا ډيس پارونيا).

۲- بولي ګيلې لکه فريکونسي، ژر ژر د تشو ميتازو کولواحساس، ارجنسي دشپې لخوا تشې متيازې کول او دمثانې بشپړ نه تشيدل.

۳- نورې ګيلې لکه د ملادرد، سردرد، دخولې بدبوي، دخوب ستونزې، ستومانتيا، بی علاقګي. (۳۱، ۳۲)

تشخيص:

که چيرې په يو ناروغ کی عصبي، اجتماعي ابنارملتي دتشخيصه (کری تيرا سره يو ځای) سره شته وي اودناروغۍ لپاره کوم پتالوژيک لامل پيدا نه شي د ای بي ايس ښودنه کوي اود نورو ازموينو ترسره کول پکارنه دي. ځينې ځانګړې ازموينې لکه اي ايس ار دتائيروئيد دغدی وظيفوي ازموينی، د ډکو متيازو (د وينې شتون، هګۍ، پرازيت) ازموينې، سګموئيدسکوپي، کولون سکوپي او باريوم ازموينې بايد تر سره

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

شي. دسلياک دناروغۍ د ردولو لپاره بايد سيرالوژيکی ازمويني وشي اوکه دناروغ عمر د ۵۰ کالو څخه ډير وي دخبيثه افت د ردولو لپاره هم پلټنې وشي.(۳۷)

توپيري تشخيص:

ای بي ايس بايد د ايچ پيلوري، کولون نيوپلازم، آی بي ډی، هايپرتائيروييدزم، هايپوتائيروييدزم، پرازيتي ناروغۍ، مل ابسوربشن، کارسينوئيد ، سيکوتيک ناروغۍ لکه روحي فشارونه او خفګانونو سره توپير شي.(۳۷)

درملنه:

الف: دخوړو په واسطه درملنه:

ناروغ په عمومي ډول دخوړو نه زغمل لري خو تراوسه پوري داسې خواړه چې ګيلې زياتې کړي نه دي پيژندل شوي خو په عمومي توګه غوړ لرونکي خواړه، کافين او سلاد د آی بي ايس د ناروغانو لخوا ښه نه زغمل کيږي. (۳۱، ۳۷، ۳۲، ۲)

هغه ناروغان چې نس ناسته ، دګيډې نفخ باد اوپرسوب لري په هغو کې بايد دلکتوز اوسوربيتول نه زغم بايد دپام څخه لري نه شي. ناروغ ته دلکتوز څخه تش خواړه ورکړل شي ترڅو چې د لکتوز نه زغمل رد شي.

دخوړو فرکتوز او سوربيتول (دميوو او شيريني ګانو په جوړښت کې وي) ښايي د نس ناستي، دګيډې درد ، باد او پرسوب لامل شي. (۳۱، ۳۷، ۳۲، ۲)

هغه خواړه چې دګيډې دباد او پرسوب لامل کيږي عبارت دي له ګلپي، اومه پياز، انګور، کرم، آلو، شفتالو، کافي، ممیز، هوګې او بير څخه.

زيات فايبر لرونکي خواړه په آی بي ايس کې کوم ارزښت نه لري

ب: فارمکالوژيکه درملنه:

د آی بي ايس دوه پر درې خفيف ناروغان دپوهاوي او دخوړو د پرهيز سره ښه کيږي دمنځنی کچې او شديد ناروغان دخارونکو اهتماماتو سره نه ښه کيږي. فارمکالوژيکه درملنه د مل درملنې په توګه نه دريښه ايستونکی درملنې په ډول ورکول کيږي. (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- دسپزم ضد درمل:

انتي کولي نرژيک درمل د ګيدې په بيړنې درد او پرسوب کې ورکول کيږي. زړو او قبضيت لرونکو رنځورانو ته نه ورکول کيږي. ددې ډلې درملو اړخيزې اغيزې عبارت دي له د تشو متيازو بنديدل، قبضيت، تکي کاردیا او دخولي د وچوالي څخه.

مستحضرات يې عبارت دي:

Hyocyamin (Levisin) ۱۲۵،. ملي ګرامه دخولي دلارې يا د ژبې لاندې اويا Sustained release ۳۰،. يا ۷۵،. ملي ګرامه دخولې دلارې دورځې دوه ځله ورکول کيږي. Dicyclomine ۱۰-۲۰ ملي ګرامه يا ميتوسکوپول امين ۲،۵-۵ ملي ګرامه دخولې دلارې مخکې د ډوډۍ خوړلو څخه دخوب په وخت کې ورکول کيږي. (۳۱،۳۸،۳۷،۳۶)

۲- دنس ناستې ضد درمل:

Loperamide دوه ملي ګرامه دخولې دلارې دورځې ۳-۴ ځله کارول کيږي. کودين فاسفيت هم ورکول کيږي.

۳- دښوی عضلاتو استرخاء ورکوونکي:

Mebeverin هايدروکلورايد، دای سايکلوورين هايدروکلورايد او Perpermint تيل دی.

۴- دقبضيت ضد درمل:

دقبضيت درملنې لپاره د مګنيزيم شيدی، پولي ايتايلين ګلايکول اوزيات فايبر لرونکي خواړه کارول کيږي. که چيرې قبضيت ټينګاري شو دقبضيت نور لاملونه دې ولټول شي.

۵- سايکوتروپيک درمل: ترای سايکليک انتي ډيپريسانټ په هغه آی بي ايس کې چې نس ناسته ورسره وي ورکول کيږي درملونه يې عبارت دي له: ايميپرامين (Tri imipramine)، Nortriptyline، Dispramine څخه.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

سيروتونين ري اپتيک نهی کوونکي د آی بي ايس په هغه ناروغانو کې چې قبضيت ورسره وي ورکول کيږي درملونه يې عبارت دي له: Sertraline (دورځې ۵۰-۱۵۰ ملي ګرامه)، Paroxetine (دورځې ۱۰-۲۰ ملي ګرامه) ، Fluoxetin (دورځې ۲۰-۴۰ ملي ګرامه). (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

۲- سيروتونين ريسپتور اګونيست او انتاګونيست: سيروتونين دمعدې معايي سيستم دتحرکيت او حسيت يو ميدياتور دی چې دوه ډوله درمل په کې شامل دي:

۱- Tegaserod: دا درمل د ۵ هايدروکسي تريپتامين رسپتور ۴ اګونيست دي او په هغه آی بي ايس اخته ښځينه ناروغانو کې کارول کيږي چې قبضيت ورسره وي. په نارينه کې اغيزه نه لري. ۲۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله ورکول کيږي ديوې اونۍ درملنې څخه وروسته د درملنې پايله معلوميږي. که رسپانس يې ښه وي د ۱۲-۱۴ اونيوپورې دوام ورکول کيږي. دنورو درملو سره يوځای هم کارېدلای شي. (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

۲- Alosetron: دا ۵ هادروکسي تريپتامين رسپتور ۳ ا نتاګونست دی. په هغه آی بي ايس اخته ښځينه رنځورانو کې ورکول کيږي چې نس ناسته ورسره وي يو ملي ګرام د ورځې دوه ځله ورکول کيږي.

۷- نه جذبيدونکي انتي بيوتيک: څيړنو ښودلي چې ۴۰ سلنه ناروغان دنه جذبيدونکي انتي بيوتيک ريفاکزيمين (۴۰۰ ملي ګرامه دورځې دري ځله دلس ورځو لپاره) سره ښه شوي. (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

۸- پروبايوتيک: ډيرو کمو څيړنو ښودلي چې غير پتوجن مايکرو ارګانيزمونه (لکه بايفيدو بکتريوم انفانت) دکولمو د فلورا د بدلون لپاره بدن ته دننه کوي.

ج: شديد درد لرونکي ناروغان د درملنې لپاره سيکالوژيست ته ورپيژندل کيږي. (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دمعدی اډینوکارسینوما (Gastric Adeno carcinoma)

اپیدیمولوژي او پېښې :

دمعدې کنسر (دپوستکي د کنسر څخه وروسته) د معمول کنسرونو له ډلې څخه دې چې په متحده ایالاتو کې په کال کې د ټولو نوي کنسرونو دوه سلنه جوړه وي.

د ۴۰ کلنۍ څخه يې مخکې مینځ ته ټک لږ دي. په نارینو کې نظر ښځو ته زیات دي دا ډیری په کوریا، جاپان، برطانیا، شمالي امریکا، چین، چیلي او اسلیند کې وي.

دمعدې کنسر زیاتره په انتروم کې مینځ ته راځي خو په کاردیا او فندس کې هم مخ په زیاتیدو دي. (۴۲، ۳۷، ۲۲)

لاملونه:

۱- عمر : دمعدې کنسر ډیری وروسته د ۷۰ کلنۍ څخه وي.

۲- جنس: په نارینوو کې نظر ښځو ته ډیر دي.

۳- توکم: ډیری يې اسیا، پاسفیک اسلند، هسپانیه او افریقایي امریکایانو کې دي.

۴- خواړه: ځینې خواړه دمعدی دکنسر خطر زیاتوي لکه منتن خواړه (داقتصادي ټولنیز حالت ضعیفوالی) مالګین، سګرت، الکول، سره شوی خواړه (نایتریت لري) مساله جات، خوسابه او میوه دکنسر خطر کموي.

۵- اچ پیلوري: ځنډنی اچ پیلوري د ځنډني ګاسترایتس او اکلورهایډریا لامل کیږي.

۶- کورنۍ تاریخچه

۷- دمعدې داسید نشتوالی.

۸- خبیثه انیمیا (پرنیشس انیمیا)

۹- دمعدی جراحي څخه (۱۰-۱۵ کاله وروسته)

۱۰- دوامداره اچ دوه رسپتور بلاکر خوړل.

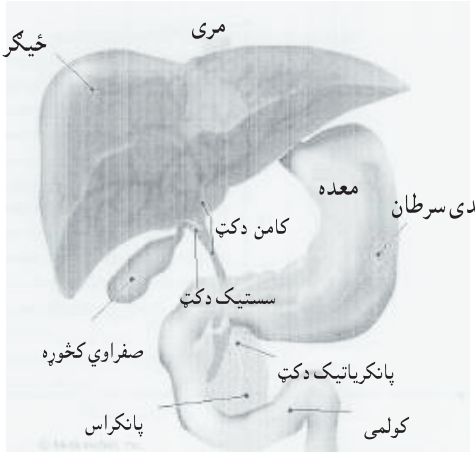
۱۱- ځنډنی ګاسترایتس.

۱۲- دمینیټرایر ناروغي (دمعدې د فولډونو دهایپرتروفي ډیروالی).

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱۳- دوينې ګروپ: په A ګروپ لرونکو خلکو کې د 0 ګروپ په پرتله ډير وي. (۲۲،۳۷،۴۳)



(۱-۷) شکل دمعدی سرطان (۴۳)

پتوجنیزس

دمعدی نارمل مخاط دمختلفو فکتورونو د اغیزی له کبله اتروفي کوي او د اسید افراز متاثره کیږي چې په پایله کې PH لوړیږي او دزیات شمیر بکتریاو د ودی لپاره زمینه برابریږي. د Nitrate او N-Nitroso compound جوړیدو پواسطه دمخاطي افت تخریبات مستقیما او غیر مستقیما تشدیدیږي.

د N-nitroso compound دمیتاپلازیا او بیا د کنسر په منځته راتګ کې ښه پوهیدل شوي چی نوموړی نظر د Carrrea مولف لخوا پیشنهاد شوی. همدارنګه خبیثه انیمیا،

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

اتروفیک گاسترایتس اودکولمو میتاپلازیا د کنسر لپاره مساعدوونکی فکتورونه دي.

- د Epstein barr virus پواسطه کنسر زیات د ځوانی په عمر کی پیدا کیږي چې زیاتره دکاردیا ناحیه پری اخته کیږي.
- په جاپان کې دکنسرونو خطر زیاتوالی زیاتره د شعاع او دهیروشیما او ناګازاکي داتومي بمونو داستعمال له کبله وي کوم چی په دویمه نړیواله جګړه کې استعمال شوي.
- ۱۰-۱۵ سلنه پیښو کې دناروغی لامل ارثي دی.
- دمعدی پخوانی جراحي (Antral gastrictomy) څخه کانسر معمولا ۱۵ کاله وروسته مینځته راځي.
- H2 Receptor Blocker دوامداره کارول.
- H.Pylori دمعدی دمخاطي غشا افت او اتروفیک گاستریتس لامل کیږي زیاتره هغه H.Pylori دکنسر لامل کیږي چې Cag-A لري او که Cag-A نه لرونکی یې دکنسر لامل نه کیږي.(۳)

پتالوژي:

دمعدی ادینوکارسینوما

دمعدې د اپي تیلیوم خبیث تومور دی چی دمعدی د کنسرونو ۸۰ سلنه جوړوي او ۱۵ سلنه یې لمفوما او ګاسترو انټیستینال سترومال تومور دی.

دمعدې د میوکوزا دګلاندولاړ اپي تیلیوم څخه سرچینه اخلي دمعدې دیوال تر برید لاندې نیسي، عضلي، میوکوزا، سب میوکوزا او مسکولار پروپریا کې ارتشاح کوي. (۳۸،۴۲،۴۳)

دمعدی د ادینوکارسینوما مارفولوژیک ډولونه:

۱- Fungating intraluminal polypoid mass

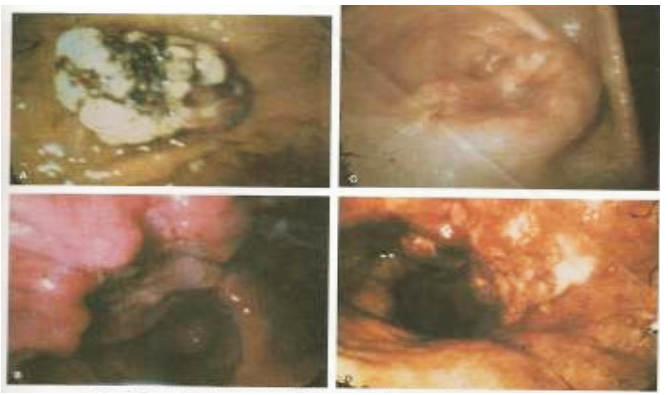
Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دمعدې د ادینوکارسینوما د دیفیوز له ډلې څخه دی چې ډیر مخاط افرازوي. بین الخلالي نسج د مخاط څخه ډکیږي. مخاط د تومور په دننه کې پاتې کیږي او هسته محیط خواته ټیله کوي چې د Signet ring cell په نوم یادیږي. (۳۸،۴۲،۴۳)

۲- Diffuse spreading (Linitis Plastica)

دا د دیفیوز له ډلې څخه دی چې ډیری په ځوانانو کې وي په ټوله سب میوکوزا کې خپریږي معده شخه، اتونیک وي پلن فولډونه په کې جوړیږي چې د څرمنې د بوتل بڼه غوره کوي چې دخرابو انزارو ښودونکې ده. (۳۸،۴۲،۴۳)



(۸-۱) شکلونه A : دمعدی پولي پوئید کنسر B: دمعدی فنګوئید کنسر
C: دمعدی السراتیف کنسر D: دمعدی انفلتراتیف کنسر (۴۲)

۳- Super facial spreading

داهم د دیفیوژ له ډول څخه دی چې یوازې مخاطي او مخاط لاندې طبقه کې وي کیداې شي چې لمف نودونو ته یې میتاستاز ورکړی اویا نه وي ددې ډول انزار بڼه وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۴- Ulcerative mass : دا د کولمو دټايپ له ډلې څخه دی چې ډيری دمعدې په کوچنۍ انحنا کې وي. (۳۸، ۴۳، ۴۲)

دځای له انده:

افت دمعدې په لری برخه کې (۴۲) سلنه نږدی دريمه برخه کې ۳۷ سلنه منځنۍ برخه کې

۲۰ سلنه ټوله معده کې ۱۳ سلنه وي. (۳۸، ۴۲، ۴۳)

کلينيکي بڼه:

دمعدی دسرطان د ناروغانو کلينيکي بڼه عبارت دی له دګيډې د پورتنی برخی دردونه، نارامي، زړه بدوالی، کانګی، نس ناسته، قبضيت، دګيډی پړسوب، ژړژړ مړيدل، وزن کميدل، وينه لرونکی کانګی او ډکی متيازی اوپه ۲۰ سلنه ناروغانو کې داپي ګاستريګ دناحيی له کبله وی. (۳۸، ۳۷)

اختلاطات :

۱- دمعدې کنسر نېغ په نېغه د معدې شاوخوا او نژدې غړو ته لکه پانکراس، کولمو او ځيګر ته خپريږي.

۲- دلمفاوي سيستم يا د پريتوان د سطحې دلاړې خپريږي.

۳- دګيډې دننه لمفاوي غوټو ته خپريږي.

۴- تخمدانونوته ميتاستاز ورکوي چې د Krukenberg's tumor .پنوم يادېږي.

۵- نو شاوخواته ميتاستازس ورکوي چې د Sistermary joseph nodol پنوم يادېږي

۶-peritoneal cul de sac ته ميتاستازس ورکوي (Blumer's shelf) مقعدې يا مهبلي ازموينو کې معلوميږي.

۷- خبيث اسايتس

۸- ځيګر ته خپريدل (غوره ځای دی)

۹- (Trosseus syndrome) migratory thrombophlebitis

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱۰- Supraclavicular lymph node (troisier's sign) ته میتاستاز (Wirchow node)

۱۱- Acanthosis negricans

۱۲- Microangiopathic hemolytic anemia

۱۳- Guaic positive stool

۱۴- Dermatomyositis

۱۵- سړو، دهډوکو مخ ته خپریدل. (۳۸، ۳۷)

تشخیص:

دناروغۍ دتشخیص لپاره لاندې ازموینې ترسره کیږي:

۱- فزیکي ازموینه.

۲- دوینې ازموینه (دوینې د ځنډنۍ بهیدولو له امله د اوسپنې د کموالي انیمیا. که چیرې تومور ځیګر ته میتاستاز ورکړی وي د ځیګر د دندو د ازموینو ابنارملتیې.

۳- ګاستروسکوپي: په ټولو هغه ناروغانو کې چې عمر یې د ۵۰ کالو څخه ډیر وي دس پیپ سیا لري او انتي سکریتوري درملو سره ښه نه شي ګاستروسکوپي تر سره کیږي.

۴- بایوپسي: داندوسکوپي پواسطه بایوپسي اخیستل کیږي او سایتولوژیک ازموینې تر سره کیږي.

۵- دمعدی اوکولمو دپورتنی برخی رادیوګرافي د باریوم سره.

۶- دګیډې سي تي سکن او اندوسکوپیک التراساوند.

۷- Fecal Ooccult blood test (۲، ۳۷)

: Stages

۱- صفر ستیژ: پدې پړاو کې کنسر یوازې په مخاطي طبقه کې وي.

۲- لومړی ستیژ: لمفاوي غوټې اخته شوی نه وي لمینا پروپریا یا سب میوکوزا او ان مسکولار پروپریایې تر برید لاندې نیولی وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- دوهم ستيژ : ۷-۱۵ لمفاوي غوټې اخته شوې وي برسيره پر ميوکوزا دمعدی ديوال يې تر برید لاندې نيولی وي.

۴- دريم ستيژ لمفاوي غوټې اخته شوې وي. مسکولار پروپريا ، دمعدې ټول ديوال يې اخته کړی وي او ان نژدې غړي يې لکه ځيګر ، پانکراس يې تر برید لاندې نيولي وي.

۵- څلورم ستيژ: لرې غړو ته يې ميتاستاز ورکړی وي. (۴۳، ۳۷)

۲- بيرته ګرځيدونکی کنسر : کنسر وروسته د درملنې څخه بيرته راګرځي.

دکنسر د پراونو دمعلومولو لپاره لاندې ازموينې تر سره کيږي:

۱- دوينې ازمونه: دوينې بشپړ ازموينې، دځيګر وظيفوي ازموينې، که چيرې ځيګر اخته شوی وي دوينې په ازمونه کې Carcinoma embryonic antigen (CEA) او کاربوهايدريت انتي جن(CA) لوړ وي.

۲- دسينې راديوګرافي. ۳- سي ټي سکن ۴- اندوسکوپيک التراساوند

۵- لپراسکوپي. (۴۳، ۳۷)

توپيري تشخيص:

دمعدې دسليم ټپ، لمفوما او هايپرټروفيک ګاستروپاتي (Menetrier's disease) سره توپيري تشخيصيږي. (۲۲)

درملنه:

دمعدی دکنسر د درملنې ټاکنه د تومور سايز ، ځای، ستيژ او دناروغ روغتيا پورې اړه لري. د لومړی پراو څخه وروسته درملنه ګرانه ده. کنسر هغه وخت تشخيصيږي چې پر مخ تګ يې کړی وي. دکنسر درملنه په دوو ډولو دی. (۴۳)

موضعي او سيستميکه درملنه:

الف: موضعي درملنه

موضعي درملنه يې د جراحي او راديشن تراپي څخه عبارت ده. (۴۳)

جراحي درملنه:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دمعدې سرطان ښه درملنه جراحي ده چې په دوو ډولو تر سره کيږي. (۴۳)

الف: سب توټل ګاستريکتومي: کړنه هغه وخت تر سره کيږي چې کنسر دمعدې لرې دوه پر درې برخه کې وي. جراح کولای شي چې دکنسر سره نژدې انساج لکه مري، کوچنۍ کولمې، نژدې لمفاوي غوټې هم لرې کړي. (۴۳)

ب: توټل ګاستريکتومي : دا کړنه هغه وخت تر سره کيږي چې تومور دمعدې په نژدې برخه کې وي اويا خپور ارتشاحي وي.

پدې عمليات کې دناروغ مري، دکوچنۍ کولمو سره نښلول کيږي چې ناروغ ته کله کله د ګيډې درد ، نس ناسته يا قبضيت پيدا کيږي.

که تومور د معدې په ښکتنۍ برخه کې وي بيلروت يو يا بيلروت دوه پروسيجر سره درملنه کيږي. (۴۳)

۲- شعاع ورکول (راډيشن تراپي): دکنسري ژونکو د وژولو لپاره لوړه انرژي لرونکې شعاع کارول کيږي. (۴۳)

ب: سيستميک درملنه:

سيستميک تراپي يې کيموتراپي ده چې دکنسر ضد درمل د رګ او ځينې يې دخولې دلارې ورکول کيږي. همدارنګه کله کله د کيموتراپۍ سره يو ځای راډيشن تراپي ورکول کيږي. هغه درمل چې په کيموتراپي کې په کار وړل کيږي عبارت دي له 5- (5-Fu) flurorouracil ، carmastin ، Mitomycin ، Cisplatin او Toxotere څخه. (۴۳)

Multimodality therapy:

پدې درملنه کې جراحي ، کيموتراپي او راډيشن تراپي په ګډه کارول کيږي. (۴۳)

خواړه ورکونه:

دا اړينه ده چې د درملنې پر مهال او وروسته دهغې څخه د انرژۍ د تر لاسه کولو لپاره ښه خواړه (کالوري، پروتين، ويتامين، او منرالونه) دخوراکي رژيم د متخصصينو لخوا سپارښت وشي. خواړه دخولې، تيوب يا د رګ دلارې ورکول کيږي. (۴۳)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Dumping سندروم د معدې د جراحي دعملياتو څخه وروسته هغه مهال پيدا کيږي چې خواړه يا اوبه په چټکۍ سره کوچنۍ کولمو ته دننه شي او ناروغ ته د ګيډې درد ، زړه بدوالی، نس ناسته او سربدالي پيداشي د درملنې لپاره ناروغ بايد لږ خواړه وخوري.

د درملنې څخه وروسته دناروغ څارل

دمعدې دکنسر ناروغانوته وروسته د درملنې څخه دښه والي يا خرابوالي د معلومولو لپاره فزيکي او لابراتواري ازموينې (ايکسری، سي تي سکن، اندوسکوپي) تر سره کيږي. (۴۳)

انزار :

هغه ناروغان چې ښه جراحي درملنه شوي وي **۴۵** سلنه څخه ډير يې تر **۵** کالو پورې ژوند کولای شي. دناروغانو د ژوند موده د تومور ستيژ، ځای او هستولوژي پورې اړه لري. (۳۷)

لومړي او دوهم ستيژ چې ښه درملنه يې شوی وي د **۵۰** سلنه څخه ډير يې د اوږدې مودې پورې ژوند کولای شي.

د دريم ستيژ ناروغانو انزار ښه نه وي، **۲۰** سلنه څخه لږ يې د اوږدې مودې پورې ژوندي وي. (۳۷)

دخپور او د Signetring تومور انزار د کولمو ډوله تومور په پرتله خراب دي.

دمعدې د نژدې برخې دتومور (فندس، کارديا) انزار دلرې برخو په پرتله خراب وي دمعدې دنژدې برخې دتومور د ناروغانو د ژوند موده د **۱۵** سلنه څخه لږ د **۵** کالو پورې وي. (۳۷)

دمعدې لمفوما Gastric lymphoma:

دمعدې لومړنۍ لمفوما دمعدې دخبيثه ناروغيو د **۵** سلنه څخه لږ جوړوي. معده داکسترانوډولر نان هاجکن لمفوما يواځنی ځای دی.(۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دمعدې معايي لومړنۍ لمفوما ۲۰% په معده کې پيدا کيږي. په نارمل حالت کې په معده کې لمفاوي انساج نشته خو د ايچ پيلوري له کبله په معده کې لمفوئيد نسج پيدا کيږي. ايچ پيلوري په معده کې Low Grade Lymphoma ، Mucosal associated Lymphoid Tissue lymphoma (Maltoma) کيږي.

برسيرن ملتوما ښايي د ايچ پيلوري د ريښه ايستونکې درملنې سره ښه شي د لمفوما کلينيکي څرګندونې د معدې د کنسر په شان وي اندوسکوپيکه څيره يې د پولي پوئيد يا السراتيف کتلې په شان وي.(۳۸)

د Low grade maltoma درملنه د اچ پيلوري ريښه ايستونکې درملنه او څارنه دی.

High grade B cell lymphoma درملنه په ګډه کيموتراپي، جراحي او راډيوتراپي ده. د درملنې ټاکنه دافت په ځای، پراخوالي او دناروغ روغتيايي حالت او نورو فکتورونو لکه وينه بهيدنه او ګاستريک اوټ ليټ بنديز پورې اړه لري.

دناروغۍ انزار په ستيژ پورې اړه لري د لومړۍ، دوهمې ستيژ کوچني تومور، Low grade histology او د ۲۰ کالو څخه کم عمر انزار ښه وي.(۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دکولمو التهابي ناروغي Inflammatory Bowel Diseases(IBD) :

پيژندنه :

اى،بي،ډي يوه اديوپاتيک او دکولمو ځنډنى التهابي ناروغي ده چې کله نښه او کله شديديږي او تر کلنو پورې دوام مومي. دوه ډولونه لري چې يو يې اولسراتيف کولايتس او بل يې کروون ناروغى ده دواړه يې يو ډول کلينيکي ځيره لري توپير يې يو دبل څخه ګران دى. السراتيف کولايتس يوازې لويه کولمه او کروون ناروغي د خولې څخه تر مقعده پورې اخته کوي.(۲۲ ،۳۸)

اپيديمولوژي:

د اى،بي،ډي پيښيدل په بيلابيلو هيوادونو کې توپير لري، کرون ناروغى په پرمخ تللي هيوادونو کې ډيره لږه او السراتيف کولايتس تر اوسه پورې نامعمول ده. په متحده ايالاتو کې دالسراتيف کولايتس پيښې 11:100000 اود کـــــرون نـــاروغى پيښې 2-6,3:100000 دي.

مړينه د ناروغى په لومړي وخت کې او د کولون د کنسر له کبله زيات وي، اى،بي،ډي لومړي په ۱۵-۴۲ کلنې او بيا په ۲۰-۸۰ کلنې کې پيښيږي، دالسراتيف کولايتس د نر او ښځو تر مينځ د پيښيدو نسبت 1:1 او کرون ناروغى 1:1-1,8:1 دى.(۲۲)

لاملونه او پتوجنيزس:

که څه هم د اى،بي،ډي لاملونه تر اوسه پورې څرګند نه دي خو ځينى کسان په جنتيکي توګه دې ناروغى ته برابر دي.دناروغى په مينځته راتلو کې دوه فکتورونه رول لري:

۱- دباندې فکتورونه لکه انتانات او دکولمو نارمل فلورا.

۲- دکوربه فکتورونه لکه دکولمو داپې تيليوم دژونکو دندى، وعايي اروا اوعصبي خرابوالى.

دواړه فکتورونه دکولمو دمخاطي طبقې معافيتوي سيستم دندى خرابوى.

الف: ارثيت

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- ای،بي،ډي په Ashkenazi یهودانو کې ډیر وي.

۲- په مونـو زایګوتیـک جوړه کې د دای زایګوتیـک جوړې په پرتلـه ډیـر وي (کرون ناروغي د السراتیف کولایتس څخه ډیر وي).

۳- کرون ناروغی او السراتیف کولایتس دناروغ په خپلوانو کې د نورو خلکو په پرتله ډیر وي چې ۲-۱۰ سلنه پیښو کې د ناروغ خپلوان یو یا څو کسان په دې ناورغي اختـه وي. کرون ناروغي دناروغ په لومړني خپلوانو کې ۱۰-۱۴ چنده او السراتیف کولایتس ۸ ځله ډیردي.

۴- مساعد جین CARD15/NOD-2 gene کروموزوم 12 16q (IBD locus) دی.

۵- HLA- DR103 کې السراتیف کولایتس ډیر مینځ ته راځي.

۲- که ای،بي،ډي په HLA-B27 کې مینځ ته راغلی وي انکلوزینګ سپوندیلایتس په کې ډیر وي.

۷- په اتوامیون ناروغی (لکه اتوامیون تایروئیدایتس) کې زیات وي. (۲۲، ۳۲)

ب: محیطي فکتورونه:

۱- د کورنۍ ښه پاکوالی د کرون ناروغۍ پیداکیدو لپاره برابرونکي دي ځکه چې ددې سره معافیتي سیستم ښه فعال نه وي (د السراتیف کولایتس لپاره نه دی).

۲- په کرون ناروغۍ کې د اچ پیلوري خپریدنه کمیږي خو په السراتیف کولایتس کې نه وي.

۳- سګریت: کرون ناروغۍ په سګریت څکوونکو او السراتیف کولایتس په نه څکونکو کې ډیروي.

۴- اپندیکتومي د السراتیف کولایتس دمینځ ته راتلو څخه مخنیوی کوي.

۵- دخولې دلارې د امیدواری ضد درمل د کرون ناروغۍ خطر ډیروي او د السراتیف کولایتس خطر نه ډیروي.

۲- ان ایروبیک بکتریا په کرون ناروغۍ او ایروبیک په السراتیف کولایتس کې ډیر وی ځکه چې د کولمو د دیوال د مخاطي طبقه دفاع او دنده خرابیږي. (۳۲، ۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

السراتيف کولايتس:Ulcerative Colitis(UC)

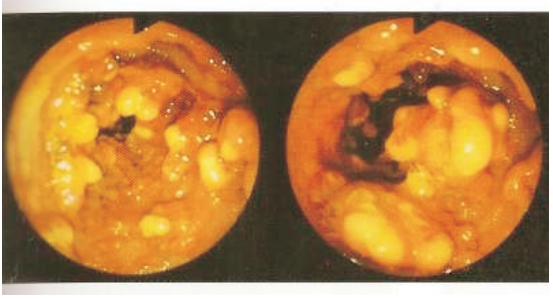
پيژندنه:

السراتيف کولايتس د لويو کولمو ديوې ځنډنۍ او بابيړې کوونکې ناروغۍ څخه عبارت ده چې د کولون په مخاطي طبقه کې پراخه التهاب وي .

ناروغي ډيرې ريکتوم خو کيداې شي چې د کولون يوه يا ټوله برخه اخته کړي. د کولون مخاطي طبقه ماتيدونکی وی او وينه بهيدونکی وي. ۲۲ ، ۳۷ ، ۴۴)

پتالوژي:

التهاب ډيرې په ريکتوم کې وي (پروکټيټيس) کله کله د ريکتوم نژدې برخه لکه سګموييد نيسي (پرکتو سګمويئدايتس) په او کله کله ټول کولون اخته کوي (پان کولايتس). (۳۸)



(۱-۹) شکل په السراتيف کولايتس کې دروغجن پوليپونه (۴۲)

په حاد شديد کولايتس کې د کولون ديوال نری او وينه ورکوونکی ټپونه لري ژر سوری کيږي چې د توکسيک ميګاکولون پنوم يادېږي. (۳۷)

په ځنډنې پان کولايتس کې کولون لنډ ، تنګ اتروفيک او کاذب پوليپونه په کې ښکاري. (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دهستولوژي له انده د ناروغۍ په خفيف او منځني حالت کې پرسوب، درګونو ډيروالی او د حاد او ځنډنيو ژونکو زياتوالی پيداکيږي. (۳۸)

شديد التهابي حالت کې بيړنۍ او ځنډنۍ التهابي ژونکې په کريپټونو کې ارتشاح کوي پدې حالت کې د کرپټيتس، کريپټ ابسی ، اکزودات او د اپي تيليوم د سطحی ټپونه وي. (۳۸)

ګابليت ژونکې د س پلاستيک کيږي هسته يې بې ډوله کيږي او د ميتوزس زياتوالی د کولون کنسر لپاره زمينه برابر وي. ۱۰-۲۰ سلنه ناروغانو کې چې په پان کولايتس اخته وي التهاب ۱-۲ سانتي مترہ تر مينل اليوم خواته غځيږي چې د Back wash ileitis په نوم يادېږي.(۳۸)

کلينيکي بڼه:

دناروغۍ غوره ګيلې مقعدي وينه بهيدنه او نس ناسته ده، نس ناستی ډيری دشپې لخوا او وروسته د ډودی خوړلو څخه وي.

ناروغي کله بڼه کيږي او کله بيرته راګرځي روحی ستونزې، ستريس، انتانات، ګاسترواانترايتس، انتي بيوتيکونه او نن ستروئيد التهاب ضد درمل د ناروغی د بابيږي لامل کيږي. سګرټ ، داوسپنی خوړل او ويتامين بي ۲ تشديدونکي فکتورونه دي. دناورغۍ کلينيکي بڼه دافت د ځای او د التهاب پراخوالي پورې اړه لري. (۳۸، ۴۴، ۲۲)

۱- السراتيف پروکتيتس Ulcerative proctitil

پدې حالت کې نس ناسته د ورځې د پنځو ځلو څخه لږ وي په متناوب ډول وينه اوکله مخاط وي. د ريکتوم د التهاب له کبله ارجنسي، فريکونسي (تينس موس) پيداکيږي د ډکو متيازو کولو سره دکين نښکتني کوادرانت درد غلی کيږي. خو ګيډه په جس سره دردناکه نه وي. (۲۲، ۴۴، ۳۸)

۲- Proctosigmoiditis

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په دې حالت کې وينه لرونکی نس ناستی ډير وي چې شمير يې د ورځې ۴-۲ ځله وي کرامپي دردونه، تينس موس، ګيډه په جس سره لږ حساسه وي لږه تبه، پرسوب او دويني د البومين اندازه لږه ټيټه وي. (۲۲، ۴۴، ۳۸)

۳- دکين خوا کولايټس

پدې حالت کې د سګموئيد او کين کولون دالتهاب ګيلې وي لکه وينه لرونکی نس ناستی، دګيډې کرامپي دردونه، وزن بايلل، تبه ۳۸-۳۹ سانتي ګريد وي ESR لږ لوړ وي. (۲۲، ۴۴، ۳۸)

۴-Pancolitis or universal colitis

پدې حالت کې کين کولون، ټني کولون، مستعرض کولون اخته شوی وي ګيلې يې عبارت دي له : وينه لرونکي نس ناستي چې د ورځې ۲ ځلو څخه ډير وي. دګيډې کرامپي دردونو، وزن بايلل، ستومانتيا، تبه، تکي کاردیا، انيميا او ESR لوړوالي څخه. (۲۲، ۴۴، ۳۸)

۵- Fulminent colitis

دپان کولايټس نادر او شديد حالت دی چې ناروغ د ورځې د لس ځلو څخه زيات وينه لرونکی نس ناستی لري. ديهايدرې او شاک کې وي. ګيډه پرسيدلې او په جس سره حساسه وي تبه او انيميا شته وي چې دويني ترانس فيوژن ته اړتيا پيدا کيږي. کولون پراخه او حرکات يې خرابيږي چې دتوکسيک ميګاکولون پنوم يادیږي.

که چيرې د سيروزا طبقه اخته شوی وي کولون سوري کيږي چې چټک داخل الوريدي درملنې ته اړتيا پيدا کيږي او که درملنه نه شي ناروغ مري. (۲۲، ۴۴، ۳۸)

دناروغۍ په ځنډني حالت کې د اوسپنې د لږوالي انيميا، کلابينګ، دخولې کنديدازس، افتوس السرونه مينځته راځي. (۲۲، ۴۴، ۳۸)

۱-۱ جدول دالسراتيف کولايټس دناروغۍ څرګندونې ښودل شويدي: (۲۲، ۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

	لږ	منځنی	شدید
دنس ناستي شمیر په ورځ کې	۴ >	۴-۲	۲ >
په ډکو متیازو کی دوینی شتون	لږ	متوسط	زیات
د نبض شمیر په یوه دقیقه کې	۹۰ >	۹۰-۱۰۰	۱۰۰ >
دتودوخی درجه	نشته	۳۷.۵ >سانتي ګرید	۳۷.۵ <سانتي ګرید
انیمیا	لږ وي	۷۵% >	≤۷۵%
ESR mm/hr	۴۲ ملي متر>	-	۴۲ ملي متر>
وزن بایلل	نشته	۱۰-۱%	۱۰% >
اندوسکوپي	سوروالی، د وعایي حالت کموالی ، خفیف ګرانولیشن	سوروالی ډیر وي وعایي حالت نه وي ټپ نه وي	ټپونه وي، په خپل سر وینه بهیږي
دهیماتوکریت سلنه	نارمل	۴۲-۴۰	۴۲ <
البومین (ګرام)	نارمل	۳.۵-۳	۳ <

لابراتواري پلټنې:

۱- دوینی بشپړه شمیرنه د انیمیا او ترمبوسایتوزس لپاره (کله کله ترومبوسیت لوړ وي).

۲- دوینې الکترولایت او د پښتورگو د دندو ازموینې باید تر سره شي ځکه چې په ځنډنی نس ناستو کې دوینې پوتاشیوم، مګنیزیوم لږیږي او پري رینل ازوتیمیا وي.

۳- دغیګر د دندو ازموینې د پریماري اسکلیروزینګ کولانجیتس لپاره باید تر سره شي.

۴- دګیډې ساده رادیوګرافي باید د توکسیک میګاکون لپاره وشي.

د باریوم ازموینې لږ کارول کیږي ځکه چې د توکسیک میګاکولون لامل کیږي.

۵- د تشو متیازو ازموینې.

۶- د ډکو متیازو کرل د انتاني لاملونو د ردولو لپاره.

۷- ESR دناروغۍ په شدیدو حالاتو کې لوړ وي.

۸- سي ریاکتیف پروتین لوړ وي.

۹- د السراتیف کولایتس اندوسکوپیکې ننښې عبارت دي له:

الف: دکولون وعایي بڼه له مینځه تللې وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ب: مخاطي طبقه سور او ماتيدونکی وي.

ج: برسيرن تپونه.

د: کاذب پوليپونه.

په شديدو حالاتو کې کولونوسکوپي نه تر سره کيږي ځکه چې د کولون د سوري کيدو لامل کيږي د اندوسکوپي په وخت کې بايوپسي بايد د هستولوژيکو ازموينود تر سره کولو او د السراتيف کولايتس توپيري تشخيص لپاره واخيستل شي. ۳۷ ،۴۴)

توپيري تشخيص:

السراتيف کولايتس دلاندې ناروغيو سره توپيري تشخيص کيږي:

الف: انتاني ناروغۍ:

- بکتريايي ناروغۍ لکه سلمونيلا ،شګيلا، کمپايلو بکتر جيجوني، ای کولای، ګونوکاکل پروکتيتس، سودوممبران کولايتس او کلاميد يا پروکتيتس.
- وايروسي ناروغۍ لکه هيرپس سمپلکس، سايتوميګالو وايرس
- پروتوزوايي ناروغۍ لکه اميبازس

ب: غير انتاني ناروغۍ:

۱: وعايي (اسکيميک کولايتس)

۲: ايډوپاتيک (کولاجن کولايتس، (Behcet disease)

۳: درمل (نن ستروئيدل التهاب ضد درمل)

۴: نيوپلازم (کولون کنسر) (۳۷)

اختلاطات

الف: موضعي اختلاطات:

۱- توکسيک ميګاکولون: په دې حالت کې توکسيک توکي د ناروغ دمخاطي طبقې څخه پورتل دوان او بيا عمومي دوران ته جذبيږي. ناروغ توکسيک او انيميک وي وينه لرونکې نس ناسته لري ديهايدري او شاک کې وي تبه لري. ګيډه دردناکه او پرسيدلې

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

وي مستعرض کولون د ۲ سانتي متر څخه ډير پراخه شوی وي چټکي درملنې ته اړتيا لري پدې حالت کې کولمی سوری کيدای شي. (۳۸ ، ۴۴)

۲- دکولون سوري کيدل

۳- شديده او ژوند ويرونکی وينه بهيدنه.

۴- دکولون کنسر.

ب: دکولموڅخه دباندې اختلاطات.

۱- خوله: افتوس السرونه.



(۱-۱۰) شکل خوله کې افتوس السرونه (۴۲)

۲- سترګې: Episcleritis, Uveitis, Iritis

۳- عضلي اسکليتي سيستم: Seronegative arthritis, oligoarthritis, Low back pain، Arthritis of Sacroiliac joint , ankylosing spondylitis

۴- پوستکی: Erythema Nodusum او Pyodermi gangrinosum

۵- Deep Vein thrombosis

۵% دسړو امبوليزم وي چې لاملونه يې عبارت دي له: د فبروجن اود فکتور ۵ او ۸ زياتوالی، دانتي ترومبين ۳ کموالی، دکوچنيو، منځنيو او لويو رګونو واس کولايتس څخه.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۶- اتوامیون هیمولایتیک انیمیا.

۷- کلاټینګ

۸- دځیګر او صفراوي لارو پریماري اسکلیروزینګ کولانجیتس، سیروزس، شحمي ځیګر، او ځندنی هیپاتیټس دي.(۳۸ ،۴۴)

درملنه:

د درملنې موخه عبارت دي له : د حادی یرغل درملنه، د اختلاطاتو مخنیوی، د جراحي درملنې لپاره دناروغ تاکل، د ناروغ د ژوند د څرنګوالي ښه کولو څخه. (۴۴،۳۷،۳۵)

۱- دستل کولایتس

د پروکتیس لپاره موضعي Mesalamin ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله د دمقعد دلارې ورکول کیږي

په پروکتوسګموئیدایتس کې اماله یې د ورځې ۴ ګرامه د خوب په وخت کې د ۳-۱۲ اونیو لپاره ورکول کیږي.

موضعي هایدروکورتیزون په پرکتیتس او پروکتو سګمویدایتس کې لږ اغیزه لري خو بیا هم فوم یې د پرکتیتس او اماله د پروکتوسګموئیدتیتس لپاره د ورځې ۸۰-۱۰۰ ملي ګرامه ورکول کیږي. (۳۵ ،۴۴،۳۷)

که موضعي درملنه بریالی نه شوه درملنه یې یو ددې لاندې پلانونو سره کیږي.

الف: همدغه موضعي درملنه د ورځې دوه ځله کارول کیږي.

ب: په ګډه موضعي 5-aminosalaslic acid دخوب په وخت او موضعي هایدروکورتیزون دسهار لخوا کارول کیږي.

ج: دواړه موضعي او دخولې دلارې ۵ امینو سلاسلیک اسید کارول کیږي.

د: یوازی دخولې دلارې کورتیزون یا ازاتاییوپورین.

کله چې دناروغۍ بیړني حالت ښه شو نو بیا د می سلامین دمقعد دلارې د ورځې لخوا ۱۰۰-۵۰۰ ملي ګرامه اویا هره شپه یا یوه شپه وروسته د ۴ ګرامو امالی سره درملنه

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کيږي. که ناروغ دموضعي درملنې سره علاقه نه لري نو بيا دخولې دلارې ۵ امينو سلاسليک اسيد سره يې درملنه کيږي.

۲- خفيف او متوسط کولايتس

الف: ۵ امينو سلاسليک اسيد

می سلامين دوه تجارتي مستحضرات لري Asacol 0.8-1,6 ګرامه د ورځې دري ځله يا Pentasa 0.5-1gm دورځې څلور ځله. (۳۵، ۴۴، ۳۷)

Salfasalazin لومړی ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله او بيا ورو ورو د ۱-۲ اونيو په موده کې ۲ ګرامه د ورځې دوه ځلو ته رسول کيږي. مجموعي دوز يې ۵-۲ ګرامه دې خو زغمل يې ګران دي.

ب: کورتيکوسټروئيد:

که۵ امينو سلاسليک اسيد سره د ۲-۳ اونيو په موده کې درملنه بريالۍ نه شوه بيا موضعي کورتيکوسټروئيدو فوم يا اماله د ورځې يو يا دوه ځله ورکول کيږي. که ددې سره په دوه اونيو کې ښه والی پيدا نه شو نو سيستميک پريدنيزولون يا ميتايل پريدنيزولون ورکول کيږي. پريدنيزولون د ورځې ۴۰-۲۰ ملي ګرامه پيليږي کله چې ناروغ ښه شو نو دوه اونۍ وروسته د ورځې ۱۵ ملي ګرامه او بيا ورو ورو د ورځې ۵ ملي ګرامو ته رسول کيږي.

ج: معافيت بدلوونکي درمل (Immuno modulating agents):

په لاندې حالاتو کې ورکول کيږي:

۱: که د کورتيکو ستروئيدو يا ۵ امينو سلاسليک اسيد سره درملنه ناکام شي.

۲: د کورتيکو ستروئيدو ناوړه اغيزې پيدا شوې وي.

۳: دکورتيکو ستروئيدو د قطع سره ناروغي بابيړې وکړي.

۴: هغه ناروغان چې جراحي درملنه نه خوښوي.

دا درملونه عبارت دي له ۲ ميرکپتو پيورين او ازاتايئوپورين څخه چې ۲۰ سلنه اغيزه لري. (۳۵، ۴۴، ۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د: بيالوژيک درملنه (Anti tumor necrose factor therapy):

که سيستميک کورتيکوسټروئيد ، مرکپتوپيورين يا ازاتايوپورين سره درملنه بريالی نه شوه بل اميونومودياتور درمل چې Infliximab نومېږي ورکول کيږي.

دا درې دوزه ۵ ملي ګرامه په هر کيلو ګرام وزن دبدن په 0-2-6 اونۍ کې ورکول کيږي.

۲۵ سلنه اغيزه لري. ددې درمل د اغيزې دوام موده ۸-۱۰ ورځې ده.

۳- شديد السراتيف کولايتس

الف: عمومي لارې چارې:

۱- د ۲۴-۴۸ ساعتو لپاره بايد دخولې د لارې خوړل بند شي.

۲- TPN (Total parenteral therapy) يوازې په هغه ناروغانو کې تر سره کيږي چې دخوړو په خوړلو کې ستونزه ولري او يا ۷-۱۰ ورځو کې خواړه خوړلی نه شي .

۳- اوپيات يا انتي کولي نيرژيک درمل بايد و درول شي.

۴- دمايعاتو واليوم، د الکترولايتو ستونزې بايد سمې شي او که هيماتوکريت د ۲۵-۳۸ سلنه څخه لږ وي بايد د وينې ترانس فيوژن وشي.

د وينې د سپينو ژونکو شمير، البومين، ESR،سي رياکتيف پروتين بايد اندازه شي،

۵- د ګيډې درد ، دتودوخې درجه، د نبض شمير او په ډکو متيازو کې وينه بايد ارزيابي شي.

۶- د ګيډې ساده راديوګرافي بايد دکولمو د پرسوب لپاره واخيستل شي.

۷- ډکې متيازې د بکتريا و لپاره وکرل شي.

۸- ټول شديد ناروغان بايد جراح ته د مشورې لپاره ولېږل شي.

۹- دانتان د مخنيوي لپاره د ميکروب ضد درمل ورکول کيږي.

۱۰- دپوستکي لاندې هيپارين د وريدي ترومبو امبوليزم دمخنيوي لپاره ورکول کيږي. (۳۵، ۴۴، ۳۷)

ب: کورتيکوسټروئيد

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- میتل پریدنیزولون په څلور کسري دوزونو ۴۸-۲۴ ملي ګرامه یا هایدروکورتیزون ۴۲۰ ملي ګرامه په څلور کسري دوزونو په پرله پسې ډول د انفیوژن په ډول د ۲۴ ساعتو لپاره ورکول کیږي.

۲- که ارجنسي یا فریکونسي (تینیس موس) شته وي نو د هایدروکورتیزون اماله ۱۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله کارول کیږي.

۳- که ناروغ مخکې هایدروکورتیزون اخیستي نه وي نو ۱۲۰ یونټه ACTH ورکول کیږي.

۴- کله چې ناروغ ښه شو دخولې دلارې مایعات او درمل ورکول کیږي

ج: انتي تومور نکروز فکتور تراپي:

مخکې ترې یادونه شوې.

د: سایکلوسپورین:

که السراتیف کولایتس د ۷-۱۰ ورځو په موده کې د کورتیکو سټروئیدو سره ښه نه شو نو سایکلوسپورین ۲-۴ ملي ګرامه نظر په کیلو ګرام وزن د بدن د انفیوژن په ډول ورکول کیږي. (۳۵، ۴۴، ۳۷)

جراحي درملنه:

که د پورتنۍ درملو سره ناروغ ښه نه شو نو بیا جراحي درملنه ترسره کیږي. (۳۷، ۳۸)

دتفریخ د دورې دوام (Maintenance remission) :

کله چې ناروغ دکلینیک له نظره ښه شو د درمل د قطع کولو سره ۷۵ فیصده پیښو کې ناروغي بیرته پیدا کیږي چې په دې صورت کې Salfasalazine ۱۰۰۰-۱۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله ، Olsalazine ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله اویا Mesalazine ۸۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله ورکول کیږي چې دې سره د بابیږي پیښې ۳۳ فیصدو ته کمیږي که چیرې ددې درملو سره اویا کورتیکوسټروئید سره ښه والی پیدا نه شو نو معافیت ځپونکي درمل لکه ازاتائیوپورین اویا ۶ مرکپتوپیورین ورکول کیږي. (۳، ۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

انزار:

السراتيف کولايتس اوږدمهاله ناروغی ده چی کله کميږي او کله زياتيږي ډيری ناروغان يوازې دطبي درملنې سره ښه کيږي. توالد او تناسل کولای شي.

دکرون ناروغي: Crohn's Disease (CD)

پتالوژي

هغه ځايونه چې په کرون ناروغۍ اخته کيږي عبارت دي له ترمينل اليوم، ښي کولون، يوازې ترمينل اليوم، اليوم او جيجينوم څخه. ۳۸ ،۲۳

د کولون ټول ديوال پرسيدلی او پلن وي. ژور ټپونه دخطي فيسور په شان ښکاري مخاطي طبقی ټپونو تر مينځ دنورمالی ساحی دجزيرو په شان بيل شوی وي او دفرشي تيږو (Cobble stone) په شان ليدل کيږي، ژور ټپونه د کولمو په ديوال کې نتوزی چې د ابسو او فستولونو لامل کيږي. ۳۸ ،۲۳

فستولونه د کولمو دلوپونو، دکولمو او مثانې، دکولمو او رحم، دکولمو او مهبل او ان د کولمو او عجان تر مينځ جوړيږي. التهابي وتيرې يو دبلې څخه دنارمل مخاطي غشا په واسطه بيلې شوې وي. ۳۸ ،۲۳

که يو کوچنی اغيزمن ځای د لويې اغيزمنې برخې څخه دنارمل ساحې پواسطه بيل شوی وي د Skip lesion پنوم يادیږي. ۳۸ ،۲۳

ميزانتريک لمفاوي نوډولونه غټ او ميزانتر پلن شوی وي. هستولوژيکه بڼه يې عبارت ده له:

۱- ځنډنی التهاب د کولمو په ټول ديوال کې وي چې د پلنوالي لامل يې کيږي.

۲- اپې تيلوئيد هستوسيت د ټکو په ډول ټوليږي چې چارچاپيره يې لمفوسيتونه وي اودجاينټ ژونکو لرونکی وي.

۳- د لمفوئيډ ارتشاح يا مايکروګرانولوما هم ليدل کيږي. که دوی د ميوکوزا سطحې ته نژدې وي نو دټپ په ډول ښکاري او کوچنې افتوس ټپونه جوړوي. ۳۸ ،۲۳

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينيکي بڼه:

دکرون دناروغۍ ګيلې عبارت دي له: د ګيدې درد ، نس ناسته او وزن بايللو څخه. ترمينل اليوم د ګيدې د درد غوره ځای دی چې د درد لاملونه يې عبارت دي له د کوچنۍ کولمو تحت الحاد بندیز ، التهابي کتله، دګيډې دننه ابسو يا د حاد بندیز څخه. د ښي ښکتنۍ کوادرانت حاد درد کله کله د اپنديسايتس سره غلطيږي. (۲۳ ،۳۷ ،۴۱)

دښي کودرانت يا سوپراپوبيک درد کوليکي وصف لري چې دډکو ميتازو د کولو سره غلی کيږي او د ډوډۍ خوړلو سره زياتيږي په جس سره حساس او دردناک وي او کتله جس کيږي نس ناستی اوبلن وي . وينه او مخاط په کې نه وي. (

وزن بايلل ښايي د مل ابسورپشن له کبله وي په ځينو ناروغانو کې دشحم، پروتين او ويتامينونو لړوالی وي چې د ويتامينونو دلړوالي له کبله ګلوسايتس او انګولار ستوماتيتس پيداکيږي. (۲۳ ،۳۷ ،۴۱)

کرون ايليات د السراتيف کولايتس په شان کلينيکي ځيره لري چې ناروغ وينه اومخاط لرونکی نس ناستی لري، ليتارژي، سستوالی، بی اشتهايي او وزن بايلل ورسره وي. تبه لږه درجه وي او که شدت يې زيات شي د ګيډې د ابسو ښودنه کوي.

له ۵۰% څخه لږو پيښو کې ناروغ د انل د چارچاپيره ناروغيو (فيسور، فستول، بواسير، د مقعدي پوستکي کشوالی، اسکيوريکتال ابسی، انوريکتال فستول) څخه ګيله من وي. همدارنګه ځينې وخت د کروون دناروغۍ کلينيکي څرګندونې د فاييرو ستينوتيک بندښت يا پنی تراتينګ فستول په شان وي. (۲۳ ،۳۷ ،۴۱)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په ډيري رنځورانو کې د کوچنيو او غټو کولمو ګيلي وي. په لږ شمير ناروغانو کې د انل شاوخوا ناروغۍ، کانګې (د جيجينوم د تنګوالي له کبله) او دخولې تپونه وي په فزيکي ازموينه کې ناروغ وزن بايللی اوخاسف ښکاري. (۲۳، ۳۷، ۴۱)

تشخيص:

۱- که يو ناروغ تبه د ګيډې درد او حساسيت ولري که دې سره نس ناسته وي او يا نه وي نو دکروون د ناروغۍ ګمان پرې کيږي.(۲۳، ۳۷)

۲- دويني ازموينې:

- انيميا: لاملونه يې عبارت دي له: ځنډني التهاب، مخاطي وينه بهيدنې، داوسپنې د کموالي، د ويتامين بي ۱۲ د جذب د خرابوالي او د فوليک اسيد د کموالي څخه. انيميا يې نارموسايتک نارموکروميک وي چې د ځنډينو ناروغيو ښودونکې ده.(۲۳، ۳۷)
- دلوکوسايتوزس لاملونه عبارت دي له التهاب، ابسو اوکورتيکوسټروئيدو تراپي څخه.
- دويني د البومين دکموالي لاملونه عبارت دي له: د کولمو د لارې د پروتين ضايع کيدل، دجذب دخرابوالي،د بکتريا و د ډيروالي او دځنډني التهاب څخه.
- ESR لوړوالی.
- CRP لوړوالی.
- د ځيګر د دندو د ازموينو ابنارملوالی.
- دويني کرل د سيپ تيسيميا په صورت کې بايد تر سره شي.
- د ډکو متيازو کرنه که نس ناسته شته وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

- ډکی متيازی د پرازيت د هگۍ، لوکوسيت، شحم او کلسترويدوم ديفيسيل د توکسين لپاره ازمويښه شي.
- راديوگرافي
- دباريوم د تيرولو سره معده او کوچنۍ کولمو او د امالی سره دلويو کولمو پتالوژي ښکاري.
- کولونوسکوپي.
- سي تي سکن. (۲۳، ۳۷)

اختلاطات:

ابسی، بندوالی، فستولونه، دمقعد شاوخوا ناروغۍ، سرطان، هيموراژ او مل ابسوربشن.(۳۷)

۱-۲ جدول: توپيري تشخيص ۳۷، ۴۰

	کرون ناروغۍ	السراتيف کولايتس
دترمينل اليوم اخته کيدل	معمول	ډير لږ
دکولون اخته کيدل	ډيری	تل
دريکتوم اخته کيدل	ډير لږ	ډيری
پيري انال اخته کيدل	معمول	ډير لږ
صفراوي قناتونو اخته کيدل	نه وي	پرايمري سکيلروزينگ کولانجايتس
دناروغی ويشنه	التهابي ځای د تکي په ډول وي	التهابي ځای پر له پسی وي
اندوسکوپي	Linear and serpinginous (snake like ulcer)	پر له پسي تپونه
دالتهاب ژوروالی	ښايي ترانس مورال ژور وي	سطحي ميوکوزال وي
فستولونه	معمول	نادر وي
بايوپسي	گرانولوما	نه وي
جراحي درملنه	داغيزمي برخي دلرې کولو څخه ښيا پيداکيږي	ډيری ښه کيږي او د پاووچايتس پواسطه تعقيبيږي
سگرت څکل	په څکونکو کې خطر ډير دی	کم دی
اتواميون ناروغۍ	ښايي اتواميون وي	تر اوسه کوم اند نه شته
کنسر خطر	لږ دی	ډير دی

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د ای،بي،ایس ،یرسینا انتروکولایتس، حاد اپندي سایتس، دکولمو توبرکلوز، ایډز، دکوچنیو کولمو لمفوما ، اسکیمیک کولایتس، دحوصلی التهابي ناروغۍ، میزانتریک ادینایتس، دای ورتیکولایتس د تخمدان تومور او کیست سره باید توپیري تشخیص شي. ۳۷ ، ۴۰

درملنه:

۱: تغذیه

که کولون اخته شوی وي نو ناروغ ته فایبر لرونکو خوړو سپارښتنه وشي.

که بندوالی شته وي اومه میوه او سابه باید ونه خوري.نو که ترمینل الیوم ایستل شوی وي نوباید د لږ شحم لرونکو سپارښتنه ورته شي په میاشت کې یوځل ویتامین بي ۱۲ د غوښې دلاړې ۱۰۰ مایکروګرامه ورکول کیږي ناروغان باید سګریت ونه څکي.(۳۷)

۲- Enteral therapy :

ماشومان او نوي ځوانان چې وده یې ځندیدلی وي، اشتهاء یې خرابه وي نو د نازوګستریک تیوب دلاري خواړه ورکول کیږي. (۳۷)

۳- Total Parenteral Nutration (TPN)

د TPN دورکونې وختونه عبارت دي له: فعاله ناروغۍ، پرمخ تللی وزن کمیدلو، بندوالی، فستول، شدیدې نس ناستې او دګیدې دشدید درد څخه. (۳۷)

ب: ګیله ایزه درملنه:

که ترمینل الیوم اخته او یا ایستل شوی نو د صفراوي مالګو دجذب دخرابولي له امله نس ناسته پیداکیږي چې د درملنې لپاره یې کولسترامین ۲-۴ ګرامه یا کولیستوپول ۵ ګرامه دورځې دوه یا دري ځله مخکې د ډوډۍ له خوړولو څخه ورکول کیږي. (۳۷)

که ترمینل الیوم د ۱۰۰ سانتي مترو څخه زیات ایستل شوی وي د شحمي نس ناستې د درملنې لپاره باید شحمي خواړه کم کړل شي. که نس ناسته د فستول ،د الیوم ایستلو او حرکي ستونزو څخه پیداشوی وي لامل به یې بکتریاګانې ویو د درملنې لپاره یې انتي بیوتیک ورکول کیږي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دنس ناستي نور لاملونه عبارت دي له: د لکتيز لږوالي او لنډې شوی کولمو څخه د درملنې لپاره يې لوپرامید ۲-۴ ملي ګرامه د ورځې څلور ځله ، د اوپيوم تنکچر ۵-۱۵ څاڅکي د ورځې څلور ځله کارول کيږي خو په فعال کولايتس کې نه ورکول کيږي ځکه چې د توکسيک ميګاکولون لامل کيږي.(۳۷)

ج: ځانګړې درملنه:

۱- ۵ امينو سلاسليک اسيد په کرون ناروغۍ يې لږ او يا هيڅ ارزښت نه لري په تيره د کوچنو کولمو د کروون ناروغۍ کې خو بياهم می سلامين يا سلفاسلازين دورځې ۳-۴ ګرامه د لويو کولمو په کروون ناروغۍ کې ګټور دي همدارنګه ۵ امينو سلاسليک اسيد دکولون د کروون دناروغۍ په ريميژن او د اختلاطاتو په مخنيوي کې اغيزه نه لري.(۳۷)

۲- کورتيکوستروئيد:

Bedsonid (Entacort) ۹ ملي ګرامه دورځې يوځل د ۸-۱۲ اونيو لپاره ورکول کيږي چې ۵۰- ۷۰ سلنه ښه والی راولي. د ۲-۴ اونيو په موده کې يې دوز ورو ورو کميږي او د ورځې ۳ ملي ګرامو ته رسول کيږي. .(۳۷)

پريدنيزولون يا ميتل پريدنيزولون هغه وخت کارول کيږي چې بيدسونيد سره درملنه بريالی نشي، ناروغي شديده وي، د کولون لری برخه او دکوچنۍ کولمو نژدې برخه اخته شوې وي. د ورځې ۴۰-۶۰ ملي ګرامه ورکول کيږي چې ۲۰-۹۰سلنه د ۱۲-۱۸ اونيو په موده کې ښوالی راولي. دوز يې ورو ورو کميږي ترڅو چې دورځې ۲۰ ملي ګرامو ته ورسيږي. .(۳۷)

په روغتون کې د بستريدو وختونه عبارت دي له : د کورتيکو ستروئيد سره درملنه بريالۍ نشي لوړه تبه، دوامداره کانګه،بندوالی، شديد وزن بايلل، دګيډې شديد درد ، او ابسو څخه دګيډې په ابسو کې کورتيکوستروئيد نه ورکول کيږي. .(۳۷)

۳- انتي بيوتيک:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

میترونیدازول د ورځې ۱۰ ملي ګرامه نظر په کیلو ګرام وزن دبدن یا سپروفلوکزاسین ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله د ۲-۱۲ اونیو لپاره ورکول کیږي.

۴- معافیت بدلونکي درمل (Immunomodulating agents):

دا درمل هغه مهال ورکول کیږي چې د کورتیکو سټروئیدو سره درملنه بریالۍ نه شي، د کورتیکو سټروئید بیا بیا کارونې یا اوږد کورس ته اړتیاوي. دادرمل دناروغۍ په اختلاطي حالاتو کې نه ورکول کیږي ځکه چې د ۲-۴ میاشتو په موده کې یې اغیزې یې څرګندیږي. میتوتریکزات په اونۍ کې یو ځل ۲۵ ملي ګرامه د غوښې له لارې یا د پوستکي لاندې د ۱۲ اونیو لپاره ورکول کیږي وروسته په اونۍ کې ۵، ۱۲-۱۵ ملي ګرامه ورکول کیږي. (۳۷)

۵- انتي تومور نکروز فکتور تراپي:

Infliximab په لاندې حالاتو کې ورکول کیږي.

- دکورتیکوسټروئید ، ازاتایوپورین یا مرکپتوپیورین سره ښه نه شي.
- په روغتون کې د بسترید و اړتیا پیداشي.
- فستولونه شته وي.
- دناروغۍ په شدیدو حالاتو کې د ګیلو د ژر اراملو لپاره دکورتیکوسټروئیدو په ځای ورکول کیږي.

دنارو غۍ په شدید حالت کې لومړی انفلاګزیماب او وروسته میتوتریکزات یا مرکپتوپیورین ورکول کیږي او که ورنکړل شي ۸۰ سلنه دیوکال په موده کې ناروغي بابیږي کوي. دادرمل یوازې او یا د نورو معافیت بدلوونکو درملو سره یوځای ورکول کیږي. (۳۷)

که ددې درمل په وړاندې انتي باډي پیداشوې وي د دوا اغیزه کمیږي نو پدې حالت کې نومورې دوایي دوز ۱۰ ملي ګرام په هر کیلو ګرام وزن دبدن ورکول کیږي اویا د دوایي دورکولو واټن ۲ اونیو ته غځیږي اویا کولای شو چې د دوایي دوز او واټن زیات کړو.

جراحي درملنه: د جراحي درملنې استطبابات یې عبارت دي له :

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- دکوچنيو کولمو کروون ناروغي (لکه تنګوالی، بندوالی، دطبي درملنې ناکامي، کتلوي وينه بهيدنه، ټينګاري فستول، ابسی).

۲- دغټو کولمو او ريکتوم کروون ناروغی (ټينګاري ناروغۍ، شديدې ناروغۍ، پيري انل ناروغۍ، د طبي درملنې ناکامي، د کنسر دمخنيوی لپاره). (۳۷)

انزار:

دښې طبي او جراحي درملنې سره ناروغان خپل ورځنی ژوند، دنده، توالد او تناسل کولای شي. ډير لږ ئې د ناوړو پايلو له امله ژوند له لاسه ورکوي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دځيګر ځنډنی التهاب (Chronic Hepatitis)

پيژندنه :

ځنډنی هيپاتيټس د ځيګر د ځنډني نکرو انفلاميشن څخه عبارت دی چې ۳-۶ مياشتې دوام وکړي او اوصاف يې عبارت دي له په دوامدره توګه د سيروم د امينوترانسفريز انزايمونو لوړوالي او دځيګر هستولوژيک بدلونونو څخه. لاملونه يې عبارت دي له :

الف: ځنډنی وايرل هيپاتيټس ب : اتواميون هيپاتيټس ج: د درملو له کبله هيپاتيټس.

ويشنه:

دځيګر ځنډني التهاب دپورتل، پيري پورتل او پان لوبولار التهاب له انده په Minimal، Mild، Moderate او Sever باندې ويشل شوی.

دفبروزس له نظره په Non، Mild ، Moderate ، Sever او Cirrhosis ډولو باندې ويشل شوی. (۷ ،۳۷)

هيپاټيټس په Chronic persistent hepatitis(CPH) او Chronic active hepatitis (CAH) باندې ويشل شوی و. خو اوس د اتواميون او هستولوژيک نښو د پيژندلو له امله دلامل له مخې ويشل شوی. (۷ ،۳۷)

۱- Chronic Persistent Hepatitis

هغه حالت ته ويل کيږي چې دمونو نيوکليز حجراتو ارتشاح يوازی په Portal tract کې وي او دځيګر په لوبولونو کې نکروزس او التهاب نه وي او پيري پورتل حجرات بالکل روغ وي که دځيګر حجرات په افت اخته شوی وي د Cobble stone (فرشي تيږی) په شان ښکاري چې دځيګر د حجراتو Regerative حالت ښيي. پدې ناروغی کې ګيلی نه وي او Chronic active hepatitis او سيروزس خواته نه ځي.

۲- Chronic Lobular hepatitis : پدې حالت کې التهابي حجری ارتشاح او نکروزس په Peri portal او دځيګر په لوبول کې وي. نادراً کله کله دا ناروغی شديد

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کيږي اودلږی مودی لپاره هستولوژيک بدلونونه ښيي خو نادراً سيروزس خواته پرمختګ کوي.

۳- Chronic active hepatitis : پدې حالت کې نکروزس دځيګر په حجراتو کې پورتل، Lobular او Panlobular کې په چټکی سره پرمخ تګ کوي او په همدی ځايونو کې په عين وخت کې فبروزس هم وي. پدی حالت کې په Portal tract کې مونونيوکلير حجرات ارتشاح کوي دځيګر دلوبول په شاوخوا کې دځيګر حجری تخريبيږي چې دی حالت ته Piecemeal necrosis وايي چې Chronic active hepatitis دهمدی پواسطه تشخيصيږي د ډول هيپاتيتس په شديدو حالاتو دځيګر حجرات تخريبيږي د Retieculin جوړښت له مينځه ځي اوپه ځيګر کې Regenerative nodular نسج ځای په ځای کيږي چې د Bridging hepatic necrosis پنوم يادږي چې خراب انزار لري اوسيروزس خواته پرمختګ کوي.(۳)

ځنډنی وايروسي هيپاتيتس :

ځنډنی وايرل هيپاتيتس دوه ډوله دی ځنډنې هيپاتيتس بی او ځنډنی هيپاتيتس سي چې ددې دواړو کلينيکي، بيوشميک او هستولوژيک بدلونونه سره ورته والی لري.(۳۲)

ځنډنی هيپاتيتس بي : Chronic Hepatitis B (CHB)

په ټوله نړۍ کې ۴۰۰ ميلونه خلک په ځنډنې هيپاتيتس بي اخته دي چې ۱.۳۲ ميلونه يې په امريکا کې دي چې زياتره يې نارينه دي. (۳۲)

ځنډني هيپاتيتس بي د حاد هيپاتيتس بي د ځنډني کيدو څخه منځته راځي چې دسيروم د امينوترانس فيريز په دوامدره لوړيدو سره پيژندل کيږي.

ځنډني هيپاتيتس بي په دوه ډوله دی Active Viral replication او non replicative

۱- دوايرس فعال تکثري حالت عبارت دی له:

الف: په سيروم کې د HBe Ag اود HBV DNA شتون چې د 10^5copies/mL څخه زيات وي.

ب: دځيګر فعال نکروانفلامېشن (بايوپسي)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ج: په سيروم کې د IgM anti HBC په ټيټه کچه شتون.

د: په دوامداره يا متناوب ډول د ALT(Alanin amino transferase) او Aspartate amino trasferase (AST) کچه لوړه وي او HBS Ag د ۲ مياشتو څخه زيات مثبت وي. داحالت په کال کې ۲-۵، ۲ سلنه په سيروزس او ۲% په دځيګر دحجرو په کانسر باندې بدليږي.

۲- غير تکثري حالت

الف: په ناروغ کې کلينيکي او بيوشميکي ښه والی.

ب:د HBe Ag ورکيدل او د Anti HBe څرګندېدل.

ج: دامينوترانس فيريزد کچې کموالی.

د: HBV DNA د 10^5 copies/ml څخه کميږي.

هـ: دځيګر د نکروانفلاميشن کموالی.(بايوپسي)

که چيرې سيروزس مينځته راغلی نه وي او غير فعال HBe Ag ناقل وي داحالت ډير لږ سيروزس او دځيګر دحجرو کانسر خواته ځي.

Wild type CHB هغه حالت ته وايي چې د HBV د جينوم په ساحه کې Pre core mutation صورت ونيسي او HBe Ag منفي وي. داحالت په کال کې ۸-۱۰ سلنه سيروزس خواته پر مخ تګ کوي. همدارنګه که د ځنډنې هيپاټيټس بي وايرس سره HIV مل وي او د CD4 کچه کمه وي نو زړد سيروزس خواته ځي. (۷، ۲۲)

کلينيکي بڼه:

ځنډنې هيپاټيټس بي ډيری بې ګيلی وي. په نارينه و کې ډير وي. ورو ورو پرمختګ کوي. که ناروغي دوام ومومي نو په ناروغانو کې به کسالت، ستومانتيا، لږ ژيړی او بې اشتهايي وي. (۷، ۳۷)

لابراتواري ازموينې:

۱- په مينځنۍ کچه د امينوترانس فيريز لوړوالی.

۲- په لږه اندازه د الکالين فاسفتيز لوړوالی.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- سيروم بيلروبين كله كله نارمل وي.

۴- دوامداره HBS Ag مثبت وي.

۵- HBe Ag مثبت وي خو كله چې Anti HBe پيداشو نو HBe Ag ورک كيږي.

۶- د ALT كچه لوړه وي.

۷- د HBV DNA شتون دوامداره وايروس تكثر ښئي. (۷، ۳۷)

دهيپاټيټس بي وايروسي انتان سيرولوژيک اوصاف او دهغه تعبير (۳۷)

تعبير	Anti-HBe	HBe Ag	Anti-HBC	Anti-HBS	HBS-Ag
حاد هيپاټيټس بي	-	+	Igm	-	+
ځندني هيپاټيس بي وايرل تكثري حالت	-	+	IgG	-	+
ځندني هيپاټيټس بی او خفيف وايرل تكثری حالت	+	+	IgG	-	+
ځندني هيپاټيس بی د هيتروټيپ Anti HBS	- يا +	- يا +	IgG	+	+
حاد هيپاټيټس بي	-	- يا +	IgM	-	-
دهيپاټيټس ځخه بنه كيدل (معافيت)	- يا +	-	IgG	+	-
واكسين (معافيت)	-	-	-	+	-
كاذب مثبت ډير لږ معمول	-	-	IgG	-	-

اختلاطات:

۱- سيروزس او دهغه ستونزې.

۲- دځيگر ځخه دباندې اختلاطات يې عبارت دي له: دبندونو درد، دبندونو التهاب، گلوميرولونفريټس، پولي ارتيرايټس نودوزا،ليوكوسايتوكلاستيک واسكولايټس. (۷، ۲۲)

درملنه:

ځندني هيپاټيټس بي بايد په لاندې وختو كې درملنه شي:

فعال وايروسي تكثري حالت وي لكه HBe Ag مثبت والی، د HBV DNA كچه 10^5copies/ml او يا لوړ وي، د سيروم امينوتراس فيريز انزايمونه لوړ وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د ځنډني هيپاټيټس بي په درملنه کې دوه ډوله درمل په کار وړل کيږي چې عبارت دي له :

۱: اينترفيرون

۲- نيوکلوسيد (نيوکلوسيد ته ورته)

۱- اينترفيرون

اينترفيرون د اغيزې له مخې په دوه ډوله دي يو يې اوږده او بل يې لنډ اغيزه لرونکي.

اوږده اغيزه لرونکي. اينترفيرون (لکه Pegylated interferon alfa- Peginteron (2a په اونۍ کې ۱۸۰ ملي ګرامه دپوستکي لاندې د ۴۸ اونيو لپاره. لنډ اغيزه لرونکي اينترفيرون لکه Recombinant human interferon alfa-2b په ورځ کې پنځه ميليونه يونټه يا لس ميليونه يونټه په اونۍ کې درې ځله د غوښې دلاړې د ۴-۶ مياشتو لپاره ورکول کيږي.

داينترفيرون سره ۴۰% ناروغان ښه کيږي ، امينوترانس فيريز نارملېږي، دسيروم HBe Ag او HBV DNA ورک کيږي. Anti HBe پيدا کيږي.

د جينوتايپ A کې رسپانس کم وي HBV DNA ډير زيات نه کميږي، امينوترانس فيريز لوړوي.

په رسپاندر خلکو کې د سيروم او ځيګر څخه HBS Ag ورک کيږي، Anti HBS پيدا کيږي بابيړې په بشپړ رسپانس کې ډير کم وي.

HBe Ag منفي ځنډني هيپاټيټس بي ناروغانو (Pre core mutation) کې د Peginterferon د ۴۸ اونيو د درملنې سره رسپانس ۶۰ سلنه وي. (۷ ،۳۷)

انترفيران په لاندې حالاتو کې ورکول کيږي.

الف: د هيپاټيټس بي وايرس د ډيروالي ښنې شته وي.

ب: ALT د نارمل حالت په پرتله دوه ځله لوړ وي.

ج: معافيت لرونکو ناروغانو ته.

د: اتتان يې په ځوانۍ کې اخيستی وي.

هـ: دځيګر بيرته ګرځيدونکې ځنډنۍ ناروغۍ.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

و: Wild type HBe Ag Reactive

ز: HBe Ag Negative CHB (۷، ۳۷)

اينترفيرون په لاندې حالاتو کې نه ورکول کيږي.

۱: ALT نارمل وي.

۲: ALT < 2x Upper limit of normal

۳: معافيت ځپلو ناروغانو کې.

۴: اتتان يې په ماشومتوب کې اخيستی وي (اسيايي)

۵: دځيگر غير معاوضوي ناروغي.

۶: داينترفيرون په وړاندې تينگار وي.

په اول او دوهم حالت کې اينترفيرون او لامی ويډين ،اډيفووير هم نه ورکول کيږي خو په ۳،۴،۵،۶کې لامی ويډين او اډيفووير ورکول کيږي. (۷، ۳۷)

د اينترفيرون اختلاطات:

(Depression irritability) ، Bone marrow suppression ، Flue like syndrome
Diarrhea ، Rash ، Allopecia ، authoimmun thyroiditis ، emotional lability
، Numbness and ting ling sensation of extremities

داتواميون تائيروييداتيس څخه پرته دنورو اړخيزو ګيلو د ځرګندیدو سره د درمل دوز کميږي يا درول کيږي.(۲۲)

۲- نيوکليوتائيد او نيوکليوسيد دا درملونه د ځندني هيپاټيټس بي ناروغانو ته د اينترفيرون په ځای ورکول کيږي چې ښه زغمل کيږي.

لامی ويدين نوکليوسيد ته ورته درمل دی چی دخولې دلارې د ۱۰۰ ملي ګرامه د ورځې يوځل د يو کال لپاره ورکول کيږي ددې سره د HBV DNA کچه کميږي، د ځيګر هستولوژي ۲۰سلنه ښه کيږي، ALT ۴۰% نارمليږي. د HBe Ag ۲۰سلنه ديو کال په موده کې منفي کيږي او Anti HBe ځرګنديږي. په HBV DNA polymerase gen لرونکی ناروغانو کې ۱۵-۳۰ سلنه ناروغي ديوه کال په موده کې بيرته راګرځي ځکه

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

چې پدې جين کې ميوتيشن صورت نيسي چې ددې له کبله دلامی ويدين په وړاندی ټينګار پيداکيږي پدې صورت کې لامی ويدين د ۴ کالو لپاره ورکول کيږي اړخيزی ګيلی نه لری. (۷ ،۳۷)

د لامی ويدين ورکونه:

۱- ALT د نارمل کچې څخه دوه ځله جګ وي.

۲- معافيت لرونکو ناروغانو ته.

۳- معافيت ځپلو ناروغانو ته.

۴- انتان يې په ځوانی کې اخيستی وي (غربيانو کې)

۵- انتان يې په ماشومتوب کې اخيستی وي (اسيايانو)

۶- دځيګر بيرته ګرځيدونکې او نه ګرځيدونکې ناروغی.

۷- Wild type HBe Ag reaction

۸- Active HBV Ag

۹- HBe Ag Negative CHB

۱۰- د اينترفيرون په وړاندې ټينګار وي.

۱۱- فبروزينک کوليستاتيک هيپاټيتس (۲۲)

د اينترفيرون او لامي ويدين ګډ او يا بيل بيل ورکول يودبل څخه بنه والی نه لري په اميدواری کې نه ورکول کيږي.

که هيپاټيتس بي وايرس او HIV دواړه يو ځای وي نو لامي ويدين د ورځې ۳۰۰ ملي ګرامه ورکول کيږي.

Adefovir dipivoxil نيوکليوسيد ته ورته درمل دي او هغه وخت په کار وړل کيږي چې د لامي ويدين په وړاندې ټينګار پيداشي. دا درمل د خولې د لارې دورځې ۱۰۰ ملي ګرامه ديوکال لپاره ورکول کيږي.

ددې په وړاندې ټينګار نادر دی. (۷ ،۳۷)

که چيرې ناروغ د پښتورګو ناروغي ولري نو د نفروتوکسي سيتي لامل کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Telbivudine دلامي ويدين او ادي فوويرپه پرتله غښتلي دي. دخولې دلارې دورځې ۲۰۰ ملي ګرامه ورکول کيږي. که دلامي ويدين سره ټينګار پيدا شو دانه ورکول کيږي. Entecavir دخولې دلارې ۵،. ملي ګرامه ورکول کيږي. ددې په وړاندې ټينګار کم دی. Tenofovir چې د HIV ټينګاري هيپاټيټس بي وايرس پيښو کې هم ورکول کيږي. (۷، ۳۷)

انزار:

هغه ناروغي چې دځنډني هيپاټايټس بي څخه وروسته راځي عبارت دي د سيروزس، هيپاتوسليولار کارسينوما او دځيګر دبې وسۍ څخه.

که ځنډنی هيپاټيټس بي وايرس په سيروزس باندې اختلاطي شوی نه وي د پنځو کالو په موده کې 2-0 سلنه مړينه لري. ۱۴-۲۰ سلنه مړينه بيرته ګرځيدونکې سيروزس سره او ۷۰-۸۰ سلنه مړينه د نه ګرځيدونکې سيروزس له کبله وي.

دانتي وايرل درملنې سره انزار په ځواب ويونکو ناروغانو کې ښه وي. (۳۷)

ځنډنی هيپاټيټس ډيChronic Hepatitis- D:

دا ډول هيپاټيټس په هغه کسانو کې وي چې په هيپاټيټس بي اخته وي.

د لابراتوار او کلينيک له انده د ځنډني هيپاټيټس بي څخه توپير نه لري. (۷، ۳۷)

دځنډني هيپاټيټس ډي درملنه:

Recombinant interferon alfa 2a (۹ ميلونه يونټه په اونۍ کې درې ځله د ۴۸ اونيو لپاره) يا Peginterferon alfa 2b (۱.۵ ملي ګرامه نظر په کيلو ګرام زون دبدن د ۴۸ اونيولپاره).

سيروم امينوترانس فريز نارملوي. دځيګر هستولوژي ښه کوي په ۲۰-۵۰ سلنه ناروغانو کې د سيروم HDV RNA ورک کيږي. نيوکليوسيد دلته ګټه نه لري.(۷، ۳۷)

ځنډنی هيپاټيټس سيChronic Hepatitis-C

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

نژدې ۸۰% بيرنۍ هيپاټيټس سي په ځنډني هيپاټيټس سي اوړي، کلينيکي توپيريې د دنورو ځنډينو هيپاټيټس څخه ګران دی.

نژدې ۴۰ سلنه پيښو کې دسيروم دامينوترانس فيريز کچه دوامداره نارمل وي. دناروغۍ تشخيص د Enzym immuno assay (EIA) پرمټ د Anti HCV شتون دی. په ډيرو کمو پيښو کې چې Anti HCV د EIA پرمټ څرګند نه شو نو د Polymerase chain reaction (PCR) پر مټ څرګند يږي. (۳۷، ۷، ۲۲)

په لاندې حالاتو کې ځنډنی هيپاټيټس سي په سيروزس بدليږي.

۱- ۲۰ سلنه په ځنډنی هيپاټيټس سي ککړ کسان وروسته د شلو کلو څخه په سيروزس اوړي.

۲- د سيروزس خطر پيداکيدل په نارينوو کې ډير دی.

۳- که دورځې د پنځو ګراموڅخه زيات الکول وڅکل شي.

۴- که ځنډنی هيپاټيټس سي وايرس يې وروسته د ۴۰ کلنۍ څخه اخيستی وي.

۵- معافيت ځپلو کسانو کې.

۶- معافيت ځپونکي درمل اخيستونکو کې.

۷- په HIV ککړو کسانو کې چې CD4 کچه يې کمه وي.

۸- هايپوګاماګلوبولينيميا.

۹- که ځنډنی هيپاټيټس سي وايرس لرې وي اويا د امينوترانس فيريز کچه (ALT) نارمل وي نو ۱۰ سلنه په سيروزس بدليږي. (۳۷، ۷، ۲۲)

دځنډني هيپاټيټس سي درملنه:

د ځنډنی هيپاټيټس سي د درملنې ورکونه:

۱- د ALT فعاليت زيات وي.

۲- د ځيګر په بايوپسي کې پورتال پريجينک فبروزس شته وي.

۳- HCV RNA شته وي.

۴- دناروغ عمر د ۷۰ کالو څخه کم وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۵- بيرته ګرځيدونکی سيروزس.

۲- دواړه ځنډنی هيپاټيټس سي او HIV سره يوځای وي او د CD4 کچه کمه وي.

انتي وايرل درمل په بيرته نه ګرځيدونکی سيروزس کې نه ورکول کيږي. (۷،۷ ۲۲، ۳)

په لاندې حالاتو کې ځنډنی هيپاټيټس سي داوږدې مودې لپاره درملنه کيږي.

۱- اختلاطات.

۲- د درملنی په وړاندی ځواب نه وی.

۳- کوټانيوسس وازکولايټس او ګلوميرولونفريټس چې د ځنډنی هيپاټيټس سي له کبله وي.

په لاندې حالاتو کې د درملنې ځواب کم وي.

۱- پر مختللی فبروزس (سيروزس)

۲- اوږد مهاله ناروغی شته وي.

۳- جينوتايپ - ۱

۴- د HCV RNA کچه د 2million copies/ml څخه لوړه وي.

۵- معافيت ځپلو کسانو کې.

۲- چاغوالی.

۷- د درملنې دوز يا دوام کم وي. (۷،۷ ۲۲، ۳)

د ځنډنی هيپاټيټس سي د درملنې رژيمونه:

پخوا د ځنډنی هيپاټيټس سي ستنډرډ درملنه اينترفيرون الفا او ريباوايرين ګډ ورکول و خو اوس يې منل شوې ستنډرډ درملنه د ريباوايرين او اوږده اغيزه لرونکي IFN (Pegylated interferon) (Peginteron) ګډ ورکول دي.

الف: لومړی رژيم : Pegylated اينترفيرون په اونۍ کې يوځل د پوستکي لاندې د ريباوايرين سره ګډ ورکول کيږي. دا اينترفيرون دوه مستحضرات لري. (۲۲)

۱- Peginterferon alfa 2b (Peginteron)

۲- Peginterferon alfa 2a (Pegasys)

دواړه يې يو شان اغيزه لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د درملنې د دوام موده په جينوتايپ پورې اړه لري.

۱- HCV genotype -1

دهيپاټيټس سي وايرس دا تيپ تر يوه کال (۴۸اونۍ) پورې درملنه کيږي.

- 180µg pegasys دريباوايرين سره (که دناروغ دبدن وزن د ۷۵ کيلو ګرام څخه کم وي نو ريباوايرين دورځې ۱۰۰۰ ملي ګرامه دخولی دلاړې او که دبدن وزن يې د ۷۵ کيلو ګرامه او يا زيات وي نو د ورځې ۱۲۰۰ ملي ګرامه دخولې دلاړې) ورکول کيږي.(۲۲)
- 1.5 µg peginteron نظر په کيلو ګرام وزن دبدن دريباوايرين سره (دورځې ۸۰۰ملي ګرامه دخولې دلاړې) ورکول کيږي.(۲۲)

II: HCV Genotype-2 and 3

داتيپونه د ۲۴ اونيو لپاره درملنه کيږي. 180µg pegasys اوريباوايرين د ورځې ۸۰۰ملي ګرامه اويا 1.5 µg Peginteron نظر په وزن دبدن او ريباوايرين دورځې ۸۰۰ ملي ګرامه ورکول کيږي.(۲۲)

ب: تعقيبي رژيم:

دارژيم هم په اونۍ کې يوځل دپوستکي لاندې (په تيره هغو ناروغانو کې چې ريباوايرين نه ورکول کيږي اويا يې زغملای نشي) ورکول کيږي.

۱۸۰ مايکروګرامه Pegasys او Peginteron 1.0µg په کيلو ګرام وزن دبدن دجينوتايپ I لپاره يوکال او د جينوتايپ ۲-۳ لپاره ۲۴ اونې ورکول کيږي. بې ګيلو (ځنډنې ناقلين) او هغه ناروغان چې ALT يې نارمل وي درمل نه ورکول کيږي.(۲۲)

د Pegylated انترفيران اړخيزې اغيزې:

عصبي ګيلې لکه مخرشيت او خفګانونه، د تايروئيد دغدې د دندو خرابوالی، دهډوکو دمغز انحطاط، سايتوپينيا. دوينې شميرل په اوله او دويمه اونۍ کې بايد يو ځل او بيا وروسته دهغه څخه په ميا شت کې يوځل وشي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

داينترفيرون مضاد استطبابات : عبارت دی له: بيرته نه ګرځيدونکی سيروزس، پر مخ تللی سايتوپينيا ، شديد عصبي ستونزې، اتواميون ناروغی.(۲۲)

دريباوايرين مضاد استطبابات :

۱- هيمالايزس.

۲- دانجينا او ستروک خطر شته وي.

۳- تيراتوجينيستي : هغه ښځينه ناروغان چې ريباوايرين اخلي بايد د درملنې دپای څخه تر ۲۴ اونيو پورې دامیدواريدو څخه ډډه وکړي .(۲۲)

دريباوايرن اړخيزې اغيزې:

رش، خارښت، سردردي، ټوخی، ساه لنډي، لکتيک اسيدوزس.

د انيميا او لوکوپنيا درملنې لپاره Erythropoietin (Epoetinalfa) او Granulocyte colony stimulating factor ورکول کيږي.

اينترفيرون دزړه، سږو او دپښتورګو په ترانس پلانټيشن کې نه ورکول کيږي ځکه چې د غړو د ردیدو لامل کيږي.(۲۲)

انزار:

ځنډنې هيپاټيټس سي وايرس په پټه توګه پرمختګ کوي وروسته د ۱۰-۲۰ کالو څخه دسيروزس او دځيګر د ژونکو د کارسينوما لامل کيږي. که د درملنې سره فبروز ورک شو د ځيګر دژونکو د سرطان خطر کميږي.(۲۲)

اتواميون هيپاټيټس(Autoimmune Hepatitis)

اتواميون هيپاتيټس دځيګر ځنډنی ناروغي ده چې لامل يې ښکاره نه دی او د نورو اتواميون ناروغيو (لکه مهاجروی پالي ارترايتس، خارښت لرونکی رشونه، لمف ادينوپاتي، هاشيميتوز تايرويديتس، تايروتوکسيکوزسس ، ميکسوديميا ، Coombs

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

positive hemolytic anemia ، ګلومیرونفرایتس او نفروتیک سندروم) سره یوځای وي. (۷ ،۳۷)

دا ناروغي لومړی ځل په ۱۹۵۰ م کال کې څرګنده شوه چې په ډول ډول نومونو یادیده خو د ۱۹۹۲ م کال راهیسې داتوامیون هیپاتیتس پنوم یادیږي. (۷ ،۳۷)

اتوامیون هیپاتیتس په دوو ډولو دې چې تیپ ۱ او تیپ ۲ . دواړه یې په ښځو کې دنارینو په پرتله زیات وي. کلینیکي او بیوشیمکي بڼه یې سره ورته وي.

دناروغۍ د پیداکیدو څرنګوالی ښکاره نه دی خو ډیری پدې باور دي چې د هیپاتوسیت په وړاندې د امیون غبرګون په پایله کې مینځته راځي. په جنتیک ډول داسې ښکاري چې ناروغي په برابرو خلکو کې دناڅرګنده زیانمن چاپیریال سره دمخامخیدو له کبله منځته راځي. (۷ ،۳۷)

اتوامیون هیپاتیټس په هغو کسانو کې چې HLA class B8 ، HLA Class II DR3 او DR0 2a/oci لري لیدل کیږي او په اسیایانو کې اتوامیون هیپاټیټس په HLA DR4 کسانو کې لیدل کیږي. (۷ ،۳۷)

اتوامیون هیپاتیتس پراخه کلینیکي څرګندونې لري کې شدید حالت یې د امیون سپریشن درملنې سره بڼه نه شي نو ناروغي دځیګر د وروستني پړاو ناروغۍ خواته درومي. (۷ ،۳۷)

دا ناروغي په ۱۰-۳۲ کلنۍ اویا پورته عمر کې پیداکیږي. په مینوپاز ښځو کې ۴۵-۲۰ کلنۍ په عمرونو کې پیښیږي. کله کله په کم عمره ماشومانو کې ځانګړی اتوامیون هیپاتیتس تیپ I پیدا کیږي. (۷ ،۳۷)

په ځینو ناروغانو کې مخکې له دې څخه چې ژیړی یا ګیلې یې ښکاره شي ناروغي دامینوترانس فیریز انزایمونو د لوړوالي له مخې د روغتیا دارزیابۍ په وخت کې په روغو خلکو کې څرګندیږي. (۷ ،۳۷)

په ډیری ناروغانو کې ژیړی او ستړتیا شته وي. دځیګر د ازموینو ابنارملتیې دځیګر دنورو ځنډینو ناروغیو په شان وی. (۷ ،۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دسيروم دبيلروبين او ALP لوړوالی د ځيگر په شديده او پر مخ تللې ناروغی دلالت کوي. د گاماگلوبولين په تيره د امينوگلوبولين کچه د ۲.۵ گرام في ليتر څخه لوړه وي.
په سيروم کې د انتي بادي شتون د ټايپ ۱ او ټايپ ۲ اتواميون هيپاټيټس ځانگړی بنسټ جوړوي. (۷، ۳۷)

په کلاسيک يا Type-I اتواميون هيپاټيټس کې انتي نيوکلار انتي بادي، انتي سموت مسل انتي بادي، انتي اکتين اوانتي سيالو گلايکوپروتين رسپتور انتي بادي مثبت وي.
ټيپ II اتواميون هيپاټيټس په سيروم کې Anti liver kidney microsomal-I انتي بادي (Anti LKM-I) او د انتي Anti liver cytosol-I انتي بادي مثبت وي اوانتي نيوکلير انتي بادي او انتي سموت مسل انتي بادي منفي وي.

داتواميون هيپاټيټس دځيگر په بايوپسي کې هغه بدلونونه چې په نورو ځنډنيو هيپاټيټس کې شته وې ليدل کيږي. دپلازماسيل شتون په نورو ځنډينو هيپاټيټس کې نادر دی خو داتواميون هيپاټيټس لپاره ځانگړی ارزښت لري. (۷، ۳۷)

درملنه:

داتواميون هيپاټيټس ډير ناروغان د کورتيکوسټروئيدو د درملنې سره ژر کلينيکي ځواب وايي. گيلې يې له مينځه ځي. د امينوترانس فيريز او بيلروبين کچه نارمليږي. پريدنيزولون ناروغانو ته لومړی ځل د ورځې ۲۰-۳۰ ملي گرامه پيليږي چې د ۱-۳ مياشتو په موده کې د امينوترانس فيريز کچه کميږي. (۷، ۳۷)
که په دې موده کې د درملنې سره کلينيکي او بيوشيمکي ځواب کم وي نو د ناروغی د ښه تشخيص لپاره بايد رنځور بيا معاينه شي. (۷، ۳۷)
ددې لپاره چې د پريدنيزولون د دوامداره درملنې د بدو اغيزو څخه مخنيوی وشي ناروغانو ته ازاتايوپورين ۵۰ ملي گرامه د درملنې په پيل يا وروسته کې ورکول کيږي. (۷، ۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په ځانګړو ناروغانو کې د پريدنيزولون دوز ورو ورو ۵-۱۰ ملي ګرامه پورې ښکته اوپه دوامداره ډول د ۵۰-۱۵۰ ملي ګرامه د ازاتايوپيورين سره يوځاې په ورځ کې ورکول کيږي. (۷ ،۳۷)

په ځينو ناروغانو کې ازاتايوپيورين دوه ملي ګرامه نظر په کيلو ګرام وزن دبدن په ورځ کې يو ځل په دوامداره ډول ورکول کيږي. د ازاتايوپيورين دوامداره ډول کارول د اميونو سپريشن ، دهډوکو د مغز بې وسي او د کانسر خطرزياتوي. هڅه دې وشي چې درملنه د لنډې مودې لپاره ودرول شي خو کله کله دا درول په يو شمير ناروغانو کې ډيرې بدې اغيزې لري لکه دناروغۍ شديد او مرګوني حالت مينځته راوړي. (۷ ،۳۷) که دمعافيت ځپونکو درملو سره ناروغ ښه نه شي او د ځيګر د ناروغۍ وروستۍ مرحلې وي نو ځيګر بدليږي. (۷ ،۳۷)

د درملو له کبله د ځيګر التهاب (Drug induced Hepatitis)

ځيګر د درملو دميتابوليزم لپاره لومړنی ځای دی که په يوه ناروغه ځيګر کې په نارمل دوز سره درمل ورکړل شي نو د توکسي ستيې لامل کيږي.(۱۳ ،۳۸)

Hepatotoxic Drug reaction

دځيګر بې وسي، ژيړی او دځيګرد دندو د ازموينو ابنارملتي بايد د درمل د تسمم سره توپيري تشخيص شي. (۳۸)

که د دواد توکسي ستيې سره ژيړی پيداشو نو د ځيګرد شديدې ناروغۍ ښودونکی ده د دواګانو توکسي ستيې په عمومي ډول بيړنی او نادراً ځنډنی وي. (۱۳ ،۳۸)

د دواګانو د توکسي ستيې له املې د ځيګر ددندو ازموينې د څو اونيو په موده کې نارمليږي او په کوليستاتيک هيپاتيټس کې دځو مياشتو څخه وروسته دځيګر ددندو ازموينې نارمليږي. (۱۳ ،۳۸)

دکواموکسي کلاف له کبله دوامداره کوليستازس وي چې په ناروغ کې دوامداره خارښت وي. (۱۳ ،۳۸)

۱-۳ جدول کې هغه درمل ښودل شوي دي چې د هيپاتو توکسي ستيې لامل کيږي: (۱۳ ،۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

درمل	پتالوژي
کلورپرومازين او لوړ دوز استروجن	کولستازس
نن ستروئيدل التهاب ضد درمل	کولستازس
ستاتين،کواموکسي کلاف	کولستاتيک هيپاتيټس
ايزونيازايد او ريپامپيسين	بيړنۍ هيپاتيټس
اميدارون	Non alcoholic steato hepatitis
ازاتايوپرين، بوسلفان	Venous out flow obstruction
ميتوتريکزيټ	فايبروزس

ددرملو له کبله دځيګر دحادی ناروغيو تشخيص

۱- د درمل اخيستل: که ناروغ په خپله درمل خوړلی وي

۲- دناروغۍ دمينځته راتلو پيل (۴ ورځو – ۸ اونيی دی)

۳- د درملو دپرينبودلو اغيزې دځيګر د بيوشميک ازمويښو په نارمليدو باندې.

په هيپاتيټس کې دځيګر ددندوازموينې د دوو ميا شتو په موده کې او په کوليستاتيک او مخلوط افت کې دځيګر ددند و ازموينې د ۲ ميا شتو په موده کې نارمليږي.

۴- نورې ناروغۍ لکه وايرل هيپاتيټس، صفراوي ناروغی بايد رد شي.

۵- دځيګر بايوپسي: که ناروغۍ دوامداره شي اويا د ازموينو پر مټ تشخيص نه شي نو بايوپسي تر سره کيږي. (۳۸)

دځيګر دناروغيو ډولونه:

کوليستازس

که داستروجن ورځنی کچه د ۵۰ مايکرو ګرام څخه زيات شي د کوليستازس لامل کيږي همدارنګه نور هغه درمل چې د کوليستازس لامل کيږي عبارت دي له کلوروپرومازين، فلوکلوکزاسيلين، کواموکسي کلاف ، ستروئيد ، نن ستروئيد التهاب ضد درمل ، ميتل تسترون، اريترومايسين، نايتروفورانتين، ريفام پين، متی مازول څخه . (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

هيپاتوسايت نيکروزس

هغه درملونه چې دځيګر د ژونکو د نکروزس لامل کيږي او ترانس امينازانزايمونه ورسره لوړيږي عبارت دي له پاراستامول، نن سترونيد التهاب ضد درمل،ايزونيازايد ، هربال دواګانې لکه Germander ، Comfrey, yellow phospharus. (۳۸)

ستياتوزس:

هغه درملونه چې د ځيګر په ژونکو کې د شحم د ځای په ځای کيدو لامل کيږي عبارت دي له تتراسکلين،سوديم وال پروت ، تاموريپين، اميدارون څخه (۲۷)

واسکولر او ساينوزوئيدل ناروغۍ

دکنسر ضد درمل دځيګر د رګونو د ناروغيو او ويتامين A دځيګر د ساينوزوئيد د زيانمنيدو لامل کيږي.(۲۷)

هيپاټيټس

هغه درمل چې د هيپاټيټس لامل کيږي عبارت دي له ميتوتريکزات، هلوتان، کاربامازيپين، متيل دوپا ، کيتوپريل. نيفيديپين، اندوميتاسين، ريفام پين، ازونيازيد ، هايدروکلوروتيازيد څخه.(۳۸)

هيپاتيک فبروزس

ميتوتريکزيت لومړی د ځيګر د بيړنی بی وسي او په لوړ دوز سره د سيروزس لامل کيږي.

ددواګانو پواسطه دځيګر د فبروز مينځته راتلو لپاره د خطري فکتورونو شتون اړين دي لکه دځيګر پخوانۍ ناروغۍ، د الکولو څکل.

لاندې درمل بايد د ځيګر په سيروزس کې ورنکړل شي:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

نن ستروئيد التهاب ضد درمل د ځيګر د ژونکو د بې وسۍ او واريزال وينه بهيدنې لامل کيږي. (۳۸)

ACE نهی کوونکي دپښتورګو دوينې جريان کموي چې د هيپاتورينل بې وسۍ لامل کيږي.

کودين ، نارکوتيک او انيکزولايتيک چې د هيپاتيک انسفالوپاتي لپاره زمينه برابر وي. (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ژيړی (Jaundice) :

پيژندنه:

ژيړی دپوستکي، دمنظمی‌طبقي چی د سکليرا لپاسه دی او دنورو مخاطي‌طبقو ژيړ رنګ ته وايي چې دهايپربيلروبينيميا له کبله مينځته راځي.

دسيروم بيلروبين نارمل اندازه 1.2mg/dl او مجموعي اندازه يې 0.1-1.2mg/dl دي.

ژيړی هغه وخت څرګنديږي چې سيروم بيلروبين د 50mmol/L (3mg/dl) څخه زيات شي. ژيړې لومړی په سترګو کې ښکاري ځکه چې سکليرا زيات الاستيکي انساج لري اوبيلروبين ددې انساجو سره زيات تمايل (affinity) لري. (۲۴، ۳۳)

دژيړې پتوفزيالوژي :

الف: Unconjugated hyper bilirubenemia

۱- دبيلروبين د جوړيدو زياتوالی.

- هيمولايتيک انيميا.
- هيماتوما
- دسړو انفارکشن
- د سرې ژونکې بې اغيزې جوړيدل (Ineffective erythropoiesis)

۲- دځيګر پواسطه د بيلروبين د اخيستلو نيمګرتياوی (لکه درمل او سيب سيس).

۳- دځيګر پواسطه د بيلروبين دکنجوګيشن خرابوالی لکه په ارثي توګه دګلوکورونايل ترانسفيريز انزايم نشتوالی يا خرابوالی (Gilbert's Syndrom) ، Crigler Najjar syndrome. (۳۳، ۳۷)

ب: Conjugated Hyper bilirubenemia

۱- Hereditary Cholestatic Syndrom

- دکنجوګيت بيلروبين د اطراح خرابوالی.

- Dubin Johnson's Syndrome

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

- Rotor Syndrome (۳۳، ۳۷)

۲- دځيګر د ژونکو دندو خرابوالی.

- دصفراوي اپي تيليل ناروغۍ لکه هيپاتيتس، دځيګر سيروزس.
- دځيګر دتنه کې کوليستازس لکه درمل، صفراوي سيروزس، سيپ سيس
- اسپيروکيټ انتانات، انفکشوز مونونيکليوزس، کولانجيتس، سارکوييدوزسس، لمفوما. (۳۳، ۳۷)

۳- صفراوي بندښت:

صفراوي ډبرې، تنګوالی، دصفراوي قنات بندښت، دکولي ډکټ کيست په مشترکه قنات باندې فشار، پانکراتايتس، دپانکراس نيوپلازم. (۳۳، ۳۷)

دبيلروبين ميتابوليزم:

الف: د ځيکر څخه وړاندې مرحله:

کله چې دسړې ژونکی عمر ۱۲۴ ورځې پوره شو اويا ويجاړه شوه نو د دوی پوښ نازکه کيږي او چويدو ته تياريږي.

هره سره ژونکه رتيکولواندوتيليل سيستم ته ليږدول کيږي، څرنګه چی د دوی پوښ نازکه شوی وي نو په ريتيکولو اندوتيليل سيستم کې چوي او هيموګلوبين ورڅخه وينې ته ازاديږي چې دمکروفاژونو پواسطه خوړل کيږي او په هيم او ګلوبين باندې ويشل کيږي. (۳۳)

ګلوبين برخه يې امينواسيدونه دي چې د ژيړې په مينځته راوړلو کې ونډه نه لري.

په هيم باندې دوه تعامله صورت نيسي.

۱- هيم د هيم اوکسي جينيز انزايم پواسطه په بيلووردين (شين رنګه پګمنت) اوسپنه او کاربومونو اوکسايد باندې بدليږي.

۲- بيلووردين د بيلووردين ريدکتيز انزايم پواسطه په بيلروبين (ژيړ رنګه پګمنت) باندې بدليږي. (۳۳)

دابيلروبين ازاد يا ان کنجوګيت يا غير مستقيم بيلروبين دی چې نژدې دورځې ۴ ملي

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ګرامه په کیلو ګرام وزن دبدن جوړیږي. ډیری بیلروبین د زړې سرې ژونکې څخه مینځته راځي. (۳۳)

په سلو کې ۲۴ یې دنورو سرچینو (ineffective erythropoiesis) دهیم لرونکو مرکبونو، د پروټینونو دویجاړیدو لکه عضلي مایوګلوبین او سایټوکروم) څخه جوړیږي. یوشمیر درملونه شته دي چې نه پریږدي چې بیلروبین په پلازما کې دالبومین سره ونښلي لکه سلفان امید، لازیکس، رادیوګرافیک توکي دغه حالت په نوي زیږیدلي ماشومانو کې ډیر دپام وړ دی ځکه چې دازاد بیلروبین دکچې زیاتوالی د Kernicterus لامل کیږي.(۳۳)

ب: دځیګر پړاو:

ان کنجوګیت بیلروبین دوینې پواسطه ځیګر ته وړل کیږي، څرنګه چې بیلروبین منحله توکي نه ده نو دلیږدونې لپاره دسیروم البومین سره ښنلي، کله چې بیلروبین ځیګر ته ورسیده د Uridine diphosphate glucoronidase (UDP) انزایم په شتون دګلوکورونیک اسید (دبیلروبین دای ګلوکورونید په ډول) سره یو ځای کیږي چې د کنجوګیت بیلروبین یا مستقیم بیلروبین پنوم یادیږي. (۳۳)

دا په اوبو کې حل کیږي، کنجوګیت بیلروبین دځیګر څخه صفرا ته او دصفرا څخه کیستیک ډکت ته وځي دکولمو بکتریاګانی بیلروبین په یوروبیلینوجن بدلوي، پدې ځای کې یوروبیلنوجن دوه لارې نیسي. (۳۳)

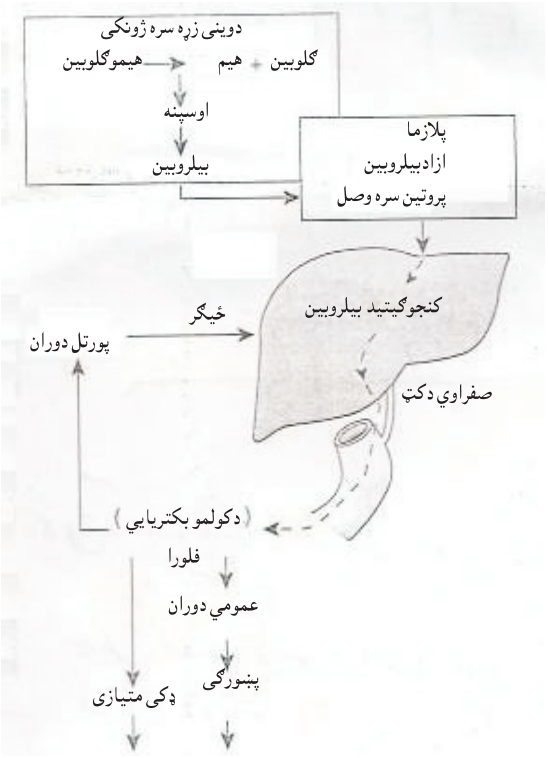
۱- یوروبیلنوجن یوه برخه په ستیروکوبایلینوجن بدلیږي چې دا په ستیروکوبایلین باندې اوکسیدایز کیږي چې پدې ډول په ډکو متیازو کې وځي.

۲- دیوروبیلنوجن بله برخه دکولمو د ژونکو پواسطه جذبیږي دوینې دلارې پښتورګو ته وړل کیږي او په تشو متیازو کې د یوروبیلین په ډول وځي.

سترکوبیلین ډکو متیازو او یوروبیلین تشو متیازو ته رنګ ورکوي.(۳۳)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library



(۱-۱۱) شکل دبيلروبين پتوفزيالوژی ښودل شويدی دی (۲۴)

کيمياوي تستونه

دصفراوي صباغاتو د ازموينی لپاره د Van den Bergh تعامل ډير ښه تست دی پدی تست کې بيلروبين د Sulfanilic اسيد سره يوځای کيږي چې د Diazo مغلق تری جوړيږي دغه Chromogenic توليد شوی ماده Calorimetry پواسطه معاينه کيږي. د

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Vand den Bergh تعامل پواسطه مستقيم بيلروبين دغير مستقيم بيلروبين څخه تفريقي تشخيص کيږي. که چيری د اوبو په محيط کې بيلروبين او Sulfanilic acid تعامل وکړي د مستقيم Van den Bergh تعامل پنوم يادیږي چې د کنجوګيتيد بيلروبين ښودونکی دی او که نورموړی تعامل دميتانول په محيط کې صورت ونيسي دواړه ډوله بيلروبين د Sulfanilic acid سره تعامل کوي چی دمجموعي بيلروبين اندازه ښودونکی دی.

ان کنجوګيتيد بيلروبين (غير مستقيم بيلروبين) په لاندې ډول اندازه کيږي.

Indirect Bilirubin = total bilrubin – direct bilirubin

که د Van den Bergh تعامل ديوی دقيقی څخه زيات دوام وکړي لږه اندازه غير مستقيم بيلروبين نور هم د اوبو په محيط کې د Sulfanilic اسيد سره تعامل کوي چې په کاذب ډول د مستقيم بيلروبين اندازه لږ لوړيږي.

څرنګه چې د سيروم بيلروبين ۹۲ سلنه غير مستقيم بيلروبين دی نو داسی فکر کيږي چې د مستقيم بيلروبين اندازه د نورمال اندازی څخه هم ښايي کم وي. او دسيروم بيلروبين دسويی د زياتيدو سره د تشو متيازو رنګ نصواري کيږي خو په نورمال حالت کې غليظی تشی متيازی هم نصواري رنګ لري.

همدارنګه د ريفامپين، تيامين، سلفاسلازين او ميلانين (Melanoma)سره هم دتشو متيازو رنګ بدليږي.(۳)

ويشنه (Classification):

ان کانجوګيتيد هايپربيلروبينيميا(Unconjugated Hyperbilirubenemia):

دپلازما د ان کنجوکيټ بيلروبين غلظت کچه دبيلروبين د جوړيدو داندازې او دځيګر پواسطه دهغه کليرانس پورې اړه لري.

دپلازما ان کنجوګيټ بيلروبين هغه مهال لوړيږي چې دبيلروبين جوړيدل زيات شي او دځيګر پواسطه يې کليرانس لږ شي. (۳۰)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په ان کنجوګیتید هایپربیلروبینیمیا کې ډکې او تشې متیازې نارمل رنګ لري ناروغ کې خفیف ژیړې شته وي په تشو متیازو کې بیلروبین نه وي دتوري لویوالی په هیمولایتیک ناروغیو کې وي. (۳۰)

لاندې جنتیک ناروغۍ د ان کنجوګیتید هایپربیلروبینمیا لامل کیږي.

۱- Crigler Najjar Type-1

دایوه اتوزومل ریسیسف ناروغي ده. پیښې یې نادرې دي. دیوردین دای فاسفیت ګلوکورونیل ترانسفیریز انزایم فعالیت په کې کم اویا هیڅ نه وي. دسیروم د ټوټل بیلروبین کچه 18-45mg/dl (>20mg/dl) وي. ان کنجوګیتید هایپربیلروبینیمیا وي. دغیګر د دندو ازموینې، دغیګر هستولوژي، مارفولوژي، دسیروم صفراوي اسیدونه او دخولې دلاړې کولی سیستوګرافي نارمل وي. دفینوباربیتون سره نه ښه کیږي. که نوي زیږیدلي ماشومان درملنه نه شي نو دکرنکتیریس لامل کیږي ښایي د درملنې سره سره بیا هم پیدا شي. تشخیص یې د کلینیک او لابراتواري ښو پواسطه کیږي. فوتوتراپي د درملنې په موخه دلنډې مودې لپاره ورکول کیږي ښه درملنه یې دغیګر ترانس پلان ټیشن دي. (۳۰)

۲- Crigler Najjar Type-II

دایوه اتوزومل ریسیسف نادره ناروغي ده چې د سیروم د ټوټل بیلروبین کچه 6-25mg/dl (≤20mg/dl) وي.

ان کنجوګیتید هایپربیلروبینمیا وی دیوردین دای فاسفیت ګلوکورونیل ترانسفیریز انزایم فعالیت کم وي.

دغیګر د دندو ازموینې، هستولوژي، مارفولوژي، صفراوي اسیدونه او دخولې دلاړې کولي سیستوګرافي نارمل وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

75≤ سلنه دفينوباربيتون سره ښه کيږي، نادراً Kernicterus وروسته دلوړی يا نورو ناروغيو څخه پيدا کيږي دسيروم ان کنجوګيتيد بيلروبين ئې مونوکنجوګيت وي، تشخيص يې دکلينيکي او لابراتواري ازموينو دلاړې تر سره کيږي.(۳۰)

۳- Gilbert Syndrome

دا يوه اتوزومل ډومينانټ ناروغی ده چې نژدې ۱۲ سلنه خلکو کې وي، دسيروم دان کنجوګيټ بيلروبين کچه لوړه وي. دسيروم د بيلروبين کچه پرته د لوړې او هيمالايزس څخه ۴ ملي ګرامه اويا کم وي. دبيلروبين ديوريډين دای پاسفيت ګلوکورونيل ترانسفريز فعاليت دنارمل حالت څخه ۱۰-۳۳ سلنه کم وی. په ځينو پيښو کې د ځيګر دبيلروبين اخيستنه لړه شوی وی. په ۵۰ فيصدو کې خفيف هيمالايزس شته وي. دځيګر د دندو ازموينې، دسيروم صفراوي اسيدونه او دخولې دلاړې کولي سيستوګرافي نارمل وي. دپلازما سلفوبرموفتالين وتنه نارمل وي. د ۱۵ سلنه څخه کمو پيښو کې خفيفاً ۴۵ دقيقو لپاره احتباس کوي. ډير وخت دفينوباربيتون سره دسيروم بيلروبين کچه نارمليږي. کومه ځانګړی کلينيکي بڼه نه لري. (۳۰)

دصفراوي بيلروبين فرکشن يې دای کنجوګيټ دی. ۲۵ سلنه کې مونوکنجوګيت وي. تشخيص يې دکلينيکي او لابراتواري ازموينو له مخې کيږي. دځيګر بايوپسي نادراً کارول کيږي. درملنې ته اړتيا نه لري.(۳۰)

کانجوګيتيد هايپر بيلروبينيميا (Conjugated Hyperbilirubenemia)

۱- Dubin Johnson's Syndrome

دا يوه اتوزومل ريسيسف (نادراً دومينانت) او غير معمول ناروغي ده چې دسيروم توټل بيلروبين کچه ۲-۵ملي ګرامه په ديسي ليتر کې وي. او کنجوګيتيد هايپربيلروبينيميا وي. دځيګر د دندو ازموينې او دسيروم صفراوي اسيدونه نارمل وي. دپلازما سلفوبرموفتالين غلظت په لومړي وخت کې لږ وي احتباس يې په ۴۵ دقيقو کې د ۲۴ سلنه څخه کم وي. ۹۰-۱۲۴ دقيقې وروسته يې په دويمي توګه کچه لوړيږي. دخولی دلاړې کولي سيستوګرافي کې صفراوي کڅوړه کم ښکاري يا بيخي نه ښکاري.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دسيروم د بيلروبين غلظت د استروجن سره لوړيږي، کله کله ځيګر او توری لوی شوی وي. (۳۰)

ځيګر دګراس له نظره تور، زيږ او مرکزي لوبولونو کې پګمنت ليدل کيږي. تشخيص يې د کلينيکي او لابراتواري ازموينو له مخې کيږي دې ناروغانو ته استروجن بايد ورنکړل شي او نورې درملنې ته اړتيا نه لري. (۳۰)

۲- Rotor's Syndrome

دا يوه اتوزومل رسيسيف ناروغی ده چې نادراً پيښيږي. دسيروم دبيلروبين کچه ۳-۷ ملي ګرامه په ديسي ليتر کې وي. ۲۰ سلنه پيښو کې کنجوګيت هايپربيلروبينيميا وي. پدې ناروغانو کې دځيګر د بيلروبين افرازيدل يا زيرمه خرابيږي. دځيګر د دندو ازموينې او دسيروم صفراوي اسيدونه نارمل وي. په پلازما کې د سلفوبروموفتالين کچه کميږي، ۳۰-۴۰ سلنه پيښو کې د ۴۵ دقيقو لپاره په پلازما کې احتباس کوي. دخولې دلارې کولي سيستوګرافي د ډير وخت پورې نارمل وي. کومې ځانګړی کلينيکي څرګندونې نه لري. دځيګر مارفولوژي اوهستولوژي نارمل وي. تشخيص يې دکلينيک او لابراتواري ازموينو له مخې کيږي. کومه ځانګړی درملنه نه لري. (۳۰)

دژيړي دناروغ سره چلند

دژيړي دلامل دموندلو لپاره بايد بشپړه تاريخچه، فزيکي او لابراتواري ازموينې تر سره شي. (۳۰)

که چيرې په يوه ناروغ کې ژيړی او د هيمالايزس نښې شته وي نو د پرې هيپاتيک ژيړي لامل (ملاريا، سايکل سيل ناروغی، سپيروسايتوزس، G6PD لړوالی، ليپتوسپيروزس) دموندلو لپاره پلټنې وشي. په پرې هيپاتيک ژيړي کې په تشو متيازو کې بيلروبين نه وي د سيروم ان کنجوګيټيد بيلروبين لوړ وي (۳۰)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

که چيرې ژېړی د ځيګر د ناروغيو له کبله وي نو په ناروغ کې بايد د بيرني وايرل هيپاتيټس، هيپاتوتوکسي سيتي، د ځيګر د الکوليکو ناروغيو، د ځيګر د ميتاستاتيک ناروغيو، او د جنتيک ناروغيو لکه Gilbert's سندروم، Criggler Najjar سندروم لپاره پلټنې وشي. (۳۰)

په هيپاتيک ژېړي کې په تشو متيازو کې د کنجوګيتيد بيلروبين کچه لوړه وي.

که چيرې د ژېړي د ناروغۍ کې متيازی سپينی تشی متيازی يې توری وي ، ناروغ خارښت ولري او د سيروم د کولسترول کچه لوړه وي نو د انسدادي ژېړي ښودنه کوي.

دژېړي د لامل دتشخيص لارې چارې:

که چېرې په يوه ناروغ کې ژېړی شته وي نو دلامل د موندلو لپاره يې بايد د سيروم د ترانس فيريز انزايمونو دالکالين فاسفوتيز، دبيلروبين، دټوټل پروټين ، د البومين، ګاما ګلوتامايل ترانسفريز او دپروترومبين ټايم کچې اندازه شي. (۳۰)

Alkalin phosphatase(ALP) او امينوترانس فيريز انزايمونه دهډوکو او د زړه په ناروغيو کې هم لوړيږي خو ګاما ګلوتامايل ترانسفريز يوازی دځيګر په ناروغيو کې لوړيږي که چيرې دري واړه لوړ وي دځيګر د ناروغيو ښودونکی دی. (۳۳)

که چيرې د ALP او ګاما ګلوتامايل ترانسفريز انډول د Aspartaged amino transperase(AST) او Alaninamino transferase (ALT) نارمل ۱۰-۴۵ په پرتله زيات وي نو انسدادي ژېړی ښي. (۳۳)

که AST او ALT د ALP او ګاما ګلوتامايل ترانسفريز په پرتله زيات وي نو دځيګر ژېړی ښي. (۳۳)

دځيګر په الکوليکو ناروغيو کې د ALT کچه نارمل وي خو AST د ALT په پرتله لوړ وي. او که ALT د AST په پرتله زيات وي نو هيپاټيټس دلالت کوي. (۳۳)

که چيرې د دواړو کچه د لوړې اندازې څخه په چټکۍ سره ښکته شي دځيګر پر مختللی نکروزس ښي. (۳۳)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دسيروم دالبومين کموالی دځيګر ځنډنی ناروغۍ ښي او په هيپاټيټس او کولیستازس کې نارمل وي. دځيګر په الکولیکو ناروغيو کې د AST:ALT انډول ۱۰ وي. دځيګر په ناروغيو کې يې انډول دیو څخه زيات وي او په هيپاټيټس کې يې انډول د یو څخه کم وي. (۳۳)

که دبيلروبين کچه نارمل 10x څخه ډيره وي نو نيوپلاستيک يا انتراهيپاتيک کولستازس ښيي او که اندازه يې ددې څخه لږه وي نو دځيګر حجروي ناروغۍ ښيي. که د ALP اندازه د نارمل 5x څخه زياته وي انسدادي ناروغي ښئي او که نارمل 10x څخه زيات وي د درمل يا توکسيک له کبله کولیستاتيک هيپاټيټس يا سايتوميګالو وايرس ښي. (۳۳)

که ګاما ګلوتامايل ترانسفريز(GGT) د نارمل 10x څخه لوړ وي کولیستازس او که اندازه يې نارمل 5-10x وي وايرل هيپاټيټس ښئي. اوکه اندازه يې نارمل 5x څخه لږه وي نو د درملو توکسي سيټي ښئي د اسيت امينوفين په تسمم کې د ALT او AST اندازه نارمل 50x څخه لوړه وي. (۳۳)

۱-۴ جدول دژيړي توپيري تشخيص(۳۳)

	پري هيپاتيک ژيړی	هيپاتيک ژيړی	پوست هيپاتيک ژيړی
ټوټل بيلروبين	نارمل/لوړ	لوړ	لوړ
کنجوګيتيد بيلروبين	لوړ	نارمل	نارمل
ان کنجوګيت بيلروبين	لوړ	نارمل/لوړ	نارمل
يورو بيلنوجن	لوړ	نارمل/لوړ	ښکته / منفي
تشو متيازو رنګ	تياره	روښانه	تياره
ډکو متيازو رنګ	تياره	نارمل	سپين
الکالين فاسفتايز	نارمل	لوړ	لوړ
امينوترانس فيريز	نارمل	لوړ	لوړ
دتشو متيازو کنجوګيتد بيلروبين	نه وي	شته وي	شته وي

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دځيګر سيروزس (Liver Cirrhosis):

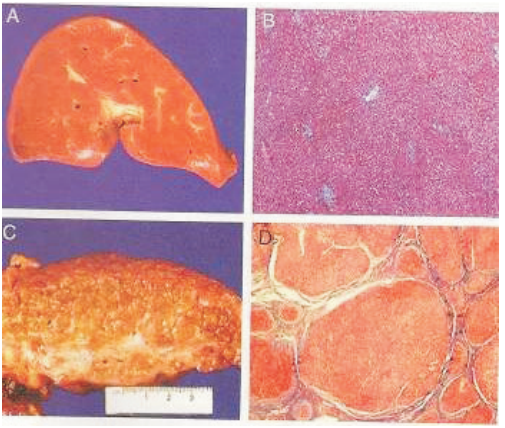
پيژندنه:

سيروزس دځيګر د حجراتو د ځنډنی او نه رغيدونکی ناروغي ته وايي چې دځيګر په پرانشيم کې پراخه فبروزس او استحالوي نوډولونه مينځته راځي.

سيروزس ديوې لاتيني کلمې (Kirrhosis) څخه اخيستل شوې چې کلک، ژيړ او نارنجي ځيګر ته وايي.(۴، ۱۹، ۲۰، ۲۲)

دځيګر ژونکې نکروز او کولاپس کوي. په ځيګر کې منضم نسج ځای په ځای کيږي او د رګونو بستر خرابيږي.

دځيګر د فبروزس له کبله پورتل هايپرتنشن او دهغه اختلاطات لکه ګاسترو ازوفاژيل واريزس، توری لويوالی، هايپرسپلينيزم، اسايټس، دځيګر انسفالوپاتي او دځيګر د ژونکو بې وسي مينځته راځي.



(۱-۱۲) شکلونه A: دنارمل ځيګر ګراس منظره سطحه يې ښويه او متجانس جوړښت لري.

B: دميکروسکوپ د ځيګر نارمل وعايي جوړښت معوج شوی وي.

C: سيروتيک ځيګر ښيي سطحه يې غير منظم او نوډولر دی.

D: دميکروسکوپ د ځيګر جوړښت غير منظم او استحصالوي نوډولونه دفبروزي انساجو پواسطه چاپيره شوی دی. (۳۰)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

لاملونه:

۱- الکول.

۲- دځيگر ځنډنی وايروسي هيپاټيټس لکه بي اوسي

۳- دځيگر غير الکولي ناروغی.

۴- اوتو اميون ناروغی لکه پرايمري اسکليروزينگ کولانجيتس

۵- صفراوي ناروغی لکه لومړنی او دويمي صفراوي سيروزس.

۶- جنتيک ناروغی (هيموکروماتوزس، ويلسن ناروغي، د الفا يو انتي ترپسين لړوالی).

۷- کرپتوجنيک.(۴، ۱۳، ۱۲، ۲۲)

پتالوژي:

دځيگر سيروزس د مورفولوژي او لاملونو له مخې په لاندې ډولونو دی.

۱- الکوليک سيروزس Laenic cirrhosis يا مايکرونوډولار سيروزس: د نوډولونو سايز يو ملي متر اويا کم وي.

۲- مکرو نودولر يا پوست نيکروتيک سيروزس چې د نودولونو سايز د څو سانتي مترو په اندازه وي.

۳- صفراوي سيروزس.

۴- دزړه سيروزس.

۵- ميتابوليک، ارثي، او د دواګانو پواسطه سيروزس.(۴،۱۳،۲۲)

کلينيکي بڼه:

دسيروزس ګيلې عبارت دي له کمزوري، ستړتيا، داشتهاء کموالي، زړه بدوالي، کانګو او د وزن د کموالي څخه.(۱۳، ۱۹)

۱- Spider Angiomata يا Spider nevi:

درګونو د ناروغيو څخه عبارت دی چې مرکزي شريانچې د کوچنيو رګونو پواسطه

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

راچاپيره شوې وي. دا د استرادايول د زياتوالي له کبله وي. (۱۳، ۱۹

۲- Palmar Erythema : دلاس د ورغوو سوروالي ته وايي چې د جنسي هورومونونو د ميتابوليزم د خرابوالي له کبله وي. (۱۳، ۱۹

۳- دنوکانو بدلونونه:

الف: Muerhrckes nail : جوړه مستعرض باندونه دي چې دنارمل رنګ پواسطه بيل شوي وي. لامل يې دالبومين د کموالي له امله وي. (۱۹)

ب: Terry's Nail: د نوکانو د پليټ نژدې دوه پر درې برخه سپين او لرې يو پر درې برخه يې سور وي چې د البومين په کموالي دلالت کوي.

ج: کلاېينګ

۴- هايپرتروفيک اوستيوارتروپاتي: داوږدو هډوکو ځندنې Proliferative periostitis ته وايي چې د هډوکو د درد لامل کيږي.

۵- Dupuytren's contractur : د لاس د اورغوو دصفاق لنډوالي او پلنوالی ته وايي چې دګوتو د قبض لامل کيږي.

۶- اندوکراينې بدلونونه:

په نارينوو کې د ويښتانو له مينځه تلل، د تيونو غټيدل، د خصيو کوچني کيدل او جنسي کمزوري، په ښځو کې د تيونو کوچني کيدل، دمياشتنی عادت ګډوډي، امينوريا.

۷- هيموراژيک تشوشات: ژر ژر وينه بهيدل، پورپورا، دپوزې وينه کيدل، مينوراژيا.

۸- ځيګر، لوی، کوچنی او يا نارمل وي.

۹- پورتل هايپرتنشن (دتوري لويوالی، اړخيز رګونه، واريزل وينه بهيدل، فيتمور هيپاتيک، کاپوټ ميدوزا.

۱۰- ژيړی.

۱۱- سيانوزس.

۱۲- Cruveilhier baumgarte murmur

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په اپي ګاستريک ناحيې کې د ستاتسکوپ پواسطه وريدي (Hum) (بنګيدل) اوريدل کيږي دا په پورتل هايپرتنشن کې دنوم د وريدونو او پورتل سيستم تر مينځ د انستوموز له کبله مينځته راځي.

۱۳- استريکزيس.

۱۴- خارښت، هيپاتيک انسفالوپاتي، انتانات، پګمنتيشن. (۳۰)



(۱-۱۳) شکل کې پالمر اريتيميا، سپايدر انجيوما او دتيونو غټيدل ليدل کيږي(۳)

لابراتواري پلټنې:

الف: د شدت له مخې:

۱- دځيګر ددندو ازمويني: د ځيګر د دندو د ښه معلومولو لپاره سيروم البومين او پروترومبين ټايم اندازه کول دي که سيروم البومين د ۳۸ ملي ګرام في ليتر څخه کم وي او پروترومبين ټايم اوږدوي د خرابو ننبو ښودونکی دی.

۲- د ځيګر بيوشمي: GGT, ALP, ALT, AST اکثراً لوړ وي.

۳- سيروم الکترولايت: دسيروم سوديم کموالی د خرابو ننبو ښودونکی دی.

۴- که سيروم الفافيتوپروتين د 400ngm/ml څخه زيات وي د ځيګر د ژونکو کنسر ښودونکی دی.

۵- د سيروم البومين کموالی.

۶- سيروم ګلوبولين زيات وي.

۷- بيلروبين لوړ وي.

۸- ترومبوسايتوپينيا.

۹- لوکوپينيا، نتروپينيا.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱۰- دوينې د پرنيدو ستونزې. (۱۳، ۳۲)

ب: دځيګر د سيروزس ډولونه دلاندې ازموينو پرمټ څرګندېږي:

۱- دوايروسي هيپاټيټس سيرالوژي.

۲- سيروم انټي نوکلير انټي باډي (انټ سموت مسل انټي بادي، انټي ميتوکاندريل انټي بادي.

۳- دسيروم ايميونوګلوبولين (IgA, IgG, Igm).

۴- دسيروم سيرولوپلازمين (کوپر) د لوړ د زياتوالي لپاره .

۵- سيروم فيريټين او ترانس فيرين د اوسپنې د لوړ د زياتوالي لپاره.

۶- د الفايو انټي تريپ سين کموالی.

ج: راډيولوژي : التراساوند ، سي ټي سکن، اندوسکوپي، MRI

د: دځيګر بايوپسي. (۱۳، ۳۲)

دځيګر الکوليکي ناروغۍ (Alcoholic Liver Disease):

اپيديمولوژي:

دالکولو له کبله دځيګر د ناروغۍ مينځ ته راتګ په هر يو کس کې توپير لري په ځينو خلکو کې چې ډير زيات الکول څښي خو دځيګر الکوليکي ناروغی مينځته نه راځي يوازې په ۱۰ سلنه خلکو کې وروسته د مرينې څخه د سيروزس نښې پيژندل شوي.

که ښځې په اونۍ کې د ۲۱ يونټو څخه او نارينه د ۳۸ يونټو څخه لږ وڅښي دځيګر په الکوليکي ناروغيو نه اخته کيږي. (۳۸)

دځيګر ناروغی ډيری په هغه کسانو کې مينځته راځي چې دپنځو کالو څخه زيات ډير زيات الکول وڅښي.

په يوه شميرنه کې ښودل شوي چې که يو کس د اتوکالو لپاره دورځې ۱۲۰ ګرامه الکول وڅښي په الکوليک سيروزس اخته کيږي. (۳۷)

لاندې فکتورونه د ځيګر د الکوليکي ناروغيو دمينځته راتلو لپاره خطري دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- دځښلو ډول: دځيګر ناروغۍ د الکولو د ځښلو د دوام پورې اړه لري اود الکولو سره تړاو نه لري.

۲- جنس:

ښځې د نارينه و په پرتله د ځيګر په الکوليکي ناروغيو ډيرې اخته کيږي ځکه چې د ښځو دبدن کتله کمه ده وروسته د ځښلو ځخه دوينې د ايتانول کچه نظر نارينه و ته لوړه وي.

۳- جنتيک : الکوليزم په مونوزايګوتيک کې د داې زيګوتيک په پرتله زيات وی.

۴- خواړه: لږ کولين لرونکي خواړه دځيګر د الکوليک ناروغيو لامل کيږي.

۵- هيپاتيټس سي: هيپاتيټس سي دځيګر د الکوليکو ناروغيو (په تيره په ځوانانو کې) د زياتيدو لامل کيږي.(۳۸)

لاملونه: الکول دځيګر په واسطه ميتابوليز کيږي.

اسيت الديهايد: ۸۰ سلنه الکول د ميتوکاندريا د انزايمونو پواسطه په اسيت الديهايد بدليږي چې دا د ژونکو د پروتين سره يوځای معافيتوي سيتسم فعالوي کوم چې د ژونکو د ويجاړيدو لامل کيږي. (۳۸)

۱- سايتوکينونه: دالکوليک هيپاټيټس په ناروغانو کې د الکولو پواسطه د کولمو ځخه اندوتوکسين زيات جذبيږي.

۲- دمونو سيت ځخه د تومور نکروز فکتور الفا جوړيدل زياتيږي.

0 - انترليوکين ۱، ۲، ۳ ازاديږي چې دوي د فايبرين په جوړيدو کې ونډه لري. (۳۷)

پتالوژي:

۸۰ سلنه پيښو کې د الکوليک هيپاټيټس سره سيروزس يوځای وي.

دځيګر د الکوليکو ناروغيو پتالوژيکه بڼه عبارت ده له:

۱- الکوليک هيپاټيټس.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

- لاپوګرانولوما، نتروفيل انفلتريشن، ميلوري هيالين، پيري سيلولار فايبروزس

۲- مکرووا سکولار ستينوزسس

۳- فايبروس او سيروزس

۴- سنترال هيالين سکليروزس(۳۸)

کلينيکي بڼه:

۱- شحمي ځيګر: (Fatty Liver)

په شحمي ځيګر کې کومه ځانګړې ګيله او نښه نه وي خو کله کله د زړه بدوالي، کانګې او نس ناسته په معده او کولمو باندې د الکولو د اغيزې له امله وي. ځيګر نارمل وي. (۳۸)

۲- الکوليک هيپاتيټس Alcoholic Hepatitis:

- ناروغان ښايي ښه وي. ګيلې يې ډيرې لږې وي يوازې په بايوپسي کې برسيره د شحمي ځيګر څخه هيپاټيټس هم وي.
- ګيلې لږې يا په منځنۍ کچه وي. ژيړې لږ او د ځيګر د ځنډنيو ناروغيو نښې او دځيګر بيوشميک بدلونونه شته وي. تشخيص د ځيګر د هستولوژي له مخې کيږي.
- د ناروغۍ په شديد حالت کې د الکوليک سيروزس نښې لکه اسايټس او ژيړی شته وي. د ګيډې درد د تبې سره چې د ځيګردنکروزس له کبله وي يوځای وي. ځيګر اوکله کله تورې هم لوی شوی وي. (۳۸)

۳- الکوليک سيروزس Alcoholiccirrhosis:

سيروزس د ځيګر د الکوليکو ناروغيو وروستنۍ پايله ده چې دځيګر د ځنډينو ناروغيو نښې په کې شته وي. تشخيص يې د بايوپسي پواسطه کيږي. (۳۸)

لابراتواري پلټنې:

۱- شحمي ځيګر: که د انيميا څخه پرته مکروسايتوزس شته وي دالکولو کارونه ښئي. د سيروم د امينو ترانس فريز انزايمونه ډير لږ لوړوي. ګاماګلوتاميل ترانس فيريز

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

لوړوي چې د الکولو د څښلو ډير ښه لارښود دی. په شديد شحمي ځيګر کې دځيګر بيوشميک بدلونونه ډير وي. په ځيګر کې دشحمو انفلتريشن د التراسوند ، CT سکن او دځيګر د هستولوژيک ازموينو پواسطه څرګنديږي. ۳۲ ،۳۸

۲- د الکوليک هيپاټيتس لابراتواري نښې عبارت دي له : لوکوسايتوزس،دسيروم د بيلروبين لوړوالی،دسيروم د AST او ALT لوړوالی، دسيروم د الکالين فاسفتاز لوړوالی،د پروترومبين ټايم اوږدوالی،دسيروم البومين لږ وي.

کله کله هايپر ليپيډيميا د هيمالينزس سره يوځای وي چې د Zieve's سندروم پنوم يادېږي. ۳۲ ،۳۸

۳- الکوليک سيروزس:

AST او ALT دواړه لوړ وي خو د 300IU/L څخه کم وي. د AST:ALT>20 وي چې نادراً د ځيګر په نورو ناروغيو کې وي. په بايوپسي کې هيپاټوسيت نکروزس ، Millary's bodies ، نتروفيليک انفلتريشن د پيري وينولار التهاب سره يوځای وي.(۳۲)

درملنه:

۱- ناروغ ته بايد د الکولو د پرېښودلو او ارام سپارښتنه وشي.

۲- Delirium tremens (With drawal سندروم) بايد د ډيازيپم سره درملنه شي.

۳- د Wernick korsakoff encephalopathy د مخنيوي لپاره د رګ دلارې تيامين ورکول کيږي.

۴- ناروغ ته بايد دويتامينونو او پروتين څخه بډای خواړه ورکړل شي او که ناروغ انسفالوپاتي کې وي بايد پروتين کم کړل شي.(۳۲)

شحمي ځيګر:

دناروغۍ خفيف حالت د الکولو پرېښودلو سره ښه کيږي. د ځيګر څخه شحم ورک کيږي او بيوشميک بدلونونه بيرته نارمليږي.(۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

الکولیک هیپاټیټس:

۱- دناروغی په شدید حالت کې ناروغ باید ارام وکړي.

۲- د انسفالوپاتي او اسایتس لپاره درملنه پیل شي.

۳- د نازوګستریک تیوب یا د رګ دلاري خواړه ورکړل شي

۴- ویتامین بي او سي باید د رګ دلاري ورکړل شي.

۵- کورتیکوسټروئید هغه وخت ورکول کیږي چې (DF) Discriminative function score د ۳۲ څخه زیات وي. سیپ سیس یې غوره اړخیزه ناخوالې ده.

په سیپ سیس او واریزس وینه بهیدنه کې کورتیکوسټروئید نه ورکول کیږي. که د کورتیکو سټروئید سره د اوو ورځو په موده کې بیلروبین ښکته نه شو نو نه ورکول کیږي د انتي بیوتیکو د درملنې څخه وروسته هم ورکول کیږي.

DF = [4,6 x increase in PT (Sec) + Bilirubin mg/dl]

که Df د ۳۲ څخه زیات وي دځیګر شدیده ناروغي ښئي او انزار یې خراب وي.

۶- پین توکسي فایلین

یو کمزروي تومور نیکروزفکتور دی چې په شدید الکولیک هیپاټیټس کې ورکول کیږي او دهیپاتورینل پیښې کموي. د سیپ سیس اختلاط نه ورکوي.

۷- د فنګسي انتاناتو د مخنیوي لپاره انتي فنګل درمل ورکول کیږي. ۳۲، ۳۸

الکولیک سیروزس:

د معاوضوی سیروزس ناروغان ورځنی نارمل ژوند کولای شي، په خوړو کې مالګه باید کمه شي، اسپرین او نور نن سټروئید التهاب ضد درمل باید وانه خیستل شي، الکول باید ونه څښل شي.

که سیروزس اختلاطي وي نو داختلاطاتو درملنه دی وشي. د ځیګر د ژونکو د سرطان د معلومولو لپاره هرو شپږو میاشتو کې د ځیګر التراسوند او سیروم الفا فیتو پروتین اندازه شي. ۳۲، ۳۸

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د Child's Turcotte Pugh ويشنه

۵-۱ جدول ددې ويشنې پواسطه د ځيگر د ناروغيو شدت او انزار څرگندېږي.(۲،۳۲)

نمبری	۱	۲	۳
اسايتس	نه وي	لږ	منځنی کچه
انسفالوپاتي	نه وي	لږ	شديد
µmol/L بيلروبين	> ۳۴	۵۰-۳۴	> ۵۰
البومين (gm/L)	> ۳۵	۳۵-۳۸	< ۳۸
پروترومبين تايم په ثانيه	< ۴	۴-۶	> ۶

دپورتنی نمبرو دجمع کيدو څخه دناروغ دژوندی پاتې کيدو دمودی فيصدی معلوميږي

د ژوندی دپاتی کيدو فيصدي

نمبری (درجی)	يو کال	پنځه کاله	لس کاله
Child's A (<۷)	%۸۲	%۴۵	%۳۶
Child's B (۹-۷)	%۶۲	%۲۰	%۷
Child's C (۱۰ +)	%۴۲	%۲۰	%۰

پوست نيکروتيک سيروزس: (Post Necrotic cirrhosis)

پوست نيکروتيک سيروزس دځيگر د ځنډينو ناروغيو له کبله مينځته راځي چې د Coarsely nodular او مولتي نوډولر سيروزس پنومونو هم يادېږي غوره لاملونه هيپاتيټس بی اوسي اوايرسونه دی.

په پوست نکروتيک سيروزس کې ځيگر غونج او تاو راتاو شوی وي او ژونکې يې د نوډولونو څخه کوم چې د پيړ او فبروزي باندونو پواسطه بيلې شوې وي جوړې شوې وي. دځيگر ژونکې له مينځته تللې وي. سترومل يې کولاپس او فبروزي وي. دځيگر دبې شکله ری جينيراتيف نوډولونو سايز دمايکروسکوپيک څخه تر سانتي مترو پورې رسيږي. کله کله ۵-۸ سانتي مترو په اندازه وي چې شکل او سايز يې يو دبل څخه توپير لري. (۴، ۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينيکي بڼه:

دپوست نيکروتيک سيروزس کلينيکي بڼه د لومړنۍ ناروغۍ، دسيروزس د ګيلو، پورتل هايپرټينشن او دهغه د اختلاطاتو پورې اړه لري چې مخکې ترې يادونه شوې. پدې ډول سيروزس کې د ځيګر اندازه نارمل يا کوچنۍ او تورې لوی شوی وی.

تشخيص:

پوست نيکروتيک سيروزس په ناڅاپي توګه د جراحي کړنې پر مهال يا وروسته د مړينې څخه اويا داچه د ځيګر د بايوپسي اخيستلو پر مهال چې د نورو ناروغيو د تشخيص لپاره تر سره کيږي تشخيصيږي يقيني تشخيص يې دبايوپسي پرمټ کيږي. (۴، ۱۵)

درملنه:

ددې ناروغانو درملنه د پورتل هايپرتنشن اود سيروزس د نورو اختلاطاتو څارنه او درملنه ده، همدارنګه ناروغ بايدد دواګانو او زيات اندازه پروتين اخيستلو څخه ډډه وکړي ځکه چې د هيپاتيک کوما لامل کيږي. (۱۳، ۲۲)

صفراوي سيروزس :(Biliary cirrhosis)

صفراوي سيروزس د ځيګر دننه يا په باندې کې د صفراوي لارو د ناروغۍ يا بندوالي څخه مينځته راځي. پدې ناروغۍ کې د صفرا وتنه خرابيږي د ځيګر پرانشيم ويجاړ او فبروزي کيږي. (۴، ۲۲)

لومړنی صفراوي سيروزس دځيګر دننه کې دکوچنيو قناتونو دالتهاب او بندوالی څخه پيدا کيږي.

دويمي صفراوي سيروزس دځيګر څخه دباندې دلويو صفراوي قناتونو د التهاب او بندوالي څخه مينځته راځي. (۴، ۲۲)

لومړنی صفراوي سيروزس :(Primary Biliary Cirrhosis)

لاملونه:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دلـــومړني صفراوي سيروزس لامـــل تـــر اوسه پورې څرګـــند نه دی خـــــو ښايي چې دځينـو اتوامـيون نـاروغيو (لکـه Raynaud phenamena، Calcinosis ، Sicca syndrome ، (CREST) Esophageal dysmotility, Telengictasis تايروئيـديتس، لـومړنی Type-I DM ، IgA کمـوالي) سـره يوځـای وي،دلـومړني صفراوي سيروزس په ۹۰ سلنه پيښو کې انتي ميتوکاندريل انتي بادي مثبت وي. (۱۳ ، ۲۲ ، ۴)

کلينيکي بڼه

صـفراوي سـيروزس ۹۰ سـلنه پـه ښـځو کـې وي او ۳۵-۲۰ کلنې کـې پيـدا کيږي ډيـری ناروغان ګيلې نه لري خو لومړی ځل د سيروم دالکالين فاسفتيازد لوړوالي سره پيژندل کيږي. ګيلې او نښې يې عبارت دي له :

۱- خارښت : لـومړی د لاسـو پـه ورغـوو اود پښـو پـه تلـو کـې وي وروسـته بيـا ټول بـدن خارښت کوي.

۲- ستړتيا (Fatiqu): ناروغ د ورځې له خوا خوبوړی وي.

۳- ميلانوزس : دناروغ لاسونه اوپښې توربخن وي چې دميلانين زياتوالي له کبله وي.

۴- په شحم کې د حل ويتامينونو مل ابسورپشن موجود وی. (۱۳ ، ۲۲ ، ۴)

۵- ژيړی.



(۱-۱۴) شکل کې په صفراوي سيروز کی د سکيلرا ژيړی ښودل شويدی. (۳۰)

۶- شحمي نس ناسته. (Steatorrhae)

۷- د سيروم ليپيډونه په تيره کولسترول لوړ وي.

۸- زانتوما (Xanthoma) (په اوتارو او بندونو کی د پوستکي لاندې د شحم ټوليدو ته وايي)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۹- زانتيليسما(Xanthelesma) : د سترګو شاوخوا کې دپوستکي لاندې د شحم تولیدو ته وایي.

۱۰- هایپرپګمینتیشن.

۱۱- د ځیګر د ژونکو بی وسي.

۱۲- پورتل هایپرتنشن.

۱۳- انتانات

۱۴- ازوفاژیل وینه بهیدنه.

۱۵- اسایټس.

۱۲- هیپاتومیګالي.

۱۷- سپلینومیګالي.

۱۸- کلاببینګ.

۱۹- دهډوکو درد.

۲۰- Vertebral compression دملا شمزیو نژدې کیدل

۲۱- اکیموزس.

۲۷- ګلوسایټس.

۳۰- درماټایټس.

۲۴- اوستیوملیشیا.

۳۲- د نورو اوتوامیون ناروغیو ننبې ننبانې. ((۱۳ ،۲۲)،۴)

لابراتواري ننبې:

۱- سیروم الکالین فسفاتیز لوړ وی.

۲- د سیروم کولسترول او لوړ کثافت لرونکي لیپوپروتین کچه لوړه وي.

۳- هایپربیلروبینیمیا.

۴- IgG Anti mitochondrial انتي بادي تایتر د 1:40 څخه زیات وي.

۵- د ویتامینونو کموالی.

۲- هایپوپروترومبینیمیا((۱۳ ،۲۲)،۴)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

تشخيص:

لومړنی صفراوي سيروزس د کلينيکي او لابراتواري ازموينو پواسطه تشخيصيږي بايوپسي اړينه ازموينه نه ده خو د ستيژونو دځرګندولو لپاره ترسره کيږي.

۱- Stage I : پورتل انفلاميشن او ګرانولوما.

۲- Stage II : Bile duct proliferation او Periportal inflammation

۳- Stage III : Interlobular fibrosis

۴- سيروزس ((۱۳، ۲۲))، ۴)

توپيري تشخيص:

لومړنی صفراوي سيروزس بايد د صفراوي تيږو، تنګوالي، کنسر، پريمري اسکليروزينګ کولانجيتس، سارکوئيدوزس د درملو توکسي سيتي (کلوروپرومازين) او ځنډني هيپاتيتس سره پرتله شي. (۱۵،۴)

درملنه:

۱- دخارښت د درملنې لپاره لانډې درمل کارول کيږي.

- کولسترامين ۴ ګرامه د ورځې دري ځله، يا کوليستي پول ۵ ګرامه د ورځې دري ځله داوبو ياجوس سره ورکول کيږي.
- ريفامپيين ۱۵۰-۳۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله چې لږه ګټه لري.
- نالوکسان 0.2 مايکرو ګرامه نظر په کيلو ګرام وزن د بدن د انفيوژن په ډول ورکول کيږي.
- نالتريکزان دورځې ۵۰ ملي ګرامه د خولې دلارې.
- سيروتونين ريسپتور انتاګونيست لکه Ondonsetron ۴ ملي ګرامه دورځې دري ځله.
- مقاوم خارښت لپاره: پلازما فيروزس.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- دويتامين کا ، ډي، ای کموالی بايد درملنه شي خو کولسترامين يې کموالی نو رهم زياتوي داوستيومالیشيا دمخينوی لپاره دورځی ۱۵۰۰ ملي ګرامه کلسيوم ورکول کيږي خو د اوستيوپوريزس دمخنيوی لپاره ګټور نه دی.

۳- يوروډواکسي کوليک اسيد دورځې ۱۳-۱۵ ملي ګرام نظر په کيلو ګرام وزن دبدن په يو يا دوو دوزونو ورکول کيږي خو کومه توکسي سيټي نه لري يوازی دوزن دزياتوالی لامل کيږي دا درمل دناروغی پرمخ تګ ځنډوي اودځيګر دپيوند يدو ضرورت کموي او نظر کولچسين او ميتوتريکزات ته ښه دی.

۴- کولچيسين 0.6mg دخولې دلارې د ورځې دوه ځله او ميتوتريکزات په اونۍ کې ۱۵ ملي ګرامه دخولې دلارې ورکول کيږي چې ددې سره الکالين فاسفتيز او بيلروبين نارمليږي. د پر مختللې ناروغۍ لپاره ځيګر بدليږي. ((۱۳ ، ۲۲))، ۴)

دويمي صفراوي سيروزس:(Secondary Biliary Cirrhosis)

لاملونه:

دګډ صفراوي قنات يا دهغه د ځانګو دوامداره يا بشپړ بندوالی وروسته د عملياتو څخه تنګوالی، تيږې، ځنډنی پانکراټايټس او دصفراوي لارو کنسر.

په ماشومانو کې د صفراوي سيروزس غوره لاملونه عبارت دي له ولادي صفراوي اتريزيا او کيستک فبروزس څخه. ((۱۳ ، ۲۲))، ۴)

پتالوژي او پتوجنيزس:

که دبندښت درملنه ونه شي د لاندې پتالوژي لامل کيږي.

۱- صفراوي احتقان پيدا کيږي چې لومړی فوکل سنترولوبولار نکروزس وي. وروسته پيري پورتل نکروزس وي.

۲- دبابي صفراوي قناتونو پراخوالی او پرولیفيراشن.

۳- پاک يا منتن کولانجيتس چې د پي ام ان ژونکو انفلتريشن سره يوځای وی.

۴- په پورتل لاره کې پرسوب او فبروزس مينځته راځي. ((۱۳ ، ۲۲))، ۴)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينيکي بڼه:

ژيړی اوخارښت دنا روغۍ لومړنی ګيلې دي. کـه چيرې تبـه دګيډې د ښـي پـورتنې کودرانت درد سره يوځای وي دکولانجيتس ښودنه کوي. کلينيکي څيره يې د لومړني صفراوي سيروزس په شان دی. ((۱۳ ، ۲۲))، ۴)

درملنه:

داندوسکوپي يا دجراحي کړنې پواسطه بندښت له مينځه وړل دی. دانتـان دمخنيـوي لپاره انتي بيوتيک ورکول کيږي. ((۱۳ ، ۲۲))، ۴)

دزړه سيروزس:(Cardiac Cirrhosis)

دښـي زړه دوامـداره شـديده احتقـاني بـې وسـي د ځيګـر د ځنډنی نـاروغۍ او ان د سيروزس لامل کيږي چې په ځيګر کې فبروزي او استحالوي نوډولونه مينځتـه راځي. د زړه پـه بيړنـی بـی وسـي او سيسـتميک هايپوتنشـن کـې دځيګـر پاسـيف او بيرتـه ګرځيدونکی احتقان وي. ((۱۳ ، ۲۲))، ۴)

لاملونه:

دزړه دسـيروز لاملونـه عبـارت دي لـه : دزړه دسـامي نـاروغۍ، کنسـترکتيف پريکاردايتس، ځنډنی ريوي زړه چې لس کالو څخه زيات دوام وکړي. د ښي زړه په دوامداره بې وسې کې د ښتکنی وريدي تشو او دځيګر د وريدونو فشار لوړيږي چې په ځيګر کې داحتقـان لامـل کيږي. د ګـراس لـه نظـره ځيګـر تـور (احتقـاني) او خاسـف (فبروزي) ښکاري چې د اغوزي ځيګر (Nutmeg liver)په نوم يادیږي. ((۱۳ ، ۲۲))، ۴)

کلينيکي بڼه:

دناروغۍ کلينيکي بڼه د حاد وايروسي او د درملو پواسطه مينځتـه راغلي هيپـاټيټس په شان وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د ترای کسپید د دسام په بې وسي کې ځيګر نبضاني وي خو کله چې سيروزس مينځ ته راشي نبضان ورک کيږي. ځيګر لوی ،کلک ، او بی درده وي. د زړه د بې وسۍ ګيلې او ننبې دځيګر د ناروغۍ کلينيکي بڼه پټوي. د مرۍ وريزل وينه بهيدنه نادر وي خو ځنډنۍ انسفالوپاتي په څرګند ډول دليدلو وړ وی چې شدت يې کله زيات او کله کميږي. اسايټس او پرسوب په لومړي ډول شته وي خو دځيګر د ناروغيو سره زياتيږي. ((۱۳ ، ۲۲ ، ۴))

لابراتواري ازموينې:

د سيروم بيلروبين (کنجوګيت يا ان کنجوګيت) او الکالين فاسفوتيز لوړوي او AST په کمه اندازه لوړ وي پروترومبين ټايم کله کله اوږديږي. ((۱۳ ، ۲۲ ، ۴))

تشخيص:

که چيرې لوی کلک ځيګر (د ځيګر د ځنډنيو ناروغيو د ننبو سره) دزړه د سيروزس د لاملونو سره يو ځای شته وي بايد د زړه د سيروزس خواته پام وشي.

تشخيص يې دبايوپسي پرمټ کيږي. همدارنګه که په ګډه سره دځيګر او د زړه ځنډنۍ ناروغۍ شته وي بايد هيموکروماتوزس، اميلوايدوزس او ارتشاحي ناروغۍ دپام څخه ونه ايستل شي. ((۱۳ ، ۲۲ ، ۴))

درملنه: دزړه د سيروزس مخنيوی او درملنه د بنسټيزو ناروغيو د درملنې او تشخيص پورې اړه لري. ((۱۳ ، ۲۲ ، ۴))

دځيګر دسيروزس لوی اختلاطات (Major Complication of Liver Cirrhosis)

پورتال هايپرتنشن(Portal Hypertension):

پورتل هايپرتنشن دپورتل د ورید د فشار دوامداره لوړوالي ته وايي چې په نارمل حالت کې ۲-۵ ملي مټره سيمابه وي. د پورتل هايپرتنشن کلينيکي بڼه او اختلاطات هغه مهال مينځته راځي چې دپورتل ورید فشار د ۱۲ ملي مټره سيمابو څخه پورته شي. ((۱۳ ، ۲۲ ، ۴))

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

لاملونه او پتوجنيزس

دځای له انده دپورتل هايپرتنشن لاملونه:

۱- اکسترا هيپاتيک پوست ساينوسوئيدل Budd Chiari Syndrom.

۲- انترا هيپاتيک پوست ساينوسوئيدل (د وريدونو بندښي ناروغۍ)

۳- سينوسوئيدل. دځيګر سيروزس، ميتاستاتيک ناروغۍ، کيستونه.

۴- انترا هيپاتيک پري ساينوسوئيدل (شيستوزوميازس، سارکوئيدوزس).

۵- اکسترا هيپاتيک پري ساينوسوئيدل د پورتل وريد ترومبوزس (سيپ سيس، دخولې دلارې د اميدواری ضد درملو، ترومبوتيک ناروغی، دګيډې تروما، دځيګر ياپانکراس خبيثه ناروغۍ، پانکراتايتس). ((۱۳، ۲۲)، ۴)

په ماشومانو او ځوانانو کې دپورتل هايپرتنشن لامل د ځيګر څخه دباندې د پورتل وريد بندښت دې او په غټانو کې د ځيګر سيروزس دی. ((۱۳، ۲۲)، ۴)

دپورتل رګونو دټينګار د زياتوالی له کبله د ځيګر دوينې بهير کميږي چې په پای کې د پورتل وريد او سيستمک رګونو تر منځ کولاټيرال (شنټونه) جوړيږي چې زياتره د مری، معدی، ريکتوم، دګيډې د مخکيني ديوال، د پښتورګو، د تخمدانونو او دخصيو په رګونو کې جوړيږي. (۴، ۲۲)

کلينيکي بڼه:

دتوري لويوالی، هايپرسپلينيزم (ترومبوسايتوپينيا، لوکوپينيا، انيميا) کاپوټ ميدوزا، وريدي هوم، د ګاستروازوفاژيل واريز دځيری کيدو له املې وينه بهيدل (ميلانا او وينه لرونکې کانګي) د ريکتوم واريزس، فيټورهيپاتيک، اسايتس او دځيګر انسفالوپاتي. (۴، ۲۲)

اختلاطات:

وريزال وينه بهيدنه (مری، معده) احتقاني ګاستروپاتي، هايپرسپلينيزم، اسايتس، دپښتورګو بی وسي، دځيګر انسفالوپاتي، بکتريميا، انفکشن او مل تتريشن.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

واريسل وينه بهيدنه (Variceal Bleeding)

شديده وينه بهيدنه دپورتو سيستميک کولاتيرال دهرې برخې څخه پيدا کيږي خو معمول ځای يې دمعدې او مری د نښتيدو ځای دی.

د واريزس څخه وينه بهيدنه د پورتل هايپرتنشن درجې (۱۲ ملي متره سيماب څخه زيات وي) او د واريزس سايز پورې اړه لري. واريزس په ۹۰ سلنه سيروتيک ناروغانو کې وي چې يوازی يو پر درې کې وينه بهيږي. که په يو ناروغ کې د هضمي لارې وينه بهيدنه شته وي په اندوسکوپي کې د واريزس لپاسه سره نښه وي او دځيګر شديده ناروغۍ شته وي نو د واريزس وينې بهيدنې ښودونکې ده. (۴، ۲۲)

درملنه:

طبي لارې چارې:

الف: د حاد واريزل وينې بهيدنی لومړنۍ لارې چارې:

دمعدې معايي وينې بهيدنې د لارو چارو لاندې دې وکتل شي.

۱- بيا رغونه (Resuscitation):

۱- دناروغ عمومي حالت، نبض او دوينې فشار څرګند شي.

۲- وريدي لين تطبيق شي. وينه بايد دوينې د ګروپ، کراس مچ، هيموګلوبين، پروترومبين ټايم، انټرنيشنل نارمالايز ريشو (INR)، يوريا، الکترولايټ، کرياتينين، دځيګر د بيوشميکو ازمويښو او دوينې د کرنې لپاره لابراتوار ته واستول شي.

۳- دوينې حجم د پلازما اکسپاندير او دارټيا په صورت کې دوينې ترانسفيوژن سره پوره شي.

۴- د اسايتس مايع وويستل شي.

۵- الکول ودرول شي او تيامين ورکړل شي. (۴، ۲۲)

۲- حاد اندوسکوپي:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کله چې دناروغ هيموډينامیک حالت ښه شو د واريزس د تشخيص او دوينې د بهيدنې د نورو لاملونو (ميلري ويس سندروم، پيپټيک السر، پورتل هايپرتنسيف ګاستروپاتي) د ردولو لپاره بايد اندوسکوپي ترسره شي. (۴، ۲۲)

بيړنۍ اندوسکوپيکه درملنه په دوه ډوله ده.

بيابيا باندينګ د ۱-۳ اونيو په موده کې تر هغه پورې ترسره کيږي تر څو چې وريزس له مينځه لاړ شي اويا يې سايز کوچنی شي.

په اسکليروتراپي کې اسکليروزانت توکي په وريزل ترانک کې زرقيږي (ايتانول امين تيترا ديسايل سلفيت(باندينګ او اسکليروزانت ۸۰-۹۰سلنه اغيزه لري. (۴، ۲۲)

۳- نورې لارې چارې

وازو کنستريکتور تراپي:

تيرليپريسين : دايو غښتلی وازوکنستريکتور ده چې لومړی ۲ ملي ګرامه هر ۲ ساعته وروسته او وروسته د ۴۸ ساعتو څخه يو ملي ګرام هر ۲ ساعته وروسته ورکول کيږي اود زړه په اسکيميک ناروغيو کې نه ورکول کيږي.

بدې اغيزې يې عبارت دي له د ګيدې د کوليکي دردونو او دمخ د خسافت څخه.

سوماتوستاتين : دا په يو ساعت کې ۳۲۰-۵۰۰ مايکرو ګرام دانفيوژن په ډول ورکول کيږي. دا په هغه حالاتو کې ورکول کيږي چې تيرليپريسين پکې نشوکارولی. (۴، ۲۲)

بالون تمپوناد:

داکړنه هغه مهال کارول کيږي چې اندوسکوپيک تراپي يا وازوکنستريکتور درملنه ناکام شي يايې کارول شونی نه وي او د شديدې وينې بهيدنې خطر شته وي.

تيوب يې د Sengastaken blackemor پنوم يادېږي.(۳۲)

دا دنازو ګستريک تيوب دلارې ورکول کيږي تيوب د ۱۲ ساعتو لپاره اينبودل کيږي او داندوسکوپي د کړنې دترسره کولو څخه مخکې ليرې کيږي. داتخنيک ۹۰ سلنه ګټه لري.

اختلاطات يې عبارت دي له اسپريشن نمونيا، دمرۍ سور کيدلو، مخاطي تپونو،

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

هوايي لارو بنديز څخه. ۵۰ سلنه مړينه لري دکړنې دترسره کولو څخه دمخه اندوترخيال انټوبيوشن اړين دی. (۳۲)

دانتان د مخنيوي لپاره:

دانتان او د مړينو د خطر دکموالي لپاره دخولې يا رګ دلارې سپروفلوکزاسين ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله يا ليوفلوکزاسين ۵۰۰ملي ګرامه په ۲۴ ساعتو کې يوځل ورکول کيږي. (۳۲)

ويتامين کا:

که پروترومبين تايم ابنارمل وي نو ۱۰ ملي ګرامه دپوستکي لاندې ورکول کيږي. (۳۲)

دانسفالوپاتي دمخنيوي لپاره:

دانسفالوپاتي دلارو چارو تر عنوان لاندې دی وکتل شي.

نرسنګ:

ناروغ په شديدی څارنی په يونټ کې بايد تر هغه پورې بستر شي ترڅو چې وينه بهيدل ودريږي. دخولې دلارې څه شی نه ورکول کيږي. (۳۲)

سکرالفت:

دازوفاژيل ټيپونو دکمولو لپاره داندوسکوپيک تيراپي څخه وروسته يو ګرام دورځې څلور ځله ورکول کيږي. (۳۲)

ب: دبيړنی بيا وينی بهيدنی دمخنيوی لاری چاری:

۳۰ سلنه ناروغانو کې دلومړنی اندوسکوپيک درملنې څخه وروسته د ۵ ورځو په موده کی بيا وينه بهيږي ددې وينې بهيدنې سرچينه بايد د اندوسکوپي پواسطه پيدا او لامل يې د اسکليروتيراپي پواسطه درملنه شي. (۳۲)

۱- Trans jugular intrahepatic portocaval shunt (Tips)

که د ۵ ورځو په موده کې د دوه اندوسکوپيک درملنو سره وينه ونه دريده نو Tips تر

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

سره کيږي. (۳۲)

۲- بيړنۍ جراحي درملنه:

داهغه مهال تر سره کيږي چې وينه د نورو لارو چارو سره ونه دريږي اويا Tips ته لاس رسي نه کيږي. (۳۲)

ج: د متکرر وريزل وينې بهيدنې مخنيوی:

که لومړنۍ وينه بهيدنه و دريده او د ۴ اونيو په موده کې بيا وبهيږي نو ددې مخنيوی په لاندې توګه کيږي. (۳۲)

۱- داوږدې مودې لارې چارې:

- اندوسکوپيک درملنه:

داوږدې مودې لپاره باندليګاشن ۲۰-۵۰ سلنه د بيا وينې بهيدنې خطر کموي. (۳۲)

- بيتا بلاکر:

نن سلیکتیف بیتا بلاکر (پروپانولول،نادولول) ۳۲ سلنه د ازوفاژیل او ګاستریک واریزس څخه دوينې بهيدنې خطر کموي. (۳۲)

پروپانولول ۲۰-۲۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله اويا اوږده اغيزه لرونکي پروپانولول ۲۰-۸۰ ملي ګرامه د ورځې يوځل کارول کيږي. (۳۲)

نادولول ۴۰ ملي ګرامه د ورځې يو ځل او دوز يې د ۱-۲ اونيو په موده کې تر هغه پورې لوړيږي تر څو چې دزړه ريټ په يوه دقيقه کې ۵۵ ته ورسيږي پدې شرط چې دوينې سيستوليک فشار ۹۰ ملي مترہ سيمابو کې وساتل شي. (۳۲)

- Transjugular prortosystemic stent shunt : دا د اندوسکوپي په پرتله د بيا وينې بهيدنې اندازه کموي. (۳۲)

۲- جراحي درملنه:

الف: سرجيکل پورتوسيستميک شنټ

ب: ډي واسکولارايزيشن پروسيجر

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ج:د ځيګر بدلول. (۳۲)

دتوري غټوالی(Splenomegaly):

شديد پورتل هايپرتنشن د تورې د غټوالي معمول لامل دی او نادر لامل يې د سپلان شينيک وريدي وينې دبهير زياتوالی دی. (۴ ،۲۲)

کلينيکي بڼه:

ډيری ناروغانو کې ګيلې نه وي خو په ځينو کې ښايي ترومبوسايتوپينيا يا پان سايتوپينيا وي. که چيرې د تورې د غټوالي سره سيروزس او واريزس وينه بهيدنه نه وي لامل به يې د تورې د وريدونو ترومبوزس وي. (۴ ،۲۲)

درملنه:

دتوري غټوالی کوم ځانګړې درملنه نه لري خو که ډير زيات غټ شوی وي د جراحي شنټ په وخت کې تورې ايستل کيږي. د جراحي شنټ څخه پرته يې ايستل دپورتال هايپرتنشن او د توري د وريدونو د ترمبوزس لامل کيږي.

که تورې د پورتل هايپرتنشن اويا دتوري د وريدونو دترومبوزس له کبله غټ شوی وي نو ايستل کيږي خو په ترومبوسايتوپينيا کې نادراً ايستل کيږي او په هغه رنځورانو کې چې ځيګر يې پيوند شوی وي نه ايستل کيږي. (۲۲)

اسايټس(Ascites):

اسايټس د پريتوان په تشه کې دمايعاتو توليدو ته وايي چې دځيګر د سيروزس معمول اختلاط دی. لاندې فکتورونه دهغه په مينځته راتلو کې ونډه لري. (۱۳ ،۳۲)

۱- دسودیم او اوبو احتباس دچاپيريالی شريانو د پراخوالي او د ايفکتيف هايپو واليوما له کبله مينځته راځي. شريانونه د تنريک اوکسيد، ازيني ناتري يوريتيک پيپتيد او پروستاګلانيدن دافراز پواسطه پراخيږي. دوينې د حجم دکموالي له کبله سمپاتيک عصب او رينين انجيوتنسين سيتم فعاليږي چې دوی دمالګې اواوبو داحتباس لامل کيږي. (۱۳ ،۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- په پورتل هايپرتنشن کې د ځيګر او سپلان شينيک وريدونه پواسطه د لمف جوړيدل زياتيږي او د پريتوان په تشه کې ترانسوديشن کوي چې ددې تشې د هايدروستاتيک فشار د لوړيدو سبب ګرځي.

۳- په سيروزس کې د ځيګر په واسطه د البومين جوړيدل کميږي چې پدې ډول دپلازما ان کوتيک فشار کميږي. (۳۲، ۱۳، ۱۴)

کلينيکي بڼه:

دګيډې پرسوب چې داسايټس سره مل وي د څو اونيو اويا په چټکۍ سره دلړو ورځو په موده کې پيدا کيږي. تشديد کوونکي فکتورنه يې عبارت دي له: د سودیم زيات خورلو، دځيګر دژونکو د کارسينوما او د سپلان شينيک وريدو ترومبوزس څخه.

په کمه اندازه سره دګيډې درد وي او که شديد وي دخپل سري بکتريايي پريتونيتس خواته بايد پام وشي. (۳۲)

دشديد اسايټس سره تنفسي ستونزې پيدا کيږي. په ګيډې کې دمايعاتو شتون د Shifting dullness او Fluid wave پواسطه څرګندږي ډيرې ناروغانو کې چاپيريالي پرسوب، دخصيو پرسوب او دښي خوا پلورل ايفيوژن وي (اسايټيک مايع د ديافراګم د ولادي ديفکټ څخه پلوراته تيريږي). (۳۲)



(۱-۱۵) شکل په سيروټيک ناروغ کې اسايټس او د نامه چوره (۳۰).

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

لابراتواري پلټنې:

التراساوند د اسايټس د څرګندولو لپاره (ان په چاغو خلکو کې او که کچه يې لږ هم وي) ځانګړې ازمويښه ده.

پاراسنتيزس د اسايټس شتون څرګندوي او دمايع د اناليزس لپاره هم ګټور دی.

په سيروزس کې مايع روښانه، بې رنګه يا روښانه شين او ترانزوديت وي او د مجموعي پروتين کچه يې په يو ليتر کې د ۳۲ ګرامو څخه لږ وي.(۱۴،۳۸)

که دسيروم داسايټيک البومين توپير د 1.1 ګرام في ديسي ليتر څخه زيات يا مساوي وي نو داسايټس لامل پورتل دی او که ددې څخه کم وي لامل يې غير پورتل دی.

په ۳۰ سلنه ناروغانو کې د اسايټس دمايع مجموعی پروتين په يو ليتر کې د ۳۰ ګرامو څخه ډير وي. (۱۴،۱۳،۳۸)

کـه داسـايټس دمـايع د املـيـز کچـه پـه يـو ليتـر کـې د ۱۰۰۰ يونټـو څخـه ډيـر وي د پانکرايټک اسايټس ښودنه کوي اوکه ګلوکوز يې لږ وي د خبيثه ناروغيو يا دتوبرکلوز ښودنه کوي. سايټولوژيکي ازموينې دخبيثه ناروغيو د پيژندلو لپاره تر سره کيږي.

که د پي ام ان ژونکو شمير په يو ليتر کې د $250x10^6$ څخه زيات وي نو انتاني لامل ښيي (خپـل سـري بکتريـايي پريتـونيتس). لپراسـکوپي هـم د پريتـواني نـاروغيو د څرګندولو لپاره کارول کيږي. (۳۸)

درملنه:

داسايټس د درملنې سره د ناروغ ناآرامي ارامیږي خو ژوند يې اوږدیدلی نه شي. کـه زياتـه کچـه مايعـات وويسـتل شـي د الکترولايتونـو بـيلانس خرابيـږي چې دځيګـر د انسفالوپاتي لامل کيږي.

دارټياو له مخې اسايټيک مايع د پاراسنتيز پواسطه ايستل کيږي.

دمـالګې او اوبـو ضـايع کيـدل دوزن داندازه کولـو لـه مخـې اندازه کيـږي. دورځې د ۹۰۰ملي ليترو څخه ډير مايعات بايد ونه ويستل شي او ديو کيلو ګرام څخه ډير وزن کم نه کړل شي.(۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دسوديم او اوبو محدودول:

په خوړو کې دورځې ۱۰۰ ملي مولـه سوديم بس ده. که اسايتس شديد وي بايد دورځې ۴۰ ملي مولو ته کم کړل شي. هغه درمل چې سوديم لري اويا دسوديم د بنديدو لامل کيږي (نن سترو ئيد التهاب ضد درمل) بايد ورنکړل شي. (۳۸)

که دناروغانو دسيروم سوديم اندازه د ۱۳۲ ملي مولو څخه لږ وي دورځنی اوبو څکلو اندازه يې ۵،-۱ ليتره پوری وي.

داي يوري تيک: Diuretics

سپيرونولکتون دورځې ۱۰۰-۴۰۰ ملي ګرامه ورکول کيږي خو دبده مرغه دوامداره کارول يې د تيونو د دردناکه غتيدلو او هايپرکلسيميا لامل کيږي. په ځينو ناروغانو کې غښتلي دايوريتيک لکه لاژيکس چې لومړی ځل درګ دلاړې ۸۰ ملي ګرامه ورکول کيږي. که ناروغ د ۴۰۰ ملي ګرامه سپيرونولکتون او ۱۲۰ ملي ګرامه لاژيکس سره ښه نه شي نو ټينګاري حالت دی. (۳۸)

پاراسنتيزس: (paracenthesis)

مايعات هغه مهال ډير (دورځې ۴-۲ ليتره) ايستل کيږي چې اسايتس کتلوي وي تنفسي ستونزې ټينګاري وي اود داي يوري تيک بدې اغيزې وي.

دهر يو ليتر ايستل شوې مايع په بدل کې ۲-۸ ګرامه انساني البومين ورکول کيږي. داسايتس د بيا مينځ ته راتګ د مخنيوي لپاره داي يورتيک ورکول کيږي(۳۸)

Transjugular intrahepatic porto systemic shunt (TIPS):

دټينګاري اسايتس او واريزل وينې بهيدنې اغيزمنه درملنه ده اختلاطات يې عبارت دي له دځيګر کوما، انتاناتو او دشنټ د تنګوالي څخه. (۳۸)

پيري تونيوس وينوس شنټ:

دا په مقاوم اسايتس کې اغيزمنه ده بابيږي يې عبارت دي له انتاناتود پورتنيو وريدي تشو ترومبوزس، دسړو پرسوب، دمری دواريزس څخه وينه بهيدنه او د رګونو دننه پراخې کواګولوپاتي څخه. (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دپريتوان خودسره بکتريايي التهاب Spontaneous Bacterial Peritonitis(SBP)

داسايتس دغوره اختلاطاتو څخه دی چې په ۸ سلنه سيروتيک ناروغانو کې پيداکيږي. انتان پريتوان ته دوينې، دکولمو ديوال او ميزانتريک او دلمفاوي لارو ننوزي. معمول انتانات چې د خپل سری بکتريايي پريتونيتس لامل کيږي عبارت دی له: ايکولای، کليبسيلا او اينتيروکوک څخه. (۳۲، ۴)

که د اسايتس په ناروغ کې د شعوری حالت خرابوالی، دپنبتورگو د دندو خرابوالی، تبه، او دګيډې درد پيداشي نو د خپل سري بکتريايي پريتونيستس ښودونکی دی.

په فزيکي ازموينه کې دځيګر د ځنډنيو ناروغيو نښې شته وي. ۵۰ سلنه څخه کمو پيښو کې دګيډې درد شته وي اوکه ډير وي نو بايد د بل لامل لپاره پلټنه وشي. داسايتيک مايع د نتروفيل شمير د 250cel/ml څخه لوړ وي. (۳۲، ۴)

تفريقي تشخيص ئې د دويمي بکتريايي پريتونيتس سره کيږي چې پدې کې انتان پريتوان ته د ګيډې دننه لاري خپريږي.

داسايتس دمايع ګلوکوز د 50mg/dl څخه کم وي، LDH لوړ وي او PMN شمير د 10000/ml څخه زيات وي. توټل پروتين د 1gm/dl څخه زيات وي د تشخيص لپاره د ګيدې ساده راديوګرافي او CT Scan ترسره کيږي. (۳۲، ۴)

مخنيوی:

د SBP دمخنيوي لپاره نارفلوکزاسين ۴۰۰ ملي کرامه دورځې دوه ځله يا سپروفلوکزاسين ۷۵۰ ملي ګرامه په اونۍ کې يوځل يا ترای ميتوپريم سلفاميتوکسازول ډبل تابليت دورځې يوځل کارول کيږي او په غير اختلاطي اسايتس کې دمخنيوي لپاره نه ورکول کيږي. (۳۲، ۴)

درملنه:

سيفوتکزيم درګ دلاري ۲ ګرامه د ورځې ۲-۳ ځله (که د پنبتورگو دندې ښې وي) ورکول کيږي. که چيرې انتيروکوک وي نو امپي سيلين ورسره مل کيږي، د درملنې يې تر ۵-۱۰ ورځو پورې دوام ورکول کيږي. تر څو چې PMN شمير د 250cell/ml څخه کم

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

شي. ۴۰ سلنه ناروغانو کې د پنبتورگو بې وسي مينځته راځي چې دمړينې لامل کيږي. د SBP ښه درملنه د ځيگر ترانس پلان ټيشن دي.(۳۷)

هيپاتورينل سندروم(Hepatorenal Syndron):

لس سلنه پر مخ تللي سيروزس او داسايټس ناروغانو کې دا سندروم مينځته راځي. پدوه ډوله دی چې دواړه يې د شديد رينل وازوکنستريکشن څخه مينځ ته راځي. اول ټيپ هيپاتورينل سندروم ا وليگويوريا، دسيروم دکرياتينين چټک لوړيدل لري خو په تشو متيازو کې د سوديم اطراح د ورځې ۱۰ ملي مولو څخه لږه وي، د تشو متيازو او پلازما دازمولاليټي اندول د ۱،۵ څخه ډير وي او پروټين يوريا نه وي.

ددې ډول انزار خراب وي او ديوې مياشتې په موده کې د درملنې څخه پرته ناروغ مري. د هيپاتورينل سندروم د تشخيص څخه مخکې بايد د پنبتورگو د بې وسۍ نور لاملونه رد شي. د درملنې لپاره البومين دانفيوژن په ډول د تيرليپريسين سره گډ ورکول کيږي چې يو پر دري ناروغانو کې اغيزه کوي. هيمود يالېز س په روټين ډول نه ترسره کيږي. هغه ناروغان چې ژوندي پاتې کيږي ښه به داوي چې ځيگر يې بدل شي.

دويمې ډول يې په ټينگاري اسايټس کې پيدا کيږي چې دسيروم کرياتينين په منځنۍ کچه لوړ او انزار يې ښه وي. (۴،۱۵)

دځيگر انسفالوپاتي:(Hepatic Encephalopaghy)

پيژندنه

دځيگر انسفالوپاتي يو پيچلی عصبی عقلي سندروم ده چې دشعور او سلوک ستونزو، دشخصيت بدلون،د نيورولوژيک ستونزو، د استريکزس(Flapping Tremor) او د الکتروانسفالوگرافيک بدلونونه په کې ليدل کيږي.

انسفالوپاتي ښايي بيړنۍ (بيرته گرځيدونکی) يا ځنډنۍ (پرمخ تلونکی) وي شديده انسفالوپاتي په کوما او مړينې باندې پای مومي. (۳۲،(۱۳، ۲۲)، ۴)

لاملونه:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- دځيگر سيروزس.

۲- Acute Fulmenint hepatic failure

۳- Portal hypertension due to spontaneous shunt

۴- Portal hypertension following porto systemic shunt procedure (Tips)

(۳۲،۱۳، ۲۲، ۴)

پتوجنيزس:

دځيگر د انسفالوپاتي د پيداکيدو ميکانيزم تر اوسه پوري څرگند شوی نه دی خو د ځيگر په سيروزس کی دباب وريد او سيستميک دوران تر مينځ کولاټيرال (شنټونه) جوړيږي چې ددې لارې په کولمو کې د نايتروجني پاتی شونی توکسيک (زهرجن) توکي نښې په نښه (پرته له دې څخه چې په ځيگر کې بی اغيزه شي دماغ ته ځي چې د انسفالوپاتي لامل کيږي. (۳۲،۱۳، ۲۲، ۴)

هغه توکسيک توکي چې د انسفالوپاتي لامل کيږي عبارت دي له امونيا، ازاد شحمي اسيدونو، مرکپتان، د دروغجن نيوروترانزميترو دمه کيدلو (اوکتاپامين) دگاما امينوبيوتاريک اسيد. همدارنگه په وينه کې د اروماتيکو امينواسيدونو (فينايل الانين، تايروسين) د کچې د لوړوالي څخه.

يو له دوي څخه غوره يې امونيا دی چی په کولمو کې د بکتريا و پواسطه د ټوټه شوي پروتين څخه جوړيږي. (۳۲،۱۳، ۲۲، ۴)

د ځيگر د انسفالوپاتي لپاره مساعدونکي فکتورونه په لاندې ډول دی.

۱- دنايتروجني توکو د جوړښت زياتوالی لکه: معدې معايي وينه بهيدنه، زيات پروتيني خواړه، ازوتيميا، قبضيت.

۲- د الکترولايتو او ميتابوليک بيلانس خرابوالی لکه: هايپوکليميا، الکالوزس، هايپوکسيا، هايپووالوميا

۳- درملونه لکه: نارکوتيک، ترانکولايزر، سيداتيف، دای يوريتيک

۴- بيلابيل لاملونه لکه: انتانات، جراحي کړنه، دځيگر د نورو بيړنيو ناروغيو مل

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کيدل،دځيگر پر مختللې ناروغۍ،پورتل سيستميک شنټ (۳۲،۱۳ ، ۲۲ ، ۴)

کلينيکي بڼه:

که انسفالوپاتي په بيړنۍ توګه د مساعدونکي فکتورونو په شتون پيل شي نو ناروغ ژر خوبجن حالت او کوما ته ځي.

په ځنډنۍ انسفالوپاتي کې د شخصيت، سلوک، ذکاوت او دخوب ګډوډي وي ناروغ نارامه او مخرش وي. دماغي خړپړتيا لري او ورو ورو خبرې کوي. ځای او وخت پيژندلای نه شي. زړه بدوالی ، کانګې او کمزوري لري. هايپرريفليکسيا او هايپرتونيک وي نښې يې په لاندې ډول دی (۱۴ ، ۱۵ ، ۲۲)

۱- Fetor hepaticus (دناروغ تنفس بد بويه او دموړی دبوي په شان وي) چې د مرکپتان له کبله وي.

۲- Flapping Tremor: په پښو او لاسونو ، سر او تنه کې ګډوډ او غير متناظر حرکتونه وي.

۳- Apraxia : ناروغ د ليکلو او رسم کولو توان نه لري.

دځيگر انسفالوپاتي هغه مهال تشخيصيږي چې څلور لاندې لوی فکتورونه شته وي.

۱- دځيگر د ژونکو د بيړنيو يا ځنډينو ناروغيو يا د پورتوسيستميک شنټ شتون.

۲- دسلوک ګډوډي لکه هيريدل او دماغي خړپړتيا (Confusion).

۳- نيورولوژيک نښې (لکه استريکزس، شخوالی، دعکساتو زياتيدل،ايکستنسور پلنتر نښه) شته وي.

۴- الکتروانسفالوګرافيک بدلونونه.

توپيري تشخيص:

دالکولو بيړنی تسمم ، دسيداتيف دوز لوړوالی ، ډليريم تريمنس ، ويرنيک انسفالوپاتي ، کورساکوف سايکوزس ، سب دورال هيماتوم ، ميننجيتس ، هايپوګلايسيميا ، ميتابوليک انسفالوپاتي. (۲۲)

۱-۲ جدول دځيگر د انسفالوپاتي ستيژونه (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ستيژ	دماغي حالت	استريکزسس	الیکټرو اینسیفالوګرافي
I	ایفوریا دیپریشن خفیفه دماغي خړپړتیا(Confusion) دخوب ګډوډي ورو وروخبرې کول	-/+	ترای فیزیک صفحی
II	لیتارجیک، منځنۍ ډول دماغي خړپړتیا	+	ترای فیزیک صفحی
III	شدید دماغي خړپړتیا بې ترتیبه خبرې، دخوب ګډوډي	+	ترای فیزیک صفحی
IV	کوما، لومړۍ ځل دشدیدې تنبه په مقابل کې ځواب وایي وروسته یې نه وایي	-	ډلتا (موجی) فعالیت

درملنه:

۱- د درملنې موخې عبارت دي له برابرونکو فکتورونو له مینځه وړل یا درملنه، د امونیا د جوړیدو او دجذب د مخنیوي څخه.

۲- دکولمی دپاکولو لپاره مګنیزیم ستریت ۱۲۰ ملي لیتره ۳-۴ ساعته بعد یا لکتولوز ۱۰-۳۰ ملي لیتره د ورځې درې ځله د نازوګستریک تیوب دلارې تر هغه ورکول کیږي تر څو چې کولمه دوینو څخه پاکه شي

لکتولوز دکولون پي ایچ اسیدي کوي ترڅو چې دامونیا جذب کم کړي همدارنګه که ناروغ دخولی دلارې لکتولوز خوړلی نه شي ۳۰۰ ملي لیتره لکتولوز د ۷۰۰ ملي لیتره د مالګین سیروم سره یو ځای ۳۰-۶۰ دقیقو په موده کې د امالی په ډول ورکول

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کيږي او د اړتيا په صورت کې ۴-۶ ساعته بعد تکرار يږي لکتوليل هم ورکولای شو(۳۷، ۲۲، ۳۸)

۳- دکافي کالوري پوره کولو لپاره ناروغ دنازوګستريک تيوب دلاري تغذيه شي او د ۴۸ ساعتو څخه زيات دپروتين خوړل بند نه شي.

۴- دامونيا توليدونکي بکتريا و له مينځه وړولو لپاره انتي بيوتيک ورکول کيږي. (ريفامکزيمين) نه جذبيدونکی انتي بيوتيک دي چې د ورځې ۱۲۰ ملي ګرامه دخولی دلاری ورکول کيږي. (۱۵، ۲۲، ۲۲)

وانکومايسين يو ګرام دخولی دلاري دورځې دوه ځله، ميترونيدازول ۳۲۰ ملي ګرامه دخولی دلاري دورځې دری ځله نيومايسين دخولی دلاري ۱-۵ ګرامه هر ۲-۱۲ ساعته بعد د ۷ورځو لپاره ورکول کيږي.

۵- وريدي مايعات د اړتيا په صورت کې (سوديم زيات نه وي)

۶- دانتاناتو درملنه.

۷- ځرنګه چې اوپيات او سيداتيف په ځيګر کې ميتابوليز کيږي ورنه کړل شي او د نارامي په صورت کې oxazepam دخولی يا نازوګستريک تيوب دلاري ۱۰-۳۰ ملي ګرامه په ډيرې پاملرنې سره ورکول کيږي.

۸- که دزينګ فقدان وي د ورځې ۲۰۰ ملي ګرامه په کسري دوزونو ورکول کيږي.

۹- سوديم بنزوويټ دخولی دلار ې ۱۰ ګرامه او Ornithin دخولی دلاري ۹ ګرامه دورځې دري ځله ورکول کيږي چې د سيروم امونيا کچه کموي.

۱۰- فلومازينيل په انسفالوپاتي کې ۳۰ سلنه اغيزه لري او د درګ دلاري ورکول کيږي. (۲۲، ۳۲، ۳۷)

دځيګر دسيروزس نور اختلاطات:

کانجستيف ګاستروپاتي(Congestive Gastropathy):

احتقاني ګاستروپاتي د ځنډنی پورتل هايپرتنشن اختلاط دی چې په اندوسکوپيک

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ازموينه کې په معده کې زيات شمير دټکو په شان سوروالی ليدل کيږي همدارنګه کله کله نوموړي پتالوژيک افتونه دمعدې او دکولمو په نورو برخو کې هم دليدو وړ وي. وينه داغيزمنی ځای د ګريدلو څخه بهيږي چې د اوسپني دکموالي د انيميا لامل کيږي. د درملنې لپاره د اوسپني مستحضرات ورکول کيږي. کله کله دويني ترانس فيوژن ته هم اړتيا پيداکيږي. د پورتل فشار د لړولو لپاره دورځې ۸۰-۱۲۰ ملي ګرامه پروپانولول ورکول کيږي. که چيرې درمليزه درملنه بې اغيزې شو نو TIPS ترسره کيږي.(۳۸)

هيپاتوپلموناري سندروم(Hepatopulmonary Syndrome):

ډيری سيروتيک ناروغان د پلموناري هايپرتنشن، پلورل ايفيوژن او هيپاتوپلموناري سندروم له کبله هايپوکسيک وي.

هيپاتوپلموناري سندروم اوصاف عبارت دي له: هايپوکسيا(Po2)(۷۰ ملي متر سيمابو څخه کم وي) دسړو د ددننی رګونو پراخوالی اودځيګر په ځنډنيو ناروغيو چې د پورتل هايپرتنشن سره يوځای وي.

کلينيکي بڼه يې عبارت دی له کلابينګ، سيانوزس Spider navi، د ولاړې په حالت کې د هايپوکسيا دګيلو څخه او همدارنګه د ولاړې يا ملاستی حالت کې سالنډي پيداکيږي.

درملنه يې د ځيګر ترانس پلانتيشن دی. که چيرې د اوکسيجن اندازه د(۵۰ ملي متر سيماب) څخه ښکته وي نو نه تر سره کيږي.(۳۸)

پورتوپلموناري هايپرتنشن(Portopulmonary Hypertension):

دپورتل هايپرتنشن نادر اختلاط دی چې په کې د سړو درګونو ټينګار ډير او د سړو د شريانو ويج فشار نارمل وي. دا د سړو د شرياني سيستم وازوکنستريکشن او اوبليتريشن څخه مينځته راځي. کلينيکي بڼه يې عبارت دی له ساه لنډۍ او

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ستوماتتيا څخه.(۳۸)

انيميا(Anemia):

دځيگر په سيروزس کې د اوسپنې کموالی انيميا (دمعدی معايي لارې وينې بهيدنې له امله) او مکروسايتيک انيميا د الکولو پواسطه د اريتروپويتين دخرابوالي، دفولت دکموالی، هيمالينزس او هايپرسپلنيزم له کبله وي.

د اوسپنې دکموالي د انيميا لپاره فيروس سلفات ۳۰۰ گرامه د ورځې دريې څله وروسته له ډوډۍ څخه اود فولات دکموالي لپاره د ورځې يو ملي گرام فولات ورکول کيږي. دوينې دضايعاتو په صورت کې دوينې خالص سرې حجرات ترانسفيوژن کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Hemorrhagic Tendency

څرنګه چې دځيګر په سيروزس کې دوينې د پرندېدو فکتورونه (پرته د اتم فکتور څخه) کمېږي نو د ناروغ څخه په اسانۍ سره وينه بهېږي. شديد هايپوپروترومبنيميا دويتامين کا سره درملنه کېږي چې د ورځې پنځه ملي ګرامه دخولي يا پوستکي لاندې ورکول کېږي. که ناروغي ډېره پر مخ تللې وي ورکول يې ګټه نه لري چې په دې صورت کې تازه يخه شوې پلازما ورکول کېږي. (۳۸)

دځيګر بدلول (Liver Transplantation)

ځيګر هغه وخت نه بدليږي چې دځيګر سرطان، دزړه او سږو پر مخ تللې ناروغۍ، هيپاتوپلمونري سندروم، سپ سيس، عمر د ۲۰ کالو څخه زيات وي، ډېر چاغوالی، دپورتل او ميزانتريک وريد ترومبوزس، ايچ، اى، وي انتانات، پر مخ تللی مل نتريشن، فعال الکول څښل شته وی. (۲۲)

ځيګر هغه مهال بدليږي چې بيلروبين مخ په لوړېدو وي، البومين ورو ورو کم شي، کوواګولوپاتي نوره هم ويجاړه شي، ټينګاري اسايټس، بيابيا وريزال وينه بهيدنه او انسفالوپاتي نوره هم خرابه شي.

دځيګر ترانس پلانټيشن سره ۸۰ سلنه ناروغان تر ۵ کالو پورې ژوند کولای شي. (۳۷)

انزار:

د ناروغ ژوندي پاتې کيدل د الکولو پرېښودلو او Child's turcotte pugh کلاس پورې ترلې دی چې مخکې ترې يادونه شوې. (۳۷، ۳۲)

دلابراتوار له انده د ځيګر دسيروز خرابی ننبې عبارت دي له: البومين د ۱۳۲ ګرام في ليتر څخه او سيروم سوديم د ۱۳۲ ملي مول فی ليتر څخه کم شي.

پروترومبين ټايم د ۲ ثانيو څخه اوږد وي، دسيروم کرياتينين د ۱۲۰ مايکرو مول في ليتر څخه ډېر وي. دکلينيک له انده خرابی ننبې يې عبارت دي له دوامداره ژېړي د درملنې ناکامی، اسايټس، واريزل وينه بهيدنه، عقلي عصبي اختلاطات، کوچنی ځيګر، دوامداره هايپوتنشن او دوامداره الکول څښلو څخه. (۳۷، ۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

هيپاتوسيلولر کارسينوما Hepato cellular Carcinoma (HCC)

عموميات او اپيديمولوژي:

دغيګر دپرانشيم د ژونکو خبيث نيوپلازم ته دغيګر حجروی کارسينوما او دقناتونو د ژونکو نيوپلازم ته کولانجيو کارسينوما وايي.(۳۸)

هيپاتوسيلولر کارسينوما د نړۍ دلسو کنسرونو له ډلې څخه دی چې په ۸۰ سلنه پيښو کې دينی دسيروزس سره يوځای وي. (۳۸)

په اسيا او افريقا کې يې کلنې پيښې په هر سل زره نفوس کې پنځه سوه تنه دی.

په امريکا او غربي اروپا کې يې پيښې ډيرې دي چې په ۱۹۲۷-۱۹۸۰کې يې پيښې 1.4/100000 او په ۱۹۹۰ کې 2.4/100000 ته رسيدلې. (۳۸)

دپيښو د زياتوالي لامل ښايي دځندنې هيپاتيتس زياتوالی وي. په سيروتيک نارينوو کې د ښځو په پرتله ۴ واری زيات دی.

په ۵۰-۶۰ کلنۍ کې پيداکيږي. په اسيا او افريقاکې کيدای شي په ۱۰-۲۰ کلنۍ کې هم ولیدل شي. په اروپا او شمالي امريکا کې دهيپاتيتس سي وايرس سيروزس د زياتوالي له امله د هيپاتوسيلولر کارسينوما پيښې زياتې شوي. (۳۸)

لاملونه او پتوجنيزس:

دغيګر د ژونکو د سرطان غوره لامل دغيګر سيروزس دی چې په کال کې ۲-۳ سلنه په هيپاتوسيلولر کارسينوما بدليږي او ۲۰-۹۰ سلنه پيښې يې په مکرونودولر سيروزس کې مينځته راځي. (۳۸)

۱- ځندنی هيپاټايتس بي انتان: د هيپاتوسيلولر کارسينوما غوره لامل دی چې په کال کې۴،. سلنه ځندنی هيپاټايتس بي پرته د سيروزس څخه په هيپاتوسيلولر کارسينوما بدليږي او څلور واړې پيښې يې په HBe Ag مثبت کې نظر يوازې HBs Ag مثبت ته زياتی دي. (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- سيروزس: په کال کې ۱-۵ سلنه هيپاټايټس بي او سي سيروزس دځيګر د ژونکو په سرطان بدليږي البته دسرطان خطر په مکرونوډولار HBV سيروزس کې اود HCV سيروزس په مايکرونوډولار او مخلوط کې زيات وي.

همدارنګه پيښې يې په هغه سيروزس کې چې دهيماتوکروماتوزس، پرايمري صفراوي سيروزس، الکول او الفا يو انتي ترېپسين کموالی له کبله وي زياتې دي.

۳- جنس او عمر: په نارينه و کې نظر ښځو ته زيات دی ډيری په ۵۰-۲۰ کلنی کې وي.

۴- Aflatoxin B چې د Aspergillus flavus فنګس توکسين دی دځيګر دسرطان لامل کيږي. (۳۸)

پتالوژي:

دمايکروسکوپ له انده تومور پرته د سيروزس څخه يوه دانه کتله وي او د سيروزس سره يو يا څو دانې وي. دځيګر دشريان څخه ورته وينه راځي. برید او خپريدنه يې پورتل ورید او دهغه ريښو خواته دی. لمف نوډونو ته ميتازتازس ورکوي. سږو او هډوکو ته يې ميتاستازس نادر دی.

دمايکروسکوپ له انده تومور دځيګر ژونکو ته ورته وي ځکه يې توپير نارمل ځيګر څخه ګران دی. (۳۸)

کلينيکي څيره:

په سيروتيک ناروغ باندې هغه وخت د هيپاتوسيلولر کارسينوما ګمان کيږي چې دناروغ حالت خراب شي (واريزس وينه بهيدنه، دځيګر وظيفوي ازموينو خرابوالی، ژيړی او دګيدې درد)، وينه لرونکی اسايتس د تومور د رپچر، دپورتل يا دځيګر د ورید دترومبوزس يا د نکروزي تومور د وينې بهيدنې له کبله پيدا کيږي. (۳۸)

په فزيکي ازموينه کې ناروغ وزن بايللی او ډنګر ښکاري په جس سره ځيګر دردناک او کتله دجس وړ وي. که افت دځيګر د سطحې خواته پرمخ تګ کړی وي په اصغاء سره دتومور لپاسه Bruit يا Friction rub اوريدل کيږي. (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د هيپاتوسيلولر کارسينوما پارانيوپلاستيک اختلاطات عبارت دي له اريتروپويسس زياتوالی، هايپرکلسيميا، هايپرکولستريميا، هايپوګلايسيميا، پالی مايوزيتس، کسبي پورفيريا، ديس فايبرينوجينيميا ، کريوفايبرينوجينيميا څخه (۳۸)

لابراتواي ازموينې:

۱- دويني ازمويني:

- لوکوسايتوزس (په سيروزس کې لوکوپينيا وي)
- انيميا
- د هيماتوکريت لوړوالی (د تومور څخه د اريتروپوييتين ازاديدل)
- دالکالين فاسفتاز ناڅاپه لوړيدل.
- په انديمک ځايونو کې ۴۰ سلنه پيښو کې HBS Ag مثبت وي.
- ۷۰ سلنه پيښو کې Anti HCV مثبت وي.
- الفا فيټوپروتين لوړ وي (ډير زيات لوړوالی يې دځيګر په حاد نکروزس چې دپاراسيتامول تسمم له کبله وي) ۷۰-۸۰ سلنه ناروغانو کې لوړ وي چې دتومور د پرمختګ ښودنه کوي. (۳۸)
- ۹۰ سلنه ناروغانو کې ديس ګاما کاربوسي پروترومبين لوړ وي.

۲- دګيدي دمايع په سايتولوژيکو ازمينو کې نادراً خبيثه ژونکي وي.

۳- راديوګرافي.

- Contrast arterial phasehelical CT scan او MRI ښه ازمينه ده چې د دوې پواسطه د تومور رګونو حالت څرګند يږي.
- التراسوند: که دتومور اندازه د ۲ سانتي مترو څخه لويه وي او پورتل وريد يې نيولی وي په التراسوند کې ښکاري.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۴- دځيګر بايوپسي.

که چيرې په يوناروغ کې لوی تومور شته وي خو سيروزس او هيپاتيټس بی نه وي د تشخيص د يقيني کولو او د ميتازتاتيک تومور د ردولو لپاره هستولوژيکه ازمويښه اړينه ده. (۳۸)

بايوپسي

په لاندينې حالاتو کې دځيګر بايوپسي ترسره کيږي

۱- ناروغ مرسته وکړي.

۲- دپروترومبين ټايم اوږدوالی د ۴ ثانيو څخه کم وي.

۳- د ترمبوسيت شمير د $100x10^8/L$ څخه زيات وي.

۴- صفراوي لاره بنده نه وي.

۵- دپوستکي موضعي انتانات نه وي.

۶- د سږو پر مخ تللې ځنډنۍ انسدادي ناروغۍ نه وي.

۷- پر مخ تللي اسايټس نه وي.

۸- شديده انيميا نه وي. (۳۸)

درملنه:

که دځيګر تومور يو دانه وي او سيروزس ورسره يوځای نه وي د جراحی کړنې پواسطه ايستل کيږي چې ۵۰% ناروغان تر پنځو کالو پورې ژوند کولای شي او ۵۰% د ۵ کالو په موده کې بيرته راګرځي.

ډير لږ ناروغان چې سيروزس ورسره وي ځيګر ريزيکشن کيږي ځکه چې دځيګر دبی وسۍ خطر شته وي.

جراحي درملنه په هغه سيروتيک ناروغ کې تر سره کيږي چې تومور کوچنی او د ځيګر دندې بنې وي (چې پورتل هايپرتنشن نه وي). (۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دځيګر پيوندول: (Liver Transplantation)

که سيروزس شته وي نو د سيروز بنه درملنه او د دويمې تومور د پيدا کيدو د خطر دکموالي لپاره دځيګر ترانس پلان ټيشن ده.

هغه تومورونه چې يو دانه وي د ۵ سانتي مترو څخه کوچني وي اويا درې دانې تومور چې د ۳ سانتي مترو څخه کوچنی وي دځيګر ترانس پلان ټيشن سره ۷۵ سلنه ناروغان او د ۵ کالو پورې ژوندې پاتې کيدای شي دبده مرغه هيپاتايتس بي اوسي وروسته د ځيګر د ترانس پلان ټيشن څخه هم بنايي بيرته را وګرځي. (۳۸)

پرکوتانيوس ابليشن:

که چيرې تومور ۳ سانتي مترە اويا کوچني وي که ايتانول دالتراسوند تر لارښوونې لاندې د دپوستکي دلارې په کې زرق شي نو ۸۰% بنه والی په کې پيدا کيږي ۵۰% د درې کالو په موده کې بيرته راګرځي. (۳۸)

شيمو ايمبوليزيشن:

هيپاتوسيلولار کنسر دوړانګو په وړاندې حساس نه دی. د کيموتراپي لکه ادريا ميسين سره ۳۰ سلنه بنه کيږي خو د ځيګر د شريان امبوليزيشن دجيل فوم او ادريا ميسين سره ډير ګټور دی. (۳۸)

۲۰ سلنه هغه سيروتيک ناروغان چې دځيګر کنسر يې دايستلو وړ نه وي او دځيګر دندې يې بنې وي تر ۲ کالو پورې ژوند کولای شي. (۳۸)

مخنيوی:

دهيپاتيتس بي لپاره واکسين دهيپاتوسيلولار کارسينوما پيښې کموي.

انزار:

انزار د تومور د سايز، د اوعيو برید او په سيروتيک ناروغ کې د ځيګر د دندو پورې اړه لري که کارسينوما ژر تشخيص شي نو پايله يې بنه وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دصفراوي کڅوړې حاد التهاب (Acute Cholecystitis)

اپيديمولوژي:

هتکرر صفراوي کوليک يا د صفراوي کڅوړې د حاد التهاب ښه درملنه جراحي ده چې نژدې يو نيم ميلون کولي سيستيکتومي په کال کې په امريکا کې کيږي چې د ۹۰ سلنه څخه زياتو پيښو لامل يې صفراوي تيږې دي پاتې کولي سيستيکتومي په هغه ناروغانو باندې ترسره شوې چې وروسته د جراحي کړنو څخه اويا په روغتون کې د تروما يا د سوځيدنې څخه ښه شوي وي.(۱۰ ،۲۲)

پتوجنيزس:

دصفراوي کڅوړې د دجدار حاد التهاب په عمومي توګه د ډيرې پواسطه کوم چې د صفراوي قنات د بندښت لامل شوی مينځته راځي.

۱- ميخانيکي التهاب: د صفراوي کڅوړې د لومن په دننه کې دفشار د لوړوالي او د پراخيدو (د صفراوي کڅوړې دمخاطي اسکيميا لامل کيږي) له امله مينځته راځي.

۲- بکتريايګاني: ۵۰-۸۵ سلنه پيښو کې د صفراوي کڅوړې د حاد التهاب لامل کيږي چې نومورې بکتريايګاني عبارت دي له اې کولاې، کليبسيلا، سترپتوکوک او کلوستروديدوم څخه. (۱۰ ،۲۲ ،۸)

دايډز په ناروغانو کې سايتوميګالو وايرس او مايکروسپور ديازس دصفراوي کڅوړې دالتهاب لامل کيږي.

۳- کيمياوي التهاب: د لايزوليسيتين (دفاسفولايپيز انزايم پواسطه د ليسيتين څخه په لاس راځي) او دنورو موضعي نسجي فکتورونو له کبله مينځته راځي(۱۰ ،۲۲ ،۸)

پتالوژي:

دصفراوي کڅوړې د حاد التهاب په لومړيو ورځو کې صفراوي کڅوړه هايپرايميک او پرسيدلې وي. سيستيک قنات د تيږې پواسطه بند او صفراوي کڅوړه د صفرا، اکزودات او نادرا د زوې پواسطه پرسيدلې وي. دمخاطي او فابرومسکولار طبقو

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پتالوژيک بدلونونه عبارت دي له پرسوب، ژونکيز انفلتريشن، نکروزس او د جدار دسوري کيدلوڅخه .

د التهاب په لومړي وخت کې دصفرا منظره او قوام نارمل وي. وروسته صفراوي مالګې او پګمنت جذبيږي او په ميوکوئيدو توکو او خيرو باندې بدليږي.

که سيستيک قنات بند شي او صفراوي کڅوړه د رنې ميوکوئيد مايع پواسطه وپرسيږي د صفراوي کڅوړې د (Hydropsy) پنوم يادږي(۱۰ ،۲۲ ،۸)

کلينيکي بڼه:

دصفراوي کڅوړې د ټپرني ګزک لومړنۍ ګيله د ګيډې د ښۍ پورتنۍ برخې درد دی د دواړو اوږو تر مينځ، ښي سکپولااو اوږې ته خپريږي، درد شديد وي، ۲۰-۷۰ سلنه ناروغان مخکې دهمدې ډول درد څخه ګيله من وي خو درد پخپله غلی شوی وي .

ژيړی دناروغۍ په لومړي وخت کي نه وي خو کله چې التهاب صفراوي قناتونه اوشاوخوا لمفاوي غوټې اخته کړي ښائي پيداشي ناروغان کله کله کانګې هم کوي.

لږه درجه تبه وي چې ځينې وخت سړه لړه هم ورسره وي(۱۰ ،۲۲ ،۸)

په فزيکي ازموينه کې د ګيډې ښۍ پورتنۍ برخه په جس سره حساسه او دردناکه وي اويو پر څلور ناروغانو کې حساسه او لويه شوې صفراوي کڅوړه د جس وړ وي.

څرنګه چې ژوره ساه اخيستل او ټوخی د درد د زياتوالي لامل کيږي نو که چيرې د ساه اخيستلو په وخت کې د ګيډې ښي پورتنۍ برخه د پښتيو لاندې په همدې وخت کې جس شي د ساه اخيستلو د دريدو لامل کيږي چې د Morphy's Sign په نوم يادږي.

موضعي (Rebound Tenderness) د ګيډې په ښۍ پورتنۍ برخه کې وي.

د ګيډې پرسوب اودکولمو داوازونو کموالې د Ileus له کبله وي څرنګه چې صفراوي کڅوړه سوری شوی نه وي نو د پريتونيتس نښې او د ګيډې شخوالی نه وي(۱۰ ،۲۲ ،۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

تشخيص:

دصفراوي کڅوړې د حاد التهاب تشخيص د وصفي تاريخچې او فزيکي کتنې پواسطه کيږي.

دتشخيص درې لنګه عبارت دی له د ګيډې د ښې پورتنۍ برخې ناڅاپه درد او حساسيت، تبه او ليکوسايتوزس څخه. دوينې د سپينو ژونکو شمير په يو مايکرو ليتر کې ۱۰۰۰۰-۱۵۰۰۰ وي.

سيروم دمجموعي بيلروبين په يو ديسي ليتر کې ۱-۴ ملي ګرامو ته رسيږي. د سيروم امينوترانس فيريز په يوملي ليتر کې ۳۰۰ يونټه او الکالين فاسفوتيز ډيرى وخت لوړ وي او که کولنجيتس ورسره مل شي نو ډير زيات لوړيږي دسيروم اميليز په منځنۍ کچې سره لوړيږي.(۳۷)

راديولوژي:

دګيدې په ساده راديوګرافي په ۱۵ سلنه پيښو کې راديوپک صفراوي ډبرې وي او دصفراوي کڅوړې او کولمو تر مينځ د فستول دجوړيدو له امله د صفراوي کڅوړې دننه کې ګاز ليدل کيږي.

راډيوپک تيږې د سړو د ښکتنۍ لوب د نمونيا ، ګاز او د احشاوو دسوري کيدو سره بايد توپيري تشخيص شي.

د $^{99mvu}Tc$ راديوګرافي پواسطه بند شوی سيستيک ډکټ (کوم چې د صفراوي کڅوړې د حاد التهاب لامل دی) پيژندل کيږي ددې کړنې د سرته رسولو لپاره دځيګر اميونو دياتيک اسيد کارول کيږي. دا ازموينه هغه مهال د منلو وړ ده چې دبيلروبين اندازه په يو ديسي ليتر کې د ۵ ملي ګرامو څخه ښکته وي. ۸۱ سلنه د صفراوي کڅوړې د حاد التهاب لپاره وصفي ازموينه ده. د ګيډې التراسوند ۸۲ سلنه ښه ازموينه ده.(۳۷، ۱۰، ۲۲، ۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

توپيري تشخيص:

دصفراوي کڅوړې حاد التهاب دلاندې ناروغيو سره توپيريږي.

۱- سوري شوي پيپټيک السر.

۲- حاد پانکراتايتس.

۳- اپنډې سايتس

۴- دکولون دکارسينوما سوری کيدل.

۵- دځيګر ابسی.

۶- هيپاټيتس

۷- دښي سږي نمونيا چې د پلورزي سره وي.

۸- مايوکارد اسکيميا.

دګيډې د ښي پورتنۍ برخې درد او حساسيت چې انترسکپولر ته خپريږي باالکل د حاد کولي سيس تايتس ښودونکی دی.(۳۷)

درملنه:

طبي درملنه:

دصفراوي کڅوړې د حاد التهاب طبي درملنه عبارت دی له استراحت، درد ارامول، انتي بيوتيک او دمايعاتو دبيلانس څخه.

دمنځنۍ کچې درجه درد د ارامولو لپاره د يکلوفينک او شديد لپاره پيتيدين ورکول کيږي. مورفين د اوډې معصری د لږ سپزم لامل کيږي.

په ۱۰ سلنه پيښو کې د درد حمله ديو مياشت او ۳۰ سلنه پيښو کې ديوکال په موده کې بيرته راګرځي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

سيفوپيرازون هر دولس ساعته وروسته درګ دلاړې ۱-۲ ګرامه ورکول کيږي او په شديدو پيښو کې ميترونيدازول (هر شپږ ساعته وروسته درګ دلاړې ۵۰۰ ملي ګرامه) ورسره يوځای کيږي.

دمايعاتو بيلانس د ورید دلاړې کيږي، که ناروغ دوامداره کانګی ولري نو معده د نازوګستريک تيوب په واسطه تشيږي.

حاد کولي سيستايتس ډيری د طبی درملنې سره ښه کيږي خو ناروغی کله کله په امفيما، سوري کيدلو او پريطونايتس باندې اختلاطي کيږي. (۳۸، ۳۷)

جراحي درملنه:

دحاد کولي سيستايتس جراحی درملنه هغه مهال تر سره کيږي چې طبي درملنه بريالی نه شي اويا يې بابيږي ورکړی وي.

که صفراوي کڅوړه ونه ويستل شي نو صفراوي کوليکي دردونه يا کولي سيستايتس بيرته راګرځي.(۳۸)

د تيږی څخه پرته دصفراوي کڅوړی حاد التهاب (Acalculus cholecystitis)

دصفراوي کڅوړی دهغه التهاب څخه عبارت ده چې تيږه په کې نه وي په ۵-۱۰ سلنه پيښو کې سيستيک ډکټ دتيږې پواسطه بند شوی وي خو په جراحي کړنو کې نه موندل کيږي.

لاملونه:

۵۰ سلنه پيښو کې دناروغۍ لامل څرګند نه دی خو په ځينو حالاتو کې يې د پيداکيدو خطر زيات دې چې عبارت دي له شديد تروما، سوځيدنه، لوی جراحي کړنې، د اوږدې مودې لپاره دخولی د لاړې څه شی نه خوړل، وازکولايتس، دصفراوي کڅوړې بندښت، ادينوکارسينوما، دشکري ناروغي، دصفراوي کڅوړې تورشن، دصفراوي کڅوړې انتانات (لکه ليپتوسپورا، سترپتوکوک، سلمونيلا، ويبروکولرا) د صفراوي کڅوړې پرازيتي ناروغۍ، سارکوييدوزس، دزړه او درګونو ناروغۍ، توبرکلوز، سفليس او اکتينومايکوزس څخه.(۸، ۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پتوجنيزس:

دبيړني اکال کولوس کولي سيستايتس معمول مساعدونکي فکتورونه دريې دي د اوږدې مودې لوړه، فزيکي حرکت نه کول او هيموډينامیکي ستونزې. په نارمل ورځني ژوند کې صفراوي کڅوړه دورځې څو ځله د ټينګې صفرا څخه تشه (ډير زيانمنه ده) او د نرۍ صفرا څخه (لږ زيانمنه) ډکيږي. ځرنګه چې صفراوي کڅوړه د کولي سيستوکائنين دلمسون پواسطه تشيږي نو د دوامداره لوړې په حالت کې دانه ازاديږي نو په صفراوي کڅوړه کې ټينګه صفرا ټوليږي.

دصفراوي کڅوړې اپي يتليوم دصفرا څخه د اوبو او الکترولايتو جذب لپاره ډيرې ميتابوليکي انرژۍ ته اړتيا لري نو د دوامداره بې حرکتۍ له امله نوموړې انرژي نه توليديږي. په ټولو هيموډاينامیک تشوشاتو ـ لکه شاک، سيپټيک شاک) کې د صفراوي کڅوړې په اپي تيليوم کې اسکيميک يا کيمياوي ويجاړتياوی مينځته راځي. (۲۲، ۸، ۴۱)

کلينيکي بڼه:

د حاد اکال کولوس کولي سيستايتس توپير د تيږې لرونکي کولي سيستايتس سره ګران دی خو که دپورته لاملونو سره د صفراوي کڅوړې د حاد التهاب کلينيکي بڼه پيداشي نو د بې تيږې کولي سيستايتس ښودونکی ده. (۲۲، ۸، ۴۱)

تشخيص:

د بې تيږې کولي سيستايتس تشخيص د التراسوند، سي ټي سکن او راديونيوکليد ازمينو پواسطه کيږي. پدې ازمينو کې صفراوي کڅوړه لويه او بې حرکته وي تيږه نه ليدل کيږي او د کڅوړې تشيدل نيمګړی وي. (۲۲، ۸، ۴۱)

درملنه:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

څرنګه چې بې تيږې حاد کولی سيستايتس ژر سوری کيږي او د ګانګرين خواته پر مختګ کوي نو ژر تر ژره بايد ناروغی تشخيص او جراحي کړنه تر سره شي.

همدارنګه هيموډاينامیکي ستونزی سمی او دګرام منفي انتاناتو (د کولمو فلورا) لپاره پراخه اغيزه لرونکي انتي بيوتيک وکارول شي دښې او بيړنۍ درملنې لپاره لپراتومي ترسره او کڅوړه ايستل کيږي. (۲۲، ۸،۴۱)

مخنيوی:

هغه رنځوران چې درګ دلارې خواړه ورکول کيږي هره ورځ صفراوي کڅوړی ته بايد دکولي سيستوکاينين پواسطه تقلص ورکړل شي ترڅو چې ټينګه صفرا په کڅوړه کې ټوله نه شي. همدارنګه د دوامدارې لوړې په حالت کې صفراوي کڅوړه د کولي سيستوکاينين پواسطه ولمسول شي. (۲۲، ۸،۴۱)

انزار:

که دبيړني اکال کولوس کولي سيستايتس لپاره چټکې طبي او جراحي لارې چارې ونه نيول شي د سورې کيدلو او ګانګرين خواته پر مخ تګ کوي. (۲۲، ۸،۴۱)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دپانکراس ناروغي (Diseases of the Pancrease)

دپانکراس التهابي ناروغي په بيړني او ځنډني پانکراتايتس باندې ويشل شوی چې د بيړني پانکراتايتس پتالوژيک پر مخ تګ د ازمايي پانکراتايتس څخه تر نکروتيک پانکراتايتس پورې سير کوي. په نکروتيک حالت کې دناروغي شديده سيستميکه کلينيکي څيره څرګندېږي. (۸ ، ۲۲)

هيموراژيک پانکراتايتس لږ کلينيکي ارزښت لري ځکه چې د پانکراس د بين الخلالي انساجو د وينې بهيدنې (تروما ، کارسينوما او دزړه شديده احتقاني بې وسي له کبله مينځته راځي). (۸ ، ۲۲)

حاد پانکراتايتس (Acute Pancreatitis)

پيژندنه:

دپانکراس د حاد التهاب څخه عبارت دی چې دپانکراس د اسينار ژونکو څخه فعال پانکراسي انزايمونه شاوخوا انساجو ته ازاديږي.

بيړنی پانکراتايتس د داخلي درملنې سره سره ښايي د شديدو اختلاطاتو او مړينې لامل شي. خو لږ يې دځارنه او شديد يې د جراحي درملنې سره ښه کيږي. (۸، ۱۱)

اپيديمولوژي:

دپانکراتايتس پينښيدل په ښځينه جنس کې توپير لري چې دهغه په لامل پورې اړه لري دبيلګې په توګه الکول، صفراوي ډبرې ميتابوليک فکتورونه او درمل د ناروغي غوره لاملونه دي. (۲۲)

ويشنه:

پانکراتايتس په بيړني او ځنډني ډول باندې ويشل شوی دی.

حاد پانکراتايتس هغه حالت ته واي چې ناروغي په يوه نارمل پانکراس کې مينځته راغلې وي او د التهابي پروسې د ښه کيدو سره پانکراس بيرته نارمل حالت ته راګرځي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ځنډنی پانکراتایتس د پانکراس د دوامداره التهاب څخه عبارت دی چې دپانکراس دنه ګرځیدونکو جوړښتي بدلونونو سره یوځای وي.دکلینیک له انده د دواړو تر مینځ توپیر کول ګران دی.(۲۲ ، ۳۲)

لاملونه:

۱- ایدوپاتیک.

۲- صفراوي تیږی.

۳- الکول.

۴- تروما

۵- ممپس ، پا رامیکزو وایرس، سایتومیګالو وایرس)

۶- اتوامیون ناروغي. (پولی ارتیرایتس نودوزا)

۷- دمار چیچل

۸- هایپوکلسیمیا ، هایپرلیپیدیمیا ، هایپرترای ګلسیرایدیمیااو هایپوترمیا.

۹- درمل (ستروئید ، سلفان امید ، ازاتائیوپورین،نن ستروئید التهاب ضد درمل تتراسایکلین، دای یوریتیک).

۱۰- دپانکراس د سر کنسر.

۱۱- دپانکراس شحمی نکروز.

۱۲- امیدواري.

۱۳- کیستیک فبروزس. (۱۱،۲۲،۳۲)

پتالوژي:

پانکراس اکزوکراین ډول ډول انزایمونه افرازوي لکه لایپیز، پروتیز، سکرائیدیز دغه انزایمونه دخوړو په هضمولو کې مرسته کوي.

په حاد پانکراتایتس کې ددې ټولو څخه غوره اوخطرناک یې پروتیز تریپسینوجن دی چې په فعال تریپسین باندې بدلیږي او دپانکراس دانساجو داتو ډایجیشن لامل کیږي چې ددې له کبله دپانکراس درد او اختلاطات مینځته راځي. (۲۲ ، ۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينيکي بڼه:

۱- درد: درد په اپي ګاستريک ناحيه کې ناڅاپه پيليږي، بورينګ (سوری کوونکی) ځانګړنه لري. شديد وي. دګرځيدو او ستون ستاغ ملاستي سره زياتيږي. دناستې او مخکې خواته د ټوغيدو سره ارامږي. شاته کله کله ښی او د کيڼې اوږې خواته خپريږي. د زړه بدوالی، کانګی، خوله او کمزوري ورسره مل وي.(۲۲ ، ۳۷)

۲- تبه: ۳۸،۴- ۳۹ درجې سانتي ګراد تبه وي.

۳- ښايي ناروغ دالکولو د څښلو يا صفراوي کوليکي دردونو تاريخچه ولري.

۴- دګيډې پورتنی برخه په جس سره حساسه ، دردناکه او عضلي شخوالی شته وي.

۵- ګيډه پرسيدلې ، دکولمو اوازونه نه اوريدل کيږي.

۶- ټکي کاردیا ، هايپوتنشن، شاک، پوستکی خاسف نمجن اويخ وي.

۷- Grey turner sign (دفلانک دځای هيموراژيک Discolouration)، Cullen sign د نامه دناحيی هيموراژيک Discoluration ته وايي.

۸- کله کله دګيډې په پورتنی برخه کې کتله جس کيږي چې د التهابي پانکراټايتس يا دروغجن کيست ښودونکې ده.

۹- دپينتورگو بی وسي.

۱۰- د ناروغی په شديدو حالاتو کې دمايعاتو دلاسه ورکولو له امله دناروغ نبض چټک او فشار ښکته وي.

۱۱- ساه لنډي د پلورال ايفيوژن، اټيليکتازيسيس او دزړه دبې وسی له کبله وي.

دناروغی دشدت اندازه کول:

۱- د حاد پانکراټايتس شدت چې دالکولو او نورو لاملونو له کبله وي د Ranson's criteria پرمټ څرګندیږي.

الف: که چيرې ناروغ روغتون کې دبستريدو پر مهال دلاندې ننبو څخه درې اويا د دريو څخه ډيرې ولري نو ۲۰-۸۰ فيصده دپانکراس د حاد نکروزس ښودنه کوي.(۳۷)

- عمر يې د ۵۵ کالو څخه ډير وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

- TLC د ۱۲۰۰۰ في ديسي ليتر څخه ډير وي.
- دسيروم ګلوکوز د ۲۰۰ ملي ګرام في ديسي ليتر څخه ډير وي.
- دسيروم LDH د ۳۵۰ يونټه في ليتر څخه ډير وي
- AST د ۲۵۰ يونټه في ليتر څخه ډير وي. (۳۷)

ب: که په ۴۸ ساعتو کې لاندې نښې مينځته راغلې وي نو دخرابو انزارو ښودنه کوي.

- هيماتوکريت د ۱۰ سلنه څخه ډير کم شوی وي.
- شرياني اوکسيجن د ۶۰ ملي مترہ سيمابو څخه کم وي.
- دسيروم کلسيوم د ۸ ملي ګرام في ديسي ليتر څخه کم وي.
- القلي د 4meq/L څخه کم وي.
- د ۶ ليترو څخه زيات مايعات يې له لاسه ورکړي وي. (۳۷)

ج: مړينه د کريتيريا دشمير سره اړيکې لري:

دکريتيريا شمير	دمړينې کچه
۲-۰	%۱
۴-۳	%۱۲
۶-۵	%۴۰
۸-۷	%۱۰۰

۲- APACHE Score (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation):

کله چې ناروغ په روغتون کې بستر شي نو په اولو درې ورځو کې بايد د APACHE Score او هيماتوکريت اندازه شي. که د APACHE سکور ۸ پاينټه اويا زيات وي د خرابو انزارو ښودنه کوي.

- دپريتوان مايع وينه ولري.
- چاغوالی.
- دغړو بې وسي وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

- هايپوتنشن (دوينی سيستوليک فشار د ۹۰ ملي متر سيماب څخه کم وي)
- تکي کاردیا (دزړه ريټ په دقيقه کې د ۱۳۰ څخه زيات وي).
- هايپوکسيا (Po2 د ۲۰ ملي متره سيماب څخه کم وي).
- اوليګويوريا (تشې متيازې په ساعت کې د ۵۰ ملي ليترو څخه لږې وي).
- بي،يو،ان او کرياتينين لوړ وي.
- دسيروم کلسيوم د 8.0mg/dL څخه کم وي.
- دسيروم البومين د ۳۳ ملي ګرام في ديسي ليتر څخه کم وي. (۳۷)

لابراتواري ازموينې:

الف: دوينې ازموينې:

۱- دسيروم اميليز او لايپيز کچه دنارمل اندازې څخه درې وارې لوړه وي.

اميليز د ۳-۵ ورځو په موده کې او لايپيز د ۸-۱۴ ورځو په موده کې نارملیږي.

په الکولیک پانکراتایتس کې لايپيز د اميليز په پرتله ۲،۵-۳ وارې لوړ وي.

همدارنګه اميليز په ځينو نورو ناروغيوکې (لکه دمرې، معدې، کولمو سوري کيدل، دکولمو بندښت، حاد اپنډې سايټس، ممپس، دتخمدان کيستونه، دسړو کانسر، دیابتیک کیتواسیدوزس، مورفين اخيستل او د اندوسکوپي دکړنې سره لوړ وي. (۳۷،۳۲۱۱)

۲- دسپينو ژونکوو شمير زياتوالی (10000-3000/mcL)

۳- دپينتورگو د دندو ازموينې.

۴- دځيګر د دندو ازموينې.

۵- هايپرګلايسيميا.

۶-هايپربيلروبينيميا

۷- هايپوکلسيميا

۸- دوينې دپرن کيدو ستونزې.

۹- د ALT لوړوالی (په صفراوي پانکراتايتس) ۱۵۰ يونټ في ليتر څخه زيات وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱۰- که پانکراتایتس دهایپرترای ګلسرایدیمیا له کبله وي نو دلوړې پر مهال دترای ګلسرایډ کچه د ۱۰۰۰ ملي ګرام في دیسي لیتر څخه لوړه وي.

۱۱- که هیماتوکریت د ۴۷ سلنه څخه زیات وي دوینې د ټینګوالی ښودنه کوي چې خرابې پایلې لري.

۱۲- که سي ریاکتیف پروتین د ۴۸ ساعتو وروسته د ۱۵۰ ملي ګرام في لیتر څخه لوړ شي نو دپانکرانس دنکروز ښودنه کوي.

ب: دتشو متیازو دامیلیز کچه لوړه وي.

ج: د اسایتیک او پلورایي (کین خواکې) مایع املیز لوړوي.

د: په ECG کې ST-T د څپو بدلون وي. (۳۷، ۳۲، ۱۱)

رادیوګرافي:

۱- دګیدې ساده رادیوګرافي کې لاندې خیالات لیدل کیږي.

- Gas filled abscess
- ښیښه یې ځمکه (Ground glass) داسایتس لپاره وصفي ده.
- دصفراوي تیږو خیال.
- Sentinel loop : په کین پورتني کوادرانت کې دکوچنۍ کولمویو سګمنت دهوا پواسطه ډک ښکاري.
- Colon Cut off Sign: دمستعرض کولون هغه برخه چې التهابي پانکراس ته نژدې وي دهوا پواسطه ډکه ښکاري.
- دسږو په ښکتنۍ برخه کې دټکو په څیر خطی اتیلیکتازیس ښکاري چې ښایي دپلورال ایفیوژن سره یوځای وي اویانه وي.

۲- دګیدې التراسوند دحاد پانکراتایتس په تشخیص کې مرسته نشي کولای ځکه چې کولون کې ګازات وي خوصفراوي کانې ښکاري.

۳- سي،ټي سکن: دحاد پانکراتایتس، کیست او دګیدې نورو ناروغیو په تشخیص کې مرسته کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۴- دوريد دلارې کثيفه توکو زرقول دپانکراتايتس د اختلاطاتو اودپښتورګو دبې وسۍ خطر زياتوي.

۵- ام،ار،اى : دپانکراس دناروغۍ درجه معلوموي.

۶- اندوسکوپيک التراسوند کوچني صفراوي کانې تشخيصوي.

۷- اندوسکوپيک ريتروګراد کولانجيو پانکراتوګرافي: که دحاد پانکراتايتس د لومړنۍ حمله سره کولانجيتس يا ژيړې نه وي نو نه کارول کيږي او پدې صورت کې اندوسکوپيک التراسوند ترسره کيږي.(۳۷)

تشخيص:

۱- تاريخچه: که چيرې دګيډې يا ملا شديد او حاد درد وي نو دپانکراتايتس خواته پام کيږي. دګيډې د درد سره زړه بدوالی، کانګې، تبه او تکي کاردیا يوځای وي.

۲- لابراتواري ازموينې چې پورته ترې يادونه وشوه.(۳۷)

اختلاطات

الف: موضعي اختلاطات:

۱- نکروزس : پاک يا منتن وي

۲- په پانکراس کې دمايع توليدل: پانکراتيک ابسی، دپانکراس دروغجن کيست (درد ، چاوديدل، وينه بهيدل ، معدی معايي لارې بندښت لامل کيږي).

۳- پانکراتيک اسايتس (دپانکراتيک قنات چويدل يا د دروغجن کيست څڅيدل)

ب: دنژدې غړو اخته کيدل: دپانکراس دنکروزس له کبله د پريتوان ددننه کې وينه بهيدل ، دوينې د رګونو ترومبوزس (دتوري او پورتل وريدونو) دغټو کولمو انفارکشن او انسدادی ژيړی.

ب: سيستميک اختلاطات:

۱- سږی: پلورل ايفيوژن، اتيليکتازيس، دمنصف ابسی، نمونايتس او ARDS

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- زړه اورګونه: هايپوتنشن، هايپووالیومیا، ناڅاپه مړینه، مایوکاردیل انفارکشن، دپریکارد ایفیوژن او د ST-T څپو بدلونونه.(۲۲،۳،۸،۱۱)

۳- وینه : DIC(Disseminated intravascular coagulopathy)

۴- دمعدې معایي وینه بهیدل: پیپتیک السر، اروسیف ګاستریتس، هیموراژیک پانکراتیک نکروزس ، پورتل ورید ترمبوزس اوواریزل وینه بهیدل.

۵- پنبتورګی: اولیګویوریا، ازوتیمیا، دپنبتورګو وریدي یا شرياني ترومبوزس، دتیوبولونو حاد نکروزس.

۶- میتابولیک: هایپرګلاسیمیا، دترای ګلسرایدو لوړوالی، هایپوکلسیمیا، انسفالوپاتي او ناڅاپي ړوندوالی (Purtscher's ریتینوپاتي) دایو نادر اختلاط دی چې ناروغ ناڅاپه لیدل له لاسه ورکوي دا په مکولااو اوپتیک دسک کې وینه بهیدنه او Cotton wool spot لیدل کیږي. (۸ ، ۲۲،۳)

۷- مرکزي عصبي سیستم: سیکوزس، شحمي امبولی. (۳،۸،۱۵)

درملنه:

I: دحادی حملی درملنه:

الف:خفیفه حاده حمله دڅو ورځو په موده کې په خپله ښه کیږي.

ب: په منځنی کچه حمله

۱- نازوګاستریک تیوب: ددې تیوب دلارې معده سکشن کیږي تر څو چې دګیډې د پرسوب، کانګو او اسپریشن نمونیا څخه مخنیوی وشي او دخولې دلارې خواړه او اوبه نه ورکول کیږي. (۳۷)

۲- د درد د ارامولو لپاره پیتیدین او تراماډول ورکول کیږي. دمورفین د ورکولو څخه باید ډډه وشي ځکه چې د اووډي دمعصرې دتقبض لامل کیږي خو که درد د دوي سره غلی نه شو بیایې ورکولای شو. پیتیدین ۱۰۰-۱۵۰ ملي ګرامه دغوښې دلارې هر ۳-۴ ساعته وروسته ورکول کیږي. که دپنبتورګو او ځیګر دندې ډیرې خرابې وي نو دوز یې کمیږي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- دخولي دلاړي خواړه هغه وخت پيليږي چې درد غلی شي او دکولمو اوازونه واوريدل شي. (سره له دې چې د اميليز کچه لوړه وي) لومړی نری مايعات وروسته لږ غوړ لرونکي خواړه ورکول کيږي. (۳۷)

کله چې ناروغ د حاد صفراوي پانکراتايتس څخه بنه شو لپراسکوپيک کولي سيستکتومي ترسره کيږي.

دبيابيا پانکراتايتس د درملنې لپاره په کوچنۍ پيلاکې ستنت داخليږي. (۳۷)

ج: دشديد حاد پانکراتايتس درملنه:

۱-وريدي مايعات: دمايعاتو د ورکولو په مهال بايد د مرکزي وريدي فشار څرګند شي.

۲- کلسيوم ګلوکونات: که هايپوکلسيميا او تيتاني شته وي نو کلسيوم ګلوکونات ورکول کيږي.

۳- که هايپو البومينيميا شته وي نو البومين ورکول کيږي.

۴-Fresh frozen plasma: که کوواګولوپاتي شته وي نو ورکول کيږي.

۵- دکولوئيد مايعاتو زيات ورکول د ARDS خطر زياتوي.

۶- که شاک دمايعاتو د ورکولو سره دوام ومومي نو پری سور ورکول کيږي.

۷- خواړه: د حاد پانکراتيتس په شديد يرغل کې رنځور دځو اونيو لپاره دخولی دلاړې خواړه زغملی نه شي. (۳۷)

Total Parenteral Nutrition (TPN) دشحمياتو په ګډون د ۷-۱۰ ورځو پورې تر سره کيږي. د TPN سره د انتان خطر زياتيږي.

0 - دانتان مخنيوی: د انتاني اختلاطاتو د مخنيوي لپاره پراخه اغيزه لرونکي انتي بيوتيکونه ورکول کيږي. ايمی پينيم ۵۰۰ ملي ګرامه درګ دلاړې هر اته ساعته وروسته، سيفوريکزيم ۱،۵ ګرامه درګ دلاړې د ورځې درې ځله او بيا ۲۵۰ ملي ګرامه دخولی دلاړې دورځې دوه ځله د ۱۴ ورځو لپاره، سپروفلوکزاسين او

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

- 1
2 - ميترونيدازول د منتن پانکراتيک نکروزس لپاره ورکول کيږي، خو په روتين ډول ۳۰ سلنه څخه کمو ناروغانو ته انتي بيوتيک نه ورکول کيږي. (۳۷)
۹- وريدي سومستاتين ورکول څرګند نه دی،اکتريوتائيد اغيزه نه لري.
۱۰- ناروغ بايد په شديدی څارنی خونه کې بستر شي.
۱۱- بايدهيماتوکريت، د وينی د سپينو ژونکو شمير، سيروم الکتروليت، کلسيوم، بي،يو،ان ، کرياتينين، AST، LDH او ګازات مانيتور شي.
۱۲- وينه، بلغم، پلورايي مايع او تشې متيازی بايد وکرل شي. (۳۷)

داختلاطاتو درملنه او دناروغ څارل:

دپانکراتايتس په شديدو حالاتو کې بايد د جراح سره سلا وشي. که چيری تشخيص شکمن وي نو اکتشافي لپراتومي ترسره کيږي. که پانکراتايتس نه وي نو دلاس وهنې څخه پرته ګيډه ګنډل کيږي. (۳۷)

که پانکراتايتس خفيف او کولي ليتيازيس ورسره مل وي نو کولي سيستيکوتومي يا کولي سيستومي ترسره کيږي. (۳۷)

که پانکراتايتس دکولي ډوکو ليتيازيس له کبله وي او بيلروبين د ۵ ملي ګرام پر ديسي ليتر څخه لوړ وي اويا کولانجيتس ورسره يوځای وي نو اندوسکوپيک ريتروګراد کولانجيو پانکرياتوګرافي داندوسکوپيک سپاينکتروتومي سره يوځای ترسره کيږي او تيږه ايستل کيږي. (۳۷)

که نيکروتيک پانکراتايتس وي دناروغ کلينيکي حالت دخرابوالي دنورو غړو د دندو دخرابوالي سره يوځای وي او د ۴-۲ اونيو په موده کې د داخلی درملنې سره ښه نه شو نو جراحي درملنه ترسره کيږي. منتن نکروزس تل جراحي درملنه کيږي دجراحی درملنې موخه داده چې نکروتيک او شاوخوا انساج لرې او ښه درينا ژ شي. (۳۷)

انزار:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د ۲۳۸۰ کال څخه راپديخوا د بيړني پانکراتايتس د مړينې کچه د ۱۰ سلنو څخه ۵ سلنو ته ښکته شوې.

که د حاد پانکراتايتس د Ranson's criteria د دريو څخه زياتې وي نو ۲۰ سلنه مړينه لري چې نيمايي مړينه په لومړنيو دوه اونيو کې وي چې د څو غړو د بې وسۍ له کبله وي. که دڅو غړو بې وسۍ د ۴۸ ساعتو څخه زيات پايښت وموميي نو دمړينې سلنه د ۵۰ سلنو څخه زياتيږي. دناروغۍ اختلاطات په الکوليک پانکراتايتس کې وي. (۳۷)

دپانکراس ځنډنی التهاب (Chronic Pancreatitis) :

پيژندنه:

ځنډنی پانکراتايتس دپانکراس د ځنډني التهاب څخه عبارت ده چې متصف دی په په فبروزس او دپانکراس د اکزوکراين انساجو ويجاړتيا باندې. دلنگرهانز د ازلت د اخته کيدو له امله دشکرې ناروغۍ او د ځنډني ويجاړتيا له کبله پر له پسې درد يا مل ابسورپشن مينځ ته راځي. (۲۲، ۳۸)

اپيديمولوژي:

دځنډني پانکراتايتس دناروغانو شميره ښه څرګنده نه ده خو يوازې په يوه څيړنه کې ښودل شوي چې پيښې يې په کال کې ۸،۲ په ۱۰۰۰۰۰ کې وي خو داشميرنه هم تر اوسه ښه څرګنده نه ده.په اوتوپسي کې ښودل شوي چې خپرېدنه يې 5-0.04 سلنو ته رسيدلې ده. (۲۲، ۳۸)

لاملونه:

کلسيفيکيشن : الکوليک، بنديزي، دامپولاواتر تنګوالی، کيستيک فبروزس، ارثيت، ايدوپاتيک. (۲۲، ۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پتوفزيالوژي:

تر اوسه پورې يوه واحده نظريه چې په پانکراس کې څنګه التهابي پروسه مينځته راځي ښه نده پيژندل شوی خو داسی ګمان کيږي چې په پانکراس کې په نا انډولیزه توګه انزايمونه فعاليږي چې دپانکراس د ناروغيدو لامل کيږي. (۲۲، ۳۸، ۱۱)

په ارثي پانکراتايتس کې د تريپسينوجن او دهغه د نهي کوونکي پروتين تر مينځ انډول خرابيږي يا نې د تريپسينوجن کچه دهغه دنهي کوونکی پروتين په پرتله لوړيږي چې فعال تريپسين د پانکراس دانساجو دويجاړيدو لامل کيږي. (۲۲، ۳۸، ۱۱)

همدارنګه ځنډني الکول څښل د تريپسينوجن کچه دهغه دنهي کوونکي په پرتله لوړوي. داسې انده شته چې دپانکراس په دننه کې انزايمي فعاليت دپانکراس د قنات په لومن کې پروتينونو ته ترسب ورکوي او پلاک جوړيږي دغه پلاک د کلسيفيکيشن لپاره يو هسته جوړوي چې په پای کې د پانکراس دويجاړيدو لامل کيږي دسايتوکينونو فعاليدل دغه پروسه نوره هم اوږدوي. (۲۲، ۳۸)

پتالوژي:

ځنډني پانکراتايتس څو ډولونه لري چې غوره يې کلسيفيد پانکراتايتس دی چې په الکوليستانو کې زيات وي. (۲۲)

افت د پانکراس لوبولونه اغيزمنوي، اسينای اتروفي کوي دلوبونو په دننه کې فبروزي انساج زياتيږي او ځنډني التهابي انفلتريشن د لوبونو او قناتونو په شاوخوا کې مينځته راځي. پروتيني پلاک دلومن په دننه کې جوړيږي. پانکراس کلک او کلسفيډ وي اوپه دپانکراس کې دروغجن کيستونه جوړيږي. (۲۲)

کلينيکي بڼه:

دځنډني پانکراتايتس غوره ګيلې داپې ګاستريک درد دی چې شاه خواته خپريږي. درد ښايي پر له پسې، متناوبه وي او يا نه وي دالکولو پواسطه زياتيږي.

نورې نښې عبارت دي له بې اشتهايي، وزن کميدلو، دياښتس، ملابسوربشن او ژيړي څخه. (۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

تشخيص:

د ځنډني پانکراتايتس تشخيص د درې ازموينو پرمټ کيږي.

الف: تشخيصيه ازموينې:

۱- التراسوند: په CT سکن کې د پانکرانس اتروفي، کلسيفيکيشن او د قناتونو پراخوالی ليدل کيږي.

۲- دګيډې په ساده راديوګرافي کې کلسيفيکيشن ښکاري.

۳- اندوسکوپيک التراسوند.

ب: دپانکراس ددندو ازموينې:

۱- دسکريتين دزرق څخه وروسته د پانکراس دافرازاتو اندازه کول.

۲- Pancreolaury test: کله چې Fluoroscein dilaurate دخولې دلارې وخوړل شي دپانکراس د استريز انزايم پواسطه تويې کيږي. وروسته د تويې کيدو څخه جذبيږي او په تشو متيازو کې اطراح يې اندازه کيږي داپه شديد پانکراتيک بې وسۍ کې ډيره ښه ازموينه ده. (۳۲)

۳- PABA Test: کله چې Para aminobenzoic acid دخولې دلارې وخوړل شي نو د کيموتريپسين پواسطه هايدروليز کيږي او پارا امينو بنزويک اسيد تري ازاديږي، وروسته دکنجوګيټ کيدو څخه په تشو متيازو کې وزي.

۴- په ډکو متيازو کې د کيموتريپسين يا الاستيز اندازه کول.

۵- Oral Glucose Tolerance test مثبت وي. (۳۲)

اختلاطات:

۱- دپانکراس دروغجن کيستونه: پانکراتيک اسايتس چې په دواړو (بيړني او ځنډني پانکراتايتس) کې وي.

۲- دځيګر څخه دباندې بندښتي ژيړی دکامن صفراوي قنات دبنديدو له کبله وي.

۳- د ډيډونيوم تنګوالی.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۴- دپورتل يا د توري دورید ترومبوزس چې د سګمنتال پورتل هايپرتنشن اوګاستريک واريزس لامل کيږي.

۵- پيپتيک السر.

۶- ديابتيک کيتواسيدوزس او دياببتيک کوما.

۷- ريتينوپاتي، نيوروپاتي.

۸- رتينوپاتي د ويتامين A او دزينګ دلږوالي له کبله وي.

۹- پلورال ايفيوژن (کينې خواکې وي).

۱۰- معدې معايي وينه بهيدنه.

۱۱- ژيړی

۱۲- دهډوکو دردونه.

۱۳- دپانکراس سرطان. (۳۲)

درملنه:

۱- دالکولو د پرينبودلو سره دناروغۍ پر مخ تګ درېږي او درد غلی کيږي.

۲- د درد غلی کولو لپاره نن ستروئيد التهاب ضد درمل ، اوپيات ،امي تريپتالين، انت اوکسيدانت او دخولې د لارې پانکراتيک انزايمونه ورکول کيږي. همدارنګه درد د سليک اکسيس بلاکولو ،اندوسکوپيک تراپي او جراحي لاس وهنې پواسطه غلی کيږي. (۳۲)

۳- د شحمي نس ناستي درملنه:

- په خوړو کې غوړ کم شي.
- پانکرياتيک انزايمونه.
- اسيد افراز نهی کوونکي درمل لکه : اچ دوه رسپتور بلاکوونکي. (۳۲)

۴- هغه دياببتس چې دپانکراس د بې وسۍ له کبله مينځته راغلی وي کنترول يې دخولې دلارې هايپوګلاسيميک درملو سره ګران دی.

۵- د اختلاطاتو درملنه

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دروغجن کیستونه، پانکراتیک اسایتس، د کامن صفراوي قنات بندیز، داثناعشر تنګوالی او پورتل هایپرتنشن د جراحي یا اندوسکوپي پواسطه درملنه کیږي. (۳۲)

انزار:

ځنډنی پانکراتایتس د ډیرې ناتوانۍ لامل کیږي. انزار یې د درملنې وړ ناروغیو لکه (صفراوي تیږې، د کولي ډوکټ تیږې، د اوډي دمعصري تنګوالی، هایپرپاراتائیرودیزم) ددرملنې سره ښه کیږي. دهایپر لیپیدیمیا درملنه د ناروغۍ د بابیږې څخه مخنیوی کوي. (۳۲)

دالکولیک پانکراتایتس درد دپانکراسي قنات د ارتوالي سره ښه کیږي. (۳۲)

دپانکراس کنسر(Cancer of the pancrease):

اپیدیمیولوژي:

په لویدیزو هیوادونو کې د پانکراس دکنسر پیښې ۱۰-۱۵ په ۱۰۰۰۰۰ کې دي او د ۷۰ کلنۍ څخه وروسته پیښې یې ۱۰۰ په ۱۰۰۰۰۰ زیاتیږي په نارینوو کې د ښځو په پرتله دوه برابره دي، په لویدیزو هیوادونو کې د کنسر له کبله مړینه پنځم لامل کیږي، ۹۲% د پانکراس ادینوکارسینوما دی.(۳۷،۳۲)

لاملونه:

۱- سګریټ څکول: دپانکراس کنسر په سګریټ څکوونکو کې د نه څکونکو په پرتله درې برابره زیات دی.

۲- ځنډنی پانکراټایتس.

۳- چاغوالی

۴- محطي یالي فکتورونه لکه د پطرولیوم پیداوار، نفتالا امین.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۵- جنتيک بدلونونه لکه په ۹۰ سلنه ډکټل ادينو کارسينوما کې د K-rase-gene شتون مثبت وي. (۲۲)

پتالوژي:

۹۰ سلنه دپانکراس کنسر ادينو کارسينوما دی چې دپانکرياتيک ډکت څخه سرچينه اخلي. تومور موضعي غړي اخته کوي او نورو ځايونو ته هم ميتاستاز ورکوي لکه لمفاوي غوټو ته ناروغي هغه وخت پيژندل کيږي چې ډير پر مخ تګ يې کړی وي.(۳۸)

کلينيکي بڼه:

۹۰ سلنه څخه زيات د پانکراس کنسر دقنات ادينو کارسينوما دی. ۵-۱۰ سلنه دازليټ تومور دی د پانکراس تومور ۷۰ سلنه په سر، ۲۰ سلنه په تنه او ۱۰ فيصده په لکۍ کې وي. (۲۲)

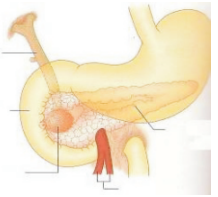
دپانکراس دبدن يا لکۍ ګيلې عبارت دي له : د ګيدې درد او وزن بايللو څخه چې په ۷۵ سلنه ناروغانو کې وي.

درد غالبا چيچونکی وصف لري، حشوي وي، کله کله د اپي ګاستريوم څخه شاه ته خپريږي، مخکې خواته د توغيدو سره ارامېږي. که درد ډير شديد وي يې داده چې د پريتوان شاه ته يې برېد کړی او په اسپلان شينيک عصب کې يې انفلتريشن کړی. پدې وخت کې تومور دجراحي دکړنې پواسطه نه ايستل کيږي.(۲۲)

نادراً ډير شديد دردونه تيريدونکي وي او دهايپر اميلزيميا سره مل وي او دحاد پانکراټايتس کوم چې دقنات د بنديدو له کبله مينځته راځي نبودنه کوي، وزن بايلل د بې اشتهايي او دجذب خرابوالی څخه پيدا کيږي.(۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library



(۱-۱۲) شکل دپانکراس د سر تومور (۳۲)

دپانکراس د سر يا امپولاواتر په تومور کې ژيړی وي چې د صفراوي قنات دبنديدو له کبله مينځته راځي.

تشې متيازې تياره او د ډکې متيازې خاورينې وی. خارښت شته وي. بی درده ژيړی د صفراوي قنات، اثناعشر او پيري امپولاپه تومورونو کې وي که درد شته وي نو د تومور دپرمختګ ښودنه کوي. (۳۲)

دپانکراس دتومور ننبې:

دپانکراس د سر دتومور ننبې عبارت دي له Courvoisiers ننبه (دجس وړ صفراوي کڅوړه) دګيدې په منځنی برخه کې کتله او د ځيګر لويوالی جس کيږي. (۳۲)

دپانکراس د تومور غير معمول ننبې عبارت دي له Migratory thrombophlebitis ، دجس وړ صفراوي کڅوړه، معدې معايي وينه بهيدنه، دتوري لويوالی، دګلوکوز نه زغمل، پولي ارتريتس او دپوستکي د نوډولونو څخه.(۳۲)

تشخيص:

۱- ترانس ابدومينال التراسوند : ددې پواسطه دپانکراس د سر تومور او پراخه شوی قنات تشخيصيږي د تنی او لکی. تومور ددې پواسطه نه تشخيصيږي ځکه چې تومور د کولمو دګازاتو لاندې وي. (۳۲)

۲- Contrast enhanced spiral CT Scan : ددې پواسطه درګونو، دلمف غوټو او لری برخو ميتاستازس څرګنديږي.

۳- لپراسکوپي: دجراحي کړنو څخه مخکی ترسره کيږي.

۴- دپوستکي دلارې بايوپسي: د درملنې څخه مخکې د هستولوژيک تشخيص لپاره اړينه ده.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۵- MRI Scaning and endoscopic Ultrasound : د دناڅرګندو شوي تومورو د تشخيص لپاره کارول کيږي. (۳۲)

دتومورونو ستيژونه:

۱- لومړی ستيژ : تومور هغه وخت دايستلو وړ وي چې .

- T1-T2 : تومور يو سانتي متر اويا د دوو سانتي مترو څخه غټ وی.
- Nx : دلمفاوي غوټو اخته کيدل څرګند نه وي.
- سلياک اکسس اخته شوی نه وي.
- SMA : Supperior mesenteric artery اخته شوی نه وي.
- SMPV : Superior mesenteric vein with portal vein اخته نه وي.
- دپانکراس څخه دباندې ناروغي خپره شوی نه وي. (۳۲)

۲- دوهم ستيژ :

- په موضعي توګه يې پرمختګ کړي وي.
- شريانونه اخته شوی نه وي (سلياک اکسس، SMA)
- وريدي انسداد (SMV ، پورتل ورید)
- دپانکراس څخه دباندې افت وتلی نه وي. (۳۲)

۳- دريم ستيژ

- ميتاستازس T1-T3 ، M1-Nx-1 (تومور ديو يا درې سانتي مترو څخه غټ وی لری برخو ته ميتاستازس ورکړي وی ، لمفاوي غوټو ته ميتاستازس ورکړی وی)
- ځيګر، پريتوان، سږو ته يې ميتاستازس ورکړی وی. (۳۲)

درملنه:

۲ سلنه ناروغان تر پنځو کالو پورې د جراحی درملنې سره ژوند کولای شي، نژدې شل سلنه پيښو کې تومور موضعي وي چې دجراحي کړنې پواسطه د ايستلو وړ وي، په ډيری پيښو کې د درد ارامول دی.(۳۲)

د اندوسکوپي دلارې د ستنت ايښودل يو څه اراموالی راوړي او دمړينې کچه کموي. د اثناعشر په بندښت کې د درد د ارامولو لپاره جراحی درملنه ده. د ستنت ايښودل د لنډې مودې لپاره ښه پايله لري.راديوتراپي دکيموتراپي په پرتله ګټوره ده.

۵ فلورويوراسيل اوجيم سايتابين دناروغۍ په شديدو حالاتو کې ګټور دي. (۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

انزار

دپانکراس کانسر په تيره دسر او لکي. انزار خراب وي ۲-۵ سلنه ناروغان بې له عملياتو څخه تر پنځه کلو پورې ژوند کولاې شي او که تومور وويستل شي دغه سلنه ۲۰-۴۰ ته رسيږي.

که د پانکراس د سر تومور په لومړي وخت کې په پاملرنې سره وويستل شي نو ناروغ به تر ډيرې مودې پورې ژوندې پاتې شي. (۳)

Malabsorption

پيژندنه:

مل ابسوربشن هغه ناروغي ته ويل کيږي چې دخوراکي توکو هضم او جذب په کې خراب شي. (۳۲)

لاملونه:

۱- Celiac Disease

۲- Dermatitis herpetiform

۳- Tropical Sprue

۴- Bacterial Over Growth

۵- Intestinal resection

۶- Whipple disease

۷- Parasite infestation (Giardia intestinal) (۳۲)

Celiac Disease

Gluten sensitive enteropathy

د سلياک ناروغي دکوچنيو کولمو د جيجينوم د مخاطي طبقې د التهابي ناروغۍ څخه عبارت ده چې دګلوتين پواسطه مينځته راځي او کله چې دخوړو څخه ګلوتين لرې شي ناروغي ښه کيږي. ګلوتين په غنمو، تورو غنمو او جودرو کې وي. (۳۲)

پيښې:

سلياک ناروغي په ټوله نړۍ کې خپره ده چې په شمالي امريکا کې ډير او په توره افريقا کې لږه ده. په تودو سيمو کې يې پيښې 1/100-1/6500 دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دسلياک ناروغۍ بشپړ ارثي والی څرګند نه دی خو د کورنۍ په لومړنيو خپلوانو کې ۱۰-۱۵ سلنه وي. (۳۲)

هغه جينونه چې دسلياک د ناروغۍ لپاره ډير برابر دي عبارت دي له :

DQ2 (DQA1* 0501, DQB1* 0201) او DQ8 (DQA1* 0301, DQB1* 0302)

څخه ۹۰ سلنه پيښې يې په DQ2 جين لرونکو کې وي. (۳۲)

لاملونه:

ګلوتين يو درونډ مالیکولي وزن لرونکی مرکب دی چې په α.γ.β او ګلايدين پيپتيدونو باندې ټوټې کيږي چې ددې ټولو څخه يې α دکوچنيو کولمو په مخاطي طبقې باندې ډيره زهرجنه اغيزه لري.

د T ژونکی د ناروغۍ په مينځته راتلو کې مرکزي دنده لري. داژونکې د انساجو د ترانس ګلوتامينيز انزايم په وړاندې دفاع کوي. همدارنګه چاپيريالي فکتورونه لکه وايروسي انتانات هم دناروغۍ په مينځته راتلو کې ونډه لري. (۳۲)

پتالوژي:

پدې ناروغۍ کې ډيری دکوچنيو کولمو طبقې اغيزمن کيږي، ويلا له مينځه ځي مخاطي پوښ هماروي کريپټونه هايپرپلازيا کوي. لامينا پروپريا کې پلازما سيل، مکروفاژونه، لمفوسايتونه، ازونوفيل او ماست ژونکی ډير والی کوي. (۲۲، ۲۵)

کلينيکي بڼه:

سلياک ناروغي په هر عمر کې مينځ ته راتلای شي خو ډيری په هغه نوی زيږيدلي ماشومانو کې چې دتي رودلو څخه بيليږي او دګلوتين لرونکو خواړه ورته پيليږي پيداکيږي. په غټانو کې په ۵۰ کلنۍ کې پيداکيږي. ګيلې غير وصفي وي، ناروغان ستړي، ستومانه او خاسف وي. (۳۲)

دهضمي سيستم ګيلې عبارت دي له نس ناسته، شحمی نس ناسته، دګيدې درد، پرسوب، باد، دخولې دتپونواو انګولار ستوماتيتس څخه.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

عصبي ګيلي يې عبارت دي له: له خفګانونو، روحي فشارونه،پاراستيزيا، اتکزيا (د دماغي کلسيفيکيشن له کبله) عضلي ناتواني او پالي نيوروپاتي څخه. (۳۲)
نورې ګيلې يې عبارت دي له شنډتوب (عقامت) وزن بايلل، تيتاني، او ستومالیشیا، اوستيوپروزيسس، مل نتريشن او دلاسو او پښو پرسوب څخه.
په سلياک ناروغۍ کې د ځينو اتواميون ناروغيو(تائيروييد ناروغۍ، IDDM، پرايمري بايلاري سيروز، S jogren syndrome، IBD، دځيګر ځنډنۍ ناروغۍ، Fibrosing allergics alveolitis، Epilepsy، IgA لړوالی) پيښې زياتيږي په فزيکي کتنه کې يوازې انيميا او مل نتريشن وي. (۳۲)

پلټنې:

۱- په سيروم کې Endomyseal (EMA) and Tissue transglutaminase (tTG) Anti bodies (IgA) انتي باډي ګانې شته وي.
Endomyseal antibody د Immuno fluoreseens او Anti tissue glutaminase antibody د ELISA پواسطه تشخيصيږي.
که دا دواړه انتي بادي ګانې شته وي تشخيص يقيني کوي او د بايوپسي لپاره اړتيا نشته.

۲- (ARA) Anti reticulin antibody
داحساسه او غير وصفي ازمونه ده چې ښايي دهضمي سيستم په نورو ناروغيو کې لکه کرون ناروغۍ کې هم وي.

۳- داثناعشر او جيجينوم بايوپسي ستندرد ازمونه ده.

۴- هيماتولوژي: ۵۰% پښو کې خفيفه يا په منځنۍ کچه انيمياوي چې دفولات يا ويتامين بي ۱۲ يا داوسپنې دکموالي له کبله دوينې په محيطي فلم کې مايکروسايت، مکروسايت، Hypersegmented PMN او Howell jolly bodies (دتوري د اتروفي له کبله) وي.

۵- د جذب ازموينې: دشحم، لکتوز او ويتامين بی ۱۲ جذب خراب وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۶- رادیولوژي: په فالو ترو ازموینه کې کوچنۍ کولمې پراخه او فولډونه ښه نه ښکاري.

۷- Wireless capsul endoscopy

دوړو کولمو دابنارملتي او اختلاطاتو لپاره کارول کیږي.

۸- Bone densitometry : د اوستیوپروسیس دشتون لپاره تر سره کیږي.

۹- بایو کیمستري: په ټولو شدیدو ناروغانو کې هایپوکلسیمیا، هایپو البومینیمیا اوهایپر فاسفتیمیا اوستیومالیشیا وي. (۳۲)

درملنه:

که دخوراکي توکو څخه ګلوتین لرې شي نو په ناروغ کې کلینیکي او مارفولوژیک ښه والی څرګندیږي. هیماتنیک مواد لکه اوسپنه، فولیک اسید او کلسیوم باید ناروغ ته ورکړل شي. که په ناروغ کې ښه والی پیدا نه شو بیا باپوپسي ترسره کیږي. که دګلوتین د لرې کولو سره بدلون راغی نو دناروغۍ د ښه تشخیص لپاره بیا ګلوتین په خوړوکې ورکول کیږي او بیا د جیجینوم مارفولوژي تر څیړنې لاندې نیول کیږي، نادراً ټینګاري ناروغان د کورتیکوستروئید او معافیت ځپونکو درملو سره ښه کیږي.

که توري کوچنۍ شوي وي نو ناروغان باید په هرو پنځو کالو کې د نموکوک نمونیاد مخنیوی لپاره واکسین شي. (۳۲)

اختلاطات او انزار:

په سلیاک ناروغۍ کې دخبیثه ناروغیو لکه وړو کولمو کارسینوما، دمرۍ سکواموز کارسینوما دپیداکیدو خطر زیاتیږي او په لږو ناروغانو کې السراتیف جیجیونیتس مینځته راځي چې تبه، دګیدې درد، دکولمو بندښت او سوري کیدل ورسره یوځای وي. (۳۲)

دکوچنو کولمو اختلاطات نادراً د باریوم او انتروسکوپي پواسطه تشخیصیږي نو ځکه بایوپسي تر سره کیږي. ناروغي په عمومي ډول پر مخ تلونکی سیر لري، په اوږد سیر لرونکي ناروغۍ کې دهډوکو میتابولیکي ناروغۍ پیداکیږي.

هغه ناروغان چې دګلوتین څخه تش خواړه خوړې بابیږي یې لږ دي. (۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Dermatitis herpetiformis

دا نادره ناروغي ده چې دپوستکي Subepidermal blistering eruption دسلياک انتروپاتي سره يوځای وي.

دپوستکي په بايوپسي کې سب اپي درمل بلستر او ديرمل پيلا کې نتروفيليک مايکرواپسی وي. (۳۲)

د جيجينوم مارفولوژيکه څيره د شديدې سلياک ناروغۍ په شان نه وي.

ارثيت او امينولوژيکي ابنارملتي يې دسلياک د ناروغۍ په شان دی. دپوستکي تشوشات يې د ګلوتين څخه تش خوړو او ډاپسون سره ښه کيږي. (۳۲)

Tropical Sprue

دايو اندیميکه ناروغي ده چې د تودو سيمو اوسيدونکو يا سيل کوونکو کې زياته وي.

پدې کې په لړه اندازه مل ابسوربشن وي. ډيری ناروغان ګيلې نه لري همدارنګه کله کله د تروپيکل مل ابسورپشن پنوم يادیږي. (۳۲)

دا ناروغي ډيری په اسيا ، امريکا کې وي. کله کله اپيديمي يې د دووکالو پورې دوام مومي او لس کاله وروسته بيا پيدا کيږي.

لامل يې څرګند نه دی خو ډيری ګمان کيږي چې انتاني وي ځکه چې په اپيديميک ډول پيدا کيږي او دانتي بيوتيکو سره ښه کيږي.

کلينيکي څيره يې عبارت دی له نس ناستی، بی اشتهايي، د ګيدې د پړسوب او د وزن بايللو څخه. (۳۲)

دناروغۍ پيل په بيړنۍ توګه وي چې په اپيديميکه ځای کې د لړو ورځو يا څو کالو اوسيدلو څخه وروسته پيدا کيږي.

اپيديمي يې پراخه وي او زرګونه خلک په يو وخت کې پرې اخته کيږي، ځينې وخت ناروغي ورو ورو پيليږي چې دغه نۍ نس ناستې او دخوراکي توکو دلړوالي سره يوځای وي. (۳۲)

تشخيص:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دجيجينوم مخاطي پوښ ابنارمل او ويلای اتروفي کړي وي. دسلياک د ناروغۍ په شان شديد نه وي، دجاردیا سره بايد توپيري تشيخص شي. دشحم او ويتامين بي ۱۲ جذب زيات په کې خرابيږي. (۳۲)

درملنه:

ډيری ناروغان د سپرو دسيمې دپريښودلو او دورځې د ۵ ملي ګرامه فوليک اسيد دخوړلو سره ښه کيږي. ډيری ناروغان دورځې ديوګرام تتراسايکلين د خوړلو سره بشپړ ښه شوي او دارټيا په مهال تر ۲ مياشتو پورې دوام ورکول کيږي. (۳۲)

دناروغۍ په شديد حالت کې که ديهايدريشن شته وي نو مايعات او الکترولايت ورکول کيږي. دخوراکي توکو نيمګړتياوی بايد سمی شي او ويتامين بي ۱۲ بايد 1000 مايکرو ګرامه وکارول شي. د ناروغۍ انزار ښه دي. په اپيديميک سيمو کې مړينه د اوبو او الکترولايتو د ستونزو له کبله وي. (۳۲)

(په کولمو کې د باکتریاو زياتوالي) (Blind loop syndrome)

په غټو کولمو کې زيات شمير ان ايروبيک بکتريا (لکه بکتروئيد (Bifido bacteria) اوسيږي) چې دايروبيک بکترياو په پرتله (ای کولای ، انتيروکوک او انتيروبکتر) ۱۰۰-۱۰۰۰ وارې زياتې دي دغه مايکروفلورا غوره ميتابوليکي دندې لري لکه دهغه خوراکي توکو څخه چې دجذب وړ نه دی د تخميری کړنې پواسطه لنډ ځنځير لرونکی شحمي اسيدونه جوړوي کوم چې په کولون کې د انرژي سرچينه ده. (۳۲)

دا بکتریاګانی ويتامين کا توليدوي، دامیون سيستم د ساتلو لپاره د اپي تيليل ژونکو ډيروالی کنترولوي او د کولمو مخاطي پوښ د پتوجنيک بکتریاو د کالونيزشن څخه ساتي، دوړو کولمو پورتنۍ برخه دتل لپاره پاک وي او يوازې په کمه اندازه دخولې اورګانيزمونه په کې وي. دمعدی اسيد ډيری ارګانيزمونه وژني او د وړو کولمو حرکتونه جيجينوم تشوي. نارمل ترمينل اليوم کې ګڼ شمير فيکل ټيپ ارګانيزمونه (لکه ای کولای او ان ايروبيک بکترياګانې او په کولون کې بکترياګانی وي). (۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په کولمو کې د باکتریاو زیاتوالي په نارمل حالت کې دوړو کولمو په عضوي ناروغیو کې وي او په زړو کې پرته د عضوی ناروغیو څخه وي

د ای کولای او بکتروئید اندازه د 10^6/ml څخه زیاته وي دغه بکتریاوي صفراوي مالګې ډي کنجوګیتید او هایدروکسي لیتید کوي.

دکلینیک له نظره دا ناروغان نس ناسته او شحمي نس ناسته لري شحمي نس ناسته د ګنجوګیتید صفراوي مالګو د کموالي لامل کیږي. دشحمي نس ناستې اوصاف عبارت دي له :

دډکو متیازو حجم ډیر، رنګ یې پیکه ، بدبویه، دهوا اندازه یې زیاته وي، د ډکو متیازو د غورځو اندازه ۱۷۰۰ ملي مول څخه زیات وي،اودکمود څخه په اسانی سره پاکیږي. (۳۲)

په شحمي نس ناسته کې بکتریاګانی ویتامین بي ۱۲ میتابولیز کوي اونه پریږدي چې ددا خل المنشه فکتور سره ونښلي نو ځکه یې کموالي یې مینځته راځي ځینې بکتریاګانی فولیک اسید تولیدوي چې دسیروم کچه یې لوړیږي. (۳۲)

د ویتامین ب ۱۲ کموالی دومره شدید نه وي چې د عصبي ستونزو لامل شي.

دا ناروغۍ د هایدروجن بریت تست پواسطه تشخیصیږي (کله چې ناروغ ته لکتوز یا ګلوکوز ورکړل شي د بکتریاو پواسطه میتابولیز کیږي او هایدروجن تولیدیږي چې په تنفس کې دهایدروجن زیاتوالی د ددي ناروغي ښودنه کوي. (۳۲)

درملنه:

۱- عضوي پتالوژیکې ناروغۍ باید درملنه شي.

۲- میترونیدازول : تتراسایکلین یا سپروفلوکزاسین کارول کیږي. (۳۲)

Whipple's Disease

وي پل دځو سیستمونو یوه نادره ناروغي ده چې د Tropheryma whipples پواسطه مینځته راځي په نارینوو کې زیاته وي د ۴۰-۲۰ کالو په عمر کې پیدا کیږي دانسان څخه یې انسان ته خپریدنه څرګنده نه ده. (۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينيکي بڼه:

دناروغۍ لومړنۍ ګيله دبندونو درد چې ۸۲ سلنه پيښو کې وي ليږديدونکی وي، سوء شکل نه لري، ۷۵ سلنه پيښو کې معدې معايي ګيلې (لکه د ګيډې درد، پړسوب، باد، شحمي نس ناسته، مل ابسوربشن او وزن کموالی، پروتين لوسينګ اينتيروپاتي وي چې د هايپو البومينيميا او پړسوب سره يوځای وي) لري. (۳۲)

۵۰ سلنه پيښو کې خفيفه درجه تبه، ځنډنی ټوخی، جنرالايز لمف ادينوپاتي وي دزړه بې وسي، دوالونو بې وسي، دسږو ناروغۍ، دسترګو ناروغۍ لکه Uveitis, Viteritis, Keratitis, Retinitis او Retinal Hemorrhage، ۱۰% کې دمرکزي عصبي سيستم ګيلې لکه Dementia، ليتارجي، کوما، اختلاجات، مايوکلونيوس، دقحفي ازواجو ناروغۍ لکه نيستګموس او افتالمو فليجيا وي. (۳۲)

دهستولوژي له نظره دکولمو ويلا له مينځه تللی وي او Acid Schiff (PAS) Positive macrophage لرونکې وي. دکولمو څخه دباندې د ناروغيو د تشخيص لپاره P C R ترسره کيږي. (۳۲)

وي پل ناروغی د مل ابسوربشن، څرګندې تبې، لمف ادينوپاتي، سيرونيګاتيف ارتريتس، کلچر نيګاتيف اندوکاردايتس او مولتي سيستميک ناروغيو سره توپيري تشخيص کيږي. (۳۲)

درملنه:

کوترای موکسازول دورځې دوه ځله ديوکال لپاره او په شديدو حالاتو کی سفتريا کزون د ورځې دوه ګرامه د دوه اونيو لپاره ورکول کيږي. که د کوترای موکسازول سره الرژي يا ټينګار موجود وي نو سفالوسپورين، انترفيرون ګاما يا فلوروکينولون کارول کيږي. (۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دوهمه برخه

دبولي لارو انتانات Urinary Tract Infection(UTI):

پيژندنه:

دبولې لارو انتانات دغوره باکتريايي ناروغيو څخه دي چې په بولي لاره کې د انتاناتو د ډيروالي له کبله منځ ته راځي.

که دتشو متيازو د منځنۍ برخې څخه سمپل واخيستل شي نو په يو ملي ليتر کې د نيوتروفيل شمير به ۱۰۵ څخه زيات وي. (۲۲، ۳۸)

اپيديمولوژي:

دبولي لارو انتانات د اپيديمولوژي له مخې په دوو ډلو ويشل شوي دي.

دکتيتر پواسطه (نازوکوميال) او غير له کتيتره څخه (په ټولنه کې) چې په دواړو حالاتو کې ښايي ګيلې شته وي اويا نه وي. (۲۲، ۳۸)

۵۰ % ښځې د بولي لارو انتانات لري چې ۳% يې په شل کلنو انجنو کې وي او په هرو لسو کالو کې يې يوه سلنه پيښې زياتيږي. د بولي لارو د انتاناتو پيښې په نارينوو کې ډير لږې وي خو په يو کلن ماشومانو اود ۶۰ کلنۍ څخه پورته عمر کې ډيرې وي.

په زړو نارينو کې يې د ډيروالي لامل د پروستات هايپرتروفي ده.

ګيلې نه لرونکې بکتريايوريا په زړو نارينوو او ښځو کې ۴۰-۵۰% دي. (۲۲، ۳۸)

پتوجنيزس:

د بولې لارو د انتاناتو په منځته راتلو کې لاندې فکتورونه ونډه لري.

۱: جنس او جنسي فعاليت: د بولې لارو دانتاناتو پيښې په ښځو کې ډيرې دي ځکه چې احليل يې لنډ (۴سانتي متره) مقعد ته نژدې دی او مهبل سره نژدې ختميږي. دکوروالي په وخت کې باکتريا ژر مثانې ته داخليږي. (۲۲)

همدارنګه ځينې نور فکتورونه چې په ښځو کې دبولې لارو د انتاناتو خطر زياتوي عبارت دي د سپرم وژونکو توکو، ديافراګم ،سرويکل کپ، Spermcid coated condom کارول دي.(۲۲)

په نارينوو کې دبولي لارې دانتاناتو برابرونکي فکتورونه عبارت دي له: د پروستات

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

هايپرتروفي، د ريکتوم د لارې هوموسيکسيول يا هيتروسيکسيول جنسي فعاليت او سنتي نه کولو څخه . (۲۲)

هغه ښځې او نارينه چې HIV باندې اخته وي اويا CD4+T Cell شمير يې د 200/µl څخه کم وي د UTI لپاره برابر دي.

۲-اميدواري :

۲-۸% اميدواري ښځې په UTI اخته وي. ۲۰-۳۰ سلنه ګيلې نه لرونکی بکتريا يوريا په پيالونفرتيس باندې بدليږي. په اميدواری کې د UTI د زياتوالي فکتورونه عبارت دي له : د حالب د ټون او استداري حرکاتو کموالي ، ويزيکويوري ترال وال تيريدونکي بې وسي، دولادت په وخت يا وروسته په مثانه کې د کتيتر اچولو څخه.

په اميدواری کې د UTI اختلاطات عبارت دي له: کم وزنه ماشوم زيږول، مخکې له وخته پيداکيدل، دماشوم د مړينې څخه (په تيره د پورتنۍ بولې لارو انتاناتو کې). (۲۲)

۳- انسداد:

د بولي لارو تومور، تنګوالی، کانې او پروستات هايپرتروفي د هايدرونفروسس او UTI خطر زياتوي.

۴-Neurogenic Bladder:

ديابيت مليتس،سپينل کارد تروما ، ټابس دورسالیس، مولتيپل اسکليروسيس کې د مثانی تعصيب خرابيږي چې په مثانه کې تشې متيازې ټوليږي او د UTI لپاره لاره اواريږي.

۵- ويزيکويوري ترال ريفلوکس

ويزيکو يوری ترال رفلوکس زياتره په ماشومانو کې وي چې کيداې شي بولې لارې يې نارمل يا ابنارمل وي. (۲۲)

۶- دبکتريا و ويرولانس فکتورونه

د ۹۰% څخه زياتو پيښو کې د UTI لامل ای کولای دی. ای کولای د ۱۵۰ څخه زيات ډولونه لري چې يوازې پنځه ډوله يې (075, 018,06,04,01) د UTI لامل کيږي. همدارنګه د ای کولای ,H او K سب ګروپونه هم د ناروغۍ لامل کيږي. هغه ای کولای چې پي فيمبريا لري د نارمل بولي لارو د پيالونفرايتس لامل کيږي او هغه يې چې پي

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

فيمبريا نه لري په ويزيکو يوريترال ريفلوکس ناروغانو کې د UTI لامل کيږي. (۲۲،۳۱)

۷- جنتيک فکتورونه:

دهغه کسانو په سرو ژونکو او يورو اپيتيليل کې چې P مثبت رسپتورونه شته وي د پي فيمبريا لرونکو ای کولای پواسطه د غير اختلاطي پيالونفرايتس لامل کيږي او هغو کې چې دا اخذی منفي وي د پيالونفرايتس لامل نه کيږي.

همدارنګه Nonsecretory blood group antigen کسانو کې د UTI دمينځته راتلو خطر ډير زيات دی. (۲۲)

دمثاني حاد التهاب (Cystitis):

دمثانی حاد التهاب ډيری دای کولای او کله کله دګرام مثبت بکتریاو يا اينټيروکوک له کبله وي. انتان په عمومي ډول داحليل دلاړ مثاني ته پورته کيږي همدارنګه ادينو وايرس هم په ماشومانو کې د وايرل سيستايتس لامل کيږي خو په ځوانانو کې نادر دی.(۳۷)

کلينيکي بڼه:

ناروغ د مثاني د شديدو تخريشي ګيلو (فريکونسي،ارجنسي، دس يوريا) او د سپراپوبيک ناحيی د نارامی ځخه ګيله من وي.

په ښځو کې هيماچوريا هم وي ګيلې ېې د کوروالی ځخه وروسته پيداکيږي چې په فزيکي کتنه کې يې سپراپوبيک ناحيه حساسه خو سيستميکه توکسي ستي نه وي.(۳۷)

لابراتواري کتنې:

د تشو متيازو په ازموينه کې پايويوريا ، بکتری يوريا او هيموچوريا وي او په کرنه کې اړونده ميکروب زرغونيږي.(۳۷)

رادیولوژيکي ازموينې:

رادیولوژيکي ازموينې هغه وخت تر سره کيږي چې دپيالونفرايتس، متکرر انتان او د اناتوميکو ابنارملتيو شک شته وي.(۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

تفريقي تشخيص:

سيستايتس په ښځو کې د Valvuvagenitis اود حوصلی التهابي ناروغۍ(PID) سره تفريقي تشخيص کيږي چې د تشو متيازو او د حوصلې کتنو پواسطه يو دبل څخه توپيريږي.

په نارينوو کې د يوري تريتس او پروستاتيتس سره توپيريږي او د احليل په التهاب کې احليلي افرازات وي او په جس سره حساس وي. (۳۷)

په نارينووکي دمثاني التهاب نادر دی اوکه وي نودانتاني کانې ،پروستات التهاب اودځندني بولي لارو بندښت لپاره بايد پلټنې وشي. دمثاني دالتهاب غيرانتاني لاملونه عبارت دي له دحوصلې ته ورانګی ورکول ،کيموتراپي (سايکلو فاسفامايد)اود مثاني د کارسينوما څخه.(۳۷)

په ښځو کې د UTI مخنيوی:

۱- دورځې دوه ليتره مايعات وڅښي.

۲- وخت په وخت مثانه تشه کړي.

۳- که ويزيکو يوريترال ريفلوکس شته وي نو بايد دوه ځلې تشی متيازې وکړي.

۴-که يو ځلې تشې متيازې وکړي نو ۱۰-۱۵ دقيقې وروسته دې بيا کوښښ وکړي چې تشې متيازې وکړي.

۵- دکوروالي څخه مخکې او وروسته تشې متيازې وکړي. (۳۸)

درملنه :

که ښځی په غير اختلاطي سيستايتس اخته وي د يو دوز او يا ۱-۳ ورځو لپاره انتي بيوتيک تراپي سره ښه کيږي. دترای ميتوپريم سلفاميتوکسازول په وراندې ټينګښت پيداکيږي فلوروکينولون او نايتروفورانتين په غير اختلاطي سيستايتس کې تاکلي درمل دي. څرنګه چې غير اختلاطي سيستايتس په نارينووکې نادر دی خو که چيرې شته وي نو د لامل د موندلو لپاره يې بايد پلټنې وشي. د ګيلو د کمولو لپاره بولي انالجزيک لکه Phenazopyridine ۲۰۰ ملي ګرامه د ورځې دري ځله ورکول کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

حاد پيالونفرايتس (Acute Pylonephritis)

بيړنۍ پيالونفرايتس د پښتورگو د پارانشيم يوه حاد التهابي ناروغي ده چې غوره لاملونه يې ګرام منفي انتانات (اى کولاى، پروتيوس، کليبزيلا، سودوموناس) او غيرمعمول لاملونه يې ګرام مثبت انتانات (انتيروبکتر فيکالس، ستافيلوکوک) او ستافيلوکوک اوريوس دي.(۳۷)

انتان ډيرى د ښکتنو بولي لارو څخه (يوازى ستافيلوکوک اوريوس دوينې دلارې د پيالونفرايتس لامل کيږي) پورته کيږي. (۳۷)

کلينيکي بڼه:

دناروغۍ غوره ګيلې عبارت دي له تبې، د فلانک د ناحيې درد ، سړه لرې او دمثانى د تشيدو تخريشي ګيلې (فريکونسي، ارجنسي، ديس يوريا) څخه زړه بدوالى، کانګې او نس ناسته هم شته وي. په فزيکي کتنه کې ناروغ تبه لري د زړه حرکات چټک او د کوستوفرينيک زاويه حساسه وي.(Kindney Morphy's panch ننبه مثبت وى) (۳۷)

لابراتواري ازموينى :

دوينې په ازمونه کې دوينې د سپينو ژونکو شمير زيات وي او د تشو متيازو په ازمونه کې پايويوريا ، بکتريايوريا ، هيماچوريا او د سپينو ژونکو کاسټونه وي.

د تشو متيازو په کرنه کې سببي انتان زرغونيږي او دوينې کرنه مثبته وي. (۳۷)

راديولوژي:

د اختلاطي پيالونفرايتس د پښتورگو په التراسوند کې هايدرونفروسس ښکاري. (۳۷)

توپيري تشخيص:

حاد پيالونفرايتس د لاندې ناروغيو سره توپيري تشخيص کيږي.

۱- اپنديسايتس، کولي سيستايتس ، پانکراتايتس ، داى ورتيکولايتس ، دسړو د ښکتنې لوب نمونيا ، حاد پروستاتيتس ، حاد سيستايتس ، حاد اپې ديديمايتس(۳۷) په اپنديسايتس او داى ورتيکولايتس کې هيماچوريا او پايوريا هم وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

اختلاطات:

۱- سيپسس ، شاک ، ځنډنی پيالونفريتس، دپښتورګو ابسی او امفزيماتوز پيالونفرايتس (په ديابتيک کسانو کې دګاز توليدونکو اورګانيزمونو له کبله وي

درملنه:

شديد انتاني يا اختلاطي حالت په روغتون کې بايد بستر شي تر څو چې د تشو متيازو او د وينې دکرنې پايله لاسته راشي. امپي سيلين يو ګرام هر ۲ ساعته وروسته او جنتامايسين ۱ ملي ګرام په هر کيلو ګرام وزن د بدن هر اته ساعته وروسته ورکول کيږي. د بستر څخه دباندې ناروغانو ته دخولې دلارې کينولون (سپروفلوکزاسين ۷۵۰ ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته وروسته يا او فلوکزاسين ۲۰۰-۳۰۰ ملي ګرامه هر دولس ساعته وروسته د ۲۲ ورځو لپاره ورکول کيږي . تبه ښايي ۷۲ ساعته دوام وموميِ.

په ټينګاري پيښوکې بايد التراسوند ترسره شي او د درملنی د بشپړيدو څخه وروسته دتشو متيازو کرنه بيا وشي. (۳۷)

انزار:

د ښه تشخيص او درملنې سره د ناروغۍ انزار ښه دي. د اختلاطاتو لومړنۍ ناروغۍ او د عمر د زياتوالي سره انزار خراب وي.

ځنډنی پيالونفرايتس(Chronic Pyelonephritis) :

ځنډنی پيالونفرايتس د ريفلوکس يا اتروفيک پيالونفرايتس په نوم هم يادېږي چې په ګډه سره د ويزيکو يوريترال ريفلوکس او د کسبي انتان څخه چې په ماشومتوب کې اخيستل شوی وي مينځ ته راځي. په نارمل حالت کې دمثانې او حالب تر منځ يو اړخيز وال شته چې دمثانې د تقلص په وخت کې ترل کيږي تر څو چې تشې متيازې د مثانې څخه حالب ته بيرته لاړی نه شي. د ريفلوکس په حالت کې تشی متيازی د مثانی څخه حالب ته ټوزي چې دانتان لپاره لاره اواريږي. دناروغۍ د دوام په پايله کې په پښتورګو کې سکار او فبروتيک نسج مينځ ته راځي دپښتورګو سطحه غيرمنظم چې په پاې کې د پښتورګو د ځنډنۍ بې وسۍ لامل کيږي. (۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دپروستات حاد بکتريايي التهاب (Acute Bacterial Prostatitis):

حاد باکتريايي پروستاتيتس په عمومي ډول د ګرام منفي انتاناتو (ای کولای، سودوموناس) او نادرا د ګرام مثبت انتاناتو (اينتيروکوک) پواسطه مينځته راځي چې انتان د احليل دلارې پورته کيږي. د وينې او لمف د لارې د پروستات اخته کيدل نادر دي.(۳۲)

کلينيکي بڼه:

د ناروغۍ ګيلې عبارت دي له: د عجان، سکرل او سپراپوبيک درد ، تبې او دمثانې د دتشيدو تخريشي ګيلو څخه.

په حاد پراو کې د پروستات د پرسوب له امله تشې متيازې بنديږي چې په حاد پروستاتيتس کې د ريکتوم د لارې د ګوتې پواسطه د پروستات د جس او دمساژ اجازه نشته ځکه چې د سپتيسيميا لامل کيږي. (۳۲)

لابراتواري کتنې:

دوينې په بشپړ شميرولو کې دوينې د سپينو ژونکو شمير زيات وي. د تشو متيازو په ازموينه کې پايويوريا ، هيماچوريا او بکتريايوريا وي د تشو متيازو دکرنې پواسطه لامل پيژندل کيږي(۳۲)

توپيري تشخيص:

حاد پروستاتيتس د حاد پيالونفرايتس، حاد اپيديديمايتس او دای ورتيکولايتس سره توپير کيږي. دپروستات په سليمو او خبيثو ناروغيو کې تشې متيازې بندې وي.(۳۲)

درملنه:

ناروغ بايد په روغتون کې بستر شي. دحساس انتي بيوتيک د معلومولو څخه دمخه درګ دلارې امپي سيلين او جنتامايسين پيليږي. چې دوز يې د حاد پيالونفرايتس په شان دی کله چې د ۲۴-۴۸ ساعتو په موده کې تبه لرې شوه نو دخولې د لارې کينولون (سپروفلوکزاسين ۷۵۰ ملي ګرامه هر دولس ساعته وروسته اوفلوکزاسين ۲۰۰-۳۰۰ ملي ګرامه هر دولس ساعته وروسته) تر ۴-۶ اونيو پورې ورکول کيږي. که تشې

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

متيازې بندې وې نو کتيتر او نور سامانونه بايد ونه کارول شي او د سپراپوبيک تيوب دلارې يې تشې متيازې بايد تشې شي.د درملنې د بشپړيدو څخه وروسته بايد تشې متيازې د درملنې د پايلې د معلومولو لپاره بيا وکرل شي. (۳۲)

انزار

دښه درملنې سره انزار ښه وي ځنډنی پروستاتيس مينځته راتګ نادر دی. (۳۲)

دپروستات ځنډنی بکتريايي التهاب (Chronic Bacterial Prostatitis):

که څه هم ځنډنی بکتريايي پروستاتيتس د حاد بکتريايي پروستاتيس له کبله مينځته راځي خو په ځينو رنځورانو کې د حاد انتان تاريخچه معلومه نه وي. ګرام منفي انتانات د ناروغۍ غوره لاملونه دي خو يوازې يو ګرام مثبت انتان (اينتيروکوک) د ځنډنی پروستاتيتس لامل کيږي. انتان د احليل او دتشو متيازو د ريفلوکس له کبله د پروستاتيک قنات د لارې پروستات ته داخليږي. دوينې اود لمف د لارې يې اخته کيدل نادر دي.(۳۷)

کلينيکي بڼه:

ځينو ناروغانو کې ګيلې نه وي خو په ډيری ناروغانو کې د تشو متيازو د تشيدو تخريشي ګيلې وي. د ملا او د عجان درد شته وي. ډيرو ناروغانو کې د بولي لارو د انتان تاريخچه شتون لري خو په فزيکي کتنه کې کومه ځانګړې نښه نه وي پروستات په جس سره نارمل او يا پرسيدلی احساسيږي. (۳۷)

لابراتواري نښې:

که په دويمي توګه دمثانی التهاب ورسره نه وي نو د تشو متيازو ازموينې نارمل وي تشخيص يې د پروستاتي افرازاتو يا د هغه تشو متيازو دکرنې پرمټ کيږي چې د پروستات د مساژ څخه وروسته راځي. (۳۷)

راديولوژي:

راديولوژيکو تستونو ته اړتيا نشته خو بيا هم دحوصلې راديوګرافي او د ريکتوم دلارې التراسوند په تشخيص کې مرسته کوي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

توپيري تشخيص:

ځنډنی پروستاتيتس بايد د احليل د ځنډني التهاب، د مثاني التهاب او دريکتوم د ناروغيو سره توپيري تشخيص شي. (۳۷)

درملنه:

دترای ميتوپريم سلفاميتوکسازول سره درملنه بريالی ده.سپروفلوکزاسين ۳۲۰-۵۰۰ ملي ګرامه هر دولس ساعته وروسته د ۱-۳ ميا شتو لپاره ورکول کيږي ځينی نور انتي بيوتيکونه لکه کاربني سيلين، اريتروما يسين، سفاليکزين هم اغيزه کوي او د ګيلو دغلي کولو لپاره اندوميتاسين يا بروفين ورکول کيږي. (۳۷)

انزار:

دځنډني بکتريايي پروستاتيس درملنه ستونزمنه ده ګيلې او متکرر بولي انتانات د انتي بيوتيک پواسطه درملنه کيږي. (۳۷)

دپروستات غير بکتريايي التهاب (Non Bacterial Prostatitis)

غير بکتريايي پروستاتيس د پروستاتيتس د سندروم يو معمول ډول دی چې لامل يې څرګند نه دی.(۳۷)

کلينيکي بڼه:

کلينيکي بڼه يې د ځنډني پروستاتيس په شان ده او د بولي لارو دانتاناتو تاريخچه موجودنه وي. (۳۷)

لابراتواري کتنې:

د پروستات په افرازاتو کې د وينې د سپينو ژونکو شمير زيات او کرنه يې منفي وي.

توپيري تشخيص:

د ځنډني بکتريايي پروستاتيتس څخه دکرنې پواسطه توپير کيږي او دمثانې په کنسر کې سايتولوژيکي ازموينې مثبت وي. (۳۷)

درملنه:

څرنګه چی ددې ناروغۍ لامل معلوم نه دی خو بيا هم يوروپلازما، مايکوپلازم يا

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلاميديا انتانات درملنه کيږي.

اريترومايسين دخولې دلارې ۳۲۰ ملي ګرامه د ورځې څلور ځله د ۱۴ ورځو لپاره ورکول کيږي او که ځواب يې ښه وي ان تر ۳-۲ اونيو پورې ورکول کيږي. دالتهاب ضد درمل سره ګيلې ښه والی مومي. غذايي بنديز ته اړتيا نشته خو الکول او کافين ګيلې زياتوي. (۳۷)

حاد اپيديديمايتس (Acute Epididymitis)

د بيړنۍ اپيديډيماتس غوره لامل انتانات دي چې د عمر له نظره په دوو ګروپونو ويشل شوي دي.

۱- د جنسي اړيکو نژدې والي له کبله انتقال يې د ۴۰ کلنۍ څخه ښکته عمر نارينوو کې پيداکيږي او داحليل دالتهاب سره يو ځای وي لامليونه يې عبارت دي له کلايمډيا تراخوماتيس اونايسيريا ګنوريا څخه. (۳۷)

۲- دغير جنسي اړيکو دلارې انتقال : دا ډول يې په زړو نارينوو کې پيداکيږي چې دبولي لارو انتاناتو او د پروستاتيتس سره يو ځای وي او دګرام منفي انتاناتو له کبله وي.

انتان د احليل دلارې وازوديفرنس او بيا اپيديديمس ته دننه کيږي. اميدارون هم کله کله د اپيديديمايتس لامل کيږي.(۳۷)

کلينيکي بڼه:

ګيلې په عمومي ډول د درونډ شي د جګولو، تروما او د جنسي فعاليت څخه وروسته پيداکيږي. نورې ګيلې يې عبارت دي له د احليل التهاب (درد د قضيب په سر کې وي او احليلي افرازات ورسره وي) يا دمثانی التهاب (دمثانی د تشيدو تخريشي ګيلې ورسره وي) څخه. (۳۷)

د اپيديديماتتس درد په خصيو کې وي چې سپرماتيک کارديا فلانک ته خپريږي تبه او د خصيو پرسوب ورسره وي. په مقعدي کتنه کې پروستات دردناکه وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

لابراتواري ازموينې:

دوينې په بشپړشميرلو کې دوينې سپينو ژونکو شمير زيات وي. هغه اپيديمايتس چې د جنسي فعاليت څخه وروسته مينځته راغلی وي.

په ګرام ستين ازمونه کې ګرام منفي انتان (نايسيريا ګنوريا) د احليل په افرازاتو کې مثبت وي. که چيرې د احليل په افرازاتو کې سپينې ژونکې شته وي او ارګانيزم ونه ليدل شي دنن ګونوکوکل يوريتريتس او کلاميديا ترخوماتيس ښودنه کوي. (۳۷)

هغه اپيديمايتس چې په غير د جنسي فعاليت څخه پيدا شوي وي د تشو متيازو په ازموينو کې پايويوريا، بکتري يوريا او هيماچوريا مثبت وي د تشو متيازو کرنې پواسطه يې لامل پيژندل کيږي. (۳۷)

راديولوژي

دلوي هايدروسيل د شتون له امله داپيديمايتس تشخيص ګران دی او د خصيې التراسوند بايد ترسره شي. (۳۷)

توپيري تشخيص

د خصيو په تومور کې خصيه بې درده وي د تشو متيازو ازموينې منفي وي او اپيديديمس نورمال وي او د خصيې د التراسوند سره پتالوژيک افت پيژندل کيږي.

دخصيې تورشن په نارينوو کې مخکې د ځوانۍ څخه وي. کله کله په ځوانانو کې هم ليدل کيږي خو د تشو متيازو ازموينې او ګيلې منفي وي. (۳۷)

Prehns sign (کله چې خصيه دسميپايزس فوبس څخه پورته شي د اپيديمايتس درد ارامېږي) ښايي د اپيديمايتس په تشخيص کې مرسته وکړي خو باوري ننبنه نه ده.(۳۷)

درملنه:

په حاد حالت کې خصيه بايد پورته شي او د ارام سپارښتنه کيږي سببي درملنه کيږي.

که دجنسي فعاليت له کبله پيداشوی وي نو د ۱۰-۲۲ ورځو لپاره انتي بيوتيک تراپي کيږي او دجنسي اړيوال درملنه يې هم کيږي. (۳۷)

که اپيديمايتس د جنسي فعاليت څخه پيداشوی نه وي دمناسب انتي بيوتيک سره

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د ۲۲-۳۸ ورځو لپاره درملنه کيږي او د بولي لارو د انتاناتو لپاره يې هم بايد پلتنه وشي. (۳۷)

انزار:

د ښې درملنې سره انزار ښه وي. د درملنې د ځنډولو اويانه بشپړه ولو سره اپيديموا ورشيتس، فيرتيليتي کموالی او ابسی پيدا کيږي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دګلومیرول غوره ناروغي

(The Major Glumerolopathies)

Acute Nephritic Syndrom

حاد نفريتيک سندروم د ګلومیرول د بيړنۍ التهاب څخه عبارت ده چې دځو ورځو او اونيو په موده کې دپښتورګو د حادې بې وسۍ لامل کيږي. دپښتورګي دويني بهير او جي،ايف، ار په لاندې فکتورونو پورې اړه لري. (۲۲)

۱- د ګلومیرول د کپيلريو بنديز: د ګلومیرول په کپيلريو کې د التهابي ژونکو د انفلتريشن او دګلومیرول د ژونکو د پرولیفريشن له کبله وي.

۲- دوازو کنستريکتورنو (ليوکوترين، ترمبوسيت فعالوونکی فکتورونه ترومبوکسان، اندوتيلين) او د وازو دای لاتورونو (نايتريک اسيد، پروستاسکلين) ترمينځ د انډول خرابوالی. (۲۲)

دنفريتيک سندروم ځانګړې پتالوژيکه څرګندونه له پرولیفراتيف ګلومیرولونفرايتس څخه عبارت دی. دګلومیرول ژونکی د نتروفيل او مونوسيت ژونکو د انفلتريشن له کبله (پرولیفريشن) کوي. که نفريتيک سندروم شديد او دګلومیرول د حاد التهاب سره يوځای وي نو د حاد ديفيوز ګلومیرولونفريتس پنوم يادیږي. (۲۲)

که التهاب په منځنۍ کچه وي او ګلومیرول د ۵۰% څخه لږ اخته شوی وي نو دفوکل پرولیفراتيف ګلومیرونفرايتس په نوم يادیږي او که التهاب خفيف او يوازې په ميزانجيوم کې وي نود ميزانجيو پرولیفراتيف ګلومیرولونفريتس پنوم يادیږي. (۲۲)

لاملونه او توپيري تشخيص

حاد نفريتيک سندروم امينولوژيکه ناروغي ده حاد نفريتيک سندروم او ديفيوزپرولیفراتيف ګلومیرولونفرايتيس د لوړ دوز انتي جن په وړاندې يو حاد اميونولوژيک غبرګون ده او Rapid Progressive Glumerulo nephritis(RPGN) (کريسنتيک ګلومیرولونفرايتس) دلږې کچې انتي جن په وړاندې تحت الحاد غبرګون دی. (۲۲)

دامیونو فلوروسنس ميکروسکوپ له مخې د نفريتيک سندروم لاملونه عبارت دي له:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- ايميون کامپليکس ګلوميرولونفرايتس : په دې حالت کې اميونوګلوبولين په زياته کچه په ګلوميرول کې ځاې په ځاې کيږي چې ۷۰% د نفريتيک سندروم لامل کيږي.

۲- انتي ګلوميرولو بيس مينټ ممبران ناروغۍ : په دې حالت کې دګلوميرول په قاعده کې په کمه اندازه اميونوګلوبولين ځای په ځای کيږي او ۱% څخه کم د نفريتيک سندروم لامل کيږي. (۱۲،۲۲)

۳- فوسي ايميون ګلوميرولونفرايتس : اميونوګلوبولين هيڅ نه وي ۳۰% څخه کم د ناروغۍ لامل کيږي. (۱۲،۲۲)

کلينيکي بڼه:

پرسوب لومړی په هغه انساجو کې چې فشار يې ښکته وي (دسترګوشاوخوا) او دملا په اخرنی برخه کې ليدل کيږي. هايپرتنشن دهايپروالیوما له کبله وي. (۱۲،۳۷)

لابراتواري څرګندونې:

۱- سيروم کيمستري : د نفريتيک سندروم د تشخيص لپاره ځانګړی کيمياوي ازموينې نشته خو د لومړنيو ناروغيو لابراتواري ازموينې ښايي شته وي. که حاد نفريتيک سندروم او RPGN د اميون کمپلکس ګلوميرولو نفرايتيس له کبله وي نو سيروم C3 اندازه به کمه وي او انتي ګلوميرول بيسمنټ ممبران انتي باډي او انتي نيوکلير سايتوپلازميک به منفي وي.که نفريتيک سندروم او RPGN د انتي ګلوميرولر بيسمينټ ممبران انتي بادي ناروغيو له کبله وي نو دسيروم انتي ګلوميرولر بيسمينټ ممبران انتي بادي به مثبت، C3 به نارمل اوانتي نيوکلير سايتوپلازميک انتي بادي به منفي وي. (۱۲،۳۷)

که دفاوسي ايميون ګلوميرولو نفرايتس له کبله نفريتيک سندروم او RPGN مينځته راغلي وي نو دسيروم انتي نوکلير سايتوپلازميک انتي باډي به مثبت وي او انتي ګلوميرولو بيسمنټ ممبران انتي بادي به منفي وي. (۱۲،۳۷)

په پوست ستريپتوکوکل ګلوميرولونفرايتس کې به د ASO تايټر لوړ وي.

۲- دتشو متيازو ازموينې: دنفريتيک سندروم د ناروغانو په تشو متيازو کې بې شکله سرې ژونکې ،دوينی د سری حجری کاست ، سپينې ژونکې، سب نفروتيک پروتين

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

يوريا (په ۲۴ ساعتوکې د تشو متيازو د پروتين کچه د لړه وي) (يورينارې سيديمنت) او هيماچوريا وي. (۳۷)

۳- بايوپسي:

که دبايوپسي لپاره کوم مضاد استطباب (لکه وينه بهيدل، ترومبوسايتوپينيا، ناکنترول شوی هايپرتينشن) نه وي نو د تشخيص کونجي ده. (۳۷)

درملنه:

د نفريتيک سندروم او RPGN ناروغانو د درملنې بنسټ عبارت دی له د هايپرتنشن او هايپروواليوما د درملنې څخه د اوبو او د مالګې بنديز او دګلوميرول التهابي ناروغيو د درملنې لپاره کورتيکوسټروئيد او سايتوتوکسيک ورکول کيږي. (۳۷)

پوست سترپټوکوکل ګلوميرولونفرايتس:

دحاد نفريتيک سندروم يو معمول لامل دی چې ډيری پيښې يې سپورادیک وي خو په اپيديمک ډول هم پيداکيږي. ګلوميرولونفراتيس لس ورځې وروسته دفرنجيتس څخه يا دوه اونۍ وروسته د پوستکي د انتاناتو (امپيتيګو) څخه (کوم چې د نفروجنيک ډول ګروپ A بيتا هيمولايتيک سترپتوکوکس له کبله منځته راغلی وي) پيداکيږي. دګروپ A بيتا هيمولايتيک سترپتوکوک معمول نفرايتيک ډولونه عبارت دي له ۴۹، ۵۵، ۵۷، ۳۲، ۱، ۲، ۴، ۱۲، ۱۸ او ۲۰ څخه. (۱۲، ۲۲)

پوست سترپتوکوکل ګلوميرولونفرايتس په ۲-۲ کلنۍ ماشومانو کې په ژمي کې د فرنجيتس څخه وروسته او په اوړي کې د امپيتيګو څخه وروسته پيداکيږي. (۲۲)

کلينيکي بڼه:

ځانګړې کلينيکي بڼه يې نفريتيک سندروم ده چې د پښتورګو د اوليګو يوريک حاد بې وسۍ سره يو ځای وي. همدارنګه په ناروغ کې ګراس هيماچوريا (سور يا دود وهلی تشی متيازی) سردردي بې اشتهايي، زړه بدوالی، کانګې او ستومانتيا شته وي. د تشو متيازو په ازموينو کې د بې شکله سرې ژونکې، د سرو ژونکو کاستونه، سپينې ژونکې، نفريتيک يورينارې سيديمنت، کله کله دسپينو ژونکو کاستونه او سب نفروتيک پروتين يوريا وي او ريوماتيک فيور نادراً ورسره مل وي. (۱۲، ۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په سيرالوژيکو ازموينو کې ۹۰% پيښو کې د C3 کچه دوو اونيو په موده کې کې ښکته او د C9 کچه نورمال وي. د کمپليمينت کچه د ۲-۸ اونيو په موده کې بيرته نارمليږي. که چيرې دوامداره ښکته وي نو د ممبرانو پروليفراتيف ګلومېرولونفرايتس ښودونکی دی. (۱۲،۲۲)

۹۰سلنه څخه ډيرو پيښو کې Anti deoxy تايتر (ASO) Anti streptolysin o Anti ribonuclease B (Anti DNase) ، Anti streptokinase (Askase) ، Anti nicotynil adenine dinucleotidase (anti NADase) او Anti hyaluronidas (AHase) کچه لوړ وي.

حاد پوست سترپتوکوکل ګلومېرولونفرايتس د دکلينيکي او سيرالوژيکو ازموينو له مخې تشخيصيږي. بايوپسي ته ډير اړتيا نه پيداکيږي په تيره هغه ماشومانو کې چې پخوانۍ تاريخچه ولري. پتالوژيکي ازموينو کې ديفيوز پروليفروتيف ګلومېرولونفرايتس وي. (۲۲)

نفريتيک سندروم او RPGN د سترپتوکوک څخه پرته په وايروسي، بکتريايي، فنګسي او پرازيتي انتاناتو کې هم پيداکيږي چې دپيري انفکشن ګلومېرونفرايتس پنوم يادېږي. (۲۲)

درملنه:

دپوست سترپتوکوک درملنه عبارت ده له د ساتونکې درملنې، دميکروب ضد درملنې دهايپرتنشن د درملنې، دمالګې او د اوبو د بنديز او د داي يوريتکونو څخه کورتيکوستروئيد کومه اغيزه نه لري. (۲۲)

انزار

دماشومانو انزار ښه وي. ۵% سلنه څخه کمې پيښې يې RPGN خواته او ۵ سلنه يې په غټانو کې د پښتورګو ځنډنې بې وسۍ خواته ځي. (۱۵)

Anti glomerulor basement membrane glomerulonephritis and good pasture's syndrome

انتي ګلومېرولر بيسمينټ ممبران ناروغي يوه اتواميون ناروغي ده چې د انتي

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ګلومیرولر بیسمینټ ممبران انتي بادي په منځ ګړیتوب د ګلومیرولونفریتس او د سږو د هیموراژ لامل کیږي. پدې ناروغۍ کې (RPGN) مینځ ته راځي خو حاد نفریتیک سندروم نادر دی. یو پر درې انتي ګلومیرولر بیسمینټ ممبران ګلومیرولونفرایتس ناروغانو کې د سږو اخته کیدنه نه وي. (۲۲،۳۲)

که چیرې انتي ګلومیرولر بیسمینټ ممبران ګلومیرولو نفرایتس او دسږو هیموراژ سره یو ځای وي نو د Good Pastures سندروم پنوم یادیږي.

دناروغۍ پیښې په نارینوو کې د ښځو په پرتله ۲ ځله زیاتې دی. زیاتره د ځوانی په عمر کې (۲۰-۳۰ کلنی) پیداکیږي.

کلینیکي څیره:

۲۰-۲۰ سلنه پیښو کې د پورتنۍ تنفسی لارو د انتاناتو سره یوځای وي چې ننبې یې عبارت دي له بلغمو، ساه لنډۍ، تنفسي بې وسۍ ، هایپرتنشن ، پرسوب او نفریتیک سندروم څخه. (۲۲،۳۲)

لابراتواري نښې:

د اوسپنې دکموالي انیمیا شته وي، د کامپلمینت کچه نارمل وي. د بلغمو په ازموینه کې هیموسیدرین لرونکي مکروفاژونه وي.

دسینې په رادیو ګرافي کې د سږو د هیموراژ له امله انفلتریشن لیدل کیږي. په ۹۰سلنه پیښو کې انتي ګلومیرولر بیسمینټ ممبران انتي بادي مثبت وي. (۲۲،۳۲)

درملنه

غوره شوې درملنه یې په ګډه پلازما بدلول (تر څو چې دورانې انتي بادي ورکه شي) او معافیت ځپونکي درمل دی (د نوې انتي بادي د جوړیدو د مخنیوي او د التهابي غبرګون دکنترول لپاره ورکول کیږي). (۲۲،۳۲)

میتایل پریدنیزولون د ورځې ۱-۲ ګرامه د درې ورځو لپاره اوبیا پریدنیزولون د ورځې یو ملي ګرام په هر کیلو ګرام وزن د بدن ورکول کیږي.

سایکلو فاسفامید د رګ د لارې 0.5-1.0gm/m2 یا دخولې دلارې دورځې ۲-۳ ملي ګرامه په هرکیلو ګرام وزن د بدن ورکول کیږي.پلازما فوری سیس هره ورځ تر دوو

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

اونيو پوري ترسره کيږي. (۳۲، ۲۲)

انزار هغه وخت خراب وي چې ناروغ اوليګويوريا ولري او د سيروم کرياتينين اندازه د ۲-۷ ملي ګرامه پر ديسي ليتر څخه لوړ وي. کله چې انتي ګلوميرولر بيسمينټ ممبران انتي بادي د سيروم څخه ورکه شي نو د ښه والي ښودونه کوي. (۳۲، ۲۲)

Rapidly progressive Glomerulo nephritis (RPGN)

د GN تحت الحاد شکل دی چې دځو اونيو او مياشتو په موده کې د پښتورګو دعدم کفايی لامل کيږي کلينيکي لوحه او لابراتواري معاينات يې د GN په شان دی. پتالوژيک ښه يې د Crescent جوړيدل دي د همدی له امله RPGN ته Crescentic GN هم وايي.

Crescet هلالي افت ته وايي چې د Bowman اپيتيليل حجراتو او مونوسيت حجراتو ارتشاح له کبله پيدا کيږي. (۳)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

نفروتيک سندروم (Nephrotic Syndrom)

پيژندنه:

د نفروتيک سندروم صفتونه عبارت دي له پروتين يوريا (په ۲۴ ساعتو کې د تشو متيازو دپروتين دوتني کچه د ۳- ۳،۵ ګرامو څخه ډير وي)، هايپوالبومينيميا، پرسوب، هايپر ليپيديميا، ليپيديوريا او هايپرکواګوبيليتي څخه.

په ټولو هغه ناروغيو کې چې منفي الکتروستاتيک چارج بدليږي ګلومېرول قاعدوي غشا او پوډوسيست خرابيږي او نفروتيک سندروم مينځته راځي. دنفروتيک سندروم لاملونه عبارت دي له:

- مينيمل چاينج ناروغی
- فوکل او سيګمينټل ګلوميرولو سکيلروزسس
- ممبرانوس نيفروپاتي
- ممبرانو پروليفراتيف ګلوميرونفرايتس
- ديابتيک نفروپاتي
- امايلوئيدوزسس (۲۲، ۳۲، ۳۷)

پتوفزيالوژي

۱-هايپوالبومينيميا: د پروتين يوريا له کبله د سيروم د البومين کموالی او د پښتورګو پواسطه د البومين د کتابوليزم زياتوالی.

۲- پروتين يوريا: د پورتين يوريا ميکانيزم څرګند نه دی خو بيا هم داسې اند کيږي چې دګلوميرول قاعدوي غشا دناروغيدو له کبله د سوريو سايز او شمير زياتوالي مومي چې لوی مالیکولي وزن لرونکي پروتينونه ترينه وځي. همدرانګه په نارمل حالت کې دګلوميرول د کپلريو ديوال منفي چارج لري چې د پروتين يورياڅخه مخنيوی کوي. کوم وخت چې ګلوميرول اغيزمن شي نو پروتين يوريا پيداکيږي.(۲۲)

۳-هايپرليپيديميا: د پروتين د ضايع کيدو له امله د سيروم ان کوتيک فشار کميږي چې ددې په واسطه په ځيګر کې دليپوپروتين جوړيدل زياتيږي. لوړينستې ليپوپروتين

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

اوکولسترول په ټولو نفروتيک ناروغانو کې ډير جوړيږي خو VLDP او ترای ګلسراید یوازې د شدید نفروتیک سندروم په ناروغانو کې ډیر جوړیږي. هایپرلیپدیمیا د اتیروسکلروزس لامل کیږي چې داد پښتورګو ناروغۍ نورې هم تشدیدوي.

۴-هایپرکوواګوبیلیتي:د هایپرکوواګوبیلیتي لاملونه عبارت دي له په تشو متیازو کې د انتي ترومبین ۳ اطراح زیاتوالی، دپروتین S یا C دکچې کموالی یا د فعالیت خرابولی، هایپرفایبرینوجینیمیا(دغیګر پواسطه د فبرینوجن زیات جوړیدل، فبرینولایزس خرابیدل، Platelets aggregability زیاتوالی دی. (۳۲)

د هایپرکوواګوبیلیتي اختلاطات عبارت دي دمحیطي شریانو یا وریدنو ترومبوزس د پښتورګو وریدي ترومبوزس اود سږو امبولیزم څخه.

دپښتورګو د وریدونو د ترومبوزس کلینیکي بڼه عبارت دی د فلانګ یا د ګیډې ناڅاپي درد، ګراس هیماچوریا، دچپ خوا واریکوسیل (دخصیې وریدي وینه دپښتورګو په وریدو کې تویږي) د پروتین یوریا زیاتوالی او په حاد توګه د جي،ایف،ار د کموالي څخه. دنفروتیک سندروم نور میتابولیک اختلاطات عبارت دي له:

۱- پروتین مل نتریشن

۲- iron resistance microcytic hypochromic anemia (په تشو متیازو کې د ترانسفرین د وتنې د ډیروالي له کبله وي.

۳- هایپوکلسیمیا (په تشو متیازو کې دکولي کلسي فیرول بنډینګ پروتین دوتنې د زیاتوالی له کبله ویټامین D لږوالی مینځته راځي چې دا د هایپرپاراتائیرویدزم لامل کیږي.

۴- د تایروکسین بنډینګ پروتین ضایع کیدو له امله هایپوتایروئیدزم مینځته راځي.

۵- انتانات: د IgG کتابولیزم او په تشو متیازو کې د وتنې د زیاتوالي له کبله.

۶- دپښتورګو حاد بې وسي.

۷- د ودې ځنډیدل

۸- دسږو پرسوب (۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينيکي بڼه:

محيطي پړسوب دناروغۍ لومړنی نښه ده او هغه مهال پيداکيږي چې د سيروم البومين د ۳ ګرام پرديسي ليتر څخه ښکته شي. همدرانګه د سوديم د احتباس له کبله هم پيداکيږي. پړسوب لومړی دبدن په تکيه کوونکی ځايونو او ښکتنۍ اطرافو کې وي او وروسته په ټول بدن کې وي.

ساه لنډي د سږو د پړسوب، پلورل ايفيوژن او د اسايټس له کبله وي. ناروغان اتتان ته ډير برابر وي.(۳۲)

لابراتواري ازموينې:

الف: دتشو متيازو ازمويته.

۱- پروتين يوريا وی.

۲- دهايپرليپيديميا له کبله په تشو متيازو کې Oval fat body وي.

ب: دوينې بيوشميکي ازموينې:

۱- سيروم البومين د ۳ ګرام سلنې څخه کم وي.

۲- دسيروم د مجموعي پروتين کچه د ۲ ګرام في ديسي ليتر څخه کم وي.

۳- ۵۰% پينبو کې هايپرليپيديميا وي.

۴- دپلازما د فبرينوجن کچې د لوړوالي له امله ESR لوړيږي.

نورې غير معمولی ازموينې چې د نفروتيک سندروم په ناروغانو کې ترسره کيږي عبارت دي له سيروم کمپلمينت اندازه کول، د سيروم يورين پروتين الکتروفوريزس،انتي نيوکلير انتي باډي ، د هيپاتيټس سيرالوژيکې ازموينې، دويتامين ډي، زينګ او کاپر کموالی. (۳۲)

ج: بايوپسي:

دبايوپسي نمونې د لايټ ، اميونوفلوريسنس او الکترون مايکروسکوپ پواسطه کتل کيږي.که په نفروتيک سندروم کې د کرياتينين کچه لوړه وي او همدارنګه که د اميلوئيدو يا د ديابتس له کبله د نفروتيک سندروم په اندازه پروتين يوريا پيداشوي وي نو دا بيرته نه ګرځيدونکې حالت دی او بايوپسي نه ترسره کيږي. (۳۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

درملنه:

دنفروتيک سندروم د درملنې بنسټ عبارت دي له:

۱- دنفروتيک سندروم د لامل درملنه (دلامل لاندې څيړل کيږي)

۲- د پروتين يوريا کنترول.

۳- داختلاطاتو کنترول.

که پروتين يوريا دمعافيت ځپونکو درملو سره ښه نه شوه نو د پروتين يوريا غيروصفي درملنه پيل کيږي. لکه ACE نهي کوونکي او يا ارجنين رسپتور بلاکر دنفروتيک سندروم په ټولو ډولونو کې انتي پروتين يوريا اغيزه لري چې دا درمل د ګلوميرول د کپلريو د فلتريشن فشار کموي نو ځکه د پروتين يوريا څخه مخنيوی کوي همدرانګه د دې درمل د کارولو په وخت کې بايد دوينی فشار او دپښتورگو دندې وکتل شي. نن ستروئيد التهاب ضد درملونه هم پروتين يوريا کموي. (۳۲)

داختلاطاتو درملنه:

۱- اذيما :

دپرسوب د کمولو لپاره په خوړو کې مالګه بايد کمه شي او تيازيد پيل شي. که ددې سره ښه والی پيدانه شو نو لازيکس د ورځې ۲۰-۱۲۰ ملي ګرامه يوازې اويا د اميلورید (د ورځې ۵ ملي ګرامه) سره يوځای ورکول کيږي. د نفروتيک سندروم ناروغان د کولمو د پرسوب له امله دخولې دلازي داي يوري تيکو سره نه ښه کيږي نو زرقي بايد ورکړل شي. دزيات داي يوري تيک ورکولو له کبله هايپووالیوما اوپري رينل ازوتيميا پيداکيږي. (۳۲)

۲- هايپرليپيديميا:

دليپيد زياتوالی د مايوکارد انفارکشن او د محيطي رګونو د ناروغيو خطر زياتوي چې ددې دمخنيوي لپاره ستاتين ورکول کيږي. (۳۲)

۳- انتي کوواګولانت:

که دسيروم البومين د ۲ ګرام في ديسي ليتر څخه کم شي نو هايپرکوواګولابل حالت مينځته راځي چې د ۳-۲ مياشتو لپاره دانتي کوواګولانتو په واسطه يې درملنه کيږي

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

او د متکرر ترومبوزس او د پښتورگو د وريدونو ترومبوزس لپاره د اوږدې مودې لپاره کارول کيږي. هيپارين نه ورکول کيږي ځکه چې انتي ترومبين ۳ نه وي. (۲۲ ، ۳۷)

۴- سيپ سيس:

په نفروتيک سندروم کې دمړينې لومړنې لامل انتان دې. ځرنګه چې اميونوګلوبولين په تشو متيازو کې ډيرى وزي نو دا ناروغان انتان ته ډير برابر وي. نموکاکل انتان ډير معمول دى نو ناروغان ددې د مخنيوي لپاره واکسين شي. ((۳۲))

۵- خواړه :

زيات پروتيني خواړه (دورځې ۸۰-۹۰ ګرامه) پروتين يوريا زياتوي. بايد د نارمل اندازه پروتينو سپارښتنه وشي.((۳۲))

۲- که دويتامين ډي لږوالى شته وي درملنه يې ترسره کيږي. ((۳۲))

Minimal Changed Disease(MCD)

مينيمل چينج ناروغۍ ۸۰% په ماشومانو کې د نفروتيک سندروم لامل کيږي. پښتورګي په لايټ مايکروسکوپ او امينوفلورى سنس کې نارمل وي خو په الکترون مايکروسکوپ کې د اپي تيليل ژونکو فوټ پروسيس سره نښتي وي. ((۳۲))

د مينيمل چينج ناروغۍ په امينولوژيک پتوجنيزس کې درى فکتورونه شامل دي.

۱- د سترويډو او معافيت ځپونکو درملو سره ښه والى. ((۳۲))

۲- دهاجکن لمفوما د درملنې سره مينيمل چينج ناروغۍ هم ښه کيږي.

۳- د ناروغ د کورنۍ په غړو کې د استما او اکزيما تاريخچه شته وي کله چې دناروغ څخه حساس انتي جن لري شي نو نفروتيک سندروم هم ښه کيږي. (۳۲)

کلينيکي بڼه:

مينيمل چينج ناروغۍ ډيرى په ماشومانو (په تيره نارينه) کې زيات دى کلينيکي بڼه يې نفروتيک سندروم دى. ۲۰-(۳۲) سلنه په غټانو کې د نفروتيک سندروم لامل کيږي. (۳۲)

درملنه:

پريدنيزولون دورځى يو ملي ګرام په کيلو ګرام وزن دبدن د ۴-۲ اونيو پورې بيا ۴۰

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ملي ګرام يو ورځ بعد د ۴-۲ اونيو پورې ورکول کيږي چې ددې سره ۹۵ سلنه پروتين يوريا ښه کيږي. په غټانو کې ښه والی لږ وي خو د ۱۲ اونيو لپاره هره ورځ او بيا يوه ورځ وروسته ورکول کيږي. يو پردې ناروغانو کې د کورتيکوسټريئدو د پرينبودولو سره بابيږي نه وی. (۳۷)

دسايکلوفاسفاميدو يو کورس د ورځې ۱،۵-۲ملي ګرامه په هر وزن کيلو ګرام د بدن د ۸-۱۲ اونيو لپاره د پريدنيزولون (۵.۷-۱۵ملي ګرامه دورځې) سره يوځای ورکول کيږي. دواړه يې داوږدې مودې لپاره ښه و الی راولي. (۳۷)

دستروئيد په وړاندې په ټينګاري حالاتو کې سايکلو فاسفاميد ورکول کيږي. سايکلوفاسفاميد د دوو کورسونو څخه ډير نه ورکول کيږي ځکه چې د ايزوسپرميا لامل کيږي. که په غټانو او ماشومانو کی د ستروئيدو سره ښه والي تر ۴ کالو پورې دوام ومونډ نو بابيږي يې کم دي. سايکلوسپورين دورځې ۳-۵ ملي ګرامه په هر کيلوګرام وزن دبدن په پرله پسې توګه د بابيږي د مخنيوي لپاره ورکول کيږي. (۳۷)

دسايکلو سپورين د درملنې په مهال بايد د پښتورګو اطراحي دنده او د سايکلو سپورين دوينې کچه وکتل شي ځکه چې نفروتوکسيکه اغيزه لري.

کورټيکوسټروئيد پورې تړلو ناروغانو کې ليوااميزول ۲-۵ملي ګرامه په هر کيلو ګرام وزن دبدن د (لوړ دوز يې دورځې ۱۵۰ملي ګرامه) يو ورځ وروسته هم ورکول کيږي اغيزه يې څرګنده نه ده.(۳۷)

Memranous Nephropathy

ممبرانوس نفروپاتي په غټانو کې د نفروتيک سنډروم غوره لامل دی. دايو اميون کمپلکس ناروغي ده چې دګلوميرول د کپيلريو په ديوال کی اميون کمپلکس ځای په ځای کيږي. (۳۲)

ممبرانوس نفروپاتي کله کله د هيپاټيټس بي او سي وايروسونه، ملاريا ،فيلاريازسس، اندوکاردايتس، سفليس، اتواميون ناروغيو (لوپوس، منضم نسج ناروغي، تايروايدايتس، کارسينوما) سره يوځای وي همدارنګه ځينې درمل لکه پنسيلامين ، ګولد او کپتوپريل NSAID هم د ممبرانوس نفروپاتي لامل کيږي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينيکي بڼه:

کلينيکي بڼه يې نفروتيک سندروم دی.دپښتورگو وريدي ترومبوزس په کې ډير پيداکيږي. ۵۰ سلنه ناروغان د ۳-۱۰ کالو په موده کې د پښتورگو د ځنډنۍ بې وسۍ خواته درومي. دناروغۍ خرابې پايلې عبارت دي له تيوبولر انترستيشيل فبروزس، نارينه، سيروم کرياتينين لوړوالی، هايپرتنشن او پروتين يوريا څخه (دورځې د ۱۰ گرامو څخه ډيره وي). (۳۷)

لابراتواري نښې: په لايټ ميکروسکوپ کې د کپيلريو ديوال د التهاب او د ژونکو د پرولیفريشن څخه پرته پيړ شوی وي. په اميونو فلوری سنس کې په کپيلريو کې IgG او C3 ليدل کيږي. په الکترون مايکروسکوپ کې د قاعدوي پوښ په سب اپي تيليل کې پرې شوي ډنس وي. (۳۲)

درملنه:

که پروتين يوريا د ۳،۵ملي گرامو څخه لږه وي نو د ناروغۍ د پرمختگ کچه لږه وي. دې ناروغ ته لږه مالگه ورکول کيږي فشار يې بايد کنترول شي او د پروتين يوريا لپاره ACE نهي کوونکي درمل ورکول کيږي. که پورتين يوريا د ورځی ۳،۵-۸ ملي گرامه وي او د پښتورگو وظيفوي ازموينې نارمل وي نو انزار يې په منځنۍ کچه ده دې ناروغانو ته معافيت ځپونکي درمل (کلورامبوسيل سايکلوفاسفامايد) دکورتيکوسترووييدو سره يوځای د ۲ مياشتو لپاره ورکول کيږي. (۳۲)

Focal Segmental Glomerular Sclerosis (FSGS)

دناروغۍ په ايډوپاتيک ډول او يا په دويمي ډول د هيروين استعمال څخه ،ډير چاغوالی او HIV انتان څخه مينځته راځي، کلينيکي بڼه يې نفروتيک سندروم دی خو نفرويتيک څيره هم سره چې ۸۰ فيصده ناروغانو کې ميکروسکوپيک هيماچوريا وی او دوينی فشار يې هم لوړوي. (۳۲)-۵۰ فيصده پيښو کې د پښتورگو دندی کمی شوی وي. ۲-۸ کالو په موده کې دپښتورگو ځنډنی عدم کفايې خواته ځي. تشخيص يې د بايوپسي پواسطه کيږي.

درملنه يې تر خبرو لاندی دی خو ځارونکی درملنه يې د نفروتيک سندروم درملنه ده.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پريدنيزولون دورځې ۱-۵، ۱ ملي ګرام په هر کيلو ګرام وزن دبدن د ۲-۳ مياشتو لپاره ورکول کيږي وروسته دوز يې ورو ورو کميږي خو د ۵-۹ مياشتو په موده کې ناروغانو کې ښه والی راولي دنورو سايتوتوکسيک درملو له کبله ښه والی د ۲۰ فيصدو څخه کم وی. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Asymptomatic abnormalities of the urinary sedemint

هيماچوريا(Hematuria) :

هيماچوريا هغه حالت ته وايي چې په تشو متيازو کې د وينې دسری حجری شمير دمايکروسکوپ په يوه ساحه کې د ۳ څخه ډير وي. کله کله د ويتامين سي د اخيستلو څخه وروسته هم په دروغو هيماچوريا مثبت وي. (۲۲)

دهيماچوريا لاملونه د پښتورگو او دپښتورگو څخه دباندې ناروغيو پورې اړه لري.

دپښتورگو پورې تړلي لاملونه يې گلوميرولر او غير گلوميرولر دي.

د همياچوريا هغه لاملو نه چې گلوميرول پورې تړاونه لري عبارت دي له کيست، کانې، انترستيشل نفرايتس او دپښتورگو د نيوپلازم څخه.

د گلوميرول پورې تړلي لاملونه يې عبارت دي له: (IgA Nephropathy) ، Alport's سندروم، Thin basement membrane disease، پوست انفکشيس گلوميرونفرايتس څخه .نور لاملونه يې عبارت دي له: انتي کواگولانت، سايکلوفاسفوميدو ، انلجزيکو او انتي بيوتيکو څخه.(۲۲)

دهيماچوريا ارزيابي:

- لومړنی هيماچوريا: هيماچوريا د تشو متيازو د بهير په پيل کې وي لکه داحليل د مخکينی برخې ناروغی.
- اخري هيماچوريا: دتشو متيازو د بهير په اخر کې وي لکه دمثانې د غاړی ناروغی او پروستاتيک يوريترال سرچينه هم لري.
- توټل هيماچوريا دتشو متيازو په ټول بهير کې وي لکه دمثانې يا دپورتنيو بولي لارو ناروغيو کې وي. (۲۲)

که هيماچوريا د کوليکي دردونوسره يوځای وي نو د حالب د تيگو ښودنه کوي او که دوينې علقو سره وي ډيری د تومور ښودونکې ده. که په ځوانو ښځو کې هيماچوريا د مثانې د تشيدو د تخريشي گيلو سره يوځای وي نو د حاد باکتريايي انتان ښودنه کوي اوکه ورته کلينيکي بڼه په زړو ښځو او نرانو کې وي نو ډيری د نيوپلازم خواته گمان کيږي. يوازې گراس هيماچوريا په تومورونو Staghorn callculus، پولي سيستيک

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پښتورگو کې اوګلومیرولونفروپاتي کې وي.همدارنګه د رنځور څخه باید د انتي کواګولانت، سایکلوفاسفومید، انلجزیک او انتي بیوتیکونو په اړوند هم پوښتنه وشي. (۲۲)

په فزیکي ازموینه کې باید د تبې، رش، لمف ادینوپاتي، دګیډې او حوصلې د کتلې، د پښتورگو د ناروغیو لکه هایپرتنشن،د والیوم د لوړ زیاتوالی) او یورولوژیکو ناروغیو (لوی شوی پروستات، فلانک کتله، داحلیل ناروغۍ) پلټنه وشي.

لابراتواري ازموینې د تشو متیازو ازموینې او کرنه ده . پروتین یوریا او د کاستونو شتون د پښتورگو ناروغۍ ښیي. په ښځو کې تخریشي ګیلې، بکتریا یوریا او دتشو متیازو مثبته کرنه د بولي لارې انتانات ښیي. (۲۲)

نورې پرمختللې ازموینې عبارت دي له د بولي لارو د سایتولوژي، د پورتنیو بولي لارو رادیولوژي او سیستوسکوپیي څخه. (۲۲)

IgA Nephropathy (Berger's Disease)

IgA نفروپاتي د ګلومیرولونفریتس ۱۰-۴۰% تشکیلوي داناروغي په شمالي اروپا او اسیا کې ډیر دي. په تورپوستکو کې د سپین پوستکو په پرتله او په نارینو کې د ښځو په پرتله ډیرې دي دا ناروغۍ ډیری په ماشومانو او ځوانانو کې وی.

ګراس هیماچوریا یې د ناروغۍ کلینیکي بڼه ده. (۲۲)

IgA نفروپاتي ۵۰% د پورتنیو تنفسي لارې دانتاناتو، ۱۰% دمعدې معایې ګیلو او ۱۵% فلولائیک ګیلو سره مل وي. همدارنګه IgA نفروپاتي نادراً د ځیګر ځنډنیو ناروغیو، کرون ناروغۍ، معدې معایې کارسینوما، ځنډني بندیزي برانشولیټ سره یوځای وي. (۲۲)

دکلینیک له انده د IgA نفروپاتي او د Henoch schoenlin purpuria تر منځ توپیرول یې ګران کار دی. (۲۲)

لابراتواري ازموینې:

په ۵۰% رنځورانو کی د سیروم د IgA کچه لوړه او د سیروم کامپلیمینت نارمل وي. بایوپسي د تشخیص کیلي ده. کله کله د یوه اخته کس دپوستکي په بایوپسي کې

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دپوستکي په کپيلريو کې IgA ځای په ځای شوی وی. (۲۲)

دناروغۍ خراب انزار عبارت دي نفروتيک سندروم په کچه پروتين يوريا، زاړه کسان، نارينه، هايپرتنشن، پرله پسې ميکروسکوپيک هيماچوريا، د ګلوميرولو اسکليروزس او دپښتورګو د دندو خرابوالی.

په لابراتواري ازموينو کې د سيروم IgA کچه لوړه وي د سيروم دکامپليمينت کچه نارمل وي ښه تشخيص يې دبايوپسي پرمټ کيږي. (۲۲)

درملنه:

۱- که پروتين يوريا دورځې ديو ګرام څخه ډيره او هايپرتنشن ورسره مل وي نو ACE نهي کوونکي يا ارجنين ريسپتور بلاکر درمل کارول کيږي دويني فشار بايد ۸۰/ ۱۳۰ ملي متر سيماب څخه ښکته وساتل شي. (۲۲)

۲- که پروتين يوريا دورځې 1,0-3.5 ګرامه وي نو کورتيکوسټروئيد تراپي ګټوره ده.

متايل پريدنيزولون د ورځې يو ګرام دورید د لاړې د دري ورځو لپاره په اوله، دريمه، او پنځمه مياشت کې ديو ورځ وروسته ۵،. ملي ګرام نظر په کيلو ګرام وزن دبدن پريدنيزولون سره دشپږو مياشتو لپاره ګډ ورکول کيږي. (۲۲)

۳- ۲۰-۵۰ سلنه ناروغان د ۲۰ کالو په موده کی دپښتورګو ځنډنی عدم کفايی خواته خواته ځي. د پښتورګو ترانس پلانټيشن ډيره ښه درملنه ده خو ۳۰ سلنه ناروغانو کی ۵-۱۰ کاله وروسته ناروغي بيرته ګرځي له نيکه مرغه د ناروغۍ بيرته ګرځيدل نادراً د پيوند د ناکاميدو لامل کيږي. (۲۲)

(Benign Hematuria) Thin Basement membrane disease

دايوه ارثي کورنۍ متبارزه جنتيکه ناروغي ده چې په ماشومتوب کې د پرله پسی هيماچوريا سره څرګنديږي. دنوبتي او زياتيدونکی هيماچوريا راپور هم د تنفسي لارو دانتاناتو په وخت کې ورکړل شوي. (۲۲)

پښتورګي په لايټ او اميونوفلورسنس ميکروسکوپ کې نارمل وي. د ناروغ کس ګلوميرولو بسمنټ ممبران نری وي.

څرنګه چې دايو سليمه ناروغی ده خو که دپښتورګو دندې خرابي شي او پروتين يوريا

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پيدا شي بايد دبلې ناروغۍ لپاره پلټنه وشي.

په ډيرو نادرو پيښو کې هايپرتنشن او فوکل ګلوميرولو اسکلروزس منځته راځي دپښتورگو د ناروغۍ د کمولو لپاره ACE نهي کوونکي درمل ورکول کيږي. (۲۲)

(Hereditary nephritis) Alports Syndrom

دايوه ارثي جنتيکه ناروغي ده چې خبيث سير لري. که دپښتورگو دبايوپسي نمونه تر لايټ ميکروسکوپ لاندې ميزانجيل هايپر سيلولراتي او په الکترون مايکروسکوپ کې لامينا ډينزا پيړ او فراجمنټ ښکاري.

په نارينو کې داناروغي دپښتورگو ځنډنی عدم کفايی خواته درومي چې د ډيالېزس او ترانس پلانټيشن پرمټ درملنه کيږي. (۲۲)

ACE نهي کوونکي د ډيالېزسس څخه مخکې دجي ايف ار د ښه کولو لپاره ورکول کيږي. (۲۲)

پروټين يوريا :

۵،. – ۱۰ سلنه خلکو کې چې ايزوليټيد پروټين يوريا لري بولي سيديمنټ او راديولوژي يې نارمل وی خو دپښتورگو کومه ناروغي نه لري پروټين يوريا په دوو ډولونو ده. (۲۲)

الف: Benign isolated proteinuria

ورځنی پروټين يوريا د دوو ګرامو څخه کمه وي، ۸۰% انزار يې ښه وي. سليم پروټين يوريا په لاندې ډولونو ويشل شوې.

۱- Idiopathic transient proteinuria

ډيری په ځوانانو کې لومړی ځل پروټين يوريا مثبت وي خو وروسته ازموينو کې منفي وي.

۲-وظيفوي پروټين يوريا:-

داهم تيريدونکې پروټين يوريا ده چې په تبه، يخني، روحي ستونزو، دزړه په احتقاني بې وسۍ په کې مثبت وي. (۲۲)

۳- Intermittent proteinuria

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دپښتورګو او سيستميکو ناروغيو په نه شتون کې د تشو متيازو په نيمايي نمونه کې پروتين يوريا مثبت وي. (۲۲)

۴- Postural protein uria

يوازې د ولاړې حالت کې په ۲۴ ساعتو کې پروتين يوريا د دووګرامو څخه لږه وي. د ۱۰-۲۰ کالو په موده کې ښه کيږي. (۲۲)

ب: Persistent Proeinuria

داډول پروتين يوريا په هر وضعيت (ولاړې، ملاسته) او د پښتورګو په ناروغيو کې وي. د ګلوميرول په هغو ناروغيو کې چې د نفروتيک سندروم لامل کيږي دا ډول پروتين يوريا پيدا کيږي. په بايوپسي کې ميزانجيو پرولیفراتيف ګلوميرولونفرايتس وي.

۲۰ کاله وروسته ۲۰-۴۰ سلنه ناروغان د پښتورګو بې وسۍ ته ځي. (۲۲)

ځنډنی ګلوميرولونفريتس (Chronic Glumerolunephritis)

ځنډني ګلوميرولونفرايتس متصف دي پر له پسې پروتين يوريا او يا هيماچوريا او دپښتورګو بې وسي باندې چې ورو ورو د څو کالو په موده کې پر مخ ځي. ځنډنی ګلوميرولو نفريتس په لاندې ډول پيژندل کيږي. (۲۲)

۱- په روتين ډول د تشو متيازو د ازموينو په مهال کې.

۲- په روتين ډول د څرګندې انيميا د تشخيص لپاره دويني په ازموينو کې بي يو ان او کرياتينين لوړ وي.

۳- د ګيډې په راديوګرافي کې دواړه پښتورګي کوچني وي.

۴- دهايپرتنشن د لامل د لتولو په مهال کې.

۵- کله چې ګلوميرولونفريتس د فرنجيتس يا نورو انتاناتو پواسطه تشديدشي.

ځنډنی ګلوميرولونفريتس د ګلوميرول د غوره ناروغيو څخه دی چې په بايوپسي کې پښتورګي سکار او فبروتيک وي.د پښتورګو د تيوبونو بين الخلالي انساجو التهاب اوفبروزس د ناروغۍ خرابې ښيي دي ځنډنی ګلوميرولونفريتس دپښتورګو ځنډنی عدم کفايی خواته ځي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

درملنه:

۱- د ACE نهي کوونکي او ارجینین رسپتور بلاکر پواسطه دګلومیرولار او سیستمیک هایپرتنشن کنترول دی.

۲- ازیما،انیمیا، میتابولیکي ناروغۍ، او یوریمیک سندروم د دای یوریتیک ، اریتروپویتین او دخوړو د رژیم د بدلون سره کنترولیږي.

۳- دپښتورګو پرمختللی ځنډنی عدم کفایه د ډیالیزس یا دپښتورګو دبدلولو پرمټ درملنه کیږي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دپښتورگو حاده عدم کفايه (Acute Renal Failure(ARF:

پيژندنه:

په چټکۍ سره د ګلومېرول فلټريشن ريټ کم شي (دتشو متيازو ورځنی اندازه د ۴۰۰ سي سي څخه اويا په ساعت کې د 20ml څخه کمه شي)، دنايټروجنی پاتې شونو دمه کيدل، دژونکو څخه دباندې مايعاتو، مالګو، الکټرولايټونو، اسيد بيز او دوينې دفشار دانډول خراب شي د پښتورگو د حادی بې وسۍ په نوم يادېږي دي. همدارنګه د پښتورگو په بې وسۍ کې اريتروپويتين نه جـــوړېږي او د ويتامن ډي هايدروکـــسي ليشن صورت نه نيسي. (۲۲، ۳۷)

ای،ار،ايف ډيری بې ګيلو وي خو په روغتون کې د بيوشميکو ازمويښو د بشپړيدو په پر محال ليدل کيږي چې دوينې يوريا نايټروجن او کرياتينين لوړ وي.

ای،ار،ايف ۵% په روغتون کې د داخليدو او ۳۰% د ICU پيښې جوړوي. څرنګه چې ای،ار،ايف د نورو ناروغيو په سير کې د اختلاط په توګه مينځ ته راځي نو تشخيص او درملنه يې په درې ډلو ويشل شوی. (۲۲، ۳۷)

۱- Pre Renal Azotemia

د ای،ار،ايف نژدې ۵۵ سلنه جوړ وي په ټولو هغو ناروغيو کې چې د پښتورگو د وينې بهير کميږي مينځ ته راځي او پښتورگي روغ وي. (۲۲، ۳۷)

۲- Intrinsic Renal Azotemia

د ای،ار،ايف نژدې ۴۰% جوړ وي پښتورگي ناروغ وي. (۲۲)

۳- Post Renal Azotemia

د ای،ار،ايف ۵% جوړ وي. (۲۲، ۳۷)

لاملونه او پتوفزيولوژي:

۱- پري رينال ازوتيميا

لاملونه:

الف: هايپووالیوما:

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- وينه بهيدل، سوځيدل، ديهايدريشن

۲- دمعدې او د کولمو څخه دمايعاتو ضايع کيدل (لکه په کانګې او نس ناسته کې)

۳- د پنبتورګو دلارې دمايعاتو ضايع کيدل (لکه د دای يورتيک او ازموتيک دای يوريزس اخيستلو سره).

۴- درګو څخه دباندې خواته د مايعاتو ضايع کيدل (لکه په پانکراتايتس، پريتونيتس، تروما، سوځيدل او شديد هايپوالبومينميا) (۲۲، ۳۷، ۱۲)

ب: دزړه د دهانې کميدل:

۱- د پريکارد، مايوکارد، اندوکارد ناروغۍ، اريتميا، تمپوناد.

۲- دسړو هايپرتنشن، دسړو کتلوي امبوليزم.

ج: دپنبتورګو او سيستميک رګونو ترمينځ د ټينګار اندول بدليدل.

۱- سيستميک وازو دای ليشن (سپسس، انتي هايپرتنشن، انستيزي، انافلکسس، افترلود کموالی).

۲- دپنبتورګو درګونو تقبض (لکه په هايپرکلسيميا، ناراپي نفرين، اپي نفرين، سايکلوسپورين، امفوتراسين بي).

۳- د پنبتورګو هايپوپرفيوژن او د اتوريګوليشن خرابوالي.

۴- سايکلو اوکسی جنيز او ACE نهي کوونکي درمل اخيستل. (۲۲، ۳۷، ۱۲)

پتوفزيالوژي:

پري رينل ازوتيميا د ای،ار،ايف ۴۰-۸۰ سلنه لامل جوړوي. هايپووالايوما يو فزيالوژيک بدلون دی که په چټکی سره درملنه نه شي نو د پنبتورګو د بيړنۍ بی وسۍ لامل کيږي.دهايپووالايوميا له کبله د وينې سيستميک فشار کميږي چې ددې سره د شرياني او دزړه د بارورسپټور د کشش کميږي. بارو رسپټور کشش کميدو سره عصبي او هيمورال معاوضوي ميکانيزمونه فعاليږي تر څو چې دپنبتورګو پرفيوژن بنه کړي عصبي معاوضوي ميکانيزمونه عبارت دي له: (۲۲)

۱- سمپاتيک عصب.

۲- رينين انجيوتنسين الدسترون سيستم

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- ارجنين وازوپريسين

دعصبي معاوضوي ميکانيزمونو د فعاليدو سره د حياتي غړو (دماغ، زړه) دوينې جريان په لاندې ډول ساتل کيږي. (۱۲،۲۲)

۱- دغير حياتي غړو رگونه (عضلي، اسکليتي او سپلان شينيک رگونه) تقبض کوي.

۲- دخولو دغدواتو څخه دمالگې ضايع کميږي.

۳- تنده اودمالگې د خوړلو اشتها زياتيږي.

۴-دپښتورگو څخه دمالگو او اوبو جذب زياتيږي. (۲۲)

په افيرينت شريانچو کې ستريچ اخذی دې چی د پرفيوژن د کموالی سره تنبه کيږي چې رگونو ته تقبض ورکوي.

په هايپوپرفيوژن کې پروستاگلاندين (پروستاگلاندين E2 ، پروستاسايکلين) جوړيدل زياتيږي چې افيرينت شريانچو ته پراخوالی ورکوي. (۲۲)

انجيوتين سين دوه ايفيرينت شريانچو ته تقبض ورکوي چې ددې ميکانيزمونو پواسطه د گلوميرولر دننه فشار، جي،ايف،ار او فلتريشن ساتل کيږي. (۲۲)

په لږ هايپوفرفيوژن کې (دوينې فشار نژدی ۸۰ ملي متر سيماب وي) معاوضوي ميکانيزمونه فعاليږي چې د ای،ايف ار مينځ ته راتگ څخه مخنيوی کوي. په شديد او پرله پسې هايپوپرفيوژن کې معاوضوي ميکانيزمونه ناکاميږي. جی،ايف،ار کميږي او ای،ار،ايف مينځته راځي. (۲۲)

په زړو، ديابيتيک وازکولوپاتي او هايپرتنسيف نفروپاتي کې د ايفيرينت شريانچو روغ والی له مينځه ځي د پرفيوژن دلږ کموالي له کبله جي،ايف،ار کميږي او ای،ايف ،ار مينځته راځي. ACE نهي کوونکي په دوه اړخيزه ، يو اړخيزه کليوي شرياني تنگوالي اويوه پښتورگي کې په ډيره پاملرنې سره ورکول کيږي. (۱۲،۲۲)

۲- دپښتورگو دحادې بې وسې داخلي لاملونه (Intrinsic acute renal failure)

د پښتورگي د حاد ببوسی ۵۰% جوړوي چې لاملونه يې عبارت دي له:

۱- دپښتورگو د تيوبولونو ناروغي (دتيوبولونو بيړنی نيکروزس ، اسکيميا، اندوجينوس او اکزوجينوس توکسين).

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- دپښتورگو درگونو ناروغۍ (دپښتورگو د رگونو بنديز، اتيروسکلروز، ترومبوز، امبوليزم).

۳- دپښتورگوگلوميرول ناروغۍ (گلوميرولونفريتس)

۴-دپښتورگو بين الخلالي نسج ناروغۍ (انتي بيوتيکونه، انالجزيک، انتانات)

Acute Tubular Necrosis (ATN)

ATN دپښتورگو د بيړنۍ بې وسۍ ۸۵ فيصده لامل جوړوي ATN دوه غوره لاملونه لري چې اسکيميا اوتوکسين دي. (۱۲،۲۲)

الف: د اسکيميک ATN لاملونه او پتوفزيالوژي

داسکيميک ATN لاملونه عبارت دي له : هايپوتنشن، هايپووالېميا، هايپوکسيا، ديهايدريشن، سپسس، پرله پسې جراحي کړنې او انستيزي.(۳۷)

داسکيميک ATN پتوفزيالوژي:

اسکيميک ATN درې پړاوه لري.

۱- لومړی پړاو (Reversible pre renal ARF)

دا پړاو ساعتونه او ورځې دوام مومي. د هايپوپرفيوژن له امله اسکيميا پر مخ تگ کوي. جي،ايف،ار کمېږي ځکه چې:

۱- دپښتورگو دوينې دجريان د کموالي له کبله د گلوميرول الترا فلتريشن کمېږي.

۲- تيوبولونه د کاستونو (اپي تيليل حجرات) او نکروتيک پاتې شونو (دتيوبولونو د اپي تيليوم اسکيميک نکروز) پواسطه بنديږي او دگلوميرول د فلتر شوو توکو په وړاندې بنديز وي. (۲۲)

۳- back lack : دگلوميرول فلتر شوی مواد تيوبولونو د اغيزمن شوي (خيری شوي) اپي تيليوم دلارې بين الخلالي نسج ته څخيږي چې دهغی ځای د پرسوب لامل کيږي.

دپښتورگو تيوبولونه روغ وي خو دنده يې زياتيږي (داوبو او مالگو جذب زياتوالی) دتشو متيازو حجم کم او غلظت يې (Osmolality>600mosm/kg) زيات وي. دتشو متيازو دسوديم کچه 20mmol/lit څخه کمه وي. د تيوبولونو دغه دنده په هغه ناروغانو چې د پښتورگو پخوانۍ ناروغۍ ولري اويا لوپ دای يوری تيک اخلي

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

خرابيږي. (۲۲)

که پدې پراو کې د پښتورګو پرفيوژن ښه شي نو د اسکيميا پر مخ تګ څخه مخنيوی کيږي اوای،ار،ايف مينځ ته نه راځي.

۲- دپښتورګو دوامداره حادی عدم کفايه (Established ARF (Maintenance phase

دا پراو د لومړني پراو څخه وروسته (که د پښتورګو پرفيوژن ښه شوی نه وي) د ۱-۲ اونيو په موده کی مينځته راځي. پدې وخت کې ای،ار،ايف مينځته راغلی وي. جي،ايف،ار په يوه دقيقه کې ۵-۱۰ ملي ليتره وي د تشو متيازو اندازه لږ وي او يوريميک اختلاطات پيداشوي وي. (۱۷)

ددې پراو د پيداکيدو ميکانيزم عبارت دی له د اغيزمن اندوتيليل ژونکو څخه وازو اکتيف ميدياتورونه (نايتريک اسيد کميږي، اندوتيلين ۱، ادينوزين او پلاټ ليټ فعالوونکي فکتورونه زياتيږي) په په غير منظم ډول ازاديږي چې دپښتورګو دننه رګونو ته تقبض ورکوي او د ميدولاد اسکيميا لامل کيږي. (۲۲)

۳-ريکوري فيز (درغيدو صفحه)

د تيوبولونو دژونکو قاعدوي پوښ ترميميږي. جي،ايف،ار او بيوشميکي ازموينې ورو ورو ښه کيږي. په دې پراو کې دايوريزسس زياتيږي، چې داحتباس شوو مالګو، اوبو او نورو منحله توکو د اطراح له کبله وي. وروسته د څو ورځو څخه دای يوريزس د پښتورګو د تغليظ کوونکي ميکانيزم او د تيوبولونو د دوباره جذب د نارمليدو پواسطه نارمليږي. (۱۷)

Etiology and pathophysiology of nephrotoxic ARF

۱- اکزوجينوس نفروتوکسين

دروغتون د بستر ناروغانو ۲۵ سلنه د امينوګلايکوساید ددرملنې په دوز باندې په ATN اخته کيږي. نن اوليګويوريک پراو ۵-۱۰ ورځې وروسته پيداکيږي. برابرونکي فکتورونه يې عبارت دي له: د پښتورګو پخوانی ناروغی، ډيهايډريشن او زوړوالی څخه.

د توکسي سيټي دمخنيوي لپاره امينوګلايکوسيدونه بايد په وينه کې اندازه شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

جنتاميسين د نورو په پرتله ډير توکسيک دی چې د تيوبولونو په اپي تيليل باندې نېغ په نېغه توکسيکه اغيزه لري اويا د دتيوبولونود بندښت لامل کيږي.(۲۷)

امفوتيراسين بی د پښتورگو د دتيو رگونو د تقبض لامل کيږي او دتيوبولونو په اپي تيليل باندې نېغ په نېغه توکسيکه اغيزه لري. توکسيک دوز يې ۲-۳ گرامه دی.

نور انتي بيوتيکونه لکه وانکومايسين ، سفالوسپورين او وريدي اسيکلوويرـ ښايي د ATN لامل شي. دکنسر ضد درمل (سسپلاتين، کاربوپلاتين، فاسفامید) د امينوگلايکو سايدونو په شان اغيزه لري.(۱۷)

رادیو کنټراست توکي نېغ په نېغه توکسيکه او وازوکنستريکتور اغيزه لري چې د ۲۴-۴۸ ساعتو په موده کې د ATN لامل کيږي خو ۳-۵ ورځی وروسته بيرته ښه کيږي. برابرونکي فکتورونه يې عبارت دي له: زوړوالي، دپښتورگو پخوانی ناروغی (کرياتينين د 2/dl گرامو څخه زيات وي) هايپووالیومیا ، دیابیتیک نفروپاتي، دزړه بې وسي، مولټيپل ميالوما ، کنتراست بيا ځلي دوز او اوس دنورو نفروتوکسيکو (نن سترونيد التهاب ضد درمل او ACE نهی کوونکي) توکو سره مخامخ شوی وي.(۱۷)

۲- اندوجينوس نفروتوکسين

اندوجينوس نفروتوکسين هيم لرونکي توکي ، يوريک اسيد او پاراپروتين دي.

مايوگلوبين يوريا : مايوگلوبين د رابدومايولايزس څخه مينځ ته راځي. په تيوبولونو باندې نېغ په نېغه توکسيکه اغيزه لري همدارنگه د تيوبولونو د بندښت او د وازوکنستريکشن لامل کيږي. د رابدومايولايزس لاملونه عبارت دي له : کرش ټپونه ، پرله پسی غير شعوري حالت، اختلاجات، کوکائين، الکول، شديد تمرين، هيټ سټروک، خبائث، انتانات،- ديهايدريشن او ميتابوليک اسيدوزسس څخه. (۱۷)

هيمالیزس نادراً د ای،ار،ایف لامل کيږي خو درگونو دننه کتلوي هيمالیزس هم د ای،ار،ایف لامل کيږي.

مايوگلوبين يوريا کې تشې متيازې نصواري رنگ لري خو دوينې سرې ژونکې پکې نه وي د عضلاتو د ژونکو د لايزس له کبله هايپرکليميا ، هايپرفاسفتيميا او هايپر يوريسيميا مينځته راځي. د درملنې بنسټ يې هايدريشن دی. مل درملنه يې دای

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

يوريزس او دتشو متيازو قلوی کول دي.(۱۷)

هايپريوريسيميا: د هايپر يوري سيميا لاملونه عبارت دي د نيوپلازم، لوکيميا او دلمفوما د درملنې څخه.

يوريک اسيد هغه وخت د ای،ار،ايف لامل کيږي چې د سيروم د يوريک کچه د ۲۰ ملي ګرام في ديسي ليتر څخه ، دتشو متيازو يوريک اسيد په ۲۴ ساعتو کې د ۲۰۰ ملي ګرامو څخه او دتشو متيازو يوريک اسيد او دتشو متيازو کرياتينين اندول د 1.0 څخه لوړ شي. (۱۷)

بنزجان پروتين په مولټيپل ميالوما کې پيداکيږي چې په تيوبولونو باندې نښغ په نښغه توکسيکه اغيزه لري او د بنديدو لامل يې کيږي.

د ARF کلينيکي بڼه:

کله چې د پښتورګو د بې وسۍ د ناروغ کلينيکي ارزيابي کيږي لومړی اړينه ده چې وپوهيدل شي چی جي،ايف،ار په بيړنی يا ځنډني ډول لړ شوی. همدارنګه د وينې ديوريا او کرياتينين لابراتواري ريکارد وکتل شي (۱۷، ۲۲، ۱۲)

د ازوتيميا کلينيکي بڼه عبارت دی له: زړه بدوالی، کانګو، ستوماتيتيا، دشعور دخرابوالی، دوينې فشار نادراً لوړ وي،دمايعاتو دهيموستازس دخرابوالی، دګيډې غيروصفي دردونو، دکولمو دشل والي (اليوس) د دمويه صفحاتو د دندې د خرابوالي له امله وينه بهيدنه، انسفالوپاتي ، استريکزس دماغي خړپړتيا او اختلاجاتو څخه.

په Pre renal ARF کې د ازوتيميا د کلينيکي بڼې سربيره د لومړنۍ ناروغۍ نښې نښانې وي لکه تنده، سربډالي ، اورتوستاتيک هايپوتينشن، تکي کاردیا، وداجي وريدي فشار ښکته وي، دپوستکي ترګر کم شوی، دخولی مخاطي پوښ او تخرګ وچ وي. دنن ستروئيد التهاب ضد درملو او ACE نهی کوونکو دواګانو د اخيستلو تاريخچه شته وي. (۱۷، ۲۲)

همدارنګه دځيګر د ځنډنيو ناروغيو، پورتال هايپرتنشن، دزړه د احتقاني بی وسۍ او سيپسس لپاره بايد پلټنې وشي.

که ای،ار،ايف د فلانک دځای د درد سره وي نو دپښتورګو د شريانی يا وريدي بنديز

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

يا د پيالونفريتس يا ګلوميرولونفريتس ښودنه کوي. (۱۷، ۲۲)

که د ای،ار،ايف په ناروغ کې دپوستکې لاندې نوډولونه Livedo reticularis (بې رنګه خاپونه د پوستکي لپاسه) bright orange retinal arteriolar plaque اوديجيتل اسکيميا د اتيرو امبوليزم ښودونکي دي. (۱۷، ۲۲)

که ای،ار،ايف د بولي سيديمنت، پرسوب، هايپرتنشن او اوليګويوريا سره يوځای وي نو د نفرتيک سندروم (بيرني ګلوميرولونفريتس) ښودونکي دي.

که د ای،ار،ايف سره شديد هايپرتنشن او دهغه اختلاطات (د کينې زړه هايپرتروفي او بې وسي، ريتينوپاتي،پيپل اديماو نيورولوژيکي ستونزې) يو ځای وي نو د خبيث هايپرتنشن ښودونکي دي. (۱۷، ۲۲)

کـه د ای،ار،ايـف سـره تبـه، د بنـدونو درد ،خارښـت لرونکـی اريتيمـاتوزس رشـونه وروسـته د دوا اخيسـتلو څخـه پيداشـي د الرژيـک انترسټيشـيل نفـرايتس ښـودونکي دي.(۱۷)

تشخيص

دپنبتورګو د عدم کفايه کريتيريا:

۱- رسک: د سيروم کرياتينين ۱،۵ ځلی لوړ شي يا يورين اوټ پوټ د ۲ ساعتو لپاره د ۰،۵ ملي ليترو څخه په هر کيلو ګرام وزن د بدن لړ شي.

۲- Injury : کرياتينين 2,0 ځلی لوړ شي يا دتشو متيازو اوټ پوټ د ۱۲ ساعتو لپاره ۰،۵ ملي ليترو څخه په کيلو ګرام وزن د بدن لړ شي. (۱۷)

۳- Failure : کرياتينين 3,0 ځلی يا کرياتينين ۳۵۵ مايکرومول پر ليتر څخه زيات وي يا يورين اوټ پوټ د ۲۴ ساعتو لپاره د ۰،۳ ملي ليترو څخه په هر کيلو ګرام وزن دبدن لړ وي.

۴- Loss : پرله پسې ای،ار،ايف يا د څلورو اونيو څخه زيات د پنبتورګو دندې له منځه تللې وي. (۱۷)

۱- دوينې ازموينې

- دسيروم بي،يو،اين (نارمل ۱۰-۲۰ ملي ګرامه په ديسي ليتر) او کرياتينين

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

(نارمل ۰.۹-۰.۷، ۱ ملي ګرام په دیسي لیتر) لوړ وي.

- هایپر کلیمیا د اطراحي دندې د خرابوالي له امله
- هایپرفاسفتیمیا دفاسفیت د اطراح دکموالي له امله
- هایپوکلسیمیا : په میتاستاتیک ډول د کلسیم او فاسفیټ ځای په ځای کیدل.
- انیمیا : د اریتروپویتین دکموالې او ترمبوسیت د دندو د خرابوالي له کبله.
- هایپریوریسیمیا په رابدومایلولایزس کې وي
- میتابولیک اسیدوزس(۱۷)

۲- د ECG بدلونونه

- د T څپه بنکته وي
- QT څپه اوږده وي
- PR فاصله اوږدیږي. (۱۷)

۳- Intrinsic ARF کې دتشو متیازو ازموینې

- هیالین کاست په تینګو تشو متیازو، تبه لرونکو ناروغیو او تمرین کې وي.
- دسرو ژونکو کاست په ګلومیرولونفریتس کې وي
- دسپینو ژونکو کاست په پیالونفرایتس او انترستیشیل نفریتس کې وي
- Renal Tubular Cell Cast په ATN او انترستیشیل نفرایتس کې وي.
- Coars Granular Cast په ATN کې وي
- Broad Waxy Cast په CRF کې وي(۱۷)

۴- Renal Failur Indice

(Functional Excretion of Sodium) F E Na

FENa په Pre Renal ARF کې د 1,0% څخه کم وي او په Intrinsic ARF کې د 1.0% څخه زیات وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

$$F_E\,NA = \frac{\dfrac{\text{Urin Sodium}}{\text{Plasma Sodium}}}{\dfrac{\text{Urin Creatinin}}{\text{Plasma Creatinin}}} \times 100\ \%$$

۵- راديولوژيکي ننبې:

التراسونوګرافي، MRI او CT- Scanning دتشو متيازو دلارو بندښي ناروغيو تشخيص لپاره کارول کيږي.

۶- دپښتورگو بايوپسي

د Pre Renal ARF او Post Renal ARF د ردولو او Intrinsic ARF د لامل د موندلو لپاره ترسره کيږي.(۱۷)

دبايوپسي استطبابات:

۱- دپښتورگو حاد يا ځنډنی نامعلومی ناروغی.

۲- حاد نفريتيک سندروم

۳- نامعلوم پروتين يوريا يا هيماچوريا.

۴- دپښتورگو دپخوانی تشخيص شوی يا تداوي شوی ناروغی دتداوي دښه پلان جوړولو لپاره.

۵- که دسيستميک ناروغيو (لکه Systemic Lupus Erythematous) په سير کې دپښتورگو ناروغی مينځته راغلی وي نو دپښتورگو داخته کيدو اندازی او د درملنې دلارښود لپاره بايوپسي اخيستل کيږي.

۶- دپښتورگو دپيوند د ردیدو او دپښتورگو دحادی ناروغی تر مينځ دتفريق لپاره.

نسبي مضاد استطبابات:

يو پښتورگی، اکتوپيک پښتورگی، دوينی تشوشات، ناکنترول هايپرتنشن، دپښتورگو انتانات، دپښتورگو نيوپلازم، Horse Shoe Kidney

توپيري تشخيص:

دپښتورگو په ځنډنی عدم کفايه کې، وينه لرې، رينل اوستيودستروپاتي،

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

رادیولوژیک بدلونونه، کوچنیی پښتورگی او په تشو متیازو کې براد واکس کاست وي.۲-۱ جدول : دپښتورگو د حادی بې وسي توپيري تشخيص(۳۷)

لاملونه	Prerenal Azotemia	Post Renal Azotemia	ATN (Oliguric Poyuria)	حاد گلو میرولو نفریتیس	Acute Interstitial Nephritis
	دپښتورگو دوينې بهيرکموالي	دبولي لازي بنديز	اسکمیک نفروتوکسین	پوست سترپتوکاکل	د درملو له کبله الرژیک عکس العمل
Serum BUN/Cr	>20:1	>20:1	<20:1	>20:1	<20:1
U Na(meq/L)	<20	بدليدونکي	>20	<20	بدليدونکي
FENa	<1	بدليدونکي	>1	<1	<1,1>
Urin osmolality (mosmal/kg*)	>500	<400	250-300	بدليدونکي	بدليدونکي
دتشو متيازوسيدمنت	سليم هيالين کاست	نارمل يا سره حجرات، سپين حجرات يا کريستل	گرانولر او دپښتورگود توبولونوکاست	ډيس مورفيک سره حجرات يا دسرو حجراتو کاست	سپين حجرات او دسپينو حجراتو کاست

اختلاطات

۱- دخارج الحجروي مايعاتو زياتوالی

دژونکو څخه دباندې مايعاتو د واليوم د زياتوالي لاملونه عبارت دي له د اوبو او مالگو نه اطراح کيدل، درگ، د خولی يا نازوگاستريک تيوب دلاري خواړه ورکول، دازوتونيک يا هايپوتونيک مايعاتو ورکول.

کلينيکي بڼه يې عبارت ده له د وزن د زياتوالی، دسړو دپرسوب، دسړو په قاعدو کې رالونه، د وداجي وريدي فشار زياتوالی او دماغي پرسوب څخه.

۲- هايپرکليميا

لاملونه:دپوتاشيم اطراح کموالی، ميتابوليک اسيدوزس، رابدومايولايزس ، هيمالايزس ، تومور لايزس سندروم.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

کلينيکي بڼه: لږه هايپرکلايميا (6.0mmol /l څخه کم) بې ګيلو وي شديد لوړوالی يې د ECG ابنارملتي او د اريتميا لامل کيږي. (۲۲)

۳- ميتابوليک اسيدوزس

لاملونه:

- دخوړو څخه نه الوتونکي اسيد ازاديږي.
- د هايدروجن ايون دمينځ ته راتلو زياتوالی (ديابتيک کيتواسيدوزس، دلوړې اسيدوزس، لکتيک اسيدوزس)

کلينيکي بڼه يې هايپروينتليشن دی. (۲۲)

۴- هايپوکلسيميا

لاملونه:

- په ميتاستاتيک ډول دکلسيم فاسفيت ځای په ځای کيدل.
- دپاراتائيروئيد هورمون په وړاندې ټينګار
- ۲۵،۱دای هايدروکسي کولي کلسي فيرول د کچې کموالی

کلينيکي بڼه يې عبارت دی له دخولې د شاوخوا بې حسي ، عضلي کرامپونه، اختلاجات، دماغي خړپړتيا، د QT دخپې اوږدوالی او T څپې د ښکته کيدو څخه.

۵- هايپرفاسفتيميا: لاملونه يې عبارت دي له : رابدومايولايزس، هيمالايزس، تومور لايزس سندروم. (۲۲)

۲- دوينی اختلاطات

۱- انيميا

لاملونه:

- دسرو ژونکوخراب جوړيدل، هيمالايزس،وينه بهيدل،دوينې نري کيدل،دسرې ژونکې دژوند د مودې کموالی.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- **دبليډينګ ټايم د اوږدېدلو لاملونه** عبارت دي له دترمبوسيت د خفيفاً شمير کموالي او د دندو خرابوالي څخه. د کلاټينګ فکتورونو ابنارملتي (VIIIفکتور خرابوالی) (۲۲)

۳- **د وينې د سپينو ژونکو دشمير د زياتوالي لاملونه** سپې سيس او ستريس څخه عبارت دي.

۷- **انتانات**:

۵۰-۹۰ سلنه پينبو کې انتانات پيداکيږي چې **۷۵** سلنه د مړينې لامل کيږي. لاملونه يې عبارت دي له وريدي کنول، ميخانيکي تهويه، دمثانې کتيتر څخه.

۸- **دزړه او سږو اختلاطات** عبارت دي له : اريتميا،مايوکارديال انفارکشن، پريکاردايتس، پريکاردیل ايفيوژن ، دسږو دپړسوب او دسږو د امبوليزم څخه.

۹- **دمعدې او دکولمو څخه وينه بهيدل** (۱۰-۳۰% پينبو کې) چې لاملونه يې عبارت دي له دمعدې او کوچنيو کولمو دسترس تپونو څخه.

۱۰- **يوريميک سندروم** په ټينګاري اوشديد ای،ار،ايف کې مينځته راځي.

۱۱- **شديد دای يوريزس**

د ريکوري په پړاو کې پيداکيږي چې د واليوم د کموالي له امله د دويمي ای،ار،ايف لامل کيږي. ددې پړاو اختلاطات عبارت دي له هايپرتريميا، هايپوکلايميا ، هايپومګنيزيميااو هايپوکلسيمياڅخه. (۲۲)

درملنه:

د درملنې موخه:

۱- د ای،ار،ايف د لامل پيژندل.

۲- دزيانمنو فکتورونو (نفروتوکسين) لرې کول.

۳- ديوريميک اختلاطاتو مخنيوی او درملنه.

الف: مخنيوی:

د ای،ار،ايف دمينځته راتګ څخه په لاندې توګه مخنيوی کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱- هايپووالیوما او تولې هغه ناروغۍ چې په کې دپښتورگو د وينې جريان کمېږي بايد درملنه شي.

۲- د نفروتوکسيکو درملو دوز نظر په کيلو ګرام وزن دبدن او جي،ايف،ار برابرشي.

۳- ACE نهی کوونکي، نن ستروئيد التهاب ضد درمل ،دای يوري تيک ، امينوګلايکوساید ، سايکلو سپورين په هايپو والیوما اود پښتورگو د رګونو په ناروغيو کې په ډيرې پاملرنې سره وکارول شي.

۴- د يوريت نفروپاتی دمخنيوي لپاره دکنسر ضد درملو سره الوپورينول ورکړل شي او تشې متيازې قلوي شي.

۵- دای ميرکپرول چې يو Chelating agent دی د درندو فلزاتو د نفروتوکيستي د مخنيوي لپاره کارول کيږي. (۱۵)

ب: ځانګړې درملنه:

۱- Pre renal ARF

دهايپووالیوما رنځور ته مايعات د ضايع شوو مايعاتو د جوړښت له مخې ورکول کيږي لکه شديد هيموراژ ناروغ ته يوازې سرې ژونکې په خفيف او منځنی کچه هيموراژ او پلازما ضايع کيدو (سوځيدل، پانکراتايتس) په صورت کې ازوتونيک سالين ورکول کيږي بولي او معدی معايي مايعات هايپوتونيک دي چې دضايع کيدو په صورت کې هايپوتونيک سيروم (۴۵،. فيصده) سلين ورکول کيږي.دسيروم پوتاشيم اواسيد بيز بيلانس شي.دزړه بې وسي د مثبت اينوتروپيک درملو پواسطه درملنه کيږي.

دځيګر په سيروزس کې چې په اسايټس اختلاطي شوی وي دمايعاتو ورکول داکتر ته چلينج دی که ای،ار،ايف دهيپاتورينل سندروم له کبله وي نو ای،ار،ايف بيرته نه ګرځيدونکی دی. که ای،ار،ايف د دای يوريزس او سيپسس له کبله وي نو درملنه يې کيږي. دمايعاتو د ورکولو په مهال بايدد وداجي او مرکزي وريدونو او دسږود کپيلريو فشار مانيتور شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Intrinsic renal ARF -۲

ټيټ دوز ډوپامين، لوپ دايوريتيک، کلسيم کانال بلاکر، الفا ادرينوريسپتور بلاکر او پروستاګلاندين ته ورته درمل د اسکيميک او نفروتوکسيک اى،ار،ايف په درملنه کې کارول کيږي خو لږه اغيزه لري. (۲۲)

که intrinsic renal ARF د بيرنۍ ګلوميرونفريتس يا وازو کولايتس له کبله مينځته راغلې وي نو کورتيکو ستروئيد، قلوي درمل او د پلازما فوريزس کارول کيږي. (۲۲)

۳- داختلاطاتو درملنه:

۱- intra vascular valium over load

دمالګو (د ورځې ۱-۲ ګرامه) او اوبو (دورځې د يو ليتر څخه کم) بنديز، لوړ دوز لازيکس (۲۰۰-۴۰۰ ملي ګرامه د رګ دلاري) ورکول کيږي ټيټ دوز ډوپامين هم دای يوريزس راولي خوپه شديد حالت کې نه کارول کيږي ځکه چې د اريت ميا او ناڅاپي مړينې لامل کيږي. دټينګاري هايپر واليوما د درملنه ډيالېزس سره کيږي. (۲۲)

۲- هايپوتتريميا:

دخولې دلاري د اوبو ورکول دورځې د يو ليتر څخه کم وي او هايپوتونيک مايع لکه د ديکستروز نه ورکول کيږي. (۲۲)

۳-هايپرکليميا:

پوتاشيم لرونکي درمل او خواړه ورنکړل شي، پوتاشيم نه اطراح کوونکي دای يوري بايد بندشي، Potassium binding ion exchange resion ،سوديم پالي سلفونيت ورکول کيږي، ګلوکوز (۵۰ سلنه ۵۰ ملي ليتره)، انسولين ۱۰ يونټه (ريګولر)، او سوديم بای کاربونيت (۵۰-۱۰۰ ملي مول) ورکول کيږي کلسيم ګلوکونات ۱۰% ۱۵ ملي ليتره په ۵ دقيقو کې ورکول کيږي. (۲۲)

۴- ميتابوليک اسيدوزس

دخوړو پروتين کم شي (دورځې ۰.۲ ګرامه په هر کيلو ګرام وزن دبدن)، سوديم بای کاربونيت هغه وخت ورکول کيږي چې دسوديم بای کاربونيت کچه ۱۵ ملي مول پر ليتر

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

او پي ايچ ۷،۲ څخه کم شي.

د بای کاربونيت اختلاطات عبارت دي له هايپروااليوما، ميتابوليک الکالوزس، هايپوکلسيميا ، هايپوکاليميا . په ټينګاري اسيدوزس کې ديالېزس تر سره کيږي.

۵- هايپرفاسفتيميا

خوړوکې فاسفيت د ورځې د ۸۰۰ ملي ګرامو څخه کم شي، کلسيم کاربونيت او المونيم هايدروکساید باید ورکړل شي چې دا د فاسفيت سره ټبلي. (۲۲)

۶- هايپو کلسيميا

که ګيلې شته وي کلسيم ګلوکونات ۱۰سلنه ۱۰-۲۰ ملي ليتره او کلسيوم کاربونيت ورکول کيږي. (۲۲)

۷- هايپرمګنيزيميا

مګنيزم لرونکي انتي اسيدونه باید بند شي. (۲۲)

۸- هايپريوري سيميا:

که د سيروم يوريک اسيد کچه د (15mg/dl) څخه کم وي نو درملنه يې نه کيږي. (۲۲)

۹- تغذيه

دخوړو پروتين د ورځې ۲،. ګرامه په هر کيلو ګرام وزن د بدن ورکول کيږي، کاربوهايدريت د ورځې سل ګرامه وی، دخولې يا رګ دلارې خواړو ورکول دناروغ اړتيا پورې اړه لري. (۲۲)

۱۰- انيميا

داړتيا په صورت کې وينه ورکول کيږي Recombinant human erythropoietin په ای،ار،ايف کې نادرا کارول کيږي ځکه چې د هډوکو مغز دهغه په وړاندې مقاوم وي. (۲۲)

۱۱- وينه بهيدل:

ديوريميک وينه بهيدنه د Desmopressin يا استروجن يا ديالېزس سره ښه کيږي.

۱۲- انتي اسيد د معدې او کولمو وينې بهيدنې د غلي کولو لپاره د پروتون پمپ بلاکوونکو او اچ دوه رسپتور بلاکوونکو په پرتله ښه دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱۳- دانتان د مخنيوي لپاره انتي بيوتيک نه ورکول کيږي. (۲۲)

ديالیزس: دپښتورګو دځنډنی عدم کفايي په برخه کې تری يادونه شوی.

انزار:

ناروغان په عمومي ډول د لومړنۍ ناروغۍ څخه مري د مړينې کچه ۱۵% په ولاډي ناروغانو کې ۳۰ سلنه د توکسين او ۲۰% وروسته د لويو جراحي کړنو څخه وي په لاندې حالاتو کې انزار خراب وي. (۲۲)

۱- دناروغۍ په لومړي وخت کې اوليګويوريا وي.

۲- سيروم کرياتينين د ۳ ملي ګرام پر ديسي ليتر څخه لوړشي.

په زړو خلکو او دڅو غړو بې وسۍ کې دمړينې اندازه زياته وي.

۵ سلنه ناروغان بيخي نه ښه کيږي چې پرله پسې ديالیزس او يا ترانس پلان ټيشن ته اړتيا لري. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دپښتورګو ځنډنۍ عدم کفايه Chronic Renal Failure(CRF):

پيژندنه:

دپښتورګو ځنډنۍ عدم کفايه د پښتورګو د دندو نه ګرځيدونکي خرابوالي ته وايي چې دځو کالو په موده کې منځته راځي.

په سي ار ايف کې لومړی بيوشميک بيا اطراحي، ميتابوليک، اندوکراينې ابنارملتي په پای کې کلينيکي بڼه څرګندیږي چې ديوريما په نوم يادیږي. (۲۲، ۳۸)

end stage renal disease (ESRD) هغه حالت ته وايي چې دپښتورګو اندوجينوس دنده بيخي له مينځه تللې وي اودناروغ ژوند يوازې په ډيالیزس يا ترانس پلان تيشن پورې ترلی وي. (۲۲، ۳۸)

لاملونه:

۲-۲ جدول دسي،ار،ايف لاملونه په لاندې ډول دي (۳۸،۱۲)

ناروغۍ	د ESRD د پيښيدو سلنه	شرحه
ولادې او ارثي ناروغۍ	۵%	د پښتورګو پولي سيستيک ناروغۍ او الپورت سندروم
دپښتورګو دشريانونو تنګوالی	۵%	
هايپرتنشن	۲۵-۵%	داڅرګنده نه ده چې دابدلون توکمي يا تشخيصي توپيروالی وي
ګلوميرول ناروغۍ	۲۰-۱۰%	IgA نفروپاتي ډير معمول دی
انترستي شيل ناروغی	۱۵-۵%	
سيستميکې التهابي ناروغۍ	۵%	وازکولايتس
دشکری ناروغی	۴۰-۲۰%	ډير زيات توکمي توپيروالی
ناڅرګندې ناروغۍ	۲۰-۵%	

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ديوريميا پتوفزيالوژي او بيوکيمستري:

ازوتيميا د نايتروجني توکو دپاتی شونو تولیدو ته وايي. يوريميا د پښتورگو پر مختللي عدم کفايه ته وايي چې د څو ارگانونو او سيستمونو د ستونزو نښې په کې څرگندیږي.(۳۸)

که څه هم يوريا ديوريميک توکسي ستي لوی لامل نه دی خو بيا هم د کلينيکي ابنارملتيو لکه بی اشتهايي، بی علاقگی، کانگو او سردردي په مينځ ته راتلو کې مرسته کوي. (۳۸)

ځينی نور نايتروجني پاتې شونی (لکه دگوانيدو مشتقات، يوريت، هيپورات، بنزوت، اندول) هم په پلازما کې په ابنارمل غلظت کې شته چې ديوريميک توکسين ګمان پرې کيږي. (۳۸)

دپښتورگو دميتابوليکو او اندوکراينې دندو دويجاړتيا له امله انيميا، مل نيوتريشن، دکاربوهايدريت، شحم، پروتين ميتابوليزم خرابوالی، د انرژي د مصرف خرابوالي او دهډوکو ميتابوليکي ناروغی پيداکيږي. همدارنگه د پاراتايرايید هارمون، انسولين، ګلوکاګون، ليوتينايزينګ هورمون او پرولاکتين کچه لوړيږي ځکه چی نه يوازې د دوي دپښتورگو کتابوليزم ويجاړيږي بلکه دپښتورگو د اطراحي يا ترکيبي دندو دويجاړتيا له امله د دوي اطراح کيدل هم ويجاړيږي. (۳۸)

داريتروپويتين او 1,25 دای هايدروکسي کولي کلسيفيرول کليوي جوړيدنه خرابيږي. ديوريميک سندروم پتوفزيالوژي د دوو ستونزو پايلو پورې ترلې ده. (۳۸)

۱- دپروتين دميتابوليزم د پيداوار پايلې.

۲- دپښتورگو د دندو د خرابوالي (لکه مايعاتو، الکترولايتونو، هموستازس او هورموني ستونزو) پايلې.

کلينيکي بڼه:

دپښتورگو عدم کفايه د ناروغانو په روتينو ازموينو کې د سيروم کرياتينين او بي يو ان لوړ وي چې ددې سره هايپرتنشن، پروتين يوريا يا انيميا مل وي.ګيلې هغه مهال

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

پيداکيږي چې جي ايف ار په يوه دقيقه کې د ۳۰ ملي ليترو څخه کم شي او د سيروم يوريا غلظت د ۴۰ ملی مول پر ليتر څخه لوړ شي.

نکچوريا او پولي يوريا د سي،ار،ايف لومړنۍ ګيله ده چې دپښتورګو د تغليظ کولو توان د کميدو او په نفرون باندې د ازموتيک پيټي د زياتوالي له کبله مينځته راځي.

۳-۲ جدول کې د سي. ار. ايف ګيلې او ننبې چې دبدن په هر سيستم پورې اړه لري يادونه شويده. (۱۲، ۳۷)

سيستم	ګيلی	ننبې
عمومي	کمزوري، بې علاقګي، ستومانتيا	رنګ يې الوتی وي او ناروغ ښکاري
پوستکی	خارښت او ژر ژر وينه بهيدل	خاسف، ايکوموزس، پرسوب، وچوالی، نوکان يې نصواري ښکاري،يوريميک فراست
غوږ ،پوزه او ستونی	په خوله کې ميتاليک مزی احساس، د پوزی څخه وينه بهيدل	يوريميک فيتور، دتشو متيازو بوی
سترګې		منضمی خاسفی ښکاري
سږي	ساه لنډي	رالونه ، پلورل ايفيوژن
زړه او رګونه	د تمرين سره سالنډی د سينی د هډوکی شاته درد (پريکاردايتس)	هايپرتنشن، کاردیومیګالي،فريکشن رب، فلو مرمر، د مترال وال تنګوالی دکلسيفيکيشن له کبله، د ابهر او ريوي دسام بې وسي د واليوم د زياتوالي له کبله.
معده او کولمې	بی اشتهايي، زړه بدوالی، کانګې، ايټکي، نس ناسته	
بولی تناسلي	نکچوريا ، پالي يوريا ، په نارينوو جنسي کمزورتيا ، په ښځو کې امينوريا	ايزوستين يوريا
عصبي عضلي	Restless leg سندروم(همیشه	

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

	لپاره ښکتنيو اطرافو ته دموقعيت تغير ورکول، بی حسي، په لنگيو کې کرامپ ډوله دردونه	
عصبي	تخرشيت، دماغي او جنسي کمزورتيا، بی حسي، تيتاني	ستوپور، استريکزس، مايوکلونوس، محيطي نيوروپاتي او هايپوکلسيميا

۲-۴ جدول د پښتورگو دځنډنۍ عدم کفايه ستيژونه.(۲۶)

ستيژ	يادونه	جي- ايف- ار $ml/min/1.73m^2$	کړنه
لومړی پړاو	پښتورگي اغيزمن، جي،ايف،ار نارمل يا زيات وي	≥۹۰	لابراتواري پلټنې(هيماچوريا، پروتين يوريا)
دوهم پړاو	پښتورگي اغيزمن وي جي،ايف،ار لږ کم شوی وي	۸۹-۶۰	دوينې فشار کنترول شي، خواړه بدل شي
دريم پړاو	جي،ايف،ار په منځنۍ کچه کم شوی وي	۵۹-۳۰	دوينې فشار کنترول شي، خواړه بدل شي
څلورم پړاو	جي،ايف،ار ډير زيات کم شوی وي	۲۹-۱۵	دپښتورگو ترانس پلان تيشن
پنځم پړاو	د پښتورگ و بې وسي	۱۵> يا ديالېزس	دپښتورگو ترانس پلان تيشن

لابراتواري ازموينې

۱- دوينی ازموينې

دپښتورگو ځنډنۍ عدم کفايه کې د سيروم کرياتينين او بي يو ان لوړ وي. همدارنگه انيميا، ميتابوليک اسيدوزس، هايپر فاسفتيميا، هايپرکلايميا او هايپوکلسيميا د پښتورگو په بيړنۍ او ځندنۍ بې وسۍ کې وي.(۲۲، ۱۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- دتشو متيازو ازموينه:

په تشو متيازو کې ايزو استين يوريا او Brood waxycast (دنفرونونو د هايپرتروفي له کبله) وي.

۳- راديولوژي

د سي،ار، ايف د ناروغانو د التراسوند په ازموينه کې دواړه پښتورګي کوچني وي (د ۱۰ سانتي مترو څخه کوچني وي) خو په ځينو ناروغيوکې (پولي سيستيک پښتورګي، دياښيتيک نفروپاتي، مولتپي پل ميالوما، امايلوايدوزس، د ايچ،اى،وي له کبله نفروپاتي، بندښتي نفروپاتي) پښتورګي لوي يا نارمل وي. (۱۲،۲۲)

ايکسری

دهډوکو په اکسری کې د کليوي اوستيودستروفي ښښې چې دويمي هايپر پارا تائيرويدزم له کبله وي ليدل کيږي. د لاس د هډوکو راډيال خوا کې په اوږدو سره Sub periosteal reabsorption ليدل کيږي.

دملا په اکسری کې Rugger jersey spine (دملا شمزې کې متناوب اسکليروتيک باندونه سوري او دکثافت زياتوالی ليدل کيږي.

دلاس دهډوکو او د ملا شمزيو راډيولوژيک بدلونونه داوږد مهاله هايپرپاراتائيرودیزم له کبله وي. (۱۲،۲۲)

بايوپسي:

داستطباب په صورت کې بايوپسي دناروغی د لامل موندلو لپاره تر سره کيږي.

اختلاطات:

۱- هايپرکلايميا

څرنګه چې پوتاشيم د پښتورګو دلارې اطراح کيږي خو په سي، ار، ايف کې يې هغه وخت اندول خرابيږي چې جي، ايف، ار په يوه دقيقه کې د ۱۰-۲۰ ملي ليترو څخه کم شي. (۱۲،۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په لاندې حالاتو کې سره لدې چې جې، ایف، ار زیات وي خو هایپر کالیمیا په کې وي.
اندوجنیوس لاملونه یې عبارت دي له: هیمالیزس ، تروما ، میتابولیک اسیدوزس، قبضیت، د پروتین کتابولیزم، دوینې ترانس فیوژن او هایپورینینمیک هایپو الدوستورینیزم څخه . (۱۲،۲۲)
اکزوجینوس لاملونه یې عبارت دي له: خواړه (سترس لرونکې میوه او پوتاشیم لرونکې مالګې او درمل)، ACE نهی کوونکی، سپایرونولکتون ،نن ستروئید التهاب ضد درمل ،تریامیترین ،امیلورید ، بیتابلاکر څخه . (۱۲،۲۲)

درملنه :

الف: دبیړنی هایپرکالیمیا درملنه

دزړه مانیټورینګ، وریدي کلسیم کلوراید ۵% - ۵-۳۰ ملي لیتره، کلسیم ګلوکونات، ګلوکوز ۱۰-۵۰% ، انسولین، بای کاربونیت، دخولی یا ریکتوم دلارې ion exchange resin sodium polysteren salfonate ، بیتا اګونیست(البوتیرول) ۱۰-۲۰ ملي ګرامه په ۴ ملي لیتره نارمل سالین کې په ۱۰ دقیقو کې ورکول کیږي.(۲۲)

ب: دځنډنی هایپر کالیمیا درملنه:

په خواړو کې دپوتاشیم دکچې لړوالی (دورځې دوه ګرامه)،پالی سترین سلفونات د ورځې یو ځل ۱۵-۳۰ ګرامه د جوس یا سوربیتول سره ورکول کیږي. (۲۲)

۲- دسودیم او اوبو هیموستازس:

هایپروالیومیا د اوبو دنه اطراح له کبله وي.

هایپووالیوما د کانګو، نس ناستې، خولې او تبې له کبله وي.

هایپرنتریمیا د سودیم دنه اطراح له کبله وي.

هایپونتریمیا د ډیالیزس څخه مخکې ډیره کمه وي.

دهایپروالیوما لپاره داوبو او مالګو بندیز او دای یورتیک ورکول کیږي. (۱۲،۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- د اسید بیز ګډوډي ګانې:

ناروغ پښتورکی د ورځې یو ملي ایکوولانت تیزاب چې په هر کیلو ګرام وزن د بدن د خوړو د پروتین څخه جوړیږي د بدن څخه ایستلای نه شي.

د پښتورګي د کتلې دکموالي له کبله میتابولیک اسیدوزس مینځته راځي. دامونیا جوړیدل کمیږي چې دا په تشو متیازو کې د هایدروجن دایون بفر دکمیدو لامل کیږي. (۲۲)

همدرانګه هایپر کالیمیا نور هم دپښتورګو څخه دامونیا جوړیدل کموي. له همدی کبله دسي،ار،ایف دناروغانو تشې متیازې اسیدي وي. دمیتابولیک اسیدوزس نور لاملونه عبارت دي له سلفات او فاسفات فلتریشن کموالی دهایدروجن ایون افراز کموالی اضافي هایدروجن ایون دهډوکو د کلسیم کاربونیت او کلسیم فاسفیت پواسطه بفر کیږي چې د رینل اوستیودستروفي لامل کیږي. (۲۲،۱۲)

درملنه:

سودیم بای کاربونیت ، کلسیم بای کاربونیت او سودیم ستریت ورکول کیږي خو د سودیم ستریت مالګې د سیروم دالمونیم کچه لوړوي باید ورنکړل شي.

۴- دزړه او رګونو اختلاطات :

د سي ار ایف کوم ناروغان چې دیالیزس کیږي ۴۵ سلنه مړینه یې د زړه او رګونو ناروغیو له کبله وي. (۲۲)

I – د وینې فشار لوړوالی :

په سي ار ایف کې دوینې دفشار د لوړیدو لاملونه عبارت دي د مالګو او اوبو دمه کیدل،هایپرریننیمیک حالت او دباندې څخه د اریتروپویتین اخیستل. (۲۲)

په سي ار ایف کې د هایپرتنشن د درملنې موخه عبارت دي له د سي ار ایف د پرمختګ او د هایپرتنشن د اختلاطاتو د مخنیوي څخه دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د سي ار ايف په رنځورانو کې بايد فشار ۸۰-۸۵/۱۳۰ ملي متر سيمابو کې وساتل شي.که دیابیتس ورسره مل وي اویا ځلورویشت ساعته پروتین یوریا دیو ګرام څخه ډیره وي نو دوینې لوړ فشار بايد ۸۵/ ۱۲۵ ملي متر سيمابوته ښکته شي .دخوړو مالګه ۴ ګرامو ته کم شي اوکه لوړ فشار دوام ومومي نو دوه ګرامو ته بايد ټيټه شي. ACE نهي کوونکي ،انجيوتنسين دوه رسپتور بلاکر (په دې شرط چې د سيروم پوتاشيم لوړ نه وي) داي يورتيک، بيتا بلاکر، کلونيدين، هايدرالازين او مينوکسيدل ورکول کيږي. (۲۲)

II - دزړه او رګونو اسکيميکې ناروغي.

په سي،ار،ايف کې دزړه اسکيميا د دوه خطري فکتورونو له کبله مينځته راځي.

کلاسيک يې عبارت دي له هايپرتنشن، هايپروالیوما، دسمپاتيک عصب فعاليت زياتوالي، د شحمو ستونزې او هايپرهوموسيستينميا څخه. (۲۲)

سي ار ايف پورې تړلي فکتورونه عبارت دي له انيميا، هايپرفاسفتيميا، هايپرپاراتائيروئيدزم،سي رياکتيف پروتين او انترلوکين۴ لوړوالی (اکليلي رګونه بنده وي) دکين زړه هايپرتروفي، مايکرو واسکولر ناروغي،داکليلي شريانو هايپرتروفي او هايپرپلازيا څخه. (۲۲)

درملنه:

الف: دورځني ژوند ترتيب بدلول Life style modification

ب: دخطري فکتورونو درملنه.

ج: د سيروم دهيموسيستين دلوړوالي لپاره د ورځې ۱-۵ملي ګرامه فولات ورکول کيږي.

هـ : دهايپر ليپيديميا لپاره لومړی دخوړو پواسطه درملنه ده که دی سره ښه نه شوه نو ستاتين اوګيم فيبروزيل ورکول کيږي دا دواړه په ډيرې پاملرنې سره کارول کيږي . (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

III - دزړه احتقاني عدم کفايه :

په سي ار ايف کې دزړه دعدم کفايي لاملونه عبارت دي له:

دمايوکارد اسکيميا ، دکين زړه هايپرتروفي، دمالګو او اوبو دمه کيدل، دهايپرتنشن او د هايپرپاراتائيروئيدزم له کبله کاردیومايوپاتي څخه. (۱۲،۲۲)

درملنه :

الف: داوبو او مالګو کنترول.

ب: هايدرو کلورتيازيد: که جي ايف ار په يوه دقيقه کې د ۱۰-۱۵ ملي ليترو څخه کم وي بايد هايدروکلورتيازايد ورنکړل شي.

ج: لوپ دای يورتيک په عمومي ډول کارول کيږي.

د: د ACE نهي کوونکي اودارجنين رسپتور بلاکر ورکول ګټور دي پدې شرط چې دسيروم کرياتينين د ۳ ملي ګرام پر ديسي ليتر څخه او سيروم پوتاشيم لوړ نه وي. د دوی د کارولو په وخت کې بايد هرو ۵-۱۴ ورځو کې دسيروم کرياتينين او پوتاشيم اندازه شي. (۱۲،۲۲)

IV - پريکاردايتس:

پريکاردايتس دميتابوليک توکسين د دمه کيدلو له امله پيداکيږي. په ناروغ کې تبه، دسينې درد او فريکشن رب وي. په اکسرې کې زړه لوی ، د زړه په ګراف کې PR فاصله ديپريس او ST سګمنت په ديفيوژ ډول لوړوي. همدارنګه کله کله د پريکارد ايفيوژن تمپوناد هم شته وي چې زياتره هميوراژيک وي او د ديالېزس پواسطه يې درملنه کيږي. (۱۲،۲۲)

۵- هيماتولوژيک اختلاطات:

۱- وينه لړي: د وينه لړۍ ډول نارموکروميک نارموسايتيک وي. (۲۲)

لاملونه:

۱- د اريتروپويتين کموالی.

۲- بون ميرو توکسين (دپښتورګو د بې وسۍ توکسين)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۳- بون میرو فایبروزس د هایپرپارا تائیرویدزم له کبله.

۴- هیماتینیک کموالی (اوسپنه، فولات، بی ۱۲)

۵- دسرې ژونکې د پوښ ابنارملتیې (ازموتیک فراجیلیتي زیاتوالی)

۶-دویني ضایع کیدل (دمعدې او کولمو څخه پټه وینه بهیدل) ترومبوسیت دسفنکشن اود هیمودیالیزس په وخت کې.

۷- ACE نهي کوونکي د اریتروپویتین ازادول اوکنترول خرابوي.

۸- دسر و ژونکو د ژوند موده کمیږي. (۲۲،۱۲)

درملنه:

انیمیا هغه وخت درملنه کیږي چې هیماتوکریت د ۳۳% څخه ښکته وي Recombinent erythropoietin یا darbepoeitin ورکول کیږي.

اریتروپویتین په اونۍ کې یو یا دوه ځله ۵۰ یونټه په هر کیلو ګرام وزن د بدن دپوستکي لاندې ورکول کیږي. Darbepoietin په اونۍ کې یو ځل په هر کیلو ګرام وزن دبدن ۴۵،. ملي ګرامه دبدن دپوستکي لاندې ورکول کیږي.

همدرانګه ۲-۴ اونیو کې یې هم یوځل ورکولای شو. د درملنې ښه رسپانس هغه وخت وي چې هیموګلوبین ۱۱-۱۳ ګرامو ته ورسیږي. د هیمودیالیزس ناروغ ته په میاشت کې یوځل ۵۰-۲۰۰ملي ګرامه اوسپنه دورید دلارې (که وینه بهیدل شته وي) ورکول کیږي. (۲۲،۱۲)

دویني د لنبته کیدو ستونزې: پلاټ لیټ دسفنکشن، خفیفاً دپلاټ لیټ دشمیر کموالی. دواړه یې بلیډینګ ټایم اوږدوي کلینیکي بڼه یې عبارت ده له: پیټیشیا، پورپورا، ژرژرویني کیدلو څخه (۲۲)

درملنه:

۱- هیماتوکریت باید ۳۰% ته لوړ شي تر څو بلیډینګ ټایم کم شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۲- ډیسموپریسین ۲۵mcg د ورید دلاري هر ۸-۱۲ ساعته وروسته دوه دوزه ورکول کیږي.

۳- کنجوګیتد استروجن د ورځې ۲،۰ ملی ګرامه په هر کیلو ګرام وزن دبدن په ۵۰ ملي لیتره 0.9% سلنه سودیم کلورایډ کې اوبلن شي او په ۳۰-۴۰ دقیقو کې د انفیوژن په ډول ورکړل شي یا دخولې دلاري ۲.۵-۵ ملي ګرامه د ۵-۷ ورځو لپاره ورکول کیږي.

۴- دیالیزس بلیډینګ ټایم ښه کوي خو نارملولی یې نه شي. پریتونیل دیالیزس نظرهیمودیالیزس ته ښه دی ځکه چی هیپارین دپرن کیدو دمخنیوي لپاره کارول کیږي. (۲۲)

۲- دهډوکو ناروغۍ او د کلسیم فاسفیت د میتابولیزم ستونزې

په سي،ار،ایف کې دغه ستونزې په دوه ډولو دي.

۱- دهډوکو زیات جوړیدل ددویمي هایپرپاراټیرویئدزم سره. په دې ستونزه کې دهډوکي ناروغی Osteitis fibrosa cystica پنوم یادیږي چې د دویمي هایپرپاراتائیرویدزم له کبله پیدا کیږي. (۱۵)

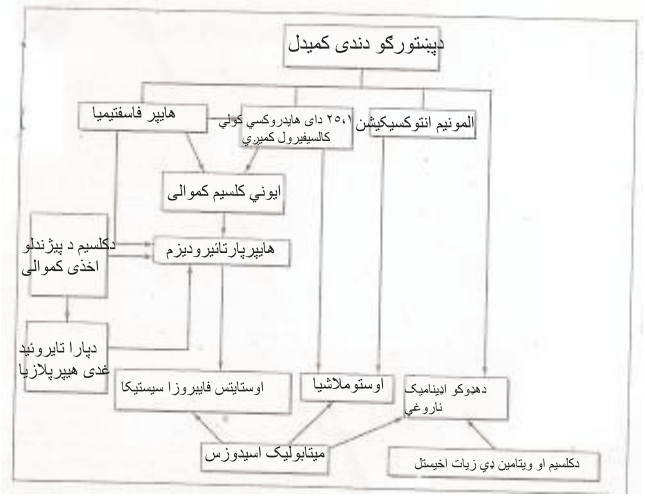
پتوفزیالوژي:

کله چې جي ایف ار کم شي د فاسفیت اطراح کمیږي او هایپرفاسفتیمیا مینځته راځي چې د دویمي هایپرپاراتائیرویدزم لامل کیږي. دفاسفیت زیاتوالی په درې میکانیزمونو د هایپرپاراتائیرویدزم لامل کیږي. هایپرفاسفتیمیا نیغ په نیغه دپاراتائیروئید هورمون افراز لمسوي، فاسفیت د سیروم ایوني کلسیم کموي چې هایپوکلسیمیا مینځته راځي چې ددې کموالی د پاراتاییروئید د هورمون افرازیدل هڅوي، فاسفیت دکالسیتیرول (۲۵،۱ دای هایدروکسي کولي کالسیفیرول) جوړیدل کموي چې ددې دکموالي څخه ایوني کلسیم کمیږي او بیا دپاراتائیروئید دهورمون ازادیدل هڅوي.

پدې درې حالاتو کې د دویمي هایپرپاراتائیروئیدزم له امله اوستایتس فایبروزا سیستیکا مینځته راځي. همدارنګه په سي،ار،ایف کې د اوستایتس سیستیکا بل غوره لامل میتابولیک اسیدوزس دی. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library



۲-۱ شيماکې د هډوکو د فاسفيت او کلسيم ابنارملتيې (۲۲)

کلينيکي بڼه:

په اوستايتس فايبروزا سيستيکا کې په هډوکو کې ابنارمل استوئيد ، فبروزي او کيستونه جوړيږي. دهډوکو کورتيکس او غښتلتيا کميږي او د ماتيدو خطر يې زياتيږي. دافت په نژدې برخه کې مايوپاتي وي او ناروغ ګرځيدلی نه شي. هډوکي يې خوږيږي. (۲۲)

۲- دهډوکو کم جوړيدل: پاراتائيروئيد هورمون کم يا نارمل وي. پدې حالت کې د هډوکو دوه ډوله ناروغي مينځته راځي:

۱- اوستيوملیشيا

ديپداکيدو ميکانيزم :

- دکالسيتيرول د کچې کموالی.
- المونيم اينتوکسيکيشن
- ميتابوليک اسيدوزس

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

په اوستيوملیشیاکې داوستيوکلاست او اوستيوبلاست شمير کميږي او د اوستيوبلاست فعاليت هم کميږي. په اوستيومالیشیا کې د هډوکو ماتريکس زياتيږي خو منرالیزیشن يې د ويټامين ډي د نشته والي له امله صورت نه نيسي. هډوکی خوږيږي. (۲۲)

۲- دهډوکو اډينامیک ناروغی.

پدې ناروغی. کې د هډوکو حجم او منرالیزیشن دواړه کميږي. ددې ناروغی. د پيداکيدو لاملونه عبارت دي له:

الف: د ويټامين ډي ، کلسي ترول او دکلسيوم سره زيات درملنه د پاراتائيروئيد هورمون کچه کميږي همدا رنګه د شکرې په ناروغانو کې هم پيداکيږي.

ب: ميتابولیک اسيدوزس.

۳- نادراً د المونيم د توکسيکيشن څخه هم پيداکيږي.

د هډوکو ماتيدل په دهډوکو اډينامیک ناروغی داوستايتس فايبروزا سيستيکا په پرتله زيات وي او هډوکې خوږيږي.

کلسيفايليکسس: دهډوکو څخه پرته د رخوه انساجو او دوينې درګونو ميتاستاتيک کلسيفيکيشن ته وايي. (۲۲)

درملنه:

۱- په ورځني خوړو کې دفاسفيت اندازه بايد ۱۰۰۰ ملي ګرام پر ديسي ليتر ته ښکته شي. دخولې دلارې فاسفيت بايډينګ اجنټ (لکه کلسيم کاربونيټ، يا کلسيوم استيټ چې په کولمو کې د فاسفيت سره ښنلي او د فاسفيت دجذب څخه مخنيوی کوي) د ورځې ۳-۴ ځله د خوړو سره يوځای ورکول کيږي.

ددې درملو د ورکولو په مهال بايد د سيروم کلسيوم د ۱۰ ملي ګرام پر ديسي ليتر څخه کم وساتل شي تر څو چې هايپرکلسيميا مينځته رانه شي. (۲۲)

۳- Sevelemar او Lanthanum کاربونيټ چې کلسيوم نه لرونکي فاسفيت بايډينګ اجنټونه دی په هايپر کلسيميا کې ورکول کيږي. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۴- المونيم هايدرواکسيايد يو بنه فاسفيت بايندېنګ اجنت دی خو د اوستيومالیشیا او نيورولوژيکواختلاطاتولامل کيږي. دا په بيړني پړاو کې چې دسيروم فاسفيت د۷ ملي ګرام پر ديسي ليتر څخه لوړ وي ورکول کيږي. د اوږدې مودې لپاره نه پکارول کيږي.

۵- ويتامين ډي يا دهغه مشتقات هغه وخت ورکول کيږي چې دويمي پاراتائيروئيد هورمون د نارمل اندازی څخه ۲-۳ ځله لوړ وي. فاسفورس د۵،۵ ملي ګرام پر ديسي ليتر څخه او کلسيوم د ۱۰ ملي ګرام پر ديسي ليتر څخه کم وي.

کلسي ترول هره ورځ ۵،.- ۲۵،. ملي ګرامه يا يوه ورځ وروسته ورکول کيږي. (۲۲)

۷- عصبي اختلاطات:

عصبي اختلاطات هغه وخت پيداکيږي چې جي، ايف، ار په يوه دقيقه کې د ۱۰-۱۵ ملي ليترو څخه کم شي. په سي ، ار، ايف کې مرکزي، محيطي، اتونوميک اعصاب او عضلي دنده خرابيږي. (۲۲)

دمرکزي عصبي سيستم ګيلې: دحافظې خرابوالی او دخوب ستونزې.

عصبي عضلي ګيلې عبارت دي له: مخرشيت، اټکي، کرامپي دردو، عضلي فسيکوليشن، استريکزس، کوری، مايوکلونس، اختلاجات او کوما څخه. (۲۲)

دمحيطي عصبي سيستم اختلاطات هغه وخت پيداکيږي چې سي ار ايف په څلورم پړاو کې وي اود شپږ مياشتو څخه زيات وخت تير پرې شوی وي. (۲۲)

حسي عصب دحرکي عصب په پرتله ښکتنې اطراف د پورتنيو اطرافو په پرتله اوداطرافو لرې برخې د نژدې برخو په پرتله زيات اغيزمن کيږي.

Restless leg سندروم هغه حالت ته وايي چې ناروغ تل ښکتنی اطرافو ته حرکت ورکوي عضلات کمزوري وي او ژور اورتاري عکسات له مينځه تللي وي. (۲۲)

۸- دمعدی ، کولمو او خوړو اختلاطات:

عبارت دي له : بی اشتهايي، زړه بدوالي، کانګو، يوريميک فيتور، ګاستروانترايټس او پيپټيک السر څخه.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

د ډيـاليزس اختلاطـات عبـارت دي لـه هيپـاتيټس، پريټـونيټس ، پانکراتـايټس او پروټين انرژي مل نوټريشن څخه. (۱۵)

۹- اندوکراينې اختلاطات:

اندوکراينې اختلاطات عبارت دي له: دويمي هايپرپاراتايئرويدزم، اوستيومالېشيا ، د ويتامين ډي دکموالي، دشکرې نه زغمل، هايپريوري سيميا، هايپرترای ګلسرايديميا ، د ليپوپروټين دلوړوالی، د پروټين انرژي دمل نوټريشن ، د ودې دخرابوالی، شنډټوب، جنسي کمزورتيا ، امينوريا ، هايپوترميااو امايلوئيدوزس څخه.

۱۰- دپوستکي اختلاطات:

دپوستکي اختلاطات عبارت دي له د خسافت، هايپرپګمينټيشن، خارښت، ايکوموزس او يوريميک فوراست څخه. (۲۲)

درملنه :

الف: دخوړو لارې چارې:

۱-د پروټيني خوړو بنديز: دخوړو دپروټين کمول د سي ، ار، ايف د پر مخ تګ څخه مخنيوی کوي. دخوړو پروټين بايد د ورځې ديوګرام په هر کيلو ګرام وزن دبدن څخه کم نه شي. د سي، ار، ايف په لومړني او دويمي پړاو کې پروټيني بنديز نشته. (۲۲)

۲- دمالګې او اوبو بنديز: که مالګه د ورځې د ۳-۴ ګرامو څخه زياته شي دپړسوب، هايپرتنشن او د زړه د احتقاني بې وسۍ لامل کيږي او ديو ګرام څخه کموالی يې دهايپوتنشن او د دوراني حجم د کموالي لامل کيږي.

که د پښتورګو خنډنی بی وسی ناروغان ډيالیزس شوي نه وي نو د ورځنۍ مالګې کچه يې دوه ګرامه ده او مايعات د ورځې ۱-۲ ليتره بايد ناروغانو ته ورکړل شي. (۲۲)

۳- دپوتاشيم بنديز: پوتاشيم هغه وخت نه ورکول کيږي چې جي، ايف، ار په يوه دقيقه کې د ۱۰-۲۰ملي ليترو څخه کم شوی وي او ناروغ ته دپوتاشيم لرونکو خوړو لست ترتيب شي. ورځنۍ نارمل اخيستنه يې ۱۰۰ ملي ايکووالنت دی. (۲۲)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۴- د فاسفورس بنديز: دپلازما د فاسفورس کچه بايد د ۴،۲ ملي ګرام پر ديسي ليتر څخه ښکته وساتل شي. ورځني خوړو کې بايد ۸۰۰-۱۰۰۰ ملي ګرامه پورې وي. فاسفورس لرونکي خواړه عبارت دي له کولامشروباتو، هګيو، لبنياتو او غوښې څخه. که جي، ايف، ار په يوه دقيقه کې ۲۰-۳۰ ملي ليترو څخه کم شوی وي نو فاسفورس بايندينګ اجنټ ورکول کيږي. (۲۲)

۵- د مګنيزيم بنديز: څرنګه چې مګنيزيم د پښتورګو د لارې ويستل کيږي بايد ټول مګنيزيم لرونکي خواړه او انټي اسيد ورنکړل شي. (۲۲)

د پښورګو د دندو بيارغونه :

دپښتورګو د دندو د بيارغونې لپاره د مصنوعي پښتورګي (ډيالېزس) څخه کار اخيستل کيږي. (۳۸)

ديالېزس دپښتورګو اندوکرايني او ميتابوليکي دندې رغولی نه شي. يوازې د پلازما په بيوکيمستري په ښه کولو (يوريميک توکسين، الکتروليټ او اسيدبيز) کې مرسته کوي.

همدارنګه د ديالېزس پواسطه (هيموالترافلتريشن) د دوران څخه زيات شوی مايعات لرې کيږي او نارمل واليوم ته راوستل کيږي. (۳۸)

ډيالېزس هغه وخت تر سره کيږي چې دسي، ار، ايف ساتونکې درملنه ناکامه شي. د پښتورګو بيا رغوونکې درملنه عبارت ده له: هيموديالېزسس، پريتونيل ديالېزس او رينل ترانس پلان تيشن څخه. (۱۲،۳۸)

د ډيالېزس استطبابات:

۱- که جي ايف ار په يوه دقيقه کې د ۱۰ ملي ليترو څخه کم شي.

۲- د سيروم کرياتينين ۸ ملي ګرام پر ديسي ليتر وي.

۳- د سيروم يوريا د ۳۰ ملي مول پر ليتر (۱۸۰ ملي ګرام پر ديسي ليتر) څخه زيات شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۴- په دیابیتیک کسانو کې په یوه دقیقه کې جي، ایف ، ار ۱۵ ملي لیتر او د پلازما کریاتینین ۲ ملي ګرام پر دیسي لیتر وي.

۵- هایپرکلیمیا(پوتاشیم د ۲ ملي مول پر لیتر څخه زیات وي).

۲- میتابولیک اسیدوزس (پي ایچ د ۲،۷ څخه کم وي)

۷- یوریمیک پریکارډایتس.

۸- یوریمیک انسفالوپاتي (اختلاجات، نیوروپاتي)

۹- هایپروالیومیا چې د درملنې په وړاندې ټینګاري وي.

۱۰- کوواګولوپاتي. (۱۲،۳۸)

هیمودیالیزس:

په هیمودیالیزس کې دناروغ ناپاکه وینه چې یوریمیک توکسین لري د مصنوعي پښتورګې (دیالیزس) قابل نفوذیه پردی دلاړې پاک کیږي او بیرته پاکه وینه چې یوریمیک توکسین نه لري (دشریاني وریدي فستول په شان) د ناروغ بدن ته دننه کیږي. (۱۲،۳۸)

Intermittent Hemodialysis

ډیالیزس باید ورو ورو پیل شي ځکه چې په چټکی سره پیل کول یې د ناروغ شعوري حالت ویجاړوي او اختلاجات پیداکوي چې دا د دماغي پړسوب له کبله وي او د Dialysis disequilibrium پنوم یادیږي. (۳۸)

په لومړی ورځ کې دیو ساعت لپاره دیالیزس شي یوه ورځ وروسته یې ۳-۴ ساعتو لپاره او بیایوه ورځ وروسته ۳-۴ ساعتو لپاره دیالیزس ترسره کیږي پدې شرط چې دناروغ هیمودینامیک حالت ښه وي. که دوینې بهیدل شته وي نو دهیپارین په ځای ایپوپورستینول د انټیکواګولیشن لپاره ورکول کیږي خو دا د هایپوتنشن لامل کیږي. (۳۸)

دکمې مودې دیالیزس لپاره او هغه ناروغانو ته چې وینې د پرن کیدو ستونزې لري انټي کوواګولانټ نه ورکول کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

هيموديالېزس ستونزې عبارت دي له: هايپوتنشن، دزړه اريتميا، هيموراژ، هوايي امبولي، د ډيالېزس سره حساسيت، د سړو اذيما او سيستميک سيپسس (۳۸)

پريتونيل ديالېزس:

دا تخنيک اوس ډير کم کارول کيږي ځکه چې د هيموديالېزس په پرتله لږه اغيزه لري خو نادراً يو کتابوليکه ناروغ کې بيوکيمستري کنترولوي

دپريتونيل ديالېزس ستونزې عبارت دي له زړه بدوالي، کانګو، دګيډې د درد، نس ناستې، قبضيت، تبې، د پريتونيټس او د پريتوان د پردې د بې وسۍ ځخه.

په عمومي توګه ۳۲% ناروغان وروسته د ديالېزس ځخه تر پنځو کالو پورې ژوندۍ پاتې کيداى شي.(۳۸)

دپښتورگو پيوندول (Renal Transplantation):

دپښتورگو پيوندول دځنډنۍ بې وسي ناروغانو ته داوږدې مودې د ژوندي پاتې کيدو لپاره ډيره ښه درملنه ده. دا ديو نارمل پښتورگي دنده تر سره کوي. د سي ار ايف ټولې ميتابوليکې ستونزې ښې کيږي. د پښتورگو د پيوند لپاره د پښتورگي د ورکوونکي او د پښتورگي د اخيستونکي د وينې ABO ګروپ سمون والى اړينه خبره ده ځکه چې د پيوند ناکاميدل د امينولوژيکو فکتورونو پورې تړلى ده. دهغو ناروغانو چې پښتورگى يې پيوند يږي د ځو ورځو په موده کې بيوشميک ښه والى رامينځته کيږي او ناروغان بايد په منظمه توګه د اوږدې مودې لپاره د پښتورگو د دندو او د امينوسپريشن لپاره مانيتور شي.(۳۸)

دپيوند مضاد استطبابات:

الف: مطلق مضاد استطبابات: فعاله سرطاني حالت، فعال وازو کولايتس، دزړه شديدې اسکيميکې ناروغۍ، د ابهر او الياک د رګونو شديدې بندښتې ناروغۍ.

ب: نسبي مضاداستطبابات:

عمر ديو کال ځخه ښکته او ۷۵ کلنۍ ځخه پورته، د ډيرو خطري ناروغيو او د ښکتنيو بولي لارو دناروغيو شتون.(۳۸)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Interstitial Nephritis

انترستي شيال نفرايتس د پښتورګو د انترستي شيال او تيوبولونو ناروغي ده چې د التهابي، بندښتي او ارثي ناروغيو له کبله مينځته راځي. (۳۷)

کلينيکي بڼه يې د پښتورګو د بې وسۍ کلينيکي ځيره ده خو دالکترولايتو او اسيد بيز (هايپرکليميا) ستونزې په کې ډيرې وي. (۳۷)

پروتين يوريا نادراً په ۲۴ ساعتو کې ديوګرام څخه زياتيږي هيماچوريا او پايوريا په په عمومي ډول شته وي. (۳۷)

Acute Interstitial Nephritis (AIN)

لاملونه:

۱- الرژيک : پنسلين، نن ستروئيد التهاب ضد درمل، الوپورينول

۲- اميون: اتواميون نفرايتس

۳- انتانات : بيړنی بکتريايي پيالونفريتس، ليپتوسپيروزس، توبرکلوز، هانتاوايرس.

۴- توکسيک: مرخيړې، ميالوما لايټ چاين (۳۷)

تشخيص:

په ۳۰% ناروغانو کې د دوا دالرژي تاريخچه (تبه، رش، ايزونوفيليا) او په ۷۰ سلنه ناروغانو کې ليوکوسايتوريا او ايزونوفيليوريا شته وي. تشخيص يې د پښتورګو د بايوپسي پواسطه کيږي. (۳۷)

بيړنی انترستي شيال نفرايتس هر وخت دپښتورګو د نان اوليګويوريک عدم کفايی لامل کيږي.

درملنه:

۱- هغه درمل چې دبيړني انترسی شيال نفرايتس لامل شوي بايد ودرول شي.

۲- پريدنيزولون د ورځې يو ملي ګرام په کيلو ګرام وزن دبدن ورکول کيږي، چې دپښتورګو د فبروزس څخه مخنيوی کوي.

۳- ډيالېزس کله کله کارول کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۴- لاملونه يې بايد درملنه شي. (۳۷)

Chronic Interstitial Nephritis (CIN)

لاملونه:

۱- بيړنی انترستيی شيال نفرايتس

۲- ګلوميرونفريتس

۳- معافيتي او التهاب ناروغي (سارکوئيدوزس، سيستميک لوپوس اريتيماتوس، لومړنی اتواميون ناروغی، Sjogren سندروم.

۴- توکسيک: مشروم ، سرپ او درانده فلزات.

۵- درملونه : ليتيم، الرژيک نفروپاتي، هغه درملونه چې دبيړني انترستيی شيال نفرايتس لامل کيږي انالجزيکونه، سايکلوسپورين

۶- انتانات: شديد پيالونفريتس

۷- ولادي ناروغي ويزيکويوريترال ريفلوکس

۸- دبولې لارو بندښتي ناروغي

۹- ميتابوليکې او سيستميکې ناروغي لکه هايپوکليميا، هايپرکلسي يوريا، هايپراوکزالويوريا او اميلوئيدوزس. (۳۷)

۱- دځنډني انتر ستيي شيال نفرايتس توکسيک لاملونه.

انتر ستيي شيال نفرايتس او دکوليکتينک سيستم تومور د Balkan نفروپاتي پنوم يادیږي. دا ناروغي د فنګسي توکسين (Orchratoxin-A) داخيستلو څخه پيدا کيږي، داپه هغه خوړو کې وي چې د زيرمه شوو دانه جاتو څخه جوړ شوي وي. Oristolachic acid يو نباتي توکسين دی چې په هيربل (هغه درملونه چې د بوټو څخه جوړيږي) مستحضراتو کې وي او دپښتورګو دبيړني عدم کفايی لامل کيږي. (۳۷)

۲- پيلاری نکروزس او انالجزيک نفروپاتي : داوړدې مودې لپاره د انالجزيکونو د کارولو څخه مينځته راځي

پيلاري اسکيميا ډيری په سايکل سيل نفروپاتي او ديابتيک نفروپاتي کې وي نکروزي پيلا دحالبونو دبندښت او د پښتورګو د کوليک لامل کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

دا ناروغي د انالژيکونو د درولو سره ښه کيږي. (۳۷)

کلينيکي بڼه:

په ډيرې ناروغانو کې سي-ار-ايف، هايپرتنشن او په کمو ناروغانو کې د سالت لوزينګ نفروپاتي له کبله ديهايدريشن، هايپوتنشن او پالي يوريا شته وي. (۳۷)

لابراتواري ازموينې:

۱- يوريا ۱۵۰ ملي پر ديسي ليتر وي.

۲- هايپرکليميا

۳- ميتابوليک اسيدوزس

۴- دامونيا جوړيدل کميږي.

۵- دتشو متيازو ازموينې غيروصفي وي خو ښايي براد واکسي کاستونه په کې وي. (۳۷)

درملنه:

لاملیزه درملنه ترسره کيږي. (۳۷)

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

ريفرينس

۱- افريدی حفيظ الله. فزيکل دياگنوزسس. دپوهندوی علمي رتبې څخه پوهنوالي علمي رتبې ته، دتگرهارپوهنتون د طب پوهنځي. ۱۳۸۷ لمريز مخ. ۲۲۰-۲۲۴

۲- اکسير نادر. رهنمايي امراض معدی معايي برای ترفيع رتبه علمي از پوهنملي به پوهندوی. پوهنتون طبي کابل. ۱۳۷۹ هـ ش صفحه ۱۷۲-۱۷۷

۳- اکسير نادر. امراض جهاز هضمي وکليوي برای ترفيع از رتبه پوهندوی به رتبه پوهنوالي. پوهنتون طبي کابل. سال ۱۳۸۳ هجري خورشيدي صفحه ۱۹، ۵۲، ۱۳۲، ۲۰۳

۴- اميري طيب. دځيگر سيروزس ترجمه دپوهيالي علمي رتبی څخه پوهنياري علمي رتبې ته، دتگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۲ هـ ش مخ ۱، ۱۴، ۱۹، ۳۱، ۳۲

۵- اميري طيب.دمعدی او داثناعشر زخمونه او د ايچ پيلوري بکتريا علمي اثر دپوهنياري علمی رتبې څخه پوهنملي علمي رتبی ته د تگرهار پوهنتون دطب پوهنځي کال ۱، ۲، ۷، ۸

۶- جبارخيل عبدالناصر. دهضم خرابوالي او دگيډی دپورتنی برخی داندوسکوپي تر مينځ د ارتباط څيړنه. دپوهنملی علمی رتبی څخه دپوهندوی علمی رتبی ته د لوړتيا لپاره اصلي علمی اثر. دتگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۱ هـ ش.

۷- رحيمي صلاح الدين. ځنډنی هيپاټيټس ترجمه. دپوهيالي علمي رتبی څخه پوهنياري علمی رتبی ته. دتگرهار پوهنتون طب پوهنځی. کال ۱۳۸۵ مخ: ۴۱، ۴۲، ۲۱

۸- ظفرزی کامران. دصفراوي کڅوړی، صفراوي قنات اودپانکراس ناروغی. ترجمه. دپوهيالي علم رتبی څخه پوهنياري علمی رتبی ته. دتگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۲ لمريز مخ: ۲۸، ۳۱، ۳۲

۹- ظفرزی محمد ظاهر. دهضمی سيستم ناروغی. دپوهندوی علمی رتبی څخه پوهنوالی علمی رتبی ته. دتگرهار طب پوهنځی کال: ۱۳۵۹ مخ ۵۷، ۹۳، ۹۴

۱۰- ظفرزی محمد ظاهر. دصفراوي کڅوړی او صفراوي قنات ناروغی. تاليف د پوهندوی علمی رتبی څخه پوهنوالي علمی رتبی ته. دتگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۵۸ لمريز مخ ۱۹، ۲۰، ۲۱

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

۱۱- طفرزی محمد ظاهر. دپانکراس ناروغی تالیف. دپوهندوی علمی رتبی څخه دپوهنوالی علمی رتبی ته. دننگرهار طب پوهنځی کال ۱۳۵۸ لمریز مخ ۹، ۱۱، ۲۳، ۲۴، ۳۰

۱۲- ظفرزی محمد ظاهر. دپنبتورگو ناروغی. تالیف دپوهندوی عملی رتبی څخه پوهنوالی علمی رتبی ته. دننگرهار پوهنځی کال ۱۳۵۹ لمریز مخ. ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۲، ۵۵، ۵۷

۱۳- ظفرزی محمد ظاهر. دینې ناروغی. دپوهندوی علمی رتبی څخه پوهنوالی علمی رتبی ته. دننگرهار طب پوهنځی کال ۱۳۵۸ لمریز مخ ۴۲، ۵۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۷۰، ۷۴، ۷۵، ۸۱، ۸۲، ۹۰، ۹۱

۱۴- مطیع الله مطیع. داسایتس داسبابو څیړنه اصلي اثر. دپوهنملی علمی رتبی څخه پوهندوی علمی رتبی ته. دننگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۷ لمریز مخ ۲، ۲، ۸

۱۵- مولوي زاده حبیب الله. دهضمي جهاز د پورتنی برخی د وینې بهیدنی لاملونه. دپوهنیاری علمی رتبی څخه پوهنملی علمی رتبی ته. دننگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۵ لمریز مخ: ۲۸، ۳۱، ۳۲

0 - نشاط محمد طیب، هادي سیف الله. دځیګر سیروسس په ناروغانو کې د HBS Ag مثبتی پیښی. دننگرهار پوهنتون طب پوهنځی ۱۳۸۲ لمریز کال مخ ۱۹۹

Arthur C. Guyton, and john E hall. Text book of medical physiology II edition. Mississippi: ELENVIER saunder, 2006 P: 795

17. Cooper. Danie H, Krainik Andrewj. The wasthinton manual of medical therapeutics 23th edition. Philadilphia: Lippincott willians and wilkins, 2007 P: 449
18. Cotran kumar Robbins. Pathalogic Basis of diseases 4th edition. Philadelphia: WB saunder, 1989 P: 877
19. D+ Caral Mattson Porth. Pathophysiology 5th edition. New York: Lippincott Philadelphia, 1998 P: 751
20. Fauci, Anthonys. Harrison's principle internal medicine 16th edition. USA: Mc Graw Hill; 2005 P:1741,1748,1750,1760,1776,1852,1867,1891
21. Forbes Alastair. Ginlinsky. self assessment colour review of gastroenterology UK: manson publisher, 2003 P: 67
22. GOLD MAN lee, Ausielleo De NNIS. Cecil medicine 23rd edition. Philadelphia: saunder's 2008 P:1091
23. Katzung Bertram. Basic and clinical Pharmacology 10th edition. Sanfranscisco: university of California; 2006 500 P: 1011.1013
24. Kumar Prveen. Clinical medicine 6th edition: ELEVIER UK: saunder, 2005 P: 265, 275, 310, 338, 341, 383,390,414,3022

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

25. JOHNJ. Hutton.Peter O Kholer. Internal medicine 5th edition. Philadelphia: Mosby;560
26. Mec PHEE STEPHE Nj Maxine A PAPADAKIS. Current medical diagnosis and treatment 47th edition New york: MC Graw Hill, 2009 P:473,503,506,512,520,540,551,567
27. NICHOLAS A.Boon NICK-R. Davidson's Principle of internal medicine 20th edition UK: Edinburgh;2006 P: 779,88,884,902,910,915,949,973,984
28. SLEISEGER and FORDTRAN Gastro intestinal Diseases 5th edition. Philadelphia: W.B Saunder, 1993 P: 387,573,1040,1835
29. YAMADA TADATAKA DAVID H. ATLAS of Gastrointerology, 2nd edition. Philadelphia: Lippincott willam and wikins, 1999. P:216,231,333,336,346
30. http://jmg.bmjjournal.com/cgi/content/full/41/7/508
31. http://www/medicninenet.com/stomaen-cancer/page2.htm 8-12-2007
32. http://www.pathalogy atlas or / gastric 20 carcinoma/20 intestinal type html.
33. http://en.wikipedia.or/wiki.jaundice
34. http://who.int/classification/apps/icd10 online/gr10htm tr 174-16-209
35. "Cirrhosis mayoclinic " http://www.mayoclinic.com/print/cirrhosis/Ds00373/Dsection all and mETHOD-Print
36. http://digestive.niddk.nih.gov/diseases/pubs/cirrhosis.
37. http://en.wikipedia.org/wiki/acutrenalfailure.
38. http://en.wikipedia.org/wiki/nephroticsyndrome
39. http://www. Medicinenet.com/dyspepsia page 10htm
40. http://www.medicinenet.com/irritable owel syndrome/page 6 htm
41. http:// www.medicinenet.com/pancreatitis/article.htm 17-11-2007
42. http:// www.medicinenet.com/peptic-ulcer.article.htm 8-21-2007
43. http://www.medicinenet.com/crohnsdisease/article.htm.
44. http://www.medicinenet.com/ulcerativecolitis/article/htm.
45. http://www.mayoclinic.com/health/urinary tract infection/ ds00286/Dsection-can 6-23-2009
46. http://www.mayoclinic.com/ Gastritis
47. http:// emedicine.medscope.com/article/92945_treatment

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library



د ليکوال لنډه پيژندنه

محترم پوهندوي دکتورسيف الله هادي دمرحوم هدايت الله زوي او دمرحوم حبيب الله لمسي دلغمان ولايت دښار دګمين په کلي کي په ۱۳۴۲ لمريز کال کي زيږيدلي دي . خپل ابتدايي زده کړه يي دمهترلام بابا دښار دسراجة العمارت په لومړني ښونځي کي ترسره کړي دي او په ۱۳۶۰ لمريز کال کي د مهترلام بابا دښار د روښان ليسي څخه فارغ شوي دي . په ۱۳۶۴ کال کي د ننګرهار طب پوهنځي کي شامل شوي او په ۱۳۷۱ لمريز کال کي د ننګرهار پوهنتون د طب پوهنځي د داخلي په ديپارتمنت کي د علمي کدر د غړي په توګه ومنل شو چي تر اوسه پوري په همدي ديپارتمنت کي د استادي مقدسه دنده پرمخ بيايي . په ۱۳۸۹ کال کي د پوهنوالي علمي رتبي ته د لوړتيا لپا ره دهضمي سيستم ناروغيو اود پښتورګودناروغيو تر عنوان لاندي کتاب د اهل طب مينوالو ته تاليف کړي دي .

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Abstract

This text book of Digestive and Renal Systems Diseases is written in two chapters and 283 pages for the second semester of the fourth grade in Ningarhar Medical Faculty. The first chapter is about Digestive System Diseases and the second one is about Renal System Diseases.
All the information is compiled from the reputable text books of the world. The book is useful for the young doctors, the students of the Medical Faculty and all the readers.
The last part of the book contains references which are well known worldwide.

Downloaded from: www.ketabton.com

ketabton.com - The Digital Library

Book Name	Gastrointestinal & Renal System Diseases
Author	Dr. Saifullah Hadi
Publisher	Nangarhar Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
Number	1000
Published	2011
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children **(www.Kinderhilfe-Afghanistan.de)** a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affaires of this publication have been supported by Afghanic (www.afghanic.org).
The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:
Dr. Yahya Wardak, MoHE, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Mobile: 0706320844
Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 620 1385

Printed in Afghanistan. 2011

Downloaded from: www.ketabton.com

Thank you for reading

Find more e-books and articles on Ketabton - your multilingual digital library.

www.ketabton.com

Ketabton - Pashto, Farsi, Arabic & English