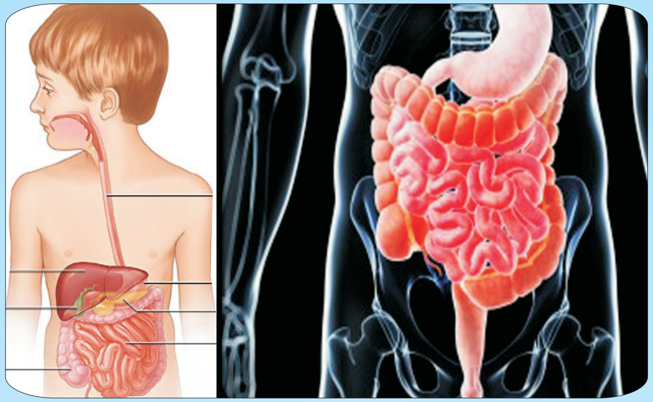
Sheikh Zayed Unversity, Khost, Medical Faculty

Afghanic

Dr Wali Gul Mokhles

Pediatric Gastrointestinal & Liver Diseases



Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

ISBN 978-9936-620-18-6

Not For Sale

2016

د ماشومانو د معدي معايي سیستم او ینې ناروغی

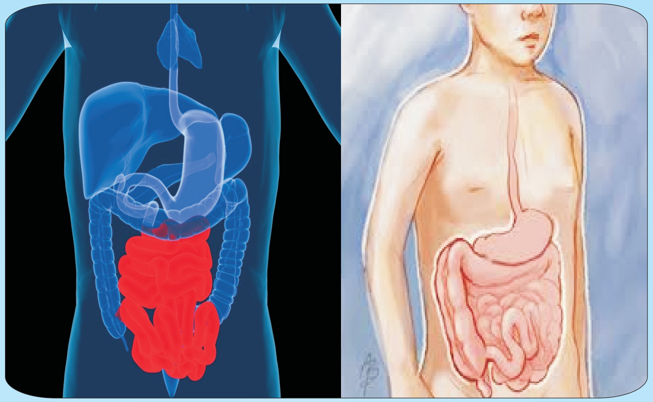
Pediatric Gastrointestinal & Liver Diseases

پوهنمل ډاکتر ولي ګل مخلص

۱۳۹۵

طب پوهنځی

د ماشومانو د معدي معايي سیستم او ينې ناروغی



پوهنمل ډاکتر ولي ګل مخلص

۱۳۹۵

خرخول منع دی

www.ketabton.com

د ماشومانو د معدي معايي سيستم او ينې ناروغۍ

پوهنمل ډاکتر ولي ګل مخلص

Afghanic

Pashto PDF
2016

Sheikh Zayed University, Khost, Medical Faculty
طب پوهنځی

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Pediatric Gastrointestinal & Liver Diseases

Dr Wali Gul Mokhles

Download: www.ecampus-afghanistan.org

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحيم

د ماشومانو د معدي معايي سيستم

او ينې ناروغۍ

پوهنمل ډاکتر ولي ګل مخلص

لومړی چاپ

دغه کتاب په پي ډي ايف فارمټ کې په مله سي ډي کې هم لوستلی شئ:

www.ketabton.com

د کتاب نوم	د ماشومانو د معدي معايي سيستم او ينې ناروغۍ
ليکوال	پوهنمل ډاکتر ولی گل مخلص
خپرندوی	شيخ زايد پوهنتون طب پــوهنځی
وېب پاڼه	www.szu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
چاپ کال	۱۳۹۵، لومړی چاپ
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	سهر مطبعه، کابل، افغانستان

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ يوې خيريه ټولنې لخوا تمويل شوی دی.
اداري او تخنيکي چارې يې په آلمان کې د افغانيک لخوا ترسره شوي دي.
د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځي پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤليت نه لري.

د تدريسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړيکه ونيسئ:
ډاکتر يحيی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل
تيليفون ۰۷۵۶۰۱٤٦٤۰
ايمېل textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان ۶-۱۸-۶۲۰-۹۹۳۶-۹۷۸ ISBN

www.ketabton.com

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو، ساتلو او خپرولو کې ډېر مهم رول لوبولی دی. درسي کتاب د نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پېژندل شویو معیارونو، د وخت د غوښتنو او د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

له ښاغلو استادانو او لیکوالانو څخه د زړه له کومي مننه کوم چې دوامداره زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانګو کې درسي کتابونه تألیف او ژباړلي دي، خپل ملي پور یې اداء کړی دی او د پوهې موتور یې په حرکت راوستی دی. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او درسي مواد برابر او چاپ کړي، چې له چاپ وروسته د ګرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي او د زده کړو د کیفیت په لوړولو او د علمي پروسې په پرمختګ کې یې نېک ګام اخیستی وي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د ګرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره د علومو په مختلفو رشتو کې معیاري او نوي درسي مواد برابر او چاپ کړي.

په پای کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې او زموږ همکار ډاکتر یحیی وردک څخه مننه کوم چې د کتابونو د خپرولو لپاره یې زمینه برابره کړېده.

هیله منده یم چې نوموړې ګټوره پروسه دوام وکړي او پراختیا ومومي تر څو په نیږدې راتلونکې کې د هر درسي مضمون لپاره لږ تر لږه یو معیاري درسي کتاب ولرو.

په درنښت

پوهنوال دوکتور فریده مومند

د لوړو زده کړو وزیره

کابل، ۱۳۹۵

www.ketabton.com

د درسي کتابونو چاپول

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه ګڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نویو معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاړه میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو څخه ګټه اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

تر اوسه پورې موږ د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ، کاپیسا، کابل او کابل طبي پوهنتون لپاره ۲۲۳ عنوانه مختلف درسي کتابونه د طب، ساینس، انجنیري، اقتصاد او زراعت پوهنځیو (۹۶ طبي د آلمان د علمي همکاریو ټولنې DAAD، ۱۰۰ طبي سره له ۲۰ غیر طبي د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې Kinderhilfe-Afghanistan او ۴ نور غیر طبي د آلماني او افغاني پوهنتونونو ټولنې DAUG) په مالي مرسته چاپ کړي دي.

د یادونې وړ ده، چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هېواد ټولو اړونده پوهنځیو ته په وړیا توګه وېشل شوي دي. ټول چاپ شوي کتابونه له www.afghanistan-ecampus.org ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کولای شئ.

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

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

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

www.ketabton.com

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ایډېټ او د چاپ لپاره تیار کړي، زمونږ په واک کې یې راکړي چې په ښه کیفیت چاپ او وروسته یې د اړوند پوهنځیو، استادانو او محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د یاد شویو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظریات له مونږ سره شریک کړي، تر څو په ګډه پدې برخه کې اغیزمن ګامونه پورته کړو.

د مؤلفینو او خپرونکو له خوا پوره زیار ایستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتویات د نړیوالو علمي معیارونو په اساس برابر شي، خو بیا هم کیدای شي د کتاب په محتوی کې ځینې تیروتنې او ستونزې ولیدل شي، نو له درنو لوستونکو څخه هیله مند یو تر څو خپل نظریات او نیوکې مؤلف او یا مونږ ته په لیکلې بڼه راولیږي، تر څو په راتلونکي چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې او د هغې له مشر ډاکتر ایروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لګښت یې ورکړی دی، دوی په تېرو کلونو کې هم د ننګرهار پوهنتون د ۱۰۰ عنوانه طبي او ۲۰ عنوانه غیرطبي کتابونو د چاپ لګښت پر غاړه درلود.

په ځانګړې توګه د جي آی زیت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration & Development) چې زما لپاره یې په تېرو پنځو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي دي، هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو له وزیرې پوهنوال دوکتور فریده مومند، علمي معین پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معین پوهنوال ډاکتر ګل حسن ولیزي، د ننګرهار پوهنتون د پوهنځیو رییسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ یې هڅولې او مرسته یې ورسره کړې ده. د دغه کتاب له مؤلف څخه ډېر منندوی یم او ستاینه یې کوم، چې خپل د کلونو-کلونو زیار یې په وړیا توګه ګرانو محصلینو ته وړاندې کړ.

همدارنګه د دفتر له همکارانو هر یو حکمت الله عزیز، احمد فهیم حبیبي او فضل الرحیم څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړې کیدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت سلاکار

کابل، اپریل ۲۰۱۶

د دفتر ټیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

www.ketabton.com

سریزه

د لوی او مهربان خدای شکر ادأ کووم چې ماته یې توان را په برخه کړ تر څو دا کتاب چې اوس ستاسو په لاس کې دی،په پښتوژبه وژباړم.څرنګه چې دسقراط،فارابي،ابوعلي سینا او پاستور څخه نیولي بیا تر نن پورې ،د نړۍ لویو پوهانو دخپلو څېړنو او تحقیقاتو له لارې ،هر یوه پخپل وار هڅه او هاند کړی دی تر څو په هغو ستونزو او رنځونو کې چې بشري ټولنه ځوروي،کموالی راولي،نو د ننني نړۍ هر طبیب هم مکلف دی چې دې هدف ته د رسیدو په موخه ،د خپل توان او طاقت تر حده پورې خپلې هلې ځلې جاري وساتي.هیله ده چې ددې کتاب (ماشومانو د معدي معايي سیستم او ینې ناروغۍ) ژباړه هم ددې هڅو دلړۍ یوه کړۍ شي.

د(ماشومانو د معدي معايي سیستم او ینې ناروغۍ) چې په اصل کې د GHAI ESSENTIAL PEDIATRICS sixth EDITION د ۲۶۲ مخ څخه تر ۲۹۷ مخ پورې،یوولسم فصل دی ،د شیخ زاید پوهنتون دطب پوهنځي د ماشومانو داخله څانګې له خوا یې ژباړه ماته سپارل شوي وه .دادی د اصلي متن په ساتلو او د علمي ژبې د قوانینو په رعایت کولو سره یې ژباړه په دوؤ برخو (معدي معايي سیستم او ینه) او ۱۴۷ مخونو کې بشپړه او هغه چاته چې د پوهنې لاسته راوړنه د خلکو د خدمت لپاره کاروي،وړاندې کیږي.

په پای کې د خپل لوی او مهربان استاد پوهنوال ډاکتر محمداسحق معاشر څخه، چې نه یوازې ده دلاربنود استاد په توګه ،ددې کتاب په ژباړه کې په ورین تندي او سمه توګه رهنمایي کړی یم، بلکه هغه وخت چې زه په کابل طبي پوهنتون کې دده شاګرد وم، هم ده خپلې ښوونیزې پیرزوینې زما او نورو شاګردانو څخه ندي سپمولي،د زړه له تله مننه کووم.د لوی او متعال خدای له دربار څخه ده او دده په شان نورو استادانو ته د خوشحاله او سعادت مند ژوند غوښتونکی یم.

پوهنمل ډاکتر ولي ګل مخلص
د شیخ زاید پوهنتون دطب پوهنځي
د ماشومانو داخله څانګې غړی

www.ketabton.com

د مطالبو فهرست

سرلیک	مخ
لومړۍ برخه	۱
د هضم او جذب فزیولوژي	۱
د معدي معایي تشوشاتو معمول اعراض او علایم	۸
کانګي	۸
د پایلور ولادي تنګوالی	۱۳
Gastro-esophageal Reflux (GER)	۱۵
قبضیت	۱۷
راوتلي ګېډه	۲۰
دګېډې درد	۲۲
نس ناستی	۳۵
. دوامدار نس ناستی	۶۶
مزمن نس ناستی اود سؤ جذب سندرومونه	۷۷
سیلیاک ناروغي (Celiac Disease)	۸۰
د ډای سکرایډونو سؤ جذب	۸۲
د شیدو د پروټینو عدم تحمل	۸۵
دمونوسکراید د ترانسپورت نواقص	۸۶
سیستیک فبروز (Cystic fibrosis)	۸۷
د صفراوي مالګو تشوشات	۹۰
ABETALIPOPROTEINEMIA	۹۱
دوهمه برخه – ینه	۹۵
د ینې اناتومي او فزیولوژي	۹۵
د ینې غټوالی	۱۰۱
د ینې حاد عدم کفایه	۱۰۶
د ینې مزمنې ناروغۍ	۱۱۷
حبن د ینې په مزمنه عدم کفایه کې	۱۲۷
د باب ورید لوړ فشار لرونکې ماشوم سره نږدیوالی	۱۳۲
د نوزادۍ صفراوي رکودت	۱۳۶
د ینې پیوند	۱۴۲
معدي معایي اندوسکوپي	۱۴۴
اخځلیک	۱۴۷

www.ketabton.com

د معدي معايي سيستم او ينې ناروغۍ

لومړۍ برخه : معدي معايي طرق

۱.د هضم او جذب فزيولوژي

کاربوهایډریټونه

نشایسته او ډکسترین د ماشوم د غذا 50-60 ٪ کاربوهایدریتونه تشکیلوي. په نشایسته کې امایلوپکټین او امایلوز شامل دي. غنم د امایلوپکټین ،وریجې او جوار د امایلوز غني منابع دي . امایلوپکټین د 1000 مالیکولوګلوکوز درلودونکي دي چې 96٪ یې د الفا-۱ رابطې په مرسته خطي جوړښت غوره کړی دی. نشایسته او ډکسترین د ماشوم د غذا 50-60 ٪ کاربوهایډریټونه تشکیلوي.امایلوز د 300 څخه تر 400 پورې د ګلوکوز مالیکولونه لري چې د الفا-1, 4 په رابطو سره تړلي دي . نشایسته د لاړو او پانکراس د امایلېز انزایم په مرسته په ډای سکرایډونو او اولیګوسکرایډونو لکه مالټوز او د ډکسترین په اجزاو هایدرولیز کیږي . په نوؤ پیدا شوو ماشومانو کې د پانکراس د امایلېز انزایم فعالیت په کمه اندازه انکشاف کړی وي .

تي رودونکي ماشومان خپله 40 ٪ کالوري د لکـټوز څخه لاسته راوړي. نسبتاً لوی ماشومان ممکن 7-10٪ کالوري د لکټوز، 50-60 ٪ د نشایستې او ډکسترین څخه حاصله کړي .

www.ketabton.com

ډای سکرایډونه :ډای سکرایډونه په اسانۍ سره هضم او جذبیږي. ډای- سکرایډېز انزایمونه لکه Lactase ، Maltase ، Invertase ، Isomaltase اوTrehalase ، د Brush Border غشاء په اپیتیل کې شته . ځینې نور منحل لیزوزومي انزایمونه لکه اسید Hetro-B galactosidase او 3-galactosidase) (Alpha-galactosidase،

هم موجود دي.

د منحل انزایمونو پواسطه د ډاي سکرایډېزد تجزیه کېدو ځخه یو نازک فبریلي ګلایکوپروتیني پوښ، چې د Microvilli په کې موقعیت لري،مخنیوی کوي.د لکټېز فعالیت د زغابې په څوکه کې په اعظمي حد کې وي ځکه پدې برخه کې پاخه حجرات موقعیت لري، خو د کریپټ د قاعدې په قسمت کې بیا صفر وي او دا هغه برخه ده چې لدې ځخه د کولمو حجرات د ذغابې د څوکې د جدارونو پر لور د 5-6 ورځو په موده کې مهاجرت کوي او وروسته له منځه ځي .

مونو سکرایډونه:کاربوهایډریټونه باالاخره په مونو سکرایډونو چې په فعال ډول جذبیږي ، هایدرولیز کیږي . د مختلفو مونوسکرایډونو د جذب سرعت یو د بل سره توپیر لري ، د ګلکټوز ترانسپورټ د ګلوکوز په پرتله ډېر په بیړه صورت نیسي، خو د فرکټوز د جذب سرعت د ګلوکوز د جذب د سرعت 40 فیصده تشکیلوي.مونوسکرایډونه د لیږدونکو مادو پرسر، یو د بل سره سیالي کوي. لیږدونکي مادې ، د کولمو د مخاطي غشاء ځخه د مونوسکرایډونو انتقال تنظیموي .

پر ATP متکي د سوډیم انتقال، د ګلوکوز او ګلکټوز د جذب لپاره انرژي برابروي. دا منل شوي خبره ده چې لیږدونکي ماده دوې اخذې، یوه د سوډیم او بله د ګلوکوز لپاره لري . کله چې سوډیم د حجرې داخل ته ننوزي، نو ګلوکوز هم ورسره دننه کوي . دا د سوډیم د تفاضل تیوري په نوم یادیږي . د امینو اسیدو

www.ketabton.com

د جذب میکانیزم هم دې ته ورته دی . دا میکانزمونه په حاد نس ناستي کې سالم پاتې کیږي او د او-ار- تي یا د خولې دلارې د ریهایډرشن درملنې بنسټ جوړوي . دفرکټوز د جذب میکانزم جلا دی . د اپیتیل حجراتو په داخل کې ، دفرکټوز Phosphorylation صورت نیسي او دوران ته تر ازادیدو د مخه په ګلوکوز بدلیږي .

لکټوز د Lactase په مرسته په مونو سکرایډونو (ګلوکوز او ګلکټوز) بدلیږي .سکروز د الفا په رابطه کې د Sucrase پواسطه په ګلوکوز او فرکټوز هایدرولیز کیږي .

شحمیات

تر ټولو مهم لیپیډونه د ترای ګلیسرایدونو څخه عبارت دي چې په حقیقت کې د درې مالیکولونو شحمي اسیدونو اویومالیکول ګلیسرول څخه لاسته راغلي استر دي.پالمټیک اسید او سټیریک اسید د مشبوع شحمي اسیدونو له جملې او Oleic Acid او Linolic Acid د اساسي او غیر مشبوع شحمي اسیدونو څخه شمېرل کیږي . مرکب شحمیات د شحمي اسیدونو ، ګلیسرول (یا نسبي مرکباتو) او نایتروجني قلویاتو استرونه دي . اکثره دا ډول لیپیډونه د فاسفیټ ګروپونه لري چې له همدې امله دفاسفولیپیډونو په نوم یادیږي .

د Sphingomyelin په ترکیب کې فاسفیټ ، Choline، Sphingosine شامل دي خو ګلسرول او Galactolipid پکې نشته . Cerebroside د ګلکټوز ،شحمي اسید او Sphingosine څخه ترکیب شویدي.

د شحمیاتو هضم

ترای ګلیسرایدونه د پانکراس د لیپاز په مرسته په څو مراحلو کې هایدرولیز کیږي چې په پایله کې یې ډای ګلیسرایدونه ، مونو ګلیسرایدونه شحمي اسیدونه او ګلیسرول لاسته راځي . د صفرا مالګې د ترای ګلیسرایدونو هضم ،(1)

www.ketabton.com

دليپاز په فعالولو (2) د شحم په مستحلب کولو سره تر څو هضمي انزايمو ته د عمل کولو اجازه ورکړي ،اسانه کوي . د مونو ګليسرايدونو ، شحمي اسيدونو او د مشبوع صفراوي مالګو مخلوط په اوبو کې منحل کمپلکسونه جوړوي چې د Micelles په نوم يادېږي .

Micelles د هايدروليز په مرسته لا نور کوچني کېږي . پر باندينۍ سطحه د صفراوي مالګو د هايدروکسل ګروپ د شتون له امله ، Micelles په Chyme کې د حل وړ ګرځي . کله چې دوی د اپيتيل سطحې سره په تماس کې راشي ،نو مونوګليسرايډونه او شحمي اسيدونه په منفعل ډول د حجرې داخل ته نفوذ کوي . د Micelles پاتې شوي برخه ، چې يوازې د صفراوي اسيدونو درلودونکي وي ، واپس د Chyme دننه حرکت کوي . دا برخه د نورو مونوګليسرايډونو او شحمي اسيدونو سره يو ځاي کيږي او جذب يې تسريع کوي .

مونوګليسرايډونه او شحمي اسيدونه چې په شحم کې د حل کيدو وړتيا لري، د اپتيل حجراتو په غشاءکې حل کيږي ،نو همدا سبب دی چې د محاطي حجراتو داخل ته يې انتقال صورت نيسي . د حجرې په دننه کې ، مونو ګليسرايډونه د حجروي ليپاز په مرسته لا نور هايدروليز کيږي . ګليسرول چې په اوبو کې حل کيدونکي ماده ده ، ژر د باب وينې ته لار پيدا کوي خو يوه برخه يې په حجراتوکې هم پاتې کيږي. په حجراتو کې د ګليسرول دا برخه، د شحمي اسيدونو پر ترای ګليسرايډونو باندې د اوښتو لپاره کاريږي . دا ترای ګليسرايډونه بيا د جذب شوو کولسترول او فاسفوليپيډو سره يو ځاي کيږي . دلته دوی ګردي کتلات چې شاوخوا يې پروتيني طبقې پوښلي وي ، جوړوي او نوموړي کتلات د Chylomicrons په نوم يادېږي .

Chylomicrons د اپيتيل حجراتو څخه بين الحجروي مسافاتو ته ننوزي او لدې وروسته Lacteal ته چې د ذغابې په Core کې موجود دي نفوذ کوي. د Lacteal د لارې

www.ketabton.com

Chylomicron صدري قنات ته انتقالیږي چې په پای کې صدري قنات ،کین تحت الترقوي ورید ته خلاصیږي .
د اوږده ځنځیر لرونکو شحمي اسیدونو پرخلاف ، منځنې ځنځیر لرونکي شحمي اسیدونه (په کوپره کې په زیات شمېر منځنې ځنځیر لرونکي ترای ګلیسرایډونه موجود دي) د Fatty acid –binding پروټینونو سره رابطه نه جوړوي او باب دوران ته مستقیماً تر داخلیدو د مخه ، نه Re-esterified کیږي . پدې توګه د شحم د جذب په ځینو تشوشاتو کې دمنځني ځنځیر لرونکو ترای ګلیسرایډونو توصیه د انرژي لپاره یوه بدیله منبع تشکیلوي .
صفراوي مالګې په ښکتني الیوم کې جذبیږي .د ینې پواسطه دوباره اطراح کیږي (معایي کبدي دوران) . که چیرې د څه وجوهاتو پر بنیاد جذب نشي نو غټو کولمو ته تیریږي او هلته د صفرا مزدوجې مالګې د باکتریایي عمل په پایله کې Deconjugate کیږي . Deconjugated مالګې د Detergent action د درلودلو له امله کولمې تخریشوي او دنس ناستي سبب ګرځي.
په شیدو رودونکو ماشومانو کې په کافي اندازه د شحم هضم او جذب صورت نیسي.په خوارځواکو ماشومانو کې ، داخیستنې(Intake)په زیاتیدو سره جذب هم زیاتیږي .

پروټینونه

دا په ټولیزه توګه منل شویده چې پروټین مخکې لدې چې د کولمو د لومن څخه جذب شي ، په بشپړ ډول په امینو اسیدونو تجزیه کیږي.اوسني شواهد ښیي چې پیپټایډ یا د پروټینو د قسمي تجزیې محصولات د امینو اسیدونو په پر تله په مؤثره توګه د کولمو د محاطي غشأد Brush border څخه تیریږي .
د نوازادۍ په دوره کې د پروټینو سالم یا مکمل مالیکولونه ممکن د Pinocytosis پروسې په مرسته د مخاطي حجراتو

www.ketabton.com

ځخه تېر شي . دا هغه وخت پيښيږي کله چې په کولمو کې د پروټينو بار زيات شي ، مخاطي غشاء خامه وي (لکه د شيدو رودلو په مقدمه مرحله کې)او يامحاطي غشأ د پتالوژيک حالاتو له امله زيانمنه شوي وي . دا کوم غذايي ارزښت نلري خو ممکن د اميونولوژيک تشوشاتو سبب و ګرځي.

په اوس وخت کې روښانه شويده چې د کولمې مخاطي حجرات د Peptidase د فعاليت له نظره ، نسبت معايي عصارې ته غني دي . د حجروي Peptidase زياته برخه د حجرې په سايتوپلازم کې په منحل شکل موجود وي . يوه برخه يې شايد د Enterocytes په Brush Border کې هم موجوده وي. پيپتايدونه د کولمو د محاطي غشاء ځخه د يو ليږدونکي ميکانيزم په مرسته ، چې حتى د مشخص پيپتايد د متشکله امينو اسيدونو لپاره مستقل ميکانيزم وجودلري، عبور کوي . د کولمو د محاطي غشاء Peptidases ، پيپټايډونه په امينو اسيدونو چې وروسته بيا د حجراتو ځخه وينې ته جذبيږي ، هايدروليز کوي .

د امينو اسيدو د انتقال لپاره ځلور جدا سيستمونه اړين دي يعنې(1) خنثى امينواسيدونه (2)اساسي امينو اسيدونه (3)اسيدي امينو اسيدونه (4) Imino acids ، پرولين او هايدروکسي پرولين . د امينو اسيدونو Levo-stereo isomers د Dextro Isomers په پرتله په ښه توګه جذبيږي Pyrodixal Phosphate. د زياتره امينو اسيدونو د ترانسپورت لپاره اړين دي .

د امينو اسيدونو د ترانسپورت لپاره ناقله سيستمونه د کولمو د مخاطي غشاء د اپيتليوم په Brush Border کې موجود دي . امينو اسيدونه هم د ګلوکوز په څېر د نورو امينو اسيدونو جذب چې ناقله سيستم يې مشترک او د ترانسپورت ميکانزم يې مشابه وي، مختلوي .

www.ketabton.com

Pancreatic Proteinase : ټرپسینوجن چې د پانکراس د عصارې د ټرپسین غیر فعال پیشقدم دی، په پانکراس کې د زایموجن په شکل موجود وي . په اثنا عشر کې د Enterokinase سره چې د Brush Border پواسطه تولیدیږي ، په تماس کې راځي اوفعالیږي .Cholecystokinin چې د کولمو یو هورمون دی ، د Enterokinase ازادیدل تنبیه کوي او د صفراوي مالګو شتون دې عمل ته لا نور تقویت وربښي . Enterokinase هم په حجراتو کې په منحل شکل موجود وي. صفراوي مالګې نه یوازې د شحمیاتو د هضم لپاره ګټورې دي بلکه د Enerokinase په ازادولو سره ، د پروټینو په هضم کې هم مرسته کوي . هغه Trypsin چې د کولمو په لومن کې منځته راغلي وي ، د Chymotrypsinogen ،Pro-esterase،Procarboxy-Peptidase او -Pro Phosholipase د فعالیدو سبب ګرځي .

. Arora NK, Anand NK, Bhan MK, *et al.* Nutrient absorption from a fat enriched diet in young malnourished children: A randomized controlled trial. Acta Pediatr 1998; 87: 143–48.

Carey MC, Hernell O. Digestion and absorption of fat. Semin Gastrointes Dis 1992; 3: 189.

Durand P. Physiology of disaccharide digestion and absorption. In: Enzyme Development and Postnatal Feeding, Ed. Muller HR and Secretin MC, Nestle symposium, 1975, p. 63.

Hadorn B. Pancreatic proteinase, their activation and the disturbances of this mechanics in man. In: Enzyme Development and Postnatal Feeding. Ed, Muller HR and Secretin MC, Nestle Symposium, 1975, p.63.

www.ketabton.com

د معدي معايي تشوشاتو معمول اعراض او علايم

۲ – کانګې

د خولې د لارې د معدي معايي محتوياتو بهر ته غورځول د کانګې يا استفراغ څخه عبارت دي . کانګې شايد د مختلفو حالاتو په نتيجه کې رامنځته شي. ممکن ددې حالاتو له جملې څخه يې ځينې فاجعوي او ژوند ګواښونکي وي . (لومړۍ جدول) . همدا وجه ده چې په ماشومانو کې د کانګو د سبب معلومول ، ډير اهميت لري .

د کانګې کوونکي ماشوم سره نږديوالی

دا چې زيات شمېر تشوشات د کانګې يا استفراغ سبب ګرځي نو سم او درست تشخيص ته رسيدل ډېر ارزښت لري . لانديني معلومات بايد د وړ تاريخچې او معاينې په ترڅ کې تر لاسه شي .

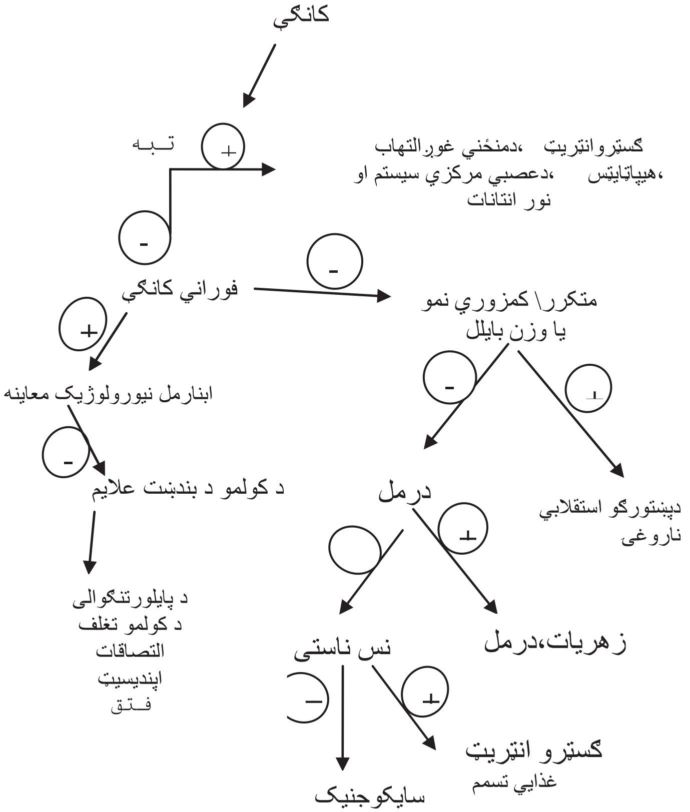
1 – هغه استفراغ چې د غير عضوي اسبابو له امله رامنځته شوی وي ، د ډيهايډرشن او د وزن د ضياع سبب نه ګرځي خو د ماشوم د مور او پلار انديښنې راپاروي . شايد (Posseting) دوامدار او زورور وي . ماشومان ددې ډول استفراغ په ترڅ کې ټوله غذا نه راګرځوي نو وزن هم نه ضايع کيږي .

2 – متکررې او شديدې کانګې د مايعاتو او الکترولايتونو تشوشات منځ ته راوړي .د کانګو په محتوي کې د زيات مقدار هايدروکلوريک اسيد ضياع د الکلوز سبب ګرځي . شايد څه ناڅه د لوږې له امله پيدا شوي متابوليک اسيدوز پواسطه نوموړی حالت معاوضه شي . پوتاشيم هم د استفراغ په محتوي کې ضايع کيږي .

www.ketabton.com

3- هغه كانګې چې ځينې وخت د حادې تبې په شروع كې واقع كيږي، د اهميت وړ ندي او كومې ځانګړې درملنې ته هم اړتيا نلري .

www.ketabton.com



(۱) شکل : استفراغ لرونکي ماشوم سره نږديوالی

www.ketabton.com

(۱)جدول: په ماشومانو کې د کانګو اسباب

د شيدو رودلو په دوره کې	ماشومتوب کې
د ولادي هايپرتروپيک تنګوالی دکولمو تدور Volvulus دکولمو تغلف Gastro esophageal Reflux Gastroenteritis دمرکزي عصبي سيستم انتانات پريټونيټ د عصبي مرکزي سيستم اشغالوونکي افتونه هايډروسفالوس Subdural hematoma د استقلاب ولادي تېروتن يوريميا د غوا دشيدو پر وړاندې حساسيت له حده زيات خوراک د تغذي غلط تخنيک	دکولمو بندښت دکولمو تغلف Gastro esophageal Reflux Gastroenteritis د بولي لارې انتان Hepatitis سينه بغل پريټونيټ د عصبي مرکزي سيستم اشغالوونکي افتونه هايدروسفالوس Diabetic keto acidosis يوريميا Toxins Post nasal dripping Psychogenic

4 - سبب : د کانګې سره د لاندينيو علايمو يو ځای والی ، عضوي منشاء په ګوته کوي . د سبب موندلو لپاره بايد هره هڅه پکار واچول شي څکه د هر سبب لپاره يې مشخصه او ځانګړې درملنه پکار ده :
(الف) پرله پسې کانګې د تبې په موجوديت يا عدم موجوديت کې (ب) شديده خواب الودګي (ج) د رودلو ، بلع کولو او د خوراک د غوښتلو عدم ناتواني (د) د ګيډې برجسته انتفاح (ه) د اشتداري حرکاتو مشاهده کيدل (و) په ګيډه کي دکتلي جس (ز) د Fontanele راوتنه ، سر دردي يا اختلاج

www.ketabton.com

5 – عمر : کانګې ښايي د نوزادۍ په دوره کې وخیم شکل غوره کړي . د هغو افاتو احتمال چې د جراحی په مرسته د اصلاح وړ وي ، باید متصور او رد کړای شي . د شیدو رودلو په دوره او مقدم ماشومتوب کې د موضعي فکتورونو په پر تله عمومي فکتورونه زیاتره د کانګې سبب تشکیلوي .پدې عمر کې اکثره وخت عمومي او متفاوت انتانات لکه Tonsillitis ، د منځني غوږ التهاب ، اپنډیسیټ، د بولي لارې انتان او Meningitis د کانګې مسؤل ګڼل کیږي .

پدې دوره کې معدي معايي انتان د استفراغ یا کانګې د سبب په توګه تر ټولو زيات عمومیت لري . په لویو ماشومانو کې چې عمر یې معمولاً د اوؤ کالو څخه پورته وي،حاد اپنډیسیټ ، نیم سرى او معدي معايي تشوشات باید له پامه ونه غورځول شي .

6 – دافت موقعیت : د مرئ په اټریزي (شزني-مري فسټول) او د مرئ د متضیقو افاتو په صورت کې ، ماشوم تر ولادت سمدستي وروسته په زیاته اندازه د ځګ درلودونکی وي . د تغذي د هڅې په نتیجه کې ممکن د ماشوم ساه بند شي . د بندښت تر ساحی ها خوا شاید یو نرم رابړي سند تېر نشي .بلع شوي شیدې فوراً د هضم او کوم تغیر پرته راګرځوي . د Achalasia Cardia په صورت کې د ماشوم د تنې په پورته ساتلو سره ممکن استفراغ له منځه لاړ شي .

معده : ماشوم ممکن فوراً یا څو ساعته وروسته کانګې وکړي . شیدې رودونکي شاید ژر غذا راوګرځوي . کانګې ډیرې زوروري نه وي . عضوي تشوشات اکثره وخت د زور ور او فوراني استفراغ سبب ګرځي . شیدې تومنه شوي وي خو صفراوي رنګ پکې نه معلومیږي.

کولمې : که چیرې بندښت د(واټر امپولا) څخه ښکته وي نو کانګې یا استفراغ صفراوي او شین بخن رنګ غوره کوي

www.ketabton.com

.غايطي استفراغ ، د کولمو بندښت (فلجي انسداد) په ګوته کوي .

کانګې د مرکزي اسبابو له امله : عموماً پخوانی کوم سبب موجود نه وي . اکثره په ناځاپي غير متوقع ډول او زورور استفراغ منځ ته راځي . ممکن دوامداره سردردي او د داخل قحفي فشار شواهد وليدل شي .

اهتمامات: ځينې وخت زياتره ماشومان د جزوي وجوهاتو له امله کانګې کوي چې بايد د زيات تشويش سبب ونګرځي. د سړو او سوتره مايعاتو غوړپونه نسبت ګرمو نوشابو لکه کافي او چاي ته ښه تحمل کيږي ، خوږيدونکې نوشابې (دخښننګ مواد) ممکن کانګې لازياتې کړي . ځينې ماشومان کانګو ته مساعدوي خو دوی کومې درملنې ته اړتيا نلري .

هغه ماشومان چې په متکرر او دوامدار ډول کانګې کوي او د کانګې په څنګ کې نور علايم ، عضوي سبب په ګوته کړي ،نو دا ماشومان بايد په مناسب ډول و ارزول شي او د درملنې لپاره يې وړ طبي او جراحي اقدامات تر سره شي . متکرر استفراغ شايد د ودې د ځنډ سبب وګرځي، نو ددې د مخنيوي لپاره بايد د ناروغ خوراک د غذايي اهميت درلودونکی وي . د دوامدار استفراغ په صورت کې د وريد له لارې تغذيه د درملنې يوه برخه تشکيلوي . Metochlopramide او Domperidone د معدې د تخليې په سريع کولو سره ، د استفراغ په درملنه کې ګټور تماميږي . د استفراغ د علت د ارزونې څخه پرته ، د Phenothiazine په مرسته په عرضي ډول د استفراغ درملنه ، نه توصيه کيږي .

۳- د پايلور ولادي تنګوالی

د شيدو رودلو په دوره کې ، د پايلور ولادي تنګوالی، د معدې د جراحي تشوشاتو له جملې څخه تر ټولو زيات عموميت لر ي . دا حالت د نجونو په پر تله په هلکانو کې

www.ketabton.com

پنځه ځلې زيات پيدا کيږي او ممکن په فاميلي ډول هم رامنځته شي . پايلور ضخيم او اوږد وي او د پايلور د دايروي عضلاتو د هايپرتراپي له کبله د پايلور لومن تنګوالی پيدا کوي .
کلينيکي بڼه: که څه هم تر اوسه يې اسباب پيژندل شوي ندي خو اوس دا معلومه شويده چې د پايلور هايپرټروپيک تضيق يو ولادي تشوش ندی . اوسني شواهد ښيي چې په دې حالت کې موضعي معايي تعصيب دخيل او په لومړني ډول Argyrophilic nitergic neurons يکې متاثره کيږي .
کلاسيک پيشکش يې د غير صفراوي کانګې څخه عبارت دی چې معمولاً د 3-6 اونيو په عمر کې شروع کيږي .
تدريجاً د کانګې په فريکونسي او شدت کې زياتوالی راځي تر څو فوراني شکل غوره کړي . په تدريجې ډول ډيهايډرشن او د نشوونما ځنډ راڅرګنديږي . دوامداره کانګې د خوارځواکي (سؤ تغذي) ، ډيهايډرشن او هايپوکلورميک الکلوز سبب ګرځي . قبضيت معمولاً موجود وي .
د معدې عضلات ډېر په قوت سره تقلص کوي تر څو پر بندښت غلبه ومومي . قوي استداري څپې چې د کيڼ Hyphochondrium له خوا د نامه (سره) پر لور حرکت کوي ، ليدل کيږي . په ښي خوا کې په Transpyloric plane کې د پايلور د پيروالي له امله ، يوه کوچنۍ کتله د جس وړ وي .
معاينه کوونکی بايد نوموړی تومور (کتله) د کيڼ لاس د غټې او منځنۍ ګوتې په مرسته پداسې حال کې چې ماشوم د کيڼ تي د رودلو په حال کې وي د کيڼې خوا څخه جس کړي .
تشخيص : تشخيص پر کلينيکي تاريخچه او د کتلې پر جس اتکاء لري . د Barium meal څخه وروسته د ګيډې د علوي برخې راډيو ګرافي بايد واخيستل شي چې پدې کې کلاسيک موندنې د معدې توسع او هايپرتراپي او د تنګ پايلورس څخه د باريوم د عبور تاءخر چې د String sign يا Double track

www.ketabton.com

په نوم ياديږي ، عبارت دي . د ګيډې الټراساونډ معاينه ، ګنبد شکله او پيړه د پايلور معصره په ګوته کوي .
درملنه : ډيهايډرشن او Dyselectrolytemia بايد ډير ژر اصلاح کړای شي. که چېرې د پښتورکو د وظايفو تشوش موجود نه وي، بايد د پوتاشيم مقدار په مايعاتو کې علاوه شي . معده بايد تر هغې په ايزوټونيک سالين سره ومينځل شي تر څو راګرځيدونکي مايعات صاف او روڼ شکل غوره کړي . معدوي ټيوب پخپل نارمل ځاي کې پريښودل کيږي .
انتخابي درملنه يي د Ramstedt's operation (Pyloromyotomy) څخه عبارت ده . پدې طريقه کې هايپرټروپيک حلقوي عضلي الياف په اوږدو او بشپړ ډول پداسې حال کې چې مخاطي غشاء ته تاوان ونه رسيږي ، قطع کيږي . د انستيزي څخه تر راوتلو وروسته د خولې د لارې تدريجاً تغذي پيل کيږي .په لومړي سر کې دوې کاچوغې صاف محلول لکه د ګلوکوز پنځه فيصده محلول ، هر دوه ساعته وروسته ، که چيرې ماشوم کانګې ونکړي نو تر اتو ساعتو پورې ورکول کيږي . طبي درملنه چې د جراحي درملنې ځای ونيسي نشته ، نو عموماً نه توصيه کيږي . يوازې هغه وخت طبي درملنه عملي کيږي چې تنګوالی په شک کې او د Pylorospasm احتمال موجود وي . د Pylorospasm د له منځه وړلو لپاره ، Atropin ، Methyl nitrate ، متوکلوپرامايد او Cisapride توصيه کيدای شي .

۴– Gastro-esophageal Reflux (GER)

پدې حالت کې معدوي محتويات پخپله، د کوم جدو جهد پرته مرۍ ته راګرځي . ديو کال څخه په کم عمر کې دا حالت د مرۍ د ښکتني فشار تنظيم د ناکافي انکشاف (حرکي ستونزو) له کبله ، فزيولوژيک شميرل کيږي . که چيرې GER د يو کلنۍ عمر څخه وروسته دوام وکړي نو پدې

www.ketabton.com

صورت کې يو پتالوژيک حالت دی. د GER د اکثرو واقعاتو سره د مرئ د ښکتني معصرې موقتي نا مناسبه استرخاء يو ځای وي .
د موقتي استرخاء دا حملات ممکن د بلع کولو او بلعومي تقلصاتو په وخت کې منځ ته راشي .
کلينيکي بڼه : پرله پسې کانګې او راګرځيدنه(برګشت) په لومړي کال کې ددې ناروغۍ يو عام عرض دی . په پتالوژيک Reflux کې د مرئ د بعيده برخې د اسيدي تصفيې تأخر موجود وي . په ناروغ کې ممکن د سفلي تنفسي جهاز متکررانتانات (د معدوي محتوياتو د انشاق له امله) ، معدي معايي خونريزي (قی الدم) ، انيميا، د نشوونما توقف ، غير نارمل وضعيت ، Heart burn او عسرت بلع وليدل شي . د Reflux داسې حالت چې اپنې ورسره وي خو انشاق موجود نه وي ، ليدل شويدی . د GER شيوع زياته ده .
پلټنې : د GER تشخيص لپاره ، د PH probe په مرسته د مرئ د څلورويشت ساعته PH مونيتورينګ تر ټولو حساسه او وصفی معاينه ده .
Technetium scintiscan هم ګټه لري. دباريوم مطالعې حساسيت کم دی .
اهتمامات: ناروغ ته د تغذي څخه وروسته او د خوب پر مهال ، نيمه ناستې وضعيت ورکول کيږي. د اسيدو د خنثی کولو لپاره انتاسيد توصيه کيږي . د مرئ د التهاب په صورت کې H_2-receptor-blockers لکه Ranitidine او د پروټون پمپ نهي کونکي (Omeprazole) استعماليږي .
Prokinetic درمل لکه Cisapride ، متوکلوپراماېډ او ډومپريډون هم استعمال لري . که چېرې طبي درملنه ناکامه شي، ممکن جراحي درملنه توصيه شي . تر ټولو مشهور متود د Nissen’s fundilplication (چې د معدې د تاوولو يو پروسجر دی) څخه عبارت دی . پدې متود کې معده ، د مرئ

www.ketabton.com

په شاوخوا 360° درجې تاؤ او ګنډل کيږي . کله چې معده پراخيږي ، د معدې او مرۍ د اتصالي نقطې فشار د ښکتنۍ مرۍ د تخته کيدو سبب ګرځي.

اخځليک

Orenstein SR. Esophageal disorders in infants and children. Curr Opin Pediatr 1993; 5: 580–89.

۵ – قبضيت

قبضيت داسې تعريف کيږي چې د کولمو د حرکاتو کموالی او د سختو غايطه موادو ستونزمن / دردناک دفع کول د قبضيت څخه عبارت دي .

اسباب : قبضيت ممکن وظيفوي (غير عضوي) يا عضوي وي . عضوي اسباب يې په لاندې ډول تصنيف بندي کيږي :

- په کولمو پورې اړوند

Hirschsprung disease

Ultra-short segment hirschsprungs disease

مقعدي/ رکتومي تنګوالی

د مقعد د سوري قدام خواته بېځايه کېدل

تضيق

- درمل

ناركوتيكونه

Vincristine

- متابوليک / اندوکرايني

Cystic fibrosis

ددرقيې غدې د فعاليت کموالی

Panhyphopituitarism

www.ketabton.com

- عصبي عضلي
دماغي فلج
Psychomotor retardation
د شوكي نخاع افات
Myotonic dystrophy

درملنه : د ماشوم مور او پلار باید د ساده قبضیت د سلیم طبعیت په هکله ډډه شي ، د ماشوم سره باید د نارمل تغوط په اعاده کې مرسته وشي . د زیاتو مایعاتو څښل ، د هغه غذایي رژیم اخیستل چې په زیاته اندازه فضوله توکي ولري ، (لکه د غنمو بشپړ اوړه ، میوه جات او سبزیجات) د قبضیت په له منځه وړلو کې ګټور تمامیږي .

لندوونکي توکي لکه Sodium dioctyle sulpho succinate مفید دي خو تر اوسه یې استعمال زیات شهرت ندی موندلی. په ځینو واقعاتو کې مایع پارافین 1-2 د چایو کاچوغې په اندازا،په ورځ کې توصیه کیدای شي .

ممکن د Dulcolax (Bisacodyl) رکتومي Suppositories وکارول شي . د Phenolphtalein د مرکباتو استعمال جواز نلري . په سبناري کې د لکټولوز محلول د 15-30 ملي لیترو په اندازه اخیستنه، د قبضیت د له منځه وړلو سبب ګرځي . ماشوم باید وهڅول شي تر څو د بیت الخلا څخه په منظمه توګه، د بیړې او تشویش پرته استفاده وکړي. د دردناک تغوط هر سبب لکه Enterobiasis ، Proctitis یا د مقعد فیسور ولټول شي او لازمه درملنه یې اجراء شي .

Loening Baucke V. Chronic constipation in children. Gastroenterology 1993; 105: 1557–64.

www.ketabton.com

HIRSCHSPRUNG`s DISEASE (AGANGLIONOSIS) – ۶

پدې ناروغۍ کې په ولادي ډول د بعيده کولمو د مخاط لاندې او Myenteric plexus کې Ganglion حجرات موجود نه وي .بعيده رکتوم همېشه Aganglionic وي او معمولاً Aganglionosis د Rectosigmoid colon ترانتقالي زون پوري رسيږي . څرنګه چې Aganglionic سګمنټ دمنسجمو اشتداري حرکاتو وړتيا له لاسه ورکړي وي ، او استرخاء صورت نه نيسي، نو له همدې امله بندښت واقع کيږي . په زياترو واقعاتو کې د Down's Syndrome سره يو ځای وي .

کلينيکي بڼه: ماشوم د ژوند په لومړنيو 36 ساعتونو کې Meconium نه دفع کوي او د هغې څخه علاوه د ګېډې پړسوب ، استفراغ او دتعذي ضعف ددې ناروغۍ معمول اعراض تشکيلوي .عمده فزيکي موندنې يې د ګېډې د پړسوب ، د معاينې په مرسته د رکتوم تش والی يا Rectal impaction څخه عبارت دي . دګوتې پواسطه د معاينې څخه وروسته ډير ژر دغايطه موادو خارجيدل صورت نيسي.

پلټنې: د نوزادۍ په دوره کې دګېډې په ساده راديو ګرافي کې د کولمو پړسوب ليدل کيږي. باريوم اماله د Aganglionic ساحې تنګوالی اودقريبه کولمو توسع ښيي . په هر صورت که چېرې پورتني معاينات نارمل هم وي خو Hirschsprung's Disease رد کيدای نشي. قطعي تشخيص دبيوپسي په مرسته وضع کيږي . د تشخيص لپاره په Myenteric او تحت محاطي ضفيره کې د Ganglionic حجراتوعدم موجوديت مهم او ضروري شرطونه دي . په Aganglionic سګمنټ کې هايپرتروپيک اعصاب ليدل کيږي .

www.ketabton.com

تفريقي تشخيص : د نوزادۍ په دوره کې يې بايد دلاندو ناروغيوسره تفريقي تشخيص وشي :

۱- Meconium plug syndrome
۲- Micro colon
۳- Hypothroidisme
۴- Sepsis
۵- Cystic fibrosis

درملنه : اساسي درملنه يې جراحي ده . طبي درملنه د ناروغ دعمومي حالت په ثبات پورې تړلي چې په ابتداء کې د Ganglionic کولموپه ساحه کې کولوستومي اجراء کيږي تر څو بندښت له منځه ولاړ شي او متوسع اوهايپرتروپيک کولمې خپل نارمل حالت ته راوګرځي . لدې وروسته قاطع جراحي اجراء کيږي چې پدې عملياتو کې د Pull Through پروسجر په مرسته دAganglionic سګمنټ پريکونه او د Ganglionic کولون او مقعد تر منځ تفمم صورت نيسي . هغه جراحي عمليات چې دSwenson Duhamel ، Soave اوBoley پواسطه توضيح شويدي ، زياتره اجراء کيږي .که څه هم د کولمو اوږد مهاله کنترول بهتر دی خو کيدای شي په ابتداء کې قبضيت اوککړتيا تأسس وکړي .

Rescoria FJ, Morrison AM, Engles D, *et al.* Hirschsprungs's disease: Evaluation of mortality and long-term function in 260 cases. Arch Surg 1992; 127: 934–42.

۷– راوتلي ګېډه

د ګېډې راوتنه په هغو کوچنيو ماشومانو کې چې Pot belly يابالون شکله ګېډه لري ، يوه نادره نښه نه شميرل

www.ketabton.com

کيږي . اکثره ميندې ددې حالت په هکله تشويش کوي اود طبي معاينې لپاره دماشوم دوړلو يوعمده دليل دی .

اسباب

١- دګيډې په ديوال پورې اړوند

الف – دخوارځواکي ، Rickets اوهايپوکاليميا له امله Hypotonia

ب – چاغوالی

2 – معدي معايي سيستم پورې اړوند :

الف – دهوا بلع کول

ب – قبضيت : Hirschprung's Disease

ج- سؤ جذب : سلياک ناروغي ، د لکتوز عدم تحمل اوCystic Fibrosis

د- دکولمو بندښت : Meconium Ilius اوPeritonitis ، Imperforated anus او Volvulus چې تدور ورسره وي .

ه – دمعدې پراخوالی : دادګېډې دعملياتو وروسته منځ راځي

ز – د کولمو بندښت : ممکن د Septecemia ، نکروزي انټروکوليټ اوْHypokalemia له امله منځته راشي .

3 – په پريتوان ، ثرب ، او مصاريقه پورې اړوند

الف – پريټونيټ

ب – دمصاريقې سيستونه

ج – دباب د فشار لوړوالی ،Pericarditis او التهابي افات

لکه د نري رنځ له امله دحبن شتون

4- د ګېډې په نورو احشاؤ پورې اړوند

www.ketabton.com

الف – پښتورګي : اکټوپيک پښتورګي ، هايدرونفروزس ، Wilm`s tumor او Polycystic پښتورګي

ب – قوق الکليه : Neuroblastoma

ج – د تخمدان سيست

د- د پانکراس سيست

ه – ديني اوتوري دغټوالي ضحامې ټول لاملونه

5 – متفرقه

هغه ماشومان چې د قطني برخې قدامي انحناء ولري ګېډه يې متبارزه ښکاري .

۸– دګېډې درد

د ګېډې درد ، په ماشومانو کې يو عام او ننګونکی شکايت دي . کم تر کمه 20% ماشومان ، 15 کلنۍ عمر ته تر رسيدو پورې د ګيډې ددرد له امله له طبيب سره مشوره کوي .

د ګيډې حاد درد

دماشومانو طبيب ته لازمه ده چې دهغه ماشوم دارزونې په وخت کې چې د حاد ګېډې څخه يې مراجعه کړې وي ، لومړۍ دا معلومه کړي چې ماشوم د جراحي ګېډې درلودونکی دی (دا يو وخيم طبي تشوش دی چې بستر ته اړتيا لري) او که د يوې داسې پروسې څخه شکايت کوي چې د سراپاناروغ په توګه تداوي کيدای شي . (دوهم جدول)

www.ketabton.com

د ګېډې دحاد درد درلودونکي ماشوم سره نږدیوالی

د تاریخچې مهمې برخې :

1. د درد د پیل کیدو وخت ، پرمختګ
2. ددرد موقعیت ، د درد خپریدا
3. ددرد وصف
4. دماشوم فعالیت : شدید درد ورځني فعالیتونه مختلوي
5. دنورو اعراضو شتون : بې اشتهایي ، زړه بدوالی ، کانګې ، نس ناستی ، قبضیت
6. دسیستمیک اعراضو شتون
7. فامیلي تاریخچه

دمعاینې مهمې برخې :

1. دماشوم فعالیت ته ځیر شئ .
2. وګورئ چې ماشوم ناروغ / Lethargic / د نا ارامي له امله تاویدونکی / بیدار خوغلی بریښي.
3. هیموډینامیک حالت
4. دګېډې معاینه : انتفاح ، حساسیت ،Organomegaly ،ابنارمل کتله ،د کولمو اوازونه
5. سیستمیک معایته .

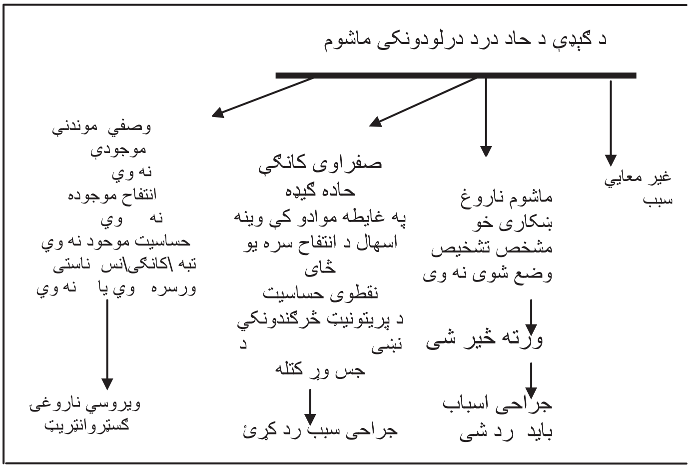
(۲) شکل: د ګېډې د حاد درد لرونکي ماشوم سره د نږدیوالي الګوریتم په ګوته کوي

www.ketabton.com

(۲) جدول :د ګيډې د حاد درد اسباب

جراحي اسباب	اسباب طبي
د دوؤ کلنی څخه ښکته ماشومان	
ګستروانټريټ	Malrotation
سينه بغل (سفلي فص)	Volvulus
بولي لارې انتان	د کولمو تغلف
هيپاټايټيس	مختنق مغبني فتق
باالنفسهي باکترياېي پريتونيت	
د دوؤ کلنی څخه پورته ماشومان	
دګيډې حاد غير وصفي درد	اپنډيسيټ
ګستروانټريټ	Necrotizing enterocolitis
د کولمو التهابي ناروغی	
هيپاټايټيس	
پانکراټايټيس	
دبولي لارې انتانات	اپنډيسيټ
دسربو تسمم	دکولموبندښت
مصاريقوي لمفاډيناېټيس	Meckel's Diverticulum
Henoch shonlein purpura	پيريټونيټ
لومړنی پريتونيت	Cholecystitis
	مختنق مغبني فتق

www.ketabton.com



(۳) شکل. په ما شوم کې د ګيډې د حاد درد ارزونکی الګوريتم

د ګيډې متکرر او مزمن درد

د ګيډې مزمن درد د هغه متکرر او دوامدار درد څخه عبارت دی چې لږ تر لږه درې مياشتې موجود وي . تقريباً د 10-15٪ پورې School aged children ځينې وخت د ګيډې دمتکرر درد څخه شکايت کوي (۳جدو ل).

.

www.ketabton.com

(۳) جدول: دګېډې دمزمن او متکرر درد اسباب

د دوؤ کالو څخه ښکته ماشومان	د دوؤ کالو څخه پورته ماشومان
وظیفوي درد قبضیت جاردیازس داخل بطني ابسي دسربو تسمم Pancreatitis Abdominal migraine/epilepsy Urolithiasis	کولیک سؤ جذب دشیدو پر وړاندې الرژي تدوري نقیصې Hirschsprung's Disease Esophagitis

په لویو ماشومانو کې وظیفوي درد، دګېډې د مزمن درد ترټولو عام سبب تشکیلوي .

لاندې حصوصیات دیو عضوي درد لپاره دلایل برابروي :

1. په غیر سروي ساحه کې موضعي درد
2. راجع شوی درد
3. درد ماشوم دخوب څخه ویښوي .
4. د درد ناڅاپي شروع
5. لوړه تبه
6. عسرت تبول
7. زیړی
8. بې اشتهایي / د وزن بایلل
9. مشخصې فزیکې موندنې
10. دفعالیت کموالی

د ګېډې وظیفوي درد : دا د ګېډې غیر عضوي ، متکرر درد دی چې معمولاً دنامه د شاوخوا ساحې دیوه مبهم درد په توګه توضیح کیږي . د ګېډې دمتکرر درد درک دحسي ، هیاجاني او ادراکي input د مجموعې څخه عبارت دی . رواني فشار ، د ماشوم دشخصیت ډول او په کورنۍ کې

www.ketabton.com

دناروغۍ دسلوک تقویت ، د درد په شدت او ځرنګوالي باندې اغیزه کوي . دHelicobacter pylori انتان ممکن دګېډې دمتکرر درد په شکل تظاهر وکړي .
معايي پرازیټونه نادراً دګېډې دمزمن او متکرر درد باعث ګرځي . دا ډول درد معمولاً د4-14 کلنی تر منځ پيدا کيږي . درد ثابت وخت ،فریکونسي نلري . درد معمولاً دلنډ وخت لپاره دوام کوي . د درد پرته انټروالونه دورځو څخه نیولي تر هفتو پورې متفاوت دي . که چېرې دماشوم څخه پوښتنه وشي چې د درد نقطه په ګوته کړي نو هغه معمولاً ټول لاس په نامه باندې ږدي . په اکثریت واقعاتوکې يې نورو ساحاتو ته انتشار موجود نه وي . په کتنه اولابراتواري معايناتو کې کومه ابنارملټي نه تر سترګو کيږي .
درملنه : دګېډې د درد عضوي اسباب باید رد کړای شي . هغه وخت چې د درد عضوي اسباب موجود نه وي، نودماشوم مور او پلار ته ډډ ورکړ شي چې ګڼې کومه لويه ناروغي نشته . د درملنې لپاره باید د ناشومانو د عقلي ناروغيو د متخصص مرسته وغوښتل شي . درد ممکن دانټي کولينرجيک درملو په توصیه کولو سره له منځه لاړ شي .

Mittal SK, Verma IC. Abdominal pain in children. Continuing Pediatric Education Program. Indian J Pediatr 1994; 7: 1–15.
Murphy MS. Management of recurrent abdominal pain. Arch Dis Child 1993; 69: 409–15.

د درد بطني / حشوي اسباب

پارازيټي انتانات

دچينجيانومعمول تهاجم نادراً دګيډې د درد مسؤل شمېرل کيږي. جارديا لامبليا ، انتا اميبا هستولايتيکا تهاجم اکثره وخت د درد سبب ګرځي . دګردوچينجيانو ګېډۍ ،دکولمو انسداد يا بندښت منتځته راولي . دتهاجم اثبات خپله دګيډې ددرد سبب نګرځي

www.ketabton.com

.کيدای شي حتی د تهاجم د درملنې څخه وروسته دګيډې درد واقع شي .
حاد اپنډيسيټ : دشيدې رودلو په دوره کې حاد اپنډيسيټ نادراً پېښيږي، خود ماشومتوب په دوره کې بايد له نظره ونه غورځول شي .
ناروغ متوسطه تبه اوپه شروع کې استفراغ ، دګيډې درد ، انتفاح اوپه ښۍ Iliac fossa کې په MC Burney`s نقطه باندې موضعي حساسيت لري .
دکلينيک له نظره دRetrocoecal اپنډيسيټ تشخيص ستونزمن دی. نس ناستی او د ګيډې کوليکي درد شايددبواځينيو اعراضو په توګه تظاهر وکړي .
د مصاريقې دلمفاوي عقداتو حاد التهاب : کلينيکي بڼه يې حاد اپتډيسيټ ته ورته ده . د پخوانيو تنفسي يامعايي ناروغيو چې دYersina Pseudotuberclosis يا Yersina Enterocolitis له امله رامنځته شوي وي ، تاريخچه موجوده وي .
د تبې سره سره ،درد په کمه اندازه موضعي شوی وي . د مصاريقې په عقدوي التهاب کې ، د ناروغ ديواړخ څخه وبل اړخ ته د اوښتو په وخت کې د حساسيت ساحه بدليږي، خوپه حاد اپنډيسيټ کې ثابته وي . Mesenteric Adenitis ممکن مزمن شکل غوره کړي. په عرضي ډول تداوي کيږي .
دکولمو بندشي افات : نيمه بندښت ، لکه دګېډې په ټوبرکلوز ، دکولمو په ناسم تدور ، په ميکل ديورتيکل، Volvulus ، ديورتيکل اودکولمو په تضاعف کې ، ځينې وخت د ګيډې دمتکرر درد سبب ګرځي .
درد کوليکي وصف لري . ممکن د نوزادۍ په دوره کې واضح نه وي . د ګيډې انتفاخ کانګې (نظر دبندښت موقعيت ته صفراوي يا غايطي وصف لري) ورسره ملګري وي .دکولمو اوازونه لوړ او مبالغوي وي . دګيډې ساده X-Ray ، دکولمو

www.ketabton.com

دهوا څخه ډک Loops اودهوا او مايع متعددې سويې په ګوته کوي . د ګېډې تلويزيوني معاينه بايد اجراء شي .
په شيدو رودونکو کې دکولمو تغلف : دشيدو رودلو په دوره کې دکولمو حاد بندښت شايد د کولمو د تغلف څخه رامنځته شي .هغه ماشومان چې د يو کال په شاو خوا کې عمر لري ، دګيډې د شديد کوليکي درد څخه چې د وقفه يي ژړا په شکل يې ظاهروي ، مراجعه کوي . کانګې موجودې وي غايطه مواد په وينو ککړ د کشمشو ژاله ته ورته وي .
د ګيډې په ښي Quadrant کې ، نغښتل شوي غوښې ته ورته کتله معمولاً جس کيږي . ښۍ اليوي Fossa ممکن تشه وي .
د رکتوم د معاينې په مرسته کيدای شي دمتغلفه کولمو (Intussesceptum) څوکه جس شي . دBarium enema راديو ګرافي فلم ، پياله شکله فرورفتګي چې د Intussusceptum پواسطه مسدود شوي وي ، په ګوته کوي. تلويزيوني معاينه کيدای شي ګټوره تمامه شي . امکان لري چې باريوم اماله د تغلف د ارجاع سبب وګرځي .
درملنه: تغلف دجراحي يوه بيړنۍ پېښه ده . شاک بايد تداوي اوناروغ Rehydrated شي . د لنډ مهاله تغلف په صورت کې د باريوم امالې هايدروستاتيک فشار کيدای شي تغلف له منځه يوسي . خو دIleoileal تغلف په صورت کې امکان نلري . دتغلف جراحي درملنه په کمه اندازه خطر لري .
مختنق فتق :د سخت درد له کبله ماشوم مخرش اوبدخلقه وي ، کانګې کوي، د خوراک څخه ډډه کوي . فتق غير رجعي وي .
دمصاريقوي وريد ترومبوز: شديد درد موجود وي .ګېډه پړسيدلې وي. دکولمو د فلجي بندښت دشتون تر څنګ ، ماشوم قير ته ورته تور غايطه مواد دفع کوي .
د معدې زخم : داسې فکر کېده چې دمعدې زخم په ماشومانو کې عموميت نلري، دماشومتوب په دوره کې دمعدې د زخم په

www.ketabton.com

هکله په پر له پسې توګه اسناد هم نشر شويدي. اکثرو هندي ځيرنو د معدې زخم ، دګېډې ددرد ديو مهم اود پام وړ سبب په توګه موندلی ندی . د معدې حاده تقرح کيدای شي دځينو درملو لکه اسپرين ، سټرويدونو، پوتاشيم کلورايد دخوړلو څخه وروسته ، همدا راز دToxins ،روحي فشار (سوځيدنه ،داخل قحفي افات) ، Sepsis اوشاک په تعقيب منځ ته راشي . د معدې د حاداومزمن التهاب اواثنأعشر التهاب اود زخم دتشکل په اسبابو کې Helicobacter pylori شامله شويده .

دمعدې زخم ممکن په ابتدايي توګه يا د شديدې اساسي ناروغۍ څخه په ثانوي ډول رامنتځه شي . دا وروستنی يې د تثقب ياخونريزي دشتون په صورت کې بيړنيو جراحي عملياتو ته اړتيا پيدا کوي .

هغه ماشومان چې لومړنی د معدې زخم لري ، ابتدايي اعراض يې حفيف وي خو د اعراضو د تکرر شيوع يې لوړه وي . په مقدم ماشومتوب کې اکثره وخت معدوي زخم چې لويه علامه يې قی الدم تشکيلوي ، واقع کيږي. لوی ماشومان چې عمر يې معمولاً د نهو کالو څخه پورته وي ، د اثنا عشر زخم لري . دا ماشومان دشرصوفيه ناحيې د درد څخه چې شايد د خوراک سره ارتباط ولري يا يې ونه لري ، شکايت کوي .

درد معمولاً د نامه په شاوخوا کې موجود وي . کيدای شي ماشوم کانګې ولري . تشخيص د انډوسکوپي په مرسته وضع کيږي . د اثنا عشر ډيری زخمونه داثناعشر پر خلفي ديوال پراته وي .

درملنه : ناروغ ته بايد دڅو ورځو لپاره نرم خوراک توصيه شي .لدې وروسته دازاد خوراک اجازه ورکول کيږي . ښه دا ده چې په کمه اندازه ، خو څو ځلې خوراک وکړي . د خوراکونو تر منځ د انتاسيدو، او همدا راز د انتي کولينرجيک درملو اخيستل بايد توصيه شي . اکثره زخمونه د دريوڅخه نيولي تر څلورو اونيو پورې التيام کوي .د Gastrin دافراز د بلاک

www.ketabton.com

کولو پخاطر ، H_2-Recepter antagonist لکه رنټيډين د5mg/kg/day په اندازه توصيه کيږي .که چيرې د Ranitidine په مقابل کې ځواب مؤخر ؤ نو بيا بايد د Omeprazole څخه استفاده وشي . دهيلکو باکټر پايلوري انتان ددرملنې لپاره ، امپسلين ددوؤ هفتو لپاره ، Bismut salicylate ، د Metranidazole په موجوديت يا عدم موجوديت کې کارول کيږي .په نړدې وختونو کې د امپسلين پر ځاي Clarithromycine استعمال شويدي . دH_2 اخذې انتاګونستې ياپروټون پمپ نهي کوونکي هم د هيليکو باکټر پايلوري (H.Pylori) د درملنې په جريان کې ورکول کيږي .

په يو څو ياځينو ماشومانو کې دمعدې زخم ممکن سوری شي (تثقب وکړي)، پدې صورت کې بايد د جراحې په مرسته وتړل شي . د هغو زخمونو په صورت کې چې وينه ضايع کوي ، د هيماتوکريت د لوړ ساتلو لپاره شايد نقل الدم ته اړتيا پيښه شي .

معدي معايي الرژي : دمشخصوغذاګانو پر وړاندې الرژيک عکس العمل ممکن د نس ناستي ، خواګرځيدنې (دلبدي) ، کانګې او دګيډې دکوليکي درد سبب وګرځي. د ژوند په لومړنيوڅو اونيو کې دغوا دشيدو د پروټينو په مقابل کې الرژي ، غير معمول خبره نده . ماشومان حتی په رحم کې حساس کيدای شي. درې عمده فکتورنه دالرژي دمنځ ته راتلو سره مرسته کوي .

١- ارثي مساعد توب
٢- د الرژن سره تماس
٣- مرستندويه فکتورونه لکه اميونولوژيک نقيصې معدي معايي ناروغۍ ، انتان او غير وصفي مخرش مواد .

د ينې اميبې ابسې : کلينيکي نښې يې د تبې چې بې اشتهايي هم ورسره وي او د ګېډې د ښي علوي طرف له درد څخه

www.ketabton.com

عبارت دي . ينه جسماً لويه او حساسه وي ،زيړى هيڅ موجود نه وي يا ډېر کم وي . د درملنې لپاره يې 20-50mg/kg Metranidazole په کسري دوزونو سره د اوو ورځو لپاره توصيه کيږي .

د ينې منفعل احتقان : دزړه په احتقاني عدم کفايه اودConstrictive Pericarditis په صورت کې په ښي Hypochondrium کې درد او حساسيت موجود وي .

د کوليدوک يا مشترک صفراوي قنات سيست : پدې حالت کې دواټر امپولا له لارې د صفراوي جريان قسمي او متناوب بندښت موجود وي . مشترک صفراوي قنات د سيست په شکل توسع کړي وي .ناروغان په متناوب ډول د ګېډې د درد او زيړي حکايه کوي . کيداى شي د ګيډې په ښي علوي کواډرانټ کې ، يو سيستيک پړسوب جس شي . تشخيص د تلويزيوني معاينې او ERCP يا Endoscopic retrograde cholangio pancreatography پواسطه تايئديږي .

د پانکراس حاد التهاب : دپانکراس حاد التهاب ممکن د سغوم ، دصفراوي لارې د ناروغۍ ، ترضيض ، درملو ، ولادي انومالي اوعمومي انتاناتو څخه وروسته رامنتځه شي .

په ماشومتوب کې دګېډې پڅ ترضيض د پانکراس دحاد التهاب د سبب په توګه تر ټولو زيات عموميت لري .هغه ناورغان چې د ګېډې دشديد درد ، د شرصوفيه ناحيې ياکينې علوي کواډرانت د حساسيت ، استفراغ ، تبې او زياتې ستړيا څخه يې مراجعه کړي وي، بايد دپانکراس پر حاد التهاب باندې شک پيدا شي . په تشو متيازو اوسيروم کې د امايليز سويه لوړه وي . قوي عرضي اوحمايوي درملنه ورته اړينه ده . دمړينې کچه يې 10-15٪ او د کاذب سيست په شمول داختلاطاتو دمنځ ته راتلو کچه تر 15 ٪ پورې اټکل شويده .دا

www.ketabton.com

ناورغي عموماً پخپله شفاء مومي يوازي حمايوي درملنه ضروري ده . د پانکراس د ابسې او نکروتيک Pancreatitis په صورت کې جراحي درملنه توصيه کيږي .

دجنسي بولي سيستم تشوشات : حاد ګلومرولونفريټ ، حاد پيالونفريټ،مثاني حالبي حاد التهاب،بولي تيږې ،هايدرونفروزس او اکټوپيک پښتورکي ، شايد د ګيډې دحاد درد په شکل راوړاندې شي . (Dietel's Crisis) . دګيډې درد چې دپښتوکو د ناروغيو له امله رامنتځه کيږي معمولاً په شا ، Flanks اودګيډې په ښکتنۍ برخه کې موجود وي . دحالبي تيږو دردونه ، دحالبونو د خط سير پر امتداد ،انتشار کوي . د حالبونو څخه دوينې دعلقاتو تيرېدل هم دعلقوي کوليک سبب ګرځي. په هغو نجونو کې چې د ګيډې د حاد درد څخه شکايت کوي ،بايد حاد سلفانجيت ، د تحمدانونو تدور او په مهبل کې دوينې تجمع ، دتفريقي تشخيص لپاره په نظر کې ونيول شي . نجونې اکثره وخت د حيض حصوصاً دلمړني حيض پر مهال ، د ګېډې شديد درد ګالي .
د حصيو تدور دجراحي يوه عاجله واقعه ده، چې فوري مداخلي ته اړتيا لري .کنه دايمي زيان رامنتځه کوي .

Drumm B, *et al.* Peptic ulcer disease in children. Pediatrics 1988; 82: 410–14.

Drumm B. Helicobacter pylori in the pediatric patient. Gastroenterol Clin North Am 1993; 22: 169–182.

Glen Lewis L and Cohen MB. Gastrointestinal infections in children. Curr Opin Pediatr 1993; 5: 573–579.

Judd RH. Helicobacter pylori, gastritis and ulcers in pediatrics. Adv Pediatr 1992; 39: 283–306.

SaviLahti E, Heyman M, MacDonald TT, *et al.* Diagnostic criteria for food allergy with predominantly intestinal symptoms.Pediatr Gastroenterol Nutr 1992; 14: 108–11.

www.ketabton.com

د ګېډې څخه د باندې د درد اسباب

سږي : قاعدوي سينه بغل اوحجاب حاجزي پلوريزي شايد د ګېډې د درد سره يوځاى منځته راشي .

زړه : روماتيک تبه اوپريکارديټ ممکن دپورتنۍ ګېډې د درد سبب شي . دګېډې متقاطع کوليکي درد ، شايد د Endocardial Fibroelastosis يو وصف وي . د توري په ساحه کې د درد او حساسيت موجوديت احتمالاًدتحت الحاد باکتريايي اندوکارديت علامه شمېرل کيږي .

عصبي سيستم

بطني صرع : د ګېډې دشديد درد متکرر حملات چې خوبجن حالت او کانګې هم ورسره وي ، شايد دګېډې صرع په ګوته کړي. که چېرې دګېډې يا بطني صرع موجوده وي ،نو د تشخيص لپاره يې الکتروانسفالوګرام ګټور تماميږي .

وينه : ممکن د سيکل سل ناروغي ، ارثي سپيروسايټوسيز او هيمولايتيک بحرانات د ګېډې د درد مسؤل وګڼل شي .

د Sickle Cell Crisis په مرسته تداوي Hydroxy Urea کيږي .په هيموفيليا کې خلف پريتواني خونريزي شايد د ګېډې ددرد سبب وګرځي .

متابوليک اسباب

دسربو تسمم . دتسمم برخه وګورئ .

ډيابيتيک کيټواسيډوزيس: پدې حالت کې کانګې او د ګېډې درد عموميت لري، خو هايپرګلايسيميا ، اسيدوز ، کيټونوريا د وزن بايلل اوپولي يوريا د تشخيص دروښانه کيدو لپاره پکار دي .

Anaphylactoid Purpura : دا زياتره په هلکانو کې معمولاً د ځلور کلنۍ او شپاړس کلنۍ عمر تر منځ واقع کيږي . سر دردي ، بې اشتهايي او د ګېډې درد يې مقدم اعراض دي .

www.ketabton.com

يو Urticarial rash چې وروسته په ماكولو پاپولر يا Purpuric رش باندې بدليږي، په پښو، قدم ، ځنګون او كوناټيو ،نادراً په ملا كې ليدل كيږي. دمفصل دمصاب كيدو په صورت كې Periarticular درد ، حساسيت اوخفيف پړسوب موجود وي . په 2/3 ناروغانو كې د ګېډې كوليكي دردونه ،Melena او قي الدم واقع كيږي . د كولمو تغلف اوخونريزي نادراً منځته راځي . په 1/3 ناروغانو كې پښتوركي هم مصابيږي . Hemoturia ، Proteinuria او د فشار لوړوالی ، ددې ناروغۍ د پښتوركو اړوند معمول تظاهرات تشكيلوي . دناروغۍ معمول كورس څلور اونۍ دی. چې پدې موده كې پخپله شفاء منځ ته راځي .عود هم غير معمول ندی . په ¼ ناروغانوكې د پښتوركو افات مزمن شكل غوره كوي . درملنه : درملنه يې عرضي ده . د ستروئيدونواستعمال مناقشوي دی .دمفصل درد اودګېډې درد، د ستروئيدونو په اخستلو سره له منځه ځي ،خو دپښتوركود افاتو لپاره كومه ګټه نلري .

۹ . نس ناستی

نس ناستی (اسهال) په ورځ كې د دريو ځلو څخه زيات ،د مايع يا اوبلنو غايطه موادو له دفع كولو څخه عبارت دی. خو په نږدې وخت كې د غايطه موادو د قوام تغير ،د دفعاتو په پرتله ډير اهميت لري .دوامدار نس ناستی هغه نس ناستي ته ويل كيږي چې د انتاني منشاء په درلودلو سره په حاد شكل شروع او څوارلس ورځې يا د هغې څخه زيات دوام وكړي .د پيچش سندروم په غايطه موادو كې دويني او قيح په شتون او د ګېډې په څړيكو او تبې سره متصف كيږي. په غايطه موادو كې دويني څرګند شتون ،تر ټولو مؤثقه نښه ده .دنس ناستي دوه عمده خطرات د خوارځواكي اومرګ څخه عبارت دي .دنس ناستي له امله دمرګ عام سبب ډيهايدرشن دی . دنس ناستي دواقعاتو په تعقيب ، خوارځواكي د زيات شمېر مړيني سبب

www.ketabton.com

ګرځي . څرنګه چې د ماشوم د کولمو دمخاطي غشاء، د کوم ځای څخه چې په نس ناستي کې اوبه او الکترولایتونه ضایع کیږي ،اوږدوالی او مساحت د کاهل غونډې لوی دی، نو همدا سبب دی چې یو ماشوم د نس ناستي په یوه واقعه کې نږدې دومره اوبه او الکترولایتونه ضایع کوي لکه یو کاهل یې چې ضایع کوي.خو که چېرې یو ماشوم چې وزن یې اووه کیلوګرامه وي،یو لېتر مایعات ضایع کړي (نږدې د بدن 15 ٪ وزن ضایع کیږي) ،د هغه کاهل په پرتله، چې وزن یې 70 Kg دی او همدا مقدار مایع ضایع کړي (چې نږدې دبدن 47 .1 ٪ وزن کیږي)، زیات له خطر سره مخامخ دی . دپام وړ ډیهایډریشن د بدن دالکترولایتونو اود اسید –قلوي د توازن دګډوډېدو چې د نس ناستي په 2-5 ٪ واقعاتوکې پیښیږي، سبب ګرځي .که چېرې مایعات او الکترولایتونه تعویض نشي تر څو د بدن نارمل وظایف اودوران تاء مین کړي ، نو ځینې دا واقعات ممکن وژونکی واقع شي . په خوارځواکو ماشومانو کې هر قسم انتانات د وفیاتو او افاتو کچه لوړ وي . مخ پروده هیوادو کې ، نس ناستی د خوارځواکي په منځته راتلو کې مهم فکتور دی . نس ناستی دUndernutrition سبب ګرځي او دسپکې خوارځواکۍ واقعات تشدیدوي ځکه چې :

- په کولمو کې د جذب اخلال د غټو غذایي توکو او وړو غذایي توکو (لکه Zinc) دضیاع سبب ګرځي .
- دبولي لارې دوصفي غذایي موادو لکه A ویټامین ، ضیاع صورت نیسي .
- د انتان له امله دکتابولیزم کچه لوړیږي .
- پر نس ناستي اخته ماشوم اکثره وخت وږی نه وي .

www.ketabton.com

- o میندې اکثره وخت داغلطي کوي چې په نس ناستي اخته ماشوم یا حتی دنس ناستي څخه شفایاب ماشومانو ته د څو ورځو لپاره ، پوره غذا نه ورکوي .
- o ډاکتران اکثره وخت دمکفي غذا پر تداوم او دناروغۍ څخه دمخه دتغذي دنواقصو پر سمون ټینګار نه کوي .

څه شي د حاد نس ناستي سبب ګرځي ؟

اوس مهال د حاد نس ناستي په 70-80 ٪ واقعاتو کې د حاد نس ناستي سببي عاملین په مجهزو لابراتوارونو کې پیژندل کیږي . په هند کې ، په ماشومانو کې د نس ناستي نږدې نیمايي پیښې د روټا ویروس او Enterotoxigenic E.coli له امله رامنځته کیږي . روټا ویروس دناروغۍ په وخیم شکل کې دخفیفو واقعاتو په پرتله زیات تجرید کیږي .کولرا 5-7 ٪ دنس ناستي واقعات تشکیلوي . په ځینو ځایونوکې اندیمیک او په ځینې نورو کې شاید د شیوعاتو په شکل رامنځته شي. دکولرا اهمیت پدې کې دی چې شایدپه څو ساعتوکې دشدید ډیهایډریشن سبب وګرځي . دانټروټوکسین تولیدونکي E.coli څخه علاوه چې تقریباً دنس ناستي 20 ٪ پیښې رامنځته کوي ، د DiarrhegenicE.coli نور ډولونه دEnteroinvasive(EIEC) ، ،Enterohemorrhagic(EHEC) Localized adherent(LAEC) ،Difusely adherent(DAEC) او Aggregative E.coli(Agg-Ec) څخه عبارت دي . EIEC او(EHEC) دپیچش سبب ګرځي . EHEC دهیمولایتیک یوریمیک سندروم د اسبابو څخه هم شمېرل کیږي .

www.ketabton.com

دماشومتوب دنس ناستي په 3-7 ٪ پېښوکې د Shigella او Salmonella ډولونه تجريد شويدي . شګېلا د ډيزانټري د اکثريت واقعاتو مسؤل شمېرل کيږي . نور باکترياېي عاملين چې دنس ناستي سبب ګرځي ، د Compylobacter jejuni.، Aeromona hydrophilia، Yersenia enterocolitis څخه عبارت دي. دېيچش يا ډايزنټري نرډې په سلو کې پنځه پيښې E.histolytica له امله منځ ته راځي . Giardia lamblia نادراً دحاد نس ناستي سبب ګرځي . دکولمو چينجي معمولاً دحادنس ناستي اسباب نه تشکيلوي . په غايطه موادوکې د دوی متکرر شتون په خلکو کې ددوی لوړ Prevelance په ګوته کوي .

څنګه نس ناستی په بدن کې د فزيولوژيک ګډوډيو سبب ګرځي ؟

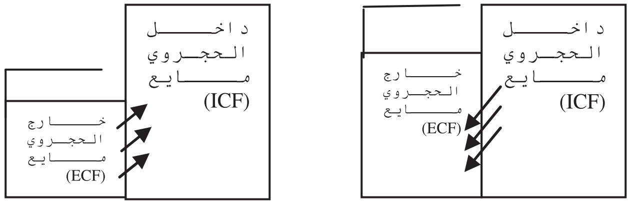
تقريباً د ماشوم 60 ٪ دبدن وزن ، د بدن د دوې مايع برخې (داخل حجروي مايع او خارج حجروي مايع) تشکيلوي . د مايع په خارج حجروي برخه کې دوراني وينه ، بين الخلالي مايع او افرازات شامل دي . د نس ناستي ضايعات ،دخارج حجروي مايع څخه منشاء اخلي .

تعويضي مايعات بايد ورته ترکيب ولري ، يعنې سوديم نسبتاً زيات اوپوتاشيم کم وي . پښتورکي د فلتر ،تغليظ ، ترقيق اود دوران څخه د مايعاتو اومتابولايتونو دبيا جذب په مرسته ، د خارج حجروي مايع الکترولايتي محتوي تنظيموي . د ډيرو وړو شيدو رودونکو ،د پښتورکو وظيفوي وړتيا نظر لويوماشومانو ته، پوره انکشاف کړی نه وي .

د نس ناستي په پېښو کې په زياته اندازه اوبه اوپه اوبو کې منحل غذايي توکي لکه الکترولايتونه ، متابولايتونه اوويټامينونه ، د بدن څخه ضايع کيږي . دبدن څخه د اوبو ضياع ،د خارج حجروي مايع دحجم دکمښت سبب ګرځي. تقريباً ددې

www.ketabton.com

په نيمايي پېښو کې ،د پلازما ياخارج حجروي مايع دسوډيم غلظت نرډې نارمل (140 mEq/L) پاتې کيږي . په 45-40 ٪ پېښو کې ، په زياته اندازه سوډيم په غايطه موادو کې ضايع کيږي .نو پدې توګه دسيروم او ECF دسوډيم په سويه کې نسبتاً کمښت راځي (*هايپوناتريميا*) . څرنګه چې سوډيم د ECF لوی ازموتيک ټاکونکی ګڼل کيږي ،نو همدا سبب دی چې د ECF اسمولاليټي کچه ټيټيږي او پدې توګه د خارج حجروي مسافاتو څخه دحجرې داخل ته اوبه حرکت کوي



په هايپر ناترميک (هايپرټونيک) ډيهايډريشن کې، مايع د ICF څخه د ECF پر لور حرکت کوي، په همدی توګه د ECF برخی کموالی قسماً جبران کيږي.

په هايپو ناترميک ډيهايډريشن کې، مايع د ECF څخه د ICF پر لور حرکت کوي چی په ECF کې د مايع کمښت نور هم تشديدوی.

(۳)شکل:په هايپو او هايپرناترميک ډيهايډرشن کې د مايعاتو دجهت تغير

په انساجو کې د اوبو اوشحم شتون ، د پوستکي نارمل الاستيکيت ساتي . په دواړو، هايپو او ايزوناترميک ډيهايډريشن کې د خارج حجروي اوبو کموالی ، د پوستکي الاستيکيت ته زيان رسوي . پوستکی د زاړه سړي غوندې ګونځې بريښي.که چېرې پوستکی کش کړای شي، نو څو ثانيې وروسته خپل نارمل حالت ته ګرځي .

دنس ناستي په 5 ٪ پېښو کې (حصوصاً هغه وخت چې ماشوم ته زياته مالګه ورکړ شوي وي)، دسيروم دسوډيم کچه د ECF څخه لوړيږي .پدې ناروغانو کې د 150mEq/L ازموتيک فشار نسبتاً لوړ وي . نو همدا سبب دی چې د حجراتو

www.ketabton.com

له داخل څخه اوبه خارج حجروي مايع(ECF)ته جريان مومي. پدې ډول د پوستکي دالاستيکيت ضياع تر پوښښ لاندې راولي . پوستکی لوند، خميره يا ځرمن ته ورته بريښي . طبيب پدې حالت کې، تر څو چې د ډيهاډريشن مهم اختلاطات لکه دوراني يا د پښتورکو زيان واقع شوی نه وي ، ممکن دشديد Hypernatremic dehydration پېښه اشتباهاً ناڅيزه وګڼي .

د خارج حجروي مايع په کميدو سره د وينې حجم هم کموالی مومي . ددې په نتيجه کې نبض ضعيف ، خيطي وصف پيدا کوي . د وينې فشار لوېږي، نهايات ساړه وي . د پښتورکو په ګلوميرولونو کې دهايدروستاتيک فشار د ټيټوالي له امله ، د ادرارو (تشو متيازو) فلتريشن هم کمښت مومي . دا حالت بد مرغه ځکه دی چې هغه پښتورکي چې وظيفه يې خرابه وي ، متابوليک اختلال تنطيمولای نشي . د ادرار جريان د ناروغۍ د وخامت ښه شاخص ګڼل کيږي . په شديدو پېښو کې باالاخره د پښتورکو عدم کفايه تاءسس کوي .

دنس ناستې په غايطه موادو کې په زياته اندازه پوتاشيم موجودوي. نوکه چېرې نس ناستی دڅو ورځو څخه زيات دوام وکړي،د سيروم د پوتاشيم کچه رالويږي .دا په هغو ماشومانو کې چې په شديده خوارځواکي اخته وي ،ډير برجسته وي . دماشوم په نزد دګېډې انتفاخ فلجي انسداد اودعضلاتو هايپوټونيا موجوده وي . د زړه په بريښنايي ګراف (ECG) کې د ST انحطاط او همواره T موجه ليدل کيږي .

ځرنګه چې د کولمو افرازات قلوي دي او دنس ناستې په غايطه موادو کې په زياته اندازه باى کاربونيټ ضايع کيږي، نو معمولاً د هغه ډيهايډريشن سره چې د نس ناستې له امله رامنځته شوی وي ، اسيديميا مل وي. تر څو چې Base excess د 12mMol/L څخه ښکته شوي نه وي، تر هغې پورې ناروغ اعراض نلري .کله چې (Base excess)

www.ketabton.com

د پورتني کچې څخه راولویږي ، نود ناروغ تنفس (ساه کښنه) ژور اوګړندی کیږي (Kussmual breathing) .
په لنډه توګه ویلای شو چې د نس ناستي په مقدمو اوخفیفو واقعاتو کې شاید ماشوم تږی اولږ مخرش غوندې وي. د نس ناستي په اوږدیدو او د ډیهایډریشن په خرابیدو سره ، د ماشوم تخرشیت زیاتیږي، اودپوستکي الاستیکیت یې له منځه ځي. فنتانیل که چیرې خلاص وي ، انحطاطي او سترګې لویدلي وي .ژبه او د غومبورو د ننه خوا وچه او د هایپوکالیمیا په صورت کې ګېډه انتفاحي وي . ماشوم په اوږدو زماني فواصلو کي تبول (تشې متیازې) کوي . د اسیدوز په زیاتیدو سره تنفس ژور اوګړندی شکل غوره کوي .په وخیمو واقعاتو کې ، ماشوم مړ ژوندی بریښي . نبض یې ضعیف او خیطي وي . د وینې فشار یې لویدلی او د اطراح کیدونکو تشو متیازو ظرفیت یې ډیر کم وي . که چیرې ژر تداوي نه شي، نو په شدید ډیهایډریشن اخته ماشوم شایدژر له منځه لاړ شي .

په نس ناستي اخته ماشوم ارزونه

تاریخچه : یوه سمه تاریخچه به معلومه کړي چې ماشوم اوبلن نس ناستی، پیچش یا دوامدار نس ناستی د ودې دځنډیدو سره یا د هغې پرته ، لري او کنه. اوبلن ، زیات ، متکرر (په دریو ساعتو کې یو ځل یا زیات تغوط کول) غایطه مواد، نسبتاً شدیده ناروغي په ګوته کوي .
د درملنې دپلان جوړولو لپاره لاندې پوښتنې مهمې دي :

- ایا ماشوم په تېرو 6-8 ساعتو کې کانګې کړیدي ؟
- ایا په همدې موده (6-8 ساعته) کې یې تشې متیازې (ادرار) کړیدي ؟
- د هغو مایعاتو چې ماشوم یې اخلي ،طبعي ترکیب څه شی دي؟

www.ketabton.com

- ايا ماشوم دناروغۍ څخه د مخه په اعظمي ډول تغذي کېده ؟
- ايا دماشوم په غذا کې داسې کمښت يا تغير راغلی چې د مجموعي انرژي په اخستو يا د مصرف کيدونکي غذا په کيفيت کې يې کموالی راوستی وي ؟

په معاينه (کتنه) کې لاندې شيان وارزوئ :

۱-د ډيهايډريشن فزيکي نښې يا علايم

۲- د ماشوم دتغذي حالت ، چې ددې لپاره وزن ښه پارامتر دی

۳- دسينه بغل (نمونيا)، منځني غوږ التهاب اونورو اړوندوانتاناتو شتون .

د تشخيص پر لور کلينيکي نږديوالی

د روټا ويروس په نس ناستي کې کانګې يوه مقدمه مشخصه ده او نس ناستی يې ډير زيات شديد وي . زياتره ناورغان د خفيف نه نيولي تر متوسطې درجې پورې تبه لري .دNorwalk virus انتان په لږ لويوشيدو رودونکو اود ښونځي څخه په مخکې عمر ناروغانو کې منځ ته راځي.د E.coli د Toxigenic strain ياد Vibrio cholera انتان دافرازي نس ناستي په صورت کې دغايطه موادو مقدار زيات او اوبلن وي . غايطي ماده دمستې رسوباتو ته ورته وي . دکولرا په پېښو کې کانګې عموميت لري . تبه ، دګېډې څړيکې ، کاذب تغوط او په غايطه موادو کې د وينې اومخاط شتون ، دشګيلا دانتان له امله منځ ته راغلي ډيزانټري (Colitis) په ګوته کوي . کيدای شي د شګيلا ، سلمونيلا ، کمپيلوباکټر يا د E.coli دتهاجمي سټرين په صورت کې په غايطه موادو کې په کمه اندازه وينه موجوده وي . په هغو ماشومانو کې چې سخت ناورغ وي، شديد نس ناستی ولري او د زياتې مودې

www.ketabton.com

لپاره يې وسيع الساحه انتي بيوتيکونه اخستي وي ،بايد دکولمو دStaphylococcic ، Candida albicans يا Clostridium difficile پر انتاناتو شکمن شو .

د حاد نس ناستي په منجمنټ کې د لابراتواري پلټنو رول

د حاد نس ناستي د ډيری (اکثريت) پېښو من جمنټ ، د لابراتواري پلټنو په نشتوالي کې په مؤثر ډول صورت نيسي :

۱- د غايطه موادو ميکروسکوپيک معاينه : که چيرې دغايطه موادو د لوکوسيتونو شمېر د 10/hpf څخه زيات وي ، تهاجمي نس ناستی، چې انتي بيوتيکي درملني ته اړتيا لري ، په ګوته کوي . خو غټه ستونزه د کم وصفي توب ده .داتېست اکثره وخت دويروسي نس ناستي په حالت کې چې انتي بيوتيک پکې هيڅ اهميت نلري ، مثبت وي .

۲- دغايطه موادو کلچر : دا د حاد نس ناستي په منجمنټ کې کم ارزښت لري . د انتي بيوتيکو لپاره د واقعاتو په تېره بيا شګيلا او V.Cholera دمشخص کولو په مقصد د کلچر په پر تله ، په غايطه موادو کې دښکاره وينې شتون او د کولرا کلينيکي انځور ډېر ګټور دی . د غايطه موادو په کلچر کې اکثره وخت د E.Coli راپور ورکول کيږي، خو زياتره لابراتوارونه د Diarrheagenic او Commensals ، E.Coli د توپير کولو وړتيا نلري .

۳- د ويني د ګازاتو اټکل ، د سيروم الکترولايتونه اود پښتورکووظيفوي معاينات ، په روټين ډول استطباب نلري . دا يوازې هغه وخت توصيه کيږي چې دماشوم کلينيکي وضعيت، اسيد-قلوي عدم توازن، Dyselectrolytemia يا اوليګوريا/ انوريا وښيي .

www.ketabton.com

٤- په حاد نس ناستي کې د غايطه موادو د PH او ارجاع کوونکو موادو دمعلومولو لپاره معاينات استطباب نلري .

د درملنې لپاره فزيولوژيک اساس څه شی دی ؟

د حاد نس ناستي په زياتره واقعاتوکې ، الکترولايتونه لکه کلورايد او سوډيم د اوبو تر څنګ په فعال ډول دکولمو دمخاطي غشاء څخه افرازيږي او پدې ډول په غايطه موادو کې ضايع کيږي . فزيولوژستانو مشاهده کړيده چې هغه وخت چې اوبه او سوډيم د ضايع کيدو په حال کې وي ، په اکثريت واقعاتو کې د غذايي موادو لکه ګلوکوز ، امينو اسيدونو او داي پيپتايدونو جذب ، د کومې ستونزې پرته دوام مومي . دکولمو دحجراتو پواسطه د ګلوکوز او نورو غذايي موادو اخستل يوه Enzyme-mediated فعاله فزيولوژيک پروسه ده . دحجروي غشاء څخه دګلوکوز اوسوډيم د ترانسپورت لپاره ليږدونکي ميکانيزمونه يو د بل سره تړلي دي . هغه وخت چې په وړو کولمو کې ګلوکوز جذبيږي ديو څه اندازه سوډيم جذب هم صورت نيسي، که څه هم په عين وخت کې دE.Coli او V.Cholera دEnterotoxigenic سټرين د اغيزو له امله رامنځته شوي افرازي نس ناستي په غايطه موادو کې سوډيم په فعال ډول دضايع کيدو په حال کې وي . د سوډيم جذب ، د اوبو دجذب سره هم مرسته کوي . دا د خولې دلارې د ريهايډريشن تراپي فزيولوژيک بنسټ دی چې په عصري طب کې يو په زړه پورې پرمختګ بلل کيږي او د درملنې د بلې Modality په پرتله يې دزياتو خلکو ژوند ژغورلی دی .

د خولې دلارې ريهايډريشن تراپي څه شی ده ؟

www.ketabton.com

نن ورځ دخولې د لارې ريهايډريشن تراپي ياORT دنس ناستي دمنجمنټ په زړه کې ځای لري. د ORT اصطلاح مشتمله ده پر (۴ جدول) :

الف – د خولې د لارې د ريهايډريشن مالګې (O.R.S) بشپړ محلول چې ترکيب يې د WHO لخوا د وضع شوي ترکيب سره برابر وي .

ب – دمالګې او بورې څخه جوړ شوی محلول .

ج – دتغذي د تداوم په صورت کې مختلف يا هر چېرته پيدا کيدونکي ،د کلتور له نظره منل شوي مايعات ، د ګلوکوز يا مالګې دشتون څخه پرته.

د اسانۍ لپاره ،د او، ار ، اس (O.R.S) اصطلاح ، د خولې د لارې د ريهايډريشن هغه مکمل مخلوط ته راجع کيږي چې د نړيوال روغتيايي سازمان (W.H.O) لخوا توصيه شوی دی .

د خولې د ريهايډريشن محلول چې دسوډيم غلظت يې 90mEq/L وي معمولاً په هرډول نس ناستي او هر عمر کې استعماليږي (۵ جدول). که چېرې دا محلول په نوزادانو او وړو شيدو رودونکو کې،چې د پښتورکو وظايف يې خام وي، وکاريږي ،نو څه ناڅه د Hypernatremia خطر موجود وي . خو له يوې خوا دا خطر ډير کم او له بلې خوا ،که چيرې د دوؤ برخو ORS څخه وروسته يوه برخه اوبه ورکړ شي دا خطر له منځه ځي . کله چې هايدريشن بشپړ شي، نو د مايع اوالکترولايتو د اړتيا د پوره کولو لپاره ، کم غلظت لرونکي ORS (60mEq/L) کفايت کوي . بديلاً دWHO فرمولا د اوبو په څښلو اويا دشيدو په رودلو سره په اتمام رسيږي . د WHO دORS په کاروني سره د Hypernatremia په ويره کې اکثراً مبالغه کيږي

www.ketabton.com

(۴) جدول د خولی دلارې ريهايډريشن تراپي (ORT)

د او-ار- تي ډول	ترکيب په يوه لېتر کې	ور کارونه (استعمال)
او- ار – تي څه شی دي ؟ کورنۍ مايعات	د Subtrat او اومالګې سره	
د بورې اومالګې محلول*	بوره (سکروز) 40 ګرامه مالګه (سوډيم کلورايد) 4 ګرامه	د ډيهايډريشن مخنيوی
پر غذا متکي محلولات د وريجو اوبه (اوګرا) د مالګې سره	وريجې تحميناً 50 ګرامه (دقيق مقدار ضروري ندی)	د ډيهايډرشن مخنيوی
شړو مبۍ د مالګې سره	مالګه 40 ګرامه .	د ډيهايډرشن مخنيوی ; د متداوم تغذي په صورت کې ډېر ګټور دي ځکه دجذب ور مواد او څه مالګه دواړه مهيا کوي .
کورنی مايعات د ګلوکوز او مالګې د پيشقدم يا د مشخص مقدار د شتون پرته ۱ - ساده اوبه ، د ليمو اوبه ، د کوپرې اوبه ښوروا . ۲ - رقيق د وريجو اچار ، د مالګې څخه پرته د دال اوبه څه شی او-ار-تي ندي ؟		

څه شی او- ار – تي ندي ؟

ګلوکوز لرونکي اوبه د مالګې پرته
په وړو ماشومانو کې مايعات د نشايستې يا بورې او مالګې پرته
هغه مايعات چې ډېر کم مصرفيږي لکه چای .

---

* هغه وخت چې او= ار= اس موجود نه وي ياماشوم هغه ځاي ته چې هلته او- ار – اس پيدا کيږي ،د وړلو په حال کې وي ، کارول کيږي.

www.ketabton.com

(۵) جدول. د ردغتيا د نړيوال سازمان دخولې د لارې دريهايدرشن مالګو دمحلول ترکيب

داو – ار – اس محلول په يو ليترکې ترکيبي اجزاء (په ګرام)		د ORS محلول دمختلفو ترکيبي اجزاو غلظت	
سوډيم کلورايد	3.5 ګرامه	سوډيم	90
تراي سوډيم ستريت ډيهايډريټ	2.9 ګرامه	پوتاشيم	20
پوتاشيم کلورايد	1.5 ګرامه	کلورايد	80
ګلوکوز انهايدروس	20 ګرامه	ستريت *	10
اوبه	يو ليټر	ګلوکوز	111

* يو ملي مول ستريت درې ملي ايکويلينټ القلي مهيا کوي.

او- ار- اس د کاچوغې پواسطه او يا دپيالې يا کټورې څخه د کوچنيو غړپو په شکل بايد ورکړ شي .
هغه ماشوم چې زياتې کانګې کوي که چيرې د کوچنيو غړپونو په شکل مايع ورکړشي نو ممکن تحمل يې کړي . غټ غړپونه معدي کولوني عکسه تنبيه کوي چې دګړندي تغوط او اکثراً د کانګې سبب ګرځي .

د ډيهايډريشن د شدت ارزونه

د نړيوال روغيتايي سازمان دمعياراتو له مخې د ماشوم د ډيهايډرشن حالت دډيهايډرشن دنښو په نشتوالي (No sign of deydration)، Some dehydration يا Sever dehydration ويشل کيږي . (۶ جدول)

د درملنې A پلان: هغه ناروغان چې د ډيهايډرشن جسمي نښې نلري (۷ جدول)، مور بايد وپوهول شي تر څو خپل ماشوم ته په زياته اندازه کورني مايعات ،چې دکلتور او عنعناتو له مخې مناسب وي ، ورکړي (۴ جدول). علاوتاً ، د کور لپاره د او – ار-اس پاکټونه هم ورکړل شي .
او-ار- اس ،د دواړو، د ډيهايډريشن د مخنيوي او هم د ډيهايډريشن د درملنې لپاره ګټور دي . کله چې د درملنې په مرکز کې يا د نورو روغتيايي سهولتونو برابروونکو لخوا مور

www.ketabton.com

ته د او- ار-اس پاکټونه ورکول کیږي ،نو د نس ناستي ضد درملو غوښتنه یې احتمالاً کمه وي . مور باید وپوهول شي چې که چیرې ماشوم یې په دریو ورځو کې ښه نشو او یا یې په ماشوم کې لاندې خطرناکې علامې راڅرګندې شوې ، باید خپل ماشوم روغتیایي کارکوونکو ته یوسي . د خطر علامې عبارت دي له :
د اوبلنو غایطه موادو زیاتوب ، پرله پسې کانګې ، زیاته تنده ، دخوراک او څښاک ناتواني ، تبه ، په غایطه موادو کې دوینې شتون .

www.ketabton.com

(۶).جدول .په نس ناستي اخته ناروغانو کې د ډیهایډریشن ارزونه

ورته وګورئ وضعیت 1 ښه ، بیدار	نا ارامه *مخرش *	Lethargic*،بې شعوره Floppy ،
سترګې 2 نارمل	لویدلي	ډیرې لویدلي
اوښکې شته	نشته	نشته
خوله او ژبه3 لنده	وچه	ډیره وچه
تنده نارمل څښل کوي)	* تږی (په لیوالتیا څښل کوي*)	*کم څښل کوي یا دڅښلو وړتیا یې له لا سه ورکړې* وي .
جس کړئ د پوستکي کشکول4 ژر بیرته ګرځي	* په ورو بیرته ګرځي *	* ډیر په ورو بیرته ګرځي*
پریکړه وکړئ ناروغ د ډیهایډرشن نښې نلري (No sign of dehydration)	که چیرې ناروغ دوې یا زیاتې نښې کم تر کمه د یوې * ستوري لرونکې * نښې په شمول ولري نو Some dehydration شته	که چیرې ناروغ دوې یا زیاتې نښې کم تر کمه د یوې * ستوري لرونکې * نښې په شمول ولري نو شدید ډیهایډریشن موجود دی
تداوي یې کړئ د درملنې A پلان وکاروئ	د امکان په صورت کې ناروغ وزن کړئ اود درملنې B پلان وکاروئ	ناروغ وزن کړئ اود درملنې C پلان عاجلاً وکاروئ

1 – Lethargic او خوبجن یو شی ندي. یو Lethargic ماشوم په ساده ډول ویده نه وي . د ماشوم دماغي حالت تت وي او ماشوم په بشپړ ډول نه شي ویښیدای. ماشوم د بې شعوري خوا ته دتمایل په حال کې بریښي .

2 – په ځینو شیدو رودونکو او ماشومانو کې په نارمل ډول سترګې لویدلي ښکاري . د مور څخه دماشوم دسترګو په هکله، چې نارمل دي که د عادي حالت څخه لویدلي دي ،پوښتنه کول ګټور دي .

3 – دپاکې ګوتې په مرسته دخولې او ژبې وچوالی جس کیدای شي . هغه ماشوم چې عادتاً دخولې د لارې تنفس کوي خوله یې شاید وچه وي . که ماشوم لږ مخکې کانګې یا اوبه څښلې وي خوله یې ممکن لنده وي .

4 – په Mararsmus (ډیر ډنګر) یا کواشیورکور (سخت خوارځواکی دپرسوب سره) یا چاغو ماشومانو او شیدو رودونکو کې د پوستکي کشش ډیر مفید ندی .

www.ketabton.com

(۷). جدول. د ډيهايډريشن څخه د مخنيوي په موخه ، دخولې دلارې ريهايډريشن تراپي (A پلان)

عمر	د او- ار- اېس يا دعنعنعاتو له مخې دمناسبو نورو مايعاتو مقدار چې د هر اسهالي تغوط وروسته ورکول کيږي .	ور کې د او- ار- اېس مقدا ر
د ٢٤ مياشتو څخه کم عمره	50-100 ملي ليتره	500 ملي ليتره په ورځ کې
٢ څخه تر لس کلنۍ پورې	100 -200 ملي ليتره	1000 ملي ليتره په ورځ کې
دلس کلنۍ ياد هغې څخه زيات	څومره چې څښلی شي	2000 ملي ليتره په ورځ کې

* د محلي اندازې په کاروني سره مور ته دهر تغوط وروسته ، توصيه کيدونکی مقدار توضيح کړئ . د او، ار، اېس د جوړولو طريقه ور وښاياست . د او- ار- اېس د ورکولو طريقه ور زده کړئ .
* د دوؤ کالو څخه کم عمره ماشوم ته هر 1-2 دقيقې وروسته يوه کاچوغه ورکړئ.
* لويوماشومانو ته دپيالې څخه څو غوړپه ورکړئ.
* که چيرې ماشوم کانګې وکړي ، لس دقيقې ورته انتظار وباسئ. وروسته محلول ډير ورو ورکړئ (دمثال په توګه هر 2-3 دقيقې وروسته يود چاى خواړلو کاشوغې په اندازه)
* که چېرې د او-ار-اېس پاکټونو تر خلاصيدو وروسته، نس ناستی ادامه پيداکړي، نومور ته وواياست چې نور مايعات لکه پورته چې توضيح شول ، ماشوم ته ورکړي يانور او ار اېس وغواړي.

ددرملنې B پلان : ناروغان دډيهايډرشن د فزيکي ياجسمي نښو سره : ريهايډرشن تراپي دډيهايډرشن واضح علامې لرونکي تولې پيښې ، په روغتيايي مرکز يا روغتون کې درملنې ته اړتيا لري . د خولې مايعات بايد بې له ځنډه توصيه اود ماشوم دانتقال په وخت کې هم بايد جاري وساتل شي .د مايعاتو په مرسته دډيهايډرشن درملنه درې برخې لري :

www.ketabton.com

الف – د اوبو اوالکترولایتونو موجوده نقیصو لکه دډیهایډرشن دعلایموڅخه چې څرګندیږي، اصلاح یاسمون (ریهایډرشن تراپي) .
ب – دډیهایډرشن دبیا پېښېدو څخه د مخنیوي په موخه ، د متداوم نس ناستي له امله د روانو ضایعاتو تعویض .
ج – دمایعاتو د ورځنیو اړتیاؤ برابرول
نقیصوي تعویض / ریهایډرشن تراپي (۸ جدول)
په لومړیو څلورو ساعتونو کې 75ml/kg او –ار- اېس ورکړئ . هغه وخت چې د ماشوم وزن درته معلوم نه وي ، دماشوم د عمر څخه استفاده وکړئ .
دنقیصوي تعویض لپاره دمایعاتو تخمیني مقدار په جدول کې درکړ شویدی .

پر مایعاتو تعقیبیه درملنه

دا معمولاً دڅلورو ساعتونو په جریان کې هغه وخت شروع کیږي کله چې د ډیهایډرشن علایم له منځه لاړ شي .
او-ار- اېس باید د نس ناستي دضایعاتوسره سم ، تخميناً دهر اوبلن تغوط وروسته 10-20ml/kg توصیه شي. پدې ترتیب تر هغې او ار اېس توصیه کیږي، تر څو نس ناستی ودریږي . په منځ منځ کې ساده اوبه توصیه کړئ .

www.ketabton.com

(٨) جدول . د Some dehydration (نه دشديد ډيهايډريشن) لرونكو ناروغانو د درملنې لاربسود، چې د بدن وزن يې معلوم **نه** وي (B پلان)

عمر	ځلور مياشتې >	4-11 مياشتې	23-12 مياشتې	2-4 كاله	14-5 كاله	15 كاله يا له هغې پورته
	په لومړنيو ځلورو ساعتونو كې د توصيه كيدونكي او- ار- ايس محلول تخميني مقدار					
تخمينی وزن په كيلو ګرام	< 5	8-5	11-8	16-11	30-16	> 30
او ار ايس په ملی لېتر	400-200	600-400	800-600	1200-800	2200-1200	> 2200
محلي اندازه(پياله)	2-1	3-2	4-3	6-4	11-6	20-12

* د اړين او-ار-اېس تخميني مقدار په ملي لېتر ،دناروغ دوزن (په كيلو ګرام) او 75 دضربولو څخه لاسته راځي .
** هغه ماشومانو ته چې عمر يې د شپږو مياشتو څخه كم وي او د مور په شيدو نه تغذي كيږي ، په دې موده كې 100-200 ملي لېتره پاكې اوبه وركړئ
*** دمور په شيدو سره د تغذې لپاره يې وهڅوئ.

د مور په شېدو سره تغذي ته، حتی د ريهايډرشن په جريان كې دوام وركړئ . د نقيصوي تعويض وروسته ، ژر نيمه جامده غذا توصيه كړئ . همدا شان هغه ماشومان چې دمور په شيدو سره نه تغذي كيږي ،د ريهايډرشن څخه وروسته يې شيدې ترجيحاً دحبوباتو سره مخلوط كړئ اود نورو نيمه جامدو غذاګانو سره يې يو ځای وركړئ .

كه چيرې تر ځلورو ساعتو وروسته ، ماشوم Some dehydration ولري ،نو د نورو ځلورو ساعتو لپاره ، د او- ار- اېس د محلول په مرسته (لكه په ډيهايډريشن تراپي كې) درملنه تكرار كړئ . د غذاګانو، شيدو او تي وركول توصيه كړئ .

www.ketabton.com

او-ار- تي څومره مؤثره ده ؟
په شيدو رودونکو او ماشومانو کې چې د Some dehydrtion کلنیکي شواهد پکې موجود وي،په 95-97% پېښو کې او- ار- تي مؤثره ده .

کوم وخت او-ار- تي مؤثره نده ؟

- *دغايطه موادو زياته بهېدنه چې د بدن په في کيلو ګرام وزن په هر ساعت کې د 5 ملي لېتره څخه زيات وي (>5ml/kg/h)*
- *پرله پسې کانګې چې په ساعت کې د دريو کانګو څخه زياتې وي. هغه ماشومان چې دکانګو فريکونسي يې کمه وي ، او- ار- ايس ښه تحمل کولای شي .*
- *داو-ار-ايس دمحلول ناسم تياری اوتطبيق .زيات غليظ محلول دلوړې اسمولاليټي له امله خطرناک دی . ډير رقيق محلول شايد غير مؤثر وي .*
- *دګېډې انتفاح او فلجي بندښت (Ileus) .*
- *د ګلوکوز سؤ جذب .نادراً، او حصوصاً په Undernourished ناورغانو کې ، دحاد نس ناستې په ترڅ کې شايد په څرګند ډول د ګلوکوز سؤ جذب پېښ شي . په دا ډول ناروغانو کې د او-ار-ايس استعمال،د پراخ اوبلن نس ناستې، چې په غايطه موادو کې زيات مقدارګلوکوز موجود وي ،سبب ګرځي. ناروغ ډير تږی وي او د ډيهايډرشن نښې له منځه نه ځي ،شدت پيدا کوي يابيا راڅرګندېږي .کله چې د او-ار-ايس محلول قطع شي ، دغايطه موادو حجم کمښت مومي . پدې حالت کې بايد د24-48 ساعتو لپاره IV مايعات توصيه شي اوله هغې وروسته د او-ار-ايس محلول بيا وازمويل شي .*

www.ketabton.com

د درملنې C پلان : ماشوم د شديد ډيهايډريشن سره

- ناروغ ته ژر د وريد د لارې (IV) مايعات ورکړئ . که چېرې ماشوم د څښلو توان لري ، نو د Drip يا سيروم دبرابرولو په وخت کې د او-ار-اېس محلول ورکړئ .
- رنګرلکټاټ تر ټولو غوره دIV مايع محلول دی . يو ايډيال مستحضر دهغه رنګر لکټاټ څخه چې 5٪ اضافي ډکسټروز هم ولري عبارت دی، خو په اسانۍ نه پيدا کيږي . که چيرې ساده رنګرلکټاټ پيدا نشي نو نارمل سلين (0.9 ٪) استعماليږي .يوازې ډکسټروز مؤثر ندی .
- 100ml/kg غوره شوی محلول د(۹ جدول) له مخې تطبيق کړئ .

(۹) جدول – په شديد ډيهايډريشن کې په داخل وريدي مايع سره درملنه

عمر	لومړي ورکړئ 30ml/kg	بيا ورکړئ 70ml/kg
دوولس مياشتو څخه کم	په يوه ساعت کې *	په پنځو ساعتو کې
دوولس مياشتو څخه تر پنځه کلنۍپورې	په ديرشو دقيقو کې *	په دوه نيمو ساعتو کې

- که چيرې کعبري نبض بيا هم ضعيف يا د جس وړ نه وي نو بيا يې تکرار کړئ.

ټولو ماشومانو ته هغه مهال چې دوی دIV لارې دمايعاتو د اخيستو په حال کې وي (دشيدو رودونکو لپاره 3-4 ساعته يا دلويو ماشومانو لپاره 1-2 ساعته) که چيرې دوی دکومې ستونزې پرته د څښلو توان ولري نو څه اندازه د او-ار-اېس محلول (تقريباً 5ml/kg/h) ورکړئ .

www.ketabton.com

که چېرې تاسو دIV لارې مايعات ورکولای نشی، نو بې له ځنډه 20ml/kg/h (مجموعاً 120mg/kg) او-ار-اېس د انفي معدوي تيوب له لارې ورکړئ . 1-2 ساعته وروسته ماشوم بيا وارزوئ : که چېرې متکررې کانګې او دګيډې انتفاح موجوده وي ، نو مايعات ډېر په ورو سره ورکړئ .
که چېرې د دريو ساعتو هايدرشن وروسته ښه والی ونه مومي ، څومره چې ژر شوني وي ،هغومره ژر ورته دIV د لارې مايعات شروع کړئ .
مونيټورينګ . تر څو چې قوي کعبري نبض موجود نه وي تر هغې هر 15-30 دقيقې وروسته ماشوم وارزوئ . که چېرې هايدرشن اصلاح کيدونکی نه وي نو IV محلول په سرعت سره ورکړئ . کله چې د IV مايع په بشپړه توګه تطبيق شوه، دماشوم د هايدرشن حالت بيا وارزوئ ،او :

- که چېرې لا تر اوسه دشديد ډيهايډرشن علايم موجود وي ، د IV مايع انفوژن لکه مخکې چې ذکر شول ، تکرار کړئ .
- که چېرې ماشوم د بهبود پر لور روان وي خو لاتر اوسه د Some dehydration نښې موجودې وي ،نود IV لارې مايعات قطع کړئ .د څلورو ساعتو لپاره داو-ار-اېس محلول (د B پلان غوندې) تطبيق کړئ .که چېرې ماشوم په نارمل ډول تی روي، نو مور يې متکرر تي ورکولو ته وهڅوئ .
- د رخصت کيدو څخه د مخه کم تر کمه دشپږو ساعتو لپاره ماشوم تر څارنې لاندې ونيسئ ،تر څو د مور پواسطه د او-ار-ايس د محلول په ورکولو سره ، د هايدرشن حالت د ساتلو څخه ډډ تر لاسه کړئ .
-

www.ketabton.com

ددوو میاشتو څخه کم عمره ماشومانو کې بې ساري ستونزې

ډیرو مطالعاتو ښودلي ده ،چې د WHO یا نړیوال روغتیايي سازمان او-ار-اېس چې د 90m mol/L سوډیم درلودونکي دي ، په کوچنیو شیدو رودونکو کې چې د خولې د لارې مایعات مني ، د Some dehydration دمخنیوي او درملنې لپاره په محفوظه او مؤثره توګه استعمالیدای شی . د WHO او-ار-اېس یو لیتره پاکټ ،که چیرې په یو نیم لیتر ساده اوبو کې رقیق کړای شي ، نظر د ډیهایډریشن درجې ته په مناسب مقدار، په محفوظه توګه ورکول کیداي شي . دHypernatremia د مخنیوي لپاره ، تې ورکول او د ساده اوبو توصیه ، تر ټولو مهم ګام بلل کیږي . د تعقیبیه درملنې په ترڅ کې ، د او-ار-اېس د دوؤ دوزونو تر منځ، یو دوز اوبه باید ورکړ شي . د مناسب مقدار اوبو او متناسب مقدار مالګو علاوه کولو ته باید جدي پاملرنه وشي .

په کوچنیو شیدو رودونکو کې د لویو ماشومانو په پرتله د اسهال داختلاطاتو لکه Septicemia ، د کولمو فلجې بندښت اود الکترولایتو شدید اختلال واقع کیدل ډیر شوني بریښي. پدې شیدو رودونکو کې نس ناستی ،په ایډیال ډول باید د داخل بستر ناروغ) په توګه ، د درملنې په هغه مراکزو کې چې وړ اسانتیاوې ولري ، د باتجربه طبیب لخوا تداوي شي . دا حالت سمې ارزونې او سیستمیک انتي بیوتیکو او دقیق مونیتورینګ ته اړتیا لري .

د خولې د ریهایډرشن اصلاح شوي محلولات

موجوده او-ار-اېس ، د نس ناستي د ډیرو شدیدو واقعاتو پرته ،د ډیهایډرشن په مخنیوي ، درملنه او د هایدرشن حالت د ساتلو په ټولو واقعاتو کې مؤثر دي ، خو د او-ار-اېس یو

www.ketabton.com

محدوديت دادی چې د نس ناستي په شدت او موده کې کموالی نه راولي ، په نتيجه کې ميندې چې د علاج په لټه کې وي ، مايوسي کيږي او طبيبان ممکن د درملو استعمال ته ،چې کم معالجوي ارزښت لري ، لاس واچوي. د خولې د ريهايډرشن د اصلاح شوو محلولاتو د تياري او جوړونې لپاره چې د نس ناستي ضد ځانګرتياوې ولري ، هڅې روانې دي . د او-ار-اېس داصلاح کيدو پر لور ، دوه تماسونه مطالعه شويدي .په يوه تماس کې ګلوکوز (20gr/L) ،دنشايستې د حبوباتو (50g/L) دپوډرو سره، چې د پخوشوو وريجو څخه تهيه شوي دي،تعويض شويدي . ددې ترکيب دجوړولو په موخه ،وريجې دلسو دقيقو لپاره پخيږي او وروسته د معياري او-ار-اېس دغلظت سره سم مالګه پکې علاوه کيږي .

په دوهم تماس کې ، دORS دتيارولو لپاره ، کيمياوي پيژندل شوي اجزاوې لکه دګلوکوز پولي ميرونه (مالټوډکسټرين) ياامينو اسيدونه يا خو ورسره يو ځاي کيږي او يادګلوکوز پر ځاي استعماليږي . دامينو اسيدو او ډای پيپټايدو استعمال، پر هغو شواهدو ولاړ دی، چې هغه داوبو او مالګو د جذب زياتوالی لکه د ګلوکوز د جذب په ميکانيزم کې چې توضيح شويدي ،تائيدوي . که چېرې دګلوکوز (يا دهغو د پولي ميرونو) سره يو ځای شي ، ممکن اضافي ګټه ولري.

ټيټ اسمولاريټي لرونکي ORS : داسې شواهد شته چې WHO-ORS دمجموعي اسمولاريټی په کموالي سره به ، د غايطه موادو دهانه ، اسهالي ديهايډرشن او په وچوبو ماشومانو کې به، په جدول کی د ناشموله IV مايعاتو اړتيا کمه شي . په اسمولاريټي کنکمښت د دواړو ، سوډيم او ګلوکوز په کمولو سره لاسته راځي (مجموعي اسمولاريټي 224mosm/L ، ګلوکوز 84mmol/L او سوډيم 60mmol/L).

www.ketabton.com

د نس ناستي مغذي اهتمامات

دنس ناستي په غایطه موادو کې زیات مقدار غذایي مواد ضایع کیږي، اشتهاکموالی مومي او اکثراً مور پدې غلطه عقیده چې ګنې د کولمو استراحت ، شفاء ګړندۍ کوي ، خپل ماشوم له غذڅخه منع کوي . د ویروسي نس ناستي په صورت کې، ځینې هایدرولایتیک انزایمونه (لکه ډای سکرایډېز) او دګلوکوز او امینو اسیدونو لپاره دجذب میکانیزمونه قسماً ممکن متضرر شي . د کاربوهایدریتو لنډ مهاله سؤ جذب شاید منځ ته راشي . کاربوهایدریتونه کیدای شي د کوم تغیر پرته لاندو کولمو ته لاړ شي هلته د لومن د داخلي ازموتیک فشار په زیاتولو سره ، اوبه د ازموزس د عمل په مرسته دکولمو څخه راکش کوي، پدې توګه د نس ناستي په شدت کې زیاتوالی راولي . هغه کاربوهایدریتونه چې جذب نشي د کولوني بکتریاؤ په واسطه په لنډ زنځیره شحمې اسیدونو متابولایز کیږي او بیا د کولون څخه ددې اسیدونو جذب صورت نیسي .دا پتالوژیک تغیرات ژر تلوني وي او په زیاتره پېښو کې د څو ورځو څخه زیات دوام نکوي . نو له همدې امله ، په حاد نس ناستي کې د تغذي جاري ساتل مصؤن او مطلوب دي . څرنګه چې په هغو ماشومانو کې چې په نس ناستي اخته وي ، دخوارځواکۍ منځ ته راتلل ، عمومیت لري نو په نس ناستي کې ماشوم ته داسې غذا چې هضم یې اسان او د غذایي ارزښت له نظره متوازنه وي، باید ورکړل شي . په کولمو کې د غذایي موادو موجودیت د سوډیم او اوبو جذب زیاتوي او د کولمو داپتیل رغاونه ګړندۍ کوي . ځکه په کولمو کې د غذا شتون ،حجروي سریع اوښتون او د کولمو دپوښ نوي توب تنبیه کوي.ډېر ناروغان په نس ناستي کې دبې ضرورته لوږې له امله خپل ژوند له لاسه ورکوي. په حاد نس ناستي کې د غذایي منجمنټ لپاره سپارښتنې عبادت دي له :

۱- دحاد اسهال یا نس ناستي په ترڅ کې باید د ماشومانو تغذي ته دوام ورکړشي ځکه تغذي د فزیولوژي له نظره مهمه ده او همدا

www.ketabton.com

راز د غذايي حالت د خرابوالي څخه چې په نارمل ډول پداسې ناروغيو کې موجود وي ، مخه نيسي او يا يې اصغري حد ته راکموي .
۲- په حاد نس ناستي کې حتی د ORS په واسطه دريهايډريشن په جريان کې هم بايد تي ورکولو ته په پرله پسې ډول ادامه ورکړ شي .
۳- د انرژي څخه په اعظمي ډول غني مواد چې حجم يې کم وي، د روټين تغذي لپاره توصيه کيږي او په کور کې موجود وي ، بايد دنس ناستي په جريان کې په کمه اندازه خو په متکرر ډول ، اقلاً هر 2-3 ساعته وروسته يو ځل توصيه شي .
٤- عادي خوراکونه د وزن پر في واحد اعظمي کالوري نه توليدوي. د شحم ، غوړيو او بورې په مرسته بايدغنی شي. د بيلګي په توګه د دال او وريجو ګډ خوراک د غوړيو په مرسته، وريجې دشيدو يا مستو او بورې په مرسته ، اوبلنه کيلا د شيدو او مستو په مرسته، اوبلن کچالو د غواړيو او پلۍ په مرسته .
٥- زيات فيبر لرونکو غذاګانو لکه بې کيفيته ميوؤ او سبزيو څخه بايد ډډه وشي .
٦- هغه ماشومان چې دمور شيدې نه روي ، د ډيهايډرشن تر سمون وروسته بايد د غوا يا مېښې شېدې د رقيق کيدو پرته ، د نيمه جامدې غذا سره يو ځاي ورکړل شي. د حاد نس ناستي په هره مرحله کې بايد شيدې په اوبو سره رقيقې نشي. بديلاً دشيدو او حبوباتو مخلوط لکه غلو دانو اود شيدو –وريجو مخلوط استعماليداى شي .
۷- په حادنس ناستي کې روټين لکتوز نه لرونکي غذا لکه Soy formula ته، حتی که په غايطه موادو کې ارجاع کوونکي مواد هم تثبيت شي، اړتيا نشته . د لکتوز سؤ جذب چې غذايي تغير ايجابوي ، په حاد اسهال کې عموميت نلري . دې ته ممکن هغه څو ماشومان اړتيا پيدا کړي چې حاد اسهال يې د 8-10 ورځو څخه زيات دوام وکړي ، د وزن زياتيدونکي ضياع

www.ketabton.com

ورسره وي اوپه غايطه موادو کې ارجاع کوونکي مواد د يو فيصد څخه زيات وي.
۸- دشفاء په دوران کې ، دنارمل RDA 125 ٪ چې د متراکمې غذا څخه ترکيب وي واخستل شي . دې ته بايد تر هغې پورې دوام ورکړ شي څو د ماشوم وزن د ناروغۍ څخه د مخه وزن ته ورسيږي او په ايډيال ډول د تغذي نارمل حالت چې دمتوقع وزن نظر قد يا وزن نظر عمر په واسطه اندازه کيږي، لاسته راوړي . دا شايد څواونۍ يا تردې زياته موده چې د زيان په درجه پورې اړه لري ، په بر کې ونيسي .

په حاد نس ناستي کې درمليز علاج
دڅوحالاتو په استثناء ، دنس ناستي زياتره پيښې پخپله شفاء مومي اوکومې دوا ته اړتيا نه پيدا کوي
. .ددرملو کارونه ډيره مجدده ده.

۱.انتي بيوتيکونه او شيموتراپيوتيک عوامل
څرنګه چې د نس ناستي ډيرى پېښې دويروسونو اوToxigenic باکترياؤ له امله رامنځته کيږي اودکولمو په مخاطي غشاء کې دالتهاب شواهد نه تر سترګو کيږي، نو دبکترياو ضد درملو استعمال اړين اومطلوب ندي. د کولرا څخه پرته ، دنس ناستي په نورو واقعاتو کې انتي بيوتيک دناروغۍ موده نه رالنډوي . دتشخيص داثبات پرته ، د انتي بيوتيکو استعمال دباکترياؤ د مضرو سترينونو دمقاومت اودکولمو دنارمل فلورا چې د کولمو دساتنې وظيفه پر غاړه لري ،د محوه کيدو باعث ګرځي . لدې څخه علاوه ټولې دواګانې ممکن توکسيک اومضر تاثيرات ولري. د ميکروب ضد درمل يوازې د شګيلا او ويبريو کولرا (۱۰ جدول) انتاميبا هستولايتيکا او جارديا لپاره بايد وکارول شي . په پيچش کې کوټرى موکسازول (TMP-SMX) اوامپسلين دپنځوورځو لپاره په تجربوي ډول بايد توصيه شي .

www.ketabton.com

که چېرې تر 48 ساعتو وروسته بهبود ونه ليدل شو، نو دلومړنيو ميکروب ضد درملو پر وړاندې مقاومت متصور کېږي اوپدې صورت کې بايدد دوهم خط ميکروب ضد درمل لکه 15mg/kg/dose Nalidixic acid، په ورځ کې څلور ځلې د پنځو ورځو لپاره ورکړ شي (۴ شکل). Escherichia coliدکولمو نارمل فلورا ده، نو د غايطه موادو په کلچر کې د E.coli زرغونتيا دانتی بيوتيکو د استعمال لپاره استطباب نه جوړوي

(۱۰) جدول.د ميکروب ضد هغه درمل چې د کولرا په درملنه کې استعماليږي

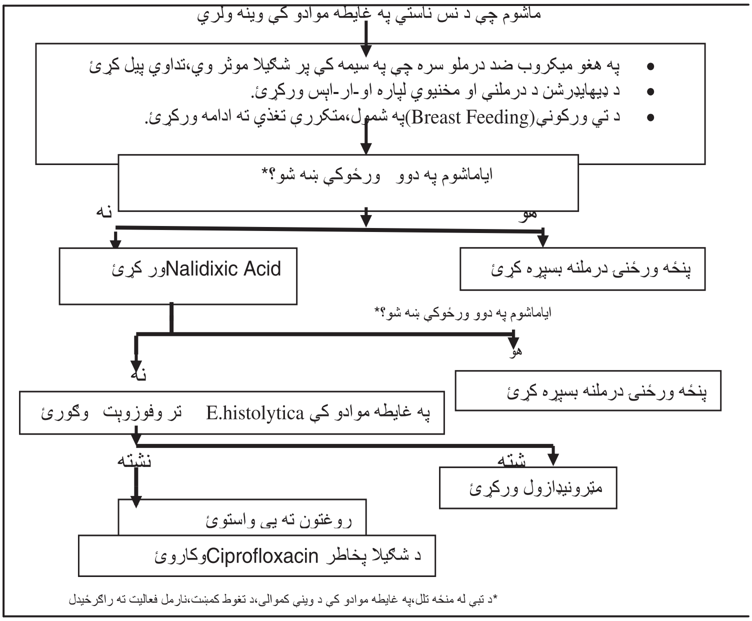
ميکروب ضد درمل	دوز
تتراسکلين	12.5mg/kg/dose په ورځ کې څلور ځلې د دريو ورځو لپاره
کوټري موکسازول	TMP5mg/kg/dose+SMX 25mg/kg/dose په ورځ کې دوه ځلې د دريو ورځو لپاره
اريترو مايسين	12.5mg/kg/dose په ورځ کې څلور ځلې د دريو ورځو لپاره
فيورازوليدون	1.5 mg/kg/dose په ورځ کې څلور ځلې د دريو ورځو لپاره

۲- **Binding Agents**. هغه فرمول جوړونې چې په پېکتين ، Koalin يا د بسموت په مالګوباندې متکی وي ، په طبيبانو او غير مسلکي خلکو دواړو کې شهرت لري . تر اوسه د دوی د ګټو په هکله لږ علمي شواهد موجوددي . که څه هم ددې موادو په استعمال سره عايطه مواد جامد بريښي او د سايکلوژي له نظره دماشوم مور او پلار ډډه کوي،خودمايعاتو اوالکترولايتونو په ضياع کې کموالی نه راولي .

www.ketabton.com

۳ -د تحرکيت ضد عوامل : د اوپياتو مصنوعي انالوګ لکه داى فنوکسي هايدروکلورايد يالوموټيل اولوپرامايد (اموډيم)، د کولمو حرکات کموي . د کولمو د حرکاتو کموالى ، حمله له منځه نه وړي . له بلې خواکيداى شي په کولمو کې مضرو باکترياؤ ته د انقسام لپاره زيات وخت ورکړي ، نو همدا سبب دى چې ددې اجنټونو د استعمال څخه وروسته دناروغۍ موده اوږديږي .دا درمل ممکن دګېډې د انتفاح او اوپياتو د نامطلوبو جانبي عوارضو سبب وګرځي . که چېرې په شيدو رودونکو ماشومانوکې په ناوړه ډول استعمال شي زيات خطر لري (حتى د مرګ سبب ګرځي) ځکه دا پدې عمر ماشومانو کې د کولمو فلجې بندښت ، د ګيډې دانتفاح ، بکترياي Overgrowth او Sepsis منځته راولي .

www.ketabton.com



(۴) شکل:د ډيزانټري د درملنې الګوريتم

۴ – د افراز ضد عوامل : زيات درمل ددوی د افراز ضد خواصو پر اساس ، پدې هيله چې د نس ناستي حجم او موده راکمه کړي او د هايدرشن د درملنې اړتيا رفع کاندي ، اوس مهال دارزونې په حال کې دي . دا ډول درمل بايد مصؤن ، اقتصادي ، دخولې د لارې استعماليدونکي او دنس ناستي د زياتره اسبابو پر وړاندې مؤثر وي . اسپرين ، کلورپرومازين

www.ketabton.com

بيتاادرينرجيک بلاک کوونکي او داسې نور ارزيابي شويدي خو توصيه شوي ندي .

عرضي درملنه

۱ — کانګې . د ماشوم په نزد وخت ناوخت کانګې درملنې ته اړتيا نلري . پداسې حالاتو کې ماشومان ، د سرو اوبو غړپو نه يا دخولې د ريهايدرشن محلول تحمل کولای شي . که چېرې د او-ار-تي په جريان کې ماشوم کانګې وکړي، نو ښه داده چې او-ار-تي ودارول شي او لس دقيقې وروسته ، د کاچوغې په مرسته بيا شروع شي . که چېرې کانګې دوامداره وي، نو بهتره داده چې د څو ساعتونو لپاره تغذي وځنډول شي. خو پدې وخت کې بايد صفا مايعات دکاچوغې په مرسته يا په کوچنيو غړيونو سره ورکړل شي . د شديدو کانګو په صورت کې متوکلوپراميد 0.1-0.2 mg/kg يا فنوتيازين 0.5 mg/kg شايد توصيه شي خو څرنګه چې د Oculogyric سپزم باعث ګرځي نو ښه دا ده چې ترې ډډه وشي .

۲- دګېډې انتفاح : که چېرې د کولمو اوازونه موجود وي او ګېډه حفيفاً پړسيدلي وي، نو کومې مشخصې درملنې ته اړتيا نشته . که چيرې د کولمو اوازونه موجود نه وي او ګېډه ښه پړسيدلي (منتفح) وي، نو د هايپوکاليميا ،نکروزي انټروکوليټ يا Septicemia څخه منځ ته راتلونکي فلجي بندښت باندې بايدشکمن شو . پدې حالاتو کې بايد د څه وخت لپاره د خولې دلارې د څه شي داخستلو څخه جلوګيری وشي. که چېرې د تشومتيازو کول يا تبول موجود وي ،نودوريدله لارې دمايعاتو سره يو ځای 30-40 meq/L پوتاشيم بايد ناروغ ته توصيه شي . (د پوتاشيم کلورايد 15 ٪ محلول 2meq/ml مهيا کوي). مصاب ماشوم بايد د هر مخفي انتان له نظره په دقت سره معاينه شي.انفي معدوي سکشن داعراضو دله منځ تلو سبب ګرځي .

www.ketabton.com

۳ . اختلاجات : په نس ناستې کې ممکن د لاندو لاملونو پر بنیاد اختلاجات رامنځته شي:
۱- هایپویاهایپرناتریما ۲- Meningitis ۳- دبای کاربونیټ پواسطه داسیدوز د درملنې وروسته هایپوکالیما ٤- د تبې له امله منځته راغلی اختلاجات ٥- Rey's syndrome .

په حاد نس ناستي کې دانتي بیوتیکو استطبابات

خوار ځواکه اوPremature ماشومان چې په نس ناستي اخته وي حتماً بایددSepsis درلودونکي ماشومان فرض کړای شي ، اوباید د داخل بستر ماشومانو په توګه یې د څو ورځو لپاره څارنه وشي . دځنډ پرته باید هغه سیستمیک انتي بیوتیک چې پدې عمر کې دGenerlized sepsis لپاره مناسب وي، واخلي .

په ښو تغذي شوؤ شیدو رودونکو ماشومانو کې چې په نس ناستي اخته وي ، که چیرې دډیهایډرشن تر اصلاح وروسته ، د لاندینیو علایمو څخه یوه یې موجوده وي، باید د Systemic انتي بیوتیکو په هکله فکر وشي : ۱- تی نه رودل یا تی نه نیول ۲- دګیډې انتفاح ۳- تبه یا هایپوترمي ٤- سریع ساکښنه (تنفس) ٥- دپام وړ Lethargy یا د فعالیت نشتوالی.

دنس ناستي او خوارځواکي مخنیوی

په صحي تعلیماتوکې د نس ناستي او د هغې دتغذیوي پایلو پر مخنیوي بایدډیر زیات ټینګار وشي. څرنګه چې د مور شیدې څرګندې ښېګڼې اود نس ناستي څخه د ژغورنې وړتیا لري، نو تداوم یې باید په کلکه تشویق شي او دماشومانو د ودې او تکامل په پرمختګ کې یې پر اهمیت باندې باید ټینګار وشي. یوازې د مور شیدې د لومړنیو شپږو میاشتووروسته د ودې یا رشد لپاره کفایت نکوي ، نوهمدا سبب دی چې په شپږ میاشتنې

www.ketabton.com

عمر کې ،د مور د شيدو په ځنګ کې ، دانرژيتيک موادو مخلوط چې په کافي اندازه غذايي مواد ولري ، د متممې غذا په توګه ماشوم ته پيل کيږي. متممې غذاګانې بايد د تيارولو ،زيرمه کولو او دتوصيه کولو پر مهال د ککړتيا څخه وساتل شي .

ميندې بايد وپوهول شي تر څو د واقعي سپارښتنو په مرسته لکه دپاکو لوښو په استعمال، د ګرد او غبار ،مچانو يا ګړندي څخه د غذا په ساتنې سره، ددې خطر څخه مخنيوی وکړي . ماشوم ته د غذا ورکولو څخه د مخه ،بايد لاسونه ومينځی او بيا يې په کاغذي دسمال يا پاک دسمال سره چې ډير استعمال شوی نه وي ،وچ کړي .هغه اوبه چې ماشوم ته ورکول کيږي يا دغذا په تيارولو کې ورځنې کار اخستل کيږي، بايد پاکې ،دڅښلو وړ اوترجيحاً ايشيدلي وي . سبزيجات او ميوه جات بايد ماشوم ته تر ورخوړلو د مخه مينځلي او پوست کړای شي. دنس ناستي په شمول د ټولو انتاني ناروغيو د کنترول لپاره ، د محيطي حفظ الصحې اصلاح ، د اوبو وړ بندوبست ،په کافي اندازه دناولو اوبو دمنظم ترتيب شتون اودبکترياؤ دککړتيا څخه دغذا ژغورنه ،يوه مؤثره ستراتيژي جوړوي . د مطلوبو اهدافو دلاسته راوړلو لپاره بايد پورتني اهتمامات ونيول شي .

۱۰ . دوامدار نس ناستی

هغه نس ناستی چې په حاد ډول شروع شوی وي او د څوارلسو ورځو څخه زيات دوام وکړي د دوامدار نس ناستي په نوم ياديږي .

دا تعريف ځينې مشخص حالات لکه سيلياک ناروغي Tropical spru، يا نور ولادي ، بيوشيميک او متابوليک تشوشات ردوي .د دوامدار نس ناستي برجسته اسباب په لاندې ډول درج شويدي :

1 – دکولمو د يو يا زياتو پتوجنونو دوامدار انتان

www.ketabton.com

2 – په ګډه د سؤ تغذي (خوارځواکي) او د کولمو د انتان له امله ناسم جذب حصوصاً دکاربوهايدريتو او شحمياتو
3 – نادراً ، د غذايي پروتينو عدم تحمل
پر دواندار نس ناستي اخته ماشومان په ورځ کې څو ځلې مايع غايطه مواد دفع کوي خو د ډيهايډرشن حالت يې ښه وي . يوازې هغه وخت ناورغان ډيهايډرشن ته درومي چې دغايطه موادو دهانه لوړه وي يا هغه وخت چې د موجوده سيستميک انتان له امله د خولې د لارې اخيستنه کمه وي . د دوامدار نس ناستي عمده پايلې د ودې کمزورتيا، د خوارځواکي وخامت اود بعدالاسهالي اوغير اسهالي ناروغيو په ترڅ کې مرګ څخه عبارت دي .
دوامدار نس ناستی په خوارځواکو او وړو ماشومانو کې زيات عموميت لري. په دوامدار نس ناستي کې د ودې کمزوري يوازې د سؤ جذب پايله نده بلکه دنس ناستي په حمله کې د ناکافي انرژي د اخسيتو له امله هم منځ ته راځي . د ناروغي په جريان کې د بی اشتهايي شتون ، ناسمه تغذي او د طبيبانو لخوا غلطه مشوره ، د انرژي پر کم اخستلو منتج کيږي .
نږدې د دوامدار نس ناستي 2/3 ناروغان په کور کې تداوي کيدای شي خو په لاندو حالاتو کې يې بستر کول غوره دي :
1 - دماشوم عمر دځلورو مياشتو څخه کم او د مور په شيدو سره نه تغذي کيږي .
2 – دډيهايډريشن شتون
3 – شديده خوارځواکي (وزن نظر قد ته <70 ٪ يا د وزن نظر عمر ته د ملي مرکز روغتيايي احصايوي وسطونو له مخې د 60 ٪ څخه کم وي يا د قدم پړسوب چی کم ترکمه پښې يې نيولي وي)
4 - دسستميک انتان شتون يا شک

اهتمامات

www.ketabton.com

ماشوم د ډيهايډرشن له نظره وارزوئ او د (حاد نس ناستي په څېر) د درملنې د A، B ، او C پلان له مخې ورته مايعات ورکړئ . د دوامدار نس ناستي د درملنې مهمه برخه د غذايي منجمنټ څخه عبارت ده.

ددوامدار نس ناستي دغذايي منجمنټ لپاره سپارښتې
شيدې رودونکي چې عمر يې د شپږو مياشتو وي .دوامدارنس ناستی په هغو ماشومانو کې چې عمر يې د شپږو مياشتو څخه کم وي او يوازې د مور په شيدو سره تغذي کيږي ، نادراً واقع کيږي .تي رودونکي ماشومان هره ورځ په نارمل ډول ،څو وارې نرم غايطه مواد دفع کوي .پداسې حالاتو کې د غايطه موادو په وصف کې تغير ډير مهم دی . د درملنې پرنسيپونه په لاندې ډول خلاصه شويدي :

١- يوازې دمور شيدو يا تي رودولو ته يې وهڅوئ .
٢- هغه ميندې چې د ماشوم لپاره په تي کې شيدې نه لري يا تی نه ورکوي، پردوی باندې دشيدو په بياراوستلو کې ورسره مرسته وکړئ .
٣- که چيرې يوازې حيواني شيدې ورکول کيدې، نو په مستو يا لکټوز نه لرونکو شيدو سره يې ورته تعويض کړئ .
٤-داړتيا په صورت کې پخې شوي وريجې دشيدو، مستو ، لکټوز نه لرونکو شيدو سره ورته مخلوط کړئ .

نور شيدې رودونکي او واړه ماشومان . د دوامدار نس ناستي په ترڅ کې تي ورکونې ته بايد دوام ورکړل شي .
هغه شيدې رودونکي چې د معدي معايي التهاب دحاد حملې څخه وروسته د څو اضافي ورځو لپاره غير نارمل غايطه مواد دفع کوي خو تي رودنه يي جاري ساتلي وي، يو څه اندازه وزن اخلي . په دوهم او وروستنيو کالونو کې دمور شيدې کمې وي، نوپه اعظمي ډول په مختلطې غذا سره دماشوم تغذي مهمه ده .

www.ketabton.com

د دوامدار نس ناستي د درملنې غذايي الګوریتم

ابتدايي يا A غذا (۱۱جدول) .[هغه غذا چې لکتوز پکې کم شوي وي لکه دشيدو وريجو اوګرا ،د شيدو سوجی اوګرا، وريجی د مستې سره ، غلې دانې] .

په AIIMs يا د هند دطبي علومو په انستيټيوټ کې کلينيکي پلټنو ښودلي ده چې هغه غذا چې لکتوز يې کم شوي وي د هغې غذا غوندې چې هېڅ لکتوز ونلري ، تحمل کيږي ، د غايطه موادو دهانه يې زياته نه وي يا د ډيهايډرشن خطر پکې موجود نه وي . دشيدو حبوباتو مخلوطونه ډير خوندور ،په زياته اندازه خواړل کيږي ، باکيفيته پروتينونه اوځينې Micronutrients مهياکوي اوپه پايله کې دشيدو نه لرونکو غذاګاپه پرتله ، وزن اخيستنه پکې ګړندۍ وي .

- که چېرې ناروغ په بشپړ ډول په حيواني شيدو سره تغذي کيږي، نو مقدار يې بايد کم کړای شي. په روټين ډول يې مکمل بندولو ته اړتيا نشته . دشيدو ورځنۍ اخيستنه 50-60 ml/kg پورې محدوده کړئ تر څو د2g/kg/day څخه زيات لکتوز برابر نه کړای شي . د حيواني شيدو د لکتوز د غلظت د کمولو لپاره ، بايد د اوبو پواسطه لسي نشي ځکه پدې سره يې د انرژ ي غلظت تر بحراني حد پورې راکميږي. شيدې د حبوباتو سره ګډيږي د بيلګې په توګه دشيدو يامستو او وريجو اګره ، د شيدو او سوجي اوګرا ،يا غله .
- څومره ژر چې ماشوم د خواړلو توان پيدا کړي هغومره ژر ورته خوراک ورکړئ .
- په پيل کې ماشوم ته 6-7 ځلې په ورځ کې خوراک ورکړئ او د انرژي ورځنۍ اخيستنه بايد 110 Kcal/kg وي. که چيرې وزن اخستلو ته اړتيا وي، نو په راتلونکو دوؤ اونيو کې دانرژي اخيستنه تر 150 Kcal/kg پورې په ثابت ډول لوړه کړئ .

www.ketabton.com

- تر څو چې وخيم انتان تر 48-24 ساعتونوپورې تداوي شوى نه وي ، زياتره ماشومان په کمه اندازه خوراک کوي. پداسې حالاتو کې لومړۍ ورته انفي معدوي تغذيه شروع کړئ .

۱۱)جدول. د دوامدارنس ناستي لپاره ابتدايي يا A غذ (لکټوز کم شوي وي)

اجزاء	اندازې	وزن/ حجم
شيدې	1/3پياله	۵۰ ملي ليتره
بوره	1/2 1 د چايو کاشوغه	۷ گرامه
غوړي	1 د چايو کاشوغه	۴،۵ گرامه
د وريجو اوړه *	۲ د چايو کاشوغه	۶،۰ گرامه
اوبه	2/3 پياله	100 ملي لېتره
کالورې \ 100 گرامه		85 کيلو کالورې
پروتين \ 100 گرامه		2.0 گرامه

* داد پخوشوو وريجو يا سوجي سره تعويض کيداى شي .

تيارونه : شيدې ، بوره او وريجې سره گډې کړئ ،جوش اوبه پرې علاوه او ښه يې مخلوط کړئ . غوړي ورواچوئ . لدې وروسته يې ماشوم ته ورکولاى شئ .

دوهمه يا B غذا . (۱۲ جدول) . [لکټوز نه لرونکي غذا دکمې نشايستې سره يو ځاى] . نږدې %70-65 پورې ماشومان په ابتدايي غذا (Aغذا) سره ښه کيږي .پاتې ماشومان ، که چيرې سيستميک انتان ونلري ، B غذا ته چې هغه شيدې (لکتوز) نلري او د حبوباتو او گلوکوز د مخلوط په شکل کاربوهايدريتونه احتواء کوي، اړوي . د شيدو پروتينونه د چرگوړي ، هگۍ يا Protein-hydrolysate سره معاوضه کيږي .

www.ketabton.com

(۱۲) جدول . د دوامدار نس ناستي لپاره دوهمه غذا يا B (لکتوز نه لرونکي) غذا

اجزاء	اندازې	انګليز وزن/ حجم
د هګۍ سپين	10د چايو کاچوغي	دنيمي هګۍ سپين
د وريجو اوړه *	3 دچايو کاچوغي	9 ګرامه
ګلوکوز	1 1/2 دچايو کاچوغه	7 ګرامه
غواړي	1 1/2د چايو کاچوغه	7 ګرامه
اوبه	3/4 پياله	120 ملي ليتره
کالوري \ 100 ګرامه		90 کيلو کالوري
پروتين \ 100 ګرامه		2.4 ګرامه

* د پخو شوؤ وريجو سره معاوضه کيداى شي .
تيارونه : د هګۍ سپين په ښه ډول د هګۍ څخه راوباسئ . وريجو اوړه ، ګلوکوز او غواړي پرى ورزيات کړئ او ښه يې سره ګډ کړئ .جوش اوبه پرې علاوه او ژر يې سره ولړئ تر څو د غونډه کيدو څخه يې مخنيوى وشي.

د B غذا اساسات . ځينې ماشومان د ابتدايي غذا چې لکتوز يې کم کړاى شوي وي ، په مقابل کې ځواب نه وايي . دوى ممکن د لکتوز څخه علاوه ، د نشايستې او داى سکرايدونو د هضم د اخلال سره مخامخ وي. نو همدا علت دى چې نه يوازې شيدې له غذا څخه ايستل کيږي بلکه دنشايستې مقدار کم او قسماً دګلوکوز پواسطه معاوضه کيږي . يوازې د حبوباتو د يوې برخې تعويض د ګلوکوز سره ، د هضم وړتيا زياتوي، خو همزمان د زياتې لوړې اسمولاريتي سبب نه ګرځي . دا هغه وخت پېښيږي چې ټول حبوبات د ګلوکوز سره معاوضه شي .
دريمه غذا – پرمونوسکرايدو متکي (C غذا) (۱۳ جدول) . په ټوليزه توګه 85-80 ٪ پر سخت دوامدار نس ناستي اخته ماشومان ، د ابتدايي (A) غذا يا دوهمي (B) غذا په مرسته په ثابت ډول د وزن په اخستلو سره ،تداوي کيږي . کمه فيصدي ماشومان شايد د B د غذا دمتوسط مقدار حبوباتو اخيستنه تحمل نکړاى شي . دغو ماشومانو ته دريمه غذا (C غذا) توصيه کيږي .په دريمه غذا کې يوازې ګلوکوز اوپروتيني منابع

www.ketabton.com

لکه د هګۍ سپين يا چرګوړی يا په تجارتي شکل لاسته راتلونکي Protein- hydrolysate شامل دي . د انرژي غلظت ، غذا ته د غوړو په علاوه کولو سره لا نور زياتيږي .

(۱۳)جدول. د دوامدار نس ناستي لپاره C غذا (پرمونوسکرايدو متکي غذا)

اجزاء	اندازې	اټکليز وزن / حجم
د چرګوړي غليظه ښوروا يا	5 د چايو کاچوغې	15 ګرامه
د هګې سپين	10 د چايو کاچوغې	1/2 د هګۍ سپين
ګلوکوز	يوه نيمه د چايو کاچوغه	7 ګرامه
غواړي	يوه نيمه د چايو کاچوغه	7 ګرامه
اوبه	يو پياله	150 ملي ليتره
کالوري \ 100 ګرامه		67 کيلو کالوري
پروتين \ 100 ګرامه		3 ګرامه

تيارونه : چرګوړی ښه وايشوئ . هډوکي ترې ايسته کړئ او د چرګوړي غليظه ښوروا جوړه کړئ . د چرګوړي ښوروا د ګلوکوز او غوړو سره مخلوط کړئ . د کريم د جوړولو لپاره ايشيدلي اوبه پرې علاوه کړئ .

متممه ويټامينونه او منرالونه

ټولو ماشومانو ته متممه ملټي ويټامينونه او منرالونه ، تقريباً په ورځ کې د RDA دوه برابره کم تر کمه د دوؤ اونيوڅخه تر څلورو اونيو پورې بايد ورکړل شي . د اوسپنې متممات يوازې د نس ناستي تر دريدلو وروسته توصيه کيږي . څرنګه چې A ويټامين (د واحد خو زيات دوز په شکل) او Zinc د دوامدار نس ناستي په بهبود کې مؤثر دي نو اقلاً بايد په لاندنيو دوزونو توصيه شي :

A ويټامين . د هغو ماشومانو لپاره چې عمر يې د دوؤلسو مياشتو څخه زيات وي ، ددې ويټامين 200,000 IU په واحد دوز او هغه چې د 6-12 مياشتو پورې عمر ولري ، 100,000 IU په روټين ډول دخولې د لارې توصيه کيږي . هغه ماشومان

www.ketabton.com

چې وزن یې د 8 kg څخه کم وي ، د عمر په نظر کې نیولو څخه پرته ، د A ویټامین 100,000 IU باید ورکړل شي .
جست (Zinc) .هغه ماشومانو ته چې عمر یې د شپږو میاشتو او دریو کالو تر منځ وي ، 10-20 mg عناصري جست هره ورځ ورکړئ .

دشدیدو خوارځواکو او پر دوامدار نس ناستي اخته ماشومانولپاره نورې سپارښتنې
د میګنیزیم سلفیټ 50% محلول ، د 0.2ml/kg/dose په اندازه د ورځی دوه ځلې د 2-3 ورځو لپاره د عضلي زرق له لارې توصیه کیږي. پوتاشیم د 5-6mEq/kg/day د خولې د لارې یاداخل وریدي انفیوژن په شکل ، د ثبات په ابتدایي مرحله کې باید تطبیق شي . دا د 2-3mEq/kg/day د معمول اړتیا څخه لوړ دوز دی.

په روغتون کې د درملنې پر وړاندې د ځواب مونیتورینګ
د بریالۍ درملنې اوصاف عبارت دي له :
۱- د نس ناستي د دفعاتو کمیدل (د دوو پر له پسې ورځو لپاره په ورځ کې د اوبلنو غایطه موادو دفعات دوه ځلې یا تر دې کم وي) .
۲- په کافي اندازه د غذا اخیستنه .
۳- د وزن اخیستل .
زیاتره ماشومان به په لومړنیو 1-2 ورځو کې وزن وبایلي خو لدې وروسته د موجودو انتاناتو په تداوي کولو او د نس ناستي په له منځه تلو سره ، په ثابت ډول وزن اخلي . دوی شاید کور ته رخصت شي خو د متداوم وزن اخیستلو او دتوصیه شوي غذایي رژیم د عملي کولو څخه د مطمن کیدو په موخه باید په منظم ډول تعقیب شي .

www.ketabton.com

د ابتدایي (A غذا) څخه دوهمي (Bغذا) ته او د B غذا څخه C غذا ته د اړولو استطبابات

د ابتدایي یاپه روغتون کې د اخیستل شوي سیستمیک انتان د نه موجودیت په صورت کې ، غذا هغه وخت تبدلیږي چې درملنه ناکامه شي .

په لاندو دریو حالاتو کې درملنې ته ناکامه درملنه ویل کیږي :

۱- د غذا دپیل کولو څخه لږ تر لږه 48 ساعته وروسته دتغوط په فریکونسي کې د پام وړ زیاتوالی (معمولاً په ورځ کې دلسو ځلو څخه زیات داوبلنو غایطه موادو دفع کول) یا

۲- ددرملنې څخه هر وخت وروسته د ډیهاډرشن دعلایمو بیا راڅرګندیدل یا

۳- تر اوومې ورځې پورې د وزن نه اخستل . تر څو چې د درملنې د ناکامۍ نښې په مقدم ډول نه وي رامنځته شوي ، هر خوراک اقلاً باید تر اوؤ ورځو پورې ورکړل شي.

تر رخصتیدو وروسته د منظمې غذا تداوم

هغه ماشومان چې پر B غذا رحصت شي ،لس ورځې وروسته باید په کمه اندازه شیدې دمختلطې غذا په شکل واخلي . که چېرې د لکټوز د نه زغملو (عدم تحمل) نښې (نس ناستی ، کانګې ،د ګیډې انتفاح ، نفح وباد) راڅرګندې نشي ،نو په راتلونکوڅو ورځو کې د شیدو اندازه تدریجاً باید زیاته شي. په راتلونکي اونۍ کې ، یوې نارمل غذا ته چې د عمر سره مناسب وي، باید دوام ورکړشي .

په دوامدار نس ناستي کې د میکروب ضد درملنې لپاره سپارښتنې

په دوامدار نس ناستي کې دمیکروب ضد درملنه په لاندو حالاتو کې استطباب لري :

www.ketabton.com

- په غايطه موادو کې دښکاره وينې شتون ، يا د کولمو د مشخص پتوجن اثبات چې پر وړاندې يې ميکروبي ضد درملنه ګټوره وي. د بيلګې په توګه د شګيلا په صورت کې د شګيلا ضد درمل لکه ناليديکسيک اسيد يا نور کينولون ، ناروغ ته توصيه کړئ . (د ډيزانټري لپاره الګوريتم وګورئ) .
- دسيستميک انتان يوځايوالى – پدې صورت کې معمولاً د Parenteral له لارې د امپسلين او Aminoglycosides په ګډه توصيه مناسبه بريښي .
- شديده خوارځواکي. دسيستميک انتان د يوځاي والي غوندې د امپسلين او امينوګلايکوسيد ، ګډه درملنه ،حتى د سيستميک انتان په نشتوالي کې هم توصيه کړئ .
- دامکان په صورت کې دبولي لارې انتان لپاره معاينات تر سره کړئ . 10-15 ٪ پورې ددوامدار نس ناستي او خوارځواکي ناروغان د ښکتنۍ بولي لارې دانتا ديوځاى کيدو پخاطر، انتي بيوتيکو ته اړتيا لري .
- که چيرې د غايطه موادو څخه B ګروپ سلمونيلا تجريد شي، نويوازې هغه وخت چې پر سيستميک انتان شکمن شئ ،ورته انتي بيوتيک توصيه کړئ .

اضافي درمل

د تحرکيت ضد او دافراز ضد عوامل او دصفراوي مالګو سره نښليدونکي Resins ، د دوامدار نس ناستي په درملنه کې ګټور ثابت شوي ندي . Lactobacilli ، د حاد يا دوامدار نس ناستي دتداوي لپاره په کمه اندازه ګټه لري.

www.ketabton.com

دلابراتواري پلټنو اهميت

د پورتني ذکر شوي الګوريتم په پرلاپسې ډول په کارونې سره ،د دوامدار نس ناستي ناروغان دمکملو لابراتواري معايناتو پرته معالجه کيږي .

د غايطه موادو ميکروسکوپيک معاينه، د E.histolytica او G.lamblia دتروفوزويټونو په تشخيص کې مرسته کوي . اکثريت ناروغان چې د E.histolytica سيستونه لري ، اوس مهال د Non-pathogen E.dispar درلودونکي په توګه پيژندل کيږي . د Zeihl-nelsen په تعديل شوي تخنيک سره به Acid fast تلوين Cyclospora ، Isospora او Cryptosporidium تشخيص کړي .په غايطه موادو کې د زيات شمېر Pus cells (>20/hpf) شتون پر مهاجم نس ناستي دلالت کوي، خو د دوامدار نس ناستي اکثريت ناروغان نوموړي حجرات نلري .

د امکان په صورت کې د سلمونيلا او شګيلا دتشخيص لپاره ، کلچرونه هم بايد اجراء شي . څرنګه چې اکثريت لابراتوارونه د E.coli د ويرولانس ځانګړتياوې معلومولی نشي نو تجريد يې هم ګټور ندی .

په غير روغتوني چاپيريال کې ، د ارجاع کوونکو مادو تشخيص غير عملي دی څکه چې پداسې چاپيريال کې يو خو په سمه توګه ټسټونه کيدای نشي او بل د حساسيت د معلومولو لپاره غايطه مواد څو ځله بايد معاينه شي ، نو همدا سبب دی چې هغه کلينيکي معيارات چې پر غذايي بدلون اتکاء لري (لکه مخکې چې ذکر شول) ډير عملي بريښي .

دا چې په A غذا کې د لکټوز مقدار کم دی، نومخکې له مخکې دا حقيقت منل شويدی چې په دوامدار نس ناستي (PD) او خوارځواکي کې ماشومان لکټوز تحمل کولای نشي .

www.ketabton.com

۱۱. مزمن نس ناستی اود سؤ جذب سندرومونه

د سؤ جذب سندرومونه په مزمن نس ناستي ، د ګيډې پړسوب او د ودې په کميدو سره متصف کيږي . مزمن نس ناستی د سؤ جذب مستقيمه پايله ده چی بيا پخپل وار سره د خوارځواکۍ او د ودې د کميدو سبب ګرځي . مزمن نس ناستی د دوامدار نس ناستي څخه چې زيات عموميت لري ، بايد توپير کړای شي.

دوامدار نس ناستی د حاد نس ناستي، چې د څوارلسو ورځو څخه زيات دوام کوي ، او د وزن ضياع هم ورسره وي ، شروع کيږي . ځينې وخت اسهالات دومره زيات وي چې ډيهايډرشن هم رامنځته کوي.

دوامدار نس ناستی زياتره په هغو ماشومانو کې پېښيږي چې عمر يې د 1-2 کالو څخه کم وي. مزمن نس ناستی هغو حالاتو ته راجع کيږي چې په هغو کې غير نارمل غايطه مواد تر څو مياشتو پورې په متداوم يا متکرر ډول موجود وي . پدې حالت کې ډيهايډريشن نادراً منځته راځي. په سيلياک ناروغي کې ممکن غايطه مواد نرم او محجم ، د پانکراس په اکزوکرايني عدم کفايه کې چسپناک او زيږبخن ، د کلورايد په ولادي نس ناستي کې اوبلن او د تشو متيازو (ادرار) سره مغالطه کيدونکي، د قندونو په عدم تحمل کې د هوا او اوازونو سره يو ځای دفع کيدونکي غايطه مواد موجود وي . غير وصفي نس ناستی يا Todler's diarrhea په متکررو پريودونو ، غير متجانس ، اکثراً او عمدتاً د نارمل تغذي حالت پواسطه متصف کيږي .

مزمن نس ناستی په دريو لويو پتوفزيولوژيک کته ګوريو سره تفکيک کيږي :

د لومن په داخل کې د هضم زيان من کيدل ، معايي ناسم جذب (سؤ جذب) ، تخمر .

www.ketabton.com

(۱۴).جدول.دلومن په داخل کې دهضم د زيان من کيدو له امله مزمن نس ناستې

دهضم خرابيدل	حالات
د ټولو غذايي توکو	Cystic fibrosis ، دپانکراس د اکزوکراين نورې نقيصې
شخم	د Isolated lipase يا Co-lipase فقدان ، دصفراوي قنات اتريزي،د انټروهيپاتيک ، دوران قطع کيدل (لکه په Chron's Disease کې).
پروتينونه	د ترپسينوجن ولادي فقدان ، Enterokinase ولادي فقدان

د پانکراس د اکزوکرايني فقدان له امله منځته راغلی نس ناستی ، د غايطه موادو د ماکروسکوپيک منظرې په مرسته د پام وړ ګرځي . دا غايطه مواد د اوبلنو غايطه موادو په پرتله څو ځلې Loose او چسپناک وي ، که چېرې په يوه لوښي کې دفع شي او يا هغه وخت چې په بيت الخلا کې د اوبو پرسر ګرځي، نو ليدل کيږي چې د ناهضم شخم څخه ، غوړو ته ورته څه راوزي ، خاسف وي اودپنير غوندې نامطبوع بوی لري . کتلوي Steatorrhea زياتره د پانکراس په اکزوکرايني فقدان او دجراحي په کسبي حالاتو لکه Short bowel syndrome کې منځ ته راځي .

دمعايي سؤ جذب نس ناستی ، نرم يا اوبلن او اکثراً سيدي بوی لري. نادراً غوړ شکل غوره کوي . پدې ناروغانو کې نسبتاً کمه Steatorhea موجوده وي . د d-xylose ټسټ او د کولمو هستولوژيک معاينات پکی ابنارمل وي. د مزمن نس ناستي د مختلفو پتوفزيولوژيک وجوهاتو د تفکيک لپاره ،د کولمو بيوپسي اړينه بريښي . د کولموپه ناسم جذب (سؤ جذب) کې ، هستوپتالوژيک تغيرات نظر کلنيکي حالاتو ته توپير کوي . دا تغيرات ممکن وصفي يا غير وصفي وي .

www.ketabton.com

(۱۵)جدول – د معايي ناسم جذب (سؤجذب) له امله مزمن نس ناستی

مخاطی تغیرات	حالات
1–دذغاباتوکلي اتروفي	سيلياکناروغي
2 – د ذغاباتو قسمي اتروفي	د غذا د پروتينو پر وړاندې حساسيت (لکه د غوا دشيدو پروتين ، غنم) د جارديا لمبليا انتان، Immuno deficiency، Bacterial over growth ، Tropical- Enteropathy ، خوارځواکي (سؤ جذب)
3 – د کولمو په بيوپسي کې وصفي Lesions	- د شحم څخه ډک انتروسيتونه Abetalipoproteinemia
4- د متوسع لمفاوي اوعيو له امله دذغاباتو تغير شکل	Lymphangiectasia

په هغه نس ناستي کی چې د تخمر له امله رامنځته شوي وي ، غايطه مواد ، اوبلن او اسيدي (PH يې د 5.5 څخه کم) وي او اکثراً د هوا سره يو ځاى دفع کيږي او تقريباً حجم يې د هغو ناجذب شوؤ کاربوهايدريتو سره متناسب وي کوم چې خواړل شوي وي .

(۱۶) جدول - دتخمر له امله مزمن نس ناستی

دکولمومخاطي حالت	حالات
نارمل بيوپسي	د مخاطي غشاء د هغو انزايمونو ولادي فقدان چې مونو سکرايدونه هضم کوي
غير وصفي التهابي تغيرات	ټول هغه حالات چې د ذغاباتو کلي او قسمي اتروفي پکې موجوده وي، د کاربوهايدريتو ناسم جذب اوتخمر پکې رامنځته کيږي .

ديوه ماشوم د ارزونې لپاره چې د مزمن نس ناستي او سؤ جذب شک پرې کيږي، لاندې پلټنې بايد تر سره شي :

www.ketabton.com

۱- د غایطه موادو تکراري معاینه په تېره د Gardia لپاره .
۲- په غایطه موادو کې د شحم د اطراح څېړنې
۳- د ډي-زایلولوز ټسټ (په وینه کې یې سویه او په ادرار کې یې اطراح کېدنه)
٤- دکولمو بیوپسي . او
٥- مشخص ټستونه لکه د خولې کلوراید د Cystic fibrosis لپاره د پانکراس اکزوکرایني وظیفوي ټستونه ، د سلیاک ناروغي لپاره سیرولوژي ، د کاربوهایدریتو د سؤ جذب لپاره د تنفسي هوا تجزیه .

۱۲. سیلیاک ناروغي (Celiac Disease)

سیلیاک ناروغي ، یوه Gluten sensitive enteropathy ده چې پدې حالت کې دخوارکي غنمو د Gliadin او اړوندو پروتینونو په مقابل کې کولمې دایمي عدم تحمل لري اود هغو افرادو په کولمو کې چې په جنیتیکي توګه مساعدوي ، افات تولیدیږي .

په کورنۍ کې د سیلیاک ناروغي د څو پېښومنځته راتلل پدې دلالت کوي چې ارثیت ، دې ناروغۍ لپاره پر مستعدوالي پوره اغیزه لري . دسلیاک ناروغي عمده ارثي تړاؤ، پر شپږم کروموزوم باندې دپرتو جنونو اود غټ Histocompatibility complex جن د محصولاتو سره ثابت شویدی .د B_8 ، DR_3 ، DR_7، DQW_2 سره ارتباط یې ډېر عمومیت لري .

سیلیاک ناروغي د وړو کولمو Enteropathy ده چې په منځ ته راتلو کې یې امیون سیستم د منځګړي رول لوبوي . د مخاطي غشاء افات ، دواړه Cell-mediated او خلطي امینولوژیک فرط تنبهیت په ګوته کوي . د مخاطي غشاء په زیانمن کیدو کې Cell-mediated میکانیزمونه کلیدي رول لوبوي .

www.ketabton.com

کلینیکي پیشکش

د سیلیاک ناروغي عامې نښې د معایي اعراضو لکه مزمن نس ناستي ، د ګیډې پړسوب عضلي ذوب ، د ودې کموالي ،بی اشتهایي او تخرشیت څخه عبارت دي. ممکن کانګي هم ولیدای شي . د کلینیکي تاریخچې له مخې ، تر ابتدایي نارمل کورس وروسته ، د ماشوم په غذاکې دغنمو د محصولاتو پر ورزیاتولو ، د اونیو څخه نیولي ان د میاشتو په تیریدو سره ، د ماشوم غایطه مواد ، بدبویه ، غوړ او محجم وصف غوره کوي . ماشوم وزن نه اخلي، اشتها یې کمه وي او خوار معلومیږي خارج معایي اعراض په هغو ماشومانو کې چې ناوخت مراجعه کوي ، عمومیت لري . پدې ماشومانو کې د ونې ټیټوالی یوه بارزه نښه ده .

تشخیص

ددې ماشومانو په ابتدایي پلټنو کې Complete hemogram ، Serum chemistry او هغه ټستونه چې په کولمو کې د جذب کچه معلوموي لکه د D-xylose جذب ، په غایطه موادو کې د شحم اطراح ، شامل دي .

د سیلیاک ناروغي د تشخیص لپاره دوؤ شیانو ته اړتیا شته :

۱- هغه وخت چې ناروغ په کافي اندازه Gluten اخلي ، د ذغاباتو اټروفي ، د Crypts هایپرپلازي اوسطحي غیر نارمل اپیتل شتون ولري .

۲- د غذا څخه د ګلوټین د ایسته کولو وروسته ، بشپړ کلینیکي او هستولوژیک بهبود رامنځته شي.

د تشخیص پر مهال د Gliadin ، Reticulin او Endomysin پر وړاندې د دوراني انټي باډیو موجودیت ، او د Gluten free غذا په توصیه کولو سره د نوموړو انټي باډیو ورک کیدل، دتشخیص په تقویت کې مرسته کوي .

www.ketabton.com

په اوس وخت کې Antiendomysial antibodies د ډیر زیات حساسیت او وصفي توب همدا راز د مثبت او منفي وړاندوینې (پیش ګویي) د ارزښتونود درلودونکو انتي باډیو په توګه منل شویدي

اهتمامات

ګلوټین نه لرونکي غذا، دسیلیاک ناروغي ددرملنې بنسټ تشکیل کړیدی. وریجې او جوار غیر توکسیک دي او دغنمو د بدیل په توګه ترې استفاده کیدای شي. د ګلوټین په قطع کولو سره ، ډراماتیک کلینیکي ځواب لیدل کیږي .

د ودې سرعت په چټکۍ سره سمون مومي . عمده ستونزه په تېره بیا په 13-19 کلنو ماشومانو کې د عدم موافقت څخه عبارت ده. هغه معلومات چې ددې ناروغۍ د انذار په هکله موجود دي ، څرګندوي چې که چېرې ناروغ ګلوټین لرونکي خوراک ته ادامه ورکوي ، د Lymphoproliferation ناروغیو خطر پکې زیات دی .هغه ماشومان چې په سیلیاک ناروغۍ اخته وي ، ټول عمر د Gluten free یا ګلوټین نه لرونکي غذا په اخستلو مکلف دي .

Working Group of ESPGAN. Revised criteria for diagnosis of celiac disease. Arch Dis Child 1990; 65: 909–11.

۱۳ . د ډای سکرایډونو سؤ جذب

پتوفزیولوژي . د کولمو ډای سکرایدیز انزایمونه ، د وړو کولمو د مخاطي غشاء د اپتیل حجراتو په Brush border کې

www.ketabton.com

موجود دي . برسېرن پراته انزايمونه ، د زياتو عواملو پواسطه زيان من کيدای شي . ددې انزايمونو په نشتوالي کې ، ډای سکرايډونه په ساده قندونو نه هايدروليز کيږي او د کولمو ښکتني برخې ته د کوم تغير پرته تيريږي . دا قندونه د کولمو د ديوال څخه د ازموزس په مرسته اوبه راکش کوي پدې توګه د اسهال سبب ګرځي . ناجذب شوي قندونه د غټو کولمو د باکترياؤ پواسطه تخمر کيږي او په نتيجه کې يې هايدروجن (H_2) ، متان ، کاربن ډای اکسايد وينې ته نفوذ کوي او وروسته دتنفسي هوا له لارې خارجيږي . په کولمو کې د ګازاتو توليد د ګېډې د انتفاح او غايطه مواد د ځګن (کف داره) کيدو باعث ګرځي . لوی ماشومان چې د لکټېز (Lactase) فقدان ولري ، د شيدو په اخيستلو سره ممکن ورته دنس خوږ پيدا شي او کيدای شي چې نس ناستی ولري .

د ډای سکرايډېز د فقدان اسباب

په ولادي ډول ددې انزايمونو نشتوالی نادراً پيښيږي . د Lactase لومړني او مؤخر فقدان په هند او د اسيا په نورو هېوادونو کې عموميت لري . متعدد حالات لکه حاد ويروسي يا باکتريايي ګستروانترايتيس ، پروتين انرژي سؤ تغذي ، د ځينو درملو لکه نيومای سين زيات استعمال ، سيلياک ناروغي، د غوا شيدو د پروتينو عدم تحمل او Cystic fibrosis شايد د Disaccharidases ثانوي لنډ مهاله فقدان رامنځته کړي .

تشخيص : تشخيص يې پر لاندوشيانو اتکاء لري :

1. په تازه غايطه موادو کې د 0.5 ٪ څخه د ارجاع کوونکو موادو زياتوالی (د ارجاع کوونکو موادو په مقصد د معاينه کولو څخه د مخه بايد غايطه مواد د Hcl په مرسته هايدروليز شي)

www.ketabton.com

2. اسيدي غايطه مواد (PH<5.5) پداسې حال کې چې ماشوم د شيدو پواسطه چې مضره کاربوهايډريټونه لري, تغذي کيږي .
3. د خولې د لارې د قند د تحمل تسټ ابنارملټي (که چيرى 2 gr/kg په اندازه داى سکرايد توصيه شي او د وينې د ګلوکوز سويه د Fasting سويې څخه د 20 mg/dl په اندازه لوړه نکړي) .
4. د لکټوز د Loading دوز اخيستلو څخه وروسته په تنفسي هوا کې د هايدروجن اطراح د 11/1000000 برخو څخه زياته وي.
5. د مخاطي غشاء په بيوپسي کې د انزايمونو د تجزيي له مخې د Disaccharidases سوبې ټيټې وي.

درملنه . څرنګه چې په کلينيکي ساحه کې ددې تشوش په اکثره واقعاتو کې د ډاى سکرايد ثانوي لنډ مهاله عدم تحمل موجود وي، نو معمولاً د هغو شيدو په توصيه کولو سره چې په کمه اندازه لکټوز ولري ، اعراض له منځه ځي . په غذا کې د لکټوز مقدار تدريجاً د ورځو په جريان کې (لکه په Post entritis سندرومونو کې) يا په شديدو واقعاتو کې د اونيو په ترڅ کې ورزياتيږي .

په غذا کې لکټوز په لاندې ډول ممکن کم کړاى شي :

1. د شيدو او حبوباتو د مخلوطونو په مهيا کولو سره لکه د سوجي حلوه

د هغو مصنوعی شيدو په کاروني سره چې په Soy protein او د چرګوړي په کفته شوي غوښه يا Calcium caseinate متکي وي.کاربوهايدريت د ګلوکوز يا فرکتوز په شکل مهيا کيږي .

www.ketabton.com

۱۴. د شيدو د پروتينو عدم تحمل

د شيدو د پروتينو د عدم تحمل اعراض په لومړنيو څو مياشتو کې ، معمولاً د غوا د شيدو د لومړني ځل خواړلو څخه وروسته څرګنديږي . د شيدو د پروتينو پر وړاندې د الرژي کلينيکي تظاهرات د نس ناستي ، کانګې ، د ګېډې کوليکي دردونو ، تخرشيت ، د ودې کمزوري او معدي معايي خونريزي څخه عبارت دي . د شيدو د پروتينو کلينيکي عدم تحمل معمولاً په دوه کلنۍ کې له منځه درومي .

پتوفزيولوژي . د د شيدو د پروتينو عدم تحمل (MPI) پتوفزيولوژي په سمه توګه روښانه نده خو د موجوده شواهدو څخه څرګنديږي چې اميونولوژيک خوادث په لومړني توګه پکې دخيل دي .

په MPI کې د شيدو د پروتينو غټ ماليکولونه د کولمو د جدار دEnterocyte څخه د Pinocytosis په واسطه دکوم تغير پرته ،عبور کوي او متعدد موضعي اميون ميکانيزمونه تحريکوي . د کولمو د IgA فقدان چې د شيدو رودلو د مقدمې مرحلې يو وصف دی او د معايي حاد انتان په نتېجه کې د مخاطي غشاء تخريب ، د زيات شمېر انتي جنونو ننوتلو ته زمينه برابروي . نوي شواهد څرګندوي چې د اميونو لوژيک ميکانيزمونو طيف چې ممکن IgE د Cell mediated معافيتي عکس العمل په توګه راښکېل کړي ، شايد فعال کړای شي .

تشخيص . د شيدو د پروتينو پر وړاندې د الرژي تشخيص ستونزمن دی . لومړی بايد د لکتوز عدم تحمل رد کړای شي . د جيجينوم په بيوپسي کې Patchy villus atrophy ليدل کيږي . د غذا څخه د شيدو په ايسته کولو سره ،معدي معايي اعراض له منځه ځي او معمولاً د شيدو پواسطه د چيلنج يا ننګونې په نتېجه کې د 3-4 ورځو په ترڅ کې بيا راڅرګنديږي. ځينې وخت ممکن د شيدو د ننګونې څخه څو اونۍ وروسته

www.ketabton.com

اعراض راښکاره شي . کم تر کمه که د دریو ننګونو پر وړاندې مثبت ځواب ولیدل شي نو تشخیص وضع کیږي .په هغه شیدو رودونکو کې چې د Anaphylaxis تاریخچه ولري ، باید د شیدو چیلنج عملي نشي . اوس مهال امیونولوژیک ټسټونه د تشخیص په وضع کولو کې دکم ارزښت څخه برخمن دي .
درملنه: د شیدو رودلو په دوره کې ددوامدار نس نستي منجمنټ ته مراجعه وکړئ.

Walker-Smith JA. Cow's milk sensitive enteropathy: Predisposing factors and treatment. J Pediatr 1992 ; 115 (Suppl): 111–15.

۱۵. دمونوسکرایډ د ترانسپورت نواقص

پدې کې د ګلوکوز او ګلکټوز دعدم تحمل ولادي او کسبي اشکال شامل دي . لومړنی شکل یې په ندرت سره پیدا کیږي . اساسي تشوش د ترانسپورت په میکانیزمو کې د نقص څخه راولاړیږي . د ولادي شکل په صورت کې د ناروغ د درملنې لپاره د ناروغ د غذا څخه ګلوګوز او ګلکټوز باید وایستل شي. دا ډول خوراک ستونزمن او یکنواخت وي چې Calcium caseinate ، نباتي غوړي ، فرکټوز ، مالګې او ویټامینونه ددې خوراک محتوي تشکیلوي. د مونو سکرایډ د ترانسپورت د نواقصو ثانوي اشکال دEnteritis او سیلیاک ناروغي څخه ورسته پیدا کیږي . په مزمن Enteritis کې ، صفراوي اسیدونه د باکتریایي فلورا په مرسته Deconjugate کیږي. دا Deconjugate شوي اسیدونه د ګلوکوز او ګلکتوز امتصاص مختلوي .

www.ketabton.com

۱۶ . سيستيک فبروز (Cystic fibrosis)

سيستيک فبروز يو ارثي تشوش دی چې د Autosomal recessive په شکل انتقاليږي . د Cystic Fibrosis(CF) جن پر اووم کروموزوم پروت دی . دCF په محراق کې د 400 څخه زيات Mutations شته چې لدې جملې څخه DF508 (کوم چې د پروتين په 508 موقعيت کې Single deletion په ګوته کوي) زيات عموميت لري .
Cystic fibrosis ، Mutation د جن پر پروتيني محصول transmembrane regulator يا CFTR کوم چې د کلورايد چينل په توګه رول لوبوي او د غشاء دواړو خواؤ ته د اوبو او ايونونو حرکت متاثره کوي ، اغيزه کوي .

دبدن ټول اکزوکرايني غدوات په تيره بيا هغه چې په تنفسي اومعدي معايي سيستمونو کې موقعيت لري ، مصاب او غير نارمل چسپناک مخاط توليدوي. متراکم افرازات ، د پانکراس قناتونه بندوي او د Acini د پړسيدلو چې د Cysts غوندې بريښي ،سبب ګرځي . دا پړسيدلي Acini دفبروز پواسطه احاطه کيږي . پانکراسي افرازات اثنا عشر ته نه تيريږي ، په نتيجه کې هضم او جذب په سمه توګه صورت نه نيسي . د اټکل له مخې په 10 ٪ ناروغانو کې د پانکراس وظيفوي تشوشاتو شواهد نه ليدل کيږي .
دا ناروغان د معدي معايي سيستم نور اختلاطات نه ګالي . په سږو کې د مخاط غليظ Plugs ، قصبيات بندوي په نتيجه کې کولپس ، رکودت او انتان رامنځته کيږي . پرانشيمال او قصبي زيان د سږو مزمنو ناروغيو سبب ګرځي .
د نوازدې په دوره کې دMeconium غليظ Plugs چې د جنين په کولمو کې د پانکراسي عصارې په مرسته يې تميع صورت نه وي نيولي ممکن د کولمو بندښت يا Meconium Ileus رامنځته کړي .

www.ketabton.com

د سؤ جذب د ناروغانو په کولمو کې د بای کاربونيټ او PH سويه ټيټه وي. د خولو د کلورايد زياتوالی يومستقل نقص دی چې دې ناروغۍ سره يو ځای وي .
کلينيکي نښې .شايد د کولمو بندښت د نوزادۍ په دوران کې راښکاره شي. ممکن د ابنارمل پروتينو او Mucoprotein د شتون له امله چې د پانکراسي انزايمونو پواسطه افرازيږي رامنځته شي. څه وخت وروسته ددې ماشومانو په اليوم ، سيکوم او کولون کې د غذايي موادو پاتې شوني پاتې کيږي او کلکې کتلې جوړوي . ددې کتلاتو تجمع د کولمو د بندښت سبب ګرځي. ممکن په 1 ٪ ناروغانو کې اليوسيکل تغلف واقع شي . ددې ناروغۍ اصلي اعراض د مزمن نس ناستي چې Steatorrhea ورسره وي ، او د تنفسي لارې د متکرر انتان څخه عبارت دي . د ودې توقف هم يوه بارزه نښه پکې شمېرل کيږي . د رکتوم پروليپس په متکرر ډول منځته راځي . زياتره وخت د ينې سيروز هم مشاهده کيږي .
تشخيص : د شيدو رودلو دورې په اوايلو کې د نس ناستي منځته راتګ چې معمولاً د تنفسي سيستم متکرر انتانات هم ورسره وي ، طبيب پردې ناروغۍ شکمن کوي .
د D-xylose د جذبيدلو ټسټ نارمل وي ځکه چې دا مونوسکرايډ د جذب د مخه هايدروليز ته اړتيا نلري . د اثناعشر په عصاره او غايطه موادو کې د Trypsin کچه ټيټه وي. د سينې دX-Ray دفلم څخه د سږو مصابيت څرګنديږي . د کلورايد د مقدار د معلومولو لپاره د خولو تجزيه يو باوري تشخيصيه ټسټ دی . که چېرې د Pilocarpine iontophoresis په مرسته په خولو کې د کلورايد اندازه د 60 mEq/L څخه لوړه پلاس راغله نو د تشخيص د اثبات څخه استازيتوب کوي . په اوسني عصر کې مشخص Mutations پيژندل کيدای شي.

www.ketabton.com

درملنه :خوراک تدريجاً ورته شروع کيږي . په لومړۍ مرحله کې هغه ساده غذايي مواد چې تحمل کيداى شي، بايد ورکړل شي . کالوريک عرضه ، د ناروغ د تحمل سره په تناسب کې تدريجاً زياتوالى مومي . په دوهمه مرحله کې ناروغ ته د خوراک د ازمويلو يا تجربه کولو لپاره په تدريجي ډول زياته ازادي ورکول کيږي په دريمه يا تعقيبيه مرحله کې خوراک بايد د ودې د نارمل ساتلو او دمشخصو غذايي موادو د کمبود د مخنيوي لپاره کافي مواد ولري . خوراک نسبتاً ازاد وي خو په کافي مقدار پروتيني او قندي مواد بايد ولري د حيواني شحمياتو په پرتله نباتي شحمياتو ته چې په زياته اندازه Polyunsaturated شحمي اسيدونه لري ، ترجيح ورکول کيږي .

طبي درملنه : پانګراسي متممات (د اسيدو په مقابل کې مقاوم ، Microsphere مستحضر) نظر د ناروغ کلينيکي ځواب ته د پنځو څخه نيولي ان تر لسو ګوليو (تابليتونو) پورې ورکول کيږي. د انزايمونو سره يو ځاى د انتي اسيدو ، سوډيم باى کاربونيټو او انتى هستامينيکو استعمال غوره دى . که چيرې د کافي درملنې سره سره، اسهال دوام وکړي، نو د اسهال نور اسباب لکه د ډاى سکرايدونو ثانوي عدم تحمل بايد متصور او وړ درملنه يې تر سره شي . د Taurine متممات بايد توصيه شي تر څو د ينې پواسطه د زياتو صفراوي اسيدونو د سنتيز لپاره اصلي ماده مهيا وي . په مقاومو پيښو کې Misoprostol چې د پروستاګلاندين انالوګ دى ، د اسيدو د افراز د نهي کولو او په پاسنۍ کولمو کې د باى کاربونيټ د افراز د تنبيه کولو لپاره استعمال شويدي .

د سږو د اختلاطاتو د مخنيوي لپاره د مناسبو انتي بيوتيکو کارونه اړينه ده . د شهيقي هوا رطوبت مرسته کوي . د افرازاتو د وضعيتي دريناژ څخه وړاندې ، په Mucolytic agents لکه Acetylcestein سره انشاقي درملنه ګټوره ده .

www.ketabton.com

د سينې د فزيوتراپي سره يو ځای د تنفسي تمريناتو لپاره بايد ماشوم وهڅول شي .
د اوړي په مياشتو کې د زيات مقدار کلورايد د ضياع د جبران پخاطر اضافي مالګه چې معمولاً 1-2 gr/day اضافي مقدار کفايت کوي ، توصيه شي .د Meconuim ileus په صورت کې دبندښت د له منځه وړلو لپاره Gastrograffin، اماله ممکن ګټه ورسوي . د ګسټرګرافين اسمولاليټي لوړه ده پدې توګه د کولمو داخل ته اوبه راکشکاږي . دا حالات د ميکونيم د خارجيدو سره مرسته کوي .

Marino LR, Gorelick FS. Scientific advances in cystic fibrosis. Gastroenterology 1992; 103: 681–93.

۱۷ . د صفراوي مالګو تشوشات

Conjugated صفراوي مالګې ،داسيدونو او مونوګليسرايدونو د جذب لپاره ضروري دي ځکه چې دا مالګې له نوموړو موادو سره يو ځای کيږي او Micells جوړوي او پدې توګه د تميع په مرحله کې کې حل او جذبيږي . صفراوي مالګې د پانکراسي ليپاز هايدرولايتيک عمل تقويه کوي اود Enterokinase په ازاديدو کې هم مرسته کوي . په داخل کبدي يا خارج کبدي صفراوي بندښت او د ينې په سيروز کې د صفراوي مالګو دتوليد نقيصه موجوده وي. دمعايي رکودت او مزمن Enteritis په سندرومونو کې د کولون باکترياېي فلورا ،صفراوي مالګې په غير مزدوجو صفراوي مالګو اړوي . غير مزدوج صفراوي اسيدونه د اوبو د جذب مخه نيسي او پدې توګه د نس ناستي سبب ګرځي .
منجمنټ يې د هغه سؤ جذب چې پانکراسي منشاء لري ، منجمنټ ته ورته دی . د شحمياتو اخيستنه بايد کمه شي او د متوسط ځنځير لرونکو ترای ګليسرايدونو سره بايد تعويض شي .

www.ketabton.com

ABETALIPOPROTEINEMIA. ۱۸

د يو ارثي Autosomal recessive تشوش دی . بيتاليپوپروتينونه د Chylomicron د تشکل لپاره اړين دي . کله چې بيتاليپوپروتينونه موجود نه وي نو د Chylomicron په جوړيدو کې فقدان منځته راځي په نتيجه کې د شحمياتو جذب مختل کيږي . دوې مهمې نښې يې د Steatorrhea او Acanthocytosis (سره کرېوات تيره څوکه لري) څخه عبارت دي .ممکن نيورولوژيک استحالوي تغيرات موجود وي . کومه مؤثره درملنه يې نشته . ناروغ ته بايد هغه خوراک چې د متوسط ځنځير لرونکو ترای ګليسرايدونو درلودونکي وي ورکړ شي ، ځکه نوموړي ترای ګليسرايدونه د جذب د يوه معادل ميکانيزم لرونکي دي .

۱۹. د کولمو التهابي ناروغۍ

د کولمو د التهابي ناروغيو تر اصطلاح لاندې Chron's disease او Ulcerative colitis مطالعه کيږي . په نړدې کالونو کې د اروپا په ځينو هيوادونو کې د IBD شيوع په لوړيدو ده .

Ulcerative colitis د کولون دمخاطي غشاء منتشر التهاب دی .دا په ثابت ډول پر رکتوم اغيزه کوي او په متناظر او ناپريکړي (متمادي) شکل ممکن د غټو کولمو يوه برخه يا ټولې غټې کولمې مصابې کړي.

Chron's disease په Patchy او Transmural مزمن التهاب سره متصف کيږي چې د معدي معايي لارې هره برخه ، د خولې د جوف څخه نيولي ان تر مقعد پورې مصابولای شي . د Chron's disease يا Ulcerative colitis اتيولوژي معلومه نده . ظاهراً داسې برېښي چې دا دواړه ناروغۍ د اميونولوژيک Abnormalities له امله چې

www.ketabton.com

ممکن لومړني (يا ثانوي پديدې وي ، رامنځته شي . نقيصه شايد په Cell-mediated immunity کې موجوده وي. د جراحي د هغه نمونو څخه چې د Chron’s diseases څخه اخيستل شويدي، حجروي ديوال نه لرونکي Mycobacteria تجريد شوي خو د Chron's ناروغۍ په اتيوپتوجنز کې د Mycobacteria رول ثابت شوی ندی .

کلينيکي نښې

Chron’s disease : ناروغي اکثراً په 13-19 کلنو کې پيدا کيږي خود شيدې رودلو په دوره کې هم راپور ورکړل شويدی . د ګيډې څريکه ايز درد اوعسرت بلع مقدم اعراض شميرل کيږي. درد ممکن په Paraumbilical يا د ګيډې په ښي سفلي Quadrant کې په موضعي ډول موجود وي . په 1/3 پيښو کې مزمن نس ناستی منځ ته راځي . په زياتره واقعاتو کې د انيميا، وزن بايللو او تبې څخه شکايت کيږي . په ځينو پيښـو کې خارج معايي اعراض لکه د Arthritis ، Uvitis ، Stomatitis ، او Erythema nodosum اعراض شايد وليدل شي .

Ulcerative colitis: دنس ناستي تاريخچه، په وينو ککړو غايطه موادو د دفع کيدو، د ګيډې کرمپونو (څړيکو) ، دروغجن تغوط ، تبې او بي اشتهايي سره يو ځای موجوده وي .ناروغي ممکن په تدريجي ډول يا په ناڅاپي ډول د لوړې تبې، سټريا او متداوم Bloody diarrhea سره يو ځای څرګنده شي .کيدای شي چې Arthralgia ، د ينې د ناروغي يا Pyoderma خارج معايي تظاهرات موجود وي .

تشخيص

د شکمن (IBD) د ارزونې لپاره په راديولوژيکي مطالعاتو کې باريوم اماله او Upper gastrointestinal series شامل دي . په Ulcerative colitis کې په کوچنيو

www.ketabton.com

قرحاتو کې د Contrast موادو د نقطوي تجمع او بنديدو له امله ، مخاطي غشاء دانه داره بريښي . د ناروغي دشدت په زياتيدو سره دکولون په مخاطي غشاء کې دSpiculation او ژورو قرحاتو د شتون سره يو ځای ، بې ترتيبي منځته راځي . د کرون ناروغي Typic راديولوژيک اوصاف دNodularity ، تقرح ، د لومن دتنګوالي او بی ترتيبي څخه عبارت دي (String sign) .

دIBD دتشخيص لپاره کولونوسکوپي او د مخاطي غشاء د بيوپسي مطالعه ضرور ده.په Ulcerative Colitis کې مخاطي غشاHyperemic ، اذيمايي او رژيدونکی وي. تقرح او دانه داره منظره ممکن پکې وليدل شي . افات په منتشر ډول پراته وي .په Chron's disease کې منظره مشابه ده خو افات غير متمادي او دګردو ډبرو غوندې منظره لري.

درملنه

غذايي تقويه . تغذي په ماشومانوکې چې په IBD اخته وي، مهم رول لوبوي . غذايي تقويت د دواړو ، معايي او Parenteral لارو مهيا کيدای شي ،خو معايي لار غوره ګڼل شويده . دکافي ودې څخه د ډډه کيدو په موخه 150-125 ٪ RDA غذايي مواد او په زياته اندازه Micronutrients بايدناروغ واخلي .

دالتهاب ضد درمل . ستروئيدونه . دا درمل دIBD په منجمنټ په تيره بيا په هغو ناروغانوکې چې فعاله ناروغي ولري ، مهم رول لوبوي . د فمي او Parenteral اشکالو څخه علاوه ،د ستروئيدونو امالې ، په هغو ماشومانو کې چې بعيده کولمې يې مصابې وي، په برياليتوب سره استعمال شويدي . ددې لپاره چې د سيستميک اختلاطاتو خطرکم شي، نو د ستروئيدو اماله بايد داسې تياره شي چې سيستميک جذب او Bioavailability يې کمه وي .

www.ketabton.com

Sulfasalazine. دا د امينو سليسيلات تر ټولو زيات استعماليدونکی مستحضر دی چې د Ulcerative colitis او Chron’s disease لپاره کاريږي. حفيف واقعات د Sulfasalazine په مرسته ډير ښه کنترول کيدای شي .

Immunosuppressive drugs. په هغو ماشومانو کې چې د شفاء دساتلو لپاره يې لوړ دوز ستروئيدونو ته اړتيا وې، نو د ستروئيدونو دکمولو په مقصد، د Immunosuppresive درملو استعمال متصور کيږي . لدې ډلې څخه هغه درمل چې زيات کارول کيږي د Azathioprine او 6-mercaptopurine څخه عبارت دي .
جراحي . د Ulcerative colitis surgical resection په مرسته تداوي کيدای شي، خو په هغو ناروغانو کې چې شديداو حاد اختلاطات، Dysplsia يا دوامداره ناروغي، چې د طبي درملنې په مقابل کې ځواب نه وايي ولري، جراحي ورته محفوظه درملنه ده .په Chron’s disease کې جراحي د شديدو اختلاطاتو لکه د کلمو سوري کيدل، خونريزي ،انسداد او ابسې دتداوي لپاره استطباب لري .

Braegger C. Immunopathogensis of chronic inflammatory bowel disease. Acta Paediatr 1994; 395 (Suppl): 18.

Murch SH, Walker-Smith JA. Medical Management of Chronic Inflammatory Bowel Disease. In: Walker-Smith JA, MacDonald TT, eds. Chronic inflammatory bowel disease in childhood. Bailliere's Clin Gastroenterol 1994; 8: 133–18.

www.ketabton.com

دوهـــمـــه بـــرخـــه – یـــنـــه

۲۰ . د یـنـې انـاتـومـي او فـزیـولـوژي

تکامـل . ینـه پـه Foregut کې د septum transversus دیـوه Evagination څخـه تکامـل کـوي . د ینـې حجـرات او صـفراوي قناتونـه د انـدودرم څخـه منشـاء اخلـي ، میـزودرم د انـدوتیل حجراتـو ، Kupffer cells ، لیفـي نسـج او د وینـې د رګونـو تکامـل سـره مرسـته کـوي . کلـه چې رشـیم د لـس ملـي مرحلې ته ورسیږي، نو باب او د ینې وریدونه تشکل کوي .

پلاسنتایي وینه د سروي ورید له لارې جنین تـه راځـي او د Ductus Venuses په مرسته د سفلي اجوف سره یو ځـای کیږی ، ددې وینې یوه برخه د باب ورید لـه لارې ینـې تـه راځـې او د ینې څخه د کبدي ورید له لارې سفلي اجوف ته توئیږی . د خارج رحمي ژوند پـه 10—20 ورځ Ductus Venuses تړل کیږي .

جـوړښـــت – ینـه د حجراتو د یوې کتلې څخه جوړه ، چې د وینو د متعددو چینلونو او صفراوي قنیواتو پواسطه قطع شویده . د الکترون میکروسکوپ په مرسته لیدل کیږي، چې دا چینلونـه د داخل حجروي ارګانیلونو سره په تماس کې دي .

د بـــاب طـــرق ، د بـــاب وریـــد او شـــریان پـــر څـــانګو ، صـــفراوي قنیواتـــو، لمـف او اعصـــابو مشـــتمل دی ، دا پـه یـوه محدودونکي پرده کې، چې د منضم نسج څخه جوړه وي ، او د ینې تر کپسول پورې امتداد لري ، ایسار شوی وي .

د باب ورید او کبدي شریان څانګې په محدودونکي پرده کې د چینلونو په شکل د باب طرق څخه جلا او په سینوسویدونو، چې د ینـې حجراتو(هیپاتوسیتونو) تـه وینـه لیږدوي ، بدلیږی .

www.ketabton.com

هيپاټوسيټونه په تخته ګيو کی تنظيم شوي ،چې په لويو ماشومانو کې يې پيړوالی يوازې يوه حجره دی ، (په شيدی رودونکو کې د هيپاټوسيټ تختــه ګــی دوې حجــرې ضــخامت لــري) . سينوسويډونه د اختصاصي اندوتيل پواسطه پوښل شويدي . دا اندوتيل د سوريو درلودونکي دي، چې ددې سوريو لـه لارې د ميټابولايټونو لوی ماليکولونـه تيريدای شي . يو بل ډول اندوتيل حجرات چې په بلع کی لتاړ دي ، د Kupffer حجراتو په نوم يادېږی . دريم ډول اندوتيل حجرات د کولاجن او فيبرينوجن د توليد دنده پر غاړه لري .سينوسويډونه د هيپاټوسيټونو څخه د Disse د مسافې پواسطه جلا کيږي . د باب وريد ،د علوي مصاريقوي وريد او طحالی وريد د يو ځای کيدو څخه مينځ ته راغلی دی . ياد شوی وريد تر Porto Hepatis پورې درومي او هلته په دوو څانګو ، په لنده ښی او اوږده کينه تنه ويشل کيږی . ښۍ څانګه بيا پر دريو نورو څانګو تقسيميږي، يعنی 1 – وحشی (د ښي علوي فص لپاره) ، 2- سفلي (د ينې د هغې برخې لپاره، چې د صفرا کڅوړې ښي خواته موقيعت لري) ، 3 – مرکزي (د ينې د قدامي علوي برخې لپاره) .کينه غټه څانګه هم پر دريو نورو څانګو يعنې علوي ، منځنی او سفلي باندې ويشل کيږي . د باب وريد وړې څانګې د نهايي شريانونو غوندې خاصيت لري او په منځ کې يې په کمه اندازه تفمم موجود وي . کبدي شريان معمولاً د Celiac artery څخه منشاء اخلي . په يوه وار د Celiac ، علوي مصاريقوي ، معدي اثناعشري يا معدوي شراينو څخه دوه يا درې غټ شريانونه را جلا کيږي . د کبدي شريان کوچنۍ څانګې معمولاً د باب وينولونو سره مل وي ، د باب وريد د څانګو غوندې ، د ښي او کيڼ کبدي شراينو تر منځ داخل کبدي تفممات نشته .

www.ketabton.com

فـزيـولـوژيـک اهـميت

د بيـلـروبيـن استـقـلاب : بيلـروبين پـه اصـل کـې د وينــې د سرو حجراتـو د تخريـب او پـه قسـمي ډول د ينـې د Heme او Cytochrome څخه لاسته راځي . په ريتيکولواندوتيليل سيستم کې Heme د ميکروزومل انزايم ، Heme-Oxygenase په مرسـته پـه Biliverdin بـدلېږي ، وروستنی يې د Bilirubin Reductase په مرسته په بيلروبين اوړي . بيلروبين خپل ځـان د البومين سره نښلوي ، د البومين سره نښليدلی بيلـروبين د کبدي حجرې غشـاء تـه رسـيږي ، دلتـه د البـومين څخـه ازاديږي او د حجـرې انـدوپلازميک ريتکولـوم تـه ليـږدول کيـږي . د انتقـال ميکانيزم ئی تر اوسه پوره روښانه ندی . ځينـي سايتوپلازميک پروتينونـه لکـه ليګانـدين ، ليپوپروتين ، د شحمي اسيدونو سره نښليدونکي پروتينونه ممکن پکې دخيل وي . په کبدي حجراتـو کـې د بيلـروبين ازدواج صـورت نيسـي . پـدې کـې د Uridyl diphosphate (UDP) glucoronyl transferase انزايم رول د اهميت وړ دی .

بيلــروبين ګلوکورونيـد يــا مــزدوج بيلــروبين ،صــفراوي کوچنيو کانالونو ته افراز او بيا ددې لارې کولمو تـه د صفرا پـه شکل اطراح کيږي . په کولمو کې د باکترياو د عمل پـه مرسته مزدوج بيلروبين په Urobilinogen بـدليږی ، د يوروبيلونوجن بلـه برخـه سيستميک دوران تـه ځـان رسـوي او وروسـته يـې د پښتورګو پواسطه اطراح صورت نيسي .

کلـيـنـيـکي تـشـوشـات

الـف – درمل لکه اسپرين او سلفوناميدونه ، بيلـروبين د البومين څخه جلا کوي. ازاد بيلروبين ډير په سرعت سره انساجو ته نفوذ کوي . دا د نوزادانـو د Kernicterus پـه پتوجينز کې اهميت لري .

www.ketabton.com

ب – د خارج رحمي ژوند په لومړنيو څو ورځو کې UDP Glucoronyl transferase او UDP-Glucose-6-Phosphate dehydrogenase انزايمونو فعاليت په پوره ډول انکشاف کړی نه وي ، نو په پايله کې غير مستقيم هايپربيلروبينميا منځته راځي . په Crigler-Najjer Syndrome type II کې په فينوباربيتون سره درملنه د ينې د ميکروزومل انزايمونو د انکشاف سبب ګرځي . پدې حالاتو کې د تشومتيازو رنګ نارمل پاتې کيږي .

ج – کلورپرومازين او پروجسترون ته ورته اجنټونه ، صفراوي کوچنيو کانالونو ته د بيلروبين افراز بلاک کوي.

د – د صفراوي بندښت او Hepatocellular زيان په صورت کې ، مزدوج بيلروبين واپس د وينې دوران ته ګرځي، چې په نتيجه کې د مستقيم تعامل کوونکي بيلروبين سويه لوړيږي . په صفراوي بندښت کې بيلروبين کولمو ته نه رسيږي ، نو ځکه Stercobilinogen نشي جوړيدای . د يوروبيلينوجن په شان وينې ته نه جذبيږی . همدا علت دی، چې په بندشي زيړي کې ، که څه هم بيلروبين په ادرار کې اطراح کيږي ، خو يوروبيلينوجن په ادرار کې موجود نه وي ، تشې متيازې تور رنګ غوره کوي .

هـ - په شديدو هيمولايتيک حالاتو کې ، د غير مستقيم بيلروبين سويه لوړه وي . که چېرې ينه په اعظمي ظرفيت سره دنده اجراء کړي، نو زيات مقدار بيلروبين کولمو ته اطراح کيږي او هلته په يوروبيلنوجن بدليږي، چې وروستنی يې باب دوران ته بيا جذبيږی ، په قسمي ډول د بيلروبين په شکل د ينې پواسطه اطراح کيږي خو زياته برخه يې د يوروبيلينوجن په شکل له منځه ځي .

د کاربوهايډريټو استقلاب

ا لف – ينه کاربوهايډريټ د ګلايکوجن په شکل ذخيره کوي .

www.ketabton.com

ب- ينه په Gluconeogenesis يا د امينواسيدو څخه د ګلوکوز په سنتېز کې مرسته کوي .
ج- د کاربوهايډريټو بدلون پر شحمو باندې ، د ينې په مرسته صورت نيسي.
د- د روحي فشار او زياتې اړتيا پر مهال ، ينه د ګلاکوجن څخه ګلوکوز ازادوي .

د پروټينو استقلاب

الف – د هيپاټوسيټونو د Rough endoplasmic reticulum په واسطه د پروټينو سنتېز :
1- د ينې په ازادو پولي زومونو کې ،د داخل حجروي استعمال لپاره پروټينونه لکه Ferritin، سنتيز کيږي.
2- هغه پروټينونه چې د البومين غونډې افرازيږي ، په هغه پولي زومو کې، چې د غشاء سره لګيدلي وي يا په Rough endoplasmic reticulum کې سنتيز کيږی ، علقه کوونکي فکتورونه ، Hepatoglobin ، C-reactive Protein ، Ceruloplasmin ، ترانسفرين ، α -1 antitrypsin او Complement C3 هم په ينه کې سنتيز کيږي .
ب – ينه د امينواسيدونو په کارونه او د اضافي امينواسيدو په Deamination کې، چې په نتېجه کې يې امونيا لاسته راځي او بيا په يوريا بدليږي ، مرسته کوي .

د ليپيډو استقلاب

الف – کولسترول د استت څخه سنتيز کيږي . د کولسترولو استريفيکيشن ، د سيروم د يوه انزايم پواسطه، چې -Lecithin Cholesterol acyltransferase نوميږي ، ترسره کيږي .
ب – د صفراوي مالګو تشکل او ازدواج :کوليک اسيد او کينو ډي اوکسي کوليک اسيد د ينې د حجراتو پواسطه جوړيږي . د

www.ketabton.com

ګلايسين او تورين سره يې ازدواج صورت نيسي . صفراوي مالګې د فوسفوليپيډونو او کولسترول سره يو ځاى کوچني ذرات چې Micelles نوميږى ، جوړوي . صفراوي مالګې په نهايي اليوم کې ، باب دوران ته بيا جذبيږي . د ينې په مرسته دا مالګې بيا اطراح کيږي .

ځينې صفراوي مالګې کولون ته رسيږى ، هلته ئى د باکترياو د عمل په نتيجه کى Deconjugation صورت نيسى او په ثانوى صفراوي مالګو لکه ليتوکوليت او ډي اوکسي کوليت بدليږي. ثانوي صفراوي مالګې بيا جذبيږى . داسې فکر کيږي چې ليتوکوليت هيپاټوتوکسيک دي. Deconjugated صفراوي مالګې ممکن د نس ناستي سبب وګرځي .

ج – د شحمي اسيدونو جوړيدل او استعمال :

1- شحمي اسيدونه ممکن د انرژي د توليد لپاره پر کاربن ډاى اکسايډ اکسيدايز شي .

2 – فوسفوليپيډونه په ينه کې جوړيږي.

3 – تراى ګليسرايدونه ، د ډېر کم کثافت لرونکو لېپوپروټينويا په شکل سنېز او دوران ته ازاديږي.

کلينيکى اړخونه

1- په بندشي زيړي کې د پلازما د کولسترول سويه لوړيږي. کله چې په کولمو کې د صفراوي مالګو غلظت کم وي ، نو په ينه او کولمو کې د کولسترول د سنتېز کچه لوړه وي.

2- په بندشي زيړي کې ، خارش ، په پوستکي کې د صفراوي اسيدونو د تجمع څخه رامنځته کيږي.

3- د صفراوي مالګو ناقص استقلاب او د Micelle عدم تشکل ، د Steatorrhea او نس ناستي سبب ګرځي.

4- د هورمون استقلاب: د کورتيکوستروېد هورمونونو Detoxification په ينه کې صورت نيسي.

www.ketabton.com

5- درملو استقلاب: درمل په لومړي قدم کې Demethylate ، اکسیدایز او ارجاع کیږي او وروسته د سلفیټ او ګلوکورونايد سره مزدوج کیږي. په همدې توګه د اطراح د اسانتیا لپاره ، میتابولایتونه د حل وړ ګرځي.
6- ریتکولواندوتیلیال وظیفه: Kupffer حجرات; ډول ډول بکتریایي محصولات ، توکسینونه او انتي جنونه بلع او له منځه وړي . دا حجرات ممکن د انتي باډي ګانو په جوړښت کې هم برخه واخلي.

۲۱ - د ينې غټوالی

د ينې جس کېدنه همیشه غټوالی نه په ګوته کوي ، دا یوازې د ينې د مجاورو جوړښتونو سره اړیکي منعکسوي . په نارمل ماشومانو کې ینه د پښتیو د سرحد څخه یو سانتي متر ښکته د جس وړ وي او په شیدو رودونکو کې ممکن د پښتیو د سرحد څخه دوه سانتی متره ښکته جس شي . که چېرې د پښتیو زاویه پراخه وي، نو شاید ینه جس نشی او که چیری د پښتیو زاویه تنګه وي، نو ینه د دوو سانتي مترو څخه په زیاته اندازه د پښتیو د سرحد څخه ښکته جس کیدای شي.

ینه په نموتوراکس ، برانشیولیت او امفزیما کې لاندې خواته ټېله کیږي. په Rickets کې Vesceroptosis او Riedel`s lobe، دینې د جسامت په تعین کې د ستونزو سبب ګرځي ، نو همدا سبب دی چې د Hepatomegaly د معلومولو لپاره ،د ینې د پلنوالي اندازه کول مهم دي. پر Mid Clavicular کرښه ، د ینې پاسنی سرحد د قرع په مرسته او ښکتنی برید یې د جس یا قرع په کومک تعینیږی .

د ینې پلنوالی په مختلفو عمرونو کې عبارت دی له :

www.ketabton.com

په شيدو رودونکو کې 5—6.5 سانتي متره ، په 5—1 کلنۍ کې 7—6 سانتي متره ، 10—5 کلنۍ کې 9—7 سانتي متره او په 15—10 کلنۍ کې 10—8 سانتي متره .
د ينې د جسامت او شکل څخه پرته ، د هيپاتوميګالی د ارزونې لپاره ، قوام ،د سطحې کرکټر او د جس کيدونکو بريدونو ارزيابي هم اړينه ده . ينه بايد د حساسيت له نظره معاينه او د کوم مرمر يا اواز په موخه اصغاء شي . ګيډه بايد د نورو کتلاتو يا د توری (طحال) د غټوالي په خاطر جس کړای شي.

د ينې د غټوالي پتوجينز : ينه ممکن د لاندو اسبابو له امله غټه شي :
الف- التهاب . ب- شحمي ارتشاح . ج- د Kupffer حجراتو هايپرپلازي . د- احتقان . هـ- حجروي ارتشاح . ز- دمتابولايتونو ذخيره کېدل .په (۱۷)جدول کې په تفصيل سره واضح شويدي.

د ينې د غټوالي ارزونه

دا معلومه کړئ چې ينه يوازې د جس وړ ده ، که جسامت هم لوی شوی دی . دا روښانه کړئ چې لويوالی د عضوي اسبابو له امله رامنځ ته شوی او کنه، او همدا راز د هغې ناروغی طبعيت او شدت چې د ينې د غټوالي مسؤله ده ، معلوم کړئ.
يوه ښه طبي تاريخچه ، د موجودو کلينيکی تظاهراتو په ځيرکۍ سره تعبير، د لابراتواري معايناتو او التراساونډ په بصيرت سره کارونه ، د ينې د غټوالي په اکثرو واقعاتو کې ، درست او سم تشخيص ته د رسيدو په لار کې مفيد واقع کيږي .لاندې ټکي شايد په تشخيص کې مرسته وکړي :

www.ketabton.com

د ناروغ عمر : د ناروغۍ د شروع کېدو عمر ، سببي امکانات محدودوي.
جغرافيايي عوامل : د هندي ماشومتوب سيروز راپور په هندي الاصله ماشومانو کې ورکړل شويدی . تلاسېميا په شمالي شرقي هند ، بنګال ، هندوچين ، سريلانکا او د مديترانې د بحيرې د شاوخوا هيوادونو په خلکو کې زياته پيدا کيږي .
وريدي بندشي ناروغۍ په Jamaica او West Indies کې ليدل کيږي . په نږدې وختو کې يې افغانستان او د مرکزي هند څخه هم راپور ورکړ شويدی.

www.ketabton.com

(۱۷) جدول – په ماشومانوکی د ينې د غټوالي اسباب

شيدې رودونکو کې :

انتانات

انتانات (TORCH)
داخل رحمي انتانات
Septicemia
Neonatal hepatitis

متابوليک /ذخيروی تشوشات

د گلايکوجن ذخيروي ناروغی
گلکتزيميا(Galactosemia)
تشوشاتا Paroxysma
ا لفا-۱ انتی ترپسين فقدان
موکوپولي سکرايدوز
هيموکروماتوز

صفراوي بندښت

EBHA

ارتشاح

Erythroblastosisi fetalis
Histiocytosis
تومورونه

د زړه احتقانی عدم کفايه

په لويو ماشومانو کی :

انتانات

حاد هيپاتيټ
مزمن ويروسي هيپاتيټ
تقيحي/اميبيک ابسي
Infectious mononucleosis
هيداتيد سيسټ

حجروي ارتشاح

لمفوريتيکولار Malignancy
هيپاتيک نيوپلازم
متاستاز

شحمی ارتشاح

کواشيورکور
تتراسکلينToxicity
توبرگلوز
سيستيک فبروز

متابوليک تشوشات/ذخيروي

د گلايکوجن ذخيروي ناروغی
موکوپولي سکرايدوز
Lipidosis
الفا- 1انتي ترپسين فقدان
Wilson's ناروغی

د زړه احتقانی عدم کفايه

احتقان

پريکارد ناروغی
Budd Chiari Syndrome
د ينی وريدی بندشی ناروغی

نـــــــــــــــــور
ولادی سيســــــــــــــټ

www.ketabton.com

اړوند کلينيکي تظاهرات

پروټين – انرژي خوارځواکي. د ينې شحمي ارتشاح موجوده وی .

زيړی. د ماشومتوب په دوره کې د ينې د مزمنو ناروغيو د ټولو اسبابو په هکله بايد فکر وشي.

دغاړې د وريدونو اتساع او د جګولر وريدي فشار لوړوالی . Constrictive Pericarditis ، ميکروسفالی يا هايدروسفالوس . داخل رحمی انتانات لکه ټوکسوپلازموزس او Cytomegalic inclusion disease

سترګې. Cataract او عقلي تأخر چې Hepatosplenomegaly ورسره وي ، Galactosemia په ګوته کوي.

پر قرنيه د Kayser-fleisher ring شتون ، Wilson's disease ښيي ، خيره قرنيه په Mucopolysaccharidosis type I کې ليدل کيږي.

نيورولوژيک تظاهرات. په ويلسن ناروغي کې ممکن نيورولوژيک تظاهرات موجود وې .

د Rickets اسکليټي تغيرات شايد په Cystinosis او Tyrosinosis کې وليدل شي.

د توري يا طحال ضخامه : د توري د پام وړ ضخامه چې په کمه اندازه د ينې غټوالی هم ورسره وي ، په لاندې حالاتو کې ليدل کيږي :

انتانات : 1- ملاريا او Kalazar . 2- Infectious mononucleosis.

3- ټوکسوپلازموزس او سايتوميګالو ويروس ناروغي. 4- توبرکلوز او بروسيلوز.

حجروي ارتشاح: لوکيميا، لمفوما، تلاسيميا، سيکل سل ناروغی (ممکن د متکررې احتشأله امله، چې فبروز هم ور سره وی ، توری جس نشي) او Histiocytosis

www.ketabton.com

۲۲. د ينې حاد عدم كفايه

د ينې حاد عدم كفايه يو كلينيكې سندروم دى چې هيپاتيک انسفالوپتي ، Complex coagulopathy ، د داخل قحفی فشار لوړوالي ، د پښتورکو د وظيفوي تشوش د اختلاطاتو او هيموډيناميک ګډوډيو په شمول ، د متعددو ارګانو په عدم كفايه سره متصف كيږي.

پورتني ټول تشوشات احتمالاً د ينې د سنتېز داخلال يا پدې پروسو كې د مهمو كيمياوي ميډياتورونو د زيان من كيدو سره تړاو لري . د كافي جدي مراقبت باوجود ، د مړينې كچه يې د 60—80 ٪ پورې اټكل شويده.

تعريفات

د ينې صاعقوي عدم كفايه : په ناروغانو كې چې مخكينۍ د ينې ناروغي ونلري ، د اعراضو د پيل څخه نيولي ، د څلورو اونيو په ترڅ كې د ينې سريع پرمخ تلونكي عدم كفايه تاسس كوي . كه چيرى په يوه اونۍ كې رامنځته شي نو د ينې Hyper acute عدم كفايه بلل كيږي .

د ينې هغه عدم كفايه چې د اعراضو د ظهور څخه وروسته ، د لومړى اونۍ څخه نيولي تر څلورمې اونۍ پورې منځ ته راځي ، د ينې حاد عدم كفايه ورته وايي .

د ينې تحت الحاد عدم كفايه: پر مخ تلونكى يا دوامدار حبن او/ يا انسفالوپتي ، د حاد هيپاټيټ څخه دمنځته راتلونكي دوامدار يا مخ تلونكى زيړى ، د څلورو اونيو څخه تر شپږو مياشتو پورې تاسس كوي .

د ينې مزمنه عدم كفايه: د ينې د عدم كفايې نښې لكه هيپاتيک انسفالوپتي او يا د كلينيک له مخې تثبيت كيدونكى حبن ، لږ تر لږه د ينې د ناروغۍ د پيل څخه شپږ مياشتې وروسته رامنځته كيږي.

www.ketabton.com

اپیدیـمـولـوژی

د ينې د حاد عدم کفايې سبب نظر د ماشوم عمر ته فرق کوي . پـه نوزادانـو کـې انتانـات او د متـابوليزم ولادي تېروتنـې عموميت لـري، پداسـې حـال کـې چـې پـه لويـو ماشـومانو کـې ويروسي هيپاټوټوکسيک درملو يا اوتواميون هيپاټايټس څخه په ثانوي ډول منځته راتلای شي. هيپاټايټس B تر ټولو زيات عام د تشخيص وړ ويروسي عامل دی چې په ټوله نړۍ کې د صاعقوي هيپاټايټس مسؤل ګڼل کيږي . د HBe Ag نشتوالی او د Anti-HBe Ag شتون ، د ينې د حاد عدم کفايې خطر زياتوي . د HDV او HBV د Co-infection يا Super infection په صورت کې ، د ينې د حاد عدم کفايې خطر۷- ۸ ځلې زيات وي .

کلـيـنـيـکي پـيـشــکـش

هيپاټيـک انسفالوپټي د معمـول وړانـدې کيدونکي وصـف څخـه شـميرل کيـږي. د شخصـيت ، خـوب او حرکـی انسـجام تغيرات ، د هيپاټيک انسفالوپټی له مقدمو نښو څخه عبارت دي . پـه (۱۸)جـدول کـې د هيپاټيـک انسـفالوپټي کلينيکـي مراحـل توضيح شوي دي .

د تبې ، لوکوسيټوز ، مثبت کلچرونـو ، د فشـار ناڅرګند ښـکته والـی ، شـديد سيروز او DIC شـتون ، Sepsis په ګوتـه کـوي او داحتمـالي سبب پـه توګـه ، د انتـان لپـاره جدي معاينـات تضمينوي . د انتاناتو پراخ اکثريت د بستر کيدو څخه وروسته د 72 ساعتو په ترڅ کې منځ ته راځي. اکثره وخت انتاني ارګانيزم يو بکترياېي اجنټ (ستافيلوکوکل او ګرام منفی Sepsis) وي خو فنګسي انتانات عموميت نلري.

په حاد عدم کفايه کې د مړينـې عمده سبب د دمـاغي اذيمـا څخه عبارت دی . د داخل قحفي فشار تر 30mmHg پورې يا تردې زيات متداوم لوړوالی ، د لوړ داخل قحفي فشار شاخص

www.ketabton.com

دی . د سيستميک فشار په ناڅاپی ډول يا متداوم لوړوالی او هايپرټونيا د داخل قحفي فشار مقدم علايم دي .

اهتمامات

د ينې حاد عدم كفايه يوه طبي عاجله واقعه ده چې د يو نه اټكل كيدونكي او مرګوني كورس سره يو ځای وي . پايښت يوازې د ينې د استحالې په ظرفيت نه ، بلكه په جدي حمايوي طبي مراقبت پورې هم اړه لري .

www.ketabton.com

(۱۸) جدول- د هیپاتیک انسفالوپتی کلینیکی مراحل

فزیکی علایم	لومړی مرحله	دوهمه مرحله	دریمه مرحله	څلورمه مرحله	پنځمه مرحله
دماغی حالت	بیدار، موقیعت ټاکونکی، (Oriented) slow mentation	Confused, Lethargic, Agitated	Stupor, په ګړ سره بیداریږي	نه بیداریدونکی	نه بیداریدونکی
سلوک	ناارام، مخرش، د توجه کموالی، ګډوډ خوب	جګړه ایز، خواشینی، Euphoric	زیات وخت ویده وي ، د پام وړ مغشوش والی	هیڅ یو	هیڅ یو
بې اختیاره حرکی فعالیت	عدم انسجام، رعشه، د لاسلیکني ضعف	اریمی ایستل، دتي رودلو پر مهال بروسیدل، د پاملرنی پر وخت رعشه، سترګک وهل	کم وي، د توجه پر مهال د پام وړ رعشه موجوده وي	غایب وي	غایب وی
Asterixis	موجود نه وي	موجود وي	موجود وي	موجودنه وي	موجود نه وي
عضلی مقویت	نارمل	زیات وي	زیات وي	زیات وي	نرم (Flaccid)
عکسات	نارمل	فرط عکسوي (Hyper reflexes)	فرط عکسوي (باسطه راحي عضلات)	فرط عکسوي (باسطه راحي عضلات)	موجود نه وي
تنفس	منظم / فرط تهویه	فرط تهویه	فرط تهویه	غیر منظم	اپنی(Apnea)
لفظی ځواب	نارمل	مغشوش، Dysorthric	بی نظمه	هیڅ موجود نه وي	هیڅ موجود نه وي
حرکی ځواب	د امر اطاعت کوي	باهدفه حرکات، ممکن امر ته ځواب ونه وایي	موضعي حرکت د درد په مقابل کي	غیر نارمل بسط، غیر نارمل قبض	هیڅ موجود نه وي
کسی (حدقه)	فعال	فعال	فعال	سست	پر ځای ولاړ
د سترګی خلاصیدل	پخپله	لفظی تنبه	لفظي تنبه	مضره تنبه	هیڅ نه خلاصیږي
Oculo-Cephalic Oculo-Vestibular	نارمل	نارمل	نارمل	قسماً Dysconjugate	هیڅ موجود نه وي

ماشوم باید په ICU کې تر څارنې لاندې ونیول شي ، په کافي اندازه داخل وریدي (IV) لاس رسی تأسیس شي . (دوه محیطی لاینونه او یو CVP لاین).

www.ketabton.com

نورمهم اقدامات د حجم د احيا، قلبي کنترول ، Pulse Oximetry ، د دريناژ / تغذي لپاره د انفي-معدوي تيوب تطبيق ، پولي کتيتر ، د Out Put د جدول جوړول ،متکرره کلينيکي ارزونه ، د هيپاتيک کوما د غذا ګانو شروع کول (د مجموعي کالوري 4 ٪ نايتروجن تشکيل کړي) ، د کولمو، شا ، مثانې ، پوستکي ، سترګو څارنه او د دريمې درجې انسفالوپتي په صورت کې د انتخابي ميخانيکي تهوې څخه عبارت دي .
لومړنۍ هڅې: پدې کې د هيپاتيک انسفالوپتي تشخيص ، د متابوليک بې نظميو ارزونه او همدا راز د مساعد کوونکو فکتورونو لکه : انتاناتو ، هايپووالیميا او هيپاتوتوکسيک درملو د اخستلو د تاريخچې شتون ، شامل دي .
د ينې وظيفوي تستونه د وينې کيميا (الکترولايتونه ، يوريا ، کرياتينين ، Sugar ، کلسيم ، فاسفيټ) او د انتان شواهد (کلچرونه ، د وينې ارقام او X-Ray) هغه پلټنې دي چې د حاد عدم کفايي په منجمنټ کې اړينې بريښي .
د اسبابو يا اتيولوژي لپاره پلټنې ، د ناروغ تر ثبات پورې ځنډيږي. دوه حالتونه شته چې مقدم تشخيص يې ګټه لري ، دا دوه حالتونه د Wilson's disease او Auto Immune Hepatitis څخه عبارت دي . ددغو حالاتو لپاره مشخصې درملنې موجودې دي او د ينې د حجروي عدم کفايې د ځنډيدو سره مرسته کوي .
مايع او ميتابوليک تشوشات (۱۹ جدول).
د ينې د حاد عدم کفايي په ناروغانو کې د مايعاتو او متابوليک تشوشاتو منجمنټ تر وروستنۍ پايلې پورې دوام کوي ، نو هره ورځ يې په متکرر ډول د کنترول لپاره د اصلاحي قدمونو اخيستل اړين دي .

www.ketabton.com

انــتـــانــات

انتــي بيوتيكونــه د ينــې د حــاد عــدم كفــايي د درملنــې د هــر رژيم يوه برخه ده، ځكه چې نـه كنترولیـدونكي او مخفي انتانـات ،د انــذار د لا خرابيــدو ســبب ګرځــي . معمــولاً دريــم جنريشــن سفالوسـفورين او Cloxacillin پـه مشـترک ډول اسـتعماليږي . امينوګلايكوسيډونه يوازې هغه وخت پرې علاوه كيږي، چې د پښتورګو وظـايف پـه نارمل حد كې قرار ولري . كـه چيرې پـه 72 ساعتونو كې بهبود لاسته رانغی، نو ښه داده، چې دهغو انتـي بيوتيكو پـر لـور وړانـدې لاړ شـو كـوم چې نظـر د نـاروغ فردي اړتيـاؤ تـه ، Pseudomonas aeroginose ، Fungal ارګانيزمونـه تـر خپـل پوښـښ لانـدې Anaerobe او Sepsis راولي .

www.ketabton.com

(۱۹) جدول – د ينې په حاد عدم کفايه کې د مايع او ميتابوليک اختلاطاتو منجمنټ

د مايعاتو مجموعي اخيستنه : نارمل تعقيبه اړتيا (10% ډکستروز په Saline N / 5 کې)

د فشار لوېدنه

- د نارمل سالين ، رنګرلکتات، پلازما ياد وينې په مرسته احيأ کول
- د Over loading څخه مخنيوی
- کــه اوســط شــرياني فشــار (ډياســتوليک فشــار+ 1/3 نبضــانی فشــار د 60mmHg څخه کم وي ،نو Dobutamine شروع کړئ .

ميتابوليک اسيدوز:

- د مايعاتو پر کمښت شک من شئ .
- Sepsis په هکله فکر وکړئ .

هايپوکاليميا:

- ډېر ځله د ميتابوليک الکلوز سره يو ځای وی .
- د پوتاشيم کلوراید انفيوژن په 100 ملي ليتره وريدي مايع کې توصيه کړئ:

-که چيري د سيروم د پوتاشيم سويه د 3 mEq/L څخه زياته وي، 3(1.5 meq ملي لېتره)

-که چيری د سيروم د پوتاشيم سويه د 2.5—3 mEq/L وی، 2)4meq ملي لېتره)

– که چيری د سيروم د پوتاشيم سويه د 2—2.5 mEq/L وی ،2 5meq(2,5ملي لېتره)

– کــه چيری د سيروم د پوتاشيم سويه د 2 mEq/L څخه کمه وی 6meq،(۳ملي ليتره)

ميتابوليک الکلوز:

وريدي پوتاشيم کلوراید راتلونکي ګام ته ور زيات کړئ .

هايپوناتريميا:(Na<120mEq/L)

- تعقيبيه مايعات تر3/4—2/3 پورې محدود کړئ.
- د سوډيم انفيوژن د 2 mEq/kg/day څخه کم کړئ .

هايپرناتريميا:(Na>150mEq/L)

- شايد د لکټولوز توصيه ، ورته زمينه برابره کړي : لکټولوز کم / په ټپه ودارويئ.
- د اصلاحي مايعاتو په ګډون ، 5/N مايعات ورکړئ .

هايپوګلايسيميا (د وينی ګلوکوز < 40 mg/dl)

- 50% ګلوکوز د 1 ml/kg په اندازه د انفيوژن په ډول ورکړئ.
- د وينې د قند (Blood Suger) کچه د 100—200 mg/dl تر منځ وساتئ .

د دماغي اذيما نښې ، په ناڅاپي يا متداوم ډول د فشار د ډېر لوړوالي ، Decerebrate- Posturing ، برادي کارډي ، د حدقې د تغيراتو او د ژورو وترونو د فعالو / سستو عکساتو څخه عبارت دي .

www.ketabton.com

درملنه: د چپرکټ دسرخوا د 30—40 په اندازه اوچته وساتئ . د ناروغ سر په خنثی وضیعت کیږدئ ، د ناروغ ښورونه تر اصغري حد پورې راکمه کړئ ، په دريمه درجه يا تردې شديده هيپاټيک انسفالوپتي کې ، پداسې حال کې چې ناروغ ډير ونه ښوريږي ، تهويه تطبيق کړئ . ددې څخه هدف دادی چې Pco_2 د 22—26 mmHg تر منځ وساتل شي . 20 ٪ مانيټول (3—5 ml/kg) په سرعت سره د وريد له لارې تطبيق کړئ ، د 4—6 ساعته انټروال کې د مانيټول 6 —8 دوزه په اعظمي ډول تطبيق کيدای شي . ستروېدونه کومه ګټه نلري .

هيپاټيک انسفالوپتي :د کولون يا غټو کولمو په تصفيه کولو سره ، د لومن د امونيا محتوي او د بکترياؤ شمېر کموالی مومي .د کولمو پوره صفا کولو لپاره ، هغه هر6—8 ساعته وروسته په اسيدی مايع (يوه د چای خواړلو د کاچوغې په اندازه سرکه په نيم ليتر ساده اوبو کې) سره مينځل کيږي. لکټولوز ممکن د خولې يا انفي معدوي تيوب په مرسته ، د 0.5—2.0 ml/kg/dose په اندازه (اعظمي 30 ml/dose) په ورځ کې څلور ځلې داسې توصيه شي، چې په ورځ کې 2—4 پورې Loose acidic تغوط توليد کړي .

لکټولوز د هضم څخه پرته ، غټو کولمو يا کولون ته رسيږي او هلته د بکترياؤ په مرسته پر مونوسکرايدونو تجزيه کيږي. دا حالت د موضعي اسمولاليټي او اسيديټی د زياتوالي سبب ګرځي او پدې توګه غايطه مواد اوبلن او اسيدي شکل غوره کوي . په لومړۍ درجه او دوهمه درجه انسفالوپتي کې د پروتينو محدوديت ته اړتيا نشته خو نباتي پروتينو ته ترجيح ورکول کيږي . خوب راوستونکي درمل بايد ناروغ ته ورنکړل شي، ځکه چې دا درمل د ماشوم د شعوري حالت ارزونه اخلالوي . که چيرې د ناروغ په نزد اختلاجات موجود

www.ketabton.com

وي، نو د اختلاج ضد درمل لکه Phenytoin یا فينوباربيتول باید توصيه شي .
Coagulopathy: که چيرې د تهاجمي پروسجرونو د سرته رسيدو اړتيا يا فعاله وينه بهيدنه موجوده وي، نو د تحثر په نقيصو کې بايد تازه Frozen Plasma يا تازه وينه تطبيق شي . د هغو تحثري فکتورونو د غلظت د زياتولو لپاره چې د K پر ويټامين متکي دي ، هره ورځ د K ويټامين د وريد يا د پوستکي لاندې د 5—10 mg په اندازه توصيه کيږي .
معدي معايي وينه بهيدنه ممکن د ساړه Saline د مينځنې ، H2-Blockers پيچکاريو (رينيټدين : 3 mg/kg/day) او انټي اسيد په مقابل کې ځواب ووايي .
Plasma Pheresis د تحثر د تشوشاتو د بيړنې سمون باعث ګرځي او شايد هغه Anti-Coagulant يا Fibrinolytic محصولات چې د Hepatocellular Necrosis په ترځ کې ازاد شويدي ، ايسته کړي.

د ينې عدم کفايه او کبدي کليوي سندروم: دا د تشو متيازو د Output په کمېدو او د وينې د يوريا او کرياتينين په لوړيدو سره متصف کيږي . د تشو متيازو سوډيم د 10 mEq/L څخه کم ، د تشو متيازو کرياتينين او پلازما کرياتينين نسبت د 30 څخه زيات او د تشو متيازو اسمولاليټي د پلازما په پرتله لوړه وي . کومه مؤثره درملنه وجود نلري، خو د سوډيم او مايعاتو محدوديت د هيموډياليز / پريتونيال ډياليز سره يو ځای ازمويل شويدي .
مونيتورينګ : (۲۰) جدول د ينې د حاد عدم کفايې ناروغانو چې د جدي طبي منجمنټ لاندې قرار لري ،د وصفي مونيټورينګ پروتوکول انځوروي.

www.ketabton.com

(۲۰) جدول: د ينې پر حاد عدم كفايه اخته ماشوم د جدي مراقبت مونيتورنګ

1- هر څلور ساعته وروسته كلينيكي معاينه: د نبض شمير ، د تنفس سرعت ، د ويني فشار او تودوخه.
2- هر اته ساعته وروسته د مايع د اخيستني (Intake) / وتنې (Output) درج كول.
3- هر دولس ساعته وروسته نيورولوژيک / د كوما درجه بندي
4- هر دولس ساعته وروسته بيوشميک **معاينات: +Na** ، K^+ ، Blood urea ، Blood sugar ، ABG**.**
5- هر څلورويشت ساعته وروسته **Coagulopathy**: **Prothrombin time**.
6- پارامترونه بايد په ورځ كې يو ځل مونيټور شي: وزن ، د ينې پلنوالى ، حبن ، دويني بهيدني شواهد **/** انتان ، **prothrombin time** .
7- پارامترونه بايد په اونۍ كې دوه ځلې مونيټور شي:د ينې وظيفوي معاينات،يوريا،كريتنين،كلسيم او فاسفېټ
۸- پارامترونه بايد د اړتيا په وخت كې مونيټورشي: د انتان شواهد، د سينې راديو ګرافى ، د ويني ارقام ، د وينې كلچر، د تشو متيازو كلچر ، **ESR** او **CRP**، د تشو متيازو الكترولايتونه ، كرياتينين او اسمولاليټي .

د ينې **Bio-Artificial** حمايوي سيستمونو پراختيا موندلې ده . دا سيستمونه د ينې د پيوند د هڅې څخه پرته ، د ينې وظيفه پر غاړه اخلي ، پدې توګه زيان منې شوي ينې ته د **Regeneration** مهلت وركوي .

(۲۱) جدول د يوه ماشوم لپاره، چې د ينې په حاد عدم كفايه اخته وي ، د ليكل شوي وصفي نسخې غټې ټكي په ګوته كوي . د ينې د عدم كفايې د اتيولوژي لپاره ، مشخصه درملنه پرې زياتيداى شي . لدې څخه علاوه ، كه چيرې د تهويې اسانتياوې موجودې وي او د هيپاټيک انسفالوپټي په دريمه درجه يا لدې څخه په پورته درجه كې قرار ولري ، نو د تهويې اړوند لاربښوونې هم بايد ورسره يو ځاى شي.

www.ketabton.com

(۲۱) جـدول – د يــنــې پر حـاد عـدم کفـايه ا ختـه مـاشـوم لـپاره وصـفي نسخه:

- د سفاټوکسيم / کلوکساسلين انجکشـن (داسـتطباب پـه صـورت کـې امينوګلايکوسيدونه پرې علاوه کړئ)
- تعقيبيه وريدي مايعات (N/5 Saline په 10 ٪ ډسټروز کې)
- پوټاشيم کلورايد بايد د سيروم د پوټاشيم د غلظت سره سم ور زيـات شي .
- پـه ورځ کـې 500 ملـي ګرامـه ويټـامين C انجکشـن (پـه ورځنيو وريدي مايعاتو کې بايد ورعلاوه شي)
- هر 6—8 ساعته وروسته د کولمو مينځنه
- لکټولوز د انفي معدوي تيوب له لارې
- 20% مانيټول په سرعت سره د وريدي لارې
- Inj.Ranitidine د وريد له لاري هر دولس ساعته وروسته
- Inj.Vit K د 5—10 ملي ګرامه د وريد له لارې
- د هيپاټيک کوما غذاګانې (د مجموعی کالوری %4 > نايتروجن)
- د بستر د سر خوا لوړه وساتئ (30—45 درجو په اندازه) / د ناروغ سر په خنثی وضعيت کی وساتئ
- تماس تر اصغري حد پورې کم او کوټه بايد ارامه وي
- د Out put درج کول

انــــذار

د جدي ځارنې په ځانګو کې، د ښه حمـايوي مراقبت او نرسنـګ سره سره ، %70—40 د ينې پر حـاد عدم کفـايې اختـه ماشومان مري . د خراب انذار نښـی ،د دريمـه درجـه يا تـردې پورتــه انسفالوپټي ، د پروتـرومبين وخـت (PTT) د 40 ثانيو څخه زياتوالی ، د Sepsis شتون يـا د سينې د انتـان څخـه عبـارت دي . د ينې د Hyper acute يـا Acute عدم کفـايې څخه د مړينې کچه

www.ketabton.com

(40—60 فيصده)د تحت الحاد(60—80 فيصده)په پرتله ډيره کمه ده .

Arora NK, Mathur P, Ahuja A, *et al.* Acute liver failure in children. Indian J Pediatr 2003; 70: 73–9.

Kelly DA. Managing liver failure. Postgrad Med J 2002; 78: 660–7.

۲۳. د ينې مزمنې ناروغۍ

د ينې د مزمنې ناروغۍ نښه، د ينې د نسج د متداوم التهاب څخه عبارت ده، چې د شديدې غير رجعي ناروغۍ او/ يا دينې د End stage ناروغۍ پر لور يې د پر مختګ شونتيا هم موجوده وي . د ناروغۍ د ځرګندې مودې (د شپږو مياشتو څخه زياته) کارونه ، اکثره وخت تيرايستونکي ده . ممکن د ينې غير رجعي زيان، دينې د ناروغۍ د اعراضو د ځرګنديدو څخه د مخه او د لابراتواري او کلينيکي نښو په نشتوالي کې واقع شوی وي. ډير تشوشات لکه Autoimmune hepatitis او ميتابوليک تشوشات په لومړني تماس کې، ممکن د ينې د مزمنې ناروغۍ په توګه متصور شي ، ځکه دا تشوشات، که چيرې تداوي نشي، نو ممکن د ينې دشديدې او لاعلاجه ناروغۍ پر لور پر مختګ وکړي . په هر صورت ، شپږ مياشتنی حد، د Hepatitis B انتان لپاره مناسبه موده ده .

د ينې د مزمنې ناروغۍ دتشخيص لپاره ممکن د ينې د هستوپتالوژيک مطالعاتو څخه استفاده وشي. د مزمن Persistent / مزمن فعال / مزمن فصيصي هيپاتايتيس او سيروز کلاسيک تصنيف بندي ، اوس له کارونې څخه لويدلي ده او کوم اهميت نلري . اوس وخت کې د ينې د بيوپسي پر Staging (د ينې په نسج کې د فبروز د تشکل درجه ارزوي) او Grading (د Necro-Inflammatory تغيراتو شدت ارزوي) ډير ټينګار کيږي .

www.ketabton.com

اتيولوژي په پرکتيکي لحاظ د ينې د مزمنې ناروغۍ د ښه تعريف تولې اړتياوې پوره کوي . پر فزيولوژۍ پوهېدنه او پراخې هڅې، تقريباً د 2/3 ناروغانو د اتيولوژۍ د پيژندلو پر لور لارښوونه کوي .
د ينې مزمنه ناروغي،د مختلفو اسبابو له امله رامنځته کيداى شي.(۲۲) جدول ځينې مهم اتيولوژيک عوامل په ګوته کوي .
په ماشومانو کې مزمن ويروسي انتان (د هيپاټايټس B او C په شمول) متابوليک اسباب او Autoimmune hepatitis ، تر ټولو مهم اتيولوژيک عوامل دي ، چې د ينې د مزمنې ناروغۍ سره يو ځاى وي .

(۲۲) جدول: مشخص اتيولوژيک عوامل چې د ينې د مزمنې ناروغۍ سره يو ځاى وي

- ويروسي (هيپاټايټس B ، C ، D او نور)
- اټواميون چې Non-organic Specific او Liver Specific اټوانټي باډي ګاني ورسره وي .
- متابوليک (Wilson's disease ، 1 anti trypsin αdeficiency ، هيموکروماتوز ، د فرکتوز ارثي عدم تحمل ، ذخيروي تشوشات او نور)
- د کولمو د التهابي ناروغيو، Cystic fibrosis ، سيلياک ناروغي سره مل
- متفرقه لکه Polycystic تشوشات ، د صفراوي لارې بندشي افات ، سؤتشکلات ، د صفراوي قنات Lesions ، Parasitic infection
- ناپېژندل شوي

کلينيکي پېشکش

په ماشومانو کې د ينې مزمنه ناروغي په لاندنيو دريو طريقو وړاندې کيږي :
الف- د پيل کېدو مزمن تدريجي ډول . ناروغ ممکن د زيړي متکررو / اوږدو حملاتو کلينيکي نښې ، د باب وريد د لوړ فشار

www.ketabton.com

نښې ، د علوي معدي معايي سيستم خونريزي ، د ګېډې انتفاخ ، د ودې نيمګرتيا ، د ينې انقباض يا لويوالی ، د طحال غټيدا ، حبن او Cutanous Porto-systemic Shunts ولري . په لابراتواري پلټنو کې ممکن د ترانس امينآز او د سيروم د بيلروبين سويې ، د A:G نسبت د بدلون سره يو ځای ، لوړې وموندل شي .

ب- د حاد ويروسي هيپاټايټس غوندې وړاندې کېدنه .

ځينې وخت د ينې مزمنه ناروغي هغه مهال تشخيص کيږي، کله چې ماشوم د حاد ويروسي هيپاټايټس د نښو سره راوړاندې شي. په تاريخچه او فزيکي معاينه کې ځينې علايم ، د ينې پر اساسي مزمنه ناروغي د شک پيدا کېدو سبب ګرځي .

متابوليک او جنيتيک تشوشات لکه : Wilson's disease، α_1- Anti trypsin deficiency، او Immune Hepatitis ممکن د لومړي ځل لپاره، د حاد ويروسي هيپاټايټس په شکل را ښکاره شي.

ج- غير عرضي وړاندې کېدنه . ځينې وخت مرضي حالت ، په موجوده يا پخوا وخت کې د زيږي د تاريخچې په نشتوالي کې ، موندل کيږي . کله نا کله د يو بل ناړوند تشوش د پلټلو په ترڅ کې د ترانس امينآز لوړوالی تر سترګو کيږي . پداسې حالاتو کې ممکن د ينې مزمنه ناروغي موجوده وي.

<u>کله چې ماشوم د حاد هيپاټايټس غوندی وړاندی شي ، د ينې د مزمنې ناروغۍ شک پرې کيږي</u>

تاريخچه – د زيږي پخوانۍ تاريخچه ،دشيدو رودلو په دوره کې د مزدوج هايپربيلروبنيميا تاريخچه ، د ينې د مزمنې ناروغۍ فاميلي تاريخچه ، د واضح حاد هيپاټايټس عود او د حاد هيپاټايټس د کلينيکي نښو د دريو مياشتو څخه زيات دوام ،

www.ketabton.com

معـــايـــنه : كـوچنۍ ينـه ، د طحـال لويـوالى ، حـبن / اذيمـا ، Cutanous Porto-systemic shunts ، معدي معـايي خــونريزي ، كمــزوري وده / عضــلي ذوب ، د ينــې د مزمنــې نــاروغۍ د پوســتكي نښــې او Vitiligo / د بنــدونو التهــاب / د ركتوم خونريزي .

<u>د يوه ماشوم پلټل چې د ينې د مزمنې ناروغۍ د لرلو شک پرې كيږي</u>

يو ماشوم چې د ينې د مزمنې نـاروغۍ ددرلودلو شـک پرې كيـږي ، د دوو موخـو لپـاره څيـړل كيـږي . لـومړۍ د ينــې د ناروغۍ د اثبات لپاره او لدې وروسته بيا د مشخصې اتيولوژي د معلومولو لپاره (۲۳ جدول).

(۲۳) جدول: پـه يـو مـاشــوم كې چې د يــنې مـزمـنـه نـاروغي لـري ، تشخيصيه پلټنې

د ينې د ناروغۍ د اثبات لپاره

- Alkaline Phosphatase ، ALT ، AST
- بيلروبين (مزدوج ، غير مزدوج)
- **د ګېډې التراسونوګرافي**
- Tc 99_m hepatic scan
- **د ينې بيوپسي**

د اتيولوژي د اثبات لپاره

- ويروسي Markers (Anti HCV ، Anti HBe ، HBs Ag ، HCV RNA يا PCR)
- (Anti LKM ، ANA ، Anti SMA) Auto antibodies
- د α_1-AT اټكلونه
- امينواسيدو ګرام
- د مسـو مطالعـات (Serum Ceruplasmin ، د تشـو متيـازو 24 ساعته مس)
- ځانګري متابوليک مطالعات

كه چيرې دينې د حاد ناروغۍ اشتباه موجوده وي، نو هر ماشوم تـه (چې د تحثر بنـه ئـی نارمل وي يو ځل) بايد د ينـې

www.ketabton.com

بيوپسي اجراء شي ، ځکه دا هم تشخيصيه او هم Prognostic ارزښت لري . لدې څخه علاوه ، بيوپسي د درملنې د اغيز د ارزونې لپاره هم پکار وړل کيږي .
په اکثريت واقعاتو کې کلينيکي اعراض او علايم ممکن د اتيولوژي د معلومولو لپاره په کافي اندازه وصفي او مشخص نه وي، نو له همدې امله ښه داده چې په بشپړه توګه ټستونه اجراء شي .

درملنه

تقريباً %40—35 ناروغانو ته مشخصه درملنه توصيه کيږي . پدې کې ويروسي هيپاټايټس ، اټواميون هيپاټايټس ، Wilson's disease او څو نورې متابوليک ناروغۍ شاملې دي .
د ماشومانو لپاره چې د ينې په مزمنه ناروغي اخته وي ، تقويوي څارنه ډيره مهمه ده . تغذي په تيره بيا چې په شحم کې د حليدونکو ويټامينونو څخه غني وي ، ځانګړې اهميت لرى. څرنګه چې دا ماشومان په لوړ کتابوليک حالت کې قرار لري، نو له همدې امله د ورځې توصيه کيدونکي انرژي —150 %200 پورې اړينه ده . دا لوړ مقدار Intake هغه وخت لاس ته راځي چې د مجموعي کالوري %50—35 د شحمي منابعو څخه مهيا شي . د امينواسيدو د ابنارملټي او يا انسفالوپټي څخه پرته ، پروتيني Intake تر 4 gr/kg/day پورې زياتيږي .
نباتي پروتينونه ترجيح ورکول کيږي . په شحم کې منحل ويټامينونو ته، د توصيه کيدونکو ډوزونو په پرتله 5—10 ځلې زياته اړتيا ده .

www.ketabton.com

مــزمــن هــيـپـاټــايـټـــس بــي

د اټکل له مخې په ټوله نړۍ کې شاوخوا 350 میلیونه خلـک د هیپاټـایټس بـي پـه انتـان اخته دي .د Hepatitis B لیږدونکی (Carrier) هغه چا ته ویل کیږي چې د کلینیکي اعراضو د نشتوالي په صورت کې ، شپږ میاشتي یا تردې زیات د ویـروس درلـودونکی وي ، Transaminases نارمـل او هستولوژیک فعالیت یې په اصغري حد کې قرار ولري . د لیږدونکو (ناقلینو) نږدې 15—40% ، د راتلونکو 15—20 کـالونو پـه مـوده کـې ، د پـر مـخ تلـونکي سـیروز ، د ینـې Decompensation او Hepatocellular Carcinoma له ګواښ سره مخامخ دي .

د HBV لـه املـه منځته راتلـونکی مزمن توب ،یوه پـه عمر پورې تړلې پروسه ده . تقریباً 90 ٪ هغه ماشومان چې د یو کلنۍ څخه د مخه منتن کیږي ، په مزمنو واقعاتو بدلیږي ، د یـو او پنځـه کلنـۍ تـر منځ د لیږدونکو (Carrier) کچه 30 ٪ اټکل شویده.

هغه ماشوم تـه، چې د HBV د مزمن انتان شک پرې کیږي ، باید د ینې مکمل وظیفوي ټستونه د Prothrombin time په شمول، Viral replication markers لکه HBs Ag ، HBe Ag ، Anti-HBe Ag او HBV DNA توصیه شي.

د ینـې بیوپسـي د نـاروغۍ د Stage او Grade د معلومولو لپاره استطباب لري . د ینې نورې ضمیموي ناروغۍ لکه Wilson's disease ، Autoimmune hepatitis او α1-anti trypsin deficiency باید رد کړای شي.

د مزمن انتان شواهد ، د HBV DNA ، HBs Ag ، HBe Ag او د Anti HBe Ag- IgG د شتون او د -Anti HBe Ag او Anti-HBs Ag د نشتوالي څخه عبارت دي.

www.ketabton.com

په مزمنو ليږدونكو كې د Anti-HBs Ag موجوديت ، نسبتاً ټيټ منتن توب او ښه انذار سره يو ځاى وي .

درملنه

د درملنې موخې د Viral replication د دوامدار درولو او د ينې د ناروغۍ د كمولو څخه عبارت دي . د درملنې پر وړاندې ځواب ، د ويرولوژيک ، بيوشميک او هستولوژيک ځواب په شكل په مستند ډول ثابتيږي . د ينې د انزايمونو نارمل كېدل ، د HBV DNA نه څرګندېدل، د Anti-HBe په موجوديت يا عدم موجوديت كې د HBe Ag له منځه تلل او د ينې د هستولوژي Resolution، د درملنې نهايي اهداف تشكيلوي .

اوس مهال په ماشومانو كې يوازې دوه درمل (Lamivudine او Interferon) استعماليږي . د Combination therapy د ټوليز ځواب كچه د 40—60 ٪ تر منځ متفاوته ده . زيات عمر ، د ALT د سويې لوړوالى او د درملنې د پيل كېدو پرمهال د HBV DNA د سويې لوړوالى ، د درملنې د ځواب لپاره غوره وړاندويونكي دي.

مزمن هيپاټايټس سي

پر Chronic Hepatitis C اخته ماشومان زياتره وخت اعراض نلري او د Transaminases سويې نارمل يا خفيفاً لوړې يا خفيفاً متموجې وي. تشخيص يې په وينه كې د Anti-HCV Antibodies پر شتون ، د HCV RNA په اثبات او د مزمن هيپاټايټس پر هستولوژيک تغيراتو او پرمخ تلونكي فبروز باندې متكي دى . په ټوله نړۍ كې د HCV شپږ Genotype پيژندل شويدي . لدې جملې څخه په لومړۍ ، دوهم او دريم Genotype باندې ډيرې څيړنې شويدي . په هند كې دريم جينوټايپ د كاهلو Chronic HCV ناروغانو په

www.ketabton.com

منځ کې تر ټولو زيات عموميت لري ، خو په ماشومانو کې دا ډول معلومات لاس ته ندي راغلي . د طبيعی تاريخچې د اختلاف ، Co-morbid حالاتو ، نسبتاً اوږد ژوند توقعاتو اود ينې د ناروغۍ د Mild Grade شتون ، د درملنې په مقابل کې د ځواب د اختلافاتو او نامعلولو اوږد مهاله ګټو له امله ، په ماشومانو کې د درملنې ا صول نظر کاهلانو ته ، ځانګړي پاملرنې ته اړدي . په کاهلانو کې Interferon او Ribavarin،د درملنې زړی تشکيلوي . دا درمل ماشومانو ته د محدودو څېړنو په ترڅ کې ورکړل شويدي او پايلويې ښودلې ده چې Sustained virologic rates کم تر کمه د کاهلانو غوندې لوړ دی . ماشومان دا درمل ښه تحمل کوي او هغوی چې ناروغي يې خفيفه وي، ممکن ورڅخه مستفيد شي .

Broderick AL, Jonas MM. Hepatitis B in children. Semin Liver Dis. 2003; 23(1): 59–68.
Jonas MM. Children with hepatitis C. Hepatology 2002; 36 : S173–8.

د ينې متابوليک ناروغۍ

برسېره پر نورو ماليکولونو، ينه د کاربوهايدريتو ، پروتينو او شحمياتو د استقلاب لپاره مهم ځای دی ، پدې توګه د استقلاب په پيچلو لارو کې هره اشتباه ، د ناروغۍ پر تظاهر منتج کيدای شي . د ينې د مزمنې ناروغۍ د ژر بدليدونکو تظاهراتو له جملې څخه ځينې خاصې نښې چې د ينې د استقلابي ناروغۍ شک را پاروي ، دادي :

فاميلي يا د ورور يا خور د ينې د ناروغۍ تاريخچه ، د وينې خپلوي ، د اعراضو په پيل کېدو کې موقتي پيښې (لکه د فرکتوز په ارثي عدم تحمل کې).

د ينې استقلابي ناروغۍ ، په هند کې د ماشومتوب د دورې ينې د مزمنو ناروغيو 8—43 ٪ جوړوي .

www.ketabton.com

نږدې 10—20 کاله پخوا هند دماشومتوب سيروز ، د ماشومتوب په عمر کې ، د ينې عامه ناروغي شمېرل کېده . داسې فکر کيږي چې ICC ،د مسو د استقلاب يو ارثي تشوش دی او هغه وخت ناروغي رامنځته کيږي ، کله چې په مقدم ماشومتوب کې د مسو سره مخامخ کېدنه زياته وي . د هند په ټولنو کې د ژوند د طرز په بدلولو او د ژيړو (مسو او جستو مخلوط) د لوښو په کم استعمال سره ، د هند د ټولو برخو څخه دا ناروغي عملاً ورکه شوه . Wilson's Disease ،-Alpha-1 anti trypsin deficiency او د ګلايکوجن ذخيروي تشوشات د ينې داستقلابي ناروغيو د اسبابو په توګه زيات عموميت لري.

د ينې نورې استقلابي ناروغۍ، چې په شمالي هند کې يې راپور ورکړ شوی ، د پروويلانس د ترتيب له مخې، عبارت دي له : د فرکتوز ارثي عدم تحمل ، د ليپيډو ذخيروي تشوشات ، Gaucher`s disease ، د صفراوي اسيدو متابوليک نقيصه ، Tyrosinemia ، هيموکروماتوز ، عضوي Acidemia ، Byler`s disease او Porphyria Cutanea tarda .

اټواميون هيپاټايټس

اټواميون هيپاټايټس (AIH) د ينې يوه پرمخ تلونکي التهابي ناروغي ده، چې کلينيکي ، سيرولوژيک ، بيوشميک او هستولوژيک موندنې، چې د کوربه د ينې د انټي جنونو په مقابل کې اميونولوژيک عکس العمل په ګوته کوي ، ورسره يو ځای وي. دا ډول عکس العمل د غير رجعي تغيراتو سبب ګرځي . دا ناروغی د ځوانو نجونو په ځورونې ، Hypergammaglobulinemia ، دوراني -Organ non specific auto antibodies او لمفوپلازموسايټيک التهابي ارتشاح د هستولوژيک تغيراتو ، Interface hepatitis او ځينې وخت د وريښمين ګل جوړونکو هيپاټوسيټونو په موجوديت سره متصف کيږي. په ماشومتوب کې AIH کله کله

www.ketabton.com

پښتیرږي او د ينې د مزمنو ناروغيو 10% تشکيلوي . د دوه کلنۍ څخه په کم عمر کې په غير عادي ډول او 10—30 کلنۍ کې په اعظمي ډول تشخيص کيږي . اتوامیون هيپاتایتس (AIH) د Sclerosing cholangitis يا Sydrome Overlap غوندې په کوم کې چې د صفراوي طرق مصابيت متبارز او پر فبروز خاتمه مومي ، منځته راځي . په هغه ناروغانو کې چې د ينې پيوند ورته شوی وي ، De novo هم پراختيا موندلی شي . اتوامیون Hepatitis ممکن د حاد ويروسي Hepatitis (40—60 ٪)، مزمن Hepatitis يا دينې د حاد عدم کفايې (10—15٪) په شکل رامنځته شي .

د Thyroiditis، Arthritis، anemia Hemolytic، Vitiligo، نفروتيک سندروم، Ulcerative colitis، Insulin dependent diabetes mellitus شتون ، د AIH د تشخيص ملاتړ کوي . دا مرضي حالت د سيروز او باب وريد د لوړ فشار پر لوري ډير په سرعت پر مخ ځي . Hepatocellular carcinoma په نادرو حالاتو کې پښتيږي .

نظر د Dominant auto antibodies موجوديت ته ، AIH پر دوو ډولو ويشل کيږي . لومړی ټايپ هغه دی چې په هغه کې ANA/SMA اتوانتی باډي ګانې مثبت وي ، دا ټايپ په ماشومتوب کې ليدل کيږي . دوهم ټايپ هغه دی چې په هغه کې LKM1 auto antibodies مثبت وي.20 ٪ ماشومان چې د AIH تشخيصيه معيارات بشپړ وي ، د Auto antibodies د شتون له نظره منفي وي. دا ګروپ د دريم ټايپ (Marker negative) په توګه تصنيف کيږي.

درملنه: معافيتي انحطاط د پريدنيزولون د (1—2 mg/kg/day) او Azathioprin (1.5—2 mg/kg/day) په منفرد يا مشترک شکل په توصيه کولو سره

www.ketabton.com

رامنځته کیږی . پریډنیزولون هره ورځ د 8—12 اونیو لپاره ورکول کیږي او بیا یې تدریجاً دوز کمیږي تر څو د 0.25— 0.2 mg/kg/day تعقیبه دوز ته وراسیږی
Azathioprin د ستروېډونو د شروع کیدو یا د کمیدو پر مهال پرې علاوه کیږي . ناروغان د درملنې د شروع کېدو څخه وروسته د 6—8 هفتو پورې هره هفته او لدې څخه وروسته 12—24 هفتو کې یو ځل کنترول کیږي . د درملنې د بهبود کچه 80% ته رسیږي.
تقریباً ددې ماشومانو 50 ٪ د درملو د قطع کولو څخه وروسته د شفأپه حال کې پاتې کیږي یا خفیفه ناروغي لري . د درملو د قطع کولو څخه وروسته دریم ټایپ AIH ډیر ځله بیا را ګرځي .
مجموعاً په تداوي شوو ناروغانو کې، د تشخیص څخه وروسته د لسو کالونو لپاره د ژوندي پاتې کیدو کچه د 90% څخه زیاته ده. په 5—15 ٪ ناروغانو کې درملنه ناکامه ده، او دا ناروغان د End stage liver disease پر لور پر مختګ کوي . پدې ډول ناروغانو کې ینې پیوند د درملنې یوه مهمه Modality تشکیلوي.

Czaja AJ, Freese DK. Diagnosis and treatment of autoimmune hepatitis- AASLD guidelines. Hepatology 2002; 36 : 479–97.
Mieli-Vergani G, Vergani D. Autoimmune hepatitis in children. Clin Liver Dis 2002 ; 6 : 335–46.

۲۴ . حبن د ینې په مزمنه عدم کفایه کې

حبن د ینې د وظایفو د خرابیدو یو شاخص شمیرل کیږي .هغه وخت چې مونږ د مایع د تجمع د درملنې لپاره هڅه کوو، مونږ باید د اساسي ناروغۍ درملنې ته هم جدي پاملرنه وکړو، نو لازمه ده چې د ناروغۍ داتیولوژي د معلومولو لپاره پراخ تحقیقات تر سره او دامکان په صورت کې مشخصه درملنه شروع شي.

www.ketabton.com

حبن چې په هره سويه وي، بايد تداوي شي . د حبني مايع په سمبالښت او د ادرار د لارې د سوديم ،چې د حبن يو عمده پتوجنتيک سبب دی ، د اطراح په زياتولو سره ، حبن نه لرونکی حالت لاسته راوړلی شو . زياتره ناروغان د OPD د ناروغانو په څېر تداوي کيږي . هغه ناروغان چې د بالنفسهي بکتريايي پريتونيت ، د ديورتيکو څخه منځته راغليو اختلاطاتو ، هيپاتيک انسفالوپتي ، Hepato-renal Syndrome درلودونکي وي يا د 5—6 اونيو پورې د درملنې په مقابل کې ځواب ونه وايي او يا حبن دومره زيات وي، چې د تنفسي Distress سبب وګرځي ، په روغتون کې يې بستر کيدو ته اړتيا پيښيږي.

استراحت او د سوډيم محدوديتونه

د استراحت په حالت کې د پلازما حجم زياتيږي او د ګلوميرولي فلتريشن Rate سمون مومي، پدې توګه Diuresis ته زمينه برابريږي . د حبن په اصلاح کيدو سره، هره ورځ د استراحت موده Titrated کيږي . د سوډيم يو منفي توازن ، د خولې د لارې د مالګو تر 2—3 g/day يا 2mEq/kg/day پورې په محدودولو سره لاسته راځي ، تر څو چې Hyponatremia (د سيروم د سوډيم سويه د 120 mEq/L څخه کمه وي) موجوده نه وي ، تر هغې د مايعاتو محدودولو ته اړتيا نه پيښيږي . که چېرې هايپوناتريميا موجوده وي، نو بيا د تعقيبيه مقدار تر 3/4 مې پورې مايعات محدوديږي.

ديورتيکونه

ديورتيکونه بايد په ازاده توګه استعمال شي ، خو د پښو د پړسوب په نشتوالي کې د زياتو مايعاتو ضياع ، د داخل وعايي هايپووالیميا سبب ګرځي چې پدې صورت کې د ځينو جانبي عوارضو لکه : انسفالوپتي ، د پښتورکو عدم کفايې او د Acid-base او الکترولايتونو تشوشاتو د منځته راتللو خطر زياتيږي .

www.ketabton.com

د ديورتيکو اړوندو اختلاطاتو د کمولو لپاره ، د ديورتيکو ډوز بايد د Natriuretic غبرګون سره په تطابق کې ، تدريجاً زيات کړای شي .

پوتاشيم سپموونکي ديورتيکونه. ددې ګروپ له جملې څخه Spironolactone زيات کاريدونکي درمل دي . دا خفيف او په ماشومانو کې مصؤن ديورتيکونه دي . فعال مرکب ، Conrenone يې نسبتاً ورو (2—4 ورځو پورې) عمل کوي او نيم ژوند يا Half life يې اوږد(48—72 ساعته) دی . دا دوا بايد په واحد دوز د سهار لخوا ناروغ ته ورکړ شي . په پيل کې 2mg/kg/day ورکول کيږي او ورپسې تر 6mg/kg/day يا 600mg/day پورې زياتيدای شي .
د Diuresis تر شروع کېدو پورې، 2—3 ورځې وخت پکار دی، نو ددې لپاره چې جانبي عوارض (د الکترولايتو عدم توازن ، متابوليک هايپرکلورميک اسيدوز Gynecomastia)را کم شي ،1—2 اونيو وروسته يې دوز بايد عيار شي .که چېرې د Spironolactone جانبي عوارض تبارز وکړي، نو نوره درمل لکه Triamterene او Amiloride چې نسبتاً کم موثر Distal loop diuretics دي ، استماليدای شي . که چيرې د سيروم د پوتاشيم سويه د 5.5mEq/L څخه زياته وي، نود دا ډول ديورتيکونو مقدار کم او يا په ټپه ودارول شي .

Loop Diuretics: يدې کې تر ټولو قوي Natriuretic درمل (فورسمايد ، Bumetomide او Ethacrynic acid) چې د Henle لوپ په صاعده قسمت عمل کوي ، شامل دي. په چټکۍ (5 ,0—1 ساعت کې) عمل کوي او تر لنډ مهال (4—6 ساعتو) پورې دوام مومي . کيدای شي د Hypokalemia ، Ototoxicity او Porto-systemic encephalopathy سبب وګرځي . په پيل کې د 1 mg/kg/day په اندازه توصيه

www.ketabton.com

کيږي او تر mg/kg/day 6 پورې يې مقدار زياتيداى شي، خو مجموعي ډوز يې بايد د mg/day 240 څخه زيات نشي . د Diuresis د اصلاح پخاطر د Spironolactone سره يو ځاى توصيه کيږي .

ددې درملو تطبيق، په متکرر ډول د سيروم د الکترولايتو، خصوصاً د پوتاشيم او د پښتورکو د وظايفو اندازه کولو ته اړتيا پيدا کوي. تيازيدونه د قشر په اوبلنوونکي ساحه او قريبه تيوبول کې د سوډيم بيا جذب نهي کوي او د Spironolactone په مرسته ،چې فورسمايد ورسره يو ځاى وي يا نه وي ، دابتدايي کاميابې درملنې وروسته د Diuresis د ساتلو په موخه استعماليږي . شروع کيدونکې ډوز يې 2—3mg/kg/day دى .

نږدې په 30—50 ٪ ناروغانو کې د ډيورتيکو د استعمال څخه ځينې اختلاطات لکه د حجم انقباض ، Azotemia ، Hepato-renal syndrome او هيپاتيک انسفالوپتي ، رامنځته کيږي . همدا سبب دى چې باربار خصوصاً د درملنې په پيل کې د سيروم دالکترولايتونو ، د وينې د يوريا او کرياتينين اندازه کول اړين دي .

Paracentesis

په Paracentesis کې ورو او په دوامدار ډول د ګېډې څخه حبني مايع، د پراخ سوري لرونکي (18—22 G) ستنې په مرسته ، پداسې حال کې چې ناروغ ته د دوراني وينې د حجم پراخوونکي هم تطبيق وي ، ايستل کيږي . په LVP يا Large Volume Paracentesis کې تر 200— 400ml/kg/day پورې مايعات د 4—6 ساعتونو په دوران کې په سوکه ډول راوباسي . د هر يو ليټر مايع د ايستلو پرسر ناروغ ته بايد شپږ ګرامه 20 ٪ د البومين انفيوژن ورکړل شي . د البومين ارزان، خو لږ مؤثر بديل دHaemaccel يا نارمل

www.ketabton.com

سلين څخه عبارت دی . Total Paracentesis هغه وخت استطباب لري چې د LVP دوې هڅې ناکامې شي . په Total Paracentesis کې حبني مايع په بشپړه توگه د Volume Expansion لاندې ايستل کيږي. ددې دواړو پروسيجرونو په ترڅ کې د نږدې څخه د هيموډيناميک حالت او کليوي وظايفو مونيتورينگ، د اختلاطاتو د معلومولو پخاطر ضروري دی .

د درملنې پر وړاندې ځواب

د بدن په وزن کې په هرو 24 ساعتونو کې 0,5—1 ٪ پورې يا په يوه اونۍ کې 3—5 ٪ کمښت، د ښې پايلې څخه استازيتوب کوي . د گېډې د انتفاح په بهبود سره به تنفسي ډسترس هم له منځه لاړ شي . په ناکافي توگه د سوډيم محدوديت ، د ديورتيک په مقابل کې د مقاوم حبن يو مهم سبب گڼل کيږي .

د مقاوم حبن د درملنې لپاره نور Modalities د Transjugular-intrahepatic Porto-)TIPS Systemic Shunting) ، Peritoneovenous Shunting او د ينې د پيوند څخه عبارت دي . د مرضي End Stage ينې په پيوند سره ،دباب وريد لوړ فشار او د حبن په توليد کې د هغې اساسي ميکانزمونه سمون مومي . مقاوم حبن د ينې د End Stage ناروغۍ يوه مهمه نښه ده .

Heneghan MA, Harrison PM. Pathogenesis of ascites in cirrhosis and portal hypertension. Med Sci Monit 2000; 6: 807– 16.

Mathur P, Oberoi A, Arora N K. Editorial: Management of Ascites in children with chronic liver disease-Special supplement on Hepatology. Ind J Pract Ped 2002; 4: 329–37.

www.ketabton.com

۲۵ – د باب وريد لوړ فشار لرونكي ماشوم سره نږديوالى

كه چيرې باب وريدي فشار د 10—20mmHg څخه لوړ شي، نو د باب وريد لوړ فشار بلل كيږي . د ماشومانو د ناروغيو په هكله د خپروشوو راپورونو يوه عمومي كتنه ښيي، چې په ماشومانو كې EHPH يا دباب وريد خارج كبدي لوړ فشار د Portal Hypertension د يو سبب په توګه د IHPH يا د باب وريد داخل كبدي لوړ فشار په پرتله د 50 ٪ څخه زيات خپور شويدى . د ويروسونو، اتواميون هيپاتايتس ، ويلسن ناروغي او نورو متابوليک اسبابو له امله رامنځته شوى سيروز، د IHPH يو متبارز سبب دى . د باب وريد لوړ فشار Post sinusoidal اسباب وريدي بندشي ناروغۍ (Budd-Chiari syndrome) د ماشومتوب په دوره كې ليدل كيږي . د باب وريد د لوړ فشار په پايله كې د Gastro esophageal Varices څخه د وينې بهيدنه ، په ماشومانو كې د علوي معدي معايي خونريزۍ يو عام سبب تشكيلوى .

كلينيكي نښې

يو ماشوم چې د علوي معدي معايي سيستم د خونريزي (Hematemesis او يا Melena) تاريخچه ولري او په كلينيكي معاينه كې يې د توري غټوالى تثبيت شي، نو د باب وريد د لوړ فشار د درلودلو تر قوي شک لاندې راځي . كلينيكي تاريخچه او معاينه د ممكنه اتيولوژي په اثبات كې هم مرسته كوي

د زيړي او دينې د حجروي عدم كفايې د نښو لكه د ورغوي سوروالى وعايي Talangiectasis،او حبن شتون به د ينې د اساسي ناروغۍ موجوديت په ګوته كړي .

په IHPH كې ممكن د ګيډې د قدامي جدار وريدونه برجسته وى (Caput medusa) . د ينې د ناروغۍ د نښو په

www.ketabton.com

نشتوالي او د ينې د نارمل جسامت د شتون په صورت کې د ينې ځخه د باندې د باب وريد بندښت تر ټولو زيات شونی بريښي، خو په بشپړه توګه د يو بل معاوضه شوي سيروز احتمال هم رد کيدای نشي .

په هغو ماشومانو کې چې EHPH ولري او مخکې يې صحت او وده ښه وي ، قی الدم او Melena منځته راځي . د EHPH په 5—10 ٪ ناروغانو کې د Umbilical/Neonatal Sepsis يا Catheterization تاريخچه ممکن موجوده وي . په وريدي بندشي ناروغي او Budd Chiari Syndrome کې حبن او د ينې د پام وړ غټوالی تر سترګو کيږي . په شا کې ممکن متوسع وريدونه چې عمودي پراته وي او جريان يې پاس خواته وي ، وليدل شي.

په ځينو ماشومانو کې خصوصاً هغوی چې عمر يې د پنځو کالو ځخه کم وي ، که چيرې طحال غټ وي ، د علوي معدي معايي خونريزي پرته ، د باب وريد د لوړفشار شک پرې کيدای شي . پدې ماشومانو کې بايد د Porto systemic collaterals او ممکنه ايتيولوژي لپاره پلټنې تر سره شي .

تشخيص

د باب وريد لوړ فشار تشخيص د Porto systemic collaterals او يا د باب د لوړ فشار په مرسته وضع کيږي . د Gastroesophageal Varices د اثبات لپاره، علوي معدي معايي انډوسکوپي تر ټولو د ويسا وړ ميتود شميرل کيږي . د Gastroesophageal Varies د تشخيص لپاره نور تخنيکونه، د Barium swallow ،ډاپلرالتراسونوګرافی او د کمپيوټرايزډ ټوموګرافی او MRI Image په کاروني سره د باب انجيوګرافي ځخه عبارت دي . په Splenoportal axis کې د بندښت د ساحې د اثبات لپاره التراسونوګرافي غوره Modality ده . د التراسونوګرافي په مرسته، د باب وريد

www.ketabton.com

خلاصوالی، د اوعيو قطر ، د بندښت وسعت ، د Collaterals (Covernoma) شتون او د بندښت طبيعت معلوميداى شي. تر څو کلينيکي بڼې Post- sinusoidal سبب په ګوته کړی نه وي ، د باب وريد خلاصوالی د IHPH تشخيص څرګندويي کوي .

په Budd Chiari Syndrome کې ممکنه ده چې د کبدي وريدونو يا سفلي اجوف بندښت تثبيت شي . Doppler flow ultrasonography شايد په باب سيستم کې د جريان جهت توضيح کړي. په التراسونوګرافي کې د شدت شتون، د جريان د ډول سره تړاؤ لري . نورو معايناتو لکه Splenoportovenography او Digital Subtraction Angiography ته نادراً اړتيا پيښيږي . د Intrahepatic او Post hepatic ناروغيو د تشخيص لپاره، بيوپسی ضروري او لازمي ده . ددې مشخصو معايناتو سر بېره ، په ټولو ناروغانو کې د ينې د وظايفو د ارزونې لپاره بيوشميک معاينات او د وينې بشپړې شميرنې توصيه کيږي.

اهتمامات

د باب وريد په لوړ فشار لرونکي ناروغ کې د مرۍ وريسونه د ناروغ ژوند تهديدوي . د باب وريد لوړ فشار د درملنې د مختلفو Modalities هدف دادی چې خونريزي کنترول او د بيا پيښېدو څخه يې مخه ونيول شي.

په لومړي سر کې د وريسي خونريزي د منجمنټ لپاره بايد د Crystalloid انفيوژن په شکل د مايعاتو په مرسته په بيارغاونه باندې ټينګار وشي ، ورپسې د وينې د تعويض لپاره اهتمامات ونيول شي. د هر ډول Coagulopathy د اصلاح لپاره ممکن د K ويټامين ، تازه پلازما او يا دمويه صفيحاتو انفيوژن ته اړتيا پيښه شي . ټولو ناروغانو ته چې وريسی خونريزي ولري، بايدد خونريزي د تداوم د معلوملو لپاره ،

www.ketabton.com

انفي معدوي تيوب تطبيق شي . د معدوي Erosions څخه د وينې بهيدنې د خطر د کمولو لپاره H2-receptor antagonist لکه Ranitidine د وريد له لارې توصيه کيږي . ډيرى ناروغان، په تيره بيا هغه چې EHPH ولري، د مايعاتو په مرسته بيا رغاونې پر وړاندې ځواب وايي او وينه بهيدنه يې دريږي .که چيرې خونريزي يا وينه بهيدنه دوام وکړي، نوپدې صورت کې Vasopressin/Somatostatin/Somatostatin analogue octreotide په مرسته فارمکوتراپي استطباب لري . په ابتدا کې Vasopressin د 0.33 U/kg په اندازه په شلو دقيقو کې په Bolus ډول توصيه کيږي ، وروسته د 0.2 U/1.73 m^2/mint دوامدار انفيوژن په واسطه بايد تعقيب شي . کله چې ناروغ د هيموديناميک حالت له نظره ثبات غوره کړي، نو بيا د وريسونو د توږلو لپاره Endoscopic Sclerotherapy څخه استفاده کيږي. چيرته چې د اندوسکوپيک سکلروتراپي امکانات موجود وي هلته د Balloon Tamponade رول کم وي ، يوازې د 5 ٪ څخه په کمو واقعاتو کې د وينې بهيدنې د کنترول لپاره عاجلې جراحي مداخلې ته اړتيا پيښيږي . په EHPH کې د وينې ورکوونکو وريسونو منجمنټ ،د قاطع درملنې څخه عبارت دى .

برعکس ، په هغو ناروغانو کې چې IHPH لري، د قاطع درملنې (د ينې پيوند) د اجراء څخه د مخه د متکررې خونريزۍ د منجمنټ لپاره ثبات راوستونکي اقدامات ترسره کيږي. د باب وريد د لوړ فشار د درملنې لپاره دوه انتخابونه ،(شنټ جراحي او وريسي سکلروتراپي) موجود دي ، دا دواړه د ناروغۍ پتالوژي له بيخه نه وباسي، خو د ناروغۍ د ژوند ګواښوونکي اختلاط يعنې معدي معايي خونريزي د کنترول لپاره يوه هڅه شميرل کيږي.

www.ketabton.com

د جراحــي لــه نظــره تــر ټولــو عــام تمــاس ، شــنټ (Portocaval , mesocaval , Splenocaval shunt) دی . بــل یــي Non-decompressive جراحــی ده ، داندوسکوپیک سکلروتراپی څخه هدف دادی چی د وریسونو په داخل او شاوخوا کې د Sclerosing agent په زرق کولو سره د مرۍ وریسونه له بیخه وویستل شي.

د وریسي خونریزي د اوږد مهاله مخنیوي په اهتماماتو کې د پروپرانولول او نایتریتونو استعمال ، د انډوسکوپي په مرسته د وریسونو تړل ، د وریسونو Percutaneous Trans hepatic obliteration او Transcutaneous Porto systemic shunt (TIPS) شامل دي .

په پایله کې ویلای شو چې د باب ورید د فشار لوړوالی په ماشومتوب کې غیر معمول ندی . تقریباً د باب د ورید د لوړ فشار 3/4 ناروغان د باب ورید بندښت لري . د معدي معايي متکررې خونریزي د مخنیوي لپاره، انډوسکوپیک سکلروتراپي او Porto systemic shunt surgery د درملنې مشخصې Modalities شمیرل کیږي .

Arora NK, Lodhas, Gulati S, *et al.* Portal hypertension in North India Children. Indian J Pediatr 1998; 65: 585–91.

۲۶. *د نوزادۍ صفراوي رکودت*

د تعریف له مخې د نوزادۍ صفراوي رکودت ، د پیدایښت د لومړنیو څوارلسو ورځو راوروسته د سیروم د مزدوج بیلروبین د لوړوالي اوږدیدو ته ویل کیږي. د مزدوج بیلروبین د 2mg/dl یا د مجموعي بیلروبین د 20% زیاتوالی (که چیرې مجموعي بیلروبین د 10mg/dl څخه کم وي) د اهمیت وړ دی . د نوزادۍ د صفراوي رکودت متعدد اسباب د ورتــه کلینیکــي پیښکشــونودرلودونکي وي اود دوو وســیع ایتیولوژیــک کتــه ګوریــو ، صــفراوي اتریـزي او Neonatal

www.ketabton.com

hepatitis تر منځ توپير، ستونزمن دی.(۲۴) جدول د شېدو رودلو په دوره کې، د نوزادۍ د صفراوي رکودت اسباب په ګوته کوي.

(۲۴) جدول. د نوزادۍ د صفراوي رکودت تشخيصي تفريق

الف – داخل کبدي اسباب

1- انتاني اسباب:

ويروسي (Rubella ، CMV، Herpes ،ECHO ، Coxsacki ، HBV ، HCV)

بکتريايي (سفليس ، Sepsis)

پرازيتي (Toxoplasma)

2 – متابوليک

Tyrosinemia

Galactosemia

Gaucher`s disease, Niemann Pick disease

Alpha-1 antitrypsin deficiency

سيستسک فبروز

هايپوتايرايديزم

Hypopituitarism

د صفراوي اسيدو متابوليک نواقص

3- *Cholestatic Syndromes*

Alagille`s syndrome

Byler`s syndrome

Familial Cholestasis

4 – توکسيک

درمل

Parenteral nutrition

5- نور تشوشات

6- Idiopathic neonatal hepatitis

ب- خارج کبدي اسباب

خارج کبدي صفراوي اتريزي

د کوليدوک سيستونه

Inspissated bile syndrome

د صفراوي قنات تنګوالی

www.ketabton.com

کلـيـنـيـکـي پـېـشــکـش

تر ټولو عامه نښه چې طبيب خبروي، د نوزداۍ په دوره کې د زيړي تداوم دی . ددې سره د تور رنګه ادرار اطراح او د خاسفو يا غايطه موادو دفع کول يو ځای وي . هغه ماشومان چې خـارج کبـدي صـفراوي ارتريـزي ولـري ، Full term appropriate for date وي او د زيړي ځخه پرته ، نور د کلينيک له نظره صحت مند ښکاري . خو هغه چې Neonatal hepatitis لري، Small for date او وده يې مؤخره وي. په 15—20 ٪ پيښو کې د فاميلي تاريخچې په شمول د انتاناتو او Genetic abnormalities سره نږدې تړاؤ لري . پدې ټولو ناروغانو کې ينې غټوالی موجود وي او په هغو کې چې د ينې شديده ناروغي ولري د باب وريد د لوړ فشار او End stage liver disease نښې هم ليدل کيږي .

تـشـخـيـص

ابتـدايي ارزونـه بايـد د صـفراوي لارې پـر خلاصـون متمركـزه وي. د دوو مياشـتنۍ عمـر ځخـه د مخـه د صـفراوي اتريـزي تشخيص د ډير اهميت ځخـه بـرخمن دی، ځکـه چـې د جراحي عملياتو په برياليتوب سره تر سره کيدل او دهغې پايلـه ، د جراحي عملياتو پر مهال د ماشوم پـه عمر پورې اړه لـري . د دوو مياشتو ځخه وروسته د 1/3 ځخه په کمو ناروغانو کـې چـې EHBA ولـري ، کـافي صـفراوي دريـناژ حاصـليږي . (۲۵) جدول د نوزادۍ د صفراوي رکودت په ماشوم کې د پلټنو پـلان ښيي . د کوليدوک سيست په تثبيت کې التراسونوګرافي تـر ټولـو زياتـه ګټـوره ده . دوړو کولمـو سـره د صـفراوي لارې د اتصـال دارزونـې لپـاره Radionuclide Hepato Biliary Scintigraphy (HIDA) کارول کيږي . په وړو کولمو کـې د Tracer activity شتون EHBA ردوي. د Activity نشتوالی ممکن د EHBA يا Intrahepatic Cholestasis لـه املـه

www.ketabton.com

وي . د فنوباربيتــال (5 mg/kg/day د 3—5 ورځو لپاره) په مرسته د Scan څخه د مخه د ينې اماده كول ، ددې معاينې وصفي توب زياتوي . كه چېرې د HIDA Scan پـه مرسـته كولمـو تـه د اطـراح څـرک ونـه لګيـږي او د GGTP كچــه د 150 IU/L څخــه لـوړه وي، نـو د كـوم بـل اتيولوژيــک فكتـور پــه نشـتوالي كــې د HIDA وصـفي تـوب د EHBA د تشخيص لپاره سمون مومي .

www.ketabton.com

(۲۵) جدول. د نوزادۍ د صفراوي رکودت په ماشوم کي لابراتواري پلټنې

ابتدايي لابراتواري ټستونه
د وينې بشپړې شمېرنې
جزئي بېلروبين
ترانس اميناز ، الکالين فسفتاز ، GGTP
Prothrombin time
د سترګو معاينه
(Rubella, Toxoplasma, CMV) Chorioretinitis
(Galactosemia) Cataract
(Lipid Storage) Cherry red spot
(Alagile Syndrome) Posterior embryo toxin
راديولوژيک مطالعات
التراسونوګرافی : Choledochalcyst
Radionuclide Hepatobiliary Scintigraphy (HIDA Scan)
Endoscopic retrograde cholangiopancreatography(ERCP)
Magnetic resonance cholangiopancreatography(MRCP)
د اتيولوژي د معلومولو لپاره مطالعات
انتاني اسباب:
باکتريايي
TORCH titers
Hepatitis B او C سيرولوژي
متابوليک پلټنه:
ادرار د ارجاع کوونکو موادو او Enzyme assay د Galactosemia لپاره
د α_1-AT deficiency لپاره پلټنه
د پلازما او ادرار امينواسيدو ګرام (Amino acidogram)
Urinary Succinylacetone
د تايرويد وظيفوي ټستونه
Invasive Studies
د ينې بيوپسي
اکتشافي لپراتومي او Intraoperative cholangiogram

www.ketabton.com

د نوزادۍ صفراوي رکودت، د داخل کبدي او خارج کبدي اسبابو د تفکيک لپاره د ينې بيوپسي ګټوره معاينه ده. د صفراوي اتريزي په صورت کې د ينې په بيوپسي کې د قنيواتو ډېروالی ليدل کيږي حال دا چې په Neonatal hepatitis کې د فصيصي جوړښت تغير ، Focal Hepato cellular necrosis ، Giant حجرات چې سايتوپلازم يې لوی وي ، موجود وي. دا تغيرات د تولد څخه څلور اونۍ وروسته تبارز کوي .

اکتشافي لپراتومي د Operative Cholangiography سره يو ځای، په هغو واقعاتو کې چې صفراوي اتريزي رد کيدای نشي ، استطباب لري.تخميناً په 1/3 ماشومانو کې، د نوزادۍ صفراوي رکودت د خارج کبدي بندشي اسبابو له امله منځته راځي او د صفراوي رکودت د داخل کبدي اسبابو لپاره، ممکن نيمايي مشخص اتيولوژيک فکتورونه وپيژندل شي. پاتې 20—25 ٪ ماشومان چې صفراوي رکودت لري ، د Idiopathic Neonatal hepatitis درلودونکي وي

اهتمامات

د نوزادۍ د صفراوي رکودت طبي منجمنټ ، د صفراوي رکودت د اختلاطاتو مخنيوی او درملنه په بر کې نيسي . غذايي تقويه ډيره مهمه ده . څرنګه چې متوسط زنځير لرونکي ترای ګليسرايدونه زياتره په اوبو کې د حل وړ دي او د جذب لپاره يې صفراوي مالګو ته اړتيا نشته، نو د شحم او انرژي د مشکلاتو د هواري لپاره بايد د شحمياتو د معمول زيرمو پر ځای له دغو ترای ګليسرايدونو (درې برخې د کوپرې غواړي + يوه برخه د موم‌پلي غواړي) څخه په خوراک کې استفاده وشي . دا چې د صفراوي رکودت په حالت کې ، په شحم کې د منحل ويټامينونو جذب مختل وي، نو ددې ډول ويټامينونو پوره کول ضروري دي . Ursodeoxycholic Acid چې يو -Non

www.ketabton.com

Hepatotoxic صــفراوي اســيد دی ، د Cytoprotective تاثير د درلودلو او په Enterohepatic او Systemic دواړو دورانونو کې د Hepatotoxic داخل المنشاء صفراوي اسيدونو په تعويض کولو سره ، د ينې په وظيفه کې سمون راولي.
Phenobarbiton ممکن توصيه شي، ځکه دا د صـفراوي مالګو او د صفراوي اسيدونو د افراز د زياتوالي سبب ګرځي.
که چېرې ناروغي د ينې د سيروز پر لور پر مختګ کړی نه وي ، نو خارج کبدي صفراوي اتريزي او کوليدوک سيست د جراحي په مرسته اصلاح کيدای شي .
د نوزادۍ د صفراوي رکودت اکثره واقعات قاطع درملنه نلري. همدا وجه ده چې تقويوي مراقبت يې د درملنې مهم جز دی . د Chronic hepatitis B ، Hypothyroidism ، Tyrosinemia او Galactosemia مشخصــــه درملنــــه موجوده ده. د ينې پيوند اوس مهال د هغو ناروغانو لپاره چې د سيروز او End stage liver disease پر لور يې پرمختګ کړی وي ،قاطع درملنه تشکيلوي.

Yachha SK, Khanduri A, Kumar M, *et al.* Neonatal cholestasis syndrome:an appraisal at a tertiary center. Indian Pediatr 1996; 33: 729–34.

Arora NK, Kohli R, Bal CS, *et al.* Hepatic technetium-99m-meberferrin imidioacetate scans and serum V-glutamyl transpeptidase levels interpreted in series to differentiate between extrahepatic biliary atresia and neonatal hepatitis. Acta Pediatr 2001;-90: 975–981.

۲۷ . د ينــې پـيـونـد

د لومړي ځل لپاره TE Starlz چې پر حيواناتو د تجربو کولو لومړنی شخص هم ګڼل کيږي ، په 1963 کال کې په يوه درې کلن ماشوم کې، چې صفراوي اتريزي يې درلوده، د انساني ينې ارتوتوپيک پيوند پلی کړ. د 1967 کال را پديخوا ، د ينې په ټولو End stage ناروغيو کې ، د ينې پيوند د قاطع

www.ketabton.com

درملنې د Modality په توګه منل شويده او پدې ناروغيو کې يې د ژوندي پاتې کېدو کچه لوړه کړيده . د پيوند لپاره ينه د مړي د جسد ، ژوندي ارتباطی Donor څخه يا د هيپاټوسيټونو په پيوند کولو سره لاسته راځی .

د ينې د پيوند استطبابات

هغه Clinical Scenarios چې په هغه کې د ينې پيوند ته اړتيا پيښيږي ، عبارت دي له:
(1)- د ينې لومړنی پر مخ تلونکي ناروغۍ (صفراوي اتريزي). (2)- د ينې ثابتې ناروغی د پام وړ Morbidity سره (د ينې مزمنه معاوضوي ناروغي ، مزمن ويروسي هيپاټايټس ، اټواميون هيپاټايټس ، Sclerosing cholangitis ، Cryptogenic- Cirrhosis). (3)- دينې متابوليک ناروغۍ (Alpha-1-anti trypsin deficiency ، Wilson's disease). (4)- د معلومو يا نامعلومو اسبابو له امله دينې صاعقوي عدم کفايه .

صفراوي اتريزي دينې دپيوند لپاره په هغو ماشومانو کې چې عمر يې د دؤو کالو څخه کم وي 80% او د ټولو استطباباتو 50 ٪ تشکيلوي. د ينې متابوليک ناروغی، د پيوند لپاره 20 ٪ دلايل برابروي . د پيوند لپاره مطلق مضاد استطبابات، د HIV Positivity ، Irresectable hepatic malignancy ، پرمختلونکي غيرکبدي ناروغی او غير رجعي نيورولوژيک تشوشاتو څخه عبارت دي.

د پيوند ترديد د عملياتو څخه وروسته غټ اختلاط شميرل کيږي. دا د اخيستونکي د پخواني وضيعت (تغذي حالت ، انتاناتو ، د پښتورکو بی کفايتي او هيپاټيک انسفالوپتي) د Graft د کيفيت (Ischemia time) ، جراحي اختلاطاتو (خونريزي) او د درملو دجانبي عوارضو سره تړاؤ لري. ترديد د مختلفو پتوفزيولوژيک ميکانيزمونو په درلودلو سره، ممکن

www.ketabton.com

Hyperacute ، Acute او Chronic وي. د پيوند وروسته Immunosuppressive درملنـــــــه د Cyclosporine Prednisolon، او Azathioporin يـــا Tacrolimus او Prednisolon پواسطه مهيا کيږي.

د پيوند په ناروغانو کې اوږد مهاله بقا ، په تېرو لسيزو کې بهبود موندلی دی او په اوس وخت کې د پيوند په لومړنيو کالونو کې دا کچه 90 ٪ته رسيږي . لدې وروسته تر پنځو کالونو پورې ژوندي پاتې کېدنه د 60—80 ٪ تر منځ متفاوته ده . عمده فکتورونه چې د ژوندي پاتې کېدو په کچه اغيزه کوي، د عمر (هغه ماشومان چې عمر يې د يو کال څخه کم وي پايښت يې نسبتاً ښه دی)، تغذي حالت او دعملياتو څخه وروسته د ناروغۍ د شدت څخه عبارت دي.

Ferreira CT, Vieira SMG, da Silveria T. Liver transplantation. J Pediatr 2000; 76: S198–S208.

۲۸. معدي معايي انډوسکوپي

د معدي معايي لارې انډوسکوپيک ارزونه د معمول راډيولوژي په پرتله ، د معدي معايي مخاطي غشاء او د لومن د Abnormalities د مستقيم تفتيش ، د بيوپسي د نمونو د اخيستلو او د تجزيې لپاره د عصاراتو د راغونډولو ، او په پراخه اندازه د مختلفو تراپيوتيک مداخلو لپاره ډيره ښه زمينه برابروي . په انډوسکوپيو کې د پر مختګ په پايله کې نرې او کږيدونکي انډوسکوپونه رامنځته شوي او پدې سره د ناروغ په درد او ناراحتي کې هم کموالی راغی . په پراخه اندازه د انډوسکوپونو شته والي ، په ماشومانو کې د علوي معدي معايي خونريزي څخه رامنځته کيدونکو مړينو کچه د 70 ٪ څخه 20 ٪ ته راکمه کړيده . د انډوسکوپي پروسجر د نوزدانو په شمول په ټولو ماشومانو کې اجراء کيدای شي . ددې پروسجر مطلق

www.ketabton.com

مضاد استطبابات وجود نلري. هغه وخت چې په تشخيص کې دقت ته اړتياوي يا د ترابيوتيک مداخلې امکان موجود وي ، نو پداسې حالاتو کې اوس مهال معدي معايي اندوسکوپي په لومړۍ ليکه کې قرار لري . په نادرو حالاتو کې د ځينو اختلاطاتو لکه سوري کيدل ، پريتونيټ او Pancreatitis رپوروونه ورکړ شويدي.

د علوي معدي معايي اندوسکوپي په مرسته د خولې جوف ، مرئ ، معده، انټروم ، پايلور ، اثناعشر او تر -Ileo cecal وال پورې ساحه کتل کيږي . په ماشومانو کې يې معمول استطبابات په (۲۶) جدول کې ورکړل شويدي .

(۲۶) جدول. په ماشومانو کې د علوي معدي معايي اندوسکوپي استطبابات

- عسرت بلع يا دردناکه بلع
- د ګېډې يا سينې مبهم درد
- متکررې کانګې / Gastro-esophageal reflux
- د سؤجذب سندرومونه
- د کولمو مزمن انتانات يا التهابي ناروغۍ
- د ينې مزمنې ناروغۍ/ د باب وريد د فشار لوړوالی
- علوي معدي معايي خونريزي
- کيمياوي ټپونه – تضيقات
- د اجنبي جسم تېرول
- د تغذي تيوب ځای پر ځای کول
- د کنسر سرويلانس

په هغو څو ترابيوتيک پروسجرونو کې چې د علوي معدي معايي اندوسکوپ په مټ اجراء کيږي ،بيوپسي ، د تجزيې لپاره د کولمو د افرزاتو او عصاراتو راغونډول ، د کولمو د مخاطي غشاء برش کول ، د اجنبي جسم راويستل ، واريسي سکلروتراپي / Banding او په معده کې Glue injection ،

www.ketabton.com

د Prosthesis / Stents / تغذي ټيوب ځای پر ځـای کـول او د تضيقاتو توسيع کول شامل دي.

Endoscopic retrograde cholangio-pancreatograghy (ERCP)

دا هـم ممکنـه ده چـې پـه اړخ کتـونکي انډوسـکوپ پـه مرسته د واټر امپولا له لارې د Contrast موادو په زرق کولو سره صـفراوي ونـه (Biliary tree) او د پـانکراس قنـات وليدل شي.

کولونوسـکوپی د سفلي معدي معـايي لارې ، د مقعد دڅنډو څخـه نيـولي تـر سيکوم پـورې انډوسـکوپيک ارزونـې تـه راجـع کيږي. د کولونوسـکوپي پـه استطباباتو کـې د رکتـوم خـونريزي ، حـاد يـا مـزمن Colitis ، مـزمن نـس ناسـتی ، د کولمـو التهـابي نـاروغی ، د Polyposis شـکمن سـندورمونه، د بنـد شـوي کولـون خلاصـول ، د تضيق ازادول او د کنسرسرويلانس شامل دي . د کولون څخه د وينې ورکوونکو پوليپونو ليرې کول هغه معمول تراپيوتيک پروسيجر دی چې د کولونوسـکوپ پـه مرسـته اجراء کيږي . نور استطبابات يې په وينـه ورکـوونکي سـاحه کـې متصلبه موادو د تزريق او د کولونـي بيوپسي ګانو راټولولو څخـه عبارت دي.

Fox VL. Pediatric endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy 2000; 10: 175–94.

NARENDRA K ARORA AND PRASHANT MATHUR

www.ketabton.com

اخځليک

Ghai O.P ,Gupta Piyush, Paul V.K .Essential of Pediatrics.sixth edition.New Dehli-Bangalore:CBS publishers and Distributors;2004.p(261-297)

www.ketabton.com

Message from the Ministry of Higher Education

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

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

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

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

Finally I am very grateful to German Aid for Afghan Children and our colleague Dr. Yahya Wardak that have provided opportunities for publishing textbooks of our lecturers and authors.

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

Sincerely,
Prof. Dr. Farida Momand
Minister of Higher Education
Kabul, 2016

www.ketabton.com

Publishing Textbooks

Honorable lecturers and dear students!
The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue, we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 223 different textbooks of Medicine, Engineering, Science, Economics and Agriculture (96 medical books funded by German Academic Exchange Service, 100 medical with 20 non-medical books funded by German Aid for Afghan Children and 4 non-medical books funded by German-Afghan University Society) from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh, Kapisa, Kabul and Kabul Medical universities. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical and non-medical colleges of the country for free. All the published textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org.

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

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

The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of higher education institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

www.ketabton.com

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

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards, but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.
We are very thankful to **Kinderhilfe-Afghanistan** (German Aid for Afghan Children) and its director Dr Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 100 medical and 20 non-medical textbooks in the past.
I am especially grateful to **GIZ** (German Society for International Cooperation) and **CIM** (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past five years in Afghanistan.
In our ministry, I would like to cordially thank Minister of Higher Education Prof Dr Farida Momand, Academic Deputy Minister Prof M Osman Babury, Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof Dr Gul Hassan Walizai, and lecturers for their continuous cooperation and support for this project.
I am also thankful to all those lecturers who encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz, Ahmad Fahim Habibi and Fazel Rahim in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert & Advisor at the Ministry of Higher Education
Kabul, Afghanistan, April, 2016
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org

www.ketabton.com

Abstract

This book is in fact a chapter of "GHAI ESSENTIAL PEDIATRICS sixth EDITION" translated due to the need of department and fresh graduated doctors.

Praised to Almighty God that I completed the translation of this book and hope that medical students and young doctors will find it practical and beneficial .This book contains two part (1.Gatrointestinal tract and liver) and describes anatomy, physiology shortly and pathological conditions and diseases of these mentioned parts with more details.

As you know that translation is a hard work , I have tried to translate the terms in simple Pashto language to be understandable for the readers, but I accept that this book has mistakes,so the readers are kindly requested to inform me to recorrect them in future.

At last not the least, I thank my tutor Prof.M Ishaq Muaasher who guided me during the translation kindly.

With best regards

Dr. Wali Gul Mokhles

walimokhles@ yahoo.com

www.ketabton.com

د ژباړن بیوګرافي

پوهنمل ډاکټر ولي ګل مخلص په ه ش۱۳۵۳کال د خوست ولایت اړوند د تڼیو ولسوالي د حصارک په کلي کې زیږیدلی دی . لومړنۍ زده کړې یې د هجرت پر مهال په میرانشاه کې په بیلابیلو ښوونځیو کې سرته رسولي ، ثانوي هغه یې د خوست ولایت د الفتح لیسه کې په ۱۳۷۲ لمریز هجري کال بشپړې کړیدي . په ۱۳۷۳ کال د کانکور له لارې طب پوهنځي ته شامل او په ۱۳۸۱ کال د کابل طبي پوهنتون د معالجوي طب له پوهنځي څخه د فراغت سند ترلاسه کړ. د طب پوهنځي څخه تر فراغت وروسته د خوست ولایت د شیخ زاید پوهنتون د طب پوهنځي د ماشومانو داخله څانګه کې په علمي کادر کې شامل شو . په ۱۳۸۸ کال کې د چین هیـواد ته د ماستري لپاره واستول شو ، چې په ۱۳۹۲ کال کې یې د ماشومانو په داخله څانګه کې د (Effects of hyperoxia on natriuretic peptides receptors expression in brain tissues of newborn rats) تر عنوان لاندې خپل تیزیس دفاع کړ او هیـواد ته راستون شو .برسیـره پردې یې، د لوړو زده کړو پر مهال د خپلو استادانو او همکارانو سره یو ځای لاندې څېړنیزې مقالې هم خپرې کړیدي:

1.Effects of prostaglandine E1 and budesinide combined terbutaline in neonatal rats with hyperoxia induced lung injury

2.Effects of prenatal alcohol exposure on BNDF and Trk B in cerebral cortex develoement of neonatal rats.

3.Effects of insuline-like growth factor-1 on hyperoxia induced apoptosis in A549 cell.

www.ketabton.com

Book Name	Pediatric Gastrointestinal & Liver Diseases
Author	Dr Wali Gul Mokhles
Publisher	Sheikh Zayed Unversity, Khost, Medical Faculty
Website	www.szu.edu.af
Copies	1000
Published	2016, First Edition
Download	www.ecampus-afghanistan.org

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

Administrative and technical support by Afghanic.

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

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2016

Sahar Printing Press

ISBN 978-9936-620-18-6

www.ketabton.com