عمومي جراحي

(دوهم وک)

پوهندوي دوکتور بادشاه زار عبدالي

AFGHANIC



In Pashto PDF
2012

Khost Medical Faculty
خوست طب پوهنځی

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

General Surgery

Volume 2

Dr. Badshah Zar Abdali

Download: www.ecampus-afghanistan.org

www.ketabton.com

خوست طب پوهنځی

عمومي جراحي

(دوهم ټوک)





پوهندوي دوکتور بادشاه زار عبدالي

عمومي جراحي (دوهم ټوک)

General Surgery Volume 2

پوهندوي دوکتور بادشاه زار عبدالي

AFGHANIC

Khost Medical Faculty

Dr. Badshah Zar Abdali

General Surgery

Volume 2

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



ISBN 978-9936-200-03-6



2012

www.ketabton.com



www.ketabton.com

www.ketabton.com

خوست طب پوهنځی

عمومي جراحي

(دوهم ټوک)

پوهندوي دوکتور بادشاه زار عبدالي

۱۳۹۱

www.ketabton.com

د کتاب نوم	عمومي جراحي (دوهم ټوک)
ليکوال	پوهندوي دوکتور بادشاه زار عبدالي
خپروندوی	د خوست طب پوهنځي
ويب پاڼه	www.szu.edu.af
چاپ ځای	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۱
دکتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالي خارجه وزارت له پانګې څخه تمویل شوی دی.

اداري او تخنيکي چارې يې په آلمان کې د افغانيک موسسې لخوا ترسره شوې دي.

دکتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت دکتاب په ليکوال او اړوندی پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکې او تطبيق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤليت نه لري.

د تدريسي کتابونو د چاپولو لپاره له مورډ سره اړيکه ونيسئ:

ډاکتر يحيی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: 9789936200036

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 کې ډیر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پیژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومې مننه کوم چې ډېر زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانګو کې درسی کتابونه تألیف او ژباړلي دي. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړی څو تر چاپ وروسته د ګرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د ګرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معیاري او نوي درسی مواد برابر کړي.

په پای کی د آلمان هیواد د بهرنیو چارو وزارت، DAAD مؤسسې او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې یې هر اړخیزه همکاري کړې ده.

هیله منده یم چې نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۱

www.ketabton.com

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلينو !

د افغانستان په پوهنتونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لويو ستونزو څخه ګڼل کېږي. يو زيات شمير استادان او محصلين نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري ، په زاړه ميتود تدريس کوی او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټيټ کيفيت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په ټېرو دوو کلونو کې مونږ د طب پوهنځيو د درسي کتابونو د چاپ لړی پيل او تر اوسه مو ۲۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته مو استولي دي.

دا کړنې په داسی حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰ـ۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتيژيک پلان کې راغلي دي چې:

«د لوړو زده کړو او د نبوونې د نبه کيفيت او زده کوونکو ته د نويو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړينه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د ليکلو فرصت برابر شي د تعليمی نصاب د ريفورم لپاره له انګريزی ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسی موادو ژباړل اړين دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استادان نشي کولای عصري، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پيدا کړي».

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نويو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترو څخه کار اخيستل چې په بازار کې په ډېر ټيټ کيفيت پيدا کېږي د دې برخې له ځانګړو ستونزو څخه ګڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا ليکل شوي دی بايد راټول او چاپ کړل شي. د هيواد د ښېرني جنګ وهلي حالت په نظر کې نيولو سره مونږ لايقو ډاکترانو ته اړتيا لرو، ترڅو وکولای شي په هيواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختګ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله بايد طب پوهنځيو ته زياته پاملرنه وشي.

www.ketabton.com

تراوسه پوري مونږ د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ طب پوهنځيو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۲۰ مختلف طبي تدريسي کتابونه چاپ کړي دي. د ۵۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي چې يوه ښېلګه يې ستاسي په لاس کې همدا کتاب دی. د يادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هيواد ټولو طب پوهنځيو ته په وړيا توګه ويشل شوي دي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونو، استادانو او محصلينو د غوښتنې په اساس راتلونکی غواړو چې دا پروګرام غير طبي برخو(ساينس، انجنيري، کرهنې) او نورو پوهنځيو ته هم پراخوالی ورکړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنځيو د اړتيا وړ کتابونه چاپ کړو.

څرنګه چې د درسي کتابونه چاپ زمونږ د پروګرام پروژه ده، د دې ترڅنګ زمونږ نوري کاري برخې په لنډ ډول په لاندې ډول دي:

۱. د درسي طبي کتابونو چاپ

کوم کتاب چې ستاسی په لاس کې دی زمونږ د فعاليتونو يوه ښېلګه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو تر څو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هيواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چېټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړينه ده چې د لوړو زده کړو موسساتو لپاره هر کال ۱۰۰ عنوانه درسی کتابونه چاپ کړل شي.

۲. په نوي ميتود او پرمختللو وسايلو سره تدريس

د ۲۰۱۰ کال په اوږدو کې پدې وتوانيدو چې د بلخ، هرات، ننګرهار، خوست او کندهار د طب پوهنځيو په ټولو ټولګيوکې پروجيکتورونه نصب کړو. د مناسب درسي چاپېريال د رامنځ ته کولو لپاره بايد هڅه وشي چې ټول درسي، د کنفرانس اطاقونه او لابراتوارونه په مولټي ميډيا، پروجيکتور او د ليدلو او اوريدلو په نورو وسايلو سمبال شي.

۳. د اړتياوو ارزونه

د طب پوهنځيو اوسنۍ حالت (شته ستونزې او راتلونکي ننګونې) بايد و ارزول شي او د هغه په اساس په منظمه توګه اداري، اکاډميکې او پرمختيايي پروژې په لاره واچول شي.

www.ketabton.com

۴. مسلکي کتابتونونه

باید د ټولو مهمو او مسلکي مضامینو کتابونه په نړیوالو معیارونو سره په انګریزی ژبه واخیستل شي او د طب پوهنځیو د کتابتونو په واک کې ورکړل شي.

۵. لابراتوارونه

د هیواد په طب پوهنځیو کې باید په بیلا بیلو برخو کې فعال لابراتوارونه موجود وي.

۶. کدري روغتونونه

د هیواد هره طب پوهنځی باید کدري روغتون ولري او یا هم په یوه بل روغتون کې د طب د محصلینو د عملی ترینینګ لپاره شرایط برابر شي.

۷. ستراتیژیک پلان

دا به ډېره ګټوره وي چې د طب هره پوهنځی د اړونده پوهنتون د ستراتیژیک پلان په چوکاټ کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

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 راکړي، چې په ښه کیفیت چاپ او وروسته یې د اړوندې پوهنځی، استادانو او محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د یادو شویو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظریات زمونږ په پته له مونږ سره شریک کړي، تر څو په ګډه پدې برخه کې اغېزمن ګامونه پورته کړو.

له ګرانو محصلینو څخه هم هیله کوو چې په یادو چارو کې له مونږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د آلمان د بهرنیو چارو له وزارت او DAAD (د آلمان اکاډمیکو همکاریو ټولنی) څخه مننه کوم چې تراوسه پورې یې د ۹۰ عنوانه طبي کتابونو مالي لګښت په غاړه اخیستی چې د هغو له ډلې څخه د ۵۰ عنوانو کتابونو د چاپ چاری روانې دی. د آلمان د ماینز پوهنتون (Mainz/Germany) د طب پوهنځی، د نوموړی پوهنځی استاد ډاکټر زلمی توریال، د افغانیک له موسسې او Dieter Hampel څخه هم مننه کوم چې د کتابونو په اداري او تخنیکي چارو کې یې له مونږ سره مرسته کړې ده.

www.ketabton.com

په ځانګړي توګه د د جی آی زیت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration and Development) یا د نړیوالی پناه غوښتنی او پرمختیا مرکز چې زما لپاره یې په تېرو دوو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي هم مننه کوم.

د لوړو زده کړوله محترم وزیرښاغلي پوهاند ډاکترعبیدالله عبید ، علمی معین ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابری، مالي او اداري معین ښاغلی پوهندوی ډاکتر ګل حسن ولیزي، د پوهنتونواو پوهنځیو له ښاغلو رییسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ یې هڅولی او مرسته یې ورسره کړی ده.

همدارنګه د دفتر له ښاغلو همکارانو ډاکترمحمد یوسف مبارک، عبدالمنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبي، سبحان الله او همت الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړی کیدونکی هلی ځلی کړی دي.

ډاکتر یحیی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت
کابل، نومبر ۲۰۱۲ م
د دفتر ټیلیفون: ۰۷۵۲۰۱۴۲۴۰
ایمیل: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

www.ketabton.com

بنام خداوند بزرگ وتوانا

تقریظ

اثر تألیف شده تحت عنوان "عمومی جراحي" که توسط محترم استاد پوهندوی دوکتور بادشاه زار "عبدالی" از دیپارتمنت جراحی پوهنځی طب پوهنتون شیخ زاید خوست را مطالعه نمودیم.

اثر جدید تألیف شده متذکره که با استفاده از کتاب هایی جدید خارجی و داخلی مطابق کوریکولم درسی جراحی برای صنوف سوم پوهنځی طب می باشد. این اثر که حاوی هفت فصل و ۳۰۳ صفحه بوده و هر فصل آن درای خلاصه ها، جداول وتصاویر بوده.

اثر متذکره که به زبان پشتو بصورت بسیار روان و سلیس با در نظرداشت تمام نورم هایی تألیف ترتیب گردیده مسلماً میتوان گفت که یک اثر مفید وغنا مند در عرصه طب وطبابت است.ازینرو میتوان گفت که استفاده ازان نه تنها برای محصلین و دوکتوران جوان باارزش واهمیت است بلکه برای تمام دست اندرکاران این مسلک مقدس خالي از دلچسپي نه خواهد بود.

تألیف این اثر که از نتیجه زحمت شب و روز محترم پوهندوی بادشاه زار "عبدالی" به رشته تحریر اورده شده ستایش نموده وجهت ترفیع شان از رتبه پوهندوی به رتبه پوهنوال در صورت ایکه دیگر شرایط ترفیع راداشته باشند کافي دانسته موفقیت مزید شان را در زمینه از خداوند بزرگ خواهانیم.

با احترام

پوهاند دوکتورمحمد سلیم "توانا"

شف جراحی صدری پوهنتون طبی کاب

www.ketabton.com

د لوی څښتن په سپښلي نامه

تقریظ

د شیخ زاید پوهنتون د طب پوهنځي د جراحي دیپارتمنت د استاد پوهندوی دوکتور بادشاه زار "عبدالي" دا اثر مي ولووست. دا کتاب چې د طب پوهنځی د دریم ټولګي د جراحي د درسي نصاب او کوریکولم مطابق د نویو خارجي کتابونو څخه په ګټه اخیستنه برابر شوی دی، په اوو څپرکو او ۳۰۳ پاڼو کې په پښتو ژبه په ډېر ښه ډول ترتیب او لیکل شوی دی. د کتاب لړلیک اومحتویات، د هر څپرکي موخې، مهم ټکي، شکلونه، جدولونه او لنډیزونه ډیر په ښه ډول پکې ترتیب شوي دي چې د طب پوهنځي دمحصلانو اولوستونکو لپاره ځانګړې اسانتیاوې دي او خورا اهمیت لري.

له دې سره سره د دې کتاب مأخذونه هم ډېر نوي او اخرني چاپ شوي خارجي اثار دي چې ورځخه ګټه پورته شوې ده. د دې کتاب په چاپ سره به نه یوائې زمورږ د محصلانو نیمګړتیاوې چې د درسي کتابونو د نه شتون له املې یې لري پوره شي بلکه دطب ځوان ډاکتران هم کولای شي چې د جراحي په څانګه کې کار کوي ورځخه ګټه پورته کړي.

زه د محترم پوهندوی دوکتور بادشاه زار "عبدالي" لپاره د پوهندوی د علمي رتبې څخه د پوهنوال علمي رتبې ته د ارتقاء لپاره دا اثر کافي بولم او نومورې استاد چې زه له نږدې پیژنم واقعاً هم ډېر زحمت کښ او د کار پابند استاد دی، په راتلونکي کې نومورې ته په دې ساحه کې د لازیاتو نورو بریاوو غوښتونکی یم.

په درنښت

پوهاند دوکتورمحمد معصوم "عزیزي"

د کابل طبي پوهنتون د جراحي دیپارتمنت است

www.ketabton.com

د لوی څښتن په سپځلي نامه

تقریظ

اوس مهال چې د هیواد په ګوټ ګوټ کې پوهنتونونه جوړشوي دي، نو په کار ده چې زموږ درانه استادان د یوې خوا د خپلو بچیانو د ښې روزنې لپاره او د بل لوري د خپلې علمي سطحې د لوړېدو لپاره شپه او ورځ نه ستړي کېدونکی کار وکړي، تر څو ټولنې ته ښه کادرونه وړاندې کړو او وطن مو اباد او سمسور شي، دې موخې ته د رسېدو لپاره د ښه درسي نصاب درلودل او د نویو خارجي کتابونو څخه ګټه اخستل اړین دي او نوموړي اثار باید خپلې ژبې ته راواړوو، تر څو محصلان په اسانۍ ورڅخه ګټه پورته کړي.

پدې ډګر کې ما د شیخ زاید پوهنتون د طب پوهنځي استاد پوهندوی دوکتور بادشاه زار "عبدالي" په پښتو ملي ژبه نوی تألیف شوی کتاب چې د طب پوهنځي د دریم ټولګي لپاره یې ترتیب کړی دی ولووست. نوموړی کتاب چې په ټولیز ډول داوه څپرکي او ۳۰۳ پاڼې لري او په ډېر ساده او روان ډول لیکل شوی دی. د کتاب د هر څپرکي رسمونه، جدولونه، مهم ټکي او لنډیزونه په لنډ او ښه ډول سره لیکل شوي دي چې محصلان به ورڅخه ډېر په ساده ډول ګټه پورته کړي. د دې کتاب ټول څپرکي د دریم ټولګي د جراحي د درسي نصاب او کوریکولم مطابق ترتیب شوي دي. د دې کتاب تألیف کول زه محترم پوهندوی دوکتور بادشاه زار "عبدالي" ته د پوهندوی د علمي رتبې څخه د پوهنوالۍ علمي رتبې ته کافي بولم.

په پای کې وایم چې محترم استاد باید نور هم زیار وګالي تر څو په راتلونکي کې ورته کتابونه په پښتو ملي ژبه د طب پوهنځي د محصلانو لپاره ګټې اخېستنې ته تیار کړي.

یو ځل بیا محترم پوهندوی دوکتور بادشاه زار "عبدالي" ته د نورو بریاوو هیله کوم.

په درنښت

پوهاند دوکتور بری "صدیقي"

د کابل طبي پوهنتون استاد

www.ketabton.com

د پيل خبرې

د لوی پروردګار د سپېځلي ذات څخه ډېره شکريه ادا کوم چې د طب پوهنځي د محصلانو لپاره يې ما ته د دې کتاب د تأليف وړتيا را په برخه کړه.

اوس چې د لوړو زده کړو وزارت په نوښت د هيواد په ګوټ ګوټ کې د طب پوهنځي پرانستل شوي دي، بايد يادونه وکړم چې د دې پوهنځيو په رأس کې د کابل طبي پوهنتون قرار لري، چې دا ټول پوهنځي د يوه واحد درسي نصاب او کوريکولم په لرلو سره ټولنې ته د طب په ساحه کې سالم کادرونه تربيه کوي. د کادرونو د ښې تربيې لپاره بايد مورډ درسي کتابونه ولرو. لا تر اوسه هم مورډ په پښتو ژبه د طب په برخه کې د علمي اثارو د کمبود سره لاس او ګريوان يو.

د طب پوهنځي ټول استادان بايد په دې برخه کې زياتې هلې ځلې وکړو تر څو د بهرنيو معتبرو اثارو څخه په ګټه اخيستنه د ځوان نسل د ښې رزونې او اسانتياوو لپاره د علمي اثارو خاوندان شو. پدې ډګر کې يو هم د شيخ زايد پوهنتون د طب پوهنځي د جراحي ديپارتمنت دی چې شپه او ورځ پدې هڅو کې دی تر څو په نظري او عملي درسونو کې د خپلو محصلانو سره نه ستړی کېدونکی کار کوي.

همدې موخې ته د رسېدو لپاره ما ته د جراحي ديپارتمنت د پوهندوی علمي رتبې څخه د پوهنوالي علمي رتبې ته د ارتقا لپاره د دريم ټولګي د درسي نصاب او د کوريکولم مطابق د دې کتاب د تأليف دنده راکړه، چې د ټولو قانوني پړاوونو د تر سره کولو وروسته ما پرې عملي کار وکړ او د جراحي په ساحه کې د نويو او معتبرو اثارو او د طب د پخوانيو استادانو د چاپه راوتليو نسخو څخه په ګټه اخيستنه زه وتوانېدم چې د طب پوهنځي د محصلينو لپاره دا اثر ترتيب او تأليف کړم.

نوموړی کتاب ټول اوه څپرکي او ۳۰۳ پاڼې لري چې د طب پوهنځي د دريم ټولګي د دوهم سمستر ټول موضوعات پکې شامل دي.

بايد يادونه وکړم چې د کابل طبي پوهنتون د جراحي ديپارتمنت شف پوهاند دوکتور محمد سليم "توانا" او زما ډېر قدرمن لارښود استاد پوهاند دوکتور محمد معصوم "عزيزي" او د کابل طبي پوهنتون د جراحي ديپارتمنت قدرمنو استادانو زه

www.ketabton.com

همېشه رهنمايي او هڅولی يم څو د دوی په مرسته وتوانيدم چې دا کتاب تاليف کړم، د دوی د رهنمايی او تشويق څخه د زړه د تله زښته زياته مننه کوم او د پاک پروردګار د سپېڅلي ذات څخه همېشه د ښې روغتيا او اوږد عمر غوښتونکی يم.

په پای کې د ټولو درنو لوستونکو څخه هيله کوم، چې که د کتاب د لوستلو په وخت کې کومې غلطی او تېروتنې وويني زما سره دي يې شريکې کړي، تر څو په راتلونکي چاپ کې يې اصلاح کړم. خدای جل جلاله دي وکړي چې د طب پوهنځي ګران محصلان د دې کتاب څخه سالمه ګټه پورته کړي.

په خورا درنښت

الحاج پوهندوی دوکتور بادشاه زار "عبدالی"

د شيخ زايد پوهنتون د جراحي ديپارتمنت استاد

www.ketabton.com

اول څپرکی
ترضیضات

د ترضیضاتو اپیدیمیولوژي.....1
د ترضیضاتو څخه مخ نیوې.....2
د ترضیض یا تروما د ناروغانو فزیکي معاینه.....5
د ترضیضي ناروغانو تشخیص.....7
د بطن ترضیضات.....8
د بطن د ترضیضاتو تصنیف بندي.....8
د بطن پخ ترضیضات.....8
د بطن د پخو ترضیضاتو سریري تظاهرات.....10
تشخیص.....14
د بطن د جدار پاراسنتیزیس.....15
استکشافي لاپراتومي.....19
د بطن تیره ترضیضات.....20
درملنه.....24
د صفراوي لارو ترضیضات.....25
د توري ترضیضات.....25
د معدې او کولمو ترضیضات.....27
بولي او تناسلي سېستم.....28
درحم ترضیضات.....28

www.ketabton.com

د پښتورګو ترضيضات..... 29
د سينې ترضيضات..... 29
د سينې خلاص يا نافذه ترضيضات..... 30
د سينې بسته يا پڅ ترضيضات..... 30
د سينې د ترضيضاتو ډولونه..... 32
FLIAL CHEST..... 33
HEMOTHORAX..... 35
د سرې زخمونه..... 38
زړه او پريکارډ..... 40
مرۍ..... 41
صدري قنات..... 42
حجاب حاجز..... 42
قحفي ترضيضات..... 44
COMPOUND SKULL FRACTURE..... 48
PRIMARY SURVEY..... 52
VASCULAR ACCESS..... 53
NEUROGENIC..... 53
RESUSCCITATION..... 54
CEREBRAL CONCUSSION..... 56
درملنه..... 57
اناټومو فزيولوژي..... 57
خفيف ترضيضات..... 57

www.ketabton.com

GLASGOW COMA SCORE 58
CEREBRAL COMPRESSION 60
CEREBRAL LACERATION 62
CEREBRAL HEMORRHAGE 62
خلاص قحفي دماغي ترضيضات 67
د خلاص قحفي دماغي ترضيض د ناروغ معاينه 69
لنډيز 72
پوښتنې 73
مأخذونه 76

دوهم څپرکی
زخمونه، نسجي ترميم او تندبات

زخم جوړيدنه 77
د زخمونو تصنيف بندي 81
پاک او منظم زخمونه 81
ناپاک او غير منظم زخمونه 83
زخم پاکول او تطهير 84
دزخم پاکول او تطهير 85
د زخم بندول 86
دزخم ډولونه 86
سوري شوي زخمونه او چېچنې 88
چېچنې 90

www.ketabton.com

د پوستکي له منځه تلل او د اصطکاک سوځيدنه 90
کش کېدل او بيځايه کېدل 93
ماتيدنه 95
د داخلي اورګانونو ترضيض 96
د هډوکو او مفاصلو ترضيضات 97
خلاص کسرونه 97
د اعصابو ترضيض 98
د شرايينو او وريدونو ترضيضات 98
مزمن زخمونه 99
قرحات 99
د بستر زخمونه 99
دخوښې نه وړندبې 103
غلط جهت 105
د ننبليدو خرابه منظره 105
هايپرتروپيک تندبات 108
کلويئد تندبات 109
زخمونه، نسجي ترميم او تندبات 110
لنډيز 111
پوښتنې 111
مأخذونه 113

www.ketabton.com

دريم څپرکی
د زخم انتان

فزيولوژي او څرګندونې 144
د انتاناتو په مقابل کې د ټيټ مقاومت لاملونه 119
د انتان د سرچينو ډلبندي 124
د زخم غټ انتانات 126
د ASEPSIS زخم نمري 127
د انتان ډولونه 128
ابسې ګان 131
CELLULITIS AND LYMPHANGITIS 131
BACTERAEMIA AND SEPTICEMIA 133
د زخم ځانګړي انتانات 134
ګازګانګرين 136
وقايه 142
د عملياتو وړاندې تيارۍ نيول 143
SCRUBBING AND PRAPARATION 144
د عملياتو وروسته د زخمونو پاملرنه 145
تقيحي حادځايي انتانات 145
HYDRO ADENITIS 148
CARBUNCLE 148
ليدونکي اعراض 149
PAROTIDITIS 149

www.ketabton.com

PURULENT PAROTIDITIS 150
PARA PROCTITIS 151
ابسې 152
د ابسې سير 154
فلګمون 155
سرخباد يا حمرا 157
خسمار 160
PARONYCHIA 162
PYOGENIC TENO SYNOVITIS 162
ANATOMY 162
PATHALOGY 163
PANDAKTILITIS 164
LYMPHANGITIS 165
ETIOLOGY 167
پرازيتي انتانات 168
پروتوزوا 169
درملنه 173
جراحي 173
دهيداتيک کېست ناروغي 175
LUNGE CYST 180
د PAIR مضاد استطبابات 181
دپښتورګوسيست 183
اسکريس 183

www.ketabton.com

لنډيز 188
پوښتنې 189
ماخذونه 193

څلورم څپرکی
سوځيدنې

د سوځيدلو څخه مخنيوی 196
د هوايي لارو او سږو ترضيضات 197
ميتابوليک تسمم 198
التهابي او دوراني تعيرات 199
معافيتي سېستم او انتان 201
په روغتون کې ناروغ ته پاملرنه 203
هوايي لارې 205
تنفس 206
ميتابوليک تسمم 207
د تنفس په وړاندې ميخانيکي خنډ 207
د سوځيدلي زخم پلټنه 208
د قسمي پنډوالي سطحي سوځيدنې 211
د قسمي پنډوالي ژورې سوځيدنې 212
د بشپړ پنډوالي لرونکې سوځيدنې 214
د ناروغ د دوهم ځلې ژوندي کولو څارنه 216

www.ketabton.com

د سوځيدلي زخم درملنه 217
سطحي دقسمي پنډوالي زخمونه او مختلط ژور زخمونه 219
د درد ارامول 223
دانتان څارل او کنترول 224
PHYSIOTHERAPHY 225
PSYCOLOGICAL 226
برښنايي ترضيضات 231
د ټيټ ولتاژ ترضيضات 232
د لوړ ولتاژ څخه مينځ ته راغلي ترضيضات 233
کېمياوي ترضيضات 234
کېمياوي سوځيدنې 235
چارج لرونکې تشعشعي ترضيض 235
ساړه ترضيضات 236
لنډيز 237
پوښتنې 237
مأخذونه 241

پنځم څپرکی
ماتيدنې او بېځايه کېدنې

کسر 242

www.ketabton.com

لوخ کسرونه.....242
پتالوژيک کسرونه.....244
غيرثابت کسرونه.....245
ثابت کسرونه.....245
د CANCELLOUS BONE کسرونه.....245
د کسرونو پتالوژي.....246
د CALLUS تشکل.....247
راديو ګرافي.....250
د کسرونو اختلاطات.....252
د کسرونو درملنه.....254
ارجاع.....255
خلع يا بيځايه کېدل.....257
دخلعې درملنه.....259
لنډيز.....260
پوښتنې.....261
مأخذونه.....263

شپږم څپرکی
تومورونه

اسباب.....264
ANAPLASIA.....266
DIFFERENTIATION.....267

www.ketabton.com

FIBROMA 269
PEROSTEAL LIPOMA 271
GLOMUS TUMOUR 275
خبيث تومورونه 275
SQUAMOUS CELL CARCINOMA 275
د خبيثو تومورونو د انتشار لارې 277
SARCOMA 280
HEAMANGIOENDOTHELIOMA 281
درملنه 282
لنډيز 282
پوښتنې 282
مأخذونه 284

اووم څپرکی
کیستونه، قرحات اوسینوسونه

سپست 285
د سپست اختلاطات 287
MARJOLIN`S ULCER 290
د تدبيرونو اساسات 291
سينوسونه 294
کلينيکي لوحه او د تدبيرونو اساسات 296
د فستول او سينوس ترمنځ توپيرونه 296

www.ketabton.com

ډېر پېښېدونکي کسبي سينوسونه 297
عجاني سينوسونه 298
PILONIDAL SINUS 298
CONGENITAL SINUSES 299
UMBILICAL SINUSES 300
لنډيز 300
پوښتنې 301
مأخذونه 303

www.ketabton.com

سريزه

دا کتاب چې د عمومي جراحي تر عنوان لاندې د معالجوي طب پوهنځي د دريم ټولګي د کوريکوم مطابق تالیف شوی دی او د طب پوهنځي د دريم ټولګي کې په دوهم سمستر کې تدريس کېږي او په اونۍ کې دری لکچره چې په میاشت کې ۱۲ لکچره او په سمستر کې جمله په ۴۸ لکچرونو کې تدريس کېږي او جمله په ۳۰۳ صفحو کې ترتیب شوې دي چې په لاندې ډول تري یادونه کوو.

اول څپرکې کې چې د ترضیضاتو په اړه پکې اړین مسایل لکه (د ګیډې ترضیضات د يني ترضیضاب د بولي لارو او د کوپرۍ ترضیضاتو څخه بحث کوي دا ځکه چې په نړۍ کې هره ورځ ډیر ځوانان د ترضیضاتو له امله خپل ژوند د لاسه ورکوي او د بیړنیو پیښو مرکزونه د دې ډول پیښو د مرګ او میر کچه راکموي او په وخت ورته لازم تدابیر نیسي.

دوهم څپرکی د زخمونو، نسبي ترمیم او تندباتو مسایل په برکې نیسي دا ځکه چې په جراحي کې زخمونه او د هغې احتمالات ډیر ضروري دي د تروما په جراحي کې زخم اکثراً لومړی ابتدایي پتالوژي تشکیلوي او د همدې زخم د لارې د پلان په جراحي لاندې ساختمانونو ته رسیږو. پدې څپرکي کې د زخم جوړیدنې او بیا ترمیم او د Scar او Keloid څخه د مخ نیوي مسایل شامل دي.

په دریم څپرکې کې د زخم انتان او پرازیتی انتانات او د هغې ډولونه د انتاناتو د منابعو ډل بندي او د هغو د مخ نیوي لازم اهتمامات مسایل په برکې نیسي د زخم انتان اکثراً په مکمله توګه د عملیاتو یا ترمیماتو غټ اختلاط تشکیلوي چې باید په جراحي کې یې مخه ونیول شي. همدا ډول پدې څپرکي کې ابسي، فلګمون، Celluitis،

www.ketabton.com

ګازګانګرين او پرازيتيک انتاناتو څخه هم بحث شوی دی چې زده کړه يې د جراحي د ډاکتر لپاره ضروري ده.

په څلورم څپرکي کې سوځيدنې د هغهايتيولوژی ، د سطحي پراخوالي او ژورواليي څخه بحث کوي. هره ورځ په مختلفو ټولنو کې سوځيدنې رامنځ ته کېږي چې بايد د جراحي ډاکتر د ABC معياري پروتوکول په نظر کې ونيسي او د دې ډول ناروغانو په وخت تشخيص او درملنه وکړي ځکه چې تاخير د ناروغ په مړينه تمامېږي.

پنځم څپرکی د کسر او خلع څخه بحث کوي او پکې د کسرونو ډولونه د پتالوژيکو کسرونو د رامنځ ته کېدو اسبابو او د کسرونو د پتالوژي د تثبيت او Callus د تشکېل ټول مسايل په برکې نيسي او همدا دول خلع او د هغې ډولونه لکه اسباب، تشخيص او تداوي پکې په ډير روان او عام ډول تشريح شوې ده.

په شپږم څپرکي کې تومورونه د تومور اسباب، ډولونه او د تومورونو د تشخيص او تداوي په برکې نيسي. اوس مهال د تومورونو واقعات په جراحي کې مخ په زياتيدو دي چې بايد د جراحي د څانګې ډاکتران پدې اړه ډيره توجه وکړي ترڅو په وخت تشخيص وکړي او بيا د هغې په بنياد درسته تداوي انتخاب شي.

په اووم څپرکي کې سيستونه، قرحات او سينوسونه تر بحث لاندې نيول شوي دي. د سيستونو ډولونه، کلينيکي تظاهرات، د هغې موقعيت او اندازه او د جراحي درملنه پکې تشريح شوې ده او همدا ډول پکې د قرحاتو او سينوسو څخه پکې بحث شوی او د قرحاتو د سبب او بيا تر هغې وروسته تداوي او مناسب اهتمامات پکې توضيح شوي دي پوهه وربانديې ضروري ده.

www.ketabton.com

پدي څپرکي کې سينسونه او د هغوی مغلق سير په دقيقه توګه معلومول هغه څه دي چې مورږ د بريالۍ تداوي خواته بيايي او عميق او زده کړي يې د طب د څانګې د ډاکتر لپاره ضروري ده.

www.ketabton.com

اول څپرکی

ترضیضات(Trauma)

تعریف

د یوې شدیدي قوي سره د عضویت مواجه کیدل پداسې ډول، چې د انساجو د اناتومیکو ساختمانونو او فزیولوژیکو ګډوډیولامل وګرځي ورته تروما یا ترضیض ویل کیږي.

د تروما یا تر ضیض طبي اصطلاح دهغو شدیدو ترضیضاتو لپاره چې ژوند تهدید کوونکې وي کارول کیږي. (۳،۲،۷،۸)

د ترضیضاتو اپیدیمیولوژي

د ترضیضاتو له امله دژوندپه لومړیو څلورو لسیزو کې زیاته مړینه اومعیوبیتونه رامنځ ته کیږي. د احصایوې معلوماتو په بنیاد د امریکا په متحده ایالاتو کې د یو کال په اوږدوکې د څلورو میلیونو په حدود کې په ترضیض اخته مصدومین په روغتونونو کې بستر کیږي، چې د هغې جملي څخه یې16000کسان خپل ژوند د لاسه ورکوي. همدا ډول په انګلیستان کې د یوه کال په جریان کې14000کسان د ترضیضاتو له امله خپل ژوند دلاسه ورکوي، البته د دې مصدومینوله ډلې که ژوندي پاتې شي نو امکان لري چې یو تعداد معیوبیتونه په دایمي ډول ورسره پاتې شي چې ټولنه، کورنۍ او پخپله شحص دټول ژوند په جریان کې ځینې کړیږي او دکارکولووس دلاسه ورکوي. دا چې ترضیضات ډېر ځله په ځوانانو کې رامنځ ته کیږي او د کار د راټیټولو تر ټولو لومړی لامل بلل کیږي.

ډول ډول لاملونه په مختلفو شکلونو لکه میخانیکي، حرارتي، شعایي، کمیاوي، برقي او روحي په عضویت باندې د ترضیضاتود رامنځ ته کیدوسبب ګرځي. همدا ډول ترافیکي حادثات، د ریل ګاډو تصادمات، د ارتفاعاتو څخه رالویدل او نوره په عضویت باندې د ډول ډول ترضیضاتو باعث ګرځي. (۱،۲،۴،۵)

www.ketabton.com

د ترضيضاتو څخه مخ نيوې

د ترضيضاتو څخه دمخ نيوی پروګرامونه، چې د انسانانو د ژوند ژغورلو لپاره په کار اچول کېږي لږ اغيزمن دی. ځکه هغه کسان، چې ډېر په ترضيضاتو اخته کېږي د دې ډو ل پروګرامونو څخه کمه ګټه اخلي. په همد ېترتيب دا ډول پروګرامونه ديو شميرپوښتنو د راپيدا کېدو لامل ګرځي، لکه مثلاًانسان ازاد دی او د هر ډول ژوند کولو حق لري.

پدې ترڅ کې دولتي رسمي پاليسۍ او قوانين ډېر زيات او ښه رول لوبولی شي او داسې اټکل کېږي چې۲۰٪-۵۰سلنه د خطرناکو تر افيکې پيښو د راکميدو لامل ګرځي. يعنې هغه کسان چې ډريوري کوي بايد د دې قوانينو خاصه پاه بندي وکړي او مراعات يې کړي. مثلاًکه کوم شحص چې د نيشي په حال کې ډريوري وکړي نوددولت دلوري زنداني کېدل او يا ورځخه زياته جريمه اخېستل هم د دې حادثاتو څخه راکمولی شي. ډريوران چې دSeat Belts، او موټر سايکل سواره خلک چې د محصوصو خولښو څخه ګټه پورته کوي د ترافيکې حادثاتو پرمهال دا ډېر ګټور دي او د واقعاتو فيصدي 25%ته راکموي. په موټر سايکلو سواره خلک چې د محصوصو خولښو څخه ګټه پورته کوي البته د تصادم پر مهال د کوپړی د شديدو ضربو په شدت کې تر ډېره حده ورسره کمک کوي او د مړيني کچې په دوي کې۵۰٪ سلنه ته رابښکته کوي.

هغه کسان چې زياته نشه کوي او يا مخدره توکې کاروي نو هغوی د غلاکولواولوټماري پرمهال وسله لکه چاقو، بوکس پنجه، تفنګچې او ټوپک کاروي، چې دا هم پر بدن باندې دډول ډول ترضيضاتو او جروحاتو لامل ګرځي. نو بايد د الکولو د څښلو او يا د مخدره ټوکو د کارولو څخه انسانان ځانونه وژغوري او هغه کسان چې مخدره ټوکې کاروي بايد راجستر شي او تر لازمي درملنې لاندې ونيول شي. تر څو د ترضيضاتو په پېښوکې کموالی راشي او د قانون له مخې کوم کسان چې وسله ګرځوي بايد دوسلي د ګرځولو اسناد اوجواز ددولت لخوا ولري، که

www.ketabton.com

چېرې قانوني د صلاح ګرځولو کارت ونلري نو بايد ، چې اسلحه يې ضبط اودوي بنديان شي.

د چاپيريال سمول او د خلکو د دودیزی پوهي په صورت کې کولي شوچې د ترضيضاتو کچې راښکته کړو او دولت بايد په عامو لارو او څلور لارو کې خاص ترافيکي مقررات پلې کړي، چې پدې سره د ترضيضاتوپه واقعاتوکې کموالی منځ ته رادرومي.

د ترضيضاتو مکانيزم او شدت:په عمومي ډول ترضيضات په دوه ډوله دي.

1. پخ يا غير نافذه ترضيضات(Blunt or Non Penetrating)
2. تيره يا نافذه ترضيضات(Sharpe or Penetrating)

د عضويت مخامخ کېدل د يوې خارجي انرژی په مقابل کې عبارت له ترضيض څخه دی داچې په کومه اندازه قوه د عضويت په کومه ساحه او څومره پراخوالي وارده شوي ده،نو دس ترضيض وخامت هم په هغه پورې مربوط دي يعنې هر څومره،چې د واردي شوي قوي انرژي زياته وي او پکې زيات انساج ماووف وي او په هغوی کې اناتوميک او فزيولوژيک تغيرات ډېر وي د ترضيض په وخامت دلالت کوي. د نافذه ترضيضاتو او يا جروحاتو په صورت کې که د ترضيض د عامل سرعت کم وي په هماغه اندازه کم تخريبات رامنځ ته کوي. مثلاً هغه ترضيضات، چې د تومانچې د مرمی، چاقو او نورو تيرو الاتو په واسطه لکه شيشه، لرګی، فلز او نورو په ذريعه رامنځ ته کېږي.

خو بيا هغه ترضيضات، چې د يوې شديدي انرژی پواسطه لکه د توپک مرمي، بمي انفجاراتو او د راکټ انفجاراتو په واسطه منځ ته را غلي وي د يوې پراخي ساحې د تخريبېدو لامل ګرځي او وخيم سير لري. د پخو ترضيضاتو په صورت کې د Rotational, deceleration, acceleration او shearing قواوو پواسطه صدمات د بدن په انساجوکېرامنځ ته کېږي البته زيات وخيم سير لري او په انساجوکې د شديدو اناتوميکو او فزيولوژيکو تغيراتو لامل ګرځي، چې بايد له پامه ونه غورځول شي.

www.ketabton.com

د ترضيضاتو پر مهال اناتوموپتالوژيک او فزيو پتالوژيک تغيرات د ترضيض د نوعيت، شدت، همدا ډول د حاد او مزمن والي په اساس او د هغې د موقعيت په اساس توپير کوي. مثلاً د يوه کوچني ترضيض پر مهال ممکن د پوستکيEchymosis رامنځ ته شي خو د يوه شديد ترضيض له امله کېداي شي د هډوکو کسرونه او ياخلعي رامنځ ته شي او د طرف فزيولوژيک وظايف محتل کړي. همدا ډول د ترضيض د موقعيت په اساس مثلاً د مرمۍ، راکټ، دهاکې توپ، د چاقو ضربه، د چاړې ضربه او نوره، چې د بدن د انساجو د تغيراتو لامل ګرځي.

داچې مخکې مو هم وويل د ترضيض اصطلاح(Trauma)، چې د ترضيض لپاره ځانګړي ده اودوخيموترضيضاتولپاره کارول کېږي او دا اکثراً هغه شديدو ترضيضاتو ته ويل کېږي، چې ژوند تهديدوونکې وي او د جراحي د تروما په ځانګړيو مرکزونو او د روغتونو په حاصو ځانګو کې د جدي ځارني،بيړنی درملنې او يا جراحي مداخلي ايجاب کوي تر څو د مصدومينو ژوند وژغورل شي. البته د تشخيص د غلطېدو او نه درملنې په صورت کې وخيم اختلاطات رامنځ ته کېږي او مصدومين مړه کېږي. د ترضيضاتو وروسته Trimodel patternپه لاندې ډول تشريح کېږي.

1. ناڅاپي مړينه(Immediat death): چې په دي صورت کې٪۵۰سلنه مصدومين د څو دقيقو په جريان کې مړه کېږي، چې د ترضيض له امله ډېر ځله مهمي حياتي اعضاوي لکه د دماغودنسج وسيع تخريبات، دنخاع شوکې دپورتني برخې تخريب،دزړه اولويواوعيوګډوډي شامل دي چې د څو دقيقو په جريان کې دمصدومينود مړينې لامل ګرځي، نو ځکه يوازېنی ښه لاره د ترضيضاتوپه وړاندې مخنيوي ده تر څو مو د مړيني اومعيوبيت څخه مومخ نيوې کړي وي.

2. لومړنۍ مړينه يا(Early deaths): ٪۳۰سلنه د مصدومينو د ترضيض وروسته د څو ساعتو په جريان کې مړه کېږي او د مړيني عمده لاملونه يې د وينې جمع کېدل دي د کوپړۍ په داخل کې (اپي دورال، سب دورال او يا انتراسيريبرال هماتوماګاني)، اود بطن او سينې جوف داخل ته د وينې تلل، دا خشاوو يا

www.ketabton.com

رګونودخيري کېدوله امله او همداډول د وينې تلل د انساجو داخل ته لکه د رخوه انساجو په داخل کې مثلاً حوصلي کسرونه او يا هم د اوږدو هډوکو دماتيدوورو سته چې د انساجو په داخل کې وينه جمع کېږي.

3. وروستنی مړينه(Late death): چې د ترضيضاتو وروسته٪۲۰سلنه مړينه د Sepsis او Multiple organ failureله امله د څو اونيو په جريان کې رامنځ ته کېږي. البته د اورګانو عدم کفايه ممکن زړه، پښتورګی، سږي، ينه، دماغ او د وينې د توليدولو سېستمونه په برکې ونيسي.

کلينيکي لوحه

البته د مصدومينو سريري لوحه د ترضيض د موقعيت او د بدن د اعضاوو او انساجو د ماوف کېدو په اساس توپير کوي او همدا ډول نظر پدې،چې ترضيضات بسته دي او که خلاص توپير کوي،چې وروسته يې جدا ، جدا تر مطالعي لاندې نيسو.

د ترضيض يا تروما د ناروغانو فزيکي معاينه

پدې موضوع پوهيدنه ډېره مهمه ده، چې البته دا د جراح په پوهه او مهارت پورې ارتباط نيسي. کله چې د يوه مصدوم سره مخامخ کېږوچې په تروما يا ترضيض اخته وي بايد لاندې ټکي په نظر کې ونيسو:

1. اول بايد پدې پوهه شو ، چې حادثي څه وخت، چېرته او د څه شي پواسطه او بلأخره د چا پواسطه صورت نيولی دي او مصدوم څومره وخت وروسته دکومي نقليه واسطي پواسطه (موټر،امبولانس، هيلوکوپټر) او د کوم شخص پواسطه شفاخانې ته راوړل شوی دی. د امکان په صورت کې د پايوازانو او يا هغه اشخاصو څخه چې د حادثي په ځای کې موجودوید مصدوم دوضعيت پوښتنه، د لارې په اوږدو او د هغه مرستو په اړه معلومات په لاس راوړو ،چې مصدوم ورڅخه ګټه پورته کړي وي.

2. کچېرې څو مصدومين په يو ځل روغتون ته تحليه کېږي پدې صورت کې د مصدومينو سمه ډل بندي بايد وشي او تر ټولو عاجل مصدومين بايد تر عاجلي

www.ketabton.com

درملنې او ریکوری لاندې ونیول شي، چې پدې صورت کې اول مصدومین د مرګ څخه ژغورل کېږي او وروسته ورته لازمه درملنه صورت نیسي. مثلاً کچېرې یو مصدوم د Femore د کسر له امله تخلیه کېږي،چې فخذي شریان یې هم قطع شوی وي او ناروغ په هیپووالیمیک او تروماتیک شاک کې قرار ولري نو پدې صورت کې د فشاري پانسمان تر اجرا کېدو وروسته، د ناروغ د وینې ګروپ عاجل تعین او ورته د وینېTransfusion او مایعات اوددرد ضد درمل ورکول کېږي او وروسته د فخذي شریان درملنه او د کسر تثبیت او یا د لزوم په صورت کې(internale fixation) هم اجرا کېږي. همدا ډول کچېرې یو مصدوم د ترافیکي حادثې له امله او یا د ارتفاع څخه د رالویدو په صورت کې داسې تخلیه کېږي، چې د دواړو لاسونو خلاص کسرونه او د قحف ترضیض ولري او په کوما کې قرار ولري، همدا ډول خلاص کسرونه یې وینه ورکوونکې وي او د مصدوم تنفس خراب وي او دکانګوله امله یې تنفسي لارې بندي وي نو پدې صورت کې یې اول تنفسي لارې خلاصي کړی تر څو یې تنفس برقرار شي ورسره عاجل یې د فشاري پانسمان پواسطه وینه ودروی تر څو ناروغ د مرګ څخه نجات وممومي او وروسته یې بیا خلاص کسرونه ارجاع کړی زخمونه یې تطهیر او پکې(Fixation) اجرا کړی.

3. کچېرې مصدوم زیاتې جرحې لرلي نو مصدوم لوڅ کړی او یوه کامله فزیکي معاینه پکې اجرا کړی تر څو د غلطیو مخه مو نیولي وي او د مصدوم د عمومي حالت او حیاتي علایمو څارنه وکړي او مخفي افات باید زمونږ د نظره پټ پاتې نه شي. مثلاً که یو مصدوم د ترافیکي حادثې له امله تخلیه کېږي مصدوم د فحذ کسر، د Tibia جرحی او د بطن ترضیض لري، چې پکې د توري څیري کېدو او داخلي وینې بهیدنهي صورت نیولی ویاو د شاک په حالت کې قرار لري. بې تجربې ډاکټر خپل وخت د جرحو په پانسمان او د طرف په تثبیت مصروفوي او اصلي پتالوژی یعنې د بطن داخلي خونریزی ته هیڅ پاملرنه نه کوي او نه یې تشخیص کوي، چې بلاخبره د مصدوم په درملنې یعنې عملیاتو کې تاءخر د هغه د مړینې لامل ګرځي. نو پدې

www.ketabton.com

صورت کې باید د عملیاتو په کوټه کې بیړنۍ ریکوري او لاپراتومي اجرا شي او کله چې د ناروغ وضعیت ښه شوو بیا دي د کسر دداخلي تثبیت په اړه فکر وشي.

د ترضیضي ناروغانو تشخیص

د عاجلي تاریخچی، فزیکي معاینې، لابراتواري او رادیولوژیک معایناتو تر اجرا وروسته عاجل تشخیص باید وشي او په بیړنۍ درملنه باید لاس پورې شي. د ترضیضاتو د وخامت او ویني بهیدنې په صورت کې هیڅکله هم باید بیړنی مرستي د تاریخچي قرباني نه شي. ځکه چې دا مرستي ژوند ژغورونکې دي.

د فزیکي معاینې په وخت کې باید موضعي او عمومي اعراض په نظر کې ونیسو او د عمومي اعراضو او علایمو د کتنې په صورت کې د مهمو حیاتي اعضاوو لکه زړه، دماغو، پښتورګو اود دوراني، تنفسي سېستم وظیفې باید مطالعه شي او بیا موضعي اعراض او علایم کتل کېږي. کچېرې مصدوم نورمال شعوري حالت لرلو نو دا حالت د دماغو په نورمال حالت دلالت کوي، خو کچېرې مصدوم غیر شعوري حالت لرلو دا د دماغو په ګډوډیودلالت کوي، چې باید په نظر کې یې ونیسو، کچېرې مصدوم د قحف د ترضیض له امله په Coma کې تخلیه شو نو باید چې پکې د Glasgow coma Scale څخه په ګټه اخېستنه دا ډول مصدومین درجه بندي کړو او د هغه په اساس درست تشخیص وضع کړو.

www.ketabton.com

د بطن ترضيضات(Abdominal trauma)

د بطن د ترضيضاتو وقوعات په دوامداره ډول مخ په زياتېدو دي. د امريکا په متحده ايالاتو کې د ترافيکي حادثاتو له امله په کال کې د ۳. ۵ ميليونو په خواوشا کې کسان په تروما باندباخته کېږي، چې اکثره يې د بطن ترضيضات تشکيلوي بايد يادونه وکړو چې د بطن د بسته ترضيضاتو له امله د مصدومينو د مرګ او مير کچې نسبت د بطن تيرو ترضيضاتو ته زيات او د وخيم سير درلودونکې وی ځکه چې پدې صورت کې د بطن متعددی اخشاوي په ترضيض اخته کېږي.

د بطن د ترضيضاتو تصنيف بندي

دا ترضيضات په کلاسيک ډول په دوو برخو ويشل شوي.

1. د بطن پخ ترضيضات(Blunt Abdominal trauma)
2. د بطن تيره ترضيضات يا د بطن جروحات(Sharp abdominal injuries)

a) د بطن غير نافذه جروحات(Non Penetrating injuries)

b) د بطن نافذه جروحات(Penetrating injuries)

A. د بطن پخ ترضيضات(Blunt Abdominal trauma)

په بطن باندې د پخو ترضيضاتو په صورت کې ممکن صرف د بطن جدار په ترضيض اخته شي خوکه د واردي شوي قوي انرژي زياته وه ممکن د بطن د داخلي اعضاوو د ګډوډيدولامل وګرځي د پخو ترضيضاتو په صورت کې کېدای شي د بطن په جدار د ترضيض هيڅ اثار لکه خراشيدګي، اکېموز اوزخم نه وي موجود خو برخلاف ممکن د بطن د ننه احشا په شديد ترضيض اخته او پکې د سختو پتالوژيکو تغيراتو او تخريباتو لامل ګرځيدلي وي.

د بطن د داخلي احشاوو تحريبات د ترضيض د عامل، شدت، موقعيت او واردي شوي قوي په اساس توپير کوي، څومره چې د واردي شوي قوي شدت زيات او د بطن زياته ساحه په ترضيض اخته وي په هماغه اندازه په بطن کې د زياتو پتالوژيکو

www.ketabton.com

تاثيراتو درلودونکې وي همدا ډول د ترضيض د موقعيت په اساس هم د ګيډې مختلف غړي په ترضيض اخته کېږي. د بطن په داخل کې ينه او توری، د حجاب حاجز لاندې د ټټر د اخېرو پښتو پواسطه پوښل شوي او محفوظ دي.

کچېرې يوه قوه د بطن پر مرکزي برخه يعني د نامه (ثري) په شاوخوا واردېږي نو پدې صورت کې بطني احشا د واردي شوي قوي او شا خواته د ستون فقراتو تر منځ قرارنيسي او د شديدو تخريباتو لامل ګرځي. بلأخره ويلی شو، چې د بطن په داخل کې ثابتي اعضاوي زياتې تخريب کېږي او متحرکې اعضاء لږپه تخريباتو اخته کېږي.

دثابتي احشا وود ترضيض په صورت کې دنومورو احشاوو د تثبيت نقطي څخه په تخريباتو اخته کېږي مثلاً د ځيګر تثبيتيه برخې په علوي کې حجاب حاجز په خلف کې د لاندېني اجوف ورید په خذاکې او په سفلي کې د Lig teres Hepatic پواسطه ځوړول شوي او تثبيت دي، چې د ترضيض په صورت کې لومړی همدا برخې څيري کېږي.

همدا ډول وړي کولمي د مساريقي د جذر پواسطه او د پانقراص په منځنۍ برخه کې د ستون فقراتو سره تثبيت دي، چې د پخو ترضيضاتو په صورت کې وړي کولمي ممکن په همدې ځايو کې ژوبلي شي.

د بطن د ترضيضاتو په صورت کې که د ترضيض اثار (ننبي) د بطن په جدار کې موجود نه وي خودبطن دداخلي احشاووګډوډی،رامنځ ته شوي وي نو پدې صورت کې د درست تشخيص وضع کول او په وخت د جراحی د مداخلي تصميم نيول د جراګانو لپاره يو معما تشکيلوي البته دا ستونزه هغه وخت نوره هم مشکله کېږي،چې د بطن د ترضيض برسيره د عضويت د نورو برخو ترضيضات هم موجود وي او د نومورېو برخو د ترضيض سريري اعراض او علايم د بطن د ترضيض اعراض او علايم تر اغيزي لاندې راولي اودبطن د داخلي احشاوو د تخريباتو اعراض او علايم پټ ساتي، مثلاً که مصدوم دبطن د ترضيض برسيره قحفي ترضيض، دحوصلي کسر او يا هم دسينې په ترضيض هم اخته وو،نو پدې صورت کې ډاکټر

www.ketabton.com

کله نا کله غلط کېږي دا غلطي هغه مهال واقع کېږي، چې د بطن د داخلي احشاوو پتالوژيکې نښې نشاني ډېري څرګندي نه وي. پدې صورت کې ډاکټر د نورو اعضاوو ترضيضات تر درملنې لاندې نيسي، چې بلاخره د بطن په داخل کې د زياتې وينې د جمع کېدو له امله او د احشاوو د محتوي د تويدو له امله د پريتوان جوف ته مصدوم د يوه نه ارجاع کېدونکې هموراژيک او التهابي سندروم خواته درومي، چې دا حالت د مصدوم د مړينې لامل ګرځي.

د بطن د پڅو ترضيضاتو سريري تظاهرات

د ترضيض د رامنځ ته کېدو وروسته په اوايلو کې اعراض او علايم ډېر واضح نه وي، چې پدې صورت کې د يوې درستې تاريخچه اخېستل او دتکراري فزيکي معاينې اجرا کول ډاکټر د تشخيص په لور بيايي، د تاريچې په اخېستنه کې مصدوم د بطن په ساحه کې د ترضيض څخه حکايه کوي، چې د ترضيضي الې د ډول، شدت او په بطن کې د ترضيض د موقعيت په هکله دقيق معلومات راکوي. ممکن ناروغ د ترضيض په ساحه کې د درد څخه حکايه وکړي اوور سره زړه بدوالی هم ولري، نو پدې صورت کې د دواړو علايمو سير بايد تعقيب کړی شي، چې ايا مخ په وړاندې درومي اوکه په کميدودي.

په فزيکي معاينه سره د ترضيض په ناحيه کې لږ شخوالی حس کېږي او د جس په وخت کې ناروغ نارام کېږي. کچېرې د بطن د جوف مجوفي احشا سوری شوي وي ممکن د ځګر اصميت له منځه ولاړ شي نو پدې صورت کې بايد نورو سريري تظاهراتو ته انتظار وايستل شي او بطن بايد خلاص شي او اړونده پتالوژي بايد د مداخلي په صورت کې ترميم شي. داحصايو له مخې داسې شواهد شته، چې د عاجلي مداخلي او لاپراتومی وروسته د مړينې خطر صفر ته رسيږي، خو که چېرې تر ترضيض وروسته ډېر وخت تير شي او شديد تظاهرات (پيرتونايتيس او د بطن د

www.ketabton.com

داخلي وينې بهيدنې اعراض او علايم) ښکاره شي په هماغه اندازه د مړيني خطر د عملياتو وروسته ډېروي.

د بطن د پخو ترضيضاتو شديد اعراض او علايم په پر مختللي مرحلو کې په هغه صورت کې، چې د بطن مجوفي احشالکه معده، وړي کولمي او غټي کولمي څيري شوي وي او يا هم دبطن پارانشيماتوز احشاوي لکه ځګر، توری، پانقراص او مساريقه ژوبل شي او پدې صورت کې د مجوفو احشاوو محتويات او افرازات او يا هم وينه د بطن په جوف کې نه خپريږي پدې دواړو حالاتو کې يو شميرشديد اعراض او علايم منځ ته راځي، چې مخکې تري يادونه وشوه ممکن ورسره ناروغ د شاک په حالت کې وي(Traumatic, Neurogenic او hypovolumic شاک کې).

د پرانشيماتوز احشاوو د ژوبليدو په صورت کې په اوايلو کې ناروغ د هيپووالېميکشاک په لوحه کې وي او د مجوفو احشاوو د ژوبليدو په صورت کې ناروغ د Peritonitis په لوحه کې وي، چې د Peritonitis د سندروم کلينيکي اعراض او علايم په لاندې ډول دي:

د پيريتونايتيس سندروم اعراض او علايم

د مجوفو احشاوو د څيري کېدو له امله د هغه محتوی او د صفرا او پانقراص انزايمونه د پريتوان جوف داخل ته تويږي، چې د کمياوي Peritonitis لامل ګرځي او د ژوبلې شوي ناحيې د لارې خارجي انتانات هم د پريتوان جوف ته نفوذ کوي، چې د پيريتونايتيس لامل ګرځي.

سريري اعراض

1.درد: کوم دردچې ناروغ د ترضيض وروسته په بطن کې حس کولو دقيقه په دقيقه زياتېږي او په ټول بطن کې انتشارپيدا کوي.

2.زړه بدوالی او کانګې: ورو، ورو زياتېږي او د شديدو کانګو په شکل تظاهرات کوي.

3.د Peritonitis په اوايلو کې ممکن د پريتوان د ترشح له امله د کلمو اشتداري حرکات زيات او اوبلن غايطه مواد د مقعد له لارې خارج شي اما ژر تر ژره د

www.ketabton.com

مکروبونو د توکسینو پواسطه د کلمو استداري حرکات کمیږي او د کلمو د جدار د فلج کېدو او فلجي انسداد لامل کېږي.

4.تبه: د ۲-۱۲ساعتو وروسته د پریتوان په جوف کې مکروبونه په نشونما او تکثر پیل کوي او په دوران کې د مکروبو او د هغه دتوکسین له امله ناروغ ته تبه پیدا کېږي چې ساعت په ساعت زیاتېږي چې د انتان د شدید پرمختګ په صورت کې کله چېSepticemia او انتاني شاک تاءسس کوي نو بیا تبه رالویږي او حتی پهhypothermia بدلیږي او دا هغه سرحد دی، چې ناروغ د مرګ په طرف بیایې.

1. نبض: په لومړی مرحله کې نبض نورمال وي خو د تبې د پیدا کېدو سره سم د نبض شمیر زیات او تاکې کار رامینځ ته راشي.

2. دویني فشار: په لومړیو کې ممکن د وینې فشار نورمال وي خو د مکروبونو د توکېسن د جذب کېدو سره سم د وجود د ټولو رګونو جدار Relaxکوي او پراخیږي په پایله کې د وینې حجم نظر د پراخ شوي رګ حجم ته کمیږي او د وینې فشار ښکته راځي د Septicemia او انتاني شاک په حالاتو کېSystolic فشار فوق العاده ښکته وي او حتی تر 40-60mmHgs ته رالویږي.

شدید علایم

دبطن د ترضیض وروسته کله چې 6-12h ساعته ورځخه تیریږي او پیریتونایتیس تاسس کوی نو پدې صورت کې د ناروغ ژبه وچه،ډبله او په بستر کې پداسې حال کې پروت وي،چې د درد له کبله نا ارام او خپلي پښې یې په بطن باندې قات کړي وي او که ورته ووایو ،چې خپلي پښې وغزوي نو پدې صورت کې په بطن کې درد زیاتېږي او په تفتیش سره د ناروغ بطن پراخه او په تنفس کې اشتراک نه کوي.

په جس سره دبطن جدار شخ او په کلاسیک ډول د لرګي د تختې په بڼه کلکوالی لري Refer tenderness، Rebound tendorness, tenderness په ټول بطن کې شته والی لري.

www.ketabton.com

په قرع سره د ځګرا صميت له منځه ځي او په ځای يې پدې ساحه کې د هوا جمع کېدو له امله(Tympanic) منځ ته راځي.

په اضعاء سره د Peritonitis د جوړيدو په پيل کې تيريدونکې Hyper peristatism شته والي لري، چې وروسته دا تيز استداري حرکات ژر کميږي او په پرمختللي مرحلو کې استداري او ازونه هيڅ نه اوريدل کېږي.

مقعدي معاينه(**Touch Rectal**): د مقعدي قنات محتوي، په هغه کېد وينې شته والی او د دوګلاس جوف (په نارينه وو کې Excavaties Rectovesical او په ښځو کې Excavaties Uterorectal د دوګلوس د جوف په نوم يادېږي) معاينه چې په بطن کې د جس علايم تاييد وي،او دا معاينه فوق العاده مهمه او باارزښته معاينه ده او د پيريتونايتس په حالاتو کې د دوګلاس جوف ډک حساس او د بطن د جدارپه شانtendernessلري. د بطن ترضيضاتو وروسته که د پريتوان په جوف کې وينه جمع وی او دا وينه د پرانشيماتو زا حشاوو څخه دوينې تلني له امله وي نو د هغې برسيره د نوموړو احشاوو انزايمونه هم د پريتوان په جوف کې د وينې سره يو ځای راتوليږي،چې په اول کې هموپيريتونيت او وروسته بيا د يني او پانقراس د عصارو له امله کمياوي پيريتونايتيس تاس کوي.

1.ناروغ په خپل بطن کې درد حس کوي او درد ثابت او پر مخ تللي سير نه لري.

2.زړه بدوالی او کانګې په اول کې موجود ولې وروسته ورو ، ورو له منځه ځي او د کولمو استداري حرکات کميږي.

3.تبه په اول کې نه وي ولې د وينې د جذب کېدو وروسته لږه تبه پيدا کېږي.

4. د بطن په داخل کې د زياتې وينې بهيدنې په صورت کې د هيپووالیمیک شاک اعراض يعنې نبض سريع خيطي او تش يا خالي وي.

5.د وخت په تيريدو او د وينې بهيدنې د دوامداره پاتې کېدو سره د نبض سرعت زياتېږي او برخلاف د وينې فشار وروسته د هر 15-30 دقيقو څخه ښکته راځي. د پريتوان د جوف په داخل کې د وينې بهيدنې د دوام په صورت کې، چې د پريتوان د جوف په داخل کې د ترضيض وروسته دوام مومي نو پدې صورت کې نبض سريع او

www.ketabton.com

فشار ژر ښکته کېږي پداسې حال کې، چې د کمياوي پريتونايتس د سندروم په صورت کې 12-6 ساعته وروسته د وينې فشار ښکته کېږي يعنې کله چې په بطن کې انتاني حالت تاءسس کوي نو فشار ورسره راښکته کېږي. البته د بطن د داخلي وينې بهيدنې سره د ترضيض وروسته اولينه علامه داده چې ناروغ ترې وي او ژبه يې وچه اوبارداره وي. د زياتې وينې بهيدنېله امله ناروغ خاسف او سړي خولې يې د پوستکې په سر موجودي وي.

په تفتيش سره بطن دومره پراخه نه وي مګر په تنفس کې اشتراک نه کوي.

په جس سره ګيډه حساسه او Tenderness موجود وي خو Rebound tenderness او Refer Tenderness شته والی نلري.

قرع: په قرع سره په ټوله بطن کې اصميت (کونوالي) موجود وي.

اصغاء: په اصغاء سره د کولمو استداري حرکات کمېږي.

په مقعدي معاينه کېد دوګلاس جوف حساس او ډک جس کېږي په خلص ډول د تروما وروسته د بطن د نزفي سندروم په صورت کې د هيپووالېميک شاک اعراض او علايم موجود وي.

تشخيص: د درستي تاريخچې، سريري اعراض او علايمو، او د لابراتواري او راډيولوژيکې معايناتو پواسطه اېښودل کېږي.

د وينې په معاينه کې د ترضيض وروسته د Hb او Hct کچې راښکته کېږي د بطن د پخ ترضيض څخه يو ساعت وروسته د سپينو کريواتو شمېر زياتېږي يعنې د(15000) په حدو کې پورته درومي. د وينې په معاينه کې د Amylase د سويې لوړ تلل په هغه حالاتو کې، چې د وړو کلمو پورتنی قسمت او يا پانقراص په ترضيض اخته وي منځ ته راځي. په ځينو اشخاصو کې، چې د شکري ناروغي او پښتورګو عدم کفايه موجوده وي په وينه کې د ګلوکوز او Creatinine د کچې تعينول او همدا ډول د الکترولايتونو د سويې معلومول ډېر مهم او بارزښته دي. په وينه کې د ګازاتو د سويې تعين کول هغه مصدومينو ته، چې متعدد ډې جرحې لري بايد اجرا شي.

www.ketabton.com

راډيوګرافيکي موندني: د بطن د ترضيضاتو په سختو ناروغانو کې چې ښکاره اعراض او علايم موجود وي د بطن د راډيوګرافي اجرا کول عمليات په ځنډ عورځوي، چې بايد د دې کار څخه ډډه وشي. ولې په تر شک لاندې حالاتو کې، چې د ناروغ وضعيت ښه وي د ولاړې په حالت کې راديوګرافي اجرا کېږي او په راديوګرافي کې د حجاب حاجز او ځګر تر منځ ازاده هوا Free Air رامنځ ته کېږي د پرانشيماتوز احشاوو د څيري کېدو او په بطن کې د وينې شتون په صورت کې د بطن ساده راديوګرافي کوم واضح حيال نه ورکوي خو بيا هم د پسواس د عضلي د سرحد نه معلوميدل، د معدي د هوايې جيب حيال يو خوا بل خوا بيځايه کېدل، د ځګر او توري حيال غټوالی د بطن په داخلي وينه دلالت کوي.

د معدي د تيوب د تطبيق وروسته د هغه د محتوياتو کتنه: د بطن د ترضيضاتو په ټولو ناروغانو کې اول NGT تطبيق کړي د دې تيوب تطبيق کول نه يوازې تشخيصيه بلکې د درملنې ارزښت هم لري.

1.د NGT د تطبيق وروسته د معدي محتوی اسپريشن کېږي او په هغه کې کچېږي وينه موجوده وي، نو پدې صورت کې د معدي او اثنا عشر په جرحو دلالت کوي.

2. دتيوب په تطبيق سره د عملياتو پر مهال د کانګو او اسپريشن څخه مخه نيول کېږي همدا ډول د انستيزي په دوهمه مرحله کې د اسپريشن نمونې مخه نيول کېږي.

د بطن د ځينو ترضيضاتو په صورت کې د I. V. P اجرا کول ضرورت وي، همدا ډول په تر شک لاندې حالاتو کې د Angiography او Ct- scane پواسطه تشخيص اجرا کېږي.

د بطن د جدار پاراسنتيزيس(Paracentesis)

د بطن د جدار د پاراسنتيزيس استطبابات: دا عمليه په هغه ناروغانو کې اجرا کېږي، چې د بطن دداخلي وينې په اړه ډاکټر د تکراري فزيکي معاينې او راديو لوژيکي کتنو وروسته شکمن وي.

www.ketabton.com

د بطن د جدار د پاراسنتيزيس مضا د استطبابات

1-د بطن په جدار د پخوانيو عملياتي ندبو د موجوديت په صورت کې.
2-د بطن په جدار د ژورو تندبي انساجو د موجوديت په صورت کې.
3-کله چې د کولمو د پراخوالي له کبله بطن پرسيدلی وي.

پدې درو حالاتو کې د بطن د غړو اناتوميک موقعيت بدلون مومي او کېدی شي کولمې د بطن د جدار سره التصاقي يا بالکل نژدې وي نو لدې کبله امکان لري، چې د پاراسنتيزيس په وخت کې ستنه د کولمو په لومن کې داخل شي او د هغه څخه مايع لاس ته رانه شي.

د NeedleAbdominal paracetesisعمليه په هغه ناروغانو کې اجرا کېږي، چې د ترضيض وروسته د بطن د داخلي انزفې په اړه د تکراري فزيکي معاينا تو او راډيولوژيکو کتنو د اجرا وروسته بيا هم شکمن وو نو يوه ښه تشخيصيه طريقه ده. بطني Tap په هغه ناروغانو کې چې د قحفي ترضيض له امله په کوماکې قرار ولري او د فزيکي معاينې پواسطه درست تشخيص نه شو اجرا کولی ډېره موثره لاره ده. د دې طريقې پواسطه، چې وينه Aspirotionکېږي په 95% واقعاتو کې تشخيصيه ارزښت لري. منفي Tapاکثراً غير قابل د اعتماد دی، چې بايد پدې صورت کې د نورو تشخيصيه متودونو لکه Peritoneal lavageپواسطه بايد تعقيب شي په مونثويا ښځينه ناروغانو کې د بطن د داخلي خونريزې د تر شک لاندې توب په صورت کې بايد د culdo- centesis tape اجرا شي، چې اکثراً مثبت وي.

په هغه صورت کې چې کولمې د بطن د جدار څخه لرې او د بطن په شاتنۍ جدار تثبيت شوې وي ستنه بايد داخل شي او د بطن په جدار کې دوه ځايه دا ځانګړتياوې لري او د ستنې د لګيدو امکانات د کولمو سره ډېر لږ دي.

ښی او کېڼه خوا د تخرګ د قدامي خط(Ant. Axillary. Line) په خذا کې د پښتنۍ د ښکتنۍ څنډې او د حرقفي قنزعې په پورته نيمايي فاصله کې د پاراسنتيزيس ټاکلی ځای دی او عمليه پداسې حال کې اجرا کېږي، چې د ترضيض د موقعيت په نظر کې نيولو سره لومړی ښي يا چپ قطني قدامي ناحيه د پنځه فيصده ايوډين او بيا

www.ketabton.com

د 70% الکولو پواسطه پاکه او د ټاکلي ناحيې پوستکې ته د 2ml يو فيصده نووکاين محلول پواسطه موضعي انيستيزي ورکول کېږي. پداسې حال کې،چې ناروغ د شاه پرتخته په بسترکې پروت وي دقطني بذل غټه او اوږده ستنه چې تقريباGuage 18قطر ولري ديوه سورنج سره وصل کړي او د افقي سطحې سره موازي عموداً د بطن په ټاکل شوي ځای کې داخل کېږي. (دا ناحيه هغه ناحيه ده، چې په ښي خوا کې د صاعده کولون او په چپه خوا د نازله کولون د بطن د ضلعي جدار سره نژديوالی لري او ستنه د هغې د پاسه د پريتوان په جوف کې داخليږي) کوم وخت چې د پريتوان مقاومت حس شو ستنه لږ نوره هم د ننه کېږي اووروسته دهغه دلس ملي ليتره سرنج پستون چې دستنې سره اړيکه لري دباندې خواته کش کېږي که د بطن په داخل کې خونريزي موجوده وي وينه خارجيږي او د سرنج په منځ کې نه پرېند کېږي په هغه صورت کې چې پرېند شي امکان لري،چې وينه د کولمو او يا بطن د جدار څخه راغلې وي که دا عمليه په ډېر پام سره اجرا شي د بطن په پځو ترضيضاتو کې که دبطن په داخل کې وينه بهيدنه شته والی ولري په لومړی مرحلو کې95% تشخيص اينبودل کېږي. پدې عمليه کې د ستنيې قطر بايدد 18guage څخه زيات نه وي او که ستن په کولمو کې داخله شي نو پدې صورت کې د کولمو سوري کېدل کوم ارزښت نلري او خطرناک نه دي ځکه چې نوموړي سوري د کولمو د عضلي اليافو د تقلص پواسطه بنديږي او نه پريږدي چې د کلمو محتوي د پريتوان ازاد جوفه ته توي شي او پريتونايتيس رامنځ ته شي.

Peritoneal Lavage:په 1965 کال کې د اول ځل لپاره د Rect پواسطه په انسانانوکې د پريتوان لواژ ترسره شوو او دايې توضيح کړه،چې دبسته ترضيضاتو په وخت کې د پريتوان لواژ يوه مصؤنه او بې ضرره طريقه ده تر څو د هغه پواسطه تشخيص صورت ونيسي.

د پريتوان د لواژ لپاره د يوه نري ماندرين لرونکي کاتيتر څخه ګټه اخېستل کېږي او د دې کاتيتر د داخليدو ټاکلی ځای د نامه او اتفاق عاني (symphysis pubic) منځنۍ (1/5) برخه تشکېلوي د کاتيتر تر داخليدو دمخه بايد د ناروغ

www.ketabton.com

مثانه د کاتيتر د تطبيق پواسطه خالي او تشه شي بيا د ټينچر ايودين او الکولو پواسطه بطن پاک او په ټاکلي ځای کې د نووکاين 1% محلول په پوستکي، دپوستکې لاندې، صفاق او پريتوان پورې زرق کړي او بيا شق اجرا کېږي او د پريتوان جوف ته کاتيتر د ماندرين سره يوه ځای په داسې ډول داخل کېږي، چې د هغه څوکه د سکروم منځنۍ برخې ته متوجه وي د پريتوان په جوف کې تر داخليدو وروسته د کتيتر ماندرين او يا ستن را وباسۍ او وګورۍ، چې د هغه د لارې وينه چې نه پرنډه کېږي خارجيږي او که وينه خارجه شوه تيستې مثبت اوبيړنۍ مداخله بايد وشي. د وينې دنه خارجيدو په صورت کې د همدې کاتيتر د لارې د Ringer Lactates محلول د پريتوان جوف ته اچول کېږي (په ماشومانو کې په في کېلوګرام وزن 10ml د همدې محلول اچول کېږي) او د 15 دقيقولپاره نومورۍ کاتيتر د يوه تيوب سره چې څوکه يې په يوه بوتل پورې مښلي وي ارتباط ورکول کېږي کوم وخت چې بوتل پر ځمکه کېښودل شوو مايع د پريتوان د جوف څخه د بوتل وخواته راوانيږي. که د دې مايع په منځ کې په Macroscopic ډول وينه موجوده وه معاينه مثبت او ژر بايد ناروغ ته لاپراتومي اجرا شي او دبطن داخلي اعضاوې تفتيش او ترميم بايد اجرا شي کچېرې د مايع رنګ لږ تغير کړی وو نو لابراتوار ته استول کېږي او د وينې د تثبيت لپاره معاينه اجرا کېږي کچېرې RBC په هر ملي ليتره کې 100000 او WBC د 5000 په حدودکی موجود وو او همدا ډول د مايع په منځ کې صفرا اويا Amylase تثبيت شووبيا هم تيستې مثبت او لاپراتومي اجرا کېږي کچېرې صفرا او اميلاز موجود نه وي او د وينې اجزا د معينې اندازې څخه کمې وي نو تست منفي او معنی يې دا ده چې دپريتوان داخلي اعضا کومه جرحه نلري.

په بعضې حالاتو کې د خلفي پريتوان د تحريباتو له امله په بطن کېTenderness په عکسوي ډول موجود وي ولې د پريتونيال لواژتست منفي وي او د ناروغ دبطن درد چې د پريتوان د خلفي افاتو له امله، چې دترضيض وروسته منځ ته راغلي بايد پاملرنه وشي.

www.ketabton.com

يو تعداد نوره ځانګړي معاينات: اوس مهال د التراساوند څخه د بطن د پڅو ترضيضاتو په تر شک لاندې حالاتو کې د تشخيص لپاره زياته ګټه پورته کېږي همدا ډول د نوې تکنالوژۍ د پر مخ تګ په اساس اوس په اکثرو شفاخانو کې د laparoscopy څخه ګټه پورته کېږي او د عملياتو په کوټه کې کچېږي افت تثبيت شي بيرنۍ مداخله صورت نيسي. همدا ډول د سونوګرافي په پرتله دقيقه معاينه Ct scan ده. په همدې ډول د تشخيص لپاره د angiography او Scintiscaning هم ګټه پورته کېږي.

استکشافي لاپراتومي يا(**Exploratory lapratory**)

د استکشافي لاپراتومي استطبابات د پيريتونايتيس، هيپووالمي او همدا ډول د بطن په داخل کې د نورو پتالوژيود موجوديت تثبيت کول او درملنه ده، چې د ترضيض پواسطه رامنځ ته کېږي.

د پڅو ترضيضاتو وروسته پريتونايتيس په ندرت رامنځ ته کېږي خو داستکشافي لاپراتومي ايجاب کوي د مجوفو احشاوولکه (معده، اثناعشر، جيجونيوم،وړواو غټو کولمو، دصفرا کڅوړي او مثاني) د ځيرې کېدو په صورت کې او يا هم د پانقراص د ترضيضاتو له امله او بعضاً د پريتوان د حلفي وينې د جمع کېدو له امله هم پريتونايتيس منځ ته رادرومي. د بطن اوسيني د ترضيضاتو په صورت کې کچېږي د سپنې راديوګرافي نورماله وي او په مصدوم کې هيپووالمي موجوده وي نو د استکشافي لاپراتومي استطباب بايد عاجل وشي خو کچېږي د بطن په داخل کې وينه بهيدنه د پريتوان د لواژ او Ct scan په واسطه رد شوه او يا هم پريتوان څخه بهرد وينې د ضايع کېدو له امله که چېرې هيپووالیمي تاسس کړی وي نو د استکشافي لاپراتومي استطباب رد کېږي د هيموپريتوان يا د پريتوان په جوف کې د وينې جمع کېدلو پايلې هميشه د Hypovolemia په شکل تظاهر کوي د خارجي وينې بهيدنې تر کنترول وروسته، کله چې مصدوم ته وينه او داخل وريدي مايعات ورکړل شي نو حياتي علايم يې ثابت او د يوريزيې کافي کېږي کچېږي د

www.ketabton.com

مصدوم حالت مخ په خرابيدو وو نو پدې صورت کې د پريتوان داخلي وينه بهيدنه مه هيروی او استکشافي لاپراتومي اجرا کړی او د مصدوم ژوند وژغوری.

B. د بطن تيره ترضيضات(Sharpe Injuries)

د تيره الاتو لکه چاقو،توره، حنجر، شيشه، تبر، مرمی، بمي پارچو،د راکټ پارچو او يا مزايل لګيدل په بطن باندې د بطن د تيرو ترضيضاتو په نوم يادېږي، چې په عمومي ډول په دوه ډوله دي.

د بطن نافذه جروحات.

د بطن غير نافذه جروحات.

کچېرې په بطن باندې يوه جرحه موجوده وي او د جرحې عمق جداري پرايتوان ته رسدلی وي خو پريتوان سالم وی او د بطن داخلي جوف دبهرنی هوا سره تماس نه وي نيولی ورته د ګيډې غير نافذه جرحه ويل کېږي. خو که چېرې د جرحې پواسطه جداري پريتوان څيرې وي او د بطن داخل د بهرنی هوا سره تماس نيولی وي نو د بطن نافذه جرحې ورته ويل کېږي.

د بطن د نافذه جروحاتو په صورت کې د طبيب برخوردبايد د تشخيص لپاره مکمل او منظم وي او د کور کورانه قضاوت او بې پروايی څخه بايد ډډه وکړي ځکه په دواړو صورتو کې د ناروغ ژوند د خطر سره مخامخ کېږي.

د دې ډول جرحو سره د مخامخ کېدو په صورت کې کچېرې پدې پوهه شو،چې جرحه د پريتوان جوف ته نافذه ده بايد په بېرنی توګه مجروح د عملياتو کوټې ته د لاپراتومي لپاره نقل شي او بېرنی مداخله بايد پکې صورت ونيسي او اړونده پتالوژي بايد ترميم شي ځکه په عملياتو کې ځنډ د دې مجروحينو د مړينې کچه لوړه بيايي نو لازمه يې بولم چې د روغتونونو ډاکټران او نوکريوال ټيم د بطن دنافذه تيرو ترضيضاتو په صورت کې ډېر په چټکی او زيرکتيا عمل وکړي تر څو مو د اړونده ناروغانو سره ښه مرسته کړي وي.

www.ketabton.com

i. Stab wound: د بطن د نافذه تيرو ترضيضاتو تشخيص د بسته ترضيضاتو په پرتله اسان دي او د نافذه تيره ترضيضاتو پلټنه اولازم اهتمامات په درو طريقوسره کولی شوو:

الف: په روټين ډول Exploration د ټولو ناروغانو ،چې په تيرو ترضيضاتو اخته وي بايد وشي.

ب: انتخابي تدبيرونه بايد صورت ونيسي.

ج: د پريتوان د جوف او يا د احشاوو د ترضيض په صورت کې بايد نورې پلټنې هم سرته ورسيږي، ټول جراح ګان پدې هاند دي، چې د تيرو ترضيضاتو په صورت کې استکشافي لاپراتومي بايد اجرا شي ځکه کېدی شي چې دا ترضيضات د بطن دداخلي احشاوو د تخريباتو لامل ګرځيدلي وي کچېرې په بطن باندې نافذه جرحه موجوده وي نو په بيړه سره لاپراتومي اجرا کړی او د بطن داخلي احشاوی مکملې تفتيش کړی يعنې د انتظار ايستل پدې حالاتو کې ناوړه عواقب رامنځ ته کوي، چې د ناروغ د مړينې لامل ګرځي پدې صورت کې کېدی شي چې:

1. د ګيډې د احشاوو د ترضيضاتو د تشخيص لپاره ډول، ډول Criteria ګانې څه ډول د اعتماد وړ دي؟
2. د لاپراتومي د ځنډ اچولو په صورت کې کچېرې حشوي ترضيضات رامنځ ته شوي وي نو د اختلاطاتو او Mortality rate به څه ډول وي؟
3. ايا د لاپراتومي اجرا کول د Mortality او Morbidity د زياتوالي لامل ګرځي؟

بعضې د جراحی متخصصين د بطن په ټولو نافذه جروحاتو کې لاپراتومي ته غوره والی ورکوي.

کله کله د لاپراتومي اجرا کول سره لدې چې د مرګ و ميږ واقعاتو راپور نه دی ورکړل شوی خوبيا هم د عملياتو وروسته د اختلاطاتوراپور ورکړل شوی دی.

www.ketabton.com

اکثراً مولفین انتحابي تدبیرونه د بطن د تیرو ترضیضاتو په صورت کې ګټور بولي او د سریري ارزونې وروسته د Exploratory laparatomy لپاره پریکړه کوي او د تصمیم د نیولو لپاره لاندې ټکي په پام کې نیسي.

1. د فزیکي علایمو موجودیت د پریتواني ترضیض په صورت کې.
2. د شاک موجودیت.
3. د کولمو د استداري حرکاتو معدومیت.
4. د جرحې د لارې د کبیره څرب او یا یوې عضوې بهرته راوتل.
5. په بطن کې د Pneumatic peritoneum موجودیت، او یا د احشاوو بې ځایه کېدل، چې د احشاوو د ترضیضاتو اثبات کوي.

د تشخیص د ترشک لاندې کېدو په حالاتو کې یو تعدا معاینات لکه I. V. P، Ct Scan، انژیوګرافي، Needle Aspiration , cystography,Peritoneal lavage هم اجرا کېږي.

کچېرې د بطن د داخلي احشاوو ترضیضات موجود نه وو 48-24 ساعته وروسته ناروغانو ته د یوه طبیب پواسطه تکراري فزیکي معاینې اجرا کېږي کچېرې د ناروغ وضعیت ښه وو له روغتون څخه رخصت کېږي کچېرې پدې موده کې د ناروغ وضعیت مخ په خرابیدو وو نو ورته Exploratory laparatomy اجرا کړی او اړونده پتالوژي ترمیم کړی.

همدا ډول که جرحه د پریتوان جوف او یا بطن ته نافذه وي ځینې جراح ګان د جرحې د لارې یو کتیتر د بطن جوف ته تیروي او د هغه لارې مواد کثیفه بطن ته تیروي تر څو درست تشخیص وضع شي، چې اوس مهال صرف تاریخي اهمیت لري.

د ترضیض د محل پلټنه د موضعي انستیزي ورکولو وروسته د تشخیص لپاره یوه بله لاره ده او د اسیپتیک تحنیکونو او دنوو کاین د زرق وروسته د جرحې سیر او عمق کتل کېږي. چې البته پدې صورت کې هم کافي نور،سامان الات او اسیستانت او کافي لوڅونې ته ضرورت دی کچېرې زخمونه سطحي او غیر نافذه وي نو د تطهیر او پانسمان وروسته دا وړ ناروغان کورته رخصت کېږي. خو باید په

www.ketabton.com

هغه صورت کې چې د جرحې سير منحرف وي نو د کور کورانه probing او يا سامان داخلولو څخه بايد ډډه وشي په هغه صورت کې چه د جرحې عمق ونه ليدل شي او يا هم Probing د پريتوان جوف ته داخل شی بايد لاپراتومي اجرا شي.

ii. Gun shot Wounds: دبطن د جروحاتو په ترضيضاتو کې90% سلنه يې د بطنی احشاوو د څيرې کيدو سره يوځای وي البته د ناريه جروحاتو په صورت کې د مرګ او ميرکچې د Stab wound په پرتله 10-8 مرتبې لوړه ده.

د ناريه جرحې د تګ لوري ټاکل د مرمی او پارچې ددخولې سوري او خروجي سوري پواسطه اجرا کېږي.

کچېرې ناريه جرحې عبوري وي نو پدې صورت کې مرمی او پارچې د X-ray په فلم کې نه ليدل کېږي صرف کچېرې ډندې ناريه جرحې وي نو د X-ray په فلم کې يې حيال او موقعيت په ګوته کېږي کچېرې مرمی د پريتوان د جوف سره نږدې موقعيت يې درلوده نو پدې صورت کې د استکشافي لاپراتومي اجرا کول ضروري دي. د سينې د لاندې قسمت جرحې هم 25%سلنه ګيډې ته نافذه وي کچېرې په کوم ناروغ کې ناريه جرحه د سينې د پنځمې بين الضلعي مسافې ښکته موقعيت ولري نو پدې صورت کې هم د ناروغ لپاره لاپراتومي بايد اجرا شي کچېرې د ناروغ وضعيت اجازه راکړي د مرمی او پارچې د موقعيت د تثبيت لپاره په مختلفو وضعيتونو باندې (قدامي خلفي او oblique) راديوګرافي اجرا کېږي. که چېرې د ناريه جرحې سير د بطن د جدار سره نږدې وو پدې صورت کې د فزيکي معاينې او کلينکي لوحې مطابق د لاپراتومي تصميم بايد ونيول شي او بيرنی مداخله بايد وشي تر څو مو د اختلاطاتو او مرګ مير څخه مخ نيوی کړی وي او يو اوږد او متوسط شق بايد اجرا شي او د هغه د اجرا کولو او ښيګڼې دلايل په لاندې ډول دي.

1. دا شق ژر اجرا کېږي او د بطن د داخلي خونريزی، دلامل او کنترول له پاره حياتي ارزښت لري.
2. د دې شق له لارې د بطن د جوف ټولو ساحو ته ښه لاس رسی کولی شو.

www.ketabton.com

3. د نومورۍ شق په اجرا کولو سره کولی شوو ډېر په ساده ګی پورته او ښکته شق د ضرورت مطابق ستر کړو که چېرې د سينې ترضيض هم موجود وو نو د همدې شق د لارېmediastinotomy او د سينې د جوف تفتيش هم اجرا کولی شو.

4. نومورۍ شق ژر بسته کولی شو او د عملياتو د وخت او انيستيزي د پريود د کموالي باعث ګرځي چې دا په وخيمو صدمه موندونکو ناروغانو کې د خاص ارزښت څخه برخمند دی.

درملنه

A. د ګيډې د جدار ترضيضات: د ګيډې د جدار د ترضيضاتو په صورت کې څنګه چې د پخو ترضيضاتو له امله د shear forces په نتيجه کې رامنځ ته کېږي او د پوستکي او پوستکي لاندې انساجو د نکروز لامل ګرځي که چېرې د جراحي په تطهير کې تاخر رامنځ ته شي نو پدې صورت کېanaerobic انتانات هم هلته نشونما کوي.

د بطن د جدار نافذه ترضيضات اکثراً په خلاص ډول درملنه کېږي د جراحي ښه تطهير او مناسب irrigation بايد پکې اجرا شي د اجنبي اجسامو، خاورو، دوړو او د لباس ټوټو او رڅوه انساجو نکروزي ساحې بايد ښې پاکې او د جرحې د سير څخه وايستل شي کچېرې د بطن د جدار نيمګړتيا موجود وي بايدmyoplsty او يا merles meshڅخه چې يو ډول مصنوعي مواد دي ګټه پورته کېږي.

B. دځګر ترضيضات: د ينې ترضيضاتو ۷۰٪ سلنه يې دومره کوچني وي چې حتی د درېناژ ايجاب هم نه کوي البته داکوچني ترضيضات د لاپراتومي په وخت کې چې د نورو شديدو ترضيضاتو له امله اجرا کېږي په اتفاقي ډول تشخيص کېږي. د ينې په ۲۵٪سلنه ترضيضاتو کې وينه بهيدنه يو عمده پرابلم تشکېلوي چې هغه د suture ligation او يا يو فولادي کليپ د تطبيق پواسطه د وينې ورکوونکو او عيو د پاسه مستقيماً کنترول کېږي کچېرې صفراوي لارې ماووفې وي د suturepواسطه ترڼ او کنترول کېږي. دځيګر ٪۵ ترضيضات چې د شديدې وينې بهيدنې پواسطه

www.ketabton.com

همرايي کېږي داد مخصوصو پروسيجرونو ايجاب کوي تر څو وينه بهيدنه کنترول شي. کچېرې ترضيض د کتلوي وينې بهيدنې لامل شوي وي پدې صورت کې لومړی بايد لاپراتومي اجرا شي اوبياد بطن packing د د pad پواسطه صورت نيسي او وروسته ښه پکې د پلان reexploration عمليات اجراکېږي. ۴۸-۲۴ ساعته وروسته وينه بهيدنه د ډيبريډمنټ او وينه ورکوونکې اوعيو د لګاتور پواسطه دريږي. چې البته بايد په مقدم ډول دا کار اجراشي او په نادرو حلاتو کې د ځګر د انتخابي شراينو د لګاتور resectional debridment او د ځګر lobectomy او يا د فشار لاندې راوستلو پواسطه د ينې په پرانشيم کنترول کېږي او د ريزکشن په جريان کې د pringle د مانورې او د فشار پواسطه د ينې په پرانشيم باندې وينه بهيدنه کنترول کېږي. تر څو اوعيې ليګاتور او يا پکې د omentoplaty عمليه اجرا شي. د درين څخه ګټه پورته کېږي خو د صفراوي لارو decompression مضاد استطباب دي. د ځګر وريدي ترضيضات د کتلوي وينې لامل ګرځي د ځګر د داخلي وريدي اجوافو ازادول د دې ترضيضاتو د تر ميم له پاره او يا د resection له پاره ډېر مؤثر دي.

C. د صفراوي لارو ترضيضات: د صفرا د کڅوړې د ترضيض اويا جرحې په صورت کې بايد cholecystectomy اجرا شي. د صفراوي مشترک قنات جروحات د sature closer او T-tube په تطبيق سره درملنه کېږي د اثناعشر د شديدوترضيضاتو په صورت کې چې د ampula په ساحه کې صفراوي مشترک قنات هم په تخريب اخته وي نو پکې بايد choledecho jejunostomy اجرا شي. د پانقراص د قسمي يا تام ليرې کولو په وخت کې duodenectoy اويا د diversion procedure نور ډولونه اجراکېږي د صفراوي مشترک قنات ديوه قسمت د ضايع کېدو په وخت کې هغه بايد ازاد کړو او پکې د end-to-end anstomsis اجرا کړو. په بعضې حالاتو کې د cholecystojejunestoy ايجاب کوي.

D. د توري ترضيضات: د توري د ترضيض په صورت کې ۷۵٪سلنه د لاپراتومي اجرا کول او ۲۵٪سلنه غير عملياتي درملنه استطباب لري پدې

www.ketabton.com

ترضيضاتو کې د غير عملياتي درملنې انتحاب کول د لاندې ټکو ته په پام سره ولاړه ده.

1.د پخ ترضيض د موجوديت په صورت کې نسبت نافذه ترضيض ته

2.هغه نور ترضيضات چې د لاپراتومي ايجاب نه کوي.

3.په هغه صورت کې چې ترترضيض وروسته د مصدوم هيموډينامیک حالت ثابت وي او د وينې د ضايع کېدو او پيريتونايتيس علايم د مشاهدې په حالت کې په مخ ولاړ نه شي.

4. د وينې د ضايع کېدو ټول ضرورت د دوه يونټو څخه زيات نه وي.

البته د توري د ترضيض په صورت کې بايد په مکرر ډول څارووونکی ستي سکن اجرا شي او هر ډول تغيرات بايد تعين شي.

دلاپراتومي تر اجرا وروسته د توري د **۷۵**٪ سلنه واقعاتو څخه يې **۲۵**٪ سلنه ايجاب د spleenectmy کوي او متباقي **۵۰**٪سلنه يې د هغو تخنيکونو د په کارو اچولو پواسطه محافظه کېږي. وړې جرحې او يا څيرې شوي قسمتونه د هموستاتيک موادو پواسطه لکه د mircocrystalin collagen په ذريعه په ښه ډول درملنه کېدی شي هغه لويې جرحې چې د توري سروي اوعيې سالمې وي پدې صورت کې د تطهير کولو وروسته د هرې اوعيې تر ليګاتور کولو وروسته او د متباقي برخو د نږدې کولو او د توري د قطع شويو برخود spleenography پواسطه ترميم کېږي. په ځينو حالاتو کې د توري قسمي ليرې کول استطباب لري. د توري په تنهايې ترضيضاتو او څيرې کيدو د مړينې کچې ۱۰٪سلنه او کچې ورسره نور شديد ترضيضات موجود وي نو داکچې **۲۵**٪سلنه ته لوړيږي.

E.د پانقراس ترضيضات:د بطن د علوي اونامه دغوټې. په ترضيضاتو کې پانقراس په ترضيض اخته کېږي خو کلنيکي تظاهرات يې محدود او صرف دبطن دردونه او په وينه کې د ترضيض وروسته د amylase د سويې د لوړوالي په واسطه همرايي کېږي. د لاپراتومي تر اجراکولو د مخه د پانقراس د ترضيض د تشخيص لپاره تر ټولو ښه معاينه د سيتي سکن اجرا کول دي. پريتواني لواژ ممکن ګټور وي

www.ketabton.com

ولې اکثراً اغیزمن نه وي. د پانقراس د لکۍ او جسم جرحې د **excision** پواسطه درمل کېږي. د پانقراس قنات پیدا کوو اود غیر قابل رشف سوچر پواسطه لیګاتور کېږي. د غدې stump هم دغیر قابل رشف سوچر پواسطه چې د کپسول د لارې په یوه طبقه یې ډول ګنډل کېږي او تر ګنډلو وروسته په ساحه کې باید درین ځای په ځای شي.

که چېرې د پانقراس د لیرې قسمتو جرحې موجودې وي د هغه د ګنډلو کوشش مه کوی، ځکه چې پانقراس په کافي اندازه دفیبروزي انساجو لرونکی نه دی تر څو د خیاطو د جذب وروسته د لیکاژ مانع وګرځي، نو باید چې پدې صورت کې د هماغي ساحې امپوتاسیون د قنات د سالم والي په صورت کې اجرا شي. د پانقراس د ترضیضاتو او عملیاتو وروسته خامخا درین د پانقراس په لواژ کې د هغه د افرازاتو د تخلیې له پاره کېښودل کېږي.

R. د معدې او کولمو ترضیضات: د معدې اکثراً جرحې ګنډل کېږي خو د ډېرو لویو جرحو په صورت کې د معدې قسمي او یا تام ریزکشن هم اجرا کېږي. د اثناعشر جرحې هم د end-to-end anastomosis په اجرا سره ترمیم کېږي کله کله duodenectoy او pancreatectoy اجراکولوته دسختو ترضیضاتو په صورت کې اړتیا لیدل کېږي.

د وړو کولمو جرحې د bilayer closer څخه په ګټه اخېستنه درملنه کېږي. د کولون د جروحاتو په صورت کې څرنګه چې د کولون اروا خرابه او د بله طرفه زیات ګنده دی او پدې صورت کې د غایطه موادو د مسیر د بدلون exteriorize عملیات اجرا کېږي. په اخېرو څېړنو کې دا په ګوته شوې ده چې د کولون لومړنی ترمیم هم شونی دی. په هغه حالاتو کې چې جرحې د1/3 څخه کم دکولمو محیط نیولی او په anti-mesentric سطحه کې قرار ولري او د وینې جریان مختل نه وي نو باید د لومړني اناستوموز په هکله فکر وشي.

کچېرې مصدوم د شاک په حالت کې وو او اته ساعته وروسته تخلیه شوی وو او د ملوثتیا او پریتونایتیس علایم موجود وي. نو باید د لومړني تر میم څخه ډډه وشي.

www.ketabton.com

د رکتوم د جروحاتو درملنه د proximal diversionاو pre-sacral drainڅخه عبارت ده. د رکتم د جرحو مستقم ترميم حتمي نه دی.

G. بولي او تناسلي سېستم: په بولي تناسلي سېستم کې هم هغه اعضاوې چې په ترضيض اخته کېږي عبارت دي له د سړيو تناسلي عضوي (لکه احليل او خصيې)، رحم، مثانه او پښتورګو څخه عبارت دي.

د سړيو د تناسلي غړو ترضيضات: ډېر ځله د احليل د پوستکې د ضياع لامل ګرځي. پخپله احليل penileurethra او خصيې په صدمه نه اخته کېږي. د احليل د پوستکي په له منځه تللو کې د پوستکي د پيوند څخه کار اخېستل کېږي. د خصيو د لوڅوالي په صورت کې په موقت ډول هغه د ورانه د پوستکي په لاندې انساجو کې ساتل کېږي.

درحم ترضيضات: د رحم ترضيضات ډېرځله د رکتم او مثانې د ترضيضاتو سره مترافق مينځ ته راځي د fundus د ترضيضاتو په صورت کې کولای شو چې هغه د chromicاويا catgut پواسطه ترميم کړو او ويې ګنډو. چې پدې صورت درېناژ ضروري نه ښکاري د شديدو جروحاتو په صورت کې hysterectomy اجراکېږي. د حامل رحم د ترضيضاتو په صورت کې اکثراً د جنين مرګ مينځته راځي. پدې حالاتو کې کتلوي خونريزي رامينځته کېږي چې بايد ورته تدبيرونه ونيول شي او پکې عاجل Cesareanسکشن او hysterectomy عمليات اجرا شي.

د احليل ترضيضات: د حوصلې د کسرونو په صورت کې ډېر ځله د شاتني احليل او prostate- membranus څيرې کېدنې مينځته راځي. چې د ترضيض د نوعيت په اساس درملنه صورت نيسي. چې ديورولوژي په مبحث کې به په تفصيل سره مطالعه شي.

دمتيازودکځوړې ترضيضات: د حوصلې د ترضيضاتو په صورت کې د احليل د څيرې کيدو سره مترافق د مثانې جروحات او ترضيضات په 75%سلنه واقعاتو کې د پريتوان د خارجي خونريزي لامل ګرځي او 25%سلنه د پريتوان داخلي خونريزي رامينځ ته کوي. د مثاني د جدار جرحې راساګنډل کېږي او د شاتنی جدار

www.ketabton.com

جروحات کله مو چې مثانه د مخکښې جدار څخه خلاصه کړه نو بیا شاتنې جدار د قدام څخه ترمیم او ګنډل کېږي او باید دقت وشي چې د مثانې د داخل هیماتوم مخه ونیول شي چې پدې صورت د ادرار د سیر تغیر د (suprapubic cystostomy) پواسطه ترلسو ورځو پورې صورت نیسي.

د پښتورګو ترضیضات:د پښتورګو ټول نافذه ترضیضات د هغه د کامل تفتیش ایجاب کوي صرف په استثناد هغو واقعاتو چې د عملیاتو د مخه د پښتورګو ترضیضات رد شوي وي.

د کندو ترضیضاتو 15%سلنه د عملیاتو ایجاب کوي. البته د عملیاتو استطبابات عبارت دي له د پریتوان خلفي خونریزي څخه چې اندازه یې زیاته اودوامداره وي. د بولي سېستم وسیع د extravasation موجودیت،او د renogram ترا جرا وروسته کچېرې د پښتورګو پرانشیم د حیاتیت ورنه وي باید چې دماووف لوري پښتورګی واپستل اجرا شي. البته د جراحي مداخله د بطن د وسطي شق د لارې صورت نیسي. د پښتورګو د قسمي جرحو په صورت کې قسمي nephrectomy اوsuture repair اجرا کېږي. په هغه صورت کې چې total nephrectomy ناروغ ته اجرا کړي نو پدې صورت کې د ډیفیکټ د پاسه باید د pedicle grafts او یا free peritoneal patch grafts څخه کارواخلی. او ټول هیماتومونه باید تفتیش شي.

د سینې ترضیضات(THORACIC INJURIES)

د ټولو هغوپیښو چې د ترضیضاتو وروسته مړه کېږي ۳۵٪ یې دسینې ترضیضات تشکیلوي. البته دسینې د ټولو ترضیضاتو په واقعاتو کې په ۷۵٪سلنه کسانو کې تنفسي پرابلمونه د مړینې لامل ګرځي. د سینې په ترضیضاتو کې مقدمه مړینه د هوایي لارو د بندش،flaial chest، د خلاص نیوموتوراکس،کتلوي هیموتوراکس، فشاري نیموتوراکس او قلبي تامپوناد له امله رامینځ ته کېږي. اما

www.ketabton.com

پداسې حال کې چې وروستنۍ مړينې د تنفسي عدم کفايې،sepsis او نامعلومو ترضيضاتو له امله مينځ ته راځي.

د سينې ترضيضات په دوه ډوله دي.

۱-د سينې خلاص يا نافذه ترضيضات: چې پدې صورت کې جداري پلورا څيرې کېږي او د پلورا جوف د خارجي هوا سره تماس نيسي لکه د چاړې،چاقو ،خنجر، مرمۍ، دبم ټوټو ، دماين د پارچو او يا نوروعواملوله امله مينځ ته راځي.

۲-د سينې بسته يا پټ ترضيضات: چې پدې صورت کې د مختلفو لاملونو له امله په صدر ترضيض وارد ېږي او د سينې د پټو ترضيضاتو لامل ګرځي.

البته د سينې د خلاصو ترضيضاتو د مړينې کچه ۴-۸٪سلنه ده. خو د سينې د ترضيضاتو سره د نورو سېستمونو د ترضيضاتو په صورت کې د مړيني کچې ۱۰-۱۵٪سلنو ته رسيږي. د ګڼ شمير اورګانو د صدمې په صورت کې داکچې د ۳۵٪ سلنو څخه هم لوړه ده.

د سينې د ترضيضاتو په صورت کې په سلو کې ۸۵٪ کسان د محافظه کارانه تدبيرونو او درملنې پواسطه روغتيامومي او د صدر خلاصيدو ته پکې اړتيا نشته. بايد ټول جراحان د دې تدبيرونو توان مندي ولري. د سينې د ترضيضاتو په صورت کې د قلبي او تنفسي سېستم د حالاتوبيړنۍ څيړنه او سروې ډېره ګټوره ده. مثلاً کله چې د سينې دترضيض وروسته چې د هوايې لارو بندش موجود وي نو پدې صورت کې مصدوم سيانوزي، خاکستري او تور ښکاري او د معاينې په صورت کېstridor يا gargling sound، غير موثر تنفسي حرکات، د رقبي عضلاتو تقلص،او د قص د هډوکي د پورتنيو برخواوهمدا ډول د ترقوې د علوي برخو او د اضلاعو مابين او شرصوفي نواحيو ښکاره ښکته کېدل به په نظر راشي. د سينې د جدار دحرکاتو وصف او همدا ډول د نافذه جروحاتو موجوديت او يانه موجوديت په تفتيش سره کتل کېږي. کچېږي تنفسي حرکات نه په سترګو کېږي نو پدې صورت کې تهويه ناکافي ده، د paradoxic حرکاتو موجوديت دflial chest په صورت کې په قدام کې سمدستي مينځ ته راځي.

www.ketabton.com

د سينې د جدار د پاسه sucking جرحې په ښکاره ډول لیدل کېږي. د قرعې پواسطه هیموتوراکس موندل کېږي او د جس پواسطه د پوستکې لاندې امفیزیما تشخیص کېدای شي. massive hemothorax اوtension pneumothorax دواړه د تنفسي اوازو د کمیدو او ورکېدو اود شزن (trachea) د موقعیت د بدلون لامل ګرځي د ورمیږه وریدونه د massive hamothorax په صورت کې اکثراًcollaps کېږي. کچېرې د ورمیږه وریدونه متوسع وي او نبض خیطي او یا ورک وي نوپدې صورت کې بایده دي چې توپیري تشخیص د قلبي تامپوناد او tension pneumothoraxپه منځ کې وشي. چې تر تفتیش وروسته په بیړنۍ کوټه کې باید ناروغ ته عاجل chest tube، pericardiocentesisاو توراکتومي اجرا شي. د هوایې لارو خلاص ساتل او د دوران اصلاح کول د درملنې په اولیتونو کې د ي چې باید اجرا شي او د دویمي بررسي وروسته د قطعي تدواي پلان باید وشي. د apnea په صورت کې، غیر موثر تنفس، پرمختللی شاک، عمیقه کوما، د هوایې لارو بندش، flial chest او خلاصو جروحاتو (open sucking) په صورت کې باید مصدوم ته indotracheal tube تطبیق شي او مصنوعي تنفس (assisted ventilation) باید اجرا شي.

معند او دوامداره شاک او هیپوکسي ممکن د کتلوي وینې بهیدنې، قلبي تامپوناد او tension peumothorax له امله مینځ ته راشي. همدا ډول massive pneumothorax، قلبي تامپوناد، massive air leakیا tension pneumothorax او هوایي امبولیزم د صدري ترضیضاتو سره د شاک د پیداکېدو لامل ګرځي. کچېرې هیموراژیک شاک د سینې د X-ray د اجرا پواسطه او یا د خارجي ضایعاتو پواسطه بدلون ونه کړي نو پدې صورت کې شاک په اساسي ډول ممکن دګیډې د داخلي وینې بهیدنې په نتیجه کې منځ ته راغلي وي چې له پامه باید وه نه غورځول شي.

www.ketabton.com

د سينې د ترضيضاتو ډولونه

A–د سينې د جدار يا chest wall ترضيضات

د پښتيو کسرونه: د پښتيو کسرونه چې د سينې د معمولو ترضيضاتو تشکيلوي د يوه ساده کسرخخه تر يوه کسره پورې چې د هيمونيوموتوراکس او يا د شديدو متعدد کسرونو چې flial chest يې رامينځ ته کړی وي او همدا ډول ممکن د داخلي ترضيضاتو سره مترافق موجود وي. په ساده کسرونو کې درد اساسي عرض تشکيلوي او د سينې د X-ray پواسطه کولای شو چې pneumothorax رد کړو. د اسکليټ د ترضيضاتو د تثبيت په خاطر راډيوګرافي اجرا کيږي. خو کچيږي کسر د costochondral junction په ساحه کې موجود وي نو په راډيو ګرافي کې خيال نه ورکوي.

د ساده کسرونو درملنه عبارت ده له د کافي انالجيزيا تامين څخه د intercostal nerve block او يا epidural analgesia اجرا کول د کافي تهويې د تامين په منظورکله چې متعدد کسرونه موجود وي اجراکيږي. د سينې دجدار سخت تثبيت اجرا کول د کسرونو لپاره لکه د سينې د جدار straping د adhesive tape په ذريعه او يا د elastic bandage پواسطه دښپړې تهويې مانع ګرځي او د atelectasis د رامنځ ته کولو لامل ګرځي نوبايد ورځخه ډډه وشي. ځکه د داسې تدبيرونو نيول د اضلاعو د کسرونو په پلان درملنه کې ځای نلري. د متعددو کسرونو په صورت کې د تنفسي عدم کفايې،زړه بدوالي، اوpneumonitis د رامينځ ته کيدو باعث ګرځي.

د پښتيو کسر طبيب د سينې د جدي ترضيض څخه خبر وي. ځکه چې اضلاع دزيات ارتجاعيت وړتيا لري اوپوره قوت ته ضرورت دي تر څو د اضلاعو کسر رامينځ ته کړي. د اولې ضلعې د کسر پر مهال ممکن د لويو اوعيو ،بطن، سر او غاړې ترضيضات هم مينځ ته راغلي وي د اولې ضلعې د کسر پر مهال د مرګ اومير کچه ۳۰٪ ته رسيږي البته د قص او کتف د کسرونو په صورت کې هم د مړيني کچه لوړه وي.

www.ketabton.com

د اولې ضلعې د کسر پرمهال کله چې د ناروغانو وضعیت ثابت وي نو lazroniاو د هغه همکارانو د arteriography اجراکول په لاندې حالتونو کې توصیه کوي.

۱-په علوي طرف کې د نبض کمزورتیا او یا ورکوالی.

۲-د پلورا څخه خارجي شدیده وینه بهیدنه او هیموتوراکس

۳-د عضدي ضفیرې د ترضیض په صورت کې

د قص د هډوکي کسر: د صدر په قدام کې هر پڅ ترضیض د قص د هډوکي کسر رامینځ ته کولای شي. چې ممکن د قص هډوکی تنها او یا دګڼ شمیر اضلاعو د کسرونو سره یو ځای وي. د اکسرونه عموماً مستعرض او د هډوکي په جسم کې د manubrium اتصال ته نږدې منځ ته را درومي اوډېر دردناک افت دی.

تشخیص د فزیکي معاینې او قص د جنبې کلیشې او یا توموګرافي پواسطه صورت نیسي. د قص د هډوکې د کسر پرمهال د هغه د لاندې ساختمانونو د ترضیض ردول لکه زړه مهم دي. درملنه یې که چېرې نوره ترضیضات موجود نه وي د مصدوم ځارنه او د درد له منځه وړل او د تنفسي ګډوډیو د کنترول څخه عبارت دي. کچېرې کسر ثابت نه وي نو د جدي درملنې ایجاب کوي چې پدې صورت کې د فشار پواسطه تهویه او یا د جراحي ارجاع او د پارچې تثبیت کول تشکیلوي. کچېرې د قص د هډوکي د کسر پرمهال درد د وامداره شو او نه کنترول کېدو باید د union د نه وصل کېدو په باب فکر وکړو. چې دا حالت د proximal پارچې د تعندله امله مینځ ته راځي او د خلاصې ارجاع ایجاب کوي.

Flial chest: کچېرې څو پښتې په دوو نقطو کې د صدر په یو طرف او یا د قص د هډوکې په دواړو خواوو کې په کسر اخته شي نو پدې صورت کې flial chest رامینځ ته کېږي. (flial سګمنټ د پارادوکسیک په شکل حرکت کوي پدې معنا چې د شهیق په حالت کې داخل وخواته او د ذفیر په وخت کې بهر ته حرکت کوي). نو پدې اساس د ګازاتو تبادله ګډوډېږي پدې صورت کې اکثراً د سږو کنتوزیون موجود وي چې ممکن د تهویې د عدم کفایې اساسي لامل وي. ماوف سږي د paradox تنفس په وخت کې (د شهیق په وخت کې د صدر د حجم تناقص او د ذفیر په

www.ketabton.com

وخت کې د صدر د انبساط تناقص) برسيره لدې چې پوره انبساط نه کوي په منصف باندې نيغ تاثير اچوي او د تنفس په وخت کې د يوه طرف څخه وبل طرف ته ټيله کېږي او دمیډیاستینیوم داحرکت د mediastinal flutter په نوم يادېږي. د ناکافي تهويې له امله اتالکتازي، هايپرکپني، هايپوکپني، د افرازاتو جمع کېدل او تراکم او ټوخی مينځ ته راځي. د اکسجن شرياني فشار د سريري علايمود تظاهر وړاندې ټيټيږي. نو پدې وجه د درملنې په صورت کې په مسلسل ډول بايد د اکسجن شرياني فشار وکتل شي تر څو د هغه په اساس وپوهيږو چې زمونږ درملنه اغيزمنه ده او کنه يوه بڼه طريقه ده. دبين الضلعي بلاک اجرا کول او يا continous epidural analgesia په کمو شديدو واقعاتو کې يوه مناسبه درملنه تشکيلوي. مګر شديدې پيښې د intubation ايجاب کوي چې بايد تر مثبت فشار لاندې تهويه صورت ونيسي او د مصدوم د عمومي حالت په نظر کې نيولو سره ممکن دا درملنه ۲-۳ اونۍ هم په برکې ونيسي. البته د پښتيو او صدر د جدار خارجي تثبيت نسبت د مثبت فشار تهويې ته کم د اعتماد وړ دی خود شديد sternal flial په صورت کې موثر واقع کېداي شي. په ځينې وختو کې د جراحي د عملياتو په واسطه پوښتنۍ تثبيت کېږي. د روغتون څخه بهر د flial chest د ناروغ سره د مخامخ کېدو په صورت کې بايدد flial chest برخه د لاس د اورغوي د کېښودو، د بنداژ او يا د شګو د يوې خريطې په کېښودلو سره تثبيت کېږي او مصدوم روغتون ته انتقال کېږي.

B- ستون فقرات: د صدر خلفي فقرات ممکن د سينې د ترضيضاتو سره يو ځای او يا په يوازېنې ډول په ترضيض اخته کېداي شي. اکثراً د صدري ترضيضاتو په صورت کې رقبي فقرات ډېر په ترضيض اخته کېدای شي چې د هرې مانورې د مخه بايد د دې فقراتو ترضيض رد شي. د صدري فقراتو د ترضيض په صورت کې د سينې د داخلي احشاوو ترضيض بايد په نظر کې ونيسو. البته د فقراتو د ترضيض په صورت کې بايد مصدوم ته يوه کامله نيورولوژيک معاينه په عاجل ډول اجراکړو او د سفلي اطرافو د عصبي آفاتو څخه ځان بايد ډاډه کړو.

www.ketabton.com

د فقراتو د ترضيضاتو په صورت کې بايد دوه اساسي هدفونه په نظر کې ونيسو !

۱-د فقراتو د ترضيضاتو درملنه چې د کسرونو ارجاع، تثبيت او هم دغير ثابتو کسرونو تثبيت دی د داخلي fixation په واسطه.

۲-د نيورولوژيکو دندو محافظه او دوباره آعاده کول. چې په ځينې حالاتو کې پدې مصدومينو کې Decompressive lamenectomy اجرا کېږي.

C- د پلورا مسافه

Hemothorax: د پلورا په جوف کې د وينې جمع کېدلو ته وايې. چې د وينې د جمع کېدو له امله په درو درجو تقسيم شوي دي.

خفيف هيموتوراکس (minimal):چې د پلورا په جوف کې تر 350ml پورې وينه جمع وي.

متوسط هيموتوراکس (moderate):چې د پلورا په جوف کې د 350-1500 ml وينه جمع کېږي

کتلوي هيموتوراکس (massive):چې پدې صوري کې 1500 cc او يا د هغې څخه زياته وينه د پلورا په جوف کې تولېږي.

د وينې د خارجيدو ګړندیوالی د هيموتوراکس د تخليه کېدو وروسته د سريري نظره د اهميت وړ دی. کچېږي ورسره هوا هم خارجيږي نو دا حالت په نوم د Hemo-pneumothorax سره يادېږي.

د نافذه صدري ترضيضاتو اويا د صدر دشديدو ترضيضاتو په صورت کې بايد د هيموراژ څخه ځانونه ژر باخبره کړو او د ابطي خلفي او يا وسطي ترقوه خط په اتمه بين الضلعي مسافه کې يوه ستن داخله کوو او اسپري کوو يې تر څو هيموتوراکس واضح شي.

د Hemothorax په صورت کې تنفسي اوازونه کميږي او په قرع سره کوڼ والی واضح کېږي. نو پدې صورت کې بايد بېړنی راډيوګرافي (د امکان په صورت کې په ولاړې او يا د کښينا ستوب حالت) واخېستل شي.

www.ketabton.com

د هيموتوراکس درملنه عبارت ده له د chest tube تطبيق کول او د هيماتوم دريناژ کولو څخه چې د دې پواسطه د سينې د پلورا د جوف هيماتوم تخليه کېږي، د سږو تهويه سمېږي او منصف کچېرې مقابل طرف ته ټيله وي خپل نورمال حالت ته را درومي.

د لږ هيموتوراکس په صورت کې چې صرف د costophrenic زاويه يې مغشوشه کړې وي. نو پدې صورت کې د لومړني درملنې ايجاب نه کوي. صرف په اينده کې تعقيبيه راډيوګرافي د کنټرول لپاره بايد واخېستل شي تر څو د وينې د پرمخ تلونکې جمع کېدو څخه باخبره شو چې پدې صورت کې بايد دريناژ اجرا شي.

د هيموتوراکس او هيمونيموتوراکس په صورت کې کچېرې د costophrenic زاويه بنده وي نو بايد په اوومه، اتمه او يانهمه بين الضلعي مسافه کې په قدام او يا خلف کې دريناژ اجرا شي او په ۸۵٪ واقعاتو کې د Thoracotomy tube تطبيق کول يو ازپنې. درملنه ده چې هيماتوم او هوا د دې لارې تخليه کېږي. د chest tube د تطبيق کولو وروسته کچېرې دوامداره وينه راتلله او د دې وينې اندازه په يوه ساعت کې100-200ml وه او يا مجموعاً 1000 ml ته ورسيده نو پدې صورت کې ناروغ ته بايد چې د توراکوتومي عمليات وشي. په اکثرو واقعاتو کې د وينې بهيدنې منبع د صدر جدار او يا intercostal اوعيې وي. په 10-25% واقعاتو کې د وينې بهيدنې منبع سږې، زړه پربکارډ او لويې اوعيې تشکيلوي.

Pneumothorax: د پلورا په جوف کې د هوا جمع کېدو ته ويل کېږي چې داد سينې د ترضيضاتو وروسته د سږو د laceration، شزن، قصباتو او د سينې د جدار د نافذه ترضيضاتو او يا د بسته ترضيضاتو له امله مينځته راځي. د نافذه ترضيضاتو په صورت کې ۸۰٪ سلنه ناروغان برسيره د نيموتوراکس څخه د پلورا په جوف کې وينه هم موجوده وي. وينه د بسته ترضيضاتو له امله کچېرې يو flap valve leak موجود وي چې د پلورا مسافې ته د هوا داخليدو ته اجازه ورکوي او د هغه څخه د هوا خارجيدو ته اجازه نه ورکوي نو پدې صورت کې tension penumothorax مينځ ته راځي او د پلورا د جوف د فشار د لوړيدو لامل ګرځي او

www.ketabton.com

بلاخره د سږو د تام کولاپس او د منصف د احشاوومقابل لوري ته د ټيله کېدو لامل ګرځي.د دې حالت تشخيص د ناروغ په مشاهده کولو سره چې د ورميږه وريدونه پراخيږي او تنفسي مشکلات موجود وي، او د سينې تنفسي حرکات ورکېږي. په قرع سره د وضاحت زياتېدل او په اصغا سره د تنفسي اوازونو کميدل او يا ورکېدل موجود وي. چې پدې صورت کې د سمې تهويې د برقرارولو او دقلبي دندو د دوباره برقرارولو لپاره بايد ژر دا حالت له منځه يوړل شي او درملنه يې وشي چې پدې صورت کې يوه غټه ستن د پلورا مسافې ته داخلوو تر څو هوا خارجه شي او بيا ورته بايد د thoracotomy tube تطبيق شي.

خلاص نيموتوراکس (open pneumothorax) د sucking د زخمونو په نتيجه کې چې د هواداخليدو او خارجيدو ته د پلورا جوف ته اجازه ورکوي مينځ ته را درومي. يعنې د زخمونو د لارې هوا داخليږي او خارجيږي چې بايد پدې صورت کې ناروغ ته په بيړه يو water tight يا occulosive پانسمان تطبيق کېږي او د پښتيو تر منځ يو کاتيتر د پلورا د جوف په داخل کې ځای په ځای کېږي. د هغه وروسته بيا د زخم په لومړي ډول تطهير او د جرحې بسته کول شامل دي. د نيموتوراکس په صورت کې کچېږي د پلورا د جوف څخه هواد ۵-۷ ورځو پورې په دوامداره ډول راتلله اويادوهم ځلي نيموتوراکس پکې رامينځ ته کېدو نو بايد پکې د thoracotomy عمليات اجرا شي تر څو درسته درملنه مو کړي وي.

په سينه کې د درين د تطبيق کولو لارې: د پلورا په جوف کې د مايع او يا هوا د موجوديت په صورت کې استطباب لري. د درين د تطبيق کولو موقعيت د safety مثلث دي.

البته د پاکو شرايطو لاندې په انتخاب شوي ځای کې د موضعي انيستيزي پواسطه پوستکی او دهغه لاندې رخوه اقسام، بلاخره د پلورا تر مسافي انيستيزي ورکول کېږي. بيا پرې د چاړې په ذريعه شق اجرا کېږي پوستکی او د پوستکي لاندې او بيا د artry forceps څخه په ګټه اخېستنه بين الضلعي عضلات ليري کېږي او بلأخره تيوب د هغه stylet په مرسته دسينې جوف ته داخليږي اوبيا

www.ketabton.com

دهغهstyletخارجيږي تر څو مو د سږو د زخمي کېدو څخه مخنيوی کړی وي. کچېږي د تيوب سوري لوی وي نو د وينې او مايع د تخليې لپاره کار ورکوي خو که سوري کوچني وي نو دا تيوبونه د هوا د خارجيدو لپاره کارول کېږي

D-شزن او قصبات:د ترافيکي حادثاتو له امله، سخت بسته ترضيضات، د هوايي لارو تر فشار لاندې راتلل چې د قص د هډوکي او ستون فقراتو ترمينځ قرار نيسي مينځ ته راځي. پدې صورت کې ډېر ځله اساسي قصبه Distal trachea زيانمنه کېږي. د شزن او قصباتو نافذه ترضيضات د مختلفو اسبابو په ذريعه مينځته راځي. پدې صورت کې اکثراً ناروغان نيموتوراکس، دپوستکي لاندې امفزيما، او pneumomediastenum لري او تر ټولو مهم يېcervico facial امفزيما ده چې د پاملرنې وړ ده. کچېږي په سينه کې د تيوب د تطبيق وروسته هم سږي انبساط نه کوي نو بايد د شزني قصبي ترضيضاتو په هکله فکر وکړو. د شزن او قصبې د نافذه ترضيضاتو په صورت کې اکثراً زياتې خونريزې او د قصباتو داخل ته دوينه تلل او د هوايي امبوليو دتلو له امله عمومي دوران ته قلبي توقف رامينځ ته کېږي چې پدې صورت کېBroncho venous فستول موجود وي.

د ښه تشخيص لپاره دthoraco-bronchscophyکار اخېستل کېږي او په لومړنۍ ډول د هغه ترميم کول استطباب لري.

E- د سږو زخمونه (**Lung ingury**): د سږو کنټيزيون د بسته ترضيضاتو او ناريه جرحو له امله مينځ ته راځي. دflial chest په صورت کې چې څو پوښتنې په کسراخته کېږي او يا کله کله پرته له دې چې ښکاره د پوښتيو کسر موجووي هم سږي په کنټيزيون اخته کېداي شي. ناريه جرحې هم د سږو د کنټزيون لامل ګرځي. د سږو د کنټيزيون په صورت کې د ماوفه اسناخو څخه وينه alveolar space ته داخليږي چې بلاخېره قصباتوته ځي او د هوايي لارو د بنديدو او atelectasisلامل ګرځي.

د مخاطي زياتوافرازاتو او د ورید د لارې د زياتو مايعاتو تطبيق کول دا پروسه نوره هم ګړندۍ کوي او د اتلکتازيس د زياتېدو لامل ګرځي. البته د سينې د

www.ketabton.com

ترضيض وروسته او د کسرونو د موجوديت او درد له امله د ټوخي عکسه او ريفلکس هم کمزوری کېږي تر څو افرازات او بلغم خارج شي. د سږو الاستيکيت هم کميږي او د هوا جريان په مقابل کې مقاومت زياتېږي او پدې صورت کې تنفسي کار زياتېږي او د وينې PHاو oxygenationلويږي او د کاربن ډای اوکسايډ Pco2فشار زياتېږي، البته ۳۵٪ سلنه د همدې مصدومينو د ميوکارد کنټيزيون هم لري او پدې صورت کې د قلب معاوضوي فعاليت هم کموالی مومي.

د زياتواو نرمو وينه لرونکو افرازاتو موجوديت، دسينې دردونه، نا ارامي، اضطراب او په مشکل سره تنفس کول په سريري لوحه کې موجود وي. په اولو ۱۲-۲۴ ساعتو کې په راډيوګرافي کې سريري موندنې نه په سترګو کېږي نو ځکه په درملنه کې ځنډ رامينځ ته کېږي. بلاخېره په مشکله سره تنفس، سيانوز، تاکي پني او تاکي کاردیا تاسس کوي، په راډيوګرافي کې د سږو په پرانشيم کېopacification اويا peribronchial منتشر کثافت چې د منتشر opecifcation و خواته پشرفت کوي په سترګو کېږي (white out).

پدې صورت کې د غني O2 تطبيق کول د mechanical ventilatory supports پواسطه د تنفسي کار د کموالي لامل ګرځي او په تکراري ډول د وينې د غازونو د سويې اندازه بايدو شي تر څو په درملنه مطمين شووښه درملنه وريدي ده خو د زياتو مايعاتو او وينې ورکولو څخه تر څو over-hydration رامينځ ته نه شي بايد ډډه وشي. البته پدې صورت کې ديوه کاتيتر تطبيق کول په ريوې شريان کې ضروري دي چې د هغه پواسطه په دوامداره ډول مرکزي وريدي فشار، شرياني ريوې فشار، mixed venous oxygenation، wedge pressure saturation او قلبي دهانې د زيات او کم transfustion څخه مخنيوي لپاره اړين دي.

د سږو د نافذه جرحو په صورت کې چې هيمونيموتوراکس رامنځ ته شوی وي يوازېنی ښه درملنه د chest tube تطبيق کول دي. پدې صورت کې د سږو د انبساط له امله د laceration تامپوناد صورت نيسي نو پدې وجه ډېر ځله د زياتې خونريزې او هوايي ليکاژ لامل نه ګرځي.

www.ketabton.com

F- زړه او پريکارډ:د موټرو د ترافيکي پيښو په صورت کې د بسته ترضيضاتو له امله زړه تر فشار لاندې قرار نيسي او د يوه موضعي کنټيزيون څخه نيولې بيا تر قلبي څيري کېدنې پورې توپير کوي. روغتون ته د رارسيدو پر مهال د ميوکارد کنټيزيون واقع کېدل معلوم نه وي او د هغه لومړنۍ سريري لوحه عبارت ده له friction rubs، سينې درد، تاکي کارديا، oxyarythmia murmurs او د قلبي دهانې د ټيټوالي علايم موجود وي. غير وصفي دSt اوT موجي تغيرات په E. C. Gکې په سترګو کېږي. خو کېدای شي دا ګډوډي تر ۲۴ ساعتونو پورې تظاهرونه کړي نو پدې صورت کې لازمه ده چې مصدوم په مسلسل ډول معاينه او ارزيابي شي. د انزايمونو د سويې لوړوالي لکه A. S. T، L. D. H، CK کوم ارزشت نلري ځکه چې د musculo-skeletal د ورسره ترضيضاتو په صورت کې هم د دې انزيمونو سويه لوړيږي. د ميوکارد د کنټيزيون درملنه هم د ميوکارد د احتشا مشابه ده. هغه hemopericardeچې قلبي تامپوناد يې نه وي رامنځ ته کړي کولاي شو چې د pericardiocentesisپواسطه معالجه کړو. د قلب دبسته ترضيضاتو په صورت کې قلبي تامپوناد اکثراً د ميوکارد دځيري کېدو او اکليلي شرايينو د lacerationاله امله مينځ ته را درومي. قلبي تامپوناد د ورميږه د وريدونو دوسعت، شاک او سيانوز لامل ګرځي او پدې صورت کې بيړنۍ توراکوتومي د ترضيض د کنترول لپاره ضروري استطباب دی. کچېرې قلبي او ريوي توقف مصدوم ته د عمليات خانې وړاندې صورت ونيسي. نو بايد په بيړنۍ کوټه کې توراکتومي اجرا شي. د دساماتو، پردو او حليموي عضلاتو د ترضيض درملنه د دې څخه عليحده ده. چې بايدپه موخر ډول د هغه ترميم صورت ونيسي. د پريکارډ د stab wound څيري کېدنې اکثراً پخپله بنديږي او د قلبي تامپوناد د رامينځ ته کېدو لامل ګرځي. پداسې حال کې چې دمرميوپواسطه د جرحو په صورت کې په پريکارد کې يو کړکی موجود وي چې د هغه لاري دريناژ صورت نيسي. د مرميو له امله جرحې د ميوکارد د وسيع خرابوالي، متعددو سوريو او لويوخونريزيوله امله د pleura په مسافه کې وينه راټوليږي. دزړه د gun shot په صورت کې هيموتوراکس، شاک او د وينې

www.ketabton.com

زيات تلل رامينځ ته کېږي البته سريري لوحه د قلبي تامپوناد او د وينې د ضياع کېدو په ډول ده، د قلبي جروحاتو درملنه عبارت ده له: لومړنی تدبيرونه، pericardiocentesis، سمدستي توراکوتومي، او د pericard د decompresion څخه. په ځينو انتخابي واقعاتو کې چې تشخيص واضح نه وي نو پدې صورت کې بايد توراکوتومي ته تياری ونيسو اود ميوکارد د laceration په صورت کې هغه خياطه کېږي او په تخميني ډول ۸۰-۹۰٪ سلنه د زړه دزخمونو هغه ناروغان چې د مرمۍ پواسطه زخمي کېږي روغتون ته نه رسيږي.

G– مرۍ:دا چې مرۍ د اناټومي له نظره ښه محافظه شويده او د نافذه ترضيضاتو له امله په ندرت سره ماوفه کېږي هغه د بسته ترضيضاتوله امله زياته زيانمنه کېږي. د مرۍ د تثقب عمده عرض عبارت دی دسينې دشديددرد څخه، او وروسته له څو ساعتونو په ډېرو ناروغانو کې تبه مينځ ته راځي، او وينه لرونکې regurgitation، د اواز له مينځه تلل (hoarseness)، دتيرولوستونزې او تنفسي ګډوډۍ هم مينځ ته راځي. فزيکي علايم عبارت دي له شاک، ځايې حساسيت، دپوستکې لاندې امفزيما او (an's signM hamcrunch) يا يو ډول pericardial او منصفي مخصوص اواز دی چې د زړه د اوازونو سره په يو وخت کې اوريدل کېږي. چې د قلبي اصغا په صورت کې د منصف امفزيمابنکاره کوي. د ترضيض د پيښيدووروسته ډېرژر leucocytosis رامينځ ته کېږي د سينې د راډيوګرافي په پاڼه کې د بيګانه اجسامو موجوديت (پارچې، مرمۍ) او د منصف په داخل کې هوا هم څرګندوي. د پلورا انصباب او hydropneumothorax معمولاً ليدل کېږي او اکثراً په چپ طرف کې مينځ ته راځي.

کچېږي د کثيفه موادو پواسطه د مرۍ راديوګرافي اجرا شي د مرۍ واضح سوری بنکاره کوي پدې صورت کې N. G. T د معدوي موادو د تخليې لپاره کارول کېږي کچېږي د ۲۴-۴۸ ساعتو په موده کې د مرۍ سوری تشخيص شي نو پدې صورت کې نومورۍ سوری ترميم کېږي او د پلورا د جوف درېناژ هم دلويو سوريولرونکي دسينې ديو ه ټيوب پواسطه صورت نيسي. د مرۍ دهغه سوريو په

www.ketabton.com

صورت کې چې ډېر وخت ورځخه تير شوی وي ځانګړي دجراحي درملنې اوتخنيکونو ته ضرورت لري.

H– صدري قنات يا **thoracic duct**:د تروما نادر اختلاطات عبارت دي له chylothorax او chylopericardium **څخه**، او د **هغه** د پيښيدو په صورت کې **دهغه** درملنه ستونزمنه ده. دورميږه د نافذه ترضيضاتو،سينې او د بطن د ترضيضاتو په صورت کې هم صدري قنات ماوفه کېږي د يوه جزيي ترضيض وروسته کچېږيchylothorax رامنځ ته شي نو بايد دکانسرد موجوديت خواته فکر وشي

د صدري قنات د ماوفه کېدو علايم عبارت دي له تنفسي ستونزوچې د سږو د کولاپس او يا ټيټې قلبي دهانې له امله د قلبي تامپوناد له امله مينځ ته را ځي موجود وي د مايع وصف chyle وي. پدې صورت کې ناروغانو ته د شخم فقير رژيم او دپروتين او کاربوهايدريت غني رژيم توصيه کېږي او د صدري ټيوب د نکس (بيا راتلونکې) لرونکي انصبابونو په صورت کې دريناژ اجرا کېږي د ليکاژ د بيا راګرځيدو په صورت کې د خولې د لارې ناروغ ته هيڅ نه ورکول کېږي خو د ورید د لارې hyperalimenatiion رژيم توصيه کېږي او د ۳-۴ اونيو لپاره محافظه کارانه درملنه اجراکېږي.

کچېږي د ورځې chyle 1500 په متواتر ډول د پنځو ورځو په موده کې را درومي او د chyleتلل د ۲-۳ اونيو محافظه کارانه درملنې په صورت کې دوام وکړي نو پدې صورت کې صدري قنات د right thoracotomy پواسطه ترل کېږي.

I– حجاب حاجز: د حجاب حاجز نافذه ترضيضات د بسته ترضيضاتو په پرتله زيات ليدل کېږي د حجاب حاجز د نافذه ترضيضاتو له امله ۱۰-٪۱۵ سلنه د حجاب حاجز laceration واقع کېږي د حجاب حاجز ترضيضات اکثراً ښکاره نه وي او د ليدو پټ پاتې کېږي او په ندرت سره په بې نفسهي ډول شفا کېږي او ژر يا تر يوې مودې وروسته د هغه د لارې د بطني احشا وو چوره کېدل صورت نيسي. د بسته ترضيضاتو په صورت کې د ډيافراګم چپ طرف زيات په ترضيضاتو اخته کېږي او

www.ketabton.com

تناسب يې د ښي طرف سره ۱:۹ ده او د ښي طرف د ډيافراګم د ساتنې لپاره لاندې دوه ميکانيزمونه رول لري:

1- ينه په ښي طرف کې او زړه په وسط کې د خنثی کولو تاثير واردوي او د بطن د داخلي فشار د ناڅاپي زياتوالي لامل ګرځي.

2- په مړو باندې څيړنو ښودلې ده چې د ډيافراګم چپ طرف په ارثي ډول نسبت ښي طرف ته کمزوری وي.

د هغه سره يوځای اکثراً بطني ترضيضات موجود وي او ۲۵٪ ناروغان د شاک په لوحه کې قرار لري د بطن حساسيت، د تنفس ستونزې، د مثانې دردونه او يو طرفه تنفسي اوازونه ممکن موجود وي د سينې راډيوګرافي د تشخيص لپاره تر ټولو با ارزښته معاينه ده. اما په ۲۵٪سلنه واقعاتوکې د سينې راډيوګرافي بشپړ نورماله وي. پرسيدلي معده د نيموتوراکس سره مغالطه کېږي د سينې د راډيوګرافي د اجرا وړاندې د NG tube تطبيقول د صدري قنات داخل ته د معدې د تثبيت لپاره اړين کار دی. البته د حجاب حاجز څيرې کېدنې د ساده څيري کېدو نيولې بيا تر يو لوی اووسيع laceration پورې توپير کوي. د تشخيص تر وضح کېدو وروسته د حجاب حاجز جرحه د غير قابل رشف تارونو څخه په ګټې اخېستنې سره ګنډل کېږي دځينې مصنوعي patch څخه د لويو ډيفيکټونو په صورت کې ګټه پورته کېږي. د هغه ځايه چې ريوي اختلاطات معمول دي. کچېرې نور ترضيضات او يا جرحې د توراکوتومي ايجاب نه کوي نو بايد د بطن د لارې ورته رسيدګي وشي. د تشخيص د ځنډيدو په صورت کېtransthoracic مداخلې ته ترجيح ورکول کېږي اود دې مداخلې په صورت کې يو مناسب exposure د لاندې موخو د حاصلولو لپاره راکوي.

1- د فتق ارجاع.

2- د بطن او صدري احشاوو د التصاقاتو د ازادولو په صورت کې.

3- د ډيافراګم د ډيفيکټ د ترميم لپاره.

www.ketabton.com

قحفي ترضيضات (Head trauma)

د عصبي مرکزي سېستم د ګډوډيو په ډله کې د مرګ دويم لامل قحفي ترضيضات تشکيلوي.

د ۴۵ کالو څخه په کم عمر لرونکو کسانو د مړينې يو عمده لامل ترضيضات تشکيلوي او د دې کسانو مړينه د قحفي دماغي ترضيضاتو له امله مينځ ته راځي. د امريکا په متحده ايالاتو کې په کال کې تقريباً د (۵۰۰۰۰۰) په حدودو کې کسان په قحفي ترضيضاتو اخته کېږي.

د قحفي ترضيضاتو له امله يو تعداد سخت معيوبيتونه مينځ ته راځي چې په ناروغ باندې د يو شديد اقتصادي او رواني بار لامل ګرځي چې پخپله ناروغ د هغه فاميل او ټولنه ورځخه په امن نه پاتې کېږي. په قحف باندې ناڅاپي ضربي د جمجمې او دماغو د سريع حرکت لامل ګرځي. چې د هغه په نتيجه کې دماغ په کشيدواخته کېږي او يا تر فشار لاندې را درومي او يا بعضې قسمتونه نسبتاً د دماغو، جمجمې او سختو ساختمانونو لکه (falx او tentorium) ته حرکت ورکوي او د هغې په نتيجه کې د ترضيض دمحل څخه ليرې محراقي ناحيې ماووفې کېږي او ممکن د دې ضربو په نتيجه کې ددماغو concussion، contusion او يا laceration رامينځ ته شي.

قحفي دماغي ترضيضات ممکن scalp، skull او يا دماغ په عليحده ډول اويا په يوځايي ډول ماووف کړي.

الف: Scalp: د قحف د ويښتانولرونکي پوستکي او دهغه د رخوه اقسامو ترضيضاتو ته ويل کېږي چې جمجمه يې پوښلې ده. scalpيوه محکمه او لږه متحرکه طبقه ده چې جمجمه او د هغه داخلي محتوي دخارجي ترضيضاتو څخه په امن کې ساتي او په سر د واردو شويو ضربوشدت څو مرتبې رابنکته کوي. scalp د پنځو طبقو څخه جوړه شوي دي.

S – skin
C- connective
A- aponeurosis

www.ketabton.com

L- loss areolar tissues
P- pericranium

Scalp د رګونو فوق العاده غني دي او پخپله وينه د caroted extern او carotid intern څخه اخلي. د scalp د جرحو او انتاناتو ددرملنې په صورت کې يوه مهمه نقطه د scalp د وريدونو ارتباط دی د قحف د جوف د وريدو سره. نو په همدې وجه د سر د پوستکي انتانات دراس د وريدونو له لارې د قحف د جوف وريدونو ته په اساني انتشار کوي او د meningitis، encephalitis او brain abcess لامل ګرځي. په عمومي صورت د scalp ترضيضاتو لاندې ډولونه موجود دي.

1- **Scalp contusion**: کچېرې يوه پڅه قوي ضربه سرته رسيږي نو پدې صورت کښد scalp دکوفته کښدواويا کنټيزيون لامل ګرځي يعنې پدې صورت کې جرحه په سکالپ کې نه وي موجوده، خو هغه کوفته شوی وي پرسيدلی او دردناک وي.

2- **Scalp laceration**: د scalp دخيري کښدو څخه عبارت دي چې ممکن دا خيري کښدنې، کوچنۍ، منځنۍ ا و يا ډېرې لويې وي. چې ممکن دمرمۍ د دخول يوازې يوسوری وي او يا ممکن دمرمۍ د دخول وړوکی سوری اوخروجي لوی سوری موجود وي چې د هغې غارې غير منظمې وي.

3- **Scalp abrasion**: کچېرې يوه قوه په مايل ډول د scalp سره لګيږي او د هغه يو قسمت د هغه د ضخامت څخه راجدا کړي د scalp abrasion په نوم يادېږي.

درملنه: د جراحي تردرملنې وړاندې بايد ټول ويښتان پاک او وتراشل شي. وروسته داسپيسي او انتي سپسي څخه کار اخيستل کښږي او جرحه پاکه او ترميمږي او دجرحې د ترميم دمخه بايد د skull جانبي راډيوګرافي واخيستل شي او که کسر وي هغه هم درملنه کښږي او د انتان د مخنيوي لپاره يو مناسب انتي بيوتيک ورکول کښږي اود معافيتي سيستم د لوړيدو لپاره بايد anti tetanic واکسين تطبيق شي. کچېرې په دماغي افاتو اشتباه موجوده وي نوپدې صورت کې ناروغ بايد بستر شي.

www.ketabton.com

4- **Scalp hematoma**: دا هيماتوماګانې کيدای شي د پوستکي لاندې، د connective tissues په مابين د galea (apponeurosis)لاندې او يا د سمحاق لاندې subpericranium (periostium) کې موقعيت ونيسي. چې البته د ستنې او يا شق پواسطه تخليه کېږي. کچېرې د مصدوم حالت وخيم وو او د دماغو افات موجود وو نو ناروغ داخل بستر کړی.

ب -**جمجمه**:skull د دوو برخو cranium (چې دماغ يې پوښلی دی) او وجهي هډوکې تقسيم شوې ده. البته cranium د اتو هډوکو څخه جوړ شوی دوه د parital هډوکي، دوه د temporal هډوکي، يو frontal، يو occipital، يو د ethmoide هډوکی او بل هم د sphenoid هډوکي څخه جوړ شويدي. د skull پورتنی ګړدی قسمت د قبې په نوم يا vault چې د هغه هډوکي د membranous bone نوعيت لري. د قحف هډوکي په کاهلو اشخاصو کې دوې سحتې طبقې لري:

يو ه يې خارجي او بله يې داخلي (inner and outer tables) ده چې د هغوی په مينځ کې concellous bone،اود diploe اوعيې قرار لري. دبسته ترضيضاتو په تعقيب ډول ډول کسرونه په skull کې مينځ ته راځي د skull fracture سريري اصطلاح د قحف د cranium يا د قبې کسرونو ته ويل کېږي. ممکن يو کسري خط او يا څو کسري خطونه موجود وي همدا ډول ممکن open fracture اويا closed fracture وي.

کچېرې د کسر په شتون کې duramater څيرې او سوری شي نو دې ته penetrating skull fracture او کچېرې duramater سالم او څيرې نه وي نو دې ته non penetrating skull fracture ويل کېږي. د skull کسرونه په عمومي ډول په درو برخو تقسيم شوي وي

a- د قحف د قبې کسرونه (fractures of vertex)

b- د قحف د قاعدې کسرونه (fractures of basis cranium)

c- د قحف د قبې او قاعدې کسرونه(mixed)

www.ketabton.com

پورته دری واړه کسرونه کېدای شي simple skull fracture وي یعنې یو کسري خط ولري او یا کېدای شي compound skull fracture وي یعنې څو ټوټه یې وي (یعنې څو کسري خطونه ولري) او یا کېدای شي depressed skull fracture وي یعنې دهډوکې ټوټې د قحف جوف ته ورټیټې او فشاریې پرې راوړی وي. کېدای شي دا کسرونه خلاص او یا تړلي وي. د پورته کسرونو له ډلې څخه یې depressed fracture د اختلاطاتو د پیدا کولو له امله د زیات اهمیت لرونکی دی ځکه چې پدې صورت کې ماتې شوې پارچې لاندې خواته درومي او د duraد څیرې کېدو لامل ګرځي چې ممکن د دماغو دتخریب او یا د فشار لاندې د راتلو لامل ګرځي او د subdural هیماټوم او یا د extra dural hematomaلامل وګرځي. نو باید پدې صورت کې ناروغ ژر روغتون ته ولیږل شي او بستر شي او په کې دهډوکو ټیټې شوي پارچې د ارجاع وروسته باید چې دخونریزې او هیماتوم درملنه وشي.

A- د قحف د قبې کسرونه: په دری ډوله تقسیم شویدي:

1- د قحف د قبې خطي کسرونه: داکسرونه په خطي ډول مینځ ته راځي لکه په شیشه کې چاود، اویا کېدای شي څو کسري خطونه موجود وي بعضاً د شعاع په شکل (د ستوري په شان) ښکاري. دلته ماتې شوې پارچې بیځایه نه وي او د جراحي مداخلې ته ضرورت نلري. صرف دا ډول مصدومین د ثانوي اختلاطاتو دمنځه وړلو لپاره ۲۴ ساعته په روغتون کې ساتل کېږي اوددرد او انتان ضد درمل ورته تطبیق کېږي.

2- **Depressed skull fracture**: پدې ډول کسرونو کې ماتې شوې پارچې د قحف داخل ته ننوتي وي اوداختلاطاتو له نظره د اهمیت وړ دي. ممکن مکسوره پارچې دوراماتر څیرې کړي او د هیماتوما لامل وګرځي. همدا ډول دا ننوتي پارچې پر دماغو باندې د فشار لامل ګرځي او مختلفې neurogenicګډوډۍ رامینځ ته ته کولای شي. د دورا د څیرې کېدو په صورت کې انتانات د قحف داخل ته ننوځي او د meningitis، encephalitis اوbrain abcessلامل ګرځي نو په همدې وجه باید

www.ketabton.com

نوموړي ناروغان ژر عملیات شي او ننوتي پارچې ارجاع او مصدمینوته لازم درمل او انتي بیوتیک ورکړل شي.

3- **Compound skull fracture**:دا ډول کسرونه معمولاً څو پارچه یي وي او د scalp دجرحو سره مترافق وي. داډول کسرونه د سحایا د اوعیو او dural sinus د جرحو سره یو ځای وي اود وخیمو subdural hematomaلامل ګرځي.

درملنه:اول باید د سر ویښتان وتراشل شي او د معقمو شرایطو لاندې د جرحې د جراحي تطهیر اجرا شي. د ننوتې پارچو د ارجاع کېدو وروسته کچېرې دارجاع وړ نه وي نو بایدچې ایسته شي. هیماتوم دریناژ کېږي او تر دقیق هیموستاز وروسته جرحه ترړل کېږي. ناروغ د جدي څارنې لاندې نیول کېږي. مصدوم ته وسیع الساحه انتي بیوتیک او همدا ډول د عضویت د اوبو اوالکترولایتواندوړل برقراره ساتل کېږي. د وینې دلاسه ورکولو په صورت کې د وینې ترانسفوزیون ترسره کېږي.

د skull د کسرونو اختلاطات:

1- خونریزي: چې د skull د کسرونو یو عمده اختلاط بلل کېږي

2- Hematoma: extra dural، subdural او یا intra cerebral هیماتوماګاني.

3- انتانات: لکه څه ډول چې مخکې مو وویل دscalpوریدونه د قحف د داخلي وریدنو سره ارتباط لري او مکروب د دې لارې د قحف جوف ته رسیږي او دmeningitis، encephalitis او brain abcessلامل ګرځي

4- پر دماغو فشار راوړي او دیو تعداد نیورولوژیکو ګډوډیولامل ګرځي.

B– د قحف د قاعدې کسرونه: دقوي او شدیدو ضربو پواسطه مینځ ته راځي او تقریباً ډېرى دا کسرونه خلاص وي. نود همدې امله مکروبونه د بهر څخه د قحف داخل ته ننوځي اود meningitis، encephalitis او brain abcessرامنځ ته کوي. البته په عمومي ډول دغه کسرونه په درې ډوله دي:

a- د قحف د قاعدې د مخکېنې قسمت کسرونه: د قوي لګیدولە امله د قحف په قدامي قسمت باندې دا ډول کسرونه مینځ ته راځي چې دا قوه د غربالي هډوکي

www.ketabton.com

(ethmoid) د کسر لامل ګرځي چې د غربالي هډوکي د کسر له امله د مصدوم د پزې ځخه وينه راځي. بعضاً کسري خط د orbit تر جوف پورې امتداد پيداکوي او د قبې د قدامي قسمت د کسرونو عمده علايم عبارت دي له:

1- Rinoragia (د پزې ځخه د وينې راتلل)

2- Rihnorrea (د پزې ځخه د دماغي شوکي مايع راتلل يعني د CSF راتلل)

3- Bilateral periorbital hematoma (يعني د دوه طرفه اکېموز جوړيدل په periorbital ساحه کې داسې معلوميږي چې مصدوم عينکې اچولي دي او په نوم د glass sign هم يادېږي).

4- Pneumocephaly (د قحف په داخل کې د هوا موجوديت)

5- Anosmia (مصدوم د بوی کولو حس له لاسه ورکوي)

b- د قحف د قاعدې د منځينې قسمت کسرونه: د يوې ضربې لګيدل د قحف په منځنۍ برخه باندې د petrose bone د کسر لامل ګرځي او د هغه اعراض او علايم عبارت دي له:

1- **Otoragea**: د غوږ ځخه د وينې راتلل چې ځينې وختونه د اوريدلو پرده هم ماوفه کېږي

2- Otorhea (د غوږ ځخه د CSF راتلل)

3- د مخ فلج چې د VII قحفي زوج د ماوف کېدو له امله مينځ ته راځي

c.د قحف دقاعدې دشاتني قسمت کسرونه: د قوي ضربو دلګيدو له امله د قحف په شاتنۍ برخه باندې مينځ ته راځي چې بعضاً کسري خط ترbrain ste+em پورې امتداد لري او د مصدوم د مرګ لامل ګرځي. د قحف د قاعدې د خلفي کسرونو په صورت کې دوې ورځې وروسته د mastoid د هډوکي په زروه کې اکېموزيس پيداکېږي چې په نوم د battles signيادېږي او د دې ناحيې کسرونه د IX، X، XI قحفي ازواجو د ماوف کېدو لامل هم ګرځي.

دقحفي دماغي ترضيضاتودرملنه: د ترضيض يا تروما د مصدومينو د درملنې اساسي موخه ددې مجروحينو د مرګ ځخه ژغورل دي او همدا ډول د

www.ketabton.com

درملنې بل هدف د وجود د اعضاوو د اناتومیک او فزیولوژیک حالت برقرارول دي چې خپلې لومړنۍ وظیفې پکې وساتلی او دا درملنه د تروما د واقع کېدو د ځای څخه پیلېږي.

1. د ترضیض د واقع کېدو په ځای کې بیړني تدبیرونه یا د روغتون څخه په د مخه قدمه کې بیړنۍ مرستې:

ددې تدبیرونو اصلي مقصد د مصدوم بیړنۍ او محفوظ انتقال دی روغتون ته په داسې ډول چې د رامنځ ته کېدوونکو اختلاطاتو څخه مو مخنیوی کړی وي او یوه وړه تروما د غټې تروما لامل نه شي نودا کومکونه د حادثې په محل کې د باتجربه اشخاصو او یا تعلیم لرونکو کسانو پواسطه صورت نیسي او د لومړنۍ عمده څارنو اساسي موخه د یوه ترضیضي ناروغ سره د مخامخ کېدو په صورت کې، د سرک پرغاړه، د لارې په اوږدو او د روغتونونو په عاجلو څانګو کې یو قسم دي او عبارت دي له:

الف: کچېرې مصدوم تنفس نه لرلو نو پدې صورت کې باید په لاندې ډول عمل وشي:

a– د ورمیږه د قات کېدو په صورت کې ورمیږه ته باید د بسط یا Extension حالت ورکړل شي او د هغه لاندې باید کوچنی بالښت او یا کوم بل شی ددې وضعیت د ساتلو لپاره کېښودل شي او لاندې الا ښه (زامه) دې پورته شي.

b– د ژبې دخلف خواته د تیله کېدو څخه باید مخنیوی وشي او هغه راکش کړی، د هغه د قات کېدو دمخنیوي په خاطر د airwayڅخه ګټه پورته کړی.

c– د خولې د جوف افرزات، وینه او دکانګو محتوی اولاړې پاکې کړی. تر څو تنفسي لارې خلاصې شي او دا افرازات په دوامدار ډول سکشن کړي تر څو د Aspiration څخه مخنیوی شوی وي کچېرې ناروغ کانګې لري نو پدې صورت کې مصدوم ته په څنګ وضعیت ورکړي او سر یې لږ ښکته کړي.

d–کچېرې مصدوم تنفس نلرلو نو پدې صورت کې خوله په خوله تنفس او یا مصنوعي تنفس د امبوبګ څخه په ګټه اخېستنه پیل کړي.

www.ketabton.com

e–کچېرې پورتنۍ تنفسي لارې بندې وي او د هغې په خلاصيدو ونه توانيږو نو د يوې ستنې څخه په ګټه اخېستنه د Cricothyroid د غشاء د لارې د هوا د برقراريدو لپاره لارې خلاصې کړي.

ب: کچېرې په ناروغ کې د زړه ضربان او نبض موجود نه وي نو عاجل ورته Extra cardiac Massage د قص د هډوکي د پاسه په سينه باندې پيل کړی پداسې ډول چې د دواړو لاسو اورغوي يو دبل د پاسه د قص د هډوکي په منځنۍ برخه کېښودل کېږي او دهغه د پاسه په داسې ډول پرې فشار راوړل کېږي چې د 3-5 cm په اندازه داخل ته فشار پرې راوړل کېږي.

ج: د خارجي وينې بهيدنې په صورت کې د يوې ټوټې تيکې او ګاز څخه په ترضيضي ناحيه کې کار اخېستل کېږي او د فشاري بنداژ پواسطه يې وتړي. تر څو مو د خونريزۍ مخه نيولې وي او ناروغ ته ايزوتونيک نورمال سالين پيل کړی.

د: کچېرې د فقراتو دماتيدو په ځانګړي ډول د رقبي فقراتو د کسرشک موجود وي نو پدې صورت کې ورمېږ تثبيت کړي تر څو د نخاع د قطع کېدو څخه مو ډډه کړي وي او د انتقال په صورت کې ورته ځانګړي پاملرنه وکړي.

هـ: د پورتنيو اوښکتنيو اطرافو د کسرونو په صورت کې د ميزابې، لرګي او مقابل لوري څخه ګټه پورته کړي او هغه تثبيت کړي.

ی: کچېرې روغتون ته د رسيدو پورې فاصله وي نو ناروغ ته د لارې په اوږدو کې مايعات، انتي بيوتيک، او د درد دواګاني ورکړی.

2. په روغتون کې بيرنۍ او اړين تدبيرونه:

الف: تر ټولو د مخه بايد پدې ځانونه پوه کړو، چې پيښه کله، چېرته، د څه شي پواسطه او بلأخره د چا لخوا ترسره شويده، څومره وخت وروسته ناروغ روغتون ته راورسيدو، دکومې لېږد وسيلې او دچالخواراوړل شوو د مصدوم حالت دحادثې د واقع کېدو په ځای او د لارې په اوږدو کې څنګه وو او کومو کومکونو صورت نيولی دی، کومې دواګانې تطبيق شوي دي کچېرې د مصدوم حالت ښه او شعور يې

www.ketabton.com

لرلو پخپله د مصدوم څخه و پوښتنې د روغتون عاجلې کوټې ته د مصدومينو تر تخليه کېدو وروسته په لاندې ډول عمل وکړي.

په روغتون کې ددې ناروغانو ارزيابي په څلورو مرحلو تقسيم شوي ده:

I. Primary survey
II. Resusccitation
III. Secondary survey
IV. Definitive management

I .Primary Survey: د هغو بيړنيوحالتونو پلټنه چې د ژوند لپاره ګواښوونکي وي، د ترضيض په ناروغانو کې خاص ارزښت لري. پدې صورت کې د A-B-C-D-E د پروتوکول څخه ګټه پورته کېږي.

A – هوايې لارې: د تنفسي ستونزو په صورت کې د مصدوم ورميږ ته د بسط حالت ورکړي او د هغې په خوله کې د Airway د تطبيق څخه کار واخلي، تر څو د ژبې د قات کېدو څخه خلف خواته مخ نيوی وشي او په همدې وخت کې د خولې افرازات، وينه او د کانګو محتوي پا که اوسکشن کړي او د Aspiration څخه مخنيوی وکړي. کېږي مصدوم تنفس نلرلو نو Endo-tracheal tube تطبيق کړي. د ورميږ د بسط حالت ته راوستو او دتيوب د تطبيق په وخت کې د رقبي فقراتود ترضيض او د نخاع د قطع کېدو څخه د جلوګيرۍ په موخه د ځانګړي پاملرنې څخه کار واخلي،کچېرې دخولې په جوف او يا Oro pharynxکې افات موجود وو نو پدې صورت کې بيړنی Cricothyroidectory اجرا کړي.

B–تنفس (Breathing):کله مو چې تنفس نورمال حالت ته راوستو پدې صورت کې د صدر د انبساط، تنفسي اوازونه، تاکي پني، هغه Crepitusچې د پښتيو د کسرونو له امله رامنځ ته کېږي، دپوستکي لاندې امفزيما او همدا ډول د سينې نافذه ترضيضات او جرحې بايد معاينه شي. پدې صورت کې بايد Open Pneumothorax، Tension Pneumothorax، Flail chest اود کتلوي Hemothorax حالتونو دقيقه معاينه مصدوم ته اجرا شي ځکه چې پورته ټول

www.ketabton.com

حالتونه د سړو تهديد کوونکي حالتونه دي، چې مرګوني حالتونه رامنځ ته کوي او د صدر ترضيضات د Asphyxia د رامنځ کېدو لپاره دوهم معمول لامل شميرل کېږي.

C–دوران (**Circulation**): بل اساسي هدف د وينې د دوراني سېستم دوهم ځلې برقرارول او د وينې او مايعاتو د کافي حجم ورکول او د دوران ډکول دي.

1. Hemostasis: د خارجي خونريزې په صورت کې د جرحې مستقيم پانسمان او د بنداژ څخه په کاراخېستلو د فشاري پانسمان پواسطه وينه ودروي. کچېرې د لويورګونو د څېرې کيدوله امله (لکه د قصبي، فخذي او Popliteal شرايتو او وريدو) په صورت کې بايد لږ د هغه څخه په پورته ناحيو باندې د ګوتې د فشار او يا Torniquite د ټرلو څخه کارواخلي. دنومورېو مصدومينولپاره بېړنۍ وينه تيارې کړي او عمليات خانې ته يې نقل او پکې د ضرورت مطابق د جراحي عملياتي پروسيجر اجرا کړي.

2. **Vascular Access**: کچېرې مصدوم د شاک په حالت کې وو نو پدې صورت کې په لويو وريدو کې د وريدي کاتيتر او I. V. Cunale اګانو څخه چې د غټ قطر لرونکي وي د وينې د دوران د دوباره ډکولود مايعاتو او وينې ورکولو لپاره ګټه پورته کړي تر څو مو دوران ډک کړی وي، او د مختلفو محلولاتو لکه Ringer lactate، Normal salineاو کرستالويد محلولونو د ورکولو څخه کار واخلي تر څو مصدوم د شاک څخه راوباسواو د Out Put د تعين کولو لپاره د مثانې Folly Catheter تطبيق کړي.

D–Neurogenic (Neurogenic Disability):

د کوما مختلفې درجې ممکن د نورو اسبابو له امله د ترضيضاتو سره برسيره وي، چې دا هم دمجد دې احيا(Resusccitation) پر مهال د درملنې ايجاب کوي او معمول ترين نوره اسباب چې دکومالامل ګرځي عبارت دي له Cerebro vascular accidents، Alcholic intoxication، د يابتيک اسيدوزيس، Hyperglycemic coma، د Barbiturates تسمم، د نارکوتيک موادو Overdsose، Eclampsia، د الکترولايتو د موازيني خرابوالي، برقي شاک، اود ثقيلو فلزاتو تسمم چې داتول

www.ketabton.com

دقحفي ترضيضاتو په صورت کې بايد په نظر کې ونيول شي او د ترضيض ناروغ د درملنې سره هر يو پورتنی لامل د خاصې درملنې ايجاب کوي.

د لومړنی سروې پرمهال د پورته لازمو کومکونو سره سره بايد يو ښه عمومي تفتيش او مکمله فزيکي معاينه ټولو مصدومينو ته چې په وخيم حالت کې قرارلري بايداجرا شي او د فزيکي معاينې لپاره د مصدوم کافي لوڅول بايد تر ټولو لومړی صورت ونيسي خو پدې صورت کې بايد د خاص اختياط او دقت څخه کار واخيستل شي او کنه ټول لباسونه دې د قيچې په مرسته ځيرې شي تر څو د نوروغلطيو مخه مو نيولې وي. په روغتون کې دافت د سم تشخيص او درجې د معلومولو لپاره يو تعداد لابراتوار ي او راډيولوژيک معاينات بايد اجرا شي د هيمو ګلوبين، هيماتوکريت، د وينې ګروپ او کراسميچ او دارټيا په صورت کې B. U. N، دالکترولايتو تعين، Creatinin، Glycemia د ادرارروتين معاينه هم اجرا کيږي. کچيرې تنفسي ستونزې موجود وي نو په شرياني وينه کې د غازاتو د سويې تعين کول(Pco2, Po2, PH) بايد اجرا شي.

Resusccitation. II:شديد ترضيضات اکثراً د شاک د مختلفو درجو سره يوځای وي د شاک حالت په اول کې د سړو خولو ،د پوستکي حسافت، ضعيفي، په سترګو کې تيارە راتلل، د وينې د فشار ښکته کېدل، تاکي کاردیا ، تنده، په زوره تنفس کول او بلأخره د شعور د له منځه تللو سره يو ځای وي، چې بايد دوه وارې احيا صورت ونيسي.

Syncope or fainting)Neurogemic shockorPrimary–a): لومړنی شاک د وينې د سريع تراکم په نتيجه کې چې په ا حشاوو ، ارادي عضلاتواو د رګونو په بستر کې منځ ته راځي، چې د روحي او عصبي تنبهاتو په وجه چې دشديدترس، درد ، او اضطراب په نتيجه کې منځ ته راځي.پدې صورت بايد ناروغ ته دشا په تخته يادTrendlenburgوضعيت ورکړل شي ترڅومصدوم ښه شي. خوکچيرې د ناروغ وضعيت ژر ښه نه شو نو د شاک نورډولونه د پامه مه غورځوي.

www.ketabton.com

b- Hypovoleamia: چې د وينې او پلازما د ضايع کېدو له امله منځ ته راځي، سختې خونريزې، دوامداره او شديدې Crushing injuries، غټ کسرونه، او وسيع سوځيدنې د هغه معمول اسباب تشکيلوي، چې د هغه درملنه په مربوطه مبحث کې تشريح شويده.

III. Secondary Survey and treatment of priorities يا (په روغتون کې د درملنې اولیت): پدې مرحله کې يوه کامله سېستميک معاينه مصدوم ته اجرا کېږي او دا معاينه د راس او سترګو د دقيقې معاينې څخه پيل کېږي او د حدقې تعامل د نور په مقابل کې، د قعر عين معاينه، د صلبيې اوعدسيې خلعې او د منضمې معاينه شامل دي. د کوپړۍ او Maxila facial د کسرونو د معلومولو لپاره کامله معاينه، د ورميږې معاينه، اود شزن نورمال موقعيت بايد معاينه شي.

درملنه:د عمومي درملنې څخه موخه داده چې مصدوم داخل بستر کړو او تر جدي څارنې لاندې يې ونيسو د انتاناتو دمخنيوي په خاطر مصدوم ته قوي او وسيع الساحه انتي بيوتيک ورکول کېږي. د اوبو او الکتروليتو موازنه برقرار ساتل کېږي او د ضرورت په وخت کې وينه ورکول کېږي.

د جراحي درملنه: کچېږي د داخلې درملنې پواسطه د دوو اونيو څخه زياته موده کې په مصدوم کې otorea، rhinorea، rhenorragea او otorrhagea موجوده وي ا وبنده نه شوه نو پدې صورت کې ضرورده چې د عصبي جراحي په يوه اختصاصي مرکزکې مصدوم ته بايد د جراحي مداخله اجرا شي.

IV. Definitive management:د قحفي دماغي ترضيضاتو څخه برسيره د سينې، بطن او اطرافو ترضيضاتو ته هم بايد پاملرنه وشي.

ج: brain injuries:دلته موږ دبسته قحفي دماغي ترضيضاتو څخه بحث کوو چې په مختلفو اشکالو تقسيم شوي دي.

فزيوپتولوژي:شديد قحفي دماغي ترضيضات د ناروغ په راتلونکي ژوند باندې نظر پدې چې ددماغو کوم قسمت ماوف او افت په کومه اندازه پرمخ ولاړ دی تاثير اچوي او هغه تهديدوي لکه څه ډول چې پوهيږو چې د انسان دماغ په دوامداره

www.ketabton.com

ډول O2 او ګلوکوز ته ضرورت لري او د دماغو نسج د نورو انساجو په شان ګلوکوز نه شي ذخیره کولای صرف یو مقدار ډېر کم د glycogen په شکل ذخیره کېږي اوبس. دبله طرفه د دماغو انساج د انرژي د تولید لپاره د امینواسیدو او شحمیاتو څخه ګټه نشي پورته کولای نو د همدې امله که کچېرې د دماغو انساجو ته وینه ونه رسیږي ډېر ژر هغه په ګډوډۍ اخته کېږي. په اوله مرحله کې یو قسم ناراحتي مینځ ته راځي او د محیط سره یې علاقه قطع کېږي او ورپکې اختلاجات او coma تاسس کوي. د همدې امله د دماغو انساج د خپلو فزیولوژیکو دندو د اجرا لپاره اکسیجن ته ضرورت لري کچېرې د څو محدودو لحظو لپاره وینه او اکسیجن دماغو ته ونه رسیږي نودماغ خپل ژوندله لاسه ورکوي او د کوما او مرګ لامل ګرځي د ټول عضویت ۳۰٪ سلنه اکسیجن صرف دماغ په مصرف رسوي. قحفي دماغي ترضیضات د ترضیض د نوعیت او د دماغو د پتوفزیولوژیکو ګډوډیو په اساس په لاندې ډولونو تقسیم کېږي.

Cerebral concussion: پدې صورت کې دلږ وخت لپاره د CSF د دوران د تغیر په اساس دماغ خپل فزیولوژیک وظایف د لاسه ورکوي. یعنې پدې صورت کې د macroscopic او microscopic له نظره د دماغو په انساجو کې کوم پتالوژیک تغیرات موجود نه وي. یا په بل عبارت د یوه ترضیض وروسته دلږ وخت لپاره د دماغو د دندو مختل کېدل چې پکې کوم پتالوژیک تغیرات نه وي رامنځ ته شوي د کوماسیون دماغي (cerebral concussion) په نوم یادیږي او دا حادثه یو تعداد مولفینو داسې شرح کړیده. د ترضیض وروسته د دماغو د حجراتو ترمینځ د ارتباطاتو قطع کېدو په اساس دلنډې مودې لپاره دماغ خپله وظیفه د لاسه ورکوي خو یوتعداد نوره داسې عقیده لري چې د concussion وروسته د دماغو په نسج کې یو ډول edema تولیدیږي او هم نظر ورکوي چې د سحایي انساجو (gray mater) او ابیض انساجو (white mater) په محیط کې یو ډول نزفي (hemorrhagic) نقطې تولیدیږي.

www.ketabton.com

درملنه: مصدوم ته مطلق استراحت ورکول کېږي. يعنې د دريو څخه تر شلو ورځو پورې استراحت بايد وکړي. د دماغو د ازيما د له منځه وړلو لپاره glucose40%30-40 cc ورکول کېږي همدا ډول مګنيزيم سلفيټ 25% محلول -10 20 cc او هم د mannitol محلول 20% په کاهلانو کې 500cc په دوو کسري دوزونو باندې تطبيق کېږي او د قحف داخلي فشار کنترول کېږي.

Cerebral contusion: د يوې قوې پواسطه کله چې د دماغو انساج تخريب او کوفته شي د cerebral contusion په نوم يادېږي.

اناټومو فزيولوژي: ددماغو د کنټيزيون په صورت کې د اناټومي اوفزيولوژي له نظره په موضعي ډول د دماغو د انساجو تخريب، د دماغو د اوعيو څيرې کېدل، د دماغو ازيما ، د دماغو اسکېما او هيماتوم منځ ته رادرومي.

هيماتوم چې د اوعيو د څيرې کېدو وروسته پيدا کېږي په لاندې ډولونو تقسيم شويده.

a- Extra dural hematoma
b- Sub dural hematoma
c- Intra cerebral hematoma
d- د دماغو د بطيناتو داخل هيماتوم

وظيفوي تعيرات او همدا ډول اعراض اوعلايم د قوې په شدت او د ترضيض د موقعيت په اساس توپير کوي او په هغوی پورې تړلي دي اوهر يو عليحده سريري لوحه لري لکه ترضيض کولای شي چې د extra pyramidal، diencephal، mesencephal، bulberاو cerebrospinal ګډوډيولامل شي. همدا ډول دقوې شدت ممکن خفيف، متوسط او يا شديد وي چې مختلفې سريري لوحې رامينځ ته کولای شي.

اعراض او علايم: اعراض او علايم هم د قوې د شدت په اساس چې ايا خفيفه، شديده او يا ډېره شديده ده توپير کوي.

a- **خفيف ترضيضات:** کچېرې دقوې شدت زيات نه وي نو پدې صورت کې ناروغ د څو دقيقو لپاره خپل شعور په موقت ډول له لاسه ورکوي اوناروغ سردردي،

www.ketabton.com

سرچرخي او کانګې لري. ځينې وختونه ناروغان يو قسم غير طبعي اوازونه وايي او يا په سترګو کې د تياري احساس کوي. مګر پورته ټول اعراض د څو ورځو په جريان کې له منځه درومي. خو يو مهم ټکی چې ناروغ د حادثې د وقوع څخه څه په ياد نلري يعنيpost traumatic amnesia (د حادثې وروسته هيريدل) لري چې د retrograde amnesia په نوم يادېږي.

b- شديد ترضيضات:د شديدو ترضيضاتو په صورت کې مصدوم د څو ساعتونو لپاره خپل شعور د لاسه ورکوي او د تهيج په حالت کې وي د ناروغ نبض بطي، وتري عکسات ضعيف او حدقې منقبضې وي.

c- ډېر شديد ترضيضات:د ډېرو شديدو ترضيضاتو په صورت کې مصدوم په دوامداره شکل د څو ساعتو څخه يا ممکن تر څو ورځو پورې شعور د لاسه ورکوي او د تهيج په حالت کې قرار لري د مصدوم رنګ خاسف، نبض ضعيف، تنفس سطحي او حدقې منقبضې وي او د رونښنايي په مقابل کې عکس العمل نه وي موجود ، بعضاً پورتني اعراض شديد وي او د مرګ لامل ګرځي.

دقحفي ترضيضاتوپه تشخيص اودرملنه کې دکوما ددرجې دمعلومولولپاره د Glasgow coma scoring څخه بايد کار واخيستل شي.

Glasgow coma score

Glasgow coma scal scoring د Head injury د ناروغانو ددقيقې کتنې لپاره استعمالېږي نومورې طريقه (GCS) د۳او ۱۵ ترمنځ محاسبه کېږي ۳ په خرابترين او ۱۵ ترټولو ښه حالت باندې دلالت کوي داله دريواساسی ټکو (Parameters)څخه ترکيب شوي ده. [۳،۲]

- Best Eye response دسترګو ترټولو ښه ځواب يا عکس العمل.
- Best verbal response ترټولو ښه شفاهي يا ژبنی عکس العمل.
- Best motor response ترټولو ښه حرکي عکس العمل.

www.ketabton.com

جدول Glasgow coma score

4	Best Eye Response
1	ناروغ سترګي نشي خلاصولي no eye opening
2	ددرد په مقابل کې دسترګو خلاصول Eye opening to pain
3	دشفاهي یا خبرو په مقابل کې دسترګو خلاصول Eye opening to verbal command
4	پخپله دسترګو خلاصول Eye open Spontaneosuly
5	Best verbal response
1	ناروغ خبرو ته ځواب نه وایې no verbal response
2	بې مفهومه اوازونه incomprehensible sounds
3	نا مناسب اوبې مفهوم کلمات inappropriate words
4	تر شک لاندې Confused
5	ناروغ دوخت اوځای په پیژندګلوي کې کوم مشکل نلري Oriented
6	Best motor response
1	حرکې ځواب نه وایې no motor response
2	ددردله امله غزول Extension to pain
3	ددرد له امله انقباض Flexion to pain
4	ناروغ د درد څخه ځان لیرې کوي Withdraul from pain
5	ناروغ د درد ځای په نښه کوي Localizing pain
6	ناروغ دامر تابع دی Obeys commands

باید په یادولرو کله چې GCS له (۱۱) سره برابر وي داعبارت بې مانا دی بلکه د دې پرځای باید GCS پخپلو اجزاوباندې وویشل شي لکه: E3V3M5=GCS11.

کله چې دcoma score د۱۳ په اندازه یا لدې پورته وي دضعیفې دماغي Injury نماینده ګي کوي، له۹-۱۲پورې په متوسطه Injury باندې دلالت کوي، او 8یا له دې کم په شدیدو Injury باندې دلالت کوي

درملنه: کچېرې مصدوم کنټیزیون ولري نوباید لاندې ټکي د درملنې په مهال په نظرکې ونیسو.

www.ketabton.com

a- کچېرې د دماغو په انساجو فشار موجود وي باید دماغ له فشاره ژر خلاص کړو که فشار د هیماتوم له امله موجود وي باید هیماتوم تخلیه او درېناژ کړو او وینه ورکونکي رګونه بند کړو. کچېرې د کسر له امله فشار موجود وي او یاد هډوکي پارچې داخل خواته ټیله وي او په دماغو یې فشار راوړی وي نو پدې صورت کې نومورې پارچې ارجاع اویا resection کړی.

b- د دماغو د ازیما جدي درملنه وکړی.

c- د انتان پر ضد وسیع الساحه انتي بیوتیک استعمال کړی.

d- مصدوم ته مطلق استراحت توصیه کړی.

Cerebral compression: دا اصطلاح په هغه حالاتو کې استعمالیږي چې د دماغو نسج په دوامداره ډول تر فشار لاندې قرار ولري. لکه د هیماتوم په صورت کې چې د قحفي دماغي ترضیضاتو وروسته منځ ته را درومي او یا د depressed fracture په صورت کې چې مکسوره پارچې د قحف داخلي جوف ته ټیله او د دماغو نسج یې تر فشار لاندې راوستی وي.

باید یادونه وکړو چې کله کله د دماغو انساج پرته له ترضیضاتو هم تر فشار لاندې راځي لکه د دماغو د سلیمو او یا خبیثو تومورونو په صورت کې، د دماغو د کېست په موجودیت کې، د دماغو د ابسې او یا هم د CSF د فشارزیاتوالی چې د ترضیضاتو وروسته رامنځ ته کېږي.

د قحفي دماغي ترضیضاتو په حالاتو کې په ۸۰٪ سلنه واقعاتود دماغو په انساجو فشار د سحایاد اوعیو د څیرې کیدو او extra dural hematoma له امله منځ ته رادرومي او په ۲۰٪سلنه واقعاتو کې د وریدي سینوسونو د څیرې کېدو څخه منځ ته راځي.

تر هیماتوم وروسته depressed fracture هم یوبل عامل دی پر دماغو باندې د فشار د راوړلو لامل ګرځي په همدې ډول cerebral edema، pneumocephalus، subdural hygroma (د arachnoid د څیرې کېدو وروسته کله چې CSF د dura

www.ketabton.com

لاندې جمع کېږي نو داحالت د subdural hygroma په نوم يادېږي) چې پر دماغو د فشار لامل ګرځي.

اعراض او علايم:د ترضيض په تعقيب دخونريزې په صورت کې اعراض اوعلايم فوراً تاسس کوي او يو څه وخت ته ضرورت دي تر څو هيماتوم تاسس وکړي چې دا وخت نظر په واقعه د څو دقيقو څه تر څو ساعتونو او يا څو ورځو او يا اونيو پورې توپير کوي. دا واضحه ده چې کچېرې لويې اوعيې څيرې شوې وي نو پدې صورت کې اعراض ډېر ژر تاسس کوي او هر څومره چې اوعيې وړې وي نو اعراض وروسته رامنځ ته کېږي

سريري اعراض په حقيقت کې هغه محراقي اعراض دي چې د شعوري حالت دګډوډيدوله املە منځ ته راځي لکه ۳-۴ ساعته وروسته له ترضيض څخه مصدوم ته سردردي، سر چرخي، زړه بدوالی او کانګې د شعور له منځه تلل (uncoscious)، ديوه طرف فلج او حدقي توسع يو طرفه منځ ته راځي چې دا محراقي او شعوري اعراض په تدريج سره شدت او وخامت پيداکوي کچېرې پدې صورت کې ډېر ژر د دماغو په نسج فشار راکم نکړو او دجراحي بېرنۍ مداخله ونکړو او د هغې پواسطه هيماتوم تخليه نکړو او مکسوره پارچې ارجاع اويا resection نکړو نوپدې صورت کې دغه افت پرمخ تلونکی سير کوي او د دماغو ازيما تاسس کوي او دژوند ټول مرکزونه د فشار لاندې راځي او د مصدوم د مرګ لامل ګرځي.

تشخيص: د اعراضو او علايمو او د راډيولوژيک معايناتو پواسطه صورت نيسي په بعضې واقعاتو کې تشخيص مشکل وي نوپدې صورت کې بايد مصدوم ته Diagnostic treponation، Echography، CT-Scan، Angiography، Spinal Functure او Elctroencephalography څخه کار واخيستل شي.

درملنه: د تشخيص تر اينبودلو وروسته بايدمصدوم د عملياتو کوټې ته په بېرنۍ توګه يووړل شي او ورته decompressive treponation اجرا کړو او هيماتوم تخليه کړو او وينه ورکوونکې اوعيې وترل شي او د هډوکودټوټو د فشار په صورت کې هغه ارجاع او يا resected کېږي.

www.ketabton.com

Cerebral laceration: بعضاً د دماغو انساج د ترضيضي الې پواسطه مستقيماً او يا د هډوکې د ماتو شويو پارچو پواسطه او کله کله پرته لدې چې کسر موجود وي د دماغو د انساجو د چټک حرکت په نتيجه کې lacerationمنځ ته راځي (د دماغو نسج ټوټې او څيرې کېږي) البته په هماغه ساحه کې چې د دماغو نسج څيرې کېږي د هغه اوعيې هم پرې کېږي اود دماغو په داخل کې خونريزي تاسس کوي. چې دغه خونريزي د هيماتوم د جوړولولامل ګرځي او د دماغو په نسج باندې فشار راولي.

اعراض او علايم: داچې laceration د دماغو په کوم قسمت کې دی او د جرحې اندازه اودخونريزې اندازه څومره ده توپير کوي.

درملنه: ژر مصدوم عملياتو ته تيار کړې او خونريزي ودروې او هيماتوم دريناژ کړې. کچېرې ماتې شوې ټوټې موجودې وي هغه پرځای کړې او اجنبي اجسام راو باسې.

په ياد ولرې چې د دماغو په داخل کې د ژورو پردیو توکو د راايستلو هڅه هميشه مه کوې ځکه چې دا د قحفي مجروخينو د مړينې لامل ګرځي.

Cerebral hemorrhage: د هر لامل له امله چې د dura اودماغو رګونه او يا سينوسونه څيرې کېږي او يا هم واړه، متوسط او لوی رګونه چې په څيرې کېدواخته کېږي نو پدې صورت کې د قحف په داخل کې خونريزي تاسس کوي او د هيماتوم لامل ګرځي.

a- Extra dural hematoma
b- Sub dural hematoma
c- Sub arachnoid hematoma
d- Intra cerebral hematoma
e- Ventricular hematoma

کله چې هيماتوم د قحف په داخل کې تاسس کوي نو پدې صورت کې پر دماغو فشار راوړي او د دماغو وظيفې خرابيږي. چې البته دا د هيماتوم په موقعيت او حجم پورې مربوط تغيرات مينځ ته راوړي.

www.ketabton.com

اعراض او علايم: اعراض او علايم د هيماتوم په حجم او موقعيت پورې مربوط دي مګر عمومي اعراض اوعلايم لکه د شعور له منځه تلل، سردردي، سرګنسي، سرچرخي، زړه بدوالی او کانګې، يو طرفه فلج او د حدقې يو طرفه توسع ليدل کېږي. چې په تدريج سره پر مخ ځي او د مصدوم وضعيت وخيم کوي. نو پدې صورت کې که په بيړه هيماتوم تخليه نشي او دماغ د فشار څخه خلاص نشي نو دژوند پر مرکزونو د فشار د راتلو له امله ناروغ مړ کېږي. د سريري له نظره د هيماتوم په حالت کې لاندې جدول ملاحظه کېږي

a-د **extradural** هيماتوم سريري لوحه:

اوله صفحه: د ترضيض وروسته د څو ثانيو او يا دقيقو لپاره د شعور له منځه تلل موجود وي چې د اولې صفحې په نوم يادېږي.

دوهمه صفحه: ۳-۴ ساعته وروسته مصدوم بيدار يږي چې د بيدارې صفحې په نوم يادېږي پدې صفحه کې مصدوم کوم خاص اعراض او علايم نلري خو ورو ورو بيا مصدوم نا ارامه کېږي او ديو طرف حدقه توسع کوي او مصدوم ته سردردي، سرچرخي، زړه بدوالی او کانګې پيداکېږي او ژر محراقي علايم په شکل د hemiplegia تاسس کوي چې داد دريمې صفحې په نوم يادېږي

د محراقي اعراضو او علايمو وروسته د مصدوم حالت وخيم کېږي او شعور بيا له منځه ځي او دماغ تر فشار لاندې راځي. نود همدې امله هيڅ د قحف د ترضيض ناروغ بايد له روغتون څخه رخصت نشي او اقلاً تر ۲۴ ساعتو پورې بايد په روغتون کې وساتل شي. که په دې وخت کې اعراض او علايم پرمخ لاړل نوبايد مصدوم د عملياتو لپاره تيار شي او هيماتوم بايد دريناژ شي او دماغ له فشاره خلاص شي. تر څو ناروغ ښه شي. د کور د رخصت په حالت کې او ياد ډاکټر د نه پاملرنې له امله کله چې د دماغو نسج تر فشار لاندې را درومي بلأخره د حياتي مرکزونو د فشار او مصدوم د مړينې لامل ګرځي.

www.ketabton.com

b- د **sub dural hematoma** سريري لوحه: د قحفي دماغي ترضيض په تعقيب دلته هم په موقت ډول شعور له منځه ځي او دوباره بيداريږي. مګر د بيداريدو صفحه څو ورځې اويااونۍ دوام کوي

c- د دماغو د داخل هيماتوم سريري لوحه: پدې صورت کې مصدوم د لنډ وخت لپاره د ترضيض وروسته خپل شعور د لاسه ورکوي او بيا بيدار کېږي کچېرې هيماتوم کوچنی وي ممکن ورځې، اونۍ، مياشتې او کالونه د بيداری صفحه دوام ولري. لاکن کچېرې د دماغو په داخل کې هيماتوم لوی او شديد وي پدې صورت کې مصدوم دوباره شعور د لاسه ورکوي او وضعيت يې د وخامت و خواته درومي حتی د مصدوم د مرګ لامل ګرځي. بايد عاجل درناژ شي.

d- د **sub arachnoid** هيماتوم سريري لوحه: پدې صورت کې نارو غ ډېر نا ارام اوهيجاني وي. وخت او ځای نه پيژني د سحايا د شخي علايم kernigs sign مثبت وي، په قطني بذل سره CSF مايع په وينه ککړ وي. بعضې وخت ټول بطينات د وينې ډک وي او د CSF فشار لوړ وي او د جراحي د عاجلې مداخلې ايجاب کوي.

e- د دماغو د جذع د هيماتوم سريري لوحه: پدې صورت کې برسيره لدې چې د ترضيض وروسته مصدوم خپل شعور له لاسه ورکوي ژوړې کوما ته داخليږي او د عضلاتو د تون او قوت ګډوډی مينځ ته راځي چې د decortication او يا decerebration په شکل څرګندېږي په decortication شکل کې علوي طرف د قبض او سفلي طرف د بسط حالت کې قرار لري اما د decerebration په شکل کې علوي او سفلي دواړه طرفونه د بسط په حالت کې وي.

په يوه دماغي ترضيضي مصدوم کې بايد لاندې ټکو ته ځير واوسو:

1- بايده دي چې نارو غ په ډېره پاملرنې سره د بيا جوړيدو لپاره دبيا جوړيدو په سرويس کې بستر شي.

2- د مصدوم د کوپړۍ ټول ويښتان بايد وتراشل شي.

www.ketabton.com

3- د ستون فقرات د حرکاتو سره دي ډېر احتياط وشي ځکه د قحفي ترضيض په صورت کې رقبي فقرات په ترضيض اخته کېږي چې د هغې په بې اختياطۍ د نخاع شوکي د قطع کېدو لامل ګرځي.

4- تنفسي علوي لارې او د خولې جوف بايد د افرازاتو اوينې پاک شي او airway تطبيق شي.

5- بايد د ناروغ ورید تثبيت او IV canula تطبيق شي. همدا ډول دې fullycathetar او NGT تطبيق شي.

6- د سترګو حرکات او د حدقې حالت بايد په منظم ډول معاينه او کنترول شي، همدا ډول حياتي علايم په منظم ډول اندازه او چارت ته ورسول شي.

7- د ناروغ نيورولوژيک معاينات بايد په منظم ډول د ناروغ په چارت کې ورسول شي.

8- د راس جرحې دې پاکې او تطهير شي. بيا دې پانسمان شي.

9- د انتان اوازيماضد درملنه دې وشي.

د عملياتو استطبابات:

1- د قحف د داخلي هيماتومونو او يا د دماغو په نسج د فشار په صورت کې دې مداخله وشي.

2- د اعراضو او علايمو او عمومي حالت د وخامت په صورت کې دې مداخله وشي.

3- دغوږ او پزې څخه د دوامداره CSF د راتللو په صورت کې.

4- په هغه حالاتو کې چې په II، III او VI قحفي ازواجو فشار موجود وي.

5- د وريدي شرياني فستول او يا کهفي ثباتي فستول په صورت کې.

6- کله چې په پوستکي کې جرحه موجوده وي او ۱۲ ساعته ورځخه تير شوي نه وي.

7- په هغه صورت کې چې مکسوره پارچې دننه تللې وي او په دماغو يې فشار راوړی وي.

www.ketabton.com

8- په هغه صورت کې چې د قحف خلاص کسرونه موجود وي.

درملنه: د تشخيص څخه وروسته بايد ناروغ ژر عملياتو ته تيار شي او هيماتوم تخليه شي او وينه ورکونکې اوعيې بسته کړي او د دباترمي څخه ګټه پورته کړي. د subdural هيماتوم په صورت کې دوراماتر څيرې کړي او هيماتوم تخليه او درېناژ کړي د مزمن سب دورل هيماتوما په صورت کې د هيماتوم تر درېناژ وروسته د هغه محفظه هم ايستل کړي د sub dural hygroma په صورت کې CSF اسپريشن کړي. کچېرې هيماتوم ډېر ناوخته تخليه شوو پکې dislocation او strangulation د بصلې او ددماغو ازيما تاسس کړی وو پدې صورت کې جراحي مداخله کومه ګټه نلري او انذار يې ډېر وخيم دي.

د قحفي دماغي ترضيضاتو عواقب او اختلاطات: يو تعداد اختلاطات په مقدم ډول منځ ته راځي خو د قحفي دماغي ترضيضاتو وروسته په هغه صورت کې چې خلاص قحفي ترضيضات رامينځ ته شوي وي يو تعداد اختلاطات په موخر ډول يابقاياوې (sequelae) پدې ناروغانو کې منځ ته راځي چې د دې بقاياوو او اختلاطاتو وخامت د ترضيض په اصل پورې تړلی چې په کومه اندازه وخيم دي او د بلې خوا پدې پورې مربوط دی چې مصدوم څه وخت شفاخانې ته تخليه او د دماغو کوم قسمتونه ماووف دي.

البته دا چې ناروغ د کوم ډاکټر پواسطه په کوم عصبي مرکز کې عمليات شوی هم ارتباط لري.

په عمومي ډول دتړلو او خلاصو قحفي ترضيضاتو وروسته لاندې اختلاطات رامينځ ته کېدای شي:

Hydrocephalus، meningoencephalitis، د دماغو د نسج کېست، cerebral abcess، meningieal scar tissues، د قحف د هډوکي osteitis، granuloma، ataxia، nystagmus، hemi paresis، epilepsy، dysphagia او نوره ليدلی کېږي. چې د پورته اختلاطاتو زياتره يې د جراحي د مداخلې پواسطه درملنه کېږي لکه granuloma، scar tissues، cerebral abcess اونوره.

www.ketabton.com

خلاص قحفي دماغي ترضيضات: خلاص قحفي دماغي ترضيضات د قاطعه الاتو، او ناريه الاتو او د ارتفاعاتو او ترافيکي حوادثو پواسطه مينځ ته راتللی شي. کله چې د دې الاتو پواسطه duramater سوری او څيرې کېږي نو ورته د قحف خلاص او يا نافذه قحفي دماغي ترضيضات ويل کېږي. د توپ، بم، راکټ او مرمۍ پواسطه ممکن صرف scalp په مماسي ډول ماوف شي او يا داچې د skull څخه تيريږي او د قحف داخل خواته درومي او کله کله دقحف څخه خارجيږي. داچې نومورېو جرحو په کومه اندازه د کوپړۍ هډوکي، د دماغو نسج او اوعيې ماوفې کړې دي د هغه په شدت، د لګيدو موقعيت، د پارچې حجم او اندازه او يادمرمۍ سير او عمق د پارچې او مرمۍ پورې تړلی دي

د مجروحينو انذار او وخامت پدې پورې تړلي دي چې زخمي څومره وخت وروسته د عصبي جراحي يو مجهز مرکزته ليږدول شوی دی او د هغه د انتقال شرايط څه ډول وو او څومره وخت وروسته تشخيص او د چا پواسطه عمليات شوی دی دمرميو اوپارچو دداخليدو په صورت کې دقحف داخل ته دلباس ټوټې، د هډوکو پارچې، د پوستکي ټوټې او ميکروبونه د قحف د جوف داخل ته د ځانه سره وړي دي.

البته فزيولوژيک او اناټومو پتالوژيک تغيرات پدې پورې مربوط دي چې د دماغو انساج په کومه اندازه تخريب شوي دي کوم شراين ماوف او څومره هيماتوم د دماغو په کوم قسمت کې تاسس کړيدی مختلفې سريري لوحې رامنځ ته کوي. دخلاصو قحفي دماغي ترضيضاتو په صورت کې د پوستکي څنډې په منظم يا غير منظم ډول قطع کېږي اوياد قحف يو قسمت پوستکی بالکل له مينځه تللی وي. په همدې ډول د قحف د هډوکي ديوه کسري خط او يا څو پارچه يې کسري خطونو درلودونکي وي او ځينې وخت يو يا څو دهډوکو پارچې د قحف داخل ته تللې وي.

کچېرې دا ډول مجروحين ژر د عصبي جراحي مراکزو ته نقل او تر عاجل تشخيص وروسته ژرپکې مداخله وشي نو دهغه انذار دومره خراب نه وي کچېرې

www.ketabton.com

عملیات فوراً ونه شي او انتان مداخله وکړي او meningitis، brain abcess او encephalitis تاسس وکړي نو د درملنې نتیجه ډېره خرابه ده.

اولیه کمکونه: اول باید تنفسي لارې خلاصې وساتل شي او بیا باید تنفس اصلاح شي باید ټول افرازات او د استفراق مواد د خولې او تنفسي لارو لیرې شي او اسپیریشن شي او بیا د ورمیږې د قات کېدو او ژبې د داخلیدو اوقات څخه مخه ونیول شي او د مجروح په خوله کې باید airway تطبیق شي او بیا دانزفې دتوقف لپاره تدبیرونه ونیول شي ټول سر باید وتراشل شي او بیا د انتي سپتیک موادو پواسطه پاک شي او د جرحې درست تطهیر او پانسمان باید اجرا شي. دtetanus د مخنیوي په خاطر باید anti tetanus واکسین تطبیق شي او د انتان څخه د مخنیوي پخاطر باید په وقایوي ډول انتي بیوتیک تطبیق شي او د هغه وروسته باید ناروغ ډېر په بیړه سره د مناسبو شرایطو لاندې یو مجهز عصبي مرکز ته انتقال شي.

کچېرې یو ناروغ په خلاص دماغي قحفي ترضیض باندې اخته وي نو باید لاندې نقاطو ته پاملرنه وشي:

1- د ناروغ او د هغه د دوستانو او پایوازانو څخه د حادثې د لامل په اړه دمعلوماتو حاصلول.

2- د شعور له مینځه تللو وخت باید معلوم شي.

3- باید د post traumatic amnesia په اړه معلومات لاس ته راوړو.

4- د سردردي، سرچرخي، کانګو او زړه بدوالي په باره کې معلومات په لاس ولرو.

5- ټول پورته معلومات باید په چارت کې ورسول شي.

www.ketabton.com

د خلاص قحفي دماغي ترضيض د ناروغ معاينه:

1- د scalp يوه مکمله معاينه بايد اجرا شي او د scalp پوستکی بايد تفتيش شي چې ايا جرحه، څيرې کېدنه، خراشيدګي موجود دي او که نه بالکل د scalp پوستکی نشته.

2- د skull معاينه: په دقت کتل کېږي چې ايا کسر موجود دی او کنه ! که کسر موجود وي کسري خط واحد دی او که متعدد ! ايا مکسوره پارچې د داخل خواته ننوتې دي او په دماغويې فشار راوړی دی او کنه !

3- د قحف د قاعدې د کسرونو علايم لکه otorrhagea، otorrhea، rhinorrhagea او rhinorrhea او د سترګو چارچاپيره echymosis او د glss sign موجود دی او کنه !

4- د ناروغ شعوري حالت: په سابق کې د شعوري حالت دتعين کولو لپاره يو تعداد اصطلاحاتو لکه somnolence، turpor او stupor او نوره استعمال کېدې خو اوس دا اصطلاحات نه استعمال کېږي او اوس د ناروغ دشعوري حالت لپاره د تنبهاتو په مقابل کې د ځواب ويلو سره چې د glascow coma scale په نوم يادېږي اجرا کېږي او پدې صورت کې چې دمخه ذکر شويدي (eye opening، verbal response او motor response) نمره ايښودل کېږي او د ناروغ حالت د هغه مطابق ارزيابي کېږي.

5- **Pupil response**: د سترګې د حدقې تعامل دروښنايي او نور په مقابل کې تعين کېږي. کچېرې د دوو حدقو ترمنځ تناظر موجود نه وي او عموماً د ترضيض مقابل خواته حدقه متوسع وي.

6- د لاسو او پښو کمزورتيا: د ماوف شوي دماغو مقابل لوری لاس او پښه عموماً کمزوري کېږي مګر په contra coup contusion کې په ماوف طرف کې هم دا کمزورتيا موجوده وي. ځکه چې په دا ډول ترضيضاتو کې د ترضيض د ماووف طرف برسيره مقابل طرف هم په contusion مصاب کېږي.

www.ketabton.com

7- د سترګو حرکات: د سترګو غیر ارادي حرکات یادد ابنت کېږي اوهم occulo cephalic reflex او occulo vestibular reflex کتل کېږي کچېرې دا ریفلکسونه موجود نه وي نو انذار خراب دي

8- **Vital sign**: کچېرې ناروغbrady cardia، hypertension او یا د تنفسي ریتم ګډوډي ولري نو دا د کوپړۍ د داخلي فشار په لوړوالي دلالت کوي او که چېرې ناروغ، tacycardia، hypotension اود تنفس دریتم تشوش لرلو باید د شاک علت پیداکړو لکه د قحف برسیره د سینې، بطن او اطرافو خونریزي، کچېرې متممه پتالوژۍ په سېنه، بطن او اطرافو کې موجودې وي نو د مصدوم انذار تیاره دي.

9- د قحفي ازواجو د افاتو پلټنه: دقحفي دماغي ترضیضاتو په صورت کې کله چې مصدوم شعور له لاسه ورکړی وي نوباید چې دټولو قحفي ازواجو معاینه ترسره شي.

درملنه:

1- طبي درملنه: په طبي درملنه کې مصدوم ته hypertonic محلولونه لکه Mg so4، دګلوکوز ۴۰٪محلولات، او mannitol توصیه کېږي. خو مخکې لدې باید د مصدوم ABCD ته خاصه پاملرنه وشي. یعنې تنفسي لارې خلاصې وساتل شي، د ژبې د قات کېدو مخه ونیول شي او airway تطبیق شي او وروسته breathing یا تنفس بر قرار شي. د تنفس د نه شتون په حالت کې د امبوبګ څخه باید استفاده وشي. تر هغې وروسته circulatory یا دوراني حالت باید بر قرار شي یعنې ناروغ ته پورته محلولات او د لزوم په صورت کې blood transfusion اجرا شي او intake او output د folly catheter او IV canula پواسطه تعین کېږي. د کانګو د مخنیوي لپاره NGT تطبیق کېږي. د مصدوم د اختلاجاتو د کنترول لپاره د barbiturates او phenobarbital کار اخېستل کېږي. د کافي دیوریز لپاره د مانیټول برسیره باید diuretic لکهfuresamide یا lasix استعمالېږي او همدا ډول disabilityیعنې بر برسیره د قحف د بطن،سینې او اطرافو یوه مکمله معاینه اجرا شي او اړونده افات

www.ketabton.com

په نظر کې نیسو او د درملنې په هکله ورته د طب د نورو څانګو متحصصینو څخه مشوره غوښتل کېږي

2- د جراحي درملنه: هر څومره چې ژر شوني وي ناروغ د عملیاتولپاره تیار کړي او پدې صورت کې لاندې ټکې په نظر کې ونیسی:

a- د پوستکي، هډوکي او د دماغو ټول مړه شوي انساج لیرې کېږي همدا ډول بیګانه اجسام لکه د لباس ټوټې، ویښتان، د هډوکې پارچې او هیماتوم د زخم د عمق څخه لیرې کېږي او د فزیولوژیک سیروم دمحلول پواسطه پریمینځل کېږي او بیا دقیق هیموستاز اجرا کېږي او ددماغو سالم انساج خوندي کېږي.

b- د عملیاتو تر اجرا د مخه باید د عملیاتو استطباب وضع شي چې جراح څه غواړي چې وېې کړي.

c- دوراماتر وسیع خلاص کړي او هیماتوم تخلیه او وینه ورکونکې اوعیې وتړي اوبیا یې ترمیم کړي. کچېرې د هغو د ترمیم په وخت کې ستونزې موجودې وې نوبیا د مصنوعي پیوند څخه ګټه پورته کړي او یا صفاق پرې راوړي. کچېرې د دماغو په نسج کې ابسې موجوده وي نوبیا dura خلاصه پریږدي.

د عملیاتو وروسته د ناروغ څارنه:

a- تنفسي لارې خلاصې وساتې اوتنفس کنترول کړې.

b- د قحف فشار ثابت وساتې او کوشش وکړې چې پورته ولاړ نه شي.

c- Arteriovenous fistula په نظر کې ونیسی.

d- دقحف د جوف انتانات لکه meningitis، encephalitis او brain abcess باید په نظرکې ونیول شي.

e- Rhinorrhea او otorhea ته پام وکړې.

f- د دوه طرفه olfactory nerve فلج کېدلو په صورت کې anosmia په نظر کې ونیسی.

g- د قحفي ازواجو نادر فلج کېدل لکه د vi، v، vii او viii په نظر کې ونیسی. چې ماووف دي او کنه.

www.ketabton.com

h- دايمي او دوامداره كوما كنترول كړي.
i- د قحف په داخل كې د هوا تجمع (Pneumocephaly) كنترول كړي.
j- Narcolepsy چې د hypothalamus په افاتو كې مينځ ته راځي په نظر كې ونيسي.
k- دنخاميې غدې په افاتو كې diabetes insipidus مينځ ته را درومي.
l- ترعملياتو وروسته د قحف په داخل كې دوباره دهيماتوم جوړښت په پام كې ونيسي.

لنډيز

په نړۍ كې هره ورځ يو تعداد زيات انسانان په ترضيض اخته كيږي چې د دې ترضيضاتو په وجه مړينه رامنځ ته كيږي او ترضيضات د بدن په مختلفو قسمتو كې رامنځ ته كيږي. نو ځكه بايد د ترضيضاتو د مخ نيوي لپاره د يو تعداد قوانينو څخه گټه پورته كړو او دولتونه بايد ځاني او ملي پاليسي ولري. د ترضيضاتو په وخت تشخيص او د درستو تدابيرو نيول د ژوند په بيه تمامېږي درسته تاريخچه، بيړنۍ تشخيص او درملنه د ترضيضاتو د تداوي اساس تشكيلوي. د كتلوي ترضيضاتو په صورت كې د ناروغانو درسته تصنيف بندي او د ناروغانو درسته ريكوري، عمليات او يا وارډ ته د مصدومينو عاجل انتقالول ډير مهم دي او پكې غلطي كول د ناروغانو د مرګ او ميركچې زياتوي.

په اخېرو دريو لسيزو كې د جنګونو په وجه زيات كسان روغتونونو ته د ترضيضاتو په وجه تخليه كيږي نو ځكه د طب او جراحي د څانګې هر فارغ ډاكتر او ځوان كادرونه بايد په دې اړه ښې زده كړې او جدي توجه وكړي ځكه چې د واقعاتو تعداد د هرې ورځې په تيريدو سره مخ په زياتېدو دی او په روغتونونو كې

www.ketabton.com

دعاجلو پيښو ځانګړي ټيمونه بايد شتون ولري تر څو دضرورت پرمهال اړينې مرستې ددې ډول نارغانو سره سرته ورسوي.

پوښتنې

1. ترضيض تعريف کړئ؟
2. د ترضيض په وجه مړينو کې (Trimodal Pattern) روښانه کړئ؟
3. د ترضيض ناروغانو سره مرسته کونکي اشخاص بايد کومو پوښتنو ته ځواب ووايي؟
4. کمک کوونکي اشخاص په ترضيض اخته کسانو د موندلو په وخت کې بايد کومو سوالو ته ځواب ووايي؟
5. په روغتون کې دپه ترضيض مبتلا ناروغانو ارزيابي څو مرحلې په برکې نسي؟
6. د جراحي مداخلې د لومړيتوب په بنياد ناروغان څنګه ويشل شوي؟
7. په روغتون کې د ترضيضي ناروغ ارزيابي په څو مرحلو کې ترسره کيږي؟
8. د ترضيض په ناروغانو کې د تداوي لومړيتوبونه کوم دي؟
9. د Crushing Syndrome اعراض او علايم روښانه کړئ؟
10. د يوې شديدې انرژۍ سره د عضويت مخامخ کيدل چې د انساجو د اناتوميک او فريولوژيک تغيراتو سبب شي، عبارت له:؟

A: سوزيدنې څخه ده. B: ترضيض څخه ده.

C: التهاب. D: ټول غلط دي.

11. په عمومي ډول بطني ترضيضات په څو ډوله دي:؟

A: پخ ترضيضات. B: تيره (نافذه) ترضيضات.

C: پخ او نافذه ترضيضات. D: ټول غلط دي.

www.ketabton.com

12. كه چيرې د يوه ناروغ GCS له ۱۳ څخه زيات وي:؟
A: ناروغ په ضعيف دماغي ترضيض باندې مصاب دی.
B: ناروغ په شديد قحفي ترضيض باندې مصاب دی.
C: ناروغ په متوسط دماغي ترضيض باندې مصاب دی.
D: ټول غلط دي.

13. كه چيرې د رقبي فقراتو د كسر اشتباء موجوده وي:؟
A: ناروغ ته بايد د cervical area ايكسرې توصيه شي.
B: ناروغ ته بايد cervical support تطبيق شي.
C: كوم خاص تدابير ته اړتيا نه لري. D: A او B دواړه سم دي.

14. د ګيدې په ترضيض كې د پرانشيماتوز احشاؤ د څيرې كيدو په وخت كې ناروغ:؟
A: نارمل وي. B: فشار لوړ وي.
C: په هايپوواليميک شاک كې وي. D: ټول سم دي.

د General peritonitis ناروغ په مقعدي معاينې سره:؟
A: د دوګلاس جوف نارمل وي. B: د دوګلاس جوف حساس وي.
C: د دوګلاس جوف خالي وي. D: مقعدي معاينې ته اړتيا نشته.

15. د ترضيض وروسته د بطن داخلي وينې بهيدنې لومړنی عرض عبارت دی له:؟
A: بطن توسع څخه ده. B: له تندې څخه ده.
C: استفراق څخه ده. D: اسهال څخه ده.

www.ketabton.com

16. كه چيرې په يو ناروغ کې څو پښتې په دوه نقطو کې د سينې يوې خوا ته او يا د قص هډوکي دواړو خواووته په کسر اخته شي، ورته:؟

A: hemothorax وايي. B: pneumothorax وايي.

C: chest wall contusion وايي. D: Flail chestوايي.

17. په کتلوي هيموتوراکس کې د وينې اندازه:؟

A: cc1000 ده. B: cc1500 ده.

C:cc500 ده. D: cc1500 او يا له دې څخه زياته وي.

18. د صدري قنات د څيرې کيدو په نتيجه کې ناروغ ته:؟

A: hemothorax پيدا کيږي. B: ناروغ ته pneumothoraxپيدا کيږي.

C: ناروغ ته chylothorax پيدا کيږي. D: ټول غلط دي.

18. د پريتوان جوف ته د پانکراسي انزايمو داخليدل:؟

A: د انتاني Peritonitis سبب کيږي.

B: د بيولوژيکي (peritonitis) سبب کيږي.

C: د کيمياوي Peritonitis سبب کيږي. D: هيڅ يو.

19. کچيرې څو پښتې په دوه نقطو کې ماتې وي نو لاندې اصطلاح ورته کاريږي:؟

A: Hard Chest. B: Flail chest.

C: دواړه سم دي. D: هيڅ يو.

20. د قحف د قاعدې د منځيني برخې د کسر اعراض او علايم عبارت دي له:؟

A: Otorhea. B: Otorhgia. C: وجهي فلج. D: دري واړه سم دي.

21. د Cerebral Concussionپه صورت کې په دماغو کې:؟

A: مايکرو سکوپيک او ماکرسکوپيک تغيرات موجود نه وي.

B: ماکرو سکوپيک تغيرات موجود وي. C: B سم دی. D: هيڅ يو.

www.ketabton.com

22. د Decorticate او Decerebrate وضعيت عبارت دي له:؟

A: په Decorticate حالت کې علوي طرف قبض او سفلي بسط لري.

B: په Dcerebrate حالت کې دواړه علوي او سفلي اطراف بسط وضعيت لري.

C: A او B دواړه سم دي. D: ټول غلط دي.

مأخذونهRefrences

1. Alden H.Harkman MD et al (2004) surgical secret fourth edition p. 98-88
2. Andrew, T. Raftery (2001) Surgery 2nd edition. p.434-450.
3. NORMAN S. WILLIAMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE & P. RONANA O'CONNELL (2008) Baily & love's Short Practice of surgery. P 299-308.
4. Dogar, Abdul wahab (2008) General surgery 3rd edition p. 41-44, 161-163.
5. Sriram Bhat M. (2009) SRB'S Manual of Surgery 3rd edition p.116-127.
6. Schwartz's Principles of Surgery 8th edition 2005 p.55-70.
7. چراغ ،چراغعلی .جراحی عمومی طبع سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه تهران شماره انتشار ۸۴۲ سال ۱۳۸۱ صفحات (۲۰۹-۲۸۱).
8. یعقوبی، شیرزاد .اساسات جراحی دانش کتاب خانه دهکی نعلبندی بازار قصه خوانی پشاور سرطان ۱۳۸۱ صفحات (۱۳۲-۱۷۵).
9. امر خیل، نجیب الله .اساسات جراحی پوهنتون طبی کابل www.kmu.edu.af مطبعه شهر کابل افغانستان (۱۳۹۰) صفحات (۱۰۸-۱۴۷).

www.ketabton.com

دوهم څپرکی

زخمونه، نسجي ترميم او تندبات

(Wounds, Tissue Repair and Scar)

د زده کړې موخې (Learning Objectives)

- د دې لپاره چې د زخم د جوړېدنې لومړنۍ پروسې او همدارنګه په دوهم ځلې د هغې په جوړېدلو باندې وپوهيږو.
- د دې لپاره چې د پاکو او ناپاکو زخمونو دتدبيرونوپه نيولو باندې وپوهيږو.
- د دې لپاره چې دحادو او مزمنو زخمونو په پتوفزيولوژي باندې وپوهيږو.
- د دې لپاره چې د خرابو تندباتو د مينځ ته راتلو په ځانګړنه او د هغې په تداوی باندې پوه شو.

سريزه (Introduction):په جراحي کې زخمونه او دهغې تدبيرونه ډېر ضروري دي. د تروما په جراحي کې زخم اکثره ابتدايي پتولوژي تشکيلوي د پلان په عملياتو کې د همدغې زخم له لارې مورېلاند ښيو ساختمانونو ته لاره پيدا کوو په دواړو حالاتونو کې د جراح دنده دا ده چې د زخم خرابوالی راکم کړي. تخريب شوي ساختمانونه ترميم يا ليرې کړي او دزخم د جوړېدنې پروسه ګړندی کړو تر څو خپله لومړنۍ دنده لاسته راوړل شي. [۱،۲،۵]

زخم جوړېدنه: په انسانانوکې د نسج بيا جوړېدل محدود دې يوازې ينه او اپتيليوم کولی شي چې رښتوني بيا وده ومومي زياتره انساج د ترميم پواسطه دوباره جوړېږي کوم چې په Scar باندې ختم کېږي. د يوې جرحې په تعقيب د زخم جوړېدنه د يو لړ پروسو مجموعه شميرل کېږي چې پدې کې تحثر، التهاب دMatrixجوړښت او ځای په ځای کېدل شامل دي.

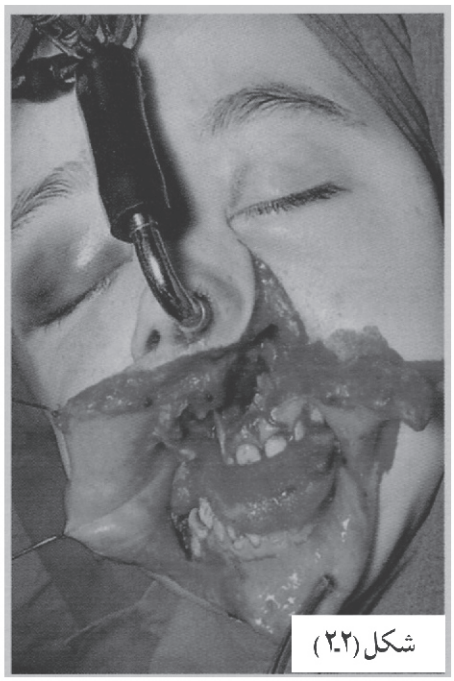
www.ketabton.com

منځګړی یا Mediator	د حجري ډولونه Cell type	مرحلې یا اوښتونProcess
فوسپولیپازA	زحمي شوي حجروي عشاء	زخمي کېدل
پروستوګلاندېن		
انټرلیوکېن 1	دمویه صفیحات	تحثر
POGF TGF-β		
FGF	لمفوسایتونه، مونوسایتونه اوګرانیولوساتونه	
TGF-β		التهاب
	فبروبلاستونه	Angiogenesis
		یا ددمویه رګونود جوړیدوپروسه
		د پروتیو ګلایکون جوړښت
دکولاجن دموقعیت تعیر		
EGF	اپتیل حجرات	د اپتیلیوم پواسطه پوښل
	فبروبلاستونه	دوباره شکل نیونه

شکل (۱۲) بیولوژیکي پروسې کومې چې د زخم په بیا جوړیدنه کې برخه اخلي

چې دا وروسته بیا د Angiogenesis، Fibroplasia، Epithelialization، Contraction، بیا شکل نیونه شکل(۲-۱).د Scar او maturation په واسطه تعقیب کېږي. کچېږي دزخم غاړې یود بل په مقابل کې قرار ولري نوجوړیدنه د بندیدلو خواته په بیړه مخ په وړاندې درومي. کچېږي د زخم غاړې یو له بله بیلې وي لکه کله چې نسجي ضایعه موجوده وي نو دې ته ورته بیولوژیکي پروسې صورت نیسي. کچېږي دزخم بیړنی بندیدنه شوني نه وي پدې صورت کې angiogenesis او د Fibroblast تکثر د Granulationنسج دمینځ ته راتلولامل ګرځي چې دا د تقلص په اساس د زخم ساحه راکموي او د سطحې په امتداد epithelialisation ته اجازه ورکوي ترڅو زخم بند کړي.[۱،۳،۲،۷]

www.ketabton.com


شکل (۲.۲)

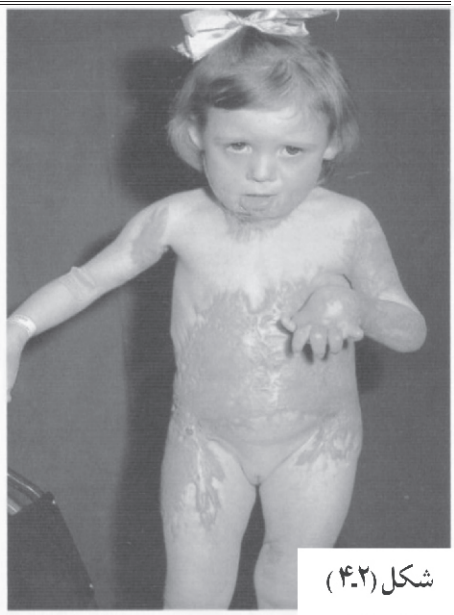
د ترافيکي حادثي له امله د مخ خلاصه جراحه


شکل (۲-۳)

د زکر شوي زخم جوړيدل د ابتدايي خياطو په ذريعه

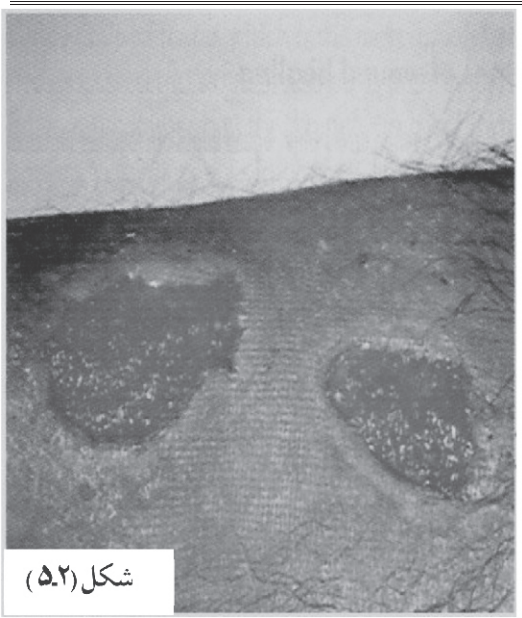
دې ته د دوهمي هڅې په واسطه د زخم ترميم ويل کېږي شکل (۲-۲) دغه پروسه په ورو توګه دوام مومي او د زخم د ساحې د واقعي ګونځې کېدلو د Contracture باعث ګرځي چې دا د يوې بې شکله ندبې لامل ګرځي او ممکن د حرکاتو محدوديت رامينځ ته کړي شکل (۲-۳). کومه ترميمي سطحه چې رامنځ ته کېږي نو د تندبي نسج د پاسه د اپتيليوم نازکه طبقه شميرل کېږي کومه چې د اوږدې مودې لپاره په ښه توګه نشي پاتې کېدی په عمومي توګه د Second intention په واسطه بيا جوړيدنه نسبت د زخم اولني جوړيدنې ته د ضعيفو نتايجو درلودونکې ده د ثانوي هڅو له امله بيا جوړيدنه د وظيفې او ښکلا د نظره ښه نتيجه نه ورکوي نو د طبيب د عملياتو هڅې او کوښښونه د دې لپاره وي چې زخم په لومړنۍ توګه ترميم شي.[۱،۲]

www.ketabton.com



شکل (۴.۲)

پراخه هايپرتروفيک ندبه وروسته د سوزيدنې د زخم څخه د غاړې او لاس د ظهري وجهې Contractureته وګوری.



شکل (۵.۲)

د پښې زخم د دويمي هڅې سور تندبي نسج په اساس جوړ شوی

د زخم د جوړيدنې ډولونه

- لومړنی جوړيدنه هغه وخت صورت نيسي کله چې د زخم غاړې سره يو ځای او پاکې وي.
- ثانوي جوړيدنه د Scar د توليديدولامل ګرځي د دې لپاره بايد چې د زخم غاړې سره نږدې کړي.
- ممکن Contracture او په حرکاتو کې محدوديت رامينځ ته شي.
- د پوستکي پوښ چې رامينځ ته کېږي د ضعيف کېفيت درلودونکی وي.

www.ketabton.com

د زخمونو تصنيف بندي (Clasification of Wounds)

يو زخم کېدی شي چې د ټولو ترضيضي عواملو له امله رامينځ ته شي او کولی شي څه ناڅه هر نسج او ساختمان مأووف کړي. تر ټولو ګټوره طبقه بندي د پراکتيک له نقطي نظره هغه يوه ده کومه چې د Rankاو Wakefeildلخوا شوې ده او زخمونه په پاکو (Tidy) او ناپاکو Untidy)) ډولونو باندې ويشلي دي.

پاک او ناپاک زخمونه

- پاک زخمونه د تيرو جروحاتو له امله وي.
- ناپاک زخمونه د ماتيدلو، څېرې کېدلوله امله وي او د مړو انساجو درلودونکي وي.
- پاک او منظم زخمونه په لومړنۍ ډول جوړيږي.
- ناپاک او غير منظم زخمونه لمړی بايد پاک او منظم کړی شي او وروسته دي وترل شي.

پاک او منظم زخمونه

پاک اومنظم زخمونه د تيرو او قاطعه الاتو پواسطه منځ ته رادرومي او مړه انساج پکې موجود نه وي شکل(۲-۲)دا ډول زخمونه کولی شو سمدستي وترو پدې هيله چې په بشپړه ابتدايي توګه به ترميم شي. د دې ډول زخمونو مثالونه لکه عملياتي شقونه يا هغه څيرې کېدنې چې د شيشې او چاکوګانو له امله وي. د پوستکي زخمونه اکثراً واحد او پاک څيرې شوي وي، اربطې (Tendons)، رګونه او اعصاب اکثره وختونه په Tidy woundکې ترضيض مومي ولې دوباره ترميم يې اکثراًشونی وي شکل (۲-۷) په Tidyزخمونو کې کسرونه عمومیت نه لري.

www.ketabton.com


شکل (۲.۶)


شکل (۲.۷)

وروسته له لوڅونې څخه tendons, ulnar nerve ومونډل شول چې تقسیم شوي وو، د دې ټولو ساختمانونو بیاجوړیدنه په ابتدایي ډول سره د زخم د دوباره ترمیم په وجه اعاده کېږي او پدې ډول په زړه پورې وظیفوي نتایج په لاس راځي.

په څوار لس کلن کې wrist lacerationچې په شیشه اي دروازه باندې د لویدلو وروسته پیدا شویدی معاینې څرګنده کړه چې د عصب د جرحې له املې ناروغ حسي او حرکي ضایعات لري دا یوه پاکه جرحه ده کوم مړه انساج پکې نشته، وروسته له تقتیش باید جرحه پاکه او په ښه ډول وترل شي.

www.ketabton.com

ناپاک او غير منظم زخمونه

دا زخمونه له ماتيدنو، څيرې کېدلو، ببځايه کېدنې اووعايي ترضيضاتو يا سوځيدنو له امله رامينځ ته کېږي او مړه انساج له ځانه سره لري. د پوستکي زخمونه اکثراً پدې حالت کې متعدد او غير منظم وي شکل (۲-۸) اربطې، رګونه او اعصاب ممکن راڅرګند شي اوممکن په امتداد کې يې ترضيضات وليدل شي ولې اکثراً جدانه وي. کسرونه پکې عمومیت لري او شونی دی چې متعدد او پارچه يې کسرونه وليدل شي. که دا ډول زخمونه سمدستي وترڅو شي نو د جوړولو امکانات يې کم دي او که داسې وه هم شي نو له اختلاطاتو به خالي نه وي چې په ښو حالتونو کې د زخم د



شکل (۲-۸)

د دې ميرمنې لاس په يوه ګرځنده ماشين کې نښتی و چې د crush او سوځيدنې يوه ترکيبي جرحه لري دا ناپاک زخم بايد وويستل شي.



شکل (۲-۹)

د ورغوي جرحي له بيخه د زخم excision اجراء شوي دی د median عصب زياته برخه پخپل امتداد کې قرار لري. دااوس ښه حالت نه دی چې تخريب شوي انساج ترميم اوزخم بند شي.

www.ketabton.com

پيوستون نشتوالی، انتان او متاءخره جوړيدنه مينځ ته راځي او په بدو واقعاتو کې Gasgangrene او مړينه ممکن رامينځ ته شي، يو ځل چې Untidy زخم په Tidy زخم باندې بدل شي نو په ډېره محفوظه توګه ترلاسه کېدی شي شکل (۲-۹) يا هم ورته د جوړيدنې چانس ورکول کېږي.

زخم پاکول او تطهير

د هر يو Untidy زخم په اهتمام کې تر ټولو مهم قدم د زخم د مړو او اضافي انساجو ايستل دي نومورې پروسه ځينې وختونه Wound toilet يا (Debridment) هم بلل کېږي چې په دي دوو کې لمړنی اصطلاح د زخم مينځل او دوهمه يې د زخم خلاصول يا Fasciotomy باندې دلالت کوي. نومورې ټولې پروسې بايد د زخم په اهتمام کې مهمې وګڼل شي. د مړو انساجو ايستل چې ډېر مهم دي د پورته اصطلاحاتو په واسطه نه توضيح کېږي نو پدې لحاظ د Wound Excision اصطلاح غوره ګڼل شوي ده. Debridment د فرانسوي کلمي څخه اخېستل شوي ده چې د Letting loose (له فشاره دخلاصولو) په معنی ده چې مفهوم يې د زوو (قيح) ازادېدل دي. ددغه کلمي استعمال يو څه تر شک لاندې دی خاصتاً کله چې د wound excision په اړه خبرې کوو ځکه همدغه Excision دی چې د زوو د جوړيدنې څخه مخنيوی کوي کله چې يو زخم Excise کېږي نو په کافي اندازه انيستيزي (موضعي ناحيوي ياعمومي) بايد چې موجوده وي که شوني وي نو له وينې پاکه ساحه د ساختمانونو په راپيژندلو کې زمونږ سره مرسته کوي په سطحي زخمونو کې د موضعي انيستيتيکو استعمال کوم چې adrenalin 1/200000لري د پوستکې د غاړې د ښه هيموستاز يس لامل ګرځي، په اطرافو کې دهيموستازلپاره هوايي (Pneumatic) تورنيکېټ استعماليږي، دا ګټوره ده چې د پوستکې د Excision يا د کوم زخم د Excision د پلان کولو په خاطر د ځانګړي قلم پواسطه په پوستکې باندې نښې وکړی شي Excision بايد په سيستيماتيکي طريقه باندې وړاندې بوتلی شي چې په نوبتي توګه په نسجي طبقاتو باندې اجراکېږي چې اکثراً له سطحي پلوه

www.ketabton.com

پيل کېږي اوژورو خواوو ته وړاندې بيول کېږي اوږده ساختمانونه لکه د وينې رګونه، اعصاب او اربطي بايد مشخص او څرګند کړی شي او امتداد يې وساتل شي د تجربې په لحاظ جراح پدې پوهيږي چې مړه انساج مشخص کړي. مړ Dermis د ګلابي په ځای سپين او مړه شحميات د زيړ په ځای ګلابي وي. مړې عضلې تور رنګ لري الاستيکيت او معموله ځلا يې له لاسه ورکړي وي او کچېږي د Forceps په واسطه پورته کړی شي نو راتاويدلی نشي. د هډوکې اجزاوې چې ورپسې د نرمو انساجو اجزانه وي موجوديا دا چې نرم انساج يې مړه وي هم ايستل کېږي دا ډول جذري Excision ځينې وختونه Pseudo tumor excision هم بلل کېږي. ځکه ټول زخم ايستل کېږي او بيرته سالمو او روغو انساجو ته رسيږي شکل (۲-۱۰)، شکل (۲-۱۱) د Excision په پای کې د زخم منظره يو anatomical dissection ته ورته وي د هرې طبقې څخه دې نورماله خونريزي تر نظر لاندې ونيول شي ځينې وختونه په ډېرو پراخو زخمونو کې دا ډول جذري طريقه بايد تبديله شي په کومو ځايونو کې چېExcisionد زخم وظيفه يا حياتيت د خطر سره مخامخ کوي نو بيا نېنه دا ده چې يوازې هغه څه وايستل شي کوم چې په واضحه توګه مړه وي که مناسبه ويfasciotomyدي اجراکړی شي تر څو چې يو پاک او منظم زخم په لاس راشي.

د زخم پاکول او تطهير

- دا اړينه ده چې ټول مړه او منتن انساج ليرې کړی شي.
- دا پروسيجر ځينې وختونه دpseudo.tomour.exisionد طريقې په مفهوم يادېږي.
- کله چې د نسج د ژوند په باره کې مطمئن نه وو نو د زخم بندول ممکن په تاخر واچول شي.

www.ketabton.com

د زخم بندول

زياتره Tidy زخمونه په کوم کې چې نسجي ضايعه نه وي موجوده کېدی شي مستقيماً وتړل شي کچېرې نسجي ضايعه موجوده وي نو په کافي توګه د نسج واردولو يعنی راوړلو ته ضرورت لري د دوباره ترميم لپاره د پلاستيکي جراحي تخنيکونو له ساده Skin graft څخه نيولي تر مغلقو ترکېبي او د ازادو انساجود انتقال پورې. جدول (۲-۱). په لاس کې موجود تخنيکونه بايد د يو(Tool box) يا د سامان د بکس په شان په نظر کې ونيول شي له کوم څخه چې هغه تخنيک انتخابېږي د کوم په ترڅ کې چې بېړنی ترميم په مقدمه توګه د دندو اعاده او په عالي توګه ښکلا راتلای شي.

جدول(۲-۱) دزخم د بندولو تخنيک

.1	مستقيم بندول
.2	د پوستکي د قسمي ضخامت Graft
.3	د پوستکي د کامل ضخامت graft
.4	د پوستکي رااړول
.5	Composite graft
.6	Fasciocutaneous graft
.7	Musculocutaneous graft
.8	د نسج ازاد انتقال

دزخم ډولونه

Bruise,ContusionandHaematoma: يو تړلی او بسته ترضيض ممکن په Bruise يا ntusion باندې منتج شي چې پدې حالت کې په انساجوکې خون ريزي موجوده وي او رنګ يې تغير کوي کله چې د خونريزي مقدار په داسې يوه اندازه کې وي چې په انساجوکې په موضعي توګه راجمع شي نو دي ته هيماتوما ويل کېږي.په ابتداء کې د مايع شکل لري ولې د دقيقو يا ساعتونو په جريان کې په علقه باندې بدليږي اوپرېنديږي وروسته له يو څو ورځو هيماتوما دوباره مايع حالت ته رادرومي

www.ketabton.com

د ثانوي انتان خطر موجود وي. Bruise ځانګړې تدبيرونو او درملنې ته اړتيا نلري او نه هم د کومو تدبيرونو څخه ګټه اخيستنه تر اوسه موثره ثابته شوي ده ناروغ ته بايد مشوره ورکړل شي چې د Bruising د له منځه تللو لپاره يو نوبتي وخت ته اړتيا ده په ځينې کسانو کې د بدن په ځينو برخو کې دغه د رنګ تعير ممکن تر مياشتو پورې دوام ومومي. يوه هيماتوما دې د جراحي د خلاصو عملياتو له لارې تخليه کړی شي کله چې ډېره غټه وي او يا هم د فشار باغث ګرځيدلې وي (لکه داخل قحفي هيماتوما Intracranial haematoma) ولې کچېرې هيماتوما کوچنی وه يا د ښکلا له لحاظه ښه نه ښکاريده نو متبادله لاره يې د يوه غټ Needle په وسيله اسپريشن دی دا ضروري ده چې دهيماتوما د تميع حالت د منځ ته راتلو لپاره څو ورځې بايدانتظار وايستل شي اواسپريشن پرې اجراکړی شي دلته مناسب انتي سيپتيک شرايط بايد تل په نظر کې ونيول شي. په عمومي توګه هيماتوما پرته له کومې ندبې څخه رشف کېږي لاکن ځينې وختونه ممکن د پوستکي د دوامداره راوتلو (دندانه ايې شکل پيدا کول) باعث ګرځي. ترضيضات ممکن متنوع شخمي ترضيضات رامينځ ته کړي، په ثديه باندې يو پخ ترضيض ممکن د شحمي نکروز يوه ساحه رامينځ ته کړي کوم چې د Breast lump په توګه ښکاره کېږي په مخ باندې پخ ترضيض ممکن د پوستکې لاندې دنرمو انساجو د کتلوي راټوليدنې Lump subcutaneous collection لامل ګرځي چې داپخپل وار دپوستکي لاندې شحم کې د هيماتوما له امله وي او ممکن څو مياشتې پاتې شي د شخمي انساجو ځيرې کېدل په اليوي نواحيو کې وروسته له لويدلو يا شديدي ضربې څخه مينځ ته راځي چې دا بيا د پوستکي لاندې شحمو د جداکېدلو لامل ګرځي او بيا نکروز کوي کله چې هيماتوما رشف شي نو ژوروالی يا ګونځې مينځ ته راوړي.

www.ketabton.com

هيماتومونه (Haematomas)

- دا اکثراً پخپله رشف کېږي
- که ضروري وي نو دريناژ يا aspiration دې شي

سوري شوي زخمونه او چېچنې (Puncture Wounds and Bite)

يوسوري زخم هغه خلاص ترضيض دی په کوم کې چې بهرني توکي او اورګانيزمونه ممکن لاندې ښيو انساجو ته په عميق ډول ولاړ شي يو معمول لامل يې د ميخ يا تيز شي لپاسه ودريدل دي په سطحي توګه دومره څه نه ليدل کېږي. راديولوژيک معاينات ممکن فلزي اجزاوې يا شيشه ښکاره کړي اساسي درملنه يې د زخم له وينځلو د انتي بيوتيکو درملنه او د تيتانوس د وقايې څخه عبارت ده. لوی او غټ اجنبي اجسام بايد وايستل شي لاکن کوچني او ذره يې اجسام ممکن د موندلو پر مهال مشکل وي چې پيدا کړی شي اوتسليخ (dissection) ته اړتيا پيدا کوي چې دا پخپل وار سره زيات نسجي تخريب منځ ته راوړي نو پدې لحاظ ښه به دا وي چې پرته له لاس وهنې په خپل حال پريښودل شي. کله چې په راديوګرافي کې بهرني توکي وليدل شي نو د پوستکي له پاسه دې د يوې علامې په وسيله وښودل شي. د دې لپاره چې موقعيت يې څرګند کړی شي. د اجنبي مادې د موندلو لپاره د فلزي تعين کوونکې الې (Metaldetector) څخه کار اخيستل کېږي د سوري شويو ترضيضاتو خطر دا دی چې ممکن د انساجو په ژورو برخو کې د ابسې د تشکل لامل شي. که دا سې څه پيښ شي نو دريناژ ته اړتيا ليدل کېږي. د دې لپاره چې ابسې خپل ځان ښکاره کړي نو د 24-48hours ساعتو وخت ته اړتيا ده، نو د دې ډول ترضيضاتو بيا بيا کتنې ته لږ تر لږه تر څو ورځو پورې ضرورت دی. بل هغه څه چې د انديښنې وړ دي په ځانګړي توګه Needle stick injuries يا د ستني د ننښليدلو زخم دی که څه هم د نومورې خطر په وړاندې د روغتون کارکوونکي مخامخ دی خو د معتادينو (Drug abuser) لخوا غورځول شوي ستنې په زياتېدونکي ډول په ټولنه کې د تصادفي جروحاتو لامل ګرځي. د طبي کارکوونکو او د نرسنګ او ټول پرسونل خطرات دومره زيات نه ښکاري ولې که دا ډول جروحات رامنځ ته شول بايد

www.ketabton.com

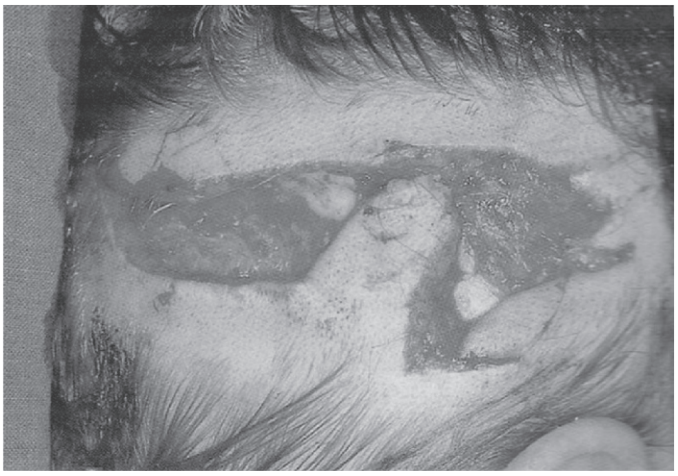
يادداښت کړی شي او کچېرې د HIV له ناروغانو سره څوک سرو کار لري نو د HIV ټسټ بايد ورته له پيښې څخه دری او شپږ مياشتې وروسته اجراکړی شي.

Bites يا د خوړلو له امله رامينځ ته شوي ترضيضات د Puncture wound خاص ډول دی کوم چې د انتاناتو له زياتو پيښو سره تړاو لري او په فرضي توګه د خولې په اورګانيزمونو پورې مربوط دی.د غوښه خوړونکو حيواناتو پواسطه چېچل يا خوړل لکه سپی او پيشوګانې د کوچنيو قاطعه او تيزو زخمونو لامل ګرځي ولې د وښو خوړونکو حيواناتو زخمونه لکه اسان د انساجو په سخت تخريب او ماتيدنه(Sever tissue crushing)، د سپي په وسيله خوړل ممکن يوځه اندازه د نسج د چېرې کېدنې سره يو ځای وي شکل (۲-۱۲) او اکثراً ورسره سوري زخمونه د پورتنيو او لاندينيو غاښونو له امله او همدارنګه نسجي کنتوزيون يو ځای وي. د انسانانو په واسطه خوړنه د پوزي يا غوږ د انساجو د څيرې کېدلو سره رامينځ ته کېږي. Bite injuriesپه تصادفي ډول کېدی شي د يوه حمله کوونکي لخوا د ثنايا غاښونو په وسيله د ګوتو په مفصلو کې رامنځ ته شي. دا يو عام ترضيض دی کوم چې د Metacarpophalangeal joint(MP) له پاسه د Puncture woundلامل ګرځي دا مهمه ده چې وپوهيږو هغه تاريخچه چې له ناروغ څخه په داسې حوادثو کې اخيستل کېږي اکثراً له حقيقت څخه ليرې وي ځکه د مفصل د پاسه ټول طبقات يو له بل د پاسه ښويدلي وي (کله چې لاس د موټې په حالت کې وي). خو کله چې لاس د بسط په حالت کې قرار ولري نو د puncture woundسر تا سري وصف له منځه ځي. کچېرې کافي قوه وارده شوې وي تر څو پوستکی سوری کړي نو دا بايد په نظر کې ونيول شي چېMPمفصل سوری شوی دی نوموړي زخمونه په ښه توګه د جراحي د مداخلې او د پوستکي د ليرې کولو د مفصل د وينځلو او د انتي بيوتيکو په وسيله درملنه کېږي

www.ketabton.com

چېچنې (Bites)

- ممکن په زخمونو کې ژورې ځيرې کېدنې له ماتيدنې سره يو ځای رامنځ ته شي
- د دې لپاره چې له ژور انتان څخه مو مخنيوی وکړی وي نو ټول (Bite wounds) دقيق Wound Excision ته اړتيا لري
- کچېرې زخم د مفصل لپاسه وي نو داسې ښکاري چې د غاښونو له امله به رامنځ ته شوی وي د MP مفصل بايد په زخم کې ماووف وګڼل شي تر هغې چې ثابته شوې نه وي.



شکل (۲-۱۲) د سپي چېچنې له امله په scalpباندې سخته جرحه

د پوستکي له منځه تلل او د اصطکاک سوځيدنه

(Abrasions and Friction Burn)

يو abrasion د پوستکي په داسې ډول ځيرې کېدنه ده چې پکې سطحه له منځه ځي. زياتره يې سطحي شکل لري کوم چې د Epithelialisation پواسطه ترميم کېږي لاکن ځينې يې په داسې ډول وي چې پوستکی په ټول ضخامت سره پکې له منځه ځي

www.ketabton.com

Abrasion ممکن د خاورو او دوړو په واسطه په سخت ډول ملوث شوی وي کچېږي د ابتدايي درملنې پر مهال دا ليرې نه کړی شي نو د پوستکي په دوامداره Tattooing (داغ) باندې منتج کېږي. چې د دې چټلی درملنه د Scrubbing brush په وسيله د Scratch د خطونو په امتداد صفاء کېږي. د اصطکاک سوځيدنه دې ته ورته وي ولې پدې حالت کې د حرارتي تخريب عامل او همدارنګهabrasion موجود وي درملنه يې د سوځيدنې نورو ډولونو ته ورته ده.

څيرې کېدل (Laceration)

څيرې کېدل يا پرې کېدل د پرې کوونکې الې سره د تماس له امله مينځ ته راځي (په جراحي کې يې معادل د شق زخم دئ) يو ځل چې قاطعه اله په Dermisکې ژوره لاندې ولاړه شي نو د پوستکي په لاندې انساجو کې يې په وړاندې مقاومت کم وي نو لدې امله کولی شي چې په ښه توګه ژوره ننوځي دا مهمه ده چې مورږ له تاريخچې څخه معلومه کړو چې په څومره قوه سره قاطعه اله استعمال شوي ده اود دې وروسته د کلنيکي معاينا تو په واسطه د ټولو ساختمانونو ترتيب په ساحه کې وپلټل شي. رګونه، اعصاب، عضلات، Tendons او Ligaments بايد معاينه کړی شي. شکل (۲-۱۳) د څيرې شوي زخم په زړه پورې اهتمام د جراحي تفتيش، پاکول او بسته کول دي زخم بايد ټول تفتيش شي تر څو ډاډه شو چې عميقو ساختمانونو ته کوم زيان نه دی اوښتلی او کچېږي کوم څه ومونډل شي بايد چې ترميم شي شکل (۲-۱۴) د عمومي قاعدې په حيث د جراحي د عملياتو د مخه اعصابو او Tendonsته د اوښتو زيانونو اټکل دومره ښه نه معلوميږي لکه څومره چې د تفتيش پر مهال مورږ ته څرګنديږي. کله چې ټولې زيان منې طبقې په ګوته شي نو بايد وروسته له هغې له مناسب تخنيک څخه په کاراخېستلو هر ساختمان په ځانګړي ډول ترميم کړی شي. هيموستازيس بايد د پلټنې پر مهال اجرا کړی. د وينې د رګونو، Tendons او اعصابسو د ګنډلو يا خياطه کولو لپاره خاص تخنيکونه موجود دي چې بايد د هغې څخه په استفاده ترميم کړی شي، عضلات کولی شو په طبقه يي ډول د Mattress suture څخه په استفادې ترميم شي، صفاق او د پوستکي لاندې شحم بايد له يو بله

www.ketabton.com

سره د متقاطع او د جذب وړ خياطو(Interrupted absorbable sutures)څخه په ګټې ترميم شي تر څو د پوستکي د پاره يو استنادي شکل رامنځ ته شي او د پوستکي غاړې داخل ته کښ نه کړی شي دا مهمه ده چې د زخم په داخل کې د وينې او نورو مايعاتو له تجمع څخه مخنيوی وکړی شي ځکه دا انساج يو بله بيلوي او د انتان لپاره د ځالې حيثيت لري نو د دې موخې لپاره د دستکشDrain څخه استفاده کېږي. د شق په ساده Lacerationکې بايد د زخم د ترلو يو داسې ميتود انتخاب کړی شي کوم چې د وظيفې او شکل له نظره مناسب ښکاره شي په مخ باندې بايد له(5-0 or 6-0) نيلون(Nylon suture) څخه کار واخيستل شي او د جرحې د غاړو سره بايد نږدې خياطي کښنبودل شي او په پنځمه ورځ بايد ليرې کړی شي همدارنګه کولې شو چې د Subcuticular (intradermal) خياطو څخه هم ګټه پورته کړو کومې چې له هغو ننبو څخه مخنيوی کوي چې په نورو ميتودونو کې پاتې کېږي همدارنګه کولی شو د اوږدې مودې (دوې اونۍ يا له هغه څخه زيات) لپاره يې پرېږدو. د خياطو پر ځای د چسپناکو سرښې لرونکو فيتو (adhesive tape stripe) څخه ګټه پورته کړو. دغه فيتې بايد په پاملرنې سره کښنبودل شي او پدې ډاډه ووچې خونريزي نشته او پوستکی وچ دی. د طرف يا تنې په زخمونو کې کلکو خياطو ته اړتيا ده ولې دي ته کمه اړتيا ليدل کېږي چې د پوستکي د ترلو لپاره له 0-4 او يا 0-3 څخه زيات sutures استعمال کړی شي. ويل کېږي چې د يو تار خياطې (Monofilament sutures) لکه Nylonډېر کم د خياطې ننبې پرېږدي نسبتbraided material يا څو تار لرونکي موادو ته لکه Silk ولې نور فکتورونه هم د خياطو له ننبو سره مرسته کوي لکه التهاب (د انتان له امله يا د عضوي موادو په مقابل کې د عکس العمل له امله لکه Silk)، د زخم کشش يا د فشار لاندې راتلل او په متاخره توګه د خياطو ليرې کول.

www.ketabton.com

ټول هغه ناروغان چې خلاص زخمونه(open wounds) لري بايد د Tetanus په وړاندې وقايه کړی شي (او کله چې ککړوالي موجوده وي نو انتي بيوتيک دي هم توصيه کړی شي په عمومي توګه د وسيع الساحې انتي بيوتيکونو توصيه د(+G)اورګانيزمونو په وړاندې فعال رول لوبوي.

د پاک زخم ټرل

- اکثراً ژور تخريبات د توقع خلاف زيات وي
- د وينې درول مهم دي
- د مايعاتو د ټوليدنې د مخنيوي لپاره درين ممکن ضروروي.

کش کېدل او بيځايه کېدل (Traction and Avulsion)

Avulsion ترضيضات هغه خلاص ترضيضات دي په کومو کې چې په وخيمه توګه انساجو ته زيان او تخريب اوښتی وي. نوموړي ترضيضات هغه مهال رامينځ ته کېږي کله چې لاسونه يا اطراف د ګرځنده ماشينونو په داخل کې بند پاتې شي لکه په څرخونو کې کوم چې د وخيمو ترضيضاتو لامل ګرځي. Degloving د داسې قواو له امله مينځ ته راځي چې نسجي سطحې سره جلا کوي د رګونو ترمنځ ارتباطات له منځه وړي او نسجي اسکېمي رامينځ ته کوي اکثراً د پوستکي لاندې د شحم او عميق صفاق ترمنځ واقع کېږي. دا ډول ترضيضات کېدی شي خلاص يا بسته وي، موضعي يا دوره اي شکل ولري. دا کېدی شي يوازې د پوستکي لاندې برخې اغيزمنې کړي او کولی شي د متعددو پلانونو د مأوفيت باغث شي. کچېږي دا ډول ترضيضات د عضلاتو او صفاق تر منځ او يا د عضلاتو او هډوکو ترمنځ وموندل شي دانو پدې دلالت کوي چې نوموړی ترضيض د يوې وخيمې او لوړې انرژی په نتيجه کې رامنځ ته شوی دي د دې ترضيضاتو د ابتدايې جوړيدنې قوه محدوده ده. دي ته ورته ترضيضات د ترافيکې خوادثو له امله مينځ ته راځي په کومو کې چې د رابرې ټايرونو د اصطکاک له امله پوستکې او د هغې لاندې انساج د عميق صفاق

www.ketabton.com

څخه بيليږي. شکل (۲-۱۴). له تاريخچي څخه د ډاکټر لپاره يو څه لاس ته راځي اکثراً دا شوني وي چې پوستکي ونيول شي او پورته کړی شي اود هغې جداکېدل له



شکل(۲-۱۴)۱سخته د لغړيدنې جرحه دلته پراخه او متعدد جروحات موجود وي

لاندې نيو ساختمانونو څخه معلوميږي د Degloving يا avulsion ترضيضاتو خطر دا دي چې په هغې کې د نسج وعايي سېستم خرابيږي او د پوستکي نکروز په بطي توګه ولې خامخا په ورستنيو څو ورځو کې راڅرګندېږي حتی هغه نسج چې په پيل کې يې وريدي خونريزي درلوده شونې ده چې وروسته نکروز وکړي. کچېرې د نسج د ژوندي پاتې کېدولپاره کافي دوران موجود نه وي د دې ډول ترضيضاتو درملنه دا ده چې د مړه پوستکي ساحه وپيژندل شي هغه راوايستل شي شحم يې ليرې کړی شي او بيا د کامل ضخامت Skin graft د همدغي پوستکي پواسطه اجرا شي. د پښو يا لاسونو Avulsion ترضيضات سمدستي پوښش ته اړتيا لري چې د دې لپاره one stage microvascular tissue transfer د پوستکي يا عضلې په وسيله بايد اجرا شي.

www.ketabton.com

ماتيدنه (**Crush**)

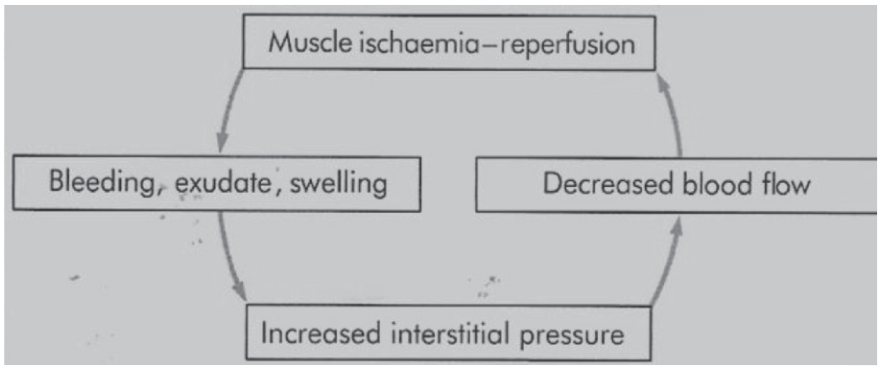
د پخ ترضيض يو بل ډول د crush injuries څخه عبارت دی کوم چې اکثراً د digloving او compartment سندروم سره يو ځای وي. په يوه بند صفاقي compartmentکې د انساجو ترضيض، خونريزي، Exudate، پرسوب او د انساجو د بين الخلالي فشار د زياتوالي لامل ګرځي کله چې بين الخلالي فشار د capillary perfusion pressure د فشار څخه پورته شي نو دا د انساجو د Ischemic ترضيض او پرسوب خواته پرمخ تګ کوي. شکل (۲-۱۵) دغه فشاري سندروم دوران لاپسې خرابوي چې د عضلې او عصب اسکېمي د عضلي د نکروز د پوستکې د نکروز او د طرف له منځه تللو باعث ګرځي د عضلاتو نکروز ممکن د کليې د عدم کفايي لامل شي. د نوموړي پروسي څخه هغه وخت مخه نيول کېدی شي کله چې دا حالت په مقدمه توګه تشخيص شي او ماوف طرف د Fasciotomy پواسطه له فشار څخه ازاد شي. د Compartment syndrome تر ټولو باوري کلينيکي علامه هغه درد دې چې د ماوفي عضلي د منفعله کشش په وسيله زياتوالی مومي. که شک موجود وي نو د Compartment د فشار اندازه دې اجرا کړی شي. د محيطي نبض له منځه تلل د Compartment سندروم علامه نه ګڼل کېږي بلکه د غټ رګ په تخريب باندې دلالت کوي. کچېرې په نوموړي سندروم باندې موشک راغی او يا هم تاييد شوو نو Fasciotomy دي اجراکړی شي. په عميق صفاق باندې طولاني شق اجراکېږي او همدارنګه دي ته هم اړتيا ليدل کېږي چې پوستکې په پراخه او طولاني توګه خلاص کړی شي. دا مهمه ده چې په جلا توګه د طرف د هر Compartmentصفاق ازاد کړی شي. کچېرې يو څوک په راپريوتي تعمير کې بند پاتې شوي وي د مثال په توګه له يوې زلزلې يا بمې چاودنې څخه وروسته، نو ناروغ د طرف Crush injuries د څو ورځو راپدې خوا لري نو پدې وخت کې د fasciotomy يا د طرف د دوباره اروا تامين له زيات زيان سره مخامخ وي. د Compartment په داخل کې عضلات د اوږدې مودې راهيسې مړه وي او د دوباره رغوني چانس نلري. ولې د عضلاتو د تخريب له امله Myoglobine توليديږي دوران منځ ته داخليږي او د پښتورګو

www.ketabton.com

ګلومیرولونه مسدود وي. Myoglobinurea منځ ته راوړي پداسې وقایعو کې Compartment په بسته توګه پرېښودل (ځکه نور نو د استفادي وړ ندي) یا د ابتدایي امپیوټیشن اجرا ممکن د ناروغ له پاره خوندي شوونتیا وشمیرل شي.

Crush او لوڅ فشاري سندروم

- ترضیض د اولنۍ کتني په نسبت زیات خرابه وي.
- مړ پوستکي ممکن لیرې کړی شي له شحم څخه خلاص شي او د یو کامل ضحامت د graft په حیث تري ګټه واخیستل شي.
- هغه Compartment سندرومونه چې د استفادې وړ ګرځیدی شي بیړنی Fasciotomy ته اړتیا لري.
- هغه Crush ترضیضات چې د اوږدې مودې لرونکي وي دقیقې پاملرنې ته اړتیا لري تر څو د پښتورګو د عدم کفایې څخه مخ نیوی شوی وي.



شکل (۲-۱۵) د فشاری سندروم د یرمختګ د حوادثو دوران

د داخلي اورګانونو ترضیض

زخمونه ممکن د داخلي اورګانونو د زیان سره یو ځای وي په ځانګړي توګه د چاقو زخمونه. لکه د بطن یا سینې نافذه زخمونه کوم چې به په بل ځای کې تر بحث لاندې نیول کېږي. کله چې وسیع ترضیضات تر درملنې لاندې نیول کېږي په ځانګړي ډول په لا شعوره ناروغانو کې نو باید چې تیره یا پخ دګیډې ترضیضات له

www.ketabton.com

نظره ونه غورځول شي. په هر يو ناروغ کې چې له غټ ترضيض سره مخامخ شوي وي. نو مکملي ثانوي سروي ته هميشه اړتيا ليدل کېږي. د جنګ زخمونه او د مرميو ترضيضات څخه به هم په خپل ځای کې يادونه وکړی شي.

د هډوکو او مفاصلو ترضيضات

بسته کسرونه کېدی شي له يوه سالم پوستکې سره يو ځای وي يا هم کېدی شي پوستکی خلاص وي (په کوم حالت کې چې کسر له زخم سره په اړيکه کې وي) خلاص کسرونه کېدی شي له داخله خارج خواته رامنځ ته شي په کوم حالت کې چې د مات شوي هډوکې نهايت بهر ته د پوستکي د لارې راوځي يا کېدی شي له بهره وي کله چې اله وروسته په ناروغ باندې د لګيدلو څخه د نافذه زخم د لارې د کسر محل ته ځان رسوي. دکسر پر مهال د هډوکې بيځايه کېدل د ترضيض د ناحيې د حرکت سره لاپسې خرابيږي په کوم کې چې هډوکي هڅه کوي تر څو بيرته خپل اناتوميک موقعيت حاصل کاندي، دا مهمه ده تر څو وپوهيږو چې د کسر له پاسه نافذه زخم پدې دلالت کوي چې پوستکې د هډوکې په وسيله ځيرې شوی دی که څه هم اوس هډوکې پخپل ژور او اولني موقعيت کې قرار لري. د زخم د اهتمام معمول اساسات اجراکېږي. د زخم په کافي توګه excision ضروري دی چې دا وروسته د انتي بيوتيک د درملنې او د کسر د درملنې په وسيله تعقيب کېږي د سفلي طرف وخيم او خلاص ترضيضات معمولاً د کسر د پاسه د پوستکي او عضلاتو د پراخه زيانونو سره يو ځای وي تر ټولو ښه دا ده چې کسر او د نرمو انساجو ترضيضات په يوه وخت کې سره درملنه کړی شو. د زيان منو نرمو انساجو په پراخه توګه ايستل ضروري دي او د پوستکې پوښ د one stage micro vascular tissue transfer په وسيله صورت مومي.

خلاص کسرونه

- د کسر سره نږدي د پوستکې ځيري والی تر څو چې نور څه نه وي خارج شوي خلاص کسر بلل کېږي
- وروسته له ماتيدلو هډوکې بيرته خپل اصلي موقعيت ته حرکت کوي

www.ketabton.com

- د زخم ټول مسير بايد په ښه توګه excised کړی شي.

د اعصابو ترضيض(Injury to Nerves)

کله چې خلاص زخم وليدل شي نو د عصب څيري کېدل بايد هميشه په نظر کې ونيول شي د خلاص زخم په ناحيه کې د يوه عصب حسي او حرکي دندي بايد وپلټل شي کچېرې په ناحيه کې د عصب دنده سالمه نه وي نو دا د عصب په څيرې کېدلو باندې دلالت کوي شيشه د اعصابو د Bruise باعث ګرځي. قاطعه يا تيره ترضيضات چې کوم زخمونه رامينځ ته کوي نو کولي شی چې په نرمو انساجو کې په زياته اندازه مخ په وړاندې ولاړ شی اود طرف په ترضيضاتو کې دا هميشه ضروري ده چې په هماغه ځايکې د هميشه د پاره غټ اعصاب وپلټل شي. کچېرې شک موجود وي نو عصب دې څرګند کړی شي او ودې پلټل شي، قطع شوی اعصاب بايد چې ترميم کړی شي. د عصب بزرګ نمايې او نازک suture موادو ښې پايلې لاس ته راوړي دي.

د شراينو او وريدونو ترضيضات

کله چې يو زخم له ډېرې وينې بهيدنې سره وليدل شي نو د دې امکان شته دی چې ممکن يو غټ رګ به قطع شوی وي د لومړنۍ مرستې په توګه خونريزي تقريباً اکثره وختونه د مستقيم فشار او د هماغې برخې د پورته کولو په اساس کچېرې ګټوره وي صورت نيسي. د طرف تورنيکېټ بايد د لمړني کمک په توګه ونه کارول شي. په بيړنۍ خونه کې دا هيڅ کله د منلو وړ نده چې تاسو وعايې Forceps په ړانده ډول پرته لدې چې ساحه مو په سترګو ليدلې وي وکاروی،پدې حالت کې دعصب د نيونې حقيقي خطر موجود دی چې دا ناروغ ته ډېر زيان من دي او دپاملرنې ايجاب کوي. کله چې د طرف غټ رګ تخريب شوی وي نو دا ضروري ده چې د لاس په واسطه مستقيم فشارته تر هغې دوام ورکړل شي تر څو چې ناروغ د عملياتو خوني ته يو وړل شي. د انيستيزی لاندې د زخم څخه پورته هوايې تورنيکېټ(Pneumatic tourniquet) تړل کېږي او بيا زخم څرګندېږي چې دخونريزي د تدبيرونو تر ټولو مناسبه لاره ګټل کېږي.

www.ketabton.com

مزمن زخمونه(Chronic Wounds)

محتلف حالتونه د مزمنوزخمونو په توګه طبقه بندي شوي دي که څه هم دوی ممکن د میخانېکي ترضیض څخه په څرګند ډول نه وي رامینځ ته شوي

قرحات(Ulcers)

په اپتیلي سطح کې هر یو څیري والی یوه قرحه شمیرل کېږي مزمن قرحات هغه زخمونه دي چې ترمیم یې صورت نه نیسي. په عمومي توګه دا Fibrotic غاړه او د granulation د نسج د بستر لرونکي وي په کوم کې چېNecroticانساج موجود وي. قرحات په ځانګړي توګه په پښواو د لاندپنیواطرافو په سفلي دریمه برخه کې په ځانګړي ډول په ښځو کې مینځ ته راځي چې دا د یو تعداد محتلفولاملونو له امله چې زیاتره د شریاني یا وریدي عدم کفایې او یا د پوستکي د نورمال تعصیب د کموالي له امله منځ ته راځي. د زخم جوړیدنې پروسه د بیلا بیلو میکانیزمونو په واسطه په تاءخیر غورځوي چې پدې کې انتان، میخانېکي تخریش، اسکېمیا او نور میتابولیک فکتورونه رول لري قرحات په دیابت او Rheumatic arthritisکې عمومیت لري. درملنه یې د لامل لپاره د ځانګړو تدبیرونو نیول دي. د قرحې اهتمام یا د پانسمان په وسیله چې د ثانوي هڅې په وسیله ترمیم ته لاره هواروي او یا هم د granulation د نسج اپتیل اود split skin graftingپه واسطه صورت مومي کچېږي د قرحاتو لامل له منځه یونه وړل شي نو د زخم بیا راګرځیدل جبري ښکاریږي.

د بستر زخمونه(Pressure Sores)

دا مزمن زخمونه دي چې د فشار له امله د نسج د نکروز په تعقیب رامنځ ته کېږي. دا د هډوکي د راوتلیو برخو له پاسه رامنځ ته کېږي. د نوموړیو زخمونو پتوژنیز پداسې ډول دی چې د هډوکو لپاسه په نرمو انساجو باندې دوامداره خارجي فشار د شعریه وو د اروا د فشار (Capillary prefusion pressure) څخه زیاتیږي او اسکمیک نکروز منځ ته راولي په معمول ډول دا ډول زخمونه په پارا پلیژی لرونکو

www.ketabton.com

ناروغانوکې رامينځ ته کېږي. کوم چې هغه معمولي حسي سيالې نلري يا پکې لږوالی رامينځ ته کېږي. چې دا د دې معنې لري چې نسجي اسکېمي د پيښيدو په حال کې ده. دا همدارنګه شوني ده چې په بې هوشه يا(confused) ناروغانو کې کوم چې د فشار د له منځه وړلو لپاره د اوښتلويا لغړيدلوورتيا نلري رامنځ ته شي. دا همدارنګه په هغه حالتونوکې په کومو کې چې د ارواء فشار ټيټ وي لکه Hypotension يا محيطي وعايي ناروغۍ موجودي وي رامنځ ته کېږي. په ځانګړي توګه هغه ناروغان چې شعور نلري د عملياتو د ميز له پاسه له زيات خطر سره مخامخ کېږي څوک چې نه درد حس کوي نه د اوښتو قابليت لري او ممکن چې د ارواء فشار يې هم ټيټ وي Sacral اوtrochanteric زخمونه په بستر ناروغانو کې که هغه paraplegic وي يا نه وي رامنځ ته کېږي. د ischial فشار زخم په هغه پاراپليژيک ناروغانو کې چې په چوکۍ باندې کښيني رامينځ ته کېږي. د محيطي وعايې ناروغۍ لرونکي ناروغان د پوندې د فشاري زخم سره مخامخ وي کله کله نږدې هره د هډوکې راوتلې برخه ممکن ماووفه شي. وقايه له معالجې څخه ډېره ښه ده چې دا په ټولو ناروغانو کې د بستر د زخم د خطر څخه خبر لرل او د مناسبو معيارونو په کار اچول دي. چې پدې کې په منظم ډول د ناروغ اړول يا پورته کول د داسې توشکونو استعمال چې له فشار راوړلو څخه مخنيوی کوي يا ځانګړي د بستر کټونه او بالښتونه او د ناروغ او د هغې د پايواز له پاره داسې لارښوونې چې د فشار راوړلو څخه مخنيوی وکړی شي. کله چې د بستر زخم رامنځ ته شي دا ډېره مهمه ده چې وپيژندل شي او لامل يې سم کړی شي. د رامينځ ته کېدلو وروسته ډېرې د second intention په وسيله جوړيږي. د تشو ميتيازو پخپل سر بهيدنه بايد په مناسب ډول درملنه شي او که ضرورت وي نو د ناروغ د تغذيې حالت دې اصلاح کړی شي. د جراحي پواسطه درملنه کولی شي د زخم ترميم تسريع کړي زخم excised او بسته کېږي او له flap څخه استفاده کېږي. د بستر د زخم بسته کېدل په non paraplegic ناروغانوکې هغه وخت استطباب لري کله چې زخم په تاخر ولويږي يا د کومې ناروغۍ له امله په اختلاط اخته شي، او په هغه paraplegic ناروغانو کې په چا کې

www.ketabton.com

چې مساعد کوونکي فکتورونه او هغوی چې دې ته هڅول شوي وي چې تر څو په مناسبه اندازه له فشار څخه ځان خلاص کړي. هغوی چې په پرمخ تللي توګه عصبي ناروغي لري نو اکثراً پکې عملیات مناسب نه ښکاریږي. تر ټولو سطحي زخمونه لکه سطحي سوځیدنه او abrasionیوازې د epithelialisation پواسطه جوړیږي پرته لدې چېscar رامنځ ته شي په داسې شرایطو کې اساسي او بنیادي ساحتمانونه موجود دي او اپیتیلیوم دوباره تولیدیږي چې پدې حالت کې ممکن په keratinisation، Texture، pigmentationکې بدلونونه رامینځ ته شي ولیscarنه رامنځ ته کېږي. یوه ندبه د زخم د ترمیم یوه خامخا رامنځ ته کېدونکې نتیجه ده. د زخم د ترمیم وروستنۍ مرحله د بیا شکل نیونې(remodelling) او د scar پخیدل دي. fibroblasts شعریه اوعیې، glycoaminoglycans او خام کولاجن کوم چې په granulationنسج کې او یا نوي ترمیم شوي نسج کې موجود وي پر ځای یې یو غیر حجروي، غیر وعایي، تندبي نسج مینځ ته راځي کوم چې د پخوا collagens او د منتشر fibroblastes درلودونکی وي منځ ته راځي دغه بیولوژیکي پروسه د ندبې د منظرې د بدلون په اساس چې له سره راوتلی، کلک، متقلص چې ځینې وختونه خارښت ورسره یو ځای وي. خو خاسفه، هموار، نرم، ثابت او پرته له اعراضو پلک باندې چې د یوې پخې ندبې له امله وي بدلیږي. هغه اندازه چې له نوموړې پروسې څخه د تیرولو لپاره یې هره ندبه په ځان کې رانغاړي کېدی شي په پراخه توګه توپیر ومومي چې داد یو شخص په عمر د زخم په موقعیت هغه وخت چې د زخم د ترمیم لپاره پکاروي د ندبې جهت او په نوموړي ندبه باندې موجود کشوالي پورې اړه لري.په عمومي توګه په ځوانو ناروغانو کې تندبات په تنه باندې د زخمونو سره کوم چې په بطي ډول جوړیږي (ممکن د انتان یا کوم بل څه له امله وي) او هغه ندبات کوم چې تر زیات کشوالي او فشار لاندې وي د پخیدلو لپاره زیاتې مودې ته اړتیا لري ندبات په زړو خلکو کې، په هغه ساحاتو کې چې پوستکې یې نازک وي نو په اول ځل او په بیړه سره ترمیمیږي او کله چې کشوالی کم وي نو ډېر ژر پخیږي. جدول (۲-۲) دا مهمه ده چې د scar د پخیدلو د دې ډول طبیعي تاریخچه په اړه خبر واوسو دا

www.ketabton.com

د دې لپاره چې له ناروغانو سره د دوی د ندبې د نتایجو او پرمختګونو په هکله وغږیږو. د ناخوښه ندبې یو تر ټولو معمول شکل عبارت دي له Hypertrophic scar، هغه یو چې په سور رنګ پاتې کېږي لوړوالی لري خارښت کوي او دردناکه وي کوم چې د طمعې خلاف د اوږدې مودې لپاره پاتې کېږي.

جدول(۲-۲) زخمونه، نسجي ترميم او تندبات

۱-۲ اونیو پورې	د دویمې اونۍ څخه تر دوو کالونو پورې	د ۲ میاشتو څخه تر دوو کالونو پورې
جوړیدنه	بیا شکل نیونه	خاسف
نازک خطونه	سور	خاسف
	اوچت شوی	هموار
	خارښت لرونکی	خاموش
	کلک یا دردناک	تقلص
	تقلص	

د زخم د ترمیم، بیا شکل نیونې او ندبې د پخیدو مرحلې. پورتنۍ ښودل شوي وختونه تقریبي دي او د ناروغانو په تعداد او په زخم پورې تړلیو فکتورونو پورې اړه لري.

جدول(۲-۳) څنګه کولی شو چې ندبه مو په زړه پورې وي

• په مکمله توګه ابتدایي ترمیم رامنځ ته کړی.
• پاک او شق شوي کناروته له نسجي ضایعې څخه مخنیوی
• له انتان او د dehiscence (د زخم خلاص پاتې کېدلو) څخه مخنیوی
• د کشش کموالی

www.ketabton.com

• د ندبې یو ځای راوستل له ګونځو، التصاقاتو او یا د ارام پوستکي د کشش د خطونو سره برابرول په لاندې نواحیو کې باید په نظر کې ونیول شي. جفنونه،تناسلی ناحیې،اورغوي، Vermilion
• زاړه اشخاص
• نازک نرم پوستکی

د خوښې نه وړ ندبې(Adverse Scars)

د ناخوښه ندبې د رامنځ ته کېدلو خطر موږکولی شو چې د یو صحیح شق په پلان کولو او په ښه توګه د زخم د اهماماتو په وسیله راکم کړو جدول (۷-۴). دغینې ډولونویې برعکس نه شو کولی چې مخنیوی وکړو او نه یې هم د رامنځ ته کېدلو وړاندوینه کېدی شي. د تندباتو ظاهریدل کېدی شي د جراحي یا نورو وسایلو په وسیله اصلاح کړی شي جدول (۷-۵). ولې په کامله توګه تندبات هیڅکله نه ایستل کېږي.

جدول(۲-۴)د خوښی نه وړ ندبو ډولونه

غلط جهت	د شکل خرابوالی
د تداوم کمزوري	خال اخېستل
کش شوي ندبه	د خیاطې نښانې
متقلصه ندبه	هایپرتروفیک ندبه
د تصبع بدلون	Keloidندبه

جدول(۲-۵) د خوښې نه وړ تندباتو اصلاح کول

ډول	مخنیوی	اصلاح کول
کمزوری جهت	که شوني وي نو د crossing lines خخه ډډه وکړی	جهت برابر کړی

www.ketabton.com

د غاړو کموالی تداوم	اناتومیک شکلونه په یو خط برابر کړی	ندبه برابره کړی
کشش	د کشش د کموالي په خاطر ژورې خیاطي وکړی	ندبه برابره کړی
متقلص ندبه	په عمودي زاویه د crossing flexor خطونو څخه ډډه وکړی	د خطي ندباتو لپاره د Zیا Yپلاستي څخه استفاده د ساحو لپاره د flaps څخه ګټه واخلی
تصبع	Nil	ښایسته کول یا خال جوړونه
د شکل خرابي	Nil	د ندبې برابرول او Z-plasty
خال جوړیدل	زخمونه ښه پاک کړی	که ممکن وي نو ندبه وباسی
د خیاطي علایم	یاخو subcutigular خیاطي وکړی یا یې زر لیرې کړی	None
هایپرټروفیک تندبات	مکمل جوړیدلو ته اجازه ورکړی پخپل سر او بیړنی دوباره جوړیدنه پریږدی	د Lycraفشاري پوښښ
Keloid ندبه	پریږدی چې ښه جوړیدنه رامنځ ته شي	د فشار، سترویئدي زرقیاتو، راډیوتراپی او جراحي ګډه درملنه

www.ketabton.com

غلط جهت (Wrong Direction)

هغه شقونه چې د خطونو په امتداد اجراکېږي په زياته توګه د منلو وړ ندبات منځ ته راوړي د انتخابي خطونو ډېر ډولونه موجود دي په کومو باندې چې شقونه اجراکېږي چې زياتتره يې د پوستکې له ګونځو سره په اوږدوالي او يا د ارام پوستکې د کشش د خطونو په امتداد پراته وي (هغه خط له کوم چې د پوستکي اعظمي کشش عبورکوي کله چې هغه برخه د استراحت په حالت کې وي) نومورې خطونه د زخم په غاړه باندې په کمه اندازه د کشش لامل ګرځي. هغه ندبات کوم چې له نومورو خطونو څخه عبور کوي Hyperthrophy يا کشش ته زيات ميلان لري او حتی که Hypertrophic هم نه شي نو له هغه ندباتو سره کوم چې د خطونو په امتداد وي څرګند توپير لري د ندباتو لپاره نور په زړه پورې موقعيتونه عبارت دي له د اناتوميکو ساحو د اتصال خطونه لکه د پوزې او غومبريو ترمنځ يا د غومبريو او غوږونو ترمنځ يا د اتصال محل کوم چې د ويښته لرونکي او بې ويښتانو ناحيو ترمنځ وي.

د نښليدو خرابه منظره (Poor Alignment of Features)

کله چې يوه ندبه د بيلا بيلو اناتوميکو برخو د اتصال له ناحيو څخه تيريږي لکه د شونډو د vermilion ساحه نو دا ضروري ده چې نومورې برخې په دقيقه توګه يو له بله سره يوځای او هماهنګې کړی شي او لدې پرته د خرابو ندباتو د مينځ ته راتلو باعث ګرځي.

کش شوي ندبه (Stretched Scar): د شق له زخمونو وروسته چې کوم ندبات په تنه يا اطرافو کې منځ ته راځي عموماً د کشش لاندې وي د اسې ويل کېږي چې د ندبې سور يا پلنوالی د زخم د ترلو پر مهال د هغې له پاسه په کشش پورې اړه لري په عمومي توګه هغه اقدامات کوم چې د زخم له پاسه د کشش دکموالي لپاره په کار اچول کېږي د باريکو او خطي ندباتو د منځ ته راتلو لامل ګرځي. کچېرې د فشار مخه

www.ketabton.com

نه شي نيول کېدی نو داسې شواهد موجود دي چې دپوستکي لاندې د جذب دنه وړيا د اوږدې مودې د جذب وړ خياطې کولی شي چې د ندبې کشش راکم کړي.

متقلص ندبات (**Contracted Scar**): د زخم د متقلص کېدلو پروسه د Remodelling phase تر ډېره وخته ادامه پيدا کوي پداسې توګه چې ندبه همیشه د هغې شق څخه چې ندبه تر ې راپيدا کېږي لنډه وي. په کوم ځای کې چې خطي ندبه د flexor (انقباضي) سطحې څخه عبور کوي نو دغه لنډوالی ممکن د ندبې په کشش باندې منتج شي کوم چې د هماغې برخې د انبساط (Extension) څخه مخنيوی کوي. کچېرې د مستقيم خط شق اجرا شي نو د ګوتې په انقباضي سطح باندې دا رامنځ ته کېدی شي منحني يا Zigzag شقونه ددغه پرابلم څخه مخنيوی کولی شي، کله چې ندبه پراخه وي نو د ندبې کشوالی ممکن خامخا رامنځ ته شي. دا د سوځيدنې لپاره ځانګړنه بلل کېږي د خطي ندبې څخه رامنځ ته شوی کشش د ندبې د خلاصولو او يو ځای کولو په وسيله اصلاح کېږي د دې لپاره بيلا بيل تخنيکونه موجود دي چې پدې کې Z-plasty او Multiple Y-Z plasty شاملېږي. د ډېر پراخه (contracture) ازادولو او د اضافي پوستکي د زياتولو پر مټ لکه د graft يا نورو کړنلارو په وسيله صورت نيسي.

د رنګ بدلون (**Pigment Alteration**)

د ندبې نوي epiderm معمولاً د تصبع هغه اندازه کوم چې چارچپيره غير ندبوي ناحيې لري نلري زياتره ندبات د رنګ کموالي (hypo pigmented) وي لاکن کېدی شي د رنګ زياتوالی (Hyper pigmentation) هم رامنځ ته شي. يوازېنی لاري چې ددغه مشکل سره مجادله کولی شي عبارت دی له camouflage (پټول) يا Tattooing (ستنې وهلو) څخه.

www.ketabton.com

د شکل خرابوالی (Contour Deformity)

کله چې د زخم غاړې په عمودې سطح باندې برابرې نه وي او یا کله چې ګډې وډې څنډې په دقیقه توګه ترمیم نه شي د شکل د خرابوالي خطر په ترمیمي ندبه کې رامنځ ته کېږي. چې دا اکثراً د زخم په دقیق ترمیم د بې نظمه غاړو د لیرې کولو په هغه صورت کې چې برابر عمودې څنډو ته د اړتیا په وسیله مخنیوی کېدی شي. کله چې یو انخنا لرونکي Laceration ترمیمیږي نو دي ته ورته مشکل رامنځ ته کوي، پداسې توګه چې ندبه لنډوالی مومي او د پوستکې هغه قسمت کوم چې د منخني ندبې په محدبیت کې قرار لري جګوالی مومي. چې دغه پرابلم ته mushrooming یا trapdooring ویل کېږي. اکثراً د وخت په تیریدو سره دا حالت اصلاح کېږي ولې ځینې وختونه د ندبې له سره اصلاح کول استطباب لري.

خال پریښودل (Tattooing)

په تروماتیک زخمونو کې شونې ده چې د شګو زرې، چټلې یا نور تور رنګه مواد د زخم د ترمیم په وخت کې غرس کړی شي. چې دا د ندباتو د شنه یا تور رنګ د اخېستلو باعث ګرځي کوم چې په پردیو موادو باندې دلالت کوي. د زخم د ابتدایي مناسبو تدبیرونو له امله د دې پیښې مخنیوی کېدی شي Abrasions په کوم کې چې کثافات داخل شوي وي د کلک برس په وسیله باید ومینځل شي ډېرژور Tattooed زخمونه باید ووایستل شي. ځکه په متاءخره ډول ددا ډول ندباتو ایستل ډېر مشکل وي.

د خیاطو علایم (Stitch Marks)

کچېرې د پوستکي خیاطې د اوورځو زیاتې په خپل ځای کې پریښودل شي نو د stitch mark څخه ندبات اکثراً رامینځ ته کېږي. د نوموړي مشکل څخه د subcuticular sutures څخه په استفادې که شوني وي مخنیوی کېدی شي، د اوو ورځو د مخه که ممکن وي د خیاطو ایستل، کچېرې د زخم تقویې ته د اوږدې مودې لپاره اړتیا وي نو د پوستکې د خیاطو پر ځای دي د پوستکې لاندې خیاطي (subcuticular sutures)، چې دا د پوستکي د خیاطو پر وخت ایستلو ته لاره

www.ketabton.com

همواره وي. د stitch marks له امله د نا خوښه ندباتو منځ ته راتګ د scar د اصلاح د عملياتو په واسطه په کمه اندازه اصلاح کېږي.

هايپرتروپيک تندبات(Hypertrophic Scars)

په ځينې حالتونو کې ندبات په remodeling مرحله کې د دود پرخلاف د اوږدې مودې لپاره پاتې کېږي. نومورې hypertrophic ندبات د حجراتو او رګونو له نظره نسبت پخو ندباتو ته غني دي، د کولاجنو توليد او تخريب پکې زيات صورت نيسي ولې اندول يې داسې دی چې د کولاجنو توليد پکې زيات وي. چې د کلينيک له نظره دغه ندبات سره، لوړ، خارښت لرونکې او tender وي. شکل (۲-۱۲). دا ډول ندبات بالاخره حاسف او هموار حالت ته راځي او همدغه پخپل سر اصلاح ده چې نومورې ندبات له keloid ندباتو څه بيلوي Hypertrophic ندبات په وصفي ډول په هغه زخمونو کې منځ ته راځي د کومو ترميم چې په تاخر غورځي چې دا شايد د اختلاطاتو له امله لکه انتان يا د زخم د خلاص پاتې کېدلو له امله منځ ته رادرومي. نومورې ندبات په ماشومانو او هغه ځايونوکې چې د پوستکي کشش پکې زيات وي لکه د اوږو پورتنی برخې يا د کشش په هغه خطونو کې کوم چې د ارام پوستکي له پاسه موجود وي ډېر زيات عموميت لري د دې ډول ندباتو خطرات کولی شي چې د مکمل ابتدايي ترميم په وسيله ټيټې کچې ته راولو کله چېhypertrophy واقع شي نو ناروغ اکثراً د وخت په تيريدو سره روغ والی مومي د scar مساژ کول د نرموونکي کريم په وسيله يا په remodeling ندبه باندې د فشار راوړل د ندبې د پوخوالي طبيعي پروسه ګړندی کوي. د سوځيدنې وروسته په ناروغانو کېHypertrophic ندبات د Custom mede lycra، فشاري ټوټې کوم چې د ندبې د پوخوالي پروسه ګړندی کوي کولی شو اصلاح کړو. هغه مهال د hypertrophic ندباتو دوباره اصلاح مناسبه ښکاري کله چې ندبات د پوستکي د کشش خطونو څخه عبور کوي يا هغه مهال چې د ځانګړو زخمونو جوړښت له اختلاط سره مخامخ شوی وي. د دغه فکتورونو د نشتوالي په صورت کې د scar د دوباره اصلاح څخه دې ډډه وکړی شي ځکه اکثراً د بيا رامنځ ته کېدلو لامل ګرځي

www.ketabton.com



شکل (۲-۱۲) ۱ د سوځيدنې وروسته هيپرتروپيک تندبات

کلويئد تندبات (keloid Scars)

په ځينې حالتونو کې د تندبي نسج نشونما له اندازې زياتېږي کوم چې د اصلي زخم څخه هم هغې خواته تجاوز کوي او رشف کېدلو ته ميلان نه لري. keloid ندبات د بيولوژي له نظره hypertrophic ته ورته دي کوم چې په خپل وار د نورمالې ندبې څخه زيات پراخوالی مومي که څه هم اکثراً دا شونې ده چې د دې دوو ډولونو د ندبو ترمنځ توپير وکړو ولې په ښه توګه دي ته د ندبي د چلند طيف(spectrum of scar behavior) هم ويل کېږي. جدول (۲-۵) نوموړي ندبات به په زياته اندازه په Afro coribean او په اسيايي نژادو خلکو کې واقع کېږي شکل (۲-۱۷) اکثراً په هغو زخمونوکې رامنځ ته کېږي چې پرته له اختلاطاتو په ښه توګه ترميم کېږي په ځينې ناحيو کې زيات عموميت لري لکه د ټټر مرکزي برخه، ملا ، اوږې او د غوږ په نرمیو کې د keloid زياتره ندبات د علاج وړ نه وي د جراحي درملنه د يو ځل شکل ورکولو په خاطر اکثراً د بيا رامنځه کېدو سره مخامخ کېږي. د دې ندباتو ځينې يې د فشار د تطبيق له امله اصلاح کېږي. دکلويد په داخل کې د steroid زرقيات لکه د triamecinolone کېدی شي مرسته وکړي. تر ټولو د معالجې ښې کچې د جراحي

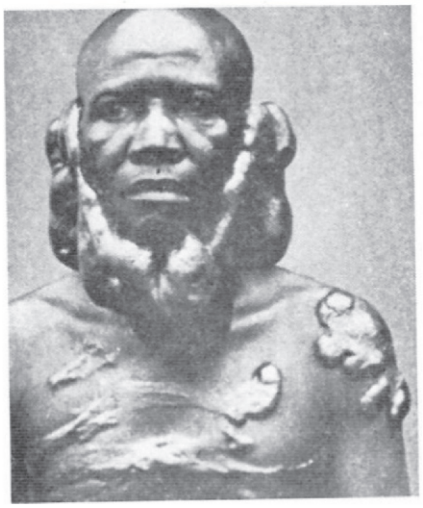
www.ketabton.com

عمليات او د عملياتو وروسته د بين الخلالي راديوتراپي(Radiotheraphy) څخه عبارت دي.

زخمونه، نسجي ترميم او تندبات

جدول(۲-۵) د هايپرتروفيک او keloidتندباتو مقايسه کول

اشکال	هايپرتروفيک ندبه	کلويئد ندبه
ارثي	فاميلي نه دي	ممکن فاميلي وي
نژاد	په نژاد پورې ندی تړلی	تورپوستکي>سپين پوستکي
جنس	نبځې = نرينه	نبځې >نارينه
عمر	ماشومان	د ۱۰-۳۰کالونو پورې
سرحدات	په زخم کې پاتې کېږي	د زخم د ساحې څخه بهر وځي
طبيعي تاريخچه	په وخت سره له منځه ځي	په کم اندازه له منځه ځي
محل	قابضه سطحې	Sternum، اوږه، مخ
لامل	په کشش پورې اه لري	معلوم نده



شکل(۲-۱۷) په غربی افريقايی کی پراخ کلويد (Keloid)

www.ketabton.com

لنډيز

په جراحي کې زخمونه او د هغې تدبيرونه ډير ضروري دي د تروما په جراحي کې زخم ابتدايي پتالوژي تشکيلوي او د پلان په جراحي کې دهمدې زخم د لارې مونږ لاندې نيو ساختمانونو ته لاره پيدا کوو. په دواړو صورتو کې د جراح دنده دا ده چې د زخم خرابوالی راکم کړي تخريب شوي ساختمانونه ترميم او يا ليرې کړی شي د زخم جوړيدنې پروسه او همدا ډول د شکل د خرابوالي او معلوليتونو څخه بايد مخ نيوی وشي.

پوښتنې

1. جرحه تعريف کړی؟
2. زخمونه په انساجو باندې کوم ډول تاثيرات لري؟
3. د زخمونو موضعي تاثيرات روښانه کړی؟
4. کومو زخمونو ته وخذيې زخمونه وايي؟
5. د چټلويانارېه زخمونو په تداوي کې کوم اساسي ټکي شته؟
6. د التيام مرحلې روښانه کړی؟
7. د التيام په پروسه باندې موثر عوامل کوم دي؟
8. د التيام پتوفزيالوژي روښانه کړی؟
9. Epithelization په التيام کې څه رول لري؟
10. Contraction په التيام کې څه رول لري؟
11. لومړی ګڼنه په زخمونو کې څه وخت اجرا کيږي؟

www.ketabton.com

12. پاک او منظم زخمونه:؟

A: د پخو الاتو محصول دي. B: د ماين چاودنې محصول وي.

C: د موټرود ټکر محصول وي. D: د تيزو او قاطعه الاتو محصول وي.

13. د مخ په جرحه کې بايد د کوم ډول تار څخه ګټه واخيستل شي:؟

A:catgut B:silk C: Vicryl D: Nylon

14. که چيرې يو طرف په compartment syndrome باندې اخته شي:؟

A: طرف بايد amputation شي. B: طرف ته بايد splint تطبيق شي.

C: fasciotomy بايد تر سره شي. D: ټول غلط دي.

15. کله چې يو زخم د ډيرې وينې بهيدنې سره وليدل شي، بايد چې:؟

A: د عصب څيرې کيدو ته فکر وشي. B: د رګ زخمي کيدو ته بايد فکر وشي.

C: د عضلاتو قطع کيدو ته فکر وشي. D: ټول غلط دي.

16. که چيرې د پوستکي خياطې د اوو ورځو څخه زياتې پاتې شي:؟

A: په پوستکي کې کوم تغير منځ ته نه راځي.

B: په پوستکي کې تندبي نسج را منځ ته کيږي.

C: ټول سم دي. D: په پوستکي کې ترميم سريع کيږي.

17. د Scar جوړيدو مهم عوامل عبارت له:؟

A: پاک زخم او نسجي ضايعه. B: ناپاک زخم او نسجي ضايعه.

C: A سم دی. D: B سم دی.

18. کله چې د انساجو ارتباط د تيرې الې پواسطه قطع شي نو:؟

A: Arthroplasty B: Fascio tomy

C: Vasectomy D: Myotomy

www.ketabton.com

19. د Compartement Syndrome تداوي عبارت ده له:؟

A: arthroplasty B: fasciotomy

C: vasectomy سD: myotomy

20. Hypertrophic scar لاندې خواص لري:؟

A: برجسته. B: سور رنګی.

C: خارښت او درد. D: ټول سم دي.

21. د Keloid تداوي عبارت ده له:؟

A: جراحي. B: intralesional steroid

C: دواړه سم دي. D: هیڅ یو.

مأخذونهRefrences

1. NORMAN S. WILLIAMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE & P. RONANA O'CONNELL (2008) Baily & love's Short Practice of surgery. P 24-31.
2. Dogar, Abdul wahab (2008) General surgery 3rd edition p. 140-144.
3. Memon, Farhad Hussain (2012) Short test book of surgery 1st editon p. 1-9.
4. Marvasti Ahmad (1997) A text book of general surgery 5th edition p. 57-67.
5. Sriram Bhat M. (2009) SRB'S Manual of Surgery 3rd edition p. 1-11.
6. Schwartz's Principles of Surgery 8th edition 2005 p.101-103.
7. Traves D, Crabtree, MD (2000) General surgery p. 91-106

www.ketabton.com

دریم څپرکی

د زخم انتان(Wound Infection)

دزده کړې موخې

- د دې لپاره چې د koch`s په انګیرنه (koch`s postulate) باندې پوه شو.
- د دې لپاره چې د aseptic تخنیک په اهمیت باندې پوه شواو د ککړو زخمونو ځنډمنه جوړیدنه جوته کړو.
- د دې لپاره چې د انتان په مقابل کې د وجود د مقاومت د ټیټوالي څخه خبر شو.
- د دې لپاره چې په هغه فکتورونو پوه شو چې ایا زخم به په راتلونکې کې ککړ شي.
- د دې لپاره چې د انتاني حالت تعریف وکړی شو.
- د دې لپاره چې د انتان د منابعو په طبقه بندۍ پوه شو او زیان منتوب څرګند کړی شو.
- د ابسې ګانو د تدبیرونو لپاره وړتیا پیدا کول
- د غوره شویو مخنیوونکو انتي بیوتیکو د استطباب پیژندل.
- د nosocomial انتاناتو د مخنیوي په خاطر د هغې د اساسي خطراتو په اړه معلومات

فزیولوژي او څرګندونې

د زخم انتان اکثراً په ممکنه توګه د عملیاتو یا تروما یو لوی اختلاط جوړوي. چې د دې خبرې رښتینوالی لږ تر لږه (4000-5000) کالونه تاریخ لري. دا څرګنده ده چې مصریانو د انتاناتو له امله د putrification د یقیني مخنیوي عقیده درلوده چې ددوی د مومیایې (mummification) مهارتونو په وسیله دا خبره رښتیا شوې ده. د دوی له طبي اسنادو دا څرګندیږي چې دوی به د زخم د انتان د مخنیوي په خاطر له

www.ketabton.com

مرهمو او انتي سيپتيکونو څخه کار اخېستو نومورې وقايه په پخوا وختونو کې (Assyrian) هم پيژندله، که څه هم پدې اړه مستند شواهد په لاس کې نشته چې وروسته بيا دا يونانيانو ته منسوب شوه د هيپوکرات (Hyppocrate) لارښوونې دا په څرګنده توګه بيان کوي چې دوی به د مکروب ضد مواد لکه شراب او سرکه کاروله، کومه به چې په پراخه اوبريالۍ توګه په خلاصو او منتنو زخمونو کې د بنديدو څخه مخکې د زخم د مينځلو په خاطر استعماليدله په دغه ټولو مدنيتونو کې دغې مفکورې عمومیت درلوده چې وروسته يې په رومیانو کې هم عمومیت بياموند کله چې په يوه منتن زخم کې قيح انکشاف وکړي دا نو بايد درېناژ کړی شي. Galon دا تشخيص کړه چې د انتان ځای پرځای کېدل (Suppuration) په زخم کې کوم چې په جنګي حالتونو کې رامينځ ته کېږي اکثراً د جوړيدا زيری ورکوي په ځانګړي توګه وروسته د قيح د درېناژ کولو څخه په خواشينۍ سره بايد ووايو چې نومورې دوديزه مقوله د ځينو لخوا په وروستيو کې په ناسم پوهيدنه واوښته چا به چې فکر کولو چې همدغه د pus يا قيح مسول دي چې جوړيدنه رامنځ ته کوي. دا عقيده تر منځينۍو پيړيو پورې په ښه توګه پاتې شوه. ځينې طبيبانو په واقعيت کې په زخم کې تقيح ته لا پرمختګ پسې ورکړ ځکه دوی به د زخم په داخل کې چټل څيزونه چې په هغې کې به غايطه مواد هم شاملېدل ايښودل. ځکه دوی داسې ناسمه عقيده لرله چې کېږي په زخم کې قيح توليد نه شي نو جوړيدل يې نا ممکن دي. Theodoricچې د ceria دی، Ambroise poreاو Guyde chanliacدوی ټول پدې اند ووچې يو پاک زخم چې په لمړی کې بند کړی شي نو پرته له تقيح او منتن کېدلو څخه جوړيږي. د انتاناتو د اسبابو پوهه په نولسمه پيړۍ کې رامينځ ته شوه. مکروبونه د ميکروسکوپ لاندې ليدل کېدل ولي Koch هغه څوک ووچې د انتاني ناروغۍ تعريف يې د لومړی ځل لپاره وکړو. د نومورې تعريف په اساس يو ځانګړی مکروب کولی شول د يوه انتان لپاره مسوول وګڼل شي کله چې په کافي مقدار په يوه سيپتيک محراق کې پيدا کړل شي او که له سپتيک محراقه نمونه واخېستل

www.ketabton.com

شي او په خالص ډول کلچر شي او کچېرې بيا کوم بل کوربه ته زرق کړی شي ورته افات منځ ته راوړي. [۱،۲،۳،۵]

د کوخ انګيرنه (فرضيه) کوم چې د يو انتاني اورګانيزم لپاره زمينه برابروي:

- دا بايد په septic محراق کې په پوره اندازه وموندل شي.
- دا بايد شوني وي چې زرع د septic محراق څخه په سوچه ډول جوړه شي.
- کچېرې په بل کوربه کې زرق کړی شي نو مشابه افت رامنځ ته کوي.

اطريشي ولادي ډاکټر (Ignae semmelweis) داسې لارښونه کوي چې د مور د مړينې کچې د puerperal sepses (حماي نفاسي) له امله د 10% څخه 2% ته پدې شرط راښکته کولی شوو چې ددوولادي واقعاتو تر منځ لاسونه ووينځل شي کوم چې يو ساده عمل دی په ځانګړي توګه هغه مهال چې د Post partem معاينه اجراکړی شي او ډاکټر بل ولادت ته ځان چمتو کوي.

PasteurLouis دا خبره څرګنده کړه چې ميکرواورګانيزمونه هغه څه دي چې د شرابو د خوساء کېدو لامل ګرځي او هغه په سرکه باندې بدلوي. [۵،۸]

Joseph lister لدې څخه په استفادي د دې لپاره چې په مرکبو کسرونو کې د اورګانيزمونو د کلوني ګانو کچه راکمه کړي نو انتي سيپتيک يې استعمال کړل. پس عمليات به پرته له انتانه صورت ونيسي ولې د هغې د Phenol زهري سپرې (spray) او د انتي سيپتيک عملياتو اساساتو ډېر ژر د پيړی په بدليدو سره اسيپتيک جراحي ته لاره هواره کړه چې پدې تخنيک کې په انساجو کې د باکترياوو د وژلو پر ځای (Antiseptic technique) يو داسې تخنيک رامينځ ته شوود کوم لاندې به چې عمليات په يوه داسې چاپيريال کې اجراکېدل چې له باکترياوو به پاک او خالي وو. Aseptic technique تخنيک لا تر اوسه د عملياتو په عصري خونو کې په کار اچول کېږي. د جادوګرې مرمۍ (Zauberkugel) مفهوم د کومې په وسيله چې مکروب وژل کېږي او کوربه روغ پاتې کېږي د لمړی ځل لپاره د Sulphonamid شيموتراپي د کشف سره په يو واقعيت واوښتله چې دادشلمې پيړۍ نيمايي وه. د پنسيلين د انتي بيوتيک کشف که څه هم Alexander Fleming ته منسوبيږي لاکن

www.ketabton.com

دا د Florey او Chain لخوا د لمړی ځل لپاره پیژندل شوی دی. لمړنی ناروغ چې پنسیلین یې اخستي وو د اکسفورد د پوهنتون یو پولیس ساتونکی وو چې Alexander نومیده، دغي ناروغ وخیمه staphylococcal bacteremia د میتاستاتیک ابسې سره یو ځای درلوده دغه ناروغ له درملنې سره ځواب وویلو او قسماً د پنسیلین د توقف څخه مخکې جوړ شو. ولې ناروغی بیا پریراوګرځیده او مړ شو. د هغې وخته راهیسي د انتي بیوتیکونو انکشاف پیل، تر څو د زیاتو ډولونو باکتریاو سره مقابله وکړی شي په اوسني وخت کې ډېرې staphylococcus د penicilline په وړاندې مقاوم دي. برعکس streptococc لاتر اوسه هم په لوړه کچې حساس دی که څه هم د تیر په نسبت په اوسني وخت کې د جراحي په ډګر کې ډېر زیات کم لیدل کېږي. د β lactemase د انزایمونو له لارې زیاتره باکتریاوې خپل مقاومت ته انکشاف ورکوي نوموړی انزایم د β-lactam حلقه ماتوي کوم چې د انتي بیوتیک په مالیکولونو کې یو معمول ساختمان دی په اوسني وخت کې د زیاتو باکتریاوومقاومت د انتي بیوتیکو په مقابل کې اندیښنې رامینځ ته کړیدي په ځانګړي توګه Methecillin resistant staphylococcus aureus (MRSA) او Vancomycin resistant enterococci (VRE) په مقابل کې. د aerobic g (-) bacilli او anaerobic bacteriods ترمنځ هماهنګي (synergism) د زخم د انتان په رامنځ ته کولو کې په ځانګړي توګه دبطن په جراحي کې لوی خطر رامنځ ته کوي. د دې ډول انتاناتو د درملنې په خاطر وسیع الساحه انتي بیوتیکونه په ډاند ډول (empirically) توصیه کېږي ولې که چېرې د انتان حساسیت معلوم وي نو ډېر وصفي د باریکې ساحې لرونکي (narrow range) انتي بیوتیک په منطقي توګه توصیه کېږي د وقایې او درملنې لپاره د انتي بیوتیکونو استعمالول هغه شوني عملیات چې په پخوانیو وختونو کې به د خطرونو ډک ګڼل کېدل ممکن کړي دي. Fecal peritonitis یا غایطي پریتونیت نور نو زیات په هغه ډول چې پخوا به ختمي وژونکي ګڼل کېده وژونکې نه دی، سره د دې د نوموړي ککړتیا شق په لومړنۍ توګه جوړېږي پرته لدې چې انتان پکې رامینځ ته شي او د لومړنۍ جوړیدو فیصدي

www.ketabton.com

يې د%90-80سلنه پورې ده. سره لدې هم په زياتره هيوادونو کې دا معمول ګرځول شوی دی چې په هغه ناروغانو کې چې ملوث زخمونه لري لومړنی بندول په تاخر غورځول کېږي. که شوني وي نو ښه داده تر څو د granulation د صورت موندنې پورې لومړنی يا ثانوي زخم ترڼه په تاخر وغورځول شي. په هغه ناروغانو کې چې د کمزوري معافيت خاوندان دي او يا هم prosthetic عمليات ورته اجراکېږي د وقايوې انتي بيوتيک د استعمال په اساس په دوی کې د انتان منځ ته راتګ يوه استثنا ده. د وقايوې انتي بيوتيکونو استعمالول بايد د پاکو او ملوثو دواړو ډولو زخمونو په حالت کې په نظر کې ونيول شي.(۴،۷،۹،۱۰)

په جراحي کې د انتان د کنترول په ډګر کې پرمخ تګونه

- Aseptic تخنيک د توکسيک انتي سيپتيک تخنيک ځای نيولی دی.
- انتي بيوتيکونه د انتان اندازې ته تغير ورکوي.
- موخره د زخم بندونه په ملوثو زخمونو کې ګټوره تمامه شوې ده.

فزيولوژي: په نورمالو حالتونو کې د سالمې اپتيلي سطحې پواسطه د باکتريا و په وسيله په انساجوکې د انتان مخنيوی کېږي، چې دغه ساختمان د تروما يا عملياتو پواسطه ماتيږي. د نوموړي ميخانيکي مانعې څخه برسيره يو لړ نور محافظوي ميکانيزمونه موجود دي چې په لاندې ډول تصنيف بندي شوي دي:

1. کېمياوي (Chemical): ټيټ معدوي PH
2. خلطي (Humoral): انتي باډي ګاني، complement او opsonins
3. حجروي (Cellular): phagocyticcells، Macrophages، polymorphonuclear cells او killer lymphocytes

نوموړي ټول طبيعي ميکانيزمونه کېدی شي چې د جراحي د مداخلې او درملنې په وسيله ګډوډ شي. د انتان په مقابل کې د مقاومت ټيټوالی بيلابيل لاملونه لري.

د کوربه مقاومت د خرابې تغذيې له امله کمزوری کېږي دغه احتمالي (Malnutrition) د تازه او بيړني وزن کموالي په اساس تشخيص کېږي او حتی

www.ketabton.com

کېدی شي د چاغی په موجودیت کې هم موجود واوسي. جدول (۳-۱). میتابولیکې ناروغی لکه Diabetes mellitus، Uremia، Jaundice، disseminated malignancy او acquired immune deficiency syndrome (AIDS)د معافیت د کمزوي کولو سره همکاري کوي. په همدې توګه iatrogenicعوامل چې پدې کې رادیوتراپي، شیموتراپي او سترویدونه شامل دي اوداهم د معافیت د کمزوری لامل ګرځي. شکل (۳-۱)اوشکل (۳-۲)کله چې د خولې د لارې تغذیه په تعویق وغورځول شي لکه د عملیاتو وړاندې مرحله کې باکتریاپه ځانګړي توګه aerobic Bacilli (-) G میزانتریک Node ته داخلیږي. اندوتوکسینونه lipopoly saccharideچې په حجروي دیوال پورې تړاو لري کوم چې د دوی لخوا ازادیږي د انتان د رامنځ ته کېدلو چانس لوړوي.

د انتاناتو په مقابل کې د ټیټ مقاومت لاملونه

- میتابولیک: Malnutriation، دیابت، Ureamia او jaundice، منتشره ناروغي سرطان او AIDs
- Iatrogenic: رادیو تراپي، شیموتراپي او سترویډ

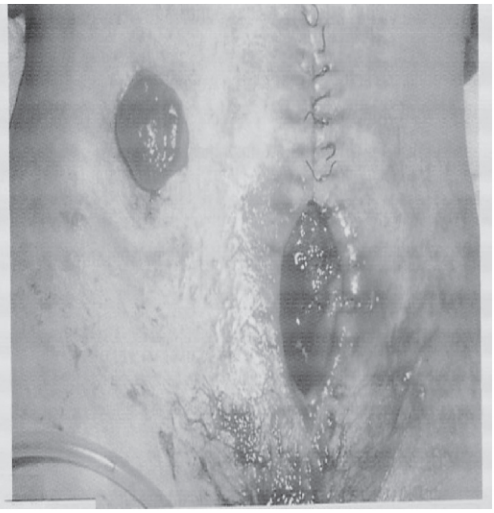
جدول (۳-۱)د زخم د انتان د خطر د زیاتېدلو لپاره مساعدکوونکي فکتورونه

• خرابه تغذیه (چاغي، د وزن بایلل)
• میتابولیک امراض (دیابت یوریمي، زیږی)
• د معافیتي سېستم انحطاط (cancer، AIDs، سترویډ، شیموتراپي او رادیوتراپي).
• د باکتریا ګانو داخلیدل او د کالوني جوړول په هضمي سېستم کې.
• کمزوري اروا (عمومي شاک یا موضعي اسکېمي).
• اجنبي اجسام او مواد.
• د جراحي ضعیف تخنیکونه (د مړی فضا پاتې کېدل، هیماتوم).

د پورتنیو حالتونو له امله هغه باکتریاګانې چې په نورماله توګه مرضي نه ګڼل کېږي کېدی شي د پتوژن په ډول عمل وکړي. چې دي ته موقع بین انتان

www.ketabton.com

(apportunistic infection) ويل کېږي. په زخم کې د انتان د پرمختګ چانسونه وروسته له عملياتو د اورګانيزم په پتوژينيستيي او د باکتريا ګانو د ځای پر ځای کېدو په اندازې پورې اړه لري. مړه انساج، اضافي مړې فضاوې او يا هيماتوم ټول هغه څه دي چې د جراحي د ضعيفو تخنيکونو له امله مينځ ته راځي او باکترياوو ته دا موقع ورکوي چې انتان رامينځ ته کړي په همدې توګه اجنبي مواد که هغه هر څه وي مثلاً خياطي او درينونه. کچېږي په زخم کېsilk suture موجود وي نو پدې وخت کې يو زيات تعداد اورګانيزمونو ته اړتيا ده چې انتان رامينځ ته کړي ولې د لسم فکتور په وسيله کموالی مومي، دغه اساسات په ځانګړي توګه په prosthetic، orthopedic او وعايي جراحي کې ډېر اهميت لري.



شکل (۳-۱)

د انتان له امله متاءخره جوړيدنه په هغه ناروغ کې چه په لوړ دوز سترويد اخلي



شکل (۳-۲)

په هغه ناروغ کې چې د crohn`s ناروغي لري د زخم لوی انتان او متاءخره جوړيدنه چې د غايطي فستول په شکل يې ځان ښکاره کړی

www.ketabton.com

دکومو پر مهال چې یو زیات شمیر بهرني مواد (prosthesis and graft) په خپله خوښه یا په همدې ډول په زخم کې پریښودل کېږي.

هغه فکتورونه چې دا څرګندوي چې ایا زخم به منتن شي

- د انتاني عامل ویرولانس او تعداد.
- د حملې لاندې انساجو وعایي او صحي حالت.
- د مړو او اجنبي انساجو موجودیت.
- د انتي بیوتیکو موجودیت د تصمیم نیولو پر مهال.

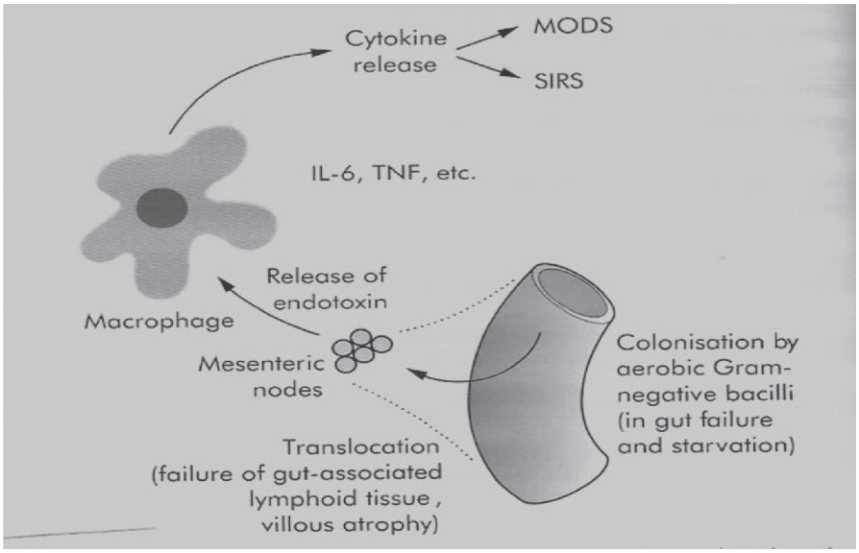
کله چې په یوه اپتیلي سطح کې د تروما یا عملیاتو له امله څیرې والی رامنځ ته شي نو د کوربه د دفاعي سېستم دتحریک کېدلو د مخه یو څه ځنډ موجود وي. حاد التهابي حالت، خلطي او حجروي پروسې تقریباً ۴ ساعته وخت په بر کې نیسي تر څو مینځ ته راغلي زخم ته بدن دفاعي ځواب ووایې چې دغې ته د تصمیم مرحله وایې او دا هغه وخت دی په کوم کې چې حمله راوړونکې باکتریاګانې په نسج کې انتان رامینځ ته کوي. نو لدې امله دا پرځای ښکاري تر څومخه نیوونکي انتي بیوتیک پدې مرحله کې توصیه شي او دغه مرحله تر کنترول لاندې راولي او د انتان د پرمختګ څخه مخنیوی وکړي.

ځایي او سېستمیک څرګندونې

د زخم انتان داسې تعریف کېږي کله چې د بدن موضعي یا سېستمیک دفاع له منځه لاړه شي او اورګانیزم پر انساجو حمله وکړي. د جراحي د زخم انتان د جراحي د ناحیې سطحي انتان ته راجع کېږي. د انتان د تاسس systemic تظاهرات sepsis ګڼل کېږي چې د sepsis مشابه اعراض او علایم ممکن د Multiple trauma، سوځیدنې او یا pancreatitis له امله هم رامینځ ته شي چې دا په یو داسې حالت منتج کېږي چې هغې ته د systemic inflammatory response syndrome (SIRS) په ازادولو سره کوم چې د مړو Bacilli (-) G له جدار څخه ازادیږي (په زیاته اندازه E-coli) رامنځ ته کېږي. چې دغه او نور توکسینونه د cytokines د ازادیدو باعث وګرځي.

www.ketabton.com

شکل (۳-۳). SIRS بايد د باکتريمي سره مغالطه نه شي که څه هم ممکن ځينې وختونه دواړه يو ځای موجود وي. septic تظاهرات [Multiple organ dysfunction syndrome (MODS)] د cytokines لکه (IL) interleukin، Tumor necrosis factor (TNF) او نور مواد چې د پولي مورفونوکلير او فاګوسيت حجراتو پواسطه توليديږي. Sepsis دډير وخيم حالت Multiple systemic organ failure (MSOF) وخواته پرمختګ کوي پدې حالت کې د بدن مقاومت د انتان په مقابل کې کم شوی وي. پتوژينونه هم پخپل وار سره د کوربه د دفاع په مقابل کې له ځانه زهر يا توکسين ازادوي کوم چې له دوی سره په انتشار کې مرسته کوي. نوموړي موضوع په ځانګړي توګه د anaerobic باکترياوو او يا په زياته اندازه په نکروزي شوي انساجو کې کوم چې په زخم کې موجود وي او هغه مهال چې د وجود دفاعي نظام په درست ډول وظيفه نه اجرا کوي رامينځ ته کېږي.



شکل (۳-۳) دمتعددو اورګانونوددندو دخرابوالي سندروم Multiple organ dysfunction syndrome او دسيستميک التهابي عکس العمل Systemic inflammatory response syndrome له امله د کولمو عدم کفايه (Gut failure)، کالوني جوړيدنه او د انتان خوريدل.

www.ketabton.com

جدول(۳-۲) په sepsis کې تعريفونه

د سېستميک التهاب د عکس العمل سندروم (SIRS)
يو د لاندې دوو څخه:
(Hyper thermia (> 38 c°) orHypothermia (< 36c°
(Tachycardia (> 90/ minno β-blockers) ortachypneas (> 20/min
White cell count > 12×10or < 4×10
Sepsis د SIRs څخه عبارت دی چې د انتان له تاسس سره يو ځای وي. وخيم sepsis چې د sepsis syndrome هم ورته ويل کېږي له هغه sepsis څخه عبارت دی چې د يو يا زياتو اورګانونو له عدم کفايې سره يو ځای وي [تنفسي عدم کفايه(acute respiratory distress syndrome)، قلبي وعايي ع)دم کفايه، کليوې عدم کفايه (اکثراً د حاد تيوبولي نکروزيس)، يا د مرکزي عصبي سېستم عدم کفايه]

د انتاني حالتونو تعريفونه

- SSSI يو منتن زخم دی.
- SIRS يو منتن زخم ته د بدن سېستميک ځواب دی.
- MODS هغه اغيزې دي چې انتان يې په ټول بدن باندې لري.
- MSOF د نه کنترول شوي MODS اخېري پايله ده.

Clostridium perfringens کوم چې د ګاز ګانګرين لپاره مسول ګڼل کېږي د Hyalaronidase، Lecithinase او Haemolysia په ډول proteases ازادوي کوم چې بيا نوموړو باکتريا ګانو ته د انساجو په منځ کې د خوريدلو وړتيا وربښي. ځينې پتوژينونه چې د انتي بيوتيکونو په مقابل کې مقاومت ښيي د β-lactamases په ازادولو د انتي بيوتيکونو د β-lactam حلقه له منځه وړي د انتي بيوتيک په مقابل کې د مقاومت دغه ډول کېدی شي پخوانی حساسې باکترياوي په کسبي توګه د plasmids د لارې حاصل کړي. د انسان بدن تقريباً 10^{14} اورګانيزمونه لري. دغه اورګانيزمونه انساجو ته د عملياتو له امله لاره پيداکولی شي. ککړتياهغه مهال ډېره زيانمنه وي کله چې يوه مجوفه عضوه سوری شي (د مثال په توګه د

www.ketabton.com

Diverticular perforation په تعقيب يې د fecal peritonitis مينځ ته راتګ). هر انتان چې د جراحي په تعقيب مينځ ته راځي ممکن لومړنی يا ثانوي ونومول شي.

د انتان د سرچينو ډلبندي:

- لومړني انتانات چې د ټولنې څخه کسب کېږي او يا هم داخلي منشا لري.
- ثانوي انتانات چې بيروني منشا لري او اکثراً روغتون څخه اخېستل کېږي او يا د زخم د ملوث کېدو له امله رامنځ ته کېږي

لومړني انتانات يا د ټولنې څخه کسب کېږي اويا هم داخلي منشأ لري. ثانوي انتانات بيروني منشأ لري او اکثره وختونه د روغتون څخه کسب کېږي (Nosocomial). نومورې انتانات په انساجو کې د اورګانيزمونو د داخليدو له امله رامنځ ته کېږي چې پدې کې تر ټولو معمول لامل د لاسونو په ښه توګه نه و ينځل دي. دا په همدې توګه د عملياتو خونې ته د هوا د ناکافي فلتراسيون له امله او يا د عملياتو د ملوث تيا په اساس مينځ ته راتلی شي.

د انتاناتو د سرچينو ډلبندي:

ابتدايي

د ټولنې څخه کسب کېږي او يا داخلي منشأ لري.

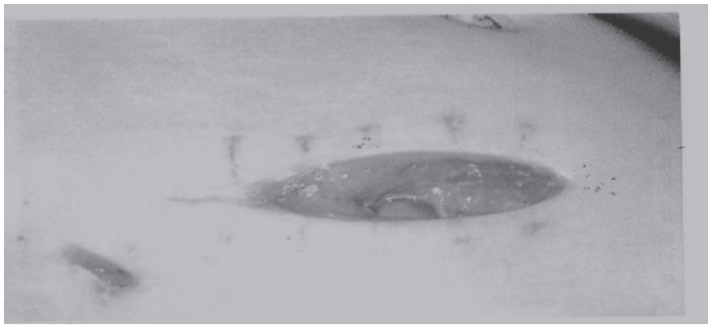
تالي

د عملياتو له خونې، ward، Nosocomialاو يا هم د عملياتو په وخت کې د ککړتيا په اساس رامنځ ته کېږي

لوی او واړه انتانات

د زخم انتان هغه وخت غټ بلل کېږي چې له هغه څخه يا خو په خپل سر په زيات مقدار pus خارج شي او يا هم د هغې د ايستلو لپاره په ثانوي توګه د درېناژ پروسيجر ته اړتيا وي.

www.ketabton.com



شکل (۳-۴) غټ انتان او د پوستکي سطحي بیل والی



شکل (۳-۵) کوچنی د زخم انتان کوم چې د انتي بیوتیکو پرته په خپله خاموشه شوی دی

ناروغ ممکن چې سپسټمیک ننښې لکه tachycardia، pyrexia او د WBC زیاتوالی ولري (SIRS). د پلان په اساس کورته د ناروغ رخصت کول کولی شو پدې وخت کې وځنډول شي د زخمونو کوچني انتانات ممکن چې د pus افرازات ولري او یا منتنه سیروزي مایع ولري. د ناروغ له ډېرې ناارامۍ سره یو ځای نورسپسټمیک علایم

www.ketabton.com

وجود نلري همدارنګه کور ته د ناروغ په لیږدولو کې ځنډ نه پیښیږي. شکل (۳-۵) د زخمونو د لویو او کوچنیو انتاناتو تر منځ د توپیر پیژندل د وقایوي انتي بیوتیکود ازمایلو او ورکولو لپاره مهم ګڼل کېږي.

د زخم غټ انتانات

- په زیاته اندازه Pus
- کور ته په تللو کې ځنډ
- ناروغان په سېستمیک لحاظ صحي حالت نه لري

د زخمونو د انتاناتو د ارزونې په خاطر د نمره بندی سېستم وجود لري کوم چې د سروي ګانو او تحقیقاتو لپاره ګټور تمامیږي زیاتره سروي ګاني د هغو زخمونو لپاره صورت نیسي چې د عملیاتو دیرش ورځې وروسته مینځ ته راځي. چې نمونې یې عبارت دي له یودSouthampton wound system. جدول (۳-۳) او (ASEPSIS) له سېستمونو څخه. جدول (۳-۴). درسته او یا حقیقي څارنه د یوه پلان شوي بی عرضه او ترڅ شوي پلان له مخې باید اجراکړی شي.

جدول (۳-۳) د Southampton د زخم د درجه بندی سېستم.

د زخم شکل	درجه
نورماله جوړیدنه	0
نورماله جوړیدنه د حفیف Bruising او سوروالي سره	1
څه اندازه Bruising	1a
په زیاته اندازه Bruising	1b
کم سوروالی	1c
احمرار او د التهاب نور علایم	2
په یوه نقطه کې	2a
د خیاطو چاپیره	2b

www.ketabton.com

د زخم په امتداد	2c
د زخم چاپيره	2d
روښانه او يا Hemoserous افرازات	3
يوازې په يوه نقطه کې2cm≤	3a
د زخم په امتداد2cm>	3b
په زيات حجم	3c
د ډېرې مودې لپاره 3days>	3d
غټ اختلاطات	
د زخم شکل	درجه
چرک	4
يوازې په يوه نقطه کې 2cm≤	4a
د زخم په اوږدو کې 2 cm >	4b
د زخم وخيم او يا شديد انتان د نسجي تخريب سره او يا له هغې پرته هيماتوم، اسپايريشن ته اړتيا لري.	5

جدول(۳-۴) د **Asepsis** زخم نمري.

مشخصه	نمري
اضافي درملنه	0
انتي بيوتيک د زخم د انتان لپاره	10
د چرک درناژ کول د موضعي انيستيزي لاندې	5
د زخم Debridmentد عمومي انيستيزي لاندې	10
سيروزي افراز	0-5
سوروالی	0-5
قيحي اکزودات	0-10
د ژورو انساجو جداکېدل	0-10

www.ketabton.com

د زخم څخه د باکتریا تجرید	10
د زخم له امله د ناروغ پاته کېدل چې له څوارلسو ورځو زیات دوام وکړي	5

یوازې د لومړنیو اوو ورځو څخه د پنځولپاره نمرې ورکول کېږي، پاتې بې هغه وخت حسابیږي که چېرې په لومړنیو دوو میاشتو کې راڅرګندیږي.

د انتان ډولونه (Types of Infection)

د زخم ابسې (Wound Abscess)

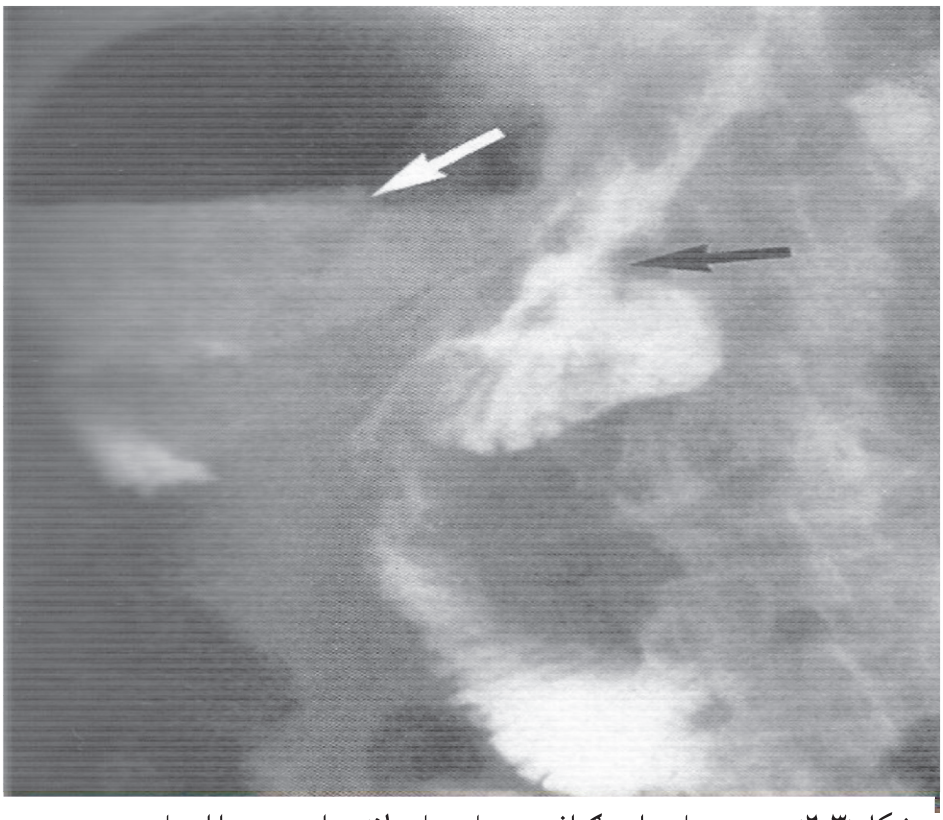
د زخم ابسې ټول هغه تظاهرات ورکوي کوم چې د حاد التهاب په اړه د Celsus لخوا بیان شوي دي لکه calor (حرارت)، Ruber (سوروالی)، Dolor (درد) او Tumor (پړسوب) چې د نومورېو حالتونوسره function laese یا د وظیفې خرابوالی هم موجودوي (کچېرې دردناکه وي نومنتن قسمت دې نه کارول کېږي).

پیوژنیک اورګانیزمونه په زیاته اندازه S. aureus دی چې د انساجو نکروز او suppuration رامینځ ته کوي. قیح (pus) له مړو او د مرګ په حال کې مړوانساجو، مکروبونواود WBC څخه ترکیب شوی دی کوم چې تخریبي cytokines، د اکسیجن ازاد رادیکلونه او نور مالیکولونه ازادوي. یوه ابسې د حاد التهابي عکس العمل او تقیحي غشا په وسیله چې فیبرینې exudate، اذیما او حاد التهابي حجرات له ځانه سره لري احاطه شوي وي. ګرانیولشین نسج یا (Macrophages، د نویو اوعیو جوړیدنه او fibroblasts) د تقیح چارچاپیره وروسته رامنځ ته کېږي او د کولا ژن د ځای پرځای کېدلو باعث ګرځي کچېرې دا دریناژ او یا په مکمله توګه جذب نه شي کېدای شي چې مزمنه ابسې رامنځ ته کړي. کچېرې د انتي بیوتیکو په وسیله قسماً تعقیمه شي نو Antibioma به رامینځ ته کړي. ابسې ګاني hyperosmolar محتوي لري کوم چې داخل خواته مایعات راکش کوي. چې دا پخپل وار سره د ابسې داخلي فشار زیاتوي او دډرد لامل ګرځي. کچېرې دوی انتشار کوي نو اکثراً د هغو سطحې خواته لار مومي کومې خواته چې کم مقاومت موجود وي او پوستکي ته لاره

www.ketabton.com

پيداکوي. دزخم ابسې ګاني ممکن په خپله د پوستکې خواته خپله محتوی خارجه کړي خو کېدی شي د جراحي شق ته اړتيا پيدا شي. ډېرې ابسې د 9-7ورځو پورې وخت ته ضرورت لري تر څو له عملياتو وروسته تشکل وکړي کله چې ناروغان له روغتونه ووځي له 75%سلنه زيات يې له ځانه سره انتان لري نو ځکه خو بايد د جراحي د ټيم د نظر او تفتيش لاندې وي. د ابسې جوف وروسته له شق کولو څخه بايد پاک او دريناژ شي. ټول حجابات بايد خلاص او پاک کړی شي مخکې لدې چې جوړ شي. دوامداره او مزمنې ابسې ګاني د sinus يا fistula د جوړيدلو لامل ګرځي په مزمنو ابسې ګانوکې lymphocytes او plasma cells ليدل کېږي. انساج متکمش کېږي او وروستهcalcification رامنځ ته کېږي د ابسې د مزمن والي د sinusاو fistulaد جوړيدو سره معين اورګانيزمونه تړاو لري چې معمول يې عبارت دي له Mycobacteruim او Actinomyces څخه. کچېرې پورتنی اختلاطات رامنځ ته شول نوپدې صورت کې نوموړي اورګانيزمونه بايد هير نه کړی شي. د يوې ابسې په نتيجه کې د اناستوموز چارچاپيره ککړتيا رامنځ ته کېږي ولې معمول علت يې د اناستوموز ليکاژ ګڼل کېږي په يوه عميق جوف کې د ابسې د موجوديت تعين کول يا دريناژ کول لکه په پلورا او يا پريتوان کې ډېر مشکل کار دی که څه هم د موجوديت په اړه يې کلک کلينيکي شواهد موجود هم وي.

www.ketabton.com



شکل (۳-۲) ساده راديوګرافي د حجاب حاجز لاندې ابسې د هوا او مايع د سويې سره (سپين غشی) ليدل کېږي چې gastrografin د gastrojejenal anastomose څخه ليکاژ کړی دی (وروسته له ګاستريکتومي څخه) د ابسې په لوري (تور غشئ).

ساده او يا د کثيفه موادو راديوګرافي ګټوره نه تمامېږي مګر د ultrasonography، computerized tomography، MRI او د Isotopescans اجرا کول ټول دتشخيص لپاره ګټور دی او ممکن پرته د جراحي د مداخلې څخه له مورِ سره د ابسې په اسپريشن (Aspiration) کې مرسته وکړي. د زخم د ابسې په درملنه کې د انتي بيوتيکوونو د بحث لاندې ده مګر کچېرې د انتان د جوړيدلو

www.ketabton.com

ننبې نښاني لکه cellulites، lymphangitis او يا د نومړي محراق له امله sepses حالت رامنځ ته شوی وي نو بيا دې انتي بيوتيک توصيه شي. د ابسې د جراحي درملنه اودابسې دجوفDecompression او Curettage کفايت کوي اوپدې صورت کې که انتي بيوتيک توصيه او يا توصيه نه شي پروانه کوي. کولې شو جوف په لومړي ځل (primary) وتړو. مګر متاخره لومړنۍ يا ثانوي ترټه هغه مهال چې د granulation نسج پوخ شوی وي او زخم پاک وي خوندي ګڼل کېږي.

ابسې ګانې Abscesses

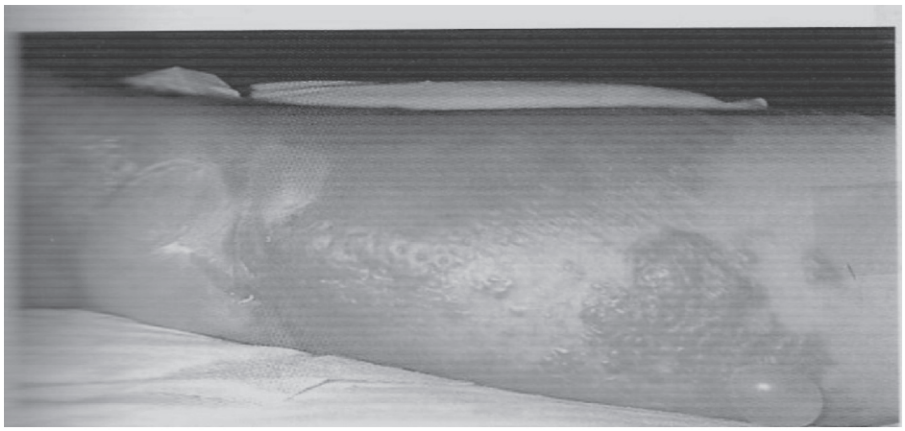
- ابسېګانې بايد درينا ژ او پاکې کړی شي
- عصري تصويري تخنيکونه Aspirationته اجازه ورکوي
- انتي بيوتيکونه هغه مهال توصيه کېږي کله چې ابسې ګانې موضعي نه وي
- تر ټولو ښه دا ده چې د ابسې جوف په متاخر ابتدايي ډول وتړل شي.

Cellulitis and Lymphangitis

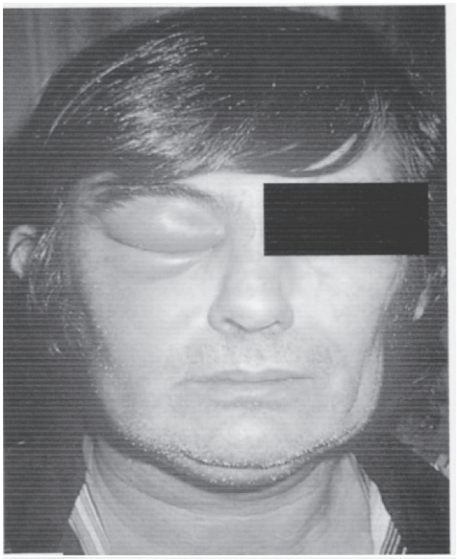
Cellulitis د انساجو عير تقيحي تهاجمي انتان ته ويل کېږي که څه هم د التهاب عمده علايم موجود وي ولې انتان موضعي کېدو ته ميلان نه ښيي چې د نومړي حالت انتشار په وصفي ډول د يو شمير اورګانيزمونو لکه β hemolytic streptococci، staphylococci او c. perfringensله امله رامينځ ته کېږي. شکل (۳-۷)، شکل (۳-۸). د انساجو تخريب او تقرح ممکن د دې په تعقيب د يو لړ proteases د ازاديدلو له امله لکه streptokinase او Hyalorinidase رامنځ ته شي. سېستميک علايم (toxaemia) معمول دی لکه SIRS، لړزه، تبه او rigors (د غړو شخوالی) موجود وي چې نومړی حالت دوران ته د Exotoxine او cytokines د داخليدو په اساس رامنځ ته کېږي. که څه هم د وينې کلچر اکثراً منفي راوځي. Lymphangitis د عين پروسې يوه برخه ده او د ماووفو لمفاوي اوعيو په سير کې د دردناکه سرو خطونو په شکل ځان ښکاره کوي. Cellulitisاکثراً د جرحې سره

www.ketabton.com

موقعيت لري کوم چې د انساجو د وروستني انتان په نتيجه کې منځ ته راځي. Lymphangitis د لمفاوي عقداتو د ګروپونو د درد پواسطه تعقيب کېږي چې د ماووفې ناحيې د درېناژ په مسير کې قرار لري.



شکل (۳-۷) وروسته له سوري زخم څخه د پښې streptococcal سلولايتيس



شکل (۳-۸) د سر د پوستکې د epidermoid cyst د انتان وروسته د مخ او اوربيت staphylococcal سلولايتيس

www.ketabton.com

Cellulitis and Lymphangitis

- غير تقيحي، منتشر
- په معموله توګه د streptococci، staphylococci يا C. perferengens په وسيله رامنځ ته کېږي.
- SIRS معمول دی.
- د وينې کلچرونه اکثراً منفي وي

Bacteraemia and Septicemia

د زخمونو په سطحي انتاناتو کې باکتريميا عمومیت نلري ولې وروسته د اناستوموز د ماتيدلو معموله ده دا ډېر ځله تيرايستونکې وي اوکېدی شي د يو لږ پروسيجرونو په تعقيب کوم چې په منتنو انساجو باندې اجراکېږي (په ځانګړي ډول په منتنه صفرا يا ادرار کې د سامان الاتو استعمالځخه مينځ ته راځي) باکتريميا هغه مهال مهمه ګڼل کېږي کله چې يوه مصنوعي عضوه غرس کېږي ځکه کېدی شي د دغه مصنوعي عضوې انتان رامنځ ته شي. Septicemia چې له Multiple system organ failure(MSOF) سره يو ځای وي ممکن د اناستوموز د ماتيدنې په تعقيب رامنځ ته شي. پاتې د نه وي چې نوموړی حالت د معدي معايي لارو د باکتريا ګانو د colonization او داخليدو سره زيات ارتباط لري. شکل (۸-۳). Aerobic G (-) bacilli په اساسي توګه د septicemia باعث ګرځي خو کېدی شي چې s. aureus يا fungi هم د دې حادثې لامل وګرځي په ځانګړي توګه د وسيع الطيف انتي بيوتيکونو د استعمال ځخه وروسته.

Bacteremia and septicemia

- Septicemia د اناستوموز د ليکاژ وروسته عمومیت لري
- Bacteraemia هغه وخت خطرناکه ګڼل کېږي کله چې prosthesis اجرا شوی وي
- Septicemia ممکن د MSOF سره يو ځای وي

www.ketabton.com

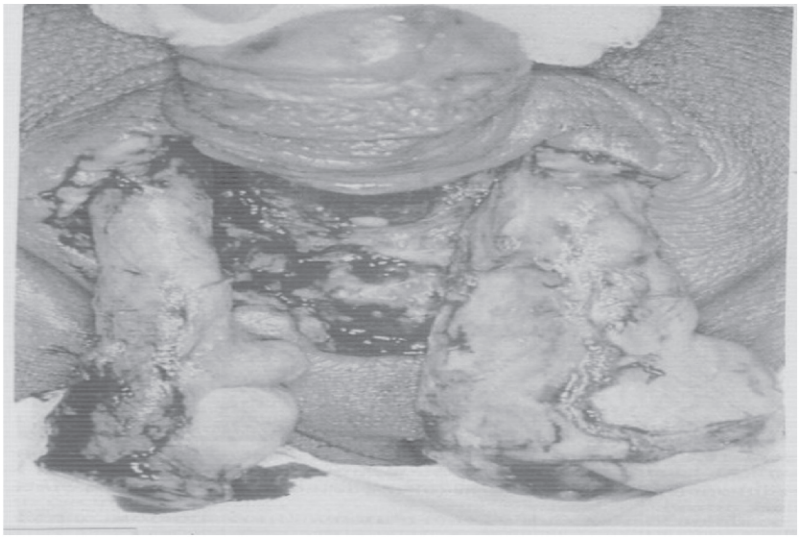
د زخم ځانګړی انتانات (Specific Wound Infection)

Gas gangrene

Gas gangrene د c. perfringens پواسطه مینځ ته راځي. دغه (+G)، سپور لرونکي باسیلونه په پراخه پیمانه په طبیعت کې موندل کېږي په ځانګړي توګه په خاورو او غایطه موادو کې چې دا حالت په حربي او تروماتیکه جراحي کې، او همدارنګه د colorectal په عملیاتو پورې تړاو لري. هغه ناروغان چې کمزوری معافیت لري یا د شکري ناروغي او یا هم خبیثه ناروغي لري له زیات خطر سره مخامخ دی په ځانګړي توګه کچېرې د زخم په داخل کې Necrotic انساج او یا بهرني توکي موجود وي چې دا غیر هوازي شرایط رامنځ ته کوي. د زخم انتانات د زخم د موضعي او شدید درد او همدارنګه له crepitus (په انساجو کې د ګاز د موجودیت له امله، کوم چې په ساده رادیوګرافي کې هم لیدل کېږي) سره یو ځای وي. زخم نازک، نصواري، خوږبوی لرونکي cellulitis تولیدوي په کوم کې چې د ګرام تلوین پواسطه باکتریاوې موندل کېږي. ازیمایې او منتشر ګانګرین د collagenase، Hyaloronidase او نورو proteases او α-toxin وروسته منځ ته راځي کچېرې بیړني اقدامات صورت ونه نیسي نوسېستمیک اختلاطات او دوراني کولاپس او MSOF به رامنځ ته شي. هغه ناروغان چې له خطر سره مخامخ دي په دوی کې باید وقایوي انتي بیوتیک په نظر کې ونیول شي په ځانګړي ډول کله چې د محیطي وعایي ناروغیو له امله ورته د amputation عملیات اجراکېږي. د انتي بیوتیکو توصیه به په لوړ دوز pencillin وي چې لدې سره یو ځای باید د منتنو انساجو په پراخه توګه تطهیرهم صورت ونیسي. دا چې Hyperbaric اکسیجن دي استعمال شي او که نه تر بخث لاندې دي synergitic spreading gangrene (fascitis، necrotizing) د clostridia له امله نه رامنځ ته کېږي د نومړي لپاره د اورګانیزمونو یو مختلط ګروپ مسول ګڼل کېږي. Coliforms، staphylococci، Bacteriodes spp، anaerobic streptococci او pepto-streptococci په مذکور حالت کې ذیدخل دی. د بطن د جدار انتانات د Meleney`s synergitic hospital gangrene او د صفن انتان (scrotal infection) د Fournier`s gangrene په

www.ketabton.com

نومونو يادیږي شکل (۳-۹). ناروغان تقریباً همیشه د معافیت کمزوري لري او د دیابت Mellitus په شان حالتونه لري. هغه زخم چې انتان تري پیل کیږي. ممکن کوچنی وي ولې په زیاته اندازه منتن زخمونه د نومړي حالت مسوول ګڼل کیږي. د زخم شدید درد، د منتشر التهاب علایم له crepitus او بوی سره یو ځای ټول د انتان د انتشار علایم ګڼل کیږي که درملنه صورت ونه نیسي نو د یو پراخه منتشر gangrene او MSOF لامل ګرځي. دپوستکې لاندې دګانګرین انتشار (subdermal) اکثراً ډېر زیات وخیم وي نسبت هغه حالت ته کوم چې له لومړني معاینې څخه ښکاري. د وسیع الساحه انتیبیوتیکونو درملنه باید حتماً د ښې دوراني تقویې سره یو ځای صورت ونیسي. په موضعي توګه باید په پراخه توګه نکروتیک انساج لیرې کړی شي او ماوفه ناحیه دي خلاصه پرې ښودل شي. Debridment ممکن دي ته اړتیا پیدا کړي چې په پراخه توګه اجراکړی شي، او که ناروغ ژوندی پاتې شي نو د پوستکي یو لوی graft ته به ضرورت ولري.



شکل (۳-۹) د سکروتوم د fourneir`s ګانګرین کلاسیک شکل د خصیو د شرمناک لوڅ والي سره وروسته لدې چې ګانګرینوز پوستکی ایستل شوی.

www.ketabton.com

ګازګانګرين (Gas gangrene)

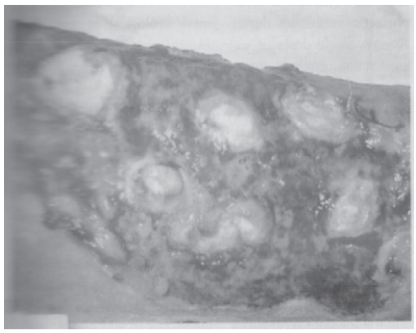
- د Clostriduim perfringens په واسطه رامنځ ته کېږي.
- ګاز او بوی د دې ځانګړنې ګڼل کېږي.
- د کمزوري معافيت لرونکي ناروغان له زيات خطر سره مخامخ وي.
- د مړو انساجو د ايستلو په خاطر د امپوتيشن (amputation) څخه د مخه د وقايوې انتي بيوتيکو توصيه ډېره ضروري ښکاري.

درملنه (Treatment)

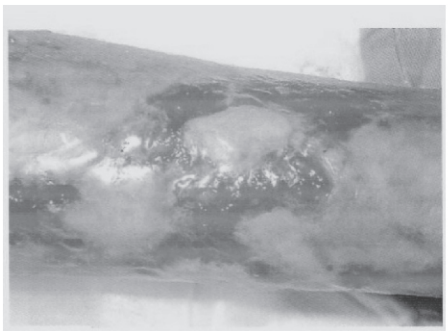
په اوسني مهال کې له عملياتو وروسته ناروغان څومره ژر چې کېداي شي له روغتونه خارجيږي زياتره د زخمونو انتان ممکن د جراح له نظره پاتې شي مګر کچېرې ناروغ د جراح او فاميلي ډاکټر په منظم او دوامدار ډول تر تعقيب لاندې ونيول شي نو بيا د دغو انتاناتو مخه نيول کېږي. د زخمونو suppurativeانتانات له7-10 ورځو پورې وخت په بر کې نيسي تر څو رامينځ ته شي حتی د زخم چارچاپيره cellulitis (کوم چې د تهاجمي انتاناتو لکه β-hemolytic streptococci په وسيله رامينځ ته کېږي) هم د 4-3 ورځو پورې د انکشاف د پاره وخت ته اړتيا لري. د زخمونو غټ انتانات کوم چې له systemic علايمو سره يو ځای وي او يا هم دcellulitis شواهد پکې وليدل شي د انتي بيوتيکو په وسيله يوې مناسبې درملنې ته ضرورت لري. شکل (۳-۱۰) انتي بيوتيک په لومړی سر کې په empirical (راڼده درملنه) ډول او وروسته کچېرې د کلچر او انتي بيوګرام اسانتياوې موجودې وي نو ددوی مطابق توصيه کېږي. که څه هم د زخم په انتاناتو کې د اورګانيزمونو پيژندل د احصايې او سروې ګانو د هدفونو لپاره ضروري دی دا اکثراً دوه دری ورځې د حساسيت د پيژندلو څخه پخوا صورت نيسي. شکل (۳-۱۱)، شکل (۳-۱۲) مخکې د حساسيت دتعين څخه د انتي بيوتيکونو توصيې څخه ډډه کول غير قانوني کار دی کچېرې د حساسيت له تعين وروسته د انتي بيوتيکونو سره کلينيکي جواب کمزوری وي نو انتي بيوتيک دي بدل کړی شي. کچېرې مړ په راڼده ډول انتي

www.ketabton.com

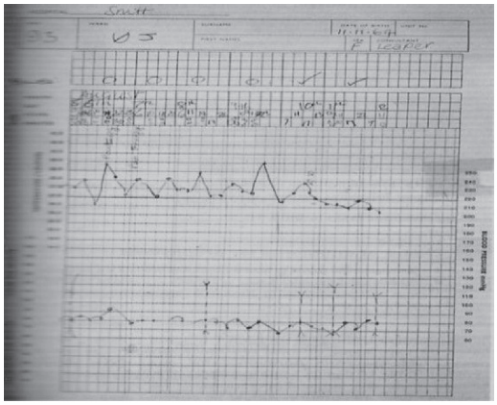
بيوتيک د درملنې لپاره انتخاب کړي وي او دا کار مو په معقول ډول کړي وي نو پدې حالت کې د انتي بيوتيکو بدلول د معمول خلاف خبره ده ځکه د انتي بيوتيکونو بدلونه د اورګانيزمونو د مقاومت د پرمختګ سره مرسته کوي د مثال په توګه هغه enteritis چې د clostridium difficile له امله رامينځ ته شوي وي



شکل (۳.۱۰) ستريپتو کوکسي انتان کمزوري skin graft اخيستنې سره



شکل (۳.۱۱) ورورسته د (۵.۲) ورځې انتي بيوتيک څخه کوم انتان چې په (۵.۸) شکل کې شويدي د کنترول لاندي دي او skin graft په خرګند ډول حياتيت لري

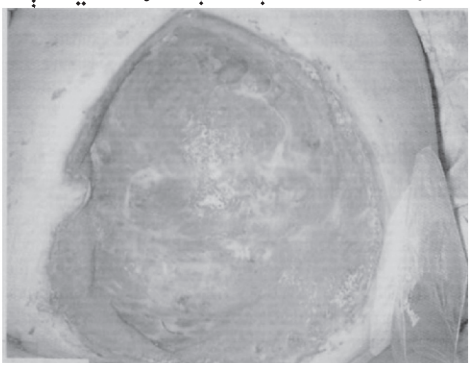


شکل (۳-۱۲) د تبي کلاسيکي موجې چې په Perianastomotic زخم او ابسې پوري اړه لري کوم چې د انتيبوتيک درملنې سره په خپله اصلاح شوي ده

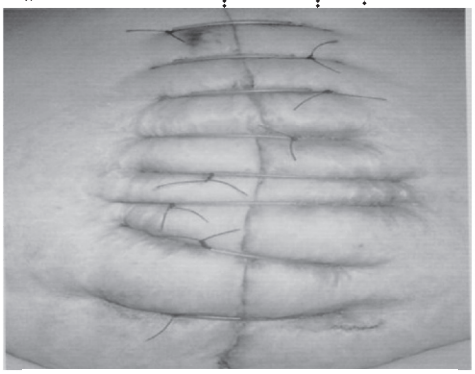
کله چې زخم د فشار لاندې وي او يا هم د suppuration ښکاره نښې موجودې وي نو خياطې بايد د دې لپاره وايستل شي چې د قيح د وتلو لاره پيدا شي دا

www.ketabton.com

چې subcuticular continuous skin closure د تقيح د رامنځ ته کولو يا د هغې په مخنيوې کې رول لري تر اوسه پورې ښکاره شواهد نه دي موجود. هغه زخمونه چې په زياته اندازه ملوث وي لکه د غايطي پريتونيت لپاره لاپراتومي او يا د ابسې د درېناژ لپاره د شق اجرا کول نو بايد په داسې حالتونو کې د پوستکي طبقات خلاص پرېښودل شي کله چې زخم پاک او granulation پکې پيل شي نو متاءخره لومړنۍ او يا ثانوي ګڼډل بايدترسره شي. شکل (۳-۱۳)، شکل (۳-۱۴). وروسته له چټلو عملياتونو څخه د زخمونو خلاص پرېښودل په UK، USA اود اروپا په زياترو برخو کې دومره ډېر عموميت نلري. کله چې له يو منتن زخم څخه قيح ايستل کېږي نو بايد تازه نمونه يې د مايکروبيولوژيکو څېړنو لپاره لابراتوار ته ولېږل شي. کولی شو چې swabs د کلچر له پاسه وکاروو ولې په هر ه اندازه چې زيات چرک لابراتوار ته ولېږل شي په هماغه اندازه به لامل اورګانيزمونه زيات پکې وموندل شي. مايکروبيولوژيست ته بايد هر څومره چې ممکن وي معلومات ورکړل شي او د پايلو په اړه ورسره خبرې اترې وکړی شي چې دا تر ټولو يوې ښې درملنې ته لاره هواره وي



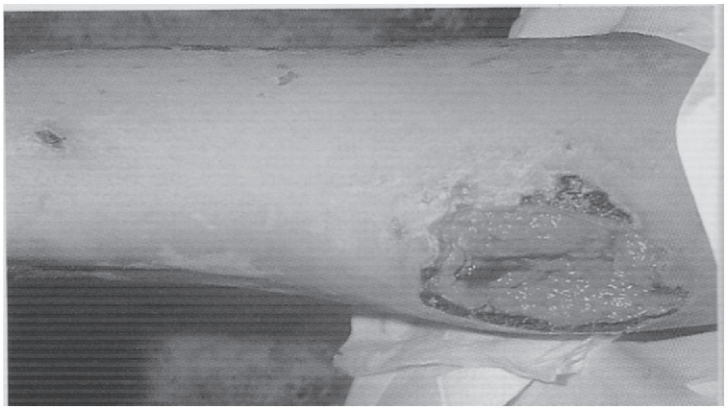
شکل (۳.۱۳) د غايطي پريتونيت لپاره دلاپراتومي وروسته د پوستکي طبقات خلاص پاتې شوي دي ترڅو تندب وکړي او د بندولو لپاره اماده شي



شکل (۳.۱۴) د زخم ثانوي ترڼه

www.ketabton.com

کچېرې د باکتريمي په حالت تر شک لاندې واوسو خو نتايج منفي وي نو متکررې نمونې ته اړتيا ليدل کېږي تر څو واخېستل شي او معاينه کړی شي. د دې لپاره چې د منتنو موادو بيړنی راپورمو حاصل کړی وي نويو عاجل Gram stain ته ضرورت دی په معمولو ميډياګانو (وسطونو) کې د هوازي او غير هوازي اورګانيزمونو کرل د اورګانيزمونو حساسيت د disc diffusion پواسطه معلوموي د انتي بيوتيکونو د اصغري نهي کېدلو د اندازې معلومول(MIC$_{90}$in-mg/Lit) د اندوتوکسين او cytokine سره يو ځای اکثره وختونه د تحقيقاتي څېړنو لپاره پکار وړل کېږي د زخم د پاملرنې په خاطر په اوسنيو وختونو کې د dressingsډېر ډولونه موجود دي. چې دا په (۳-۵) جدول کې ليست شويpolymericپانسمانونه د شقونو د پوښلو او همدارنګه د زخمونو د خياطو د پوښلو د پاره کارول کېږي خو د زخم د انتاناتو لپاره استطباب نلري هغه مواد چې له Debride شويو خلاصو او منتنو زخمونو او يا هغه چې د اضافي Exudates د جذبولو لپاره په کاروړل کېږي هم ليست کړل شوی دی.



شکل (۳-۱۵) د خيوان له امله منتنه چېچنه، د پورتني ورانه زخم د خلاصې درملنې پواسطه يې علاج شويدی (وروسته له ستافيلوکوکل انتان څخه) پدې ډول د ژوري حفرې لرونکې زخمونه کولی شو debride کړو او د نرم پانسمان په وسيله يې وساتو

www.ketabton.com

د جراحي پانسمانونه: جدول (۳-۵)

د پانسمان ډول	نوم (مثال)	استطبابات او تبصره
Debridingagents	Benoxyl benzoid acid Aserbine benzoic acid Varidase-streptokinase/streptodornase	يوازې د پوستکي په نکروتيک قرحاتو کې استعمالېږي. تيزابي محيط منځ ته راوړي. د debriding عمل پواسطه جوړيدنه تقويه کوي.
Enzymatic-agents	Varidase streptokinase/strepdornase	فعال fibrinolysis او د پوستکي د قرحاتو چرک تميع کوي.
Bed dressings	Debrisan Iodosorb Otherpaste dressings	په عميقو ګرانوليټينګ زخمونو کې باکترياوې او اضافي رطوبت د شعريوي عمل په مرسته ليرې کوي. ممکن ورسره ضد ميکروبي مواد ګډ شي خو موضعي ګټې يې د پوښتنې لاندې دي.
Polymeric Films	Opsite Bioclusive Tegaderm	لومړنی چسپناکه شفاف پانسمان د ګنډل شويو زخمونو او دنورو محلونو لپاره
Foams	Silastic (Elastomer) Lyofooam Allevyn	دا پانسمان د ګرانوليټينګ زخمونو او ژورو حفرو لپاره استعمالېږي دا جذبوونکي او غير قابل د جذب دی
Hydrogels	Geliperm Intrasite	مرطوب چاپيريال برابروي. دا پولي مير کولی شي افرازات او انتي سپتيک جذب کړي (خو د انتي سپتيک ګډول د ګټې په لحاظ پکې د شک لاندې دی) نيمه قابل جذب ده او د ګاز تبادله تر يې نه صورت نيسي

www.ketabton.com

Hydrocolloids	**Comfell Granuflex**	. مکمل بندش مینځ ته راوړي. د ګرانولیشن انساجو او اپتیلیزیشن د پرمختګ باعث ګرځي. د مایعاتو تبادله پرته د ګازاتو ترینه صورت نیسي
Fibrous polymers	**Kaltostat Sorbsan**	قابل جذب **alginate**پانسمان ده. د طبیعي منابعو څخه پلاس راځي (**seaweed**). د پولي میریک هایدروکلویډ او هایدروجیل په شان دا هم کېدی شي د عمیقو زخمونو د **pack** کولو لپاره استعمال شي.
Biological membranes	**Porcine skin , amnion**	د پوستکي د سطحې او مزمنو قرحاتو لپاره استعمالیږي. ګټې یې لا تر اوسه ندي ثابتې شوي.
Simple miscellaneous	**Gauzees: viscose / cotton**د غیر چسپناک پوښ سره **Tulles**: په پارافین کاکړ غیر چسپناک	ساده قابل جذب پانسمان، یوازې د ثانوي قابل جذب اګزودات لپاره استعمالیږي. د ضد میکروبي موادو ګډول پکې کومه ګټه نلري. د **Charcoal** جاذبې مادې ګډول پکې د پړسوب د کموالي باعث ګرځي. متناسباً، ارزان دي خو اغیزمن توب یې د پوښتنې لاندې دی

د منتن نسج د لارې د جراحي شقونه:

- که ممکن وي د انتي بیوتیکو د پیل د مخه دي د نسجونو کلچر اجراکړی شي.
- د اورګانیزمونو د حساسیت د تعین څخه د مخه په ړانده ډول (empirical)

www.ketabton.com

انتي بيوتيک انتخابي ګڼل کېږي.

- پورتني زخمونه د موخړې لومړنۍ closure د لارې نېسه جوړېږي.

وقايه (**Prophylaxis**)

Prophylactic Antibiotic: کچېرې انتي بيوتيکونه په ړانده ډول توصيه کېږي نو هغه مهال بايد وکارول شي په کوم کې چې د زخم د فاع لا تر اوسه نه وي فعاله شوي (The decisive period) نېسه دا ده چې د لومړني شق د اجرا په وخت کې چې په انساجو کې د وينې اعظمي کچې موجوده وي مخکې لدې چې ککړتيا رامنځ ته شي د انيستيزی د induction سره د ورید د لارې انتي بيوتيک توصيه په زړه پورې نېکاري په اوږدو عملياتونو کې لکه د prosthesis د داخلولو په وخت کې او يا هم کله چې د طمعې خلاف کومه ککړتيا رامنځ ته شي نو انتي بيوتيکونه اته(8) او يا شپاړس ساعته(16) وروسته تکراريږي د انتي بيوتيکونو انتخاب د موجودو اورګانيزمونو په وسعت او همدارنګه د انتي بيوتيکونو په قيمت او د هماغه ځای د روغتون په پاليسی کوم چې د هماغه ځای د مقاومو ډولونو په اساس ولاړه وي توصيه کېږي. شيماد نويو وسيع الساحه انتي بيوتيکونو له استعمال څخه د وقايې په خاطر بايد ډډه وکړی شي.جدول (۸-۲)مورږ ته په ځينو انتخابي عملياتونو کې د وقايوې انتي بيوتيکونو ځينې بيلګې رانېيي.

د وقايې په خاطر د انتي بيوتيکو انتخاب

- Benzylpenicillin هغه مهال استعمال کېږي چې د clostridium انتاناتو امکان وجود ولري
- هغه ناروغان چې د زړه د والونو ناروغی او يا prosthesisورته اجراشوی وي نو دغانېنونو د کار پر مهال، په احليل کې د سامان الاتو استعمال يا د احشاوء د عملياتو په وخت کې بايد له باکتريمي څخه وژغورل شي.

www.ketabton.com

د سفلي طرف د amputation د اجرا په وخت کې باید Benzyl penicillin 1,2 gmIV د انیستیزی د Induction په وخت او بیاهر 6 ساعته وروسته تر 48 ساعتونو پورې د c. perfringens په مقابل کې توصیه کېږي. هغه ناروغان چې د زړه د والونو ناروغی لري (او یا کچېرې کوم وعایي یا اورتوپیدیک پروستیزیس ورته اجرا شوی وي) نو د یو شمیر پروسیجرونو لکه د غاښونو او بولي او یا احشاوو د خلاصو عملیاتونو د اجرا په وخت کې باید ورته انتي بیوتیک د وقایې لپاره ورکړل شي د غاښونو د عملیاتو په مهال د وسیع الساحه پنسیلین لکه د Amoxicilline واحد دوز د خولې یا ورید د لارې کفایت کوي. په بولي لارو کې د سامان الاتو د استعمال په خاطر د دوهم ګروپ انتي بیوتیکو یعنې سفالوسپورین لکه cefuroxime توصیه کېږي خو د احشاوو د عملیاتو پر مهال په دي باندې Metranidazole وربرسیره کېږي.

د عملیاتو وړاندې تیاری نیول (Preoperative Preparation)

له عمیلیاتو وړاندې په روغتون کې کمه موده پاتې کېدل د کسبي MRSA له عملیاتو وړاندې د تیاري نیول او د Multiple resistant coagulase negative staphylococci(MRCNS) خطرات راکموي. طبي کارکونکي باید ددوو ناروغانو په منځ کې همیشه خپل لاسونه ووینځي. د ځان د روغتیا ساتنې ارزښت ښکاره دی (په دواړو ناروغ او جراح کې) طبي کارکوونکې چې خلاص او منتن د پوستکې افت ولري باید د عملیاتو خونې ته داخل نه شي او په همدې ډول باید هغه ناروغانو ته نږدي نه شي چې ورته د پروستیز عملیات اجرا شوي وي د انتي سپتیک په وسیله وینځل (chlorhexidine) که څه هم په اروپا کې عمومیت لري ولې د زخم د انتان په راکمولو کې یې ارزښت لاښه ندی معلوم د عملیاتو وړاندې د ویښتانو له خرېلو څخه باید ډډه وشي استثناً که یې هدف ښایست او یا هم که د پانسمان د چسپیدلو د مخنیوې په خاطر وي که په پام کې وي چې خرېل اجرا شي نو باید له عملیاتو لږ وړاندې اجراکړی شي ځکه کچېرې یوه شپه وړاندې اجرا شي نو د انتاناتو غټ خطر

www.ketabton.com

(5%) زيات موجود دی، ځکه چې د پوستکي کوچنی جرحې په سطحي ډول د باکتریاوو د خوریدلو لامل ګرځي د کریم پویسله د زخمونو غوړول د هغې د خوریدو لامل ګرځي. Clippingبنه لاره ده په کوم کې چې انتانات تر ټولو ټیټې کچې ته راځي

د روغتون د انتاناتو څخه مخنیوی (**Avoiding nosocomial infection**)

- طبي کارکوونکي باید همیشه ددوو ناروغانو تر منځ خپل لاسونه ووینځی
- په روغتون کې د ناروغ د پاتې کېدلو وخت باید تر ټولو ټیټې کچې ته راوستل شي.
- که شوني وي نو د عملیاتووړاندې دي د خریښلو څخه ډډه وشي (د رپورټونو له مخې په پاکو زخمونو کې له2% کم).

Scrubbing and Praparation

د ورځې د اولین عملیات لپاره له انتي سیپتیک مایع څخه استفاده کېږي البته په scrub کې نوکان هم شاملیږي. راتلونکيscrubing په ډېرو کمو وختونو کې تر څنګلو پورې د لاسونو وینځلو ته اړتیا پیدا کوي ځکه چې متکرر او وسیع scrubingد دې پر ځای چې اورګانیزمونه له منځه یوسي بلکه له انتشار سره یې مرسته کوي د عملیاتي ناحیې د پوستکي د تیارولو په خاطر د الکولي انتي سیپتیک یو ځل استعمال بس والی کوي چې دا د باکتریاګانو شمیر تر 95% پورې ښکته راولي. هغه انتي سپتیکونه چې کارول یې عمومیت لري په جدول (۸-۲) کې لېست کړی شوي دي. د عملیاتو تحنیک او د سېپلین د انتاناتو د شمیر په راکمولو کې رول لري. د کارکوونکو شمیره د عملیات خانې په داخل کې او همدارنګه ددوی د ننوتلو او راوتلو کچې باید ترټولو اصغري حد ته راوستل شي. د عملیات خانې د تهویې د وسایلو د تعقیم او د Aseptic تحنیک په دقیق او منظم ډول څارنې ته اړتیا ده تر څو مړ د عملیات خانې له حالت څخه ډاډمن شو. د عملیاتو مهارت تر څو انساج په ښه توګه قطع او لیرې کړی شي ډېر زیات مشکل کار دی ولې د مړو فضاوو او هیماتوما د رامنځ ته کولو څخه باید ډډه وکړی شي او د Diathermy استعمال

www.ketabton.com

بايد ټيټې کچې ته راوستل شي. دا چې درينونه، د شق پوښ او د زخم ساتل د زخم انتانات راکموي پدې اړه تر اوسه پورې ښکاره شواهد وجود نلري.

د عملياتو وروسته د زخمونو پاملرنه
(Post Operative Care of Wounds)

له عملياتو وروسته پاملرنه په مشابه توګه معيارونو ته اړتيا لري. ثانوي(exogenous) د روغتون انتانات په روغتون کې د زخم د خرابې پاملرنې له امله منځ ته راځي. د MRSA شيوع که څه هم کمه ده ولې ډېره وخيمه ده. د نوموړي انتان موجوديت پدې دلالت کوي چې له عملياتو وروسته زخم ته درسته پاملرنه نه ده شوې او د دې له منځه وړل ډېرګران او مشکل تمامېږي. د ناروغانو دقيقه څارنه زموږ په عملي ساحه کې د تغير لامل ګرځي اوناروغ بايد پدې متيقين کړو چې زموږ څارنه په درست ډول اجراکېږي دا ډېره اړينه ښکاري چې دغه څارنه د جراح لخوا ترتيب شي او کچېږي د کوم بل غير طبي کارکن يا هم د نورو اړوند کسانو لخوا صورت نيسي بايد ډېره دقيقه واوسي. د نمره ګزاری سېستم د څارنې پر مهال ګټور ګڼل کېږي ولې په عمومي توګه د زخم د انتاناتو په تحقيق يا څېړنه کې تر ټې ګټه اخېستل کېږي.

تقيحي حادځايي انتانات(Acute Local suppurative infection)
Furancle (دمل)

د ويښتانو فوليکول او د هغه د مجاورو انساجو د حاد التهاب څخه عبارت دي. يعنې برسيره د ويښتانو د فوليکول څخه شخمي انساج او منضم مجاور انساج هم په التهاب کې برخه اخلي. د مرض عامل اکثراً طلايي staphylococcus تشکېلوي او په نادر ډول سپينstaphylococcus هم د مرض عامل کېدای شي. که چېرې د عضويت په مختلفو قسمتو نوکې څو Furancle منځ ته راشي نو د Furanculosis په

www.ketabton.com

نوم يادیږي. د Furancle په توليد کې دوجود عمومي نظافت او مقاومت ډېر رول لري. د هستولوژي له نظره اول د ويښتانو د فوليکول په اطرافو کې يو postule تاسس کوي چې د نوتروفيل، staphylococcusاو فيبرين لرونکې وي او وروستهstaphylococcus د سطحې څخه عميق لور ته يعني د ويښتانو بصلې او حليموې جسم ته ځان رسوي او د هغه پواسطه التهاب او د انساجونکروز رامينځ ته کېږي. د هغه په پايله کې شا و خواانساج هم نکروز کوي او نومورې انساج منحل کېږي او د قيح لامل ګرځي. پدې وخت کې ويښتان خپل ژوند له لاسه ورکوي او د قيح په منځ کې قرار لري. چې د ګرانيوليشن نسج پواسطه ډکېږي او تندبي نسج منځ ته راوړي.

کلينيکي لوحه: د ويښتانو په اطرافو کې يوpostule په برجسته ډول چې لرونکې د التهابي infiltrationوي تأسس کوي. پدې وخت کې په نومورې ناحيه کې خارښت او سوزش په شکل د ستنې وهلو احساس کېږي. د 24h يا 48h وروسته د ساحې په سطحه کې يوه سور رنګه او دردناکه مخروطي برجستګي مينځ ته راځي. د نومورې مخروط په څوکه يا زروه کې يو تور رنګه نقطه چې عبارت د نکروز څخه دي مشاهده کېږي. په دريمه او اوومه ورځ باندې د نومورې ساحې مجاورانساج نکروز کوي او انحلال کوي او د تقيح لامل ګرځي.

اکثراًFurancle د ويښتانو په ډکو ساحو کې پيدا کېږي او په عمومي ډول د ناروغ وضع دومره نه خرابوي. صرف يوه اندازه درد موجود وي. که چېرېfurancle په پزه يا غوږ باندې تاسس کوي ډېر شديد درد او ناراحتي رامينځ ته کوي. د بله طرفه د مخ فورانکل وخيم سير کوي. ځکه چې مخ د وريدي او لمفاوي شبکې څخه غني دی او په ډېرسرعت دا نتان د انتشاد لامل ګرځي او د Thrombophlebitsسبب کېږي. د همدې کبله مخ اذيما لري او وريدونه يې په اسانۍ سره جس کېږي. د ناروغ وضعيت د خرابۍ خواته درومي. د حرارت درجه°41C-40 ته رسيږي او په همدې ډول د غاړې د عضلاتو شخي او د ليدلوتشوش د chiasma opticum د افت له امله رامنځ ته کېږي.

www.ketabton.com

اختلاطات: مهم اختلاط يې د ناحيوي Lymphangitis څخه عبارت دي چې دافت سيرتر يوې اندازې مشکل کوي او د حرارت د درجې د لوړوالي لامل ګرځي او بغضاً د septicemia لامل کېدای شي. نوره اختلاطات يې Thrombophlebitis دي. ترومبوفلیبت هغه وخت مینځ ته راځي چې فورانکل نږدې یو لوی وريد ته تأسس ورکړي او همدا ډول septicemia هم کله کله منځ ته راځي.

توپيري تشخيص: د Actinomycosis,TBAnthrax, قرحاتو او د Hydro adenitis سره باید اجرا شي.

تداوي: د دمل د ناخيې وينبتان باید لومړی پاک او وتراشل شي او بيا نوموړي ساحه باید د ټنچرو او الکول پواسطه پاک کړل شي. ناروغ دملهم یا Icthyol یا Iodex د استعمال څخه په نوموړي ناحيه باندې باید ډډه وکړي. ځکه چې مکروب مجاورو فوليکولو ته انتشار کوي او جدید دملونه تشکیل کېږي. د نووکاین او انتي بيوتيکو د زرق کولو څخه د Furuncle په مجاورو انساجوکې ښه استفاده کېږي. که چېرې infiltration نرم شوی وي اوپکې تقيح رامنځ ته شوې وي او نکروزي قسمت د سالمو انساجوڅخه ځان جدا کړی وي. نو په ډېره اسانۍ سره خارجيږي او که چېرې د پنس او پنسيت پواسطه په اسانۍ نه خارجيږي نو باید انتظار وايستل شي. تر څو ښه جدا او په اسانۍ سره خلاص او ازاد شي او بيا خارج کړی شي. که چېرې مخکې لدې څخه چې د مجاورو انساجو څخه ځان جدا کړي پرې فشار راوړل شي پدې صورت کې مجاورو انساجو ته دانتشار لامل ګرځي او دعمق خواته په اسانۍ پرمخ تګ کوي چې د مکروب انتشارد عميقو انساجو د Thrombophlebitis او Lympho adenitis او septicemia لامل ګرځي. که چېرې Furancle په مخ باندې وي. نو د حرارت درجې د لوړوالي او سر دردي او موضعي شديد درد لامل ګرځي.

نو پدې صورت کې باید ناروغ ته انتي بيوتيک توصيه کړی شي او باید ناروغ د زياتو خبرو او زياتو خوړولو، او ژوولو څخه منع شي اودمغيه او Memic عضلاتو

www.ketabton.com

ته بايد استراحت ورکړل شي. که چېرته Furancle نقص کننده وي. نو پدې صورت کې ناروغ ته دې يابت له نظره بايد معاينات اجراکړی شي.

Hydro adenitis

د خولو کولو د غدو د تقيحي التهاب څخه عبارت دي او مرضي عامل يې طلايې staphylococc دي چې د غدواتو د قناتو، لمفاوي او دموي اوعيو پواسطه نوموړوغدو ته رسيږي. البته دا وتيره د ابط، urogenital او ثديې په حليمه کې ډېره مشاهده کېږي. هغه عوامل چې د نوموړي مرض لامل ګرځي. هغه خرابه حفظ الصحه، دپوستکې ناروغي اود عرقيه غدواتو زياته توسع ده چې نوموړی مرض منځ ته راوړي.

کلينيکي لوحه: دابط په ناحيو کې په يو يا څوقسمتوکې دردناکې برجستګي منځ ته راځي دنوموړيو ناحيو دپوستکي رنګ سوراواحمراري وي. دنوموړيو برجستګيوزروه لږشانته لوړه او دقيح څخه ډکه غوندي پرسترګو کېږي او دهغه څخه قيماق مانند قيح خارجيږي. دا چې هيدرواډينيتيس په پوستکي باندې سطحي موقعيت لري نوپه همدې اساس دلمفواډينيت اوفورانکل څخه په اساني توپيرې تشخيص کېږي. داچې دعرقيه عدواتو قناتونه معوج اوعميق دي او دقيحي موادو اطراح ورڅخه مشکله ده. نو په همدې دليل نوموړي حادثه مزمن او اوږد سير کوي.

درملنه: دلته هم عمومي پرانسيپ د Fuuranclosis د درملنې سره مشابه دي. دلته د درملنې لپاره د Quartz او X د شغاوو څخه ګټه پورته کېږي او دافت دخاموش کېدو لامل ګرځي. کچېرته Hydroadinitis دوهم ځل نقص وکړو اوبيا رامنځ ته شولو نوپدې صورت کې دجراحي دعملياتو څخه ګټه اخېستل کېږي او دهرې غدې پر سر دجراحي شق اجراکېږي اوقيح خارجيږي. دهغه جذري درملنه دموضعي اوياعمومي انيستيزي لاندې دتقيحي عرقيه غدواتو مکمل خارجول تشکيلوي.

www.ketabton.com

Carbuncle

دويښتانو دبصلې اويا فوليکل تقيحي التهاب ته ويل کېږي او يو تعداد زيات ويښتان په آفت کې اشتراک کوي اوعموماً دورمیږه په خلف کې دويښتانو څخه په ډکو ناحيو، په پورتني شونډو، اليوي او ظهري ناحيو کې دا افت زيات عموميت لري اودمرض لامل طلايي ستافيلوکوک دي.

کلينيکي لوحه:دا افت وخيم سير لري دسوزوونکي او خلع مانند درد پواسطه همرايي کېږي. د ناروغ عمومي حالت مخ په خرابيدو وي دخرارت درجه°40C دسانتي ګراډ، شديده سردردي، ضعيفي، او داشتهاله منځه تلل، تاکې کارډيا، اوغسرت تنفس موجود وي.

ليدونکي اعراض (**objective**):دمرض په پيل کې په ماووفه ناحيه کې يوه ضخيمه ارتشاح منځ ته راځي چېرته چې فورانکل تاسس کوي اوورو وروغټيږي اودهغه وروسته يو التهابي لوی محراق د۲-۸ سانتي مترو په حدود کې جوړيږي چې البته ديو تعداد زياتوفورانکلونو څخه جوړ شوی وي او ديو بل ترڅنګ قرار لري. وروسته ديوځومودې څخه نومورې کاربونکلونه ديو يا څو سوريوله لارې ځان بهر ته خلاصوي اودهغه څخه زيږ خاکستري قيح خارجيږي.

درملنه:ناروغ بايد دنکروز دتشکل څخه وړاندې ژر بسترشي اود Carbuncle په مجاوروانساجوکې بايد پنسيلين او نووکايين زرق شي. کچېرته نکروز تشکل کړي وولازمه دا چې نکروتيک انساج ليرې اوقيچې شي اوس مهال ځينې ليکوالان وايې چې دکاربونکل په صورت کې ترسالمو انساجو پورې بايدداکار اجرا شي. البته دا متود يو څه خطرناک اودانتان دانتشارلامل ګرځي. دا نتان انتشار په يوې فاصلی د لمفاوي او د موي سېستم له لارې د جراحي د مداخلې په صورت کې امکان لري نوبهتره ده چې صرف نکروتيک انساج قطع شي. چې دا يوه قديمي او تجربه شوې طريقه ده. د هغه سره مترافق بايد ناروغ ته عمومي تقويه او غذايي درست رژيم او د Deintoxicationدرملنه او د انتي بيوتيکونو استعمالول هم ضروري دي.

www.ketabton.com

Parotiditis

د Parotide د غدې التهاب ته ویل کېږي. دا افت ډېرزیات عمومیت لري او په دوو ډولونو لیدل کېږي. یو شکل یېEpidemic او بل شکل یې تقیحي یا purulent دی. په Epidemic شکل کې د مرض عامل ویروس تشکېلوي او دوه طرفه وي.

Purulent parotiditis

د مختلفو مکروبو په واسطه د پاروتید تقیحي شکل مینځ ته راځي. چې د هغه د جملې څخه یېstaphylococcus او streptococcusډېر زیات عمومیت لري. البته انتان د خولې د لارې د نکفیه غدې د قنات له لارې په خپله غدې ته رسیږي او د هغه التهاب لامل ګرځي. په بعضې حالاتو کې انتان د عضویت د نورو موضعي انتاناتو څخه د لمفاوي او د موي لارې غدې ته رسیږي او دغدې د التهاب لامل ګرځي. د یو تعداد ناروغیو په سیرکې لکه Typhoid، انتاني امراض او د لویو عملیاتو په جریان کې د غدې التهاب رامینځ ته کېږي.

پتولوژي: کله چې انتان د نکفیې غدې ته ورسیږي د غدې په پرانشیمایي نسج کې د یو تعداد وړوابسو لامل ګرځي. چې د یو او یا یو نیم ملي متر په حدود قطر لري. کله کله نوموړې وړې ابسې سره یو ځای کېږي او د لویې ابسې د جوړیدو لامل شي. چې پدې صورت کې انتان په ټوله غده کې پرمختګ کوي او د نکفیې غدې دphlegmon لامل ګرځي. چې پدې صورت کې ټوله غده په التهاب اخته کېږي او د غدې مجاورو انساجو ته هم سرایت کوي. که چېرې د مکروب ویرولانس قوي وي د غدې د زیاتې ازیما له امله د غدې اروا خرابیږي او د غدې په نسج کې دنکروز لامل ګرځي.

سریري لوحه:غده ډېره محجمه او د غدې د پاسه جلد سور رنګ لري. غده ډېره دردناکه وي او د درد له امله د ژولو او څښلو فعل له منځه ځي. په ماوف طرف کې د مخ غومبري او ورمیږ ډېر ازیمایي وي. چې بعضاً لاندېنی یا سفلي زامې ته هم انتشار کوي. د ناروغ د حرارت درجه °39-40C او عمومي حالت یې ډېر خراب وي. د

www.ketabton.com

ډېر پرسوب او التهاب له امله د مضعيه عضلاتو خپله وظيفه له لاسه ورکوي او ناروغ خپله خوله نه شي خلاصولی. بعضاً دا افت د وجهي عصب د فلج لامل ګرځي. د وينې په معاينه کې شديد Leucocytosis موجود وي او د نوتروفيل اندازه ډېره لوړيږي.

درملنه

a: عمومي درملنه: عبارت له ګرمو تطبيقاتو، فزيوتراپي او انتي بيوتيک د ورکولو څخه ده. د درد دارام کولو لپاره بايدد درد د ضد دواګانو څخه هم کار واخېستل شي.

B: د جراحي درملنه: که چېرې پورتني محافظوي درملنې نتيجه ورنکړه او په غده کې تقيحات توليد شول. نو بايد د جراحي د عمليې په واسطه ټول تقيحات دريناژ شي. د عملياتو په وخت کې دې اختياط وشي، چې د وجهي عصب شعبات قطع نه شي او بايد د جراحي شق د عصب په مسير باندې وشي. تر څو د عصب وجهي شعباتود وښلو خطر ورک شي.

Para proctitis

که چېرې د رکتم د محيط او يا د مقعدي قنات محيطي انساج او يا تحت الجلدې انساج په التهاب اخته شي دې ته Para proctitis وايې. د نوموړي افت په توليد کې د امعاوؤ د مکروبو پرته staphylococcus او streptococcus ډېر عمده رول لري. البته مکروبونه د فيسورا نال د مخاطي غشا د تخريب او د منتن Hemorrhoid څخه نوموړي ساحې ته رسيږي او د paro proctitis لامل ګرځي. په بعضې حالاتو کې چې وخيم انتانات موجود وي. نوانتان د مقعد د محيط تحت الجلدې انساجو ته انتشارکوي او د مقعدي قنات د محيط فلګمون منځ ته راوړي چې د نوموړې ساحې د نکروز لامل ګرځي.

اعراض علايم: د سريري له نظره د مقعدي ناحيې شديد دردونه د فعل تغوط په وخت کې پيدا کېږي چې بعضاً د نوموړي شديد درد له امله ناروغ تغوط نه کوي او قبضيت لري. د مقعد د محيط ساحه په جس سر ه حساسه او دردناکه وي او د

www.ketabton.com

پوستکي رنګ يې سور وي. که چېرې تقيح رامنځ ته شي نو Fluctuauion هم موجود وي د حرارت درجه لوړه او په وينه کې Leukocytose موجود وي.

درملنه: ګرم حمام او د درد د تسکېن لپاره د مسکناتو څخه استفاده کېږي. د مکروب د مجادلې لپاره د انتي بيوتيک څخه کار اخېستل کېږي. د تغوط د اسانه کېدو لپاره د قبضيت دضد دواګانو څخه استفاده کېږي. که چېرې تقيح رامينځ ته شوی وي بايد د جراحي د عملیې په واسطه ساحه درېناژ شي. د درېناژ د دوام لپاره بايد درين کېښودل شي. جلدې شق بايد دايروي او يا مستقيم د مقعد څخه يعنې د هغه څخه ديو نيم سانتي مترپه فاصله بايد اجرا شي. د جراحي د عملياتو وروسته هم بايد د ګرمو اوبو حمام د ښه درېناژ لپاره دوام ورکړی شي د ساحې د نظافت پاملرنه بايد وشي اود انتي بيوتيکو په واسطه درملنې ته دوام ورکړل شي.

ابسې (**Abcess**)

د يوه جوف په داخل کې د قيح جمع کېدل چې د انساجو په داخل کې او د عضويت په مختلفو قسمتو کې منځ ته راځي عبارت له ابسې څخه دي او د مختلفو مکروبو او انتاناتو د مداخلې په نتيجه کې منځ ته راځي او د امکروبونه يا په مستقيم ډول د جرحو، د وخذي زخم دلارې او يا د وينې او لمفاوي لارو دبدن دبل ځای څخه راځي او په مختلفو انساجوکې دابسې لامل ګرځي. داقيحي مجموعه په ابتدا کې د ګرانوليشن د نسج په واسطه او وروسته دمنضم ليفي انساجو پواسطه اخاطه کېږي. ابسې دمختلفو مکروبونولکه pneumo. coccus, strep. coccus, stap. coccus او د کولمو د مکروبو په واسطه منځ ته راځي. کله کله ابسې په ميتاستاتيک ډول هم تشکل کوي. مثلاً د عضويت د يوه منتن محراق څخه د لمفاوي او يا د دوراني سېستم په واسطه په شکل د Metastatic د وجود په بل قسمت کې د ابسې دتشکل لامل ګرځي. مثلاً د دماغو ابسې چې کېدای شي د سيپتيسيمي وروسته تشکل وکړي.

د مرض تشريح: کله چې مکروب د عضويت په يوه قسمت کې ځای پر ځای شي په فعاليت او تکثر پيل کوي. د هغه شاوخوا مجاور انساج د Toxin په واسطه نکروز

www.ketabton.com

کوي. چې د نومورو انساجو د تميع په نتيجه کې قيح مينځ ته راځي. چې نومورې تقيح د رنګ غلظت او بوی له نظره توپير کوي. يعنې دا چې دکوم ډول مکروب په واسطه ابسې منځ ته راغلي ده توپير کوي. که چېرې دابسې جوف وګورو د هغه په داخل کې نکروزي حجرات، قيح او مکروبو نه چې مړه او ژوندي دي ليدل کېږي. د ابسې په محيط کې يوه ارتشاحي ساحه د ګرانوليشن د نسج په واسطه او د هغه خارجي سطحه د ليفي منضم نسج په واسطه جوړه شوې ده. چې نومورې ارتشاحي ساحه په اينده کې د ابسې کپسول او يا مخفطه جوړوي. چې د هغه داخلي سطحه د ګرانوليشن نسج په واسطه او د هغه خارجي سطحه د ليفي نسج څخه جوړه شوي ده. چې نومورې ارتشاحي ساحه د يوه ديوال حيثيت لري او د مکروب انتشار څخه جلو ګړي کوي. کله چې په يوه نوي جوف کې قيح مينځ ته راځي د هغه حجم غټيږي چې دا د حجم زياتوالی دی چې په مجاورو انساجو باندې فشار راولي او د هغه دا سکميا لامل ګرځي. چې دا په خپل ذات کې د ابسې د محيط د نکروز لامل ګرځي. کله چې ابسې تشکل وکړو نو د شخص دمقاومت په اساس او د مکروب د حجم او د هغه د ويرولانس په اساس ابسې ورو ورو رشف کېږي او له منځه ځي او يا دا چې ورو ورو غټيږي او بلاخپره د خارج خواته خلاصيږي او درينا ژ کېږي.

کله چې ابسې په ارتشاحي مرحله کې وي نو دهغه ټول اعراض موضعي وي لکه د پوستکي سوروالی، دحرارت درجې لوړوالی، پړسوب، او درد څخه. پدې صورت کې عمومي اعراض عبارت دي له تبې، لړزې، بې اشتهايې، بې خوابي، سردردي، دملادردونه، او دمفاصلو دردونو څخه. کچېرې عمومي اعراض ډېر شديد وونو بيا پدې صورت کې بايد دوينې کلچراجرا شي. په تقيحي مرحله کې که کچېرې ابسې سطحي وي نو تموج (Fluctuation) هم موجود وي او په جس سره به حساسه اودردناکه وي. کچېرې دابسې جدار ضخيم او ابسې کوچنۍ وي او عميقه قرار ولري نو پدې صورت کې تموج معدوم کېږي اوپدې صورت کې دبذل پواسطه قيح لاس ته راوړی شواو دهغه پواسطه تشخيص صورت نيسي. دداخلي اعضاوود ابسې ګانو تشخيص په مشکل سره صورت نيسي. اما ديوې دقيقي تاريخچې

www.ketabton.com

اخبستل، درستې فزيکي معاينې او يو لړ لابراتواري او تصويري معاينات د اجرا وروسته وضع کېدای شي او موضعي اعراض دابسې دموقعيت په اساس چې په کومه عضوه کې قرار لري توپير کوي. کچېرې دسينې ابسې وي نو دسينې درد، ټوخی، تقشح او بلغم ـ خوکچېرې ددماغو ابسې وي نوسردردي، سرچرخي، زړه بدوالی او کانګې اودموازنې خرابوالی (Ataxia) د ناروغ سره موجود وي کچېرې ابسې په ينه کې وي پدې صورت کې ينه غټيږي او په جس سره دردناکه کېږي او ناروغ تبه او لړزه لري او اشتها له منځه ځي او ډنګر کېږي.

توپيری تشخيص

بايد ګرمې ابسې په لومړي کې دسړو ابسې ګانو سره (لکه توبرکلوزيک ابسې ګانې) توپيرکړی شي. په همدې ډول بايد د هيماتوما، انيوريزم، کېستونو، دسليمو اوخبيثو تومورونوسره هم توپيرکړی شي ځکه ورسره غلط کېدای شي. خو ددرستې تاريخچې، سريري معاينات، لابراتواري اورادیولوژيک معاينات واو پتالوژيکو څېړنو تراجرا وروسته تشخيص وضع کېدای شي.

اختلاطات

د ابسې مهم اختلاط باکتريايي shock دي چې په حاد ډول مينځ ته راځي او دهغه اعراض دمخ حسافت د نهاياتوسوړوالی، سيانوز، د فشارټيټوالي، Tachycardia، دتنفس ستونزې، اوخيطي نبض څخه دي.

د ابسې سير

دمحيطي سطحي ابسې سير ډېرمساعد دی. د تخليې وروسته خاموشه کېږي. که چېرې د تخليې وروسته چرک پايښت وموند نو دا په اجنبي اجسامو او يا ناکافي درېناژ دلالت کوي. که چېرې ابسې د پرتيوان، پلورا او پريکارد جوف ته لاره پيدا کړي نو پدې صورت کې د ناروغ ژوندتر تهديد او خطر لاندې قرار لري.

درملنه

www.ketabton.com

د مرض په پيل او تاسس مرحله کې د محافظوي درملنه ايجاب کوي چې عبارت ده له ګرمو او موضعي تطبيقاتو تطبيق کول، د انتي بيوتيکو او انلجيزيکو استعمال څخه، که چېرې ابسې د تقيح په مرحله کې وي او د هغه حجم وړوکی وي. د مکرر بذل په واسطه تخليه کېږي او په جوف کې يې انتي بيوتيک اچول کېږي. که چېرې محافظوي درملنه مفيده واقع نه شي نو په هغه صورت کې د جراحي درملنې څخه استفاده اخېستل کېږي پدې صورت کې ابسې شق او دريناژ کېږي د شق په صورت کې بايد داوعيو او اعصابو سير په نظر کې ونيول شي. يعنې د جراحي شق د اوعيو او اعصابو په مسير باندې بايد اجرا شي. که چېرې ابسې په خپل مابين کې معتدد جوفونه ولري د شق څخه وروسته بايد د ګوتې په واسطه نومورې جوفونه سره ارتباطي او وصل شي. د وړوابسې د شق په حالت کې د موضعي انيستيزي څخه کار اخېستل کېږي. که چېرې ابسې ډېره غټه او عميقه وي بايد د عمومي انيستيزي څخه استفاده وشي. د جراحي درملنه څخه برسيره ناروغ ته بايد عرضي درملنه د ناروغ عمومي تقويه او د deintoxication، ضد مکروب اوImunobiologicادرملنه هم اجراکېږي. د هغه څخه مايع چې لرونکې د زيات مقدار LeuKocyte او مکروبو وي د هغه څخه خارجيږي. که چېرې مارف قسمت يعنې نسج په سترګو وکتل شي نو سور ابي رنګ لري او بعضاً زيړ مايل اوضخيم وي.

فلګمون (Phlegmon)

د تحت الجلدې، بين الصفاقي، شحمي، صفاقي او پرتيواني انساجو د يو تقيحي او منتشر التهاب څخه عبارت دی چې د لاندې دوو خصوصياتو په واسطه د ابسې څخه توپير کېږي اول دا چې د ابسې پرخلاف فلګمون محدود کېدو ته ميلان نه لري او دويم سريع سير لري او د ناروغ حالت او عمومي وضع ډېره ژرخرابه کوي. د فلګمون مرضي عامل عبارت دي له .E. coli،stap. cocc او نورو باسيلو څخه وي. انتان د ماوف پوستکي يا مخاطي غشاء له لارې د عضويت داخل ته داخليږي او يا دا چې انتان د ميتاستاز په واسطه د وينې او لمفاوي لارې ماوفه ناحيې ته رسيږي.

www.ketabton.com

فلگمون يا په يوائي ډول او يا د ابسې او sepses داختلاطاتو په جريان کې مينځ ته راځي. د فلگمون التهابیexodate حجراتو په مابين کې او ياد اوعيو ، اعصابو او صفاق دمجاورو سوريو په واسطه عبور کوي او ځان خپل نژدې صفاق ته رسوي او د مجاور صفاق د فلگمون لامل ګرځي. فلگمون د موقعيت په اساس مختلف ډولونه غوره کوي. مثلاً دپښتورګود محيط فلگمون چې دparanephritis فلگمون او د رکتم فلگمون چې د para proctitis په نوم او هغه فلگمون چې د غټوکولمو ترځنګ وي د para colitis فلگمون په نوم يادیږي. اګر چې پورته مو د مختلفو فلگمونوځخه يادونه وکړه اما عموما فلگمون د پوستکي په لاندې انساجوکې منځ ته راځي.

د مرض مرضي تشريح

فلگمون د مرضي تشريح له نظره څلور مرحلې لري.

A: اوله مرحله چې په هغه کې تقيح نه وي تشکيل شوی که چېرې فلگمون شق شي د هغه څخه سپينه مايع چې لرونکې د زيات مقدارLeuKocyte او مکروبو وي خارجيږي. که چېرې ماوف نسج په سترګو وکتل شي نو سور ابي رنګ لري او بعضاً زيړ مايل او ضخيم وي.

B:پدې مرحله کې قيح تاسس کوي. چې د انساجو په وړو سوريو کې تجمع کوي چې نوموړي تقحيي محراقونه سره جداوي او بعضاً په دې مرحله کې په ځينې قسمتوکې شين رنګه مايلې نقطې مشاهده کېږي چې د نکروز په تاسس باندې دلالت کوي.

C: دا مرحله چې د قيح د تشکل د مرحلې په نوم هم يادیږي. البته بعضاً قيحي محراقونه خارج ته ځان خلاصوي او د هغه څخه قيح جريان پيدا کوي. په دي مرحله کې نوموړی قيح دغصلاتو او عيو او اعصابود تخريب لامل ګرځي او موضعي اختلاطات لکه تقيحي Osteoarthritis, phlebitis, arthritis اوOtitis منځ ته راوړي اوممکن عمومي اختلاطات لکهpyohemiaاوsepticemia هم مينځ ته راشي.

www.ketabton.com

D: عبارت له ترميم مرحلې څخه ده البته تقيحات له منځه ځي او جوفونه د ګرانو ليشن نسج په واسطه ډکېږي او تندب کوي. اما اکثراً په خپاره فلګمون کې د سطحي او يا عميقو التصاقاتو له امله کشش مينځ ته راځي او بعضاً Neuritis مينځ ته راځي.

سريري لوحه: ماوف قسمت ازيمايي درد ناک او رنګ يې سور او د تودوخې درجه يې لوړه وي. د ماوف قسمت وظايف مختل وي. پرسوب اول په شکل د منتشرې ارتشاح چې ضخيم وي او په پرمختلونکي مراحلو کې نرم کېږي او تموج يا Fluctuation پيدا کېږي. د فلګمون کلينيکي سير هميشه مساعد نه وي او کله کله خبيث سير کوي. په ډېر سرعت سره ټول د پوستکي لاندې انساج او صفاق اشغالوي او د وخيم intoxication لامل ګرځي او په اني ډول پيل کوي او هميشه د لوړې تبې سره (40C°) چې د لړزې، سردردی او عمومي کمزوري سره همرايي کېږي او د وينې په معاينه کې LeuKoeytosis او Neutrophil متبارز وي.

درملنه: په اوله مرحله اود فلګمون په پيل کې د محافظوي درملنې څخه لکه په بستر کې مطلق استراحت، مناسب غذايې رژيم، د درد په خاطر د مسکناتو استعمالول او وسيع الساحه انتي بيوتيکو ورکول، په ماوف قسمت کې دګرمو اووچو تطبيقاتو اجرا کول ګټور دي. که چېرې فلګمون محدود او د تقيح مرحلې ته ورسيږي بايد پدې صورت کې درينا ژ شي. که چېرې فلګمون ارتقايي سير ولري نو پدې صورت کې بايد ناروغ پرته له انتظار څخه عمليات شي. د عملياتو په وخت کې ماوف قسمت وسيع شق او درينا ژ او نکروتيک انساج بايد نکرکتومي شي د Phlegmon په درملنه کې دبعضې proteolytic ملهمو څخه هم استفاده کېږي. د فلګمون د شق څخه وروسته فورا د حرارت درجه ښکته کېږي او د ناروغ عمومي وضعيت ښه کېږي. که چېرې د عملياتو څخه وروسته د حرارت درجه ټيټه نه شوه او اعراض له منځه ولاړ نه شول په دې صورت کې بايد د اختلاطاتو خواته فکر وشي. د اطرافو په منتشرو فلګمونو نو کې چې درملنه نتيجه ورنکړي نو پدې صورت کې کله

www.ketabton.com

کله د ناروغ دژوندي پاتې کېدو لپاره بيا دطرف دAmputation استطباب هم موجود دی.

سرخباد يا حمرا (**Erysrpelese**)

د پوستکي او پوستکي لاندې انساجو د ناڅاپي او خپاره Cellulitis اوLymphangitis څخه عبارت دي. چې څنډې يې لوړې او سور رنګه غيرې منظمې وي يا په بل عبارت سرخباد د مصلي او مصلي د موي التهابي او تقيحي حالت ته ويل کېږي. چې د پوستکي ټول طبقات احتوا کوي. په نادر ډول مخاطي غشاء هم دسرخباد په واسطه استيلا کېږي. د مرض لاملstrep. coccus دی او د لاندې خواصو لرونکې دي:

1. سرخباد ساري خاصيت لري
2. ډېر وخيم سير کوي
3. مرض معافيت نه ورکوي اوکېداي شي چې نکس وکړي.

مرضي لامل په شکل د Exogen د پوستکي د تخريشاتو، د خراشيدګي او يا جروحاتو په واسطه عضويت ته داخليږي او سر خباد مينځ ته راوړي. په نادر ډول د Endogen د انتاناتو څخه هم منشأ اخلي.

د مرض مرضي تشريح: د امرض په پيل کې په شکل د مصلي او مصلي د موي وي اود پوستکې په حليموي طبقه کې قرار لري. د همدې کبله په ماوفه ناحيه کې زيات سوروالی مينځ ته راځي اود سرخبادنوم ځانته غوره کوي. البته د سر خباد په ارتشاحي حالت کې که چېرې ازيما دپوستکې په Reticular طبقه کې منځ ته راشي نو په دي صورت کې سرخباد د Erysipel boluse نوم ځانته غوره کوي. بعضاً نوموړي التهاب د پوستکي لاندې حجرات هم اشغالوي او د تقيحي التهاب په نوم يادېږي (Erysiple phlemonous). پدې صورت کې که چېرې د عضويت مقاومت ډېر ټيټ او د مکروب ويرولانس زياتوي نودمرضي ساحې د وسيع نکروز لامل ګرځي چې په نوم دErysipel necrotic سره يادېږي.

www.ketabton.com

سريري اعراض علايم:د سر خباد پرودرومل اعراض عبارت دي له سترټيا اوسردردي څخه چې د هغه په تعقيب لړزه، زړه بدوالی اوکانګې منځ ته راځي. ناروغ د بې خوابي او بې اشتهايي څخه شکايت کوي. هم دا ډولoliguria لري. په بعضې حالاتوکې ينه او توری ضخامه کوي.او په معاينه سره پوستکی Hyperesthesia لري. دادرارپه لابراتواري معاينه کې البومين، RBC او هيالين سلندر ليدل کېږي.

Erysipelas د وجود په هر قسمت کې منځ ته راتلاي شي او په عمومي صورت په پزه او د مخ په غمبروو کې ليدل کېږي.

چې د پروانې په شکل معلوميږي د خولې او د شونډو په مخاطي غشا او سفلي اطرافو کې په دريمه درجه کې عموميت لري. موضعي اعراض يې په ماوفه ناحيه کې سوزنده درداود حرارت احساس کول ډېر عموميت لري. برسيره د دې په ماوفه ناحيه کې يو ډول سور رنګه او شفاف پلکونه چې د هغه مرکز نسبت محيط ته حاسف وي منځ ته راځي او دا پلکونه د جس په واسطه سخت، ارتشاحي، متورم او دردناک وي. چې د سرخباددا شکل په نوم دErysipel Erythematouse يادېږي. بعضاً بولونه څېرې کېږي او قيح خارجيږي او نومورې قيح ساري وي او په زيات مقدار .strep coccus احتوا کوي. د Erysipel bolous او E. Erythematous سريري لوحه تقريبا يو قسم ده. که چېرې افت د پوستکې لاندې انساجو ته انتشار وکړي نو پدې صورت کې د فلګمون او نکروز لامل ګرځي اودE. phlegmonous په نوم يادېږي. د ناروغۍ بعضې ډولونه مهاجر شکله دي. کله د عضويت په يو قسمت کې اوکله د عضويت په بل قسمت کې ځان څرګندوي هم دا ډول د مرض بعضې نکس کوونکي ډولونه هم موجود دي.

اختلاطات:سرخبادکله کله د وخيمو اختلاطاتو لکه ,sepsis Lymphoadenitis, Meningitis اوthrombphlebitis لامل ګرځي. که چېرې سرخباد لمفاوي اوعيې اشغال کړي وي نو دنومورو اوعيوپه مسيرکې د فيبروز لامل کېږي په نتيجه کې په سفلي اطرافو کې د لمف رکودت منځ ته راځي چې په دې

www.ketabton.com

صورت کې لمفاوي اوعيې په شکل د ثروي خبل(نامه ته ورته) سخت جس کېږي. چې ډېر حساس او دردناک وي.

درملنه

A: عمومي درملنه: مطلق استراحت، ښه رژيم، د مايعاتو او الکترولايتود ښه تنظيم څخه عبارت ده او د مکروب د منځه وړلو لپاره د انتي بيوتيک او Sulfamid څخه ګټه اخېستل کېږي.

B: موضعي درملنه: د شعاع پواسطه درملنه خصوصا د مارای بې نفش څخه اګټه اخېستل کېږي او کله کله رادیو تراپي هم توصيه کېږي. که چېرې سرخباد د پوستکې لاندې انساجو فلګمون منځ ته راوړی وي نوبايد د جراحي عملیې په واسطه نوموړي فلګمون دريناژ شي. که چېرې تناکې تشکل کړی وي بايد تناکې تخليه شي او دانتي بيوتيک ملهم په ذريعه په معقم ډول پانسمان شي. که چېرې اختلاطات موجود نه وي د درملنې نتيجه ډېره ښه ده.

Erysipeloid

د سرخباد سره زيات مشابه والی لري. چې د خوګ د Erysiple باسيلو په واسطه منځ ته راځي او هغه کسان په مرض اخته کېږی چې د خوګ د غوښو سره په تماس کې وي لکه قصابان،مالداران چې د خوګانو رمې پيايي. نوموړی افت د لاس ګوتې مصابوي. د ګوتې د پوستکي رنګ سور او ابي وي او فوق العاده ازيمايې وي. چې بعضاً تقرح کوي او په عمومي صورت د ناروغ عمومي حالت ښه او قناعت بخش وي.

Treatment: د انتي بيوتيک اوSulphonamides څخه استفاده کېږي. خصوصاد پېنسيلين او تيتراسيکلين او په بعضې حالاتو کې د وسيع الساحه انتي بيوتيک څخه استفاده کېږي.

خسمار (**Felon**)

د لاس د راحي وجهي د دريم phalanges د رخوه انساجو التهابي حالت ته خسمار ويل کېږي.

www.ketabton.com

Pathalogy: يو انتاني ناروغي ده التبه کله چې د ګوتو د دريم فلانکس راحي وجه د ستنې، اغزي اونورو ځيزونو پوسطه تخريش شي او يا د وړو وخذو او جرحو د لارې مرضي مکروب يعنيstap. cocc د خسمار لامل ګرځي. د هستولوژي له نظره پوهيږو چې د ګوتو داخېرې فلانګسونو راحي وجهي د يو تعداد حجاباتو په واسطه په وړو وړو حجرو جدا شوي. چې د غومبسو د کوټو سره شباهت لري. يعنې پورتنې حجابات د پو ستکي څخه منشا اخلي او په عمومي ډول د دريم فلانکس د هډوکي سره ارتکاز کوي او د هغې په نتيجه کې د ګوتې سر د غومبسو دکوټوپه شان په وړو وړو کورونو ويشل کېږي.

کله چې انتان په نوموړو حجرو کې ځای ونيسي نو نوموړي پردې د ازيما او پړسوب د مخنيوي لامل ګرځي او د هغه په نتيجه کې په ماوفه ساحه کې فشار لوړيږي او د دې لوړ فشار په نتيجه کې د ډېر شديد درد لامل ګرځي. چې ډېر شديد دردد Felone لپاره يو عمده وصف دی.د نوموړي زيات فشار له امله برسيره د درد څخه د اخېرې فلانکس د انساجواسکېمي اوبلاخېره د هغه نکروز لامل ګرځي. که چېرې ساحه ژر دريناژ نه شي نو د زيات فشار له امله د جلد د نکروز او هډوکې د نکروز لامل ګرځي.

تشخيص: ناروغ تبه لري اود نوک لاندې ګوته ډېر شديد درد لري. نوک پړسيدلی او سخت او د جس په واسطه نوموړي ساحه ډېره حساسه او درد ناکه وي او د راديوګرافي په کليشه کې ممکن دريم فلانکس چې تخريب دی وليدل شي.

درملنه

د درد ضد دواا و په لوړ دوز پېنسيلين او انتي بيوتيک ناروغ ته وروسته د کلچر او انتي بيو ګرام څخه استعماليږي. موضعي درملنه فقط دريناژ دي. مخکې لدې څخه چې فيلون د پوستکي او هډوکي د نکروز لامل وګرځي. بايد چې دريناژ شي. که چېرې د دريناژ څخه وروسته د 12h په جريان درد ورک نه شوو. نو په دې صورت کې حتماً کوم يو سلول د دريناژ څخه پاتې کېږي.

www.ketabton.com

د درېناژ شق د موضعي انسيتيزي څخه وروسته يو Medial او يا Lateral شق په اخېري فلانکس اجرا کېږي او بيا دواړه د جراحي شقونه په خپل منځ کې سره وصل کوؤ. ترڅو په دې وسيله ټول سلولونه او د هغه ليفي حجابات درېناژ او ابسې تخليه شي. دا شق بايد په خلف کې يعنې نږدي هډوکي ته اجرا شي. ترڅو د ګوتې حسيت د نوک په ساحه کې خراب نه شي او اعصاب بايد قطع نشي. بعضې جراحان په عمودې ډول په ازمايې ناحيه د ګوتې په امتداد شق اجرا کوي، چې دا شق غلط دی، او ټول حجابات درست نه درېناژ کېږي.صرف هغه سلولونه درېناژ کېږي. چې د هغه د پاسه شق اجرا شوی وي او نوره باقي سلولونه نه درېناژ کېږي. په بعضې کتابونوکې Felone د panaris په نوم هم يادېږي او کله کله هغه دپوستکي د panaris پنوم، دپوستکي لاندې انساجو panaris، د هډوکي او مفاصلو panaris په نوم سره هم يادوي. که چېرې انتان د پوستکي د التهاب لامل وګرځي. د پوستکي panaris په نوم او که چېرې د مفاصلو، ګوتو، هډوکو اويا پوستکي لاندې انساجو د التهاب لامل ګرځي. نودلته دګوتو، مفاصلواوهډوکو panaris اونورو نومونو سره يادېږي.

Paronychia

د ګوتو د نوک د نسج التهاب ته ويل کېږي. انتان د ګوتود نوک د يوه کنج څخه پيل په فعاليت کوي او ورو ورو د نوک ټوله قاعده اشغالوي.

درملنه

د انتي بيوتيک په واسطه پيل کېږي. که چېرې د څو ورځو په دوران کې درملنې کومه نتيجه ورنکړه. معنی داده چې د نوک په قاعده کې ابسې جوړه شوی ده او په دې صورت کې بايد نوموړي ابسې د جراحي د عملېې په واسطه درېناژ شي. نود دې لپاره بايد د نوک په قاعده او يا په څنګ کې شق اجرا شي او بايد د نوک جانبي پوستکې جداکړو ترڅودرېناژ صورت ونيسي. که چېرې دنوک په قاعده کې قيح موجود بايدنوک هم لري شي ترڅو ښه درېناژ صورت ونيسي.

www.ketabton.com

Pyogenic teno synovitis

د شیت او اوتارو د التهاب څخه عبارت دي.

Anatomy

هره ګوته پرته له غټې ګوتې دوه دانې قابضه وترونه لري. البته قابضه سطحي وتر د هري ګوتي په دوو برخو تقسیم شوي او د متوسط یا دویم فلانکس په جنب ارتکاز کوي. البته قابضه عمیق وترد دریم فلانکس په قدامی وجه ارتکاز کوي او غټه ګوته صرف یوه دانه قابضه وتر لري چې په اخېري فلانکس ارتکاز کويCarpal tunnal په خلف دCarpal هډوکو او په قدام د مستعرض رباط د Carpal جوړ شوي دي. یعنې د قابضه عضلاتو او تار د مستعرض رباط د Carpal هډوکو سره یو ځای شوي دي. په داسې حال کې چې نوموړي او تار په ګوتو کې دdigital tunnalځخه عبور کوي چېdigital tunnal په حقیقت کې د ګوتو د هډوکو په خلف کې او په قدام کې د لیفي شیټ څخه جوړ شوي دي. یعنې د ګوتو قابضه او تارو لیفي شیټ د ګوتو په خذا کې د ګوتو د فلانکس او لیفي شیټ د مابین په واسطه احاطه شوي دي. کله چې د فلانکس یعنې د ګوتو قابضه عضلات تقلص کوي. نو قابضه او تار د عضلاتو په مابین د Carpal tunnel او digital tunnelکې پورته اوښکته حرکت کوي. د دواړو تونلو داخلي سطحه دsynovialد غشاء په واسطه پوښل شویدي. چې داد synovial شیټ دوې طبقې لري چې یوه طبقه کې قابضه وترونه پوښي او بله طبقه یې د tunnel داخلي طبقه پوښ کوي او د پورته دوو طبقو په مابین کېsynovialمایع قرار لري او پورتنيsynovial sheathدCarpal tunnalپه خذا کې په نوم د carpal syonovial sheath یادیږي. یوه بله نقطه دا ده چې د غټې ګوتي synovial شیټ اود پنځمي یا کوچني ګوتي synovial شیټ د Carpal tunnal انتانات د دوهمې، دریمې او څلورمې ګوتې digital tunnal ته انتشار نه شي کولاي. ممکن دcarpal tunnal انتانات د اولې او پنځمې ګوتې digital tunnalته په ډېره اساني او سرعت سره انتشار کوي.

www.ketabton.com

Pathalogy

د synovial د غشاpyogenic انتانات اکثراً د stap. coccus په واسطه منځ ته راځي. البته انتان د يوه زخم، د پوستکي دتخريشاتو، تناکو او يا د ګوتو د وخذو له لارې ځان د synovial غشا ته رسوي او که چېرې درملنه نه شي د synovial غشا دواړه طبقې په خپل منځ کې سره ښلي چې په دې وخت کې د قابضه عضلاتو وترونه په داخل د digital tunnelکې حرکت نشي کولای او د هغې په نتيجه کې د ګوتي شخي منځ ته راوړي اود بله طرفه د synovial شيټ په داخل کې فشار ډېر لوړ وي چې بعضاً د وتر د نکروز لامل هم ګرځي. که چېرې د اولې او پنځمې ګوتې شيټ مصابيږي او انتان carpal synovial شيټ ته نشي رسيدلی. اما بعضاً د synovial شيټ د Raptur په نتيجه کې د لاس د راحي وجهي د عميقو ابسو لامل ګرځي.

تشخيص

کله چې مکروب Digital sheath ته ورسيږي او نوموړي ګوتې پرسيږي او شديد درد کوي او ناروغ د خپل لاس ګوتي د قبض په حالت کې نيسي ترڅوچې په synovial cavityکې فشار کم او د هغه څخه درد کم شي.

درملنه

د synovial شيټ pyogenic انتانات بايد ډېر ژر تشخيص او درملنه شي. که چېرې افت ژر درملنه نشي. نو په دي صورت د synovial شيټ دواړه طبقې په خپل منځ کې التصاق کوي او د ګوتو د قبض او بسط حرکات له منځه ځي او په همدې ډول د وترو او عضلاتو د نکروز او يا دdeep palmer ابسې لامل کېږي. د درملنې لپاره په لوړ دوز انتي بيوتيک استعمالوو او دبله طرفه بايدsynovialشيټ د جراحي د عملیې په واسطه دريناژ شي. ددريناژلپاره بايدشق د ګوتي په سفلي او علوي قسمت کې د ماوفه ګوتې پرسراجرا شي يعنې بايد چې د Synovial شيټ په دوو قسمتو کې دريناژ شي.

Pandaktilitis

د ګوتو د انساجو يو وسيع او منتشر التهاب څخه عبارت دي چې د Teno synovitis او Felon دنيم ګړي يا غلطي درملنې له امله مينځ ته راځي. په دې ډول

www.ketabton.com

اشکالو کې انساج، عضلات، د ګوتو مفاصل او فلانګسونه ټول او یا قسماء په نکروز اخته کېږي او د متعددو فستولونو لامل ګرځي چې د هغه څخه زوې او مړه شوي انساج خارجیږي. همدا ډول انتان د لاس د ورغوي د عضلو په مسافو کې ننوځي او د هغه د عمیقو ابسې ګانو لامل ګرځي.

درملنه

د جراحي د عملیې په واسطه ټول مړه شوي انساج او فلانګسونه لرې او ایستل کېږي.

Lymphangitis

د لمفاوي اوعیو د التهاب څخه عبارت دي چې انتان د لومړني محراق څخه د لمفاوي اوعیو داخل ته ننوځي او د Lymphangitisلامل ګرځي. کله کله د اولین محراق څخه توکسین د لمفاوي اوعیو داخل ته درومي اوLymphangitis رامځته کېږي. چې په دي صورت کې د لمفاوي اوعیو په مسیر د پوستکي رنګ سور شکل غوره کوي او په جس سره لمفاوي اوعیې حساسې او درد ناکې وي او د ټروي خبل (نامه)په شان سختې جس کېږي که چېرې په عمیقو لمفاوي اوعیو کې التهاب رامنځ ته کېږي نو ورته عمیق Lymphangitis او که چېرې سطحي لمفاوي اوعیې مصابیږي نو ورته سطحي Lymphangitis ویل کېږي. که چېرې سطحي او عمیقې لمفاوي اوعیې دواړه مصابیږي د مختلط Lymphangitis په نوم یادیږي.

د مرض تشریخ

د میکروسکوپي له نظره د التهابي حجراتو ارتشاح د اوعیو په مجاورو انساجوکې مشاهده کېږي او د اوعیو جدار ازیمایي وي او بعضاً د لمفاوي اوعیو په داخل کې مکروبونه هم مشاهده کېږي. البته د مجاورو انساجو د ازیما له امله لمفاوي اوعیې د فشار لاندې قرار لري او بعضاً د فیبروز او یا ترومبوز له امله کامل بندیږي او په بعضې حالاتو کې د لمفاوي اوعیو په جوف او محیطي انساجوکې قیح

www.ketabton.com

هم ليدلي شو. كه چېرې لويې اوعيې په التهاب مصابيږي نو د اوعيو د سير د فبروز د تشكل له امله د ثروي خبل په شكل جس كېږي او د لمفاوي اوعيو د انسداد له امله د Elephantiasis د جوړيدو لامل ګرځي.

سريري لوحه

په نرمو او خفيفه اشكالو كې يواځې د حرارت درجه لوړيږي. اما په وخيمو اشكالو كې برسيره د حرارت درجې د لوړيدو، تبه د لړزې په واسطه همرايي كېږي نو په ناروغ كې زړه بدوالی، كانګې، د خوب له منځه تلل اويا هم هذيانات هم ليدل كېږي.

Local Lymphangitis

د منتن محراق د محيط د وړو لمفاوي اوعيو التهاب ته ويل كېږي چې په دې صورت كې د پوستكي په سويه متجانس سور رنګه پلكونه تشكل كوي چې د هغه غاړې غيرې منظمې وي. كه چېرې دا افت په سستو انساجوكې رامنځ ته كېږي د پرسوب له امله نوموړي سور رنګه پلكونه د پوستكي د سويې څخه لوړ ښكاريږي.

د اطرافو د سطحي لمفاوي اوعيو **Lymphangitis**

كه چېرې د سفلي اطرافو لمفاوي اوعيې په التهاب مصابې وي د پوستكي په سر سره خطونه په نظر رسيږي. چې د مغبني يا inguinal ناحيې خواته امتداد لري. كه چېرې د علوي اطرافو لمفاوي اوعيې ماوفې وي نو نوموړي سره خطونه دابط وخواته چې حساس او دردناک وي په سترګو كېږي. كه چېرې نوموړي اوعيې ترومبوز وكړي اويا داچې فيبروزمينځ ته راشي. په اخېرومراحلوكې په دې صورت كې د ثروي خبل په شكل سخت وي.

Lymphadenitis

د لمفاوي عقداتو التهاب او تقيح څخه عبارت دی. په لومړني ډول په ندرت سره ليدل كېږي. د عضويت د موضعي تقيحي التهاب څخه وروسته په تالي ډول مينځ ته

www.ketabton.com

راځي. انتان د يوه محراق څخه د لمفاوي اوعيو په واسطه لمفاوي عقداتو ته رسيږي او د Lympho adenitis لامل ګرځي.

Pathalogy

د مرضي تشريح له نظره د لمفاوي عقداتو په التهاب کې دری صفحې موجودي دي. د infiltration صفحه، supuration صفحه، او د ګرانو ليشن صفحه. بعضاً التهاب د لمفاوي عقداتو څخه د هغه سطحي انساجو ته انتشار کوي او د para lymphoadenitis لامل ګرځي. د سير له نظره په شکل د acute او chronic تقسيم شوی دی. په اوله مرحله کې کله چې دلمفاوي عقداتوپه التهابي حالت کې اوليه محراق له منځه ولاړ شي په دې صورت کې لمفاوي عقدات هم ورو ورو کوچني کيږي اوExodate هم وچيږي اود لمفاوي عقداتوHyper plasia له منځه ځي. کله کله چې د ناروغ د عضويت مقاومت ټيټ وي او د مکروب ويرولانس شديد وي نو په دي صورت کې لمفاوي عقدات تقيح کوي او افت مزمن کيږي. کله چې د لمفاوي عقداتو محيطي انساج اود هغه کپسول د تقيح په واسطه مصابيږي. نو په دې صورت کې په نوم د Adenophlegmon سره يادیږي.

Etiology

اول مکروبونه، خبيث تومورونه، زهروي ناروغۍ، توبر کلوز، کيمياوي مواد، حرارتي مواد او شعاعي مواد د هغه د التهاب لامل ګرځي اووروسته لمفاوي عقدات ضخامه کوي.

تداوي

A: محافظوي درملنه: د انتي بيوتيک په واسطه داوليه انتاني محراق او لمفاوي عقداتو دالتهاب درملنه صورت نيسي.

B: د عضويت د مقاومت لوړول: په دې طريقه کې د ناروغ غذايي رژيم اصلاح کوؤ اوناروغ ته مکمل استراحت ورکوؤ اوکه چيرې ناروغ نوره ورسره مزمني ناروغۍ او يا روحي امراض ولري بايد په دومداره ډول درملنه يې وشي او دوا يې قطع نه شي.

C: د جراحي عمليې په واسطه: د موضعي محراق درملنه او هم د لمفاوي عقداتو د تقيح درينا ژ صورت نيسي.

www.ketabton.com

پرازيتي انتانات

د زده کړې موخې

- د دې لپاره چې د جراحي په برخه کې د پرازيتي انتاناتو په وړاندې باندې وپوهيږو.
- د دې انتاناتو د تشخيص لپاره وړتيا پيدا کول.
- د دې لپاره چې د عملياتي ناروغ درملنه په ګوته شي.
- د دې لپاره چې لدې څپرکي څخه د ماءخذ په توګه ګټه واخيستل شي.
- د پرازيتيک انتاناتو په باره کې فکر کول.

سريزه

په غربي ممالکو کې پرازيتي انتانات په زياته اندازه مرګ او مير رامينځ ته کوي. هغه جراحان چې په خاره مناطقو کې په کار باندې بوخت دي بايد د پرازيتي ناروغيو سره ډېره بلدتيا ولري ولې په اوسنيو وختونو کې د پرازيتيک انتاناتو څخه منځ ته راغلي پرابلمونه د معتدلو سيمو په خلکو کې هم مينځ ته راځي نومړي خلک يا خو د رخصتيو په موده کې او يا هم د تجارتي موخو په خاطر نومړو سيمو ته سفرونه کوي او يا دا چې پخوا يې په خاره سيمو کې ژوند کولو ولې اوس يې معتدلو سيمو ته هجرت کړی دی نو پدې اساس ټول جراحان چې د ناروغانو په خدمت کې بوخت دي بايد لدې خبرتيا ولري چې ممکن د داسې ناروغانو سره چې په پرازيتي انتاناتو باندې اخته وي مخامخ شي دلته مونږ د هغه ستونزو څخه يادونه کوو کوم چې په يو اورګان کې رامنځ ته کېږي او داسې لنډ جدولونه زمونږ په اختيار کې راکوي چې مونږ ته په لنډه توګه معلومات راکوي او پرازيت کولی شي په يو اورګان کې افت رامنځ ته کړي هغه پرازيتي ناروغي چې جراح ورسره مخامخ کېږي په هغه سيمو پورې تړلي دي په کومو کې چې جراح کار کوي او همدارنګه د پرازيتي ناروغيو طبيعت د بين المللي سفرونو او ځايونو سره تړاو لري هغه انتانات چې پدې ځای کې په نظر کې نيول شوي دي نو د درملنې بحث يې په ځانګړي طبي او جراحي

www.ketabton.com

درملنې پورې محدود دی. د جرأت د پیداکولو په خاطر هغه عمومي تقویې او پاملرنې چې د عملیاتو ناروغ لپاره صورت مومي نه دي بیان کړی شوي.

پروتوزوا (**Protozoa**)

Entaamoeba Histolytica

اورګانیزمونه او د هغوی جعرافیاوي ویش: Entaamoeba histolytica د بشر یو امیبیک پروتوزوایې پرازیت بلل کېږي. نوموړی پرازیت په هر هغه سیمه کې چې پاکی ته توجه نه کوي انتقال کېدی شي او همدارنګه په خاره مناطقو کې ډېر تیت دی. مورډ پوهیږو چې دا اورګانیزم په پخوانیو وختونو کې E. histolytica بلل کېده ولې په حقیقت کې دا دوه ډوله لري چې یو یې E. histolytica او بل یې E. dispar دی د نوموړو دوو اورګانیزمونو سیستونه د مورفولوژي له نظره سره ورته والی لري نو ځکه خویې مایکروسکوپیک تشخیص په غایطي نمونه کې په داسې توګه چې ایا کوم (E. histolytica، E. dispar) یې پتوژنیک شکل لري. د دې لپاره چې ددوی ترمنځ مو ځانګړی بیلتونونه موندلی وي نو د امیبیک سیست نمونه دي څرګنده کړی شي لدې څخه داسې منطقي نمونه لاسته راځي چې سیستونه د مایکروسکوپیک موندنې څخه لاسته راغلي معلومات کوم چې د غایطي نمونې څخه په لاس راځي نور نو د اپیډیمیولوژی په برخه کې د اعتماد وړ ندي. نو پدې اساس Clark[۲] چې ده د E. histolytica په اړه بیا څیړنې وکړې داسې یې وویل چې د E. histolytica د انتان اپیډیمیولوژی په اوسني وخت کې نه ده معلومه.

د امیب د ژوند دوران او د انساني منتن کولو لاره

(**Life Cycle and Mode of Human Infection**)

انسانان د امیبیک سیستونو د بلع په اساس کوم چې د faecoorally (د خولې او غایطه موادو) یا وروسته د هغه خواړو چې دمچانو پواسطه ککړ وي انتقالیږي. سیستونه په کوچنیو کولمو کې ماتیږي او ازاد شوی امیب وروسته په څلورو دختري پرازیتونو باندې ویشل کېږي. په همدې توګه پرازیت نور هم تکثر کوي او Trophozoites کولون ته وړل کېږي. تروفوزویتونه خپل تکثر ته دوام ورکوي او

www.ketabton.com

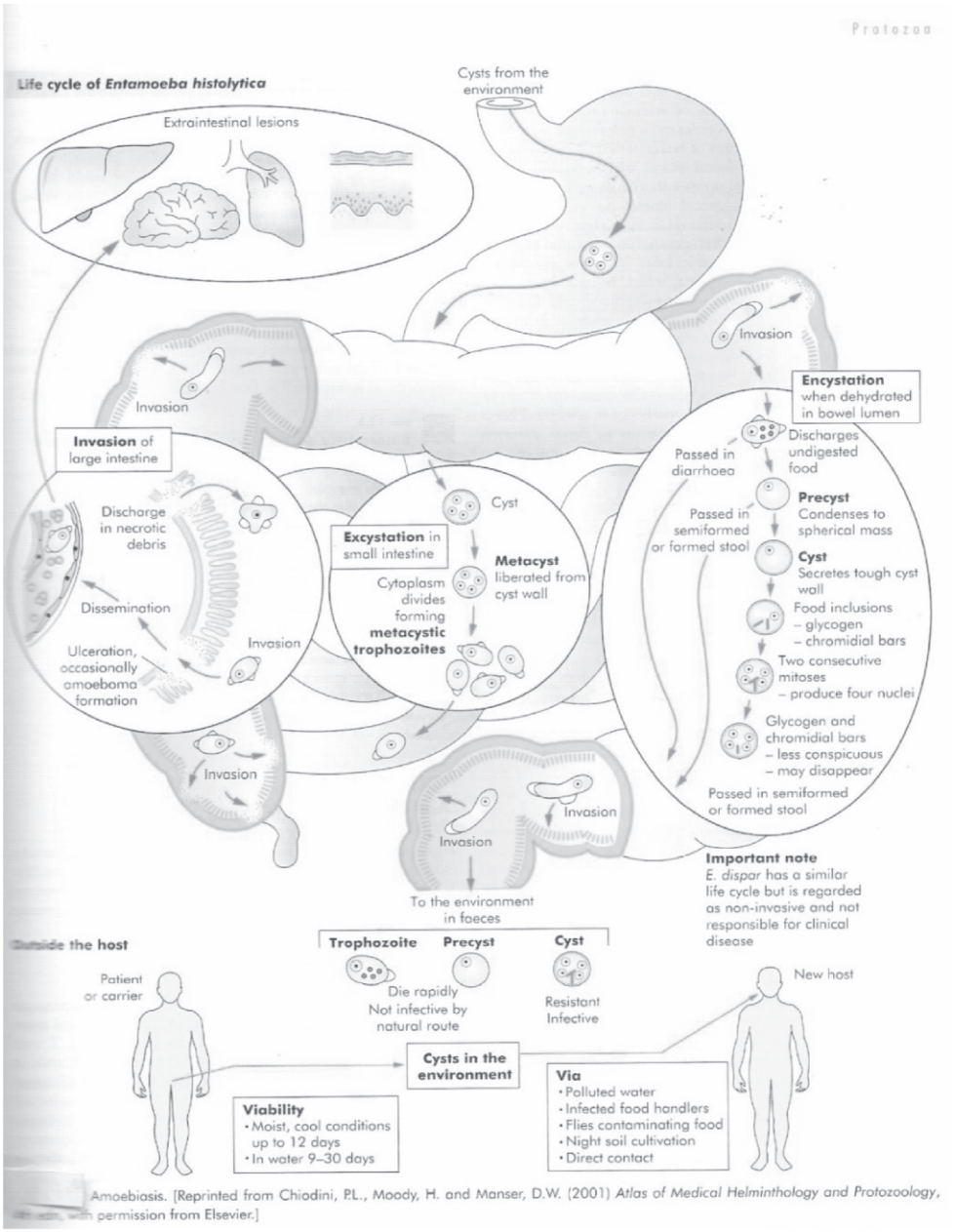
بالاخپره سيستونه توليدوي کوم چې په غايطه موادو کې تيريږي او انتاني صفحه جوړوي کومه چې نورو انسانانو ته د انتقال وړ ده د اميب بله لاره د غټو کولمو په مخاطي غشاء کې د هغې د مداخلې څخه عبارته ده چې په تعقيب يې د وينې د لارې يې او نورو اورګانونو ته انتشار پيدا کوي

کلينيکي لوحه (**Clinical Features**): کلينيکي لوحه يې په لاندې ډول لنډه کړی شوي ده.

د E. histolytic د انتان کلينيکي لوحه

- له اعراضو پرته د سيست خارج ته تيريدل.
- Dysentry
- Fulminant colitis چې تثقب يا ميګاکولون ورسره موجود وي.
- Peritonitis
- Amoeboma چې Intussusception ورسره وي يا نه وي.
- د معقد شاوخوا تقرح يا نورې د پوستکي ناروغۍ.
- بولي تناسلي ناروغۍ.
- Liver Abscess
- Lung abscess
- Empyema
- Pericarditis
- Brain Abscess

www.ketabton.com



Amoebiasis. [Reprinted from Chiodini, P.L., Moody, H. and Manser, D.W. (2001) *Atlas of Medical Helminthology and Protozoology*, with edits, with permission from Elsevier.]

شكل (۳ – ۱۲)

www.ketabton.com

تشخيص

د امیبیک پیچش په تشخیص کې په تازه غایطه موادو کې د Haematophagus amoebic trophozoites (امیبیک تروفوزویت) موجودیت لمړنی قدم ګڼل کېږي دا له مورِ سره هغه وخت مرسته کولی شي چې غایطه مواد یې وروسته له خارجیدو څخه د شلو دقیقو په جریان کې معاینه کړی شي. بله لاره دا ده چې په تل پاتې توګه تلوین شوي Fixed fecal smear د amoebic trophozoites لپاره معاینه کړی شي. Rectal scrapes باید هغه مهال اجراکړی شي چې کله په تشخیص کې شک موجود وي او یا غایطي نمونې منفي وي. د Rectal قرحاتو څخه Mucose د E. histolytic د Trophozoites لپاره ښه منبع ګڼل کېږي. د دې لپاره چې په غایطي نمونو کې امیبیک سیستونه معلوم کړی شي نو د formalin ether یا د Formalin ethyl acetate د غلظتونو د میتود څخه ګته اخیستل کېږي.

دا چې د E. histolytic او E. dispar سیستونه کوم چې لمړنی یو یې ناروغي پیداکوونکی او دوهم یې ناروغي نه پیداکوي. په مورفولوژیک لحاظ سره مشابهت لري نو ځکه یوازې د سیست موندنه تشخیصیه نه ګڼل کېږي. د دې لپاره چې دا ډول مرضي امیب مو موندلی وي نود(ELISA) یا PCR له میتودونو څخه ګټه پورته کېږي. دا هغه مهال اړین ګڼل کېږي کله چې پرته له اعراضو سیستونه خارجیږي، ځکه د E. dispar انتان مرض منځ ته نه راوړي او درملنې ته ضرورت نه لري، برعکس E. histolytic مرضي دي او باید درملنه یې وشي. د Rectalاو Colonic د Biopsy نمونې د هستولوژی له نظره معاینه کېږي. دا په ځانګړي ډول مهم ګڼل کېږي ځکه کېدی شي چې معایې Amoebiasد Idiopathic inflammatory bowel disease سره مغالطه کړی شي. که د Fulminant Amoebic colitis سره په مشابه توګه تظاهر وکړي. دا چې Amoebomas اکثره وختونه د Colonic carcinomas سره غلطیږي نو د هستولوژي معایناتو ته هم اړتیا لیدل کېږي.

www.ketabton.com

درملنه

طبي

د اميب هغه سيستونه چې اعراض نلري د luminal amoebicide دواګانو په وسيله درملنه کېږي. انتخابي دوا يې عبارت ده له Diloxanide furoate 500mg TDS POfor 10 daysڅخه د دې عوضي دوا عبارت ده له Paromomycin 25-30mg/kg/day په دريو کسري دوزونو د خولې د لارې د 7-10 ورځو پورې. معايي انتانات (Amoebic dysenteryيا amoeboma) د Metranidazole 750-800mg TDS P. O for 5 days چې د diloxanid furoate او Paromomycineپه وسيله کوم چې پورته ذکر کړی شول تعقيب کېږي. په پورتنی درملنې کې کولی شو د Metranidazole پرځای د Tinidazole 2gr daily for 2-3 daysوركړل شي. د amoebic liver abcess د درملنې لپاره د Metranidazole کم دوزونه استعمال کېږي چې400mg PO په ورځ کې دري ځله له 5-10 ورځو پورې. Tinidazole 2grP. O daily د 3-5ورځو لپاره تر ټولو ښه عوضي دوا ګڼل کېږي. کچېرې parentral درملنې ته اړتيا وي نو Metranidazole 500mg I. V، TDS د پنځو ورځو لپاره ورکول کېږي چې دا وروسته د خولې د لارې په درملنه باندې بدليږي البته که ممکنه وي وروسته له ميترانيدازول يا تينيدازول څخه luminal amoebacide ورکول کېږي. Dihydroemetine يوه زاړه او toxicدرمل دي نور نو له ورځينې کارونې څخه لويدلي ده. که چېرې يې له استعمال څخه خلاصې نه وو پدې معنی چې بله عوضي دوا په لاس کې ونلرو نو د دوز رژيم يې1-1,5mg/kg/day(اعظمي 90mg/day) د IV د پنځو ورځو لپاره چې د luminal amoebicide په وسيله تعقيب کېږي.

جراحي

د زياترو تهاجمي اميبي انتاناتو لپاره طبي درملنې کفايت کوي ځينې وختونه د ينې د اميبيک ابسې لپاره د Aspirationعمليه اړينه ښکاري او استطبابات يې په چوکاټ کې ښودل شوی دی. د خلاصې جراحي عملیې پواسطه(Open surgical drainage) د ينې د اميبيک دريناژ په يو څو حالتونو کې ضروري دي، استطباب

www.ketabton.com

يې د کښې لوب غټه ابسې کوم چې Percutanoues needle drainage يې ممکن نه وي يا دا چې د پريتوان جوف ته يې څيرې کېده کړي وي. د کولمو امیبیاز يس طبي درملنې ته ښه ځواب وايي. ولې په يو څو حالتونو کې جراحي عملیاتوته اړتیا لیدل کېږي کوم چې د خلاصی په چوکاټ کې ورځخه یادونه کې شوي ده.

د ينې د اميبي ابسې د **Aspiration**لپاره استطبابات

- د دې لپاره چې pyogenic ابسې رد کړی شي، په ځانګړي توګه هغه چې Multiple lesions لري تشخيصيه Aspirationته کمه اړتیا لیدل کېږي دا ځکه چې د امیب لپاره ښه کېفیت لرونکې سیرولوژي موجوده ده او که مناسبه وي د باکتریا او امیب دسیرولوژیک ضد درمل باید د پیل د مهال څخه ورکړی شي کوم چې د امیبیک په سیرولوژی او د ينې پر کلچر باندې اغیزه لري.
- نوموړي درملنې د طبي درملنې ترڅنګ اجرا کېږي هغه مهال چې د داخله درملنې په وړاندې د درو يا پنځوورځو په موده کې ناروغ ځواب ونه وايي او د څيرې کېدو احتمال موجود وي
- د دې لپاره چې د ينې د چپ لوب د ابسې له څيرې کېدو څخه مو د کولمو په امیبیک ناروغيو کې بېړنۍ جراحي پریکاردیوم ته مخنیوی کړی وي.

استطبابات:

- توکسیک میګاکولون
- د اميبيک معايې قرحي تثقب
- د کولون ګانګرين شوي سګمنټ
- د غټو کولمو څخه وينه بهيدنه
- د کولون د ليکاژ په تعقيب داخلي بطني ابسې

www.ketabton.com

موخې

- د انتان درملنې او د وينې بهيدنې درول

پروسيجر

- التهابي يا سوری شوې غټې کولمې چې ژوندۍ له لاسه ورکړی وي بايد ټول Resect کړی شي.
- Total Colectomy د Ileostomy سره يو ځای اود Rectal pouch درناژ ممکن اړين وي.
- په حاد ډول د اناستوموز هڅه مه کوی.
- دری يا شپږ مياشتې وروسته انتخابي reanastomosis اجرا کړي

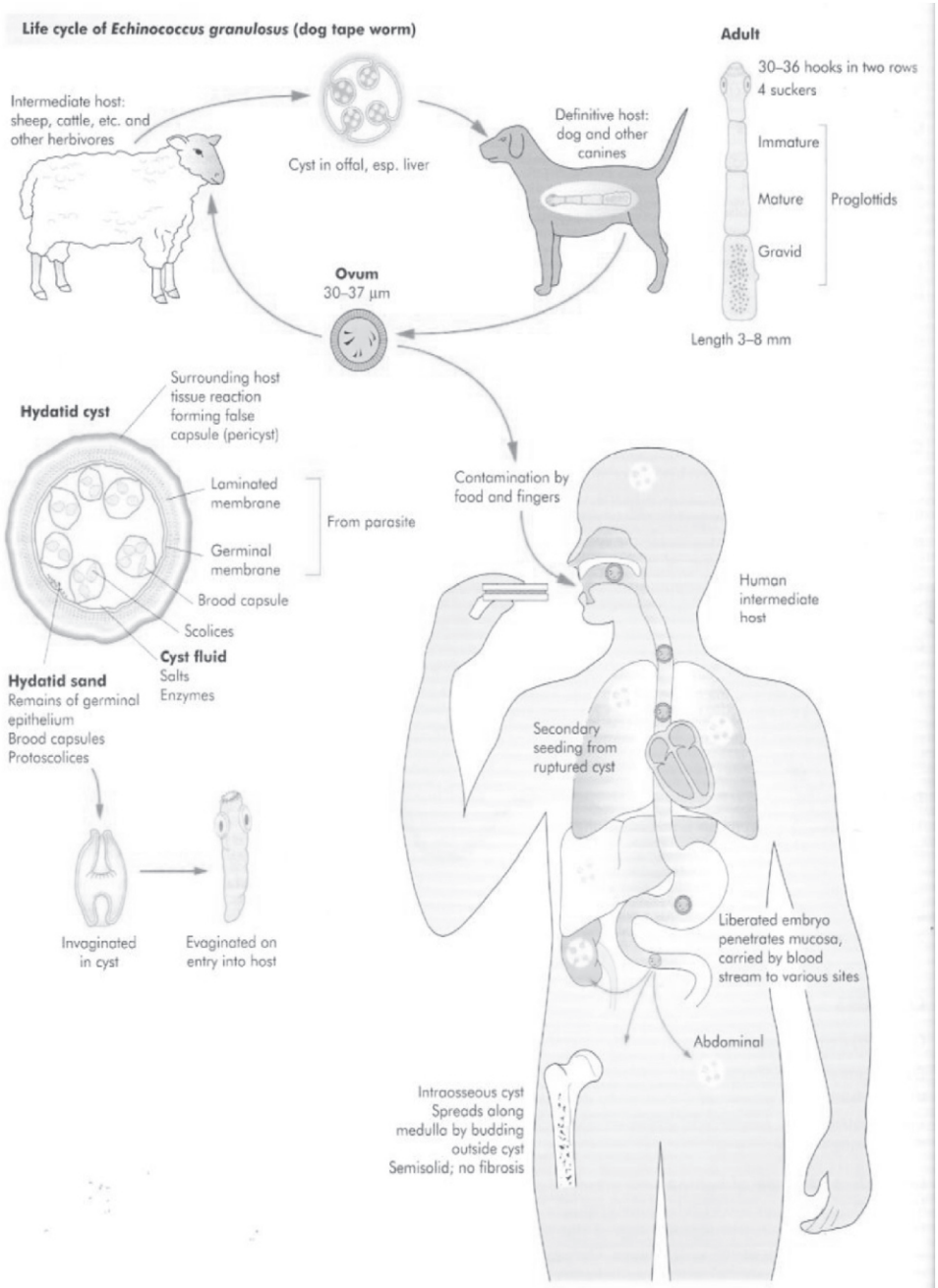
دهيداتيک کېست ناروغي (Cystic Hydatid Disease)

اورګانيزم او جغرافيوي ويش

Echinococcus granulosus چې د نوموړي ناروغۍ مرضي لامل دی د نړۍ په هغه سيمو کې چې هلته د پسونو څارول رواج لري په پراخه اندازه وجود لري.

د ژوند دوران او د انسان د منتن کولو لارې: انسانان د هغو هګيو د خوړلو په اساس منتن کېږي چې د کاهل tapeworm پواسطه توليد او د سپي په غايطه موادو کې خارج ته ووځي. دا هګۍ دملوثو غذايې موادو تر خوړلو وروسته په کوچنيو کولمو کې ماتيږي. د کولمو د مخاط څخه د عبور وروسته د وينې د دوران د لارې د بدن مختلفو برخو ته درومي. لاروا او (larva) د ځای پر ځای کېدو ورسته انکشاف کوي تر څو hydatid cysts جوړ کړي.

www.ketabton.com



شکل (۳-۱۷)

www.ketabton.com

کلینیکي لوحه: د معلوماتو له مخې په مختلفو اورګانونو کې د سیستونو سلنه (فیصدي) توپیرکوي ولې د E. granulosus سیستونه په معموله توګه په ینه کې(52-77%) موندل کېږي. چې په تعقیب یې سږي(8,5-44%)، بطني جوف(8%)، پښتورګي(7%)، مرکزي عصبي سېستم(0,2-2,4%) او هډوکي (1-2,5%) راځي. زیاتره سیستونه اعراض نلري او په تصادفي ډول وروسته له مرګه یا هغه مهال چې د نورو موخو لپاره د التراساوند یا رادیوګرافي معاینات اجراکېږي کشف کېږي. کله چې سیستونه په کلینیکي ډول څرګند شي نو تظاهرات یې نظر په موقعیت سره توپیر مومي چې عبارت دی له موضعي پرسوب، د لوړ داخل قحفي فشار اعراض د محراقي عصبي علایمو سره یو ځای د اوږدو هډوکو pathalogical fracture، collapsed vertebrae، د cyst د تمزق له امله acute anaphylaxis، د ثانوي باکتریایي انتان له امله د ینې او سږي د ابسې رامینځ ته کېدل. ماشومان چې liver hydatid cyst ولري ډېر عام اعراض یې عبارت دي له بطني کتلي او Right upper quadrant له درد څخه. هغه ناروغان چې pulmonary hydatid cysts لري تو ټولو عام اعراض عبارت دي له تبې، ټوخي، تقشع (expectoration) او dyspnea څخه. Renal cysts معمولاً د نورو اورګانونو له hydatid حالت سره یو ځای وي او یوازې د پښتورګي cyst نادر لیدل کېږي. کله چې اعراض واقع شي نو تر ټولو عام یې lumbar pain دی. Hydatiduria ډېره نادره ده.

تشخیص: د lung cysts د تشخیص لپاره د سینې ساده رادیو ګرافي (Plain x-ray) ډېر ارزښت لري. که چېرې ممکنه وي نو د CT scan پواسطه یې تصدیق صورت نیسي. د liver hydatid لپاره د تشخیص اساسي لارې التراساوند او CT تشکیلوي. د Brain cyst تشخیص د CT scan په وسیله صورت مومي. ځینې وختونه MRI هم ګټور تمامیږي. په سیروم کې د انتي بادي د تعین لپاره سیرولوژیک ازموینې اجراکېږي. د مثال په توګه ElISA، Complement fixation، Counter current electropharesis د Arc-5 لپاره یا د Immunbolot په وسیله صورت نیسی.

www.ketabton.com

درملنه

داخله: High dose Mebendazol لومړنی دوا ده چې د Human hydatid disease په وړاندې فعاله ده. میبیندازول د 40-50mg/ kg/ day په دوز باندې ورکول کېږي. که چېرې د دوا د پلازما کچې د اندازه کولو وړ وي دغه اندازه بایدد ($250nmol^{-1}$) 74ng/ml څخه لوړه وي. که چېرې albendazole په لاس کې ولرو نو باید دا د mebendazole پرځای توصیه کړو. د albendazole ورځینې دوز 10-15mg/kgپه ورځ کې دي(چې د یو کاهل لپاره د 400mg په اندازه په ورځ کې دوه ځله راځي). پورته دواړه ذکر شوي درمل د hydatid cyst په Germinal membrane باندې اغیزه کوي. Praziquantil د protoscoleus په وړاندې ډېر اغیزمن دی. د نوموړي دوا دوز 40mg /kg/day دی او په دوو کسري دوزونو باندې توصیه کېږي. د Cystic hydatid diseaseد درملنې لپاره تر ټولو مناسب درملیز رژیم په هکله لا تر اوسه د نظر یووالی نشته. ځینې وایې چې باید د albendazole دری میاشتې رژیم پرته له وقفې څخه استعمال شي، دلومړیو دوو اونیو لپاره دزغم په صورت کې دي ناروغ ته praziquantel هم ورکړی شي. د دریو میاشتو په پای کې باید ناروغ دوهم ځلې وارزول شي او لدې وروسته پریکړه و شي چې ایا ناروغ ته دې د جراحي عملیات ترسره شي او که په chemotheraphy باندې دې واچول شي. که چېرېchemotheraphyته دوام ورکول کېږي نو د یو کال لپاره باید ناروغ ته د دوایي رژیم توصیه شي. که چېرې یوازې د albendazole او praziquantel+albendazol د دوایي رژیمونه سره مقایسه کړی شي نو په پدې صورت کې د ژوندیو protoscoleus رپورټ چې د عملیاتو په وخت کې ورکړل شوي دی یوازې8 :5کې ده او په دویم صورت کې یعنې د ترکیبي درملنې په مهال :1 25کې ده. د praziquantel په ورکړه هغه مهال ټینګار کېږي کله چې د عملیاتو وړدسرو هیداتیدسیست (pulmonary hydatid cyst)موجود وي ځکه د دغو سیستونو د عملیاتو په مهال د څیرې کېدلو خطر موجود وي (البته ناروغ د albendazole تر درملنې لاندې وي) له عملیاتو وروسته د دوو اونیو لپاره

www.ketabton.com

praziquantel+albendazoleبايد د دې لپاره ورکړی شي ترڅو هغه مواد چې د عملياتو په مهال تيت شوي وي له منځه يوسي دا چې لدې مودې وروسته نور albendazoleته اړتيا شته او کنه په هره واقعه کې توپير کوي.

جراحي

د hydatid disease عملياتي پروسيجر په لاندې ډول لنډ کړی شويدی:

د ينې هيداتيد ناروغۍ لپاره د جراحي درملنه:

- د CT يا التراساوند د رهنمايي لاندې PAIR
- لاپراسکوپيک cystotomy، deroofing او omentoplasty د helicalټرونکېو سره
- قسمي resection
- Marsuplisation او تيوبي ډرينا ژ يا omentoplasty
- جذري عملياتي ريزکشن (کامل cystopericystectomy)
- قسمي hepatectomy

دينې د غير اختلاطي سيستونو لپاره د پوستکي د لارې درملنه د puncture، aspiration، injection او reaspiration(PAIR) چې د albendazole د درملنې سره يو ځای يا په مختلط ډول صورت نيسي دا درملنه نن ورځ اجراکېږي. چې له يوې خوا دا د cystectomy ځای نيسي او له بلې خوا په روغتون کې د ناروغ د پاتې کېدلو موده رالنډوي. دا چې دا عمليه په پراخه توګه نن ورځ صورت نيسي. نو داسې هيله شته چې Single hydatid cyst د دې درملنې پواسطه له منځه يوړل شي، دا پدې مانا چې هغه ناروغان چې دمروجې جراحي په وسيله درملنه کېږي لوړه فيصدي يې ډېر مشکل او د اختلاطاتو سره يو ځای وي. د Hepatic hydatid cysts لپاره په عمومي توګه قبول شوی standard د لاپراسکوپيکې درملنې ميتود وجود نلري. هغه ميتودونه چې په کار اچول شوي عبارت دي له cystotomy او قسمي

www.ketabton.com

cystectomy له درناژسره يو ځای چيomentoplasty د جوف د له منځه وړلو لپاره ورسره اجراکېږي او يا نه.

په ماشومانو کې د ينې د سيستونو عملياتي پروسيجرونه عبارت دي له de-roofing +tube drainage، capitonnage، Omentoplasty او د pericystectomy څخه. د cystic cavity سره د برخورد په اساس omentoplastyاو capitonnage فکر کېږي، چې تر ټولو اغيزمن ميتودونه دي. که څه هم يوازې طبي درملنه درسته ده او يا طبي درملنه د پوستکي د درناژ سره يو ځای ممکن په اختلاطي سيست کې کاميابه درملنه وي، خو د منتن cyst لپاره د جراحي درملنې ته اړتيا ده او همدارنګه په هغو سيستونو کې چيBiliary tree ته ځيري شوی وي. دا چې د cystدرملنه دی د مخافظه کارانه عملياتو په واسطه صورت ونيسي او يا دا چيRadical cystectomy دی صورت ونيسي پدې مانا چيcyst او د هغې شاوخوا انساج(pericyst) ايستل يا Pericystectomy او يا دې د قسمي hepatectomy په مرسته صورت ونيسي لا تر اوسه د بحث لاندې قرار لري. چې دا انتخاب د جراحي د مهارت او تقويوي پاملرنې تر زياتې اغيزې لاندې ده.

په hydatidعملياتو کې هغه scolocidal مواد چې استعماليږي:

- 20% hypertonic saline
- 0,5%Silver nitrate
- 95%Sterile ethanol (for PAIR)
- Absolute alcohol (for PAIR)
- د PAIR سره ددوه حوادثو غير کنترولي ځيړنه Mebendazole 2,4µg/ml

د Formaldehyde استعمال د scolicidal مادې په حيث وجود نلري.

Lunge cyst

د سږې د hydatid cyst د درملنې اساسات د cyst په مکمله توګه ايستل پداسې توګه چې د lung parenchyma په اعظمي توګه وساتل شي. هغه تخنيکونه چې ترينه ګټه پورته کېږي عبارت دی له enucleation اوcapitonnage ، Cystotomy

www.ketabton.com

او د bronchial opening بندول له capitonnage سره او یا له هغې پرته. له wedge resection، Lobectomy او Pneumonectomy څخه باید ډډه وشي مګر کچېرې ارزشتمن وي. ځینې وایي چې capitonnage ګټه نلري. په ماشومانو کې Parenchyma saving surgical procedures لکه cystotomy او capitonnage غوره ګڼل شویدی. کله چې په سرې کېcysts وموندل شي که دا ماشوم وي یا کاهل نو د liver cysts لپاره باید پلټنې پیل شي او که چېرې هلته هم موجود وي نو د عملیاتو په اړه چې ایا په عین وخت کې په دواړو باندې مداخله وشي او کنه تصمیم نیول کېږي. د ینې د قبې یا dome د برخېcyst ته دښې طرف ټوراکوټومي د حجاب حاجزPhrenotomy د لارې ښه رسیدګي صورت نیسي. ولې که چېرته cyst د ینې په لاندې برخه کې قرار ولري نو د laparatomy د لارې ښه رسیدګي کېږي. د صدري لارې څخه دینې او سرې د cyst مشترک management د دویمې مداخلې څخه جلوګیري کوي. ولې اختلاط یې عبارت دی له drainageexcess biliary او bronchobiliary فستول څخه. دریوې هیداتیک سیست د جراحي اساسي اختلاطات عبارت دي له دهوا دومادارہ خارجیدل prolonged air leak، Plueral effusion، Pneumothorax او د زخم له انتان څخه

استطبابات

- د جراحي ردول
- نامناسبې پېښې
- Type 1,2 and 3 cysts
- Cystic lesions≥5cm diameter
- د ینې په بیلا بیلو سګمنټونو کې متعدد سیستونه
- د عملیاتو وروسته بیا راګرځیدل
- د شیمیوتراپي سره د جواب کموالی

د PAIR مضاد استطبابات:

- کله چې د cyst موقعیت خطرناک او یا رسیدګي ورته ګرانه وي

www.ketabton.com

- متعدد جداري تقسيمات
- مړه او يا غير فعال سيستونه
- د سږو يا هډوکي سيستونه

د PAIR اختلاطات:

- اورتيکاريا
- انافيلکسي
- تحت کپسولي هيماتوم
- تبه
- صفراوي فستول
- د cyst د جوف ثانوي انتان
- ټيټ فشار او hypotensive shock

د ينې دهيداتيک سيست د عملياتو لپاره استطباب:

- غټ سيستونه د شکمنو لوښو سيستونو سره يو ځای
- سطحي سيستونه د پخپل سر يا تراوما وروسته چې د تمزق له خطر سره مخامخوي.

- د cyst ثانوي باکتريايې انتان
- د cyst او صفراوي لارو ترمنځ د ارتباط جوړول
- په مجاورو حياتي اعضاوء د فشار راوړل

د ينې عملياتو لپاره مضاد استطابات:

- نامناسبې پيښې
- سيست ته په مشکل سره رسيدل
- مړه سيستونه

www.ketabton.com

د پښتورګو سيستRenal cysts

د پښتورګو سيستونه د cystectomy او marsupialisation يا د nephrectomy په واسطه درملنه کېږي. چې دا په هره واقعه کې توپير مومي.

د توري سيست (Splenic cysts)

د splenic hydatid disease لپاره splenectomy انتخابي درملنه ګڼل کېږي.

د عضلاتو سيست (Muscle cysts)

په عضله کې د hydatid سيست لپاره Radical surgery نسبتPAIR ته غوره ګڼل شويده.

د دماغو سيست (Brain cysts)

د دماغي سيستونو د ايستلو لپاره د Dowling`s technique استعماليږي.

د هډوکو سيست (Bone cysts)

داوږدو هډوکو Hydatid cysts د پراخه Resection، Custom mega prosthesis replacement او د Mebendazole د شيموتراپي په مرسته درملنه کېږي. د Bony cystsپه تدبيرونوکې يوازې داخله تدواي ښه نتيجه ورکوي. که شوني وي نو ناروغه هډوکي بايد excisedکړی شي. چې دا په ځانګړي توګه په axial skeletonکې ځينې زيانونه رامنځ ته کوي.

اسکريس (Ascaris Lumbricoides)

اورګانيزم او جغرافيوي ويش:

د انسان دکولمو ترټولو زيات عام پرازيت عبارت دی له ascaris lumbricoides څخه. ويل کېږي چې د يو بيليون زيات خلک په نومورې انتان باندې اخته دي چې له امله يې هر کال 60000 مړينې رامينځ ته کېږي. د خرابي روغتيا ساتنې په شرايطو کې نومورې پرازيت غښتلی کېږي، په ځانګړي توګه په وچ اقليم لرونکو سيمو کې چېرته چې ګرمه مرطوبه خاوره د هګيو embryonation اسانوي.

www.ketabton.com

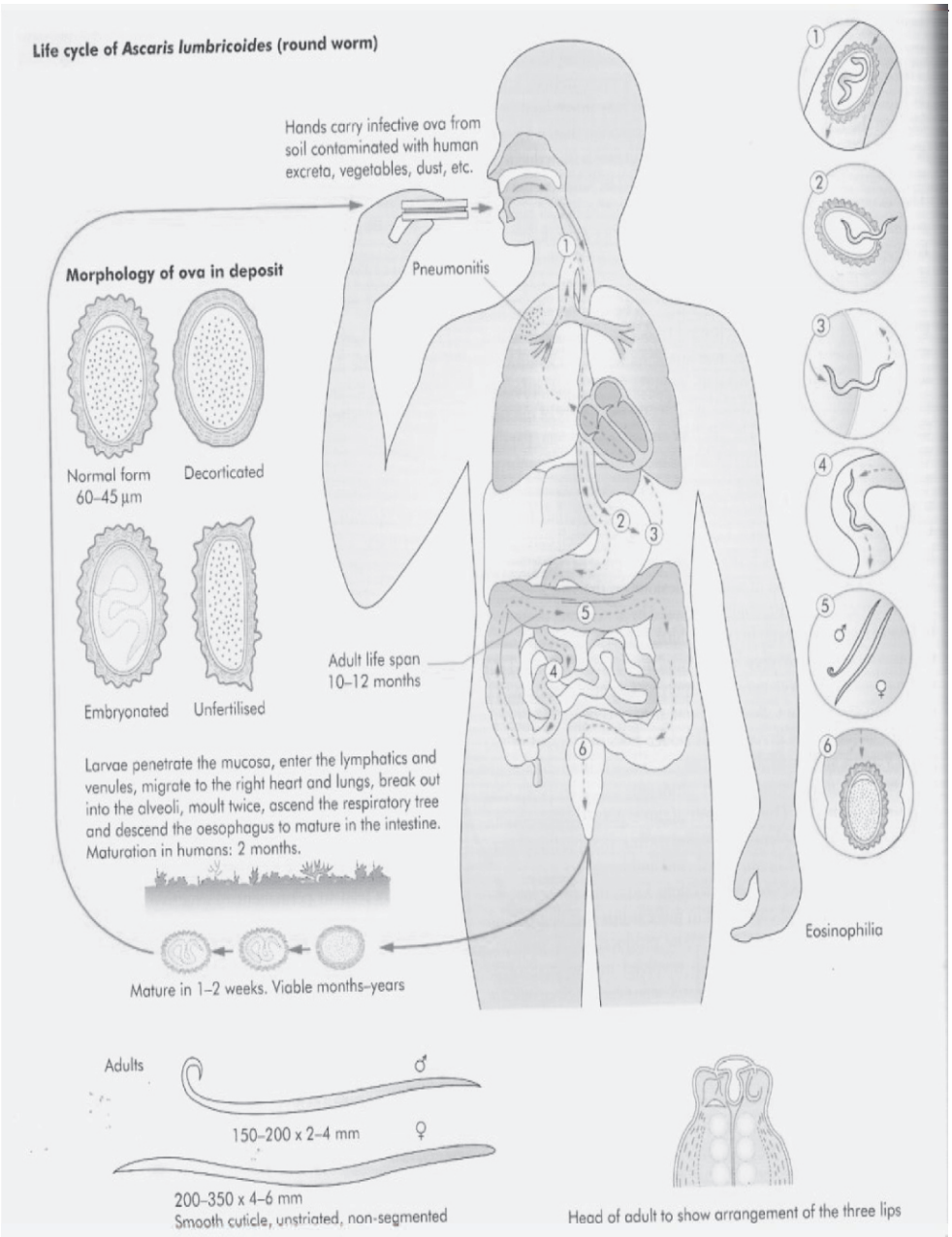
د ژوند دوران او د انتقال لارې

په ۸-۱۴ شکل کې د اورګانیزم د ژوند دوران ښودل شویدي. انسانان د Embryonic هګیو د خوړلو په اساس اخته کېږي چې دا په Faecal oral contamination باندې دلالت کوي.

کلینیکي لوحه

د کولمو ډېر Ascaris انتانات اعراض نه لري ولې د چېنجیانو زیاتوالی ممکن د کتلې په شان په کوچنیو کولمو کې انسداد منځ ته راوړي کاهل اسکاریس چېنجیان میلان لري تر څو معدې ته مهاجرت وکړي د خولې یا پوزې دلارې بهر ته راوځي او همدارنګه کېدای شي یو شمیر سوریو ته لکه Ampulla of vater ته داخل شي او د CBD یا پانکراسي قنات د بندښت لامل وګرځي په ترڅ کې یې ناروغ ته Billiary colic، Acute cholangitis، Acalculus cholecystitis، Liver abssess او یا Acute pancreatitis پیدا کېږي. د Pancreatobilliary Ascarisis د 300 واقعاتو په لړ کې ولیدل شول چې (هغه ناروغان چې د ۱۲-۸۲کالوعمر لري) 98%یې بطني درد درلودلو، 16% صاعده cholangitis، 4% حاد Pancreatitis او 1,3%یې له درده انسدادي زیږی لرلو. یوازې یو ناروغ د ینې یوه ابسې درلودله. اسکاریس چېنجیان همدارنګه کولای شي چې Bowel anastomosis چې د نورو ناروغیو له املە اجرا شوي وي تخریب کړي.

www.ketabton.com



شكل (۸-۱۴)

www.ketabton.com

تشخيص

Biliary Tract Ascariasisپه کلينيکي توګه د Gall stone induced ناروغيو څخه بيلول مشکل وي ممکن Eosinophillia موجوده وي خو دا وصفي نه وي او په خاره مناطقو کې د مختلفو چېنجيانو د موجوديت له امله دا حالت موجود وي کله چې يو څوک د صفراوي لارو د اعراضو سره يو ځای کانګې هم ولري نو دا د اسکاريس لپاره ښه نښه ده ولې د نومورې حالت علت هم نشي کېدلی د کولمو اسکاريازيس په غايطه موادو کې د هګيو په موندلو سره تشخيص کېږي ولې بيا هم ممکن د Ascarisچېنجيان په يوه داسې شخص کې چېGall stoneولري موجود وي ولې په صفراوي لارو کې به کوم چېنجي موجود نه وي، په صفراوي لارو کې د چېنجيانو د معلومولو په خاطر بطني ultrasonographyڅېره مرسته کوي چې د چېنجي د موجوديت په مهال دا دي يو filling defecittubular په شان ښکاره کېږي. ERCP کولای شي چې يو کاهل چېنجی معلوم کړي کوم چې په Cholangiographyکې Bile duct د خلاص سلندري Filling defecit په شان ښکاري د bowel obstruction په واقعاتو کې د کولمو د Ascariasis موجوديت په غايطه موادو کې د هګيو په موندلو سره تشخيص وضع کېږي او يا هم کله چې د Rectum او يا کانګو د لارې کاهل چېنجی خارج شي.

درملنه

داخله

د غير اختلاطي Ascaris انتاناتو درملنه د دواګانو په مرسته صورت نيسي درملنه د mebindazole په واسطه چې100 mg د ورځې دوه ځله د خولې د لارې د دريو ورځو لپاره يا 500 mg د واحد دوز په شکل توصيه کېږي متبادله دوا يې عبارت ده له Piprazine Phosphate4grد خولې د لارې يو ځل يا Albendazole400 mg په اندازه د خولې د لارې يا Pyrantel pamaote په هر 11 mg /Kg/Bw (اعظمي تر 1 gr پورې) د خولې د لارې يو ځل توصيه کېږي.

www.ketabton.com

جراحي

په ثابتو اوهغه ناروغانو کې چې اوبه يې پوره وي (Well Hydrated) چې پکې دAscaridosis له امله دکولموبندښت موجود وي نوپدې صورت کې د محافظه کارانه درملنه پواسطه درملنه کېږي پدې ډول چې دا درملنه د NG Tubeسکشن، IV Fluid او Anti Spasmodic په وسيله پيل کېږي کله چې بندښت اصلاح شي نو Anti Helmenthic درملنه توصيه کېږي که چېرې د چېنجيانو ضد درملنه ډېره وختي پيل کړي شي نو دا د چېنجيانو د غټې کتلي د فلج لامل کېږي (په ليري کوچنيو کولمو کې) او د کولمو بشپړ بندښت منځ ته راوړي او بيړني عملياتو ته اړتيا پيدا کوي د Ascaris له امله په رامنځ ته شوي بندښت باندې د جراحی د مداخلې استطباب عبارت دی لدې څخه کله چې بطني کتله د 24 ساعتو څخه زيا ت دوام وکړي، دوامداره بطني درد د دردناکې کتلې سره يو ځای، Toxemia د کتلې د منځ تللو وروسته د نبض زياتېدل کوم چې په Intestinal Perforation باندې دلالت کوي د کتلوي بندښت د له کېږي او چېنجيان په نيغه توګه ايستل کېږي د کولمو هغه برخه چې ګانګرين شوې وي يا سوری شوې دي بايد Resection ورته اجراکړی شي. په ماشومانو کې د Hypertonic Saline enema څخه ګټه اخېستل کېږي داسې ويل کېږي چېHypertonic saline له Iliocecal valve څخه تيريږي کوم چې په 80% ماشومانو کې عدم کفايه لري. پدې معناچې د څه شي تيريدو ته اجازه نه ورکوي. نو پدې اساس Saline د چېنجيانو پر کتله باندې په نهايې Ileum کې اغيزه کوي او د هغې د ګډوډولولامل ګرځي، له بلې خوا Saline د کولمو تحرکېت پخپل ځای ساتي او زياتوي يې نو Colon ته د چېنجيانو په ورننويستو کې مرسته کوي. د صفراوي لارو د بندښت لپاره کوم چې د اسکاريس له امله رامنځ ته کېږي په لومړي ځل کېAnti Helmenthic درملنه، Antispasmodic او Analgesic ازمايل کېږي. د محافظه کارانه درملنې ناکامي د روغتون د بستر پر مهال د څو ورځو په موده کې او يا دا چې چېنجيان له قنات څخه اثنا عشر ته دوباره داخل نشي (د دريو اونيو په موده کې) نو د جراحي درملنې ته اړتيا پيدا کېږي. کچېرې د pancreatobiliary

www.ketabton.com

ascariasis شک موجود وي نو ERCP بايد اجراکړی شي د اندوسکوپي په مرسته بيړنی درملنه د مشکل ژر حل مينځ ته راوړي ولې په درملنې کې که تأخيرراشي نو وخيم اختلاطات لکه ascending cholangitis او Haemorrhagic pancreatitis رامنځ ته کوي. هغه پروسيجرونه چې ترينه ګټه پورته کېږي عبارت دي له Dermia basket، نيوونکي يا Grasping forceps او يا د Tripod forceps څخه په زياترو ناروغانو کې د يوې اندوسکوپيکي عمليې په مرسته د صفراوي لارو مکمله تصفيه شوني ده. د چنجيانو سره ترلي د Ampula of vater تخريب دا مانا لري چې ممکن په کمه اندازه endoscopic sphincterectomy ولیدل شي. که شونې وي نو ترينه دي ډډه د وشي ځکه چې دا د بيا بيا پيښيدونکي biliary ascariasis خطر زياتوي. ځينې وختونه عملياتي مداخلې ته اړتيا پيداکېږي. لکه د صفراپه کځوړه کې د ascariasis لپاره Laparascopic cholecystectomy او يا هم د يو بند شوي CBDخلاصول. د ascaris په وسيله په ثانوي توګه د مينځ ته راغلي pancreatitisچې د پانقراس قنات د بندښت څخه رامنځ ته کېږي. د antihelminthicدرملنې څخه برسيره د چېنجيانو ويستلو ته هم اړتيا پيدا کوي چې لومړنی انتخابي ميتود يېendocscopic procedure ګڼل کېږي.

لنډيز

د زخم انتان د تروما يا عملياتو وروسته يولوی اختلاط جوړوي او دا پروسه (۵۰۰۰) کلن تاريخ لري. نو ځکه خو د Aseptic تخنيک څخه ګټه اخېستل کيږي، د هغه فکتورونو له منځه وړل چې د زخم د ککړتيا سبب ګرځي او د وجود د دفاعي سېستم لوړول د زخم دانتان په راکمولو کې مهم رول لري. د وقايې په خاطر د انتي بيوتيکو ورکړه هم ډير اغيزمن تاثير لري. د انتاناتو د منابعو پيژندل او له منځه وړل ټول هغه څه دي چې د زخمونو د انتاناتو په راکمواليکې ډير باارزښته دي. همدا ډول د Noscomial انتاناتو مخنيوی بايد وشي. د ابسې او فلګمون درست درناژ

www.ketabton.com

کول او د موضعي انتاناتو د جوړيدو وروسته بايد د هغه سمه درملنه وشي تر څو د Sepsis سبب ونه ګرځي. د زخمونو درست پريو ېنځل او تطهير په زخمونو کې د ګازنګرين د مخ نيوې لپاره اړين دي.

په جراحي پرازيتي انتانات لکه (E.histolytica, Echinococcosus او Ascaris) هم کولای شي چې په انسان کې د طمې په خلاف اختلاطات رامنځ ته کړي نو ځکه د هغه درست تشخيص او درملنه ضروري ده چې بايد وشي.

پوښتنې

1. د زخم انتان تعريف کړئ؟
2. ککړتيا تعريف کړئ؟
3. ابسې تعريف کړئ؟
4. امپيم (Empyema) تعريف کړي؟
5. د جراحي انتاناتو د رامينځ ته کيدو په پتوژينيزس کې کوم فکتورونه موثر دي؟
6. د اناتوموپتالوژي او سريري له نظره د جراحي انتانات په څو ډوله دي؟
7. د جراحي انتاناتو کلينيکي موندنې روښانه کړئ؟
8. د جراحي انتاناتو د تداوي پرنسيپونه کوم دي؟
9. د سلوليتيس سريري تظاهرات روښانه کړئ؟
10. Lymphangitis تعريف او سباب يې روښانه کړئ؟
11. فورانکل څه شی دی روښانه يې کړئ؟
12. د فورانکل کلينيکي لوحه څه شی ده؟
13. د فورانکل اختلاطات روښانه کړئ؟
14. ابسې (abscess) توضيح کړئ؟
15. د ابسې تداوي وليکئ؟

www.ketabton.com

16. د پتوژينيزيس په اساس فلګمون څو مرحلې لري ويې ليکئ؟

17. سر خباد تعريف او کوم خواص لري؟

18. په روغتون کې د انتان اخېستلو لپاره مساعد کوونکي فکتورونه کوم دي؟

19. لاندې کوم يو مکروب د ګاز ګانګرين سبب ګرځي:؟

A: StreptococcusB B: Staphylococcus

C: E.Coli D: Clostridium perferingens

20. ابتدايي انتانات په عمومي ډول:؟

A: د ټولنې څخه منځ ته راځي. B: داخلي منشاء لري.

C: د ټولنې څخه منځ ته راځي او داخلي منشاء لري. D: ټول غلط دي.

21. د زخم انتان هغه وخت غټ بلل کيږي چې:؟

A: په زيات مقدار سره چرک ورڅخه خارج شي. B: داخلي منشاء ولري.

C: د روغتون څخه منځ ته راغلی وي. D: ټول سم دي.

22. لاندې کوم عرض د ابسې نه دی:؟

A: درد. B: حرارت. C: سوروالی. D: اشتها زياتېدل.

23. د انساجود غير تقيحي تهاجمي انتان ته ويل کيږي کوم چې موضعي کيدو ته ميلان نه ښيي:؟

A: ابسې. B: سينوس. C: فيستوله. D: cellulities

24. کله چې خياطه شوی زخم د فشار لاندې وي بايد:؟

A: خياطې ليرې شي. B: خياطې پاتې شي.

C: د خياطو ليرې کول او پرېښودل په زخم کوم خاص اثر نه لري. D: ټول غلط دي.

www.ketabton.com

25. د عملياتو د ناحيې د پوستکي د اماده کولو په خاطر الکول د سيپتيک باکتریاګانو شمیر تر:؟

A: 100% پورې کموي. B: 95 % پورې کموي.

C:50% پورې کموي. D: کوم اثر وربانديې نه لري.

26. د ويښتانو فوليکل او هغه د مجاورو انساجو التهاب ته:؟

A: hyderoadenitis وايي. B: ابسې وايي.

C: فورانکل وايي. D: کاربونکل وايي.

27. په يوه کيستيک جوف کې د قيح جمع کولو چې د انساجو په داخل کې وي:؟

A: hyderadenitis وايې. B: ابسې وايې.

C: فورانکل وايې. D: کاربونکل وايې.

28. د سرخباد مرض سببي عامل عبارت له:؟

A: streptococcus B: staphylococcus

C: E coli D: clostridium perferingens

29. د انتان په مقابل کې مقاومت په لاندې حالت کې نه ټيټيږي:؟

A:vitiligo B: uremia C: rodiotherapy D: steroid

30. کله چې په زخم کې د Suppuration نښې وليدل شي نو خياطې بايد وايستل شي:؟

A: تر څو ميکروب داخل نشي. B: تر څو درناژ تر سره شي.

C: هيڅ يو. D: C سم دی.

31. Furuncle عبارت دی له:؟

A: د ويښته د فوليکل له التهاب څخه. B: د ويښته د جسم د التهاب څخه.

C: د ويښته د فوليکل او مجاورو انساجو له التهاب څخه. D: هيڅ يو.

www.ketabton.com

32. Phlegmon او Abscess سره څه فرق لري:؟

A: فلګمون پخپله ابسې ده.

B: فلګمون محدود کیدو ته میران نلري مګر ابسې محدوده وي.

C: A سم دی. D: B او A هم سم دي.

33. لاندې یو پرازیت د کلمو د انسداد سبب کیدای شي:؟

A: امیب. B: hydatid cyst

C: A او B سم دي. D: ascaris lumbricoides

34. د امیب په طبي تداوي کې لاندې دوا ډیره معمول ده:؟

A: Metranedazole B: Tinizazole

C: Diloxanide furoate D: دری واړه درست دي.

35. د کولمو د امیبیک ناروغیو بیړنی د جراحي استطباب ولیکی.؟

36. د هیداتیک کیست ناروغی مرضي عامل ولیکی.؟

37. د هداتیک کیست د ناروغی په طبي تداي کې کومه لاندی دوا استعمالیږي:؟

A: Albendazole B: Metranedazole C: Emetin D: کلوروکین

www.ketabton.com

ماء خذونهReferance

1. چراغ، چراغعلی جراحی عمومی طبع سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه تهران شماره انتشار ۸۴۶ سال ۱۳۸۱ صفحات (۳۷۹-۳۹۶).
2. یعقوبی، شیرزاد اساسات جراحی دانش کتاب خانه دهکی نعلبندی بازار قصه خوانی پشاور سرطان ۱۳۸۱ صفحات (۲۲-۸۴).
3. امر خیل نجیب الله اساسات جراحی پوهنتون طبی کابل www.kmu.edu.af مطبعه شهر کابل افغانستان (۱۳۹۰) صفحات (۱۸۴-۲۱۶).
4. Andrew, T. Raftery (2001) Surgery 2nd edition. p.82-100.
5. Memon, Farhad Hussain (2012) Short test book of surgery 1st editon p. 64-78.
6. NORMAN S. WILLIAMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE & P. RONANA O'CONNELL (2008) Baily & love's Short Practice of surgery. P 32-48.
7. Schwartz's Principiles of surgery 8th edition 2005 p. 42-49.
8. Sriram Bhat M. (2009) SRB'S Manual of Surgery 3rd edition p. 30-60.
9. Traves D, Crabtree, MD (2000) General surgery PP, 73-82.

www.ketabton.com

څلورم څپرکی

سوځيدنې (Burns)

د زده کړې موخې (Learning Objectives)

- د دې لپاره چې د سوځيدنې د ناحيې او دهغې د ژوروالي د پلټنو کړنلارې زده کړو.
- د دې لپاره چې د مايعاتو د ورکولوکچې او د حسابولو د اندازه کولو ميتودونه زده کړی شوو.
- د دې لپاره چې د سوځيدلو ناروغانو د درملنې تخنيکونه زده کړو.
- د دې لپاره چې د بريښنايي او کېمياوي سوځيدنو پتوفزيولوژي موزده کړې وي.

تعريف

د عضويت د پوستکي او مخاطي غشا مخامخ کېدل د حرارت (ګرمي، سړه)، مضرو وړانګو، قلوي او اسيدي موادو او مخرشو ګازاتو سره چې پکې تخريبات رامنځ ته کېږي د سوځيدنې په نوم يادېږي يا په بل عبارت د لوړ حرارت ډېريخ او مختلفو فزيکي او کېمیا وي موادو په واسطه د انساجو ترضيض ته سوځيدنه ويل کېږي.[۱،۲،۴]

د سوځيدلو ناروغانو انذار د سوځيدلي سطحې په وسعت، عمق د شخص مقاومت، د سوځيدنې موقعيت او تالي انتاناتو پورې تړلي دي يعنې هر څومره چې د بدن وسيع سطحه سوځيدلې وي او يا عميق تخريبات موجود وي نو دا په خرابو انذارو باندې دلالت کوي.

سريزه (Introduction)

په مختلفو کلتوري ټولنو کې د سوځيدنې د ترضيض واقعات توپير مومي په بريتانيا کې چې نفوس يې 65 ميليونه کېږي هر کال د 175000 په شا خوا کې

www.ketabton.com

Accident and Emergency (A and E) ډيپارتمنټونوته په داسې حال کې راوړل کېږي چې سوځيدلي وي، لدې ډلې ناروغانو څخه 13000يې بستر ته اړتيا پيدا کوي د 1000په شاوخوا کې شديدې سوځيدنې لري کوم چې د مايعاتو اخېستلو ته اړتيا لري اود قربانيانو نيمايي يې د 16 کالو څخه لاندې عمر لري. په ماشومانو کې د سوځيدنې غټه برخه يې د ګرمو مايعاتو له امله کوم چې د ګرمو اوبو له لوازمو څخه په ناڅاپي ډول رامينځ ته کېږي، د اشپزخانې د پخلي پر وخت، دګرمو اوبو د څښلو يا د هغې په وسيله د غسل کولو پر مهال منځ ته راځي په کاهلانو کې سوځيدنې اکثره وختونه د اورلګيدو يا د شغلې وړ مايعاتو سره د سر او ګار له امله مينځ ته راځي. په کاهلانو کې هم د ګرمو مايعاتو له امله رامنځ ته کېدونکې سوځيدنې کمې نه دي، ولې د شغله يې سوځيدنو په نسبت کمې رامنځ ته کېږي. په کاهلانو کې برښنايي اوکېمياوي سوځيدنې هم زياتې مينځ ته راځي. ساړه او تشعشع د سوځيدنې ډېر کم لاملونه تشکېلوي، په ځينو ټولنو کې له سوځيدنې سره اړوند حالتونه لکه دماغي ناروغي (ځان وژنه يا په ځان حمله کول)، Epilepsy، د الکولو يا درملو ناوړه کارول په زياتو هغو ناروغانو کې چې د سوځيدنې له امله په روغتون کې بستر کېږي 80% لاملي فکتورونه تشکېل کوي. قوانينو، روغتيايي پرمخ تياوو او د وسايلو منځ ته راتګ د سوځيدلو پېښې راکمې کړې دي. د شعاع ضد جامي او Furniture، د لوګي لپاره د خبرتيا د زنګونو مينځ ته راتلل، د اشپزخانو ډيزاين او د اور ضد ګازونه، په نړيواله سطح له پليتې پرته د لمپو يا لمټينونو جوړېدل، او د والدېنو تربيه تر څو د ګرمو اوبو ترموستات په 60cº سانتي ګراد کې وساتي ټول هغه څه دي چې پدې ډګر کې رول لوبولی شي. د ترضيضاتو غټه برخه کېدی شي د Burning accident له امله رامينځ ته شي، دا د هغو ناڅاپي ترضيضاتو يوه برخه ده چې بشر پکې ژغورل کېږي او دومره زيات ارزښت نه ورکول کېږي دغټې سوځيدنې تدبيرونه د سوځيدنې په وړاندې د مجادلې د ټيم هر يو غړی لکه ډاکټران، انيستيزيولوګان، د وارد او تياتر نرسان، فزيوتيراپستان، Occupationltherapists، غذايي ډاکټران، باکتريولوژستان، دداخلې ډاکټران،

www.ketabton.com

روانې ډاکټران، روان شناسان، او د دوهمې رتبې روغتيايي کارکوونکي ټول له يوې ګوت څخه نې سره مخامخ کوي، او د دې لپاره چې د سوځيدنې يونټ په ښه توګه کار وکړي نو بايد اکمالات ورته په پوره توګه ورسول شي. يوه غټه سوځيدنه د ناروغ په کورنۍ، دوستانو او همدارنګه د ناروغ په راتلونکې باندې مهمې اغيزې درلودلی شي.(۳،۴،۷)

د سوځيدلو څخه مخنيوی

د سوځيدلو يوه زياته برخه کېدی شي چې د لاندې معيارونو په اساس وقايه کړی شي.

- د ښو روغتيايي اوساتنې قوانينو څخه ګټه پورته کول.
- د عوامو لپاره لارښونې.

د سوځيدنې د ترضيض پتوفزيولوژي

سوځيدل په يو لړيلا بيلو لارو باندې زيانونه رامنځ ته کوي، ولې هغه اورګان چې تر ټولو زيات په کړاو اخته کېږي عبارت دی له پوستکي څخه. خو سوځيدنې کولی شي چې هوايې لارې اوسرې هم زيانمن کړي کوم چې ژوند ته تهديدوونکي حالتونه منځ ته راوړي. د هوايې لارو ترضيضات هغه مهال منځ ته راځي کله چې مخ او غاړه وسوځي. د تنفسي سېستم ترضيضات اکثراً په هغو کسانو کې منځ ته راځي کله چې د سوځيدنې پر مهال په يوه محدوده فضاکې را چاپير شوی وي لکه د موټر، کور، طيارو د سوځيدلو پر مهال کوم وخت چې ناروغ خامخاګرم او زهري غازونه تنفس کوي.

د تنفسي سېستم د سوځيدلو لپاره خبر ورکوونکې ننښې

- هغه سوځيدنې چې د مخ او غاړې په شاوخوا کې رامنځ ته کېږي
- په يوه بنده کوټه کې چې اور پکې لګيدلی وي د بنديدلو يدلو تاريخچه
- په اوازکې بدلون راتلل

www.ketabton.com

- Stridor

دهوايي لارو او سږو ترضيضات

له حنجرې پورته د هوايي لارو د سوځيدلو فزيکي ترضيضات

ګرم غازونه کولی شي په فزيکي ډول پوزه، خوله، ژبه، تالو او حنجره وسوزوي. يو ځل چې سوځيدنه رامنځ ته شي د نومورېو ساختمانونو پوښښ پرسوب پيدا کوي او وروسته له يو څو ساعتونو څخه دغه حالت ممکن د خنجرې په داخل کې مانعه رامنځ ته کړي اوکچېرې د هوايي لارو د خلاص ساتلو لپاره اړينې کړنې صورت ونه نيسي. دا په مکمله توګه د هوايي لارو د بنديدو لامل ګرځي.[۴،۲،۸،۹]

د لوګيو، ګرموغازونو يا بخار د انشاق زيانونه

- د ګرموغازونو انشاق کولی شي چې د supraglotic airway سوځيدنې او د حنجرې ازيما رامينځ ته کړي.
- د بخار انشاق کولی شي subglotic سوځيدنې او د تنفسي اپيتل د له منځه تللو باعث شي.
- د لوګي انشاق شوي اجزاوې کولی شي د Chemical alveolitis او تنفسي عدم کفايې لامل شي.
- انشاقي تسممات لکه کاربن مونو اکساید کولی شي ميتابوليک تسمم منځ ته راوړي.
- د سينې د جدارد کامل ضخامت سوځيدل دپښتيود ميحانيکي حرکاتود نهي کېدلو لامل ګرځي.

دحنجرې لاندې د هوايي لارو فزيکي سوځيدنې ترضيض

دا ډول ترضيض کم ليدل کېږي ځکه په Supra glotic هوايي لارو کې د حرارت د بدلون د ميکانيزم په وسيله په محفوظه توګه د ګرمې هوا څخه حرارت جذبيږي. برعکس بخار په زياته اندازه د بخار مخفي حرارت له ځانه سره لري نو پدې اساس

www.ketabton.com

کولی شي د لاندې هوايي لارو حرارتي تخريب رامنځ ته کړي. په دا ډول ترضيضاتو کې تنفسي اپيتل په بيړه پرسوب مومي او د Bronchial tree څخه بيليږي. چې دا د Casts د توليد لامل ګرځي کوم چې کولی شي اساسي پورتنی هوايې لارې بندې کړي.

ميتابوليک تسمم (Metabolic Poisoning)

د اور له امله ډېر زهري غازونه توليديږي چې تر ټولو عام يې کاربن مونو اکساید (CO) ګڼل کېږي. کوم چې په بندو ځايونو کې د اور له امله توليديږي. کله چې يو شخص د اور په صحنه کې د شعور د خرابوالي سره ومومدل شي نو تر ټولو عام علت يې د co پواسطه تسمم ګڼل کېږي. د هيموګلوبين سره د کاربن مونو اکساید د پوځای کېدو قدرت د اکسيجن په نسبت 240واره زيات دی نو پدې لحاظ د اکسيجن انتقال بلاک کوي. د Corboxy Haemoglobin کچې د وينې په جريان کې اندازه کېدی شي. له 10% څخه پورته غلظتونه خطرناکه دي او د خالص اکسيجن په واسطه درملنې ته د 24hour څخه زياته اړتيا لري. کچېرې يې غلظت د 60% په شاوخوا کې وي نو مړينه واقع کېږي. د کور د اور له امله يو بل ميتابوليک توکسين چې توليديږي عبارت دی له Hydrogen cyanide څخه کوم چې د مايتو کاندريا په تنفس کې د مداخلې په اساس ميتابوليک اسيدوزيس منځ ته راوړي.

انشاقي ترضيض

په غليظ لوګي کې د کوچنيو زراتو د موجوديت له امله انشاقي ترضيض منځ ته راځي، نوموړي زرات د کوچنۍ اندازې لرلو له امله د پورتنيو هوايي لارو په اساس نه فلتر کېږي نو لاندې خواته د سږو پرانشيما ته ځان رسوي. نوموړي ذرات د مخاطي طبقې سره نښلي او په اسناحو کې يو شديد عکس العمل مينځ ته راوړي. نوموړي کېمياوي Pnuemonitis د اسناخو په کځوړوکې ازيما توليدوي او د 24h ساعتونو په داخل کې د غازاتو تبادله کموالی مومي او اکثراً په Bacterial

www.ketabton.com

pneumonia باندې اوړي. د نومورې حالت موجودیت یا نه موجودیت د هر سوزیدلي ناروغ په مړینه باندې زیاته اغیزه لري.

د پښتیو د حرکاتو میخانیکي بلاک

کچېرې د سینې جدار غټ او کامل ضخامت سوځیدنه رامینځ ته شوی وي نو د سینې دجدار ټول پوستکی ډبر ډبل او کلک وي چې دا په فزیکي توګه د پښتیو حرکات بلاک کوي.

التهابي او دوراني تعیرات

د سوځیدنې له امله د هوایې لارو او تنفس خطرات څرګند او ښکاره وي کوم چې پورته ذکر شول، ولې له سوځیدنې وروسته دوراني تغیرات ډېر مغلق ښکاري. نومورې تغیرات ځکه منځ ته راځي چې سوځیدلی پوستکې د التهابي سلسلې د جال د فعالولو لامل ګرځي. د درد دالیافو د تنبه او د حرارت له امله د پروتینو بدلونونه د نیوروپیپتیدونو (Neuropeptides) او Complement فعالول پیل کوي. د Hageman factors د فعالولو په اساس یو لړ هغه پروسې چې د Protease په وسیله په مخ وړل کېږي، لکه د arachidonic acid، thrombine او kalikrein لړۍ فعالیږي. په حجروي کچې complement د Mast cells د degranulation او هغه پروتینونه چې د سوځیدنې له امله پکې تغیر رامنځ ته شوی دی پوښي. دا نیوتروفیلونه جلبوي کوم چې بیا پخپل نوبت سره ګرانیولونه ازادوي چې دا د زیات مقدار ازادو راډیکلونو او proteases سره یو ځای وي. چې دا کولی شي د نسج د لا زیات تخریب باعث شي Mast cells هم ابتدایې cytokines لکه Tumour necrosis factor alpha (TNFα) ازادوي چې دا د التهابي حجراتو لپاره د Chemostactic agents په حیث عمل کوي او په تعقیب یې زیات secondary cytokines ازادیږي. دغه التهابي فکتورونه د وینې د رګونو دنفوذیه قابلیت دزیاتوالي لامل ګرځي چې بیانو غټ پروتیني مالیکولونه هم کولی شي په اسانی سره له رګونو خارج شي. تخریب شوي کولاجن او دغه له رګونو څخه وتلي پروتینونه د سوي نسج د oncotic

www.ketabton.com

فشار د زياتوالي لامل ګرځي چې دا د رګونو د داخل څخه وخارج ته د اوبو د لا زياتې خارجيدنې لامل ګرځي. ددغو بدلونونو مجموعي اغيزه دا کېږي چې د اوبو خالص جريان، محلولونه او پروتينونه د رګونو له داخل څخه وخارج خواته جريان پيدا کړي. دغه جريانات له سوځيدنې وروسته په لمړيو 36 ساعتونو کې منځ ته راځي، ولې پدې کې د وينې سرې حجرې نه شاملېږي په کمه سوځيدنه کې دغه عکس العمل کوچنی او موضعي وي، ولې کله چې د سوځيدنې اندازه د بدن د مجموعي سطحې د 10-15% پورې ورسيږي (TBSA= Total body surface area) نو د رګونو د داخلي مايعاتو ضايع کېدل کولی شي يوه اندازه circulatory shock رامنځ ته کړي. لدې څخه برسيره کله چې د سوځيدنې ساحې TBSA- 25% ته پورته شي نو پدې وخت کې التهابي عکس العمل کولی شی چې د سوې ناحيې څخه برسيره په نورو ليرې برخو کې د رګونو د مايعاتو د ضايع کېدلو لامل شي، همدغه وجه ده چې د بدن د سوځيدلې سطحې د مجموعي اندازې پيدا کول مهم دي. چې دا د التهابي عکس العمل اندازه مورِ ته راپه ګوته کوي او د shock د کنترول لپاره د مايعاتو د مقدار په ټاکلو کې مرسته کوي.

د سوځيدنې وروسته د شاک عکس العمل

- سوځيدل د التهابي عکس العمل لامل ګرځي.
- دا بيا د اوعيو د نفوذيه قابليت د زياتوالي لامل ګرځي.
- اوبه محلولونه او پورتينونه د رګونو د داخل څخه و خارج خواته حرکت کوي.
- د ضايع شوي مايعاتو حجم مستقيماً د سوځيدلې ناحيې د سطحې سره متناسب دی.
- که سوځيدلې ناحيه له 15% زياته وي نو د مايعاتود ضايع کېدلوله امله شاک رامينځ ته کېږي.

د غټو سوځيدنو له امله نورې ژوند تهديدوونکې پېښې

www.ketabton.com

معافيتي سېستم او انتان

د سوځيدنې له امله التهابي بدلونونه د ناروغ په معافيتي سېستم باندې پوره اغيزه لري. په غټو سوځيدنو کې Cell mediated immunity په زياته اندازه کموالی مومي او ناروغان باکتريايي او فنګسي انتاناتو ته برابريږي. په ځانګړې ډول له سوځيدلي زخم او له سږو څخه کچېرې ترضيض يې موندلی وي نومختلف انتانات په اسانۍ سره پکې ننوتلی شي او وخيم انتانات رامنځ ته کولی شي. همدارنګه له هر يو مرکزي وريدي Lines، tracheostomeis او له بولي کاتيترونو څخه کچېرې ناروغ ته اېښودل شوی وي دهغې دلارې انتانات په اساني سره نفوذ کولای شي.

په کولمو کې بدلونونه

التهابي تنبه او شاک کولی شي د کولمو د محاطي عشا د Microvascular تخريب او اسکېميا رامنځ ته کړي. دا د کولمو خوښت کموي او کېدی شي د غذا له زېښلوځخه مخنيوی وکړي. هغه ناروغان چې غټې سوځيدنې لري د Enteral تغذيې عدم کفايه يې يو مهم اختلاط شميرل کېږي. نومورې پروسه همدارنګه د کولمو د باکترياوو داختلاطاتو لامل ګرځي کوم چې په غټو سوځيدنو کې د انتان مهمه منبع جوړوي. د کولمو د مخاطي غشا پرسوب، gastric stasis او پريتواني ازيما کولی شي دبطن فشاري سندروم abdominal compartment syndrome رامنځ ته کړي کوم چې د دېافراګم د حرکت د توقف او د هوايي لارو د فشار د زياتوالي لامل ګرځي چې داد تنفس لپاره ضروري دی.

محيطي دوران ته پېښېدونکي زيانونه

د کامل ضخامت په سوځيدنو کې کولاجني الياف تحثر مومي. پوستکی خپل نورمال الاستيکېت له لاسه ورکوي يو چارچاپيره د ټول ضخامت سوځيدنې په يو طرف کې د يوه تورنيکېت په شان عمل کوي کله چې طرف پرسوب مومي که درملنه نه شي نو نومورې حالت د طرف د خطرناکې اسکېمي لامل ګرځي.

د سوځيدنې نور اختلاطات

www.ketabton.com

- د سوځيدنې د ځای، سړو ، کولمو ، لينونو او کاتيترونو څخه انتان.
- د کولمو څخه خراب جذب.
- چارچاپيره سوځيدنه په يوه طرف کې داړوندې خواد وران خرابوي.

د سوځيدلي ناروغ لپاره بيړنی پاملرنه

روغتون ته له رسيدو وړاندې پاملرنه

روغتون ته د رسيدو د مخه د پاملرنې اساسات په لاندې ډول دي

- د ژغورنې د معيارونو په کار اچول: دا په ځانګړي توګه د کور په اورلګيدنه او همدارنګه په کيمياوي او برښنايي ترضيضاتو کې مهم ګڼل کيږي.
- د سوځيدنې د پروسې توقف: په شحص باندې د اورلګيدلو پر مهال داور توقف دمخصوصو کمپلو اچول او په هغې کې د ناروغ نغښتل د اور د وژلو ښه طريقه ګڼل کيږي.
- د نورو ترضيضاتولپاره د بدن پلټنه: د معياري ABC (airway ,breathing circulation,) اجرا کول د کوم وروسته چې بيړنې ثانوي سروې په کار اچول کيږي تر څو پدې ډاډه شو چې کوم مهم ترضيض مو له پامه نه دی وتلی. هغه ناروغان چې په چاودنو کې سوځيدلي وي يا حتی هغوی چې له اور څخه تينښتې وهي ممکن دکوپړۍ يا نحاع ترضيضات او نور مهم پرابلمونه د ځانه سره ولري.
- د سوي زخم ساړه کول: دا د درد د له منځه تللو(Analgesia) حالت رامنځ ته کوي او هغه Micro vascular تخريب چې د سوځيدلو په تعقيب منځ ته راځي پکې ځنډ مينځ ته راوړي لږ تر لږه د زخم ساړه کول بايد تر لسو دقيقو پورې اجراکړی شي او د سوځيدنې د ترضيض وروسته تر يوه ساعته پورې اغيزمن تماميدلای شي. په قسمي ضخامت لرونکې سوځيدنو کې دا په ځانګړي ډول د مرستې لومړنی او مهم قدم شميرل کيږي. په خاص ډول د ګرمو مايعاتو د سوځيدلو وروسته. په مرطوبو اقليمونو کې د زخم سړول بايد تر15c سانتي ګراد پورې بايدوي او د هيپوترمي څخه بايد مخنيوی وشي.

www.ketabton.com

- د اکسیجن توصیه: هر هغه څوک چې په یوه بنده هوا کې سوځیدلي وي باید اکسیجن تر لاسه کړي په ځانګړي ډول هغه مهال چې د شعور کچې یې ګډې وډې وي.
- Elevate: کله چې د ناروغ هوایې لارې سوځیدلې وي نو روغتون ته د انتقال پر مهال کچېرې ناروغ ته د ناستې وضیعت ورکړل شي نو دا د ناروغ د ژغورنې لامل کېدی شي د سوځیدلي طرف پورته ایښودل د پړسوب او د ناارامی د له منځه وړلو لامل کېدی شي.

په روغتون کې ناروغ ته پاملرنه

د یوې ناڅاپي سوځیدنې د تدبیرونو بنسټیز ټکي داسې دي لکه چې د هرې حالې تروما په حالت کې له سوځیدنې پرته د نورو ترضیضاتو شوونتیاوې دې په نظر کې ونیول شي چې دا د ناروغ د تاریخچې او کلینیک څخه څرګندیدای شي او په مناسب ډول دې درملنه کړی شي. د سوځیدنې په هر ترضیض کې د وخامت غټ تعین کوونکي معیارونه عبارت دي له د بدن د مجموعي سوې سطحې سلنه، د انشاقي ترضیض موجودیت او د سوځیدنې له ژوروالي څخه. د ناروغ د حاد حالت له امله په بستر کې نوموړي اړخونه د اولنۍ تشخیص موخې ټاکي، که څه هم د سوځیدنې د وخامت په تعین کې ډېر نظریات وجود لري ولې زیاتره هغه اساسات چې لاندې به تري یادونه وشي په ټولو ناروغانو کې د تطبیق وړ دی. د سوځیدنې ټول ناروغان د سوځیدنې په سرویس Burns unit کې د داخلیدلو اړتیا نه پیدا کوي.

جدول (۹-۱) د غټو سوځیدنو د تدبیرونو لومړیتوبونه

• A-Airway control (د هوایې لارو کنترول)
• B-Breathing and ventilation (تنفس او تهویه)
• C-Circulation (دوران)
• D-DisabilityNeurological status (معیوبیت، عصبي حالت)

www.ketabton.com

• E-Exposure with environmental control (لوڅول د محيطي کنترول سره)
• F- Fluid resuscitation (د مايعاتو دوباره احياء)

د سوځيدنې د پايلې غټ تعين کوونکي معيارونه

1. د سوځيدلې سطحې فيصدي
2. د سوځيدنې ژورواالی
3. د انشاقي ترضيض موجوديت

جدول(۹-۲) د سوځيدنې په څانګه کې د عاجل بستر کولو لپاره معيار

• انشاقي ترضيض يا د هوايې الرو تر شک الندې ترضيضات
• هره هغه سوځيدنه چې د مايعاتو اخيستلو ته اړتيا پيدا کوي
• هره هغه سوځيدنه چې جراحي ته اړتيا لري
• هغه سوځيدنې چې په السونو، مخ، پښو، عجاني نواحيو کې رامنځ ته شي مهمې ګڼل کېږي
• هغه ناروغان چې د دوی روانې او ټولنيز حالت د دې ايجاب نه کوي چې کورته دې واستول شي
• کله چې د يو غير تصادفي ترضيض شک موجود وي.
• هره سوځيدنه چې د ناروغ د زيات عمر سره يو ځای وي.
• هره هغه سوځيدنه چې د شديدو او وخيمو پايلو باعث ګرځي لکه هغه برښنايي ترضيضات چې دزيات برقي قدرت له امله رامنځ ته شوي وي او يا هغه سوځيدنې چې د زيات غلظت لرونکي Hydrofluric acid له امله رامنځ ته شوی وي.

www.ketabton.com

هوايې لارې(Airway)

سوځيدلی هوايي لاره د پړسوب په اساس اعراض رامنځ ته کوي او کچېرې په فعال ډول تدبيرونه ونه نيول شي کولی شي په کامله توګه دپورتني هوايې لارود بنديدولامل وګرځي. درملنه يې دا ده چې هوايي لاره دې تر هغې پورې د يو اندوتراخيل تيوب پواسطه خلاصه وساتل شي تر څو پړسوب له منځه ولاړ شي کوم چې اکثراً وروسته له 24 ساعتونو څخه له منځه ځي. د حنجري د اذيما اعراض لکه د اوازتغير، stridor، anxiety او تنفسي ستونزې ډېر وروسته رامنځ ته کېږي. انتيوبيشن پدغه وخت کې اکثراً مشکل يا ناممکن ښکاري ځکه چې پړسوب موجود وي، د دې لپاره بايد زمونږ په لاس کې د Crichothyroidectomy وسايل موجود وي، البته نومورې عمليې ته هغه مهال اړتيا پيدا کېږي کله چې د سوځيدلې هوايي لارې تشخيص په مقدمه توګه صورت نيسي. نو کله چې مونږ د هوايي لارې په سوځيدنه باندې شکمن شو نو مقدم انټيوبيشن يې انتخابي درملنه ګڼل کېږي. له سوځيدنې څخه د هوايې لارو تر بنديدلو پورې د وخت موده له څلورو څخه تر 24 ساعتونو پورې ده. نو ځکه خو د ټيم له مشرانو سره د يو معقول تصميم د نيولو لپاره وخت زمونږ په لاس کې دی تر څو يو تجربه کارانيستيزيولوګ ته اجازه ورکړو چې ناروغ Intubate کړي.

د سوځيدلو هوايې لارو لمړني تدبيرونه

- مقدم انتخابي انټيوبيشن تر ټولو غوره ګڼل کېږي.
- په انټيوبيشن کې ځنډ د وروستني پړسوب له امله ستونزې رامنځ ته کوي.
- کچېرې په انتيوبيشن کې ځنډ رامنځ ته شي نو د بيړني cricothyroidectomy لپاره تيار اوسی.

نو پدې اساس د سوځيدلې هوايي لارو په تدبيرونوکې تاريخچه او مقدم علايم کليدي ګڼل کېږي نه دا چې اعراض. په تاريخچه کې د ګرمو ګازونو اجباري انشاق څرګندېږي لکه د کور يا موټر په سوځيدلو کې په hard palate باندې د تناکو موجوديت، سوځيدلی د پوزې مخاطي عشاء، يا د پوزې د ټولو ويښتانو له منځه

www.ketabton.com

تلل (قدامي ويښتان اکثراً سوځيدلي وي) ولې شايد تر ټولو ارزښت لرونکې علامه دا وي چې د خولې او غاړې په شاوخوا کې ژوره سوځيدنه موجوده وي.

د هوايې لارو د سختې سوځيدنې پېژندنه

- د لوګي يا ګرمو ګازونو په موجوديت کې کله چې ناروغ بند پاتې شي.
- کله چې په تالو يا د پوزې مخاطي غشاء کې سوځيدنه موجوده وي يا دا چې د پوزې ټول ويښتان له منځه تللي وي
- د خولې او غاړې چارچاپيره ژورې سوځيدنې

تنفس (Breathing)

انشاقي ترضيض: هر څوک چې په اور کې د دوو دقيقو څخه زيات پاتې شوي وي نود لوګي د انشاق د علايمو لپاره بايدوپلټل شي ځکه چې وخت مهم فکتور دی. نوره علايم چې زمونږ شک په راوړي په پوزه او oropharynxکې د تورو موادو موجوديت او همدارنګه د سينې په راديوګرافي کې د patchy consolidation ليدل. په کلينيکي لوحه کې په مشکله سره تنفس، د تنفس د rate زياتېدل، د pulse زياتوالی، anxiety، د ناروغ د شعور ګډوډي، او د اکسيجن د اشباع کميدل شاملېږي. نوموړي اعراض کېدی شي په بيړه راڅرګند نه شي اوکېدی شي له 24 ساعتونو څخه تر پنځو ورځو پورې وخت ته اړتيا ولري تر څو پرمختګ وکړي. څومره ژر چې دغه ترضيض معلوم شي نو همدومره ژر يې بايددرملنه صورت ونيسي او هوايې لارې بايدخلاصې وساتل شي. فزيوتراپي، nebulizers، ګرم او مرطوب اکسيجن ټول ګټور تمامېږي. د تنفسي rate په مشاهده کولو او لدې سره يو ځای دوينې د ګازاتو اندازه ګيري د ناروغ د مشاهدې او د ناروغی د حالت د پرمختګ لپاره بايداجراکړی شي. که حالت خرابوالی موندلو نود دوامدار يا متقاطع مثبت فشارلاندې داکسيجن ورکړه د ماسک يا(T-piece)څخه په کار اخستنې سره ناروغ ته بايد توصيه کړی شي. په شديدو حالتونو کې بايد ناروغانوته انتيوبيشن تطبيق شي او د جدي پاملرنو په څانګه (ICU) کې ناروغ بايد تر څارنې لاندې ونيول شي. د انشاقي ترضيض په تدبيرونوکې ارزښتمنه دا ده چې له

www.ketabton.com

تاريخچې څخه په هغې باندې تر شک لاندې شو ، مقدم تدبيرونه بايد په کار واچول شي اود ناروغ د حالت د خرابوالي لپاره بايد موږپه دقيق ډول ځير واوسو.

دلاند ښيو هوايي لاروترضيض د حرارتي سوځيدنې له امله

دغه لږ پيښيدونکي ترضيضات کېدی شي د بخار د ترضيضاتو له امله رامنځ ته شي د دې سوځيدنې تدبيرونه د تقويوې (supportive) اوانشاقي ترضيضاتو سره ورته والی لري.

ميتابوليک تسمم(Metabolic Poisoning)

د ميتابوليک تسمم لپاره ارزښتمن معلومات په ټولې فضاء کې د اورلګيدنې تاريخچه او د شعور ګډوډي ګڼل کېږي. کچېرې د تسمم امکانات موجود وي نو د وينې د غازونو اندازه بايد په بيړه اجراکړی شي. کله چې د کاربوکسي هيموګلوبين کچې له 10% څخه زياته شي نو بايد چې ناروغ د High inspired oxygen پواسطه تر 24 ساعتونو پورې درملنه کړو.د دې لپاره چې د کاربن مونواکسايد بيځايه کېدلو ته له هيموګلوبين څخه سرعت ورکړونو ددغه تسمم او نورو تسمماتو يو شکل هم ميتابوليک اسيدوزيس دی. يو ځل بيا ټينګار کېږي په تاريخچه کې کله چې په نوموړي ترضيض باندې تر شک لاندې شونودا د تشخيص لپاره کېلي ګڼل کېږي. دوينې د غازاتو اندازه کول تشخيص تاييد وي او درملنه يې د اکسيجن دتطبيق کولو څخه عبارت ده.

د تنفس په وړاندې ميخانيکي خنډ

د زيات او ټول ضخامت سوځيدنې وروسته د eschar له امله چې کوم ميخانېکي بندښت د تنفس په وړاندې منځ ته راځي په فزيکي معاينه کې په څرګند ډول معلوميږي. کچېرې ناروغ ته تهويه ورکړل شي نو انشاقي فشار لوړيږي او همدارنګه د کاربن دای اکسايد احتباس منځ ته راځي. د دې لپاره چې سينه د دپراخيدوقدرت بيا مومي نو د(escharotomy) عمليه اجراکېږي. دا چې د پوستکې اعصاب تخريب شوي دي نو نوموړي عمليه ناروغ ته دردناکه نه تمامېږي.

www.ketabton.com

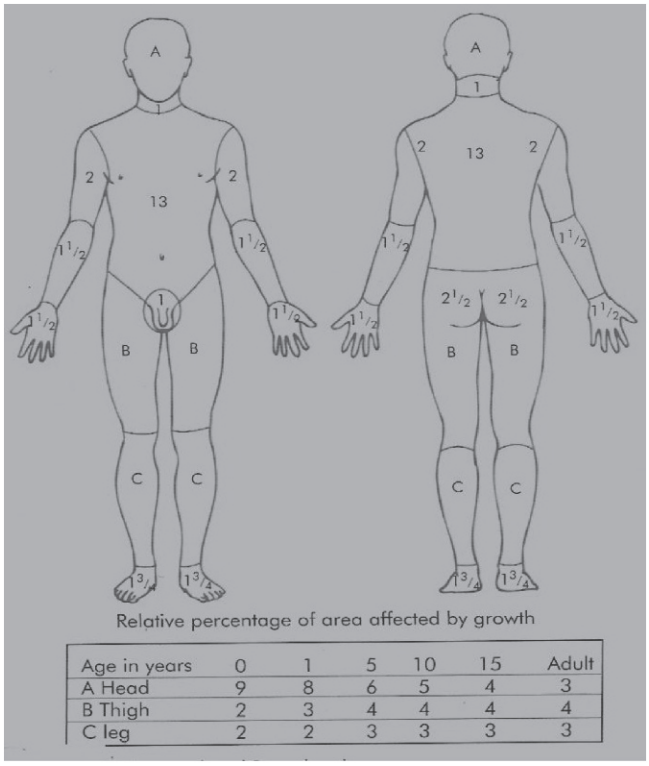
د سوځيدلي زخم پلټنه

د کچې معلومول(Assessing size): په يو مناسب محيط کې د سوځيدنې د اندازې پلټل د يو معيار له مخې بايد صورت ونيسي. دا مور ته اجازه راکوي تر څو سوځيدلې ناحيه څرګنده او هر ډول سوځيدلي مواد او ذرات وويني ځل شي او ليرې کړی شي. پدې مرحله کې بايد دې ته پام وکړو تر څو هيپوترمي رامنځ ته نه کړو. د کوچنيو سوځيدنو په پيښو کې د اندازه کولو ښه لاره دا ده چې د يو پاک کاغذ يوه ټوټه چې د ناروغ د لاس سره (اورغوی او ګوتي) برابره وي چې داد TBSAد%1سره برابريږي. د اندازه کولو يوه بله سمه لاره دا ده چې سوځيدنه د Lund and Browder chart شکل (۴-۱) باندې رسم کړی شي کوم چې د بدن د اناتوميکو برخو فيصدي له ځانه سره لري. د نهو قاعده(The Rule of nines) په کوم کې چې هر يو پورتنی طرف TBSA 9%، هر لاندې طرف 18%، او سر او غاړه 9%د يو تقريبي راهنمائی په خاطر له روغتونه د باندې چاپيريال کې ترينه کار اخيستل کيږي.

د سوځيدلي ناحيې پلټل

- په کوچنيو سوځيدنو کې ګټوره لارښود د ناروغ د ټول لاس اندازه ده چېTBSA د 1% سره برابريږي
- د Lund and Browder chart په غټو سوځيدنو کې ګټور تماميږي.
- د (9) قاعده يوازې د ناروغ د لمړنۍ او تقريبي اندازه ګيري لپاره کفايت کوي.

www.ketabton.com



Relative percentage of area affected by growth

Age in years	0	1	5	10	15	Adult
A Head	9	8	6	5	4	3
B Thigh	2	3	4	4	4	4
C leg	2	2	3	3	3	3

شکل (۴-۱) له تاریخچه څخه د سوځیدنې د ژوروالي جوتول

د سوځیدنې د ژوروالي لمړنی اندازه له تاریخچه څخه په لاس راځي جدول (۴-۱)د انساني پوستکي سوځیدنه د حرارت په درجه او وخت پورې اړه لري. د بیلګې په توګه په44c° سانتي ګراد کې شپږ ساعته وخت ته اړتیا ده تر څو غیر رجعي تغیرات رامنځ ته کړي، ولې په 70c° سانتي ګراد حرارت کېsecond 1 ته اړتیا ده تر څو د اپي درم تخریبات رامنځ ته کړي. د مثال په توګه په65c° سانتي ګراد کې د ګرمو اوبو څخه یادونه کوو.له نوموړو اوبو سره د 45 ثانیو لپاره مخامخ کېدل د بشپړ پنډوالي سوځیدنه رامنځ ته کوي د 15 ثانیو لپاره ژوره خو د قسمي ضخامت لرونکې سوځیدنه او د 7 ثانیو لپاره سطحي او د قسمي ضخامت سوځیدنه مینځ ته راوړي.

www.ketabton.com

د سوځيدنې د عمق يا ژوروالي پلټنه

- تاريخچه يې ارزښتمنه ګڼل کېږي. د حرارت درجه يا وخت او سوځيدونکي مواد ارزښتمن ګڼل کېږي.
- د سطحي سوځيدنې شعريه اوعيې له وينې څخه ډکې وي
- په عميقو د قسمي ضخامت لرونکو سوځيدنو کې د پوستکې رنګ بدلون نه مومي، ولې يو څه حسيت لري.
- د کامل ضخامت لرونکې سوځيدنې په جس کولو سره څرمنې ته ورته والی لري او حسيت پکې موجود نه وي.

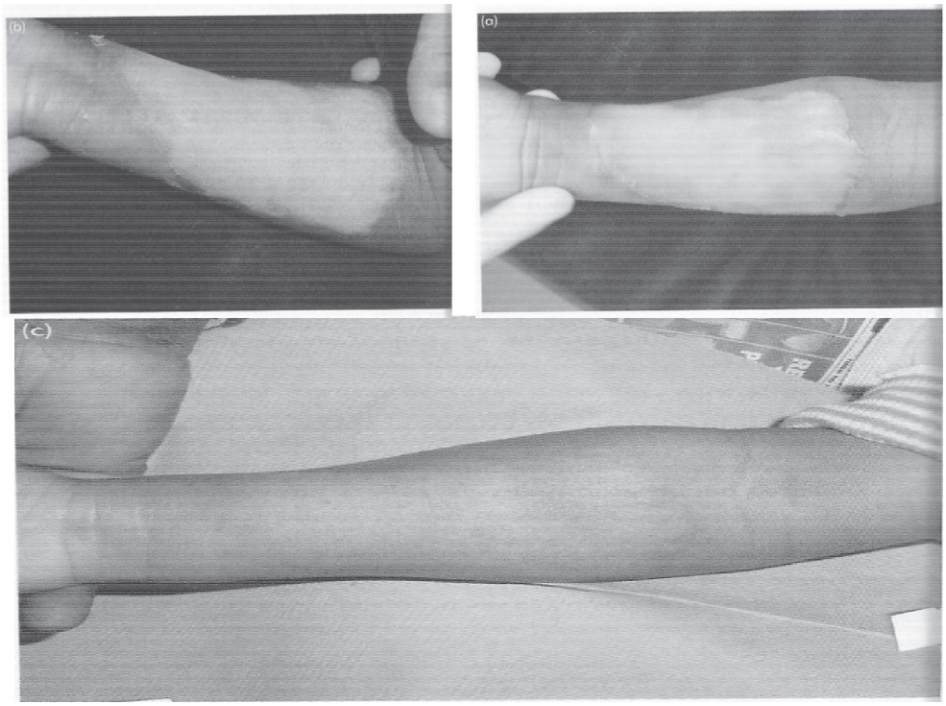
جدول (۴-۱) د سوځيدنې لاملونه او د هغې شونی ژوروالی

د سوځيدنې لامل	د سوځيدنې شونی عمق
ايشيدلي مايعات	سطحي سوځيدنې، ولې کچېرې لمړنې کمکونه صورت ونه نيسي نو د درم د طبقې ګډوډی هم مينځ ته راځي په وړو ماشومانو کې ممکن عميقې وي
د غوړيو سوځيدنه	ژور يا عميق د درم سوځيدنه
شغله يې سوځيدنه	د درم عميقه سوځيدنه او د پوستکې کامل ضخامت سوځيدنه په مختلط ډول رامينځ ته کوي
د القلي سوځيدنه چې پکې سمنټ هم شامل دي	اکثراً د درم عميقه يا د کامل ضخامت سوځيدنه منځ ته راوړي
اسيدي سوځيدنه	حفيف غلظتونه سطحي او قوي غلظتونه د درم عميقې سوځيدنې مينځ ته راوړي
دبرښنايي تماس سوځيدنه	د پوستکي د کامل ضخامت سوځيدنه

www.ketabton.com

د قسمي پنډوالي سطحي سوځيدنې

پدغه سوځيدنه کې تخريبات د papillary dermis څخه لاندې تيری نه کوي. په کلينيکي لوحه کې تناکې او يا د epidermis له منځه تلل شامل وي لاندنی dermisګلابي رنګه او لوند وي. کچېرې فشار پرې راوړل شي نو د شعريه رګونو دوباره ډکېدنه څرګنده ښکاريږي. د شعريه اوعيو ثابت رنګ په کمه توګه او يا هيڅ موجود نه وي د ستنو په وسيله د حسيت معلومول (Pin prick sensation) نورمال وي. نوموړی سوځيدنې پرته لدې چې د ځانه scar پريږدي د دووء اونيو په دننه کې ترميم کېږي او درملنه يې د جراحي پواسطه صورت نه نيسي.



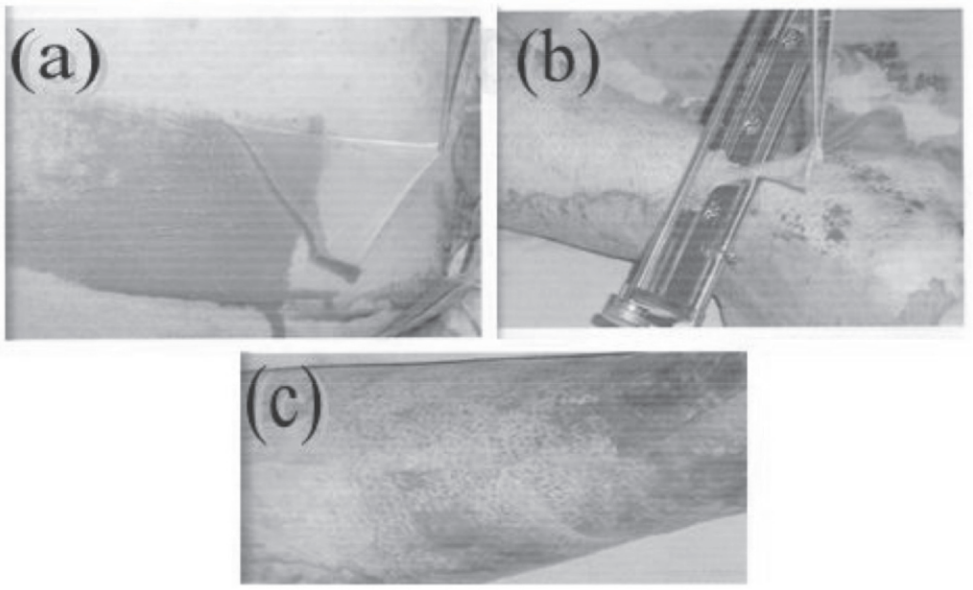
شکل(۴-۲)۱ (a) 24ساعته وروسته له زخم څخه يو سطحي ضحامت لرونکې سوځيدلې ناحيه. درم ګلابي رنګ لري او په فشار سره سپين رنګ اخلي (b) په دوو اونيو کې زخم جوړشويدی ولې کم رنګه دی (c) په درو مياشتو کې تصبغ بيرته پيدا شويده

www.ketabton.com

د قسمي پنډوالي ژورې سوځيدنې

نومورې سوځيدنې د reticular dermis د ژورو برخو تخريبات منځ ته راوړي. شکل (۴-۳). په کلينيکي توګه epidermis اکثراً له منځه تللی وي. څرګند Dermis لکه څرنګه چې په سطحي سوځيدنه کې مرطوب وي دلته داسې نه وي. Fixed capillary staining پدې ځای کې په زياته اندازه موجود وي په ځانګړي ډول کله چې له 48 ساعتونو وروسته معاينه کړی شي. د معاينه کوونکې د ګوتې د فشار له امله رنګ سپين والی نه مومي. حسيت کموالی مومي او ناروغ د دې ورټيا له لاسه ورکوي چې کچېرې د يو Needle يا پڅې الې پواسطه پرې فشار راوړل شي نو د پخ او تيره تر منځ توپير نه شي کولی. د درم ژورې سوځيدنې د دوو يا لدې زياتو اونيو ته اړتيا لري چې تر څو پرته له جراحي څخه ترميم شي اود هايپرتروپيک تندباتو لامل ګرځي.

www.ketabton.com

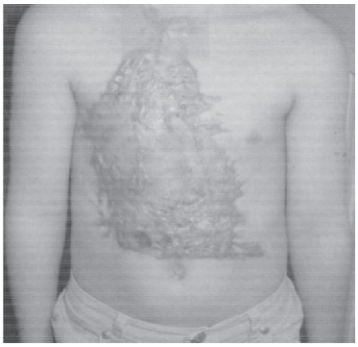


شکل (۳.۴)

(a) د درم عميقه سوځيدنه چې tangential خريل ورته اجرا شويدي. مړ درم ايستل شويدی البته طبقه په طبقه تر هغې چې وينه راووځي. سوځيدنه حاسفه ده ځکه چې د silver sulphadiazin کريم پواسطه پوښل شويده خو د دغې طبقې لاندې کومه سپينه ناحيه نه ليدل کېږي. ناروغ د پخ او تيره شي د حس کولو قابليت نلري.

(b) دورانه څخه نازک ايستل شوی graft

د درم په پاته برخه باندې دغه نازک graft اينبودل شويدی د ګرافت د لارې د درم ځينې برخې ليدل کېږي

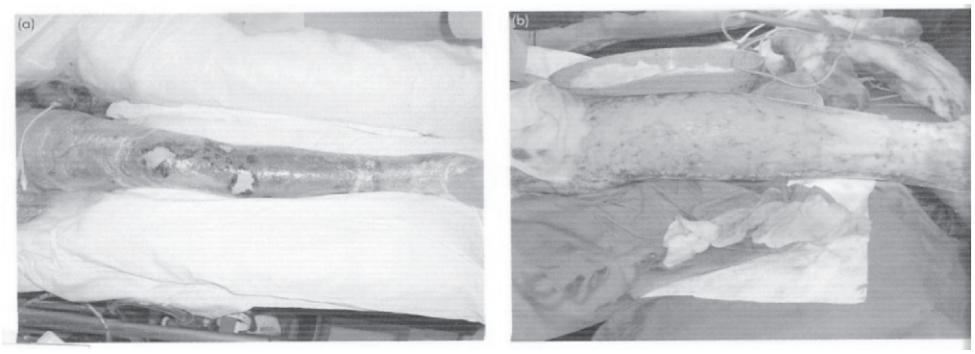


شکل (۵-۴) د عميقې درمل سوځيدنې وروسته هايپرټروفيک تندب

www.ketabton.com

د بشپړ پنډوالي لرونکي سوځيدنې(Full Thickness Burn)

پدې ډول سوځيدنو کې ټول dermis تخريبيږي. شکل (۴-۵) په کلينيکي توګه که جس کړی شي نو پوستکی سخت او څرمنې ته ورته وي منظره يې د نورمال پوستکي څخه نيولې د نيمه تور پوري توپير مومي کوم چې د حرارت په شدت پورې اړه لري. شعريه اوعيې نه ډکيږي د پوستکي لاندې اکثراً ترومبوز لرونکي رګونه ليدل کيږي اوپوستکې په کامله توګه بې حسه يا Aneasthetised وي. خو که چيرې په Dermis کې Needle ننباسل شي نو درد مينځ ته نه راځي.



شکل (۴-۵) (a) د escharotomy وړاندې د کامل ضخامت سوځيدنه د بستر کولو په مهال د زخم په clin film سره په کړی شوي دی (b) د همدغې کامل ضخامت لرونکی سوځيدنی excision تر سالم شخم پورې

د مايعاتو په وسيله دوهم ځلي ژوندي کول

د مايعاتو په وسيله د ناروغ د دوباره احياء کولواساس دا دی چې بايد له سوځيدنې وروسته د رګونو په داخل کې د مايعاتو حجم په خپل حالت کې وساتل شي، بشپړ دوران رامنځ ته شي، نه يوازې دا چې ارزښتمن حياتي غړي لکه دماغ، پښتورګي او کولمې ارواء کړي بلکه مخيطي انساج په ځانګړي ډول تخريب شوی پوستکی هم ارواء کړی.هر ماشوم چې سوځيدنه يې د TBSA10% څخه زياته وي نو د مايعاتو ورکړه ورته ضروري ده. نوموړی عدد د کاهلانو لپاره د TBSA15% دئ. د

www.ketabton.com

نړۍ په ځينو برخو کې داخل وريدي مايعات يوازې هغه مهال پيل کېږي چې دسوځيدنې سطح يې30%TBSA ته ورسيږي. کچېرې مو ناروغ د خولې د لارې دوباره احيا کولو نو هير مو نه شي چې اوبه مو بايد له مالګې حالي نه وي. دا کم امکان لري چې په لومړيو 24 ساعتونو کې په ښه توګه ډيوريزس (Diuresis) صورت ونيسي ځکه چې دstress هورمون موجوديت لري. دسوديم کموالی او د اوبو تسمم کېدی شي وژونکی وي. نو پدې لحاظ دا ښه ده چې د خولې دلارېrehydration د داسې محلولونو لکه Dioralyte پواسطه صورت ونيسي. د مايعاتو د ورکړې حجم نسبت د بدن سوځيدلې سطحې ته ثابت دی، نو پدې لحاظ داسې فورمولونه موجود دي چې د مايعاتو د ورکړې تقريبي حجم کوم چې د دوباره احياء لپاره ضروري وي محاسبه کوي. چې د دې لپاره د بدن د وزن معلومول او د سوځيدلې سطحې فيصدي ضروري ده، د مايعاتو د ضايع کېدلو په تعقيب نومورې رژيمونه په لمړيو اتو ساعتونو کې په اعظمي توګه او په وروستيو 24 او 36ساعتونو کې په کمه اندازه توصيه کېږي او هم کېدلای شي د ناروغ په عادي ورځينۍ رژيمونو باندې واچول شي. دری ډوله مايعات استعماليږي. تر ټولو عام يېRinger`s lactate يا Hartman`s solution ګڼل کېږي ځينې مرکزونه دانساني البومين محلول Human`s albumin solution يايخه شوې پلازما fresh frozen plasma او ځينې يې بيا له Hypertonic saline څخه ګټه پورته کوي.

د دوهم ځلې ژوندي پاتې کېدو لپاره مايعات

- په ماشومانو کې د 10% TBSAځخه زيات او په کاهلانو کې د TBSA 15%څخه زياتې سوځيدنې د مايعاتو د اخېستلو ايجاب کوي.
- کچېرې مايعات د خولې د لارې اخېستل کېږي نو بايد مالګه پرې وربرسيره کړی شي.
- د اړتيا وړ مايعات بايد د معياري فرمول په اساس محاسبه کړی شي.
- مهمه خبره دا ده چې Urine output تر نظر لاندې وساتل شي.

www.ketabton.com

شايد تر ټولو ساده او زيات د استفادې وړ فرموله د Parkland formulaوي. دا هغه مايعات محاسبه کوي کوم چې بايد په لمړنيو 24 ساعتونو کې توصيه کړی شي.

Total percentage body surface area ×Weight in kilogram ×4 =Volume in ml

يا: د بدن د سطحې مجموعي فيصدي × د بدن وزن په کيلوګرام ×4 = د مايعاتو حجم په ملي ليترد دغې حجم مايعاتو نيمايي يې په لومړنيو اتو (8) ساعتونو او دويم نيمايي برخه يې په راتلونکيو 16 ساعتونو کې توصيه کېږي په ماشومانو کې بايد تعقيبي مايعات هم ورکړل شي. په عادي توګه دغه مايعات عبارت دي له Dextrose salin څخه چې په لاندې توګه ورکول کېږي.

- 100ml per kilogram for 24 hours for the first 10 kg
- 50 ml per kg for the next 10kg
- 20 ml per kg for each kilogram over 20kg body weight

د ناروغ ددوهم ځلې ژوندي کولو څارنه

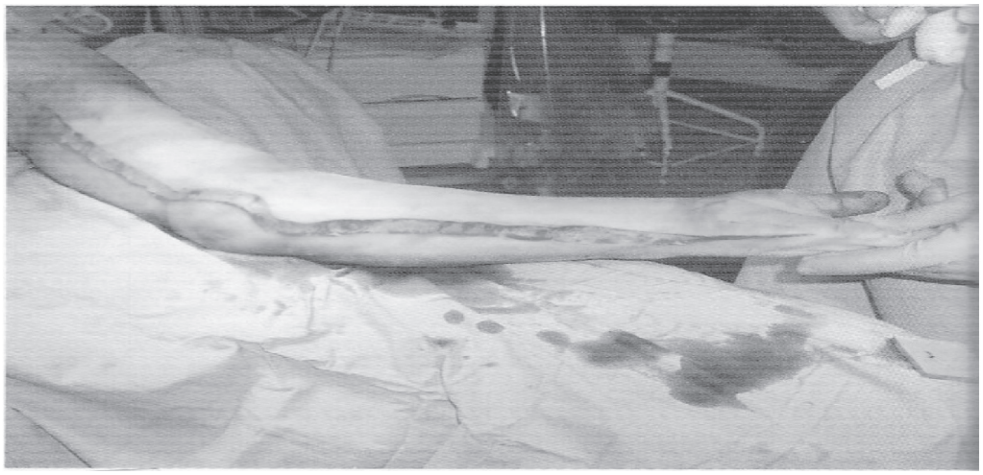
د ناروغ ددوهم ځلې ژوندي پاتې کېدو په څارنه کې ترټولو مهمه خبره urine output ګڼل کېږي. د ادرار خارجيدل بايد په يو کيلوګرام وزن باندې په يو ساعت کې د 0,5ml تر 1ml پورې وي. که د ادرار output لدې کچې ښکته وي نو بايد د infusion اندازه 50% لوړه کړی شي. کچېږي د ادرار خارجيدل کافي نه وي او ناروغ د hypo perfusion علايم ښکاره کړي،(لکه ناارامي له تاکي کاردي سره، ساړه اطراف او د هيماتوکريت لوړوالی) نو په هر کيلوګرام باندې دي د 10ml په اندازه اضافي مايعات ورکړل شي. دا مهمه ده چې بايد ناروغان د اندازې زيات مايعات وانه خلي، او کله چې د ادرار خارجيدل د بدن په هر کيلو ګرام وزن باندې د 2ml څخه زيات شي نو دا مور ته ښيي چيinfusion rate بايد کم کړی شي. د نسجي ارواء د معلومولو لپاره نور معيارونه لکه acid base balance په لويو او ډېرو مغلقو سوځيدنو کې مناسب ښکاري، او د هيماتوکريت اندازه کول د تر شک لاندې کمو يا زياتو hydration حالتونو د تاييد لپاره ښه وسيله ګڼل کېږي. هغوی چې cardiac dysfunction لري، (حاد يا مزمن) د filling pressure ډېرې واقعي اندازه ګيری ته

www.ketabton.com

اړتيا پيدا کوي، چې ښه لاره يې trans oesophageal ultrasound او يا له central line تطبيق څخه عبارت ده.

د سوځيدلي زخم درملنه

Escharotomy: هغه سوځيدنې چې په اطرافو کې چارچاپيره او د کامل ضخامت لرونکې وي نو بيړنۍ جراحي ته اړتيا لري شکل (۴-۲) ددغې ترضيض د تورنيکېت ډوله اغيزه په اسانۍ سره په کامل ضخامت لرونکې سوځيدنه باندې د يو مکمل شق په اجرا سره درملنه کېږي. نوموړی شق بايد په Mid axil line باندې اجرا شي او د غټو اعصابو له ترضيض څخه دې ډډه وشي جدول (۴-۲) له هغې وروسته د سوځيدلي زخم تدبيرونه يو شان دي پرته لدې چې د ترضيض اندازه په نظر کې ونيول شي. سوځيدنه بايد پاکه کړی شي د هغې اندازه او عمق بايد وپلټل شي. د کامل ضخامت لرونکې سوځيدنې او هغه چې په قسمي توګه دي او د جراحي درملنې ته اړتيا لري نو بايد يو انتي باکتريال پانسمان د دې لپاره اجراکړی شي تر څو د باکتريا ګانو د colonization وخت په تاءخر وغورځول شي.



شکل (۹-۲) د پورته طرف د کامل ضحامت لرونکې سوځيدنه دوسطي ابط دا يسکارشک midaxial escharotomy سره له زخم څخه اجنبي اجسام وينځل شويدي.

www.ketabton.com

د بشپړ پنډوالي سوځيدنې او د درم د طبقې ښکاره زخمونه

د منتنو زخمونو او کامل ضخامت سوځيدنې لپاره څلور معمول پانسمانونه عبارت دي له:

- (Silver sulphadiazine cream 1%): نوموړی کريم د باکتریاووء د تجمع په وړاندې په ځانګړي ډول د pseudomonas aeroginosa او همدارنګه د ميتيسيلين په مقابل کې مقاوم staphylococcus aureus په وړاندې اغيزناکه وقايه رامنځ ته کوي.
- (Silver nitrate solution 0,5%): بيا هم نوموړی محلول د pseudomonase د تجمع په وړاندې اغيزناکه وقايه منځ ته راوړي، ولې د-) G (هوازي باکتریاګانو په وړاندې دومره اغيزناکه نه دئ لکه څومره چې sulphadiazine cream دی. د نوموړی محلول بل نقصان دا دی چې بدلون ته اړتيا لري او يا دا چې زخمونه هر 4-2 څلور ساعته وروسته بايد ورباندې پرې وينځل شي، بله دا چې د ناروغ د خواووشاء ټول سامان الاتو (furniture) د تور رنګ لامل ګرځي.
- Mafenide acetate cream دا په ځانګړي ډول د امريکا په متحده ايالاتو کې مشهور دی ولې تطبيق يې درد مينځ ته راوړي. دا اکثراً د 5% موضعي محلول په شکل استعماليږي ولې د Metabolic acidosis سره ټرلی دی.
- Serum nitrate دا هم د سوځيدنې لپاره ګټور پانسمان دی په ځانګړي ډول د کامل ضخامت په سوځيدنو کې. دا په سوځيدلي پوستکي باندې کلکه اغيزه رامنځ ته کوي او په ځينو مواردو کې په خاصه توګه زيات عمر لرونکي ناروغانو کې Cell mediated immuno suppression کوم چې د سوځيدنې له امله منځ ته راځي راکموي.

www.ketabton.com

جدول (۴-۲) د اسکاروتومي د اجرا لپاره کليدي او ازربښتمن ټکې

Upper limb: په Mid axil ډول او بيا elbow په قدام کې اجرا کېږي تر څو د Ulnar عصب وساتل شي.
Hand: د ګوتو په متوسطو خطونو. کچېرې عضلي برخې سره نښتي وي نو سره خلاصې دې کړی شي. ښه به دا وي چې د عملياتو په خونه کې د يوه باتجربه جراح لخوا اجراکړی شي.
Lower limb: په Mid axil ډول د عنق القدم په خلف کې انسي خواته تر څو د saphenous vien د ترضيضاتو څخه ډډه وکړی شي.
Chest: د nipples په وحشي د سينې لاندې برخه، د ترقې لاندې د صدر په امتداد او د Xiphisternum په سويه د صدر په امتداد اجرا کېږي.
عمومي قواعد: د عميقې سوځيدنې څخه هغې خواته زخم ته پراختيا ورکړی. که مهمه وينه بهيدنه مو پيدا کړه نو د Diathermy څخه ګټه پورته کړی، له عملياتو وروسته هم Hemostatic dressing اجرا کړی، او طرف پورته وساتی.

د عميقو سوځيدنو د موضعي درملنه امکانات

- 1% silver sulphadiazin cream
- 0,5 silver nitrate solution
- Mafenide acetate cream
- Serum nitrate

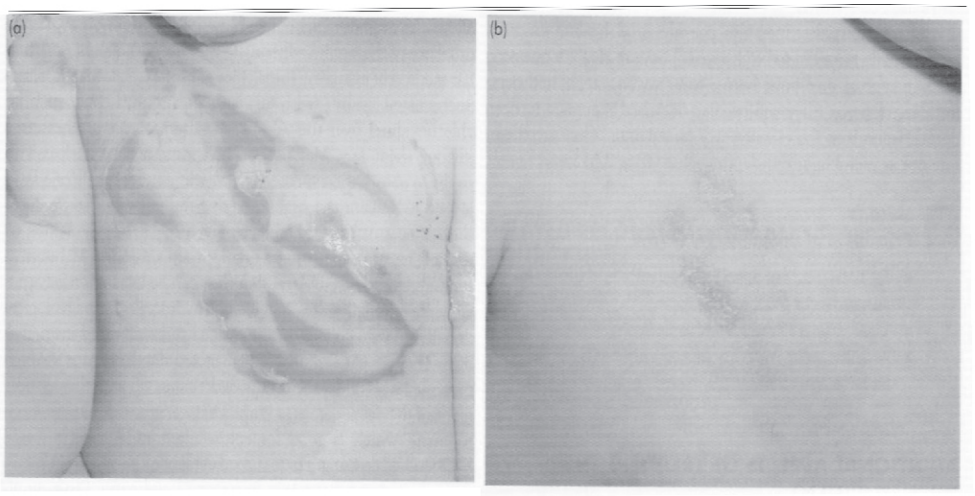
سطحي د قسمي پنډوالي زخمونه او مختلط ژور زخمونه

په نړۍ کې په زياته اندازه بيلا بيل توکي د نوموړي زخمونو د درملنې لپاره کارول کېږي، چې پدې کې له عسلو، يا د جوش کړی شوي کچالو د پوستکې څخه نيولی تر مصنوعي بيولوژيکي پانسمانونو کوم چې ژوندی کلچر کړی شوي

www.ketabton.com

fibroblast پخپلMatrixکې لري کار اخېستل کېږي. داسې واقعیتونه موجود دي چې سطحي د قسمي ضخامت لرونکې سوځیدنې تقریباً پرته له پانسمان څخه هم جوړیدای شي. د پانسمان لپاره ارزښتمنه دا ده چې ترسره کول یې اسان وي، دردناکه نه وي، او په اسانۍ ورته تدبیرونه نیول کېدی شي او د اوسیدو په ځای کې په لاس راځي. د پانسمانونو په انتخاب کې هغه څه چې مهم دي دا دي چې ایا سوځیدنې قسمي دي او که ژوريDermal سوځیدنې شکل (۴-۷) پدې ځای کې د پانسمان د انتخاب توپیر د ندبې د موجودیت یا نه موجودیت او یا د جراحي د عملیې په اجرا او نه اجرا پورې اړه لري. د پانسمان د انتخاب ځینې عملیې لاندې ذکر کړی شوي دي. کچېرې زخم په زیاته اندازه ککړ وي لکه د یو accident څخه وروسته نو معقوله خبره دا ده چې زخم د عمومي انیستیزي لاندې پاک کړی شي. کچېرې ککړتیا ډېره ځنډنۍ وي نو د silver sulphadiazin کریم پواسطه پانسمان له 2-3 ورځو پورې ډېر اغیزمن دی او لدې مرحلې وروسته کېدی شي چې نوموړی پانسمان په هغه پانسمان باندې بدل کړوو کوم چې د زخم ترمیم بیړنۍ کوي. د سطحي زخم د درملنې ترټولو ساده لاره دا ده چې هغه لوخ کړی شي اولنۍ Exudate دي ته اړتیا لري ترڅو د ناروغ د سوځیدنې چارچاپیره پاک linen په مکرره توګه بدل کړی شي. ولې وروسته له څو ورځو چېeschar پیداکېږي چې د زخم دepithelialisesکېدلو وروسته جدا کېږي. اکثراً لدې څخه په ګرمو اقلیمونو او هغو سوځیدنو کې چې پرمخ باندې وي کار اخېستل کېږي.

www.ketabton.com



شکل (۴-۷) (a) د جوش اوبو له امله د سینې سوځیدنه، اساساً سطحي ده ولې په ځینې ساحو کې په درم کې عمیقه ده. دا د hydrocolloidپانسمان سره جوړه شویده (b) د هایپرتروفي دوې کوچنۍ ساحې لیدل کېږي دا څرګندوي چې سوځیدنه څومره په درم کې عمیقه تللې ده. دا چې لومړنی یا اولیه مرسته ناروغ تر لاسه کړه پایله یې ښه ده

په دغه توکو کې نور ډولونه دا دي چې زخم د جذب وړ پانسمان په وسیله وپوښل شي لکه Mefix TM=M یا Fixamol TM. دا زخم ته د دې اجازه ورکوي ترڅو وچ شي همدارنګه زخم پوښي، او د جامو یا د بستر د سیټونو سره د زخم د سره سرېښ کېدلو څخه مخنیوی کوي. د دغه ډول سوځیدنې د تدبیرونو یو بل ورته میتود دا دی چې ګاز د واسلین پواسطه غوړ کړی شي (د انتي سیپتیک لکه chlorhexidineسره یو ځای او یا له هغې پرته) او په زخم دې کېښودل شي. یو بل متبادل پانسمان عبارت دی له دsilicon له سوري لرونکې sheet څخه (د مثال په توګه Mefix TM). چې د دې په شا باندېswabs، exudate د جذب لپاره اېښودل کېږي. د واسلین ګاز (Vaseline gauze) یا silicon طبقه له دې څخه مخنیوی کوي چېswabs له زخم سره ونښلوي او همدارنګه د وچ eschar کلکوالی کموي، نو په اسانه توګه له درد پیداکولو یا چاودیدلو څخه یې مخه نیسي. وروسته له 48 ساعتونو څخه swabs لیرې کېږي ځکه چې پدغې موده کې اکثراً له exudate څخه

www.ketabton.com

ډکېږي او لدې وروسته بيا کېدی شي تر ډېرې مودې پورې پرې نښودل شي. ډېر اغيزمن پانسمانونه د Hydrocolloids او بيولوژيکي پانسمانونو څخه عبارت دی. Hydrocolloidsپانسمانونه بايد هر درې يا پنځه ورځې وروسته بدل کړی شي نومورې پانسمانونه په ځانګړي توګه په مختلفو ژورو سوځيدنو کې ګټور تمامېږي ځکه د دغه ډول بندو پانسمانونو لاندې د Protease لوړې کچې، د سوځيدنو د ژورو برخو له Debridment سره مرسته کوي. دا همدارنګه يو مرطوب چاپېريال برابروي کوم چې د epithelialisation لپاره ګټور دی. Douderm TMيو Hydrocolloid پانسمان دی. په سوځيدنو کې د دوی د ارځښت په مورد ښه شواهد موجود دي. بيولوژيکي، مصنوعي (د مثال په توګه Biobrane TM) اوطبيعي (د مثال په توګه امنيوتيک عشاګاني (amniotic membranes) پانسمانونه هم د ترميم لپاره ښه چاپېريال برابروي او بدلون ته اړتيا نه پيداکوي دا د سطحي سوځيدنو د يو ځل اهتمام لپاره په زړه پورې تمامېږي، تطبيق يې اسانه او له بلې خوا مستربح ګڼل کېږي کچېږي د ژورو Dermal زخمونو لپاره استعمال کړی شي کېدی شي بيل شي ځکه eschar جدا کېږي نو پدې حساب په سره ګډو ژورو زخمونو کې دومره ګټور نه تمامېږي.

د سوځيدنې د پانسمانونو اساسات

- د کامل ضخامت لرونکي او عميق Dermal سوځيدنې :د دې لپاره انتي باکتريال پانسمانونو ته اړتيا لري چې د عملياتو وړاندي د کلوني تشکل وځنډوي.
- سطحي سوځيدنې ترميمېږي او ساده پانسمانونه پرې تطبيق کېږي
- په تقريبي ژورو سوځيدنو کې د ترميم لپاره يو په زړه پورې چاپېريال کېدی شي د انذارو په پايلو کې توپير رامنځ ته کړي.

www.ketabton.com

د سوځيدلي ناروغ د درملنې نور اضافي اړخونه

د درد اراموول (Analgesia)

ناڅاپي: د سوځيدنې د تدبيرونو يوه حياتي برخه Analgesia جوړوي. وړې سوځيدنې په ځانګړي توګه هغه چې برسيرنې وي نو ساده د خولې د لارې انالجيزيا، پاراستامول او د التهاب ضد غيرستروييد دواګانو په وړاندې ښه ځواب وايي. ځايي ساړه تطبيقات په ځانګړي توګه د ناروغ د ارامتيا لامل ګرځي. غټې سوځيدنې IV opiates ته اړتيا مومي. له 10%څخه په زياتو سوځيدنو کې له IM زرقياتو څخه ډډه وکړئ ځکه چې جذب يې کمبدی شي د وړاندوينې خلاف او خطرناکه وي.

Subacute: په لويو سوځيدنو کې اوږد محاله انالحيزيا ته اړتيا ده، چې دا د infusion پواسطه پيل کېږي او د خولې په تابليتونو سره تعقيبېږي لکه هغه مورفين چې په بطي توګه ازاديږي (slow release morphine). د پانسمان د بدلو د مخه قوي اولنډ تاثير لروونکي انالجزيا رامنځ ته کړي. د زرقياتو د تطبيق لپاره ممکن انيستزيولوګ ته اړتيا پيدا شي لکه په عمومي انيستيزی يا midazolam او ketamin سره، او يا هم کمې څارنې ته اړتيا وي لکه د Morphin يا Nitrous-oxide د تطبيق په واسطه پانسمان ترسره کېږي.

د انرژي انډول او خوراک

د سوځيدلي ناروغانو د درملنې يوه مهمه برخه خوراک ورکول جوړوي. هر کاهل شخص چې له 15% څخه زيات (TBSA) سوځيدلی وي (په ماشومانو کې 10%) يوې زياتې اندازې تغذيې ته اړتيا لري. ټول هغه ناروغان چې د TBSA20% سوځيدنه ولري بايد ورته Nasogastric تيوب تطبيق کړی شي. (تغذيه بايد د 24h ساعتونو په داخل کې پيل کړی شي تر څو د کولمو د مخاطي عشاء تخريب راکم کړو). د دې لپاره چې د ناروغانو د انرژي اړتيا وې محاسبه کړی شي يو شمير بيلا بيلې فورمولې موجودې دي. د سوځيدنې ترضيضات په حاده مرحله کې د ناروغ د انرژي موفقانه تدبيرونه په يو لړ ستراتيژيو باندې بناء دی. کتابوليکه حادثه تر هغې دوام پيدا کوي تر څو چې زخم نه وي جوړ شوی نو په دې اساس د زخم ثابت پوښ او د

www.ketabton.com

سوځيدنېExcisionد نوموړې عملیې د ارجاع لپاره مهم فکتورګڼل کېږي. د انرژي مطلق مصرف باید د ناروغ په ګرم ساتلو او د ښه محیطي کنترول په اساس ټیټې کچې ته راوستل شي. د انرژي اضافي اړتیا وې د ناروغ لپاره بایدمهیاکړی شي اودتغذیې اندول دوزن اونایتروجن دانداز ې په اساس مشاهده کولی شو.

په سوځیدلیو ناروغانو کې تغذیه

- سوځیدلي ناروغان اضافي خوراک ته اړتیا لري.
- ټولو هغو ناروغانو ته چې%TBSA20 سوځیدنه ولري نو باید ورته N. G. T تطبیق کړی شي.
- د سوځیدلي برخو لیږې کول او ترمیم د catabolism پروسې ته توقف ورکوي

دانتان څارل اوکنترول

هغه ناروغان چې لویې سوځیدنې لري معافیت یې خرابه وي (Immunocompromised)، چې دا ځایي یا وخت لټونکو باکتریاووء او فنګسونو ته په سوځیدلي زخم کې لارې پرانیزي.دا همدارنګه په سږو او کولمو کې د اذیما له امله مرضي دفاع خرابوي او اکثراًپدې حالت کې د کاتیترونو او نورو مداخلو په اساس د انتان داخلیدلو ته لارې برابروي. د انتان کنترول د لاسونو د وینځلو او د انتان د ککړتیا د وقایې د پالیسیو څخه پیل کېږي. د ناروغ د فلورا د معلومولو لپاره د زخم، د کاتیتر د څوکې، او بلغمو د باکتریالوژیکې سروې څخه استفاده کېږي. کچېږي د انتان نښې شته وي نو د نورو کلچرونو اخېستلو ته اړتیا ده او انتي بیوتیک باید پیل کړی شي. اکثراً د انتان درملنه د یو ښه فکر کولو په اساس صورت نیسي. همدارنګه د ابتدایي سروې ګانو څخه ګټې پورته کېږي او د باکتریالوژیست سره نږدي ارتباط ساتل ضروري ګڼل کېږي. هغه ناروغان چې غټې سوځیدنې او catabolic حالت لري نو مرکزي حرارت(Core tempreture) د هیپوتالاموس په ویسله ساتل کېږي. ؛38,5c حرارت مهم ګڼل کېږي ولې اکثراً د انتان نوره علایم ډاکټر ته ګټور تمامیږي. چې پدې ډله کې د سپینو کریواتو د تعداد په زیاته اندازه

www.ketabton.com

زياتوالی يا کموالی، Thrombocytosis، د کتابولیزم د علایمو لوړوالی او د ناروغ د کلینیکي حالت خرابتیا شامل دی.

د انتان کنترول په سوځیدلي ناروغ کې

- سوځیدلي ناروغان خراب معافیت لري
- دوی د مختلفو لارو څخه انتان ته مساعد ګڼل کېږي
- د معقمو شرایطو برابرول باید حتمي وي
- په منظمه توګه د swabs واخیستل شي
- د سپینو کریویاتو د تعداد زیاتېدل، Thrombocytosis او د کتابولیزم لوړوالی د انتان په اړه مورِ ته خبر راکوي.

د نرسنګ څارنه

سوځیدلي ناروغان په ځانګړي ډول د نرسنګ جدي څارنې ته اړتیا لري. نرسان هغه اساسي تصمیمونه په لاس کې لري کوم چې د زخم له ترمیم سره مستقیماً تړاو لري. بنداژ شوي لاسونه او مفاصل، سختې او دردناکه جدي پاملرنې ته اړتیا لري. شخصي حفظ الصحه، غسل کول او شاورونه، که څه هم دردناکه تمامیږي ولې د ناروغ د فزیوتراپي حیاتي برخې جوړوي. چې د دې موفقیت یا ناکامي په ناروغ او یا د هغې په کورنۍ باندې قوي روانې اغیزې لرلای شي.

Physiotheraphy

ټولې سوځیدنې په ځانګړي توګۀ هغه چې په لاسونو کې منځ ته راځي پړسوب رامنځ ته کوي د طرف لوړ ساتل، splintage (اتیل اینسودل)، او تمرین ورکول پړسوب راکموي او د ناروغۍ د پایلو له ښه والي سره مرسته کوي. فزیوتراپي باید له لومړۍ ورځې څخه پیل شي او باید نوموړې عملیې ته په ورځینې ډول دوام ورکړی شي.

www.ketabton.com

Psycological

غټې سوځيدنې هغه ناڅاپي حوادث دي کوم چې ناروغ ورسره په نابېره ډول مخ کېږي. د ناروغ دمقابلې قوه کمزوري وي ناروغ د ځان د روغتيا حس بايلي او له ترضيض وروسته نور غبرګونونه منځ ته راوړي. دا اکثراً پخپله له منځه ځي او نورمال حالتونه ګڼل کېږي. د ناروغ د روغېدلو سره سم له منځه ځي په نوموړي حالت کې ناروغ له کړاوونو سره مخامخ کېږي. ناروغ د بيداری حالت لري او دده د کارونو مخنيوی کوي. Intrusive عکس العملونه ناروغ ته هغه ناوړه پېښې وريادوي. Arousal عکس العملونه د خوب د خراب والي، غوسې د درد د حملو څخه عبارت دي. Avoidance عکس العملونه د ناخوښۍ او همدارنګه د هيجاني تخريش لامل ګرځي. ناروغان همدارنګه ژاړي د ګناه او ځان د ملامتيا احساس کوي. د يو سخت سوځيدلي ناروغ او د هغې د کورنۍ سره رواني مرسته او تقويه د درملنې مهمه برخه ګڼل کېږي. له ترضيض وروسته د stress د حالت لپاره سمه پاملرنه مهمه ګڼل کېږي.

د ناڅاپي سوځيدنې د زخم لپاره د جراحي عمليات

هره ژوره د قسمي پنډوالي لرونکې او د کامل پنډوالي لرونکې سوځيدنه عملياتو ته اړتيا لري پرته له هغه سوځيدنوچې د $4\ cm^2$ څخه کمی وي.هر هغه سوځيدنه چې تر اوسه نامشخصه وي بايد له 48 ساعتونو وروسته دوباره وپلټل شي. دا ځکه چې ځينې وختونه سوځيدنه سطحي ليدل کېږي. ولې وروسته د وخت په تيريدو شوني ده چې ژوروالی يې زيات شي. د ګرمو مايعاتو په سوځيدنو کې متاءخره دوړواوعيو زخمونه عموميت لري. د سوځيدنې په عملياتو کې مهمه خبره يې کنترول ده تر ټولو لومړی انيستيزيولوګ د ناروغ ښه کنترول وکړي او يوه غټه يا wide bore canula بايداستعمال کړی شي، او په دقيقه توګه دي د ناروغ د وينې فشارتر کنترول لاندې وساتل شي. کچېرې په نظر کې وي چې ناروغ ته په زياته اندازه Excision اجرا شي نو يو شرياني line دي د وينې د فشار د کتنې لپاره او همدارنګه د مرکزي وريدي فشار اندازه دې واخېستل شي همدارنګه بايدد انيستيزيولوګ پواسطه د اسيد او baseاندول د تحثر موده او HB ورته معلوم کړی

www.ketabton.com

شي. مرکزي حرارت(Core temperature) بايد له 36c سانتي ګراد څخه ونه لويږي ځکه چې د تخرګډوډۍ به رامنځ ته شي، نو پدې اساس بايد چې د عمليات خانې د محيط د حرارت درجه ګرمه وساتل شي. د سوځيدنې د زياتره Excisions لپاره د ادرينالين تحت الجلدي رقيق محلولونه(1000000 :1, 500000 :1) اوتورنيکېټ د وينې بهيدنې د مخنيوي لپاره استعماليږي. په عميقه درمل (Dermal) سوځيدنو کې د مړه Dermis پورتنۍ سطحه له منځه وړل کېږي تر څو د رګونو څخه د وينې خارجيدل وليدل شي او dermis د هر ډول کوچنيو رګونو له ترومبوز څخه پاک کړی شي (شکل۹ - a۳) د ادرينالين 500000 :1 محلول د وينې بهيدنې د کموالي سره مرسته کوي او دي ته ورته skin graft هم مرسته کولي شي. د بشپړ پنډوالي سوځيدنې د بشپړ پنډواليExcisionته اړتيا لري شکل (۹-۵ b) په ځانګړيو خالتونو کې ځينې وختونه دي ته اړتيا ليدل کېږي چې تر صفاقه پورې لاندې ولاړ شو، ولې په زياتره حالتونو کېexcision تر لاندې ژوندي زخم پورې ترسره کېږي. څومره ژر چې شوني وي نو skin graft دي توصيه کړی شي په ډېرو غټو سوځيدنو کې د مصنوعي dermis يا Homograft استعمالول موقتي ثابت پوښښ منځ ته راوړي او د مړو انساجو مکملې ايستنې ته زمينه برابروي نو پدې اساس په ناروغ باندې د سوځيدنې بارکموي. د عملياتو په وروسته تدبيرونوکې د مايعاتو اندول او د هيموګلوبين کچې بايد په دقيقه توګه تر نظر لاندې وي. د پانسمان بهرنۍ برخه بايد په بيړه سره د سيروم په وسيله مرطوبه کړی شي او بايد په منظمه توګه بدله کړی شي تر څو په پانسمان کې د باکترياوو کچې ټيټې وساتل شي. د دې د پاره چې د مفصل کنتراکتور مو راکم کړی وي او حرکات مو محدود ساتلي وي نود فزيوتيراپي اجرا اودsplints استعمالول ضرور ګڼل کېږي. د اړوندې خوا پورته ساتل مهم دي. له graft څخه وروسته بايد لاس په يو وضيعت باندېsplintsکړی شي که څه هم graft دې ته اړتيا لري تر څو د اعظمي کشش له امله سره تطبيق کړی شي. د زنګانه مفصل(Knee joint) د بسط په حالت کې کېږيsplintsکړی شي نو تر ټولو ښه ده او ابطي(axilly) د تباعد په حالت کېsplintکېږي. وروسته له پنځو

www.ketabton.com

ورځو څخه د فزيوتراپيست لخوا حرکتونه تر نظر لاندې نيول کېږي اکثراً د مستقيم نظر لاندې ماووف مفاصل کتل کېږي.

د ژورو سوځيدنو د جراحي درملنه

- ژورې سوځيدنې په ښه توګه پريمنځلو shaving، اتل اينبودلو splint او پوستکي پيوند sking grafting ته اړتيا لري
- ټولې کوچنۍ ولې د کامل ضخامت لرونکې سوځيدنې جراحي ته اړتيا لري
- انيستيزيولوګ دزياتې خونريزي لپاره بايد د مخه اماده وي
- ځايې دادرينالين ورکول خونريزي راکموي
- ټول سوځيدلي اومړه نسجونه بايد وويستل شي
- د دې لپاره چې په ناروغ باندې مو د سوځيدنې بار کم کړيوي نو موقتي يا دائمي ثابت پوښښ بايد سوځيدنې ته ورکړل شي.

په ځنډ سره بيا جوړيدنه او د ندبې جوړونې تدبيرونه

په کامل ضخامت لرونکېو سوځيدنو کې په ځنډ سره بيا جوړيدنه عمومیت لري.

د ترميم په لومړنۍ مرحله کې د سترګو چارچاپيره حاد contracture ځانګړې پاملرنې ته اړتيا لري. د سترګو د ګاټو (Eyelids) په بنديدلو کې چې کله لومړنۍ علامه وليدل شي نو د Eyelids لپاره بايد graftاجراکړی شي او دا مخکې له هغې بايد اجرا شي چې ناروغ د Exposure keratitis حالت پيدا کړي. شکل (۴-۸). نوري هغه ساحې چې مقدمې مداخلې ته اړتيا پيدا کوي عبارت دي د مفصلي نواحيو په حرکاتو کې د محدوديت د پيدا کېدلو څخه. چې دا په ځانګړې ډول په لاس او ابطي ناحيو کې د اهميت وړ ګڼل کېږي. منځ ته راغلی contractures د درملنې مختلفې لارې لري.

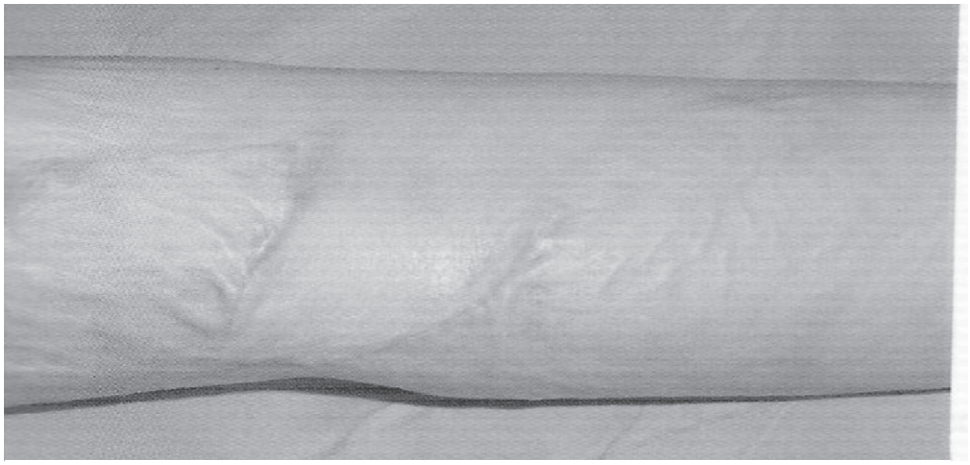
www.ketabton.com



شکل (۸-۴) (a) د پترولو د چاودنې وروسته د مخ ژوره او سطحي سوځيدنه. وړاندې د ناروغ د لیږدولو څخه د هغې هوایې لارې وژغورل شوې. ناروغ دمعدې تیوب لري او تغذیه ورته شروغ شویده. (b) مخ د hydrocolloid پانسمان پواسطه پوښل شوی، اندوتراخیل تیوب د غاښ سره وصل شویدی (c) شپږمه ورځ پرسوب لا هم موجود دی (d) د زخم څخه شپږ اونۍ وروسته: خوله په پراخه اندازه خلاصیدای شي لاندې پوښنی eyelid لاندې خواته کش شوی، د eyelid یا جفن په داخلي او خارجي لنډوالي باندې دلالت کوي. (e) دري میاشتې وروسته د ترضیض څخه: اجفان graft کړی شوي دي خو شونډه نده (f) شپږ میاشتې وروسته له سوځیدنې د ناروغ پورتنی او لاندې پوښنی شونډې ته graft اجراء شویدی.

www.ketabton.com

Burn alopecia (دسوځيدنې له امله د ويښتانو له منځه تلل) د نه سوزيدلي ويښته لرونکي پوستکي په غزيدلو سره درملنه کېږي. Tissue expansion يا د نسجي غزوني تخنيک په همدې ډول د تجريد شوې سوځيدنې (Isolated burns) او هغو سوځيدنې لپاره چې نورمال پوستکي ته نږدې وي غوره ميتود ګڼل کېږي. کله چې يو واحد band موجود وي نو Z-plasty غوره ګڼل کېږي او کچېرې نومورې باندونه(Bands) ډېر پراخه وي نو د Transposition flap طريقه ګټوره تمامېږي. شکل (۹-۴). په هغه ناحيوکې چې چارچاپيره(Circumferential) او يا ډېرې پراخې تندبي ساحې وي نو حقيقي درملنه يې د شق اجرا کول او د انساجو پواسطه د هغې عوض کول دي.



شکل (۹-۴) د مقابل لوري ټوټې نورمال پوستکي د څنګلې تندب راوستی دی

چې تر ټولو غوره نسج د replacement لپاره يا fullthickness graft او يا د ازاد flap وعايي نسج ګڼل کېږي. ځينې وختونه نومورې حالت د ځيرې شوي پوستکي د پوښښ لپاره په زړه پورې څه په لاس نه راځي خو په شوني توګه د مصنوعي(Dermis) لکه Integra TM څخه استفاده کېږي. نومورې دوه امکانات له استعمال وروسته د اوږدې مودې د تندبي نسج اهتمام ته اړتيا لري. په ډېرو تندباتوکې موجوده Hypertrophy د Pressure garments په تطبيق سره ښه والی

www.ketabton.com

مومي. دا بايد له(18-6) مياشتو پورې واغوستل شي. په هغه ناحيو کې چې د دغه فشار تطبيق مشکل وي او يا دا چې Hypertrophy کوچنۍ وي نو د silocon patches سره او همدارنګه د افت په داخل کې د steroid زرقيات د ندبې پخيدل ګړندي کوي. د سوځيدنې په تندبي ساحه کې خارښت او dermatitis معمول وي. د نورو درملنو ترڅنګ د خارښت فارموکولوژيکه درملنه ارزښتمنه برخه جوړوي.

د سوځيدنو په ځنډ سره جوړيدنه

- مخکې لدې چې Exposure keratitis رامينځ ته شي نو Eyelids بايد درملنه کړی شي
- Transposition flaps او Z-Plasty د نسجي غزونې سره يو ځای او له هغې پرته ګټور تمامېږي.
- په غټو يا مشکلو ناحيو کې full thickness graft او free flaps ممکن ضروري وي
- Hypertrophy د Pressure garments په وسيله درملنه کېږي.
- د خارښت فارموکولوژيکه درملنه مهمه ده.

د تودوخې پرته د سوځيدنې ترضيض

برښنايي ترضيضات (Electrical Injuries)

برښنايي ترضيضات عمدتاً په Low and High voltage ترضيضاتو باندې ويشل شويدي، قدمه يې 1000v ښودل شويده

برقي سوځيدنې (Electricle burns)

- تېټ ولتاژ کوچنۍ، ځايي او ژور ترضيضات مينځ ته راوړي
- دا ډول ترضيضات کولی شی په cardiac pacing کې د مداخلې په اساس دزړه توقف cardiac arrest رامنځ ته کړي پرته لدې چې د ميوکارډ مستقيم او زيات تخريب يې منځ ته راوړي وي.

www.ketabton.com

- د لوړ ولتاژ ترضيضات د flash (خارجي سوزيدنه) او conduction (داخلي سوزيدنه) له امله منځ ته راځي.
- پرته لدې چې په قلبي قدمه کې تغيرات رامينځ ته شوي وي ممکن myocardium تخريب شي.
- اطراف Limbs ممکن fasciotomies يا amputations ته اړتيا پيدا کړي.
- اسيدوزيس Acidosis او په ميتازو کې ميوګلوبين (myoglobinuria) بايد ترځارنې او درملنې لاندې ونيول شي.

د ټيټ ولتاژ ترضيضات (Low Tension Injuries)

په نومورې حالت کې کله چې برقي جريان له بدن څخه تيريږي نو دومره انرژي پکې نه وي موجوده چې د تحت الجلدې انساجو په کافي اندازه تخريب رامنځ ته کړي لکه هغه ترضيضات چې په کور کې د موجودو برقي سامان الاتو له امله مينځ ته راځي. د دې په وړاندې مقاومت ډېرزيات دی. په ګوتو کې په نورماله توګه د دخول او خروج په نقطو کې کوچنی او عميقي سوځيدنې رامينځ ته کېږي چې کېدی شي د لاندينې وتر (tendon) يا عصب (nerve) د تخريب باعث شي ولې د دخولي او خروجي نقاطو ترمنځ تخريب دومره زيات نه وي. Altering current يا AC برقي جريان د عضلي tetany باعث ګرځي نو همدا علت دی چې ناروغ اکثراً داسې حکايه کوي چې څرنګه يې نشوای کولی چې د برقي جريان تر stop کولو پورې خپل ځان له برښنايې الې څخه خلاص کړي. د AC برقي جريان څخه عمده پېښېدونکی خطر د نومورې جريان د مداخلي څخه عبارت دی کوم چې په Normal cardiac pacing باندې پې لري. چې دا کولی شي د Cardiac arrest لامل وګرځي. برقي جريان پخپل ذات کې د زړه د ميوکارد د زيات تخريب باعث نګرځي نو ځکه کچېرې د ناروغ د دوهم ځل ژوندي پاتې کېدو هڅې وشي ناروغ جوړيدای شي.

www.ketabton.com

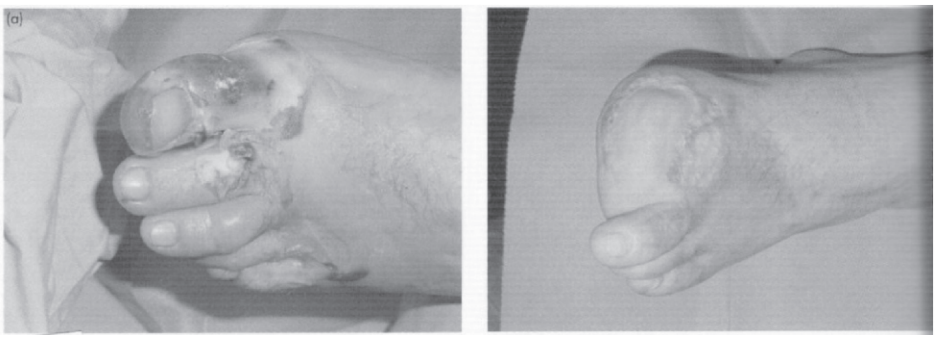
د لوړولتاژځخه مینځ ته راغلي ترضیضات (High Voltage Injuries)

د لوړ ولتاژ له امله منځ ته راغلي برښنایي ترضیضات کېدی شي چې یو د لاندې دریو منابعو څخه رامینځ ته شي: Flash (پړکه)، flame (لمبه) او پخپله د برقي جریان یا current په وسیله.

کله چې یو لوړ ولتاژ لرونکې line د ځمکې سره وصل وي نو ترینه زیاته اندازه انرژي ازادیږي. دا کېدی شي د شخص سره د تماس په نتیجه کې یو قوس جوړ کړي او flash burn رامنځ ته کړي. د هوا ډېره زیاته او بیړنی ګرمیدنه یوه چاودنه رامنځ ته کوي او اکثراً قرباني شوی شخص بلې خوا ته اچوي دلته کلیدي نقطه دا ده چې جریان مستقیما ځمکې ته تیریږي نه د شخص له لارې. د Flash له امله د ناروغ کالي سوځي او پدې ترتیب د عادي لمبې سوځیدنه رامینځ ته کوي. کله چې یو څوک د سر د پاسه د غزیدلو برښنادلینونو سره تماس وکړي نو پدې حالت کې شحص د برښنایي خط او ځمکې تر منځ د یوې میلې (Rod) په شان عمل کوي. پدې ډول ترضیضاتو کې په کافي اندازه برقي جریان موجود دی تر څو د پوستکي لاندې انساج او عضلات تخریب کړي. د دخول او خروج نقطې تخریب کېږي او تر ټولو مهم دا چې د دغو نقاطو تر منځ ټول د پوستکي لاندې پراته انساج په زیاته اندازه تخریب مومي او کېدی شي چې دا ډېر وخیم ترضیضات وي. په زیانمن طرف کې عضلي تخریب کېدی شي په ډېره بیړه سره فشاري سندروم compartment syndrome رامینځ ته کړي. د میو ګلوبین myoglobins ازادیدل کولی شي چې په میتیازو کې میوګلوبین (myoglobinuria) رامنځ ته کړي او دا د Renal dysfunction باغث وګرځي. نو پدې اساس د دې ډول ناروغانو د دوهم ځلي ژوندي پاتې کېدلو په جریان کې باید هڅه وکړی شي ترڅو د ناروغ urine output په هر kg وزن، په یو ساعت کې د (2ml max) په اندازه وساتل شي. په غټو برښنایې سوځیدنو کې severe acidosis عمومیت لري نو پدې اساس د Bicarbonate کتلوي دوز ته اړتیا لیدل کېږي. نوموړي ناروغان په همدې توګه د میوکارډ دتخریب سره د مستقیم تاثیر له امله مخامخ دي نه دا چې په cardiac pacing کې د مداخلې په اساس چې دا په ECG کې د

www.ketabton.com

مهمو تغيراتو او همدارنګه په cardiac enzyme کې د تغيراتو باعث ګرځي. کچېرې تخريب زيات وي نو دا په ډېره بيړه سره دزړه عدم کفايه (Heart failure) منځ ته راوړي. که طرف يا limb په وخيمه توګه ترضيض موندلی وي نو د طرف ابتدايي قطع کول (primary amputation) تر ټولو اغيزمنه لاره ګڼل کېږي.



شکل (۹-۴)

(a) د لوړ فشار د ترضيض خروجي زخم، د مړې غټې ګوتې او د دويمې ګوتې د انسي برخې سره يو ځای

(b) Amputation او د دويمې ګوتې د وحشي برخې په وسيله پوښل

کېمياوي ترضيضات (Chemical Injuries)

له 70000 زيات بيلا بيل کېمياوي مواد موجود دي چې په کارخانو کې په منظمه توګه استعماليږي. ځينې وختونه دا د سوځيدنې باعث ګرځي. د کېمياوي سوځيدنې ترضيضات دوه ډوله تغيرات مينځ ته راوړي. لومړی د پوستکي فزيکي تخريب دی او دويم هغه تسمم چې د سېستميک جذب له امله مينځ ته راځي. د هرې کېمياوي سوځيدنې لومړی تدبير د اوبو په وسيله د هغې وينځل دي. يوازې يو کم شمير داسې کېمياوي مواد شته چې د هغې لپاره په اوبو سره وينځل ښه نه دي د مثال په توګه Phosphorus کوم چې د فوځي وسايلو يو جز ګڼل کېږي همدارنګه سوډيم چې د ځينو لابراتواري چاودنو په نتيجه کې توليديږي. دغه مواد بايد په فزيکي توګه د forceps په وسيله ليرې کړی شي، ولې د دې ډول پيښو سره طبي کارکوونکې په خپل ژوند کې په ډېره کمه اندازه مخامخ کېږي. تر ټولو معمول

www.ketabton.com

ترضيضات يې د تيزابونو يا القلي ګانو له امله مينځ ته راځي. القلي اکثراً ډېر تخريب منځ ته راوړي او په ځانګړي توګه هغه مهال ډېره خطرناکه وي کله چې د سترګو سره په تماس کې راشي. وروسته له وينځلو څخه د تدبير نيولودوهمه برخه دا ده چې کېمياوي ماده معلومه کړی شي، غلظت يې تعين اوپدې باندې پوهه حاصله شي چې که چېرې دغه ماده بدن ته په سېستميک ډول داخله شي نو څه خطر به رامينځ ته کړي. يو اسيد چې د تيزابي سوځيدنو معمول لامل دی عبارت دی له hydrofluoric acid څخه. کومې سوځيدنې چې ګوتې زيانمنوي او د رقيقو اسيدونو په وسيله منځ ته راځي نسبتاً معمولې دي. ابتدايي اهتمام يې د calcium gluconate gel دی چې په موضعي توګه تطبيق کېږي. ولې وخيمې او غټې سوځيدنې د Beir`s blocks په وسيله چې Calcium gluconate 10% Gel په ځان کې لري درملنه کېږي. کچېرې ناروغ د50% څخه د زيات غلظت لرونکو اسيدو پواسطه سوځيدلی وي نو د hypocalcemia او د هغې په تعقيب د arrythemia لوړ خطرات موجود دي چې دا د مقدم acute excision استطباب ته اجازه ورکوي. د hydrofluoric اسيد په سوځيدنو کې Skin graft بايد ژر نه بلکه لږ څه په ځنډ سره اجراکړی شي.

کېمياوي سوځيدنې

- تخريب د کېمياوي موادو او تسمم له امله منځ ته راځي
- د اوبو په وسيله lavage په زياترو واقعاتو کې مرسته کوي
- بايد کېمياوي ماده وپيژندل شی او د جذب خطرونه يې وپلټل شی

چارج لرونکې تشعشعي ترضيض (Ionizing Radiation Injury)

دا ډول ترضيضات کولی شو په ډلو باندې وويشو چې دا پدې پورې اړه لري چې ايا د شعاع سره ټول بدن او که دبدن يوه برخه مخامخ وه. د موضعي تشعشعي تخريب اهتمام اکثراً محاظه کارانه يا Conservative وي دا ترهغې چې د ترضيض حقيقي پراختيا معلومه شي. ممکن دا ترضيض د يوې قرحې باعث شي چې دا بيا excision او د وعايي نسج پوښښ ته اړتيا پيدا کوي. که چېرې ټول بدن د شعاع سره مخامخ

www.ketabton.com

شي نو دا يو زيات شمير اعراض منځ ته راوړي. د شعاع Dose ممکن وژونکی يا وژونکی نه وي. کله چې د ناروغ ټول بدن د تشعشع سره مخامخ شوی وي او د پوستکې د حاد desquamation څخه رنج وړي نو دا د lethal dose سره مخامخ دی، کوم چې ورو او ناخوښه مړينه رامنځ ته کوي. Non lethal doses يو شمير سېستميک تاثيرات لکه د gut mucosa او immune dysfunction مينځ ته راوړي. د ايوډين د تابليتونو د ورکولو څخه برسيره د نوموړيو ترضيضاتو تدبيرونه تقويوې بڼه لري.

د شعاع په واسطه سوځيدنې

- موضعي سوځيدنې تقرحات منځ ته راوړي چې excision ته اړتيا لري او د وعايې flap په وسيله بايد پوښ شي
- Systemic overdose تقويوي درملنې ته اړتيا لري.

ساړه ترضيضات (**Cold Injuries**)

د ساړه ترضيضات په اساسي توګه په دوه ډوله دي: حاد ساړه ترضيضات acute cold injuries چې د کارخانو د تصادماتو او frost bite له امله مينځ ته راځي.

د مايع نايتروجن او داسې نورو مايعاتو سره مخامخ کېدل د epidermal او dermal تخريباتو باعث ګرځي

انساج دسړو ترضيضاتو cold injuries په وړاندې نسبت ګرمو ترضيضاتو ته زيات مقاوم دي او التهابي عکس العمل هم دومره زيات نه وي. دا چې د سوځيدنې د ژوروالي موندنه مشکله ده نو د مقدمي عملياتي مداخلې تصميم مشکل کار دی. Frost bite injuries په ساړه موسم کې اطراف اخته کوي. ابتدايې درملنه يې په 42c سانتي ګراد حرارت وينځلو سره د زيانمنې خوا rewarming يا بياګرمونه ده.ساړه ترضيضات دکوچنيو اوعيو متأخره تخريب مينځ ته راوړي چې د cardiac reperfusion په شان ده. د ژوروالي موندل يې مشکل کار دی او جراحي يې په

www.ketabton.com

تدبيرونوکې رول نلري او تدبيرونه يېconservative دي. تر څو چې د ترضيض سرحد واضح اوښکاره نه شي.

د ساړه ترضيضات (**Cold injuries**)

- د تخريب موندنه مشکله ده او د سوځيدنې په نسبت ورو سير لري
- Acute frostbite بيړنی بيا ګرموني ته اړتيا لري نه دا چې انتظار وکړی شي
- د ترضيض د سرحد د تعينولو پورې عمليات بايد ونه کړی شي

لنډيز

په سوځيدلي ناروغانو کې د سوځيدنی د سبب او د سوزيدلې ناحيې د سطحې او عمق پيژندل ډير ضروري دي. چې د هغه په اساس د مايعاتو ورکړه او د درملنې وروستي تدبيرونو نيول د ناروغانو ژوند د مرګ څخه ساتي.

په سوزيدلو ناروغانو کې د هوايي لارو، سږو ترضيضات او متابوليک تسمم چې د Co په وجه رامنځ ته کيږي بايد په وخت ورته تدابير ونيول شي. همدا ډول د انشاق ترضيضات هم بايد تشخيص کړی شي. په روغتون کې د سوزيدلي ناروغانو سره د مخامخ کيدو په صورت کې بايد د ABC د تداوي معياري پروتوکول څخه ګټه پورته شي. د برښنايي او کيمياوي سوځيدنې په پتوفزيولوژي پوهيدل هم ډير ضرور دي.

پوښتنې

1. سوځېدنه تعريف کړی؟
2. د سوځېدنې اسباب وليکی؟
3. سوځېدنه نظر ژور والي ته څو درجې ده؟
4. په سوځيدنه کې د Wallace Law يا د نهو قانون روښانه کړی؟

www.ketabton.com

5. د سوځيدنو ويش نظر د جوړيدو وخت ته څه ډول دی؟
6. د کلينيک له مخې د سوځيدنې د ارزولو ښه Index چې د امريکا د سوځيدنې ټولنې لخوا ترسيم شوی کوم دی؟
7. د سوځيدنې پتوفزيولوژي روښانه کړی؟
8. د سوځيدنې کلينيکي موندنې څه شی دي؟
9. د سوځيدلو ناروغانو د Reanimation لپاره د فارکلند فارمول توضيح کړی؟
10. د سون اختلاطاتو نومونه واخلی؟
11. تبرد تعريف کړی؟
12. هغه عوامل چې د تبرد لپاره زمينه مساعدوي کوم دي؟
13. د لومړی درجی تبرد اعراض او علايم کوم دي؟
14. د تبرد فزيوپتالوژي روښانه کړی؟
15. اولي کومکونه چې په تبرد کې ترسره کيږي کوم دي؟
16. کيمياوي سوځيدنې تعريف کړی؟
17. د کيمياوي سوځيدنو فزيو پتالوژي روښانه کړی؟
18. د شعاعي سوځيدنو په سير کې کوم مراحل ليدل کيږي؟
19. هغه افات چې عموماً د برق د جريان پواسطه په بدن کې رامينځ ته کيږي کوم خواص لري؟
20. په بدن باندې د برق جريان څه وړ اغيزه لري روښانه يې کړی؟
21. په سوځيدنه کې کوم ارګان ته زيات زيان رسيږي؟

A: ينه B: سږي C: توری D: پوستکی

22. په لومړی درجه سوځيدنه کې د ناروغ؟

A: اپيدرم تخريب کيږي B: درم تخريب کيږي

www.ketabton.com

C: هيپو درم تخريب کيږي. D: ټول سم دي.

23. هر هغه څوک چې په يوه بنده فضاء کې سوځيدلی وي بايد:؟

A: وينه ورته تطبيق شي. B: اکسيجن ورته تطبيق شي.

C: مايعات ورته تطبيق شي. D: ټول غلط دي.

24. په کوم ډول سوځيدنه کې ټول درم تخريب کيږي:؟

A: لومړی درجه کې. B: دوهمه درجه کې.

C: دوهمه درجه partial thickness burn

D: دوهمه درجه full thickness burn

25. په کيمياوي سوځيدنه کې کوم ډول تغيرات رامنځ ته کيږي:؟

A: د پوستکي تغيرات. B: سېستميک تغيرات.

C: دواړه د پوستکي تغيرات او سېستميک تغيرات.

D: دری واړه درست دي.

26. د سوځيدنې عمومي تصنيف بندي عبارت ده له:؟

A: د ژور والي په اساس. B: د پراخوالي په اساس.

C: د ژور والي او پراخوالي په اساس. D: ټول غلط دي.

27. په سوزيدلي ناروغانو کي د (۹) په قانون کې عجان څو فيصده دی:؟

A: لس فيصده. B: شل فيصده. C: يو فيصد. D: پنځه فيصده.

28. په سوځيدنه کې کولمې د کوم مکانيزم په اساس زيانمنې کيږي:؟

A: انتان. B: سوځيدنه. C: اسکيميا. D: ټول غلط.

29. د صدر يا سينې سوځيدلی ناروغ کله چې په ښه ډول تنفس نه شي کولای ناروغ ته بايد:؟

A: chest tube تطبيق شي. B: escharectomy بايد ترسره شي.

www.ketabton.com

C: thoracocentisis باید تر سره شي. D: ټول سم دي.

30. په سوزیدلي ناروغ کې د (۹) د قانون په اساس د لاس ورغوی څو فیصده دی:؟

A: یو فیصد ده. B: لس فیصده ده.

C: شل فیصده ده. D: پنځه فیصده ده.

31. سوځیدنه عبارت ده له:؟

A: د حرارت پواسطه ترضیض.

B: د کیمیاوي موادو په واسطه ترضیض.

C: دواړه سم دي. D: دواړه ناسم دي.

32. د هوایې لارو سوځیدنه په کوم میکانیزم د تنفسي اعراضو سبب کیږي:؟

A: د پرسوب په اساس. B: A سم دی.

C: دواړه غلط دي. D: هیڅ یو.

33. د بشپړ پندوالي سوځیدنې عبارت دي له:؟

A: تقرني طبقه سوځي. B: Epidermis سوځي.

C: ټول dermis او epidermis سوځي. D: یوائي dermis سوځي.

34. د برق د جریان څخه ترضیض په لاندې ډول دی:؟

A: مستقیم سول. B: په Cardiac pacing باندې اثر.

C: A سم دي. D: هم مستقیم اثر او هم د Cardiac Pacing سره مداخله.

35. کچیري ناروغ د 50% څخه د زیات غلظت لرونکي تیزاب پواسطه سوځیدلی وي نو مهم خطر عبارت دی له:؟

A: hypocalcemia, arrhythmia B: hypoxia

C: دواړه سم دي. D: هیڅ یو.

www.ketabton.com

مأخذونه Referenc

1. چراغ، چراغعلی جراحی عمومی طبع سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه تهران شماره انتشار ۸۴۶ سال ۱۳۸۱ صفحات (۳۲۲-۳۴۰).
2. امر خیل، نجیب الله اساسات جراحی پوهنتون طبی کابل www.kmu.edu.af مطبعه شهر کابل افغانستان (۱۳۹۰) صفحات (۱۵۱-۱۷۷).
3. Alden H.Harkman MD et al (2004) surgical secret fourth edition p. 192-200.
4. NORMAN S. WILLIAMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE & P. RONANA O'CONNELL (2008) Baily & love's Short Practice of surgery. P 378-373.
5. Dogar, Abdul wahab (2008) General surgery 3rd edition p. 76-83, 49-56.Marvasti Ahmad Atext book of general surgery 5th edition 1997 p. 69-73.
6. Memon, Farhad Hussain (2012) Short test book of surgery 1st editon p.99-109.
7. Sriram Bhat M. (2009) SRB'S Manual of Surgery 3rd edition p.106 117.
8. Schwartz's Principles of Surgery 8th edition 2005 p.78-99.
9. Traves D, Crabtree, MD (2000) General surgery P.163-184.

www.ketabton.com

پنځم څپرکی
ماتیدنې او بېځایه کېدنې
(Fractures and Dislocations)

کسر:د هډوکي له ماتیدو څخه عبارت دي یا په بل عبارت د هډوکې د امتداد له منځه تللو ته وایي چې د هډوکي د elasticity معیار څخه د لوړې قوې په واسطه منځ ته راځي.

کسرونه په عمومي ډول په دوه ډوله دي۱: لوڅ کسرونه۲: ترلي کسرونه

لوڅ کسرونه (**open Fracture**): عبارت له هغه کسرو څخه دي چې د هډوکي ماته شوي برخه د یوه زخم په واسطه د پوستکي د لارې له بهرنۍ هوا سره ارتباط پیدا کړی وي او په دې قسم کسرونو کې مکروبونه په اساني سره د پوستکي د لارې د هډوکي ماتې شوي برخې ته داخلیږي. چې کله کله هډوکې دتیرو پارچو له امله د پوستکې بهر را ووځي او خلاص کسر رامنځ ته کوي.[۱،۲،۵]

ترلي کسرونه (**closed Fracture**): عبارت دې له هغه کسرونو څخه دي چې د هډوکي مات شوی قسمت د بهرنۍ هوا سره ارتباط نه شي نیولی. یعنې پدې صورت کې پوستکي نه وي ځیرې شوی او سالم وي.

کسري خط: په یوه کسر کې خط کېدای شي مستعرض، منحرف اویا خلزوني وي چې د دې اصطلاحاتو په واسطه هغه زاویې چې کسري خط یې د هډوکي له اوږده مخور سره جوړوي تعریف او تشریح کېږي.

مستعرض کسرونه (**Transversalis Fracture**): د مستقیمې ضربې په واسطه رامنځ ته کېږي او د ارجاع وروسته ثابت پاتې کېږي.

مایل کسرونه (**oblique Fracture**): دا هم د مستقیمې ضربې په واسطه منځ ته راځي خو غیرثابت وي.

www.ketabton.com

خلزوني کسرونه (**Spiral Fracture**): دا د غيرې مستقيمې ضربې په واسطه منځ ته راځي او د پښې يا تنې د شديد تدور له امله رامنځ ته کېږي او کسري خط يې هم مارپيچلی وي او غيرې ثابت وي.

پارچه پارچه يې کسرونه (**Comminuted**): دلته مسکوره پارچې درې او يا زياتې وي چې د مستقيمې او يا غيرې مستقيمې ضربې په واسطه منځ ته راځي. البته مسکوره پارچې غيرې ثابتې وي او په دې قسم کسرونو کې دوه ياڅو کسري خطونه موجود وي چې يو له بل سره نژدې واقع شوي.

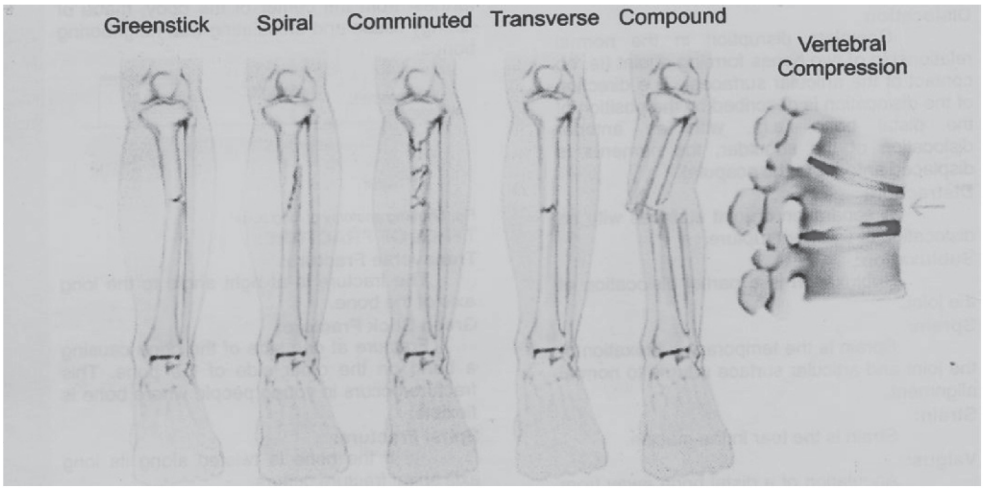
Segmenatal Fracture: هغه کسرته ويل کېږي چې دوه کسري خطونه لري او دا کسرى خطونه د يو بل څخه ليرې واقع وي. يعنې د دوو کسري خطو تر منځ د هډوکې يوه لويه پارچه موجوده وي.

د لمدې لښتې کسر (**Green stick Fracture**): دا يو قسم ناتام کسر وي او په عمومي صورت سره په ماشومانو کې ليدل کېږي او دلته د هډوکي يو طرف ماتيږي او بل طرف يې نه ماتيږي بلکه قاتيږي. لکه لمده لښته چې قات شي يو طرف يې مات او بل طرف يې سالم وي نوځکه ورته د لمدې لښتې کسرونه وايي.

Avulsion: هغه قسم کسر ته ويل کېږي چې په هغه کې يوه وړه ټوټه د هغه رباط په واسطه چې په همدې هډوکي باندې يې ارتکاز کړى وي څکول کېږي او له خپل طبيعي ځاى څخه ليرې کېږي. (۳،۴،۲)

Impacted Fracture: دا هغه قسم کسر دى چې په هغه کې يوه مسکوره پارچه په بله کښې داخله شوي وي چې عموماً د جسم قشري قسمت په Cancellons قسمت کې داخل کېږي يعنې په Metaphysis يا Eipiphysis کې.

www.ketabton.com



شکل (۵-۱)[۱]

پتالوژیک کسرونه: دا هغه ډول کسرونه دي چې په یوه مرضي هډوکي کې یې صورت نیولی وي یعنې دلته هډوکی د هغه مرض په واسطه چې په اخته دی فوق العاده ضعیف شوی وي چې د ډېرې لږې قوې په واسطه او کله کله بیا پخپله هم کسر رامنځ ته کېږي. په عمومي صورت سره انتانات او تومورونه د پتالوژکو کسرونو لامل کېږي. کچېرې پتالوژیک کسرونه د تومورونو په واسطه رامنځ ته شوي وي نو د کسر دپیښیدو په ځای کې باید د هډوکې څخه د درست تشخیص لپاره بیوپسي هم واخېستل شي. البته د پتالوژیکو کسرونو درملنه او انذار د اختلاطاتو سره یو ځای وي. په یو شمیر زیاتو حالاتو کې پتالوژیک کسرونه منځ ته راځي لکه:

- ولادي انومالي ګانې لکه: Neurofibrometous او osteogenesis imperfect.
- د هډوکي استقلابي ناروغي لکه هیپر پار اتایرودیزم، د paget's ناروغي، osteomalacia، osteophorosis او نور.
- االتهابي ناروغي: لکه حاد او مزمن اوستیومیالیت، Rheumetoid. arthrits.
- Neuromuscular ناروغي لکه poliomyelitis، myelodysplasia.

www.ketabton.com

- خبيث او سليم او مورونه.

Epiphyseal separation: د Epiphysis د جدا کېدو څخه عبارت دی او دا حادثه هغه وخت صورت نيسي چې کسري خط په Epiphyseal plate کې واقع وي.

غيرثابت کسرونه (**unstable fracture**): عبارت له هغه کسرونو څخه دي چې د ټرلې ارجاع کېدو وروسته دوباره بې ځايه کېږي. په عمومي صورت سره oblique کسرونه چې له ډېرو وخيمو تخريباتو سره يو ځای وي دا قسم کسرونه تشکېلوي خو دلته درخوه اقسامو تخريب ډېر زيات دی چې د عضلاتو د تقلص په اساس مسکوره پارچې يو له بل څخه تيريږي.

ثابت کسرونه(**stable fracture**): دا هغه کسرونه دي چې مسکوره پارچې د بسته ارجاع وروسته نه بېځايه کېږي عموماً مستعرض کسرونه چې پکې د رخوه اقسامو تخريب نه وي نو ورته stable کسرونه وايي.

همدا ډول د موقعيت يا ځای په ځای کېدوله نظره کسرونه کېدای شي په epiphysid، metaphysid او يا diaphysis کې رامنځ ته شي.

د کسرونو د رامنځ ته کېدو ميحانيکېت

Tubular bone: اوږده هډوکي د مستقيمې او غيرې مستقيمې قوې په واسطه په کسر اخته کېږي مثلاً د tibia هډوکی چې د موتر د پمپر سره مستقيما په تماس کې راځي په کسر اخته کېږي او يا هغه کسان چې په اس سپارلي کوي د تنې د شديدو قاتيدوله امله چې ساق ثابت وي قصبه په غيرې مستقيم ډول په کسر اخته کېږي. د مستقيمې ضربې په واسطه کوم کسرونه چې منځ ته راځي وړې وړې اويا څو پارچې لري نو کله ورته communited fracture ويل کېږي. د غيرې مستقيمې ضربې په واسطه کسري خطونه مايل او يا مارپيچې ډوله وي او کله کله دا ضربه د هډوکې دقاتيدو سبب ګرځي اود مستعرضو او يا مايلو کسرو لامل ګرځي.

د **cancellous bone** کسرونه: اسفنجي هډوکي هم د فشار او يا کشش په واسطه په کسر اخته کېږي. د فشاري کسرونو ډول په هغه کسانو کې رامنځ ته کېږي چې د ارتفاعاتو څخه رالويږي کله چې يو سړي د ارتفاع څخه په پښو راوليږي نود

www.ketabton.com

پښې د تلې فشاري قوه د ملا تير ته ليږديږي او د فقراتو د جسم د کسر سبب ګرځي او فشاري کسرونه په هغه اسفنجي هډوکو کې مينځ ته راځي چې د رباط د زيات کشش له امله چې په نوموړي هډوکي يې ارتکاز کړی دی رامنځ ته کېږي مثلاً د انسيmaleol درباط د شديد کشش په واسطه کوم کسر چې په نوموړی maleol کې رامينځ ته ته کېږي مسکوره پارچې د رباط په واسطه راکش او جدا کېږي او همدا ډول د مټ دعضلاتواو وترو د شديد تقلص له امله د olecranone کسر چې د triceps د عضلې دتقلص په وجه منځ ته راځي او يا د pattela کسر چې دquadriceps عضلې د شديد تقلص له امله رامنځ ته کېږي. همدا ډول کسرونه د بمونو د انفجار، راکت، مرميو، حنجر او ترافيکي پيښو د ارتفاعاتوځخه د رالويدلوله امله هم منځ ته راتللی شي.

د کسرونو پتالوژي: کسرونه کېدای شي بدون لدې څخه چې رخوه اقسامو او انساجو ته صدمه ورسيږي منځ ته راشي او يا کېدای شي څو پارچه يې وي او د مجاورو انساجو او رخوه انساجو د تخريب سره يو ځای وي. البته د رخوه انساجو تخريبات هم متفاوت دي چې دا د حادثې په ډول پورې تړاو لري او د کسر د شدت په اساس لاندې حالات رامنځ ته کولای شي. د رخوه اقسامو کنتوزيون، د رګونو او اعصابو تخريبات، که چېرته خونريزي زياته وي ممکن ناروغ په هيپو واليميک شاک کې قرار ولري. د خلاصو کسرونو په صورت کې بهرنۍ خونريزي(External hemorrhage) او د بسته کسرونو په صورت کې داخلي خونريزي (inter hemorrhage) د انساجو په داخل کې هيماتوما او يا د جوفو نو دننه کې لکه هيموتو راکس، هيموپيريتونيت او د کوپړي په داخل کې اپي دورال، سب دورال او انتراسريبرال هيماتوماګاني ورځېنې رامنځ ته کېدای شي. نوموړي هيماتوماګاني د هډوکي په ترميم کې بعضاً رول بازي کولای شي. کله کله د هډوکې د کسرونو له امله د هيپووالميک شاک څخه د مخه دترس له امله ناروغ لمړی په Neurogenic شاک کې قرار لري چې په دې صورت کې د vasomotor تشوشاتو له امله محيطي اوعيې توسع کوي، دناروغ رنګ تښتيدلی وي او فشارېې ټيټ وي. د څو دقيقو وروسته که

www.ketabton.com

چېرته زياته وينه بهيدنه نه وي موجوده ممکن ناروغ بهبودي حاصله کړي. په مکسوره ناحيه کې درخوه اقسامود تخريباتو په اساس ممکن عضلي سپازم تاءسس وکړي. برسيره پردې موضعي حساسيت، پړسوب، اوددندوداجراکولو بې وسي رامنځ ته کېږي. څوساعته وروسته التهابي عکس العمل پيلېږي اودمکسوره ساحې پهDistal قسمت کې درګونو او لمفاوي سېستم دبندش په اساس اذيماءمنځ ته راځي. کچېرته کسر تثبيت نه شي او طرف پورته ونه ساتل شي نو پړسوب نوره هم زياتېږي او د اعراضو دو خامت لامل ګرځي البته د کسر له امله د طرف او يا ناحيې سوی شکل فرق کوي او هم دا ډول دوظيفې له منځه تلل هم توپير کوي. په اوږدو هډوکو کې نسبت پلنو هډوکې ته سوی شکل او د طرف د وظيفې له منځه تلل بارزوي. کچېرې په مکسوره ناحيه کې عصب قطع شوي وي اول په مسکوره ناحيه کې يو عصبي عکس العمل منځ ته راځي او د هغه په اساس عصبي وظايف محتل کېږي او په نتيجه کې يې دطرف ر خوه انساج د څو دقيقو لپاره د درد احساس نه کوي چې په نوم د local shock يادېږي.

د **Callus** تشکل: دا چې پوهيږو د هستولوژي له مخې کسر د يوه ژوندي جسم د منضم نسج له ماتيدو څخه عبارت دی. چې بيا د حجراتو د نشونما او نوي منضم نسج د پيدا کېدو په اثر بيرته ترميمېږي. البته نومورې ترميم د هستولوژي له مخې په دريو مختلفو مرحلو کې صورت نيسي يا په بل عبارت د ماتو هډوکو تعظم يا جوش خورل د هستولوژي له مخې په درو صفحو کې رامنځ ته کېږي.

لمړۍ مرحله (**Celluar union**): د هډوکي له ماتيدو وروسته په مسکوره ساحه کې نزف او هيماتوما تاسس کوي. چې وروسته ميز انشيمال حجرې او Capillaries ورو ورو په نومورې هيماتوما کې نشونما کوي. البته دا ميز انشيمال حجرې د مسکوره ناحيې د هيماتوما په شاوخواکې د دې په اساس چې اروايې بنه ده په اوستيوبلاست حجرو بدليږي. مګر د هيماتوم په مرکزي برخه کې چې اروايې خرابه اولږده دا د ميزانشيمال حجرې د کاندروبلاست حجرې منځ ته راوړي. د

www.ketabton.com

سريري له نظره په دې مرحله کې د کسر په ناحيه کې آزاد حرکات موجود وي. چې دا حرکات د کسر له شفا او تعظم څخه مخ نيوی کوي.

دوهمه مرحله (**Union by Callus**): دا چې مخکې مو وويل د وينې د جريان په واسطه مسکوره ساحې ته ميزانشيمل حجرې رارسيږي چې داحجرې وروسته له تکثر او نشونما څخه نظر دهغې په موضعي محيط سره بيا د اوستيوبلاست او کاندروبلاست حجرو د جوړيدولامل ګرځي. چې اوستيوبلاست حجرات عظمي نسج يا هډوکي او د کاندروبلاست حجرې عضروف تشکيل کوي چې د دوو مسکوره نهاياتو تر منځ جوړيږي اود Callus په نوم يادېږي چې د دوه مسکوره نهاياتو تر منځ د يوه پله حيثيت لري. د سريري نظره په دې مرحله کې په مسکوره ساحه کې حرکات کميږي البته د حرکاتو د کموالي او معدوميت اندازه د Callus د پراخوالي په اندازې پورې تړاو لري. د کالوس د تشکل د پيل څخه د مسکوره ساحې د حرکاتو د کميدو باعث ګرځي او ورځ په ورځ کميږي تر څو کامل له منځه ولاړوي. البته د ځانګړو حرکتونو په واسطه د کالوس تشکل په مسکوره ساحه کې د ډاکتر لخوا ټاکل کېږي. که په مسکوره ساحه کې بالکل حرکتونه موجود نه وو نو د clinical union په نامه يادېږي. کله چېclinical union په مسکوره ساحه کې تشکل وکړو نو مسکوره طرف ته ناروغ بدون له ميزابې يا پلېسترڅخه حرکت ورکوي او ښوروي پې،خو د وزن د پورته کولو ، اود طرف داستعمال له پاره مساعد نه وي او ناروغ حق نلري په هغه طرف د خپل وجود وزن واچوي.

دريمه مرحله (**union by bone**): دا چې پوهيږو چېcallus يو خام هډوکي دی چې مسکوره پارچې يا نهايات کلک نيسي آما ترڅو چې په پاخه يا Mature هډوکي تبديل نه شي قوي نه وي. چې دکالوس دتشکل څخه وروسته وروورو پهMature lamellar هډوکي بدليږي.

دسريري له نظره ددريمې مرحلې په پای کې دX-Ray پواسطه Bony Union ليدل کېدی شي چې په دې وخت کې د هډوکي مقاومت طبعيي حالت ته رسيږي او ناروغ کولای شي د وجودوزن په مسکوره طرف باندې واچوي. د اوږدوهډوکو په کسرو

www.ketabton.com

کې په دری اونیو کې Cellular union او په دوه یا دری میاشتو کې callus او په ظرف د شپږو میاشتو کې bony union صورت نیسي. البته د کالوس تشکل د ناروغ په عمر، د مسکوره پارچو تر منځ مسافې، په مسکوره پارچو کې حرکات، د مسکوره ناحیو اروا او انتاناتو په اساس کمیدای او یا زیاتېدای شي.

د کسرونو د تعظم یا جوش خوړلو په وخت کې باید لاندې ټکي په نظر کې ونیسو:

- د لاندینیو اطرافو کسرونه د جوش خوړلو لپاره نسبت د پورتنیو اطرافو کسرونو ته دوه چنده وخت ته ضرورت لري تر څو callus تشکل وکړي.
- کاهل اشخاص دماشومانو په پرتله د کسر د تعظم لپاره دوه چنده وخت ته ضرورت لري.
- معلق او ټوټې ټوټې کسرونه معمولا ډېر وروسته union کوي.
- هیڅ کسرهم د درو اونیو څخه په کم وخت کې تعظم نه کوي.

د مثال په ډول په ماشومانو کې د tibia په کسرکې په درو اونیو کې تعظم صورت نیسي چې په لویانو کې عین کسر په درو میاشتو کې تعظم کوي.

Rate of Fracture unione:د کسرونو په تعظم یا جوش خوړلو کې د ناروغ عمر، د مسکوره ساحې اروا، د مسکوره پارچو په منځ کې درخوه اقسامو ننوتل، د مسکوره ټوټو بېځایه توب او د ناروغ بنیه رول لري.

سریري اعراض: ناروغ په تاریخچه کې د ترضیض څخه خبرې کوي (پرته د stress fracture اوپتالوژیکو کسرونو)، د ترضیض وروسته ځایي دردچې متوسط یا زیات شدت لري رامنځ ته کېږي. مسکوره ناحیه حساسه وي او وروسته له څو ساعتو پرسوب کوي او یو ضربه شوي حالت ظاهر وي. د دې څخه برسیره د وظیفې نه اجراکول په مارف طرف کې منځ ته راځي چې د یوه جزیي وظیفوي عدم اقتدارڅخه تر تام پورې توپیر کوي. د مسکوره ناحیې د پارچو دبېځایه کېدو په صورت کې یوو صفي سوی شکل هم لیدل کېږي. کله چې مسکوره ناحیې ته د لاس په مرسته حرکات ورکړو نو پکې Crepitation جس کېږي. هیڅکله هم باید د دې

www.ketabton.com

علايمو په لټه کې نه شوو ځکه چې حرکات د شديد درد، د مجاورو انساجو د تخريب او درګونو او اعصابو د تخريباتو او زخمي کېدو لامل ګرځي او شديدې وينې بهيدنې هم رامنځ ته کوي.

راديو ګرافي: د کسر د ښه تشخيص لپاره راديوګرافي اجرا کېږي او کسر په ښه ډول پرې تشخيص کېږي او د کسر ډول مورږ ته په ګوته کوي. البته بايد ټول هډوکې او نږدې مفصل بايد په ايکسرې کې راشي تر څو پرې ښه تشخيص وضع کړو او په دوه پلانه قدامي خلفي(PA) او جانبي(lat)وضعيت باندې بايد اجرا شي. په بعضې مواردو کې په oblique پوزيشن هم اجرا کېږي لکه د ارنج د مفصل او mandibula په افاتو کې اوس مهال د ساده ايکسرې ځای ديجيتال (Digital) ايکسرې نيولی چې ډېرې واضح وي او د کسرونو او دهډوکو دافاتو ښه تشخيص پرې اجرا کېدای شي.

نه تعظم او د تعظم تاخر (**delayed union and non union**): د کسرونو نه تعظم او د تعظم تاءخر د کسرونو د اختلاطاتو په صورت کې منځ ته راځي لاکن دا چې د کسرونو د تعظم سره ارتباط لري دلته تري بحث کوؤ.

د جوش خوړلو ځنډ (**delayed union**): دلته تعظم په ټاکلي وخت کې صورت نه نيسي او په ځنډ سره تعظم ر امنځ ته کېږي لدې کبله درملنه يعني تثبيت ته بايد دوام ورکړل شي کچېرې تثبيت يا immobilization ته توقف ورکړل شي نو په دې صورت کې د تعظم تاخر په نه تعظم باندې بدليږي.

نه جوش خوړل (**non union**): د نه تعظم معنا داده چې تعظم توقف وکړي يا په بل عبارت دلته له سره کوم حجروي فعاليت وجود نه لري چې د تعظم لامل شي. نو په دې صورت کې کسر که کالونه هم تثبيت شي هيڅ فايده نلري او تعظم صورت نه نيسي. کچېرې د تعظم په اوله او دوهمه مرحله کې ډېر زيات حرکتونه موجود وي ډېرځله په مسکوره نهاياتو کې عضروفي نسج پيدا کېږي. چې د هغه په نتيجه کې کاذب (درواغجن) مفصل (pseudo arthrosis) جوړيږي. يعني دلته د دې په عوض چې په مسکوره نهاياتو کې Callus تشکل وکړي يو کاذب مفصل جوړيږي. چې په

www.ketabton.com

دي صورت کې تعظم يوازې اويوازې د عملياتو او هډوکي د پيوندتراجرا وروسته په مسکوره ساحه کې منځ ته راځي او بس.

د جوش خوړلو دځنډ څخه مخ نيوی (preventionof delayed union)

د هغه فکتورونو له منځه وړل چې د تعظم د تاءخر لامل ګرځي نو ورته د تعظم د تاءخر څخه وقايه ويل کېږي. په دې صورت کې طبيبان کولای شي چې دا فکتورونه له منځه يوسي. په دې جمله کې د کلسيم او ويټامينونو مقدار چندان اهميت نلري. په عمومي صورت سره بايد طبيبان دا لاندې فکتورونه په نظر کې ولري تر څو د تعظم د تاخر څخه مخ نيوی شوی وي.

هغه فکتورونه چې د هډوکي د تعظم د تاءخر لامل ګرځي:

1. Compound fractures
2. لومړني وخيم زخمونه
3. د مسکوره برخې منتن کېدل
4. د رخوه اقسامو داخېليدل د کسر ناحيې ته
5. د ناحيې خرابه اروا
6. د کسر ناکافي تبيثت
7. د بدن عمومي ناروغي
8. پتالوژيک کسرونه
9. هغه کسرونه چې proximal او distal نهايات يې يو تر بله ليرې وي.

د جوشنه خوړلو دځنډ تشخيص او درملنه: کله چې کسر په خپل ټاکلي وخت جوش ونه خوري بايد ډاکتر د تعظم تاءخر په نظر کې ونيسي او د هغه فکتورونو په لټه کې شي چې ولې Callus تشکل ونه کړو. د مثال په ډول د ورانه هډوکی که په درو ميا شتو کې جوش نه کوي نو بايد ډاکتر د هغه د لامل په لټه کې شي او د طرف تبيثت ته تر هغه د وام ورکړي تر څو تعظم صورت ونيسي.

د نه تعظم تشخيص او درملنه (Diagnosis and treatreat of non union):

کچېرې شپږ ميا شتې وروسته له کسر څخه درد ، حرکت، او وظيفوي بې کفايتي په

www.ketabton.com

مسکوره طرف کې و لیدل شي امکان لري non union موجود وي. چې د قطعي تشخیص لپاره د X-Ray اجرا کول اړین دي. که چېرې تعظم صورت نه وي نیولی او د مسکوره پارچو تر منځ مسافه موجوده وي او هم په مسکوره نهایاتو کې کثافت زیات شوی وي. تر قطعي تشخیص وروسته درملنه یې د جراحي عملیات او عظمي پیوند دی.

د کسرونو اختلاطات: کېدای شي د ااختلاطات موضعي یا عمومي وي. همدا ډول کېدای شي فورا په لومړني او یا موءخر ډول رامنځ ته شي.

بیړني اختلاطات (**immediate complication**): دا اختلاطات ځایي او په بیړه د کسر سره رامنځ ته کېږي او عبارت دي له: د پوستکي د زخمونو، د لویورګونوزخمونه، د اعصابو او نحاع شوکي جرحې چې پکې عضلات هم تخریب کېږي او همدا ډول د لومړني ترضیض وروسته د بطن د احشاوو د سینې دا حشاوو او د دماغو د انساجو تخریبات او یا د کسرونو د ټوټو په واسطه په نوموړو اعضاوو کې داتخریبات رامنځ ته کېږي. په دې مرحله کې عمومي اختلاطات عبارت دي له hypovoleamic shock څخه چې د وینې بهیدنې له امله او یا د crush syndrome په واسطه منځ ته راځي. چې کله کله بدون لدې چې کسر موجود وي هم منځ ته راتللی شي.

د کسرونو لومړني اختلاطات (**Early Complication**): نوموړي اختلاطات یا په موضعي ډول او یا په لیرې فاصله د کسر د ناحیې څخه لیدل کېږي او په لاندې ډول دي.

الف: **Local Complication**: دا اختلاطات عبارت دي له د پوستکي له نکروز او ګانګرین، volkman's ischemia، ګازګانګرین، وریدي ترومبوز، حشوي اختلاطات، مفصلي انتانات او اوستیومیالیت څخه دي.

ب: په فاصله اختلاطات: دا اختلاطات عبارت دي له شحمي امبولي، ریوي امبولي، pneumonitis، او تیتانوس.

www.ketabton.com

د کسرونو وروستي اختلاطات: دا اختلاطات د غلطې درملنه او يا د ناروغ د نه پاملرنې له امله د ډاکتر د هدايت په مطابق رامنځ ته کېږي. البته د کسرونو د درملنې وروسته په موږخر ډول د مفاصلو د شخ کېدو او د حرکاتو دمحدوديت، osteoarthritis، mal union او يا معيوبه Callus، Deleyed union، non union، د نشونما تشو شات، اوستيوميالیت، دوباره کسرونه، osteophorosis چې د طرف څخه د نه ګټې اخېستنې له امله رامنځ ته کېږي د نه حرکتونوله امله د طرف مړاويتوب او اتروفي، همدا ډول د نورو اختلاطاتو په جمله کېmyositis، د اوتارو التهابات او د اعصابو د حسيت کميدل (Nerve palsy) منځ ته راځي.

د کسرونو تشخيص: ديوې درستې تاريخچې، اعراض اوعلايموا راديولوژيکو علايمو له امله چې ورڅخه مو يا دونه وکړه صورت نيسي. د کسر د تشخيص په ايښودلو کې پر تاريخچه برسيره په فزيکي معاينه کې بايد د تشخيص لپاره د ځانګړې پاملرنې څخه کار واخېستل شي. سره لدې هم د کسر د ښه تشخيص، درستې درملنې او انذارو لپاره بايد لاندې ټکې له پامه ونه غورځول شي:

- درسته تاريخچه او د کسر دلامل پيژندنه
- اياکسر لوڅ دی، بسته دی، مغلق دی او که ساده
- دمات شوي هډوکي د موقعيت دقيقه موندنه
- د کسري خط د نوعيت معلومول
- د سمدستي اختلاطاتو موندنه لکه د رګونو جروحات، د اعصابو او احشاوو ترضيضات
- د کسر دډول پيژندل او بېځايه شوي مسکوره ټوټې

د کسرونو درملنه: د کسرونو په درملنه کې مهم او اساسي ټکی مخکې لدې چې د کسر په درملنه پيل وکړو. بايد د ناروغ خارجي وينه بهيدنه او همدا ډول نوره مترافقه افات په بطن، سينه او يا کوپړۍ کې يې که ولري اوناروغ د shock په حالت کې وي بايد پيدا کړو اوبايد ژر د شاک د درملنې تدبيرونه ونيول شي او تنفسي

www.ketabton.com

لارې بايد خلاصې وساتل شي او دهغې سره يوځای بايد دکسردرملنه په لاندې ډول پيل کړو.

د کسرونو درملنه: د کسرونو درملنه په دوه ډوله ده:

الف: عمومي درملنه ب: موضعي درملنه

د کسرونو عمومي درملنه

الف: د درد درملنه: په ټولو کسرونوکې درد موجود وي چې بايد د انلجزيک څخه په ګټه اخېستنه او يا د splint په اينبودو له منځه وړل کېږي.

ب: د وينې د ضايع درملنه: په ټولو کسرونو کې د وينې ضايع کېدل موجود وي خو په لويو کسرونو کې لکه د حوصلې، اوږدو هډوکو، او فقراتو کې نسبتأد وينې ضايع کېدل زيات وي چې بايد تعويض کړی شي.

ج: د کسرونو سره د مترافقه جرحو درملنه: کسرونه عموما د نورو جروحاتو سره مترافق رامنځ ته کېږي مثلاً د حوصلې د کسرونو سره مترافق د مثانې او احليل زخمونه، کله کله کسرونه د رګونو او اعصابو د جرحو سره يوځای وي چې بايد تر تشخيص وروسته تداوي او د جراحي مداخله پکې اجرا شي.

د: د تيتانوس انتي توکسين او انتي بيوتيکو توصيه: ټول هغه کسرونه چې د پوستکي د جروحاتو سره يو ځای وي او يا پيچلي کسرونه وي بايد پکې د تيتانوس ضد واکسين تطبيق شي او همدا ډول د پراخه اغيزه لرونکو انتي بيوتيکونو څخه د staphylococ aureas پر ضدکار واخېستل شي او يوه اونۍ بايد پاېښت ورکړی شي.

د کسرونو موضعي درملنه

دلته بايد د کسرونو د درملنې دری پربنسيپونه په نظر کې ونيسو !

- د کسرونو ارجاع (reduction)
- د کسرونو تثبيت (Imobilitation)
- د رخوه اقسامو درملنه (treatreat of soft tissus)

www.ketabton.com

ارجاع: د ماتوټوټوخپل اناتو ميک حالت را وړلوته د کسربيرته راګرځيدل ويل کېږي او د کسر بد شکل بايد له منځه يووړل شي. کچېرته پارچې بېځايه نه وي او سوي شکل موجود نه وي نو په دې حالت کې ارجاع ته ضرورت نشته. د کسرونو ارجاع په عمومي ډول په دوه ډوله ده ترڅې ارجاع (closed reduction)، خلاصه ارجاع (open reduction).

ترڅې ارجاع (**closed reduction**): په دې صورت کې پرته له انيستيزي اويا د انيستيزي لاندې په بسته ډول ما نورې او کش کونه اجرا کېږي او يا هم traction اچول کېږي تر څو کسر خپل اناتوميک موقعيت ته راوستل شي او سوی شکل له منځه يووړل شي چې د هډوکي تربسته ارجاع وروسته بايد د ناروغ ماوف طرف يا مسکوره ساحه تثبيت شي يعنې په ميزابه کې يا سرکولار پلېستر کې او يا پکې د تراکشن څخه د تثبيت لپاره ګټه اخېستل کېږي.

لوڅه ارجاع (**open reduction**): کله چې د بسته متود څخه په ګټه اخېستنه مسکوره پارچې ارجاع نه شوې او يا دا چې بيرته بېځايه شوې (un stabile). نو په دې صورت کې جراح مجبور دی چې د يوې وازې جراحي مداخلې له لارې په خلاص ډول د کسر ارجاع اجرا کړي او بيا دداخلي تثبيت (internal fixation) پواسطه پخپل اناتوميک موقعيت کې کلک مخکم کېږي. کله کله د جراحي د خلاص متود په حالت کې انتانات مداخله کوي او د هډوکي د تعظم د تاخر لامل ګرځي. کله کله د ساحې د اروا د خرابيدو لامل ګرځي چې دا هم د تعظم د تاءخراويا non-union لامل کېږي. البته د دې متود فايده عبارت ده له دې چې ناروغ د دوامداره تراکشن څخه بچ کېږي، د ناروغ طرف ضمور نه کوي او همدا ډول د سوی شکل څخه مخ نيوی کېږي اوطرف درست تثبيت کېږي. همداډول د ناروغ د پاتې کېدو موده په روغتون کې راکموي اوژر په حرکت پيل کوي. که چېرې خلاص کسرونه موجود وي. دلته بايد جراحان د خاصي تو جه څخه برخمند وي ځکه چې په دي صورت کې اقسام رخوه په تخريباتو اخته وي او د ساحې اروا هم د تخريباتو له امله خرابه او انتانات دپوستکي د خلاصې جرحې د لارې په اسانۍ ساحې ته داخليدای شي. نو بايد جراح

www.ketabton.com

ګان د ښو اسيپسي او انتي اسيپسي شرايطو څخه په ګټه اخېستنه يو ښه لومړني پاکول (Debridmant) اجرا کړي او بيا د هډوکي بيځايه شوې پارچې ارجاع کړي او د تثبيت دمتودونو څخه کار واخلي. بايد يادونه وکړو چې برسيره له پيوژنيک مکروبونو څخه anaerobe مکروبونه هم په نوموړې ساحه کې په فعاليت اوډ برښت پيل کولای شي چې دا انتانات د يو تعدا اختلاطاتو لامل ګرځي لکه:

- د هډوکي د تعظم تاخر (delayed union)
- د هډوکي نه تعظم (non union)
- د مفاصلو شخي (joint stiffness)
- مزمن او ستيوميالیت
- Clostridial infection يا ګاز ګانګرين

د خلاصو کسرونو د درملنې په صورت کې جراح ګان بايد پوستکی کلک ونه ګڼي تر څو په مسکوره ساحه د فشار لامل وګرځي او د ګڼډلو په صورت کې بايد جراح ډاډه وي چې جرحه پاکه ده او په دې صورت کې جراح بايد کوښښ وکړي. چې هډوکی او عضاريف درخوه اقسامو او يا پوستکي په واسطه پټ کړي کچېرې پوستکی کم وي او بسنه نه کوي بايد د پوستکي د پيوند (relaxing incision) څخه ګټه پورته کړو. د جراحي د عملياتو په جريان کې بايد د ساحې اروا خرابه نکړو يعنې periost او cortex بايد جدا نه شي او همدا ډول په لومړني صورت سره د محيطي اعصابو او تارو د ګڼډلو څخه بايد خود داري وکړو. د کسرونو د درملنې په صورت کې لکه د femur د trochanter په کسرونو کې چې تر درو مياشتو بايد د spica په پلېستر کې طرف تثبيت کېږي اوپدې صورت کې دعميقو وريدو دترومبوز، شحمي امبوليو، ريوي امبولي، او هيپوستاتيک نومونې او دبستر دزخم داختلاطاتو په اړه خصوصا په زړو اشخاصو کې بايد درست تدبيرونه ونيول شي اوس مهال د دې لپاره چې ناروغ ژر پورته شي اود اختلاطاتو مخه ونيول شي نو د internal او external fixation څخه ګټه پورته کېږي. ترڅوناروغان ژر پورته شي او په حرکت پيل وکړي. همدارنګه دخلاصو کسرونه په صورت کې بايد اول زخم

www.ketabton.com

پاک او پريمينځل شي او دجراحي درست تطهير بايد اجرا شي او په ساحه کې ټول مړه انساج قطع اواجنبي اجسام ليرې شي او بيا هډوکی دداخلي تثبيت په طريقه تثبيت شي. کچېرې دميتاستاتيکونوروغيو له امله هډوکي په کسر اخته وي نو ژر طرف پلېستر او ناروغ کورته رخصت کړي ځکه چې ناروغ دلږ عمر لرونکی دی او دژوندي پاتې کېدو چانس يې کم دی. دهډوکي دخلاصو عملياتو په صورت کې د هډوکي مړې پارچې بايد ايسته شي او دلزوم په صورت کې دې د فلزاتو د پيوند څخه ګټه پورته شي.

خلع يا بېځايه کېدل (Dislocation)

دمفصل په برخه کې ديوه هډوکې بې ځايه کېدل دبل هډوکي څخه خلع بلل کېږي. خلع ديو يا څو اربطواو يا د مفصل دځيرې کېدو سره يو ځای وي. کله کله چې اربطي سستي وي ممکن پرته له دې چې اربطې او کپسول ځيرې شي خلع منځ ته را شي. په اکثرو خالاتو کې دخلعې په وخت کې دمفصل په خذا کې هډوکي هم دخلعې درامنځ ته کېدو سره ماتيږي.

نيمه خلع يا Sub Dislocation

دمفصل په خذا کې دليرې هډوکي قسمي بې ځايه کېدو ته نيمه خلع ويل کېږي يا په بل عبارت کچېرې Distalهډوکي د Proximal هډوکي څخه قدام، خلف او يا جوانبو ته په تام ډول بې ځايه کېږي ورته خلع ويل کېږي اوکه په قسمي ډول بې ځايه کېږي نو ورته نيمه خلع يا Sub D islocation ويل کېږي.

دسريري له نظره خلع په مختلفو شکلو ليدل کېږي لکه حاده خلع (Acute Dislocation)، رجعي خلع (Recurent Dislocation) زړه خلع (Old Dislocation) او يا پتالوژيک خلع (Pathologic Dislocation).

www.ketabton.com

دلاملونو پوهه

د دې لپاره چې خلع رامنځ ته شي نو يوه کافي قوه ضروري ده ترڅو يو هډوکي د بل هډوکي څخه د مفصل په خذا کې په خلع اخته کړي او دخلعي دارجاع لپاره هم يوې مناسبې قوي ته ضرورت دي تر څو خلع ارجاع کړو.

داوږي بند نسبت نورو بندونه زيات په خلع اخته کېږي. دا چې داوږي په بند کې دعضد راس دهميش لپاره د acetabulom په جوف کې دقدام، او انسي خواته د حرکت په حال کې وي او دا حالت هغه وخت منځ ته رادرومي چې داوږي بند دتبعد په حالت کې يو شديد قدامي حرکت وکړي يعنې د خلعي لامل ګرځي. همدا ډول دارنج د مفصل خلع کله چې په لاس لويږو او پداسې ډول چې اوږه ثابته وي منځ ته رادرومي. خرقفي فخذي مفصل په ندرت سره په خلع اخته کېږي او کله چې په ورون باندې يوه شديده صدمه واريدږي منځ ته رادرومي لکه دموترپه تصادم کې. همدا ډول د Patela هډوکي دترضيضاتو له املې ډېر په جانبي خلعو باندې مصاب کېږي.

پتولوژي: کله چې يو مفصل خلع کېږي نو دوې مفصلي سطحې چې په طبيعي حالت کې يو دبل په مقابل کې قرار لري د خپل ځای څخه غير نورمال حالت غوره کوي او ديو او بل په مقابل کېد قرار حالت دلاسه ورکوي. د دې لپاره چې خلع واقع شي بايد يوه کافي قوه په مفصل وارده شي چې د دې قوې پواسطه دمفصل اربطې څېرې کېږي کچېرې اربطې په کامل ډول څيري کېږي نو دا خلعې په اسانۍ سره ارجاع کېږي او بيرته بيا خلع کېږي. خوکچېرې اربطي په کامل ډول نه وي څيري نود دې خلعې ارجاع مشکله وي او په اسانۍ سره نه ارجاع کېږي. په همدې ډول دخلعې سره يو ځای دمفصل محفظه او دسينوويال غشا هم کله کله څيري او پرې کېږي او دمفصل دداخلي خونريزۍ لامل ګرځي او دمفصل په جوف کې وينه تويږي او د Hemoarthrosis لامل ګرځي. په مفصل کې دوينې تويدوله املې په مفصل کې فشار زياتېږي او په مفصل کې دشديددردسبب ګرځي. ځينې وختونه وترونه او يا اربطې ددوو مفصلي سطحو په منځ کې قرار لري چې په نوم دinterposition يادېږي. چې دا حادثه د بيا پر ځای کېدلو لپاره يوخنډ جوړوي چې پداسې

www.ketabton.com

حالتونوکې باید دجراحي دمداخلې پواسطه نومورې اربطې لیرې او بیا ارجاع صورت نیسي اوبدون لدې څخه ارجاع ناشوني ده.

اعراض او علایم: دخلعې اعراض اوعلایم دکسرونو او دمفصلي sprain سره زیات مشابه دي هغه کسرونه چې دمفصلو په سطحو کې دخلعې سره منځ ته راځي دهغې اعراض او علایم دخلعې سره ډېر مشابهت لري ځکه چې په دواړو حالاتو کې درد، پړسوب، او دوظیفي له منځه تلل موجودوي. مفصلي sprainچې دډېر کشیدوله امله یا دتاو خوړلو پواسطه او دمفاصلو د الیافواو اربطو دقسمي قطع کېدو سره یو ځای رامنځ ته کېږي نو پدې صورت کې بد شکل او دوظیفې له منځه تلل نسبت خلعي ته ډېر حفیف وي.

تشخیص: ددرستې تاریخچې، اعراضو او علایمو او رادیولوژیک معایناتو پواسطه اجراکېږي. رادیو ګرافي دبیځایه کېدو دنوعیت په تعین کولوکې کمک کوي خصوصاکچېرته دخلعې سره کسر موجودوي، مورډ ته معلومات راکوي. دخلعې دارجاع وروسته هم رادیوګرافي اجراکېږي تر څو په ارجاع مطمین شووچې درسته ارجاع مو کړیده. په همدې ډول دخرقفي فخذي مفصل داستحالوي او دوراني تعیراتو مشاهده کولولپاره چې معمولا یوه هفته یا یوه میاشت وروسته منځ ته راځي باید رادیوګرافي اجرا شي.

دخلعې درملنه: دخلعې دواقع کېدو وروسته درملنه پیل کېږي او دا دخلعې دارجاع او تثبیت څخه عبارت ده. په همدې ډول دارجاع دقوې په وخت کې دمفصل په ساحه کې داعصابو اواوعیو درملنه په نظر کې ونیسو. کچېرې دفزیکي معایني په وخت کې رګونه او اعصاب ماووف وي نو دخلعې دارجاع کېدو په وخت کې باید ورته جدي پاملرنه وشي. البته دموضعي او یا عمومي انیستیزي لاندې په بسته متود چې پکې تراکشن اوخاصي مانورې شاملې دي ارجاع صورت نیسي. درجعې خلعې په صورت کې باید دجراحي د عملیاتو پواسطه خلاصه مداخله صورت ونیسي خلع ارجاع او وترونه لیرې اویا تثبیت او مفصل بیا ترل کېږي او دپلېستر پواسطه تر معیني مودې طرف تثبیت کېږي او دinterposition په صورت کې چې

www.ketabton.com

وتر دمفصل په سطحه کې واقع وي او دارجاع دمنع کېدو لامل ګرځي بايد دجراحي دمداخلې له لارې وايستل شي ترڅو درسته ارجاع وشي.

انذار: کچېرې دخلعې د واقع کېدوورسته مو ژر ارجاع اجرا کړه او تر يوې مودې مو درست تثبيت اوخارنه وکړه نو انذار به مو ښه وي اوبې غير د دې څخه کېداى شي خلع دوباره نکس وکړي او يا په مفاصلو کې درد ، او د حرکت محدوديت او يا د استحالوي تغيراتو لامل وګرځي. چې دا ښه انذار نه دي او دطرف دوظيفې د له منځه تللولامل ګرځي.

لنډيز

د هډوکي ماتيدنې او د هغوى د ډولونو پيژندل او د هډوکي ولادي التهابي او استقلابي ناروغۍ او همدا ډول د عضلي او عصبي تغيراتو رامنځ ته کيدل او هغوى ته توجه ډير مهم دي چې بايد تشخيص او په وخت يې درملنه وشي. همدا ډول د هډوکي سليم او حبيث تومورونه بايد سره توپيري تشخيص کړى شي.

د کسرونو د رامنځ ته کيدو د ميخانيکيت پيژندل، د کسر تشخيص او درملنه (تثبيت کول، ترلې ارجاع صرف په پلېستری بنداژ کې او يا هم لوڅه ارجاع د داخلي او خارجي تثبيت په وسيله د کسر تداوي صورت نيسي).

د ښه تنظيم لپاره بايد طرف ښه تثبيت شي او که چيرې رخوه اقسام په ماتو ساحو کې ننوتي وي بايد ورڅخه ليرې شي ترڅو د تعظم د تاخر لامل ونه ګرځي. د تعظم د نه جوړيدو او کاذب مفصل د رامنځ ته کيدو په صورت کې بايد د جراحي لازم تدابير انتخاب شي.

د کسرونو د تشخيص لپاره درسته تاريخچه، اعراض او علايم او راديولوژيکي موندنې په تشخيص کې او د هغې ارجاع او تثبيت کول او په بعضې مکررو حلعو کې د عملياتي مداخلو اجرا کول اړين وي.

www.ketabton.com

پوښتنې

1. Avulsion او green stick fracture څه ته وايي؟
2. هغه فکتورونه چې د تعظم د تاخر لامل ګرځي کوم دي؟
3. خلع تعريف او اساسي درملنه يې څه ده؟
4. کسر تعريف او عمومي اعراض او علايم يې څه دي؟
5. د کسر په موضعي درملنه کې کوم دری پرنسيپونه بايد په پام کې ونيول شي؟
6. په عمومي ډول کسرونه په څو ډوله دي:؟

A: واز کسرونه. B: ترلي کسرونه.

C: واز او ترلي کسرونه. D: ټول غلط دي.

7. هغه کسر چې دوه کسري خطونه ولري او نومورې کسري خطونه يو له بل څخه په ليرې فاصله کې وي عبارت له:؟

A: Spiral Fracture B: Oblique Fracture

C: Transverse Fracture D: Segmented Facture

8. کوم يو د لاندې فکتورونو څخه د تعظم د تاخر سبب نه ګرځي:؟

A: د مکسوره ناحيې منتن کيدل. B: د ناحيې خرابه اروا.

C: د کسر ناکافي تثبيت. D: د ناروغ ښه تغذيه.

9. که چيرې د کسر څخه شپږ مياشتې وروسته په مکسوره طرف کې درد ، حرکت او وظيفوي بې کفايتي وليدل شي:؟

A: په unionدلالت کوي. B: په non unionدلالت کوي.

C: په delayed unionدلالت کوي. D: ټول غلط دي.

www.ketabton.com

10. کوم یو د کسر ابتدايي اختلاط دی:؟

A: وريدي ترومبوز. B: په unionدلالت کوي.

C: په non unionدلالت کوي. D : په delayed unionدلالت کوي.

11. کومه یوه د کسر د موضعي تداوی څخه عبارت نه ده:؟

A: د کسرونو ارجاع. B: د کسرونو تثبیت.

C: د رخوه اقسامو تخریب. D: دناروغ عمومي وضیعت ښه کول.

12. د یوه مفصل په حذا کې د یوه هډوکي بې ځایه کیدل د بل هډوکي څخه عبارت له:؟

A: کسر څخه ده. B: خلع څخه ده.

C: پرسوب څخه ده. D: ټول غلط دي.

13. که چیرې په یوه مفصل کې په متکرر ډول خلع منځ ته راشي عبارت له:؟

A: حاد خلع. B: زړه خلع. C: رجعي خلع. D: پتالوژیکه خلع.

14. د بدن په ټولو بندونو کې کوم یو زیات خلع کیږي:؟

A: د زنګون بند. B: د څنګلې بند. C: د قدم بند. D: د اوږې بند.

15. د کسر په فاصله اختلاط عبارت له:؟

A: شخمي امبولي څخه ده. B: ریوې امبولي څخه ده.

C: pneumonitis. D: Volkmann's ischemia.

16. پتالوژیک کسر څه ته وایي:؟

A: په کوچنیانو کې وي. B: په ښځو کې وي.

C: په ناروغ هډوکي کې وي. D: هیڅ یو.

www.ketabton.com

17. هغه فکتورونه چې د هډوکو د تعظم د تاخر لامل ګرځي:؟

A: پتالوژیک کسر. B: ښه اروا C: په کسر کې انتان. D: A او C سم دي.

18. د هډوکي د ماتو ټوټو خپل اناتومیک موقعیت ته راوستل:؟

A: ترمیم. B: ارجاع. C: تثبیت. D: هیڅ یو.

19. خلع عبارت ده له:؟

A: د هډوکي د امتداد قطع کیدل.

B: د مفصل په ساحه کې د هډوکو د نومال موقعیت تغیر خوړل.

C: A او B سم دي. D: B سم دی.

20. د خلع اساسي درملنه:؟

A: انتي بیوتیک او انالجزیک. B: تثبیت او ارجاع.

C: A سم دی. D: هیڅ یو.

مأخذونه Reference

1. چراغ، چراغعلی جراحی عمومی طبع سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه تهران شماره انتشار ۸۴۲ سال ۱۳۸۱ صفحات (۳۵۵-۳۷۵).
2. یعقوبی، شیرزاد اساسات جراحی دانش کتاب خانه دهکی نعلبندی بازار قصه خوانی پشاور سرطان ۱۳۸۱ صفحات (۲۴۴-۲۴۷).
3. Andrew, T. Raftery (2001) Surgery 2nd edition. p.353-430.
4. Andreoli GriGGs et al (2004) Musculo skeletal and connective tissue disease p. 3-18.
5. Dogar Dogar, Abdul wahab (2008) General surgery 3rd edition p. 76-83, 49-56.Marvasti Ahmad Atext book of general surgery 5th edition 1997 p. 1-19.
6. Memon, Farhad Hussain (2012) Short test book of surgery 1st editon p. 246-254.

www.ketabton.com

شپږم څپرکی

تومورونه (Tumors)

د حجراتو غیر نارمل او غیر طبعي جوړښت اوډ برښت ته تومور ویل کېږي. یا په بل عبارت په طبعي حالت کې ټول حجرات یو ډول تنظیم شوي او تر کنترول لاندې تکثر کوي. خو یو تعداد عوامل او فکتورونه دي چې دغه د حجراتو کنترول شوی حالت په غیر کنترول او غیر طبعي حالت بدلوي او په نتیجه کې تومور یا neoplasm منځ ته راځي. داسې یې هم تعریف کولای شو د حجراتو نوی او پخپل سرنشو نما ده چې وظیفوي اغیزمنتیانلري. د تومور اصطلاح د حجروي نوې نشونما لپاره استعمالیږي او دا اصطلاح باید د حجرې د التهابي پرسوبونو او یاد اعضاوو د هایپر تروفي لپاره استعمال نه شي. (۱.۲.۷)

تومورونه په عمومي ډول په دوه ډوله دي سلیم او خبیث. خو د نسجي منشا له امله ممکن واحد او یاد مختلفو انساجو څخه منشا واخلي (mixed tumors).

اسباب

د تومورونو اسباب په دقیق ډول معلوم نه دي او تر اوسه پدې باندې څیړنې راونې دي او څیړونکي هڅه کوي تر څو د دې لامل معلوم کړي خو د تومور دواړه ډوله د حجراتو د اضافي تکثر له امله مینځ ته راځي اوپدې ځای کې دوه میکانیزمونه موجود دي:

کله چې تومور منځ ته رادرومي نوپدې صورت کې هغه عوامل او فکتورونه چې د حجراتو د غیر طبعي تکثر او نشونما مانع ګرځي په عدم کفایه اخته کېږي اویا دا چې د حجراتو تنبه دحد ته زیاته ده چې هغه عوامل چې دهغه څخه مخنیوی وکړي نه شي کولای چې د هغه د تنبه مخه ونیسي. (۵.۴.۳)

A. دهغه عواملو عدم کفایه چې د حجروي تکثر مخه نیسي (tumors suppressers)

B. دحجروي تکثر د تنبه زیاتوالی (tumors inducer)

البته پدې هکله زیاتې لیکنې شوي دي خودلته لازمه نه ده چې زیات پرې و لیکو.

www.ketabton.com

هغه عوامل چې په نیوپلازم کې تغیرات راولي په جدول کې واضح شوي دي:

Example	Class
Retinoblastoma, familial adenomatous	Genetic
Polyposis	Environment
Gastric cancer in Japan	Chemical
Mesothelioma (asbestosis) ,lung	Viral
cancer (nicotine)	Irradiation
Burkittis lymphoma(epstie barr virus) (Malignant melanoma (ultra violet rays) (Urothelial carcinomacalculi)	Chronic irritation

برسیره پردې هغه ناروغان چې پکې ایمیونولوژیک ګډوډی موجود وي هم کانسر ته مساعد دي، غذایي موادلکه د زیاتو الکولو استعمال د هضمي سیستم د کانسرلامل ګرځي پداسې حال کې چې د هغو میوه جاتو څخه ګټه اخیستنه چې د carotene څخه غني وي د دې کانسر واقعات راکموي. سلیم تومورونه مجاور انساج په وروسره تر حملې لاندې نیسي برخلاف خبیث تومورونه په بیړه سره مجاور انساج او اعضاوې تر تهاجم لاندې راولي او پدې صورت کې د میتاستاز لامل ګرځي. د ینې سیروز بعضې وخت د ینې په کانسرتحول کوي چې د ینې د حجراتو د دوباره نشونما له امله چې په سیروز اخته ده په وجود راځي ځکه چې دا ډول ینې د regeneration لپاره مساعدې دي او دینې لومړنی کانسر رامنځ ته کولای شي.

همدا ډول مزمنې قرحې او یا تندبات (Marjolin ulcer) په squamus cell carcinoma باندې بدلیږي په همدې ترتیب د تندبي انساجو په scar کې fibrosarcoma منځ ته راځي، ویروسونه د حجراتو د نمود تعادل د برهم کولو لامل ګرځي او دا د حجراتو nucleus instability په یو تعداد تومورونو بدلیږي.

wart(kaposis sarcoma, burkitts lymphoma) چې د ویروسي تومورونو یوه نبه بیلګه ده او دلته مسول ویروس human papiloma virus دی.

www.ketabton.com

د تومورونو په بحث کې دیو تعداد اصطلاحاتو یادونه ضروري ده چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کوو ![1.8]

Hypertrophy:د یوې عضوې د حجم زیاتوالی بدون لدې چې د حجراتو تعداد زیات شي.

Hyperplasia: د یوې عضوې د حجم زیاتوالی د هغې د حجراتو د زیاتوالي په اساس.

Metaplasia: په epitheliumکې چې تومور ورڅخه سرچېنه اخلي تغیرات رامنځ ته کېږي. لکه د مثانې transitional epithelium تغیر په squamus epithelium باندې او یا د کېسه صفرا columnar epithelium تحول په squamus باندې او یاهم د معدي استوانیي اپیتیل gastric columnar epithelium تغیر په intestinal epithelial pattern باندې.

Anaplasia: تومور داسې حجرات تولیدوي چې هغه د هماغه حجراتو سره شباهت لري چې ورڅخه یې منشا اخستې ده اما د نسجي نشونما د سرعت له امله دا مشابهت کم څرګندوي او دا تغیرات دanaplastic بدلونو په نوم یادیږي

Teratoma: کچېرې یو تومور د رشیمي ژوند ددري واړو طبقو (ectoderm, mesoderm,endoderm) څخه منشا اخستي وي نو teratoma ورته ویل کېږي چې د ویښتانو، نوکانو، عضلي او غدوي انساجولرونکې وي یو غیر معمول ډول یې عبارت دي له sacrococcygeal teratoma څخه،چې د fetus in fetu په حیث په نظر کې نیول کېږي

Blastoma: پدې صورت کې تومور صرف د یوې رشیمي طبقې څخه منشا اخلي اود blastoma په نوم یادیږي.

Dermoid cyst: دغه اصطلاح د هغه کېست لپاره کارول کېږي چې دsquamous epithelium د یوې طبقې پواسطه پوښل شوي وي او د بدن په مختلفو برخو کې پیدا کېږي

www.ketabton.com

Sub cutanous cyst د superfecial squamous يوې طبقې پواسطه پوښل شوي او د epidermoid cyst په نوم مسمی دي

Differentiation: د حجروي ساختمانونو دمشابه والي د درجې په اساس چې تومور يې د مورني انساجو اویاد هغه انساجو سره چې منشأيې ځينې اخستي ده په well differentiated، poorly diffrentiated او moderately deffrintieted ډولونو تقسيم شويده.

Teratomatous dermoid: په تخمدانونو، خصيو، د پريتوان په خلف کې، دمنصف په علوي کې او presacral areaکې په وجود راځي او خبيثه carcinomatousيا sarcomatous تحولات پکې منځ ته راځي.

Innocent or benign tumor: اکثره د کپسول په داخل کې وي او انتشار نکوي او د مکمل ليرې کولو (complete excision) وروسته دوباره نه پيداکېږي د هغه اعراض او خطرات مربوط وي د هغه په حجم ,موقعيت او فشار پورې چې په مجاور انساجويې راوړي.

يو تعداد سليم تومورونه چې هورمونونه توليدوي په عضويت کې د فزيولوژيکو تغيراتو لامل ګرځي

Malignant tumors: د يو خبيث تومور خواص عبارت دي له:

1. د تومور انتشار او د مجاورو انساجو اشغالول.
2. د حجرو pleomorphism (حجرات مختلفې اندازې او مختلف شکلونه لري).
3. ګړندی نشونما.
4. د د وينې او لمف له لارې د عضويت نورو برخو ته خپريږي.
5. د وزن دلاسه ورکول يا ډنګرتوب.

په لومړنی مرحله کې نږدې انساجو ته انتشار او د هغې اشغال کول د خباثت يوه مهمه علامه ده. د تومورونو په تصنيف کې صرف د سليم او خبيث اصطلاحات کفايت نکوي يو تعداد نور تومورونه بين البيني خاصيت لري چې د دريم ګروپ په حيث پيژندل شوي دي. دا تومورونه عبارت دي له د قصباتو adenoma، carcinoid

www.ketabton.com

tumors، د لعابيه غدواتو mixed تومورونه، basal cell carcinoma او نوررانغاړي. د دې ګروپ ځانګړنه داده چې ځانګړې خپريدنه لري مګر د لمف اودوران له لارې لږ خپريږي.

د سليم تومورونو ډولونه:

Adenoma: اډينوما د افرازي غدواتوڅخه منشا اخلي او دهغه ساختمان د مورني انساجو مشابه او لرونکې د کپسول دي. کله کله هورمون افرازکوي چې په بدن کې د ميتابوليکي تغيراتو لامل ګرځي په يو تعداد اډينوما ګانو کې د فيبروز نسج زيات وجود لري لکه د ثديfibro adenoma.

د پانقراص او تايرايډ غدواتو تومورونه cystic استحاله کوي. هغه تومورونه چې د سطحي مخاطي غدواتو څخه منشا اخلي لکې لرونکې (pseudo inoculation) وي لکه د رکتم polyposis.

Papilloma: اکثره زنب (لکې) لرونکې وي اود villous دبرجستګي په شکل څرګندږي چې د منضم نسج، دويني درګونو او لمفاوي انساجويو مرکز ي محور جوړوي. د هغه سطحه د اپيتيل پواسطه پوښل شوي ده. چې د تومور د موقعيت په اساس د تومور په داخل کې د لمفاوي اودموي اوعيو او منضم نسج موجوديت توپير لري او د هغوی سطحه د اپتيل نسج پواسطه پټه وي او نظر په موقعيت مختلف تومورونه (columnar, transitional, squamous او cuboidal) موجود وي.

دpapilloma سطحه کيداې شي زيږه او ناپاکه وي او د يوتعداد زياتواوبې شميره villous processڅخه جوړه شوي وي. لکه د مثانې او رکتم تومورونه. پدې صورت کې تومور د خبيثو تومورنو سره ورته والی لري. د پښتورګوpapilloma په هر عمر کې منځ ته راتللی شي او د ناروغ عمده شکايت د يوې کتلي موجوديت دي. کله کله دترضيضاتو له امله تومور ازيمايي او سور رنګ پيداکوي او تقرحي کږي او دالتهاب اعراض او علايم پيداکوي د تومور اوږدوالی د يوې اوږدې لکې، کوچنۍ لکې او حتی پرته له ساقې او هموارتومورپورې توپير کوي.

www.ketabton.com

د papilloma معمول ځايونه پوستکی، ژبه، شونډې، vocal cord، ستونی، کولون، رکتوم، پښتورګي، او مثانه ده. او د کېښت ځايونه (حصوصا تيونه او تخمدانونه) دي. کله کله د papilloma سطحه ډېره سخته وي او په نوم د Horny-papilloma سره يادېږي.

Fibroma: حقيقي Fibroma د fibrous انساجو څخه جوړه شوي ده. اکثراً فيبروما د نورو Mesodermal انساجو سره لکه عضله (Fibromyoma)، شحم (fibrolipoma) او دعصب پوش (neuro fibroma) په شکل مرکبه موجوده وي. تومورونه په ګڼ شمير هم منځ ته راتللی شي لکه neurofibromatosis (Von Rekling Housen's Diseas). فيبروما په سختو اونرمو شکلونو سره پيداکېږي. چې دهغه سختوالی دفيبروزي انساجوله امله وي او نرم شکل يې په مخ باندې د پوستکي په لاندې انساجوکې منځ ته راځي او يو برجسته ساختمان چې نرم او نصواري رنګ لري مشاهده کېږي. دا فيبروما درد نه لري او په لاندپنيو انساجو باندې ازاد او متحرک وي. دفيبروما يو غير معمول شکل عبارت له Dermoid tumour څخه دی چې دبطن په جدار باندې منځ ته راځي. دهغه يو دپريتوان داخلي ډول چې دکولون دفاميلي polyposis سره يو ځای وي ليدل کېږي.

د فيبروما يو بل ډول د keloid دی چې دفيبرزدانداز زياته او اضافي نشونما ده معمولا په ندبه شويو (scar) انساجوکې او په تور پوستانو کې ډېر منځ ته رادرومي.

Lipoma: د شحمي انساجودکاهل ډول (Adult type) څخه تشکل کوي په تدريجي ډول نموکوي يا د کپسول لرونکې وي او يا په ټولو هغو ناحيو کې چې شحمي انساج موجود وي په خپاره شوي ډول منځ ته راتللی شي او د همدې امله په نوم د Universal tumour او يا Ubiquitous tumour سره هم يادېږي.

Encapsulted lipoma: د معمولوتومورونو له ډلې څخه دي د هغه ارزښتمن ځانګړوالی د څرګندو څنډولرل او Lobulation او يا د صفيحاتو موجوديت دي. کېداي شي په lipoma کې د fluctuation نښې پيدا شي. ژورې ليپوما ګانې د نورو کتلاتو سره مغالطه کېدای شي اکثراًليپوماګانې درد نلري اما کېدای شي ېو تعداد

www.ketabton.com

يې درد ولري د لیپوما د پاسه پوستکی ازادوي او دهغه کپسول د پوستکي سره د فیبروزنسج (Fibrous strand) په واسطه ارتباط لري.

Multiple lipoma: په مختلفو اندازو کوچنۍ او یا لویې دي کله کله درد ناکه وي چې د Neuro lipometous په صورت کې ډېر تصادف کېږي.

Dercum's disease (Adiposa dolorosa)چې د درد ناکو شحمي ترسباتو په واسطه مشخص کېږي او په تنه یا جذع باندې لیدل کېږي. کچېرې لیپوما د ډېرو فیبروزي انساجو لرونکي وي په نوم د Fibro lipoma یادیږي. په یو تعداد نورو حالاتو کې دوینې رګونه یو ځای دtelangectasis سره د لیپوما د پاسه په پوستکي کې موجود وي چې په نوم دNaevo lipoma یادیږي. لویې لیپوما په ورون، اوږو، د پریتوان په شاه کې ممکن ده چې په sarcomatosis بدلونونو واوړي. د Myxomatosis استحاله په هغه صورت کې چېSaponiFication او Calcification په لیپوما کې دیوه اوږده وخت لپاره موجود وي منځ ته راتللی شي. دکلینیک له نظره د هغه د موقعیت په اساس تصنیف بندي کېږي.

Sub Cutaneous-1: ډېر په اوږو، مخ او د تنې په خلف کې لیدل کېږي او په نورو ناحیو کې هم ممکن پیدا شي همدا ډول د Spina bifida د ساحې د پاسه هم منځ ته راتلی شي. د پوستکي لاندې لیپوماګانې ممکن لکې لرونکې وي.

Sub facial -2: دpalmar صفاق لاندې او یا د plantar لاندې منځ ته راځي شونې ده چې د توبرکلوزیک Teno Synovitis سره اشتباه شي. دا چې صفاق د هغه د پاسه موقعیت لري نو ځکه دلیپوما د حدو د تعین کول مشکل کوي او تولید شوي فشار د تومور د پاسه د جانبي شاوخوا د منځ ته راتګ لامل ګرځي د صفاق لاندې لیپپوما کېدای شي چې د Epicranial aponeurosis لاندې پیدا شي او د هغې د دوامدار کېدو په صورت کې لاندې هډوکي ترفشار لاندې راولي او کیدای شي د هډوکې د Depression منظره پیدا کړو.

Sub synovial - 3: د بند په اطرافو کې دیوې شحمي کتلې په شکل په ځانګړي ډول د ګونډې د بند څخه سرچېنه اخلي او دBacker's cyst سره اشتباه کېدای شي او

www.ketabton.com

بايد چې د ډېر دقت په صورت کې د ليپوما توپيري تشخيص د Bursa او Cyst سره وشي د ليپوما قوام د مفصل د Extension او Flexion حرکاتو په وخت کې بدون د تعير څخه باقي پاتې کېږي.

Inter articular: د مفصل په داخل کې هم منځ ته راتللی شي ولې ډېر نادر دي.

Inter muscular: ډېر په ورانه او اوږو کې ليدل کېږي البته هغه فشارچې د عضلې د تقلص له امله په ليپوما باندې منځ ته رادرومي د هغه قوام نسبت مجاورو انساجو ته سخت جس کېږي. البته په عضله کې کوم خنډ چې د هغه د تقلص په وخت کې منځ ته داردرومي نو په دې صورت کې درد او ستړيا (Weekness) په اړونده عضله کې منځ ته راځي او دا ډول lipoma د Fibrosarcoma سره په مشکله تفريق تشخيص کېږي.

perosteal lipoma :د پريوست لاندې هم پيدا کېدای شي.

Subserosa: مثلاً د Beneath pleuaraدليپوما ډولونه چې د سينې د جدار سليم تومور دی. همدا ډول د پريتوان خلفي ليپوما چې ډېره غټيږي او د Hydronephrosis او يا Pancreatic cystپه لوحه راخرګندېږي.

Sub. Mucous: د تنفسي اوهضمي لارو د مخاطي غشا لاندې جوړيږي. د Laryngeal يا خنجرې د مخاطي غشا لاندې د هوايې لارو د بنديدولامل ګرځي داډول ليپوما د ژبې او کمولو دمخا طي غشا لاندې هم کله کله رامنځ ته کېږي او په دي اخبر ډول کې د کولمو دintussusception لامل ګرځي چې د نومورې تومور اولنی کلينيکي تظاهر دی.

Extra Dural: د نحاعي تومورونو يو نادر ډول دی د جمجمې په داخل کې د شحم د نه موجوديت له املهIntracranil lipoma منځ ته نه شي راتللی.

Intra glandular: مثلاً د پانقراص او تيونو او يا هم د پښتورګو د کپسول لاندې دليپوما موجوديت.

www.ketabton.com

Retroperitoneal-11: د پريتوان په خلف کې دا ډول ليپوما ډېرې غټېږي او کله کله په Lipo sarcoma باندې بدليږي.

درملنه:

Lipoma د هغه د موقعيت، اندازې، د شکل خرابوالي، او درد په صورت کې د جراحي د عملیې په واسطه ليري کېږي (Surgical Excision). په دي صورت کې د Lipoma ټولې شاخې را ايستل کېږي کچېږي د هغه د ليرې کولو جوف لوی وي او د هغه وينه نه شو درولي نو درېناژ يې کړی.

منتشرې **Limpoma**: کله کله د ورميږه د پوستکي لاندې انساجو کې منځ ته راځي چې د هغه ځايه د مخ د Periauricular ساحې ته انتشار کوي. دا تومور واحد کپسول نلري او د مخ د ښکلا د خرابيدو پرته نوره کوم څرګنده ګډوډي نه رامنځ ته کوي.

Neuroma: ډېر نادرتومورونه دي او د سمپا تيک سېستم سره په ارتباط کې منځ ته راځي اولاندې ډولونه لري:

Ganglio Neuroma: د Ganglion حجراتو او عصبي اليافو څخه جوړ شوی او د هغه منشا د سمپاتېک ganglia څخه ده نو د همدې امله د پريتوان په خلفي انساجو، ورميږه او ټټر باندې ليدل کېږي.

Neuro Blastoma: د هغه حجرات د پورته ډول سره ډېر ښه توپيرکېدای شي او داحجرات په رشيمي شکل وي او دا تومور د Round Celle Sarcoma په شکل د دوينې لاري انتشار کوي. په ماشومانو او شيدې خورونکو کې ليدل کېږي او کېدای شي په خپله اصلاح شي.

Myelinic Neuroma: ډېر نادر دي تنها د عصبي اليافوڅخه جوړ شويدي د Spinal cord او Piamater څخه منشا اخلي.

Neuro lemmoma: د Schwannoma سندروم په نوم هم يادېږي د اتومور فصيصي او کپسول لرونکی دی او د Neurilemmal د حجراتو څخه منشا اخلي

www.ketabton.com

سپين رنګ او نرم قوام لري عصبي حجرات دخپل ځايه لرې کوي اودا تومور بايد لرې شي.

Neuro fibroma: د عصبي پوش څخه منشا اخلي او لاندې ډولونه لري:

موضعي: دپوستکي لاندې د واحدې فبروما په شکل وي د پوستکي لاندې سخت او هوارنوډولونه جوړوي چې په جانبي محور متحرک او دا عصابو په اوږ ده محور متحرک نه وي خو دردناکه وي کله کله د هماغه عصب څخه چې ورڅخه منشا اخلي تثبيت وي د Paresthesia او درد لامل ګرځي او داتومور ممکن په کېستيک استحاله او يا Sarcoma تحول وکړي.

Generalised Neuro fibromatosis: په نوم د Von Reckling Hansen's سندروم هم يادېږي په ارثي Autosomal dominant ډول انتقاليږي او په ټول بدن يعني دماغو، نخاع او محيطي اعصابو کې انتشار کولای شي مبالغوي نشونما د Endoneuroma سره په ارتباط کې منځ ته راځي.

د پوستکي Pigmentation په شکل د نصواري رنګ Cafe Au Lait معمول دي او په ۱۵٪ واقعاتو کې په Sarcomatous استحاله باندې بدليږي. د تولد په وخت کې منځ ته راځي او ورو ورو د هغه اندازه زياتېږي د پوستکي لاندې په شکل دګڼ شمير نودولونه په ټول بدن کې رامنځ ته کوي کله کله لکې لرونکې ډولونه هم منځ ته راځي د هغه قوام نرم او يا سخت وي او په هغه کې نيورولوژيک ګډوډي معمول نه وي.

Plexiform Neurofibromatosis: نادره پيښه ده او اکثراً دپنځم قحفي زوج دڅانګو سره په اړيکه کې وي کېدای شي په اطرافو کې هم پيدا شي. دماوف عصب پنډوالی زياتېږي چې د هغه لامل د اندونيوروم Mixoifibromatous استحاله جوړول دي.

Elepanthiasis Neurofibromatosis: دايوه ولادي نادره واقعه ده د ماوفې ناحيې پوستکې ضخيم او وچ وي او د فيل د پوستکي سره ورته والی لري د پوستکي لاندې نسج په Fibroma نسج اوړي چې ډېرپنډ او التهابي وي.

www.ketabton.com

Pachydermotocell: دا د Plexiform Neurofibromatosis يوخاص ډول دی او په دې صورت کې ورمیږ ماووف کوي او د هغه رخوه انساج د حلقو په شکل د ورمیږه څخه لاندې ځوړند وي او یوه زیږه منظره منځ ته راوړي.

False Neuroma: د عصب د زخمي کېدو وروسته د عصب د پوش د منضم نسج څخه منشا اخلي او دا تومور د فیبروز د انساجو او عصبي الیافو څخه په راتاوشوي ډول جوړ شوي دي.

Haemangioms: دا افت د رګونو د سوء شکل او یاHamartomaده کېدای شي چې د اوعیه شعریو او یا شریانونو منشا واخلي چې په همدې اساس د Plexiform ،Covernous haemangioma ،Capillary heameagoma haemagioma او یا Cirosid په نوم یادیږي.

1. **Capillary heamangioma** یا **Nevus flammus**: د ماووف قسمت پوستکی سورتیاره رنګ لري او دهغه ضخامت د پوستکي څخه لوړوي او د هغه د سره رنګ لامل په هغه کې د زیاتو Capillary ګانوموجودیت دی. چې د ولادت په وخت کې موجود وي او ورو ورو غټیږي او په بعضې حالاتو کې نیمه تنه نیسي دا د بدن په هر قسمت کې پیدا کېدای شي خو په تنده او مخ کې ډېر منځ ته راځي اکثراً واحد او کله کله ګڼ شمیر وي که په ماوفه ناحیه د شیشې په واسطه فشار راوړل شي سور رنګ یې له مخه ځي او د کلینک له نظره دري شکلونه یې موجود دي Port wine stain، Spider neave او straw berry angioma.

2. **Cavernous haemangioma**: یوه لویه هیما نژ یوما ده او عبارت ده له یوې وینې ډکې وسیع فضا څخه چې برجسته وي د هغه سطع هواره او اسفنجي وي چې د فشار په واسطه له منځه ځي او کله چې فشار لیرې شي بیرته منځ ته راځي.

دا آفت په شونډه، زنې او د ماغو کې پیداکېږي. دا په زړه پورې ده چې د پوستکې د همانژیوما په صورت کې د داخلي اعضاوو همانژیوما هم وپلټل شي لکه د پوستکې همانژیوما چې ورسره د دماغو همانژیوما هم موجود وي.

www.ketabton.com

3. **Plexiform heamangioma**: دا د پراخه شويو شراينو پواسطه چې د يوې خلطې سره چې د ځمکې د چېنجيو ډکه وی ورته ده اونبضان لرونکې وي او په نوم د cirosoid aneurysme هم يادېږي.

4. مخلوط شکل: پدې صورت کې د رګونو دcavernousاو capiliary همانژيوما په يوځای موجود وي او د جراحي د مداخلې په واسطه لرې کېږي.

Telangectasis

دا تومور په ولادي او يا کسبي ډول منځ ته راځي او په دي صورت کې شرياني او وريدي Capillary او د پوستکي ډېر واړه شراين په موضعي او يا منتشر ډول توسع کوي او برجسته وي او په ځلورډوله Simple telangectasis، Simple Ectasis، Cutanous Aferial spider او Hereditary gemorrhagic helangectasis ځخه.

Glomus tumour يا **Glomangioma**

يو ډول ارغواني واړه نو ډولونه دي چې په عمومي ډول هم د لاس په پوستکي، پښو او يا دنوکانو لاندې برخو کې منځ ته راځي، glomangioma په حقيقت کې د Glomus لويدوته ويل کېږي. Glomus د ډېرو وړو arterioles ځخه جوړشوی دی چې مستقيما دوريدونو سره ارتباط لري او د vasomotor اعصابو ډېرغني وي چې ورته Angiomyoneuroma ويل کېږي او داډول يې ډېر دردناک وي چې د هغې په ذريعه د نورو تومورونو ځخه توپيرکېږي. ځکه چې کوچنی تومور ولې د شديد درد لامل ګرځي او د هغه درملنه جراحي او د تومور ليرې کول دي.

خبيث تومورونه (Maligmart. Tumour)

دا تومورنه د Ectodermal او Endodemal حجرو ځخه سرچېنه اخلي او کپسول نه لري د حجرو ډېرښت او نشونما له حده وتلي ګړندی او د کنترول وړ نه وي، البته ډېر ژر نژدې مجاورو غړو او هم په فاصله د وجود ليرې برخو ته Metastase ورکوي او د هغه مهم ډولونه عبارت دي له:

Squamous Cell Carcinoma: چې د Epithelioma او Epidermoid Carcinoma په نوموهم يادېږي. داتومور د ساختمانونو د سطحې يا (Squamons

www.ketabton.com

Epitheliome) څخه منشا اخلي او جوړيږي. دوامدار او مزمن تخريشات د مرض په پيدا کېدو کې رول لري. همدا ډول د شعاعو تطبيق، دوامداري قرحې، varicose ulcer، د scar نسج، سوزيدنه، د کېمياوي محرشاتو لاندې راتلل د مرض په پيدا کېدو کې رول لري او دا تومور په زړو خلکو کې ډېر عمومیت لري. د سريري له نظره د يوې قرحې په شکل چې د کرم ګل (Fungating ulcer) ته ورته والی لري. چې د قرحې څنډې د خارج و خواته قات شوي معلوميږي. د قرحې څخه افرازات وينه لرونکي وي. کچېرې منتنه وي نو قيح او زوږ د هغې څخه جريان پيدا کوي. د Microscope لاندې د Pericle حجري او يا Acanthotic Cell (يو ډول برجسته Malphighil اغزي مانند حجري دي) چې د تومور په تشخيص کې مهم رول لري ليدل کېږي. ناحيوي لمفاوي عقدات ضخاموي او غير متحرک وي.

Basal Cell Carcinoma: د Rodent Ulcer په نوم يادېږي. د هغه د خباثت درجه حفيفه ده .تومورد Malphighil حجرو د قاعدوي پردې څخه سرچېنه اخلي. په سپين پوستو کې په ځانګړي ډول په استرالیايې نژادو کې زياتې د هغه پېښې ليدل کېږي. په مخ او د سترګو په خواوو شاه کې پيدا کېږي. البته لوڅ پوستکی چې د لمر دوړانګو او ماورای بې نفش سره مخامخ وي زيات اخته کېږي البته په متوسط عمر او سپين ږيرو کسانو کې تومور ډېر منځ ته راځي. د افت پيل ديوه کوچني نودول په شکل چې سور مايل او نصواري رنګ لري او د هغه سطح ځليدونکې او د سطحې اوعيه شعريه وو څخه څرګندويي کوي او وروسته چې تومور تقرح کوي نو په هغه کې ښکاره څنډې چې برجسته وي پيداکېږي اووروسته دهغه دقرحې څنډې ورو ورو د خارج وخواته وسعت کوي او داهغه مرحله ده چې تومور خپل مماسي او مجاور انساج تخريش کوي اوهغه نيسي نوځکه په نوم د Rodent Ulcer يادېږي. په اول کې تومور خارښت لري او وروسته د عصبي نهاياتو د تخريش له امله درد پيدا کوي او ندرتاً B. C. C په S. C. C تحول کوي.

www.ketabton.com

Glanduler Cell Carcinoma: دا تومور په هضمي لارو، تيونو او رحم کې ډېر عموميت لري لاکن په پښتورګو، پر وستات، کېسه صفرا، او تايرايد غدوکې دومره عموميت نلري او په دری ډوله ده:

Complex Carinoma-a: پدې حالت کې حجرې حلقوي شکل لري او هيڅ ډول غدوي ساختمانونه قابل د تشخيص نه وي او حجرات کروي يا Polygonal شکل لري او معمولاً په تيونو کې ليدل کېږي.

Adeno Carcinoma-b: د دې تومور حجرات د Acini جوړولو ته ميلان لري چې نومورې Aciniهم د هغه عدواتو Acini ته ورته والی لري چې د هغه څخه تومور منشا اخلي اما د تومور په واسطه جوړشوي Alveoliبدون د قناتونو وي. نومورې حجرات افرازات لري حتی د هغه ميتاستاتيک حجرات هم افرازات لري مثلاً Bronchial- Adeno Corcinoma.

MucoidColloide-c: د Mucin Secretingحجراتو څخه منشا اخلي د پورته دروشکلو څخه برسيره ځينې د Glanduler کانسرونو فرعي ګروپونه هم موجود دي مثلاً د Scirrhous شکل يا سخت، Atrophic Scirrhousاو Encephaloid يا نرم شکل.

د خبيثو تومورونو د انتشار لارې:

Local Extension.1 يا Direct: تومور خپلو مجاورو انساجو ته نفوذ کوي او هغه اشغالوي. اشغال يا invasion نرمو انساجو ته په اسانۍ او سختو انساجو ته نسبتا وروصورت نيسي. وريدونه نسبت شريا نو ته مخکې او عضلات نسبت نورو انساجو ته کم اشغال کېدو ته مساعد دي.

Lymphatic.2: تومور لمفاوي اوعيو ته هم دانتشارکېدو او هم د امبولي په شکل خپريږي. کله چې لمپاوي رګونه د تومور په واسطه ونيول شي نو د Perilymphatic Fibromas لامل ګرځي. مګر دا عمليه د تومورد خپريدو خنډ نه ګرځي.

www.ketabton.com

Blood Stream.3: د دوران د لارې په ځانګړې ډول د هغه وريدو له لارې چې د نومورې عضوي چې په کانسراخته ده وينه دوران ته وړي نو په دې صورت کې د کانسري حجرو د انتشار لامل ګرځي. مثلاً د پښتورګو کانسر د کليوي وريد د لارې Vena-Cava ته رسيږي همدا ډول د قصباتو او تيونو کانسر د وينې د لارې خپريږي.

Seeding.4: په بعضې حالاتو کې کله چې کانسري کتله د پوستکي او مخاطي غشا سره نژدې تماس ولري نو په دې صورت کې کانسري حجرات په نژدې انساجو کې غرس کېږي مثلاً کله چې سفلي شونډې مصابه وي نو پدې صورت کې علوي شونډې هم مصابيږي چې دا ډول کانسر په نوم د kiss cancer سره يادېږي.

Recurence.5: بعضاً د عملياتو وروسته کانسر پيدا کېږي چې د هغې لامل Implantation يادکانسري حجروعرس کېدل دي د عمياتو په وخت کې.

د تومورد درجې (**Grading**) او **Stage** تعين کول:

Staging: د تومورد خباثت درجې د تعين کولو همدا ډول دتومورد اندازې، و سعت اودرملنه د شکل لپاره دا درجه بند ي ضروري ده په پرمختللیو مرحلو کې د اضافي ميتودونو استطباب په درملنه کې ضروري دی (لکه شيميوتيراپي او Irradiation).

Grading: د عملياتو وړاندې په يوه تومورې کتله کې د خبيثه حجراتو تناسب د غير خبيثه حجراتو سره معلوم کېږي. البته د دې تناسب د پيدا کولو وروسته کولای شوو چې د هغه خطرناک توب اوداشغالولو خاصيت او د هغې پر مخ تلونکی (aggressive) حالت تخمين کړو. په يوه خبيث تومورکې څلور مرحلې با Grade قابل د تفريق دي.

1. کله چې په يوه تومورکې خبيثه حجري د 25%څخه کمي وي. Grad 1
2. کله چې په يوه تومورکې خبيثه حجري د 25% څخه زياتې وي. Grad 2
3. کله چې په يوه تومور کې خبيثه حجري د50% څخه زياتې وي. Grad 3
4. کله چې خبيثه حجري د 75% څخه زياتې وي. Grade 4

www.ketabton.com

د تومور د مرحلې تعين کول يا (Staging):

1- د TNM تصنيف: د تومور د کلينکي مراحلو د جزياتو په نظر کې نيولو سره لاندې پوښتنې ترتيبوو مثلاً د لومړني تومور اندازه او حجم څومره دي؟آيا کومه لمفاوي عقده اويا غړی اخته شوي دی او کنه؟آيا ميتاستاز موجود دې او کنه؟ البته دي سوالونو ته ځواب نمري ورکوي مثلاً د تيونو کانسر:

Tumor	Nodes	Merastasis
T1= 2cm or less. No skin fixation T2= More than 2cm, but less than 5cm Skin tethered. No pectoral fixation. T3= More than 5cm, but less than 10 cm. Skin infiltrated or ulcerated. Pectoral fixation. T4= More than 10cm. Skin Involved but not beyond breast. Chest wall fixation.	No= No nodes NI= Axillary nodes moveablea (a) not significant. N2= Axillary nodes fixed. N3= Supraclavicular nodes Oedemaofarm.	MO= No Metastasis MI= Metastasis are Present including involvement of skin beyond breast and contralateral nodes.

2- Manchester Staging: د دې متود په واسطه د کانسر کلينکي انتشار تعين کېږي.

www.ketabton.com

3- Duke Staging: درکتم د کانسرد انتشار تعین کولو متود دی.

Lymphoma: لمفاوي عقدات او منصف زيات اخته کوي او د هغه انذارډ بروخيم دي. همداډول د تانسل، کولمو او Payer's patch لمفاوي عقدات هم په دې اخته کېدای شي.

Sarcoma

دا تومور په ټولو هغه انساجوکې چې د Mesoblastic ساختمانونو لرونکي وي پيدا کېدلی شي. برخلاف دا کارسينوما په ځوانۍ يعنې په اوله او دوهمه لسيزه کې ډېر عمومیت لري د حجراتو او انساجو متفاوته منشا لري او په چټکۍ سره پيشرفت کوي او په مقدم ډول د وينې دلارې متياستاز ورکوي. د تومورد پاسه پوستکی کش شوی وي او وريدونه په ساحه کې متوسع وي بعضاً د اوعيو د جدار د نازک والي په اساس وينه بهيدنه هم پيدا کېږي. د تومور حجرات د هغه انساجو سره چې منشا ورځخه اخلي شباهت لري مثلاً Osteosarcoma، chondrosarcoma.

Fibrosarcoma: د دوک مانندہ يا Fusiform حجرو څخه جوړ شوي چې د هغه د حجراتو اوږدوالی متفاوت دی. عموما د عضلاتو دپوښ د پاسه او يا په Scarنسج کې پيدا کېږي. يو سخت تومور دی د هغه د پاسه وريدونه پراخ شوي وي.

د سرکوما درملنه

که چېرې قسما ليرې شي نو په ډېره بيړه انتشار کوي. د همدې امله د عملياتو په وخت کې بايد ټول تومور او د هغه مجاور انساج په وسيع توګه ليرې کېږي او د اطرافو په سرکوما کې د لزوم په اساس بايد د طرفAmputationاجرا شي. رادیو تيراپي ډېر کم تاثير لري اما د شيموتيراپي په مقابل کې لږ ځواب وايي. د هډوکي سرکوما د شعاع په مقابل کې ښه ځواب وايي.

Synovioma

د مفصل د سينوويال غشا او اوتارو څخه منشا اخلي او د ګوتو په اوتارو او Synovial غشا کې زيات پيدا کېږي.

www.ketabton.com

Malignant Melanoma

دا يو ډېرخبيث نيوپلازم دی او د نوکانو لاندې په پښو او لاسونوکې ډېر عمومیت لري همدا ډول د سترګو په اطرافو کې او د خولې د پوستکي او مخاط په سرحد کې او مقعد کې پیدا کېږي. بعضاً د سلیم Mole او خبیث Melanoma په مابین کې توپیرمشکل وي مګر لاندې اعراض او علایم د تومور خبیث والی تبثیت کوي.

1. د تومورې کتلې په بیړه زیاتوالی.
2. په کتله کې د رنګ تغیر: د کتلې اروا زیاتېږي او د هغه رنګ ورو ورو تیاره کېږي دا خبیث تومور Melanin نه تولید وي نوځکه د هغه رنګ روشن او یا بې رنګه ښکاري.
3. د ترضیضاتو په واسطه دډېرحفیف ترضیض په سیله په قرحه معروض کېږي او وینه بهیدنه رامنځ ته کېږي.
4. بعضاً دا تومور په اطرافو کې تیاره رنګ منځ ته راځي چې دا د تومور په موضعي پرمخ تګ دلالت کوي.
5. د دموي لارې ناحیوي لمفاوي عقدات او په فاصله عقدات اشعالیږي.

د سلیمو تومورونو تغیر په خبیثوباندې: بعضاً سلیم تومورونه په خبیثو تومورونو بدلیږي او لاندې علایم د دې حالت په پیدا کېدو کې رول لري.

a: د تومورنشونما نسبت مخکښې حالت ته ډېره په سرعت کېږي.

b: د پوستکي دپاسه وریدونه توسع کوي او دوړې ضربې پواسطه تومور په تقرح او خونریزي اخته کېږي.

c: تومور خپلو مجاورو انساجو ته نفوذ کوي اووروورو خپل تحرکېت دلاسه ورکوي او تثبیت کېږي.

d: تومور نورو قسمتو ته انتشار ورکوي.

HeamangioEndothelioma

دا تومور د پوستکي، د پوستکي لاندې او مخاطي غشا په هره برخه کې منځ ته راتللی شي د هغه خباثت د نخود دانې څخه تر نارنج پورې کېدای شي. د هغه رنګ

www.ketabton.com

سور او تياره وي کله کله په تقرح مصابيږي او خونريزي ورکوي. په بعضې حالاتو کې نومورې تومور په هضمي لارو او د بطن په احشاوو کې هم منځ ته راځي. کله کله په هډوکو کې منځ ته راځي او په نوم د Ewing's tumour يادیږي. دا يو خبيث تومور دی او د اوعيو د اندو تيل څخه منشا اخلي. د دې تومور د خباثت درجه کله کمه، متوسطه او يا فوق العاده زياته وي.

درملنه

په جذري ډول د تومور او ټولو ناحيو ي لمفاوي عقداتو ليرې کولو څخه عبارت ده.

لنډيز

د حجراتو غيرې نورمال او غيرې طبعي تکثر ته تومور ويل کيږي. د يو تعداد عواملو په وجه کله چې د حجراتو کنترول شوي حالت په ناسم کنترول شوي حالت بدل شي ورته تومور ويل کيږي. يا داسې هم ويلی شو چې د حجراتو نوې او مستقله نشونما ده چې وظيفوي مسوليت نلري. البته د تومور اصطلاح د حجروي التهاباتو او يا اعضاوو د پرسوبونو لپاره بايد استعمال نه شي. د تومور په پيدا کيدو کې د هغه عواملو عدم کفايه چې د حجروي تکثر مانع ګرځي او همدا ډول د حجروي تکثر د تنبه زياتوالی مهم رول لري. د تومورونو د نوعيت پيژندل چې ايا سليم دی او که خبيث ډير اهميت لري. البته د تومور انتشار مجاورو اعضاوو ته او يا په فاصله متاستاز نورو اعضاوو ته بايد د تداوي په صورت کې په نظر کې ونيول شي. البته د خبيثو تومورو انذار قناعت بخش نه دی.

پوښتنې

1. تومور تعريف کړی؟ او اسباب يې څه شی دي؟
2. Lipoma کوم ډول تومور دی او تداوي يې روښانه کړی؟
3. د Adenoma او Adenocarcinoma فرق څه شی دی؟

www.ketabton.com

4. د خبيثو تومورونو د انتشار لارې کومې دي؟
5. د تومور Grading څه مانا لري واضح يې کړئ؟
6. که چيرې يو تومور د رشيمي دری واړو طبقو څخه منشأ اخيستې وي عبارت له:؟

A: blastoma B: teratoma C: fibroma D: adenoma

7. د حجراتو غير نارمل او غير طبعي تکثر ته:؟

A: ابسې ويل کيږي. B: تومور ويل کيږي.
C: سيست ويل کيږي. D: ټول غلط دي.

8. تومورونه په عمومي توګه په څو ډوله دي:؟

A: سليم. B: خبيث. C: سليم او خبيث. D: ټول غلط.

9. لاندې کوم يو د خبيث تومور له خواصو څخه نه دی:؟

A: د تومور انتشار B: وزن له لاسه ورکول
C: سريع نشونما D: د اشتهاء زياتېدل

10. Lipoma د کوم ډول نسج څخه جوړه شويده:؟

A: عضلي. B: شحمي. C: وعايي. D: عصبي.

11. Teratoma له لاندې کوم يو څخه منشا نه اخلي:؟

A: Mesoderm B: Epiderm C: Ectoderm D: C سم دی.

12. د Lipoma تداوي عبارت ده له:؟

A: Mesoderm B: Asparaginase
C: Surgical excision D: C سم دی.

13. کله چې د خبيثه حجراتو اندازه په تومور کې تر 23% پورې وي نو:؟

A: Grade II B: Grade III C: Grade I D: Grade IV

www.ketabton.com

14. د تومور په Staging کې د TNM څخه هدف:؟

A: T=Tumor B: M=Metastasis, N=Node

C: هیڅ یو. D: A او B دواړه سم دي.

15. کوم یو د لاندې اجزاوو څخه د Mole او Malignant Melanoma تر منځ توپیري ټکي دي:؟

A: Mole او Melanoma دواړه تور رنګ لري. B: دودې او ځای تغیر.

C: A سم دی. D: B سم دی.

مأخذونه References

1. چراغ، چراغعلی جراحی عمومی طبع سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه تهران شماره انتشار ۸۴۲ سال ۱۳۸۱ صفحات (۴۳۹-۴۴۳).
2. یعقوبی، شیرزاد اساسات جراحی دانش کتاب خانه دهکی نعلبندی بازار قصه خوانی پشاور سرطان ۱۳۸۱ صفحات (۲۲۵-۲۷۴).
3. Marvasti Ahmad (1997) A text book of general surgery 5th edition p. 75-80.
4. Andrew, T. Raftery (2001) Surgery 2nd edition. P.102-110.
5. Alden H.Harkman MD et al (2004) surgical secret fourth edition p. 354-377
6. Traves D, Crabtree, MD (2000) General surgery P.501-514.
7. Sriram Bhat M. (2009) SRB'S Manual of Surgery 3rd edition 2009 p.243-260.
8. Dogar, Abdul wahab (2008) General surgery 3rd edition p. 213-222.

www.ketabton.com

اووم څپرکی

کیستونه، قرحات اوسینوسونه

(Cysts, Ulcers and Sinuses)

د زده کړې موخې (Learning Objectives)

- د دې لپاره وړتیا پیداکول چې د حقیقي او کاذب کېست تر منځ توپیر وکړی شو.
- د قرحې د اساسي تدبیرونو زده کړه.
- د فستول او ساینوس د توپیري تشخیص زده کړه اود معمولو پیښیدونکو سینوسونو د تدبیرونو د اساساتو زده کړه.

سېست (**Cyst**): د کېست کلیمه د (kustis) د یوناني کلیمې څخه مشتق شوې ده کوم چې د کڅوړې په مانا ده چې یوې پتالوژیکې له مایع ډکې کڅوړې ته ویل کېږي. چې د جدار پواسطه احاطه شوي وي حقیقي سیست هغه دی چې جدار یې د اپتیل د حجراتو څخه منشأ اخېستي وي. شوني ده چې کېست په ولادي او یا کسبي ډول رامینځ ته شي. جدول (۷-۱). د سیست مایع اکثراً روښانه او بې رنګه وي ولې کېدی شي چې چسپناکه او تور رنګه وی، یا کېدی شي په هغې کې د کولیسترولو کرستلونه موجود وي کوم چې د نسجي تخریب له امله رامینځ ته کېږي. حقیقي کېستونه باید له کاذبو کېستونو څخه بیل کړی شي کوم چې د یو داسې جدار پواسطه اخاطه شوی دی چې اپیتیلي منشأ نه لري. چې دغه کېستونه معمولاً التهابي یا استحالوي منشأ لري او پدې کې dental یا radiculerکېستونه، هغه pleural effusion چېencysted شوي وي د پانقراس کاذب سیستونه چې د پانقراس د التهاب څخه وروسته رامنځ ته کېږي د تومورونو کېستیک استحاله او دماغي کېستونه پکې شامل دي. استحاله د اسکمیک نکروزیس پواسطه لا پسې ګړندی کېږي او د رګونودعامو ناروغیو په وسیله په ثانوي توګه تمیع

www.ketabton.com

(liquification) رامینځ ته کېږي لکه brain cysts وروسته له احتشا یا (infarction) څخه یا په تومور کې د موضعي دوران د کموالی له امله چې داستحالې سبب ګرځي.[۱،۴،۷]

جدول (۷-۱) د کېست تصنیف بندي (Classification of cysts)

	Pathogenesis	Example
ولادي (Congenital)	Persistence of normal vestigial remnants Ectopia of varius tissues Failure of connection of tubular elements Hemartomes	Thyroglossal,branchial, urachal,hydatide of morgagni Dermoid,epidermoid,enterogenous Polycystic kidney Cystic hygroma,lymphatic cyst of greater omentum
کسبي (Aquired)	Retention Implantation Parasitic Hyper plastic Degenerative Traumatic Neoplastic	Mucous cyst of mouth Epidermoid Hydatid,trichiniasis Mammory dysplasi Uterine leiomyoma Haematogenous Cystodenoma,cystic teratoma

کلینیکي څیره

کلینیکي څرګندونې د کېست د موقعیت او اندازې په اساس توپیر مومي. په غټیدونکو کېستونو کې درد (pain) ممکن موجود وي چې دا اکثراً په ثانوي توګه د خونریزې او یا انتان له امله رامینځ ته کېږي کوم چې د کېست په داخل کې د فشار د زیاتوالي لامل ګرځي. درد همدارنګه ممکن د کېست د څیرې کېدو او یا تدور له امله هم رامنځ ته کیدای شي کوم چې ځینې ناروغان د حاد بطن څخه حکایه کوي د مثال په توګه کله چې ovarian cyst څیرې شي او یا هم تدور پکې رامنځ ته شي د

www.ketabton.com

حاد بطن شکل څرګندوي. اعراض په همدې توګه په مجاورو غړو د فشار له امله رامنځ ته کېدی شي. په Thyroglossal cystکې ناڅاپي خونريزي په تنفس کې د ستونزو لامل ګرځي چې دا په خپل وار په trachea باندې د فشار له امله رامينځ ته کېږي. کچېرې په بطن کې يو لوی سيست موجود وي نو پدې حالت کې ناروغ د ګيډې د ډکوالي احساس کوي او خپله اشتها بايلي چې علت يې د ګيډې داخلي فشار زياتوالی ګڼل کېږي، د حوصلي وريدونو بندښت د لاندېنيو طرفونو د varicose veins په شکل تظاهر کوي. سطحي سيستونه که چېرې د زيات فشار لاندې قرار ونه لري ممکن متموج وي او کله چې د دې ډول کېستونو محتوی روښانه مايع وي نو transilluminate شکل لري. کله چې سيستونه سطحي قرار ولري نو تشخيص يې کاملاً ساده دی د مثال په توګه د sebaceous او thyroglossal کېستونو په واقعاتو کې. ولې د دې سره سره بايد له نورو ساختمانونو لکه lipoma سره د کېستونو د توپيرپه اړه ډېره پاملرنه وکړی شي. کچېرې کېست د ګيډې يا سينې په ژوروبرخوکې قرار ولري نو د تشخيص لپاره د radiological imaging څخه ګټه پورته کېږي. چې پدې کې ultrasonography، CT-scanاو MRI شامل دي په لاندی ډول د کېستونو اختلاطات رالنډ کړی شوي دي. [۱،۴،۵]

د سېست اختلاطات

- Infection
- Hemorrhage
- Torsion
- Obstruction
- Calcification

قرحه (Ulcer)

د اپتيلي سطحي د دوام له منځه تګ د ulcerپه نوم يادېږي. چې دا د سطحي اپتيليوم د پرمختلونکي تخريب او د قاعدې د granulation په اساس مشخص

www.ketabton.com

کېږي چې دا وروستنی نسج ممکن صفاء، سالم، ګرانیولراویا Necroticنسج وي کوم چې د ulcer ژوري برخې له نظره پټوي. (۴،۵،۲)

قرحات په وصفي، غیر وصفي او خبیثه قرحاتو باندې ویشل شوي دي. جدول (۷-۲)

عیر وصفي قرحات د انتان، زخم، فزیکي یا کېمیاوي موادو له امله رامنځ ته کېږي ځایي تخریش په دوران باندې تاثیر اچوي او د ساحې حسیت اغیزمن کوي.

جدول (۷-۲) د معمولو قرحو تصنیف:

Classification of common types of ulcers

Ulcer	Type
Peptic	Non-specific
Pressure sores (decubitus ulcers) and ischaemic ulcers	Non-specific
Gravitational ulcers – venous insufficiency	Non-specific
Secondary infective – wound infection and abscess drainage	Non-specific
Traumatic ulcers	Non-specific
Neuropathic ulcers – diabetes, tabes dorsalis, leprosy	Non-specific
Iatrogenic – intravenous fluid extravasation	Non-specific
Dermatitis artefacta – self-mutilation	Non-specific
Aphthous	Non-specific
Primary infective – herpes simplex, tuberculosis, fungal, syphilis	Specific
Gastrointestinal tract and skin	Malignant

کلینیکي لوحه

یوه قرحه شوني ده چې د شاوخواانساجو د ناڅاپي التهابي حالت (cellulitis) سره ملګري وي. ډېر ځله قرحه په مزمن التهاب اخته وي او د څنډوکو پواسطه پټه وي نو لدې امله د قرحې د ژوروبرخو د درناژ د کموالي لامل ګرځي. ضعیف قرحات د ټیټ کېفیت لرونکي granular نسج پواسطه پوښل کېږي کوم چې د اپتیلي جوړښت د ځنډلامل ګرځي دا ممکن د ځانګړیو انتاناتو له امله وي لاکن زیاتره

www.ketabton.com

وختونه اسکمیک منشأ لري لکه چې په لاندې ښیو اطرافو کې د وعایي عدم کفایې له امله رامنځ ته کېږي. ارتشاحي قرحات د کومو چارچاپیر چې ډبل فیبروتیک انساج موجود وي. ژوره قاعده لري او پرې شوې څنډې لري نومورې قرحات ډېر وروسته جوړیږي چې نومورې ځانګړنه په neuropathic ulcer کې موجوده وي.

د یوې قرحې کلینیکي ازموینې(Clinical Examination of an Ulcer)

نومورې معاینه په سېستمیک ډول باید اجراکړی شي. لاندې ټکي چې لنډ مثالونه ورسره ذکر شوي دي باید نوټ کړی شي

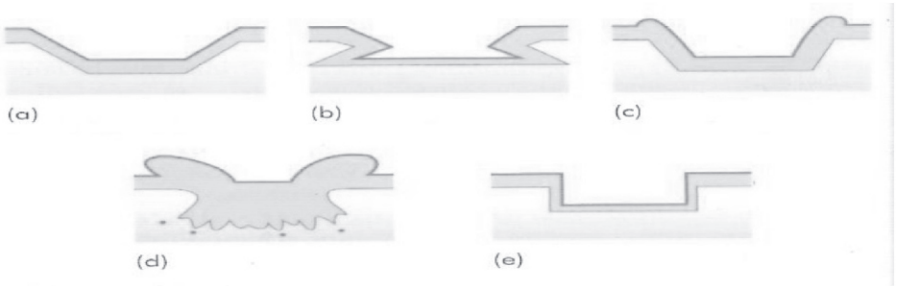
- موقعیت: د مثال په توګه *95% Rodent ulcer د مخ په پورتنۍ برخه باندې موقعیت لري پداسې حال کې چې carcinoma په وصفي توګه لاندې ښۍ شونډه مصابوي.
- اندازه: د قرحې اندازه د تاریخچې د مودې په نظر کې نیولو سره کتل کېږي د مثال په توګه carcinoma د rodent ulcer څخه په چټک ډول وده کوي ولې د التهابي قرحاتو څخه بطي وده لري.
- شکل: د مثال په توګه rodent ulcer اکثراً دایروي شکل لري برعکس هغه قرحات چې د مربعي شکل لري یا مستقیمې څنډې لري په dermatitis artefacta باندې دلالت کوي.
- څنډې: جوړیدونکې یا غیر وصفي قرحات منظمې څنډې لري که قرحه rodent وي نو د ناک په شکل تاوشوي یا غیر منظمې څنډې لري. که کارسینوما وي څنډې یې جګې. او راوتلې ښکاري، او که توبرکلوزیکه قرحه وي نو د څنډې لاندې ننوتلې برخه اکثراً ابي رنګه منظره لري. شکل (۷-۱)
- د قرحې ځمکه: د قرحې ځمکه هغه څه دي چې په سترګو لیدل کېږي د مثال په توګه اوبلنه او د منې د شیري په ډول ګرانیولیشن په توبرکلوزیک قرحه کې لیدل کېږي.

www.ketabton.com

یادداښت**Rodent ulcer**:د Basal cell carcinomaلپاره عامیانه اصطلاح ده.

- قاعده: د قرحې قاعده جس کېدی شي. ممکن ارتشاحي وي لکه د carcinoma په حالت کې او یا هم کېدی شي له ژورو ساحتمانونو سره پیوسته وي. د مثال په توګه د واریکوز قرحه چې له tibia سره پیوستون لري.
- افرازات: کله چې افرازات تقیحي وي نو په حاد انتان دلالت کوي. که د افرازاتو رنګ شین او آبي رنګه وي نو دا په pseudomonas pyocyaneus انتاناتو باندې دلالت کوي او اوبلن افرازات د توبرکولوز لپاره وصفي دي.
- لمفاوي عقدات: د rodent ulcer سره د لمفاوي عقداتو غټوالی نه وي موجود مګر په هغه حالت کې چې ثانوي انتان رامنځ ته شي. د کارسینوما په واقعاتو کې لمفاوی عقدات ممکن غټ، سخت او حتی له مجاورو برخو سره تثبیت شوي
- درد: ویروسي قرحات لکه هغه قرحات چې د Herpes ویروس له امله رامنځ ته کېږي اکثراً دردناکه وي، برعکس Neuropathic ulcer درد ته میلان نه لري.
- عمومي معاینه: د عقلي کمزوری شواهد، یا د زړه عدم کفایه، د انیمیاګانو ټول انواع چې sickle cell anemia اودیابت حتماً باید په نظر کې ونیول شي.
- پتالوژیک معاینات: د مثال په توګه دBiopsy په اجرا سره Carcinoma تشخیص کیږی. که په کومو ځانګړو انتاناتو باندې تر شک لاندې واوسی نو سیرولوژیک معاینات ډېر ارزښت لري
- **Marjolin`s ulcer**: نوموړې اصطلاح په مزمنو وریدي قرحو کې کارسینومایې تغیرات څرګندوي. دا ډول تغیرات په حقیقت کې د ټولو هغو قرحاتو په څنډو کې رامنځ ته کېدی شي چې د اوږدې مودې لپاره موجودې وي چې علت یې په نظر کې نه نیول کېږي او تل د هغه علت په شونې توګه په ګوته کېږي.

www.ketabton.com



شکل (۷-۱) د قرحاتو د غاړو ځینې مشخص شکلونه

(a) غیر وصفي قرحه: مایلې غاړې وګوری، (b) توبرکلوزیکه قرحه: ننوتلې غاړې وګوری، (c) Basal cell carcinoma (rodent ulcer): اوښتلې غاړه کوم چې کوچني د وینې رګونه ښیي، (d) Epithelioma: پورته تلل او جګې شوې غاړې وګوری، او قاعده یې غیر منظمه ده، (e) Syphlis: نازکه قاعده او بهر ته وتلې څنډې لري. قاعده ممکن د ځینو موادو پواسطه وپوښل شي.

د تدبیرونو اساسات (Principles of Management)

د یوې قرحې د واقعي ایتیولوژي تعین کول د یوې موفقانه درملنې لپاره ډېره ضروري خبره ده که څه هم د قرحې علت د هغه د موقعیت او ځانګړنې په اساس تر یوې اندازې پیژندلای شو خو د دې سره سره هم باید یوه مکمله تاریخچه او عمومي فزیکي معاینات اجراکړی شي. چې دا د قرحې د لامل په اړه اکثراً مهم معلومات مور ته راکوي لدې څخه برسیره نور هغه فکتورونه چې د ناروغۍ سره تړاو لري لکه anemia مور معلومولی شو او درملنه کوویې. د دې لپاره چې د قرحې واقعي طبیعت څرګند شي نوځینې وختونه بیوپسي اجراکېږي. د نورو پلټنو لپاره اړتیا نظر په حالتونو سره توپیر مومي د قرحې هر ډول لامل لکه انتان، وریدي یا شرياني عدم کفایه او یا دشکرې ناروغي باید درملنه کړی شي. د قرحې د ترمیم لپاره د هغې بشپړ درېناژ او د سطحي د زیاتې توکو لیرې کول د هغې د ژر جوړولو سره مرسته کوي. که څه هم د قرحې د سطحي د موادو د لیرې کولو لپاره بیلابیل توکي او کړنلارې پکار وړل کېږي. ولې تر ټولو اغیزمنه طریقه د هر مړه شوي نسج لیرې کول تشکېلوي. چې

www.ketabton.com

د دې ميتود په واسطه به د قرحې د ثانوي پراختيا نورو برخوته څرګنده شي او هغه خنډونه به د منځه ولاړ شي چې د درناوۍ مخه نيسي. په ځينې قرحاتو کې د جراحي له نورو مداخلا تو څخه ګټه پورته کېږي د مثال په توګه په غټو pressure sores يا د بستر زخمونو کې چې دلته د زخم Excission، Skin grafting او يا Skin flaps ته اړتيا ليدل کېږي. په سالمو granulation زخمونو کې د انتي بيوتيکو په واسطه درملنه اکثراً ضروري نه وي ځکه نوموړي قرحات يوه اغيزمنه او طبيعي مانعه د مکروبونو دمداخلې په مقابل کې جوړوي کوم چې د موضعي او سېستميکو انتي بيوتيکونو په مقابل کې مانعه تشکيل کوي. برعکس د انتي بيوتيکو استطباب په منتنو او هغه قرحاتو کې چې د cellulitis په وسيله چاپير شوي وي اړين ګڼل کېږي او په هغه قرحاتو کې چې وصفي باکتريايي منشأ ولري لکه توبرکلوز هم بايد ورکړل شي. د قرحې د تدبيرونو د اساساتو يادونه په لنډه توګه په لاندې دول بيان شويده.

د قرحې د تدبيرونو اساسات

- د ايتيولوژي معلومول.
- د قرحې په دقيقه توګه پلټنه.
- د نورو مربوطه فکتورونو پيژندل او اصلاح کول.
- د لامل درملنه.
- د کافي درناوۍ لپاره لاره برابرول او د مړو انساجو ليرې کول.
- د چسپناکه پانسمان څخه ډډه وکړی.

ښه به دا وي هغه قرحات چې پاک وي او سالم granulation نسج لري او سيروزي افرازات ولري نو په ورځ کې دی لږ تر لږه دوه ځله پانسمان شي او که د افرازاتو اندازه زياته وي نو لدې دي هم زيات پانسمانونه بايداجرا شي. د اوبدل شوي مالوچې او سلولوز ګازله استعمال څخه کوم چې په انتي سيپتيک محلول کې غوټه شوی وي بايد ډډه وشي. انتي سپتيک محلولونه شعريوي دوران ګډوډوي او د

www.ketabton.com

ګرانیولیشن انساجو لپاره توکسیک تمامیږي. زخمونه باید د نورمال سالین پواسطه په ډېر نرم ډول صفاء کړی شي. لدې برسیره د ګازونو استعمال اکثراً د ناروغانو د ناارامۍ لامل ګرځي ځکه د مایعاتو د جذب له امله په یوه سخته کتله باندې بدلیږي.

پانسمان په محل کې له ځانه تارونه پریږدي، کچېرې نومورې تارونه د پانسمان د بدلولو په وخت کې ایسته نه کړی شي نو د زخم د جوړیدو د ځنډلامل ګرځي. په همدې توګه پانسمان د لاندې نیو انساجو سره نښلیږي په سطحي طبقه کې د مداخلې په اساس د قرحې د جوړیدلو د لاځنډلامل ګرځي. د ګرانیولیشن انساجو لپاره په زړه پورې پانسمان هغه دی چې نرم، جاذب، عیر التصاقي او غیر الرژیک وي. که نومورې پانسمان اجرا نه شي.

د دې مشابه نورې لارې هم وجود لري هیدروکلوید جل (granuflex، Hydrogel) چې په اساس کې یې polyurethane شامل دي د زخمونو د نښې محافظې لامل ګرځي. نومورې مرکب یو داسې جلي جوړوي کله چې د زخم د Exudate سره په تماس کې راشي نو پراخوالی مومي او زخم ټول ډکوي داسې ویل کېږي چې نومورې جلي د زخم جوړیدنې نښه چاپیریال برابروي او دمایکرواورګانیزمونو په مقابل کې یوه نښه مانعه جوړوي. دا کېدی شي د granulating wounds په ډېرو ډولونو کې استعمال کړی شي د مثال په توګه leg ulcer او Bed sores یا pressure sores یا Alginates لکه Kalstostat او Sorbsan د یوې فیبروزي جذبوونکې مادې څخه ترکیب شوی ده کوم چې پخپل وار سره د سوډیم او کلسیم مالګې د alginic acid سره لري کله چې فیبرونه د Exudate او د بدن د نورو مایعاتو سره په تماس کې راشي. نو دغه فیبرونه د مایعاتو د جذب په اساس جلي ډوله مواد جوړوي کوم چې د زخم جوړیدنې د پرمختګ لامل ګرځي.

www.ketabton.com

دیو ښه پانسمان دپاره اساسي اړتیاوې

- د زخم او پانسمان ترمنځ د لوړ رطوبت ساتنه.
- جاذبه طبقه اضافي Exudate لرې کوي.
- کچېرې مو پانسمان له زخم سره ننښلیدلی نه وو کولی شو پانسمان په اسانه بدل کړی پرته لدې چې کومه تروما د زخم له پاسه رامنځ ته شي.
- پانسمان باید محفوظ، غیر الرژیک او ناروغ ته د قبول وړ وي.
- پانسمان باید داسې اجرا شي چې د ګازاتو تبادله ترې صورت ونیسي خو مایکرواورګانیزمونه تري تیر نه شي.
- اغیزمن او اقتصادي وي.

نوموړی مواد د یو شمیر زیاتو افاتو د تدابیرولپاره مناسب ښکاري کوم چې په متوسطه او لوړه اندازه له exudate سره یو ځای وي Micro porous poly urethane films(Tegaderm and lyofoam) د متناسباً سطحي افاتو لپاره موثردی. نوموړي فلمونه ګازاتو ته د عبور اجازه ورکوي ولې د میکرو اورګانیزمونو د تیریدلو څخه مخ نیوی کوي. دا پدې معنی چې دغه فلمونه د څو ورځو لپاره د زخم په ځای پریښودل شي او د کوچنیو سوځیدنو، د skin graft لپاره د پوستکي د لیرې کولو په ځای د بستر د زخم په ساحه او د عملیاتو وروسته په زخمونو باندې د استعمال لپاره مناسب ښکاري، دوی په همدې ډول د ګاز په نسبت د اپیتیل د جوړیدنې موده راکموي، برعکس کچېرې د زخم محل منتن وي یا زیات Exudate ولري باید له استعمال څخه یې ډډه وکړی شي.

سینوسونه (Sinuses)

سینوس یو نامعلوم نهایت لرونکي لاره ده چې اکثراً د ګرانیولیشن نسج پواسطه پوښل شوي وي کوم چې د یوې اپیتیلي سطحې څخه پیل او مجاورو اعضاووته

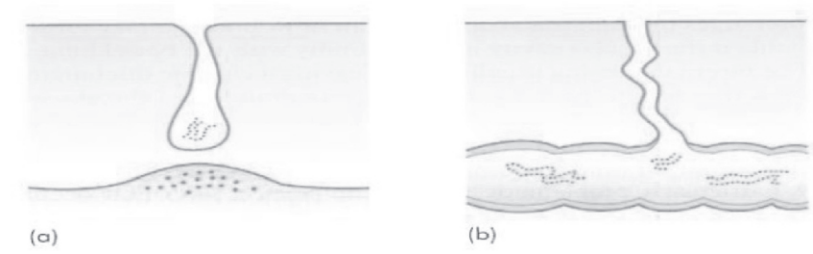
www.ketabton.com

خوریږي. اکثراً د ابسپ جوف ته لاره مومي. سینوسونه کېدی شي ولادي (congenital) او یا کسبي (aquired) وي.

ولادي سینوسونه د جنیني مجراوو (embryonic ducts) بقایاوي وي دي کوم چې بند نه شي بلکه خلاصې پاتې شي. کسبي سینوسونه په ثانوي توګه د اجنبي موادو او یا نکروتیک موادو (ممکن sepsis موجود یا نه وي) څخه په ماوفو انساجوکې رامنځ ته کېږي یا د ځانګړو مکروبي انتاناتو پایله ده جدول (۷-۳). دااړزښتمنه ده چې سینوسونه له فستولونو (fistules) جلاکړی شي کوم چې د دوو اپتیلي سطحو تر منځ عیر نورمال ارتباط دی. شکل (۷-۲) ولې نوموړی تشخیص اسانه نه دی ځکه د فستول د داخلي فوهې څیړل لږ څه مشکل کار دی.

Pathological sinuses

Congenital	Acquired
Preauricular	Pilonidal
Umbilical	Suture
Urachal	Post-surgical abdominal or perineal
Coccygeal	Hydradenitis suppurativa
Sacral	Actinomycosis
	Tuberculosis
	Osteomyelitis



شکل (۲.۱۲)

(a)یو سینوس او (b) فستول ده. دواړه د یوې پخوانۍ ابسپ څخه رامنځ ته شوي دي.

(a) دا ښیي چې سینوس یوه ړانده لاره ده، پدې ځای کې Pilonidal sinus د ویښتانو سره ښودل شویدی.

(b) دا ښیي چې فستول دوه په اپتیل پوښل شوي سطحې سره نښلوي دلته colocutaneus فستول ښودل شویدی.

www.ketabton.com

کلینیکي لوحه او د تدبیرونو اساسات

کېدی شي سینوسونه اعراض ونلري ولې دا چې سینوسونه د انتاناتو سره مخامخ کېږي کوم چې کېدی شي په بیا بیا تقرارکېدونکې او یا دوامداره discharge باندې بدل شي که پرسوب موجود وي دا د درد لامل ګرځي که چېرې سینوسونه خپله منشأ ګیډې د داخلي ژورو غړو، حوصلې، اسکلیټ او یا سینې sepsis څخه اخستي وي نو اړونده اعراض ښکاره کوي.

دفستول او سینوس تر منځ توپیرونه

- سینوس یوپټ انجام لري اکثراً د granulation نسج پواسیله پوښل شوی وي کوم چې د یوې اپتیلي سطحې څخه شاوخوا انساجو ته خوریږي.
- فستول د دوو اپتیلي سطحو تر منځ یو غیر نورمال ارتباط قایم کوي.

د یوې موفقانه درملنې لپاره له سینوس سره د هري اړونده ابسې د ژور جوف دقیقه پلټنه او یا د سینوس د لارې پیچلی او عمیق سیر موندل ډېر زیات ارزښت لري د پورتنۍ کړنې ناکامي د بیا تکرارېدونکې سینوس لامل ګرځي چې دا ممکن عین سیر ولري او یا هم ځانته بله لاره پیداکړي. د سینوس په پلټنه کې دهغه دافرازاتو میکروبیولوژیک معاینه باید صورت ونیسي که څه هم زیاتره Pathogens د پوستکې اړوندیا gut commensales وي. ولې ځینې وختونه ممکن ځانګړي مایکرو اورګانیزمونه لکه actinommycosis، tuberclosis، موندل کېږي د سینوس د ژوروالي د موندنې لپاره باید هغه په نرمه توګه د میلې پواسطه معاینه کړی شي. همدارنګه د پورته عمل پواسطه مورِ د سینوس لوری او ګڼ شمیر نورې لارې موندلای شو. که لازمه ښکاري نو sinogram دی اجراکړی شي د پورته عمل لپاره د سینوس انتیوبیشن (intubation) د یوه نرم رادیواوپک (radio opaque) کتیتر په وسیله کېږي د کوم د لارې چې بیا په اوبو کې منحل (contrast agent)

www.ketabton.com

لکه hypaque زرق کېږي او په عین حال کې تصویر اخېستل کېږي چې دا عملیه د سینوس او فستول ترمنځ په توپیری تشخیص کې مرسته کوي. د سینوسونو او فستولونو درملنه د هغوی د لامل درملنه او یادهغه له منځه وړل دي. په عمومي توګه سینوس خلاص پریښودل کېږي یا ایستل کېږي او د نسج Biopsy د هستوپتولوژي څانګې ته استول کېږي. که څه هم زیاتره بیوپسي د granulation انساج نه ښیي، کچېږي په روتین ډول پتالوژیک معاینات نه اجراکېږي نو ځینې وختونه یو شمیر مهم حالات لکه crohn`s disease یا خبیثه افات زمورږله نظره څخه پټ پاتې کېږي. چې وروستني حالتونه اکثراً د سینوس د تکراري پیداکېدلو باعث ګرځي.

ډېر پیښېدونکي کسبي سینوسونه (Common Aquired Sinuses)

له عملیاتو وروسته بطني او عجاني سینوسونه

پدې ډله کې suture sinus ترټولو زیات واقعات لري کوم چې د نه جذب کېدونکې تارونو د استعمال له امله مینځ ته راځي چې دا د نه جذب کېدونکي تارونه د انتاني محراق په ډول عمل کوي. چې دا سینوسونه د منتنو زخمونو د ترلو وروسته په دایمي توګه پاتې کېږي. د دې پیښې د مخنیوې په خاطر باید مورږ ځانونه پدې ډاډه کړو چې ګنډې ترل شوې او د پوستکي لاندې انساجو په واسطه پټې پاتې شوې دي. درملنه یې د نومورو خیاطو ایستل دي. غټ سینوسونه ممکن له عملیاتو وروسته (post surgical intra abdominal abcess) اویا د اناستوموز leakکېدل رامنځ ته کړي. ځایي ابسې د ګیډې د دېوال د لارې یا د زخم د لارې خپل افرازات تخلیه کوي او کچېږي د ابسې جوف د امعاوو د لومن سره امتداد ولري شوني ده چې فستول رامینځ ته کړي. داخلي فوحه اکثراً مسدودیږي او یو مزمن افراز لرونکی سینوس له ځانه پریږدي کوم چې د ابسې د جوف د ناکافي درېناژ له امله له ترمیم څخه پاتې کېږي.

www.ketabton.com

عجاني سینوسونه (Perineal Sinuses)

د proctocolectomy په تعقیب د perineal sinus رامینځ ته کېږي نو دا سینوس په ځانګړي توګه زیات پرابلمونه رامینځ ته کوي چې د crohn`s disease د پاره د ریزیکشن وروسته په زیاته پیمانه مینځ ته راځي. د جراحي د زخم د لومړني ترلو په تعقیب د څو ورځو په موده کې انتان رامینځ ته کوي چې د عجان د حادې ابسې د افرازاتو لامل ګرځي د levator plate له پاسه د ګڼ شمیر جوف لرونکې حوصلې ابسې کومه چې عمیقه موقعیت لري نو د اوږدې مودې د عجاني افرازاتو لامل ګرځي وروسته د CT یا سینو ګرافي پلټنې څخه سینوس خلاصیږي او دابسې د جوف Decortication صورت نیسي.

Pilonidal Sinus

نومورۍ سینوس اکثراً په natal cleftکې (د نوي زیږیدلو سوري) صورت نیسي داسې ویل کېږي چې نومورۍ سینوسونه د ویښتانو له نازکې ساقې څخه منځ ته راځي کوم چې د بدن څخه جلا شوي او د قدم وهلو په مهال یېnatal cleft ته مهاجرت کړی وی له هغه وروسته د gluteal contraction له امله د ژوروانساجو خواته ټیله کېږي. اخته کسان په لومړیو کې شاید اعراض ونه لري ولې د سینوس د بندولو یا منتن کېدلو وروسته د ناحیې د دردناک پړسوب لامل ګرځي چې بیا په ناڅاپي توګه په افرازاتو پیل کوي او معمولاً پرته له درملنې څخه جوړېږي او ممکن نومورۍ حالت ګڼ شمیر سینوسونه چې مختلف سیرونه او فوحې ولري رامینځ ته کړي. د یوې کاملې نتیجې د لاسته راوړلو لپاره مهم فکتورونه د سینوسو په کافي توګه excision دی که څه هم بیلا بیل تخنیکونه چې په هغه کېincision، excision د لومړنۍ بسته کولو سره او یا لومړی excision او په ثانوي توګه د مداخلې پر مهال دهغه ترمیم کول د نومورۍ حالت د درملنې په لاره کې پرمختګونه ګڼل کېږي، بیا پیښیدنه معمول ده چې40% واقعات لري.

www.ketabton.com

Hydradenitis Suppurative

نوموړي ناروغي د apocrine د عرقیه غدا واتو یوه abnormality ده چې د بدن په ځینې برخو لکه ابطي، مغبني او عجاني نواحیو کې او همدارنګه په nipplesکې موندل کېږي نوموړی حالت د بلوغ څخه وروسته دمتکررو ابسې ګانو د انکشاف په اساس پیژندل کېږي چې نوموړي ابسې ګاني ممکن جوړې او یا په خپل سر افرازات ورکړي کوم چې مزمن افراز لرونکي سینوسونه جوړوي شکل(۷-۳) که څه هم نوموړی حالت ممکن د tetracycline د کم دوز پواسطه اصلاح شي ولې بیا هم د ماووفي ناحیې ایستل د جذري جراحي پواسطه ضرور ده.



شکل (۷-۳)

د عجاني تقیحي Hydroadenitisګڼ شمیر افراز لرونکي سطحي سینوسونه د چارچاپیره التهاب سره لیدل کېږي.

Congenital Sinuses

Preauricular Sinuses

نوموړي سینوسونه په کمه اندازه معمول او کېدی شي یو طرفه او یا دوه طرفه وي دا اکثراً اعراض لرونکي وي ولې کېدی شي چې منتن شي چې پدې حالت کې

www.ketabton.com

باید شق، درینا ژ او په اخبره کې excision اجرا شي. د دې سینوسونو مکمل ایستل اکثراً مشکل دي ځکه چې د دې سینوسونو څانګې د وجهي عصب د شعباتو سره نږدې قرار لري excision یوازې هغه وخت توصیه کېږي کله چې متکرر انتان د یوه پرابلم په شکل را څرګند شي.

Umbilical Sinuses

نوموړی سینوس د نامه د نهایت چې vitelline duct (omphalomesentric) نومیږي د د وامداره پاتې کېدو له امله رامنځ ته کېږي. په جنین کې نوموړی قنات د جنین متوسطې کولمې د yalk sac سره نښلوي په نورمال حالت کې دا بندیږي او کاملاً له منځه ځي خو کېدی شي دغه جنیني قنات تر اخبره پورې لږ یا ډول پاتې شي. که دا له نږدې مشاهده شي نو یو سینوس به ولیدل شي چې په نامه کې لاندې تللی دی د سینوس د مورفولوژی د معلومولو لپاره د سینوګرام څخه ګټه پورته کېږي دهغه درملنه د سینوس ایستل یا excision څخه عبارت ده.

Urachal Sinus

Urachus چې یو جنیني ساختمان دی چې دودې په حال کې مثانه له نامه سره نښلوي په نورماله توګه د زیږیدنې پر مهال نوموړی ساختمان له منځه ځي که چېرې د urachus سروي نهایت بند نه شي نو یوتل پاتې کېدونکی urachal sinus منځ ته راوړي. دا ډول سینوسونه له نامه څخه د کم مقدار موادو د مزمن درینا ژ لامل ګرځي شوني ده چې دا سینوسونه منتن شي او په نورماله توګه باید کاملاً وایستل شي.

لنډیز

د سیستونو کلینکي څرګندونې توپیر مومي چې دا د cysts په اندازې او موقعیت پورې اړه نیسي. د قرحاتو د موفقانه درملنې لپاره د هغې د لامل موندل ضروري دي تر څو ورته مناسب تدبیرونه ونیول شي په پوره توګه درینا ژ شي او مړه انساج تر لرې کړی شي. د سینوسونو د تدبیرونو لپاره د ژوروابسې ګانو د جوفونو

www.ketabton.com

او د سینوسونو مغلق او ژورسیر په دقیقه توګه معلومول هغه څه دي چې مورږ د موفقانه درملنې خواته بیایي.

پوښتنې

1. Cyst څه شی او حقیقي او کاذب Cyst څه ته وایي؟
2. د sinus او fistula تر منځ توپیر څه شی دی؟
3. Ulcer تعریف او Marjolin ulcer څه ته وایي؟
4. د sinus لپاره د sinogram معاینه څه شی ده او sinus ددې معاینې پواسطه له څه شی څخه تفریقي تشخیص کیږی؟
5. د ulcer تداوي اساس په څه کې دی؟
6. د اپیتلي سطحې د دوام ماتوالی عبارت له:؟

A: cyst څخه ده. B: ulcer څخه ده. C: ابسې څخه ده. D: sinus څخه ده.

7. ولادي سینوسونه هغه دي کوم چې:؟

A: د یوې بلې ناروغۍ څخه منځ ته راشي. B: د cyst څخه منځ ته راشي.

C: د embryonic duct له بقایاو څخه منځ ته راځي. D: ټول غلط دي.

8. Plinoidal sinus د بدن د په کومه برخه کې منځ ته راځي:؟

A: د صدر په خلف کې. B: په غاړه کې.

C: په sacral ناحیه کې. D: ټول غلط دي.

9. پتالوژیکه هغه کڅوړه چې له مایع څخه ډکه وي:؟

A: Cyst B: Cellulitis C: ابسې. D: ټول سم دي.

www.ketabton.com

10. Marjoline's ulcer په کومو زخمونو کې منځ ته راځي:؟

A: مزمن وریدي قرحو کې منځ ته راځي.

B: په عضلي قرحو کې منځ ته راځي.

C: په جلد کې منځ ته راځي. D: ټول سم دي.

11. Cyst عبارت دی له:؟

A: یوه فزیالوژیکه له مایع څخه ډکه کڅوړه. B: A سم دي.

C: یوه پتالوژیکه له مایع څخه ډکه کڅوړه. D: ټول سم دي.

12. Rodent ulcer څخه هدف:؟

A: Liposarcoma B: Basal cell carcinoma

C: Neurofibroma D: هیڅ یو.

13. هغه لار چې د دوه اپتیلي سطحو او خالیګاوو تر مینځ ارتباط قایموي:؟

A: Fisfula B: sinus C: ulcer D: abscess

14. کوم یو لاندې Cyst کولای شي د حاد بطن منظره ورکړي:؟

A: dermoid cyst B: A سم دی.

C: ovarion cyst D: ټول غلط دي.

15. لاندې کومه جمله سمه ده:؟

A: abscess د sinus د لارې تخلیه کیږي.

B: fistula د sinus د لارې تخلیه کیږي.

C: A او B دواړه سم دي. D: C سم دی.

www.ketabton.com

مأخذونه Reference

1. چراغ، چراغعلی، جراحی عمومی طبع سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه تهران شماره انتشار ۸۴۲ سال ۱۳۸۱ صفحات (۴۷۵-۴۶۳).
2. یعقوبی، شیرزاد، اساسات جراحی دانش کتاب خانه دهکی نعلبندی بازار قصه خوانی پشاور سرطان ۱۳۸۱ صفحات (۲۲۲-۲۲۵).
3. Andrew, T. Raftery (2001) Surgery 2nd edition. P.269-270.
4. NORMAN S. WILLIAMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE & P. RONANA O'CONNELL (2004) Baily & love's Short Practice of surgery pp237-248
5. Dogar, Abdul wahab (2008) General surgery 3rd edition p. 132-139.
6. Memon, Farhad Hussain (2012) Short test book of surgery 1st editon 2012 p. 10-15.
7. Sriram Bhat M. (2009) SRB'S Manual of Surgery 3rd edition p.12-25.

www.ketabton.com

Book Name	General Surgery Volume 2
Author	Dr. Badshah Zar Abdali
Publisher	Khost Medical Faculty
Website	www.szu.edu.af
Number	1000
Published	2012
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service **(DAAD)** with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office: 0756014640
Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200036

www.ketabton.com

Message from the Ministry of Higher Education

In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit 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 based on educational standards,new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

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

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid

Minister of Higher Education

Kabul, 2012

www.ketabton.com

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

"Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books 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, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge"

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

www.ketabton.com

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1.Publishing Medical Textbooks
This book in your hand is a sample of 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 need to publish about 100 different textbooks each year.

2.Interactive and Multimedia Teaching
In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3.Situational Analysis and Needs Assessment
A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

www.ketabton.com

4.College Libraries
New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories
Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)
Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan
It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

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 assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Turial from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

www.ketabton.com

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 two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012
Karte 4, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

www.ketabton.com

Abstract

I have composed my this book in Pashto language according to medical curriculum named as Text Book General Surgery for students by assembling knowledge which I gain internationally or at national level. I have desire that not only the student take benefit from it but also new teachers and doctors. Because a good book is like a fruiting tree that not only gives fruit also provide shade. It's my great achievement in life that I wrote my whole life knowledge and experience in the form of book. Now it's the time to transfer knowledge to next generation. I hope this book will guide you and helps you in all fields of surgery. At the end I want to thanks first to my parents who make me enable and support me to get this achievement and also to the professors of Kabul Medical University (Pro Dr.Maum Azizi, Pro Dr.M.Salim Tawana, and Pro Dr.Barai Sedique) to helping me in all aspects. I will pray from Allah to give them a good life. Thanks

Dr.Badshahzar Abdali (MD, PhD)

Lecturer of Surgery Department Medical Faculty Shiekh Zayed University, Khost

www.ketabton.com

استاد په حيث وګمارل شو. پوهندوی دوکتور بادشاه زار عبدالي ۱۱ علمي اثار لری، دری جلده يي د جراحي کتابونه دي چې دا اثر يی وروستی علمي اثر دی. برسيره پردی نومورې د خوست ميشتو او د سهيل ختيځې حوزې د خويندو او ورونو لپاره د احمد شاه ابدالي د لوړو زده کړو موسسه او په هغې کې د معالجوي طب پوهنځی چې د ټولو خوست ميشتو يو لوی ارمان وو تاسيس او همدا اوس پکې په سلګونو ځوانان او انجونې په زده کړو بوخت دي.

(په خورا درنښت)

www.ketabton.com

د مؤلف لنډه پيژندنه



ښاعلی پوهندوی دوکتور بادشاه زار عبدالي د عبد الله خان زوی د خوست ولایت د کوټی شمل کلي اوسیدونکی او په قوم تنی دی. نومورې په ۱۳۳۷ هـ ش کال کې د خوست ولایت د مرکز مربوط د کوټی شمل په کلي کې نړی ته سترګې پرانستي دي. ښاعلی په ۱۳۴۳ کال کې د خوست ولایت د غرغښت په عالي لښه کې شامل او په ۱۳۵۵ کال کې د یادې لښې څخه په عالي درجه فارغ شو. ښاعلی په ۱۳۵۲ کال کي د کانکورد ازموینې وروسته د کابل طبي پوهنتون د طب په پوهنځي کې شامل شو. په ۱۳۶۲ کال کې د کابل د طبي پوهنتون د معالجوي طب پوهنځي څخه په عالي درجه فارغ شو. تر فارغیدو وروسته نومورې د کابل په علي آباد روغتون، د ابن سینا په صدري روغتون او د پولیسو په مرکزي روغتون کې یې دندې تر سره کړیدي. د مسلحو قواو په مرکزي څلور سوه بستریز روغتون کې یې د عصبي جراحي په څانګه کی تخصص تر لاسه کړیدی. ښاعلی په ۱۳۶۷ کال کې د پخواني شوروي اتحاد د ازبکستان جمهوریت د تاشکندښار د دویم طبي انستیوت د عمومي جراحی په څانګه کې د دوکتورا (PhD) د اخستلو لپاره شامل شو. نومورې په پوره بریاسره د دوکتورا په کچه تحصیلات سرته ورسول.نومورې د عصبي او عمومي جراحي په څانګو کې په اخبرو دوو لسیزو کې خپلو هیوادولو ته د قدر وړ طبي خدمتونه تر سره کړیدي. ده د لومړي ځل لپاره د خوست په ولایت کې د خصوصي سکتور په چوکاټ کې ۳۰ بستریزشخصی روغتون رسماً ایجاد کړ. کله چه خوست ولایت ته افغان پوهنتون دپاکستان د پېښور څخه را ولیږدول شو نومورې د جراحي په څانګه کې د

www.ketabton.com