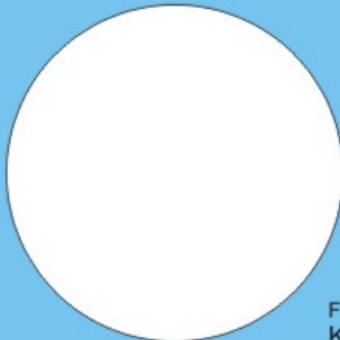


فزيكي تشخيص

ډاکټر عبدالناصر جبارخيل

Afghanic



ننگرهار طب پوهنځی

Pashto PDF
2014

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Physical Diagnosis

Dr Abdul Naser Jabarkhil

Download: www.ecampus-afghanistan.org

www.ketabton.com



ننگرهار طب پوهنځی

فزیکي تشخیص

Physical Diagnosis

ډاکټر عبدالناصر جبار خیل

۱۳۹۳



Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Dr Abdul Naser Jabarkhil

Physical Diagnosis

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

ISBN 978-84-613-0053-2



2014

فزیکي تشخیص



ډاکټر عبدالناصر جبار خیل

۱۳۹۳



بسمه تعالی

فزیکی تشخیص

ڈاکٹر عبدالناصر جبار خیل

د کتاب نوم	فزیکي تشخيص
ليکوال	ډاکټر عبدالناصر جبار خیل
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۳
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	افغانستان تایمز مطبعه، کابل

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمویل شوی دی. اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولني په دې اړه مسؤلیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:
 ډاکټر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل
 تیلیفون ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
 ایمیل textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي
 ای اس بی ان ۲-۰۰۵۳-۶۱۳-۸۴-۹۷۸



د لوړو زده کړو وزارت پيغام

د بشر د تاريخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډير مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کيفيت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړيوالو پيژندل شويو ستندردونو، معيارونو او د ټولني د اړتياوو په نظر کې نيولو سره بايد نوي درسي مواد او کتابونه د محصلينو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومي مننه کوم چې ډېر زيار يې ايستلی او د کلونو په اوږدو کې يې په خپلو اړوندو څانگو کې درسي کتابونه تأليف 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 کړي خو تر چاپ وروسته د گرانو محصلينو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلينو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معياري او نوي درسي مواد برابر کړي. په پای کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمنی کمیټی او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې يې هر اړخيزه همکاري کړې ده.

هيله مند یم چی نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت

پوهاند ډاکټر عبيدالله عبيد

د لوړو زده کړو وزير

کابل، ۱۳۹۳

www.ketabton.com

د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

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

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو درو کلونو کې مونږ د طب پوهنځیو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پیل او تر اوسه مو ۱۳۶ عنوانه طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځیو او نورو ادارو لکه عامې روغتیا وزارت، د علومو اکاډمي، روغتونونو او نورو... ته استولي دي.

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

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

د افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نویو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخیستل چې په بازار کې په ډېر ټیټ کیفیت

پیدا کړې، د دې برخې له ځانگړو ستونزو څخه گڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا لیکل شوي دي باید راټول او چاپ کړل شي. د هیواد د اوسني حالت په نظر کې نیولو سره مونږ لایقو ډاکترانو ته اړتیا لرو، ترڅو وکولای شي په هیواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختگ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله باید د طب پوهنځیو ته لا زیاته پاملرنه وشي.

تراوسه پورې مونږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپیسا د طب پوهنځیو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۱۳۶ عنوانه مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننگرهار طب پوهنځی لپاره د ۲۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توگه ویشل شوي دي. ټول چاپ شوی طبي کتابونه کولای شي د www.ecampus-afghanistan.org ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کړي.

کوم کتاب چې ستاسې په لاس کې دي زمونږ د فعالیتونو یوه بېلگه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو، ترڅو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپتر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه نا څه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس په راتلونکې کی غواړو چې دا پروگرام غیر طبي برخو لکه ساینس، انجنیري، کرهڼې، اجتماعي علومو او نورو پوهنځیو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زموږ په واک کې يې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندې پوهنځۍ استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د يادو شويو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظريات زموږ په پټه له موږ سره شريک کړي، ترڅو په گډه پدې برخه کې اغيزمن گامونه پورته کړو. له گرانو محصلينو څخه هم هيله کوو چې په يادو چارو کې له موږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د يادونې وړ ده چې د مولفينو او خپروونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتويات د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بيا هم کيدای شي د کتاب په محتوی کې ځينې تيروتنې او ستونزې وجود ولري، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو ترڅو خپل نظريات او نيوکې مولف او يا موږ ته په ليکلې بڼه را وليږي، ترڅو په راتلونکې چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او د هغې له مشر ډاکټر ايروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لگښت يې ورکړي دي دوی په تيرو کلونو کې هم د ننګرهار د طب پوهنځی د ۴۰ عنوانه طبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود.

په ځانگړي توگه د جې آي زيت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration & Development) چې زما لپاره يې په تېرو څلور کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي دي هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو له محترم وزير ښاغلي پوهاند ډاکټر عبیدالله عبید، علمي معين ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين

بناغلي پوهنوال ډاکټر گل حسن وليزي، د ننگرهار پوهنتون رييس بناغلي
ډاکټر محمد صابر، د ننگرهار طب پوهنځی رييس بناغلي ډاکټر خالد يار،
د ننگرهار طب پوهنځی علمي مرستيال بناغلي ډاکټر همایون چارديوال، د
پوهنتونو او پوهنځيو له بناغلو رييسانو او استادانو څخه هم مننه کوم
چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده.
همدارنگه د دفتر له همکارانو احمد فهيم حبيبي، سبحان الله او حکمت
الله عزيز څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه سترې
کيدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکټر يحيی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، فبروري ۲۰۱۴

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

لومری خپرکی

- 1..... دتنفسی سیستم سیمولوزی.
- 1..... د تنفسی سیستم سریزه.
- 3..... توخې.
- 10..... بلغم
- 14..... هیماپتیزسس.
- 16..... دهیما تو میزسس سره توپیری تشخیص.
- 17..... دسینی درد.
- 22..... ساه لنډې.
- 25..... سیانوزس اسباب او کلنیکي ډولونه.
- 29..... کلابینګ تعریف درجه اسباب.
- 33..... دتنفسی سیستم فزیکي معاینات.
- 36..... دسروفیسورونه او لوبونو ځای.
- 38..... نفتیش.
- 56..... جس.
- 67..... قرع.
- 72..... اصغاء.
- 77..... صوتی اهتزازاتو اصغاء.
- 87..... نور آوازونه.

90	دیوشمبرتنفسي ناروغیو فزیکي نښي
93	د بلغمو معاینات
95	د وینې معاینه په تنفسي ناروغیو کې
97	پلورا او پلورا مایع معاینه
102	راد یولوژیک معاینه
107	برانکو گرافي
108	برانکو سکوپي
110	سپرو او پلورا بایوپسی
115	د تنفسي سیستم لنډیز
117	دلومړی خپرکی پوښتنې

دوهم خپرکی

119	د زړه اود رگونو د سیستم مفردات
122	د زړه او درگونو د ناروغ کیلي او نښي
123	ساه لنډي
124	اورتوپنیا
125	PND
127	Palpitation یا د زړه تکان
130	د زړه په ناروغیو کې اذیما
134	د تپیر درد
136	د پریکارډ ایتس درد
138	پلورای درد
138	د ابهر د Dissection درد

139.....	دېلمونري امبوليزم له امله درد.....
140	دزره او رگونوپه ناروغيو کې هيماپتېزسس.....
141.....	سنکوپ تعريف او لاملونه.....
146	د غږ خپوالي Hoarsness.....
147.....	دزره دناروغانو فزيکي معاينه.....
147	تفتيش.....
149	عمومي تفتيش.....
150	سيانوزس.....
153	دنهاياتو تودوخه.....
154.....	دغاري د وريدونو پلټنه.....
160.....	دپريکارډ پلټنه.....
162.....	جس.....
163	Apex beat.....
165	تريبل.....
166.....	قرع.....
167.....	اصغاء.....
171	دزره لومړی آواز.....
175.....	اضافه آوازونه.....
176.....	Ejection click لاملونه.....
176	Non Ejection click.....
177	Tumour plop.....
180	دزره مرمرونه.....

186	سیستولیک مرمرونه،
191	دیاستولیک مرمرونه
196	د نبض معاینه
200	ریتم، حجم
205	مخدی کعبری تاخیر
206	درگونو د جدار حالات
207	دوینی فشار
210	کور تا کوف آوازونه
212	الیکتروکار دیوگرافی
217	دزره د برقی گراف لیدونه
226	دنورمال برقی گراف تحلیل او ارزونه
227	دزره برقی محور
228	دزره د ریت محاسبه کول
229	سینوس تکی کار دیا
230	سینوس بری کار دیا
230	سینوس اریتمیا
232	دازیناتو مخکی له وخته تقلص (PAC)
239	دچپ بطین هایپرتروپی
242	حاد مایو کار دیل انفارکشن او اسکیمیا
248	د درملو او میتابلویک اغیزی پر ECG
250	د دویم خپرکی لنډیز
252	د دویم خپرکی پوښتنی

دریم خپرکی

254	دهضمي سيستم مفردات.....
255	سريزه.....
255	دمري په تيرولو كې ستونزه (Dysphagia).....
258	Odynophagia.....
260	Gastro intestinal Bleching.....
261	د گيلو د درد.....
266	Areophagia.....
267	Flatus.....
267	زړه سوخت.....
268	بي اشتهايي.....
270	د زړه بدوالي او كانگي.....
273	Regurgitation.....
273	وزن اخستل.....
274	وزن بايلل.....
275	قبضيت.....
277	نس ناستي.....
282	Halitosis.....
282	دمعدي معايي سيستم فزيكي كتنې.....
282	عمومي پلټنه.....
286	د هضمي سيستم ځانگړي كتنه.....

286	خوله او شونډو تفتيش
291	د غاښونو کتنه او د تنفس بوي
291	ژبه
297	Mouth Ulcer
299	د گيډي تفتيش
308	اصغاء
310	جس
326	د توري جس
329	د پښتورگي جس
331	مشاني جس
331	د ابحر جس
332	قرع
335	د کبدي ناروغ غوره گيلي
336	ژيرپي
339	د ځيگر د ناروغ فزيکي کتنې
340	دهضمي سيستم لنډيز
342	د دريم څپرکي پوښتنې
خلورم څپرکي	
344	د اندوکراين سيستم مفردات
344	سريزه
345	د اندوکراين سيستم سيمولوزي
346	د ودي ځنډ

346	د ودی زیاتوالی
346	چاغی
348	د وزن کموالی
348	د عضلاتو سستی
349	Pigmentation د پوستکي
350	Hirsutism
351	د اشتها ټغیرات
353	د وخت مخکې بلوغ
354	د تناسلي غړی کوچنیوالی او په ځوانی کې ځنډ
355	د جنسي توان کموالی
356	د هډوکو درد
356	تیتانی
356	د ماغي حالت بدلون
357	د غوره اند کراینی ناروغیونښې او گیلی
357	Addison's ناروغی
359	کوشینگ سندروم
363	هایپر تایروئیدزم
371	Acromegaly
374	د څلورم څپرکی لنډیز
376	د څلورم څپرکی پوښتنی
	پنځم څپرکی
377	د ویني د ناروغانو مفردات

377	.....	سریزه
378	.....	د وینی د ناروغانو غوره گیلی او ننبی
380	.....	ځانگړې ننبی او گیلی
380	.....	د ماغی سیستم
381	.....	سترگی
381	.....	غورونه
381	.....	د خولی جوف، Nasopharynx
381	.....	غارپه
383	.....	هضمی سیستم
386	.....	فزیکي معاینات
389	.....	لمفاوي غوټی
390	.....	توري
392	.....	ځیگر
394	.....	په وینه کې د هیموگلوبین ټاکل
398	.....	د وینی سپین حجرات
400	.....	د پنځم څپرکی لنډیز
402	.....	د پنځم څپرکی پوښتني
		شپږم څپرکی
403	.....	د بولی تناسلي جهاز مفردات
403	.....	سریزه
404	.....	د بولی تناسلي جهاز سیمولوژی
404	.....	درد

405	.....Dysurea
410	..... Pneumuturia
413	..... Polyurea
425	..... د پښتورگو وظيفوي ازمويني.
429	..... د پښتورگو بايوپسي.
433	..... د شپږم څپرکي لنډيز.
435	..... د شپږم څپرکي پوښتني.
437	..... دهلو وکو او بندونو مفردات.

اووم څپرکي

437	..... سرريزه.
438	..... د بندونو درد.
444	..... شخي.
445	..... د بندونو Locking.
445	..... د بندونو فزيکي معاينه.
453	..... داووم څپرکي لنډيز.
454	..... د اووم څپرکي پوښتني.

اتم څپرکي

456	..... د تاريخچې اخیستلو عمومي اساسات.
456	..... سرريزه.
458	..... د صحت تاريخچه.
460	..... پيژندنه.
466	..... فاميلي تاريخچه.

467	..... د سیستمونو تکرار
473	..... فزیکي معاینات
479	..... د اتم خپرکی لنډیز
481	..... د اتم خپرکی پوښتنی
482	..... References ماخذونه

دبیل خبري :

د فزیکي تشخیص تر عنوان لاندی کتاب د طب پوهنځي د دریم ټولگي دلمړی سمستر دپاره د طب پوهنځي دنوي کریکولم او درسی مفرداتو سره سم د طب پوهنځي د داخلی خانگي دارتیا پربنسټ په داسي وخت لیکل کيږي چي ساینسي علوم په خانگري ډول دناروغانو معاینی نوی میتودونه ، لاملونو دپیژندلو او طبي تکنالوژي په برخه کی په چټکي سره بدلون ترسترگو کيږی ، نود شونتیا تر بریده هڅه شوي چي نوی فزیکي نښی دناروغیو دپیژندلو دپاره او دپیدا کیدو دمیکانیکیتونو په برخه کي دنړیوالو باوري سرچینو څخه راټول او په کتاب کي ځای کړم ، ترڅو اړه لرونکو کسانو سره دارونده ناروغیو او دناروغ دمعاینه کولو په وخت کی دستونزو سره مخ نه شی او تشخیص او توپيري تشخیص یي په اساني سره وکړي . دلوی څښتن تعالی له دربارڅخه ډیر شکر په ځای کوم چي ماته یي ددي کتاب دلیکلو توان او وخت راکړ .

اللّٰه ج دي وکړي چي دغه کتاب زما دنورو علمي اثارو ترڅنگ چي مخکي مي لیکلي دي دهیواد په کچه محصلینو او هم مسلکانو ته دگټي او پام وړ وگرځي ، اوپه خانگري ډول د ننگرهار پوهنتون د طب پوهنځي درسي تشه ډکه کړي .

د کتاب په هکله تقریظ

د طب پوهنځی د داخلی خانگی محترمو غړوته!

اسلام علیکم ورحمة الله وبرکاته

د فزیکې تشخیص د رسی کتاب چی دمحترم پوهنوال عبدالناصر (جباخیل) له خوا د طب پوهنځی د دریم ټولگی لمړی سمستر لپاره تالیف شوی دی زما له خوا په هر اړخیزه توگه په ډیر ځیر اودقت سره ولوستل شو چی زه خپل نظر دنوموړی درسی کتاب په هکله په لاندی ډول څرگندوم:

کتاب په ډیر روان سبک ، په پښتو ملی ژبه باندی لیکل شوی چی لیکنه کسی د کتاب دلیکلو ټول اصول په پام کی نیول شوی دي . کلمات او جملی ډیری لنډی او د پوهاوی لپاره ډیری اسانه او د وخت دضایع کیدو او دبیا لوستلو لپاره ډیره لږه اړتیا پیداکیږی .

هرڅوک چی دا درسی کتاب په غور سره ولولی په طبی ډگر کی تری زیاته گټه اخیستلای شی اودانسان بدن دسیستمونودگیلوتاریخچه د فزیکې معاینی په برخه کی غوره او په زړه پوری نوی معلومات شته دی . نو لدی کبله په ډاډه زړه ویلای شم چی د طب پرسونل ، داکتران به هیڅ کله دخپلو ناروغانو دستونزو په پیژندنه کی به هیڅ ډول کړکیچ سره مخامخ نه شی .

همدارنگه ویلای شم دا درسی کتاب د دریم ټولگی لپاره زیات علمی ارزښت لری که چیری د کتاب دننه منځ پانگه او متن ته ځیر شو مولف : جدولونه ، گرافونه ، انځورونه په داسی مناسب ځای کی غوره کړی چی دلوستلو په وخت کی ډیر ژر دپوهیدلو لپاره زمینه برابره وی د کتاب لیکل ډیر معیاری او په نړیواله کچه د کتاب دلیکلو د اصولو سره برابر دی .

پہ کتاب کی دمعتبرو نویو تکست کتابونو ، علمی ژورنالونو ، دانترینیت باوری
طبی سرچینو خخہ نوی او تازہ معلوماتو ته خانگپی خای ورکپل شوی دی ، چی دهر
لوستونکی پاملرنه خان ته را اپروی .

ددی کتاب خخہ به دطب محصیلین او خوان دکتران دزده کپی په برخه کی اعظمی
گتیه واخلی .

محترم پوهنوال عبدالناصر (جبارخیل) ددی درسی کتاب په لیکنه کی زیات زیار او
زغم گاللی چی ډیر دستاینی وړ دی ، دالله (ج) له دربار خخه استاد ته دعافیت سره
دعمر اورود والی او په علمی ډگر کی بریالیتوب او سرلوپی غواړم .
په پای کی دپورتنیو علمی ارزښتونو په لرلو سره دنوموړی کتاب تالیف تاییدوم اود
چاپ سپارښتنه بی کوم .

والسلام

پوهاند دوکتور محمد طیب (نشاط)

دداخلی خانگی استاد

د پوهاند ډاکټر ظفرزی توصیه

د داخلي خانگي د پریکړې له مخې د طب د پوهنځی د دریم ټولگي لپاره د فزیکل دیاگنوزس کتاب تالیف محترم استاد جبار خیل ته دنده ورکړل شوی ده او دلوروزده کړو وزارت له خوا هم تایید شوي وه بشپړ کړي ده زه د نوموړي کتاب د تالیف او علمي ارزښت خپل نظر دارنگه وړاندی کوم.

دا کتاب اته څپرکي لري او دهر سیستم د اعراضو او علایمو په ځانگړي ډول یادونه شويده او دهر څپرکي په سریزه پیل او هر سیستم گیلې او نښې او دهغه لاملونه او د منځ ته راتلو په میکانیزم غوره علمي رڼا اچول شوي ده چی دیر بارزښت کړنلاري لري.

کتاب په پښتو خوږه ژبه او روان سبک لیکل شويدي چی لوستونکي تري په اسانه توگه ډیر څه یادولي شي.

د کتاب په تالیف کي محترم مولف د کتاب لیکني ټول معیارونه په نظر کي نیولي او هیڅ نا اشنا لغات او کلمات نه لري چی د لوستونکي دستر تیا لامل وگرځي. همدارنگه هغه گیلې او نښې چی انساني ناروغي سره تړاو لري په ډیر غور سره څیړلي دي او په سیستماتیک ډول د خپلي اړونده ناروغي په هلکه لنډ معلومات ورکړي دي چی د مرض په تشخیص، لاملونه میکانیزم یې ښه مرستیال بللي شو. په زړه پوري خبر داده کله چي هر طبي پرسونل د کتاب په لوستلو پیل وکړي دا بارزښت علمي معلومات لوستونکي اړ باسي ترډو دهغی بحث پایله ته ورسیري او حافظه کي ځای ورکړي د بلي خوا مولف زیار ایستلي دي چی دهر فزیکي علامي سره مناسب انځورونه، جدولونه، گرافونه یې ځای په ځای کړي وه چی د طب د محصلینو لپاره د معاینې میتود، د معاینې ځای، اصغایي محراقونه او نوري فزیکي عملي مانوري ښودل شويدي چی دا کار په زده کړه او عملي کار او په روغتون کي د بستر پر څنگ د معاینې لپاره څرگنده او روښانه کړنلاره پرانيزي او د طب محصلین تري زیاته کچه عملي گټه اخیستلي شي.

په کتاب کي دنړيوالو تکس کتابونو نوي معلومات او دانټرنیټ او دمعتبرو ژورنالونو اوسني څیړني او رویج هم شتون لري باوري خبره داده چی د هر فزیکي علامي او عرض او نور معلومات ترڅنگ با ارزښت او ریښتیني ریفرینسونه هم لیدل کیږي.

د فزیکل دیاګنوزس د کتاب دا تالیف زما په عقیده تر اوسه پوري دلپور زده کړو وزارت په چوکات کي په یو طب پوهنځي کي لیکل شوي نه دي. او باور لرم چی هر لوستونکي او طبي پرسونل به لوستلو په وخت او عملي ډگر کي د علمي اغیزي لاندې راشي او محترم داکتران او محصلین به خپلي ستوونځي په دي هکله حلا او خپل هدف ته ځان ورسوي.

او همدارنگه په ډاډه زړه ویلي شم کوم فزیکل دیاګنوزس کتابونه چی زمونږ په لاس کي شته د دي کتاب سره زیات توپیر لري کتاب په تالیف کي محترم استاد د داخلي څانګي دمنځ پانګي او خپلو علمي تجارو په هکله هم باوري معلومات راټول کړيدي.

دانوي تالیف چی د محترم استاد له خوا سرته رسیدلي دي د علمي ارزښت له پلوه ډیر غني او بډا علمي اثر دي او د طب پوهنځیو د علمي زیرمو د بډاینی لویه برخه جوړوي. دلپور زده کړو وزارت ته زما وړاندیز دا دي چی د کتاب په نشر او چاپ کي عملي اقدام وکړي او نور طب پوهنځیو لپاره واستول شي.

او باور لرم چی د هري ژبي ویونکي تري اعظمي گټه واخیستلي شي نوموړي کتاب د محترم داکتر صاحب دپوهنوالي د علمي رتبې څخه دپوهاند رتبې ته کافي بولم او محترم استا ته په دا ډول علمي کارونو کي لبریا لیتوب زما هیله او د الله جل جلاله له دربار څخه د ښه صحت او عافیت دعا کوم اورا تلونکي دي روښانه او ---- وي

او همدارنگه د داکتر رحمت الله څخه ډیر مننه کوم چی د طب پوهنځي داستاډانو کتابونو په لیکلو کي یي نه ستړي کیدونکي هلي ځلي کړيدي.

سريزه

دلوي اوبخونونکي رب څخه ډيرزيات شکر گذار يم چي ماته يې دا وسه راکړه چي د فزيکي تشخيص تر عنوان لاندې کتاب ليکنه بشپړه کړم.

فزيکي تشخيص نه يواځي د داخلي پورې اړونده ناروغيو بلکي د طبابت د ټولو څانگو دناروغيو په پيژندنه کې بنسټيز ارزښت لري. تاريخچه او فزيکي معاينه دواړه په اټکلي ډول ۸۰% دناروغيو په پيژندنه کې مرسته کوي او لبراتواري ازمويني يواځي تشخيص تائيدوي.

فزيکي تشخيص کتاب د طب پوهنځي د دريم ټولکي په لومړي سمستر کې کله چې د طب محصلين دکلينيکي درسونو پراو ته رسيږي تدریسېږي. دا کتاب په اتو څپرکيو او ۲۰۰ صفحو کې د طب پوهنځي دنوي کريکولم اودرسي مفرداتو سره سم د داخلي څانگي دارټيا پر بنسټ ليکل شوي دي.

د کتاب منځپانگه دنړيوالو نوو معتبرو ټکس کتابونو، طبي ژورنالونو، دانټرنيت علمي ويبپاڼو اود طب پوهنځي د داخلي څانگي له کتابونو څخه غني شوی دي.

کتاب په روانه پښتو ژبه ليکل شوي چي هر لوستونکي ورڅخه په يو ځل لوستلو سره په اساني گټه پورته کولی شي.

په کتاب کې رنگينه انځورونه اوجدولونه په مناسبو ځايونو کې ځای پر ځای شوي چي د موضوع په روښانه کولو کې نوره هم مرسته کوي.

مناسبه گڼم چي دسريزي په پای کې د طب پوهنځي د داخلي څانگي له ټولو استادانو په ځانگړي توگه له پوهاند دوکتور محمد ظاهر ظفرزي څخه مندوي شم چي د کتاب په ليکلو کې يي راته سالمی مشوري او لارمې لارښووني کړي دي.

په پای کې له ټولو درنو لوستونکو څخه په خورا درنښت هیله لرم چې د کتاب
دلوستلو پر مهال په کتاب کې د کومې تخنیکي ستونزې اویا نورو نیمگړتیاو
په لیدلو سره د تنگراهار طب پوهنځیداخلې څانگه په جریان کې واچوي.

په پای کې د محترم ډاکتر رحمت الله څخه چې د دې کتاب په کمپوز کې نه
ستړي کیدونکي هلی ځلي کړي د زړه د کومې مننه کوم او ورته د لا
بريالیټوبونو په هیله یم.

په درنښت

لومړي څپرکي

د تنفسي سيستم سيمولوژي

د تنفسي سيستم دناروغ د ګيلو او نښو مفردات

ټوخي: تعريف، ميکانيزم، لاملونه، اصغاء: نارمل تنفسي اوازونه، اضافه تنفسي اوازونه، رانکای، Crackle او ډولونه اختلافات پلورل رب

بلغم: تعريف، اندازه، ځانګړني دکانسوليديشن فزيکي نښې: هيماپتيزسس: پيژندنه، لامل، ډول، تفتيش، جس، قرع او اصغاء، د هيماتوميزسس سره توپيري تشخيص د نموتورکس فزيکي نښې: تفتيش، جس، قرع او اصغاء

د سينې درد: د سږو د پرانثسيم درد، دبرانشيل استماء د حادي حملي ميدياساس تنيوم، پلورايي درد، فزيکي نښې: تفتيش، جس، قرع او موقعيت، شدت، څپريده او دوام اصغاء

ويزينګ: تعريف او لاملونه دپلسورل ايفيوژن فزيکي نښې: سيانوزس: پيژندنه او کلينیکي ډولونه تفتيش، جس، قرع او اصغاء، کلايينګ: پيژندنه، درجي، لاملونه د اتيلیکتازسس فزيکي نښې: تفتيش، جس، قرع او اصغاء

دامفزيما فزيکي نښې: تفتيش، جس، قرع

د تنفسي سيستم فزيکي معاينات: او اصغاء، د Cavitation فزيکي تفتيش: د سينې توپوګرافیک خطونه، نښې: تفتيش، جس، قرع او اصغاء،

نارمل سینه، ابارمل سینه، دتنفس ډولونه
 دبلغمو معاینات: دبلغمو راتپلول، دبلغمو مستقیمه معاینه، کلچر، دوینی معاینه په تنفسي ناروغیو کې، پلورل تپ او پلورل مایع پلتنه، ECG په تنفسي ناروغانو کې، دسیني کلیشه، دسیني نارمل کلیشي لوستنه، برانکوگرافي، برانکوسکوپي، دسپرو بایوپسي، پلورا بایوپسي اودسپرو وظیفوي ازمويني

جس: دتراخیا جس، دسیني دحرکاتو جس، زروو جس او صوتي اهتزازاتو جس
 قرع: دقرع کرنلاره، مستقیمه او غیر مستقیمه قرعه، دکلاویکولا دقرع کرنلاره، وضاحت، فرط وضاحت، تمپانیک او Dullness توضیح کول

سریزه:

تنفسي سیستم چې دپوزی، خولی، بلعوم، حنجره، شزن، هوايي لارو اودوه سرو څخه جوړشويدي بنسټيزه دنده يي د هوا څخه داكسيجن اخیستل او ویني ته ورکول اوبرعکس د کاربن دای اکساید بهر ته راویستل دي.

چپ سږي د بني سږي په نسبت لږ څه وړو کي دي چی دوه فسه لري او ۴۵ سلنه دگاز د تبادلې دنده پر غاړه لري.

تنفسي ناروغي چی په نږي کې ډيري زیاتي دي چی تقریبا دریم مهم لامل دمرگ گڼل کیږي په ځانگړي ډول چی COPD چې یوازي پنځم لامل دمرگ په ټولنه کې دي.

دتنفسي سیستم ناروغ غوره گیلې عبارت دي له ټوخي، بلغم، هیماپتیزس، سالنډي، ویزینگ، دسیني درد، تبه، داواز خپوالي اودشپي خوله.

ددي ناروغيو دتشخيص لپاره دقيقې طبي تاريخجې اخیستنه او بشپړ فزیکي معاینات اړین دي. چی نوموړي څپرکی کې به ورڅخه په تفصیل سره یادونه وشي.

ټوخي (Cough)

تعریف: ټوخي دتنفسي سیستم یو عکسوي عمل دي چې د پورته تنفسي لارو دپاکولو لپاره ترسره کېږي (www.webmed.com/coldandflu)

یا په بل عبارت ټوخي یو قوي انفجاري عمل دي چې د ابتدایي بندشوي گلو تیس مقابل کې منځته راځي او په وصفي ډول یو ځانگړي اواز تولیدوي چې تنفسي هوایي لارو څخه افرازاو او اجنبي جسمونه بهرته کارې. میخانیکیت:

ټوخي کیدای شي ارادي او یا غیر ارادي وي، دټوخي عکسه د حسي (Afferent) او حرکي (Efferent) برخو څخه جوړه شوي دي د توخي اخذي (Cough receptor) په زیاته پیمانې بلعوم، د شزن په خلفي برخه کې او په Carnia کې ځای لري او په لږه کچه د هوایي لارو په بنکته برخو کې ځای لري اما دتنفسي برانشیولونو څخه بنکته شتون نه لري کله چې دا اخذي د گرد، خاوری، خارجي اجسامو پواسطه تنبه شي نو د Internal Laryngeal عصب له لاري سیاله دماغ میدولاته رسېږي چې همدا Afferent neural pathway دي. ددي څخه وروسته Efferent neural pathway سیاله د دماغ قشر او میدولا څخه واگوس او Superior laryngeal عصب د لاري Glottis، بهرني بین الضلعي عضلات، حجاب حاجز او نور تنفسي او ذفيري عضلاتو ته رسوي چې دټوخي د رامنځته کیدو لامل گرځي په لاندې میکانیزم سره

چي لومړي ژور شهيق تر سره کيږي ۲-۳ ليتره هوا سپړو ته داخليږي گلوټيس ټرل کيږي وکل کارډ تقلص کوي ترڅو حنجره تنگه کړي حجاب حاجز د دمې حالت غوره کوي بطني عضلات تقلص کوي ترڅو دحجاب حاجز استرخا نوره هم زياته کړي ددي څخه وروسته تنفسي ظفيري عضلات تقلص کوي دسپړو داخلي فشار لوړوي (300mmHg) له دي څخه وروسته وکل کارډ استرخا او دغه لوړ داخل صدري فشار شزن تنگوي او بيروني اتموسفير او داخل صدري فشار د تفاوت له امله گلوټيس په شدت سره خلاصيږي ۳-۴ ليتره هوا په ثانيه کي خارجوي چي د سره يوځاي بهرني اجسام او مخاط بهر خواته غورځيږي او تنفسي لاره پاکيږي.

لاملونه:

ټول هغه تنبهات چي د تنفسي سيستم مخاطي غشا تنبه کړي ټوخي رامنځته کوي لکه التهابي ، ميخانيکي ، کيمياوي او حرارتي تنبهات.

په لنډ ډول ويلى شو چې دټوخي لامل کيدای شي دتنفسي سيستم ناروغي اويا دتنفسي سيستم څخه بهر ناروغي وي.

ټوخي د دوام، کرکتر، وصف او Quality له نظره ډلبندي شويدي.

د دوام له نظره کيدای شي حاد چي دوام يي د درى هفتو څخه کم، Subacute چي دوام يي د ۳-۸ او نيو پوري دي او مزمن چي دوام يي له ۸ او نيو څخه زيات وي.

د Quality له نظره کيدای شي وچ ټوخي اويا بلغم ولري.

دوخت له نظره کيدای شي د شپي رامنځته شي چي Nocturnal cough ورته ويل کيږي اويا يواځي دورځي اويا هم د شپي او ورځي په دواړو وختونو کي وي.

د کرکتر له نظره Barky (غپ غپ) ټوخي چی په Croup کي اویا Staccato (لنډ) ټوخي چی په Chlamydia نمونیا کي وي.

۱- حاد بېرني ټوخي: چې دوام یې د ۳ او نیو څخه کم وي د دي ډول ټوخي عام لامل د پورتنی تنفسي لاري حاد ویروسي اتان او د زهرجنو کیمیاوي گازاتو انشاق دي معمولا حاد ټوخي په خپله بڼه کیږي او سلیم سیر لري لکن کیدای شي چې په ځینو وځینو حالاتو کي هم پیدا شي که Red Flag نښي ورسره وي باید جدي پلټنه وشي.

Red Flag نښي عبارت دي له وینه لرونکي ټوخي، سالنډي، تبه، د ټپر درد او وزن بایلل.

Subacute ټوخي چې دوام یې ۳-۸ او نیو پوري وي چې معمولا وروسته د ویروسي اتان څخه پاتي کیږي.

۲- مزمن ټوخي: چې دوام یې د ۸ او نیو څخه زیات وي قلبی ناروغی، اتانات، قلبی تنفسي ناروغی، سرطانونه یې لاملونه دي. د مزمن ټوخي د ۹۰ سلنه څخه زیات لاملونه Post nasal drip، استما، ایزونوفیلیک برانشایتس او GERD دي.

ACE inhibitor په ۱۰-۲۵% پېښو کې د ټوخي لامل گرځي.

ټوخي کله کله کیدای شي ژوند ته د گواښ کونکو ناروغیونښه وي لکه پلمونري امبولیزم، سینه بغل، د زړه عدم کفایه.

Psychogenic cough چی دی ته Tic cough هم وایي په دي حالت کي کوم خاص فزیکي پرابلم نه شو پیدا کولی نظر کا هلاکو ته په ماشومانو کي یې پېښي ډیري دي .

په لاندې جدول کې د ټوخي لاملونه ښودل شويدي:

۱-۱ گڼه جدول د ټوخي لاملونه

د ټوخي ډول	د سينې راديوگرافي نارمل وي	د سينې راديوگرافيک غير نارمل وي
حاد ټوخي چې د دريو اونيو څخه کم وي	<ul style="list-style-type: none"> • د تنفسي سيستم ويروسي اتانات • باکټريايي اتانات لکه برانشيټ • د بهرني اجسامو اشفاق، دمخرشو گردونو او Fumes اشفاق 	<ul style="list-style-type: none"> • نمونيا • اشفاق شوي اجنبي اجسام • دانساجو خارج المنشا حاد الرژيک التهاب
مزمن ټوخي چې دوام يې د ۱۸ اونيو څخه زيات وي	<ul style="list-style-type: none"> • د سپرو سرطان • توپرکلوز • د سپرو بين الخلاکي ناروغي • برانشکتازس 	<ul style="list-style-type: none"> • GERD • استما • Positive bronchial hyper activity • رينايټس، سينوزايتس • سگرت څکول • درمل لکه ACE نهې کونکي • مخرش گردونه

د ټوخي ډولونه

۱- وچ ټوخي: دا ډول ټوخي هله منځته راځي کله چې حنجره، شنز او قصباتو مخاطي غشاء احتقاني وي غوره لامل يې د ډپورټني تنفسي سيستم اتان،

دسپرو دتوبرکلوز لومپري پراو، برانکوجينیک کارسينوما، بين الضلعي فايبروزس، استما، پلمونري انفارکشن دی.

۲- لوند ټوخی: چي په برانشکتازس، دسپرو ابسي، مزمن برانشیت، فنګسي اتاناتو کي منخته راځي داډول ټوخي د زياد اغزودات شتون په تنفسي لارو کي راپه گوته کوي.

۳- حملوي ټوخی: برانشیل استما، دزړه عدم کفایه او Whooping cough کي.

۴- د ويز سره يوځای: برانشیل استما، مزمن برانشیت او Tropical Eosinophilia

۵- دشپي ټوخي: په استما، تنفسي ازیما، Post nasal drip، ريفلکس ازوفاجیتس کي.

۶- د Bovine غوا په شان اواز: دحجره دفلج له امله چي Recurrent Laryngeal عصب اخته شوي وي چي په دي صورت کي ټوخي دوامداره او خپل خشن وصف دلانسه ورکوي.

۷- دردناکه ټوخي: په Pleurisy کي ځکه چي ټوخي پواسطه دسيني درد زیاتیري.

۸- بي اواز ټوخی: که Vocal cord دسرطان یا توبرکلوز پواسطه تخریب شوي وي.

۹- Spluttering: په Tracheo esophageal فستول کي

۱۰- که ټوخی تمرین پوری اړه ولري: په Mitral stenosis، مری او شزن تر منځ فستول یا دمري رتج ته فکر وشي.

۱۲- که مزمن ټوخی په دي وروستيو کي زياد شي نو برانکيل کارسينوما ته فکر وشي.

دټوخي توپيري تشخيص د ځانگړتيا له نظره په لاندې جدول کي بنسودل شويدي.

۱-۲ گڼه جدول دټوخي توپيري تشخيص د ځانگړتيا له نظره ۲۲، ۱۰۸ م م

لاملونه	ځانگړتياوي	دټوخي منشا (Origin)
Acid reflex, Postnasal drip	دغاړي پاکوالي ځنډني ټوخي	پوزه، بلعوم او Larynx
Laryngitis، تسوره ټوخلسه (Pertussis) Croup	دردناکه، Barking بيړني يا Persistent	حجره (Larynx)
Tracheitis	بيړني او دردناکه	شزن (Trachea)
Asthma	متقطع، کله کله ورسره بلغم دشپي لخوا زياتيږي	Brochi
COPD	دسحر لخوا زياتيږي	
Bronchial Malignancy	ويني ورسره يوځاي وي	
نمونيا	وچ يا کم بلغم لري	دسپرو پراښم
برانشيکتازس	مزم او ډير بلغم لري	
توبرکلوز	بلغم او کله کله وينه	
دسپرو بين الخلاي ناروغۍ	مخرش، وچ او Persistent	

پلمونري اذيما	دملاستی په وضعیت کي زیاتیري کله کله ځک لري	
د درملو تاریخچه	وچ، Scratchy, persistent	ACE inhibitor

د توخي اختلاطات:

عبارت دي له:

۱- Cough syncope: په دي حالت کي دسيني داخلي فشار لوړیږي او دوریږي ويني راگرځيدنه زړه ته کمیږي چي دا د زړه Out put کموي دماغ دويني دجریان کمیدو لامل گرځي او په پایله کي سنکوپ رامنځته کیږي.

۲- د پښتنيو ماتیدنه: زیاتره په هغو خلکو کي چي ملتي پال میالوما، اوستیوپوروزسس او Osteolytic metastasis ولري منځته راځي.

۳- بنفسي Pneumothorax: دامفزیما توزس، Bulla د شکیدو له امله

۴- چوره کیدل

۵- بي خوبی، استفراقات، همدارنگه Sub conjuntival هیموراژ (Red eye)، په بنځو کي د رحم Prolaps او د تشومتيازو بي اختیاره تگ لامل کیدای شي.

لاندي پوښتني باید د توخي لرونکي ناروغ څخه وشي:

۱- څومره وخت کیږي تاسو توخي لری؟

ایا تاسو د Sinus ستونزه لري؟

ایا ستاسو توخي وچ دی که بلغم لري؟

که بلغم ولري رنگ، مقدار، ويني، د بوي باره کي پوښتنه وشي.

يا تاسو لوړه درجه تبه لري؟

يا ستاسو ټوخي د شپي په يو ځانگړي وخت کې رامنځته کېږي نو زيات (Acid Reflux) ته فکر کېږي.

د ټوخي سره سالنډي لري؟

پخواني تاريخچه د سرو دستونزو لري؟

سگرت خکول او يا د سگرتو خکولو تاريخچه لري؟

يا ستاسو ټوخي سره د سيني سينگارۍ شته؟

يا تاسو درمل کارولي دي (ACE inhibitor)

يا ستاسو ټوخي حملوي دي يا ځانگړو الرژن يا تمرين سره مخ شي؟

په لاندي حالاتو کې د ناروغ ټوخي ضعيف (Impaired) کېږي.

۱- کله چې ذفيري عضلاتو قوت کم شي.

۲- کله چې د شهيقې عضلاتو قوت کم شي.

۳- که چيري د صدر په ديوال کې سوء شکل شتون ولري.

۴- که چيري د گلوټيس بنديدل خراب وي يا تراخيستومي ترسره شوي وي.

۵- Tracheomalacia

۶- که چيري په هوايي لارو کې غير نارمل اطراحت زيات وي.

۷- که د تنفس مرکز Depress شوي وي (Anesthesia, Sedation, Coma)

بلغم (Sputum)

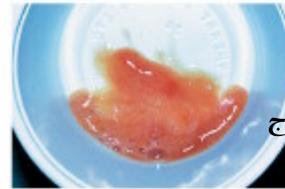
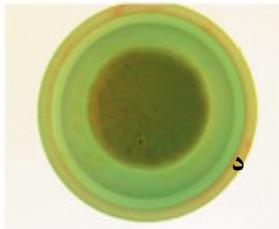
مخاط داد مخاطي او goblet حجراتو څخه چې په مخاطي غدواتو ، مخاطي غشا او تحت المخاط غدواتو کې ځای لري توليدېږي او

د گلايکوپروتين، انتي سپتيک انزايمونو (Lysozyme)، ايمونوگلوبولين، غيراورگانیک مالگو پروتين لکه لکتوفرين څخه جوړ شوي دي دمخاط غوره دنده دانتاناتو څخه ساتنه دي.

ابنارل Tracheal او برانشيو اطراحتاتو ته بلغم ويل کيږي اما بايد وويل شي Expectorated بلغم هميشه غير نارمل وي، مکروبو نو او چرک لرونکي وي او دتوخي پواسطه د تنفسي لارو څخه خارجيږي د بلغمو څلور اساسي ډولونه موجود دي چې عبارت دي له مصلي، مخاطي، تقیحي او وينه لرونکي چې په لاندې جدول کې بنودل شويدي.

۱-۳ ګڼه جدول د بلغمو اساسي ډولونه

ډول	ظاهري بڼه	لاهل
مصلي (Serous)	پاک او بېرڼ، گلابي او ځک لرونکي	بيړني تنفسي ازيمو داسناخو د حجراتو کانسر
مخاطي (Mucoid)	پاک (بي رنگه) څر، سپين لزوجي	مزمن برانشيټ COPD استما
قيحي (Purulent)	ژېر رنگه	دسپرو او قصباتو واحد اتان استما (ايزونوفيل)
	شين رنگه	دوامداره ثابت اتان نمونيا Bronchiectasis سيستيک فايبروزس دسپرو ابيسي
Rusty	سوررنگه	نومو کوکل نمونيا



۱-۱ گنجه/نخور الف: ژیر بلغم ب: سپین مخاطی بلغم ج: وینه لرونکی
د: شین رنگه بلغم

د بلغمو مقدار (Amount)

دناروغ خخه چي هره ورخ شومره مقدار بلغم دتوخي سره بهرته اچوي پوښتنه وشي چي ايا کم دي يو چای خوړو قاشقي په اندازه اویا دیو چای خوړو دیپالی په اندازه د بلغمو د ښي اندازي د معلومولو لپاره ۲۴ ساعته بلغم ټول شي.

په Bronchectasis کې په زیاته کچه تقیحي بلغم خارجېږي که ددي ناروغانو د ۲۴ ساعته بلغم په یو لوبني کې راټول شي نو په دري برخو ویشل کېږي چی ښکتنی برخه یی رسوبی رنگ یی ژیر د Pus لرونکی وي

کیدای شي وینه هم ولري، منځني وسطي برخه مایع او پورتنی برخه ځگ لرونکي وي.

که چیري په اني ډول سره زیاد مقدار تقیحي بلغم په یوځل ناروغ خارج کړي نو Empyema او یا د سپرو داسي شکیدنه Bronchial tree راپه گوته کوي.

که زیاد مقدار او بلن بلغم چی گلابي ځگ ولري په حاد سالنډیک ناروغ کې رامنځته شوه نو پلمونري اذیما بنسکارندوي دي که د هفتو څخه زیاد دوام وکړي (Bronchorrhoea) نو داسناخو کانسرته فکر وشي.

په استما او حاد برانشیت اخته ناروغانو کي بلغم کم او په مشکل جدا کيږي. رنگ:

که چیري مزمن برانشیت او COPD ناروغ کي فعال اتان شتون ونه لري نو بلغم پاک (Clear) او Mucoïd وي.

د تنفسي سیستم د بنکتنی برخي په بیړني اتان کې د ژونډیو نوتروفیلونو د شتون له امله او په استما ناروغانو کي د ایزونوفیل د شتون له امله بلغم ژېړ رنگ غوره کوي.

که د بلغمو رنگ شین وي نو په وژل شوي نوتروفیلو دلالت کوي چی په برانشکتازس او COPD ناروغانو کي د ځنډني اتان شتون راپه گوته کوي.

تقیحي بلغم شین رنگ لري ځکه چی ویلي (Lyse) شوي نوتروفیلونه شین صباغ لرونکي انزایم Verdoperoxide ازادوي.

د COPD په ناروغانو کي لومړی سحرني بلغم هم کیدای شي شین وي ځکه چی د شپي نوتروفیلونه ځای په ځای دریدنه (Stagnation) کوي.

د نموکوک نمونیا په لومړیو کي بلغم Rusty red رنگ لري ځکه چی پنومونیک التهاب د RBC د Lysis کیدو لامل ګرځي.

که چیري بلغم بدبوي بي خونده وي نو دسرو اوسي، ایمپایما او په برانشکتازس دلالت کوي په برانشکتازس کي دبلغمو دځوند بدلون دفعال اتان نښه ده.

داستما او الرژیک برانکوپلمونري Aspergillosis ټینګ افرزات کیدای شي هوایي لزو کي راټول شي او دچینجي (worm like) ساختمان په شان دپوڅي سره خارج شي چی د برانکونو Cast دي.

:Hemptysis

دهغه ویني لرونکي بلغم خارجیدو ته ویل کیږي چي منشاء یي دوکل کارد څخه ښکته وي.

کیدای شي Mild وي چي دا حالت په ۲۴ ساعتو کي ۲۰ سي سي څخه کمه وینه وي او یا Massive وي چي ۲۰۰ ملي لیټرو څخه په ۲۴ الي ۴۸ ساعتو کي زیاته وي چي په ۳-۱۰ سلنه ناروغانو کي لیدل کیږي چي طبي عاجله پیښه راپه گوته کوي ډیر دودیز لامل یې دسرو سرطان، سیستیک فایبروزس، توبرکلوز او برانشکتازس دی.

Pseudo hemaptysis هغه حالت ته ویل کیږي چي دبلغم لرونکي ویني منشا دتنفسي سیستم سفلي برخه نه وي په دي صورت کي د ویني منشا خوله، پوزه، ژبه، ستونی او کله کله هیماټومیزس کیدای شي. همدارنگه کله کله بلعوم د Serratia Marcescens پواسطه Colonized کیږي چي دایو سور صباغ تولیدوي او ددي لامل گرځي چي بلغموته سور رنگ ورکړي او هیماپیتیزس سره مغالطه شي.

۱-۴ گڼه جدول د Hemptysis لاملونه او ځانگړتياوي تنفسي نارغي
ځانگړتياوي

په کمه پیماننه وینه د بلغمو سره یوځای وي	برانشایټس
د سگر توڅکلو تاریخچه، عمر زیاد وي، واضح ډول سره وینه او کیدای شي داواز خپ والي شتون ولري.	برانکیل کارسینوما
زیاد مقدار بلغم دویني سره	برانشیکتازس
تبه، په دي وروستیو کي د گیلو شتون، سالنډي، د سیني درد	نمونیا
پورته څلور ذکر شوي ناروغی ۸۰ سلنه د هیماپټیزس لاملونه دي	
د سیني پلورایي درد، سالنډي	پلمونري انفارکشن
تکراري اتان	سیستیک فایبروزس
تبه، قیحي بد بوي بلغم	د سپرو اېسي
د توبرکلوز تاریخچه، د توبرکلوز ناروغ سره اړیکي کیدای شي HIV مثبت وي.	توبرکلوزس
انشاق تاریخچه، توخي، Stridor	بهرني اجسام
د سپرو هیموراژ، گلومیرولونفرایټس، د قاعدوي غشا اتني جن په مقابل کي اتني باډي	Good pasture's syndrome
د Sinusitis تاریخچه او زین په شان د پوزی	Wegener's granulmatosis

شکل (saddle nose deformity)	
د سږو هيموراژ او گڼو سيستمونو اخته کيدل	سيستمیک لوپوس اريتماتوزس
د شدید ټوخي څخه وروسته د مخاطي رگونو شکيدنه	
دميترال دسام تنگوالی	
د زړه حاده عدم کفایه	
Bleeding diathesis دويني تشوشات دويني دتحر ضد دواگانو کارونه	
Itrogenic تراخيول برانکيل، او سږو بايوپسي، ريوي شريان تنگيدنه دکيتر پواسطه. په ۱۵-۳۰ سلنه پيښو کي واضح لامل نه شو پيدا کولای	

۱-۵ گڼه جدول د Hematomesis سره توپيري تشخيص:

هيماتوميزس	هيماتپتيزس
<ul style="list-style-type: none"> • وروسته د زړه بدوالي څخه • تعامل اسيدوي وي • کانگو سره يوځای وي دغذا ټوټي ممکن په کي وي. • کيداي شي رنگ يي تور وي • دمعدی او گيلېي دناروغيو دنښو 	<ul style="list-style-type: none"> • فوري وروسته دټوخي څخه • تعامل قلوي وي • دتنفسي يا قلبي ناروغانو نښو او گيلو شتون • وينې روښانه، ځک لرونکي او بلغمو سره يوځای وي. • خبرورکونکي اعراض يي ټوخي وي او

<p>شتون</p> <ul style="list-style-type: none"> • کیدای شي مقدار يي زيات وي. • مخبره اعراض يي زړه بدوالي اوياد گيډي ناراحتي 	<p>يا ستوني کي د تخريش احساس</p>
--	----------------------------------

د سينې درد

کله چې يو ناروغ د سينې درد څخه گيله مند وي نو بايد ورڅخه د درد ځای، دوام، شروع، خپریدل، شدت، وصف، دتنفس، توخي، بلغم، او سالنډي پوښتنه وشي.

د سينې درد کولای شي چې د پلورا، د سينې ديوال او دميدياستينوم د ساختمانو څخه منشا واخلي، دسرو انساج غير حساس دي داځکه چې دسرو تعصیب په ځانگړي ډول داتونوميک عصبي سيستم پواسطه شوي دي په عمومي صورت هغه درد چې دسرو، پلورا يا Chest wall څخه منشا اخلي محيطي وي او هغه درد چې دزړه ابهر، تراخيا، مېدياستينوم، مري څخه منشا واخلي مرکزي يا Retrosternal وي.

۱- د سينې د ديوال درد

د سينې د ديوال دردونه تنفسي، قلبي او اسکليتي عضلي ناروغۍ راپه گوته کوي. هغه ناروغان چې مزمن توخي اوياسالندې لري په ټوليز ډول د سينې د تنگوالي يا د سينې د منتشر درد احساس کوي لاکن نادراً ديو غوره شکايت په ډول ورڅخه يادونه کوي.

سينې د ديوال موضوعي دردونه چې په ناڅاپي ډول د شديد توخي اوياد مستقيم ترضيض څخه وروسته پيدا کېږي د پښتيو دکسرونو او بين الضلعي عضلاتو د ټپي کيدو لپاره ځانگړي دي.

هغه دردونه چې د هرپس زوستر او بين الضلعي عصب د فشار لاندې راتلو له امله پيدا كېږي د سيني په پوستكي كې احساس كېږي او سوځيدونكي وصف لري.

د سيني د ديوال خبيشه درد چې مستقيم ډول د سږو د سرطان Mesothelioma او يا پښتو ته د ميتاستازس له امله پيدا كېږي. دروند يا خيرونكي وصف لري او ساه اخستلو سره اړيكي نه لري په پرمختللي ډول زياتېږي او د خوب د خرابيدو لامل گرځي.

په Pancoast's تومور كې چې زياتره د سږو زروي اخته كوي دلومړۍ پښتۍ او عضلي ظفري د تخريبيدو لامل گرځي او كوم درد چې رامنځته كوي د لاسونو منځني برخې ته انتشار كوي.

۲- Mediastinal pain

ميد ياستينوم دردونه زياتره مركزي او د سترنوم هډوكي شاته احساس كېږي چې تنفس او ټوخي سره كومي اړيكي نه لري.

انتانات او تخريشي گردونه د سترنوم هډوكي شاته سوخت راپيدا كوي چې ټوخي سره زياتېږي. كه چيري د قص هډوكي شاته دروند درد وي او دناروغ خوب يې خراب كړي وي نو غټه Thymoma او يا د كانسر پواسطه ميد ياستينوم لمفاوي غوټو په اخته كيدو دلالت كوي.

د سږو Massive ترمبوامبوليزم چې دښي بطين فشار لوړوي نود سيني په مركزي برخه كې درد لامل گرځي چې بايد د مايو كارديل اسكيميا درد سره توپير شي.

د پلورا درد: د جداري پلورا د تخريش له كبله دا دردونه رامنځته كېږي چې غوڅونكي تيز وصف لري او ټوخي، ساه ايستلو، پرنجې سره زياتېږي.

که چیری پورتنی شپږمي پښتی جداري پلورا تخریش شوي وي نو موضوعي درد رامنځته کوي.

که چيري هغه جداري پلورا چي مرکزي حجاب حاجز يي پوښلی دی چی د Phrenic عصب پواسطه تعصیب شوي تخریش شي نو درد به غاړی یا د اوږی څوکی ته انتشار کوي.

هغه دردونه چي حجاب حاجز بهرني برخي او ښکتنیو پښتیو د جداري پلورا څخه منشه اخلي څرنگه چي د ښکتنی شپږم بين الضلعي عصب پواسطه تعصیب شوي دي نو دگيډي پورتنی برخي ته انتشار کوي.

د پلورا درد ډیر عام لاملونه عبارت دي له نمونیا، دسپرو امبولیزم، نموتورکس او دپښتیو کسرونه.

دپلورا په درداخته ناروغ کونښن کوي چی سطحی تنفس وکړي ترڅو د درد منځه ونیسي.

موضعي تندرښ په پلورايي درد کي شتون نه لري چي د پښتیو دکسر سره يي تفریق کوي

په عمومي صورت کي که چيري یو ناروغ دسینی درد ولري باید د درد موقعیت، دوام، خپریدل، پوځی، پرنجی سره ساه اخیستلو سره اړیکو پوښتنه وشي.

۱-۶ گڼه جدول کې د سپینې د درد لامل او ځانگړې لوجه بنودل شويدي

د ټټېر د درد لاملونه او ځانگړې لوجه		
درد	لامل	وصفي لوجه
دزړه درد	مايوکارډيول انفارکشن او اسکیمیا	مرکزي ، دروند او نیونکي وي کيډاي شي چي ژامي او کيڼي بازو ته خپور شي .
پلورائي پریکارډيول درد	مايوکارډايټيس ، پري کارډايټيس	پليوريتيک درد لري ، دملاسټي په وضعیت سره زیاتيري .
	، انتاني پليورزي	پليوريتيک درد لري . يعني دتنفس، ټوخي او پرنجي سره زیاتيري
	نموتوراکس	ناخاپي منخته راځي ، څيري کيډونکي وي ، دنفس تنگي سره يوځاي وي .
	نمونیا	زیاتره پليوريتيک وي ، دنبي او نفس تنگي سره يوځاي وي .
درگونو درد	دابهري څيري کيډل (Aortic dissection) ، دابهري انيوريزم	ډیر ناخاپي منخته راځي او شانه خپرېږي څيري کيډونکي ځانگړتيا لري
اوتوایميون ناروغي : میژوتلیمیا میٹاستازیک تومورونه		پليوريتيک درد وي .
		شدید او ثابت وي ،
		شدید ثابت او ځاي په ځاي وي .

دحرکت سره زیاتېږي اود تېټر دیوال حساس وي .	پرله پسي ټوخي	د تېټر د دیوال درد
دحرکت سره زیاتېږي اود تېټر دیوال حساس وي .	د عضلاتو کش کیدل	
تیز، ځاي په ځاي ا ودحرکت سره زیاتېږي.	دیین الضلعي عضلاتو التهاب (Myositis)	
د پوستکي د پاسه رش موجود وي شدید ، او د عصب په سیر خپور شوي وي . سوخیدونکي وصف لري	Zoster	د تېټر
پلیوریټیک درد وي	Coxsacki B virus	
د عصبي ریښي په سیر خپریږي.	صدري عصب باندي فشار	
دتروما تاریخچه موجوده وي موضعي حساسیت شتون لري	د پښتیبو ماتیدنه	
ثابت ، شدید ، ځاي په ځاي وي .	د پښتیبو تومورونه ، لمړني یا میتاستاتیک وي	
د فزیکي فعالیت سره اړیکه نه لري ، زیاتره چي ناروغ دملاستي په وضعیت کې وي درد یې شدید کیږي.	GERD	
د اضلاعو غشروف حساس وي	Tietzes' syndrome	
دمري دنښتلو (Dysphagia) سره یوځاي وي	دمري خپور سپزم	دمعدي معایي لارو درد
د ساخستل درد ناک وي او په ستوني کې درد احساس کیږي	د تراخیا التهاب	دهوایي لارو درد
هایپروینټلېشن ، او Anxiety سره یوځاي وي .	د برانکس مرکزي کارسینوما ، د اجنبي جسم انشاق	

	Panic	نورلاملونه
سارکوئید اډينويتې او لمفوما	دميدياستينوم التهاب	دمنصف درد

سأه لنډې:

سأه لنډې دسأه اخیستلو تکراري نارامه کوونکې خبرتیا څخه عبارت دي او یا په بل عبارت دتنفس نه خوښوونکی یا زورونکي احساس دي.

دشدید فزیکي تمرین کي نوموړي حالت نورمال دي.

دسألنډې میکانیزم:

دتنفس مرکز په بصله کي ځای لري چي دتنفس حرکات کنترولوي

دتنفس مرکز د مختلفو فکتورونو پواسطه تنبه کیږي.

۱- ځایي فکتورونه: دوینی د کاربن دای اکساید فشار او د هایپوتلاموس دحرارت د درجي تغیر نیغ په نیغه د تنفس مرکز تنبه کوي.

۲- عمومي فکتورونه: چي په غیر مستقیم ډول سره مرکز تنبه کوي عبارت دي له:

الف: هایپوکسیا ، Hypercapnea هغه رسپتورونه چي ابجراوښاتي شریان کي ځای لري تنبه کوي او ددي لاري څخه دتنفس مرکز تنبه کیږي.

ب: هغه رسپتورونه چی سږو کي ځای لري لکه Heving او Breuer او Juxtra capillary

رسپتورونه چی دواگوس او نورو هغه اعصابو له لاري چی حجاب حاجز او د صدر جدار یي تعصیب کړی دتنفس مرکز تنبه کوي.

۳- هغه عوامل چی دتنفسي سالنډي لامل گرځي عبارت دي تنفسي کار زيادوالي، ريوي تهويه زياتوالي، دتنفسي عضلاتو ضعيفي چی راگډ اوپه ځانگړي ډول د سالنډي لامل گرځي.

دسپرو ارتجاعی قوه کموالي، دصدر توسع کموالي او هوایي لارو بندښت دتنفس دکار زياتوالي لامل گرځي چی غوره لامل دسالنډي دهوایي لارو بندښت دي لکه استما، مزمن برانشیت، امفزیما، حنجره، شزن، قصبات انسدادی حالتونه.

هغه حالت چی دسپرو ارتجاعی قدرت کموي لکه دسپرو منتشر بین الخلالی ناروغی.

دسالنډي درجي:

Grade: دنيویارک Heart association لخوا سالنډي په څلورو درجو ډلبندی شوي.

۱- ناروغی شتون لري اما ساه لنډي نشته یا سالنډي په دروند فزيکي فعالیت کې رامنځته کیږي.

۲- سالنډي په متوسط فزيکي فعالیت کې.

۳- سالنډي په لږ فزيکي فعالیت کې څرگند یږي.

۴- سالنډي په استراحت کې.

ساره لنډې غوره لاملونه:

۱- تنفسي سيستم

الف: هوايي لارو ناروغي لکه مزمن برانشايټس، امفزيما، استما، برانشکتازس، سيستېک فايبروزسس، دجنري يا بلعوم تومور، دشزن بندبنت يا تنگوالي، Tracheomalacia .

ب: دسرو پرائشيمال ناروغي لکه دسرو بين الخلاي ناروغي، سارکوئيډوزس، دمنضم نسج ناروغي، خپور اتان، ARDS، انفلټراټيف او ميتاسټاټيک تومور، نموتورکس، نموکونوزسس.

ج: دسرو د دوران ناروغي لکه: پلمونري امبوليزم، ځنډني ترمبوامبوليک پلمونري هايپرتنشن، Pulmonary arteritis

د: دپلورا او دسيني ديوال ناروغي:

لکه پلورل ايفيوژن او زيات اسايټس، پلورا تومور، پينټيو کسرونه کي Ankylosing spondylitis Kyphoscoliosis، دحجاب حاجز دوه اړخيزه فلج او عصبي عضلي ناروغي.

۲- دزړه ناروغي

دچپ بطين عدم کفايه، مائټرل دسام ناروغي، کارډيومايوټي، پريکارډيل ايفيوژن يا کانستريکټيف پريکارډايتس او Intra cardiac shunt .

۳- دويني کموالي

۴- Non cardiorespiratory لکه سايکوجينيک، اسيدوزسس، هايپوتلاميک افت.

Wheeze

ویز یا دسیني سیننگاری لوړ Pitch لرونکي د شپیلک پشان اواز دی چی د کوچنیو تنگو

هوایي لارو څخه چې دپتالوژیک عواملو له امله تنگ شوي وي د هوا د تیریدو له کبله پیدا کیږي په ځانگړي ډول د ذفیر پروا پورې محدود دی او د اوږدې ظفیري صفحي سره یوځای وي.

دا اواز زیاتره په استما، COPD، برانشیولایتس د هوایي لارو د بندیدو، بهرني اجسامو یا تومور له امله رامنځته کیږي.

هغه ویز چی د تمرین په وخت کي پیدا کیږي د استما او COPD ناروغانو غوره گیله دی د شپي لخوا د خوب وینسیدل چی دسیني سیننگاري ورسره مل وي د استما بنسکارندوي دی لاکن هغه ویز چي سحر دپاڅیدو څخه وروسته پیدا کیږي د COPD لپاره وصفي دي.

ویز باید د Stridor څخه توپیر شي چی دا وروستنی دپورتنی هوایي لارو او یا حنجری په بندښت کي دافرازاتو دشتون او یا دغټو هوایي لارو دقسمي بندش دتومور یا اجني اجسامو پواسطه رامنځته کیږي دایو شهیقي اواز دی او Trachea باندي په لوړ ډول اوریدل کیږي.

سیانوزس: د پوستکي او مخاطي غشابي رنگ غوره کولو ته وایي کله چي په وینه کي د Deoxygenated Hb غلظت 50g/L ته ورسیري رامنځته کیږي او په نوکانو، شونډو، ژبی، پوزی څوکه او دخولی په مخاطي غشاکي په څرگند ډول لیدل کیږي. په دوه ډوله دی

۱- مرکزي سيانوزس:

مرکزي سيانوزس کيدای شي د دوراني اویا تهويه وي گډوډي له امله کله چي د شرياني اکسيجن اشباع د ۹۰ سلنه څخه بنکته شي اویا د اکسيجن قسمي فشار د 60mmHg يا 8kp ته ورسیري رامنځته کیري او په لنډ ډول سره ویلي شو چی دارجاع شوي Hb غلظت په وینه کي 5g/dl څخه لوړ شي سيانوزس رامنځته کیري.

د کم خوني او هایپووالیمیا په ناروغانو کي سيانوزس نه لیدل کیري ځکه چي په دي ناروغانو کي شديدی هایپوکسیا ته ضرورت دي چی د Deoxygenated Hb غلظت هغه کچی ته ورسوي چی سيانوزس رامنځته کړي. نادراً مرکزي سيانوزس Methaemoglobinemia اویا Sulpha haemoglobinemia له کبله هم منځته راځي.

۲- محیطي سيانوزس

معمولاد دوراني تشوشاتو او یخنی له امله چی د vasoconstriction لامل گرځي رامنځته کیري مگر کيدای شي په شديد مرکزي سيانوزس کي هم رامنځته شي.

په لاندي ډول د سيانوزس لاملونه بنودل شوي دي

د مرکزي سيانوزس لاملونه:

I- هغه حالات چی د شرياني اکسيجن Saturation کموي.

الف: دانشاقي اکسيجن غلظت کموالي لکه په لوړه ارتفاع کي په ځانگړي ډول د 2400m څخه لوړ

ب: Hypoventilation لکه کوما، دهوايي لارو بندښت.

ج: دسپرو ناروغی: COPD ، کورپلمونل ، نمونیا ، برانشیولایتس ،
برانکوسپزم

د: کتلوي Pulmonary embolism

ه: Right to left cardiac shunt (ولادي سیانوتیک قلبی ناروغی) دزړه
عدم کفایه ، دزړه د دسامونو ناروغی.

II: Polycytemia

III: دهیموگلوبین تشوشات (نادراً)

الف: Methaemoglobinemia
ب: Sulpha haemo globinemia

IV: مرکزی دماغی سیستم:

الف: داخل قحفي هیموارژ
ب: د درملوزیاته
اخیستنه (Heroin)

ج: Tonic Clonic seizure

د محیطی سیانوزس لاملونه

۱- ټول هغه حالات چی د مرکزی سیانوزس لامل گرځي.

۲- دینخی هوا سره مخامخ کیدل.

۳- دزړه د output کم والی لکه شک یا د چپ زړه عدم کفایه

۴- شریانی یا وریدی بندبنت

۵- د Vasomotor تنبه زیاتوالی د مثال په توگه Raynoed disease

۶- د وریدی بندبنت له کبله لکه Deep Vein thrombosis .

Differential cyanosis: دلته په بنکتنیو نهایتو کې سیانوزس وي اما پورته نهایتو او سر کې سیانوزس نه وي دا حالت د Patent ductus arteriosus په ناروغانو کې رامنځته کېږي.

د تشخیص د رسیدو په خاطر لاندې کړنې ترسره شي.

- د سیانوز دوام په باره کې معلومات راټول شي چې ایا د ماشومتوب له وخته دی.
- د مرکزي او محیطي سیانوزس تر منځ توپیر وشي.
- که چیرې Clubbing ورسره وي نو د زړه ولادي ناروغی او یو شمیر تنفسي ناروغی راپه گوته کوي.
- که سیانوزس په یو نهایت پورې محدود وي نو د محیطي او عیو بندښت ښکارندوي دی.
- Hb ارزیابي شي د هیموگلوبین الکتروفیروزس، Spectroscopy او یا د Methemoglobin د کچې د معلومولو پواسطه.



۲-۱ گڼه انځور کي سپانوزس ښودل شوي

: Clubbing

يوه فزيکي علامه ده چي دلاسو او پښو څو ډول ډول برخي نرمو انساجو زياتيدنی ته ويل کيږي چي ډول ډول لاملونه لري ډواړه يعني مستعرض او طولاني Curving دنوک زياتيږي ځکه چي قدامي خلفي او مستعرض قطر دنوک زياتيږي دنرمو انساجو اډيما دبين الخلائي اډيما، کپيلري او Arterioles دتوسع له امله منځ ته راځي په پايله کي نوکانو دبستر تر منځ نارمل زاويه له منځه ځي او دنوکانو قاعده زيات Spongy کيږي.

کلابينگ کيداى شي ولادي ، Idopathic اوياسکسي وي

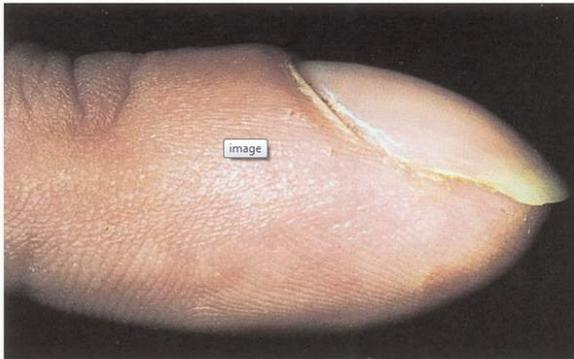
کسي کلابينگ معمولاً دوباره اصلاح کيږي کله چي اصلي لامل له منځه لاړ شي.

د کلايينگ رامنځته کيدو اصلي ميکانيزم معلوم نه دي او فکر کيږي چې Megakaryocyte څخه د Platelet derived growth factor (PDGF) ازاديدنه او Platelet امبولي چې دنوکونو په بستر کې د فيبروواسکولر پوليفريشن لامل گرځي همدارنگه Hypoxemia د بين الخلائي مایع زیاتوالي او دشعريه او عيو توسع په کې رول لري. باید وویل شي چې Clubbing لرونکي ګوته بی درده وي او دواړه طرفه وي.

د کلايينگ درجي

Clubbing په پنځو Steps رامنځته کيږي.

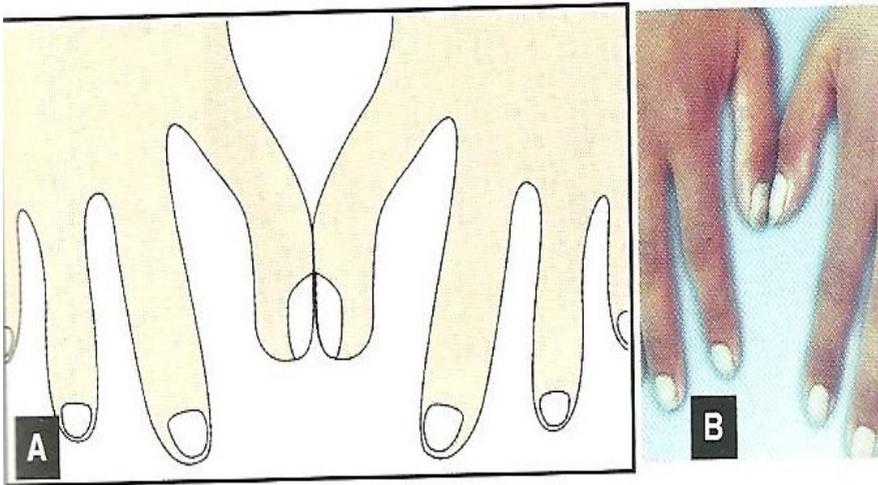
- ۱- دنوکونو د بستر نرم کيدل او تموج (Fluctuation)
- ۲- دنارمل زاويې له منځه تگ د $165 <$ درجي (Lovibond زاويه) چې دنوک د بستر او Fold ترمنځ وي
- ۳- دنوک د Fold محديت زیاتيدل
- ۴- د ټول Distal برخي ضخيم کيدل د ټول دلرگي په شان
- ۵- دنوک او پوستکي ځليدل



۱-۳ ګڼه انځور کلايينگ

Clubbing د معلومولو لپاره ډیر مشهور تست د Schamroth's test او یا شمورت Window test دي چی د لومړی ځل لپاره د جنوبي افریقا کار دیولوجست شمروت لخوا ترسره شوي هغه داسی دي چی په نارمل حالت کی دوگوتی په ځانگړي ډول غټي گوتی نوکان یو دبل سره کیښودل شي نو خپل منځ کی یو الماس ډوله (Diamond shape) تشه جوړوي لکن د Clubbing په شتون دغه Diamond shape خالیگه یا تشه کمیږي یا له منځه چی دي ته Schamorth's window test وایي.

په ځانگړي دلسونه دغټو گوتی نوکانو یو بل دپاسه ایښودل کیږي



۱-۴ گڼه انځور Schamorth's test

د کلايینگ لاملونه یې په لاندې ډول ښودل شويدي.

دودیز لاملونه

الف: دزره اورگونو ناروغی.

ب: Infective Endocarditis

ج: Atrial myxoma ، دزره ولادي سيانوتيک ناروغي

تنفسي ناروغي

الف: دسپروکانسرپه ځانگړي ډول non small cell CA (54%) او Large cell Ca او Small Cell Carcinoma کي د 5% څخه کم

ب: برانشيکتازس.

ج: دسپروابسي

د: Empyema

ه: Idiopathic pulmonary fibrosis اختلاطي توبرکلوز

غير معمول لاملونه:

تنفسي ناروغي

Pleural mesothelioma, Asbestosis, Cystic fibrosis, pleural fibroma

معيدي معايي ناروغي

الف: سيروزس (په ځانگړي ډول Biliary)

ب: Inflammatory bowel disease

ج: Celiac disease

تايروتوکسيکوزس (Thyroid acropachy)

فاميلي (په ځانگړي ډول مخکي د بلوغ څخه) يا Idiopathic

نادر لاملونه

Neurogenic diaphragmatic tumor

حاملگي

ثانوي هايپر پاراٽايرويدزم په زياتو پيښو کي Clubbing دواړو خواوو ته وي

يو اړخ ته کلابينگ لاندې حالاتو کي وي

الف: Bronchial arterovenous aneurism

ب: Auxillary artery aneurism

ج: Cervical rib

د: Pancoast's تومور

ه: Erythromelalgia

و: Pre subclavian coarctation of aorta

د تنفسي سيستم فزيکي معاینه:

د تنفسي سيستم د فزيکي معاینې لپاره تفتيش، جس، قرع او اصغاء اړين دي.

د سينې نوپوگرافيک خطونه

د پورته څخه لاندې خواته په موازي ډول عبارت دي له

۱- د قص د هډوکي منځني خط: د قص د هډوکي د منځه څخه د پورته نه لاندې طرف ته رسمېږي.

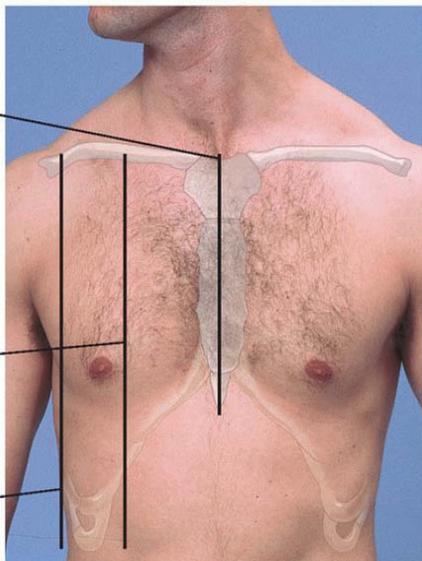
۲- د تر قوی منځنی خط: Clavicula څخه عمودا د پورته څخه لاندې خواته رسمېږي.

۳- قدامي ابطي خط: د تر خرگ د قدامي څنډې څخه عمودا بڼکته رسمېږي چې په ۱-۵ گڼه انځور کي بنودل شوي.

دقص دهپوکي متوسط خط

دکلاويکولامتوسط خط

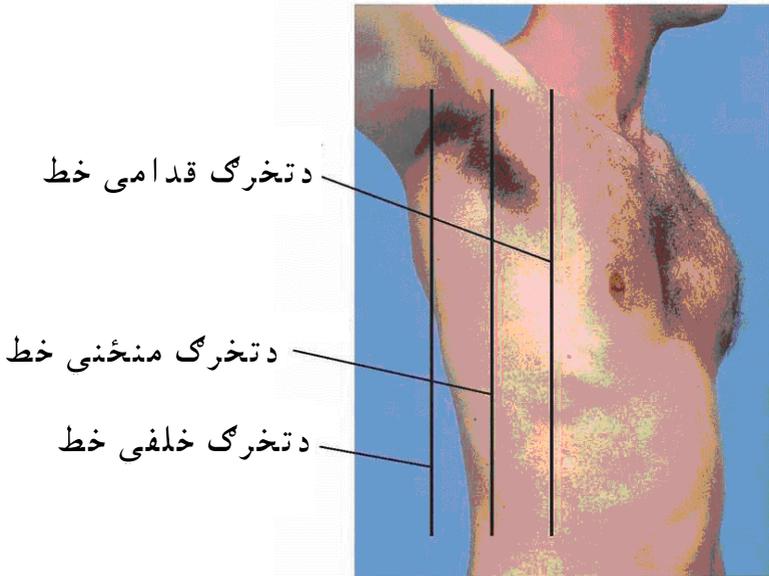
دتخرگ قدامي خط



۱- ۵ گڼه انځور دتخرگ دقدامي څنډې خطونه

۴- ابطي منځني خط: دتخرگ د زروه څخه عموداً لاندې طرف رسمېږي. باید لاس ۹۰ درجه زاویه دسینې سره جوړه کړي.

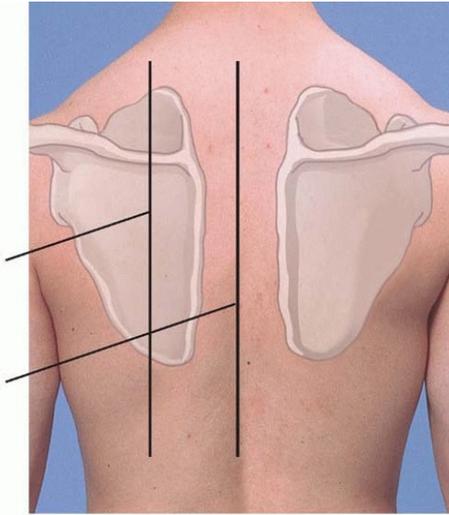
۵- خلفي ابطي خط: دا دتخرگ دخلفي برخې څخه عموداً مخ په لاندې رسمېږي چې په لاندې انځور کې ښودل شوي



۱-۲ ګڼه انځور د تڅرگ دخلفي برخي

۲-Spinalline: د فقراتو د شوکي بارزوله پاسه رسميري.

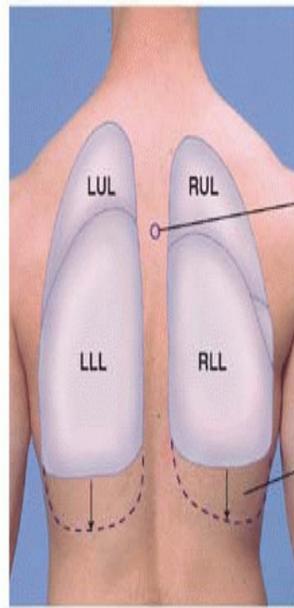
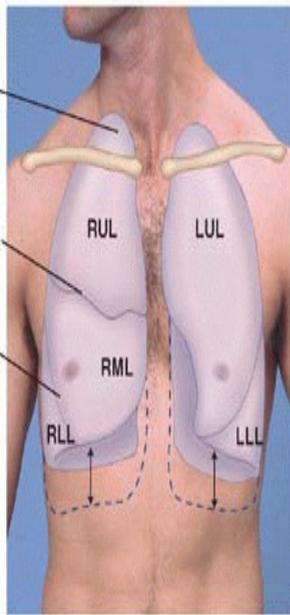
۷-کتفي خط: د کتف د سفلي زاويي څخه عمودا رسميري د شوکي او کتفي خط په رسمولو کې بايد د ناروغ لاسونه بنسکته وي لاندي انځور کي بنودل شوي دي .



۱-۷ گڼه انځور کتفي خط

د سپرو د Fissures اولوبونو ځای: دقدام لخوا د هر سپري زروه تقریبا ۲ الی ۴ سانتی پورته د ترقوه هدوکی څخه ځای لري د سپرو بنسکتني سرحد دقدام لخوا تر شپږمي پښتی اوپه خلف کي د T10 Spindus process پوري رسیږي چی حتی په شهیق ي نور هم بنسکته کیږي. بني سپري د چپ سپري په نسبت لږلوي وي او د افقي او مایل درزونو پواسطه په دری فسونو تقسیم شوي دي چی عبارت دي له علوي، متوسط او سفلي فسونو څخه مایل درز چی له سفلي کنار دوسط څخه شروع د Medial او Costal سطحو په امتداد پورته او شاخوا ځي ترهغه چی د بني سپري خلفي څنډه د سپري له زروي څخه ۳-۵، ۳ انچه بنسکته قطع کړي افقي درز د څلورم Costal عضروف برابر په افقي ډول په Costal سطح کي امتداد پیدا کوي ترڅو مایل درز سره د Med axilla خط په برابر یوځای شي. لاندی انځور کي ښودل شوي دي.

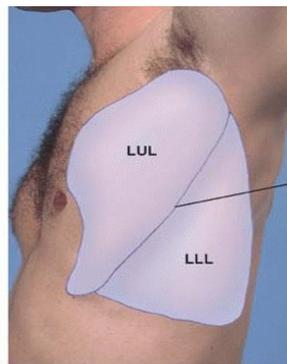
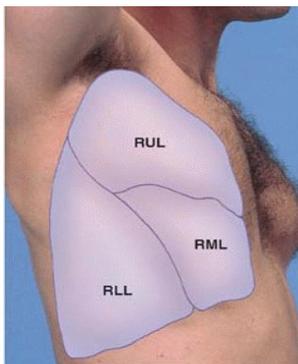
دسپرو زروه
 عرضاني فيسور
 افقي فيسور



Spinous
 Proccs of T3

 Inspiratory
 descent

۸-۱ گنه انځور



چپ افقي فيسور

۹-۱ گنه انځور

چپ سپري دمايل درز پواسطه چي دښي سپري دمايل درز سره شباقت لري په دوو فسونو تقسيم شوي چي عبارت دعلوي او سفلي فسونو څخه بايد

وويل شي چي دښي سږي لس سگمنت لري علوي کي دري متوسط کي دو او په سفلي کي ۵ سگمنت دي او چپ سږي ۹ سگمنت لري چي علومي لوب خلور او سفلي ۵ سگمنت لري.

تفتيش

دناروغ سينه بايد دمخامخ (قدام) شا(خلف) او اړخونو له خوا دپورته څخه بنکته په دقت سره تفتيش شي تفتيش بايد په روښانه ،ارامه او مناسبه هوا لرونکي کوټه کي او دامکان تر حده ناروغ لوڅ وي ترسره شي دسيني په تفتيش کي لاندې ټکو ته پاملرنه وشي.

۱- دصدر ډول Shape

۲- دتنفس ډول

۳- دسيني د ديوال حرکت دتنفس په وخت کي

۴- دتنفس شمير

۵- دتنفس نظم

۶- پر سيني باندی د برجسته وريدونو شتون

۷- پر سيني باندی Bulging يا هر يو Growth شتون

۸- پر سيني باندی کش والی (Retraction) لکه په Pancot's tumor يالوی تشه (Cavity) شتون

۹- دکتف دهلوکي زورندوالی.

دصدر ډول (Shape)

الف: نارمل: دصدر نارمل ډول بيضوي (Elliptical) دي يعنى مستعرض قطر لږ څه دقداامي خلفي قطر څخه زياد دي 7:5 نسبت جوړوي په دوه اړخيز ډول متناظر او دتنفس عمل کي برخه اخلي.

ب: Subcostal زاويه ۷۰ څخه کمه وي

ج: بين الضلعي مسافي افقي (Oblique) دي قدام کي نظر خلف ته پراخه وي.

په نارمل خلکو کي هم کيداى شي دولاوي سوء شکل له امله سينه غير نارمل بڼه ولري

دسيني غير نارمل ډولونه

۱- صدر يو اړخ ته بارز وي (Unilateral prominence of the chest)

په لاتدي حالتونو کي ليدل کيږي.

پلورل ايفيوژن، نموتورکس، تومور، انوريزم او Empyema necessitans. همدارنگه بايد وويل شي چي ځاي راوتنه (Bulging) د ابحر په انوريزم، پريکارډيل ايفيوژن او دځيگر په ايسي کي هم منځته راتلی شي.

۲- يو اړخيزه يا ځايي د سينې ننوتنه:

دا حالت په Fibrosis, collaps، ضخيمه پلورا اود سينی دعضلاتو په يو اړخيزه Wasting کي رامنځته کيږي.

۲- Alar chest or pterygoid chest: دا ډول صدر لاتدي اوصاف لري.

الف: صدر اوږد او سطحی (Shallow) وي.

ب: بين الضلعي مسافي پراخه وي.

ج: دکتف دهلوکي فقري سرحد متبارز وي.

د: اوږدې زوړندې وي Subcostal زاويه Sharp وي.

داډول صدر زياتره په توبركلوز او ولاډي ډول ليدل كيږي.

۳- Flat chest: داډول صدر په توبركلوز كي ليدل كيږي او دالاندي ځانگړتياو لرونكي دي.

۱- قدامي قطر كم شوي وي او سينه همواره وي.

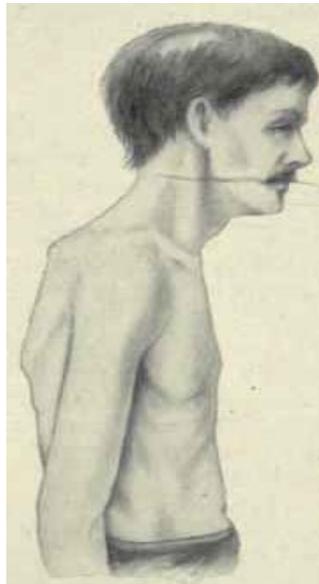
۲- قص هډو كي Depress او د فقراتو خواته تيله شوي وي.

۳- بين الضلعي مسافات پراخه وي

۴- د کتف د هډو كي فقري سرحد متباز وي.

۵- اوږدې زوړند وي

۶- Sub costal زاويه Sharp وي.



۱-۱ گڼه انځور Flat chest

۳-Funnel shape یا Pectus excavatum : داډول صدر په ولادي سوء شکل
په ماشومتوب کې د Bronchus د بندښت له امله او نادرا په
(موچيانو) کې رامنځته کېږي.

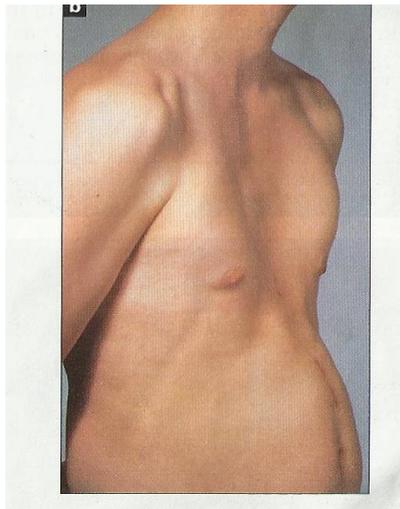
لاندي اوصاف لري

۱- دقص دهلوکي ښکتنی برخه ننوتی وي.

۲- صدر دقيف په شان وي

۳- Costo chondarl junction متبارز وي

۴- دقص دهلوکي د Depression له کبله که دسينی اکسري وشي نو دزړه
خيال کيدای شي غټ معلوم شي .



۱-۱ گڼه انځور Funnel سينه

۴-Barrel shape: داډول صدر په دواړخيزه امفزيما، مزمن برانشيټ،
ځنډنی استما، سيستیک فايبروزس کې رامنځته کېږي اولاندي اوصاف
لري.

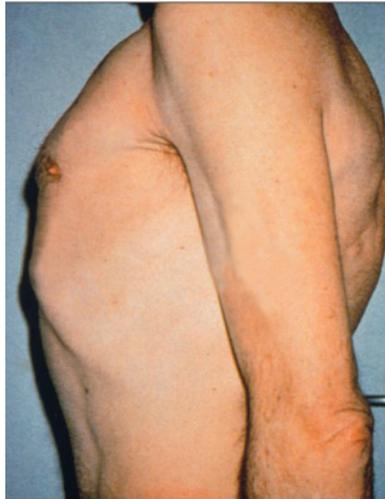
الف: قدامي خلفي قطر زياد شوى وي.

ب: جنبي توسع د صدر د تنفس په وخت كې كمه شوى وي.

ج: قص هډوكى مخامخ او Spine شاته تيله شوى وي.

د: پښتى مستقيمى يو بل سره موازي وي.

ه: Subcostal زاويه پراخه وي Supra clavicular fossa ډكه ښكاري



۱-۱۲ گڼه انځور Barrel chest

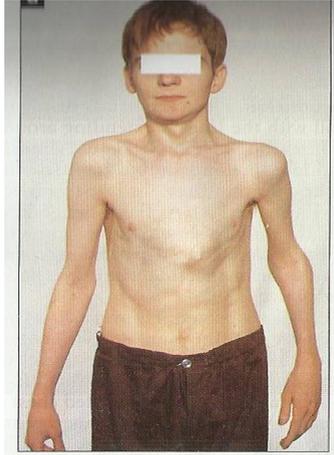
۵- Pigeon shaped or Pectus carinatum: دا ډول سينه په Rickets او

دتورى ټوخلى دپاتى شونى په ډول رامنځته كيږي لاندې اوصاف لري.

الف: سينه مثلي وي

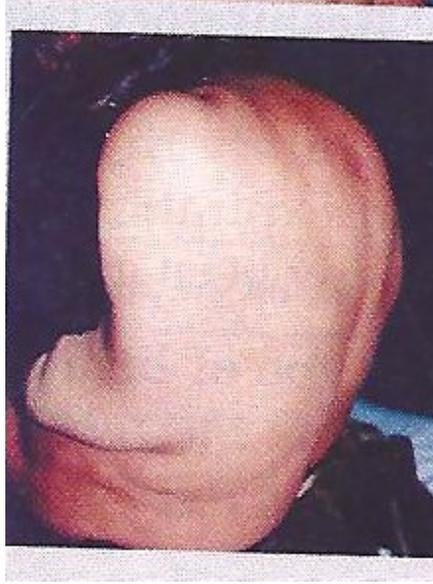
ب: پښتى مستقيمى وي

ج: Harrison sulcus چي دا ميزابه په مستعرض ډول د ذيل حنجري څخه شروع او دلاندي جنبي خواته غزيري او تر Mild Axilla خط پوري رسيږي.
 د: قدامي خلفي قطر دقص ددهو کي د متبارز والي له امله زياد شوی وي.
 ه: دتسبيح د دانو په شان غوتی په Costo chondral junction باندي ليدل کيدای شي.



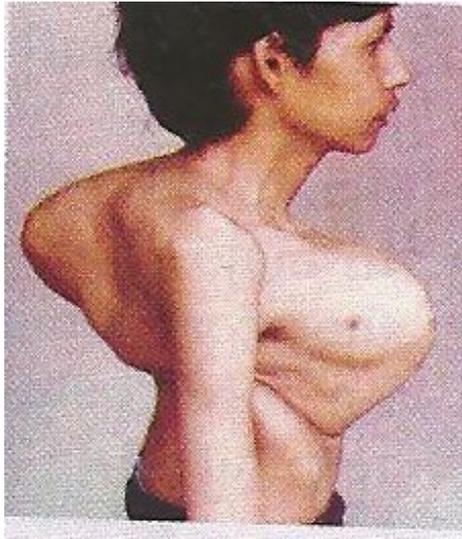
۱-۱۳ گڼه انځور Pigeon سينه

۲- Traumatic Flail chest: دڅو پښتنيو د کسر له امله هغه طرف صدر Depress وي دصدر paradoxical حرکت لامل گرځي يعني ترضيضی برخه په شهيق کې داخل خواته او په ذفير کي بيرون خواته حرکت کوي.



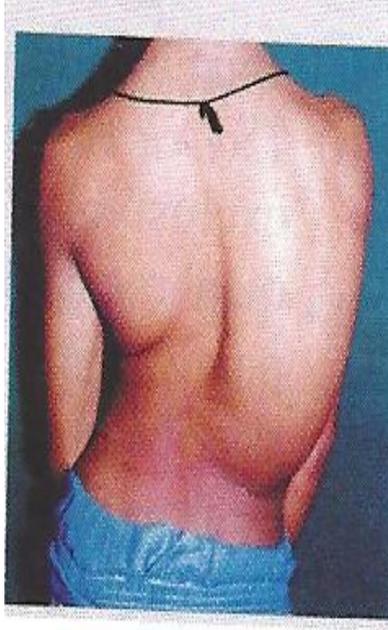
١-١٤ گنه انځور Traumatic Flail chest

٧- Dumbell shape: د قدامي او خلف خواته په متوسطه برخه كې صدر راوتې وي او زړه كوږه موقعيت غوره كوي.



۱-۱۵ گنه انځور Dumbbell chest

۸: Kyphoscoliosis : په Scoliosis کي فقرات يو طرف کاږه او Kyphosis کي دستون فقرات يو برخه خلف خواته وتلي وي اما Kyphoscoliosis کي دواړه شتون لري.



۱-۲ گڼه انځور Kyphoscoliosis

Lardosis: په دې صورت کې قطني فقرات داخل خواته تپيله شوي وي

د تنفس ډولونه

د تنفس نارمل ډول

۱- بطني صدري تنفس: په نارينو او ماشومانو کې بطن نظر صدر ته زياد حرکت کوي.

۲- صدري بطني تنفس: صدر نظر بطن ته زياد حرکت کوي او په کاهلو بنځو کې ليدل کېږي.

غير نارمل تنفس: دوه ډوله دي.

I:بطني تنفس:په دي صورت کي بطن تنفس کي برخه اخلي اوصدر حرکات کم وي په لاندي حالت کي ليدل کيږي.

۱- دردناکه سينه لکه نمونيا، دپنستيو ماتيدنه، Pleurisy، بين الضلعي Neurologia، دسږو اېسي.

ب: دسږو دتوسع عدم کفايه لکه امفزيما، پنموتورکس، او هايډروتورکس کي.

ج:سپزم يا بين الضلعي عضلاتو فلج لکه په حاد قدامي Poliomyelitis کي

د: دسيني Stiffness د Costal غضروف دکلسيفيکيشن له امله.

II:صدري تنفس: په دي صورت کي صدر حرکت کوي بطن هيڅ يا ډير کم په تنفس کي برخه اخلي لاندي حالاتو کي ليدل کيږي.

۱- د بطن حاد التهابي حالات لکه پريتونايټس، د ځيگر اېسي، د کولمو بندښت، پانکراتايټس

۲- دحجاب حاجز فلج.

۳- Full term حاملگي.

۴- اسايټس

۵- Large ovarian tumor

دسيني د ديوال Retraction: په لاندي حالاتو کې رامنځته کيږي د سږو کولپس، فايبروزس، دسږو دواړخيز Cavitation، تورا کوپلاستي

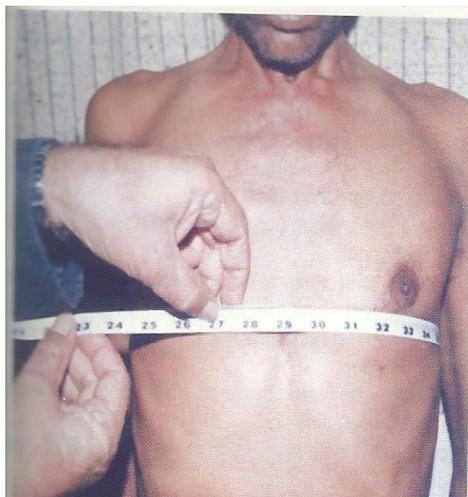
دسيني ديوال Bulging: کيدای شي موضعي اويا په ټوله سينه کي موجود وي.

- ۱- موضعي ڊول: سرڀو په ايسی Emphyema necessitates پلورل ايفيوژن، دزړه غټوالی، پنموتورکس، تومور کي ليدل: کيږي.
- ۲- عمومي ډول په امفزيما او دوه اړخيزه امفزيما کي شتون لري.

د صدري ديوال د توسع اندازه

نارمل: توسع په دواړو اړخونو کي يوشان وي.

د صدر د توسع داندازی لپاره د فيتي څخه گټه اخيستل کيږي چی د فيتي صفر نقطه د قص هډوکي منځني برخه کي اينسودل کيږي او Nipple لاندې فيته شاخواته تاوېږي ناروغ ته ويل کيږي چی تنفس وکړي يعنې يو ژور شهيق او ذفير ترسره کړي چی د دواړه توپير په نارمل حالت کي ۵-۸ سانتې متر دي. په لاندي شکل کې بنودل شويدي.



۱-۱۷ گڼه انځور د صدري ديوال د توسع اندازه

غير نارمل: که چيرې توسع په يو اړخ کې زياته يا کمه وي

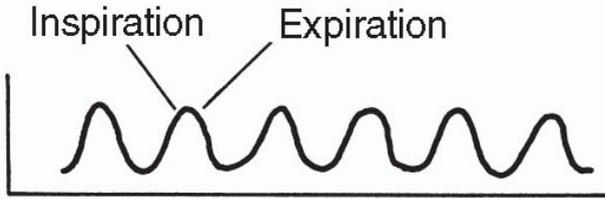
کيداي شي د صدر توسع دوه اړخيزه اويا يو اړخ ته زياته ياکمه شوي وي چی لاملونه يي په لاندې جدول کې بنودل شويدي:

۱-۶ گڼه جدول دصدر توسع لاملونه

د حرکتو دو اړخيزه کم والي يا زياتوالي	د حرکتو دو اړخيزه کم والي اويا زياتوالي
<ul style="list-style-type: none"> • Massive collapse (خارجي اجسام برانکيل ادينوما، کارسينوما) • Consolidation • Consolidation collapse • دسپرو فايبروزس • ضخيمه پلورا • پلورل ايفيوژن • پنموتورکس يا هايډروتورکس 	<ul style="list-style-type: none"> • برانکيل استما • COPD • Extrinsic allergic alveolitis • دسپرو دو اړخيزه فايبروزس • درملو له امله يا Idiopathic • Guillian barre syndrome • دتنفسي عضلاتو فلج • تسممات لکه نارکوتیک

دتنفس شمير

نارمل: نارمل Rate ۱۴-۱۸ په دقيقه کې دی شهيق نظر زفير ته لوړ اواز دي تنفسي Rate يواځني حياتي علامه دي چی په ارادي ډول کنترولېږي. بايد وويل شي چې هره درجه حرارت د فارنهایت لوړوالي ۱۰ درجي نبض في دقيقه او هره درجه ساتي گريد لوړوالي ۱۸ Beat/min نبض زياتوي.



۱-۱۸ گڻه انځور نارمل تنفس

Tachypnea: چڱي د تنفس شمير په دقيقه کي ۲۰ څخه زيات شي.

په لاندې مرضي حالاتو کي رامنځته کيږي

۱- دسپرو Restrictive ناروغۍ.

۲- دحجاب حاجز لوړوالي

۳- دکاربن مونواکسايډ تسمم

۴- دسيني پلورتيک درد

فيزيالوژيک

الف: تمرين

ب: حاملگي

ج: Anxiety



۱-۱۹ گڻه انځور Tachypnea

Bradypnea: کله چي نبض شمير د ۱۲ څخه په دقيقه کي کم شي په لاندي حالاتو کي رامنځته کيږي.

۱- دالکولو او اوپيم تسممات

۲- کلوروفورم تسممات

۳- دماغی خونريزي

۴- ميننجائيتس

۵- دماغی تومور

۶- يوريميا

۷- ديابتيک کوما

۸- ميرگي، هيستيريا او شاک



۱- ۲۰ گڼه انځور Bradypnea

دتنفس نظم

نارمل: نارمل نسبت د شهيق او ذفير 5:6 دي په دي مانا چي شهيق لږ څه د ذفير څخه اوږد وي.

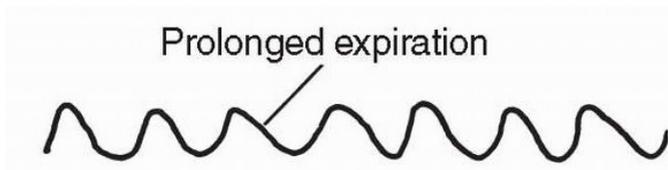
غير نارمل:

الف: اوږد شهيق: کله چي دهوا جريان تنگ شي رامنځ ته کيږي په لاندي حالاتو کي شتون لري.

۱- دشن قصباتو او حنجري بندش د خارجي اجسامو پواسطه. ۲- لرنجیل ديفتريا

۳- حاد برانکونمونیا په ماشومانو کې

ب: اوږد ظفیر: کله چې د سرو الاستیستي کم شي او یا برانشیل تیوب تنگ شي رامنځته کیږي لکه مزمن برانشیت، برانشیل استما، امفزیما، تروپیکل ایزونوفیلا او Early pulmonary T.B



۱- ۲۱ گڼه انځور Prolonged expiration

ج: وقفوي تنفس (Periodic Breathing): دوه ډوله دي

۱- منظم یا Cheyne stock

۲- غیر منظم Biots breathing

۱- Cheyne stokes:

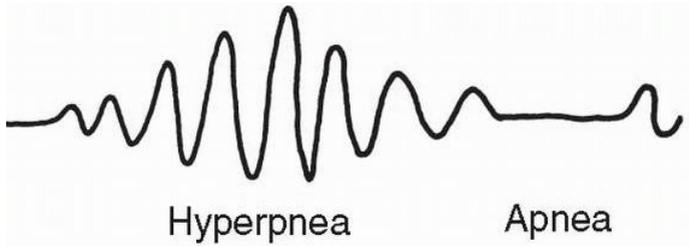
د ډول وقفوي تنفس کې په متناوب ډول سره د Hyperpnea او Apnea پړاونو رامنځته کیږي په اول کې تنفس سطحې او په تدریجي ډول سره ژور او زیاتېږي ترڅو لوړی کچې ته ورسېږي وروسته په تدریجي ډول شدت او ژوروالي یې کمیږي ترڅو Apnea صفحه ورسېږي Apnea صفحه ۳۰-۵۰ ثانیې دوام کوي او هر ۳۰ Cycle ثاني الي ۲ دقیقو پوري اوږدېږي او بیا پورته دوران تکراره وي په لاندې حالتو کې لیدل کیږي.

۱- یوریمیا

۲- Diabetic coma

۳- دزړه بلاکونه

۴- دزړه انفارکشن، میوکارډ فایبروز دهایپر تنش سره، اوپیم تسمم، میننجایتس، دماغی خونریزی، دماغی ترومبوزس، دماغی امبولیزم، PDA، Typhoid state، دابهر عدم کفایه، هایډرو سفالوس، دماغی تومور، دزړه عدم کفایه، شدید نمونیا او لوړه ارتفاع



۱- ۲۲ گڼه انځور

Biots breath یا Ataxic breathing: غیر منظم تنفس دي چې دتنفس عمل سطحی او عمیق کیږي او دیوی کمی مودي Apnea پواسطه تکرار کیږي. چې په لاندی حالاتو کی لیدل کیږي

۱- که دقحف فشار په دوامداره او شدید ډول سره لوړ وي.

۲- درملوتسمم

۳- دزړه او پښتورگو عدم کفایه، توبرکلوزیک مننجایتس، دماغی افت په ځانگړي ډول که چیري د میدولا برخه کی وي.

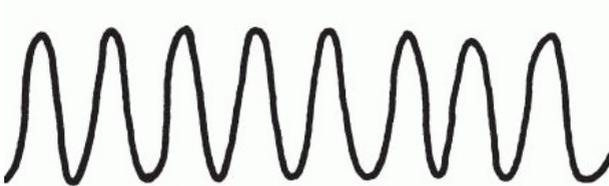


۱-۲۳ گڼه انځور

Hyperpnea: په دې حالت کې د تهويه ژوروالي زياتيږي نه شمير ترڅو د وجود ميتابوليک ضرورت پوره کړي لکه په Anemia، Sepsis او لوړه ارتفاع کې .

Hyperventilation: په دې حالت کې ژوروالي او شمير دواړه زياتيږي. لکه تمرين، Anxiety او ميتابوليک اسيدوزسس.

Kussmal respiration: تنفس سريع او ژور وي لکه په ديابيتيک کيتواسيدوزس، دماغي تومورونه او دپښتورگو ځنډني عدم کفايه.



۱-۲۴ گڼه انځور Kussmal تنفس

Stridulous breathing

تنفس داسي يو اواز منځ ته راوړي لکه د دوو زيرو سطحو د خوليدو له امله کوم اواز چې رامنځته کيږي په لاندي حالاتو کي شتون لري.

۱- Laryngismus

۲- ديفتريا

۳- خارجي اجسام

۴- Strabismus

۵- تيتانوس

Gasping Respiration

دا ډول تنفس د زنکدن په حالت کي ليدل کيږي چې خو ژور غير منظم تنفس ترسره کيږي لکه ماهي چې د اوبو څخه راوباسي چې داپه Lower Brain stem damage باندي دلالت کوي.

Sterous Breathing

دا دخوريدو په شان اواز دي چې په لاندي حالاتو کي رامنځته کيږي.

د Soft palate فلج، ژورتنفس، لوی تانسېل، Retropharyngeal، اېسي، ميرگي، دياييتيک کوما، اوپيم تسمم، الکول، CVA

پر صدر د Lesion شتون

Scar، مخکي جراحي عمل، Chest tube اېنبودنه، نموتورکس، پلمونري ايفيوژن راپه گوته کوي که چيري شاته اوږه کې Scar وليدل شي نو Lobectomy او Pneumectomy بنکارندوي دي همدارنگه ۲-۳ ساتي متره ندبه د مخکني Video assisted thoracoscopic جراحي نېسه دی. تورا کويلاستي د سيني ديوال اېنارملتي لامل گرځي که راديوتراپي

ترسره شوی وي نو Erythema او د پوستکي پنډوالي لیدل کیږي همدارنگه متبارز وریدونو Superior vena cava بندش کي لیدل کیږي.

د سینې د دیوال حرکت

د اهمیت وړ دي چي په نارمل حالت د سینې دیوال متناظر حرکت کوي د قدام او خلف لخوا د سینې دیوال حرکت تفتیش شي.

د پورتنی لوب توسع تفتیش باید د ناروغ د شاه لخوا ترسره ی د بنکتني لوب توسع د خلف لخوا ترسره کیږي.

د سږو د یو طرف حرکت په لاندې حالاتو کي کمیږي.

د سږو زیاد کولپس ، کانسولیدیشن ، کانسولیدیشن کولپس ، د سږو فایبروزس ، پلورل ایفیوژن ، نموتورکس ، ضخیمه پلورا

که چیري په دوه اړخیز ډول د سینې حرکت کم شوی نو پر COPD, Diffuse interstitial ، استما ، Lung disease, Guillan bare syndrome, د تنفسي عضلاتو فلج او نارکوټیک تسمم باندي دلالت کوي.

که چیري بطن د شهیق پر وخت په Paradoxical ډول سره داخل خواته لاړ شي د حجاب حاجز فلج راپه گوته کوي .

جس (Palpation)

لاندې ټکي په نظر کي و نیول شي.

۱- حساس خای پیدا کول.

۲- د سږو د توسع ارزیابي

۳- Tactil vocal fremitus جس کول

۴- هغه ابناړملتي چي تفتیش کي پیدا شوي وي دهغی ارزیابي کول

۵- د منصف وضعیت

I- حساسیت (Tenderness) شتون

په دودیز ډول سره په لاندې حالاتو کې تندر نس شتون لري.

۱- که چیرې په دې وروستیو کې د صدر دیوال تپې شوي وي.

۲- التهابي مایوزایټس

۳- Fibromyalgia

۴- بین الضعلي Myalgia او pleural dynia

۵- پلوریزې

۶- د پښتیو کسر

۷- هرپس زوستر

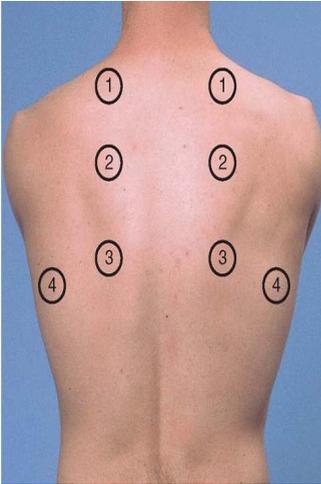
۸- پریکارډایټس

Vocal Frematus

هغه حنجروي اهتزازاتو څخه عبارت دي چې د قصباتو او سپرو پواسطه د سینې جدار ته لیږدېږي او د لاسونو پواسطه د جس وړ گرځي.

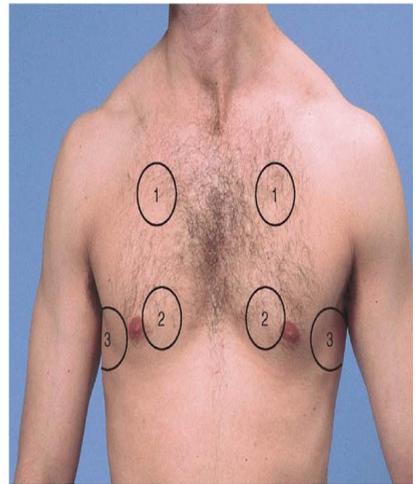
خپل لاسونه هموار یا د Ulna برخه پر صدر متناظر ډول ایښودل کېږي ناروغ ته ویل کېږي چې یو، یو یا نوي نوي ووايي اهتزازات په دواړو اړخونو کې جس کېږي چې دې ته Vocal frematus وایي. Vocal frematus په نارینه وکې زیات بارزوي ځکه چې د دې د اواز Pitch ټیټ دي کیدای شي په یوشمیر خلکو کې په نارمل ډول چې د اواز Pitch یې لوړ وي او یا ضخیم صدر ولري موجود نه وي.

په لاندې انځورونو کې د Vocal frematus د جس ځایونه ښودل شوي دي.



۲۲-۱ گڻه انځور

دخلف لخوا دصوتي اهتزازاتو د



۲۵-۱ گڻه انځور

دقدام له خوا دصوتي اهتزازاتو دجس ځايونه
جس ځايونه

که چيري يو طرف اهتزازاتو کي تغيروي نو ابنا رملتي راپه گوته کوي.

لاندي حالاتو کي کميري

- برانکيل استما
- امفزيما
- دسپرو فايبروزس
- دسپرو کولپس د بندشوي برانکوس سره
- ضخيمه پلورا.

په لاندي حالاتو کې Vocal Fremitus له منځه ځي.

• پلورل ایفیوژن

• نموتورکس

• Hydropyopneumothorax

لاندي حالاتو کي زیاتیري

۱- دسپرو consolidation

۲- لوي سطحي تشه (large superficial cavity)

د جس وړ نور اهتزازات:

نارمل سپري دتنفس په وخت کي اهتزاز نه تولیدوي لکن یو شمیر ناروغيو کي کیدای شي اهتزازات رامنځته شي لکه Pleural friction rub جس کیدل چی جداري پلورا دسولیدو څخه پر حشوي پلورا دشهيق په اخر او یاد ذفیر په شروع کي رامنځته کیږي چی داپه Pleurisy ، د کانسولیدیشن، Pleurodynia، پلمونري انفرکشن، Early pleuro effusion له امله رامنځته کیږي.

کله کله Coarse crackle یا Rales په پرانشکتازس او دسپرو په فایبروزس کي جس کیږي.

همدارنگه Wheeze او رانکاي په استما او COPD په Exacerbation کي کیدای شي جس شي.

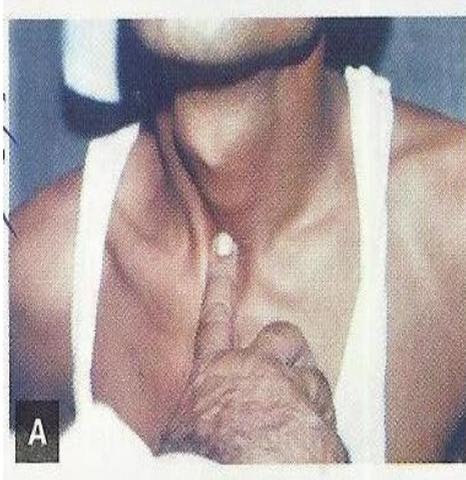
د منصف وضعیت

دمید یاستینوم د وضعیت ارزیابي دشزن او Apex beat دقیق ځای معلومولو په واسطه ترسره کیږي

A: شزن جس :

په دوو طریقو سره ترسره کيږي.

الف: دیوی گوتی پواسطه: په دي صورت کي د بني لاس شهادت گوتی په Supra sternal مسافه کي اینسودل کيږي دناروغ لږ څه قبض یري ورو گوته داخل طرف ته تیله کوو باید احتیاط سره عملیه ترسره شي چی دناروغ دنارامي لامل نه شي په نارمل حالت کي شزن لږ څه په کاهلو خلکو کي بني خوا ته میلان لري په لاندي شکل کي بنودل شوي دي.



۱-۲۷ گڼه انځور د شزن جس د یوي گوتی پواسطه

ب: په دري گوتو باندي منځنی شهادت او حلقوي گوتی پواسطه دا عملیه ترسره کيږي يعني دشهادت او حلقوي گوته بني اوچپ Sterno clavi بند باندي اینسودل کيږي او منځني گوته ازاده پريښودل کيږي فوق القصي مصافی ته داخلېږي او دشزن ځای ارزيايي کوي چی ایا مرکزي برخه کي دي که يو طرف ته بي ځايه شوي. په نارمل حالت کي ترقوي عضلاتو تر منځ يو مسافه په مساوي ډول سره جس کيږي که چيري يو طرف ته دامسافه کمه شي همغه طرف شزن بي ځايه شوی دی په لاندي انځور کې بنودل شويدي.



۱-۲۸ گڼه انځور

که چیري یو خوا Sternomastoid عضله بارزه وي همغه طرف جس بی ځایه شوی چي د Trial sign پنوم یادیري.

په نارمل حالت کي د فوق القصي حفري او کریکویید غضروفونو تر منځ مسافه ۳-۴ گوتي دي که چیري نوموړي مسافه ددي اندازي څخه کمه وي دسپرو Hyperinflation باندي دلالت کوي چي په شدید هایپر انفلشن کي د شزن Treachal tug رامنځته کیږي دا په دي معني که چیري دناروغ شزن چي داستراحت په حالت کي وي جس شي نو هر ځل ساه اخیستلو سره ستاسو گوتي بنکته خواته حرکت کوي.

۱-۷ گڼه جدول د شزن بی ځایه کیدل

۲- مخالف طرف ته تيله شوي وي	۱- دسپرو افت طرف ته کش شو
-----------------------------	---------------------------

الف: زيادپلورل ايفيوژن	الف: دپورته لوب کولپس
ب: Tension pneumothorax	ب: دپورته لوب فايروزس
۳- دمنصف دپورته برخه کتله	ج: Pneumoectomy
الف: Retrosternal	
ب: لمفوما	
ج: دسرو کانسر	

دزړه د PMI : Apex beat وضعیت تعینول د ارزښت وړ دي

که چیري PMI بی ځایه شوی نو دښکتنې میدیاستینوم وضعیت راپه گوته کوي که Apex beat افت طرف ته بي ځایه شوي وي نو د سفلي لوب کولپس یا موضعي بين الخلالی ناروغي راپه گوته کوي په پلورل ايفيوژن او Tension نموتورکس کي PMI مخالف ته طرف ته بي ځایه کيږي د COPD په ناروغانو کې څرنگه چې سینه Hyper expanded وي نو Apex beat نشو جس کولای.

که Apex beat چپ او ښکته خواته بي ځایه شوي وي د چپ بطین په هایپرتروفي دلالت کوي.

په یوشمیر حالاتو کي دزړه دزروي نبضان پیدا کول ستونزمن دي لکه چاغي، ضخیم صدر، پریکار دیل ايفيوژن، هایپرانفلیشن، COPD، استما او Dextrocardia .

دښي بطین دهایپرتروفي Heave چي په شدید ریوي هایپرتشن کي پیدا کيږي دقص دهدو کي په چپه خوا کي په ښه ډول سره جس کيږي یا هغه نبض چي دقص دهدو کي په چپ خوا کي وي دښي بطین د Heave په نوم یاد کيږي.

۴- دسینی پراخوالي

د نارمل تنفس په وخت کې باید د سینی دواړه خواوې په مساوي ډول سره پراخوالي وکړي:

د معاینې ترتیب:

د سپرو دپورتنې لوب د پراخوالي دارزیابي لپاره د شاه لخوا د تقوي دده وکړي حرکت گورو.



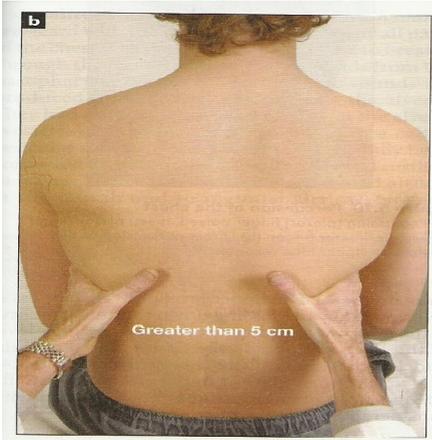
r. Talley & O'Connor: Clinical Examination 5e - www.studentc

[Add to My Slides](#) [Go to My Slides](#)



۱-۲۹ گڼه انځور د سپرو د پورتنی لوب د پراخوالي ارزیابی

د ښکتنی لوب د توسع د ارزیابی کولو لپاره لاسونه دناروغ د سینې پر دیوال کلک ایښودل کیږي غټې گوتې باید په متوسط خط باندي یو دبل سره مخامخ شي په دي وخت کي دناروغ غوښتنه وشي چی ژوره ساه واخلي نو ستاسي غټه گوته به په متناظر ډول دواړو خواوو ته کمه تر کمه ۵ سانتی متره په اندازه حرکت وکړي په لاندي انځور کي ښودل شوي.



۱-۳۰ گڻه انځور



شهيق

په يو طرف کي دسيني دتوسع کميدل دهمغه خوا په ابناارملتي دلالت کوي لکه دسپروکتلوي پلورل ايفيوژن، سپرو د لوب کولپس، پنوموتورکس او يوطرف فايبروزس

دسيني د ديوال دتوسع دوه اړخيزه کم والی په شديد COPD که منتشر فايبروزس کي ډير عام دي

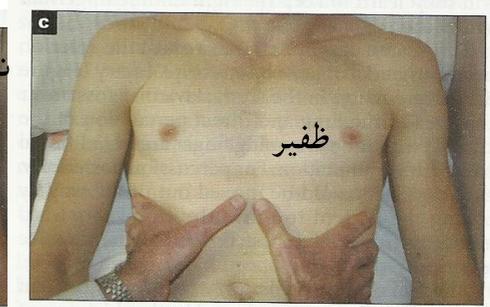
که چيري په Supine وضعیت کې گيډه معکوس حرکت وکړي يعني دساه اخیستلو په وخت کي بطن دننه خواته لاړه شي نو د حجاب حاجز فلج او يا شديد COPD راپه گوته کوي.

همدارنگه دصدر د جدار موضعي ننوتنه په هغه ناروغانو کي ليدل کيږي چی د پښتنيو متعدد کسرونه يا دقص د هلوکي کسر ولري چی دسيني د پنجرې يوه برخه د ماتوسا حوترمنع د حرکت په حال کي وي چی د هر شهيق سره دننه او ذفير سره بيرون حرکت کوي چی دا د تنفسي زجرت او هايپوکسيما لامل گرځي.

که چیري پوستکي لاندي امفزیما شتون ولري نو جس پواسطه crepitation احساس کیري امفزیما کیداي شي دشدیدی حادی استما، بنفسهي یا ترضیضي پنوموتورکس او یا د خیری شوي مری یو اختلاط وي او په تفتیش سره د صدر پر جدار، غاړه، مخ کي منتشر پرسوب لیدل کیري. دمنصف امفزیما د دواړو اسناخو او قصباتو د سوري کیدو له امله رامنخته کیري چی ددي سره یوځای دزړه د اصغا په وخت کي یو وصفی Crunching systolic اواز اوریدل کیري چی دیتنه Hamman's sign ویل کیري.

Hoover's sign

د COPD په ناروغانو کي شتون لري په نارمل حالت کي که چیري معاینه کوونکي خپل لاسونه Costal margin باندي په ترتیب چی غټي گوتي Xiphosternum ته نږدي کیردي نو نارمل شهیق گوتي یو دبل څخه بیلوي اما که Over inflated شتون ولري چی صدر ښه توسع نه کوي او هم حجاب حاجز پښتي کش کوي د نو د معاینه کوونکي گوتي یو دبل څخه نه لري کیري ویلي شو چی Hoover's علامه مثبت دي. لاندي شکل کي توضیح شوي دی.



۳۱-۱ گنه انخور

قرع (Percussion)

دتنفسي سيستم دفيزيکي معايني غوره کړنلاره دی، چي دسيني دجدار لاندې انساجوپه باره کي چی د هوا مایع څخه ډک وي اویا جامد وي معلومات ورکوي قرع تقریبا ۵-۷ سانتی متر لاندې افت راپه گوته کولای شي نو په دي اساس ډیرو ژورو افاتوپه باره کي معلومات نه شي ورکولای دقرع په وخت کي باید چي دقرعه شوي ساحه اواز ځانگړتیاو ته غوږ ونیسو او هغه اهتزازات چی د قرعي څخه وروسته پیدا کيږي ورته پوره پاملرنه وشي.

قرعه په ترتیب سره دسينی په دواړو خواو کي په مقایسوي ډول ترسره کيږي

دقدام لخوا لومړي Clavicula په مستقيم ډول قرع شي چې Pleximeter ته اړتيا نشته د ترقوي هډوکي په دريمه انسي برخه کي قرع ترسره کيږي

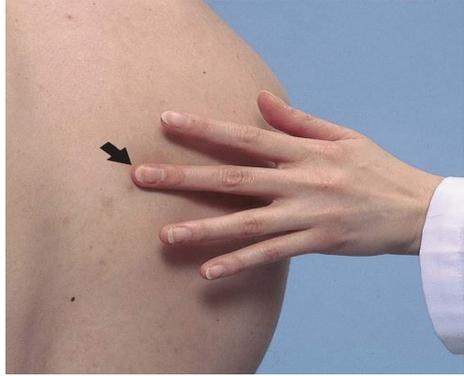
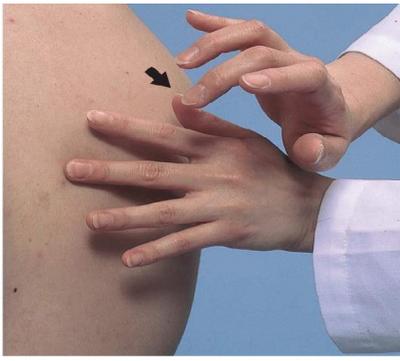
دپورتنې لوب افاتو په باره کي معلومات ورکوي وروسته د Clavicula لاتدي خای قرع او په ترتيب سره بين الضلعي مسافات تر شپږي بين الضلعي مسافي پوري مقاييسوي ډول قرع شي. په اړخونو کي دڅلورمي څخه تر اوومه بين الضلعي مسافي قرعه ترسره کيږي په خلف کي لومړي زروه قرع کيږي ددي لپاره د چپ لاس منځني گوته د Trapezius عضلي قدامي سرحد باندي ايښودل کيږي او فوق الترقوي تشه باندي قرع ترسره کيږي او لاتدي طرف ته ادامه ورکول کيږي دسيني پورتنې خلفي برخه قرع شي نو د ناروغ څخه غوښتنه کيږي چې خپل دواړه متي دسيني مخ ته راټولي کړي ترڅو سکپولا هډوکي وحشي طرف ته حرکت وکړي په خلف کي قرع ته ۱۲ بين الضلعي مسافي پوري ترسره کيږي دخلف لخوا متوسط خط ته نږدي قرع ترسره نه شي ځکه چي په دي ساحه کي جامد ساختمانونه د صدرې فقراتو Para vertebral musculature شتون لري.

د معاینه ترتیب

۱- چپ لاس دسينی دیوال د پاسه په داسی حال کي کيږدی چې ورغوی دسينی د جدار سره

په تماس کي وي او گوتی په کمه اندازه يو دبل څخه بیلې وي د منځنی گوتی دوهم فلنکس باید دهغی ساحی له پاسه کيښودل شي چې قرعه پری اجرا کيږي چي دی گوني ته Pleximeter ويل کيږي

۲- دخپل لاس منځنی گوته دسينی د جدار په مقابل کي ثابت ډول فشار ورکړي او غټه، دويمه، څلورمه او پنځمه گوته باید د سینی سره تماس ونه لري.



۱- ۳۲ گڼه انځور د قرع کړنلاره

۳- د خپل بڼې لاس د منځنۍ گوټۍ د څوکي پواسطه چې Plexor ورته ویل کیږي د چپ لاس گوټۍ د دوهم فلنکس په منځ باندې په داسې حال کې ضربه وارده کړي چې د بڼې زاویه لرونکي وي (ختک په شان) او عمودي وي لاس باید د مروند د بند څخه حرکت وکړي او نور لاس په ثابت ډول پاتې وي. ۱- ۳۳ گڼه انځور کې بنودل شوي دي.



۱- ۳۳ گڼه انځور

۴- هغه څو ته چې قرع پری ترسره کیږي په چټک ډول دمربوطه ساحی څخه لیری شي ځکه چې ددي پواسطه دقرعی مخ نیول (damping) کیږي دقرع څخه پیداشوي اوازونه:

۱: Resonance وضاحت:

هغه اواز دي چی په نارمل حالت کي د سږو په مختلفو برخو کي موجود وي دوام له نظره اوږد ، Pitch يي تیت او شدت يي لوړ وي.

۲- Hyperresonance وضاحت زیاتوالی: هغه وخت رامنځته کیږي چی سږي نظر نارمل حالت ته زیاته هوا ولري چې دوام يي اوږد ، Pitch يي کم او شدت يي ډیر زیات دی زیاتره په امفزیما او پنموتورکس ، استما او که لوي Bulla یا نازکه دیوال لرونکي Cavity د هوا څخه ډکه وي.

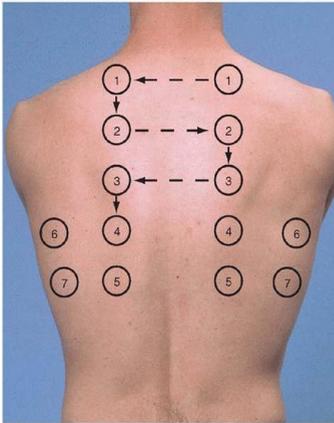
۳- Tympanic: کله چی په احشا کی زیاته هوا شتون ولري لکه دخالي معدی لپاسه او یا که غومبوري د هوا څخه ډک شي او قرع کرل شي په نسبي ډول دوام يي زیاد Pitch يي لوړ او شدت يي هم نسبتا لوړ وي.

۴- Flat: په نارمل ډول د ورن لپاسه اوریدل کیږي دوام يي کم Pitch يي لوړ او شدت يي Soft دي په پتالوژیک ډول په کتلوي پلورل ایفیوژن کي شتون لري .

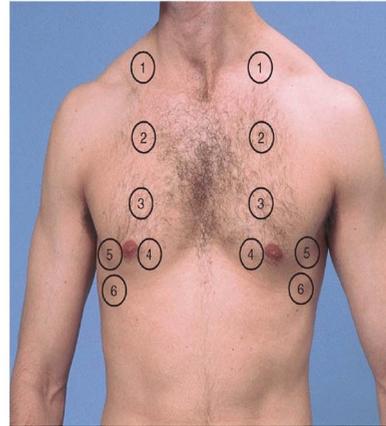
۵- Dull: په یو جامدي عضوی باندي لکه دځیگر ، زړه دپاسه او کانسولیدیشن، پلورل ایفیوژن کي اوریدل کیږي چی دوام يي په متوسطه کچه Pitch هم متوسط او نسبي شدت هم متوسط دی.

۶- Stony dull: دا ډول قـرعه دمايع لکه پلورل ایفیوژن، ضخیمه پلورا، ایمپایما، اسایتیس کي اوریدل کیږي.

د قرع او اصغاء ځايونه د قدام او خلف لخوا په لاندې شکل کې بنسودل شويدي.



۱-۳۵ ګڼه انځور دخلف لخوا



۱-۳۴ ګڼه انځور د قدام لخوا د قرع ځايونه

د حجاب حاجز د حرکت تعین:

د حجاب حاجز وليدنه په ډيرو حالاتو کې کيږي لکه Emphysema، کتلوي اسايټس، بطني تومور، سطحي دردونه لکه د پښتو کسرونه او نور. په نارمل حالت کې حجاب حاجز ښي خوا لږ څه نظر چپ خوا ته دځيگر دشتون له امله پورته وي په لاندې ډول د حجاب حاجز حرکت تعین وو.

۱- ناروغ ته ويل کيږي چې ژور تنفس وکړي او بنديي کړي.

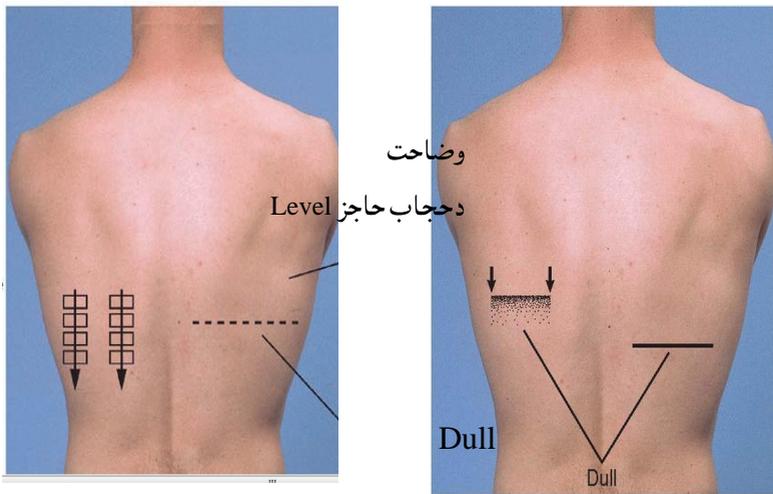
۲- قرع د Scapular خط څخه شروع او مخ ښکته دوام ورکول کيږي ترهغه ځايه پوري چې وضاحت په dullness بدل شي.

۳- همدا ځای پر پنسل نښه کيږي ناروغ ته د تنفس اجازه ورکول کيږي او بيا عمليه تکرار کيږي.

۴- ناروغ ته ويل کيږي چي خو تنفس وکړي او زياته هوا خارج کړي يعني جبړي ذفير ترسره کړي.

۵- قرعه د نښه شوي حای خخه شروع کيږي تر هغه پوري dull او از به وضاحت بدل شي.

۶- همدغه مسافه اندازه کيږي چي نارمل ۳-۵ او يا ۲ سانتي متره دی په لاندې انځور کي بنودل شويدي. ۱۷، ۳۰۹ م م ۲۷، ۲۲۰ م م



۱-۳۶ گڼه انځور د حجاب حاجز حرکت

اصغاء (Auscultation)

اصغاء: د فزيکي معایناتو مهمه برخه دی چي ددی پواسطه د هوا جریان په Tracheo branchel tree اوسپرو کي ارزيايي کيږي د اصغاء په وخت کي باید لاندې ټکي په نظر کي ونيول شي.

۱- دامکان تر حده ناروغ لوخ وي.

۲- دطاق هوا مناسبه یعنی معتدله وي سره هوا د لرزی لامل گرځي اوازونو ته تغیر ورکوي.

۳- دخلف یعنی شا اصغاء د ناستی حالت کي چې دواړه متبي قدام طرف ته ټولی شوي وي ترڅو سکپولا وحشي لور ته ولاړ شي او دقدام اصغاء دملاستی حالت کي ترسره شي د اړخونو اصغاء لپاره لاسونه پورته پر سر ایښودل کيږي.

۴- باید د اوازونو شدت، Pitch، کیفیت، شهيق او ذفير ته پوره پاملرنه وشي.

۵- باید پوره یو Cycle تنفس یعنی شهيق او ذفير دواړه واوریدل شي.

۶- دلور غږ لرونکو اوازونو لپاره دستاتسکوپ د دیافراگم څخه گټه واخیستل شي لکه Pleural friction rub

۷- دقدام لخوا نه د Clavicula هډوکي څخه تر شپږمي پښتی پوری اصغاء ترسره شي.

۸- دوحشي لخوا نه دتخرگ څخه تراتمي پښتی پوري اصغاء ترسره شي.

۹- دخلف لخوا نه ښکته تر یولسمي پښتی پوري اصغاء ترسره شي.

۱۰- دشهيق او ذفير ترمنځ gap معلوم کړي او داضافي اوازونو ته غوږ ونیسی.

۱۱- دقص دهډوکي په ۳ سانتي متر کي دقدام او خلف طرف کي داصغاء څخه ډډه وکړی ځکه چې په دی برخو کي اصغاء کول په مستقیم ډول اواز د شزن څخه اساسي قصباتو ته انتقالوي. زیاتره اوازونه چی دسږو دقصباتو څخه دسینی دیوال ته رسیږي دښکته فريکونسي لرونکي وي او ستاتسکوپ د bell پواسطه ښه اوریدل کيږي.

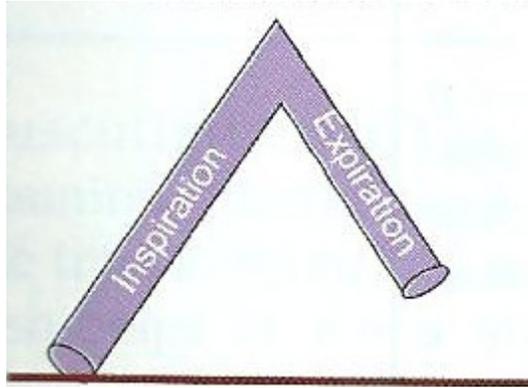
نارمل تنفسی اوازونه: دري ډوله دي: Vesicular، Bronchial breath،
Bronchus vesicular

Vesicular Breathing - I: په نارمل ډول په ټوله سينه کې اوریدل کېږي په اسناخو کې د هوا داخلیدو او خارجیدو له امله رامنځته کېږي شهيق نظر ذفير ته اوږد او لوړ وي د شهيق او ذفير تر منځ وقفه نشته Rustling وصف لري يعنی لکه وچه پاڼه چې د باد پواسطه وغورزیږي لوړ pitch او کم شدت لرونکي اواز دي په لاندې حالاتو کې کمېږي.

دهوايي لارو موضعي بندش، COPD، د تنفسي عضلاتو فلج، د سينې د ديوال پنډوالي (چاقي) د سينې ديوال پرسوب، ضخيم پلورا، پنوموتورکس، پلورل ایفیوژن.

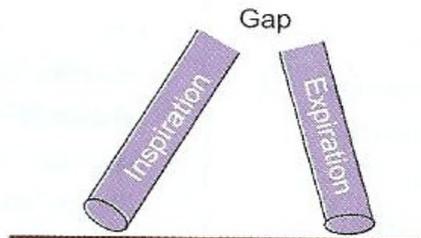
کله کله Harsh vesicular اواز چې ذفير او شهيق دواړه شديد وي اوریدل کېږي لکه په compensatory امفزیما کې.

یو شمیر حالاتو کې لکه برانکیل استما، مزمن برانشیت، او امفزیما (COPD) کې کیدای شي د هوايي لارو Resistance له امله ذفير نظر شهيق ته اوږد وي اواز Low pitch وي لاندې انځور کې ویزیکولر اواز بنودل شوی دي.



۱-۳۷ گڻه انځور ويزيڪولر اواز

Bronchial breaths:II: دلويو هوايي لارو خخه هوا د جريان له امله پيدا كيږي (Bronchial and Bronchioles) پوو كولو وصف لري لكه چي په يو بوتل كې پوف وشي، ذفيري نظر شهيق ته اوږد او خشن دي د ذفير او شهيق تر منځه وقفه موجود دي شدت يې زيات دي په نارمل حالت كې خلف كې د بنسي سرې علوي برخه كې چرته چي Trachea د بنسي خوا پورتنې Brochus ته نږدي دي اوږيدل كيږي او د Manubrium پر سر اوږيدل كيږي.



۱-۳۸ گڻه انځور Bronchial breaths

۸-۱ گڼه جدول د برانکیل اواز لاملونه

Bronchial breathing اواز اسباب	
<p>تیت Pitch لرونکی برانکیل اواز</p> <ul style="list-style-type: none"> • دسپرومزمین توبرکلوز • دسپرومزمینه اسی • امفوریک • برانکوپلورل فستول • لوي Cavity چي جدارونه يي نازکه وي 	<p>لوپ Pitch لرونکی Bronchial اواز</p> <ul style="list-style-type: none"> • کانسولیدیشن • Superficial Large Pulmonary cavity • دسپری یا لوب کولپس چي شاوخوايي غت برانکوس بند وي • دپلورل ایفیوژن پر سر • تیشن نموتورکس کله کله

Bronchial Breathing sound لاندې ډولونه لري

۱- Tubular چي لوپ Pitch لرونکی اواز دي چي په کانسولیدیشن، Collaps of lung with patent bronchus او کله کله د پلورل ایفیوژن پر سر اوریدل کیږي.

۲- Cavernous دایو Low pitch اواز دي چي دسطحي غتې خالي تشي (Cavity) پر سر اوریدل کیږي لکه د توبرکلوز Cavity یا دسپرو اسی.

۳- Amphoric: داهم Low pitch اواز دي چي میتالیک Tone لري په خلاص نموتورکس کي اوریدل کیږي او کله کله دغتي Cavity پر سر چي کوچني برانکوس سره وصله شوي وي اوریدل کیږي.

III - Bronchovascular :

دسیني دیوال ته تڙدي قصباتو خخه د هوا د تیریدني لامله رامنځته کیږي په نارمل حالت کي په لاندې ځایونو کي داوریډو وړ دی.

۱- بین الکتفي برخه

۲- د بني سږي په Apex کي

۳- دقدام له خوا د بني خوا Clavicula لاندې نږدي متوسط خط ته

ددي ډول اواز شهيق او ظفیر مساوي وي د شدت له نظره يي ذفیر په متوسط کچه وي کیدای شي د شهيق او ذفیر ترمنځ لنډه وقفه موجود یا نه وي.

Vocal Resonance یا صوتي اهتزازاتواصغاء

دستاتسکوپ پواسطه Vocal اوازونه چي (دشزن اهتزازات دي) دسیني په جدار کي اوریډل

کیږي دې اوازونو ته Transmitted sound هم وایي چي باید د ستاتسکوپ دیا فراگم پواسطه په متناظر ډول اوریډل شي په نارینو کي لږ څه ټیټ اما په بڼڅو کي لوړ اوریډل کیږي ناروغ ته ویل کیږي چي یو نمبر یا نوم تکرار کړي لکه نه نوي یا څلور څلور کله چي دستاتسکوپ پواسطه اوریډل شي نو Muffle اونه جدا کیدونکي وي.

۹-۱ ګڼه جدول د Vocal resonance تغیرات

لورالي	کم والي	نه شتون Abscent
<ul style="list-style-type: none"> • کانسولیدیشن • هغه Cavity چي برانکوس سره وصله شوي وي • برانکو پلورل فستول • د Pleural ایفیوژن پرسر • دسرپو په فایبروزس 	<ul style="list-style-type: none"> • ضخیمه پلورا • امفزیما • قسمي نموتورکس، لږ پلورل ایفیوژن، د سیني ددیوالي اذیما او دپلورا خبیثه ناروغي 	<ul style="list-style-type: none"> • پلورل ایفیوژن • پنموتورکس • دسرپو کولپس • د بندش شوي • Bronchus له امله • Vocal cord فلج • شدید امفزیما

لائدي ډولونه لري

۱- Vocal resonance: د Vocal ریزونانس زیاد والي ته ویل کیږي کله چي ناروغ خبري کوي په واضح ډول اوریدل کیږي لکن لغات یو دبل څخه نه توپیریږي او داسي فکر کیږي چی ناروغ غوږ ته نږدي خبري کوي په Consolidation او که دسرپو انساج Compressed شوي وي لکه دصدر داخل تومور په سرپو فشار راوړي اوریدل کیږي په نارمل حالت کې د شزن او حنجري دپاسه اوریدی شو.

۲- Whispering pectoriloquy: دلته نور هم Vocal ریزونانس زیات شوي وي کله چی ناروغ پس پس کوي په لوړ ډول اوریدل کیږي لغات یو دبل څخه فرق کیږي او داسی فکر کیږي چي ناروغ د ډاکتر غوږ کې خبري کوي په هغه Cavity چي برانکوس سره وصل شوي وي او Large consolidation ولري اوریدل کیږي.

Aegophonea: Aegophony دلاتين Aix (Geat پسه) څخه اخیستل په دي صورت کي فکر کيږي چی ناروغ پوزه کي غږيږي او ناروغ ته وويل شي چی E وایي نو دستاسکوپ پواسطه A اوریدل کيږي د پلورل ایفیوژن په پورته برخه د صدر په خلف او open pneumonia باندي اوریدل کيږي.

اضافه اوازونه (Added Sound):

هغه اوازونه دي چی پر تنفسي اوازونه باندي اضافه کيږي دي اوازونو ته Extra sounds هم وایي دا کیدای شي دسږو ، قصباتو یا پلورا څخه منشا واخلي.

یو شمیر نور اوازونو چی Added اوازونو سره مغالطه کيږي عبارت دي له:

۱- که ستاتسکوپ ته په وینسته لرونکي پوستکي باندي حرکت ورکول شي حرکت د Crackles په شان اواز تولیدوي نو ددي غلطی له منځه وړلو لپاره وینسته وخریل شي او یا لامده شي.

۲- دستاتسکوپ حرکت دناروغ پر پوستکي د Pleur rub په شان اواز ورکوي چی داشک هغه وخت له منځه تللي شي چی ستاتسکوپ ته ټینګ په صدر فشار ورکول شي.

۳- په لرزه لرونکي ناروغ کي دعضلاتو د تقلص له امله په اصغاء کي مشکلات رامنځته کيږي که ناروغ آرام شي او وضعیت ته یي تغیر ورکول شي ستونزه حلېږي

د اضافه اوازونو ډولونه:

۱- دسږو اوازونه:

A: Discontinuous یا متقطع اوازونه: چی دا متناوب او Non musical او

لنډ مهاله اوازونه دي لکه Crackles یا Rals

Contionous:B اوازونه: داموزیکل اوازونه دي چی دوامداره په تنفسي Cycles کي شتون لري کيدای شي په ظفیر او شهيق دواړو پړاونو کي موجود وي. لکه Wheezes چی لوړ Pitch لرونکي دي يا Rhonchi چی Low pitch لرونکي اواز دي.

B: پلورل اواز

لکه Pleural rub چی دا کيدای شي متقطع يا غير متقطع وي.

C: نور اوازونه:

Rales ، Crackle يا Crepitation

دالندقطع کيدونکي انفجاري اواز دي چی دوام يي د ۲۰ Millisecond څخه کم دی او هغه وخت منخ ته راځي کله چي هوا د اکزودات څخه ډک شوي برانشي، برانشيول، الويول يا اسناخ، او غټی تشی (Big cavity) څخه تيره شي معمولا Bubbling يا Clicking په شان نقطوي اواز لري.

په دوه ډوله دی:

۱- Fine Crackle: دا يو soft لوړ Pitch لرونکي متقطع اواز دي چی ۱۰ Millisecond څخه کم دوام کوي دتوخي سره له منخه نه ځي او هغه وخت منخ ته راځي کله چي د ذفير په پړاو کي هوايي لاري يودبل سره نږدي شي نو دشهيق په وخت کي دهوا دتيريدو له امله دغه نږدي شوي هوايي لاري يو دبل څخه جدا کيږي او کوچني کوچني انفجارات په ځانگړي ډول دشهيق په اخر کي رامنځته کيږي او داسي وصف لري لکه ويښته چی غوږ ته نږدي وسولول شي چی دی ته Fine کريپيتيشن وايي زياتره دزړه دعدم کفایي په شروع دسرو بين الخلالی ناروغي، نمونيا په شروع اوتوبرکلوز کي اوریدل کيږي.

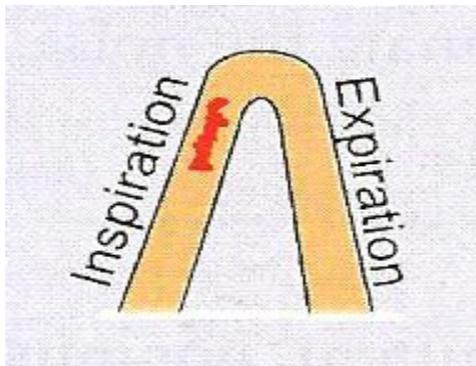
۲-Coarse crackle دا یو متقطع Louder تیت Pitch لرونکي اواز دي چي دوام يي د ۲۰ Millisecond څخه کم کيډي شي دتوخي پواسطه کم او بيا پيدا کيږي او کله چي اکزودات په برانشي، برانشيول، اسناخ او Big Cavity کې شتون ولري او ددي څخه هوا تيره شي د هواد تيريدلو له امله کوچني کوچني حبابات (Bubble) په دي افرازاتو کې حرکت کوي چي ځانگړي اواز توليدوي چي Coarse cripation ورته ويل کيږي.

دوخت له نظره په لاندي ډلو ويشل شوي:

الف: Late inspiration crackle

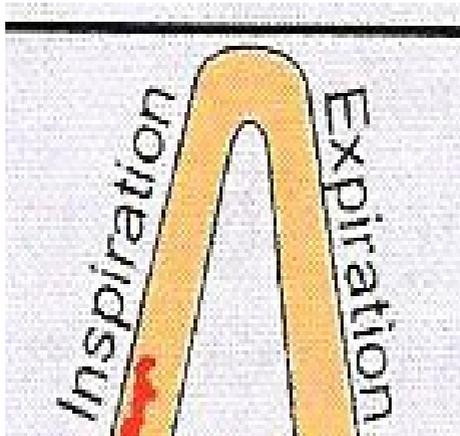
کيدای شي د شيهق په لومړي نيمايي کې شروع شي او د شيهق تر اخره دوام کوي دامعمولا Fine ، ديو تنفس څخه تر بل تنفس پوري ثابت او Fairly profuse وي.

لومړي دسرو په قاعده کې رامنځته کيږي او پورته خواته کله چي افت شديد کيږي ځي او همدارنگه اتکايي ځايونه ته د Position تغير سره ځي په ريوبي فايبروزس او دزړه عدم کفايه په لومړنيو پړاو کې اوريدل کيږي لاندي انځور کې ښودل شويدي.



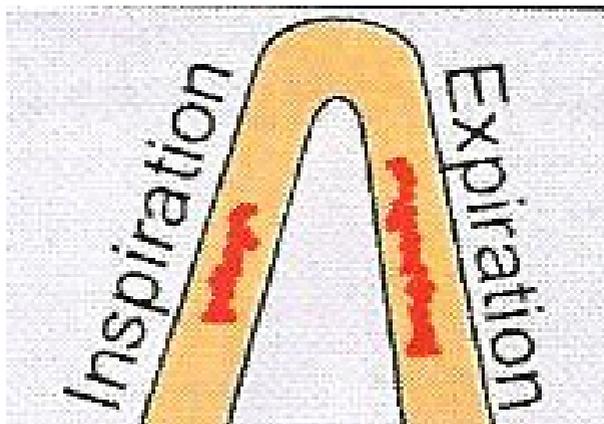
۱-۳۹ گڼه انځور موخر شهيقی Crackle

۲- Early inspiration crackle: د شهيق په شروع کي رامنځته کيږي معمولاً Coarse او نسبي ډول سره خو داني وي کله کله ورسره ظفيري Crackle يوځاي وي زياتره په مزمن برانشيټ او استما کي اوريدل کيږي لاندې انځور کي توضيح شويدي.



۱- ۴۰ گڼه انځور د شهيق په شروع کي Crackle

۳- Mid inspiration Crackle او ظفيري Crackle د شهيق په متوسط کي شروع او په ظفير کي هم اوريدل کيږي دي سره کيدای شي ويزنگ او رانکاي هم يوځاي وي په برانشکتازس او نوي ابسي کي اوريدل کيږي Coarse او Profuse وصف لري لاندې انځور کي بنودل شويدي.



۱-۴۱ شهیقي او ظفيري Crackle رابنيي

بايد وويل شي چی کله کله Crackle په نارمل حالت کي هم موجود وي چي دابيا له توخي سره له منځه ځي.

رانکاي او ويزينگ

ويزينگ او رانکاي دوامداره او ازونه دي هغه وخت منځته راځي کله چي هوايي لاري د افزاتو، سپزم، بهرني فشار له امله تنگي شي او ددي تنگو هوايي لاري څخه هوا جريان وکړي ويزينگ لوړ Pitch لرونکي اواز دي لکن Ronchi تپت Pitch لرونکي اواز دی چی دوام يي د ۸۰ Millisecond څخه زيات دي Snoring quality لرونکي دي په لويو هوايي لارو کي د اطراحتواستازي توب کوي.

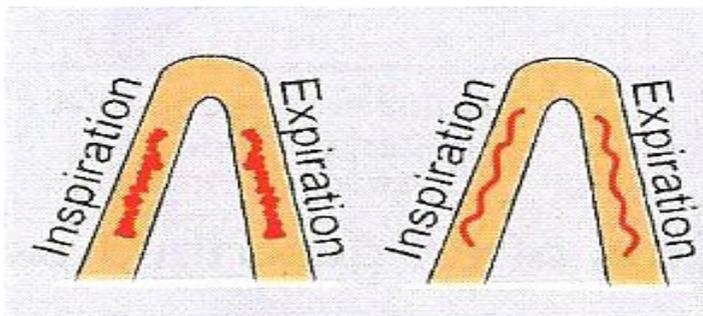
Wheez په دوه ډوله دي.

۱- Monophonic: يو يواځي موزيکل اواز دي چي د يو Bronchus دتنگ والي څخه چي ثابت، دوامداره، موضعي (Localized) وي رامنځته کيږي داتنگ والي معمولاً دتومور يا بهرني اجسامو له امله رامنځته کيږي کيداي

شي د اواز شهيقی یا ظفیری اویا دواړو صفحو کی وی او شدت یی د وضعیت سره تغیر نه کوی.

۲ Polymorphic: دامنتشر اواز دی په ځانگړي ډول په ظفیر کی داوریدو وړ وی په استما او مزمن برانشیت کی اوریدل کیږي دا wheez فکر کیږي د dynamic فشار له امله په څو Bronchi باندي چی د ظفیر په وخت کی زیاتیري رامنځته کیږي.

کله کله په شدید استما او یا شدید COPD کی په ناروغ کی دا توان نه وی چی دتنگ شوي قصبی څخه هوا تیره کړي ویزینگ نه شي رامنځته کولای نو Slient chest یا خاموشه سینه رامنځته کیږي چی دا په وخیم حالت دلالت کوی.

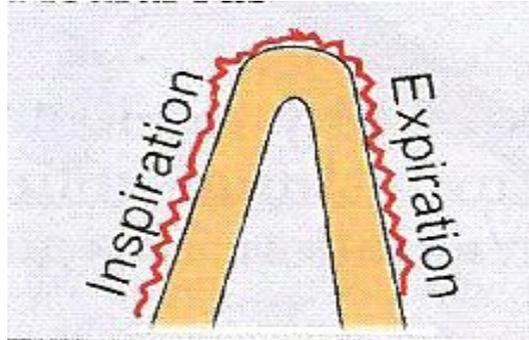


۱-۴۲ گڼه انځور ویز اورانکای رابښی

Squawks اواز: دا لنډ شهیقې ویزینگ دی چی همیش د Crackle سره یوځای وی په نمونیا، Hypersensitivity pneumonitis او بین الخلالی فایبروزس کې اوریدل کیږي.

Pleural rub: دایو دوامداره اواز دی چی دحشوي اوجداري پلورا یوپر بل باندي

دسولیدو له امله رامنځته کیږي دتنفس په دواړو پړاونو کې اوریدل کیږي
 ټوخي سره یې په وصف کې تغیر نه راځي که ناروغ تنفس بند کړي له منځه
 ځي په Pleuritis کې د هر لامل له کبله چې وي لکه Plerodynia، ریوي
 تکاثف، ریوي انفارکشن او د پلورل بیوپسي څخه وروسته اوریدل کیږي.



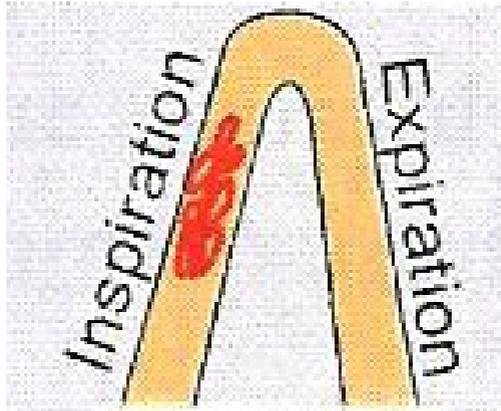
۱-۴۳ ګڼه انځور پلورل رب

۱-۱۰ گڼه جدول د پلورل رب او د Crackle توپير په لاندې جدول کې ښودل شويدي.

د پلورل رب او Coarse Crackus توپير	
Pleural rub	Coarse crackles
<ul style="list-style-type: none"> • دسوليدو يا Cracking اواز دي • په دواړو صفحو د تنفس کي اوريدل کيږي • معمولاد سرېو يوې ځانگړي برخې پوري محدود وي • دټوخي سره تغير نه کوي • که ستاتسکوپ ته دسينې په ديوار فشارورکول شي زياتيږي • درد او Tenderness ورسره مل وي • دپلورا دسطحو دسوليدو څخه رامنځته کيږي. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bubbling يا Clicking اواز دی • کيدای شي شهيتي وي اويا دواړه صفحو کي وي • دسرېو په زياترو برخو کي اوريدل کيږي • کيدای شي دټوخي سره يې کرکتر او شدت کي تغير راشي • اواز Accentuation نه لري ندرتا • معمولادرد او حساسيت ورسره مل نه وي

Stridor

دا يو لوړ Monophonic ويزينگ دي چې د حنجري د سپزم اويا دشزن د بندش له امله رامنځته کيږي چې په شهيق کي لوړ وي. دا کيدای شي دشزن په قسمي بندش اويا د حنجره په قسمي بندش کي رامنځته شي

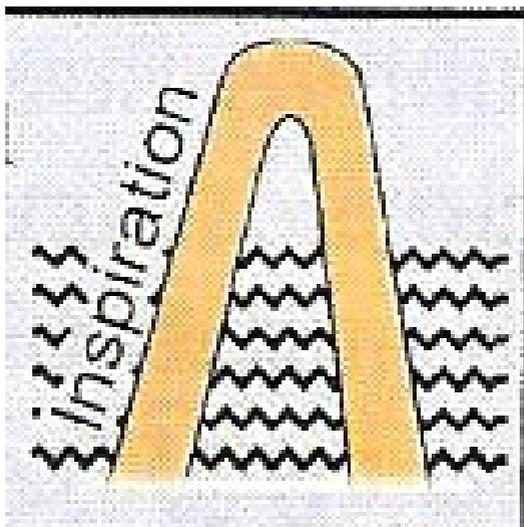


۱-۴۴ گڼه انځور

نور اوازونه:

Hamman's sign) Mediastinal crunch): دا اواز تنفس سره تړاونه لري
 اما دزړه سیستول سره هم مهاله (Synchronous) وي که ناروغ ته چپ
 جنبي وضعیت ورکول شوي د دريمي څخه تر پنځمي بين الضلعي مسافي
 چپ خوا کې اوریدل کېږي.

په قص هډوکي باندې د فشار له امله او دمیدیاستینوم امفزیما او چپ خوا
 نموتورکس کې د اصغا وړدی.



۱-۴۵ گڻه انځور ميڊياسٽينل Crunch رانبيي

هغه اوازونو چي وروسته د يو شمير مانورو څخه اوريدل کيږي.

۱- Succusion splash: دا يو Splashing اواز دي چي دمايع دحرکت له

امله په هغه Cavity يا خالي غږي کي چي مایع او اوبه پکي شتون ولري اوريدل کيږي.

د اوريدو ميتود:

دناستي په وضعيت کي دصدر دجنبي برخي پورته سرحد dullness معلوم

شي اوس نو د ستاتسکوپ Diaphragm په دي برخه کې کيښودل شي او

ناروغ ديو خوا څخه بل خواته و خوځول شي نو د Splash اواز په هر Jerk

حرکت کې اوريدل کيږي کله کله دا اواز غير د ستاتسکوپ څخه هم اوريدل

کيږي په لاتندي حالاتو کي رامنځته کيږي.

الف - Hydropneumothorax

ب- لویه خالیگاه چی هوا او اوبه ولري.

ج- که چیري معده صدر طرف ته چوره شوي وي

Post tussive suction:

که دسپرو د Cavity نښي شتون ولري نو ناروغ ته ویل کیږي چی په شدت سره ټوخي وکړي نو یو زینسونکي شهیقي اواز (Sucking inspiration) به وروسته دټوخي څخه واوریدل شي چی Post tussive suction پنوم یادیري.

۳- Post Tussive crackle/rals

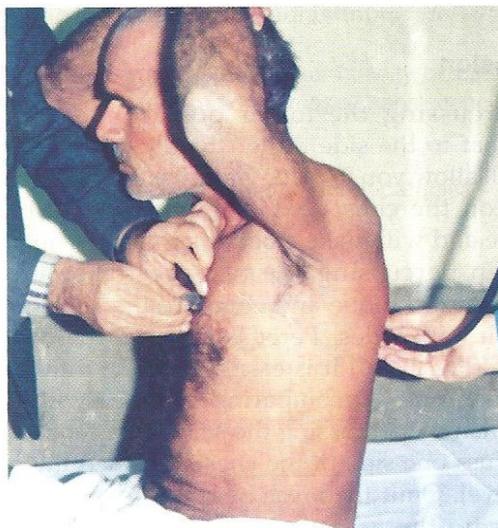
هغه Crackle ته چی په نارمل تنفس کي نه اوریدل کیږي او وروسته د ټوخي څخه واوریدل شي ویل کیږي داهغه تشه راپه گوته کوي چی داطراحاتو څخه ډکه وي چی دټوخي په وخت دغه اطراحاتو بی ځایه شي او هوا ته اجازه ورکړي چی مایع کي پوکاني جوړی کړي او په پایله کي Crackle اوریدل کیږي زیاتره د سطحی توبرکلوزیک تشي استازیتوب کوي.

۴- Coin test:

په Hydropneumothorax کي دهوا او مایع پر سرحد اوریدل کیږي

Metallic وصف لري

لکه یو سکه چی پر بلي باندي وټکول شي. دسیني پر قدام یو سکه ایښودل کیږي دبلې پواسطه ټکول کیږي خلف طرف ته ستاتسکوپ پواسطه اصغا ترسره کیږي نو میتالیک اواز اوریدل کیږي.



۱-۴۶ گنه انځور Coin test

ديوشمير غوره تنفسي ناروغيو فزيکي نښي

- کانسوليديشن (Lobar pneumonia): دسږو دپرانثيم التهاب دي
چې په انساختو کي اکزودات راتولپيږي
- تفتيش کې دسږو حرکات او توسع ماوفه ناحيه کي کميږي
- جس کې Vocal fremitus لوړيږي
- قرع کې Dull اما stony dull نه دی
- اصغاء کې Crackle اواز د شهيق په اخري يا متوسطه برخه کي اوريدل کيږي صوتي اهتزازات لوړ پلورل رب کيدای شي شتون ولري او همدارنگه Tubular اواز د اوريدو وړ وي او هم کيدای شي Bronchophony واوريدل شي.

- Pneumo thrax دسروپه پلورا کي دهوا شتون ته ويل کيږي
- تفتيش کې په ماوفه ځای کې حرکات کميږي
- جس: شزن مقابل طرف ته بی ځایه کيږي کيدای شي تحت الجلدي Crackle جس شي چی په تحت الجلدي امزيميا دلالت کوي Vocal frematus کم يا له منځه تللی وي
- قرع: هايپرروزوناسس شتون لري
- اصغاء: تنفسي اوازونو کم يا معدوم صوتي اهتزازات معدوم وي
- دبرانښيل استماء دحادی حملي فزيکي نښې:
- تفتيش: دصدر حرکات متناظر ډول کم شوي وي صدر متوسع تنفسي اضافي عضلات تنفس کي برخه اخلي
- جس: Vocal frematus نارمل
- قرع: هايپرريزوناس حجاب حاجز بنکته شوی وي
- اصغاء: ذفير اوږد ، ويزينگ، رانکاي په ځانگړي ډول د ظفير په صفحه کي او High pitch لري.
- پلورل ايفيوژن: پلورايي جوف کې دمايع راتوليدو څخه عبارت دی.
- تفتيش: ماوفه طرف په تنفس کي کم يا هيڅ برخه نه اخلي
- جس: که چيري پلورل ايفيوژن زياد وي شزن او Apex beat مقابل طرف ته تيله شوی وي دصدر توسع ماوفه ځای کي کمه شوي وي Vocal frematus کم يا معدوم

- قرع: دمايع د پاسه stony dull او کيدای شي دمايع د پورتنی سرحد څخه پورته وضاحت قرع شي چي Skodiac Resonance ورته ويل کيږي.
- اصغاء: تنفس اوازونه کم يا معدوم کيدای شي Effusion په پورته برخه Bronchial اواز اصغاشي صوتي اهتزاز کم وي
- Atelectasis (کولپس) که چيری يو Bronchus دتومور اجنبی جسم اويا احساس شويو غليظو اطراحتو پواسطه بند شي نو دسږو هغه برخه چي ددی Bronchus پواسطه ورته هوا رسیده کولپس کوي
- تفتيش: ماوفه ځای تنفس کي برخه نه اخلي
- جس: شزن ماوفه طرف ته کش کيږي توسع يي کميږي
- قرع: Dull احساس کيږي
- اصغاء: اوازونه کم يا له منځه ځي
- Emphysemia
- تفتيش: Barrel shap چي قدامي خلفي قطر زياد Pursed lip breathing شتون او اضافي تنفسي عضلات په تنفس کي برخه اخلي
- جس: دصدر توسع کمه سږي هايپرانفليشن ، Hoover's علامه او Trachial tug مثبت وي
- قرع: هايپرريزونانس او دځيگر Dull کم شوي وي
- اصغاء: تنفسي اوازونه کم د شهيق په شروع کي ، Crackle او ويز معمولاً موجود وي ظفير اوږد ذفيږي ويز او رانکاي شتون لري

- Cavitation: وصفی علایم هله موجود وی کله چی تشه غټه وی او Bronchus سره اړیکه ولری
- تفتیش: صدري حرکات ماوفه شوي طرف کې لږ څه کم میډیاسټینوم افت طرف ته کش شوي PMI او شزن ماوفه طرف ته کش شوی وی
- جس: صوتي اهتزازات په ماوفه ناحیه کې لوړ وی.
- قرع: نارمل ریزونانس تغیر کوي
- اصغاء: Whispering pectoriloqui، امفوریک اواز او Coarse crackle په ماوف ځای کې اوریدل کیږي.

د بلغمو معاینه:

هره ورځ د نارمل سږو پواسطه ۱۰۰ سي سي بلغم تولیدیږي چی اوروفرنکس برخی ته لیږدیږي او بلع کیږي بلغم لرونکي توخي همیشه غیر نارمل وی .

بلغم باید تازه او په یو پاکه قطعی کې غیر له دي څخه چی د لږو سره مخلوط شي جمع شي کوشش وشي چی سهار وختي بلغم دمعاینی لپاره واخیستل شي ځکه دا د سږو د ژور ځایونو څخه راوځي ډیر ژر دمعاینی لپاره واستول شي ځکه چې ځنډني شوي بلغم کې باکتريا گاني تکثر کوي که چیري یو ناروغ کافي اندازه بلغم دمعاینی لپاره ونه لري نو یوشمیر مخرشو موادو د انشاق پواسطه کولای شو بلغم تحریک کړو لکه ۱۰-۱۵ سلنه دسودیم کلوراید محلول څخه گټه اخیستل کیږي دی محلول ته ۵۲ درجی ساتتي گریډ حرارت ورکول کیږي او بیا انشاق کیږي دامحلول د تنفسي سیستم مخاطي غدوات د بلغمو د افراز لپاره تحریک کوي او هم Bronchorhea لامل گرځي چی دا د بلغمو په خارجیدو کې مرسته کوي.

همدارنگه کولای شوی دسودیم کلوراید محلول د زرق پواسطه چی
Cricothyroid برخه کی زرق کیږي او دتوخي د تنبه لامل گرځي بلغم جمع
کړو چی داطریقه زیاته په Stupor ناروغانو کی ترسره کیږي.

همدارنگه د برانکوسکوپي لواز پواسطه بلغم د معاینې لپاره واخیستلی
شو. حیات

د بلغمو د معاینې کرن لاره:

د ۲۴ ساعته بلغم راټولېږي او اول په گراس ډول درنگ، بوي، مقدار،
شکل اولزوجیت له نظره معاینه کیږي.

د گراس له نظره لاندې ټکي په نظر کی ونیول شي:

۱- موکوئید بلغم چی پاک سپین او لزوجي وي دمزمین برانشیت لپاره
وصفي دي.

۲- ژیر شین رنګ بلغم اتتان یا الرژي رانښي.

۳- تور بلغم د برانکو پلمونري Aspergillosis ښکارندوي دي.

۴- بوي ناکه قیحي بلغم برانشکتازس او دسږو اسی کی شتون لري.

۵- گلابي ځک داره بلغم په Pulmonary odema دلالت کوي.

۶- په بلغمو کی وینه چی Hemoptysis ورته وایي لاملونه یي مخکی ذکر
شوي دي..

۷- تینګ، چسپناکه سور رنګه Rusty بلغم په لوبر نمونیا کی.

۸- Anchovy sauce رنګه بلغم د امیبیک Lung اسی شکیدنه سږو ته

ښيي

وروسته د بلغم مايکروسکوپيک معاینه ترسره شي چی په مستقیم ډول تازه بلغمو څخه سلايد جوړیږي او قیحي حجرات لیدل کیږي همدارنگه بلغم باید د گرام په اصولو تلوین شي ترڅو گرام مثبت او گرام منفي باکتریاوي ولټول شي دسلايد پر سر د باکتریاو شمیر، ډول، WBC ډول ته خاصه پاملرنه وشي.

دمايکو باکتریوم دلامل دمعلومولو لپاره بلغم باید د Ziel Neelson's په اصولو تلوین شي او په ډیره توجو سره معاینه شي ځکه چې د TB بسیل ډیر کوچني دي نو هر سلايد باید کم تر کمه ۱۵ دقیقې معاینه شي کولای شویو شمیر اورگانیزمونه او انتي بیوگرام لپاره بلغم کلچر کړو نو په دي صورت کي باید د سهار وختي بلغم واخیستل شي.

بلغم په ځانگړو زرعيه وسطونو کي کلچر کیږي او هم کولای شوی د یو شمیر ناروغیو د تشخیص لپاره بلغم په لابراتواري حیواناتو کي تلقیح کړو لکه پر بلغمو کولای شو سایتولوژیک معاینات دسرطاني حجراتو لپاره ترسره کړو همدارنگه په دي کړن لاری کولای شو Asbestos bodies د Asbestosis ناروغی او پرازيتي هگي تنفس پرازيتي ناروغیو لپاره تثبیت کړو.

دسرطاني حجراتو دپیدا کیدو لپاره Papanicolaou میتود څخه گټه اخیستل کیږي.

چی په دي صورت کي باید ۳-۴ نمونه د بلغمو د دري الی پنځو ورځو په وقفه سره معاینه شي.

دویني معاینات په تنفسي ناروغیو کي:

دویني روتین او ځانگړي معاینات د تنفسي سیستم د ناروغیو په تشخیص کي خورا اهمیت لري. دویني کم والي او Sedrate زیاتوالي د یو شمیر ځنډنیو ناروغیو لکه کانسرونه او توبرکلوز لپاره غوره نښه دی.

دسپنو کړيو اتو شمير کيدای شي په يو شمير اتانې ناروغيو کې زيات اويا کم شي لکه په باکټريايي اتاناتو کې زياد او ويريوسي اتاناتو کې يوڅه کمېږي ايزونوفيل په الرژيک استما، پلمونري ايزونوفيل، الرژيک برانکو پلمونري اسپيروجيلوزس او Churg strauss سندروم کې لوړېږي.

هيما توکريت په مزمن برانشيت، امفزيما، سږو فايبروزس او نورو تنفسي قلبي ناروغی چې د Hypoxemia سره مل وي لوړېږي.

دسوديم کچه په Small cell lung کانسر، Legionnair's ناروغی او هره وځيمه pneumonia کې ښکته کېږي.

دسيروم کلسيم کچه په سارکوئيډوزس، سکواموس کارسينوما او هډوکو ميتاستاز کې لوړېږي.

دځيگر وظيفوي ازمويني په Metastatic liver ناروغيو، هغه ناروغان چې Hepatotoxic درمل اخلي اهميت لري. الکليين فسفتاز کيدای شي په سارکوئيډوزس، ميلري توبرکلوز، ميتاستاز کارسينوما کې لوړ شي.

ايمون گلوبولين په برانشکتازس کې کمېږي او البومين د سږو په مزمنو ناروغيو لکه توبرکلوز کې کمېږي.

الفا يوانتي تريپسين نقيصه په Hereditary para acinar emphysema کې شتون لري د پښتورگو دنده ازموينه BUN، Creatinin په هغه ناروغان کې چې Nephrotoxic درمل اخلي لکه امينوگلايکوزايد د اهميت وړ دي.

دويني د PH او گازاتو کچه معلومول د تنفسي عدم کفايه په تشخيص او کنترول او Acid base بيلانس کې اهميت لري.

پلورا او دپلورا دمايع معاینه:

په نارمل ډول د جداري او حشوي پلورا ترمنځ ۱۵ سي سي مایع شتون لري چې د دواړو پلورا د اصطکاک څخه مخنیوي کوي اما یو شمیر مرضي حالاتو کې ددې مایع کچه زیاتېږي چې پلورل ایفیوژن ورته ویل کېږي د پلورا مایع د پلورا دجوف څخه ایستل او معاینه د دوو غوره موخو لپاره ترسره کېږي.

۱- د تشخیص لپاره باید چې ۵۰ سي سي مایع واخیستل شي او لومړي د گراس له نظره معاینه او وروسته د باکتریا لوژي، سائیتولوژیک، کلچر پلټنو لپاره لږ اتوار ته واستول شي.

د گراس له نظره رنگ ته پاملرنه وشي چې ژیر شین رنگه مایع په Rheumatic pleurisy د شیدو په شان Chylo transudate ژیر (Bilious) په بایلري فستول، تور رنگه په Aspergillous اتان، سور رنگه په تروما، توبرکلوز، کانسر، پلمونري انفکشن او نورو کې لیدل کېږي. همدارنگه که خراب بوي ولري په Anaerobic empyema که دامونیا بوي ولري Oesophageal rupture که غذایی پارچه په کې ولیدل شي په دلالت کوي.

۲- د درملني په منظور باید ۱۰۰۰-۱۵۰۰ سي سي څخه زیات مایع په یو ځل وویستل شي که ضرورت وي ۲-۳ ورځو وروسته بیا عملیه تکرار شي. د بزل لپاره د ضرورت وړ سامانونه عبارت دي له.

الف- ۱- ۲ سلنه نوکاین محلول

ب- په 0.5% هیپارین او Disodium EDTA د تحشر ضد موادو لکه سوډیم ستریت

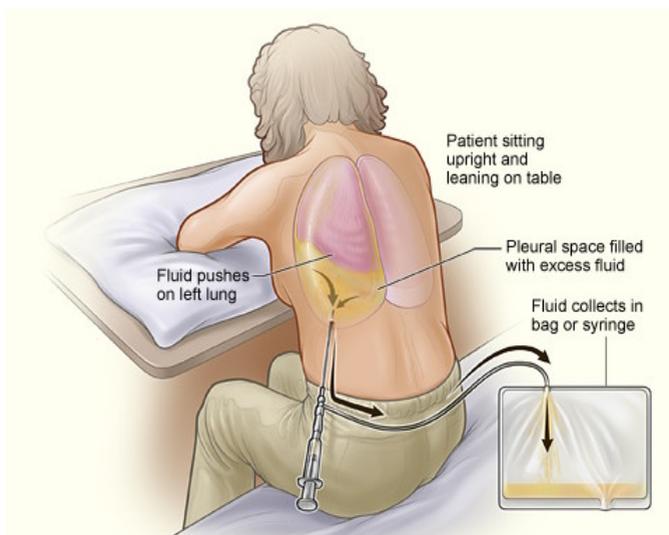
ج-۵۰ سي سي سورنج چي ۱۲-۲۲ گيچ او ۲۵ گيچ ستن ولري.

د - Three way stop clock

ه- ددي علاوه معقم سیت تیوبونه چي روتین کلچر او بیوشمیک معایناتو لپاره اړین دي.

کړنلاره:

ناروغ د چپرکت په څنډه یا چوکي کینول کيږي لاسونه يي ديو پالښت پواسطه پورته او یا قدام طرف ته ټولېږي ترڅو بين الضلعي مسافه چي عملیه پری ترسره کيږي ښه واضح شي عملیه باید په ۷-۸ بين الضلعي مسافه متوسط ابطي خط باندی ترسره شي لومړي ناحیه د اتني سپتیک موادو پواسطه پاکيږي ۱۰ سي سي دوه فیصده نوکاین پواسطه موضعي انستيزي ورکول کيږي بیا ۱۲ نمبرستن بين الضلعي مسافي پورتنی برخه کي عمودا داخلېږي د بين الضلعي مسافي ښکتنی برخه څرنگه چي وريدونه شريان او عصب سیر لري داخل نه شي د تشخیص لپاره ۵۰ سي سي او د درملني په موخه او ۱۰۰۰-۱۵۰۰ سي سي مایع تخلیه کيږي که چيري د ۱۵۰۰ څخه زیاته مایع تخلیه نه شي ځکه د Pulmonary odema او هایپوتنشن لامل گرځي. که ناروغ ته د عملیه په جریان کي ټوخي او یاد سيني نیونه پیدا شو عملیه ودرول شي د بزل څخه وروسته باید په ستندرد ډول X-Ray واخیستل شي.



۱-۴۷ گنه انځور دپلورادمايع دايستلو کړنلاره

دپلورا دمايع معاينه

د پلورا په جوف کې پنځه ډوله مايع راټولېږي.

ترانسوديت، اکزودات، وينه، chylo، اود قیحي توليدل

د ترانسوديت په صورت کې مايع زياتره شفافه دي کله کله لږ څه ژيړ رنگه وي التهابي پيښې باندي دلالت نه کوي زياتره لاملونه يي د زړه عدم کفايه، دځيگر سيروزس، دالبومين کموالي، پريتونيئل دياليزس، هايپوتايرويدزم، پلمونري ايفيوژن اوناډرا په Meig's SVC obstructin او syndrome، Constrictive پريکاردايتس دي اوصاف يي په لاندي ډول دي.

ددي ډول مايع مخصوصه كثافت يي 1012-1008 ، پروتين يي دري گرامو
خخه كم، پرند كيږي نه يو څواندوتيليل حجرات لري دمايع 200IU LDH
خخه كم دي.

Exudaive پلورل ايفيوژن په توبركلوز ، نمونيا ، كانسر ، پلمونري
انفرکشن ، روماتويدارترائيس ، اتوايمون ناروغی ، پانكراتائيس اونادراپه
فنگسي اتاناتو ، yellownail سندروم كي رامنځته كيږي لاندي اوصاف
لري.

رنگ يي ژير نسواري ته ورته دي ، مخصوصه كثافت يي 1016 يا له دي
خخه لوړ دي پروتين يي د دري گرامو خخه لوړ تحشر كوي ، پلورا پروتين او
سيروم پروتين تر منځ نسبت 0.5 خخه زياد پلورل پروتين LDH نسبت او
سيروم پروتين نسبت 0.6 خخه زياد وي.

دپلورل اسپيريشن مضاد استطباب

۱- كه چيري مايع حجم ډير كم وي.

۲- دسيني د ديوال اناتومي خرابه وي وي

۳- دمعاينه پواسطه دمايع ځای دقيق ډول تعين نه شي

۴- دشدیدو تنفسي ناروغی شتون چی ژوند تهدیدونکی اختلاطاتو لامل
شي.

۵- Bleeding diathesis يا Coagulopathy

۶- ناکنترولہ توخی

اختلاطات:

Pneumo thorax (۳-۳۰%) ، هيمپاټيزس د سږي Puncture له امله Re expansion pulmonary edema ، دويني دفشار بنکته والي ، هيموټورکس د بين الضلعي او عيو د دريناژ له امله ، دتوري يا ځيگر Puncture ، vas vagal سنکوپ.

په تنفسي ناروغيو کي دزړه دبرقي گراف بدلون

دتنفسي ناروغيو له امله دزړه په برقي گراف کي يوشمير بدلونونه رامنځته کيږي لکه د سالنډي ، هايپوکسيا او Bronchodilator درملو له امله سينوس تکی کار ديا .

د COPD دزړه په برقي گراف کي لاندي بدلونونه رامنځته کيږي .

۱- دزړه محور بني خواته بي ځايه کيږي (له مثبت ۹۰ درجو څخه زيات)

۲- لوږه P څپه په سفلي ليدونو کي د ۲، ۵ مترو څخه لوږه وي (P.Pulmonal).

۳- د Clockwise rotation شتون يعني Transitional zone به په V5 کي وي .

۴- R څپه په بني پريکارد ليدونو کي له منځه ځي يعني SV1,SV2,SV3

۵- په کين ليدونو کي (I,avL,V5,V6) د Low voltage شتون که کورپلمونل منځته راغلي وي نو په V1 کي به R بارز او ژور S په V6 کي رامنځته کيږي .

دحاد کورپلمونل له امله ځانگړي بدلونونه په Frontal ليدونو کي چي حاد سفلي MI ته ورته دي رامنځته کيږي يعني د Q څپي سايز زياتيږي په کمه اندازه د ST سگمنت لوږ او د T څپه منفي کيږي .

دامفزیما له امله لاندې بدلونونه رامنځته کیږي.

۱- څرگنده P څپه په دویم، دریم او avF لیدونو کې.

۲- څرنگه چې د اذین ریپولایریزیشن زیاتېږي نو د ST سگمنت د 0.1mv په اندازه په دویم، دریم او avf بڼکته کیږي.

۳- په قدامي لیدونو کې QRS محور بڼي لوري ته بې ځایه شوي وي.

۴- د R څپې زیاتوالي د تېتر په لیدونو کې کمیږي.

۵- Low voltage QRS په ځانگړي ډول په کین پریکارډیل لیدونو کې څرگندېږي.

رادیولوژیک معاینه

د سینې رادیوگرافي

د تنفسي ناروغیو په تشخیص کې د اهمیت وړ معاینه دي د اکسری پوره تحلیل د فزیکي معاینې تکمیلوونکي دي معیاري رادیوگرافي خلفي قدامي دي چی مخامخ د سینې قدام څخه اخیستل کیږي او اکسری منبع باید ۲ مترو په اندازه د ناروغ شاته موقعیت ولري.

دوهم درجه قدامي خلفي او ملاستي وضعیت اکسری اخیستل دي ځکه چې د ملاستي د وضعیت په فلم کې د gravity له امله ټول خلفي او عیبي توسع کوي د سږو ساحه زیاتره Plethoric بڼي همدارنگه کمه اندازه Ple. Eff نه شوه لیدلی.

د سینې وحشي رادیوگرافي، د سږو پلورا میدیاستینوم د ابناړملي او دنوموړو ساختمانونو د طبیعت اوساحي په باره کې اضافي معلومات ورکوي

باید همیشه دسیني غیر نارمل رادیوگرافي دسیني د پخواني فلم سره که شتون ولري پرتله شي. دسیني د رادیوگرافي د لوستلو لپاره اناتومي، پتالوژي او نورمال تظاهراتو پوهي ته اړتیا دي

دسیني د رادیوگرافي په کتنی کې لاندې ټکي په نظر کې باید ونيول شي.

۱- دناروغ نوم، دکلیشی د اخیستلو وضعیت، بنې او چپی نبی ولیدل شي.

۲- دسرو ساحه باید یو شان شفافیت ولري، افقي میزابه چی قدامي ابطي خط باندي دبنې طرف Hilum څخه تر شپږمي پښتي پوري دی مشخصه شي.

۳- دسرو زروي باید دکتلی، كهف، کانسولیدشن او نورو لپاره د ترقوي څخه پورته او شاته وکتل شي.

۴- ترخیا معلومه شي چي مرکزي برخه کي دي که نه Paratracheal او Retrosternal جاغور ته پاملرنه وشي.

۵- زړه ته پاملرنه وشي چی نارمل دي که نه دزړه زیاد قطر د (Maximum Internal thoracic diameter) د قطر نیمایي څخه کم دي دزړه شاته دکتلی موجودیت ولیدل شي .

۶- Hilum: چپ Hilum ته پاملرنه وشي چي دبنې څخه په نارمل حالت کي ۳ سانتی متره پورته وي اودغټي گوتي څخه لوی نه وي باید د دواړو هیلسونو کثافت وکتل شي چی محدبیت باید وحشي خواته وي که چيري په مقعر په ډول ښکاره شي نو دلمفاوي عقدا تو غټوالي یا کتله راپه گوته کوي.

۷- حجاب حاجز: بنې طرف حجاب حاجز د ځیگر د شتون له امله ۱-۳ سانتی متره دچپ څخه پورته ځای لري دبنې طرف شپږمي پښتي قدامي نهایت باید د حجاب حاجز متوسطی برخی څخه تیر شي که دا حالت موجود نه وي نو دسرو په Hyper inflation دلالت کوي.

۸- Costophernic زاویه: دا زاویه باید ښه واضح شي که چیري یوه یا دواړه زاويي له منځه تللی وي نو په پلورل ایفیوژن یا ضخیمه پلورادلاکت کوي.

۹- رخوه انساج: د دواړو سینو شتون یا داشت شي تحت الجلدي امفزیما، بهرني اجسامو ته متوجه اوسی.

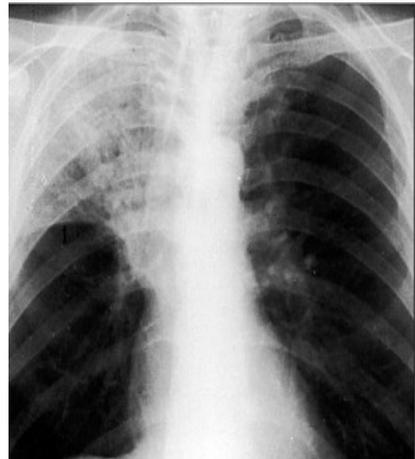
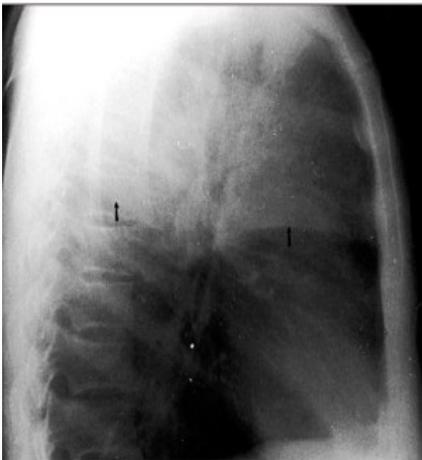
۱۰- هډوکي: دناروغ پښتني، کتف، ستون فقرات باید د کسرونو او Metastatic deposition لپاره وکتل شي.

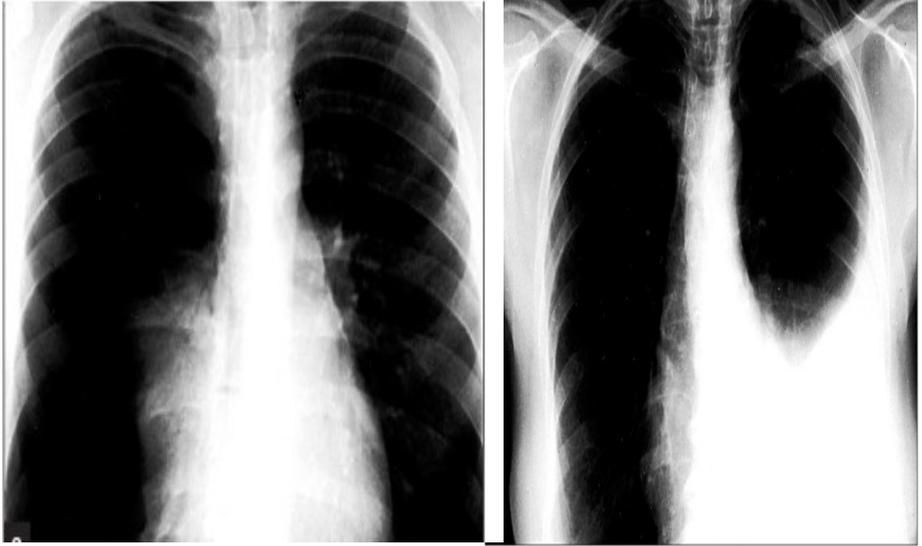
۱۱- متجانس او غیر متجانس کثافت ته توجه وشي

۱۲- Cavity که شتون ولري ځنډو ته يي پاملرنه وشي او هم ولیدل شي چی هوا او مایع Level څومره دي

۱۳- infiltration نودولونو Honey combe تظاهرات ته پاملرنه وشي.

دیوشمیر غوره تنفسي ناروغیو د سیني رادیوگرافي انځورونه



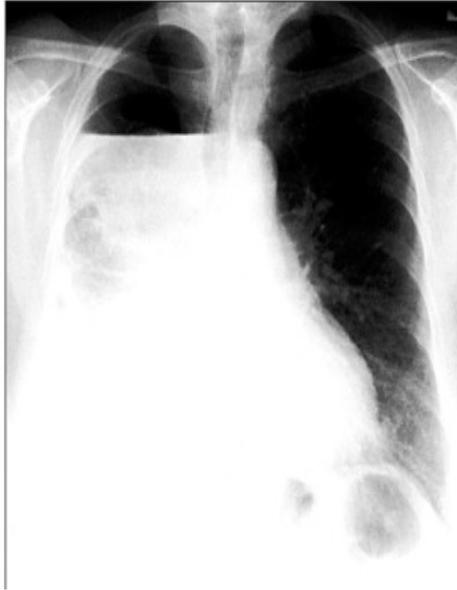


۴۸-۱ گنیه انخۆر دىنبى پورتنى لوب تكائف

۵۰-۱ گنیه انخۆر نموتوركس

۴۹-۱ گنیه انخۆر پلورل ايفيوژن





۵۱-۱ گنجه انځور هايديرونموتورکس

۵۲-۱ گنجه انځور دسپرو کتله



۵۳-۱ گنجه انځور دسپرو ميتاستاتيک کانسر

۵۴-۱ گنجه انځور امفزيما

برانکوگرافي:

کثيفه ايود لرونکي مواد شزن له لاري قصباتو ته داخليږي او راډيوگرافي اخیستل کيږي د قصباتو د بندوالي او داخلي افاتو په باره کي پوره معلومات ورکوي په لاندې حالاتو کي استطباب لري.

۱- د Hemptysis د منشا د معلومولو لپاره.

۲- Bronchectasis د ساحه معلومولو لپاره چي جراحي استطباب ولري.

۳- که چيري د Bronchoscopy پواسطه دهغه سرطان چي سرطاني حجرات يي په بلغم کي ليدل شوي موقعيت تعين نه شي.

۴- د قصباتو ولادي سوشکل د تشييص لپاره

۵- Bronchial بندش او Fistulas معلومولو لپاره.

اما بايد وويل شي چي Fibrooptic برانکوسکوپي اختراع سره اوس برانکوگرافي دومره نه ترسره کيږي.

مضاد استطباب:

- لوږه تبه
- استما
- دويني لوږ فشار چي شديد وي
- دزړه هغه عدم کفايه چي لامل يي د سامونه وي
- Sever Generalized Weakness

برانکوسکوپي

داسی یوه اله ده چې دهغی پواسطه نېغ په نېغه Nasopharynx ، حنجره ، وکل کارد ، هوایي لاری اوسېري لیدل کیږي په دوه ډوله دی Flexible (نرم) او Rigid (کلک) اوس زیاتره نرم څخه گټه اخیستل کیږي چی تقریبا نیم انچ قطر او ۲ فټ اوږدوالي لري.

Scope دخولي یا پوزی له لاری شزن او بیا سرو ته داخلېږي د عملیې څخه مخکي لومړي د انستیزی مواد خوله او ستوني کی Spray کیږي چې دي سره ټوخي او ناروغ آرامه کیږي کله چې برانکوسکوپ داخل شو نو Salin د تیوب له لاری د هوایي لارو د وینځلو لپاره داخلېږي ترڅو په واضح ډول سره دسرو د حجراتو مایع او یا نورو موادو څخه چی داخل د Air sac کي وي نمونه واخیستل شي د عملیه د ابرخي ته Lavage وایي کله کله Forceps، ستنه هم د برانکوسکوپ له لاری داخلېږي ترڅو بایوپسي واخیستل شي. باید وویل شي چی کلک برانکوسکوپ عمومي انستیزی ته ضرورت لري.

د تست د اجرا کرن لاره:

د تست څخه مخکي باید ناروغ کم تر کمه ۲-۱۲ ساعته څه خوړلی نه وي موضعي انستیزی خوله او ستوني کي ترسره شي وروسته تیوب داخلېږي.

استطبات:

الف: د تشخیص لپاره

۱- که چیري لمف نود ، Lung growth, Atelectasis او نور تغیرات چې اکسری کي ولیدل شي.

۲- که دسرو بین الخلالی ناروغی شک شتون ولري.

۳- هغه Hemoptysis چې لامل یي معلوم نه شي.

۴- داجنبی اجسامو لتول

۵- که توخي د دری میاشتو خخه زیاد دوام وکړي.

۶- دسرپو یا برانکس اتان چی دنورو لارو چارو پواسطه تشخیص نه شي.

۷- کیمیاوي او توکسیک گازونه

۸- دسرپود پیوند خخه وروسته د سرپو د Rejection د تشخیص لپاره.

۹- Rheumatic lung disease, Vasculitis, sarcoidosis, granuloma د

د تشخیص لپاره.

ب: د درملنی لپاره:

۱- په هوایی لارو کې دمایع او مخاطي Plug دپاکولو لپاره

۲- داجنبی اجسامو د بنکلو لپاره

۳- دتنگ شوي یا بندشوي هوایی لارو دتوسع لپاره

۴- دابسی دخالي کیدو لپاره

۵- دکانسر درملني لپاره چی د ډول ډول تخنیکونو خخه گټه اخیستل

کیري.

خطرات:

د بایوپسی دځای خخه وینه بهیدنه، اتانات، همدارنگه کیدای شي

اریتمیا، تنفسي ستونزه، تبه، دزړه حملات هغه خلکو کي چی دزړه ناروغی

ولري، نموتورکس او ستوني درد رامنځته شي.

دسرو اوپلورا بايوپسي:

بايوپسي داسي يوه عمليه ده چې ددي پواسطه دسرو دشکمنو انساجو څخه نمونه اخيستل کيږي.

استطبات:

۱- که په اکسري کي نودول يا کتله وليدل شي دهغه دارزيابي لپاره ترڅو معلومه شي چې ايا سليم ده که خبيشه.

۲- دسرو د اتان دتشخيص لپاره کيدای شي باکتريايي (TB) ويروسي يا فنگسي وي.

۳- د Wegener's granuloma, Rh.lung disease, sarcoidosis او پلمونري فايبروزس د تشخيص لپاره.

۴- دسرو دکانسرد Stage دمعلومولولپاره.

دسرو دبايوپسي ډول:

څلور ډوله دسرو بايوپسي شته

۱- needle lung biopsy: په دي صورت کي يو اوږدی ستني څخه چي دخلف لخوا داخليري گټه اخيستل کيږي البته د CT scan يا التراسوند تر لارښووني لاندې ستنه مناسب ځای ته رسول کيږي Needle biopsy ته ترانستورايک يا percutaneous biopsy هم ويل کيږي.

۲- Trans brachial biopsy

داډول بيوپسي د برانکوسکوپي په وخت کي ترسره کيږي.

۳- Thoracoscopic lung biopsy: په دي صورت کي Scope دسيني له ديوال څخه هغه ځای ته چې بايوپسي ورڅخه اخيستل کيږي داخليري ددي

ډول بيوپسي په وخت كې ويډيويي كمره دافت دمعلومولو لپاره چې په بڼه ډول ورڅخه نمونه واخيستل شي استعمالېږي دي عملي ته (Vide VATS assisted thoroscopic suger) هم وايي ددي پواسطه كولاى شو شكمن انساج اويا سرطاني لوب وبنكل شي.

۴- Open lung biopsy: هغه وخت ترسره كيږي چې نوري لازي چاري ناكامه شي دايوغيته عمليه دى چې دعمومي انستيزي لاندي ترسره كيږي.

اختلاطات: دكرنلاري اود بايوپسي د ډول دناروغ عمومي وضعيت او دانساجو موقعيت پورې اړه لري.

غوره اختلاطات يې وينه وركول، نموتوركس، اتتان دى.

سيستميك هوايي امبولي، په 1% Needle biopsy كې رامنځته كيداى شي .

دسپرو وظيفوي تستونه

دسپرو وظيفوي تستونه دري اساسي موخى لري:

۱- دسپرو ددندي دخرابوالي د كچي معلومول.

۲- د درملني اغيزى معلومول

۳- دناروغى پرمختگ ارزيايي.

استطبات:

۱- د ساه لنډي مزمن توخي او جهدي سالنډي د ارزيايي لپاره.

۲- خطر سره دمخامخ خلكو سكرين كول.

۳- پر سپرو د درملودبدي اغيزي د ارزيايي لپاره.

۴- داستما ، COPD ، Restrictive lung ناروغيو د شدت معلومولو لپاره.

۵- مخکي د عمليات څخه ازموینه.

د تهويه لپاره ازمويني Test for ventilation

د تهويه د معلومولو لپاره Forced expiratory volume (FEV1) په يوه دقيقه کي (FVC) Forced vital capacity، (VC) Vital capacity حياتي ظرفيت د $FEV1/VC$ نسبت ډير ارزښت لري چی دا Spirometer پواسطه تعين کيږي چی عمليي ته يي Spirometry ويل کيږي کوم غوره اختلاط نه لري اما پنوموتورکس، د دماغي فشار لوړوالي، سنکوپ، د سينې درد، اشتدادي توخي، اتتان، برانکوسپزم او Oxygen desturation راپور ورکول شوی دي. بايد وويل شي چی هغه اندازه چی د Spirometer پواسطه لاس ته راشي د اټکلي اندازه سره د عمر، جنس، قد لوړوالي او د بدن وضعیت په پام کي لږني سره مقایسه شي.

دوه ډوله افات رابنکاره کوي.

۱- Obstructive ventilator defect:

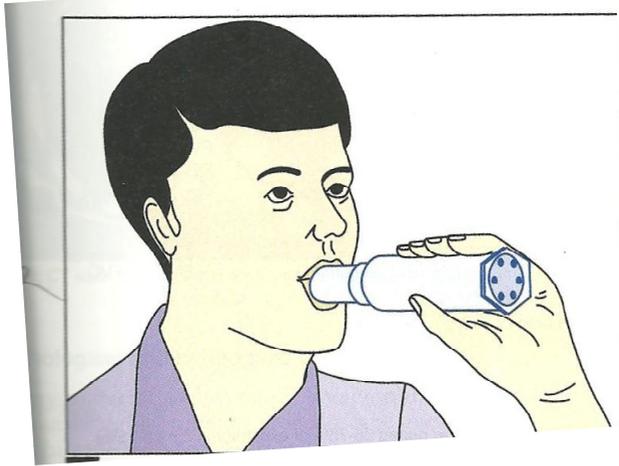
دلته FEV1 کم شوي VC نارمل يا لږ څه کم وي $FEV1/VC$ نسبت کم شوي وي

۲- Restrictive ventilator defect

FEV1 کم شوي وي VC هم ټيټه وي لاکن $FEV1/VC$ نسبت لوړ وي او ياکله کله نارمل کيدای شي.

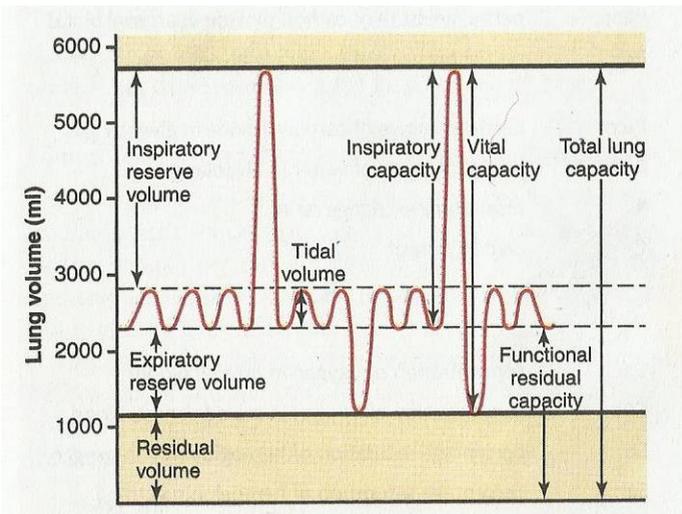
د تهويه دا ازمويني بايد د Broncho diff وکړي څخه وروسته داستما، COPD په ناروغانو کي تکرار شي ترڅو د درملني ځواب معلوم شي.

Peak expiratory flow :B دايو ساده Flow meter پواسطه د جبري ظفير په وخت کي اندازه کيږي دا عمليه د هوا د جريان نقيصه د درملني ځواب او Reversible تغيرات رابښي دا عمليه د Spirometry سره په Obstructive lung ناروغانو کي تقويتي ارزښت لري. په Restrictive lung تشوشتو کي رول نه لري.



۱-۵۵ گڼه انځور ساده Flow meter

Lung Volum :C : دسږو نارمل حجم په لاندې ډول بنودل شويدي .



۱-۵۶ گنه انځور دسرو نارمل حجم

Exercise test: دا تيست په Exercise induced استما او Chronic bronchitis ناروغانو کي ترسره کيږي ناروغ ته ۶ دقيقې منډه Walking test ورکول کيږي که اعراض ورته پيدا شي. نو ازموينه مثبت دی.

:Forced Expiratory time

دا تيست ظفير ارزيايي کوي چي په ځانگړي ډول COPD کي اوږد وي او ناروغ ته ويل

کيږي چي ژور تنفس وکړي وروسته د ژر او په مکمل ډول سره تنفس وکاري او خوله بنده کړي Trachea دستاتسکوپ پواسطه اصغا کيږي دظفيري وخت اندازه کيږي که چيري ۶ اويا له دي څخه زياد وي نو په COPD دلالت کوي.

د تنفسي سيستم لنډيز

په تنفسي ناروغۍ اخته ناروغ غوره گيلی عبارت د ټوخي، سالنډي، سيني درد، Hemoptysis، بلغم، Wheeze، د شپي خوله، تبه، داواز خپوالی دی.

په عمومي تفتيش کې بايد د تنفس شمير، ژوروالي، د تنفس ډول، بلغمو گراس ليدنه، اضافي تنفسي عضلاتو برخه اخیستل تنفس کې پاملرنه وشي.

۲- د لاسونو په تفتيش کې کلابينگ، سيانوزس، نیکوتین رنگ، د گوتو سست والي او wasting (د سپرو کانسر لپاره) د Wrist حساسيت د هايپرتروفیک پلمونري Osteoarthropathy لپاره، نبض د تکی کارډيا او Pulse paradox لپاره Flapping tremor د Co2 Narcosis لپاره ولټول شي.

۳- مخ: سترگي د Horner's syndrome (Apical lung carcinoma) چې Ptois او Pupil تقبض شته او کنه، وينه لږې ژبه او دخولي مخاطي غشا د مرکزي سيانوزس، اواز، Recurrent Laryngeal عصب فلج لپاره او Facial plethora، سگرت خېنلو، SVC obstruction لپاره ولټول شي.

تفتيش

د راديو تراپي نښي، ندبات، برجسته وريدونو، اضافي عضلاتو برخه اخیستني تنفس کې د تنفس ډول چې صدري بطني، تنفس شمير، تنفس نظم د سيني سوء اشکال khphosclerosis، Pigment chest، Funnel chest، بارز وريدونو ته پاملرنه وشي.

جس:

رقبي لمفونودونه، دصدر توسع (Expansion) لومړي د پورتنی لوب توسع چی هغه وخت بڼه معلومیري چی دناروغ اوږي له پاسه ولیدل شي، Vocal Asymmetry، frematus او دحرکاتو سم یاداشت شي.

Apex beat او Trachea موقعیت معلوم شي چی ډیره غوره معلومات دمیدستینوم دوضعیت په هکله ورکوي.

. دسرومعاینه د شاه لخوا همدارنگه Trachial tug ته پاملرنه وشي چی شتون یی په Sever air flow obstruction دلالت کوي.

دسیني او Spine شکل د سیني سوء اشکال لکه Funnel chest، Bruit او khphosclerosis، Pigment chest لپاره، بارز وریدونو (Prominent veins) او همدارنگه وریدونو د جریان سمت معلومول.

قرع

دقدام لخوا د Clavicula خځه پورته های خځه شروع شي لاندی تر شپږمي بین الضعلي مسافي پوري په اړخونو کي تراتمي بین الضعلي مسافي پوري او دخلف له خوا تر ۱۱ بین الضعلي مسافي پوري قرع شي. دخلف په قرع کي ناروغ ته ویل کیږي چی خپل لاسونه قدام خواته قات کړي ترڅو کتف هډوکي اړخو ته حرکت وکړي او په اخر کي دحجاب حاجز حرکات په ذفیر او شهیق کي تعیین شي

اصغاء

دتنفسي اوازونو چې ایا نارمل دي که غیر نارمل، اضافي اوازونه لکه Crackle, wheez، رانکای ته پاملرنه وشي او همدارنگه Vocal resonance په نظر کي وي.

دلومړي څپرکي پوښتني:

۱- دمحيطي سيانوزس غوره لامل عبارت دي له:

الف: پولي سايتميا

ب: کتلوي پلمونري امبوليزم

ج: vasocontraction

د: Rihgt to left cardiac shunt

۲- دپلورل اسپريشن اختلالات عبارت دي له:

الف: نموتورکس

ب: Vasovagal سنکوپ

ج: نمونيا

د: ټوخي

۳- دمزمن ټوخي غوره لامل عبارت دي له:

الف: GERD ، استما ، Post nasal drip

ب: تنفسي سيستم اتانات

ج: ACE نهي کوونکي درمل

د: ټول غلط دي

۴- کوم رنگ دبلغمو دفعال اتان استازي توب کوي؟

الف: سپين رنگه بلغم

ب: وينه لرونکي بلغم

ج: شين رنگه بلغم

د: ټول صحيح دي.

۵- دسرود ديوال ديو طرف حرکت په لاندي حالاتو کي کمپرې يوي غلط دي نښه بي کړي.

الف: کولپس

ب: پلورل ايفيوژن

ج: نموتورکس

د: استما

۶- لاندي يوه جمله د نمونيا لپاره غلطه په نښه بي کړي؟

الف: په تفتيش سره مافه برخه په تنفس کي برخه نه اخلي.

ب: په جس سره صوتي اهتزازات تپت وي.

ج: په قرع سره اصميت موجود وي.

د: په اصغاء کې توبولر اواز اوريدل کيږي.

دوهم خپرکی

دزړه اود رگونو د سیستم مفردات

شتون په شونډو اونوکانو کې، دگوتو کلابینګ او Osler نود ، دغاړي دوریدونو تفتیش، PMI، دسیني سوء شکل	گیلي: سالنډي: دزړه په ناروغانو کې د سالنډي میکانیزم، اورتوپنیا، میکانیزم، لاملونه
جس: د PMI، تریل او Heave جس قرع: دزړه نسبي او مطلق اصمیت	PND: لامل او میکانیزم Palpitation، دزړه په ناروغیو کې پرسوب او دپرسوب میکانیزم
اصغاء: دزړه د لومړي، دوهم، دریم	دسیني درد: دانجینا فکتورس د درد ځانګړتیاوي توضیح، مایوکارډیل انفارکشن او د درد ځانګړتیاوي، دپریکارډایتس له امله درد، د ابهردانیورزم د شکیدو له امله درد، دپلمونري امبولیزم له امله درد، دزړه اورگونو په ناروغیو کې
اوخلورم اواز اوریدنه، دزړه د لومړي اودوهم اواز Splite، گلپ، Opening snap، Ejection click او پریکارډیل رب او توپیریسي د پلورل رب سره.	دزړه مرمرونه: میکانیزم، شدت، وصف، وخت، ځای،

هيماپتزرسس
 سنکوپ: لاملونه، سيانوزس د
 زړه په ناروغيو کې، داواز خپ
 والي دزړه په ناروغيو کې.
 دزړه او درگونو د ناروغيو فزيکي
 معاینات: تفتيش، عمومي
 تفتيش، دناروغ وضعیت پر
 بستر، دسيانوزس
 خپريدنه، وظيفوي مرمرونه،
 سيستولیک او دياستولیک
 مرمرونه او دوامداره مرم
 دنېض معاینات: دمعايني
 کر نلاره، دنېض ریت، ریت،
 حجم، Corrigan's نېض،
 Anacrotic نېض، Dicortic
 نېض، متناب نېض،
 Bisferance نېض او
 Paradoxical نېض

دويني فشار: ميتود،
 Krotkove او اوزونو توضیح کول.
 دزړه د ليردونکي سيستم
 اناتومو فزيالوژي، ECG
 ليدونه، نارمل ECG موجي،
 انتروال او سيگمينوته
 AV بلاک: ډلبندي، بندل برانچ
 بلاک (LBBB, RBBB)
 داډيناتو هايپرتروفي
 د بطيناتو هايپرتروفي (چپ او
 ښي) اسکيميا او مایوکارډیل
 انفارکشن

د نارمل ECG لوستل: پر ECG: Digital ، Quindin ،
 ریت (منظم یا غیر منظم) ریتم هایپرکالیمیا ، هایپوکالیمیا ،
 (ساینوس ریتم یا نودولر ریتم) هایپوکالسیمیا اغیزی
 دزره محور ، ساینوس بری د ECG بدلونونه په پلمونری
 کار دیا ، ساینوس تکی کار دیا ، انفارکشن کې:
 ساینوس اریتمیا ، PAC او
 PVC

Proximal supra ventricular
 tachycardia ، اذینیی
 فایبریلیشن ، اذینیی فلتر.

دزړه اودرگونو د ناروغ گیلې اونښې

سریزه:

په شلمه پیړي کې دزړه اورگونو په ناروغیو کې ډیر غوره بدلون راغلي دیبلگي په ډول په پرمختللو هیوادونو کې سیفلیس او توبرکلوز چی دزړه به یې زیات اخته کوه اوس یې پینښې نادری شویدی او هم دزړه دروماتیک ناروغیو کچه ښکته شوي. مگر د میوکارد کورنري شراینو او دزړه د لیردونکي سیستم ناروغي زیاتي شوي دي،

په کال ۲۰۰۵ م کې ۵، ۱۷ میلونه وگړي دزړه دناروغیوله امله په ځانگړي ډول د کورنري شریان، ستروک اودزړه دروماتیک ناروغیوله امله مړه شوي دي. جی ۶، ۷ میلونه مړینه دکورنري شریان او ۷، ۵ میلونه مړینه ستروک پوري تړاو لري دزړه دناروغیوله امله مړینه په هغه هیوادونو کې چی اقتصادي وضعه یې ضعیفه اویا متوسطه وي ۸۰ سلنه دي. داسي اټکل کیږي چی په کال ۲۰۱۵ کې دزړه دناروغیوله امله دمړیني کچه ۲۰ میلونو ته ورسېږي چی نړیوال ۳۰ سلنه مرگ کیږي.

دزړه غوره دنده پمپ دي چی ریوي او سیستیمیک دوران ته وینه لیردوي ددي ناروغانو غوره گیلې دسیني درد، سالنډي، دزړه ټکان، سنکوپ، ژر ستري کیدل اونور دي چی دزړه زیاتره ناروغي په دقیقه تاریخچه او بشپړه فزیکي معاینې باندي پیژندل کیږي نو په دي څپرکي کې زیار ویستل شوي ترڅو دناروغ گیلې او ډاکتر لخوا فزیکي کتنی پوره توضیح شي.

سالنډي Dyspnea:

په لاتيني ژبه کې Dyspnea د Dys (Bad) خراب او Pnea د نفوس په معني ده. سالنډي دسا اخیستلو نارمه کوونکی خبرتیا څخه عبارت ده. دزړه پوری اړه لرونکی سالنډي ځنډنی وی او زیاتره د فزیکي فعالیت په وخت کې منځته راځی خو که دزړه دناروغیو پرمختللی حالت شتون ولری داستراحت په وخت کې هم منځته راتلاي شی.

سالنډي دزړه په ناروغانو کې په بیلابیلو میخانیکیتونو رامنځته کیږی چی عبارت دی له:

- که دزړه پاتی والی شتون ولری نودتمرین په وخت کې کین بطین چی بی وسه دی نه شی کولای په پوره توگه خپله دهانه زیاته کړی په پایله کې د کین بطین End diastolic فشار لوپړی دسږو د وریدونو فشار لوپړی ، بین الخلالی مسافتو ته دمایعاتو Leakage صورت نیسي او دسږو د Compliance (پراخیدو) دکموالی لامل کیږي او په پایله کې ناروغ د سالنډي احساس کوی .
- کله چی د ناروغیو له امله دزړه دهانه کمه شی نو د بدن میتابولیکه اړتیا نه شی پوره کولای په پایله کې هایپر وینتیلیشن او سالنډي رامنځته کیږی .
- بله داچی دزړه په ناروغانو کې په وینه کې داکسیجن دکمښت له کبله هایپوکسیا رامنځته کیږی او دا هغه اخذی چی ابهر او ثباتی شریان کې ځای لری تنبه کوی . چی دا د تنفس دمركز دتنبه لامل کیږی او په پایله کې نفس تنگی رامنځته کیږی .

- دزړه په یوشمیر ناروغیو کې په ځانگړې ډول دزړه په ولادی سیانوتیک ناروغیو کې چی وریدی وینه دشریانی وینی سره گډیږی نو دشریانی وینی اکسیجن بنسخته کوی چی دا کاروتید باهی تنبه او تهویه زیاتوی په پایله کی د سالنډي لامل کیږی .
- دپریکارډ د ناروغیو له امله هم کیدای شي سالنډي رامنځ ته شي څرنګه چي کانسټرکټیف پري کارډايتس او Cardiac Tamponad د داخل قلبي اودسږو درگونو د فشار لوړوالي سره یوځای وي نو ځکه د سالنډي لامل ګرځي.
- باید وویل شی چی دزړه په یوشمیر بیړنیو ناروغیو کی لکه د کین زړه حاده عدم کفایه ، په حاد ډول د مایترال وال شلیدل ، کیدای شی چی په ناڅاپی ډول ناروغ ته سالنډی ، ځک لرونکی گلابی بلغم ، توخی پیدا شی . چی د ریوی ازیما ورته ویل کیږی ، چی دلته په ناڅاپی ډول سره دسږو د کیلریو څخه مایع اسناخو ته راوځی اودپورتنی حالت لامل کیږی.

:Orthopnea

که یو ناروغ ته د ملاستی په وضعیت کی سالنډی پیدا شوه اورتوپنیا ورته ویل کیږی چی د کین زړه د پرمختللی عدم کفایی نښه ده . ناروغ کوبنس کوی چی د سالنډی د کمیدو دپاره خوبالښتونه سر لاندی کیږدی .

میخانیکیت یی داسی دی چی د ملاستی په وضعیت کی دوریدی وینی بیا راگرځیدنه تیر ، زړه او سږو ته زیاتیری زړه دا لوړ بار نه شی زغملای په پایله کی د کین بطین End diastolic فشار نور هم لوړیږی چی دا په

سږو کی داحتقان نورهم زیاتیدو لامل کیږی او ناروغ دیتنه اړباسی چی کښینی ترخو احتقان کم او د ارامی احساس وکړی .

داروتوپنیا غوره لامل عبارت دي دزړه پاتي والی او غیر دودیز لاملونه یی کتلوي اسایتیس ، امیدواری ، دحجاب حاجز دوه اړخیزه فلج په زیاته کچه پلورل ایفیوژن او شدید سینه بغل دي.

Paroxysmal Nocturnal Salnډي (PND):-

دا شدید حاده سالنډي او ټوخی دی چی دسپي له خوا پیدا کیږي او ناروغ د خوب څخه را بیداره وي ، ناروغ او یا ناروغه پر بستر کښینی او دسا اخیستلو هڅه کوي او کله د بستر څخه جگړي دنارامي دکمولو دپاره دکوتی کړکی خلاصه وي ، داحالت دکین بطین د پاتي والي له کبله منځته راځي .پدي ناروغانوکی ټوخي ، Carckles او ځگ لرونکی بلغم هم شتون لري Cardiac استما PND ته ورته وي اما ویز په کی زیات بارز وي چی په ثانوي ډول د برانکوسپزم له امله رامنځته کیږي .

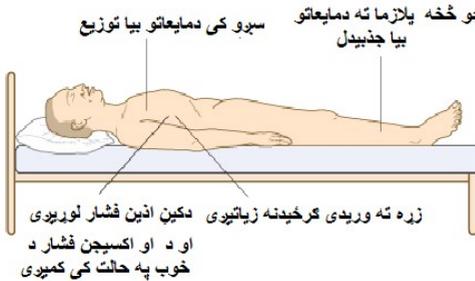
د PND میخانیکیت یی په لاندي ډول دی :

- ۱: دملاستي په وضعیت کې دوریدی وینی دوباره جریان سږوته زیاتیري .
- ۲: اذیمایی مایع د Extravasation څخه داخل الوعایی برخي ته حرکت کوي .
- ۳: دخوب په وخت کې Adrenergic drive کمیږي .
- ۴: دزړه حرکات د خوب Rapid Eye movement (REM) په وخت کې زیاتیري.
- ۵: دملاستي په حالت کې Vital capacity کمیږي.

لاملونه یی عبارت دی له :

- دزړه اسکیمیک ناروغي
- دابهر دوال ناروغۍ، دویني لوړ فشار
- کارډیومیوپتی
- اذیني فایبریلیشن
- نادرا دمایترل وال په ناروغیو یا اذیني تومورونو کې.

میخانیکیت



منظره



۲-۱ گڼه انځور PND ناروغ

داستونزمنه ده چې دزړه پوري اړه لرونکي سالنډي دسپرو دناروغیو سالنډي څخه توپیر کړو. یوتکي چې زمونږ سره مرسته کولای شي هغه دزړه دناروغیو دتاریخچي شتون دي دیبلگي په توگه که یو ناروغ دمایوکارډیوم دانفارکشن شوحملې تیري کړي وي او ورته سالنډي پیدا شي داسي فکر کیږي چې دا به دکین بطن دتقلصی دندي دخرابوالي له کبله وي.

۲-۱ گڼه جدول دسالنډي لاملونه او توپيري تشخيص:

دسالنډي لاملونه او توپيري پيژندنه	
دسرو ناروغۍ	دزړه پاتي والي
<ul style="list-style-type: none"> • دسگرټ ځکولو تاريخچه • ويزنگ پکي شتون لري • PND پکي شتون نه لري • اورتوپنيا پکي شتون نه لري • بلغم لرونکي ټوخي شتون لري • Fine اودشهيق په اخر کي Crackle شتون لري • Pursed-Lips Breathing شتون 	<ul style="list-style-type: none"> • دمايو کارډيل انفارکشن تاريخچه • ويزنگ پکي نه وي • PND شتون لري • اورتوپنيا • غير نورمال Apex beat • دزړه دريم اواز (S3) • دمايترال دپاتي والي مرمر • دشهيق په شروع او متوسطه برخه کي يي Crackle اوريدل کيږي. • دملاستي په وضعيت کي ټوخي زياتيږي

Palpitation يا د زړه ټکان:

په ټټير کي دزړه د حرکاتو احساس ته ويل کيږي . ناروغ د Palpitation د واضح کولو دپاره ډول ډول جملي استعمالوي لکه په ټټير کي دروندوالي ، ريږدو ، الوتلو ، ټکان کولو ، د دريدلو احساس او داسي نور.

د ناروغ څخه باید وپوښتل شي چې په سمه توګه دي توضیح کړي چې د زړه ټکان يې چټک يا ورو ده ، منظم يا غیر منظم ده او د څومره وخت د پاره پاتې کېږي.

که ناروغ د زړه د ټکان څخه گيډه ولري دا ډیره مهمه ده چې د ناروغ څخه د زړه د ټکان د پیل د ځانګړتیا (چټک يا بطي) په هکله وپوښتل شي . دا ځکه چې د زړه اریتمیا وي په ناڅاپي يا چټک ډول پیل او پاي ته رسيږي ، او د زړه د سینوټيکي کارډیا پیل او پاي ډیر ورو وي . او په بشپړ ډول غیر منظم ریتم په اذیني فایبریلیشن کې وي چې دا په چټکي سره منځته راځي ، د ابه هم مرستندویه وي که چیري مونږ د ناروغ څخه د زړه د ټکان دریت او نظم پوښتنه دهغه د ګوتو په وسیله وپوښتو (ځای وښایئ) .

همدارنگه لدې سره یوځای د نورو حالتونو لکه د درد ، سالنډي او بي حالي پوښتنه هم وشي ، که چیري په چټک ډول د زړه ټکان رامنځته او د سینکوپ په وسیله تعقیب شي نوموړي به د بطیني ټکي کارډیا له کبله وي .

که ناروغ د زړه د ناروغیو پخواني تاریخچه ولري کیدای شي چې د چټک ریتم په وسیله د انجینا حمله پکې رامنځته او یا تشدید شي .

باید وویل شي چې که د زړه ټکان د پولي یوریا سره یوځای وي نو فوق البطيني ټکي کارډیا راپه ګوته کوي او که د سالنډي سره یوځای وي اذیني فایبریلیشن يا بطیني ټکي کارډیا څرګندونه کوي .

یوشمیر نور حالتونه لکه زیاد چاي ، کافي او الکولو څکل ، د تمرین څخه وروسته ، Anxiety او هایپر تائیروئیډیزم ، وینه لږې ، پولي سایتمیا هم د Palpitation لامل کیدای شي ۴۳ سلنه کې د

Palpitation لامل قلبي ناروغي، ۳۱ سلنه كي Psychiatric، ۱۰ سلنه
 كي متفرقه او په ۱۲ سلنه كي څرگند لامل معلوم نه دي.

۲-۲ گڼه جدول دزړه ټکان لاملونو او توپيري پيژندنه

دزړه ټکان (Palpitation) توپيري پيژندنه راښيي	
لامل	منظره
• ايکتوپيک ضربان	• دزړه د ضربان پاتي کيدل او چټک کيدل
• ايکتوپيک ضربان	• چي داستراحت په وخت کي زياتيري
• SVT (VT)	• ډير چټک او منظم
• SVT (VT)	• په ناڅاپي ډول رامنځته کيدل
• (SVT) Supra Ventricular Tachycardia	• چي دواگس دمانوري په وسيله له منځه ځي .
• اتريل فايبريليشن	• سريع او غير منظم
• Anxiety	• قوي او منظم
• (VT) Ventricular Tachycardia	• شديد Dizziness يا سنکوپ
• VT	• Pre existing HF

دزړه په ناروغیو کې اذیما :

په بین الخلائی مسافه کې اضافي مایعاتو د تولیدو څخه عبارت ده چې د پړسوب په ډول نسکاري ، چې کیدای شي عمومي ، موضعي او یا وضعیتي وي . اذیما د زړه دناروغیو یوه مهمه کلنیکي نښه ده خو کیدای چې د زړه دناروغیو څخه پرته په نورو حالتونو کې هم اذیما منځته راشي لکه په هایپوپروتینیمیا (Hypoalbuminemia) کې .

په دوران کې دوه ډوله فشار شتون لري یو یې دهایدروستاتیک فشار او بل یې دانکوتیک یا اسموتیک فشار څخه عبارت دی . اسموتیک فشار دنده داسموس د عمل پر بنسټ د مایعاتو د جذب لامل کیږي چې دافشار د ۸۰-۸۵% د البومین په وسیله رامنځته کیږي ، که دهر لامل له کبله د پروتینو کموالی رامنځ ته شي نو د اسموتیک فشار د کموالی او دهایدروستاتیک فشار د زیاتوالي لامل کیږي او په پایله کې مایعات د دوران څخه بین الخلائی مسافو ته ځي او د پړسوب درامنځته کیدو لامل کیږي.

اذیما د زړه د احتقاني عدم کفایي یوه غوره نښه ده ، په لاندی میخانیکیتونو رامنځته کیږی :

- دزړه د عدم کفایي په ناروغانو چې په کافي اندازه وینه نشي پمپ کولی نو وریدی احتقان رامنځته کیږی ددی له امله دوریدونو فشار لوړیږی په پایله کې یو مقدار مایع دوریدونو د جدار څخه بین الخلائی انساجو ته راوځی دا اذیما لامل کیږی .
- دزړه په عدم کفایه کې یوشمیر همورال او نیوروهمورال میکانیزمونه فعالیږی لکه د پښتورگو داروا کموالی له امله Renal aldosterone

فعالېږي ، چې دسوديم او اوبو بېرته جذبېدل په پښتورگو کې زياتوي او خارج الحجروي مايعاتو دزياتيدولامل کيږي ، چې په پايله کې دورېدي کيليريو فشار لوروالي او انکوتیک فشار ښکته والي دمايع Extravasations زياتوي اوپرسوب رامنځ ته کوي .

- دزړه په پرمختللي بي وسي کې ځيگر کې مزمن احتقان رامنځته کيږي چې دا دالبومين جوړېدل کموي اوپه پايله کې انکوتیک فشار رابښکته کيږي.

- همدارنگه په CHF کې ANF (Atrial natriuretic peptide) چې يو پولې پيپتايد دی چې لوړ ماليکولي وزن لري په زياته کچه دمتوسع شوي ادين څخه افزايزې چې دمالگې دضايع کيدو دنهي او دسوديم او اوبودتوليد لامل گرځي. چې دا دزړه دعدم کفايي دپيژندنې دپاره يوه غوره Biomarker ده .

- Endothelin چې يو قوي Vasoconstrictor پيپتايد دي د اندوتيليل ژونکو څخه ازاديږي دزړه په عدم کفايه کې ددي پيپتايد کچه لوړيږي چې دا بيا د پښتورگو د رگونو د تقبض لامل گرځي او په پايله کې دسوديم احتباس منځ ته راوړي.

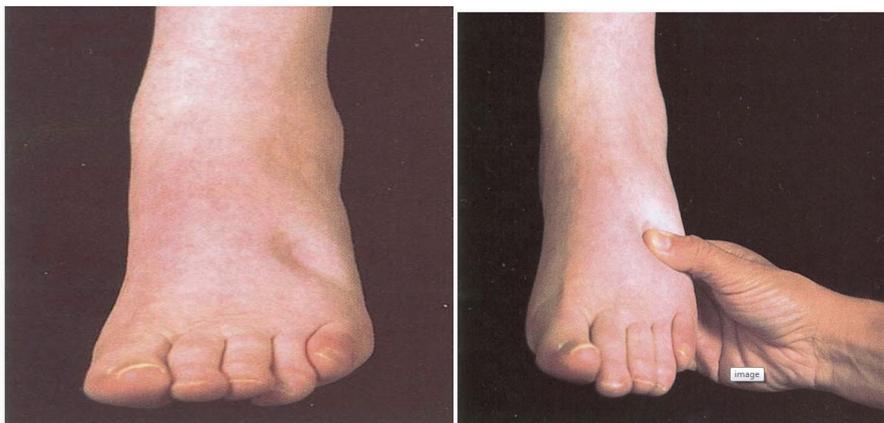
دمعاييني له مخي کيدای شي چې اذيمه په گوتو سره په فشار ورکولو سره خاپي پريږدي چې دا د Pitting Edema او که چيري د گوتو سره په فشار سره په اړونده ساحه کې خاپي تري پاتي نه شي دا د Non pitting edema په نوم ياديږي.

Pitting Edema زياتره دوه اړخيزه وي هغه وخت منځته راځي چې کله دوراني مايعات بين الخلاي مسافو ته لاره پيدا کړي لکه دزړه په

احتقاني عدم کفایه ، نفروتیک سندروم ، دځیگرسیروزیس او خوارځواکې کې .

دزړه په بي وسي کې زیاتره د پنبو د بننگروپرسوب یا اذیما پیدا کیري دوه اړخیزه اوبله دا چي نوموړي اذیما دورځي په پای کې ډیره او دشپي له خوا په کې بنه والي منخته راځي که ناروغ گرځیدلي نه شي نو دسکروم په برخه کې اذیما لري.

دزړه له کبله اذیما کی Pitting علامه مثبته وي یعنی که د ۱۰-۱۵ ثانیو دپاره اذیمایي ځای ته فشار ورکول شي دگوتی خاپ معلومیري



۲-۲ گڼه انځور Pitting اذیما

که چیري دزړه پاتي والي پرمختلونکي وي نو اذیما به په پنډیو ، ورنو نو ، تناسلي برخه ، گیلډي او نورو مصلی تشو کې هم رامنخته شي چی Anasrea ورته ویل کیږی . چي لډي سره معمولاً دزړه دناروغیو نوري نښي هم یوځای وي . داباید څرگنده شي چي ناروغ خوبه درگونو

پراخونکي درمل (Vasodilator) لکه دکلسیم چینل بلاکر نه اخلي ،
چي داهم دمحيطي اذیما لامل کيږي .هغه اذیما چي مخ چي ډیر اغیزمن
کږي داسي فکر کيږي چي نوموړي پرسوب به دپښتورگو دناروغيو په
ځانگړي ډول د نیفروتیک سندروم له کبله وي.

۲-۳ گڼه جدول د اذیما لاملونه :

د اذیما لاملونه رابښي
<p>د ښکتنې اطرافو Pitting (د فشار په وسیله خاپو پریښودونکي) پرسوب:</p> <ul style="list-style-type: none"> • زړه: د زړه احتقاني پاتي والي ، Constrictive پریکارډ ایتیس . • درمل: دکلسیم اتهاگونست • ځیگر: د ځیگر سیروزیس چي دهایپوالبومینیمیا لامل کيږي. • پښتورگي: نیفروتیک سندروم چي داهم دهایپوالبومینیمیا لامل کيږي. • هضمي لاره: Starvation ، Malabsorption ، دکولمودلاري دپروتین ضایع کیدل. • بیري بیري <p>د ښکتنې اطرافو یوه اړخیزه Pitting پرسوب:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DVT (ژور وریدی ترمبو فیلی بایتیس) • دلمف نوډیا تومور په وسیله دلوي ورید دپاسه د فشار له کبله .

دزره په ناروغانو کې اذیما لاندې ځانگړتیاوي لري:

۱: Pitting وي

۲: لمړي په پښو کې او که ناروغ په بستر محکوم وي سکروم برخه کې رامنځ ته کېږي ، وروسته په مخ او نورو ځایونو کې ځای نیسي .

۳: ناروغ کیدای شي سالنډي ولري .

۴: وداجي ورید فشار لوړ وي .

۵: حساس ځیگر شتون لري .

۶: دښي زړه د عدم کفایي نښه کیدای شي شتون ولري .

۷- کیدای شي اسایټس هم ورسره مل وي .

۸- کیدای شي کارډیومیگالي، دریم اواز او مرمر شتون ولري .

دټهر درد Chest Pain:

Angina pectoris:

دانجینا کلمه د Heberden سائینسدان په وسیله دلاتیني کلمي څخه اخیستل شوي ده چي د زیندي کیدلو یا Chocking په معني ده .هغه وخت منځ ته راځي کله چي دزره عضلي مایوکارډیوم ته داکسیجن رسیدنه کمه شي او یا هم د مایوکارډیوم اړتیا اکسیجن ته زیاته شي داسیکیمیا ډیر غوره لامل کرونری شریان اتیروسکلیروزیس دی اوخرگنده گیله یی درد دی چي بیلابیلي ځانگړتیاوي لري لکه نیونکې ، زیښونکې ، سوزیدونکې ، فشار ورکونکې ، سکونډونکې (Chocking) شلیدونکې ، گاز او سوهضم .

باید وویل شي چي دانجينا درد نادرآ موضعي تيز (Sharp) او Sposmodic وي.

نوموري درد دفيزيكي فعاليت په وخت کې رامنخ ته کيږي ، اوداستراحت اونایترو گلیسرین سره له منځه ځي ، دواړو لاسونو ته خو زیاتره کین لاس ته خپريږي (۳۰٪)، چی د Ulna عصب په سیر خپريږي ، څلورمي او پنځمي گوتي ته رسيږي ، دا درد لاندې ژامي، مگر دنوم څخه بڼکته ، Occipital څخه پورته اما دنوم څخه بڼکته نه خپريږي په لنډ ډول سره C8 او T4 اعصابوبه سیر خپريږي.

د درد دوام معمولا ۳ دقيقې وي کله کله ۱۵-۲۰ دقيقو ته هم اوږديږي . که د ۳۰ دقيقو څخه زیات اوږد شی نو Unstable angina او MI ته فکر وشي . دغذا دخورلو، فزيکي فعاليت ، روحي فشار ، سپري هوا ، خفگان ، جنسي مقاربت سره زیاتيږي. دا درد دتنفس او تپير حرکاتو سره نه زیاتيږي باید وویل شي چی په يوشمير حالتونو کی په استراحت کی هم رامنځته کيدای شي . ۲-۳ شکل کی د درد خپریدل اوموقعیت رابڼي .



۲-۳ گڼه انځور دسيني د درد خپريدنه

د دناروغانو څخه د درد په اړه باید SOCORATES پوښتنه وشي يعني
درد د :

Site (ځاي) ، Onset (پيداكيدل) ، character (ځانگړتيا) ،
Radiation (خپريدل) ، Alleviating factors (له منځه وړونكې
فكتورنه) ، Timing (وخت) ، Exacerbating factors (تشديدونكې
فكتورنه) ، Severity (شدت).

۲-۴ گڼه جدول : د انجينا كلينيكي ډلبندي داروپايي ټولني لخوا

د زړه داروپايي ټولني په وسيله دانجينا كلينيكي ډلبندي	
وصفي (Typical) انجينا	۱: دسترنوم د هډوكي شاته نارامي په ځانگړي اندازه او دوام ۲: چي د فزيكي فعاليت او هيجان سره تشديد يږي. ۳: داستراحت او Glyceryl نايترت په وسيله له منځه ځي.
غیر انجينا وصفي (Atypical)	پدې کې پورتنی دوه ځانگړني شاملې دي .
د زړه څخه پرته د پټې درد	پدې کې يو د پورتنیو مشخصاتو څخه شامله ده .

مايوکارډيل انفارکشن درد:

د مايوکارډيل انفارکشن او ناثابتي انجينا درد دانجينا پر خلاف داستراحت په حالت کې رامنځته کېږي او دوام يې زيات او شديد وي (حاد کروني سندروم) . په ځانگړی ډول دسهار په مهال څرگندېږی ځای

او خپریدل یی دانجینا سره ورته دی خو دوام یی زیات دی کیدای شی د Occipital څخه پورته خپور شی خو د Umblicus څخه لاندی نه خپرېږي نایتروگلیسرین ډیره لږه اغیزه لری ان تر دی چی کله کله د Opiates سره هم نه ارمېږي ددی ډول درد سره نوری گللیلی لکه یخی خولی ، دختستگی احساس ، سینکوپ ، سالنډی ، زړه بدوالی ، ویزنگ ، توخي ، اورتونیا او دگیډی بادی کیدای شی شتون ولری ، د درد دارمولو دپاره ناروغ بیلابیل وضعیتونه خپلوی .

ناروغ دخپل لاس ورغوی دتېر په کینه خوا دزړه دپاسه ایښی وی چی دیته Leaven sign وایی .

باید وویل شی چی یو ږد دمایوکار ډیل انفارکشن ناروغان درد نه لری . په ځانگړی ډول زاړه ، بنځی او دیابیت ناروغان . چی دا خراب اترار لری .

حاد کرونري سندروم ۹۰٪ دکرونري شریانونو د Plaque دڅیري کیدو له کبله منځته راځي .

د Pericarditis درد:

دا دردونه د پریکارد د تخریش او التهاب له امله پیدا کیږي. معمولا تیز(Sharp) درد وي . چي تېر کي په ځانگړي ډول چپ خواته احساس کیږي ، که پلورا ورسره اخته شوی وی نو پلوریتیک وصف به ولري یعنی دتوخي ، پرنجی ، تنفس حتی خبروکولو سره زیاتېږي . کله چي ناروغ کښینی قدام خواته تیت درد یی کمیږی اودملاستی په وضعیت کې زیاتېږي فزیکي فعالیت سره اړیکه نه لري . درد دسترنوم دهلوکې

شاته وي اما کيدای شي Epigastria، غاري ، اوږو اوشاته خپور شي .
درد سره کيدای شي سالنډې اوتبه هم شتون ولري .

پلورايی درد:

که چيري د ټټير درد د تنفس ټوخی ، پرنجی او دټټير حرکاتو سره زيات
شي نوموړي حالت

ته پليوريتيک درد وايي چي د پليورا دالتهاب له کبله منخته راځی .
دپليورا التهاب چي په لمړني ډول (Primary) کې (دويروسي اتان)
اوياهم په دويمي ډول دنمونیا اودپلمونري ايمبلويزم له کبله منخته
راشي . پليوريتيک درد په فزيکې فعاليت پوری اړه نه لري. نوموړي درد
دالتهابي پليورا له امله چی يودبل دپاسه سوليری منخته راځی .

دټټير دديوال درد زياتره ځاي په ځاي ، په يوه کوچني برخه کې وي ، تيز
دخنجر په شان اودتنفس اود اوږو د حرکت سره زياتيرې . کيدای شي چي
دخو ثانيو اوياهم دزيات وخت دپاره پاتي شي . ناروغ د درد دکموالی
دپاره خپل ټټير دلاس په وسيله کلک نیسی ترڅوحرکت يې محدود کړی او
دردکم شی اوهم که په اخته شوي خوا ناروغ استراحت وکړي درد
اراميرې.

دابهر د Dissection درد:

هغه دردونه چي ابهر دانيوريزم دخيري کيدو څخه منخته راځي ډير
شدید او خيري کيدونکي ځانگړنه لري ، درامنخته کيدو پر مهال ډير
شدید اوشاه خواته خپريږي ، دا دري ټکي يويي شدت ، خپريدل او
ناڅاپي رامنخته کيدل دابهر دانيوريزم دخيري کيدو ځانگړي منظره ده .
دابهر د نيژدي برخي انيوريزم خيري کيدل دټټير قدام يا مخکې برخه کې

د درد لامل کیږي . او دابهر دښکتنې برخه داخه کیدو له کبله د اوږو په منځني برخه کې درد منځته راځي او کیدای شي چې درد لاندی Flank او ان تردی چې حوصلی ته خپور شی . پدی ناروغانو کی نبض او دوینی فشار په ښی لاس کی ټیټ ، ښی کاروتید نبض کم ، Pericardial friction رب اوسینکوپ شتون لری.

هغه خلک چې دوینی لوړ فشار تاریخچه ولري مارفان سندروم یا د Ehlers' Donal syndrome او په زرو نارینه کی دابحر د Dissection د شکیدوخطر زیات وي دوینی لوړ فشار ۴۹سلنه، د ابحر دیاستولیک مرمر ۲۸سلنه Pulse deficit ، دوینی فشار توپیر ۳۱سلنه او دماغی بدلونونه ۱۷% ناروغانو کی پیدا کولی شي.

پلمونری ایمبولیزم درد:

دسږو کتلوي امبولیزم چې معمولا د Deep venous thrombosis څخه وروسته رامنځ ته کیږي . داناروغان دتپه درد څخه گيله من وی . نوموړي درد د ستړنوم ددهوکې شاته وي ، ناڅاپي منځته راځي اود ټوخي ، هیماپتیزیس ، زړه ټکان ، سیانوزیس ، ټکې کارډیا ، حادي نفس تنگې، شدید هاپوکسیمیا سره یوځای وي تنفس چټک وي شدید پلمونري ایمبولیزم دکولپس ، دوینی د فشار ښکته والي او ناڅاپي مړیني (Sudden death) لامل گرځي ، فزیکي معاینه کې کیدای شي چې پلورل رب واوریدل شي . کله کله درد پلیوریتیک وي او کیدای شي چې د انجینا سره ورته وي په ځانگړي ډول که چیري دښي بطین داسکیمیا سره یوځای وي.

دخپل سري نموتوراکس له کبله رامنځته شوي درد د شديدې سالنډې سره يوځاي وي او دتنفس سره زياتيږي نوموړي درد ډير تيز او په اخته خواکې ځاي په ځاي وي .

د GERD له کبله هم دتټر درد منځته راځي که چيري دزړه سوځيدنه ورسره يوځاي نه وي نو کټ مټ د انجينا په څير ځانگړنه لري . داټکي بايد په پام کې وي که چيري درد دزړه سوځيدني سره يوځاي وي درد به د GER څخه سرچينه اخيستي وي .

دمري سپزم چي دسترونوم دهلوکې شاته د درد او نارامي لامل کيږي ، چي دخوراک او څښاک څخه وروسته شديد کيږي او کله کله دا انجينا سره توپيري ستونزمن وي .

دصفاوي کڅوړي التهاب هم کولاي شي چې دتټر درد لامل شي چي دمايوکارډيل انفارکشن د درد سره غلطپيږي. لاکن دا درد د گيډي دښي خوا پورتي برخي کې احساس کيږي او ښي اوږي ته خپريږي . همدارنگه د هيرپيس زوستر له کبله هم په تټر کې درد رامنځته کيدای شي چي موضعي وي او دسوځيدني وصف لري، عصب په سير خپريږي او دپوستکي له پاسه ويزيکلونه ليدل کيږي .

دزړه او رگونو په ناروغيو کې هيماپتاييسيس: دزړه په ډيرو نارغانو کې رامنځته کيږي ، خلفي Epistaxis چي دويني د فشار دلوروالي له امله رامنځته کيږي کيدای شي چي د Blood streaked sputum لامل شي . هغه ناروغان چي اتني کواگولانت درمل کاره وي دوی کې هم Epistaxis رامنځته کيږي چي د هيماپتيزيس سره ورته والی لري . دماترال وال تنگوالي او د چپ بطين شديده عدم کفايه د پلمونري وريد

فشار د لوروالی له امله تحت مخاطی Pulmonary venous شلیدنه کوی او روښانه سره وینه د ټوخی سره راځی همدارنگه په پلمونری ایملویزم کی کیدای شی توره یا علقه شوی وینه رامنځته شی.

سنکوپ - (syncope) :

سنکوپ په تیریدونکې توگه د شعور د لاسه ورکول ته وایي چي دماغ دلنډ مهالی انوکسیا په پایله کې منځته راځي چي د ویني د ناکافي رسیدني له کبله وي .

او پري سینکوپ په تیریدونکي توگه د ضعیفي احساس ته وایي چي پرته د شعور د لاسه ورکولو څخه منځته راځی کیدای شي چي سینکوپ دیوساده بي حالي په ډول رامنځته شی . اویاهم د زړه او عصبي ناروغیو د گیلو په ډول وی . که ناروغ یو ځل سینکوپ ته لاره اوشعور یي د لاسه ورکړي دامهمه ده چي ناروغ په کوم حالت کې دي دبیلگي په توگه که ناروغ د زیات وخت دپاره دولاري په وضعیت کې پاتي وي اویاهم ناڅاپي ودریږي دپته سینکوپ پیدا شی نو Postural syncope ورته وائي .

که دتشو متیازو کولو په وخت کې سنکوپ رامنځته کیږي د Micturition سینکوپ په نوم یادېږي. اویا که په یوناڅاپي هیجاني حالت کې رامنځته شي د Vasovagal سینکوپ په نوم یادېږي.

د ابايد ولټول شي چي د سینکوپ حمله دخومره وخت دپاره پاتي کیږي او همدارنگه د زړه ټکان او سرگرځیدل ورسره شته او که نه ، اودا باید څرگنده شي چي نوموړي حمله په خپله له منځه ځي او که څنگه ؟

که چيري ناروغ د وضعیت په بدلون سره د سینکوپ څخه گيله ولري نو دا اړینه ده چي دناروغ څخه د درمل دکاروني په برخه کې معلوما ت

واخيستل شي لکه د ويني دلور فشار ضد درمل او د انجينا ضد درمل چي ددي درملو دکارولو له کبله وضعيتي هايپوتينشن منخته راتلاي شي .

که يو ناروغ دځيني ناخوبنه حالتونو په ليدلو سره لکه دويني په ليدلو مخکي د بي حالي څخه ، خوله وازي (Yawn) او اسويلي او دزړه بدوالي احساس ، خولي کيدل ولري وازو وگل سنکوپ ته فکر وشی .

که چيري سينکوپ د زړه د اريتميا له کبله وي پدي حالت کې سينکوپ په ناڅاپي ډول د وضعيت دتغير څخه پرته منخته راځي . که ناروغ د سينکوپ سره دتپير درد ولري درد به يي د زړه داسکيمیک ناروغيو او د ابهر دتنگوالي له کبله وي ، رغيدل هم په چټک ډول صورت نيسي .

که دفيزيکي فعاليت په وخت کې سينکوپ رامنځته شی نو دکين بطين دجريان په وړاندي د بندښت له امله چي د ابهر د تنگوالي اويا هايپر تروپيک کارډيو مایوېتي له کبله وي منخته راځي .

ناڅاپي بردي کارډيا چي دزړه دبشپړ بلاک له کبله وي په ناڅاپي توگه د سينکوپ لامل کيږي دا ناروغان کيداي شي چي داځيني فايبريليشن تاريخچه ولري . دناروغ څخه بايد درملو دتاريخچي په برخه کې وپوښتل شي ، کوم درمل چي دبردي کارډيا لامل کيږي لکه بيتا بلاکرونه ، کلسيم چينل بلاکرونه او ډايجوکسين اونور

دا اړينه ده چي دناروغ څخه په کورنۍ کې ناڅاپي مړيني په برخه کې وپوښتل شي ، ځکه چي د آيون په چينل کې گډوډي د سينکوپ او ناڅاپي مړيني لامل کيږي (د حالتونه په ارثي ډول منځته راځي لکه د QT انټروال

اوردیدل او (Burgada syndrome) چې دا د زړه په بریښنايي گراف کې د بدلون لامل گرځي .

د عصبي افتونو له کبله سینکوپ په تدریجي توگه له منځه ځي او که چیري ناروغ Epilpsy ولري پدې صورت کې به ناروغ کې دولاري په وضعیت کې غیرنورمال حرکتونه موجود وي .

۲-۵ گڼه جدول کې د سینکوپ لاملونه ښودل شوي دي :

درمل او سینکوپ
<p>هغه چې د QT انتروال د اوردیدلو او بطیني اریتمیا سره یوځای وي .</p> <ul style="list-style-type: none"> • داریتیمیا ضد درمل : ○ Flecainide ○ Quinidine ○ Sotalol ○ Procainamide ○ Amiodarone
<ul style="list-style-type: none"> • دهضمي لاري د حرکتو زیاتونکي : Cisapride • اتی بیوتیک: کلیرترومایسین ، ایریترومایسین • اتی سایکوتیک درمل : کلورپرومازین ، هالوپریډول
<ul style="list-style-type: none"> • هغه چې د برادې کارډیا سره یوځای وي : ○ بیتا بلاکرونه ○ ځیني کلسیم چینل بلاکرونه (Verapamil, Diltiazime)

○ پایجوگسین

- هغه سینکوپ چي د وضعیتي تیت فشار سره یوځای وي :
- گني شمیر فشار ضد درمل په ځانگړي ډول د Prazocine ، کلسیم چینل بلاکرونه
- د پارکینسون ضد درمل

۲-۲ گڼه جدول د سینکوپ او Dizziness ترمنځ توپیري تشخیص :

د Vasovagal سینکوپ :

- په ۱۰ یا ۲۰ کلنۍ کې منځته راځي
- دهیجانانو په وړاندې د غبرگون په ډول منځته راځي لکه دویني لیدل او داسې نور
- د زړه بدوالي سره یوځای وي
- زخمي کیدل پکې غیر معمول دي .
- شعور د لاسه ورکول پکې دلنډي مودې دپاره وي .

وضعیتي دویني تیت فشار:

- هغه وخت منځته راځي چي ناروغ ناڅاپي ودرېږي .
- دلنډي مودې دپاره وي
- زخمي کیدل پکې غیر معمول وي .
- زیاتره دلورې او ډیهایدریشن په حالت کې وي .
- پدې حالت کې دویني سیستولیک فشار ښکته وي .

• دویني دلور فشار ضد درمل کارونه تاریخچه کیدای شي ولري

دځیني حالتونو له کبله سینکوپ :

• د تشومتيازو دکولو په وخت کې (Micturation)

• د دوامداره ټوخي په صورت کې .

• د کین بطنین د جریان په وړاندې د بندښت له کبله : (AS ، HOCM) .

• د تمرین اوفزیکي فعالیت په وخت کې رامنځته کیږي .

هغه چې د زړه اریتمیا له کبله منځته راځي :

• په کورنۍ کې د ناڅاپي مړینې تاریخچه (Burgada or Long QT syndrome) .

• د اریتمیا ضد درمل (چې د QT اتیروال اوږدوي) .

• د زړه دناروغیو تاریخچه ولري (د بطنیناتو اریتمیا)

• په چټک ډول د زړه د ټکان تاریخچه ولري .

سرگرځیدل (Vertigo):

• پدې حالت کې د شعور له منځ تگ موجود نه وي .

• د سر په تاوولو سره زیاتېږي .

• Head of room to spine

د Seizure له کبله سینکوپ .

• د حملې په وخت کې لریزیدونکي حرکات (Jercking movement) موجود وي .

• Prodromal aura موجوده وي .

• د ژبي چیچل پکې موجود وي .

- دحملې څخه وروسته بې خوبې او نارامې .
 - دهيجاناتو په تعقيب حمله منځته راځي .
 - سيانوزيس موجود وي .
 - دحملې څخه وروسته دعضلاتو درد موجود وي .
- ميټابوليک ناورغۍ چې دسينکوپ لامل کيږي (کوما)
- هغه درمل چې دويني دقند دټيټوالي لامل کيږي (د ويني دقند ټيټوالي) .

دغږ خپوالی Hoarsness:

دا په ځانگړې ډول دابهر انوريزم اخته ناروغانو کې چې چې Recurrent laryngeal عصب يې اخته کړی وی منځته راځي همدارنگه دمائترال دسام په تنگوالي کې کله کله داواز خپوالی رامنځته کيږي چې پدی که غټ پلمونری شريان په Recurrent laryngeal عصب فشار راوړی، د زړه په جراحی کې د تراخيل ټيوب دکارونی له امله داواز خپوالی او ان داواز له منځه تگ رامنځته کيدای شی . که پريکارډيل ایفيوژن دمکزو ديما له کبله وی نوهم اواز خپ والی رامنځته کولای شی .

دزړه دناروغانو فزیکي معاینه

Cardiac Physical Examination

تفتیش:

دزړه په ناروغانو کې تفتیش په دوه برخو ویشل شوی دی:

عمومی تفتیش او دټیتر تفتیش

تفتیش باید په روښانه خونه کې چې مناسبه هوا ولری ترسره شی .

دناروغ وضعیت:

-دزړه ناروغانو ته ستوني ستاغ وضعیت ورکول کیږي ، دبستر پورتنی برخه پورته وي چې د ناروغ سر د بدن څخه ۴۵ درجی پورته کړی پدې وضعیت کې د ناروغ JVP پلټنه ښه ترسره کیږی چې په لاندې شکل کې ښودل شویږي.



۲-۴ گڼه انځور دزړه دناروغ دمعاينی وضعیت:

او همدارنگه د ناروغ څخه بايد غوښتنه وشي چي کيڼي خواته تاو شي چي دي ډول وضعیت ته د Left lateral decubitus position اصطلاح کارول کيږي چي پدي وضعیت کې دناروغ د کيڼي بطن د Out flow لاره د تهر د ديوال سره نيژدې کيږي او دناروغ PMI په اړه او همدارنگه دماترال وال په اړه ښه معلومات ترلاسه کولای شو چي په لاندې شکل کې ښودل شوي.



۲-۵ گڼه انځور:

دابهر وال ناروغی د ښی معاینی دپاره ناروغ ته د ناستي مخکي خواته قات شوي وضعیت ورکول کيږی او دذفير په وخت کې معاینه تر سره کيږی په لاندې انځور کې ښودل شويدي.



۲-۲ گنه انخوړ:

عمومي تفتيش:

هر يوه فزيکي معاینه ديو ناروغ د عمومي فزيکي کتنې (General appearance) څخه پيل کيږي چي پدي کي دناروغ عمر، وضعيت، دناروغ رواني او عمومي روغتيا يي حالت ته پاملرنه کيږي. ايا ناروغ درد لري يا داستراحت په حالت کي دي، ډيسپنيک اويا خولي لري او که نه، ايا ناروغ دخپل درد د لږه منځه وړلو دپاره بيلابيل وضعيتونه غوره کوي او که نه؟ لکه د پريکارډايتيس ناروغ دناستي په وضعيت مخامخ خواته تپتيدو هڅه کوي. که چيري ناروغ ډيسپنيک وي او دتپر بڼه يي غير نورماله وي يعنې قدامي خلفي قطري زيات شوي وي تکينيا، Purslip breathing ولري نو لامل به يي تنفسي ناروغي وي.

په لنډه توگه په عمومي پلټنه کې لاندې ټکي په نظر کې ونیول شي :-

- سیانوزس ایا مرکزي دي که محيطي .
- داډیما شتون ایا Pitting ده که non pitting
- دویني کموالي شتون .
- دگوتو دسرونو درد ، Osler's nodes ، finger tips شتون
- Palmer erythema (Janway's lesion) شتون
- Splinter hemorrhage شتون
- په نهایتو کې دیکوالي اویا گراموالي شتون .
- دژیري شتون
- Clubbing دگوتو
- په باړخو (Check) باندي دسوروالي شتون
- Lymphadenopathy
- دویني فشار ، نبض اود تودوخي اندازه کول.

سیانوزیس:

کله چي دوینی جریان نهایتو ته دکوچنی رگونو دتقبض له امله کم شی محیطي سیانوزیس (Acro cyanosis) رامنځته کیږی لکه دزړه په عدم کفایه ، شاک او یا دمحیطی رگونو په ناروغیو کې .

که ارجاع شوي هیموگلوبین (5gm/dl) څخه ښکته شي مرکزي سیانوزیس رامنځته کیږي ، لکه په یو شمیر قلبي ولادي ناروغیو کې چي

De oxygenated ويني دښي خوا څخه کيڼي خوا ويني کي چي اکسيجن لرونکي وي گډېږي اود اکسيجن Saturation رابښکته کوي مرکزي سيانوزيس زياتره دژبي لاندې دخولي په مخاطي غشا او تالو کي ليدل کيږي.

Mixed cyanosis: که محيطي سيانوزيس او مرکزي دواړه شتون ولري لکه دزړه په احتقاني عدم کفايه کي .

که ديو ناروغ ښکتنی نهايات سيانوزيس ولری او په پورتنی نهاياتو کی شتون ونه لری نو ناروغ به Patent Ductus artreiosis او يا که د پلمونری دویمی لوړ فشار د Right to left shunt سره يوځای وی رامنځته کيږی .

همدارنگه پوستکی کی د هيمو کروماتوزيس له کبله Bronze (زير رنگه) رنگه ټکی ليدل کيږی چی لدی سره سيستولیک عدم کفايه يوځای وی .

زيرې چي لمړي په سکليرا کې تشخيص کيږي چي دښي زړه دپرمختللي عدم کفايي او Congestive heptomegaly چي په پاې کې Cardiac cirrhosis منځته راځي نښه کيدای شی .

Cutaneouse echymosis زياتره په هغه ناروغانو کې ليدل کيږي چي د Vit-K اتاگونست يا Anti platelate دواگانې اخلي لکه Asprine او Thienopyridinse .

دشحمياتو داستقلاب بيلا بيلي گډوډي هم ديو شمير نښو سره لکه پوستکی لاندی Xanthoma گانې چي دباسطه اوتارو دپاسه ليدل کيږي. همدارنگه شديد Hypertriglycecidemia د eruptive xanthomatosis

اویا Lipemia retinalis سره یوځای وي Palmer crisis xanthoma د Type-III لایپو پروتینیمیا دپاره وصفی ده.

دگوتو Clubbing: په تنفسي سیستم کي په تفصیل سره تری یادونه شوي ده ، په سیانوتیک قلبی ولادي ناروغیو او SBE کي لیدل کیږي.

Splinter هیموراژ: د ناروغ په نوکانو کی وکتل شی چی دا اوږدي سری رنگه کرښی دی چی زیاتره د تروماله کبله وی . او په اتسانی اندکارډ ایتیس کی هم رامنځته کیږي . نادرلاملونه یی پولی ارترایتیس نودوزا ، ریماتوید ارترایتیس ، انتی فاسفولپید سندروم ، سیپسس ، د ویني خبیثه افتونه او ژوره وینه لږی کي لیدل کیږي . لاندی انځور کي Splinter هیموراژ بنودل شویدی .



۲-۷ گڼه انځور Splinter هیموراژ

دگوتو دسرونو درد: په اتسانی اندوکارډ ایتیس کي رامنځته کیږي اولامل یی په محیطي رگونو کي Embolisation دي ، دا کیدای شي چی حتی دگوتو دگانگرین لامل شي .

Janways lesion: چې دا غیر حساس اریتماتوزس مکولوپولر افت دي چې دانتان لرونکی دي په نادر ډول سره په ورغویی او دگوتو په سرونو

کې رامنځ ته کيږي د اندوکارډايتس علامه بلل کيږي چې په لاندې شکل کې ښودل شويدي.



۲-۸ گڼه انځور Janways lesion

Osler nod دا د اندوکارډايتيس نادره نښه ده چې سره حساس دجس وړ نودولونه دي چې دگوتوپه سرونو يا Thenar او Hypothenar برخه کې ليدل کيږي .

Malar flush: په غومبورو باندي ابي رنگه سوروالي په مایترل دسام په تنگوالي کې ليدل کيږي چې دليل دزړه دهاني کموالي او پلمونري هايپرټنشن دي.

دنهاياتو تودوخه:

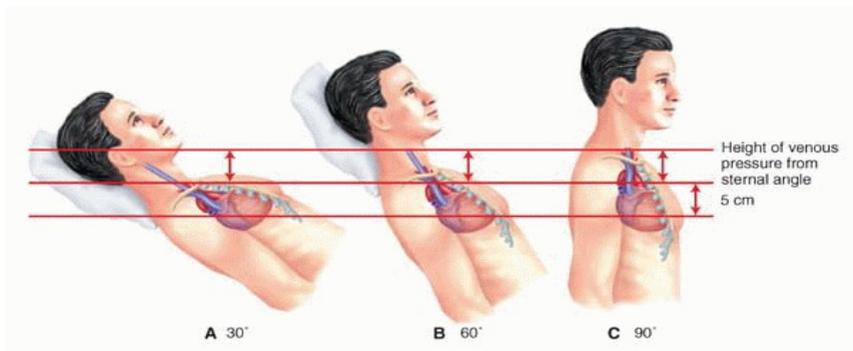
په گرم محيط کې دپخو نهاياتو شتون دزړه په عدم کفايه دلالت کوي همدارنگه که په ښکتنیو نهاياتو يا Para sacral odema د JVP لوړوالي

سره یوځای وی مونږ ته Volume overload راپه گوت کوی . چي دزړه دځنډنی پاتی والی او Constrictive pericarditis نښی دي. که چیری په ښکتنی نهایتو کی اذیما شتون ولری او JVP نورمال وی پدی صورت کی په د نهایتو داځیما لامل لمفاتیک یا وریدی بندښت ، دوریدونو عدم کفایه وی .

د غاری دوریدونو پلټنه:

وریدی امواج با ارزښته معلومات دزړه د دندوپه باره کي وړاندي کوي. د غاري وریدنو دوریدی امواجو او وداجي وریدي فشار دتعیین دپاره ارزیابي کیري ددي موخي دپاره نښی وداجي ورید کتل کیري ځکه چي :
۱: د نښي اذین او ددي ورید ترمنځ وال شتون نه لري نو دتوسع درجه مستقیما دښي اذین فشار راپه گوته کوي.

۲: څرنګه چي دا ژور موقعیت لري نو هله ښه معاینه کیري چي دناروغ د غاري عضلات د استرخا په حالت کي وي مخ یي چپ خواته وارول شي ۴۵ درجي وضعیت ورکول شي. نو یواځي یو منتشر نبضان لیدل کیداي شي چي دا نبضان کیداي شي د کاروتید نبضان سره مغالطه شي.



۹-۲ گنه انځوردغاړي دوريدونو نبضان بنبيي

د A په وضعیت کې څرنگه چې سر ۳۰ درجي پورته دي نو jvp نه اندازه کيږي .

د B په وضعیت کې سر په ۶۰ درجو کې موقعیت لري نو جوگولر وريد په اساني سره ليدل کيږي.

د C په وضعیت کې څرنگه چې د وريدونو نبضان دکلاويکولاشاته پتيريږي نو نه ليدل کيږي.

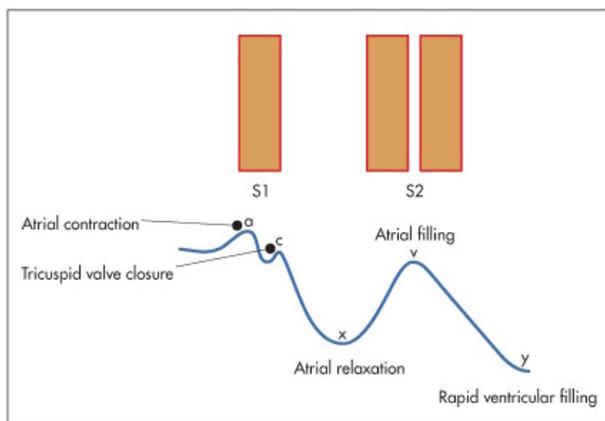
۷-۲ گڻه جدول: دوداجي وريد او ڪروٽيد نبضان توپير

ڪاروتيد نبضان	وداجي وريد
جس ڪيڙي	نه جس ڪيڙي
سريع يا تيز ، بيرون خواته حرڪت ڪوي .	تيز داخل خواته حرڪت ڪوي
دڙهه دهر تقلص سره يوه موجه لري	په سينو ريتم ڪي دڙهه هر تقلص سره دوه موجي لري
نبضان د فشار په وسيله نه اغيزمن ڪيڙي	ڪه دغاڙي جذر (Root) ته فشار ورڪول شي نبضان ڪميڙي .
وضعيت ڪومه اغيزه نه لري	دوضعيت سره نبضان ڪميڙي
شهيق ڪومه اغيزه نه لري	په شهيق سره نبضان بنڪته ڪيڙي
دبطن فشار ڪوم اغيز نه لري	Abdominal jugular reflex مثبت وي يعني ڪه گيڊي ته فشار ورڪول شي نو وريد بارز ڪيڙي .

نورمال وداجي وريدي فشار :

په نورمال ڊول دڙي اڏين متوسط فشار ۸-۹ cmH2O ڇخه ڪم وي
ڇرنگه ڇي سترنوم زاويه (Louis angle) تقريباً ۵ ساتي متره د چپ اڏين
ڇخه پورته دي نوپردي بنسٽ نورمال جوگلو وريد دسترنوم د زاويي ڇخه
۴ ساتي متره پورته توسع نه شي ڪولاي . په نورمال حالت ڪي ڪله ڇي
ناروغ نيغ ڪڀيڻي نو نبضان دسترنوم او ترقيوي شاته پٽيڙي او ڪله ڇي

۴۵ درجی وضعیت ورکول شي نبضان د ترقوي دهلوکي په سويه لیدل کیږي ، که په دي وضعیت کي نبضان ونه لیدل شي نو د گیډی متوسطی برخی ته ۵-۱۰ ثاني فشار ورکول کیږي (Abdominal jugular reflex) په دي مانوره کي دوریدي ویني جریان نسي خوا زړه ته زیاتیري چی په گذري ډول د نبي اذین فشار د ۱-۳ ساتي متره په اندازه لوړي چی دا په خپل نوبت سره د وداجی ورید نبضان لوړ. د وداجي ورید امواج: دا دوه مثبتي موجي a او v او دوه Descent موجي د y, x او دریمه مثبتته موج c چی نه لیدل کیږي لری لاندي انځور کي بنودل شویدی.



۲-۱۰ گڼه انځور د غاري دوریدونو موجي

I. د a څپه: لمړي مثبتته موج ده چی د نبي اذین د تقلص له امله رامنځته کیږي فقط د زړه اول اواز څخه مخکي وي په پلمونري هایپر تینشن ، ریوي تنگوالي او ترایکسپید تنگوالي کي څرگنده بارز وي . Giant a wave چی (Cannon wave) هم ورته وایي هغه وخت منځته راځی کله چی نبي اذین د بند شوی ترای کسپید دسام په مقابل کی قوی تقلص

وڪري . په ترايڪسپيد تنگوالي ، دزره بشپڙ بلاڪ ، Supraventricular tachycardia (junctional) اوبطيني تڪي کارڊيا کي ليدل کيږي .

په اتريل فايبريليشن کي a خپه له منځه ڃي .

c : موج هغه وخت منځته راڃي ڪله چي دڻي اڏين فشار لوڙ شي ترايڪسپيد دسام په ڻي اڏين کي Bulging وڪري معمولا دا موج په JVP کي نه ليدل کيږي .

v موج دريمه مثبت موج ده ڪله چي دويني حجم په ڻي اڏين کي د بطين د سيستول په وخت زيات او ترايڪسپيد وتڙ شي رامنځته کيږي . دا خپه د ترايڪسپيد په پاتي والي کي پورته وي . او د ترايڪسپيد په تنگوالي کي ښکته کيږي .

x خپه لمڙي منفي خپه ده چي اڏين داسترخا له امله رامنځته کيږي په Constrictive pericarditis کي لوڙيږي . او د ترايڪسپيد عدم کفايه اود ڻي بطين په توسع کي ښکته کيږي او په اتريل فايبريليشن کي له منځه ڃي .

y خپه دوهمه منفي خپه ده چي د ترايڪسپيد وال د خلاصيد خځه وروسته رامنځته کيږي .

Sharp y په Constrictive pericarditis | و د ڻي زړه په عدم کفايه کي ليدل کيږي .

Slow y په Right Atrial myxoma او د ترايڪسپيد په تنگوالي کي رامنځته کيږي .

د وداجي وريد نبضان اوفشار معلومول :

لاندي پراونه په پام کي ونيول شي :

۱: ناروغ ته ۴۵ درجي وضعیت ورکړل شي ددي وضعیت دپاره بالبنستونه دسر لاندي ايښودل کيږي .

۲: دناروغ ښي خواته ودريږي غاړه يي چپ خواته واړوي دښي روښنايي خڅه گټه واخيستل شي .

۳: داخلي وداجي وريدي نبضان پيدا کيږي که اړتيا وي Abdominal jugular reflex ترسره کړي .

په لاندي حالتونو کي لوړ وي :

۱: دښي زړه پاتي والي چي دهر دليل له کبله وي.

۲: Constrictive پريکاردايټيس يا پريکارډيل ايفيوژن

۳: ترايکسپيد تنگوالي

۴: Superior vena cava بندښت

۵- Hyper dynamic Circulation

۶. Fluid overload

په يو شمير حالاتو کي لکه ديهيدریشن، هيموراژيک شاک، وروسته دزيات دايورتیک کاروني خڅه رابنکته کيږي.

دتنفس اغيزه په JVP: په نورمال حالت کي شهيق په وخت JVP بنکته کيږي که چيري ددي پر خلاف په شهيق کي لوړ شي نو Kussmal نښه ورته ويل کيږي چې دا علامه هله ښه ليدل کيږي چې ناروغ ته ۹۰ درجي د

ناستي وضعیت ورکول شي او ناروغ ورو ورو تنفس وکړي په
Constrictive پریکارډایټیس ، دښی زړه په شدیدې عدم کفایه او دښی
بطن انفارکشن کې رامنځته کېږي.

Abdomeno jugular reflex test یا Hepato jugular reflex په دې
صورت کې د بطن په متوسطه برخه باندي د ۱۰ ثانیو لپاره فشار
واردیږي چې دوریږي ویني رجعت ښي اذین ته زیاتوي په نارمل حالت کې
JVP په گذري ډول په دې مانوره لوړیږي اما که دښی زړه عدم کفایه که
دچپ اذین فشار لوړ وي نو دابه د ۴ ساتي مترو څخه زیاد لوړ شي.

۲: د پریکارډ پلټنه:

۱: د پریکارډیوم تفتیش: دناروغ صدر په ارمه کوټه کې چې رڼا وي
تفتیش کېږي ، ډاکټر دناروغي ښي اړخ ته دریږي. صدر په بشپړ ډول
لوڅیږي دصدر دسوء شکل ، سکار ، نبضان ، پاراسټرنل Lift ، supra
steranal notch دپاره تفتیش کېږي ، همدارنگه د Epigastric ناحیې
تفتیش هم داهمیت وړ دي . لمړي Apex beat ته پام وشي ، چې په نورمال
ډول په پنځمه بین الضلعي مسافه کې یوساتني متر Mid medial
clavicular line سره ځای لري.

نورمال Apex beat کیدای شي په استما ، COPD ناروغانو کې د
Hyperinflation له امله همدارنگه په چاغو ، ضخیم صدر لرونکو خلکو
کې پریکارډیل ایفیوژن او هغه ښځې چې غټې سینې ولري ونه لیدل شي .
د Apex beat بې ځایه کیدل مخالف طرف او خپل طرف ته هم کیدای شي
ولیدل شي چې په جس کې به توضیح شي .

په تفتيش کي غوره ابناړملتي :

۱: هر موضعي Bulging يا Depression ته پام وشي.

۲: دسيني سوشکل لکه Pectus excavatus، Pectus carinum او Barrel shape صدر چي تنفسي سيستم کي توضيح شوي توجه وشي .

۳: سکار: لکه وروسته دکرونري باي پاس ، Valvotomy څخه د تورا کوتومي ندبه وليدل شي .

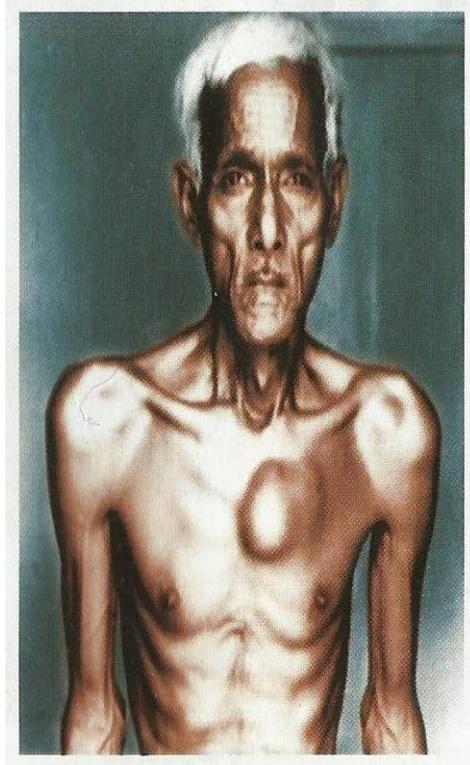
۴: Pulsation: متبارز نبضان کيداي شي په Supra sternal notch کي د Anxiety ، ابهر عدم کفايه ، High out put state او ابهر انيوريزم له کبله وليدل شي .

د Epigastric ناحيي نبضان په ډنگرو خلکو ، دښي بطين په لويوالي ، نازله ابهر انوريزم او کبدي وريدي نبضان چي د ترايکسپيد د عدم کفايي له امله منځته راغلي وي ليدل کيږي . که چيري په کين طرف دوهم بين الضلعي مسافه کي نبضان وليدل شي نو په Dilated pulmonary artery باندي چي ډپلمونري هايپرتينشن له امله رامنځته کيږي دلالت کوي .

که چيري زړه ډيرغت شوي وي نو ټول پريکارډيوم به Shaky وي د ابهر په Coarctation کي کيداي شي نبضان دسيني ديوال په خلف او Scapula باندي وليدل شي او هم جس شي .

موضعي نبضان Bulge کيداي شي د ابهر په انوريزم کي چي اوږد مهاله وي وليدل شي .

په لاندي انځور کي د ابهر د انيوريزم موضعي نبضان ښودل شويدي.



۱۱-۲ گنه انځور د ابهر انيوريزم

جس: (Palpation)

د جس د پاره ناروغ ته د ملاستي وضعيت وړکول کېږي معاینه کوونکي
بني خواته ودرېږي او بني لاس په هموار ډول پر پریکارډیوم باندي
کېږدي .

لمري بايد Apex beat جس شي په لاندې شکل کې بنودل شویدی.



۲-۱۲ گڼه انځور د Apex beat جس

Apex beat

د زړه د Impulse ښکتنې او Outer most نقطه دي چې پر هر سیستمول کې لاس جگ وي او ژر ښکته کېږي چې پر پنځمه بین الضلعي مسافه Mid calvicular line باندي ځای لري .

Apex beat کيدای شي مخالف طرف ته او خپل طرف ته بي ځايه .

۲-۸ گڼه جدول د Apex beat بي ځايه کيدل :

خپل طرف ته بي ځايه کيدل	مخالف طرف ته بي ځايه کيدل
کين بطين هايپرتروپي او لويوالي	پليورل ايفيوژن که زيات وي
دسږو فايبروزيس ، کولپس	لوي نيموتوراکس

په نارمل خلکو کې يواځې په ۲۵-۴۰ سلنه پيښو کې PMI د ستونې ستاغ (supin) په وضعيت کې جس کولای شو اما که ناروغ ته چپ جنبی وضعيت ورکول شي نو تر ۵۰ سلنې هم PMI د جس وړ ده

په یوشمیر حالاتو کې Apex beat نه شو جس کولای چې عبارت دي له
ډیر چاغوالي او پیره سینه ، زیات پلیورل ایفیوژن ، په هغه بنځو کې چې
غټی سینې ولري ، شاک ، استما

• دیکستروکارډیا ، ایمفیزيما (Emphysema)

کله چې Apex Beat جس شو نو د نبضان ځای ، پراخوالی ، دوام ،
امپلیتید او صافیی و ارزول شی .

د Apex beat ځانگړتیاوي : د Apex beat اوصاف تشخیص کې خورا
مرسته کوي چه په لاندی ډول دی .

۱: Heaving apex beat: په دي صورت کې دمعاينه کونکي لاس په
قوت او دوامداره ډول (Strong and sustained) سره جگړي چې د کین
بطین په هایپر تروپي ، هایپر تینشن او یا د ابهر پرتنگوالي دلالت کوي .
که چیري په Left parasternal ناحیه کې Heave جس شو نو د بڼي بطین
په هایپر تروپي ، دپلمونري تنگوالي او یا هایپر تینشن باندي دلالت کوي
چي دري درجي لري :

Grade-I: Para sternal lift یواځي جس کیري لکن نه لیدل کیري .

Grade-II: Para sternal lift جس کیري او هم لیدل کیري .

Grade-III: Para steranl lift دلري ځاي څخه لیدل کیري .

۲: Thrusting apex beat: په دي حالت کې Apex beat قوی ، منتشراما
دوامداره نه وی (strong but not sustained) چې په Dilated کارډیو
مایویتی ، اسکیمیک کارډیو مایویتی او مایترال عدم کفایه کید جس
وړدي .

۳: Tapping apex: دا اصلاً دلْمري او از جس کيدل دي چي د مائترال وال پرتنگوالي او نادرآ د ترايکسپيد وال په تنگوالي کي جس کيږي که ناروغ کيڼي خواته لږ څه وارول شي ښه جس کيږي.

۴: Double impulse: په هر سيستول کي دوه ځانگړي Impulse جس کيږي. دا په هايپرتروپيک کارډيو مایوپټي او هم د دکيڼ بطين په انوريزم کي جس کيږي.

د PMI دوام (Duration): دا د چب بطين د هايپرتروفی د معلومولو لپاره ښه وصف دی چه په نورمال حالت کی 2/3 دستول صفحه نیسی لاکن تر دياستول پوری دوام نشی کولای

په نارمل حالت کی Apex beat د ملاستی په وضعیت کی ۵، ۲ ساتی متره قطر لری چی یواځی یوه بین الضلعی مصافه نیسی لاکن که ناروغ ته چپ جنبی وضعیت ورکول شی لږ څه زیات ځای نیسی که چیری په همدی وضعیت کی د ۳ ساتی مترو څخه زیات وی نو د چپ بطين دغټوالی استازیتوب کوی.

تریل:

د مرمر جس کولو ته تریل ویل کيږي چي دا ورگانیک مرمر په شتون دلالت کوي او په دودیز ډول Grade 4/6 Loud مرمر تریل سره یوځای وي پریکارډیوم باید په سیستماتیک ډول سره د دتریل دپاره جس شي . لمړي Apex او چپ Sternal edge او وروسته بیا دزړه قاعده دابهر اوریوي شریان دتریل دپاره جس شي د Apex دتریل دجس دپاره ناروغ لږ څه کيڼي خواته وارول شي لاکن دابهر اوریوي دتریل دجس دپاره ناروغ کښینول شي اولږ څه قدام ته تپت شي او ذفیر ترسره کړي که تریل Apex

beat سره هم مهاله وي سيستوليک اوکه نه وي نو دياستوليک ترييل ورته ويل کيږي

لاندي جدول کي د ترييل ډولونه او هغه حالتونه چي په کي منخته راځي بنودل شوي :

۲-۹ ګڼه جدول د ترييل ډولونه:

حالتونه	THRILL
مايترال دسام عدم کفايه	سسټوليک په Apex کي
مايترال دسام تنګوالي	د ياستوليک ترييل په Apex کي
(VSD) Ventricular septal Defect	سسټوليک ترييل د سترنوم په بنکټني برخه کي
ابهري دسام تنګوالي	سسټوليک ترييل په دوهمه بين الضلعي مسافه کي بنسي طرف چي غاړي ته څپريږي.
دابهري دسام عدم کفايه ، دابهري Dissection دابهري وال شکيدنه په تروما او يا اندوکارډايتيس کي .	د ياستوليک ترييل په دوهمه بين الضلعي مسافه کي بنسي خوا کي .

قرع : که څه هم اوس د زړه د سايز د معلومولو د پاره د قرع ځاي د ټټير ايکسري او ايکوکارډيو گرافي نيولي دي خو که بيا هم Apical نبضان پيدا نه کړو نو قرع ترسره کيږي . د زړه قرع Dullness يا اصمت لري او په دوه ډولونو ويشل شوي مطلق او نسبي اصمت .

۱: نسبي اصمیت (Relative dullness): دا ډول اصمیت د زړه حقيقي اندازه دي ددي اصمیت د تعین دپاره لمړي دځيگر اصمیت په Mid clavicular کرني باندې تعینيږي وروسته يوه بين الضلعي مسافه پورته قرع ترسره کيږي او تدريجاً دزړه ناحي ته راځي دزړه د بني ځنډي اصمیت دسترنوم ددهوکي په بني ځنډه باندې تطابق کوي . د چپ طرف د اصمیت د تعین دپاره لمړي PMI تعین کيږي.

Absolute dullness: دزړه دهغه برخي اصمیت دي چي دسروپه وسيله پوښل شوي نه وي او دصدر جدار سره په تماس وي دزړه Dullness کيدی شي د COPD (امفريما) اوچپ خوا نموتورکس له امله له منځه لاړ شي .

اصغا Ascultation:

دزړه دمعايني غوره برخه اوريدل دي ، دزړه داوريډلو دپاره دهغه ستاتسکوپ څخه گټه اخيستل کيږي چي تيوب اورډوالي يي ۱۲ انچه وي Bell او ديافراگم دواړه ولري ، لوړ Pitch لرونکي اوازونه لکه دزړه لمړي او دوهم اواز ، Openning snap دابهر دياستوليک مرمر او ټول سستوليک مرمرونه د ديافراگم په وسيله اوريدل کيږي .

تیت Pitch اوازونه لکه S₃, S₄ ، مایترال دياستوليک مرمر د Bell په وسيله واوريډل شي . اصغا بايد په آرامه ځاي کي چي صدر لوڅ وي په ډول ډول وضعيتونو لکه ناسته ، ملاسته ولاړه ، چپ اړخ ته اړول ترسره شي ، هر اواز چي اوريدل کيږي پوره پاملرنه ورته وشي . بايد ياد ولرو چي د Bell د استعمال په وخت ډير فشار وارد نه شي که فشار ورکول شي بيا د ديافراگم په شان دنده ترسره کوی او Low pitch اوازونه له که S₃,S₄ کيداي شي له منځه لاړ شي .

اصغايي محراقونه : عبارت دي له :

دابهر محراق : دوه محراقه لري ، دوهمه بين الضلعي مسافه دسترنوم
دهډوکي بني خواته اودوهم محراق يي دريمه بين الضلعي مسافه دقص
دهډوکي چپ خواته . (Erb area)

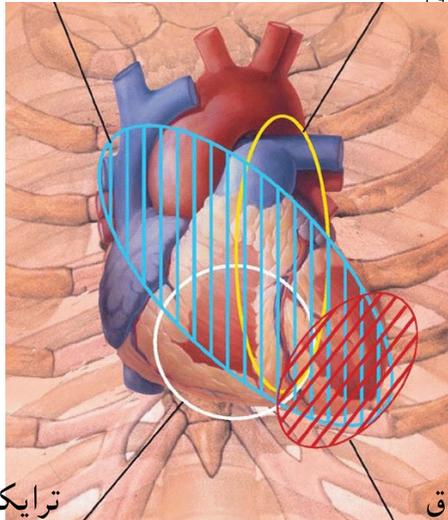
ريوي محراق : دوهمه بين الضلعي مسافه دقص دهډوکي چپ خواته

ميترال محراق : پنځمه بين الضلعي مسافه به Mid clavicular line
باندي يعني Cardiac apex شاوخوا .

ترايکسپيد : د چپ طرف سترنوم بنسکتني سرحد .

دابهر محراق

پلمونري محراق

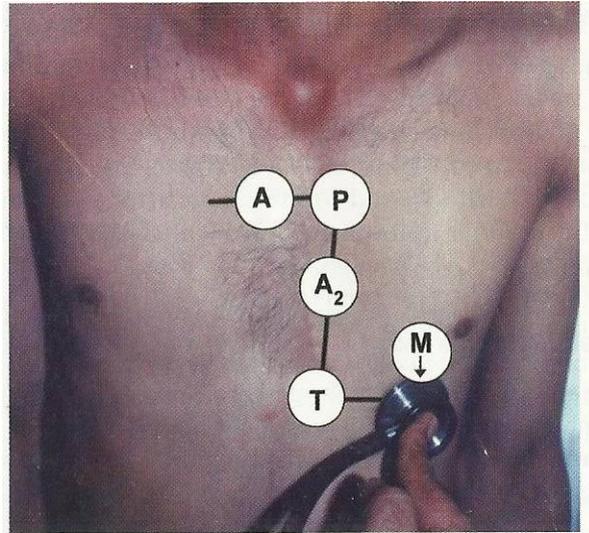


ترايکسپيد

مايترال محراق

۱۳-۲ گڼه انځور د زړه اصغايي محراقونه

اصغا بايد په ترتيب سره د Z په شکل ترسره شي يعني لمړي د ابهر محراق ، پلمونري محراق ، ترايکسپيد او بيا مايترال اصغا شي



۲-۱۴ گڼه انځورد Z په شکل د زړه اصغاء

لاکن يو شمير پوهان د Apex څخه اصغا پيلوي ، او د زړه قاعدي خواته ځي دواړه کړني دتائيد وړ دي .

داوريدلو پړاونه:

- ۱: ټول Pericardium د Z په شان يا د Apex څخه قاعدي خواته اصغا شي همدارنگه کروتيد او ابطي ناحيه واوريدل شي .
- ۲: لمړي او دوهم اواز معلوم شي شدت ، وصف ، Splite ته پاملرنه وشي .
- ۳: وروسته د زړه اضافه اوازونه او مرمرونه واوريدل شي او ورته پوره پاملرنه وشي .

۴: ناروغ چپ خواته واپول شي پدي وضعیت چپ بطین دسیني دیوال ته نیرېدي کیږي نو S3, S4 او د مایترال دسام تنگوالي دیاستولیک مرمر شدت زیاتیرې باید د اصغا دپاره په دي وضعیت د Bell څخه گټه واخیستل شي .

۵: ناروغ ته دناستي وضعیت ورکړل شي او لږ څه مخامخ خواته يي ټیټیږي او تنفس په ذفیر کي بند کړي چي دا وضعیت دابهر مرمرونه (د عدم کفایه دیاستولیک مرمر) شدید وي . ددي اصغا دپاره دیا فراگم څخه کار واخیستل شي .

۶: که مرمرونه واوریدل شي باید ټول اوصاف يي یاداشت شي .

دزړه اوازونه:

دزړه د دسامونو دترلو څخه رامنځته کیږي .

I: دزړه نورمال اوازونه:

الف: لمړي اواز: دا اواز د مایترال او ترایکسپید دسام دترلو څخه رامنځته کیږي ، 0.14-0.15 ثانیې دوام کوي په Apex کي ډیر ښه اوریدل کیږي نظر S2 ته دزړه په قاعده کي Soft اوریدل کیږي .

، دبطيني سستول په پیل دلالت کوي دکاروتید شریان نبضان سره هم مهاله وي . M1 د T1 څخه لږ لوړ وي او په Apex کي ښه اوریدل کیږي اما T1 د sternum هډوکي په چپ سرحد کي ښه اوریدل کیږي .

۲-۱۰ گنه جدول دلْمري اواز د شدت تغيرات

متغير	تيټ	لوړ
اتريل فايبريليشن	Low cardiac out put	High out put state لکه دوینی کموالی، تبه، تمرین، هایپر تايرویدیزم.
ایکسترا سیستول	که د کین بطن تقلصیت کم شوی وی لکه د زړه عدم کفایه	مایترال تنگوالي
د زړه بشپړ بلاک Atrial flutter	لمړي درجه AV بلاک	Atrial myxoma
	د مایترال عدم کفایه Long pr interval	Short PR interval (WPW syndrome)
	LBBB	تکي کارديا
	که د ابهر په حاده عدم کفایه مایترال وال کلسیفاید شوی وی او په نسبی ډول غیر متحرک وی.	ASD (atrial septal defect)

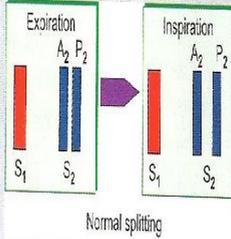
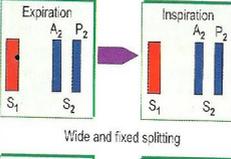
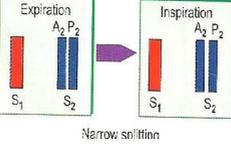
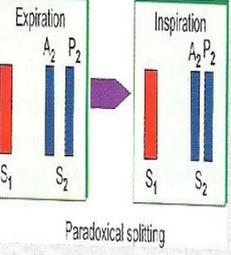
لمړي اواز Split: په نورمال حالت د مایترال وال 0.02-0.03 ثانيه
د تراکسپید د وال څخه مخکي ترل کیږي چي په مشکله سره واضح

کیرپی ، دا Split د تراکوسپید د سام په محراق کی بنه اوریدل کیرپی
حککه چي د دواړو اجزاو ترمخ فاصله کمه وي که چیري موجود وي نو ډیر
اهمیت ورنه دي او دزړه ناروغي نه راپه گوته کوي یواځي کیدای شي د
Ejection click سره مغالطه شي . اما د RBBB علامه گنیل کیرپی ، چی
په دی حالت کی بنی بطین ته برقی سیاله په خنډ سره رسیږی ، نو نظر
کیني بطین ته لږ څه ناوخته تقلص کوی ، او تراي کسپید دسام وروسته تړل
کیدو لامل کیرپی .

دوهم اواز: دابهر اوریوي والونو دتړلو څخه رامنځته کیرپی ، چي 0.10
ثاني دوام کوي ، High pitch اواز دي دزړه په قاعده کي بنه اوریدل
کیرپی په ۷۰% نورمال حالت کي دواړه اجزای داواز اوریدل کیرپی په
ځانگړي ډول شهيق کي يعني نورمال Splite چي ابهر نظر پملونري ته ژر
تړل کیرپی . او دا split دریوی دسام په اصغایی محراق کی بنه اوریدل
کیرپی .

دوهم اواز په سیستمیک هایپر تینشن په ځانگړی ډول A2 اوریوي
هایپر تینشن کي P2 لوړوي لکن Low cardiac out put state ،
کلسیفیاید اورتیک تنگوالي ، اورتیک عدم کفایه ، پلمونري تنگوالي
کي پلمونری برخه تپته وي

۱-۲ گڻه جدول د دوهم اواز تضاعف (Split))

لامل	اشخوړ	تضاعف (Split)
<p>په نورمال خلکو کې اوریدل کېږي</p>	 <p>Normal splitting</p>	<p>نورمال یا فزیولوژیک splitه چې شهیق سره پراخه او ذفیر سره کمیږي</p>
<p>وسیع او Fixed تضاعف د ASD نښه دي. وسیع اما non fixed تضاعف دښي زړه په هایپر تروپي چی لامل یی ، دریوي دسام تنگوالي وی او LBBB کې منخته راځي.</p>	 <p>Wide and fixed splitting</p>  <p>Narrow splitting</p>	<p>دوهم اواز Fixed splitه چې شهیق او ذفیر په وخت کی تغیر نه کوي</p>
<p>دکین بطن د Out flow بندښت لکه د ابهر دسام شدید تنگوالی او Hocrn large Aorto ، pulmonary shunt ، LBBB ، سیستولیک هایپر تیشن .</p>	 <p>Paradoxical splitting</p>	<p>Revrse یا Paradoxical چې په ذفیر پراو کی تضاعف زیات اما شهیق کې کم وي</p>

دریم اواز: پتالوژیک اواز دي په ځانگړي ډول که د ۴۰ کلنۍ څخه پورته عمر کي واوریدل شي ددی اواز شتون دچپ بطين د دندې پر خرابوالي دلالت کوي ، Med diastolic (20-70hz) Low pitch اواز دي د بیل په وسیله بڼه اوریدل کیږي ، د بطيناتو دچټک ډکیدو له امله رامنځته کیږي ، هغه دریم اواز چي دچپ بطين څخه سرچینه اخلي (LVF, MR) په Apex کي په ځانگړي ډول ذفیر کي بڼه اوریدل کیږي .

او هغه دریم اواز چي د بڼي خوا څخه منشا اخلي (RVF, TR) په چپ سترنل سرحد کي بڼه اوریدل کیږي لاندې ډول لاملونه بنودل شوي دي .

پتالوژیک	فزیولوژیک
CHF	• ځوان ماشومان
• تبه	• سپورت کوونکي
• میترا ل عدم کفایه	• حاملگي
VSD	• تايروتوکسیکوزیس
• ابهر عدم کفایه	
PDA	•

په دودیز ډول سره دریم اواز د دوهم اواز د split سره مغالطه کیږي چه دلاندی ټکو په پام کی لرلو سره ددی دواړو ترمنځ توپیر کولای شو

- دوهم اواز split لور Pitch لری او دریم اواز تیت pitch لری.
- که چیری د ستاتسکوپ پرده د اوریدو لپاره وکارول شی دریم اواز له منځه ځی

- دریم اواز په apex کی او د دوهم اواز split په ریوی محراق کی
بنه اوریدل کیږی

- د دریم اواز د بنه اوریدو لپاره ناروغ ته چپ جنبی وضعیت ورکول
کیږی

خلورم اواز: Low pitch اواز چې داځینا تو دقوي تقلص څخه دیاستول
په اخر کې رامنځته کیږي. دبیل په وسیله بنه اوریدل کیږي داواز په اتریل
فایبریلیشن کې له منځه ځي ځکه په دي ناروغي کې داځین اغیزمن تقلص
شتون نلري.

دچپ خوا S4 په هغه حالتونو کې چې د کین بطن Compliance کم شي
لکه دابهر تنگوالي، دمایترال حاده عدم کفایه، سیستیمیک هایپر
تینشن، IHD، پرمختللي عمر کې اوریدل کیږي.

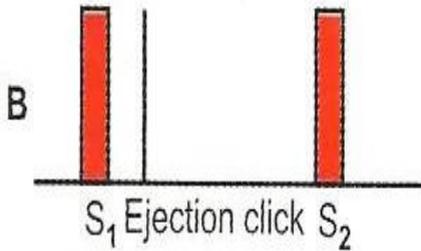
دبني طرف S4 په پلمونري هایپر تینشن، دريوي دسام تضيق کې اوریدل
کیږي باید وویل شي چی خلورم اواز د دیاستولیک عدم کفایي بنه نښه
هـ .

Summation gallop: که دریم او خلورم اواز شدت وکړي دزړه دنورمال
دواړه اوازونه سره یوځای شي او دتکي کارډیا ورسره مل شي نو دي ته
Quadruple ریتم هم ویل کیمي چې د بطن د دندو په زیات خرابوالي
دلالت کوي.

اضافه اوازونه Additional sounds:

۱: Ejection click: دا لور Pitch لرونکي اواز دي چې دسستول په پیل
کې کله چې دابهر اویا ریوي دسام تنگوالي یا توسع شتون ولري رامنځته

کیرپي ، باید په یاد ولري چې د ابهر د سام په تنگوالي کی کله چې د سام کلسیفاید شي نو کلیک له منځه ځي ځکه چې Cusps سختیږي او حرکت نه کوي.



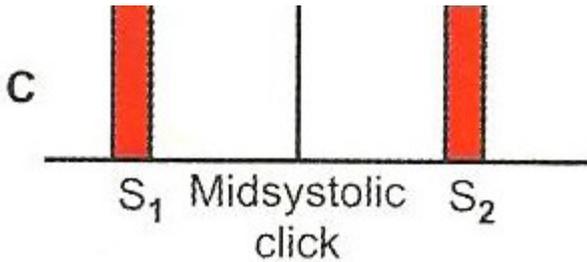
۱۵-۲ ګڼه انځور

۱۲-۲ ګڼه جدول د Ejection click لاملونه:

ریوي د سام	ابهر د سام
کلیک د ریوي د سام محراق کی ښه اوریدل کیرپي .	دا کلیک په Apex او ابهر محراق کی ښه اوریدل کیرپي .
ریوي د سام تنگوالي	د ابهر تنگوالي
ریوي د سام پاتي والي	د ابهر عدم کفایه
Idiopathic dilatation of pulmonary artery	د ابهر توسع

Non ejection یا مید سیستولیک کلیک : دستول په اخر کی د Late systolic مرم سره یوځای او یا غیرلدي اوریدل کیرپي چې دا ډول

کلیک دمایترا ل وال د یوی یا دواړه پاڼو په پرولپس دلالت کوي (-MVP click murmur syndrome) چې دسستولیک مرمر په واسطه تعقیبېږي .. کیدای شي دترایکسپید په پرولپس کې هم واوریدل شي .
 دا کلیک لوړ Pitch لرونکي او په Apex کې ښه واوریدل کېږي . دا ډول کلیک په ASD او Ebsteins' انومالي کې هم واوریدل کیدای شي .



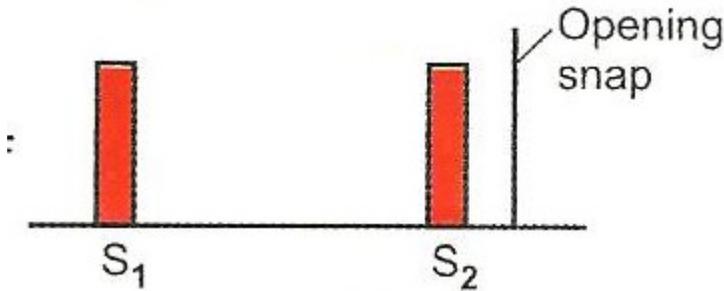
۲-۱۶ گڼه انځور

Tumour Plop: په اتریل مڪسوما کې چې داځینا تونادر تومور دي واوریدل کېږي Early diastolic اواز دي چې دتومور Peduncula میترا ل یا تریکسپید دسام فوحي ته ورزي دا اواز نادر دي په ۱۰ سلنه پینسو کې اصغاء کېږي .

Metallic Sound: لوړ Pitch لرونکي اواز دي چې د میخانیکي دسام دخلاصیدو او بندیدو له امله واوریدل کېږي دامعمولاد جس وړ هم دی او کیدای شي پرته دستاتسکوپ څخه هم واوریدل شي .

Opening snap: لوړ Pitch لرونکي اواز دي چې دیاستول په پیل کې فقط د دوهم اواز څخه وروسته واوریدل کېږي معمولاً دمیترا ل وال په تنگوالي او نادراً دترایکسپید دسام تنگوالي کې واوریدل کېږي . په Apex

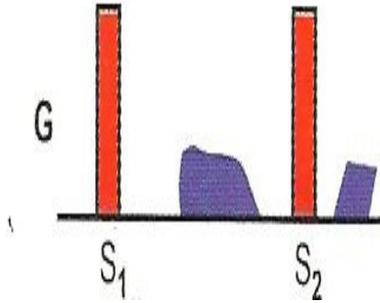
کي بنه اوریدل کيږي که دسام کلسيفايډ شوه بيا دا اوازونه له منځه ځي دسترنوم چپ سرحد حتي د ابهر ناحي ته خپريدي شي . څومره چي OS دوهم اواز ته نيژدي وي د Stenosis په شدت دلالت کوي . OS دمايترال دياستولیک مرمړ په وسيله تعقيبيږي د S2 د Split څخه په مشکله توپيريږي .



۱۷-۲ گڼه انځور Opening snap

:(Knock) Pericardial Rub

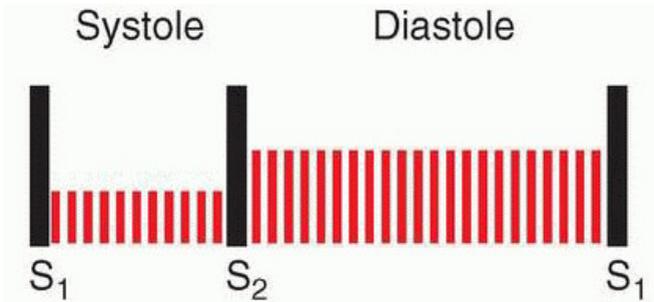
لوړ Pitch برسیرین Scartching اواز دي چي حشوی او جداری پریکارډ د سولیدو څخه رامنځته کیږی . په دریمه بین الضلعی مسافه کی دسترنوم کینی خواته په دواړو صفحو سستولیک او دياستولیک کی بنه اوریدل کیږي د اوریدو دپاره دیا فراگم څخه گټه واخیستل شي کله چي ناروغ کبښینول شي مخامخ ټیټ او په ذفیر کي بنه اوریدل کیږي دا د حاد پریکارډ ایتیس بنه نښه ده ، ددي اواز شدت وخت په وخت اود ناروغ وضعیت سره تغیر کوي .



۱۸-۲ گڻه انځور پريڪارڊيل رب

دا اواز بايد د Pleuropericardial Rub سره توپير شي چي تنفس عمل په دي کي مرسته کوي په دي ترتيب چي پر پريڪارڊيل رب شهيق او ذفير کومه اغيزه نه لري .

Venus hum: په وداجي وريد کي دويني دباغي جريان له امله اوريدل کيږي ، سليم Continuous مرمردی چي په دياستول کي شديد کيږي ، لمړي اودوهمی بين الضلعي مسافي ته خپريږي ، د Clavicula څخه پورته په ځانگړي ډول ښي خوا کي اوريدل کيږي او Low pitch لري .



۱۹-۲ گڻه انځور Venus hum

د زړه مرمرونه:

دویني دیاغي جریان د اهتزازاتو له امله کوم اواز چی په زړه او لویو رگونو کی منځته راځي د مرمر څخه عبارت دي .

دویني دیاغي جریان (Turbulent blood flow) په لاندی حالتونو کې منځته راځي :

۱: په ثانوي ډول دویني جریان زیاتوالي لکه په وینه لړۍ ، تبه ، امیدواری یا هایپر ډاینامیک حالت کې .

۲: دیوی تنګي فوحي څخه دویني شدید جریان .

۳: دنورمال وال څخه یو متوسع شوي Chamber ته د ویني ولیدنه .

۴: دویني بیرته راګرځیدنه دیو Leaking valve څخه .

۵: که یو غیر نورمال شنت دووه چمبرونو ترمنځ شتون ولري .

د مرمر په اوریدلو کې باید لاندی اوه بنسټونه په پام کې ونیول شي :

وخت ، شدت ، Contour ، خپریدل ، Pitch ، وصف ، او دمانورو سره بدلون .

وخت : (Time)

په پورته بنسټونو کې وخت خورا اهمیت لري .

مرمر دوخت پر بنسټ په دري ډولونو ویشل شوي دي سیستولیک ، ډیاستولیک او Continuous .

سیستولیک او ډیاستولیک هله پیژندلي شو چې ترڅو د کاروتید نبض جس او یا Apex beat وګورو کله چې مرمر اوریدل کیږي نو باید کاروتید

نبض دگوتوپه وسیله جس شي که ورسره هم مهاله جس شو نوسستولیک مرمردی ، اوکه نه وو نو دیاستولیک مرمرباندي دلالت کوي ، Continous مرمربه دواړو صفحوکي اوریدل کيږي

دشتون له نظره مرمرونه په فزیولوژیک یا Flow murmur یا وظیفوی مرمرونه او پتالوژیک ډلبندي شوي دي.

دوظیفوی مرمرخانگړتیاوی په لاندی ډول دی :

Soft او موریکل وی Grade-II وی د ۳ څخه نه زیاتیري

زیاتره Mid سیستولیک یا Ejection سستولیک وی ، خپریدل نه لری ، زیاتره دسترنوم په چپ اړخ کی اوریدل کيږي ، تریل ورسره نه وی ، دزړه اېنارملتی شتون نه لری ، تنفس سره یی شدت تغیر نه کوی . یواځی دملاستی وضعیت کی اوریدل کيږي دولاری اوناستی په وضعیت کی نه اوریدل کيږي .

فزیولوژیک مرمرونه په ټولو هغه حالتونو کی چی هایپر ډینامیک دورانسی حالت رامنځته کوی لکه امیدواری ، دوینی کموالی ، تایروتوکسیکوزیس ، تبه اوریدل کيږي.

مرمرونه د شدت او لوړوالي له نظره په شپږدو درجو ویشل شوي دي :

Grade-I : مرمردیر نرم Faint وي او په مشکل سره اوریدل کيږي.

Grade-II : Soft وي کله چی ستاتسکوپ کینودل شي اوریدل کيږي .

Grade-III : شدت یی متوسط وي کیدای شی تریل ورسره وی .

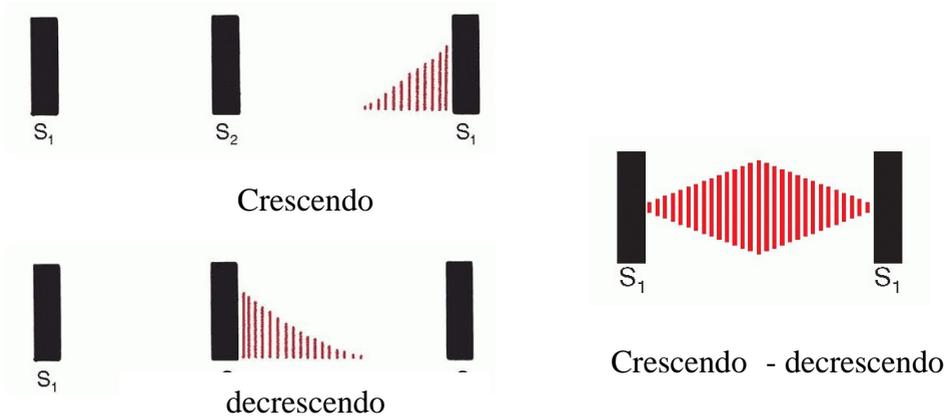
Grade-IV : لوړ اما اوریدو لپاره ستاتسکوپ ته اړتیا شته لوړ تریل ورسره ملگری وی .

Grade-V: ډیر لوړ تریل سره یوځای وي .

Grade-VI: دستاتسکوپ په نه شتون کی هم اوریدل کیږی.

د مرمړ د شدت وصف :

کیدای شی ثابت ډول سره شدت ولری او یا شدت یی زیات شی (crescendo type) او یا شدت یی کم شی (decrescendo or diminuendo type) یادواړه یو ځای وی (crescendo decrescendo) باید معلوم شی چه مرمړ په کوم ځای کی لوړ شدت لری دیبلگی په ډول که په دوهمه بین الضلعی مسافه بنی خوا کی مرمړ په لوړ شدت واوریدل شی نو د ابهر د دسام افت ته فکر وشی



۲۰-۲ گڼه انځور Crescendo, Decrescendo مرمړ بنودل شوي دي

د مرمړ انتشار :

د مرمړ انتشار د ناروغیو په توپیری تشخیص کی خورا اهمیت لری. په دودیز ډول هغه مرمړونه چه د دسامی ناروغیو له امله رامنځ ته کیږی کوم

طرف ته چی دوینی جریان وی همغه طرف ته خوریری لکه د ابهر ددسام دتنګوالی مرممر غاری طرف ته دابهر د عدم کفایی د مرممر ددریمی او خلورمی بین الضلعی مصافی چپ خواته ، دمایتزل عدم کفایی تخرگ خواته اود VSD مرممر دقص هلوکی بنی طرف ته خوریری .

: Pitch

د Pitch له نظره مرممر په دری درجو ویشل شوی لوړ ، متوسط ، او ټیټ که چیری دوینی د جریان شدت زیات وی High pitch او که کم وی Low Pitch رامنځه کیږی لکه دابهر د عدم کفایی مرممر چه High pitch ده اود مایتزل دتنګوالی مرممر Low Pitch دی .

او یایولای شو که فریکوینسی د ۱۵۰-۵۰۰ Hz وی نو High Pitch وی او که 80/sec څخه کمه وی نو low Pitch ده .

وصف :

کیدای شی مرممر خشن (Harsh) ، باد چلیدونکی (Blowing) ، نرم (Soft) ، Machinery وی یا د غوریدو (Rumbling) وصف ولری .

Systolic مرمرونه:

اول او دوهم اواز ترممنځ رامنځته کیږی (S1---S2)خلور ډوله دی Early, Mid, Late او Pan سیستولیک مرممر کیدای شی innocent ، فزیالوژیک او یا پتالوژیک وی .

1- Innocent مرممر هغه مرمرونه دی چی فزیولوژیک او ساختمانی ابنارمالیتی شتون ونلری دامر مرممر کیدای شی چی په کوچنیانو او ځوانانو کی واوریدل شی په لاندی انځور کی بنودل شوی دی



۲-۲۱ گنه انخور Innocent مرمر رانبيبي

II: فزيولوژيک مرمر: په ميتابوليزم کې د يو شمير فزيولوژيک بدلونوله امله رامخته کيږي لکه اميدواری، تايروتوکسيکوزس دوينی کموالی او نورچي ځانگړتياوی يی مخکي ذکر شوی دی شکل يی د Innocent په شان دی.

پتالوژيک systolic مرمر: چه په زړه يا رگونو کې د ساختمانی تغيراتو له امله منځ ته راځي لاندي ځانگړتياوی لری

- شدت يی دريمه درجه اويا له دی څخه لوړ وی
- دوام يی اوږد وی
- کيدای شي Ejection اويا non ejection click سره يو ځای وی
- دلور S_1 ، A_2 يا P_2 شتون
- د بنی يا چپ بطین د هايپر تروفی يا Heave ورسره مل وي
- د Fixed اويا S_2 زفيري Split شتون

۲-۱۳ گڼه جدول د سستولیک او دیاستولیک مرمرونو توپیر

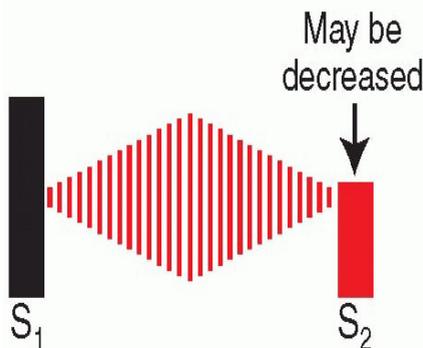
د سستولیک او دیاستولیک مرمرونو ترمنځ توپیرونه راښيي .	
دیاستولیک	سستولیک
• Rough او Rumble وصف لري .	• Soft او Blowing وصف لري
• Decrescendo وي	• Crescendo decrescendo
• نه خپریږي .	• خپریږي لکه د مایترال مرمربه چپ تخرگ خواته او د ابهر مرمرونه غاړي رگونو ته .
• Early او Mid دیاستولیک وي .	• کیدای شي Ejection systolic ، Pan systolic ، Mid او Late systolic وي .
• دوهم او لومړي اواز ترمنځ منځته راځي .	• اول او دویم اواز ترمنځ منځته راځي .

Ejection : I سستولیک مرمرونه :

Mid systolic مرمرونه اول اواز څخه وروسته پیلیږي او دوهم اواز څخه مخکې ختمیږي یوه کمه وقفه د مرمرونو او د زړه داواز ترمنځ اوریدل کیږي چی دغی وقفی اوریدو ته باید مخکی د S2 څخه پاملرنه وشی داپه اسانی اوریدلی شو او همدا وصف Mid systolic د Pan systolic څخه توپیره وي .

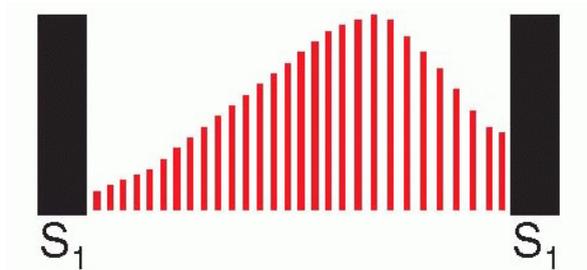
لاندي حالتونو کی اوریدل کیږي:

۱: دابهر تنگوالی: په بنی طرف دوهمه بین الضلعی مسافه کی اوریدل کیږی. معمولا کاروتید ، دسترنوم هډوکی چپ سرحد اوحتی زروی ته هم خپریږی. کله کله Soft خو معمولا Load او تریل ورسره ملگری وی ، Ptic یی متوسط ، Harsh ، Crescendo Decrescendo یا Diamond shape وی کیدای شی په زروه کی لوړ وی ، که ناروغ کنبینول شی اوقدام ته تیت شی بنه اوریدل کیږی.



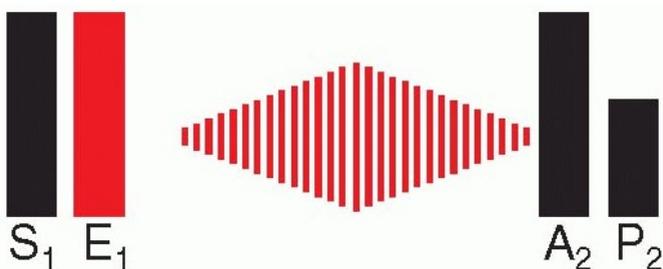
۲-۲۲ گڼه جدول Ejection systolic مرم مر

۲: هایپر تروپیک کارډیومایوپی: دا Mid systolic مرم مرپه دریمه اوخلورمه بین الضلعی مسافه چپ خوا بنه اوریدل کیږی. لاندی خوا Apex دسترنوم هډوکی چپ سرحد او غاړی ته انتشار لری د شدت له نظره متغیر وی Ptic یی متوسط (Medium) او گالوپ یی خشن (Harsh) وی دناستی (Squetting) وضعیت کی کمیږی لکن دلاړی په وضعیت کی زیاتیږی S3 کیدای شی ورسره یوځای وی .



۲-۲۳ گنجه انځور Mid systolic مرمر

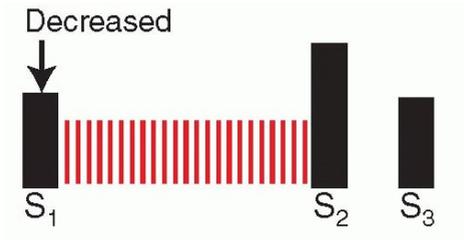
۳: دپلمونری وال تنگوالي: دا Mid systolic مرمر په دوهمه اودریمه بین الضلعی مسافه چپه خوا کی اوریدل کیږی که چیری Loud وی نو چپی اوږی او غاږه ته انتشار کوی شدت Soft وی که چیری Loud وه نو تریل ورسره یوځای جس کیږی ، دمرمر Pitch متوسط (Medium) او Crescendo Decrescendo دی معمولا Harsh وی.



۲-۲۴ گنجه انځور Mid systolic مرمر

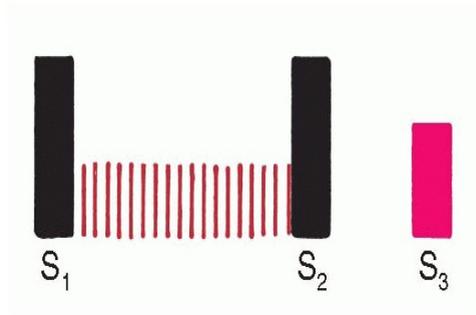
۱. Pan systolic murmur: پان سیستولیک مرمر یا (Holosystolic murmur) پتالوژیک وي هله منځته راځی کله چی وینه دلور فشار لرونکی Chamber څخه تیت فشار لرونکی Chamber ته جریان وکړی ، دامرمر فورآ د S1 څخه شروع او تر S2 پوری دوام کوی ، لاندی حالتونو کی شتون لری .

۱: دمایترال دسام عدم کفایه: داپان سیستولیک مرمر په Apex کی
 حای لری چپ تخرگ او کله کله دسترنوم چپ سرحد ته خپریری شدت یی
 Soft خخه تر Loud پوری دی که Loud وه نو تریل ورسره جس کیبری
 Pitch د متوسط خخه تر لوړ پوری وی Quality یی خشنه او د ترایکسپید
 د عدم کفایه دپان سیستولیک مرمر پر خلاف په شهیق کی نه تشدید
 کیبری .



۲-۲۵ گڼه انځور Pan systolic مرمر

۲: د ترایکسپید پاتی والی: دامرمر دسترنوم په بنکتنی چپ سرحد کی
 اوریدل کیبری بنی خوا سترنوم ، Xyphoid ته خپریری او کیدای شی چپ
 Medcalvicullar کرښی ته هم خپورشی لاکن تخرگ ته نه خپریری شدت
 یی متغیر دی Pitch متوسط او Quality یی Blowing دی شدت یی
 شهیق سره زیاتیری .



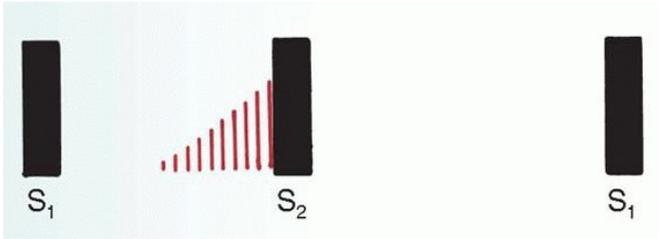
۲-۲۶ گڻه انځور د ترايڪسپيډ پان سيستوليڪ مرمر

۳: Ventricular septal defect: دا ڊول سيستوليڪ مرمر په دريمه، خلورمه او پنځمه بين الضلعي مسافه کي ځاي لري هره خواته څپريري په دوديز ڊول ڊير لوږ Thril ورسره يوځاي وي Pitch يي لوږ Quality يي Harsh ده او د سيستول ٽوله صفحه نيسي S2 کيداي شي د مرمر د Loud له امله پت شي .



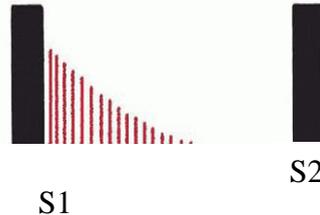
۲-۲۷ گڻه انځور د VSD پان سيستوليڪ مرمر

۳: Late systolic مرمر: دا ڊول مرمر د سيستول د متوسط حد څخه شروع کيږي او تر دوهم اواز پوري دوام کوي ، دمائترال دسام په پرولپس کي چي عدم کفايه ورسره وي رامنځته کيږي په وصفی ڊول ددی مرمر څخه مخکي يو يا څو Mid systolic click موجود وي.



۲۸-۲ گڻه انځور Late systolic مرمر

II. Early systolic murmur: دايو غير دوديز Decrescendo مرمر
 دى چى د S1 څخه شروع او د سيستول ترمتوسط پورى دوام
 كوي، به درى لاندې حالتو نو كې، اوريدل كيږي .



۲۹-۲ گڻه انځور Early systolic مرمر

۱: دمايترال حاده عدم كفايه: چى دلته Regurgitant جريان دسيستول په
 متوسط كى پآى ته رسيږي ځكه چى Non-Compliant left atrium كى
 فشار په تيزى سره زياتيږي .

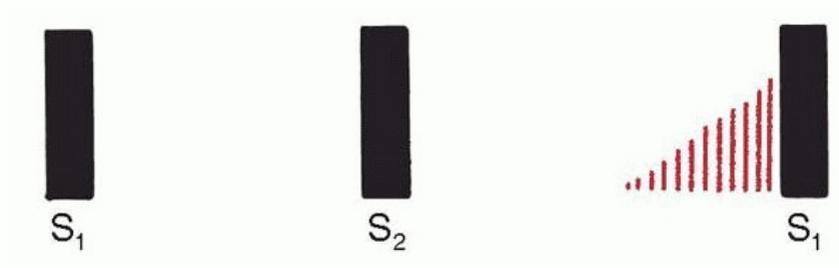
۲: دتراكسپيد عدم كفايه كى چى ورسره پلمونرى فشار لوړ نه وي ځكه
 چى دلته دسيستول په متوسطه برخه كى د بنى بطين او بنى اذين فشار
 سره مساوى كيږي .

۳: (VSD) Ventricular septal Defect: چى ډير كوچنى VSD وي اويا
 لوى VSD پلمونرى هايپرټنشن سره يوځاى وي.

دیاستولیک مرمرونه:

داهمیشه پتالوژیک وی ددوهم او لمړی اواز ترمنځ رامنځته کیږی (S2- S1) او د لمړی اواز څخه مخکی پای ته رسیږی . لاندي ډولونه لری

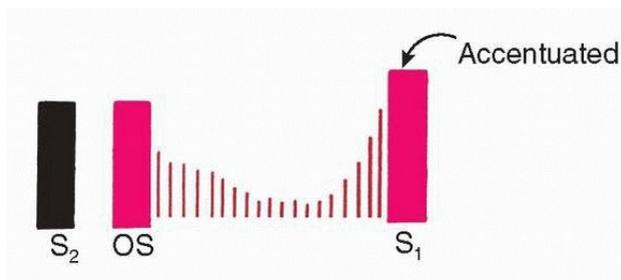
۱: Early diastolic murmur: سمدستی د S2 څخه وروسته پیل په لوړ غږ شروع کیږی او مخکی د S1 څخه له منځه ځی داپه دودیز ډول د ابهر او پلمونزی په پاتی والی کی اوریدل کیږی په ځآنګړی ډول د ابهر په عدم کفایه کی په دوهمه او څلورمه بین الضلعی مسافه چپ خوا کی ښه اوریدل کیږی . زروي خواته خپریږی او کیدای شی دسترنوم ښی سرحد ته هم خپورشی شدت یی د Grade-I څخه تر III پوری ، Pitch یی لوړ وی ، نو باید د ډیافراګم په وسیله واوریدل شی کله چی ناروغ قدام خواته تیتا او کنینول شی او تنفس بند کړی ښه اوریدل کیږی . Blowing Decrescendo کوالیتی لری که ورسره S3 او S4 یوځای وی نوپه پرمختللی عدم کفایه دلالت کوی.



۲-۳۰ ګڼه انځور Early diastolic murmur

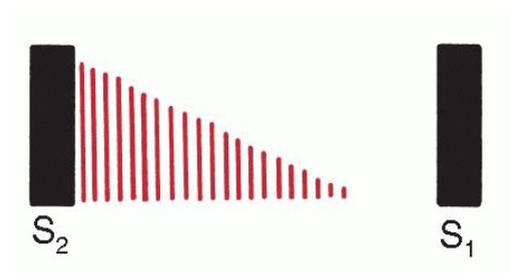
۲: Middiastolic murmur: ډیر کم وخت وروسته د S2 څخه شروع کوی کیدای شی ژر ختم او یا Late Diastolic مرمر سره یوځای شی او Atrioventricular دسامونو په تنګوالی کی اوریدل کیږی

دمايترال دسام تضيق Mid diastolic مرمر زروه کی خای لری ډیر کم .
 اويا خپریدل نه لری ، شدت یی Grade I خخه IV پوری دی Pitch یی
 تیتت وصف یی Rumbling دی مخکی ورخخه Opening snap موجود
 وی د Bell په وسیله که ناروغ چپ اړخ ته وارول شی بنه اوریدل کیږی.



۲-۳۱ گڼه انځور Middiastolic murmur ۱۷ دمايترل د تضيق

د ابهر د دسام د عدم کفایي مرمر په دوهمه او څلورمه چپ خوا بین
 الضلعي مسافه کې خای لري زروي ته خپریږي Pitch یی لوړ او Grade د
 یوه خخه تر دریو پوری د ستاتسکوپ د دیاگرام پواسطه بنه اوریدل کیږي.
 Blowing decrescendo وصف لري که ناروغ کیبننول شي او قدام ته
 تیتت شي تنفس بند کړي بنه اوریدل کیږي کیدای شي ورسره Ejection
 اواز شتون ولري.



۲-۳۲ گڼه انځور د ابهر د عدم کفایي دیاستولیک مرمر

دترایکسپید دتنگوالی مرمر د سترنوم هیلوکی په کینه خواکی اوریدل کیری شهیق سره لوریږی .

Mid diastolic مرمر کیدای شی په متقطع ډول سره په دریمه درجه دزړه په بلاکونو کی هم هغه وخت رامنځته شی چی شریانی سیستول دبطیناتو دچتک ډکیدو مرحلی سره یوځای شی .

همدارنگه Mid diastolic مرمر کیدای شی د پلمونری دسام په عدم کفایه کې کله چی پلمونری هایپر تینشن شتون ونلری واوریدل شی .

همدارنگه دابهر په پاتی والی کی کله چی وینه بیرته چپ بطین ته راځی قدامی Leaflet دمایترا ل دسام بی ځایه کوی او یو وظیفوی تضیق دمایترا ل رامنځته کیری ، په پایله کی یو Late ، Mid diastolic ، دیاستولیک مرمر اوریدل کیری چی Austin flint مرمر په نوم یادیری .

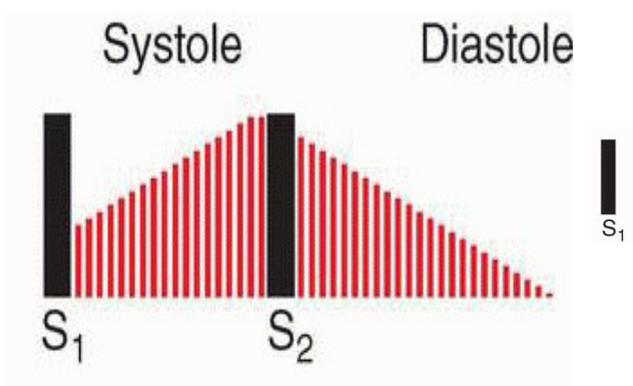
۳: Late Diastolic مرمر یا Presystolic مرمر: د دیاستول په اخر کی پیلیږی او تر S1 پوری دوام کوی دمایترا ل دسام په تضیق کی اوریدل کیری او مایترا ل دسام په تنگوالی په شدت دلالت کوی.



۲-۳۳ گڼه انځور Late diastolic مرمر

Continues murmur: دا دستول او دياستول يعني په دواړو صفحو کي اوريدل کيږي. ددی مرمړ سستوليک صفحه لږ څه دياستوليک څخه Loud وي Machinery مرمړ هم ورته وايي.

دزړه اود رگ ترمنځ يا درگونو ترمنځ پريو تونل (Channel) دلالت کوي ، په PDA ، Aorta Pulmonary window ، شرياني وريدي Sinus valves او Cronary arterovneous fistula. Communication او بني خوا زړه ترمنځ اړيکي او Mammary souffle چي داميدواري اخر کي منځ ته راځي اوريدل کيږي.



۲-۳۴ گڼه انځور Continuous مرمړ

په مرمړونو باندې د يوشمير فزيولوژيک او فارماکولوژيک عمليو اغيزه :

یوشمیر مانوري چي دویني جریان د دسامونو څخه زیات او کموي دمرمر پرشدت اغیزه لري ، دښي خوا زړه مرمرونه هغه وخت شدید کيږي کله چي وريدي جریان زړه ته زیات شي (په شهيق کي) او دچپ خوا په ذفير کي زیاتيږي.

دهایپر تروپیک کارديو مایوېتي او دمایترال وال Prolaps مرمرونه دولاري په وضعیت او Valsalva مانوري په وسیله زیاتيږي.

۲-۱۴ ګڼه جدول ديو شمیر مانورو اغيزي پر مرمرو

عميله	اغيزي
تنفس	دښي خوا مرمرونه لکه دترای کسپید عدم کفایه ، ریوي دسام تنگوالي ، ترایکسپید تنگوالي ، ابهر عدم کفایه ، دابهر تنگوالي دشهيق سره زیاتيزي اما د کین خوا مرممر دذفير سره لوړيږي.
والسلوا مانورا	دزیاتره مرمرونو دوام او شدت کمیږي خو دمایترال دوال پرولپس او HOCM مرمرونه لوړيږي ، ابهر دتنگوالي مرممر شدت کمیږي چي په همدي وصف دا د HOCM څخه توپیريږي .
دوضعیت تغیر	په ولاړي کي څرنګه چي وريدي ویني راګرځیدل کمیږي او درګونو مقاومت رابنکته کيږي نو دزیاتره دمرمونو شدت کمیږي خو د HOCM سستولیک او MVP سستولیک مرممر لوړيږي. د Squetting په وضعیت کي چي دوريدي ویني راګرځیدنه او هم درګونو مقاومت زیاتيږي خو د HOCM او MVP مرمرونو شدت کمیږي ، خو د ابهر دتنگوالي دمرمر

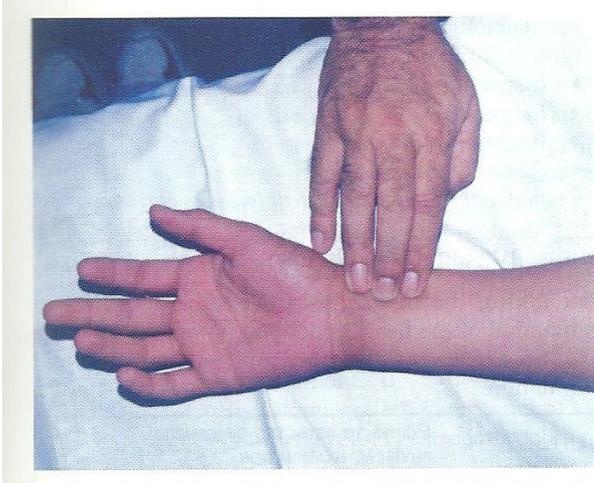
شدت زیاتیري.	
د MS او پلمونري وال د تنگوالي مرمرونه لوړیږي.	تمرین
د Amylnitrite دانشاق سره د MR, VSD او AR مرمرونه بنکته کیږي ، خود ابهر د تنگوالي مرمرو لوړیږي ، د MVP ځواب دوه گوني وي يعني اول کي Soft او وروسته دنارمل څخه لوړیږي. Phenylepinephrine معکوسه اغیزه لري .	درمل

د نبض معاینه:

چپ بطن په هر تقلص سره یومقدار وینه ابهر ته اچوي چی په تیزی سره شریانی سیستم ته ځي او که محیطی شراین جس شي نو په همدی وخت کی یوه موجه جس کیږي چي دی ته نبض ویل کیږي . باید وویل شی چه د فشار موجه د وینی د جریان څخه مخکی احساسیږی

د نبض موجه د زړه حرکاتو ، stroke volume ، محیطی مقاومت (په ځانگړی ډول شریان چوکی) د چپ بطن out flow بند بنت او د محیطی رگونو elasticity پوری تړاو لری.

نبض د ښه تحلیل دپاره کعبري شریان د جس څخه گټه اخیستل کیږي . همدارنگه Branchial ، کروتید ، فیمورل ، Poplitel نبض هم ارزیا بی شی .



۲-۳۵ گڻه انځور دنبض د جس کږنلاره

دنبض په معاینه کې لاندې ټکي په پام کې وي :

۱: ریت

۲: ریتم

۳: وصف کرکتر

۴: حجم

۵: Radiofemoral delay

۶: Condition of vessel wall

ریت: که نبض منظم وي نو په نیمه دقیقه کې حساب شي او په دوه کې ضرب شي او که نبض غیر منظم وي نو نبض په پوره دقیقه کې حساب شي. که نبض غیر منظم وي نو دزړه ریت هم دستاتسکوپ په وسیله په پوره دقیقه کې حساب شي ترڅو Pulse deficit معلوم شي.

په نورمال حالت نبض په يو کاهل شخص کي ۶۰-۱۰۰ په يوه دقيقه کي وي ، که چيري د ۲۰ څخه کم وي برادي کارډيا او که د ۱۰۰ څخه په يوه دقيقه کي زيات وي تکی کارډيا ورته ويل کيږي .

۲-۱۵ گڼه جدول کي د برادي کارډيا او تکی کارډيا لاملونه

۱: برادي کارډيا ($HR < 60/mint$)

سينوس برادي کارډيا :

- د خوب په وخت کي
- په منډه وهونکو (Athletic)
- هايپو تايرويديزم
- هايپوترميا
- دوهمه درجه AV بلاک
- په کوپري کي د فشار لوړوالي (ICP)
- د بندښت زيږي (Obstructive jaundice)
- تسممات لکه OP (اوپيوم)

۲: اريتمیک برادي کارډيا :

- Carotide sinus hypersensitivity
- Sick sinus syndrome
- د زړه بشپړ بلاک

۳: تکی کارډيا ($HR > 100/mint$)

سينوس تکی کارډيا:

- فزيولوژيک
- تمرين ، تبه ، چاي او کافي څښل
- درد
- Anxiety
- تايروتوکسيکوزيس
- دزړه ناروغي لکه CHF ، دزړه ولادي ناروغي
- درمل: سيمپاتوميټيک ، وازوډياليتور
- فيوکروموسايټوما
- اريټميک ټکي کارډيا :
- اټريل فايبريليشن
- اډيني فلټر
- Suprventricular ټکي کارډيا (PSVT)
- بطيني ټکي کارډيا

ريټم: دزړه نورمال ريټم د SA نوډ څخه منشا اخلي نو ځکه د سينوس ريټم په نوم يادېږي .

سينوس ريټم نادرآ په پوره توگه منظم وي ځکه چي زړه حرکات په شهيق کي زيات او په ذفير کي کمېږي چي دي حالت ته Sinus arrhythmia وايي . سينوس اريټميا په کوچنيانو ، منډه وهونکو او ځوانانو کي ډيره پېښېږي.

کله چي يو نبض غير منظم وي نو دا اړينه ده چي دغير منظم والي طبيعت معلوم شي چي ايا دوامداره دي اوکله متقطع

۲-۱۶ گڼه جدول دغير منظم نبض لاملونه

Regular منظم غير منظم نبض irregular	irregular غير منظم غير منظم نبض irregular
Bigeminus يا بطيني ايکتويک چي Trigeminus وي .	سينوس اريتميا (تنفسي غير تنفسي)
Fixed AV conduction اتريل فلټر د سر ه .	اذيني ايکتويک (extra systol)
	بطيني ايکتويک (extra systol)
	اذيني فايبريليشن په متغير خواب سره
	دوهمه درجه AV بلاک دمتغير خواب سره

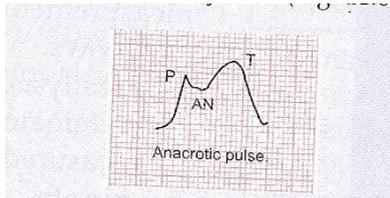
حجم: دا دنبض امپليټود (لوړوالي) دي چي دگوتو په وسيله ارزيايي کيږي . چي Pulse pressure پوري تړاوي لري که چيري Pulse pressure د 60mmgh څخه لوړ وي يو High volume چي پدي صورت کي جس کونکي گوتي پورته کيږي (Lifting) کيږي . که د ۲۰-۳۰ ملي متره وي نورمال په دي صورت کي نبض غير لډي څخه چي گوتي (Lifting) کږي احساس کيږي . اوکه د ۳۰ ملي متره څخه کم وي نو د Low volume نبض دي ، چي نبض په مشکل سره جس کيږي .

۱۷-۲ گڻه جدول دنبض دحجم دتغير اتو لاملونه

لوږ حجم لرونکي نبض (چي ستروک strok volum کم وي)	لوږ حجم لرونکي نبض
دسامونو تنگوالي (ابهري ، مائيترال) ترايکسپيد اور يوي	فيزيولوژيک: تمرين ، هيجان ، تودوخه ، حاملگي
تکي کارديا ، شاک ، ذره احتقاني عدم کفايه ، محيطي رگونو نارغي ، دچپ بطين د Out flow په مقابل کي بندښت ، دپمپ عدم کفايه وروسته د MI څخه ، دايليتيد کارديو مايوپتي .	پتالوژيک: تبه ، تايروتوکسيکوزيس ، انيميا ، ددهوکو Pagets ناروغی ، بييري بييري ، کوريلمونل ، وازودايليتيشن ، ابهري عدم کفايه . دمائيترال عدم کفايه ، دچپ څخه بنی خوا ته شنت لکه : PDA ، VSD ، محيطي AV shunt

دنبض ډولونه:

۱) Anacrotic نبض: دلږ حجم لرونکي Slow raising دوامداره نبض
دي چي Pulse tardus هم ورته وايي . دابهري دسام تنگوالي کي جس
کيري .



۲-۳۲ گڻه انځور Anacrotic نبض

۲: Collapsing یا Water hammer یا Corrigans' pulse: په سرعت سره جگړې (Rapid upstroke) ، او په سرعت سره بنسخته کېږي ، دا ډول نبض د ابهر عدم کفایه ، PDA ، AV-fistula او نورو هغه حالتونو کې چې د High out put state رامنځته کوی جس کېږي.



۲-۳۷ ګڼه انځور Collapsing نبض

د دې ډول نبض جس کې نلاره په لاندې انځور کې ښودل شوي ده



۲-۳۸ ګڼه انځور

۳: Pulse parvus: کم حجم لرونکي نبض دي اما دوامداره نه وي چې دا وروستني وصف يې د Pulse Tardus څخه توپير وي . د مایترال دسام په

تنگوالي کي ابهر دسام تنگوالي ، مايو کارڊيل انفارکشن ، دوينی فشار زیات بنکته والی ، شدید پلمونری هایپر تینشن کي جس کیری

Small, Weak Pulses



۲-۳۹ گنه انځور Pulse Parvus

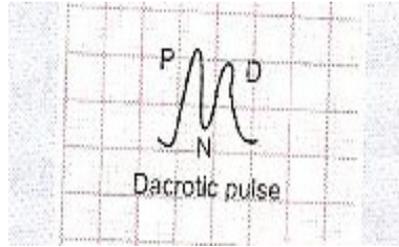
۴: Pulse Bisferiens: دوه موجي نبض دي چي دواړه موجي يي سيستول کي احساس کيري او دواړه موجي يو شان امپليټود لري دابهر په عدم کفايه ، که چيري دابهر عدم کفايه اوتنگوالي دواړه شتون ولري او په هایپرټروپيک کارډيو مایوپټي کي جس کيري . که يو طرف ته جس شی نو دابهر په Dissection دلالت کوی

Bisferiens Pulse



۲-۴۰ گنه انځور Pulse bisferiens

۵: Dicrotic pulse: داهم دوه موجي لري چي يوه موجه يي په سيستول اوبله يي په دياستول کي جس کيري دا ډول نبض په لوړه تبه دزړه احتقانی عدم کفايه چی دایليټيد کارډيو مایوپټي له امله وی جس کيري .



۲-۴۱ گنه انځور Dicrotic pulse

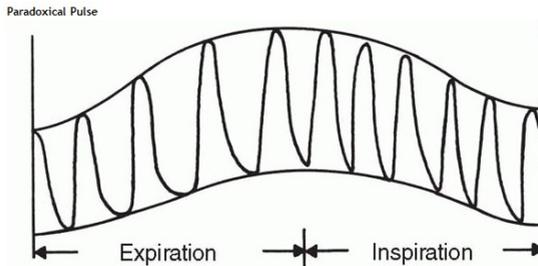
۶: Pulse alternans: دا يو منظم نبض دي چي يوه موجه يي قوي او بله يي ضعيفه وي دگوتو په وسيله په مشکل سره احساس کيږي لاکن دويني فشار تعين په وخت کي ښه احساس کيږي ، په دی ډول کله چي سيماب ښکته شي قوي تقلص لمړي اوريدل کيږي او کله چي نورهم ښکته شي نو ضعيفه تقلص داوريډلو وړ گرځي او بيا په دي ډول ډبل موجه اوريدل کيږي . دچپ زړه په عدم کفايه په ځانگړي ډول که لامل يي دميو کارډ شديد ناروغي وي احساس کيږي . همدارنگه په CHF او دايليتيد کارډيو مایوېتي کي احساس کيږي .



۲-۴۲ گنه انځور Pulse alternans

۷: Pulse paradoxes: د نبض حجم د شهيق په وخت کي ښکته او د ذفير په وخت کي زياتيږي دا ډول نبض دويني د فشار داندازي په وسيله تعنيري . په نورمال حالت کي د سيستولیک فشار د شهيق په وخت دي ۱۰

ملي متره دسيمابو څخه کم رابنکته کيږي که چيري دسستوليک فشار رابنکته کيدنه په شهيقي کي د ۱۰ ملي متره دسيمابو څخه زياته شي نو د Pulse paradox ورته ويل کيږي ، چي په Constrictive pericarditis ، کارډياک تيمپوناد ، Massive pericardial effusion شديده استما ، هيموارټيک شاک ، Tension نموتورکس ، ترمومبوامبوليزم ، شديده امفزيما اوزيات چاغوالي کي رامنځته کيږي .



۲-۴۳ گڼه انځور Pulse paradoxes

فخذي کعبري تاخير (Radiofemoral Delay):

دايوه ډيره مهمه نښه ده چي په دوديز ډول له پامه غورځول کيږي . که چيري ډاکتر ديو لاس گوتي دکعبري شريان دپاسه اودبل لاس گوتي دفخذي شرياني نبض دجس دپاره په مقبني ناحيه کي کيږدي اود کعبري او فخذي شريانو نبض جس او دوي ترمنځ تاخير ياداشت کړي ، که چيري ددي دواړو نبضونو ترمنځ تاخير موجود وي نو دا د Coarctation of aorta يوه ډيره مهمه نښه ده . Coarctation of aorta په ارثي ډول دابهر په تنگه برخه (Isthmus) چيرته چي د Ductus arriosis سره نازله ابهر يوځاي کيږي (رامنځ ته کيږي) دا افت کيداي شي چي د پورتنی

اطرافو دهاپیرتینشن لامل شي . همدارنگه دچپ لاس کعبري شریانونو نبض هم وکتل شي چي کيداي شي چي پدوي کي دنبض تاخير داتيروسکليروتیک پلکونو اویا د انیوریزم له کبله د بندښت له امله منځته راشي .

په لاندې حالاتو کي د دواړو Radial نبضونو تر منځ مساوات شتون نه لري.

۱- Cervical rib لکه Thoracic inlet syndrome

۲- د ابهر دقوس انیوریزم

۳- Persubclavian coarctation

۴- Supra valvular aortic stenosis

۵- هغه ناروغي چي نبض په کي ورک وي لکه Takayasu's ناروغي.

۶- Peripheral Embolism یا اتیریماتوز Plaque

۷- که دابهر اتيروسکلروزس که شدید وي

۸- که ابطي شریان باندي د لمف نود له امله فشار موجود وي.

رگونو د جدار حالت Arterial wall:

ابهر او عت شراین د عمر زیاتیدو سره د اتيروسکلروزس له امله کلک (stiffen) کیږی او هم د ابهر distensability کمیږی چی ددی په پایله کی Strok volume زیاتیږی او وینی سستولیک فشار لوړ او د wide puls pressure منځ ته راځی او هم رگونه تاو پیچ او پنډوالی پیدا کوی د لاس پواسطه که چیری جس شی کلک جس کیږی

دوینی فشار:

د شریانی وینی فشار کچه معلومول د معایناتو اساسی برخه ده چی په غیر مستقیم ډول سره سستولیک او ډیاستولیک فشار د sphygmomanometer پواسطه تعینیری

Sphygmo یونانی کلمه ده چی د نبض (pulsing) او Manous (thin) معنی لری

سستولیک هغه لوړ فشار دی چی شراینو کی وروسته د بطنیناتو د تقلص څخه رامنځ ته کیږی او ډیاستولیک هغه فشار دی کله چی د شراینو فشار د بطنیناتو په ډیاستول کی رابنکته شی

نارمل دوینی سستولیک فشار د 140 mmHg څخه کم او ډیاستولک د 90mmHg څخه کم او د دی حد څخه پورته دوینی لوړ فشار بلل کیږی. یو شمیر فکتورونه دوینی په فشار اغیزی لری چی عبارت دی له:

۱: د چب بطنین strok volume

۲: د ابهر اولویوشریانو distinsability

۳: محیطی مقاومت په ځانگړی ډول په شریانچو کی

۴: په شریانی سیستم کی دوینی حجم

دوینی د فشار په اندازه کولو کی لاندی ټکو ته پاملرنه وشي:

۱: ناروغ باید ۳۰ دقیقې مخکی سگرت او کافینن لرونکی مشروبات نه وي ځکلی.

۲: ناروغ د ۵-۱۰ دقیقو دپاره استراحت وکړي وروسته فشار وکتل شي.

۳: لاس د زړه په سرحد سره وساتل شي که د زړه د سرحد څخه پورته وي ۵ ملي متره سیماب فشار بنکت او که لاس ټیټ وي نو ۲ درجي فشار جگ راپه گوته کوي .

۴: دمړوند څخه لباس لري کړل شي .

۵: کعبري نبض جس او دمړوند د پاسه Cuff چي ۱۲-۱۴ سانتي متره وي وتړل شي که ناروغ چاغ وي نو ۱۵ سانتي متره او که دمړوند قطر د ۴۱ انچو څخه زیات وي ۱۸ سانتي متره Cuff وکارول شي . په لنډ ډول باید ووايو چی Cuff باید % 80 پورته مړوند پوښلی وی

۶: Cuff ته هغه پوری هوا ورکړل شي ترڅو چي نبض نور جس نه شي .

۷: کله چی نبض جس نه شو نو کڅوړي ته ۲۰-۳۰ ملي متره سیماب نوره هوا هم ورکول شي اوستاتسکوپ پر کعبري شریان کيښودل شي .

۸: اوس په ورور هوا وکښل شي او کله چي اول اواز واوریدل شو نو دا د Kortakoff لمړی اواز دي همدا سیستمولیک فشار دي .

۹: هوا بنکلو ته ورو 2-3mmHg/sec ادامه ورکول کيږي ترڅو چي اواز له منځه لاړ شي .

۱۰: هغه ځاي په نښه شي کوم چي اواز له منځه ځي او يا Muffling کيږي چي داځاي د یاستولیک فشار دي ، کله کله داسي هم کيږي چي Muffle شوي اواز ثابت ډول او تراخه پوري اوریدل کيږي دلته د یاستولیک فشار هغه ټکي منو چیرته چی لمړي اواز Muffle شوه.

که چيري اواز په ښه توگه تحلیل نه شي نو باید وویل شي چي فشار په دواړو لاسونو کي او که اړتیا وي یوه پښه کي هم وکتل شي په نورمال

حالت کي د دواړو لاسونو ترمنځ ۵ درجي فشار فرق کوي او کله کله دا توپير ۱۰ ملي متر دسيماب هم کيدای شي . او دپورتنی نهاياتو فشار دبنکتني اطرافو سره ۱۰-۲۰ ملي متر سيماب پوري توپير لري يعنې په بنکتني اطرافو کې لوړ وي . په ورنونو کې د فشار اندازه کول په بازو گانو کې د فشار د اندازه کولو په پرته ستونزمن دي ، داځکه چې لوي کف ته اړتيا ده ، ناروغ پرمخې اوچول کيږي ، کف د ورانه په منځني برخه کې تړل کيږي ، اوستاتسکوپ په Popliteal فوسا کې ايښودل کيږي (Popliteal فوسا دزنګون ترشاه ځای لري) .

همدارنگه بايد د ملاستي ، ناستي او ولاړي په وضعيتونو کې فشار تعين شي که دولاړي په وضعيت کې د ۵-۱۰ ملي متر دسيماب سستوليک فشار نظر ملاستي وضعيت ته بنکته کيږي که چيري د ابنکته والی د ۱۰ څخه زيات وي نو دا غير نورمال حالت دي او Postural hypotension ورته ويل کيږي .

۲-۱۷ گڼه جدول دويني د فشار ډلبندي رابڼي

د فشار دلوستلو ډلبندي		
کټگوري	ډياستولیک (mmHg)	سيستولیک (mmHg)
Optimal	<80	<120
نورمال	80-84	120-129
High normal	85-89	130-139
Mild HTN(grade-I)	90-99	140-159
Moderate HTN(grade-II)	100-109	160-179
Sever HTN(grade-III)	>110	>180

کورتاکوف اوازونه:

که چيري د کف څخه په تدريجي توگه هوا وويستل شي نو پنځه بيلابيل اوازونه به واوريدل

شي . لکه په 4.17 گڼه انځور کې ښودل شوي کوم غږ چې دلمپي د Brachial شريان د پاسه

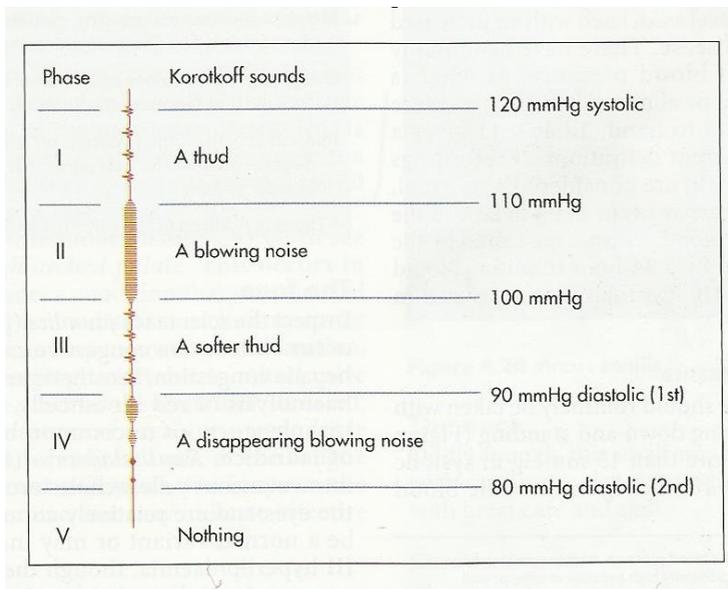
اوريدل کېږي دا د سيستولیک فشار څخه عبارت دي (– Kortokoffs' I) په نوم ياديږي.

دا چې د کف څخه هوا ويستلو ته دوام ورکوو او داواز شدت زياتيږي (Kortokoffs' II) اولدي وروسته شدت کميږي (Kortokoffs'-III) او لدې وروسته د اواز وصف تغير کوي (Kortokoffs' IV) او په پای کې

اواز ورکیرې (Kortokoffs' V) . دیلابیلو څیړونکو له خوا دا بنودل شوي چې KIV او KV د ډیاستولیک فشار اندازه ده . اما K-V یې بنه بنودونکي ده ،

که څه هم ډیاستولیک فشار د K-V سره اړیکې لري ، خو په شدید اورتيک عدم کفایه کې K-IV د ډیاستولیک فشار د بنودني دپاره بنه Indicator دی.

په ځینو نورمالو خلکو کې K-V موجود نه وي . نو بیا باید KIV ډیاستولیک قبول شي . معمولا په نورمالو خلکو ځیني وخت دسیستولیک غږ څخه تر ډیاستولیک پوري اواز ورکیري. دا ددي لامل کیږي که چیري مونږ په سم ډول کف ته هوا ورنکړو نو دویني فشار به موبنکته یا تیت اندازه کړي وي .



۲- ۴۴ گڼه انځور Kortokoff sound

د دواړو لاسونو يا د لاس او پښې ترمنځ د ويني فشار توپير په لاندې حالاتو كې موجود وي.

۱- شرياني بندښت يا تنگوالي چې د هر لامل له كبله وي.

۲- د ابهر د انيوريزم Dissection

۳- د ابهر Coarctation

۴- PDA

۵- Supra valvular aortic stenosis

۶- Thoracic outlet syndrome

الکتروکارډیوگرافي

الکتروکارډیوگرام (ECG) يا (EKG) د هغه برقي پوتانشيل گرافيک ثبتولو څخه عبارت دی کوم چی د زړه پواسطه تولیدیږی

سیگنالونه دهغی فلزی الکتروودونو پواسطه اخستل کیږی کوم چی دناروغ دنهایاتو او سینی دیوال سره په تماس راغلی وی دا سگنالونه بیا قوی ، پراخ (amplify) کیږی اود الکتروکارډیوگرافيک پواسطه ثبتیږی
ECG یوه ارزانه بی زیانه او چټکه معاینه ده

د زړه د لېږدونکي برقي سیستم اناتومو فزیولوژي:

زړه د دوه ډوله عضلاتو څخه جوړ شويدي چی عبارت دي له:

تقلص عضلات يا Contractile (اذيني او بطيني عضلات) او ځانگړی تنبهي او لېږدونکي سیستم (Specialized Excitatory conductive system) څخه.

دزړه برقي سیستم د ځانگړي نیورومایوکارډیل حجراتو څخه عبارت دي چی دنوموړي دنده نه یواځي دزړه د ریت او د زړه ضربان پیل دي بلکه نوموړي پیل شوي برقي فعالیت په منظمه توگه خپروي. سیاله په زړه کې په لاندې دريو لویو برخو کې پیلیږي.

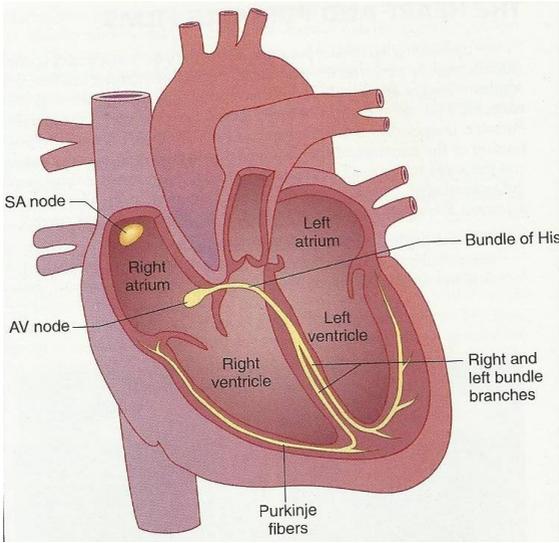
- سینوس غوټه (Sinus node) یا Node of Keith Flack چی د Pace maker node په نامه هم یادېږي. نوموړي غوټه دوک ته ورته جوړښت لري چی د ۵ ملي مترو په شاوخوا کې پندوالی اود ۱۰-۲۰ ملي مترو پوري اوږدوالی لري. داغوټه په Subepicardial برخه کې د یو ملي متر څخه لږ ننوتی ده. په ۱۰ سلنه خلکو کې د اس دنعل په څیر شکل لري او دښي اذین د Appendage په پورته برخه کې د SVC سره نژدې ځای لري په یوه دقیقه کې ۲۰-۱۰ ځله Firing کوي. نوموړي غوټي ته وینه ۵۵ سلنه د ښي کروناري شریان او ۴۵ سلنه د Circumflex په وسیله رسېږي. د سینوس غوټي څخه سیاله دواړو اذیناتو ته رسېږي چی د اذیناتو Depolarization په ۸۰-۱۰۰ ملي ثانیو کې بشپړېږي. دپاراسمپاتیکی عصبي پواسطه د ساینوس غوټي اوتوماسیټي کمیږي چې په پایله کې د زړه ریت کمیږي او که چیري د سمپاتیکی اعصابو سیستم فعالیت زیات شي نو په دي صورت کې د سینوس غوټي فعالیت هم زیاتېږي او په پایله کې دزړه ریت زیاتېږي.

- Artrio ventricular node: چې د Node of tawra په نوم هم یادېږي دساینوس غوټي او AV نود تر منځ درې بیلابیلې لاری شتون لري چې هر یوه یې د ځانگړي ساینس دان له خوا پیژندل

شويدي. Anterior internodal tract(Bachmann-james)،
 Middle internodal tract (Wenckbach) او خلفي
 Intra-nodal tract (Thorel) په نوم يادېږي. چې دا درې واړه د
 AV غوټې پورته برخه کې سره يوځای کېږي دا غوټه په بڼې اذین
 کې د اذیناتو او بطيناتو د اتصال په برخه کې ځای لري
 د ځانگړو لېږدونکو حجراتو څخه جوړه شوي په اټکلي توگه د يو
 ساتي متر په شاوخوا کې اوږدوالي لري نوموړي يو پوښوونکي
 نسج او يو نښلوونکي برخه د Hiss بندل په نوم لري د AV
 نښلوونکي حجرات Pace maker حجرات هم لري. په AV نود
 کې سياله د يو کم وخت لپاره تم کېږي ددې نود د سيالي لېږد
 اندازه په يوه دقيقه کې ۴۰-۶۰ دی. AV نود ۹۰ سلنه د بڼې
 کروناي شريان او ۱۰ سلنه د چپ Cricumflex پواسطه اروا
 شوي.

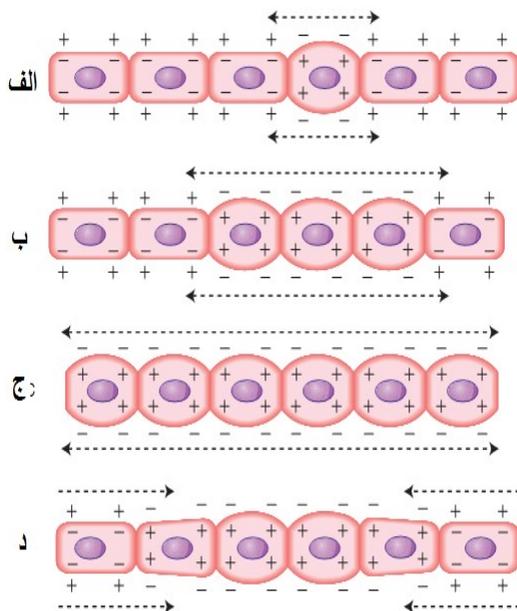
- Bundle of Hiss: AV نود د Hiss بندل په اخر کې پای ته
 رسېږي چې په دی ځای کې دوه بڼې او کين برخو باندي ويشل
 کېږي بڼې بندل برانچ يې د کيبل په څير جوړښت لري چې
 د مایوکارډيوم په وسيله پوښل شوي کله چې د بطيناتو څوکي ته
 ورسېږي نوموړي په نورو څانگو ويشل کېږي چې Purkine
 الياف ورته وايي. چې په يوه دقيقه کې ۲۰-۴۰ Intrinsic ريت
 لري د زړه د لېږدونکي سيستم په دي برخه کې د سيالي لېږد په
 چټکي سره تر سره کېږي. د کيني خوا څخه د بطيناتو ترمنځ پرده،
 بيا زړه په پای کې قاعده او د اندوکارډيوم څخه اپي کارډيوم

خواته Depolarization ترسره کيږي. دزره دبطیناتو ټوله کتله په ۸۰-۱۰۰ ملي ثانیو کې Depolarized کيږي.



۲-۴۵ گڼه انځور اناتوموفزیالوژي

کیمیاوي پمپونه چې په حجروي دیوال کې شتون لري د حجروي غشا دننه او دباندې د الکترولايتونو په غلظت کې د توپیر رامنځته کیدو لامل کيږي. د ډیپولرایزیشن په جریان کې حجروي غشا په دواړو خواو کې د الکترولايتونو د غلظت د بدلون لامل کيږي، چې ددې بدلونو په پایله کې عضلي تقلص رامنځته کيږي. داستراحت په حالت کې (Polarized) د حجري دننه برخه دباندې په پرتله ډیره منفي وي یعنې داستراحت په حالت کې د حجري دننه منفي چارج لرونکو ایونونو شمیر زیات وي



۲-۴۶ گڼه انځور د ډیپولرایزیشن او ریپولرایزیشن خپریدل دیو حجری
 څخه بلې حجری ته لیدل کیږی.

الف: پدی کی ډیپولرایزیشن د پرمختگ په حال کی ، ب: څپې دیوی
 حجری څخه بلې حجری ته خپرېږی ، ج: ترڅو چی ټول ډیپولرایز د شی ، د:
 لدی وروسته ریپولرایزیشن بیرته رامنځته کیږی.

د برقي تنبۀ په صورت کې د حجروي غشا نفوذیه وړتیا بدلون مومي ،
 د حجري دننه ته د سدومیم ایون (چې مثبت چارج لرونکي ایون دي) ځي او
 لدې سره یوځای په کمه چټکتیا سره د کلسیم ایون هم د حجري دننه ته
 جریان پیدا کوي ، او حجره Depolarized کیږي . پدې معنی چې د حجري
 دننه منفي چارجونه په مثبت باندي بدلېږي ، د اپینسۀ (Depolarization)

یوې حجرې څخه بلې حجرې ته په چټکې سره خپرېږي او پدې ډول ټولو حجرونه رسېږي.

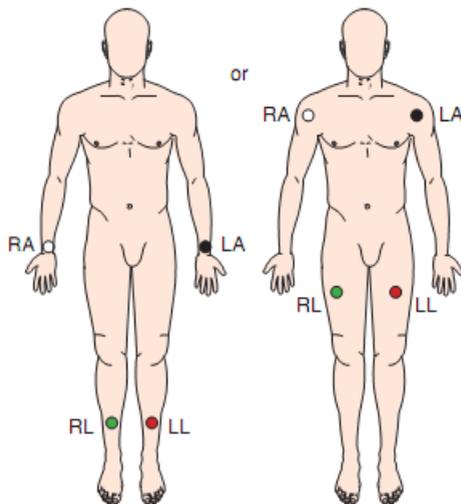
د کلنیک له نظره د زړه برقی گراف گټه داده چې په اسانۍ ورته لاس رسی شته دی. او همدارنگه یوه غیر تداخلی پروسه ده، چې داریتیمیا گانو، دلیردونکی سیستم د گډوډی او د مایوکارډیوم د اسکیمیا په پیژندلو کې کارول کېږي او همدارنگه د زړه برقی گراف د یوشمیر استقلابی گډوډیو چې ژوند گواښونکی وی په پیژندلو کې مرسته کوی، لکه په وینه کې د پوتاشیم د کچې لوړیدل (Hyperkalemia)

د زړه د برقي گراف لیدونه:

مخکې لدې څخه چې د زړه د برقي گراف په لیدونو باندې بحث وکړو د زړه د برقي گراف داخیستلو په وخت کې لاندې ټکو ته پام اړین دي:

- الکترو دونه باید په سم ډول کینودل شي، که سم ډول کینودل شوي نه وي غلط راپور په لاس راځي،
- دهډوکي د پاسه د الکترو د اینه دولو څخه ډډه وشي.
- که چیرې د ناروغ ثدیی غټی وي نو پدې صورت کې باید د ثدیو لاندې الکترو دونه کینودل شي. ددې دپاره چې ډیره سمه پایله لاسته راشي باید لږ شحم لرونکې ناحیه باندې کینودل شي.
- که چیرې ناروغ ډیر خولي وي Tincture of Iodine په کوم ځای کې چې الکترو دونه اینه دودل کېږي وکارول شي. ترڅو الکترو دونه په سم ډول د پوستکي د پاسه ونښلي.
- که چیرې ناروغ په تهر باندې ډیر وینستان وي باید وخریل شي.

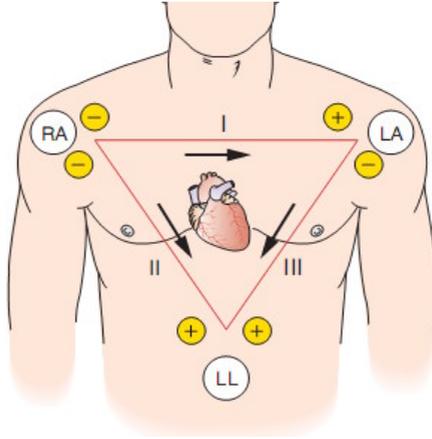
- الکتروودونه که یو ځل کاریدونکې وي پدې صورت کې دهر ناروغ دپاره جدا الکتروودونه وکارول شي .



۲-۴۷ گڼه انځور ستندرد لیدونه

ستندرد لیدونه :

دلته درې لیدونه I, II, III چی د Bipolar لیدونو په نوم هم یادیری شامل دی نوموړی درې لیدونه په ترتیب سره په ښی اوږی ، کیښی اوږی او کیښی پښی باندی اینښودل کیږی . که ددی ټکو ترمنځ کرښی وویستل شی او داتکی سره ونښلول شی نو یو مثلث جوړوی چی د Einthoven مثلث په نوم یادیری



۴۸-۲ گڼه انځور د I, II, III استينډرډ ليدونه رابڼی

اگومينتيپ ليدونه:

د اليدونه د Unipolar ليدونو په نوم هم يادېږي . avR, avL او avF ليدونه د

Augmented ليدونو څخه عبارت دي ، د دي ليدونو هر يو حرف ځانگړي معني لري :

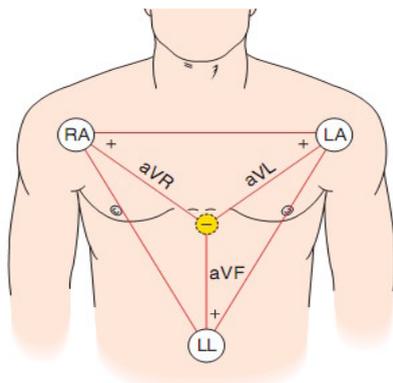
a-augmented , R-right arm , F- foot (the left foot) , v- voltage , L-left arm

په لاندې ترتيب ايښودل کېږي :

aVR: دهغه ليد څخه عبارت ده ، چې د بڼې لاس برقي پوتانشيل رابڼي ، چې پدې وخت کې د بڼې لاس الکتروډ مثبت او نور الکتروډونه منفي وي .

aVL: دهغه ليد څخه عبارت دي ، چې د کيڼ لاس قوي برقي ولټاژ رابڼي ، چې پدې وخت کې د کيڼ لاس الکتروډ مثبت او نور منفي وي .

aVF: دهغه لیدځه عبارت دي د پښو د قوي ولتپاژ څخه استازیتوب کوي . چي پدي وخت کې د پښو الکتروود مثبت او نور الکتروودونه منفي وي .



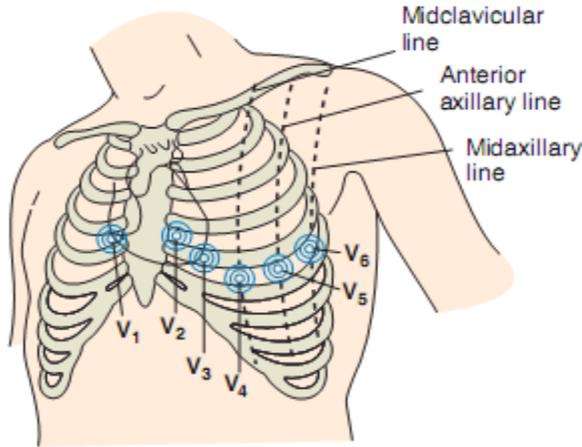
۲-۴۹ گڼه انځور اګومینتید لیدونه aVR, aVL, aVF

د تیر ستندرد لیدونه :

د تیر ستندرد لیدونه د V1, V2, V3, V4, V5, V6 څخه عبارت دي ، چي د افقي پلان په وسیله تولید شوي پوتانشیل ثبتوي ، لاندې جدول کي د تیر دستندرد لیدونو بنودنه کوي .

۲-۱۷ گڼه جدول د ټټير دستنډرد ليدونو بنسودنه کوي .

ليډونه	مثبت الکتروډونو داينسودلو ځاي	د زړه د برخي بنسودنکې
V1	په څلورمه بين الضلعي مسافه ، بني خواته دسترنوم هډوکي ته نيژدي .	Septum
V2	په څلورمه بين الضلعي مسافه ، کيني خواته دسترنوم هډوکي ته نيژدي .	Septum
V3		قدامي برخه نيغ په نيغه د V2 او V4 ترمنځ
V4	کيني خواته پنځمه بين الضلعي مسافه په منځني Clavicular کرني باندې.	قدامي برخه
V5	کيني خواته پنځمه بين الضلعي مسافه په قدامي Axillary کرني باندې.	وحشي برخه
V6	کيني خواته پنځمه بين الضلعي مسافه په منځني Axillary کرني باندې.	وحشي برخه



۲-۵۰ گڼه انځور د تهر د ليدونو ايسنودل ليدل کيږي..

د ECG کاغذ ځانگړې گرافيک کاغذدی چې د کوچنيو او غټو مربعوڅخه چې په افقي او عرضاني ډول ويشل شوی جوړ شوی دی د ECG کاغذ د ماشين څخه په 25 mm/sec سرعت سره تيريري نوهره کوچنی مربع په 0.04 ثانيو کې د ماشين څخه تيريري څرنگه چې د پنځه کوچنيو مربعو څخه يوه لويه مربع جوړه شوی ده نو د يو لويي مربع وخت 0.2 ثانيو سره برابره ده .

يوه کوچنی مربع يو ملی متر اوږدوالی لری نو يوه لويه مربع پنځه ملی متر ه دوام کوی کاغذ .

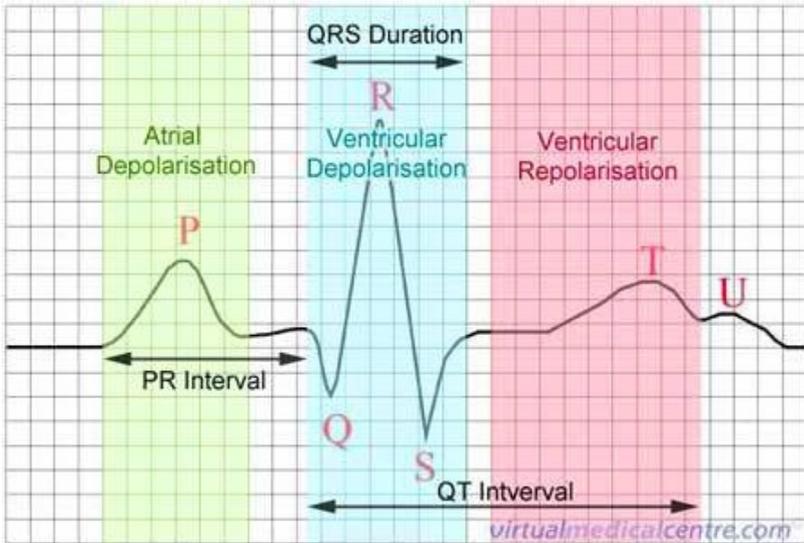
څپي (wave) ، فاصلي (Interval) او سگمنتونه

څپي : Wave : د کاغذ پرمخ د مثبتو او منفي بدلونونو څخه عبارت دي ، چې د ځانگړي کاغذ پرمخ د ايزو الکتریک کرنيي څخه بنسټه او پورته رسميري .

کمپلکس: گن شمیر خپي په کي گډون لري .

سیگمنټونه: یوه سمه کرښه چي د دوه خپو او یا کمپلکسونو ترمنځ بنګل کيږي .

انټروالونه: دسیگمنټ او خپو مجموعی څخه عبارت دي. دزړه په برقي گراف کي دبیلابیلو خپو ، انټروالونه او سیگمنټونه بنودل شوي دي.



۱-۵۱ - گڼه انځور دزړه په برقي گراف کي خپي او انټروالونه دزړه

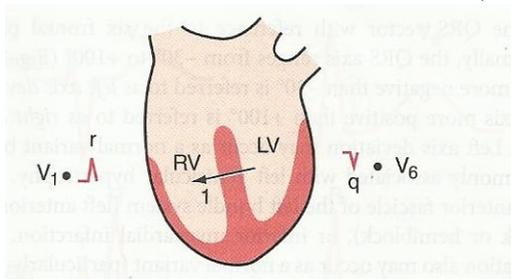
یو بشپړ سیکل بنیي

P-wave: P-څپه: د ازیڼاتو د ډیپولایزیشن له امله منځ ته راځي چي لمړی بنی ازیڼ او وروسته چپ ازیڼ ډیپولایز کيږي دوام یی 0,10 ثانی دی (HUT) نو په دی اساس د وکتور مثبت قطب II ستندرد لیډ او منفي قطب AVR کی ثبتيږي. نو ویلای شو چي نارمل P په لیډ II کی مثبت او AVR کی منفي وی. په لیډ V1 کی نارمل P کیدای شی Bio

phasic یعنی دوه برخى ولرى چى مثبتته برخه يى د بنى اذین او منفى برخى يى د چپ اذین ډیپولارایزیشن پورى تړاولرى .

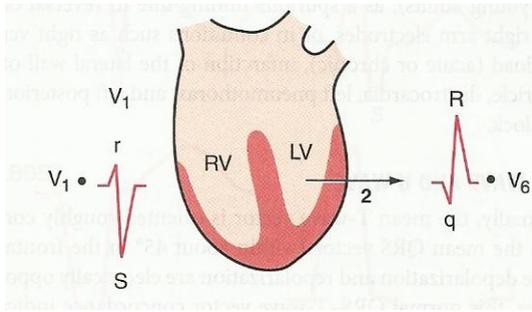
QRS Complex: د بطيناتو د ډیپولارایزیشن څخه منځ ته راځى دوام يى باید د 0.12 څخه زیات نه وی چى په دوه غټو پړاوونو (major phase) ویشل شوی دی

لمړی پړاو: چى بطين پردی (vitricular septum) د ډیپولارایزیشن څخه عبارت دی چى د چپ لورى څخه شروع او بنى طرف ته حرکت کوی نوله دی کبله V1 لید q ثوه وړوکى r (septal r) او په V6 لید کی ثو وړوکى (septal q) رسمیرى



۲-۵۲ ګڼه انځور

دوهم پړاو: د چپ او بنى بطين هم مهاله ډیپولارایزیشن رامنځته کیرى نو څرنگه چى چپ بطين پنډ دی نو وکتور چپ او خلفى خواته حرکت کوی. نو په V1 کی کوچنى r او ژور S- او په V6 کی کوچنى q او اوږد r رسمیرى. په بین البینى لیدونو کی د R موجه لوړوالی تدریجاً زیاتیرى. او د S موجه ژوروالی کمیږى چى معمولاً په V3 او یا V4 کی د r لوړوالی او د S ژوروالی سره مساوی کیرى چى دی ته transational zone وایى



۲-۵۳ گڼه انځور

T څپه : دا هم مثبتنه موجه ده ، چي د QRS کمپلکس په تعقيب منځته راځي . چي د بطيناتو ريپولرايزيشن رانبييي. چي د Epicard څخه اندوکارډ طرف ته ترسره کيږي Har

U څپه : U کوچني گرده موجه د 1 ملي متر څخه کم وروسته د T څخه رامنځته کيږي چي د Intraventricular conduction سيستم دريپولرايزيشن څخه رامنځ ته کيږي يو شمير حالاتو کي U څپه په غير نورمال ډول سره لوړيږي لکه د پوتاشيم کموالي ، کينيډين ، Sotalol ، Amiodarone ,Defetilide پروکايين اميد کارونه ډيره غټه U څپه د Torsados de points نښه ده.

QT انتروال: دا د QRS کمپلکس دپيل څخه د T موجي تړپاي پوري فاصله ده ، دا په مجموع کي ټول د بطيناتو فعاليت رانبييي. د بطيناتو د ډيپولرايزيشن او ريپولرايزيشن بنودنکي ده

په نورمال حالت کي نوموړي د $445 = (440\text{msec})$ په شاوخواکي نورمال اټکل شوي ده .په ځينو ماخذونو کي پورتنی نورمال حد 430msec په نارينه وکي او په ښځو کي 450msec پوري نورمال بنودلي ده.

۱۸-۲ گڼه جدول دپورتنیو ایتروالونو او څپو نورمالي اندازی په لاندې ډول دي

دوام (Duration)	دڅخه تر	ایتروال
0.07 (70m sec) څخه تر 0.11 (110msec)	د Q څخه پیل تر S تر پای پوری	QRS
0.09 (90msec) څخه تر 0.20 sec (200msec)	د P څخه پیل او Q تر پیل پوری	PR
۴۰۰-۴۲۰ ملی ثانیو پوری	د Q څخه پیل د T تر پای	QT
۸۵۰ ملی ثانیو پوری	د دو R څخه تر بل R پوری	RR
0.44sec (440msec)	-----	QTc
30-څخه تر +100 درجو پوري		QRS Axis

• دنورمال برقي گراف تحليل او ارزونه :

دزړه دبرقي گراف دسم تحليل او ارزوني دپاره دقت او پام په كار دي دناروغ عمر ، جنس او كلينيكي حالت ته پام وشي ، ددي دپاره چي دزړه برقي گراف په سم ډول واخيستل شي اوسمه ارزونه يي وشي لاندې ټكي ه په پام كي ونيول شي :

• Standardization كول يعني په سم ډول الكتروډونو ايښودل او دجيب څخه د الكترونيكي وسايلو لري كول ، رېتم ، دزړه رېتمه يعني منضم

دي که غير منظم اړيکي د P او QRS سره ، QRS ائتروال ، PR ائتروال ، QT/QTc ائتروالونو اندازه ، د QRS برقي محور ، د P څپي مورفولوژي دوام Axis ، د R څپو Progression ، د غير نورمال Q څپي ، د ST سگمنت ، د T څپه او د U څپه .

د پورته ټکو په پام کې نيولو سره به مو د زړه برقي گراف سم ارزولي وي . ځکه په سم ډول د زړه د برقي گراف ارزونه اړينه ده ، چي دکلنيکي حالت سره بايد سمون ولري ، لکه سينوس ټکي کارږي د QRS او QT د اوږدوالي سره يوځاي وي همدارنگه دناروغ دماغي حالت په برخه کې پوښتنه وشي ، ځکه چي د ترابي سايکلېک اتبي ډيپراسانت زيات کارول هم د زړه د برقي گراف د بدلون لامل کيږي .

په لنډ ډول بايد ووايو چي د زړه د برقي گراف داخيستلو پرمهال د تاريخچي اخیستل هم اړين دي .

د زړه برقي محور: د زړه برقي محور کيدای شي مختلفو خواو ته انحراف وکړي .

۱- Right axis deviation: کله چي Axis مثبت ۹۰ درجي اويال له دي څخه زيات وي نو Right axis deviation بلل کيږي چي په AVL او لومړي Standard ليد کې ژور S او اوږد R په AVF او دريم ستندرد ليد کې څرگندېږي اويال ويلي شو چي د R موجه په دريم ليد کې نظر دوهم ليد ته اوږده او هم د دوهم ليد R موجه د اول ليد څخه اوږده وي . يعني $(R_{III} > R_{II} > R_{I})$

۲- Left Axis deviation: که چيري Axis د صفر څخه کم وي نو Left axis deviation بلل کيږي چي په دي صورت کې اوږد R په لومړي

ستندرد لید او AVL کي او ژور S په دریم ستندرد لید او AVF کي
خرگند یږي.

د Heart Rate محاسبه کول:

۱- که چیري د زړه ریټ منظم وي نو خرنګه چي د ECG د ماشين څخه د
ECG کاغذ په ۲۵ mm/sec کي تیر یږي نو هر ه غټه مربع چي ۵ mm دی
یعني ۵ غټي مربعي په یوه ثانيه کي تیر یږي چي ټولي ۳۰۰ غټي مربع پر
مینټ کیږي نو د زړه د ریټ د محاسبې لپاره دوه R ترمنځ غټي مربع
حساب یږي او پر ۳۰۰ تقسیم یږي د مثال په ډول که د دوو R ترمنځ پنځه
غټي مربع وي چي دا په ۳۰۰ تقسیم شي نو Heart Rate به ۶۰ وي.
همدرانګه کولاي شو د دوو R ترمنځ کوچني مربع حساب کړو او په ۱۵۰۰
یې تقسیم کړو.

بل اسانه میتود یې داسی دي که چیري د دوو R ترمنځ یوه غټه مربع وه نو
د ناروغ Heart Rate به ۳۰۰ پر دقیقه، که د دوو R ترمنځ دوه غټي مربعي
وي نو ناروغ Heart rate به ۱۵۰ پر دقیقه که چیري د دوو R ترمنځ دري
غټي مربع وي نو Heart Rate به ۱۰۰ که د دوه R ترمنځ ۴ غټي مربع وي
Heart Rate به ۷۵ که چیري ۵ غټي مربعي وي Heart Rate به ۶۰ او که
شپږ غټي مربعي وي نو Heart Rate به ۵۰ په دقیقه کي وي.

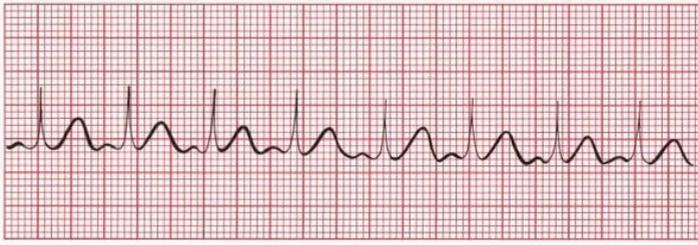
0- که ریټم غیر منظم وي نو په دي حالت کي د QRS فاصلي سره
مساوي نه وي نو د زړه د ضربان د شمیرلو لپاره ۱۵ لویو مربعو
کي QRS complex تعداد شمیرل کیږي او وروسته همدغه
تعداد په ۲۰ کي ضرب یږي.

سینوس تکی کارڈیا :

دایو منظم Sinus ریتم دی چی دقیقی یی له 100 خخه زیاتیری په دودیز ډول ۱۰۰-۱۲۰ وی مهم لامل یی تمرین ، هیجان - دزړه احتقانی عدم کفایه دوینی کم والی تایروکسیتوزس شاک ، درد ، تبه مایوکارڈایتس بیړنی وینه ورکول امیدواری ، اتروپین زیات کارول ، او نور درمل لکه Nifedipine اخستنه دی.

په ECG کی PR Interval د 15 کوچنیو ربعو خخه کمه وی او P-QRST نارمل وی د P خخه په V1 کی بایوفزیک او په دویم ، دریم او AVF کی پورته خواته وی

ساینوس تکی کارڈیا په تدریجی ډول رامنخته کیږی د کروتید مساج سره په متوسطه کچه او تیریدونکی ډول ورو کیږی اما په انی ډول لمنځه نه ځی.

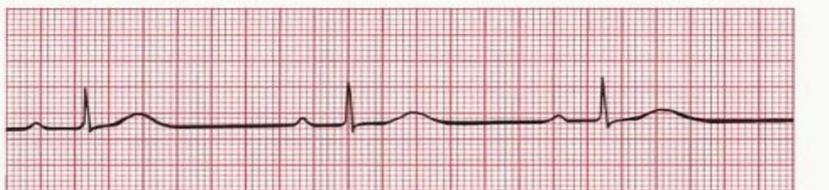


۵۴-۲ گڼه انځور

سينوس برادېي کارډيا :

د اهم يو منظم sinus ریتم دی چی د SA نوډ څخه منشا اخلی په یوه دقیقه کی د 60 څخه کم وی که د 45 څخه بنکته شی شدید حالت دی چی د ساینوس نود پتالوژي باندي دلالت کوي.

غوره لامل یی منډه وهونکی ، ژور خوب ، مکزوډیما ، Obstructive ژیری ، کوپری داخلی فشار لوړوالی ، Vasovagal حمله ، Sick sinus syndrome دزړه بلاکونه ، Hypersensitive Carotid Sinus هایپوترمیا او دیجیتیل ، بیتا بلاکر درملو کارونه دی په ECG کی PR interval د 25 کوچنیو مربعو څخه زیاته او د P-QRST نارمل وی د P څپه د واگس د تون دزیاتوالی له کبله تپته وی اوهری P څپی پسی QRS کمپلکس موجود وی او QT اتروال تراخری بریده نارمل وی .



۲-۵۵ گڼه انځور

سينوس اريتميا:

پدي حالت کې په سيستماتيک ډول سره د شهيق په وخت کې دزړه ضربان زیات وي او ذفير په وخت کې کمیږي ، د SA نوډ فعالیت نورمال اوتونوميک اعصابو پوري اړه لري دواگس تنبه په واسطه لکه کروتید مساز سره کمیږی او دواگولایتيک حالاتو لکه تمرین سره زیاتیري او په کوچنیانو کې په نارمل ډول شتون لری ، که چیري د شهيق په وخت کې

اویا د وضعیت په تغیر سره د زړه ضربان ورک شي نو په اتونوميک نیوروپتی پوري اړه لری په ECG کی په تدریجی ډول RR اتروال اوږدیږی او په تدریجی ډول کمیږی PQRST نارمل وی .



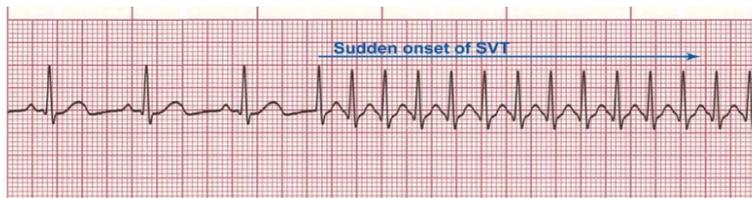
۲-۵۶ گڼه انځور

Paroxysmal supra ventricular ټکي کارډیا :

د زړه د ضربان ناڅاپي زیاتوالي ته وایي ، چي د تنبه مرکز د سینوس نوډ څخه دباندې ځای لري په ناڅاپي توگه پیل کیږي او په ناڅاپی ډول له منځه ځي د زړه ضربان د ۱۴۰ - ۲۲۰ په یو دقیقه کی په منظم ډول وي د موقعیت له نظره په دوه برخو ویشل شوي دي :

۱: Supra ventricular: چي اذیني عقدي دري واړه برخي پکي شاملې دي .

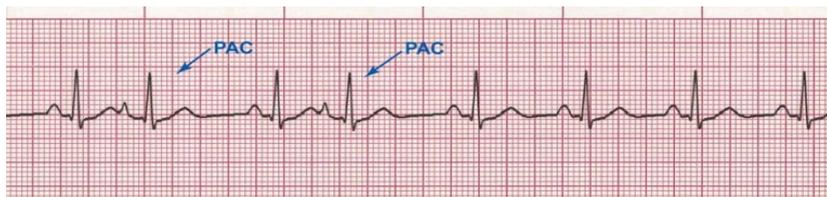
۲: بطیني: په Supraventricular کي بطیني کمپلکس نورمال وي او P د موجه د زړه په برقي گراف کي موجوده او په واضح ډول نه ښکاري ، په دوامداره شکل د ST سکمنت Depress او T منفی وی ، RR فاصلي سره نژدې شوي وي ، په بطین کي د بطیني کمپلکس شکل موجود وي ، د بطیناتو حرکات د بطین مرکز پوري اړه لري اود سنیوس نوډ سره کومه اړیکه نلري د زړه ضربان ۱۲۰-۲۲۰ په یو دقیقه کی رسیږي .



۲-۵۷ گنجه انځور

دازیناتو مخکی له وخته تقلص (PAC)

هغه Ectopic Impulse ته ویل کیږي چې دوخت څخه مخکی په ازین کی رامنځته شی په ECG کی P موجه مخکی له وخت څخه وی دنارمل P څخه توپیر لری کیدای شی پورته ، منفی او یا Biphysic وی او کیدای شی Bizarre وی Ectopic P کیدای شی د Block او یا QRS پواسطه تعقیب نشی . غوره لاملونه یی زیات چای ، کافی ، سگرت ، الکول کارونه دی همدارنگه په Anxiety ، روماتیک ، اسکیمیک ، تایروتوکسیک ، هایپروتینسیو دزړه ناروغی او کاردیوماپویتی دي



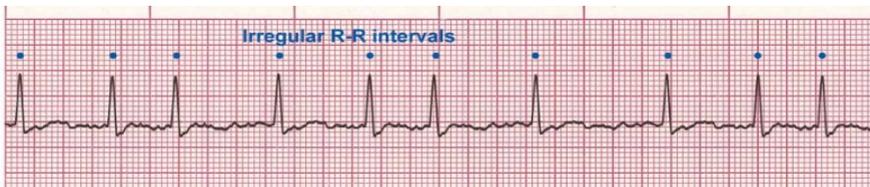
۲-۵۸ گنجه انځور

اذیني فايبريليشن:

اذیني فايبريليشن یوه ډیره مهمه عامه اریتمیا ده ، اذینات په سریع او غیر منظم ډول په یوه دقیقه کی 300 الی 600 ځله تقلص کوی د بطین ځواب هم سریع او غیر منظم وی په یوه دقیقه کی 120 الی 160 اما

کيدای شى د 200 څخه هم زيات شى . لنډه دا چي په اذین کي حرکات ډير زيات خو اغيزمن نه وي او د AV نوډ بلاکونه په بيلابيلو درجو سره شتون لري ، 4:8 او 2:4 بطیني ریتم هم غیر منظم وي Puls deficit موجود وي او د زړه په برقي گراف کي د FF غیر نورمال څپي ليدل کيږي ، بطیني کمپلکس نورمال او د RR فاصلي غیر منظم وي.

ددی ډول اريتميا غوره لامل روماتيک (ميترال تنگوالی) اسکيمیک ، هایپر تنشن، تايروتوکسوزيس، کارډيو میسوپتی ، پریکارډایټس ، میوکارډایټس درمل لکه دیجیتل Emetin ادرینالین دی په COPD کور پلمونل او نور دی Lone atrial fibrillation یو ډول ATF دی چی 60 کلنی څخه پورته عمر کی رامنځ ته کيږی او کوم ارگانیک افت په زړه کی نه شو پیدا کولای.

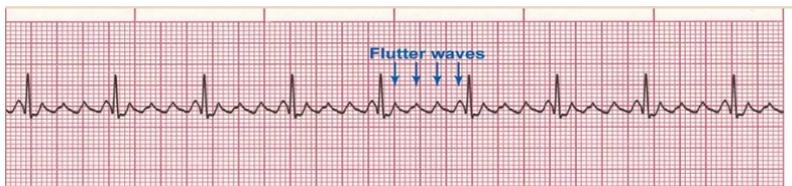


۲-۵۹ گڼه انځور

Atrial Flutter : په دی صورت کی ازیڼ منظم یوه دقیقه کی -260 300 پوری تقلصات کوی.

دهریو دو دری یا څلور ازیڼو تقلصاتو مقابل کی یو ځل بطین تقلص کوی یعنی ۲:۱، ۳:۱، ۴:۱ بلاک شتون لری معمول اسباب یی IHD د میترال دسام ناروغی تايروتکسیکوزس او کور پلمونل.

ECG تغییرات: P موجہ داری (Saw) پہ شان وی QRS نارمل دزپہ
 ریتم منظم کلہ کلہ کیدای شی غیر منظم وی پہ مختلفو درجو AV
 Block شتون لری خینی وخت سرعت او نظم د Fibrillation Flutter
 ترمینخ وی چی دی ته Flutter Fibrillation یا Coarse Fibrillation
 وایی .



۲-۲۰ گنہ انخور

AV Block: پہ دوه برخو ویشل کیری

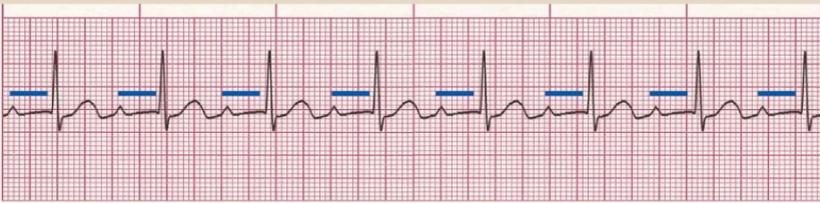
- نا تکمیلہ چی دوه ډوله دی لمړی درجه (First Degree) او دوهمه درجه (Second Degree) چی دا دوهمه درجه بیا دوه ډوله دی

1: Mobitz type 1 یا wenckebach او 2 mebitz

- بشپړ بلاک یا دریمه درجه دزپہ بلاک

الف: دزپہ لمړی درجه بلاک: په دی صورت کی د SA او AV ترمنخ د انتقال تشوش شتون لری چی په نتیجہ کی د PR فاصلہ د نارمل خخہ (0.20 sec) خخہ اوږدیری (یوه غتیه مربع) او د PR اوږدوالی په هر سایکل کی ثابت ډول وی ریتم منظم وی غوره لامل یی روماتیک میوکارڈایتس ، IHD ، ASD ، Ebstein

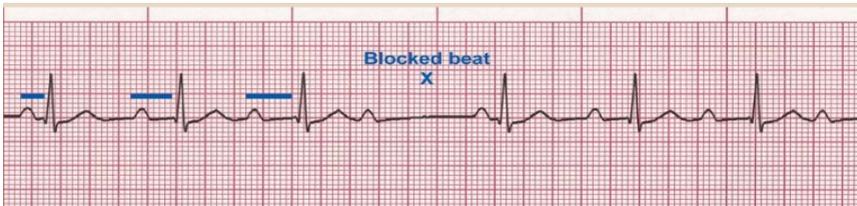
anomaly، پوتاشیم زیاتوالی، درمل لکه دیجیتیل، کیندین، بیتا بلاکر او ایدیوپاتیکی دی.



۲-۲۱ گنه انخور

ب: دوهمه درجه Av بلاک: په دوه ډوله دی

- Mobitz type 1: دلته بندښت Av کی دی PR فاصله ورو ورو اوږدېږي ترڅو چی
- یو p بلاک شی او QRS رامنځ ته نکړی نظر Mobitz type 2 ته سلیم سیرلري داډول بلاک زیادتره په سفلی حاد MI کی رامنځته کیږی.



۲-۲۲ گنه انخور

- Mobitz type 2: په دی صورت کی په وقفوی ډول سره دبطین داډین تقلصاتو ته ځواب نه ورکوی بندښت د AV څخه لاندی په His Bundle کی وی (Only ECG) ازین دهر ۲، ۳ یا ۴

تقلصو څخه وروسته بطین تقلص کوی PR فاصله کیدی شی نارمله یا اوږده وی مگر Fixed وی QRS متوسع او Bizarre وی زیادتره دا په قدامی MI کی څرگندیږی دانوعه بلاک خیم وی چي کیدای شی د سنکوپ لامل شی .



۲-۲۳ گڼه انځور

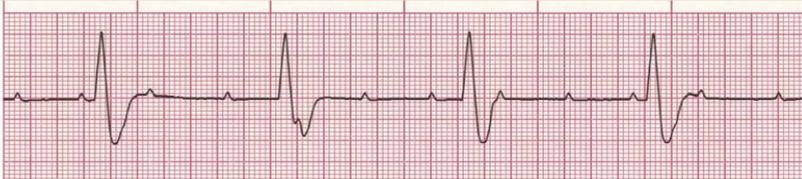
دریمه درجه AV بلاک (Third degree AV block) (یا بشپړ بلاک)

پدې ډول بلاکونو کې په بشپړ ډول داځیناتو څخه بطیناتو ته دسیالی په لیرد کې بندښت موجود وي . او یا د AV نوډ څخه بنسخته سیاله نه لیردیږي دزړه بشپړ بلاک یا Complete heart block په نوم یادېږي . داځیناتوریت پکې د ۲۰-۱۰۰ په یو دقیقه کې وي دبطیناتوریت د ۳۰-۴۵ په یوه دقیقه کې وي . ریتم یې معمولاً نورمال وي ، نو اځینات او بطینات په خپلواکه توګه عمل سرته رسوي . P د موجه پکې نورماله وي ، کیدای شي چې د QRS اتروال کې یا په T کې ننوتی وي . دریمه درجه AV بلاک د هغه اسکیمیا له کبله منځته راځي چې د کین کروني شریان له کبله منځته راغلي وي که بشپړ بلاک په اني ډول سره منځ ته راغلي وي نو د سنکوپ اوحتي مرګ لامل ګرځي ..

ECG تغیرات یی پہ لاندی ډول دی:

- P خپه د QRS خپی سره اړیکی نلری
- PR فاصله په بشپړ ډول سره توپیر لری
- دازین ریتم نارمل منظم وی
- د بطنین سرعت ۲۰-۲۰ فی دقیقه وی

غوره لامل یی ولادی Compleat Heart Block د کرونۍ شریان ناروغی میوکاردایتس، پیری کاردایتس، دیجیتل، کینیدین، پروکاین امید دوز زیاتوالی، Cardiac tumor اونور دی.



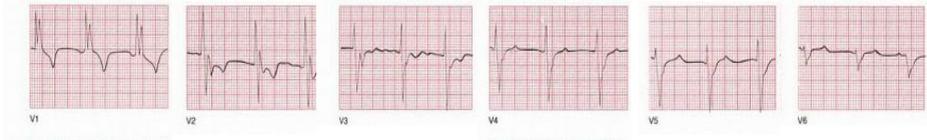
۲-۲۴ گڼه انځور

د بندل برانچونو بندښت (Bundle Branch Block):

په دی صورت کی د سیالی انتقال په بنی یاچپ Bundle branch کی بلاک کیږی

RBBB: کله چی په بنی بندل کی ساله بلاک شی په نتیجه کی د بنی بطنین دیپولایزیشن اوږد کیږی دا معمولاً په اورگانیکو ناروغیو دلالت نکوی که چیری QRS د ۱۰۰ څخه تر ۱۲۰ ثانپوری وی نو Incomplete او که له ۱۲۰ او یا له دی څخه زیات وی نو بشپړ بلاک راپه گوته کوی په ECG کی لاندی تغیرات لیدل کیږی:

- RSR یا rSR یا M ډوله کمپلکس په V1 او V2 کی او هم د Q صفحه په دی لیدونو کی شتون ونه لري.
- د S خپه په V5 ، V6 او I کی پراخه وی
- ST سگمنټ Depress او T خپه په V1 — V3 کی Inverted وي
- :Right axis Devision
- QRS په V1—V2 کی د 0.12 څخه کم یا مساوی او زیات وی.



:Left BBB

په دی صورت کی د چپ بطین Depolarization وروسته کیږی QRS پراخه او 0.12 څخه زیات وی د ډول بلاک د زړه ارگانیک ناروغي راپه گوته کوی

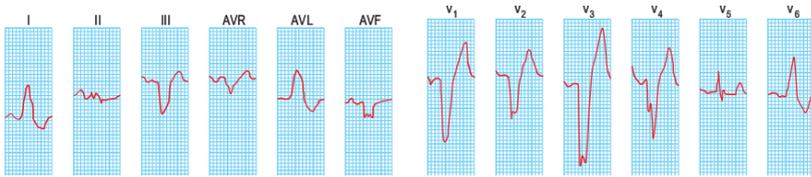
په دودیز ډول د څلورو غوره ناروغيو نښه ده چی معیوبیت او وفيات یی زیات دی دا ناروغي عبارت دی د زړه د کرونری شریان ناروغي چی چپ بطین یی اخته کړی وی ، د ابهر دسام ناروغي ، Hypertensive heart disease او Cardiomyopathy څرگدیږی انزای یی نظر RBBB ته خراب دی په ECG کی لاندی تغیرات شتون لری.

۱: RSR یا RSR یا M ډوله کمپلکس په V4—V6 ، I ، او avl کی . q خپه په دی لیدونو کی لمنځه ځی

۲: ST بنکتوالی او T منفی والی په I او V4—V6 کی

۳: QRS مسافه 0.12 ثانیو څخه په لید V1—V5 کې زیاته کمه او یا مساوی وي.

۴: Left Axis Devision موجودی .



۲-۲۶ گڼه انځور

د چپ بطنین هایپر تروپی :

هایپر تروپی د عضلی کتلی دزیاتیدوته ویل کیږی چی غوره لامل یی دوینی لوړ فشار د ابحر دسام تنگوالی دی په ECG کی لاندی تغیرات رامخته کیږی .

الف: Voltage Criteria: لوړ R په V3 او I ، V6 ، او avl کی

۲: ژور S په V1 او V2 30 mm او یا ددی څخه زیات

۳: د V5 یا RV6 د 27 mm څخه لوړ

۴: SV1 جمع RV5 یا V6 د 35 mm څخه لوړ یا 7 غتی مربعو څخه زیات

۵ : R په AVL کی د 11 mm خخه لوړ

۶ : دزړه محور (Axis) چپ خواته (-30^0) ته بی ځاینه شوی وی

۷ : Strain شتون: چی د T موجہ منفی والی اود ST سگمنټ مقعریت علوی طرف ته دی په لید I ، avl ، V5 ، او V6 کی لیدل کیږی

۸ : د SV3 او Ravl د 28 mm خخه په نارینو کی زیات

۹ : SV3 جمع Ravl د 20 mm خخه زیات په بنځو کی

۱۰ : RV5 یا RV6 د 30 خخه زیات

Lead R د 14 خخه لوړ

SAVR د 15 خخه لوړ

RaVL د 12mm خخه پورته

RAVF د 21 خخه زیات

RV5 د 26 خخه زیات

RV6 د 20 خخه زیات.

د بنی بطین هایپر تروفی :

په ECG کی لاندی تغیرات لیدل کیږی

۱ : R په V1 کی د S لوړوالی

۲ : ژور S په V5 یا V6 کی

۳ : دزړه محور بنی خواکی بی ځایه شوی ($>+100$)

۴: د بنی بطن Strain شتون ST سگمنت Deprission او معقریت
بی پورته ورسره T موجه منفی په V1 avr او V3R کی

۵ : P—Pulmonal شتون

د بنی او چپ بطن هایپر توفی یو خای شتون :

ددی تشخیص ستونزمن دی کله د بنی بطن شواهد د چپ بطن
دهایپر توفی پواسطه پتیری او بنه ننبه یی په پریکار دیل لیدونو کی
د زره محور $+90 >$ یعنی بنی خوا کی وی.

مزمن Corpulmonal :

۱ : P- Pulmonal : په I، II، III او avf کی یی اوږده P دی

۲ : د زره محور بنی خوا وی

۳ : Low Voltage شتون د Emphysema له امله

۴ : RBBB

۵ : S1 ، S2 ، S3 ، سندروم یعنی د S شتون په I، II، III او IV
لیدونو کی

RavR د 5 mm خخه لوړ

$RavR > QavR$

SV5+RV1 یا V6 د 10mm خخه زیات

RV5 یا RV6 د 5 خخه کم

SV5 یا V6 د 7 خخه لوړ

حاد مایو کارڈیل انفارکشن او اسکیمیا :

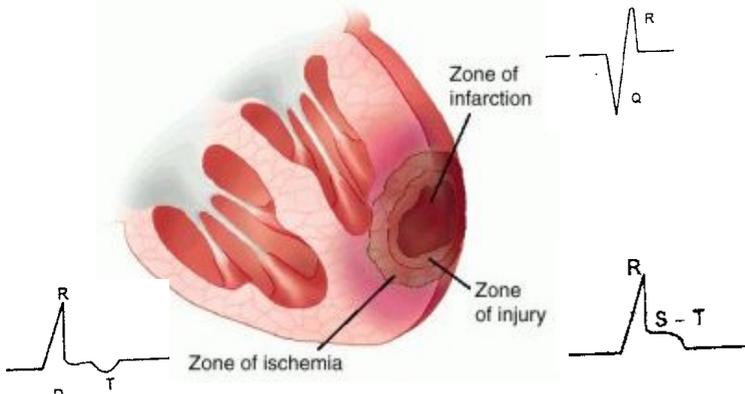
- دزړه اسکیمیا او حاد مایو کارڈیل انفارکشن کې دا اړینه ده چې دگن شمیر لیږونو په هکله معلومات ترلاسه شي . که چیرې دزړه زیاته برخه اغیزمنه شوي وي کیدای شي دوژونکي اریتمیا او کارڈیوجنیک شاک درامنځ ته کیدو و لامل شي .

دزړه عضلات دښې او کین کرونري شریانونو پوسيله چې دښې او کین اورتیک ساینس څخه منشا اخلي اروا کیږي کین کرونري شریان په دوه څانگو ویشل شوي. چپ قدامي نازلې او چپ Circumplex شریان. کین قدامي نازلې شریان چپ زړه او د زړه د پردې قدامي برخه اروا کوي اما چپ Circumplex شریان دزړه وحشي دیوال، دزړه څوکه د کین بطین شاتني دیوال یوه برخه او په قاعده کې د ښې بطین شاتني برخه اروا کوي. او ښې کرونري شریان ښې زړه او دزړه د پردې شاتني برخه اروا کوي.

اسکیمیا: دزړه انساجو ته داکسیجن درسیدنې کموالي ته وایي، پدې حالت کې په T څپه کې تغیرات رامنځته کیږي چې داڅپه سرچپه کیږي او ST خط محدب ښکاري.

هغه برخه چې په Injury اخته شي Infarcted برخه ددې پواسطه احاطه کیږي نو دا برخه منفي چارچ ځانته غوره کوي چې دهمدی ساحې څخه د برق جریان د جوړې ساحې په لوري وي چې په ECG کې په ST خط کې تغیرات رامنځته کیږي.

د Infarct ساحه کې د زړه عضلات مړه شوي وي د Polarized عمل نه ترسره کیږي نو په ECG کې Q صفحه رسمیرې چې په لاندې انځور کې ښودل شوي دي.



دزړه دبیرنی اوځنډنی اسکیمیا ناروغیو تشخیص کی ECG خورا زیات ارزښت لری . په دی ناروغانو کی د ECG تغیرات خوفکتورونو پوری اړه لری چی عبارت دی له :

- دوام : چی ایا اسکیمیا بیړنی ده او که ځنډنی
- پراخوالی : چی ایا ترانس مورل ده که Subendocardial
- ځای (Localization) چی ایا قدامی ، سفلی ، یا خلفی دی
- د پروسې طبیعت : چی بیا اصلاح کیدونکی (Reversible) او یا (Irreversible) دی . همدارنگه دنوروناروغیو شتون لکه د بطن هایپرتروفی او لیږدوونکی سیستم Defect ارزښت لری .

په بیړنی شدید اسکیمیا کی Resting membrane potential کمیږی اود اکشن پوتانشیل وخت رالندیږی دغه ډول بدلونونه دنارمل او اسکیمیا ځای ترمنځ دولتاژ په درجه کی د تغیر لامل ګرځی ددغی برخی څخه چی کوم برقی جریان تیریږی ددی اثرات په ECG کی پر ST راڅرګندیږی .

خو که اسکیمیا بیرنی او ترانس مورل وی پدی صورت کی ST
ویکتور بیرون خواته (Outer) یعنی Epicard خواته تغیر کوی او په ECG
کی ST-elevation خرگند پیری.

خینی وخت د اسکیمیا په اول وخت کی لوړه مثبتته T خپه چی د Hyper
acute T Wave په نوم یاد پیری د اسکیمیا د زون له پاسه منخ ته راخی که
چیری Subendocard په اسکیمیا اخته وی نو ST ویکتور به
subendocard او د بطین Cavity په لور متوجه وی نو ECG به
ST سگمنت ډیپریشن ولری .

ST سگمنت لوړیدل یا بنکته کیدل په لیدونو کی د شدید اسکیمیا
استازیتوب کوی چی دهمدی پر بنست حاد میوکار دیل انفارکشن په ST
segment elevated MI او NonSTEMI ویشل شوی دی.

۱۹-۲ گنیه جدول: په MI کی د موقعیت له نظره د ECG تغیرات

هغه شریان چی اخته شوی وی	هغه لیدونه چی تغیرات پکی څرگندیږی	داتوکس ځای
بڼی کرونی شریانی (RCA)	AVF او III-II	بڼکتنی (Inferior)
چپ قدامی نازلہ (LAD)	V2—V1	پرده (Septal)
چپ قدامی نازلہ (LAD)	V4—V3	قدامی (Anterior)
چپ قدامی نازلہ (LAD)	V4—V4	قدامی پرده (Antero septal)
چپ قدامی نازلہ (LAD)	V6 تر V1 AVL , I پوری	پراخه قدامی (Extensive Anterior)
Circumflex شریان (CIRC)	V5 AVL , I تر V6 پوری	جنبی (Lateral)
CIRC	AVL , I	پورتنی جنبی (High Lateral)
بڼی کرونی یا CIRC	متبارز R په V1 کی	خلفی (Posterior)
RCA	ST لوړوالی په V1 کی او ځانگړی V4R د سفلی انفارکشن په شتون کی	بڼی بطن (Right Ventricul)

باید وویل شی چی یوه نارمل ECG د اسکیمیا یا حاد انفارکشن تشخیص نشی ردولای په یو شمیر نورو حالاتو کی هم د ST سگمنت T خپه او Q خپی تغیرات رامنځ ته کیږی چی باید د IHD خخه توپیر شی لکه حاد پریکارایتس چی ST سگمنت پکی لوړ وی همدارنگه hyper acute T د پوتاسیم په زیاتوالی ، Cerebro Vascular Injury او د چپ بطن د بار په زیاتوالی کی رامنځ ته کیږی .

که چیری ST سگمنت لوړوالی او لوړه T په V1 او V2 کی ولیدل شی دابه په LBBB او د چپ بطن په هایپر تدوفی دلالت وکړی .

په MI کی د پتالوژیک Q ځانگړتیاوي عبارت دي له:

- وسعت یی زیات او دوام یی هم د 0.04 ثانیو خخه زیات وي.
- ژوروالی یی په دودیز ډول د ۴ ملي مترو خخه زیات وي.
- په دودیز ډول په لوړوالی یی د R دخپی 1/4 وي او وروورو د R دخپی لوړوالی راکمیږی.
- پتالوژیک Q په خولیدونوکی رامنځ ته کیږی دیبلگي په ډول که دسلفی دیوال انفارکشن شتون ولری نو Q خپه به دوهم دریم او AVF کی ولیدل شی.

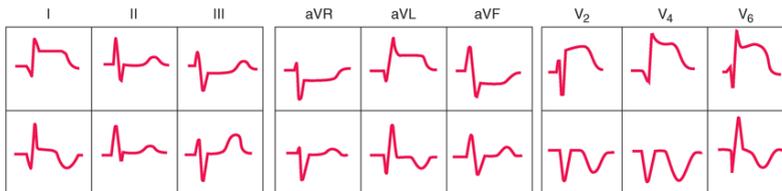
د Q خپی توپیری تشخیص د فزیولوژیک ، بطنی هایپر تروفی ، حاد او مزمن Noncronicary میوکارډیل Injury ، هایپر تروفیک کارډیومیو پتی ، او بطنی انتقالیه بی نظمیو سره په پام کی وی .

غیر نارمل Q خپه یا pseudo infarction کیدای شی د زړه په ناروغیو کی چی اسکیمیا شتون ونلری هم رامنځ ته شی لکه Ventricular pre-

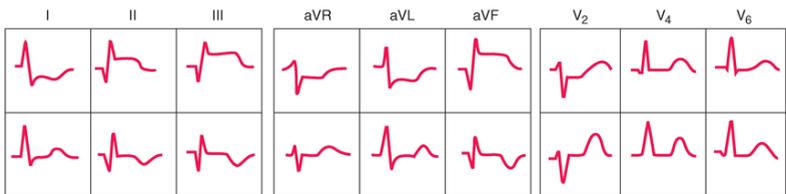
excitation ، دزړه امیلیدوزیس ، سارکیودوزس ، میوکاردایتس ،
ادیوپاتیک یا هایپر تروفیک کاردیومیوپتی او د سرو په ځنډنی
ناروغیو کی ولیدل شی.

ډیجیټل ، د بطناتو هایپر تروفی ، دپوتاسیم کموالی اونور ځینی
فکتورونه د ST سگمنت د ټیټوالی سبب گرځی چی Subendocardial
اسکیمیا تمثیلوی .

T موجی پرمختلی Inversion په بطنی هایپر تروفی ، کاردیومیوپتی
، مایو کاردایتس ، او د Cerebrovascular injury کی منځ ته
راځی. د ازیناتو په انفارکشن کی د PR په سگمنت کی Division د ازین
د Injury له امله رامنځ ته کیږی د P څپی په موفولوژی کی که تغیر
راشی او یا به Atrial Arrhythmia منځ ته راوړی.



۲-۲۹ ګڼه انځور قدامي انفارکشن رانښيي. لومړي وخت



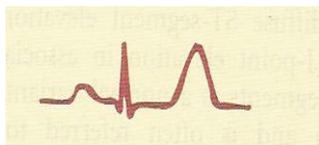
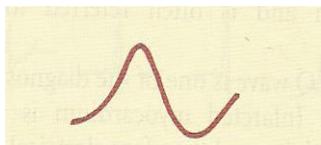
۲-۲۹ ګڼه انځور خلفي انفارکشن رانښيي. وروستی وخت

دد درملو اومیتابولیک فکتورون اغیزی پر ECG :

زیات شمیر میتابولیک حالات او درمل په ECG کی بدلون لامل گرځی
په ځانگړی ډول د Repolarization (ST-T-U) او ځینی وخت د QRS
داوردوالی سبب گرځی .

هایپر کلیمیا که د خفیفی څخه تر متوسطی کچی پوری وی (5—7
mEq/L) نولور متناظر T چی Base یی تنگ وی (Narrow) رامنځ ته
کوی

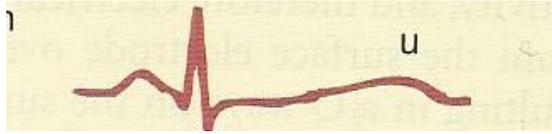
که د پوتاسیم سویه د 8—11 mEq/L وی نو QRS پراخه ، PR اوږد او
P څپه به ورکه شوی وی کیدای شی بطیننی اریتمیتا یا Sinus بردی
کار دیا رامنځته کړی.



۲-۷۰ گنه انځور په متوسطه کچه K زیاتوالی د پوتاشیم ډیر زیاتوالی م

م

د پوتاسیم کموالی د ST سگمنت ډیپریشن ، T څپی هوار کیدل یا منفی
کیدل ، لوره مثبت U څپه ، اوږد QT د U څپی له امله PR څپی
اوږدوالی او نادر آد SA بلاک شتون لامل گرځی لاندې انځور کې بنودل
شویدی.

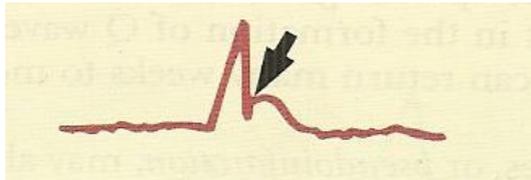


۷۱-۲ گنجه انځور

کلسیم زیاتوالی د QT مسافه د ST سگمنت لندوالی له امله لنډوی .
د کلسیم کموالی د QT مسافه د ST سگمنت داوږدوالی له امله
اوږدیری .

ډیجیتل د ST سگمنت ټیټوالی ، د T موجی هواره یا بنسکته ، QT
مسافه لنډه او د U د خپی دلوږوالی لامل کیږی . همدارنگه یوشمیر
درمل چی د اکشن پوتانسیل وخت اوږدوی د QT مسافی داوږدوالی
سبب گرځی لکه Quinidin ، Disopyramide ، Procainamide ،
Tricyclic antidepressant ، Phenothiazine ، Sotalol ،
Amodiaron ، همدارنگه په CVA کی QT اوږدیری T خپه ژوره او
پراخه وی .

په هایپو ترمیا کی هم Repolarization اوږدیری او د J-point convex
elevation پکی مینځ ته راځی (Osborn wave) په لاندې انځور کې
ښودل شویډی .



۷۲-۲ گنجه انځور

دقلبي سيستم لنډيز

دزړه په ناروغي اخته ناروغ د سالنډي، جهدي اورتوپنيا، PND، توخي، سيني درد، پرسوب، دزړه ټکان، سنکوپ حملاتو او intermittent claudication څخه گڼله مند وي.

فيزيکي معاینه

لومړی ناروغ ته ۴۵ درجو وضعیت ورکول کېږي سینه باید لوڅه او په داسي ځاي کې کتنه ترسره شي هوا يي معتدله او کافي طبعي رڼا ولري.

تفتيش

ناروغ د Turner's، Marfan's، او Down syndrome، روماتيک تشوشاتو لکه Ankylosing spondylitis، اکروميگالي، سالنډي، سيانوزس، ژيړی او Cachexia لپاره تنفتيش شي.

دناروغ په لاسونو کې محيطي سيانوزس، داتساني اندوکارډايتس محيطي نښي لکه Splinter hemorrhage، Osler node، Jane way، lesion، Tendon xanthoma لپاره وکتل شي.

دناروغ مخ ته ځير شي سوروالي لري که نه که موجود وه نو Mitral او Pulmonary په تنگوالي دلالت کوي همدارنگه ژبه او خوله دسيانوزس، Sclera دخسافت، ژيړي، زيړمي د Xanthelasma لپاره ولټول شي.

دغاړه معاینه د ارزښت وړ دی ودا جي وريد فشار، لوړوالي اوځانگړتيا ارزيابي شي باید نښي Internal J V دمعاينه لپاره غوره شي په شهيق کي دوريد تغيراتو ته متوجه اوسي. (Kussmal sign)

د پریکارډ ناحیه په ډیره توجه سره تفتیش شي سکار ، سوء شکل ، Apex Beat حای او Visible نبضان ته پاملرنه وشي هیڅ کله Pace maker box له یاده ونه وځي.

جس:

د ناروغ د نبض د جس کولو لپاره کعبري شریان څخه گټه واخیستل شي په نبض ، Rate ، ریتم ، وصف ، Radio femoral delay ته پاملرنه وشي همدرانگه کروټید نبضان ، کرکتر معلوم شي.

د ناروغ د ویني فشار په دواړو لاسونو کي او که ضرورت وي نو په پښه کي هم ولیدل شي او نوټ شي د ناروغ ځیگر د غټ والي لپاره جس شي او Splenomegaly داندو کار د ایتس لپاره جس شي.

د ناروغ Apex beat جس ، موقعیت یي تعیین شي نارمل نبضان په پنځمه چپه بین الضلعي مسافه کې یو سانتی متر وحشي طرف ته احساس کیږي د Apex beat وصف دارزښت وړ دي چی ډول ډول ځانگړتیاوي لري لکه Heaving apex beat ، Thrusting ، Tapping ته

Dyskinetic apex beat چی د زړه په عدم کفایه کې جس کیږي په یوه زیاته ساحه کې د جس وړ وي.

همدرانگه Tapping apex beat دمیترال دسام د تنگوالي چی لومړی اواز جس دي هیر نه شي.

همدرانگه Double یا درې گوني موجه Apex beat چې هایپر تروفیکل کارډیومایوټي کې دارزښت وړ دی.

همدرانگه Apical تریل جس کول دیاد خخه ونه وځي معلوم شي چی سیستمولیک دي که دیاستولیک.

د ورغویی پواسطه چپ Para sternal impulse جس شي چی دښي بطین توسع یا چپ اذین توسع راپه گوته کوي.

اصغاء

دمیترال دسام خخه شروع دواړه Bell او Diaphragm خخه گټه واخیستل شي په ځانگړي ډول هر Cardiac cycle اصغاشي لومړي اودوهم اواز معلوم شي او ددي اوازونو شدت، Split ارزیابي شي.

مرمر اوریدو ته خاصه پاملرنه وشي، دمرمر شدت، وصف، وخت، خپریدنه، دتریل شتون معلوم شي ناروغ په مختلفو وضعیتونو اصغاء شي لکه دملاستي وضعیت، قدام خواته تیتیدل، چپ اړخ ته لږ خخه تاوول دسرو قاعده دخلف له خوا د Basal criptation لپاره اصغاء شي وروسته Flank ناحیې اوځیگرد Bruit لپاره اصغاء شي.

پوښتنی

لومړي پوښتنه: دمایترل دسام دتنگوالي مرمړ په لاندې وضعیت کې ښه اوریدل کیږي.

الف: که ناروغ کیني او مخامخ تپته شي.

ب: که ناروغ چپ خواته وارول شي.

ج: که ناروغ ودرول شي.

د: که ناروغ ستوني ستاغ وي.

دوهمه پوښتنه: PMI په نارمل حالت کې

الف: ۵، ۱ ساتي متره ده.

ب: ۳ ساتتي متره ده.

ج: ۲، ۵ ساتتي متره ده.

د: ۳، ۵ ساتتي متره ده.

دریمه پوښتنه: د MI دناروغ د درد غوره وصف عبارت دي:

الف: نایترو گلايسرين او استراحت سره آرامیږي.

ب: خیري کیدونکي وصف لري .

ج: د Occipital څخه پورته خپریږي.

د: دوام يي له ۲۰ دقیقو څخه زیات وي.

څلورمه پوښتنه: پارادوکسیکل پلس په لاندې حالتو کې منح ته راځي.

الف: کانسترکتیف پریکارډایتس

ب: مایوکارډیل انفارکشن

ج: Cardiac temponad

د: ټول صحیح دي.

پنځم سوال: د چپ بطن هایپرتروفي نښه په ECG کې عبارت دي.

الف: ژور S په دریم لید کې.

ب: ژور Q په لومړي لید کې.

ج: SV1+ RV5 د ۳۵ څخه زیات وي.

د: R په دریم لید کې لوړ وي.

دریم خپرکی

دهضمي سیستم مفردات

Hematochezia: پیژندنه او لاملونه	گیلي:
Halitosis: پیژندنه او لاملونه	دیس فزیا پیژندنه او لاملونه
دمعدي معايي سیستم فزيکي کتني: تفتیش: دغابنـونو، وریـو، خولی، دخولي دتشی او دگيدي پلتنه	Odynophagia: پیژندنه اولاملونه
اصغاء: داستداري حرکاتواو Bruit	Aphagia: پیژندنه او لاملونه
جس: دگيدي دجس میتود، کړنلاره، دگيدي کتله (موقعیت)، قوام، تحرکیت، سايـز او شکل	Indigestion: پیژندنه او لاملونه
دخيگر، توري او صفرا کخوړی، پښتورگو، مثاني او ابهرجس میتود	دگيدي درد: پیژندنه او لاملونه
دگيدي قرع: Shifting dullness او Fluid Thrill	Aerophagia: پیژندنه او لاملونه
دکبدي او صفراوي لارو دناروغ گیلي:(ژپړی)	Flatulence، زړه سوخت، بی اشتهايي، زړه بدوالي، کانگی، Regurgitation، وزن کموالي، وزن زیاتوالي پیژندنه او لاملونه
	قبضیت: پیژندنه او لاملونه
	نس ناستي: پیژندنه او لاملونه
	Hematemess او میلانا: پیژندنه او لاملونه

دایو پیچلي سیستم دي چې د ډول ډول غړو څخه چې یو بل سره نښتي دي جوړ شويدي هر یو یې ځانگړي دنده لري دخولي څخه تر مقعده پوري امتداد لري او هم یوشمیر زیات اطراحي غدو لرونکی دی هضمي سیستم د لیږدیدني، هضم، جذب او دخوړو دمنځه وړلو دنده پر غاړه لري. همدارنگه ځیگر، پانقراص او صفراوي سیستم دهضمي سیستم یوه برخه دی. ددی ناروغانو غوره گیللي په دودیز ډول ناځانگړی وي او نښي یې هم کمی وي هغه وخت واضح څرگندیږي چی ناروغي مخ پر وړاندی لاره شي ددی ناروغانو غوره گیللي دیس فاژیا، دزړه سوخت، دهضم خرابوالي، زړه بدوالي، نس ناستی، کانگی، بی اشتهايي، وزن کموالي، ژیري، خارښت او نور دي. ددی ناروغانو د ارزیابي لپاره بشپړه تاریخچه او فزیکي کتنې اړین دي او په انتخابي حالاتو کې دمعدې معايي سیستم د دندو او ساختمان دمعلومولو لپاره ځانگړي ازمويني ترسره شي.

دهضمي سیستم دناروغانو غوره گیللي

دمری په تیروولو کې ستونځه (Dysphagia)

تعریف: دمری د تیروولو ستونځی ته ویل کیږي چې دجامدی او یا مایع غذا او یادواړو په وړاندی منځته راځي چی باید د Globus hystericus څخه چې په ستونیکي د lump احساس څخه عبارت دي توپیر وشي چې دا په عصبي ناروغانو کې رامنځته کیږي او کوم اورگانیک لامل نه لري نشو پیدا کولی او همدارنگه د Odyenophagia سره چې دمری تیریدو په وخت درد احساس دي توپیر شي.

دمری د تیرو لو د ستونځی لاملونه:

I: میخانیکي بندوالي

الف: دمری په دننه کې ستونزه

- که د Reflux Oesophagitis له کبله په مری کې Stricture رامنځته شوی وي.
- دمری یا معدی د Cardia کارسینوما .
- دمری یا حلقوم برخی موج (Esophageal or pharyngeal web)
- دحلق کڅوړی (Pharyngeal pouch)
- Schatzki(lower oesophageal ring)
- دمری ولادي Atresia
- دخولې، ژبي، حلق او مری التهاب
- سلیم تومورونه
- باندني اجسام (Foreign bodies)

ب: دمری څخه بهر لاملونه

- دټټر دهلوکي شاته د کتلي یا ابسي شتون
- برانکیل کارسینوما، دمید یا ستینوم تومور او او عیو فشار. (نادراً)
- غټ جاغور
- دچپ ازین غټوالي د میترال دسام په تنگوالي کې
- د ابحر انیوریزم

II : عضلي عصبي حرکي بی نظمي

چی دغه ناروغی دناروغ خخه د پوښتنی له مخي په گوته کیدلی شي چی ایا ناروغ دمایع اوجامدی یا دواړه ډوله غذا په وړاندی یو ډول ستونځه لري او دا ستونځه نوبتي ډول پیښیږي که نه؟

غوره لاملونه یي عبارت دي له:

Achalasia

- په مری کي خپور سپازم
- Scleroderma
- دپولیومیالایټس له امله د نهم لسم عصب فلج
- دمري Myopathy

III: په حلق کي دمري د تیرولو ستونځه:

په دی ډول دسپازیا کي دپزی خخه دمري Aspiration اودمایع بیرته راتلنه ترسره کیږي چی په لاندی حالاتو کي لیدل کیږي.

- کریکوفرنجیل دندی خرابوالي
- Zenker's diverticulum
- عصبي ناروغی لکه Bulbar or pseudobulbar palsy، مایستینیا گراویس ، پولیومیایوزایټس او مایوتونیک دیستروپی.

Dysphagia په اړوند باید چی دناروغ خخه لاندی پوښتنی ترسره کړل شي.

۱- ایاناروغ دمایع یا جامدی غذا او یا د دواړوپه وړاندی د تیریدلو ستونځه لري که ځواب یي هو وي نو حرکي ستونځه به شتون لري لکه Achalasia

۲- دناروغ خخه وپوښتي چی په کومه برخه کې مړی بندیري هغه ماوفه ساحه په گوته کې Esophageal carcinoma ته فکر وشي.

۳- ایا دمړی د تیرولو دوخت ستونځه نوبتي یا دوامداره وي که نوبتي وي نو د Eosinophilic oesophagitis ښکارندوي دي.

۴- دناروغ خخه دي پوښتنه وشي چی ستا ستونځه په پرمختللي ډول زیاته شوه.

۵- که ناروغ ته دمړی د تیرولو په پیل کې ټوخی پیداشي په Oropharyngeal dysphagia پورې به اړه ولري.

۶- ایا د تیرولو په وخت کې درد شته که وي نو Odynophagia به ولري.

۷- دناروغ خخه پوښتنه وکړي چی دزړه سوی یا Acid regurgitation ورته کله راجي او که نه؟

۸- ناروغ ته ووايي چی وزن دي کم شوی دی که نه؟

که ناروغ ته دخوړلو پیل کې ستونځه ولري او دناروغ دپوزی خخه خوړل شوي غذا راتلل ولیدل شوه په Pharyngeal dysphagia ته فکر کيږي چی دا په عصبي لامل پوری به تړاوي.

Odynophagia

تعریف:

که یو ناروغ دمړي تیریدوپه وخت د درد احساس وکړي Odynophagia ورته ویل کيږي چې کیدای شي پرته د Dysphagia خخه شتون ولري غوره لاملونه یې عبارت دي د peptic Eosphagitis ، دمړي زخمونه، انتاني ایزوفاجیتس لکه هرپس سمپلکس candidiasis,CMV چې معافیت

ځپلو خلکو کې رامنځ ته کېمې که مري داسيډي موادو له کبله التهابي شي او دمري تشق.

Aphagia: دمري پوره بندښت څخه عبارت دي چې په حاد ډول رامنځته کېږي او غوره لامل يې دغټي مري، بهرني اجسامو بنديدل دي.

Indigestion: دهضمي سيستم د پورتنې برخې يو شمير گيلې چې په مزمن او تکراري ډول رامنځته کېږي لکه د اپي گسټريک ناحيه، مبهم درد، سوځيدنه، ژر مړيدنه، ډوډي څخه وروسته د ډکيدنې احساس، زړه بدوالي، استفراقات، دگيډي باد. چې ۱۵% خلک په نري کې دوامداره ډول او ۸۰% خلک په نري کې کله کله ورڅخه گيله مند وي.

د کلينيکي بني پر بنسټ Dyspepsia په دري ډلو تقسيم شويدي.

۱- Reflux like dyspepsia (خولې ته د ترخو اوبو راتگ او دزړه سوخت يې بارزه گيله دی).

۲- Ulcer like dyspepsia (چې د اپي گسټريک درد يې غوره گيله ده دغذا خوړو او انتي اسيد سره ارامېږي)

۳- Dysmotility like dyspepsia (زړه بدوالي، ارگمي کول، نفخ وباد او ژر مړيدل يې غوره گيلې دي)

دلاملونو پر بنسټ په دوو گروپونو تقسيم شوي دي:

Organic dyspepsia چې لامل يې څرگند شي او وظيفوي يا Functional dyspepsia چې دې ته Non ulcer dyspepsia هم وايي او داسې تعريف کېږي:

که چيري يو ناروغ درې مياشتې او ددې څخه زيات دگيډي دپورتنې برخې نارامي، ژر مړيدنه، اپي گسټريک ناحيه سوخت يا زړه بدوالي ولري او کوم

ساختماني ابنا رملتي پيدانگړو چي تقريبا ۲۵% جمعيت کم تر کمه شپږ
خلي کال کي د Dyspepsia خخه گيله مندوي.

۱-۳ گڼه جدول: د Dyspepsia لاملونه

عضوي (Organic)	وظيفوي (Functional)
۱-د معدی او اثنا عشر تپ	۱- Anxiety
۲-گاستروايزوفاجيل ريفلکس	۲- د پيريشن
۳-کرون ناروغي	۳- نان السراتيف
۴- د زړه ،خپگر ،پښتورگو عدم کفايه.	۴- Irritable Bowel Syndrome
۵-درمل لکه NSAIDs ، انلجزيک ،اتي بايوتيک ، ميتفورمين ، الفا کلايکوزائيد نهي کوونکي استروجن ، ديچوکسين ، ACE inhibitor ، اوسپنه ، اوپيوم	
۶-اميدواري	
۷-د صفراوي کڅوړي ناروغی.	
۸-د الکولو کارونه	

Gastro intestinal Bleching

تعريف: Bleching يا Eruactatin په ارادي او غير ارادي ډول سره دمعدې
خخه دگازاتو راوتلو ته ويل کيږي دغه حالت د غذا وروسته کله چي په
تيريدونکي ډول سره دمري بنکتنی معصره خلاصه پاتي شي او معده
وپرسيږي منخته راځي دا يوه نارمل ريفلکس پيښه ده چي د دندی په خرابي
پوري اړه نه لري.

خرنگه چي دهرې مړې يا کپلې د تيرو لوسره د ۲-۵ ملي ليتر پورې هوا بلع کيږي که ددی بلع شوي هوا کچه زياته شي چی معده کي Flatulence, distention او دگيډي د درد لامل وگرځي نو په پايله کي Bleching څرگند يږي.

لاملونه

چټک خوړل، د ژاموسره ژوول، سگرت څکل، دکار بوناتيد مشروباتو خوړل، فزيکي زيان چی دنارمل بلع کولو مخه نيسي لکه ill fitting Nasal obstruction، dentures

دگيډی درد

دگيډي درد ډير لاملونه لري چی دقيقي تاريخچې اخستلو سره کولای شو لامل يې څرگند کړو.

دگيډي درد ډولونه:

۱- حشوي درد: دگيډي دخالي (Hollow) غړو څخه لکه کلمي کله چی متوسع اويا په قوت سره تقلص وکړي اويا کله چی د جامد غړو لکه څگر ياتوري کپسول کش شي پيدا کيږي دا درد متقطع ډير کم Localized وصف يې Dull، کوليکي، سوخت لرونکي اويا Cramping وي.

۲- جداري درد: کله چی جداري پريتوان التهابي شي لکه په اپنډيسائيس، پريتونايتس کې داډول درد معمولاً موضعي او دوامداره وي دټوخي او حرکت سره زياتيږي نظر حشوي

درد ته شديد وي ناروغ کوبنښن کوي چی دملاستي وضعيت غوره کړي.

۳- Referred pain: لکه دپانکراس او پښتورگو درد چې ملاته، صفاوي کڅوړي درد ښي اوږي اودتوري درد چپي اوږي ته خپريږي د بطن څخه بهر ناروغي لکه MI يا سينه بغل چي درد يي کيدای شي بطن ته خپور شي. که ناروغ د گيډي درد څخه گيله مند وي نو لاندې ټکي په پام کې ونيول شي:

- ۱- د درد دوام او Pattern: دا د درد په طبيعت او شدت کي مرسته کوي.
- د بطن کولیکي درد شديد Crampy وي او ناروغ ژړا ته اړ باسي دکم وخت لپاره ثانيو يا دقيقی دوام کوي او بيا کميږي
- د متوسط خط درد معمولاً حشوي وي او دخالي احشاو دتوسع له کبله رامنځته کيږي.
- د نو شاوخوا درد زياتره د کوچنيو کولمو ناروغي څرگندوي لکه د کولمو حاد بندښت.
- Somatic درد: پريټوان اخته کيدو باندې دلالت کوي اوزياتره تيز، موضعي اوناروغه ځای پوري تړاو لري لکه Right Iliac fossa درد په اپنډيسيت کي Right hypochondrium درد دکبد دکپسول دکش والي له امله په هيپاتوميگالي کي اود Loin درد د پښتورگو په ناروغيو کي.
- دپانکراس درد چی دوامداره د Epigastric درد دي په قسمي ډول سره دناستي او Leaning forward وضعيت کي اراميږي شاته خپريږي.

۲- شدت او شروع يي (speed and Onset)

که چیري یو غیر عرضي ناروغ کي په اني ډول دگیدي شديد درد پیداشي په تيزي سره زياد منتشر او ثابت پاتي شي د خالي اورگانونو پرتشقب، بطني ابحر انيوريزم (شکيدنه) اويا ميزانتریک انفرکشن دلالت کوي.

که د درد حملي څخه وروسته شاک رامنځته شو نو داخل البطني وينه ورکول، سپسس، ابحر انيوريزم شکيدنه او Ectopic حمل راپه گوته کوي.

Ovary د اوخصيو شديد Torsion دگیدي درد رامنځته کوي چی زړه بدوالي ورسره مل وي د Sigmoid اوسیکوم Torsion په اني ډول دگیدي درد لامل گرځي چی په حاد ډول دکلمو بندښت رامنځته کوي که چیري دگیدي درد دوامداره خوشاعته اويا ورځي وي نوالتهابي ناروغي لکه اپنډيسائیتس، داورتیکولولائیتس ښکارندوي دي.

۳- د درد انتشار

هغه درد چي د ځانگړي عضوي څخه منشا اخلي ځانگړي لوري ته خپریږي لکه بني اوږي ته د Hepatobiliary ناروغيو او حجاب حاجز پلوريزي، چپي اوږي ته د Spleen ناروغي، شاته منځني برخي ته دپانقراض ناروغي، Flank ته بولي جهاز ناروغي او Groin برخي ته د Genitourinary tract ناروغي.

۴- اراموونکي او تشديد کوونکي فکتورونه:

خوراک کولاي شي دکلمو اسکیمیک درد زياد کړي.

انتي اسيد اوکانگي د Peptic ulcer او GERD درد کم وي.

غايطه موادو او باد خارجولو سره په موقتي ډول د کولون درد کيداي شي ارام شي.

Peptic ulcer درد کيداي شي د Stress ، الکول، NSAIDs او مصاله لرونکو خوړو سره زيات شي.

۵- د درد ضميموي اعراض:

۱- د تبې او لرزي شتون التهابي، اتناني يا انفرکشن حالت راپه گوته کوي.

۲- دوزن کم والي سرطاني ناروغي، Malabsorption، توبرکلوز، اسکيميا او دمزممن التهاب څرگندونه کوي.

۳- زړه بدوالي، کانگي، بندښت، دانتان، التهابي ناروغي او ميتابوليک ناروغيو نښه دي.

۴- ديس فزيا او Odenophagia د مري په ناروغيو کي شتون لري.

۵- هماتميس د مري، معدي او اثنا عشر په ناروغيو کي منځته راځي.

۶- ژيپري په کبدي او Hemolytic ناروغيو کي

۷- نس ناستي، Malabsorption، اتتان، دکلموالتهاب يا Secretory تومور (Zollinger Ellison syndrome) ښکارندوي دي.

۸- Hematuria او ديس يوريا د بولي جهاز په ناروغيو کي وي.

۹- Vaginal او Penil discharge په بولي تناسلي ناروغيو کي شتون لري.

۱۰- هيماتوجيزيا (Colorectal (Hematochezia) ناروغيو نښه ده.

۱۱- که چيري پوستکي، بندونواو سترگي په افت اخته شوي وي نو Inflammatory bowel disease استازي توب کوي.

۲-۳ گڼه جدول: دگيډي د درد لاملونه

دگيډي خارجي لاملونه	دگيډي داخلي لاملونه
<p>الف: نيورولوژيک: لکه هريس زوستر، Spinal cord او يا دمحيطي اعصابو نومور</p> <p>ب: دويني ناروغي: لکه سيکل سيل ناروغي، Proximal nocturnal urea، hemoglobinopathy، ولادي Spherocytosis</p> <p>ج: ميتابوليک ناروغي لکه Hyperlipidemia، Porphyrria (crises) د زياتوالي بحران</p> <p>د: ايمونولوژيک: لکه Angioneurotic edema</p> <p>ه: Toxin: دخوړو او Strychnin تسمم</p> <p>و: سايجوچينیک: لکه ډيپريشن، Anxiety, stress, Hypochondriasis</p> <p>ز: دنورو ځايونو څخه د درد انتشار</p> <ul style="list-style-type: none"> • دزړه اورگونو ناروغي لکه پريکارډايتس، MI، Aortic Dissection • پلورا: پلوريزي او پلورل ايفيوژن • Dorsal spine لکه نومور او کسرونه 	<p>الف: توسع، کش کول او بندښت</p> <ul style="list-style-type: none"> • کولمي: نومور، چوره کيدل، Adhesion، Volvulus، تغلف، او غايطي تيگي • صفراوي تيگه، نومور، Stricture، پرازيت (round worm) • حالب او پښتورگي تيگه، بندښت، نومور، هايډرونفروزس، Pyonephrosis او دويني علقه کيدل • کيد: Hepatitis، نومور، Budd، HF، Chiari syndrome • پانقراض: التهاب، تيگه، د Ampulla کانسر • اپندکس: Fecal impaction، بهرني اجسام • رحم: Dysmenorrhea، کارسينوما، د رحم بي ځايه کيدل • Spleen: انفركشن، تروما، بنفسي شكيډنه <p>ب: التهابي حالات</p> <ul style="list-style-type: none"> • پريتونايتس • ميزانتریک لمف اډينايتس

<ul style="list-style-type: none"> • دمري: دمري التهاب، کانسر، شکيدنه او تحركيت تشوشات 	<ul style="list-style-type: none"> • دکلمو التهابي ناروغي • دبولي جهاز اتانات • Genital infection: اندوميترايټس، Salpingitis ج: ischemia • ميزانټيريک انجينا، ترمبوز او امبوليزم له کبله • دپښتورگو انفرکشن (ترمبوز، امبوليزم) • دتوري Sickle cell Infarction anemia • Ovarin cyst لکه Torsion • Hepatoma په Tumour necrosis کي.
---	---

Areophagia: په تکرار ډول سره دهوا بلع کول دي چي دنایټروجن او اکسیجن کچه په کوچنیو کولمو کي زیاتوي او د کولمو د پرسوب لامل ګرځي معمولاً خوړو سره ارتباط نه لري کوم خاص *invasive* ازمويني ته اړتیا نشته زیاتره په *Pschiatric* تشوشتاتو کي رامنځته کیږي. **Aerophagia** په وصفي ډول سره د *Gulping food*، ژاولي ژول، سګرت څکول او یا په *Anxity* ناروغانو کي منځته راځي او د تکراري ارګمي کولو سره یوځای وي .

Flatus

دگيډي توسع كيداي شي دگيډي دگاز د زياتوالي له امله رامنځته شي وړي كولمي په نارمل ډول ۲۰۰ ملي ليتره گاز لري چي دنائتروجن، اكسيجن، كاربن داي اكسايډ او ميتان څخه تركيب شوي نائتروجن او اكسيجن دبلع شوي هوا او كاربن داي اكسايډ، هايډروجن او ميتان په داخل د كولمو كي د باكتريا تخمر له امله توليد يږي.

دگاز زيات والي په يو شمير حالاتو كي رامنځته كيږي لكه Aerophagia چي هوا ډيره بلع شي چي په دي حالت كي نائتروجن او اكسيجن كچه په كولمو كي زياتيږي او دكلمو دتوسع لامل گرځي، يو كس دورځي ۲۰۰- ۲۰۰۰ ملي ليتر هوا خارجوي.

په يوشمير حالاتو كي دگيډي دگاز زياتوالي لامل باكترياگانې دي چي تخمري Fermentative تاثير پر لكتوز او نور Oligosaharide لري چي په پايله كي هايډروجن، كاربن داي اكسايډ او ميتان جوړيدل زياتيږي.

Borborygmy ځانگړي اواز دي چي په كلمو كي دهوا او مایع دحرکت له كبله منځته راځي چې د ستاتسكوپ څخه پرته اوريدل كيږي او لوړ Borborygmy دكوليكي نارامي Dysmotility دكوچنيو كولمو په بندښت كي رامنځته كيږي.

دزړه سوخت (Pyrosis)

د Epigastric ناحیه پورتنی برخه كي اويا د سترنوم هډوكي لاندي ديو ډول سوخت او گرموالي احساس ته ويل كيږي چي وصفي ډول سره ستوني په لور حرکت كوي معمولا دخوړو څخه وروسته رامنځته كيږي كله چي ناروغ توبغ اويا اوږد وغځيږي اوسر يي لږ تپت وي زياتيږي.

په تیریدونکي ډول وي او دانتي اسید سره له منځه ځي دغه گيلې دمعدی دمحتوي د راتگ څخه مری ته منځته راځي چي معمولادا مواد اسید وي خود Alkaline reflux څخه هم ورته ډول ستونځه منځته راتلي شي. دا د GERD دناروغانو غوره گيله دی.

دگاسترو ایزوفاجیل ریفلکس په صورت کي چي Acid دمری په لور حرکت کوي ناروغ په خوله کي دخوږ يا ترشوو ډوله موادو خوندي احساسوی چي دغه حالت ته Pyrosis وايي ځيني خلکو کي ددغه ډول ریفلکس پواسطه دپوڅي عکسه تنبه کيږي اودپوڅي لامل کيږي په ځانگړي ډول سره کله چې ناروغ اوږد غځیدلي وي اودمري بڼکتني معصره يي په نامناسبه توگه خلاص پاتي وي.

دغه گيلې د الکولو، Caffeine، Chocolate، شحمي غذا، Calcium، Thiophyline، channel blocker او Anti cholingergic درملو سره چي دمري د بڼکتني معصري فشار کموي تشديد کيږي.

Water brash په خوله کي دلاړو زیاتیدلو ته ویل کيږي چي باید د Regurgitation سره مغالطه نه شي دغه گيله په غير معمول ډول په PUD اويا Oesophagitis کي رامنځته کيږي.

بي اشتهايي

دلورې دا احساس دنه شتون څخه عبارت دي اما ناروغ غذا ته اړتيا لري چي دهضمي سيستم او ددي سيستم څخه بهر دنورو سيستمونو غوره عرض دی.

لاملونه:

۱- AIDs چی په دي حالت اتان يا کپوسي سار کوما هضمي يا تنفسي سيستم اخته کوي او دبي اشتهايي لامل گرځي.

۲- دادرينل غدی دندی خرابوالي: چې په دې صورت کې بی اشتهايي ورو شروع کوي او وزن بايلل ورسره مل وي.

۳- الکوليزم: په دي صورت کي مزمنه بي اشتهايي چي د خوارځواکي لامل گرځي.

۴- Anorexia Nervosa: تدريجا شروع کوي او ژوند ته گواښ کونکي خوارځواکي رامنځته کوي.

۵- Appendicitis: په حاد ډول رامنځته کيږي ورسره زړه بدوالي، کانگي او دگيډي درد شتون لري.

۶- سرطانونه: مزمنه بي اشتهايي، دوزن بايللو، کسالت او خستگي سره.
۷- دپښتورگو مزمنه عدم کفايه.

۸- کبدي سيروزس

۹- کرون ناروغي

۱۰- گسترايتس

۱۱- Hepatitis

۱۲- Hypo pititurism

۱۳- هايپوتايروييدزم

۱۴- کيتواسيدوزسس

۱۲ - شعاعي درملنه

۱۷ - درمل لکه امفتامین، کانسر ضد درمل، یو شمیر اتی بیوتیک

زړه بدوالي او کانگي

زړه بدوالي یو نه خوښوونکي احساس دي چی د کانگو تر مخه منخته راځي دغه احساس دموروالي او بی اشتهایي سره باید توپیر کړی شي.

کانگي: که چیري په یو قوت سره دمعدې او دکلمو دپورتنې برخې منع پانگه دخولي له لاري بیرون ته راشي کانگي بلل کیري او دخثافت، خولو، هایپروینتیلیشن سره مل وي د استفراق په وخت کې د گېډي او سيني عضلات په یو وقت کې تقلص کوي د بطن فشار لوړیږي دقوي شهيق پواسطه Glottis تړل کیري ترڅو تنفسي سیستم ته غذايي مواد لاړ نه شي که یو ناروغ کانگي ولري نولاندي ټکو ته پاملرنه وشي.

۱ - سحر دوختي کانگي پرته د زور وهلو (Retching) څخه په امیدواري او یوریمیا کې وي لکن الکولیک گسترایتس کې سهار وختي کانگی د Retching سره رامنخته کوي.

۲ - که چیري استفراق دخوړو په وخت کې اویا ژر دخوړو څخه وروسته رامنخته شي نو Pschogenic یا Peptic ulcer د پایلور سپزم سره یوځای ته فکر وشي.

۳ - که کانگي ۴-۶ ساعته وروسته دغذا خوړو څخه رامنخته شي او په زیاته کچه وي نو Gastric paresis، Pyloric stenosis یا Cardiac achalasia ته پام وگرځول شي.

- ۴- فوراني گانگي د داخل قحف فشار لوړوالي څرگندوي.
- ۵- دکانگو اوږده تاريخچه د وزن نه بایللو سره Psychogenic لامل ښکاره کوي.
- ۶- که کانگو سره سرچرخي، دغوږونو برنکس مل وي نو Vestibular ناروغي راپه گوته کوي.
- ۷- که کانگو سره درد آرام شو نو Peptic ulcer ته فکر وشي.
- ۸- دويني شتون په کانگو کې د مري، معدي او اثنا عشر تپ ښکارندوي دي.
- ۹- که کانگو سره تبه وي نو التهابي او انتاني افت راپه گوته کوي.
- ۱۰- د درملو تاريخچه شتون دکانگو د درملو لامل ته فکر وشي

دکانگو لاملونه:

۱- معدي معايي

الف: ميخانيکي بندښت

- Gastric outlet بندوالي ورسته د Peptic ulcer يا کانسر څخه
- دکوچنيو کلمو بندښت لکه Adhesion, Valvulus او کانسرونه.

ب: دحرکيت تشوشات:

- Gastric paresis ، د ديابيت، درملو وروسته د Vagotomy څخه
- اويا Idiopathic

ج: التهابات

- باکتريايي غذايي تسمم، اپنډيسايټس، حاد پانکراتايټس

د: معدي معايي مخرشات

- الكول او درمل لكه او پيډوم، ديډوكسين، تيوفيلين، اتتي ديپريسانت او د سرطان ضد درمل

ه: كبدي او صفراوي

- هيپاتايټس B, A ، حاد كولييسيستايټس، پورتل هايپرتشن او د صفرا تيگي

و: دماغي تشوشات

- Vestibular لكه Labrinthitis , Menierr's ناروغي، Motion sickness

- د قحف فشار لوړوالي د تومور، هايډروسفالوس، سب درول هيماتوم، سب اركنوئيډ هيموراژ، مننجايټس او انسفالايټس له امله.

ز: د زړه ناروغي

- د زړه احتقاني عدم كفايه او ميوكارډيل انفرکشن

ح: د پښتورگو ناروغي: لكه د پښتورگو عدم كفايه

ط: اندوكرين

- ديابيټ، هايپواو هايپرتايروبيډزم، تايروتوكسيك Crisis او اډرينل Crisis

ي: سيستميك درمل: لكه اتانان، حاملگي، psychogenic

شعاعي درملنه: وروسته د عمليات څخه.

Regurgitation

دقوي څخه پرته خولي ته د معددي محتوياتو راتگ دي چي زړه بدوالي ورسره مل نه وي لاکن Ruminatio هغه حالت دي چي Regurgitation شوي مواد په تکرار ډول خولي ته راځي او دوباره ژول کيږي او بلع کيږي.

وزن اخیستل:

هغه وخت منځته راځي کله چي ډيره کالوري واخیستل شي او په وصفي ډول سره دعضویت غوړ زیاتیري همدارنگه که ډیر مایع هم په عضویت کي راټوله شي وزن زیات والي ورته

ویل کيږي.

که دیو ناروغ BMI ۲۵-۲۹ وي نو دوزن زیاتوالي بلل کيږي که BMI د ۳۰ څخه زیات شي چاغی ورته وایي چاغی دژوند توقع ۷ کاله بنکتنه کوي دوزن زیاتوالي یو شمیر ډیرو ناروغیو ته دخط فکتور دي لکه دشکري ناروغی، دزړه او رگونو ناروغی.

باید دچاغ ناروغ څخه لاندي پوښتني وشي.

۱- ایا کله ستاسو وزن زیاد شوه؟

۲- ایا دماشومتوب څخه وزن مو زیاد وه؟

۳- ایا ستاسو والدين هم زیات وزن لري؟

۴- ایا کومه غذا ستاسو خوښه ده؟

۵- دفيزيکي فعالیت په اړه پوښتني وشي.

لاملونه

۱- ابتدایی: Psychological، جنتیک، Physical inactivity، درمل لکه ستروئید، انسولین، د حاملگی ضد درمل، فینوتیازین، Gabapentin، Propramin او Paroxetine، Valporate

۲- ثانوي: داندو کراین ناروغي لکه Hypothyroidism، کوشنگ سندروم، Froblech's syndrome، Prader willi syndrome

۳- میخانیکي حالات اوستیوپروزسس، چوره کیدل، دوریدونو Varicose. تنفسي Sleep apnea syndrome، Pickwickian syndrome

۴- قلبي وعایي: د فشار لوړوالي، ارتیروسکروزس، Cor pulmonal، پلمونري امبولیزم.

۵- فزیولوژیک حالات لکه حاملگی، مینوپوز، puberty

۶- پوستکي لکه: د پوستکي اېسي، Cellulites، Venous stasis او فنګل اتانات.

وزن بایلل

تعریف: که یو ناروغ د شپږ میاشتو په موده کې ۵ سلنه څخه زیاده یا ۴، ۵ کیلو ګرامه وزن

و بایلي وزن بایلل ګڼل کیږي.

لاملونه:

د وزن ضایع کیدل کیدای شي فزیولوژیک وي لکه غذايي رژیم نیول، تمرین، که د وزن ضایع کیدو سره اشتها شتون ونه لري نو Anorexia

neurosa ، ځنډېني اتان، سرطانونه، قلبي، تنفسي او يا ډېپنستورگو عدم كفايه ته فكر وشي.

که دوزن ضايع سره اشتها بڼه وي او يا زياته وي نو Hyper thyroidism ، دشکري ناروغي او سوء جذب ته فكر وشي.

توبرکلوز، HIV، پرازيتيک ناروغي، SBE، Stroke، پارکينسونيزم، Peptic ulcer، سوء جذب دکولمو التهابي ناروغي، Pheochromocytoma او Adrenal عدم كفايه هم دوزن دضايع کيدوغوره لاملونه دي.

غربت د عمر زياتوالي، Physical disability، روحي تشوشات، دغابنونو ستونزه، الکوليزم او دمخدره درملو کارول، خواړخواکي دوزن بايللو خطر زيات وي.

همدارنگه يو شمير درمل لکه Sedative، اتسي بيوتيک، NSAIDs، ACE inhibitor، ميتفورمين دوزن ضايع لامل کيدای شي.

که يو ناروغ ډير ژر په ۲۴ ساعتو کي وزن کم کړي نو ډيورتيک کارونه، استفراقات، اسهالاتو ته فكر وشي.

قبضيت:

قبضيت يوه عامه گيله ده چې ۱۰-۱۵ سلنه خلک ورڅخه گيله مند وي که په اونۍ کي د Stool passage شمير د دري څلوڅخه کم، غايطه مواد سخت او دغوط فعل کول ستونځمن وي قبضيت بلل کيږي.

دقبضيت دوام، شروع او اوصاف د ارزښت وړ دي:

که په حاد ډول رامنځته شوي وي نو د بيړني بندښت يا حاد التهاب حالت لکه بيړني

اپنډيسايٽس، تشعب او Colics را په گوته کوي.

په نوو زېږيدلو ماشومانو کې Hirschsprung's ناروغي د قبضيت غوره لامل دی

او که منځني عمر لرونکي ناروغ کې په دي وروستيو کې د امعاء عادت خراب شوي وي نو د Colon CA بنکارندوي دي.

که يو ناروغ په متناوب ډول قبضيت او نس ناستي ولري نو IBS او دکلمو توپرکلوز ته فکر کېږي.

لاملونه

I: معدي معايي ناروغي

- په خوراكي توکو کې د فايبر اومايع کموالي
- Motility ستونزي لکه IBS دکلمو حاد بندښت، دکلمو ځنډني Pseudo obstruction

II: اورگانیک لامل لکه دکولون کانسر، Diverticular ناروغي، Stricture، Hirschsprung's ناروغي.

III: دردناکه Anorectal condition: لکه بواسير، انل فيسور، غايطي تيگي

IV: درمل: Opiates انتي کولينرجيک، کلسيم اتاگونيسټ، اوسپنه او هغه انتي اسيد چي المونيم لري، ديوراتيک، NSAIDs، Clonidine، او کلوسترامين.

V: عصبي: لکه ملتيپل سکيلروزس، CVA، پارکينسونيزم

VI: اندوکراین لکه د شکري ناروغي، دکلسيم زياتوالي، هايپوتائيرويډزم ، اميدواري، هايپوکلسيميا ، Porpheria

VII: عمومي حالات: عمر زياتوالي، Immobility ، Depression

نس ناستی:

تعريف: که ناروغ دورځي دري ځله څخه زيات او پرڼ غايطه مواد دفع کړي او وزن د غايطه موادو په ۲۴ ساعتو کي د ۲۵۰ گرامو څخه زيات شي اسهال بلل کيږي.

په دوه ډوله تقسيم شويدي.

بيړني اسهال: چي دوام يي د ۲ هفتو څخه کم وي چي اتنان يي په دوديز ډول سره لامل دی.

مزمن اسهال: دوام يي د ۲ هفتو څخه زياد وي او ترڅو مياشتو پوري اوږد پري په تدريجي ډول رامنځته کيږي د خوارځواکي سره يوځاي وي.

Malaborption هغه حالت ته ويلي شو چي که مزمن اسهال د دري مياشتو څخه زياد دوام وکړي.

د بيړني نس ناستي لاملونه

الف: دکوچنيو کولمو نس ناستي: دا ډول نس ناستي او پرڼ وي وينه او مخاط نه لري غوره لاملونه يي عبارت دي له:

۱- اتانات: چي ۸۰ سلنه د بيړني نس ناستي لاملونه دي. ويروسونه لکه Corona, Norwalk, Rota او Adeno وايروس .

بکتریا: لکه E.Coli ، Yersina ، سلمونيلا، کولرا او نور

پرازيت: لکه جارديازسس، اميبازسس

فنگس: لکه کانديد يازس

۲- درمل: لگزاتيف، دیجيتل امپيسلين

۳- د سفر نس ناستي

۴- Shelf fish او ماهي خوړل

ب: دغټو کولمو نس ناستي: چي دلته د غايطه موادو حجم کم لاکن وينه او بلغم لري.

لاملونه:

۱- اتانات

• باکتريا لکه شگيلا، سلمونيلا، E.Coli ، Compylo bacter

• فنگس

• Pseudo membrane colitis چي داتتي بيوتیک د کاروني له امله

رامنځته کيږي

• غذايي تسمم، د سفر نس ناستي، PID، د Shelf fish او ماهي

خوړل.

د کلنيک له نظره ځنډني اسهال په لاتدي ډولونو ويشل شوي.

۱- اسموتیک نس ناستي: که د کولمو په لومن کي نه جذبيدونکي اونه

هضميدونکي هايپرتونیک soulte مواد شتون ولري دا ډول نس ناستي

رامنځته کيږي چې غوره لامل يي Celic spru ، Lactolose intolerance

، مگنيزيم لکزيتيف، د پانقراض عدم کفايه دي.

ددي ډول اسهال غوره وصف دادې چې دلورې سره کمېرې، Stool حجم زياد، بوي لرونکې، غوړ، وزن کم والي، سستي او کسالت ورسره مل وي.

۲- افزايي نس ناستی (Secretary): چې حجم يې په ورځ کې د يو ليتر څخه زيات دوامداره زوه او وينه ورسره نه وي دغه ډول نس ناستی هغه وخت منع ته راځي کله چې دوړو کولمو يا کولون افزاز نسبت جذب ته زيات شي ځينی وخت ددی ډول نس ناستي لامل اتان لکه E.Coli, Staph. Aureus, Vibro cholerae وي

هورمونل حالات لکه د Vaso active intestinal tumor, Zollinger Carcenoid syndrome Ellison syndrome او Villous adenoma هم کيدای شي.

۳- Abnormal intestinal motility د کلمو چټک حرکات او کله کله ورسره د Bacterial over growth مل وي چې غوره لامل يې IBS، دماغی ناروغي، تايروتوکسکوزسس دی.

۴- Exudative diarrhea: هله منځته ته راځي کله چې په کولون کې مخاط او تحت المخاط التهاب شتون ولري دمخاط دمتضرر کيدو له امله دامعا جذب خرابېږي او په پایله کې اطراحت. زياتېږي.

او د غايظه موادو اندازه کمه خود تغوط فعل تعداد زياد او په غايظه موادو کې Pus يا وينه شتون لري لکه (کولون کانسر، دکلمو التهابي ناروغي، Radiation enteritis او د ايدز له کبله اينترايتس).

۵- د غذايي موادو Malabsorption د Steatorrhea سبب گرځي چې غايظه مواد، غوړ خاسف، بد بويه وي اود کولو په وخت کې په غايظه مواد تيت پر کمود لويږي.

Steatorrhea: هغه حالت ته وايي چې د ۲۴ ساعتو غايطه موادو کي د ۷ گرامو څخه زيات شحم موجود وي.

۶- Factitious diarrhea په دي صورت ناروغ خپله لکزاتيډ کاروي او نس ناستي رامنځته کوي چې په بنځو کي زياد وي.

Melana او Hematemesis

هيماتوميډسس: په کانگو کې د تازه ويني شتون ته ويل کيږي او که چيري وینه کمه وي په معده کي Gastric juice د شتون له امله تور، سور رنگ غوره کوي چې Caffe ground Material ورته ويل کيږي په دي حالت کې دويني ورکولو منشا د ليگامنت Trietz څخه پورته وي.

ميلانا: تور قير رنگه بدبويي غايطه موادو څخه عبارت دي ۵۰-۱۰۰ سي سي وینه اړينه دي ترڅو د غايطه موادو رنگ تور کړي دا غايطه مواد ځليدونکي او سرينبناکه وي د معدي معايي سيستم د پورته برخي ويني بهيدني علامه ده خو کله کله په ۱۵ سلنه پيښو کې د بنکتني برخي په وینه بهيدنه کې هم منځته راتلی شي.

يو شمير نور مواد لکه اوسپنه، بسموت، مالگه، Licorice او حتي چاکليت هم د غايطه موادو رنگه تور وي چې داډول غايطه موادو بيا بوي نه لري او سرينبناکه هم نه وي.

لاملونه

د معدي معايي دپورتنې برخي دويني ورکولو غوره لامل د Peptic ulcer څخه عبارت دي چې ۳۰-۲۷ سلنه پيښو کي په دوهمه درجه Varices ۶- ۳۹ سلنه پيښو، Mallary weiss tears ۸ سلنه پيښو کي د معدي او اثنا عشر Erosion ۲-۸ سلنه، ايروزيډ ايزوفجايټس ۱-۱۳ سلنه، نيوپلازم

۲-۸ سلنه، Vascular ectasis ۵-۲ سلنه او په ۵-۱۴ سلنه پېښو کې واضح لامل نه شو پيدا کولای.

Hematochezia: دمقعد څخه تازه وینه راتگ ته ویل کیږي چې Lower GI Bleeding بڼه نښه ده دخونريزي منشا د لیگامنت Trietz څخه ښکته وي اما کله کله په UpperGI کې هم منځته راتللي شي په دې شرط چې تراکزیت تیز وي او یا د ضایع شوي وینه اندازه د ۱۰۰۰ مل لیتر څخه زیاته وي.

لاملونه:

کولون کانسرس Diverticulosis, polyps د کولون او ریکتوم التهابي حالات السرراتیف کولایتس ناروغي، اتساني نس ناستي، Proctitis ، اسکیمیک کولایتس، بواسیر، Anal fissure او نور دي.

باید وویل شي چې هیما توچیزیا دسور رنگه غایطه موادو سره چې د Beats دخوړو له امله منځته راځي توپیر شي چې دې حالت کې گلابي ادرار مخکې دسور رنگه غایطه موادو څخه ظاهرېږي.

Occult blood: په دې صورت کې په واضع ډول سره وینه په غایطه موادو کې نه لیدل اما د Occult blood test پواسطه تشبیت کیږي چې تقریبا په مزمن ډول ۱۰۰ سي سي څخه دکمي ویني ضایع د غایطه موادو رنگ ته تغیر نه ورکوي.

Halitosis

دخولي څخه ددبوي راتگ ته وايي چې غوره لاملونه يې Periodontal ناروغي، Stomatitis، caries، دبيروالتهابات که غاښ په صحيح توگه کيښنول شوي نه وي دخولي ابيساو Tongue coated يې لاملونه دي.

دمعدي معايي سيستم فزيکي کتني:

۱- عمومي پلټنه (General inspection)

لاندي ټکي په نظر کي وي

۱- پوستکي: په پوستکي کې ځيني بدلونونه دهضمي لاری دناروغيو پورې تړاو لري لکه.

Gastrointestinal polyposis سندروم کي دلاسونو اوپښو په پوستکي کې رنگه Macules ليدل کيږي.

په کارسينوئيد سندرم کي په پوستکي کي Flushing telangiectasis موجود وي.

د خپور Pigmentation موجوديت دځيگر په ناروغيو پورې اړه لري.

دکلمو په التهابي ناروغيو کي Pyoderma gangrenosum اريتمانودوزوم او دخولي زخمونه ليدل کيږي

ژيږي: د پوستکي او Sclera ژيږ رنگ دي چی د بيلرويين دزياتوالي له کبله رامنځته کيږي چی دورځی په طبعي رڼا کي په ښه توگه ليدل کيږي.

نوکان: په نوکانو کي Leuconychia د ځنډني دځيگر ناروغيو نښه دی هم په هغو ناروغيو کي چی د Hypo albuminaemia لامل گرځي ليدل

کیرپی. همدارنگه دتروما له امله هم رامنځته کیدای شي چې په نوکانو کې سپین عرضاني خطونه لیدل کیرپی چې په لاندي انځور کې ښودل شوي دي.



۱-۳ گڼه انځور لوکونيشيا

Terry's nail په دي صورت کې دنوک پليټ سپين او Distal قسمت يې سره نسواري ته ورته حلقه لري. چې زياتره په غټه او index گوته کې رامنځته کیرپی اصلي ميکانيزم يې معلوم نه دي. معمولاً دځيگر په ناروغی.



(Cirrhosis) دزړه عدم کفایه او ديابيت کې څرگند یري.

۲-۳ گڼه انځور Terry's nail

Clubbing: په سيروزس ، IBD او Coeliac ناروغانو کي موجود وي.

Palmar erythema: د لاسونو ورغو سوروالي دي چي Thenar او Hypothenar عضلاتو کي ليدل کيږي د خپو تلي هم کيدای شي اخته شي چي دا د ځيگر د ځنډنيو ناروغيو نښه دي لاکن کيدای شي داستروجن په زيات والي کي هم وليدل شي.



۳-۳ گڼه انځور Palmar erythema

Hepatic flap (Asterixis): ناروغ ته ويل کيږي چي خپل لاسونه مخامخ وغځوي او گوتي يو دبل څخه جلا کړي او مړوند (Wrist) د ۱۵ ثانيو لپاره بسط کړي که Flapping شتون ولري نو غير منظم Flexion ټکان ورکول، Extension حرکت د Wrist او ميتاکارپو فلانجيل بندونو چي دگوتو د جنبي حرکت پواسطه تعقيب کيږي ليدل کيږي دا د هيپاتيک انسفالوپاتي غوره نښه دي. Flap کثرا دوه اړخيزوي استراحت کي له منځه ځي لاندي انځور کي ښودل شويدي.



۳-۴ گنه انځور Flapping

دورغي Creases كې خسافت تفتيش شي كه موجود وي نو دهضمي سيستم څخه دويني ضايع كيدلو، د فوليك اسيد او B12 جذب خرابوالي، هيمولايسس يا ځنډنيو ناروغيو نښه دي.

Dupytren's contraction : دورغود Fascia ډبل والي او Contraction ليدنه او جس كيدنه دي چي د دوامداره Flexion لامل گرځي په ځانگړي ډول په Ring گوته كې رامنځته كيږي او دوه اړخيزه وي كله كله خپي هم اخته كوي زياتر په الكوليزم كې پيدا كيږي كيداى شي فاميلي هم وي ددي ناروغانو Palmar fascia زيات مقدار Xanthine لري.

دناروغ وزن بايد ارزيايي شي كه وزن كم شوى نو په پوستكي كې التوات ليدل كيږي او په هضمي سيستم كې دغذايي موادو د جذب په عدم كفايه دلالت كوي همدارنگه الكوليك سيروزس او معدي معايي سيستم كانسرونه هم دوزن د كموالي غوره لاملونه دي چاغي كولاي شي په ځيگر كې د شحم د انفلتريشن لامل شي همدارنگه دانابوليك سټروئيد كارونه دعضلي كتلي غټ والي لامل گرځي.

۲- دهضمي سيستم ځانگړی کتنه:

۱- خوله

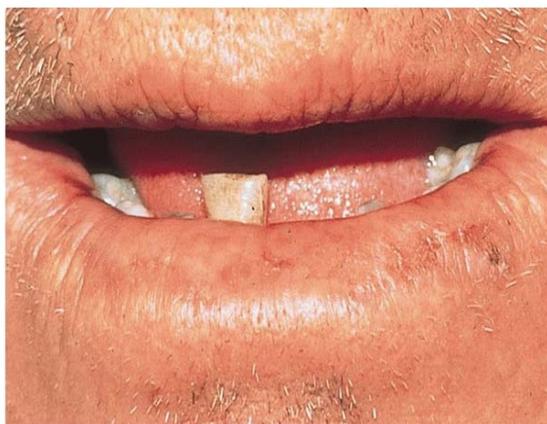
الف: دشونډو تفتيش

دهضمي سيستم تفتيش د شونډو وڅخه شروع کيږي، شونډی بايد د Angular chelosis لپاره وکتل شي چې دخولي د زاویو پوستکي صاف او وروسته فيسور په کې رامنځته کيږي چې غوره لامل يې غذايي نقيصه يا دخولي زيات زياتوالي دی. چې لاندې انځور کې ليدل کيږي.



۳-۵ گڼه انځور Angular chelosis

همدارنگه Actinic Chelitis چې زياتره لاندې شونډی اخته کوي د لمر دشعاع سره دزيات وخت لپاره دمخامخ کيدو له امله رامنځ ته کيږي شونډي خپل نارمل سوروالي له لاسه ورکوي لږ څه پنډ او Scaly کيږي.



۲-۳ گنه انخوړ Actine chelits

Herpes simplex د وپروس له امله په شونډو کې رامنځته کېږي چې دردناکه تکراري ويزيکلونه په شونډو او د شونډو په شاوخوا پوست کې دي.



۷-۳ گنه انخوړ Herpes

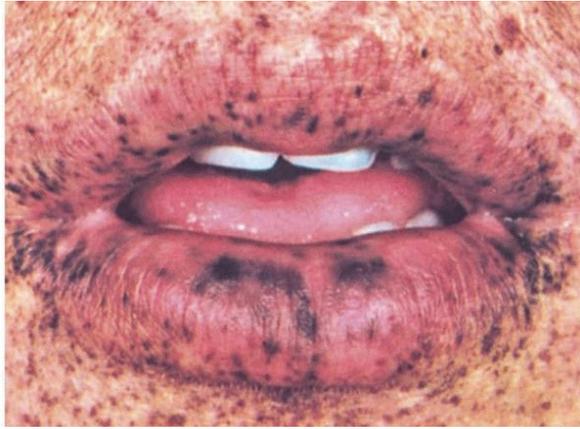
Angioedema

د پوستکي يا مخاط لاندې موضعي پړسوب دي چې بين الخلائي انساجو کې د مايع د راټوليدو له امله منځته راځي. ۲۴-۲۸ ساعته دوام کوي که ژبه، حنجره يا پورتنې تنفسي سيستم ورسره ګډ اخته شي نو ژوند ته ګواښ کونکي حالت رامنځته کوي.



۳-۸ ګڼه انځور Angioedema

که چيري کوچني نصواري رنگه متبارز خاپونه په شونډو، دخولي جوف، دخولي دجوف مخاط او Perioral ناحیه کې وليدل شي په Pentz jegher سندروم دلالت کوي کيدای شي داخاپونه په لاسونو او خپو کې هم وليدني وړوي.



۳-۹ گڼه انځور Pentz jogher سندروم

د شونډو Squamous cell کارسینوما په دودیز ډول سره لاندې شونډې اخته کوي چې نودولر افت ده. کیدای شي تپ يي Crusts ولري او یا نه وي. دا کانسر په هغه خلکو کې چې دوامدراه لمر سره مخامخ وي زیات دی.



۳-۱۰ گڼه انځور Squamous cell کارسینوما

۲- د غاښونو کتنه او تنفس بوي

د غاښونو حالت دي وليدل شي چی پوره دي او که لويديلي دي مصنوعي غاښونه که ايښودل شوي وي دخولی د کتنې په وخت کې ده هغه لری کرل شي. چی کتنه وشي.

دخولی دوری، دي د هايپرتروفي ، Pigmentation ، سوروالي، Bleeding، زخمونه ، Tenderness، اوقیح اگزوديشن شتون لپاره ولټول شي

په لاندې حالاتو کې وري (Gum) هايپرتروفي کوي.

۱- دفينيتوين کارونه.

۲- داميدواري په دوران کې.

۳- په Scurvy کې وری سړی سفنجي، پرسیدلي او اساني سره وينه ورکوونکي او غير منظم وي.

۴- Gingivitis د سگرت څکلو، Vincent's angina له امله.

۵- لوكيميا په د وديز ډول مونوسايټک.



۳-۱۱ گڼه انځور Gingivitis

د تنفس بوي: د يوشمير ناروغيو په باره کې ارزښتناکه معلومات ورکوي.

بد بوي په لاندې حالاتو کې احساس کېږي.

۱- دخولې د حفظ الصحي نه ساتنه.

۲- Feter hepaticus په وځينو کېدې ناروغيو کې دميتال مرکپتان له امله چې دا دميتونين څخه مشتق کېږي او دمې شوي مورک په شان دناروغ دخولې څخه دبوي احساس کېږي.

۳- په ديابيټيک کيتواسيدوزس ناروغيو کې د اسيتون بوي احساسېږي.

۴- په يوريميک ناروغانو کې دامونيا بوي (Fish breathing) احساسېږي.

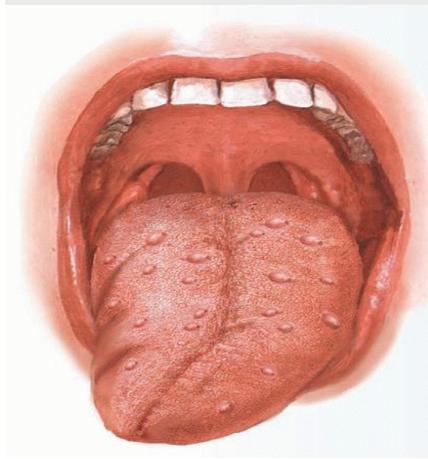
۵- د سگرتو اود الکولو بوي دخولې څخه.

۶- د سپرو په ان ايروبيک اتان کې لکه د سپرو ابسي بد بوي د تنفس سره احساسېږي

۷- پارالديهايد بوي.

ژبه: ناروغ ته وويل شي چې خپله ژبه بيرون کړي او ژبه دي د سايز، زخمونو، رنگ، رعشه، تناظر، اتروفي، هايپرتروفي، لوندوالي لپاره ولټول شي.

۱- که ژبه يو طرف ته کږه شوي وي نو د ژامي کوډوالي، XII، Hemiplegia، قحفي عصب فلج ته پاملرنه وشي.



۳-۱۲ گڼه انځور يو خوا کره شوي ژبه

۲- غټه ژبه په (Macroglossia) په اکروميگالي، کرياتينيزم، مکزوديم، امايلوئيډوزس، Down سندروم او لمف انجيوما کې ليدل کېږي. او همدارنگه د ژبي حاد التهاب او اوسې دغټې ژبي لامل کېږي.

۳- د ژبي رعشه په Anxiety، تايروتاکسيکوزسس، پارکنسونيزم او Delirium tremens کې ليدل کېږي.

۴- د ژبي رنگ :

خاسفه ژبه په انيميا، Magenta رنگ چي سور خام او دردناکه ژبه ده په Vit B12 کموالي کې ليدل کېږي.

پاکه ژبه د بارزو پاپيلاوسره داتني بيوتیک کاروني پایله ده. همدارنگه يوشمير خوراكي توکي هم د ژبي رنگ بدلوي. لکه Pan, red wine او نور.

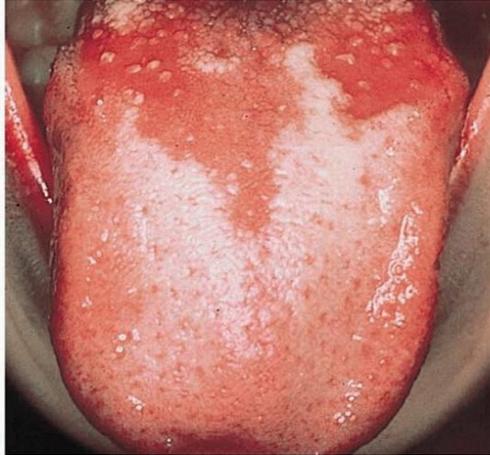
Lingue nigra: (توره ژبه) کرياتين دتجموع له امله د ژبي په خلفي برخه کې د Papilla دلويدهو څخه عبارت دي چي په تياره نصواري رنگ معلومېږي.

په مرکزي سيانوز کې ژبه ابي رنگ خپلوي.

۵- لوندوالي

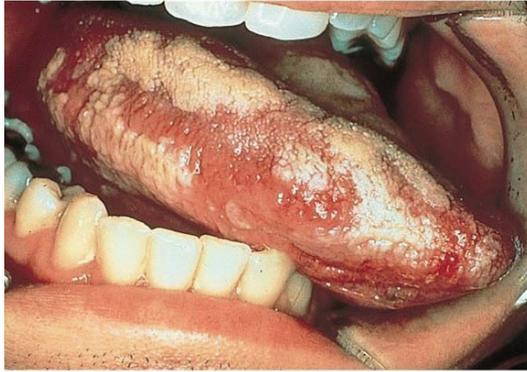
بايد وليدل شي چي ايا ژبه لمده ده که وچه چي دا د هايديریشن لپاره بڼه نښه ده. دخولي دلاري تنفس، ديهايديریشن، ویتامين A کموالي (Xerosis) انتي کولينرجیک کارونه، Sjogren's سندروم دوچي ژبي لامل گرځي.

Geographical tongue: د ژبي پر سطحه د سرو حلقو او خطونو ورو ورو منځته راتگ دي چي بي درد او ورکيري اوبيا پيدا کيري د Vit B12 يا Riboflavin په کموالي کي وي.



۱۳-۲ گڼه انځور جغرافیک ژبه

Leucoplakia دخولي په Mucosa کي د ژبي لپاسه سپين رنگه سختوالي دي چي په Premalignancy حالت پوري اړه لري چي د S په ډول وي د غاښونو د حفظ الصحي د بڼي نه ساتني، سگرت څکلو، سپيسس او سفليس له کبله منځته راځي.



۱۴-۳ گڼه انځور Leucoplakia

Glossitis

د ژبې خويدل او سوروالی Erythematous حالت دي چې د ژبې د Papillae د اتروپي له کبله وي او په اخر کې په زخم بدلېږي دا تغيرات معمولاً د غذايي نقيصي څخه رامنځته کېږي ژبه حساسه گرځي او Mucosal cell يې ژر بدلون مومي عمده لامل يې د Folate او ویتامين B ګروپ په ځانګړي توګه ویتامين بي ۱۲ کمبود وي.

Glossitis معمولاً په الکولستانو او نادرا په کارسینوئيد سندروم کې هم رامنځته کېږي.



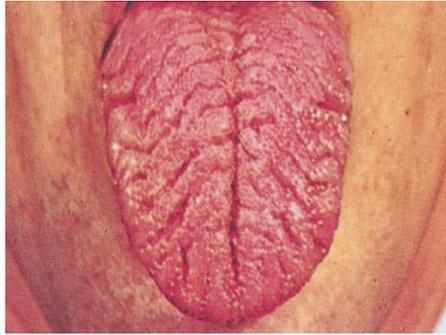
۱۵-۳ گنه انځور Glossitis

Hair tongue: د ژبي وروستنی برخه کې ژيړ رنگه نصواري اوتور Papilla ليدل کيږي چی سليم حالت دی د انتي بيوتيکو کاروني ، کاندديديازس ، دغابنونو خرابي حفظ الصحي له امله منځته راځي.



۱۶-۳ گنه انځور Hair tongue

Fissured tongue: د عمر د زياتيدو سره فيسورونه څرگند يږي چی يو سليم حالت دي.



۱۷-۳ گڼه انځور Fissured tongue

همدارنگه د ژبې زخمونو ته پوره پاملرنه وشي چې کيداى شي يوياشو داني وي يوتپ زياتره په کارسينوما، سفليس او توبرکلوز کې رامنځته کيږي او زيات شمير تپونه په السراتيف ستوماتايتس د Aphthous السر، ثانوي سفليس، هريس، اکزېما، Pamphigus، د ویتامين ب کموالي کې څرگندېږي.

تکراري زخمونه په دوديز ډول په لوکيميا، نيوتروفينيا، Behcet، SLE، سندروم کې ليدلى شو.

کانسري تپونه معمولا د ژبې يا شونډې يو اړخ ته وي کلک غير منظم ژور او د ژبې حرکت يې محدود کړى وي لمف ادينوپاتي ورسره مل وي زياتره زاړه خلک اخته کوي.

دتوبرکلوز زخم په ژبه کې نادر دي اما دردناکه کوچني او نرم وي.

Mouth ulcer

Aphthous ulceration: کوچني سليم دردناکه ويزیکولونه دي چی د ژبې پر سر او دخولي مخاطي غشا کي رامنځته کیږي چی کیدای شي وشکیږي اوسطحي زخمونه پیدا کړي دا زخمونه بیدون د سکار پاتي کیدو څخه ښه کیږي سبب یې پوره معلوم نه دي کیدای شي په Coeliac، کرون ناروغي کي رامنځته شي.

دخولي د زخمونو غوره لاملونه عبارت دي له:

۱- دکولموالتهابي ناروغي لکه کرون ناروغي

۲- Behcet's سندروم

۳- Leucoplakia چې یو Premalignant زخم دي

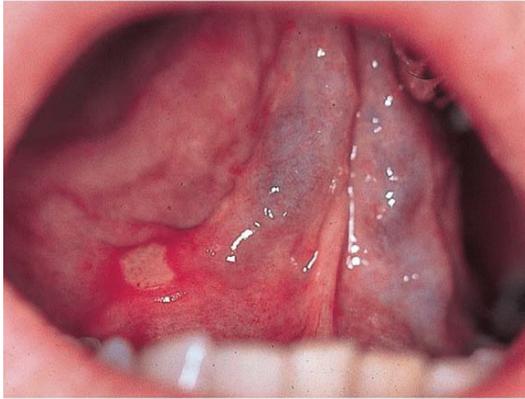
۴- Lichen planus

۵- Thrush

۶- Idiopathic aphthosis ulcer

۷- Koplik's spots

۷- خبیثه تپونه.



۱۸-۳ گڻه انځور Aphthous ulceration

HIV هم دخولي يو شمير زخموڼه رامنځته کولاي شي.

Angular stomatis کې دخولي څنډې شکرېرې (Cracks) چې غوره لامل يې د Vit B6, Vit B12، اوسپنه او فولیک اسيد کم والي دي.

Candidiasis (Moniliasis): چې د *Candida albicans* (Thrush) د فنگسي انتان له کبله په خوله کې سپين Curd like (پنيروپه شان) خاپوونو منځته راځي کيداې شي مري خواته خپور شي چې په سختي سره لری کيږي او وينه ورکوي په معافيت ځپلو خلکو کې ستروبيد اخستونکو نومور کيموتراپي، HIV، وينی سرطان او د الکولو معتادو خلکو کې منځته راځي.



۱۹-۳ گڻه انځور Candidiasis

دگیدي تفتیش:

لاندې ټکي پام کي وي

- ۱- معاینه کوونکي دناروغ بني خواته ودريري
- ۲- دمعاينه دکوتي هوا معتدله او پوره رڼا ولري.
- ۳- ناروغ ته پر بستر ستوني ستاغ وضعيت ورکول شي.
- ۴- سينو خخه تر Pubisymphsis پوري لوخ شي.
- ۵- سر يي ديو بالښت پواسطه Relax او لاسونه يي دبستر په دواړو اړخو کينسودل شي .
- ۶- پوستکي د سکار، خطونو، متوسع وريدونو، رش، پگمښشن لپاره تفتيش شي.
- ۷- دنو موقعيت، چوره، ساختمان، شکل، التهابي نښو شتون لپاره وليدل شي.
- ۸- دبطن شکل او تناظر ته پاملرنه وشي.
- ۹- دگیدي استداري حرکاتو ته دقت وشي
- ۱۰- ټول بطني نبضانونه و ارزول شي.
- ۱۱- دچوري ځايونه، Groins او Scrotum ته پاملرنه وشي.

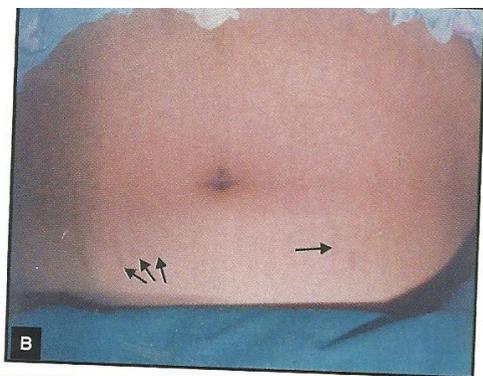
I: پوستکي

- ۱- په زړو خلکو کي Seborrhoic زخي (گلابي، نصواري، يا توري وي) او هيمانجيوما (Campell de morgan spot) دوديز دي.

۲- سپین او ځلیدونکي پوستکي د ګیډي توسع راپه ګوته کوي اما غونج پوستکي پخواني توسع پوري تړ او لري.

۳- خطونه: اتروفیک یا Gravidarum، چې سپین یا ګلابي کش شوي خطونه دي په ټولو هغه حالاتو کې چې د بطن دیوال کش کړي رامنځته کیږي او الاستیک فایبر شکیدنه رابښي.

Asцитies، امیدواري یا Wasting، Postpartium ناروغي د نقره يي خطونه لامل ګرځي.



ګلابي خطونه

سپین نقره يي خطونه

۲۰-۳ ګڼه انځور

II: Scar : د پخواني جراحي سکار سپین او په دي نږدې وخت کې جراحي سکار سوررنگ لري څرنگه چې د جراحي سکار ضعیفه نقطه وي نو Incisional hernia امکان په کې شته.

III: پرسیدلې متوسع رگونه:

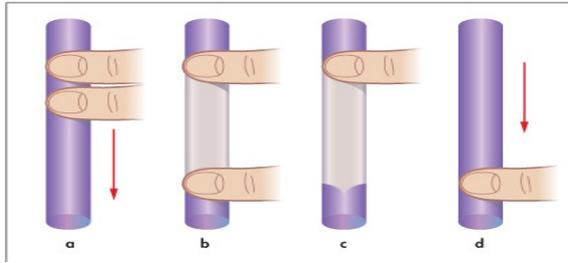
سطحي متوسع او بارز وريدونو شتون دگيډي پر ديوال باندي دوريدونو د جريان بندښت راپه گوته کوي چې دابندښت به په پورتل وريد او يا Inferior vena cava پورې تړاو لري چې غوره لامل يې دځيگر غټوالي، داخل البطني تومور دی دمعدی مزمنه توسع کې هم رامنځته کيدای شي.

په نارمل حالت کې دسطحي وريدونو جريان دنو څخه پورته صدر طرف ته او دنو څخه لاندی طرف ته دی. په پورتل هايپيرتنشن يا ديورتال وريد په بندښت کې په Epigastric ناحیه کې بارز وريدونه اوهم غټ کاره (Torturous) وريدونو چی دنو څخه منشا اخلي ليدل کيږي په دې وريدونو کې دويني جريان دنو څخه پورته خواته وي لکن په Extra hepatic obstruction دويني جريان نو خواته وي.

په Inf. Venacava بندښت کې دويني جريان دلاندی خوا څخه نو طرف ته وي.

دويني جريان معلومولو کړن لاره:

که دگيډي په ديوال کې برجسته وريدونه وليدل شي نو دويني جريان بايد معلوم شي هغه داسي چې لومړي د دوه گوتو پواسطه په برجسته شوي وريد فشار راوړل کيږي بيا يو گوته ښکته خواته کش کيږي ترڅو وينه ورسره تپله شي چی وريد له وينې څخه خالي کيږي په دريم پړاو کې بيا دښکتنی برخی څخه گوته لری کيږي دوينی جريان به دښکته څخه پورته رانشي وريد به خالي پاتي شي په څلورم پړاو کې که پاسنی گوته له وريد څخه لري شي نو دوينی جريان به لپاسه څخه ښکته راشي او وريد به دويني څخه ډک شي يعني د بندی شوي گوتي په لور به وينه حرکت وکړي لاندی انځور کې ښودل شويدي.



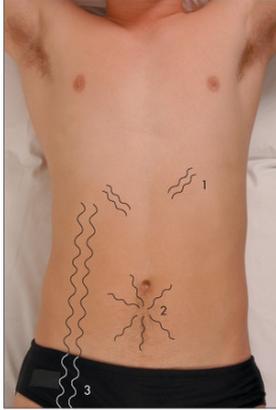
۳-۲۱ گڼه انځور دویني جریان

د Umblicus څخه پاس او لاندي جریان دی وکتل شي په هغه ناروغ کي چی د Systemic نه Portal نه دوران Sever portal hypertension باندی اخته وي د Umblicus veins له لاري صورت نیسي چی دغه وریدونه پرسیدلي وي چی په دی حالت کي به د جریان لوری د Umblicus څخه لیری درومي او د منگري دسر په ډول معلومیري چی دی نښتی ته د Caput medusa وایي چی ډیر نادرا لیدل کیږي.

پرسیدلي وریدونه دگیډي دپوستکي لپاسه د inferior vena cava بندوالي له امله چی د ترمبوز، تومور او یا Tense ascites له کبله وي هم لیدل کیږي په دي حالت کي به د گيډي

وریدونه برجسته وي او Collateral blood flow به بنکته څخه نو طرف ته وي.

په لاندي شکل کې د گيډي پر دیوال بارز وریدونه ښودل شوي دي.



۲۲-۳ گڼه انځور بارز وريدونه

دگيډي د پوستکي لپاسه د Vesicles of herpes zoster ليدنه هم بايد ياداشت کړل شي چی دگيډي د شديد درد لامل گرځي

دگيډي پر پوستکي د ايلاستيک اليافو دڅيري کيدلو له امله گلابي خطونو ليدل کيږي چی د Stria پنوم ياديري غوره لامل يي کوشنگ سندروم او ياد کورتيزون زياد کارول دي د Stria ډير دوديز لاملونه حاملگي ، اسايټس او دوزن زياتوالي هم دي.

Rash: IV او پگمنت: ټول هغه رشونه چي درملو ، ويروسي ناروغيو او واسکولايټيک له امله وي ورته پاملرنه وشي او هم ويزيکولر ، ويزيکوپولر يا پگمنت ليدنه له ياده ونه وزي.

Linea nigra دا هغه پگمنت دي چی متوسط خط کي د نو څخه لاندي منځته راځي او د اميدواري نښه دي.

Erythema ablgne: نصوراي پگمنت دي چي دحرارت له امله رامنځته كيږي (که گرمه مشکوله يا دگرمو اوبو څخه ډک گيلاس پر بطن کيښودل شي)

Spider angioma: دسنجاق دسر په اندازه سره مکولونه دي چي دکپيلري دتوسع له امله رامنځته كيږي د بطن په علوي برخه او سينه کي ليدل كيږي دگوتي د فشار پواسطه خاسف كيږي.

Umblical: موقعيت، شکل دالتهاب نښي او دچوره لپاره وليدل شي.

د نوم (umblicus) رنگ که په bluish بدل شوي وي Hemoperitonium پوري به اړه ولري چي غوره لامل يي حاد پانکرياتيټس دي او د Cullen's sign يا Umblical black eye ورته ويل كيږي.

که چيري د Flank په ناحيه کي ابي رنگ وليدل شوه Grey turner's sign ورته وايي چي د شديد حاد پانکراتاټيټس نښه ده.



۲۳-۳ گڼه Grey turner's او Cullen علامه

که د نو پوستکي سور وي نو په التهابي حالتو دلالت کوي که دنو خخه Discharge وليدل شي نو باکتریايي يا فنگس بنکارندوي دي.

د بطن شکل: په نارمل حالت کي بطن د کشتي په شان يا لږ Scaphoid شکل لري.

د بطن د شکل اېنارملي:

د نو خای تغیر ته پاملرنه وشي که تغیر يي کړي وي نو کتله، چوره، مایع شتون، Scar tissue او غټ شوي اورگان د فشار له امله به وي.

د گيډي Countour، متناظریت او حرکات ارزيايي شي ددې لپاره باید معاینه کوونکي ناروغ بڼي خوا د چپرکت دخپو او سر لخوا ناروغ تفتیش شي.

که چيري ټوله گيډي په خپره ډول سره متوسع وي نو د هوا يا مایع شتون ته فکر وشي.

چې غوره لاملونه يي 6F دي يعني Flatulence, Fibroid, Fetus, Faces, Fat او Fluid. که توسع دنو خخه لاندې وي نو ډکی مثاني، غټ رحم، يا دمبيض سيست او تومور ته فکر وشي. که توسع د گيډي پورتنی برخه کي وي دپانقراض کتله او دمعهه توسع ته فکر وشي.

خايي توسع (Local distension)

دمثانه، رحم، Ovary سيست يا تومور کيدای شي موضعي توسع رامنځته کړي دا توسع په دوديز ډول مرکزي وي همدارنگه کيدای شي دځگر، توري، پښتورگي غټوالي يا غټ تومور د موضعي Bulging لامل شي دمثال په ډول Ovarian تومور د بطن د بنکتني برخي توسع رامنځته کوي چې دنو او Symphysis pubis تر منځ فاصله زياتيږي همدارنگه دمعهه توسع چې

Pyloric stenosis کي رامنځته کيږي د بطن په پورتنې برخه کي ليدل کيږي او Succession splash نښه په کي مثبت وي.

Sunken abdomen: چي Scaphoid بطن هم ورته وايي کيداي شي پرمختللي لوږي يا Wasting ناروغي لکه سرطان کي وليدل شي.

Divarication of recti

په دي صورت کي دواړه Recti عضلات يو دبل څخه جلا کيږي او دگيډي محتويات په متوسط خط باندې راوځي خصوصا که ناروغ سر يا اوږي جگي کړي دا نقيصه کيداي شي ولادي وي او يا په هغه حالاتو کي چي دگيډي داخلي فشار په تکراري ډول زيات کړي لکه تکراري حاملگي، اسايټس، چاقي او دسږو مزمني ناروغي رامنځته شي.

دگيډي حرکات:

دگيډي هر ډول حرکت ته پاملرنه وشي په نارمل ډول شهيق کي گيډه پرسپيري او په ذفير کي بنکته کيږي چي د بطن په ټولو ساحو کي يو شان وي په Generalized پريټونايټس کي دگيډي حرکت او يا له منځه ځي همدارنگه دگيډي حرکات په Tense ascitis، داخل بطني تومور يا غټه کتله کي کميږي د حجاب حاجز فلج کي گيډه د ذفير په وخت کي پرسپيري (paradoxical) حرکت لري.

Peristalsis

په نارمل حالت کي استداريه حرکات نه ليدل کيږي که څه هم په ډيرو ډنگرو خلکو کي کيداي شي د کوچنيو امواجو په شان وليدل شي.

که چيري د کلمو انسداد په ځانگړي ډول د کوچنيو کلمو بندښت شتون ولري نو د LUQ څخه امواج RLQ طرف ته ليدل کيږي.

همدارنگه د کوچنیو کلمو حرکات په Recti د د بطن او incisional hernia په عضلاتو په جلاکیدو کې لیدل کیدای شي که پایلوریک Stenosis موجود وي استداریه حرکات د اپی گاستریک ناحیه څخه Right hypochondrium ناحیه ته لیدل کیږي.

که غټې کلمې بندې شوي وي په ځانگړي ډول مستعرض کولون نو حرکات به په همدې ځای کې ولیدل شي اما د بڼې خوا څخه چپ لوری ته . که ایوسیکل کې بندښت وي نو حرکات په مرکزي برخه کې Step ladders په شان ولیدل شي

نبضان

په نارمل ډول د اپی گاستریک په ناحیه کې بطني Aorta نبضان په ډنگرو، مضطرب او کمخونه ناروغانو کې لیدل کیږي.

د ابحر اینوریزم په Epigastric ناحیه کې په هر وضعیت چي ناروغ وي پراخه نبضان پیدا کوي.

د ترای کسپید عدم کفایه او احتقاني ځیگر نبضان په Right هاپوکاندریوم کې لیدل کیږي
چوره: لاتندي ځایونه باید د چورې لپاره ولیدل شي.

۱-نو

۲- د بطن دیوار (Epigastric hernia)

۳- مغبني ناحیه

۴- Femoral

۵- Incisional Hernia

دچوری دښه لیدو لپاره ناروغ ودرول شي او ورته ویل کیږي چي توخي وکړي.

اصغاء (Auscultation):

۱- د استداري حرکاتو د اصغاء لپاره د ستاتسکوپ د دیا فراگم څخه گټه اخیستل کیږي د نو څخه لږ څه پورته ښي یا چپ طرف ایښودل کیږي په نارمل حال کې ۵-۱۰ ثانیه وروسته اواز اوریدل کیږي مخکي له دې چې تصمیم ونيول شي چی اوازونه نشته نو ۲-۳ دقیقو لپاره اصغاء ترسره شي. نارمل استداریه حرکت د غرغره په شان اواز دي او که اواز دغوږ پواسطه پرته د ستاتسکوپ واوریدل شي نو Barborgmi پنوم یادېږي غوره لامل یې نس ناستي دي.

که چیري استداریه حرکت موجود نه وي نو پرایتیک الیوم، پریتونایتس او که شدید وي نو دامعا بندش راپه گوته کوي.

۲- په غیر معمول حالاتو کې کیدای شي شریاني Bruit دځیگر له پاسه واوریدل شي چی ځای (Localize) لوږ Pitch لرونکي اواز دي اکثرا په Hepatic cellular cancer اویا د حاد الکولیک هیپاتیتس کې رامنځته کیږي چي علت د Vascularity زیات والي دي.

دپښتورگو Bruit لپاره نو دواړه طرف متوسط خط باندي اصغاء شي که موجود وه نو پر Renal artery stenosis دلالت کوي.

که د اپي گستریک ناحیه کې Bruit واوریدل شي نو د کلمو مزمن اسکمیا دمیزاتریک شریان بندښت له امله به وي کله کله بریوت د Spleen پر سر هم اوریدی شو چې د پانقراض د سر د کانسر نښه دی.

۲- Venous Hums: دا Low pitch دوامداره مرمر دي چي شهيق کي لورپري او که ستاتسکوپ ته فشار ورکول شي کمپري په صفي ډول Xiphosternum اود نو تر منځ دوريدي فشار په لوروالي کي اوريدل کيږي لکن نادر دي کله کله Venous hums پر سفلي ميزان تريک وريد اويا وروسته د Portocaval shunt څخه هم اوريدل کيدای شي که چيري Venus hum دگيډي د ديوال متوسع وريدو سره يوځاي وي د Cruveilhier baumgarten سندروم پنوم يادپري چي دځيگر په سيروزس کي منځته راځي.

۳- Friction rub

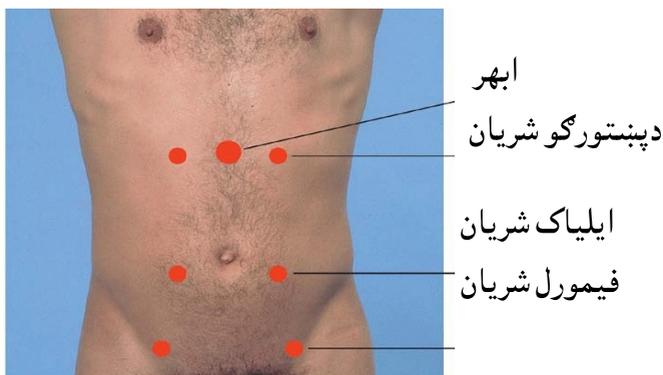
کيدای شي په Hepatoma، کبدي ابسي، دځيگر احتشا اويا دځيگر د بيوسي څخه وروسته دځيگر له پاسه واوريدل شي.

Splenic rub چي يو خشن Creaking اواز دي او د Splenic infarction نښه ده

۴- Sucession splash

په نارمل حالت کي دوه ساعته وروسته دمعه د ډکيدو څخه اوريدل کيږي لکن غير نارمل ډول سره په Pyloric stenosis دکلمو پر مختللي بندښت او Paraltic ileum کي اوريدل کيږي داسي وصف لري لکه يو مشک چي نيم د اوبو څخه ډک اوښوځول شي.

په لاندې شکل د گيډي اصغايي ځايونه ښودل شوي دي.



۳-۲۴ گنه انځور دگيډي اصغايي نقطي

جس:

جس د هضمي سيستم فزيکي معاینه غوره برخه ده چی په دري ډولو سره

ترسره کيږي

۱- Light يا سطحي

۲- عمیق يا Deep

۳- جس دتنفس په وخت کي

دجس لپاره لاندي کړني په نظر کي وي:

۱- معاینه کوونکي دناروغ بني خواته ودریږي

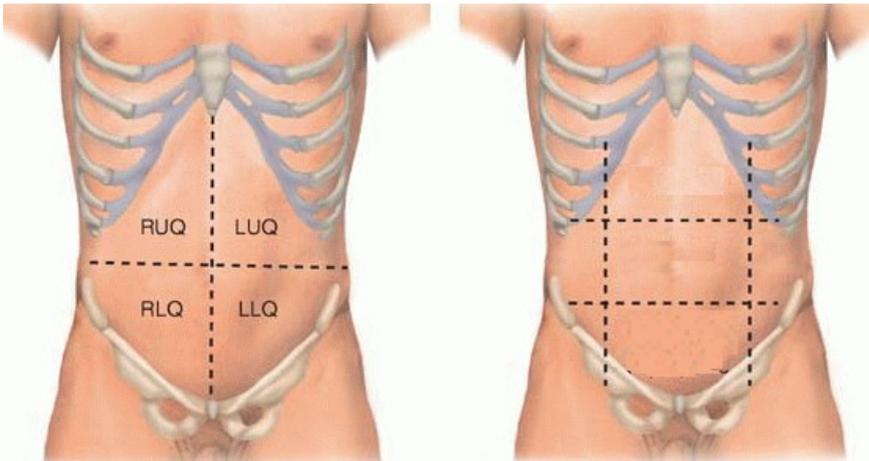
۲- ناروغ پر بستر ارام سملي لاسونه دوو خواته پر بستر کيږي سر او غاړه د

يو بالښت پواسطه Relax کړي

۳- دمعاينه دکوتيي حرارت معتدل وي دمعاينه کوونکي لاس څم وي

۴- ناروغ څخه پوښتنه وشي چې درد لري که نه د شتون په صورت کي دهغی ځاي څخه جس شروع شي هلته چی درد شتون نه لري او ورو دردناکه ځاي جس شي او بیا ټول Quadrant جس شي.

دگيډي دداخلي غړو د بنی ارزيايي لپاره گيډه په څلورکوارانتونو اويا په ۹ برخو ويشل شوی چی په لاندی اشکالو کې ليدل کيږي شکل ۴ کوارانت او ۹ برخي



۳-۲۵ گڼه انځور د بطن کوارانت

I- لومړي Light جس: پواسطه ټوله گيډه وروسته ژور جس ترسره شي په لاندی ډول سره

Light palpation

- دگيډي دپوره استرخا لپاره ناروغ ته ويل کيږي چې خپل لاسونه د بستر په دواړو طرفو کيږدي که ناروغ د بطن عضلاتو ته استرخا نه

شي ورکولاي نو ورته ويل کيږي چي عميق تنفس دخولي دلاري وکړي زنگڼونه قبض او خبرو کولو پواسطه يي بله خوا پاملرنه واپرول شي.

- معاینه کوونکي خپل ښي لاس پر گيډه کيږدي
- ناروغ څخه د جس په وخت کي د Tenderness پوښتنه وشي او مخ ته يي متوجه اوسي چي دنارامي احساس کوي او که نه.
- د درد په باره کي پوښتنه وشي که شتون ولري نو د لري ځاي څخه جس شروع شي او ورو ورو د درد ناکه ځای ته راشي.

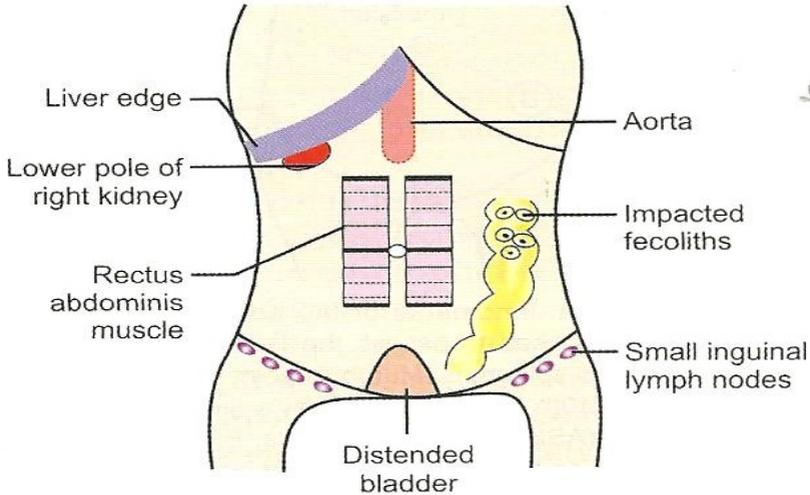
II: ژور جس (Deep palpation)

- گيډه دل اس د ورغوي او دگوتو پواسطه عميقا جس شي په متبارز ډول دگوتو سرونو څخه استفاده ونه شي ځکه کيدای شي دعضلاتو سپزم يا مقاومت رامنځته کيږي
- که ضرورت وي دواړو لاسونو يو بل دپاسه کيښودل شي په ځانگړي ډول که ناروغ چاق او يا عضلاتي وي.
- ښه به دا وي چي جس د Left iliac fossa څخه شروع شي او دساعت مخالف ترسره شي يعني په ترتيب سره لاندي غږي جس شي.

چپ پښتورگي ، دتوري جس، ښي پښتورگي ، ځيگر، مثانه ، دابحر نبضان او Para aortic glands او فخذې شريان

که چيري کوم پرسوب جس شو نو سايز، شکل، ځنډي، حساسيت دلاندي او پورته غږو سره نښتنه، ساختمان، حرکت او توسع يي معلومه شي همدارنگه

د Grion او خارجي تناسلي سيستم جس هير نه شي. په لاندې شکل کې جس کيدونکی ساختمانونه بنودل شويدي .



۲۲-۳ گڼه انځور جس کيدونکي غړي

د جس په وخت کې د گيډي Guarding ته پاملرنه وشي که چيري مقاومت د جس په مقابل کې د عضلاتو د تقلص له امله رامنځته شي د Guarding ورته ويل کيږي په ارادي او غير ارادي ډول وي په Anxiety او Tenderness دلالت کوي.

Rigidity د گيډي د عضلاتو دوامداره غير ارادي تقلص دي چی د Tenderness سره يوځاي وي او د پريتوان د تخريش نښه ده.

په لاندې ډول د Rigidity لاملونه په نښه شويدي.

۱- دخالي غړو سوري کيدل.

۲- حاد پانکراتايتس، کولي سيستايټس، Salphangitis

۳- پریتونایتیس (خپره Rigidity)

۴- دکلمو Strangulation

۵- د Superior میزاتریک شریان ترمبوز

۶- د Ectopic حمل Rupture .

Rebound tenderness هغه حالت ته ویل کیږي کله چې دجس په وخت کې لږ څه لاس ته فشار ورکول شي او بیا دفعتاً لاس پورته شي ناروغ د تیز درد احساس کوي ددې مانوره د اجرا په وخت کې باید د ناروغ مخ ته وکتل شي چې د درد له امله دناراحتې منظره ښکاره کوي دا علامه په Peritonitis دلالت کوي.

کتله یا Lumps

په گیډه کې دکتلي یا Lumps جس د جامدو غړو په غټوالي، خالي غړو په توسع تومور او یا التهابي انساجو پر کتلی دلالت کوي.

که چیرې کومه کتله جس شي نو لاندې ټکي په نظر کې ونیول شي.

۱- اناتومیک موقعیت:

دگیډي په هر کوارانت کې چې کتله جس شي دهمغې کوارانت کې دشته عضو په غټ والي دلالت کوي لکن کله کله منشا بل ځای وي او کتله بل ځای کې جس کیږي چې دا زیاتره دکانسري کتلي پرمیتاستاز دلالت کوي.

همدارنگه باید معلومه شي چې ایا کتله داخل بطني دي که دبطن څخه بهر ځای لري ددې د معلومولو لپاره ناروغ دملاستي په وضعیت کې خپل سر او اوږې پورته کوي که کتله د وضعیت سره بارزه شونو کتله Extra

abdominal دي اوکه وږه يالږه بارزه شوه نو د داخل بطني کتله وي او که هيڅ تغير يې ونه کړ نو کتله د بطن ديوال (layers) پورې اړه لري.

۲- اندازه (size)

د جس په وخت کې د کتلی اندازی ته پاملرنه وشي لکه غټ کېد (Huge Liver) په کانسر کې او غټ توری په لوکيميا يا ځنډني ملاريا، حشوي لشمانيوزس کې جس کېږي.

۳- قوام (Consistency)

خبيث تومور معمولاً سخت، کلک او حتي د تيگي په شان وي، سيست، التهابي پړسوب، ابيسي، معمولاً نرم احساس کېږي، د غايطه موادو کتله معمولاً Indentable وي.

۴- سطح (Contour)

بنوی سطحی ګرد Contour د جامد يا خالي عضوی په غټ والي دلالت کوي که چيري يو غږي په خپور ډول سره غټ شوی وي سطح يې کيدای شي بنويه، نودولر يا Granular وي.

۵- حساسيت (Tenderness)

په ګيډه کې د کتلي حساسيت پر التهابي او احتقاني حالاتو دلالت کوي لکه د ځيگر حساسيت په Hepatitis يا د زړه په احتقاني عدم کفايه کې.

۶- د تنفس سره حرکت

د کتله حرکت د تنفس په دواړو صفحو کې جس شي که چیري یو تومور په ازاده توگه تنفس سره حرکت وکړي کیدای شي د حجاب حاجز غړو لکه ځیگر، توری او په کمه کچه پښتورگو پوري اړه لري که کتله ثابتته وي نو دخالي غړو پر تومور Adhesion شتون، حجاب حاجز Fixation دلالت کوي.

۷- نبضان

که چیري نبضاني پرسوب په Epigastric ناحیه کې احساس شوه نو د بطني ابحر په انیوریزم، اپی گاستریک تومور او یا غټه لمفاوي عقده چی د ابحر ورسره نښتنه ولري دلالت کوي.

که نبضان Knee elbow position کې له منځه لاړه نو د ابحر د نبضان خپریدل را په گوته کوي.

که چیري نبضان د تومور له کبله وي او ابحر سره نښتنه ونه لري کیدای شي Knee chest وضعیت کې د نبضان جس له منځه لاړ شي.

۸- حرکت

د کتله حرکت هله بڼه احساسیږي کله چی مختلفو خواوو ته تیله شي او د حرکت کچه په دي خواوو کې ارزیابی شي هغه Lump چې د جس پواسطه ازادانه حرکت کوي او د ولاړي په وضعیت ولویږي Floating پښتورگي، کبد، توري، پایلور تومور، امعاوو کې غایطه کتلي راپه گوته کوي.

که چیري یوه کتله ډیر کم حرکت وکړي نو صفراوي کڅوړه، اومینتیوم، رحم یا مبیض پوري به اړه ولري.

که کتله Fixed او بي حرکتته وي نو د پانقراس تومور، بطني ابحر انیوریزم، اپنډیکولر اسی، Cold اسی او Retroperitoneal عضلاتو غټوالي رانښيي.

۹- تموج (Flactuation)

تموجي ڪتله هغه سيست چي مایع اويا semifluid ولري، هايڊرونفروزس،
Ovarian cyst، Pyeonephrosis، هيداتيڪ سيست، متوسع مٿانه،
Encysted ابيسي، Hydraminos پوري ٻڙه لري.

۳-۳ گڼه جدول دگيډي دکتلی لاملونه

چپ ايليک ساحه	بني ايليک ساحه
<p>غايظه مواد</p> <p>دسگموييد کارسينوما</p> <p>ډايورتیکولر اېسی</p> <p>دمبيض تومور او سيست</p> <p>Psoas abscess</p> <p>چوره</p>	<p>Mucocele of the يا Appendiceal abscess</p> <p>دسيکوم کارسينوما</p> <p>کرون ناروغي</p> <p>دمبيض تومور</p> <p>اميبيازسس</p> <p>Psoas abscess</p> <p>ايلیوسیکال توبرکلوز</p> <p>چوره</p> <p>دپښتورگو پيوند کول</p>
حوصله	پورتنی گيډه
<p>مثانه</p> <p>رحم (اميدواري، تومور)</p> <p>دوروکلمو بندبنت</p>	<p>Retroperitoneallymphocel adenopathy (Lymphoma) teratoma</p> <p>Left lobe of the liver</p> <p>Abdominal aortic aneurysm</p> <p>Carcinoma of the stomach</p> <p>Pancreatic pseudo cyst</p> <p>Gastric dilatation(Pyloric stenosis)</p> <p>Carcinoma of the transverse colon</p> <p>Omental mass</p> <p>Small bowel obstruction</p>

ځيگر

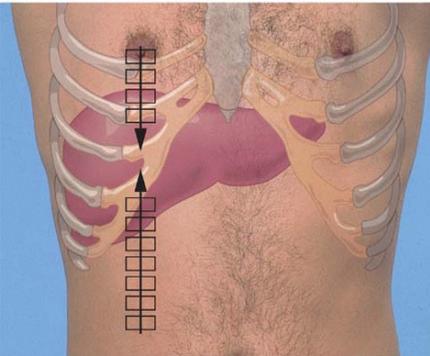
دځيگر دجس په وخت کي لاس د بني پښتيو دغاړو سره په موازي ډول ايښودل کيږي د بني Iliac fossa څخه جس شروع کوو، ناروغ ته وايو چي په قرار قراره دخولي له لاري تنفس وکړي دهري ساه ايستني په وخت کي لاس د ۱-۲ سانتي متر په اندازه سره د بني پښتيو دغاړو په لور مخکي وړو. بياد Inspiration په وخت کي لاس په خپل حالت ثابت ساتل کيږي او انتظار ايستل کيږي چي دځيگر څنډي دکوتي سره ولږيږي او کله چي دځيگر څنډي دلاس سره جس شو بيا دي هڅه وشي چي دځيگر سطحه جس کړل شي نو اوس نوت شي چي دځيگر څنډي اوسطحه نرمه ده او که سخته دردناکه دي او که درد نه لري منظمه او که غير منظمه ده نبضان لري او که نه لري.

دځيگر نورمال څنډه په خوارو خلکو کي فقط د بني لوري د پښتيو دڅنډي سره د عميق تنفس سره جس کيداى شي، چي څنډي يي نرم، منظم او سطحه يي همواره وي، ځيني وخت دسيروزس په ناروغانو کي فقط دځيگرچپ لوب دمتوسط خط چپ لوري ته جس کيږي.

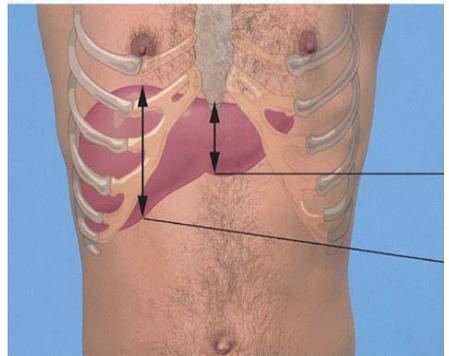


۲۷-۳ گڼه انځور

کله چي دځيگر خنډه جس شو نو دځيگر Span معلوم شي. چي دځيگر پورتنی نارمل سرحد شپږمي پښتي په برخه کي په Mid clavicular line باندي دي چي په دي ساحه باندي دقرع په وخت کي دقرع اواز د Resonance څخه په Dull اوږي ددی لپاره چي دځيگر حد معلوم شي ددي ساحی څخه بنکته په بني Midclavicular line قرعی ته دوام ورکول کيږي تر هغی چي د dull اواز بدلون ومومي نو همدغه برخي پوري دساحی اندازه کول دځيگر حدود بني چي نارمل حد يي د ۱۳ سانتي متر څخه کم دی چي بايد وويل شي چي دځيگر Span نظر بنځه او نر او لوړوالي ته فرق وکړي.



۲-۱۲ سانتي متر پرد بني
کلاويکولاپه متوسط خط باندي



۴-۸ سانتي متره د
ستر نوم په متوسط خط

۳-۲۸ گڼه انځور د ځيگر کچه معلومول

همدارنگه ځيگر په Bimanually ميتود هم جس کولای شو په دي ډول چي چپ لاس ديولسمي او دولسمي پښتيو په سرحد کي شاته ايښودل کيږي او بني لاس په موازي ډول د پښتيو دخنډو سره او ناروغ ته ويل کيږي چي تنفس وکړي خپلي گوتي پورته او داخل طرف ته حرکت ورکړي.



۳-۲۹ گڼه انځور د دواړو لاسونو پواسطه دځيگر جس رابښي

بل میتود دځيگر دجس دي Hooking method دي په دي میتود کي معاینه کوونکي دناروغ ښي خوا دريږي دواړه لاسونه خوا په خوا دپښتنيو ځنډو لاندی ږدي ناروغ ته ویل کيږي چی ژور تنفس وکړي دځگر ځنډه د دواړو لاسونو دگوتو په سرو جس کيږي دا ډول جس معمولاً په چاقو خلکو کي تر سره کيږي.



۳-۳۰ گینه انخوړ Hook میتود د بطن جس

که چیري په گیده کې مایع شتون ولري نو بیا ځیگر د Ballotment یا Dipping میتود پواسطه د جس کیږي چی دگوتو دسرونو په واسطه پر بطن فشار اچول کیږي ترڅو مایع یو طرف اوبل طرف حرکت وکړي که ځیگر غټ شوی وي نودلاس سره احساسیږي.

په نارمل حالت کې که ځیگر جس شي د ځیگر Ptois ورته ویل کیږي چی د امفیما، استما او دیافرانگم لاندي Collection اویا Riedel's lobe له کبله وي.

باید په یاد ولرو چی مرضي ځیگر هر وخت لوی نه وي په سیروزس کې ځیگر وړوکی وي په حاد هیپاتیک نکروزس کې ځیگر Shrink وي (چی د ځیگر د حجراتو دمړیني او ریتکولین شبکی د کولپس له کبله وي).

باید په یاد ولرو که چیري ځیگر غټ، غیر منظم او سخت وه نو Hepatocellular carcinoma، میتاستاتیک ناروغي، سیروزس، سارکوئیدوزس، امایلوئیدوزس Cyst ته فکر وشي که چیري نبضاني وه د ترای کسپید عدم کفایه په هیپاتوسیلولر کانسر او Vascular abnormal او که Massive وه نو میتاستازس الکولیک کېدي ناروغي

میالوپروولیفاتیف ناروغي، بني زړه عدم کفایه، هیپاتوسیلولر کانسر ته فکر وشي که متوسطه اندازه غټ شوي وي نو پورتنی اسباب او هموکروما توزس، لمفوما، مزمنه لوکیمیا، Fatty liver او کم غټ شوي وي نو پورتنی اسباب او Hepatitis، صفرابندبنت، HIV، Hydatid disease، ته فکر وشي که چیري په جس سره حساس وه نو Budd، Hepatitis، RHF، chiori syndrome، کبدي ابسي، هیپاتوسیلولر کارسینوما، Biliary obstruction ته فکر وشي.

د ځیگر د غټوالي توپیری تشخیص

۱- که ځیگر نرم Smooth او حساس وي نو هیپاتیتس، CHF، Budd- chari سندروم او یا Fatty infiltratrin رایه گوته کوي.

۲- که ځیگر سخت او منظم (Regular) وي نو د سیروزس او Obstructive ژیری نښه ده.

۳- که بی درده سخت نودولر ځیگر پر کانسر دلالت کوي.

۴- نبضاني ځیگر د ترای کسپید د عدم کفایي نښه ده.

۵- Riedl's lobe غټوالي د Budd chari سندروم لپاره وصفی دي.

صفرای کڅوره:

صفرای کیسه دناک په شان شکل لري د ځیگر د بني لوب لاندی ځای لري په نارمل حالت کې نه جس کیږي د صفرای کڅوري په ساحی لاس ایښودل کیږي او ناروغ ته ویل کیږي چي عمیق تنفس وکړي که صفرای کڅوره جس شي نو دیو سختی، بنوي یا Globular swelling احساس د ۹ پښتی غضروف سره کیږي

که صفرا کڅوړه جس شو نوسطحه، حساسیت، شکل او Consistency يي نوټ شي.

د صفراوي کڅوړي دلويدلو اسباب په لاندې ډول دي:

I- د ژيري سره

دپانکراس دراس کارسینوما، د Ampula of water کارسینوما، د Mucocele of gallbladder، Common bile duct تپري،

II - بدون له زيري څخه

Mucocele او يا د صفراوي کڅوړي امفيما

Carcinoma of the gall bladder (stone hard irregular swelling)

Acute cholecystitis

د صفراوي کڅوړي دکتلي ځانگړتياوي:

۱- د صفراوي کڅوړي کتله گرد يا Globular ساختمان لري چې څنډه يي واضح سرحد لري.

۲- د تنفس سره ازادانه حرکت کوي لکه د ځيگر په شان

۳- هيڅکله په Bimanual او Ballotment ميتود نه جس کيږي.

۴- دکتلي پورتنې سرحد نه شي تعين کيدای.

۵- په شاه که د پښتورگي زاويه ډکه نه وي.

۶- داسطحي موقعيت لري په قرع سره Dull وي.

Murphy's sign چې دکوليستازس لپاره ښه ښه ده ناروغ ته وايي چې ژور تنفس وکړي که په دي وخت کي پرسيدلي صفراوي کڅوړه دداکتر دلاس

سره وليپرې دفععا ناروغ خپل تنفس ودروي او ويل كيپرې چې Murphy's
نښه مثبت ده

Courvoisier low: کله چې صفراوي کڅوړه لويه شوي وي او ناروغ زيپرې
ولري نو سبب به يې دصفرا تيره نه وي بلکه د پانکراس په کارسينوما اوي
د ښکتنی بيلري قناتونو په کارسينوما پوری به اړه ولري چی د انسدادی
ژيپری لامل گرځي .

ځکه چی دصفراوي تيپرې په صورت کي په مزمنه توگه صفراوي کڅوړه کي
فايبروزس منع ته رايي او صفراوي کڅوړه نه غټيپرې او که صفراوي کڅوړه
دجس وړ نه وي او ناروغ کي زيپرې موجود وي نو دصفراوي تيپرو څخه غير
نورو لاملونو به موجود وي. په ۵۰ سلنه څخه په کمو پيښو کي متوسع شوي
Gall bladder دجس وړ نه دی.

۳-۴ گڼه جدول دصفرا دکڅوړی غټوالي او ښي پښتورگي غټوالي توپير

ځانگړتياوي	دصفرا کڅوړه	ښي پښتورگی
کتنه Shape	ښويه، سخته او Globula	دکشتی په شان (Boat shape) سخت او ښويه وي
دتنفس سره حرکت	په ازاد ډول سره حرکت کوي	محدود وي Restricted
دکتلی پورتنی برخه	ښه نه احساس كيپرې	واضح ډول سره ښکاري
د Ballotability	Non ballot	Ballatable
د دواړو لاسونو پواسطه جس	نه جس كيپرې	جس كيپرې
قرع	Dull	دکولون وضاحت د کتنه پر سر کله کله شتون لري

د توري جس:

توري بنکنه او متوسط خواته لويږي په نارمل حالت کي نادراً د جس وړ دی په لاتندي ميتودونو جس کيږي.

۱- د دواړو لاسونو پواسطه (Bi manual)

معاینه کوونکي دناروغ ښي خواته دريږي لاس د چپو بنکنیو پښتیو شاته ږدي او ښي لاس د پښتیو د څنډو سره موازي دنو په ساحه کي ږدي دهمدی ځای څخه جس شروع کوي او پورته خواته ځي ناروغ ته د جس په وخت کي وویل کيږي چی تنفس وکړي که توري غټ شوي باید سطح، حساسیت، اندازه يي معلومه که چيري توري جس نه شي نو ناروغ ښي طرف ته اړول کيږي دوباره جس شروع کيږي باید وویل شي چی Spleen هغه وخت د جس وړ دي چی دخپل نارمل سايڅخه دوالي دري چنده غټ شي.



۳-۳۱ گڼه انځورد توري جس

۲- Hooking ميتود

ناروغ ته Right lateral وضعیت ورکول کيږي او معاینه کوونکي چپ خوا دناروغ ودریږي دواړه لاسونه په Left costal margin کي د چنگگ په شان

رډي ناروغ ته ويل کيږي چې تنفس وکړي که توري غټه وي نو دگوتو پر سرونو احساس کيږي.

۳- Dipping

په دي ميتود که چيري Ascitis موجود وي نو توري جس کيږي دناروغ بڼي خوا ډاکټر ودریږي او جس د بڼي Iliac fossa څخه شروع پورته چپ هاپيوکانډريوم ناحیه ته ځي خپلی گوتي پر بطن دمايع دموقعیت دتغیر له پاره Dip کوي که توري غټه شوی وي نو دهر Dip څخه وروسته پر گوتو لگيږي ددي ميتود پواسطه يواځي غټه والي په باره کي معلومات لاسته راځي نه دنورو مشخصاتو په اړه.

دتوري غټه والي په دري درجو تقسيم شوي Mild (۱-۲ سانتي متره) متوسط ۳-۷ سانتي متره او Sever ۷ سانتي مترو يا له دي څخه زياد.

دتوري دغټوالي لاملونه په پنځم څپرکي کي ليکل شوي.

۳-۵ گڼه جدول دچپ پښتورگي او غټ توري تر منځ توپير

پښتورگي	توري	ځانگړتياوي
کتله غیر منظمه وي	More likely	کتله بنويه او منظمه وي
ژور او Vertical حرکت کوي اما ازاد نه وي يعني لږ حرکت کوي	سطحي او افقي حرکت په ازاده ډول سره کوي	دتنفس سره حرکت
تيريري	نه تيريري	دپښتيلولاندې دگوتسو تيريدنه
نه جس کيربي	هو که ډير غټ شوی وي	په متوسطه برخه کې Notch جس کيربي
کله کله (Poly cystic disease)	نه جس کيربي	دوه طرفه کتله کيدای شي جس شي
معمولا Resonance وي	معمولا Dul وي	دکتلی په سر قرع
قدامي خلفي طرف ته	قدام، بنسکته او افقي ډول بني خوا لويري	دکتلي Direction
Horse shoe پښتورگي شتون ولري	کله کله که چيري ډير غټ وي	کتله دمتوسط خط څخه کيدای شي تيره شي
ډک وي	خالي وي	دپښتورگو زاويه
وي	نه وي	Ballotability

د پښتورگي جو جس

د کاهل پښتورگي ۱۱-۱۴ سانتي متر طول لري د Retro peritoneum غري دي بني پښتورگي ، دځيگر دشتون له امله خو سانتي متره نظر چپ ته ٿيټ والي لري دهر تنفس سره دواړه پښتورگي حرکت کوي ځکه چې پورتنی Pole يي حجاب حاجز سره تماس لري په نارمل حالت کې يوازې په ډنگرو خلکو کې د بني پښتورگي سفلي Pole ممکن جس شي. پښتورگي قدامي خلفي طرف لويږي او Costo vertebral angle ډکوي.

د جس ميتود:

Bimanual ميتود د جس لپاره کارول کيږي.

۱- چپ پښتورگي

ناروغ چپ خوا اړول کيږي معاینه کوونکي بني لاس دناروغ خلف ته لږ څه بښکته د پښتورگي پر څنډو وړدي پر دې ترتيب چپي دگوتو سرورنه Costovertebral زاويه ته ورسيږي چپ لاس د قدام لخوا په Left upper quadrant اينسودل کيږي.

ناروغ ته ويل کيږي چې تنفس وکړي د دواړو لاسونو ته يعني بني لاس ته قدام طرف او چپ لاس ته خلف طرف ته زور ورکول کيږي د پښتورگي بښکتني Pole د لاسونو ترمنځ جس کيږي چې دامعمولاگردد وي. بايد د پښتورگي Ballotability يعني ديو لاس پواسطه ټيله کيږي او دبل لاس پواسطه جس کيږي ارزيايي شي.

کله چې پښتورگي جس شو نو اندازه، سطح او قوام يي بايد معلوم شي.

۲- بني پښتورگي

دچپ پښتورگي په شان جس کيږي دلته يواځي چپ لاس خلف کي او ښي لاس قدام کي ايښودل کيږي.



۳-۳۲ گڼه انځور د پښتورگي جس

۳-۲ گڼه جدول لاندې حالاتو کي پښتورگي غټيږي

دواړخيزه غټوالي	يو طرفه غټوالي
۱- پولي سيستیک پښتورگي	۱- د پښتورگو تومور
۲- په ماشومانو کي حاد پايونفرايټس	۲- هايډرونفروزس
۳- امایلوئيډوزس	۳- پايونفروزس
۴- اکروميگالي	۴- يو طرف Cyst
۵- ديابيټيک نفروياتي	۵- معاوضوي ډول د پښتورگو هايپرټروفي
۶- دوه اړخي زه Hydronephrosis او پايونفروزس	

دمثاني جس :

په نارمل حالت کې نه جس کيږي اما که ډکه او متوسع شوی وي Symphysis Pubis څخه پورته جس کيږي.

متوسع شوي مټانه په هايپوگستريوم ناحیه کې پرسوب رامنځته کوي چی تر نو پوري رسيږي جنبي او پورتنی سرحد يې تعينيدای شي لکن سفلي سرحد يې نه شي احساس کيدای.

کتله معمولاً حساسه وي که چيري فشار پری وارد شي نو د تشومتيازو کولو احساس پيدا کيږي که قرع شي نو Dull به وي ۴۰۰-۶۰۰ سي سي تشومتيازو ته اړتيا دي ترڅو Dull اواز منځته راشي. که ناروغ ادرار وکړي او يا کتيترو واچول شي نو کتله له منځه ځي.

دمثاني دتوسع غوره لاملونه عبارت دي دا حليل Stricture ، پروستات غټوالي، يوشمير درمل عصبي تشوشات، لکه Multiple sclerosis او Spinal cord compression .

د ابحر جس

د ابحر دنبضان د جس لپاره دواړو لاسونو گوتي دگيډي په پورتنی برخه لږ څه دمتوسط خط چپ طرف ته ايښودل کيږي او ژور ميتود پواسطه دباندي د ابحر نبضان جس کيږي په زاړو خلکو کې چی عمر يې د ۵۰ کالو څخه لوړ وي د ابحر وسعت (Width) ارزيايي کول اړين دي په دي خلکو کې نارمل ډول سره وسعت د ۳ سانتي څخه نه زياتيږي که ۳ سانتي څخه زيات شي د ابحر په انيوريزم دلالت کوي که د ۵ سانتي مترو څخه زيات شي نوجراحي استطباب لري Risk فکتور انيوريزم ته عبارت دي له سگرت څکول، نارينه جنس، عمر له ۶۵ کالو لوړ وي، کورني تاريخچه.



۳-۳۳ گنه انځور

قرع

د بطن د قرع موخه د کتله، غړي د اندازي او Nature مایع او ګاز شتون په باره کي معلومات تر لاسه کول دي.

په نارمل حالت پر ټوله ګیډه ریزونانس اواز قرع کيږي که چيري د ګاز له امله توسع شتون ولري نو Tympanic او که جامد تومور یا مایع یا د مبيض Cyst وي نو Dull اواز اوریدل کيږي.

میتود:

۱- قرع باندي د وضاحت ناحیه څخه Dull طرف ته تر سره شي د مرکز څخه شروع او بیا د ګیډي محیطي برخي قرع شي.

۲- سطحی قرعه د سطحی ساختمانونو لکه د ځیګر سفلی سرحد او کلکه قرع د ژور غړو لکه د ځیګر پورتنی سرحد لپاره تر سره شي. قرع د اسایټس، غټ مبيض سيست، د غټو کلمو بندش، کوچنیو کلمو بندش تر منځ د توپیر لپاره تر سره کيږي.

د اسایټس د معلومولو لپاره په لاندې کرن لارو قرع تر سره کيږي.

۱- Shifting dullness: ناروغ ته د ملاستي وضعيت وړ کول کېږي قرع د مرکز څخه شروع کېږي د يو Flank طرف ته ادامه وړ کول کېږي يعنې Resonant ناحیه څخه شروع او Dull طرف ته قرع کېږي کله چې Dull ناحیه احساس شوه نو ګوتې په همدې ځای ايښودل کېږي او ناروغ ته ويل کېږي چې ځان بلې خواته واړوي نو اوس هغه ځای چې مخکې Dull وه د مایع Shift کېدو له امله په Resonant بدلېږي نو ويل کېږي Shift dullness مثبت دي.



۳-۳۴ ګڼه انځور Shifting dullness

د Shift dullness دښه تایید لپاره دوباره قرع دهغه Resonant ځای څخه چې نوی پیدا شوی شروع او Umbilical خواته ددې لپاره چې پوه شو چې کوم ځای کې dull او از Shift شوی وي ترسره کېږي.

دغه ځای يعنې Dull شروع نښه شي فاصله د پخواني Resonant او اوسني Dull ترمنځ د Shifting dull ځای دی.

Shift dullness په متوسطه کچه که مایع شتون ولري مثبت وي اما که مایع ډیره کمه او یا ډیره زیاته وي نو بیا د ایتیسټ منفي دی.

۲- Fluid thrill

دمايع د Thrill دمعلومولو لپاره دناروغ اويادپايواز خخه هيله كيږي چي دخپل لاس خنډه په متوسط خط باندي كيږدي اولږخه فشار ورکړي چي دافشار هغه امواج يا Thrill چي دشحم دشتون له امله په گيډي کي رامنځته كيږي ودروي. اوس معاينه کوونکي يولاس په يو Flank اوبل لاس پر بل Flank ږدي نوبو Flank ته دگوتي پواسطه لږضربه ورکول كيږي که چيري مايع شتون ولري نوپه بل لاس کي موجه احساس كيږي.

Fluid thrill په هغه حالت کي چي مايع کمه وي منفي وي ددي معاينه مثبت والي Tense راپه گوته کوي .



۳- ۳۵ گڼه انځور Fluid thrill

۳- Pudal sign

ددي علامي مثبت والي ډيره کمه مايع يعني تقريبا د ۱۲۰ سي سي مايع شتون په گيډه کي راپه گوته کوي ناروغ ته Knee elbow وضعيت ورکول

کيڙي د بطن مرکز قراع کيڙي که چيري مایع موجوده وي نو Dull اواز اوریدل کيڙي ځکه چې مایع په دي وضعیت کې د Gravity په اساس د گيډي په مرکز کې راټوله شوی.



۳-۳۶ گڼه انځور Pudal sign

د کبدي ناروغ غوره گيلی:

عبارت دي له درد، ژيږي، کسالت، خارښت، وزن کموالي، اشتها، خرابوالي، دبوي او مزي احساس خرابوالي، شخصیت بدلون، خوب خرابوالي، سالنډي، وينه بهيدنه، د عضلاتو کرډ، د جنسي اشتها، خرابوالي، Hyper pigmentation اونور دي.

کسالت د ځيگر په حادو لکه ويروسي هيپاتيتس او مزمنو ناروغيو لکه ابتدايي بايلري سيروزس، مزمن هيپاتيتس سي کې رامنځته کيږي اصلي پتوجنيزس بي معلوم نه دي.

خارښت په ځانگړي ډول په هغو حالاتو کې چې کوليستازسس رامنځته شي ليدل کيږي

زړه بدوالي په شدیدو کېدې ناروغيو کې رامنځ ته کېږي چې معمولاً د کسالت او کانګو پواسطه تعقیبېږي کانګي نادرا دځیگر په ناروغانو په دوامداره ډول سره موجود وي.

دوزن بایلل او اشتها خرابوالي د ځیگر په حادو ناروغيو کې معمول وي اما په مزمنو ناروغيو کې نادر دي Steatorrhoea دځیگر په ناروغانو کې غیر د شدید زېري څخه نادر

دي . دښې پورتنې کوادرانت درد دځیگر په زیاتو ناروغيو کې رامنځته کېږي چې د Glisson's د کپسول کشش کول یې لامل دي شدید درد دځیگر په ابسی ، Venocclusive ناروغي ، حاد هیپاتایتس او Budd chari's سندروم راپه گوته کوي کله کله RUQ کولیکي درد د بایلري کولیک چې لامل به یې تیره ، تومور او Stricture وي نښه ده چې دا درد معمولاً ښې اوږې ته خپریږي.

خارښت په Obstructive ژیري کې رامنځته کېږي او همدارنگه د یوشمیر مزمنو کېدې ناروغيو لکه ابتدایي بایلري سیروزس ، Sclerosing کولانجایتس نښه ده.

هیماټومیزس او میلانا دځیگر په ناروغانو کې دمري دوریس د شکیدو له امله او یا د Coagulation د تشوشاتو له امله رامنځته کېدای شي.

ژیري (Jundice)

په نارمل حالت کې د سیروم بیلروبین کچه 0.3-1.5mg دي که چېرې 2.5 او یا له دي څخه زیاتېږي نو Sclera ، مخاطي غشا او د پوستکي رنګ ژیرېږي چې د کېدې ناروغيو غوره نښه او شدت لپاره ښه Marker دی.

لاملونه

ژيږي پر Prehepatic (هيمولاتيک)، هيباتيک دکبد حجراتو دخراييدو له امله او (Obstruction) Post hepatic باندي ويشل شويدي.

۱- هيمولاتيک ژيږي غوره لاملونه Spherocytosis، سيکل سيل ناروغي، تلاسيما، انتانات او G6PD دي په دې ډول ژيږي کي دناروغ وينه کمه، خاسف وي، دتشموتيازو او غايظه موادو رنگ تقريبا نارمل وي غير مستقيم بيلرويين لوړ وي دځيگر ازمويني نارمل وي.

۲- دکبد دحجراتو دخراييدو غوره لامل ويريوسي هيباتيتس، سيروزس يو شمير درمل، ولادي ناروغي لکه Gilberts syndrome، Crigglar najar، دي او په دې ډول ژيږي کي ناروغ بي اشتهايي، زړه بدوالي، کانگي، کسالت لري دځيگر دناروغيو نور کلينيکي نښي لکه، Palmar Erythma، Ascites او Spider angioma شتون لري دادار رنگ تور وي.

Obstructive - ۳

په دوه ډولو تقسيم شويدي.

الف: Intrahepatic cholestasis او Extrahepatic بندش چې غوره لامل يي تيره، تومور، اسکاريس، لمفاوي عقدا تو فشار په صفاوي قنات باندي، پانقراض تومور او نور.

په دې ډول ژيږي غايظه موادو رنگ تقريبا سپين وي همدارنگه دا ناروغان د خارښت، زړه بدوالي او کانگو څخه گيله مند وي. که ناروغ ژيږي ولري نولاندي ټکو ته پاملرنه وشي.

۱- که ژیري دتبی، گیلېي درد، بی اشتهايي، دغذا او سگرتو څخه نفرت سره یوځای وي نو پر وایروسي یا درملو له کبله لکه هیپاتیتس او یا دځیگر په اېسی دلالت کوي.

۲- که ژیري په IV drug abuse، هیموفیلا، نارینه او Homosexual که پیداشي نو Chronic Active، Acute transfusion hepatitis B,C، Hepatitis (که دژیري دوام له شپږو میاشتو زیاد شوي وي) فکر وشي.

۳- که ژیري سره تیاره رنگه تشی متیازي او غایطه مواد یوځای وي نو هیمولاتیک ژیري ته فکر وشي.

۴- که خارښت، سپین غایطه مواد او Xanthomatous شتون ولري نو Cholestatic ژیری او بایلري سیروز ته فکر وشي.

۵- دگیلېي درد، Flactuation ژیری سره په Bile duct، تیگی، Stricture او یا پانکراتایتس دلالت کوي.

۶- بی درد ژیري چی مخ پر زیاتیدو وي او ورسره دصفاوي کڅوړی جس شي دپانقراض په کارسینوما دلالت کوي.

۷- که ژیري د اسایتس، دبطن پر سر متبارز وریدونو، هیماتیمزس دتاریخچه سره مل وي نو پورتال هایپرتنشن رانېیي.

۸- که حاملگی سره ژیري وي نو هیپاتیک یا Cholestatic ژیري د حاملگی رانېیي.

۹- تکراري ژیري: په ولادي Hyper bilirubinemia تکراري سلیم Cholestasis دلالت کوي.

دځيگر دناروغ فزيکي کتني

لائدي نښې په نظر کي ونيول شي.

Feter Hepaticus چې دناروغ د خولي خخه د دمې شوي مورېک په شان بوي احساس کيږي چي دځيگر په پرمختللو ناروغيو کي څرگند يږي. پوستکي، مخاطي غشاء او سكيلرا د ژيږي لپاره وکتل شي. Cornea د Kayser fleischer ring لپاره چي يو نسواري حلقه ده او په ثانوي ډول د Copper د تجمع له امله رامنځته کيږي د Willson's ناروغي غوره نښه ده وليدل شي. دځيگر په پرمختللو ناروغيو کي پوستکي د Hyperdynamic circulation له امله گرم وي.

Spider telangectasis چي يوه وعايي اېنارملي ده د فشار په واسطه Blanch کيږي پرمخ او د صدر په پورته برخه کي ليدل کيږي د سيروز غوره نښه ده چي داستروجن زياتوالي او Porto systemic shunt يي لامل دی. د پوستکي صباغات په کوليستازسس دلالت کوي.

Purpura دواسکولايټس تظاهر دي کيدای شي چي په مزمن C او B هپاتايټس کي وليدل شي.

د سيروزس په ۲۰ سلنه ناروغانو کي چي الکولو سره اعتياد ولري د Parotid غدو غټوالي ليدل کيږي

Gynecomastia او Testicular atropy ، Feminization دسروزس کلاسيکي نښي دي.

Flapping tumor دانسفالوپټي نښه ده.

اسايټس، کولايټرل، Caput medosa، بواسير او دتوري غټوالي د پورتل هايپرتينشن نښه گڼل کيږي کله کله دځيگر په سر کيدای شي Bruit او

Friction رب واوریدل شي چي په نیوپلازم، ابسي او نادرا په میتاستاتیک
تومور دلالت کوي.

دهضمي سیستم لنډيز

دهضمي سیستم ناروغانو غوره گيلی، دگيلی درد، د اشتهای او وزن
تغیرات، زړه بدوالي، استفراقات، نس ناستی، دزړه سوخت، خولی ته د
ترشو اوبو راتگ، دمري نښتیدل، دردناکه بلع، وینه ورکول، قبضیت،
ژیړی، خارښت، توري تشي متیازی، خاسف غایطه مواد، تبه او کسالت
دی.

فزيکي معاینات:

ناروغ ته په سمه توگه وضعیت ورکول هغه داسي چې سر لاندی یو بالښت
ایښودل کیږي او گیلې په پوره ډول سره باید لوڅه وي د اطاق حرارت
مناسب او روښنایي ولري

لومړي دناروغ General appearance کتل کیږي چی ایا وزن یی کم شوي یا
زیاد شوي د Dehydration بیلگي لکه ننوتی سترگي شته که نه، دځیگر
ځنډني ناروغی نښه شته که نه یعنی ژيړي، پگمنتیشن د
هیموکروماتوزس، Xanthemato, whipple's disease دمزمن
Cholestasis لپاره دماغی حالت دکبدي کوما لپاره ولټول شي.

لاسونه:

ناروغ ته ویل کیږي چې خپل لاسونه وغځوي ترڅو کبدي Flapping یا
رعشه ولیدل شي همدارنگه نوکانو ته پاملره وشي چې Clubbing شته،
Leuconychia (سپین نوکان) ، Palamry erythema ، Dupuytren's
construction (الکولییک سـیـرـوزس لپـاره) Arthropathy

دهيمو کروماتوزس لپاره ولټول شي همدارنگه دناروغانو متيې (Arms) د Bruising ، Scarctch نښو او Spider naevi لپاره ارزيايي شي. دناروغ مخ د Scar اېنارملتي لپاره لکه ژيري، وينې کموالي يا Iritis لپاره قرينه د Kayser fleischer (Wilson ناروغي) د Paratoid غدوات غټوالي دناروغ خوله د تنفسي بوي Angular stomatitis ، لوکوپلاکيا ، زخمونه، موضعي صباغات (Talengectasis (Peutz jegnor syndrome ، Gingivitis ، وينه ورکول، پړسوب ژبه د اتروفیک Glossitis ، لوکوپلاکيا او زخمونه لپاره ولټول شي.

Cervical او ابطي لمفاوي غدواتو جس له يادوه ونه وځي

د ناروغ صدر د Spider naevi ، Gyncomastia ، دوښتو کموالي او رنگ لپاره معاینه شي

گيډه

۱- تفتيش

په گيډه بايد د Scar ، توسع ، بارز وريدونه او ددي وريدونو دويني جريان سمت کاپوت ميدوسا inferior vena cava ، چوره ، Stria ، Bruising ، صباغاتو موضعي کتله او ليدونکي پرستاليزم لپاره تفتيش شي.

جس:

دگيډي په جس کې بايد لومړي سطحي جس تر سره شي ناروغ ته وويل شي چې کوم ځای يې حساس دي او ددي حساسه ناحيه څخه لری جس شروع شي وروسته حساسه ناحيه جس شي همدارنگه دکتله دشتون په باره کې پوښتنه وشي که شتون ولري نو موقعيت ، سايز ، حساسيت ، تحريکيت ، بطن يا جدار پوري اړه لري کله پلټنه وشي د سطحي جس څخه وروسته ژور جس ،

دځيگر، توري د پښتورگو کتلاتو جس لپاره ترسره شي که ځيگر يا توري پښتورگي جس شي نو قوام، حساسيت، سطحه، سختوالي ته يې پاملرنه وشي پښتورگي او توري ترمنځ توپير وشي پښتورگي د جس لپاره Bimanual ميتود څخه استفاده وشي همدارنگه که حبن شتون ولري نو Blattmens مانور پواسطه جس ترسره شي.

قرع:

دځيگر سرحدات معلوم شي Shifting dull داسايتس لپاره ترسره شي.

اصغاء:

ځيگر، توري او د پښتورگو ځای د Hums ، Bruit او rub لپاره اصغاء شي. همدارنگه د Groin ناحیه معاینه له یاده ونه وځي مغبنی لمف اډینوپاتی جس شي دچوره دمعاينه لپاره ناروغ ته ویل کیږي چی ودیرې او توخي وکړي، Testes باید جس شي، خپي دپرسوب او Brusing لپاره معاینه شي Rectal معاینه اړینه دي په تفتیش کې Tag Fistula مخاط او د ویني شتون ولیدل شي که کتله شتون ولیر باید جس شوي اندازه قوام حاسیت حرکت په نظر کي وي.

پوښتنی:

لومړی پوښتنه: که یو ناروغ ته لومړي دمایع او وروسته د جامدی غذایی موادو سره دیس فزیا پیدا شي نو لامل به یې:

الف: CVA

ب: التهابي حالت

ج: کانسر

د: ټول صحیح دي

دوهمه پوښتنه: کلابینګ د هضمي سیستم په لاندې ناروغيو کې شتون لري؟

الف: معدي زخمونه

ب: د ځيگر سيروزس

ج: د جذب خرابوالي

د: دکولون کانسر

دریمه پوښتنه: د ځيگر د پاسه Bruit په لاندې حالاتو کې لیدل کیږي.

الف: د ځيگر اسی

ب: د ځيگر سیست

ج: د ځيگر کانسر

د: ټول صحیح دي

څلورمه پوښتنه: صحیح جمله په ص او غلط په غ ښه کړي؟

الف: Puddal sign مثبت والي په بطن کې ۱۲۰ سي سي مایع راپه گوته کوي.

ب: که اسایټیک مایع ډیره وي نو Shifting dullness هم زیات وي.

ج: Fluid thrill په امیدواري کې هم مثبت وي.

د: Fluid thrill د مایع شتون په بطن کې راپه گوته کوي.

پنځمه پوښتنه: دخولي Aphthosis Ulcer په لاندې حالاتو کې شتون لري.

الف: د ځيگر سيروزس

ب: د صفر اکثوري التهاب

ج: دمعدی زخم

د: سیلیاک ناروغی

خلورم خپرکی

داندوکراین سیستم مفردات

دندو ځنډ، زیاته نمو، چاغي، دهلو کو او بندونو درد، پتالوژیک
سسستی، دپوسسستی کسرونه، تیتانی، دماغی حالت بدلون
Pigmentation، داندوکراین دغوره ناروغیو اعراض
Hirsutism، پیژندنه او لاملونه او علایم: Addison's ناروغي،
داشتهاء تغیر، پولي یوریا، پولي دیسیا پیژندنه او لاملونه،
Myxoedema او اکرومیگالی، کوشینگ، تایروتوکسیکوزسس،
Gynecomastia، مخکي له وخته بلوغ، Sexual infantilism او د
بلوغ ځنډ، Lack of Potency، Cryptorchism

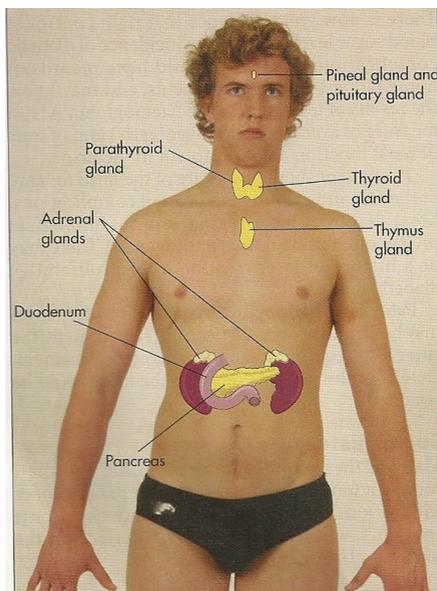
سریزه

اندوکراینی غدی د نخامیه، تایروئید، پاراتا یروئید، پانقراس، ادرینال او
گوناد غدو څخه عبارت دي. دا غدی دنورو غړو سره دعصبی
سیستم، هورمونونو، سایتوکینس او دودوي فکتور په واسطه اړیکي لري.
اندوکراینی غدی هورمونونه تولیدوي او دوران ته یې دمختلفو دندو لکه
میتابولیزم، نمو، تکامل، تناسل او د دندو د تنظیمولو لپاره
ازادوي. داندوکراینی غدو د تشوشاتو گیلې ډول ډول او په دودیز ډول
ناځانگړي وي کله کله په ناڅاپي ډول سره دویني دمعاینې په واسطه تشخیص
کیري لکه هایپوتا یروئیدیزم خو بیا هم دهرې غدی په خپله یوشمیر غوره

گیلي او نښي په ناروغ کي که د غدی دنده خرابه شوي وي څرگند یږي چي د دقیقې تاریخچې او فزیکي معاینې او مناسبو لابراتواري ازموینو پواسطه تشخیص کیږي. په دې څپرکۍ کې عمومي گیلې او نښې او هم ځانگړې ډول دیوشمیر غوره اندوکراینې ناروغیو کلینیکي نښې توضیح شوي.

داندوکراین سیستم سیمولوژي:

په اندوکراین سیستم کې په کلاسیک ډول سره لاندې اعضاوې گډون لري
 ۱- هایپوتلاموس اونخامیه غده، Thyroid، Para thyroid،
 Gonades، Islet cell پانکراتیک، ادرینل،



۴-۱ گڼه انځور داندوکراین غدوات

نوڅرنگه چې هورمون د عضوي تقریبا ټولې دندي کنترولوي داندوکراین ناروغیو تظاهرات هم پراخه بڼه لري چی دغوره څخه یې یادونه کیږي.

د ودي ځنډ (Delayed Growth)

غوره ناروغي چې دنشوونما دتاخير لامل گرځي هايپوتايروييدزم او هايپويټوتوريرزم څخه عبارت دي او يوشمير حالاتو کي ستونځمه ده چې ددي غدواتودنشونما تاخير د فاميلي او ارثي نشوونما څخه توپير کړو دهمدي کبله بايد هميشه په نظر کې وي چې دنشوونما تاخير دکوچنيوالي څخه موجود دي اويا داچې دکوچنيوالي د دورې په شروع کي شروع شوي دي په ځينو ځنډنيو ناروغيو کي لکه سوء تغذيه، ميتابوليک افات، دهډوکو ناروغي، دزړه او پښتورگوناروغيواو مزمن توبرکلوز کي هم رامنځته کيدای شي.

د ودي زياتوالي (Excessive growth)

دوجود زياته نشوونما په فاميلي، تژادي او فزيولوژيک ډول موجودوي اما دنخاميه غدي ناروغي چي زيات دنشوونما هورمون افرازوي د وجود د زياتي او سريع نشوونما لامل گرځي.

چاغي

کله چې دوجود غور په بدن کي په خپور ډول سره زيات شي او که ديو ناروغ BMI ۲۵-۲۹ وي نو Over weight بلل کيږي او که BMI د 30kg/m² څخه زيات شي چاقي ويل کيږي د BMI د محاسبې فورمول عبارت دي دي $BMI = \frac{Mass(Kg)}{Height\ m^2}$ چاغي د ډول ډول ژوند ته دگواښ کونکو ناروغيو خطر زياتوي. لکه شکرې ناروغي، دزړه اورگونو ناروغي، سرطانونه، Osteoarthritis, Obstructive sleep apnea اونور

چاغي هغه وخت راځي کله چې خوراک زياددفيزيکي فعاليت کم او جنتيک مساعدت شتون ولري.



۲-۴ گینه انځور چاقي

غوره اندوکرايني ناروغي چی دچاغي لامل گرځي عبارت دي Cushing syndrome، هايپوتايرويدزم، Growth hormone deficiency، ديابيت تایپ ۲، Infertility، Poly cystic ovary syndrome

دچاق شخص څخه بايد لاندي پوښتني وشي

۱- کله ستاسو وزن په زیاتیدو شوه؟

۲- ایا له ماشومتوب څخه مو وزن زیات وه؟

۳- ستاسو د والدينو وزن څرنگه دی؟

۴- کوم ډول غذا زیاته کاروي؟

۵- د تمرین په هکله پوښتنه وشي؟

۲- یوشمیر درمل لکه تراي سيکلیک اتسي ديپريسانت، انسولين، گلوکوکورتيکويد، دحاملگي ضد درمل، Mirtazepine، Gabapentin، Valporate او propanolol وزن زیاتوي چی پوښتنه وشي.

د وزن کموالي:

که یو ناروغ ۵، ۴ کیلو گرامه یا د بدن ۵ سلنه وزن د ۲-۱۲ میاشتو په موده کې کم کړي نو وزن بایلل گڼل کېږي.

د وزن کموالي د غذا د نه خوړلو او میتابولیک Rate زیاتوالي نښه دي په یوشمیر حالاتو کې او دواړه فکتورونه یوځای وي لکه خبیثه افات او یوشمیر حالاتو کې یوځای یو فکتور شتون لري لکه Hyperthyroidism کې چې داشتها زیاتوالي سره سره ناروغ وزن کموي ځکه چې میتابولیک Rate دلته لوړېږي هغه اندوکراین ناروغیو چې د وزن د کموالي لامل کېږي په عمومي صورت عبارت دي له هایپر تایرویدزم، Type I diabet، فیو کوما سائتوما، ادریسون ناروغي، Anorexia nervosa څخه عبارت دي.

د عضلاتو سستوالي (Weakness):

یوشمیر ناروغیو لکه کوشنگ سندروم، هایپر تایرویدزم او ویتامن ډي کموالي کې رامنځته کېږي په ټولو دغو حالاتو کې په متناظر ډول سره Proximal weakness موجود وي چې زیاد د اوږي او Hip griddle عضلات اخته کوي.

دا په دودیز ډول د عضلاتو د Wasting سره یوځای وي د ناروغانو غوره گیله زینو ته په مشکل ډول سره ختنه وي.

دهایپر تایرویدزم زیاتره ناروغان Proximal weakness لري چې کیدی شي Sub clinical وي لاندې ډول یې لاملونه بنودل شوي دي.

بي درده

هايپرتائيرويدزم، كوشنگ سندروم د Iatrogenic په گډون،
Acromegaly

دردناکه

دويتامين ډي کموالي ، Osteomalacia ، Hypothyroidism

د پوستکي Pigmentation

د صباغاتو زيادوالي په كوشنگ سندروم، اګروميگالي او اډسيون ناروغي او
کم والي په Hypopituitarism کي رامنځته کيږي.

موضعي Depigmentation د Vitiligo لپاره ځانگړي نښه دي چي کيداي شي
يوشمير اندوکرايني ناروغيو لکه Hashimoto's ناروغي، هايپو تايروبيدزم
او اډيسون سره يوځاي وي.

همدارنگه حاملگي او تايروټوکسيکوزسس هم د نښواري نقطوي
Pigmentation سره ملگري وي په ځانگړي ډول پر مخ باندي Cholasma په
څرگنده توگه ليدل کيږي همدارنگه په بڼڅو کي د کانتراسيفټيف درملو د
کارولو له امله هم نوموړي Pigmentation پيدا کيږي. يوشمير درمل لکه
Diethyl stelbesterol د تيونو دڅوکو د پاسه موضعي نښواري رنگه دتورو
صباغاتو د تراکم لامل کيږي

Acanthosis Nigricans د اګروميگالي اويا نورو اندوکرايني تومورونوسره
يوځاي وي او هم په پرمختللي چاغي کي ليدل کيږي. همدارنگه Hyper
pigmentation د Adrenolectomy څخه وروسته د نخاميه تومور او نادرا په
Extra adrenal Cancer باندي دلالت کوي. د ابتدايي Myxedema لپاره
د پوستکي ژيړ رنگ چي د کاروتينيما دزياتوالي له امله پيدا کيږي وصفي

دي. اني Flushing او دپوستکي Decoloration په کانسري سندروم دلالت کوي.

Hirsutism

په ځانگړي ډول که په بنځو کي د بدن وينستان زيات شي د Hirsutism پنوم ياديري چي په دوديز ډول په پورتنني شونډه، زنه، سينه، شاه د بطن بنکتني برخه، ورنونو او وچلي کي وينسته زياتيري د ابايد د هايپر Trichosis سره توپير شي چي په ده Generalized ډول سره دوينستو زياتوالي وي په مخ او سينه کي څرگنديري چي لامل يي د اندروجن هورمون (د تيستيرون په گډون) زياتوالي دي ددي ناروغانو په معاينه کي بايد د Virilization شتون ته فکر وشي چي د راوستني په بنځو کي د نارينو د خواصو بارزوالي دي لکه د Clitoris غتوالي، داواز تغير، او نور

لاملونه:

- غوره لامل يي Polycystic ovary syndrome دي
- Idiopathic
- Adrenal (لکه کوشنگ سندروم، د ادرينل ولادي هايپرپلازيا، Virilising)
- Ovarian لکه Androgen secreting tumor
- درمل: Minoxidal، Streptomycine، Diazoxide، Phenytoin، انابوليک سترويډونه
- نور لکه اکروميگالي، Prophyrina cutanal tarad

داشتهاء تغيرات

ډير خوراک (Polyphagia)، ډير څکل (Polydypsia) او ډيري تشی متیازی کول (Poly urea) دشکري دناروغي نښي دي سره له دي هم چی ډير خوراک دزیاتره اندوکرايني پرابلم نه ده خوبيا هم نادرا په اکروميگالي کي رامنځ ته کيږي ډير خوراک او دوزن ضایع کيدل د تايروتوکسيکوزس نښه ده .

بي اشتهایي اوزره بدوالي چی دوزن ضایع او اسهال سره ملگري وي د اديسون کرایسس په شروع کي او د ديابيتيک کیتواسيدوزس کي ليدل کيږي. دوزن ضایع د بي اشتهایي او زیات میتابوليزم کبله په فيوکروموسایتوما کي منځته راځي. بي اشتهایي ، دزړه بدوالي او قبضيت په هایپرکلسمیا ، هایپرپاراتايروييدزم کي منځته راځي.

Poly Urea, Poly dipsia

زیاته تنده او زیاتي تشي متیازي کول د Diabet mellitus غوره کلينیکي نښي دي دا دواړه کيداي شي دپښتورگو د Concentrate دظرفيت دخراب والي له امله يا دانتی دیورتیک هورمون دکموالي له امله (Cranial diabetes insipidus) يا دانتی دیورتیک هورمون د دندي دخرابوالي له امله Nephrogenic diabetes insipidus کي رامنځته شي.

کله کله زیاته تنده او poly urea سایکوجنيک فشار وي چی باید دشکري ناروغي سره فرق وشي چی Psychogenic په صورت کي ناروغ د شپي poly urea نه لري Hut

په فزیولوژیک ډول سره هم یو شمیر خلک زیاتي تشی متیازي او زیاتي اوبه څښي.

Gynecomastia

په نارینه وکي د سيني غټوالي چی د سيني د انساجو د پروليفريشن له امله رامنځته کيږي چي بنوي، سخت، متحرک او معمولاحساسی وي بايد دهغي نښي څخه چی چاقي او غټی وي توپير وشي چي دا وروستني Soft وي.

Gynecomastia کيد ايشي فزيولوژيک وي لکه نوي بلوغ ته رسيدو هلكانو کي چی په دوديز ډول دا Mild وي او يا په زړو خلکو کي چی د تستستيرون کچه په کي کميږي.

لاملونه

فزيولوژيک

نوي زيږيدلي ماشوم، نوي ځوان او زاړه خلک

پتالوژيک

۱- داستروجن توليد زيادوالي

- Leydig cell tumour (Estrogen)
- دځيگر ناروغي (سيروزس)
- دادرينل کارسينوما (استروجن)
- تايروتوکسيکوزس
- برانکيل کارسينوما
- خوارځواکي

۲- داندورجن دتوليد کموالي Klinefelter syndrome
Hypo gonadal state

- په ثانوي ډول دخصيو عدم کفايه (Orchitis، تروما، Castration)

٣- Testicular feminization syndrome

٤- درمل لکه Ketoconazole, spironolacton, digoxin, cemitidin, reserpin, Chlorpromazin, Ca entry blocking agent, Opoïd, Mercazole

د Gynecomastia په ٢٥% پېښو کې لامل معلوم نه دي. په لاندې انځور کې لیدل کېږي.



٣-٤ گڼه انځور Gynecomastia

د وخت څخه مخکې بلوغ:

زیاتره په نجونو کې رامنځته کېږي هغه حالت دي که چېرې په یو جلي کې د ٨ کالو څخه مخکې سینه غټې شي او د ٩ کلني څخه مخکې تحیض راشي.

چې دا کیدای شي Iso sexual او یا Heterosexual وي Iso sexual په دي معني چې ټول جنسي خواص چې دیو بنځي لپاره دي هغه مخکې له وخت څخه پوره شي (Feminiation) او هغه جنسي خواص چې نارینه لپاره دي په نارینه کې مخکې له وخته پوره شي (Virilization) Heterosexual هغه حالت دي چې جنسي خواص Genetic sex سره

یوشان نه دي يعنې په جنکو کې Virilization او په ناروغیو کې

Feminization

لاملونه

۱ - Iso sexual precocity

الف: حقیقي مخکې له وخته بلوغیت دي چې په دي حالت کې گونادوتروپین او LHRH زیات اطراح کیږي لامل یې عبارت دي.

د ادرینل غدې ولادې Organic brain disease ، Hyperplasia

ب: دروغنجنه مخکې دوخت څخه بلوغیت

دي حالت کې داستروجن جوړیدل زیاتیري. لکه په هایپوتایرویدزم دمبیض او ادرینل تومور او Russell silver syndrome (چې Short state ulcer دمخکې له وخته Feminization سره)

ج: Hetrosexual: Congenital adrenal hyper plastic , Ovarian tumor ادرینل تومور.

دتناسلي غړي کوچنیوالي او په ځوانی کې ځنډ:

دتناسلي غړو کوچنیوالي او په ځوانی کې ځنډ په دودیز ډول گونادل منشا لري چې په ابتدایي او یا په ثانوي ډول رامنځته کیږي په ابتدایي ډول عموماً نقیصه په کروموزوم کې وي مثلاً tuner's سندروم چې په امینوریا، تیټ قد، کوچني تناسلي غړي متصف دی چې دلته تشوش په X کروموزوم کې دي. همدارنگه Klinefelter's سندروم چې په کوچنیو خصوصاً، ایزوسپرمیا متصف دي.

د جنسي توان کموالي: Impotence

داستونزمنه دي چی د Impotence اورگانیک لامل او Psychogenic تر منځ توپیر وشي خو بیا هم که چیري د شپي اوسحر لخوا Erection نه وي نو فزیکي لامل ته فکر کیري غوره لاملونه يي عبارت دي له:

- که چیري د Penis د ویني جریان کم شوي وي (Atherosclerosis)
- Neural dysfunction (اتونوميک نیوروپاتي چې د Diabet غوره اختلاطات دي).
- تستیرون کموالي Primary testicular failure او Hypopituitarism
- Hyper prolactinamia
- درمل لکه یوشمیر د لور فشار ضد درمل
- Psychologic فکتورونه
- کیدای شي خو پورته ذکر شوي لاملونه یوځای وي.

Cryptorchidism

د undesended خصیه ته ویل کیري کیدای شي په نارمل ماشومانو کي اما د Hypogonadism غوره نښه دي په Cryptorchism کي خصیه په مغبني کانال Retro peritoneal او یا Pelvis کي پاتي کیري

Cryptorachidism کي سپرم نه تولید ږي او هم دسرطاني پېښو کچه په کي زیاته وي.

دهلو وکو درد:

اوستوپوروس او اوستیوپینیا زیاتره دمینوپوز څخه وروسته په بنځو کي رامنځته کیږي چي دهلو وکو درد او کسرونو لامل گرځي همدارنگه په اندوجینوس او اکروجینوس هایپرادرینو کوتیسيزم او هایپوگونادیزم کي منځ ته راځي په اوستیوپینیا په دودیز ډول په هایپرپرولکتینیمیا او هایپر تیروئیدیزم کي شتون لري اوستیوملایسیا دخپور هلو وکو درد، تندر نس او دعضلاتو د سستوالي سره یوځای دویتامین ډي په کموالي کي څرگند ږي. چي دهلو وکو دکړوالي او کسرونو لامل گرځي همدارنگه کوشنگ سندروم دپتالوژیک کسرونو مهم لامل دي دیوریک اسید سوبه کیدای شي په Myxedema لومړي هایپرپاراتایروئیدیزم، نفروجینیک دیا بیتس نفروجینیک، دیا بیتس انسپیدس، Bartter's سندروم او Paget ناروغي کي رامنځته شي.

Tetany

دا د تیراید دغدي د عملیات غوره اختلاط دي چي د جراح له خوا پاراتایروئیدیزم غدي هم بنکل کیږي چي په پایله کي د ایونایز کلسیم سوبه په وینه کي بنکته کیږي او تیتاني حملات ناروغ کي څرگند ږي چي غوره علامه یي Chvostek's او Trousseau's sign دی.

دماغي تغیرات:

سردردي دنخامیه غدي دتومور غوره نښه ده، چي په Dura باندي د فشار له امله رامنځ ته کیږي همدارنگه سردردي دنخامیه Apoplexy غوره نښه ده په

اعراض او نښې

۱- د گلوکوکورټیکوئید د عدم کفایي له کبله

- دوزن کموالي، زړه بدوالي او کانګي
- بي اشتهايي، Malasie

۲- منرالو کورټیکوئید د کموالي له امله

- دويني فشار ښکته والي
- د مالګي ضايع کيدل
- سنکوپ

۳- داندر وچن د ضياع له امله

- په ښځو کې د Pubic او تخرګ وښتانو تګ
- Sparse body hair

۴- ACTH د اطراح دزيات والي له امله

- لمر ته Exposed ځايونو کې Hyper pigmentation
- دخولي مخاطي غشا، ژبه، شونډو د نوکانو بستر او نور ځايونو کې صباغات

۵- عمومي

- ستريا، Asthenia او عمومي سست والي، ننوتې سترګې او غمبوري، ډنگري خپي او پرسوب



۴-۴ گڼه انځور Addison's ناروغ رانبيبي

۲- Cushing syndrome

هغه کلينيکي حالت دي چي ازاد (Free) دورانې گلوکوکورتيکو کچه په کي زياته شي چي کيداي شي Primary (ادرينل ناروغيو) يا Secondary (هايپوتلاموس اونخاميه غده ناروغي) له امله رامنځته شي.

اعراض: وزن زياتوالي ۹۴% هيرسوتيزم، کسالت، دعضلاتو سستوالي، او دملا درد ۸۵%، سايکولوژيک تغيرات او دپيريسون، دتحريض دنظم خرابوالي ۷۰%، Aminorrhea زيات خکل او زياتي تشي متيازي کول ۲۵%.

نښې

۱- لاسونه: که د لاسونو شاوکتل شي د پوستکي التوات به ضخيم شوي وي په ځانگړي ډول په ځوانو بڼڅو کي د کوشنک غوره نښه دي د پوستکي التوا (Skin fold) تر 1.8mm پوري پير پري.

په ولاړه کي دناروغ مخامخ شا او اطرافو ته پاملرنه کيږي Moon like face او مرکزي چاق والي نوت کړي دناروغانو نهايت دنتی په پرتله ډنگر وي د شحم زياتي راټوليدني له امله گيډه غټه وي.

Brusing کيداي شتون ولري همدارنگه Pigmentation په Extensor سطحو کي ليدل کيږي دناروغ په شان د دواړو کتفونو ترمنځ د Fat د راټوليدو له امله يوشحمي کتله چي Buftalo lamp ورته ويل کيږي.

همدارنگه ستون فقرات د کسر لپاره چي په Osteoposis کي رامنځته کيږي جس شي چې د مثبت والي په صورت کي دردناکه وي.

۳- مخ او غاړي

مخ د Plethora لپاره Moon shape لپاره ده چي د شحم دراتوليدو له امله منځته راځي ليدل کيږي همدارنگه کيداي شي Acne او هيرستويزم که اندروجن افرازات زيات شول

ليدل کيږي Telangectasis هم کيداي شي شتون ولري.

دديد ساحه (Visual fold) معاینه د نخاميه تومور او Optic atrophy fundi ، Paplillodema لپاره چي Diabet او HTN کي رامنځته کيږي وکتل شي.

۴- دگیدي لیدنه

ناروغ پر بستر اچول کیري اوگیده دگلابي خطونه (Purple striae) لپاره چي دکولاجن فايرونو دستتوالي او Disraptria له امله په پوستکي کي رامنځته کيری لیدل کیري چي یو ساتي متر پراخوالي لري



۴-۵ گڼه انځور دگیدي گلابي خطونه

که چيري ادرينل Mass جس نشي نو ادرينل کارسينوما او که ځيگر جس نشي د Fat مجموعه اويا نادر ادرينال کارسينوما له کبله وي.

خپي

دپرسوب لپاره جس شي ځکه مالگه او اوبه کيداي شي احتباس شي همدارنگه خپي د Bruising او زخمونو لپاره وکتل شي.

که دناروغ دويني فشار لوړ وي نو دمالگه او اوبه احتباس د الدوستيرون له امله راپه گوته کوي همدارنگه په تشو متيازو کي دگلوکوز شتون په ديابت دلالت کوي.

II: يو شمير ځانگړي علايم چي د کوشنگ سندروم پر لامل دلالت کوي:

الف: هغه علايم چي ادرينل کارسينوما دلالت کوي.

- بنڄو کي د Virilization نښي
 - په گيډه کي د کتلي جس والي
 - په نارينه و کي Gynacomastia شتون
- ب: هغه علايم چي ACTH پر توليد دلالت کوي.
- که هايپر تيشن او پروسوب متبارز وي
 - د عضلاتو سستوالي زياد وي
 - Cushingoid body عادت شتون نه لري مگر که مسول تومور ورو ورو نمو وکړي او د کوشنکوئيد تظاهراتو منځته راتگ ته اجازه ورکړي.



۴-۶ گڼه انځور کوشنگ ناروغ

Significance of hyper pigmentation

چی پر Extra adrenal tumor دلالت کوي.

هایپرتایروئیدزم

هغه حالت خخه عبارت دي چی تایروئید غده زیاد هورمون تولید او تایروتوکسکوزس هغه حالت دي د هایپرتائیروئیدزم تایروید هورمون انساجو ته Toxine وي او کلینیکی تظاهرات رامنخته کړي لکن Grave's disease جی یو او توامیون ناروغي ده چی هایپرتایروئیدزم، خپور جاغور (Peritibial Dermopathy او Ophthalmopathy ، Diffuse goiter myxedema) یو ځای شتون ولري.

د تایروتکسیکوزس زیاتره اعراض او علایم د سمپاتیک اعصابو د زیاد کار کولو له امله رامنخته کیږي.

د تایروتوکسکوز غوره اعراض عبارت دي وزن کموالي، اشتها زیادوالي، نارامی، Malaise، کانگی، اسهالات، د عضلاتو سستوالي، دسترگو اختلاطات، جاغور، Oliogmenorrhea، Libido کم والی او Gynocomastia.

علایم:

۱- عمومي تفتیش: په تفتیش کي د وزن کم والی، Anxiety، نارامی او مخ باندي د ډار علایمو ته پاملرنه کیږي.

۲- لاسونه

ناروغ ته ویل کیږي چی خپل لاسونه او گوتي پراخه کړي داکتر Fine tremor ته چی سمپاتیک اعصابو د زیات کار کولو له امله رامنخته کیږي پاملرنه

وکړي او یو پانه کاغذ پر گوته کیږدي باید د کاغذ حرکاتو ته متوجه شي که حرکاتو شتون ولري نو Fine tremor دلالت کوي.

نوکان Onycholysis (Plummer nail) لپاره ولیدل شي چي Onycholysis دنوکانو جلاکیدل دخپل بستر خخه دي چی حلقوي گوته کي بنه لیدل کیږي چی داهم د سمپاتیک فعالیت زیاتوالي نښه دي.

همدارنگه Thyroid acopaths چی د Clubbing بله اصطلاح دي تفتیش شي چی نادرا په Graves ناروغي کي وي.

Palmar Erythema او لاسونه دگرام والي او لوندوالي لپاره معاینه شي چی داهم د سمپاتیک فرط فعالیت ښي. که دناروغ نبض معاینه کړو نو Atrial fibrillation, tachycardia به جس شي همدارنگه نبض به Collapsing کرکتر دلور Out put له امله ولري.

۳- د سترگو معاینه

سترگي Exophthalmus لپاره معاینه شي چی په دي حالت کي اذیما، دحجراتو انفلتریشن او شحم Retrobulbar ساحه کي زیاتیري او ددي لامل گرځي چی سترگي دشالخوا تیله کړي چی په پایله کي دسترگو کره بارزه Retractive of eyelid، واضح ډول سره پورته او ښکته Sclera ښکاري چی په gravis disease کي منځته راځي

د Proptosis د اختلاطو لپاره چي عبارت Chemosis, Conjunctivitis دقرنیه زخم، Optic atropy او دسترگو فلج دي معاینه شي.

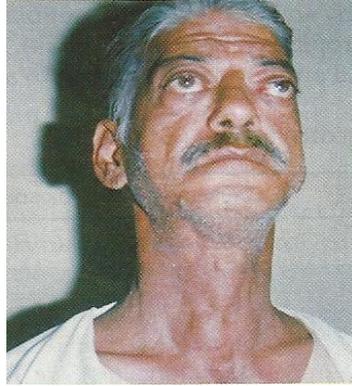
په تايروټوكسيكوزس كې دسترگو نښې:

Joffroy's sign: لږ دناروغ غاړه Flex كيرې او ناروغ ته ويل كيرې چې پورته وگوري ترڅو په تندي كې غونځي پيداشي كه چيري دا غونځي پيدا نه شوي نو علامه مثبت ده.



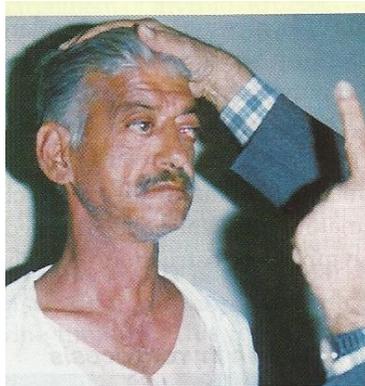
۴-۷ گڼه انځور Joffroy's علامه

Daivympies sign: ناروغ ته ويل كيرې چې مستقيما وگوري نو په دي صورت كې د سفلي Sclera واضح ډول سره د Lower eyelid retraction له امله ليدل كيرې.



۸-۴ گڼه انځور Daivympies sign

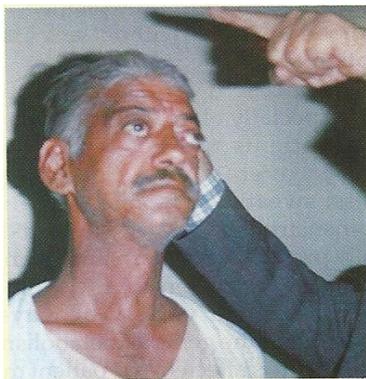
Moebius sign: دلته ناروغ ته ويل کيڙي چي دمعاينه کونکي گوتي دسترگو دحرکاتو پواسطه تعقيب کړي که چيري دا توانايي يي ونه درلوده نو تست مثبت دي.



۹-۴ گڼه انځور Moebius sign

Von graefe's sign: ناروغ ته لومړي ويل کيڙي چي مستقيم وگوري وروسته د Index گوته يوي سترگي ته مخامخ نيول کيڙي اوناروغ ته ويل کيڙي

چي دگوتی حرکت تعقیب کړي که گوته ورو ورو بنسخته خوا ته راوړل شي نو پورتنی وریځه به دا حرکت په ډیری سستی سره ترسره کړي. ۲۷، ۵۰۸ م



۴-۱۰ گڼه انځور Von graefe's sign

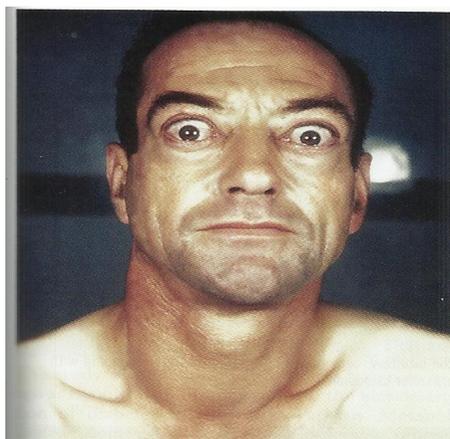
د غاړې معاینه: د تایروید د غټ والي لپاره چي ۲۰-۹۰% پیښو کي شتون لري وکتل شي د Graves ناروغي غده په خپور ډول غټه سوخته او بنویه وي او همدارنگه غده دی د جراحي ندبه نه لري که غده غټه شي باید Bruit لپاره اصغاشي همدارنگه Pemberton's sign ولټول شي چي د دي علامي د مثبت والي په صورت کي که ناروغ ته وویل شي چي لاسونه سرته پورته کړي او Retrosternal جا غور شتون ولري نو د فشار اعراض لکه دمخ سوروالي، VP لوړوالي او شهيقی Stridor رامنځته کيږي.

سینه: د Gynecomastia ، Systolic murmur چي زړه دهانه زیات والي له امله منځته راځي Tachycardia,atrial fibrillation او زړه دا احتقاني عدم کفایه لپاره معاینه شي.

The leg: کیدای شي خپو کي Pretibial myxedema چي دواړخیزه سخت د پوستکي څخه لوړ نودول یا Plagues دي جس کیدای شي گلابي،

نصواري، يا دپوستکي درنگ په شان وي وليدل شي چی علت يي د
Mucopolysaccharid راتوليدنه دي. خپي

کيداي شي Non pitting پر سوب موجود وي او يخ وي، محيطي
Neuropathy کيدای شي موجود وي او هم Ankle jerk په وړو ډول سره
استرخا کوي. همدارنگه Proximal myopathy او Hyperreflexion لپاره
خپي وازمويل شي چی تقريبا په يو پر څلور پيښو کي شتون لري.



۴-۱۱ گڼه انځور تايروټوکسيکوزس ناروغ

Hypothyroidism

هغه کلينيکي حالت دي چی تايروئيډ غده ونه کولاي شي په پوره کچه
تايروئيډ هورمون جوړ کړي دلاملونو له نظره په دوو ډولونو ويشل شويدي.
Primary چی افت تايروئيډ غده کي او Secondary چی افت نخاميه او يا
Hypothalamus کي وي په دي ناروغانو کي اعراض تدريجي شروع کوي
چی غوره گيلې يي عبارت دي د کسالت، ستړيا، وزن زياتوالي، بي
اشتهايي، ديخ نه زغمل، حافظي کموالي، دپيريشن، Psychosis

کونوالي، کوما او داواز خپوالي، جنسي اشتها کموالي، دسترگوشاوخواته پړسوب، وچ ماتیدونکي وینبسته، دزړه دحرکاتو کم والي، دبندونو درد، وچ پوستکي، دعضلاتو درد، قبضیت او یوشمیر نور دي.

علام

۱- لاسونه: محیطي سیانوزس، دزړه دهاني دکموالي له امله یاداشت شي همدارنگه دپوستکي پړسوب چی یخ او وچ وي پوستکي رنگ د Hyper carotenemia له امله ژيروي ځکه په ځيگر کي کاروتین میتابولیزم ورو کيږي دي ناروغانو کي دويني کم والي دځنډيني ناروغي، فولت کموالي، Vit B12 کم والي که Pernicious anemia ورسره وي او اوسپني دکموالي د Menorrhagia له امله شتون لري.

د ناروغانو نبض ورو او کم حجمه وي Bicep reflex موخروي.

۲- مخ: دناروغ مخ Puffines اوژيږ وي پوستکي عمومي صورت سره ضخیم Alopecia شتون لري کيداي شي Vitiligo هم پيدا کړو که ورسره اوتواميون ناروغي مل وي دسترگو په تفتيش کي Periorbital او Eyebrow وینبستانو کم والي لیدل کيږي. او همدارنگه کيداي شي Xanthelasma وگورو.

پوستکي اووینبسته ديخ والي او وچ والي لپاره جس شي دناروغ ژبه لږ څه غټه او خبري يي ورو او ازي بي خپ وي همدارنگه دناروغ دکون والي لپاره معاینه شي چی دو اړخيزه وي او عصب داخسته کيدو له امله منځته راځي. ۳- تايروئید غده

کيداي شي Goiter وگورو او جس يي کړو او د هايپوتايروئیدزم په زیاتو پېښو کي کيداي شي جاغور شتون ونه لري.



۴-۱۲ گڼه انځور هايپوتايرويدزم ناروغ

د تائروئيد د غدې جس کړنلاره:

هغه خلکو کي چې غاړه يې اوږده وي په اساني نظر هغه خلکو ته چې غاړه لنډه وي جس کيږي په دي وروستي حالت کي دناروغ غاړې ته Extension ورکول کيږي لاندې ټکي

د جس لپاره په پام کې وي:

۱- ناروغه ارامه کينول شي او معاینه کوونکي دناروغ شاته ودريږي.

۲- ناروغ ته ويل کيږي چې خپله زنه لږ څه پورته کړي.

۳- ددواړولاسونو گوتې دناروغ پسر غاړه ايښودل کيږي Index گوته د کرکوييد غضروف څخه بنکته کيږدي.

۴- ناروغ ته ويل کيږي چې لږ اوبه اويا لاړی تيری کړي نو اوس د تائروئيد Isthmus جس کړي چې تاسو دگوتې دسرونو څخه پورته او بنکته کيږي.

۵- اوس هڅه وکړي ترڅو تائروئيد يو اړخ ته تيله کړي او يو جنبي Lobe دغده جس کړي دا عمل اوس بل اړخ ته هم ترسره کړي.

۶- کوئینس وکړي ترڅو بنکتنې سرحد دغدې پيدا کړي.

۷- په Luhey's میتود کې هر لوب دمخامخ څخه جس کیږي.

۸- سایز، شکل، حرارت، حساسیت، قوام، Nodularity، پرسوب او Fixation یاداشت کړي.

۴- The chest

دزړه عدم کفایه دپریکارډیل ایفیوژن اوسپړي دپلورل ایفیوژن لپاره معاینه شي



۴-۱۳ گڼه انځور دتایروید غده

Acromegaly

که Growth هورمون کچه وروسته Epiphyses (Growth palate) د بندیدو څخه یعنی د بلوغ څخه وروسته زیات شي د اکرومیکالی په نوم باندي چی نرم انساج او هموار هډوکي زیاته نمو کوي او که Growth hormone افراز مخکي د Epiphyses د فیوز کیدو څخه یعنی د بلوغ څخه مخکي زیات شي

د Gigantism پنوم یادېږي چې په دې حالت کې اسکلیت اونرم انساج دومره زیاته نموکوي.

دا کرومیگالي غوره گیلې عبارت دي د خستگي، خوله کیدل، دگرمي هوا نه زغمل، وزن زیاتوالي، غټ لاسونه او غټې خپي چې بوتانو او دستکشو ساینز لویږي، Oily پوستکي، سردردی، د دیدکم والي، غټه ژبه، داواز تغیر، جنسي اشتها کموالي، Parasthesia او د بندونو درد او نور.

علایم

تفتیش

ځانگړي مخ او Body habitus په وصفی ډول شتون لري

۱- لاسونه: دناروغ لاسونه لیدل کیږي چې Wide shade like syndrome دنرمو انساجو او هډوکو زیات والي له امله لیدل کیږي دناروغ ورغوي گرم او خوله ډیره لري دلیل یې میتابولیک Rate زیات والي دي په لاسونو osteoarthritis تغیرات د لیدو وړ دي همدرانگه د Median nerve entrapment دنرمو انساجو د زیاتوالي له امله شتون لري.

۲- په متیو کې Proximal میویتی کیدای شي شتون ولري تخرگ په دقت سره تفتیش شي پوستکي tags چې Molluscum fibroseium ورته وایي ولیدل شي چې غیر حساس بارز پوستکي (Nontender skin coloured protrusion)

مخ: Supraorbital ناحیه غټه شوي چې د Frontal bossing لامل گرځي کله کله دا کیدای شي په Pagets disease, rickets, achondroplastic یا hydrocephalus کې هم ولیدل شي شونډې کیدای شي ضخیمې وي.

سترگي دديد تشوش لپاره معاینه شي چی وصفي ډول Bitemporal hemianopia شتون لري.

Fundus د Optic atrophy او Papilloedema لپاره معاینه شي.
که ژبه ولیدل شي نو غټه به وي او غابښونه یو دبل څخه جدا وي، ژامه غټه راوتي وي چی Mroganthism ورته ویل کیږي.
غارې: تایروئید غده کیدای شي په څپو ډول سره غټه او Multinodular وي او ازخپ وي.

سینه: کیدای وینستان Coarse او Gynecomasthia شتون ولري زړه، اریتمیا، CHF او
Cardiomegaly لپاره معاینه شي.

CHF زیاتره دي ناروغانو کي د HT, IHD یا کارډیومیوپاتي له امله وي.
ملاکي کیدای Kyphosis پیدا کړو.

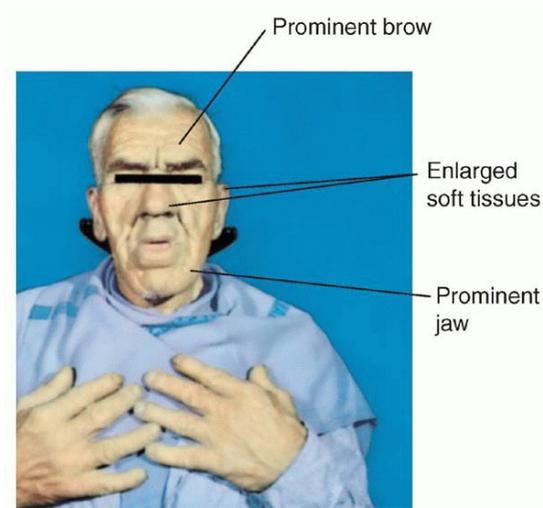
گیډه: دځیگر، توري او پښتورگو دغټ والي لپاره معاینه شي همدارنگه Testicular کیدای شي چی د گونادوتروپین دعدم کفایه له امله چی په ثانوي ډول سره دنخامیه دتومور له امله منځته راځي.

بنکتنی نهایت: د Osteoporosis علایم ولټول په ځانگړي ډول زنگون او Hip بندونو کي او همدارنگه د Pseudogout لپاره ولټول شي Foot drop هم کیدای شي شتون ولري.

دوینې فشار او ادرار: ددې ناروغانو دوینې فشار لوړ او په ادرار کې
Glucose شتون ولري (25%) په اخر باید تصمیم ونیول شي چې ناروغي
فعاله دي که نه د فعالې ناروغي علامې عبارت دي له:

۱- په زیاته کچه دپوستکې د Tags شتون ۲- زیاتې خولې کول ۳- د
Glucosurea شتون

۴- د دید ساحې کموالي. ۵- غټ جاغور ۶- دوینې د فشار لوړوالي ۷-
د سر دردي شتون



۴-۱۴ ګڼه انځور اکرومیګالې ناروغ

لنډیز:

اندوکرینې غدې دنخامیه، تایروئید، پاراتاټیروئید، پانقراص، ادرینل او
ګونادخه عبارت دي چې ډول ډول هورمونونه تولیدوي چې د عضویت

میتابولیزم، تکامل او نوري دندي تنظیموي ددي ناروغانو غوره گيلې دوزن زیاتوالي کموالي، سستي، دیپريشن، جنسي اشتها کموالي، زیات ادرار کول، تنده، ديخني او گرمي زیات حس کول، سردردی، رویت تشوش او نور دي چي پورته ذکر شوي اعراض د ډول ډول اندوکرايني ناروغيو له امله څرگندېږي چي په طبي تاریخچه، فزيکي معاینه او یوشمیر لابراتواري ازموینو په واسطه کولای شو اصلي لامل څرگند کړو.

فزيکي معاینه:

تفتیش: دناروغ مخ او بدن Habitus ته پاملرنه وشي لکه Moon like face په کوشنگ، ژيړ Puffy مخ په هایپوتایروئیدزم کي لیدل کېږي.

دناروغ لاس و نیول شي که غټې وه اکرومیگالي که گرمه خوله وه نو دتایروتوکسیکوزسس بنکارندوي دي. نوکان، رعشه، Palmar erythema، دورغوبی خوله د هایپر او هایپو او هایپوپارا تائروئیدزم لپاره وکتل شي دناروغ نبض په تایروتوکسیکوزس کي سریع، په کوشنگ سندروم کي دویني فشار لوړ او اویسون کي دویني فشار ښکتنه وي.

که د پراکسیمیل عضلاتو سستي شتون ولري نو تائروئید ناروغي او کوشنگ ته فکر وشي دتخرگ وینستان په Hypo Pituitarism کي له منځه ځي Acanthosis Nigricans او دپوستکي Tug، دژامي او وچوالي غتوالي د اکرومیگالي نښه ده دراوتي سترگي دگریوس ناروغي لپاره وصفي ده.

غارپه د تائروئید غدې دپاره معاینه شي. سینه د Hirsutism، وینستانو تگ، Gynecomastia، او Nipple pigmentation ولیدل شي.

زړه دتکي کار دیا، Atrial fibrillation، مرمر لپاره چي دتایروتوکسیکوزس نښي دي ولیدل شي.

بطن د Hirsutism ، شحم ، گلابي خطونو (Cushing) او خارجي جنسي غږي
د Virilization او Atropy لپاره معاینه شي.

پوښتنې

لومړي پوښتنه: دوزن هغه زیاتوالي چي دمیتابولیک Rate کموالي پوري اړه
لري عبارت دي له درسته جمله په نښه کړي.

الف: Cushing syndrome

ب: Obesity

ج: Hypothyroidism

د: Acromegaly

دوهم پوښتنه: په ثانوي ډول دخصیو عدم کفایه دکومو حالاتو له امله منځ ته
راځي.

دریم سوال: دکوشنگ سندروم غوره گیلې کومې دي؟

څلورمه پوښتنه: د Myxedema لپاره وصفي گڼل کیږي؟

الف: Delay Biceps reflex

ب: B12 Deficiency

ج: Hyper carotenemia

د: ټول صحیح دي

پنځمه پوښتنه: دپوستکي صباغات په کوم اندوکرايني ناروغيو کي منځته
راځي.

پنځم څپرکی

دویني دناروغانو غوره گیلې او نښې

تبه او دوزن بایلل، سستی، ددماغي دسترگو، دخولي دجوف، لمف سیستم، دسترگو، غورونو، خولي نوډ، سپینو کړيواتو، هیپاتومیگالي، دوزره اورگونوسیستم، معدي معایې، بولي تناسلي، نهاییاتو او پوستکي فزیکي معاینه ځانگړي گیلې

دویني روتین معاینات:

هیموگلوبین، هیماتوکریټ او WBC

سرریزه

څرنگه چې وینه یو منظم نسج دی او په یوتړلي سیستم کې جریان لري د سرو کړيواتو، سپینو کړيواتو، دمویه صفحات او پلازما څخه جوړه شویډ چې هر یو یې ځانگړي ناروغي او ځانگړي دنده لري لکه سره کړيوات د اکسیجن لیردول، PH تنظیم، Co2 برطرف کول او نور، سپین کړيوات د بدن په معافیت، دمویه صفحات دویني په پرند کیدو پلازما دمایعاتو په تنظیم، د وجود په معافیت او نوري دندی لري. ناروغي کولاي شي هر یوه برخه چې پورته ورڅخه یادونه وشوه اغیزمنه کړي.

همدا اوس په نړي کې ۳۰ سلنه خلک دویني په کموالي اخته دي چې ددي جملي څخه یوازي ۲ میلیونه خلک داوسپني په کموالي اخته دي باید وویل شي چی سیستمیکي ناروغي لکه سرطانونه، اتانات، دځیگر او نوري

ناروغی کولای شي د ویني اجزاوي اغیزمني کړي نوپه دقیقه تاریخچه، فزیکي معاینه او په ځانگړي ډول لابراتواري معایناتو کولای شو چی اصلي لامل چی د ویني دناروغی شوی دی معلوم کړو او په اساني سره یې درملنه ترسره کړو.

د ویني دناروغانو غوره گیلې او نښې

د ویني دناروغانو گیلې په دوه برخویشل کیږي

الف: عمومي

۱: دوزن کموالي: کیدای شي چی په لمړني (Primary) ډول دهیماتولوژیک گډوډیو او یا په وخیم ډول د هیماتولوژیک تشوشتاتو له امله او یا په دویمي ډول لکه کانسرونه، توبرکلوز چی د ویني د کموالي لامل گرځي رامنځته شي نو که پر مختللي Emaciation شتون ولری لامل به یې کانسری یا توبرکلوز وی.

۲: تبه: که چیري د بدن داخلي تودوخه د 36.6-37 ساتنني گراډ څخه لوړه شي او Thermoregulatory مرکز په کی برخه واخلي د تبې په نوم یادېږي، چی کیدای شي د تهاجمي لمفوما، یا حادی لیوکیمیا لومړي نښه وي، همدارنگه وروسته د کیمو تراپی څخه چی د سایتوپینیا لامل گرځي، او ژر انتان مداخلې ته زمینه برابره وي نو همداتان بیا د تبې لامل کیدای شي.

هغه ناروغان چی FUO لري باید د هوجکن لمفوما له یاده ونه باسو کله کله پرامیری میالوفایبروزیس، بیړني لیوکیمیا، پر مختللي Myelodysplastic syndrome او یو شمیر نوري لمفوگانې د تبې لامل کیدای شي.

په نادر و پېښو کی شدید خبیثه انیمیا (Pernicious Anemia) یا هیمولایتیک انیمیا هم د تبې لامل کیدای شي.

دشپي له خواخوله او په کمه درجه تبه کيداي شي دلمفوما او ليوکيميا په ناروغانو کي رامنځته شي.

۳ Malaise ، Fatigue او Lassitude: دا گيلی په ډيرو حالتونو کي شتون لري ، کيداي شي چي وروسته دفيزيکي اويا روحي تشوشاتو څخه رامنځته شي ددي اعراضو ارزيايي ستونزمنه وي .

دوينی په متوسط او شديد کموالي ، هيماتولوژيک کانسونو کي پورتنی گيلی څرگندي وي .

Fatigue او Lassitude کيداي شي داوسپني په کموالي کي حتی د څرگندي ويني کموالي نوری گيلی نه وی هم شتون لری.

۴ Weakness: کيداي شي دوينی د کموالي او کانسري پيښو کي چي دناروغ د کارکولوتوان او زغم کميرې رامنځته شي . Weakness کيداي شي چي په موضعي ډول د هيماتولوژيک تشوشاتو د عصبي اختلاطاتو له امله رامنځته شي ، د B12 په کموالي (Pernecious anemia) کې کيداي شي Weakness په بنکتني اطرافو کي چي د Tingling ، Numbness ، غير ثابت قدم وهلو په وسيله تعقيب کيرې منځته راشي . محيطي نيوروپتي کيداي شي په مونوکلونل گلوبولينيميا کي رامنځته شي ، ديوه يادواړو نهاياتو سستوالي کيداي شي دليوکيميا ، ميولوما يا لمفوما څرگندوني وي ، چي مرکزي يا محيطي عصبي سيستم باندي د فشار يا تهاجم لامل گرځي . همدارنگه په دويمي ډول سره مايوپتي دهيماتولوژيک کانسونو له امله رامنځته کيرې . ددي ميوپتي غوره کلنيکي څرگندوني د Proximal عضلاتو سستوالي دي ، پښو او Wrist drop هم کيداي شي دسربوپه تسمم کی ، امايوليودوزيس ، سيستمیک اوتوايمون ناروغي اويا د Vincristin ددرملني پايله وي ، فلج هم کيداي شي په Acute intermittent Porphyria کي رامنځته شي .

ځانگړي نښي او گيلې Sepicific sign and symptoms

دماغي سيستم :

۱: سردرد : کيداي شي چي دويني دکموالي اويا پولي سايتميا گيله وي ، همدارنگه پردماغ فشار اويا تهاجم دليوکيميا ، لمفوما يا مرکزي دماغي سيستم موقع ليدونکي اتاناتو (Cryptococ يا Mycobacterium) له کبله کيداي شي سردرد رامنځته کيږي هيماتولوژيک کانسر ونه په دماغ اويا سب اړکونويد مسافه کي دويني بهيدني لامل گرځيداي شي چي دابيا د شديد بيړني سردرد لامل کيږي.

۲: Parasthesia : هم کيداي شي دمحيطي نيوروتي له امله په Pernecious anemia ، هيماتولوژيک کانسرونو او امايلودوزيس کي رامنځته شي . همدارنگه د Vincristine ددرملني څخه هم رامنځ ته کيدای شي .

۳: Confusion : داتاناتو او کانسرونو له امله چي دماغ اخته کوي او کله کله دتبي څخه وروسته رامنځته کيږي ، همدارنگه Confusion په پرمختللي وينه لږي ، هايپر کلسيميا (Myeloma) په لوړ دوز کورتيزون کارونه کي رامنځته کيداي شي . Frank psychosis په Acute intermitant porphyria يا کورتيزون دلوړ دوز کارونه کي منځته راځي.

۴: دشعور خرابوالي : کيداي شي دکوپري د فشار دلوړوالي اويا په دويمي ډول دهيموراژ يا ليوکيميا ، لمفوما چي مرکزي عصبي سيستم يي اغيزمن کړي رامنځته کيږي . همدارنگه دشعور خرابوالي دوخيمي وينې کموالي ، پولي سايتميا ، Hyperviscosity ، ليوکيميا ، HyperLukocytosis سندروم په ځانگړي ډول په CML کي څرگنديداي شي .

سترگي: دمنظمي سوروالي، پولي سايتيميا او خاسف والي دويني کموالي نښي دي، کله کله روندوالي دشبکي دويني بهيدني له امله په دويمي ډول دشدیدی انیمیا Thrombocytopenia له کبله منځ ته راځي د دید تشوش کیدای شي دشدیدی Hyperviscosity په Macroglobulinemia او شدیدی Hyperleukocytosis له امله رامنځته شي په قسمي اویا بشپړ ډول سره د دید له منځه تگ کیدای شي دشبکي دوریدي اویا شریانی ترمبوزیس پایله وي. دوه گوني لیدنه (Diplopia) اویا دسترگو دحرکاتو گډوډي کیدای شي به Orbit tumor یا د دریم، څلورم او شپږم عصب دفلج له امله رامنځته شي چي دافلج دتومور دفشار له امله رامنځته کیږي په ځانگړي ډول په Extranodal lymphoma، Extramedullary myeloma او میالوئید سارکوم کي.

غورډونه: دسرگرځیدنه (Vertigo) دغورډونو بـرنگس (Tinitis) او Roaring (دغورډ غورس) په غورډ کي. کیدای شي پیدا شي په انیمیا، پولي سیتیمیا، هایپرلوکواسیتیک لوکیمیا له امله څرگند شي. باید وویل شي چی د Meniere ناروغی دلمړی ځل لپاره حادی لوکیمیا په نارغ کی چی دداخلی غورډهیمورژی درلوده تشریح شوه

دخولي جوف، Nasopharynx او Oropharynx:

دپوزي څخه ویني راتگ (Epistaxis) کیدای شي په ترومبوسایتوپینیا ناروغانو Platelet په کسبی او ولادی تشوشاتو کی، Vonwillebrand ناروغی کي رامنځته شي.

Anosmia او Olfactory hallucination په خبیثه وینه کموالي کي رامنځته کیدای شي. درد او په ژبه کي دسوځیدني احساس داوسپنی په کموالي، خبیثه وینه کموالي (Pernecious Amemia) او ویتامینونو په کمښت کي څرگند یږي.

د ژبې اودخولي دمخاطي غشا ټپونه په حاد ليوکيميا او پرمختللي نيوتروپينيا کي څرگند يږي .

Dysphagia کيداي شي په پرمختللي Iron deficiency ويني کموالي شتون ولري . همدارنگه دوريو څخه دويني راتگ په Bleeding disorder او ليوکيميا کي رامنځته کيږي .

۶: غاړه : د غاړې بي درده پرسوب دلمفوما نښه ده لاکن ديو شمير نورو ناروغيو له امله هم رامنځته کيداي شي ، کله کله دلمفوم له کبله غټه شوي لمفاوي عقده حساسه ، دردناکه هم کيداي شي چي دا دثانوي انتان اويا Rapid growth څرگندونه کوي .

که چيري Superior vena cava دلمفوما توز فشار له امله بند شوي وي دناروغ غاړه په خپور ډول سره پرسوب ولري .

تټهر او زړه Heart & chest: سالنډي او دزړه ټکان په فزيکي فعاليت او استراحت کي دويني دکمالي او پلمونري ايمبوليزم له امله رامنځته کيداي شي .

انيميا کيداي شي د CHF او انجينا د درد لامل شي ، که يو ناروغ په بيړني ډول سره وينه له لاسه ورکړه نو کيداي شي د شاک سره مخامخ شي . ټوخي دلوي شوي ميدياسټينل لمفونو ډله امله چي برانکس او تراخيا باندي فشار راوړي رامنځته کيږي ، په لمفوما او مولتي پل ميالوما کي کيداي شي دټټهر درد د پښتنيو يا قص هډوکي داغيزمن کيدو له امله رامنځته شي .

همدارنگه د قص هډوکي Tenderness په CML ، حاده ليوکيميا ، کله کله په لمړني ميالوفايبروزيس يا لمفوما کي څرگند يږي .

هضمي سيستم:

بي اشتهايي د ويني په ډيري ناروغانو کي شتون لري ، اما دومره خانگري تشخيصيه ارزښت نه لري هايپر کلسيميا او اذوتيميا دبي اشتهايي ، زړه بدوالي اود کانگو لامل گرځي.

په زياتره هيماتولوژيک ناروغيو کي سوء هضم رامنځته کيدای شي دگيډي درد ، دکلمو بندښت له امله دلمفوما Retroperitoneal bleeding ، ترو تسمات يي لامل وي رامنځته کيدای شي په سيکل سيل انيميا کي دگيډي حاد درد د حاد هيمولاييس الرژيک Purpura له امله کيدای شي.

Perneciouse anemia کيداي شي چي دنس ناستي لامل شي ، Mal absorption کيداي شي دکوچنيو کولمو دلمفوما نښه وي ، معدي معايي وينه ورکول په ترمبوسايتوپينيا او هي ماتو چيزيا په هغه صورت کي رامنځته کپري چي د Bleeding تشوشات د کولون افت سره يو ځای وي يا د ويني بهيدني په نورو گډوډيو کي رامنځته شي .

قبضيت کيداي شي په هايپرکلسيميا اويا هغه ناروغانو کي چي Vinca alkaloid اخلي رامنځته شي

۷: بولي تناسلي سيستم: دجنسي توان کموالی (Impotence) اود مثاني د دندو خرابوالي کيداي شي د Spinal cord اويا محيطي اعصابو دتخريب له امله چي په گڼ شمير هيماتولوژيک کانسرونو او خبيشه ويني کموالي کي شتون ولري .

Priapism کيداي شي په Hyperleukocytic leukemia ، Essential thrombocytosis اويا Sickle cell ناروغۍ کي وليدل شي .

هيموچوربا كيداي شي دهيمو فيليا A اويا B نينه وي ، سور رنگه تشي متيازي په هيمولائيتيڪ انيميا ، ميوگلوبين يوريا اويا Porphyrine urea كي رامنخته كيږي .

امينوريا هم ديو شمير درملو دکاروني له امله لکه Antimetabolite alklayting agent منخته راځي .

مينورثيا د اوسپني دکموالي غوره لامل دي او کيداي شي دويني دبهيدني گډوډي کې رامنخته شي .

۸: ملا او نهايات (Back & extermeties): دملا درد کيداي شي په هيمولائيتيڪ غبرگون کې اويا حاده ليوکيميا ، لمفوما چي هډوکي او عصبي سيستم يې اغيزمن کړي وي او همدارنگه په ميالوما کې موجود وي . دبندونو درد او التهاب په دويمي ډول ديوريڪ اسيد دزياتوالي له امله په هيماتولوژيک کانسرونو کې په ځانگړي ډول د ALL کې رامنخته کيداي شي .

نور غوره لاملونه يې کيداي شي Myelodysplastic syndrome ، هيمولائيتيڪ انيميا ، Myelofibrosis ، Plasma cell dyscrasia ، سيکل سيل ناروغي وي .

Hem arthrosis هم هغه ناروغانو کې چي وينه بهيدني گډوډي ولري رامنخته کيداي شي .

دهډوکو درد کيداي شي دهډوکو داغيزمن کيدو له امله دهيماتولوژيک کانسرونو په وسيله رامنخته شي .

دښکتني نهاياتو پړسوب کله کله يو اړخيزه وي کيداي شي دوريدونو يالمفاوي سيستم دښدښت له امله چي وريدي ترمبوزيس او يا Lymphomatous mass به يي لامل وي وليدل شي .

۱۰: پوستکي :دويني دناروغيو دپوستکي څرگندني خورا داهميت وړدي لکه دښي ،رنگ ،ساختمان تغير ، خارښت اود ځانگړو او يا دناځانگړو افتونو (Lesion) شتون . داوسپني په کموالي کي پوستکي او ويښته وچ او نازکه وي ، نوکان ماتيدونکي وي . په هايپو تايرويدويزم کي چي هم دانيميا لامل گرځي ، پوستکي وچ او Coarse وي .

په ولادي اوکسبي هيموليتيک انيميا او خيشه وينه کموالي کي ژيري رامنځته کيږي. د خبيثي ويني کموالي دناروغانو پوستکي ليموي رنگ لري ځکه چي زيري او دويني کموالي دواړه سره يوځايوي. زيري کيداي شي په يو شمير دويني په کانسرونو په ځانگړي ډول لمفووما کي چي ځيگر او يا صفراوي لاري دښديو لامل گرځي وليدل شي.

Pallor يا خسافت دويني کموالي غوره نښه ده ، Erythromylagia چي دپولي سايتميا ويرا يو خراب اختلاط دي ، دهيمو کروماتوزيس په ناروغانو کي پوستکي خاکي رنگه Bronze صباغات لري .

سيانوزيس په ميت هيموگلوبينيما ، سلفوهيموگلوبينيما ، ابنا رمل هيموگلوبين چي اکسيجن سره ديوځاي کيدو ميلان يي لږوي ، ثانوي او لمړني پولي سايتميا کي منځته راځي. که يو ناروغ دخارښت څخه غير له دي چي کوم دپوستکي افت ولري گيله من وي نو هوچگن ته فکر کيږي .

همدارنگه يو گڼ شمير ناروغان دپولي سايتميا ويرا وروسته دحمام کولو څخه خارښت لري .

Petichia او ایکوموزیس چي زیاتره په نهایتو کي لیدل کیږي
ترومبوسایتوپینیا او Non thrombocytopenia purpura نښي دي.

په پوستکي کې نیکروزیس د DIC، Purpura Fulminans او warfarine
د کاروني نښه ده.

Leg ulcer د سیکل سیل انیمیا غوره نښه ده ، اما کله کله په Hereditary
anemia کې هم څرگندېږي.

کیدای شي دویني کموالي ، پولي سائیتما ، هایپر لیوکوسائیتیک لیوکیمیا
یا Macroglobulinemia گیله وي .

فزيکي معاینات:

په فزيکي معاینه کي ټولو سیستمونه ته پوره پاملرنه وشي دناروغ عمومي
حالت وارزول شي . دعضویت ځيني ځایونه دویني دناروغیوله امله زیاد
اغیزمن کیږي . چي دغه برخو ته باید ځانگړي پاملرنه وشي ، لکه پوستکي ،
سترگي ، ژبه ، لمفاوي غوتي ، اسکلیت ، توري ، ځیگر او دماغی سیستم .

پوستکي :

خسافت اوسوروالي : دپوستکي رنگ دپوستکي دشعريه رگونو د ویني
جریان او هغه صباغ چی Therein لرونکي دي اړه لري کله چی هیموگلوبین
نورمالي اندازي څخه ښکته شي خسافت او که دنورمالي اندازي څخه لوړ
شي سوروالي په پوستکي کی لیدل کیږي .

پاید وویل چي دپوستکي دصباغ کچه هم دپوستکي رنگ بدلولي شي چي
دزیاتره دکلینیک له نظره اشتباه کیږي .

همدارنگه دويښي د جريان تغيرات هم د پوستکي رنگ کي بدلون راوستي شي ، لکه Emotion کولاي شي پوستکي سور او اوخاسف کړي . همدارنگه دگرمي او يخني سره مخامخ کيدل د سوروالي او خسافت لامل کيداي شي دلمر اويا باد سره مخ کيدل کولاي شي چي په پرله پسي توگه د پوستکي رنگ سور کړي ، د الکولو ځنډنۍ کارونه د پوستکي د سوروالي لامل کيږي. د پوستکي د اريتميا د درجي معلومولو د پاره پريوستکي د غټي گوتي په وسيله فشار راوړل کيږي ترڅو کپليري خالي شي او د شاوخوا پوستکي سره پرتله کيږي.

مخاطي غشا اود نوکانو بستر دويښي دکموالي او پولي سايتيميا دارزوني د پاره نظريوستکي ته ښه لارښود دی .

منظمه او وري کيداي شي التهابي وي نو هيموگلوبين په باره کي ښه معلومات نه شي ورکولاي . همدارنگه بايد وويل شي چي دلاس دورغو کرښي (Palmar crisis) د هيموگلوبين دکچي معلومولو د پاره ښه لارښود دی. چي په نورمال حالت کي گلابي سور رنگ لري او که خاسف شو نو دا معني لري چي هيموگلوبين د 7gm/dl اويا لدې څخه ښکته دي ، دا ځکه په ناروغيو حتي دانيميا په شتون کي هم Thenar او Hypothenar سور والي لري .

سيانوزيس: کله چي دارجاع شوی هيموگلوبين 5 gr /dl څخه ټيټ شی ، ميت هيموگلوبين د 2-1,5gr /dl او Sulph هيموگلوبين د 0,5 g/dl شی خرگند پري . Will

زيږي: کيدای شی په سکليرا ، مخاطي غشا او پوستکي کي وليدل شی ، بايد وروځي په روښنايي کي وکتل شی . کله چي بيلروبين د 2.5mg/dl څخه لوړ شی خرگند پري ، دويښي په ناروغانو کي معمولا Indirect bilirubine لوړ پري .

د پوستکي زيږ رنگ په کروټينيميا کي هم په ځانگړي ډول ځوانو ماشومان کي خرگنديدای شی .

Pitechia او ایاکیموزیس: پتیشیا (1-3mm) کوچنی گرد سور رنگ یا نسواری رنگه ټکي دي چي ویني توئیدو له امله په پوستکي کې منخته راځي. زیاتره هغه ځایونو کې لیدل کیږي چي وریدي فشار یې لوړ وي لکه سفلي نهایت ، داټکي دفشار په وسیله نه Blanch کیږي ، کله کله کیدای شي د پوستکي څخه پورته وي او د جس وړ وي چي داپر Vasculitis دلالت کوي .

ایکیموزیس کیدای شي بیلابیلی اندازي ، بڼي ، سور ، گلابي ، ابي ، زیر یا شین رنگ ولري . کیدای شي هموار او یالږ څخه د پوستکي څخه پورته وي کله کله درد ناکه او حساس هم کیدای شي.

Excoriation : د ویني په یوشمیر ناروغیو کې کیدای شي خارښت زیات وي لکه هو جگن لمفوما او د پوستکي Excoriation رامنځته کیدای شي یواځني فزیکي نښه د شدیدو اعراضو وي .

د پښو ټپ: په سیکل سیل ویني لږې کې او نادرآ په نورو ارثي ویني کموالي کې په داخلي او بهرني Malleoli کې خلاص ټپ او یا د جوړ شوي ټپ Scar لیدل کیږي.

سترگې: زیري ، خسافت ، Plethoria کیدای شي په سترگو کې ولیدل شي ، Ophthalmoscopic معاینات په یوشمیر هیماټولوژیک گډوډیو کې اړین دي ، د شبکي وینه ورکول او د Exudates په شدید انیمیا او ترمبوسایتوپینیا کې منخته راځي ، چي ویني بهیدني په ځانگړي ډول Flame shape وي ، دوریدونو پراخوالي په شبکه کې کیدای شي پولی سایټیمیا کې ولیدل شي . همدارنگه په Hyperviscosity سندروم کې د Macroglubolinemia له امله او Promyelocytic لیوکیمیا کې Pupillodema منخته راتلي شي .

خوله: دمخاطي غشا خسافت څخه مخکي يادونه وشوه ، دخولي په مخاطي غشا کې ټپو نه په نيوتروفينیک ناروغانو کې معمول دي په ليوکيميا کې د وري (Gums) پرسيدل ، نکروتیک ، سري او وينه ورکوونکي وي ، دمخاطي غشا څخه وينه بهيدنه کيدا شي د هيموراژيک ناروغيو نښه وي .
ژبه په Pernecious anemia او IDA کې بنويه وي .

دماغي سيستم: د دماغ دندو ارزيايي دويني په ناروغيو کې خورا ارزښت لري ، لکه د ويتامين B12 په کموالي کې دماغي ، Spinal cord ، Olfactory او محيطي اعصابو دندې خرابيږي که ويتامين B12 کموالي ځنډني وي ان تردي چي نه گرځيدونکې دماغي Degeneration لامل گرځي .

Leukemic meningitis کيداي شي د سردردي ، ديد خرابوالي او يا عصبي ازواجو د دندو د خرابوالي لامل شي .

خبيشه لمفوما او Plasma cell myeloma کولاي شي پر دماغ او يا Spinal cord باندي فشار راوړي چي Focal neurologic deficit لامل گرځي .

همدارنگه نوکان بايد د Kilonychia دپاره وليدل شي چي وچ ، مائيدونکي او قاشق په خير بڼه لري دا اوسپني په کموالي کې رامنځته کيږي ميخانيکيت يي څرگند نه دي او په فننگسي اتاناتو کې او کله کله په 'Raynauds' phenomon کې هم ليدل کيداي شي .

لمفاوي غوتي: لمفاوي غوتي په ټول بدن کې په خپور ډول سره شتون لري اوناروغي کولاي شي هرډول او يا يوگروپ غوتي اخته کړي .

په فزيکي معاينه کې بايد د لمفاوي غوتو غټوالي ، اندازه ، حساسيت ، حرکيت ، بلي غوتي سره نښليدنه څرگنده کړو . دمعايني بڼه ځايونه غاړه ،

Supra clavicular ، تخرگ Epitrochlear ، مغبني ناحيه او iliofemoral ناحيي دي .

په لويانو کي په نورمال حالت کې غټه لمفاوي غوتي چي 2-0.5cm وي په مغبني ناحيه کې جس کولاي شو ، او په کوچنيانو کې 1-0.5cm پوري شو داني د غاړي په ناحيه کې د جس وړ دي

دويني دناروغيو له کبله که لمفاوي غوتي غټي شي نو معمولاً بي درده ، Generalized او Hepatosplenomegaly سره يوځاي وي . په لمفاتیک ليوکيميا که لمف نودونه په خپور ډول سره غټ سخت او بي درده وي ، غاړي او تخرگ او مغبني ځايونو کې جس کيږي.

دهو جگن لمفوما ، لمفاوي غوتي بي درده ، Discret ، رابري قوام لري ، اما په 'Non hodgkins لمفاوي کې لمفاوي غوتي سختي وي.

لمفاوي غوتو غټوالي بايدد Lipoma ، ابسي ، Sebaceous cyst ، تايرويد نوډول سره توپير شي .

توري: يو Lymphoreticular غړی دی ، په نورمال حالت کې نه جس کيږي خو کله چي د 2-3 چنده لوي شوي د جس وړگرځي دنارمل توري وزن ۱۵۰ گرامه دي. د جس کړنلاري څخه په هضمي سيستم کې يادونه شوي ده .

توري: توري لاندې دندې لري :

- دويني څخه باکتریاوي اونور اجسام پاکوي .
- ديو شمير مهاجمي انتاناتو پرضد ايمونولوژیک غبرگون څرگنده وي .

- ریتیکولو اندوتیلیل فعالیت لري (دویني سري حجري اونورو جوړونکو برخو د تخریب لامل گرځي)
- دارټیا په وخت کې چي د هډوکي مغز ونه شي کولاي وينه جوړه کړي لکه: myeloproliferative گډوډي توري وينه جوړه وي (Extra medullary erythropoiesis). نوتوري هغه وخت غټیږي چي دغه نورمال دندي زیاتي شي.

۵-۱ ګڼه جدول د توري دلویوالي لاملونه

کوچني	متوسط	غټ توري
<ul style="list-style-type: none"> • ذکر شوي لاملونه • Polycythemia rubra vera • Essential thrombocytopenia • هیمولایټیک انیمیا • میګالوبلاستیټیک انیمیا (نادرآ) • انتانات: • ویروسي (Infectious mononucleosis) • باکټریل (انتاني اندوکارډایټیس) • پروتوزا (ملاریا) • منظم نسج ناروغی • روماتیک ارترایټیس • SLE • پولی ارترایټیس • انفیلټریشن • سسارکوئیډوزیس ، امیالیویډوزیس 	<ul style="list-style-type: none"> • ذکر شوي لاملونه • پورتل هایپرټینشن • لمفوما • لیوکیمیا (حاد او مزمن) • تلاسیمییا • ذخیروي ناروغی • لکه Gaucher disease 	<p>الف: عام</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronic myeloid leukemia • Myelofibrosis <p>ب: نادره:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ملاریا • کالازار • دتوري ابتدایي لمفوما

- که دیو ناروغ توري غټ شي نولاندي گيلي لري :
- ۱: که ځنډني ډول سره غټ شوي وي نو گيډه کې ناراحتي او دروندوالي احساس به شتون ولري.
 - ۲: که حاد ډول غټ شي نو دکپسول دکشش له کبله د درد لامل کيږي.
 - ۳: دملا درد او گيډه کې دباد شتون چې پرمعده بآندي فشار راوړلو پايله وي .
 - ۴: دگيډي شديد کوليکي درد چې چي اوږي ته خپريږي پر Splenic infarction دلالت کوي چې زياتره په Myeloproliferative گډوډيو او سيکل سيل انيميا کې ليدل کيږي.
 - ۵: دتوري شلیدن دتروما اويا انفلتراتيډ ناروغيو له امله چې دي دگيډي دننه ويني بهيدني ، شاک او مړيني لامل گرځي.
- ځيگر: ځيگر کيداي شي ويني په يوشمير ناروغيو کې غټ شي دجس کولو کړن لاره يي په هضمي سيستم کې تر بحث شوی دی .

۵-۲ گڼه جدول د ځيگر غټوالي لاملونه په لاندي ډول دي

۱: د ځيگر ځنډني پراښمېل ناروغي

• د ځيگر الکولېک ناروغي

• Hepatic steatosis

• Autoimmune hepatitis

• وېروسي هېپاټاېټيس

• Primary biliary cirrhosis

۲: سرطاني ناروغي:

• Primary hepatoma

• دويمې ميتاسټاتېک تومور

• د بڼې زړه پاتې والي

۳: دويني ناوړغي

• لمفوما

• ليوکيميا

• Myelofibrosis

• پولي سايټيميا

۵: نادري ناروغي:

• امايلودوزيس

• Budd chary syndrome

• سارکونېډوزيس

• دکولاجن ذخيړه وي ناروغي .

بايد وويل شي يو شمير حالتونو کې ځيگر غټ نه وي مگر د جس وړ وي چي عبارت دي له:

۱: که چيري بڼي خوا حجاب حاجز لاندي اېسي شتون ولري .

۲: که بڼي خوا حجاب حاجز بڼکته د Empysema او استما له امله ټپله شي .

۳: اضافي لوب د ځيگر

۴- په هغه حالت کې چې د بطن جدار ډیر نازک او د بطن د جدار د عضلاتو رځاوت زیاد وي. ۲، ۱۷۱ م

په یو ناروغ کې کیدا شي توري او ځیگر دواړه غټ وي چې غوره لاملونه یې عبارت دي له :

۱: د ځیگر ځنډني ناروغۍ د پورتل هایپر تینشن سره

۲: د ویني ناروغۍ لکه Myeloproliferative ناروغۍ ، لمفوما ، لیوکیمیا ، Perneciose anemia ، سیکل سیل انیمیا .

۳: انتانات لکه بیرني ویروسي هیپاتایتیس ، Infection monoleosis ، سایتومیگالوویروس .

۴: انفلتریشن ، امیلوید اوسار کوئید .

SLE : ۵

۶: اکرومیگالي او تایروتوکسیکوزیس

په وینه کې د هیموگلوبین ټاکل:

هیموگلوبین د ویني د سري مادي څخه عبارت دي چی په سره کرویاتو کې شتون لري د سږو څخه انساجو ته د اکسیجن اود انساجو څخه سږو ته د کاربن داي اکساید دلیردیدنې دنده سرته رسوي د ویني په کموالي کې د هیموگلوبین غلظت کمیږي او تعینول یې د ویني د کموالي په پیژندنه کې مهمه ونډه لري.

دهیم په ترکیب کې اوسپنه شامل او د گلوبین برخه د څلور پولي پیتاید ځنځیرونه لري چې دوه یې الفاء چې ۱۴۱ امینواسیدونه دوه یې بیتا چې ۱۴۲ امینواسیدونه لري جوړ شوي دي.

نارمل هیموگلوبین A یا (Adult Hemoglobin) څخه عبارت دي او په نوي زېږېدلو ماشومانو کې Fetal هیموگلوبین لیدل کیږي.

دهیموگلوبین غیر نارمل شکلونه HbM ، HbP ، HbK ، HbE ، HbD ، Hbc دي چې زیاتره د وینې په ولادي ناروغیو کې لیدل کیږي.

هیموگلوبین په مختلفو طریقو تعینېږي چې غوره یې د Sahli ، Photometer او Tall vist دي په نارینه کې ۱۳-۱۸ او په ښځو کې ۱۲-۱۶ ګرامه في دیسی لیتر کې نارمل دي.

هیماتوکریټ :

په ټوله وینه کې د سرو حجرو د فیصدي څخه عبارت ده ، یا په بل عبارت هیماتوکریټ د وینې دهغه حجم څخه عبارت ده چې د وینې سرو حجرو جوړه کړیده . که په سل ملی لیتره وینه کې ۵۷ ملی لیتره سری حجری وی نو ویل کیږي چې وینې هیماتوکریټ به یې ۵۷٪ وی .

دهیماتوکریټ د ټاکنې دپاره دیو تیوب څخه چې د صفر څخه تر سلو پوری درجو باندي ویشل شوی دی . او دهغی وینې څخه چې ډبل اگزالات اتسی کواگولانت لرونکی وی یعنی دوه برخی پوتاشیم اگزالات او دری برخی امونیم اگزالات ولری گټه اخیستل کیږي .

دهیماتوکریټ د ټاکنې عملیه :

تیوب باید پاک او وچ وی ، اگزالات لرونکی وینه ښه ښورو دپاستور پیپیت په وسیله دهیماتوکریټ تیوب تر سل درجو پوری ډکوو ، په داسی ډول چې هوا تیره نه کړي ، یو بل تیوب داوبو څخه ډکوو دسترفیوژ دموازنی دپاره په سنترفیوژ کې یو ډبل په مقابل کې ږدو ، د نیم ساعت څخه تر یوساعت پوری یې په سنترفیوژ کې پرېږدو . دسترفیوژ څخه وروسته د وینې سری حجری په

تیوب کی لولو او گورو چی په سلو درجو کی خودرجی سری حجری دی ، دپنځو دقیقو څخه وروسته بیا سنترفیوژ کوو ترهغی چی سویه یی تغیر نه کوی لوستل شوی درجی ته هیماتوکریټ ویل کیږی د سرو حجرو دپاسه یوه خاورینه طبقه لیدل کیږی چی دسپینو حجرو څخه جوړه ده دغه طبقه باید په هیماتوکریټ کی ونه اخیستل شی .

د نمونی داخیستلو په وخت کی لاندی ټکی په پام و نیول شی .

- که چیر ناروغ مایعات اخلی د نمونی اخیستل د همدی ورید څخه اجرا نه شی چی دا دوینی د رقیق کیدو لامل کیږی . اوپه پایله د هیماتوکریټ دنورمال کچی څخه ښکته راشی
- دهیمودیالایزیس پرمهال نمونه وانه اخیستل شی .
- دکپلری دسوری کیدو دپاره دگوتی څخه وینه واخیستل شی وینه پرینبودل شی چی دانساجو دمایعاتو په وسیله رقیقه نه شی .
- دورید څخه دوینی د اخیستلو په وخت کی ټول وریدی مایعات بند شی . اوبیا د انتی سیپتیک لکه پایوډین یا الکولو په وسیله سره ساحه پاکه شی اود ۱۰ملی لیتره یوخل کارونکی سورنج په وسیله وینه واخیستل شی .

هغه عوامل چی هیماتوکریټ پایله اغیزمنه کولای شی :

- که چیری نمونه کی هیمولایزیس صورت نیولی وی نو پایله به سمه نه وی .
- که دیهایدریشن شتون ولری او لیوکوسایتوزیس شتون ولری نو هیماتوکریټ په لوړ وی .
- که چیری وینی دگلوکوز کچه د ۴۰۰ملی گرامه څخه په سل سی سی وینه کی لوړ وی نو سمه پایله به ونلری .

• که ناروغ څخه دوینی نمونه د شاور یا مساز کیدو څخه وروسته
واخیستل شی نو کیدای شی چی د باور وړ پایله ورڅخه لاسته رانه
شی .

• په لوړو ارتفاعاتو کی اوسیدل هم په پایله باندی اغیزه لری .
• کیدای شی چی دوینی دضایعاتو په صورت کی نورماله پایله لاسته
راشی .

• لدی څخه باید یادونه وشی چی هیماتوکریټ د هیموگلوبین څخه دري
ځلی زیات ارزښت لری .

هیماتوکریټ د اوسپنی کموالی په نوی زیریدلو کوچنیانو کی نه شی ټاکلی خو
د فیری ټین کچه د اته څخه تر نهه میاشتنی عمر کی ټاکلی شی .

د هیماتوکریټ نارمل اندازه په بنځو کی ۳۷-۴۷ امیدواره میندو کې ۳۰-۴۶
اونارینو کې ۴۰-۵۲ سلنه دي .

په یو شمیر حالاتو کې هیماتوکریټ لوړیږي لکه اډیسون ناروغي ، شکرې
ناروغي ، نس ناستي ، پولي سائیتیمیا ، شاک ، پانکراتایټس ،
هیموکانستریشن ، Fallot's tetralogy او ټول هغه حالات چې د سرو حجراتو
دلوروالي لامل ګرځي .

په یو شمیر حالاتو کې هیماتوکریټ بنکته کیږي لکه: وینی کموالی ، د هډوکو
دمغز هایپرپلازیا ، سوځیدنی (شدیده) ، سیروزیس ، ذره احتقانی پاتی والی
، سیستیک فایبروزیس ، شحمی ځیګر ، دمایعاتوزیات تطبیق
، هیماتولایټیک غبرګون ، وینه بهیدنه ، دامیدواری هایدریمیا ،
هایپرتایرویدیزم ، هایپوتایرویدیزم ، اډیوټیک ستیاتوریا ، لیوکیمیا ،
هیموراژیک پانکراتایټیس ، هغه حالتونه چی دوینی د سرو حجرو د کموالی
لامل کیږي ، نمونیا او امیدواری

دویني سپین حجرات:

دویني سپینی حجرې زیاته جامده برخه جوړوي چی د بدن معافیتي برخه کي ونډه لري. چي دا توماتیک Blood counter پواسطه شمیرل کیږي په محیطي وینه کي سپین کریوات په سائتوپلازم کي د گرانولونو د لرلوانه لرلو له کبله په دوو لویو گروپونو ویشل شوي.

گرانول لرونکي لکه نیوتروفیل، بزوفیل، ایزونوفیل اونه گرانول لرونکي لمفوسایت اومونوسایت څخه عبارت دي. په نارمل ډول د $4500-11000\text{mm}^3$ کله د 11000 څخه زیات شي د لوکوسایتوزسس او که د 4500 څخه کم شي لوکوپینیا ورته وایي.

د سپینو کریواتو شمیر په اتاناتو، التهاباتو او خبیثه افاتو کي زیاتیري.

د سرو کریواتو د ترسب سرعت

ESR په پلازما کي د سرو کریواتو د ترسب د سرعت څخه عبارت دي چي دا تست د سرو کریواتو د تغیراتو په نسبت د پلازما د تغیراتو له کبله زیات اغیزمن کیږي د Vintrobe په طریقه نارمل عدد یي په لومړي ساعت کي په زانو کي ۵ ملي متره او په پنځو کي ۱۵ ملي میتره ټاکل شوي.

هغه حالات چي ESR په کي لوړیږي عبارت دي له: حاده او مزمنه التهابي ناروغي، انیمیا، کانسري پیني، امیدواري او نور.

دویني د محیطي فلم معاینه:

ډیر کره معلومات د ناروغيو په تشخیص کي ورکوي په لاندې ډول سره د محیطي ویني په فلم کي دویني غیر نارمل شکلونه توضیح شوي.

۱ - Microcytic: په دي حالت کي د سرو کریواتو سایز د نارمل څخه کوچنی وي د اوسپني د کموالي انیمیا، Sideroblastic وینه لږی او تلاسیمیا کي لیدل کیږي.

ب: Macrocytosis: په دې حالت کې د سرو کړيو اتو سايز (MCV) زياتېږي چې په ميگالوبلاستيک انيميا، مکروسایتيک انيميا او الکوليزم کې رامنځ ته کېږي.

هاپوکروميا: سره کړيوه د نارمل څخه بنکته هيموگلوبين لري يعنې MCHC د نارمل څخه بنکته ده.

Anisocytosis: دلته سره کړيوات مختلف سايزونه لري چې په زياتره انيميا گانو او بارزه ميگالوبلاستيک انيميا کې ليدل کېږي.

Poikilocytosis: په دې صورت کې سره کړيوات مختلف شکل لري چې دا اکثره د Anisocytosis سره يوځای وي او Dyserythropoiesis راپه گوته کوي.

Ovalocytosis يا Eliptocytosis: چې دا Eliptic يا دهگي په شان بيضوي سره حجره ده چې په ميگالوبلاستيک، داوسپني په کمبود او يو شمير ولادي ناروغيو کې ليدل کېږي.

Target حجرات: د اهواري سري حجري دي چې مرکزي هيموگلوبين يې د يو خاصف رينگ پواسطه احاطه شوي چې په کېدي ناروغي، هيموگلوبينو پتي او وروسته د سپلینوگتومي څخه ليدل کېږي.

Polychromasia او Reticulocytosis: چې دا ځواني سري حجري دي چې بازوفيلیک سايتوپلازم لري چې په Accelerated ايريتروفويسس کې رامنځ ته کېږي.

Howell jolly bodies: په سرو کړيوه کې هستوي مواد پاتي کېږي چې په ميگالوبلاستيک انيميا د Spleen په عدم موجوديت کې څرگندېږي.

Punctate بازوفيل: متضرره شوي ځواني سري حجري دي چې ابې نقطې په سايتوپلازم کې ليدل کېږي په شديد کمخوني، Chronic lead poisoning او بيتا تلاسيميا باندې دلالت کوي.

هسته لرونکي RBC خامي حجري دي چي دوينی دحجراتو سریع تشکل راپه گوته کوي چې په لوکيميا، Accelerated ايريتروفویزس او هيمولایزس کي لیدل کیږي.

Leukoerythroblastosis: سري او سپيني خامو حجرو ته ویل کیږي چې په مایوفایبروزسس، ددهډوکو دمغز خبیثه ارتشاحي افات او همالیزس کي څرگند کیږي.

دهډوکي دمغز معاینه: ددهډوکي مغز د اسپریشن او یا Trepine biopsy پواسطه د سترنوم یا خلفي ایلیاک Crest څخه اخیستل کیږي Marrow باید د مورفولوژي، دحجراتو مارکر، Karyotyping او مالیکولر بیالوژي مطالعاتو لپاره معاینه شي. غوره استطباب يې عبارت دي له:

- ارتشاحي تشوشات لکه لوکيميا، لمفوما، مایوفایبروزسس
- Cytopenic تشوشات لکه نوتروپینیا، ترومپوسایتوپینیا، دويني کموالي او پان سیتوپینیا
- پرازیټیک ناروغي لکه لشماني، ملاریا، ترای پانوزومیازس
- انتاني ناروغي لکه اشتباهي توبرکلوز او محرقه

لنډيز

عمومي تفتیش

وزن ته پاملرنه وشي چې ایانارمل کم یازیات شویدی، پوستکی د خسافت، Bruising، دترومبوسایتوپینیا، Scurvy، Petechia، ایکیموزسس، پگمنتیشن (Lymphoma) سیانوزس، ژپري، دڅارښت نښی (دللمفوما او میالوپرولیفراتیف تشوشاتو لپاره) ولیدل شي.

همدارنگه ناروغان د ناروغانو لاسونه او نوکان د کولونیشیا چی د اوسپني کموالي علامه ده Palmar Crease خاسف وي نود ناروغ هيموگلوبين به د ۷ گرام في ليتر څخه کم وي. دناروغ نبض معاینه کړي چی ایا زیات دي که نه همدارنگه د لمف نودونو معاینه په ځانگړي ډول Epitrochlear ، د تخرگ لمفاوي غوټي، د کلاويکولا څخه پورته غوټي، مغبني غوټي د یاده ونه وځي.

مخ د خسافت، سکیلرا د ژیري اود منضمو سوروالي د پولی سایتیمیا لپاره ولیدل شي.

خوله د وریسو د هایپر تروفي، اتتان، زخمونو، وینه ورکولو، اتروفیک گلو سائیتس، Angular stomatitis (د اوسپني او ویتامینونو کمبود) ولیدل شي.

همدارنگه سترنوم، کلاويکولا اود اوږي هډوکي تندر نس لپاره جس شي.

د گیدي معاینه کي زیاته پاملرنه ځیگر، توري، مغبني لمف نودونو، پارا اورتیک لمفو نودونو جس وشي. د خصیو او Pelvic کتنه د یاده ونه باسي.

د خپسو (Leg) معاینه د واسکولایتس Brusing، Pigmentation، زخمونو (هیموگلوبینو پتي) او یورولوژیک نښو لپاره وکتل شي.

همدارنگه Fundi د وینه بهیدني، اتتان لپاره او د حرارت چارت د اتتان لپاره ترتیب شي.

دویني په معاینه کي د سرو کریواتو، هیما توکریټ، هیموگلوبین، سپینو کریواتو، Platelets، محیطي دوینی سمیر، د هډوکو دمغز معاینه اونور له یاده ونه وځي او همدارنگه د تشومتیازو معاینه د هیموچوریا لپاره ارزښت لري.

پوښتنې

لومړي پوښتنه: د پښو ټپونه په لاندې وینه لري کې لیدل کېږي په نښه یې کړي؟

الف: داوسپني کموالي
ب: ویتامین بی ۱۲

کموالي

ج: سیکل سیل انیمیا
د: ټول صحیح دي

دوهمه پوښتنه: Palmar crisis هغه وخت له منځه ځي کله چې

الف: هیموگلوبین د ۱۰ گرام فیصد څخه کم شي.

ب: هیموگلوبین د ۹ گرام فیصد څخه کم شي.

ج: هیموگلوبین د ۸ گرام فیصد څخه کم شي.

د: هیموگلوبین د ۷ گرام فیصد څخه کم شي.

دریمه پوښتنه: ژبه په لاندې دویني په کموالي کې ښوږه وي.

الف: IDA
ب: خبیثه کمخوني

ج: B12 کموالي
د: دفولیک اسید کموالي

څلورمه پوښتنه: دتوري دغټوالي عام لاملونه عبارت دي له: -----

پنځمه پوښتنه: په لاندې حالتو کې هیماټوکریت لوړېږي غلط یې په نښه کړي.

الف: پولی سائیمیا

ب: هیموکانسنټریشن

ج: Fallot tetralogy

د: دځیگر سیروزس

شپږم څپرکی

د بولي تناسلي جهاز مفردات

درد (احليل، مثانی، پروستات، د تشومتيا زولبراتوراي ازمويني: Testicular ، پښتورگو) اوصاف او لاملونه. د تشومتيا زو Sedment ، Cast ، او د دې ډولونه، پروتين يوريا، Pyourea ، Hematuria ، Dysureia د پښتورگو وظيفوي ازمويني او د پښتورگو بايوپسي. ، Nocturia، Frequency ، ، Lithuria ، Ischuria ، pneuomaturia، oligouria ، Anuria، Anuresis د ادار په خپل سر تگ، Cloudy urea او Poly uria تعريف او ايتولوژي.

سريزه

پښتورگي چې جوړه غړي دي د پريطوان څخه بهر دولسمي صدري او دريمي قطني فقري په دوه اړخو کي ځای لري ۱۱-۱۴ ساتي متره سايز ، شکل يي دلوييا په شان دي ساختماني او وظيفوي واحد يي نفرون دي بنسټيزه دنده يي د مايعاتو او الکترولايتونو، اسيد بيزيلائس، دويني فشار تنظيمول او د بيکاره موادو لکه يوريا ، يوريک اسيد او کرياتينين چي د

وجود دمیتابولیزم په پایله کې رامنځ ته کېږي خارجول او همدارنگه اندوکراینې ده لکه د اریټروپوئین تولید پر غاړه لري .

د بولي سیستم ناروغانو غوره گیلې په دوه برخو ویشل شوي. ځایي گیلې لکه درد ، تشو متیازو سوخت ، په تشو متیازو کې دقیق ، ویني شتون او عمومي یې گیلې یې لکه دویني فشار لوړوالي ، وینه لږی ، پرسوب ، دشعور خرابوالي ، اختلاجات او نور دي. د بولي جهاز ناروغي نه یواځې پښتورگي بلکه نور سیستمونه هم اغیزمن کوي لکه زړه ، رگونه ، تنفسي ، هضمي او دماغي سیستمونه په طبي تاریخچې ، فزیکي معاینې او یوشمیر لابراتواري ازموینو په واسطه کولای شو د بولي جهاز ناروغي تشخیص او درملنه کړو.

د بولي تناسلي جهاز سیمولوژي

درد:

د پښتورگو درد: د درد ته Flank pain یا Loin pain هم وایي د پښتو په خلفي څنډه کې نږدې Costovertebral زاویه ته احساس کېږي کیدای شي قدام خواته دنو په طرف خپور شي. دایو حشوي درددې چی Renal capsul دکش کیدو له امله رامنځته کېږي په وصفې ډول Dull, aching او دوامداره ځانگړتیاوي لري.

که درد سره تبه ، لرزه شتون ولري نو په Pyelonephritis دلالت کوي مهم لامل یې اتان ، التهاب او میخانیکي بندښت دي د تشي مزمن دردونه کیدای شي د پښتورگو په څنډني اتان ، Polycystic kidney disease ، Chronic urinary tract obstruction کې رامنځته شي. که د تشي درد

موضعي نه وي نو د پښتورگو تيرې بعضي ډولونه د گلوميرولونفرايټس،
IgM نفروپټي او عضلي اسکلتي حالت راپه گوته کوي.

د حالب درد په دوديز ډول شديد Colicky وي چې د Costo vertebral angle
څخه منشا اخلي او گيډي سفلي کواډرانت ته خپرېرې کله کله
دورون پورتنې برخې ته نارينو کي خصيو او بنڅو کي Labium ته خپرېرې.

ناروغ نارامه او زړه بدوالي کله کله کانگي کوي دا درد په اني ډول سره
د حالب د توسع له امله چې Renal pelvis توسع هم ورسره ملگري وي
رامنځته کيرې مهم لامل يې تيرې، دويني پرند کيدل دي او په نادر ډول
Necrotic renal papillia لامل کيداي شي.

دمثاني د تشوشاتو درد دمثاني د زياد توسع له امله رامنځته کيرې چې په
Supra pubic ناحيه کي احساس کيرې وصف يې Dull او فشار ورکوونکي
دي او دمثاني دخالي کيدو سره له منځه ځي بايد وويل شي چې دمثاني
ځنډني توسع بي درده وي.

Prostate درد د عجان او Rectum په ناحيه کي احساس کيرې چې غوره
لامل يې اتان دي.

که درد په Penis کي موضعي وي نو د Penis تيگي، Stricture او نادراً
تومور به يې لامل وي.

Testicular درد: د بطن په بنکنني برخه او Groin کي احساس کيرې.

Dysurea

ديوي ناراحتي احساس دي چې د تشو متيازو کولو په شروع، دميتازو کولو
په وخت او يا وروسته دميتازو څخه فوراً ناروغ ورڅخه گيله مند وي. چي په
دوديز ډول سوزيدونکي يا (Scalding) وصف لري او تشو متيازو

فريکونسي او دمثاني دظرفيت کم والي سره مل وي. غوره لامل يې انتان او نيوپلازم په احليل کي دي. د Dysureia شديد ډول ته Strangurea ويل کيږي چي دتشو متيازو کولو دردناکه احساس دي حتي چي مثانه خالي هم وي.

د Dysurea غوره لامل Cystitis او په بنځو کي د Urithritis څخه علاوه د Valvovaginitis دي.

Hematuria

په تشو ميتازو کي دويني شتون ته ويل کيږي چي کيداي شي په سترگو وليدل شي چي د تشومتيازو رنگ يې سور کړي وي (Gross hematuria) او يا دمیکروسکوپ پواسطه تايد شي. مايکروسکوپيک هماچوريا کيداي شي درد سره يوځاي وي او يا درد ورسره نه وي کيداي شي دوامداره او يا متقطع وي.

که هيمماچوريا دپښتورگو د پرانشيم دناروغيو له امله وي نو بي درد، دوامداره او Microscopic وي کله کله کيداي شي Macroscopic وي.

که هيمماچوريا د Renal تومور له کبله وي نو متقطع، دپښتورگو درد سره يوځاي او Macroscopic وي.

که چيري د Bladder تومور له کبله وي نو داهم په دوديز ډول متقطع او موضعي درد سره يوځاي وي. که يو ځوان نارينه او يا بنځه کي دوامداره بي درد ميکروسکوپيک هيمماچوريا دپروتين يوريا سره يوځاي شتون ولري نو گلوميرولونفرايتس او د پښتورگو بله پتالوژي راپه گوته کوي.

که يو زوړ شخص چي smoker هم وي او هيمماچوريا ولري نو دابه د احليل يا حالب، مثاني تومور نښه وي

داهم په یاد ولرو چې بنځو د هیمماچوریا کیدای شي د Mens دویني سره مغالطه شي او یا یو شمیر نور حالت چی ادرار ته تور رنگ ورکوي باید هم هیمماچوریا سره توپیر کړو لکه یو شمیر درمل Rifampicine و میترونیدازول، وارفرین، فینال فیتالین، د هیموگلوبین، پروفیرین، میوگلوبین شتون د Beet root او یا تور توتانو خوړل

د باید معلومه شي چی هیمماچوریا د تشو متیازو په اخر کي (Terminal) چی د مثاني په پتالوژي باندي دلالت کوي که initial وي د تشو متیازو په شروع کي وي د حلیل ناروغي او که Total وي د پښتورگو او د حالب دناروغيو استازیتوب کوي.

لاملونه

۱- سیستمیک: لکه پورپورا ، Sickle cell trail ، دویني او Coagulation تشوشات او اتی کواگولانت

۲- پښتورگي کله Papillary necross, infarct ، تروما، توبرکلوزس ، د پښتورگو تیري، Renal pelvis transitional cell carcinomas ، حاد گلو میرولونفرایتس، د پښتورگو Cystic ناروغي، د پښتورگو بین الخلافي ناروغي

۳- Post renal لکه د حالب تیگی او تومور، د مثاني تومور، د مثاني توبرکلوز او Radition, cystitis ، Bilharziasis ، د درملوله کبله Cystitis (Ciclophosphamid) ، د پورستات غتیدل او Prostatitis او تومورنه یي، د احلیل تومورنه، التهاب او ترضیض د کتیتر پواسطه او باکتریل Cystitis

Pyuria

دقیح شتون په ادرار کې د Pyurea پنوم یادېږي چې غوره لامل یې د بولي جهاز اتان دي.

Nocturea

دشپي له خوا تشومتيازو ته ویل کیږي چې ناروغ دي ته اړه کیږي خو ځله د خوب راپاخیږي

تشي متیازي کیدای شي زیاتي اویا کمی وي. په نارمل حالت کې دشپي لخوا ادرار جریان کمیږي اوهم دمشاني وظیفوي ظرفیت ددي لامل کیږي چې ناروغ کم ادرار وکړي لکن Polyurea چې دهر لامل له کبله وي نو دمشاني ظرفیت کم وي او Nocturea رامنځته کوي همدارنگه دپښتورگو په ناروغیو کې چې د ادرار دغلظت قابلیت خرابیږي Nocturea رامنځته کیږي اوهم کیدای شي دمانام لخوا دایورتیک وخورل شي هم Nocturea لامل کیږي.

لاملونه

۱- Prostatitis ، دیابیت میلیتوس اویا انسیفیدوس ، ابتدایي Salt losing ، Post ATN ، Polydepsia ، اندجریک نفروپتي ، nephropathy ، سیکل سیل ناروغي ، دمشاني اتانات ، تومورونه توبرکلوز ، فنګل ناروغي ، شستوزومیازس ، Vesico ureteric reflex ، داریوتیک کارونه. برسیره پردې دیابیتس میلیتس ، دیابیتس انسفیدیس ، دزړه احتقاني عدم کفایه ، اتانات هم د Nocturea لامل کیږي.

Frequency

د تشومتيازو د دفعات زياتوالي ته وايي چې كيداى شي تشي متيازي زياتيوي poly urea اويا نارمل وي كه څه هم دمثاني ظرفيت كموالي يا داخليل تخريش د Poly urea غوره لامل دي خو د زياتو مايعاتو څكل او دمثاني د دندي د ظرفيت كموالي په پروستات هايپرتروفي، Bladder outlet obstruction كې هم ته منځته راتلاي شي.

د بولي سيستم د سفلي برخي انتانات چې دمثاني د تخريش لامل گرځي د Frequency غوره لامل دي يو شمير عصبي ناروغي لكه Multiple sclerosis هم د فريكونسي لامل كيداى شي. همدارنگه په يخه هوا او حاملگي يې بل لامل دي.

Ischurea

دا درار احتباس دى چې تشومتيازو جريان په متقطع ډول سره خرابيږي ناروغ زور وهي اوداسي احساس كوي چې ادرار يې نه دي تخلیه شوي. لاملونه

غوره لامل يې د پروستات سليمه هايپريپلازيا دي همدارنگه پروستاتايټس، د پروستات كانسر، Neurogenic dysfunction، انتانات، STD، قبضيت يو شمير درمل لكه اتسي كولينرجيک، انتي ديپريسانت، Cox2 نهې كوونكي، امفي تامين، اوپيم، داخليل ولادي Phimosis، Valves داخليل بندښت لكه د Stricture له امله، او نور.

Lithurea

د تيگو خارجيدل د بولي لاري څخه د Lithurea په نوم يادېږي.

Pneumoturia

دبولى لازي څخه دهوا خارجيدو ته ويل كيږي دا حالت دبولى لازي اوامعا تر منځ دفتول

پر شتون دلالت كوي معمولا Faecuria سره يوځاي وي.

كيداي شي دافستول مثانه، احليل، حالب او دپنستورگو په حويضه كي منځ ته را شي.

ولادي افات دا احليل دفتول لامل كيږي او هم دكولون كانسر Diverticular ابسي، ترضيضات، دكولمو التهابي ناروغي (كرون ناروغي) دفتول لامل كيداي شي.

Oligourea

که په ۲۴ ساعتو كي د ۵۰۰ سي سي څخه کم ادرار خارج شوو د oligo urea پنوم ياديري. چي كيداي شي فزيولوژيک وي يعني ناروغ مايع کمي څکلي وي.

غوره لاملونه يي عبارت دي له:

I: Pre renal: هايپوواليما (دمايعاتو او ويښي ضايع كيدل) او شاک، دزړه عدم كفايه،

دپنستورگو وعايي ناروغي (Renal artery stenosis) او دپنستورگو دشريان بندښت)

II: Renal اسباب: دگلو ميروول ناروغي، دپنستورگو بين الخلائي ناروغي او درمل، توکسين او Sepsis

تېرې، تومور او Retro peritoneal fibrosis

Anurea

کله چې هيڅ ادرار شتون ونه لري او يا د ۲۰ ملي ليترو څخه کم په ورځ کې موجود وي بايد د ادرار احتباس سره توپير شي چې په احتباس کې که کتيتر تطبيق شي ۵۰۰-۶۰۰ مايع خارجېږي همدارنگه کيدای شي په فزيکي معاینه سره هايپوگستريک ناحیه کې يو کتله جس شي که انوريک ناروغ ته کتيتر واچول شي هيڅ ادرار نه تخليه کېږي.

لاملونه

- په پوره ډول سره د بولي لاري دوه اړخيزه بندښت
- په پوره ډول د پښتورگو د شريان او وريد بندښت
- Rapidly progressive acute glomerulonephritis
- Sever shock
- که دوه اړخيزه د پښتورگو قشر په نكروز اخته شوي وي (Bi lateral renal cortical necrosis)

Enuresis

په غير ارادي ډول سره د تشو متيازوتگ د شپې دخوب په وخت کې دي چې ورته Nocturnal enuresis او يا Night bed wetting هم وايي.

دا حالت تر دوه کلني پوري نارمل وي بعضو ماشومانو کې تره دري کلني پوري هم دوام کوي کيدای شي Organic او يا Psychogenic لاملونه ولري اورگانیک اينوريس دورځي او شپې يعني دواړو وختونو کې منخته راځي

چی لامل یی UTI, Obstructive uropathy, uretrovesical dysfunction
دي Psychogenic په ځوانانو ماشومانو کې ډیر دي.

Urinary incontinence

په غیر ارادي ډول د تشو متیازو خارجیدو ته ویل کیږي چی تقریبا ۳۰ سلنه
زازه خلک ورڅخه گیله مند وي.

د تشو متیازو بی اختیازه تک لپاره د خطر فکتورونه په دودیز ډول عبارت
دي د عمر زیاتوالي، سپین نژاد، چاغی، Child birth او یو شمیر ناروغی.

ځوانی بنحی د بارداری په سن کې هم کله کله د غیر ارادي ادرار څخه کله
چی پرنجی، توخي او یا خندا په وخت کې شکایت لري چی Stress
incontinence ورته ویل کیږي.

غوره لاملونه او ډولونه یی عبارت دي له.

۱- Stress incontinence

په دي حالت کې د احلیل معصره سسته وي نو کله چی په گذري ډول د گیلې
فشار لوړ شي

دا دمثاني فشار د احلیل د تینگار څخه لوړوي او په پایله کې تشی متیازي
بی اختیاره خارجېږي.

Urge incontinence: مخکې د غیر ارادي ادرار تگ څخه یو قوي
ادرار کولو ته پیدا کیږي په دي حالت کې د Detrussor عضلاتو تقلص
د نارمل څخه قوي وي چی نارمل د احلیل تینگار مغلوبوي په وصفي ډول
مثانه خالی وي غوره لامل یی Stroke، دماغی تومور، Spinal، Dementia،
cord افت په دي شرط چی د Sacral برخه څخه پورته وي په دي ټولو ذکر

شوو حالانو کي د Detrussor عضلاتو تقلص نهی کیدل کمیږي او Detrussor قوي تقلص کوي.

۳- Over flow incontinence: دي حالت کي دمثاني Outlet کي بندش موجود وي په وصفي ډول مثانه لوي وي غوره لامل يي په نارينو کي د پروستات غټ والي دي چی Dribbling ورسره مل وي همدارنگه دا حليل Stricture يي بل غوره لامل دي.

۴- Functional incontinence: په دي صورت کي ناروغ مخکي له دي خخه چی تشناب ته ورسیري ادار وړخه وزي لاملونه يي عبارت دي Anxiety، دماغي تشوشات، عضلي اسکليتي تشوشات او Immobility خخه.

د درملو له کبله په ثانوي ډول د ادار بي اختياره تگ هم رامنځته کيدای شي لکه Sedative, Tranquilizer، اتی کولینرجیک، سمپاتيک بلاکر، او قوي ديوريتیک کارونه.

Cloudy urea یا مکدر ادار:

کله چې تشې متيازي په مثانه کي تراکم وکړي نو يورات او فاسفات ترسب کوي او دمکدر ادار لامل ګرځي.

Poly urea

په نارمل حالت کي په ۲۴ ساعتو د ادار Output ۸۰۰-۲۵۰۰ ملي ليتره دي که په ۲۴

ساعتو کي د ادار اندازه د ۳ ليترو خخه زياته شي د پولي يوريا بلل کيږي.

بايد د Frequency of micturation څخه توپير شي په پولي يوريا كې د ادرار اندازه زياته وي اما فريكونسي كې ناروغ خو ځله تشناب ته ځي د ادرار كچه كمه يا نارمل وي.

د پولي يوريا لاملونه عبارت دي له:

۱- فزيالوژيک: دمعاياتو زيات ځکل، الکل، کافي، چاي زيات ځکل او Primary psycogenic polydepsia

۲- Osmotic diuresis: دپښتورگو ځنډني عدم کفايه، ديايت ميليتس او Manitol infusion

۳- Nephrogenic diabetes: ولادي (Polycystic kidney)، پايلونفرايتس، ملتيپل

مايلوما، هايپرکلسميا

۴- Natriuresis: دا يوريتيک درمل او Salt losing nephropathy

دپښتورگو په ناروغانو كې يو شمير سيستميك تظاهرات هم دليدني وړ دي لكه دوزن كموالي، په كانسرونو كې د پښتورگو مزمنه عدم كفايه، تبه په پيالونفرايتس او پروستات كې ان تر ۴۰ ساتي گريد پوري رسيدلي شي چې ورسره كيدای شي درد هم يوځاي وي.

همدارنگه بي اشتهايي، زړه بدوالي، كانگي، اټكي، دخولي زخمونه او Parotid غدي التهاب په يوريميا كې را منځته كيږي.

دويني لوړ فشار، دويني كموالي، پرسوب، دپښتورگو ناروغيو كې په ځانگړي ډول گلوميرولونفرايتس كې شتون لري چې ان د زړه دعدم كفايي لامل گرځي. چي ډيره اذيما او حتي Anasarca په Nephrotic syndrome كې رامنځته كيږي.

چی اذیما اوله او په هغه ځایونو کې چی انساج سست وي لکه دسترگو د شاوخوا ، تناسلي برخو او خصیو کې رامنځته کیږي وروسته نورو ځایونو کې منځته راځي.

د پښتورگو دناروغ معاینه: لاندې ټکو ته پاملرنه وشي

۱- General physical exam

۲- د گیډي معاینه

۳- Genitalia معاینه

I: General physical exam

له هر څه مخکې دناروغ شعور ته پاملرنه کیږي چی کوم حالت لري په یوریمیک انسفالوپاتي کې شعور خرابیږي.

مختلف ځایونه د وینې د کموالي لپاره لیدل کیږي ځکه په دې ناروغانو کې د وینې لږوالي دهیماچوریا، Bleeding، ایریتروپویتین د تولید کموالي او Hemolysis له امله رامنځته کیږي.

خوله او ژبه ولیدل شي هر ابناړملتي که شتون ولري نوټ شي په ځانگړي ډول د یوریمیک بوي لپاره.

پوستکې دلاندې حالاتو لپاره لیدل کیږي.

نفروتیک سندروم چی مخ پر سیدلي او Puffiness لري.

په یوریمیا کې وچ، خاسف او Flaky پوستکې شتون لري یوریمیک Frost (چټل نسواري ډوله پوستکې) چی اوچوالي (ForeHead) کې ښه لیدل

کیرې دا یوریمیا Crystalization څخه عبارت دي چی دیوریمیا وروستي پړاو کي لیدل کیږي.

پورپورا او Brusises دویني دور کولو او یا اگلوتینیشن له کبله وي.

Butter fly sign که شتون ولري نو SLE راپه گوته کوي.

دخارښ له امله پوستکي گریډلي وي چی دیوریا نښه دي

د پوستکي Turger په Dehydration کي له منځه ځي.

زخي او پوستکي سرطان په ایمون Supress ناروغانو کي چی Renal transplantaion ورته شوي وي دلیدو وړ دي.

همدارنگه Scar ته پاملرنه وشي.

کیداي شي hypo odema pitting شتون ولري چی مهم لامل يي hypo proteniemia داوبو او معایاتو احتباس دي.

همدارنگه سو اشکالو ته پاملرنه وشي لکه د زنگون Valgus او Varus سو اشکال Rickety rosary او نور.

نوکان باید تفتیش شي، Leuconychia (سپین نوک) Muehrcke's nail ولیدل شي چی دنوکانو په اخر کي جوړه سپین عرضاني خطونه دي چی دالبومین په کموالي (نفروتیک سندروم) کي رامنځته کیږي.

Mee's line یو عرضاني سپین خط دی چی د ارسنیک په تسمم او دپنتورگو په عدم کفایه کي منځته راځي.



۱-۲ گنه انخوړ Mee's line

Half and Half Nail: چى دنوك Distal برخه نصواري يا سره او Proximal برخه يې گلابي يا سپينه وي دپښتورگو په ځنډني عدم كفايه كې رامنځته كيږي.



۲-۲ گنه انخوړ Half and Half Nail

دپښتورگو دځنډني عدم كفايي په وروستني پړاو كې كيداى شي Asterrxis شتون ولري.

Splinter hemorrhage په Vasculitis دلالت کوي.

Nail dysplasia دڅو هډوکو د اښار ملتې ره (زنګون، Elbow, Patella) په Nail patella syndrome کې چې يو Autosomal dominant تشوش د پښتورگو دي ليدل کېږي.

سترگو ته پاملرنه وشي که سړی او دردناکه وي نو په موضعي ډول دکلسيم ترسب له امله Hyper para thyroidism کې رانښيي دديد خرابوالي يا له منځه تگ کيداي شي په Hypertensive retinopathy يا Retinal vascular thrombosis کې رامنځته شي د Cornea تکراري Lesion او مکولر Flecks په Alport's syndrome کې څرګندېږي.

همدارنگه Tanckhoff کتيترون شتون چې Peritoneal د ياليزس رانښيي نوت شي.

دگيلېي معاينه

۱- تفتيش هضمي جهاز کې ذکر شويدې.

۲- جس: په نارمل حالت کې بڼې خوا پښتورگي د کيد دشتون له امله دچپ پښتورگي څخه لږ څه ښکته ځاي لري کله کله په ډنګړو خلکو کې چې بطن بڼه استرخا کړی وي کيداي شي جس شي دپښتورگو دکتله شتون ته پوره پاملرنه وشي ځکه چې پښتورگي مخامخ او پرنفرتيک اېسي شاوخواته Bulging لري.

Transplant شوي پښتورگي په بڼې يا چپ Iliac fossa کې کيداي شي دجس وړ وي.

د پښتورگو د جس کړن لاره او د غټوالي لاملونه په هضمي سیتسم کې ذکر شويدي.

قرع: دلاندي موخو لپاره ترسه کيږي.

۱- د سږو داخلاطاتو د تشخیص لپاره لکه Pneumonia او Pleural effusion .

۲- د Ascitis د تشخیص لپاره (Fluid thrill او Shifting dullness)

۳- اصغاء

نه یواځې چې د بولي سیستم ځانگړي ځایونه اصغاء شي زړه او سږې هم باید اصغاء شي.

۱- شرياني Bruits

کیدای شي د پښتورگو په خلف کې (Renal angle) یا قدام کې پر متوسط خط د نو څخه ۲ سانتي متره پورته دواړو خوا ته واوریدل شي. که چیرې د هایپر تنشن په ناروغ کې Bruit شتون ولري نو د پښتورگو بندش باندي دلالت کوي.

باید د ستاتسکوپ د پرده څخه د اوریدو لپاره کار واخیستل شي ۵۰ سلنه د پښتورگو د شریان بندش کې Bruit شتون لري.

باید وویل شي چې Soft bruit کیدای شي په نیمايي ناروغانو کې چې واضح د پښتورگو د شریانو نو تضیق ونه لري واوریدل شي چې د دې اواز منشا معمولا ابحر یا Splenic شریان وي.

۲- پریکار دیل او پورل Rub:

کیدای شي هغه ناروغانو چی دیالیزس کیږي واوریدل شي همدارنگه کله کله په SLE او Vasculitis کي چي پښتورگي زړه او سږي يي اخته کړي وي واوریدل شي.

د تشو متيازو لابراتواري ازمويښي:

ټولو هغه ناروغانو کې د پښتورگو دناروغيو شک ورباندي وي تشو متيازو Mid stream نمونه واخيستل شي ۱۰ سي سي تشی متيازي په 2000rpm دڅلور دقيقو لپاره سنترفيوژ شي پورته مايع تويي شي او 0.5cc تشي متيازي پاتي دوباره وڅوځول شي بيا يوه قطره پر سلايد اچول کیږي د ترسباتو لپاره Low power مایکروسکوپ څخه گټه واخيستل شي غوره لاسته راوړنو ته لکه د WBC شتون، RBC او ډول ډول کیستونو ته پاملرنه وشي.

Casts او ډولونه يي:

کستونه Cylindric ساختمانونه چی د پښتورگو توبولونو او Collecting duct کي جوړیږي چي د گلوميرو د قاعدوي غشا او يا توبولونو دمضرر کيدو استازيتوب کوي

۱- Hyalin cyst: چی دا د گلوميرول د قاعدوي غشا او توبولو د ضرر نښه

۵۵

د پښتورگو په توبولو کي، Tamm horsefall موکوپروتين ترسب څخه عبارت دي چی سلیندريک اوشفاف رنگ لري په نارمل حالت کي دمیکروسکوپ په يو ساحه کي نادرا ديو څخه زياد ليدل کیږي لاندي حالاتو کي يي شمير زياتیږي.

۱- وروسته د شدید فزیکي تمرین څخه

۲- تبه لرونکي حالت کي

۳- په شدید Essential HTN کي

۴- د پښتورگو په ځنډنيو ناروغيو کي.

۲- RBC cast: کله چي د پښتورگو توبولونو کي موکوپروتين پر سر و کړيو اتو ترسب وکړي RBC cast په نوم يادېږي د گلوبولين حاد ناروغي کله Diffuse proliferative گلوبولينو نفرائيتس راپه گوته کوي همدارنگه په SLE دويني په لوړ فشار، ويني ورکوونکي ناروغي کي هم ليدل کېږي. بايد په ياد ولرو چي RBC مورفولوژي د ارزښت وړ دي که چيري سره کړيوه Dysmorphic وي نو د گلوبولين په ناروغي دلالت کوي.

۳- WBC

که موکوپروتين د پښتورگو توبولونو کي پر WBC ترسب وکړي نو WBC cast رامنځته کوي چي د پښتورگو ائتاتن، التهاب په ځانگړي ډول Acute pyelonephritis راپه گوته کوي همدارنگه په کمو پيښو کي په گلوبولينو نفرائيتس، د پښتورگو احتشا، او Vasculitis کي هم ليدل کېږي.

۴- Granular cast

دا غير نارمل سليندريک هيالين کستونه دي چي د البومين گرانول او ايمون گلوبولين هم لري او کيداي شي د حجراتو Debris هم ولري د اپتالوژيک دي او گلوبولينو نفرائيتس، هايپرتنشن Diaetic nephropathy کي ليدل کېږي.

۴-Fatty cast: د غورو شتون په cast کې دي چې دنفروتیک سندروم نښه دي.

۵-Epithelial cast

دموکوپروتین ترسب پر اپیتیل حجاتو دي چې زیاتره په Auto tubular necrosis او پین الخلالی نفرایتس کې رامنځته کیږي

Protein urea

نارمل کاهل په ۲۴ ساعتو کې ۱۵۰ ګرامه پروتین خارجوي چې په معمولي ازموینو کې نه معلومیږي که د ۱۵۰ ګرامو څخه زیات پروتین بهر شي نو پروتین یوریا ورته ویل کیږي چې کیدای شي Micro albuminemia یعنی 300mg/day- 30 او یا Overt پروتین یوریا 500mg/day څخه زیاته وي.

په نارمل حالت کې دتشمیازو ۱۰-۱۵% پروتین د پلازما البومین څخه مشتق کیږي نور پروتینونه (Tamm horsfall pr) او د پلازما پروتینو نور ډولونه دي.

څرنگه چې دپلازما پروتینو غوره دنده Oncotic فشار ساتنه دي نو کله چې البومین یوریا رامنځته شوه البومین ضایع کیږي او دمایعاتو داحتباس لامل ګرځي چې په نتیجه کې دویني حجم کم او دپښتورګو اروا کمیږي په پایله کې Rein angotensin سیستم فعال او دایبا په خپل نوبت سره د سوډیم او اوبه داحتباس لامل ګرځي چې پرسوب رامنځته کوي په لنډه توګه ویلي شو چې Massive البومین یوریا دهایپووالیوما، پرسوب، اسایتس، هایپرلیپدیمیا، لیپید یوریا او Hyper cuagulable state لامل کیږي.

د پورتنی یوریا دم معلومولو لپاره مختلفي ازمویني کيږي لکه Heat
Dip sick test ، coagulate test الکتروفورزيس، ایمون الکتروفورزيس او
تشو متيازو ۲۴ ساعت پروتین یوریا معلومول.

د پورتنی یوریا ډولونه:

I: گلو میرو ل پروتین یوریا: دي حالت کي د ډول ډول ناروغیو له امله د
گلو میرو ل قاعدوي غشا تخریبیږي چی د البومین یوریا لامل ګرځي که
دوامدار افت پاتي شي نو غټ مالیکول
وزن لرونکي پروتینونه لکه گلوبولین هم خارجيږي.

II: غیر عرضي پروتین یوریا

چی په ناڅاپي ډول په لابر اتواري ازموینه کي کشف کيږي سلیم حالت دي
اما که د ۲ ګرامو څخه زیات وي او یا ورسره دویني لوړ فشار په هیماچوریا
د پښتورګو دندو خرابوالي یوځای وي د پښتورګو Biopsy استطباب لري.

III: وظیفوي: لکه تمرین، تبه، دویني لوړ فشار، د زړه احتقاني عدم کفایه،
سوځیدل، Blood transfusion، وروسته د عملیات څخه او په حاد ډول د
الکول څکل.

IV: Orthosatic proteinurea: هغه حالت دي چی ناروغ دولاري په حالت
کي پورتنی یوریا ولري یعنی کله چی په ماشومانو او ځوانانو کي لیدل
کيږي یو سلیم حالت دي.

V: توبولر پروتین یوریا

په دي صورت کي توبولونه نظر گلو میرو ل ته زیاد کيږي او ناروغ دورځي
تقریبا ۱-۳ ګرامه کوچني مالیکول لرونکي پروتینونه بهر ته ځي البومین

خرنگه ماليکولي وزن يي زياد دي نه خارجيږي اذيمه، هايپرليپيډيما شتون نه لري په تشو متيازو کي غير نارمل محراب موجود نه وي بڼه مثال Acute tubular necrosis درمل چي بين الخلائي نفرايټس رامنځته کوي Wilson ناروغي، Fanconi's سندروم دي.

Isolated protein urea :VI

کله چي پروټين په تشو متيازو کي بدون سره کريواتو او نور متشکله عناصر وي چي په Diabet mellitus او Amyloidosis کي ليدل کيږي.

Micro albuminemia

چي په ۲۴ ساعته کي ۳۰-۳۰۰ ملي گرام او يا البومين اطراح 200µg/min-20 وي ددي معلومولو لپاره ځانگړي راډيو ايميون Assay ميتود اړين دي.

Bence jones protein urea

د يو Light chain ايمون گلوبولين دي چي هغه ناروغانو کي Monoclonal gammopathies لري خرگنديږي (Multiple myeloma)

۱-۲ گڻه جدول ڊپورٽين يوريا لاملونه په لاندې جدول کي بنودل شويدي.

په کمه اندازه 500mg/d Mild څخه کم	په متوسطه کچه Moderate 3gr/day	زیاته کچه 3gr/day څخه زیات
<ul style="list-style-type: none"> • Benign hypertensive nephrosclerosis • Obstructive nephropathy • پري رینل یوریمیا • ډپنستورگو تومور تبه • توبولر انترسټیشیل نفروپاتي • مزمن پيالونفرايټس • Early diabetic nephropathy • Orthostatic protein urea 	<ul style="list-style-type: none"> • مزمن پيالونفرايټس • ATN • حاد گلوميرولونفرايټس • ځنډلېني گلوميرولونفرايټس • Obstructive nephropathy • Accelerated phase of HTN • Orthostatic protein • ډبولي جهاز انتانات 	<ul style="list-style-type: none"> • بېرني گلوميرولونفرايټس • ځنډلېني گلوميرولونفرايټس • Diabetic nephropathy • Myeloma • Pre eclampsia • ټول لاملونه د نفروټيک سندروم

ډپنستورگو وظيفوي ازمويني

ډپنستورگو اساسي دندې عبارت دي له:

۱- اطراحي دنده: چی بدن فاضله محصولات او درمل اطراح کوي.

۲- تنظيمونکي دنده: چی دمايعاتو حجم او ترکیب تنظيم وي.

۳- اندوکراین دنده: د Erythropoitin رینین او پروستاگلندین جوړول

۴- میتابولیک دنده: دویتامین D او کوچني مالیکول لرونکي وزن پرویتنو میتابولیزم.

گلو میرولوفلتریشن ریت GFR

۵- دویني فشار تنظیموي

۶- Acid base balance تنظیموي.

۷- گلوکونیوجنیزسس

ترتول غوره ازموینه چی دپښتورگو دنده په اړه معلومات ورکوي GFR معلومول دي د GFR عبارت دهغه مایع څخه دي چی د گلو میرولونه دشعریه رگونو د Capillary څخه فلتر کیږي نارمل GFR دورځي -100 130ml دي او یا ۱۸۰ ملي لیتر په ورځ کي او یا 2ml/sec دي.

GFR دکریاتینین کلیرانس د تعیینولو پواسطه اندازه کیږي.

د تشو متیازو معاینه:

I: فزیکي ځانگړتیاوي

۱- حجم

نارمل حالت کي د ورځي ۸۰۰-۲۵۰۰ سي سي ادرار خارجيږي که چیري کم شي او یا هیڅ نه وي نو Anuria ، اولیگوپوریا او یا تشو متیازو احتباس ته فکر کیږي Oligo دپښتورگو بیږني عدم کفایه او ځنډني عدم کفایه کي دحادي عدم کفایه شتون راپه

گوته کوي همدارنگه کيداي شي د اوبو او الکتروليتونو دضايع له امله په نس ناستي، کانگو، تبه، جل وهنه، سوخيدنه، شاک، دزړه عدم کفايه، بېرني گلوميرولونفرايتس يا حاد نفروتيک سندروم رامنځته شي.

د تشو متيازو احتباس بايد د انوريا څخه توپير شي چې مخکني حالت کي ادارر مټانه کي بند شوي وي او دمټاني دپرسوب لامل گرځي.

که د ادارر حجم په ۲۴ ساعتو کي له ۳ ليترو څخه زياد شو Poly urea ورته ويل کيږي چې په Fubolointerstial، Diabetic ناروغي، زياتي اوبه شکل، ديوريتيک درملو استعمال همدارنگه CRF کي منځته راځي.

۲- د تشو متيازورنگ

Uroerythin او Urochrom هغه صباغاتدي چې تشو متيازو ته رنگ ورکوي چې په نارمل حالت کي Light yellow وي.

۶-۲ گڼه جدول دتښو متيازو درنگ تغير.

لاملونه	رنگ
Over hydration، په دي وروستيو كي د بېر Post obstructive diuresis ځكل، ديابيتيس انسفيديس،	بي رنگه او ډير Pale
غليظ ادرار بيلرويين شتون تتراسايكلين، سلفاسالازين، Anthracen، Rifampicin، Riboflavin کارونه	ژير نارنج
Beet root خورل، Pheninidione، فينول فتالين، لاکزبتييف، ديورتیک کرستل	گلابي Pink
بيلرويين شتون Nitrofuration، فينوتيازين، کلوروكين Rhubarb (ژير نصوراي رنگه يا سور)	نصواري Brown
هيماتوريا هيموگلوبين يوريا Myoglobinurea rifampicine ، Prophyrens، Beet root، Phenazopyridine	سور
فريامترين بلو، Friamterene	شين Green
شديد هيموگلوبين يوريا، ميتايل دوپا، مترونيډازول، Unipenem، ميلانوما، Ochronsis، پورفيرين	تور
Chyluria	سپين شيدو په شان

بوي:

په نارمل حالت كي لږ څه د امونيا په شان بوي لري كه بولي اتان شتون ولري نو Fishy smell او د Antibiotic بوي په احساس شي

Reactive: تازه تشي متيازي معمولاً اسيدي وي (چي ابي ليتمس کاغذ به سور بدلوي) او غذا خورلو څخه لږ څخه وروسته قلوي کيږي.

Specific gravity

په نارمل حالت کي 1.002-1.025 پوري دي چي د Urinometer په پواسطه اندازه کيږي که کثافت مخصوصه کم وي نو Diabeti insipidus, CRF راپه گوته کوي او که لوړ Sp.G دمابع دحجم په ضايع کيدو Diabet mellitus رانبيي.

Clemical analysis: چي د Strip څخه گټه اخيستل کيږي ددي پواسطه پي ايچ ، پروتين ، کلکوز، کيتون، وينه، نائيتريت، مخصوصه کثافت، دلوکوسايت، بيلروبين او يوبيلروجن شتون معلوميږي.

د تشو متيازو مايکروسکوپيک معاينات:

د تازه تشي متيازي نمونه چي د ۲ دقيقو لپاره په ۱۰۰۰ گرام کي په ورو Spining (چي د ۱۰۰۰ څخه زياد نه وي) شوي اخيستل کيږي او بيا 0.5ml تشي متيازي غير له دي څخه چي رنگ يي دمیکروسکوپ لاندي د WBC, RBC او ډول ډول Cast لپاره ازمويل کيږي.

که WBC په هر HP کي د ۵-۱۰ څخه زياتي وي په انتان دلالت کوي RBC ۲-۳ په هر HPF کي په هيماجوريا دلالت کوي.

د پښتورگو بايوپسي:

استطبات

۱- بي عرضي پروتين يوريا: هغه ناروغان چي د پښتورگو دنده نارمل لکن په دوامداره ډول سره په ۲۴ ساعتو کي د ۲ گراموزياته پروتين يوريا ولري.

۲- Nephrotic syndrome

۳- Persistent protein urea او هيماتوريا: که ورسره GFR اندازه خرابه وي

۴- دپښتورگو حاده عدم کفایه (ARF)

۵- دپښتورگو ځنډني عدم کفایه (CRF) چي دپښتورگو ساييز نارمل وي

۶- Renal allograft dysfunction

۷- سيستمک تشوشات لکه SLE، sarcoidosis، Amyloidosis د Nephrotic syndrome شتون په کاهلانو کي.

مضاد استطباب

۱- يوي پښتورگي شتون اويا ديوي پښتورگي شديد دنده خرابوالي

۲- بي کنتروله Bleeding diathesis او Coagulation تشوشات.

۳- کوچني Shrunک پښتورگي

۴- Reflux nephropathy

۵- Acute urinary infection

۶- هغه ناروغان چي مرسته ونکړي.

۷- Intractable HTN

۸- شديد چاقي

اختلاطات

- هيماجوريا (Hematoma)
- AV fistula
- مڪروسڪوپيڪ هيماتوريا
- دويني ضايع چي ترانسفيوژن ته اڀريا وڌي
- اتتان
- Loss kidney
- درد
- ڊبل اورگان بايوپسي لڪه توري، ڪبد، پانقراض، ڪلمي، صفرا
ڪڇوره، اڊرينل غده
- ڊپنٽورگو بايوپسي يواڻي ڪرڻ لاره دي يو گلو ميرولونفريتونه يو ڊبل
خه توپيرو وي او همدارنگه Tubular interstitial ناروغي ڊپنٽورگو
تشخيص ڪوي.
- په لاندي ڊول ترسره ڪيري.
- ۱- دناروغ CBC ، BUN، ڪرياتينين او Coagulation آزموينه ترسره
ڪيري همدارنگه دويني گروپ معلوميري ڊ Cross match لپاره ناروغ
ته ڊ بايوپسي په باره ڪي يوره معلومات ورڪول ڪيري.
- ڊيوپسي په وخت ڪي:
- ۱- ناروغ ته liesn prone وضعيت ورڪول ڪيري يو بالنبت ڊبطن لاندي
اينودل ڪيري.

۲- پښتورگي د التراسوند پواسطه تثبيت کيږي.

• د پښتورگي سفلي برخه دخلف له خوا ټاکل کيږي چي هم

د بایوپسي بڼه ځای دي.

• موضعي انسټيزي ترسره کيږي.

• ناروغ د بيوپسي په وخت کي خپل تنفس بند وي.

ورسته د بایوپسي څخه:

• د بایوپسي شوي ځاي پاسمان کيږي.

• ناروغ ته ۲۴ ساعتو بايد استراحت توصیه شي.

• مایعات لږ څه زياد Clot colic دمخنيوي لپاره ورکول کيږي.

• دناروغ نبض او دويني فشار په منظم ډول کتل کيږي.

• ناروغ ته د دوو هفتو لپاره ويل کيږي دقدام خوازيات ټيټيدو او

Gradening څخه مخه ونيسي. (Heavy lifting)

Plain abdominal x-ray

د پښتورگو په ناروغانو کي د پښتورگو د out line ، سايز، تيگو (۹۰ سلنه

راديواوپک) په Urinary collecting سيستم کي د گاز دشتون لپاره ترسره

کيږي.

التراسوند:

دامعاینه د پښتورگو د سايز، شکل، وضعیت، د بندښت شواهد ، Renal

cyst يا جامدي کتلي د مثانه Gross ابناړمليتي Post micturation

residual volume او د بيوپسي د رهنمايي لپاره ترسره کيږي.

Doppler ultrasound د پښتورگو د رگونو:

د Renovascular ناروغيو دارزيابي، د پښتورگو وريدونو ترمبوزس لپاره ترسره كيږي.

IV Urography

دهيماتوريا، Renal colic، د پښتورگو كتله، د پښتورگو، احليل، مثانه، تيگو، Cyst، تومور، هايډرونفروزس لپاره ترسره كيږي.

CT سکن:

تيگو، كتلاتو، تومور Stage، Fibrosis، Retroperitoneal لپاره.

لنډيز

د دې ناروغيو د ناروغانو غوره گيلې درد، تشومتيازو سوخت، د تشومتيازو بي اختياره تگ، زياتي تشي متيازي کول، په تشومتيازو کې د ويني، قيح، او هوا شتون دي.

فزيکي کتنه:

عمومي تفتيش: د ناروغ دماغې حالت ارزيايي او وکتل شي د ناروغ هايډريشن ته پاملرنه وشي همدارنگه د اټکي شتون او هايپروينتيليشن د اهميت وړ دي.

- لاسونه: معاينه بايد د لاسونو څخه شروع شي نوکان د Leuconychia ، سپين عرضاني خطونه (Maehrckes nail) ، يو سپين خط (Mees line) لپاره وليدل شي .

- لاس او مړوند د هيموډياليزس دکتیتر لپاره، د Brusing دپوستکي لاندي نودول (کلسيم فاسفیت ترسب) صباغات، دنقرص Tophi او Scratch علامي لپاره تفتيش شي.
- مخ: سترگي دانيميا، ژيړي او کيراتوپتي لپاره ژبه د وچوالي زخمونو او بوي لپاره ارزيايي شي همدارنگه واسکولر رش پر مخ او ټول مخ د يوريميک Frost لپاره وليدل شي.
- غاړه: جراحي سکار، کروټيد Bruit اووريدل شي. JVP اندازه شي.
- زړه د پريکارډايتس او عدم کفايي لپاره معاينه شي.
- سږي د پلمونري اذيما، يوريميک نمونيا او اضافي اوازونو لپاره ولټول شي.
- بطن: Scar د چي د پريتونيال دياليزس او جراحي استازي توب کوي وليدل شي پښتورگي، توري او ځيگر جس شي او همدارنگه د بطني ابهر انيوريزم ولټول شي. مثانه قرع که اسايټس شتون ولري نوارزيايي شي. د Flank ناحيه د Renal Bruit لپاره اصغاء شي.
- Rectal دپروستات دغټوالي او دويني بهيدني دشتون لپاره معاينه شي.
- دناروغ شا (Back) د Sacral اذيما او تندرښ لپاره ولټول شي
- نهايات د پرسوب، Brusing، صباغات Scratch نښي او محيطي نيورپاتي لپاره ولټول شي.

- د شومتيازو معاینه د مخصوصه کشف، PH، گلوکوز پروتین، WBC، RBC او کیستونو لپاره ولټول شي همدارنگه د پښتورگو ددنده یزي ازمويني د یاده ونه وزي.

پوښتنې:

لومړي پوښتنه: د پروستات درد په لاندې برخه کې احساس کېږي:

الف: Flank برخه

ب: Suprabubic ناحیه

ج: عجان ناحیه

د: ټول صحیح دي

دوهمه پوښتنه: ترمینل هیماچوریا د لاندې برخې ناروغي راپه گوته کوي.

الف: دا حلیل ناروغي

ب: د پښتورگو ناروغي

ج: دمثاني ناروغي

د: د حالب ناروغي

دریمه پوښتنه: د Ischuria غوره لامل عبارت دي له:

الف: قبضیت

ب: STD

ج: پروستات Hyperplasia

د: ټول غلط دي

خلورمه پوښتنه: د Functional incontinence عامل عبارت دي له:

الف: اتانات

ب: دپښتورگو ډبري

ج: دماغې تشوشات

د: ډيره گرځيدنه

پنځمه پوښتنه: Mees's line په لاندې ناروغيو کې شتون لري.

الف: گلوميرولونفرايټس

ب: دپښتورگو عدم کفايه

ج: دارسينيک تسمم

د: ټول صحيح دي.

اووم خپرکی

دهدو کو او بندونو مفردات

د بندونو درد ، شخي ، او د بندونو Locking تعريف او لاملونه

د بندونو د معاینې کړنلاره

سریزه

په نړۍ کې وروځ په ورځ د هډوکو او بندونو ناروغي مخ پر زیاتیدو دي چی تقریباً د ۱۵۰ څخه زیات ډول ډول ناروغي او سندرومونه په کې گډون لري چی داتول د درد او دغړو د دندو د خرابوالي سره یوځای وي .

په پرمختللو هیوادونو کې په ځانگړي ډول روماتوئید ارترايټس ، اوستیوارتريټس ، اوستیوپروزس ، Spinal cord تپونه پینښي زیاتي او دمعیوبیتونو غوره لامل گڼل شوي .

د دي ناروغيو په تشیخیص کې په بشپړه طبي تاریخچه کې څلور پوښتنې اړینې دي چی ایا تاسو درد یا شخوالي لري ، تاسو د بندونو التهاب تیر کړي ، ایا تاسو خپل لباس په خپله اغوستی شي ، ایا تاسو په حرکت او یا زیني جگیدو باندي چا څخه مرسته غواړی اوهم فزیکي کتنه د بندونو او عضلاتو د ازربنست وړ ده . ماډرن

خيرنيز تخنيكونه لکه Imaging او امينونولوجيکي خيرني دناروغي په پيژندنه کې اړيني دي.

دهډوکو او بندونو سيمولوژي

دهډوکو او بندونو په ناروغيو اخته ناروغانو غوره گيلې عبارت دي له درد، سستي، سوشکل، شخوالي، Cstifrem، پرسوب، د دندې خراب والي او د سيستمیک ناروغيو گيلې او نښې چې بندونه يې اخته کړي.

د بندو درد :

د بندونو درد کيدای شي Extra articular منشا ولري يعنې دهډوکو، عضلاتو او بند شاوخوا انساجو لکه Tendons, Bursa او حتي دهغه پوستکي څخه چې بندي پوښلي منشا واخلې له هر څه مخکې بايد معلومه شي چې درد د بند، عضلاتو او يا د نرمو انساجو څخه منشا اخيستي که نه د درد په ارزيايي کې بايد د SOCRATES څخه گټه پورته شي.

۱- ځاي (Site): معلومه شي چې درد کوم بندونه اخته کړي کيدای شي موضعي، خپور او يا سيستمیک وي که يو بند يې اخته کړي

وي Mono articular چي معمول لامل يي injury ده او که خو
بندونه يي اخته کړي وي Poly articular دي

۲- Onset: وخت او Onset په تشخيص کي خورا زيات ارزښت لري
دمثال په ډول تروماتیک injury ژر شروع او دحرکت سره زياتيږي،
نقرص او Psudogout ارترايټس بيړني دسپي لخوا کله کله شديد او
ماوفه های سوروالي لري او دالکول دخوراک څخه وروسته زياتيږي
Joint sepsis هم د شديد درد لامل گرځي چی يوه يا دوه ورځو کي
خرگند پري.

Flitting بندو درد چي ديو بند څخه شروع کوي او په يو ورځ کي بل
بند ته خپريږي چی بنه مثال يي Rheumatic fever او Gonococal
arthritis دي.

د بندونو ځنډني او معمولاد ۴۰ کلني څخه وروسته رامنځته کيږي
او ورځ په ورځ زياتيږي چی زياتره په Osteoarthritis کي شتون لري.
په Diabet، جزام، سفليس او Syringomyelin کي چی اعصاب اخته
کوي کيداي شي د بي درد بندپتالوژي رامنځته کړي چی حتي په
خرگند ډول بند سوء شکل لري اما درد شتون نه لري (Charcot
joint)

ځانگړتياوي (Character) :

دهېدو کوردد سوري کوونکي، ژور، شلیدونکي وصف لري چی دشيپي لخوا زیاتیري موضعي درد دتومور، اتتان، (Osteomyelitis) Vascular necrosis یا Osteoid osteoma چي دهېدو کي سلیم توموردي نښه دي.

Osteomalacia معمولا په بدن کي د خپور درد لامل گرځي.

دعضلاتو درد زیاتره دشخي په ډول وي ژور، دعضلاتو د کارولو پواسطه زیاتیري او ډیر کم موضعي وي که عضله قسماً شکیدلي وي نودردناکه او که په مکمله ډول سره شکیدلي وي درد نه لري. دکسرونودرد تیز، ثابت دحرکت پواسطه زیاد داستراحت او Splinting پواسطه کمیږي.

Radiation: د درد خپریدل خورا په تشخیص کي ارزښت لري چی په لاندې ډول بنودل شويدي.

A: C1 او C2 درد Occipital خواته خپریږي.

B: C3 او C4 دکتف هډو کو منځ ته (Intra scapular)

C: C5 د اوږي پورته برخي او Arm پورتنی برخي ته خپریږي.

D: C6 او C7 د Intrascapular ناحیه او Radial عصب سیر ته خپریږي.

E: C8 د Ulna عصب سیر ته یعنی کوچني Ring گوتي

F: صدري فقراتو درد صدر ته خپريږي.

G: قطني فقراتو درد ، Buttocks (کواتیسو) زنگون بند او خپو ته خپريږي.

H: Shoulder د پورتنی بازو جنبي خواته خپريږي.

I: Elbow درد Forearm ته خپريږي.

J: Hip قدامي Thigh او زنگون ته ، زنگون بند درد Hip او Tight او Hip ته خپريږي.

Associated Factor

درد سره کيدای شي نور فکتورونه لکه د التهاب نښي (پرسوب، سوروالي، گرموالي، تبه، لږزه، دخوب خرابوالي، ديپريشن، وزن کموالي، د بندونو سوء شکل، د بندونو شخوالي او نور شتون ولري.

وخت:

وخت خورا ارزښت لري کمونکي او زیات کوونکي حالت هغه فکتور ته چي درد زیاتوي او یا کموي پاملرنه وشي.

میخانیکي درد لاندي ځانگړتیاوي لري.

دفعالیت سره زیاتیرې اوداستراحت سره کمیږي په فعالیت کې دمفصل شخي له منځه ځي دالتهاب علایم شتون نه لري، غټ مفاصل لکه زنگون، اوږي، ملا، Ankle ، Hip اخته کوي.

التهابي درد: په استراحت کې وي دالتهاب نښي لکه سوروالي، گرموالي، حساسیت، پړسوب شتون لري هر بند اخته کولاي شي په ځانگړي ډول کوچني بندونه لکه په Rheumatic arthritis کې یا دغټي گوتي بند

دبند د درد لاملونه

په دوو برخویشل شويدي:

۱- عمومي

الف: اتانات

ویروسي لکه روییلا، ممپس، هیپاتیتس بی

باکتریایی لکه ستافیلوکوک، توبرکلوز، Barrelin

فنگس:

وروسته دانتان څخه

Reactive arthritis، Rh.Fever

التهابي:

SLE, Ankylosing spondylitis, روماتويد ارترايتس،
systemic Sclerosis

Degenerative

لكه اوستيوارترائيتس، Chondrosarcoma، تومور،

لومرني: اوستيوساركوما

Metastatic: دسپرو، Breast، اوپروستات

Crystal جوړيدل

نقرص او كاذب نقرص

تروما

نور: Fibromyalgia syndrome, Sjern's syndrome,

Hypermobility syndrome

II: موضعي

تروما

Tendonitis

Enthesopathies لكه Golfer's elbow ،Tennis elbow

Brusitis لكه Trochanteric bursitis

دا عصابو Entrapment لكه Carpal tunnel syndrome

د بندونوشخوالي

ډیر ارزښتناکه عرض دي چې دناروغ لخوا په ډول ډول کلمو بیانېږي لکه د بندونو حرکاتو محدودوالي، په مشکله سره حرکت، دردناکه حرکت او داسي نور.

عضلي اسکليتي شخوالي د حرکاتو مقابل کي ټینګار ته ویل کېږي
يعني Feeling limber

برعکس

که ناروغ دا عرض بیان نه کړي نو ورڅخه پوښتنه وشي

شخوالي ورته د Inactivity څخه چې په Degenerative joint disease کي منځته راځي فقط خو دقیقې دوام کوي.

که له ۳۰ دقیقو او یا له دي څخه شخوالي زیات شي نوروماتیک ارترايټس او نورو التهابي ارترايټس باندې دلالت کوي همدارنگه شخوالي په Fibromylits او Polymyalgia rheumatic کي هم مینځ ته راتلی شي. په روماتوئید ارترايټس د شخوالي دلیل معلوم نه دي لکن د Synovial پردې او اوتارو التهاب رول لري.

باید وویل شي د التهابي او غیر التهابي حالت د شخوالي لامل کیدای شي یو د بل څخه توپیر کړو چې التهاب د سحر له خوا وي دیو ساعت څخه زیات دوام کوي په غیر التهابي میخانیکل ارترايټس کي خو دقیقې وروسته د حرکت څخه له منځه ځي.

که د بند پر سر سوروالي او گرموالي احساس شي نو په التهابي Arthritis دلالت کوي سوروالي د انتان، تروما او Crystal induced condition بنکارندوي دي لکن په روماتوئید ارترايټس او SLE کي غیر معمول دي که چيري دي ذکر شووناروغيو کي شتون ولري نو انتان پر ماوفه مفصل باندي اضافه شوي وي. همدارنگه دمفصل په س کيداي شي پرسوب وگورو چي يا به موضعي اويابا به عمومي وي موضعي په دي معني چي يوازي مفصل Bursa او Tendo sheath اخته شوي دي.

Locking او Triggering

Lock: د بندو په حرکتو کي په نامکمله ډول سره محدودتيا ته ويل کيږي، کيداي شي درد سره يوځاي وي چي غوره لامل يي ميخانيکل بندبند دي لکه د Meniscus شکيدنه اويابا ده سست والي چي دا بند دزياد حرکت څخه ساتي.

که د بند حرکت د درد له امله محدود شي Psulac ورته ويل کيږي

د بندونوفزيکي معاينه

دري ډوله بندونه لرو Synovial چي په ازاده ډول حرکت کوي لکه د اوږي، زنگون بندونه، Cartilaginous بندونه چي لږ متحرک دي لکه Symphysis pubic، ستون فقرات او دريم ډول يي Fibrous بندونه دي چي حرکت نه لري لکه د قحف Sutures

نو دپورته يادو شوو بندونو فزيکي معاینه يعني تفتيش او جس د ناروغي په تشخيص کي ارزښت لري. د فزيکي معاینې موخي عبارت دي له:

۱- دپتالوژي د ډول او ځاي معلومول چی ایا بند پوري اړه لري او که بند پوري اړه نه لري ایا التهابي دي که Degenerative

۲- د دندي د خرابوالي ارزيايي چی د حرکت پواسطه ارزيايي کيږي لکه د بندجگوالي، حرکت ورکول او Powergrip

۳- دا اختلاطاتو پيدا کول لکه سوء شکل، د عضلاتو ويلي کيدل، Callus دمفصل څخه بهر کلينیکي تظاهرات او Instability

بايد په يادولو چي نه يواځي مفصل تفتيش او جس شي بلکه عضلات، ليگامنتونه، Tendons ، Bursa او هم له پامه ونه غورځول شي.

بندونه بايد ټول په ترتيب سره له سره څخه تر څپو پوري يعني Temporomandibular بند، رقبې Spine، داوړې بندونه، پورتنې نهايت، صدري او قطني Spine، د حوصلي مفاصل او بلاخره سفلي نهايت په سيستماتيک ډول معاینه او يو طرف بند د بل طرف بند سره پرته شي.

دمعاینه پړاونه عبارت دي له:

۱- د بند تفتیش یعنی لیدل

۲- د بند جس او احساس کول

۳- د حرکتو ارزیا بی

۴- ځانگړي مانوري د بند د دندو دارزیابی لپاره.

I: تفتیش بند باید دمخامخ، شاه او اړخوله خوا ترسره شي
داستراحت او حرکت په وخت کي تفتیش شي

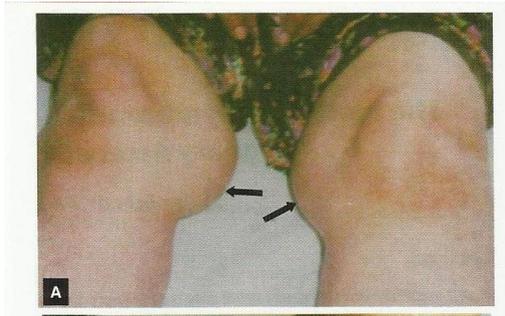
۱- تفتیش د استراحت په وخت کي:

الف: ولیدل شي چی ایا په متناظر ډول سره یعنی دواړه خوا تغییرات
شته اویا یو طرف ته تغییرات شته لکه Mono arthritis یواځي یو
بند اخته کیږي چي تروما، سپسس، توبرکلوزس اویا نقرص یي
غوره لاملونه دي.

که متناظر ډول بندونه اخته شوي وي په ځانگړي ډول دنهایاتو
بندونو او روماتوئید ارترایتس راپه گوته کوي.

که غیر متناظر ډول بندونه اخته وي نو Psoriatic arthritis,
Ankylosing spondilits، Reiter's syndrome بنکارندوي دي.

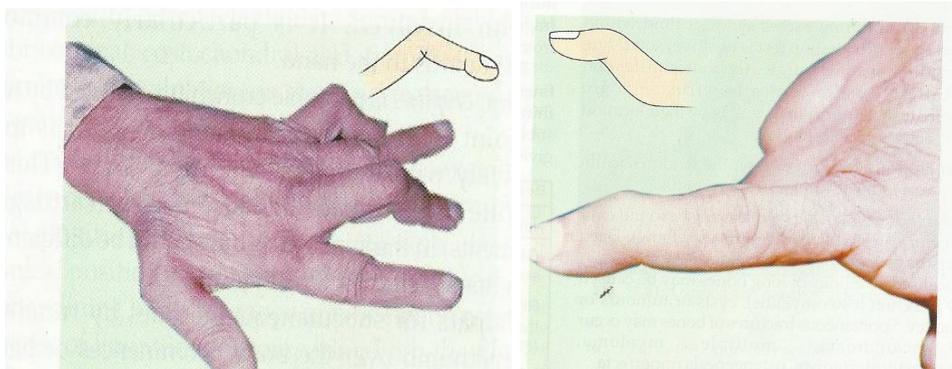
ب: پرسوب: د بند اویا د بند شاوخوا انساجو پرسوب ته پاملرنه وشي
که بند پرسوب ولري نو Synovitis نښه وي.



۷-۱ گڼه انځور د بندونو پرسوب

که Periarticular پرسوب موجودوي کيداي شي دليل يي Tendonitis, Bursitis اوي د عضلاتو شکيدنه وي.

ج: د بندونو سوء شکل ته پاملرنه وشي: سوء شکل د ځنډينو، تخريبي ارترايټس نښه دي لکه Ulna طرف Metacarpophalanges بندونه تگ چي Swan neck deformits ورته اوي Boutonniere او Z shape سوء شکل په روماتيک ارترايټس کې.



۲-۷ گڼه انځور swan neck ۳-۷ گڼه انځور Boutonniere

که یو برخه د بدن د متوسط خط څخه بل طرف ته کږه شوي نو Valgas او که متوسط خط طرف ته کږه شوي نو Varus سوء شکل ورته وایي د مثال په ډول Genu valgum ته Knock knee او Genu varum ته Bow leger وایي

د: د بند د پاسه پوستکي ته پاملرنه وشي چی Erythema لري که وي نوالتهاب او فعال شدید ارترايټس یا اتان راپه گوته کوي.

که اتروفي شتون ولري نو ځنډني ناروغيو بنکاره کوي د سکار شتون د مخکيني عمليات نښه دي د رش شتون چی تفلسي سور رنگه Plaque پر Extensor surface باندي نو Psoratic arthritis لپاره ځانگړي دي.

ه: د عضلاتو Wasting ته پاملرنه وشي که د اوږي ټول عضلات Wast شوي وي نو Gleno lumeral arthritis چی Disus atropy

ورته وایې که د لاسونو کوچني عضلات زوب شوي وي نو Rhe Arth ته فکر کيږي. Thenar عضلات کيداي شي Carpal tunnel syndrome کي ذوب شي.

II: د بندونو تفتيش د حرکت په وخت کي:

ناروغ ته ويل کيږي چي حرکت وکړي ټول محدوديتونه په حرکت کي اويا hypermobility د بندونو Instability نوټ کيږي.

د حرکاتو محدود والي په ارترايټس، د بندونو شاوخوا انساجو په التهاب، د بند اويا شاوخوا انساجو فايبروزس يا Bonjankylosis باندي دلالت کوي.

د بندونو Hypermobility په مارفان سندروم Ehler danlos syndrome، Neruopathic joint (Charcoatric joint) کي ليدل کيږي.

که درد د حرکت په وخت کي په هر طرف کي شتون ولري Stress pain نو Synovitis دلالت کوي او که درد يواځي انتخابي په يو پلان کي وي Peri articular lesion دلالت کوي (Selective stress pain)

II: جس

بند باید د التهاب دننو لپاره جس شي چې عبارت دی له.

الف: پرسوب

که پرسوب جس شو او Buggy یا Doughy وي نو پر Synovitis دلالت کوي.

که Joint effusion د Synovial دزياتي مایع له کبله وي او جس سره تموج احساس شي نو دنرمو انساجو لکه Bursa، تندون او Tendon sheaths افات بنکاره کوي که چيري پرسوب پر Tendon يا Bursa باندي وي نو Tendonitis يا Bursitis راپه گوته کوي لکن د هډوکي Swelling سخت او غير متحرک وي چی اوستوفیت جوړيدنه يا Subcondral bone thickening باندي دلالت کوي.

ب: گرموالي: گرموالي د اترایتس، Tendinitis، Bursitis او Osteomyelitis نښه دي.

ج: حساسیت

د بند حساسیت (Tenderness) په څلورو درجو تقسیم شوي دي.

Grade I: کله چې بند جس کيږي نو ناروغ د درد احساس کوي.

Grade II: جس سره ناروغ خپل بند شاته کوي.

Grade III: ناروغ ځان شاته کوي او مسافه د جس څخه ساتي.

Grade IV: ناروغ د بند معاینه ته اجازه نه ورکوي

Grade V: حساسیت په Septic arthritis، Crystal arthritis او روماتیک ارترايټس کې رامینځته کېږي.

پر بند د Crepitus احساس د بند د سطحه پر غیر منظم والي دلالت کوي او شتون يې د ځنډنيو ناروغيو نښه دي لکه اوسټيو ارترايټس

د بند د حرکاتو د کچه معلومول

دهې وکو د حرکاتو محدود والي غوره لاملونه عبارت د درد د عضلاتو سپږم، التهاب، د کپسول زخیم والي زیاتوالي، Fibrous Contractures، ankylosis، د بند نو ایفوژن، Bony over growth، دهې وکو Ankylosis او میخانیکي فکتور Meniscus شکيدنه. د حرکاتو محدود والي هر څلور درجه لري.

Grade I: د ناروغ د بند د حرکاتو عادي او په خپل ځان متکي وي.

Grade II: په یو شمیر ځانگړو حالاتو کې د بند حرکات محدود او یا ناروغ مرسته ته اړوي.

Grade III: ناروغ په لباس اغوستنه او تشناب کولو مرسته ته اړه وي.

Grade IV: ناروغ حرکت نه شي کولای پر بستر پروت وي.

همدارنگه باید د پوستکي لاندې Nodules د گوتو پواسطه جس شي په ځانگړي ډول هغه ځايونه کي چي د هډوکي بارزي شتون ولري.

لنډيز

د بندونو او هډوکو دناروغ غوره گيلې د درد، سستي، سوء شکل، شخوالي، پرسوب د بندونو د دندو خرابوالي او نور دي.

چي دموضعي او سستمیک ناروغيو له امله منځ ته راځي که په دقت معاینه او تاریخچه واخیستل شي تر یو حده په تشخیص کي مرسته کوي. د بندونو درد خورا غوره گیلله ده که چیري یو ناروغ د استراحت پر مهال درد، د بندونو شخوالي د نیم ساعت څخه زیات او کوچني بندونه په ځانگړي ډول د لاس بندونه او په متناظر ډول اخته وي روماتوئید ارترايټس ته فکر کيږي.

که چیري د یو ناروغ یو بند اخته شي پرسوب ولري او پر جس سره حساس وي او د دې ترڅنګ ناروغ لوړه تبه ولري نو باید سپټیک ارترايټس ته فکر وشي.

که چیري یو ناروغ د ټولو بندونو خپور درد ولري او ورسره د بډي کیدو احساس هم شتون ولري اوستیومالاسیا ته فکر کيږي.

د کسرونو درد تیز، د حرکت په واسطه زیاتېږي او د استراحت په واسطه کمیږي.

د بندونوپه کتنه کې باید لومړي ماوفه ناحیه په دقت سره تفتیش شي چې ایا سوء شکل، پړسوب، نوډول او نور اېنارمېلتي شتون لري او که نه.

په جس کې باید ماوفه ناحیه په دقت سره جس، گرمولي، تموج، اوستیوفیت، حساسیت، د Cripitus شتون، د بندونو حرکت معلومولو ته ځانگړي پاملرن وشي.

پوښتنې:

لومړي پوښتنه: د بندونو هغه درد چې خپوروي په لاندې حالت کې منځته راځي .

الف: Charcot

ب: Osteomalacia

ج: Osteoarthritis

د: Gonococcal arthritis

دوهمه پوښتنه: که چیرې یوه عضله په تما ډول وشکیرې نوگیلي به یې څه وي صحیح جمله په نښه کړي؟

الف: ډیر درد به ولري

ب: خفیف درد به ولري.

ج: هیڅ درد به ونه لري

د: خپور درد به ولري.

دريمه پوښتنه: که چيري د Thenar عضله ذوب شي کوم افت ته فکر کيږي؟

الف: که Ulnar عصب د فشار لاندې راشي

ب: که Radial عصب تر فشار لاندې راشي.

ج: که چيري Median عصب تر فشار لاندې راشي.

د: که Radial او Ulnar عصب دواړه تر فشار لاندې راشي.

څلورمه پوښتنه: Carpal tunnel سندروم څه ته وايي او کومه ستونزه به منځته راوړي؟.

پنځمه پوښتنه: د بندونو موضعي پرسوب دکومو عواملو پورې اړه لري؟

اتم خپرکی

د تاریخچې اخیستلو عمومي اساسات

د ناروغ تاریخچه، د خبرو کولو مهارت فزیکي معاینات: حیاتي علایم،
او فزیکي معاینات. BP، PR، HR، RR او د بدن

پیژندنه، غوره گیلې، Present حرارت

illness تیره شوي تاریخچه، فامیلی تفتیش: عمومي تفتیش: وینستان،
تاریخچه، اجتماعي تاریخچه، سر، سترگی، پوزه، ساینسونه،
شخصي تاریخچه، د دندې تاریخچه دخولي جوف، غاړه، سینه او

Review of system او

نهایات

تفتیش، جس، قرع او اصغاء
د تنفسي، زړه اورگونو، معدي
معایي، بولي تناسلي سیستم او
ریفلکسونه

سریزه

طبابت د بستر تر څنگ زده کیرې نه په ټولگي کې.

یو دقیقه تاریخچه د یوه درست تشخیص وړاندیز کوي چې بیا وروسته
فزیکي معاینه او لابراتواري معاینات دغه اټکلي تشخیص تصدیق کوي.
همدارنگه تاریخچه اخیستل د ناروغۍ د تشخیص تر ټولو ارزانه وسیله ده.

تاریخچه اخیستل تجربې ته اړتیا نه لري او زیاتره د ډاکتر او ناروغ ترمنځ اړیکو پورې اړه لري په دې کې شک نه شته چې تداوي هغه مهال شروع کیږي کله چې ډاکتر د ناروغ بستر ته ورځي یا ناروغ د ډاکتر معاینه خانې ته داخل شي. د ډاکتر د سلوک په اړه د ناروغ لومړنۍ تاثر یو پاتې کیدونکی اغیز لري.

د ناروغ څخه بې عاطفې پوښتنې گروپرنې شروع کول ، د داسې یو تاوان سبب کیږي کوم چې د درملو له کبله د رامنځ ته کیدونکي تاوان څخه ډیر دی باید ناروغ په داسې حال کې پرېږدې چې هغه ستا د ملاقات په اړه بڼه احساس ولري. د ناروغ سره د بڼې مرکې په اړه ډیرې لیکنې شوې دي لکن هر ډاکتر باید خپل ځانگړی میتود ولري کوم چې د کلینیکي استادانو او ناروغانو د تجربې څخه حاصل شوی وي. د داسې اړیکو د رامنځ ته کولو لپاره ډاکتر یا شاگرد باید له هرڅه مخکې ځان معرفي او خپل رول بیان کړي. دا په ځانگړي ډول ځوانو ډاکترانو او شاگردانو لپاره اړینه ده. ناروغ چې په کلینک کې لیدل کیږي بڼه راغلاست ورته وشي او په څوکۍ کې د کښاستلو ورته وویل شي. ډاکتر باید د ناروغ ترڅنگ کښېني او د هغه د سترگو په لیدلو سره ناروغ ته دا تاثر ورکړل شي چې مرکه به په وارخطايي سره نه کیږي. دا مهمه ده چې ناروغ ته په قدر سره خطاب وکړل شي او د هغه نوم او تخلص ورته واخیستل شي.

ناروغ ته اجازه ورکړئ چې ټوله قصه وکړي بیا د خالیگاو د ډکولو لپاره ورنه پوښتنې وکړئ. د تاریخچې او معاینې نه پس یو تفصیلي ریکارډ جوړیږي.

د صحت تاریخچه

دیوکامیابی او موثري مصاحبي (interview) داخیستلو لپاره باید لومړي یوه دقیقه دصحت تاریخچه دجزیاتو په هکله معلومات لاس ته راوړو چی دا جزیات عبارت دي له:

۱- دناروغ بیوگرافي اودتاریخچه منبع

۲- غوره شکایت (Chief complains)

۳- Present illness

۴- تیره شوي تاریخچه (Past history)

۵- کورني تاریخچه (Family History)

۶- شخصي تاریخچه (Personal History)

۷- اجتماعي تاریخچه (Social history)

۸- Review of system

کله چی تاسي د تاریخچه او یا فزیکي معاینې لپاره پلټنه کوي نو باید د اعراضو د (Subjective) او علایمو (Objective) تر منځ توپیر باندي پوه شي چی په لاندې جدول کي بنودل شویدی.

۸-۱ گڼه جدول گيلبي او نښي

<ul style="list-style-type: none"> • د objective data د ډاګټر په واسطه تشخيص شوي معلومات 	<ul style="list-style-type: none"> • د subjective data دناروغ په واسطه بيان شوي معلومات
<ul style="list-style-type: none"> • هغه څه دي چه د مشاهدي پروخت يي ډاګټر مشاهده کوي • ټولو فزيکي معاييني او پلټني پکي شاملې دي. <p>لکه Mrs يوه زړه چاقه ، سپين رنگه او همکاري کونکي بنځه ده چې وزن يي ۱۰۰ کيلو دويني فشار يي ۱۲۰ پر ۹۰ دزړه حرکات ۹۲ منظم ، دتنفس شمير ۲۴ اودحرارت درجه ۹۷،۵ فارنهایت دي.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • هغه څه دي چه ناروغ خپله ډاګټر ته وايي • د تاريخچي chief complaint څخه تر system review پوري <p>Mrs دمثال په ډول : يو ۵۴ کلنه ورزشکاره ده چه دخپلي چپي سيني لپاره داسي احساس کوي لکه يو شخص پري ناست وي او دغه درد د هغي چپ لاس ته او غاړي چپ اړخ ته حرکت خپري.</p>

د ناروغ پيژندنه (Identifying data)

پدي کي نوم، دپلارنوم، عمر، جنس مدني حالت، وظيفه، اوسيدو ځای او نژاد گڼون لري.

د معلوماتو منابع به يې يو دلاندي څخه وي

الف: ناروغ

ب: دکورني غړي يا ملگري

۱- ريفرل خط

۲- مخکني کلينکي ريکارډ

(C.C) Chief Complaint

هغه غوره شکایت چې ناروغ يې مجبور کړي وي ترڅو ډاکټر ته مراجعه وکړي چې په دوديز ډول يو يا دوه گيلې وي. لکه تبه او سردرد ي ، بايد کوشش وشي چه معلومات د ناروغ په الفاظو وليکل شي لکه يو ناروغ وايي چې زما گيډه (معهه) درد کوي او د زړه بدې احساس کوم اما ځيني وخت ناروغ خپل تکليف نه شي ښکاره کولاي او نه شي بيانولي نو پدې حالت کي بايد ډاکټر د ناروغ په مطلب ځان پوه کړي او ويي ليکي لکه زه د منظم Check Up دپاره راغلي يم ، دزړه د معايني د پاره بستر شوي يم.

Present illness

د تاريخچي د اخستني دا برخه کي Chief complain په مکمله ، واضح توگه څيرل او تشریح کيږي چې د ناروغ ستونزي پکي د وخت په ترتيب سره په بشپړه توگه ليکل کيږي

همدارنگه هغه وضعیت چه د اعراضو تظاهر په کي را پيدا شوي او هغه حالت چه دا ستونزه پکي راپيدا شویده ثبت کيږي او که کومه درملنه يې تر سره کړي وي هغه هم بايد ذکر شي.

اساسي اعراض بايد دلاندي پوښتنو په کولو سره د ناروغ څخه
وپوښتل شي (SOCRATES)

۱ د عرض ځای (Site)

۲ پيل (Onset)

۳ ځانگړتياوي (Character)

۴ خپرېدنه (Radiation)

۵ هغه فکتورونه چه د عرض ښه والي لامل گرځي (Alleviating
factor)

۶ وخت (Timing)

۷ هغه فکتورونه چې د عرض د زیاتوالي لامل گرځي.
(Exacerbating factor)

۸ شدت (Severity)

پورتني اته پوښتنې د مریض د اعراضو د پوهیدلو لپاره ډیري
ارزښتناکه دي

ځای (Site)

د ناروغ د ګیلي ځای چی ایا خپور (Diffuse) او ځایي دي پوښتنه وشي.

شروع (Onset): د ګیلي شروع او ډول باید معلوم شي چی ایا چټکي سره یا
تدریجي رامنځ ته شوي لکه د زړه یوشمیر بي نظمي په چټک ډول رامنځته
کیږي او په چټک ډول له منځه ځي. دبیلګي په ډول د شعور چټک له منځه
تک (Syncope) او بیرته ژر اصلاح کیدل د زړه د ناروغیو ښه ده نه د عصبي

ناروغیو دا هم باید وپوښتل شي چی شته گیله دوامداره ده که متقطع معلوم شي چی ایا گیله په زیاتیدو ده که په کمیدو.

ځانگړتیا Character

دلته دا ضرور ده چې د مریض د عرض مطلب څه دی مثلاً که ناروغ د Dizziness نه شکایت کوي مطلب یې دا وي چې کوټه پرې څرخېږي. د بد هضمي نه یې مطلب د گیدې درد دی، زړه سوی دی، د باد زیاتوالی او یا هم د تغوط د عادت تغیر دی؟ که درد لري آیا تیز دی؟ مبهم دی؟ سوځوونکی یا هم نیوونکی دی؟

د درد خپریدل یا نارامي Radiation of pain or discomfort

واضح کړئ چې عرض موضعي دي یا هم خپریدل لري؟ په ځانگړي ډول چې گیله درد وي، د خپریدو ځانگړي لاري ځینو حالاتو ته وصفي او حتی تشخیصی ارزښت لري. لکه Herpes zoster د عصب په سیر خپرېږي.

ارامونکي عوامل Alleviating Factors

ناروغ وپوښتی چې آیا کوم شیان اعراض ښه کوي مثلاً د Pericarditis ناروغ درد په کیناستلو سره را آرامېږي. درد اراموونکي درمل یې هم استعمال کړي دي؟ تریاکو ته یې ضرورت پېښ شوی دی؟

د اعراضو وخت Timing

هڅه وکړئ چې د امکان تر حده د عرض د شروع نیټه پیدا کړئ. مثلاً ناروغ وپوښتی چې لومړی څه شی هغه غیر معمول حس کړل؟ مخکې یې هم ورته ستونزه لرله؟ کله کله دا هم مرسته کوي چې ناروغ وپوښتی چې وروستی ځل

یې کله پوره بڼه والی حس کوو؟ د اوږدې مودې د اعراضو لرونکو څخه وپوښتی چې ولې یې اوس ډاکتر ته مراجعه وکړه؟

Exacerbating Factors (تشدید کوونکي عوامل)

وپوښتی چې څه شی د گیلې شدید کوي؟ (خرابوي یې)؟ ډیر لږ حرکت هم د Peritonitis له کبله د گیدې درد یا هم د نقرص له کبله د پښې د غټې گوتې درد زیاتوي.

Severity (د اعراضو شدت)

دا مریض پخپله بیانوي او یا یې بڼه لاره دا ده چې ناروغ وپوښتی چې آیا عرض (مشکل) دی نورمال فعالیتونه یا خوی گډوډوي؟ شدت د کم څخه تر ډیر زیات پورې اندازه کیږي. کم شدت ښایي ناروغ پټ کړي حال دا چې متوسط ښکاره کوي او ورځني کارونه یې خرابوي خو شدید تکلیف یې متضرر وي او ډیر شدید بیا ډیر کارونه محدود وي، همدارنگه درد یا ناراحتی د ۱۰ درجه لرونکی تلي په واسطه هم اندازه کیږي. د هر عرض شدت په صحیح ډول معلومول مشکله ده خو دا ضرور ده چې کوم مشکل ناروغ عادي ښایي د ډیر اهمیت وړ دی.

Associated symptoms (ورسره مل اعراض)

په دې ځای کې کوښښ کوي چې د سیستمیک پوښتنو څخه هغه پاتې اعراض چې د یوې خاصې ساحې د مرض سره تړلي وي پیدا کړل شي. زیات ټینگار دې په هغه سیستم وشي چې حاضر مرض ورپورې تړلی وي. یاد ولری چې ځینې وخت یو ساده مشکل صحیح تشخیص ته لاره پرانیزي معمولاً دا د موصوفه امراضو مرکب مشکل وي چې په ریښتیني ډول سره تشخیص ښایي.

ځينې نورې پوښتنې هم پدې برخې پورې تړاو لري لکه هغه کسان چې د سينې درد ولري د coronary artery ناروغيو د خطر فکتورونو او هغه کسان چه سنکوپ حملات ولري هغه دوا په هکله چه اخلي پوښتنه وشي

هميشه مو پام وي چه ناروغ خپل اعراض وايي خو تنظيم يې ستاسي په غاړه ده دناروغ خبرې بايد قطع نه شي وخت ورکول شي ترڅو خپلې گيلې پوره بيان کړي. که چيرې ناروغ د موضوع څخه خارجېږي نو په داسې سوالونو طرحه کولو سره دناروغ توجه دوباره اصلي گيلو راواړول شي.

زياتره ناروغان د يو څخه زيات شکايتونه لري چه هر يويې په خپل پراگراف کې د پوره تشریح سره ليکل کيږي بايد په ياد ولرو چې تول شکايتونه دناروغ پر ژبه وليکل شي يعنې د طبي اصطلاحاتو د ليکنې څخه کار وانه خيستل شي.

کوم درمل چه ناروغ اخستي وي ددې درملو نوم، اندازه، د استعمال لاره، همدارنگه کورني تداوي، پرته د نسخې درمل، ويتامينونه، منرالونه او يا گياهي دواگانې او د oral contraceptive په هکله پوښتنه وشي دا ښه ده چه ناروغ ته وويل شي چه کوم دواگانې يې چه خوړلي دي له ځانه سره را وړي نو بيا تاسي دقيقا پوهيږي چه څه خوړلي.

الرژي: ځانگړې الرژيک عکس العمل کيداي شي د درملو په مقابل کې رامنځته شي لکه رش، زړه بدوالي چې بايد نوټ شي. همدارنگه دغذايي توگمو دمحيطي فکتورونو او حشراتو مقابل کې الرژي نوټ شي.

Past history: د ماشومتوب د دورې ناروغي لکه شري، روبیلا، ممپس، توره ټوخله، چيچک، پوليو، روماتيک فيوراو scarlet fever په تيري شوي تاريخچه کي شامل دي.

د کهولت د دورې ناروغي هم بايد د لاندي څلورو عنوانو په لړي کي وليکل شي

۱ د داخلي ناروغي: لکه د شكري ناروغي، دوينی لور فشار، استما، هيپاتايټس او د HIV په باره کي پوره معلومات او همدارنگه په روغتون کي دبستر کيدو په اړه معلومات وليکل شي.

۲ - جراحي: د عمليات ډول، وخت او استطباب واضح شي.

۳ - نسايي ولادي: ولادي، تحيض تاريخچه، جنسي دندو، او د Contraception د مټيو د په هکله معلومات ټول شي.

۴ - Psychiatric: د ناروغي ډول، وخت، تشخيص، درملنه په روغتون کي دبستر کيدو په اړه معلومات راغونډ شي.

همدارنگه د ايمونايښن په هلکه لکه د تيتانوس، توري توخلي، ديفټريا، پوليو، شري، روبیلا، بگوت، انفلوينزا، وريسيلا، هيپاتايټس بي او نموکوک دواکسين په هکله معلومات راټول شي.

همدارنگه د Screening ازمويني په هکله لکه توبرکولين تيست، Mammograms ، Pap smear ، د ډکو متيازو معاینه د occult blood او کولستروول تست په هکله معلومات راټول شي.

فامیلی تاریخچه

د کورني تاريخچي لاندې د نژادي خپلوانو چه مور او پلار ، نيا ، نیکونه ، siblings ، اولادونه او لمسیان گډون لري ددوي عمر ، روغتيا او دمرگ علت وپوښتل شي .

د وینې دلوپ فشار ، د کورني شریانونو ناروغی ، سرطان (ډول يي مشخص کړي) د بندونو التهاب (arthritis) ، توبر کلوز ، ساه لنډي يا دسږو ناروغي ، سردردي ، میرگي ، ذهني ناروغتياوي ، ځان وژنه ، د الکولو يا مخدره موادو اعتياد ، الرژي يا حساسیتونه ، هیموفیلیا په اړه معلومات راټول شي .

شخصي او ټولنيزه او د دندې تاریخچه

په دې برخه کې دناروغ ددندي ، عادت ، دژوند د سطحې په باره کې معلومات راغونډ شي .

۱- ددندي ډول ، دناروغ اړيکي دمخکني دندي سره ، داوسني دندي سره مينه او دکار دساحي د ملگرو سره د اړيکو دشتون په باره کې معلومات راټول شي .

۲- دناروغ د شخصي اړيکو په اړه لکه مدني حالت ، Homosexuality ، Heterosexuality ، د ناروغ د تحصيلي سطحې په اړه او د ناروغ په زړه پوري شيان لکه لوبه ، مطالعه ، سپورت او هم د ناروغ اقتصادي وضعې په باره کې پوښتني وشي .

۳- همدارنگه دکورد حفظ الصحي ، گڼه گوني ، دناروغ اعتياد لکه سگرت ، الکول او نور اعتياد راوړونکي توکو پوښتنه وشي او هم دا اعتياد موده ، کچه ، ډول په اړه معلومات وشي .

د سیستمونو تکرار

د ابتدایي محصلینو لپاره ځینې وخت د سیستمونو تکرار پوهیدل او استعمالول مشکل وي د سر څخه تر پښو پوري د پوښتنو په هکله فکر وکړي د سیستمونو د تکرار ډیرې پوښتنې اعراضو پوري تړلي دي.

کله چه تاسې هر مختلف سیستم ته ځي نو د عامو پوښتنو څخه شروع وکړي پدې کار سره به د ناروغ توجه متمرکز شي.

د پوښتنو د شروع کولو مثال ستا غوږونه او اوریدل څنگه دي ستاسې سږې او تنفس څنگه دي د زړه سره څه مشکل نه لري ستا ها ضمه څنگه ده ستا کولمې څنگه دي د سیستمونو د تکرار پوښتنې شاید داسې مشکلات رابرسیره کړي چه ناروغ ورته متوجه شوي نه وي

په لاندې ډول د Review of system معیاري پوښتنې وشي

عمومي :

وزن، وروستني تغیر په وزن کي ، کمزوري ، کسالت ، تبه پوستکي: رش، کتله (lump) ، زخمونه ، خارښت ، وچوالي، درنگ تغیرات ، په وینستو یا نوکانو کي تغیرات ، دنورو خالونو شتون

سر سترگي ، غوږونه ، پزه او ستوني (HEENT):

سر: سردردی ، د سر زخمونه ، د سرگرځیدنه

سترگي: ديد ، چشمي يا کاتکت لنزونه ، وروستني معاینات ، درد ، سوروالي ، زیاتي اوبنکي ، ډبل (دوه ځلي بنسکاریدل) یا نا مشخص (خپ) ديد ، کوچني لکی ذرات ځلیدیدونکي رڼا ، گلوکاما ، کتر کت. دناروغ دمخ کتنه خورا د ارزښت وړ دی.

یوشمیر غوره تشخیصي مخونه په لاندې ډول دي

۱- Acromegaly په دي حالت کې Frontal bossing دلوي Supra orbital ridge ، بنسکتني ژامه بارزه ، غټه پوزه ، شونډي او غوږونه شتون لري.

۲- Amiodarone مخ ژور ابي رڼگ پر باخوگانو او پوزي باندي لیدل کيږي.

۳- کوشنگ گوئید مخ په دي حالت کې moon shape مخ د غوړو د Deposition له امله رامنځته کيږي همدارنگه Acni او Hirsutism هم شتون لري. Clinic

۴- Down syndrome مخ: په دي صورت کې Orbital Fissure افقي ، Conjunctivitis ، کوچني غوږونه ، دپوژي Bridge هموار ، خوله خلاصه او ژبه Protruding وي. Clinic

۵- هايپوکراتیک مخ: پر مختللي پريتونايتس کې څرگند یري چی سترگي نتوتی ، پوزه راوتي پرشونډو اړچ او وچلي خولي (Clammy) وي.

۶- Mital مخ: په دي صورت کې بارخوگان سره ابي د مخ د کيپلرو دتوسع له امله رامنځته کيږي چی پلمونري هايپرتشن ، او دزړه ددهاني کموالي يي لامل دي. یوشمیر نور لاملونه لکه کوشنک سندروم ، لوره ارتفاع ، تايروتوکسيکوزسس ، مزمن الکوليزم ، پولي سايتيميا ، کارسينوئيد سندروم ، مينوپوزل سندروم ، فيوکروموسايتوما هم ددي ډول مخ لامل کيداي شي، Bedside

۷- مکسودایما مخ: مخ خاسف Puffy ، دوریخو ویبستان (Eye brow) ویبستان له منخته تللی پوستکی پیر اوچ وی.

۸- Pagtic مخ: په دي صورت کې Frontal او Parital غټ شوي دسر Circumference د ۵۵ ساتي مترو خخه زیات وي. کیدای شي د Skull وریدونه متبارز وي.

۹- Parkinsonism مخ: په دي صورت کې Mask like مخ وي چی ثابت (Fixed) او غیر متحرک وي.

۱۰- Ricketic مخ: په دي صورت کې Frontal bossing او Parital هوار شوي وي.

۱۱- Turner مخ: کوچني ژنه دماهي په شان خوله او د غورونو سوء شکل شتون لري.

۱۲: یوریمیک مخ: چټیل نصواري رنگه مخ ته چی د Urochrome داطراح د خرابوالي او ویني کموالي له امله رامنخته کیږي.

۱۳- Asymmetric مخ: چی مخ یو طرف کور شوي وي لکه Bell's palsy کې.

۱۴: Mangoloid مخ: په دي صورت کې د بادامو په شان سترگی، لوي غورونه ، غټه او همواره پوزه او Florid coarse ژبه لیدل کیږي.

۱۵: Bi sexual مخ: پیره ، عضلاتي ژامه او پوزه په بنخو کې اودنر دویبستانو نه شتون په نارینه و کې .

۱۶: تایروتوکسیک مخ: سترگی راوتي، ځلیدونکي وي او Staring لري. پوستکی لوند او Emotional حرکات دمخ زیات وي.

غورډونه: اوريدنه ، برنگس ، سرگرځيدنه ، د غورډ درد ، اتان ، د غورډ څخه د قحيح راتگ ، که اوريدنه يي کمه شوي وي ايا کومکي الات استعمالوي يا نه.

پزه او ساينسونه: زيات زکام ، دپزي بندوالي ، چرک يا خارښت ، دپزي څخه وينه بهيدنه ، د ساينسونو مشکلات

ستوني ، خوله او بلعوم: د غاښونو او دوريو وضعيت ، وينه کونکي وړی ، مصنوعي غاښونه که کوم دانه وي او څنگه کيښودل شوي ، زخمي ژبه ، وچه خوله زرزر دستوني درد ، د اواز خشن والي

غارې: پرسيدلي غدوات ، جا غور ، راوتلي کتلي (lumps) ، درد ، يا د غاړې شخوالي

سيني: Lumps ، درد يا ناراحتي ، د تي دخوکي د چرک وتل ، پخپله د سيني د معاينه کول

تنفسي: توخي ، بلغم (رنگ ، مقدار) بلغم کي وينه heamoptysis تنفس کي مشکلات ، ويزنگ يا پلوريسي ، اخري دسيني ايكسري

قلبي وعايي: د زړه تکليفونه ، دويني لوړ فشار ، روماتيکي تبه ، دسيني درد او ناراحتي ، د زړه ټکان ، دساه اخستلو کي مشکلات يا ، د شپي لخوا بيدارونکي تنفسي مشکلات د الکترو کارډيوگرام وروستني نتايج يا نور قلبي وعايي معاينات

هضمي: دمري د تيرو لوستونڅه د زړه سوزش ، اشتها ، زړه بدوالي ، د کولمو حرکات ، د غايطه موادو رنگ او اندازه ، تغوط په عادت کي تغيرات د تغوط سره درد ، مقعدي خونريزي ، يا تور يا دقير په

شکل غایطه مواد ، بواسیر ، قبضیت ، اسهالات ، دگیډي درد ، د غذایی موادو نه تحمل کوي ، د زیاتو belching یا دغازاتو خارجول زیږي ، ځگر یا دصفاوي کڅوړي مشکلات ، د ځکر التهاب

بولي : د بولو زیاتوالي (ژر ژراتلل) ، د بولو زیاتوالي ، polyuria ، د شپي ادار زیاتوالي ادار کولو کي درد یا سوځیدل ، په بولو کي وینه heamaturia ، بولي اثانات دپښتورگو یا تشو درد ، د پښتورگو تیږي ، د احلیل کولیکي درد ، د پوبک ساحي نه پورته درد ، د دشو متیازو په خپل سر تگ په نارینه و کي ادار کولو په شدت کي کموالي ، د تشو متیازو خځیدل.

تناسلي : نارینه: چوره د قضیب څخه چرک یا دقضیب زخمونه ، د خصیو درد یا کتلي ، د سکرو تپل درد یا پرسوب د STD تاریخچه او درملنه ، جنسي عادات ، د زیږیدني کنترول مینودونه ، د کاندوم استعمال او مشکلات یا HIV اتان سره مخامخ کیدل

بنځینه: په لومړني میاشتنی عادت کي عمر ، د میاشتنی عادت منظم والي ، اندازه او دوران ، د دوه دورو په منځ کي خونریزي یا دجماع څخه وروسته خونریزي ، اخري میاشتنی عادت ، درد ناکه میاشتنی عادت ، د میاشتنی عادت څخه دمخه روحی فشار د مینو پاز په وخت کي عمر ، د مینو پاز اعراض ، د مینو پاز څخه وروسته خونریزي

مهلبلي افرزات ، خارښتونه ، زخمونه ، د STD تاریخچه او تداوي ، د حمل اخستو شمیره ، د ولادت کولو شمیره او ډول د سقطونو شمیره (په خپل سر یا کسبي) د حاملگي اختلاطات ، د زیږیدني د مخنیوي

میتودونه ، دجنسي عمل کي ترجیح د لچسپي ، دنده ، قناعت مندي ، یارضايت ، کوم مشکلات ، د dysparaunia په شمول د HIV اتان سره مخامخ کيدل

محيطي رگونه : متناوب د پنډيو عضلاتو دردونه وريکوزوين په وريدنو کي پخوانۍ علقۍ ، د پنبو د ساقو ، د پنډيو يا د پنبو پرسوب په يخه هوا کي د لاس گوتو او د پنبو گوتو په رنگ کي تغير ، پرسوب د سوروالي يا درد tenderness سره

عضلات او هډوکي : د عضلاتو يا بندونو دردونه ، شخوالي ، د بندونو التهاب ، او دملا درد ، که موجود وي د متاثره شوي بند يا عضلي موقعيت واضح کړي ، کوم پرسوب ، درد ، د tenderness ، شخوالي ، کمزوري يا د حرکتو يا فعاليتونو محدوديت د اعراضو وختونه هم شامل کړي (لکه سهاريامانېام) ، دوام ، او د ترضيض کوم تاريخچه که ولري د غاړي يا بنکتنې برخي درد ، د بندونو دردونه چه سيستمیک اعراض ورسره وي لکه تبه ، لرزه ، بي اشتهايي ، د وزن بايلل او کمزوري

روحي : عصباني کيدل ، روحي فشار ، خلق يا طبيعت ، خفگان ، د حافظي تغير ځان وژني کوبښن.

عصبي : په خلق کي تغيرات ، په توجه او خبرو کي تغير ، حافظي او قضاوت کي تغيرات ، سردردي ، گنگسيت ، سرچرخي ، کمزورتيا ، بي هوشي ، ميرگي ، ، فلج ، بدې کيدل (Numbness) يا د حسيت بايلل ، لرزه او غير ارادي حرکات.

دویني مربوط: دویني کموالي په اساني ویني کیدل ، پخواني د ویني اخیستنې ، د ویني اخیستنې عکس العمل

اندوکراین: د تایراید مشکلات ، د گرمي اویخني نه تحمل کول ، زیات خوله کیدل ، زیاته ولږه ، د ادارار زیاتیدل ، د دست کشویا بوتانوپه اندازي کي تغییرات.

فزیکي معاینه physical examination

د فزیکي معاینې لپاره اړین سامان الات:

۱- اپتلموسکوپ او اتوسکوپ

۲- قلمي گروپ (pen light)

۳- Tongue depressor

۴- خط کش او درجه داره فیته

۵- ترمامیتر

۶- ساعت چې ثانیه گرو لري.

۷- دفشاله

۹- یوستاتسکوپ چې بیل او دیافراگم ولري او په اساني سره په غوږو کي فیته شي اوږدوالي یې ۳۰ سانتی متره د ۳۸ سانتی مترو (15inch) څخه اوږد نه وي.

۱۰- دستکشي او لوبریکانت دخولي ، مهلبلي او د مقعدي معاینې لپاره.

۱۱- مهلبلي سپیکولا

۱۲- د ريفلکسونو خټک

۱۳- Tuning forks

۱۴- مالوچ د Light touch تسته لپاره.

۱۵- کاغذ، قلم او پنسل

په فزيکي معاینه د General appearance څخه شروع او دټولو سیستمونو په فزيکي معاینې ختمیږي.

عمومي سروی (General appearance) :

د ناروغ د صحت عمومي حالت، لوړوالي، جوړښت او جنسي پرمختګ مشاهده کړي د ناروغ وزن معلوم کړي، د بدن جوړښت یا حالت حرکتی فعالیت او په لاره تللو طرز، شخصي حفظ الصحه او کوم خاص بد بوي د ناروغ د جسم یا تنفس څخه ځان سره یاد داشت کړي د ناروغ دمخ حرکات (قیافه یا حالت) وگوري او د ماحول د اشخاصو او شیانو سره یې اختلاف، متاثر کیدل او عکس العملونه یاد داشت کړي د ناروغ دخبرو کولو طرز ته غور ونیسي او دهغه د اگاهی حالت او دشعور سويه یاد داشت کړي.

حياتي علايم

د ناروغ د ویني فشار اندازه کړي، نبض، دتنفس شمیره او د حرارت درجه اندازه کړي.

پوستکي

د ناروغ پوستکي او ځانگړتياوي وگوري. که کوم زخم شتون ولري نو په گوته یې کړي او دهغه دموقعیت، توضیح، ډول اوهم دپوستکي

رنگ ته لکه خسافت ژېړوالي، سوروالي او شين والي ته پاملرنه وشي
همدارنگه د پوستکي رطوبت او وچوالي نوټ شي.

ويښتان، نوکان د ناروغ لاسونه وگوري کله چه د جسم نوري برخي
معاینه کوي نو د پوستکي ارزيايي ته ادامه ورکړي.

سر، سترگي، غوږونه، پزه او ستوني (HEENT):

سر: ويښتان، د سر پوستکي، جمجمه او مخ معاینه کړي

سترگي: د سترگو دديد اندازه او دديد ساحي پلټنه وکړي د سترگي
وضعيت ياد داشت کړي ليمه مشاهده کړي او هري سترگي کا
نجکينوا تفتيش کړي، د سترگي قرنيه او عدسيه وگوري کسي سره
مقايسه کړي او درنا په مقابل کي عکس العمل امتحان کړي د
دسترگود گاتو حرکات ارزيايي کړي د ophthalmoscope پواسطه
فندوس تفتيش کړي

غوږونه: د auditory کانال او ډرمونه تفتيش کړي د اواز د اوریدو
اندازه وگوري

پوزه او ساينسونه: د رڼا (خراغ) او د پزي د سپکولوم په استعمال
سره خارجي پوزه معاینه کړي د پوزي میکوزا، پرده او turbinates
معاینه کړي، مکزيلي او فرنټيل ساينوزايتس لپاره جس کړي

مري (خوله او بلعوم) شونډي، د خولي میکوزا، وری، غاښونه، ژبه،
تالو، تانسلوڼه او بلعوم بر تفتيش کړي.

غاړه : د غاړې لمفاوي عقدې تفتیش او جس کړې په غاړه کې کتله یا غیر معمولي نبض یاد داشت کړې د تراخیا وضعیت معلوم کړې د تایراید غده تفتیش او جس کړې

شایا ملا (Back) : د ملا عضلات او د ملا تیر تفتیش او جس کړې

شاتني سينه او سږي : د پورتنی شایا عضلات او د دملا تیر تفتیش او جس کړې سينه تفتیش ، جس او قرع ترسره کړې د تنفس اوازونو ته غوږ ونیسي اضافه غږونه معلوم کړې او همدارنگه انتقالی غږیز اوازونه واورې.

ثديي ، تخرگونه عضلات : په بنځو کې سینې داسې تفتیش کړې چه لاسونه یې Relax وي ، بیایې پورته کړې او وروسته یې د حوصلي پر هډوکي باندي کیږدي همدارنگه د سینې د Nipple لیدنی ته پاملرنه وشي په دواړو جنسونو کې د تخرگونه ساحه تفتیش کړې او د عقداتو جس کړې.

مخکیني سينه او سږي: سينه تفتیش ، جس او قرع کړې تنفسي اوازونو ته غوږ ونیسي اضافه اوازونو اوریدلو ته پاملرنه وشي او که ضرورت وي transmitted voice sound اصغاء کړې

قلبي وعایي سیستم : د جگولر ورید نبضان وگوري او د جوگولر ورید فشار اړیکې د سترنوم زاویې سره مشاهده کړې د کروټید شریان نبض جس او تفتیش کړې او carotid bruits واورې

apical Impulse موقعیت ، قطر ، amplitude او دوام تفتیش او جس کړی د ستاتسکوب سره د زړه ټول اصغايي ساحي واورې د زړه لمري او دوهم اوازونو ته غوږ ونیسي که په زړه کوم غیر نورمال او ازونو او مرمر شتون ولري نوټ کړي

گیډه: گیډه تفتیش ، اصغا ، جس او قرع کړي لمري يي خفیف او بیا ژور جس کړی، ځگر او توري (طحال) لمري د percussion پواسطه او بیا د جس پواسطه ارزیابي کړي کوشش وکړي چه پښتورگي محسوس کړي او aorta نبض جس کړي .

محيطي وعايي سیستم: د فيمورال نبض جس کړي او که ضرورت وي popliteal نبضونه هم جس کړي د مغبني ناحي د لمفاوي عقدات جس کړي او د ښکتنی اطراف د اډیما (پرسوب) ، درنگ بایلو یا زخمونو لپاره تفتیش کړي د pitting edema جس کړي وریکوز وین تفتیش کړي.

د عضلاتو او هډوکو سیستم: کوم سوشکل او لوي شوي بندونه نوټ کړي که ضرورت ولیدل شي نو بندونه جس کړي ، ددوي حرکت ساحه.

عصبي سیستم: د ښکتنی اطرافو د عضلاتو حجم ، ټون او قوت ارزیابي کړي ، همدارنگه حسیت او عکسي هم ارزیابي کړي . که کوم غیر نورمال حرکات موجود وي مشاهده يي کړي

د ناروغ په لاره تلل او د پښو د تل تر گوتو څو کو تلو قابلیت مشاهده کړي د پښو د گوتو قدم ووهي ، د پښو په تلو قدم واخلي ټوپونه ووهی او دزنگون دسطحي قات کول اجرا کړي معاینه اجرا کړي

عصبي سيستم: د عصبي سيستم په معاینه کې باید پنځه شیان په نظر کې ونیول شي.

ذهني حالت ، اعصاب (چه د فنډو سکوپیک معاینات هم پکې شامل دي ، حرکي سيستم ، حسي سيستم او عکسي

د ماغي حالت Mental status

که ضرورت ورته وي او مصاحبي په وخت کې نه وي اجرا شوي د ناروغ جهت پيژندنه ، طبيعت د فکر کولو پروسه ، د فکر محتويات ، غير نورماله استنباط ، بصيرت او قضاوت ، حافظه او توجه ، معلومات او دلغاتونو ذخيره ، د قابليتونو محاسبه ، انتزاعي فکر کول او جوړښتي توانايي ارزيا بي کړي

Cranial nerves: که تر اوسه نه وي معاینه شوي نو د بوي کولو حس ، temporal او masseter عضلاتو قوت ، د قرني عکسي ، وجهي حرکات ، gag عکسه ، او د trapezius او sternocleidomastoid عضلاتو قوت معلوم کړي

حرکي سيستم: د عضلاتو حجم ، tone او قوت د غټو عضلاتي گروپونو قوت ، د ماغي دنده ، چټک متبادل حرکات rapid alternative movement د يوې نقطې څخه بلې نقطې ته حرکت ، لکه د لاس د گوتو څخه پوزي ته يا د پښو د تلو څخه د پښو د ساق (پنډيو) پوري په لاره تگ

حسي سيستم: درد ، د تودوخي درجه ، لږ تماس ، لږزه ، او فرق کول ښي طرف د چپ طرف سره مقایسه کړي او د اطرافو لري برخي د نژدي برخو سره مقایسه کوي

عکسي

Achilles، ژور patellar، brachioradial، triceps، Biceps tendon) په بر کي نيسي همدارنگه planter عکسي او د babinski عکسي

نور اضافي معاینات: د ریکتوم او جنسي غړو معاینات بعضي وختونه د فزيکي معایناتو په اخره کي اجرا کيږي.

په نارینه و کي دريکتوم معاینه: د sacrococcygeal او عجان ساحي بايد تفتيش شي مقعدي کانال، ریکتوم او پروستات بايد جس شي که ناروغ دريدلي نشي نو د جنسي غړو معاینه د ریکتل معاینې څخه مخکي اجرا کيږي

په بنځوکې خارجي جنسي غړي، مهبل او د رحم عنق معاینه کيږي رحم او adnexa جس کيږي د rectovaginal او ریکتوم معاینات ترسره شي.

لنډيز

د هرڅه نه مخکي ډاکتر بايد ناروغ ته ځان معرفي او داسي سلوک ورسره وکړي ترد ناروغ ټول اعتماد راجلب او ديو نږدې دوست په سترگه ورته وگوري.

بشپړه بايوگرافي لکه نوم، دپلارنوم، عمر، جنس، داوسيدو ځای او دندی په هکله پوښتنه وشي.

Chief complains هغه غوره گيللي او نښي چي ناروغ يې دی ته اړ کړي ترڅو ډاکتر ته مراجعه وکړي.

Present illness: د CC پوره تحلیل، ارزیابي او تفصیل دي ناروغ ته وخت ورکول شي ترڅو خپلي گيلې په پوره ډول سره بیان کړي او وروسته ډاکټر په سیستماتیک ډول د گیلو په اړه لکه د گیلې ځای، پیل، ځانگړتیاوي، خپریدنه، هغه فکتورونه چې د گیلې د بڼه والي یا زیاتوالي لامل گرځي پوښتنه وکړي همدارنگه د درملو په هکله لکه د درمل نوم، اندازه، استعمال لاره، پرته د نسخې درملو کارونه، د درملو سره د حساسیت په اړه معلومات راټول شي.

Past History: د ماشومتوب د دورې ناروغي لکه شري، روماتیک فیور او مپس په باره کې پوښتنه وشي. همدارنگه مخکې په روغتون کې دبسترکیدو او بلي ناروغي شتون په هکله معلومات راټول شي. کورني تاریخچه: په دی برخه کې د مور او پلار او نورو نږدې خپلوانو د صحت په اړه معلومات راټول شي لکه د ویني د فشار د لوړوالي، شکرې ناروغي، استما او نورو په اړه پوښتنه وشي.

شخصي تاریخچه: د اعتیاد، دندې، ژوند سطحه او تحصیلي سطحې مدني حالت په اړه معلومات وشي.

د سیستمونو تکرار: د ټولو سیستمونو په هکله د گیلو پوښتنه وشي.

فزيکي معاینه: عمومي حالت د ناروغ عمومي وضعه ارزیابي شي چې ایا شعور لري که نه د ناروغ جوړښت، وزن، قد او قامت ولیدل شي.

حياتي علايم لکه د ویني فشار، نبض، حرارت درجه او د تنفس شمیر وکتل شي.

فزيکي معاینات: د وینتو څخه نیولې سر، مخ، غاړه، صدر، تنفسي سیستم (تفتیش، جس، قرع او اصغاء) قلبي سیستم (تفتیش، جس، قرع او اصغاء) هضمي سیستم (تفتیش، جس، قرع او اصغاء) بولي تناسلي سیستم

(تفتيش، جس، قرع او اصغاء) دماغی سیستم او نهايات په دقت سره فزيکی معاینه شي.

پوښتنې:

لومړي پوښتنه: حیاتي علايمو کي شامل نه دي.

الف: دحرارت درجه

ب: دویني فشار لیدنه

ج: دنبض اندازه

د: سیانوزس

دوهمه پوښتنه: دیوناروغ دگیلي په هکله باید کومي پوښتنې ترسره شي.

دریمه پوښتنه: Chief complains څه ته ویل کیږي؟

څلورمه پوښتنه: دعصبي سیستم په فزيکی معاینه کي کوم غوره ټکي په نظر

کي دي په نښه يي کړي.

الف: ذهني حالت

ب: حرکي سیستم

ج: عکسي

د: ټول صحیح دي

پنځمه پوښتنه: دپوستکي په فزيکی معاینه باید پوستکي دلاندی

علايمولپاره ولیدل شي غلط يي په نښه کړي.

الف: رش

ب: ټپونه

ج: درنگ تغيرات

د: ټول صحیح دي.

ماخذونه

- ۱- افریدی حفیظ اللہ ۱۳۸۲ لمریز دد اخلي ناروغيو فزيکي تشخيص ننگرهار پوهنتون طب پوهنځي سحر مطبعه کابل افغانستان
 - ۲- الکوزي، عبدالواحد (۱۳۹۱) لمریز دد اخلي ناروغيو فزيکي تشخيص مومند خپرندويه ټولنه جلال اباد
 - ۳- حیات، حیات اللہ (۱۳۹۱) هـش تشخيص فزيکي اسد دانش مطبعه کلوله پشته
 - ۴- نشاط، محمد طيب تنفسي اودزړه دد سامونو ناروغي ننگرهار پوهنتون طب پوهنځي سهر مطبعه کابل افغانستان
5. Andreoli and carpenter's (2011) Cecil essential of medicine 8th edition Elsevier.
 6. Arup kumar kundu. (2011) Bedside clinics in medicine Academic publisher.
 7. Athnr-Gyton-MD-Jahn.E.Hall PhD(2011). Text book of medical physiology 12th edition, published by Elsevier, a division of Reed Elsevier India private limited, New Dehli India.
 8. Bruce wandrus(2005). Valvular heart disease Mansonpublishe.Pp;14,18,19,20
 9. Dubin,Dale.MD,(2008) PAPID INTERPRETATION OF EKGS, 6th Editon, Published by covering publishing company USA,
 10. Fuster,O'Rouke (2008) Hurts's the heart 12th edition Mc Graw Hill. Pp;
 11. Galen S. Wagner, M.D. 2001 MARRIOTT's Practical Electrocardiography 10th Edition Lippincott Willams and Wilkins
 12. Gold man and Ausiello (2008) Cecil Medicine 23rd edition saunder Elsevier.

13. Graham Douglas, Fiona Nical, Colin Robertson (2009) Macleod's clinical examination 12 edition.
14. Joseph G. Murphy, M.D. Margaret A. Lloyd, M.D. (2007) Myo clinic cardiology concise Textbook 3rd edition Myo clinic scientific press.
15. Keneth Kaushansky, Marshall A. Lichtman (2010) Williams Hematology MC Graw Hill.
16. Kevin J. Knoop atlas of emergency medicine 2006 2nd edition Mc Graw Hill
17. Longo, Fauci (2012) Harrison's Principles of internal medicine 18th edition Mc-Graw Hill.
18. Lynns Bickley (2013) Bates Guide to physical examination and History taking 11th Edition Wolters Kluwer lippincott Williams and wilkins.
19. Malcolm S. Thaler the only EKG BOOK you'll Ever Need (2010) 6th edition Lippincott willams and wilkins.
20. Maxine A. Papadakis (2013) current medical diagnosis and treatment 52th edition Mc Graw Hill Lange.
21. Michael Glynn. William Drake (2012) Hutchison's clinical method Saunders Elsevier.
22. MN, Chatterjea, Shinde, Rana, (2012) Text book of medical biochemistry, 8th edition, JAPYEE Brothers medical publisher (P) LTD, New Dehli.
23. Nicholas J Talley / Simon O'connor Clinical examination A systemic guide to physical diagnosis. (2012) 6th Edition Elsevier.
24. Nicki R. Colledge, Brian R. Walker 21st Editio (2010) Davidson's Principle and Practice of Medicine 20th edition Churchill livingstone.
25. Parveen kumar. Dr Michael Clark's (2012) Kumar and Clark's clinical medicine 8th edition Saunders Elsevier.

26. Philip Felig. Lawrence A. Frohman.(2001)Endocrinology and Metabolism 4th edition Mc Graw Hill.

27. Shirley A. Janes (2008) ECG success Exercises in ECG Interpretation F.A

28. SN Chagh (2011) clinical method in medicine. Second edition Jaypee medical publishers.

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past three years we have successfully published and delivered copies of 136 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashtu. 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 Pashtu is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit. One approach is to mobilize Afghan scholars who are now working abroad to be engaged in this activity.”

Students and lecturers of the medical colleges in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to updates and new teaching materials are the 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 situation of the country into consideration, we desperately need capable and professional medical experts who can contribute to improving the standard of medical education and Public Health throughout Afghanistan. Therefore enough attention should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 136 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

All published medical textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org

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

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It should be remembered that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

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

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to German Aid for Afghan Children and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 40 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country.

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 four years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like to cordially 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 Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Chancellor of Nangarhar University Dr. Mohammad Saber, Dean of Medical Faculty of Nangarhar University Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy of Nangarhar Medical Faculty Dr. Hamayoon Chardiwal, for their continued cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hekmatullah Aziz in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, February, 2014

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

Message from the Ministry of Higher Education



In history books have played a very important role in gaining knowledge and science and they are 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 those 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. Finally I am very grateful to German Committee for Afghan Children and all those institutions and individuals who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am confident that this project should be continued and textbooks can be published in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2014

Book Name	Physical Diagnosis
Author	Dr Abdul Naser Jabarkhil
Publisher	Nangarhar Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
No of Copies	1000
Published	2014
Download	www.ecampus-afghanistan.org
Printed by	Afghanistan Times Printing Press

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

Administrative and Technical support by Afghanic.

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

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2014

ISBN 978 – 84 – 613 – 0053 – 2