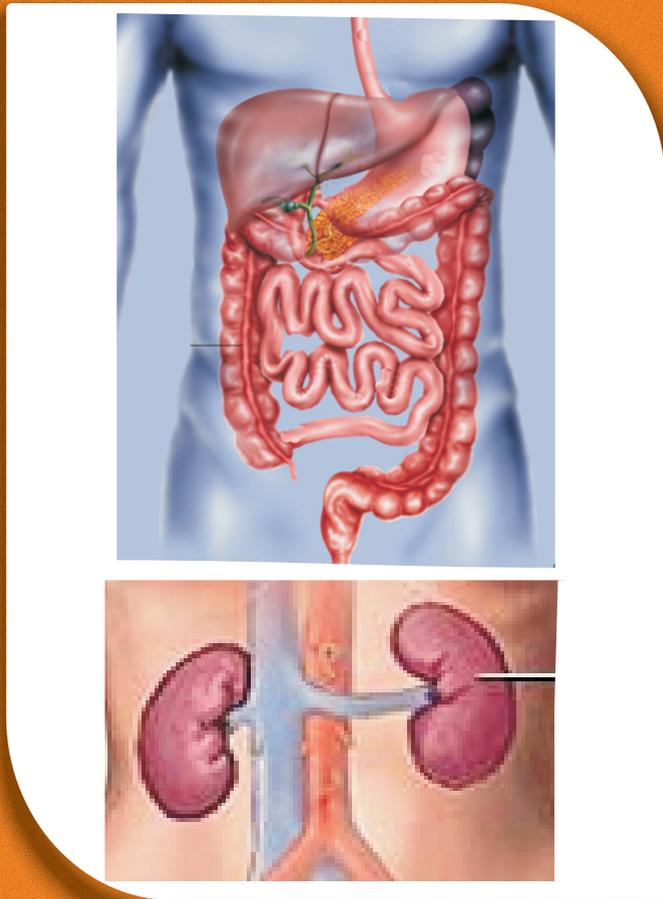




ننگرهار پوهنتون
طب پوهنځی

د هضمي سیستم او پښتورگو ناروغی



پوهندوی دوکتور سیف الله هادی
۱۳۹۰ ل

د هضمي سیستم او پښتورگو ناروغی

Gastrointestinal & Renal System Diseases

پوهندوی دوکتور سیف الله هادی



Nangarhar University
Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Saifullah Hadi

Gastrointestinal & Renal System Diseases

Funded by: Kinderhilfe-Afghanistan



2011

Printed in Afghanistan

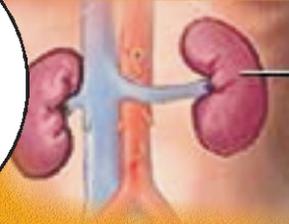
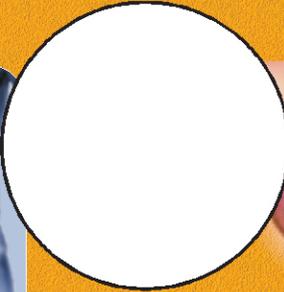
د هضمي سیستم او پښتورگو ناروغی

پوهندوی دوکتور سیف الله هادی



Nangarhar Medical Faculty
تنگرهار طب پوهنځی

AFGHANIC



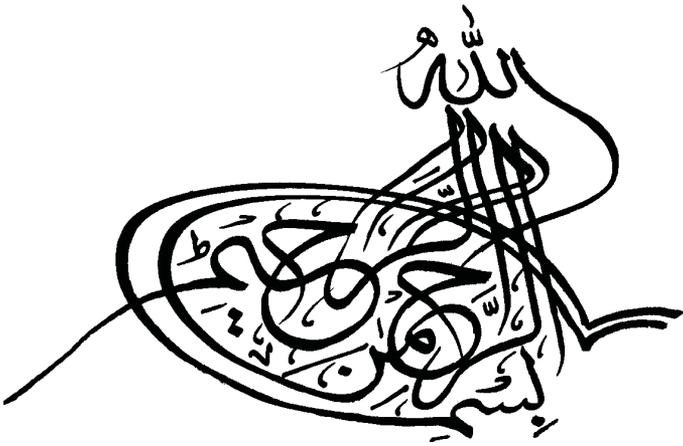
Gastrointestinal & Renal System Diseases

Dr. Saifullah Hadi

Download: www.ecampus-afghanistan.org

In Pashto PDF
2011

Founded by:
Kinderhilfe-Afghanistan





د نگرهار پوهنتون
د طب پوهنځی
دداخلي خانگه

دهضمي سيستم او پښتو رگوناروغي

مؤلف : پوهندوی دكتور سيف الله (هادي)

کال: ۱۳۹۰ ل

د کتاب نوم	دهضمي سيستم او پښتورگوناروغي.
ليکوال	پوهندوی دوکتور سيف الله هادی
خپرونډوی	د ننگرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ ځای	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ نېټه	۱۳۹۰
د کتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې (www.Kinderhilfe-Afghanistan.de) لخوا تمويل شوی دی.

اداری او تخنیکي چاري يې د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځی پوري اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولني په دې اړه مسوليت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړیکه ونیسی:

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان: ISBN: 978 993 620 1385

بسم الله الرحمن الرحيم

تقریظ

د داخلې څانگې استاد پوهندوي دكتور سيف الله (هادي) هغه علمي اثر چه د هضمي سيستم او د پښتورگو ناروغي عنوان لاندې يې تاليف كړي دي ما په غور سره لوستلي او غواړم چه د هغې علمي ارزښت څخه په لاندې ډول يادونه وكړم:

كتاب د ليك لړ او سر ليكني سر بيره په دوو برخو په ۲۸۲ مخونو كې ليكل شوي چه لمړي برخه كې يې د هضمي جهاز او دهغې ملحقاتو يانې ځيگر، د صفرا كڅوړې او د پانقراض د ناروغيو څخه په لازم تفصيل سره يادونه شوي ده او دويمه برخه يې د پښتورگو ناروغيو ته ځانگړې شوي ده.

چې دواړو برخو كې د هري ناروغۍ د تعريف سر بيره پتوجنيسس، كلينيكي بڼې، تشخيص، تفريقي تشخيص او د تشخيص په منظور ډول ډول لارمو لابراتواري كتنو څخه يادونه شوي او د درملنې بيلابيلي لاري په گوته شوي دي.

دا كتاب د محتوا له نظره د ډول ډول علمي منابعو په واسطه غني او د ليكنې سبك يې ساده او داسې دي چې مغلقي او پېچلي جملې په كې نه تر سترگو كيږي او ټول لوستونكي تری د موضوع په هكله بڼه گټه اختسلاي شي.

بايد ووايم چې نوموړی درسي كتاب د څلور ټولگي د درسي كوريكولم او مفرداتو مطابق ليكل شوی او په چاپ او نشر سره به يې د څلورم ټولگي د دويم سمستر د محصلينو اړتيا له منځه لاړه شي او هم به د نورو ځوانو ډاکټرانو لپاره په يادې شوي برخه كې پوره اسانتياوي رامنځ ته شي.

د كتاب په پای كې ماخذونو ته ځای وركړې شوي چې په معياري ډول ليكل شوي او اكثره برخو كې يې د ډيرو نويو تازه علمي منابعو او د انټرنېټ د سايتونو څخه گټه اخستل شوي ده.

په پای كې ويلای شم چې د يو درسي كتاب لازم نورمونه ټول له مؤلف له خوا په پام كې نيول شوي دي زه د استاد دغه زيار او هاند چې ددی علمي اثر د سر ته رسولو لپاره يې گاللي دي ستايم او د نورو شرايطو د بشپړه كيدو تر څنگ يې د پوهنوالۍ علمي رتبې د لوړوالي لپاره كافي بولم او اړونده مقاماتو ته يې د چاپ او نشر لپاره سپارښتنه كوم او خپله استاد ته د لوی خدای (ج) څخه د نورو برياوو غوښتنه كوم.

په درنښت

الحاج پوهاند دوكتور محمد طيب نشاط

د داخلې څانگې استاد.

بسم الله الرحمن الرحيم.

تقریظ

د طب پوهنځي د داخلې خانگې محترمو غړو ته!

السلام عليكم ورحمت الله وبركاته

د هضمي سيستم او د پښتورگو ناروغيو تر عنوان لاندې درسي كتاب چې د څلورم ټولگي د دويم سمسټر لپاره پوهندوی دوکتور سيف الله (هادي) ته د داخلې خانگې د پيرکړې له مخې د رايو په يووالي وظيفه ورکړل شوې وه او د طب پوهنځي علمي شورا او نورو ذیصلاح مقاماتو له خوا تائيد شوی و سرته يې رسولي ما په غور سره مطالعه او په لاندې توگه يې ارزيايي کوم.

کتاب په روانه پښتو ژبه په دوو برخو چې لومړۍ برخه يې د هضمي سيستم ناروغي او دوهمې ملحقاتو يانې ځيگر، د صفراوي کڅوړې او د پانقراض د ناروغيو څخه په لارم تفصيل سره يادونه شوی ده او دويمه برخه يې د پښتورگو ناروغيو ته ځانگړی شوی ده. په ۲۸۲ مخونو کې ليکل شوی دی. د کتاب تاليف، ليکنه، راټولونه او د ليکلو کړنلاره يې چې ديو علمي کتاب د ليکنې لپاره اړينه ده په پوره ډول په پام کې نيول شوی ده.

همدارنگه کتاب د سرزيږې، فهرست او د اخذ ليکنو لرونکی دی. د کتاب منځپانگه د داخلې خانگې د استادانو د علمي اثارو، کتابونو، دکابل طبي پوهنتون د داخلې خانگې د استادانو، دنړيوالو معتبرو کتابونو او اتيرنېټي سرچينو څخه بډايه شوې ده. په کتاب کې د طب پوهنځي محصلينو او نورو ځوانو ډاکټرانو لپاره د هرې ناروغۍ پېژندنه، لاملونه، ايجاد يمولوژي، پتوجنيسس، کلينيکي بڼه، توپيري تشخيص، اختلاطات، انزار او درملنه د منلي شوي کريکولم سره مطابق ليکل شوی چې د لوستلو پرمهال يې ستړيا نه احساسېږي. همدارنگه په کتاب کې د ځينو ناروغيو لپاره جدولونه، شيماکاني او انځورونه هم په مناسبو ځايونو کې ځای پر ځای شوي چې د لاروښانولو لپاره پوره مرستندويه دی.

نو د پورته ټکو په پام کې نيولو سره کتاب پوره علمي ارزښت لري او زه يې مثبت ارزيايي کوم او د پوهنوالۍ علمي رتبې ته د لوړتيا لپاره نورو شرايطو د پوره کولو تر څنگ يې کافي بولم او د کتاب دخپرېدا او چاپ وړاندیز يې کوم. په پای کې د محترم استاد لپاره په علمي ډگر کې د نورو برياوو په هيله يم.

په درنښت

الحاج پوهاند دکتور محمد ظاهر (ظفرزی)

د داخلې خانگې مشر

بسم الله الرحمن الرحيم

تقریظ

د ښارگرهار د طب پوهنځي د داخلي د پييارتمنت محترم مو غړو ته!

السلام عليكم ورحمت الله وبركاته

هغه موضوع چې دهضمي سيستم او پښتورگو ناروغيو تر سرليک لاندې ښاغلي پوهندوی ډاکټر سيف الله «هادي» ته د پوهندويي علمي رتبې څخه د پوهنوالی علمي رتبې د ارتقا لپاره د پييارتمنت له خوا ورکړ شوي او د طب پوهنځي علمي شورا او د عالي تحصيلاتو د وزارت د انسجام کمېټې له خوا تاييد شوي ما په غور سره په هر اړخيزه توگه مطالعه او خپل نظر په لاندې توگه څرگندوم.

کتاب په دوو برخو د هضمي سيستم ناروغی او د پښتورگو ناروغی، په ۲۸۲ مخونو کې ليکل شوی دی.

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

د کتاب منځپانگه د داخلي د پييارتمنت او هم د کابل طبي پوهنتون له اثارو څخه غني شوې ده، له بلې خوا د کتاب په منځپانگه کې د دنيا له معتبرو نويو ټکس کتابونو، ژورنالونو او انټرنېټ څخه پوره معلومات ځای پر ځای شوي، چې د همدې کبله له يوې خوا د محصلينو ستونزې د لکچر له پلوه له منځه تللي او له بلې خوا د ډاکټرانو او محصلينو د استفادې لپاره يو ښه ماخذ گڼل کېږي. همدا رنگه دا کتاب د څلورم ټولگي د کاریکولم سره سم په ښه توگه ليکل شوی، چې ټول محصلين ورڅخه د هضمي سيستم او پښتورگو ناروغيو په هکله پوره معلومات تر لاسه کولی شي.

باید یادونه وکړم چې په کتاب کې د موضوعاتو د ښه روښانه کولو لپاره انځورونه او جدولونه په مناسبو ځایونو کې ځای پر ځای شوي، چې په دې وسيله د طب مينه وال ورڅخه پوره گټه اخېستلی شي، په اخر کې باید ووايم چې ښاغلي ډاکټر سيف الله «هادي» د کتاب په ليکلو کې پوره زحمت گاللی او د پوهندويي علمي رتبې څخه يې د پوهنوالی علمي رتبې ته د ارتقا لپاره دنورو شرايطو د پوره کولو تر څنگ کافي بولم او له الله (ج) څخه ده ته په علمي ډگر کې لازيات برياليتوبونه غواړم.

په درنښت

پوهاند ډاکټر عبدالواحد «الکوزی»

د داخلي د پييارتمنت استاد

﴿ یادونه ﴾

قدرمنو استادانو او گرانو محصلینو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه گڼل کېږي. ددې ستونزې د هوارۍ لپاره موږ په تېرو دوو کلونو کې د ننگرهار، کندهار، بلخ او خوست د طب پوهنځیو د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) له خوا ۲۵ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځیو ته ورکړل شول. د هېواد د پوهنتونونو، لوړو زده کړو وزارت او آلمان په غوښتنه موږ خپل دغه پروگرام نورو پوهنتونونو او پوهنځیو ته هم غځوو.

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

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

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

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

څرنگه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروگرام يوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند څو ټکي راوړم:

۱. درسي طبي کتابونه

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

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

د ننگرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځی يوازې د يو پراجيکټور درلودونکې وو، چې په ټول تدریس کې به ترې گټه اخيستل کېده او ډېرو استادانو به په تيوريکي شکل درس ورکاوه. تير کال مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننگرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځيو ټولو تدریسي ټولگيو کې پروجکټورونه نصب کړو.

۳. د هېدل برگ پوهنتون په نړيوال طب کې ماسټري

په نظر کې ده چې د هيواد د طب پوهنځيو د عامې روغتيا د څانگو استادان د جرمني هيډل برگ پوهنتون ته د ماسټري لپاره ولېږل شي.

۴. د اړتياوو ارزونه

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

۵. کتابتونونه

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

۶. لابراتوارونه

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

۷. کدري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

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

۸. ستراتيژيک پلان

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

له ټولو محرمو استادانو څخه هيله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چيپرونه ادبې او د چاپ کولو لپاره يې تيار کړي. او زموږ په واک کې يې راکړي، چې په ښه کيفيت يې چاپ او په وړيا توگه يې د محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د پورته يادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس وسپاري، څو په گډه اغېزمن گامونه واخلو.

له گرانو محصلينو هيله کوم، چې په يادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مرستندوی شي.

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

په آلمان کې د افغاني ماشومانو سره د مرستې ټولني (Kinderhilfe-Afghanistan e.V.) او د ټولني مشر ښاغلي Dr Eroes نه د زړه له کومې مننه کوم، چې په ورين تندي يې د دغه کتاب د چاپولو لگښت منلی دی او د لانورو مرستو وعده يې کړې ده. په افغانستان کې د کتابونو په چاپ کې د لوړو زدکړو وزارت همکارانو، د پوهنتونونو او پوهنځيو له رييسانو او استادانو مرستې د قدر وړ بولم او مندوی يم.

ډاکټر يحيی وردگ

د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۱ م، اکتوبر

دفتر تليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰، موبایل تليفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ايميل: wardak@afghanic.org

ليکله

لومړی برخه

دهضمي سيستم ناروغي

مخ	سرليک
۱	سرليکنه
	دمری التهابي ناروغي
۲	پيژندنه
۲	اپيديمولوژي
۲	پتوفزيولوژي
۴	کلينيکي بڼه
۵	توپيري تشخيص
۵	اختلاطات
۱۰	دمری اتناني التهاب
۱۲	د درملو له کبله دمری التهاب (Drug induced esophagitis)
۱۳	دسوزونکو توکو له کبله دمری التهاب (Caustic esophageal injury)
	اکليزيا (Achalasia)
۱۴	پيژندنه
۱۴	پتوفزيالوژي
۱۴	کلينيکي بڼه

۱۵	تشخیص
۱۲	درملنه
گاسترایتس او گاستروپاتی (Gastritis and gastropathy)	
۱۸	پیژندنه
۱۸	ویشنه
۱۸	حاد گاسترایتس
۱۹	حاد اروسیف او هیموراژیک گاستروپاتی
۲۰	ستریس گاستروپاتی
۲۰	NSAIDs له کبله گاسترایتس
۲۱	الکولیک گاستروپاتی
۲۱	پورتل هایپر تنسیف گاستروپاتی
۲۱	تشخیص
۲۱	توپیری تشخیص
۲۲	دحاد گاسترایتس مخنیوی
۲۲	درملنه
۲۳	دایچ پیلوری له کبله حاد گاسترایتس
۲۴	ځنډنی اتروفیک گاسترایتس
۲۴	تایپ ای ځنډنی اتروفیک گاسترایتس
۲۵	تایپ بی ځنډنی اتروفیک گاسترایتس
۲۶	دگاسترایتس ځانگړي ډولونه
۲۶	اتسانی گاسترایتس
۲۶	لمفوسایتیک گاسترایتس

ازونوفیلیک گاسترایتس ۲۶

گرانولوماتوز گاسترایتس ۲۷

پپتیک السر (Peptic Ulcer)

پیژنده ۲۸

اییدیمولوژی ۲۸

دمعدی فزیالوژی ۲۹

دمعدی او اثنا عشر ویجاړونکي فکتورونه ۳۱

دمخاطي طبقی دفاعي او د بیا رغونې سیستم ۳۲

لاملونه ۳۳

هیلېکوبکتریا پلوري له کبله پپتیک السر ۳۳

ایچ پیلوري او پپتیک السر ۳۳

پپتیک السر او نن ستروئید التهاب ضد درمل ۳۶

داثنا عشر ټپ (Duodenal ulcer)

کلینیکي بڼه ۳۸

تشخیص ۴۰

توپیری تشخیص ۴۱

دمعدی ټپ (Gastric ulcer)

لاملونه او پتوجنیزس ۴۲

کلینیکي بڼه ۴۳

درملنه ۴۳

اختلاطات ۴۹

دمعدی او کولمو وینه بهیدنه (Gastrointestinal bleeding) ۴۹

۵۷ (Gastric outlet obstruction) دمعدې د بهرنی فوحي بندښت

۵۸ Zollinger Ellison's Syndrome(ZES)

۵۹ پتوفزیالوژي

۶۰ تشخيص

۶۱ توپيري تشخيص

۶۱ درملنه

بدهضمي (Dyspepsia)

۶۲ پیژندنه

۶۳ درد

۶۹ نن السر دیس پیپسیا

۷۰ دزړه سوځیدنه

۷۱ دخوړو نه زغمل

۷۲ دمعدی او کولمو گاډي سندروم (Gastro intestinal Gas Syndrome)

۷۴ تشخيص

۷۵ درملنه

Irritable Bowel Syndrome(IBS)

۷۶ پیژندنه

۷۶ اپیدیمولوژي

۷۶ پتوفزیالوژي

۷۷ کلینیکي بڼه

۷۹ تشخيص

۸۰ توپيري تشخيص

درملنه ۸۰

دمعدی اډینو کارسینوما (Gastric Adeno Carcinoma)

اپیدیمولوژی ۸۳

لاملونه ۸۳

پتوجنیزس ۸۴

پتالوژی ۸۵

کلینیکي بڼه ۸۶

تشخیص ۸۷

Stages ۸۸

دمعدی لمفوما ۹۱

تشخیص ۹۱

سټیژونه ۹۱

درملنه ۹۱

د کولمو التهابي ناروغی (Inflammatory Bowel Diseases)

پیژندنه ۹۲

اپیدیمولوژی ۹۲

لاملونه او پتوجنیزسس ۹۲

السرائیف کولایټس (Ulcerative Colitis)

پیژندنه ۹۴

پتالوژی ۹۴

کلینیکي بڼه ۹۵

لابراتواري پلټنې ۹۷

۹۷	اندوسکوپي
۹۷	راديوگرافي
۹۸	توپيري تشخيص
۹۸	دالسرائيف کولائتس موضعي اختلاطات
۹۹	دکولمو خخه دباندي اختلاطات
۱۰۰	درملنه
۱۰۳	انزار

کرون ناروغي (Crohn's Diseases)

۱۰۴	پتالوژي
۱۰۵	کلينيکي بڼه
۱۰۶	تشخيص
۱۰۷	توپيري تشخيص
۱۰۷	درملنه
۱۱۰	انزار

دخیکر خُندي التهاب

۱۱۱	پيژندنه
۱۱۱	ويشنه
۱۱۱	Chronic Persistent Hepatitis
۱۱۱	Chronic Lobular Hepatitis
۱۱۲	Chronic Active Hepatitis
۱۱۲	خُندي وایروسي هيپاتيتيس
۱۲۲	اتواميون هيپاتيتيس

د درملوله کبله د ځيگر التهاب ۱۲۵

ژبړی

پيژندنه ۱۲۸

پتوفزيولوژي او ویشنه ۱۲۸

د بیلرویین میتابولیزم ۱۲۹

کیمیاوي تست ۱۳۱

ان کانونجوگیتید هایپر بیلرویینیمیا ۱۳۲

کانونجوگیتید هایپر بیلرویینیمیا ۱۳۴

د ژبړي دناروغ سره چلند ۱۳۵

د ژبړي دامل د تشخیص لارې چارې ۱۳۷

د ځيگر سيروزس (Liver Cirrhosis)

پيژندنه ۱۳۸

د ځيگر الکولیک ناروغۍ ۱۴۲

د Child's Turcotte Pugh ویشنه ۱۴۷

پوست نیکروتیک سيروزس ۱۴۷

صفراوي سيروزس ۱۴۸

لومړنی صفراوي سيروزس ۱۴۸

دويمی صفراوي سيروزس ۱۵۲

د زړه سيروزس ۱۵۳

د ځيگر د سيروزس لوی اختلاطات ۱۵۵

پورتل هایپر تنشن ۱۵۴

واريسل وينه بهيدنه (Variceal Bleeding) ۱۵۵

۱۵۹	..... دتوري غتبوالی
۱۶۰	..... Ascites
۱۶۳	..... (Spontaneous Bacterial Peritonitis) دپريتوان خودسره بکتریايي التهاب
۱۶۴	..... هپاتورینل سندروم
۱۶۵	..... دځيگر انسفالوپاتي
۱۶۹	..... نور اختلاطات
۱۷۱	..... دځيگر بدلول
۱۷۱	..... انزار

هپاتوسيلولر کارسینوما (HCC) Hepatocellular Carcinoma

۱۷۲	..... عموميات او اپیدیمولوژي
۱۷۲	..... لاملونه او پتوجنيزس
۱۷۳	..... پتالوژي
۱۷۳	..... کلینیکي څیره
۱۷۴	..... تشخيص
۱۷۵	..... درملنه
۱۷۶	..... انزار

دصفاوي کڅورې حاد التهاب (Acute cholecystitis)

۱۷۷	..... اپیدیمولوژي
۱۷۷	..... پتوجنيزس
۱۷۷	..... پتالوژي
۱۷۸	..... کلینیکي بڼه
۱۷۹	..... تشخيص

۱۸۰	.....	توپیری تشخیص
۱۸۰	.....	درملنه
۱۸۱	.....	Acalculous cholecystitis
۱۸۱	.....	لاملونه
۱۸۲	.....	پتوجنیزس
۱۸۲	.....	کلینیکی بیه
۱۸۲	.....	تشخیص
۱۸۲	.....	درملنه
۱۹۳	.....	مخییوی
۱۸۳	.....	انزار

دپانکراس ناروغی (Pancreatic Disease)

۱۸۴	.....	عمومیات
۱۸۴	.....	حاد پانکراتایتس
۱۸۴	.....	پیژندنه
۱۸۴	.....	اپیدیمولوژی
۱۸۴	.....	ویشنه
۱۸۵	.....	لاملونه
۱۸۵	.....	پتالوژی
۱۸۶	.....	کلینیکی بیه
۱۸۸	.....	لابراتواری ازموینی
۱۸۹	.....	راد یوگرافی
۱۹۰	.....	تشخیص

۱۹۰	اختلاطات
۱۹۱	درملنه
۱۹۳	انزار

د پانکراس حُندېنى التهاب (Chronic Pancreatitis)

۱۹۴	پيژندنه
۱۹۴	اږيديمولوژي
۱۹۴	لاملونه
۱۹۴	پتوفزيالوژي
۱۹۵	پتالوژي
۱۹۵	کلينکي بڼه
۱۹۵	تشخيص
۱۹۶	اختلاطات
۱۹۷	درملنه
۱۹۸	انزار

د پانکراس کنسر (Cancer of the Pancrease)

۱۹۸	اږيديمولوژي
۱۹۸	لاملونه
۱۹۸	پتالوژي
۱۹۹	کلينکي بڼه
۲۰۰	تشخيص
۲۰۰	د تومورونو سټيژونه
۲۰۱	درملنه

- ۲۰۱ انزارد
- ۲۰۲ Malabsorbption Syndrome

دوهمه برخه

دېستورگو ناروغي

The Urinary Tract infection لارو انتانات

- ۲۱۰ پېژندنه
- ۲۱۰ اپيديمولوژي
- ۲۱۰ پتوجنيزس
- ۲۱۲ دمثنای حاد التهاب
- ۲۱۴ حاد پيالونفرايتس
- ۲۱۵ خنډنی پيالونفرايتس
- ۲۱۶ د پروستات حاد بکتريايي التهاب
- ۲۱۷ د پروستات خنډنی بکتريايي التهاب
- ۲۱۸ د پروستات غير بکتريايي التهاب
- ۲۱۹ حاد اپيديدېمايتس

The Major Glumeropathies دگلوبمبول غوره ناروغي

- ۲۲۲ حاد نفريتیک سندروم
- ۲۲۴ پوست سترېپتوکوک کل گلوبمبولونفرايتس
- ۲۲۵ Anti glomerular basement membrane glomerulonephritis
- ۲۲۷ Rapidly progressive glomerulonephritis
- ۲۲۸ نفروتیک سندروم

۲۳۶.....Asymptomatic abnormalities of the urinary sediment

۲۴۰.....خندانى گلو ميرولونفرايٽس

د پښتورگو حاده عدم كفايه (Acute Renal Failure)

۲۴۲.....پيژندنه

۲۴۲.....لاملونه او پتوفزبولوژي

۲۴۴.....Intrinsic acute renal failure

۲۴۸.....كلينيكې بڼه

۲۴۹.....تشخيص

۲۵۲.....توپيري تشخيص

۲۵۲.....اختلاطات

۲۵۴.....درملنه

د پښتورگو خندانى عدم كفايه (Chronic renal Failure)

۲۵۹.....پيژندنه

۲۵۹.....لاملونه

۲۶۰.....د يوريميا پتوفزبالوژي او بيوکيمستري

۲۶۰.....كلينيكې بڼه

۲۶۲.....لابراتوراي ازمونې

۲۶۴.....درملنه

۲۷۴.....د باليزس

۲۷۵.....هيمودياليزس

۲۷۷.....پريټونيال د باليزس

۲۷۷.....د پښتورگو پيوندول

۲۷۷.....	Interstitial Nephritis
۲۸۰.....	ریفرینس

دلوی اوبخښونکي الله په نامه !

سرليکنه

دلوی، مهربان اوسپيڅلي څښتن تعالی څخه شکر اداء کوم چې دهضمي جهاز او د پښتورگو د ناروغیو تر سرليک لاندې د درسي د کتاب تالیف توان يې راپه برخه کې. څرنگه چې ددې دواړو سيستمونو ناروغی. زمونږ په هیواد کې په پراخه توگه شتون لري او زیات وگړي ددې ناروغیو له کبله په دوامداره توگه رنځیږي نو دهمدی کبله ددې ناروغیو پتالوژي، لاملونه، کلینیکي بڼه، درملنه، مخنیوی او انزارو پیژندنه خورا اړینه ده، دبلي خوا د ننگرهار د طب پوهنځی دداخلی په دیپارتمنت کې دڅلورم ټولگي محصلینو ته ددی سيستمونو تدریس د لکچر نوټ او پولی کاپي په توگه ترسره کېږي او کوم تدریسي کتاب د محصلینو په لاس کې شتون نه لري نو دهمدی ستونزی دهوری په پام کې نیولو سره دداخلی دیپارتمنت لخوا دنده راکړل شوه چې یو تدریسي کتاب د پوهندوی علمي رتبې څخه د پوهنوالی علمي رتبې ته د لوړیدو لپاره ولیکم. ددې کتاب په لیکلو سره به د محصلینو ستونزی هوارې او د بلی خوا به د لکچر نوټ او پولی کاپي څخه مخنیوی وشي.

دکتاب مفردات د کریکولم سره سم ترتیب او دطب پوهنځی د علمی شوراى اود دکابل دانسجام کمیټی لخوا تائید شوی دي. دکتاب مینځ پانگه په روانه پښتو لیکل شوي باید ووايم چې د ناروغیو د بڼه پوهیدلو لپاره جدولونه اوانځورونه په مناسبو ځایونو کې ځای پر ځای شوي دي. دکتاب منځ پانگه دباوري نړیوالو ټکس کتابونو، اتیرنیټ، د ننگرهار د طب پوهنځی دداخلی خانگی داستادانو کتابو، رسالو او علمی اثارو په تیره بیا د پوهاند دوکتور محمد ظاهر ظفرزی د عملی اثارو څخه (لکه دهضمي جهاز، ځیگر، صفراوي کڅوړی د پانقراس اودځیگر ناروغیو) او دکابل طبي پوهنتون د معالجوي طب د داخلی خانگی داستادانو دکتابونو څخه بیاپه شوی ده.

همدارنگه د پوهاند دوکتور محمد ظاهر ظفرزی، پوهاند دوکتور عبدالواحد الکوزی او پوهاند دوکتور محمد طیب نشاط څخه چې دکتاب په ترتیبولو کې راسره مرسته کړي مننه کوم او په پای کې دا باید ووايم چې انسان د سهوی او خطاء څخه خالی نه دی نو که گران لوستونکي دکتاب په متن کې کومه انشایی او املايي تیروتنه وگوري هغه دې په ډیره مینه او اخلاص سره مولف ته راپه گوته کړي ترڅو په بل چاپ کې دهغي د تکرار څخه مخنیوي وشي.

دمری التهابی ناروغی

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

پېژندنه:

گاستروازوفازیل ریفلوکس هغه حالت ته ویل کیږي چې د معدې مینځ پانگه د مری خواته بیرته وگرځي (په نارمل حالت کې هم پېښیږي) او گیلې نه وي. که اتني ریفلوکس میکانیزمونه پاتې شي او د مری بنکتنی معاصره په پرله پسې توگه د معدې د منځ پانگې سره په تماس راشي او ناروغ ورڅخه گیله من وي نو بیا دا حالت د گاستروازوفازیل ریفلوکس ناروغی په نوم یاد یږي. (۳۲)

دریفلوکس ضد میخانیکتونه: په درې ډوله دي:

۱- د مری بنکتنی معصره: دا معاصره د مری خواته د معدې د مینځ پانگې د بیرته گرځیدو څخه مخنیوی کوي.

۲- د مری هغه برخه چې په گیله کې ده: د مری هغه برخه چې د حاجز د پردې څخه تیریږي او گیلې ته دننه کیږي د دسام (Valve) په ډول ده او د مری د بنکتنی معاصرې د تون په زیاتوالي کې مرسته کوي.

۳- د مری دویمي استداري حرکتونه: دا د مری په پاکولو کې مرسته کوي. (۳۲، ۳۸)

اپیدیمولوژي:

GERD د معدې او د کولمو یوه غوره ناروغی ده چې لږ تر لږه ۱۵ سلنه رنځوران په اوسنی کې یوځل او ۷ سلنه (په تیره امیدواره بنځې) هره ورځ د زړه سوي او ریگور جیتیشن څخه گیله من وي. د GERD ۴۸-۷۹ سلنه ناروغان ازوفازیتیس لري چې ددې څخه ۳-۴ سلنه ټولو خلکو کې او ۵ سلنه په هغه ناروغانو کې چې عمر یې ۵۵ کاله او یا ددې څخه پورته وي مینځته راځي په دواړو جنسونو کې نژدې یو برابر

وي. (۴۱)

پتوفزیولوژي: لاندې فکتورونه د GERD په مینځته راتلو کې ونډه لري.

۱- دمری د ښکتنی معاصرې اېنارملتيي:

په نارمل ډول دمری د ښکتنی معاصرې تون زیات وي چې دمری د تیروولو په وخت کې استرخاء کوي. هغه ناروغان چې په GERD اخته وي دمری د ښکتنی معاصرې تون یې کمېږي او ریفلوکس هغه وخت مینځته راځي چې دگیدې دننه فشار لوړ شي.

په هغو خلکو کې چې د معاصرې تون یې نارمل وي ریفلوکس هغه وخت پیدا کېږي چې د معاصرې د استرخاء پېښیدل یې ډیر وي. (۳۸)

۲- چوره

هیاتوس هیرنیا یوه اناتومیکه ناروغي ده چې پدې ناروغی کې د معدې یوه برخه په گوگل کې ننوزي. که د معدې یوه برخه د حاجز د پردې له لارې گوگل ته ننوزي نو دسلایډینګ هیرنیا او که د گاستروازوفازیل جنکشن دننه شي دپارا ازوفازیل یا رولینګ هیرنیا پنوم یادېږي.

چوره ۳۰ سلنه په هغه کسانو کې پیدا کېږي چې عمر یې د ۵۰ کالوڅخه ډیر وي.

• زیاتره پېښو کې گیلې نه وي.

• د زړه سوځیدل اوریګورجیتیشن هغه وخت پیدا کېږي چې د چورې سره ریفلوکس مل شي.

• کله کله لویه پارازوفازیل چوره د معدې د (Strangulation) Volvulus لامل

کېږي چې ناروغ ته د تېتر سخت درد پیدا کېږي او بېړنی جراحی درملنې ته اړتیا لري.

هیاتوس چوره ځکه د ریفلوکس لامل کېږي چې د تېتر او گیدې تر مینځ د توپیري فشار د مینځ ته راتلو لامل ګرځي او هم هغه زاویه چې دکارډیا اومری تر مینځ ده له مینځه ځي. د ریفلوکس گیلې په هغه رنځورانو کې پیدا کېږي چې د چوری سوری یې لوی وي. ځینو رنځورانو کی چوره وي خو گیلې نه وي او ځینو کې چوره نه وي خو گیلې وي.

خو په ډیرو ناروغانو کې چې ازوفازیتس، باریت ازوفاجس یا پیپتیک تنگوالی مینځته راغلی وي هیاتوس چوره لري.

۳- د مری د پاکیدو ځنډوالی:

په ازوفازیتس کې د مری استداري حرکتو نه نیمگړي وي خو که د مری د پاکوالي دنده خرابه وي نو د مری، مخاطي طبقه په پرله پسې ډول د اسید سره په تماسیږي.

۴- دمعدې مینځ پانگه: دمعدی تیزاب د مری دمخاطي طبقې د غوره مخرشاتو څخه دي.

۵- دمعدې د تشیدو نیمگړتیا:

په GERD کې دمعدی تشیدل ځنډیږي چې لامل یې څرگند نه دی.

۶- دگیډې دننه فشار لوړوالی:

امیدواري، چاغوالی، اسایټس، زیات خوړل د GERD برابر ونکي فکتورونه دي دوزن بایلو سره گیلې له منځه ځي.

۷- دخوړو او چاپیریالي فکتورونه:

غور، چاکلیت، سگرت، کافي، الکل، نایتريت، انتي کولي نرجیک، نایتريت، بیتا ادرینرجیک، امینوفیلین، کلسیم کانال بلاکر او سیلډینافیل د مری د بنکتنی معصرې د استرخاء لامل کیږي. همدرانگه ځینې نور فکتورونه لکه زیاتي کانگې، نازوگاستریک تیوب، اسکلیرودرما، د ډوډی خوړلو څخه وروسته ژر ځملاستل د GERD لامل کیږي. (۳۷)

کلینیکي بڼه:

۱- دزړه سوزش: دزړه سوځیدل د GERD ځانگړې کلینیکي گیله ده چې د ډوډی خوړلو څخه ۳۰-۶۰ دقیقې وروسته پیدا کیږي. د توغیدو، زور وهلو او ځملاستلو سره زیاتېږي. د انتي اسید، سودا خوړل او کنبیناستلو سره غلې کیږي. درد د مری د لیری عضلاتو د سپزم له کبله وي چې غاړې، ژامو، متیو او شاه خواته خپریږي. د گیلو اوازوفازیتس تر مینځ اړیکې نیمگړې وي یانې کله گیلې شدیدې وي او افت لږ وي او په سرچپه ډول

کله گیلې لږې او افت شدید وي خو په ناروغ کې وینه لرونکی کانگې او داوسپنې دکموالي وینه لږې د ځنډنې وینې بهیدنې له کبله منځته راځي. (۳۸، ۳۶)

۲- ریگورجیشن (Ragurgitation)

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

۳- واټربرش: دلاړو زیاتوالي ته وایي او هغه وخت پیدا کیږي چې تیزاب مری ته دننه شي او په عکسوي ډول د لارو غدوات وپاروي. (۳۸)

۴- دیس فاژیا (Dyspgagia)

دیسفاژیا یو پر درې رنځورانو کې وي چې ایروسیف ازوفازیتیس، دمری د استداري حرکتونه د خرابوالي اویا دمری د تنگوالي له کبله مینځته راځي.

د GERD غیر وصفی گیلې عبارت دي له استمء، ځنډني توخي، د لرنکس التهاب، دستوني درد او دزړه د غیر وصفی دردونو څخه. (۳۷)

توپیري تشخیص:

GERD دلاندې ناروغیو څخه توپیرېږي.

۱- دمری حرکي ناروغی.

۲- پیپتیک ټپونه.

۳- انجینا پیکتورس.

۴- وظیفوي دس پیپسیا.

۵- د درملو له کبله دمری التهاب.

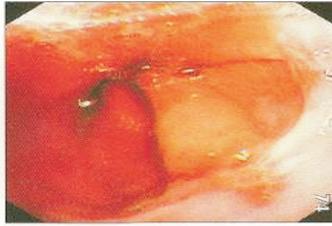
۶- د وړانگو له کبله دمری التهاب.

۷- اتناني ناروغی (سایتومیگالو وایرس، هرپس، کنډیدا) (۳۷)

اختلاطات:

۱- دمری التهاب:

ازوفاژایتس د شدت له پلوه دخفیف څخه تر شدید حالت ، وینه ورکونکو ټپونو او تنگوالي پورې پرمختگ کوي. د گیلو، هستولوژیکو او اندوسکوپیکو ښو تر مینځ یې اړیکې کمې دي خو کیدای شي چې په GERD کې اندوسکوپي او هستولوژي نارمل وي. (۳۸)



(۱-۱) شکل کې ازوفاژایتس ښودل شوی دی. (۲۷)

۲- باریت ایزوفاگس (Barrett Esophagus)

دایوپري ملگننت ناروغي دی چې د ځنډني ريفلوکس له کبله دمری سکواموز اپي تيلیوم په کلومنار اپي تيلیوم میتاپلازیا کوي.

د ځنډنی ريفلوکس ۱۰ سلنه رنځورانو کې مینځته راځي دمری د ادينو کارسینوما لپاره برابر ونکي فکتور دی. که چیرې په اندوسکوپي کې د معدې څخه پورته اودمری په لیری ښکني. برخه کې دمعدې اپي تيلیوم ته ورته د ژبې یا گوتې په شان جوړښت ولیدل شي په باریت ازوفاگس باندې گمان کیږي چې تشخیص یې د بایوپسي په واسطه تر سره کیږي. په باریت ازوفاگس کې د ريفلوکس له گیلو (زړه سوخیدل او ریگورجیتیشن) څخه پرته نورې گیلې نه وي. کله کله دسفاژیا د مری د حرکي ناروغیو له کبله وي.

په یو پردې رنځورانو کې دتیزابو په وړاندې باریت اپي تيلیوم دحساسیت دکموالي له امله گیلې کمې او یا نه وي. ۹۰ سلنه څخه زیات ناروغان د درملنې لپاره نه گرځي.

دباریت ازوفاگس اختلالات عبارت دي له : دمری د تنگوالي، زخمونو، وینه بهیدلو، ادينوکارسینوما اودمعدې دکارديا د برخې د تومورو څخه. د باریت

ازوفاگس ناروغان د اوږدې مودې لپاره د پروتون پمپ نهې کوونکو درملو سره درملنه کېږي.

جراحی درملنه یې فنډوپلیکیشن دی. داندوسکوپي دلزې باریټ اپي تیلیوم د فوتوډای نامیک تراپي پرمټ له مینځه ځي چې یوازې هغه ناروغانو کې کارول کېږي چې اختلالات یې ورکړي وي.

هر هغه ناروغ کې چې د ریفلوکس گیلې یې دپنځو کالو څخه ډیر پایښت ومومي باید د باریټ ازوفاگس د مینځته راتگ لپاره اندوسکوپي شي او باریټ ازوفاگس په هر درې کالو کې د دسپلازیا یا ادینو کارسینوما لپاره وکتل شي. (۳۸)

۳- دمری سلیم تنگوالی:

دمری فیروزي تنگوالی په ۱۰ سلنه پښو کې د اوږدې مودې ازوفاژایټس په پایله کې مینځته راځي. په هغه ناروغانو کې پیدا کېږي چې عمر یې د ۲۰ کلنۍ څخه پورته او دمری استداري حرکتونه یې کمزوري وي. ناروغان متناوبه دس فاژیا لري او د کلکو خوړو په وړاندې د زړه سوځیدو تاریخچه شته وي خو کله چې مری تنگه شي دزړه سوځیدل ورک کېږي ځکه چی دتیزابو د ریفلوکس په وړاندې خنډ پیدا کېږي.

دمری تنگوالی د اندوسکوپي پرمټ پیژندل کېږي او د خبیثه افاتو څخه یې توپیر دبايوپسي پرمټ کېږي. ستریکچر دپراخوونکي بالون پواسطه پراخېږي او دبیبا د مینځ ته راتگ د مخنیوي لپاره پروتون پمپ بلاکر ورکول کېږي. (۳۸)

۴- انیمیا

که چیرې د ازوفاژایټس موده اوږده شي نو د ځنډنۍ وینې بهیدنې له امله د اوسپنې دکموالي وینه لږی. لامل کېږي. (۳۸)

۵- دمعدی وال وولس (Gastric Valvulus)

کله کله دسینې دننه لویه هیاتوس چوره په خپله په اړخیز محور باندې تاوویږي او گاستریک وال وولس لامل کېږي چې ددمری یامعدې دپوره بندښت لامل کېږي چې په دې صورت کې ناروغ د کانگو، دسینې د شدید درد او دس فاژیا څخه گیله لري

چې تشخیص یې د سینې د رادیوگرافي (په سینه کې هوایی پوکایی وي) او دباريوم د تیرولو پر مټ ترسره کیږي. ډیری ناروغان په خپله بڼه کېږي خو جراحي درملنه دبیرته گرځیدو څخه مخنیوی کوي. (۳۸)

پلټنې:

ځوان ناروغان چې د زړه د سوځیدلو او دريگورجیشن ځانگړې گیلې ولري خو شدیدې گیلې لکه ډسفاژیا، وزن بایلل او انیمیا ورسره نه وي د پلټنو څخه پرته درملنه کیږي. او که چیرې ناروغ د منځني عمر خاوند او یا زوړ وي گیلې یې وصفی نه وي او یا د اختلاطو گمان شته وي نو لابراتواري پلټنې ترسره کیږي.

اندوسکوپي یې ټاکلی ازموینه ده چې ددې پر مټ دمعدې معایي دپورتنۍ برخې د ناروغیو سره توپیري تشخیص ترسره کیږي او اختلاط یې پیژندل کیږي.

که داندوسکوپي سره تشخیص څرگند نه شو او یا جراحي درملنې ته اړتیا وي نو د ۲۴ ساعته پی، ایچ اندازه کیږي پدې کرڼه کې د پی، ایچ د څرگندولو لپاره یو تیوب مری ته دننه او دمري او معدې د یوځای کیدو د برخې څخه پورته برخه کې ایښودل کیږي. دمري پی، ایچ او د درد یرغلونه ثبتیږي. که چیرې د څیړنې دوخت څخه (چې ناروغ تر څیړنې لاندې دی) د ۶-۷ فیصدو څخه زیاته موده کې د مری پی، ایچ د ۴ څخه کم وي نو د ریفلوکس بنودنه کوي.

ایزوفاجیل مانومتری په لاندې حالتو کې باید ترسره شي:

۱- د پی ایچ پروپ دننه کولو څخه مخکې دمري، دمعصری دځای څرگندولو لپاره.

۲- په هغه ناروغانو کې چې دانتي ریفلوکس جراحي کرڼې ته یې اړتیا وي. (۳۸)

درملنه:

د درملنې موخه د گیلو کمول، دگریدلي ازوفازیتس رغول او د اختلاط د مینځته راتگ څخه مخنیوی دی. (۳۷، ۳۸)

لږگیلې لرونکي ناروغان په لاندې توگه درملنه کیږي.

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

ناروغ باید درې ساعته وروسته د ډوډۍ خوړو څخه ځملي. د خوب په وخت کې یې سر د ۶ انچو په اندازه پورته وي، په گیدې باندې فشارونه لرې شي.

روميان، سټیریوس میوې، مساله لرونکي خواړه، کافي، غوړ، چاکلیت، مرچ، انټي کولي نرژیک درمل او کلسیم کانال بلاکر درمل ونه خوری، د ډوډۍ د خوړلو په وخت کې زیاتې اوبه ونه څښي، سگریټ او الکول کارول پرېږدي، وزن باید کم شي، د ډوډۍ خوړلو څخه وروسته توغ نه شي، لږه ډوډۍ و خوړل شي.

۲- درملیزه درملنه: انټي اسیدونه، الجینات انټي اسیدونه (گایوسکان، ایچ دوه رسیپتور انټاګونیست) لکه Cimetidine ۲۰۰ ملي ګرامه، Ranitidine او Nizatidine ۷۵ ملي ګرامه، یا Fomatidine ۱۰ ملي ګرامه څخه دورځې یوځل کارول کېږي.

دمنځني گیلو لرونکو ناروغانو لپاره (گیلې هره ورځ یا په اونۍ کې څو ځله پیدا کېږي) اچ دوه رسیپتور انټاګونیست (سمیتیدین ۴۰۰-۸۰۰ ملي ګرامه رانیټیدین او نیزاتیدین ۱۵۰ ملي ګرامه یا فوماتیدین ۲۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله) ورکول کېږي.

که د ایچ دوه رسیپتور انټاګونیست سره د ۱۲ اونیو په موده کې ښه والی پیدانه شونو کتونکي (PPI) proton pump inhibitor درمل لکه Omeprazol یا Rabeprazol ۲۰ ملي ګرامه، Lansoprazol ۳۰ ملي ګرامه یا Esomeprazol یا Pantoprazol ۴۰ ملي ګرامه دورځې یوځل، د ۸-۱۲ اونیو لپاره ورکول کېږي وروسته لدې څخه درول کېږي. PPI دورځې یوځل کې ۸۹% او دورځې دوه ځلو کې ۹۵% اغیزمن دی.

۸۰ سلنه ناروغانو کې د پي، پي، ای د درولو سره دیو کال په موده کې په تیره اولو درې میاشتو کې گیلې بیرته راگرځي چې په دې صورت کې د اوږدې مودې پورې درملنه کېږي.

هغه ناروغان چې شدید ازوفازایټس، باریت ازوفازس یا پیپټیک سټریکچر لري تر هغه پورې پي، پي، ای یا ایچ دوه رسیپتور انټاګونیست ورکول کېږي تر څو چې گیلې ورکې شي.

۲۰ سلنه ناروغانو کې د گیلو دغلي کولو لپاره پي، پي، ای په لوړه اندازه (دوه یا درې وارې) ورکولې شو. دمری څخه دباندې د ریفلوکس د گیلو د ارامولو لپاره پي، پي، ای دورځې دوه ځله د ۲-۳ میاشتو لپاره کارول کیږي.

۱۰-۲۰ سلنه ناروغان د ورځې یوځل او ۵% دورځې دوه ځلو پي، پي، ای سره ځواب نه وایي نو دا ناروغان باید د زولنجر ایلیسن سندروم، د درملو له کبله دمری التهاب د درمل په وړاندې د زغم نه شتون او د پي، پي، ای په وړاندې د ټینګار لپاره ولټول شي. همدارنگه د همدې ناروغانو دمری پي، ایچ کتل کیږي چې ایا گیلې د اسید ریفلوکس پورې اړه لري او که نه.

که دمری پي، ایچ نارمل وي نو بیا د ټیټ دوز ترای سایکلیک انتي دیپرسیسانت (ایمپیرامین یا نرتريپتالین ۲۰ ملي ګرام) د خوب په وخت کې ورکول کیږي. (۳۸، ۳۷)

جراحی درملنه:

انتی ریفلوکس جراحی درملنه په لاندې حالاتو کې تر سره کیږي.

۱- که چېرې طبي درملنه اغیزمنه نه وي.

۲- هغه ناروغان چې پروتون پمپ نهی کوونکی درمل د اوږدې مودې لپاره نه خونوي.

۳- په هغه حالاتو کې چې ریګورجیشن د ناروغانو غوره گیله وي. (۳۸)

دمری اتاني التهاب (Infectious Esophagitis)

اتاني ازوفازیتس زیاتره په معافیت ځپلو ناروغانو (لکه ایډز، لوکیمیا، دکلوکرو غړو ترانس پلانټیشن، معافیت ځپونکي درمل اخیستونکي) کې مینځته راځي غوره لاملونه یې عبارت دي له کنډیدا البیکان، هیریس سمپلکس او سایتومیګالو وایرس څخه. همدارنگه کنډیدا البیکان په ناکنترول شوي دیا بیتس، د سیستیمیک کورټیکو سټروئیدو، انتي بیوتیکو، او د وړانګود درملنې لاندې ناروغانو کې مینځته راځي. هیریس سمپلکس په روغو کسانو کې هم مینځته راتلای شي. (۳۷)

کلینیکي بڼه:

داتاني ازوفازیتس گیلې عبارت دي له ډسفاژیا، اوډینوفاژیا او د ټټر د هډوکي لاندې درد څخه.

د کنديدا البیکان ډیرې ناروغان گیلې نه لري. ټپونه په کنديدا البیکان کې ۷۵ سلنه او په وایروسي ازوفازیتس کې ۲۵-۵۰ سلنه وي. په سائیتومیگالو اتان کې پر ازوفازیتس سربیره بنایي د بدن په نورو برخو لکه رتینا او کولون کې هم پتالوژي وي.

دهیریس سمپلکس ازوفازیتس سره کله کله د شونډو ټپونه (Herpes labialis) هم مل وي. (۳۷)

لابراتواري پلټنې:

دناروغی د پوره تشخیص لپاره اندوسکوپي سره بایوپسي او برش (دمایکرو پیالوژیک او هستولوژیک کتنو لپاره) تر سره کیږي. د کنديدا البیکان ازوفازیتس په اندوسکوپیکو کتنو کې په مری کې خواره خطي، سپین، ژېړ رنگه پلاکونه چې دمخاطي پردې پوری نښتې وي لیدل کیږي.

په سائیتومیگالو وایرس کې د یو څخه تر څو دانو پورې لوی سطحی ټپونه لیدل کیږي. په هیریس ازوفازیتس کې بی شمیره کوچني ژور ټپونه وي.

درملنه

الف: کانديدا البیکان له کبله دمری التهاب

۱- اورو فرنجیل کانديازس لپاره Clotrimazole تر شونه (۱۰ ملي گرامه دورخې پنځه ځله په خوله کې کارول کیږي) یا نساتین سسپنشن (۵۰۰۰۰۰ ټپه دورخې پنځه ځله).

۲- دمری کنديدiazس لپاره پراخه اغیزه لرونکي اتی فنکل لکه فلوکونازول ۱۰۰ ملي گرامه دخولې دلزې دورخې یوځل د ۱۲-۱۴ ورځو لپاره کارول کیږي.

که چیرې ۷-۱۴ ورځو په موده کې درملنه ناکامه شوه نو اندوسکوپي د برشنگ، بایوپسي او کرنې سره تر سره کیږي تر څو کوم بل اتان (سائیتومیگالو وایرس یا هیریس وایرس) نه وي. (۳۷)

د فلوکونازول د ناکامی په صورت کې د Itraconazole سسپنشن د ورځی ۲۰۰ ملي گرامه یا واري کونازول ۲۰۰ ملي گرامه دورخې دوه ځله کارول کیږي. که چیرې د دوی سره هم ټینگار رامینځته شي نو بیا درگ د لازې Caspofungine دورخې ۵۰ ملي گرامه یا امفوتیراسین بي دورخې ۰۰۳-۰۰۷ ملي گرامه نظر په کیلو گرام وزن بدن کارول کیږي. (۳۷)

ب: د سایتومیگالو وایرس له کبله دمری التهاب:

Ganciclovir ۵ ملي گرامه په کیلو گرام وزن د بدن د ورید دلاری هر دولس ساعته وروسته د ۳-۶ اونيو لپاره ورکول کیږي، تروپینایي اړخیزې اغیزې دي.

کله چې گیلې ورکې شوي دخولې دلاری Valganciclovir ورپسې ورکول کیږي چې ۹۰۰ ملي گرام دورخی یوخل کارول کیږي. (۳۷)

که چیري ناروغ ښه نه شو او یا گن سایکلویر یې زغملای نه شو نو Foscarnet ۹۰ ملي گرامه په کیلو گرام وزن د بدن درگ دلاری هر دولس ساعته وروسته د ۳-۶ اونيو لپاره ورکول کیږي.

ناوړه اړخیزې اغیزې یې دپښتورگو بې وسي، هایپوکلسمیا او هایپو مگنیزیم دي.
ج: هرپس سمپلیکس وایرس له کبله دمری التهاب:

معافیت لرونکی ناروغان په گیله ایزه توگه درملنه کیږي د وایرس مخه نیونکي درمل ته اړتیا نشته. معافیت خپلو ناروغانو ته اسایکلویر ۴۰۰ ملي گرامه دخولې دلاری دورخی پنځه ځله یا ۲۵۰ ملي گرامه پر متر مربع درگ دلاری هر ۸-۱۲ ساعته وروسته د ۷-۱۰ ورځو لپاره ورکول کیږي. (۳۷)

Famciclovir ۲۵۰ ملي گرامه دورخی درې ځله او Valaciclovir یو گرام دورخی دوه ځله ورکول کیږي خو د Aciclovir په پرتله گران دی.

که چیري درملنه ناکامه شوه فوس کارنیت ۴۰ ملي گرامه په هر کیلو گرام وزن د بدن درگ دلاری هر اته ساعته وروسته د ۲۱ ورځو لپاره ورکول کیږي. (۳۷)

انزار:

ډیری اتناني ازوفازیتس داغیزمنی درملنې سره بشپړ ښه کیږي که د بدن ټینگار ښکته وي ښایي چې ناروغی بیرته راوگرځي. (۳۷)

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

یو شمیر درمل دمری د مخاطي طبقي سره دنېغ په نیغه د پرله پسې تماس له امله مری خرابوي چې غوره یې عبارت دي له: نن ستروئید د التهاب ضد درمل، پوتاشیم کلوراید، کینیدین، زیل سیټابین، اوسپنه، ویتامین سي، تتراسکلین، دوکسي سایکلین، او

کلیندایا مایسین څخه. افت هغه وخت مینځته راځي کله چې درمل په ملاستې اویا بې له اویو څخه وخورل شي. (۳۷)

په بستر باندې پراته ناروغان ډیر تر خطر لاندې دي. گیلې بې عبارت دي د سینې د هډوکي لاندې درد، اوډینوفاژیا او دسفاژیا څخه چې دگولۍ خورلو څخه څو ساعته وروسته پیدا کیږي. گیلې ناخپه شروع کیږي چې تر څو ورځو پورې دوام مومي. په ځینو ناروغانو کې لکه زار په کسان درد لږ وي خود دس فاژیا څخه گیله من وي.

که چیرې اندوسکوپي ترسره شي په مری کې یو یا څو خواړه سربیرن یا ژور تپونه لیدل کیږي. په ځنډني او شدید ازوفاژیتس کې د تنگوالي، وینی بهیدنی اوسوري کیدو خطر شته. رغیدل ژر تر ژره د درمل د درولو سره پیدا کیږي. دافت دمخنیوي لپاره درمل باید داوبو سره وخورل شي او وروسته دخورلو څخه ۳۰ دقیقې کینښي.

خطري درمل باید د مری په حرکي تشوشاتو، تنگوالي او دسفاژیا کې ورنکړل شي. (۲۲)

دسوزونکو توکو له کبله دمری التهاب (Caustic Esophageal Injury)

دمری کازتیک ناروغي په ناخپي توگه (په ماشومانو کې) یا په قصدي ډول (د خان وزني هڅه، دمایعاتو (اسیدونه، کرستالین، قلوبات) دخورلو څخه پیدا کیږي. دخورلو څخه بې سم دلایسه ناروغ ته د زړه شدیدې سوزش، دسینې درد، دسفاژیا، اټکي وهل پیدا کیږي او د اسپریشن څخه بې ستراییدور او ویزینگ مینځته راځي. (۳۷)

اختلاطات بې عبارت دي له: دمری د سوري کیدلو، دمنصف التهاب یا پریټونیتس، د وینه بهیدنی، تنگوالی او ازوفاژیل تراخیل فستولا څخه. اندوسکوپي دمری د سوري کیدو لامل کیږي ښه ازموینه بې د باریوم تیرول دی. درملنه بې ساتونکي ده (درگ دلزې مایعات، انالجزیک او خواړه). نازوگاستریک لواژ او دخولې دلزې دمیکروب ضد درمل یا اتبي دوت نه ورکول کیږي. دخولې دلزې خورل ۲-۳ و ذرخې وروسته پیلیري پدې شرط چې ناروغ بې وزغملای شي. (۳۷)

اکلاژیا (Achalasia)

پېژندنه:

دمری دښوی عضلاتو حرکي ناروغي ده چې دمري بښکننی معاصره د مړی تیرولو په وخت کې استرخا نه کوي اومری استداري حرکتونه نه لري چې په پایله کې مری پراخېږي. (۳۷، ۳۸)

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

دځنډني چگس (امریکايي تریپانوزومیازسس) ناروغي د اکلیژیا په شان کلینیکي څرگندونې لري. (۳۷، ۳۸)

پتوفزیالوژي:

دمری ددیوال په واگس عصب کې استحالوي بدلونونه منخته راځي او د مای اینتربیک عصبي بڼډل گانگلیونیک ژونکې کمیږي. (۳۲)

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

په ځینې رنځورانو کې د مای اینتربیک بڼډل د سطحی ژونکو د ډوپامین انتقالوونکی پروتین په وړاندې اتی بادي وي. (۳۲)

کلینیکي بڼه:

دایوه غیر معمول ناروغی دی چی ۱:۱۰۰۰۰۰ پری اخته کیږي. بنسټیزې گیلې یې عبارت دي له ډسفاژیا، دسینې درد او ریگورجیشن څخه. نیمایي ناروغانو کې د تهر د هډوکي لاندې درد وي چې دڅورو دڅورلو او د تمرین سره تړاو نه لري څو ساعته دوام مومي چې په ځوانانو کې زیات وي چې د ویگورس اکلاژیا په نوم یادېږي.

ریګورجټیشن او دسپرو اسپریشن هم پېښیدای شي ځکه چې په مری کې زیاته اندازه لیاړی او نا هضم شوي خواړه ساتل کیږي. که په ریفلوکس ازوفازیتس کې دزړه سوځیدل ورک شي اودسفاژیا پیداشي مانا داده چې ازوفازیتس په اکلیریا بدل شویده. یانې په اکلیریا کې دزړه سوځیدل نه وي ځکه چې په مری کې پاتې شوي اوبه او خواړه دمعدې دتیزابو د بیرته گرځیدو څخه مخنیوی کوي.

دناروغی تګ لاره ځندنې ده دسفاژیا او وزن کمیدل په میاشتنو او کلنو کې مینځ ته راځي.

که دکارسینوما سره یوځای وي ناروغ به ډیر وزن بایللی وي. په دودیز ډول دسکواموز کارسینوما لپاره زمینه برابروي. (۲۶، ۳۶، ۳۷، ۳۸)

تشخیص:

۱- دسینې رادیوګرافي: دسینې په رادیوګرافي کې په معده کې د هوا خیال نه لیدل، دابهر تر څنګ یو تیوبولر منصفی کتله لیدل کیږي او منصف پراخه ښکاري دولایې په حالت کې په منصف کې داوبو او هوا خیال لیدل کیږي.

۲- دباريوم دتیرولو په کتنه کې مری پراخه او په پرمخ تللي حالت کې مری سگموئیدی (Swan neck deformity) ښکاري.

۳- په فلوروسکوپي کې د مری په ښکتنې دوه پر دریمه برخه کې نورمال استداري خوځښتونه له مینځه تللي وي. لومړۍ برخه یې دمرغانو د مښوکې په شان تنګه شوې وي چې دمړۍ د ښکتنې معصرې استرخاء راپه گوته کوي.

۴- په مانومیتري کې لاندې بدلونونه ښکاري.

- دمړۍ دښکتنې معاصرې فشار نورمال یا لوړ شوی وي.
- دمړۍ تیرولو په وخت کې یا معاصره استرخاء نه کوي او یا درجه او دوام یې کم شوی وي.
- دمړۍ فشار پورته وي.

د بالون پواسطه پراخوالی ورکول د عضلي رینسو د خیرې کولو له امله د مری د ښکتنی-
 معاصرې فشار ښکته کوي. که د ښه پوه ډاکتر لخوا نوموړی تخنیک تر سره شي نژدې
 ۸۵ سلنه گټور دی. سوري کیدل او وینه بهیدنه ددی کړنې اختلاط دي.
 جراحي مایوتومي چې د هیلوس مانورې یا لپراسکوپي کړنې پرمت تر سره کیږي هم ښه
 کړن لاره ده خو د ریفلوکس ازوفازیتس (امل کیږي) (۲۲)

گاسترایتس او گاستروپاتی (Gastritis and Gastropathy)

پېژندنه:

گاسترایتس هغه حالت ته ویل کیږي چې د معدې په اپي تیلیموم کې دهستولوژي له نظره د التهاب نښې شتون ولري او گاستروپاتي هغه حالت دی چې د معدې اپي تیلیموم یا اندوتیلیموم د کیمیاوي تېپونو یا درگونو د ناروغیو له کبله ويجاړ شوی وي. (۳۷)

وېشنه :

الف: حاد گاسترایتس (Acute Gastritis)

۱- بېرني ایچ پیلوري انتان

۲- نور انتانات لکه بکتريا، Helicobacter Helmani ، Phlegmoneous ، مایکوبکتريال، سفلیس، وایرل، پرازیتیک او فنگسي.

ب: ځنډنی اتروفیک گاسترایتس:

۱- Type A Autoimmune body predominant

۲- Type B H.Pylori related antral predominant

ج: د گاسترایتس غیر معمول ډولونه :

۱- لمفوسایتيک.

۲- ازونوفیلیک.

۳- کرون ناروغي

۴- سارکوئیدوزس.

۵- گرانولوماتوز. (۳۷)

حاد گاسترایتس : (Acute Gastritis)

حاد گاسترایتس د معدې دمخاطي طبقي یو حاد التهابي حالت دی چې ډیری اروسيف یا هیموراژیک وي. په سربیرن اپي تیلیموم کې څرگندې ژونکې بې تروفیل وي. (۳۸)

لاملونه :

۱- اسپرین یا غیر ستروئید التهاب ضد درمل

۲- ایچ پیلوری

۳- الکول

۴- درمل (داوسپنی لرونکي درملونه)

۵- شدید دنده ایز فشارونه لکه سوخیدل، دڅو غړو بې وسي، دمرکزي اعصابو تروما.

۶- دصفرا ریفلوکس (دمعدې دجراحی کړنو څخه وروسته)

۷- وایروسي انتانات لکه سایتومیگالو وایرس، هیرپس سمپلکس، ایډز. (۳۷)

حاد گاسترایتس ځانگړې گیلې نه لري خو بنایي ناروغ د ډیس پیپسیا، زړه بدوالي، کانگو، بې اشتهايي، وینه لرونکو کانگو یا میلانا څخه گیله من وي ډیری پینې یې ډیر ژرې بڼه کیږي او پلټنې ته اړتیا نه پیدا کیږي خو اندوسکوپي او بایوپسي باید د پیپتیک السر او کنسر د ردولو لپاره ترسره شي. (۳۷)

درملنه یې لاملې ده. دلنډې مودې لپاره گیله ایزه درملنه یې د اتني اسید، پروتون پمپ نهې کوونکو درمل یادکانگو ضد درملو (میتاکلوپراماید) ترسره کیږي. (۳۷)

حاد اروسیف او هیموراژیک گاستروپاتی (Acute Erosive and Hemorrhagic Gastritis)

لاملونه:

داروسیف گاسترایتس معمول لاملونه عبارت دي له: نن ستروئید التهاب ضد درمل، الکول، د داخله او جراحی شدیده ناروغی، ستریس، پورتل هایپرشن څخه. نادودیز لاملونه یې دمخرشو توکو خوړل او وړانگې دي. (۳۷)

کلینیکي بڼه:

اروسیف گاسترایتس ډیری بې گیلو وي گیلې یې عبارت دي له زړه بدوالي، بې اشتهايي، اېي گاستریک درد، کانگو، وینه لرونکو کانگو (Hematemesis یا Caffee ground emesis)، او تور قیر رنگه ډکو متیازو (Melana) څخه. (۳۷)

خرنگه چې اروسیف گاسترایتس سریرنه ناروغی ده نوځکه هیموډاینامیک ستونزې په کې لږې وي.

اروسیف گاسترایتس کومې ځانگړې لږاتواري نښې نه لري خوکه چیرې وینه بهیدنه په کې وي نو هیماتوکریټ به ښکته او د اوسپنې د لږوالي د وینه لږې نښې به په ناروغ کې ولیدل شي. (۳۷)

ښه تشخیص یې د اندوسکوپي پرمټ کیرې چې نښې یې عبارت دي له اپي تیلیل هیموراژ، پتي خیاو اروژن څخه دغه اندوسکوپیک نښې ډیرې سریرنې وي چې په شمیر او کچه کې توپیر وي. فوکل یا خپاره وي په هستولوژیک ازموینه کې څرگند التهاب نه لیدل کیري. (۳۷)

ستیریس گاستروپاتی (StressGastropathy):

لاملونښه: دستریس گاستروپاتی لاملونه عبارت دي له: میخانیکي تهویه، د وینې ډرندیدو ناروغی، تروماگانې، سوځیدل (Curling's ulcer)، شاک، سپ سیس، د مرکزي دماغ ناروغی. (Cushing's Ulcer)، د ځیگر او ډپنټورگو بی وسي. (۳۷)

د وینې ډرندیدو ناروغی او هغه تنفسي بی وسي چی د ۴۸ ساعتو څخه ډیرې میخانیکي تهویی ته اړتیا لري ډیر زیات خطري دی.

پدې ناروغیو کې د ۷۲ ساعتو په موده کې مخاطي پوښ گریدنه (ایروژن) او دا پي تیلیل لاندې وینه بهیدنه پیدا کیري.

کلینیکي ښکاره وینه بهیدنه په ۲ سلنه پښنو کې پیدا کیرې خو د شدیدی وینې بهیدنې پښې چې چټکې درملنې ته اړتیا لري د ۳ سلنو څخه لږ دی. د وینې بهیدنې سره د ناروغ ټول عمومي حالت خرابیري خو مړینه په کې لږه ده. (۳۷)

NSAIDs درملو له کبله گاسترایتس:

هغه ناروغان چې غیر ستروئید التهاب ضد درمل اخلي د کلینیک له نظره ۲۵-۵۰ فیصده گاستریتس ۱۰-۲۰ سلنه السر او ۵ سلنه ډیس پیسیا گیلې لري.

د ډیس پیپسیا یوازې هغه ناروغان اندوسکوپي شي چې د خطر نښې (لکه د گیلې ډیډید درد، وزن بایلل، کانګې، او کولمو وینه بهیدنه، انیمیا) لري ددې درملو اړخیزې اغیزی د دوا د پریښودلو، دوز کمولو او یا د ډوډی سره یوځای خوړلو سره کمېږي. (۳۷)

الکولیک گاستروپاتي (Alcoholic Gastropathy):

الکول دمعدې مخاطبي طبقي وچاړوي زیات څښل یې د دس پیپسیا، کانګو او دلېر وینه لرونکو کانګو لامل کیږي. (۳۷)

پورتل هایپر تنسیف گاستروپاتي (Portal Hypertensive Gastropathy):

د پورتل هایپر تنشن له کبله دمعدې دمخاطبي طبقي او دهغه دلاندې وریدونو کې وینه دمه کیږي چې ډیری ناروغان گیلې نه لري خو په ۱۰ سلنه کې وینه بهیدنه پیدا کیږي بنکاره وینه بهیدنه او وینه لرونکې کانګې ډیرو لږو ناروغانو کې وي. (۳۷)

تشخیص:

په گاسترایتس کې کومې ځانګړې لابراتواري ازموینې نشته خو که وینه بهیدنه ډیره وي هیما توکریت به بنکته او د اوسپنی د لږوالي انیمیا به شته وي. (۳۷)

ځانګړې ازموینې:

۱- اندوسکوپي: د گاسترایتس د تشخیص لپاره دمعدې او کولمو د پورتنۍ برخې اندوسکوپي ښه ازموینه ده. همدرانګه د اندوسکوپي پرمته د پیپتیک السر، دمړۍ د واریسز او د گاسترایتس د وینه بهیدنې تر منځ توپیر کولای شو. دمعدې او کولمو د پورتنۍ برخې په وینه بهیدنه کې باید د ۲۴ ساعتو په موده کې اندوسکوپي وشي.

۲- رادیوګرافي: دمعدې او کولمو د پورتنۍ برخې پرله پسې رادیوګرافي باید تر سره شي.

۳- په هستولوژیک ازموینو کې څرګند بدلون نه لیدل کیږي. (۳۷)

توپيري تشخیص:

د گاسترایتس توپيري تشخیص دلاندې ناروغیو سره کیږي:

الف: هغه ناروغي چې داپي گاستریک برخې د درد لامل کیږي. پیپتیک ټپونه، گاستروازوفازیل ریفلکس، دخوړو تسمم، وایروسي گاسترو انتریتس، دس پیپسیا

ب: هغه ناروغی چې داپي گاستریک برخې د ډیر شدید درد لامل کیږي. سوری شوی پیپتیک السر، پني تراټینګ السر، دپانکراس ناروغی، دمری څیری کیدل، دابهر د انیوریزم څیری کیدل، دمعدې تاویدل، مایوکارډ کولیک.

ج: هغه ناروغی چې دهضمی پورتنی لارې دویني بهیدني لامل کیږي. پیپتیک السر، ازوفازیل واریسیز، میلوري وایس سندروم، شریاني وریدي خراب جوړیدل. (۳۷)

د حاد گاسترایتس مخنیوی :

لږ خوړل : ژر ژر لږ خوړل دمعدې اسیدی افرازات نهی کوي، د الکولو پریښودل، دسگریټ نه څکول، د درد ضد درملونو بدلول (اسپرین او بروفین په اسیتو امینوفین بدلول)، د داکتر سپارښت منل، دستریس گاسترایتس د مخنیوي لپاره دایچ دوه رسپتور اتاګونیست یا دخولې دلارې پروتون پمپ نهی کوونکي درمل او یا سکرال فټ ورکول کیږي چې ۵۰ سلنه اغیزه لري په شدیدو حالاتو کې که څه هم د اسید افرازیدل نارمل او یا بنکته وي خو دمعدې پی ایچ باید د ۴ څخه لوړ وساتل شي. (۲۹)

درملنه:

که د ستریس په مهال وینه بهیدنه پیدا شوه پروتون پمپ نهی کوونکي درمل (ایزو میپرازول، لانسوپرازول یا پانتوپرازول لومړی ځل د ورید د لارې ۸۰ ملي گرام د انفیوژن په ډول وروسته په پرله پسې توګه په ساعت کې ۸ ملي گرامه) او سکرال فټ شربت هم ورکول کیږي. (۳۷)

د وینې بهیدني دلامل د موندلو لپاره اندوسکوپي ترسره کیږي. که لامل یې خپور گاسترایتس وي اندوسکوپیک هیموستازس ګټه نه لري.

که گاسترایتس دنن ستروئید التهاب ضد درمل له کبله وي نو د درملنې لپاره د پروتون پمپ نهې کونکي (اومپرازول، رابي پرازول، ازومي پرازول دورخی ۲۰-۴۰ ملي گرامه، لانسوپرازول دورخی ۳۰ ملي گرامه، پانتوپرازول د ورخی ۴۰ ملي گرامه، د ۲-۴ اونيو لپاره ورکول کېږي که گيلې ښی نه شوي نو اندوسکوپي ترسره کېږي.

د الکولیک گاسترایتس د درملنې لپاره ایچ دوه رسپتور بلاکر، پروتون پمپ نهې کونکي یا سکرال فټ د ۲-۴ اونيو لپاره ورکول کېږي.

د پورتال هایپر تنسیف درملنې لپاره پروپرانولول یا ناپولول ورکول کېږي که د بیتا بلاکر سره درملنه بریالی نشوه پورتل ډي کمپریشن ترسره کېږي. (۳۷)

ایچ پیلوري له کبله حاد گاسترایتس (Helicobacter pylori Gastritis):

ایچ پیلوري یوه گرام منفي بکتريا ده چې د معدې دمخاطي پوښ لاندې اپي تیلیدل ژونکو ته نږدی اوسېږي. خپریدنه یې د یو کس څخه بل کس ته (په تیره ماشومانو کې) د ککړو اوبو او فیکل خولې دلارې ترسره کېږي.

د معدې دمخاطي طبقي التهاب او ټپ د ایچ پیلوري د دوو جینونو Vac-A او Cag-A له امله مینځته راځي.

د ناروغۍ په حاد پړاو کې د گیلې درد او زړه بدوالی وي چې څو ورځې دوام مومي. په هستولوژیکه ازموینه کې د پي ام ان ژونکو انفلتریشن شتون لري.

په ځنډني گاسترایتس کې په مخاطي طبقه کې د پي، ام، ان او لمفوسیت ژونکو انفلتریشن وي.

هغه ناروغۍ چې د ځنډني ایچ پیلوري له کبله مینځته راځي عبارت دي له اتروفیک گاسترایتس، د معدې ټپ، کنسر، Mucosa associated lymphoid, Tissue

Lymphoma, (Maltoma) او ډیس پیپ سیا څخه. (۲۲، ۳۷)

الف: د ایچ پیلوري د تشخیص لپاره Non invasive ازموینې:

۱- سیرالوژي: سیرالوژي اسانه ازموینه ده خو تشخیصی ارزښت ئې لږ دی.

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

۳- Fecal Antigen Immuno Assay او Urea Breath Test (C¹³) ډیره ښه ازموینه ده. ۹۵ څخه زیاته سلنه کې ناروغي تشخیصوي.

پروتون پمپ نهې کونکي ددې دوو وروستیو ازموینو حساسیت کموي خو په سیرالوژیکي ازموینې باندې اغیزه نه لري.

ب: اندوسکوپي

په روتین ډول د ایچ پیلوري د تشخیص لپاره اندوسکوپي نه تر سره کېږي خو که د بلې ناروغۍ لپاره ترسره شي نو باید د ایچ پیلوري د پیژندلو لپاره بایوپسي واخیستل شي. د ایچ پیلوري د فعال اتان د تشخیص لپاره چټک یوریز ازموینه وشي چې دا ازموینه ارزانه ده ۹۰% ناروغي تشخیصوي.

که وینه په فعاله ډول بهیرې او یا ناروغ پروتون پمپ نهې کونکي اخلي د اتان د څرگندولو لپاره هستولوژیکي ازموینې غوره دي. د هستولوژیکو ازموینو لپاره بایوپسي باید د اتروم او باډي څخه واخیستل شي. (۲۲، ۳۷)

ځنډنی اتروفیک گاسترایتس (Chronic Atrophic Gastritis):

په دې حالت کې د التهابي ژونکو ارتشاح د میوکوزا په ژوره طبقه کې وي په مخاطي ژونکو کې مخاط او په گلاندولار ژونکو کې میتوزسس کمیږي او غدوات ویجاړېږي. (۲۲)

تایپ ای ځنډنی اتروفیک گاسترایتس (Chronic Atrophic Gastritis Type-A): دا ډیره نادره ناروغي ده چې ډیری فنډس او باډي پرې اخته کیږي. د پرینشس انیمیا (PA) سره یوځای وي. پدې ناروغۍ کې د دیوالي ژونکو او اتترین زیک فکتور په ضد دورانتي انتي باډي مینځ ته راځي نو لدې امله ورته اتوامیون گاسترایتس وايي.

د دیوالي ژونکو د اخته کیدو له امله اکلوروهایدریا مینځته راځي. دمعدی د اسید د نشتوالي په مهال د جی ژونکو څخه زیات گاسترین ازادېږي چې د هایپرگاسترینیمیا لامل کیږي. (۲۲)

په پرنشس انیمیا کې د گاسترین کچه د 500 pgm/ml څخه لوړه وي او د اسید د لږوالي له امله اتروکرومافین ژونکې هایپرپلازیا کوي چې دا د گاستریک کارسینوئید تومور لامل گرځي.

داینټریزیک فکتور ضد انټي باډي له کبله د ب ۱۲ ویتامین د لږوالي انیمیا مینځته راځي چې د دې انیمیا له کبله میگالوبلاستیک انیمیا او د عصبي دندو خرابوالی پیدا کیږي.

د دیوالي ژونکو ضد انټي باډي او اتروفیک گاسترایتس د پرنشس انیمیا ناروغانو د کورنۍ په نورو غړو کې هم وي. دا انټي باډي ۲۰ سلنه په هغه خلکو کې چې عمر یې د ۲۰ کلنۍ څخه زیات وي او ۲۰ سلنه په هغه ناروغانو کې چې په وایتیلیگو او اډیسن ناروغۍ اخته وي لیدل کیږي.

ټایپ بی ځنډنی اتروفیک گاسترایتس (Chronic Atrophic Gastritis Type-B):: د ځنډني گاسترایتس یو دودیز ډول ده چې په اتروم کې وي. ایچ پیلوري یې غوره لامل دی. د ۱۵-۲۰ کالو په موده کې په پان گاسترایتس بدلیږي. د عمر په زیاتیدو سره یې پېښې ډیرېږي. ان تر دې چې د ۷۰ کلنۍ څخه وروسته ۱۰۰ سلنه وي. دا ایچ پیلوري د درملنې سره بڼه کیږي.

د ځنډني ایچ پیلوري د اتان له کبله اتروفیک گاسترایتس، گاستریک اتروفي، میتاپلازیا او په پای کې گاستریک اډینوکارسینوما پیدا کیږي.

د ایچ پیلوري ریښه ایستونکی درملنه د کنسر د مخنیوي لپاره په دوعمومی توګه نه کارول کیږي. (۲۲)

د گاسترایتس ځانگړي ډولونه:

۱- انتاني گاسترایتس (infectious Gastritis):

د معدې د سب مېوکوزا او عضلي طبقو حاد بکتریايي اتانات (ایروبیک او ان ایروبیک) نادراً د شدیدو او ژوند ویرونکو ناروغیو (Phlegmoneous یا Necrotizing) لامل کیږي چې په چټکۍ سره د پراخه اغیزه لرونکو میکروب ضد درملو پواسطه درملنه کیږي.

وایروسي اتانات لکه (سایتمیگالوویرس) په ایډز، د جامد غړیو اوبون میرو ترانس پلانټ ناروغانو کې د گاسترایتس لامل کیږي او په اندوسکوپي کې د معدې فولډونه پلن وي.

فنگسي اتانات (لکه کانیدا) په معافیت خپلو ناروغانو کې د گاسترایتس لامل کیږي.

انیساکیس مارینا لاروا په هغه کسانو کې چې اومه کبان خوري د گیډې د شدید درد لامل کیږي او تر هغه پورې دوام مومي تر څو چې لاروا مړه شي او یا د اندوسکوپي پر مه وویستل شي. (۳۷)

۲- لمفوسایټیک گاسترایتس (Lymphocytic Gastritis):

دایوه ناخرگنده ناروغي ده چی گیلې او نښې یې عبارت دي له د گیډې په متناوب درد، زړه بدوالي او کانگو خخه او په اندوسکوپي کې د معدی مخاطي طبقه کې اروژن او واریولوفارم (پکس ته ورته) ښکاري. په بایوپسي کې خپور لمفوسایټیک گاسترایتس لیدل کیږي. اغیزمنه درملنه نه لري. (۳۷)

۳- ازونوفیلیک گاسترایتس (Eosinophilic Gastritis):

دا نادره ناروغي ده چی په اتروم او کله کله د کولمو په نژدې برخه کې په مخاطي عضلي او سیروز طبقو کې ازونوفیل ژونکی انفلتریشن کوي. دویني دازونوفیل شمیر زیات وي. گیلې یې عبارت دي له وینه لري، د گیډې درد، وروسته د ډوډۍ خورلو

خخه د کانگو او زرژر مړیدلو خخه. د درملنې لپاره کورتیکوسټروئید ورکول کیږي.

۴- گرانولوماتوز گاسترایتس Granulomatase Gastritis

هغه گرانولوماتوز ناروغی چې د گاسترایتس لامل کیږي عبارت دی له: کرون ناروغی، ایچ پیلوري، توبرکلوز، سفلیس، فنګسي اتانات، سارکوئیدوزس خخه. په دې ناروغیو کې د هضمي سيستم گیلې کمې او یا نه وي. (۳۷)

پیپتیک السر (PU) Peptic Ulcer

پېژندنه :

پیپتیک السر دمعدی، اثنا عشر او د مری دنني طبقی د خلاص تپ څخه عبارت ده چې پراخوالی یې د پنځو ملي مترو څخه زیات او ژوروالی یې ترمیوکوزا لاندې پورې وي یا په بل عبارت که د التهابی وتیری له امله دمعدې او اثنا عشر مخاطی طبقه په بشپړ ډول له مینځه لاړ شي د تپ په نوم یادېږي. (۴۰، ۲۱، ۵)

اروژن هغه حالت ته وایي چې ویجاړیدنه یواځی دمخاطی طبقی په اپی تیلیل کې وي چې ښایي څو ورځو کې ښه شي.

دځای له نظره تپ په معده، اثنا عشر، مری، دکوچنی کولمو په هغه برخه کې چې گاسترواینتریک انستوموزس سره نژدې وي او مایکل دایورتیکل کې (چې په ولادي ډول دیوالي ژونکی پاتې وي) مینځته راځي. د پیپتیک تپ غوره گیلده د اپی گاستریک ناحیې درد ده. (۴۰، ۲۱، ۵)

اپیدیمولوژي:

۱- د اثنا عشر تپ (Duod and Ulcer):

۱۵-۲ سلنه د لویدیځ وگړي د اثنا عشر تپ لري. پېښې یې د ۱۹۲۰ څخه تر ۱۹۸۰م پورې لږې شوي.

هرکال په امریکا کې ۵۰۰۰۰۰ نوې پېښې پیدا کېږي. د جراحی او د داخلي د درملنې له امله د ۳۰ کالو راهیسې ۵۰% څخه زیاتې پېښې کمې شوي چې لامل یې د ایچ پیلوري له مینځه وړل دي. (۲۱، ۴۰، ۵)

د ایچ پیلوري د پېژندلو څخه پخوا د درملنې څخه وروسته دناروغی بیرته راگرځیدنه زیاته وه خو د ایچ پیلوري د ریښې ایستونکې درملنې سره د ناروغی د بیرته راگرځیدو کچه ډیره ټیټه شوې. (۳۷، ۲۲)

د اثنا عشر د تپ پېښې پنځه ځله دمعدې د تپ په پرتله ډیرې دي چې دځای له انده

۹۵% په بصله يا پيلوریک کانال کې وي.

د اثنا عشر د تپ د پيښيدو عمر د ۳۰-۵۵ کالو تر مينځ دی. دنارینه او بنځو تر مينځ اندول ۱:۳، ۱ دی (۲۲، ۳۷)

۲- دمعدې تپ (Gastric ulcer):

دمعدې تپ د عمر له مخې د ۵۵ او ۷۰ کالو تر مينځ پيدا کيږي. په نارينو کې يې کچه زياته وي.

ددې پيښې دن ستروئيدل التهاب ضد درملو (ان لږ دوز اسپرين) دزيات کارولو له امله ډيري شوي.

دگاستريک السر دگيلو دنشتوالي اويا کموالي له امله يو گڼ شمير ناروغان ډاکټر ته هغه وخت درومي چې ناروغي يې اختلاطي شوی وي (۲۲، ۳۷)



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

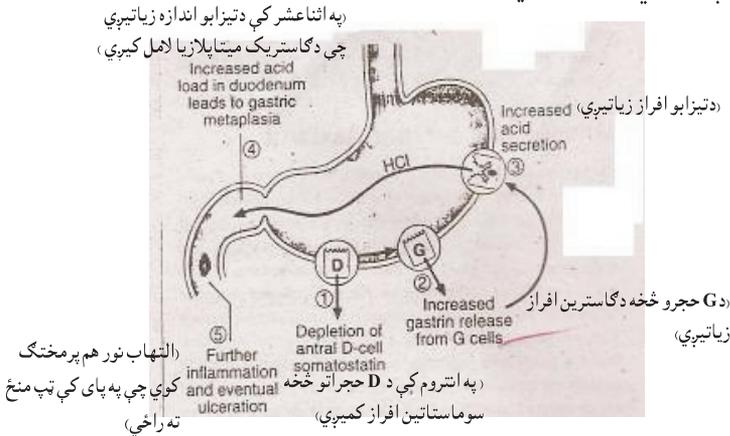
دمعدې فزبالوژي:

معهه درف داره اپي تيليوم پواسطه پوښل شوي چې دهغې د ژونکو خنځه دمعدې غدوات جوړ شوي. دغه غدوات مخاطي او اندوکرايني ژونکې لري. په فندس او انتروم کې ديوالي ژونکې دي چې هايډروکلوريک اسيد او انټريټيسېک فکتور (ويتامين ب

۱۲ جذب لپاره اړين دی) افزوي

په باډي کې د چيف ژونکې دي چې پپ سينوجن افزوي.

په انټروم کې د دیوالي ژونکو څخه برسیره یو شمیر نورې ژونکې هم شته لکه جی ژونکې چې گاسترین، ډی ژونکې سومستاتین او مخاطي ژونکې میوکوزا افرازي. هایدروکلوریک اسید او پیپ سینوجن د معدې د بنسټیزو افرازاو څخه دې چې د معدې مخاطي طبقه ماوفوي. (۱۸، ۲۲)



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

د معدې تیزاب په نارمل او تنبهي حالت کې ازادېږي. په نارمل يا بزل حالت کې د معدی تیزاب په څلورويشت ساعتو کې د واگس عصب تر کنټرول لاندې افرازيږي چې د شپي لخوا زیات او په سهار کې لږ وي. (۱۸، ۲۲)

پارونکي حالت يې هستامينونرژیک رسپټورونو پورې تړاو لري چې دهستامين د پارونې پواسطه د انټروکرومافین ژونکو څخه ازادېږي.

د معدی تیزاب په درې پړاوونو کې مینځته راځي. (۱۸، ۲۲)

۱- سفالیک پړاو (دماغي پړاو):

دا پړاو د خوړو په لیدلو، بویولو او مزى سره پیلېږي چې د واگس عصب د تنبه له کبله تیزاب افرازيږي. (۱۸، ۲۲)

۲- گاستریک پړاو (د معدې پړاو)

پدې پړاو کې د تیزابو افراز پدو میکانیزمونو پورې اړه لري. (۱۸، ۲۲)

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

ب: دخوراکي توکو امينو اسيدونو او امينونه د گاسترين افراز هڅوي. (۱۸، ۲۲)
۳- دکولمو پړاو:

کله چې خواړه کولمو ته دننه شي دکولمو د پراخوالي او خوراکي توکو له کبله تيزاب افرازېږي. سوماتوستاتين د معدې د ډي ژونکو څخه دهايډروکلوريک اسيد د تنبه له کبله افرازېږي چې دا د تيزابو افراز مستقما او غير مستقما نهې کوي مستقما يې د ديوالي ژونکو څخه ازاديدل نهې کوي او غير مستقما يې داينټيروکومافين ژونکو څخه د هستامين او د جي ژونکو څخه دگاسترين افرازيدل نهې کوي. (۱۸، ۲۲)

هستامين، گاسترين او استيل کولين د ديوالي ژونکو څخه د تيزابو ازاديدل هڅوي. پروستاگلاندين، سوماتاتين او ابي درمل گروت فکتور د تيزابو ازاديدل نهې کوي. (۱۸، ۲۲)

H-K ATPase انزيم په ديوالي ژونکو کې شته چې په لوړه کچه د هايډروجن ايون دنوموړو ژونکو د سايتوپلازم څخه افرازي او کاناليکول ته يې دپوتاشيم په ځای دننه کوي تر څو چې د تيزابو په بياجوړيدو کې ونډه واخلي. دا انزيم د پروتون پمپ نهې کوونکو درملو پواسطه نهې کېږي.

ايچ دوه رسپتور اتاگونست درمل هستامينونرژيک اخذی بلاکوي. د چيف ژونکې دمعدې په فندس کې ځای لري چې پيپ سينوجن جوړوي. پيپ سينوجن يو غير فعال پيپتايد دی چې په تيزابي چاپيريال کې ($PH < 2.0$) په فعال پيپتايد (پيپ سين) بدلېږي د پيپ سين فعاليت په پي ايچ ۴ کې کمېږي. (۱۸، ۲۲)

دمعدې او اثناعشر ويجاړونکي فکتورونه:

دمعدې ابي تيليوم دتل لپاره د اندوجينوس (هايډروکلوريک اسيد، پيپ سين، پيپ سينوجن او صفراوي مالگي) او اکروجينوس (درملونه، الکول، بکټرياو زيان رسونکو توکو تر خطر لاندی دی چې دمعدې د ټپ لامل کېږي. (۲۲)

دمخاطي طبقی دفاعي او د بیا رغونې سیستم:

د ویجاړونکو فکتورونو په وړاندې درې دفاعي او د بیا رغونې لیکې شته چې د تپ د مینځ ته راتگ څخه مخنیوی کوي. هر کله چې دفاعي او د بیا رغونې میکانیزمونه ناکام شي تپ مینځته راځي چې میکانیزمونه عبارت دي له:

I: پري ابي تیلیل

پدې لیکه کې مخاط، بای کاربونیت او برسیرن فاسفولپید گډون لري دا لیکه د هایډروکلوریک اسید او پپ سین د بیا دیفوژن څخه مخنیوی کوي او چاپیریال قلوی کوي. (۲۶)

د بای کاربونیت افزایش د کلسیوم، پروستاگلانډین، کولي نرژیک عصب او تیزابو پواسطه تنبه کیږي او د NSAID پواسطه نهی کیږي. (۲۶)

II: ابي تیلیل: پدې لیکه کې:

۱: ژونکیز ټینگار زیاتېږي.

۲: مخاطي سطحه د هایډروجن ایون د بیا دیفوژن څخه مخنیوی کوي.

۳- بیا رغونه: د معدې ابي تیلیل ژونکې ناروغه ځای راچاپیره او رغوي.

۴- دودې فکتور: د ابي تیلیل ژونکو د ډیروالی لپاره ابي درمل گروت فکتور او فبروبلاست گروت فکتور ازادېږي. (۲۶)

۵- انجیوجینیزس: په ناروغه ځای کې نوي رگونه جوړېږي.

۶- په ناروغه ځای کې ابي تیلیل ژونکې ډیروالی مومي.

۷- پروستاگلانډین: اغیزې يې عبارت دي له:

الف: دمخاط او بای کاربونیت افزایش هڅوي.

ب: دمخاط دوینې بهیر زیاتوي.

ج: هایډروکلوریک اسید افزایش نهی کوي.

د: د ابي تیلیل ژونکو رغول زیاتوي. (۲۶)

III: سب اپي تیلیل: د مخاط لاندې په سب میوکوزا کې دوینې بهیر زیاتیرې ددې لپاره چې:

الف: د بای کاربونیت کچه زیاتیرې.

ب: دناروغه ځای خواړه ډیر کړي.

ج: ناروغه ځای ته اوکسیجن ولیږدوي.

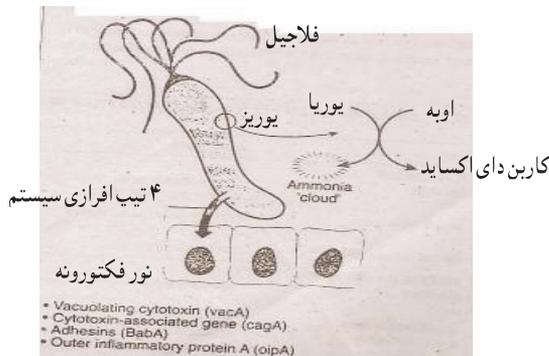
د: د ناروغه ځای څخه زهرجن توکي لیري کوي. (۲۶)

لاملونه:

الف: هیلیکوبکتر پیلوري او پیټک السر

بکتریا لوزي:

دایوه گرام منفي بکتریا ده چې د ایچ پیلوري پنوم یادیرې خوځنده دی او دفلاجیل لرونکی ده. دمعدې د مخاطي طبقې په ژوره برخه او یا دمخاطي او اپي تیلیم طبقه تر مینځ اوسېږي. اتان لومړی په انتروم کې وي وروسته د وخت په تیریدو سره دمعدې د تږدې برخې خواته راځي. داپه اسانۍ سره په کوکوئید شکل (چې د ډیرې مودې لپاره دناوړه شرایطو له امله پټ پاتې کیږي) بدلېږي. (۲۶)



(۴-۱) شکل هغه فکتورونه چې د ایچ پیلوري ویرو لینسي پورې اړه لري (۳۸)

اپیدیمولوژي:

په صنعتي هیوادونو کې د ایچ پیلوري پېښې ورو ورو د عمر په زیاتیدو سره زیاتېږي. په انگلستان کې هغه خلک چې عمر یې د پنځوس کالو څخه زیات دی پنځوس سلنه اتان لري. مخ پر ودې هیوادونو کې که اتان یې په ماشومتوب کې اخیستی وي ۹۰ سلنه به یې تر ځوانۍ پورې اتان ولري. (۲۲)

زیاتره ککړ خلک یې گیلو وي او یا لږې گیلې لري. نژدې ۹۰ سلنه د اثنا عشر تپ او ۷۰ سلنه د گاستریک السر ناروغان د ایچ پیلوري اتان لري او د پاتې ۳۰ سلنه گاستریک السر لامل NSAIDs دي. (۲۲)

د ایچ پیلوري لپاره زمینه برابرونکي فکتورونه.

۱- د اقتصادي او ټولنیز حالت خرابوالی.

۲- د پوهې د کچې کموالی.

۳- مخ پر ودې هیوادونو کې زیات زیږون او یا گډه اوسیدل.

۴- د کورنۍ د وگړو گڼ والی.

۵- د روغتیايي حالت خرابوالی.

۶- د ناپاکو خوړو خوړل.

۷- د ککړ کس د معدې د مینځ پانگي سره اړیکې. (۲۲)

ایچ پیلوري د یو کس څخه بل کس ته د خولې یا فیکل خولی د لارې لېږدول کیږي.

په امریکا کې د ۳۰ کالو پخوا په پرتله د ایچ پیلوري پېښې ۵۰ سلنه څخه زیاتې کمې شوي. (۲۲)

پتوجینز او پتوفزیالوژي:

په رښتیا سره ایچ پیلوري زیاتره د ځنډني گاستریټس لامل کیږي خو یوازی ۱۰-۱۵% ککړو کسانو کې پښتیک السر مینځته راځي. هغه فکتورونه چې د ایچ پیلوري د ناروغی په مینځته راتلو کې ونډه لري عبارت دي له:

۱: بکتریايي فکتورونه:

ایچ پیلوری ددې توان لري چې په اسانې سره په معده کې و اوسېږي مخاط و یجاړ او دکوربه دفاعي حالت خراب کړي. دایچ پیلوري بیلا بیلا ډولونه بیلا بیلا وایرولنس فکتورونه لري. (۲۲)

۱- پتوجینک وایرولنس فکتورونه عبارت دي (Vaculating cytotoxin-A (VaCA ، Cytotoxin associated gen (Cag-A او Pic-B

۲- یوریز: ددې انزایم پواسطه امونیا جوړوي ترڅو چې اتان خپل شاوخوا چاپیریال د اوسیدو لپاره قلوي کړي. (۲۲)

۳- سطحي فکتور: دافکتور د تروفیل او مونوسیت ژونکو کیموستاسیز کموي ترڅو اپي تیلیل ژونکې اغیزمنې کړي. (۲۲)

۴- اډهیزین: ددې پواسطه د اپي تیلیل ژونکو پورې ځان نښلوي.

۵- پروتي ایز او فاسفولیبیز د گلايکو پروتین او شحمي پورې څیرې کوي.

۶- دایچ پیلوري د لپوپولي سکراید امیونولوژیک فعالیت لري. دی چې دځنډني التهاب لامل کیږي. (۲۲)

۲: دکوربه فکتورونه:

۱- دایچ پیلوري په وړاندې دکوربه التهابي غبرگون دادی چې ویجاړ ځای ته تروفیل، لمفوسیت، مکروفاژ او پلازما ژونکی لېږدوي.

۲- په ناروغه ځای کې د سائتوکینونو (Interlukin(IL) α/β ، IL2، IL6 ، Tumor Necrose Factor alfa) TNF α او γ iL کچه لوړېږي. (۲۲)

۳- ایچ پیلوري په کوربه کې مخاطي او سیستمیک همورال غبرگون فعالوي خو داتان په له منځه وړلو کې کومه گټه نه لري.

۴- دفعال تروفیل په منځگړیتوب ریاکتیف اوکسیجن اونايتروجن مینځ ته راځي چې د اپي تیلیل دویجاړیدو لامل گرځي. (۲۲)

ایچ پیلوری په گاستریک ډوله اپی تیلیم کې چې یوازې په اثنا عشر کې شتون لري کالوني جوړوي چې د گاستریک میتاپلازیا او د انترال گاستریتس لامل کیږي. د گاستریک ټپ په مینځته راتلو کې د ایچ پیلوری پتوجنیز نښه ښکاره نه ده خو ښایي چې د مخاطي طبقه ټینګښت د تیزابو او پیپ سین په وړاندې لږ کړي. تژدې یو سلنه ککړو خلکو کې ایچ پیلوری د پان گاستریتس لامل کیږي چې ددې له کبله گاستریک اتروفي او هاپیو کلورو هایدريا مینځ ته راځي چې په معده کې دانتان د ډیروالي لپاره زمینه برابروي. همدارنگه پدې دواړو حالاتو کې د خوړو نایتريت څخه میتوجینیک نایتريت جوړیږي چې د معدې د کارسینوما لپاره برابر ونکي فکتور دی. (۲۲)

ب- Nonsteroidal anti inflammatory drugs (NSAIDs) له کبله ټپ:

د نن ستروئید التهاب ضد درمل د پرله پسې کارولو له امله د معدې د ټپونو پېښې ۱۰-۲۰% او د اثنا عشر د ټپونو پېښې ۲-۵ سلنه دي. د ټپ اختلالات لکه سوري کیدل، وینه بهیدنه او مړینه په هغه خلکو کې چې دا درمل کاروي درې ځله زیات دی. (۲۲)

د نن ستروئید التهاب ضد درمل له ډلې څخه اسپرین ان په ډیر کم دوز (۸۱-۱۶۲ ملي گرامه) او پایروکسیکم ډیر او بروفین لږ السروجینک دي.

نن ستروئید التهاب ضد درمل Cylo oxgynase-1 (COX-1) (په معده، پښتورگو او ترمبوسیت کې دی او COX-2 (په مکروفاژ، لوکوسیت، فیروبلانست او ساینویل ژونکو کې دی) نهی کوي. (۲۲)

دا انزایم پروستاگلاندین جوړوي. پروستاگلاندین په معده کې سائتوپروټیکتيف اغیزې لري. د پروستاگلاندین د کموالي له کبله د تیزابو افراز زیاتېږي. د مخاط بای کاربونیت او برسیرن فعال فاسفولیپیدو افرازات کمیږي. د اپی تیلیل ژونکو پرولیفیریشن خرابیږي چې په پایله کې د مخاطي پوښ ټینګار د اسید په وړاندې له مینځه ځي او ټپ پیدا کیږي. (۲۲)

د نن ستروئید التهاب ضد درمل د اختلاطاتو خطر په لاندې حالتو کې ډیر دی.

- ۱- که دناروغ عمر د ۲۰ کالو څخه زیات وي.
 - ۲- که ناروغ د پیتیک تپ پخوانی تاریخچه ولري.
 - ۳- ددې درملو د اړخیزو اغیزو تاریخچه شتون ولري.
 - ۴- که د کورتیکو ستروئیدو یا اتني کواگلانت سره گډ وکارول شي.
 - ۵- په لوړ دوز سره کارول.
 - ۶- شدید داخلي ناروغی.
 - ۷- دازاپروپازون، پایروکسیکم او کیتوپروفین سره ډیر او دبروفین سره لږ وي. (۲۲)
- انتخابي NSAIDs لکه Celecoxib او Refecoxib په COX2 باندې زیاته او په COX-1 باندې لږه اغیزه لري له دې امله دنوموړي درملو د کارولو سره د تپ او دهغه اختلاطاتو پېښې تر ډیرې کچې کیمدای شي.
- ایچ پیلوري دنن ستروئید التهاب ضد درمل په کارونکو کې د تپ د پیداکیدو چانس درې ځله زیاتوي. (۲۲)

ج: سگرت شکل :

سگرت څکول د پیتیک تپ په مینځته راتلو کې ونډه لري میکانیزم یې ښکاره نه دی خو لاندې اړیکې د سگرت او تپ تر مینځ شته:

- ۱- په سگرت څکونکو کې دنه څکونکو په پرتله دمعدې او اثنا عشر د تپ مینځ ته راتگ ډیر دی.
- ۲- سگرت د تپ رغیدل ځنډوي.
- ۳- د درملنې ځواب خرابوي.
- ۴- د تپ د اختلاطاتو (لکه سورې کیدل) خطر ډیروي.
- ۵- داسی اند شته چې د اثنا عشر د بای کاربونیت افراز کموی او د ایچ پیلوري اتنان خطر زیاتوي. (۲۲، ۴۱)

د: ارثیت:

دارثیت او د پیتیک السر ناروغی تر مینځ اړیکه ښه څرگندې نه دي خو د تپ خطر په لومړي نسل کې زیات دی. ایچ پیلوري هم په ارثي توګه د تپ په مینځته راتلو کې ونډه لري، دوینې 0 ګروپ لرونکي او نن سګری توري خلکو کې زیات پیدا کېږي. (۲۶)

ه: داسید او پپسین په وړاندې دمخاطی طبقه مقاومت:

پیتیک تپ هغه وخت مینځ ته راځي چې دمخاطی پوښ د ساتونکو او ویجاړونکو فکتورونو تر مینځ انډول خراب شي. (۲۶)

و: سیکالوژیک فشارونه:

سیکالوژیک فکتورونه لکه نیوروتیزم هم د تپ په مینځ ته راتلو کې مرسته کوي.

(۲۱، ۹)

ز: خواړه:

ځینی خواړه هم د پیتیک تپ په مینځ ته راتلو کې (لکه الګول و کافین) ونډه لري.

(۲۶)

ح: ځنډنې ناروغی:

ځنډنې ناروغی لکه سیستمیک ماستوسایتوزس، دسپرو، پښتورگو او ځیګر ځنډنې ناروغی، د پښتورگو تیرې، د الفایو اتسي تریپسین کموالی، هایپرپاراتائیرویدزم، د اکللیلي رګونو ناروغی، پولي سائیتیمیا او ځنډنې پانکراتائیتس) د پیتیک السر په مینځ راتلو کې مرسته کوي. (۲۶)

د اثنا عشر تپ (Duodenal Ulcer):

کلینیکي ښه:

پیتیک السر یو اوږد مهاله ناروغی ده چې کله کله پخپل سر ښه کېږي او تر کلنو پورې دوام مومي. غوره ګیله یې د اپي ګاستریک ناحیې درد دی چې لاندې صفتونه لري.

- ۱- د درد ځای: دوه پر درې ناروغانو کې درد په اپی گاستریک ناحیه کې وي خو کله کله په بنی یا کین پورتنی کوا درانت یا هایپوکاندریوم کې وي. ډیرو کمو پینسو کې شاوخوا ته خپرېږي ځینې وخت درد دومره تیز او ځائی وي چې ناروغ یې د دو یا درې گوتو پواسطه بنیئی چې (Pointing sign) پنوم یا ډیري. (۲۷، ۳۸)
- ۲- دوه پر درې ناروغانو کې درد د شپې لخوا پیدا کیږي او ۱-۲ بجې د شپې ناروغ د خوب څخه وښیوي.
- ۳- درد د څو اونیو پورې پایښت مومي (Rhythmicity) او بیا د څو اونیو یا میاشتنو پورې نه وي (Periodicity).
- ۴- درد ۱-۳ ساعته وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه مینځ ته راځي.
- ۵- درد د خوړو، اتني اسید، ارگمي کولو او کانگو سره غلی کیږي.
- ۶- درد نیوونکی، غاښ ژوونکی او سوزیدونکی اوصاف لري چې دلورې سره زیاتېږي.



- (۱-۵) شکل داثنا عشر تپ چې داثنا عشر د فولیونو التهاب سره یوځای وي (۳۰)
- نژدې ۲۰% نن ستروئید التهاب ضد درمل پورې تړلې تپونو او زرو کسانو کې گیلې نه وي خو بنسایي ناروغان یې دا اختلاطونه له امله (وینه بهیدنه او سوري کیدلو) روغتون نه راشي.
- د غیر اختلاطي پښتیک تپ په فزیکي کتنه کې کومه ځانگړې فزیکي نښه نه وي یوازې اپی گاستریک ناحیه په جس سره حساسه او دردناکه وي خو د ځینو نښو شتون

د ناروغی د د اختلاطاتو ښودونکي دي لکه تکی کار دیا، ورتوستاسیس هایپوتنشن، وینه لرونکې کانگې (Caffee ground emesis) تکې تورې قیر ډوله ډکې متیازې، روښانه وینه لرونکې ډکې متیازې (که وینه بهیدنه کتلوي وي) چې د معدی او کولمی دلزی د وینې بهیدنې ښودونکي دي. ځنډنی وینه بهیدنه د اوسپنې دلروالی انیمیا لامل کیږي.

که چیرې گیډه دردناکه او د تختې په شان کلکه وي نو تپ سوری شوی او پربتونیتس یې ورکړي. که چیری درد شدید او دوامداره شي ملاته انتشار وکړي دانتي اسید او خوړو سره غلی نه شي د تپ ډینې تریشن ښودونکی دی. Succussion splash په معده کې د اوبو شتون ښیي چې د گاستریک اوپت لیت د بندښت ښودنه کوي. (۲۶، ۳۸)

تشخیص :

په غیر اختلاطي پپتیک تپ کې لابراتواري ازموینې نارمل وي. انیمیا د پیرنی یا ځنډنی وینې بهیدنې له کبله وي. لوکوسایتوزسس د سوري کیدو یا پني تریشن نښه ده. د سیروم دامایلیز د کچې لوړوالی او یا د اپي گاستریک شدید درد پانکراس ته د السر د پني تریشن ښودونکي دي. دلورې په حالت کې د سیروم د گاسترین د اندازې لوړوالی د زولینجر الیسن سندروم ښودنه کوي د گاسترین د کچې د اندازه کولو لپاره ۲۴ ساعته مخکې ایچ دوه رسپتور بلاکر او یوه اونۍ مخکې پروتون پمپ نهې کوونکي درمل نه ورکول کیږي. (۳۷)

اندوسکوپي:

د معدی او اثنا عشر د تپونو د پیژندلو لپاره ښه ازموینه اندوسکوپي ده چې ددی پواسطه د خبیث تپ د ردولو او د ایچ پیلوري د شتون لپاره بایوپسي اخستل کیږي د باریوم د رادیوگرافي په پرته ښه او سمه تشخیصه ازموینه ده. (۳۷) د اثنا عشر تپ هیڅ کله خبیث نه وي نو بایوپسي ته یې هم اړتیا نشته.

۳-۵ سلنه د گاسټریک سلیم ټپونه د خبیث ټپونو په شان ښکاري خو ددې گمان د لرې کولو لپاره بايوپسي اړینه ده. همدارنگه دمعدې ټپ باید وروسته د دولس اونیو د درملنې څخه بیا اندوسکوپي شي چې ایا ټپ بشپړ روغ شوی او که نه که ښه شوی نه وي د خبیث ټپ گمان پرې کېږي. دمعدې (دواړه سلیم او خبیث) ټپونه دمعدې په کوچنۍ انحاء کې وي. د خبیث ټپ قطر د ۳ ساتي مترو څخه زیات وي همدارنگه که دکتلې په مینځ کې ټپ وي نو د خبیث ټپ ښودونکی دی. (۳۷)

د ایچ پیلوري لپاره ازموینه:

په هغه ناروغانو کې چې د اندوسکوپي پواسطه یې ټپ تشخیص شوی وي باید دمعدې دمخاطي طبقي څخه بايوپسي دريږد یوریز ازموینې او هستولوژیک ازموینو د ترسره کولو لپاره واخیستل شي. (۳۷)

Rapid urease test: که چیرې دمعدې داتتروم یا جسم څخه بايوپسي واخیستل شي په داسې یو لوبني کې چې یوریا او Aggar جیل ولري اچول کېږي که ایچ پیلوري مثبت وي نو یوریا په امونیا او کاربن ډای اکساید بدلوي پدې صورت کې محیط اسیدی کېږي او دوسط زیر رنگ په سور رنگ بدلېږي داتعامل ۲-۲۴ ساعتو په موده کې ترسره کېږي. (۳)

که چیرې چټک یوریز تست مثبت وي نو هستولوژیکه ازموینه باید ترسره نه شي. په هغه ناروغانو کې چې د پیپټیک ټپ تاریخچه لري او یا دمعدې او کولمې د پورتنۍ برخې د باریوم ازموینو پواسطه تشخیص شوی وي د ایچ پیلوري تشخیص لپاره باید فیکل انتي جن تست او د یوریا ز بریت ازموینه ترسره شي. د دواړو ازموینو د ترسره کولو لپاره باید ۷ ورځې مخکې پروتون پمپ نهې کونکي درمل ودرول شي ځکه چې ازموینه په دروغو منفي کوي. (۳۷)

توپيري تشخیص:

پیپټیک السر باید دلاندې ناروغیو سره توپيري تشخیص شي:

۱- نن السر دس پیپ سیا.

۲- دگاسترو ازوفازیل ريفلوکس ناروغی.

۳- دصفاوي لارو ناروغی.

۴- داپي گاستریک شدید درد د حاد پانکراتیتیس ، حاد کولي سیستیتیس ، دمري خبري کيدل او دصفاوي لارو کاني ، گاستریک وال ولوس او دابهر د انيوريزم د خبري کيدو سره توپيري تشخيص شي. (۳۷)

دمعدی ټپ (Gastric Ulcer):

دمعدی د تپونو پيښې په ۲۰ کلنۍ او ډيري په نارينوو کې وي. خرنګه چې دا بې گيلې وي نو دپيښيدو ښه رښتياڼي وخت يې څرګند نه دی. د کلینک له انده د اثنا عشر د ټپ په پرتله ښه نه تشخيصيږي.

دمعدی ټپ ژور وي دمعدی دمخاطي طبقي څخه هم تيريږي. هستولوژي يې د اثنا عشر د ټپ په شان ده خو پدې کې د ټپ په شاوخوا کې پراخه گاستريتس شتون لري. دمعدی ټپ ډيري د اتروم دمخاطي طبقي اود معدی د بدن دمخاطي طبقي په جنکشن کې ځای لري. د اتروم مخاطي طبقي دوه پر درې دکوچنۍ انحن او يو پر درې د لوی انحن مخاطي طبقي پورې غزیدلی شي. (۲۲)

دمعدی سلیم ټپ دمعدی په فنډس کې ډير لږ وي. دمعدی سلیم ټپ د هر وخت لپاره د ايچ پيلوري له کبله وي.

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

لاملونه او پتوجينزس:

تيزاب او پيپ سين د ناروغۍ په پيدا کيدو کې غوره ونډه لري. دمعدی په ټپ کې تيزاب نارمل يا ښکته وي (اکلورهايډريا) په سلیمه ټپ کې هيڅ کله نه وي (ان د پنتاگاسترين د زرق سره) هم نه زياتيږي. (۲۲)

۱۰ سلنه د گاستریک ټپ ناروغان د اثنا عشر ټپ هم لري چې پدوی کې د تيزابو افرازات د اثنا عشر د ټپ په اندازه وي. (۲۲)

ایچ پیلوری دمعدی تپ په مینځته راتلو کې غوره ونډه لري. په تیره په هغه کسانو کې چې دنن ستروئید التهاب ضد درملو تاریخچه ونه لري. گاستریک تپ په پنځه کلن ماشومانو کې چې په لومړي وخت کې یې ایچ پیلوری انتان اخیستی وي پیدا کیږي. که په دې عمر کې پیدا شي د اتروفیک یا ځنډني گاستریکس لامل هم کیږي. د معدی تپ ناروغانو کې د گاسترین کچه لږه لږه وي چې د تیزابو د دافراز د کموالي بنودونکی دی. (۲۶)

په گاستریک تپ کې معده په ځنډ سره تشیري د اثناعشر د منځ پانگو ریگورجیشن بنیایي د گاستریک تپ په مینځته راتلو کې مرسته وکړي. نن ستروئید التهاب ضد درمل ۱۵-۲۵ سلنه د گاستریک تپ لامل کیږي. (۲۶)

کلینیکي ښه

درد د اثناعشر د تپ په شان په اپی گاستریک ناحیه کې وي خو ډیر وصفی نه وي درد بنیایي د خوړلو سره لږ او یا ډیر شي. زړه بدوالی او کانگي په دې تپ کې بې د اختلاطه څخه زیات وي. په داسې حال کې د اثناعشر په تپ کې کانگي د گاستریک او ت لیت په بندښت کې وي دمعدی تپ د اثناعشر د تپ په شان کیدای شي ښه شي او یا بیرته وگرځي مړینه په دې کې د اثناعشر د تپ په پرتله زیات دی چې لامل یې د ناروغانو عمر زیاتوالی، دهضمی لازی څخه دوینې بهیدل او د تشخیص وروسته والی دی. (۳)

درملنه:

د ایچ پیلوری د پیدا کیدو څخه مخکې د پیتیک تپ په درملنه کې داسې فکر کیده چې که تیزاب نه وي تپ به نه وي. خو د تیزابو افرازدل د پیتیک تپ په منځته راتلو کې تر اوسه پورې غوره ونډه لري. خو د ایچ پیلوری ورک کول او د نن ستروئیدل التهاب ضد درملو له کبله د تپ د مینځ ته راتگ څخه مخنیوی د درملنې بنسټ دی.

د پیتیک السر په درملنه کې لاندې درمل کارول کیږي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

۱- د تیزابو افراز نهی کوونکي درمل (Acid antisecretory agents)

۲- دمخاط ساتونکي درمل (Mucosal protective agents)

۳- هغه درمل چې دا یچ پیلوړي په له منځه وړلو کې کارول کېږي.

الف: د تیزابو افراز نهی کوونکي درمل

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

دا درمل د تیزابو افرازونکي انزایم H,K-ATPase غیر فعالوي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

ددې درملو د ژوند موده د یو ساعت څخه کمه خو اغیزه یې د ۲۴ ساعتو څخه زیاته ده. ددې درملو د خولسې مستحضرات عبارت دي له: او میپرازول یا رایبپرازول ۲۰ ملي گرامه، لنسوپرازول ۳۰ ملي گرامه، ازومیپرازول یا پاتوپرازول ۴۰ ملي گرامه څخه. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

دغه درمل ۹۰ سلنه څلورویشت ساعته د تیزابو افراز نهی کوي او د ایچ دوه رسپتور بلاکر په پرتله ډیر چټک درد غلی کوي.

ایچ دوه رسپتور بلاکر ۲۵ سلنه څلورویشت ساعته د تیزابو افراز نهی کوي.

پي، پي، ای باید نیم ساعت مخکې د ډوډی، څخه وخورل شي (ډیری دسهار لخوا) هر یو له دوی څخه دورځې یوځل ورکول کېږي چې ۹۰ سلنه د اثناعشر تپ د څلور اونیو په موده کې او ۹۰ سلنه د معدې تپ د اتو اونیو په موده کې رغوي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

پي، پي، ای د لنډې مودې درملنې لپاره بڼه درمل دي خو دا وړدې مودې لپاره په ۳ سلنه رنځورانو کې د گاسترین د کچې د لوړوالي ($>500\text{pg/ml}$) له امله په انسانانو کې د اتروکرومافین ژونکو د هایپرپلازیا لامل کېږي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

د کلینیکي ازموینو له مخې د ۱۰ کالو راهیسې په انسانانو کې ددې درملو توکسي سیتی څرگنده شوی نه ده. دا وړدې مودې لپاره کارول یې لږ د ویتامین بي ۱۲ اوسپنه اود کلسیوم جذب خرابوي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

په پښتیک تپ کې د اوږدې مودې لپاره نه ورکول کېږي خو په جبرد کې کارول کېږي.

۲- ایچ دوه رسپتور اتاگونست:

ایچ دوه رسپتور اتاگونست څلور مستحضراته لري. د شپې لخوا د خوب په وخت کې یوځل ورکول کېږي. نوموړي درمل عبارت دي له رانیتیدین یا نیزاتیدین ۳۰۰ ملي

گرامه، فاموتیدین ۴۰ ملي گرامه، سیمیتیدین ۸۰۰ ملي گرامه په غیر اختلاطي تپونو کې ورکول کېږي. (۲۲، ۳۵، ۳۷)

د اثنا عشر تپ د ۲ اونيو په موده کې او دمعدې تپ د اتو اونيو په موده کې ۸۵-۹۰% رغوي. څلور واړه يې ښه زغمل کېږي لږې اړخيزې اغيزې لري.

سیمیتیدین يې د ښې د ښې د سائتوکروم پي ۴۵۰ میتابولیزم د نهې کولو له امله لږ کارول کېږي او هم د تیوفیلین، وارفارین، لیدوکاین او فینوتوین سره نه ورکول کېږي ځکه چې د دوي د سیروم کچه لوړه وي، او همدرانگه د تپونو د غټیدو او جنسي کمزوري لامل کېږي. (۲۲، ۳۵، ۳۷)

ب: هغه درمل چې دمخاطي طبقي دفاعي غښتلتیا لوړه وي.

۱- Sacralfat

داد سکروز المونيمي مالگه ده چې د تپ بیخ د پیپتیک ویجاړولو څخه ساتي. یو گرام دورځې څلور ځله ورکول کېږي د پښتورگو په ځنډنۍ بۍ وسی کې نه ورکول کېږي. (۲۲، ۳۵، ۳۷)

۲- بسموت لرونکي درملونه:

بسموت لرونکي درملونه د پیپتیک تپ دناروغیو بنسټیزه درملنه ده چې د ایچ پیلوري په له مینځه وړلو کې د دوو اتی بیوتیکو سره گډ ورکول کېږي.

مستحضرات يې عبارت دي له Colloidal bismuth sub citrate، Bismoth subsalicylate (پیتو بیسمول) ۱۲۰ ملي گرامه دورځې څلور ځله ورکول کېږي. (۲۲، ۳۵، ۳۷)

۳- پروستاگلاندین انالوگ:

Misoprostol پروستاگلاندین ته ورته درمل دی. ۲۰۰ مایکروگرامه دورځې څلور ځله ورکول کېږي. اړخيزې اغيزې يې عبارت دي له نس ناستي او ابورشن څخه. په امیدوارو او ماشوم زېږونکو میندو کې نه ورکول کېږي. دا د نن ستروئیدال التهاب ضد درملو تپونو د مخنیوي لپاره ښه درمل دي. (۲۲، ۳۵، ۳۷)

۴- اتني اسيدونه:

پخوا دغه درمل د پيپتيک السر د ناروغانو په درملنه کې د تيزابو په خنثی کولو کې غوره ونډه درلوده خو اوس نادراً د لومړنيو تيراپيوتيک درمل په توگه کارول کېږي. ناروغان يې په عمومي ډول د دس پيپ سيا د گيلو له مينځه وړلو لپاره خوري. غوره اتني اسيدونه عبارت دي له: د المونيم هايډروکسايډ او مگنيزيم هايډروکسايډ مخلوط او ميلانتا څخه. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

المونيم هايډروکسايډ د قبضيت او د فاسفيت دکموالي لامل کېږي او مگنيزيم هايډروکسايډ ناروغ ته نس ناسته پيدا کوي.

مگنيزيم هايډروکسايډ د پښتورگو په بې وسۍ کې نه ورکول کېږي او المونيم د پښتورگو د بې وسۍ په ناروغانو کې د نيوروتوکسي ستي لامل کېږي.

د کلسيوم کاربونيت پرله پسې خوړل د Milk alkalين سندروم (چې متصف دی په هايپرکلسيميا، هايپر فاسفيميا، نفروکلسينوزس او د پښتورگو بې وسۍ باندې) او سوډيم باي کاربونيت د سيستمیک الکالوزس لامل کېږي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

ج: دايج پيلوري له مينځه وړل:

ټول هغه رنځوران چې د اثنا عشر يا معدې بېړنې يا ځنډنې ټپ لري او لامل يې ايج پي وي د دوو اتني بيوتيکو او يو پروتون پمپ نهې کوونکي يا بسموت سره درملنه کېږي. (۳۸، ۳۷)

د درملنې د دوام موده ۷-۱۴ ورځې ده او اغيزه يې ۸۵-۹۰% ده. هغه اتني بيوتيکونه چې دايج پيلوري د درملنې لپاره کارول کېږي عبارت دي له: کلپروترومايسين ۵۰۰ ملي گرامه دورځي دوځله، اموکسي سيلين يو گرام دورځي دوه ځله. که د پنسيلين سره الرژي شته وي نو ميټرونيدازول ۵۰۰ ملي گرامه دورځي دوه ځلي ورکول کېږي. (۳۸، ۳۷)

پروتون پمپ نهي کونکي عبارت دي له: اومي پرازول يا رابي پرازول ۲۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله، لنسوپرازول ۳۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله، پانتوپرازول ۴۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله يا ازومي پرازول ۴۰ ملي گرامه دورځې يو ځل ورکول کيږي. که چيرې اتان د لومړنۍ درملنې د پلان سره دوام ومومي څلور درملونه يوځای د ۱۴ ورځو لپاره ورکول کيږي (بسموت سب سلیسالیټ+ پي پي ای+ ميترونيدازول+ تیتراسايکلين) (۲۷، ۲۶).

د ایچ پیلوري پورې تړلي ټپ د درملنې رژیمونه:

لومړی رژیم:

۱- PPI د ورځې دوه ځله.

۲- Klarithromycin ۵۰۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله.

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

دویم رژیم:

• پي پي ای د ورځې دوه ځله

• Bismoth Subsalicylate ۱۲۰ ملي گرامه دورځې څلور ځله.

• تتراسايکلين Tetracycline ۵۰۰ ملي گرامه د ورځې څلور ځله.

• ميترونيدازول Metronidazole ۲۵۰ ملي گرامه دورځې څلور ځله. (۳۷، ۳۸)

دریم رژیم:

• Ranitidine Bismoth citrate دورځې دوه ځله.

• کلپروتروميسين Klarithromycin ۵۰۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله.

• اموکسي سيلين Amoxicillin يو گرام يا تتراسايکلين ۵۰۰ ملي گرامه يا

ميترونيدازول Metronidazole ۵۰۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله. (۳۷، ۳۸)

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

د رژیمونو د مودې د خلاصیدو څخه وروسته د تپ د بشپړ رغیدو لپاره په پرله پسې توگه ایچ دوه رسپتور اتاگونست یا پروتون پمپ نهی کوونکي دورځي یوځل ورکول کیږي.

د ایچ پایلوري د تداوی استنباطات:

دمعدی او اثنا عشر تپ موجود وي، د هستولوژي له مخی گاستریک میتاپلازیا تثبیت شي، ملتوما شته وي، دمعدی او یا اثنا عشر قرحه چې د فعال اتان سره یوځای وي، داسپنی دلږوالي انیمیا موجودیت چې د درملنې په وړاندې مقاوم وي. (۴۷)

د نن ستروئید التهاب ضد درملو له کبله د تپ درملنه:

الف: د فعال تپ درملنه:

۱- پی، پی، ای: د اثنا عشر د غیر اختلاطي تپونو لپاره څلور اونۍ او د غیر اختلاطي گاستریک تپونو لپاره اته اونۍ ورکول کیږي. (۳۸)

۲- ایچ دوه رسپتور اتاگونست:

د اثنا عشر د غیر اختلاطي تپونو لپاره دورځي یوځل د خوب په وخت کې د ۲ اونيو لپاره او د معدی د غیر اختلاطي تپونو لپاره سیمیتیدین ۴۰۰ ملي گرامه، رانیتیدین یا نیزاتیدین ۱۵۰ ملي گرامه، فوماتیدین ۲۰ ملي گرامه دورځي دوه ځله د اتو اونيو لپاره ورکول کیږي. (۳۸)

په اختلاطي تپونو کې پی، پی، ای ډیر ښه درمل دي. (۳۸)

ب: د تپ د اختلاطو څخه مخنیوی:

۱- په زیات خطري ناروغانو کې (د پخوا څخه د تپ تاریخچه شته وي، د تپ اختلاط، عمر د ۲۰ کالو څخه زیات وي، نورې شدیدې ناروغۍ شته وي، کورټیکوسټروئید، اتی کواکولانت او نن ستروئید التهاب ضد درمل اخیستی وي) د تپ د بیا مینځته راتگ څخه په لاندې توگه مخنیوی کیږي. (۳۷، ۳۸)

الف: پی، پی، ای دورځي یوځل

ب سیلو کوزب Celecoxib: لږ السیروجنیک دي (د زړه او رگونو په ناروغیو کې نه ورکول کیږي)

ج: میسوپروستول Misoprostol ۲۰۰ مایکروگرامه د ورځې ۳-۴ ځله.
۲- دا ورځې مودې پرله پسې درملنه:

په هغو ناروغانو کې چې ایچ پیلوری منفي وي او یا د ایچ پیلوری درملنه ناکامه شوي وي د ټیپ د بیا بیا مینځ ته راتگ دمخنیوي لپاره د ورځې یو ځل نیم یا بشپړ دوز PPI یا ایچ دوه رسپتور انتاګونست ورکول کیږي. (۳۸)

مقاوم ټپونه :

مقاوم ټپونه هغه ټپونو ته ویل کیږي چې د اتو او نیو په موده کې د پروتون پمپ نهی کوونکو سره ښه نه شي چې لاملونه یې عبارت دي له: د درملو نه زغمل، سگرت څکل، د اسپرین او نورو نن ستروئید التهاب ضد درمل، زولینجر الیسین سنډروم او خبیث ټپونه.

ټول مقاوم او بیا راگرځیدونکي ټپونه چی دنن ستروئید التهاب ضد درملو تاریخچه ولري او ایچ پیلوری منفي وي باید جراحي درملنه تر سره شي. (۳۷)

د پښتیک ټپونو اختلاطات:

۱- دمعدې او کولمو وینه بهیدنه (Gastroin testinal Bleeding).

دمعدې او کولمو د پورتنۍ برخې د وینه بهیدني ۵۰ سلنه لامل یې پیپتیک ټپ ده چی د کلینیک له انده ۱۰ سلنه کې ښکاره وینه بهیږي. نژدې ۸۰% کې وینه پخپله دربري. (۳۷، ۱۵)

کلینیکي ښه:

دمعدې او کولمو د پورتنۍ برخې د بیړنۍ وینې بهیدني کلینیکي څرگندونې د ناروغۍ د وخامت، عمر زیاتوالي، په کانگو او ډکو متیازو کې دوینې شتون، هیموډاینامیک گډوډیو او نورو سختو ناروغیو شتون پورې اړه لري.

په ۲۰% پیښو کې درد (په تیره په هغه ناروغانو کې چې نن سټروئید التهاب ضد درمل اخلي) نه وي. (۱۵، ۳۷)

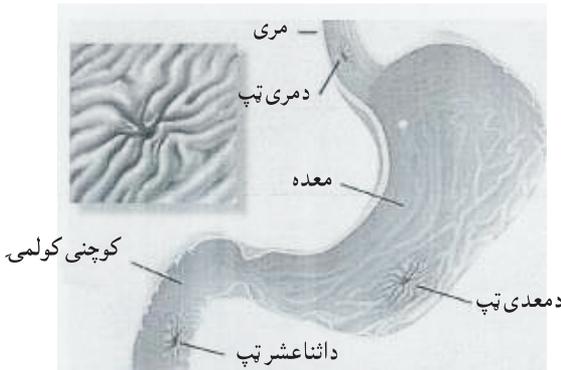
د ناروغی غوره نښې عبارت دي له: هیماتومیزس او میلانا څخه.

Hematemesis په کانگو کې دوینې شتون ته وایي چې د تور چای یا قهوی ډوله رنگ (Caffee ground) لري.

که ناروغ ته نازوگستریک تیوب واچول شي نو کافي رنگه یا تازه وینه په کې راځي خو په ۱۲ سلنه هغه ناروغانو کې (چې د اثناعشر ټپ لري) په تیوب کې وینه نه راځي.

میلانا په ډکو متیازو کې دوینی شتون ته وایي چې قیر ته ورته (Tarry stool) رنگ لري. (۱۵، ۳۷)

Hematochezia په ډکو متیازو کې د تازه وینې راتگ ته وایي چې ډیری دمعدې او کولمو د ښکتنی برخې وینې بهیدنې نښه ده خو دمعدې او کولمو د پورتنی برخو په وینه بهیدنه کې هغه وخت وي چې وینه بهیدنه ډیره وي او یا د کولمو خوځښتونه چټک وي.



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

Occult blood: هغه حالت ته وایي چې د هضمي جهاز ځندنی وینه بهیدنه د ورځې د ۱۰۰ ملي لیټرو څخه لږه وي چې د دې د پیژندلو لپاره Fecal occult blood مثبت وي او داوسپنې دکموالي د وینه لږی لامل کیږي. (۱۵، ۳۷)

که دهضمي جهاز د وینې بهیدنې سرچینه د Ligament of teritz څخه پورته وي دهضمي جهاز د پورتنۍ برخې وینه بهیدنې پنوم او که ددې څخه ښکته وي دهضمي جهاز د ښکتنۍ برخې د وینې بهیدنې په نوم یادېږي. (۱۵، ۳۷)

د فزیکي کتنو له مخې دهضمي جهاز د پورتنۍ برخې د وینې بهیدنې د شدت کچه په لاندې توګه ویشل شوې. (۱۵، ۳۷)

۱- لږه وینه بهیدنه : پدې حالت کې ناروغ یو یا دوه ځلې وینه کانګه کوي (۱۰ فیصده وینه یې له لاسه ورکړي) د ناروغ عمومي حالت ښه وي او د زړه ضربان ، د وینې د فشار اندازه نارمل وي خو ناروغ کله کله د لږې ستوماتیا څخه ګیله کوي. (۱۵، ۳۷)

۲- په منځنۍ کچه وینه بهیدنه :

پدې حالت کې په کانګو کې د وینې د لاسه ورکولو کچه او کرات زیات وي (دا ناروغان ۲۰ فیصده وینه یې له لاسه ورکړي وي).

د وینې د فشار اندازه د ۱۰۰ ملي متره سیما څخه لوړ د زړه ضربان یې په یوه دقیقه کې د ۱۰۰ څخه زیات وي ناروغ کې د وضعیتي فشار ټیټوالي (د وضعیت بدلون سره د وینې فشار بدلون ته وايي چې د Tilt test په نوم یادېږي یعنی کله چې ناروغ ستون ستاغ وضعیت څخه کښیني ۱۰ ملي متره سیما فشار ښکته کیږي او په یوه دقیقه کې د نبض شمیر ۲۰ ضربانه زیاتېږي) تکی کار دیا ، د زړه ټکان او ګنګسیت شته وي. (۱۵، ۳۷)

۳- شدید وینه بهیدنه :

پدې حالت کې ناروغ ۴۰ سلنه وینه له لاسه ورکړي وي ، د زړه ضربان چټک او د شمیرلو وړ نه وي. د وینې فشار د ۱۰۰ ملي متره سیما څخه ښکته ، یخه خوله ، د لاسونو او پښو سوړوالی ، تنده او اولیګویوریا شتون لري. د ناروغ عمومي حالت خراب او په شاک کې وي. سترګې یې تنوتۍ خاسف او نارامه ښکاري. (۱۵، ۳۷)

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

۱- زړښت: که دناروغ عمر د ۲۰ کالو څخه ډير وي.

۲- د نورو ناروغيو (لکه سرطان، دځيگراو پښتورگو بې وسي) شتون

۳- شاک

۴- که په اندوسکوپيکه کتنه کې فعاله وينه بهيدنه او يا د ليدلو وړ رگونه شته وي.

۵- دويم ځل وينه بهيدنه (۳۷، ۱۵)

لابراتواري نښې:

هيماتوکريت دوينې بهيدنې يا درگ دلازې دمايعاتو د اخیستلو له کبله ښکته وي.

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

لومړنۍ ارزيايي او درملنه

الف: دناروغ رغول (Stabilization):

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

دهيماتوکريت ټاکل د بېړنۍ شديدي وينې بهيدنې د څرگندولو لپاره گټوره ازموينه نه ده ځکه چې ۲۴-۷۲ ساعته وروسته درگ څخه دباندې مايعاتو پواسطه اندول برابرېږي. (۳۷)

که وينه بهيدنه شته وي ۱۸ گيجه يا ددې څخه لوی وريدي لين اچول کيږي. يوه اندازه وينه لابرآتوار ته دوينې د بشپړ شميرنې، پروترومبين ټايم، انټرينشنل نارمالايز ريشيو (INR)، سيروم کرياتينين، دځيگر د دندو ازموينه، کراس ميچ او دوينې گروپ لپاره استول کيږي. (۳۷، ۱۵)

که چیرې په یو رنځور کې څرگند هیموډاینامیک حالت خراب نه وي او فعاله وینه بهیدنه شتون ونلري نو دمایعاتو ورکول لږ باید وځنډېږي ترڅو چې د وینې بهیدنې د شدت اندازه نوره هم روښانه شي (۱۵، ۳۷).

که د ناروغ هیموډاینامیک حالت خراب وي نو باید ۹٪ مالګین سیروم یا رنګرلکتیت سیروم ورکړل شي او نادراً د وینې ۰ ګروپ ورکول کېږي.

همدارنگه دمایعاتو ورکولو په وخت کې باید د مرکزي وریډي فشار کنټرول شي ناروغ ته نازوګسټریک تیوب واچول شي. که په تیوب کې سره تازه یا تکه توره وینه راشي نو دفعالي وینې بهیدنې ښودونکې ده چې ډیره زیاته خطري ده که په ان جې تیوب کې وینه راشي (اثنا عشر تیوب کې) خطر ډیر لږ دی. (۱۵، ۳۷)

د اندوسکوپي څخه ۳۰ دقیقې مخکې د رګ دلارې ۲۵۰ ملي ګرامه اریټرومایسین ورکول کېږي ترڅو چې معده د وینې کلات څخه پاکه شي او افت ښه ولیدل شي.

د وینې بهیدنې د دریدلو لپاره دمایعاتو پواسطه زیات معدوي لواژ د اسپریشن خطر پیدا کوي د بیا بیا اسپریشن پواسطه د وینې بهیدنې دوام یا بیا بهیدل پیژندل کېږي. (۱۵، ۳۷)

ب: د وینې ورکول :

دمایعاتو او د وینې دمحصولاتو دورکولو کچه د ژوند د نښو، په نازوګسټریک کې دفعالي وینې راتګ او لابراتواري ازموینو پورې اړه لري. د وینې خالص سرې ژونکې تر هغه پورې ورکول کېږي ترڅو چې هیماتوکریټ ۲۵-۳۰ سلنه ته ورسېږي.

که چیرې پرله پسې وینه بهیدنه شته نه وي نو د وینې د خالص سرو ژونکو د هر یونټ سره باید ۴ سلنه هیماتوکریټ لوړ شي. که چیرې فعاله وینه بهیدنه شته وي د هیماتوکریټ د اندازې په نظر کې نیولو سره باید ناروغ ته وینه ورکړل شي.

په فعاله وینه بهیدنه کې ترمبوسیت هغه وخت ورکول کېږي چې شمیر یې د 50000/mcl څخه لږ شوی وي. (۱۵، ۳۷)

که د پلاټ لیټ دنده د اسپرین یا کلویډوگروول سره خرابه شوی وي نو پلاټ لیټ پرته دشمیر په نظر کې نیولو سره ورکول کیږي. فریش فروزن پلازما په هغه ناروغانو کې چې کواگولوپاتي شته وي او INR د 1.5 څخه زیات وي ورکول کیږي. که فعال تازه وینه بهیدنه شته وي د سرو ژونکو د هرو پنځو یوتیو سره یو یونټ Fresh frozen plasma ورکول کیږي (۱۵، ۳۷)

ج: د خطري فکتورونو د شتون له مخې د ناروغانو لومړنی ویشنه:

د Resuscitation (بیا رغونه) لپاره ناروغان د خطري فکتورونو له مخې ډله بندي کیږي چې نوموړی فکتورونه عبارت دي له:

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

۲- دوینې بهیدني څخه پرته د نورو طبي ناروغیو (لکه دځیگر، پښتورگوبی وسي، اودسرطان شتون.

۳- دوینې سستولیک فشار د ۱۰۰ ملي متره سیما بو څخه لږ او د زړه ضربان په یوه دقیقه کې د ۱۰۰ څخه ډیر وي.

۴- په نازوگستریک تیوب او یا مقعدي ازموینه کې فعاله تازه وینه شتون ولري.
۱- ډیر کم خطر فکتورونه:

که چیرې په ناروغ کې خطري فکتورونه نه وي هیموډاینامیک حالت یې ښه وي د فعالې وینې بهیدني نښې لکه (میلانا او هیماتومیزسس) په ۴۸ ساعتو کې نه وي، په نازوگستریک تیوب کې وینه رانه شي او لابر اتواري ازموینې نارمل وي نو دغه کسان د روغتون څخه د باندې ارزیايي کیږي. (۱۵، ۳۷)

۲- ډیر خطري فکتورونه:

که چیرې خطري فکتورونه شته وي او هیموډاینامیک حالت خراب وي نو ناروغ باید په دسختې څارنې یونټ (ICU) کې بستر شي او وروسته د احیایي مجدد څخه د ۱۲ ساعتو په موده کې سمدلاسه اندوسکوپي شي. (۱۵، ۳۷)

۳- متوسط خطري فکتورونه

وروسته د احيایی مجدد څخه ناروغ دښه تشخیص او درملنې لپاره په وارد کې بستر شي که ښکاره وینه بهیدنه شتون ونه لري نو باید د ۱۲-۲۴ ساعتو په موده کې اندوسکوپي شي. که په اندوسکوپي کې ولیدل شو چی د بیا وینې بهیدنې خطر نه شته د روغتون څخه یې د باندې درملنه کیږي. (۳۷، ۱۵)

درملنه :

الف: طبي درملنه:

۱- د تیزابو افراز نهی کوونکي درمل:

پروتون پمپ نهی کوونکي درگ یا په لوړ دوز دخولې دلارې د درې ورځو (۷۲ ساعتو) لپاره د تپ هغه ناروغانو ته چی د اندوسکوپي د ازموینې له مخې تر خطر لاندې وي (لکه فعاله وینه بهیدونکی تپ، ښکاره رگونه او نښتی کلات) ورکول کیږي. پی، پی، ای پدې ناروغانو کې د وینې ترانسفیوژن او اندوسکوپیک درملنې اړتیاوی کموي. (۳۷، ۱۵)

دلومونې کامیابی اندوسکوپیک درملنې څخه وروسته اومی پرازول ۸۰ ملي گرامه درگ دلارې او بیا په هر ساعت کې ۸ ملي گرامه د ۷۲ ساعتو لپاره د انفیوژن په ډول ورکول کیږي چې دا د وینې بهیدنې خطر د ۱۰-۲۰ سلنې څخه کموي.

خو ازومی پرازول یا پاتوپرازول د رگ دلارې لومړی ۱۸۰ ملي گرامه او بیا هر ساعت وروسته ۸ ملي گرامه ورکول کیږي. (۳۷، ۱۵)

اومی پرازول د خولې دلارې (۴۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله، په لوړ دوز ورکول د رگ د ورکړې اغیزه یې کوم توپیر نه لري.

ایچ دوه رسپتور اتاگونسټ د بیړني تپ د وینې بهیدنې په درولو کې اغیزه نه لري.

۲- داوردې مودې لپاره د بیا وینې بهیدنې څخه مخنیوی:

یو پر درې ناروغان چی ښه درملنه یې شوی نه وي ددرې کالو په موده کې یې بیا د تپ څخه وینه بهیږي.

که وینه بهیدنه د ایچ پیلوري مثبت ټپ له کبله وي نو د ایچ پیلوري رینه ایستونکې درملنه د بیا بیا وینه بهیدنې څخه مخنیوی کوي. (۱۵، ۳۷)

په ټول هغه ناروغانو کې چې وینه بهیدونکې ټپ لري باید د ایچ پیلوري لپاره یې ازموینه وشي. که ایچ پیلوري مثبت وي نو باید ۴-۸ اونيو لپاره انټي بیوتیک تراپی شي درملنې څخه وروسته دانتان د ورک کیدو د څرگندولو لپاره یوریا بریت یا فیکل انت جن تست ترسره شي او یا داچې دهستولوژیکو ازموینو د ترسره کولو لپاره د اندوسکوپي دلارې بایوپسي واخیستل شي. (۱۵، ۳۷)

هغه ناروغان چې پرله پسې ایچ پیلوري مثبت ټپ لري او یا داچې ټپ د ایچ پیلوري یا نن ستروئید التهاب ضد درمل له کبله نه وي نو د بیا بیا وینې بهیدنې د مخنیوي لپاره باید د اوږدې مودې لپاره د خوب په وخت کې ایچ دوه رسپتور انټاګونیست (لکه رانتیدین ۱۵۰ ملي ګرامه، او یا پروتون پمپ نهې کونکي دورځي یوځل ورکول کېږي. (۱۵، ۳۷)

ب: اندوسکوپي:

د پورتنۍ هضمي لارې دوینې بهیدنې د تشخیص لپاره اندوسکوپي ډیره ښه ازموینه ده چې ددې پواسطه ناروغي ښه تشخیصیږي د بیا بیا وینې بهیدنې خبر ورکوي په زیات خطري ناروغانو کې د درملنې لپاره کارول کېږي. دا باید د ۱۲-۲۴ ساعتو په موده کې ترسره شي. په شدید او فعاله وینې بهیدنې کې لومړی ناروغ باید احیایي مجدد او هیموډینامیک حالت یې سم او بیا اندوسکوپي شي. دهغه ناروغان چې هیموډینامیک حالت یې ښه نه وي ۲۴ ساعتو لپاره د سختی څارنې یونټ کې او د ۷۲ ساعتو لپاره په وارد کې بستر شي. (۱۵، ۳۷)

دهضمي لارې د پورتنۍ برخې د بیرني وینې بهیدنې ښه درملنه د اندوسکوپي د لارې په وینه بهیدونکې برخه کې د اوبلن (1:10000) د اپي نفرین زرقول، تیرموکواګولیشن او اندوسکوپیک کلیپ دی. ددې درملنې ګټه داده چې دیبا بیا وینې بهیدنې خطر، د تراشفیوژن او د جراحی درملنې اړتیاوی کموي او ۹۰% اغیزمن دی که په ګډه

اندوسکوپیک تراپی او د رگ دلازې پي، پي، ای ورکړل شي د بیا وینې بهیدنې خطر او د جراحي درملنې اړتیاوی کموي.
جراحي درملنه هغه وخت ترسره کیږي چې بیا بیا وینه بهیدنه وي او اندوسکوپیک درملنه بریالی نشي. (۳۷، ۱۵)

د معدې د بهرنی فوچی بندښت (Gastric outlet Obstruction)

لاملونه:

۱- داثنا عشر دتپ له کبله فبروتیک تنگوالی

۲- د پیلور کانال پرسوب.

۳- د انتروم سرطان.

۴- Adult hypertrophic pyloric stenosis (۳۷، ۳۸)

کلینیکي بڼه:

معمول گیلې یې ژر مړیدل، زړه بدوالی، کانگی او وزن بایلل دي.

په پیل کې ناروغان د خوړو د خوړلو څخه وروسته د اپي گاستریک د دروندوالي او ډکوالي څخه گیله کوي. (۳۷، ۳۸)

ناروغ د ډوډی خوړلو څخه یو ساعت وروسته کانگی کوي چې مینځ پانگه یې نیمه هضم شوي خواړه وي. (۳۷، ۳۸)

په فزیکي ازموینه کې Gastric (Succusion) Splash د خوړو د خوړلو څخه خو ساتنه وروسته اوریدل کیږي. د معدې استداري حرکتونه په سترگو لیدل کیږي.

اختلاطات یې عبارت دي له ډیهایدریشن، میتابولیک الکالوزس او هاپیو کالیمیا څخه. (۳۷، ۳۸)

لابراتواري نښي:

۱- د معدې د مینځ پانگی د وتلو سره دیهایدریشن او د سیروم کلوراید او پوتاشیم کمیږي.

۲- دسیروم د یوریا او بای کاربونیت کچه لوړه وي.

۳- د پښتورگو د لارې دسودیم جذب زیاتیرې او په ځای یې د هایډروجن ایون وزی چې دې ته پارادوکسیکل اسید یوریا وایي.

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

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

۲- دباريوم ازموینې نادراً ترسره کیږي ځکه چې د تپ او کنسر تشخیص شکمنوي او بیرته ایستل یې گران دی. (۳۷، ۳۸)

درملنه:

۱- معده د ان جي تیوب پواسطه تشیږي.

۲- دورید دلارې ډیهایډریشن اومیتابولیک اسیدوزسس باید سم شي.

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

۴- کله کله تپ د پروتون پمپ نهی کوونکو پواسطه رغیږي پر سوب له مینځه ځي او د جراحي درملنی ته اړتیا کمیږي.

۵- نیمه گاستریکنومي وروسته د اوو ورځو د معدې اسپریشن څخه ترسره کیږي تر څو چې معده بڼه تشه او نارمل کچې ته وگرځي.

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

Zolinger Ellison's Syndrom (ZES) Gastrinoma

دایوه نادره ناروغی دي چې متصف دی په شدید پپتیک السر، د معدې د اسیدی افرازاتو زیاتوالی او دپانکراس دنن بیټا ازیلیت ژونکو تومور (گاسترینوما) باندې.

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

پتوفزیا لوزي:

دگاسترینوما څخه گاسترین افرازیږي چې دا دمعدی د دیوالي ژونکو څخه په لوړه پیمانہ د اسید ازادیدل هڅوي او دهمدې ژونکو کتله ۳-۶ ځله زیاتوي. (۳۸)

پنتاگاسترین دمعدې د اسید افرازل هڅوي خو د بزل د پیمانې څخه نه لوړیږي. (۳۸)

داسید افراز دومره ډیر وي چې دکوچنی کولمو تر پورتنی برخې پورې رسیږي او پي ایچ بی د دوو یا دریو څخه ښکته کیږي پدې پي ایچ کې د پانکراس لای پیز انزایم غیر فعالیږي او صفراوي اسیدونه رسوب کوي چې دا د عادی او شحمي نس ناستي لامل کیږي. (۳۸)

پتالوزي:

په ۹۰ سلنه پیښو کې تومور د پانکراس په سر یا داثنا عشر په تږدې دیوال کې پیدا کیږي چې وروستی یې ډیر معمول ځای دی. د تومور اندازه د یو ملي متر څخه تر شل ساتي مترو پورې رسیږي. یو پر درې څخه تر دوه پر درې یې خبیث وي. خو ورو ورو پر مخ ځي کله کله یو پر درې یې مخکی له تشخیص څخه ځیگر ته میتاستازس ورکوي. ۲۰-۶۰ سلنه ددې ناروغانو د پاراټروئید او دنخامی غدی ادینوما لري. (۳۸)

کلینیکي بڼه:

پښتیک تپونه شدید څو دانې او په غیر معمول ځایونو لکه داثنا عشر شاتني بولبر، جیجینوم، یا مری، کې پیدا کیږي. تپ د منلې درملنې په وړاندې ځواب نه وایي. دناروغی تاریخچه لنډه وي وینه بهیدنه او سوري کیدنه یې غوره اختلاطات دی. دا سندروم کله کله هغه وخت پیژندل کیږي چې پښتیک تپ دجراحی درملنې څخه وروسته بیا مینځ ته راشي. نس ناسته یو پر درې یا ډیرو ناروغانو کې وي. په یو ناروغ کې ددې سندروم د شتون گمان هغه مهال کیږي چې پښتیک تپونه شدید ایچ پیلوري

منفي، دن ستروئید التهاب ضد درملواخیستلو تاریخچه ونه لري او په باریوم میل کې دمعدې مخاطي گونځی زیرې وي. (۳۸)

تشخیص:

۱- دلورې په حالت کې دسیروم د گاسترین کچه د 150pg/ml څخه لوړه وي. د سیروم د گاسترین د کچې دمعلومولو لپاره ناروغ ته ایچ دوه رسپتور بلاکونکي ۲۴ ساعته مخکې اویا پروتون پمپ نهې کونکي شپږ ورځې مخکې نه ورکول کیږي په منځنۍ توگه د سیروم د گاسترین کچه 500-700 pg/mL وي خو په ۲۰ سلنه رنځورانو کې د 1000pg/mL څخه بنسکته وي. (۳۷)

۲- هایپوکلوروهایدریا:

د کلور د کموالي سره دمعدې پي ایچ لوړیږي چې د هایپرگاسترینیمیا لامل کیږي که چیرې دمعدې پي ایچ د ۰-۳ څخه لوړ وي نو په هایپوکلوروهایدریا دلالت کوي او گاسترینوما رډیږي. (۳۷)

که د سیروم د گاسترین کچه د 1000pg/hr څخه ډیره وي او داسید کچه هم ډیره وي نو د زولینجر السن سندروم بنسوده کوي. که چیرې د سیروم گاسترین د 150-1000pg/mL څخه لږ وي او داسیدو افزیدل هم لږ وي نو زولینجر ایسن سندروم باید د هایپرگاسترینیمیا د نورو لاملونو څخه د سکریټین سټیمولیشن ازموینې په واسطه توپیر شي. (۳۷)

سکرتین ناروغ ته د رگ دلارې دوه یوتیه نظر په وزن د بدن ورکول کیږي چې په ۲-۳۰ دقیقو کې د سیروم گاسترین د 200pg/mL څخه لوړیږي. (۳۷)

د زولینجر السن سندروم په ناروغانو کې باید د پاراټائیریسید هارمون، پرولاکتین، فولیکول سټیمولاینګ هارمون، لیوتینیزینګ هارمون، دودی هارمون، کچې هم د مولټي پل انډوکراین نیوپلازما - ۱ د ردولو لپاره ولټول شي. (۳۷)

رادیلوژی:

د رادیلوژیکو ازموینو پر مټ د تومور لومړنۍ ځای، موضعي او میتاستاتیک تومور څرگندېږي.

لاندې رادیلوژیکي ازموینې د ناروغی د تشخیص لپاره په کارول کېږي.

۱- Radio labeled somatostatin Receptor scintigraphy

۲- دکوچنیو تومورونو لپاره اندوسکوپیک التراسونډ

۳- سي ټي سکن او ام.ار.ای د لویو تومورونو لپاره. (۳۷)

تویپري تشخیص:

گاسترینوما د کارسینوئید، انسولینوما، وي پوما گلوکاگونوما او سوماتاتینوما سره تویپري تشخیص کېږي. (۳۷)

درملنه:

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

د پروتون پمپ نهې کونکې دوامداره ورکول ډیری ناروغانو کې تپ او نس ناسته بڼه کوي. دې ناروغانو ته د ورځې ۲۰-۸۰ ملي گرامه ورکول کېږي.

ترکیبي سوماتاتین، اکتريوتائید د پوستکې لاندې زر قول کله کله د گاسترین ازادول لږوي د ۲۰-۷۵ سلنه د ژوند موده پنځو کالو پورې وي.

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

بدهضمي (Dyspepsia)

پېژندنه:

دگیدې د پورتنۍ برخې د بیرنۍ، ځنډنۍ یا متکرر درد یا ناراحتۍ ته وایي چې اوصاف یې عبارت دي له: دگیدې د پورتنۍ برخې دکوالي، ژرمیدلو، تیزابیت، سوځیدلو، پرسوب، ارگمي، زړه بدوالی او کانگو شخه.

دس پیپسیا ۲۵ سلنه په ځوانانو کې او ۳ سلنه په طبي کارکونکو کې وي او نژدې ۸۰ سلنه خلک دس پیپسیالري. ((۳۷، ۳۶، ۲))

لاملونه:

۱- خواړه او درمل

زیات خوړل، چټک خوړل، زیات غوړ خوړل د خفگان په وخت کې خوړل، زیات شراب یا قهوه څښل. نن ستروئید التهاب ضد درمل درملونه، اتسي بیوتیکونه (میترونیډازول او مکرولیډ) د شکر درمل (میت فورمین، الفاکلوکوسیدایز) اوسپنه، کورتيکوسټروئید، دای ګوکسین، اویبات.

۲- دمعدی معایي لارو د لومن د دندو خرابوالی.

پپټیک ټپ ۵-۱۵% جیرد ۲۰% دمعدی سرطان، ۱% کاستروپاریزیس (دشکری ناروغی)، لکتوز نه زغمل، پرازیټي اتانات لکه جاردیا، سترانګولیدازیزس (۲).

۳- ایچ پیلوري.

۲۰-۵۰% ځنډنۍ گاسترایټس چې لامل یې ایچ پیلوري وي دس پیپ سیا لامل کیږي.

۴- دپانکراس ناروغی:

۵- دپانکراس ځنډنۍ التهاب او سرطان

۶- دصفاوړي لارو ناروغی.

د کولي لیتیازیسس او کولي دکولیتیازیسس دردونه دس پیپسیا سره توپیر لري.

۷- نورې ناروغی لکه په پابنتس، د تائیروئید د غمدې ناروغی، د پښتورگی ناروغی، مایوکارډ اسکیمیا، د گیلېدې دننه خباثت، دمعدی تاویدل، هې یاتوس چوره، امیدواري.

۸- وظیفوي په دس پیسیسیا، دځنډنې دس پیپ سیا غوره لامل دې چې ارگانیک لامل نه لري. (۳۶، ۳۷)
کلینیکي بڼه:

د ناروغ څخه باید دناراحتی، ځای، ځنډیتوب، کرکتر، دخوړو سره اړیکې، د الکولو، کافي، رومي، کورنۍ، اقتصادي او ټولنیزې ستونزې، خفگانونه، واده، طلاق، وزگارتیا، یوازیتوب، جنسی خواهشاتو، دانتي اسیدو سره دغلي کیدو په اړونده پوښتنه وشي. (۳۶، ۳۷)

که د دس پیپ سیا سره وزن کمیدل، دوامداره کانگې، ثابت یا شدید دردونه، انیمیا، دسفاژیا، وینه لرونکی کانگی، میلانا، زړښت (د عمر د ۵۰ کالو څخه ډیر وي) مل وي د دس پیسیسیا د خرابوښو ښودونکي دي چې باید ژر تر ژره اندوسکوپي یا دگیډی رادیوگرافي تر سره شي. (۳۶، ۳۷)

دگیډې درد: (Abdominal Pain)

دا دهضمي جهاز دناروغیو غوره گیله ده چې دگیډې د ښوی عضلاتو او د غړو د کپسول د کشیدلو څخه پیدا کیږي. دگیډې د درد په اړوند باید دناروغ څخه دځای، شدت، کرکتر، دوام، تشدیدونکي او آرامونکي فکتورونو او نورو اضافي گیلو په اړوند پوښتنه وشي.

دگیډې دردونه څلور ډوله دي:

۱- حشوي دردونه:

داحشاو درد پریکونکی او سوزیدونکی نه وی. دا درد د غړو د پراخوالي، تقلص، تاویدلو او کشیدلو څخه پیدا کیږي. دځانگړي غړو درد په عمومي ډول دگیډې د منځنۍ لیکې لپاسه وي. (۳۸)

۲- جداري دردونه :

د جداري پريتوان د سوماتيک عصابو په واسطه اروا شوي چې د التهاب، اتان او نيوپلازم له کبله يې درد پيدا کيږي. دردونه يې تيز موضعی او اړخيز وي. (۳۸)

۳- ليرديدونکي دردونه :

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

۴- سيکوجنيک دردونه :

کلتر، خفگانونه او ټولنيز فکتورونه د گيډې د درد لامل کيږي. که چيرې د گيډې د دردونو لپاره کوم ارگانیک لامل پيدانه شونو بايد د عصبي دردونو خواته پام وشي. (۳۸)

د گيډې حاد درد

د گيډې حاد دردونه د جراحی د پيښو ۵۰ سلنه جوړوي چې لاملونه يې عبارت دي له:
۱- التهاب :

دا دردونه ورو ورو د څو ساعتو په موده کې پرمخ تگ کوي. لومړي لږ خپور وي خو کله چې د جداري پريتوان اخنه شو موضعي کيږي. د حرکت سره ډيريري، گيډه کلکه او شخه وي

لاملونه يې عبارت دي له اپنډيسايټس، داي وير ټيکولايټس، کوليسيستايټس، د حوصلی التهابي ناروغی، پانکراتايټس، پيالونفرايټس او د گيډې دننه اېسو شخه. (۳۸)

۲- سوري کيدل.

دا دردونه ديو غړي د سوري کيدو شخه ناخپه پيليږي، درد يې شديد وي او پريتونيټس ورکوي. لاملونه يې عبارت دي له پيپټيک ټپ، سوري کيدل، د تخمدانونو د کيسټ او د ابهر د انيوريزم د خيري کيدو شخه. (۳۸)

۳- انسدادی دردونه :

انسدادی دردونه کولیکي وي. ناروغان یې د درد په وخت کې تاوراتاویږي. که چیرې کولیکي دردونه ثابت شي او د دردونو تر مینځ د ارامیدو پړاو نه وي. تبه، تکی کار دیا او لوکوسایتوزس ورسره مل شي مانا یې داده چې التهاب ورسره یوځای شوی. دکولیکي دردونو لاملونه عبارت دي دکولمو، صفراوي او بولي لارو د بندیزونو څخه. د ثابت دردونو لاملونه عبارت دي له سترانگولیتید چوره، کولانجیتس او سلفنجیتس څخه. (۳۸)

دگیدې د حاد درد تاریخچه او پلټنې:

۱- که د اپی گاستریک ناحیې درد د دس پیپ سیا او خوړو سره اړیکې ولري نو دمعدی او صفراوي ناروغیو بنودنه کوي.

۲- که دگیدې درد ناڅاپه پیل شي نو داثنا عشر د تپ د سوري کیدو، دابهر د انیوریزم دڅیرې کیدو، دتخمدانونو دکیست د تورشن او د حاد پانکراتایتس بنودنه کوي.

۳- د شاه درد په پانکراتایتس، دابهر د انیوریزم په څیرې کیدلو، او دبولي لارو ناروغیو کې وي.

۴- که دگیدې درد د کانگو سره یوځای وي دکولمو د بندښت بنودنه کوي.

همدارنگه دکانگو د مینځ پانگې (وینه، صفر، دکوچنی کولمو مینځ پانگه) په اړوند هم باید پوښتنه وشي.

۵- که دکولمو عادت بدل شوی وي، مقعدی وینه بهیدنه او بندښتی نښې شتون ولري نو باید د باریوم دامالی، د سگموئیدسکوپي او دکولونو سکوپي سپارښتنه وشي.

۶- که دگیدې درد د ډوډی خوړلو سره زیات شي او د اتیروسکلیروزیس نښې شتون ولري نو دمیزانتریبک داسکیمیا بنودنه کوي.

۷- دگیدې د پرله پسې درد لپاره باید د غټو او کوچنیو کولمو ناروغی رد شي.

که ناروغ ځوان وي کله اسهال او کله قبضیت ولري اود گیدې درد د ډکو متیازو کولو سره غلی شي نو دایریتیبیل بول سندروم بنودنه کوي.

۸- که درد دگیډې په پورتنۍ برخه کې وي د شاه خواته خپور شي، د ناروغ وزن کم شوی وي، نس ناسته ولري او دالکولو د څښلو تاریخچه شته وي نو د ځنډني پانکراتایټس ښودنه کوي.

۹- دگیډې د ښي پورتنۍ کودرانت دردونه دصفاوې کڅوړې، دصفاوې لازو ناروغی، هیپاتیتیس او د ځیگر په احتقان کې وي او کله کله د پیپټیک ټپ درد هم همدی ځای کې وي. همدارنگه په روغو ښځو کې دگیډې ځنډني دردونه د کولمو په وظیفوي ناروغیو کې وي.

۱۰- که دگیډې درد په کین الیاک فوسا کې وي نو دا به د کولون سرچینه لري لکه په حاد دای ورتیکولایټس کې.

۱۱- دگیډې د ښکتنۍ برخې ځنډني دردونه د کولمو په وظیفوي تشوشاتو کې وي.

په ښځو کې دگیډې د ښکتنۍ برخه کې نسایي دردونو پورې اړه لري.

۱۲- دگیډې په ښي ښکتنۍ الیاک فوسا کې ځنډني درد د ځنډني اپنډي سایټس له کبله وي.

۱۳- که د فلانک بیابیا دردونه وي او بولي گیلې ورسره یوځای وي نو د پښتورگو او حالونو د تیرو لپاره باید پلټنه وشي.

۱۴- که دگیډې درد لپاره کوم ارگانیک لامل پیدا نه شو او ناروغ د سیکالوژیک ناروغیو تاریخچه ولري، ازموینې یې نارمل وي نو سیکالوژیک دردونه ښیي.
(۳۸، ۳۲)

فزیکي ازموینې:

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

که چیري ناروغ ډیر مایعات د پریتوان په تشه کې او د کولمو په لومن کې ضایع شوی وي نو د ناروغ پوستکې خاسف، یخ، نبض به یې ضعیف او چټک وي. ناروغ به هایپوتینشن یا شاک کې وي. (۳۲)

دگیدې فزیکي کتنې:

- ۱- لیدنه: دناروغ په گیده کې باید پرسوب، سکار یا کتله ولیدل شي.
- ۲- جس: دناروغ گیده باید دشخوالي، حساسیت لپاره جس شي که دناروغ گیده حساسه، شخه او کلکه وي د پریټونیتس ښودنه کوي.
- ۳- دکولمو اوازونه:

که اوازونه لوړ او ریډل شي دکولمو انسداد ښودنه کوي او که وانه او ریډل شي نود ایوس اود سترانگولیتید اسکیمیا دلالت کوي. (۳۲)

دحوصلی او ریکتوم فزیکي کتنې:

دحوصلی ازموینی د نسایي ناروغیو په پیژندلو کې کوم چې د گیدې د حاد درد لامل کیري مرسته کوي لکه د ایکټوپیک حاملگی ریچر. (۳۲)

سگموئیدوسکوپي:

که نس ناسته دگیدې د حاد درد سره یوځای وي دلامل (سلمونیا، کامپیلوبکتر، شگیلا) دموندلو لپاره باید سگموئیدوسکوپي او د ډکو متیازو کرنه ترسره شي. (۳۲)

دخولې کننه:

په ځینو پیښو کې ژبه بارداره او تنفس بدبویه وي. (۳۲)

تودوخه:

په حاد التهابي ناروغیو کې تبه وي. (۳۲)

تشې متیازي:

تشې متیازي باید د وینې، گلوکوز، کیتون باډي، پروتین او لوکوسیت لپاره معاینه شي. (۳۲)

پلټنې:

دگیدې د حاد درد دلامل موندلو لپاره باید لاندې پلټنې وشي.

- ۱- دویني بشپړه شمیرنه: په التهابي پیښو کې لوکوسایټوزس وي.

- ۲- دسیروم دامیلیز لوروالی په پانکراتایتس کې وي.
- ۳- دسیروم یوریا او الکترولایت د دیهایدریشن لپاره.
- ۴- اکسری: دسینې په رادیوگرافي کې دښي دیا فراگم لاندې د ازادې هوا خیال شتون د معدی او کولمو سوري کیدو ښودنه کوي.
- دگیدې په ساده رادیوگرافي کې پراخه کولمه یا دمايع سطحه د انسداد ښودنه کوي.
- ۵- په ځوانو ښځو کې په تشو متيازو کې د امیدواری ازموینه.
- ۶- اندوسکوپي
- ۷- کولونوسکوپي
- ۸- دگیدې په ائراسوند کې د صفراوي کڅوړې ناروغی لکه کانی کولي سیستم ، کولانجیتس ، دپښتورگو او حالبونو تیرې، دپستو انساجو کتله، د گیدې دننه اېسو.
- ۹- رادیوکنترست ازموینې: دخولی یا دمقعد دلارې دکولمو میخانیکي او دروغجن انسداد د تشخیص او توپيري تشخیص لپاره.
- ۱۰- سي ټي سکن: دپانکراتایتس، د پريتوان شاته دمایعاتو تولیدل، د کتلې او دابهر د انیوریزم لپاره.
- ۱۱- انجیوگرافي: دمیزانتریک اسکیمیا د تشخیص لپاره.
- ۱۲- لپراسکوپي: که دگیدې د بیړني درد لپاره د ازموینو دلارې کوم لامل پیدانه شونو تشخیصي (استکشافی) لپراتومي ترسره کېږي (که عمر د ۵۰ کلو څخه زیات وي اپنډیکتومي هم ترسره کېږي). (۳۲)
- دگیدې ځنډني او پرله پسې دردونه:
- دکولمو څخه دباندې دگیدې د ځنډني دردونو لاملونه:
- ۱- دپريتوان شاته: د ابهر انیوریزم، څښته ناروغی، لمف ادینوپاتي، اېسی.
- ۲- سیکوجینک: روجي فشارونه، خفگانونه.
- ۳- لوکوموتور: په شمزیو باندې فشار، دگیدې دعضلاتو کشش.
- ۴- میتابولیک او اندوکرايني: دشکرې ناروغی، اديسن ناروغی، هایپرکلسمیا.

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

۶- هیماټولوژی: سیکل سیل ناروغی، هیمولایتیک ناروغی.

۷- نیورولوژیک: راډیکالوپاتی، تاییس ډورسالیس (۳۸).

دگیدې ثابت دردونه:

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

۱- دمعدی، پانکراس، کولون او ځیگر سرطاني ناروغی.

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

Functional or Non Ulcer Dyspepsia (NUD)

که چیرې په دريو یا زیاتو میاشتنو کې د دس پیپ سیا (دگیدې ډ پورتنی) برخې درد او ناراحتی لپاره کوم عضوي لامل پیدانه شو نو د وظیفوي یا تپ نه لرونکی دس پیپ سیا (NUD) پنوم یادېږي دا وروسته د Irritable Bowel سندروم څخه ډیره زیاته ده.

نژدې ۲۵% خلک په کال کې ۶ ځله دگیدې ناراحتی لري چې یوازي ۱۰-۲۰% یې ډاکتر ته ورځي. وظیفوي دس پیپ سیا د دس پیپ سیا ۲۰% جوړوي. داناروغي سلیم پر مختگ کوي. لږ شمیر ناروغانو کې چې ایچ پیلوري یې مثبت وي یا نن سټروئید التهاب ضد درمل اخلي نو د تپ خواته پر مخ تگ کوي. د وظیفوي دس پیپ سیا ځینې پېښې دمعدې معایي د پخوانیو اتاناتو څخه پیداکیري خو ډیری ناروغان عصبي ستونزې، فشارونه او خوړونه زغم لري. ((۲۲، ۳۲))

د وظیفوي دس پیپ سیا سب ګروپونه:

۱- Ulcer like Dyspepsia: درد او دس پیپ سیا دگیدې په پورتنی برخه کې وي.

۲- Dysmotility like dyspepsia: بی درده دس پیپ سیا او نارامی دگیدې د

پورتنی برخې په مرکز کې وي. (۲۲، ۳۸)

کلینیکي موندنې:

ډیری ناروغان ځوانان (د ۵۰ کالو څخه کم عمر) وي په ښځو کې د نارینو په پرتله دوه ځله زیاته ده.

دگیدې درد، ژرژر مړیدل، نفخ باد او زړه بدوالی وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه وي. گیلې (درد او زړه بدوالی) ډیری د سهار لخوا کله چې ناروغ د خوبه وینسیري وي. داگیلې ښایي د پیپتیک تپ ناروغانو کې هم وي. که ناروغان زړه وي نو باید د گیدې خبیثې ناروغۍ هم له پامه ونه ویستل شي. فزیکي ازموینې نارمل وي د ناروغانو وزن لږ شوی نه وي. روحي ستونزې او خفگانونه لري. په امیدوارو ښځو او الکولستانو کې کانگې دسهار لخوا وي. (۳۸، ۳۶)

دزړه سوځیدل: (Heart Burn)

دزړه سوځیدل د گاستروازوفازیل ریفلوکس لومړنۍ گیله ده چې د Acid bitter bleching او Sour stomach ، Indigestion ، regurgitation پنومونو هم نومول کیږي. (۱، ۴۱)

ناروغ د تیر د هډوکي شاته سوځیدل، گرمیدل او تیزابي والی احساسوي او شدیدو حالاتو کې درد هم ورسره مل کیږي. (۱، ۴۱)

دزړه سوځیدل لومړی دمری په ښکتنی برخه کې پیلیږي ورو ورو پورته خواته د تیر د هډوکي شاته، غاړی، کله کله شاته او نادراً اوږې ته خپریږي. (۱، ۴۱) دانتی اسید، سوډا او شیدو خوړلو سره غلې کیږي. کله کله دزړه د رگونو د ناروغیو د دردنو سره غلطیږي. (۱، ۴۱)

دزړه سوځیدل دمعدی د تیزابو، صفرا او پیپ سین د بیرته گړخون له کبله چې دمری دښکتنی معصرې دبی وسی. یا دگیدې دننه د فشار د لوړوالی له امله وي مینخته راځي که دزړه سوځیدل د واټر برش سره یوځای وي داتنا عشر تپو ته پام کیږي، دزړه سوځیدل، دامیدواری او چاغوالی سره زیاتیری (۱، ۴۱)

د خوړو نه زغمل: (Food intolerance)

د خوړو نه زغم د خوړو د هغو اړخیزو ګیلو څخه عبارت دی چې معافیتي (امیونولوژیک) مینځ ګړتیا په کې نه وي. دا د فارمکالوژیک (هستامین، تایرامین یا مونوسودیم ګلوتامیت) میتابولیک (لکتیز فقدان) یا د نورو میکانیزمونو لکه توکسین (سکروم پروئید کب خوړلو څخه) یا د کیمیاوي موادو له امله مینځ ته راځي. همدارنګه هستامین په رومیانو او ځمکنی توت کې وي. (۳۸، ۳۶)

۱- د نیم سردرد: دا د ځینو خوراکی توکو (لکه چاکلیت، پنیر، الکل) د خوړلو څخه پیدا کېږي. دا خواړه یو ډول امین لري چې تایرامین نومېږي. مونوامين اکسیدیز نهی کوونکي ددې امین په میتابولیزم کې ونډه لري هغه کسان چې دا انزایم لري نیم سردرد په کې پیدا کېږي. (۳۸، ۳۶)

۲- Irritable Bowel Syndrome (IBS)

د ځینې خوړو (لکه غنم) څخه مینځ ته راځي. (۳۸، ۳۶)

۳- Chines restaurant syndrome

په چینایي خوړو کې مونوسودیم ګلوتامیت دي چې د خوړلو څخه وروسته سربدالي، زړه بدوالي، خوله، د تپې درد او کمزوري مینځ ته راځي. (۳۸، ۳۶)

۴- فینایل کیتون یوریا (Phenylketonuria)

د خوړو دنه زغم یو ډول دی چې فینایل الانین هایدروکسي لېز د نشتوالي څخه پیدا کېږي. دغه انزایم غذایی فینایل الانین میتابولیز کوي. (۳۸، ۳۶)

۵- دلکتوز نه زغمل: د انسان شیدې ۲۰۰ ملي مول لکتوز لري چې مخکې له جذب څخه په کولمو کې د لکتیز انزایم پواسطه په ګلوکوز او ګلکتور باندې بدلیږي.

په لومړنۍ لکتیز فقدان کې د جیجینوم د میوکوزا مارفولوژي نارمل وي او په دویمي کې د ځینو ناروغیو له کبله لکه سلیاک، وایرل ګاستروانترایتس کې د جیجینوم د میوکوزا مارفولوژي وېجاړېږي. غیر هایدرولیز شوي لکتوز کولون ته دننه کیږي چې

د کولمو د بکترياو د تخمري کرني پواسطه هغه په لنډ ځنځير لرونکي شحمي اسيدونو هایدروجن او کاربن دای اکساید باندې بدلېږي. (۳۷، ۳۸)

کلينيکي موندنې:

ډيری خلکو کې لکتيز فقدان بيخې بې گيلی وي خو په ځينو کې وروسته د شيدو خوړلو څخه د گيدې کولیکي دردونه، پرسوب، باد، د کولمو اوازونه، او نس ناسته پيدا کېږي چې دای، بی، ایس سره غلطېږي. که ناروغ ښه ارزيايي شي او شيدې پرې بندې شي ښايي ناروغ ښه شي. تشخيص يې د هایدروجن بریت ازموينې پواسطه کېږي. د درملنې لپاره د خوړو څخه لکتوز لری شي. (۳۷، ۳۸)

د معدی او کولمی گازی سندروم (Gastrointestinal Gas syndrome)

په نارمل حالت کې د کولمو د گازاتو اندازه د يو شخص څخه بل شخص ته توپير لري نارمل اندازه يې د ۲۰۰ ملي ليترو څخه لږه ده. (۴۱)

په کولمو کې پنځه ډوله گازات دي (نایتروجن، اکسیجن، کاربن دای اکساید، هایدروجن، میتان) دا گازات له دريو لارو څخه پيدا کېږي. (۴۱)

۱- د هوا تيږول:

په معده کې د گاز سرچينه تيره شوی هوا ده چې دورځې خو ليتره نایتروجن په معده کې ځای په ځای کېږي کله چې نایتروجن د معدې څخه کولمو ته تيرېږي په کولمو کې نه جذبېږي نوځکه ډيری تيره شوی هوا د ارگمي په ډول بيرته راوړي. (۴۱)

۲- د کولمو په دننه کې د گازاتو سرچينه:

د کولمو په دننه کې درې ډوله گازات جوړېږي (هایدروجن، کاربن دای اکساید، میتان). کاربن دای اکساید د هایدروجن دايون او دبای کاربونیت د يوځای کيدو او د ترای گلسرائيدو څخه چې کله په شحمي اسيدونو باندې بدلېږي توليدېږي. (۴۱)

دهایدورجن ايون په کولمو کې په کاربوهايډریتو، پروتینونو او امینواسيدونو باندې د بکترياو د تخمري کرني له امله جوړېږي. (۴۱)

میتان د هایدروجن دايون په شان د بکترياو د میتابوليزم له امله جوړېږي. (۴۱)

۳- دکولمو دلومن اودوینې تر مینځ دگازاتو بدلون:

کاربن دای اکساید، میتان، نایتروجن او اوکسیجن په پاسیف توگه دلومن او وینې تر مینځ بدلېږي. (۳۰)

دکلینیک له نظره دگازاتو ستونزې:

ارگمی (Belching)

دمعدې یا مری څخه په ارادي یا غیر ارادي ډول د ډوډی خوړلو په وخت اویا وروسته دگازاتو ازادیدلو ته وایي. دا هغه وخت پیدا کیږي چې د مری بنسکنی معصره استرخاء وکړي. ارگمی یوه نارمل عکسه ده چې دمعدی معایي سیستم دناروغیو ښودنه نه کوي. (۳۷)

په کمزورو خلکو کې دمعدې ټول گاز تیره شوی هوا ده. دهرې مری د تیرولو سره ۲-۵ ملي لیتره هوا تیریږي چې دگیډې دنارامی، پرسوب، درد او باد لامل کیږي. دا دچتک خوړلو، ژاولو ژوولو سگرت څکلو او کاربونیټ لرونکو مشروباتو سره پیدا کیږي. په تشویش خلکو کې زیات وي.

دارگمی لپاره هغه وخت پلټنې ترسره کیږي چې دسفاژیا، زړه سوخیدل، کانگې او ژر مریدل ورسره مل وي. اتی اسید او سیمیتیکان ورکول کومه گټه نه لري. (۳۷)

باد (Flatus)

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

نفخ اوباد په کولمو کې دتیرې شوې هوا او په خوراکي توکو باندې دبکتریاو د تخمري کړنې له کبله پیدا کیږي. همدارنگه نفخ او باد په سو جذب سندروم، لکتوز نه زغمل، ای بی ایس، نن السر ډیسپپسیا او دکولمو په انسداد حالت کې هم وي. دکولمو اوازونه دکولمو په اوږدو کې دمایعاتو اوگازاتو دخوښت څخه پیدا کیږي.

هغه خواړه چې دنفخ اوباد لامل کيږي عبارت دي له فرکتوز، لکتوز، سوربیتول، نشايسته، نخود، براکولي، گلپی، کرم، پیاز او کافي څخه. (۲۲، ۱)
 هغه ناروغان چې دوامداره گیلې لري باید نشايسته او نور فايبرلرونکي خواړه ونه خوري فعال کارکول دگیډي باداراموي. سي میتیکان کومه گټه نه لري. خوړو شحم باید کم کړل شي ترڅو چې دکولمو دگاز کلیرانس وځنډيږي. (۳۷، ۱)

Dyspepsia تشخیص

۱- اندوسکوپي:

دپورتنۍ هضمي لارې د ارگانیک ناروغیو دموندلو لپاره ټاکلې ازمینه ده چې د رادیوگرافي په پرتله ډیره ښه ده. (۳۷، ۳۲)

۲- عمومي لارې چارې:

ټول هغه دس پیپتیک ناروغان چې عمر یې د ۵۵ کالو څخه لږ دی او اختلاط یې نه وي ورکړی په لومړي پړاو کې باید د ایچ پیلوري (Urea breath test, Fecal antigen test, IgG serology) لپاره پلټنه وشي. (۳۷، ۳۲)

سیرالوژیکي ازمینې اسانه او ارزانه دی خو لږ ارزښت لري که ایچ پیلوري منفي وي او د نسترولید التهاب ضد درملو خوړلو تاریخچه ونه لري نو پیپتیک ټپ ردیږي.

ډیری ایچ پیلوري منفي ناروغان چې وظیفوي دس پیپسیا لري او د غیروصفي ریفلوکس ناروغان د ۴ اونیو لپاره ډی، پی، ای سره درملنه کيږي. که د درمل د پرېښودلو سره گیلې بیا پیدا شي په دوامداره توگه پی، پی، ای ورکول کيږي. که ایچ پیلوري مثبت وي ۹۰ سلنه څخه پورته ناروغان د ایچ پیلوري د درملنې سره ښه کيږي او د لس سلنو څخه لږ رنخوران یې وظیفوي دس پیپسیا لري. (۳۷، ۳۲)

که د ایچ پیلوري د ورک کولو سره گیلې بیرته بايږی وکړي نو پی، پی، ای په دوامداره توگه ورکول کيږي. که دلومړنیو لارو چارو سره د دسپیپسیا گیلې ورکې نه شوي نو د دس پیپسیا د نورو لاملونو دموندلو لپاره باید هڅه وشي. (۳۷، ۳۲)

د Dyspepsia درملنه:

الف: عمومي اهمتمات:

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

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

ب: فارمکالوژيک درمل:

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

PPI -۱

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

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

۳- Antidepressant:

د Dispramine يا Nortriptyline يا Imipramine دځوب په وخت کې ۱۰-

۵۰ ملي گرامه ورکول کيږي دوز يې ورو ورو جگيږي اوسترالين هم ورکولای شو.

۴- پروکينيټيک درمل:

میتوکلوپرامید ۱۰ ملي گرامه دورځې درې ځله، دوم پريدون ۱۰-۲۰ ملي گرامه د ورځې درې ځله مخکې له ډوډې څخه ورکول کيږي. د ميتوکلوپراميد دوامداره ورکول نيوروسيکاتريک اړخيزې اغيزې پيدا کوي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

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

۵- اتی ایچ پیلوري درملنه:

۱۰% څخه کمو پیښو کې د وظیفوي دس پیپ سیا لامل ایچ پیلوري ده باید درملنه

بې وشي.

۶- اتی اسیدونه لږ گټه لري.

۷- په مخرشو ناروغانو کې هایپنوتراپی هم بنایي گټه ولري.

۸- هربال تراپی

Caraway ، Pepermini چې لږی اړخیزی اغیزی لري هم گټه لري.

۹- سموت مسل ریلکزانټ: هغه درمل چې دنسوی عضلاتو دنرم والي لامل کیږي چې

عبارت دي له: Hyocyamine، Methoscopolamine څخه. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

Irritable Bowel Syndrome (IBS)

پېژندنه:

دغټو کولمو یوه وظیفوي ځنډنۍ او متکرره ناروغي ده چې دکولمو د جوړښت پتالوژي په کې نه وي چې متصف دی بې دگیدې په درد او نارامي باندې چې د ډکو متيازو کولو سره غلي کیږي. (۳۷)

ایډیمولوژي:

په لویډیځ وگړو کې یو پر پنځه کسانو کې د ای بی ایس گیلې شته چې یوازې په سلو کې ۲۰ یې د ډاکتر سره مشورې کوي او ددې څخه یې ۱۰ سلنه روغتون ته دمعدې او دکولمو دگیلو له کبله راځي. (۳۲، ۳۷، ۳۸)

په ځوانو ښځو کې دنارینو په پرتله ۲-۳ واری زیاتی دی ځکه چې په ښځو کې روحی ستونزې او خفگانونه زیات دي او ددوي کولمې دبیلابیلو پارونو سره ډیرې حساسې دي. خواره پدوي باندې ډیره سیکالوژیکه اغیزه لري.

همدرانگه په دوي کې ځینې نورې ستونزې (لکه د حوصلې برخه کې د ډکو متیازو کول، تشې متیازې کول، جنسي نژدې والی، میاشتنی عادت، امیدواري اوزیرون) ډیرې دي. (۳۸، ۳۷، ۳۶)

پتوفزیالوژي:

لاندې پتوفزیالوژیک میکانیزمونه د ای بی ایس په مینځ ته راتلو کې ونډه لري. (۳۷)

۱- د کولمو حرکي ستونزی:

یو شمیر څرگند مایوالکتریک او حرکي ستونزی په کولون او کوچنۍ کولمو کې پیژندل شوي چې د لږې مودې لپاره دگیدې درد او روحي ستونزو سره اړیکې لري.

۲- دگیدې د احشاو حساسیت زیاتوالی.

د ډیرو ناروغانو دحشوي دردونو داحساس اندازه لږه وي چې دغټو کولمو د لږ پرسوب سره دگیدې درد احساسوي. (۳۷)

ځینې ناروغان سره له دې چې د کولمو دگاز اندازه یې نارمل وي خو دگیدې دباد او درد څخه گيله من وي. ځینې ژر ژر ډکې متیازې کول احساسوي خو د ریکتوم د ډکو متیازو حجم یې لږ وي. (۳۷)

۳- لومینل فکتورونه (د کولمو اتان)

په ۷-۳۲ سلنه ناروغانو کې وروسته د بکتریایی گاسترو انتریتس څخه د ای بی ایس گیلې پیدا کیرې بنځی او هغه خلک چې ډیر روحي فشارونه او خفگانونه لري د ډیپرنی گاسترو انترایتس دیرغل د تیرولو څخه وروسته ورته ای بی ایس پیدا کیري. (۳۷)

۴- عقلي او ټولنیز اېنارملتی:

د ۵۰ سلنه څخه ډیر ناروغان روحي ستونزې، خفگانونه، د خوړو ستونزې، جنسي او فزیکي ستونزې لري. (۳۷)

کلینیکي ښه:

ای بی ایس یوه ځنډنۍ ناروغې ده چې ډیری یې په وروستۍ لسيزو کې پیلیري. دناروغۍ گیلې دناروغۍ د تشخیص څخه درې میاشتنی مخکې شته وي.

ای بي ایس هغه مهال پیژندل کیږي چې په ناروغ کې گیلې وي خو په لابر اتواري
ازمونیو کې یې کوم پتالوژیک افت پیدا نه شي. (۳۷)
تشخیصیه کریټیریا:

په دې کریټیریاو کې داسې څرگندېږي چې په ۱۲ میاشتو کې ۱۲ اونۍ پرله پسې
دگیدې درد یا نارامی وي چې د لاندې اوصافو لرونکې وي. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

۱- دگیدې درد د ډکو متیازو کولو سره آرامیږي.

۲- د ډکو متیازو د فريکونسي بدلون (په ورځ کې د درې څلو څخه ډیر او یا په اونۍ
کې د درې څلو څخه لږ وي).

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

۴- د ډکو متیازو کولو په وخت کې ابناړملتي (زور وهل، ژرژر تلل، د نابشپړ تشیدو
احساس).

۵- دمخاط وتل.

۲- دگیدې نفخ اوباد. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

د دغو گیلو شتون ای بي ایس ناروغان په درې سب کلاسونو باندې ویشي:

۱- څرگند نس ناسته.

۲- څرگند قبضیت

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

دگیدې درد کرامپ ډوله دگیدې په بنسکتني برخه کې وي د شپي مهال نه وي او
د ناروغ دخوب دخرابوالي لامل نه کیږي. د ناروغ وزن کم شوی نه وي ناروغ د شیدو،
سابه او غوړو په خوړلو کې بندیز راولي. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

کله کله دگیدې درد د ډوډی خوړلو په مهال مینځ ته راځي چې ناروغ ډوډی خوړل
بندوي.

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

همدارنگه د ای بي ایس ناروغانو څخه باید د دس پیپ سیا دخطري گیلو پوښتنه وشي. که چیري شته وي دناروغ ناروغي به دکوم بل اورگانیک لامل له کبله وي او دهغه لپاره پلټنی وشي. په همدې ډول که گیلې ناڅاپه پیل شي او دناروغ عمر د ۴۰- ۵۰ کالو څخه ډیر وي نو باید دکومې بلې ارگانیکې ناروغی. خواته پام وشي.
(۳۲، ۳۸، ۳۱)

که ناروغ ته دښپې لخوا نس ناسته، شدید قبضیت یا نس ناسته، هیماتوجیزیا، وزن بایلل او تبه پیداشي باید د ارگانیک افت د موندلو لپاره هڅه وشي.
د ای بي ایس ناروغانو په فزیکي ازموینو کې کوم اېنارمل ښه نه وي. (۳۲، ۳۸، ۳۱)
دهضمي جهاز څخه دباندې د ای بي ایس کلینیکي څیره:

- ۱- نساي ولادي گیلې (دردناکه پیږود یا دس مینوریا یا ډیس پارونیا).
- ۲- بولي گیلې لکه فريکونسي، ژر ژر د تشو میتازو کولو احساس، ارجنسي دښپې لخوا تشې متیازې کول او دمثاني بشپړ نه تشیدل.
- ۳- نورې گیلې لکه د ملارد، سردرد، دخولې بدبوي، دخوب ستونزې، سټوماټیا، بی علاقگی. (۳۱، ۳۲)

تشخیص:

که چیرې په یو ناروغ کی عصبي، اجتماعي اېنارملتي دتشخیصه (کری تیرا سره یو ځای) سره شته وي اود ناروغی لپاره کوم پتالوژیک لامل پیدا نه شي د ای بي ایس ښودنه کوي اود نورو ازموینو ترسره کول پکار نه دي. ځینې ځانگړې ازموینې لکه ای ایس ار دتائیروئید دغدی وظیفوي ازموینې، د ډکو متیازو (د وینې شتون، هگی، پرازیت) ازموینې، سگموئیدسکوپي، کولون سکوپي او باریوم ازموینې باید ترسره

شي. دسلیاک دناروغی. د ردولو لپاره باید سیرالوژیکی ازموینې وشي اوکه دناروغ عمر د ۵۰ کالو څخه ډیر وي دڅبښه افت د ردولو لپاره هم پلټنې وشي. (۳۷)

توپیري تشخیص:

ای بي ایس باید د ایچ پیلوري، کولون نیوپلازم، آی بی ډی، هایپر تائیروییدزم، هایپوتائیروییدزم، پرازیتي ناروغی، مل اسوریشن، کارسینوئید، سیکوتیک ناروغی. لکه روجي فشارونه او خفگانو سره توپیر شي. (۳۷)

درملنه:

الف: دخورو په واسطه درملنه:

ناروغ په عمومي ډول دخورو نه زغمل لري خو تراوسه پورې داسې خواړه چې گیلې زیاتې کړي نه دي پیژندل شوي خو په عمومي توگه غوړ لرونکي خواړه، کافین او سلا د آی بي ایس د ناروغانو لخوا بڼه نه زغمل کیږي. (۲، ۳۲، ۳۷، ۳۱)

هغه ناروغان چې نس ناسته، دگیډې نفخ باد او پرسوب لري په هغو کې باید دلکتوز اوسوریتول نه زغم باید دپام څخه لري نه شي. ناروغ ته دلکتوز څخه تش خواړه ورکړل شي ترڅو چې دلکتوز نه زغمل رد شي.

دخورو فرکتوز او سوریتول (دمیوو او شیرینی گانو په جوړښت کې وي) بڼایي د نس ناستي، دگیډې درد، باد او پرسوب لامل شي. (۲، ۳۲، ۳۷، ۳۱)

هغه خواړه چې دگیډې دباد او پرسوب لامل کیږي عبارت دي له گلېي، اومه پیاز، انگور، کرم، آلو، شفتالو، کافي، ممیز، هوگې او بیر څخه.

زیات فایبر لرونکي خواړه په آی بي ایس کې کوم ارزښت نه لري

ب: فارمکالوژیکه درملنه:

د آی بي ایس دوه پر درې خفیف ناروغان دپوهاوي او دخورو د پرهیز سره بڼه کیږي دمنځنی کچې او شدید ناروغان دخارونکو اهتماماتو سره نه بڼه کیږي. فارمکالوژیکه درملنه د مل درملنې په توگه نه درینسه ایستونکی درملنې په ډول ورکول کیږي.

(۲، ۳۲، ۳۷، ۳۸، ۳۱)

۱- د سپیزم ضد درمل:

اتني کولي نرژیک درمل د گيډې په بېرني درد او پرسوب کې ورکول کېږي. زړو او قبضيت لرونکو رنځورانو ته نه ورکول کېږي. ددې ډلې درملو اړخيزی اغيزی عبارت دي له د تشو متيازو بنديدل، قبضيت، تکی کار ديا او دخولی د وچوالي څخه. مستحضرات يې عبارت دي:

Hyocyamin (Levisin) ۱۲۵،. . ملي گرامه دخولی دلارې يا د ژبي لاندې او يا Sustained release ۳... يا ۷۵،. . ملي گرامه دخولې دلارې دورخې دوه ځله ورکول کېږي. Dicyclomine ۱۰-۲۰ ملي گرامه يا ميتوسکوپول امين ۵، ۲-۵ ملي گرامه دخولې دلارې مخکې د ډوډی خوړلو څخه دخوب په وخت کې ورکول کېږي. (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

۲- دنس ناستې ضد درمل:

Loperamide دوه ملي گرامه دخولې دلارې دورخې ۳-۴ ځله کارول کېږي. کودين فاسفیت هم ورکول کېږي.

۳- د بنوی عضلاتو استرخاء ورکوونکي:

Mebeverin هايډروکلورايد، دای سایکلوروين هايډروکلورايد او Perpermint تيل دي.

۴- د قبضيت ضد درمل:

د قبضيت درملنې لپاره د مگنيزيم شيدی، پولي ايتايلين گلايکول اوزيات فايبر لرونکي خواړه کارول کېږي. که چيرې قبضيت تينگاري شو د قبضيت نور لاملونه دې ولټول شي.

۵- سایکوتروپیک درمل: ترای سایکلېک اتني ډيپريسانټ په هغه آی بي ایس کې چې نس ناسته ورسره وي ورکول کېږي درملونه يې عبارت دي له: ايمپيرامين (۱۰ ملي گرامه دخوب په وخت کې ورکول کېږي ورو ورو دوز يې ۵۰-۱۵۰ ملي گرامو ته لوړېږي). Nortriptyline، (Tri imipramine) Dispramine څخه.

سپروتونین ري اپټیک نهی کوونکي د آی بي ایس په هغه ناروغانو کې چې قبضیت ورسره وي ورکول کیږي درملونه یې عبارت دي له: Sertraline (دورځې ۵۰-۱۵۰ ملي گرامه)، Paroxetine (دورځې ۱۰-۲۰ ملي گرامه)، Fluoxetine (دورځې ۲۰-۴۰ ملي گرامه). (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

۲- سپروتونین ریسپتور اګونیست او اتاګونیست: سپروتونین دمعدې معایې سیستم د تحریکیت او حسیت یو میډیاتور دی چې دوه ډوله درمل په کې شامل دي:

۱- Tegaserod: دا درمل د ۵ هایدروکسي تریپتامین ریسپتور ۴ اګونیست دي او په هغه آی بي ایس اخته بنځینه ناروغانو کې کارول کیږي چې قبضیت ورسره وي. په نارینه کې اغیزه نه لري. ۲۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله ورکول کیږي د یوې اونۍ درملنې څخه وروسته د درملنې پایله معلومیږي. که رسپانس یې ښه وي د ۱۲-۱۴ اونۍ پورې دوام ورکول کیږي. دنورو درملو سره یوځای هم کاریدلای شي. (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

۲- Alosetron: دا ۵ هادروکسي تریپتامین ریسپتور ۳ اتاګونیست دی. په هغه آی بي ایس اخته بنځینه رنځورانو کې ورکول کیږي چې نس ناسته ورسره وي یو ملي گرام د ورځې دوه ځله ورکول کیږي.

۷- نه جذبیدونکي انتي بیوتیک: څیړنو ښودلې چې ۴۰ سلنه ناروغان دنه جذبیدونکي انتي بیوتیک ریفاکزیمین (۴۰۰ ملي گرامه دورځې درې ځله د لس ورځو لپاره) سره ښه شوي. (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

۸- پروبایوتیک: د یرو کمو څیړنو ښودلې چې غیر پتوجن مایکرو ارګانیزمونه (لکه بافیډو بکتریوم انفانت) د کولمو د فلورا د بدلون لپاره بدن ته دنده کوي.

ج: شدید درد لرونکي ناروغان د درملنې لپاره سیکالوژیسټ ته ورپیژندل کیږي. (۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

دمعدی ادینو کارسینوما (Gastric Adeno carcinoma)

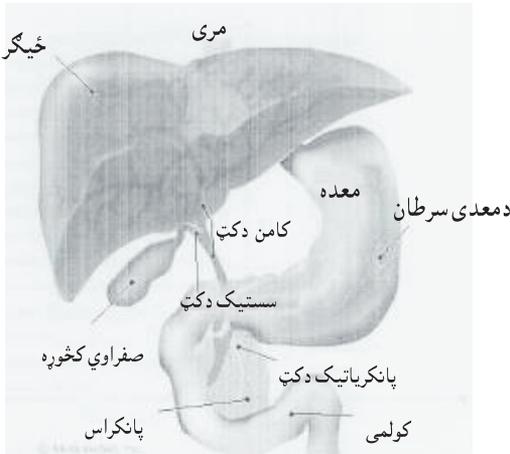
اپیدیمولوژي او پېښي :

دمعدې کنسر (دپوستکي د کنسر څخه وروسته) د معمول کنسرونو له ډلې څخه دې چې په متحده ایالاتو کې په کال کې د ټولو نوي کنسرونو دوه سلنه جوړه وي. د ۴۰ کلنۍ څخه یې مخکې مینځ ته تگ لږ دي. په نارینو کې نظر ښځو ته زیات دي دا ډیری په کوریا، جاپان، برطانیا، شمالي امریکا، چین، چيلي او اسلیند کې وي. دمعدې کنسر زیاتره په انتروم کې مینځ ته راځي خو په کارډیا او فندس کې هم مخ په زیاتیدو دي. (۲۶، ۳۷، ۴۲)

لاملونه:

- ۱- عمر: دمعدې کنسر ډیری وروسته د ۷۰ کلنۍ څخه وي.
- ۲- جنس: په نارینو کې نظر ښځو ته ډیر دي.
- ۳- توکم: ډیری یې اسیا، پاسفیک اسلند، هسپانیه او افریقایي امریکایانو کې دي.
- ۴- خواړه: ځینې خواړه دمعدی دکنسر خطر زیاتوي لکه منتن خواړه (داقتصادي ټولنیز حالت ضعیفوالی)، مالګین، سګرت، الکول، سره شوی خواړه (نایتريت لري) مساله جات، خوسابه او میوه دکنسر خطر کموي.
- ۵- اچ پیلوري: ځنډنی اچ پیلوري د ځنډني گاسترایتس او اکلورهایډریا لامل کیږي.
- ۶- کورنۍ تاریخچه
- ۷- دمعدې داسید نشتوالی.
- ۸- خبیثه انیمیا (پرنشس انیمیا)
- ۹- دمعدی جراحي څخه (۱۰-۱۵ کاله وروسته)
- ۱۰- دوامداره اچ دوه رسپتور بلاکر خوړل.
- ۱۱- ځنډنی گاسترایتس.
- ۱۲- د مینیتیرایر ناروغی (دمعدې د فولډونو دهایپر تروفی ډیروالی).

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



(۷-۱) شکل دمعدی سرطان (۴۳)

پتوجینیزس

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

د N-nitroso compound د میتاپلازیا او بیا د کنسر په منخته راتګ کې ښه پوهیدل شوي چې نوموړی نظر د Carrea مولف لخوا پیشنهاد شوی. همدارنګه څیښه انیمیا،

اتروفیک گاسترایتس او دکولمو میتاپلازیا د کنسر لپاره مساعدوونکی فکتورونه دي.

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

پنالوژي:

دمعدی ادینو کارسینوما

دمعدی د اپی تیلیوم خبیث تومور دی چی دمعدی د کنسونو ۸۰ سلنه جوړوي او ۱۵ سلنه یې لمفوما او گاسترو انټیستینال ستروما تومور دی. دمعدی د میوکوزا دگلاندولاز اپی تیلیوم څخه سرچینه اخلي دمعدی دیوال تر برید لاندې نیسي، عضلي، میوکوزا، سب میوکوزا او مسکولاز پروپریا کې ارتشاح کوي. (۳۸، ۴۲، ۴۳)

دمعدی د ادینو کارسینوما مارفولوژیک ډولونه:

۱- Fungating intraluminal polypoid mass

دمعدې د ادینو کارسینوما د دیفیوز له ډلې څخه دی چې ډیر مخاط افرازوي. بین الخلائي نسج د مخاط څخه ډکېږي. مخاط د تومور په دننه کې پاتې کیږي او هسته محیط خواته تپله کوي چې د Signet ring cell په نوم یادېږي. (۳۸، ۴۲، ۴۳)

۲- Diffuse spreading (Linitis Plastica)

دا د دیفیوز له ډلې څخه دی چې ډیری په ځوانانو کې وي په ټوله سب میوکوزا کې خپرېږي معده شخه، اتونیک وي پلن فولدونه په کې جوړېږي چې د څرمنې د بوتل بڼه غوره کوي چې د خرابو اترارو بنودونکې ده. (۳۸، ۴۲، ۴۳)



(۸-۱) شکلونه A: دمعدی پولي پوئید کنسر B: دمعدی فنګوئید کنسر

C: دمعدی السراتیف کنسر D: دمعدی انفلتراتیف کنسر (۴۲)

۳- Super facial spreading

داهم د دیفیوز له ډول څخه دی چې یوازې مخاطي او مخاط لاندې طبقه کې وي کیدای شي چې لمف نودونه یې میتاستاز ورکړي او یا نه وي ددې ډول اترار بڼه وي.

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

دځای له انده:

افت دمعدې په لری برخه کې (۴۲) سلنه نږدی دریمه برخه کې ۳۷ سلنه منځنۍ برخه کې ۲۰ سلنه ټوله معده کې ۱۳ سلنه وي. (۳۸، ۴۲، ۴۳)

کلینیکي بڼه:

دمعدی دسرطان د ناروغانو کلینیکي بڼه عبارت دی له دگیډې د پورتنی برخې دردونه، نارامی، زړه بدوالی، کانگی، نس ناسته، قبضیت، دگیډی پرسوب، ژرژر مړیدل، وزن کمیدل، وینه لرونکی کانگی او ډکی متیازی او په ۲۰ سلنه ناروغانو کې داپي گاستریک دناحیې له کبله وی. (۳۷، ۳۸)

اختلاطات:

۱- دمعدې کنسر نېغ په نېغه دمعدې شاوخوا او نژدې غړو ته لکه پانکراس، کولمو او ځیگر ته خپریږي.

۲- دلمفاوي سیستم یا د پریټوان د سطحې دلزې خپریږي.

۳- دگیډې دننه لمفاوي غوټو ته خپریږي.

۴- تخمدانونوته میتاستاز ورکوي چې د Krukenberg's tumor پنوم یادېږي.

۵- نو شاوخوا ته میتاستازس ورکوي چې د Sistermary joseph nodol پنوم یادېږي

۶- peritoneal cul de sac ته میتاستازس ورکوي (Blumer's shelf) مقعدې یا مهبلي ازموینو کې معلومیږي.

۷- خبیث اسایتس

۸- ځیگر ته خپریدل (غوره ځای دی)

۹- migratory thrombophlebitis (Trosseus syndrome)

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

۱۱- Acanthosis negricans

۱۲- Microangiopathic hemolytic anemia

۱۳- Guaic positive stool

۱۴- Dermatomyositis

۱۵- سپرو، دهلو و کومخ ته خپریدل. (۳۷، ۳۸)

تشخیص:

د ناروغی د تشخیص لپاره لاندې ازموینې ترسره کیږي:

۱- فزیکي ازموینه.

۲- دوینې ازموینه (دوینې د ځنډنې بهیدولو له امله د اوسپنې د کموالي انیمیا.

که چیرې تومور ځیگر ته میتاستاز ورکړی وي د ځیگر د دندو د ازموینو اېنارملتي.

۳- گاستروسکوپي: په ټولو هغه ناروغانو کې چې عمر یې د ۵۰ کالو څخه ډیر وي دس

پېپ سیالري او انتي سکرېتوري درملو سره ښه نه شي گاستروسکوپي ترسره کیږي.

۴- بایوپسي: د اندوسکوپي پواسطه بایوپسي اخیستل کیږي او سایتولوژیک ازموینې

ترسره کیږي.

۵- دمعدی او کولمو دپورتنی برخی رادیوگرافي د باریوم سره.

۶- دگیډې سي تي سکن او اندوسکوپیک التراساوند.

۷- Fecal Occult blood test (۳۷، ۲)

: Stages

۱- صفر ستیث: پدې پړاو کې کنسر یوازی په مخاطي طبقه کې وي.

۲- لومړی ستیث: لمفواي غوټی اخته شوی نه وي لمینا پروپریا یا سب میوکوزا او ان

مسکولار پروپریایې تر برید لاندې نیولی وي.

۳- دوهم سټیټز: ۷-۱۵ لمفایو غوټې اخته شوې وي برسیره پر میوکوزا دمعدی دیوال یې تر برید لاندې نیولی وي.

۴- دریم سټیټز لمفایو غوټې اخته شوې وي. مسکولاز پروپریا، دمعدې ټول دیوال یې اخته کړی وي او ان نژدې غړي یې لکه ځیگر، پانکراس یې تر برید لاندې نیولي وي.

۵- څلورم سټیټز: لرې غړو ته یې میتاستاز ورکړی وي. (۳۷، ۴۳)

۶- بیرته گرځیدونکی کنسر: کنسر وروسته د درملنې څخه بیرته راگرځي. د کنسر د پراونو دمعلومولو لپاره لاندې ازموینې تر سره کیږي:

۱- دویني ازموینه: دویني بشپړ ازموینې، دځیگر وظیفوي ازموینې، که چیرې ځیگر اخته شوی وي دویني په ازموینه کې Carcinoma embryonic antigen (CEA) او کاربوهایدریت انتی جن (CA) لوړ وي.

۲- دسینې رادیوگرافي. ۳- سي تي سکن ۴- اندوسکوپیک التراساوند ۵- لپراسکوپي. (۳۷، ۴۳)

توپيري تشخيص:

دمعدې دسليم ټپ، لمفوما او هايپرتروفیک گاستروپاتي (Menetrier's disease) سره توپيري تشخيصیږي. (۲۲)

درملنه:

دمعدی دکنسر د درملنې ټاکنه د تومور سايډ، ځای، سټیټز او دناروغ روغتیا پورې اړه لري. د لومړۍ پړاو څخه وروسته درملنه گرانه ده. کنسر هغه وخت تشخيصیږي چې پر مخ تگ یې کړی وي. دکنسر درملنه په دوو ډولو دی. (۴۳)

موضعي او سیستمیکه درملنه:

الف: موضعي درملنه

موضعي درملنه یې د جراحي او رادیشن تراپي څخه عبارت ده. (۴۳)

جراحي درملنه:

دمعدې سرطان ښه درملنه جراحي ده چې په دوو ډولونو تر سره کېږي. (۴۳)

الف: سب ټوټل گاستریکتومی: کړنه هغه وخت تر سره کېږي چې کنسر دمعدی لري دوه پر درې برخه کې وي. جراح کولای شي چې د کنسر سره نژدې انساج لکه مری، کوچنی کولمې، نژدې لمفاوي غوټې هم لري کړي. (۴۳)

ب: ټوټل گاستریکتومی: دا کړنه هغه وخت تر سره کېږي چې تومور دمعدی په نژدې برخه کې وي او یا خپور ارتشاحي وي.

پدې عملیات کې دناروغ مری، دکوچنی کولمو سره ښلول کېږي چې ناروغ ته کله کله د گیلوې درد، نس ناسته یا قبضیت پیدا کېږي.

که تومور دمعدی په ښکتنی برخه کې وي بیلروت یو یا بیلروت دوه پروسیجر سره درملنه کېږي. (۴۳)

۲- شعاع ورکول (راډیشن تراپی): دکنسري ژونکو د وژولو لپاره لوړه انرژي لرونکې شعاع کارول کېږي. (۴۳)

ب: سیستیمیک درملنه:

سیستیمیک تراپی یې کیموتراپی ده چې دکنسر ضد درمل د رگ او ځینې یې دخولې دلارې ورکول کېږي. همدارنگه کله کله د کیموتراپی سره یو ځای راډیشن تراپی ورکول کېږي. هغه درمل چې په کیموتراپی کې په کار وړل کېږي عبارت دي له 5-Fu (5-Fluorouracil)، Cisplatin، Mitomycin، carmustin، fluorouracil او Toxotere څخه. (۴۳)

:Multimodality therapy

پدې درملنه کې جراحي، کیموتراپی او راډیشن تراپی په گډه کارول کېږي. (۴۳)

خواړه وړکونه:

دا اړینه ده چې د درملني پر مهال او وروسته دهغې څخه د انرژي د ترلاسه کولو لپاره ښه خواړه (کالوري، پروتین، ویتامین، او منرالونه) دخوراکي رژیم د متخصصینو لخوا سپارښت وشي. خواړه دخولې، تیوب یا د رگ دلارې ورکول کېږي. (۴۳)

Dumping سندروم د معدې د جراحي د عملیاتو څخه وروسته هغه مهال پیدا کیږي چې خواړه یا اوبه په چټکۍ سره کوچنۍ کولموته دننه شي او ناروغ ته د گيډې درد، زړه بدوالی، نس ناسته او سر بدالی پیداشي د درملنې لپاره ناروغ باید لږ خواړه وځوري.

د درملنې څخه وروسته دناروغ څارل

دمعدې دکسر ناروغانو ته وروسته د درملنې څخه دښه والی یا خرابوالی د معلومولو لپاره فزیکي او لابراتواري ازموینې (ایکسری، سي ټي سکن، اندوسکوپي) تر سره کیږي. (۴۳)

انزار:

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

لومړي او دوهم سټیژ چې ښه درملنه یې شوی وي د ۵۰ سلنه څخه ډیر یې د اوږدې مودې پورې ژوند کولای شي.

د دریم سټیژ ناروغانو انزار ښه نه وي، ۲۰ سلنه څخه لږ یې د اوږدې مودې پورې ژوندی وي. (۳۷)

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

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

دمعدې لمفوما Gastric lymphoma:

دمعدې لومړنۍ لمفوما دمعدې دخبيشه ناروغیو د ۵ سلنه څخه لږ جوړوي. معده داکسترانو ډولر نان هاجکن لمفوما یواځنی ځای دی. (۳۸)

دمعدی معایبی لومړنۍ لمفوما ۲۰% په معدده کې پیدا کیږي. په نارمل حالت کې په معدده کې لمفاوي انساج نشته خو د ایچ پیلوري له کبله په معدده کې لمفوئید نسج پیدا کیږي. ایچ پیلوري په معدده کې Low Grade Lymphoma ، Mucosal associated Lymphoid Tissue lymphoma (Maltoma) کیږي.

برسیرن ملتوما بنایي د ایچ پیلوري د ریننه ایستونکې درملنې سره ښه شي د لمفوما کلینیکي څرگندونې د معدی د کنسر په شان وي اندوسکوپیکه څیره یې د پولی پوئید یا السراتیف کتلې په شان وي. (۳۸)

د Low grade maltoma درملنه د ایچ پیلوري ریننه ایستونکې درملنه او څارنه دی. High grade B cell lymphoma درملنه په گډه کیموتراپی، جراحی او راډیوتراپی ده. د درملنې ټاکنه دافت په ځای، پراخوالي او دناروغ روغتیا یې حالت او نورو فکتورونو لکه وینه بهیدنه او گاستریک اوټ لیت بندیز پورې اړه لري. دناروغی انزار په سستیژ پورې اړه لري د لومړی، دوهمي سستیژ کوچني تومور، Low grade histology او د ۲۰ کالو څخه کم عمر انزار ښه وي. (۳۸)

د کولمو التهابي ناروغی (IBD) Inflammatory Bowel Diseases:

پېژندنه:

ای، بی، ډی یوه ادیویاتیک او دکولمو ځنډنی التهابي ناروغی ده چې کله ښه او کله شدیدېږي او تر کلنو پورې دوام مومي. دوه ډولونه لري چې یو یې اولسراتیف کولایتس او بل یې کروون ناروغی ده دواړه یې یو ډول کلینیکي څیره لري توپیر یې یو ډبل څخه گران دی. السراتیف کولایتس یوازې لویه کولمه او کروون ناروغی د خولې څخه تر مقعده پورې اخته کوي. (۲۲، ۳۸)

اپیدیمولوژي:

د ای، بی، ډی پېښیدل په بیلابیلو هیوادونو کې توپیر لري، کروون ناروغی په پرمخ تللي هیوادونو کې ډیره لږه او السراتیف کولایتس تر اوسه پورې نامعمول ده. په متحده ایالاتو کې دالسراتیف کولایتس پېښې 11:100000 اود کروون ناروغی پېښې 6،3:100000 دي.

مړینه د ناروغی په لومړي وخت کې او د کولون د کنسر له کبله زیات وي، ای، بی، ډی لومړي په ۱۵-۴۶ کلنې او بیا په ۶۰-۸۰ کلنې کې پېښېږي، دالسراتیف کولایتس د نر او ښځو تر مینځ د پېښیدو نسبت 1:1 او کروون ناروغی 1:1-1،8:1 دی. (۲۲)

لاملونه او پتوجنیزس:

که څه هم د ای، بی، ډی لاملونه تر اوسه پورې څرگند نه دي خو ځیني کسان په جنتیکي توگه دې ناروغی ته برابر دي. دناروغی په مینځته راتلو کې دوه فکتورونه رول لري:

- ۱- دبانډې فکتورونه لکه اتانات او دکولمو نارمل فلورا.
- ۲- دکوربه فکتورونه لکه دکولمو داږبي تیلیوم دژونکو دندی، وعایي اروا او عصبي خرابوالی.

دواړه فکتورونه دکولمو دمخاطبي طبقي معافیتوي سیستم دندی خرابوی.

الف: ارثیت

- ۱- ای، بی، ډی په Ashkenazi یهودانو کې ډیروي.
- ۲- په مونوزایگوتیک جوړه کې د دای زایگوتیک جوړې په پرتله ډیروي (کرون ناروغی د السراتیف کولایتس څخه ډیروي).
- ۳- کرون ناروغی او السراتیف کولایتس دناروغ په خپلوانو کې د نورو خلکو په پرتله ډیروي چې ۶-۱۰ سلنه پېښو کې د ناروغ خپلوان یو یا څو کسان په دې ناروغی اخته وي. کرون ناروغی دناروغ په لومړني خپلوانو کې ۱۰-۱۴ چنده او السراتیف کولایتس ۸ ځله ډیردي.
- ۴- مساعد جین CARD15/NOD-2 gene کروموزوم 16q 12 (IBD locus) دی.
- ۵- HLA- DR103 کې السراتیف کولایتس ډیر مینځ ته راځي.
- ۶- که ای، بی، ډی په HLA-B27 کې مینځ ته راغلی وي انکلوزینګ سپونډیلایتس په کې ډیروي.
- ۷- په اتوامیون ناروغی (لکه اتوامیون تایروئیدایتس) کې زیات وي. (۲۲، ۳۲) ب: محیطي فکتورونه:
- ۱- د کورنۍ ښه پاکوالی د کرون ناروغی پیدا کیدو لپاره برابر ونکې دي ځکه چې ددې سره معافیتي سیستم ښه فعال نه وي (د السراتیف کولایتس لپاره نه دی).
- ۲- په کرون ناروغی کې د اچ پیلوري خپریدنه کمیري خو په السراتیف کولایتس کې نه وي.
- ۳- سگریټ: کرون ناروغی په سگریټ څکونکو او السراتیف کولایتس په نه څکونکو کې ډیروي.
- ۴- اپنډیکتومي د السراتیف کولایتس د مینځ ته راتلو څخه مخنیوی کوي.
- ۵- دخولې دلازې د امیدواری ضد درمل د کرون ناروغی خطر ډیروي او د السراتیف کولایتس خطر نه ډیروي.
- ۶- ان ایروویک بکتريا په کرون ناروغی او ایروویک په السراتیف کولایتس کې ډیر وي ځکه چې د کولمو د دیوال د مخاطي طبقه دفاع او دنده خرابیري. (۳۲، ۳۸)

السراتیف کولایتس (UC): Ulcerative Colitis

پېژندنه:

السراتیف کولایتس د لویو کولمو دیوې ځنډنې او بایبیری کوونکی ناروغی څخه عبارت ده چې د کولون په مخاطي طبقه کې پراخه التهاب وي . ناروغي ډیری ریکتوم خو کیدای شي چې د کولون یوه یا ټوله برخه اخته کړي. د کولون مخاطي طبقه ماتیدونکی وی او وینه بهیدونکی وي. (۲۲، ۳۷، ۴۴)

پتالوژي:

التهاب ډیری په ریکتوم کې وي (پروکټیتیس) کله کله د ریکتوم نژدې برخه لکه سگموئید نیسي (پرکتو سگموئیدایتس) په او کله کله ټول کولون اخته کوي (پان کولایتس). (۳۸)



(۹-۱) شکل په السراتیف کولایتس کې دروغجن پولیپونه (۴۶)

په حاد شدید کولایتس کې د کولون دیوال نری او وینه ور کوونکی تپونه لري ژر سوری کیږي چې د توکسیک میګاکولون پنوم یادېږي. (۳۷)
په ځنډنې پان کولایتس کې کولون لنډ، تنګ اتروفیک او کاذب پولیپونه په کې ښکاري. (۳۸)

دهستولوژي له انده د ناروغی په خفیف او منځني حالت کې پر سوب، درگونو ډيروالی او د حاد او ځنډنيو ژونکو زیاتوالی پیدا کيږي. (۳۸)

شدید التهابي حالت کې بیړنی او ځنډنی التهابي ژونکې په کریپتونو کې ارتشاح کوي پدې حالت کې د کریپتیتس، کریپتو ابسی، اکزودات او د اپي تیلیوم د سطحی تپونه وي. (۳۸)

گابلیت ژونکې د س پلاستیک کيږي هسته یې بې ډوله کيږي او د میتوزسس زیاتوالی د کولون کنسر لپاره زمینه برابروي. ۱۰-۲۰ سلنه ناروغانو کې چې په پان کولیتس اخته وي التهاب ۱-۲ ساتي متره تر مینل الیوم خواته غځيږي چې د Back wash ileitis په نوم یاديږي. (۳۸)

کلینیکي ښه:

د ناروغی غوره گیلې مقعدي وینه بهیدنه او نس ناسته ده، نس ناستی ډیری دشپې لخوا او وروسته د ډوډی خوړلو څخه وي.

ناروغی کله ښه کيږي او کله بیرته راگرځي روحی ستونزې، ستریس، اتانات، گاستروانترایتس، انټي بیوتیکونه او نن ستروئید التهاب ضد درمل د ناروغی د بایبېرې لامل کيږي. سگرت، داوسپنی خوړل او ویتامین بی ۲ تشدیدونکي فکتورونه دي. د ناروغی کلینیکي ښه دافت د ځای او د التهاب پراخوالي پورې اړه لري. (۳۸، ۴۴، ۲۲)

۱- السراتیف پروکتیتس Ulcerative proctitis

پدې حالت کې نس ناسته د ورځې د پنځو څلو څخه لږ وي په متناوب ډول وینه او کله مخاط وي. د ریکتوم د التهاب له کبله ارجنسي، فريکونسي (تینس موس) پیدا کيږي د ډکو متیازو کولو سره د کین ښکتنی کوارانت درد غلی کيږي. خو گیده په جس سره درد ناکه نه وي. (۳۸، ۴۴، ۲۲)

۲- Proctosigmoiditis

په دې حالت کې وینه لرونکی نس ناستی ډیر وي چې شمیر یې د ورځې ۴-۶ ځله وي کرامپي دردونه، تینس موس، گیډه په جس سره لږ حساسه وي لږه تبه، پرسوب او دوینې د البومین اندازه لږه ټیټه وي. (۲۶، ۴۴، ۳۸)

۳- دکین خوا کولایتس

پدې حالت کې د سگموئید او کین کولون دالتهاب گیلې وي لکه وینه لرونکی نس ناستی، دگیډې کرامپي دردونه، وزن بایلل، تبه ۳۸-۳۹ سانتی گریډ وي ESR لږ لږ وي. (۲۶، ۴۴، ۳۸)

۴- Pancolitis or universal colitis

پدې حالت کې کین کولون، بنې کولون، مستعرض کولون اخته شوی وي گیلې یې عبارت دي له: وینه لرونکي نس ناستي چې د ورځې ۶ ځلو څخه ډیر وي. دگیډې کرامپي دردونو، وزن بایلل، ستوماتیا، تبه، تکی کارډیا، انیمیا او ESR لوړوالي څخه. (۲۶، ۴۴، ۳۸)

۵- Fulminant colitis

دپان کولایتس نادر او شدید حالت دی چې ناروغ د ورځې د لس څلو څخه زیات وینه لرونکی نس ناستی لري. دیهایدرې او شاک کې وي. گیډه پرسیدلې او په جس سره حساسه وي تبه او انیمیا شته وي چې دوینې ترانس فیوژن ته اړتیا پیدا کيږي. کولون پراخه او حرکات یې خرابيږي چې دتوکسیک میگا کولون پنوم یاد یږي.

که چیري د سیروزا طبقه اخته شوی وي کولون سورې کيږي چې چټک داخل الوریډي درملنې ته اړتیا پیدا کيږي او که درملنه نه شي ناروغ مري. (۲۶، ۴۴، ۳۸)

دناروغی په ځنډني حالت کې د اوسپنې د لږوالي انیمیا، کلایینګ، دخولې کندیدازس، افتوس السرونه مینځته راځي. (۲۶، ۴۴، ۳۸)

۱-۱ جدول دالسراتیف کولایتس دناروغی څرگندونې ښودل شويدي: ۲۶، ۳۷)

لږ	منځنی	شدید
< ۴	۲-۴	> ۲
لږ	متوسط	زیات
< ۹۰	۹۰-۱۰۰	> ۱۰۰
نشته	< ۳۷.۵ ساتي گریډ	> ۳۷.۵ ساتي گریډ
لږ وي	> ۷۵%	≤ ۷۵%
۴۲ ملي متر <	-	۴۲ ملي متر >
نشته	۱۰-۱%	> ۱۰%
سوروالی، د وعایي حالت کموالی، خفیف گرانولیشن	سوروالی ډیر وي وعایي حالت نه وي تپ نه وي	تپونه وي، په خپل سر وینه بهیري
نارمل	۴۰-۴۲	< ۴۲
نارمل	۳-۳.۵	< ۳

لابراتواري پلټنې:

- ۱- د وینې بشپړه شمیرنه د انیمیا او ترمبوسایتوزس لپاره (کله کله ترومبوسیت لور وي).
- ۲- د وینې الکترولايت او د پښتورگو د دندو ازموینې باید تر سره شي ځکه چې په ځنډنۍ نس ناستو کې د وینې پوتاشیوم، مگنیزیم لږېږي او پري رینل ازوتیمیا وي.
- ۳- د ځیگر د دندو ازموینې د پریماري اسکلیروزینګ کولاجیتس لپاره باید تر سره شي.
- ۴- د گلیډې ساده راډیوگرافي باید د توکسیک میګاکون لپاره وشي.
- د باریوم ازموینې لږ کارول کېږي ځکه چې د توکسیک میګاکولون لامل کېږي.
- ۵- د تشو متیازو ازموینې.
- ۶- د ډکو متیازو کرل د اتناني لاملونو د ردولو لپاره.
- ۷- ESR د ناروغۍ په شدیدو حالاتو کې لوړ وي.
- ۸- سي ریاکتیف پروتین لوړ وي.
- ۹- د السراتیف کولایتس اندوسکوپیکې نښې عبارت دي له:

الف: دکولون وعایي بڼه له مینځه تللي وي.

ب: مخاطي طبقه سور او ماتيدونکی وي.

ج: برسیرن تپونه.

د: کاذب پولیپونه.

په شدیدو حالاتو کې کولونوسکوپي نه تر سره کېږي ځکه چې د کولون د سوري کیدو لامل کېږي د اندوسکوپي په وخت کې بایوپسي باید د هستولوژیکو ازموینود تر سره کولو او د السراتیف کولایتس توپيري تشخیص لپاره واخیستل شي. (۳۷، ۴۴)

توپيري تشخیص:

السراتیف کولایتس دلاندې ناروغیو سره توپيري تشخیص کېږي:

الف: اتناني ناروغی:

- بکتریايي ناروغی لکه سلمونیا، شگیلا، کمپایلو بکتر جیچوني، ای کولای، گونوکاکل پروکتیتس، سودوممبران کولایتس او کلامیدیا پروکتیتس.
- وایروسي ناروغی لکه هیرپس سمپلکس، سائتومیگالو وایرس
- پروتوزوایي ناروغی لکه امیبازس

ب: غیر اتناني ناروغی:

۱: وعایي (اسکیمیک کولایتس)

۲: ایډوپاتیک (کولاجن کولایتس، (Behcet disease)

۳: درمل (نن ستروئیدل التهاب ضد درمل)

۴: نیوپلازم (کولون کنسر) (۳۷)

اختلاطات

الف: موضعي اختلاطات:

۱- توکسیک میگاکولون: په دې حالت کې توکسیک توکي د ناروغ دمخاطي طبقي څخه پورتل دوان او بیا عمومي دوران ته جذبېږي. ناروغ توکسیک او انیمیک وي وینه لرونکي نس ناسته لري دیهايدري او شاک کې وي تبه لري. گپه دردناکه او پرسیدلې

وي مستعرض کولون د ۶ سانتي متر څخه ډیر پراخه شوی وي چټکې درملنې ته اړتیا لري پدې حالت کې کولمی سوری کیدای شي. (۳۸، ۴۴)

۲- دکولون سوري کيدل

۳- شديده او ژوند ویرونکی وینه بهیدنه.

۴- دکولون کنسر.

ب: دکولموڅخه دباندې اختلاطات.

۱- خوله: افتوس السرونه.



(۱۰-۱) شکل خوله کې افتوس السرونه (۴۲)

۲- سترگی: Episcleritis, Uveitis, Iritis

۳- عضلي اسکليتي سيستم: Seronegative arthritis, oligoarthritis, Low back

Arthritis of Sacroiliac joint, ankylosing spondylitis, pain

۴- پوستکی: Erythema Nodusum او Pyoderma gangrenosum

۵- Deep Vein thrombosis

۵% دسرو امبوليزم وي چې لاملونه يې عبارت دي له: د فيروجن اود فکتور ۵ او ۸ زیاتوالی، دانتي ترومبین ۳ کموالی، دکوچنیو، منخنیو او لویو رگونو واس کولایتس څخه.

۶- اتوامیون هیمولایتیک انیمیا.

۷- کلابینګ

۸- دځیگر او صفراوي لازو پریماری اسکلیروزینګ کولانجیتس، سیروزس، شحمي ځیگر، او ځندنې هیپاتیتس دي. (۳۸، ۴۴)

درملنه:

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

۱- دستل کولایتس

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

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

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

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

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

ب: په ګډه موضعي 5-aminosalaslic acid د خوب په وخت او موضعي هایډروکورتیزون دسهار لخوا کارول کیږي.

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

د: یوازی دخولې دلزې کورتیزون یا ازاتیوپورین.

کله چې دناروغی بیرني حالت بڼه شو نو بیا د می سلامین دمقعد دلزې د ورځې لخوا ۱۰۰-۵۰۰ ملي ګرامه او یا هره شپه یا یوه شپه وروسته د ۴ ګرامو امالی سره درملنه

کيږي. که ناروغ د موضعي درملنې سره علاقه نه لري نو بيا دخولې دلارې ۵ امينو سلاسلېک اسيد سره يې درملنه کيږي.

۲- خفيف او متوسط کولائتس

الف: ۵ امينو سلاسلېک اسيد

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

Salfasalazin لومړی ۵۰۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله او بيا ورو ورو د ۱-۲ اونيو په موده کې ۲ گرامه د ورځې دوه ځلو ته رسول کيږي. مجموعي دوز يې ۵-۶ گرامه دې خو زغمل يې گران دي.

ب: کورتيکوسټروئيد:

که ۵ امينو سلاسلېک اسيد سره د ۲-۳ اونيو په موده کې درملنه بريالۍ نه شوه بيا موضعي کورتيکوسټروئيدو فوم يا اماله د ورځې يو يا دوه ځله ورکول کيږي. که ددې سره په دوه اونيو کې ښه والی پيدا نه شو نو سيستمیک پريدنيزولون يا ميتايل پريدنيزولون ورکول کيږي. پريدنيزولون د ورځې ۴۰-۶۰ ملي گرامه پيليږي کله چې ناروغ ښه شو نو دوه اونۍ وروسته د ورځې ۱۵ ملي گرامه او بيا ورو ورو د ورځې ۵ ملي گرامو ته رسول کيږي.

ج: معافيت بدلونکي درمل (Immuno modulating agents):

په لاندې حالاتو کې ورکول کيږي:

۱: که د کورتيکوسټروئيدو يا ۵ امينو سلاسلېک اسيد سره درملنه ناکام شي.

۲: د کورتيکوسټروئيدو ناوړه اغيزې پيداشوې وي.

۳: د کورتيکوسټروئيدو د قطع سره ناروغي بايږي وکړي.

۴: هغه ناروغان چې جراحي درملنه نه خونبوي.

دا درملونه عبارت دي له ۶ ميرکپتو پيورين او ازاتايئوپورين څخه چې ۲۰ سلنه اغيزه

لري. (۳۷، ۴۴، ۳۵)

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

که سیستمیک کورټیکوسترورئید، مرکپتوپیورین یا ازاناتیوپورین سره درملنه بریالی نه شوه بل امیونوموډیلاتور درمل چې Infiximab نومېږي ورکول کېږي. دا درې دوزه ۵ ملي گرامه په هر کیلو گرام وزن د بدن په 0-2-6 اونۍ کې ورکول کېږي. ۲۵ سلنه اغیزه لري. ددې درمل د اغیزی دوام موده ۸-۱۰ ورځې ده.

۳- شدید السراتیف کولایتس

الف: عمومي لارې چارې:

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

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

۳- اویات یا اتی کولي نیږژیک درمل باید و درول شي.

۴- دمایعاتو والیوم، د الکترولایتو ستونزې باید سمې شي او که هیماتوکریټ د ۲۵-

۳۸ سلنه څخه لږ وي باید د وینې ترانس فیوژن وشي.

د وینې د سپینوژونکو شمیر، البومین، ESR، سي ریاکتیف پروتین باید اندازه شي،

۵- د گیلېډې درد، د تودوخې درجه، د نبض شمیر او په ډکو متیازو کې وینه باید

ارزیایي شي.

۶- د گیلېډې ساده راډیوگرافي باید دکولمو د پرسوب لپاره واخیستل شي.

۷- ډکې متیازې د بکټریا و لپاره وکرل شي.

۸- ټول شدید ناروغان باید جراح ته د مشورې لپاره ولېږل شي.

۹- داتان د مخنیوي لپاره د میکروب ضد درمل ورکول کېږي.

۱۰- دپوستکي لاندې هیپارین د وریدي ترومبو امبولیزم دمخنیوي لپاره ورکول

کېږي. (۳۵، ۴۴، ۳۷)

ب: کورټیکوسترورئید

۱- میتل پریدنیزولون په څلور کسري دوزونو ۴۸-۲۴ ملي گرامه یا هایډروکورتیزون ۴۲۰ ملي گرامه په څلور کسري دوزونو په پرله پسې ډول د انفیوژن په ډول د ۲۴ ساعتو لپاره ورکول کیږي.

۲- که ارجنسي یا فریکونسي (تینیس موس) شته وي نو د هایډروکورتیزون اماله ۱۰۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله کارول کیږي.

۳- که ناروغ مخکې هایډروکورتیزون اخیستې نه وي نو ۱۲۰ یوتیه ACTH ورکول کیږي.

۴- کله چې ناروغ ښه شو دخولې دلارې مایعات او درمل ورکول کیږي
ج: اتني نومور نکروز فکتور تراپي:

مخکې ترې یادونه شوې.

د: سایکلوسپورین:

که السراتیف کولایتس د ۷-۱۰ ورځو په موده کې د کورتیکو سټروئیدو سره ښه نه شو نو سایکلوسپورین ۲-۴ ملي گرامه نظر په کیلو گرام وزن د بدن د انفیوژن په ډول ورکول کیږي. (۳۵، ۴۴، ۳۷)

جراحی درملنه:

که د پورتنۍ درملو سره ناروغ ښه نه شو نو بیا جراحی درملنه ترسره کیږي. (۳۷، ۳۸)

د تغریخ د دورې دوام (Maintenance remission):

کله چې ناروغ دکلینیک له نظره ښه شو د درمل د قطع کولو سره ۷۵ فیصده پینو کې ناروغی بیرته پیدا کیږي چې په دې صورت کې Salfasalazine ۱۰۰۰-۱۵۰۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله، Olsalazine ۵۰۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله او یا Mesalazine ۸۰۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله ورکول کیږي چې دې سره د بایبیري پینې ۳۳ فیصده ته کمیږي که چیرې ددې درملو سره او یا کورتیکو سټروئید سره ښه والی پیدانه شو نو معافیت څپونکي درمل لکه ازاتائیوپورین او یا ۲ مرکټوپورین ورکول کیږي. (۳، ۳۷)

انزار:

السراتف کولایتس اوږدمهاله ناروغی ده چی کله کمیږي او کله زیاتیري ډیری ناروغان یوازې دطبی درملنې سره ښه کیږي. توالد او تناسل کولای شي.

د کرون ناروغی: Crohn's Disease (CD)

پتالوژي

هغه ځایونه چې په کرون ناروغی اخته کیږي عبارت دي له ترمینل ایوم، ښي کولون، یوازې ترمینل ایوم، ایوم او جیجینوم څخه. ۲۳، ۳۸

د کولون ټول دیوال پرسیدلی او پلن وي. ژور ټپونه دخطي فیسور په شان ښکاري مخاطي طبقی ټپونو تر مینځ دنورمالی ساحی دجزیرو په شان بیل شوی وي او دفرشي تیرو (Cobble stone) په شان لیدل کیږي، ژور ټپونه د کولمو په دیوال کې ننوزی چې د اېسو او فستولونو لامل کیږي. ۲۳، ۳۸

فستولونه د کولمو دلویونو، د کولمو او مټانې، د کولمو او رحم، د کولمو او مهبلی او ان د کولمو او عجان تر مینځ جوړیږي. التهابی وتیرې یو دبلې څخه دنارمل مخاطي غشا په واسطه بیلي شوي وي. ۲۳، ۳۸

که یو کوچنی اغیزمن ځای د لویې اغیزمنې برخې څخه دنارمل ساحې پواسطه بیل شوی وي د Skip lesion پنوم یادیري. ۲۳، ۳۸

میزاتریک لمفواوي نوډولونه غټ او میزاتر پلن شوی وي. هستولوژیکه ښه یې عبارت ده له:

- ۱- ځنډنی التهاب د کولمو په ټول دیوال کې وي چې د پلنوالي لامل یې کیږي.
- ۲- اپي تیلوئید هستوسیت د ټکو په ډول ټولیري چې چارچاپیره یې لمفوسیتونه وي او دجاینټ ژونکو لرونکی وي.
- ۳- د لمفوئید ارتشاح یا مایکروگرانولوما هم لیدل کیږي. که دوی د میوکوزا سطحې ته نژدې وي نو دټپ په ډول ښکاري او کوچني افتوس ټپونه جوړوي. ۲۳، ۳۸

کلینیکي بڼه:

د کرون دناروغی گیلې عبارت دي له: د گیدې درد، نس ناسته او وزن بایللو څخه. ترمینل الیوم د گیدې درد غوره ځای دی چې د درد لاملونه یې عبارت دي له د کوچنی کولمو تحت الحاد بندیز، التهابي کتله، د گیدې دننه اېسو یا د حاد بندیز څخه. د بڼې ښکتنې کوادرانت حاد درد کله کله د اېنډیسایتس سره غلطیږي. (۲۳، ۳۷، ۴۱)

د بڼې کوادرانت یا سوپراپوبیک درد کولیکي وصف لري چې د ډکو میتازو د کولو سره غلی کیږي او د ډوډی خورلو سره زیاتېږي په جس سره حساس او دردناک وي او کتله جس کیږي نس ناستی او بلن وي. وینه او مخاط په کې نه وي. وزن بایلل بڼایي د مل اېسوریشن له کبله وي په ځینو ناروغانو کې دشحم، پروتین او ویتامینونو لږوالی وي چې د ویتامینونو د لږوالي له کبله گلو سائیتس او انګولاز ستوماتیتس پیدا کیږي. (۲۳، ۳۷، ۴۱)

کرون ایلیاتس د السراتیف کولایتس په شان کلینیکي څیره لري چې ناروغ وینه او مخاط لرونکی نس ناستی لري، لیتارژی، سستوالی، بی اشتهايي او وزن بایلل ورسره وي. تبه لږه درجه وي او که شدت یې زیات شي د گیدې د اېسو ښودنه کوي. له ۵۰% څخه لږو پېښو کې ناروغ د انل د چارچاپیره ناروغیو (فیسور، فستول، بواسیر، د مفعدې پوستکي کشوالی، اسکیوریکتال اېسی، انوریکتال فستول) څخه گيله من وي. همدارنگه ځینې وخت د کروون دناروغی کلینیکي څرگندونې د فایبرو سټینوټیک بندبنت یا پنی تراټینګ فستول په شان وي. (۲۳، ۳۷، ۴۱)

په ډیری رنځورانو کې د کوچنیو او غټو کولمو گیلې وي. په لږ شمیر ناروغانو کې د انل شاوخوا ناروغی، کانگې (د جیجینوم د تنگوالي له کبله) او دخولی تپونه وي په فزیکي ازموینه کې ناروغ وزن بایللی او خاسف ښکاري. (۲۳، ۳۷، ۴۱)

تشخیص:

۱- که یو ناروغ تبه د گیلې درد او حساسیت ولري که دې سره نس ناسته وي او یا نه وي نو د کروون د ناروغی گمان پرې کېږي. (۲۳، ۳۷)

۲- دوینې ازموینې:

- انیمیا: لاملونه یې عبارت دي له: ځنډني التهاب، مخاطي وینه بهیدني، داوسپني د کموالي، د ویتامین بي ۱۲ د جذب د خرابوالي او د فولیک اسید د کموالي څخه. انیمیا یې نارموسایتک نارموکرومیک وي چې د ځنډینو ناروغیو ښودونکې ده. (۲۳، ۳۷)
- د لوکوسایټوزس لاملونه عبارت دي له التهاب، اېسو او کورټیکوسټروئیدو تراپي څخه.
- دوینې د البومین د کموالي لاملونه عبارت دي له: د کولمو د لارې د پروټین ضایع کیدل، د جذب د خرابوالي، د بکترياو د ډیروالي او د ځنډني التهاب څخه.
- ESR لوړوالی.
- CRP لوړوالی.
- د ځیگر د دندو د ازموینو اېنارملوالی.
- دوینې کرل د سیپ ټیسیمیا په صورت کې باید تر سره شي.
- د ډکو متیازو کرنه که نس ناسته شته وي.

- ډکی متیازی د پرازیت دهگی، لوکوسیت، شحم او کلسترویدوم دیفیسیل د توکسین لپاره ازموینه شي.
- رادیوگرافي
- دباريوم د تیرولو سره معده او کوچنی کولمو او دامالی سره دلویو کولمو پتالوژي بنکاري.
- کولونوسکوپي.
- سي ټي سکن. (۲۳، ۳۷)

اختلاطات:

ابسی، بندوالی، فستولونه، دمقعد شاوخوا ناروغی، سرطان، هیموراژ او مل ابسوربشن. (۳۷)

۲-۱ جدول: نوپري تشخیص ۳۷، ۴۰

السراتفیف کولایتس	کرون ناروغی	
ډیر لږ	معمول	دترمینل الیوم اخته کیدل
تل	ډیری	دکولون اخته کیدل
ډیری	ډیر لږ	دریکتوم اخته کیدل
ډیر لږ	معمول	پیری انال اخته کیدل
پرایمری سکیلروزینګ کولانجایتس	نه وي	صفراوي قناتونو اخته کیدل
التهابي ځای پر له پسې وي	التهابي ځای د ټکي په ډول وي	دناروغی ویشنه
پر له پسې ټپونه	Linear and serpinginous (snake like ulcer)	اندوسکوپي
سطحي هيوکوزال وي	بنايي ترانس مورال ژور وي	دالتهاب ژوروالی
نادروي	معمول	فستولونه
نه وي	گرانولوما	بايوپسي
ډیری بنده کیسې او د پاووچسایتس پواسطه تعقیبېږي	داغیزمې برخې دلري کولمو څخه بیا پیدا کېږي	جراحی درملنه
کم دی	په ځکونکو کې خطر ډیر دی	سگرت ځکل
تراوسه کوم اند نه شته	بنايي اتوامیون وي	اتوامیون ناروغی
ډیر دی	لږ دی	کنسر خطر

دای، بی، ایس، یرسینا انتروکولایتس، حاد اپنډی سائیتس، دکولمو تویرکلوز، ایډز، دکوچنیسو کولمو لمفوما، اسکیمیک کولایتس، دحوصلی التهابی ناروغی، میزانتریک ادینایتس، دای ورتیکولایتس د تخمدان تومور او کیست سره باید توپیری تشخیص شی. ۳۷، ۴۰

درملنه:

۱: تغذیه

که کولون اخته شوی وی نو ناروغ ته فایبر لرونکو خوړو سپارښتنه وشي. که بندوالی شته وی او مه میوه او سابه باید ونه خوري. نو که ترمینل الیوم ایستل شوی وی نو باید د لږ شحم لرونکو سپارښتنه ورته شي په میاشت کې یوځل ویتامین بی ۱۲ د غوښی دلارې ۱۰۰ مایکروگرامه ورکول کیږي ناروغان باید سگریټ ونه څکي. (۳۷)

۲- Enteral therapy :

ماشومان او نوي ځوانان چې وده یې ځنډیدلی وی، اشتها یې خرابه وی نو د نازوگستریک تیوب دلارې خواړه ورکول کیږي. (۳۷)

۳- Total Parenteral Nutrition (TPN)

د TPN دورکونې وختونه عبارت دي له: فعاله ناروغی، پرمخ تللی وزن کمیدلو، بندوالی، فستول، شدیدې نس ناستې او دگیدې د شدید درد څخه. (۳۷)

ب: گیله ایزه درملنه:

که ترمینل الیوم اخته او یا ایستل شوی نو د صفراوي مالگو د جذب د خرابولې له امله نس ناسته پیدا کیږي چې د درملنې لپاره یې کولسترآمین ۲-۴ گرامه یا کولیستوپول ۵ گرامه دورځې دوه یا درې ځله مخکې د ډوډې له خوړولو څخه ورکول کیږي. (۳۷)

که ترمینل الیوم د ۱۰۰ سانتي مترو څخه زیات ایستل شوی وی د شحمي نس ناستې د درملنې لپاره باید شحمي خواړه کم کرل شي. که نس ناسته د فستول، د الیوم ایستلو او حرکي ستونزو څخه پیداشوی وی لامل به یې بکتریاگانې ویو د درملنې لپاره یې انټی بیوتیک ورکول کیږي. (۳۷)

د نس ناستی نور لاملونه عبارت دي له: د لکتیز لږوالي او لنډې شوی کولمو خخه د درملنې لپاره یې لوپرامید ۲-۴ ملي گرامه د ورځې څلور ځله، د اوپیوم تنکچر ۵-۱۵ څاڅکي د ورځې څلور ځله کارول کیږي خو په فعال کولایتس کې نه ورکول کیږي ځکه چې د توکسیک میگا کولون لامل کیږي. (۳۷)

ج: ځانگړې درملنه:

۱- ۵ امینو سلاسیک اسید په کروون ناروغی یې لږ او یا هیڅ ارزښت نه لري په تیره د کوچنو کولمو د کروون ناروغی کې خو بیا هم می سلامین یا سلفاسلازین دورځې ۳-۴ گرامه د لویو کولمو په کروون ناروغی کې گټور دي همدارنگه ۵ امینو سلاسیک اسید د کولون د کروون د ناروغی په ریمیزن او د اختلاطاتو په مخنیوي کې اغیزه نه لري. (۳۷)

۲- کورتيکوسټروئید:

Entacort) Bedsonid (۹ ملي گرامه دورځې یوځل د ۸-۱۲ اونيو لپاره ورکول کیږي چې ۵۰-۷۰ سلنه ښه والی راولي. د ۲-۴ اونيو په موده کې یې دوز ورو ورو کمیږي او د ورځې ۳ ملي گرامو ته رسول کیږي. (۳۷)

پریډنیزولون یا میتل پریډنیزولون هغه وخت کارول کیږي چې بیدسونید سره درملنه بریالی نشي، ناروغي شدید وي، د کولون لری برخه او د کوچنی کولمو نژدې برخه اخته شوې وي. د ورځې ۴۰-۲۰ ملي گرامه ورکول کیږي چې ۲۰-۹۰ سلنه د ۱۲-۱۸ اونيو په موده کې ښوالی راولي. دوز یې ورو ورو کمیږي ترڅو چې دورځې ۲۰ ملي گرامو ته ورسېږي. (۳۷)

په روغتون کې د بستریدو وختونه عبارت دي له: د کورتيکوسټروئید سره درملنه بریالی نشي لوره تبه، دوامداره کانگه، بندوالی، شدید وزن بایلل، دگیډې شدید درد، او افسو خخه دگیډې په افسو کې کورتيکوسټروئید نه ورکول کیږي. (۳۷)

۳- اتی بیوتیک:

میترونیدازول د ورځې ۱۰ ملي گرامه نظر په کیلو گرام وزن د بدن یا سپروفلوکزاسین ۵۰۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله د ۲-۱۲ اونيو لپاره ورکول کیږي.

۴- معافیت بدلونکي درمل (Immunomodulating agents):

دا درمل هغه مهال ورکول کیږي چې د کورتيکو سټروئیدو سره درملنه بريالی نه شي، د کورتيکو سټروئید بیا بیا کارونې یا اوږد کورس ته اړتیا وي. دا درمل دناروغی په اختلاطي حالاتو کې نه ورکول کیږي ځکه چې د ۲-۴ میاشتو په موده کې یې اغیزې یې څرگندېږي. میتوتريکزات په اونی کې یو ځل ۲۵ ملي گرامه د غوښې له لارې یا د پوستکي لاندې د ۱۲ اونيو لپاره ورکول کیږي وروسته په اونی کې ۵، ۱۲-۱۵ ملي گرامه ورکول کیږي. (۳۷)

۵- انتي تومور نکروز فکتور تراپي:

Infliximab په لاندې حالاتو کې ورکول کیږي.

- د کورتيکو سټروئید، ازاتایوپورین یا مرکپتوپیورین سره ښه نه شي.
- په روغتون کې د بستريدو اړتیا پيداشي.
- فستولونه شته وي.
- دناروغی په شدیدو حالاتو کې د گیلو د ژر ارامولو لپاره د کورتيکو سټروئیدو په ځای ورکول کیږي.

دناروغی په شدید حالت کې لومړی انفلاگزیماپ او وروسته میتوتريکزات یا مرکپتوپیورین ورکول کیږي او که ورنکړل شي ۸۰ سلنه دیوکال په موده کې ناروغي بایږي کوي. دا درمل یوازې او یا د نورو معافیت بدلونکو درملو سره یوځای ورکول کیږي. (۳۷)

که ددې درمل په وړاندې انتي باډي پیداشوی وي د دوا اغیزه کمیږي نو پدې حالت کې نوموړې دوا یې دوز ۱۰ ملي گرام په هر کیلو گرام وزن د بدن ورکول کیږي او یا د دوا یې دورکولو واټن ۲ اونيو ته غځیږي او یا کولای شو چې د دوا یې دوز او واټن زیات کړو.

جراحی درملنه: د جراحی درملنې استطببات یې عبارت دي له:

- ۱- د کوچنیو کولمو کروون ناروغی (لکه تنگوالی، بندوالی، د طبیی درملنې ناکامی، کتلوی وینه بهیدنه، ټینګاری فستبول، اېسی).
- ۲- د غټو کولمو او ریکتوم کروون ناروغی (ټینګاری ناروغی، شدیدې ناروغی، پیری انل ناروغی، د طبیی درملنې ناکامی، د کنسر دمخنیوی لپاره). (۳۷)

انزار:

دنبې طبیی او جراحی درملنې سره ناروغان خپل ورځنی ژوند، دنده، توالد او تناسل کولای شي ډیر لږ ئې د ناوړو پایلو له امله ژوند له لاسه ورکوي. (۳۷)

دځیگر ځنډني التهاب (Chronic Hepatitis)

پېژندنه :

ځنډني هیپاتیتیس د ځیگر د ځنډني نکرو انفلامیشن څخه عبارت دی چې ۲-۳ میاشتې دوام وکړي او اوصاف یې عبارت دي له په دوامدره توگه د سیروم د امینوترانسفرین اترایمونو لوړوالي او دځیگر هستولوژیک بدلونونو څخه. لاملونه یې عبارت دي له :

الف: ځنډني وایرل هیپاتیتیس ب: اتوامیون هیپاتیتیس ج: د درملو له کبله هیپاتیتیس.

ویشنه:

دځیگر ځنډني التهاب دپورتل، پیري پورتل او پان لوبولاز التهاب له انده په Moderate، Mild، Minimal او Sever باندې ویشل شوی.

د فیروزس له نظره په Non، Mild، Moderate، Sever او Cirrhosis ډولو باندې ویشل شوی. (۷، ۳۷)

هیپاتیتیس په Chronic persistent hepatitis (CPH) او Chronic active hepatitis (CAH) باندې ویشل شوی و. خو اوس د اتوامیون او هستولوژیک نښو د پېژندلو له امله دلامل له مخې ویشل شوی. (۷، ۳۷)

۱- Chronic Persistent Hepatitis

هغه حالت ته ویل کېږي چې دمونو نیوکلیر حجراتو ارتشاح یوازی په Portal tract کې وي او دځیگر په لوبولونو کې نکروزس او التهاب نه وي او پیري پورتل حجرات بالکل روغ وي که دځیگر حجرات په افت اخته شوی وي د Cobble stone (فرشي تیږی) په شان ښکاري چې دځیگر د حجراتو Regenerative حالت ښيي. پدې ناروغی کې گیلې نه وي او Chronic active hepatitis او سیروزس خواته نه ځي.

۲- Chronic Lobular hepatitis: پدې حالت کې التهابي حجری ارتشاح او نکروزس په Peri portal او دځیگر په لوبول کې وي. نادراً کله کله دا ناروغی شدید

کيږي او دلږې مودې لپاره هستولوژيک بدلونونه بنسټي خو نادراً سيروزس خواته پرمختگ کوي.

۳- Chronic active hepatitis: پدې حالت کې نکروزس د ځيگر په حجراتو کې پورتل، Lobular او Panlobular کې په چټکۍ سره پرمخ تگ کوي او په همدې ځايونو کې په عين وخت کې فيروزس هم وي. پدې حالت کې په Portal tract کې مونونيوکليبر حجرات ارتشاح کوي د ځيگر د لوبول په شاوخوا کې د ځيگر حجري تخريبيږي چې دى حالت ته Piecemeal necrosis وايي چې Chronic active hepatitis د همدې پواسطه تشخيصيږي د ډول هيپاټيټس په شديدو حالاتو د ځيگر حجرات تخريبيږي د Retieculin جوړښت له مينځه ځي او په ځيگر کې Regenerative nodular نسج ځای په ځای کيږي چې د Bridging hepatic necrosis پنوم يادېږي چې خراب انزار لري او سيروزس خواته پرمختگ کوي. (۳)

ځنډني وايروسي هيپاټيټس :

ځنډني وایرل هيپاټيټس دوه ډوله دي ځنډني هيپاټيټس بي او ځنډني هيپاټيټس سي چې ددې دواړو کلينيکي، بيوشميک او هستولوژيک بدلونونه سره ورته والی لري. (۳۲)

ځنډني هيپاټيټس بي : Chronic Hepatitis B (CHB)

په ټوله نړۍ کې ۴۰۰ ميلونه خلک په ځنډني هيپاټيټس بي اخته دي چې ۳۲.۱ ميلونه يې په امريکا کې دي چې زياتره يې نارينه دي. (۳۲)

ځنډني هيپاټيټس بي د حاد هيپاټيټس بي د ځنډني کيدو څخه منځته راځي چې د سيروم د امينوټرانس فيريز په دوامدره لوړيدو سره پيژندل کيږي.

ځنډني هيپاټيټس بي په دوه ډوله دي دى Active Viral replication او non replicative

۱- د وایرس فعال تکثري حالت عبارت دی له:

الف: په سيروم کې د HBe Ag او د HBV DNA شتون چې د 10^5 copies/mL څخه زيات وي.

ب: د ځيگر فعال نکروانفلاميشن (بايوپسي)

ج: په سيروم کې د IgM anti HBC په ټيټه کچه شتون.
د: په دوامداره يا متناب ډول د ALT (Alanin amino transferase) او Aspartate amino transferase (AST) کچه لوړه وي او HBS Ag د ۶ مياشتو څخه زيات مثبت وي. دا حالت په کال کې ۲-۵، سلنه په سيروزس او ۲% په دځيگر د حجرو په کانسر باندې بدليږي.

۲- غير تکثري حالت

الف: په ناروغ کې کلينيکي او بيوشميکي بڼه والی.

ب: د HBe Ag ورکيدل او د Anti HBe څرگنديدل.

ج: دامینوترانس فيريز د کچې کموالی.

د: د HBV DNA د 10^5 copies/ml څخه کميږي.

ه: دځيگر د نکروانفلا ميشن کموالی. (بايوپسي)

که چيرې سيروزس مينځته راغلی نه وي او غير فعال HBe Ag ناقل وي دا حالت ډير لږ سيروزس او دځيگر د حجرو کانسر خواته ځي.

Wild type CHB هغه حالت ته وايي چې د HBV د جينوم په ساحه کې Pre core mutation صورت ونيسي او HBe Ag منفي وي. دا حالت په کال کې ۸-۱۰ سلنه سيروزس خواته پر مخ تگ کوي. همدارنگه که د ځنډني هيپاټيټيس بي وایرس سره HIV مل وي او د CD4 کچه کمه وي نو ژرد سيروزس خواته ځي. (۷، ۲۶)

کلينيکي بڼه:

ځنډني هيپاټيټيس بي ډيري بې گيلی وي. په نارينه و کې ډير وي. ورو ورو پرمختگ کوي. که ناروغي دوام ومومي نو په ناروغانو کې به کسالت، ستوماتيا، لږ ژيري او بې اشتهايي وي. (۷، ۳۷)

لابراتواري ازموينې:

۱- په مينځنۍ کچه دامینوترانس فيريز لوړوالی.

۲- په لږه اندازه د الکالين فاسفتيز لوړوالی.

۳- سيروم بيلرويين کله کله نارمل وي.

۴- دوامداره HBS Ag مثبت وي.

۵- HBe Ag مثبت وي خو کله چې Anti HBe پيداشو نو HBe Ag ورک کيږي.

۶- د ALT کچه لوړه وي.

۷- د HBV DNA شتون دوامداره واپروس تکرر نسي. (۷، ۳۷)

دهيپاتيټس بي واپروسي اتان سيرولوژيک اوصاف او دهغه تعبير (۳۷)

HBS-Ag	Anti-HBS	Anti-HBC	HBe Ag	Anti-HBe	تعبير
+	-	Igm	+	-	حاد هيپاتيټس بي
+	-	IgG	+	-	ځنډنی هيپاتيټس بي واپرل تکرري حالت
+	-	IgG	+	+	ځنډنی هيپاتيټس بي او خفيف واپرل تکرري حالت
+	+	IgG	- يا +	- يا +	ځنډنی هيپاتيټس بي د هيټروټيپ Anti HBS
-	-	IgM	- يا +	-	حاد هيپاتيټس بي
-	+	IgG	-	- يا +	دهيپاتيټس څخه ښه کيدل (معافيت)
-	+	-	-	-	واکسين (معافيت)
-	-	IgG	-	-	کاذب مثبت ډير لږ معمول

اختلاطات:

۱- سيروزس او دهغه ستونزي.

۲- دځيگر څخه دباندې اختلاطات يې عبارت دي له: دبنډونو درد، دبنډونو التهاب، گلوميرونلوفريټس، پولي ارتيرايټس نودوزا، ليوکوسايټوکلاسټيک واسکولايټس.

(۷، ۲۶)

درملنه:

ځنډني هيپاتيټس بي بايد په لاندي وختو کې درملنه شي:

فعال واپروسي تکرري حالت وي لکه HBe Ag مثبت والی، د HBV DNA کچه

10^5 copies/ml او يا لوړ وي، د سيروم امينوتراس فيريز انزايټونه لوړ وي.

د ځنډني هيپاټيټيس بي په درملنه کې دوه ډوله درمل په کار وړل کېږي چې عبارت دي له :

۱: اينترفیرون

۲- نیوکلو سيد (نیوکلو سيد ته ورته)

۱- اينترفیرون

اينترفیرون د اغيزې له مخې په دوه ډوله دي يو يې اوږده او بل يې لنډ اغيزه لرونکي. اوږده اغيزه لرونکي. اينترفیرون (لکه Pegylated interferon alfa- Peginteron (2a په اونۍ کې ۱۸۰ ملي گرامه د پوستکي لاندې د ۴۸ اونيو لپاره. لنډ اغيزه لرونکي اينترفیرون لکه Recombinant human interferon alfa-2b په ورځ کې پنځه ميليونه يوتيه يا لس ميليونه يوتيه په اونې کې درې ځله د غوښې دلازې د ۴-۶ مياشتو لپاره ورکول کېږي.

داينترفیرون سره ۴۰% ناروغان ښه کېږي ، امينوټرانس فيريز نارمليږي، دسيروم HBe Ag او HBV DNA ورک کېږي. Anti HBe پيدا کېږي. د جينوتايب A کې رسپانس کم وي HBV DNA ډير زيات نه کمېږي، امينوټرانس فيريز لوړوي.

په رسپاندر خلکو کې د سيروم او ځيگر څخه HBS Ag ورک کېږي، Anti HBS پيدا کېږي بايپري په بشپړ رسپانس کې ډير کم وي.

HBe Ag منفي ځنډني هيپاټيټيس بي ناروغانو (Pre core mutation) کې د Peginterferon د ۴۸ اونيو د درملنې سره رسپانس ۲۰ سلنه وي. (۷، ۳۷)

انترفیران په لاندې حالاتو کې ورکول کېږي.

الف: د هيپاټيټيس بي وایرس د ډيروالي نښې شته وي.

ب: ALT د نارمل حالت په پرتله دوه ځله لوړ وي.

ج: معافيت لرونکو ناروغانو ته.

د: اتتان بي په ځوانۍ کې اخيستی وي.

ه: دځيگر بېرته گرځيدونکې ځنډنۍ ناروغۍ.

و: Wild type HBe Ag Reactive

ز: HBe Ag Negative CHB (۷، ۳۷)

اینترفیرون په لاندې حالاتو کې نه ورکول کېږي.

۱: ALT نارمل وي.

۲: ALT < 2x Upper limit of normal

۳: معافیت ځپلو ناروغانو کې.

۴: اتان بی په ماشومتوب کې اخیستی وي (اسیایي)

۵: دځیگر غیر معاوضوي ناروغی.

۶: داینترفیرون په وړاندې ټینګار وي.

په اول او دوهم حالت کې اینترفیرون او لامی ویدین، اډیفویر هم نه ورکول کېږي خو په

۳، ۴، ۵، ۶ کې لامی ویدین او اډیفویر ورکول کېږي. (۷، ۳۷)

د اینترفیرون اختلاطات:

(Depression irritability) ، Bone marrow suppression ، Flue like syndrome

Diarrhea ، Rash ، Alopecia ، autoimmun thyroiditis ، emotional lability

Numbness and ting ling sensation of extremities ،

داتوامیون تائیرویدیتیس څخه پرته دنورو اړخیزو گیلو د څرګندیدو سره د درمل دوز

کمېږي یا درول کېږي. (۲۶)

۲- نیوکلیوتائید او نیوکلیوسید دا درملونه د ځنډني هیپاتیتیس بی ناروغانو ته د

اینترفیرون په ځای ورکول کېږي چې ښه زغمل کېږي.

لامی ویدین نوکلیوسید ته ورته درمل دی چی دخولې دلارې د ۱۰۰ ملي ګرامه د ورځې

یوځل د یو کال لپاره ورکول کېږي ددې سره د HBV DNA کچه کمېږي، د ځیگر

هستولوژي ۶۰ سلنه ښه کېږي، ALT ۴۰% نارملېږي. د HBe Ag ۲۰ سلنه د یو کال په

موده کې منفي کېږي او Anti HBe څرګندېږي. په HBV DNA polymerase gen

لرونکی ناروغانو کې ۱۵-۳۰ سلنه ناروغي د یوه کال په موده کې بیرته راګرځي ځکه

چې پدې جين کې ميوټيشن صورت نيسي چې ددې له کبله دلامی ویدين په وړاندې ټينگار پيدا کيږي پدې صورت کې لامي ویدين د ۴ کالو لپاره ورکول کيږي اړخيزی گيلی نه لری. (۷، ۳۷).

د لامي ویدين ورکونه:

۱- ALT د نارمل کچې څخه دوه ځله جگ وي.

۲- معافيت لرونکو ناروغانو ته.

۳- معافيت ځپلو ناروغانو ته.

۴- اتان يې په ځوانی کې اخیستی وي (غربيانو کې)

۵- اتان يې په ماشومتوب کې اخیستی وي (اسيایانو)

۶- دځيگر بيرته گرځيدونکې او نه گرځيدونکې ناروغی.

۷- Wild type HBe Ag reaction

۸- Active HBV Ag

۹- HBe Ag Negative CHB

۱۰- د اينترفیرون په وړاندې ټينگار وي.

۱۱- فبروزينک کوليستاتیک هپاټيټس (۲۶)

د اينترفیرون او لامي ویدين گډ او يا بيل بيل ورکول يو دبل څخه بنه والی نه لري په امیدواری کې نه ورکول کيږي.

که هپاټيټس بي وایرس او HIV دواړه يو ځای وي نولامي ویدين د ورځې ۳۰۰ ملي گرامه ورکول کيږي.

Adefovir dipivoxil نیوکلیوسید ته ورته درمل دي او هغه وخت په کار وړل کيږي چې د لامي ویدين په وړاندې ټينگار پيداشي. دا درمل د خولې د لږې دورځې ۱۰۰ ملي گرامه ديوکال لپاره ورکول کيږي.

ددې په وړاندې ټينگار نادر دی. (۷، ۳۷)

که چيرې ناروغ د پښتورگو ناروغی ولري نو د نفروتوکسي سيټي لامل کيږي.

Telbivudine دلامی ویدین او ادي فوویر په پرتله غښتلي دي. دخولې دلارې دورځې ۲۰۰ ملي گرامه ورکول کیږي. که دلامی ویدین سره ټینگار پیدا شو دانه ورکول کیږي. Entecavir دخولې دلارې ۵، . ملي گرامه ورکول کیږي. ددې په وړاندې ټینگار کم دی. Tenofovir چې د HIV ټینگاري هیپاټیتس بی وایرس پښنو کې هم ورکول کیږي. (۷، ۳۷،

انزار:

هغه ناروغی چې دځنډني هیپاټیتس بی څخه وروسته راځي عبارت دي د سیروزس، هیپاتوسلیولاز کار سینوما او دځیگر دبی وسی څخه.

که ځنډنی هیپاټیتس بی وایرس په سیروزس باندې اختلاطي شوی نه وي د پنځو کالو په موده کې 2-0 سلنه مړینه لري. ۱۴-۲۰ سلنه مړینه بیرته گرځیدونکې سیروزس سره او ۷۰-۸۰ سلنه مړینه د نه گرځیدونکې سیروزس له کبله وي.

داتني وایرل درملنې سره انزار په ځواب ویونکو ناروغانو کې ښه وي. (۳۷،

ځنډنی هیپاټیتس ډي Chronic Hepatitis- D:

دا ډول هیپاټیتس په هغه کسانو کې وي چې په هیپاټیتس بی اخته وي.

دلبراتور او کلینیک له انده د ځنډني هیپاټیتس بی څخه توپیر نه لري. (۷، ۳۷)

دځنډني هیپاټیتس ډي درملنه:

Recombinant interferon alfa 2a (۹ میلیونه یونټه په اونۍ کې درې ځله د ۴۸ اونيو لپاره) یا Peginterferon alfa 2b (۱.۵ ملي گرامه نظر په کیلو گرام زون د بدن د ۴۸ اونيو لپاره).

سیروم امینوترانس فریز نارملوي. دځیگر هستولوژي ښه کوي په ۲۰-۵۰ سلنه ناروغانو کې د سیروم HDV RNA ورک کیږي. نیوکلیوسید دلته گټه نه لري. (۷، ۳۷،

ځنډنی هیپاټیتس سی Chronic Hepatitis-C:

نژدې ۸۰% بېرني هېپاټيټيس سي په ځنډني هېپاټيټيس سي اوږي، کلينيکي توپيريې د دنورو ځنډينو هېپاټيټيس څخه گران دی.

نژدې ۴۰ سلنه پېښو کې د سيروم دامينوټرانس فيريز کچه دوامداره نارمل وي. دناروغی تشخيص د Enzym immuno assay (EIA) پرمټ د Anti HCV شتون دی. په ډيرو کمو پېښو کې که Anti HCV د EIA پرمټ څرگند نه شو نو د Polymerase chain reaction (PCR) پرمټ څرگنديږي. (۲۶، ۷، ۳۷)

په لاندې حالاتو کې ځنډني هېپاټيټيس سي په سيروزس بدلېږي.

۱- ۲۰ سلنه په ځنډني هېپاټيټيس سي ککړ کسان وروسته د شلو کلو څخه په سيروزس اوږي.

۲- د سيروزس خطر پيدا کيدل په نارينوو کې ډير دی.

۳- که دورځې د پنځو گرامو څخه زيات الکول وڅکل شي.

۴- که ځنډني هېپاټيټيس سي واپرس يې وروسته د ۴۰ کلني څخه اخیستی وي.

۵- معافيت ځپلو کسانو کې.

۶- معافيت ځپونکي درمل اخیستونکو کې.

۷- په HIV ککړو کسانو کې چې CD4 کچه يې کمه وي.

۸- هايپوگاماگلوبولينيميا.

۹- که ځنډني هېپاټيټيس سي واپرس لږ وي او يا د امينوټرانس فيريز کچه (ALT)

نارمل وي نو ۱۰ سلنه په سيروزس بدلېږي. (۲۶، ۷، ۳۷)

د ځنډني هېپاټيټيس سي درملنه:

د ځنډني هېپاټيټيس سي د درملني ورکونه:

۱- د ALT فعاليت زيات وي.

۲- د ځيگر په بايوپسي کې پورتال يريجينک فيروزس شته وي.

۳- HCV RNA شته وي.

۴- دناروغ عمر د ۷۰ کالو څخه کم وي.

- ۵- بیرته گرځیدونکی سیروزس.
- ۶- دواړه ځنډنی هیپاتیتیس سی او HIV سره یوځای وي او د CD4 کچه کمه وي. انتی وایرل درمل په بیرته نه گرځیدونکی سیروزس کې نه ورکول کیږي. (۳، ۲۲۷، ۷)
- په لاندې حالاتو کې ځنډنی هیپاتیتیس سی د اوږدې مودې لپاره درملنه کیږي.
- ۱- اختلاطات.
 - ۲- د درملنی په وړاندې ځواب نه وی.
 - ۳- کوتانپوسس وازکولایتس او گلوبولونفریتس چې د ځنډنی هیپاتیتیس سی له کبله وي.
- په لاندې حالاتو کې د درملنی ځواب کم وي.
- ۱- پر مختللی فبروزس (سیروزس)
 - ۲- اوږد مهاله ناروغی شته وي.
 - ۳- جینوتاپ ۱
 - ۴- د HCV RNA کچه د 2million copies/ml څخه لوړه وي.
 - ۵- معافیت خپلو کسانو کې.
 - ۶- چاغوالی.
 - ۷- د درملنی دوز یا دوام کم وي. (۳، ۲۲۷، ۷)
- د ځنډنی هیپاتیتیس سی د درملنی رژیمونه:
- پخوا د ځنډنی هیپاتیتیس سی ستنډرډ درملنه اینترفیرون الف او ریبواوایرین گډ ورکول و خو اوس یې منل شوې ستنډرډ درملنه د ریبواوایرین او اوږده اغیزه لرونکي IFN (Pegylated interferon) (Peginteron) گډ ورکول دي.
- الف: لومړی رژیم: Pegylated اینترفیرون په اونی کې یوځل د پوستکي لاندې د ریبواوایرین سره گډ ورکول کیږي. دا اینترفیرون دوه مستحضرات لري. (۲۲)
- ۱- (Peginteron) Peginterferon alfa 2b
 - ۲- (Pegasys) Peginterferon alfa 2a
- دواړه یې یوشان اغیزه لري.

د درملنې د دوام موده په جينوتايپ پورې اړه لري.

۱ - 1 HCV genotype

دهيپاټيټس سي وایرس دا ټيپ تر يوه کال (۴۸ اونۍ) پورې درملنه کيږي.

- 180µg pegasys دريښاوايرين سره (که دناروغ د بدن وزن د ۷۵ کيلو گرام څخه کم وي نو ريباوايرين دورځې ۱۰۰۰ ملي گرامه دخولې دلارې او که د بدن وزن يې د ۷۵ کيلو گرامه او يا زيات وي نو د ورځې ۱۲۰۰ ملي گرامه دخولې دلارې) ورکول کيږي. (۲۲)

- 1.5 µg peginteron نظر په کيلو گرام وزن د بدن دريښاوايرين سره (دورځې ۸۰۰ ملي گرامه دخولې دلارې) ورکول کيږي. (۲۲)

II : 2 and 3 HCV Genotype

د اټيپونه د ۲۴ اونيو لپاره درملنه کيږي. 180µg pegasys اوريباوايرين د ورځې ۸۰۰ ملي گرامه او يا 1.5 µg Peginteron نظر په وزن د بدن اوريباوايرين دورځې ۸۰۰ ملي گرامه ورکول کيږي. (۲۲)

ب: تعقيبې رژيم:

دارژيم هم په اونۍ کې يوځل د پوستکي لاندې (په تيره هغو ناروغانو کې چې ريباوايرين نه ورکول کيږي او يا يې زغملای نشي) ورکول کيږي.

۱۸۰ مايکروگرامه Pegasys او 1.0µg Peginteron په کيلو گرام وزن د بدن د جينوتايپ I لپاره يو کال او د جينوتايپ ۲-۳ لپاره ۲۴ اونۍ ورکول کيږي. بې گيلو (ځنډني ناقلين) او هغه ناروغان چې ALT يې نارمل وي درمل نه ورکول کيږي. (۲۲)

د Pegylated انټرفيران اړخيزې اغيزې:

عصبي گيلې لکه مخرشيت او خفگانونه، د تايروئيد د غدې د دندو خرابوالی، د هډوکو دمغز انحطاط، سايټوپينيا. دوينې شميرل په اوله او دويمه اونۍ کې بايد يو ځل او بيا وروسته دهغه څخه په مياشت کې يوځل وشي.

داینترفیرون مضاد استطبابات: عبارت دی له: بیرته نه گرځیدونکی سیروزس، پرمخ تللی سایتوپینیا، شدید عصبي ستونزې، اتوامیون ناروغی. (۲۲)

دریباو ایرین مضاد استطبابات:

۱- هیمالایزس.

۲- دانجینا او ستروک خطر شته وي.

۳- تیراتوجینیستي: هغه بنځینه ناروغان چې ریباو ایرین اخلي باید د درملنې دپای څخه تر ۲۴ اونيو پورې دامیدواریدو څخه ډډه وکړي. (۲۲)

دریباو ایرن اړخیزې اغیزې:

رش، خارښت، سردردی، توخی، ساه لنډي، لکتیک اسیدوزس.

د انیمیا او لوکوپینیا درملنې لپاره Erythropoietin (Epoetinalfa) او Granulocyte colony stimulating factor ورکول کیږي.

اینترفیرون دزړه، سږو او دپښتورگو په ترانس پلانټیشن کې نه ورکول کیږي ځکه چې د غړو د ردیدو لامل کیږي. (۲۲)

انزار:

ځنډني هیپاتیتیس سي وایرس په پټه توگه پرمختگ کوي وروسته د ۱۰-۲۰ کالو څخه دسیروزس او دځیگر د ژونکو د کارسینوما لامل کیږي. که د درملنې سره فبروز ورک شود ځیگر دژونکو د سرطان خطر کميږي. (۲۲)

اتوامیون هیپاتیتیس (Autoimmune Hepatitis)

اتوامیون هیپاتیتیس دځیگر ځنډني ناروغي ده چې لامل یې ښکاره نه دی او د نورو اتوامیون ناروغيو (لکه مهاجروي پالي ارترایتیس، خارښت لرونکی رشونه، لمف ادینوپاتی، هاشیمیتوز تایرودیتیس، تایروتوکسیکوزسس، میکسودیمیا، Coombs

positive hemolytic anemia ، گلو میرونفرایټس او نفروتیک سندروم، سره یوځای وي. (۷، ۳۷)

دا ناروغي لومړی ځل په ۱۹۵۰ م کال کې څرگنده شوه چې په ډول ډول نومونو یادیده خو د ۱۹۹۲ م کال راهیسې د اتو امیون هیپاتیتس پنوم یادېږي. (۷، ۳۷)

اتو امیون هیپاتیتس په دوو ډولونو دې چې ټیپ ۱ او ټیپ ۲. دواړه یې په ښځو کې دنارینو په پرتله زیات وي. کلینیکي او بیوشیمکي بڼه یې سره ورته وي.

دناروغي د پیدا کیدو څرنگوالي ښکاره نه دی خو ډیری پدې باور دي چې د هیپاتوسیت په وړاندې د امیون غبرگون په پایله کې مینځته راځي. په جنټیک ډول داسې ښکاري چې ناروغي په برابر و خلکو کې د ناڅرگنده زیانمن چاپیریال سره دمخامخیدو له کبله منځته راځي. (۷، ۳۷)

اتو امیون هیپاتیتس په هغو کسانو کې چې HLA Class II DR3 ، HLA class B8 او HLA DR4 2a/oci لري لیدل کېږي او په اسیایانو کې اتو امیون هیپاتیتس په HLA کسانو کې لیدل کېږي. (۷، ۳۷)

اتو امیون هیپاتیتس پراخه کلینیکي څرگندونې لري که شدید حالت یې د امیون سپریشن درملنې سره ښه نه شي نو ناروغي دځيگر د وروستني پړاو ناروغي خواته درومي. (۷، ۳۷)

دا ناروغي په ۱۰-۳۲ کلنۍ او یا پورته عمر کې پیدا کېږي. په مینوپاز ښځو کې ۴۵-۶۰ کلنۍ په عمرونو کې پېښېږي. کله کله په کم عمره ماشومانو کې ځانگړی اتو امیون هیپاتیتس ټیپ I پیدا کېږي. (۷، ۳۷)

په ځینو ناروغانو کې مخکې له دې څخه چې ژېړی یا گیلې یې ښکاره شي ناروغي دامینوترانس فیبریز انزایمونو د لوړوالي له مخې د روغتیا دارزیابۍ په وخت کې په روغو خلکو کې څرگندېږي. (۷، ۳۷)

په ډیری ناروغانو کې ژېړی او سترتیا شته وي. دځيگر د ازموینو اېنارملتي دځيگر دنورو ځنډنو ناروغيو په شان وي. (۷، ۲۶)

دسيروم دبيلروبين او ALP لوړوالی د ځيگر په شديدو او پرمخ تللي ناروغی دلالت کوي. دگاماگلوبولين په تيره د امينوگلوبولين کچه د ۲.۵ گرام في ليتر څخه لوړه وي. په سيروم کې د انتي بادي شتون د ټايپ ۱ او ټايپ ۲ اتوامين هپاټيټس ځانگړی بنسټ جوړوي. (۷، ۳۷)

په کلاسيک يا Type-I اتوامين هپاټيټس کې انتي نيوکلاز انتي بادي، انتي سموت مسل انتي بادي، انتي اکټين او انتي سيالوگلايکوپروتين رسپتور انتي بادي مثبت وي. ټيپ II اتوامين هپاټيټس په سيروم کې Anti liver kidney microsomal-I انتي بادي (Anti LKM-I) او د انتي Anti liver cytosol-I انتي بادي مثبت وي او انتي نيوکليز انتي بادي او انتي سموت مسل انتي بادي منفي وي.

داتوامين هپاټيټس دځيگر په بايوپسي کې هغه بدلونونه چې په نورو ځنډنيو هپاټيټس کې شته وې ليدل کيږي. دپلازما سيل شتون په نورو ځنډينو هپاټيټس کې نادر دی خو داتوامين هپاټيټس لپاره ځانگړی ارزښت لري. (۷، ۳۷)

درملنه:

داتوامين هپاټيټس ډير ناروغان د کورټيکوسټروئيډو د درملنې سره ژر کلينيکي ځواب وايي. گيلې يې له مينځه ځي. د امينوترانس فيريز او بيلروبين کچه نارملېږي. پريدنيزولون ناروغانو ته لومړی ځل د ورځې ۲۰-۳۰ ملي گرامه پيلېږي چې د ۱-۳ مياشتو په موده کې د امينوترانس فيريز کچه کميږي. (۷، ۳۷)

که په دې موده کې د درملنې سره کلينيکي او بيوشيميکي ځواب کم وي نو د ناروغی د بڼه تشخيص لپاره بايد رنځور بيا معاينه شي. (۷، ۳۷)

ددې لپاره چې د پريدنيزولون د دوامداره درملنې د بدو اغيزو څخه مخنيوی وشي ناروغانو ته ازانايو پيورين ۵۰ ملي گرامه د درملنې په پيل يا وروسته کې ورکول کيږي. (۷، ۳۷)

په ځانگړو ناروغانو کې د پريدينيولون دوز ورو ورو ۵-۱۰ ملي گرامه پورې بنسکته اوپه دوامداره ډول د ۵۰-۱۵۰ ملي گرامه د ازاتايوبيورين سره يوځای په ورځ کې ورکول کيږي. (۷، ۳۷)

په ځينو ناروغانو کې ازاتايوبيورين دوه ملي گرامه نظر په کيلو گرام وزن د بدن په ورځ کې يو ځل په دوامداره ډول ورکول کيږي. د ازاتايوبيورين دوامداره ډول کارول د اميونو سپريشن، د هډوکو د مغز بې وسي او د کانسر خطر زياتوي. هڅه دې وشي چې درملنه د لنډې مودې لپاره ودرول شي خو کله کله دا درول په يو شمير ناروغانو کې ډيرې بدې اغيزې لري لکه د ناروغۍ شديد او مرگوني حالت مينځته راوړي. (۷، ۳۷) که د معافيت څپونکو درملو سره ناروغ بڼه نه شي او د ځيگر د ناروغۍ وروستۍ مرحلې وي نو ځيگر بدلېږي. (۷، ۳۷)

د درملو له کبله د ځيگر التهاب (Drug induced Hepatitis)

ځيگر د درملو دميتابوليزم لپاره لومړنی ځای دی که په يوه ناروغه ځيگر کې په نارمل دوز سره درمل ورکړل شي نو د توکسي سټي لامل کيږي. (۱۳، ۳۸)

Hepatotoxic Drug reaction

د ځيگر بې وسي، ژيری او د ځيگر د دندو د ازموينو اېنارمليتي بايد د درمل د تسمم سره توپيري تشخيص شي. (۳۸)

که د دوا د توکسي سټي سره ژيری پيداشو نو د ځيگر د شديدې ناروغۍ بنسودونکی ده د دواگانو توکسي سټي په عمومي ډول بيړنی او نادراً ځنډنی وي. (۱۳، ۳۸)

د دواگانو د توکسي سټي له امله د ځيگر د دندو ازموينې د څو اونيو په موده کې نارملېږي او په کوليسټاتيک هپاټيټس کې د څو مياشتو څخه وروسته د ځيگر د دندو ازموينې نارملېږي. (۱۳، ۳۸)

د کواموکسي کلاف له کبله دوامداره کوليسټازس وي چې په ناروغ کې دوامداره څارښت وي. (۱۳، ۳۸)

۳-۱ جدول کې هغه درمل ښودل شوي دي چې د هپاټو توکسي سټي لامل کيږي: (۱۳، ۳۸)

پتالوژي	درمل
کوليستازس	کلورپرومازين اولوپ دوز استروجن
کوليستازس	نن ستروئيدل التهاب ضد درمل
کوليستاتیک هيپاتيټيس	ستاتين، کواموکسي کلاف
بېرې هيپاتيټيس	ايزونيازايډ او ريبامپيسين
Non alcoholic steato hepatitis	اميدارون
Venous out flow obstruction	اژاتايپرين، بوسلفان
فايروسس	ميتوتريکريت

د درملو له کبله دځيگر دحادی ناروغیو تشخیص

- ۱- د درمل اخیستل: که ناروغ په خپله درمل خوړلی وي
- ۲- دناروغی د مینځته راتلو پیل (۴ ورځو - ۸ اونۍ دی)
- ۳- د درملو د پریښودلو اغیزې دځيگر د بیوشمیک ازموینو په نارملیدو باندې.
په هيپاتيټيس کې دځيگر ددندوازمونې د دوو میاشتو په موده کې او په کوليستاتیک او مخلوط افت کې دځيگر ددند وازموینې د ۲ میاشتو په موده کې نارملېږي.
- ۴- نورې ناروغی لکه وایرل هيپاتيټيس، صفاوي ناروغی باید رد شي.
- ۵- دځيگر بايوپسي: که ناروغی دوامداره شي او یا د ازموینو پر مټ تشخیص نه شي نو بايوپسي تر سره کېږي. (۳۸)

دځيگر دناروغیو ډولونه:

کوليستازس

که داستروجن ورځنی کچه د ۵۰ مايکرو گرام څخه زیات شي د کوليستازس لامل کېږي همدارنگه نور هغه درمل چې د کوليستازس لامل کېږي عبارت دي له کلورپرومازين، فلوکلوکزاسيلين، کواموکسي کلاف، ستروئيد، نن ستروئيد التهاب ضد درمل، ميتل تسترون، اريترومايسين، نایتروفورانتين، ريفام پين، متی مازول څخه. (۳۸)

هيپاتوسايت نيکروزس

هغه درملونه چې دځيگر د ژونکو د نکروزس لامل کيږي او ترانس اميناز انزايمونه ورسره لوړيږي عبارت دي له پاراستامول، نن ستروئيد التهاب ضد درمل، ايزونيازايډ، هربال دواگانې لکه Comfrey, yellow phosphorus، Germander (۳۸).

ستياتوزس:

هغه درملونه چې د ځيگر په ژونکو کې د شحم د ځای په ځای کيدو لامل کيږي عبارت دي له تتراسکلين، سوډيم وال پروت، تاموريپين، اميدارون څخه (۲۷) واسکولر او ساينوزوئيډل ناروغی. دکنسر ضد درمل دځيگر د رگونو د ناروغيو او ويتامين A دځيگر د ساينوزوئيډ د زيانمنيدو لامل کيږي. (۲۷)

هيپاتيټيس

هغه درمل چې د هيپاتيټيس لامل کيږي عبارت دي له ميتوتريکزات، هلوتان، کاربامازيپين، متيل دويا، کپتوپريل. نيفيدپين، اندوميتاسين، ريفام پين، ازونيازيد، هايډروکلوروتيازيد څخه. (۳۸)

هيپاتيک فبروزس

ميتوتريکزيت لومړی د ځيگر د پيرنی بی وسي او په لوړ دوز سره د سيروزس لامل کيږي.

د دواگانو پواسطه دځيگر د فبروز مينځته راتلو لپاره د خطري فکتورونو شتون اړين دي لکه دځيگر پخوانی ناروغی، د الکولو شکل. لاندې درمل بايد د ځيگر په سيروزس کې ورنکړل شي:

نن ستروئيد التهاب ضد درمل د ځيگر د ژونکو د بې وسۍ او واري زال وينه بهيدنې لامل کيږي. (۳۸)

ACE نهی کوونکي د پښتورگو د وينې جريان کموي چې د هيپاتورينل بې وسۍ لامل کيږي.

کودين ، نارکوتیک او انيکزولایتيک چې د هيپاتيک انسفالوپاتي لپاره زمينه برابروي. (۳۸)

ژېړی (Jaundice) :

پېژندنه:

ژېړی د پوستکي، د منظمې طبقې چې د سکلیرا لپاسه دی او دنورو مخاطي طبقو ژېړی رنگ ته وایي چې د هاپیریلروبینیمیا له کبله مینخته راځي.

د سیروم بیلروبین نارمل اندازه 1.2mg/dl او مجموعي اندازه یې $0.1-1.2 \text{mg/dl}$ دي. ژېړی هغه وخت څرگندېږي چې سیروم بیلروبین د 50mmol/L (3mg/dl) څخه زیات شي. ژېړی لومړی په سترگو کې ښکاري ځکه چې سکلیرا زیات الاستیکي انساج لري او بیلروبین د دې انساجو سره زیات تمایل (affinity) لري. (۲۴، ۳۳)

د ژېړې پتوفزیالوژي :

الف: Unconjugated hyper bilirubenemia

۱- د بیلروبین د جوړیدو زیاتوالی.

- هیمولایتیک انیمیا.
- هیماټوما
- د سپروانفارکشن

• د سرې ژونکې بې اغیزې جوړیدل (Ineffective erythropoiesis)

۲- د ځیگر پواسطه د بیلروبین د اخیستلو نیمگرتیاوی (لکه درمل او سیب سیس).

۳- د ځیگر پواسطه د بیلروبین د کنجوگیشن خرابوالی لکه په ارثي توگه د گلوکورونایل

ترانسفیریز اترایم نشتوالی یا خرابوالی (Gilbert's Syndrome) ، Crigler Najjar

syndrome. (۳۳، ۳۷)

ب: Conjugated Hyper bilirubenemia

۱- Hereditary Cholestatic Syndrome

- د کنجوگیت بیلروبین د اطراح خرابوالی.

- Dubin Johnson's Syndrome

Rotor Syndrome (۳۳، ۳۷)

۲- دځیگر د ژونکو دندو خرابوالی.

- دصفاړوي اپي تیلیل ناروغی لکه هیپاتیتس، دځیگر سیروزس.
- دځیگر دننه کې کولیستازس لکه درمل، صفاړوي سیروزس، سیپ سیس
- اسپیروکیت اتانانات، انفکشوز مونونیکلیوزس، کولانجیتس، سارکوییدوزسس، لمفوما. (۳۳، ۳۷)

۳- صفاړوي بندښت:

صفاړوي ډبرې، تنگوالی، دصفاړوي قنات بندښت، دکولي ډکت کیست په مشترکه قنات باندي فشار، پانکراتایتس، دپانکراس نیوپلازم. (۳۳، ۳۷)

دبیلروبین هیتابولیزم:

الف: دځیگر څخه وړاندي مرحله:

کله چې دسرې ژونکی عمر ۱۲۴ ورځې پوره شو او یا ویجاړه شوه نو ددوی پوښ نازکه کیږي او چویدو ته تیارېږي.

هره سره ژونکه ریتیکولواندوتیلیل سیستم ته لیږدول کیږي، څرنګه چې ددوی پوښ نازکه شوی وي نو په ریتیکولو اندوتیلیل سیستم کې چوي او هیموګلوبین ورڅخه ویني ته ازادېږي چې دمکروفازونو پواسطه خورل کیږي او په هیم او ګلوبین باندي ویشل کیږي. (۳۳)

ګلوبین برخه یې امینواسیدونه دي چې د ژبړې په مینځته راوړلو کې ونډه نه لري. په هیم باندي دوه معامله صورت نیسي.

۱- هیم د هیم اوکسي جینیز انزایم پواسطه په بیلووردین (شین رنګه پګمنت) اوسپنه او کاربومونو اوکساید باندي بدلېږي.

۲- بیلووردین د بیلووردین ریدکتیز انزایم پواسطه په بیلروبین (ژبړ رنګه پګمنت) باندي بدلېږي. (۳۳)

دابیلروبین ازاد یا ان کنجوګیت یا غیر مستقیم بیلروبین دی چې تږدي دورځي ۴ ملي

گرامه په کیلو گرام وزن د بدن جوړېږي. ډیری بیلرویین د زړې سرې ژونکې څخه مینځته راځي. (۳۳)

په سلو کی ۲۴ یې دنورو سرچینو (ineffective erythropoiesis) دهیم لرونکو مرکبونو، د پروتینونو دویجاړیدو لکه عضلي مایوگلوبین او سائتوکروم) څخه جوړېږي. یوشمیر درملونه شته دي چې نه پرېږدي چې بیلرویین په پلازما کې د البومین سره ونښلي لکه سلفان امید، لازیکس، رادیوگرافیک توکي دغه حالت په نوي زېږېدلي ماشومانو کې ډیر دپام وړ دی ځکه چې دازاد بیلرویین د کچې زیاتوالی د Kernicterus (امل کیږي). (۳۳)

ب: د ځیگر پړاو:

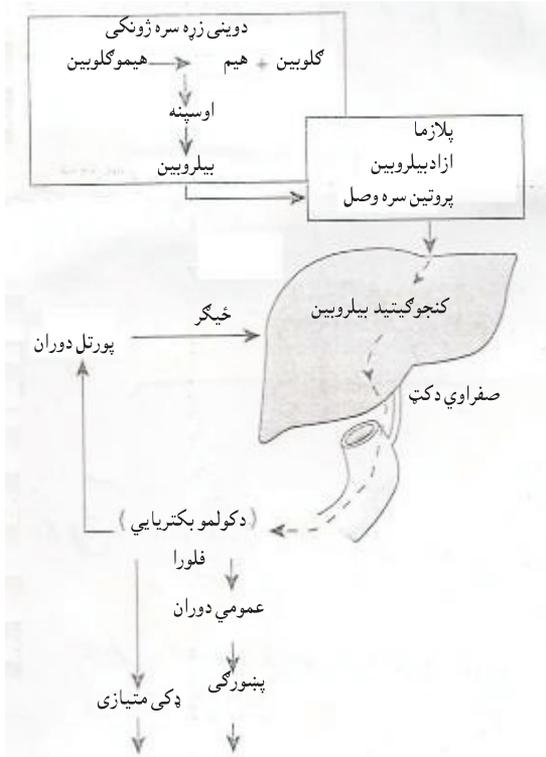
ان کنجوگیت بیلرویین د وینې پواسطه ځیگر ته وړل کیږي، څرنګه چې بیلرویین منحله توکي نه ده نو دلیردونی لپاره د سیروم البومین سره نښلي، کله چې بیلرویین ځیگر ته ورسیده د Uridine diphosphate glucuronidase (UDP) انزایم په شتون د گلوکورونیک اسید (د بیلرویین دای گلوکورونید په ډول) سره یو ځای کیږي چې د کنجوگیت بیلرویین یا مستقیم بیلرویین پنوم یادېږي. (۳۳)

دا په اوبو کې حل کیږي، کنجوگیت بیلرویین د ځیگر څخه صفرا ته او د صفرا څخه کیستیک ډکت ته وځي د کولمو بکتریاګانی بیلرویین په یوروبیلینوجن بدلوي، پدې ځای کې یوروبیلینوجن دوه لازې نیسي. (۳۳)

۱- یوروبیلینوجن یوه برخه په ستیروکوبایلینوجن بدلېږي چې داپه ستیروکوبایلین باندي اوکسیدایز کیږي چې پدې ډول په ډکو متیازو کې وځي.

۲- د یوروبیلینوجن بله برخه د کولمو د ژونکو پواسطه جذبېږي د وینې دلارې پښتورگو ته وړل کیږي او په تشو متیازو کې د یوروبیلین په ډول وځي.

سترکوبیلین ډکو متیازو او یوروبیلین تشو متیازو ته رنګ ورکوي. (۳۳)



(۱۱-۱)، شکل د بیلروبین پتوفزیالوژی بنودل شوی دی دی (۲۴)

کیمیاوي تستونه

د صفاوي صباغاتو د ازموینی لپاره د Van den Bergh تعامل ډیر ښه تست دی پدی تست کې بیلروبین د Sulfanilic اسید سره یوځای کیږي چې د Diazo مغلقتی جوړیږي دغه Chromogenic تولید شوی ماده د Calorimetry پواسطه معاینه کیږي. د

Vand den Bergh تعامل پواسطه مستقیم بیلروبین د غیر مستقیم بیلروبین څخه تفریقي تشخیص کيږي. که چیرې د اوبو په محیط کې بیلروبین او Sulfanilic acid تعامل وکړي د مستقیم Van den Bergh تعامل پنوم یادېږي چې د کنجوگیتید بیلروبین ښودونکی دی او که نوموړی تعامل دمیتانول په محیط کې صورت ونیسي دواړه ډوله بیلروبین د Sulfanilic acid سره تعامل کوي چې د مجموعي بیلروبین اندازه ښودونکی دی.

ان کنجوگیتید بیلروبین (غیر مستقیم بیلروبین) په لاندې ډول اندازه کيږي.

Indirect Bilirubin = total bilirubin – direct bilirubin

که د Van den Bergh تعامل دیوی دقیقې څخه زیات دوام وکړي لږه اندازه غیر مستقیم بیلروبین نور هم د اوبو په محیط کې د Sulfanilic اسید سره تعامل کوي چې په کاذب ډول د مستقیم بیلروبین اندازه لږ لوړېږي.

څرنګه چې د سیروم بیلروبین ۹۲ سلنه غیر مستقیم بیلروبین دی نو داسې فکر کيږي چې د مستقیم بیلروبین اندازه د نورمال اندازې څخه هم ښایي کم وي. او دسیروم بیلروبین دسویې د زیاتیدو سره د تشو متیازو رنگ نښواري کيږي خو په نورمال حالت کې غلیظې تشی متیازې هم نښواري رنگ لري.

همدارنګه د ریفامپین، تیامین، سلفاسلازین او میلانین (Melanoma) سره هم د تشو متیازو رنگ بدلېږي. (۳)

وېشنه (Classification):

ان کانجوگیتید هایپر بیلروبینیمیا (Unconjugated Hyperbilirubenemia):

دپلازما د ان کنجوگیت بیلروبین غلظت کچه دبیلروبین د جوړیدو داندازې او دځیګر پواسطه دهغه کلیرانس پورې اړه لري.

دپلازما ان کنجوگیت بیلروبین هغه مهال لوړېږي چې دبیلروبین جوړیدل زیات شي او دځیګر پواسطه یې کلیرانس لږ شي. (۳۰)

په ان کنجوگيټيد هايپربيلروبينيما کې ډکې او تشې متيازي نارمل رنگ لري ناروغ کې خفيف زيرې شته وي په تشو متيازو کې بيلروبيين نه وي دتوري لويوالی په هيمولايټيک ناروغيو کې وي. (۳۰)

لاندي جنتيک ناروغی. د ان کنجوگيټيد هايپربيلروبينيما لامل کيږي.

۱- Crigler Najjar Type-I

دايوه اتوزومل ريسيشف ناروغي ده. پېښې يې نادري دي. ديوردين دای فاسفیت گلوکورونیل ترانسفيريز انزایم فعالیت په کې کم او یا هيخ نه وي. دسيروم د ټوټل بيلروبيين کچه $18-45\text{mg/dl}$ ($>20\text{mg/dl}$) وي. ان کنجوگيټيد هايپربيلروبينيما وي. دځيگر د دندو ازمويني، دځيگر هستولوژي، مارفولوژي، دسيروم صفراوي اسيدونه او دخولې دلارې کولی سيستوگرافي نارمل وي. دفينوباربيتون سره نه ښه کيږي. که نوي زيږيدلي ماشومان درملنه نه شي نو دکرنکتيريس لامل کيږي ښايي د درملنې سره سره بيا هم پيداشي. تشخيص يې د کلينیک او لابراتواري نښو پواسطه کيږي. فوتوتراپي د درملنې په موخه دلندي مودې لپاره ورکول کيږي ښه درملنه يې دځيگر تراش پلان تيشن دي. (۳۰)

۲- Crigler Najjar Type-II

دايوه اتوزومل ريسيشف نادره ناروغي ده چی د سيروم د ټوټل بيلروبيين کچه $6-25\text{mg/dl}$ ($\leq 20\text{mg/dl}$) وي. ان کنجوگيټيد هايپربيلروبينيما وی ديوردين دای فاسفیت گلوکورونیل ترانسفيريز انزایم فعالیت کم وي. دځيگر د دندو ازمويني، هستولوژي، مارفولوژي، صفراوي اسيدونه او دخولې دلارې کولی سيستوگرافي نارمل وي.

75 ≤ سلنه د فینوباربيتون سره ښه کيږي، نادراً Kernicterus وروسته دلورې يا نورو ناروغيو څخه پيدا کيږي د سيروم ان کنجوگيټيد بيلرويين ئې مونوکنجوگيټ وي، تشخيص يې دکلينيکي او لابراتواري ازموينو دلارې تر سره کيږي. (۳۰)

۳- Gilbert Syndrome

دا يوه اتوزومل ډومينانت ناروغی ده چې نژدې ۱۲ سلنه خلکو کې وي، د سيروم دان کنجوگيټ بيلرويين کچه لوړه وي. د سيروم د بيلرويين کچه پرته د لوړې او هيماليزس څخه ۴ ملي گرامه اويا کم وي. د بيلرويين د بوريدن دای پاسفیت گلوکوروبیل ترانسفريز فعالیت دنارمل حالت څخه ۱۰-۳۳ سلنه کم وي. په ځينو پيښو کې د ځيگر د بيلرويين اخیستنه لږه شوی وي. په ۵۰ فيصدو کې خفيف هيماليزس شته وي. د ځيگر د دندو ازموينې، د سيروم صفراوي اسيدونه او دخولې دلارې کولي سيستوگرافي نارمل وي. د پلازما سلفوبروموفتالين وتنه نارمل وي. د ۱۵ سلنه څخه کمو پيښو کې خفيفاً ۴۵ دقيقو لپاره احتباس کوي. ډير وخت د فینوباربيتون سره د سيروم بيلرويين کچه نارملیږي. کومه ځانگړی کلينيکي بڼه نه لري. (۳۰)

د صفراوي بيلرويين فرکشن يې دای کنجوگيټ دی. ۲۵ سلنه کې مونوکنجوگيټ وي. تشخيص يې دکلينيکي او لابراتواري ازموينو له مخې کيږي. د ځيگر بايوپسي نادراً کارول کيږي. درملنې ته اړتيا نه لري. (۳۰)

کانجوگيټيد هايپر بيلرويينيميا (Conjugated Hyperbilirubemia)

۱- Dubin Johnson's Syndrome

دا يوه اتوزومل ريسيسف (نادراً ډومينانت)، او غير معمول ناروغی ده چې د سيروم ټوټل بيلرويين کچه ۲-۵ ملي گرامه په ديسي ليتر کې وي. او کنجوگيټيد هايپر بيلرويينيميا وي. د ځيگر د دندو ازموينې او د سيروم صفراوي اسيدونه نارمل وي. د پلازما سلفوبروموفتالين غلظت په لومړي وخت کې لږ وي احتباس يې په ۴۵ دقيقو کې د ۲۴ سلنه څخه کم وي. ۹۰-۱۲۴ دقيقی وروسته يې په دويمې توگه کچه لوړیږي. دخولې دلارې کولي سيستوگرافي کې صفراوي کڅوړه کم ښکاري يا بيخي نه ښکاري.

د سیروم د بیلروبین غلظت د استروجن سره لوړېږي، کله کله ځیگر او توری لوی شوی وي. (۳۰)

ځیگر د ګراس له نظره تور، زېر او مرکزي لوبولونو کې پګمنت لیدل کېږي. تشخیص یې د کلینیکي او لابراتواري ازموینو له مخې کېږي دې ناروغانو ته استروجن باید ورنکړل شي او نورې درملنې ته اړتیا نه لري. (۳۰)

۲- Rotor's Syndrome

دایوه اتوزومل رسیسیف ناروغی ده چې نادراً پېښیږي. د سیروم د بیلروبین کچه ۳-۷ ملي ګرامه په دېسی لیتر کې وي. ۲۰ سلنه پېښو کې کنجوګیت هاپیربیلروبینیمیا وي. پدې ناروغانو کې د ځیگر د بیلروبین افرازیدل یا زیرمه خرابیږي. د ځیگر د دندو ازموینې او د سیروم صفراوي اسیدونه نارمل وي. په پلازما کې د سلفوبروموفتالین کچه کمېږي، ۳۰-۴۰ سلنه پېښو کې د ۴۵ دقیقو لپاره په پلازما کې احتباس کوي. دخولې دلارې کولي سیستوګرافي د ډیر وخت پورې نارمل وي. کومې ځانګړې کلینیکي څرګندونې نه لري. د ځیگر مارفولوژي او هستولوژي نارمل وي. تشخیص یې د کلینیک او لابراتواري ازموینو له مخې کېږي. کومه ځانګړې درملنه نه لري. (۳۰)

د ژبړي دناروغ سره چلند

د ژبړي د لامل د موندلو لپاره باید بشپړه تاریخچه، فزیکي او لابراتواري ازموینې تر سره شي. (۳۰)

که چیرې په یوه ناروغ کې ژبړی او د هیمالایزس نښې شته وي نو د پري هیپاتیک ژبړي لامل (ملاریا، سایکل سیل ناروغی، سپیروسایتوزس، G6PD لېوالی، لیپتوسپیروزس) د موندلو لپاره پلټنې وشي. په پري هیپاتیک ژبړي کې په تشو متیازو کې بیلروبین نه وي د سیروم ان کنجوګیتید بیلروبین لوړ وي (۳۰)

که چيري ژيري د ځيگر د ناروغيو له کبله وي نو په ناروغ کې بايد د بيړني وايرل هيپاتيتس، هيپاتوتوکسي سیتی، د ځيگر د الکولیکو ناروغيو، د ځيگر د ميتاستاتیک ناروغيو، او د جنتيک ناروغيو لکه Gilbert's سندروم، Crigler Najjar سندروم لپاره پلټنې وشي. (۳۰)

په هيپاتیک ژيري کې په تشو متيازو کې د کنجوگتيد بيلروين کچه لوړه وي. که چيري د ژيري د ناروغ ډکې متيازی سپینی تشی متيازی يې توری وي، ناروغ خاربنت ولري او د سيروم د کولسترول کچه لوړه وي نو د انسدادی ژيري بنودنه کوي.

د ژيري د لامل د تشخیص لارې چارې:

که چېرې په يوه ناروغ کې ژيري شته وي نو د لامل د موندلو لپاره يې بايد د سيروم د ترانس فيريز انزايمونو د الکالين فاسفوتيز، دييلروين، د ټوپل پروتين، د البومين، گاما گلوتاميل ترانسفريز او د پروترومبين ټايم کچې اندازه شي. (۳۰)

Alkaline phosphatase (ALP) او امينو ترانس فيريز انزايمونه د هډوکو او د زړه په ناروغيو کې هم لوړېږي خو گاما گلوتاميل ترانسفريز يوازی د ځيگر په ناروغيو کې لوړېږي که چيري درې واړه لوړ وي د ځيگر د ناروغيو بنودونکی دی. (۳۳)

که چيري د ALP او گاما گلوتاميل ترانسفريز انډول د Aspartated amino transperase (AST) او Alaninamino transferase (ALT) (نارمل ۱۰-۴۵) په پرتله زيات وي نو انسدادی ژيري ښي. (۳۳)

که AST او ALT د ALP او گاما گلوتاميل ترانسفريز په پرتله زيات وي نو د ځيگر ژيري ښي. (۳۳)

د ځيگر په الکولیکو ناروغيو کې د ALT کچه نارمل وي خو AST د ALT په پرتله لوړ وي. او که ALT د AST په پرتله زيات وي نو هيپاتيتس دلالت کوي. (۳۳)

که چيري د دواړو کچه د لوړې اندازې څخه په چټکۍ سره ښکته شي د ځيگر پر مختللی نکروزس ښي. (۳۳)

د سیروم د البومین کموالی د څیگر ځنډنی ناروغی ښی او په هیپاتیتیس او کولیستازس کې نارمل وي. د څیگر په الکولیکو ناروغیو کې د AST:ALT انډول ۱۰ وي. د څیگر په ناروغیو کې یې انډول د یو څخه زیات وي او په هیپاتیتیس کې یې انډول د یو څخه کم وي. (۳۳)

که د بیلروبین کچه نارمل 10x څخه ډیره وي نو نیوپلاستیک یا اتراهیپاتیک کولیستازس ښی او که اندازه یې ددې څخه لږه وي نو د څیگر حجروي ناروغی ښی. که د ALP اندازه د نارمل 5x څخه زیاته وي انسدادی ناروغی ښی او که نارمل 10x څخه زیات وي د درمل یا توکسیک له کبله کولیستاتیک هیپاتیتیس یا ساتومیگالو وایرس ښی. (۳۳)

که گاما گلوتامیل ترانسفیریز (GGT) د نارمل 10x څخه لوړ وي کولیستازس او که اندازه یې نارمل 5-10x وي وایرل هیپاتیتیس ښی. او که اندازه یې نارمل 5x څخه لږه وي نو د درملو توکسی سیتی ښی د اسیت امینوفین په تسمم کې د ALT او AST اندازه نارمل 50x څخه لوړه وي. (۳۳)

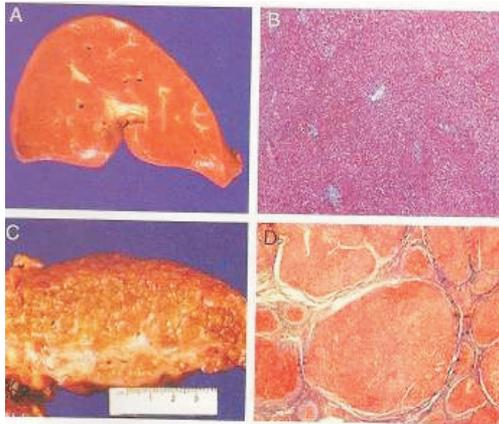
۱-۴ جدول د ژیري توپيري تشخيص (۳۳)

پوست هیپاتیک ژیری	هیپاتیک ژیری	پري هیپاتیک ژیری	
لوړ	لوړ	نارمل لوړ	ټوټل بیلروبین
نارمل	نارمل	لوړ	کنجوگیتید بیلروبین
نارمل	نارمل لوړ	لوړ	ان کنجوگیت بیلروبین
ښکته / منفي	نارمل لوړ	لوړ	یورو بیلنوجن
تیاره	روښانه	تیاره	تشو متیازورنگ
سپین	نارمل	تیاره	ډکو متیازورنگ
لوړ	لوړ	نارمل	الکالین فاسفتایز
لوړ	لوړ	نارمل	امینوترانس فیریز
شته وي	شته وي	نه وي	د تشو متیازو کنجوگیتید بیلروبین

دځیگر سیروزس (Liver Cirrhosis):

پېژندنه:

سیروزس دځیگر د حجراتو د ځنډنی او نه رغیدونکی ناروغي ته وایي چې دځیگر په پراشیم کې پراخه فیروزس او استحالوي نوډولونه مینخته راځي. سیروزس د یوې لټیني کلمې (Cirrhosis) څخه اخیستل شوې چې کلک، ژیر او نارنجي ځیگر ته وایي. (۴، ۱۹، ۲۰، ۲۲). دځیگر ژونکې نکروز او کولپس کوي. په ځیگر کې منظم نسج ځای په ځای کیږي او د رگونو بستر خرابیږي. دځیگر د فیروزس له کبله پورتل هایپرټنشن او دهغه اختلالات لکه ګاسترو ازوفاژیل واریزس، توری لویوالی، هایپرسیلینیم، اسایټس، دځیگر انسفالوپاتي او دځیگر د ژونکو بی وسي مینخته راځي.



(۱-۱۲) شکلونه A: دنارمل ځیگر ګراس منظره سطحه یې ښویه او متجانس جوړښت لري.

B: دمیکروسکوپ د ځیگر نارمل وعايي جوړښت معوج شوی وي.

C: سیروتیک ځیگر ښيي سطحه یې غیر منظم او نوډولر دی.

D: دمیکروسکوپ د ځیگر جوړښت غیر منظم او استحالوي نوډولونه د فیروزي انساجو پواسطه

چاپیره شوی دی. (۳۰)

لاملونه:

- ۱- الکول.
- ۲- دځيگر ځنډنی وایروسي هیپاټیټس لکه بی اوسي
- ۳- دځيگر غیر الکولي ناروغی.
- ۴- اوتو امیون ناروغی. لکه پرایمري اسکلیروزینګ کولانجیتس
- ۵- صفراوي ناروغی. لکه لومړنی او دویمي صفراوي سیروزس.
- ۶- جنتیک ناروغی (هیموکروماتوزس، ویلسن ناروغي، د الفسا یواتي تریسین لړوالی).
- ۷- کریټوجنیک. (۴، ۱۳، ۱۶، ۲۶)

پتالوژي:

- دځيگر سیروزس د مورفولوژي او لاملونو له مخې په لاندې ډولونو دی.
- ۱- الکولیک سیروزس Laenic cirrhosis یا مایکرونوډولار سیروزس: د نوډولونو ساييز یو ملي متر او یا کم وي.
 - ۲- مکرو نوډولر یا پوست نیکروتیک سیروزس چې د نوډولونو ساييز د څو سانتی مترو په اندازه وي.
 - ۳- صفراوي سیروزس.
 - ۴- دزړه سیروزس.
 - ۵- میتابولیک، ارثي، او د دواگانو پواسطه سیروزس. (۴، ۱۳، ۲۶)

کلینیکي ښه:

- د سیروزس گیلې عبارت دي له کمزوري، سترتیا، داشتها، کموالي، زړه بدوالي، کانگو او د وزن د کموالي څخه. (۱۳، ۱۹)
- ۱- Spider Angiomata یا Spider nevi: درگونو د ناروغیو څخه عبارت دی چې مرکزي شریانچې د کوچنیو رگونو پواسطه

- راچاپيره شوې وي. دا د استرادايول د زياتوالي له كبله وي. (۱۳، ۱۹)
- ۲- Palmar Erythema: د لاس د ورغوو سوروالي ته وايي چې د جنسي هورومونونو د ميتابوليزم د خرابوالي له كبله وي. (۱۳، ۱۹)
- ۳- د نوكانو بدلونونه:
- الف: Muerhrckes nail: جوړه مستعرض بانډونه دي چې د نارمل رنگ پواسطه بيل شوي وي. لامل يې د البومين د كموالي له امله وي. (۱۹)
- ب: Terry's Nail: د نوكانو د پليټ تږدې دوه پر درې برخه سپين او لري يو پر درې برخه يې سوړ وي چې د البومين په كموالي دلالت كوي.
- ج: كلاينگ
- ۴- هايپرتروفيك اوستيوارتروپاتي: دا وړدو هډوكو ځنډنې. Proliferative periostitis ته وايي چې د هډوكو د درد لامل كيږي.
- ۵- Dupuytren's contractur: د لاس د اورغوو د صفاق لنډوالي او پلنوالي ته وايي چې د گوتو د قبض لامل كيږي.
- ۶- اندوكريني بدلونونه:
- په نارينوو كې د وينستانو له مينځه تلل، د تيونو غټيدل، د خصيو كوچني كيدل او جنسي كمزوري، په ښځو كې د تيونو كوچني كيدل، د مياشتني عادت گډوډي، امينوريا.
- ۷- هيموراژيک تشوشات: ژر ژر وينه بهيدل، پورپورا، دپوزې وينه كيدل، مينوراژيا.
- ۸- ځيگر، لوی، كوچنی او يا نارمل وي.
- ۹- پورتل هايپرتنشن (دتوري لويوالي، اړخيز رگونه، اريزل وينه بهيدل، فيتور هيپاتيک، كاپوت ميدوزا.
- ۱۰- ژيړی.
- ۱۱- سيانوزس.
- ۱۲- Cruveilhier baumgarte murmur

په ابي گاستريک ناحیې کې د ستاتسکوپ پواسطه وریدي (Hum) (بنگیدل) اوریدل کيږي دا په پورتل هايپرتنشن کې دنوم د وریدونو او پورتل سيستم تر مينځ د اسستوموز له کبله مينځته راځي.

۱۳- استريکزيس.

۱۴- خارښت، هيپاتيک اسفاليوپاتي، اتانات، پگمنتيشن. (۳۰)



(۱۳-۱) شکل کې پالمار اريتميا، سپايدرانجيوما او دتيونو غتيدل ليدل کيږي(۳)

لابراتواري پلټنې:

الف: د شدت له مخې:

۱- دځيگر دندو ازموينې: دځيگر د دندو د ښه معلومولو لپاره سيروم البومين او پروترومبين تايم اندازه کول دې که سيروم البومين د ۳۸ ملي گرام في ليتر څخه کم وي او پروترومبين تايم اوږدوي د خرابو نښو ښودونکی دی.

۲- دځيگر بيوشمي: GGT, ALP, ALT, AST اکثراً لوړ وي.

۳- سيروم الکترولايت: دسيروم سوډيم کموالی د خرابو نښو ښودونکی دی.

۴- که سيروم الفافيتوپروتين د 400ng/ml څخه زيات وي دځيگر د ژونکو کنسر ښودونکی دی.

۵- د سيروم البومين کموالی.

۶- سيروم گلوبولين زيات وي.

۷- بيلروبين لوړ وي.

۸- ترومبوسايتوپينيا.

۹- لوکوپينيا، تروپينيا.

۱۰- دویښې د پرنیدو ستونزې. (۱۳، ۳۲)

ب: دځیگر د سیروزس ډولونه دلاندې ازموینو پرمټ څرگند بږي:

۱- دوايروي سي هیپاټیتیس سیرالوژي.

۲- سیروم اتی نوکلیراتی باډي (انت سموت مسل اتی باډي، اتی میتوکاندریل اتی باډي).

۳- دسیروم ایمیونوگلوبولین (IgA, IgG, Igm).

۴- دسیروم سیرولولوپلازمین (کویر) د لوډ د زیاتوالي لپاره.

۵- سیروم فیروتین او ترانس فیرین د اوسپنې د لوډ د زیاتوالي لپاره.

۶- د الفایو اتی تریپ سین کموالی.

ج: راډیولوژي: التراساوند، سي ټي سکن، اندوسکوپي، MRI

د: دځیگر بايوپسي. (۱۳، ۳۲)

دځیگر الکولیکي ناروغی. (Alcoholic Liver Disease):

اپیدیمولوژي:

دالکولو له کبله دځیگر د ناروغی مینځ ته راتگ په هر یو کس کې توپیر لري په ځینو

خلکو کې چې ډیر زیات الکول څښي خو دځیگر الکولیکي ناروغی مینځته نه راځي

یوازې په ۱۰ سلنه خلکو کې وروسته د مړینې څخه د سیروزس نښې پیژندل شوي.

که ښځې په اونۍ کې د ۲۱ یوتیو څخه او نارینه د ۳۸ یوتیو څخه لږ وڅښي دځیگر په

الکولیکي ناروغیو نه اخته کیږي. (۳۸)

دځیگر ناروغی ډیري په هغه کسانو کې مینځته راځي چې دپنځو کالو څخه زیات ډیر

زیات الکول وڅښي.

په یوه شمیرنه کې ښودل شوي چې که یو کس د اتوکالو لپاره دورځې ۱۲۰ گرامه

الکول وڅښي په الکولیک سیروزس اخته کیږي. (۳۷)

لاندې فکتورونه د ځیگر د الکولیکي ناروغیو د مینځته راتلو لپاره خطري دي.

۱- دځښلو ډول: دځيگر ناروغی د الكولو د ځښلو د دوام پورې اړه لري او د الكولو سره تړاو نه لري.

۲- جنس:

ښځی د نارینه و په پرتله د ځيگر په الكوليکي ناروغيو ډيرې اخته کيږي ځکه چې د ښځو بدن کتله کمه ده وروسته د ځښلو څخه دوینې د ایتانول کچه نظر نارینه و ته لوړه وي.

۳- جنټيک: الکوليزم په مونوزايگوتیک کې د ډاي زيگوتیک په پرتله زیات وی.

۴- خواړه: لږ کولين لرونکي خواړه دځيگر د الكوليک ناروغيو لامل کيږي.

۵- هيپاټيټس سي: هيپاټيټس سي دځيگر د الكوليکو ناروغيو (په تيره په ځوانانو کې) د زیاتيدو لامل کيږي. (۳۸)

لاملونه: الکول دځيگر په واسطه ميتابوليز کيږي.

اسيت الډيهايد: ۸۰ سلنه الکول د ميتوکاندريا د انزايمونو پواسطه په اسيت الډيهايد بدليري چې دا د ژونکو د پروټين سره يوځای معافيتوي سيټسم فعالوي کوم چې د ژونکو د ويجاړيدو لامل کيږي. (۳۸)

۱- سايتوکينونه: د الكوليک هيپاټيټس په ناروغانو کې د الكولو پواسطه د کولمو څخه اندوتوکسين زیات جذبيري.

۲- دمونو سیت څخه د تومور نکروز فکتور الفا جوړيدل زیاتيږي.

0- انټرليوکين ۱، ۲، ۳ ازاديږي چې دوي د فايبرين په جوړيدو کې ونډه لري.

(۳۷)

پتالوژي:

۸۰ سلنه پيښو کې د الكوليک هيپاټيټس سره سيروزس يوځای وي.

دځيگر د الكوليکو ناروغيو پتالوژيکه بڼه عبارت ده له:

۱- الكوليک هيپاټيټس.

- لاپوگرانولوما، تروفيل انفلتریشن، ميلوري هپالين، پيري سيلولاز فايبروزس
- ۲- مکرروواسکولاز سټينوزسس
- ۳- فايبروس او سيروزس
- ۴- سنترال هپالين سکليروزس (۳۸)

کلينيکي بڼه:

۱- شحمي ځيگر: (Fatty Liver)

په شحمي ځيگر کې کومه ځانگړې گيله او نښه نه وي خو کله کله د زړه بدوالي، کانگي او نس ناسته په معده او کولمو باندې د الکولود اغيزې له امله وي. ځيگر نارمل وي. (۳۸)

۲- الکولیک هپاتيتيس: Alcoholic Hepatitis

- ناروغان بنايي بڼه وي. گيلې يې ډيرې لږې وي يوازې په بايوپسي کې برسیره د شحمي ځيگر څخه هپاتيتيس هم وي.
- گيلې لږې يا په منځنۍ کچه وي. ژيرې لږ او د ځيگر د ځنډنيو ناروغيو نښې او د ځيگر بيوشمیک بدلونونه شته وي. تشخيص د ځيگر د هستولوژي له مخې کيږي.
- د ناروغۍ په شديد حالت کې د الکولیک سيروزس نښې لکه اسايټس او ژيرې شته وي. د گيلې درد د تبې سره چې د ځيگر دنکروزس له کبله وي يوځای وي. ځيگر اوکله کله تورې هم لوی شوی وي. (۳۸)

۳- الکولیک سيروزس: Alcoholic cirrhosis

سيروزس د ځيگر د الکولیکو ناروغيو وروستنۍ پایله ده چې د ځيگر د ځنډينو ناروغيو نښې په کې شته وي. تشخيص يې د بايوپسي پواسطه کيږي. (۳۸)

لابراتواري پلټنې:

- ۱- شحمي ځيگر: که د انيميا څخه پرته مکررو سايټوزس شته وي د الکولو کارونه نښې د سيروم د امينو ترانس فريز انزايمونه ډير لږ لوړوي. گاما گلوتاميل ترانس فريز

لوړوي چې د الكولو د څښلو ډير بنه لارښود دی. په شديد شحمي ځيگر کې د ځيگر بيوشميک بدلونونه ډير وي. په ځيگر کې د شحمو انفلتريشن د التراسوند، CT سکن او دځيگر د هستولوژيک ازموينو پواسطه څرگندېږي. ۳۲، ۳۸

۲- د الكوليک هيپاټيټس لابر اتواري نښې عبارت دي له: لوکوسايتوزس، دسيروم د بيلروبين لوړوالی، دسيروم د AST او ALT لوړوالی، دسيروم د الكالين فاسفتاز لوړوالی، د پروترومبين ټايم اوږدوالی، دسيروم البومين لږ وي. کله کله هايپر ليپيډيميا د هيماليزس سره يوځای وي چې د Zieve's سندروم پڼوم يادېږي. ۳۲، ۳۸

۳- الكوليک سيروزس:

AST او ALT دواړه لوړ وي خود $300IU/L$ څخه کم وي. د $AST:ALT > 20$ وي چې نادراً د ځيگر په نورو ناروغيو کې وي. په بايوپسي کې هيپاټوسيت نکروزس، Millary's bodies، تروفيليک انفلتريشن د پيري وينولز التهاب سره يوځای وي. (۳۲)

درملنه:

- ۱- ناروغ ته بايد د الكولو د پريښودلو او آرام سپارښتنه وشي.
- ۲- Delirium tremens (With drawal سندروم) بايد د ډيازيم سره درملنه شي.
- ۳- Wernick korsakoff encephalopathy د مخنيوي لپاره د رگ دلازي ټيامين ورکول کېږي.
- ۴- ناروغ ته بايد دویتامينونو او پروتين څخه بډای خواړه ورکړل شي او که ناروغ انسفالوپاتي کې وي بايد پروتين کم کړل شي. (۳۲)

شحمي ځيگر:

د ناروغی خفيف حالت د الكولو پريښودلو سره بنه کېږي. د ځيگر څخه شحم ورک کېږي او بيوشميک بدلونونه بيرته نارملېږي. (۳۲)

الکولیک هيپاتيتيس:

- ۱- دناروغی په شديد حالت کې ناروغ بايد آرام وکړي.
- ۲- د انسفالوپاتي او اسايټيس لپاره درملنه پيل شي.
- ۳- د نازوگستريک تيوب يا د رگ دلازې خواپه ورکړل شي
- ۴- ويتامين بي او سي بايد د رگ دلازې ورکړل شي.
- ۵- کورتيکوسټروئيد هغه وخت ورکول کيږي چې (DF) Discriminative function

score د ۳۲ څخه زيات وي. سيپ سيپس يې غوره اړخيزه ناخوالې ده.

په سيپ سيپس او واريټس وينه بهيدنه کې کورتيکوسټروئيد نه ورکول کيږي. که د کورتيکو سټروئيد سره د اوو ورځو په موده کې بيلروبين بنکته نه شو نو نه ورکول کيږي د اتني بيوتيکو د درملنې څخه وروسته هم ورکول کيږي.

$$DF = [4,6 \times \text{increase in PT (Sec)} + \text{Bilirubin mg/dl}]$$

که Df د ۳۲ څخه زيات وي دځيگر شديده ناروغي نښي او انزار يې خراب وي.

۲- پين توکسي فايلين

يو کمزروي نومور نيکروزفکتور دی چې په شديد الکولیک هيپاتيتيس کې ورکول کيږي او دهیپاتورينل پيښې کموي. د سيپ سيپس اختلاط نه ورکوي.

۷- د فنگسي اتاناتو د مخنيوي لپاره اتني فنگل درمل ورکول کيږي. ۳۲، ۳۸

الکولیک سيروزس:

د معاوضی سيروزس ناروغان ورځنی نارمل ژوند کولای شي، په خوړو کې مالگه بايد کمه شي، اسپرين او نور نن سټروئيد التهاب ضد درمل بايد وانه خيستل شي، الکول بايد ونه څښل شي.

که سيروزس اختلاطي وي نو داختلاطاتو درملنه دی وشي. دځيگر د ژونکو د سرطان د معلومولو لپاره هرو شپږو مياشتو کې دځيگر التراسوند او سيروم الفافيتوپروتين اندازه شي. ۳۲، ۳۸

د Child's Turcotte Pugh ویشنه

۱-۵ جدول ددې ویشنې پواسطه د ځیگر د ناروغیو شدت او انزار څرگند پری (۲، ۳۲).

نمبری	۱	۲	۳
اسایتس	نه وي	لږ	منځنی کچه
انسفالویاتي	نه وي	لږ	شدید
μmol/L بیلرویین	> ۳۴	۵۰-۳۴	> ۵۰
البومین (gm/L)	> ۳۵	۳۵-۳۸	< ۳۸
پروترومیین تایم په ثانیه	< ۴	۶-۴	> ۶

د پورتنی نمبرو د جمع کیدو څخه د ناروغ د ژوندی پاتې کیدو د مودی فیصدی معلوم پری

د ژوندی د پاتې کیدو فیصدی

لس کاله	پنځه کاله	یو کال	نمبری (درجی)
%۳۶	%۴۵	%۸۲	Child's A (<۷)
%۷	%۲۰	%۶۲	Child's B (۹-۷)
%۰	%۲۰	%۴۲	Child's C (۱۰+)

پوست نیکروتنیک سیروزس: (Post Necrotic cirrhosis)

پوست نیکروتنیک سیروزس د ځیگر د ځنډینو ناروغیو له کبله مینځته راځي چې د Coarsely nodular او مولتی نوډولر سیروزس پنومونو هم یاد پری غوره لاملونه هیپاتیتس بی اوسی او ایرسونه دی.

په پوست نیکروتنیک سیروزس کې ځیگر غونج او تاو راتاو شوی وي او ژونکې یې د نوډولونو څخه کوم چې د پیر او فبروزي بانډونو پواسطه بیلې شوې وي جوړې شوې وي. د ځیگر ژونکې له مینځته تللې وي. سترومل یې کولای او فبروزي وي. د ځیگر د بې شکله ری جینیراتیف نوډولونو سائز د مایکروسکوپیک څخه تر سانتی مترو پورې رسیږي. کله کله ۵-۸ سانتی مترو په اندازه وي چې شکل او سائز یې یو ډبل څخه توپیر لري. (۴، ۲۶)

کلينیکي بڼه:

د پوست نیکروتیک سيروزس کلينیکي بڼه د لومړنۍ ناروغۍ، د سيروزس د گيلو، پورتل هايپيرتينشن او دهغه د اختلاطاتو پورې اړه لري چې مخکې ترې يادونه شوې. پدې ډول سيروزس کې د ځيگر اندازه نارمل يا کوچنۍ او تورې لوی شوی وی.

تشخيص:

پوست نیکروتیک سيروزس په ناڅاپي توگه د جراحی کړنې پر مهال يا وروسته د مړينې څخه اويا داچه د ځيگر د بايوپسي اخيستلو پر مهال چې د نورو ناروغيو د تشخيص لپاره تر سره کېږي تشخيصېږي يقيني تشخيص يې د بايوپسي پر مهت کېږي. (۴، ۱۵)

درملنه:

ددې ناروغانو درملنه د پورتل هايپيرتنشن اود سيروزس د نورو اختلاطاتو څارنه او درملنه ده، همدارنگه ناروغ بايد د دواگانو او زيات اندازه پړوتين اخيستلو څخه ډډه وکړي ځکه چې د هيپاتيک کوما لامل کېږي. (۱۳، ۲۲)

صفاوي سيروزس (Biliary cirrhosis):

صفاوي سيروزس د ځيگر دننه يا په باندې کې د صفاوي لارو د ناروغۍ يا بندوالي څخه مينځته راځي. پدې ناروغۍ کې د صفا وتنه خرابيږي د ځيگر پرانسيم ويجاړ او فبروزي کېږي. (۴، ۲۲)

لومړنی صفاوي سيروزس د ځيگر دننه کې د کوچنيو قناتونو د التهاب او بندوالي څخه پيدا کېږي.

دويمې صفاوي سيروزس د ځيگر څخه دباندې دلويو صفاوي قناتونو د التهاب او بندوالي څخه مينځته راځي. (۴، ۲۲)

لومړنی صفاوي سيروزس (Primary Biliary Cirrhosis):

لاملونه:

د لومړني صفراوي سيروزس لامل تر اوسه پورې څرگند نه دی خو بڼايي چې د ځينو اتو اميون ناروغيو (لکه Calcinosis، Raynaud phenomena، Sicca syndrome، (CREST) Esophageal dysmotility، Telengictasis تايروئيدیتس، لومړنی Type-IDM، IgA کموالي) سره يوځای وي، د لومړني صفراوي سيروزس په ۹۰ سلنه پېښو کې اتني ميتوکاندريل اتني بادي مثبت وي. (۱۳، ۲۲، ۴)

کلينيکي بڼه

صفراوي سيروزس ۹۰ سلنه په بنځو کې وي او ۳۵-۶۰ کلني کې پيدا کېږي ډيری ناروغان گيلې نه لري خو لومړی ځل د سيروم د الکالين فاسفتياز د لوړوالي سره پېژندل کېږي. گيلې او نښې يې عبارت دي له:

۱- خارښت: لومړی د لاسو په ورغو او د پښو په تلو کې وي وروسته بيا ټول بدن خارښت کوي.

۲- سترتيا (Fatigu): ناروغ د ورځې له خوا خوبوړی وي.

۳- ميلانوزس: د ناروغ لاسونه او پښې تورېځن وي چې د ميلانين زياتوالي له کبله وي.

۴- په شحم کې د حل ویتامينونو مل اېسورپشن موجود وی. (۱۳، ۲۲، ۴)

۵- ژيری.



(۱۴-۱) شکل کې په صفراوي سيروزس کې د سکیلا ژيری ښودل شوی دی. (۳۰)

۶- شحمي نس ناسته (Steatorrhoe)

۷- د سيروم ليپيدونه په تيره کولسترول لور وي.

۸- زانتوما (Xanthoma) (په اوتارو او بندونو کې د پوستکي لاندې د شحم توليدو ته وايي)

- ۹- زاتيليسما (Xanthesma): د سترگو شاوخوا کې د پوستکي لاندې د شحم توليدو ته وايي.
- ۱۰- هايپرپيگمينتېشن.
- ۱۱- د ځيگر د ژونکو بې وسي.
- ۱۲- پورتل هايپرتنشن.
- ۱۳- اتانات
- ۱۴- ازوفاژيل وينه بهيدنه.
- ۱۵- اسايټس.
- ۱۶- هيپاتوميگالي.
- ۱۷- سپلينيوميگالي.
- ۱۸- کلايننگ.
- ۱۹- د هلوکو درد.
- ۲۰- Vertebral compression دملا شميزو نژدې کيدل
- ۲۱- اکيموزس.
- ۲۷- گلوسايټس.
- ۳۰- درماتايټس.
- ۲۴- اوسټيوميپشيا.
- ۳۲- د نورو اتواميون ناروغيو ښې ښانې. ((۱۳، ۲۲، ۴))
- لابراتواري ښې:
- ۱- سيروم الکالين فسفاتيز لوړ وي.
- ۲- د سيروم کولسترول او لوړ کثافت لرونکي ليپوپروتين کچه لوړه وي.
- ۳- هايپريبلرويښيميا.
- ۴- IgG Anti mitochondrial اتتي باډي تايټر د 1:40 څخه زيات وي.
- ۵- د ویتامينونو کموالی.
- ۲- هايپوپروترومبينيما ((۱۳، ۲۲، ۴))

تشخيص:

لومړنی صفراوي سيروزس د کلينيکي او لابراتواري ازموينو پواسطه تشخيصيږي
بایوسي اړينه ازموينه نه ده خو د ستيژونو د څرگندولو لپاره ترسره کېږي.

۱- Stage I: پورتل انفلاميشن او گرانولوما.

۲- Stage II: Bile duct proliferation او Periportal inflammation

۳- Stage III: Interlobular fibrosis

۴- سيروزس (۱۳، ۲۲، ۴).

توپيري تشخيص:

لومړنی صفراوي سيروزس بايد د صفراوي تېرو، تنگوالي، کنسر، پريمري
اسکلېروزينگ کولانجيتس، سارکوئيدوزس د درملو توکسي سیتی (کلوروپرومازين)
او ځنډني هيپاتيتس سره پرتله شي. (۴، ۱۵)

درملنه:

۱- د څارښت د درملني لپاره لاندې درمل کارول کېږي.

- کولسترامين ۴ گرامه د ورځې درې ځله، يا کوليستي پول ۵ گرامه د ورځې
درې ځله داوبو يا جوس سره ورکول کېږي.
- ريفامپيسين ۱۵۰-۳۰۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله چې لږه گټه لري.
- نالوکسان 0.2 ماېکرو گرامه نظريه کېلو گرام وزن د بدن د انفيوزن په ډول
ورکول کېږي.
- نالتریکزان دورځې ۵۰ ملي گرامه د خولې دلارې.
- سيروتونين ريسپتور اتاگونيست لکه Ondansetron ۴ ملي گرامه دورځې
درې ځله.
- مقاوم څارښت لپاره: پلازما فيروزس.

۲- دويتامين كا، ډی، ای کموالی باید درملنه شي خو کولسترامين يې کموالی نو رهم زياتوي داوستيوماليشيا دمخينوی لپاره دورخی ۱۵۰۰ ملي گرامه کلسيوم ورکول کيږي خو د اوستيوپوريزس دمخينوی لپاره گټور نه دی.

۳- يورودواکسي کولیک اسيد دورخی ۱۳-۱۵ ملي گرام نظر په کيلو گرام وزن ديدن په يو يا دوو دوزونو ورکول کيږي خو کومه توکسي سیتی نه لري يوازی دوزن دزياتوالی لامل کيږي دا درمل دناروغی پرمخ تگ ځنډوي او دځيگر دپيوندیدو ضرورت کموي او نظر کولچيسين او ميتوتريکرات ته ښه دی.

۴- کولچيسين 0.6mg دخولې دلارې د ورخی دوه ځله او ميتوتريکرات په اونۍ کې ۱۵ ملي گرامه دخولې دلارې ورکول کيږي چې ددې سره الکالين فاسفتيز او بيلرويين نارمليري. د پر مختللي ناروغی لپاره ځيگر بدليري. ((۱۳، ۲۲، ۴))

دويمې صفراوي سيروزس: (Secondary Biliary Cirrhosis)

لاملونه:

دگډ صفراوي قنات يا دهغه د ځانگو دوامداره يا بشپړ بندوالی وروسته د عملياتو څخه تنگوالی، تيرې، ځنډنی پانکراتايتيس او دصفراوي لارو کنسر. په ماشومانو کې د صفراوي سيروزس غوره لاملونه عبارت دي له ولادي صفراوي اتريزيا او کيستک فبروزس څخه. ((۱۳، ۲۲، ۴))

پتالوژي او پتوجنيزس:

که د بندښت درملنه ونه شي د لاندي پتالوژي لامل کيږي.

۱- صفراوي احتقان پيدا کيږي چې لومړی فوکل سنترولوبولار نکروزس وي. وروسته پيري پورتل نکروزس وي.

۲- دبايي صفراوي قناتونو پراخوالی او پروليفيراشن.

۳- پاک يا متنن کولانجيتس چې د پي ام ان ژونکو انفلتریشن سره يوځای وي.

۴- په پورتل لاره کې پړسوب او فبروزس مينځته راځي. ((۱۳، ۲۲، ۴))

کلينیکي بڼه:

ژيرې او خاربښت د ناروغی لومړنی گيلې دي. که چيرې تبه د گيلې د بڼې پورتنې کودرانت درد سره يوځای وي دکولانجيتس بڼودنه کوي. کلينیکي څيره يې د لومړني صفراوي سيروزس په شان دی. ((۱۳، ۲۲، ۴)

درملنه:

داندوسکوپي يا د جراحي کړنې پواسطه بندښت له مينځه وړل دی. دانتان دمخنيوي لپاره انتي بيوتیک ورکول کيږي. ((۱۳، ۲۲، ۴)

دزړه سيروزس (Cardiac Cirrhosis):

دبڼي زړه دوامداره شديده احتقاني بې وسي د ځيگر د ځنډنی ناروغی او ان د سيروزس لامل کيږي چې په ځيگر کې فبروزي او استحالي نوډولونه مينځته راځي. د زړه په بېړنی بې وسي او سيستمیک هايپوتنشن کې دځيگر پاسيف او بيرته گرځيدونکی احتقان وي. ((۱۳، ۲۲، ۴)

لاملونه:

دزړه دسيروزس لاملونه عبارت دي له: دزړه دسامي ناروغی، کنسټرکتيف پريکارډايتس، ځنډنی ريوي زړه چې لس کالو څخه زيات دوام وکړي. د بڼي زړه په دوامداره بې وسي کې د بښتکنی وريدي تشو او دځيگر د وريدونو فشار لوړيږي چې په ځيگر کې داحتقان لامل کيږي. د گراس له نظره ځيگر تور (احتقاني) او خاسف (فبروزي) بڼکاري چې د اغوزي ځيگر (Nutmeg liver) په نوم ياديږي. ((۱۳، ۲۲، ۴)

کلينیکي بڼه:

د ناروغی کلينیکي بڼه د حاد واپروسي او د درملو پواسطه مينځته راغلي هيپاټيتس په شان وي.

د ترای کسپید د دسام په بې وسي کې ځيگر نبضاني وي خو کله چې سيروزس مينځ ته راشي نبضان ورک کيږي. ځيگر لوی، کلک، او بی درده وي. د زړه د بې وسي گيلې او نښې دځيگر د ناروغی کلينيکي بڼه پتوي. د مری وريزل وينه بهيدنه نادر وي خو ځنډنی انسفالوياتي په څرگند ډول دليدلو وړ وي چې شدت يې کله زيات او کله کميږي. اسايټس او پړسوب په لومړي ډول شته وي خو دځيگر د ناروغيو سره زياتيږي. (۴، (۲۶، ۱۳))

لابراتواري ازمويښي:

د سيروم بيلرويين (کنجوگيت يا ان کنجوگيت)، او الکالين فاسفوتيز لوړوي او AST په کمه اندازه لوړ وي پروترومبين ټايم کله کله اوږد پيږي. (۴، (۲۶، ۱۳))

تشخيص:

که چيرې لوی کلک ځيگر (د ځيگر د ځنډنيو ناروغيو د نښو سره) د زړه د سيروزس د لاملونو سره يو ځای شته وي بايد د زړه د سيروزس خواته پام وشي. تشخيص يې دبايوپسي پرمټ کيږي. همدارنگه که په گډه سره دځيگر او د زړه ځنډنی ناروغی شته وي بايد هيموگروماتوزس، اميلوایدوزس او ارتشاحي ناروغی د پام څخه ونه ايستل شي. (۴، (۲۶، ۱۳))

درملنه: د زړه د سيروزس مخنيوی او درملنه د بنسټيزو ناروغيو د درملنې او تشخيص پورې اړه لري. (۴، (۲۶، ۱۳))

دځيگر دسيروزس لوی اختلاطات (Major Complication of Liver Cirrhosis)

پورتال هايپرتنشن (Portal Hypertension):

پورتال هايپرتنشن دپورتل د وريد د فشار دوامداره لوړوالي ته وايي چې په نارمل حالت کې ۲-۵ ملي متره سيمابه وي. د پورتل هايپرتنشن کلينيکي بڼه او اختلاطات هغه مهال مينځته راځي چې دپورتل وريد فشار د ۱۲ ملي متره سيمابو څخه پورته شي. (۴، (۲۶، ۱۳))

لاملونه او پتوجينيزس

دځای له انده دپورتل هايپرتنشن لاملونه:

- ۱- اکسترا هيپاتيک پوست ساينوسوئيډل Budd Chiari Syndrom.
 - ۲- انترا هيپاتيک پوست ساينوسوئيډل (د وريدونو بندښي ناروغی).
 - ۳- سينوسوئيډل. دځيگر سيروزس، ميتاستاتيک ناروغی، کيستونه.
 - ۴- انترا هيپاتيک پري ساينوسوئيډل (شيسټوزوميازس، سارکوئيډوزس).
 - ۵- اکسترا هيپاتيک پري ساينوسوئيډل د پورتل وريد ترومبوزس (سيپ سيس، دخولې دلزې د اميدواری ضد درمل، ترومبوتيک ناروغی، دگيډې تروما، دځيگر ياپانکراس خبيشه ناروغی، پانکراتايتس). ((۱۳، ۲۶، ۴)
- په ماشومانو او ځوانانو کې دپورتل هايپرتنشن لامل د ځيگر څخه دباندې د پورتل وريد بندښت دي او په غټانو کې د ځيگر سيروزس دی. ((۱۳، ۲۶، ۴)
- دپورتل رگونو دټينگار د زياتوالی له کبله د ځيگر دوينې بهير کمپرې چې په پای کې د پورتل وريد او سيستمک رگونو ترمنځ کولائيرال (شنټونه) جوړېږي چې زياتره د مری، معدی، ريکتوم، دگيډې د مخکيني ديوال، د پښتورگو، د تخمدانونو او دخصيو په رگونو کې جوړېږي. (۴، ۲۶)

کلينيکي بڼه:

دتوري لويوالی، هايپرسپلينيزم (ترومبوسايټوپينيا، لوکوپينيا، انيميا) کاپوت ميدوزا، وريدي هوم، دگاستروازوفازيل وارييز دخيري کيدو له امله وينه بهيدل (ميلانا او وينه لرونکې کانگې) د ريکتوم وارييزس، فيټورهيپاتيک، اسايټس او دځيگر انسفالوپاتي. (۴، ۲۶)

اختلاطات:

وريزال وينه بهيدنه (مری، معدده) احتقاني گاستروپاتي، هايپرسپلينيزم، اسايټس، دپښتورگو بی وسي، دځيگر انسفالوپاتي، بکټريميا، انفکشن او مل تربيشن.

واريسل وينه بهيدنه (Variceal Bleeding)

شديده وينه بهيدنه دپورتو سيستمیک کولائيرال دهرې برخې څخه پيدا کيږي خو معمول ځای يې دمعدې او مری د نښتيدو ځای دی.

د واریزس څخه وينه بهيدنه د پورتل هايپرتشن درجې (۱۲ ملي متره سيماب څخه زيات وي) او د واریزس سايز پورې اړه لري. واریزس په ۹۰ سلنه سيروتيک ناروغانو کې وي چې يوازی يو پر درې کې وينه بهيږي. که په يو ناروغ کې د هضمي لارې وينه بهيدنه شته وي په اندوسکوپي کې د واریزس لپاسه سره نښه وي او دځيگر شديده ناروغی شته وي نو د واریزس وينې بهيدني ښودونکې ده. (۴، ۲۲)

درملنه:

طبي لارې چارې:

الف: د حاد واریزل وينې بهيدنی لومړنی لارې چارې:

دمعدې معايي وينې بهيدني د لارو چارو لاندې دې وکتل شي.

۱- بيا رغونه (Resuscitation):

۱- دناروغ عمومي حالت، نبض او دوينې فشار څرگند شي.

۲- وريدي لين تطبيق شي. وينه بايد دوينې د گروپ، کراس مچ، هيموگلوبين، پروترومبين تايم، انترنیشنل نارمالايز ريشو (INR)، يوريا، الکتروليت، کرياتينين، دځيگر د بيوشميکو ازموينو او دوينې د کرنې لپاره لابراتوار ته واستول شي.

۳- دوينې حجم د پلازما اکسپاندير او دارټيا په صورت کې دوينې ترانسفيوژن سره پوره شي.

۴- د اسائتس مایع وويستل شي.

۵- الکول ودرول شي او تيامين ورکړل شي. (۴، ۲۲)

۲- حاد اندوسکوپي:

کله چې دناروغ هیموډینامیک حالت ښه شو د واریزس د تشخیص او دوینې د بهیدني د نورولاملونو (میلري ویس سندروم، پیپتیک السر، پورتل هایپر تنسیف گاستروپاتی) د ردولو لپاره باید اندوسکوپي ترسره شي. (۴، ۲۲)

بیړنۍ اندوسکوپیکه درملنه په دوه ډوله ده.

بیایا بانډینگ د ۱-۳ اونيو په موده کې تر هغه پورې ترسره کیږي تر څو چې وریزس له مینځه لاړ شي او یا یې سایز کوچنی شي.

په اسکلیروتراپي کې اسکلیروزانت توکي په وریزل ترانک کې زرقیږي (ایټانول امین تیترا دیسایل سلفیت) بانډینگ او اسکلیروزانت ۸۰-۹۰ سلنه اغیزه لري. (۴، ۲۲)

۳- نورې لارې چارې

وازو کنستریکتور تراپي:

تیرلیپرسیسین: دایو غښتلی وازوکنستریکتور ده چې لومړی ۲ ملي گرامه هر ۲ ساعته وروسته او وروسته د ۴۸ ساعتو څخه یو ملي گرام هر ۲ ساعته وروسته ورکول کیږي او د زړه په اسکیمیک ناروغیو کې نه ورکول کیږي.

بدې اغیزې یې عبارت دي له د گیدې د کولیکي دردونو او دمخ د خسافت څخه. سوماتوستاتین: داپه یو ساعت کې ۳۲۰-۵۰۰ مایکرو گرام دانفیوژن په ډول ورکول کیږي. داپه هغه حالاتو کې ورکول کیږي چې تیرلیپرسیسین پکې نشو کارولی. (۴، ۲۲)

بالون تمپوناد:

دا کړنه هغه مهال کارول کیږي چې اندوسکوپیک تراپي یا وازوکنستریکتور درملنه ناکام شي یا یې کارول شونی نه وي او د شدیدې وینې بهیدني خطر شته وي.

تیوب یې د Sengastaken blackemor پنوم یادېږي. (۳۲)

دا دنازو گستریک تیوب دلاري ورکول کیږي تیوب د ۱۲ ساعتو لپاره ایښودل کیږي او داندوسکوپي د کړنې د ترسره کولو څخه مخکې لیرې کیږي. دا تخنیک ۹۰ سلنه گټه لري.

اختلالات یې عبارت دي له اسپریشن نمونیا، دمړۍ سور کیدلو، مخاطي ټپونو،

هوايي لارو بنديز څخه. ۵۰ سلنه مړينه لري د کړنې د ترسره کولو څخه دمخه اندو ترخيال
انتوبوشن اړين دی. (۳۲)

داننان د مخنيوي لپاره:

داننان او د مړينو د خطر دکموالي لپاره دخولې يا رگ دلارې سپروفلوکزاسين ۵۰۰
ملي گرامه دورځي دوه ځله يا ليوفلوکزاسين ۵۰۰ ملي گرامه په ۲۴ ساعتو کې يوځل
ورکول کېږي. (۳۲)

وېتامين کا:

که پروترومبين تايم اېنارمل وي نو ۱۰ ملي گرامه د پوستکي لاندې ورکول کېږي.
(۳۲)

دانسفالوپاتي دمخنيوي لپاره:

دانسفالوپاتي دلارو چارو تر عنوان لاندې دی وکتل شي.

نرسنگ:

ناروغ په شديدې څارنې په يونټ کې بايد تر هغه پورې بستر شي ترڅو چې وينه بهيدل
ودرېږي. دخولې دلارې څه شی نه ورکول کېږي. (۳۲)

سکرالفت:

دازوفازيل ټپونو دکمولو لپاره داندوسکوييک تيراپي څخه وروسته يو گرام دورځي
څلور ځله ورکول کېږي. (۳۲)

ب: دپيرنې بيا وينې بهيدنې دمخنيوي لارې چارې:

۳۰ سلنه ناروغانو کې دلومړنۍ اندوسکوييک درملنې څخه وروسته د ۵ ورځو په
موده کې بيا وينه بهيري ددې وينې بهيدنې سرچينه بايد د اندوسکويي پواسطه پيدا
او لامل يې د اسکلپرو تيراپي پواسطه درملنه شي. (۳۲)

Trans jugular intrahepatic portocaval shunt (Tips) - ۱

که د ۵ ورځو په موده کې د دوه اندوسکوييک درملنو سره وينه ونه دريده نو Tips تر

سره کيږي. (۳۲)

۲- بيړنی جراحي درملنه:

دا هغه مهال تر سره کيږي چې وينه د نورو لارو چارو سره ونه دريږي او يا Tips ته لاس

رسي نه کيږي. (۳۲)

ج: د متکرر وريزل وينی بهيدنی مخنيوی:

که لومړنی وينه بهيدنه و دريده او د ۴ اونيو په موده کې بيا وبهيري نو ددې مخنيوی

په لاندې توگه کيږي. (۳۲)

۱- داوږدې مودې لارې چارې:

• اندوسکوپيک درملنه:

داوږدې مودې لپاره باندليگاشن ۲۰-۵۰ سلنه د بيا وينې بهيدنې خطر کموي. (۳۲)

• بيتا بلاکر:

نن سليکتيف بيتا بلاکر (پروپانولول، نادولول) ۳۲ سلنه د ازوفازيل او گاستريک

واريزس خخه دوينې بهيدنې خطر کموي. (۳۲)

پروپانولول ۲۰-۶۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله او يا اوږده اغيزه لرونکي پروپانولول

۶۰-۸۰ ملي گرامه د ورځې يوځل کارول کيږي. (۳۲)

ناډولول ۴۰ ملي گرامه د ورځې يوځل او دوز يې د ۱-۲ اونيو په موده کې تر هغه پورې

لوږيږي ترڅو چې دزړه ريت په يوه دقيقه کې ۵۵ ته ورسېږي پدې شرط چې دوينې

سيستوليک فشار ۹۰ ملي متره سيمابو کې وساتل شي. (۳۲)

• Transjugular protosystemic stent shunt: دا د اندوسکوپي په پرته د بيا

وينې بهيدنې اندازه کموي. (۳۲)

۲- جراحي درملنه:

الف: سرچيکل پورتو سيستميک شنت

ب: ډي واسکولازايزيشن پروسيجر

ج: د ځیگر بدلول. (۳۲)

دتوري غټوالی (Splenomegaly):

شدید پورتل هایپرټنشن د توري د غټوالي معمول لامل دی او نادر لامل یې د سپلان شینیک وریدي وینی د بهیر زیاتوالی دی. (۴، ۲۲)

کلینیکي بڼه:

ډیری ناروغانو کې گیلې نه وي خو په ځینو کې بنایي ترومبوسایټوپینیا یا پان سائیتوپینیا وي. که چیرې د توري د غټوالي سره سیروزس او واریزس وینه بهیدنه نه وي لامل به یې د توري د وریدونو ترومبوزس وي. (۴، ۲۲)

درملنه:

دتوري غټوالی کوم ځانگړې درملنه نه لري خو که ډیر زیات غټ شوی وي د جراحي شنت په وخت کې توري ایستل کیږي. د جراحي شنت څخه پرته یې ایستل دپورتال هایپرټنشن او د توري د وریدونو د ترومبوزس لامل کیږي. که توري د پورتل هایپرټنشن او یا د توري د وریدونو د ترومبوزس له کبله غټ شوی وي نو ایستل کیږي خو په ترومبوسایټوپینیا کې نادراً ایستل کیږي او په هغه رنځورانو کې چې ځیگر یې پیوند شوی وي نه ایستل کیږي. (۲۲)

اسایټس (Ascites):

اسایټس د پریټون په تشه کې د مایعاتو تولیدو ته وایي چې د ځیگر د سیروزس معمول اختلاط دی. لاندې فکتورونه دهغه په مینځته راتلو کې ونډه لري. (۱۳، ۳۲)

۱- دسودیم او اوبو احتباس دچاپیریالی شریانو د پراخوالي او د ایفکټیف هایپو والیوما له کبله مینځته راځي. شریانونه د تتریک اوکسید، ازیني ناتري یوریتیک پیپتید او پروستاگلانیند دافراز پواسطه پراخیږي. دویني د حجم دکمالي له کبله سمپاتیک عصب او رینین انجیوتنسنین سیستم فعالیږي چې دوی دمالگي او اوبو داحتباس لامل کیږي. (۱۳، ۳۲)

۲- په پورتل هايپرتنشن کې د ځيگر او سپلان شيننيک وريډونه پواسطه د لمف جوړيدل زياتيږي او د پريټوان په تشه کې ترانسوډيشن کوي چې ددې تشی د هايډروسټاتيک فشار د لوړيدو سبب گرځي.

۳- په سيروزس کې د ځيگر په واسطه د البومين جوړيدل کميږي چې پدې ډول د پلازما ان کوتيک فشار کميږي. (۱۴، ۱۳، ۳۲)

کلينيکي بڼه:

دگيډې پرسوب چې داسايټس سره مل وي د خواو نيو او يا په چټکۍ سره دلږو ورځو په موده کې پيدا کيږي. تشديد کوونکي فکتورنه يې عبارت دي له: د سوډيم زيات خوړلو، د ځيگر د ژونکو د کارسينوما او د سپلان شيننيک وريډو ترومبوزس څخه. په کمه اندازه سره دگيډې درد وي او که شديد وي دخپل سري بکټريايي پريټونيټس خواته بايد پام وشي. (۳۲)

دشديد اسايټس سره تنفسي ستونزی پيدا کيږي. په گيډې کې دمايعاتو شتون د Shifting dullness او Fluid wave پواسطه څرگنديږي ډيري ناروغانو کې چاپيريالي پرسوب، دخصيو پرسوب او دښي خوا پلورل ايفيوژن وي (اسايټيک مايع د ديافراگم د ولادي ديفکټ څخه پلوراته تيريږي). (۳۲)



۱-۱۵) شکل په سيروتیک ناروغ کې اسايټس او د نامه جوړه (۳۰).

لابراتواري پلټنې:

التراساوند د اسايټس د څرگندولو لپاره (ان په چاغو خلکو کې او که کچه يې لږ هم وي) ځانگړې ازموینه ده.

پاراسنتيزس د اسايټس شتون څرگندوي او دمايع د اناليزس لپاره هم گټور دی. په سيروزس کې مایع روښانه، بې رنگه يا روښانه شين او تراژودیت وي او د مجموعي پروټين کچه يې په يو ليتر کې د ۳۲ گرامو څخه لږ وي. (۳۸، ۱۴) که د سيروم د اسايټيک البومين توپير د 1.1 گرام في ډيسي ليتر څخه زيات يا مساوي وي نو د اسايټس لامل پورتل دی او که ددې څخه کم وي لامل يې غير پورتل دی. په ۳۰ سلنه ناروغانو کې د اسايټس دمايع مجموعی پروټين په يو ليتر کې د ۳۰ گرامو څخه ډير وي. (۳۸، ۱۳، ۱۴)

که د اسايټس دمايع د امليز کچه په يو ليتر کې د ۱۰۰۰ يونټو څخه ډير وي د پانکرايټک اسايټس ښودنه کوي او که گلوکوز يې لږ وي د خبيثه ناروغيو يا د توبرکلوز ښودنه کوي. سايټولوژيکې ازموينې د خبيثه ناروغيو د پيژندلو لپاره تر سره کېږي. که د پي ام ان ژونکو شمير په يو ليتر کې د 250×10^6 څخه زيات وي نو اتلاني لامل ښيي (خپل سري بکټريايي پريتونيټس). لپراسکوپي هم د پريتواني ناروغيو د څرگندولو لپاره کارول کېږي. (۳۸)

درملنه:

د اسايټس د درملنې سره د ناروغ ناآرامي ارامېږي خو ژوند يې اوږدېدلې نه شي. که زياته کچه مایعات وويستل شي د الکترولايتونو بيلانس خرابېږي چې دڅيگر د انسفالوپاتي لامل کېږي.

داړتياو له مخې اسايټيک مایع د پاراسنتيزس پواسطه ايستل کېږي. د مالگې او اوبو ضايع کيدل دوزن داندازه کولو له مخې اندازه کېږي. دورځې د ۹۰۰ ملي ليټرو څخه ډير مایعات بايد ونه ويستل شي او د يو کيلو گرام څخه ډير وزن کم نه کړل شي. (۳۸)

دسوديم او اوبو محدودول:

په خوړو کې دورځې ۱۰۰ ملي موله سوديم بس ده. که اسايټس شديد وي بايد دورځې ۴۰ ملي مولو ته کم کړل شي. هغه درمل چې سوديم لري او يا دسوديم د بنديدو لامل کېږي (ن سټروئيډ التهاب ضد درمل) بايد ورنکړل شي. (۳۸)

که د ناروغانو د سيروم سوديم اندازه د ۱۳۲ ملي مولو څخه لږ وي دورځنی اوبو څکلو اندازه يې ۵-۱۰ ليتره پوری وي.

دای يوري ټيک: Diuretics

سپيرونولکتون دورځې ۱۰۰-۴۰۰ ملي گرامه ورکول کېږي خو د بده مرغه دوامداره کارول يې د تيونود دردناکه غټيدلو او هايپرکلسميا لامل کېږي. په ځينو ناروغانو کې غښتلي دايوريتيک لکه لاريکس چې لومړی ځل درگ دلاري ۸۰ ملي گرامه ورکول کېږي. که ناروغ د ۴۰۰ ملي گرامه سپيرونولکتون او ۱۲۰ ملي گرامه لاريکس سره بڼه نه شي نو ټينگاري حالت دی. (۳۸)

پاراسنتيزس: (paracentesis)

مايعات هغه مهال ډير (دورځې ۴-۲ ليتره) ايستل کېږي چې اسايټس کتلوي وي تنفسي ستونزې ټينگاري وي او د دای يوري ټيک بدې اغيزې وي. دهر يو ليترايستل شوي مايع په بدل کې ۲-۸ گرامه انساني البومين ورکول کېږي. داسايټس د بيا مينځ ته راتگ د مخنيوي لپاره دای يورتيک ورکول کېږي (۳۸)

Transjugular intrahepatic porto systemic shunt (TIPS):

دټينگاري اسايټس او اريزل وينې بهيدنې اغيزمنه درملنه ده اختلاطات يې عبارت دي له دځيگر کوما، اتانانو او دشنټ د تنگوالي څخه. (۳۸)

پيري تونيوس وينوس شنټ:

دا په مقاوم اسايټس کې اغيزمنه ده بایبيري يې عبارت دي له اتانانو د پورتنیو وریدي تشو ترومبوزس، دسږو پرسوب، دمری دوايزس څخه وينه بهيدنه او د رگونو دننه پراخي کواگولوپاتي څخه. (۳۸)

د پريتوان خود سره بكتريايي التهاب (Spontaneous Bacterial Peritonitis (SBP) داسايتس د غوره اختلاطاتو څخه دی چې په ۸ سلنه سيروتیک ناروغانو کې پيدا کيږي. اتنان پريتوان ته د وینې، دکولمو ديوال او ميزاتريک او دلمفاوي لارو تنوزي. معمول اتنانات چې د خپل سرې بكتريايي پريتونیتس لامل کيږي عبارت دی له: ايکولای، کليبيسیلا او اينتيروکوک څخه. (۴، ۳۲)

که د اسایتس په ناروغ کې د شعوری حالت خرابوالی، د پښتورگو د دندو خرابوالی، تبه، او دگيډې درد پيداشي نو د خپل سرې بكتريايي پريتونیتس ښودونکی دی. په فزيکي ازموینه کې دځيگر د ځنډنيو ناروغيو نښې شته وي. ۵۰ سلنه څخه کمو پښنو کې دگيډې درد شته وي او که ډير وي نو بايد د بل لامل لپاره پلټنه وشي. داسايتیک مایع د نتروفیل شمير د 250 cel/ml څخه لوړ وي. (۴، ۳۲)

تفريقي تشخيص ئې د دويمې بكتريايي پريتونیتس سره کيږي چې پدې کې اتنان پريتوان ته د گيډې دننه لاري خپريږي.

داسايتس د مایع گلوکوز د 50 mg/dl څخه کم وي، LDH لوړ وي او PMN شمير د 10000/ ml څخه زیات وي. ټوټل پروټين د 1 gm/dl څخه زیات وي د تشخيص لپاره د گيډې ساده رادیوگرافي او CT Scan ترسره کيږي. (۴، ۳۲)

مخنيوی:

د SBP د مخنيوي لپاره نارفلوکزاسين ۴۰۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله يا سپروفلوکزاسين ۷۵۰ ملي گرامه په اونۍ کې يوځل ياترای ميتوپريم سلفاميتوکسازول ډبل تابليت دورځې يوځل کارول کيږي او په غير اختلاطي اسایتس کې د مخنيوي لپاره نه ورکول کيږي. (۴، ۳۲)

درملنه:

سيفوتکريم درگ دلارې ۲ گرامه د ورځې ۲-۳ ځله (که د پښتورگو دندې ښې وي) ورکول کيږي. که چيرې انتيروکوک وي نو امپي سيلين ورسره مل کيږي، د درملنې يې تر ۵-۱۰ ورځو پورې دوام ورکول کيږي. تر څو چی PMN شمير د 250 cell/ml څخه کم

شي. ۴۰ سلنه ناروغانو کې د پښتورگو بې وسي مينځته راځي چې دمړينی لامل کيږي. د SBP بڼه درملنه د ځيگر ترانس پلان تيشن دي. (۳۷)

هپياتورينل سندروم (Hepatorenal Syndrom):

لس سلنه پر مخ تللي سيروزس او داسايتس ناروغانو کې دا سندروم مينځته راځي. پدوه ډوله دی چې دواړه يې د شديد رينل وازوکنستريکشن څخه مينځ ته راځي. اول تيب هپياتورينل سندروم اوليگوپوريا، دسيروم دکرياتينين چټک لوپدل لري خو په تشو متيازو کې د سوديم اطراح د ورځی ۱۰ ملي مولو څخه لږه وي، د تشو متيازو او پلازما دازموليتی انډول د ۵، ۱ څخه ډير وي او پروتين پوريا نه وي.

ددې ډول انزار خراب وي او ديوي مياشتي په موده کې د درملنې څخه پرته ناروغ مري. د هپياتورينل سندروم د تشخيص څخه مخکې بايد د پښتورگو د بې وسي نور لاملونه رد شي. د درملنې لپاره البومين دانفيوژن په ډول د تيرليپريسين سره گډ ورکول کيږي چې يو پر درې ناروغانو کې اغيزه کوي. هيموديايزس په روتين ډول نه ترسره کيږي. هغه ناروغان چې ژوندي پاتې کيږي بڼه به داوي چې ځيگر يې بدل شي. دويمي ډول يې په ټينگاري اسائيس کې پيدا کيږي چې دسيروم کرياتينين په منځنۍ کچه لوړ او انزار يې بڼه وي. (۱۵، ۴)

دځيگر انسفالوپاتي (Hepatic Encephalopathy):

پېژندنه

دځيگر انسفالوپاتي يو پيچیلی عصبی عقلي سندروم ده چې دشعور او سلوک ستونزو، دشخصيت بدلون، دنيورولوژيک ستونزو، د استريکرس (Flapping Tremor) او د الکتروانسفالوگرافيک بدلونونه په کې ليدل کيږي.

انسفالوپاتي بنايي بېړنۍ (بیرته گرځيدونکی) يا ځنډنۍ (پرمخ تلونکی) وي شديده انسفالوپاتي په کوما او مړينې باندې پای مومي. (۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴)

لاملونه:

۱- دځیگر سیروزس.

۲- Acute Fulmenint hepatic failure

۳- Portal hypertension due to spontaneous shunt

۴- Portal hypertension following porto systemic shunt procedure (Tips)

(۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴)

پتوجنیزس:

دځیگر د انسفالوپاتي د پیداکیدو میکانیزم تر اوسه پورې څرگند شوی نه دی خود ځیگر په سیروزس کې د باب ورید او سیستمیک دوران تر مینځ کولائیرال (شنتیونه) جوړیږي چې ددې لارې په کولمو کې د نایتروجني پاتي شونی توکسیک (زهرجن) توکي نېغ په نېغه (پرتله له دې څخه چې په ځیگر کې بی اغیزه شي دماغ ته ځي چې د انسفالوپاتي لامل کیږي). (۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴)

هغه توکسیک توکي چې د انسفالوپاتي لامل کیږي عبارت دي له امونیا، ازاد شحمي اسیدونو، مرکپتان، د دروغجن نیوروترانز میترو دمه کیدلو (اوکتاپامین) دگاما امینوبیوتاریک اسید. همدارنگه په وینه کې د اروماتیکو امینواسیدونو (فینایل الاتین، تایروسین) د کچې د لوړوالي څخه.

یو له دوي څخه غوره یې امونیا دی چې په کولمو کې د بکتریاو پواسطه د ټوټه شوي پروتین څخه جوړیږي. (۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴)

د ځیگر د انسفالوپاتي لپاره مساعدونکي فکتورونه په لاندې ډول دي.

۱- دنایتروجني توکو د جوړښت زیاتوالی لکه: معدې معایي وینه بهیدنه، زیات پروتیني خواړه، ازوتیمیا، قبضیت.

۲- د الکترولایتو او میتابولیک بیلانس خرابوالی لکه: هایپوکلیمیا، الکالوزس، هایپوکسیا، هایپوالبومیا

۳- درملونه لکه: نارکوتیک، ترانکولایزر، سیداتیف، دای یوري تیک

۴- بیلابیل لاملونه لکه: اتانات، جراحي کړنه، دځیگر د نورو بیړنیو ناروغیو مل

کیدل، دځيگر پر مختللي ناروغی، پورتل سيستمیک شنت (۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴) کلينيکي بڼه:

که انسفالوپاتي په بيرنۍ توگه د مساعدونکي فکتورونو په شتون پيل شي نو ناروغ ژر خوبجن حالت او کوما ته ځي.

په ځنډنۍ انسفالوپاتي کې د شخصيت، سلوک، ذکاوت او د خوب گډوډي وي ناروغ نارامه او مخرش وي. دماغي خرپرتيا لري او ورو ورو خبرې کوي. ځای او وخت پېژندلای نه شي. زړه بدوالی، کانگې او کمزوري لري. هايپريفليکسيا او هايپرتونیک وي نښې يې په لاندې ډول دي (۱۴، ۱۵، ۲۲)

۱- Feter hepaticus (د ناروغ تنفس بد بويه او دمورې دبوي په شان وي) چې د مرکپتان له کبله وي.

۲- Flapping Tremor: په پښو او لاسونو، سر او تنه کې گډوډ او غير متناظر حرکتونه وي.

۳- Apraxia: ناروغ د ليکلو او رسم کولو توان نه لري.

دځيگر انسفالوپاتي هغه مهال تشخيصېږي چې څلور لاندې لوی فکتورونه شته وي.

۱- دځيگر د ژونکو د بيرنيو يا ځنډينو ناروغيو يا د پورتوسيستمیک شنت شتون.

۲- دسلوک گډوډي لکه هيريدل او دماغي خرپرتيا (Confusion).

۳- نيورولوژیک نښې (لکه استريکوزس، شخوالی، د عکساتو زياتيدل، ايکستنسور پلنتر نښه) شته وي.

۴- الکتروانسفالوگرافيک بدلونونه.

توپيري تشخيص:

دالکولو بيرنۍ تسمم، دسيداتيف دوز لوړوالی، ډليريم تريمنس، ويرنيک انسفالوپاتي، کورساکوف سايکوزس، سب دورال هيماتوم، ميننجيستس، هايپوگلايسيميا، ميتابوليک انسفالوپاتي. (۲۲)

۱-۲ جدول دځيگر د انسفالوپاتي ستيژونه (۲۲)

الیکترو اینسيفالوگرافي	استريکزیس	دماغی حالت	ستیز
ترای فیزیک صفحی	+/-	ایفوری دیپریشن خفیفه دماغی خرپرتیا (Confusion) دخوب گډوډی ورو وروخبری کول	I
ترای فیزیک صفحی	+	لیتاریجک، منخنی ډول دماغی خرپرتیا	II
ترای فیزیک صفحی	+	شدید دماغی خرپرتیا بی ترتیبه خبری، دخوب گډوډی	III
ډلتا (موجی) فعالیت	-	کوما، لومری ځل دشیدی تنبه په مقابل کپی ځواب وایی وروسته یی نه وایی	IV

درملنه:

- ۱- د درملنې موخې عبارت دي له برابر ونکو فکتورونو له مینځه وړل یا درملنه، د امونیا د جوړیدو او جذب د مخنیوي څخه.
- ۲- دکولمی دپاکولو لپاره مگنیزیم ستریت ۱۲۰ ملي لیتره ۳-۴ ساعته بعد یا لکتولوز ۱۰-۳۰ ملي لیتره د ورځې درې ځله د نازوگستریک تیوب دلارې تر هغه ورکول کیږي ترڅو چې کولمه دوینو څخه پاکه شي
- لکتولوز دکولون پي ایچ اسیدی کوي ترڅو چې دامونیا جذب کم کړي همدارنگه که ناروغ دخولی دلارې لکتولوز خوړلی نه شي ۳۰۰ ملي لیتره لکتولوز د ۷۰۰ ملي لیتره د مالگین سیروم سره یو ځای ۳۰-۶۰ دقیقو په موده کې د امالی په ډول ورکول

کيږي او د اړتيا په صورت کې ۴-۶ ساعته بعد تکرار يږي لکتوليل هم ورکولای شو (۳۷، ۲۲، ۳۸)

۳- دکافي کالوري پوره کولو لپاره ناروغ د نازوگستريک تيوب دلارې تغذيه شي او د ۴۸ ساعتو څخه زيات د پروتين خوړل بند نه شي.

۴- دامونيا توليدونکي بکتریا او له مينځه وړولو لپاره انتي بيوتیک ورکول کيږي. (ريفامکريمين) نه جذبېدونکی انتي بيوتیک دي چې د ورځې ۱۲۰ ملي گرامه دخولې دلارې ورکول کيږي. (۱۵، ۲۲، ۲۶)

وانکومايسين يو گرام دخولې دلارې دورځې دوه ځله، ميترونيدازول ۳۲۰ ملي گرامه دخولې دلارې دورځې درې ځله نيومايسين دخولې دلارې ۱-۰.۵ گرامه هر ۶-۱۲ ساعته بعد د ۷ ورځو لپاره ورکول کيږي.

۵- وريدي مايعات د اړتيا په صورت کې (سوديم زيات نه وي) د اتاناتو درملنه.

۷- څرنګه چې اوبيات او سيداتيف په ځيگر کې ميتابوليز کيږي ورنه کرل شي او د نارامي په صورت کې oxazepam دخولې يا نازوگستريک تيوب دلارې ۱۰-۳۰ ملي گرامه په ډيري پاملرنې سره ورکول کيږي.

۸- که دزينگ فقدان وي د ورځې ۲۰۰ ملي گرامه په کسري دوزونو ورکول کيږي.

۹- سوديم بنزوويت دخولې دلارې ۱۰ گرامه او Ornithin دخولې دلارې ۹ گرامه دورځې درې ځله ورکول کيږي چې د سيروم امونيا کچه کموي.

۱۰- فلومازينيل په انسفالوپاتي کې ۳۰ سلنه اغيزه لري او د درگ دلارې ورکول کيږي. (۲۲، ۳۲، ۳۷)

دځيگر دسيروزس نور اختلاطات:

کانجستيف گاستروپاتي (Congestive Gastropathy):

احتقاني گاستروپاتي د ځنډنې پورتل هايپرنتشن اختلاط دی چې په اندوسکوپيک

ازموینه کې په معده کې زیات شمیر دټکو په شان سوروالی لیدل کیږي همدارنگه کله کله نوموړي پتالوژیک افتونه دمعدې او دکولمو په نورو برخو کې هم دلیدو وړ وي. وینه داغیزمنی ځای دگریدلو څخه بهیږي چې د اوسپنې دکموالی د انیمیا لامل کیږي. د درملنې لپاره د اوسپنې مستحضرات ورکول کیږي. کله کله دوینې ترانس فیوژن ته هم اړتیا پیدا کیږي. د پورتل فشار د لږولو لپاره دورځې ۸۰-۱۲۰ ملي گرامه پروپانولول ورکول کیږي. که چیري درملیزه درملنه بهی اغیزې شو نو TIPS ترسره کیږي. (۳۸)

هپاتوپلموناري سندروم (Hepatopulmonary Syndrome):

ډیری سیروتیک ناروغان د پلموناري هایپرنتشن، پلورل ایفیوژن او هپاتوپلموناري سندروم له کبله هایپوکسیک وي.

هپاتوپلموناري سندروم اوصاف عبارت دي له: هایپوکسیا (Po2) ۷۰ ملي متر سیمابو څخه کم وي دسږو د ددنتی رگونو پراخوالی او دځیگر په ځنډنیو ناروغیو چې د پورتل هایپرنتشن سره یوځای وي.

کلینیکي بڼه یې عبارت دی له کلابینگ، سیانوزس Spider navi، د ولاړې په حالت کې د هایپوکسیا دگیلو څخه او همدارنگه د ولاړې یا ملاستی حالت کې سالنډي پیدا کیږي.

درملنه یې د ځیگر ترانس پلاتیتیشن دی. که چیري د اوکسیجن اندازه د (۵۰ ملي متر سیماب) څخه ښکته وي نو نه ترسره کیږي. (۳۸)

پورتوپلموناري هایپرنتشن (Portopulmonary Hypertension):

دپورتل هایپرنتشن نادر اختلاط دی چې په کې د سږو درگونو ټینگار ډیر او دسږو د شریانو ویج فشار نارمل وي. دا د سږو د شریاني سیستم وازوکنستریکشن او اوبلیتریشن څخه مینځته راځي. کلینیکي بڼه یې عبارت دی له ساه لنډی، او

ستوماتیتیا څخه. (۳۸)

انیمیا (Anemia):

دځیگر په سیروزس کې د اوسپنې کموالی انیمیا (دمعدی معایې لازې وینې بهیدنې له امله، او مکروسایټیک انیمیا د الکولو پواسطه د اریټروپویتین د خرابوالي، د فولت د کموالی، هیمالیزس او هایپرسپلنیزم له کبله وي. د اوسپنې د کموالی د انیمیا لپاره فیروس سلفات ۳، ۲۰۰ گرامه د ورځې درې ځله وروسته له ډوډۍ څخه اود فولت د کموالی لپاره د ورځې یو ملي گرام فولت ورکول کېږي. د وینې د ضایعاتو په صورت کې د وینې خالص سرې حجرات ترانسفیوژن کېږي.

Hemorrhagic Tendency

خرنگه چې دځيگر په سيروزس کې دوينې د پړندیدو فکتورونه (پرتنه د اتم فکتور څخه) کمېږي نو د ناروغ څخه په اسانۍ سره وينه بهیږي. شدید هاپوپروترومبنيما دويتامين کا سره درملنه کېږي چې د ورځې پنځه ملي گرامه دخولې يا پوستکي لاتدې ورکول کېږي. که ناروغي ډیره پر مخ تللي وي ورکول يې گټه نه لري چې په دې صورت کې تازه يخه شوې پلازما ورکول کېږي. (۳۸)

دځيگر بدلول (Liver Transplantation)

ځيگر هغه وخت نه بدليږي چې دځيگر سرطان، دزړه او سپرو پر مخ تللي ناروغی، هېپاتوپلوموزي سندروم، سپ سيس، عمر د ۶۰ کالو څخه زيات وي، ډير چاغوالی، دپورتل او ميزانتریک وريد ترومبوزس، ایچ، ای، وي اتانات، پر مخ تللی مل تتریشن، فعال الکول څښل شته وي. (۲۲)

ځيگر هغه مهال بدليږي چې بيلرويين مخ په لوړیدو وي، البومين ورو ورو کم شي، کوواگولوپاتي نوره هم ويجاړه شي، تينگاري اسايټس، بيابيا وريزال وينه بهيدنه او انسفالوپاتي نوره هم خرابه شي.

دځيگر ترانس پلاټيشن سره ۸۰ سلنه ناروغان تر ۵ کالو پورې ژوند کولای شي. (۳۷)

انزار:

د ناروغ ژوندي پاتی کيدل د الکولو پريښودلو او Child's turcotte pugh کلاس پورې تړلی دی چې مخکې ترې يادونه شوې. (۳۶، ۳۷)

دلبر اتوار له انده د ځيگر دسيروز خرابی نښې عبارت دي له: البومين د ۱۳۲ گرام في ليتر څخه او سيروم سوډيم د ۱۳۲ ملي مول في ليتر څخه کم شي.

پروترومبين تايم د ۶ ثانيو څخه اوږد وي، دسيروم کرياتينين د ۱۶۰ مايکرومول في ليتر څخه ډير وي. دکلينيک له انده خرابی نښې يې عبارت دي له دوامداره ژيري د درملنې ناکامی، اسايټس، واريزل وينه بهيدنه، عقلي عصبي اختلاطات، کوچنی ځيگر، دوامداره هاپيوتنشن او دوامداره الکول څښلو څخه. (۳۶، ۳۷)

هیپاتوسیلولر کارسینوما (HCC) Hepato cellular Carcinoma

عمومیات او اپیدیمولوژی:

دځیگر دپرانسیم د ژونکو خبیث نیوپلازم ته دځیگر حجروی کارسینوما او دقناتونو د ژونکو نیوپلازم ته کولانجیو کارسینوما وایی. (۳۸)

هیپاتوسیلولر کارسینوما د نړی دلسو کنسرونو له ډلې څخه دی چې په ۸۰ سلنه پیښو کې دینی دسیروزس سره یوځای وي. (۳۸)

په اسیا او افریقا کې یې کلنې پیښې په هر سل زره نفوس کې پنځه سوه تنه دی.

په امریکا او غربی اروپا کې یې پیښې ډیرې دي چې په ۱۹۲۷-۱۹۸۰ کې یې پیښې ۱.۴/۱۰۰۰۰۰ او په ۱۹۹۰ کې ۲.۴/۱۰۰۰۰۰ ته رسیدلې. (۳۸)

دپیښو د زیاتوالي لامل بنایي دځنډني هیپاتیتس زیاتوالی وي. په سیروتیک نارینوو کې د بنځو په پرتله ۴ واری زیات دی.

په ۵۰-۶۰ کلنۍ کې پیدا کیږي. په اسیا او افریقا کې کیدای شي په ۱۰-۲۰ کلنۍ کې هم ولیدل شي. په اروپا او شمالي امریکا کې دهیپاتیتس سي وایرس سیروزس د زیاتوالي له امله د هیپاتوسیلولر کارسینوما پیښې زیاتې شوي. (۳۸)

لاملونه او پتوجینزس:

دځیگر د ژونکو د سرطان غوره لامل دځیگر سیروزس دی چې په کال کې ۲-۳ سلنه په هیپاتوسیلولر کارسینوما بدلیږي او ۶۰-۹۰ سلنه پیښې یې په مکرونودولر سیروزس کې مینځته راځي. (۳۸)

۱- ځنډنی هیپاتیتس بي اتان: د هیپاتوسیلولر کارسینوما غوره لامل دی چې په کال کې ۴،، سلنه ځنډنی هیپاتیتس بي پرته د سیروزس څخه په هیپاتوسیلولر کارسینوما بدلیږي او څلور واری پیښې یې په HBe Ag مثبت کې نظر یوازې HBs Ag مثبت ته زیاتې دي. (۳۸)

۲- سیروزس: په کال کې ۱-۵ سلنه هیپاتاییتس بی او سی سیروزس دځیگر د ژونکو په سرطان بدلېږي البته دسرطان خطر په مکرونوډولاز HBV سیروزس کې او د HCV سیروزس په مایکرونوډولاز او مخلوط کې زیات وي.

همدارنگه پېښې بې په هغه سیروزس کې چې دهیماتوکروماتوزس، پرایمري صفراوي سیروزس، الکول او الفا یو انټي تریپسین کموالی له کبله وي زیاتې دي.

۳- جنس او عمر: په نارینه و کې نظر بنځو ته زیات دی ډیری په ۵۰-۶۰ کلنی کې وي.

۴- Aflatoxin B چې د *Aspergillus flavus* فنگس توکسین دی دځیگر دسرطان لامل کیږي. (۳۸)

پتالوژي:

د مایکروسکوپ له انده تومور پرته د سیروزس څخه یوه دانه کتله وي او د سیروزس سره یو یا څو دانې وي. دځیگر دشریان څخه ورته وینه راځي. برید او خپریدنه یې پورتل ورید او دهغه رېښو خواته دی. لمف نوډونو ته میتازتازس ورکوي. سږو او هډوکو ته یې میتاستازس نادر دی.

د مایکروسکوپ له انده تومور دځیگر ژونکو ته ورته وي ځکه یې توپیر نارمل ځیگر څخه گران دی. (۳۸)

کلینیکي څیره:

په سیروتیک ناروغ باندې هغه وخت د هیپاتوسیلولر کارسینوما گمان کیږي چې دناروغ حالت خراب شي (اریزس وینه بهیدنه، دځیگر وظیفوي ازموینو خرابوالی، ژړی او دگیدې درد)، وینه لرونکی اسایتس د تومور د ریچر، دپورتل یا دځیگر د ورید دترومبوزس یا د نکروزي تومور د وینې بهیدني له کبله پیدا کیږي. (۳۸)

په فزیکي ازموینه کې ناروغ وزن بایلی او ډنگر ښکاري په جس سره ځیگر دردناک او کتله دجس وړ وي. که اقت دځیگر د سطحې خواته پرمخ تگ کړي وي په اصغاء سره

دتومور لپاسه Bruit یا Friction rub اوریدل کیږي. (۳۸)

د هپاتوسیلولر کارسینوما پارانیوپلاستیک اختلاطات عبارت دي له اریټروپویسس زیاتوالی، هایپرکلسمیا، هایپرکولستریمیا، هایپوگلاسیمیا، پالی مایوزیتس، کسبی پورفیریا، دیس فایبرینوجینیمیا، کریوفایبرینوجینیمیا څخه (۳۸)

لابراتوای ازمویني:

۱- دویني ازموینه:

- لوکوسایټوزس (په سیروزس کې لوکوپینیا وي)
- انیمیا
- د هیماټوکریټ لوړوالی (د تومور څخه د اریټروپویټین آزادیدل)
- د الکالین فاسفتاز ناڅاپه لوړیدل.
- په انډیمک ځایونو کې ۴۰ سلنه پینو کې HBS Ag مثبت وي.
- ۷۰ سلنه پینو کې Anti HCV مثبت وي.
- الفا فیتوپروټین لوړ وي (ډیر زیات لوړوالی یې د ځیگر په حاد نکروزس چې د پاراسیتامول تسمم له کبله وي) ۷۰-۸۰ سلنه ناروغانو کې لوړ وي چې د تومور د پرمختگ ښودنه کوي. (۳۸)
- ۹۰ سلنه ناروغانو کې دیس گاما کاربوسی پروټرومین لوړ وي.
- ۲- د گیدې د مایع په سائیتولوژیکو ازموینو کې نادراً خبیثه ژونکې وي.
- ۳- رادیوگرافي.
- Contrast arterial phase helical CT scan او MRI ښه ازموینه ده چې د دوې پواسطه د تومور رگونو حالت څرگندېږي.
- التراسوند: که د تومور اندازه د ۲ سانتي مترو څخه لویه وي او پورټل ورید یې نیولی وي په التراسوند کې ښکاري.

۴- د ځیگر بایوپسی.

که چیرې په یوناروغ کې لوی تومور شته وي خو سیروزس او هیپاتیتیس بی نه وي د تشخیص د یقیني کولو او د میتازاتیک تومور د ردولو لپاره هستولوژیکه ازموینه اړینه ده. (۳۸)

بایوپسی

په لاندیني حالاتو کې د ځیگر بایوپسی ترسره کیږي

۱- ناروغ مرسته وکړي.

۲- د پروترومبین تایم اوږدوالی د ۴ ثانیو څخه کم وي.

۳- د ترمبوسیت شمیر د $100 \times 10^8/L$ څخه زیات وي.

۴- صفراوي لاره بنده نه وي.

۵- د پوستکي موضعي اتانات نه وي.

۶- د سږو پر مخ تللي ځنډنۍ انسدادی ناروغۍ نه وي.

۷- پر مخ تللي اسایټس نه وي.

۸- شديده انیمیا نه وي. (۳۸)

درملنه:

که د ځیگر تومور یو دانه وي او سیروزس ورسره یوځای نه وي د جراحی کړنې پواسطه ایستل کیږي چې ۵۰% ناروغان تر پنځو کالو پورې ژوند کولای شي او ۵۰% د ۵ کالو په موده کې بیرته راگرځي.

ډیر لږ ناروغان چې سیروزس ورسره وي ځیگر ریزیکشن کیږي ځکه چې د ځیگر د بی وسی خطر شته وي.

جراحی درملنه په هغه سیروتیک ناروغ کې ترسره کیږي چې تومور کوچني او د ځیگر د نډې بڼې وي (چې پورتل هایپرټنشن نه وي). (۳۸)

دځیگر پیوندول: (Liver Transplantation)

که سیروز شته وي نو دسیروز ښه درملنه او د دویمې تومور دپیداکیډو د خطر د کموالي لپاره دځیگر ترانس پلان تیشن ده.

هغه تومورونه چې یو دانه وي د ۵ سانتي مترو څخه کوچني وي او یادري دانې تومور چې د ۳ سانتي مترو څخه کوچني وي دځیگر ترانس پلان تیشن سره ۷۵ سلنه ناروغان او د ۵ کالو پورې ژوندې پاتی کیدای شي د بده مرغه هیپاتایتس بی اوسی وروسته د ځیگر د ترانس پلان تیشن څخه هم ښایي بیرته را وگرځي. (۳۸)

پر کوتانیوس ابلیشن:

که چیرې تومور ۳ سانتي متره او یا کوچني وي که ایتانول دالتراسوند تر لارښوونې لاندې د پوستکي دلارې په کې زرق شي نو ۸۰% ښه والی په کې پیدا کيږي ۵۰% د درې کالو په موده کې بیرته راگرځي. (۳۸)

شیموایمبولیزیشن:

هیپاتوسیلولز کنسر دورانگو په وړاندې حساس نه دی. د کیموتراپي لکه ادریامیسین سره ۳۰ سلنه ښه کيږي خود ځیگر د شریان امبولیزیشن دجیل فوم او ادریامیسین سره ډیر گټور دی. (۳۸)

۶۰ سلنه هغه سیروتیک ناروغان چې دځیگر کنسر یې دایستلو وړ نه وي او دځیگر دندې یې ښې وي تر ۲ کالو پورې ژوند کولای شي. (۳۸)

مخنیوی:

دهیپاتایتس بی لپاره واکسین دهیپاتوسیلولز کارسینوما پینې کموي.

انزار:

انزار د تومور د ساي، د اوعیو برید او په سیروتیک ناروغ کې د ځیگر د دندو پورې اړه لري که کارسینوما ژر تشخیص شي نو پایله یې ښه وي.

دصفاړوي کڅورې حاد التهاب (Acute Cholecystitis)

اږيدمولوژي:

هتکرر صفاړوي کولیک يا د صفاړوي کڅورې د حاد التهاب ښه درملنه جراحي ده چی نژدې یو نیم میلون کولي سیستمیکتومي په کال کې په امریکا کې کيږي چې د ۹۰ سلنه څخه زیاتو پښو لامل یې صفاړوي تیږی دی پاتی کولي سیستمیکتومي په هغه ناروغانو باندې ترسره شوی چی وروسته د جراحي کړنو څخه او یا په روغتون کې د تروما یا د سوځیدني څخه ښه شوی وي. (۱۰، ۲۲)

پتوجنیزس:

دصفاړوي کڅورې د دجار حاد التهاب په عمومي توگه د ډبري پواسطه کوم چې د صفاړوي قنات د بندښت لامل شوی مینځته راځي.

- ۱- میخانیکي التهاب: د صفاړوي کڅورې د لومن په دننه کې د فشار د لوړوالي او د پراخیدو (د صفاړوي کڅورې دمخاطي اسکیمیا لامل کيږي) له امله مینځته راځي.
- ۲- بکتریاگانې: ۵۰-۸۵ سلنه پښو کې د صفاړوي کڅورې د حاد التهاب لامل کيږي چې نوموړې بکتریاگانې عبارت دي له ای کولای، کلیبسیلا، سترپتوکوک او کلوسټرویدوم څخه. (۱۰، ۲۲، ۸)

دایدز په ناروغانو کې سائیتومیگالو وایرس او مایکروسپور دیازس دصفاړوي کڅورې د التهاب لامل کيږي.

- ۳- کیمیاوي التهاب: د لایزولیسیتین (د فاسفولایپیز انزایم پواسطه د لیسیتین څخه په لاس راځي) او دنورو موضعي نسجي فکتورونو له کبله مینځته راځي. (۱۰، ۲۲، ۸)

پتالوژي:

دصفاړوي کڅورې د حاد التهاب په لومړیو ورځو کې صفاړوي کڅوره هایپرایمیک او پرسیدلې وي. سیستمیک قنات د تیږی پواسطه بند او صفاړوي کڅوره د صفاړا، اکزودات او نادرا د زوي پواسطه پرسیدلې وي. دمخاطي او فابرومسکولاز طبقو

پتالوژیک بدلونونه عبارت دي له پرسوب، ژونکیز انفلتریشن، نکروزس او د جدار د سوري کیدلو څخه.

د التهاب په لومړي وخت کې د صفرای منظره او قوام نارمل وي. وروسته صفرای مالګې او پګمنت جذبېږي او په میوکوئیدو توکو او خپرو باندې بدلېږي.

که سیستیک قنات بندشي او صفرای کڅورې د رڼې میوکوئید مایع پواسطه وپړسېږي د صفرای کڅورې د (Hydropsy) پنوم یادېږي (۱۰، ۲۲، ۸).

کلینیکي بڼه:

د صفرای کڅورې د بېرني گزک لومړنۍ گیلې د گیلې د بنۍ پورتنۍ برخې درد دی د دواړو اوږو تر مینځ، بنې سکپولا او اوږې ته خپرېږي، درد شدید وي، ۶۰-۷۰ سلنه ناروغان مخکې د همدې ډول درد څخه گیلې من وي خو درد پخپله غلی شوی وي.

ژیرې دناروغۍ په لومړي وخت کې نه وي خو کله چې التهاب صفرای قناتونه او شاوخوا لمفای غوټې اخته کړي بنائې پیداشي ناروغان کله کله کانګې هم کوي.

لږه درجه تبه وي چې ځیني وخت سره لږه هم ورسره وي (۱۰، ۲۲، ۸).

په فزیکي ازموینه کې د گیلې بنې پورتنۍ برخه په جس سره حساسه او دردناکه وي او یو پر څلور ناروغانو کې حساسه او لویه شوې صفرای کڅورې د جس وړ وي.

څرنګه چې ژوره ساه اخیستل او پوڅی د درد د زیاتوالي لامل کېږي نو که چیرې د ساه اخیستلو په وخت کې د گیلې بنې پورتنې برخه د پښتبولاندې په همدې وخت کې جس شي د ساه اخیستلو د دریدو لامل کېږي چې د Morphy's Sign په نوم یادېږي.

موضعي (Rebound Tenderness) د گیلې په بنۍ پورتنۍ برخه کې وي.

د گیلې پرسوب او د کولمو داوازونو کموالی د Ileus له کبله وي څرنګه چې صفرای کڅورې سوری شوی نه وي نو د پریتونیتس نښې او د گیلې شخوالی نه وي (۱۰،

۲۲، ۸).

تشخیص:

د صفرای کڅورې د حاد التهاب تشخیص د وصفی تاریخچې او فزیکي کتنې پواسطه کیږي.

د تشخیص درې لنگه عبارت دی له د گیلې د بنی پورتنی. برخی ناخپه درد او حساسیت، تبه او لیکوسایتوزس څخه. دویني د سپینو ژونکو شمیر په یو مایکرو لیتر کې ۱۵۰۰۰-۱۰۰۰۰ وي.

سیروم د مجموعي بیلروبین په یو دیسی لیتر کې ۱-۴ ملي گرامو ته رسیږي. د سیروم امینوترانس فیریز په یو ملي لیتر کې ۳۰۰ یوتیه او الکالین فاسفوتیز ډیری وخت لوړ وي او که کولنجیتس ورسره مل شي نو ډیر زیات لوپېږي د سیروم امیلیز په منځنی. کچې سره لوپېږي. (۳۷)

رادیولوژی:

د گیلې په ساده رادیوگرافي په ۱۵ سلنه پینسو کې رادیوپک صفرای ډبرې وي او د صفرای کڅورې او کولمو تر مینځ د فستول د جوړیدو له امله د صفرای کڅورې دننه کې گاز لیدل کیږي.

رادیوپک تیرې د سرو د بنکتنی لوب د نمونیا، گاز او د احشاوو د سوري کیدو سره باید توپیري تشخیص شي.

د Tc^{99m} رادیوگرافي پواسطه بند شوی سیستمیک ډکت (کوم چې د صفرای کڅورې د حاد التهاب لامل دی) پیژندل کیږي ددې کړنې د سرته رسولو لپاره د ځیگر امیونو دیاتیک اسید کارول کیږي. دا ازموینه هغه مهال د منلو وړ ده چې دیبلروبین اندازه په یو دیسی لیتر کې د ۵ ملي گرامو څخه بنکته وي. ۸۱ سلنه د صفرای کڅورې د حاد التهاب لپاره وصفی ازموینه ده. د گیلې التراسوند ۸۲ سلنه ښه ازموینه ده. (۳۷، ۱۰، ۲۲، ۸)

توپيري تشخيص:

دصفاړوي کڅورې حاد التهاب دلاتدې ناروغيو سره توپيريږي.

۱- سوري شوي پيپتيک السر.

۲- حاد پانکراتايتس.

۳- اپنډې سايتس

۴- دکولون دکارسينو ما سوري کيدل.

۵- دځيگر اېسي.

۶- هيپايتس

۷- دېني سړي نمونيا چې د پلورزي سره وي.

۸- مايوکارډ اسکيميا.

دگيدې د بڼې پورتنۍ برخې درد او حساسيت چې انترسکپولر ته خپريږي بالکل د

حاد کولي سييس تايټس بنودونکې دي. (۳۷)

درملنه:

طبي درملنه:

دصفاړوي کڅورې د حاد التهاب طبي درملنه عبارت دی له استراحت، درد ارامول،

اتي بيوتیک او دمایعاتو ديبلانس څخه.

دمنځنۍ کچې درجه درد د ارامولو لپاره د يکلوفينک او شديد لپاره پيتيدين

ورکول کيږي. مورفين د اوډې معصرې د لږ سپزم لامل کيږي.

په ۱۰ سلنه پيښو کې د درد حمله ديو مياشت او ۳۰ سلنه پيښو کې ديو کال په موده

کې بيرته راگرځي.

سيفوپيرازون هر دولس ساعته وروسته درگ دلازې ۱-۲ گرامه وركول كيږي او په شديدو پيښو كې ميترونيدازول (هر شپږ ساعته وروسته درگ دلازې ۵۰۰ ملي گرامه) ورسره يوځای كيږي.

دمايعاتو بيلانس د وريد دلازې كيږي، كه ناروغ دوامداره كانگي ولري نو معده د نازوگستريك تيوب په واسطه تشيږي.

حاد كولي سيستايټس ډيري د طبي درملنې سره ښه كيږي خو ناروغی كله كله په امفيما، سوري كيدلو او پريطونايټس باندې اختلاطي كيږي. (۳۷، ۳۸)

جراحی درملنه:

دحاد كولي سيستايټس جراحی درملنه هغه مهال تر سره كيږي چې طبي درملنه بريالی نه شي او يا يې بايږي وركړی وي.

كه صفاړوي كڅوره ونه ويستل شي نو صفاړوي كوليكي دردونه يا كولي سيستايټس بېرته راگرځي. (۳۸)

د تېرې څخه پرته دصفاړوي كڅورې حاد التهاب (Acalculous cholecystitis)

دصفاړوي كڅورې دهغه التهاب څخه عبارت ده چې تېره په كې نه وي په ۵-۱۰ سلنه پيښو كې سيستېك ډكټ دتېرې پواسطه بند شوی وي خو په جراحی كړنو كې نه موندل كيږي.

لاملونه:

۵۰ سلنه پيښو كې د ناروغی لامل څرگند نه دی خو په ځينو حالاتو كې يې د پيداكيډو خطر زيات دي چې عبارت دي له شديد تروما، سوځيدنه، لوی جراحی كړنې، د اوږدې مودې لپاره دخولې دلازې څه شی نه خوړل، وازكولايټس، دصفاړوي كڅورې بندښت، ادينوكارسينوما، دشكري ناروغی، دصفاړوي كڅورې تورشن، دصفاړوي كڅورې اتانات (لكه ليپتوسپورا، سترپتوكوك، سلمونېلا، ويبروكولرا) د صفاړوي كڅورې پرازيتي ناروغی، ساركوييدوزس، دزړه او درگونو ناروغی، توبركلوز، سفليس او اكتينومايكوزس څخه. (۸، ۲۶)

پتوجنيزس:

د بېرني اكال كولوس كولي سيستايټس معمول مساعدونكي فكتورونه درې دي د اوږدې مودې لوږه، فزيكي حركت نه كول او هيموډيناميكي ستونزې. په نارمل ورځني ژوند كې صفاوي كڅورې دورځې څو ځله د ټينگي صفا څخه تشه (ډير زيانمنه ده) او د نړۍ صفا څخه (لږ زيانمنه) ډكېږي. څرنگه چې صفاوي كڅورې د كولي سيستوكائنين د لمسون پواسطه تشيرې نو د دوامداره لوږې په حالت كې دانه ازادېږي نو په صفاوي كڅورې كې ټينگه صفا ټولېږي.

د صفاوي كڅورې اپي ټيليوم د صفا څخه د اوبو او الكترولايټو جذب لپاره ډيري ميتابوليكي انرژۍ ته اړتيا لري نو د دوامداره بې حركتۍ له امله نوموړې انرژي نه توليدېږي. په ټولو هيموډيناميكي تشوشاتو _ لكه شاك، سپيټيك شاك) كې د صفاوي كڅورې په اپي ټيليوم كې اسكيميكا يا كيميائي ويجاړتياوې مينځته راځي. (۲۲، ۸، ۴۱)

كلينيكي بڼه:

د حاد اكال كولوس كولي سيستايټس توپير د تيرې لرونكي كولي سيستايټس سره گران دی خو كه د پورته لاملونو سره د صفاوي كڅورې د حاد التهاب كلينيكي بڼه پيداشي نو د بې تيرې كولي سيستايټس ښودونكي ده. (۲۲، ۸، ۴۱)

تشخيص:

د بې تيرې كولي سيستايټس تشخيص د التراسوند، سي ټي سكن او راديونيوكليد ازموينو پواسطه كيږي. پدې ازموينو كې صفاوي كڅورې لويه او بې حركته وي تيره نه ليدل كيږي او د كڅورې تشيدل نيمگري وي. (۲۲، ۸، ۴۱)

درملنه:

څرنگه چې بې تیرې حاد کولی سیستایتس ژر سوری کیږي او د گانگرین خواته پر مختگ کوي نو ژر تر ژره باید ناروغی تشخیص او جراحي کړنه تر سره شي. همدارنگه هیموډاینامیکې ستونزی سمی او د گرام منفي انتاناتو (د کولموفلورا) لپاره پراخه اغیزه لرونکي انتي بیوتیک وکارول شي د بڼې او بیږنۍ درملنې لپاره لپراتومي ترسره او کڅوړه ایستل کیږي. (۲۲، ۸، ۴۱)

مخنیوی:

هغه رنځوران چی درگ دلارې خواړه ورکول کیږي هره ورځ صفراوي کڅوړی ته باید د کولي سیستوکاینین پواسطه تقلص ورکړل شي ترڅو چې ټینگه صفرا په کڅوړه کې ټوله نه شي. همدارنگه د دوامدارې لوړې په حالت کې صفراوي کڅوړه د کولي سیستوکاینین پواسطه ولمسول شي. (۲۲، ۸، ۴۱)

انزار:

که دبیرني اکال کولوس کولي سیستایتس لپاره چټکې طبي او جراحي لازې چارې ونه نیول شي د سوري کیدلو او گانگرین خواته پر مخ تگ کوي. (۲۲، ۸، ۴۱)

دپانکراس ناروغی (Diseases of the Pancrease)

دپانکراس التهابي ناروغی په بیړني او ځنډني پانکراتایتس باندې ویشل شوی چې د بیړني پانکراتایتس پتالوژیک پر مخ تګ د ازیمايي پانکراتایتس څخه تر نکروتیک پانکراتایتس پورې سیر کوي. په نکروتیک حالت کې دناروغی شدید سیستميکه کلینیکي خیره څرګندېږي. (۸، ۲۶)

هیپوراژیک پانکراتایتس لږ کلینیکي ارزښت لري ځکه چې د پانکراس د بین الخلائي انساجو د وینې بهیدني (تروما، کارسینوما او دزړه شديده احتقاني بی وسي له کبله مینخته راځي). (۸، ۲۶)

حاد پانکراتایتس (Acute Pancreatitis)

پېژندنه:

دپانکراس د حاد التهاب څخه عبارت دی چې دپانکراس د اسینار ژونکو څخه فعال پانکراسي انزایمونه شاوخوا انساجو ته ازادېږي.

بیړني پانکراتایتس د داخلي درملني سره سره بنایي د شديدو اختلاطاتو او مړینې لامل شي. خو لږ یې دڅارنه او شديدي یې د جراحي درملني سره ښه کېږي. (۸، ۱۱)

اپیدیمولوژي:

دپانکراتایتس پېښېدل په بېلابېلو هیوادونو کې توپیر لري چې دهغه په لامل پورې اړه لري دبیلګې په توګه الکول، صفراوي ډبرې میتابولیک فکتورونه او درمل د ناروغی غوره لاملونه دي. (۲۶)

وېشنه:

پانکراتایتس په بیړني او ځنډني ډول باندې ویشل شوی دی. حاد پانکراتایتس هغه حالت ته واي چې ناروغي په یوه نارمل پانکراس کې مینخته راغلې وي او د التهابي پروسې د ښه کیدو سره پانکراس بیرته نارمل حالت ته راګرځي.

ځنډنې پانکراتا یتس د پانکراس د دوامداره التهاب څخه عبارت دی چې دپانکراس د نه گرځیدونکو جوړښتي بدلونونو سره یوځای وي. دکلینیک له انده د دواړو تر مینځ توپیر کول گران دی. (۲۲، ۳۲)

لاملونه:

- ۱- ایدویاتیک.
- ۲- صفراوي تپری.
- ۳- الکول.
- ۴- تروما
- ۵- ممپس، پارامیکزو وایرس، سائتومیگالو وایرس
- ۶- اتوامیون ناروغی. (پولی ارتیرایتس نودوزا)
- ۷- دمار چیچل
- ۸- هایپوکلسمیا، هایپرلیپیدیمیا، هایپرترای گلسیرایدیمیا او هایپوترمیا.
- ۹- درمل (ستروئید، سلفان امید، ازاتائیوپورین، نن ستروئید التهاب ضد درمل تتراسایکلین، دای یوریتیک).
- ۱۰- دپانکراس د سر کنسر.
- ۱۱- دپانکراس شحمی نکروز.
- ۱۲- امیدواری.
- ۱۳- کیستیک فیروزس. (۲۲، ۳۲، ۱۱)

پتالوژي:

پانکراس اکزوکراین ډول ډول انزایمونه افرازوي لکه لایپیز، پروتیز، سکرائیدیز دغه انزایمونه دڅورو په هضمولو کې مرسته کوي. په حاد پانکراتایتس کې ددې ټولو څخه غوره او خطرناک یې پروتیز تریپسینوجن دی چې په فعال تریپسین باندې بدلېږي او دپانکراس دانساجو داتو ډایجیشن لامل کیږي چې ددې له کبله دپانکراس درد او اختلالات مینځته راځي. (۲۲، ۳۲)

کلینیکي بڼه:

۱- درد: درد په ابي گاستریک ناحیه کې ناڅاپه پیلیپرې، بورینگ (سوری کوونکی) ځانگړنه لري. شدید وي. دگرځیدو او ستون ستاغ ملاستي سره زیاتېږي. دناستي او مخکې خواته د توغیدو سره ارامېږي. شاته کله کله بڼی او د کینې اوږې خواته خپرېږي. د زړه بدوالی، کانگی، خوله او کمزوري ورسره مل وي. (۲۶، ۳۷)

۲- تبه: ۳۸، ۴، ۳۹ درجې ساتني گراد تبه وي.

۳- بنيایي ناروغ دالکولو د څښلو یا صفراوي کولیکي دردونو تاریخچه ولري.

۴- دگیدې پورتنی برخه په جس سره حساسه، دردناکه او عضلي شخوالی شته وي.

۵- گیدپه پرسیدلې، دکولمو او اوزونه نه اوریدل کېږي.

۶- ټکي کارډیا، هایپوتنشن، شاک، پوستکی خاسف نمجن او بیخ وي.

۷- Grey turner sign (دفلانک دځای هیموراژیک Discolouration)، Cullen sign

د نامه دناحی هیموراژیک Discolouration ته وايي.

۸- کله کله دگیدې په پورتنی برخه کې کتله جس کېږي چې د التهابي پانکراتایټس یا دروغجن کیست ښودونکې ده.

۹- دپښتورگوبی وسي.

۱۰- د ناروغی په شدیدو حالاتو کې دمایعاتو دلاسه ورکولو له امله دناروغ نبض چټک او فشار ښکته وي.

۱۱- ساه لنډي د پلورال ایفیوژن، اتیلیکتنازیسیس او دزړه دبی وسی له کبله وي.

دناروغی شدت اندازه کول:

۱- د حد پانکراتایټس شدت چې دالکولو او نورولاملونو له کبله وي د Ranson's criteria پر مټ څرگندېږي.

الف: که چېرې ناروغ روغتون کې دبستریدو پر مهال دلاندې ښو څخه درې او یا د دريو څخه ډیرې ولري نو ۶۰-۸۰ فیصده دپانکراس د حد نکروزس ښودنه کوي. (۳۷)

• عمر يې د ۵۵ کالو څخه ډیر وي.

- TLC د ۱۲۰۰۰ د في ديسي ليتر څخه ډير وي.
 - دسيروم گلوکوز د ۲۰۰ ملي گرام في ديسي ليتر څخه ډير وي.
 - دسيروم LDH د ۳۵۰ يوتيه في ليتر څخه ډير وي
 - AST د ۲۵۰ يوتيه في ليتر څخه ډير وي. (۳۷)
- ب: که په ۴۸ ساعتو کې لاندې نښې مينځته راغلې وي نو د خرابو انزارو ښودنه کوي.
- هيماتوکريټ د ۱۰ سلنه څخه ډير کم شوی وي.
 - شرياني اوکسيجن د ۶۰ ملي متره سيمابو څخه کم وي.
 - دسيروم کلسيوم د ۸ ملي گرام في ديسي ليتر څخه کم وي.
 - القلي د 4meq/L څخه کم وي.
 - د ۶ ليترو څخه زيات مايعات يې له لاسه ورکړي وي. (۳۷)

ج: مړينه د کريټيريا دشمير سره اړيکې لري:

د کريټيريا شمير	د مړينې کچه
۰-۲	۱%
۳-۴	۱۲%
۵-۶	۴۰%
۷-۸	۱۰۰%

۲- APACHE Score (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation):

کله چې ناروغ په روغتون کې بستري شي نو په اولو درې ورځو کې بايد د APACHE Score او هيماتوکريټ اندازه شي. که د APACHE سکور ۸ پايښته اویا زيات وي د خرابو انزارو ښودنه کوي.

- دپريټوان مابع وينه ولري.
- چاغوالی.
- دغوړوبی وسي وي.

- هایپوتشن (دوینی سیستمولیک فشار د ۹۰ ملي متر سیماب څخه کم وي)
- تکی کار دیا (دزړه ریټ په دقیقه کې د ۱۳۰ څخه زیات وي).
- هایپوکسیا (Po2 د ۶۰ ملي متره سیماب څخه کم وي).
- اولیگوپوریا (تشی متیازی په ساعت کې د ۵۰ ملي لیتره څخه لږې وي).
- بی، یو، ان او کریاتینین لوړ وي.
- دسیروم کلسیوم د 8.0mg/dL څخه کم وي.
- دسیروم البومین د ۳۳ ملي گرام فی دیسی لیتر څخه کم وي. (۳۷)

لابراتواري ازموینې:

الف: دوینی ازموینې:

- ۱- دسیروم دامیلیز او لایپیز کچه دنارمل اندازې څخه درې وارې لوړه وي.
- ۲-۵ دامیلیز د ورځو په موده کې او لایپیز د ۸-۱۴ ورځو په موده کې نارملېږي.
- په الکولیک پانکراتایتس کې لایپیز د امیلیز په پرتله ۵، ۲-۳ وارې لوړ وي.
- همدارنگه امیلیز په ځینو نورو ناروغیو کې (لکه دمری، معدې، کولمو سوري کیدل، دکولمو بندښت، حاد اپنډی سائیتس، ممپس، دتخمدان کیستونه، دسرپو کانسرس، دبابتیک کیتواسیدوزس، مورفین اخیستل او د اندوسکوپي دکړنې سره لوړ وي.

(۳۷، ۳۲۱۱)

- ۲- دسپینو ژونکوو شمیر زیاتوالی (3000-10000/mcL)
- ۳- دپښتورگو د دندو ازموینې.
- ۴- دځیگر د دندو ازموینې.
- ۵- هایپرگلاسیمیما.
- ۶- هایپریلروینیمیما
- ۷- هایپوکلسیمیما
- ۸- دوینی ډرن کیدو ستونزې.
- ۹- د ALT لوړوالی (په صفاوي پانکراتایتس) ۱۵۰ یونټ فی لیتر څخه زیات وي.

۱۰- که پانکراتايتس دهاپيرترای گلسرايديميا له کبله وي نو دلورې پر مهال دترای گلسرايد کچه د ۱۰۰۰ ملي گرام في دي سي ليتر څخه لوړه وي.

۱۱- که هيماتوکريت د ۴۷ سلنه څخه زيات وي دويني د ټينگوالی بنسودنه کوي چې خرابې پايلې لري.

۱۲- که سي ریاکټيف پروټين د ۴۸ ساعتو وروسته د ۱۵۰ ملي گرام في ليتر څخه لوړ شي نو دپانکراس دنکروز بنسودنه کوي.

ب: دتسو متيازو داميليز کچه لوړه وي.

ج: د اسايټيک او پلوراېي (کين خواکې) مايع امليز لوړوي.

د: په ECG کې ST-T د څپو بدلون وي. (۳۷، ۳۲، ۱۱)

راډيوگرافي:

- ۱- دگيډې ساده راډيوگرافي کې لاندې خيالات ليدل کيږي.
 - Gas filled abscess
 - بنسینه بې ځمکه (Ground glass) داسايتس لپاره وصفی ده.
 - دصفاوي تيږو خيال.
 - Sentinel loop: په کين پورټني کوادرانت کې دکوچنۍ کولميو سگمنت دهوا پواسطه ډک ښکاري.
 - Colon Cut off Sign: دمستعرض کولون هغه برخه چې التهابي پانکراس ته نژدې وي دهوا پواسطه ډکه ښکاري.
 - دسږو په ښکتنۍ برخه کې دټکو په څير خطی اتيلیکتازيس ښکاري چې ښايي دپلورال ايفيوژن سره يوځای وي او يانه وي.
- ۲- دگيډې التراسوند دحاد پانکراتايتس په تشخيص کې مرسته نشي کولای ځکه چې کولون کې غازات وي خو صفاوي کاني ښکاري.
- ۳- سي، ټي، سکڼ: دحاد پانکراتايتس، کيسټ او دگيډې نورو ناروغيو په تشخيص کې مرسته کوي.

۴- دورید دلارې کثیفه توکو زرقول دپانکراتایتس د اختلاطاتو او دپښتورگو دبی وسی خطر زیاتوي.

۵- ام، ار، ای: دپانکراس دناروغی درجه معلوموي.

۶- اندوسکوپیک التراسوند کوچني صفاوي کابې تشخیصوي.

۷- اندوسکوپیک ریتروگراد کولانجیو پانکراتوگرافي: که دحاد پانکراتایتس د لومړنۍ حمله سره کولانجیتس یا ژیرې نه وي نو نه کارول کیږي او پدې صورت کې اندوسکوپیک التراسوند ترسره کیږي. (۳۷)

تشخیص:

۱- تاریخچه: که چیرې دگیډې یا ملا شدید او حاد درد وي نو دپانکراتایتس خواته پام کیږي. دگیډې درد سره زړه بدوالی، کانگې، تبه او تکی کاردیا یوځای وي.

۲- لابراتواري ازموینې چې پورته ترې یادونه وشوه. (۳۷)

اختلاطات

الف: موضعي اختلاطات:

۱- نکروزس: پاک یا منتن وي

۲- په پانکراس کې دمایع تولیدل: پانکراتیک ابسی، دپانکراس دروغجن کیست (درد، چاودیدل، وینه بهیدل، معدی معایي لارې بندښت لامل کیږي).

۳- پانکراتیک اسایتس (دپانکراتیک قنات چویدل یا دروغجن کیست څخیدل)

ب: دثډې غړو اخته کیدل: دپانکراس دنکروزس له کبله دپریټوان ددنه کې وینه بهیدل، دوینې د رگونو ترومبوزس (دتوري او پورتل وربدونو) دغټو کولمو انفارکشن او انسدادی ژیرې.

ب: سیستمیک اختلاطات:

۱- سږی: پلورل ایفیوژن، اتیلیکتازیس، دمنصف ابسی، نمونایتس او ARDS

۲- زړه اورگونه: هايپوتنشن، هايپوواليومييا، ناخاپه مړينه، مايوکارديل انفارکشن، دپريکارډ ايفيوزن او د ST-T څپو بدلونونه. (۲۲، ۳، ۸، ۱۱)

۳- وينه: DIC (Disseminated intravascular coagulopathy)

۴- دمعدې معايي وينه بهيدل: پيپتيک السر، اروسيف گاستريتس، هيپوراژيک پانکراتيک نکروزس، پورتل ورید ترمبوزس او واريزل وينه بهيدل.

۵- پښتورگی: اوليگوپوريا، ازوتيميا، دپښتورگو وريدي يا شرياني ترومبوزس، دتیبولونو حاد نکروزس.

۶- ميتابوليک: هايپرگلاسيما، دترای گلسرايدو لوروالی، هايپوکلسميا، انسفالوپاتي او ناخاپي روندوالی (Purtscher's ريتينوپاتي) دايونادر اختلاط دی چې ناروغ ناخاپه ليدل له لاسه ورکوي دا په مکولا او اوپتيک دسک کې وينه بهيدنه او Cotton wool spot ليدل کيږي. (۸، ۲۲، ۳)

۷- مرکزي عصبي سيستم: سيکوزس، شحمي امبولی. (۳، ۸، ۱۵)

درملنه:

I: دحادی حملی درملنه:

الف: خفيفه حاده حمله دڅو ورځو په موده کې په خپله بڼه کيږي.

ب: په منځنۍ کچه حمله

۱- نازوگاستريک تيوب: ددې تيوب دلارې معده سکشن کيږي تر څو چې دگيډې د پړسوب، کانگو او اسپريشن نمونيا څخه مخنيوی وشي او دخولې دلارې خواړه او اوبه نه ورکول کيږي. (۳۷)

۲- د درد د ارامولو لپاره پيتيدين او ترامادول ورکول کيږي. دمورفين د ورکولو څخه بايد ډډه وشي ځکه چې د اووډي دمعصرې دتقبض لامل کيږي خو که درد د دوي سره غلی نه شويبايې ورکولای شو. پيتيدين ۱۰۰-۱۵۰ ملي گرامه دغونښې دلارې هر ۳-۴ ساعته وروسته ورکول کيږي. که دپښتورگو او ځيگر دندې ډيرې خرابې وي نو دوز يې کميږي. (۳۷)

۳- دخولې دلارې خواړه هغه وخت پیلېږي چې درد غلی شي او دکولمو او اوزونه واوریدل شي. (سره له دې چې د امیلیز کچه لوړه وي) لومړی نری مایعات وروسته لږ غوړ لرونکي خواړه ورکول کېږي. (۳۷)

کله چې ناروغ د حاد صفراوي پانکراتایتس څخه ښه شو لپراسکوپیک کولي سیستمکتومي ترسره کېږي.

دیبایا پانکراتایتس د درملنې لپاره په کوچنۍ پیپلاکې سنتت داخلېږي. (۳۷)
ج: د شدید حاد پانکراتایتس درملنه:

۱- وریدي مایعات: د مایعاتو د ورکولو په مهال باید د مرکزي وریدي فشار څرگند شي.

۲- کلسیوم گلوکونات: که هایپوکلسمیا او تیتاني شته وي نو کلسیوم گلوکونات ورکول کېږي.

۳- که هایپو البومینیا شته وي نو البومین ورکول کېږي.

۴- Fresh frozen plasma: که کوواگولوپاتي شته وي نو ورکول کېږي.

۵- دکولویډ مایعاتو زیات ورکول د ARDS خطر زیاتوي.

۶- که شاک د مایعاتو د ورکولو سره دوام ومومي نو پری سور ورکول کېږي.

۷- خواړه: د حاد پانکراتایتس په شدید یرغل کې رنځور دڅو او نیو لپاره دخولې دلارې خواړه زغملی نه شي. (۳۷)

Total Parenteral Nutrition (TPN) د شحمیاتو په گډون د ۷-۱۰ ورځو پورې ترسره کېږي. د TPN سره د اتان خطر زیاتېږي.

0 - د اتان مخنیوی: د اتاني اختلاطاتو د مخنیوي لپاره پراخه اغیزه لرونکي

انتي بیوتیکونه ورکول کېږي. ایمی پینیم ۵۰۰ ملي گرامه درگ دلارې هر اته

ساعته وروسته، سیفوریکزیم ۵، ۱ گرامه درگ دلارې د ورځې درې ځله او بیا

۲۵۰ ملي گرامه دخولې دلارې دورځې دوه ځله د ۱۴ ورځو لپاره،

سپروفلوکزاسین او

- 1

2 - میترونیدازول د منتن پانکراتیک نکروزس لپاره ورکول کیږي، خو په روتین

ډول ۳۰ سلنه خخه کمو ناروغانو ته اتی بیوتیک نه ورکول کیږي. (۳۷)

۹- وریدی سومستاتین ورکول څرگند نه دی، اکثریو تائید اغیزه نه لري.

۱۰- ناروغ باید په شدیدې څارنی خونې کې بستر شي.

۱۱- باید هیما توکریټ، د وینی د سپینو ژونکو شمیر، سیروم الکترولیت، کلسیوم،

بی، یو، ان، کریاتینین، AST، LDH او گازات مانیتور شي.

۱۲- وینه، بلغم، پلورایي مایع او تشې متیازی باید وکرل شي. (۳۷)

داختلاطو درملنه او دناروغ څارل:

دپانکراتایتس په شدیدو حالاتو کې باید د جراح سره سلاو شي. که چیری تشخیص

شکمن وي نو اکتشافی لپراتومي ترسره کیږي. که پانکراتایتس نه وي نو دلاس وهنې

خخه پرته گیده گنډل کیږي. (۳۷)

که پانکراتایتس خفیف او کولي لیتیزیس ورسره مل وي نو کولي سیسټیکوتومي یا کولي

سیستومي ترسره کیږي. (۳۷)

که پانکراتایتس دکولي ډوکو لیتیزیس له کبله وي او بیلروبین د ۵ ملي گرام پر دیسي

لیتر خخه لوړ وي او یا کولانجیتس ورسره یوځای وي نو اندوسکوپیک ریتروگراد

کولانجیو پانکریاتوگرافي داندوسکوپیک سپاینکتروتومي سره یوځای ترسره کیږي

او تیره ایستل کیږي. (۳۷)

که نیکروتیک پانکراتایتس وي دناروغ کلینیکي حالت دخرابوالي دنورو غړو د دندو

دخرابوالي سره یوځای وي او د ۴-۶ اونیو په موده کې د داخلی درملنې سره ښه نه شو

نو جراحی درملنه ترسره کیږي. منتن نکروزس تل جراحی درملنه کیږي دجراحی درملنې

موخه داده چې نکروتیک او شاوخوا انساج لري او ښه دریناژ شي. (۳۷)

انزار:

د ۲۳۸۰ کال څخه راپدېخوا د بېرني پانکراتايتس د مړينې کچه د ۱۰ سلنو څخه ۵ سلنو ته ښکته شوې.

که د حاد پانکراتايتس د Ranson's criteria د دريو څخه زياتې وي نو ۲۰ سلنه مړينه لري چې نيمايي مړينه په لومړنيو دوه اونيو کې وي چې د څو غړو د بې وسۍ له کبله وي. که د څو غړو بې وسۍ د ۴۸ ساعتو څخه زيات پايښت ومومي نو د مړينې سلنه د ۵۰ سلنو څخه زياتېږي. دناروغی اختلاطات په الکولیک پانکراتايتس کې وي. (۳۷)

دپانکراس ځنډنی التهاب (Chronic Pancreatitis) :

پېژندنه:

ځنډنی پانکراتايتس دپانکراس د ځنډني التهاب څخه عبارت ده چې متصف دی په په فبروزس او دپانکراس د اکزوکراين انساجو ويجارټيا باندې. دلنگرهانز د ازلت د اخته کېدو له امله د شکرې ناروغی او د ځنډني ويجارټيا له کبله پر له پسې درد يا مل اېسورېشن مينځ ته راځي. (۲۲، ۳۸)

اېډيمولوژي:

د ځنډني پانکراتايتس دناروغانو شميره ښه څرگنده نه ده خو يوازی په يوه څېړنه کې ښودل شوي چې پېښې يې په کال کې ۲، ۸ په ۱۰۰۰۰۰ کې وي خو داشميرنه هم تر اوسه ښه څرگنده نه ده. په اوتوپسي کې ښودل شوي چې څېړيدنه يې 5-0.04 سلنو ته رسيدلې ده. (۲۲، ۳۸)

لاملونه:

کلسيفيکېشن: الکولیک، بنديزي، دامپولاواتر تنگوالی، کيسټيک فبروزس، ارثيت، ايدوپاتيک. (۲۲، ۳۸)

پتوفزیالوژي:

تر اوسه پورې یوه واحده نظریه چې په پانکراس کې څنګه التهابي پروسه مینځته راځي بڼه نده پیژندل شوی خو داسی گمان کیږي چې په پانکراس کې په نانډولیزه توګه انزایمونه فعالیږي چې د پانکراس د ناروغیدو لامل کیږي. (۲۲، ۳۸، ۱۱)

په ارثي پانکراتایتس کې د تریپسینوجن او دهغه د نهی کوونکي پروتین تر مینځ انډول خرابیږي یا نې د تریپسینوجن کچه دهغه د نهی کوونکي پروتین په پرتله لوړیږي چې فعال تریپسین د پانکراس دانساجو دویجاړیدو لامل کیږي. (۲۲، ۳۸، ۱۱)

همدارنګه ځنډني الکول څښل د تریپسینوجن کچه دهغه د نهی کوونکي په پرتله لوړوي. داسی اند شته چې د پانکراس په دننه کې انزایمي فعالیت د پانکراس د قنات په لومن کې پروتینونو ته ترسب ورکوي او پلاک جوړیږي دغه پلاک د کلسیفیکیشن لپاره یو هسته جوړوي چې په پای کې د پانکراس دویجاړیدو لامل کیږي دسایتوکینونو فعالیتدل دغه پروسه نوره هم اوږدوي. (۲۲، ۳۸)

پتالوژي:

ځنډني پانکراتایتس څو ډولونه لري چې غوره یې کلسیفید پانکراتایتس دی چې په الکولیستانو کې زیات وي. (۲۲)

افت د پانکراس لوبولونه اغیزمنوي، اسینای اتروفي کوي دلوبونو په دننه کې فبروزي انساج زیاتیږي او ځنډني التهابي انفلتریشن د لوبونو او قناتونو په شاوخوا کې مینځته راځي. پروتیني پلاک د لومن په دننه کې جوړیږي. پانکراس کلک او کلسفید وي او په پانکراس کې دروغجن کیستونه جوړیږي. (۲۲)

کلینیکي بڼه:

د ځنډني پانکراتایتس غوره گیلې داپي گاستریک درد دی چې شاه خواته خپریږي. درد بنایي پر له پسې، متناوبه وي او یا نه وي دالکولو پواسطه زیاتیږي.

نورې نښې عبارت دي له بې اشتهايي، وزن کمیدلو، دیابتس، ملابسوریشن او ژیري څخه. (۳۲)

تشخيص:

د ځنډني پانکراتايتس تشخيص د درې ازموينو پرمت کيږي.

الف: تشخيصيه ازمويني:

۱- التراسوند: په CT سکن کې د پانکراس اتروفی، کلسيفيکيشن او دقناتونو پراخوالی ليدل کيږي.

۲- دگيډې په ساده راديوگرافي کې کلسيفيکيشن ښکاري.

۳- اندوسکوپيک التراسوند.

ب: دپانکراس ددندو ازمويني:

۱- دسکرېټين دزرق څخه وروسته د پانکراس دافرازاتو اندازه کول.

۲- Pancreolaury test: کله چې Fluorescein dilaurate دخولې دلارې وخوړل شي دپانکراس د استريز انزايم پواسطه ټوټې کيږي. وروسته د ټوټه کيدو څخه جذبېږي او په تشو متيازو کې اطراح يې اندازه کيږي دا په شديد پانکراتيک بې وسۍ کې ډيره ښه ازموينه ده. (۳۲)

۳- PABA Test: کله چې Para aminobenzoic acid دخولې دلارې وخوړل شي نو د کيموتريپسين پواسطه هايډروليز کيږي او پارا امينو بنزويک اسيد ترې ازادېږي، وروسته دکنجوگيټ کيدو څخه په تشو متيازو کې وزي.

۴- په ډکو متيازو کې د کيموتريپسين يا الاستيز اندازه کول.

۵- Oral Glucose Tolerance test مثبت وي. (۳۲)

اختلاطات:

۱- دپانکراس دروغجن کيستونه: پانکراتيک اسايټس چې په دواړو (بيړني او ځنډني پانکراتايتس) کې وي.

۲- دځيگر څخه دبانډې بندښتي ژيړی دکامن صفراوي قنات دبنديدو له کبله وي.

۳- د ډيډونيوم تنگوالی.

۴- دپورتل یا د توري دورید ترومبوزس چې د سگمنتال پورتل هایپر تنشن او گاستریک واریزس لامل کیږي.

۵- پیپتیک السر.

۶- دپاپتیک کیتواسیدوزس او دپاپتیک کوما.

۷- ریتینوپاتي، نیوروپاتي.

۸- ریتینوپاتي د ویتامین A او دزینګ دلږوالي له کبله وي.

۹- پلورال ایفیوژن (کین خواکې وي).

۱۰- معدې معایې وینه بهیدنه.

۱۱- ژیرې

۱۲- د هډوکو دردونه.

۱۳- دپانکراس سرطان. (۳۲)

درملنه:

۱- دالکولو د پریښودلو سره دناروغی پر مخ تګ درپړي او درد غلی کیږي.

۲- د درد غلی کولو لپاره نن ستروئید التهاب ضد درمل ، اویبات ، امی تریپتالین ، انت اوکسیدانت او دخولې دلارې پانکراتیک انزایمونه ورکول کیږي. همدارنگه درد د سلیک اکسیس بلاکولو ، اندوسکوپیک تراپي او جراحي لاس وهنې پواسطه غلی کیږي. (۳۲)

۳- د شحمي نس ناستي درملنه:

• په خوړو کې غوړ کم شي.

• پانکریاتیک انزایمونه.

• اسید افراز نهی کوونکي درمل لکه : اچ دوه رسپتور بلاکونکي. (۳۲)

۴- هغه دیابتس چې دپانکراس د بی وسی له کبله مینخته راغلی وي کنترول یې دخولې دلارې هایپوگلاسمیک درملو سره گران دی.

۵- د اختلاطاتو درملنه

دروغجن کیستونه، پانکراتیک اسایټس، د کامن صفراوي قنات بندیز، داثنا عشر تنگوالی او پورتل هایپرټنشن د جراحي یا اندوسکوپي پواسطه درملنه کیږي. (۳۲)

انزار:

ځنډنی پانکراتایټس د ډیرې ناتوانۍ لامل کیږي. انزاري د درملنې وړ ناروغیو لکه (صفراوي تیږې، د کولي ډوکت تیږې، د اوډي دمعضری تنگوالی، هایپرپاراتایروډیزم) د درملنې سره ښه کیږي. د هایپر لیپیدیما درملنه د ناروغی د بایډی څخه مخنیوی کوي. (۳۲)

د الکولیک پانکراتایټس درد دپانکراسي قنات د ارتوالي سره ښه کیږي. (۳۲)

دپانکراس کنسر(Cancer of the pancreas):

اپیدیمولوژي:

په لویډیزو هیوادونو کې د پانکراس د کنسر پیښې ۱۰-۱۵ په ۱۰۰۰۰۰ کې دي او د ۷۰ کلنۍ څخه وروسته پیښې یې ۱۰۰ په ۱۰۰۰۰۰ زیاتیري په نارینو کې د ښځو په پرتله دوه برابره دي، په لویډیزو هیوادونو کې د کنسر له کبله مړینه پنځم لامل کیږي، ۹۲% د پانکراس اډینوکارسینوما دی. (۳۲، ۳۷)

لاملونه:

۱- سگریټ څکول: دپانکراس کنسر په سگریټ څکونکو کې د نه څکونکو په پرتله درې برابره زیات دی.

۲- ځنډنی پانکراتایټس.

۳- چاغوالی

۴- محطی یالي فکتورونه لکه د پترولیوم پیداوار، نفتالا امین.

۵- جنتیک بدلونونه لکه په ۹۰ سلنه ډکتیل اډینو کارسینوما کې د K-rase-gene شتون مثبت وي. (۲۶)

پتالوژي:

۹۰ سلنه دپانکراس کنسر اډینو کارسینوما دی چې دپانکریاتیک ډکت څخه سرچینه اخلي. تومور موضعي غړي اخته کوي او نورو ځایونو ته هم میتاستاز ورکوي لکه لمفوي غوټو ته ناروغي هغه وخت پیژندل کیږي چې ډیر پر مخ تگ یې کړی وي. (۳۸) کلینیکي بڼه:

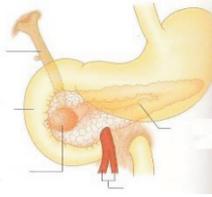
۹۰ سلنه څخه زیات د پانکراس کنسر دقنات اډینو کارسینوما دی. ۵-۱۰ سلنه دازلیټ تومور دی د پانکراس تومور ۷۰ سلنه په سر، ۲۰ سلنه په تنه او ۱۰ فیصده په لکۍ کې وي. (۲۶)

دپانکراس د بدن یا لکۍ گیلې عبارت دي له: د گیدې درد او وزن بایللو څخه چې په ۷۵ سلنه ناروغانو کې وي.

درد غاښ چیچونکی وصف لري، حشوي وي، کله کله د اپي گاستریوم څخه شاه ته خپرېږي، مخکې خواته د توغیدو سره ارامېږي. که درد ډیر شدید وي یې داده چې د پریټوان شاه ته یې برید کړي او په اسپلان شینیک عصب کې یې انفلټریشن کړي. پدې وخت کې تومور دجراحی دکرني پواسطه نه ایستل کیږي. (۲۶)

نادراً ډیر شدید دردونه تیریدونکي وي او دهایپرامیلزیمیا سره مل وي او دحداد پانکراتایټس کوم چې دقنات د بندیدو له کبله مینځته راځي بنودنه کوي، وزن بایلل د بی اشتهايي او دجذب خرابوالی څخه پیدا کیږي. (۲۶)

دائنا عشر دوهمه برخه



دپانکراس د راس کنسر

انسدادی صفراوي قنات
معدده

انسدادی صفراوي قنات

دمیزانتری او عیبی

(۱-۱۶) شکل دپانکراس د سر تومور (۳۲)

دپانکراس د سر یا امپولواتر په تومور کې ژیری وی چې د صفراوي قنات د بندیدو له کبله مینځته راځي.

تشې متیمازي تیاره او د ډکې متیمازي خاورینې وی. خاربنست شته وي. بی درده ژیری د صفراوي قنات، اثناعشر او پیری امپولاپه تومورونو کې وی که درد شته وي نو د تومور د پرمختگ بنودنه کوي. (۳۲)

دپانکراس دنومور نښې:

دپانکراس د سر دنومور نښې عبارت دي له Courvoisiers نښه (دجس وړ صفراوي کڅوره) دگیدې په منځنۍ برخه کې کتله او د ځیگر لویوالی جس کیري. (۳۲)

دپانکراس د تومور غیر معمول نښې عبارت دي له Migratory thrombophlebitis، دجس وړ صفراوي کڅوره، معدې معایې وینه بهیدنه، دتوري لویوالی، دگلوکوز نه زغمل، پولی اتریتس او دپوستکي د نوډولونو څخه. (۳۲)

تشخیص:

۱- ترانس ایدو مینال التراسوند: ددې پواسطه دپانکراس د سر تومور او پراخه شوی قنات تشخیصیږي د تنی او لکۍ تومور ددې پواسطه نه تشخیصیږي ځکه چې تومور د کولمو دگازاتولاندې وي. (۳۲)

۲- Contrast enhanced spiral CT Scan: ددې پواسطه درگونو، دلمف غوتیو او لری برخو میتاستازس څرگندیږي.

۳- لپراسکوپي: دجراحی کړنو څخه مخکې ترسره کیږي.

۴- دپوستکي دلاري بایوپسي: د درملنې څخه مخکې د هستولوژیک تشخیص لپاره اړینه

۵- MRI Scanning and endoscopic Ultrasound: د دناخرگندو شوي تومورود تشخیص

لپاره کارول کیږي. (۳۶)

د تومورونو سټیژونه:

- ۱- لومړی سټیژ: تومور هغه وخت د ایستلو وړ وي چې .
 - T1-T2: تومور یو سانتي متر او یا د دوو سانتي مترو څخه غټ وي.
 - Nx: د لمفاوي غوټو اخته کیدل څرگند نه وي.
 - سلپیاک اکسس اخته شوی نه وي.
 - SMA: Superior mesenteric artery اخته شوی نه وي.
 - SMPV: Superior mesenteric vein with portal vein اخته نه وي.
 - دپانکراس څخه دباندي ناروغي خپره شوی نه وي. (۳۶)

۲- دوهم سټیژ:

- په موضعي توگه يې پرمختگ کړي وي.
- شریانونه اخته شوی نه وي (سلپیاک اکسس، SMA)
- وريدي انسداد (SMV، پورتل ورید)
- دپانکراس څخه دباندي افت وتلی نه وي. (۳۶)

۳- دریم سټیژ

- میتاستازس T1-T3، M1-Nx-1 (تومور د یو یا درې سانتي مترو څخه غټ وی لری برخو ته میتاستازس ورکړي وی، لمفاوي غوټو ته میتاستازس ورکړی وی)
- ځیگر، پیریتوان، سرو ته يې میتاستازس ورکړی وی. (۳۶)

درملنه:

۲ سلنه ناروغان تر پښخو کالو پورې د جراحی درملنې سره ژوند کولای شي، نژدې شل سلنه پېښو کې تومور موضعي وي چې د جراحی کړنې پواسطه د ایستلو وړ وي، په ډیری پېښو کې د درد ارامول دی. (۳۶)

د اندوسکوپي دلاري د سنتت ایښودل یو څه اراموالی راوړي او دمړینې کچه کموي. د اثنا عشر په بندښت کې د درد د ارامولو لپاره جراحی درملنه ده. د سنتت ایښودل د لنډې مودې لپاره ښه پایله لري. راد یو ترایي د کیموتراپي په پرتله گټوره ده.

۵ فلورویوراسیل اوجیم سایتابین دناروغی په شدیدو حالاتو کې گټور دي. (۳۶)

انزار

دپانکراس کانشر په تیره دسر او لکی انزار خراب وي ۲-۵ سلنه ناروغان یې له عملیاتو څخه تر پنځه کلو پورې ژوند کولای شي او که تومور وویستل شي دغه سلنه ۲۰-۴۰ ته رسېږي. که د پانکراس د سر تومور په لومړي وخت کې په پاملرنې سره وویستل شي نو ناروغ به تر ډیرې مودې پورې ژوندې پاتې شي. (۳)

Malabsorption

پېژندنه:

مل اېسورېشن هغه ناروغی ته ویل کیږي چې دخوراکي توکو هضم او جذب په کې خراب شي. (۳۲)

لاملوننه:

Celiac Disease - ۱

Dermatitis herpetiform - ۲

Tropical Sprue - ۳

Bacterial Over Growth - ۴

Intestinal resection - ۵

Whipple disease - ۶

Parasite infestation (Giardia intestinal) (۳۲)

Celiac Disease

Gluten sensitive enteropathy

د سلیاک ناروغی د کوچنیو کولمو د جیجینوم د مخاطي طبقي د التهابي ناروغی څخه عبارت ده چې د گلوتین پواسطه مینځته راځي او کله چې دخوړو څخه گلوتین لري شي ناروغی ښه کیږي. گلوتین په غنمو، تورو غنمو او جودرو کې وي. (۳۲)

پېښې:

سلیاک ناروغی په ټوله نړۍ کې خپره ده چې په شمالي امریکا کې ډیر او په توره افریقا کې لږه ده. په تودو سیمو کې یې پېښې 1/100-1/6500 دي.

دسلیاک ناروغی بشپړ ارثي والی څرگند نه دی خو د کورنۍ په لومړنیو خپلوانو کې ۱۰-۱۵ سلنه وي. (۳۲)

هغه جینونه چې دسلیاک د ناروغی لپاره ډیر برابر دي عبارت دي له :
 DQ2 (DQA1* 0301, DQB1* 0302) او DQ8 (DQB1* 0201, DQA* 0501)
 څخه. ۹۰ سلنه پښتني يې په DQ2 جین لرونکو کې وي. (۳۲)

لاملونه:

گلوټین یو دروند مالیکولي وزن لرونکی مرکب دی چې په α, γ, β او گلايدين پېپټیدونو باندې ټوټې کيږي چې ددې ټولو څخه يې α د کوچنیو کولمو په مخاطي طبقي باندې ډیره زهرجنه اغیزه لري.

D ژونکی د ناروغی په مینځته راتلو کې مرکزي دنده لري. داژونکي د انساجو د ترانس گلوټامینیز انزایم په وړاندې دفاع کوي. همدارنگه چاپیریالي فکتورونه لکه وایروسي اتانات هم د ناروغی په مینځته راتلو کې ونډه لري. (۳۲)

پتالوژي:

پدې ناروغی کې ډیری د کوچنیو کولمو طبقي اغیزمن کيږي، ویلا له مینځه ځي، مخاطي پوښ همواروي کريپټونه هایپرپلازیا کوي. لاهینا پروپریا کې پلازما سیل، مکروفازونه، لمفوسایټونه، ازونوفیل او ماست ژونکی ډیر والی کوي. (۲۲، ۲۵)

کلینیکي بڼه:

سلیاک ناروغي په هر عمر کې مینځ ته راتلای شي خو ډیری په هغه نوی زیږیدلي ماشومانو کې چې دتي رودلو څخه بیلیري او دگلوټین لرونکو خواړه ورته بیلیري پیدا کيږي. په غټانو کې په ۵۰ کلنۍ کې پیدا کيږي. گیلې غیر وصفی وي، ناروغان سټري، ستومانه او خاسف وي. (۳۲)

دهضمي سیستم گیلې عبارت دي له نس ناسته، شحمی نس ناسته، دگیډې درد، پړسوب، باد، دخولې دټپونو او انګولاز ستوماتیتس څخه.

عصبی گیلې یې عبارت دي له: له خفگانونو، روجي فشارونه، پاراستیزیا، اتکزیا (د دماغی کلسیفیکیشن له کبله، عضلي ناتواني او پالي نیورویاتي څخه. (۳۲) نورې گیلې یې عبارت دي له شندتوب (عقامت) وزن بایلل، تیتانی، او ستومالیشیا، اوستیوپروزیسس، مل تتریشن او دلاسو او پښو پرسوب څخه. په سلپاک ناروغی کې د ځینو اتوامیون ناروغیو (تائیروید ناروغی، IDDM، پرایمري بایلاري سیروز، S jogren syndrome، IBD، دځیگر ځنډنې ناروغی، IgA.Epilepsy، Fibrosing allergics alveolitis لږوالی) پښې زیاتیرې په فزیکي کتنه کې یوازې انیمیا او مل تتریشن وي. (۳۲)

پلټنې:

۱- په سیروم کې Endomyseal (EMA) and Tissue transglutaminase (tTG) Anti bodies (IgA) اتی باډي گانی شته وي. Anti tissue glutaminase او Immuno fluoreseens د Endomyseal antibody د ELISA پواسطه تشخیصیږي. که دا دواړه اتی باډي گانی شته وي تشخیص یقیني کوي او د بایوپسی لپاره اړتیا نشته.

۲- Anti reticulin antibody (ARA)

داحساسه او غیر وصفی ازموینه ده چې بنایي دهضمي سیستم په نورو ناروغیو کې لکه کروڼ ناروغی کې هم وي.

۳- داثنا عشر او جیجینوم بایوپسی ستندرد ازموینه ده.

۴- هیماټولوژي: ۵۰% پښو کې خفیفه یا په منځنۍ کچه انیمیاوي چې د فولات یا ویتامین بی ۱۲ یا داوسپنې دکموالي له کبله دوینې په محیطي فلم کې مایکروسایټ ، مکروسایټ، Hypersegmented PMN او Howell jolly bodies (د توري د اتروفي له کبله، وي.

۵- د جذب ازموینې: دشحم، لکتوز او ویتامین بی ۱۲ جذب خراب وي.

۶- راد بولوژي: په فالو ترو ازموینه کې کوچنۍ کولمې پراخه او فولډونه ښه نه ښکاري.

۷- Wireless capsul endoscopy

دورو کولمو د اښار ملتې او اختلاطاتو لپاره کارول کېږي.

۸- Bone densitometry: د اوسټیوپروسیس د شتون لپاره تر سره کېږي.

۹- بایو کیمستري: په ټولو شدیدو ناروغانو کې هاپیوکلسمیا، هاپیو البومینیمیا

او هاپیر فاسفتیمیا اوسټیومالیشیا وي. (۳۲)

درملنه:

که د خوراکي توکو څخه گلوتین لرې شي نو په ناروغ کې کلینیکي او مارفولوژیک ښه والی څرگندېږي. هیماتینیک مواد لکه اوسپنه، فولیک اسید او کلسیوم باید ناروغ ته ورکړل شي. که په ناروغ کې ښه والی پیدا نه شو بیا باپویسی تر سره کېږي. که د گلوتین

د لری کولو سره بدلون راغی نو د ناروغۍ د ښه تشخیص لپاره بیا گلوتین په خوړو کې ورکول کېږي او بیا د جیجینوم مارفولوژي تر څیړنې لاندې نیول کېږي، نادراً ټینګاري

ناروغان د کورټیکوسټروئید او معافیت څپونکو درملو سره ښه کېږي.

که توری کوچنی شوی وي نو ناروغان باید په هرو پنځو کالو کې د نموکوک

نمونیا د مخنیوی لپاره واکسین شي. (۳۲)

اختلاطات او اضرار:

په سلیاک ناروغۍ کې د خبیثه ناروغیو لکه ورو کولمو کارسینوما، دمری، سکواموز

کارسینوما د پیدا کیدو خطر زیاتېږي او په لږو ناروغانو کې السراتیف جیجیونیتس مینځته راځي چې تبه، د گیدې درد، د کولمو بندښت او سوري کیدل ورسره یوځای وي.

(۳۲)

د کوچینو کولمو اختلاطات نادراً د باریوم او انټروسکوپي پواسطه تشخیصېږي نو ځکه باپویسی تر سره کېږي. ناروغي په عمومي ډول پر مخ تلونکی سیر لري، په اوږد

سیر لرونکي ناروغۍ کې د هډوکو میتابولیکي ناروغۍ پیدا کېږي.

هغه ناروغان چی د گلوتین څخه تش خواړه خوړي بابیري یې لږ دي. (۳۲)

Dermatitis herpetiformis

دا نادره ناروغی ده چې د پوستکي Subepidermal blistering eruption دسلیاک انتروپاتي سره یوځای وي.

د پوستکي په بایوپسی کې سب اپي درمل بلستر او درمل پپيلا کې تروفیلیک مایکرواپسی وي. (۳۲)

د جیجینوم مارفولوزیکه څیره د شديدي سلیاک ناروغی په شان نه وي.

ارثیت او امینولوزیکې اېنارملتی یې دسلیاک د ناروغی په شان دی. د پوستکي تشوشات یې د گلو تین څخه تش خوړو او ډاېسون سره ښه کیږي. (۳۲)

Tropical Sprue

دایو اندیمیکه ناروغی ده چې د تودو سیمو اوسیدونکو یا سیل کونکو کې زیاته وي. پدې کې په لږه اندازه مل اېسورېشن وي. ډیری ناروغان گیلې نه لري همدارنگه کله کله د تروپیکل مل اېسورېشن پنوم یادېږي. (۳۲)

دا ناروغی ډیری په اسیا، امریکا کې وي. کله کله اېیدیمي یې د دوو کالو پورې دوام مومي او لس کاله وروسته بیا پیدا کیږي.

لاهل یې څرگند نه دی خو ډیری گمان کیږي چې انتاني وي ځکه چې په اېیدیمیک ډول پیدا کیږي او د اتی بیوتیکو سره ښه کیږي.

کلینیکي څیره یې عبارت دی له نس ناستی، بی اشتهايي، د گېدې د پړسوب او د وزن بایللو څخه. (۳۲)

د ناروغی بیل په بیرني توگه وي چې په اېیدیمیکه ځای کې د لږو ورځو یا څو کالو اوسیدلو څخه وروسته پیدا کیږي.

اېیدیمي یې پراخه وي او زرگونه خلک په یو وخت کې پرې اخته کیږي، ځینې وخت ناروغی ورو ورو بېلېږي چې د څنډني نس ناستي او د خوراکي توکو دلړوالي سره یوځای وي. (۳۲)

تشخیص:

دجيجينوم مخاطي پوښ اېنارمل او ويلای اتروفي کړې وي. دسلياک د ناروغی په شان شديد نه وي، دجارديا سره بايد توپيري تشيخص شي. دشحم او ويتامين بي ۱۲ جذب زيات په کې خرابيږي. (۳۲)

درملنه:

ډيري ناروغان د سپرو دسيمې ډپرينسودلو او دورغې د ۵ ملي گرامه فولیک اسيد دخورلو سره ښه کيږي. ډيري ناروغان دورغې ديوگرام تتراسايکلين دخورلو سره بشپړ ښه شوي او دارپيا په مهال تر ۶ مياشتو پورې دوام ورکول کيږي. (۳۲)

دناروغی په شديد حالت کې که دپهايدريشن شته وي نو مايعات او الکتروليت ورکول کيږي. دخوراکي توکو نيمگړتياوی بايد سمی شي او ويتامين بي ۱۲ بايد 1000 مايکرو گرامه وکارول شي. دناروغی انزار ښه دي. په اپيديميک سيمو کې مړينه د اوبو او الکتروليتو د ستونزو له کبله وي. (۳۲)

(په کولمو کې د باکتریاو زياتوالي) (Blind loop syndrome)

په غټو کولمو کې زيات شمير ان ايروبيک باکتریا (لکه بکتروئيد (Bifido bacteria) اوسپري) چې دا ايروبيک باکتریاو په پرتله (ای کولای، اتیروکوک او اتیروباکتر) ۱۰۰-۱۰۰۰ واري زياتې دي دغه مايکروفلورا غوره ميتابوليکي دندې لري لکه دهغه خوراکي توکو څخه چې د جذب وړ نه دی د تخميری کړنې پواسطه لنډ ځنځير لرونکی شحمي اسيدونه جوړوي کوم چې په کولون کې د انرژي سرچينه ده. (۳۲)

دا باکتریاگانې ويتامين کا توليدوي، داميون سیستم د ساتلو لپاره د اپي تيليل ژونکو ډيروالی کنترولوي او د کولمو مخاطي پوښ د بتوجنيک باکتریاو د کالونيزشن څخه ساتي، دوړو کولمو پورتنی برخه دتل لپاره پاک وي او يوازې په کمه اندازه دخولې اورگانيزمونه په کې وي. دمعدی اسيد ډيري ارگانيزمونه وژني او د وړو کولمو حرکتونه جيجينوم تشوي. نارمل ترمينل اليوم کې گني شمير فيکل ټيپ ارگانيزمونه (لکه ای کولای او ان ايروبيک باکتریاگانې او په کولون کې باکتریاگانې وي). (۳۲)

په کولمو کې د باکټریا و زیاتوالي په نارمل حالت کې دوړو کولمو په عضوي ناروغیو کې وي او په زړو کې پرته د عضوی ناروغیو څخه وي د ای کولای او بکتروئید اندازه د $10^6/ml$ څخه زیاته وي دغه بکتريايوي صفراوي مالګې ډي کنجوګیتید او هایډروکسي لیتید کوي.

د کلینیک له نظره دا ناروغان نس ناسته او شحمي نس ناسته لري شحمي نس ناسته د کنجوګیتید صفراوي مالګو د کموالي لامل کېږي. د شحمي نس ناستې اوصاف عبارت دي له :

د ډکو متیازو حجم ډیر ، رنگ یې پیکه ، بدبویه ، دهوا اندازه یې زیاته وي ، د ډکو متیازو د غوړو اندازه ۱۷۰۰ ملي مول څخه زیات وي ، او د کمود څخه په اسانۍ سره پاکېږي. (۳۲)

په شحمي نس ناسته کې بکترياکانی ویتامین بی ۱۲ میتابولیز کوي او نه پرېږدي چې داخل المنشه فکتور سره ونښلي نو ځکه یې کموالي یې مینځته راځي ځینې بکترياکانی فولیک اسید تولیدوي چې د سیروم کچه یې لوېږي. (۳۲)

د ویتامین ب ۱۲ کموالی دومره شدید نه وي چې د عصبي ستونزو لامل شي. دا ناروغی د هایډروجن بریت تست پواسطه تشخیصیږي (کله چې ناروغ ته لکتوز یا گلوکوز ورکړل شي د بکتريايو پواسطه میتابولیز کېږي او هایډروجن تولیدیږي چې په تنفس کې د هایډروجن زیاتوالی د ددي ناروغی بنودنه کوي. (۳۲)

درملنه:

۱- عضوي پتالوژیکې ناروغی باید درملنه شي.

۲- میترونیدازول : تتراسایکلین یا سپروفلوکزاسین کارول کېږي. (۳۲)

Whipple's Disease

وي پل د څو سیستمونو یوه نادره ناروغی ده چې د Tropheryma whipples پواسطه مینځته راځي په نارینوو کې زیاته وي د ۴۰-۶۰ کالو په عمر کې پیدا کېږي دانسان څخه یې انسان ته خپریدنه څرګنده نه ده. (۳۲)

کلینیکي بڼه:

د ناروغی لومړنۍ گيله د بندونو درد چی ۸۲ سلنه پېښو کې وي ليرې ديدونکی وي، سوء شکل نه لري، ۷۵ سلنه پېښو کې معدې معایي گيلې (لکه د گيلې درد، پرسوب، باد، شحمي نس ناسته، مل اېسورېشن او وزن کموالی، پروتین لوسینگ اینتیروپاتي وي چې د هایپو البومینیمیا او پرسوب سره یوځای وي) لري. (۳۲)

۵۰ سلنه پېښو کې خفیفه درجه تبه، ځنډنی توخی، جنرالیز لمف اډینوپاتي وي د زړه بې وسي، د والونوبی وسي، د سرو ناروغی، دسترگو ناروغی، لکه Uveitis، Viteritis، Keratitis، Retinitis او Retinal Hemorrhage، ۱۰% کې د مرکزي عصبي سیستم گيلې لکه Dementia، لیتارجي، کوما، اختلاجات، مایوکلونوس، د قحفي ازواجو ناروغی لکه نیستگموس او افتالموفلیجیا وي. (۳۲)

دهستولوژي له نظره د کولمو ویلا له مینځه تللی وي او Acid Schiff (PAS) Positive macrophage لرونکی وي. د کولمو څخه د باندې د ناروغیو د تشخیص لپاره PCR ترسره کېږي. (۳۲)

وي پل ناروغی د مل اېسورېشن، څرگندې تې، لمف اډینوپاتي، سیرونیگاتیف ارتريټس، کلچر نیگاتیف اندوکارډایټس او مولتي سیستمیک ناروغیو سره توپيري تشخیص کېږي. (۳۲)

درملنه:

کوترای موکسازول دورځې دوه ځله د یو کال لپاره او په شدیدو حالاتو کې سفتریاکزون د ورځې دوه گرامه د دوه اونيو لپاره ورکول کېږي. که د کوترای موکسازول سره الرژي یا ټینگار موجود وي نو سفالوسپورین، انترفیرون گاما یا فلوروکینولون کارول کېږي.

(۳۲)

دوهمه برخه

دبولي لارو انتانات (UTI) Urinary Tract Infection:

پېژندنه:

دبولي لارو انتانات دغوره باکتریايي ناروغیو څخه دي چې په بولي لاره کې د انتاناتو د ډيروالي له کبله منځ ته راځي.

که دتشو متيازو د منځنۍ برخې څخه سمپل واخيستل شي نو په يو ملي ليتر کې د نيوتروفيل شمير به ۱۰۵ څخه زيات وي. (۲۲، ۳۸)

ايديمولوژي:

دبولي لارو انتانات د ايديمولوژي له مخې په دوو ډلو ويشل شوي دي.

دکتیتر پواسطه (نازوکوميال) او غير له کتیتره څخه (په ټولنه کې) چې په دواړو حالاتو کې بنایي گیلې شته وي او یا نه وي. (۲۲، ۳۸)

۵۰% بنځی د بولي لارو انتانات لري چې ۳% يې په شل کلنو انجنو کې وي او په هرو لسو کالو کې يې يوه سلنه پېښې زیاتیري. د بولي لارو د انتاناتو پېښې په نارینو کې ډیر لږې وي خو په يو کلن ماشومانو او د ۲۰ کلنۍ څخه پورته عمر کې ډیرې وي.

په زړو نارینو کې يې د ډيروالي لامل د پروستات هايپرټروفی ده.

گیلې نه لرونکې باکتریا یوریا په زړو نارینو او بنځو کې ۴۰-۵۰% دي. (۲۲، ۳۸)

پتوجنیزس:

د بولي لارو د انتاناتو په منځته راتلو کې لاندې فکتورونه ونډه لري.

۱: جنس او جنسي فعالیت: د بولي لارو د انتاناتو پېښې په بنځو کې ډیرې دي ځکه چې احلیل يې لنډ (۴ساتي متره) مقعد ته نژدی دی او مهبل سره نژدې ختمیږي. د کوروالي په وخت کې باکتریا ژر مثاني ته داخلېږي. (۲۲)

همدارنگه ځینې نور فکتورونه چې په بنځو کې دبولي لارو د انتاناتو خطر زیاتوي عبارت دي د سپرم وژونکو توکو، دبا فراگم، سرویکل کپ، Spermicid coated condom کارول دي. (۲۲)

په نارینو کې دبولي لارې د انتاناتو برابرې فکتورونه عبارت دي له: د پروستات

هایپرتروفي، د ریکتوم د لارې هوموسیسیول یا هیتروسیسیول جنسي فعالیت او سنتي نه کولو څخه. (۲۲)

هغه بنځې او نارینه چې HIV باندې اخته وي او یا CD4+T Cell شمیر يې د $200/\mu\text{l}$ څخه کم وي د UTI لپاره برابر دي.

۲- امیدواري:

۲-۸% امیدواري بنځې په UTI اخته وي. ۲۰-۳۰ سلنه گيلې نه لرونکې بکتریا یوریا په پیالونفرتیس باندې بدلېږي. په امیدواری کې د UTI د زیاتوالي فکتورونه عبارت دي له: د حالب د تون او استداري حرکاتو کموالي، ویزیکویوري ترال وال تیریدونکي بې وسي، دولادت په وخت یا وروسته په مثانه کې د کتیتراچولو څخه.

په امیدواری کې د UTI اختلاطات عبارت دي له: کم وزنه ماشوم زیږول، مخکې له وخته پیدا کیدل، د ماشوم د مړینې څخه (په تیره د پورتنۍ بولي لارو انتاناتو کې). (۲۲)

۳- انسداد:

د بولي لارو تومور، تنگوالی، کاني او پروستات هایپرتروفي د هایډرونفروسس او UTI خطر زیاتوي.

۴- Neurogenic Bladder:

د یاییت ملیتس، سپینل کارډ تروما، تابس دورسالیس، مولتیپل اسکلیروسیس کې د مثانی تعصیب خرابېږي چې په مثانه کې تشې متیازې تولیدې او د UTI لپاره لاره اوارېږي.

۵- ویزیکویوري ترال ریفلوکس

ویزیکویوري ترال ریفلوکس زیاتره په ماشومانو کې وي چې کیدای شي بولي لارې يې نارمل یا ابنارمل وي. (۲۲)

۶- د بکتریا ویرولتس فکتورونه

د ۹۰% څخه زیاتو پیښو کې د UTI لامل ای کولای دی. ای کولای د ۱۵۰ څخه زیات ډولونه لري چې یوازې پنځه ډوله يې (075, 018,06,04,01) د UTI لامل کېږي. همدارنگه د ای کولای H, او K سب گروپونه هم د ناروغۍ لامل کېږي. هغه ای کولای چې پي فیمبریا لري د نارمل بولي لارو د پیالونفرایتس لامل کېږي او هغه يې چې پي

فيمبريا نه لري په ويزيکو يوريترال ريفلوکس ناروغانو کې د UTI لامل کېږي.
(۲۲، ۳۱)

۷- جنتیک فکتورونه:

دهغه کسانو په سرو ژونکو او يورو اپيتيليل کې چې P مثبت رسپتورونه شته وي د پي فيمبريا لرونکو ای کولای پواسطه د غير اختلاطي پيالونفرايټس لامل کېږي او هغو کې چې دا اخذی منفي وي د پيالونفرايټس لامل نه کېږي.
همدارنگه Nonsecretory blood group antigen کسانو کې د UTI دمینخته راتلو خطر ډیر زیات دی. (۲۲)

دمثاني حاد التهاب (Cystitis):

دمثاني حاد التهاب ډیری دای کولای او کله کله دگرام مثبت بکتريا او يا اينټيپروکوک له کبله وي. اتنان په عمومي ډول داخليل دلاري مثاني ته پورته کېږي همدارنگه ادینو وایرس هم په ماشومانو کې د وایرل سيستايټس لامل کېږي خو په ځوانانو کې نادر دی. (۳۷)

کلينيکي بڼه:

ناروغ د مثاني د شديدو تخريشي گيلو (فريکونسي، ارجنسي، دس يوريا) او د سپراپوييک ناحیې د نارامۍ څخه گيله من وي.

په بنځو کې هيماجوريا هم وي گيلې بې د کوروالۍ څخه وروسته پيدا کېږي چې په فزيکي کتنه کې يې سپراپوييک ناحیه حساسه خو سيستمیکه توکسي ستي نه وي. (۳۷)

لابراتواري کتنې:

د تشو متيازو په ازموینه کې پایويوريا، بکتري يوريا او هيموجوريا وي او په کرته کې اړونده ميکروب زرغونېږي. (۳۷)

راډيولوژيکي ازموينې:

راډيولوژيکي ازموينې هغه وخت تر سره کېږي چې دپيالونفرايټس، متکرر اتنان او د اناتوميکو ابنا رملټيو شک شته وي. (۳۷)

تفریقي تشخیص:

سیستایتیس په ښځو کې د Valvuvagenitis اود حوصلی التهابي ناروغی (PID) سره تفریقي تشخیص کیږي چې د تشو متیازو او د حوصلې کتنو پواسطه یو دبل څخه توپیر یږي.

په نارینوو کې د یوري تربیس او پروستاتیتیس سره توپیر یږي او د احلیل په التهاب کې احلیلي افرازات وي او په جس سره حساس وي. (۳۷)

په نارینوو کې دمثاني التهاب نادر دی اوکه وي نوداتناني کاني ،پروستات التهاب اودځنډني بولي لارو بندښت لپاره باید پلټنې وشي. دمثاني دالتهاب غیراتناني لاملونه عبارت دي له دحوصلې ته وړانگی ورکول ،کیموتراپي (سایکلو فاسفامید) اود مثاني د کارسینوما څخه. (۳۷)

په ښځو کې د UTI مخنیوی:

۱- دورځې دوه لیتره مایعات وڅښي.

۲- وخت په وخت مثانه تشه کړي.

۳- که ویزیکو یوریترال ریفلوکس شته وي نو باید دوه ځلې تشی متیازې وکړي.

۴- که یو ځلې تشی متیازې وکړي نو ۱۰-۱۵ دقیقې وروسته دې بیا کوښښ وکړي چې تشی متیازې وکړي.

۵- دکوروالي څخه مخکې او وروسته تشی متیازې وکړي. (۳۸)

درملنه :

که ښځی په غیر اختلاطي سیستایتیس اخته وي د یو دوز او یا ۱-۳ ورځو لپاره اتی بیوتیک تراپي سره ښه کیږي. دترای میتوپریم سلفامیتوکسازول په وړاندې ټینګښت پیدا کیږي فلوروکینولون او نایترفورانتین په غیر اختلاطي سیستایتیس کې ټاکلي درمل دي. څرنګه چې غیر اختلاطي سیستایتیس په نارینوو کې نادر دی خو که چیرې شته وي نو د لامل د موندلو لپاره یې باید پلټنې وشي. د گیلو د کمولو لپاره بولي انالجزیک لکه Phenazopyridine ۲۰۰ ملي ګرامه د ورځې درې ځله ورکول کیږي.

حاد پيالونفرايتس (Acute Pylonephritis)

بیرنی پيالونفرايتس د پښتورگو د پارانشیم یوه حاد التهابي ناروغي ده چې غوره لاملونه یې گرام منفي انتانات (ای کولای، پروتیسوس، کلیبزیلا، سودوموناس) او غیرمعمول لاملونه یې گرام مثبت انتانات (انتیروبوکتر فیکالس، ستافیلوکوک) او ستافیلوکوک اوربوس دي. (۳۷)

انتان ډیری د ښکتنو بولي لارو څخه (یوازی ستافیلوکوک اوربوس دویني دلاړي د پيالونفرايتس لامل کیږي) پورته کیږي. (۳۷)

کلینیکي بڼه:

د ناروغی غوره گیلې عبارت دي له تې، د فلانک د ناحیې درد، سره لرې او دمشانی د تشیدو تخريشي گیلې (فريکونسي، ارجنسي، دیس یوریا) څخه زړه بدوالی، کانگې او نس ناسته هم شته وي. په فزيکي کننه کې ناروغ تبه لري د زړه حرکات چټک او د کوستوفرينیک زاویه حساسه وي. (Kindney Morphy's panch نښه مثبت وي) (۳۷)

لابراتواري ازموینی :

دویني په ازموینه کې دویني د سپینو ژونکو شمیر زیات وي او د تشو متیازو په ازموینه کې پایویوریا، بکتريایوریا، هیماچوریا او د سپینو ژونکو کاسټونه وي. د تشو متیازو په کرنه کې سببي انتان زرغونیري او دویني کرنه مثبت وي. (۳۷)

رادیولوژي:

د اختلاطي پيالونفرايتس د پښتورگو په التراسوند کې هایدرونفروسس ښکاري. (۳۷)

توپيري تشخيص:

حاد پيالونفرايتس د لاندې ناروغیو سره توپيري تشخيص کیږي.

۱- اپنډیسایټس، کولي سیستایټس، پانکراتایټس، دای ورتیکولایټس، دسرو د ښکتنې لوب نمونیا، حاد پروستاتایټس، حاد سیستایټس، حاد اپي دیدیمایټس(۳۷) په اپنډیسایټس او دای ورتیکولایټس کې هیماچوریا او پایوریا هم وي.

اختلاطات:

۱- سپیسس ، شاک ، ځنډنى پيالونفريتس، دپښتورگو اېسى او امفزيماټوز پيالونفريتس (په ديابتيك كسانو كې دگاز توليدونكو اورگانيزمونو له كبله وي درملنه:

شديد اتتاني يا اختلاطي حالت په روغتون كې بايد بستر شي تر څو چې د تشو متيازو او د وينې د كرنې پايله لاسته راشي. امپي سيلين يو گرام هر ۶ ساعته وروسته او جنتاميسين ۱ ملي گرام په هر كيلو گرام وزن د بدن هر اته ساعته وروسته وركول كيږي. د بستر څخه دباندي ناروغانو ته دخولې دلارې كينولون (سپروفلوكزاسين ۷۵۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته وروسته يا او فلوكزاسين ۲۰۰-۳۰۰ ملي گرامه هر دولس ساعته وروسته د ۲۶ ورځو لپاره وركول كيږي. تبه بنايي ۷۲ ساعته دوام ومومي. په ټينگاري پېښوكې بايد التراسوند ترسره شي او د درملنى د بشپړيدو څخه وروسته دتشو متيازو كرنه بيا وشي. (۳۷)

انزار:

د بڼه تشخيص او درملنې سره د ناروغۍ انزار بڼه دي. د اختلاطاتو لومړنۍ ناروغۍ او د عمر د زياتوالي سره انزار خراب وي.

ځنډنى پيالونفريتس(Chronic Pyelonephritis):

ځنډنى پيالونفريتس د ريفلوكس يا اتروفيك پيالونفريتس په نوم هم ياديږي چې په گډه سره د ويزيکو يوريترال ريفلوكس او د كسبي اتتان څخه چې په ماشومتوب كې اخیستل شوی وي مينځ ته راځي. په نارمل حالت كې دمثانې او حالب تر منځ يو اړخيز وال شته چې دمثانې د تقلص په وخت كې تړل كيږي تر څو چې تشې متيازي د مثانې څخه حالب ته بيرته لاړي نه شي. د ريفلوكس په حالت كې تشى متيازي د مثانى څخه حالب ته ننوزي چې داتتان لپاره لاره اوارېږي. دناروغۍ د دوام په پايله كې په پښتورگو كې سكار او فبروتيک نسج مينځ ته راځي دپښتورگو سطحه غيرمنظم چې په پاې كې د پښتورگو د ځنډنۍ بې وسۍ لامل كيږي. (۳۲)

د پروستات حاد بکتریايي التهاب (Acute Bacterial Prostatitis):

حاد باکتریايي پروستاتیتس په عمومي ډول د گرام منفي اتاناتو (ای کولای، سودوموناس) او نادرا د گرام مثبت اتاناتو (اینټیروکوک) پواسطه مینځته راځي چې اتان د احلیل دلزې پورته کیږي. د وینې او لmf د لارې د پروستات اخته کیدل نادر دي. (۳۲)

کلینیکي بڼه:

د ناروغی گیلې عبارت دي له: د عجان، سکرل او سپراپوبیک درد، تپې او دمشانې د تشیدو تخریشي گیلو څخه.

په حاد پړاو کې د پروستات د پرسوب له امله تشې متیازې بندیرې چې په حاد پروستاتیتس کې د ریکتوم د لارې د گوتې پواسطه د پروستات د جس او د مساز اجازه نشته ځکه چې د سپتیسیمیا لامل کیږي. (۳۲)

لابراتواري کتنې:

دوینې په بشپړ شمیرولو کې دوینې د سپینو ژونکو شمیر زیات وي. د تشو متیازو په ازموینه کې پایویریا، هیماچوریا او بکتریاویریا وي د تشو متیازو د کرنې پواسطه لامل پیژندل کیږي. (۳۲)

توپیري تشخیص:

حاد پروستاتیتس د حاد پیالونفرایتس، حاد اپیدیدیمایتس او دای ورتیکولایتس سره توپیر کیږي. د پروستات په سلیمو او خبیثو ناروغیو کې تشې متیازې بندې وي. (۳۲)

درملنه:

ناروغ باید په روغتون کې بستر شي. د حساس اتني بیوتیک د معلومولو څخه دمخه درگ دلزې امپي سیلین او جنتامایسین پیلیږي. چې دوز یې د حاد پیالونفرایتس په شان دی کله چې د ۲۴-۴۸ ساعتو په موده کې تبه لرې شوه نو د خولې د لارې کینولون (سپروفلوکزاسین ۷۵۰ ملي گرامه هر دولس ساعته وروسته اوفلوکزاسین ۲۰۰-۳۰۰ ملي گرامه هر دولس ساعته وروسته) تر ۴-۶ اونيو پورې ورکول کیږي. که تشې

میتیاژې بندې وې نو کتیترا او نور سامانونه باید ونه کارول شي او د سپراپویک تیوب دلارې یې تشې میتیاژې باید تشې شي. د درملنې د بشپړیدو څخه وروسته باید تشې میتیاژې د درملنې د پایلې د معلومولو لپاره بیا وکرل شي. (۳۲)

انزار

دښه درملنې سره انزار ښه وي ځنډنې پروستاتیتس مینځته راتگ نادر دی. (۳۲)

دپروستات ځنډنې بکتريايي التهاب (Chronic Bacterial Prostatitis):

که څه هم ځنډنې بکتريايي پروستاتیتس د حاد بکتريايي پروستاتیتس له کبله مینځته راځي خو په ځینو رنځورانو کې د حاد اتنان تاریخچه معلومه نه وي. گرام منفي انتانات د ناروغی غوره لاملونه دي خو یوازې یو گرام مثبت اتنان (اینټیروکوک) د ځنډنې پروستاتیتس لامل کیږي. اتنان د احلیل او دتسو میتیاژو د ریفلوکس له کبله د پروستاتیک قنات د لارې پروستات ته داخلېږي. دوینې اود لمف د لارې یې اخته کیدل نادر دي. (۳۷)

کلینیکي ښه:

ځینو ناروغانو کې گیلې نه وي خو په ډیری ناروغانو کې د تشو میتیاژو د تشیدو تخریشي گیلې وي. د ملا او د عجان درد شته وي. ډیرو ناروغانو کې د بولي لارو د اتنان تاریخچه شتون لري خو په فزیکي کتنه کې کومه ځانگړې ښه نه وي پروستات په جس سره نارمل او یا پرسیدلی احساسیږي. (۳۷)

لابراتواري ښې:

که په دویمې توگه دمثانی التهاب ورسره نه وي نو د تشو میتیاژو ازموینې نارمل وي تشخیص یې د پروستاتي افزاتو یا د هغه تشو میتیاژو دکرنې پرمټ کیږي چې د پروستات د مساژ څخه وروسته راځي. (۳۷)

رادیولوژي:

رادیولوژیکو تستونو ته اړتیا نشته خو بیا هم دحوصلې رادیوگرافي او د ریکتوم دلارې التراسوند په تشخیص کې مرسته کوي. (۳۷)

توپیری تشخیص:

ځنډنی پروستاتیتس باید د احلیل د ځنډني التهاب، د مثنې التهاب او دریکتوم د ناروغیو سره توپیری تشخیص شي. (۳۷)

درملنه:

دترای میتوپریم سلفامیتوکسازول سره درملنه بریالی ده. سپروفلوکزاسین ۳۲۰-۵۰۰ ملي گرامه هر دولس ساعته وروسته د ۱-۳ میاشتو لپاره ورکول کیږي ځینی نور اتی بیوتیکونه لکه کاربني سیلین، اریترومایسین، سفالیکزین هم اغیزه کوي او د گیلو دغلي کولو لپاره اندومیتاسین یا بروفین ورکول کیږي. (۳۷)

انزار:

دځنډني بکتريايي پروستاتیس درملنه ستونزمنه ده گیلې او متکرر بولي انتانات د اتی بیوتیک پواسطه درملنه کیږي. (۳۷)

دپروستات غیر بکتريايي التهاب (Non Bacterial Prostatitis)

غیر بکتريايي پروستاتیس د پروستاتیتس د سندروم یو معمول ډول دی چې لامل یې څرگند نه دی. (۳۷)

کلینیکي بڼه:

کلینیکي بڼه یې د ځنډني پروستاتیس په شان ده او د بولي لارو انتاناتو تاریخچه موجود نه وي. (۳۷)

لابراتواري کتنې:

د پروستات په افرازاتو کې د وینې د سپینو ژونکو شمیرزیات او کرنه یې منفي وي.

توپیری تشخیص:

د ځنډني بکتريايي پروستاتیتس څخه د کرنې پواسطه توپیر کیږي او د مثنې په کنسر کې سابتولوژیکی ازموینې مثبت وي. (۳۷)

درملنه:

څرنگه چی ددې ناروغی لامل معلوم نه دی خو بیا هم یورولازما، مایکوپلازم یا

کلامیدیا انتانات درملنه کیږي.

اریترومایسین دخولې دلارې ۳۲۰ ملي گرامه د ورځې څلور ځله د ۱۴ ورځو لپاره ورکول کیږي او که ځواب یې ښه وي ان تر ۳-۶ اونيو پورې ورکول کیږي. دالتهاب ضد درمل سره گیلې ښه والی مومي. غذایی بندیز ته اړتیا نشته خو الکول او کافین گیلې زیاتوي. (۳۷)

حاد اپیدیدیمایتس (Acute Epididymitis)

د بېړني اپیدیدیماتس غوره لامل انتانات دي چې د عمر له نظره په دوو گروپونو ویشل شوي دي.

۱- د جنسي اړیکو نژدې والي له کبله انتقال یې د ۴۰ کلنۍ څخه ښکته عمر نارینو کې پیدا کیږي او دا حلیل دالتهاب سره یو ځای وي لاملونه یې عبارت دي له کلامیدیا تراخوماتیس او نایسیریا گنوریا څخه. (۳۷)

۲- د غیر جنسي اړیکو دلارې انتقال : دا ډول یې په زړو نارینو کې پیدا کیږي چې دبولی لارو انتاناتو او د پروستاتیتس سره یو ځای وي او دگرام منفي انتاناتو له کبله وي.

انتان د احلیل دلارې وازو دیفرنس او بیا اپیدیدیمس ته دننه کیږي. امیدارون هم کله کله د اپیدیدیمایتس لامل کیږي. (۳۷)

کلینیکي ښه:

گیلې په عمومي ډول د دروند شي د جگولو، تروما او د جنسي فعالیت څخه وروسته پیدا کیږي. نورې گیلې یې عبارت دي له د احلیل التهاب (درد د قضیب په سر کې وي او احليلي افرازات ورسره وي، یا دمثانی التهاب (دمثانی د تشیدو تخريشي گیلې ورسره وي) څخه. (۳۷)

د اپیدیدیماتس درد په خصیو کې وي چې سپرماتیک کارډیا فلانک ته خپریږي تبه او د خصیو پړسوب ورسره وي. په مقعدي کتنه کې پروستات دردناکه وي.

لابراتواري ازموينې:

دوینې په بشپړ شمیرلو کې دوینې سپینو ژونکو شمیر زیات وي. هغه اپیدیدیمایټس چې د جنسي فعالیت څخه وروسته مینځته راغلی وي.

په گرام ستین ازموینه کې گرام منفي اتان (نایسیریا گنوریا) د احلیل په افزاتو کې مثبت وي. که چیرې د احلیل په افزاتو کې سپینې ژونکې شته وي او ارگانیزم ونه لیدل شي دنن گونو کول یوریتریټس او کلامیدیا ترخوماتیس ښودنه کوي. (۳۷)

هغه اپیدیدیمایټس چې په غیر د جنسي فعالیت څخه پیدا شوي وي د تشو متیازو په ازموینو کې پایویوریا، بکتري یوریا او هیماچوریا مثبت وي د تشو متیازو کرنې پواسطه یې لامل پیژندل کیږي. (۳۷)

رادیولوژي

دلوي هایدروسیل د شتون له امله داپیدیمایټس تشخیص گران دی او د خصیې التراسوند باید ترسره شي. (۳۷)

توپيري تشخیص

د خصیو په تومور کې خصیه بې درده وي د تشو متیازو ازموینې منفي وي او اپیدیدیمس نورمال وي او د خصیې د التراسوند سره پتالوژیک افت پیژندل کیږي. د خصیې تورشن په نارینوو کې مخکې د ځوانۍ څخه وي. کله کله په ځوانانو کې هم لیدل کیږي خو د تشو متیازو ازموینې او گیلې منفي وي. (۳۷)

Prehns sign (کله چې خصیه دسمپایزس فویس څخه پورته شي د اپیدیدیمایټس درد ارامیږي) ښایي د اپیدیمایټس په تشخیص کې مرسته وکړي خو باوري نښه نه ده. (۳۷)

درملنه:

په حاد حالت کې خصیه باید پورته شي او د آرام سپارښتنه کیږي سببي درملنه کیږي. که دجنسي فعالیت له کبله پیداشوی وي نو د ۱۰-۲۲ ورځو لپاره اتی بیوتیک تراپی کیږي او دجنسي انډیوال درملنه یې هم کیږي. (۳۷)

که اپیدیدیمایټس د جنسي فعالیت څخه پیداشوی نه وي دمناسب اتی بیوتیک سره

د ۲۲-۳۸ ورځو لپاره درملنه کیږي او د بولي لارو د انتاناتو لپاره یې هم باید پلتنه وشي. (۳۷)

انزار:

د بڼې درملنې سره انزار بڼه وي. د درملنې د ځنډولو اویانه بشپړه ولو سره اپیدیمو اورشیتس، فیرتیلېټي کموالی او اېسی پیدا کیږي. (۳۷)

د گلومیرول غوره ناروغی

(The Major Glumerolopathies)

Acute Nephritic Syndrom

حاد نفریتیک سندروم د گلومیرول د بیړنی التهاب څخه عبارت ده چې دڅو ورځو او اونيو په موده کې دپښتورگو د حادی بې وسی لامل کیږي. دپښتورگی دوینې بهیر او جی، ایف، ار په لاندې فکتورونو پورې اړه لری. (۲۲)

۱- د گلومیرول د کیپلریو بندیز: د گلومیرول په کیپلریو کې د التهابي ژونکو د انفلتریشن او د گلومیرول د ژونکو د پرولیفیریشن له کبله وي.

۲- دوازو کنستریکتورنو (لېوکوترین، ترمبوسیت فعالونکی فکتورونه ترومبوکسان، اندوتیلین) او د وازو دای لاورونو (نایتیریک اسید، پروستاسکلین) ترمینځ د انډول خرابوالی. (۲۲)

د نفریتیک سندروم ځانگړې پتالوژیکه څرگندونه له پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس څخه عبارت دی. د گلومیرول ژونکی د تروفیل او مونوسیت ژونکو د انفلتریشن له کبله (پرولیفیریشن) کوي. که نفریتیک سندروم شدید او د گلومیرول د حاد التهاب سره یوځای وي نو د حاد دیفیوز گلومیرولونفرایتس پنوم یادېږي. (۲۲)

که التهاب په منځنۍ کچه وي او گلومیرول د ۵۰% څخه لږ اخته شوی وي نو د فوکل پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس په نوم یادېږي او که التهاب خفیف او یوازي په میزانجیوم کې وي نو د میزانجیو پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس پنوم یادېږي. (۲۲)

لاملونه او توپيري تشخیص

حاد نفریتیک سندروم امینولوژیکه ناروغي ده حاد نفریتیک سندروم او دیفیوز پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس د لوړ دوز اتی جن په وړاندې یو حاد امینولوژیک غبرگون ده او Rapid Progressive Glumerulo nephritis (RPGN) (کریسنیتیک گلومیرولونفرایتس) دلرې کچې اتی جن په وړاندې تحت الحاد غبرگون دی. (۲۲)

دامیونو فلوروسنس میکروسکوپ له مخې د نفریتیک سندروم لاملونه عبارت دي له:

- ۱- ایمون کامپلیکس گلو میرولونفرایتس : په دې حالت کې امیونوگلوبولین په زیاته کچه په گلو میرول کې ځای په ځای کېږي چې ۷۰% د نفریتیک سندروم لامل کېږي.
- ۲- اتی گلو میرولو بیس ممبران ناروغی : په دې حالت کې د گلو میرول په قاعده کې په کمه اندازه امیونوگلوبولین ځای په ځای کېږي او ۱% څخه کم د نفریتیک سندروم لامل کېږي. (۲۲، ۱۲)
- ۳- فوسی ایمون گلو میرولونفرایتس : امیونوگلوبولین هیڅ نه وي ۳۰% څخه کم د ناروغی لامل کېږي. (۲۲، ۱۲)
- کلینیکي بڼه:

پرسوب لومړی په هغه انساجو کې چی فشار یې ښکته وي (دسترگوشاوخوا) او دملا په اخرنی برخه کې لیدل کېږي. هایپر تنشن دهایپروالیوما له کبله وي. (۱۲، ۳۷)

لابراتواري څرگندونی:

- ۱- سیروم کیمستري : د نفریتیک سندروم د تشخیص لپاره ځانگړی کیمیاوي ازموینې نشته خو د لومړنیو ناروغیو لابراتواري ازموینې بنایي شته وي. که حاد نفریتیک سندروم او RPGN د امیون کمپلکس گلو میرولو نفرایتس له کبله وي نو سیروم C3 اندازه به کمه وي او اتی گلو میرول بیسمنت ممبران اتی باډي او اتی نیوکلیر سایتوپلازمیک به منفي وي. که نفریتیک سندروم او RPGN د اتی گلو میرولر بیسمینت ممبران اتی باډي ناروغیو له کبله وي نو دسیروم اتی گلو میرولر بیسمینت ممبران اتی باډي به مثبت، C3 به نارمل او اتی نیوکلیر سایتوپلازمیک اتی باډي به منفي وي. (۱۲، ۳۷)

که دفاوسی ایمون گلو میرولو نفرایتس له کبله نفریتیک سندروم او RPGN مینځته راغلي وي نو دسیروم اتی نیوکلیر سایتوپلازمیک اتی باډي به مثبت وي او اتی گلو میرولو بیسمینت ممبران اتی باډي به منفي وي. (۱۲، ۳۷)

په پوست سترپیتوکوکل گلو میرولونفرایتس کې به د ASO تایتر لور وي.

- ۲- دتسو متیازو ازموینې: د نفریتیک سندروم د ناروغانو په تشو متیازو کې بې شکله سرې ژونکې، دوینی د سری حجری کاست، سپینې ژونکې، سب نفروتیک پروتین

یوریا (په ۲۴ ساعتو کې د نشو متیازو د پروتین کچه د لږه وي) (یوریناري سیدیمنت) او هیماچوریا وي. (۳۷)

۳- بایوپسی :

که دبایوپسی لپاره کوم مضاد استطباب (لکه وینه بهیدل، ترومبوسایتوپینیا، ناکنترول شوی هایپرینشن) نه وي نو د تشخیص کونجی ده. (۳۷)

درملنه:

د نفریتیک سندروم او RPGN ناروغانو د درملنې بنسټ عبارت دی له د هایپرنتشن او هایپروالیوما د درملنې څخه د اوبو او د مالګې بندیز او د ګلومیرول التهابی ناروغیو د درملنې لپاره کورټیکوسټروئید او سائیتوتوکسیک ورکول کېږي. (۳۷)

پوست ستریتوکوکول ګلومیرولونفرایتس:

د حاد نفریتیک سندروم یو معمول لامل دی چې ډیری پینې یې سپورادیک وي خو په اپیدیمک ډول هم پیدا کېږي. ګلومیرولونفرایتس لس ورځې وروسته دفرنجیتس څخه یا دوه اونۍ وروسته د پوستکي د اتاناتو (امپیتیکو) څخه (کوم چې د نفروجنیک ډول ګروپ A بیتا هیمولایتیک ستریتوکوکس له کبله منځته راغلی وي) پیدا کېږي. د ګروپ A بیتا هیمولایتیک ستریتوکوک معمول نفرایتیک ډولونه عبارت دي له ۴۹، ۵۵، ۵۷، ۳۲، ۱، ۲، ۴، ۱۲، ۱۸، او ۲۰ څخه. (۲۲، ۱۲)

پوست ستریتوکوکول ګلومیرولونفرایتس په ۲-۲ کلنۍ ماشومانو کې په ژمي کې د فرنجیتس څخه وروسته او په اوږي کې د امپیتیکو څخه وروسته پیدا کېږي. (۲۲)

کلینیکي بڼه:

ځانګړې کلینیکي بڼه یې نفریتیک سندروم ده چې د پښتورگو د اولیګو یوریک حاد بې وسۍ سره یو ځای وي. همدارنګه په ناروغ کې ګراس هیماچوریا (سور یا دود وهلی تشی متیازی، سردردی بې اشتهايي، زړه بدوالی، کانګې او ستوماتیا شته وي. د تشو متیازو په ازموینو کې د بې شکله سرې ژونکې، د سرو ژونکو کاستونه، سپینې ژونکې، نفریتیک یوریناري سیدیمنت، کله کله دسپینو ژونکو کاستونه او سب نفروتیک پروتین یوریا وي او ریوماتیک فیور نادراً ورسره مل وي. (۲۲، ۱۲)

په سیرالوژیکو ازموینو کې ۹۰% پیښو کې د C3 کچه دوو اونیو په موده کې کېښکته او د C9 کچه نورمال وي. د کمپلیمینت کچه د ۲-۸ اونیو په موده کې بیرته نارملېږي. که چیرې دوامداره ښکته وي نو د ممبرانو پروليفراتيف گلوميرولونفرايتس ښودونکی دی. (۲۲، ۱۲)

۹۰ سلنه څخه ډیرو پیښو کې Anti streptolysin o (ASO) تایتري Anti deoxy ribonuclease B (Anti DNase) ، Anti streptokinase (Askase) ، Anti hyaluronidas او (anti NADase) nicotynil adenine dinucleotidase (AHase) کچه لوړ وي.

حاد پوست سترپتوکوکل گلوميرولونفرايتس د دکلینيکي او سیرالوژیکو ازموینو له مخې تشخیصېږي. بایوسي ته ډیر اړتیا نه پیدا کېږي په تیره هغه ماشومانو کې چې پخوانۍ تاریخچه ولري. پتالوژیکي ازموینو کې دیفیوز پروليفروتيف گلوميرولونفرايتس وي. (۲۲)

نفریتیک سندروم او RPGN د سترپتوکوک څخه پرته په وایروسي، بکتریايي، فنگسي او پرازيتي اتاناتو کې هم پیدا کېږي چې ډیپري انفکشن گلوميرولونفرايتس پښوم یادېږي. (۲۲)

درملنه:

د پوست سترپتوکوک درملنه عبارت ده له د ساتونکې درملنې، دمیکروب ضد درملنې دهایپرنتشن د درملنې، دمالګې او د اوبو د بندیز او د داي یوریتکونو څخه کورتيکوسټروئید کومه اغیزه نه لري. (۲۲)

انزار

د ماشومانو انزار ښه وي. ۵% سلنه څخه کمې پیښې یې RPGN خواته او ۵ سلنه یې په غټانو کې د پښتورگو ځنډنې بی. وسی. خواته ځي. (۱۵)

Anti glomerulor basement membrane glomerulonephritis and good pasture's syndrome

اتي گلوميرولر بیسمینټ ممبران ناروغي يوه اتواميون ناروغي ده چې د اتسي

گلو میرولر بیسمینت ممبران اتتي بادي په منځ گړیتوب د گلو میرولونفریتس او د سږو د هیموراژ لامل کیږي. پدې ناروغۍ کې (RPGN) مینځ ته راځي خو حاد نفریتیک سندروم نادر دی. یو پر درې اتتي گلو میرولر بیسمینت ممبران گلو میرولونفرایتس ناروغانو کې د سږو اخته کیدنه نه وي. (۲۲، ۳۲)

که چیرې اتتي گلو میرولر بیسمینت ممبران گلو میرولو نفرایتس او د سږو هیموراژ سره یو ځای وي نو د Good Pastures سندروم پنوم یادیري.

د ناروغۍ پېښې په نارینو کې د بنڅو په پرتله ۲ ځله زیاتې دی. زیاتره د ځوانی په عمر کې (۲۰-۳۰ کلنې) پیدا کیږي.

کلینیکي څیره:

۲۰-۶۰ سلنه پېښو کې د پورتنۍ تنفسی لارو د اتاناتو سره یو ځای وي چې نښې یې عبارت دي له بلغمو، ساه لنډی، تنفسی بی. وسی، هایپرنتشن، پرسوب او نفریتیک سندروم څخه. (۲۲، ۳۲)

لابراتواري نښې:

د اوسپنې دکمالي انیمیا شته وي، د کامپلمینت کچه نارمل وي. د بلغمو په ازموینه کې هیموسیدرین لرونکي مکروفاژونه وي.

د سینې په رادیو گرافي کې د سږو د هیموراژ له امله انفلتریشن لیدل کیږي. په ۹۰ سلنه پېښو کې اتتي گلو میرولر بیسمینت ممبران اتتي بادي مثبت وي. (۲۲، ۳۲)

درملنه

غوره شوې درملنه یې په گډه پلازما بدلول (تر څو چې دوراني اتتي بادي ورکه شي) او معافیت څپونکي درمل دی (د نوې اتتي بادي د جوړیدو د مخنیوي او د التهابي غبرگون دکنترول لپاره ورکول کیږي). (۲۲، ۳۲)

میتایل پریډنیزولون د ورځې ۱-۲ گرامه د درې ورځو لپاره اوبیا پریډنیزولون د ورځې یو ملي گرام په هر کیلو گرام وزن د بدن ورکول کیږي.

سایکلو فاسفامید د رگ د لارې 0.5-1.0gm/m2 یا دخولې دلارې دورځې ۲-۳ ملي گرامه په هر کیلو گرام وزن د بدن ورکول کیږي. پلازما فوری سیس هره ورځ تر دوو

اونیو پورې ترسره کیږي. (۲۶، ۳۲)

انزار هغه وخت خراب وي چې ناروغ اولیگوپوریا ولري او د سیروم کریاتینین اندازه د ۶-۷ ملي گرامه پر دیسی لیتر څخه لوړ وي. کله چې اتی گلومیرولر بیسمینت ممبران اتی بادي دسیروم څخه ورکه شي نو د ښه والي ښودونه کوي. (۲۶، ۳۲)

Rapidly progressive Glomerulo nephritis (RPGN)

د GN تحت الحاد شکل دی چی دڅو اونسو او میاشتو په موده کې د پښتورگو د عدم کفایې لامل کیږي کلینیکي لوحه او لابراتواري معاینات یې د GN په شان دی. پتالوژیک ښه یې د Crescent جوړیدل دي د همدی له امله RPGN ته Crescentic GN هم وایي.

Crescent هلالی افته وایي چې د Bowman اپیتیلیل حجراتو او مونوسیت حجراتو ارتشاح له کبله پیدا کیږي. (۳)

نفروتیک سندروم (Nephrotic Syndrom)

پېژندنه:

د نفروتیک سندروم صفتونه عبارت دي له پروتین یوریا (په ۲۴ ساعتو کې د تشو متیازو د پروتین دوتنې کچه د ۳-۵، ۳ گرامو څخه ډیر وي)، هایپوالبومینیمیا، پروسوب، هایپر لیپیدیمیا، لیپید یوریا او هایپرکواگیولیتې څخه. په ټولو هغه ناروغیو کې چې منفي الکتروستاتیک چارج بدلېږي گلومیرول قاعدوي غشا او پوډوسیست خرابېږي او نفروتیک سندروم مینځته راځي. د نفروتیک سندروم لاملونه عبارت دي له:

- مینیمل چاینج ناروغی
- فوکل او سیگمینټل گلومیرولو سکیلروزس
- ممبرانوس نیفروپاتي
- ممبرانو پروليفراتيف گلومیرونفرايتس
- دیابتیک نفروپاتي
- امایلوئیدوزس (۲۶، ۳۲، ۳۷)

پتوفزیالوژي

۱- هایپوالبومینیمیا: د پروتین یوریا له کبله د سیروم د البومین کموالی او د پښتورگو پواسطه د البومین د کتابولیزم زیاتوالی.

۲- پروتین یوریا: د پورتین یوریا میکانیزم څرگند نه دی خو بیا هم داسې اند کېږي چې د گلومیرول قاعدوي غشا دناروغیدو له کبله د سوریو سایز او شمیر زیاتوالي مومي چې لوی مالیکولي وزن لرونکي پروتینونه ترینه وځي. همدرانگه په نارمل حالت کې د گلومیرول د کپلریو دیوال منفي چارج لري چې د پروتین یوریا څخه مخنیوی کوي. کوم وخت چې گلومیرول اغیزمن شي نو پروتین یوریا پیدا کېږي (۲۶)

۳- هایپر لیپیدیمیا: د پروتین د ضایع کیدو له امله د سیروم ان کوتیک فشار کمېږي چې د دې په واسطه په ځیگر کې د لیپوپروتین جوړېدل زیاتېږي. لوډینسټي لیپوپروتین

اوکولستروپ په ټولو نفروتیک ناروغانو کې ډیر جوړېږي خو VLDL او ترای گلسرایډ یوازې د شدید نفروتیک سندروم په ناروغانو کې ډیر جوړېږي. هایپرلیپیدیمیا د تیروسکلروزس لامل کیږي چې داد پښتورگو ناروغی نورې هم تشدیدوي.

۴- هایپرکواگو بیلیټي: د هایپرکواگو بیلیټي لاملونه عبارت دي له په تشو متیازو کې د اتني ترومبین ۳ اطراح زیاتوالی، د پروتین S یا C د کچې کموالی یا د فعالیت خرابولی، هایپر فایبرینو جینیمیا (د ځیگر پواسطه د فبرینو جن زیات جوړیدل، فبرینولایزس خرابیدل، Platelets aggregability زیاتوالی دی. (۳۲)

د هایپرکواگو بیلیټي اختلالات عبارت دي د محیطي شریانو یا وریدنو ترومبوزس د پښتورگو وریدي ترومبوزس اود سپرو امبولیزم څخه.

د پښتورگو د وریدونو د ترومبوزس کلینیکي بڼه عبارت دی د فلانگ یا د گیډې ناڅاپي درد، گراس هیماچوریا، دچپ خوا واریکوسیل (دخصی وریدي وینه د پښتورگو په وریدو کې تویېږي) د پروتین یوریا زیاتوالی او په حاد توگه د جی، ایف، ار د کموالی څخه. د نفروتیک سندروم نور میتابولیک اختلالات عبارت دي له:

۱- پروتین مل تتریشن

۲- iron resistance microcytic hypochromic anemia (په تشو متیازو کې د ترانسفرین د وتني د ډیروالی له کبله وي.

۳- هایپوکلسیمیا (په تشو متیازو کې د کولي کلسي فیروپل بندینگ پروتین دوتني د زیاتوالی له کبله ویتامین D لږوالی مینځته راځي چې دا د هایپرپاراتائیرویدزم لامل کیږي.

۴- د تایروکسین بندینگ پروتین ضایع کیدو له امله هایپوتایروئیدزم مینځته راځي.

۵- اتانات: د IgG کتابولیزم او په تشو متیازو کې د وتني د زیاتوالی له کبله.

۶- د پښتورگو حاد بی وسي.

۷- د ودې ځنډیدل

۸- د سپرو پرسوب (۳۲)

کلینیکي بڼه:

محيطي پرسوب دناروغی لومړنی نښه ده او هغه مهال پيدا کيږي چې د سيروم البومين د ۳ گرام پرديسي ليتر څخه ښکته شي. همدارنگه د سوديم د احتباس له کبله هم پيدا کيږي. پرسوب لومړی د بدن په تکيه کوونکی ځايونو او ښکتنی اطرافو کې وي او وروسته په ټول بدن کې وي.

ساه لنډی د سرود پرسوب، پلورل ايفيوژن او د اسايټس له کبله وي. ناروغان اتان ته ډير برابروي: (۳۲)

لابراتواري ازموينې:

الف: دتسو متيازو ازموينه.

۱- پروټين يوريا وی.

۲- دهايپرليپيډيميا له کبله په تسو متيازو کې Oval fat body وي.

ب: دوينې بيوشميکي ازموينې:

۱- سيروم البومين د ۳ گرام سلنې څخه کم وي.

۲- دسيروم د مجموعي پروټين کچه د ۶ گرام في دي سي ليتر څخه کم وي.

۳- ۵۰% پينسو کې هايپرليپيډيميا وي.

۴- دپلازما د فبرينوجن کچه د لوروالي له امله ESR لوړيږي.

نورې غير معمولی ازموينې چې د نفروتیک سندروم په ناروغانو کې ترسره کيږي عبارت دي له سيروم کمپلمينټ اندازه کول، د سيروم يورين پروټين الکتروفوريزس، انټي نيوکليز انټي باډي ، د هيپاتيټس سيرالوژيکي ازموينې، دوپتامين ډي، زينگ او کاپر کموالی. (۳۲)

ج: بايوپسي:

دبايوپسي نمونې د لايټ ، اميونوفلوريسنس او الکترون مايکروسکوپ پواسطه کتل کيږي. که په نفروتیک سندروم کې د کرياتينين کچه لوړه وي او همدارنگه که د اميلويډو يا د ديابټس له کبله د نفروتیک سندروم په اندازه پروټين يوريا پيداشوي وي نو دا بيرته نه گرځيدونکې حالت دی او بايوپسي نه ترسره کيږي. (۳۲)

درملنه:

دنفروتیک سندروم د درملنې بنسټ عبارت دي له:

۱- دنفروتیک سندروم د لامل درملنه (د لامل لاندې څیرل کېږي)

۲- د پروتین یوریا کنترول.

۳- داخلاطاتو کنترول.

که پروتین یوریا د معافیت څپونکو درملو سره ښه نه شوه نو د پروتین یوریا غیروصفي درملنه پیل کېږي. لکه ACE نهي کونکي او یا ارجنین رسپتور بلاکر دنفروتیک سندروم په ټولو ډولونو کې اتني پروتین یوریا اغیزه لري چې دا درمل د گلو میرول د کپلر یو د فلتریشن فشار کموي نو ځکه د پروتین یوریا څخه مخنیوی کوي همدرانگه د دې درمل د کارولو په وخت کې باید دویني فشار او دپښتورگو دندې وکتل شي. نن ستروئید التهاب ضد درملونه هم پروتین یوریا کموي. (۳۲)

داخلاطاتو درملنه:

۱- اذیما:

دپرسوب د کمولو لپاره په خوړو کې مالگه باید کمه شي او تیاژید پیل شي. که ددې سره ښه والی پیدانه شو نو لازیکس د ورځې ۲۰-۱۲۰ ملي گرامه یوازې او یا د امیلورید (د ورځې ۵ ملي گرامه) سره یوځای ورکول کېږي. د نفروتیک سندروم ناروغان د کولمو د پرسوب له امله دخولې دلایي داي یوري تیکو سره نه ښه کېږي نو زرقي باید ورکړل شي. دزیات داي یوري تیک ورکولو له کبله هایپووالیوما اوپري رینل ازوتیمیا پیدا کېږي. (۳۲)

۲- هایپرلیپیدیمیا:

دلپید زیاتوالی د مایوکارد انفارکشن او د محیطي رگونو د ناروغیو خطر زیاتوي چې ددې دمخنیوي لپاره ستاتین ورکول کېږي. (۳۲)

۳- اتني کوواگولانت:

که دسیروم البومین د ۲ گرام في دیسی لیتر څخه کم شي نو هایپرکوواگولبل حالت مینځته راځي چې د ۳-۶ میاشتو لپاره داتني کوواگولانتو په واسطه یې درملنه کېږي

او د متکرر ترومبوزس او د پښتورگو د وریدونو ترومبوزس لپاره د اوږدې مودې لپاره کارول کیږي. هیپارین نه ورکول کیږي ځکه چې اتني ترومبین ۳ نه وي. (۲۲، ۳۷)
۴- سیپ سیس:

په نفروتیک سندروم کې دمړینې لومړنې لامل اتان دي. څرنگه چې امیونوگلوبولین په تشو متیازو کې ډیری وزی نو دا ناروغان اتان ته ډیر برابر وي. نموکاکل اتان ډیر معمول دی نو ناروغان ددې د مخنیوي لپاره واکسین شي. (۳۲)
۵- خواړه:

زیات پروتیني خواړه (دورځې ۸۰-۹۰ گرامه) پروتین یوریا زیاتوي. باید د نارمل اندازه پروتینو سپارښتنه وشي. (۳۲)

۶- که دویتامین ډي لږوالی شته وي درملنه یې ترسره کیږي. (۳۲)

Minimal Changed Disease(MCD)

مینیمل چینج ناروغی. ۸۰% په ماشومانو کې د نفروتیک سندروم لامل کیږي. پښتورگی په لایت مابکروسکوپ او امینوفلوری سنس کې نارمل وي خو په الکترون مایکروسکوپ کې د اپي تیلیل ژونکو فوت پروسیس سره نښتي وي. (۳۲)

د مینیمل چینج ناروغی. په امینولوژیک پتوجنیزس کې درې فکتورونه شامل دي.

۱- د سترئویدو او معافیت ځپونکو درملو سره ښه والی. (۳۲)

۲- دهاجکن لمفوما د درملني سره مینیمل چینج ناروغی. هم ښه کیږي.

۳- د ناروغ د کورنۍ په غړو کې د استما او اکزیماتاریخچه شته وي کله چې دناروغ څخه حساس اتني جن لري شي نو نفروتیک سندروم هم ښه کیږي. (۳۲)

کلینیکي ښه:

مینیمل چینج ناروغی. ډیری په ماشومانو (په تیره نارینه) کې زیات دی کلینیکي ښه یې نفروتیک سندروم دی. ۲۰-۳۲) سلنه په غټانو کې د نفروتیک سندروم لامل کیږي. (۳۲)

درملنه:

پریدنیزولون دورځی یو ملي گرام په کیلو گرام وزن د بدن د ۴-۶ اونيو پوري بیا ۴۰

ملي گرام يو ورځ بعد د ۴-۲ اونيو پورې ورکول کيږي چې ددې سره ۹۵ سلنه پروټين يوريا ښه کيږي. په غټانو کې ښه والی لږ وي خو د ۱۲ اونيو لپاره هره ورځ او بيا يوه ورځ وروسته ورکول کيږي. يو پردرې ناروغانو کې د کورتيکوسټريډو د پريښودلو سره بايپري نه وي. (۳۷)

د سايکلو فاسفاميدو يو کورس د ورځې ۵، ۱-۲ ملي گرامه په هر وزن کيلو گرام د بدن د ۸-۱۲ اونيو لپاره د پريښوونې (۷.۵-۱۵ ملي گرامه دورځې) سره يوځای ورکول کيږي. دواړه يې د اوږدې مودې لپاره ښه والی راولي. (۳۷)

د ستروئيد په وړاندې په ټينگاري حالاتو کې سايکلو فاسفاميد ورکول کيږي. سايکلو فاسفاميد د دوو کورسونو څخه ډير نه ورکول کيږي ځکه چې د ايزوسپرميا لامل کيږي. که په غټانو او ماشومانو کې د ستروئيدو سره ښه والي تر ۴ کالو پورې دوام وموند نو بايپري يې کم دي. سايکلو سپورين دورځې ۳-۵ ملي گرامه په هر کيلو گرام وزن د بدن په پرله پسې توگه د بايپري د مخنيوي لپاره ورکول کيږي. (۳۷)

د سايکلو سپورين د درملنې په مهال بايد د پښتورگو اطراحي دنده او د سايکلو سپورين د وینې کچه وکتل شي ځکه چې نفروتوکسيکه اغيزه لري.

کورتیکوسټروئيد پورې تړلو ناروغانو کې ليواميزول ۲-۵ ملي گرامه په هر کيلو گرام وزن د بدن د (لوړ دوز يې دورځې ۱۵۰ ملي گرامه) يو ورځ وروسته هم ورکول کيږي اغيزه يې څرگنده نه ده. (۳۷)

Membranous Nephropathy

ممبرانوس نفروپاتي په غټانو کې د نفروتیک سندروم غوره لامل دی. دا يو اميون کمپلکس ناروغي ده چې د گلوبولين د کپيلريو په ديوال کې اميون کمپلکس ځای په ځای کيږي. (۳۲)

ممبرانوس نفروپاتي کله کله د هيپاتيټيس بي او سي واپروسونه، ملاريا، فيلارياسس، انډوکارډايټس، سفليس، اتواميون ناروغيو (لويوس)، منضم نسج ناروغی، تايروايډايټس، کارسينوما) سره يوځای وي همدارنگه ځينې درمل لکه پنسيلامين، گولډ او کپتوپريل NSAID هم د ممبرانوس نفروپاتي لامل کيږي. (۳۷)

کلینیکي بڼه:

کلینیکي بڼه یې نفروتیک سندروم دی. د پښتورگو وریدي ترومبوزس په کې ډیر پیدا کیږي. ۵۰ سلنه ناروغان د ۳-۱۰ کالو په موده کې د پښتورگو د ځنډنې بې وسې خواته درومي. دناروغی خرابې پایلې عبارت دي له تیوبولر انترستیشیل فبروزس، نارینه، سیروم کریاتینین لوړوالی، هایپرتنشن او پروتین یوریا څخه (دورځې د ۱۰ گرامو څخه ډیره وي). (۳۷)

لابراتواري نښې: په لایټ میکروسکوپ کې د کیپلیرو دیوال د التهاب او د ژونکوډ پرولیفريشن څخه پرته پېر شوی وي. په امیونو فلوری سنس کې په کیپلیرو کې IgG او C3 لیدل کیږي. په الکترون میکروسکوپ کې د قاعدوي پوښ په سب اېي تیلید کې پرې شوي ډنس وي. (۳۲)

درملنه:

که پروتین یوریا د ۵، ۳ ملي گرامو څخه لږه وي نو د ناروغی د پرمختگ کچه لږه وي. دې ناروغ ته لږه مالگه ورکول کیږي فشار یې باید کنترول شي او د پروتین یوریا لپاره ACE نهې کونکي درمل ورکول کیږي. که پروتین یوریا د ورځی ۵، ۳-۸ ملي گرامه وي او د پښتورگو وظیفوي ازموینې نارمل وي نو اترار یې په منځنۍ کچه ده دې ناروغانو ته معافیت څپونکي درمل (کلورامبوسیل سایکلوفاسفامید) دکورتیکوسټروییډو سره یوځای د ۶ میاشتو لپاره ورکول کیږي. (۳۲)

Focal Segmental Glomerular Sclerosis (FSGS)

دناروغی په ایډیوپاتییک ډول او یا په دویمي ډول د هیروین استعمال څخه ،ډیر چاغوالی او HIV اتران څخه مینځته راځي، کلینیکي بڼه یې نفروتیک سندروم دی خو نفروتیک څیره هم سره چې ۸۰ فیصده ناروغانو کې میکروسکوپیک هیماچوریا وی او دوینی فشار یې هم لوړوي. (۳۲) -۵۰ فیصده پېښو کې د پښتورگو دندی کمی شوی وي. ۶-۸ کالو په موده کې د پښتورگو ځنډنې عدم کفایې خواته ځي. تشخیص یې د بایوپسي پواسطه کیږي.

درملنه یې تر خبرو لاندی دی خو څارونکی درملنه یې د نفروتیک سندروم درملنه ده.

پریډنیزولون دورخی ۱-۵، ۱ ملی گرام په هر کیلو گرام وزن د بدن د ۲-۳ میاشتو لپاره ورکول کیږي وروسته دوز یې ورو ورو کمیږي خو د ۵-۹ میاشتو په موده کې ناروغانو کې ښه والی راولي دنورو سائتوتوکسیک درملو له کبله ښه والی د ۲۰ فیصدو څخه کم وی. (۳۷)

Asymptomatic abnormalities of the urinary sedemint

هيمماچوريا (Hematuria) :

هيمماچوريا هغه حالت ته وايي چې په تشو متيازو کې د ويني دسری حجرې شمير دمايکروسکوپ په يوه ساحه کې د ۳ څخه ډير وي. کله کله د ويتامين سي د اخيستلو څخه وروسته هم په دروغو هيمماچوريا مثبت وي. (۲۲)

دهيمماچوريا لاملونه د پښتورگو او د پښتورگو څخه دباندې ناروغيو پورې اړه لري. د پښتورگو پورې تړلي لاملونه يې گلوميرولر او غير گلوميرولر دي. د هيمماچوريا هغه لاملونه چې گلوميرولر پورې تړاونه لري عبارت دي له کيسټ، کاني، انترستيشل نفرائيس او د پښتورگو د نيوبلازم څخه.

د گلوميرولر پورې تړلي لاملونه يې عبارت دي له: Alport's ، (IgA Nephropathy) سندروم، Thin basement membrane disease ، پوست انفکشيس گلوميرونفرائيس څخه. نور لاملونه يې عبارت دي له: اتني کواگولانت، سايکلوفاسفوميديو ، انلجزيکو او اتني بيوتيکو څخه. (۲۲)

دهيمماچوريا ارزيايي:

- لومړنی هيمماچوريا: هيمماچوريا د تشو متيازو د بهير په پيل کې وي لکه داخليل د مخکيني برخې ناروغی.
- اخري هيمماچوريا: د تشو متيازو د بهير په اخر کې وي لکه دمثاني د غاړې ناروغی او پروستاتیک يوريترال سرچينه هم لري.
- ټوټل هيمماچوريا د تشو متيازو په ټول بهير کې وي لکه دمثاني يا دپورتنيو بولي لارو ناروغيو کې وي. (۲۲)

که هيمماچوريا د کولیکي دردونوسره يوځای وي نو د حالب د تيگو بنودنه کوي او که دوينې علقو سره وي ډيری د تومور بنودونکې ده. که په ځوانو بنځو کې هيمماچوريا د مثاني د تشيدو د تخريشي گيلو سره يوځای وي نو د حد باکتريايي اتان بنودنه کوي او که ورته کلينيکي بڼه په زړو بنځو او نرانو کې وي نو ډيری د نيوبلازم خواته گمان کېږي. يوازي گراس هيمماچوريا په تومورونو Staghorn calculus، پولي سيستیک

پښتورگو کې اوگلو میرولونفروپاتي کې وي. همدارنگه د رنځور څخه باید د اتتي کواگولانت، سایکلوفاسفومید، انلجریک او اتتي بیوتیکونو په اړوند هم پوښتنه وشي. (۲۲)

په فزیکي ازموینه کې باید د تې، رش، لمف اډینوپاتي، دگیدې او حوصلې د کتلې، د پښتورگو د ناروغیو لکه هایپر تنشن، د والیوم د لوړ زیاتوالی، او یورولوژیکو ناروغیو (لوی شوی پروستات، فلائک کتله، دا حلیل ناروغی) پلټنه وشي. لابراتواري ازموینې د تشو متیازو ازموینې او کرنه ده. پروتین یوریا او د کاستونو شتون د پښتورگو ناروغی نښي. په ښځو کې تخريشي گیلې، بکتريا یوریا او د تشو متیازو مثبتته کرنه د بولي لاري اتانات نښي. (۲۲)

نورې پرمختللي ازموینې عبارت دي له د بولي لارو د سایتولوژي، د پورتنیو بولي لارو رادیولوژي او سیستوسکوپي څخه. (۲۲)

IgA Nephropathy (Berger's Disease)

IgA نفروپاتي د گلو میرولونفريتس ۱۰-۴۰% تشکيلوي دا ناروغي په شمالي اروپا او اسيا کې ډیر دي. په تورپوستکو کې د سپین پوستکو په پرتله او په نارینو کې د ښځو په پرتله ډیري دي دا ناروغی ډیری په ماشومانو او ځوانانو کې وی. گراس هیماچوریا یې د ناروغی کلینیکي بڼه ده. (۲۲)

IgA نفروپاتي ۵۰% د پورتنیو تنفسي لارې د اتاناتو، ۱۰% دمعدې معایي گیلو او ۱۵% فلولاټیک گیلو سره مل وي. همدارنگه IgA نفروپاتي نادراً د ځیگر ځنډنیو ناروغیو، کرون ناروغی، معدې معایي کارسینوما، ځنډني بنديزي برانشولیت سره یوځای وي. (۲۲)

د کلینیک له انده د IgA نفروپاتي او د Henoch schoenlin purpura تر منځ توپیرول یې گران کار دی. (۲۲)

لابراتواري ازموینې:

په ۵۰% رنځورانو کې د سیروم د IgA کچه لوړه او د سیروم کامپلیمینت نارمل وي. بایوپسي د تشخیص کيلي ده. کله کله د یوه اخته کس د پوستکي په بایوپسي کې

د پوستکي په کپیلریو کې IgA ځای په ځای شوی وی. (۲۲)
 دناروغی خراب انزار عبارت دي نفروتیک سندروم په کچه پروتین یوریا، زاړه کسان، نارینه، هایپرنتشن، پرله پسې میکروسکوپیک هیماچوریا، د گلو میرولو اسکلیروزس او د پښتورگو د دندو خرابوالی.
 په لابراتواري ازمونو کې د سیروم IgA کچه لوړه وي د سیروم دکامپلیمینت کچه نارمل وي ښه تشخیص یې دبا یو پسی پرمت کېږي. (۲۲)
 درملنه:

- ۱- که پروتین یوریا دورځې د یو ګرام څخه ډیره او هایپرنتشن ورسره مل وي نو ACE نهي کوونکي یا ارجینین ریسپتور بلاکر درمل کارول کېږي دوینې فشار باید ۸۰/۱۳۰ ملي متر سیماب څخه ښکته وساتل شي. (۲۲)
- ۲- که پروتین یوریا دورځې 3.5-1.0 ګرامه وي نو کورتیکوسټروئید تراپي گټوره ده. متایل پریډنیزولون د ورځې یو ګرام د ورید د لارې د درې ورځو لپاره په اوله، دریمه، او پنځمه میاشت کې د یو ورځ وروسته ۵.، ملي ګرام نظر په کیلو ګرام وزن د بدن پریډنیزولون سره د شپږو میاشتو لپاره ګډ ورکول کېږي. (۲۲)
- ۳- ۲۰-۵۰ سلنه ناروغان د ۲۰ کالو په موده کې د پښتورگو ځنډنی عدم کفایي خواته خواته ځي. د پښتورگو ترانس پلاتیټیشن ډیره ښه درملنه ده خو ۳۰ سلنه ناروغانو کې ۵-۱۰ کاله وروسته ناروغي بیرته ګرځي له نیکه مرغه د ناروغی بیرته ګرځیدل نادراً د پیوند د ناکامیدو لامل کېږي. (۲۲)

(Benign Hematuria) Thin Basement membrane disease

دایوه ارثي کورنی متباززه جنتیکه ناروغي ده چې په ماشومتوب کې د پرله پسې هیماچوریا سره څرګندېږي. دنوبتي او زیاتیدونکی هیماچوریا راپور هم د تنفسي لارو د اتاناتو په وخت کې ورکړل شوي. (۲۲)
 پښتورګي په لایټ او امیونوفلورسنس میکروسکوپ کې نارمل وي. د ناروغ کس گلو میرولو بسمت ممبران نری وي.

څرنګه چې دایو سلیمه ناروغی ده خو که د پښتورگو دندې خرابي شي او پروتین یوریا

پیدا شي باید د بلې ناروغۍ لپاره پلټنه وشي.
په ډيرو نادرو پيښو کې هايپرټنشن او فوکل گلوبولینو اسکلروزس منځته راځي
د پښتورگو د ناروغۍ د کمولو لپاره ACE نهي کوونکي درمل ورکول کېږي. (۲۲)

Alports Syndrome (Hereditary nephritis)

دا يوه ارثي جنتيکه ناروغي ده چې خبيث سير لري. که د پښتورگو د بایوسي نمونه تر
لايت ميکروسکوپ لاندې ميزانجيل هايپر سيلولراتي او په الکترون مايکروسکوپ
کې لامينا ډينزا پيپ او فراجمنټ ښکاري.

په نارينو کې داناروغي د پښتورگو ځنډنی عدم کفايي خواته درومي چې د ډياليزس او
ترانس پلاټيشن پرمټ درملنه کېږي. (۲۲)

ACE نهي کوونکي د ډياليزس څخه مخکې د جي ايف ار د ښه کولو لپاره ورکول
کېږي. (۲۲)

پروتين يوريا :

۵. - ۱۰ سلنه خلکو کې چې ايزوليتيد پروتين يوريا لري بولي سيديمنت او
راډيولوژي يې نارمل وی خو د پښتورگو کومه ناروغي نه لري پروتين يوريا په دوو
ډولونو ده. (۲۲)

الف: Benign isolated proteinuria

ورځنی پروتين يوريا د دوو گرامو څخه کمه وي، ۸۰٪ انزار يې ښه وي. سليم پروتين
يوريا په لاندې ډولونو ويشل شوې.

۱- Idiopathic transient proteinuria

ډیری په ځوانانو کې لومړی ځل پروتين يوريا مثبت وي خو وروسته ازموينو کې منفي
وي.

۲- وظيفوي پروتين يوريا:-

داهم تيريدونکې پروتين يوريا ده چی په تبه، يخني، روحي ستونزو، دزړه په احتقاني
بې وسۍ په کې مثبت وي. (۲۲)

۳- Intermittent proteinuria

د پښتورگو او سیستمیکو ناروغیو په نه شتون کې د تشو متیازو په نیمايي نمونه کې پروتین یوریا مثبت وي. (۲۲)

Postural protein uria -۴

یوازې د ولاړې حالت کې په ۲۴ ساعتو کې پروتین یوریا د دوگرامو څخه لږه وي. د ۱۰-۲۰ کالو په موده کې ښه کیږي. (۲۲)

ب: Persistent Proeinuria

دا ډول پروتین یوریا په هر وضعیت (ولاړې، ملاسته) او د پښتورگو په ناروغیو کې وي. د گلو میرول په هغو ناروغیو کې چې د نفروتیک سندروم لامل کیږي دا ډول پروتین یوریا پیدا کیږي. په بایوپسي کې میزانشیو پروليفراتيف گلو میرولونفرايتس وي.

۲۰ کاله وروسته ۲۰-۴۰ سلنه ناروغان د پښتورگو بې وسی ته ځي. (۲۲)

ځنډنی گلو میرولونفريتس (Chronic Glumerolunephritis)

ځنډني گلو میرولونفريتس متصف دي پر له پسې پروتین یوریا او یا هیماچوریا او د پښتورگو بې وسی باندی چی ورو ورو د څو کالو په موده کی پر مخ ځي. ځنډنی گلو میرولونفريتس په لاتدي ډول پیژندل کیږي. (۲۲)

۱- په روتین ډول د تشو متیازو د ازموینو په مهال کې.

۲- په روتین ډول د څرگندې انیمیا د تشخیص لپاره دوینې په ازموینو کې بی یوان او کریاتینین لوړ وي.

۳- د گیدې په رادیوگرافي کې دواړه پښتورگي کوچني وي.

۴- د هایپر تنشن د لامل د لټولو په مهال کې.

۵- کله چې گلو میرولونفريتس د فرنجیتس یا نورو اتاناتو پواسطه تشدید شي.

ځنډنی گلو میرولونفريتس د گلو میرول د غوره ناروغیو څخه دی چې په بایوپسي کې پښتورگي سکار او فیروتیک وي. د پښتورگو د تیوبونو بین الخلائي انساجو التهاب او فبروزس د ناروغی خرابې ښې دي ځنډنی گلو میرولونفريتس د پښتورگو ځنډنی عدم کفایي خواته ځي. (۲۲)

درملنه:

- ۱- د ACE نهې کوونکي او ارجینین رسپتور بلاکر پواسطه د گلومیرولاز او سیستمیک هایپرشن کنترول دی.
- ۲- ازیما، انیمیا، میتابولیک ناروغی، او یوریمیک سندروم د دای یوریتیک ، اریتروپویتین او د خورود رژیم د بدلون سره کنترولېږي.
- ۳- د پښتورگو پرمختللی څنډنی عدم کفایه د ډیالیزس یا د پښتورگو د بدلولو پرمته درملنه کېږي. (۲۲)

دپښتورگو حاده عدم کفایه (ARF): Acute Renal Failure

پېژندنه:

په چټکۍ سره د گلوبولین فلتریشن ریټ کم شي (د تشو متیازو ورځنی اندازه د ۴۰۰ سي سي څخه او یا په ساعت کې د 20ml څخه کمه شي)، دنایتروجنی پاتې شونو دمه کیدل، دژونکو څخه دبانډې مایعاتو، مالگو، الکترولایتونو، اسید بیز او دویني دفشار دانډول خراب شي د پښتورگو د حادی بې وسۍ په نوم یادېږي دي. همدارنگه د پښتورگو په بې وسۍ کې ازیټروپوټین نه جوړېږي او د ویتامن ډي هایدروکسی لیشن صورت نه نیسي. (۲۲، ۳۷)

ای، ار، ایف ډیری بې گیلو وي خو په روغتون کې د بیوشمیکو ازموینو د بشپړیدو په پر محال لیدل کېږي چې دویني یوریا نایتروجن او کریاتینین لوړ وي.

ای، ار، ایف ۵% په روغتون کې د داخلیدو او ۳۰% د ICU پېښې جوړوي. څرنگه چې ای، ار، ایف د نورو ناروغیو په سیر کې د اختلاط په توگه مینځ ته راځي نو تشخیص او درملنه یې په درې ډلو ویشل شوی. (۲۲، ۳۷)

۱- Pre Renal Azotemia

د ای، ار، ایف تړدې ۵۵ سلنه جوړ وي په ټولو هغو ناروغیو کې چې د پښتورگو د وینې بهیر کمېږي مینځ ته راځي او پښتورگی روغ وي. (۲۲، ۳۷)

۲- Intrinsic Renal Azotemia

د ای، ار، ایف تړدې ۴۰% جوړ وي پښتورگی ناروغ وي. (۲۲)

۳- Post Renal Azotemia

د ای، ار، ایف ۵% جوړ وي. (۲۲، ۳۷)

لاملونه او ټوفزبولوژي:

۱- پري رینال ازوتیمیا

لاملونه:

الف: هایپوالبوما:

- ۱- وینه بهیدل، سوخیدل، دیهایدریشن
- ۲- دمعدې او د کولمو څخه دمایعاتو ضایع کیدل (لکه په کانگی او نس ناسته کې)
- ۳- د پښتورگو دلارې دمایعاتو ضایع کیدل (لکه د دای یورتیک او ازموټیک دای یوریزس اخیستلو سره).
- ۴- درگو څخه دباندي خواته د مایعاتو ضایع کیدل (لکه په پانکراتایتس، پریټونیتس، تروما، سوخیدل او شدید هایپوالبو مینمیا) (۲۲، ۳۷، ۱۲)
- ب: دزړه د دهانې کمیدل:
 - ۱- د پریکارډ، مایوکارډ، اندوکارډ ناروغی، اریتمیا، تمپوناد.
 - ۲- دسرو هایپرټنشن، دسرو کتلوي امبولیزم.
 - ج: دپښتورگو او سیستمیک رگونو ترمینځ د ټینگار انډول بدلیدل.
 - ۱- سیستمیک وازو دای لیشن (سپسس، اتی هایپرټنشن، انستیزی، انافلکسس، افترلود کموالی).
 - ۲- دپښتورگو درگونو تقبض (لکه په هایپرکلسیمیا، ناراپی نفرین، اپی نفرین، سایکلوسپورین، امفوتراسین بی).
 - ۳- د پښتورگو هایپوپرفیوژن او د اتوریگولیشن خرابوالی.
 - ۴- سایکلو او کسی جنیز او ACE نهې کونکي درمل اخیستل. (۲۲، ۳۷، ۱۲)

پتوفزیالوژي:

پري رینل ازوتیمیا د ای، آر، ایف ۴۰-۸۰ سلنه لامل جوړوي. هایپووالیوما یو فزیالوژیک بدلون دی که په چټکی سره درملنه نه شي نو د پښتورگو د بیړنۍ بی وسی لامل کیږي. دهایپووالیوما له کبله د وینې سیستمیک فشار کمیږي چې ددې سره د شریاني او دزړه د بارورسپتور د کشش کمیږي. بارو رسپتور کشش کمیدو سره عصبي او هیمورال معاوضي میکانیزمونه فعالیږي ترڅو چې دپښتورگو پرفیوژن ښه کړي عصبي معاوضي میکانیزمونه عبارت دي له: (۲۲)

۱- سمپاتییک عصب.

۲- رینین انجیوتنسنین الډسترون سیستم

۲- دپښتورگو درگونو ناروغی (دپښتورگو د رگونو بندیز، اتیروسکلروز، ترومبوز، امبولیزم).

۳- دپښتورگو گلو مېرول ناروغی (گلو مېرولونفریتس)

۴- دپښتورگو بین الخلالی نسج ناروغی (اتنی بیوتیکونه، انالجزیک، اتانات)

Acute Tubular Necrosis (ATN)

ATN دپښتورگو د بیړنۍ بې وسی ۸۵ فیصده لامل جوړوي ATN دوه غوره لاملونه لري چې اسکیمیا او توكسين دی. (۲۲، ۱۲)

الف: د اسکیمیک ATN لاملونه او پتوفزیالوژي

د اسکیمیک ATN لاملونه عبارت دي له : هایپوتشن، هایپوآلیمیا، هایپوکسیا، دیهایدریشن، سپسیس، پرله پسې جراحي کړنې او انسټیزي. (۳۷)

د اسکیمیک ATN پتوفزیالوژي:

اسکیمیک ATN درې پړاوه لري.

۱- لومړی پړاو (Reversible pre renal ARF)

دا پړاو ساعتونه او ورځې دوام مومي. د هایپوپرفیوژن له امله اسکیمیا پر مخ تګ کوي، جی، ایف، آر کمیري څکه چې:

۱- دپښتورگو دوینې د جریان د کموالي له کبله د گلو مېرول ترا فلتریشن کمیري.

۲- تیوبولونه د کاستونو (اپی تیلبل حجات) او نکروتیک پاتې شونو (د تیوبولونو د اپی تیلوم اسکیمیک نکروز) پواسطه بندیري او د گلو مېرول د فلتر شوو توکو په وړاندې بندیز وي. (۲۲)

۳- back lack : د گلو مېرول فلتر شوی مواد تیوبولونو د اغیزمن شوي (خیری شوي)

اپی تیلوم دلارې بین الخلالی نسج ته څڅیري چې دهغی ځای د پرسوب لامل کیږي.

دپښتورگو تیوبولونه روغ وي خو دنده یې زیاتیري (داوبو او مالگو جذب زیاتوالی)

د تشو متیازو حجم کم او غلظت یې ($Osmolality > 600 \text{ mosm/kg}$) زیات وي. د تشو

متیازو دسودیم کچه 20 mmol/lit څخه کمه وي. د تیوبولونو دغه دنده په هغه

ناروغانو چی د پښتورگو پخوانی ناروغی ولري او یا لوپ دای پوری تیک اخلي

خرايېرې. (۲۲)

که پدې پړاو کې د پښتورگو پرفیوژن بڼه شي نو د اسکیمیا پر مخ تگ څخه مخنیوی کېرې اوای، ار، ایف مینځ ته نه راځي.

۲- دپښتورگو دوامداره حادی عدم کفایه (Established ARF (Maintenance phase)

دا پړاو د لومړني پړاو څخه وروسته (که د پښتورگو پرفیوژن بڼه شوی نه وي) د ۱-۲ اونیو په موده کې مینځته راځي. پدې وخت کې ای، ار، ایف مینځته راغلی وي. جی، ایف، ار په یوه دقیقه کې ۵-۱۰ ملي لیتره وي د تشو متیازو اندازه لږ وي او یوریمیک اختلالات پیداشوي وي. (۱۷)

ددې پړاو د پیداکیدو میکانیزم عبارت دی له د اغیزمن اندوتیلیل ژونکو څخه وازو اکتیف میدباتورونه (نایتريک اسید کمېرې، اندوتیلین ۱، ادينوزین او پلاټ لیټ فعالوونکي فکتورونه زیاتېرې) په په غیر منظم ډول ازادېرې چې دپښتورگو دننه رگونو ته تقبض ورکوي او د میدولاد اسکیمیا لامل کېرې. (۲۲)

۳- ریکوري فیز (درغیدو صفحه)

د تیوبولونو دژونکو قاعدوي پوښ ترمیمېرې. جی، ایف، ار او بیوشمیکې ازموینې ورو ورو بڼه کېرې. په دې پړاو کې دایوریزسس زیاتېرې، چې داحتباس شوو مالگو، اوبو او نورو منحلې توکو د اطراح له کبله وي. وروسته د څو ورځو څخه دای یوریزس د پښتورگو د تغلیظ کوونکي میکانیزم او د تیوبولونو د دوباره جذب د نارملیدو پواسطه نارملېرې. (۱۷)

Etiology and pathophysiology of nephrotoxic ARF

۱- اکزوجینوس نفروتوکسین

دروغتون د بستر ناروغانو ۲۵ سلنه د امینوگلايکوسایډ ددرملنې په دوز باندې په ATN اخته کېرې. ن اولیگوپوریک پړاو ۵-۱۰ ورځې وروسته پیداکېرې. برابرونکي فکتورونه یې عبارت دي له: د پښتورگو پخوانی ناروغی، ډیهایډریشن او زوروالی څخه.

د توکسي سیتي دمخنیوي لپاره امینوگلايکوسایډونه باید په وینه کې اندازه شي.

جنتامیسین د نورو په پرتله ډیر توکسیک دی چې د تیوبولونو په اړه تیلیل باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري او یا د د تیوبولونو د بندښت لامل کیږي. (۲۷)

امفوتیراسین بی د پښتورگو د دننیو رگونو د تقبض لامل کیږي او د تیوبولونو په اړه تیلیل باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري. توکسیک دوز یې ۲-۳ ګرامه دی.

نور انتی بیوتیکونه لکه وانکومایسین ، سفالوسپورین او وریدی اسیکلویور بنایي د ATN لامل شي. دکنسر ضد درمل (سسپلاتین، کاربپلاتین، فاسفامید) د امینوګلایکو سایدونو په شان اغیزه لري. (۱۷)

رادیو کنتراست توکي نېغ په نېغه توکسیکه او وازوکنستریکتور اغیزه لري چې د ۲۴-۴۸ ساعتو په موده کې د ATN لامل کیږي خو ۳-۵ ورځی وروسته بیرته ښه کیږي. برابرونکي فکتورونه یې عبارت دي له: زوروالي، دپښتورگو پخوانی ناروغی، (کریاتینین د 2/dl ګرامو څخه زیات وي) هایپووالیومیا، دپاییتیک نفروپاتی، دزړه بې وسي، مولتیپل میالوما، کنتراست بیا ځلي دوز او اوس دنورو نفروتوکسیکو (نن ستروئید التهاب ضد درمل او ACE نهی کوونکي) توکو سره مخامخ شوی وي. (۱۷)

۲- اندوجینوس نفروتوکسین

اندوجینوس نفروتوکسین هیم لرونکي توکي ، یوریک اسید او پاراپروتین دي. مایوګلوبین یوریا : مایوګلوبین د رابدومايولایزس څخه مینځ ته راځي. په تیوبولونو باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري همدارنگه د تیوبولونو د بندښت او د وازوکنستریکشن لامل کیږي. د رابدومايولایزس لاملونه عبارت دي له : کرش تپونه ، پرله پسې غیر شعوري حالت، اختلاجات، کوکائین، الکول، شدید تمرین، هیټ ستروک، خبات، اتانات،- دپهایدریشن او میتابولیک اسیدوزسس څخه. (۱۷)

هیمالیزس نادراً د ای، ار، ایف لامل کیږي خو درگونو دننه کتلوي هیمالیزس هم د ای، ار، ایف لامل کیږي.

مایوګلوبین یوریا کې تشې متیازې نضواري رنگ لري خو دویني سرې ژونکې پکې نه وي د عضلاتو د ژونکو د لایزس له کبله هایپرکلیمیا، هایپرفاسفتیمیا او هایپر یوریسیمیا مینخته راځي. د درملني بنسټ یې هایدریشن دی. مل درملنه یې دای

یوریزس او دتشنو متیازو قلووی کول دي. (۱۷)

هایپر یوریسیمیا: د هایپر یوري سیمیا لاملونه عبارت دي د نیوپلازم، لوکیمیا او دلمفوما د درملنې څخه.

یوریک اسید هغه وخت د ای، ار، ایف لامل کیږي چې د سیروم د یوریک کچه د ۲۰ ملي گرام في دیسي لیتر څخه، دتشنو متیازو یوریک اسید په ۲۴ ساعتو کې د ۲۰۰ ملي گرامو څخه او دتشنو متیازو یوریک اسید او دتشنو متیازو کریاتینین انډول د 1.0 څخه لوړ شي. (۱۷)

بنزجان پروتین په مولتیپل میالوما کې پیدا کیږي چې په تیوبولونو باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري او د بندیدو لامل یې کیږي.

د ARF کلینیکي بڼه:

کله چې د پښتورگو د بې وسې د ناروغ کلینیکي ارزیابي کیږي لومړی اړینه ده چې پوهیدل شي چې ایف، ار په بیړنی یا ځنډني ډول لږ شوی. همدارنگه د وینې دیوریا او کریاتینین لږاتواري ریکارد وکتل شي (۱۷، ۲۲، ۱۲)

د ازوتیمیا کلینیکي بڼه عبارت دی له: زړه بدوالی، کانگو، ستوماتیا، دشعور د خرابوالی، دوینې فشار نادراً لوړ وي، دمایعاتو د هیموستازس د خرابوالی، د گیډې غیروصفي دردونو، دکولمو دشل والي (الیوس) د دمویه صفحاتو د دندې د خرابوالي له امله وینه بهیدنه، انسفالوپاتي، استریکزس دماغی خړپتیا او اختلاجاتو څخه.

په Pre renal ARF کې د ازوتیمیا د کلینیکي بڼې سریره د لومړنۍ ناروغۍ نښې نښانې وي لکه تنده، سربدالی، اورتوستاتیک هایپوتینشن، تکی کارډیا، وداجي وریدي فشار ښکته وي، دپوستکي ترگر کم شوی، دخولی مخاطي پوښ او تخرگ وچ وي. دنن ستروئید التهاب ضد درملو او ACE نهی کوونکو دواگانو د اخیستلو تاریخچه شته وي. (۱۷، ۲۲)

همدارنگه دځینو ناروغیو، پورتال هایپرتنشن، دزړه د احتقاني بی وسې او سیپسس لپاره باید پلټنې وشي.

که ای، ار، ایف د فلانک دځای د درد سره وي نو دپښتورگو د شریانی یا وریدي بندیز

یا د پيالونفريتس يا گلوميرولونفريتس ښودنه کوي. (۱۷، ۲۲)
 که د ای، ار، ایف په ناروغ کې د پوستکې لاندې نوډولونه Livedo reticularis (بې
 رنگه خاپونه د پوستکي لپاسه) bright orange retinal arteriolar plaque
 اوديجيتل اسکيميا د اتیرو امبولیزم ښودونکي دي. (۱۷، ۲۲)
 که ای، ار، ایف د بولي سیدیمنت، پرسوب، هایپرشن او اولیگوپوریا سره یوځای وي
 نو د نفرتیک سندروم (بیرني گلوميرولونفريتس) ښودونکي دي.
 که د ای، ار، ایف سره شدید هایپرشن او دهغه اختلالات (د کین زړه هایپرتروفي او
 بې وسي، ریتینوپاتي، پپیل اديما او نیورولوژیکي ستونزې) یو ځای وي نو د خبیث
 هایپرشن ښودونکي دي. (۱۷، ۲۲)
 که د ای، ار، ایف سره تبه، د بندونو درد، خاربنت لرونکی اریتماتوزس رشونه
 وروسته د دوا اخیستلو څخه پیداشي د الرژیک انترستیشیل نفرايتس ښودونکي
 دي. (۱۷)

تشخیص

دپښتورگو د عدم کفایه کړیتیریا:

- ۱- رسک: د سیروم کرباتینین ۵، ۱ ځلی لوړ شي یا یورین اوت پوټ د ۲ ساعتو لپاره
 د ۵، ۵ ملي لیټرو څخه په هر کیلو ګرام وزن د بدن لږ شي.
- ۲- Injury: کرباتینین 2,0 ځلی لوړ شي یا دتسو متيازو اوت پوټ د ۱۲ ساعتو لپاره
 ۵، ۵ ملي لیټرو څخه په کیلو ګرام وزن د بدن لږ شي. (۱۷)
- ۳- Failure: کرباتینین 3,0 ځلی یا کرباتینین ۳۵۵ مایکرومول پر لیټر څخه زیات
 وي یا یورین اوت پوټ د ۲۴ ساعتو لپاره د ۳، ۳، ۳ ملي لیټرو څخه په هر کیلو ګرام وزن
 د بدن لږ وي.
- ۴- Loss: پرله پسې ای، ار، ایف یا د څلورو اونیو څخه زیات د پښتورگو دندې له
 منځه تللې وي. (۱۷)

۱- دوینې ازموینې

- دسیروم بی، یو، این (نارمل ۱۰-۲۰ ملي ګرامه په دیسي لیټر) او کرباتینین

- (نارمل ۰.۹-۱.۷، ملي گرام په دیسی لیتر) لوړ وي.
- هایپر کلیمیا د اطراحي دندې د خرابوالي له امله
 - هایپر فوسفیتمیا د فاسفیت د اطراح دکموالي له امله
 - هایپوکلسمیا : په میتاستاتیک ډول د کلسیم او فاسفیت ځای په ځای کیدل.
 - انیمیا : د اریټروپوئین دکموالي او ترمبوسیت د دندو د خرابوالي له کبله.
 - هایپر یوریسمیا په رابدمو مایلو لایزس کې وي
 - میتابولیک اسیدوزس (۱۷)

۲- د ECG بدلونونه

- T د خپه بنکنه وي
- QT خپه اوږده وي
- PR فاصله اوږدېږي. (۱۷)

۳- Intrinsic ARF کې د تشو متیازو ازموینې

- هیالین کاست په ټینگو تشو متیازو، تبه لرونکو ناروغیو او تمرین کې وي.
- د سرو ژونکو کاست په گلو میرولونفریتس کې وي
- د سپینو ژونکو کاست په پیالونفرایتس او اتترستیشیل نفریتس کې وي
- Renal Tubular Cell Cast په ATN او اتترستیشیل نفرایتس کې وي.
- Coars Granular Cast په ATN کې وي
- Broad Waxy Cast په CRF کې وي (۱۷)

۴- Renal Failure Indices

(Functional Excretion of Sodium) F E Na

FENa په Pre Renal ARF کې د 1,0% څخه کم وي او په Intrinsic ARF کې د

1.0% څخه زیات وي.

$$F_E NA = \frac{\frac{\text{Urin Sodium}}{\text{Plasma Sodium}}}{\frac{\text{Urin Creatinin}}{\text{Plasma Creatinin}}} \times 100 \%$$

۵- رادیولوژیکی نښې:

التراسونوگرافي، MRI او CT- Scanning دتسو متيازو دلازو بندښي ناروغیو تشخیص لپاره کارول کیږي.

۲- دپښتورگو بایوپسي

د Pre Renal ARF او Post Renal ARF د ردولو او Intrinsic ARF د لامل د موندلو لپاره ترسره کیږي. (۱۷)

دبایوپسي استطببات:

۱- دپښتورگو حاد یا ځنډنی نامعلومی ناروغی.

۲- حاد نفریتیک سندروم

۳- نامعلوم پروتین یوریا یا هیماچوریا.

۴- دپښتورگو دپخوانی تشخیص شوی یا تداوی شوی ناروغی دتداوی دښه پلان جوړولو لپاره.

۵- که دسیستمیک ناروغیو (لکه Systemic Lupus Erythematosus) په سیر کې دپښتورگو ناروغی مینځته راغلی وي نو دپښتورگو داختمه کیدو داندازی او د درملنې دلازښود لپاره بایوپسي اخیستل کیږي.

۲- دپښتورگو دپیوند د ردیدو او دپښتورگو دحادی ناروغی تر مینځ دتفریق لپاره.

نسبي مضاد استطببات:

یو پښتورگی، اکتوبیک پښتورگی، دوینی تشوشات، ناکنترول هایپرنتشن، دپښتورگو اتانات، دپښتورگو نیوپلازم، Horse Shoe Kidney

توپیری تشخیص:

دپښتورگو په ځنډنی عدم کفایه کې، وینه لږي، رینل اوستیودستروپاتی،

رادیولوژیک بدلونونه، کوچینی پښتورگی او په تشو متیازو کې براد واکس کاست

وي. ۱-۲ جدول : دپښتورگو د حادی بی. وسي توپيري تشخیص (۳۷)

لاملونه	Prerenal Azotemia	Post Renal Azotemia	ATN (Oliguric Poyuria)	حاد گلو میرولو نفریتیس	Acute Interstitial Nephritis
	دپښتورگو دویښی بهیر کموالي	دبولى لاري بندیز	اسکمیک نفروتوکسین	پوست سترپتوکاکال	د درملوله کبله الرژیک عکس العمل
Serum BUN/Cr	>20:1	>20:1	<20:1	>20:1	<20:1
U Na(meq/L)	<20	بدلیدونکی	>20	<20	بدلیدونکی
FENa	<1	بدلیدونکی	>1	<1	<1,1>
Urin osmolality (mosmal/kg*)	>500	<400	250-300	بدلیدونکی	بدلیدونکی
د تشو متیازو سیدمنت	سلیم هیالین کاست	نارمل یا سره حجرات، سپین حجرات یا کریستل	گرانولر او دپښتورگود توپولونو کاست	دیس مورفیک سره حجرات یا د سرو حجراتو کاست	سپین حجرات او د سپینو حجراتو کاست

اختلالات

۱- د خارج الحروي مايعانو زياتوالی

دژونکو څخه دباندي مايعاتو د واليوم د زياتوالي لاملونه عبارت دي له د اوبو او مالگو نه اطراح كيدل، درگ، د خولی يا نازوگاستریک تیوب دلاري خواړه وركول، دازوتونیک يا هايپوتونیک مايعاتو وركول.

كلينيكې بڼه يې عبارت ده له د وزن د زياتوالی، دسرو دپرسوب، دسرو په قاعدو كې رالونه، د داجي وريدي فشار زياتوالی او دماغي پرسوب څخه.

۲- هايپر كلېميا

لاملونه: دپوتاشيم اطراح كموالی، ميتابوليک اسيدوزس، رابدمايولاييزس، هيماييزس، تومور لاييزس سندروم.

کلینیکي بڼه: لږه هایپیرکلایمیا (6.0mmol /l څخه کم) بی گیلو وی شدید لوړوالی یې د ECG اېنارملتي او د اریتمیا لامل کیږي. (۲۲)

۳- میتابولیک اسیدوزس

لاملونه:

- دڅپرو څخه نه الوتونکي اسید ازاد یږي.
- د هایدروجن ایون د مینځ ته راتلو زیاتوالی (دیابتیک کیتواسیدوزس، دلوری اسیدوزس، لکتیک اسیدوزس)
- کلینیکي بڼه یې هایپروینتلیشن دی. (۲۲)

۴- هایپوکلسمیا

لاملونه:

- په میتاستاتیک ډول د کلسیم فاسفیت ځای په ځای کیدل.
- دپاراتائیروئید هورمون په وړاندې ټینگار
- ۲۵، ۱ دای هایډروکسي کولي کلسي فیروول د کچې کموالی
- کلینیکي بڼه یې عبارت دی له دخولې د شاوخوا بې حسي، عضلي کرامپونه، اختلاجات، دماغي خړپټیا، د QT دڅپې اوږدوالی او T څپې د ښکته کیدو څخه.
- ۵- هایپرفاسفتیمیا: لاملونه یې عبارت دي له: رابدومايولایزس، هیمالیزس، تومور لایزس سندروم. (۲۲)

۲- دوینی اختلاطات

۱- انیمیا

لاملونه:

- دسرو ژونکو خراب جوړیدل، هیمالیزس، وینه بهیدل، دوینی نري کیدل، دسري ژونکې دژوند د مودې کموالی.

۲- دبلیدینګ ټایم د اوږدیدلو لاملونه عبارت دي له دترمبوسیت د خفیفاً شمیر کموالي او د دندو خرابوالي څخه. د کلاتینګ فکتورونو اېنارملتي (VIII فکتور خرابوالی) (۲۲)

۳- د وینې د سپینو ژونکو د شمیر د زیاتوالي لاملونه سپپ سیس او ستریس څخه عبارت دي.

۷- انتانات:

۵۰-۹۰ سلنه پښو کې انتانات پیدا کېږي چې ۷۵ سلنه د مړینې لامل کېږي. لاملونه یې عبارت دي له وریدي کنول، میخانیکي تهویه، دمثانې کتیتر څخه.

۸- دزړه او سپرو اختلالات عبارت دي له: اریتمیا، مایوکارډیال انفارکشن، پریکارډایتس، پریکارډیل ایفیوژن، دسپرو ډپرسوب او دسپرو د امبولیزم څخه.

۹- دمعدې او دکولمو څخه وینه بهیدل (۱۰-۳۰% پښو کې) چې لاملونه یې عبارت دي له دمعدې او کوچنیو کولمو دسترس تپونو څخه.

۱۰- یوریمیک سندروم په تینګاري اوشدید ای، ار، ایف کې مینځته راځي.

۱۱- شدید ډای یوریزس

د ریکوري په پړاو کې پیدا کېږي چې د والیوم د کموالي له امله د دویمي ای، ار، ایف لامل کېږي. ددې پړاو اختلالات عبارت دي له هایپرتریمیا، هایپوکلایمیا، هایپومګنیزیمیا او هایپوکلسیمیا څخه. (۲۲)

درملنه:

د درملنې موخه:

۱- د ای، ار، ایف د لامل پیژندل.

۲- دزیانمنو فکتورونو (نفروتوکسین) لری کول.

۳- دیوریمیک اختلالاتو مخنیوی او درملنه.

الف: مخنیوی:

د ای، ار، ایف د مینځته راتګ څخه په لاندې توګه مخنیوی کېږي.

۱- هایپووالیوما او ټولې هغه ناروغی چې په کې دپښتورگو د وینې جریان کمېږي باید درملنه شي.

۲- د نفروتوکسیکو درملو دوز نظر په کیلو ګرام وزن د بدن او جی، ایف، اری برابر شي.

۳- ACE نهی کوونکي، نن ستروئید التهاب ضد درمل، دای یوري تیک، امینوګلايکوسایډ، سایکلو سپورین په هایپو والیوما اود پښتورگو د رګونو په ناروغیو کې په ډیرې پاملرنې سره وکارول شي.

۴- د یوریت نفروپاتی دمخنیوي لپاره دکنسر ضد درملو سره الویورینول ورکړل شي او تشې متیازې قلوي شي.

۵- دای میرکېرول چې یو Chelating agent دی د درندو فلزاتو د نفروتوکیستي د مخنیوي لپاره کارول کېږي. (۱۵)

ب: ځانګړې درملنه:

۱- Pre renal ARF

دهایپووالیوما رنځور ته مایعات د ضایع شوو مایعاتو د جوړښت له مخې ورکول کېږي لکه شدید هیموراژ ناروغ ته یوازې سرې ژونکې په خفیف او منځنی کچه هیموراژ او پلازما ضایع کیدو (سوځیدل، پانکراتایټس) په صورت کې ازوتونیک سالیڼ ورکول کېږي بولي او معدی معایي مایعات هایپوتونیک دي چې د ضایع کیدو په صورت کې هایپوتونیک سیروم (۴۵، فیصده) سلین ورکول کېږي. دسیروم پوتاشیم او اسید بیز بیلانسی شي. دزړه بې وسي د مثبت اینوتروپیک درملو پواسطه درملنه کېږي.

دځیګر په سیروزس کې چې په اسایټس اختلاطي شوی وي د مایعاتو ورکول ډاکتر ته چلینج دی که ای، ار، ایف دهیپاتورینل سندروم له کبله وي نو ای، ار، ایف بیرته نه ګرځیدونکی دی. که ای، ار، ایف د دای یوریزس او سیپسیس له کبله وي نو درملنه یې کېږي. د مایعاتو د ورکولو په مهال باید د ودا جي او مرکزي وریدونو او دسرود کپیلریو فشار مانیتور شي.

۲- Intrinsic renal ARF

ټیټ دوز ډوپامین، لوپ ډایوریتیک، کلسیم کانال بلاکر، الفا ادرینورسپتور بلاکر او پروستاگلانډین ته ورته درمل د اسکیمیک او نفروتوکسیک ای، ار، ایف په درملنه کې کارول کېږي خو لږه اغیزه لري. (۲۲)

که intrinsic renal ARF د بېړني گلوبرونفریتس یا وازو کولایتس له کبله مینځته راغلې وي نو کورتیکو سټروئید، قلوي درمل او د پلازما فوریزس کارول کېږي. (۲۲)

۳- داخلاطاتو درملنه:

۱- intra vascular valium over load

دمالگو (د ورځې ۱-۲ گرامه) او اوبو (دورځی د یو لیتر څخه کم) بندیز، لوپ دوز لاریکس (۲۰۰-۴۰۰ ملي گرامه د رگ دلازې) ورکول کېږي ټیټ دوز ډوپامین هم دای یوریزس راولي خو په شدید حالت کې نه کارول کېږي ځکه چې د اړیت میا او ناڅاپي مړینې لامل کېږي. دټینگاري هایپر والیوما د درملنه ډیالیزس سره کېږي. (۲۲)

۲- هایپوتریمیا:

دخولې دلازې د اوبو ورکول دورځی د یو لیتر څخه کم وي او هایپوتونیک مایع لکه دیکستروز نه ورکول کېږي. (۲۲)

۳- هایپرکلیمیا:

پوتاشیم لرونکي درمل او خواړه ورنکړل شي، پوتاشیم نه اطراح کوونکي دای یوري باید بندشي، Potassium binding ion exchange resin، سودیم پالي سلفونیت ورکول کېږي، گلوکوز (۵۰ سلنه ۵۰ ملي لیتره)، انسولین ۱۰ یوتیه (ریگولر)، او سودیم بای کاربونیت (۵۰-۱۰۰ ملي مول) ورکول کېږي کلسیم گلوکونات ۱۰% ۱۵ ملي لیتره په ۵ دقیقو کې ورکول کېږي. (۲۲)

۴- میتابولیک اسیدوزس

دخوړو پروتین کم شي (دورځې ۲-۳ گرامه په هر کیلو گرام وزن بدن)، سودیم بای کاربونیت هغه وخت ورکول کېږي چې دسودیم بای کاربونیت کچه ۱۵ ملي مول پر لیتر

او بی ایچ ۲، ۷ څخه کم شي.

د بای کاربونیټ اختلاطات عبارت دي له هایپروالیوما، میتابولیک الکالوزس، هایپوکلسیمیا، هایپوکالیمیا. په ټینګاري اسیدوزس کې دیالیزس تر سره کیږي.

۵- هایپرفاسفتیمیا

خوړوکې فاسفیت د ورځی د ۸۰۰ ملي ګرامو څخه کم شي، کلسیم کاربونیټ او المونیم هایډروکساید باید ورکړل شي چې دا د فاسفیت سره نښلي. (۲۲)

۶- هایپوکلسیمیا

که گیلې شته وي کلسیم ګلوکونات ۱۰ سلنه ۱۰-۲۰ ملي لیتره او کلسیوم کاربونیټ ورکول کیږي. (۲۲)

۷- هایپرمنګنیزیمیا

منګنیزم لرونکي اتني اسیدونه باید بند شي. (۲۲)

۸- هایپریوری سیمیا:

که د سیروم یوریک اسید کچه د (15mg/dl) څخه کم وي نو درملنه یې نه کیږي. (۲۲)

۹- تغذیه

دخوړو پروټین د ورځی ۲، ۰۰ ګرامه په هر کیلو ګرام وزن د بدن ورکول کیږي، کاربوهایډریت د ورځی سل ګرامه وی، دخولې یا رګ دلازې خواړو ورکول دناروغ اړتیا پورې اړه لري. (۲۲)

۱۰- انیمیا

د اړتیا په صورت کې وینه ورکول کیږي Recombinant human erythropoietin په ای، ا، ر، ایف کې نادرا کارول کیږي ځکه چې د هډوکو مغز دهغه په وړاندې مقاوم وي.

(۲۲)

۱۱- وینه بهیدل:

دیوریمیک وینه بهیدنه د Desmopressin یا استروجن یا دیالیزس سره ښه کیږي.

۱۲- اتني اسید د معدې او کولمو وینې بهیدنې د غلي کولو لپاره د پروتون پمپ بلاکونکو او اچ دوه رسپتور بلاکونکو په پرتله ښه دي.

۱۳- دانتان د مخنیوي لپاره انتي بیوتیک نه ورکول کیږي. (۲۲)

دیالیزس: دپښتورگو دځنډنی عدم کفایې په برخه کې تری یادونه شوی.

انزار:

ناروغان په عمومي ډول د لومړنۍ ناروغۍ څخه مري د مړینې کچه ۱۵% په ولادي ناروغانو کې ۳۰ سلنه د توکسین او ۲۰% وروسته د لویو جراحي کړنو څخه وي په لاندې حالاتو کې انزار خراب وي. (۲۲)

۱- دناروغۍ په لومړي وخت کې اولیګویوریا وي.

۲- سیروم کریاتینین د ۳ ملي ګرام پر دیسی لیتر څخه لوړ شي.

په زړو خلکو او دڅو غړو بې وسۍ کې دمړینې اندازه زیاته وي.

۵ سلنه ناروغان بیخي نه ښه کیږي چې پرله پسې دیالیزس او یا ترانس پلان تیشن ته

ارتیا لري. (۲۲)

د پښتورگو ځنډنۍ عدم کفایه (CRF) Chronic Renal Failure:

پېژندنه:

د پښتورگو ځنډنۍ عدم کفایه د پښتورگو د دندو نه گرځیدونکي خرابوالي ته وايي چې د څو کالو په موده کې منځته راځي.

په سي اريف کې لومړی بیوشمیک بیا اطراحي، میتابولیک، اندوکريني اېنارمليتي په پای کې کلينيکي بڼه څرگندېږي چې د یوریمایا په نوم یادېږي. (۲۲، ۳۸)

دنده بیخي له مینځه تللې وي او د ناروغ ژوند یوازې په ډیالیز یا ترانس پلان تیشن پورې تړلې وي. (۲۲، ۳۸)

لاملون:

۲-۲ جدول د سي، ار، ایف لاملون په لاندې ډول دي (۳۸، ۱۲)

ناروغۍ	د ESRD د پېښیدو سلنه	شرحه
ولادې او ارثي ناروغۍ	۵%	د پښتورگو پولي سيستیک ناروغۍ او الپورت سندروم
د پښتورگو د شریانونو تنگوالی	۵%	
هایپر تیشن	۵-۲۵%	داڅرگنده نه ده چې د اېډلون توکمي یا تشخيصي توپيروالی وي
گلوبولین ناروغۍ	۱۰-۲۰%	IgA نفروپاتي ډیر معمول دی
اترستي شیل ناروغۍ	۵-۱۵%	
سيستمیک التهابي ناروغۍ	۵%	واژکولایټس
د شکرې ناروغۍ	۲۰-۴۰%	ډیر زیات توکمي توپيروالی
ناڅرگندې ناروغۍ	۵-۲۰%	

دیوریمیا پتوفزیالوژي او بیو کیمستري:

ازوتیمیا د نایتروجني توکو د پاتې شونو تولیدو ته وایي. یوریمیا د پښتورگو پر مختللي عدم کفایه ته وایي چې د څو ارگانونو او سیستمونو د ستونزو نښې په کې څرگندېږي. (۳۸)

که څه هم یوریا دیوریمیک توکسي ستي لوی لامل نه دی خو بیا هم د کلینیکي انبارملتیو لکه بی اشتهايي، بی علاقگی، کانگو او سردردی په مینځ ته راتلو کې مرسته کوي. (۳۸)

ځینی نور نایتروجني پاتې شونی (لکه دگوانیدو مشتقات، یوریت، هیپورات، بنزوت، اندول) هم په پلازما کې په انبارمل غلظت کې شته چې دیوریمیک توکسين گمان پري کېږي. (۳۸)

د پښتورگو د میتابولیکو او اندوکرایني دندو د ویجاړتیا له امله انیمیا، مل نیوتريشن، دکاربوهایدریت، شحم، پروتین میتابولیزم خرابوالی، د انرژي د مصرف خرابوالي او د هډوکو میتابولیکي ناروغی پیدا کېږي. همدارنگه د پاراتا یرایید هارمون، انسولین، گلوکاگون، لیوتینا یزینگ هورمون او پرولاکتین کچه لوړېږي ځکه چې نه یوازې د دوي د پښتورگو کتابولیزم ویجاړېږي بلکه د پښتورگو د اطراحي یا ترکیبي دندو د ویجاړتیا له امله د دوي اطراح کیدل هم ویجاړېږي. (۳۸)

داریتروپویتین او 1,25 دای هایدروکسي کولي کلسیفیرول کلیوي جوړیدنه خرابېږي. دیوریمیک سندروم پتوفزیالوژي د دوو ستونزو پایلو پورې تړلې ده. (۳۸)

۱- د پروتین د میتابولیزم د پیداوار پایلي.

۲- د پښتورگو د دندو د خرابوالي (لکه مایعاتو، الکترولايتونو، هموستازس او هورموني ستونزو) پایلي.

کلینیکي بڼه:

د پښتورگو عدم کفایه د ناروغانو په روتینو ازموینو کې د سیروم کریاتینین او بی یوان لوړ وي چې د دې سره هایپرنتشن، پروتین یوریا یا انیمیا مل وي. گیلې هغه مهال

پیدا کیري چې جي ایف ار په یوه دقیقه کې د ۳۰ ملي لیټرو څخه کم شي او د سیروم یوریا غلظت د ۴۰ ملي مول پر لیټر څخه لوړ شي.

نکچوریا او پولی یوریا د سي، ار، ایف لومړني گیله ده چې دپښتورگو د تغلیظ کولو توان د کمیدو او په نفرون باندې د ازموټیک پيټي د زیاتوالي له کبله مینځته راځي.

۲-۳ جدول کې د سي. ار. ایف گیلې او ننډې چې د بدن په هر سیستم پورې اړه لري یادونه شویده. (۱۲، ۳۷)

سیستم	گیلی	ننډې
عمومي	کمزوري، بې علائقي، ستوماتیا	رنگ يې الوتی وي او ناروغ بڼکاري
پوستکی	خارښت او ژړوینه بهیدل	خاسف، ایکوموزس، پرسوب، وچوالی، نوکان يې نصواري بڼکاري، یوریمیک فراست
غوږ، پوزه او ستونی	په خوله کې میتالیک مزې احساس، د پوزی څخه وینه بهیدل	یوریمیک فیتور، دتسو متیازو بوی
سترگې		منظمی خاسفی بڼکاري
سږي	ساده لنډوي	رالونه، پلورل ایفیوژن
زړه او رگونډه	د تمرین سره سالنډی د سینې د هډوکي شاته درد (پریکارډایتس)	هایپر تښتن، کارډیومیگالي، فريکشن رب، فلو مرمر، د مترال وال تنگوالی دکلسیفیکیشن له کبله، د ابهر او ریوي دسام بې وسي د واليوم د زیاتوالي له کبله.
معهده او کولمې	بی اشتهايي، زړه بدوالی، کانگې، ایټکي، نس ناسته	
بولی تناسلي	نکچوریا، پالي یوریا، په نارینوو جنسي کمزورتیا، په بنځو کې امینوریا	ایزوستین یوریا
عصبي عضلي	Restless leg سندروم همیشه	

	لپاره بنګکتنیو اطرافو ته دموقعیت تغیر ورکول، بی حسی، په لنگیو کې کرامپ ډوله دردونه	
عصبي	تخرشیت، دماغی او جنسي کمزورتیا، بی حسی، تیتاني	ستوپور، استریکرس، مایوکلونوس، محیطي نیورویاتي او هایپوکلسمیا

۲-۴ جدول د پښتورگو د ځنډنۍ عدم کفایه سټیژونه (۲۶)

سټیژ	یادونه	جی-ایف-ار ml/min/1.73m ²	کړنه
لومړی پړاو	پښتورگی اغیزمن، جی، ایف، ار نارمل یا زیات وي	≥۹۰	لاډراتواري پلټنې (هیماجوریا، پروتین یوریا)
دوهم پړاو	پښتورگی اغیزمن وي جی، ایف، ار لږ کم شوی وي	۸۹-۷۰	دوینې فشار کنترول شي، خواړه بدل شي
دریم پړاو	جی، ایف، ار په منځنۍ کچه کم شوی وي	۵۹-۳۰	دوینې فشار کنترول شي، خواړه بدل شي
څلورم پړاو	جی، ایف، ار ډیر زیات کم شوی وي	۲۹-۱۵	د پښتورگو ترانس پلان تیشن
پنځم پړاو	د پښتورگو وېبې وسي	۱۵ < یا دیالیزس	د پښتورگو ترانس پلان تیشن

لاډراتواري ازمویښي

۱- دوینی ازمویښي

د پښتورگو ځنډنۍ عدم کفایه کې د سیروم کریاتینین او بی یوان لوړ وي. همدارنگه انیمیا، میتابولیک اسیدوزس، هایپیر فاسفتیمیا، هایپیر کلایمیا او هایپوکلسمیا د پښتورگو په بیرنۍ او ځنډنۍ کې وي (۲۲، ۱۲).

۲- د تشو متیازو ازموینه:

په تشو متیازو کې ایزو استین یوریا او Brood waxycast (د نفرونو د هایپرتروفي له کبله) وي.

۳- رادیولوژی

د سي، ار، ایف د ناروغانو د التراسوند په ازموینه کې دواړه پښتورگي کوچني وي (۱۰ د ساتي مترو څخه کوچني وي) خو په ځینو ناروغیو کې (پولي سیستیک پښتورگي، دیابیتیک نفروپاتي، مولتي پل میالوما، امایلوایودوزس، د ایچ، ای، وي له کبله نفروپاتي، بندبنتي نفروپاتي) پښتورگي لوي یا نارمل وي. (۲۲، ۱۲)

ایکسری

دهډوکو په اکسری کې د کلیوي اوستیودستروفي نښې چې دویمي هایپر پارا تاثیر ویدزم له کبله وي لیدل کیږي. د لاس د هډوکو رادیال خوا کې په اوږدو سره Sub periosteal reabsorption لیدل کیږي.

د ملا په اکسری کې Rugger jersey spine (د ملا شمزې کې متناوب اسکلیروتیک بانډونه سوري او دکثافت زیاتوالی لیدل کیږي). د لاس د هډوکو او د ملا شمزیو رادیولوژیک بدلونونه داوږد مهاله هایپرپاراتائیرودیزم له کبله وي. (۲۲، ۱۲)

بایوپسی:

د استطباب په صورت کې بایوپسی د ناروغی د لامل موندلو لپاره تر سره کیږي.

اختلاطات:

۱- هایپر کلایمیا

څرنگه چې پوتاشیم د پښتورگو دلازې اطراح کیږي خو په سي، ار، ایف کې یې هغه وخت انډول خرابیږي چې جي، ایف، ار په یوه دقیقه کې د ۱۰-۲۰ ملي لیترو څخه کم شي. (۲۲، ۱۲)

په لاتدې حالاتو کې سره لدې چې چې، ایف، ازیات وي خو هایپر کالیمیا په کې وي. اندوجنیوس لاملونه یې عبارت دي له: هیمالیزس، تروما، میتابولیک اسیدوزس، قبضیت، د پروتین کتابولیزم، دوینې ترانس فیوژن او هایپورینیمیک هایپو الدوستورینیزم څخه. (۲۲، ۱۲)

اکزوجنیوس لاملونه یې عبارت دي له: خواړه (سترس لرونکې میوه او پوتاشیم لرونکې مالګې او درمل)، ACE نهی کوونکی، سپایرونولکتون، نن ستروئید التهاب ضد درمل، تریامیتین، امیلورید، بیتابلاکر څخه. (۲۲، ۱۲)

درملنه:

الف: دبیرنې هایپرکالیمیا درملنه

دزړه مانیټورینگ، وریدي کلسیم کلوراید ۵% - ۵-۳۰ ملي لیتره، کلسیم گلوکونات، گلوکوز ۱۰-۵۰%، انسولین، بای کاربونیت، دخولی یا ریکتوم دلازې ion exchange resin sodium polysteren sulfonate، بیتا اګونیست (البوتیرول)، ۱۰-۲۰ ملي ګرامه په ۴ ملي لیتره نارمل سالین کې په ۱۰ دقیقو کې ورکول کېږي. (۲۲)

ب: دځنډنې هایپرکالیمیا درملنه:

په خواړو کې دپوتاشیم دکچې لږوالی (دورځې دوه ګرامه)، پالی سترین سلفونات د ورځې یو ځل ۱۵-۳۰ ګرامه د جوس یا سوربیتول سره ورکول کېږي. (۲۲)

۲- دسودیم او اوبو هیموستازس:

هایپروالیومیا د اوبو دنه اطراح له کبله وي.

هایپوالیوما د کانګو، نس ناستې، خولې او تبې له کبله وي.

هایپرتیریمیا د سودیم دنه اطراح له کبله وي.

هایپوتیریمیا د ډیالیزس څخه مخکې ډیره کمه وي.

دهایپروالیوما لپاره داوبو او مالګو بندیز او داي یورتیک ورکول کېږي. (۲۲، ۱۲)

۳- د اسید بیز گډوډي گانې:

ناروغ پښتورگی د ورځې یو ملي ایکوولانت تیزاب چې په هر کیلو گرام وزن د بدن د خوړو د پروتین څخه جوړېږي د بدن څخه ایستلای نه شي.

د پښتورگی د کتلې دکوالي له کبله میتابولیک اسیدوزس مینځته راځي. دامونیا جوړیدل کمېږي چې دا په تشو متیازو کې د هایدروجن دایون بفر دکمیدو لامل کیږي. (۲۲)

همدرانگه هایپر کالیمیا نور هم د پښتورگو څخه دامونیا جوړیدل کموي. له همدی کبله دسي، ار، ایف دناروغانو تشې متیازې اسیدی وي. دمیتابولیک اسیدوزس نور لاملونه عبارت دي له سلفات او فاسفات فلتریشن کموالی د هایدروجن ایون افراز کموالی اضافي هایدروجن ایون ددهوکو د کلسیم کاربونیت او کلسیم فاسفیت پواسطه بفر کیږي چې د رینل اوستیودستروفي لامل کیږي. (۲۲، ۱۲)

درملنه:

سودیم بای کاربونیت ، کلسیم بای کاربونیت او سودیم ستریت ورکول کیږي خو د سودیم ستریت مالگې د سیروم دالمونیم کچه لوړوي باید ورنکړل شي.

۴- دزړه او رگونو اختلاطات:

د سي ار ایف کوم ناروغان چې دیالیزس کیږي ۴۵ سلنه مړینه یې د زړه او رگونو ناروغیو له کبله وي. (۲۲)

I- د وینې فشار لوړوالی:

په سي ار ایف کې د وینې فشار د لوړیدو لاملونه عبارت دي د مالگو او اوبو دمه کیدل، هایپرینیمیک حالت او دباندې څخه د اریترپوتین اخیستل. (۲۲)

په سي ار ایف کې د هایپرنتشن د درملنې موخه عبارت دي له د سي ار ایف د پرمختگ او د هایپرنتشن د اختلاطو د مخنیوي څخه دی.

د سي ارايف په رنځورانو کې بايد فشار ۸۰-۱۳۰/۸۵ ملي متر سيمابو کې وساتل شي. که د يايبتس ورسره مل وي او يا څلورويشت ساعته پروتين يوريا د يو گرام څخه ډيره وي نو دوينې لوړ فشار بايد ۸۵/۱۲۵ ملي متر سيمابوته بنکته شي. دڅورو مالگه ۴ گرامو ته کم شي او که لوړ فشار دوام ومومي نو دوه گرامو ته بايد ټيټه شي. ACE نهې کوونکي، انجيوټنسين دوه رسپتور بلاکر (په دې شرط چې د سيروم پوتاشيم لوړ نه وي) داي يورتيک، بيتا بلاکر، کلونيدين، هايډرالازين او مينوکسبیدل ورکول کېږي. (۲۲)

II - دزړه او رگونو اسکيميا کې ناروغی.

په سي، ارا، ايف کې دزړه اسکيميا د دوه خطري فکتورونو له کبله مينځته راځي. کلاسيک يې عبارت دي له هايپرتنشن، هايپرواليوما، دسمپاتيک عصب فعاليت زياتوالی، د شحمو ستونزې او هايپرهوموسيسټينميا څخه. (۲۲)

سي ارا ايف پورې تړلي فکتورونه عبارت دي له انيميا، هايپرفاسفتيميا، هايپرياراتايروئيدزم، سي ریاکتيف پروتين او انټرلوکين ۴ لوړوالی (اکليلي رگونه بنده وي) دکين زړه هايپرتروفي، مايکرو واسکولر ناروغی، داکليلي شريانو هايپرتروفي او هايپريلازیا څخه. (۲۲)

درملنه:

الف: دورځني ژوند ترتيب بدلول Life style modification

ب: دخطري فکتورونو درملنه.

ج: د سيروم دهيموسيسټين دلوروالي لپاره د ورځې ۱-۵ملي گرامه فولات ورکول کېږي.

ه: دهايپر ليبيديميا لپاره لومړی دڅورو پواسطه درملنه ده که دی سره ښه نه شوه نو ستاتين اوگيم فيبروزيل ورکول کېږي دا دواړه په ډيرې پاملرنې سره کارول کېږي .

(۲۲)

III - د زړه احتقاني عدم کفایه :

په سي ارایف کې د زړه د عدم کفایي لاملونه عبارت دي له:
 د مایوکارډ اسکیمیا، دکین زړه هایپرتروفي، د مالگو او اوبو دمه کیدل، د هایپرتشن
 او د هایپریاراتائیروئیدزم له کبله کارډیومیوپاتي څخه. (۲۲، ۱۲)
 درملنه :

الف: داوبو او مالگو کنترول.

ب: هایډروکلورتیازید: که جي ایف ار په یوه دقیقه کې د ۱۰-۱۵ ملي لیترو څخه کم
 وي باید هایډروکلورتیازید ورنکړل شي.
 ج: لوپ ډای یورتیک په عمومي ډول کارول کیږي.

د: د ACE نهي کوونکي اودارجین رسپتور بلاکر ورکول گټور دي پدې شرط چی
 دسیروم کریاتینین د ۳ ملي گرام پر دیسی لیتر څخه او سیروم پوتاشیم لوړ نه وي. د
 دوی د کارولو په وخت کې باید هرو ۵-۱۴ ورځو کی دسیروم کریاتینین او پوتاشیم
 اندازه شي. (۲۲، ۱۲)

IV - پریکارډایتس:

پریکارډایتس د میتابولیک توکسین د دمه کیدلو له امله پیدا کیږي. په ناروغ کې تبه،
 د سینې درد او فربکشن رب وي. په اکسري کې زړه لوی، د زړه په گراف کې PR فاصله
 د پیریس او ST سگمنت په دیفیوژ ډول لوړوي. همدارنگه کله کله د پریکارډ ایفیوژن
 تمپوناد هم شته وي چی زیاتره همیوراژیک وي او د دیالیزس پواسطه یې درملنه
 کیږي. (۲۲، ۱۲)

۵- هیمانولوژیک اختلالات:

۱- وینه لږې: د وینه لږې ډول نارموکرومیک نارموسایټیک وي. (۲۲)

لاملونه:

۱- د اریټروپویتیټین کموالی.

۲- بون میرو توکسین (د پښتورگو د بې وسۍ توکسین)

- ۳- بون میرو فایبروزس د هایپرپارا تائیرویدزم له کبله.
- ۴- هیماټینیک کموالی (اوسپنه، فولت، بی ۱۲)
- ۵- دسرې ژونکې د پوښ اېنارملټي (ازموتیک فراجیلټي زیاتوالی)
- ۶- دوینې ضایع کیدل (دمعدې او کولمو څخه پټه وینه بهیدل) ترومبوسیت دسفنکشن اود هیموډیالیزس په وخت کې .
- ۷- ACE نهې کوونکي د اریټروپویتیڼ ازادول اوکنترول خرابوي.
- ۸- دسر و ژونکو د ژوند موده کمیږي. (۲۲، ۱۲)

درملنه:

انیمیا هغه وخت درملنه کیږي چې هیماټوکریټ د ۳۳% څخه ښکته وي
 Recombinant erythropoietin یا darbepoetin ورکول کیږي.
 اریټروپویتیڼ په اونۍ کې یو یا دوه ځله ۵۰ یوټیه په هر کیلو ګرام وزن د بدن
 دپوسټکي لاندې ورکول کیږي. Darbepoietin په اونۍ کې یو ځل په هر کیلو ګرام وزن
 د بدن ۴۵، .ملي ګرامه د بدن دپوسټکي لاندې ورکول کیږي.
 همدرانګه ۲-۴ اونېو کې یې هم یوځل ورکولای شو. د درملنې ښه رسپانس هغه وخت
 وي چې هیموګلوبین ۱۱-۱۳ ګرامو ته ورسېږي. د هیموډیالیزس ناروغ ته په میاشت
 کې یوځل ۵۰-۲۰۰ ملي ګرامه اوسپنه ددرید دلارې (که وینه بهیدل شته وي) ورکول
 کیږي. (۲۲، ۱۲)

دوینې د لښته کیدو ستونزې: پلاټ لیټ دسفنکشن، خفیفاً دپلاټ لیټ دشمیر
 کموالی. دواړه یې بلیډینګ ټایم اوږدوي کلینیکي ښه یې عبارت ده له: پیټیشیا،
 پورپورا، ژرژروینې کیدلو څخه (۲۲)

درملنه:

- ۱- هیماټوکریټ باید ۳۰% ته لوړ شي ترڅو بلیډینګ ټایم کم شي.

۲- د ډیسیموپریسین ۲۵mcg د ورید دلزې هر ۸-۱۲ ساعته وروسته دوه دوزه ورکول کیږي.

۳- کنجوگیټد استروجن د ورځې ۰.۲ ملی گرامه په هر کیلو گرام وزن بدن په ۵۰ ملي لیتره 0.9% سلنه سوډیم کلوراید کې اوبلن شي او په ۳۰-۴۰ دقیقو کې د انفیوژن په ډول ورکړل شي یا دخولې دلزې ۲.۵-۵ ملي گرامه د ۵-۷ ورځو لپاره ورکول کیږي.

۴- دیالیزس بلیډینګ تایم ښه کوي خو نارملولی یې نه شي. پریټونیل دیالیزس نظر هیموډیالیزس ته ښه دی ځکه چې هیپارین ډېرن کیدو دمخنیوي لپاره کارول کیږي. (۲۲)

۲- د هډوکو ناروغی او د کلسیم فاسفیت د میتابولیزم ستونزې

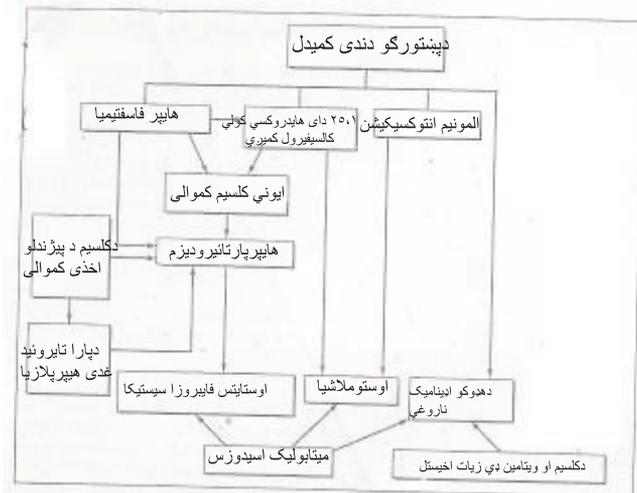
په سي، ار، ایف کې دغه ستونزې په دوه ډولو دي.

۱- د هډوکو زیات جوړیدل د دویمي هایپرپاراتایروئیدزم سره. په دې ستونزه کې د هډوکو ناروغی Osteitis fibrosa cystica پنوم یادیږي چې د دویمي هایپرپاراتایروئیدزم له کبله پیدا کیږي. (۱۵)

پتوفزیالوژي:

کله چې جي ایف ار کم شي د فاسفیت اطراح کمیږي او هایپر فاسفتیمیا مینځته راځي چې د دویمي هایپرپاراتایروئیدزم لامل کیږي. د فاسفیت زیاتوالی په درې میکانیزمونو د هایپرپاراتایروئیدزم لامل کیږي. هایپر فاسفتیمیا نېغ په نېغه د پاراتایروئید هورمون افراز لمسوي، فاسفیت د سیروم ایوني کلسیم کموي چې هایپوکلسیمیا مینځته راځي چې ددې کموالی د پاراتایروئید د هورمون افرازیدل هڅوي، فاسفیت دکالسیټیورل (۱، ۲۵) دای هایډروکسي کولي کالسیفیورل) جوړیدل کموي چې ددې دکموالی څخه ایوني کلسیم کمیږي او بیا د پاراتایروئید د هورمون ازادیدل هڅوي.

پدې درې حالاتو کې د دویمي هایپرپاراتایروئیدزم له امله اوستایټس فایبروزا سیستیکا مینځته راځي. همدارنگه په سي، ار، ایف کې د اوستایټس سیستیکا بل غوره لامل میتابولیک اسیدوزس دی. (۲۲)



۱-۲ شیماکې د هډوکو د فاسفیت او کلسیم اېنارمټي (۲۶)

کلینیکي بڼه:

په اوستايتس فايروزا سيستیکا کې په هډوکو کې اېنارمل اسټوئيد ، فېروزي او کيسټونه جوړېږي. د هډوکو کورټيکس او غښتلتيا کمېږي او د ماتيدو خطر يې زياتېږي. دافت په تږدې برخه کې مایویاتي وي او ناروغ گرځيدلی نه شي. هډوکي يې خوړېږي. (۲۶)

۲- د هډوکو کم جوړېدل: پارائټيروئيد هورمون کم يا نارمل وي. پدې حالت کې د هډوکو دوه ډوله ناروغۍ مینځته راځي:

۱- اوستیومیلیشیا

د پيدا کيدو میکانیزم:

- دکالسیتیرول د کچې کموالی.
- المونیم ایتوکسیکیشن
- میټابولیک اسیدوزس

په اوسټیوملیشیا کې داوسټیوکلاست او اوسټیوبلاست شمیر کمېږي او د اوسټیوبلاست فعالیت هم کمېږي. په اوسټیومالیشیا کې د هډوکو ماتریکس زیاتېږي خو منرالیزیشن یې د ویتامین ډي د نشته والي له امله صورت نه نیسي. هډوکي خوږېږي. (۲۲)

۲- د هډوکو اډینامیک ناروغی.

پدې ناروغی کې د هډوکو حجم او منرالیزیشن دواړه کمېږي. ددې ناروغی د پیداکیدو لاملونه عبارت دي له:

الف: د ویتامین ډي ، کلسي ترول او دکلسیوم سره زیات درملنه د پارائټیروئید هورمون کچه کمېږي همدا رنگه د شکرې په ناروغانو کې هم پیداکېږي.
ب: میتابولیک اسیدوزس.

۳- نادراً د المونیم د توکسیکیشن څخه هم پیداکېږي.

د هډوکو ماتیدل په د هډوکو اډینامیک ناروغی داوستایټس فایبروزا سیستیکا په پرتله زیات وي او هډوکي خوږېږي.

کلسیفایلیکسس: د هډوکو څخه پرته د رخوه انساجو او د وینې درگونو میتاستاتیک کلسیفیکیشن ته وايي. (۲۲)

درملنه:

۱- په ورځني خوړو کې د فاسفیت اندازه باید ۱۰۰۰ ملي ګرام پر دیسي لیتر ته ښکته شي. دخولې دلارې فاسفیت باينډینګ اجنت (لکه کلسیم کاربونیټ، یا کلسیوم اسټیټ چې په کولمو کې د فاسفیت سره نښلي او د فاسفیت د جذب څخه مخنیوی کوي، د ورځې ۳-۴ ځله د خوړو سره یوځای ورکول کېږي.

ددې درملو د ورکولو په مهال باید د سیروم کلسیوم د ۱۰ ملي ګرام پر دیسي لیتر څخه کم وساتل شي ترڅو چې هایپرکلسیمیا مینځته رانه شي. (۲۲)

۳- Sevelemar او Lanthanum کاربونیټ چې کلسیوم نه لرونکي فاسفیت باينډینګ اجنتونه دي په هایپرکلسیمیا کې ورکول کېږي. (۲۲)

۴- المونيم هايدرواكسيمايد يو ښه فاسفيت باينډينگ اجنت دى خو د اوسټيوماليشيا او نيورولوژيكو اختلاطونولامل كيږي. دا په بيړني پړاو كې چې دسيروم فاسفيت د ۷ ملي گرام پرديسي ليتر څخه لوړ وي وركول كيږي. د اوږدې مودې لپاره نه پكارول كيږي.

۵- ويتامين ډي يا دهغه مشتقات هغه وخت وركول كيږي چې دويمي پارائټيروئيد هورمون د نارمل اندازې څخه ۲-۳ ځله لوړ وي. فاسفورس د ۵،۵ ملي گرام پرديسي ليتر څخه او كلسيوم د ۱۰ ملي گرام پرديسي ليتر څخه كم وي.

كلسي تړول هره ورځ ۵،-، ۲۵، . ملي گرامه يا يوه ورځ وروسته وركول كيږي. (۲۲)

۷- عصبي اختلاطات:

عصبي اختلاطات هغه وخت پيدا كيږي چې جي، ايف، ار په يوه دقيقه كې د ۱۰-۱۵ ملي ليترو څخه كم شي. په سي، ار، ايف كې مركزي، محيطي، اتونوميك اعصاب او عضلي دنده خرابيږي. (۲۲)

د مركزي عصبي سيستم گيلې: دحافظي خرابوالی او دخوب ستونزې.

عصبي عضلي گيلې عبارت دي له: مخرشيت، اټكي، كرامپي دردو، عضلي فسيكوليشن، استريكزس، كورى، مايوكلونس، اختلاجات او كوما څخه. (۲۲)

دمحيطي عصبي سيستم اختلاطات هغه وخت پيدا كيږي چې سي ار ايف په څلورم پړاو كې وي او د شپږ مياشتو څخه زيات وخت تير پرې شوى وي. (۲۲)

حسي عصب دحركي عصب په پرتله ښكتنی اطراف د پورټنيو اطرافو په پرتله اود اطرافو لږې برخې د نژدې برخو په پرتله زيات اغيزمن كيږي.

Restless leg سندروم هغه حالت ته وايي چې ناروغ تل ښكتنی اطرافو ته حركت وركوي عضلات كمزوري وي او ژور اورتاري عكسات له مينځه تللي وي. (۲۲)

۸- دمعدی ، كولمو او خوړو اختلاطات:

عبارت دي له: بى اشتهايي، زړه بدوالي، كانگو، يوريميک فيټور، گاسترواټرايټس او پيپټيک السر څخه.

د دیالیزس اختلاطات عبارت دي له هیپاتیتس، پریتمونیتس، پانکراتایتس او پروتین انرژي مل نوتریشن څخه. (۱۵)

۹- اندوکرایني اختلاطات:

اندوکرایني اختلاطات عبارت دي له: دویمي هایپرپاراتایرویدزم، اوستیومالیسیا، د ویتامین ډي دکموالي، دشکرې نه زغمل، هایپرپوري سیمیا، هایپرترای گلسرایدیمیا، د لیپوپروتین دلوروالی، د پروتین انرژي دمل نوتریشن، د ودې د خرابوالی، شندتوب، جنسي کمزورتیا، امینوریا، هایپوترمیا او امیلونیدوزس څخه.

۱۰- د پوستکي اختلاطات:

د پوستکي اختلاطات عبارت دي له د خسافت، هایپرپیگمینتیشن، خاربنت، ایکوموزس او یوریمیک فوراست څخه. (۲۲)

درملنه:

الف: دخوړو لارې چارې:

۱- د پروتیني خوړو بندیز: دخوړو د پروتین کمول د سي، ار، ایف د پر مخ تگ څخه مخنیوی کوي. دخوړو پروتین باید د ورځې دیوگرام په هر کیلوگرام وزن د بدن څخه کم نه شي. د سي، ار، ایف په لومړني او دویمي پړاو کې پروتیني بندیز نشته. (۲۲)

۲- د مالګې او اوبو بندیز: که مالګه د ورځې د ۳-۴ گرامو څخه زیاته شي د پړسوب، هایپرنتشن او د زړه د احتقاني بې وسې لامل کیږي او دیو گرام څخه کموالی یې د هایپوتنشن او د دوراني حجم د کموالي لامل کیږي.

که د پښتورگو ځنډنی بی وسی ناروغان دیالیزس شوي نه وي نو د ورځنۍ مالګې کچه یې دوه گرامه ده او مایعات د ورځې د ۱-۲ لیتره باید ناروغانو ته ورکړل شي. (۲۲)

۳- د پوتاشیم بندیز: پوتاشیم هغه وخت نه ورکول کیږي چې جی، ایف، ار په یوه دقیقه کې د ۱۰-۲۰ ملي لیترو څخه کم شوی وي او ناروغ ته د پوتاشیم لرونکو خوړو لست ترتیب شي. ورځنۍ نارمل اخیستننه یې ۱۰۰ ملي ایکوولت دی. (۲۲)

۴- د فاسفورس بندیز: د پلازما د فاسفورس کچه باید د ۲، ۴ ملي گرام پر ډیسی لیتر څخه ښکته وساتل شي. ورځني خوړو کې باید ۸۰۰-۱۰۰۰ ملي گرامه پورې وي. فاسفورس لرونکي خواړه عبارت دي له کولامشروباتو، هگیو، لبنیاتو او غوښې څخه. که جی، ایف، ار په یوه دقیقه کې ۲۰-۳۰ ملي لیتر څخه کم شوی وي نو فاسفورس باید د ۲۲) کیری. (

۵- د مگنیزیم بندیز: څرنګه چې مگنیزیم د پښتورگو د لارې ویستل کېږي باید ټول مگنیزیم لرونکي خواړه او اتني اسید ورنکړل شي. (۲۲)

د پښورگو د دندو بیارغونه :

د پښتورگو د دندو د بیارغونې لپاره د مصنوعي پښتورګي (ډیالیزس) څخه کار اخیستل کېږي. (۳۸)

ډیالیزس د پښتورگو اندوکرایني او میتابولیکې دندې رغولی نه شي. یوازې د پلازما په بیوکیمستري په ښه کولو (یوریمیک توکسین، الکترولایت او اسیدبیز) کې مرسته کوي.

همدارنګه د ډیالیزس پواسطه (هیموآترافلتریشن) د دوران څخه زیات شوی مایعات لرې کېږي او نارمل والیوم ته راوستل کېږي. (۳۸)

ډیالیزس هغه وخت تر سره کېږي چې ډسي، ار، ایف ساتونکې درملنه ناکامه شي. د پښتورگو بیا رغونکې درملنه عبارت ده له: هیموډیالیزسس، پریټونیل ډیالیزس او رینل ترانس پلان تیشن څخه. (۳۸، ۱۲)

د ډیالیزس استطببات:

- ۱- که جی ایف ار په یوه دقیقه کې د ۱۰ ملي لیتر څخه کم شي.
- ۲- د سیروم کریاتینین ۸ ملي گرام پر ډیسی لیتر وي.
- ۳- د سیروم یوریا د ۳۰ ملي مول پر لیتر (۱۸۰ ملي گرام پر ډیسی لیتر) څخه زیات شي.

- ۴- په دياييتيک کسانو کې په يوه دقيقه کې جي، ايف، ار ۱۵ ملي ليتر او د پلازما کرياتينين ۲ ملي گرام پر ديسي ليتر وي.
- ۵- هايپيرکلیميا (پوتاشيم د ۲ ملي مول پر ليتر څخه زيات وي).
- ۶- ميتابوليک اسيدوزس (پي ايچ د ۲، ۷ څخه کم وي)
- ۷- يوريمیک پربکاردايتس.
- ۸- يوريمیک انسفالوپاتي (اختلاجات، نيوروپاتي)
- ۹- هايپرواليوميا چې د درملنې په وړاندې ټينگاري وي.
- ۱۰- کوواگولوپاتي. (۱۲، ۳۸)

هيموديايليزس:

په هيموديايليزس کې دناروغ ناپاکه وينه چې يوريمیک توکسين لري د مصنوعي پښتورگي (ديايليزس) قابل نفوذیه پردی دلارې پاک کيږي او بيرته پاکه وينه چې يوريمیک توکسين نه لري (د شرياني وريدي فستول په شان) د ناروغ بدن ته دننه کيږي. (۱۲، ۳۸)

Intermittent Hemodialysis

ديايليزس بايد ورو ورو پيل شي ځکه چې په چټکۍ سره پيل کول يې د ناروغ شعوري حالت ويجاړوي او اختلاجات پيدا کوي چې دا د دماغې پرسوب له کبله وي او د Dialysis disequilibrium پنوم ياديږي. (۳۸)

په لومړۍ ورځ کې ديو ساعت لپاره ديايليزس شي يوه ورځ وروسته يې ۳-۴ ساعتو لپاره او بيا يوه ورځ وروسته ۳-۴ ساعتو لپاره ديايليزس ترسره کيږي پدې شرط چې دناروغ هيمودينامیک حالت ښه وي. که دوينې بهيدل شته وي نو دهپارين په ځای ايبوپورستينول د انټيکواگوليشن لپاره ورکول کيږي خو دا د هايپوتشن لامل کيږي. (۳۸)

دکمې مودې ديايليزس لپاره او هغه ناروغانو ته چې وينې د پرن کيدو ستونزې لري انتي کوواگولالت نه ورکول کيږي.

هیمودیا لیزس ستونزی عبارت دي له: هایپوتنشن، دزړه اریتمیا، هیموراژ، هوایی امبولی، د ډیالیزس سره حساسیت، د سږو اذیما او سیسټمیک سیپسیس (۳۸) پریټونیل ډیالیزس:

دا تخنیک اوس ډیر کم کارول کیږي ځکه چې د هیمودیا لیزس په پرتله لږه اغیزه لري خو نادراً یو کتابولیکه ناروغ کې بیوکیمستري کنټرولوي د پریټونیل ډیالیزس ستونزې عبارت دي له زړه بدوالي، کانگو، دگیډی د درد، نس ناستې، قبضیت، تبې، د پریټونیتس او د پریټوان د پردې د بې وسی څخه. په عمومي توګه ۳۲% ناروغان وروسته د ډیالیزس څخه تر پنځو کالو پورې ژوندی پاتې کیدای شي. (۳۸)

د پښتورگو پیوندول (Renal Transplantation):

د پښتورگو پیوندول د ځانځنې بې وسی ناروغانو ته داوږدې مودې د ژوندي پاتې کیدو لپاره ډیره بڼه درملنه ده. دا دیو نارمل پښتورګي دنده تر سره کوي. د سي ارایف ټولې میتابولیکې ستونزې بڼې کیږي. د پښتورګو د پیوند لپاره د پښتورګي د ورکوونکي او د پښتورګي د اخیستونکي د وینې ABO گروپ سمون والی اړینه خبره ده ځکه چې د پیوند ناکامیدل د امینولوژیکو فکتورونو پورې تړلی ده. دهغو ناروغانو چې پښتورګی یې پیوند پرې د څو ورځو په موده کې بیوشمیک بڼه والی رامینځته کیږي او ناروغان باید په منظمه توګه د اوږدې مودې لپاره د پښتورګو د دندو او د امینوسپریشن لپاره مانیتور شي. (۳۸)

د پیوند مضاد استطبایات:

الف: مطلق مضاد استطبایات: فعاله سرطاني حالت، فعال وازو کولایتس، دزړه شديدي اسکیمیکي ناروغی، د ابهر او الیاک د رګونو شديدي بندښتي ناروغی.

ب: نسبي مضاد استطبایات:

عمر دیو کال څخه ښکته او ۷۵ کلنۍ څخه پورته، د ډیرو خطري ناروغیو او د ښکتنیو بولي لازو دناروغیو شتون. (۳۸)

Interstitial Nephritis

انترستي شیبال نفرایټس د پښتورگو د انترستي شیبال او تیوبولونو ناروغی ده چې د التهابی، بندبنتی او ارثی ناروغیو له کبله مینځته راځي. (۳۷)

کلینیکي بڼه یې د پښتورگو د بې وسی کلینیکي څیره ده خو د الکترولايتو او اسید بیز (هایپرکلیمیا) ستونزې په کې ډیرې وي. (۳۷)

پروتین یوریا نادراً په ۲۴ ساعتو کې دیوگرام څخه زیاتیري هیماجوریا او پایوریا په عمومي ډول شته وي. (۳۷)

Acute Interstitial Nephritis (AIN)

لاملونه:

- ۱- الرژیک: پنسلین، نن ستروئید التهاب ضد درمل، الوپورینول
 - ۲- امیون: اتوامیون نفرایټس
 - ۳- اتانات: بیپرنی بکتریايي پیالونفریتس، لیپتوسپیروزس، توبرکلوز، هانتاوایرس.
 - ۴- توکسیک: مرخیری، میالوما لایت چاین (۳۷)
- تشخیص:
- په ۳۰% ناروغانو کې د دوا د الرژي تاریخچه (تبه، رش، ایزونوفیلیا) او په ۷۰ سلنه ناروغانو کې لیوکوسایټویوریا او ایزونوفیلیوریا شته وي. تشخیص یې د پښتورگو د بایوپسي پواسطه کیږي. (۳۷)
- بیپرنی انترستي شیبال نفرایټس هر وخت د پښتورگو د نان اولیگوپوریک عدم کفایي لامل کیږي.

درملنه:

- ۱- هغه درمل چې د بیپرنی انترسي شیبال نفرایټس لامل شوي باید ودرول شي.
- ۲- پریدنیزولون د ورځې یو ملي ګرام په کیلو ګرام وزن د بدن ورکول کیږي، چې د پښتورگو د فبروزس څخه مخنیوی کوي.
- ۳- ډیالیزس کله کله کارول کیږي.

۴- لاملونه یې باید درملنه شي. (۳۷)

Chronic Interstitial Nephritis (CIN)

لاملونه:

- ۱- بیرني انترستی شیال نفرایتس
 - ۲- گلو میرونفریتس
 - ۳- معافیتی او التهاب ناروغی. (سارکوئیدوزس، سیستمیک لوپوس اریتماتوس، لومپرنی اتوامیون ناروغی، Sjogren سندروم.
 - ۴- توکسیک: مشروم، سرپ او درانده فلزات.
 - ۵- درملونه: لیتیم، الرژیک نفروپاتی، هغه درملونه چې دبیرني انترستی شیال نفرایتس لامل کیږي انالجزیکونه، سایکلوسپورین
 - ۶- اتانات: شدید پیالونفریتس
 - ۷- ولادي ناروغی. ویزیکویوریترال ریفلوکس
 - ۸- دبولي لارو بندبستي ناروغی.
 - ۹- میتابولیکي او سیستمیکي ناروغی. لکه هایپوکلیمیا، هایپرکلسی یوریا، هایپراوکزالویوریا او امیلوئیدوزس. (۳۷)
 - ۱- دځنلني انترستی شیال نفرایتس توکسیک لاملونه.
- انترستی شیال نفرایتس او دکولیکتینک سیستم تومور د Balkan نفروپاتی پنوم یادیري. دا ناروغي د فنگسي توکسين (Orchratoxin-A) داخیستلو څخه پیدا کیږي، داپه هغه خوړو کې وي چې د زیرمه شوو دانه جاتو څخه جوړ شوي وي. Oristolachic acid یو نباتي توکسين دی چې په هیربل (هغه درملونه چې د بوټو څخه جوړیږي) مستحضراتو کې وي او دپښتورگو دبیرني عدم کفایي لامل کیږي. (۳۷)
- ۲- پیپلاری نکروزس او انالجزیک نفروپاتی: داوږدې مودې لپاره د انالجزیکونو د کارولو څخه مینځته راځي
- پیپلاری اسکیمیا ډیری په سایکل سیل نفروپاتی او دیابتیک نفروپاتی کې وي نکروزي پیپلا دحالبونو د بندبست او د پښتورگو د کولیک لامل کیږي.

دا ناروغي د انالژیکونو د درولو سره ښه کېږي. (۳۷)

کلینیکي ښه:

په ډیری ناروغانو کې سي-ار-ايف، هايپرتنشن او په کمو ناروغانو کې د سالت لوزینګ نفروپاتي له کبله ديهایدريشن، هايپوتنشن او پالي يوريا شته وي. (۳۷)

لابراتواري ازمونې:

۱- يوريا ۱۵۰ ملي پرديسي لیتر وي.

۲- هايپرکلیمیا

۳- ميتابولیک اسیدوزس

۴- دامونیا جوړیدل کمیږي.

۵- دتسو متيازو ازمونې غیروصفي وي خو ښايي براد واکسي کاستونه په کې وي.

(۳۷)

درملنه:

لاملیزه درملنه ترسره کېږي. (۳۷)

ريفرنس

- ۱- افریدی حفيظ الله. فزيکل دياگنوزسس. دپوهندوی علمي رتبې څخه پوهنوالي علمي رتبې ته، دنگرهار پوهنتون د طب پوهنځي. ۱۳۸۷ لمريز مخ. ۲۲۰-۲۲۴
- ۲- اکسير نادر. رهنمايي امراض معدی معايي برای ترفيع رتبه علمي از پوهنملي به پوهندوی. پوهنتون طبي کابل. ۱۳۷۹ هـ ش صفحه ۱۷۲-۱۷۷
- ۳- اکسير نادر. امراض جهاز هضمي وکليوي برای ترفيع از رتبه پوهندوی به رتبه پوهنوالي. پوهنتون طبي کابل. سال ۱۳۸۳ هجري خورشيدی صفحه ۱۹، ۵۲، ۱۳۲، ۲۰۳
- ۴- اميري طب. دځيگر سيرووزس ترجمه دپوهيالي علمي رتبې څخه پوهنياري علمي رتبې ته، دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي کال ۱۳۸۲ هـ ش مخ ۱، ۱۴، ۱۹، ۳۱، ۳۲
- ۵- اميري طب. دمعدی او داثنا عشر زخمونه او د ايچ پيلوري بکتريا علمي اثر دپوهنياري علمي رتبې څخه پوهنملي علمي رتبې ته دنگرهار پوهنتون دطب پوهنځي کال ۱، ۲، ۷، ۸
- ۶- جبار خيل عبدالناصر. دهضم خرابوالي او دگيډی دپورتنی برخی داندوسکوپي تر مينځ د ارتباط څيړنه. دپوهنملي علمي رتبې څخه دپوهندوی علمي رتبې ته د لورتيا لپاره اصلي علمي اثر. دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي کال ۱۳۸۱ هـ ش.
- ۷- رحيمي صلاح الدين. ځنډنی هيپاتيټيس ترجمه. دپوهيالي علمي رتبې څخه پوهنياري علمي رتبې ته. دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي. کال ۱۳۸۵ مخ: ۴۱، ۴۲، ۲۱
- ۸- ظفرزی کامران. دصفاوي کڅوړی، صفاوي قنات او دپانکراس ناروغی. ترجمه. دپوهيالي علم رتبې څخه پوهنياري علمي رتبې ته. دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي کال ۲۸، ۳۱، ۳۲ لمريز مخ:
- ۹- ظفرزی محمد ظاهر. دهضمي سيستم ناروغی. دپوهندوی علمي رتبې څخه پوهنوالي علمي رتبې ته. دنگرهار طب پوهنځي کال: ۱۳۵۹ مخ ۵۷، ۹۳، ۹۴
- ۱۰- ظفرزی محمد ظاهر. دصفاوي کڅوړی او صفاوي قنات ناروغی. تالیف د پوهندوی علمي رتبې څخه پوهنوالي علمي رتبې ته. دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي کال ۱۳۵۸ لمريز مخ ۱۹، ۲۰، ۲۱

- ۱۱- ظفرزی محمد ظاهر. دیپانکراس ناروغی تالیف. دپوهندوی علمی رتبی څخه دپوهنوالی علمی رتبی ته. دتنگرهار طب پوهنځی کال ۱۳۵۸ لمريز مخ ۳۰، ۲۴، ۲۳، ۱۱، ۹
- ۱۲- ظفرزی محمد ظاهر. دپینستورگو ناروغی. تالیف دپوهندوی علمی رتبی څخه پوهنوالی علمی رتبی ته. دتنگرهار پوهنځی کال ۱۳۵۹ لمريز مخ. ۵۷، ۵۵، ۵۲، ۴۹، ۴۸، ۴۷، ۳۹، ۳۸، ۳۷، ۳۵، ۲۱، ۱۸، ۱۷
- ۱۳- ظفرزی محمد ظاهر. دینې ناروغی. دپوهندوی علمی رتبی څخه پوهنوالی علمی رتبی ته. دتنگرهار طب پوهنځی کال ۱۳۵۸ لمريز مخ ۹۱، ۹۰، ۸۲، ۸۱، ۷۵، ۷۴، ۷۰، ۶۷، ۶۵، ۶۴، ۶۲، ۶۰، ۵۹، ۴۲
- ۱۴- مطیع الله مطیع. داسایتس داسبابو څېړنه اصلي اثر. دپوهنملی علمی رتبی څخه پوهندوی علمی رتبی ته. دتنگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۷ لمريز مخ ۸، ۷، ۶، ۲
- ۱۵- مولوي زاده حبیب الله. دهضمي جهاز د پورتنی برخی د وینې بهیدنی لاملونه. دپوهنباری علمی رتبی څخه پوهنملی علمی رتبی ته. دتنگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۵ لمريز مخ: ۳۲، ۳۱، ۲۸
- 0 - نشاط محمد طیب، هادي سيف الله. دځيگر سيروسس په ناروغانو كې د HBS Ag مثبتی پېښی. دتنگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۲ لمريز کال ۱۹۹

Arthur C. Guyton, and John E. Hall. Text book of medical physiology II edition. Mississippi: ELENVIER saunder, 2006 P: 795

17. Cooper. Danie H, Krainik Andrewj. The washinton manual of medical therapeutics 23th edition. Philadilphia: Lippincott willians and wilkins, 2007 P: 449
18. Cotran kumar Robbins. Pathologic Basis of diseases 4th edition. Philadelphia: WB saunder, 1989 P: 877
19. D+ Caral Mattson Porth. Pathophysiology 5th edition. New York: Lippincott Philadelphia, 1998 P: 751
20. Fauci, Anthonys. Harrison's principle internal medicine 16th edition. USA: Mc Graw Hill; 2005
P: 1741, 1748, 1750, 1760, 1776, 1852, 1867, 1891
21. Forbes Alastair. Ginlinsky. self assessment colour review of gastroenterology UK: manson publisher, 2003 P: 67
22. GOLD MAN lee, Ausielleo De NNIS. Cecil medicine 23rd edition. Philadelphia: saunder's 2008 P: 1091
23. Katzung Bertram. Basic and clinical Pharmacology 10th edition. Sanfransisco: university of California; 2006 500 P: 1011. 1013
24. Kumar Prveen. Clinical medicine 6th edition: ELEVIER UK: saunder, 2005 P: 265, 275, 310, 338, 341, 383, 390, 414, 3022

25. JOHNJ. Hutton.Peter O Kholer. Internal medicine 5th edition. Philadelphia: Mosby;560
26. Mec PHEE STEPHE Nj Maxine A PAPADAKIS. Current medical diagnosis and treatment 47th edition New york: MC Graw Hill, 2009 P:473,503,506,512,520,540,551,567
27. NICHOLAS A.Boon NICK-R. Davidson's Principle of internal medicine 20th edition UK: Edinburgh;2006 P: 779,88,884,902,910,915,949,973,984
28. SLEISEGER and FORDTRAN Gastro intestinal Diseases 5th edition. Philadelphia: W.B Saunder, 1993 P: 387,573,1040,1835
29. YAMADA TADATAKA DAVID H. ATLAS of Gastroenterology, 2nd edition. Philadelphia: Lippincott willam and wikins, 1999. P:216,231,333,336,346
30. <http://jmg.bmjjournal.com/cgi/content/full/41/7/508>
31. <http://www.medicinenet.com/stomaen-cancer/page2.htm> 8-12-2007
32. <http://www.pathology atlas or / gastric 20 carcinoma/20 intestinal type.html>.
33. <http://en.wikipedia.org/wiki/jaundice>
34. <http://who.int/classification/apps/icd10 online/gr10htm tr 174-16-209>
35. "Cirrhosis mayoclinic "
<http://www.mayoclinic.com/print/cirrhosis/Ds00373/Dsection all and mETHOD-Print>
36. <http://digestive.niddk.nih.gov/diseases/pubs/cirrhosis>.
37. <http://en.wikipedia.org/wiki/acute renal failure>.
38. <http://en.wikipedia.org/wiki/nephrotic syndrome>
39. <http://www.Medicinenet.com/dyspepsia page 10.htm>
40. <http://www.medicinenet.com/irritable owel syndrome/page 6.htm>
41. <http://www.medicinenet.com/pancreatitis/article.htm> 17-11-2007
42. <http://www.medicinenet.com/peptic-ulcer.article.htm> 8-21-2007
43. <http://www.medicinenet.com/crohnsdisease/article.htm>.
44. <http://www.medicinenet.com/ulcerativecolitis/article/htm>.
45. <http://www.mayoclinic.com/health/urinary tract infection/ds00286/Dsection-can 6-23-2009>
46. <http://www.mayoclinic.com/ Gastritis>
47. http:// emedicine.medscope.com/article/92945_treatment



د ليکوال لنډه پيژندنه

محترم پوهندوي دکتور سيف الله هادي د مرحوم هدايت الله زوي او د مرحوم حبيب الله لمسي د لغمان ولايت د ښار د گمين په کلي کې په ۱۳۴۲ لمريز کال کې زېږېدلی دی . خپل ابتدايي زده کړه يې د مهترلام بابا د ښار د سراجة العمارت په لومړني ښونځي کې ترسره کړي دي او په ۱۳۶۰ لمريز کال کې د مهترلام بابا د ښار د روښان ليسي څخه فارغ شوي دي . په ۱۳۶۴ کال کې د ننگرهار طب پوهنځي کې شامل شوي او په ۱۳۷۱ لمريز کال کې د ننگرهار پوهنتون د طب پوهنځي د داخلي په ديارتمت کې د علمي کدر د غړي په توگه ومنل شو چې تر اوسه پورې په همدې ديارتمت کې د استادې مقدسه دنده پرمخ بيايي . په ۱۳۸۹ کال کې د پوهنوالي علمي رتبي ته د لوړتيا لپاره د هضمي سيستم ناروغيو او د پښتورگود ناروغيو تر عنوان لاندې کتاب د اهل طب مينوالو ته تاليف کړي دي .

Abstract

This text book of Digestive and Renal Systems Diseases is written in two chapters and 283 pages for the second semester of the fourth grade in Ningarhar Medical Faculty. The first chapter is about Digestive System Diseases and the second one is about Renal System Diseases.

All the information is compiled from the reputable text books of the world. The book is useful for the young doctors, the students of the Medical Faculty and all the readers.

The last part of the book contains references which are well known worldwide.

Book Name Gastrointestinal & Renal System Diseases
Author Dr. Saifullah Hadi
Publisher Nangarhar Medical Faculty
Website www.nu.edu.af
Number 1000
Published 2011
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children (**www.Kinderhilfe-Afghanistan.de**) a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affairs of this publication have been supported by Afghanic (www.afghanic.org). The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, MoHE, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 620 1385

Printed in Afghanistan. 2011