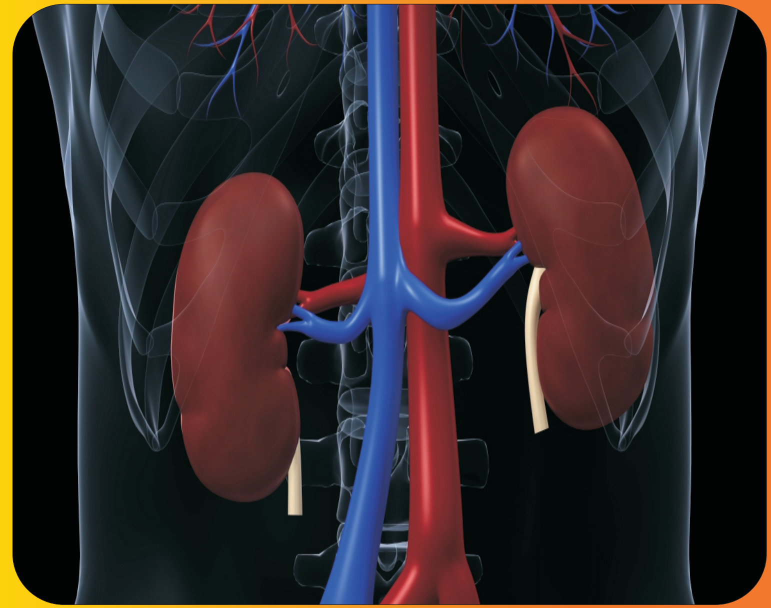
کندهار طب پوهنځی

# د هضمي جهاز او پښتورګو ناروغی



سي ډي سره

دوکتور عبدالواحد وثيق

۱۳۹۰

د هضمي جهاز او پښتورګو ناروغی

Gastrointestinal & Kidney Diseases

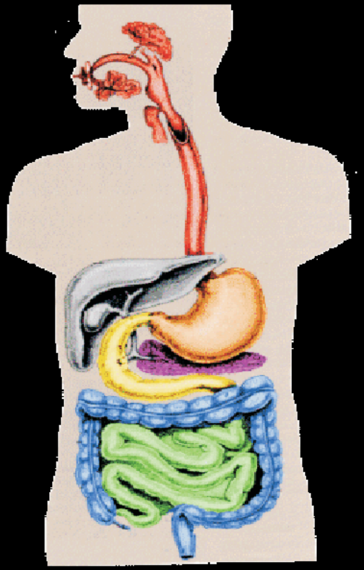
دوکتور عبدالواحد وثيق

Kandahar Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Abdul Wahed Wasiq

# Gastrointestinal & Kidney Diseases



Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

with CD

ISBN 978-9936-400-57-3
Printed in Afghanistan
2011

www.ketabton.com

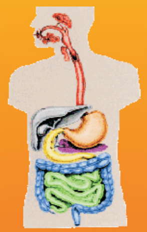
# د هضمي جهاز او پښتورګو ناروغۍ

دوکتور عبدالواحد وثیق

AFGHANIC

Kandahar Medical Faculty
کندهار طب پوهنځی

In Pashto PDF
2011



Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

# Gastrointestinal & Kidney Diseases

Dr. Abdul Wahed Wasiq

Download: www.ecampus-afghanistan.org

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحيم

www.ketabton.com

www.ketabton.com

## دلوړوزده کړووزارت

## دکندهارپوهنتون

### دطب پوهنځی

### داخله څانګه

# د هضمي جهاز او پښتورګو ناروغۍ

مؤلف : پوهندوی ډاکتر عبدالواحد (وثیق)

۱۳۹۰

www.ketabton.com

د کتاب نوم | د هضمي جهاز او پښتورګو ناروغی
لیکوال | دوکتور عبدالواحد وثیق
خپرندوی | کندهار طب پوهنځی
ویب پاڼه | www.kandahar-un.edu.af
چاپ ځای | سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر | ۱۰۰۰
د چاپ نېټه | ۱۳۹۰
دکتاب ډاونلوډ | www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالي دولت له پانګې څخه تمویل شوی دی. اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغان طب پرسونل عمومي ټولنې (DAMF e.V.) او افغانیک (Afghanic.org) لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځي پورې اړه لري. مرسته کوونکې او تطبیق کوونکې ټولنې په دې اړه مسولیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:
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 بي ان: ISBN: 978 993 640 0573

www.ketabton.com

# د لوړو زده کړو وزارت پيغام

کتاب د علم او تکنالوژۍ په تر لاسه کولو کې د تاريخ په اوږدو کې يو ډېر مهم رول درلودلی دی او د تحصيلي نصاب اساسي جز او د زده کړو د کيفيت په لوړولو کې خورا مهم رول لري. نو ځکه بايد په علمي معيارونو برابر او تازه مواد د ټولنې د اړتياوو په نظر کې نيولو سره د محصلينو لپاره برابر او چاپ شي.

زه دهغو محترمو استاذانو ستاينه او ورڅخه مننه کوم چې کلونه، کلونه يې زحمت ويستلی دی، او کتابونه يې تأليف او ژباړلي دي او نورو ښاغلو استاذانو ته بلنه ورکوم چې دوی هم پخپلو رشتو کې درسي کتابونه برابر کړي، تر څوچاپ او د ګټې اخيستنې لپاره بېرته د محصلينو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د خپلو ګرانو محصلينو د ښه روزلو لپاره نوي او تازه درسي مواد برابر کړي.

په پای کې د ټولو هغه ادارو او کسانو څخه، په تېره بيا د آلمان د بهرنيو چارو وزارت، DAAD مؤسسې او ډاکټر يحيی وردګ څخه مننه کوم، چې د طبي کتابونو د چاپ زمينه يې برابره کړې ده.

هيله لرم چې دغه ګټور کار ته ادامه ورکړل شي او هم د نورو برخو تدريسي کتابونه د چاپ په ګاڼه سمبال شي.

په درنښت

قانونپوه سرور دانش

د لوړو زده کړود وزارت سرپرست، کابل ۱۳۹۰

www.ketabton.com

# د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی يوه لويه ستونزه ګڼل کيږي. د دې ستونزې د هوارولو لپاره موږ په تېرو دوو کلونو کې د طب پوهنځيو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پيل او تر اوسه مو ۶۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته ورکړل.

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

*"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کيفيت او محصلينو ته د نويو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړينه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د ليکلو فرصت برابر شي، د تعليمي نصاب د ريفورم لپاره له انګليسي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او مجلو ژباړل اړين دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلين او ښوونکي نشي کولای عصري، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پيدا کړي".*

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استادان له ډېرو ستونزو سره مخ دي. دوی په زاړه مېتود تدريس کوي، محصلين او استادان نوي، تازه او عصري معلومات په واک کې نلري، دوی له کتابونو او هغه چپټرونو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټيټ کيفيت کاپي کيږي. بايد هغه شمېر کتابونه چې د استادانو له خوا ليکل شوي دي راټول او چاپ شي.

په ۲۰۱۱ کال کې د کابل طبي پوهنتون څخه (۹ عنوانه)،د ننګرهار (۱۳عنوانه)، کندهار (۷ عنوانه) او هرات (۴عنوانه) طبي درسي کتابونه (ټول ۳۳ عنوانه) راټول او چاپ کړل، چې يوه بېلګه يې ستاسې په لاس کې همدا کتاب دی.

د افغانستان د پوهنتونونو او د لوړو زده کړو وزارت د غوښتنو له مخې، غواړو، چې دغه پروګرام د هېواد نورو پوهنځيو ته هم وغځوو.

www.ketabton.com

لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځیو ته لازیاته پاملرنه وشي.

څرنګه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام یوه 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 یوه برخه ده. موږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چپټر او نوټ ورکولو دوران ختم شي.

**۲. د نوي مېتود او پرمختللو وسایلو په کارولو سره تدریس**

د ننګرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځي یوازې د یو پروجیکټور درلودونکې وو، چې په ټول تدریس کې به ترې ګټه اخیستل کېده او ډېرو استادانو به په تیوریکي شکل درس ورکاوه. په ۲۰۱۰ کې مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځیو ټولو تدریسي ټولګیو کې پروجیکټورونه نصب کړو.

**۳. د هېدل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماستري**

په نظر کې ده چې د هېواد د طب پوهنځیو د عامې روغتیا د څانګو استادان د جرمني هیدل برګ پوهنتون ته د ماسترۍ لپاره ولېږل شي.

**۴. د اړتیاوو ارزونه**

په کار ده چې د پوهنځیو روان وضیعت (اوسنی ستونزې او راتلونکي چېلنجونه) وارزول شي، او بیا ددې پر بنسټ په منظمه توګه اداري، اکاډمیک کارونه او پرمختیایي پروژې پلې شي.

**۵.کتابتونونه**

په انګلیسي ژبه په ټولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړیوال معیاري کتابونه د پوهنځیو کتابتونونو ته وسپارل شي.

**۶. لابراتوارونه**

په هر طب پوهنځي کې باید په بېلا بېلو برخو کې لابراتوارونه موجود وي.

**۷.کدري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)**

د هېواد هره طب پوهنځی باید کادري روغتون ولري او یا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلینو لپاره د عملي زده کړو زمینه برابره شي.

**۸. ستراتیژیک پلان**

دا به ډېره ګټوره وي، چې د طب هر پوهنځی د اړونده پوهنتون د ستراتیژیک پلان په رڼا کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

www.ketabton.com

**له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه اډیټ او د چاپولو لپاره تیار کړي . او بیا یې زموږ په واک کې راکړي، چې په ښه کیفیت چاپ او بیا یې په وړیا توګه طب پوهنځیو او د محصلینو په واک کې ورکړو.**

**همدارنګه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس وسپارئ، څو په ګډه مؤثر ګامونه واخلو.**

**له ګرانو محصلینو هیله کوم، چې په یادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مرستندوی شي.**

د آلمان د اکاډمیکو همکاریو ټولنې DAAD مؤسسې څخه ډېره مننه کوو، چې د دغه کتاب د چاپ لګښت یې پر غاړه اخیستی. همدارنګه یې زموږ د له کار ي پروګرام څخه ملاتړ ښوودلی دی. په المان کې د افغان طبي پرسونل چترۍ ټولنې (DAMF e.V.) او افغانیک (Afghanic) موسسې څخه هم مننه کوم، چې د کتابونو د چاپ تخنیکي او اداري کارونه یې تر سره کړي.

په افغانستان کې د کتابونو د چاپ په برخه کې د لوړو زده کړو وزارت سرپرست قانونپوه سرور دانش، علمي معین پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معین پوهاند صابر خویشکي، د پوهنتونو او پوهنځیو له رییسانو او درنو استادانو څخه یوه نړۍ مننه کوم، چې موږ یې تشویق کړي یو او د کتابونو د چاپ په برخه کې یې له موږ سره مرسته کړې.

**ډاکتر یحیی وردګ**، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، ۲۰۱۱ م ، دسامبر

دفتر تلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل تلیفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

× × × ×

www.ketabton.com

## مننه

د ګران استاد پوهاندډاکترحیات الله(حیات) دکابل دطبي پوهنتون دداخله څانګې مشر، پوهاندډاکترمحمد افضل (انور) او د کندهار پوهنتون د طب پوهنځی د داخله څانګي د ښوونکوڅخه په مننه چي د دي کتاب په ترتیب اوتصحیح کي راسره مرسته کړي اوزیات زیارګاللي دي، همدارازدمحترم ورورردین محمد(مشفق) دکندهارپوهنتون دنشراتودڅانګي دغړي څخه یوه نړۍ مننه چي د دي کتاب د کمپیوترچاري یې په ښه ډول سمبالي کړي.

## ډالۍ

داکتاب خپلي ګراني مور چي دتیودچنګابښ له کبله یې خپل خوږژونددلاسه ورکړاوهم دکندهارپوهنتون دطب پوهنځۍ ټولوښوونکو اوزده کونکوته ډالۍ کوم.

www.ketabton.com

# دلوي اوبخښونکي خداي(ج) په نامه

**سریزه**

دکندهارپوهنتون دهیواد په کچه یودهغوځوانوپوهنتونو څخه دي چي تقریباً څه دپاسه۱۸ کاله مخکې پرانیستل شوي اوپه فعالیت یې پیل وکړ. ددي پوهنتون په چوکاټ کي لمړۍ دکرني پوهنځۍ پرانیستل شول، ولي دسیمي دوګړودلږي علاقي ،دخرابوامنیتي شرایطواودوخت دچارواکودسیاسي ګټودترلاسه کولوپه منظور نوموړي پوهنځۍ بنده اوپرځاي یې دطب پوهنځۍ پرانیستل شول. که څه هم داوخت ددی پوهنځۍ دپرانیستلو لپاره هیڅ ډول شرایطوشتون نه درلود،خوبیاهم یې پرته دعلمی کادرونوددرلودلوپه تدریس پیل وکړ.

که څه هم د پوهنتون لپاره کوم ځانګړي ځاي نه وو په ښبه شوي ،اوعلمي کادرونوچي په پوهنتون کې دتدریس کولوشرایط بشپړکړیواي شتون نه درلود،بیا هم دیوشمیر هغوډاکترانوچي دعامي روغتیادریاست په چوکاټ کې دنده ترسره کول دتدریس بهیرمخته بیول کیدي. دهمدي ټولوناخوالوسره سره پوهنتون خپل شتون ته ادامه ورکړل اوهغه وو چي په کراره کراره دکرني،انجینیری او تعلیم اوتربیې پوهنځۍ هم پرانیستل شوي اوپه فعالیت یې پیل وکړ.په ۱۳۸۳ کال دپوهنتون دچارواکوپه منډوترډواودوخت دځاېې حکومت په پاملرنه دکندهارپوهنتون لپاره دکندهار ښارپه شیږمه ناحیه دلوي ویالي په سیمه دنوي عیدګاه جومات ته څیرمه ځاي په ګوته او د۱۱ بلاکونوپه درلودلوسره وپوهنتون ته وسپارل شو.دعلمي کادرونوو جلبولوته لادمخه پام اړول شوي چې په ۱۳۷۶کال دلمړۍ ځل لپاره دکندهار پوهنتون استادانوته علمي رتبي منظور اواستادانود آ ثاروااومقالوپه لیکلواوعلمي څیرنوپیل وکړ. همداعلت دي چي نوموړي پوهنتون ترهمدي دمه دلوړوعلمي رتبودرلودونکواستادانوڅخه بي برخیدی.

که څه هم دتدریس لپاره په پوهنتون اوپه ځانګړي توګه دطب په پوهنځۍ کي په انګریزي ژبه زیات اومعتبر کتا بونه شتون لري، ولي په پښتوژبه داډول آثارډیرکم اوحتي دګوتوپه شماردي.

دهمدي اصل په پام کي نیولوسره دکندهارپوهنتون دطب پوهنځۍ علمي شورا وپتیله ترڅوپه پښتوژبه تدریسي کتابونه ترتیب اودزده کونکوپه واک کې ورکړي،چي په همدي منظوردکندهارپوهنتون دطب پوهنځۍ دداخله څانګی لخوا پریکړه وشول ترڅودطب پوهنځۍ دڅلورم ټولګي دداخله مضمون ددوهم سمستردرسي کریکولم سره سم **دهضمي جهازاوپښتورګوناروغیودرسي کتاب** ترتیب اوتألیف کړل شي ترڅوزده کونکي په آسانۍ ورڅخه ګټه واخلي. ددي کتاب دتأ لیف چاري د پوهندوي څخه د پوهنوال علمي رتبي ته دارتقأ لپاره وماته راوسپارل شوي. داکتاب د څلورم ټولګي ددرسي کریکولم په پام کې نیولوسره دبیلابیلو

www.ketabton.com

اونوومعتبروانګريزي طبی کتابونواو انترنيټي پاڼوڅخه په ګټه اخستوسره په څه دپاسه ۱۸۷ پاڼوکي تألیف او په ساده اوسلیسه پښتوژبه لیکل سويدي.

دکتاب په تألیف کي دکابل دطبي پوهنتون دداخله څانګي مشر اوګران استاد الحاج پوهاند ډاکتر حیات الله ( حیات) چي زما دلاربنوداستاددنده يې هم په غاړه درلودل خپلي ګټمني مشوري نه دي سپمولي اوهمداراز دکندهارپوهنتون دطب پوهنځی دداخله څانګي استادانوهم پخپل وارسره دکتاب په تصحیح کې راسره زياته مرسته کړي. دکتاب دکمپیوټرکولوچاري دکندهارپوهنتون دنشراتودڅانګي دغړي محترم دین محمد (مشفق) لخواترسره سويدي.

که څه هم دکتاب په لیکلو اوتصحیح کې زياته پاملرنه سویده،ولي بیاهم کیداي شي یوشمیرچاپي غلطي او یانوري ستونزی شتون ولري چي دلوستلوپروخت بایدپه پام کې ونیول اواصلاح کړل شي. باید یادونه وکړم چي نوموړي کتاب په سلیسه اوروانه پښتوژبه لیکل شویدي چي دڅلورم ټولګي پرزده کړيانوبرسیره ستاژیراونوي فارغ سوي ځوان ډاکتران هم کولاي شي ورڅخه ګټه واخلي.

په درناوي
پوهندوي ډاکترعبدالواحد( وثیق)
دکندهارپوهنتون دطب پوهنځی دداخله څانګي استاد

www.ketabton.com

## لړليک



| مخ | سرليک |
|---|---|
| | آيه |
| | مننه |
| | ډالي |
| | سريزه |
| | تقريظونه |
| | لړليک |
| | لمړۍ برخه<br>دهضمي جهازناروغۍ |
| ۱ـ ۵ | لمړي ځپرکي<br>دمرۍ ناروغۍ |
| ۶ـ ۲۰ | دوهم ځپرکي<br>دمعدي ناروغۍ |
| ۲۱ـ ۳۵ | دريم ځپرکی<br>دکولمو ناروغۍ |
| ۳۶ـ ۵۴ | ځلورم ځپرکی<br>دکبدناروغۍ |
| ۵۵ـ ۶۳ | پنځم ځپرکی<br>دپانکراس ناروغی |
| | دوهمه برخه<br>دپښتورګوناروغۍ |
| ۶۴ـ ۷۹ | شپږم ځپرکي<br>دبولي لاري ميکروبي ناروغۍ |
| ۸۰ـ ۱۰۳ | اووم ځپرکی<br>دګلوميرولونوناروغۍ |
| ۱۰۴ـ ۱۳۶ | اتم ځپرکی<br>دمايعاتواواليکتروليتوتشوشات |
| ۱۳۷ـ ۱۴۵ | نهم ځپرکی<br>داسيډ اوبيزتشوشات |
| ۱۴۶ـ ۱۶۲ | لسم ځپرکی<br>دپښتورګوعدم کفايه |
| | اخځ ليکونه |



www.ketabton.com

# بسم الله الرحمن الرحیم

الحمـــــدلله رب العـــــالمین والصـــــلوة
والسلام  علی نبیه الامی الامین
یرفـــع الله الـــذین آمنـــومنکم والـــذین
اوتوالعلم درجات ط سورۀ المجادله، آیت ( ١٠ )

لمړی برخه

# دهضمي جهاز ناروغۍ

www.ketabton.com

# لمړۍ څپرکی
# دمرۍ ناروغۍ

دمرۍ التهابي افات
الف: دمرۍ انتاني التهاب.
- دمرۍ ويروسي التهاب.
- دمرۍبکتريايي اوفنګسي التهاب.

ب : ددرملو(تابليت) په ذريعه دمرۍ التهاب.
ج: دمرۍ کوروزيو التهاب.
اکلازيا

## دمرۍ التهابی آفات
## Inflammatory Esophageal Conditions

### دمرۍ انتاني التهاب

دمرۍ انتاني التهاب کيداي شي دويروسونو،بکترياوو،فنګسونواوپرازيتونوپه ذريعه منځته راسي.هغه ناروغان چي دبدن دفاعي سيستم ئي شديداً کمزوري شويوي کيداي شي په ګډول څواورګانيزمونه ناروغي رامنځته کړي. [۱]

### دمرۍ ويروسي التهاب

دهرپس سمپلکس ويروس لمړۍ اودوهم ډول دواړه کولاي شي په هغو ناروغانوکې چې دبدن کمزورى معافيتی سيستم ولرى ناروغی مينځته راوړی.دناروغۍ حمله حاده اوناروغ کيداي شي دصدري دردونو،اوډينوفاجيا اوډيزفاجيا څخه شکايت ولري.خونريزي کيداي شي رامنځته اوپه شديدوحالاتوکي دمرۍ اوشزن ترمنځ دفستولونو دپيښيدو راپوروړکول شويدي.سيستميک تظاهرات لکه زړه بدوالي،کانګي،تبه،لړزه اوپه کمه اندازه دويني دسپينوکريواتوزياتوالي ليدل کيداي شي.په پوزه اوشونډوباندي دتب خال شتون تشخيص آسانه کوي.دباريم بلع دتشخيص سره مرسته نه کوي،ولي په انډوسکوپي کي ويزيکولونه اواړه، سطحي قرحات چي کيداي شي فبريني اګزوډات ولري اوياونلري ليدل کيږي.په اخري مرحلوکي دقرحاتودپراخيدواويايوځاي کيدوڅخه کيداي شي دمرۍ منتشر ايروزيو التهاب رامنځته شي.دبيوپسي په ذريعه دقرحي دڅنډو څخه دمخاطي حجراتو نمونه اوياسيتولوژيک سميريوبالون ډوله استحاله اوپه هسته کي ئي مدورګيلاس ډوله بدلونونه چي په دننه کي په زياته اندازه ايوزينوفيلونه شتون لري اود( Cowdry type A ) په نوم ياديږي ليدل کيږي.په ساده تلوين سره غټ ياجيانټ حجرات موندل کيږي.دڅوورځوپه موده کي دهرپس کمپلکس ويروس کلچرمثبت کيږي،چي هم دتشخيص اوهم دمقاوم کيسونوپه پيژندلوکي مرسته کوي.ناروغي کيداي شي د۱تر۲ اونيوپه موده کي پخپله روغوالي ومومي. Acyclovir د(۴۰۰ ملي ګرامه په اندازه دخولي دلاري دورځي ۵ ځلي د۱٤تر۲۱ ورځوپوري) اعراض له منځه وړي اوناروغي رشفيږي. Valacyclovir (يوګرام دخولی دلياری دورځی ۳ځلی د۷ ورځو


www.ketabton.com

لپاره) زيات مؤثريت لري.په شديده اوډينوفاجيا اخته ناروغانوکي Acyclovir دوريددلاري هر۸ ساعته وروسته د۷ تر ۱٤ ورځوپوري ورکول کيږي.اعراض اوعلايم اکثراً ديوي اونۍ په موده کي له منځه ځي ولي که غټ قرحات شتون ولري زيات وخت ته اړتيالري. foscarnet ۹۰ ملي ګرامه دبدن په هرکيلوګرام وزن کي دوريددلاري دورځي ۲ ځلي د۲ تر ٤ اونيوپوري) په هغه صورت کي چي دAcyclovir سره مقاومت شتون ولري ورکول کيږي.کله چي ناروغ دبلع کيدوتوان وومومي نو Famciclovir ورته ورکول کيداي شي.[2]
وريسيلا زوستر ويروس کله کله په هغو ماشومانوکي چي په آب چيچک اويا هغولويانوکي چي په هرپس زوستر اخته وي دمرۍ التهاب رامنځته کوي.نوموړي انتان کيداي شي پرته دپوستکي له تظاهراتوڅخه يوازي دمرۍ التهاب منځته راوړي.په هغوناروغانوکي چي دبدن معافيت ئي کم شويوي،د وريسيلا زوستر ويروس په ذريعه توليد شوي دمرۍ التهاب کي ويزيکولونه اوقرحات چي اکثراً پخپله جوړيږي،منځته راوړي ولي که دبدن معافيت ډير کم شويوي نوکيداي شي دمرۍ دنکروزي التهاب سبب شي.په بيوپسي اوياسيتولوژيکي معايناتوسره وريسيلا زوستر ويروس د دهرپس سمپلکس ويروس څخه نسي توپيرکيداي اويوازي دسيتواميونولوژيکي معايناتواويا کلچرپه ذريعه توپيرکيداي شي.Acyclovir او Valacyclovir دناروغي دوام کموي اوکيداي شي د کورتيکو ستيروئيد سره يوځاي ورکول شي.[2]
سيتوميګالوويروس يوازي په هغوناروغانوکي چي دبدن معافيت ئي کم شويوي ليدل کيږي. د سيتوميګالوويروس اکثراً مخفي انتان فعاله کيږي،و لي کيداي شي دويني دترانسفيوژن په ذريعه هم خپورشي.دناروغي َافات اکثراً دسطحي قرحاتوپه ډول حتي پرنورمال مخاط باندي هم رامنځته کيږي.داقرحات اکثراً دمرۍ په ډيستل برخه کي يو دبل سره يوځاي اوغټ ياجاينټ قرحات جوړوي.ناروغان داوډينوفاجيا،دوامداره اوموضعي صدري دردونو ،زړه بدوالي ،کانګو اووينه لرونکوکانګوڅخه شکايت کوي.دتشخيص لپاره داندوسکوپي اوياقرحاتودبيوپسي څخه کاراخستل کيږي. د سيتوميګالوويروس ددرملنی لپاره د Ganciclovir څخه ګټه اخستل کيږی چې ۵ ملی ګرامه دبدن په هرکيلوګرام وزن کې دوريد دلياری هر۱۲ساعته وروسته انتخابي درمل ګڼل کيږي.Valganciclovir چي دGanciclovir فمي مشتق دي، د ۹۰۰ ملي ګرامه په اندازه دورځي ۲ ځلي،ورکول کيداي شي. foscarnet ۹۰ ملي ګرامه دبدن په هرکيلوګرام وزن کي دوريددلاري هر ۱۲ ساعته وروسته،په مقاوموکيسونوکي ورکول کيږي.درملني ته دجوړښت تروخته دوام ورکول کيږي،چي کيداي شي د۳ تر ٦ اونيودوام وومومي.[1]
هيومن اميون ډيفيشنسي ويروس کيداي شي دمرۍ دحادوقرحاتوچي دخولي دقرحاتو او پوستکي مکولوپيولراندفاعاتو سره مل وي اود هيومن اميون ډيفيشنسي ويروس په سيرو کانورژن مرحله کي ليدل کيږي،سبب شي.په يوشمير هغوناروغانوکي چي په شديده نارو غۍ اخته وي دمرۍ ژوراودوامداره قرحات کيداي شي دکورتيکوستيروئيداوتاليدون په ذريعه تداوي شي.يوشميرقرحات دستيروئيدپه موضعي زرقياتوښه ځواب ورکوي.[1,2]

### دمرۍ بکتريائي اوفنګسی التهاب

د مرۍ بکتريائي التهاب غيرمعمول دی،ولی د معافيتی سيستم په انحطاط اخته ناروغانوکې د *lactobacillus* او *β-hemolytic* ستريپتوکوکس له امله د مرۍ التهاب رامينځته کيدای شی.هغه ناروغان چې په شديده ګرانولوسايتوپينيا او ياچنګاښ اخته وی،په هغوی کې دمرۍبکتريائي التهاب اکثراً د پام څخه پټ پاتی کيږی،له دی کبله چې اکثراً د نورو اورګانيزمونو(ويروسونو او فنګسونو) سره يوځای وی.په ايډز اخته ناروغانوکې *cryptosporidium* اويا *pneumocystis*


www.ketabton.com

*carini* انتانات دمرۍغیروصفی التهابات رامینځته کوی ، حال داچي مایکوپلازماتوبرکلوزس امکان لری چي د مرۍ په کښتنۍ برخه کې ژورزخمونه رامینځته کړی. په ډیرونادروحالاتوکې د فنګسونونورډولونه هم کو لای شي د مرۍ التهاب رامینځته کړی. [۱]

**دمرۍ کاند ید یل التهاب**

دکاندیدیاټول ډولونه که څه هم دخولي اوستوني دنورمالومیکرواورګانیزمونودجملي څخه دي،ولي په هغواشخاصوکي چي دبدن دفاعي سیستم ئي کمزوري شویوي کیداي شي دمرۍ التهاب رامنځته کړي.دمرۍ داډول التهاب کیداي شي چي حتي دکوم پري ډسپوزنګ عامل له شتون څخه پرته هم رامنځته شي. کیداي شي په ناروغ کي دخولي پخیدل اویادپوستکي اومخاط نوري نښي ونه لیدل شي.نادراً په دي ناروغانوکي دناروغي اختلاطي ډول لکه دمرۍ خونریزي،سوري کیدل اویا تنګیدل اویاحتي سیستمیک ماؤفیت لیدل کیږي.دباریم بلع کیداي شي نورماله اویاداچي په بیلابیلوډولونوباندي دډکیدلونقیصه ښکاره کړي.که دانقیصه غټه وي نواکثراً دانګورودواښکي سره ورته والي لري.په متوسط حالت کي دانډوسکوپي په ذریعه واړه،سپین زیړ ته نژدي،دمخاط څخه راپورته پلکونه لیدل کیږي چي شاوخوائي احمراري وي.پریوه خط اوسره یوځاي اونوډول لرونکي پلکونه پرشدید حالت دلالت کوي.تشخیص ئي معمولاً په هغه سمیر کي چي دپلک څخه اخستل شویوي او یاهغه اګزوډاټ چي پلک ئي احاطه کړي اوپه متکررډول د acid- Schiff یا Gomori silverپه ذریعه تلوین شویوي یستونه اویا هایفل شکل ومونډل شي،ایښودل کیږي.هستولوژیک معاینات اکثراً منفي وي.کلچردتشخیص سره مرسته نکوي،ولي دهغویستونوچي مقاوم وي ډولونه په ګوته کوي.انتخابي درمل ئي Fluconazole دي چي ۲۰۰ ملي ګرامه په لمړۍ ورځ اوبیا ۱۰۰ ملي ګرامه هره ورځ دخولي دلاري د۷ تر۱٤ ورځو ورکول کیږي.که ناروغي عود وکړي نوبیاورته Itraconazoleورکول کیږي. هغه ناروغان چي په فمي درملوښه ځواب نه ورکوي اویادبلع کولوتوان نلري کیداي شي چي د echinocandinدزرقي مستحضراتو لکهcaspofungin ۵۰ ملي ګرامه دورځي د۷ تر ۲۱ ورځوتداوي شي.په شدیدوپیښوکي معمولاً amphotericin B د۱۰ تر ۱۵ ملي ګرامه دوریدي انفیوژن په ډول دورځي د٦ ساعتولپاره ورکول کیږي،مجموعي دوزئي د۳۰۰ تر ۵۰۰ ملي ګرامه دي. [۱]

**ددرملو(تابلیت)په ذریعه دمرۍ التهاب**

د درملو څخه رامینځته شوی دمرۍ التهاب اکثراًدیوشمیر ټابلیټونودتیرولوپه وخت کې رامینځته کیږی،چې زیات د بستر په ناروغانوکې لیدل کیږی. د میکروب ضد درمل لکه ډوکسی سکلین،تیترا سکلین،اوکسی تیترا سکلین ،مینوسکلین،پینسلین او کلیندا مایسین د نیمائي څخه دزیاتو پیښو مسؤل ګڼل کیږی.د التهاب ضد غیر ستیر وئیدي درمل لکه اسپرین،ایندومیتاسین اوایبوپروفین هم کیداي شي د مرۍ د زخم سبب شی.نورمعمول درمل چې د مرۍ د زخمی کیدوسبب ګرځی.پوتاشیم کلوراید،د اوسپنې سلفات یاسو کسینات ،کینیدین ،پروپرانولول ، تیؤفیلین،اسکوربیك اسید او پامید رونات دی.د دی ناروغۍڅخه د ځان ساتلوپه منظور باید تابلیتونه د ولاړی په حالت او د زیاتو اوبو سره وخوړل شی. [۲]

**د مرۍ کوروزیو التهاب**

د سوزنده موادو لکه قوی قلویاتواویا تیزابو له امله رامینځته کیږی.شدید کوروزیو زخمونه امکان لری د مرۍ دسوري کیدو،خونریزی اوحتي مړیني سبب شی.کورتیکوستیروئیدونه دمرۍ په حاد کوروزیوالتهاب کې ګټورنه دی. جوړیدنه اکثراً د تضیقاتود مینځته راتلو سره یوځای وی.


www.ketabton.com

دسوځیدنوله کبله تضیقات اکثراً اوږده او سخت وی اوپراخیدوته اړتیا لری، یو پراخید ونکی چې
یولاربنود سیم هم لری د تضیقاتو د مینځ څخه تیراوتضیق پراخه کیږی. [۱،۲]

References:


- HARISON's Principle of Internal Medicine, part 13,Chapter 286, page 1852-1854.
- THE MERCK MANUAL OF DIAGNOSIS AND TREATMENT , 18th edition, 2006

Section 2,Chapter 12, Page 114

- KUMAR AND CLIRK، CLINICAL MEDICINE,6th edition,2005 ,Chapter 6, Page 274- 276
- Davidson's ،Principles and Practice of Medicine, 20th Edition,2006

Alimentary tract and pancreatic disease , Chapter 22,page, 878- 881




www.ketabton.com

# اکلازیا
# Achalasia

**تعریف**

اکلازیا achalasiaچي د cardio spasm ,esophageal aperistalsis یا megaesophagus په نوم هم یادیږي، د مری د تحرکي سیستم عصبي ناخوالو ته ویل کیږي چي د مری د پریستالتیك حرکاتو په کموالي سره وصفي کیږي. په دې ناروغي کې د بلع کولو په وخت کي د مری د کښتني معصري استرخا کمښت مومي.

**پتوفزیالوژي**

فکر کیږي چي اکلازیا د مری د myenteric plexus د ګانګلیون حجراتو د کمښت له کبله منځته راځي چي په پایله کي د مری د عضلاتوتعصیب کمیږي. که څه هم د عضلاتو د تعصیب دکمښت سبب څرګند نه دي، ولي بیا هم ویروسونه او یو شمیر ځانګړي تو مو رونه کولای شي د مستقیم بندښت په ذریعه او یا دا چي د para neoplastic پروسې د لاري اکلازیا منځته راوړي.د Chagas ناروغي هم د اکلازیا سبب کیداي شي. د مری په کښتني معصره کې د فشار زیاتوالي په ثانوي ډول د مری د توسع سبب ګرځي چي معمولاً د نا هضم شوو غذایي موادو احتباس را منځته کوي.

**اعراض اوعلایم**

په هر عمر کې منځته راتلای شي، ولي د عمر د ۲۰ او ۴۰ کلني تر منځ یې پیښې زیاتي دي ناروغي په پټ ډول پیل او په کراره کراره د میاشتو او کلونو په تیریدو سره زیاتوالي مومي. عمده نښه یې د بلع په وخت کي درد ( dysphagia ) دي چي هم د مایع او هم د جامدو غذایي موادو په خوړلواوڅښلو کې شتون لري. په ۳۳ سلنه پیښوکي د نا هضم شوو غذایي موادو بیا راګرځیدنه شتون لري چي کیدای شي د ټوخي او یا سږوته د ننوتلو سبب وګرځي. صد رې دردونه که څه هم معمول نه دي، ولي کېدای شي پخپله او یا د بلع په وخت پیدا شي. وزن لږکمیږي،که زیات کم شویوي( په ځانګړي توګه په بوډاګانو کې)، او dysphagia هم په چټکي سره منځته راغلي وي، نو باید په زیاته اندازه د مری او معدې د نښلیدو د برخي تومورونو ته پام واړول شي.[٤]


www.ketabton.com

# دوهم څپرکی
# دمعدی ناروغۍ

| |
|---|
| دمعدي التهاب اوګستروپټي.<br>دپیپتیک قرحاتو ناروغي.<br><br>ډیزپیپسیا. |

## دمعدي التهاب اوګستروپټي
## Gastritis & Gastropathy

### تعریف

دمعدي التهاب پر هغه حالت دلالت کوي چي دمعدي په مخاط کي دالتهاب هستولوژیکي شواهد شتون ولري،حال داچي ګستروپټي وهغوحالاتوته ویل کیږي چي داپیتیل اواندوتیل تخریبات موجود ولي التهاب شتون نلري. [1]

### تصنیف

دکلینیکي پرکتیس له نظره دمعدي التهاب یا ګستریت عموماً پر لاندي ۳ اصطلاحاتو اطلاق کیږي:
۱- دمعدي ایروزیو یا هیموراژیک التهاب ( ګستروپټي).
۲- دمعدي غیرایروزیواوغیروصفي (هستولوژیک) التهاب.
۳- دمعدي دالتهاب ځانګړي ډولونه چي هریوځانته هستولوژیک او انډوسکوپیک بدلونونه بنئي. [1]

۲- ۱ نمره جدول دمعدي دالتهاب تصنیف

| |
|---|
| **I - دمعدي حاد التهاب**<br>الف: دهلیکوبکترپیلوري په ذریعه<br>ب:دنوروحادوانتاناتوپه ذریعه لکه(هلیکوبکترهلماني،فلګمونس ډول، میکو بکتریا وي ، سفلیس ،ویروسونه، پرازیتونه او فنګسونه. |
| **II- دمعدي څنډ نی اتروفیک التهاب**<br>الف: A ډول(اوتوامیون،په جسم کي متبارزوي).<br>ب :B ډول(په هلیکوبکتراړه لري اوپه انترم کي متبارزوي). .<br>ج : نه توپیر یدونکي ډول. |
| **III- دمعدي دالتهاب غیرمعمول ډولونه**<br>۱- لمفوسیتیک.<br>۲ - ایزونوفیلیک.<br>۳- دکرون ناروغي.<br>٤- سرکوئیدوزس.<br>٥ - دمعدي ایزولیټډ ګرانولوماتوزالهاب. |


www.ketabton.com

## د معدي حاد التهاب

### تعريف

د معدي د جسم او يا انترم د مخاطي غشاء پرهغه التهاب دلالت کوی چې په هغه کې د پولی مورفونيکلير حجرات زيات متبارزوي.

### اسباب

دمعدي دحاد التهاب عمده سبب انتانات تشکيلوي،چې ددي جملي څخه هليکو بکتر پيلو ري ديادوني وړده. ولي دمعدي دتيزاب زياتوالي،بکترياوي،ويروسونه او حتي فنګسونه هم داډول التهاب رامنځته کوي.

### اعراض اوعلايم

ناروغي داپيګستريم ناحيي په ناڅاپي دردسره پيل چي زړه بدوالي اوکانګي ورسره مل ولي ځانګړي هستولوژيک بدلونونه نه موندل کيږي ، يوازي دنيوتروفيلونوارتشاح،دمخاط پاړ سوب اوسوروالي شتون لري.که داحالت تداوي نشي نوکيداي شي چي په ځنډني ډول بدلون ومومي.دهليکوبکترپيلوري دحادانتان په شتون کي کيداي شي هايپو کلور هايد ريا تر يوه کاله دوام ومومي.دمعدي دتيزاب زياتوالي هم کيداي شي ناروغي رامنځته کړي چي په دي صورت کي انتان شتون نلري. دمعدي بکتريائي التهاب چي دمعدي دفلګمونس التهاب په نوم هم ياديږي نادر،ولي ژوندتهديدونکي حالت دي چي په دي حالت کي په موضعي اويامنتشر ډول دمعدي په ټول جدارکي التهابي ارتشاحات ليدل کيږي ، اکثراً بې نکروزکړيوي.داميکروبونه کولاي شي بوډاګان،هغه چي الکول چښني اوياپه ايډز اخته وي زيات مصاب کړي.
دپوليپ ايستل او په مخاط کي دانډيا انک زرق معمولاً دستريپتو کوکس ،سټافيلو کوکس، پروتيوس،ايکولاي اوهيموفيلوس انتاناتومداخلي ته زمينه برابروي. په دي حالاتوکي کومکي اهتمامات اوانتي بيوتيک مؤثريت دلاسه ورکوي نوګسترکتومي ته اړتياليدل کيږي.دمعدي دانتاني التهاب نورډولونه کيداي سي په هغوناروغانوکي چي دفاعي سيستم ئي کمزوري سويوي لکه ايډز منځته راشي،چي ښه بيلګه ئي دمعدي ويروسي التهاب (سيتوميګالوويروس، هرپس سمپلکس ويروس) دي.[٢]

### د معدي ايروزيواوهيموراژيک التهاب (ګستروپتي)

دتشخيص لپاره اړين ټکي

- اکثراًپه هغوناروغانوکي چي الکول خوري،زيات ناروغه وي،اويا NSAIDs استعمالوي ليدل کيږي.
- اکثراً پرته له اعراضووي،ولي کيداي شي چي داپيګستريک ناحيي درد،زړه بدوالي او کانګي شتون ولري.
- کيداي شي چي دهيماتيميزس سبب وګرځي،ولي ښکاره خونريزي شتون نلري.

### اسباب

دايروزيوګستروپتي عمده سبب درمل (په ځانګړي توګهNSAIDs)،الکول،روحي فشارچي کيداي شي دشديدوطبي اوياجراحي عملياتوله کبله وي،اودباب وريد لوړفشار(پورتل ګستروپتي) تشکيلوي. غيرمعمول اسباب ئي دکاستيک موادوبلع اوياشعاع تشکيلوي . دناروغي تشخيص معمولاً داندوسکوپي په ذريعه ترسره کيږي،چي په اندوسکوپي کي تراپيتيل لاندي خونريزي،پيتيشيااوايروژنونه ليدل کيږي.نوموړي بدلونونه سطحي وي ، دسايزاوتعداد له مخي بيل اوکيداي سي موضعي اويامنتشروي.په هستولوژيکي معاينه کي ښکاره التهاب نه په ګوته کيږي.[١]


www.ketabton.com

**اعراض اوعلایم**

ایروزیو ګستروپتي اکثراً اعراض اوعلایم نلري ، که اعراض اوعلایم شتون ولري،نواکثراً بي اشتهائي،داپیګستریک ناحئي دردونه، زړه بدوالي او کانګي وي. دایروزیوګستریت معموله نښه دپورتني هضمي لاري خونریزي ده چي د وینه لړونکي کانګو، دغایطه موادوسره وینه، او یا د انفی – معدوي ټیوب په موادو کي وینه څرګندیږي.له دي کبله چي نار و غي سطحي شتون لري،ځکه نوزیاته خونریزي نه لیدل کیږي.[1]

**ځانګړي اسباب اودرملنه**

**الف: دروحي فشار له کبله دمعدي التهاب Stress Gastritis**

**۱- پروفیلکسیز**

په اکثروسختوناروغیواخته ناروغانوکي دروحي فشاراړوند دمخاط ایروژنونه اوتر اپیتیل لاندي خونریزي د۷۲ ساعتوپه موده کي رامنځته کیږي.که څه هم دخونریزي له کبله دوفیاتواندازه جګوالي مومي ولي کله کله دمړیني سبب کیږي.غټ اوعمده خطري عوامل عبارت دي له میخانیکي تهویه، کواګولوپتي، ترضیض، سوځیدني، شاک، سپسز ، د مرکزي عصبي سیسټم زخمونه اوکبدي یاکلیوي عدم کفائي څخه.دټیوب دلاري تغذیه دروحي فشاراړوند خونریزي خطرکموي.

په سختوناروغیواخته ناروغانوکي دورید دلاري د$H_2$ ا خذونهیه کونکي درمل،سکرال فیټ،اویا دخولي دلاري دامیپرازول اوسوډیم باي کاربونیټ (زګریډ) ګړندي ازادیدونکي محلولونه که دفارمکولوژیکي پروفیلکسیزپه ډول ورکول شي کیداي شي چي په ۵۰ سلنه پیښوکي دښکاره خونریزي پیښي راکمي کړي.دوه عمده خطري عوامل هریو کواګولوپتي اوتنفسي عدم کفایه چي په لمړیو٤٨ ساعتوکي ومیخانیکي تهویه ته اړتیالري،که شتون ونلري نودښکاره خونریزي کچه حتي و ۰،۱ سلني ته راټیټیږي.

په زیات شمیر سختوناروغیواخته ناروغانوکي داسیډ افراز نورمال اویاکم وي،یوزیات شمیر څیړنوجوته کړیده چي که دمعدي داخلي pH تر٤ کم وساتل شي هم دښکاره خونریزي پیښي چي دروحي فشار له کبله وي، کموي.که په لاندي اندازه ددوامداره انفیوژن په ډول د $H_2$ اخذونهیه کونکي درمل توصیه شي نوپه پوره اندازه دمعدي داخلي pH په ۲٤ ساعتوکي کنترولوي. سایمیتیدین د۹۰۰ تر ۱۲۰۰ ملي ګرامه،رنیتیدین ۱۵۰ ملي ګر امه، اویا فموتیدین ۲۰ ملي ګرامه.تر٤ ساعته انفیوژن وروسته بایددمعدي داخلي pH دانفي معدوي ټیوب دافرازاتو له رویه تعین اوکه تر ٤ کم وي نوباید ددرملواندازه ۲ ځلي زیاته شي.ددي مقصد لپاره دپروتون پمپ نهیه کونکي درمل هم استعمالیداي شي.

دسکرال فیټ محلول (۱ ګرام دخولي دلاري هر ٤-٦ ساعته وروسته ) هم خونریزي کموي اوهم دپورته نوروذکرشوودرملوپه پرتله دپوزي اوبلعوم دلاري دخپریدونکي سینه وبغل پیښي کموي.دسختوناروغیودکنترول په زیاتومرکزونوکي زرقي درمل خوښوي.

تراوسه داسي یوانتخابي درمل چي دروحي فشارونواړوند مخاطي خونریزي کمه کړي شتون نلري.په هغه ناروغانوکي چي دپوزي دلاري معدوي ټیوب ورته دننه شویوي،نوګړندي ازادیدونکي امیپرازول د $H_2$ اخذونهیه کونکي درملوپه پرتله ښه دي ځکه ارزانه دي،په اساني تطبیق کیږي اویوشانته اثرلري.هغه ناروغان چي ټیوب ونلري اویا دکولموپه الیوس اخته وي



www.ketabton.com

بیانوو د $H_2$ اخذونهیه کونکي درملوته دپروتون پمپ نهیه کونکي درملوپه پرتله الویت ورکول کیږي،ځکه ارزانه دیواندازه ئې معینه ده اواثرات ئې ښکاره اوخپرل سویدي.[1]

**درملنه**

که خونریزي پیښه شي نوباید ناروغ ته په دوامداره توګه پروتون پمپ نهیه کونکي درمل (ایزومیپرازول یا پنتوپرازول ۸۰ ملي ګرامه دوریددلاري یوځل اوپه دوام یي ۸ ملي ګرامه په هرساعت کي) دوریدي انفیوژن په ډول ورکول شي اوورسره مل دسکرال فیټ څخه هم ګټه اخستل کیداي شي.که شدیده خونریزي شتون ولري نودوینه ورکونکي اوعیو د لید لو او درملني لپاره باید انډوسکوپي ترسره شي.که خونریزي دمعدي دمنتشرالتهاب له کبله وي نوبیا دانډوسکوپي په ذریعه دویني ددرولو تخنیک ګټه نلري.[1]

**د NSAIDs په ذریعه دمعدي التهاب**

کلینیکي څیړنو جوته کړیده کوم ناروغان چي نوموړي درمل استعمالوي دانډوسکوپي په معاینه سره د۲۰ تر ۲۵ سلنه دمعدي په التهاب اود۱۰ تر ۲۰ سلنه په قرحاتواخته دي،اودښکاره ډیزپیپسیا اعراض په یوازي ۵ سلنه ناروغانوکي لیدل کیږي.کومي څیړني چي دټولني په سطحه ترسره شویدي جوتوي چي دډیزپیپسیا پیښي په دي ناروغانوکي مخ په زیاتیدواود۱،۲ تر ۲ ځلي ئي زیاتوالي موندلي دي.کوم ناروغان چي خطري اعراض اوعلایم لکه شدیددردونه،دوزن کمښت،کانګي،دمعدي اوکولموخونریزي،یا کمخوني ولري،بایدژرترژره ورته انډوسکوپي معاینه و شي. په نوروناروغانوکي کیداي شي چي اعراض ددرملوپه قطع کولو،دانداز ي په کمولو اویادغذاسره په یوځاي خوړلوښه والي و مو مي .کومه ډیزپیپسیا چي دNSAIDs درملوداستعمال له کبله رامنځته سویوي په درملنه کي بې دپروتون پمپ نهیه کونکي درمل ښه اغیزي لري،ولي د $H_2$ اخذودنهیه کونکو درملوپه پرتله بې ښوالي تر اوسه نه دي څرګندشوي. دپروتون پمپ نهیه کونکي درمل په هغه صورت کي چي دNSAIDs خوړل لاهم دوام ولري ددي ډول قرحاتوپه ترمیم کي دنورودرملوپه پرتله ښه اغیزي لري.له همدي کبله هغه ناروغان چي دNSAIDs درملودخوړلوله کبله په ډیزپیپسیا اخته وي باید دخولي دلاري دپروتون پمپ نهیه کونکي درمل (امیپرازول،ربیپرازول یا اسومیپرازول د۲۰ تر ٤۰ ملي ګرامه دورځي یا لانزوپرازول ۳۰ ملي ګرامه،پانتوپرازول ٤۰ ملي ګرامه) د۲ تر ٤ اونیوورته توصیه شي.که اعراض ښه والي ونه مومي نوباید ناروغ ته انډوسکوپي و شي.[1]

**دمعدي الکولیک التهاب**

دالکولوزیات خوړل کیداي شي دډیزپیپسیا،زړه بدوالي،کانګو اووړوخونریزیوسبب وګرځي،چي نوموړي حالت کله کله دالکولیک ګستریت په نوم یادیږي.تراوسه نه ده ثابته سوي چي الکهول په یوازي سر دمعدي دایروزیوالتهاب سبب وګرځي. ددي حالت درملنه معمولاً په تجربوي ډول د۲ تر ٤ اونیوپوري د $H_2$ اخذودنهیه کونکو، دپروتون پمپ نهیه کونکي درملواویا سکرالفیټ په ذریعه ترسره کیږي.

**دباب وریددلوړ فشار له کبله ګستروپتي**

دباب ورید لوړفشار پخپل وارسره دمعدي دمخاط اوتحت المخاط دشعریه عروقو(شرائین اواورده) داحتقان سبب کیږي،چي شدت ئې معمولاً دباب ورید دفشاردانداز ي په زیاتوالي او یا اړونده کبدي ناروغیواړه لري.اکثراً پرته له اعراضووي،ولي یوازي په ۱۰ سلنه ناروغانوکي دمعدي


www.ketabton.com

اوکولمودځنډني خونريزي،او په نادردول دشديدي خونريزي اووينه لرونکوکانګوسبب کيږي.دپروپرانولول يا نادولول په ذريعه درملنه دباب وريدد فشار د ټيټيدوله کبله دخونريزي پيښي راکموي.کوم ناروغان چي په دي درملنه ځواب ورنکړي نو کيداي شي دهغو پرسيجرونوڅخه چي دباب وريد فشارراټيټوي کاروا خستل شي.[1]

**لابراتواري معاينات**

لابراتواري موندني اکثراً غيروصفي وي،په هغه صورت کي چي زياته وينه ضايع شويوي نو هيماتوکريت کم اوکيداي سي داوسپني دکمبودکمخوني ومو ندل سي.

**ځانګړي معاينات**

ددقيق تشخيص لپاره دپورتني هضمي لاري انډوسکوپي اړينه ده. که څه هم دمعدي دداډول التهاب خونريزي ډيره کمه ده ،ولي بياهم دکلينيکي پلوه ئي تشخيص دنوروو خيموناروغيو لکه پيپتيک زخمونه اودمرۍ وريس سره ستونزمن دي.ځکه نوانډوسکوپي بايد دخونريزي دپيل سره سم ترسره ځودخونريزي منبع په ګوته شي.

**تفريقي تشخيص**

داپي ګستريک ناحبي ددرد په شتون کي با يد پيپتيک قرحات،دمعدي اومرۍ ريفلکس،دمعدي چنګاښ،دصفراوي لاري ناروغۍ،دمعدي اوکولموويروسي التهاب اووظيفوي ډيزپيپسيا توپيرشي.که شديد درد شتون ولري نوبايد دپيپتيک قرحاتو د سوري کيدو،دپانکراس ناروغۍ،دمرۍ څيريدل او دابهر دانوريزم دڅيريدلو څخه تو پير شي.همدارازدپورتني هضمي لاري دخونريزي اسباب لکه پيپتيک قرحات،دمرۍ وريسونه اودمري Mallory-Weiss څيريدنه په پام کي وي.

**مخنيوي**

وقايوي تدابير کولاي شي چي د acute stress gastritis پيښيدل کم کړي، چي اکثراً هغو ناروغانو ته چي د زيات خطر سره مخ وي لکه دسختوناروغيودکنترول په خونه کي دوامداره پاته کيدل، سختي سوځيدني ، د مرکزي عصبي سيستم ترضيضات،دويني د علقه کيد و ستونزي، دويني دميکروبي کيدو له کبله شاک، دبدن دزياتوغړو ترضيضات ، ميخانيکي تهويه چي تر ٤٨ ساعته زيات دوام وومي او يا هغه ناروغان چي د معدي دقرحاتو پخوانۍ تاريخچه لري او خون ريزي يي ورکړ يوي زياته ګټه لري.

وقايوي اهتمامات عبارت دي له: دوريد دلاري د $H_2$-blocker يادپروتون پمپ نهيه کونکو درملو تطبيق ، او يا د خولي د لاري د انتي اسيډ توصيه چي د معدی داخلي pH تر ٤ لوړ وساتي ، د pH مکرر تعين ته اړتيا نشته ،دټيوب دليارى په ابتدايي ډول د غذاتوصيه هم د خون ريزي د پيښو په کمښت کي اغيزمن دي.

هغه ناروغان چي ورته NSAIDs توصيه کيږي که د معدي دزخم پخوانۍ تاريخچه ونلري و انتي اسيډ ته اړتيا نلري.[1]

References:

- McPhee S,J (2009), CURRENT Medical Diagnosi & Treatment.

Editors:Papadakis M.A, Tierney L.M.
Edition: 48th , Chapter:15 PP = 529 - 530



www.ketabton.com

# دپیپتیک قرحاتوناروغي
# Peptic Ulcer Disease

**تعریف**

د معدي دمخاط پر قرحاتو دلالت کوي. که قرحات په معده کې وي ورته دمعدي قرحه او که په اثنأ عشر کې وي ورته داثنأعشر قرحه ویل کیږي، دا قرحات و عضلي طبقې ته هم نفوذ موندلای شي. قرحات کیدای شي دڅو ملي متره څخه تر څو سانتي متره شتون ولري. قرحات د ایروژنونیاګرړنو څخه د ژورتیا په پام کې نیولو سره توپیریږي. ګرړني ډېر سطحي شتون لري او ترعضلي مخاطي طبقې پورې نشي رسیدلای. قرحات کیدای شي چې په هر عمر کې دماشوم توب په شمول منځته راشي، ولې په منځني عمرکې ډیریوي.[٤]

**اپیدیمولوژي**

ناروغي دامریکا په متحده آیالاتوکي ډېره عامه اودکاله ٤ میلیونه وګړي(نوي اویا بیاراګرځیدونکي پېښي) ځوروي.دژوندپه دوران کي ١٢ سلنه نارینه او ١٠ سلنه ښځي په دي ناروغي اخته کیږي.دکاله تقریباً ١٥٠٠٠ کسان ددي ناروغۍ داختلاط له کبله خپل ژونددلاسه ورکوي اومالي اثرات ئي هم زیات چي تقریباً دکاله د١٠ بیلیونه امریکایي ډالروپه حدودوکي تخمین شویدي.[٤]

**فزیالوژي**

دمعدي دافرازاتودجملي څخه دوه عمده ډولونه چي په مخاط کي دقرحاتودتولیدسبب ګرځي هایدروکلوریک اسېډ اوپیپسینوجن دي.تیزاب د معدي د پریټل حجراتو په ذریعه ، چي د معدي په جسم یا ٢/٣ برخه کي پراته دي افرازیږي. د معدي تیزاب د هضم د عملیې سره مرسته کوي، ځکه د تیزاب په ذریعه کوم pH چي د پیپسین او دمعدي دلیپاز لپاره اړین دي برابروي او دپانکراس د باي کاربونیت افراز تنبیه کوي.

د معدي دتیزاب افراز د غذا په ذریعه پیلیږي ،( د غذا په هکله فکر کول، بوي ،خوند،ژوول یا تیرول د معدي د انترم یا ١/٣ برخي حجرات چي G.cells یا ګسترین افر از ونکي حجرات نومیږي، د واګوس عصب د لاري تنبیه کیږي.

معدي ته د پروتیني موادو ننوتل نور هم د ګسترین افراز تنبیه کوي. د ګسترین دوران د معدي د جسم د enterochromaffin ډوله حجراتو څخه د هستامین افراز ګړندي کوي ،چي نوموړي هستامین په خپل وار سره د هیدروجن د آخذو د لاري نور هم د معدي دپریټل حجراتود تنبیه سبب کیږي، او نورهم د تیزابو افراز زیاتوي . زیات افراز معدوي pH راټیټ او پخپل وار سره د معدي دانترم برخي د D حجراتو څخه د somatostatin هورمون د افراز سبب کیږي چي دا هورمون بیا پخپل وار سره د ګسترین افراز نهیه کوي ( دا عمل د negative feedback control په نوم یادیږي).

د معدي دتیزاب افراز حتي د زیږیدني څخه پیل او تر ٢ کلني پورې د کهولت و اندازي ته رسیږي ،ولي د بوډاتوب په وخت کي يې افراز کموالي مومي چي اکثراً د معدي د ځنډني التهاب سبب کیږي.[١]

**تشد یدونکي عوامل**

پر هلیکوبکترپیلوري انتان او NSAIDs درملوپرسیره یوشمیرنورعوامل چي دپیپتیک قرحاتو په پتوجنیزس کي ونډه اودخطراندازه زیاتوي هم شتون لري چي عبارت دي له:

١- دسګریټوڅکول.

٢- جنتیکي مساعده بنیه.



www.ketabton.com

۳- روحي فشارونه.
٤- غذائي مواداوغير الكولي مشروبات.
٥- يوشميرځنډني ناروغي.

**دمخاط دفاع اوبياترميم**

په نورمال ډول دمعدې اوكولمو مخاط د يو شمير ځانګړو ميخانيكيتو په ذريعه ساتل كيږي چي عبارت دي له :

- د مخاطي غشأ څخه د مخاط او باي كاربونيت افراز د معدې په لومن كي د pH د بدلون سبب كيږي چي د pH اندازه كمه او په مخاط كي معمولاً خنثي pH شتون لري. دا مخاط د تيزابو او پيپسين د نفوذيه قابليت په مقابل كي يوه مانعه توليدوي.
- د معدې د اپيتل حجرات د هغه غشايي ترانسپورت سيستم په ذريعه چي لري يې ،د هايدروجن اضافي ايونونه باسي او همداراز د هيدروجن ايون د دوباره نفوذ څخه د هغه ټينګ حجروي جوړښت له كبله چي لري يې مخنيوي كوي.
- د مخاط د ويني دوران د معدې دتيزاب هغه زياته اندازه چي د اپيتل طبقې ته ننوزي ليري، او په معده كي دتيزاب اندازه كموي.
- دودي يو زيات شمير فكتورونه (د بيلي په توګه insuline ، epidermal growth factor like growth factor I )او prostaglandins هم د معدې دمخاط په ترميم او نورمال ساتلو كي ونډه اخلي. كوم عوامل چي د مخاط پر محافظوي دندو اثر اچوي (په ځانګړي توګه NSAIDs او *Helicobacter pylori* انتان) ، معمولاً د معدې دالتهاب او هم دمعدې اوكولمود زخمونو دمنځته راتلو زمينه برابروي.
- د NSAIDs موضعي اويا سيستميك استعمال د معدې د مخاطي التهاب پروسه ګړندي او د قرحې د منځته راتلو لپاره زمينه برابروي چي اكثراً د معدې اوكولمود خونريزيو سبب كيږي. نوموړي درمل د cyclooxygenase انزايم ( COX ) د فعاليت د بندښت له كبله، د پروستا ګلاندين جوړيدل نهيه، دمعدې دوران او د مخاط او باي كاربونيت افراز كم چي په نتيجه كي د معدې دحجراتو ترميم او وده هم كموالي مومي. همداراز NSAIDs هم پخپله يو كمزوري تيزاب دي او د معدې د pH په ذريعه په ايونونه بدليږي. نو په آزادانه ډول د مخاطي مانعي څخه تير او د معدې و اپيتل حجراتو ته ننوزي، هلته د $H^+$ آزادوي چي په نتيجه كي حجروي تخريبات رامنځته كوي. له دې كبله چي په معده كي دپروستاګلاندين توليدو COX – 1 isoform ته اړتيا لري نو هغه NSAIDs درمل چي د COX – 2 انتخابي نهيه كوونكي اثرات لري د نورو NSAIDs در ملو په پرتله يې جانبي عوارض كم دي.[١،٢]

**هليكوبكترپيلوري اوپيپتيک قرحات**

دا بكتريا د هغو عمده پتوجينيكو عواملو د جملې څخه ده چي د معدې دالتهاب ، دمعدې اوكولمودپيپتيكوقرحاتو،د معدې دچنګاښ ،او دمعدې دلمفوماسبب كيږي. بياهم تردې دمه ښه نده ښكاره سوي چي دا ميكروب چي په معده كي رامنځته په ډول داثناعشر دقرحې سبب كيږي اوداهم ښه نده جوته شوي چي آياددې ميكروب دمنځه وړل دمعدې د چنګاښ پيښي راكموي.[١،٢]

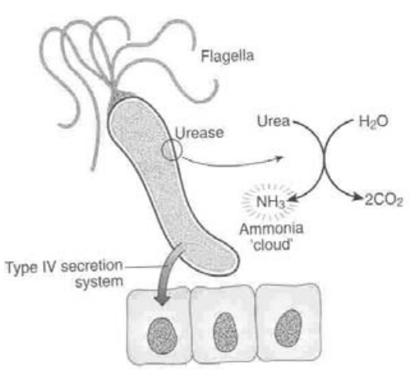

www.ketabton.com

**بکتریا**

دابکتریا چي په ابتداکي دCampylobacter pyloridis په نوم یادیدل یوه فنر ډوله، ګرام منفي ،بکتریا ده چي په تیزابي چاپیریال کي ژوند کولای سي.بکتریاS ته ورته اومتعدد فلاجیلونه لري. دابکتریا لمړي په انترم کي پیدا وروسته بیاً دمعدي وورووستني برخي ته ځان رسوي.دبکتریاجینوم دیوزیات شمیر پروتینوڅخه جوړسویدي چي ددي پروتینوپه منځ کي یوشمیر فکتورونه شته ،دبیلګي په توګه دباندني غشا پروتینونه چي دHop proteins په نوم یادیږي،یوریا او سایتوتوکسین چي دVac A په نوم یادیږي په پتوجنیزس کي ونډه اخلي .

**اپیدیمولوژي**

دانتان شیوع په نړي کي بیله اوپه زیاته پیمانه دژوندکولوپه ډول اړه لري.
په پرمختیایي هیوادونو کي،۸۰ سلنه وګړي کیداي سي تر ۲۰ کلني پوري منتن کړي،حال داچي په صنعتي هیوادونوکي شیوع د۲۰ تر ۵۰ سلنه اټکل شویده.په لنډ ډول دامریکا په متحده آیالاتوکي داناروغي په کوچنیایوکي نادره ده.دوه عمده فکتورونه چي ددي انتان دزیات کلونیزیشن سره مرسته کوي شتون لري.دافکتورونه عبارت دي له خراب اقتصادي اواجتماعي حالت اودروغتیائي تعلیماتوکمښت.
دهلیکوبکترپایلوري انتان دشیوغ لپاره نورخطري عوامل عبارت دي له:
۱- په وروسته پاتي هیوادونوکي زیږیدل اویااوسیدل.
۲- په کورني کي دزیاتوغړوشتون.
۳- دحفظ الصحه نه مراعات.
٤-دککړواوبواوخوړواستعمال.
۵- دملوث شخص دمعدوي موادوسره تماس.




**۲- ۱ شکل ( هلیکوبکترپایلوري اواثرات يې)**

بکتریا کیدای سي چي د غایطه موادو او د خولې په ناړو کي د کلچر په ذریعه ومو‌ندل شي چي له همدې کبله کیدای شي چي د oral oral یا fecal oral د لاري انتان د خپریدو سبب وګرځي. دا انتان اکثراً په کورنیو اولیلیو کي زیات موندل کیږي. نرسان او ګستروانتیرولوجستان د انتاني کېدو د زیات خطر سره مخ دي، او همداراز دا بکتریا کولای شي چي د هغه اندوسکوپ په ذریعه چي ښه نه وي تعقیم شوي، د یوه شخص څخه بل ته خپره شي.

**پتوفیزیالوژي**

بکتریا اکثراً دمعدي دځنډني اوفعال التهاب سبب ګرځي اویوازي د۱۰ تر ۱۵ سلنه پیښوکي ناروغان په پیپتیک قرحاتواخته کیږي.په ابتدائي څیړنوکي داګمان کیدي چي تر ۹۰ سلنه زیات داثناعشرپه قرحاتواخته ناروغان هلیکوبکترپیلوري لري،حال داچي دابکتریادمعدوي قرحاتوپه ناروغانوکي د۳۰ تر ۶۰ سلنه اوداثناعشرپه قرحاتوکي د۵۰ تر۷۰ سلنه تثبیت سویده.داچي څه ډول داانتان د معدي دالتهاب،دپیپتیک قرحاتو،دمعدي دلمفوماویادمعدي دچنګاښ سبب کیږي،دوه عمده فکتورونه اغیزه لري.


www.ketabton.com

**۱- هغه فکتورونه چي په بکترياپوره لري**

الف: دبکتريادناروغي توليدونکي توان (ويرولانس).
ب : ديورياډتوليد اوتجزيه توان.
ج :دشيموتکتيک فکتورونوتوليد.
د :دپروتياز اوليپاز انزايمز ايمونوتوليد.
ه :دنښليدويا اډهيژن توان درلودل.
و :دګرام منفي انتاناتودليپوپوليسکرايډونواغيزي.

**۲- هغه فکتورونه چي په ميزبان اړه لري**

يوشمير فکتورونه شتون لري ترڅودپورته ذکرسوو فعاليتونه په مقابل فعاله اودناروغي دمنځته راتلومخه نيسي.[۵]

## دNSAIDs درمل او پيپتيک قرحات

### اپيديميولوژي

ديوګروپ هغودرملوڅخه نمايندګي کوي چي دامريکا په متحده اياالاتواوټوله نړي کي زيات استعماليږي.يوازي دامريکاپه متحده اياالاتوکي دکاله تقريباً ۳۰ بيليونه تابليتونه پرته له نسخي او۱۰۰ ميليونه ئي دنسخوپه ذريعه استعماليږي.ددي درملوجانبي عوارضوپه زياته پيمانه دخلګوپام ځانته رااړولي دي.دکاله تقريباً ۲۰۰۰۰ ناروغان ددي درملوداختلاطاتوله کبله خپل ژونددلاسه ورکوي.بدبختانه چي دډيزپيپسيا اعراض اوعلايم اکثراً شتون نلري اوحتي په تر ۸۰ سلنه زياتو ناروغانوکي ډيزپيپسيا نه ليدل کيږي.له دي کبله چي اخطارورکونکي علايم شتون نلري،ځکه نواړينه ده چي داناروغان ددرملوداستعمال په وخت ترنزدي څارني لاندي ونيول سي.دورځي د۷۵ ملي ګرامه اسپرين خوړل کيداي سي چي دمعدي اوکولمودشديدوقرحاتوسبب وګرځي،ځکه د NSAIDs هيڅ دوز مصئونه نه دي. بوډاګان،هغه چي دقرحاتوپخواني تاريخچه لري،هغه چي دNSAIDs سره يوځاي کورتيکوستيروئيد استعمالوي اوياهغه چي نوري وخيمي ناروغي ولري دزيات خطرسره مخ دي. هغه چي سګريټ څکوي،هليکوبکتر پيلوري انتان ولري اوياالکول استعمالوي هم کيداي شي په لږه پيمانه دخطرسره مخ شي.[۱]

### پتوفزيالوژي

دمعدي اواثناعشردمخاط په ساتنه اوترميم کي پروستاګلندين عمده اغيزه لري،ځکه نو د پروستاګلندين په توليدکي هره مانعه دمخاط ددفاعي توان اوترميم دکمښت سبب ګرځي.ددي درملوموضعي اوياسيستميک تطبيق کيداي سي دناروغي سبب وګرځي . اسپرين اويوزيات شمير نور NSAIDs درمل يوضعيفه اسيډدي چي دمعدي په اسيډي محيط کي په غيرايوني ليپوفليک شکل پاتي کيږي،چي له همدي کبله NSAIDs درمل داپيتل حجراتودليپيډي غشا څخه تيراودحجراتودتخريب سبب ګرځي.بايديادونه وکړو چي ددي درملوانتيريک کوټيډ اويابفرډ مشتقات هم کيداي شي دپيپتيک زخمونو خطر د ځان سره ولري.



www.ketabton.com

## د اثنأ عشرقرحات Duodenal ulcer

### اعراض اوعلایم

اعراض اوعلایم معمولاً د قرحي په موقعیت او د ناروغ په عمراړه پیدا کوي، زیات ناروغان، په ځانګړي توګه بوډاګان، کیدای سي ډیر کم او یا هیڅ اعراض اوعلایم ونلري.
درد ډیر معمول دي چي په شر صوفیه ناحیه کي موقعیت لري او د ډوډي یا تیزاب ضددرملو په خوړلو سره آراموالي مومي. درد اکثراً د سوزش په شکل وي او کله کله د لوږي په وخت کي پیدا کیږي. د ناروغۍ حملات اکثراً ځنډني او تکراریدونکي وي. یوازي په نیمایي ناروغانوکي دوصفي حملاتوتاریخچه شتون لري.
داثناعشرپه قرحاتوکي درد ثابت شکل لري. کله چي ناروغ د خوبه را پاڅي درد شتون نلري. د ورځي په نیمایي کي ورته درد پیدا کیږي. په غذا خوړلو سره درد آراموالي مومي. داثناعشردقرحاتووصفي دردونه تر غذا خوړولو ۹۰ دقیقي یا ۳ ساعته وروسته پیدا او د انتي اسیدیاغذاپه خوړلوسره دڅه وخت لپاره اراموالي مومي. داسي دردونه چي د شپي له خوا ناروغ ځو روي او له خوبه یې راپاڅوي(دشپي دنیمایي څه بیادسهارتر۳ بجو)، د اثنأ عشر د زخمو نو لپاره وصفي دیاوپه ۲ پر۳ ناروغانوکي لیدل کیږي. دخیټي ددردونوپه شدت اوموقعیت کي بدلون اودنواعراضولکه زړه بدوالي اوکانګو علاوه کیدل دپیپتیک زخمونواختلاطات په ګوته کوي.په ټوله خیټه کي دناڅاپي اوشدیدو دردونوپیداکیدل پرسوري کیدو،اوهغه دردونه چي په غذاخوړلوسره شدیداوزړه بدوالي اوکانګي هم ورسره مل وي دپیلورپرتضیق دلالت کوي.سکروته ورته غایطه مواد اویاپه کانګوکي وینه پرخونریزي دلالت کوي.[۱]

### تشخیص

د ناروغي تشخیص د ناروغ د تاریخچي څخه پیل او د اندوسکوپي په تر سره کولو سره ایښودل کیږي. دښکاره تشخیص نه مخکي بایدناروغ ته مروجه درملنه پیل شي. د تشخیص لپاره اندوسکوپي معاینه اړینه ده ځکه ددي معایني په ذریعه د ساده زخمونو او یا دزخم لرونکو سرطاني آفاتو ترمنځ توپیر کیدای شي. که څه هم د معدي سرطان زخمونو ته ورته اعراض ورکوي، ولي باید په هغو کسانو کي چي عمر یې تر ۴۵ کلني زیات وي، وزن یې بایللي وي او یا د شدیدو او تکراري اعراضو څخه شکایت ولري، بایددمعدي چنګاښ په پام کي وي. د اثنأعشردخبیثه زخمونوپیښني ډیري لږ دي. نو ځکه معمولاً ددي زخمونو بیوپسي ته اړتیا نه لیدل کیږي. دزخم دشتون په صورت کې د $H - pylori$ انتان د حقیقي تشخیص لپاره هم باید اندوسکوپي معاینه اړینه ده.
که متعدد زخمونه شتون ولري، او یا زخم په غیر وصفي ناحیه ( post – bulbar ) کي توضع ولري، په درملنه باندي ځواب ور نه کړي. او یا ناروغ ښکاره نس ناسته او یا د وزن کمښت ولري باید چي د ګسترین افرازونکي خبیثه تومورونه ( Zollinger – Ellison syndrome ) په پام کي وي. د دي ډول ناروغانو په سیروم کي باید د ګسترین سویه تعینه شي.[۱،۳]

### تفریقي تشخیص

دکولمواومعدي اویایوزیات شمیرنوري ناروغي شتون لري چي پیپتیک قرحاتو ته ورته اعراض اوعلایم لري،ددي جملي څخه مهمه ناروغي دقرحي نه پرته ډیزپیپسیاده چي ورته وظیفوي اویا اساسي ډیزپیپسیا هم وائي.یوشمیرنوري ناروغۍ چي قرحاتوته ورته اعراض اوعلایم لري عبارت دي له: دهضمي سیستم تومورونه،دمعدي اومرۍ ریفلکس ، د اوعیو ناروغي،صفراوي کولیکونه،دپانکراس ځنډنۍ التهاب اودکرون ناروغي ، چي باید په تفر یقي تشخیص کي ورته پام واړول شي.[۱]


www.ketabton.com

# ډيزپيپسيا
# Dyspepsia

**تعريف**

ډيزپيپسيا هغه اصطلاح ده چي دروغتيائي کارکونکو لخوا دخيټې د پورتنۍ برخې يوشمير اعراضو لکه درد او ناآرامتيا ،په خيټه کې دنفخ اوبادزياتوالي،ترږوډۍ خوړووروسته دخيټې ډکوالي اويا د معدي سوځيدو ته ورکول کيږي.په ډول شتون ولري. ناروغ معمولاً دبدهضمي څخه شکايت لري . دااعراض اوعلايم ډيرمعمول اوتقريباً په ۸۰ سلنه وګړوکي شتون لري.

**درد**

درد عمده عرض دي چي په شرصوفيه ناحيه کې شتون لري، اکثرآ د ډوډي خوړلو نه مخکي پيښيږي ، او د غذا ، انت اسيډ يا ($H_2$- blocker) په خوړلو باندي آراموالي مومي .

**غيرقرحوي ډيسپيپسيا**

غيرقرحوي ډيزپيپسيا چي دوظيفوي ډيزپيپسيا په نوم هم ياديږي.دمعدي اوکولمو دوظيفوي ناروغيودجملي څخه دوهمه درجه (تر تخريش وړکولموسندروم وروسته) ناروغي ده چي پيښني ئي زياتي ليدل کيږي.ناروغ کيداي شي ديوشمير زياتو اعراضولکه دخيټي دپورتني برخي درد ، ناارامتيا،ډکوالي،خواپڅه ګي،باد اوزړه بدوالي څخه شکايت وکړي.په دي ناروغانوکي پرپورته اعراضوبرسيره کومه ساختماني ستونزه نه ليدل کيږي.

**زړه سوځيدنه (پيروزس) او د تيزابو بيا راګرځيدنه**

دا اصطلاح چي معمولاً د Gastro-esophageal Reflux Disease (GERD) ناروغی په نوم يادېږي او معمولاً د هغه بيا راګرځيدني ضد يا Anti-reflux ميخانيکيت د خرابيدو له کبله چي د مرۍ او معدې د يو ځاي کيدو په ساحه (Gastro-esophageal junction) کي شتون لري رامنځته کيږي او د معدې محتويات مرۍ ته بيا راګرځي. ددې حالت په شتون کي بايد تل لاندي ټکي په پام کي ولرو:

- موقعيت: معمولاً د منصف په خلف او پر متوسط خط واقع کيږي.
- خپريدل: د ستوني او کله کله حتّی د خلف و خوا ته د دواړو اوږو د هډوکو و منځته خپرېږي.
- وصف: سوځيدونکی وصف لري.
- تشديدونکي عوامل: معمولاً تر ډوډي خوړلو وروسته او يا په داسي حالاتو کي چي د خيټي داخلي فشار زياتوالی مومي (لکه مخته کږېدل، د ځان و خواته کږېدل او پړمخي پرېوتلو) په صورت کي شدت مومي. همداراز د اميدوارۍ پر وخت شديد کيږي.
- ورسره مل اعراض: اکثراً د تيزاب او يا تريخ خوند (د تيزاب راګرځيدنه) او يا په ناڅاپي توګه په خوله کي د ناړو زياتېدل (water brush) ورسره مل وي.

همداراز د تيزابو بيا راګرځيدنه کيداي شي د يو شمير ځانګړو خوړو(الکهول، چاکليټ او غوړه غذا) او يا درملو( د کلسيم د چينلو بلاکونکي، Anticholinergic) چي په خپل وار سره د مرۍ او معدې د معصرې د فشار دکمښت سبب کيږي هم رامنځته شي.


www.ketabton.com

**دغذا په مقابل عدم تحمل**
معمولاً وهغه جانبي عوارضوته ويل کيږي چي دغذا په مقابل ديوشمير فارمکولوژيکي (هستامين ،تيرامين،مونوسوديم کلوتاميت)،ميتابوليکي (دلکتيز کمښت) اويانوروميخانيکيتونو(توکسينونه او يا دغذا کيمياوي مواد) له کبله منځته راځي،ولي امينولوژيکي منشه نلري.[٣]

**ميګرين**
اکثراً ديوشميرځانګړوغذائي موادو(چاکليټ،پنير اوالکول)چي پخپل ترکيب کي په زياته پيمانه امينونه، لکه تيرامين ،ولري،منځته راځي.[٥]

**دتخريش وړکولموسندروم**
هغه ناروغان چي دمونوامين اکسيډيز نهيه کونکي درمل خوري،چي دهستامين په ميتابوليزم کي ونډه اخلي، دتخريش وړکولموسندروم ته مساعددي.[٥]

**دچينائي رستورانوسندروم**
مونوسوډيم ګلوتاميت ،چي په چينائي خوړوکي دخوندلپاره اضافه کيږي،کيداي سي د ګنګسيت ، کمزوري ،زړه بدوالي،خولي کيدو اوصدري دردونوسبب وګرځي.

**دلکتوزعدم تحمل**
په دي صورت کي ناروغ ته معمولاً دشيدودلکتوزترخوړلووروسته دخيټي باد،اونس ناستي پيدا کيږي.دادغذا په مقابل دعدم تحمل ډير عمده ډول چي دنړي په کچه شتون لري اوکيداي شي جنيتيکي منشه ولري.

**فنيل کيتون يوريا**
داهم کيداي شي دغذا په مقابل دعدم تحمل له کبله رامنځته شي ،چي عمده علت ئي دفينيل النين هايدرواکسيليز(چي دهغه فينيل النين چي دغذاپه پروتينو کي شتون لري ميتابوليزکوي) انزايم کمښت دي.[٥]

**دمعدي اوکولمو ګازسندروم**
**ټيغ وهل :** ټيغ وهل دمعدي څخه دګازوتلوته ويل کيږي،چي کيداي شي په ارادي اوياغيرارادي توګه ترسره شي.اکثراً ترډوډي خوړلووروسته ،کله چي دمعدي دتوسع له کبله دمرۍ کښتني معصره استرخاء وموومي، رامنځته کيږي.ټيغ وهل يونورمال حالت دي چي دمعدي او کولمو پر نارو غيو دلالت نکوي.په حقيقت کي دمعدي ټول ګازهغه هواتشکيلوي چي دخواړوسره بلع کيږي.دهري ګولي سره تقريباً د ٢تر ٣ ملي ليتره هوا معدي ته ننوزي چي زياته اندازه يې کيداي شي دمعدي دتوسع،باد اودخيټي ددردونوسبب وګرځي. زياته هوا معمولاً دژرژرډوډۍ خوړول ، ژاولي ژوولو ، سګريټ څکولو اوکاربن لرونکو مشروباتو سره يوځاي معدي ته ننوزي.په دوامداره توګه دزياتي هوا شتون اکثراً پر ايروفاجيا دلالت کوي،چي معمولاً په اضطراب اخته ناروغانوکي زيات ليدل کيږي . کوم ناروغان چي ورسره مل ستونزي لکه ډيزفاجيا،دزړه سوځيدل،خواپوټکي اويا کانګي ولري بايد ورته معاينات ترسره شي.
**باد:** د خيټي څخه دباددوتلوداندازي اوجوړيدني ترمنځ توپير شته.په خيټه کي بادمعمولاً د٢ منابعو ،دهوا بلع او دبکترياووپه ذريعه دناهضم شوو کاربوهايدريتونوتخمر، څخه منځته راځي.دبلع سوي


www.ketabton.com

غذا زياته اندازه دټيغ وهلودلاري نه وزي اوکولموته ته تيره اودبادپه شکل دخيټي څخه وزي.بلع سوي هوا کيداي شي چې دورځي د۵۰۰ ملي ليتره په اندازه باد جوړکوي،چې زياته برخه ئي نايتروجن تشکيلوي.دبکترياوو دتخمرڅخه اضافي ګازتوليديږي،چې زياته برخه يې هايدروجن ، کاربن ډاي اکسايډ اوميتان تشکيلوي.ددي تخمرزياته برخه په کولون کي ترسره کيږي. په نورمال حالت کې دتخمرکونکوموادولکه فرکتوز،لکتوز،ساربيتول،ټري هالوز(چې په پوڅکيوکې شته) ، رفينوز اوستاکيوز(چې په ليګم او شنه پاڼه لرونکو نباتاتوکې شته) وړي ټوټي وکولون ته رسيږي او تخمرکوي،همدارازنشايسته اوفايبرونه هم کولاي شي ګازتوليدکړي.دپورته ذکرشوو موادوپه خوړلو اويا دسؤ جذب په شتون کې هم کيداي شي دګازتوليد زيات شي. دباددنورمالي اوغيرنورمالي اندازي ترمنځ توپيرستونزمن دي،ځکه نوپه ابتداکې بايد ناروغ ته دلکتوزڅخه خلاصه غذا ورکول شي.هغه غذايې مواد چې ګازتوليدوي لکه(لوبيا، نخود،ماش،ګلفي،ګندنه ،بير اوکافي ) بايد دناروغ دغذا څخه وايستل شي. دفرکتوزعدم تحمل معمول دي،فرکتوزنه يوازي داچې په زياتوميوو کې شتون لري،ولي د يوشمير خوړونکوموادوپه څير دميوو په جوس اوسوډا کې هم ګډ دي. بدبوي کيداي شي دهوږي،پيازو،روميانو،پوڅکيواوهربل موادويا مصالوپه خوړلوسره پيداشي.کوم ناروغان چې په دوامداره توګه شکايت کوي،بايد دنشايستي،اوفايبرونودخوړلوڅخه پرهيزوکوي. په اوړوکې يوازي دوريجو اوړه باد نه توليدوي.

**تشخيص**

**تاريخچه :** اعراض اوعلايم کله کله د معدي دتحرکيت دستونزو،دمعدي دزخمونواو يا ريفلکس په ډول تصنيف کيږي چې عموماګماني تصنيف وي اوکيداي سي د ناروغي اصلي سبب څرګندنکړي . دقرحوي ډول ناروغۍ اعراض اوعلايم د درد څخه عبارت دي چې په شرصوفيه ناحيه کې شتون لري، اکثراً د ډوډي خوړلو نه مخکي پيښيږي ، او د غذا په خوړلو ، انت اسيډ يا ( $H_2$-blocker) په خوړلو باندي آراموالي مومي . د تحرکيت د کمښت ډول ناروغۍ اعراض اوعلايم عبارت دي له ، د ناآراموالي احساس د درد په پرتله زيات وي ،ناروغ دخيټي دډکوالي ، زړه بدوالي ،کانګو اوټيغ ايستلو څخه شکايت کوي ، چې اعراض اوعلايم يې د غذاپه خوړلو سره نور هم زياتيږي .دريفلکس ډول ناروغۍ اعراض اوعلايم عبارت دي دزړه دسوځيدو اووخولي ته دترخواوترووااوبوراګرځيدلو( acid regurgitation ) څخه . ولي بايد ووايو چې کيداي شي پورته ذکر شوي ، اعراض اوعلايم يو د بل سره ګډ وليدل شي.

د ډيزپيپسيا سره مل نس ناستي اويا قبضيت دتخريش وړکولموپه سندروم او يا د نس ناستي ضد يامسهل درملو په زيات استعمال دلالت کوي . په ډيزپيپسيا اخته ناروغانو کې دپام وړ اعراض او علايم چې ورته(alarming symptoms) هم وائي عبارت دي له (د اشتهاکموالي ، زړه بدوالي ، کانګي ، دوزن کمښت ، کم خوني ، په غايطه موادوکي وينه ، ستونزمنه بلع (dysphagia) ، درد نا که بلع(odynophagia)اوپه معياري درملنه يا ($H_2$-blockers) ځواب نه ورکول ) څخه .

**معاينات**

زيات شمير ځوان ناروغان چې عمرئي تر ۵۰ کلني کم وي ومعايناتوته اړتيانلري.بوډاګان اوياهغه ناروغان چې الارمنګ اعراض (د اشتهاکموالي ، زړه بدوالي ، کانګي ، دوزن کمښت ، کم خوني ، په غايطه موادوکي وينه ، ستونزمنه بلع (dysphagia) ، درد ناکه بلع(odynophagia)اوپه معياري درملنه يا ($H_2$-blockers) ځواب نه ورکول ) ولري بايد انډوسکوپي ورته ترسره شي.


www.ketabton.com

په ګسترو سکوپي سره اکثراً دمعدي التهاب موندل کيږي،ولي داچي دا التهاب د اعر اضو او علایمو سبب ګرځيدلي دي،ښه ښکاره نه ده.

**فزيکي معاينات :** ددي معايناتو په ذريعه د ډيزپيپسيا اسباب نا در موندل کيداي شي ، ولي که په غايطه موادو کې پټه وينه (occult blood) موجوده وي ،بايد ناروغ ته نور مکمل معاينات هم تر سره شي .

**نور معاينات ( Testings ) :**په روتين ډول په نوموړي ناروغانو کې د ويني روتين اوبيو شيميک معاينات او دغايطه موادو معاينه د( occult blood)لپاره (ترڅو د معدی اوکولموڅخه د ويني دضايع کيدومنبع وموندل شي ) تر سره کيږي . که يي نتايج غير نورمال وي ، نو نور اضافي معاينات ( لکه راډيو ګرافي ، التراسونډ ، انډوسکوپي ) هم بايد په پام کې وي .د سرطان د خطر په پام کې نيولو سره هغه ناروغان چې عمر يي تر ۴۵ کلونو زيات وي او يا هغه ناروغان چې نوي ورته ( alarming symptoms ) پيداکيږي بايد ژر تر ژره د معدی اوکولمودپورتني برخي انډوسکوپي ترسره شي .
هغه ناروغان چې عمر يي تر ۴۵ کلونو کم او (alarming symptoms) هم ونلري ، يو شمير مؤلفين (empiric )درملنه د ( antisecretory ) يا (prokenetic) درملوپه ذريعه توصيه کوي ،چې د ځواب نه ورکولوپه صورت کي انډوسکوپي تر سره کوي . يو شمير نورمؤلفين ( $C_{14}$-urea breath ) معاينه يا د غايطه موادو د معايني په ذريعه د (*H-pylori*) د معلومولو معاينات توصيه کوي .
په هغو ناروغانو کې چې دريفلکس اعراض اوعلايم دانډوسکوپي دتر سره اوياد ۲تر۴ اونيو دپروتون پمپ نهيه کونکودرملوتر تطبيق وروسته بياهم دوام وومومي دمرئ ( manometry ) او د (pH) مطالعه استطباب لري.


www.ketabton.com

**درملنه**

ځانګړي حالتونه و درملني ته اړتیا لري . هغه ناروغان چې ناروغي يي معلومه وي بايد تر څارني لاندي ونيول شي او ورته ډاډ ينه ورکول شي . که اعراض اوعلایم شتون ولري بايد د (ډپروتون پمپ نهيه کونکودرملو، $H_2$-blocker ) اويا د حجروي محافظوې درملو ( sucralfate ) په ذريعه تداوي شي . د(prokinetic) درملو (د بیلګې په توګه (metoclopramide, erythromycin) مايع شکل با يد په هغو ناروغانو کې چې ناروغي يی دتحرکيت دکمښت له کبله وی وازمايل شي . ولي د هر شکل لپاره کوم ځانګړي درمل شتون نلري . د هاضمي دخرابوالي په وظيفوي ډول کې (misoprostol اوanticholenergics ) درمل کوم اثرنلري ولي tricyclic antidepresant درملونه کيداي شي ګټور تمام شي .

پرته له نسخي څخه ترلاسه کيدونکي مواد لکه بينو( ډ-ګلکتوزيدازانزايم) کوم باد چې دهغوغذاوو څخه چې په ترکيب کې رفينوزاوستاکيوز( لکه سابه،لګام،غلي داني اونخود) لري دباداندازه کموي . شارکول هم کيداي شي ښه والي رامنځته کړي،ولي سايميتيکون ګټه نلري.

اکثرناروغان په ځنډني ډول دخيټي دپاړسوب اوبادڅخه شکايت لري،چې زيات شمير يې زيات بادتوليدوي.زيات شمير ناروغان دکولموږوظيفوي ناروغي لکه دتخريش وړ کولمو سندروم اويا وظيفوي ډيزپيپسيا لري.په داسي ناروغانوکې دغذايي موادودشحم کمښت ګټورتماميږي.

ريفګزيمين ٤٠٠ ملي ګرامه دورځي ٢ ځلي،اوهم هغه انتي بيوتيکونه چې نه جذبيږي،په ٤٠ سلنه ناروغانوکې ګټور تماميږي.[٥]


www.ketabton.com

# دریم څپرکی
# دکولموناروغۍ

د تخریش وړکولموسندروم.
د کولمو التهابي آ فات.

## دتخریش وړکولموسندروم
## Irritable Bowel Syndrome (IBS or Spastic Colon)

### تعریف

دکولمو دوظیفوی ناروغیودجملی څخه دي ،چې دخیټي په دردونو،ناراحتي او د کولمو د تخلیه په بینظمي سره وصفي کیږي،حال داچي په کولموکي کومه ساختماني خرابي شتو ن نلری.[۲]

### اپیدیمولوژي

دنړي په کچه تقریباً د۱۰ تر ۲۰ سلنه ځوانان ددي ناروغۍ اعراض اوعلایم لري چي په ښځو کي دنارینوپه پرتله ئي پیښي زیاتي دي.[۲]

### پتوفزیالوژي

په دي ناروغانو کې د معدي اوکولمو تحرکیت کومه ثابته ستونزه نه موندل کیږي. په یو شمیر ناروغانو کې غیر نورماله معدوي کولونی عکسه شتون لرې چې د کولون فعالیت ځنډنۍ او دوامداره تر سره کیږي. په دې ناروغانو کې کیداي سي معدوي تخلیه کمه یا د وړوکلمودجیجونوم برخی دتحرکیت ستونزه ولري. په یو شمیر ناروغانو کې د پام وړطبی ستونزه موجوده وي، ولي په یو شمیر کې که موجوده وي بیا د اعراضواوعلایمو سره کومه اړیکه نلري. د وړوکلمو تخلیه متفاوته او کله کله د وړوکلمولومړنی برخه د خوړو او سیمپاتومیمیتیک درملو په مقابل کې زیات عکسل العمل ښکاره کوي. د سیګموييد کولون د لومن د داخلي فشار مطالعه څرګندوي چې دهوسترل سګمنتونود زیاد عکسل العمل (د بېلګې په توګه د تقلصاتو د تعداد او امپلیتود زیاتوالي) سره سره وظیفوي قبضیت کیداې شي را منځته شي. په لنډ ډول نس ناستي بیا کیداې شي چې د کم حرکي فعالیت بر سیره را منځته شې ،لهذا قوي تقلصات کولاي شي په یوه وخت کې هم دکولمو تخلیه ګړ ندۍ او یا یي و ځنډوي.
دتخریش وړکولموپه سندروم اخته ناروغانوکي دکولموفرط حساسیت لیدل کیږي،چي دتولید میخانکیت ئي ښه نه دي پیژندل سوي .
د مخاط زیات تولید چې اکثرآ دتخریش وړکولموپه سندروم اخته ناروغانوکې لیدل کیږې د مخاطې غشأ پر تخریب دلالت نه کوې او کیدای شي د کولینرجیک اعصابود زیات فعالیت سره اړیکي ولري.
دلومن دداخلی نورمال پراخیدو سره سره دزیات عکس العمل اودکولمو دنورمالی اندازی ګازپه موجودیت کې د درد زیات احساس موجود وی . درد داسی معلومیږی چې د کولمودملسأ عضلاتو د قوی تقلصاتو او یا پراخیدو په مقابل کې دکولمودحساسیت دزیاتوالی له کبله پیداکیږی . همداراز دګسترین اوکولی سیستوکینین هور مونو په مقابل کې هم ناروغ فرط حساسیت ښیي . ولی د هور


www.ketabton.com

مونود سويي بدلون پر **اعراضواوعلايمو** کوم اثر نلری .هغه خواړه چي د کالوری اندازه يي زياته وی د معدوی تحرکيت اودکولمود برقی عضلی فعاليت د تعداد اوتقلصاتو د زياتوالی سبب کيږی .
د شحمی خوړو خوړل چی په نورمال ډول هم حرکی فعاليت ځنډوی، دتخريش وړکولموپه سندروم اخته ناروغانو کې نور هم زياتوالی مومي. دتحيض د دوری په څولمړيو ورځوکې دprostaglandine E2اندازه لوړه ځی چی درد او نس ناستی نوره هم زياتوی اوفکر کيږی سبب يی هم دا د پرو ستا ګلا ند ين آزاديدل وي .[٤]

**اعراض اوعلايم**

په اکثروناروغانوکي لمړي اعراض اوعلايم تر ٤٥ کلني دمخه پيليږي.په ښځوکي دنارينه وو په پرتله ۲ يا ۳ ځلي زيات ليدل کيږي اوپه ۸۰ سلنه پيښوکي ناروغي شديد سير لري . درد اودختې ناارامي ددي ناروغۍ دتشخيص لپاره اړينه ده.
دتخريش وړکولموپه سندروم اخته ناروغانو کې د خيټي د کښتنی برخي پري کيدونکي او کرمپ ډوله ښکاره دردونه پيداکيږي .درد معمولاً د تغوط او يا د باد د خارجيدو وروسته آراموالي مومي، دردونه د ورځې په اوږدو کې رامنځته خو نادراً دشپي د خوب پر وخت ليدل کيږي. اعراض اوعلايم د غذا خوړولو او يا روحي فشارونو سره د مخامخ کيدو په صورت کې زياتوالي او شدت مومي ، د دتخريش وړکولمود سندروم د اعراضواوعلايمو څخه يو هم دخيټي درد دی چې د تغوط پر وخت پيدا او د تغوط دتر سره کيدو وروسته آراميږ ي، د غايطه موادو په قوام او دفعاتوکې بدلون ،د خيټي توسع ،په غايطه موادو کې د مخاط شتون، او تر هر تغوط وروسته د ناکافي تخليه احساس موجود وي.عموماًد درد وصف او مو قعيت،تشديدونکي عوامل، او د غايطه موادو سره يې تړاو ،د يوه ناروغ څخه تر بل پوري بدلون مومي. دتخريش وړکولموپه سندروم اخته ناروغان کيداي شي دمعدي اوکولموپرته نور اعراض اوعلايم (د بيلګي په توګه، عضلې دردونه، د سرخوږ،د جماع پر وخت ددرد احساس ،او دصدغی مفصل سندروم) هم ولري.

**دوه عمده ډولونه ئي عبارت دي له**

**الف:** دتخريش وړکولمو د سندروم هغه ډول چې **قبضيت** په کې ښکاره وي ،دا ناروغان اکثراً دکولون په يوه نه يوه حصه کي درد لری او د نورمال تغوط بر سيره د قبضيت څخه شکا يت کوې، په غايطه موادو کې اکثراًشين رنګه مخاط موجود وې. درد اکثراً قلنجي وي او په حملوي ډول منځ ته راځي اويا دا چې د يوه دروند درد په ډول موجود او په تغوط سره آراموالي مومي.اکثراً تر خوړو وروسته درد زياتوالي مومي. په دی ناروغانو کې دخيټي نفخ وباد ،زړه بدوالي ، بدهضمي او تېغ وهل هم موجود وې.

ب : دتخريش وړکولمود سندروم هغه ډول چې **نس ناستي** په کې ښکاره وي، نس ناستي د خوب څخه تر راويښيدلو او يا د غذا خوړلو په وخت يا سمدستي وروسته تر غذا خوړلو پيښيږي، په ځانګړي توګه ترژر ژرغذا خوړلو وروسته. د شپي لخوا نس ناستي معمولي نه ده ،درد، نفخ وباد او د معقد د ژر ژر تخليه کيدواحساس معمول وی او حتي کيداې شي چې دمعصری Incontinence موجود وې. پر ته له درده نس ناستي معموله نه وی که موجوده وي بايد يو شمير نورو ناروغيو لکه سؤهاضمي يا اسموټيک اسهالاتوته پام واړول شي.[٤]


www.ketabton.com

۳- ۱ نمره جدول: دتخریش وړکولمودسندروم عمده اعراض اوعلایم.[۳]

| |
|---|
| • دکولموپه نورمال حالت کي بدلون.<br>• په غایطه موادوکي دمخاط شتون.<br>• دخیټي کولیکي دردونه.<br>• دغایطه موادودناکافي تخلیه احساس.<br>• دخیټي توسع. |

**تشخیص**

تشخیص معمولاً دکولمود ښکاره حرکاتو، د خیټي ددردونو د وخت او وصف او د فزیکي او روتینو لابراتواری معایناتو په ذریعه د نورو ناروغیو په ردکولو سره ایښودل کیږی. دیو شمیر ځانګړیو اعراضواوعلایمو لکه بوډاتوب، د وزن کمښت، مقعد ي خونریزي، او کانګي چې د (red flags)په نوم هم یادیږي، دشتون په صورت کې بایددپرمخ تللو لابراتواري معایناتو څخه کاروا خستل شي.

دتخریش وړکولمود سندروم د تشخیص لپاره چي د اعراضواوعلایمو پر اساس ولاړ معیا رونه په پام کې نیول کیږی هغه د ( Rome)معیارات دي چي په دي معیاراتو کې باید د دریو میاشتو لپاره ناروغ لاندی اعراض اوعلایم ولري.

۱- دخیټي دردونه یاناراحتي چي د تغوط په ترسره کولوسره آراموالي مومي او یا دا چي دغایطه موادو د قوام او دفعاتو سره اړیکه ولري .

۲- ستونزمن تغوط چي دلاندنیو نښو څخه دوې باید ورسره مل وی، د غایطه موادود دفعاتو بدلون د غایطه موادو د قوام بدلون ،د غایطه موادو په خارجیدو کې بدلون د مخاط خارجیدل،او د نفخ وباد یادخیټي دپړسوب احساس .[٤]

په ۳- ۲ نمره جدول کي دتخریش وړکولمودسندروم دتشخیص لپاره اړین معیارونه (د Romeمعیارونه) ښودل سویدي.[۲]

۳- ۲ نمره جدول د Romeمعیارونه

| |
|---|
| دخیټي متکرردردونه یا نارامي چي په اخرو۳ میاشتوکي دمیاشتي لږترلږه ۳ ورځي رامنځته اودلاندي اعراضوڅخه ۲ یازیات ورسره مل وي.<br>۱- په تغوط سره ارامولي مومي.<br>۲- دناروغۍ حمله دغایطه موادودفریکونسي بدلون سره مل وي.<br>۳- دناروغي حمله دغایطه موادودشکل دبدلون سره مل وي. |


www.ketabton.com

**فزيکي معاينه**

ناروغ ظاهراً روغ ښکاري. په جس خيټه په ځانګړې توګه چپه،سفلی څلورمه برخه حساسه او دردناکه وی چې پر حساس او درد ناکه سګموئيد کولون دلالت کوي. په ټولو ناروغانو کې بايد د ګوتې په ذريعه د مقعد معاينه تر سره او په غايطه موادو کې پټه خون ريزی (Ocuult Blood)ولټول شی. په ښځو کې ،د حوصلی په معايني سره کيدای سي د مبيضي تومورونو يا سيست يا داندومتريم التهاب چې اکثراً **دتخريش وړکولمودسندروم** سره ورته والي لري ،موجوديت تأييديار دکړل شي.

**متممه معاينات**

د flexible fiber optic سامان آلاتو په ذريعه بايد (proctosigmoidoscopy) ترسره شي ، ددې معايني په تر سره کولو سره دکولمو سپزم او دردونه معمولاً زياتوالي مومي. **دتخريش وړکولمو په سندروم** اخته ناروغانو کې مخاط اووعايي شبکه معمولاً نورماله وي. هغه ناروغان چې عمر يي تر ( ۴۰ )کلونو زيات وی او د کولمود ستونزو څخه شکايت ولري او په پخوا کې يي **دتخريش وړکولمودسندروم** اعراض اوعلايم نه درلودل، د کولون د تومور اويا پو ليپ دموندلولپاره بايدورته colonoscopy ترسره شي.

کوم ناروغان چې ځنډنۍنس ناستي لري، په ځانګړي توګه زړي ښځي،د مخاط د بيوپسي په ذريعه دکولون دميکروسکوپيک التهاب شتون يا نه شتون په ګوته کيدای شي.په دي **ناروغۍ** اخته زياتو ناروغانوکې اکثراًتر اړتيا زيات معاينات تر سره کيږي.

هغه ناروغان چې د Rome معيارات ولري، او نور **اعراض اوعلايم** چې پر بله ناروغۍ باندي دلالت کوی ونلری ، نو لابراتواري معاينات د ناروغۍ د تشخيص سره مرسته نشي کولاي، په هغه صورت کې چې پټ **اعراض اوعلايم** شتون ولري نو ناروغ ته بايد لاندني لابراتواري معاينات تر سره شي.دويني روتين معاينات , دسروکريواتودسيډمنټيشن سرعت دويني بيوشيميک معاينات دکبدی دندو ټستونواودسيروم اميلازپه شمول،دادرارمعاينات او ددرقيه غدی دتنبه کونکي هورمون اندازه هم بايد وکتل شي.

نور معاينات ( لکه التراسوانډ، upper GI او barium enema X-Ray, CT او د وړو کلمو X-Ray هغه وخت تر سره کيږي چې پر esophagogastroduodenoscopy بله ناروغۍ شکمن يو.که کوم ساختماني غير نورمال حالت موجود وی نو د( $H_2$ breath test ) ترسره کول استطباب لری. د غايطه موادو معاينه او يا کلچر په ځانګړي توګه د پرازيتونويادهغوی دهګيودموندلولپاره نادره تر سره کيږي، او يوازي کله چې ناروغ د سفرتاريخچه ولري او يا داچې تبه،وينه لرونکي نس ناسته او ياناڅاپي شديده نس ناستي ولري بايد ورته تر سره شي.

**تفريقي تشخيص**

کومی ناروغۍ چې معمولاً **دتخريش وړکولمودسندروم** سره مغالطه کيدای شي ،عبارت دي له:
lactose intolerance, diverticular disease,drug induced diarrhea , biliary tract disease , laxative abuse, parasitic disease , bacterial enteritis , eosinophilic gastritis or microscopic colitis , enteritis اود التهابي معايي ناروغيو ابتدايي مراحلو څخه.

carcinoid syndrome ,hyper thyroidism, Zollinger Ellison syndrome او. vipoma , medullary cancer of the thyroid بيا هغه ناروغۍ دي چې بايد په نس ناسته


www.ketabton.com

اخته ډول **دتخریش وړکولمودسندروم** ناروغانو کې ورته پاملرنه وشي. هغه ناروغان چې عمر يې تر ( ۶۰ )کلنۍ زيات وي بايد پکې ischemic colitis ته پام واړول شي.
په قبضيت اخته **دتخريش وړکولمودسندروم** ناروغان په ځانګړې توګه چې کومه اناتوميکي ستونزه هم ونلري بايد د hypothyroidism اوhyper para thyroidism له نظره معاينه شي.
که په ناروغ کې د malabsorption ښکاره**اعراض اوعلايم** موجودوي نو بايد د tropical sprue، celiac disease او Whipple ناروغۍ په پام کې وي. همداراز د کولمود تخليې ستونزې ( د بېلګې په توګهpelvic floor dyssynergia په ځانګړي توګه په هغو ناروغانو کې چې د تغوط په وخت د زيات زور څخه کار اخلي هم د قبضيت سبب کيداى شي.

**درملنه**

معمولاً کومکي اوعرضی درملنه ترسره کيږي، په دي ناروغانو کي د سمپاتيک اعصابو د فعاليت پيژندنه زياته اړينه ده.طبيب بايد موجوده **اعراض اوعلايم** و ناروغ ته په ښه ډول واضح کړي او ورته ډاډېنه ورکړي چې کومه فيزيولوژيکه ناروغي نلري. په دي جمله کي بايد ناروغ ته د کولمو نورمال فزيولوژيک حالت او د روحي فشار، درملو يا خواړو په مقابل کي د فرط حساسيت عکسل العمل مينځته راتلل وروښودل شي. د ناروغۍ د شيوع ،ځنډنی توب او ودوامداره پرستاري ته اړتيا هم بايد و ناروغ ته وپوهول شي.
فيزيولوژيکي روحي فشارونه ،خفګان بايد په ګوته، ارزيابي او تداوي شي .معمول فزيکي فعاليتونه په ځانګړی توګه په قبضيت اخته ناروغانو کي د روحي فشارکمښت د کولموددندو په ښه والي کي مرسته کوي.
**غذايي رژيم :**معمولاً ناروغ بايد نورمال غذايي رژيم تعقيب کړي ،زيات خواړه بايد ونه خوری اود خوا ړوخوراک بايد په کراره کراره او تدريجی وي .کوم ناروغان چې د خيټی دتوسع اونفخ وباد څخه شکايت لري بايد د هغوخواړو چې تخمر کونکي کاربوهايدريت لری لکه لوبيا ، کرم او نورو د خوړلو څخه ډډه وکړي .د سيبو او انګورو د اوبو، کيلي ،مغزياتو او کشمشو کم خوړل هم د نفخ وباد په کموالي کې مرسته کوي. کوم ناروغان چې د لکتوزپه مقابل کې عدم تحمل لري بايد شيدي او لبنيات کم وخوري .د ساربيتول ، مونيتول او فر کتوز په خوړلو سره هم دکولمو دندي خرابوالي مومي. هغه ناروغان چې تر ډوډي خوړ لو وروسته سمدلاسه ورته دخيټی دردونه پيدا کيږي ،بايد هغه خواړه چې شحم يي کم او پر وتين يي زيات وي استعمال کړي.
غذايي فايبرونه کيداي شي د اکثرو ناروغانو سره مرسته وکړي تر څو دکولمو اوبه جذب او غايطه موادجامد کړي، چې په دواړو ډولونو( قبضيت يا نس ناستي )اخته ناروغانوکې ګټور تماميږي ، په دي مقصد د بلک توليد ونکو موادولکه دغنموپوټکی څخه کاراخستل کيږی،چي يوه کاچوغه يا ۱۵ ملی ليتره د هري غذا سره يو ځای شروع او زياتي اوبه ورسره چښل کيږي معادل يي Psyllium hydrophilic mucilloidدي چې د دوو ګيلا سو اوبو سره يوځای چښل کيږي.
بايد په پام کې وي چې د فايبرونو زيات استعمال پخپله هم د نس ناستي او د خيټي د نفخ و باد سبب کيږي ،نوله همدي کبله بايد د فايبرونواندازه د ناروغ د اړتيا سره سم تعينه شي.
**درمل:** معمولاً درملو ته ډيره کمه اړتيا ليدل کيږي، او يوازي د ډيري لنډي مودي لپاره کله چې دکولمو فعاليتونه زيات وي توصيه کيږي. ا نتی کولينرجيک درمل hyoscyamine د0.125 ملي ګرامه په اندازه د خوړودخوړلو څخه نيم يا يو ساعت مخکي) کيداي شي د هغه انتي سپازموډيک اثراتو له کبله چې لري يي ناروغ ته توصيه شي .نوي انتخابي د$M_3$ مسکارينيک آخذو انتا ګونست درمل لکه ( darefenacine and zamifenacine)توصيه کيږي ،قلبي او معدوي اثرات يي دنوروپه پرتله کم دي.


www.ketabton.com

په دي ناروغانو کي د سیروتونین آخذو د فعالیت کمښت هم ګټور تماميږي ،په دي مقصد ( $5HT_4$ )اګونست درمل tegaserol او prucalopride کیداي شی په قبضیت اخته ناروغانوکې ګټور تمام شي.
د$5HT_3$ انتاګونست درمل چې د ulosteron په نوم یادیږی کیداي سي په هغو ښځینه ناروغانو کي چې په نس ناستي اخته وي ګټور تمام سي.په نس ناستي اخته ناروغانو کي د خولي د لاري diphenoxylateد۲،۵ تر ۵ملي ګرامه یا loperamide د۲تر ۴ملي ګرامه کیداي سي د غذأ د مخه توصیه شي. د نس ناستي ضد درمل دوامداره نه توصیه کیږي ،ځکه دوامداره استعمال یي تاثیرات کموي.په زیاتو ناروغانو کي دخفګان ضد tricyclicدرمل د بیلګي په ه توګه amitryptyline، imipramineاو dispramine د ۵۰تر ۱۵۰ ملي ګرامه د خولي د لاري د ورځی یو ځل کیداي سي د قبضیت ،نس ناستي ،دخیټی د دردونو او نفخ وباد په آراملو کې ګټور تمام سي. په آخره کې ځانګړی اروماتیک تیل carminativesکیداي سي د ملسأعضلاتو داسترخأ او د درد د کمښت سبب وګرځی، چي په دي جمله کې په زیاته اندازه د peppermint oil څخه ګټه اخستل کیږي.


References:

- THE MERCK MANUAL OF DIAGNOSIS AND THERAPY, 18th edition, 2006
Section 2,Chapter 8 , Page = 82-85
- KUMAR AND CLIRK
CLINICAL MEDICINE,GASTROINTESTINAL DISEASE,6th edition,2005
Chapter 7, Page 358- 361
- Davidson's
Principles and Practice of Medicine, 20th Edition,2006
Alimentary tract and pancreatic disease
Chapter 22,Page, 920- 922



www.ketabton.com

## د کولمو التهابي ناروغي
## Inflammatory Bowl Disease (IBD)

**تعریف**

دکولموپرهغه ځنډنیو حالاتو دلالت کوي چې امیونولوژیکي منشه لري.ددي ناروغیودوه عمده ډولونه، د Crohn ناروغي او دکولون قرحوي التهاب Ulcerative colitisتشکیلوي.[۲]

**اپیدیمیولوژي**

ناروغي په هر عمر کي لیدل کیږي او اکثراً تر ۳۰ کلني مخکي شروع کیږي چي زیاتي پیښې یي د عمر د ۱۴- ۲۴کلونو ترمنځ پیښیږي. دکولون په قرحوي التهاب کي د ناروغي ثانوي زیاتوالي معمولاً د عمر د ۵۰ او ۷۰ کلني ترمنځ پیښیږي. همدا راز د ischemic colitis په پیښوکي هم دکولون قرحوي التهاب ته ورته ثانوي زیاتوالي لیدل کیږي.
ناروغي په شمالي ارو پا اویا هغو خلګو کي چي د Anglo – saxon د نژاده وي، زیاته لیدل کیږي. په ځانګړي توګه په یهودو کي. د ناروغي پیښي په مرکزي او جنوبي اروپا کي کمي ولي په جنوبي امریکا، آسیا او افریقا کې تر هغه هم کمي موندل کیږي. همداراز د ناروغي پیښي په تور نژاد او د لاتیني امریکا په هغو وګړو کې چې په شمالي امریکا کې اوسیږي زیاتي لیدل کیږي. د جنس له مخي دواړه جنسونه په مساوي اندازه مصابوي. د ناروغۍ د مصابیت خطر د کورني مثبتي تاریخچي له مخي د ۴- ۲۰ځلي زیاتوالي مومي، ولي اکثراً په ۷ سلني ته رسیږي، چي د مصابیت نوموړي فیصدي په Crohn ناروغي کي دکولون قرحوي التهاب په پرتله ډیره زیاته ده.
د Crohn ناروغي د زیات خطر سره د مخامخ کېدو په خاطر د یوه ځانګړي Gene موټیشن پیژندل شوي دي، حال دا چي دکولون دقرحوي التهاب لپاره نوموړي حالت ښه نه دي په ګوته شوي. د سګرېټو څکول د Crohn ناروغي په پرمختګ او شدت کې اغیزه لري، ولي دکولون دقرحوي التهاب خطر کموي. NSAIDs کیدای شي د کولمودالتهابي ناروغیو پیښې نوري هم شدیدي کړي.[۱،۴]

**اسباب اوپتوجنیزس**

د کولمو التهابي ناروغي چي د Crohn ناروغي او Ulcerative colitis پکښې دي پر هغه عود کوونکي حالت باندی دلالت کوی، چي ځانګړتیایي دمعدي اوکولمو د بیلا بیلو برخو مزمن التهاب دي،چې په نتیجه کي نس ناستي او دخیټې دردونه منځته راوړي. التهاب معمولاً د هضمي برخي په مخاطي حجراتوکي، د حجروي تولید شوي معافیتي عکس العمل له کبله را پیدا کیږي. اسباب یي نا معلومه، ولي د شواهدو له رویه معلومیږي چي په همدې ناروغانو کې نورماله معایي فلورا په یو شمیر ځانګړو او زیاتو جنیتیکي عواملو درلودونکو اشخاصو کې نوموړي معافیتي عکس العمل شدید وي ( چي زیاتره غیر نورماله، اپیتیلي مانعه او د مخاطي غشا معافیتي دفاع مصابوي ). تر همدې دمه د دې ناروغي په منځته راتلو کې کوم محیطي، غذایي او یا انتاني لامل نه دي پیژندل شوي. نوموړي معافیتي عکس العمل په امعأ کې د یو شمیر التهابي میډیاتورو لکه cytokines ، interleukines او Tumor Necrotizing Factors د آزادیدو باعث ګرځي. که څه هم د Crohn ناروغي او د کولون قرحوي التهاب یو د بل سره ورته والی لري، ولي په اکثرو حالاتو کي یو د بل څخه توپیریدای شي.
دکولون د التهاب تقریباً ۱۰ سلنه پیښي مبهمي وي. دcolitisکلمه یوازي د کولون پر التهابي ناروغیو باندي اطلاق کیږي ( د بیلګي په توګه ulcerative ، granulomatous ، ischemic ،


www.ketabton.com

radiation او infectious ).اود spastic colitis کلمه اکثراً د کولون په وظیفوي ناروغیو او یا Irritable Bowel Syndrome باندي دلالت کوي.[۱،۳،٤]

## دکولون قرحوي التهاب Ulcerative colitis

**تعریف**

د کولون د مخاطي طبقي ځنډني التهاب او قرحوي حالت ته ویل کیږي چې اکثراً په وینه لرونکي نس ناستي باندي موصوف کیږي.

**پتوفزیالوژي**

دکولون قرحوی التهاب اکثراً د مقعد څخه پیلیږي. کیدای شي چې یوازي په مقعد کې په موضعي ډول پاتي شي چې دمقعددقرحوی التهاب په نوم یادیږي او یا دا چې په صعودي ډول د کولون نورو برخو ته خپور او کله کله ټول کولون مصابوي. په یو ځل د ټولو غټو کو لمو مصابیدل، نادراً لیدل شویدي.
دکولون په قرحوی التهاب کې، التهاب د مخاط او تحت المخاط دواړي طبقې مصابوي او د ماؤفه او نورمالو انساجو ترمنځ ښکاره سرحد لیدل کیږي. یوازي په شدیدو حالاتو کې عضلي طبقه هم مصابیږي. دناروغۍپه پیل کې مخاطي غشأ سره ولي په آخیر کې ګرانولر او ماتیدونکي وي، چې نورمال وعایي جوړښت یې د لاسه ورکړي او په خپاره ډول وینه ورکوونکي ساحات پکښي لیدل کیږي. د مخاطي طبقي غټ قرحات چي په زیاته اندازه اکزوډیټ هم لري. د ناروغي پر شدید حالت باندي دلالت کوي. د نورمال او هیپرپلاستیك التهابي مخاط تبارز چي د کاذبوپولیپوپه نوم یادیږي، پر قرحوي مخاط باندي لیدل کیږي. فستول او آبسته منځته نه راځي.دناروغۍ شدیدډول fulminant colitis هغه وخت رامنځته کیږي، کوم وخت چې د قرحې transmural توسعه د موضعي ileus او پریتوان د التهاب سبب وګرځي. دکولون زیاته توسعtoxic megacolon یوه بیړني طبي پیښه ده چې په هغه کې شدید transmural التهاب د کولون د زیاتی توسع او کله کله تثقب سبب کیږي او هغه وخت پر دې ناروغي دلالت کیږي چي د مستعرض کولون قطر د ناروغي د شعلورکیدو پر وخت تر ۶سانتي متره زیات شي. داحالت که څه هم اکثراً په بنفسه ډول د کولون د شدید التهاب په نتیجه کې رامنځته کیږي، ولي کیدای شي چې د تریاکودمستحضراتو یا د نس ناستي ضد انتي کولینرجیك درملو د استعمال له کبله زیات شي. دکولون تثقب اکثراد مړیني سبب کیږی.[٤]

**اعراض اوعلایم**

دناروغي غټ اعراض نس ناستي،مقعدي خونریزي،پیچش،مخاط اودخیتي دردونه تشکیلوي.داعراضوشدت اووخامت دناروغي په توسعه اوحالت اړه لري.ناروغي کیداي چي په حادډول پیل ولي اعراض داونیویامیاشتولپاره دوام وومومي.کله کله نس ناستي او خونریزي په متناوب ډول پیښنه اوخفیفه وي چي حتي ناروغ ددرملني په لټه کي نه کیږي.[۲]
په دي ناروغانو کې وینه لرونکې نس ناسته چې هم د شدت او هم دوام له مخي توپیر لري اوپرته له اعراضواوعلایمووقفه هم ورسره موجوده وي، لیدل کیږي. د ناروغۍ حمله اکثراً پټه شروع کیږي چي وروسته د تغوط لپاره احساس زیات، دخیتې د ښکتني برخی سپک دردونه موجود، او په غایطه موادو کې وینه او مخاط موجود وي. یو شمیر حالات حتي د انتان ( امیبی یا بکتریایي پیچش ) تر حملي وروسته رامنځته کیږي. کله چي زخم یوازی په ریکتم یاسیګموئیدکولون کې محدود وي، نو غایطه مواد کیدای سي نورمال یا سخت او وچ وي. د مقعد څخه مخاط چي سره او


www.ketabton.com

سپین کریوات پکښې زیات وي، د غایطه موادو سره یو ځای او یا پرته له غایطه موادو خارجیږي. سیستمیک اعراض اوعلایم کیدای شي هیڅ موجودي نه وي او یا دا چې لږ وي. که قرحه د پورته و خوا ته توسعه ومومي، غایطه مواد آبګینه او ناروغ کیدای سي په ورځ کې تر ۱۰ ځلي زیات تغوط ولري چې اکثراً شدید درد او مقعدي سوزش ورسره مل وي، چې حتي د شپې له خوا هم آراموالی نه مومي. غایطه مواد کیدای سي آبګینه او مخاط درلودونکي وي او اکثراً ټوله غایطه مواد د وینې او قیح څخه تشکیل سویوي. په شدید حالت کې کیدای سي ناروغ شدیده خون ریزي ولري چې حتي د ویني و بیړني ورکولو ته اړتیالري. دناروغۍ شدید حالت fulminant colitis معمولاً په نا ځاپي او شدید ي نس ناستي سره شروع کیږي، چې تبه ( ۴۰ درجې سانتي ګراډ یا ۱۰۴ درجې فارنهایټ)، دخیټي دردونه، د پریتوان د التهاب اودویني دمیکروبي کیدواعراض اوعلایم ورسره مل وي.
عمومي اعراض اوعلایم چې دکولون په شدید قرحوي التهاب کې موجودي وي، عبارت دي له سټریا، تبه، کم خوني، د اشتها کموالي او د وزن کمښت څخه. دکولمونه بهر تظاهرات ( په ځانګړي توګه د مفاصلو او پوستکي اختلاطات چې مخکي وویل شول )، معمولاً په هغو ناروغانو کې چې عمومي اعراض اوعلایم ولري، زیات لیدل کیږي. [٤]

**لابراتواري معاینات**

کم خوني، د البومین د کمښت اود الکترولیتونو د ضایعی یا زیاتوالي د معلومولو په منظور هم باید لابراتواري معاینات تر سره شي. ناروغ ته باید Liver Function Tests ترسره او که یي په وینه کې الکلین فوسفاتیزاو γ-glutamyltransepeptidase لوړ وموندل شي ،نو کیدای شي چې د ابتدایي sclerosing cholangitis و خوا ته پام واړول شي. لوکوسیتوز او د حادي مرحلې د عکس العملی موادو ( د بیلګي په توګه، Erythrocyte Sedimentation Rate, C Reactive Protein ) د سویه لوړوالي که څه هم ځانګړي ارزښت نه لري ولي یوازي د ناروغي د فعالیت د په ګوته کولو په منظور معاینه کیږي.
دکولون په قرحوي التهاب اخته د ۶۰تر ۷۰ سلنه او په Crohn ناروغي اخته د ۵تر۲۰ سلنه ناروغانوکي perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies شتون لري، د anti-saccharomyces cerevisiae انتي باډیو شتون د Crohn ناروغي لپاره ځانګړي دي، ولي بیا هم د ځانګړي تشخیصي معاینې په توګه ورڅخه کار نه اخیتسل کیږي.
په ټولو ناروغانو کې، بایدد معایي انتاناتو لپاره د غایطه موادو کلچر او د امیب د موندلو لپاره بایدد تازه غایطه موادو معاینه تر سره شي. که د سفر کولو او یا اپیدیمیولوژیکي بدلون له کبله پر امیبیازیس شکمن یاست، نو باید ناروغ ته سیرولوژیك معاینات او بیوپسي هم ترسره شي. که د انتي بیوتیك د استعمال پخواني تاریخچه موجوده او یا ناروغ په نژدې وختو کې بستر شویوي نو باید غایطه مواد د clostridium difficile د توکسین له کبله وکتل شي. د خطر سره مخ ناروغان باید د herpes virus, gonorrhea, HIV, chlamydia او amebiasis له کبله وکتل شي. ا بن الوقته انتانات ( د بیلګي په توګه، mycobacterium ovium, cytomeglovirus ، intracellulare ) یا Kaposis sarcoma هم باید په هغو ناروغانو کې چې معافیتي سیستم یې کمزوري شویوي، هم په پام کې وي، هغه ښځې چې د امیدواري ضد درمل استعمالوي، کیدای شي د امیدواري ضد درملو په ذریعه د کولون التهاب ( contraceptive induced colitis ) منځ ته راشي چې اکثراً د هورمون تر پریښودلو وروسته پخپله جوړیږي. [٤]


www.ketabton.com

**انډوسکوپي**

سیګموئیدوسکوپی هم باید ترسره سي، چې د دې معاینې په ذریعه د کولون التهاب په سترګو لیدل کیدای سي او د میکروسکوپیکي معاینې او کلچر لپاره په مستقیم ډول نمونه ترلاسه او د ماؤفه برخي څخه بیوپسي هم اخیستل کیدای سي. بیا هم، کیدای شي چي دواړه حالتونه ( په سترګو لیدل او بیوپسي ) ښکاره تشخیص وضع نه کړي، ځکه د کلمو د التهاب زیات ډولونه سته چي یو د بل څخه یې توپیر ستونزمن دي. د مقعد د شاو خوا شدید آفات،د مقعدآفات، د خون ریزي نشتوالي او د کولون غیر منتناظر یا قطعوي مصابیت معمولاً زیات دکولون دقرحوي التهاب په پرتله د Crohn ناروغي لپاره ځانګړي دي. کولونوسکوپي ته په ابتدأ کې اړتیا نه لیدل کیږي ولي کله چې التهاب د پورته ( سیګموئید کولون ) و خوا ته خپور شویوي، کیدای شي تر سره شي. [٤]

**راډیوګرافي**

ایکسري که څه هم تشخیصي ارزښت نلري، ولي کله کله کیدای شي چې غیر نورمال حالت په ګوته کړي. د خیټي ساده ایکسري کولای شي د مخاطي طبقي پاړسوب د haustration له منځه تلل او په ماؤفه برخه کې د غایطه موادو نشتوالي وښئي. د باریم امالې په ذریعه کیدای شي چې ورته بدلونونه په ښکاره توګه ومونډل شي او حتي قرحه هم څرګندولای شي ولي باید په پام کې وي چې په حاد حالت کې استطباب نه لري. که ناروغي کلونه دوام ومومي، نو کیدای شي چې کولون لنډ او کلك وي او مخاطي طبقه یې اتروفیکه او یا دکاذبوپولیپونو منظره و لري. که په X-Ray کې د بټي ګوتي د ایښودلو نښانه ( thumb printing ) او په قطعوي ډول د کولون مصابیت ومونډل سي نو دکولون دقرحوی التهاب په پرتله د کلمو پر اسکیمیا او یا Crohn's Colitis باندي زیات شک کیږي. [٤]

**تشخیص**

د ناروغۍ تشخیص معمولاً د ښکاره اعراضو اوعلایمو له رویه په ځانګړي توګه که د کولمو نه بهر تظاهرات او یا د پخواني ورته حملې تاریخچه شتون ولري، ایښودل کیږي.

**تفریقي تشخیص**

له دي کبله چې ناروغي دزیاتونورروناروغیو سره ورته والي لري،ځکه نوباید په تفریقي تشخیص کې په پام کې ونیول شي. داناروغي عبارت دي له:

**۱- انتاني ناروغي**

الف:بکتریائي ناروغۍ: سلمونیلا،شګیلا،توکسیجنیک ایکولاي، کمپیلوبکتر، یرسینیا ، کلوستریدیم ډیفیسیلي،ګونوریا،کلامیډیا تراخوماتیس.

ب : میکوبکتریل ناروغۍ:توبرکلوزس، میکوبکتریم اووم.

ج :پرازیتي ناروغۍ:امیبیازس،ایزوسپورا،تریکورس تریکورا،چنګکي چنجي،سترانجیلوئید).

د : ویروسي ناروغۍ: سایتومیګالوویروس،هرپس سمپلکس، اوایچ-اي-وي .

و : فنګسي ناروغۍ: هستوپلازموزس،کاندیدا،اسپرجیلوس.

**۲- غیر انتاني ناروغۍ**

الف: التهابي آفات: داپنډکس التهاب،دډایورټیکول التهاب،دکولون التهاب،دکولون اسکیمیک التهاب،دشعاع په ذریعه دکولون یا وړوکولموالتهاب اوBuchet's سندروم.

ب: نیوپلاستیک افات: لمفوما،میتاستاتیک کرسینوما،کرسینوئیدتومور ،فانیلیل پولیپوزس.


www.ketabton.com

ج :درمل اوکیمیاوي مواد:NSAIDs ،فوسفوسوډا،کتارتیک کو لون ، د ګو لډ مستحضرات ،دامیدواري ضد فمي درمل،کوکائین،دسرکان ضددرمل.[۲]

**موضعي اختلاطات عبارت دي له:**

۱- توکسیک میګاکولون.
۲- سوري کیدل.
۳- دکولون توکسیک التهاب.
۴- سترکچر.
۵- مقعدي فیسور،دعجان ابسه،بواسیر.[۲]

**درملنه**

یو زیات شمیردرمل شته چي د کولمودالتهابي ناروغیو په درملنه کې ورڅخه کار اخیستل کیږي ولي د هرې نا روغي لپاره د ځانګړي درملو څخه کار اخیستل کیږي او په مشخصه برخه کې ورڅخه یادونه کیږي.

**5-ASA یا 5 AminoSalicylic Acid ، Mesalamine**

دا درمل ( 5-ASA ) د پروستا ګلاندین او لوکوترینونو د تولید مخه نیسي اوهم په التهابي پروسه باندي نوري اغیزي لري. له دي کبله چي نوموړي درمل یوازي د لومن په داخل کې فعاله کیږي او په چټکي سره د وړو کلمو په لمړیوبرخو کې جذبیږي، نو د خولی د لاري مستحضرات یې بایدداسي تهیه شي ترڅوځنډني جذب ولري. sulfsalazine چې ددي کورنی اصلی درمل دي، د( 5-ASA ) دسلفا ګروپ سره ترنښلیدو وروسته یومغلق جوړوي چې جذب یې ځنډني کیږي. په ځانګړي توګه د sulfapyridine سره. نوموړي مغلق د کلمود بکتریایي فلوراپه ذریعه د الیم په ښکتني برخه کي تجزیه او د 5-ASA د آزادیدلو سبب ګرځي.
ددی درملو د سلفر ګروپ دیو شمیر سطحی جانبي عوارضو (زړه بدوالي، بد هضمي، سر خوږي ) او د فولیك اسید په جذب کي د مداخلې سبب کیږي، او کله کله وخیم جانبي عوارض (هیمولیتیک کمخونی یا اګرانولوسیتوزس او نادراً کبدی التهاب او سینه وبغل ) هم منځته راوړلای شي. په ۸۰ سلنه نارینه وو کې په رجعي ډول د سپرم د اندازی او تحرکیت د کمښت سبب هم کیږي. که وغواړو چي استعمال یې کړو، نو sulfasalazine باید د ډوډۍ سره یو ځای توصیه شي چي په ابتدا کې په کښته مقدار ( نیم ګرام د خولي د لاري د ورځي ۲ ځلي ) شروع او د څو ورځو په موده کې یې باید اندازه په تدریجي ډول د ۱- ۲ګرامه د ورځي ۲ یا ۳ ځلي ته لوړه شي. نوموړي ناروغانو ته باید د ورځي یو ملي ګرام فولیك اسید هم ورکول شي او په ۶ یا ۱۲ میاشتو کې ورته دویني او کبدي دندومکمل معاینات ترسره شي.
یو شمیر نوي درمل چي ورته اثرات ، ولي جانبي عوارض یې د پورته درملو په پرتله کم دي هم تهیه شویدی، olsalazine او balsalazide چي د بکتریاوودazoreductases انزایم په ذریعه تجزیه کیږي. له دې کبله چي نوموړي درمل معمولاً په کولون کې فعاله کیږي، نو ځکه د وړو کلمو د پورتنی برخی د ناروغیو لپاره لږ مؤثریت لري.
olsalazine د ۵۰۰ څخه تر ۱۵۰۰ ملي ګرامه د ورځي ۲ ځلي او balsalazide د ۲۲۵۰ملي ګرامه په اندازه د ورځي ۳ ځلي ناروغ ته توصیه کیږي. olsalazine کله کله په ځانګړي توګه په هغو ناروغانو کي چي دټول کولون په التهاب اخته وي د نس ناستي سبب کیږي. نوموړي ستونزه


www.ketabton.com

معمولاً په تدریجي ډول د درملو د اندازی په زیاتوالي او د غذا سره یو ځای په توصیه کیدو باندي کمیدای شي.
د 5-ASA یو شمیر نور مستحضرات وجود لري چي په ځنډني جذب کیدونکي پوښ باندي پوښل شوي دي. asacol ( د ۸۰۰- ۱۲۰۰ملي ګرامه د ورځي ۳ ځلې ) ،د 5-ASA دکورنۍ یو درمل دي چي د acrylic polymer په ذریعه پوښل شوي دي او pH یې و دې درمل ته دا توان وربخښي چي تر څو نوموړي درمل په ځنډني ډول دالیم په وروستۍ برخه او کولون کي آزاد او په فعالیت شروع وکړي. pentasa یو ګرام د ورځي ۴ ځلې، د 5-ASA د خاندان بل درمل دي چي په کپسول کې د ایپتیل سلولوز د وړو وړو دانو په څیر تهیه او تقریبا په سلوکۍ ۳۵ یې په وړو کلمو کې آزادیږي.
acute interstitial nephritis چي په ثانوي ډول د mesalamine د استعمال څخه پیدا کیږي، نادر دي، بیا هم باید په دې ناروغانو کې په متکرره توګه کلیوي فعالیتونه ارزیابي کړل شي، ځکه که په ابتدا کې نوموړي ناروغي په ګوته شي، رجعي او درملنه یې کیدای شي. د 5-ASA یو شمیر مستحضرات دشیاف په شکل ( ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځي ۲ یا ۳ ځلې ) او یا د امالې په شکل هم تهیه شوي دي ( ۴ ګرامه د خوب پر وخت یا د ورځي ۲ ځلي ) چي د مقعدپه التهاب او یا د چپه کولون په ناروغیو کې ورڅخه ګټه اخیستل کیږي. نوموړي مستحضرات چي د مقعد ی استعمال په ډول تهیه شوي دي د ناروغي د حاد حالت د درملني او د اوږدي مودې لپاره په maintenance ډول درملني لپاره توصیه او هم د هغو مستحضراتو سره چي د خولې د لاري توصیه کیږي، په ګډ ډول ورکول شي.

**کورتیکوستیروئید**

کورتیکوستیروئیدونه د کولمودالتهابي ناروغیو په زیاتو ډولونوکي چي په حاد ډول شعلو ر شویوي، ګټور تماميږي، په ځانګړي توګه کوم وخت چي د 5-ASA مستحضرات په یوازی ډول بس نه وي. په شدیدو حالاتو کې هیدروکورتیزون( ۳۰۰ ملي ګرامه د ورځي د ورید د لاري ) او یا میتیل پریدنیزولون ( ۶۰- ۸۰ملي ګرامه د ورځي د دوامداره وریدي ا نفیوژن د لاري او یا څو ځلي توصیه کیږي، حال دا چي دناروغۍ په متوسط حالت کې د پریدنیزون یا پریدنیزولون څخه کار اخیستل کیږي، چي د ۴۰- ۶۰ملي ګرامه د ورځي یو ځل توصیه کیږي. درملني ته د ناروغي د کنترول تر وخته دوام ورکول کیږي. معمولاً د ۷- ۲۸ورځو ، او وروسته له هغه په هره اونۍ کي د ۵- ۱۰ملي ګرامه کمیږي، تر څو اندازه ئي د ورځي ۲۰ ملي ګرامه ته راټيټه شی ، او وروسته تر هغه بیا په اونۍ کي د ۲،۵- ۵ملي ګرامه کمیږي، تر هغو چي د 5-ASA په ذریعه درملنه شروع کیږي. د کورتیکو ستیروئیدونولوړ ه اندازه چي د لنډې مودې لپاره توصیه کیږي، جانبي عوارض یې عبارت دي له : هیپرګلیسیمیا،دوینی لوړفشار،بي خوابی،دفزیکي فعالیت زیاتوالي او په حاد ډول د سایکوز حملات.
د مقعد د التهاب او یا د چپه کولون د التهاب په صورت کې د هیدروکورتیزون د امالې او یا فوم شکل څخه کار اخیستل کیږي چي د امالې په صورت کې ۱۰۰ ملي ګرامه په ۶۰ ملي لیتره ایزوتونیك محلول کې د ورځي ۱یا۲ ځلی استعمالیږی اوبایددتوان ترحده په کلموکې وساتل شي.چي تطبیق یې د شپې له خوا، په داسي حالت کې چي ناروغ په چپه اړخ پروت او کوناټي یې لوړ وي، د درملود احتباس او وسیع تقسیم سره مرسته کوي. درملنی ته ،په هغه صورت کې چې مؤثره وي، باید د ورځي یو ځل د ۲- ۴ اونیو پوري دوام ورکول شي، وروسته تر هغه د ۱- ۲ اونیو پوري یوه ورځ ترمنځ او وروسته تر هغه د ۱- ۲اونیو په موده کې په تدریجي ډول قطع شي.


www.ketabton.com

budesonide يو د هغو کورتيکوستيروئيدونو څخه دي چي په لوړه فيصدي (تر ۹۰سلنه زيات ) په کبد کي ميتابوليز کيږي. له همدې کبله د خولې د لاري تطبيق يې د معدي اوکولموپه ناروغيو کې مؤثر او پر فوق الکليوی غدواتو يې انحطاطي اثرات کم دي، که څه هم د خولې د لاري د budesonide تطبيق د پريدنيزولون په پرتله کم جانبي عوارض لري، ولي مؤثريت يې د پريدنيزولون په پرتله ګړندي نه دي نو ځکه په ځانګړي توګه د لږ شديدو نارغيو لپاره توصيه کيږي. اندازه يې ۹ ملي ګرامه د ورځي يو ځل دي. کله کله يې مستحضرات د امالې په شکل هم موندل کيږي. د نورو کورتيکوستيروئيدونو په څير، budesonide د دوامداره maintenance درملني په ډول نه توصيه کيږي.

**اميون موډيليټنګ درمل**

ازاتيوپرين azathioprineاو د هغه ميتابوليت 6-mercaptopurine د T حجراتو دندي نهيه کوي. د دي درملواثرات د زياتي مودې لپاره پاتي کيږي او کيدای شي چې کورتيکو ستيروئيدونو ته د ناروغ اړتيا کمه کړي، ځکه نوکيدای شي د کلونو لپاره آراموالي رامنځته کړي. له دې کبله چې د دي درملو اثرات د ۱- ۳ مياشتو وروسته پيل کيږي، نو ځکه تر ۲ مياشتو بايد پر ناروغ کورتيکوستيروئيد قطع نه شي. azathioprine د ۲،۵- ۳ملي ګرامه د بدن په هر کيلو ګرام وزن کې د خولې د لاري د ورځي يو ځل او 6-mercaptopurine د ۱،۵- ۲،۵ ملي ګرامه د بدن په هر کيلو ګرام وزن کې د خولې د لاري د ورځي يو ځل توصيه کيږي. ولي اندازه يې په هرناروغ کې بدلون موندلای شي.د هډوکو د مغز د انحطاط اعراض اوعلايم بايد په دې ناروغانو کې په منظمه توګه د وينی دسپينوکريواتو د معاينه کېدو په ذريعه وڅيړل شي ( په لومړي مياشت کې په هرو ۲ اونيواو وروسته تر هغه هره ۱ يا ۲ مياشتي وروسته ). د ۳تر۵ سلنه ناروغانو کې دپانکرياس التهاب ياجګه تبه موندل کيدای شي، چې په دې صورت کې بايد درمل قطع او بيا ناروغ ته توصيه نشي. پرکبدئي مضراثرات که څه هم نادراً ليدل کيږي بايد د وينې د معاينې په ذريعه چي هر ۴ مياشتي يا يو کال وروسته تر سره کيږي، وڅيړل شي.

ميتوتريګزات methotrexateد ۱۵- ۲۵ ملي ګرامه د خولې ، عضلي يا تحت الجلد د لاري په اونۍ کي يو ځل په هغو ناروغانو کې چې په کورتيکوستيروئيد جواب ور نکړي، ګټور تماميږي. حتي په هغو ناروغانو کي چي azathioprine او 6-mercaptopurine ورته ګټور نه وي، هم دادرمل استعماليدای شي. زړه بدوالي، کانګي او د کبد ددندوپه معايناتو کې بدلون معمولاً ليدل کيږي. فوليك اسيد ۱ ملي ګرام د ورځي يو ځل د خولې د لاري کيدای شي جانبي عوارض کم کړي. د الکهولو استعمال، چاغوالي او د شکري په ناروغي اخته ناروغانو کې د hepatotoxicity خطر زيات وي. په پورته ناروغيو اخته ناروغانو کې که د درملو اندازه و۱،۵ ګرامه ته ورسيږي، بايد دکبد بيوپسي تر سره شي.

سايکلوسپورين cyclosporine چي د لمفوسيتونو فعاليت نهيه کوي، کيدای شي دکولموپه قرحوي التهاب اخته هغو ناروغانو کې چې په کورتيکوستيروئيد جواب نه ورکوي او يا دکولون وقطع کيدوته اړتيا ولري، ګټور تمام شي. د نوموړي درملو ښه اثر په Crohn ناروغي اخته هغه ناروغانو کې چې متکرر فستولونه ولري او يا دپوستکی په التهاب اخته وي، تثبيت شوي دي. ابتدايي اندازه ۴ ملي ګرامه د بدن په هر کيلو ګرام وزن کې د وريد د لاري د ورځي يو ځل شروع کيږي او هغه ناروغان چي په درملنه ځواب ورکوي، بايد د ا درمل ژر تر ژره د خولې د لاري د ۶- ۸ ملي ګرامه د بدن په هر کيلو ګرام وزن کې د ور ځي يو ځل شروع او هم بايدژر تر ژره په azathioprine يا 6-mercaptopurine تبديل شي.


www.ketabton.com

دوامداره استعمال ( تر ۶ مياشتو زيات ) يې مضاد استطباب دي، ځکه د يو زيات شمير جا نبي عوارضو ( د بيلګي په توګه، کليوي تسمم، حملات، ابن الوقته انتانات ) سبب کيږي. دادرمل معمولاً نه توصيه کيږي، ولي يوازي هغه وخت توصيه کيږي چي ناروغ دکولون وقطع کيدو ته اړتيا ولري. که چيري نوموړي درمل توصيه کيږي، نو په وينه کې ا ندازه بايد د ۲۰۰- ۴۰۰نيناګرامه په هر ملي ليتروينه کي وساتل شي او ناروغ ته بايد د pneumocystis jiroveci ( پخوا يې carini ورته ويل ) وقايوي درملنه پيل شي. tacrolimus د معافيتي سيستم انحطاطي درمل دي، معمولاً په هغو ناروغانو کې چې پيوند ورته اجرأ شويوي، ورڅخه کار اخيستل کيږي. هم د cyclosporine په شان ګټور دي.

**دسايتوکين ضددرمل**

infliximab ، CDP571، CDP870 او adalimumab هغه انتي بادي دي چي د TNFپه مقابل کې جوړيږي او natalizumab بياهغه انتي باډي دي چي د لوکوسيتونودنښليدونکې موليکول په مقابل کې جوړيږي. دا درمل په Crohn ناروغۍ کې ګټور ولي دکولموپه قر حوي التهاب کې يي ګټه نده څرګنده شوي.

infliximab د واحد وريدي انفيوژن په ډول د ۵ ملي ګرامه د بدن په هر کيلو ګرام وزن کې په اندازه د ۲ ساعتونو په موده کي تطبيق کيږي.

يو شمير مؤلفين 6-mercaptopurineدرمل هم يو ځای ورسره شروع کوي او د 6-mercaptopurine داثراتو تر شروع کېدو پوري د infleximab څخه د يو پل په شان کار اخلي. کورتيکوستيروئيدونه بايد تر ۲ اونيو وروسته په تدريجي ډول قطع شي. د اړتيا په صورت کې، infliximab کيدای شي چر هر ۸ اونی وروسته تکرار شي. جانبي عوارض يې عبارت دي له : دفرط حساسيت مؤخرعکس العمل، سر خوږي او زړه بدوالي. د infliximab تر استعمال وروسته اکثر ناروغان د وينی دميکروبی کيدو له کبله مړه شوي دي، نو ځکه په هغو ناروغانو کې چې نه کنترولیدونکي بکتريائي انتان لري دا درمل مضاد استطباب دي. همدا راز د دې درملو د استعمال په وخت کي د توبرکلوز د مخفي انتان د بيا فعاله کېدو ويره موجوده ده. له همدې کبله د دې درملو د شروع کېدو نه مخکي بايد د پوستکي دټسټ او دصدردراډيوګرافي په ذريعه د توبرکلوز معلومات وکړل شي.

thalidomide د TNF-α او interleukin-12 توليد کموي او هم څه اندازه anti angiogenesis اثرات لري.دادرمل کيدای شي په Crohn ناروغۍ اخته ناروغانو کې ګټور وي ولي د دې درملو سر طان توليدونکي اثرات او يو شمير نور جانبي عوارض ( د بيلګي په توګه، rash، دوينی لوړفشار،اوپر عصبی رشتومضراثرات ) چي لري يې استعمال يې محدود کړي دي. نور anticytokine ، anti integrin او growth factor تر اوسه هم تر مطالعې لاندي دي.

**انتي بيوتيکونه اوپروبيوتيکونه**

انتي بيوتيك په Crohn ناروغي کي ګټور ولي دکولموپه قرحوي التهاب کي ګټه نلري. metronidazole د ۵۰۰- ۷۵۰ ملي ګرامه د خولې د لاري د ورځې ۳ ځلي د ۴- ۸ اونيو پوري کېدای سي چي د ناروغي متوسط حالت کنترول او د فستول التيام ګرندي کړي.پر عصبی رشتويي مضراثرات کيدای سي د درملني د تکميليدو مانع وګرځي. ciprofloxacin د ۵۰۰- ۷۵۰ملي ګرامه د خولې د لاري د ورځي ۲ ځلي استعماليداي شي ، تسمم يې هم کم دي. يو شمير مؤلفين ciprofloxacin او metronidazole په ګډ ډول ورکوي. يو زيات شمير غير پتوجنيك مايکروارګانيزمونه ( دبيلګي په توګه *commensal E. coli* ، *lactobacillus species* ،


www.ketabton.com

*saccharomyces* د probiotic په ډول توصیه کیږي چي کیدای سي د pouchitis په وقایه کې اغیزه ولري، ولي نور اثرات یې تر اوسه پوري نه دي ثابت سوي.[٣،٤]

Reference:

- HARISON's Principle of Internal Medicine, part 13,Chapter 289, page 1886-1898.
- MERCK-MANUAL OF DIAGNOSIS AND TREATMENT, (16th edition,2006).
Section-2, Gastrointestinal Disorders, Chapter 18,Page 149- 155.
- KUMAR AND CLIRK
CLINICAL MEDICINE,GASTROINTESTINAL DISEASE, 6th edition,2005
Chapter 6, Page 309- 311


www.ketabton.com

# څلورم څپرکی
# دکبدناروغی اوژیړی

| |
|---|
| دکبدځنډنی التهاب.<br><br>دکبدسیروز.<br><br>دکبدتومورونه.<br>ژیړی. |

## د کبد ځنډنی التهاب
## Chronic Hepatitis

### تعریف

د کبد هغه التهاب ته ویل کیږی چه د(HBV، HCV، HDV ) په ذریعه منځته راځي اوتر ۶ میاشتو زیات دوام ومومی . [۱]

### تصنیف

دکبددځنډني التهاب په ټولوډولونوکي تصنیف معمولاً دهستولوژیکي بدلونوپراساس ترسره کیږي،چي دکبدي حجراتوپه تخریب اړه پیداکوي.په پخواکي داتصنیف یوازي پرهمدي هستولوژیکي بدلونوبس والي کاوه،ولي نن سبا نوي تصنیف بندي نه یوازي دهستولوژیکي بدلونوپراساس بلکه دهغه په څنګ کې کلینیکې اوسیرولوژیکي بدلونونه هم په پام کې نیول کیږي.
فعلاً دکبددځنډني التهاب تصنیف په لاندي ډولونوویشل کیږي:

الف: دسبب له مخي.

ب : دهستولوژیکي فعالیت له مخي چي دګریډ سیستم هم ورته وایي.

ج : دناروغي دپرمختګ ددرجي له مخي.

په ٤- ۱ نمره جدول کي دپخواني اونوي تصنیف ورته والي اوبدلون ښودل شویدي. [۲]

٤- ۱ نمره جدول دکبددځنډني التهاب دپخواني اونوي تصنیف ترمنځ اړیکي

| پخواني تصنیف | نوي تصنیف | |
|---|---|---|
| | درجه (فعالیت) | ستیج (دفبروزاندازه) |
| دکبدځنډني دوامداره التهاب (الف)<br>Chronic persistent hepatitis | لږ یا خفیف | شتون نلري اویالږ فبروز |
| دکبدځنډني دوامداره التهاب (ب)<br>Chronic lobular hepatitis | خفیف یا متوسط | خفیف فبروز |
| دکبدځنډني دوامداره التهاب (ج)<br>Chronic active hepatitis | خفیف،متوسط یا شدید | خفیف،متوسط یا شدید فبروز |

**الف: التهابي ارتشاحات یوازي په پورټل ټرکټ کې شتون لري.**

**ب : پر پورټل ټرکټ برسیره دکبدپه لوبولونوکي هم التهابي پروسه اونکروټیک محراقونه لیدل کیږي.**

**ج : دالتهابي حجراتوپه ذریعه دباب ورید دشاوخوا کبدي حجراتو تخریب ( چې ورته piecemeal necrosis یا interface hepatitis )هم وایي منځته راځي. په شدیدو پیښوکې bridging necrosis هم لیدل کیږي.** [۲]



www.ketabton.com

**الف:سببي تصنيف**

په دي ډول کې دکلينيک اوسيرولوژيکي معايناتوله رويه دناروغي سبب په ګوته کيداي شي. د کبد د ځنډنی التهاب اصلي سبب HBV او HCV تشکيلوی، چي ددی جملی څخه HBV د ۵تر ۱۰ سلنه او HCV يې ۷۵ سلنه شميرل شويدی. HAV او HEV د کبد د ځنډنی التهاب سبب نه کيږی .که څه هم د ځنډنی التهاب د پيښيدو ميخانيکيت ښکاره ندی ، ولی کبدی جروحات معمولاً د هغه معافيتی عکس العمل له مخی چي د انتان په مقابل کي منځته راځی ،توليديږی. اکثراً يي ا سباب ايډيوپاتيک شکل لری ،نو ځکه ورته دکبداوتوايميون التهاب ويل کيږی، چي د ناروغی په دی ډول کي پر يو شمير ځانګړو ايميونولوژيکې معياراتولکه(HLA-B1, HLA-B8, HLA-DR3, HLA-DR4 ) برسيره

په کبدی حجراتو کي د T-lymphocytes او پلازماپې حجراتو تبارز هم موندل کيږی. کله کله د کبد د ځنډنی التهاب اعراض اوعلايم په ګډ ډول دکبداوتوايميون التهاب او نورو کبدی ځنډنيو ناروغيو لکه لومړنۍ صفراوی سيروزاو دکبدويروسی ځنډنی التهاب سره موجودی وی،چي دا حالت معمولاً د overlap syndrome په نوم يادېږی.

يو زيات شيمر درمل isoniazide ، methyldopa ، nitrofurantion او په نادره توګه acetaminophen هم کولای سی د کبددځنډنی التهاب سبب وګرځی، که څه هم دالتهاب د پيښيدو ميخانيکيتونه يې بيل دی خو معمولاً يې سبب ځنډنۍ معافيتی عکس العمل، cytotoxic او يا په ولادی توګه ميتابوليک نقصانات تشکيلوی. د کبدد ځنډني intermediate metabolites التهاب يوبل سبب دالکولوپه ذريعه دکبدالتهاب او non alcoholic steato hepatitis تشکيلوی. په نادره توګه کيدای شی چي د کبد ځنډني التهاب د $\alpha_1$- antitrypsin د کمبود او يا Wilson ناروغی له کبله منځته راشی.[٢]

**ب : دهستولوژيکې فعاليت يادرجي يا ګريډ له مخي تصنيف**

داډول تصنيف معمولاً دهستولوژيکي معيارونوپراساس چي دبيوپسي په ذريعه ترلاسه کيږي،ايښودل کيږي،چي اساس يې نيکروتيک التهابي فعاليتونه تشکيلوي.دبيلګي په توګه ( piecemeal necrosis يا interface hepatitis) ،bridging necrosis، دباب وريد التهاب( portal inflammation) . دپورته درجه بندي لپاره يوزيات شمير د نمرو ور کولو سيستمونه شتون لري چي مهم يې دهستولوژيکي فعاليتونواندکس( HAI ) او د METAVIR نمروورکولوسيستمونه دي.دپورته انډکسونوپه اساس دهستولوژيکي فعا ليتونودشتون له مخي دکبد ځنډني التهاب په خفيف ،متوسط اووخيم ډول باندي ويشل کيداي شي.[٢]

**ج : دناروغي دپرمختګ ددرجي يا سټيج له مخي تصنيف**

دکبددځنډني التهاب په دي تصنيف کې ،چې دناروغي پرمختګ په ګوته کوي،معمولاً دفبروزدرجه په پام کي نيول کيږي.که فبروز ډير وسيع اودکبدنورمال نسج عوض کړي نوورته سيروزس ويل کيږي.معمولاً يې درجه د (HAI) 6–0 او يا (METAVIR) 4–0سيسټم دنمروله رويه تخمينيږي.

کوم تصنيف چي په پخوا کي استعماليدي لکه chronic persistent ، chronic lobular او يا chronic active اوس نه استعماليږي ځکه زيات د نوی تصنيف څخه چي په هغه کي په زياته اندازه د ناروغۍ اسبابو، د هستولوژيکی التهابی پروسی او نکروز شدت grade او د هستولوژيکی فبروز درجي stage ته زياته پاملرنه اړول شوىده. التهاب او نکروز کولای شی


www.ketabton.com

روغوالی ومومی او یوه روغیدونکې پروسه ده، حال داچي د فبروز تأسس روغوالی نه مومی او یوه نه روغیدونکې پروسه تشکیلوی.[۲]

**کرونیک پرسیستانت هیپاتیت**

التهابي ارتشاحات یوازي په پورټل ټرکټ کې شتون لري.

**کرونیک لوبولر هیپاتیت**

پر پورټل ټرکټ برسیره دکبدپه لوبولونوکې هم التهابي پروسه اونکروټیک محراقونه شته.

**کرونیک اکټیوهیپاتیت**

دالتهابي حجراتوپه ذریعه دباب ورید دشاوخوا کبدي حجراتو تخریب ( چې ورته piecemeal necrosis یا interface hepatitis )هم وایې منځته راځي. په شدیدو پیښوکې bridging necrosis هم لیدل کیږي.

**دکبدځنډني ویروسي التهاب**

دویروسي التهاب دواړه هغه ډولونه چي دهضمي سیستم لخوا خپوراوانتقالیږي لکهA اوE شکل،ځنډني سیر نلري او یوازي د B ،C او D ډولونه دکبدځنډني التهاب رامنځته کوي.دD ډول هم هغه وخت ځنډني سیر لري چي B ورباندي اضافه شي.

**ددرملوپه ذریعه دکبد ځنډني التهاب**

یوزیات شمیر درملونه شتون لري چې دکبد دځنډني التهاب سبب کیږي،چې دکلینیک له پلوه دکبد داوتوامیون التهاب سره ورته والي لري.ناروغي اکثراً په ښځوکې لیدل کیږي، ناروغ د ژیړي،اودکبد دغټوالي څخه شکایت کوي اوپه وینه کې دسیروم ټرا نسفیر از او ګلو بو لین اندازه جګه او LE حجرات اود LKMl ضدانتي باډي کیداي شي وموندل شي.ددرملو په قطع کولوسره کیداي شي ناروغي ورکه،ولي که بیا ناروغ هم هغه درمل وخوري کیداي شي بیا ناروغي عودوکړي.

ایزونیازید،امیودارون اومیتوترګزات کیدایشي دځنډنیوهستولوژیکي بدلونوسبب شي.[٤]

References:


- KUMAR AND CLIRK

CLINICAL MEDICINE,6th edition,2005
LIVER, BILIARY TRACT AND PANCREATIC DISEASE, Chapter 7, Page 370- 373

- McPhee S,J (2009), CURRENT Medical Diagnosi & Treatment.

Editors:Papadakis M.A, Tierney L.M.
Edition: 48th , Chapter:15 PP = 529 - 530
Newyork.Lange.




www.ketabton.com

# کبدي سیروز
# Liver Cirrhosis

**تعریف**

دیني سیروز عبارت دی دیني ددندی لرونکوفصونو(Lobules)اوښتل په بې دندی فیبروټیك ناډولونوباندې کوم چې د ینې د نکروز په پایله کښی منځ ته راځی، پدې حالت کښې د ینې داخلی جوړښت په خپاره ډول بې ترتیبه کیږی چې دا بې نظمی دینې دوینی جریان اودندي ته تاوان رسوی .همدابې نظمی دباب وریدونود دداخلي فشار دلوړ یدو ،د کلینکي منظرې او د ینې دحجراتو د دندو د خرابیدو سبب کیږي.

**دکبدالکولیکي ناروغۍ اوالکولیک سیروزس**

الکول دهغو مشهورومشروباتو دجملي څخه دي چي په نړۍ په زیاته اندازه په مصرف رسیږي،چې حتي په یوشمیر هیوادونوکې غټه ستونزه رامنځته کړیده.
ایتانول (ایتایل الکول) په اسیت الدیهید باندي اکسیډیز اواسیت الدیهید ۹۰ سلنه دکبد په میتوکاندریا کې په اسیتیت بد لیږي.اسیتیت پخپل وارسره دویني ودوران ته داخل اوپه محیطي انساجوکې په کاربن ډاي اکسایډ ،شحمي اسیډونواواوبواکسیډیزکیږي. دایتانول په میتابولیزم کې ډیهایدروجنیزانزایم او یوشمیر نورانزایمونه چې دمعدي په مخاط کې شتون لري،ونډه اخلي.

**دالکولودزیات مصرف اثرات**

دالکولوزیات مصرف دوي عمده ستونزي رامنځته کوي،چي کیداي سي یوه اویادواړي یې په عین ناروغ کې وموندل سي.داستونزي عبارت دي له:
۱- دالکولودروړدیدو سندروم.
۲- دبدن دبیلابیلوانساجوتخریب.
دالکولویوواحد ۸ ګرامه ایتانول لري.دالکولوکومه اندازه چې دبدن دانساجودتخریب سبب وګرځي بیله او نظر وشخص ته توپیرلري ،ځکه ټول هغه کسان چې زیات الکول څښي په ناروغۍ نه اخته کیږي.دبیلګي په توګه یوازي ۲۰ سلنه هغه کسان چې زیات الکول څښي،دکبدپه سیروزس اخته کیږي.دالکولواثرات دبدن پرټولوغړویوشانته نه دي، په یوشمیر ناروغانوکې کبد اوپه نوروکې دماغ اویاعضلات ماؤفه کوي. په بدن کې دتیامین کمبود دیوشمیر نیورولوژیکې (دشعورمغشوش تیا، Wernicke-Korsakoffsyndrome ) اوغیرنیورولوژیکي اعراضو(کارډیومیوپتي) سبب کیږي.

**کبدي ناروغۍ**

په عمومي ډول دالکولوبداثرات په ښځوکې دنارینه وو په پرتله زیات دي.لاندي ارقام دنارینه وو لپاره دي چي په ښځوکې یې اندازه نیمایي یا۵۰ سلنه را ټیټیږي.

- دورځي ۱۶۰ ګرامه ایتانول ( ۲۰ سینګل ډرنکه) ډیر خطر لري.
- دورځي ۸۰ ګرامه ایتانول ( ۱۰ سینګل ډرنکه) متوسط خطر لري.
- دورځي ٤٠ ګرامه ایتانول ( ٥ سینګل ډرنکه) کم خطر لري.

**دکبد الکولیکي ناروغۍ**

ایتانول په کبد کې په ۲ طریقو میتابولیزکیږي،چې په پایله کې د NADH/NAD تناسب زیاتوالي مومي.اوپه کبدکې دشحمي اسیډونوترکیب سریع اووروسته په ګلیسیرډ باندي استریفیډ


www.ketabton.com

کیږي.داکسیډیشن - ریډکشن عملئي بدلون دکاربوهایدریت اوپروتین میتا بو لیزم مختل اوپخپل وارسره دکبدي حجراتودتخریب اونکروزسبب ګرځي. کوم اسیتیل الدیهید چې دایتانول داکسیډیشن په نتیجه کي تولیدیږي،هم دکبدي حجرا تو تخریب منځته راوړي.دالکولوپه ذریعه دکبدي حجراتودتخریب میخانیکیت نه دي په ګوته سوي،اویوازي د۱۰ تر ۲۰ سلنه هغه کسان چي زیات الکول چښي دکبدپه سیروزاخته کیږي،چي ارثي مساعدت ګمان کیږي. دپتالوژي له نظره الکول کولاي سي چې په زیاته پیمانه کبدي ناروغی رامنځته کړي،چې کیداي شي دشحمي کبد، دکبدد التهاب اویاسیروزس سبب وګرځي.

**الکولیک سیروزس**

که څه هم په زیاته پیمانه دمیکرونوډولر سیروزس سبب ګرځي،ولي کیداي شي چې د سیروزس ګډ ډول چي ورسره مل شحمي بدلونونه،اودکبدالتهاب هم لیدل کیږي.

**اعراض اوعلایم**

**شحمي کبد:** اکثراً اعراض اوعلایم شتون نلري.کله کله دخیټي خفیف دردونه،زړه بد والي ، کانګي اونس ناستي چي معمولاً پرهضمي سیستم دالکولودبداثرڅخه رامنځته کیږي،لیدل کیږي.کله کله دکبددځنډنیوناروغیواعراض اوعلایم او دکبدغټوالي شتون لري.

**دکبدالکولیک التهاب:** اعراض اوعلایم په بیل بیل ډول شتون لري

- ناروغ کیداي شي اعراض اوعلایم ونلري،اویوازي په بیوپسي باندي تشخیص کیږي.
- کله کله خفیف یا متوسط اعراض اوعلایم د ژیړي په شمول شتون لري،دکبد دځنډني التهاب ټول علایم لیدل کیږي.دکبد کیمیاوي معاینات بدلون مومي ولي حقیقي تشخیص دکبددهستولوژیکي معایناتوله مخي ایښودل کیږي.
- په شدید حالت کي پرپورته اعراضوبرسیره ژیړي اوحبن هم لیدل کیږي.دخیټي در دونه اولوړه تبه پرکبدي نکروزدلالت کوي.په فزیکي معاینه کي عمیق ژیړي ، د کبدغټوالي،کله کله دطحال غټوالي،حبن اودبجلکوپاړسوب موندل کیږي.دکبددځنډني التهاب علایم هم شتون لري.

**لابراتواري معاینات:** دشحمي کبد په شتون کې د MCV لوړیدل اکثراً د زیا تو الکو لو پر چښلودلالت کوي.دکبد په بیوکمستري معاینات غیرنورمال اودسیروم د امینو ترا نسفیر ازانزایمونواندازه جګه وي.په الټراساونډ او هم دکبد په هستولوژیکي معایناتوکي شحمي ار تشا حات موندل کیږي. که دکبد الکولیک التهاب شتون ولري نوپر aleucocytosis برسیره دسیروم د البو مین ، AST او ALT ،الکلین فوسفاتیزاندازه جګه اوپروترومبین ټایم اوږدیږي.په نادره ډول د سیروم دلیپیډینوزیاتوالي دهیمولیز سره چې د Zieve'ssyndrome په نوم یادیږي مو ندل کیږي. که الکولیک سیروزس شتون ولري نومعاینات یې دعمومي سیروزس په څیرترسره کیږي اودرملنه یې هم باید دعمومي سیروزس ددرملني په څیر ترسره اودالکولودچښلوڅخه ډډه وشي.

**تصنیف**

**د اسبابوله رویه سیروزدري ډوله لري**

۱- مایکرونوډولرسیروز(micro nodular cirrhosis)چې پدې ډول کښې نوډولونه د دریو ملی متره څخه کوچنی وی، پدې ډول سیروزکښې ټول کبد په یوه شان ماؤفه کیږی، دا ډول سیروز د الکولوداستعمال او د صفراوی لارې د ناروغیو په نتیجه کښې منځته راځي.


www.ketabton.com

۲- مکرونوډولرسیروز(macro nodular cirrhosis)چې پدې ډول سیروز کښې د نوډولو جسامت یو شانته نوي، د لویو نوډولو په منځ کښې ممکن نورمالي acini هم ولیدل شي ،داډول سیروزاکثراً د viral hepatitis انتان په تعقیب منځته راځي.
۳- مختلط شکل(mixed type) چې کوچني او لوي نوډولونه دواړه پکښې وي داډول سیروز هم کله کله لیدل کیږي.
۲-٤ نمره جدول کې دسیروزس دانزاروتصنیف شرحه شویدي.

**۲-٤ نمره جدول CHILD-PUGH CLASSIFICATION OF PROGNOSIS IN CIRRHOSIS**

| Score | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| **Encephalopathy** | None | Mild | Marked |
| **Bilirubin** (µ mol/l)* | < 34 | 34-50 | > 50 |
| In primary biliary cirrhosis And sclerosing cholangitis | < 68 | 68-170 | > 170 |
| **Albomin** (g/l) | > 35 | 28 – 35 | < 28 |
| **Prothrombin time** | < 4 | 4- 6 | > 6 |
| **Ascitis** | None | Mild | Marked |
| Add the individual scores: < 7 = Child's A<br>7 - 9 = Child's B<br>> 9 = Child's C | | | |
| * To convert bilirubin in µ mol/l to mg/l, divide by 17. | | | |

**صفراوي سيروزس**

په صفراوي سيروزس اخته ناروغانوکې پتولوژيک بدلونونه دالکوليک اودکبددالتهاب نه وروسته سيروزس په پرتله توپيرمومي،حال داچې اخري نتيجه ئې دنوروسيروزونوپه څيرده.دوه عمده ځايونه شتون لري چې دصفرا احتباس په ګوته کوي،داخل کبدي اوخارج کبدي.ځنډني کولي ستاتيک سندروم معمولاً ځنډني سير لري چې په نتيجه کې دکبدي حجراتودتخريب او ductopenia سبب ګرځي. داحالت پخپل وارسره دکبدي سيروزلپاره زمينه مساعدوي.

**الف: ابتدايي صفراوي سيروزس**

ځنډنۍ آفت دي چې دصفرا وي قناتونودپرمختلونکي تخريب سبب ګرځي.۹۰ سلنه ددي ناروغانوهغه ښځې چې عمريې د٤۰ او ۵۰ کلونوترمنځ وي تشکيلوي.مخکې فکرکيدي چې دايوه نادره ناروغي ده،ولي اوس حتي په خفيف حالت کې هم تشخيص کيداي شي.دناروغي شيوع په هروسلوزرزتنوکې و۷،۵ تنه ته رسيږي.ناروغي په'chronicnon suppurative destructive cholangitis نوم هم يادېږي،ولي په اخر په سيروزس بدليږي.

**اسباب**

که څه هم دناروغي سبب ښکاره نه دي،ولي يوشمير آميونولوژيک ميخانيکيتونه شته چې دناروغي په منځته راتلوکې ونډه اخلي.دټولوناروغانوپه سيروم دميتوکاندريا ضدانتي باډي په ګوته اوددي ناروغۍ دتشخيص لپاره د M2 انتي جن شتون وصفي دي.ولي بيا هم دميتوکاندريا ضدانتي باډي اغيزي دکلينيکي يا هستولوژيکي بدلونوپه منځته راتلوکې ښه نه دي ښکاره شوي.فکرکيږي چې يوشمير محيطي عوامل په ځانګړي توګه په هغوناروغانوکې چې په جنيتيکي ډول دناروغۍ لپاره مساعدوي ونډه اخلي. ايکولاي ،نوري انتيروبکترياوي اوحتي ريتروويروسونه کيداي سي دناروغي شدت زيات کړي.په دي ناروغانو کې حجروي معافيت کم،اوداسي فکرکيږي چې حساس شوي T لمفوسيتونه کيداي دتخريب سبب ګرځيدلي وي.په دي ناروغانوکې دIgM دتوليداندازه زياته اوداسي فکرکيږي چې په دي ناروغانوکې IgM پهIgGنه بدليږي.


www.ketabton.com

**اعراض اوعلایم**

کوم ناروغان چې اعراض اوعلایم نلري معمولاً دروتین معایناتوپه جریان کې په ګوته کیږي،چې کبدیې غټ،اوپه سیروم کې دالکلین فوسفتازاواوتوانتي باډیواندازه جګه وي . دبدن خارښت لمړنۍ نښه ده چې اکثراً څوکاله وروسته ژیړي رامنځته کیږي.په مخته تلونکوپیښوکې کسالت هم شتون لري.کله چې ژیړئ منځته راغلي،نودکبدغټوالي هم لیدل کیږي.په اخرنیومرحلوکې دژیړي سره یوځاي شدیدخارښت هم شتون لري.دسترګو پرخیړموباندېxanthelasma اوپه لاسونوکې دکولسترول تراکم لیدل کیږي.په یوشمیر ناروغانوکې اوتوامیون ناروغۍ لکه(scleroderma, Sjogren'ssyndrome, او دمفاصلوروماتیزمي التهاب)،هم موندل کیږي. ۷۰ سلنه ناروغان دخولي اوسترګووچوالي Keratoconjunctivitis sicca لري.

**لابراتواري معاینات**

دمیتوکاندریل ضدانتي بادي چې په روتین ډول د معاینې په ذریعه اندازه کیږي ( اندازه یې د۱ پر ۱۶۰ څخه زیاته وي)،په ۹۵ سلنه ناروغانوکې شتون لري، همدارازدM2 انتي باډي هم ډیر وصفي دي.یوشمیر غیروصفي انتي باډي لکه انتي نوکلیر فکتور اودملسا عظلاتوضدانتي باډي کیداي سي شتون ولري.دکبد په بیوکمستري معایناتوکې لمړي دالکلین فوسفاتیزاندازه جګیږي.دسیروم دکلسترول اندازه جګه اودسیروم دIgM اندازه ډیره لوړه وي. دالتراسونډ په معاینه کې دکبدمنتشرتخریبات لیدل کیږي.دکبدپه بیوپسي کې ځانګړي هستولوژیک بدلونونه چې دباب ورید پرشاوخوا دلمفوسیتونواوپلاسمایي حجراتو ارتشاح ده موندل کیږي.په ۴۰ سلنه ناروغانوکې ګرانولوما شتون لري.په اخرومرحلوکې دپورتل ټرکټ فبروزاوسیروزس لیدل کیږي.

**تفریقي تشخیص**

باید دکبدداوتوامیون التهاب،اوتوامیون کولانجایټس څخه دالتراسونډ اویوشمیر نوروپرمختللومعایناتولکه MRCP او ERCPپه ذریعه توپیرشي.

**درملنه**

د Ursodeoxycholicacid درمل د۱۰ تر ۱۵ ملي ګرامه دبدن په هرکیلوګرام وزن کې دبلیروبین اوامینوترانسفیراز اندازه اصلاح کړي،ولي په اعراضوعلایموکې بدلون نه شي راوستلای.ستیروئید که څه هم په بیوکیمستري اوهستولوژیکي اعراضوکې ښه والي راولي،ولي کیداي سي داستیوپروزس اونوروجانبي عوارضوسبب وګرځي،ځکه نونه ورکول کیږي.په شحم کې دمنحلوویټامینو(A,DاوK ) سوءجذب کیداي سي منځته راسي،که ئې دکمبوداعراض اوعلایم ولیدل شي باید تداوي کړل شي،ولي دژیړي په شتون کې کیداي شي په وقایوي ډول ورکول شي.داستیوپروزس په صورت کې بایدد Bisphosphonate څخه کاراخستل شي.که هایپرلیپیډیمیاشتون ولري بایدتداوي شي.که څه هم دخارښت کنترول ستونزمن دي،ولي د colestyramineیوه ٤ ګرامه پوړئ دورځې ۳ ځلي ګټوره ده ریفمپیسین،نالوګزان هایدروکلوراید اونالترګزون هم ګټوردي.هغه ناروغان چې په درملنه ځواب ورنکړي نودکبد پیوند ورته توصیه کیږي.

**اختلاطات**

اختلاطات یې دسیروزس په څیردي،اوکیداي شي چې استیوپوروزس،استیوملاشیا اوپولي نیوروپتي هم ولیدل شي.


www.ketabton.com

**ب : ثانوي صفراوي سيروزس**
کيداي شي دغټوصفراوي قناتونوددوامداره (دمياشتولپاره ) بندښت څخه را منځته شي. عمده اسباب يې دصفراوي قناتونو سټرکچرونه،صفراوي ډبري،اودقناتونو سکليروزي التهاب تشکيلوي.دتشخيص لپاره دالتراسونډ، ERCPاو PTCڅخه کار اخستل کيږي.

**قلبي سيروزس**
کوم ناروغان چې دراسته زړه په دوامداره احتقاني عدم کفايه اخته وي،کيداي شي دځنډنيوکبدي تخريباتوله کبله په قلبي سيروزس اخته شي.دا ناروغي فعلاً دزړه دعدم کفايې دابتدايي اوپرمختللي درملني له کبله کمه پيښيږي.

**اسباب اوپتولوژي**
دراسته زړه ددوامداره عدم کفايې له کبله دسفلي اجوف وريد فشارلوړاودکبدي وريدونودلاري دکبدسينوزوييدونه متوسع اودويني ډکيږي.کبد متوسع اوپړسيدلي وي ، او د د وامداره احتقان اواسکيمي له کبله کبدي حجرات نکروتيک اوفبروزتشکل کوي چي د سيروزس لپاره زمينه برابروي.

**اعراض اوعلايم**
ناروغ د زړه داحتقاني عدم کفايه وصفي نښي لري،چې په فزيکي معاينه کې غټ اوکلک کبد جس کيږي.االکلين فوسفاتيز اندازه جګه اوامينوترانفيرازونه کيداي شي نورمال اويا لږ لوړوي چې AST د ALT په پرتله زيات وي.کله کله کيداي شي په دي ناروغانوکې دور يسو نوله کبله خونريزي اويا encephalopathy وليدل شي.

**تشخيص**
په هغوناروغانوکې چې دزړه ښکاره عدم کفايه لري اوپه معايناتوکې دالکلين فوسفاتيزاندازه جګه اوکبديې غټ وي په اسانۍ سره تشخيص ايښودل کيږي.دکبدپه بيوپسي کې د سيروزس بدلونونه شتون لري. ناروغي بايد د Budd-Chiariسندروم او Venoocclusive ناروغيو څخه توپيرشي.
درملنه يې معمولاً سببي ترسره کيږي،چې بايد ترهرڅه دمخه دزړه ناروغي تداوي شي.

**دسيروزس غټ اختلاطات**
د پرمختللی سيروز د ناروغانو کلينکي دوره اکثراً د يوشمير مهمو ناروغيو په ذريعه اختلاطي کيږي چې لاندې اختلاطات پکښي شامل دي:

**۱ ـ د باب وريدلوړ فشار:** د باب وريد نورمال فشارد۵تر ۱۰ ملي متره سيماب دی، هر کله چې دا فشار د۱۰ څخه لوړ سی نو د باب وريد لوړ فشار ورته ويل کيږی، چي د باب وريد په مقابل کې د مقاومت د زياتوالی په نتيجه کې منځته راځی. دا فشار د معدې او مرئ د وريسونو او د طحال د ضخامې سبب کيږی.


www.ketabton.com

**۲- دوریسونوخون ریزي:** په سیروزاخته تقریباً ۹۰ سلنه ناروغان د ۱۰ کالو په موده کې د معدي اوکولمو خونریزی ورکوی، چې د ا نډ و سکو پی په ذریعه وینه ورکونکې وریسونه تشخیص اوحتي تداوي کیږی. هغه عوامل چې دوریسونودخون ریزی سره مرسته کوي ښه ندي پیژندل سوي، خو د باب ورید د فشار زیاتوالی(تر۱۲ ملي متره سیماب زیات ) او د وریسونو لویوالي پکښې ونډه لري.

**۳- د باب ورید د لوړ فشار له کبله گستروپتي:** داچې دوریسونوخون ریزی د باب ورید باب دلوړ فشار له کبله منځته راځی، ډیر ناروغان پدې حالت کې احتقاني گسترو پتي( congestive gastropathy )هم ورکوی پدی حالت کې دمعدی مخاطی غشأ ماتیدونکي وی اویو سپکه خونریزي لري.

**۴- دطحال ضخامه:** دطحال احتقاني ضخامه په عام ډول د باب ورید دډیر لوړ فشار په حالت کې منځته راځي، پدی حالت کې دطحال وظیفه زیاتیږی او د وینی زیات حجرات تخریبوي.

**۵- حبن:** د پریتوان په جوف کې د مایعاتورا ټولیدلوته حبن وایی ،دا حالت زیاتره د ینی د سیروزاو نورو کبدی ناروغیو له کبله منځته راځی ،خو یو شمیر نوری ناروغی هم د حبن د منځ ته راتلو سبب کیږی. د حبن په منځته راتلو کې څو عوامل ونډه لری، چې د سوډیم او اوبو احتباس، دباب ورید لوړ فشار او د البومین کمښت شامل دي.

**۶- دپریتوان خپل سري بکتریایي التهاب:** هغه ناروغان چه حبن او سیروز لری، پرته له دې چې د انتان ښکاره منبع موجوده وی کیدای سی دپریتوان حادبکتریایي التهاب پکښې تأسس وکړی. **هغه** ناروغان چه پرمختللی سیروزلری ذکر شوی اختلاطاتو ته ډیر مستعد دی او ډیر خراب انذار لري.

**۷- کبدی کلیوی سندروم:** داسندروم یو وخیم اختلاط دی کوم چه د سیروزاو حبن په ناروغانو کې مینځته راځی اوپه azothemia، د سودیم احتباس اوoliguria باندی متصف دی.ددی حالت اصلی سبب معلوم ندی خو د پښتورگو hemodynamics بدلون پکښې رول لری. پدی حالت کې پښتورگی دجوړښت له رویه روغ وي.

**۸- کبدي انسفالوپتي:** یو کمپلکس اومخلوط عصبي عقلي سندروم دي چې د شعور د خرا بوالي، دسلوک د شخصیت د تغیر، متغیرو نیورولوجیکو نښو، flupping tremor او ځا نګړو الکتروانسفالو گرافیك( EEG ) بدلونوسره متصف دي.

**۹- دکبدي حجراتوچنگاښ:** د ینی د سیروز په ناروغانو کې دکبدی حجراتودسرطان د منځته راتلو خطر ډیر ، اوپه سلوکي ۸۰ ته رسیږي.
**۱۰- دتحثرتشوشات:** د یني د سیروز په ناروغانو کې د تحثر په دواړو حجروی اوخلطی د ندو کې خرابوالي منځته راځي. thrombocytopenia له یوی خوا د hypersplenism او له بلی خوا د الکولو په ذریعه د هډوکو د مغز د انحطاط له کبله رامنځته کیږي. په ینه کې د پروتین د ترکیب د کمبود له کبله د تحثری فکتورنو کمبود منځته راځي ،چه دا دواړه فکتورونه د سیروزپه ناروغ کي دخونریزی پیښي زیاتوي.


www.ketabton.com

**۱۱- کبدي ريوي سندروم:** د ينې د ځنډنيوناروغيو په تقريباً يو پر درې ناروغانو کې سپکه هيپوکسيمياپيښيږي.

References:


- KUMAR AND CLIRK

CLINICAL MEDICINE,6th edition,2005
LIVE, BILIARY TRACT AND PANCREATIC DISEASE, Chapter 7, Page 374- 388



www.ketabton.com

## دکبدی حجراتوچنګاښ
## HepatoCelluler Carcinoma (HCC)

**عمومیات**

کومي خبیثه سرطاني پیښي چې دکبددنسج دحجراتوڅخه منشه اخلي ،دکبدي حجراتودچنګاښ په نوم یادیږي.په ۸۰ سلنه پیښوکي دکبددسیروزس سره مل وي.وقوعات یي دامریکا په متحده ایالاتواو غربي نړۍ کي مخ په زیاتیدودي( د۱۹۷۸ کال راپدي خوا دوه ځله زیات شویدي) ،ځکه دسیروزس پیښي دکبددC التهاب له کبله زیاتي شویدي.په غربي نړۍ کې ددي ډول چنګاښ لپاره خطري عوامل په ځانګړي توګه په هغوناروغانوکې چې په سیروزس اخته وي،نارینه جنس، تر ۵۵ کلني زیات عمر، اسیایي اوهسپانوي نژاد،چاغوالي،دشکري ناروغي،ددرقیه غدي تفریط فعالیت،دHCV انتان،دHBs انتي جن اود HBc ضد مثبت والي،پروترومبین ټایم چې تر ۷۵ سلنه کم کنترول نه وي،ددمویه صفیحاتوکموالي،او په سیروم کې دترانسفیرین دمشبوعیت زیاتوالي تشکیلوي.په افریقا اوداسیا په زیاتره برخوکې عمده سبب دکبد B ویروسي التهاب تشکیلوي،حال داچې په غربي نړۍ اوجاپان کې عمده علت دکبد C ویروسي التهاب اوالکولیک سیروزس دي.دکافي خوړل فکرکیږي چې دناروغي مخه نیسي.[۱]

**اپیدیمیولوژي**

د نړۍ د سرطانو د جملی لسم زیات پیښیدونکی سرطان دی.دامریکا په متحده آیالاتوکي داناروغي ډیره کمه اوپه هروسلوزرو تنوکې ۳ تنه په کال کې په دی ناروغۍ اخته کیږی. اودټول خبیثه تومورونو تقریبا ۲،۵ سلنه پیښي تشکیلوي. د کاله تقریباً ۱۴۰۰۰ تنه ددی سرطان له کبله مری.
دنړۍ په نوروبرخو په ځانګړی توګه افریقا،چین،جاپان اوجنوب شرقی آسیا کې یي پیښي زیاتی اوحتي دعمده خبیثه تومورونودجملي څخه شمیرل کیږی،چې په نارینه وو کې دمړیني عمده علت تشکیلوي. خطر یی په هغو اشخاصو کې چې په HBV انتان اخته وی د روغو اشخاصو په پرتله تقریباً ۱۰۰ ځلی زیات دي.[۳]

**اسباب**

کوم ناروغان چې د کبد په ځنډنی التهاب اخته او سبب یی HBV یا HCV وی په زیاته اندازه ددی ډول سرطان د خطر سره مخامخ دی، په هغو ساحو کې چې د HBV انتان زیاته شیوع لری په ۹۰سلمه هغو ناروغانو کې چې د کبد په سرطان اخته وی HBV مثبت موندل کیږی.او په تر ۸۰ سلمه زیاتو ناروغانو کې د کبد سیروز موجود وی. نارینه د ښځو په پرتله زیات په سرطان اخته کیږی. نور احتمالی اسباب یی aflatoxine ( د فنګسونو هغه میتابولیتونه چه په موم پلیوکې پیدا کیږی)، اندروجنیک ستیروتیدونه او په کمه اندازه د امیدواری ضد تابلیټونو استعمال تشکیلوی. دکبدی حجراتودسرطان په مینځته راتلوکې دHCV رول ښه نه دی څرګندسوی.په ابتدایي صفراوی سیروز او Wilson ناروغۍ اخته ناروغانوکې دHCC دمینځته راتلوخطرکم،ولی هغه سیروزچې دالکولوداستعمال په اثررامینځته کیږی ،پکښې د HCC خطرمتوسط اوپه هیموکروماتوز اخته ناروغانوکې خطرډیرزیات دي.

**پتوجنیزس**

په دی ناروغانوکې د HBV ویروس DNA دمیزبان دکبدی حجراتودجینوم سره یوځای او په نتیجه کې هغه جینونه چې سرطانی حجرات تخریبوی محوه،اوهغه جینونه چې دچنګاښ سبب کیږی فعاله کوي.


www.ketabton.com

**پتالوژی**

تومور کیدای شی په کبد کی د یوه او یا څو نوډولونو په څیر تبارز وکړی. د هستولوژی له نظره د هغو حجراتو درلودونکی وی چې د کبدی حجراتو سره زیات ورته والي لری، دا تومورونه د کبدی اویا باب وریدونو د لیاری و لمفاوی عقداتو ، هډوکو او سږو ته میتاستاز ورکولای شی.

**اعراض اوعلایم**

اعراض اوعلایم یی عبارت دی د وزن کمښت ، د اشتها کموالی ، تبه ، د راسته تشی دردونه او حبن .په هغو ناروغانو کې چې د کبد په سیروز اخته وی ، که دا ډول اعراض اوعلایم په چټکی سره تأسسس وکړی نو باید د کبد و سرطان ته پام واړول شی .
په معاینه کې کبد غټ، حساس او غیر منظم جس کیږی. د یو شمیر راپوروونو له مخی په سیروز اخته ناروغانو کې د کبد سرطان پرته له اعراضواوعلایمو هم لیدل شویدي.
په ٤- ٣ نمره جدول کې دکبدی حجراتودسرطان ځانګړتیاوی ښودل شویدي.

٣-٤ نمره جدول دکبدي حجراتودچنګاښ ځانګړتیاوي

| |
|---|
| وقوعات<br>د۱په هروسلوزروتنوڅخه نیولي بیا تر ۱۰۰ زیات په هروسلوزرتنوکي . |
| جنس<br>په نارینه ووکي دښځوپه پرتله زیات چي تناسب يې د ۱په نسبت د ۴څخه تر ۱ په نسبت د ۸ توپیرلري. |
| اړیکي<br>دکبدد B اوC شکل ځنډني التهاب،هیموکروماتوزس ( اوسیروزس)، سیروزس ( الکهولیک اوکریپتوجنیک)، دافلاتوکسین خوړل، توروتراست، د $\alpha_1$- antitrypsine کمښت اودااندروجنوتطبیق. |
| معمول کلینیکي تظاهرات<br>دخیټي دردونه ،دخیټي کتله ،دوزن کمیدل اودکبد ددندودښتونوبدلونونه. |
| غیرمعمول کلینیکي تظاهرات<br>وینه لرونکی حبن ، په سږوکي دتومورله کبله امبولي ،ژیړی اودکبدي اویا باب وریدونوبندښت. |
| میتابولیکي اثرات<br>اریتروسیتوزس ،هایپرکالیمیا ،هایپرکولستیرولیمیا ،هایپوګلیسیمیا ،دتیونوغټیدل ،دښځینه ډول غوره کول او اکوایرډ پورفیریا. |
| کلینیکي اولابراتواري ګډ بدلونونه<br>کبدي برویټ یا فرکشن رب.<br>په ۱ملي لیترسیروم کي د $\alpha$- fetoprotein اندازه تر ۴۰۰نینوګرامه زیاته وي. |

**تشخیص**

دناروغۍ تشخیص دلابراتواري اومتممه معایناتوپه ترسره کولوسره اینودل کیږي. ددی ناروغانو په سیروم کې د $\alpha$ – fetoprotein اندازه جګه ولی باید ووایو چه په دریمه برخه ناروغانو کې


www.ketabton.com

نورما ل وی ، په ۹۰ سلنه پېښو کې د التراساونډپه ذریعه filling defects په ګوته کیږی. د کبد بیوپسی، په ځانګړی توګه تر التراساونډ لاندی، د تشخیص لپاره ښه معاینه تشکیلوی. خوښه ترینه معاینه یی CT-Scan او MRI دی ځکه د بیوپسی په ذریعه کیدای شی سرطانی حجرات نورو برخو ته خپاره شی.
دHCC دتشخیص لپاره مکمل معاینات په ٤-٤ نمره جدول کې ښودل شویدي

٤-٤ نمره جدول دکبدي حجراتودچنګاښ راډیولوژیک،التراسونوګرافیک اوایم،آر،آي اوصاف

| |
|---|
| **Ultrasonographiy**<br>Mass lesion with varying echogenicities but usually hypoechoic. |
| **Dynamic Computed Tomography**<br>Arterial phase: tumor enhances quickly.<br>Venous phase: quick de-enhancement of the tumor relative to the parenchyma. |
| **MRI**<br>T1-weighted images: hypointense.<br>T2-weighted images: hyperintense.<br>After gadolinium administration, the tumor increases in intensity. |

MRI = Magnetic resonance imaging.

په یوشمیر هغوپیښوکې چې HCC دمتممه معایناتوپه ذریعه تشخیص نشي،بیوپسي ته اړتیالیدل کیږی. ولی کومی پیښی چې په متممه معایناتوکې واضح وی اوهم په وینه کې دα- fetoprotein اندازه جګه وی ،نوتشخیص ښکاره اوبیوپسي ته اړتیانشته.

**درملنه**

د جراحی عملیات په ذریعه د تومور پرې کول کله کله امکان لری ، هغه ناروغان چې د تومور اندازه یی وړه او دکبدپه سیروزاخته وی ، د کبد په پیوند باندی ښه نتیجه ورکوی. هغه تومورونه چې اندازه يي وړه،اودجراحی عملیات په ذریعه لیری کیدای شي ،په ځانګړی توګه په هغوځایوکې چې دخطرعوامل هم زیات وی،اوناروغ متکرراً دالتراسونډپه ذریعه تعقیب شي،کیدای شي جراحی عملیات ترسره اوناروغ دنژدی څخه وڅارل شي.بایدیادونه وسی چې اکثراً ناروغان په داسی یوحالت کې مراجعه کوی چې ناروغی يي ډېره پرمختللی اوځومحراقونه يي تشکیل کړیوی چې درملنه يي امکان نلري. ددرملوپه ذریعه درملنه چې په سیستمیک ډول اویادشریان دلاري تطبیق سی،شریانی امبولایزیشن،دتومورپه داخل کې دایتانول تطبیق،دشعاع تطبیق اوحتی دکبدپیوند،ټوله طریقی ددرملنی په منظوراستعمال ولی دقناعت وړنتیجه نه تری ترلاسه کیږی.

**مخنیوي**

د نړی په زیاتو برخو په ځانګړی توګه جنوب شرقی آسیا کې کوم چې د HBV ناروغان زیات او نوموړی میکروب په دوامداره توګه پاته کیږی ، دHCC خطر زیات دی. کوم مطالعات چه په تایوان کې ترسره شویدی په پراخه پیمانه د HBV ضد واکسین تطبیق د HCC په پیښو کې کمښت راوستلی دی.نوځکه ویلای سوچې په پراخه پیمانه د HBV ضد واکسین تطبیق د HCC


www.ketabton.com

په منځته راتلو کې کمښت راولی په ځانګړی توګه په انډیمیکو ساحو کې. د سیروز د منځته راتلوڅخه مخنیوی له هره سببه چې وی ګټور تمامیږی د بیلګی په توګه د ځنډنی HCV کبدی التهاب درملنه، په ابتدایی ډول د hemochromatosis تشخیص او د الکولو څخه ډډه کول.

**انذار**

په هغو ناروغانو کې چې تومور یی تر ۲ سانتی متره کوچنی او په یوه لوب کې شتون ولری په تر ۵ سلنه لږو پېښو کې ناروغ تر ۲ کلنو پوری ژوندی پاته کیدای شي. داناروغان اکثراً ترتشخیص ۶ میاشتي وروسته مري.

References:

- McPhee S,J (2009), CURRENT Medical Diagnosi & Treatment.
Editors:Papadakis M.A, Tierney L.M.
Edition: 48th , Chapter:39
- THE MERCK MANUAL OF DIAGNOSIS AND THERAPY, 18th edition, 2006
Section 3,Chapter 29, Page 236-237
- KUMAR AND CLIRK
CLINICAL MEDICINE,6th edition,2005
LIVE, BILIARY TRACT AND PANCREATIC DISEASE, Chapter 7, Page 394- 395
- CECIL, ESSENTIL OF MEDICINE,5th Edition, 2001
Section VII, Chapter 44, Page 394- 395


www.ketabton.com

# ژیړی
# Jaundice

**تعریف**

دبدن په انساجوکې دبلیروبین تراکم اویا په وینه کي ترنورمالي اندازی دبلیروبین زیاتوالي ته ژیړي ویل کیږي.[1]

**پتوفزیالوژي**

بلیروبین ،چې دهیم دمیتابولیزم په نتیجه کې تولیدیږي، تراکم یې دبدن په انساجوکې ژیړي منځته را وړي. په نورمال ډول د (۰،۲ تر ۱،۲) ملي ګرامه بلیروبین په هر ۱۰۰ ملي لیتره سیروم کي شتون لري،اود کلینیک له مخي هغه وخت په ګوته کیدای شي چې په سیروم کې د بلیروبین اندازه تر۳ ملي ګرامه په ۱۰۰ ملي لیتره کې زیاته شي.
هایپربلیروبینیمیا هغه وخت منځته راځي چې دبلیروبین په تولید،انتقال اویا میتابولیزم کې ستونزه را منځته سي.کله چې په وینه کي دمزدوج یا غیر مزدوج بلیروبین اندازه لوړه شي په دي صورت کې بلیروبین وانساجوته نفوذکوی اودپوستکي اوسترګودژړوالي سبب کیږي.غیرمزدوجه هایپربلیروبینیمیا معمولاً دبلیروبین دزیات تولید(هیمولیز،دځانګړو درملوداثراتوله کبله وکبدي حجراتوته دبلیروبین نه ننوتل)،اویا دبلیروبین دمزدوج کیدوپه مقابل کې مانعه لکه په ګلبرت او کریګلر نجار سندرومونوکې.مزدوجه ها یپر بلیرو بینیمیا معمولاً دکبدي حجراتوڅخه دبلیروبین په وتلوکې دستونزوله کبله رامنځته کیږي،چې معمولي ستونزي یې دکبدي حجراتوناروغی،درمل،دویني میکروبي کید ل، ارثي ستونزي (ډوبین – جانسن سندروم،امیدواري) او یا دصفرا خارج کبدي بندښت.[1]

**دبلیروبین میتابولیزم**

هره ورځ دهیم دکیتابولیزم له کبله د۴۲۵تر ۵۱۰ ملی مول یا د۲۵۰ تر ۳۰۰ ملی ګرامه غیرمزدوج بلیروبین جوړیږی.کوم بلیروبیون چې په وینه کې جریان لری تقریباً ټوله په غیرمزدوج شکل دی ،اوله دی کبله چې په اوبوکې نه دی منحل اودالبومین سره نښتی دی ،نوپه تشومتیازو کې نه تیریږی.غیرمزدوج بلیروبین داندوپلازمیک ریتیکولم انزایم ،ګلوکورونیل ټرانسپیراز،په ذریعه مزدوج اوپه مونواوډاي ګلوکورونایډبدلیږی.مزدوج بلیروبین،چې په اوبوکې منحل دی وصفرا ته دکبدی حجراتودغشأ له لیاری دیوځانګړی انتقال کونکې په ذریعه انتقالیږی.مزدوج بلیروبین په کولمو کې دکولون دبکتریاوو په ذریعه میتابو لیز او سترکو بیلینوجن،چې وروسته په سترکوبیلین باندی اکسیډ یز کیږی، تولیدوی.دواړه،سترکوبیلین او سترکوبیلینوجن دغایطه موادودلیاری خار جیږی. دستر کو بیلینوجن یوه کمه اندازه ( ۴ ملی ګرامه دورځی) دکولمو څخه جذب ،اودکبدڅخه تر تیریدو وروسته په تشومتیازوکې خارجیږی،او دیوروبیلینوجن په نوم یادیږی،چې ورو سته بیا په یوروبیلین باندی اکسیډیزکیږی.[4]


www.ketabton.com

**کیمیاوي ټستونه**

په ٤-٥ نمره جدول کې نورمال کیمیاوي ټستونه او دژیړي په دواړوډولونوکې ئې بدلون ښودل سویدي

| ټسټ | کبدي ژیړي | نورماله اندازه | غیراختلاطي بندشي ژیړي |
|---|---|---|---|
| بلیروبین | | | |
| مستقیم | زیات | 0.1–0.3 mg/dL | زیات |
| غیرمستقیم | زیات | 0.2–0.7 mg/dL | زیات |
| یوروبیلینوجن | زیات | نسته | زیات |
| سیروم البومین\ټوټل پروټین | البومین کم اوټوټل پروټین د٥،٦تر ٨،٤ ګرام\١٠٠ ملي لیتره | البومین د٥،٣ تر ٥،٥ ګرام\١٠٠ ملي لیتره | بدلون نه مومي |
| الکلین فوسفاتاز | +زیاتوالي مومي | د٣٠ تر ١١٥ واحده په لیترکې | ++++زیاتوالي مومي |
| پروترومبین ټایم | که تخریبات شدید وي نواوږدیږي،په زرقي ویتامین کا جواب نه ورکوي | د١ تر ١،٤ ،اودویتامین کا INR[1] ترتطبیق وروسته په ٢٤ ساعته کې ١٠ سلنه زیاتوالي مومي. | که بندښت شتون ولري نواوږدیږي،په زرقي ویتامین کا جواب ورکوي |
| ALT, AST[2] | دکبدي حجراتوپه تخریب اودکبد په ویروسي التهاب کې زیاتیږي. | د٥ تر ٣٥ واحده په لیترکېALT<br><br>ASTد٥ تر ٤٠ واحده په لیترکې | کم زیاتوالي مومي |

[1]INR, international normalized ratio.

[2]ALT, alanine aminotransferase; AST, aspartate aminotransferase.

**تصنیف**

ژیړي معمولاً تر لاندي دریو عنوانونو لاندي مطالعه کیږي:

1. Haemolytic jaundice چې پر کبدي حجراتو باندي د بلیروبین اندازه زیاته شي
2. Congenital hyperbilirubinaemias چې د بلیروبین په نښلیدو کې کومه ستونزه موجوده وي
3. Cholestatic jaundice د کبدي حجروي آفاتو او یا غټو قناتونو د بندښت په اثرامنځته راځي

**انکانجوګیټډ هایپربلیروبینیمیا**

په دي شکل کې دغایطه موادواوبولورنګ نورمال،ولي لز ژیړي شتون لري.په بولوکې بلیر و بین نه موندل کیږي.په هیمولیتیک ناروغیوکې طحال هم غټ وي.

**ګیلبرټ سندروم**

دهیپربلیروبینیمیاد عمده ډولونو د جملې څخه دي، چې د ٢تر ٧ سلنه نفوس اخته کوي. ناروغي ځانګړي اعراض اوعلایم نلري او اکثره د عادي معایناتو په وخت تشخیصیږي چې د بلیروبین اندازه لږه جګه شویوي ( 17-120 µ mol/L or 1-6mg/dl ) . دکبدټول بیوشیمیک معاینات نورمال او د کبدي ناروغیو اعراض اوعلایم وجود نه لري. د ٥تر ١٥ سلنه ناروغانو کې د ژیړي کورنۍ تاریخچه مثبته موندل کیږي. کبدي glucuronidation د نورمال حالت تقریباً ٣٠ سلنه وي چې په پایله کې په صفرا کې د monoglucuronide بلیروبین د سویه د جګوالي سبب ګرځي. په اکثره ناروغانو کې د (UDP-glucuronosyl transferase (UGT-1 انزایم ( هغه انزایم دي چې په شتون کې یې بلیروبین د glucuronic acid سره مزدوج کیږي ) سویه ټیټه او



www.ketabton.com

فعالیت یې کم وي. معمولاً په هغه جن کې چې په نوموړي انزایم باندي نښتي وي او د HUG-Br 1 په نوم یادیږي موتېشن صورت نیسي، چې nucleotide متوسع او د 5' promotor element پر پورتني برخه باندي د۲ اضافي جوړښتونو په شکل ځاي نیسي. د دي غیر نورمال جوړښت شتون د سندروم د تشخیص لپاره اړین دي. د تشخیص تر اینودلو وروسته اړینه ده چې ناروغ ته وپامول شي ترڅوناروغي یي خطرناکه نه ده او و زیاتو معایناتو ته اړتیا نه لري. په دې نارو غانو کې د غیرمزدوج بلیروبین سویه د سپکو ناروغیو او یا روژې نیولو په وخت کې جګیږي. په دې ناروغانو کې پرهیمولیزبرسیره د ریتیکولوسیتونو اندازه نورماله وي. کومه ځانګړي درملنه نه لري.

**کریګلر- نجار سندروم**

دا ناروغي ډېره نادره لیدل کیږي، ځکه یوازي هغه ناروغان چې autosomal dominant type II شکل ولري په هغوي کې د UDP – glucuronosyl transferase اندازه کمه ولي د type I autosomal recessive په ډول غایب نوي ،ډیر کم تر لویوالي پوري رسیږي. په دې ناروغي کې هم د HUG – Br I Gene چې د UDP – glucuronosyl transferase لپاره وصفي دي. د coding په ساحه کې موتېشن موجود وي. د هستولوژي له نظره کبدي حجرات نورمال وي، د کبد پیوندئي ګټوره درملنه ده. [1]

## کانجوګیټډ هایپربلیروبینیمیا

**ډوبین – جانسن اوروټرز سندروم**

داناروغي هم په کبد کې د بلیروبین د خپریدو د نقصان په نتیجه کې رامنځته کیږي. د د وا ړو ناروغیو انذار ښه دي. په Dubin – Johnson Syndrome کې موتېشن په MRP2 دواړوانتقال ورکونکوجینوکې موجوداود میلانین د زیات تراکم له کبله کبد تور رنګ اخلي.

**Recurrent familial intrahepatic cholestasis (FIC1) او Benign recurrent intrahepatic cholestasis**

داناروغي هم نادراً لیدل کیږي. په دې ناروغیو کې دصفراد حادبندښت تکراری حملات واقع ولی تل په ځنډنیوکبدي ناروغیو نه بدلیږي. په دې ناروغانو کې پر ژیړي بر سیره، د بدن شدید خارښت، شحمي اسهالات او د وزن کمښت موجودوي. په سیروم کې د γ-GT اندازه نورماله وي. که څه هم جن یې پر FIC1 باندي پروت دي، ولي د صفراوی جریان دبندښت سره ښکاره اړیکي نه لري.

**پروګریسیوفامیلیل انتراهیپاتیک سندروم**

داناروغي هم autosomal recessive شکل لری،په type I کې چې دصفراوی جریان بند ښت حتي په وړکتوب کې پیلیږي ( پخوایي د Byler ناروغۍپه نوم هم یا دول ). د γ-GT اندازه نورماله وي. جن یې د پورته په شان پر FIC1 باندي پروت وي. ولي معمولاًد encoding ساحې پر ATPases, P type باندي واقع شوي وي. په type 2 کې یې د جن موقعیت د صفراوي مالګو پر انتقالونکي پمپ جن باندي چې د BSEP په نوم یادیږي شتون لري. پروتینونه یې عموماً د کبدي حجراتو د پلاسما یې غشا پر canalicular domain باندي شتون لري.


www.ketabton.com

type 3 يي د PGr 3 جن د موټيشن په اثر رامنځته کيږي چې په نتيجه کې د canalicular phosphatidylcholine د ترانسپورت د تنقيص او د تسممي صفرأ د توليد سبب ګرځي چې کبدي حجرات تخريبوي. د دي سندروم يوازني درملنه دکبدپيونددي.

**د ژيړي د ناروغانوسره چال چلند**

د تشخيص عمده برخه د ناروغ تاريخچه تشکيلوي، چې بايد په ډير دقت سره واخيستل شي. د ناروغ د حالت په پام کې نيولو سره بايد ورڅخه تپوس وکړل سي.که ځوان شخص په ژيړي اخته وي ، بايد ورڅخه د درملو د استعمال، د الکولو د څکلو او هم جنسي فاليت په هکله وپوښتل سي. بوډا ناروغ چې وزن يې هم د لاسه ورکړي وي په زياته اندازه د سرطان شک ورباندي کيږی.

په ژيړي ټول اخته ناروغان د کسالت څخه شاکي وي. هغه ناروغان چې دصفراوي جريان بندښت اويا صفراوي ډبري لري د خيټي د دردونو څخه شکايت کوي. او حتي کله کله دا دردونه د کبد د غټوالي له کبله چې د کبدي کپسول د توسع او د درد د توليد سبب ګرځي هم رامنځته کيږي.

پوښتنه بايد د ناروغ د حالت په پام کې نيولو سره مطرح، ولي د تاريخچې په اخيستلو کې بايد لاندي ټکې په پام کې ونيول شي:

- د اوسيدو ځای ( هيواد ): ځکه دHBV پيښني د نړۍ په يو شمير هيوادوکې زياتي موندل کيږي.
- د ناروغي دوام: د ژيړي موجوديت، دوزن کمښت سره يو ځای په بوډاګانو کې اکثراً پر سرطان باندي دلالت کوي، د ژيړي لنډه تاريخچه په ځانګړي توګه چي ناروغي په مخفي ډول شروع کړيوي او کسالت هم ورسره مل وي. پر کبدي التهاب باندي دلالت کوي.
- د ژيړي فعلي Out break : که په ټولنه کې يو زيات شمير وګړي ورباندي اخته وي نو په زياته اندازه و HAV ته فکر کيږي.
- په نژدې وختو کې د Shellfish د خوړلو تاريخچه : که موجوده وي هم زياتره پر HAV کبدي التهاب باندي دلالت کوي.
- د وريدي مخدره مواد معتادين، يا په نژدې وختو کې د پيچکاري يا خال وهلو تار يخچه پورته ذکر شوي ټول عوامل د HBV يا HBC انتان د خپريدو سبب ګرځي.
- لواطت : هم په HBV باندي دمصابيت اندازه جګوي.
- فاحشګي : هم په HBV باندي د اخته کېدو چانس زياتوي.
- د وينې ترانسفوژن او يا د ذخيره شوي ويني د مشتقاتو تطبيق. دا هم پخپل وار سره د HBV او HBC د مصابيت چانس زياتوي نو له همدې کبله په پرمختللو هيوادونو کې ټوله وينه دHBV او HBC له کبله معاينه کيږي.
- د الکولو څکل: دڅکلو پوره اندازه بايد په ګوته سي، ځکه اکثر ناروغان د څکلو دقيقه اندازه نه وايي او ورڅخه انکار کوي.
- د درملو استعمال ( په ځانګړي توګه په وروستيو ۲يا ۳مياشتو کې ). ځکه زيات درمل د ژيړي سبب ګرځي.
- د سفرتاريخچه : ځکه په اکثرو ساحو کې په HAV او HEV باندي د مصابيت چانس زيا توي چې په اميدواري کې زيات وفيات رامنځته کوي.
- په نژدې وختوکې د بيهوښي ددرملو استعمال: هلوتان او کله کله حتي انفلوران او ايزوفلوران هم ژيړي توليدوي، په ځانګړي توګه په هغو ناروغانو کې چې د هلوجن لرونکو درملو سره حساسيت ولري.


www.ketabton.com

• کورنۍ تاریخچه:په Gilbert's ناروغي اخته ناروغانوکیدای سي د کورنۍ د بل غړي څخه ناروغي اخیستي وي.
• جراحي مداخله : په نژدې وختوکي د صفراوي قناتونو او یا سرطان له کبله جراحي مداخله.
• چاپیریال: هغه اشخاص چې په کلیو کې تفریحي پروګرامونه جوړوي، بزګران اود فاضله موادو د تخلیه د سیسټم کارکوونکي، د leptospirosis د زیات د خطر سره مخ دي.
• تبه او لړزه : چي معمولاً د صفراوي قناتونو پر التهاب او یا دکبدپر آبسه دلالت کوي.

**دسبب دموندلولپاره تشخیصي میتودونه**

**معاینات :** ژیړي پخپله حقیقي تشخیص نه دي نو باید اصلي سبب یې څرګند شي. دوه عمده او مهم معاینات چې باید حتماً تر سره شي عبارت دي له HBV, HAV او HCV ویروسي مارکرونوتعین او د التراسوندترسره کول. د کبد بیوشیمیک معاینات هم کولای شي چې ژیړي تثبیت او په تشخیص کې مرسته وکړي.

**التراسونډ معاینه:** په ژیړي اخته ناروغانو کې باید تل التراسوند معاینه تر سره تر څو خارج کبدي بندښتونه په ګوته او هم دکبددځنډنیو ناروغیو په هکله که شتون ولري معلومات تر لاسه شي. په التراسوند کې لاندي شیان معلومیدای شي:

• د صفراوي قناتونو سایز او اندازه چې په خارج کبدي بندښتوکې متوسع وي.
• د بندښت موقعیت په ګوته کیږي.
• د بندښت اصلي سبب په ګوته کیږي ،چې کیدای سي د تومور او یا په ۷۵سلنه پیښو کې د صفراوي ډبرو له کبله رامنځته شویوي.

د کتلي د شتون په صورت کې باید پتولوژیک معاینات تر سره او د fine needle aspiration په ذریعه سیتولوژیک معاینات واخیستل سي( چي په ۶۰ سلنه پیښو کې ځواب تر لاسه کیږي ) او یا دا چي دامعاینه د needle biopsy چي spring- loaded device لري په ذریعه تر سره کیږي (په ۹۰ سلنه پیښوکي مثبت ځواب ترلاسه کیږي ).

**د کبد بیوشیمیک معاینات:** په کبدي التهاب اخته ناروغانو کې د ناروغي په پیل کې د سیروم د AST او ALT اندازه جګه ،حال دا چي ALP په کمه اندازه جګیږي. په معکوس ډول، په خارج کبدي بندښتونو کې د ALP اندازه ډیره جګه او امینوترانسفیرازونه په کمه اندازه زیاتوالي مومي. ولي بیا هم یوازي د نوموړي معایناتو په تر سره کولو سره تشخیص نه ایښودل کیږي. د کبدپه ځنډنیو ناروغیو کې د PT اندازه دوامداره جګه او په سیروم کې د البومین اندازه کمه وي.

**د ویني معاینات:** په هیمولیتیک ژیړی کې د بلیروبین اندازه جګه ،حال دا چې د کبد نور بیوشیمیک معاینات نورمال وي. د وینی دسپین کریواتوزیاتوالي د انتان پر شتون ( دصفراوی قناتوالتهاب ) دلالت کوي. دکبدپه ویروسی التهاب کې معمولاً دوینی سپین کریوات کم وي، حال دا چي غیر نورمال مونونیکلیر حجرات پر infectious mononucleosis دلالت کوي، چې باید ناروغ ته monospot test هم ترسره شي.

دوینی یوشمیر نورمعاینات د دي لپاره تر سره کیږي تر څو کوم غیر معمولي اسباب چې د کبدي ناروغیو سبب کیږي، رد سي، د بیلګي په توګه دسیتومیګالوویروس انتی باډی،اوتوامیون انتی باډی او یا د لومړني صفراوي سیروز د تشخیص لپاره د anti mitochondrial (AMA) antibodies تعین او یا د کبدي حجروي سرطان لپاره د α - fetoprotein تعینول.


www.ketabton.com

# پنځم څپرکی
# دپانکراس ناروغۍ

دپانکراس حاد التهاب.

دپانکراس ځنډنی التهاب.

## د پانکراس التهاب
## Pancreatitis

**عمومیات**

پانکراس دورځي د۱۵۰۰ تر ۳۰۰۰ ملي لیتره ایزواسموتیک الکلین (pH > 8.0) مایعات چې تقریباً د۲۰ په حدودوکې انزایمونه او زایموجنونه لري افرازوی.نوموړي انزایمونه دهضم دعملیې لپاره اړین دي.

دپانکراس التهابي افات معمولاً پر ۲ ډولوویشل کیږي، دپانکراس حادالتهاب اودپانکراس ځنډني التهاب.دپانکراس دحادالتهاب پتولوژي بیله اوپه بیلونومونویادیږي،دبیلګي په توګه *interstitial pancreatitis* چې معمولاً خفیف اوخپله جوړیدونکي دي،اویا *necrotizing pancreatitis* چې په دي ناروغۍ کې دنیکروز درجه دحملي په شدت اوسیستمیکواعراضواوعلایمواړه لري.دپانکراس دالتهاب د پیښووقوعات په بیلابیلو هیوادونوکې بیل او هم بیل اسباب لري،دبیلګي په توګه الکول،صفراوي ډبري،میتابولیک عوامل اودرمل.په انګلستان کې کلني اندازه په هرو سلوزرو تنوکې ٥،٤ اودامریکا په متحده ایالاتوکې ۷۹،۸ اټکل شویده،چې دکاله تر ۲۰۰۰۰۰ زیات دپانکراس دحاد التهاب نوي پیښي منځته راځي.[۲]

## د پانکراس حاد التهاب
## Acute Pancreatitis

**تعریف**

د پانکراس حاد التهاب و هغی التهابی پروسی ته ویل کیږی چه په نورمال پانکراس کې رامنځته او د ناروغی تر حملی وروسته التهاب په مکمل ډول روغوالی مومی.[٥]

**اسباب**

د ناروغی حمله په غربی نړی کې په زیاته اندازه د صفراوی ډبرواو الکولود مصرف څخه منځته راځی. د الکولو استعمال کولای شی چه د پانکراس د ځنډنی التهاب د منځته راتلو سبب هم وګرځی. د پانکراس د حاد التهاب حمله کیدای شي متفاوته وی یعنی دسپکي حملي څخه بیاتر شدیدی حملي بدلون موندلاي شي چي شدیده حمله حتی د پانکراس او پانکراس د شاوخوا انساجو د نکروز او یا خون ریزی سبب ګرځی . په شدید حالت کې د وفیاتو (مړینی) اندازه ډیره لوړه او حتی د ۴۰تر ۵۰ سلني ته رسیدای شي.


www.ketabton.com

۵- ۱ نمره جدول **د پانکراس د حادالتهاب اسباب ښيي** [۵]

| **معول اسباب ( ۹۰سلنه پيښي تشکيلوي)** |
|---|
| • صفراوي ډبری، ایډیوپاتیک،الکهول اوتر ERCP وروسته. |
| **نادراسباب** |
| • ترجراحي عملياتونو په ځانګړي توګه دخيټي جراحي او يادزړه اوسږو تر باي پاس وروسته.<br>• ترضيضات او درمل ( ازوتيوپرين،تيازايد ډيوريتيک،سوډيم والپورات).<br>• ميتابوليک ( هايپرکالسيميا، هايپرتراي ګليسيريديميا).<br>• پانکراس ډيويزم Pancreas divisum<br>• دOddi معصري ددندي خرابيدل ،انتانات (کله چرک اوکوکسکاي ويروس).<br>• ارثي ،دپښتورګوعدم کفايه ،دغړوپيوند ( پښتورګي يا کبد) اوشديده هايپو ترميا.<br>• دکيمياوي موادوتسمم . |

**تصنيف**

دتصنيف له رويه د پانکراس التهاب پرحاداوځنډني باندي ويشل کيږي. دپانکراس حاد التهاب وهغه حالت ته ويل کيږي چي په نورمال پانکراس کې رامنځته اودحملي تر تيريدلووروسته التهاب رشف اودپانکراس نسج بيا نورمال حالت مومي،حال داچي دپانکراس په ځنډني التهاب کې تخريبي پروسه دوامداره اوپه نتيجه کې غيررجعي ساختماني بدلونونه منځته راځي.په عملي ساحه کې دپانکراس دحاد اوځنډني التهاب ترمنځ توپير ستونزمن دي،په ځانګړي توګه دپانکراس دځنډني التهاب متکرر حملات چي دپانکراس حادالتهاب ته ورته والي لري.[۱]

**پتوجنيزس**

په پانکراس کې د نکروز د منځته راتلو ميخانيکيت تر اوسه ښه ندی پيژندل شوی ځکه د نکروز په منځته راتلو کې يو زيات شمير سببونه ونډه اخلی، کومه نظريه چه زياته د قبول وړده هغه داده چه پدی پروسه کې د حجراتو په داخل کې دکلسيم اندازه جګه اوپخپل وارسره دحجراتودداخلی پروتيازانزايمو د فعاله کيدو سبب ګرځی،چې د دی انزايمونو فعاله کيدل پخپل وار سره د حجراتو نکروز رامنځته کوی.

د صفراوی ډبرو په نتيجه کې د پانکراس د حاد التهاب رامنځته کيدل داسی عقيده موجوده ده چې د امپولا په برخه کی د ډبرو د تولیدو په ذريعه د پانکراس افرازات بنداو په نتيجه کې د پانکراس د قناتونو داخلی فشار لوړيږی. په حيواناتو کې دقناتو د فشار لوړوالی پخپل وارسره د حجراتو د داخلی کلسيم اندازه لوړ وی اودپورته په څيردالتهاب سبب کيږی. د الکولو په اړوند داسی نظريه وجود لری چه الکول پخپل وارسره د پانکراس په اسينارحجراتو کې د کلسيم پر هوموستازس اثر اچوی اواندازه يي لوړه بيايی.[۱]



www.ketabton.com

**اعراض اوعلایم**

په هغوټولوناروغانو کې چې د خېټې د علوی برخی دردونه ولری باید د پانکراس حاد التهاب په پام کې وی. د پانکراس په حاد التهاب کې هم معمولاً دردونه د شرصوفیه ناحیی څخه پیل، زړه بدوالی او کانګی هم ورسره مل وی. کله چې التهاب د پریتوان و خالیګا ته خپور شي نو درد ثابت ولی شدت مومی. د پریتوان د خلفی برخی د ماؤفیت په صورت کې دردونه د شاوخواته هم خپرېږی. کیدای سی ناروغ د ورته حملی څخه چه په پخوا کې ورته پېښه شویوه شکایت وکړی او یا داچي د صفراوی ډبرو ښکاره تاریخچه ولری. حمله کیدای شي د الکولو تر خوړولویاسپری وروسته رامنځته سی، ولی ،کیدای شی په زیات شمیر پیښو کې کوم ښکاره سببی فکتور شتون ونلری.
په فزیکی معاینه کې کیدای شي کوم ځانګړی نښه شتون و نلری، پرته د خیټې له درد، چې د خیټې د پورتنۍ برخی د حساسیت سره مل وی، ولی کومه سیستمیکه عارضه په ګوته کیدای نسی. په شدید حالت کې کیدلای سی ناروغ دزړه دضربان زیاتوالی ولری ،د وینی فشار یې ټیټ او تشي میتیازې یې لږې وی،هیپوولیمیک شاک، د خیټې په معاینه کې دخیټی دخپاره حساسیت شتون او د کولمو آوازونه لږاو یا هیڅ نه اوریدل کیږی. دنوم دشاوخواتوره حلقه (Cullen's Sign) او د قطنی ناحیو (Grey Turner's Sign) بی رنګه کیدل هم مینځته راځي.کوم ناروغان چې د ناروغی سبب یی صفراوی ډبری وی په سریری تظاهراتو کې د صفراوی قناتونودالتهاب اعراض اوعلایم هم شتون لری.[1]

**تشخیص**

دلابراتواري اومتممه معایناتوله مخي اینودل کیږي.

**لابراتواري معاینات**

- د ناروغي د تشخیص لپاره معیاری معاینه د وینی په سیروم کي د امیلاز د سویه تعینول دی ،که د دردونو د شروع څخه په لمړیو ۲۴ ساعتو کې معاینه سی نو کیدای شي چې تر نورمال حد ۳ ځله زیات وی ،په یو شمیر نورو ناروغیوکې هم کیدای شي په سیروم کې د امیلازسویه لوړه شی .

۲-۵ نمره جدول **دپانکراس دالتهاب نه پرته دوینی دسیروم دامیلازلوړیدل**[5]

| |
|---|
| • وپریتوان ته د معدی اوکولمو دپورتنی برخي دافرازاتوتوئیدل<br>Leakage of upper gastrointestinal contents into the peritoneum:<br>✓ Upper gastrointestinal perforation. د معدی اوکولمو دپورتنۍ برخي سوری کیدل<br>✓ Biliary peritonitis دپریتوان صفراوی التهاب<br>✓ Intestinal infarction دامعأ احتشأ |
| • دامیلازانزایم په ارثی ډول غیرنورمال حالت Inhaerited abnormalities of amylase<br>✓ Macroamylasaemia |

تر راتلونکو ۳- ۵ ورځو پوری د سیروم د امیلاز اندازه په تدریجی ډول راکښته او نورمال حالت ته رسیږی. که ناروغ ناوخته مراجعه وکړی کیدای شي د امیلاز اندازه یی په وینه کې ټیټه او False –negative نتیجه ترلاسه شي.

- د تشومیتیازو د امیلاز اندازه هم کولای شي په تشخیص کې مرسته وکړی، ځکه تر زیاتی مودی پوری لوړه پاتي کیږی.


www.ketabton.com

- د پانکراس په حاد التهاب کې د سیروم د لیپاز اندازه هم جګیږی، چې د امیلاز په پرتله د زیاتی مودی لپاره جګه پاتې وی. پاتې دی نه وی چې د سیروم د لیپاز د اندازی تعینول د امیلاز په پرتله کوم ښه والی نلری ولی د تخنیکی نظره یی اندازه کول د امیلاز په پرتله ستو نزمن دی.
- نور اړین معاینات چه باید ترسره شي عبارت دی له: د وینی روتین معاینات ، CRP ، یوریا ، الیکترولیتونه ، د وینی ګلوکوز ، د کبد بیوشیمیکې معاینات ، د پلاسما د کلسیم تعینول او د شریانی وینی د ګآزاتو اندازه . ټول معاینات باید لمړی ځل د ناروغ د مراجعی پر وخت تر سره او وروسته بیا د ۲۴ او ۴۸ ساعتو په تیریدو سره تکرار سی ،تر څو د ناروغی د حملی د سیر او شدت په هکله پوره معلومات تر لاسه شویوی.

**راډیوګرافي**

- د صدر راډیوګرافی باید حتمًا تر سره سی، تر څو د معدی یا اثنأعشر سوری کیدل چه معمولاً د سیروم دامیلاز د لوړوالی سبب کیږی په ګوته او د خیټي د راډیوګرافی په ذریعه کیدای شي صفراوی ډبری او د پانکراس کلسیفیکیشن که موجود وی وموندو.
- د خیټی دالترسونډپه ذریعه کیدای شي کومی صفراوی ډبری چې ګمان کیږی د پانکراس د التهاب سبب ګرځیدلی وی هم په ګوته شي ،که څه هم په distal common صفراوی قناتونو کې د ډبری د موجودیت تثبیتول ستونزمن کاردی ولی کیدای شي چه د کبدداخلی صفراوی قناتونو پراخیدل د ډبری پر موجودیت دلالت وکړی .یوازی په صفراوی کڅوړه کې د ډبرو موجودیت د پانکراس هغه التهاب چه په صفراوی ډبرو پوری تړاو لری، نشی تثبیتولای . د التراسونډ په ذریعه کولای شو د پانکراس د نسج پاړسوب او نکروز او د شتون په صورت کې د پانکراس په محیطی انساجو کې د مایعاتو راټولیدل هم ترلاسه او تثبیت کړو. د پانکراس د شدید التهاب په صورت کې له دی کبله چه په کولموکې په زیاته اندازه ګازات راټولیږی نودقیقي معاینې ته اړتیاسته ځکه کیدای سی په سختی سره پانکراس ولیدل شي.
- Contrast enhanced Spinal CT Scanning دامعاینه هم د پانکراس په ټولو التهاباتو په ځانګړی توګه د سپکو حملو په صورت کې اړینه ده. که دا معاینه د ناروغی د پیښیدو ۲یا ۳ورځی وروسته تر سره سی نو د پانکراس دنکروز پراخیدل ورڅخه څرګند او هم د ناروغۍ انذار تر لاسه کیږی. د ناروغۍ په ورستیو مرحلو ، د اختلاطاتود مینځته راتلوپه صورت ( د مایعاتو راټولیدل،د آبسه جوړیدل او یا د کاذب سیست موجودیت) کې باید تکراراً CT Scan ترسره شي.
- MRI(MRCP) : د دی معاینی په ذریعه د پانکراس د نسج د تخریب اندازه څرګنده او هم په صفراوی قناتوکې دډبرو شتون تثبیتیدای شي. دامعاینه د مایع اویا جامدو انتانی کتلو تر منځ د توپیر لپاره زیاته ګټمنه ده.
- ERCP : یوه معاینه ده چه معمولاً د درملنی په منظور په ځانګړی توګه د پانکراس په هغه التهاب چې د صفراوی ډبرو په ذریعه منځته راغلی وی د قنات څخه د ډبری د ایستلو لپاره ترسره کیږی.

**د ناروغۍ د شدت معلومول**

د پانکراس د حاد التهاب زیاتی پیښی خفیف سیر لری ولی یوازی په ۲۵ سلنه پیښوکې کیدای شي ناروغي په اختلاطی ډول سیرولری چه د دوران د خرابوالی او حتی زیاتو حیاتی غړو د عدم کفایی سبب وګرځی. دداسی اختلاطی سیر په صورت کې د ناروغۍ پر وخت تشخیص او د شدید مراقبت په خونه کې د ناروغ ساتل اړین دی .


www.ketabton.com

که څه هم د ابتدايي کلينيکی معايناتو په ذريعه د ناروغۍ د شدت موندلواټکل نشي کيدای ،اوحتی د لابراتواری معايناتو څخه هم محدود معلومات تر لاسه کيږی.
د CRP د اندازی لوړيدل د ناروغۍ په شدت باندی دلالت کوی ،خوبيا هم دقيقه معاينه نه شميرل کيږی. ددی لپاره چي دناروغۍ دسير په هکله ښه اټکل وکړای شو نو يو شمير معيارونه وجود لری چه په لاندی جدول کې ښودل شويدی.
هغه عوامل چي شتون ئي په لمړيو ۲۴ساعتونوکي دپانکراس دشديد التهاب اوخرابوانذارواټکل کوي.

۳-۵ نمره جدول ( ددريو اويازياتوفکتورونوشتون پرشديده حمله دلالت کوي).[1]

| | |
|---|---|
| Age | > 55 years |
| WBC | > 15 x $10^9$ / L |
| Blood glucose | > 10 mmol/ L |
| Serum Urea | > 16 mmol / L |
| Serum albumine | < 30 g / L |
| Serum aminotransferase | > 200 mmol / L |
| Serum calcium | < 2 mmol / L |
| Serum LDH | > 600 U / L |
| $PaO_2$ | < 8,0 k Pa ( 60 mm Hg) |

د نمراتو ورکولو نوموړی سيستم چه د Ransom او Glasgow په ذريعه يي وړانديزوشو په سلوکي په ۸۰پيښو کي د شديد ی حملی اټکل کولای شي، پدی شرط چي تر ۴۸ ساعته زيات نوی تير شوی.
همدارازد Acute Physiology او Chronic Health Evaluation (APACHE) نمرو ورکولو سيسټم هم منځته راغلیدی چي د ناروغۍ د شدت اندازه ورڅخه ترلاسه کيدای شي ، د دی سيسټم اساس معمولاً پر يو شميرفزيالوژيکی او لابراتواری معيارونو باندی بنأ کړل شویدی، چي د عمر او يا د يو شمير نورو ځنډنيوروغتيايی ستونزو د شتون او يا نه شتون په صورت کې تطبيق کيږی،لاندی جدول وګوری.

۴-۵ نمره جدول The APACHE II scoring system parameters

| PHYSIOLOGICAL | LABORATORY |
|---|---|
| Temperature | Oxygenation ($PaO_2$) |
| Heart rate | Arterial pH |
| Respiratory rate | Serum: |
| Mean arterial pressure | - Sodium |
| Glasgow Coma Scale | - Potassium |
| | - Createnine |
| | Haematocrite |
| | White Blood Cell count |

Score = 0 – 4 ( normal – abnormal)
BMI is an additional parameter


www.ketabton.com

دا سیستم که د ناروغی د شروع په لمړیو ۲۴ ساعتونو کې وازمایل شی ښه نتیجه ورځخه تر لاسه کیږی . یو شمیر څیړنو ښودلی ده چې چاغوالی هم پخپل وار سره د پانکراس د التهاب د منځته راتلو سبب کیږی، ځکه د زیات شحم شتون د انزایمونو د فعالیت لپاره زمینه برابروی چې پخپل وار سره د یوپراخه التهابی عکس العمل سبب گرځی. حتی په متوسطوچاغو اشخاصو کې ( چې BMI یی د ۲۵او ۳۰تر منځ وی ) هم د ناروغی د پیښیدلوخطر زیات دی، نو له همدی کبله د APACHE په سیستم کې هم ورځخه یادونه شویده .

**اختلاطات**

**د صفراوی ډبرو په ذریعه د پانکراس حاد التهاب :** کوم ناروغان چه پدی ډول ناروغۍ اخته وی او ورسره یو ځای د صفراوی قناتونو التهاب یا Cholangitis هم ولری د انډوسکوپ په ذریعه د معصرو پراخوالی او د ډبروایستل ډیر گټور تمامیږی اوهم یې انتخابی درملنه تشکیلوی. که د صفراوی قناتونو التهاب موجود نه وی نو د اینډوسکوپ په ذریعه دمعصری پري کول او د ډبروایستل هغه وخت استطباب لری چه پر ناروغ د ناروغۍ د شدیدی حملی گمان کیږی. د صفراوی ډبرو په ذریعه د پانکراس د حاد التهاب په سپکو حملو کې انډوسکوپی مداخله هغه وخت ترسره کیږی چې ناروغ د ناروغۍ څخه پوره روغوالی ومومی ( معمولاً ۶ اونی وروسته).[5]

**د پانکراس د حاد التهاب ځنډني اختلاطات :** د ناروغۍ په لومړیو ۷ ورځو کې د مصابیت او ماؤفیت اندازه معمولاً د بدن په عمومی التهابی عکس العمل او د حیاتی غړو په عدم کفایی پوری تړاو لری. تر دی مرحلی وروسته نو بیا د ناروغۍ پرمختگ او انذار معمولاً د پانکراس د نسج د نکروز په پراخیدو باندی اړه پیداکوی. دا حالت په درسته توگه کیداي شي د Contrastenhanced CT معاینی په ذریعه چې په ټولو هغو ناروغانو کې چې شدیده حمله ولری یوه اونی وروسته ترسره شي، تر لاسه شي.

پراخه نکروز ( چه د پانکراس د نسج تر ۵۰ سلنه زیاته برخه یي ماؤفه کړی‌وی) معمولاً د نورو اختلاطی ناروغیو خطرات زیاتوی او د جراحی مداخلی لپاره زمینه برابروی.

د پانکراس د نکروزی نسج انتان ډیر خطرناکه او په چټکی سره کولای سی ټوله بدن ته خپور او دوینی دمیکروبی کیدو سبب وگرځی.له همدی کبله ده چې ناروغ ته په وقایوی ډول انتی بیو تیك ورکول کیږی ،تر څو د همدی حالت مخه ونیول سی ولی اکثراً یی مخه نسی نیولای. که پر نوی شروع شوی انتان باندی شکمن یاست او یا داچې د نیوټروفیل اندازه زیاته او د CRP اندازه لوړه وی نو باید د نکروزی ساحی څخه نمونه واخستل ، او د کلچر لپاره واستول شي، اکثراً هغه ناروغان چه کلچر یی مثبت وی د جراحی لپاره کاندید د ی ترڅو د جراحی مداخلی په ذریعه نکروزی ساحه لیری سی. په شدیدو حالاتو کې څو ځلی جراحی مداخلی ته اړتیا پیداکیږی، تر څونیکروتیکه ساحه په پوره ډول لیری شي.[5]

**د پانکراس پر شاوخوا د مایع غونډ یدل :** د پانکراس د حاد التهاب په لمړیو ورځو کې مینځته راځی، په اکثرو ناروغانو کې پخپله رشف او له منځه ځی،ولی په یو شمیر ناروغانو کې کیدای سی نوموړی غونډه شوی مایع د گرانولیشن انساجو په ذریعه احاط چه ورته کاذب سیست ویل کیږی او معمولاً د ناروغۍ تر ۶ اونیو وروسته تشخیص کیدای شي.

واړه سیستونه ( چه قطر یی تر ۶ساتنی متره کم وی ) پخپله رشف او له منځه ځی ،ولی غټ سیستونه کیدای سی د زیاتی مودی لپاره پاتې ، او د یو شمیر وخیمو اختلاطاتو لکه منتن کیدو او یا په پریتوان کې د خونریزی سبب وگرځی . غټ کاذب سیستونه چې تر ۶ اونیو زیات دوام وکړی


www.ketabton.com

باید د پوستکي د لارې او یا د انډوسکوپ په ذریعه تخلیه ، او یا د جراحی مداخلي په ذریعه لیرې شي.[۵]

**دناروغۍ داوږدې مودې اثرات:** ټول هغه ناروغان چه د پانکراس د حاد التهاب سپکه یا متوسطه حمله یې تیره کړې وی پوره روغوالی مومی او هیڅ اعراض اوعلایم یې نه پاتې کیږي. کله چي د پانکراس قناتونه زیانمن سوی‌وی نو پدی ناروغانو کې د ناروغۍ حملې کیدای شی تکرار شی. هغه ناروغان چه د ناروغۍ شدیده حمله یې تیره کړې‌وی کیدای شی چي د پانکراس په عدم کفایه اخته شي ، چي په دی صورت کې د پانکراس اگزوکرین افرازات کم او سوٴجذب مینځته راوړي، او هم یې انډوکرین افرازات کم چي د شکرې دناروغۍ سبب کیږي.[۵]

**درملنه**

د پانکراس د حاد التهاب (له هره سببه چي وی )لومړنۍ درملنه یو د بل سره ورته ده. د زیاتو عواملو په پام کې نیولو سره د درجې ورکولو سیسټم چه په ځانګړې توګه د APACHE II چې چاغوالی obesity هم ورسره ملګری ده ،څخه باید د ناروغۍ په لمړیو ۲۴ ساعتو کې کار واخستل شی تر څو په سلوکي هغه ۲۵ناروغان چي شاید په شدیده حمله اخته وی وپیژندل شی. او په راتلونکو ۴۸ ساعتو کې بایدتکرار شی تر څود شدیدی حملی لپاره کاندید ناروغان هم وپیژندل شي .

دا ډول ناروغان بایددجدی مراقبت په کوټه کې بستر او تداوی شی. حتی هغه ناروغان چه د شدیدی حملی معیارونه ونه لری هم باید تر جدی څارنې لاندی ونیول شی. دپانکراس په حاد التهاب اخته ناروغانو کي مایعات زیات ضایع شویي نو ځکه باید د وریدی مایعاتو په منظور ورته غټ قطر لرونکی ورید ي کنولا تطبیق او د مایعاتو د اخستلو او خارجولو د اندازی او کلیوی فعالیت د تعین لپاره ورته بولی کتیتر واچول شي.

- د پوزي دلاري و معدی ته دټیوب اچول د خیټي د توسع او کانګو مخه نیسی او هم د اسپیریشن پنومونیاڅخه مخنیوی کوی.
- د دوامداره اکسیجن د ورکولود اړتیا دپوهیدولپاره د محیطی شریانی وینی د ګازاتو داندازی معلومول اړین دی.
- په وقایوی ډول دانتی بیوتیکو ورکول چي معمولاً د وسیع الساحه تأثیر لرونکی انتی بیوتیکو لکه Cefuroxime اوAztreonam ورکول د انتانی اختلاطاتو په مخنیوی کې مرسته کوی او باید د ورید له لاری ورکول شي.
- د درد ضد درمل: Pethidine او Tramadol د انتخابی درملو څخه شمیر کیږي، چي معمولاً د ورید له لاری ورکول کیږی ، د مورفین د مشتقاتو د تطبیق څخه باید ډډه وسی ځکه دا مشتقات د Oddi د معصری تقلص او تنګوالی رامنځته کوی.
- تغذیه : کوم ناروغان چه په شدیده حمله اخته وی باید د څو اونیو لپاره ورته د خولی دلیاری خواړه ورنه کول سی، لکه څرنګه چه وریدی تغذیه د انتان د خپریدو لپاره زمینه مساعد ه کوی باید پرځای یې د کولمودلاري د تغذي څخه ګټه واخستل شی چه معمولاً د Nasojejunial Tube دلاري ورکول کیږی. چې د ناروغ له طرفه ښه تحمل او تغذیوی اړتیاوی هم پوره کوی.[۵]

**انذار**

دپانکراس دحادالتهاب له کبله دوفیاتواندازه د۱۹۸۰ کال راپدیخوا راکمه اود۱۰ سلني څخه و۵ سلني ته راټیټه شویده،ولي دشدید التهاب دوفیاتواندازه اوس هم جګه اوحتي ۲۰ سلني ته


www.ketabton.com

رسيږي.دمړينو نيمه اندازه په لمړيو ۲ اونيوکې،معمولاً دزياتوغږودعدم کفايې له کبله، رامنځته کيږي. که دبدن دزياتوغږوعدم کفايه تر۴۸ ساعته زياته دوام وکړي نو د مړينو اندازه نوره هم جګه اوحتي ۵۰ سلني ته رسيږي.دانتاني نکروز له کبله هم مؤخر ه مړينه منځته راتلاي شي.دناروغي عود په الکولورږدووګړوکې زيات ليدل کيږي.[٥]

## د پانکراس ځنډنی التهاب
## Chronic Pancreatitis

**تعريف**

د پانکراس و هغه التهاب ته ويل کيږي چي پکښې دوامداره التهابی پروسه موجوده او په نتيجه کې غير رجعی ساختمانی بدلونونه منځته راځي.[٥]

**اسباب او اپيديمولوژي**

په پر مخ تللو هيوادوکې د پانکراس د ځنډنی التهاب عمده علت د الکولو استعمال تشکيلوی چي د ۶۰تر ۸۰ سلنوپيښنومسئوليت لری.حال داچې په پر مختيايی هيوادونو کې سؤ تغذيه او يا نور غذايی عوامل يی عمده سبب دی. په لږ شمير ناروغانو کې کيدای شي چي د پانکراس مزمن التهاب په ارثی(autosomal dominant) ډول موجود وی.

ټول هغه ناروغان چه په Cystic Fibrosis اخته وی د پانکراس په ځنډني التهاب اخته کيداي شي، چې اکثراً د زيږيدنی د وخت څخه رامنځته کيږی. د پانکراس په ځنډنی التهاب اخته ناروغانو کې اکثراً د cystic fibrosis د gene mutation موجود ولی نوراعراض اوعلايم يي کيدای شی ونه ليدل شی. د پانکراس د قنات بندښت چه د سالم او خبيث تومور په ذريعه رامنځته شويوی هم کيدای شی د پانکراس د ځنډنی التهاب سبب وګرځی، د پانکراس د قنات ولادی نقص په ځانګړی توګه Pancreas divisum هم بايد په پام کې وی.

۵-۵ نمره جدول دپانکراس دځنډني التهاب اسباب[٥]

| |
|---|
| • کالسيفيک ( الکهوليزم او تروپيکل لکه په هندوستان کي).<br>• بندښتونه ( د وتر امپول بنديدل).<br>• Pancreas divisum.<br>• سيستيک فيبروزس.<br>• ارثي اسباب.<br>• ايډيوپاتيک. |
| يادونه:اکثرناروغان که څه هم صفراوي ډبري لري ولي دپانکراس په ځنډني التهاب اخته نه وي. |

**پتوجنيزس**

د ناروغی په ځنډنی ډول کې معمولاً د پانکراس د نسج تخريب د پانکراس د داخلی انزايمونو دغير متناسب فعاليت له کبله رامنځته کيږی، چي ښه بيلګه يی دپانکراس ارثی التهاب دی. په دی حالت کې دcationic trypsinogen او د هغوی په نهيه کونکی پروتينوکې په جنيتيك ډول ماؤفيت موجود وی، چه پخپل وار سره د پانکراس په داخل کې د تريپسين انزايم فعاله کوی. د الکولودوامداره استعمال هم فکر کيږی چه د تريپسينوجن سويه د هغه د نهيه کونکی په پرتله


www.ketabton.com

لوړوی، انسانی تریپسینوجن په طبعی ډول دی ته میلان لری ترڅو پخپله فعاله ،او یا داچې ددی انزایم د نهیه کونکی پر وتینو کمښت یا نه موجودیت هم پخپل وارسره د دي انزایم د پخپله فعالیدو او د پانکراس د نسج د تخریب سبب ګرځی. داسی فکر کیږی چه د پانکراس د داخلی انزایمونو فعالیدل پخپل وارسره د قناتونو په دننه کي د پروتینو د ترسب او د پلګ د جوړیدو سبب ګرځی ،دا پلګونه په قناتوکې د کلسیفیکیشن د جوړښت اود قناتونو د بندښت سبب کیږی،چې د قناتونوداخلي فشارلوړاو دپانکراس د نسج د تخریب زمینه برابروی. د دې پروسی داسبابوپه جمله کې چې باید په یادوی د سیتوکین فعالیدل او د اکسیجن کمښت ونډه اخلی.[۱]

References:


- McPhee S,J (2009), CURRENT Medical Diagnosi & Treatment.
Editors:Papadakis M.A, Tierney L.M. Edition: 48th , Chapter:16 PP = 529 - 530
- KUMAR AND CLIRK, CLINICAL MEDICINE,6th edition,2005
Chapter 7, Page 408- 413



www.ketabton.com

## دوهمه برخه

# د پښتو رګونو ناروغي

www.ketabton.com

# شپږم څپرکی
# د بولي لاري میکروبی ناروغۍ

دبولي لاري میکروبي ناروغۍ.
دمثاني حادالتهاب.
دپښتورګودنسج حادالتهاب.
دپښتورګودنسج ځنډنی التهاب.
دپروستات حادبکتریایي التهاب.
دپروستات ځنډنی بکتریایي التهاب.
دپروستات غیر بکتریایي التهاب.
دبربخ التهاب.

## د بولي لاری میکروبی ناروغۍ
## Urinary Tract Infections (UTI)

**تعریف**

دبولي لاري حادوانتاناتوته ویل کیږي،چي داناتومي له نظره پردووبرخوویشل کیږي. دکښتني بولي لاري انتانات( داحلیل اومثاني التهاب)،اودپورتني بولي لاري انتانات(دپښتورګودنسج حاد التهاب،دپروستات حادالتهاب،اودپښتورګودننه اویاشاوخواآبسه).دپورتني بولي لاري انتان اکثراً سطحي اویوازي مخاط مصابوي،حال داچي دکښتني بولي لاري انتانات عمیق اوانساجوته ځان رسوي.

دمیکروبیولوژي له نظره هغه وخت ویلاي شوچي په بولوکي پتوجنیک میکرواورګانیزم وموندل شي.که یې اندازه په یوه ملي لیتر بولوکي (چي په درسته توګه نمونه ترلاسه شویوي) $10^5$ میکرواورګانیزمونوته ورسیږي نودبولي لاري پرانتان دلالت کوي.[۲]

**اپیدیمولوژي**

په بریتانیاکي دکاله تقریباً ۶ میلیونه ناروغان ددی ناروغیوله کبله وروغتیایي کارکونکوته مراجعه کوی چي ۱تر ۳سلنه یې دښوونځی نجونی اوپاتی یې په هغوکاهلانوکي چي دجنسی فعالیت عمرته رسیدلی وی موندل کیږی چي په زیاته کچه یې بیاهم ښځی تشکیلوی،ولی هغه نارینه چي عمر یې تر ۵۰ کلونوکم وی هم په ناروغۍ اخته کیږی.په نړی کي دناروغۍ کچه په کال کي په هر یومیلیون وګړوکي ۵۰۰۰۰ اټکل سویده. داپیدیمولوژی له نظره دبولی لاری میکروبي ناروغۍ کیدای شی اعراض اوعلایم ولری یعني (Symptomatic ) اویاپرته له اعراضواوعلایمویعني (Asymptomatic ) وی.اویاداچي په اختلاطی یا غیراختلاطی ډولونوسیرلری.

**پتوجنیزس**

بولی سیستم چي داحلیل څخه نیولی اوترپښتورګوادامه پیداکوي اکثراً په ریتروګراډ شکل په انتان اخته کیږی،په دی توګه چي انتان داحلیل څخه ومثانی ته نفوذپیدااوپه کراره کراره وپښتورګوته ځان رسوی.په نورمال حالت کي کومي بکتریاوی چي په مثانه کي ځای نیسی په بیړه دمثانی دمخاط اودادراردبکتریایي ضدخاصیت له کبله له مینځه ځی.په مثانه کي دادراردپاته کیدوله کبله دیوریاغلظت اوازمولریتي زیاتوالی مومی،چي دادواړه ادرارته داتوانایي وربخښی ترڅوبکتریاوی


www.ketabton.com

نهيه اوووژنی.دپروستات افرازات هم پخپل وارسره دبکترياووضداثرلری.دمثانی په جدارکي دپولی مورفونيوکلير لوکوسيتونوشتون هم دبکترياوو په له مينځه وړوکي مرسته کوی.
دوينی دلاری دپښتورګومصابيدل ،اکثراًپه هغوناروغانوکي چي زيات ناروغه وی اويا دمعافيتی سيستم نهيه کونکی درمل خوری ليدل کيږي.
هغه حالات چي دناروغی په پتوجنيزس اغيزه ښندی:

- **جنس اوجنسی مقاربت:** په ښځوکي احليل له دی کبله چي ومقعد ته نيژدی دی،لنډ (۴ سانتی متره) اوترلبيا لاندی سمدستی ختم شويدی،دګرام منفی بکترياووراتوليدو ته زيات مساعددی.دجنسي مقاربت په وخت داميکروبونه په اسانی سره داحليل دلاری ومثانی ته خپاره اودمثانی دالتهاب سبب کيږی.[ترجنسي مقاربت سمدستی وروسته ادرارکول دمثانی څخه دميکروبونودليری کولواودمثانی دالتهاب مخه نيسی].په ښځوکي دډيافراګم اويا سپرم وژونکي کريمونواستعمال هم ومثانی ته دميکروبونوپه خپريدوکي مرسته کوی اودبولی لاری د ميکروبي ناروغيو خطرنورهم زياتوی.په نارينه ووکي دپروستات التهاب اوياغټوالی هم دبولی لاری دانتاناتولپاره زمينه برابروی .په نوی زيږيدلوکوچنيانواوځوانانوکي نه سنتيدل هم پخپل وارسره دبولی لاری دانتان خطرزياتوی.
- **اميدواری:** دبولی لاري ميکروبي ناروغۍد۲تر ۸ سلنه په اميدواروښځوکي موندل کيږی،چي داکچه داقتصادی حالت دخرابوالی په صورت کي نوره هم زياتيږی. د۲۰تر ۳۰ سلنه هغه اميدواری ميندی چي پټ اوپرته له اعراضواوعلايموڅخه دبولي لاري ميکروبي ناروغی لری کيدای سي دوخت په تيريدوسره دپښتورګودنسج په انتان اخته سي.دلنګون په وخت اوياوروسته دبولی کتيتر تيرول هم دانتان دننوتوکچه زياتوی.په اميدوارومېندوکي دبولی لاري په ځانګړي توګه دپورتني بولی غړو ميکروبي ناروغۍ دوخت څخه ترمخه دکوچني دزيږيدواويامړه کوچني دزيږيدوسبب ګرځي.
- **بندښت:** دادرارد‌آزادجريان په مقابل کي هرډول مانعه ( تومور،ډبره،سترکچر،دپروستات پاړسوب) دپښتورګودپاړسوب سبب کيږی،چي دبولی لاری د ميکروبي ناروغيو لپاره زمينه برابروی.داانتانات کيدای سی دپښتورګودنسج دانتان اوګړندی تخريب سبب وګرځی.له همدی کبله بايد مانعه ژرترژره دجراحی عمليي په ذريعه ليری ترڅودنسج دتخريب مخه ونيول شي.
- **دمثانی دتعصيب کموالی:** دمثانی په تعصيب کي کموالی( دشوکی نخاغ ترضيض، توبرکلوز، ملټيفل سکليروز،دشکری اونوری ناروغۍ) کيدای شی دبولی لاري د ميکروبي ناروغيو سره مل وی اوياورته زمينه برابره کړی.په دی ناروغيوکي انتان اکثراًدبولی کتيترتراچولووروسته مثانی ته ننوزي اوهلته دادراردراتوليدو اوزيات وخت لپاره دپاته کيدوله کبله وده کوی.
- **مثانی - حالبی ريفلکس:** هغه ريفلکس ته ويل کيږی چي دادرارکولوپه وخت اوهغه وخت چي دمثانی فشار لوړولاړشی ،ادراردمثانی څخه پورته دحالب اوياحويضی خواته جريان پيداکوی اوکولای سی دمثانی څخه انتان وپښتورګوته خپورکړی.داډول ريفلکس په هغوکوچنيانوکي چي دبولی لاری اناتوميکه ستونزه اويااانتان ولری زيات ليدل کيږی.
- **دبکترياويرولانس:** دبولی لاری دانتاناتوپه مينځته راتلوکي پخپله دانتان نوعه،اندازه اودناروغي توليدونکي توان(ويرولانس) هم اغيزه لری،دبيلګی په توګه دE-coli ټول ډولونه دبولی لاری ميکروبي ناروغی نه توليدوی اويوازی يوڅوځانګړی ډولونه يې چي هيمولايزين افرازوی ناروغی مينځته راوړی.


www.ketabton.com

- **دبدن دفاعی میخانیکیتونه چي دبولی لاری دانتان مخه نیسی:**

▪ **نیوتروفیلونه:** داډهیزین فعاله کونکی آخذی،چي toll 4 نومیږی اوپر مخاطی سطحه پرتی دی،دنیوتروفیلونوپرسطحه باندی دIL-8 دتولیدسبب ګرځی ،چي پخپل وارسره CXCR1 آخذی فعاله کوی.دبکتریاوودله مینځه وړلولپاره دنیوتروفیلونوفعاله کیدل اړین دی.که پورته ذکرسوی آخذی فعاله نسی نودنیوتروفیلونوفعالیت هم کم اوکیدای شی ناروغ دبولی لاری په شدیدو میکروبی ناروغي اخته شی.

▪ **دادراراسموللیټی او pH:** که دادراراسموللیټی تر ۸۰۰ ملی اسمول دبدن په هرکیلوګرام وزن کي زیاته (>800 mOsm/kg) اویاکښته یالوړpH هم دبکتریاوو په له مینځه وړلوکي ونډه اخلی.

▪ **کمپلیمنټونه:** دبولی لاری دمیکروبي ناروغیوپه مخنیوی کي دکمپلیمنټونوپه ځانګړی توګه IgA چي دبولی لاری داپیتیلیم په ذریعه تولیدیږی ،زیاته ونډه اخلی.

▪ **نورماله فلورا:** چي commensal اورګانیزمونه هم ورته واېي لکه lactobacilli,corynebacteria,streptococci او bacteroides،چي دبدن ددفاعی سیستم یوه برخه تشکیلوی.دسپرم وژونکوکریمونواویا قوی انتی بیوتیکونوپه ذریعه ددي میکروبونووژل کیدل پخپله د E-coli دزیاتی ودي لپاره زمینه برابروی.

▪ **دادرارجریان:** دادرارجریان اونورمال تبول بکتریاوی پریولی اوله مینځه یي وړی، بر عکس دادراربندښت له هره سببه چي وی دUTI لپاره زمینه برابروی.

▪ **دبولی لاری اپیتیل(uroepithelium):** یوځانګړی ډول پروتینونه چي د-Tamm Horsfall (THP) په نوم یادیږی،اوپه هغه مخاط کي چی دبولی لاری اپیتیل پې پوښلی دی شتون لری،هم دبکتریاووضدخاصیت لری.ددی اپیتیل تخریب (دترضیض اویاکتیترپه ذریعه) دUTI لپاره زمینه برابروی.بایدیادونه وکړوچي د cranberry یا blueberry جوس یوه زیاته اندازه غټ مالیکولی وزن درلودونکي موادلری چي دبولی لاری داپیتیل سره دE-coli دنښلیدومخه نیسی.

▪ **دوینی ګروپ:** هغه ښځي چي دABH وینی ګروپ انتی جنونه نلری دنوروپه پرتله د۳تر۴ ځلی زیات د UTI په متکرروحملاتواخته کیږی.

▪ د روغ شخص دپروستات غده زنک افرازوي کوم چی دبکتریاووضدقوي تأثیر لري او د انتان د صعودي سیر څخه مخنیوي کوي. هغه کسان چی دپروستات بکتریایی التهاب لري د هغوي د پروستات غدي په افرازاتو کي د زنک اندازه تر نارمل حالت کمه نوځکه ژردبولي لاري په میکروبي ناروغیواخته کیږي.


www.ketabton.com

# د مثاني حادالتهاب
# Acute cystitis

**تعريف**

دمثانی حادالتهاب ته ويل کيږی،چي انتان اکثرآدريتروګراډ په شکل داحليل دلاری مثانی ته داخليږی.

**اسباب**

ناروغي اکثرآد کولي فورم بکترياوو (E.coli) له سببه مينځته راځی، ولی کله کله ګرام مثبت بکترياوی (enterococci) ،اوويروسونه هم دناروغۍ سبب کيږی. اډينوويروسونه اکثرآپه کوچنيانوکي دمثانی دحادالتهاب سبب کيږی.

اعراض اوعلايم

ناروغ دژرژرميتيازی کولوغخه چي سوی اودردهم ورسره مل وی شکايت کوی.ارتفاق عانه دردناکه او په ښځو کي هيماتوريا موجوده وي چی معمولاً تر جنسی تماس وروسته ښکاره کيږی. په فزيکي معايناتو کي ارتفاق عانه حساسه ولي عمومي اعراض اوعلايم شتون نلري.

**تشخيص**

دناروغۍ تشخيص معمولأداعراضو،علايمو اولابراتواری معايناتوله مخی ترسره کيږی،چي په بولو کي چرک،بکترياوايا وينه ، ليدل کيږی،اودبولوکلچرتل مثبت وي.

تفريقی تشخيص

په ښځو کي دا ناروغي بايد د حوصلي دالتهابي ناروغيو او دفرج اومهبل دالتهاب او په نارينه وو کي دپروستات اواحليل دالتهاب څخه توپير شي.

**درملنه**

دمثانی غير اختلاطي التهاب په ښځو کي د لنډ مهاله انتی بيوتيك په ذريعه تداوي کيږی.چي په دی منظور cotrimoxazole ۸۰۰/۱۶۰ ملي ګرامه دورځي يوځل او cephalexin د۲۵۰ تر ۵۰۰ ملي ګرامه هر۶ ساعته وروسته د ۱- ۳ورځو پوري توصيه او هم phenazopyridine ۲۰۰ ملي ګرامه دورځي دري ځلي د درد د کموالي لپاره ورکول کيږی.


www.ketabton.com

# دپښتورګودنسج حادالتهاب
# Acute Pyelonephritis

**تعریف**

دپښتورګودنسج اوحویضـی حـاده انتـانی التهـابی نـاروغي ده ،چـي انتـان اکثـراً پـه ریتروګـراډ ډول (دمثـانی دلاری) پښـتورګوته رسیږی اوپښـتورګی مصـابوی.ولـی پـه نـادره توګـه کیدای شـي چـي میکروب دوینی دجریان دلاری وپښتورګوته ورسیږی اودپښتورګودنسج التهاب رامینځته کړی.

**اسباب**

ناروغي په عام ډول د ګرام منفی بکتریاوولکه(enterobacter, klebsiella, proteus, E.coli او pseudomonas. ) لـه سببه منځتـه راځـی ،ولـی ګـرام مثبـت بکتریـاوي لکـه enterococcus fecalis او staphylococcus aureus هم کولای سی په لږوپیښـوکي دنـاروغۍ سـبب شـي. انتـان معمولاً دسفلي بولي طروقودلاری پښتورګو تـه رسیږی ولـی یوازی staph.aureus کـولای شـي دوینی دلاری پښتورګی مصاب کړی.

**اعراض اوعلایم**

اعـراض اوعلایـم عبـارت دی لـه تبـی چـي لـړزه هـم ورسـره مـل وی،دتشـی یـا فلانـک نـاحئي درداوژرژرتی متیازی کول چي سوی هم لری اوکله کله زړه بدوالی ،کانګی اونس ناستی هم شته وی. د ناروغۍ عمده نښه دتشـی درداوحساس والي دی چي پـه قـرع تشـی او ضـلعي فقـري زاویـه حساسه اودردناکه وي.

**تشخیص**

دناروغۍ تشخیص داعراضواوعلایمودشتون اولابراتواری معایناتوپه ذریعه ایښودل کیږی. دوینـی پـه معایناتوکي د سپینو حجراتواندازه زیاتـه اوچپ طرف تـه میلان(shift to left ) شتون لـری. د بولوپه معاینه کي چرک،بکتریاوي اوحتي وینه شتون لر ی. دسپینوحجراتو کاستونه هم لیدل کیداي سی. د بولـو او وینـی کلچـر هـم مثبـت وی. ددقیـق تشـخیص لپـاره دمتممـه معایناتوڅخـه کاراخستل کیږی چي په اختلاطي پیښوکي د الترسونډ معاینـه د ډبـري یـا بندښـت لـه سـببه hydronephrosis ښیی.

**تفریقی تشخیص**

دناروغۍ تفریقی تشخیص باید دګیډی دداخلی حادوناروغیولکه داپنډکس ،تریخي،پانکراس، ډایورټیکول اوینې حادالتهاب سره ترسره شي.دسږودکښتني فص التهاب هم باید په پام کي وی. همدارازناروغي په نارینه ووکي باید د بربخ اوپروستات دحادالتهاب اوپه ښځوکي دنفیرونو دحاد التهاب څخه تفریق شي.


www.ketabton.com

**اختلاطات**

د ناروغي خطرناکه اختلاطات دويني ميکروبي کيدل اوشاک تشکيلوي. دشکرى په ناروغي اخته ناروغانو کي د ګاز توليدونکو بکترياوو له سببه دپښتورګودنسج امفيزيماتوزالتهاب منځته راځي ،که درسته درملنه ېې و نسی دمړينی سبب کيږی.
که دپښتورګودنسج حادالتهاب په درست ډول تداوي نسی په ځنډني التهاب بدليږی. همداراز د غلطي درملني په پايله کی ابسې ګاني هم منځته راتلاي شي.

**درملنه**

**عمومی اهتمامات**

- دحفظ الصحی په کلکه مراعاتول.
- ډير مايعات چښل (لږترلږه دورځی د۱تر ۳ ليتره).
- ددردلپاره ددرداوسپزم ضددرملوخوړل.
-

**ځانګړی درملنه**

**شديدی پيښی**

د ناروغۍ ددرملنی لپاره ampicillin او gentamycin په ګډ ډول د ۳ اونيو لپاره ورکول کيږی.
ampicillin 1gr/6h I.V. + gentamycin 1mg/kg/8hr I.V.
دادرمل په لمړيوورځوکي دوريد اوبيا دخولی دلاری ورکول کيږی.
د پورته تداوي په ذريعه تبه د ۷۲ ساعتو په موده کي کمه ياورکيږی. که د رملنه نتيجه ورنکړی نو راډيوګرافي او التراسونډ دي د اختلاطاتو د معلومولو لپاره ترسره سی. که د بولوبندښت شتون ولري بايدناروغ ته فولی کتيتروا چول شي.

**خفيفی پيښی**

په دی صورت کي لاندنی انتی بيوتيکونه استعماليږی:

| | | |
|---|---|---|
| Co-trimoxazole 160/800mg/12hr | Orally | - 21days |
| Ciprofloxacin 750mg/12hr | Orally | - 21days |
| Ofloxacin 200-300mg/12hr | Orally | - 21days |

د تعقيب لپاره دبولو کلچر تر تداوي وروسته د څو هفتو لپاره تکراراً ترسره کيږی.

**انذار**

دپروخت تشخيص اودرستی درملنی په صورت کي انذار ښه دي. خو که د ناروغ عمر لوړ، اختلاطي عوامل موجود او مهم کليوی تشوشات هم شتون ولري نوخراب انذار لري.


www.ketabton.com

# د پښتورګود نسج ځنډنی التهاب
# Chronic Pyelonephritis (reflux nephropathy)

**تعریف**

دپښتورګودنسج ځنډني اوبین الخلالی التهاب ته ویل کیږی چي دمتکرر UTI په نتیجه کي رامینځته کیږی.

**اسباب**

دپښتورګو د حاد التهاب په څیر ،دلته هم ګرام منفي انتانات د ناروغۍ عمده سببی عوامل تشکیلوي ،ولی په لږه اندازه ګرام مثبت انتانات هم ونډه لری. د سببی عامل دښه پیژندنی لپاره باید د بولو د جریان دوسط څخه دري نموني واخستل سی او دري واره یې د مکروبو اندازه تعینه سی. که په هر ملي لیتر بولو کي تر $10^5$ مکروبونه یا تر دي زیات وي او په دریو نمونو کي یوشانته میکروب موجود وي، نو همدغه میکروب د ناروغۍ سببی عامل ګڼل کیږی او دغه bacteriuria د significant bacteriuria په نوم یادیږی.

**د پښتورګوپتالوژیک بدلونونه**

پښتورګی په کراره کراره واړه او دنفروسکلیروزس په پایله کي پر سطحه ننوتلي اوراوتلي نقاط لیدل کیږی. د پښتورګو کپسول د فیبروزي جوړښتونو له سببه د پښتورګود نسج څخه په سختی بیلیږی. دپښتورګی حویضه پراخه ولي کلیسونه نورمال وي.

**د پښتورګوهستولوژیك بدلونونه**

دابدلونونه په بین الخلالي نسج کي را منځته کیږی. چي ارتشاحی بدلونونه او د پښتورګود ټوبولو اتروفی لیدل کیږی. کله کله دا ټوبولونه پراخه او کولوئید مواد پکښی ترسب کوي. دپښتورګوپه اوعیو کي هم بدلون رامنځته کیږی. د هغوي انتیما پنډه چی په نتیجه کي د اوعیو لومن تنګیږی. په آخرو مرحلو کي ګلومیرولي بدلونونه هم منځته راځی.

**اعراض اوعلایم**

د پښتورګودنسج د ځنډنی التهاب په کلینکی لوحه کي موضعی او عمومي اعراض ځای لري.

**الف: عمومي:** د ناروغ د مخ پوستکی وچ او خاسف وي. عمومي ضعیفی لري او ژر ستومانه کیږی. همداراز د اشتهادکموالی،دسردرد،زړه بدوالی اوکانګوڅخه شاکي وي. کم خونی هم شتون لري.

**ب: موضعي :** دتشی درد،ژرژراولږلږبولی کول،اودبولی کولوپروخت سوی موجودوی. د ناروغي په پیل کي دبولواندازه زیاته ولی وروسته کمیږی.

دپښتورګودنسج دځنډنی التهاب کلینکی لوحه پنځه شکله لري چی عبارت دي له:

**۱- پټ ډول:** دا ډول د غیر وصفي اعراضو سره مل وي لکه عمومي کمزوري، ژر ستومانه کیدل، سپکه تبه او لږپروتین یوریا. کله کله لږه کمخونی او دوینی لوړفشارهم شته وي. په بولوکي کیداي شي په لږه اندازه چرک یا بکتریاوي شتون ولري.


www.ketabton.com

**۲- عود کونکی ډول:** دا ډول ېې ډېر معمول دي او تقریباً ۸۰ سلنه ناروغان داډول کلنیکي لوحه لري. په دي ډول کې د کلنیکی اعراضو د عود او خفۍ مرحلي يو په بل پسې تکراریږی. د تشو درد، ژرژراولږلږبولی کول،دبولی کولوپروخت سوی او مرحلوي نوبتی تبه شتون لري. اکثراًدناروغ دويني فشارلوړوی. بکتریوریا دوامداره وي ، ESR لوړ او د عود پر وخت لوکوسیتوز شتون لري.

**۳- د لوړ فشار ډول:** په دی کې د هایپرټنشن اعراض لکه د سردرد، سر څرخي، د خوب تشوشات، hypertensive crisis، صدري دردونه او د چپ زړه د عدم کفایی اعراض (سالنډی،دزړه تکان) ډېر متبارز وي.

**۴- د کمخونی ډول:** په دې ډول کې د کمخونی، په ځانګړی توګه هیپوکرومیک کمخوني اعراض بارز وي.

**۵- ازوتیمیک ډول:** دا په حقیقت کې د پښتورګودځنډنی التهاب هغه مرحله ده چې دپښتورګو عدم کفایه منځته راغلی وي. په دی مرحله کې دپښتورګودځنډنی التهاب د تشخیص لپاره د لاندنیو معیارو څخه ۳ باید ناروغ ولري تر څو تائید شي چې د پښتورګوپه ځنډنی التهاب اخته دی. دغه معیارونه د P. Orsten(معیارو) په نوم یادیږي.

**الف:** د فزیکی معایناتو شواهد: په قرع کې د فلانك ناحیی او دحالب په امتداد د درد موجودیت.
**ب:** د مشاهدي شواهد: لکه د تشو درد، ژرژراولږلږبولی کول،دبولی کولوپروخت سوی.
**ج:** د پښتورګو د غلیظ کولو د توان کموالی.
**د:** د پښتورګو د تیزابی کولو د توان کموالی.
**هـ:** په بولوکي دبکتریاووشتون.
**و:** په بولوکي دلوکوسیتونوشتون.
**ز:** د پښتورګو راډیوګرافیك بدلونونه.
**ح:** د هستولوژیکي بدلونو شتون.

**تفریقی تشخیص**

دپښتورګود توبرکلوز، دپښتورګو کیست لرونکي ناروغۍ، دويني ابتدایی لوړفشار او د پښتورګو ولادي انومالي سره بایدترسره شي.

**درملنه**

که څه هم په اوسنی عصر کې د درملنی په منظور د میکروب ضد زیات درمل شتون لري، خو بیا هم دپښتورګودځنډنی التهاب په پیښوکي کمي ندی راغلی ، چې علتونه یې په لاندي ډول دي:

- د ناروغ د دفاعی قواوو کموالي عمومي علت جوړوي.
- موضعي علتونه عبارت دي له : ډبري، فیبروتیك بدلونونه، دپښتورګوپتوزس او د پروستات غټوالی.
- د یوشمیرنورو ناروغیو لکه نری رنځ،چاغوالی اودشکری ناروغی شتون.
- د پښتورګودحادالتهاب غلطه درملنه هم د دي ناروغي يو علت دي.
- د مقاومو میکرو اورګانیزمونو منځته راتګ هم يو دلیل بلل شویدی.

درملنه يې دپښتورګودحادالتهاب په څیر د هم هغه انتی بیوتیکو په ذریعه ترسره کیږی ، gentamycin + ampicillin ، ciprofloxacin او oflaxacin, cotrimoxazole . خو درملنه د ۳تر ۶میاشتو دوام مومی.


www.ketabton.com

- ودې ناروغانو ته د ورځې ۲ ليتره مايعات ورکول کيږی، په هغه صورت کې چې د مايعاتو د اخستلو مضاد استطباب لکه د بولو بندښت او دزړه عدم کفايه شتون و نلري.
- په هغه ناروغانو کې چې دپښتورګوپر عدم کفايه شکمن يونو د امينوګلوکوزيد ګروپ انتی بيوتيك بايد په ډير احتياط ورکول شي.
- که دبولوبندښت لکه ډبري،دمثاني اوحالب ريفلکس او د پروستات غټوالی شتون ولري ، بايد جراحی عمليات ترسره شي.
- هغه ناروغان چې دويني لوړفشارلري ،بايدتداوي سی.که دپښتورګوځنډنی التهاب يو طرفه وي او بل پښتورګی روغ وي نو د هايپرټنشن د تداوي لپاره د ناروغ پښتورګی لری کيږی.
- د کمخونی د تداوي لپاره د فيرس مستحضرات ورکول کيږی.[۱]

## دپروستات حادبکترياېي التهاب
## Acute Bacterial Prostatitis

**تعريف**

دپروستات حاد التهاب ته ويل کيږی چې دباکترياوو په ذريعه منځته راځی.

**اسباب**

ناروغی معمولاً د ګرام منفی بکترياوولکه E. coli او pseudomonasاو په غير معمول ډول د ګرام مثبت بکترياوو لکه enterococcus له سببه منځته راځی.
د انتان د دخول لار په معمول ډول په ريتروګراډ ډول د احليل له لاري وی او د پروستات د قنات له لاري د ککړوبولو د بياګرځيدو نتيجه ده. دويني اولمفاوی جريان دلاری هم نادراًانتان داخليدلای شي .

**اعراض اوعلايم**

- دحوصلي او ارتفاق عانه درد شتون لري.
- دبولودسوځيدلواعراض اوعلايم شتون لري.
- تبه شته وي.
- د حاد التهاب له سببه د پروستات دغدي غټوالي او پړسوب د بولودبندښت د اعراضو سبب کيږی.
- په مقعدي معاينه کی د پروستات غده ګرمه، پړسيدلې او حساسه وي.

بايد يادونه وکړو چی دپروستات په حادالتهاب کي دغدې مساژ مضاد استطباب لري.

**لابراتواري معاينات**

- سپين کرويات زيات اودچپ خواته ميلان ښيي.
- دبولوپه معاينه کي چرک،بکترياوي اووينه موندل کيږي.
- د بولو مثبت کلچر د ناروغي سببی عامل ښيي.


www.ketabton.com

**تفریقی تشخیص**

- د درد د موقعیت او فزیکی معاینـاتو پـه ذریعـه دپښـتورګواوبربخ دحادالتهـاب څخـه توپیرکیداي شي.
- د ډایورټیکول دحادالتهاب څخه د تاریخچي او بولودمعاینې په ذریعه توپیرکیږی.
- د پروستات د سلیم او خبیث تومور څخـه دمقعدد ابتدایی او تعقیبی معایناتوپـه ذریعـه توپیر کیږی.

**درملنه**

- ناروغ باید په روغتون کی بستر او تداوي سی. انتی بیوتیك باید په زرقي ډول ورکول سي.د انتـی بیوګرام دپایلي درارسیدو دمخـه بایـد ampicillin او gentamycin پیل سی اود انتی بیوګرام دپایلي تررارسیدووروسته، بیا د هغه په مطابق تداوي کیږی. که د ۲۴تر ۴۸ساعتو په موده کي دناروغ تبه راولویدل نوانتي بیوتیک دخولي دلاري پیل چـي cotrimoxazole یـا د Quinolone ګـروپ درمـل دخـولي دلاري د تـداوي د کورس تر تکمیلیدو پوري( ۴تر ۶ اونۍ) ورکول کیږی.
- کـه دبولوبندښـت شـتون ولـری ،بایـدداحلیل دلاري کتیتریانورسـامانونه داخـل نشـي اودارتفاق عانه دلاري کنولاچول کیږی.
- دمیکروب دپوره ختمیدودپوهیدوپه منظوردبولوتعقیبي کلچراو د پروستات د افرازاتو معاینه کول اړینه ده.[1]

**انذار**

دپوره اوګټمني درملني په ترسره کیدوسره نادراًدپروستات په ځنډني التهاب بدلیږي.

## دپروستات ځنډ نۍ بکتریایي التهاب
## Chronic Bacterial Prostatitis

**دتشخیص لپاره اړین ټکي**

۱- دبولودسوځیدلو اعراض اوعلایم.
۲- دحوصلي اوارتفاق عانه ناحئي درانه دردونه.
۳- دپروستات ترمساژوروسته دافرازاتومثبت کلچر.

- که څه هم دپروستات ځنډنی بکتریائي التهاب د پروستات دحاد بکتریایی التهاب په تعقیب منځته راځی ولي یوشمیرناروغان د حاد بکتریایی التهاب تاریخچه نلري.
- اکثراً ګرام منفی بکتریـاوي دپروستات دځنډنی بکتریـائي التهاب اصلی سبب ګڼل کیږی، ولي یوازی (enterococcus) چي یو ګرام مثبت بکتریـاده هم نـاروغي رامینځته کـولاي شي.
- د انتان د ننوتو لار دپروستات د حاد بکتریائي التهاب په څیر په صعودي شکل وي.


www.ketabton.com

**اعراض اوعلایم**

- اعراض اوعلایم بدلون مومي،ځکه یوشمیر ناروغان هیڅ اعراض نلري.
- زیات ناروغان دبولودسوځیدواعراض اوعلایم لري.
- د ملا د کښته برخو او حوصلي درد معمولاً شتون لري.
- ډیر ناروغان د UTI پخواني تاریخچه بیانوي.
- فزیکی معاینات اکثراً ښکاره بدلون نشي په ګوته کولاي، ولي چی د پروستات غده کیداي شي نورماله، سخته او یا واضح نه وي.

**لابراتواري معاینات**

- دمثاني د ثانوي التهاب په نه شتون کي د بولو معاینات نورمال وي.
- د مساژ نه وروسته د پروستات په افرازاتوکي سپین حجرات زیات یعنی په یوه میکروسکوپیکه ساحه کي تر ۱۰ زیات وي چي پکښي په ځانګړي توګه لیپیډلډن مکروفاژونه ډیر لیدل کیږی. ولي دابدلونونه یوازي د التهاب شتون ښیی، نه دپروستات دحاد بکتریایی التهاب تشیخص.
- د حقیقي تشخیص لپاره باید تر مساژ وروسته بولي راټولي اووکتل شي.

**متممه معاینات**

اړین نه دي ولي دحوصلي راډیوګرافي اویاالتراسونډمعاینه کولاي شي د پروستات ډبري په ګوته کړي.

**تفریقی تشیخص**

- داحلیل ځنډنی التهاب کیدای سی دپروستات دځنډنی التهاب سره مغالطه شي، خو د بولو د بیلابیلو برخو کلچر د انتان موقعیت په ګوته کولای شي.
- د پروستات دالتهاب په شتون کي دمثاني ثانوي التهاب منځته راتلای شي. خو دوي بیا د بولو د بیلابیلو انکساري نمونو د معاینی په ذریعه یو د بله پیژندل کیدای شي.
- د مقعد ناروغی هم د پروستات دالتهاب په څیر اعراض ښودلاي شي خود فزیکی معایناتو په ذریعه د پروستات دالتهاب څخه توپیر کیدای شي.

**درملنه**

د حاد التهاب د نه شتون په صورت کی لږ انتی بیوتیکونه کولای شي چی دپروستات نسج ته ورسیږی. cotrimoxazoleګټوردرمل دي،چي ۹۶۰ ملي ګرامه هر۱۲ ساعته وروسته دخولي دلاري د۱ تر۳ میاشتوورکول کیږي.نور درمل لکه: cephalexin, erythromycin, carbenicillin او Quinolones هم استعمالیداي شي،چي په دي منظور ciprofloxacin د۲۵۰ تر ۵۰۰ ملي ګرامه اوofloxacin د۲۰۰ تر ۴۰۰ ملي ګرامه هر۱۲ ساعته وروسته دخولي دلاري ورکول کیږي چي د تداوي موده د ۴ تر ۱۲ اونیواوږدیږي .

د ناروغۍ د اعراضو تداوي د درد ضد درملولکه ibuprofenاو indomethacin او یاپه ګرمواوبوکي دکښیناستلوپه ذریعه ترسره کیږی.[1]

**انذار**

که څه هم د پروستات دځنډني بکتریائي التهاب تداوي ستونزمنه ده، خوبیاهم قوي انتي بیوتیک چي دپروستات نسج ته نفوذ وموندلاي شي کولاي شي ناروغي مهاره کړي.[1]


www.ketabton.com

## دپروستات غیربکتریایي التهاب
## Non Bacterial Prostatitis

**دتشخیص لپاره اړین ټکي**

- دبولي لارې تخریشي اعراض.
- دعجان اوارتفاق عاني دردونه اوناآرامي.
- دبولوکلچر تل منفي وی.

**عمومي څرګندوني:** دپروستات دالتهاب یوعمده ډول دي چي سبب يې ښکاره نه دي.داشي ګمان کيږي چي ناروغي اکثراً دغیروصفي بکتریاوولکه کلامیډیا،میکوپلازما،یوري پلازمااوویروسونوله کبله منځته راځي ولي معاینات تل منفي اوکوم میکروب شتون نلري.په یوشمیرپیښوکي غیرانتاني التهاب شتون لري،نوله همدي کبله يې اکثراً سبب اوتوامیون فکرکیږي.له دي کبله چي سبب يې ښکاره نه دي نوځکه اکثرې تشخیص هم له پامه لویدلي پاتي کیږي.[1]

**کلینیکي لوحه**

**الف:اعراض اوعلایم:** دناروغي اعراض اوعلایم دپروستات ځنډني التهاب ته ورته دي په دي توپیرچي په دي ناروغانوکي دبولي لاري دمیکروبي ناروغیوتاریخچه شتون نلري.په یوشمیرڅیړنیزومراکزوکي داناروغي دحوصلي دځنډنیودردونوترعنوان لاندي مطالعه کیږي.

**ب:لابراتواري معاینات:** دپروستات هغه افرازات چي دپروستات ترمساژوروسته ترلاسه کیږي په زیاته اندازه سپین کریوات لري،ولي کلچرمنفي وي.[1]

**تفریقي تشخیص**

ناروغي بایددپروستات دځنډني التهاب څخه توپیرسي،چي دپروستات په ځنډني التهاب کي دبولي لاري دمیکروبي ناروغیوتاریخچه شتون لري اودبولوکلچرمثبت وي.په بوډاګانوکي بایددپروستات د چنګاښ سره توپیرشي.

۱-۶ جدول دپروستات دالتهاب اوپروستاتوډینیا ترمنځ توپیر

| موندني | دپروستات حاد التهاب | دپروستات ځنډني التهاب | دپروستات غیرانتاني التهاب | پروستاتوډینیا |
|---|---|---|---|---|
| تبه | + | - | - | - |
| دبولومعاینه | + | - | - | - |
| دپروستات مساژ | مضاد استطباب | + | + | - |
| دبکتیریااو کلچر | + | + | - | - |



www.ketabton.com

**درملنه**

له دی کبله چي دناروغي سبب ښکاره نه دي نوځکه ځانګړي درملنه شتون نلري.یوشمیر پوهان هغه انتي بیوتیکونه چي دیوري پلازما،میکوپلازما،اوکلامیډیا په مقابل حساس دي استعمالوي.
اریترومایسین ۲۵۰ملي ګرامه دورځي ۴ځلي ،د ۲اونیولپاره توصیه اوکه یې پایله ښه وي نوکیداي سي د۳ تر ۶اونیودوام ورکول سي.
دالتهاب ضددرمل اودګرم حمام تطبیقات هم توصیه کیږي.
ځانګړي غذایي رژیم اوياپرهیزته اړتیانه لیدل کیږی،ولي یوازي هغه وخت چي ناروغ دیوشمیرموادولکه الکهول ،کافین اویاخواړوله کبله یې ناروغي شدت ومومي بایدورڅخه پرهیزوکړي.[1]

**انذار**

ښه ښکاره نه دي اواکثراً اعراض اوعلایم بیاراګرځي ولي وخیمي پایلي نلري.

References:


- McPhee S.J (2009).**CURRENT Medical Diagnosis & Treatment.**

Editors:Papadakis M.A, Tierney L.M.
Edition: 48th , Chapter: 22(Kidney Disease).

- Davies R.J (2005).Clinical Medicine.

Editors: Kumar P.J, Clark M.L
Edition (6th ), Chapter = 11 (Renal Disease) PP= 637



www.ketabton.com

# دبربخ حادالتهاب
# Acute Epididymitis

**دتشخیص لپاره اړین ټکي**

۱- تبه.
۲- دبولودسوځیدلواعراض اوعلایم.
۳- دبربخ پاړسوب اودرد.

**عمومي څرګندوني**

د بربخ دحادالتهاب ډیر اسباب انتانات تشکیلوي. ناروغي عموماًپر دوو ډولو ویشل کیږي:
۱- دناروغۍ هغه ډول چي دجنسي اړیکو دلاري خپورشویوي.
۲- دناروغۍ هغه ډول چي دجنسي اړیکو سره تړاونلري.
دلمړي ډول پیښي په ځانګړي توګه په هغو نارینو کي چي عمر ئي تر ۴۰ کلونو کموي ډیري لیدل کیږي.دبربخ دا ډول التهاب اکثراً د احلیل دالتهاب سره مل وي ،او سببي عوامل ئي *c. trachomatis* یا *n. gonorrhoeae* تشکیلوي.
دددوهم ډول پیښي په وصفي ډول په بوډاګانو کي ډیري لیدل کیږي.دوهم ډ ول اکثراً د بولی لاری دمیکروبی ناروغیو **او** پروستات دالتهاب سره یوځاي **وي.**او سببي عوامل ئي ګرام منفي میکروبونه دي. انتان معمولاً په صعودي ډول داحلیل څخه و ejaculatory قنات اود هغه څخه vasa deferens او په پاي کي بربخ ته ننوزي.[۱]

**اعراض او علایم**

اکثراًاعراض ترفزیکي ستړیا،ترضیض اوجنسي فعالیت وروسته ښکاره کیږي.
داحلیل دالتهاب سره مل اعراض عبارت دي له:

- د قضیب د رأس درد.
- داحلیل څخه دافرازاتو بهیدل.

د مثاني دالتهاب سره مل اعراض عبارت دي له:

- دبولوسوځیدل.
- دشپې زیاتي بولي کول.
- ژرژربولي کول.
- لرلږ بولي کول.

**نور اعراض:** درد چي په خصیو کي پیدااود spermatic cord او فلانك په امتداد خپریږي.
تبه اود خصیو پړسوب معمولاً ښکاره وي.
دناروغي په پیل کي دبربخ التهاب د خصیودالتهاب څخه بیلیداي شي،خو وروسته دواړه د یوي غټي کتلي شکل غوره کوي. کیداي شي پروستات د مقعد په معاینه کي سخت او حساس وي.

**لابراتواري معاینات**

دویني معاینه د سپینوکرویاتو دشمیر زیاتوالي ښئي.


www.ketabton.com

په لمړي ډول کي که د احلیل افرازات دګرام په ذریعه تلوین سي،نو د داخل الحجروي ګرام منفي انتاناتولکه ( diplococcic او n. (gonorrhoeae ) شتون په تشخیص کي پوره مرسته کوي.دغه میکروب دسپینو کرویاتو په دننه کي ځاي نیسي.
د احلیل دافرازاتو څخه په جوړسوي سلایډ کي دمیکروبونوڅخه پرته یوازي دسپینوکرویاتو شته والي د احلیل د غیرګونوکوکسیک التهاب تشخیص تائیدوي.چي اکثراً ئي سببي عامل c. trachomatis دي.
د بربخ دالتهاب په لمړي ډول کي د بولوپه معاینه کي چرک،بکتریا اووینه موندل کیږي. د سببي عامل د پیژندني لپاره دبولوکلچراړین دي.

**متممه معاینات**
که دبربخ دحاد التهاب په تشخیص کي ستونزي شتون ولري او یاد ناروغي په اړوند پوښتني موجودي وي ( لکه د غټ hydrocele شته والي ) نود خصیو التراسونډمعاینه مرسته کوي.

**تفریقي تشخیص**
**الف: تومور ونه:** تومور د خصیو د بي درده غټوالي سبب کیږي. بولي پاکي او د فزیکي معایناتو په ذریعه بربخ نورمال وي.دناروغي په تشخیص کي التراسونډمعاینه مرسته کوي.
**ب: د خصیوتدور:** دناروغي ډیره په ځوانانو کي چي بلوغ ته نه وي رسیدلي لیدل کیږي،خو په ځوانو کاهلانو کي هم لیدل کیداي سي.په دي ناروغي کي اعراض په حاداو شدید ډول منځته راځي.د بولو معاینه منفي وي.د (Prehn ) علامه په تشخیص کي مرسته کوي،خو د ناروغي دثبوت حقیقي دلیل نشي کیدلاي.
د **Prehn** علامه په دي ډول ازمایل کیږي: که د ناروغ سکروټم د ارتفاق عانه ترسویي لوړ کړو که دبربخ حادالتهاب شتون ولری درد منځته راځي.[۱]

**درملنه**
۱- په حاده مرحله کي د بستر استراحت اود سکروټم لوړول ګټوردي.
۲- درملنه باید د سببي عامل په پام کي نیولوسره ترسره شي.
۳- دبربخ دالتهاب لمړۍ ډول (دجنسي اړیکو له لاري خپورسوي )باید د انتي بیوتیك په ذریعه د ۱۰تر ۲۱ورځو تداوي کیږي.دناروغ پارتنر هم باید په عین ډول اودده سره په یو وخت کي تداوي شي.
٤- دبربخ دالتهاب دوهم ډول (دجنسي اړیکو له لاري نه خپریدونکي ډول ) د ۲۱ تر ۲۸ورځو د مناسب انتي بیوتیك په ذریعه تداوي کیږي.


www.ketabton.com

۲-٦ نمره جدول د درملني بڼه

Treatment of Acute Epididymitis

**1.Sexually transmitted form**

| Drug Name | Rout | Duration |
|---|---|---|
| Ceftiaxone , 250mg as a single dose | I.M. | one dose |
| Plus: | | |
| Doxycycline ,100mg every 12 hours | orally | 10 days |

**2.Non-sexually transmitted form**

| Drug Name | Rout | Duration |
|---|---|---|
| Ciprofloxacin , 250-500mg every 12h. | orally | 1-3months |
| Ofloxacin , 200-400mg every 12h. | orally | 1-3months |
| Trimethoprim-Sulfamethoxazole, ( 160/800mg every 12hours ) | orally | 1-3months |

**انذار**

۱- دناروغي مناسبه او پر وخت درملنه ډيري ښي پايلي لري.

۲- ځنډني اونامناسبه درملنه لاندي خرابي پايلي لرلاي شي.

- دبربخ اوخصيو التهاب.
- شنډتوب.
- دآبسه جوړيدل.



www.ketabton.com

# اووم څپرکی

# دګلوميرولوناروغۍ

| |
|---|
| نفريتيک سندروم. |
| ترانتان وروسته دګلوميرولونوالتهاب. |
| دګلوميرولونودقاعدوي غشأ ضد انتي باډي ناروغي: |
| - ګوډپاستورسندروم |
| - هنوش_ شون لاين پورپورا |
| دګلوميرولونوګړندي اوپرمختلونکي التهاب. |
| - نفروتيک سندروم. |
| دبولوهغه ستونزي چي اعراض نلري. |
| دګلوميرولونوځنډنی التهاب. |

## نفريتيک سندروم يادګلوميرولونوحادالتهاب

## NEPHRITIC SYNDROME OR ACUTE GLOMERULO NEPHRITIS

### تعريف

هغه حالت ته ويل کيږي چي دناروغ په بولوکي وينه شتون ولري او دبولوپه ميکروسکوپيکومعايناتوکي دسروکريواتوکاستونه موندل کيږي. په يوشميرناروغانوکي سپکه پروتين يوريا،پاړسوب، دويني لوړفشار،دکرياتينين زياتوالي او اليګيوريا هم موندل کيږي.

نفريتيک سندروم يا دګلوميرولونوحادالتهاب ته ويل کيږی چی په هرعمرکي منځته راتلاي شي. اسباب يې معمولاً دعمر له پلوه بيل اودمنځته راتلو ميخانيکيت يې هم داسبابوپه پام کي نيولوسره بيل وي.په دي ناروغي کي دپښتورګودندي د څو ورځو څخه تر څو اونيو په موده کی خرابي شويوي. که څه هم دا کلمه دمعنیٰ له رويه د ګلوميرولونوپر التهاب دلالت کوي، ولي دا اصطلاح د ګلوميرول د نورو آفاتو يا Glomerulopathies لپاره چی التهابی منشأ نلری هم کارول کيږی. که التهابی پروسه شديده وی، چي په تر ۵۰ سلنه زياتونفرونو دندي خرابی کړي، او د څو اونيو تر څو مياشتو په موده کی منځته راغليوي ، نو ورته rapidly progressive


www.ketabton.com

glomerulonephritis هم ویل کیږی چی دوامداره ګلومیرولی تخریبات رامنځته کوی. که التهابی بدلونونه د ډیر وخت لپاره دوام وکړی نو د ګلومیرولونودځنډني التهاب سبب کیږی چی د پښتورګوددندو د دوامداره خرابی سبب ګرځي چي پخپل وارسره دپښتورګوډپرمخ تللوناروغیو سبب کیږی.

۱-۷ نمره جدول دعمر په پام کي نیولوسره دنفریتیک سندروم ډولونه

| عمر | دنفریتیک سندروم ډولونه |
|---|---|
| تر ۱۵ کلنی کم | Mild Post infectious Glomerulonephritis.<br>IgA Nephropathy.<br>This basement membrane disease.<br>Hereditary nephritis.<br>Henoch-SchÖnlein purpura.<br>Lupus nephritis. |
| د ۱۵ تر ۴۰ کلنی | IgA Nephropathy.<br>This basement membrane disease.<br>Lupus nephritis.<br>Hereditary nephritis.<br>Mesangial proliferative glomerulonephritis.<br>Rapidly progressive glomerulonephritis.<br>Post infectious Glomerulonephritis. |
| تر ۴۰ کلنی زیات | IgA Nephropathy.<br>Rapidly progressive glomerulonephritis.<br>Vasculitides.<br>Post infectious Glomerulonephritis. |


www.ketabton.com

**اسباب**

۲-۷ نمره جدول اسباب

| دناروغي ډول | بیلګه | دناروغي ډول | بیلګه |
|---|---|---|---|
| | دګلومیرولونوابتدايي التهاب | | |
| | ایدیوپاتیک ډول:<br>Fibrillary GN.<br>Idiopathic crescentic GN.<br>IgA nephropathy.<br>Membranoproliferative GN | | |
| | دګلومیرولونوثانوی التهاب | | |
| | ترانتان وروسته:<br>بکتریایي:<br>Group A β-streptococcal infection.<br>*Mycoplasma.*<br>*Neissera meningitides.*<br>Staphylococcal infections(endocarditis).<br>*Streptococcus pneumoniae.*<br>Visceral abscesses(*E-Coli,Pseudomonas,Proteus ,Klebsiella, Clostridium*). | ویروسي:<br>Coxsackievirus.<br>Cytomegalovirus.<br>Epstein-Barr virus.<br>Hepatitis B virus.<br>Hepatitis C virus.<br>Herpes zoster virus.<br>Measles.<br>Mumps.<br>Varicella. | پرازیتی:<br>Malaria.<br>Schistosomiasis.<br>Toxoplasmosis.<br>نور:<br>Fungi.<br>Rickettsiae. |
| | دمنظم نسج ناروغي:<br>Henoch-SchÖnlein purpura.<br>Polyarteritis nodosa.<br>SLE.<br>Wegener's granulomatosis. | دویني آفات:<br>Mixed IgG-IgM cryoglobulenemia.<br>Serum sickness.<br>Thrombotic thrombocytopenic purpura – hemolytic uremic syndrome. | دګلومیرولونودقاعدوي غشا ناروغي:<br>Goodpasture's syndrome. |


www.ketabton.com

**کلنیکی لوحه**

**الف:اعراض اوعلایم:**

- پاړسوب: لمړی په هغو برخو کي چی سست نسجی جوړښت لری لکه دسترګوشاوخوا او سکرم ناحیه کی لیدل کیږی.
- دويني لوړفشار:که شتون ولری علت یی ددوراني حجم زیاتوالی تشکیلوی.

**ب: لابراتواری معاینات**

۱- د سیروم بیوشیمیک معاینات : د نفریتیک سندروم لپاره ځانګړي معاینات شتون نلری ولي تر تاریخچي او ابتدایی څیړنو وروسته یوشمیرځانګړي معاینات ترسره کیږی ،چی عبارت دی له

- Complement Level
- Anti-nuclear Antibodies (ANA)
- Cryoglobulines
- Hepatitis Panel
- Serum Ig A
- ANCA (anti-neutrophil cytoplasmic antibodies)
- AGBMA (anti-GBM antibodies)
- ASO titer (anti-streptolysin O titer)
- C3 Nephritic Factors

۲- د بولو معاینه: په بولوکي سره کریوات اودسروکریواتودکاسټونوشتون، او منځني درجه پروتینونه.

۳- بیوپسي:که د بیوپسي مضاد استطبابات (لکه د وینی تشوشات، ترمبوسیتوپینیا، دويني نه کنترولیدونکی لوړ فشار) شتون ونلری، ترسره اود ناروغی د ډول د تعین لپاره immunofluorescent او Electron Microscopy ته هم اړتیا سته.

**درملنه**

د ويني دلوړفشار او پاړسوب بیړني اصلاح اود ناروغی د اسبابو ددرملني لپاره ځانګړی اهتمامات د درملني اساس دی.


www.ketabton.com

- د مالګی او اوبو خوړل دي محدود شي.
- ډیوریتیک درمل.
- کورتیکوستیروئیداوسایتوتوکسیک درمل.
- ډیالیزس.

## ترانتان وروسته دګلومیرولونوالتهاب

## Post Infectious Glomerulonephritis

### تعریف

ناروغی اکثراًتر ستر پتوکوک انتان وروسته منځ ته راځی او عامل یی نفریتوجنیک Group A, β- hemolyticستر پتوکوک تشکیلوي.

### اسباب اواپیدیمیولوژي

دناروغي عمده سبب نفریتوجنیک Group A, β- hemolyticپه ځانګړي توګه ۱۲ ډول (چي دفارنجایټس سبب کیږي) او۴۹ډول (چي دامپیتیګو سبب کیږي) تشکیلوي. دناروغي پیښي په هغوکوچنیانوکي چي عمرېې د۵ او ۱۵ کلونوترمنځ وي زیاتي لیدل کیږي،په تر ۲ کلني کم اوتر ۴۰ کلني لوړعمرکي ېې پیښي نادراً لیدل کیږي. ناروغی د انتان د پیل څخه ۶ اوني وروسته منځ ته راځی ولي په اوسط ډول د ۶تر۲۱ورځي غواړي. ۱۲ ډول ېې معمولاً د ۵تر۱۰ سلنه او۴۹ډول ېې ۲۵سلنه پیښي رامنځته کوي.

نور اسباب ېې عبارت دی له:

- د بکتیریمیا حالات لکه د staphylococcus aureus سیستمیك انتانات، دانډوکارډ انتاني التهاب، اودبطیني –اذیني شنټ انتان مشابه افات رامنځ ته کوی.
- ویروسونه( hepatitis B ، cytomegalovirus ،infectious mononucleosis )، فنګسونه(coccidioidomycosis ) او پرازیتونه (malaria ،toxoplasmosis ) هم دنارغي سبب کیداي شي.[1]


www.ketabton.com

**پتوجنیزس**

که څه هم دناروغۍ دمنځته راتلوسبب ښکاره نه دی،ولي داسي فکرکیږي چي دمیکروبونوانتي جنونه دګلومیرولونودقاعدوي غشأ سره نښلي اوپه مستقیم اوغیرمستقیم(ددوراني انتي باډي سره ترتعامل وروسته) ډول دګلومیرولونودموضعي اویا منتشر تخریب سبب کیږي.

**کلنیکی لوحه**

**الف:اعراض اوعلایم:** اعراض اوعلایم دناروغي په حالت اړه لری چي په ۵۰ سلنه ناروغانوکي یوازي پرته له اعراضو هیماتوریا اوسپکه پروتین یوریاشتون لري،ولي په نوروکي کیداي شي ښکاره هیماتوریا(دکولا په څیر بولي،نصواري رنګه، ایري ته ورته اویاسره وینه لرونکي بولي)،پروتین یوریا،الیګیوریا،پاړسوب،دویني لوړفشار اوحتي دپښتورګوعدم کفایه رامنځته کړي. په یوشمیرناروغانوکي دتشي دردونه شتون لري. تبه معمولاً نه وي ،ولي که شتون ولري پردوامداره انتان دلالت کوي. دناروغۍ هغه شکل چي پرته له سترپتوکوک انتان څخه دنوروانتاناتوپه ذریعه رامنځته سویوي دیوشمیرنوروناروغیولکه (پولي ارترایټس نودوزا،دپښتورګوامبولي،اودمیکروبونوضددرملوپه ذریعه رامینځته سوي دګلومیرولونوحادالتهاب)ورته کلینیکي لوحه لري.

**ب:لابراتواري معاینات**

- په سیروم کی د کمپلیمنټونو اندازه کښته ، اودسیروم کریاتینین کیداي شي لوړوي.
- دASO اندازه جګه موندل کیږي.
- د بولو رنګ سور او یا نصواري وی.
- په بولوکي پروتین موجودو لي اندازه یی په ۲۴ ساعته کي تر۵،۳ ګرامه کمه وی.
- په میکروسکوپیک معایناتو کی داناروغي دګلومیرولونومنتشرپرولیفیراتیوالتهاب ته ورته موندني لري.
- په امیونوفلوریسنس معایناتو کی Ig G او C3 په میزنجیم اود شعریوی عروقود قاعدوی غشأ په امتداد لیدل کیری.
- دالکترون میکروسکوپ په معاینه کي تر اپیتیل لاندی غټ او متکاثف ذخایر چي Humps نومیږي موندل کیږی.


www.ketabton.com

**درملنه**

- اساسي درملنه نلري اويوازي محافظوي درملنه توصيه کيږي.
- انتی بيوتيك كه اړتياوي ورته ورکول کيږي.
- په شديدو پيښوکي د فشار ضد درمل اودپاړسوب دکمښت لپاره مدرردرمل ورکول کيږي.
- ناروغ بايد مالګه کمه وخوري ،دخوړودپروتين اندازه بې کمه،اومايعات کم واخلي.
- کورتيکوستيروئيدونه کومه ځانګړتيانلری.
- نادراً ډياليزس ته اړتياليدل کيږي.

**انذار**

- **د**۸۵ تر۹۵سلنه ناروغانوکي دپښتورګودندي نورمال حالت ته راګرځي. GFR د۱ تر۳مياشتوپه موده کي نورمال حالت ته راګرځي،پروتين يوريا کيداي شي د۶ تر۱۲مياشتو اوميکروسکو پيکه هيماتوريا په کلونودوام ومومي.
- په کوچنيانو کی يی انذار ښه دی. ولي په لويانو کی د هلالی ډوله جوړښتونو لپاره زمينه مساعده وی او د پښتورګودځنډني عدم کفايه سبب کيدای شي.
- په ۱۰ ۱سلنه لويانو او ۱سلنه کوچنيانوکی دګلوميرولونودګړندي اوپرمختلونکي التهاب د منځته راتلو سبب کيږی.
- په لږ وپيښوکي د پښتورګودپرمختللوناروغيوسبب کيږی.


www.ketabton.com

# دګلوميرولونودقاعدوي غشأ ضد انتي باډي ناروغي:

# Anti GBM Glomerulonephritis and Goodpasture's Syndrome

**ګوډپاستورسندروم (Goodpasture's Syndrome)**

**تعريف**

هغه سندروم ته ويل کيږي چي په هغه کي دګلوميرولونوپرالتهاب برسيره دسږوخونريزي هم شتون ولري اوعمده سبب يې دګلوميرولونودقاعدوي غشأپرضددانتي بادي جوړيدل تشکيلوي.
دګلوميرولونودقاعدوي غشأپرضددانتي بادي په يوه دريمه ناروغانو کي سږي نه ماؤفه کيږی. د پښتورګوداډول التهاب په ۵سلمه ناروغانو کي دپښتورګودګرندي اوپرمختلونکي التهاب د منځ ته راتلو سبب کيږی. په نارينه وو کي يې پيښي دښځو په پرتله ۶ ځلي زياتي دی. ناروغي د عمر په دوهمه او دريمه لسيزه کي ډيره ليدل کيږی. ناروغي د Influenza A انتان، د هايدروکاربن محلولاتو سره تماس او انسانی انتی جينو لکه HLA-B7 او HLA-DR2 سره يوځای ليدل کيږی.[۲]

**کلنيکی لوحه**

**اعراض اوعلايم:** د ۲۰ تر ۶۰سلنه پيښو کي ناروغي د پورتني تنفسی لاري تر انتان وروسته منځته راځی. ناروغان دويني لرونکي بلغم اوسالنډۍ څخه شکايت کوي اوکيداي شي تنفسی عدم کفايه ولری. کيداي شي د دي اعراضو سره يوځای دويني لوړفشار،پاړسوب اويا نفريتيک سندروم هم مل وي.

**لابراتواري معاينات:** په لابراتواري معايناتو کي د اوسپنی دکمښت کمخوني ښکاره ولي د کمپليمنټونو سويه نورماله وی.
په بلغم کي Hemosiderin Laden مکروفاژونه شتون لری.
د صدرپه راديوګرافي کي دسږود خونريزی نښي موندل کيږی. د کاربن مونواکسايډ د ډيفيوژن ظرفيت زياد شويوي.



www.ketabton.com

د ناروغي قطعي تشخيص په وينه کي دګلوميرولونودقاعدوي غشاپرضددانتي بادي په شتون سره اينودل کيږی چی په ۹۰سلنه ناروغانو کی مثبت وی.

**درملنه**

د ناروغي انتخابی درملنه دوه اړخه لری.

د وينی د دوران څخه د انتي باډي د ليري کولو په منظور د پلازما تعويض يا Plasmapheresis ترسره اودنوو انتي باډيودجوړيدودمخنيوي اوالتهابي عکس العمل دکنترول لپاره دمعافيتي سيستم انحطاطي درمل ورکول کيږی. کورتيکوستيروئيد چی د ۳ ورځو لپاره ميتيل پريدنيزولون د وريددلاری د ورځی د۱تر ۲ګرامه پيل او په تعقيب يې پريدنيزون ۱ ملي ګرام دورځي دبدن په هرکيلوګرام وزن کي دخولي دلاري ورکول کيږی.

سايکلوفوسفاميډ د ۲ تر۳ملي ګرام دورځي دبدن په هرکيلوګرام وزن کي ګټور دی.

او هره ورځ ناروغ ته Plasmapheresis د ۲ اونيو او يا زيات وخت لپاره ترسره کيږی.[۲]

**انذار**

هغه ناروغان چی اليګيورياو لری او يا يې د سيروم د کرياتينين اندازه په ۱۰۰ملي ليتره وينه کي د۶ تر۷ ملي ګرامه زياته وی خراب انذارلري.

دګلوميرولونودقاعدوي غشأ ضد انتي باډيواندازه هم بايد د کلنيکی سير د ښه والي سره سم کمه شي.

## Henoch- Schonlein purpura (anaphylactoid purpura)

د يوه نامعلوم سبب له کبله يوه Leukocytoclastic Vasculitis ناروغي ده. په کوچنيانوکي ډير عموميت لري او پيښي يي په نارينه و کی زياتي ليدل کيږی.

د ناروغی په کلاسيك شکل کی لاندی اعراض ليدل کيږی: جس کيدونکي پورپورا، دبندودرد او دخيټي اعراض لکه زړه بدوالي،دردونه او په بولواوغټومتيازوکي وينه چی د رګونودالتهاب له سببه منځته راځی. په سفلی اطرافو کی پورپوراليدل کيږی.په دي ناروغانوکي د پښتورګو عدم کفايه د نفرايټيک سندروم سره يوځاي وي. دپښتورګوآفت يی و Ig A نفروپاتي ته ورته وی. د څو اونيو په موده کي ناروغان پوره روغوالي مومي.[۲]



www.ketabton.com

**Pauci-Immune Glomerulonephritis (ANCA-associated)**

دګلومیرولونو Pauci-Immuneآفت د Wegenerپه ګرانولوماتوزس اومیکروسکوپیک پولي آنجایټس کي چی د کوچنیو رګونو التهابات دی لیدل کیږی د Wegenerپه ګرانولوماتوزس آفت کي معمولاًد تنفسی سیستم ګرانولوماتوز التهاب او درګونونکروټایزنګ التهاب شامل دي. میکروسکوپیک پولي آنجایټس که څه هم Wegenerګرانولوماتوزس ته ورته ګرانولوماتوز بدلون منځته نه راوړی ولي دواړي ناروغي دګلومیرولونودنکروټایزنګ التهاب سبب کیداي شي. دګلومیرولونوANCA سره مل التهاب کیدای سي دپښتورګود ابتدایی آفت په څیر منځته راشي. دناروغي پتوجنیزس که څه هم ښکاره نده ولي دګلومیرولونود pauci-immuneآفت پیښي تر ۳۰ سلنه زیات د antineotrophil cytoplasmic antibodies سره یوځاي وی.[۲]

**کلنیکی لوحه**

**الف: اعراض اوعلایم:**ناروغان معمولاً د التهابی ناروغیو اعراض لکه تبه، ستړیا او د وزن کمښت لری. ددي ناروغانوپه بولوکي وینه اوپروتین شتون لري اوکله کله پورپورا چی د پوستکي د شعریوي عروقواو د عصبی رشتو د کوچنیو شراینو دماؤفیت له کبله مینځته راځي لیدل کیږي. په Wegenerګرانولوماتوزس اخته ۹۰ سلنه ناروغانوکي دپورتني اوکښتني تنفسی لاري اعراض او نوډول لرونکي آفات چی کیدای سی کهف جوړکړی او خونریزي ورکړی، هم لیدل کیږي.

**ب: لابراتواري معاینات:** د سیرولوژي معایناتو له رویه د ANCA فرعي ډولونه چی (P-ANCA) perinuclear pattern او cytoplasmic pattern (c-ANCA) دی، بیل شي.

**درملنه**

پر ناروغی باندي دشک په صورت کي ،باید ژر ترژره تداوي شروع سی، چی په دي منظور ناروغ ته کورتیکوستیروئیددرمل ورکول کیږي. متیل پریدنیزولان د۱ تر۲ ګرامه دورځي د ۳ ورځو لپاره او وروسته تر ۳ ورځوپریدنیزولان یوملي ګرام دبدن په هرکیلوګرام وزن کي دورځي یوځل د یوي میاشتی لپاره او بیا د ۶ میاشتو په موده کی په تدریجی ډول (هره اونی ۵ ملي ګرامه کمیږی) قطع کیږی. د دي تر څنګ ناروغ ته سایتوتوکسیک درمل لکه Cyclophosphamide د۱.۵ تر۲ ملي ګرامه دبدن په هرکیلوګرام وزن کي هره ورځ د ۳ میاشتو لپاره او د یوه کال په


www.ketabton.com

موده کی په تدریجی ډول بایدقطع سی. دادرملنه یوازي دناروغۍ په ډیر پرمختللي حالت کي توصیه کیږی.

پرته له درملني ناروغي خراب انذار لری. د درملني د ګټي د تعقیب لپاره باید د ANCA سویه تعینه شي.[۲]

## دګلومیرولونوګړندي اوپرمختلونکي التهاب

## RAPIDLY PROGRESSIVE GLOMERULONEPHRITIS

**تعریف**

دګلومیرولونود التهاب معمول اعراض ګذري ازوتیمیا اوالیګیوریا تشکیلوي.چي په زیات شمیرپیښوکي ناروغي نارمل حالت ته راګرځي،ولي یوشمیرکمي پیښي سته چي په ګړندی ډول دګلومیرو لونو دپرمختلونکي التهاب اودپښتورګودعدم کفایې سبب کیږي. هغه ناروغي چي داونیواویامیاشتوپه موده کي دپښتورګوعدم کفایه رامنځته کړي دRPGN په نوم یادیږي.[۱]

**اسباب اواپیدیموالوژي**

ناروغي دځلورولاندنیوګروپونونه دیوه ګروپ په ذریعه رامنځته کیږي،چي عبارت دي له

۱- دحادواویاتحت الحادوانتاني ناروغیوداختلاط په ډول.

۲- دسیستمیکوناروغیودپښتورګوداختلاط په ډول.

۳- دیوشمیرځانګړودرملوداستعمال له کبله.

۴- دګلومیرولونویوشمیرابتدایې ناروغۍ چي ایدیوپاتیک شکل ورته واېي.

په دي ناروغۍ کي ځانګړي جوړښتونه چي د crescentic په نوم یادیږي په ګلومیرولونوکې رامنځته اوکه بې درملنه ونسي نوداونیواویامیاشتوپه موده کي په پرمختللو ناروغیو بد لیږي.که څه هم دناروغي پیښي کمي دي ولي دګلومیرولونوپه التهاب اخته ناروغانود۱۰ تر۱۵ سلنه په اخته کیږي اوپیښي بې د۲۰ او۵۰ کلونوترمنځ زیاتي دي.

دلته یوازي دځلورم ګروپ ناروغیوڅخه چي ایدیوپاتیک ډول هم ورته واېي یادونه کیږي[۲]



www.ketabton.com

**دګلومیرولونوایدیوپاتیک ګړندي اوپرمختلونکي التهاب**

**کلینیکي لوحه اوتشخیص**

ناروغي معمولاً دریزش اوزکام په ډول پیل کوي،ناروغ دکمواکي،زړه بدوالي اوکانګوڅخه شکایت کوي.دبیلوسببونوله کبله کیداي سي دناروغ بولي کمي،دخیټي یاتشي دردونه شتون ولري اودبلغم سره وینه ولیدل سي.دویني فشارنورمال اویاکیداي شی لړلوړوي.

دبولوپه معاینه کي دسروکریواتوغیرنورمال شکلونه اوکاسټونه شتون ولري،لي نادراً کیداي شي بولي نورمالي وي.په بولوکي پروتین شتون لري چي کله کله کتلوي شکل اخلي.له دي کبله چي ناروغي په ګړندي توګه رامنځته اوپرمختګ کوي،GFR کم ولي دنفروتیک سندروم نوراعراض اوعلایم شتون نلري.په بولوکي معمولاً غیرانتخابي پروتینونه وزي اوهم دفبرین تخریب شوي مرکبات موندل کیږي. ازوتیمیا په ګړندي ډول رامنځته اوپرمختګ کوي.نوراعراض اوعلایم اکثراً دناروغي دسبب اړوندموندل کیږي.[۱]

**پتالوژي**

دلایټ میکروسکوپ په معاینه سره دګلومیرولونودشعریه عروقوپرشاوخوادهلالي (Crescents ) جوړښتونومنځته راتلل دي،چي دګلومیرولونودشعریه عروقودموضعي یامنتشرنکروزسره مل وي اوتقریباً تر ۷۰ سلنه زیات ګلومیرولونه ماؤفه کوي.

**پتوجنیزس**

پتوجنیزس هم دناروغي په سبب اړه پیداکوي،چي دبیوپسي اوسیرولوژیکي معایناتوپه ذریعه موندل کیږي. په تقریباً د ۵ تر ۲۰ سلنه پیښوکي دIgG غونډیدل اودګلومیرولونو دقاعدوي غشأضدانتي بادي موندل کیږي.په تقریباً د ۱۵ تر ۳۰ سلنه ناروغانوکي دایمیون کمپلکس څخه جوړه سوي ناروغي شتون لري.په پاتي پیښوکي دناروغۍ پتوجنیزس نامعلومه وي.

**درملنه**

دناروغۍ دډول په پام کي نیولوسره درملنه توپیرمومي،ولي دملني ځانګړي رژیم شتون نلري.درملنه بایدژرترژره او مخکي له دي چي دسیروم کریاتینین تر ۵ ملي ګرامه په ۱۰۰ملي لیتره وینه کي زیات اویاټول ګلومیرولونه په هلالي جوړښتونومصاب سي پیل سي.


www.ketabton.com

هغه ناروغان چې ناروغي یې دګلومیرولونودقاعدوي غشأ ضدانتي باډیودجوړښت له کبله پیداسویوي ورته پلاسمافوریزس (دورځې د۳ تر۴ لیتره د۱۴ ورځولپاره تبدیلیږي) ګټورتمامیږي.برسیره پردي پریدنیزون اوسایکلوفوسفامیډددي لپاره چې دنووانتي باډیودجوړښت مخه ونیسی هم ورکول کیږي.

هغه ناروغان چې ناروغي یې دایمیون کمپلکس اویا Puci-immune له کبله پیداسویوي ورته کورتیکوستیروئید(متیل پریدنیزولون ۱ ګرام دوریددلاري دورځې یوځل د۳۰دقیقوپه موده کې د ۳تر۵ ورځواوپه تعقیب یې پریدنیزون ۱ملي ګرام دبدن په هرکیلوګرام وزن کې دخولې دلاري دورځې یوځل) کیداي شي په ۵۰سلنه ناروغانوکي دسیروم دکریاتینین اندازه راټیټه اوهم دډیالیزس لپاره اړتیاد تر۳کلنوځنډوي.[1]

# نفروتیک سندروم

# Nephrotic syndrome

**تعریف**

دهغه کلینکي پیچلي حالت څخه عبارت دی چې دپښتورګو او پښتورګونه بهریوشمیر تظاهراتو په درلودلو سره وصفي کیږي، چې عبارت دي له: په بولوکي دپروتین شتون چې په ۲۴ ساعته کې تر۳،۵ ګرامه زیات وي. په وینه کې دالبومین اولیپیډونوکمښت ،پړسوب،په بولوکي دلیپیډونووتل اودویني دعلقه کیدودتوان زیات والي.

**پتوجنیزس**

دناروغۍ عمده عرض په بولوکي دپروتین شتون (پروتین یوریا )دي ،چې معمولاً ګلومیرولونو د فلتریشن د مانعي دنفوذیه قابلیت دکموالي په نتیجه کې چې د پروتینو په مقابل کې یې لري منځته راځي. په عمومي توګه په هره اندازه چې په بولوکي پروتین زیات وي په هم هغه اندازه په سیروم کې دالبومین اندازه کمه وي. په وینه کې دپروتین کمښت نور هم دپښتورګود کیټابولیزم او په ینه کې دپروتینودلږجوړیدو له کبله شدید کیږي.


www.ketabton.com

که څه هم په دي ناروغي کي دپاړسوب دمنځته راتلو پتوفزیولوژي ښه نه ده پیژندل شوې، ولي یوه فرضیه داده چي په وینه کي دالبومین کمښت درګونوپه دننه کي دانکوتیک فشار دکموالي سبب کيږي چه په پایله کي دحجرونه دباندی مایعات دويني څخه و بین الخلالي طبقي ته ننوزي او درګونودننه حجم کموي، چي په پایله کي د rennin-angiogtensin aldosteron axis تنبه او هم دسمپاتیک اعصابوفعاله کیدل، د وازوپریزین آزادېدل، دانتي ډیوریتیک هورمون او د Atrial natriuretic peptide دآزادېدلو سبب کيږي. پورته ذکر شوي غونډعصبي او خلطي عکس العملونه په پښتورګو کي داوبو او مالګي دبندښت، اودرګونوددننه حجم دبرقراروالي سبب کيږي چه نورهم وبین الخلالي طبقي ته دمایعاتو توئیدل زیات اوپاړسوب زیاتوي.

په وينه کي دلیپیډونوزیاتوالي په ینه کي دهغوي دزیات جوړښت پایله ده چي په بولوکي دپروتین زیات وتل او درګونوپه دننه کي دانکوتیک فشار کموالي يي نورهم زیاتوي.په زیاتو ناروغانو کي LDلیپوپروتینونه او کولسترول زیاتوالی مومي، ولي هغه چي پرمختللي ناروغي لري په هغوکي دتراي ګلیسیریدونواندازه هم زیاتوالی مومي. په دي ناروغانوکي له همدي کبله کیدای شي اتیروسکلیروز رامینځته او دپښتورګودپرمختللي عدم کفایه سبب وګرځي.

دويني دعلقه کیدودتوان زیاتوالي که څه هم زیات عوامل لري ،ولي اکثراً په بولو کي د ترومبینIII ضد فکتور دزیاتي اطراح، د c او s پروتینو دفعالیت او سویې دکموالی،په وينه کي دفبرینوجن زیاتوالي (چه په ینه کي زیات جوړېږي) ،دفبرین دلیزکیدودقابلیت کموالي، او ددمويه صفیحاتوداګریګیشن دتوان دزیاتوالي له کبله منځته راځي.

دهمدې بدلونو له کبله کیدای شي چي په ناروغانو کي په بنفسه توګه د محیطي رګو ( شراین، اورده) ترمبوز، د پښتورګود ورید ترمبوزاو دسږوامبولي پیښه شي.

یو شمیر نور میتابولیک اختلاطات چي کیداي شي دناروغۍ په سیر کي پيښ شي،عبارت له خوارځواکۍاوکمخوني څخه دي چي آخرالزکرئي معمولاً دترانسفیرین دضایع کیدوله کبله منځته راځي.

په بولوکي دهغوپروتینودضایع کیدوله کبله چي دکولي کلسیفیرول سره نښلي د ویټامین ډي کمښت منځته راځي چي پخپل وار سره په وينه کي دکلسیم دکمښت او په ثانوی ډول دهایپرپاراتایروئیدیزم سبب ګرځي. په بولو کي دهغوګلوبولینوچي دتایروکسین سره نښلي دوتلو له کبله په سیروم کي دتایروکسین اندازه کموالی مومي.


www.ketabton.com

په بدن کي دکتابوليزم دزياتوالي او په بولوکي د IgG دزيات وتلو له کبله دبدن معافيت راکم اوناروغان وانتان ته زيات مساعد وي. همداراز په سيروم کي دپروتينودکموالي له کبله په ناروغانو کي داکثروهغودرملو چه دپروتينو سره نښلي تأثيرات سرچپه او يا کميږي. [۲]

**اسباب او تفريقي تشخيص**

که په بولوکي دپروتينووتل په ۲۴ ساعته کي تر ۱۵۰ ملی ګرامه زيات شي نو غير نورمال او بايد يو شمير زياتو ميخانکيتونولکه دګلوميرولونوڅخه دپروتينووتل،دپښتورګودټيوبولونوڅخه دپروتينووتل اويا اوورفلوپروتين يوريا ته پام واړول شي. بايد تل په پام کي وي چي د ټيوبولونوڅخه دپروتينووتل هيڅ وخت تر ۲ ګرامه په ۲۴ ساعته کي نه زياتيږي نو ځکه نفروتيک سندروم نه را منځته کوي.

په ۹۰ سلنه کاهلانو کي کيدای شي چي ۶ عمده ناروغی د نفروتيک سندروم سبب وګرځي.

1. Minimal change disease (MCD)
2. Focal and segmental glomerulosclerosis (FSGS)
3. Membranous glomerulopathy
4. MPGN
5. Diabetic Nephropathy
6. Amyloidosis

**اسباب**

**دګلوميرولونوابتدائي آفات**

A-Minimal change disease

B-Mesangial Proliferative Glomerulonephritis

C-focal and Segmental Glomerulonephritis

D-Membranous glomerulonephritis

E-Membranoproliferative glomerulonephritis



www.ketabton.com

1-Type I

2-Type II

3-Other Variants

F-Other uncommon lesions

1-Crescent glomerulonephritis

2-Focal and segmental Proliferative Glomerulonephritis

3-Fibrillary and /or immunotactoid Glumerulonephritis

**په ثانوي ډول دنورروناروغيوله کبله**

۱- انتانات

Poststreptococcal glumerulonephritis, endocarditis, shunt nephritis, secondary syphilis, leprosy, hepatitis B, HIV infections and AIDS. Infectious mononucleosis, malaria, schistosomiasis, filariasis.

۲- درمل

Organic gold, inoriganic, organic, and elemental mercury; pencillamine; streat heroin; NSAIDs, Probenicid, captopril, tridion, mesantion, perchlorate, antivinum, antitoxins, contrast media.

۳- سرطاني پيښي

Hodgkin's disease, Lympoma, Leukemia, Carcinomas, Melanoma, Wilm's tumor.

۵- دزياتوغړوماؤفيت

SLE, henoch-schoinlein purpura, vasculitis, Goodpasture's disease, dermatomysositis.

**کلنيکی لوحه**

**الف:اعراض اوعلايم:** پاړسوب د نفروتيک سندروم يو مهم عرض دی او هغه وخت منځته راځی چی د سيروم د البومين اندازه په ۱۰۰ ملي ليتره وينه کي تر ۳ ګرامه کمه سی. پاړسوب د سوډيم د


www.ketabton.com

احتباس له کبله را منځته کيږي،چي معمولاً لمړي په سفلی اطرافو او وروسته بيا و ټول وجود ته خپريږی.پاړسوب کيداي شي ډيرزيات اودانصباب پلورايي ياحبن دتوليدسبب وګرځي چي په دي وخت کي ناروغ ته سالنډي هم پيداکيږي چي عمده علت يی د حجاب حاجز د حرکاتو محدوديت او دسږودنسج پاړسوب دی. په حبن اخته ناروغانو کي د خيټي پاړسوب هم شتون لری. په دي ناروغانوکي دبدن دټيټ مقاومت له کبله د انتاناتو اعراض او علايم دروغوخلګوپه پرتله زيات ليدل کيږی.[۲]

**ب: لابراتواري معاينات**

۱- د ډپسټيک په معاينه سره په بولوکي دپروتين شتون په البومين دلالت کوی.که د بولو پر سډيمنټ باندی سلفاسليسيليک اسيډورزيات شي، د غير نورمال پروتين (پاراپروتين) شتون هم ښيی.د ډپسټيک معايناتو په ۱۰۰ ملي ليتره وينه کي تر ۱۵ ملي ګرامه پوري پروتين معلوميدای شي. په ډيره غليظه نمونه کی Trace Protein ځانګړي ارزښت نلری ولي په رقيقه نمونه کی که وليدل شي د پښتورګو پر ناروغی دلالت کوی.

۲- په ميکروسکوپيکه معاينه کی د بولو سډيمنټ يوڅه حجروی عناصر او کاستونه لری. ولي که په وينه کي دليپيډونوانداز‌ه زياته وي ،نو د ناروغانو په بولوکي شحم دبيضوي اجساموپه څيرليدل کيږی.

۳- دويني بيوشيميک معاينات:په وينه کي لاندني بيوشيميك بدلونونه موندل کيږي

- د سيروم د البومين اندازه په ۱۰۰ ملي ليتره وينه کي تر ۳ ګرامه کمه و ي.
- د سيروم دمجموعي پروتينو اندازه په ۱۰۰ ملي ليتره وينه کي تر ۶ ګرامه کم وي.
- په وينه کي دليپيډونوزياتوالي او د ESR لوړيدل.

لاندی معاينات هم داړتيا په صورت کي ترسره کيداي شي

- د کمپليمنټونو د سويی تعينول.
- د سيروم او بولو د پروتينوالکتروفوريزس.
- د ANA او يني دالتهاب لپاره سيرولوژيك معاينات.

په دې ناروغانو کي د ويټامين ډي، زنک او Copper سويه کښته وي ځکه په بولو کي دهغوپروتينو چي دوي ورسره نښلي د وتلو له سببه د دوي کمښت هم منځته راځی.[۲]

**ج:دپښتورګوبيوپسي:** دبيوپسي نمونه ،د Immunofluorescence تلوين وروسته په الکترون ميکروسکوپ کي معاينه کيږی.


www.ketabton.com

**درملنه**

د نفروتيک سندروم د درملني عمومي پلان

**الف: د پروتينو دضايع کيدوپه صورت کي:** د نايتروجن د منفی بيلانس د مخنيوی لپاره بايد د پروتينو د خوړلو اندازه هغه چي په بولوکي وزي پوره کړی. که په بولو کی د پروتينووتل د ورځي تر ۱۰ ګرامه زيات سی، نودسوء تغذيه ياخوارځوکي دمنځته راتلوسبب ګرځی.

**ب:پاړسوب:** د پاړسوب په درملنه کي د خواړود مالګي کمول اساسی اغيزه لری ولي زيات شميرناروغان ډيوريټيک درملوته هم اړتيالری،چي په دي منظورمعمولاً تيازيد اويالوپ ډيوريټيکونوڅخه کاراخستل کيږي.له دی کبله چي د پروتينوسره نښلي ،نو و هغوناروغانوته چي دويني پروتينونه ئي کم وي بايد په لوړه اندازه ورکول سي. د دواړوډولونوډيوريټيکونويوځاي ورکول د دوي ډيوريټيک اثرات نورهم غښتلي کوی اوپه هغو ناروغانو کي چی دپلورا ياپريتوان په جوف کي راغونډسوي مايعات ولری، ګټور تماميږی.

**ج:په وينه کي دليپيډونوزياتوالي:** ددې ناروغانوپه وينه کي دکولسترول اوتراي ګليسيريد زياتوالي منځته راځی. په نفروتيک سندروم اخته ناروغانو کي که څه هم دغذايی درملني ارزښت کم دي خو بيا هم غذايی رژيم او تمرينات بايد توصيه سی، ولي ددرملوورکول اړين دي.

**د:دويني دعلقه کيدودتوان زياتوالي:** هغه ناروغان چی د سيروم د البومين اندازه يی په ۱۰۰ ملي ليتره وينه کي له ۲ ګرامه څخه کمه وی، کيدای سي چي دويني دعلقه کيدوتوان ئي زيات شي. ددي ناروغانو په بولو کي Anti-thrombin III،پروتين C او S وزی او د دمويه صفيحاتو فعاليت پکښی زياتيږی. دا ناروغان زيات دپښتورګودوريدپه ترمبوزاخته او هم نوري وريدی ترومبوامبولي پکښی منځته راځی،په ځانګړي توګه هغه ناروغان چي په Membranous Glomerulonephropathy اخته وي. دويني دعلقه کيدوضددرمل په هغو ناروغانو کي چي د ترمبوز علايم ولري، د ۳ څخه تر ۶ مياشتو پوري اړين ښکاري.

هغه ناروغان چي دپښتورګودوريدترمبوزاويامتکرري ترمبوامبولي ولري، د نامعلوم وخت لپاره بايدورته دويني دعلقه کيدودرمل ورکول شي.په درملنه کی داګريګيشن ضددرمل لکه aspirin او dipyridamole اودويني دعلقه کيدو مستقيم او غير مستقيم اثرلرونکي ضددرمل لکه heparin ، falithrom او نوروڅخه ګټه اخستل کيږي. همدارازدانتي پلازمينوجن درملومستحضرات لکه aminocaproic acid او tranexamic acid هم بايد په پام کي وی.[۲]


www.ketabton.com

## دبولوهغه ستونزي چي اعراض نلري

## Asymptomatic Urinary Abnormalities

وهغه ګروپ ناروغانوته ویل کیږي چي سپکه پروتین یوریا اویاهیماتوریا(دنفروتیک سندروم په پرتله کمه)،پاړسوب،دGFR کمښت اویادویني لوړفشارولري.پخپله ناروغان کوم ځانګړي شکایت نلري اوپورته ذکرسوي اعراض اوعلایم په ناڅاپي ډول په ګوته اوحتي کیداي سي دوامداره اویابیاراګرځیدونکي شکل ولري.په یوشمیر ناروغانوکي دااعراض اکثراً دپښتورګودیوشمیرناروغیولکه نفروتیک سندروم اویادګلومیرولونودځنډني التهاب په سیرکي رامنځته شویوي.

په ۷-۳ نمره جدول کي دپښتورګوهغه عمده ناروغۍ چي په بولوکي دپرته له اعراضوپروتین یوریا اویا هیماتوریاسبب کیږي ښودل شویدي.

۷-۳ نمره جدول دبولودپرته له اعراضوستونزوګلومیرولي اسباب

**هیماتوریا چي پروتین یوریا ورسره مل اویاشتون ونلري:**

A Primary glomerular diseases

1- Berger’s disease (IgA nephropathy)*

2- Membranoproliferative GN

3- Other primary glomerular hematurias accompanied by “pure” mesangial proliferation, focal and segmental prolefirative GN, or other lesions.

4- “Thin basement membrane disease *

B Associated with multisystem or heredofamilial diseases

1- Alport’s syndrome and other “benign” familial hematurias*

2- Fabry’s disease

3- Sickle cell disease

C Associated with infections

1- Resolving poststreptococcal GN*

2- Other postinfectious glomerulonephritides*


www.ketabton.com

**هغه پروتین یوریا چي نفروتیک منشه نلري:**

A Primary glomerular diseases

1- "Orthostatic" proteinuria *

2- Focal and segmental glomerulosclerosis *

3- Membranous GN

4- Berger's disease (IgA nephropathy)

B Associated with multisystem or heredofamilial diseases

1- Diabetes mellitus *

2- Amyloidosis *

3- Nail-patella syndrome

4- Leaitin-cholesterol acyltransferase deficiency

5- Von Gierke's disease

* ډیر معمول سببونه

## دپښتورگوایدیوپاتیکه هیماتوریا

**دBerger ناروغي یا (Ig A nephropathy )**

**تعریف**

د پښتورگو ابتدایی ناروغی ده چی په دی ناروغۍکی دپښتورگود گلومیرولونوپه میزانجیم کي د Ig Aغونډیدل شتون لری.اصلی سبب یی نه دي معلوم ولي ورته بدلونونه په Henoch-schonlein purpura کی هم لیدل کیږی.

د Ig A نفروپتي په لاندنیوناروغیو کی هم لیدل کیږی

- دیني سیروز.
- دCeliac ناروغي.
- ویروسي انتانات لکه HIV اوCMV .

د Ig A نفروپتي یوه عامه ناروغی ده چی په کوچنیانو او ځوانانوکی ډیره لیدل کیږی. نارینه دښځوپه پرتله ۲ یا ۳ ځلي زیات مصابوی.

ناروغی لمړي ځل د Berger او Hinglais په ذریعه کشف اوشرحه شول.


www.ketabton.com

**کلنیکی لوحه**

- په بولوکي دزياتيويني شتون د ناروغۍ عمده عرض دی چی په ۵۰ سلنه پيښوکي دپورتني تنفسي سيستم دانتان اوپه ۱۰ سلنه پيښوکي د معدي اوکولمودناروغيو سره يوځای وی.
- د ناروغ دبولورنګ سور يا نصواري وی.
- ترالتهابي پيښي وروسته دګلوميرولونودالتهاب پرخلاف دا حالت د Synpharyngitic هيماتورياپه نوم هم يادېږی، ځکه چی دخفاوصفی دوره نلری.
- پرته له اعراضواوميکروسکوپيکه هيماتوريايي بل عرض تشکيلوي.

د ناروغانو ۱/۳په کلنيکی لحاظ ښه کيږي. په سلوکي د ۴۰تر۵۰ناروغان په تدريجي ډول دپښتورګود عدم کفايه خواته ځی. پاتي نورناروغان دوامداره ميکروسکوپيکه هيماتوريالری چی د کرياتينين سويه يی ثابته وی.[۲]

**په لاندی حالاتو کي دناروغۍ انذارخراب و ی**

۱- که په هروسلوملي ليتره بولوکي دپروتين اندازه تر يوه ګرام زياته وی.

۲- که ناروغ دويني لوړفشارولری.

۳- که دوامداره ميکروسکوپيکه هيماتوريا موجوده وی.

۴- که دګلوميرولونوالتهاب موجودوي.

۵- که د پښتورګودندي خرابی شويوي.

د ناروغی قطعی تشخيص د پښتورګودبيوپسي په ذريعه ايښودل کيږی.

**درملنه**

لاندی ټکي بايد په پام کي ونيول شي

۱- په بولوکي د پروتين دزيات ضايع کيدو(چی په ورځ کی تر 1gr/d زياته وی)،په صورت کي د ACE نهيه کونکي درمل او ياد Angiotensin II آخذونهيه کونکي درمل استعماليږی.

۲- د وينی فشارباید تر ۱۳۰پر۸۰کښته وساتل شي.

۳- که نفروټيک اعراض موجود وی، کورتيکوستيروئيد ورکول کيږی چی په دي منظورميتيل پريدنيزولون يوګرام دورځي دوريددلاري ګټورتماميږي. دا درمل په مياشت کی ۳ ځلي يعنی اوله،


www.ketabton.com

دریمه او پنځمه ورځ ورکول کیږی او په څنګ کي پریدنیزولون د خولي د لاري نیم ملي ګرام دبدن په هرکیلوګرام وزن کي یوه نه بله ورځ د شپږو میاشتو لپاره ورکول کیږی.

۴- و ناروغانو ته دماهي غوږد ورځی د۲تر۵ ګرامه ورکول کیږی چی ورته تأثیرات لری د End-stage Renal Disease لپاره Dialysis یوه ښه تداوی ده.

**دپښتورګونوري ابتدایې هیماتوریاوي**

په یوشمیرحالاتوکي متکرره هیماتوریا شتون لري ولي دبرجرناروغۍ نوری نښي په فلوریسنس معاینه کي نه موندل کیږي.داډله ناروغۍ که څه هم ښه نه دي پیژندل سوي،ولي بیاهم داسبابواوپتوجنیزس له رویه یودبل سره توپیرلري.کیداي شي ددي ناروغیویوشمیردګلومیرولونودحادالتهاب دجوړسوي شکل نمایندګي وکړي اویاداچي دممبرانوپرولیفیراتیویا دګلومیرولونودارثي التهاب (الپورټ سندروم) پیل وي.

په دي ټولوناروغیوکي عمده اوګډمورفولوژیکي بدلون دګلومیرولونودمیزانجیم پرولیفیراتیوآفت دي چي په موضعي،سګمنټل اویامنتشرډول شتون لري.

په فلوریسنس معاینه سره په میزانجیم کي په بیلودرجودامینوګلوبولینواویا$C_3$ تراکم لیدل کیږي.

په الکترون میکروسکوپي معاینه کي هم په میزانجیم کي دپورته په څیربولونونه شتون لري چي تکراری اوپخپله جوړه سوي هیماتوریا هم ورسره مله وي.

دزیاتوناروغانوانذارښه اوپه یوشمیرناروغانوکي ددوي تکراریدونکي هیماتوریاپخپله پرته له درملني په دایمي ډول روغوالي مومي.نادراً داناروغان دپښتورګوپه عدم کفایه اخته کیږي. له دي کبله چي انذارېې ښه اوپخپله جوړیدونکي ناروغي ده نوځکه ځانګړي درملني ته اړتیانلري.[۲]

**دګلومیرولونو څخه منشه اخستونکي غیرنفروتیک پروتین یوریا**

په دي ډله ناروغانوکي سپکه اویاپه منځنۍ درجه پروتین یوریا(په ورځ کي تر۱۵۰ ملي ګرامه زیاته اوتر ۲ګرامه کمه) شتون لري ولی نوری ستونزي لکه دویني لوړفشاراودپښتورګوددندوکموالي شتون نلري،معمولاً لیدل کیږي.په دي ناروغانوکي کیداي سي دنوروارثي اوسیستمیکوناروغیودبیلګي په توګه دشکري ناروغي، امیلوئیدوزس، روماتو ئید آرترایټس اویاسرطان اعراض اوعلایم وموندل شي.


www.ketabton.com

ناروغي کيداي سي په دايمي توګه پاتي اوياداچي په ښه توګه تيره اوروغوالي ومومي.داډول پروټين يورياکيداي سي په اولوورځوکي يوازي دولاړي په حالت (اورتوستاتيک پروټين يوريا)کي شتون ولري خووروسته په دواړوحالتوولاړه اوناسته (ثابته پروټين يوريا)کي منځته راځي.

هغه ناروغان چي ثابته اوتکراريدونکي دولاړي دحالت پروټين يوريا لري انذارېښه اودوخت په تيريدوسره روغوالي مومي اودپښتورګوپه بيوپسي کي هم ګلوميرولونه نورمال ښکاري. حال داچي هغه ناروغان چي ثابته اودوامداره پروټين يوريالري،دوخيموناروغيوزيرۍ ورکوي اودپښتورګوپه بيوپسي کي هم ساختماني بدلونونه موندل کيږي،چي يوشميرېږ ايډيوپاتيک نفروتيک سندروم ته ورته وي.[٢]

## دګلوميرولونوځنډنۍ التهاب

## Chronic Glomerulonephritis

هغه سندروم ته ويل کيږي چي دبولي لاري دوامداره ستونزو(پروټين يوريا اوهيماتوريا) پکښي شتون لري اوپه کراري اوتدريجي ډول دپښتورګوددندود خرابيدسبب کيږي چي په پايله کي دويني په لوړفشار،دپښتورګوپه کوچني کيدواوياعدم کفايه ختميږي.

پرته له يوشميرسپکوناروغيوڅخه،دپښتورګونوري ټولي ناروغي دګلوميرولونوپه ځنډني التهاب بدلي اودمړيني سبب کيږي.

دپښتورګودځنډني التهاب پتوفزيالوژي معمولاًدپښتورګوعدم کفايه ته ورته ده ځکه په پايله کي دپښتورګوپه عدم کفايه بدليږي.

په دي ناروغيوکي معمولاً لاندي ٣ ډوله ساختماني بدلونونه موندل کيږي

١- پروليفيراتيوبدلونونه (دبيلګي په توګه دګلوميرولونوميزانجيل اويادشعريه عروقودننه يادباندي التهاب،اويادګلوميرولونوموضعي يا سيګمنتل التهاب).

٢- سکليروزي ( دبيلګي په توګه دګلوميرولونوموضعي يامنتشر سکليروز).

٣- ممبرانوز.

اکثرهغه ناروغان چي دګلوميرولونوپه ځنډني التاب اخته وي دپورته ذکرشوو ساختماني بدلونونوڅخه يوليدل کيږي.په يوشميرلږوپيښوکي پورته ذکرسوي آفات شتون نلري چي داډول پيښي دګلوميرولونودغيروصفي ځنډني التهاب په نوم ياديږي.


www.ketabton.com

اعراض اوعلایم معمولا په هغه ناروغي چي دګلومیر ولونو د ځنډني التهاب سبب شویوي اړه لری،اواسباب اوپتوجنیزس يې هم داړونده ناروغۍ وي.یوشمیرهغه ناروغان چي دګلومیرولونوغیروصفي ځنډنی التهاب لري،اکثروبې ترسترپتوکوک انتان وروسته دګلومیرولونوالتهاب تیرکړیوي چي په ابتدأ کي نه وي تشخیص شوي.

دګلومیرولونوځنډنی التهاب دلاندي لاروڅخه دیوي لاري تشخیصيږي

۱- دبدن دعمومي معایناتوپه وخت په ناڅاپي ډول دبولودغیرنورمال حالت،دپښتورګوددندودخرابوالي اویادویني دلوړفشارپه ډول.

۲- دپښتورګودناروغیودپټي حملي داعراضواوعلایمولکه کمخوني یادویني لوړفشار.

۳- دګلومیرولونودالتهاب دحملي په پایله کي ،چي په ځانګړي توګه ترویروسي یابکتریایي ناروغیووروسته رامنځته کيږي.

دګلومیرولونوځنډنی التهاب اکثراً په کراره رامنځته اومعمولاً په سببي ناروغي اویادسببي ناروغي څخه دپیښ سوي اختلاط لکه دویني لوړفشارپه شتون اړه لري.بیاهم دویني ابولودغیرنورمال حالت دشتون اوپه پایله کي دپښتورګودپرمختللي ناروغیو دپیښیدوترمنځ کلونوکلونوواټن ته اړتیاسته.داصلي تشخیص اودسبب دمعلومولولپاره دپښتورګوبیوپسي اړینه ده.

درملنه اکثراً تقویوي اوعرضي ترسره کيږي،چي معمولاً دناروغي داصلي سبب اواعراضودرملنه پکښي شتون لري.دویني لوړفشار اودبولي لاري میکروبي ناروغۍ بایدپه درسته توګه تداوي اودنفروتوکسیک درملوداستعمال څخه دي ډډه وسي.ډیوریتیکونه دفشاردکښته کیدودنورودرملوسره ګډاویایوازي هغه وخت ورکول کيږي چي پاړسوب شتون ولري.ځانګړي غذايي رژیم ته اړتیانسته اوهم دمالګي اوپوټاشیم ډیرلږخوړل هم اړین نه دي اوحتي کله کله کیداي سي خطرناکه تمام شي.دزړه داحتقاني عدم کفايې اوپه وینه کي دالبومین دزیات کمښت په نه شتون کي،ترهغوچي ناروغي ډیره پرمختللي نه وي پاړسوب نه لیدل کيږي.دپروتینواوفاسفیټ کم خوړل کیداي شي دپښتورګودعدم کفايې ولورته دناروغي ګړندي توب وځنډوي.[۲]


www.ketabton.com

# اتم څپرکی

# دمايعاتواوالکتروليتونوتشوشات

| |
|---|
| **د مايعا تو او ا لکتروليتونو تشو شا ت (دسوډيم هوموستازس).** |
| **دپوتاشيم هوموستازس.** |
| **دمګنيزيم هوموستازس.** |
| **دکلسيم هوموستازس.** |
| **دفاسفيټ هوموستازس.** |

## د مايعا تو او ا لکتروليتونو تشو شا ت

## Fluid & Electrolytes Disturbances

د مايعاتو او الکتروليتونو تشوشات کيداي شي پرته له اعراضو وي او ياغير وصفي اعراض ولري.اوهم کيداي شي ډاکټر ورته ځانګړي پاملرنه ونکړي.اکثراً بدلونونه په عادي لابراتواري معايناتوکي نه شي په ګوته کيداي.د ناروغ وزن کول او دفزيکي معايناتو په ذريعه د بدن د مايعاتو د حجم او د مؤثر دوراني حجم څيړنه د داډول تشوشاتو د معلومولو اساس تشکيلوي.

د بدن د مايعاتو د حجم بدلون معمولاً د تاريخچي او فزيکي معايناتو په ذريعه تعينيدلاي شي.

**د مايعاتو د حجم د ډيروالي اعراض**

۱- د بدن د وزن زياتوالي.

۲- دبدن او يانس پاړسوب يا حبن.

۳- نور اعراض لکه:دزړه دضربان زياتوالي،دويني دفشارلوړيدل،دزړه دزروي دضربان بيځايه کيدل،دغاړي درګونوپړسيدل اودپلوراپه جوف کي دمايعاتوغونډيدل.

موضعي پاړسوب (چي د وريدي دورا ن دبنديدو څخه پيداکيږي) بايد د عمومي پاړسوب(چي معمولاً دزړه دعدم کفايه، نفروتيک سندروم اودويني سيروزس له کبله منځته راځي) توپير شي.



www.ketabton.com

**د بد ن د مایعاتو د حجم د کموالي اعراض**

۱- د بدن د وزن کموالي.

۲- شدیده تنده.

۳- د مخاطي غشاء وچوالي.

د مایعاتو د حجم کموالي یاډیهیډریشن باید یوازي د اوبو د حجم د کموالي څخه بیل شي.ځکه په ډیهیډریشن کي د اوبوسره مالګي هم ضایع کیږي.

**د بدن اوبه**

۱-۸ نمره جدول د جنس او عمر په اساس د بدن د ټولو اوبو سلنه

| عمر | نارینه | ښځي |
|---|---|---|
| ۱۸-۴۰ کلني | ۶۰ سلنه | ۵۰ سلنه |
| ۴۱- ۶۰ کلني | ۵۰-۶۰ سلنه | ۴۰-۵۰ سلنه |
| تر۶۰ زیات | ۵۰ سلنه | ۴۰ سلنه |

که یو کاهل شخص په پام کي ونیسو ، د هغه د ټول وزن ۶۰ سلنهاوبه او ۴۰ سلنه نور مواد دي.د دغه ۶۰ سلني وزن ۲/۳ برخي یعني د بدن د وزن ۴۰ سلنه دحجروداخلي مایعات او ۱/۳ برخه یعني ۲۰ سلنه د حجرونه دباندي مایعات یا اوبه دي.د حجرونه دباندي مایعاتو ۷۵ سلنه ( د بدن د ټول وزن ۱۵ سلنه) په بین الخلالي مسا فو کي ځاي لري او پاتي ۲۵ سلنه ئي ( د بدن د ټول وزن ۵ سلنه) درګونودننه اوبه دي.د بدن د ټولو مایعاتو ۴۰ لیتره اوبه او ۲۰ سلنه نور مواد دي.

دا ۴۰ لیتره اوبه په بدن کي په لاندي ډول توزیع شویدي

۱- دحجرودنني اوبه ( ۲۸ ) لیتره.

۲- دبین الخلالي مایع اوبه (۹) لیتره.

۳- درګونودننه اوبه (۳) لیتره.

درګونودننه اوبه د مؤثر دوراني حجم په نوم هم یادیږي.

درګونودننه اوبواندازه د فزیکي معایناتو لکه دویني فشار،نبض،اودغاړي دوریدونوپړسیدل په ذریعه معلومیداي شي.


www.ketabton.com

**په بد ن کي د اوبو د ندي په لنډول عبارت دي له**

- د بدن جوړښتونو(ساختمانونو) ته شکل (ډول) ورکول.
- د غذايي موادو د هایدرولیز کیدوسره مرسته.
- د کیمیاوي تعاملاتو د سرته رسیدلو لپاره دمناسب چاپیریال برابرول.
- د ښوي کونکي مادي خواص لري.
- د شا ك په مخنیوي کي مرسته کوي.
- د لاندي موادو لکه غذايي مواد،الکترولایټونو،د ویني ګازات، د استقلاب فضله مواد،تودوخي اوبرقي جریا ن لپاره د انتقا ل ذریعه ده.

د بدن لپاره د اوبو ورځني اړتیا د هرو ۱۰۰ کالوریولپاره ۱۰۰ ملي لیتره اوبه دي.یعني د استقلابي فعالیتونو لپاره په ورځ کي ۱۸۰۰ ملي لیتره اوبو ته اړتیا شته.د بدن استقلابي فعالیت د تبي په حالت کي زیاتیږي،یعني د سانتي ګراډ د هري درجي په لوړیدو سره دمیتابولیزم سرعت تر ۱۲ سلني زیاتیږي.

۸-۲ نمره جدول کي د لو یانو د بدن د اوبو د زیاتوالي او کموالي منابع ښودل شویدي

| دخولي دلاري داوبواخستل | دبدن څخه داوبووتل |
|---|---|
| اوبه = ۱۰۰۰ ملي لیتره<br>دخوړوسره مایعات= ۱۳۰۰ملي لیتره<br>اکسیډیشن = ۲۰۰ ملي لیتره | بولي = ۱۵۰۰ ملي لیتره<br>غایطه مواد= ۲۰۰ ملي لیتره<br>غیرمريي وتل:<br>تنفس = ۳۰۰ ملي لیتره<br>پوستکي = ۵۰۰ ملي لیتره |
| **ټوله = ۲۵۰۰ ملي لیتره** | **ټوله = ۲۵۰۰ ملي لیتره** |


www.ketabton.com

# هوموستازيس

**تعريف**

د عضويت د انساجواو مايعاتو( دنني چاپيريال ) د کيمياوي جوړښت او دندو متوازن حالت دي.

**الکترولايټونه**

الکترولايټونه د بدن په اوبو کي منحل وي.خو د دوي غلظت د بدن په بيلو مايعاتو کي توپير لري.

**الکتروليت :** هر هغه ماده ياماليکول چي په يوه محلول کې په برقي چارج لرونکو ټوټوياايونوو ويشل سي الکتروليت بلل کيږي.مثبت ايون ته کاتيون او منفي ايون ته انيون ويل کيږي.

**غيرالکتروليت :** هر هغه ماده يا ماليکول چي په يوه محلول کي تجزيه نشي لکه ګلوکوز او يوريا د غيرالکتروليت په نوم يادېږي.

**برقي خنثي حالت:** هغه وخت منځ ته راځي چي د بدن د کاتيونو او انيونو اندازه سره يوشانته شي.

**ملي ايکويولينټ mEq:** هغه حالت چي د الکترولايتونو د يوه معين وزن د چارج ورته ولانس بيانوي دملي ايکويولينټ mEqپه نوم يادېږي.

د لاندي فورمول څخه په يوه ليټر محلول کي د يوه الکتروليت د ملي اکويولينټ اندازه موندلاي شو

$$mEq/L = \frac{aliment/100ml \times 10 \times Valence}{Atomic\ number}$$

**ولانس :** دا د يوه عنصر د يوه اټوم د مرکب کيدلو توان دي چي د هايدروجن د يوه واحد سره پرتله کيږي.او د اټوم د باندني قشر د الکترونونو د اندازي له رويه تعينيږي.منفي ولانسه اټوم الکترونونه اخيستي وي، او مثبت ولانسه اټوم الکترونونه د لاسه ورکړي وي.

د واحداتو نړيوال سيستم الکترولايټونه د (mmol/L) په ذريعه ښيي.

د الکتروليتونو لابراتواري رپورټونه د ,meq/L، mmol/L او يا mg/dL په ذريعه ښودل کيږي.

**اسموتيک فشار:** هغه فشار دي چي د اسموسز د عمليي په وخت د اوبو د حرکت څخه پيداکيږي.اسموسز د يوه سټنډرډ واحد په ذريعه چي اوسمول نوميږي اندازه کيږي او د ګرام ماليکولي وزن څخه لاسته راځي.


www.ketabton.com

**اسمولاریټي :** په یو لیټر محلول کي د اوسمولرغلظت ته اوسمولاریټي ویل کیږي.او په mosm/L اندازه کیږي.

**اسمولالیټي :** په یو کیلوګرام اوبو کي د حل شوو اوسمولو د شمیر څخه عبارت دي.چي د mosm/Kgاوبه په ذریعه ښودل کیږي.

باید وویل سي چي دحجري دنني چاپیریال اوسموتیك فعالیت د پوټاشیم او د هغه اړوند انیونو، او د حجري دباندني چاپیریال اوسموتیك فعالیت د۹۰ تر۹۵سلنه د سوډیم او د هغه اړوندو ایونواود۵ تر۱۰ سلنه دویني دیوریا،نایتروجن او ګلوکوز په ذریعه ټاکل کیږي .د سیروم د اوسمولالیټي نورماله اندازه د۲۷۵ تر۲۹۵ ملي اسمول په هرکیلوګرام کې ده.

دګلوکوز ۱ ملي اسمول د۱۸۰ ملي ګرامه ګلوکوز په یوه لیترکي اندازی سره مساویدي .

دیوریا۱ ملي اسمول د۲۸ ملي ګرامه یوریا په یوه لیترکي اندازی سره مساویدي.

**هایپرټونیک محلول :** هغه محلول دي چي غلظت ئي دحجري دننه غلظت څخه زیات وي، که حجرات ورسره په تماس کي سي د هغوي د ننه اوبه راکشوي او حجره ګنجلکه کوي.

**هایپوټونیک محلول :** هغه محلول دي چي غلظت ئي دحجري دننه غلظت څخه کم وي، که حجرات ورسره په تماس کي سي نو د حجري دننه ته اوبه ننوزي او حجره پړسیږي.

**ایزوټونیک محلول :** هغه محلول دي چي غلظت ئي دحجري دننه غلظت سره یوشانته وي،که حجره ورسره په تماس کي سي د هغي په غټوالي کي بدلون نه راځي ، ځکه چي د دوي تر منځ اوبه نه تبادله کیږي.

**ډیفیوژن :** د بدن د مایعاتو د یوي برخي څخه بلي برخي ته د چارج لرونکو او چارج نه لرونکو زراتو حرکت د ډیفیوژن په نوم یادیږي.دواړه الکترولیتونه او غیرالکترولیتونه د بدن د مایعاتو د یوي برخي څخه بلي برخي ته د ډیفیوژن په ذریعه انتقالیږي.

**اسموسز :** د نفوذیه غشأ د یوه طرف څخه بل طرف ته د اوبو حرکت ، د هغه زراتو په ذریعه کوم چي د ډیفیوژن قابلیت نلري د اوسموس د عملیي په نوم یادیږي.



www.ketabton.com

## د سوډيم ميتابوليزم

### ۱- ډيزنتريميا

د بدن اوبه د اوبو د مصرف(چي د تندي په ذريعه کنترول کيږي)او اطراح(چي په پښتورګوکي د بولو دغليظ او رقيق کولوپه ذريعه کنترول کيږي) د تعادل په ساتلوسره کنترولیږي. اوبه په بدن کي د استقلابي پروسي په وخت کي هم توليديږي چي په ورځ کي اندازه د۳۵۰تر۵۰۰ ملي ليتره رسيږي. اوبه پر پښتورګو برسيره د نورو لارو(لکه پوستکي،غايطه مواد،اوسږي ) هم اطراح کيږي،چي ورځني اندازه ئي و۵۰۰ ملي ليتره ته رسيږي.

له کلينيکي پلوه داوبو د ميتابوليزم تشوشات د سوډيم د پلاسمايي غلظت د تشوشاتو په ډول ښکاره کيږي چي د ډيزنتريميا په نوم ياديږي. داوبوداستقلاب تشوشات اکثراً د حجرودباندي مايعاتو د حجم په تشوشاتو کي مرسته کوي.د ګلوميرول څخه فلترشوي اوبه په ټيوبولو کي بياجذب،چي ۲پر۳ برخه ئي په علوي قناتوکي ترسره کيږي.

په يوشمير حالاتو لکه دزړه عدم کفايه ، د حجرودباندي مايعاتود حجم تشه او نفروتيك سندروم کي په علوي ټيوبولو کي د ايزوتونيك مايع بيا جذب زياتيږي.

انتي ډيوريتيک هورمون چي د هايپوفيز غدی دخلفي برخي څخه ازاديږي، د يوشميرځانګړوآخذوسره ترنښليدووروسته د اوبو پر مخ چينلونه خلاصوي.چي دهمدغه چينلونو له لاري اوبه د ټيوبولي لومين څخه و بين الخلالي مسافو ته ننوزي.

د اوبومصرف د تند ي له لاري تنظيميږي.که په اسمولاليټي کي ډير لږ زياتوالي راسي نو دتندي احساس ډيريږي(چي دااحساس د عمر په زياتيدو سره کميږي).

### ۲- په وينه کي دسوډيم کمښت يا هايپونتريميا

هايپونتريميا تل د اوبو د ميتابوليزم د تشوشاتو له سببه منځته راځي. دسوډيم غلظت معمولاًپه ټول سيروم کي اندازه کيږي، کوم وخت چي د سيروم د حجم زياته برخه د اوبو څخه بي برخي وي،اوياپه وينه کی په زياته اندازه ليپيدونه ياپروتينونه شتون ولري نو په کاذب ډول د سوډيم د غلظت کموالي ليد ل کيږي، چي د کاذبي هايپوناتريمياپه نوم ياديږي.

هايپونتريميا معمولاً د پښتورګو د رقيق کولودتوان د کموالي له سببه منځته راځي.ولي اکثره ئي سببونه زيات وي.

د هايپونتريميك ناروغ په کلينيکي څيړنه کی بايدلاندي څلورټکي په پام کي ونيول شي


www.ketabton.com

۱- د ناروغ د حجروڅخه دباندي مايعاتو د حجم حالت.

۲- د اعراضو او علايمو شته والي.

۳- د هايپونتريميادپرمختګ اندازه.

---

د ناروغي اعراض او علايم د هايپونتريميا د بدلون په اندازي او شدت اړه لري.

که د پلازما د سوډيم اندازه تر۱۲۰ ملي مول په يوه ليترکي لوړه وي نو نيورولوجيك اعراض د معدي اوکولموداعراضو په پرتله عام نه وي.په دي ناروغانوکي د معدي اوکولمولاندي اعراض ليدل کيږي:زړه بدوالي،کانګي اوداشتهاکمښت .

لاندي نيورولوجيك اعراض هم کيداي شي چي شتون ولري لکه بي علاقګي،بي حالي،د عکساتومعدوميت، اختلاجات يا حملات،او کوما.نيورولوجيك اعراض هغه وخت منځته راځي چي د پلاسما د سوډيم اندازه تر۱۲۰ ملي مول په يوه ليترکي کمه شي او هايپونتريميا ګړندي پرمختګ ولري..هغه ماشومان اوځواني ښځي چي تر جراحي عمليات وروسته په غيرمعقول ډول زيات هايپوتونيك مايعات واخلي نو د هايپونتريميا له سببه په دوي کي د دوامداره نيورولوجيکوتشوشاتو او مړيني خطر زياتيږي.

لکه څرنګه چي هايپونتريميا خطر لري،د هغي درملنه هم دخطر سره مل وي.د هايپونتريميا نامنا سبه او تر حد زياته درملنه د Acute demyelinating syndrome سبب کيداي شي.دا سندروم پورته نيورولوجيك اعراض په بر کي نيسي چي په دوامداره ډول د ناروغ سره پاته کيږي،او د زياتي مړيني سبب کيږي.دغه سندروم ډير د حادي نه بلکه د مزمني هايپونتريميا د اصلاح په پايله کي منځته راځي.بوډاګان په ځانګړي ډول هغه چي زيات الکهول چښي ډير د خطرسره مخوي.

**درملنه**

- پرته له اعراضوياځنډنۍ هايپونتريميا بايد په کراره (۳-۲ )ورځو په موده کي اصلاح شي،چي يوازي د اوبو د مصرف کمولو ته اړتياليدل کيږي.
- شديده هايپونتريميا (چي دپلازما سوډيم تر ۱۲۰ ملي مول په ليترکي کم وي)او ګړندي پيښيدونکي هايپونتريميا(حاده) چي ښکاره اعراض ولري و بيړني اصلاح او درملني ته اړتيا لري. د درملني هدف د سيروم د سوډيم سويه تر ۱۳۰ ملي مول په ليترکي لوړول دي چي بايدپه ډيراحتياط او دقت سره ترسره شي.


www.ketabton.com

- په حاده اوشديده پيښه کي بايد هايپرتونيک سلين په ډير احتياط ورکول سي اود دي لپاره چي د myelinolysis دخطر اندازه راټيټه سي،نود پلازما سوډيم په هرساعت کي بايد۰،۵ ملي مول په ليتراوياپه ورځ کي تر۱۲ ملي مول په ليترکي زيات لوړ نشي.[۲]

## ۳- په وينه کي دسوډيم زياتوالي يا هايپرنتريميا

هايپرنتريميا هغه وخت منځته راځي، چي د اوبو د مصرف دکمښت او ياد اطراح د زياتيدو له سببه د بدن د اوبو اندازه کمه سي.ناروغي په بوډاګانوکي زياته ليدل کيږي.

۳-۸ نمره جدول د هايپرنتريميا مهم اسباب

| |
|---|
| داوبودکمښت اسباب: |
| ۱- داوبولږ چښل:<br>• اوبه شتون نلري.<br>• پخپله خوښه دلږواوبوچښل ( کوچنيان،بوډاګان اوهغه چې په خفګان اخته اوبي علاقي وي).<br>• کوما.<br>• چې دبلع کولوتوان نلري.<br>• زړه بدوالي.<br>• ابتدايي هايپوډيپسيا. |
| ۲- دپوستکي څخه دزياتواوبووتل:<br>• تبه.<br>• ددرقيه غدي فرط فعاليت.<br>• ګرمه هوا. |
| ۳- دتنفسي لاري دزياتواوبووتل: لکه هايپرونټيليشن ، تبه او لوړه فضا. |
| ٤- دبولودلاري دزياتواوبووتل ( په هغه صورت کې چې دبولودغليظ کولوتوان کم شويوي): لکه د ADH هورمون کمښت ، ايديوپاتيک اسباب، دماغي تومورونه ، ترځانګړوجراحي عملياتونووروسته ، ددماغ انتانات. ، دسرزخمونه او ددماغ انوريزمونه. |


www.ketabton.com

په هايپرنتريميا کي د مايعاتو ضايع کيدنه د حجرودننه او دباندي مايعاتو تر منځ ويشل کيږي ځکه نو د حجرودباندي مايعاتو د حجم د کموالي اعراض ډير ناڅيزه حال دا چي د ايزوتونيک مايعاتو په ضايع کيدوسره ددغه حجم د کموالي اعراض ډير ښکاره وي.د ايزوتونيك مايعاتو ضايع کيدنه معمولاً د حجروددباندي مايعاتو حجم متاثره کوي.

د هايپرنتريميا درملنه د مناسب هايپوتونيك محلول په ذريعه ترسره کيږي.که کمښت زيات وي نو د ۵ څخه تر ۱۰ ليتره ها يپوتونيك محلول ورکول کيږي.


www.ketabton.com

# د پوټاشيم هوموستازس

# Potassium Homeostasis

پوټاشيم دحجرودننه عمده کاتيون دي.د پلازما د پوټاشيم د غلظت زيات بدلون پر عصبي-عضلي انتقال او غشايي پوټنشيال د اهميت وړ اثر لري.په ځانګړي ډول پر زړه ،چي د زړه دودريدو سبب کيداي شي.

پوټاشيم د سوډيم په بدل کي د $Na^+/K^+$ ATPase په ذريعه د حجري دننه ته پمپ کيږي.چي د هرو ۳ سوډيم ايونونو په بدل ۲پوټاشيم ايونونه حجري ته ننوزي.اود حجري دننه منفي ولټاژ رامنځته کوي.دحجري دننه د پوټاشيم اندازه د ۱۵۰ ملي مول په ليترپه حدودوکي ثابته پاته کيږي. د حجرو دننه تقريباً ۳۵۰۰ ملي مول يا ۵۰ ملي مول دبدن په هرکيلوګرام وزن کې پوټاشيم شته. حال داچي دحجرودباندي ۶۵ ملي مول شتون لري،چي زياته اندازه ئې په عضلي حجراتوکې وي. د خوړل سوي پوټاشيم لويه برخه د ۱۰۰ ملي مول يا(د ۰،۲۵تر۱،۲۵ ملي مول دبدن په هرکيلوګرام وزن کي دورځي) په بولوکي وزي.اوډيره لږه برخه ئي د غايطه موادو او خولو سره هم اطراح کيږي.په ګلوميرول کي د فلټر سوي پوټاشيم تقريباً ۹۰ سلنه په علوي ټيوبولو او د هنلي قوس په ضخيمه صعودي ښاخله کي په فعا ل ډول بيا جذب اويوازی ۱۰ سلنه دجذب څخه پاتي کيږي. د نارمل GFR په شتون کي هايپرکاليميا منځته نه راځي.خوکله چي GFR ترنارمل حالت کم وي،بيا نو هايپرکاليميا منځته راتلاي شي. په روغواشخاصوکي کله چي دپلازما پوټاشيم لوړ سي نو د الدوستيرون سويه هم لوړيږي.

**په وينه کي دپوتاشيم زياتوالي هايپرکاليميا**

په لاندي دوو حالاتوکي هايپرکاليميا منځته راتلاي شي:

- چي د حجري د ننه څخه پوټاشيم دحجري دباندي مسافو ته ننوزي.
- يا دپښتورګوڅخه د پوټاشيم وتل تر نارمل حالت کم شي.

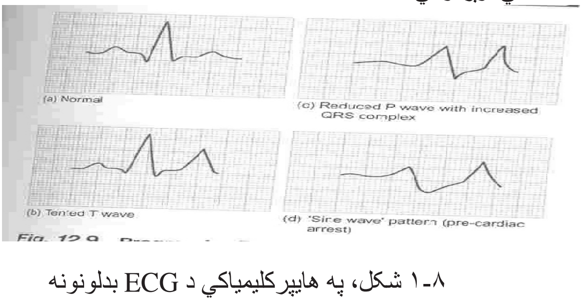
په ډيرو پيښوکي دواړه بدلونونه يوځاي شتون لري.په پلازماکي د پوټاشيم نورماله اندازه د۳،۵تر۴،۷ ملي مول په ليترکي ده. د هايپرکاليميا دزړه اختلاطات هغه وخت ښکار ي چي د پلازما دپوټاشيم اندازه تر ۷ ملي مول په ليترکي لوړ ه شي. په ډيابيتيك کيتواسيدوزيس کي هايپرکاليميا معموله وي.چي علتونه ئي ميتابوليك اسيدوزيس(دحجراتو ددننه څخه دپوټاسيم



www.ketabton.com

راوتل)،په وينه کي دانسولين کمښت او ددوراني حجم کمښت دي.د انسولين د درملني په وخت هايپرکاليميا اصلاح او کيداي شي چي حتي هايپوکاليميا رامنځته شي.
کاذبه هايپرکاليميا هغه وخت منځته راځي، چي دتخريب سوو اويا غيرنورمالو حجراتو له دننه پوټاشيم دباندي راووزي(د معايناتو د اجرا لپاره چي کومه وينه اخيستل سوي وي په هغي کي دغه ډول کاذبه هايپرکاليميا منځته راتلاي سي اود غلط لابراتواري رپوټ سبب کيږي).مثا ل ئي حاده لوکيميا ده،که دا وينه په لابراتواري سيښوکي د ډير وخت لپاره پريښودل شي،نو غيرنارمل سپين کرويات تخريبيږي.که نورماله وينه د ډير وخت لپاره د کوټي د حرارت په درجه کي وساتل شي هم ئي حجرات تخريب او پوټاشيم تري راوزي،او د معايناتو پايله کاذبه هايپرکاليميا ښيي. که هايپرکاليميا شتون ولري بايد سمدلاسه د پلازما دبيوشيميکو معايناتو په ذريعه تائيد شي.دپښتورګود حادي اوځنډني عدم کفايي ناروغان په ځانګړي ډول د هايپرکاليميا د خطرسره مخ دي.د هايپرکاليميا ډيرناروغان اعراض نلري.ولي په شديدو پيښوکي چي د سيروم پوټاشيم تر ۷ ملي مول په ليترکي لوړ شي نولاندي اعراض ليدل کيږي لکه دګوتو اوشنډانو ميږي،ميږي کيد ل، د عضلاتو د شديدي کمزوري له سببه د نرم فلج پيداکيدل ،د عضلاتي ټنډون د تکان محدود کيدل ،د خيټي پړسيدل او د کولمود حرکت له منځه تلل ،د زړه دحرکت دخطرناکه بي نظميو له سببه کولاپس. وروستي عرض کيدا ي شي د هايپرکاليميا لمړي او يوازني عرض وي.د زړه د بي نظميود معلومولو لپاره بايد په بيړه دزړه ګراف واخيستل سي ،چي لاندي بدلونونه د هايپرکاليميا لپاره وصفي دي

- د T جګه اوتنګه موجه.
- د QRS دمغلق پراخوالي.
- دPR فاصلي اوږدوالي.




۱-۸ شکل، په هايپرکليمياکي د ECG بدلونونه


www.ketabton.com

- په شدیدو پیښوکي د P موجه نه ښکاري،د QRS کامپلیکس نور هم پراخیږي او د T موجه له منځه ځي.

**درملنه**

۱- دکلسیم ګلوکوناټ ۱۰ سلنه محلول ۱۰ ملي لیتره دورید دلاري د ۵ دقیقوپه موده کي (د۵ تر ۱۰ دقیقواثر ښکاره کوي،که ښکاره نسي یوځل بیا تکراریږي. په ECG کي ۱۵ دقیقي وروسته بدلون لیدل کیږي.

۲- ډکستروز ۵۰ سلنه ۵۰ ملي لیتره (۲۵ ګرامه) د۵ واحده سولیبل انسولین سره یوځاي دوریددلاري د ۱۰ تر ۱۵ دقیقوپه موده کي ورکول کیږي،چي د۳۰ تر ۶۰ دقیقي وروسته یې اثرات پیل او په ۹۰ دقیقوکي اعظمي حد ته رسیږي اوکیداي شي تر ۶ ساعتودوام ومومي. دهایپرګلیسیمیا دپیښیدودمخنیوي په منظورباید دپلاسمأ دګلوکوزاندازه وکتل سي په ځانګړي توګه کله چي دانسولین اوډکستروزتناسب د ۱ واحد په نسبت د۵ ګرامه څخه زیاتیږي. باید په پام کي وي چي په هرلیترکي د۰،۷ تر۱،۲ ملي مول دپوتاشیم کمښت هم منځته راوړي.

۳- تبادلوي اویا ورسره مل درملنه

- سلبوتامول ۰،۵ملي ګرام په ۵ سلنه ډکستروزکي وریدي د ۱۵دقیقوپه موده کي،اویا د۵ تر ۱۰ملي ګرامه په انشاقي ډول دنیبولایزردلاري په ۱۰ دقیقوکي ورکول کیږي.د ۶۰دقیقو په موده کي یې اثرات پیل اوپه ۹۰دقیقوکي خپل اعظمي حد ته رسیږي اوتر۶ ساعتودوام موندلاي شي. په تطبیق سره یې دزړه دضربان دزیاتوالي خطرشتون لری اوهم په هرلیترکي د۰،۶ تر۱ ملي مول دپوتاشیم کمښت هم منځته راوړي.
- د ۱۰یا ۲۰سلنه ۵۰۰ملي لیتره ډکستروز تطبیق د ۴تر ۶ساعتوپه موده کي ګټور اودریبونډپوتاشیم دزیاتوالي مخه نیسي.
- کلسیم ریزونیم (چي ریزین دپوتاسیم په بدل کلسیم جذبوي) د۱۵ تر۳۰ ګرامه دخولی دلاري اویا ۳۰ګرامه د احتباسي امالي بد ډول هم ورکول کیږي. ( ۱ګرام د۱ ملی مول پوتاشیم سره نښلي). نوموړي مواد په حاد حالت کي چندان اثرنلري ولي دځنډني حالت لپاره ګټوردي.
- که میتابولیک اسیدوزس شتون ولری نودسوډیم باي کاربونات ۱،۲۶سلنه محلول ۵۰۰ ملي لیتره د۶ تر ۸ساعتوپه موده کي دوریددلاري توصیه اوترڅودپلاسمأدباي کاربونات اندازه نورمال حالت ته راګرځي دوام ورکول کیږي. اثرات یې د۳۰ تر۶۰ دقیقوپه موده کي پیل اوپه وخیم


www.ketabton.com

اسیدوزس کي زیات ګټورتماميږي. په هرلیترکي د۲،۰ تر۴،۰ ملي مول دپوتاشيم کمښت هم منځته راوړي. ( ددوران دحجم زیاتوالي بایدپه پام کي وي).

• دناروغي اصلی سبب په ګوته اوبایدتداوي سي،په ځانګړي توګه ددوراني حجم کمښت معاوضه ،دويني ټيټ فشاراواسیدوزس که شتون ولري تداوي،اوکه ناروغ الیګیوریا ولري باید د بولو نورماله اندازه وساتل شي.

• که پورته درملنه ځواب ورنکړي نودهیموډیالیزس،پریتونیل ډیالیزس څخه کاراخستل کیږی.

د دي لپاره چي د هایپرکالیمیا بیرني درملني ته اړتیا پیدا نشي،ښه به دا وي چي مناسب وقایوي تد ا بیر په کار واچول شي تر څو شدیده هایپرکالیمیا منځته رانشي.دا وقایوي تدابیر په لاندي ډول دي:

۱- د هایپرکالیمیا د زمینه برابرونکو عواملو په باره کي ناروغانو ته پوهاوي ورکول.

۲- هغه ناروغان چي دپښتورګو عدم کفایه لري باید د هغه خوړو څخه چي زیات پوټاشيم لري ډډه وکړي اود پوټاشيم دمصرف ورځني اندازه د ۷۰ ملي مول په حدودو کي وساتل شي.

۳- د میتابولیك اسیدوزیس د کنترول لپاره باید دخولي دلاري باي کاربونات واخیستل شي.

۴- هغه ناروغان چي د هیپرکالیمیا د خطر سره مخ وي د ورځي ۱۵ ګرامه کلسیم په فمي ډول ګټور دي.

**په وینه کي دپوتاشيم کمښت هایپوکالیمیا**

که د سیروم دپوټاشيم اندازه تر ۳،۵ ملي ایکولانت یا ملي مول په لیترکي ټيټه شي د هایپوکالیمیا په نوم یادیږي. څرنګه چي پوټاشيم دحجري ددننه او دباندي چاپیریال تر منځ په ازاد ډول تبادله کیږي نوکیداي شي چي هایپوکالیمیا د بدن د ټول پوټاشيم د یوي برخي د ضایع کیدو له سببه وي او یا د حجري ددباندي پوټاشيم یوه برخه دحجري ودننه چاپیریال ته ننوزي او هایپوکالیمیا رامنځته شي.

**اسباب**

د پوټاشيم د کمبود اسباب پر درو برخو ویشل کیږي

۱- د پوټاشيم لږ خوړل.

۲- د پوټاشيم تر حد زیاته ضایع کیدنه.

۳- د حجري دننه اودباندي چاپیریال تر منځ د پوټاشيم بي تناسبه بیاویشنه.



www.ketabton.com

د بدن څخه پوټاشيم د لاندي لارو وتلاي شي

۱- پښتورګي د پوټاشيم د وتلو تر ټولو عمده لار ده، چي ددي لاري تقريباً ۸۰ تر ۹۰ سلنه وزي.

۲- د غايطه موادو او خولو سره هم په لږه اندازه پوټاشيم وزي.

بايد يادونه وکړو چي که د لنډ وخت لپاره د پوټاشيم مصرف تر ورځني اړتيا کم شي نو پښتورګي داسي هوميوستاتيك ميخانيکيتونه نلري چي پوټاشيم دي ذ خيره کړي.هغه کاهلان چي د پوټاشيم څخه دخالي غذايي رژيم څخه استفاده کوي ،ددوي پښتورګي هم په ورځ کي ۵ تر۱۵ ملي ايکولانته پوټاشيم ضايع کوي.خو د ترضيضاتو او روحي فشارونو په وخت کي دغه ضياع زياته اوپه ورځ کي د۱۵۰ تر ۲۰۰ ملي ايکولانته رسيدلاي شي.

۳- پرته له هغوډيوريتيکونوچي پوټاشيم نه ضايع کوي د نوروټولو ديوريتيکونواستعما ل هم د پوټاشيم د اضافه ضياع سبب کيږي.

۴- يوشمير انتي بيوتيك لکه amphotericin-B او gentamycin هم د پوټاشيم د ضايع کيدو سبب کيږي.

۵- د يوشمير موادو لکه باريم تسمم هم د سيروم پوټاشيم د کميدو سبب کيږي،ځکه دا ماده پوټاشيم د حجري دننه ته ننباسي.

۶- په يوشمير حالاتوکي لکه سوځيدنی، د پوستکي له لاري د پوټاشيم اطراح ډيريږي.

۷- همداراز په هغه کسانو کي چي د يخ اقليم څخه و تاوده ته سفروکړي د ډيرو خولو کولو له سببه پوټاشيم ضايع کيږي. علت ئي د اقليم دبدلون له سببه د الدوستيرون زيات توليد او د هغه له سببه د بولو او خولوسره د زيات پوټاشيم وتل دي.

۸- د معدي اوکولمود لاري هم د پوټاشيم ضياع منځته راځي ،چي ښه بيلګي ئي نس ناستي،کانګي او دوامداره سکشن دي.چي تقريباً د۴۰تر ۶۰ ملی ايکولانته پوري رسيږي.

۹- څرنګه چي د حجري ددننه او دباندي پوټاشيم تر منځ ډير لوي توپير شتون لري،نو د حجري دباندي چاپيريال څخه دحجري دننه چاپيريال ته دپوټاشيم خپريدل او ويش د سيروم پوټاشيم د سويي د ښکاره کمښت سبب کيږي.

۱۰- د انسولين تر زرق وروسته ګلوکوز او پوټاشيم دواړه دحجراتو دننه ته ننوزي او د سيروم پوټاشيم سويه کښته کيږي.

۱۱- همداراز β-adrenergic agonist لکه اپينفرين او البوتيرول هم د انسولين په ډول تاثير لري.ځکه چي دحجري دننه او دباندي چاپيريال تر منځ دپوټاشيم د ويش د بدلون سبب کيږي.


www.ketabton.com

**اعراض اوعلایم**

- د پوټاشیم کمبود د پښتورګو،زړه ،اسکلیټي او رخوه عضلاتو د دندو د بدلون سبب کیږي.
- کلینکي تظا هرات هغه وخت رامنځته کیږي چي د پوټاشیم د سیروم سویه تر ۳،۵ ملي مول په لیترکي ټیټه سي.د هایپوکالیمیا اعراض او علایم په تدریج سره ښکاره کیږي،ځکه نو دا په لمړنیومرحلوکي پټه وي.
- هایپوکالیمیا د پښتورګو ددندود دوه ډوله خرابیو سبب کیږي:
  ۱- د بولو د غلیظ کولو د قابلیت کمید ل.
  ۲- د امونیا د تولید د قابلیت زیاتید ل.
- د پورته بدلونونو له سببه urine output او serum Osmolality زیاتیږي،ځکه په پښتورګو کي د پوټاشیم زیاته اطراح د سوډیم دوباره جذب زیاتوي.د بولو مخصوصه کثافت کم،چي له سببه ئي لاندي شکایات منځته راځي
  - زیاتي بولي کول.
  - دشپي لخوا زیات بولوته وتل.
  - تنده.
- په پښتورګو کي د امونیا د تولید زیاتوالي یو معاوضوي میخانیکیت دي،ځکه چي د هایپوکالیمیا په حالت کي دحجري دننه pH ټیټ،او دا ټیټ pH په پښتورګو کي د $K^+$ د اطراح په مقابل کي د $H^+$ ایون وعضویت ته ننوزي.او په پښتورګو کي د امونیا تولید زیاتوي.څرنګه چي امونیا د امینواسیډو د Deamination څخه حاصلیږي،نو د هایپوکالیمیا په حالت کي د نایتروجن بلانس منفي کیږي او د پروتینو جوړیدنه خرابیږي.د دغه دلیل په اساس نو ماشومان کوم چي د بدن د نمو لپاره ډیر پروتین ته اړتیا لري او کوم کاهلان چي د انسا جو د ترمیم لپاره زیاتو پروتینو ته اړتیا لري د دوامداره هایپوکالیمیا په ذریعه ډیر تاواني کیږي. امونیا د کبد له لاري اطراح کیږي،نو په هغه کسانو کي چي دکبد دندي ئي خرابي وي هایپوکالیمیا د سیروم د امونیا سویه نوره هم لوړولای شي.

۱- هایپوکالیمیا د معدي اوکولمو د بیلابیلو اعراضو سبب کیږي لکه: زړه بدوالي،کانګي،داشتها خرابوالي،د نس پړسوب، دکولمود ړغونوورکیدل اوفلج.

۲- د هایپوکالیمیا له سببه په ا سکلیټي عضلاتو کي دري ډوله بدلونونه منځته راتلای شي

- داستراحت په وخت دغشأ دپوټانسیل بدلون.


www.ketabton.com

- دګلایکوجن د ترکیب اوزخیري په پروسه کي بدلون.
- دقوي فزیکي تمریناتوپه وخت دويني دجريان دزياتوالي دتوان کمښت.

۳- د هایپوکالیمیا په حالت کي دعصبي-عضلي انساجو هیپرپولرایزیشن منځته را ځي،په پایله کي ددي انساجو تحریکیت د تنبهاتو په مقابل کي کميږي.که دسیروم پوټاشیم تر ۲،۵ ملي مول په لیترکي ټیټ شي نولاندي عصبي-عضلي اعراض منځته راځي:

- دعضلاتوناتواني،سټرتیا اودعضلاتودرد.
- دشدیدي هایپوکالیمیا په حالت کي فلج هم منځته راتلاي شي، چي ډير د پښو په ځانګړی ډول کوادریسپز عضلات متأثره کوي. یوشمیر ناروغان بیا دعضلاتي کمزوري پرځاي دعضلاتو د شخوالي او بي حسي څخه شاکي وي.
- په عضلاتي حجراتوکي د ګلایکوجن د ترکیب لپاره دحجري په دننه کي د پوټاشیم نورما ل غلظت اړين دي. د هایپوکالیمیا په حالت کي یوازي د عضلي حجراتوبرقي فعالیت بدلون نه مومي،حال داچي د عضلاتو میتابولیزم هم خرابيږي.په ځانګړي ډول د فزیکي فعالیت په وخت کي دا میتابولیزم د anaerobic pathways په ډول اجرا کيږي. داسي فکر کيږي چي د فزیکي فعالیت په وخت کي د عضلاتي حجراتو څخه ازاد سوي پوټاشیم دعضلاتو د ويني جريان تنظیموي،ځکه نود شدید فزیکي فعالیت په وخت کي د هایپوکالیمیا له سببه عضلاتي حجرات د اسکیمیاسره مخ کيږي.
- هایپوکالیمیا دزړه پرعضله هم ناوړه اثرات لري. هایپوکالیمیا د ويني دوضعیتي ټیټ فشار اود زړه د ریتم د بینظمیو سبب هم کيږي.دهایپوکالیمیا په شتون کي د ډیژیتال تسمم هم ژر رامنځته کيږي.په ځانګړی ډول هغه ناروغان چي ډیژیتال او ډیوریتیك درمل یوځاي خوري.

## تشخیص

- د ناروغي تشخیص داعراضو او علایمواولابراتواري معایناتوله رویه ایښودل کيږي.
- په متممه معایناتوکي الکتروکارډیوګرام اړين دي چي لاندني بدلونه په ګوته کوي
  - دT دموجي دجګوالي اووسعت کمښت.
  - دU دمتبارزي موجي شتون.
  - دP V C شتون.
  - دST سګمنټ کښته والي.


www.ketabton.com

د لابراتواري معايناتوله جملي څخه TTKG تعينول تشخيصي ارزښت لري . TTKG د پوټاشيم دترشح د ګړندي څيرني لپاره په کار او د لاندي فورمول په ذريعه محاسبه کيږي

$$TTKG=\frac{Urine\ K^{+}/Plasma\ K^{+}}{UrineOsm/PlasmaOsm}$$

هغه هايپوکاليميا چي TTKG يې تر۴ زيات وي په distal tubules کي د پوټاشيم دترشح پرزياتوالي او دپښتورګوڅخه دپوټاشيم پر ضايع کيدو دلالت کوي.په دي حالت کي د پلاسمأ د رينين او الدوستيرون د سويي تعينول ګټه لري. مګنيزيم دحجري په دننه کي د پوټاشيم دسويي دنورمـا ل سـاتلولپاره مهم عامل دي. لـوپ ديوريتيکونـه د پښتورګو لـه لاري د پوټاشـيم او مګنيزيم داطراح اساسي عامل بلل کيږي.هغه هايپوکاليميا چي د درملني په مقابل کي سم جواب نه وايي بايد د هايپومګنيزيميا و شتون ته پام واړول شي.

**درملنه**

- نـاروغ تـه دي هغـه خـواړه چـي ډيرپوټاشـيم ولـري لکـه غوښه،شـدي،چاکليټ،وچه ميوه،دميـوي جوس(په خاص ډول دنارنج جوس) اوکيلي ورکول شي.
- دخـولي لـه لاري پوټاشـيم لرونکـي درملونـه وهغـه ناروغـانو تـه ورکـول کيږي،چـي دپوټاشـيم ورځني مصرف ئي دهغه ترضايع کيدو کم وي.په ځانګړي ډول هغه ناروغان چي ديوريتيك درمل او ډيژيټال خوري.دا درملنه دپوټاشيم لرونکوټابليټونو په ذريعه ترسره کيږي.خودا درمل د معدي د تخريش سبب کيږي.
- کـه ميتابوليك اسيدوزيس شـتون ولري،ونـاروغ تـه بـاي کاربونـات د خـولي يـا وريـد لـه لاري ورکول کيږي.
- پـه نـورو هايپوکاليميك حـالاتو کـي نـاروغ تـه پوټاشـيم کلورايډچي يوګرام ئـي ۱۳،۴ ملـي مولـه پوټاشيم لري ورکول کيږي.په وخيموناروغانو کي پوټاشيم کلورايډ د وريد له لاري تطبيق کيږي.
- ترڅو چي ناروغ بولي ونلري پوټاشيم د وريد له لاري نه ورکول کيږي.
- که ناروغ د اوبو او نورو مالګو کمښت ولري بايد تداوي شي.


www.ketabton.com

- په یوه ورځ کي د۸۰ تر۱۰۰ ملي موله پوټاشیم بسوالي کوي.ولي په ۳ساعتو کي تر ۲۰ ملي موله زیات پوټاشیم ناروغ ته نه ورکول کيږي.
- هغه ناروغ چي دیوریتیك درملنه ئي ا خیستي وي که د هغه هایپوکالیمیا د درملني په مقابل کي سم جواب ونه وایي،نو د هایپومګنیزیمیا شتون باید په پام کي وي.په دي حالت کي لازمه ده چي د هایپومګنیزمیا درملنه د هایپوکالیمیا تر درملني دمخه ترسره شي.


www.ketabton.com

# د مګنيزيم هوموستازس

# Magnesium Homeostasis

دحجري دننـه کـاتيونودجملي پـه دوهم ګام کـي ارزښـت لرونکـي کـاتيون مګنيـزيم دي.دبـدن د ټول مګنيزيم ۵۰ سلنه په هډوکوکې ذخيره وي،۴۵ سلنه د حجراتو پـه دننـه کې ځـاي لـري او يـوازي ۵ سـلنه دحجـري دبانـدي کـاتيون تشـکيلوي.د پلازمـادمګنيزيم نورمـا ل غلظـت د۱،۵ تـر۲،۵ ملـي ايکولانت ياملي ګرام په يوه ليترکيدي.چې ۱ پر ۳ برخـه ئـي د پروتينوسره نښتي وي او ۲ پر ۳ برخه ئي د ازاد کاتيون په ډول شتون لري.

د مګنيزيم ايون هم د پښتورګو لـه لاري اطـراح کيږي.پـه نورمـا ل حالـت کـي د ګلـوميرول څخـه د فلټرشوي مګنيزيم ۳ سلنه د بولو سره وزي او پاته ۹۷ سلنه مګنيزيم بياجذبيږي.

**په بدن کي د مګنيزيم دندي په لاندي ډول دي**

۱- مګنيزيم په ډيرو انزايمي کړنو کي د کوفکتورپه ډول برخه لري.

۲- ټول هغه انزايمي سيسټمونه کوم چي د ATP په ذريعه کټليز کيږي د مګنيزيم په مرسته سرته رسيږي.

۳- مګنيزيم د پروتينو او DNA د سنتيزيس لپاره اړين دي.

۴- مګنيـزيم د DNA او RNA د transcription مهـم عامـل دي،او د RNA پـه translation کي هم ونډه لري.

۵- د مګنيزيم په ذريعه د پوټاشيم دحجري دننه اندازه ثابتـه سـاتل کيـږي.د مګنيـزيم کمبـود دحجـري دننه پوټاشيم د کمښت سبب کيږي.

٦- مګنيزيم کولاي سي چي د حجري دننه او دباندي سا حو ترمنځ د کلسيم ويش بدل کړي.مګنيـزيم د کلسيم د آ خذو سره نښلي،ځکه نـو کلـه چـي د مګنيـزيم انـدازه پـه بـدن کـي کمـه شـي، پـه هغـه ميخانيکيتونوکي بدلون راتلاي شـي کـوم چـي د کلسيم پـه ذريعـه ا جرأکيږي.پـه وينـه کـي دمګنيزيم دوامداره زياتوالي د PTH ترشح کموي او په دي ډول د هايپوکلسيميا سبب کيږي.

۷- مګنيزيم په کولمو کي جذبيږي او د پښتورګو له لاري اطراح کيږي.د خواړود مګنيزيم د۲۵ تر ۶۵ سلنه په کولموکي جذبيږي.مګنيزيم او کلسيم دواړه دبيا جذب په عمليه کي يو د بل سره رقابت لري چي ديوه په زياتيدوسره دبل بياجذب کميږي.


www.ketabton.com

۸- دفوق الکليوي غدواتوهورمون يا PTH دپښتورګو په قناتونو کي دمګنيزيم بيا جذب زياتوي.بايد ووايو چي د پاراتايروئيد هورمون دغه تأثير د هايپرکالسيميا تر هغه تأثير چي دپښتورګوپه قناتونو کي د مګنيزيم بيا جذب نهيه کوي ډير قوي دي.

**په وينه کي دمګنيزيم کمښت هايپومګنيزيميا**

که د سيروم د مګنيزيم اندازه په ۱۰۰ ملي ليتره وينه کي تر۱،۷ ملي ګرامه ټيټه شي هايپومګنيزيميا بلل کيږي. تقريباً په ۴۰ سلنه هايپوکاليميک ناروغانو کي هم هايپومګنيزيميا شتون لري،اود بستر ناروغانو په ۱۰ سلنه پيښو کي هايپومګنيزيميا موندل کيداي شي.

هايپومګنيزميا په لاندي دوو حالاتو کي منځته راتلاي شي

۱- په کولمو کي د مګنيزيم دجذب خرابيدل .

۲- د پښتورګو له لاري ترنورمال حالت دزيات مګنيزيم وتل.

**اسباب**

۱- دمګنيزيم لږخوړل اويا دجذب خرابوالي: لکه په الکوليزم،سؤجذب،دوړوکولموجراحي عملياتونه،سؤتغذيه،دزرقي تغذيه په وخت دمګنيزيم لږ ورکول او دکلشيمي موادوزيات خوړل.

۲- دمګنيزيم دضايعي زياتوالي:ډيابيتيک کيتواسيدوزس،دزياتومدرردرملوخوړل،دفوق الدرقيه غدواتوفرط فعاليت اودپښتورګوهغه ناروغۍ چي زيات مګنيزيم ضايع کوي.

**اعراض اوعلايم**

لابراتواري: په ۱۰۰ ملي ليتره سيروم کې به دمګنيزيم اندازه تر ۱،۷ ملي ګرامه کمه وي.

**عصبي – عضلي تشوشات:** دشخصيت بدلون،دکوري ډوله حرکات،د Babinski مثبته علامه،نيستګمس،تيتاني حملات اوهم دChvostek او Trousseau مثبتي علامي.

**قلبي تشوشات:** دزړه دحرکاتوزياتوالي،دويني لوړفشار او دبطيناتوبي نظمي.

**لابراتواري اومتممه معاينات**

- مګنيزيم په ورځ کي د ۱۰تر۳۰ ملي ګرامه زيات دبولودلارى وزي.کله چي داوتنه تر ۲۰ سلنه زياته وي نودپښتورګودلاري د مګنيزيم پر زياتي وتني دلالت کوي.


www.ketabton.com

- ددي ناروغانوپه سیروم کي د کلسیم او پوټاشیم اندازه هم ټيټه وي.
- د پاراتایروئید هورمون ترشح اکثره وخت کمه وي.
- د الکتروکارډیوګرام بدلون: د ST segment د اوږدیدو لامله د QT interval اوږدیږي.

**درملنه**

- څرنګه چي مګنیزیم د خولي له لاري ډیر لږ جذبيږي،نو د هایپومګنیزیمیا درملنه په زرقي ډول ترسره کيږي.
- د مګنیزیم د شدید کمښت په وخت کي مګنیزیم کلورایډیامګنیزیم سلفیټ د وریدي دلارى په ورځ کي د۲۴۰تر۱۲۰۰ ملي ګرامه یا د۱۰تر۱۵ ملي مول ورکول کيږي.تعقیبي دوز ئي ۱۲۰ ملي ګرامه یا ۵ ملي مول دورځي دي چي په پلاسماکي د مګنیزیم دغلظت د نورما ل ساتلو لپاره ورکول کيږي.مګنیزیم سلفیټ د عضلي له لاري د ۲۰۰ تر۸۰۰ ملي ګرامه یا د۸تر۳۳ ملي مول دورځي په ۴ کسري دوزونو ورکول کيږي.هغه ناروغان چي ځنډني هایپومګنیزیمیا لري کیداي سي چي مګنیزیم اکسایډ ورځي د ۲۵۰ تر۵۰۰ملي ګرامه د خولي له لاري دري- څلور ځلي ورکول شي.

**په وینه کي دمګنیزیم زیاتوالي هایپرمګنیزیمیا**

هایپرمګنیزیمیا ډیرنادره ده او په ډیرو لږوپيښوکي د سیروم دمګنیزیم سویه په ۱۰۰ ملي لیتره وینه کي تر ۲،۷ ملي ګرامه لوړیږي.

هایپرمګنیزیمیا په لاندي حالاتو کي منځته راتلاي شي

۱- دپښتورګوعدم کفایه.

۲- د مګنیزیم لرونکو مسهل درملونوبي باکه استعما ل.

۳- د امیدواري په توکسیمیا کي د مګنیزیم سلفیټ زیات استعما ل.په دي حالت کي درمل باید په ډیر احتیاط ورکول سي او د ناروغ دسیروم مګنیزیم باید ژر،ژر وکتل شي.

۴- د هایپرمګنیزیمیا اعراض او علایم هغه وخت ښکاریږي چي په سیروم کي د مګنیزیم غلظت تر ۴،۹ ملي ګرامه په ۱۰۰ ملی لیتره یا ۲ ملي مول په یوه لیترکي لوړ شي.

۵- که په ۱۰۰ ملی لیتره سیروم کي د مګنیزیم اندازه د ۲،۷ تر۵ ملي ګرامه وي سپکه ، که د ۵ تر۱۰ ملي ګرامه وي متوسطه او که تر۱۰ ملي ګرامه لوړه وي نوشدیده هایپرمګنیزیمیابلل کيږي.



www.ketabton.com

**کلینیکي تظاهرات**

په هایپرمګنیزیمیا کي عصبي سیستم انحطاطي، دعکساتوعکس العمل کم ، عضلات کمزوري ،دناروغ شعورمختل،تنفس بطي،دویني فشارټیټ،دزړه دبي نظمیو اوحتي کوما سبب کیږي. په شدید حالت کي چي دمګنیزیم اندازه په ۱۰۰ ملي لیتره سیروم کي تر۱۵ ملی ګرامه زیاته شي د زړه دودریدني سبب کیږي.

په هایپرمګنیزیمیا کي لاندي الکتروکارډیوګرافیك بدلونونه لیدل کیږي

- دPR انټروال زیاتوالي.
- دQRS دمغلق دوسعت زیاتیدل.
- دT موجه لوړه اوتیره وي.

دا بدلونونه په احتمالي ډول د هغه هایپرکلیمیا سره تړاو لري، چي د هایپرمګنیزیمیا سره مل وي.

**درملنه**

- د درملني هدف دپښتورګود عدم کفایي اصلاح کول دي.
- څرنګه چي کلسیم د مګنیزیم ضدعمل کوي.نو و ناروغ ته ۵۰۰ ملي ګرامه کلسیم کلورایډاوتردي زیات یا۱۰۰ ملي ګرامه په دقیقه کي د وریددلاري ورکول کیږي.
- د هیموډیالیزس او پریتونیل ډیالیزس څخه هم کاراخستل کیږي.
- هغه ناروغان چي دپښتورګو عدم کفایه ولري،د مګنیزیم لرونکو درملو(مګنیزیم هیدرواګزیلات اومګنیزیم سلفیټ) د دوامداره مصرف څخه باید ډډه وشي.


www.ketabton.com

# د کلسيم هوموستازس

# Calcium Homeostasis

په بدن کي دکلسيم اوفاسفيټ ايونو ترمنځ ډير نيژدي تړاو شته اوديوه ايون دغلظت بدلون دبل ايون په غلظت کي بدلون راولي. هډوکي دکلسيم او فاسفيټ مالګي او عضوي ماټريکس لري.د هډوکو ٣٠ سلنه ماټريکس او ٧٠ سلنه ئي مالګي دي.

کلسيم اوفاسفيټ دحجري په دباندي مايع کي معکوس توازن لري ،يعني که دکلسيم اندازه لوړه وي،نودفاسفيټ اندازه ټيټه اوبرعکس ئي.په کاهلانوکي دکلسيم نورماله اندازه په هر ١٠٠ ملي ليتره وينه کي د٨،٨ تر١٠ ملي ګرامه اوپه کوچنيانوکې د٢،٩ تر١١ ملي ګرامه ده. کلسيم بدن ته دمعدي اوکولمود لاري ننوزي،په هډوکوکې ذ خيره اودپښتورګو له لاري وزي.دکلسيم عمد ه منابع شود ي اولبنيات دي. دخواړود کلسيم د٣٠ تر ٥٠ سلنه په اثنأعشر اودجيجينوم په علوي برخه کې جذبيږي.پاته برخه ئي دغايطه موادو سره وزي. پښتورګي دکلسيم ضايعه کنترولوي.کلسيم دګلوميرولو له لاري فلټراوپه انتخابي ډو ل د ټيوبولوله لاري بيا جذبيږي. دپښتورګوڅخه دکلسيم وتل د فاسفيټ د وتلو سره معکوس اړيکی لري.دبيلګي په ډول دپښتور په عدم کفايه کي دفاسفيټ وتل خراب اوکميږي اوپه سيروم کي اندازه لوړيږي،چي په پايله کي د کلسيم دسيروم اندازه راټيټيږي.

په سيروم کې د کلسيم اندازه د فوق الدرقيه غدي دهورمون،ويټامين ډي او کلسيتونين هورمون په ذريعه تنظيميږي.بدن په زياته پيمانه کلسيم په هډوکوکي ذ خيره کوي.کوم چي تل د حجري ددباندي مايع دکلسيم سره د تبادلي په حالت کي وي چي داتبادله ډيره ګړندۍ او اکثراًد څودقيقو څخه تر يوساعت پوري پيښيږي.

ويټامين ډي په کولمو کي دکلسيم جذب اسانه کوي.

دکلسيم ٢پر٣ برخه ترګلوميرولي فلټر وروسته په علوي ټيوبولوکي بياجذبيږي.په وروستنيو ټيوبولو اوټولونکوقناتونوکي د کلسيم بيا جذب انتخابي بڼه لري،چي په وينه کي دکلسيم دغلظت سره تړاولري.يعني که دکلسيم غلظت په وينه کي ډير وي نو په وروستنيو ټيوبولو او ټولونکوقناتونوکي د هغه جذب صفراووتل ئي زياتيږي.او که په وينه کي ئي غلظت کښته وي نوبيا جذب ئي زيات اووتل ئي صفر کيږي.


www.ketabton.com

**کلسیم په پلازما کي په لاندي دروشکلونو شتون لري**

۱- دکلسیم ۴۰ سلنه دپلازما دپروتینو(البومین) سره نښتي وي او دغه کلسیم د شعریه عروقو له جدار څخه نشي تیریدلای.

۲- دکلسیم ۱۰ سلنه د پلازما د سیتریت او فوسفیټ سره مرکب وي،ولي د انتشارقابلیت لري.

۳- دکلسیم پاتي ۵۰ سلنه په ایونایزډول په پلازما کي شتون لري چي د شعریه عروقو له جدار څخه تیریدلای شي.

د PTH تولید یوازي دایونایزکلسیم په ذریعه تنظیمیږي.

د ویټامین ډي فعاله شکل چي د 1,25 dehydroxy cholecalcipherol په نوم یادیږي په کبد او پښتورګو کي جوړیږي چي په جوړیدو کي PTH اساسي اغیزه لري.دپاراتایروئید هورمون زیات تولید په پښتورګوکي دکلسیم د ډیرجذب او هایپرکالسیمیا سبب کیږي،حال داچي لږ تولید ئي هایپوکالسیمیا رامنځته کوي.

کالسیتونین سریع، لنډ مهاله ولي ډیر قوي هایپوکالسیمیك تأثیر لري،حال داچي پاراتایروئید هورمون کرار ولي دوامداره هایپرکالسیمیك تاثیر لري.

**په وینه کي دکلسیم زیاتوالي یا هایپرکلسیمیا**

هایپرکالسیمیا دبیوشیمیکوتشوشاتو ډیر عام شکل دي چي په بي اعراضو ناروغانو کي د عادي بیوشیمیکو معایناتو په لړکي پیژندل کیږي.ولي کیداي سي چي د خپلو ځنډنیو اعراضوله رویه وپیژندل سي.اکثره وخت ناروغ د یوي بیرنۍ پیښي په ډول د ډیهیدریشن او هایپرکالسیمیا اعراض یوځاي لري.

**اسباب**

۱- د PTH دنورمالي یالوړي اندازي سره مل

- دفوق الدرقیه غدواتو ابتدایي یا دریم ډول فرط فعالیت.
- دلیتیم په ذریعه دفوق الدرقیه غدواتو فرط فعالیت.

۲- د PTH دلږي اندازي سره مل

- چنګاښ (دسږو،تیو،پښتورګو،مبیضونو،کولون اودرقیه غدي چنګاښ).
- ملټیپل میالوما.


www.ketabton.com

- د$1,25(OH)_2$ Vit.D لوړه اندازه.
- ددرقیه غدي فرط فعالیت.
- د Paget ناروغي.
- د Milk-alkali سندروم.
- تیازاید ډیوریتیکونه.
- د Adison ناروغي.

**کلینیکي لوحه**

۱- زیاتي بولي کول،زیاتي اوبه چښل،داشتها کمښت،زړه بدوالي ،ناآرامي اودپښتورګوډبري.

۲- دهاضمي خرابتیا،دمعدي اوکولموزخمونه اوقبضیت.

۳- خپګان،ګنګسیت اودوخت اوځاي نه پیژندل.

هغه ناروغان چي خبیثه هایپرکالسیمیا ولري د ناروغي اعراض په چټکي سره منځته راځي.اوداسي اعراض به ممکن ولري چي د تومور موقعیت پري ثابت کیداي شي.

هغه ناروغان چي ابتدایي Hyperparathyroidism لري،کیداي سي چي ځنډنۍ غیروصفي تاریخچه ولري.ددي ناروغانو ۵۰ سلمه اعراض نلري.او یا اعراض هغه وخت ښکاري چي ناروغ د پښتورګود ډبرو څخه شاکي وي.په هایپرپاراتایروئیدیزم کي دویني لوړفشار ډیر عام وي.

**لابراتواري معاینات**

۱- هایپوفوسفاتیمیا او د سیروم د الکلین فوسفاتیز داندازي لوړوالي و ابتدایي هایپرپاراتایروئیدیزم او سرطان ته پام اړو ي.

۲- که د پښتورګو د دندو خرابوالي د سیروم الکلین فوسفاتیز او فاسفیټ د اندازي د لوړوالي سره مل وي،پر ثالثي هایپرپاراتایروئیدیزم دلالت کوي.

۳- هایپرکالسیمیا کیداي سي د نفروکالسینوزس او دپښتورګود ټیوبولو د خرابوالي سبب شي.د ټیوبولو د دندو د خرابوالي په پایله کي هایپریوریسیمیا او هایپرکلوریمیا رامنځته کیږي.


www.ketabton.com

۴- د پاراتايروئيد هورمون اندازه کول د Immuno-radiometric assay په ذريعه اړين دي. که PTH نارمل او يا لوړ وي ،ولي د بولو کلسيم لوړ وي نوپر Hyperparathyroidism دلالت کوي.

۵- که د PTH اندازه کمه وي او دناروغي نور اسباب هم ښکاره نه وي نو د چنګاښ وخواته پام اړول کيږي.

۶- که کلينکي لوحه مبهمه وي،بايد ناروغ د سرطان له نظره مطالعه او لاندي معاينات ورته ترسره شي

- دسږوراډيوګرافي.
- دهډوکو سکن.
- دميالوما لپاره اړين معاينات.
- نوراړين معاينات.

**درملنه**

۱- د ناروغي دسبب ترروښانه کيدوپوری،بايد د کلسيم اکسکريشن تقويه سي ترڅو د سيروم دکلسيم غلظت را ټيټ سي.په پښتورګو کي د کلسيم د وتلو سره سوډيم هم وزي.

۲- په هايپرکالسيمياکي ډيهيدريشن رامنځته کيږي.

۳- ناروغ ته سلين محلول د فروزاميډ ديوريتيك سره يوځاي ورکول کيږي تر څو د بدن د۴ تر ۶ ليتره اوبه معاوضه سي.هغه ناروغان چي دزړه او پښتورګوناروغي ونلري ولي په ډيهيدريشن اخته وي په ساعت کي د۲۵۰ تر۵۰۰ ملي ليتره سلاين محلول چي 0.45% يا 0.9% وي د۲۰تر۴۰ ملي ګرامه فوروسمايد هر۲ ساعته وروسته سره مل ورکول کيږي. تيازايډ ديوريتيك نه ورکول کيږي.

۴- که هايپرکالسيميا د سرطان له سببه وي،په څلورو ساعتو کي Biphosphonate 90mg يا Pamidronate د وريددلاري ورکول کيږي.دا درمل په دوو-درو ورځو کي د سيروم کلسيم را کښته کوي،او تأثير ئي تر څو اونيو پوري دوام مومي.که سببي عامل له منځه يوووړل سي بيا نو د خولي له لاري تطبيق کيږي.

۵- په بيړنيوپيښو کي د هغه ډيا ليز محلول په ذريعه چي کلسيم نلري د ناروغ وينه تصفيه کيږي.


www.ketabton.com

۶- په ډیرو وخیمو ناروغانو کي نوره عاجله درملنه هم توصيه کيږي.ودي ناروغانو ته پر سلين او فروزاميدبرسيره په ورځ کي ۴۰ملي ګرامه پريډنيزولون او کلسيتونين هم ورکول کيږي.

**په وينه کي د کلسيم کمښت يا هايپوکلسيميا**

که په سيروم کي د کلسيم اندازه تر۸،۸ ملي ګرامه ټيټه شي د هايپوکالسيميا په نوم يادېږي. پيښې يې د هايپرکالسيميا په پرتله کمي دي. د هايپوکالسيميا ډير عام سبب په وينه کي دالبومين کمښت دي.

**نوراسباب**

۱- د فوق الدرقيه غدی دفعاليت کمښت چي ددي غدو خرابي او يا د هغوي د اروا خرابي ده،اواکثراً د تايروئيد غدي د جراحي عمليي په وخت کي پيښيږي.دغه اختلاط په ۱ سلنه پيښوکي دوامداره پاته کيږي.هم داراز د subtotal thyroidectomy څخه ۱۲ يا ۳۶ ساعته وروسته په ۱۰ سلنه پيښوکي ګذري هايپوکلسيميا منځته راځي.

۲- ايديوپاتيک پاراتايروئيدزم:په هر سن په ځانګړي توګه په ځوان عمر کي زيات پيښيږي.

۳- پسودوپاراتايروئيدزم: معمولاً يو autosomal dominant سندروم دي.په دي سندروم کي انساج د پاراتايروئيد هورمون د تاثير په مقابل کي مقاوم وي.د PTH اخذي نارمل ولي post-receptors ميخانيکيتونه معيوب وي.

**کلينکي لوحه**

۱- هايپوکالسيميا د عصبي او عضلي حجراتو تحريکيت زياتوي،نو په ابتدايي ډول دزړه اورګونو او عصبي-عضلي سيستم متاثره کيږي.دا سکليتي عضلاتو زيات سپزم د درد او تيتاني حملاتو سبب کيږي.

۲- دهايپوکالسيميا نور اعراض او علايم.

که هايپوکالسيميا او هايپوپاراتايروئيديزم دوام وومومي نو اپي لپسي حملات،ليونتوب،کترکت،اوپپيل اډيما منځته راورلاي شي.

- کله، کله د هايپوکالسيميا سره دپوستيکي اومخاطي غشأ کانډيډيازس هم مل وي.


www.ketabton.com

- دزړه په ګراف کي د ST سګمنټ د اوږدوالي له سببه د QT انټروال اوږدوالي لید
ل کيږي چي د بطيني اریتمیا سبب کيږي.

**درملنه**

۱- د ټيټاني دکنترول لپاره که الکا لوزيس شتون ولري هغه بايد اصلاح سي.دغه کارد هغه هواد تنفس په ذريعه کيږي کوم چي ډير کاربن ډاي اکسايډ ولري،او يا ۵ سلنه کاربن ډاي اکسايډ په اکسيجن کي ناروغ ته ورکول کيږي.

۲- د شديدي هايپوکالسيميا د اصلاح لپاره ۱۰ سلنه کلسيم ګلوکوناټ د۱۰ تر ۲۰ ملي ليتره د وريددلاري د۱۰ تر ۱۵ دقيقو په موده کي ورکول کيږي.اوددوامداره درملني لپاره يو امپول ۱۰ سلنه کلسيم ګلوکوناټ په ۱۰۰۰ ملی لیتره ډکسټروز کي اچول کيږي او د ۴ تر ۶ساعتو په موده کي ناروغ ته ورکول کيږي.د سپکي او بي اعراضو_هايپوکالسيمياد درملني لپاره د خولي له لاري ۱ يا ۲ګرامه کلسيم د ويټامين ډي سره يو ځاي ورکول کيږي.

۳- د دوامداره هايپوپاراتايروئيديزم او پسودوپاراتائروئيديزم ښه درملنه د 1-α-hydroxy cholecalcipherol (alphacalcidol) په ذريعه کيدلاي شي.چي دامادہ په کبد کي په 1,25-dehydroxy cholecalcipherol (calcitrol) تبديليږي.


www.ketabton.com

# د فاسفیټ هوموستازس

# Phosphate Homeostasis

په بدن کي دکلسیم اوفاسفیټ ایونو ترمنځ ډیر نیژدي تړاو شته اودیوه ایون دغلظت بدلون دبل ایون په غلظت کي بدلون راولي. هډوکي دکلسیم او فاسفیټ مالګي او عضوي ماټریکس لري.د هډوکو ۳۰ سلنه ماټریکس او ۷۰ سلنه ئي مالګي دي.

کلسیم اوفاسفیټ دحجري په دباندي مایع کي معکوس توازن لري ،یعني که دکلسیم اندازه لوړه وي،نودفاسفیټ اندازه ټیټه اوبرعکس ئي. په کاهلانوکي د فاسفیټ نورماله اندازه د۲،۷ تر۵،۴ملي ګرامه اوپه کوچنیانوکي د۴،۵ تر۵،۵ ملي ګرامه وي.

فاسفیټ وبدن ته دمعدي اوکولمود لاري ننوزي،په هډوکوکي ذ خیره اودپښتورګو له لاري وزي. دفاسفورس عمده منابع شدي او غوښه ده.فاسفیټونه په زیاته پیمانه د کولمو څه جذبیږي.

پښتورګي دفاسفیټ ضایعه کنترولوي. فاسفیټ دګلومیرول له لاري فلټراوپه انتخابي ډول د ټیوبولوله لاري بیا جذبیږي.دپښتورګوڅخه دفاسفیټ وتل د هغه د ویني په غلظت پوري اړه لري.په هره اندازه چي په وینه کي یې غلظت ډیر وي په هغه اندازه ډیر د بولو سره وزي. دپښتورګوڅخه دکلسیم وتل د فاسفیټ د وتلو سره معکوس اړیکی لري.دبیلګي په ډول دپښتور په عدم کفایه کي دفاسفیټ وتل خراب اوکمیږي اوپه سیروم کي اندازه لوړیږي،چي په پایله کي د کلسیم دسیروم اندازه راټیټیږي.

په سیروم کي د فاسفیټ اندازه د فوق الدرقیه غدي دهورمون،ویټامین ډي او کلسیتونین هورمون په ذریعه تنظیمیږي. فاسفیټ په آزاد ډول دکولمودلاري جذبیږي،اوکولاي شي چي د۳-۴ ځلي دسیروم د فاسفیټ نورماله اندازه پرته له دي چي د بدن په دندو کي په سملاسي ډول کوم بدلون رامنځته سي،لوړه کړي.

**په وینه کي د فاسفیټ کمښت یا هایپوفاسفتیمیا**

د بدن دټول فاسفیټ ۸۰ سلنه په هډوکو او ۲۰ سلنه یې په حجراتوکي دننه(سکلیټي حجرات) شتون لري.دفاسفیټ مالیکول دډیرو بیوشیمیکو عملیولپاره ارزښت لري. فاسفیټ د ATP (د حجراتو د انرژي لپاره په کاریږي)، (cAMP) (د حجرودننه سګنالونو لپاره اړین دي) اود Nucleic acid په جوړیدو کي ونډه اخلي.له همدي کبله نو د فاسفیټ کمښت په بدن کي د پراخو بدلونونو سبب کیږي. نورماله اندازه ئي د۰،۸ څخه تر۱،۴ ملي مول په یوه لیترکې ده.


www.ketabton.com

فاسفيټ د بدن يوسلنه وزن تشکيلوي.د فاسفيټ ۱۰ سلنه په عضوي مرکباتو،او ۱۰ سلنه يي د پروتين،شحم اوقندونو سره مرکب وي.

عضوي فاسفيټ دحجري دننه عمده انيون دي.په پلازما کي فاسفيټ د غيرعضوي فاسفيټ په شکل شتون لري.

**د غيرعضوي پلازمايي فاسفيټ دغلظت تعين کونکي عوامل**

۱- دکولموڅخه د فاسفيټ جذب.

۲- دپښتورګوڅخه د فاسفيټ وتل.

۳- د حجري دننه او دباندي چاپيريال تر منځ د فاسفيټ تبادله.

په کولمو کي د فاسفيټ جذب د فعاله ويټامين ډي په ذريعه ترسره کيږي.

پاراتايروئيد هورمون له يوه پلوه دهډوکو څخه فاسفيټ ازادوي اوله بله پلوه دپښتورګو په علوي ټيوبولو کي د هغه بيا جذب کموي چي په پايله کي په هډوکواووينه کي د فاسفيټ کمښت را منځته کيږي. د نشونما هورمون (Somatotropin) د فاسفيټ جذب زياتوي.

که په بدن کي فاسفيټ تر ۰،۴ ملي مول په يوه ليترکي کم شي،نو د حجراتو د دندو دخرابوالي او حتي مړيني سبب کيږي. د پلازمادفاسفيټ کمښت هغه وخت رامنځته کيږي، چي فاسفيټ دپلازما څخه و حجراتوته ننوزي.او هغه وخت منځته راځي چي د انسولين په ذريعه د قندو ميتابوليزم تنبيه شي. په خوارځواکي کي معمولاً د ټول فاسفيټ کمبود شتون لري. که دي ناروغانوته ددوي د غذايي حالت د ښه کولو لپاره په چټکي سره ډيرکاربوهايډريټونه ورکړل سي نو شديده هايپوفوسفاتيميا را منځته کيږي.

**په وينه کي دفاسفيټ دکمښت اسباب**

۱- هايپرپاراتايروئيديزم ( دبولودلاري دفاسفيت زيات وتل)

- ابتدايي.
- ثانوي

- دويټامين ډي کمښت / اوستوملاسيا،سؤجذب، فاميليل هايپوفاسفتيميک ريکتس.

۲- دکاربوهايدريت دميتابوليزم اوانسولين دفعاليت زياتوالي ( وحجراتوته دننوتوله کبله)

- دوريددلاري دګلوکوز يا انسولين تطبيق.
- دډيابيټيک کيتواسيدوزس درملنه،زرقي تغذيه،نوتريشنل ريکوري سندروم.

۳- الکلوزس (وحجراتوته دننه وتلوله کبله)


www.ketabton.com

- میتابولیک ( دباي کاربونات انفیوژن).
- تنفسي ( مصنوعي تهویه).

۴- دخولي دلاري دفاسفیت دجذب کمښت

- دخولي دلاري دفاسفیټ سره نښلیدونکوموادوخوړل (المونیم هایدرواکسایډ).
- سؤتغذي ( ډیر لږکمښت هغه هم دکاربوهایدریت دمیتابولیزم له کبله).
- مزمن الکولیزم،دالکولوپرېښودل.

۵- دبدن څخه دفاسفیټ وتنه: ډیالیزس ( هیمو یا پریتونیل).

۶- دحجرودباندي مایعاتودحجم زیاتوالي.

**تشخیص**

۱- په بولو کي د فاسفیټ د وتلواندازي څیړل تشخیصي ارزښت لري.

۲- که په بولو کي دفاسفیټ اندازه تر ۲۰ ملي ګرام په ۱۰۰ ملي لیتره کي زیاته شي،نو د پښتورګو څخه د فاسفیټ پر ضایع کیدو دلالت کوي.

**اعراض او علایم**

۱- حاده او شدیده هایپوفوسفاتیمیا( ۰،۱ تر۲،۰ملي ګرام په ۱۰۰ ملي لیتره کي) کیداي شي د حادي هیمولیتیک کم خوني سبب شي.ځکه په دي حالت کي سره کرویات ډیر ماتیدونکي وي،انتانات ډیره مداخله کوي او د سپینوکرویاتو شیموتاکسي خرابیږي.

- د دموي صفیحاتو د خرابوالي له کبله نقطوي خونریزی منځته راځي.
- نور کلینکي تظا هرات چي ډیر وخیم ولي غیرمعمول دي عبارت دي له

ربدومیولیزس،انسیفالوپتی اودزړه عدم کفایه څخه.

۲- د ځنډني هایپوفوسفاتیمیا کلینکي تظا هرات په لاندي ډول دي

- د عضلاتو درد او سستي،د اشتهاء خرابوالي،د هډوکو دردونه او ماتید ل.

•لابراتواري بدلونونه لکه Hypercalciuria او Hypermagnesemia

**درملنه**

۱- که له پخوا څخه د فاسفیټ کمښت شتون ونلري،نو په ډیرو پیښوکي هایپوفوسفاتیمیا ګذري او اعراض ئي نه څرګندیږي.


www.ketabton.com

۲- که د سیروم د فاسفیټ سویه تر۰،۴ ملي مول په لیترکې ټیټه سي نو درملني ته اړتیا لري.

۳- د خولي له لاري درملنه ګټوره ده.شیدي د فاسفیټ ډیره ښه منبع ده.په یوشپه او ورځ کي باید تر ۲ لیټره زیاتي و چښل سي.کیداي شي چي د خولي له لاري د فاسفیټ دوایي مستحضرات هم ورکول شی کیږي چي په هر ټابلیټ کې 20mmol- $Na^{++}$,16mmol- Phosphate او 3mmol $K^{+}$ شته او په هرو ۴تر۸ساعتو کې یو ټابلیټ ورکول کیږي.

۴- د ورید له لاري باید فاسفیټ په ډیر احتیاط سره ورکول شي او په ۲۴ ساعتوکې دي تر ۱۸ ملي مول اضافه دفاسفیټ ګډ محلول نه ورکول کیږي.

۵- د درملني په دوران کې بایدد پلازما دکلسیم،فاسفیټ،پوټاشیم او مګنیزیم غلظت په دقیق ډول وکتل شي.

**په وینه کي د فاسفیت زیاتوالي یا هایپرفاسفتیمیا**

که د سیروم د فاسفیټ سویه تر۵،۴ ملي ګرام په ۱۰۰ ملي لیترکې لوړه وي د هایپرفوسفاتیمیا په نوم یادیږي.

دغه حالت د لاندي دریو بدلونونو په پایله کې رامنځته کیږي

۱- چي پښتورګي نشي کولاي د فاسفیټ اضافه اندازه وباسي.

۲- د حجرودننه فاسفیټ ګړندي ویش دحجروپه دباندی چاپیریال کې.

۳- د زیاتي اندازي فاسفیټ لرونکوموادوخوړل.

د هایپرفوسفاتیمیا تر ټولو عام ډول د پښتورګود دندو خرابوالي دي.د PTH کمښت د پښتورګو له لاري د فاسفیټ وتل کموي. په یوشمیر حالاتو لکه دپوتاشیم کمښت،لمبي وهنه،دانساجوزخمونه او اپي لیسي حملاتوکي په زیاته اندازه فاسفیټ د حجراتو څخه و پلازما ته راوزي.

کیموتراپي دتوموري حجراتودګړندي تخریب له کبله په ګړندي ډول په وینه کي د فاسفیټ اندازه زیاتوي. دهغو درملو چي زیات فاسفیټ لري لکه انتي اسیډ، مسهلات او ایمالي زیات استعمال هم د هایپرفوسفاتیمیا سبب کیداي شي په ځانګړي توګه هغه وخت چي د GFR او درګونو دننه حجم کمښت هم شتون ولري.هغه مسهلات چي فاسفیټ لري د نس ناستي سبب کیږي اود نس ناستي له سببه درګونودننه حجم او GFRکم او په پایله کي هایپرفوسفاتیمیا منځته را ځي.په کوچنیانو کي د سوډیم فاسفیټ یاباي فاسفیټ د ایمالي یو وار ورکول د هایپرفوسفاتیمیا سبب شویدي.


www.ketabton.com

هایپرفوسفاتیمیا معمولاً د هایپوکالسیمیا سره مل وي،ځکه نو د هایپرفوسفاتیمیا سره د هایپوکالسیمیا اعراض هم شتون لري.

**اعراض او علایم**

۱- د اړونده ناروغي اعراض او علایم چي هایپرفاسفتیمیائي منځته راوړیده لکه دپښتورګوځنډني عدم کفایه اویا هایپوپاراتایروئیدیزم شتون لري.

۲- دوامداره هایپرفوسفاتیمیا د لاندي بدلونونو سره یوځاي وي

- میتاستاتیک کلسیفیکیشن.
- دبدن خارښت.
- د پاراتایروئید غدواتو د فعالیت ثانوي تنبیه کیدل.

**لابراتواري معاینات**

په سیروم کي د فاسفیټ داندازي پرلوړیدوبرسیره ،د سببي ناروغي لابراتواري بدلونونه هم شته.

**درملنه**

۱- د سببي ناروغي درملنه اړینه ده.

۲- که هایپوکالسیمیا شتون ولري بایداصلاح شي.

۳- دکولموځخه د فاسفیټ جذب د کلسیم کاربونات په ذریعه کمیداي شي چي د ورځي د۵۰۰ تر۱۵۰۰ ملي ګرامه ورکول کیږي. هر ټابلیټ ئي ۵۰۰ ملي ګرامه دي اوترالمونیم هایدرواکسایډ ګټور دي. د فاسفیټ بل نښلونکي د Sevelamer هایدورکلورایډپه نوم یادیږي.دغه درمل نه کلسیم لري اونه هم المونیم اوپه هغو ناروغانوکي چي هایپرفوسفاتیمیا ئي د هایپوکالسیمیا یا یوریمیا سره مل وي ښه اغیزه لري.

References


- McPhee S.J (2009).CURRENT Medical Diagnosis & Treatment.

Editors:Papadakis M.A, Tierney L.M. ,Edition: 48th , Chapter: 21.PP = 767 - 784

- Davies R.J (2005).Clinical Medicine.

Editors: Kumar P.J, Clark M.L , Edition (6th ), Chapter = 12 , PP = 701 - 711




www.ketabton.com

# نهم څپرکی

## داسیډ اوبیز تشوشات

| |
|---|
| اسیدوزس اوالکلوزس.<br>میتابولیک اسیدوزس.<br>تنفسي اسیدوزس.<br>میتابولیک الکلوزس.<br>تنفسي الکلوزس. |

## اسیدوزس اوالکلوزس

### دتیزاب اوقلوي نورمال هوموستاز

**تیزاب**

هغه مالیکول دي چي د ها یدروجن ایون دلاسه ورکوي اویا په بل عبارت هغه مالیکولونه چي پخپل ترکیب کي د هایدروجن اټومونه ولري، که په یوه محلول کي تجزیه شي اود هایدروجن ایون آزاد کړي دتیزاب په نوم یادیږي لکه کلوریك اسیډ چي په $H^+$ او $Cl^-$ تجزیه کیږي. قوي تیزاب هغه دي چي $H^+$ په ډیره چټکي سره د لاسه ورکوي اوضعیف تیزاب $H^+$ په کراري سره دلاسه ورکوي(په محلول کي د $H^+$ غلظت ډیروي).

**قلوي**

هغه مالیکول دي چي د هایدروجن ایون اخلي اویاپه بل عبارت هغه مالیکولونه چي کولاي شي د هایدروجن ایون وا خلي قلوي بلل کیږي. لکه $HCO_3^-$ چي $H^+$ واخلي نو $H_2CO_3$ تري جوړیږي.قوي قلوي په چټکي سره $H^+$ اخلي او ضعیف قلوي بیا په کراره د هایدروجن ایون قبلوي(په محلول کي د $H^+$ غلظت کم وي).

په بدن کي د هایدروجن ایون غلظت د pH په ذریعه ښود ل کیږي، ځکه چي د $H^+$ ایون غلظت د نورو ایونوپه پرتله ( د بیلګي په توګه د سوډیم غلظت دهایدروجن په پرتله یوملیلیون ځله زیات دي ) ډیر کم دي.(p) په یوه لیټرمحلول کي د $H^+$ دموجود ایکویولانت منفي لوګاریتم ښیي.یعني که pH=7.0 وي مفهوم دادي چي د هایدروجن ایون غلظت به $10^{-9}$Equival/L وي.په نارمل حالت کي د حجرو دباندی چاپیریال pH=7.35-7.45 دي.

دبدن داستقلابي عملیو په پایله کي دوه ډوله تیزاب جوړیږي.


www.ketabton.com

**۱- فرارکونکي volatile**

داډول تیزابونه د کاربوهیدریتونو د ا حتراق څخه حاصلیږي اودکاربن ډاي اکسایډ په شکل د سږو له لاري وزي.

**۲- غیرفرارکونکي non volatile**

دا تیزابونه د پروتینو اوشحمیاتود ا حتراق یااکسیډیشن څخه حاصلیږي اود پښتورګو له لاري وزي ( لکه سلفوریك اوفاسفوریك اسیډونه). بدن د ورځې ۱۵۰۰۰ ملي مول کاربن ډاي اکسایډ جوړوي. کاربن ډاي اکسایډ په وینه کي په درو لارو انتقالیږي

- د هیموګلوبین سره نښتي.
- په پلاسما کي منحل.
- د با ي کاربوناټ په شکل.

یو ایون هایدروجن یو آزاد پروتون دي چي د هایدروجن د اټوم څخه جلا سویوي. په بدن کي ئي غلظت ( 40nanoEq/L )0.00004mEq/L دي.او نارمل بدلون ئي په 3-5nanoEq/L اندازه وي. په غیرطبیعي شرایطو کي پرته له دي چي دمرګ سبب شي تر دي ډیر بدلون موندلاي شي.

په بدن کي دري بافري سیستمونه د هایدروجن ایون غلظت تنظیموي اود اسیدوزیس یا الکلوزیس مخه نیسي.

**۱- کیمیاوي بافري سیستم :** داد تیزابو او قلوي څخه جوړ دي.دبدن تیزابي - قلوي بافري سیستم په ډیره چټکي سره د هایدروجن سره نښلي اود هغه دغلظت دزیات بدلون مخه نیسي.

**۲- تنفسي سیستم:** دا سیستم بیا دبدن دمایعاتو څخه باي کاربونات اوکاربن ډاي اکسایډ باسي.

**۳- پښتورګي:** دا سیستم کولاي سي چي تیزابي یا قلوي بولي جوړي او داسیدوزیس یا الکلوزیس په حالت کي د هایدروجن ایون غلظت طبیعي حد ته ورسوي.

که دبدن دهایدروجن ایون په غلظت کي بدلون را شي نوپه لمړۍ مرحله کي تر یوي ثانیي په لږ وخت بافري سیستم فعاله کیږي.تیزابي - قلوي بافري سیستم د هایدروجن ایونونه دبدن څخه نه کموي نه ئي زیاتوي ، ولي یوازي ئي بندي ساتي . په دوهمه مرحله کي تنفسي مرکز په څوثانیوکي فعاله او کاربن ډاي اکسایډ د بدن څخه باسي.دریم دفاعي خط پښتورګي دي. دا میکانیزم نسبتاً بطي اود څوساعتو څخه ترڅو ورځو پوري فعاله کیږي.ولي دا د اسیډ اوقلوي ترټولو قوي تنظیم کونکي سیستم دي.


www.ketabton.com

دنورما ل غذايي رژيم په خوړلوسره په بد ن کي د ورځي د۵۰ تر ۱۰۰ ملي مول غيرفرارکيدونکي تيزابونه جوړ يږي.ولي دا تيزابونه د با ي کاربونات دتوليد په ذريعه جبرا ن کيږي.با ي کاربونات بيا دامينواسيډو لکه اسپارتيت او ګلوتاميت اوعضوي انيونو لکه سيترات څخه جوړيږي.په بدن کي هره ورځ د با ي کاربونات په پرتله ۱ ملي مول په هرکيلوګرام وزن کي زيات غيرفرارکيدونکي تيزابونه جوړيږي ، اودا اضافي تيزابونه په پښتورګوکي د سوډيم سره يوځا ي اودسوډيم د مالګو په ډول د بولودلاري وزي.

**د کلورايډ او باي کاربونات تبادله**

د حجرودباندي مايع د pH د نورما ل ساتلو يوميخانيکيت د پښتورګو په ذريعه د باي کاربونات انيون وتل يا ساتنه ده.

کلورايډ انيون د حجري دباندي مايع ډير لوي انيون دي ، کوم چي د اړتيا په وخت کي د همدغه مايع د باي کاربونات ځاي نيونکي کيداي شي.دا هغه وخت پيښيږي چي د انيونو شيفټ ته اړتيا پيدا شي.د بيلګي په توګه، که ترډيري غذا خوړلو وروسته په معده کي ډير هايدروکلوريک اسيډافراز شي نو په وينه کي د باي کاربونات سويه لوړيږي. وروسته کله چي د معدي محتويات کولمو ته ولاړ سي اوپه وړوکولمو کي کلورايډ دوباره جذب سي ، نو د ويني pH دوباره نارمل حالت ته راګرځي.

**هايپوکلوريميک الکلوزس:** هغه حالت دي په کوم کي چي د سيروم pH لوړ اودکلورايډ سويه کښته وي.

**هايپرکلوريميک الکلوزس:** هغه حالت دي په کوم کي چي د سيروم pH کښته اودکلورايډ سويه لوړه وي.

د بدن دسوډيم سويه په غيرمستقيم ډول د کلورايډ اوباي کاربونات دتبادلي له لاري په اسيډ باز بلانس اثر کوي.په پښتورګو کي د سوډيم بيا جذب بايد د انيون دبيا جذب سره مل وي. ځکه چي د حجرو د باندي مايعاتو عمده انيونونه باي کاربونات او کلورايډ دي.

که په بدن کي دسوډيم کلورايډ اويا مايعاتود حجم دکمښت له سببه دسوډيم بيا جذب تنبيه سي نود باي کاربونات دبيا جذب د زياتوالي له سببه الکلوزيس منځته راتلاي شي.

دبدن د ميتابوليزم په پايله کي په ۲۴ ساعتوکي 1mEq/L/Kg غيرفرارکيدونکي تيزابونه يا هايروجن يون او فرارکيدونکي تيزابونه يا کاربن ډاي اکسايډ جوړ يږي . چي مقصد تري $H_2CO_3$


www.ketabton.com

دي، کوم چې د اوبو او کاربن ډاي اکسایډ دتعامل څخه لاسته راځي.په نورما ل حالت کي دبدن د مایعاتو pH تل ثابت اود ۷،۴ په شاوخوا کي وي چي دسږوڅخه د کاربن ډاي اکسایډ د دوتلو او د پښتورګوڅخه  د هایدروجن دوتلوپایله ده.

**د ناروغ د تیزاب اوقلوي دحالت دڅیړني لپاره باید لاندي معیارونه په پام کي ونیول شي**

۱- دشریاني ویني pH.

۲- دشریاني ویني د کاربن ډاي اکسایډ قسمي فشار.

۳- دپلاسما باي کاربونات.

که دمعایناتولپاره وریدي وینه کارول کیږي، نوبایدپه پام کي وي چي دوریدي ویني pH دشریاني ویني په پرتله د۰،۳ تر ۰،۴واحده ټیټ او دکاربن ډاي اکسایډقسمي فشار ئي دشریاني ویني په پرتله د۷ تر ۸ ملي مترسیماب لوړ دي.

**د اسیډ- قلوي دتشوشاتوډولونه :** معمولأدري عمده ډولونه لري

۱- تنفسي.

۲- میتابولیك.

۳- ګډوډول.



www.ketabton.com

# میتابولیك اسیدوزس

# METABOLIC ACIDOSIS

**اړین معلومات :** کله چي د پلاسما pH تر ۷،۳۵ کم او هم د پلاسما د باي کاربونیت اندازه راټیټه سي نومیتابولیك اسیدوزواقع کیږي. د بای کاربونیت ۱۰ ملي ایکولانته په هرلیترکي کموالي په pH کي د ۰،۱۵ ملي ایکولانته کمښت سبب کیږي ( و دي حادثي ته د قلوي کموالي یا Base deficit ویل کیږي ).

**تفریقي تشخیص**

- لوړ anion gap : د anion gap اسیدوز د لاملونو د پیاوړتیا لپاره د A MUDPILE CATیادښت څخه ګټه اخستل کیږي.
- نورمال anion gap ( Hypochloremia ) : لاملونه یې عبارت دي له RTA ،نس ناستي، د پانکریاس فستول، الیوستومي،Ureteroenterostomy،درملونه( spironolactone, cholestyramine, mafenide,acetazolamide ) ، TPN ، د NH4Cl تطبیق.

**لابراتواري معاینات :** SMA-7 او دشریاني ویني دګازاتواندازه کول.

**درملنه**

- د ناروغ دهوایي لاري،تنفس اودوران کنترول، وریدي مایعات، اکسیجن او نژدې څارنه .
- دویني د فشار د ساتلو لپاره نارمل سلین یا رینګرلکتیت( د ۲۰ ملي لیتره دبدن په هرکیلو ګرام وزن کي بولس دوز اوداړتیا په صورت کي وروسته تر هغه په هغه دوز ادامه ورکول کیږي ترخو د تشو متیازو د اطراح اندازه د ۰،۵- ۱ ملي لیتردبدن په هر کیلوګرام وزن کي په یوه ساعت کي وساتي.
- د ځانګړي میتابولیکي ستونزي او یا تسمم په صورت کي ځانګړي درملنه توصیه کیږي.
- د ډیرکښته pH ( تر ۷،۲ کښته ) لپاره چي په ابتدایي اهتماماتوځواب ورنکړي باید باي کاربونیت تطبیق شي.

| |
|---|
| Alcohol<br>Methanol<br>Uremia<br>Diabetic ketoacidosis<br>Paraldehyde<br>Iron &Isoniazide<br>Lactic acidosis<br>Ethylene glycol<br>Carbon monoxide<br>Aspirin<br>Toluene |


www.ketabton.com

Dose=base deficit (mEq/L)/4 x body weight/4

بايدپه پام کي وي چي دبهر څخه دسوډيم باي کاربونات تطبيق کيداي شي دمعکوس عکس العمل په ډول دداخل حجروي اسيدوزسبب وګرځي .

Anion gap metabolic acidosisد راښيي چي په يادولوسره يي (A MUDPILE CAT)

لا ملو نه په يادراوړل کيږي.

## تنفسي اسيدوزس

## RESPIRATORY ACIDOSIS

**اړين معلومات**

هغه حالت ته ويل کيږي چي دويني pH تر ۷،۳۵ کم اوپه شرياني وينه کي دکاربن ډاي اکسايډقسمي فشار( $Pco_2$ )لوړسي . په حاد حالت کي، د باي کاربونات اندازه دشرياني ويني دکاربن ډاي اکسايډاندازي ۰،۱ ځلي لوړيږي($Pco_2$ x 0,1 )،حال دا چي په ځنډني حالت کي،نوموړي زياتوالي و۰،۴ ته رسيږي ( $Pco_2$ x 0,4 ). په دې ناروغانوکي په معاوضوي ډول ميتابوليك اسيدوز،چي دغيرهوازي ميتابوليزم په نتيجه کي منځ ته راځي،کيداي شي وليدل شي.

**اسباب اوتفريقي تشخيص**

عمده لاملونه يې عبارت دي: د هوايي لاري حاد بندښت {asthma,COPD,lung disease,pleural effusion,pneumothorax,thoracic cage abnormalities(flail chest,rib {fracture,kyphoscoliosis,scleroderma) ،دتهويه کمښت (نارکوتيك،دماغي سکته،آرامونکي اوخوبراوړونکي درمل،فلج اونيوروپاتي) ،hypokalemia, ،hypophosphatemia , hypomagnesemiaاو muscular dystrophy څخه بايد توپير شي.

**لابراتواري معاينات :** SMA-7_ او دشرياني ويني دګازاتواندازه کول.



www.ketabton.com

**درملنه**

- د ناروغ دهوایي لاري،تنفس اودوران کنترول، وريدي مايعات، داکسيجن تطبيق او نژدې څارنه . دتهويه دکمښت اصلي لامل بايد تداوي شي.هغه ناروغان چي په څنډني اسيدوزاخته دي،داکسيجن او مصنوعي تنفس اندازه بايد په ډير احتياط سره برابره کړل شي ، تر څو د کا ربن ډاي اکسايډ د احتباس له کبله دنارکوز او ميتابوليك اکلوز مخه ونيول شي.
- په الويولونوکي دتهويه اواکسيجن دښه والي په منظورموسع القصبي درمل، دصدري افرازاتووضعيتي تخليه، اوانتي بيوتيك د اړتيا په صورت کي توصيه کيداى شي.

## ميتابوليك الکلوزس

## METABOLIC ALKALOSIS

**اړين معلومات**

و هغه حالت ته ويل کيږي چي د ويني pH تر ۷،۴۵ زيات او په پلاسما کي د باي کاربونيت اندازه جګه شي. د باى کاربونيت ۱۰ ملي ايکولانته په هرليترکي زياتوالي په pH کي د ۰،۱۵ ملي ايکولانته زياتوالي سبب کيږي.

**اسباب اوتفريقي تشخيص:** عبارت دي له

- په سوديم کلورايد ځواب ورکونکي حالتونه : contraction alkalosis ، کانګي، د انفي _ معدوي تيوب په ذريعه دمعدي تخليه ، Villous adenoma، د پنسلين او يا کاربن سيلين زيات استعمال ، مدررات اود څنډني hypercapnia فوري اصلاح .
- په سوديم کلورايد ځواب نه ورکونکي حالتونه: په ابتدايي hyperaldosteronism کي د منرالو کورتيکو کيدونو زياتوالي ، hyperreninism,licorice ingestion,Cushing syndrome اوadrenal hyperplasia .


www.ketabton.com

**لابراتواري معاینات :** SMA-7 او دشریاني ویني دګازاتواندازه کول.

**درملنه**

- **عمومي اهتمامات** : د ناروغ دهوایي لاري،تنفس اودوران کنترول، وریدي مایعات، داکسیجن تطبیق او نژدې څارنه . دویني د فشار د ساتلو لپاره نارمل سلین یا رینګرلکتیت( د ۲۰ ملي لیتره دبدن په هرکیلو ګرام وزن کي بولس دوزپه اوداړتیا په صورت کي وروسته تر هغه په هغه دوز ادامه ورکول کیږي ترڅو د تشو متیازو د اطراح اندازه د ۰،۵- ۱ ملي لیتردبدن په هر کیلوګرام وزن کي په یوه ساعت کي وساتي.
- **دسودیم کلورایډ په مقابل کي مقاوم حالات:** وروستي محلول ته باید د ۲۰- ۴۰ ملي ایکولانت پوتاشیم کلورایډپه هر لیتر کي وراضافه کړل سي،ترڅودحجراتوددننه هایدروجن اندازه کمه اودباي کاربونات اطراح ګړندي کړي . همداراز د باي کاربونات د اطراح د ګړندي کولولپاره د Spironolactone او یا Acetzolamide انفیوژن څخه هم کار اخیستل کیږي.
- په هغو ناروغانو کي چي دپښتورګوپه کلیوي عدم کفایه اخته وي یـــــالیزډ استطباب لري.

## تنفسي الکلوزس

## RESPIRATORY ALKALOSIS

**اړین معلومات**

هغه حالت ته ویل کیږي چي د ویني pH تر ۷،۴۵ زیات اوپه شریاني وینه کي دکاربن ډاي اکسایډقسمي فشار( $Pco_2$ ) کم سي . په حاد تنفسي الکلوز کې، د باي کاربونات اندازه دشریاني ویني دکاربن ډاي اکسایډداندازي ۰،۲ ځلي کمیږي ($Pco_2$ x 0,2 )،حال دا چې په ځنډني تنفسي الکلوز کې،نوموړي کمښت و۰،۵ ته رسیږي ( $Pco_2$ x 0,5 ).



www.ketabton.com

**اسباب**

په وینه کې داکسیجن کمښت،ددرقیه غدي فرط فعالیت،هایپرونټیلیشن ،اضطراب، درد،دماغي سکته، د سر ضربه، د ویني د میکروبي کیدو لومړي مرحلې، تبه، د سږو امبولي، د زړه احتقاني عدم کفایه، سینه و بغل، د سږو دنسج ناروغی،کبدي عدم کفایه، امیدواري ،د اسپرین تسمم، او میخانیکي تهویه.

**لابراتواري معاینات :** ×SMA-7 او دشریاني ویني دګازاتواندازه کول.

**درملنه**

د ناروغ دهوایي لاري،تنفس اودوران کنترول، وریدي مایعات، داکسیجن تطبیق او نژدې څارنه .
او د لامل له منځته وړل یې د درملني اساس تشکیلوي.

*SMA-7 = Sequential Multiple Analysis-7 tests or panel of electrolytes (Na .K. CL.$CO_2$.BUN.Cr .glucose ).

**References**


- McPhee S.J (2009).CURRENT Medical Diagnosis & Treatment.

Editors:Papadakis M.A, Tierney L.M.

Edition: 48th , Chapter:15,16,21,22,23.

- Davies R.J (2005).Clinical Medicine.

Editors: Kumar P.J, Clark M.L

Edition (6th ), Chapter = 6,7,11&12.




www.ketabton.com

# لسم څپرکی

## دپښتورګوعدم کفایه

دپښتورګوحاده عدم کفایه
دپښتورګو ځنډنی عدم کفایه

## د پښتورګوحاده عدم کفایه

## Acute Renal Failure

**اسباب**

دپښتورګوحاده عدم کفایه د پښتورګونه مخکي،دپښتورګودننه او دپښتورګونه وروسته اسبابو له سببه منځته راځی.

**۱- د پښتورګونه مخکي سببونه:** پر څلور ډوله دي

**الف:** د وینی دحجم کموالي چي په پایله کي دپښتورګوددوران کموالي رامنځ ته کيږي لکه: خون ریزي، د پلاسما ضایع کیدل ( سوځیدني او نس ناستي) او د اوبو او الکترولایتونو د ضیاع نور دمعدي اوکولمو سببونه.

**ب:** شاک او دویني دوامداره ټیټ فشار چي د پښتورګو د حادي عدم کفایی سبب کيږی.

**ج:** کبدي ـ کلیوي سندروم:دا سندروم هم د پښتورګونه مخکي اسبابوله جملي څخه دي د کبدي عدم کفایی او کبدي سیروز په وخت کی منځته راځی.

**د:** هغه عمومي ناروغي کوم چی دپښتورګورګونه په دواړو طرفو کی متأثره کوي. لکه د پښتورګود شراینو اتیروسکلیروزس،تنګوالي،امبولي یا دجدارالتهاب او یا دپښتور ګو دوریدونو ترومبوز.


www.ketabton.com

## ۲- دپښتورګودننه سببونه Intrinsic Renal Failure

تقریباً په ۵۰ سلنه پېښوکې دپښورګوناروغي دپښتورګودحادي عدم کفايې سبب کيږي.څلورعمده ډولونه يې چې دپښتورګودحادي عدم کفايې سبب ګرځي عبارت دي له:

۱- دپښتورګودټيوبولونواسکميک اويا نفروتوکسيک تخريبات.

۲- دپښتورګودټيوبولونواونسج افات.

۳- دپښتورګودګلوميرولونواويا دويني ددوران افات.

٤- دپښتورګودغټورګونوافات.

**۳- ترپښتورګووروسته اسباب**

د بولي جريان د لارو حاد او مزمن بندښت د حادي او مزمنی کليوی عدم کفايی سبب کيږی.

**حاد بنديشونه :** لکه ډبري (Stones)، د وينی علقات (Blood Clots)، توموري کتلات، Necrotizing Papillitis او اجنبی جسمونه.

**ځنډني بنديشونه:**عبارت دي له

- کليوی، حالبی او احليلي ډبري.
- د پروستات غټوالي.
- د رحم پرولاپس او تومورونه.
- د مثاني، احليل او خلفي پريتوان فيبروز (التصاقات) کوم چی حالبونه پوښی.

**پتوفزيالوژی**

په دي ناروغي کی پښتورګي نسبتاً غټ وي. په ايسکيميکو پيښو کی نفرونونه په (خال، خال) شکل سره ماوف وي. د ټيوبولو قاعدوي غشا له منځه تللي او حجرات يی نيکروزي شويوی. که سبب نفروتوکسين وي، هغه د Proximal Tubule نوري برخي متاثره کوي ولي قاعدوي غشاء نارمله


www.ketabton.com

وي، دپښتورګوپه حاده عدم کفایه کی ګلومیرولونه او دموي اوعیی نورمالي ښکاري ولي په ځنډنۍ عدم کفایه کی په وصفی ډول کمیږی. څرنګه چی ګلومیرولي فلټرات د ټیوبولي بندښت له سببه و کلیوی Pyelone ته نشی رسیدلاي، په پایله کی بولي دهنه کمه او دیوریمیا سبب کیږی. کلیوی هورمونونه احتمالاً د کلیوی ارتیریولو د تقبض سبب کیږی چي په پایله کی د ګلومیرول فلتریشن کمیږی.

**کلینیکی لوحه**

د ناروغۍکلینیکی لوحه تر ډیره حده په هغه افت پوري اړه لري د کوم له سببه چی عدم کفایه منځته راغلیوي.

د ناروغي لمړنی علامه د بولي دهني کموالي یاالیګویوریا ده. ناروغي په ۳ مرحلو سیر لری.

- الیګویوریکه مرحله.
- ډیوریتیکه مرحله.
- پوسټ ډیوریتیکه مرحله.

په لمړۍ مرحله کی د مایعاتو د زیاتوالي اعراض اوپاړسوب منځته راځی، چي عبارت دي له

- دغاړي دوریدونودفشارزیاتوالی.
- دپښوپاړسوب.
- په نس کي داوبو غونډیدل.
- سالنډي.
- دسږودنسج پاړسوب: ډیرخطرناك حالت دي چی Dyspnea او Orthopnea یی اولین اعراض دي.

**د ازوتیمیا اعراض:** ازوتیمیا چی په وینه کی د یوریا او کریاتینین لوړي سویی ته ویل کیږی، د لاندي کلنیکی اعراضو سره مل وی.

- ګنګسیت.
- زړه بدوالي اوکانګي.
- میتابولیک اسیدوزس.


www.ketabton.com

په الیګویوریک مرحله کی اکثراً هایپرکالیمیا هم منځته راځی چی په عمومي ډول بی عرضه وي. ولي کیداي شي د زړه ددریدني سبب شي. ناروغان د انتـــان په مقابل کی ډیر حساس وي.دامرحله د۲تر ۳ او نیو دوام مومي.

د دوهمي مرحلي په پیل کی د بولو اندازه په محسوس ډول زیاتیږی. هره ورځ د بولو د اندازي دوه ځله زیاتیدل د کلیوی وظایفو د اعاده کیدو مخه نیسی. دڅوورځوپه موده کي ناروغ پولي یوریا حاصلوي. ددې مرحلي په جریان کی د کلیوی ټیوبولونو د غلیظ کولو وظیفه سمه نه وي او د بولو او الکترولیتونو کنټرول کیدونکی ضیاع منځته راځی چی په پایله کي د ډیهایدریشن، هایپوکالیمیا او هایپونتریمیا سبب کیږی.

د ۲ تر۴اونیوپه موده کی د کلیی د بولو د غلیظ کولو وظیفه بیرته بشپړه کیږی. د بولو اندازه کمه او غلظت یی زیاتیږی. د وینی د یوریا او کریاتینین سویه نورمال حد ته راټیټیږی.

په دریمه مرحله کی کلیوی وظایف تقریباً په مکمل ډول اعاده کیږی، خو بیا هم د بولو په غلیظ کولو ,اسیډي کولو او یارقیق کولو کی د یوڅه وخت لپاره جزیی تناقص پاته کیږی.

ناروغان دپښتورګوپه بیوپسی کی دقشرخال خال نکروز لري. که ناروغ د ۱۰ورځو په موده کی د لمړۍ مرحلي څخه راونه وزي نوباید دپښتورګودقشرنکروزپه پام کی وي.

## تشخیص او تفریقي تشخیص

د کلینیك له رویه کوم ناروغ چی په ګړندي ډول د لمړۍ مرحلي او ازوتیمیا اعراض ښکاره کړي، باید حاده کلیوی عدم کفایه په پام کی وی.کلنیکی تشخیص د بولو او وینی د کیمیاوي معایناتو په ترسره کولوسره اینښودل کیږی.

په بولو کی په زیاته اندازه دټیوبولونوداپیتیل حجرات،پوتین،سره کریوات،سپین کریوات اوکاسټونه موندل کیږی. دبولومخصوصه کثافت د ۱۰۱۰ په حدودو کی وي. د بولواسمولاریټي ۳۱۰ ملي اسمول دبدن په هرکیلوګرام وزن کي وي او د سودیم اندازه تر۴۰ ملي اسمول په لیترکي زیاته وي.

د وینی بیوشیمیك معاینات د کریاتینین،یوریک اسیډ،یوریااوپوټاشیم زیاتوالي ښیی.

د ناروغۍ په سپکو او متوسطو پیښو کی د موادو ورځنی زیاتوالي په لاندي ډول وي. یوریاتر۵۰ ملي ګرامه ، کریاتینین د۱تر ۱،۵ ملي ګرامه او پوټاشیم تر ۰،۵ ملي موله لړ وي.


www.ketabton.com

که ناروغي د وینی تر غلط ترانسفیوژن ، جراحي تروما یا زخمونووروسته منځته راغلي وي نو د ذکر شوو میتابولیتو اندازه به ډیره زیاته وي چی دغه حالت بیاد پښتورګودهایپرکیتابولیک حادي عدم کفایه په نوم یادیږی. چي په دي حالت کی به د وینی یوریا تر ۱۰۰ ملي ګرامه په هر ۱۰۰ ملي لیتره وینه ، کریاتینین به تر۲ ملي ګرامه په هر۱۰۰ ملي لیتره وینه او پوتاشیم به تر ۱ ملي مول په هر لیتر وینه کي دورځي زیاتوالی ښیی.

دا ناروغان وبیړني ډیالیزس ته اړتیا لري.

د تشخیص په وخت باید دپښتورګود پورته دریو ډولو نوعدم کفایو تر منځ توپیر وشي.

**اختلاطات**

دپښتورګوپه حاده عدم کفایه کې دپښتورګوڅخه دسوډیم،پوتاشیم اواوبو وتل کمیږي،چې په نتیجه کې درګونوداخلي حجم زیات،اوهم دهایپونتریمیا ،هایپرکلیمیا، هایپرفوسفتیمیا، هایپوکلسیمیا، هایپر مګنیزیمیا، اومیتابولیک اسیدوزس سبب کیږي.پرپورته اختلاطاتوبرسیره ،ناروغ نشي کولاي چې دنایتروجن څخه تولیدشوي اضافي مواد دبدن څخه وباسي،ځکه نویوریمیک سندروم منځته راوړي.

کمخوني بل عمده اختلاط تشکیلوي،چې دزیاتوعواملولکه داریتروپوئېزس کموالي،هیمولیزس اوخونریزي له سببه منځته راځي.

انتان یوعمده اووخیم اختلاط تشکیلوي،چې معمولاً یې سبب وریدي کنولا،میخانیکي تهویه یا دمثاني کتیتر وي.

دزړه اوسږواختلاطات یې ،اریتمیا،دپریکارډ التهاب ،دپریکارډ انصباب،اودسږوپاړسوب تشکیلوي.

**درملنه**

د درملني په اړوند باید ژر ترژره د پښتورګودناروغیودماهر سره مشوره وشي. په درملنه کی باید لاندي ټکي په پام کی ونیول شي:

**۱- د مساعد کونکو سببونو درملنه**

- که د ARF سبب د وینی حاده ضیاع وي بایدناروغ ته تازه وینه ورکول شي.



www.ketabton.com

- دويني دميكروبي كيدوپه صورت كي بايدانتی بيوتيك وركول شي.

دپښتورګوحاده عدم کفايه کله کله د داسی ناروغيو لکه تنفسی عدم کفايه سره مل وي چی دواړه بيړنۍ درملنې ته اړتيالري.

**۲- د ژوند تهديدونکی هايپرکاليميا درملنه**

هايپرکاليميا د زړه دودريدو سبب کيږی ، که په سيروم کي دپوتاشيم اندازه  په ليترکي تر ۵،۶ملي مول زياته سی اويادزړه په ګراپ کي لاندي بدلونونه وليدل سي، بيړنۍ درملني ته اړتياليدل کيږي.

- دPR  انټروال زياتيدل.
- دP  موجي کمښت.
- دT  جګه اونرۍ موجه.
- دQRS  دمغلق پراخيدل.

۳- د سږودپاړسوب، دپريکارډ دالتهاب او يا تامپوناد د درملني لپاره ډياليز اړين دي. ولي د ډياليز نه مخکي که سږودپاړسوب او Anuria شتون ولري ،بايددناروغ څخه يو واحد وينه وايستل شي.

**۴- ددوراني حجم دکمښت درملنه**

د وركول شوومايعاتو او وتلومايعاتو تر تعين وروسته دي سمدستی د مايعاتو ضياع معاوضه شي. ددې كار لپاره يو غټ مرکزی وريد انتخاب او لاندي مايعات لکه وينه،سلين او کلوئيددي وركول کيږي،ولي ګلوکوز نه وركول کيږي. مايعات تر هغو وركول كيږی تر څو دوضعيتي فشاراودغاړي دوريدونوداخلي فشارنورمال سی.اضافي مايعات د بولوداندازي سره سم  وركول کيږي، چی اندازه  يی په لاندي ډول سنجول کيږی: Urine Output + 1liter/day

**۵- نور اهتمامات:**

- ناروغ ته بايدبولي کتيتر تطبيق اود مايعاتو داندازه کولوچارت ورته واچول سی.
- که ناروغ اليګويوريا ولري ( د ۲۴ ساعته  بولواندازه تر ۵۰۰ ملي ليتره کمه وي نو د مايعاتو اندازه په لاندي ډول سنجول کيږی

24hr fluid maintenance = 24hr Urine Output + Allowance for any diarrhea and vomiting +500ml for insensible losses


www.ketabton.com

که ناروغ تبه ولري نو تردې زيات مايعات ورکول کيږي.

- د اليگويوريا د درملني لپاره دي د وريدله لاري ۴۰ ملي گرامه تر۱ گرام فروزاميد په كرارى سره وركول شي. د فروزاميد سره يوځاى دوپامين هم وركول كيږى تر څو د ناروغ فشار ټيټ نسى. د دوپامين دوز دلته 2-5µg/Kg/min د وريددلارى وركول كيږى.
- بيرنى ډياليز د لاندي حالاتو په موجوديت كى بايد ترسره شي

۱- په يوليترسيروم كي د پوتاشيم اندازه په دوامداره ډول تر۶ملي مول لوړه وي .

۲- كه اسيدوزس شتون ولري.

۳- دسږوپاړسوب.

٤- دزړه تامپوناد(دپريكارډ التهاب ياانصباب).

٥- لوړ كيتابوليک حالت.

**نور اقدامات**

- دكولموبندښت كه شتون ولري باياصلاح اودخيتي د كتلاتو د معاينى لپاره دي مقعداو مهبل معاينه ترسره شي.
- بيرنى التراسونډ اړين دي.
- كه پرپورتنيواقداماتوبرسيره دپښتورگودندي نوري هم خرابيدلي بايدبيوپسي ترسره شي.

**پرهيز**

- غذا د كالوري څخه بايد غنى وي 2000-4000Kcal/day او همدارنگه بايد كافى مقدار پروتين ولري.
- كه د ناروغ وضع خرابه او په خوړلو قادر نه وي، د Naso-gastric Tube له لاري او Parenteral تغذيى وركول كيږى.

كه پورته ذكر شوي ټول اهتمامات گټه ونلري او هم د سيروم پوتاشيم تر 6.0mmol/L لوړ، د وينى PH < 7.2، دسږوپاړسوب يادپريكارډالتهاب شتون ولري نو ناروغ ته بيرني ډياليز ترسره كيږى.


www.ketabton.com

# دپښتورګوځنډني عدم کفايه

# Chronic Renal Failure

**اسباب**

د پښتورګودځنډني عدم کفايی اسباب په لاندي پنځو ګروپو نوويشل شويدی

**الف: ګلوميرولي آفات:** چي پخپل وارسره پر ۲ ورو ګروپو ويشل کيږی

- د ګلوميرولو ابتدايی (لمړنی) ناروغي.
- د ګلوميرولو ثانوي ناروغۍ.

**ب:دپښتورګودنسج اوياټيوبولونوالتهابات:** دبيلګي په توګه ددرملوپه مقابل حساسيت،درانده فلزات،انالجزيک نفروپتي، ريفلکس نفروپتي اوايديوپاتيک نفرايټس.

**ج: ارثی ناروغي:** لکه پولي کيستيک کډني ،يامیډولري کيستيک آفات اوالپورټ سندروم.

**د: دبولي لاري دبندښت** له کبله نفروپتی لکه،دپروستات ناروغي،دپښتورګوډبري،دپريتوان دخلفي برخي فبروزاوتومورونه اوولادي ستونزي.

**ه : درګونوناروغۍ** لکه،دويني دلوړفشارله کبله نفروپتي اودپښتورګي دشريان تنګوالي.

**پتوفزيالوژي**

دپتوفزيالوژي له نظره دوه عمده ميخانکيتونه شتون لري چې دپښتورګودځنډنيوناروغيوسبب کيږي:

۱- داصلي سبب اړوند دناروغۍ پيليدونکي ميخانيکيتونه لکه دپښتورګودګلوميرولونواوټيوبولونوناروغي.

۲- دنفرونودتعداد کموالي.


www.ketabton.com

دنفرونودتعدادترکموالي وروسته یوشمیر وازواکټیوهورمونونه،سایتوکینونه اودنشؤنما فکتورونه فعاله کیږي.نوموړي بدلونونه پخپل وارسره دپښتورګودنسج اوپاتې نفرونود سکلیروزسبب ګرځي، چې دوخت په تیریدوسره دپښتورګوددندودکموالي اوخرابیدو سبب کیږي.

**بیوکمستري**

**دبولوبیوکمستري:** دپښتورګودعدم کفایه دوخامت دمعلوماتولپاره دکریاتینین ۲٤ ساعته کلیرنس اړین دي.همداراز دبولودالکترولیتونو تعین اودبولودپروتینوالکتروفوریزس هم دناروغۍ په تشخیص اوهم پرمختګ کې مرسته کوي.

**دسیروم اووینې بیوکمستري:** په سیروم کې دیوریا اوکریاتینین تعین،دپروتینوالکتروفوریزس (دمیالوما دتشخیص لپاره).په وینه کې دایوزینوفیلونوزیاتوالي معمولاً درګونوپرالتهاب،دپښتورګودټیوبولونودانترستیشیل الرژیک التهاب،اویادکولسترول پرامبولیو باندي دلالت کوي.دوینې دغلظت اوESR زیاتوالي دمیالوما اویا درګونوپرالتهاب دلالت کوي. تخریب سوي سره کریوات،اویا ترمبوسیتوپینیا معمولاً درګونودننه هیمولیزچې دوینې دلوړفشار،هیمولیتیک یوریمیک سندروم اوترمبوسیتوپینیک پورپورا باندي دلالت کوي.که اړتیاوي باید دسیکل سیل ناروغیولپاره هم ځانګړي معاینات ترسره شي.دبولوکلچر بایدتل ترسره اوهم دسهاروختي بولودنموني کلچر دتوبرکلوزلپاره واستول شي.په ګرموسیموکې ملاریا چې دګلومیرولونودناروغیوعمده علت تشکیلوي،هم بایدمعاینه شي.

**دیوریمیا له کبله ابنارملیتي**

**الف:هایپرکالیمیا:** معمولاً د پوتاشیم بلانس دپښتورګوپه ځنډني عدم کفایه کی تر څو د GFR اندازه په دقیقه کې تر ۱۰ملي لیتره نوي کمه سوی نورمال وي، ولې په یوشمیر حالاتو کی دنورمال GFR د شتون سره سره د هایپرکالیمیا خطر زیات وي.

**ب: دتیزاب اوقلوي تشوشات:** رنځورپښتورګي نسی کولای ترڅو هغه یوریا چې دورځې د خوړود پروتینو د میتابولزم په پایله کی تولیدیږي، دبدن څخه وباسي. ځکه نو میتابولیک اسیدوزس منځته راځی چې عمده علت یی د نورمالو پښتورګود کتلي کمښت تشکیلوي.


www.ketabton.com

**ج:دزړه اورګونواختلاطات**

**دويني لوړفشار:** څومره چی دپښتورګو عدم کفايه مخ په وړاندي ځی، د مالګي او اوبو د احتباس له کبله د وينی فشار لوړيږی. بل سبب يی په وينه کي درينين زياتوالي دي.

**دپريکارډ التهاب:** دپښتورګوپه ځنډني عدم کفايه کي دپريکارډدالتهاب سبب د ميتابوليکو توکسينو (يوريا اوکرياتينين) احتباس دي.

**دزړه احتقاني عدم کفايه:** دپښتورګودځنډني عدم کفايه په شتون کي دحجرود باندي مايعات زيات، کمخوني شتون لري،اوپه دي ناروعانوکې اتيروسکليروزس هم په چټکي سره منځته راځي، چي دزړه داحتقاني عدم کفايه لپاره زمينه برابروي.

**د- د وينی اړوند اختلاطات**

**کمخوني:** دپښتورګوپه ځنډني عدم کفايه کی کمخوني داريتروپوئيتين هورمون دکمښت په پايله کي هغه وخت منځته راځي چي GFR په يوه دقيقه کي د۲۰ تر ۲۵ملي ليتره کم شي. د کمخوني په منځته راتلوکي هيموليز اودويني ضايعه هم اغيزه لري.

**دويني دغوټه کيدوستونزي:** اساسی سبب يې ددمويه صفيحاتودکاره لويدل دي. کلنيکی اعراض او علايم يې عبارت دي له:پربدن شنه اوسره ټپونه،او د جراحي عمليی په وخت کی غير نارمل خونريزي .

**ه -عصبی اختلاطات**

مهم اختلاط يې ديوريميا له کبله د انسيفالوپتي منځته راتلل دي،هغه وخت منځته راځي چی GFR په دقيقه کي د ۱۰تر ۱۵ملي ليتره کښته شي. دفوق الدرقي غدي هورمون هم ديو توکسين په توګه د انسيفالوپتي سبب کيږی. په ۶۵سلنه ناروغانو کی نيوروپتي ليدل کيږی. محيطي نيوروپاتی په دوه شکله پولي نيوروپتي اومونو نيوروپتي ليدل کيږی. اعراض يی د عميقو ريفلکسونو معدوميت، دپښونارامي او دردونه دي.نور اعراض يې جنسي کمزوري،اودخوکاره عصبي سيستم ددندوخرابوالي دي.


www.ketabton.com

**و-د منرالونو د میتابولزم تشوشات**

دکلسیم،فوسفورس او هډوکو تشوشات د Renal Osteodystrophy په نوم یادیږی چي یوعام شکل یې Osteitis fibrosa cystica دي او د ثانوي هایپرپاراتیروئیدیزم له سببه رامنځته کیږي. که GFR تر نارمل حالت ۲۵سلنه کښته سی نو د فاسفورس وتل خرابیږی چي په وینه کي اندازه زیاته اودهایپوکالسیمیا سبب کیږی.ټول بدلونونه په ناروغانو کی د هډوکو د درد او د عضلاتو د ضعیفی په شکل ښکاره کیږی.

دهډوکونرمیدل د پښتورګود Osteodystrophy بل شکل دي ځکه پښتورګي نشي کولاي ترڅو۲۵هیدروکسي کولي کلسیفیرول په ۱- ۲۵ډاي هیدروکسي کولي کلسیپیرول چی دکولموڅخه دکلسیم جذب ګړندي اوکلسیم په هډوکوکي ځاي پرځاي کوي تبدیل کړي. په دي ناروغانوکي د هډوکو درد او دعضلاتوکمواکي شتون لري او هډوکي یې په اسانه ماتیږی.

**ز-اندوکراین تشوشات**

په دي ناروغي کی په پښتورګوکي د انسولین کلیرانس کم اوپه سیروم کي دانسولین اندازه لوړیږي.و دي ناروغانو ته باید شکري ضددرمل په لږه اندازه اواحتیاط سره ورکول شي.

دپښتورګوپه مزمنه عدم کفایه کي جنسي کمزوری هم رامنځته کیږي چي په نارینه ووکي د ټستوستیرون اندازه اوپه ښځوکي میاشتني عادت کمیږي.

**کلینیکی لوحه**

**الف:اعراض اوعلایم:** د ناروغي اعراض اکثراً په تدریجي ډول رامنځته ولي ډیر وصفی نه وي. ناروغان معمولاًتر هغه وخته چی د پښتورګودندي ډیري خرابی سوي نوي (GRF په یوه دقیقه کي د۱۰ تر ۱۵ملي لیتره کم) اعراض نلري.

عمومي اعراض عبارت دي د ستړیا،کمواکي اوناآرامي څخه.

دمعدي اوکولموستونزی لکه:زړه بدوالی،کانګي،داشتهأ کمښت ، په خوله کی د اوسپنی مزه او سلګي .

عصبی شکایتونه لکه: دخوب کمښت،دپښودردونه اوناآرامي،تخرشیت،دوخت اوځاي نه پیژندل،او کشیشونه. په دي ناروغانو کی د پوستیکي خارښت ډیر معمول او د درملني په مقابل کی مقاوم وي. د ناروغي په پرمختلو سره جنسی خاهشات کم او په ښځو کي د میاشتنی عادت بی نظمي


www.ketabton.com

پیداکیږی. دپریکارډالتهاب لـه کبلـه صـدري دردونـه منځتـه راتـلاي سـي.پـه دې ناروغـانو کـې پرستیزیا هم شتون لري. دپښتورګوددندودخرابوالي لـه کبلـه دهغو درملو چې د پښتورګو لـه لارې وزي، تسمم ګړندي منځته راتلاي شي.

**ب:فزیکي معاینات**

ناروغ د ځنډنیوناروغیوحالت لري. دویني لوړفشارشتون لري ،دپوستیکي رنـګ ژیړ او پـه آسـاني سره شنه ټپونه پرپیداکیږي. تنفس ځانګړي( ماهي ته ورته) بوي لري.

دزړه اوسږو علایم: دزړه غټوالي،پاړسوب،په سږوکي رالونه اودپریکارډالتهاب آوازشتون لري.

دماغي علایم: دوخت اوځـاي نـه پیژندل،مغشوشتیا،بیهوښـي اوکوما.دیوریمیا لـه کبلـه دانسیفالوپټي نور علایم لکه Myoclonus (د بدن دیوي برخي د یوه ګروپ عضلاتو تقبض) او Asterixis (د عضلاتو د تقبض او استرخاء نوبتی تکرار) هم لیدل کیږي.

۱۰-۱ نمره جدول دیوریمیااعراض اوعلایم

| Organ System | Symptoms | Signs |
|---|---|---|
| General | Fatigue, weakness | Sallow-appearing, chronically ill |
| Skin | Pruritus, easy bruisability | Pallor, ecchymoses, oedema, excoriations, Xerosis |
| ENT | Metalic taste in mouth, Epistaxis | Urinous Breath |
| Eye | | Pale Conjunctiva |
| Pulmonary | Shortness of breath | Rales, Pleural Effusion |
| Cardiovascular | Dyspnea on exertion, retrosternal pain on inspiration (pericarditis) | Hypertension, Cardiomegaly, friction rub |
| Gastrointestinal | Anorexia, Nausea, Vomiting, Hiccup | |
| Genito-urinary | Nocturia, Impotence | Isosthenuria |
| Neuromascular | Restless legs, numbness and cramps in | |


www.ketabton.com

| | | |
|---|---|---|
| | legs | |
| Neurologic | Generalized irritability and Inability to concentrate, Decreased libido | Stupor, Asterixis, myoclonus, peripheral neuropathy |

Xerosis : د سترګو، خولي او جلد وچوالي.

Isosthenuria : هغه ادرار چی د Plasma سره یو ډول اسموللیتي ولري. (280-300 mosmol)

هر ناروغ چې دپښتورګو عدم کفایه ولري بایددهرڅه نه مخکي د درملني وړ سببونه(دویني لوړفشار،دبولي لاري میکروبي ناروغي،بندښتونه،تسممات،دحجرودباندي مایعاتوکمښت اودزړه احتقاني عدم کفایه) په ګوته او درملنه يې و شي.

**ج:لابراتواري معاینات**

په وینه کي دیوریا،نایتروجن او کریاتینین د اندازي لوړوالي د پښتورګود عدم کفايې په تشخیص کي مرسته کوي. دحادي اوځنډني عدم کفایه دتوپیر لپاره زیاتوڅېړنوته اړتیاسته.

په وینه کي دیوریا،نایتروجن او کریاتینین د اندازي دوامداره لوړوالي، په دوامداره توګه دغیرنورمالوبولوشتون ، اود کریاتینین داندازي ثابت ولي دوامداره غیر نورمال لوړوالي د پښتورګوپرځنډني عدم کفایه دلالت کوي.

په وینه کي دکالسیم،پوتاشیم اوفاسفیت زیاتوالي،کمخوني اومیتابولیک اسیدوزس په دواړه(حاده اوځنډني) عدم کفایه کی لیدل کیږی.

د ایزوستین یوریا (د ټیوبولو د غلیظ او رقیق کولود قابلیت کموالي او په نتیجه کی د ادرار او پلازما اسمولالیتي سره یوشان وي) شتون هم دپښتورګوپه عدم کفایه دلالت کوی.

**د: متممه معاینات**

که دالتراسونډپه معاینه کي پښتورګي کوچني سویوي(تر ۱۰سانتي متره کم) نو د پښتورګودځنډني عدم کفايې د تشخیص سره مرسته کوي.


www.ketabton.com

**د رملنه**

**الف:غذایی درملنه:** ناروغان باید د غذایي موادو د متخصص له خوا وڅیړل سی. د پروټین، مالګي، اوبو،پوټاشیم او فاسفورس دخوړلو په اړوند باید ځانګړي پاملرنه و شي.

۱- د پروټین محدودیت :پروټین بایدمحدوداو په ورځ کی تر۱ ګرام دبدن په هرکیلوګرام وزن کي اضافه ونخوړل شي.

۲- د مالګي او اوبو محدودیت: هغه ناروغان چی ډیالیزس نه اخلي بایدد ورځی ۲ګرامه یا تر دي لږ. مالګه وخوری ځکه په ورځ کی د۳تر۴ ګرامه زیاته مالګه د پاړسوب،دویني دفشاردلوړیدواودزړه دعدم کفایې سبب کیږی. اوبه یانورمایعات د ورځی د۱ تر ۲لیتره بس والي کوي.

۳- د پوټاشیم محدودیت : په نورمال حالت کی بایددورځي د ۱۰۰ملي ایکولانته په اندازه پوټاشیم وخوړل شی. حال ادچي دپښتورګوپه ځنډني عدم کفایه اخته ناروغانوکي دا اندازه راټیټه اود ۶۰تر ۷۰ملي ایکولانته زیاته نه وي او هغه خواړه چی ډیر پوټاشیم لري ورته په ګوته تر څود خوراك څخه یې ډډه وکړي.

۴- د فاسفورس محدودیت :د فاسفورس سویه باید په ۱۰۰ملي لیتره سیروم کي تر ۴،۵ ملي ګرامه کښته وساتل سی. هغه خواړه چی ډیر فاسفورس لري لکه هګي، غوښي، لبنیات باید لږوخوړل سی. که د ناروغ GFR په دقیقه کي د۱۰تر۲۰ملي لیتره لوړ وي، نو د فاسفورس ورځني مصرف دي دبدن په هرکیلوګرام کی د۵تر ۱۰ملي ګرامه کم کړل سی. که GFR تر دي هم کښته سی نو ناروغ ته بایدهغه درمل چي دفاسفورس سره نښلي لکه کلشیم کاربونات یا سیترات ورکول شي.

۵- د مګنیزیم محدودیت :مګنیزیم د بدن څخه دپښتورګو له لاري وزی. که څه هم اندازه یې په وینه کي نادراً لوړیږي ولي زیات خطر هغه وخت منځته راځی چی ناروغ د مګنیزیم لرونکي درمل استعمال کړي. د ي ناروغانو ته باید ټول هغه مسهل او انتی اسیډ درمل چی مګنیزیم ولري ورنکول شي.

**ب:ډیالیزس**

که محافظوي درملنه ځواب ورنکړی نوناروغ ته دډیالیزس(هیمو یا پریتونیل) څخه کار اخیستل کیږی.


www.ketabton.com

**دډياليزس استطبابات**

۱- دپريکارډدالتهاب،انسيفالوپتي اوکواګولوپتي شتون.

۲- په بدن کي دمايعاتوزياتوالي چې دډ يورتيك درملو په مقابل ځواب ورنکړي.

۳- معنده هايپرکاليميا.

۴- شديد ميتابوليک اسيدوزس(د وينى pHتر ۷،۲۰زيات وي)

۵- ميرګي ډوله حملات اويانيوروپتي شتون ولري.

۶- که GFR په دقيقه کي تر ۱۰ملي ليتره کم او دسيروم کرياتينين ۸ملي ګرامه وي.

**هيموډياليزس**

په هيموډياليزس کې،دناروغ وينه ديوي نيمه نفوذيه غشا څخه (چې مصنوغي پښتورګي هم ورته وايي) پمپ،او تصفيه کيږي.تقريباً د۲۰۰ تر ۳۰۰ ملي ليتره وينه او۵۰۰ ملي ليتره دډياليزس مايع په دقيقه کې جريان کوي.دبيوکيميکل بدلونودلاسته راوړني لپاره دډياليزس مؤثريت معمولاً دويني اوډياليزس مايع په جريان اوهم دغشاپه سطحه اړه لري.دمصنوعي الياڤوڅخه جوړشوي دزيات نفوذ درلودونکي غشاوي جوړي شويدي چې ګړندي ډياليزس ترسره کوي اود high-flux haemodialysis په نوم ياديږي.

**دهيموډياليزس ترسره کول**

دکافي ډياليزس لپاره بايد لږترلږه ۲۰۰ ملي ليتره وينه شتون ولري.دډياليزس دترسره کولوپه منظورترهرڅه لمړۍ بايد شرياني- وريدي فستول جوړشي،چې ددي کارلپاره اکثراً د راډيل يا برخيل شريان اوسيفاليک وريد څخه ګټه اخستل کيږي.د٦تر٨ اونيووروسته اکثراً دوريددتوسع اوضخيم کيدو(arterialization) سبب کيږي.کوم ناروغان چې وريدونه يې خراب اويادشکري ناروغي لري،اکثراً دمصنوعي رګونوڅخه کاراخستل کيږي،ولي بايد ووايوچې په زياته پيمانه دترمبوزسبب کيږي.

**پريتونيل ډياليزس**

معمولاً دپريتواني غشاڅخه دنيمه قابل نفوذيه غشاپه ډول کاراخستل کيږي اودلته وشرياني_وريدي فستول ته اړتيا نشته،اوهم دهيموډياليزس په پرتله اسانه اوارزانه طريقه ده اوترسره کول يې هم


www.ketabton.com

اسانه دي. په دي طريقه كي يوټيوب دخيټي دجدارد لاري دپريتوان خاليګاه ته دننه اودجاذبي دقوي په ذريعه دډياليزس مايع جريان كوي.يوريا،كرياتينين،فاسفيټ،اونوريوريميک ټوكسينونه ددوي دغلظت په اساس دمايع څخه تصفيه كيږي. دوامداره پريتونيل ډياليزس ونرم كتيتر ته اړتيالري چې بايددخيټي دجداردمتوسط خط دلاري دننه اوپه حوصله كې تثبيت اوبل سريې دبل طرف دجدارڅخه راوتلي وي.داډول ډياليزس معمولاً په شديدو پېښوكي پكاريږي.

دوامداره اومتحرک پريتونيل ډياليزس (CAPD ):په دي ډول كې دډياليزس مايع دپريتوان په خاليګا په دوامداره ډول شتون لري اويوازي هغه وخت چې بدليږي،قطع كيږي.دډياليزس مايع په ورځ كې د ۳ تر ٤ ځلي بدليږي، اوهرځل بدليدل يې د۲۰ تر ٤۰ دقيقي وخت ته اړتيالري.دنوموړي تخنيک څخه معمولاً په هغوناروغانوكې چې په پرمختللوكليوي ناروغيواخته وي اودوامداره ډياليزس ته اړتيالري،ګټه اخستل كيږي.

دشپي له پلوه متقطع پريتونيل ډياليزس (NIPD ): په دي ډول ډياليزس كې داوتوماتيكي الي څخه كاراخستل كيږي،پدي ډول چې دشپي لخوا چې ناروغ ويده وي په اوتومات ډول ډياليزس ترسره كوي.اوكله كله دډياليزس مواد دورځي لخواهم په پريتوان كې پريښودل كيږي تر دموادو تبادله ترسره شي.

ټايډل ډياليزس Tidal dialysis:په دي ډول ډياليزس كې دپريتوان په خاليګاكې په دوامداره توګه يولږ اندازه دډياليزس مايع پاته ترڅوداخل اوخارج سي.

**ج: د پښتورګي پيوند**

دپښتورګود end-stage ناروغيوددرملني لپاره دپښتورګو پيوند اړين دي.دژوندي پاته كيدو فيصدي يي دډياليزس په پرتله زياته ده.تر پيوند وروسته ناروغ دپرهيزاومايعاتودچښلودمحدوديت څخه خلاص اوهم كمخوني اوعقامت اصلاح اودفوق الدرقيه غدواتووعمليات ته نوره اړتيانه ليدل كيږي.دهغوناروغانولپاره چې دپښتورګوپه end-stage ناروغيواخته وي،انتخابي درملنه شميرل كيږي.په بريتانيا كې ددي عضوي دوركونكو شمير مخ په مياتيدودي اودپه كال كې د۳۰ تنوپه هر ميليون وګړوكې و٤۸ تنوپه هر ميليون وګړو ته لوړسويدي.دپښتوركوتر پيوند وروسته۸۰ سلنه د۵ تر ۱۰ كالواو۵۰ سلنه د۱۰ تر ۳۰ كالو ژوندي پاته كيداي شي.


www.ketabton.com

**هغه عوامل چې پر پيونداثرلري**

الف: دويني ګروپ،چې بايدپښتورګي دورکونکي اواخستونکي دواړودويني ګروپ يوشانته او compatible .

ب : په دواړو(پښتورګي ورکونکي اواخستونکي ) کې دHLA-DR انتيجن هم بايد يودبل سره وکتل شي تر څوسره ورته وي.

د پيوند تر څنګ ناروغ ته دبدن دمدافعوي سيستم درمل لکه کورتيکوستيروئيد،ازوتيوپرين،سايکلوسپورين،تکروليموس او Mycofenolate mofetil هم ورکول کيږی.

دپښتورګوپه څنډنۍ عدم کفايه اخته ناروغانوکي د مړيني عمده علتونه عبارت دي له:

۱- دزړه ناروغۍ (۴۸ سلنه).

۲- ددماغ اورګونوناروغۍ (۳۳ سلنه).

۳- انتانات (۱۵ سلنه).

۴- سرطانونه (۴سلنه).

References


- McPhee S.J (2009).CURRENT Medical Diagnosis & Treatment.

Editors:Papadakis M.A, Tierney L.M. Edition: 48th , Chapter:15,16,21,22,23.

- Davies R.J (2005).Clinical Medicine.

Editors: Kumar P.J, Clark M.L Edition (6th ), Chapter = 6,7,11&12.

Chapter 11, Renal Disease , Page: 656- 682




www.ketabton.com

| | |
|---|---|
| Book Name | Gastrointestinal & Kidney Diseases |
| Author | Dr. Abdul Wahed Wasiq |
| Publisher | Kandahar Medical Faculty |
| Website | www.kandahar-un.edu.af |
| Number | 1000 |
| Published | 2011 |
| Download | www.ecampus-afghanistan.org |

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Government.

The technical and administrative affaires of this publication have been supported by Umbrella Association of Afghan Medical Personal in German speaking countries (**DAMF e.V.**) and **Afghanic.org** in Afghanistan.

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



If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: wardak@afghanic.org



All rights are reserved with the author.



ISBN: 978 993 640 0573

Printed in Afghanistan. 2011



www.ketabton.com

*ABSTRACT*

***Background and Objectives:***

*Medical education is a common practice in Afghanistan, and almost all of Higher Education Institutes including public or private has faculty of Medicine. Fortunately since some recent years the curriculum for Medical Education is became standardized and now all of public institutions are using this standard curriculum. The policy of MoHE is to* ***increase Accessibility*** *to Higher education to enroll most of the graduate from the schools and beside that to provide* ***Quality*** *education for the graduates to meet the needs of the society and to compete with global trends.*

*Kandahar University is one of the younger universities in Afghanistan that tried to provide Quality education to the graduates to submit very committed and competitive graduates to community to solve the problem of the community and to provide academic assistant to community.*

*Faculty of Medicine is one of the faculties that started medical education from the beginning of establishment of this university and now is the first faculty in ranking to have high academic level lecturers.*

*To provide Quality Education to graduates, the mission of the faculty is to develop educational materials by their own language, for that reason this book (Gastrointestinal and Kidney Disease) was edited and translated by Pashtu. The book is edited according to standard curriculum which is provided by Kabul Medical University and the objective behind are to facilitate the students to read and remember the main points easily. The book is translated by easy Pashtu and some of technical words are already in latine and also the Pashtu meaning is added.*

***Key Words:*** *Gastrointestinal and Kidney Disease.*

www.ketabton.com

**د لیکوال لنډه پیژند نه:**

پوهنوال ډاکتر عبدالواحد وثیق د محمد ابراهیم خان زوی د عبدالواحد خان لمسی د عبدالنبی خان کړوسی د سردارپاینده محمد خان کودی په قوم محمد زایی په ۱۳۴۰ کال د اسد دمیاشتی په ۲۴ نیټه چی د ۱۹۶۰ میلادی کال د جولای د میاشتی د ۱۵ نیټی سره سمون لری د کندهار ولایت د ارغنداب ولسوالی دکهک په کلی په یوه روشنفکره کورنی کی زیزیدلی دی.ابتداییه ښوونځی یی د ارغنداب ولسوالی د خوشحال خان بابا په ابتداییه کی پای ته رسولی اووروسته ترهغه دکندهار ښار د مشرقی لیسی څخه په ۱۳۵۸ کال د ۱۲ ټولګی څخه فارغه او د کانکور په آزموینه کی د کابل طبی پوهنتون ته بریالی او په ۱۳۶۵ کال د طب پوهنځی څخه فارغه او د نا مناسبه شرایطو له کبله د هیواد څخه مهاجر شو. په ۱۳۷۵ کال د مهاجرت څخه راستون او د کندهار پوهنتون د طب پوهنځی کی د استاد په دنده و ګمارل شو. چی د همدی کلونو په تیریدوسره د پوهنځی د رئیس او هم د داخله ځانګی د آمر په صفت یی دندی ترسره کړیدی. فعلاً هم د طب پوهنځی دداخله ځانګی آ مر او هم په پوهنتون کی د پاچاخان د څیړنیز مرکز د مشر په توګه دنده تر سره کوی.

**د لیکوال نور آثار:**

۱- بیرنی طبی پیښی ( ژباړه په ۳۰۰ مخونوکی).

۲- تغذیه او سؤ تغدیه ( ژباړه په ۱۰۰ مخونوکی).

۳- د روغتیایی ښوونو ملی لارښود ( په ۹۰ مخونوکی).

www.ketabton.com

# اخځ لیک


1-McPhee, SJ. (2009).**CURRENT Medical Diagnosis & Treatment.**
Editors:Papadakis, MA.& Tierney, LM.
Edition: 48th , Chapter:15,16,21,22,23.
Newyork.Lange.

2- Fauci, AS. Longo, DL. (2008) **Harrison's PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE ,17th Edition**
Editors:Fauci, AS. ,Longo, DL. & Braunwald,E.
Edition: (17th), Part 13 (Disorders of the Gastrointestinal System), Chapter = 286,287,289,290,299,300, 301,302,307.
Part 12, Chapter=273,274,276,277,286,287,289,294.
USA, McGraw-Hill Professional.

3- Boon, NA. (2006).**Davidson's Principal & Practice of Medicine.**
Editors:Colledge, NR., Walker, BR. & Hunter, JAA.
Edition: 20th , Chapter:15,16,21,22,23.
Newyork.Lange.

4- BEERS (2006).**THE MERCK MANUAL OF DIAGNOSIS AND THERAPY.**
Editors: PORTER, RB., JONES, TV., KAPLAN, JL. & BERKWITS, M.
Edition: 20th , Chapter:2,3 & 17.
MERCK & CO.INC, NJ.

5- Davies, RJ. (2006).Clinical Medicine.
Editors: Kumar, PJ. & Clark, ML.
Edition (6th ), Chapter = 6,7,11&12.
U.K –W.B-Sunders.


www.ketabton.com