ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځی

د هضمي جهاز ناروغی

پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)
١٣٨٩

Gastro Intestinal Diseases
د هضمي جهاز ناروغی
پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)

Nangarhar University
Medical Faculty

D.A.M.F. e.V.

Gastro Intestinal Diseases

Prof. Dr. M. Zahir Zafarzai

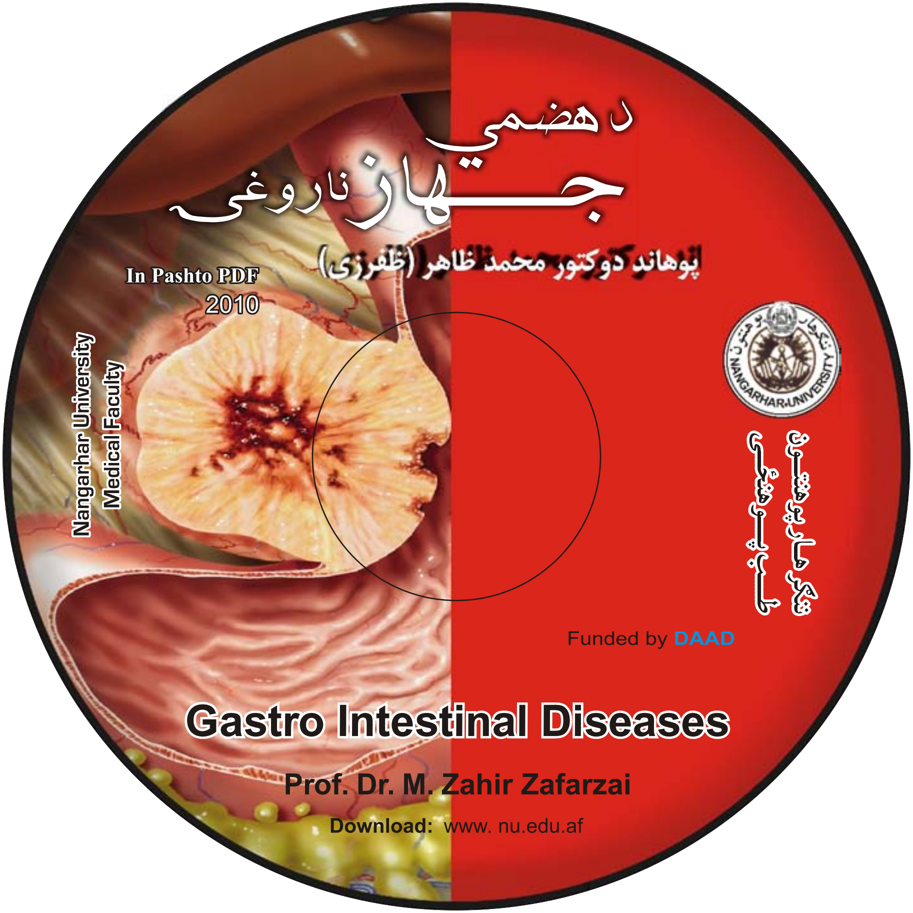
2010

With CD

Funded By: DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst German Academic Exchange Service

ISBN 9-7899-3621
9789936211322
Printed in Afghanistan

www.ketabton.com



www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحیم

www.ketabton.com

دلوړو زده کړو وزارت
دننگرهار پوهنتون
دطب پوهنځی
دداخلی څانگه

د هضمي جهاز ناروغۍ

پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)

۱۳۸۹

www.ketabton.com

د کتاب ځانګړتیاوې:

د کتاب نوم: د هضمي جهاز ناروغۍ
لیکوال: پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)
خپروندوی: د ننګرهارطب پوهنځی
چاپ ځای: سهرمطبعه، کابل، افغانستان
کمپوز: ډاکتر رحمت الله رحمت
مرستیالان: پوهندوی دکتور بریالی ولي زاده، پوهنیار دکتور کامران ظفرزی، پوهنیار دکتور عمران ظفرزی
چاپ شمېر: ۲۰۰۰ ټوکه
د چاپ نېټه: ۱۳۸۹ لمریز
ډانلوډ: www.nu.edu.af

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فـدرالـی دولت لـه پـانګـې څخه تمویل شوی دی. اداری او تخنیکی 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 پوهنځۍ پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسولیت نه لري.

د طبي تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسی:
ډاکتر یـحـیی وردک، دلوړو زدکړو وزارت، کابل
تیلفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴ ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: ISBN: 978 993 621 1322

www.ketabton.com

ډالۍ

داکتاب هغه چاته چې زما سره يې ددې کتاب په تاليف، ترتيب او ډيزاين کې مرسته کړې او خپل باارزښته وخت يې په دې هکله په کار اچولی ډالۍ کوم.

www.ketabton.com

مننلیك

ددی کتاب په تالیف کې زمونږ دداخلی څانګې محترم پوهنوال دکتور سید انعام سیدي ډیره زیاته مرسته کړیده د زړه له کومې ورڅخه مننه او د لازیات بریالیتوب غوښتونکی یم.

دمحترم پوهندوی دکتور بریالی ولي زاده چې دداخلی څانګې ددندو دښه تنظیم او ترتیب کې پراخه ونډه لري. زما سره یې دکتابونو نوي معلوماتو په راټولولو، ترتیب، تنظیم اودکتاب په معیاري کولو کې زیار ایستلی دی دزړه دتل څخه مننه کوم او دتل لپاره ورته کامیابي او خوشحالي د الله جل جلاله څخه غواړم.

او هم د داخلی څانګې غړی پوهنیار دکتور کامران ظفرزی څخه دزړه له کومې مننه کوم چې ماسره یې دکتابونو په ترتیب، تنظیم او دموادو په راټولولو کې کې زیار ویستلی دی او په راتلونکې کې دلا بریالیتوب هیله کوم.

او په پای دمحترم دکتور رحمت الله رحمت څخه چې دکتاب په کمپوز، ډیزاین او چاپولو کې خاص مرستیال وه او زما ټولی مشوری یې په عملي او نظري توګه په تالیف کې په نظر کې نیولي او دکتاب دتالیف او معیاري کولو کې ملاتړ کړیدی بریالیتوب او ورته علمي پرمختګ دلوی الله جل جلاله څخه غوښتونکی یم.

www.ketabton.com

سریزه

څرنګه چې دهضمي سیستم ټول اعضاء او ټولې برخې دانسان دصحت او سلامتیا لپاره دیوې داسې فابریکې حیثیت لري چې ګټور مواد انسان دبدن هرې حجرې ته رسوي او اضافي غیر ګټور مواد دهمدې سیستم له لارې بهر ته غورځوي خو کله چې دهضمي سیستم دندې دګډوډۍ او بې وسۍ سره مخامخ شي دانسان په ټول بدن کې دناروغۍ انقلاب راپیدا کیږي چې دډول ډول ناروغیو دپیدا ینبت لامل ګرځي. کله چې زه خپل بې وزله هیوادوال په روغتون کې ګورم ټول د خوارځواکي او دهضمي سیستم د خرابوالي له امله دمرګ سره مخامخ دي.

نوځکه ما داسې پریکړه وکړه چې دهضمي سیستم په هکله داسې یو کتاب تالیف کړم چې جامع معلومات ددغه ناروغۍ په هکله چې د تشخیص او تداوي ښه لارښونه په کې شوې وي او په اسانه توګه ناروغان دهغې ځورونکو اختلاطاتو څخه وژغورل شي.

دکتاب په تالیف کې زیار ایستل شوی په ساده کلماتو او روانه پښتو ژبه لیکل شوی او دې هرې ژبې ویوونکې ترې ګټه اخیستلې شي.

په کتاب کې نړیوال تازه معلومات ددې ناروغۍ په هکله راټول شوي او په ځانګړې توګه دتداوي اسانه او ارزانه لارې څرګندوي.

زما په اند داکتاب به دډیروخت لپاره دطبي پرسونل لپاره ښه عملي لارښود او کولای شي چې د ریسرچ، دناروغیو تشخیص او تداوي په باره کې اغیزمن رول ولوبوي.

www.ketabton.com

یادونه کیږي چی نوموړی کتاب د دوهم ځل لپاره نوی او ګټورو نړیوالو معلوماتو سره برابر او د اوسنی عصر دتقاضاء سره تالیف شوی دی.

زما هیله داده چی لوستونکی یې په ځیر سره ولولي او دکتاب اصلاح او علمی بدایي کې لارښوونه وکړي په دواړو سترګو منل کیږي.

www.ketabton.com

یادونه

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو !

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه ګڼل کیږي. ددې ستونزې د هوارې لپاره موږ تېر کال د ننګرهار پوهنتون د طب پوهنځي د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) له خوا پیل کړ. بیا د هېواد د پوهنتونونو، د لوړو زده کړو وزارت او د آلمان په غوښتنه موږ خپل دغه پروګرام نورو پوهنتونونو او پوهنځیو ته هم وغځوو.

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

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

د افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او ښوونکي له ډېرو ستونزو سره مخ دي. دوی په زاړه مېتود تدریس کوي. محصلین او ښوونکي نوي معلومات په واک کې نلري او درسي میتود ډېر زوړ دی. محصلین له کتابونو او هغه چپټرونو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټیټ کیفیت کاپی کېږي. لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکترانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځیو ته لازیاته پاملرنه وشي.

ددې ستونزې د حل لپاره هغه ګټور کتابونه چې د طب پوهنځیو د استادانو لخوا لیکل شوي، باید راټول او چاپ شي. په دې لړ کې مو د ننګرهار، کندهار، مزار او خوست له طب پوهنځیو څخه درسي کتابونه ترلاسه او چاپ کړي، چې دغه کتاب یې یوه نمونه ده.

څرنګه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام یوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند څو ټکي راوړم:

درسي طبي کتابونه

موږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چپټر او نوټ ورکولو دوران ختم شي.

د نوي مېتود او پرمختللو وسایلو په کارولو سره تدریس

د ننګرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځی یوازې د یو پراجیکټور درلودونکي وو، چې په ټول تدریس کې به ترې ګټه اخیستل کېده او ډېرو استادانو به په تیوریکي شکل درس ورکاوه. په کال ۲۰۱۰ م کې مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځیو په ټولو تدریسي صنفونو کې پروجکټرونه نصب کړو.

د هېډل 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.

د اړتیاوو ارزونه

www.ketabton.com

په کار ده چې د پوهنځیو روان وضیعت (اوسنۍ ستونزې او راتلونکي چلنجونه) وارزول شي، او بیا ددې په بنسټ په منظمه توګه اداري، اکادمیک کارونه او پرمختیایي پروژې پلې شي.

- کتابتونونه

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

- لابراتوارونه

په هره طب پوهنځۍ کې باید په بېلا بېلو برخو کې لابراتوارونه موجود وي.

- کادري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

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

- ستراتیژیک پلان

دا به ډېر ګټور وي، چې د طب هره پوهنځۍ د اړونده پوهنتون د ستراتیژیک پلان په رڼا کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، یا یې وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه اډېټ او د بیا چاپولو لپاره تیار کړي. او زموږ په واک کې یې راکړئ، چې په ښه کیفیت چاپ او بیا یې په وړیا توګه د محصلینو په همدارنګه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس واک کې ورکړو. 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 کتابونو د چاپ او د پروجکټرونو لګښت یې په غاړه اخیستی. همدارنګه یې زمونږ له کاري پروګرام څخه ملاتړ ښوودلی او د لانورو مرستو وعده یې کړې ده. په المان کې د افغان طبي پرسونل چتري ټولنې (DAMF e.V.) نه هم مننه کوم، چې په آلمان کې له موږ سره دایمي همکار وو.

په افغانستان کې د کتابونو په چاپ کې د لوړو زده کړو وزارت ګرانو همکارانو په تیره بیا د پوهاند صابر خویشکي لارښوونه او ملاتړ، د پوهنتونونو او پوهنځیو رییسانو او استادانو مرستې د قدر وړ بولم او له خپلو نېږدې همکارانو بهار صابر او روح الله وفا څخه هم منندوی یم.

ډاکتر یحیي وردګ، د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۰ م کال، دسمبر
موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴
ایمیل: yahya_wardak@hotmail.com

www.ketabton.com

فهرست

عنوان	مخ
سریزه	الف
دهضمي جهاز ګډوډی	۱
دهضمي جها ز دناروغی څیړنه	۱
فزیکي ازموینه او اندوسکوپي	۳
دهغی ناروغ پلټنه چی دمړی دتیرولو مشکلات لري	۷
دپیپتیک قرحی او هضمي جهاز دګډوډی دپلټنی لارې	۹
دوړو او غټو کلمو التهابي او نیوپلاستیک ناروغی	۱۲
ګستروانتیستنل اندوسکوپي	۱۲
دهضمي جهاز دعلوي برخی اندوسکوپي	۱۷
دمری ریګورجیتانت قرحه	۱۸
دهضمي جهاز دپورتنی برخی نزف	۲۰
کولونوسکوپیک کتنه	۲۵
داکسری پواسطه دتنګوالي ښکاره کیدل	۲۷
Esophageal Disease	۲۹
Dysphagia	۳۰
ایتولوژي	۳۲
تداوي	۳۲

www.ketabton.com

Gastro Esophageal Reflux Disease ... ۳۷
پتوفزیولوژي ... ۳۹
اختلاطات ... ۴۲
تشخیص ... ۴۵
درملنه ... ۴۶
Chronic Reflux Esophagitis ... ۴۷
تشخیص ... ۴۸
درملنه ... ۴۸
Hiatal Hernia ... ۴۸
درملنه ... ۵۰
Infectious Esophagitis ... ۵۱
کلینیکي بڼه ... ۵۱
لابراتواري پلټنی ... ۵۱
درملنه ... ۵۲
حاد ازوفاجایتس ... ۵۳
درملنه ... ۵۶
Achalasia ... ۵۷
اعراض ... ۵۸
درملنه ... ۵۹

www.ketabton.com

دمري کانسر ۶۱
ګیلی ۶۱
تشخیص ۶۳
درملنه ۶۳
دمری نوری ناروغی ۶۴
دمری رتجونه ۶۴
دښکتنی مری رینګ ۶۵
سکیلیرودرما ۶۵
درماتومایوزایتس ۶۶
دمری خیریدل ۶۶
پلومروینسن سندروم ۶۸
اجنبي اجسام ۶۸
دمري وریس ۶۹
دمری انترامورل سلیم تومورونه ۶۹
ددرملو له کبله دمری التهاب ۶۹
دسوځیدونکو توکو له کبله دمری التهاب ۷۰
Peptic Ulcer ۷۲
پیژندنه ۷۲
دمعدی فزیالوژي ۷۲

www.ketabton.com

د Peptic Ulcer لاملونه ۷۸
Duodenal Ulcer ۸۳
کلینیکي بڼه ۹۰
تشخیص ۹۲
د پیپتیک السر درملنه ۹۵
دمعدی قرحه ۱۰۸
پتوفزیالوژي ۱۰۸
کلینیکي بڼه ۱۱۰
تشخیص ۱۱۰
طبي درملنه ۱۱۲
جراحي درملنه ۱۱۳
ستومال یا ګستروجیوجینل قرحه ۱۱۵
طبي درملنه ۱۱۷
دپانکراس یولسیروجینیک تومور (ګسترینوما) ۱۱۷
کلینیکي بڼه ۱۱۸
درملنه ۱۱۹
د پیپتیک قرحو اختلاطات ۱۲۰
دهضمي جهاز دپورتنی برخی وینه بهیدنه ۱۲۰
تشخیص ۱۲۱

www.ketabton.com

کلینیکي بڼه ۱۲۲
درملنه ۱۲۵
پرفوریشن ۱۳۰
کلینیکي بڼه ۱۳۰
تشخیص ۱۳۱
درملنه ۱۳۱
دګستریک اوټ لیټ انسداد ۱۳۲
کلینیکي بڼه ۱۳۳
درملنه ۱۳۴
دګستریکتومي او واګوتومي وروستي اختلاطات ۱۳۵
دمعدی کانسر، سلیم تومورونه، ګسترایتس او نورې ناروغی ۱۴۱
دمعدی کانسر ۱۴۱
کارسینوما ۱۴۱
اپیدیمولوژي ۱۴۲
ایتولوژي ۱۴۳
مساعدکوونکي فکتورونه ۱۴۳
لاملونه ۱۴۴
پتالوژي ۱۴۵
کلینیکي بڼه ۱۴۷

www.ketabton.com

تشخیص ۱۴۹
دمعدی دکانسر اختلاطات ۱۵۱
لمفوما ۱۵۴
کلینیکي بڼه ۱۵۵
درملنه ۱۵۶
لیومایوسرکوما ۱۵۷
کارسینوئید تومور ۱۵۷
سلیم تومورونه ۱۵۷
اپیتیلیل پولیپ ۱۵۷
گسترایتس او گاستروپاتي ۱۶۱
حاد تقرحي گسترایتس ۱۶۱
کلینیکي بڼه ۱۶۳
درملنه ۱۶۴
کرونیک گسترایتس ۱۶۴
میني تیریر ناروغی ۱۶۷
کلینیکي بڼه ۱۶۸
درملنه ۱۶۸
دمعدی نوری ناروغی ۱۷۳
مالوری ویس سندروم ۱۷۴

www.ketabton.com

دمعدی اجنبي اجسام ۱۷۵
دمعدی ډیری نادری ناروغی ۱۷۷
ستریس ګاستروپاتي ۱۷۸
دسوء امتصاص ناروغی ۱۸۱
درملنه ۲۰۳
دویپل ناروغی ۲۰۵
دنری کولمو ناروغی ۲۰۷
دایورتیکولوزس ۲۰۹
ریجیونل انتریاتس (کرون ناروغی) ۲۱۲
ایتولوژي او پتوجنیزس ۲۱۳
پتالوژي ۲۱۵
کلینیکي بڼه ۲۱۸
دکرون ناروغی اختلاطات ۲۱۹
دوړو کولمو وعایي تشوشات ۲۲۵
کلینیکي بڼه ۲۲۲
تشخیص ۲۲۲
دوړوکولمو تومورونه ۲۲۸
کولون ۲۳۵
اناتومي ۲۳۵

www.ketabton.com

فزيولوژي ۲۳۵

دکولون حرکي تشوشات ۲۴۱

ميګاکولون ۲۴۱

دکولون رتجونه ۲۴۳

دکولون وظيفوي تشوشات ۲۴۲

دکولون حاد التهابي ناروغی ۲۴۹

درملنه ۲۵۱

دکولون ځنډنی التهابي ناروغی ۲۵۱

ځنډنی غیر وصفي يولسراتيف کولايتس ۲۵۳

کلينيکي بڼه ۲۵۷

سيستميک اختلاطات ۲۶۵

درملنه ۲۶۹

يولسراتيف او پروکتايتس ۲۷۵

دکولون کرون ناروغی ۲۷۵

کلينيکي بڼه ۲۷۷

درملنه ۲۷۸

اسکيميک کولايتس ۲۷۸

دغټوکولمو تومورونه ۲۷۹

دکولون تومورونه ۲۸۰

www.ketabton.com

ویلس ادینوما ۲۸۳
دکولون بی شمیره ولادي پولیپونه ۲۸۴
دکولون کانسر ۲۸۵
ایتولوژي ۲۸۵
پتالوژي ۲۸۶
کلینیکي بڼه ۲۸۷
دکولون دکانسر درملنه ۲۹۱
دمقعدي برخی اتنانات ۲۹۵
لاملونه ۲۹۶
دمقعدي ناحیی کانسر ۲۹۸
Acute Colonic Pseudo Obstruction ۲۹۹
کلینیکي بڼه ۳۰۰
درملنه ۳۰۱
حاد اپندیسایتس ۳۰۳
درملنه ۳۰۷
ماخذونه ۳۰۸

www.ketabton.com

د هضمي جهاز ګډوډي

Disorders of the Elimentary tract

د هضمي جهاز د ناروغي څېړنه:

عمومي کتنه:

دهضمي جهاز د ناروغی ګیلی یواځې د هضمي سیستم څرګندونی نه دی بلکه کیداې شي چې د نورو ناروغیو ننښې وي. د بیلګۍ په ډول بي اشتهایي، زړه بدوالي او کانګي په احتقاني قلبي عدم کفایه(CHF) او یوریمیا کښې هم لیدل کیږي. نس ناسته او قبضیت د میتابولیک ګډوډي، د الکترولایت بدلون او د تایرویید غدی د دندو د ګډوډي څخه هم منځ ته راتلاي شي. لیکن ننی تخنیکي وسایلو دغه ستونځي کمي کړي دي. د ناروغ مناسبه څېړنه، په غور سره د تاریخچي اخستل، فزیکي ازموینه ړومبي لدي چې تشخیص کیښودل شي ډیر اړینه بلل کیږي.

د تاریخچي ارزښت:

د هضمي جهاز د ناروغیو څیړني په غور سره د تاریخچي اخستل غوڅه پریکړه کونکي لاره ده درد او سوء هضم د هضمي جهاز غوره ګیلې دي خو باید ددغه دوو اعراضو په منځ کي دوخت او وصف په لحاظ اړیکي موجود وي، د درد د ځاي او

www.ketabton.com

خپریدو په هکله سوال کول منطقي کار دی. دا باید هم پوښتنه وشي کوم فکتور د درد د زیاتوالي او کموالي سبب ګرځي، د خوراک سره کومې اړیکې لري او کنه؟ که چیرې ناروغ ووایي چې هو پوښتني ته دوام ورکړي چې د خوراک په منځ کې درد شته (د مرۍ ګډوډي او دګیډې انحینا). یا وروسته د غذا څخه درد پیداکیږي؟(د صفراوي لارې ناروغي کښي) او که چیري درد ۳۰ یا ۹۰ دقیقې وروسته د غذا څخه پیداشي د معدې په زخم دلالت کوي.

بله پوښتنه باید داوي چې آیا درد په خوراک ارامیږي که وي ویل چې هو بیا پوښتنه وکړي چې څرمره وخت ورسته ارامتیا منځته راځي که چیري درد په موقتي ډول ورک شي دادګسترایتس اوپیپتیک قرحي وصفي ښنبه ده

ډیرناروغان کله چې ډاکترته راځي انتي اسید دواګاني یې اخستي وي او باید ددې دوا په هکله هم پوښتنه هیره نه کړي که چیرې درد د انتي اسید سره کراریږي داهم په پیپتیک قرحي او د کلمو د پورتنی برخي د قرحاتو ښنې بلل کیږي.

بله پوښتنه داده چې آیا درد د کلمو د حرکاتو سره کومه اړیکه لري او که نه؟

ځکه د السراتیف کولایتس رنځوران وروسته د تغوط څخه په ګیډه کي دارامتیا احساس کوي او نیوونکي درد له منځه ځي او خپله پلاملرنه، بي اشتهایي او وزن بایللو ته راوګرځوي که چیري دواړه علامي موجود وي د خبیثه ناروغۍ خواته فکر کیږي. که چیرې د اشتها زیاتوالي او د وزن بایللو سره یو ځای شي نو د خراب جذب، خراب هضم او هایپرمیتا بولیک حالت(تایروتوکسیکوزس) پلټنه په کاره ده. که چیرې

www.ketabton.com

رنځور دنس ناستی ځخه ګیله من وي د تغوط دشمیر او د غایطه موادو دقوام پوښتنه وکړي ځني خلک اسهال هغه ته وايي چې د تغوط شمیر زیات وي او فرق نه کوي که غایطه موادو قوام نورمال هم وي. ځني نور او برین غایطه موادو ته اسهال وايي. د غایطه موادو بوي پوښتنه هم اړینه ده چې بد بویه غایطه مواد د پانکراس د عدم کفایي او سپرو(Spru) ناروغی مهمه نښه ده. د غایطه موادو رنګ پوښتنه ضرور ده ځکه سپین غایطه مواد په ستیا توریا او کولي لیتیازس کښي منځ ته راځي په غایطه موادو کښې د وینی دشتون پوښتنه هیره نه کړی، ځکه وینه لرونکی غایطه مواد دیو لسراتیف کولایتس غوره نښه ده.

په اخره کښې ددوا اخستلو پوښتنه ضرور ده که چیري ناروغ د خپل سردردي لپاره تل اسپرین اخستي وي البته داکار په غایطه موادو کښې وینه پیداکوي.
ځیني خلک په دوامداره ډول مسهلات اخلي چې داکارپخپله دمزمن نس ناستي او په اکسریز کښي د کولون د بدلون سبب ګرځي.

فزیکي ازموینه او اندوسکوپي:

که چیرې د ګیډې د تشوش تاریخچې کړکیچنه وي د فزیکي معاینې لپاره ډګر پرانیځي. د ګیډې د پورتنی برخې اوښې علوی کوادرنت درد په کولي لیتیازس اوهیپتایتس دلالت کوي. د ښي لاندیني کوادرانت متناوب دردونه او د جس وړ کتله اویادرد ناکه لوپ د ریجونل انترایتس ناروغۍ دلیل دی. په عمومي ډول د هضمي جهاز په ناروغي کښي ټول فزیکي علامې منفي دي. نو ځکه د نورو تکتیکونو او

www.ketabton.com

ازموينو احتياج پيداكيږي چې تر ټولو مهم تكتيک سگموييد و سكوپي ده. دا تكنيک دی د كولون دكانسر په تشخيص كښي زيات رول لوبوي ځكه چې د غټو كلمو د خبيثه ناروغي په وخت كښي په ۶۰ سلنه پيښو كښي سگموييدوسكوپ ماوفه ناحيي ته رسيږي او همدارنگه د ريكتوسگموييد وړوكي تومورد تاويدوله كبله د بارويوم د امالي په ازموينه كښي پټ پاتي كيدايشي خو سگموئيدوسكوپ اجازه وركوي چې په غړولو سترگو د كولون مخاطي غشا ،ازيما ،اريتيما ، ماتيدونكي پرده او يا زخم وگورو. هغه ناروغان چې غير وصفي نس ناستی لري د كولون مخاطي غشا نورمال ده چې په شگيلوزس كښي مخاطي غشا ماتيدونكي، ازيمايي او هايپرهيميک وي. كه چيری دغه آخرني علامي د پراخه زخم سره ملگري شي په امیبيک كولايتس دلالت كوي.نن ورځ د فبرواويتيک سامان د منځ ته راتلو له كبله دا خبره ډيره آسانه شويده چې په ډيره آسانتيا سره پرته له كوم زيان پرته د اندوسكوپي عمليي اجراء كړو.

گستروسكوپي دا گټه لري چې كولي شو چې خبيثه او سليمي قرحي سره جلا كړو اندسكوپي ډير عمومي تكنيک دی چې نن ورځ كارول كيږي او د هضمي جهاز د پورتني برخي وينه وركونكي ځايونه ښكاره كوي.

د فبرواوپتيک سامان او كولونوسكوپي په مستقيم ډول كولای شي چې تر ۲۵ سانتي متره پوری دمخاطي غشا معاينه اجراء كړي.

www.ketabton.com

راديولوژيک ازموينه:

راديولوژيک ازموينه د کلمو د تشوشاتو د معلومولو لپاره ګټوره ده په نوروسيستمونو کښي دومره ګټوره نه تماميږي. په حقيقت کښي د هضمي جهاز د تشوش معاينه پرته د اسکريز څخه بشپړ معاينه نه بلل کيږي.

د ازموينې په پيل کښي دداخلي ډاکټرانو غور او ځيرنه:

د ښې او مناسبې اکسريز د اجراء لپاره ډاکټر بايد دغه لاندی ټکي په نظر کښي ونيسي:

۱- کوم عضوه په افت اخته شويده.

۲-څه ډول اکسرى بايد اجراء شي.

۳-د اکسرى د شعاع له کبله کوم مضاد استطباب شته او کنه؟

که چيرې د هضمي جهاز لمړنى اکسري منفي وي ډاکټران بايد بله اکسرې د باريوم ميل سره او وروسته دمعايني د بشپړ کيدو لپاره دغه لاندي معايني هم اجراء کړي:

۱-دخولي له لارې کولي سستوګرافي.

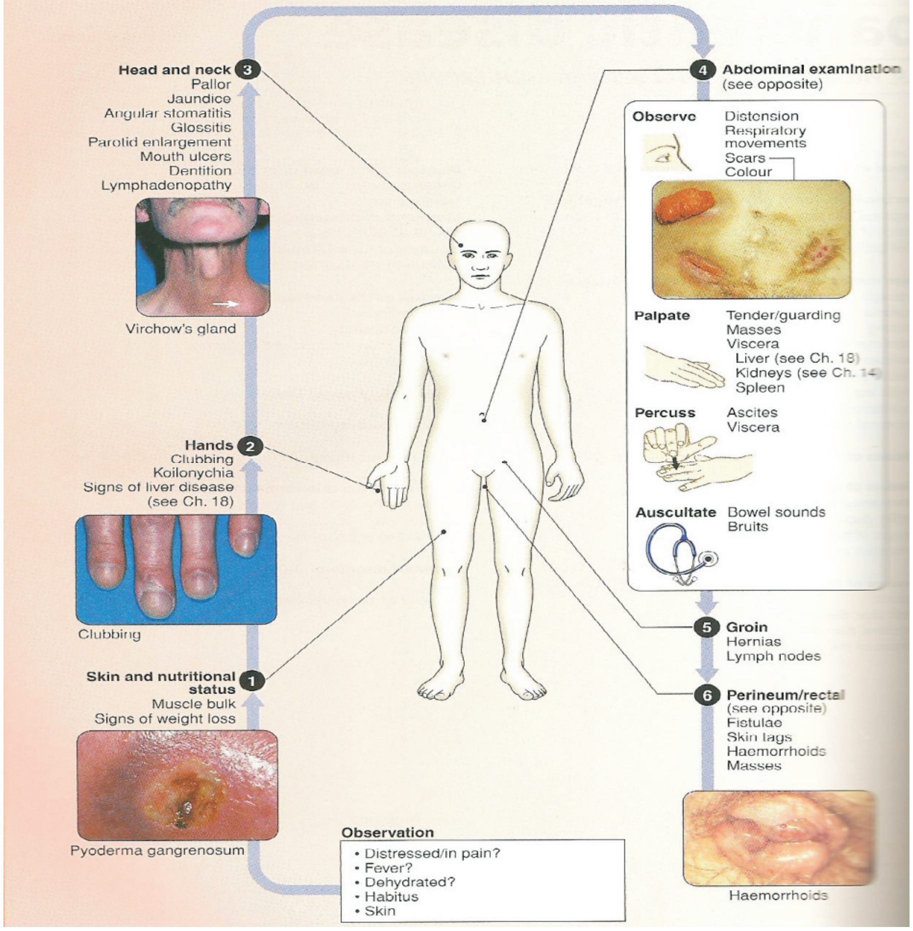
۲-دباريوم اماله.

۳-داپرجي اى سريز Upper GI

دمناسبي باريوم امالي د اجراء لپاره د ناروغ د کولمو پاکول ضروري دى خو ډاکټر دا خبره بايد په فکر کښي ولري چې د کولون او وړو کلمو په انسداد ،يولسراتيف

www.ketabton.com

کولایتس کښې د قوي مسهل استعمال ډېر خطرناکه او حتي وژونکي حادثي منځ ته راوړي په روتين ډول اکسريز له پاره کوم ړومبي تياري نشته د باريوم اماله پخپله کولای شي چې د حادالسراتيف منځ ته رواړي. که چيري اکسريز يو قسمي انسداد ښکاره کړي د باريوم ورکړه کولای شي چې انسداد تام او مسله لاهم خرابه شي.



۱=۱ شکل: د هضمي جهاز کلينيکي څرګندونې

www.ketabton.com

د رادیولوژي سره کنسول تیشن:

هیڅوک دانشي کولي چې د ناروغي د پلټني په هکله د رادیولوجست لکینه تایید کړي. نو ړومبي دا رادیولوګ سره د مرستي لپاره د اکسرۍ د دپاسه کافي معلومات ولیکل شي او داخبره ډیره ښه ده چې خپله ډاکټر درادیولوجست سره د اکسری د فلم په ویلو کښي حاضر او برخه واخلي ځکه شاید رادیولوجست د هضمي جهاز د نزف په هکله دا ووایي چې د کثیفه موادو په ځاي انجیوګرافي ډیره ضروري ده او یا ازموینه وروسته د ناروغ د کافي تیاریدلو څخه وروسته بیا تکرارشي.

دفلم لوستل:

په ځینو واقعاتو کي ډیر مصروف ډاکټر د اکسری راپور د خپل تشخیص کلي ګڼي د مثال په ډول- په هغه ناورغ کښي چې وزن یي بایللی او د غایطه موادو په عادت کښي بدلون پیدا شوی دی د اکسریز لیدل کانسر ته نژدي کیږي حال داچې رادیولوجست شاید داسي فکر ولري چې ناروغ کولون ښه پاک شوی نه دی او د غایطه مواد او پارچي داماوفه ناحیي نه ښکاره کوي ډاکټر باید دامهارت ولري چې زړو خلکو کښي د هیاتل هرنیا او صفراوي ډبرې ،ډایورتیکولوزس په تصادفي ډول ښکاره کیږی اوداد ډاکټر د غوښتني په خلاف معلومات دي.

دهغه ناروغ پلټنه چې د مړی د تیرولو مشکلات لري:

دغه لاتدني کړنلاره په نظر کښي نیول کیږي:

www.ketabton.com

۱- پـه غـوره سـره نيورولوژيـک آزمـويني اجـراء کـول ضـروري دي د فـرينيکس او مايستينيا ګراويس تست که چيرې اړتيا وي اجراء کيږي.

۲- د مري روتين اکسريز د ولاړې په حالت جنبي او ملاستي په وضعيت اخستل کيږي هوريزنتل وضعيت اکسريز د بلع د ميکانيزم د معلومات لپاره ګټوره ده ځکه چې د جاذبې قوه رول نه لري د فرنګو او زوفاجيل د معلومات له پاره هره راديوګرافي ضروري ده په زړو خلکو کښي چې عمريې د ۵۰ څخه زيات دی ۱۵-۳۰ سلنه پيښنو کښي هياتل هرنيا ليدلې شو او هيڅ اعراض نه لري تر څو چې ريفلکس اوزو فاجايتس پيدا شوی نه وي.

۳- ايزوفاګوسکوپي ډيره ښه معاينه ده چې ټول پټ شوی افات څرګندوي.پدې معاينه کښي د کتلې او يا مخاطي غشا څخه بيوپسي هم اخستل کيږي او همدارنګه د مري وينځل او د سايتولوژيک معايني له پاره محتويات برابريږي د پيتيک او زوفاجايتس ښه تشخيص د اندوسکوپي لـه مخې ايښودل کيږي د مري و ريسونه ددې معـايني لـه کبله پټيداې نه شې او وړوکي وريسونه د راديولوجيک پواسطه د ليدني وړ دی که څه هم دغه آخرني تکنيک په ۷۰ سلنه پيښنو کښي غټ وريسونه ښکاره کوي.

۴- د مری مانومتريک ازموينه- داګټوره معاينه ده چې ددې له مخې د مرکزي عصبي سيستم لمړني افات اود فرنجيل د عضلي تشوش او ګډوډي لمړني افتونه يو تربله جلا کيږي او همدارنګه کريکوفرنجيل ډيستونيا هم توپيري تشخيص کيږي.د سفلي مری

www.ketabton.com

مانومتري د منتشر او زوفاجيل اکاليزيا او انفلتزاتيف ناروغي چې د مري حرکي قدرت خرابوي په ګوته کولي شي.

دپېتيک قرحي او هضمي جهاز د ګډوډي د پلټني لارې:

۱- دنازوګستريک تيوب داخلول:داکار د معدی د محتوياتو دمعلوماتو لپاره اجراء کيږي اودابايد ښکاره شي چې په وصفي توګه دمحتوياتو کومی اړيکی شته اوکه نه؟ (د لوړي په حالت کښي۷۵ سي سي) دبلي خوا اسيد ،صفرا ،وينه او نور مواد په هغي کښي لټول کيږي.که چيرې رنځور پايلوريک ستينوزس اوياد معدي په عدم مقويت اختـه وي تيـوب پريـښودل کيـږي او دوامـداره سکـشن صـورت نيـسي او ترهغـه چـې الکترولايـت دوبـاره معاوضـه شـي دي کـار تـه دوام ورکـوو ،اودبلـي خـوا د ښـي راديولوژيک معايني لپاره معده پاکه ساتل کيداې شي.

۲- دمعدې اثنا عشر جوجينم راديولوژيک معاينه زياته د اجراء وړ ده که چيرې معده ښه پاکه شوی وي په ۸۰ فيصد واقعاتو کښي افت ښکاره کيږي او ۹۰ فيصده دا عمليه د اثناعشر د افاتوصدق کوي.يوائي ګسترايتس او سطحي قرحي د باريوم ميل په معاينـه کـښي پټيداېـشي. هايپوتونيـک ډيوډينوګرافي چې اثناعشر داخل او خارج المنشه افاتو د ښکاره کيدو لـه پاره مهم تست دی او پـدې منظـور نـاروغ تـه انتـي کولينرجيک دوا او ګلوکاګون د وريدې لارې ورکول کيږي ترڅو چې د اثناعشراتوني منځ ته راشي اوداکار په ځرګند ډول د اثناعشر د مخاطي غشا افات ځرګندوي.

www.ketabton.com

۳- که چیرې په رادیوګرافي کښې کوم افت ولیدل شو د علوي کلمو اندوسکوپي زیاته ګټوره تمامیږي ځکه چې د افت پراختیا دمعدی دمخاطي غشاء غبرګون،بیوپسي،برش سایتولوژیک آزمویني ددي تست پواسطه ترسره کولي شو او همدارنګه د خبیثي او سلیمي قرحي فرق همدلته اجراء کیږي. دګستروسکوپي معاینه په نزفي واقعاتو کښي چې منشه یې مخاطي غشا او یامالوري ویس سندروم دی ښکاره کوي،حال داچې داډول افت تشخیص ځیني وخت په رادیوګرافي کښي منفي وي. د بلي خوادا معاینه په ستهومل یولسریشن کښي چې وروسته د معدی د عملیات څخه منځ ته راځي ګټوره لارښودنه کوي، او همدارنګه د بایل د ریفلکس ښه معلوماتي تست دی.د اثناعشر لمړني او دوهمه برخه د فایبرواوپتیک ګستروسکوپ پواسطه لیدای شو.اودقرحي او نورو افاتو په هکله ګټورمعلومات برابروي.

٤- د معدی د تیزابو د اطراح معاینه د زولنجرایلیسن سند روم د تشخیص لپاره ګټوره ده او همدارنګه په شکمنه کارسینوما ،اتروفیک ګسترایتس اود واګوتومي ښه معلوماتي جنبه لري،دا تست بایید په غیر اختلاطي اثناعشر قرحي کښي اجراء نه کړو او کوم قانع کونکي دلیل نشته چې د تیزابو معلومات د اثناعشري قرحي د جراحي درملنې له پاره لارښودنه وکړي.نن ورځ یوازي د ګستریک اسید د محصول مقدار اندازه کیږي اوداکار د دوه لارو اجراء کولي شو:

الف: د ګستریک اسید تست د سهار لخوا اجراء کیږي،پدي شرط چې ناروغ تبه په لوږه تیره کړی وي کوم تنبه کونکي مادی ته اړتیا نشته،ددې اندازه یواځي دواګوس او

www.ketabton.com

هورمونل فکتورنو پوري اړه لري وروسته له هغې چې لمړي سمپل واخستل شو بیا هر ساعت وروسته هر هغه وخت سمپل اخستل کیږي چې ناروغ د خپلې خولې لاړی بهرته غورځولي وي که چیرې یوپه دغه سمپلونو کښې د هایدروکلوریک اسید نشتوالی ښکاره کړي دا کار د اثناعشر د حادي قرحې په شته والي دلالت کوي.

ب: د هایدروکلوریک اسید اعظمي اوټ پټ: دا کارپه هغه ناروغ کښې اجراء کیږي چې ړومبې ۰،۰۴ ملي ګرامه هستامین په هر کیلو ګرام وزن د بدن د زرقي لارې اخستي وي بیاهر ۱۵ دقیقې وروسته په دوو ساعت له پاره سمپل اخستل کیږي او که وغواړي چې ناروغ کوم ضرر ونه ګوري کولاۍ شي چې بل محفوظ مستحضر یعنې بیتازول دوه ملي ګرامه په هر کیلو ګرام دبدن د وزن د زرقې لارې ورکول کیدایشي. ځنې خلک پنتاګسترین ۶ مایکروګرام په هر کیلوګرامه د بدن دوزن نه اعظمي لارې ورکوي د ټولو دغه اقداماتو او دواګانو اصلي هدف دادې چې په معده کښې جداري حجرات تنبه کړي چې اعظمي اوټ پټ د جداري حجراتود کتلې سره نیغ په نیغه اړیکې لري.اکلورهیدریا هغه حالت ته وایې چې معده دداسې تنبه سره سره افرازات تولید کړي چې(پي ایچ) ۶وي.د لوږې د حالت نورمال بذل سکریشن۷۰-۳۰ سي سي په یوه ساعت کښې اټکل شوي دی او اسیدي محصول یې ۵-۱ ملي اکیوولانت په یو ساعت کښې دی.

د اسید اعظمي محصول ۲۰ ملي اکیوولانت په یوه ساعت او حتی تر ۴۰ ملي اکیوولانت په یوه ساعت کي رسیدایشي چې دا حد د نورمالي اندازې آخرني سرحد دی. په زولنجر

www.ketabton.com

الیسن سندروم کښې د بذل اسیدسکریشن لس ملي اکیوولانت په یوه ساعت کښې او اعظمي حد یي تر ۶۰ ملي اکیوولانت پوري رسیدایشي په سیروم کښې د گسترین د سویه زیاتوالي د اتشخیص ریښتنې کوي.

د وړو کلمو التهابي اوانسدادي تشوشات:

کله چې په گیډه کښې انسدادي سندروم پیداشي د گیډې ساده اکسریز ډیر مهم دیا گنوستیک تست دی چې د فزیکي معاینې سره مرسته کوي د کولمو د لوپ توسع ډیره وصفي علامه ده چې په Valulus او حادپانکرا تایتس کښې لیدل کیږي د ملاستي په حالت کښې د ماوفه ناحیي دپاسه د مایع سویه د لیدنې وړ ده او که چیري هوا ددیا فراگم دلاندې معلومه شي د احشا په پرفریشن دلالت کوي په پورټل ورید کښې د هوا موجودیت د امعاء په نکروزس کښې منځ ته راځي چې وروسته د میزانتریک شریان د انسداد څخه په ثانوي ډول پیداکیږي د گیډې ساده اکسریز تقریباً په ۷۵ فیصد واقعاتو کښې ربښتیني تشخیص په گوته کوي د میزانتریک او عیو په انسداد کښې د سیلاک انجبوگرافي زیات رول لوبوي.

د وړو او غټو کلمو التهابي او نیو پلاستیک ناروغي:

دا ډول ناروغان د تاریخچي،فزیکي ازموینې، په غایطه موادو کښې د اکزودیت او دوینې په لیدو سره پیژندل کیږي، د کولو د ښکتني برخي افات د ۲۵ سانتي متره پورې د سکموییدوسکوپي پواسطه لیداې شو او برسیره پردې د کولون د مخاطي غشا او نیو پلاستیک افاتو د لیدنې له پاره غوره لاره ده د ټول کولون او ترمینل الیوم د مخاطي

www.ketabton.com

غشا ليدل د فبرواوپتيک کولون سکوپ پواسطه ترسره کيداې شي او په عين وخت کښې د بيوپسي اخستلو امکان هم شته، دا تکنيک کولايشي چې د التهابي او نيوپلاستيک تضمين په منځ کښې فرق وکړي اود پولي پوييد افاتو کتنه چې د سکموييد و سکوپ د آخرني سرحد نه پورته ځاي لري د کولونوسکوپ په واسطه معلومولي شو. د ورو کولمو راديولوژيک معاينه په زړه پوري معلومات وړاندي کوي او کولاي شي چې د کولون ناروغي پريستينوتيک او سبتنوتيک ناحيه ښکاره کړي،او دا يواځني معاينه ده که چيري کولون ښه پاک شوی وي ۸۵-۸۰ فيصد واقعات کښې افت ښکاره کوي برسيره پردې که چيری هوايي کاترست مانوره ورسره اجراء شي د تشخيص اندازه ۹۰ فيصد ته رسولي شي.که چيرې رنځور د معايني له پاره ښه تيار شوی نه وي يو ددغه معايناتو څخه هم د باور وړ نه دی. د يو وړوکي پوليپ ليدنه او د هغي د رښتني کولو له پاره هلي ځلي ضروري نه دي ځکه کوم کلنيکي اهميت نه لري په هغه لوی پوليپ چې قطريي ديو سانتي متر څخه زيات دی د کلنيکي اهميت په لحاظ ې زيات ارزښت لري د سيکوم ناحيه ستونځمن ځای دی چې د هضمي په باره کښې کافي معلومات تر لاسه کړو او داد هغي اناتوميک ستونځو پوری اړه لری که چيري هوا د پلک پشان د هغي په خلفي جدار کښې ځای ولري ډيرمشکل دی چې شکاره شي.

د ريکتوم د ناحيي پروکتسکوپي نظر راديولوژيک معايني ته ښه معلومات راکوی اودا هيله هم شته چې امينولوژيک تستونه لکه کارسينو امبريونيک انتيجن چې د

www.ketabton.com

کولون په کانسر کښې تشخیصه رول لری ورځ په ورځ خپل اهمیت زیاتوي د کولمو بیوپسي د خولي دلارې او د سګموييد بیوپسي په واسطه د د موکوزل افا توپه معلومولو کښې زیات رول لري رکټل بیوپسي په امیولوييد وزس،شستوزومیازس او امیبیازس کښې خپل اهمیت ساتلي دی سب میکوزل طبقې لاندې ناروغي په دغه سطحي بیوپسي کښې لیدلي نه شو د هیرشسپرنګ ناروغي د ریکتم د ژوري بیوپسي له مخي پیژندل کیږي.

مل ابسوربشن سندروم:

داسندروم د تاریخچي،فزیکي ازموینې اودغایطه موادو د معاینې په اساس پیژندل کیږي رادیولوژیک ازموینې د نورو موضعي ناروغیو درد کولو له پاره یو عمومي مرستیال دي او موتور سکریتري د وظایفو د ګډوډي خیال منځ ته راوړي اودا افت تر هغه تشخیص کیداي نه شي تر څو چې وړوکولمو د مخاطي غشا افت او یا کوم فستول و نه لیدل شي.په غایطه موادو کښې د شحم د مقدار تعین چې په میکروسکوپیک ډول د سودا پواسطه رنګ کیږي د مل ابسوربشن سندروم ګټور تست دی او همدارنګه د درې ورځو د غایطه موادو د جمع کولو نه وروسته د ټول شحم مقداري تعین ددې سندروم بله تشخیصه لاره ده د ډیزایلوزتست ۹۰ فیصد واقعاتو کښې موکوزل ناروغي د پانکراس د عدم کفایي څخه تفریقي تشخیص کوي.

www.ketabton.com

د کولمو بیویسي د سیلیک ناروغي د پیژندني له پاره ښه تست دی.اوپه کمه اندازه د کولمو په مخاطي غشا کښي د امیولویید مـوادو ارتـشاح څرګندیږی او دویپل په رنځوری کښي بکتریل موکوپروتین د لیدني وړ دي.

د امعاء څخه د پروتین لیکیبح چې د نشاني شوي البومین پواسطه معلوموليې شو شاید د هایپوپروتینمیا حالت څرګند شي اودا ډول البومین یا د آیودین او یا د کرومیم د ایزوتوب سره ښنبه کیږي.

پانکراس:

پانکراس د هضمي سیستم د اناتومیک موقعیت له نظره ډیر مشکله خبره ده چې مستقیماً ولیدل شي د ګیډې په ساده اکسریز کښي د پانکراس کلسیفیکیشن په مزمن پانکراتایتس دلالت کوي او کیدایشي چې د شحمي موادو د مل ابسوربشن سره ملګري وي. د پانکراس د اکزوکرین عدم کفایه د اثنا عشر د انتوبیشن او د اخستو موادو د انالایزس څخه وروسته چې د سکریتین او غذایي موادو د تنبه څخه وروسته لاسته راغلي معلوم کړو او همدارنګه کولایشو چې پانکرتیک قنات د فبروتیک ډیوډینا سکوپي په کمک کنولي کړو. او روسته له هغي د پانکراس عصاره د سیتولوژیک معاینې له پاره واخلو او همدارنګه کولي شو چې قنات د کثیفه موادو د زرق پواسطه ښکاره شي دا آخرني مانوره د پانکراتیک تومور او سست په تشخیص هم ګټور تماميږي.

www.ketabton.com

د رادیوایزوتوپ سکن او انجیوګرافي او د ګیډې یولتراسونډ معاینه شاید د پانکراتیک ناروغي په تشخیص کښي زیات رول ولوبوي.

ګسټروانټیسټینل اندوسکوپي:

فیبرواندوسکوپي یو ډیر مډرن معاینه ده چې د هضمي جهاز د ناورغي په تشخیص کښي استعمالیږي. معاینه ډیرې ګټې لري یو دا چې نرم او هرډول بڼه ځانته نیولي شي د بلي خوا په آساني سره کنټرولیږي همدارنګه پخپل ځنګ کښي یوچینل لرې د هغي لارې کولي شو چې نور اضافي حالت لکه د بیوپسي فورسپس د اجنبي اجسامو فورسپس سیتولوژي برش، د وینځلو تیوپ او الکتروکویتري آلي داخل شي. او همدارنګه هغه کړکي چې په کښي موجوده ده د رڼا کولو آله د اضافي موادو ځخه منځلي او پاکولي شو. د هر عضوي ځخه چې وغواړو مایع خارج او هوا داخلیږي تر ځو چې په ښه توګه ماوفه ناحیي وګورو. ددې آلي په فایده کښي هیڅ شک نشته یو سطحي افت او یا جوړه شوی قرحه چې د اکسریز لخوا پټه پاتي شویده په فایبرواندوسکوپ یي په څرګند ډول میدان ته را باسي.

بله د مهارت ډکه مانوره د کولونوسکوپ د لارې پولیکتومي ده چې نن ورځ اجراء کیږي. په ایزوفګوګسترو ډیلو ډینوسکوپي نن ورځ هره شفاخانه کښي د اجراء وړ ده. ډیرې کړیچني معایني لکه کلونوسکوپي او ریترو ګرید کولانجیو پانکراتو ګرافي ده چې ډیر ماهری ته ضرورت لري.

www.ketabton.com

د هضمي جهاز د علوي برخي اندوسکوپي:

په ازوفګوګسترو ډیوډینوسکوپي کښي فارور ،اوبلیک او د څنګ څخه د لوحي سامان استعمالیږي. وروسته ددي چې ناروغ ته ددې عملیي په هکله تشریح ورکړ شوه د فرنجیل موضعي انستیزي د غلیظ لیډوکایین سره اجراء کیږي او په همدې وخت کښي ناروغ ته د وریدي لاري د یازیپم ترهغه وختـه ورکول کیږي چې تر څو خوبوړی شي. بیاد اندوسکوپ آخرني برخه د مری د علوي کریکو فرنجیل معصري ته داخلیږي او ناروغ باید پوه کړو چې په ډیره کراري سره د بلعي فعل اجراء کړي.ډیره لږه هوا په اندوسکوپ کښي باید داخل شي ترڅو چې د مری لومن ښکاره شي. بیا په کراره سره اندوسکوپ معدی ته ننوزي د معدی جسم او انتروم باید په غوره سره وګورو.همدارنګه صغیره انحنا او کارد یا لټول کیږي.وروسته بیا دپایلور له لارې د اثنا عشر لمړی او دوهمه برخه ګورو ټول معاینات کله چې سامان را ایستل کیږي له سره څخه په عین څیر کښي تکراریدای شي. د هضمي جهاز افات د کامري سینما او تلویزیون پواسطه ریکارډ کیږي او په همدې ځای کښي بیوپسي او برش پتالوژیک ازموینه هم ترسره کولي شي دا معاینه باید د ماهر سړي په لاس اجراء شي. د یوې پراخي احصایي له مخي ددې عملیي مور بیډیتي ۱۳ ، ۰ فیصده او د مور تالیتي اندازه یي 0.004% فیصد اټکل شویدی. دمورتالیتي عمده ترین سبب د کار د یوپولمنوري اختلاط دی چې د سامان په واسطه سوري کیږي.

www.ketabton.com

دمرۍ ریګورجیتانت قرحه:

د مرۍ التهاب د هضمي جهاز د ډیرې عمومي رونځورۍ څخه دی د مرۍ درد د زړه د درد نو سره مغالطه کیږي او دا چې د بې درده وینه ورکولو سره ځان ښکاره کوي. څرنګه چې اوزوفاجایتس سطحي مخاطي غشا اخته کوي نود اکسریز پواسطه معلومیداي نه شي یواځې د اندوسکوپي پواسطه د ویني ورکولو منتشري قرحي په ډیره اساني سره معلومیږي.

د مرۍ سکومس اپیتیلیم نسج په ډیره اساني سره هضمیږي نو ځکه د نسج ځاي اکثرأ د مرۍ او معدي په اتصالي ناحیه کښي زیات لیدل کیږي دا ډول افت معولاً د مرۍ په آخري برخه کښي چې سکومس اپیتیلیم نسچ د معدې د افرازاتو د ریګورجیتیشن سره مخامخ دی، منځ ته راځي کله دا بهر قوس ته نژدي په مرۍ کښي تضیق او التهابي و تیره د لیدني وړ ده اوداسي فکر کیږي چې پدغه ناحیه کښي سکومس ایتیلیم د میتا پلازیک مخاطي غشا پواسطه اشغال شویدي اودا برخه د پتیک هضم له پاره ډیره مقاومه ده. دغه افت یوازې د بیوپسي پواسطه معلومیږي. هر اوزوفجایتس د سکارینګ او تضیق په لور پرمختګ کوي د سالیم تضیق اندوسکوپي منظره وصفي ده خو خبیثه واقعه مونږ د غلطی سره مخامخ کوي.د متضیقي ناحیي بیوپسي د خبیثه واقعاتو د معلومات له پاره ګټور تمامیږي ښه لاړې برش سیتولوژي او اکزوفلیاتیف آزموینه ده. د توسع ورکول د ډاډ وړ اقدام دی چې ړومبي نرم ارتجاعي سیم د اندوسکوپ د څنګ د چینل څخه داخلیږي اودا کار په غړولو سترګود څارني لاندي

www.ketabton.com

صورت نیسي له هغي اندسکوپ ایستل کیږي بیا د فلوروسکوپیک کنترول لاندې لوی زیتون مانند ه سامان داخلیږي.

پپتیک قرح:

داخبره اوس ښکاره شویده چې دایزوفاجیل ګسترو ډیوډنوسکوپي دمعاینه نظر د اکسریې معاینې ته ډیره رښتیني عملیه ده او دپپتیک قرحي د کشف له پاره بریالي میتود دی.

که چیرې ناروغ د هضمي جهاز د علوي برخي حاد نزف ورکړي وي او عاجلي جراحي مداخلي ته ضرورت ولري چې دا کار د لامعلوم باریوم میل لخوانا ممکن دی.

دبلي خوا که چیرې قرحه په اور ګلاس معده کښي اویاد اثنا عشر په بصله کښي ځای ولري دغه مودرن آله هم نشي کولي چې دا ډول قرحه څرګنده کړي خو فایبرواندوسکوپیک آزموینه دا ډول وړوکي قرحي د بصلي د خلف اود ګسترکتومي وروسته پیداشوې قرحي میدان ته راوباسي. چې دغه دواړه ډول قرحي په اکسریز کښي نه معلومیږي.

کانسر:

د هضمي جهاز د علوي برخي کانسر د اندوسکوپیک معاینې پواسطه ښکاره کیږي خصوصاً که چیرې د کانسر کتله غټه اویا نشونما د لومن په داخل کښي صورت نیولي وي. د بلي خوا نشو کولي چې وړوکي کانسر خبیثه قرحه انفلتراتیف کارسینوما ددې عملیې پواسطه وګورو. لیکن د بیوپسي سامان چې پدې آله کښي موجود دی داخل او

www.ketabton.com

پارچې اخستل کیږي شاید په څو بیوپسي کښې یوه بیوپسي کې کانسر ښکاره شي.د شکمنې ناحیې څخه د الکتروکویټري پواسطه غټه پارچې اخستل کیږي چې داکار تشخیص آسانه کوي.تجربه او بیوپسي د ټاکلو ځای تشخیص د ربښتیا والي خواته راکاږي اوهمدارنګه د سایتولوژۍ معاینه د تشخیص ملاتړ کوي دانا ممکنه خبره ده چې د ګروس منظري له نظره او زوفاجایتس او ارتشاحي کانسر په مرۍ کښې معلوم کړو. د کانسر د ناروغي بیوپسي شاید یوازې التهابي و تیره ښکاره کړي چې داډول شکمن افاتو په هکله سیتولوژي آزموینه غو څه پریکړه کوي ټول مزمن التهابي حالت د مرۍ د کانسر له پاره مساعده زمینه برابروي د پپتیک قرحي یوالي د سلیمي او خبیثي قرحي د اندوسکوپي اورادیولوژي له نظره ګران کار دی ځکه خبیثه قرحه هم کله کله ښه والي مومي . حقیقي تشخیص یې د پورتنیو معایناتو پورې اړه لري د معدي پولیپ ددې معاینې پواسطه نه معلومیږي ځکه په مخاطي غشا کښې پټ دی. که امکان ولري باید وویستل شي او هستالوژیک معاینې ته تیار شي. که قطره یې د دوه سانتي متر څخه زیات وي کانسر ته ډیر نژدې دی اوپه ۵۰ سلنه پیښو کښې داپولیپونه کار سینوما منځ ته رواړي.

د هضمي جهاز د پورتني برخي نزف

په لمړنیو ۴۸-۲۴ ساعتونو کښې اندوسکوپي ډیره ګټوره معاینه ده کله چې نزفي ناحیه ولیدل شوه نو مونږ کولي شو چې ډیره بیړه د تداوي په اړه ګام واخلو سطحي تقرحي ناحیه چې وینه ورکوي د اکسریز پواسطه لیدلي نشو لکه :اوزوفاجایتس

www.ketabton.com

مـالوري ويـس سـندروم، ایروزیف ګسترایتس اود روحـي فـشار سـطحي قرحـي او تلانجیکتازیـا) اوشـاید هغـه ناحیـه چـې د اکسریز پواسطه معلومیږي هیڅکله نزفـي ناحیه نه وي نو ځکه یوازې اندوسکوپي کولي شي چې نزفي ناحیه په ربښتیا سره څرګند کړي. د اندوسکوپي وخت تر مناقشي لاندي دی یوه ډله خلک ددې پلویان دي چې په لمړیو ۲۴ ساعتواندوسکوپي ربښتیني تشخیص منځ ته راوړي او ټول موافقه لري چې اندوسکوپي تر هغه وځنډوي ترڅو چې د ناروغ ویټل ساین نورمال حد ته راوګرځي. که چیري امکان ولري د نزف دکمیدو پوري ددې عملیي ځنډ په کاردی اوپه دغه ډول شرایطو کښي تشخیص آسانه کیږي. علوي اندوسکوپي هغه وخت ډیره مطلوبه عملیه ده چې ناروغ د بیداري په حالت کښي د ویني ورکولو په اول ورځ چې د اندوسکوپي مکمل تیم حاضر وي، عاجله اندوسکوپي په هغه ناروغ کښي لاژمه ګڼل کیږي چې زیاته کتلوي وینه او یا مکررنزف یي بیل کړي وي او باید یو هماغه شپه اندوسکوپي اجراء شي ترڅو چې د رنځور د تداوي په هکله غوڅه پریکړه ترسره شي. محافظوي اندوسکوپي په ۸۰-۸۵ سلنه شخیص یقیني کوي. اندوسکوپي د نزف د اصلي ځای اودهغي ویني په منځ کښي چې له بل ځایه معدی ته داخلیږي شوی وي جلا تشخیص کوي. ددې مقصد له پاره د معدې یوه برخه باید پریمینځل شي په رنځور کښي مری معده اثنا عشر ټول لټول کیږي اوکه چیرې اکسریز اجراء شي د مرې وریسونه دوه په درې واقعاتو کښي ښکاره کیږي، اندوسکوپي کولي شي د تقرحي ګسترایتس نزف په

www.ketabton.com

ګوته کړي- د مثال په ډول-که چيري په مری او معده کښي وينه نه وي نوتازه تکه سره وينه د اثنا عشر څخه راغلي ده.

نور استطبابات:

اکثراً هغه ناروغان چې عسرت بلع لري اوزوفګوسکوپي ضروري ده او کيداې شي چې افت اورګانيک منشه ولري اود اکسری څخه پټ پاتي شي. د اوزوګوفاسکوپي په وخت کښي د معدی د جدار څخه پازچې اخستل د مونيليا هيرپتيک او سايتو ميګالو ويرس له پاره ګټور تماميږي په هغه تقرحي واقعاتو کښي چې د سوځندهٔ موادو له کبله پيداکيږي د ساحي د پراختيا معلومات له پاره ګټور ده.

اجنبي مواد د مری او معدی څخه د همدې آلي پواسطه پرانستلي شو،وروسته د معدې د عملياتو څخه د کارسينوما معلومات له پاره ګټوره عمليه ده همدارنګه د بيا قرحي پيدا ښت استوماتضيق ددي پواسطه معلوميږي که چيرې د بصلي سوروالي او بي نظمي او نوډولاريتي وښودله تشخيص ډيوډينايتس دی. د اثنا عشر څخه د نزف راتلل ته (ايروزيف ډيوډيناتيس) هم وايي خصوصاً په هغه پيښه کښې چې ناروغ سپرين خوړلي وي زيات د ليدنې وړ دي. ناډولر او ياتنګ شوی اثنا عشر د ګرانولوماتوز افت پورې اړه لري او بيوپسي شايد قرحه د کرون ناروغي څخه تفريقي تشخيص کړي.

اندوسکوپيک ريتروګريد کولا نجيوپانکراتوګرافي(ERCP):

پاپيلا اف واتر کالوري کثيفه مواد ددې لارې بايد زرق شي د پانکراس قنات او بيلری دندې د راديولوژي پواسطه معلوميږي دا عمليه د اکسری د ميز د پاسه صورت

www.ketabton.com

نیسي او رو فرینگس د لیدوکایین پواسطه بي حسه کیږي او ناروغ ته د وریدي لارې دیازیپم ورکول کیږي اتروپین او glucagons اثنا عشر د هاییوتونیاپه مقصد د وریدي لارې باید زرق شي د پانکراس قنات اول ښکاره کیږي اوپدغه وخت کښي په ډیر دقت سره دوه نه تر پنځه سي سي کثیفه مواد زرق کوو ترهغه وخته پورې رومبي شاخچي ښکاره او ناروغ د درد څخه ګیله من وي.

د زیاتي ډکیدو څخه مخنیوی په کار دی کله چې ټول صفراوي طرق د کثیفه موادو پواسطه رنګینه شو د صفراوي کثوړې په شمول د لیدني وړ دی.تراوسه پوری د پورتني معاینې قطعي استطباب معلوم نه دی خوبیاهم د هیپاتوبیلري سیستم د ناروغي له پاره ډیر ګټور تمامیږي دا عملیه د زیان څخه خالي نه ده نو ځکه باید یوائي دا عملیه د جراحي عملیاتو په منظور اجراء شي. وروسته ددې عملیي څخه په ۳۰-۴۰ واقعاتو کښي د سیروم امیلاز سویه لوړه ځي خو کوم کلنیکي اهمیت نه لري په یو فیصد واقعاتو کښي پانکراتایتس منځ ته راځي خودا افت سلیم او پخپله ښه کیږي د مور تالیتي اندازه ۲،. او موربیډیتي ۳ فیصده ده که چیرې ډاکتر مهارت ونه لري د اختلاطاتو سویه ۷ فیصد ته رسیږي او مهم اختلاط د منتن کثیفه موادو بندش دی چې په انسدادي ناحیه کښي منځ ته راځي او د کولانجیایتس او د پانکراس د انتان سبب کیدایشي. ټول هغه ناروغان چې د قنات بندش او د کثیفه موادو انسداد ولرې په فورې ډول د انتي بیوتیک ورکول اود دریناژ ورته لازمیږي چې داکار باید په لمړنیو ۱۲ ساعتو کې ترسره کیږي.

www.ketabton.com

ریتوګرد کولا نجیوګرافي:

دا عملیه په هغه ناروغ کښي چې ژیړی لري او تشخیص یې شکمن وي تراجراء لاندې نیول کیږي او همدانګه د جراحي او طبي تداوي کونکي ژیړي د توپیري تشخیص له پاره ډیره ګټوره عملیه ده. تقریباً په ۱۵ فیصد واقعاتو کښي هغه ژیړي چې مونږ ګمان کوو چې دطبي درملنې سره به ښه والي ومومي وروسته ددې عملیی څخه معلومیږي چې ژیړي خارج کبدي منشه لري او د جراحي تداوي ته اړین وي.پدې عملیه کښي د کامن ډکټ ډبره د صفراوي کڅوړی ډبره، سلیم تضیق او کله کله د غوښیدو وړ ډکتل کارسینوما ښکاره کیږي. هغه ژیړي چې د کبدي افاتو شک وربانديې وي لکه سکلیروزینګ کولانجایتس او پرایمر سیروزس ددې عملیې پواسطه یې توپیري تشخیص کیږي. دا میتود د هغو ناروغانو په پیژندنه کې چې دصفراوي لارې دعملیات څخه وروسته ورته درد ، کولانجایتس او یاکبدي وظیفوي خرابوالي پیدا شوی وي هم ګټور تمامیږي همدارنګه د عملیاتو وروستني بندوالی او د هغې اناتومیک ناحیه ددې عملیې پواسطه ښکاره کیدلی شي.

ریتروګرید پانکریاتوګرافي:

دا عملیه د مزمن عود کونکي پانکراتایتس ، سست د پانکراس د لکي افات او ډکتل پتالوژي له پاره کارول کیږي. هغه ناروغان چې د پانکریاتیک کارسینوما ګیلې، نښې اولابراتواري ازموینه کې ناسمی ولري پانکریاتوګرام ورته اجراکیږي. د قنات تنګوالي یا غوڅه شوی ټوټه په کارسینوما دلالت کوي. د پانکریاتیک قنات دا ډول

www.ketabton.com

ليدنه د التهايي و تيرى څخه په سختى سره توپيري تشخيص کيږي. هغه ناروغان چې ستياتوريا ولري او درد په کې نه وي د ډکتل سيستم کتنه يې د مزمن پانکراتايتس او کارسينوما ښه ښکاره کړي چې ځني پيښې يي غوڅيدو ته اړه لري. پانکرياتوګرافي د ګيډې د مبهم درد د معلومولو له پاره ښه تست نه دی د پانکراس سست د بل ساده تست پواسطه لکه ايکوګرافي معلومولي شو او پانکرياتوګرافي د جراحي عملياتو څخه ړومبي د اناتوميک ناحيي څخه دخبرتيا لپاره اجراء کوو دا عمليي په يوائې د کارسينوما دکشف وعده نه ورکوي نو ځکه د ډکتل سيستم د مايعاتو سايتولوژيک کتنه يې مرستيال معاينه ګڼل کيږي. دا عمليه د امپولاواتر د معصرى د بريالي پرې کولو له پاره هم کارول کيږي او په هغه ناروغ کښې چې د جراحي د عمليي زغم ونه لري صورت نيسي مانومتري به يې ستونځمنه وي خو د پري امپولاد تضيق د روښانه ولو له پاره ښه لاره ده.

کولونو سکوپيک کتنه:

پدې عمليه کښې کولونوسکوپ په ټول اوږدوالي سره د مقعد څخه ترسيکوم پورې داخليږي او ټولې برخي کتل کيږي ۱-۲ سلنه کې دا عمليه هغه وخت تر اجراء لاندې راځي چې د باريوم اماله يو پوليپ يا تنګوالي او ياد ډکيدو نقصان ښکاره کړي اودا منظره په کارسينوما دلالت کوي همدارنګه ۱-۴ سلنه هغه خلکو کښې چې په غايطه موادو کښې وينه ولري دا عمليه اجراء کيږي اود بلې خوا د کولون په ټول التهابي ناروغيو کښې چې ټول کولون يي اخته کړی وي د پام وړ تشخيصه ارزښت لري دا

www.ketabton.com

ناروغان باید د معاینې له پاره چمتو شي د دوه ورځو له له پاره مایع غذایي رژیم اخلي وروسته له هغې د کتنې په سهار مګنیزیم سلفیت دمسهل لپاره ورکول کیږي له معاینې څخه رومبی ناروغ ته د کم مقدار دیازیپم یا میپیریدن سره د وریدي لارې ارامه ورکوو همدارنګه که وغواړو چې د کولون سپازم له منځه لاړ شي د داخل وریدي انتي کولینرجیک او یا ګلوکاګون ورکول ضروري دی که چیرې Vaso vagal Bradycardia پیدا شوه د اجانبي عرض د انتي کولینزجیک دوا پواسطه له منځه ځي.

د کولونوسکوپي عمده اختلاطات نزف او سوري کیدل دي موربیډیتي ۱،۳-۰،۵ سلنه او مورتالیتي ۰،۰۲ سلنه اټکل شویده. د پولیکتومي د اختلاطاتو اندازه ۱،۲ سلنه ده. اکثراً دا ډول اختلاطات د نوي ډاکټر لخوا په اولني ۴۰ پیښنو کښې راځي.

پولیپونه:

تقریباً په دری کولونوسکوپي کتنو کښې یو پولیپ ښکاره کیږي. پولیپونه د اکسریز په معاینه کښې هم لیدلي شو او تقریباً لس سلنه د اکسریز لیدل شوي پولیپونه د کولونوسکوپي پواسطه یقیني کوي او ۲۰ سلنه هغه پولیپونه دي چې لکی لري اود الکتروکیو ترې پواسطه ایستل کیږي هغه پولیپ چې قطریې د ۰،۵. سانتي متر نه کم دی یوازې بیوپسي کیږي ځکه د خباثت چانس یې کم دی.

هغه پولیپونه چې را ایستل شوي دي یوازې ۲-۴ سلنه پورې هستولوژي خبیث خواص لري ډیرسلیم پولیپونه د نزف غوره منشاء ده که چیرې پولیپونه د کولونوسکوپ له

www.ketabton.com

لارې ویستل شي دا کار ډیر لږ وخت نیسي مورتالیتي یې که او ارزانه تمامیږي دا باید ووایم چې اکثراً پولیپونه ددې لارې ایستلي شو.

د اکسرې له لارې دکانسر پلټنه:

ټول هغه د باریوم د ډکیدو نقصان د کولونوسکوپ پواسطه لټول کیږي که چیرې افت لکې داره پولیپ وي د هستالوژي له پاره يي راوباسي. که چیرې منظره يي د کانسر په څیر وه نو برش سایتولوژیک ازموینه د تشخیص د یقیني کیدو له پاره ضروري ده. که چیرې کارسینو ما د شک سره مخامخ شوه نو دټول کولون لټول دپولیپ او د بل کانسر له پاره حتمي ګڼل کیږي او دا کار د متعددې کولونوسکوپي سبب او دجراحي عملیات ورته په زیان تمامیږي تقریباً لس سلنه هغه واقعات چې اکسرې ورته کانسر وایي کولونوسکوپي يي دغه تشخیص ردوي.

د اکسرې پواسطه د تنګوالي ښکاره کیدل:

که چیرې په اکسرې کښې د هضمي جهاز یوه برخه تنګه ښکاره شي د اتیولوژي له نظره به یې تشخیص ستونځمن وي. او کولونوسکوپي یواځني میتود دی چې ادینو کارسینوما د نورو التهابي و تیرو څخه توپیري تشخیص کوي حتي ډیر وصفي (ایپل کور) افت چې د اکسریز پواسطه معلومیږي د کولونوسکوپي پوخت کښې د نورمال موکوزا سره پټیږي او یو خارج المنشه التهابي افت باندې دلالت کوي. د ۱۰-۲۰ سلنه پیښنو کښې پیداشوې برخه معلومیدی نه شي اودا شاید دکولون سپزم پورې اړه لرې.

www.ketabton.com

مزمن نسج (اکسریز او سګمویدوسکوپي منفي ده)

په ۲۵ سلنه داسي پيښو کښي کولونوسکوپي اجراء کيږي او په ۵۰ فيصد واقعاتو کښي د ويني بهيدنې لامل معلوميدالی شي ددې ډول نزف معمولي علت ادينوماتوس پوليپ ،ادينوکارسينوما اوکرون ناروغي ده. او اکثراً کارسينوما د غوڅيدو وړ ده اودا ګټه ناروغ ته د کولونوسکوپي له برکته رسيږي.

د امعا التهابي ناروغي:

د کرون ناروغانو د تشخيص له پاره کولونوسکوپي کارول کيږي اودا هغه وخت د پام وړ خبره ده چې په ناروغ کښي اکسريز منفي وي. خوړل شوي خطي قرحي چې قاعده يي په سپين بخن موادو او شاوخواء يي په نورمال موکوزا احاطه شوي ښکاري ډيره وصفي علامه ده. په Ulceratie colitis کښي د اخته شوي برخی اوږدوالی دکولونوسکوپي پواسطه ښه معلوميږي هغه رنځور چې د ۸ کالو راپديخوا په يولسراتيف کولايتس باندې اخته وي د کولونو سکوپي استطباب پرته له کوم شک څخه په کې شته ځکه پدي ډول رنځورانو کښي د کولون د کارسينوما ويره پيداکيږي. کولونو سکوپي کولي شي چې افت داسي مرحله کښي ښکاره کړي چې لاتراوسه هم د علاج وړ وي.

نوراستطبابات:

د سمګويد سکوپ په ځاي اوس لنډ فايبرو اوپتيک کولونوسکوپ استعماليږي اودانوي آله تر ۸۰ سانتي متره پورې ننوزي د بلي خوا نارامي لږه او تشخيصه ارزښت

www.ketabton.com

يې زيات دی. د کارسينوما د سګمنتل غوڅېدو څخه وروسته کولونو سکوپي د مخاطي غشا څرنګوالي او د بخی سره نژدي حالت او ګرانو ماتوز پیښي د معلوماتو له پاره اجراء کيږي او همدارنګه د جراحي له پاره د نورو افاتو لاربښودنه کوي او که وغواړو چې پوليپيکتومي اجراء کړو کولو ستومي ته ضرورت نشته.

Conscious Laprascopy

دا عمليه د هضمي جهاز د ناروغيو له پاره ډیر پخوا کارول کيدله مګر نن ورځ د استعمال ورې نه ده پدې عمليه کښې دموضعي انستيزيا لاندې نوموپريتوان او يا نا يترس اوکسايد په کمک دا تکنيک اجراء کولي شو کله چې لپراسکوپ د پريتوان جوف ته داخل شي د کبد زياته خارجي برخه ،صفراوي کڅوړه طحال،پريتونيم، د يافراګم اود حوصلي احشاء ښکاره کيږي.

Esophageal Diseases

اناتومي:

الف - کريکوفرنجيل معصره.

ب - باډی.

- يو پر دريې پورتنې برخه يې د ستریاتيد (مخطط) عضلاتو څخه جوړه شويده.
- يو پر دريې لاندينې برخه يې د ملسا عضلاتو څخه جوړه ده.
- په سکومس اپيتيليم باندې فرش ده.

ج - د مری د لاندينی برخي آخرني معصره.

د مخاطي غشا بڼه د معدی د غشا په اپيتيليم (کولم نار) فرش او بنديزي.

www.ketabton.com

Esophageal Disease

Dysphagia (دمرۍ دتیرولو ستونځه)

پیژندنه

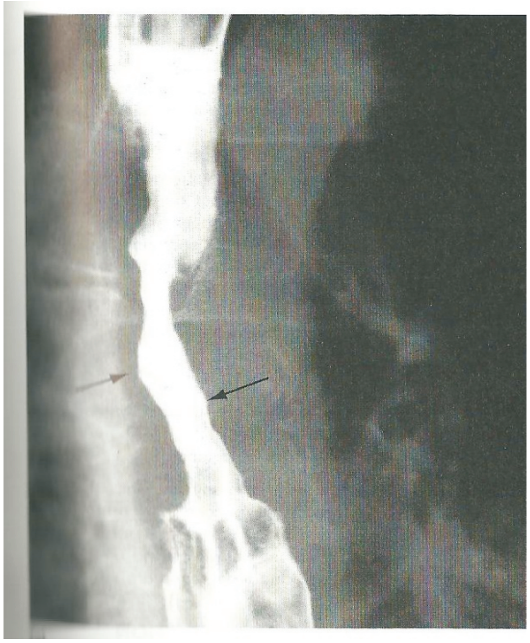
عسرت بلع هغه حالت ته وايي چې ناروغ دخوړل شوو شیانو په تیرولوکې ستونځې او مشکلات لري اونشي کولي چې خوړل شوي کپ په آزادانه توګه د معدې په لور ولیږي. دا حالت معمولاً د مرۍ د ناروغي او یاد هغې د دندو د ګډوډۍ څخه منځ ته راځي. عسرت بلع باید هیڅکله د روحي ستونځو په نامه یاده نه شي اودبلي خوایې هیڅ کله د ګولوبوس هستریکوس سره غلطه نه کړي (دا حالت د یوې کتلۍ او یاد تنګي د احساس څخه عبارت دی چې په حنجره کښې منځ ته راځي او د بلع کولو سره هیڅ رابطه نه لري).

۱- عسرت بلع اکثراً د مرۍ د لومن د تنګوالي له کبله چې د تومرو اویا التهابي و تیرې څخه پیدا کیږي منځ ته راځي. هغه ډیسفیژیا چې اورو فرنجیل منشه لري داسي وصف لري ناروغ نه شي کولي د مرۍ کپ د خولي څخه بهر ته راوغورځوي په نتیجه کښې د پزې لخوا ریګورجیتیشن او یادا چې دترخیا خواته اسپریشن ورکوي.

۲- اوزوفاجیل ډیسفاژیا: هغه ډول عسرت بلع ده چې ناروغ دقص هډوکي لاندې د مرۍ د بندیدلو څخه ګیله من وي. عسرت بلع معمولاً د افت د موجودیت له مخې د قص هډوکي لاندې سره اړیکي لري ګیلې یې د سینې په پورتنۍ برخه کښې، غاړه کښې ځای لري. همدارنګه ځنې هغه ناروغان چې افت د مرې په لاندیني برخه کښې ځای نیولي وي ګیلې یې د قص هډوکي په اخرني برخه کښې ځای لري.

www.ketabton.com

ډيس فاجيا شايد بې درده وي خو اکثراً خفه کونکي او حتې د خطر ډکه اعلاميه کيدايشي. حملات يې معمولاً تدريجي اويا په نوبتي ډول وي. په ځينو پيښو کې پيل ناڅاپه او خپل اعظمي حد ته رسيږي ځني غذاګاني لکه د غوايي غوښه او ډوډۍ لمړنی ستونځې دي چې ناروغان ورسره مخامخ دي او په تيرولو کښې مشکلات حس کيږي اودا ځکه چې الاستيک فايبر غذاګاني په پيداشوي ناحيه کښې په استداري حرکاتو فشار رواړي. بنده شوی مرۍ د اوبو څښلو پواسطه د تنګي شوی ناحيې څخه په زور تيريږي.



۱-۲ شکل: دمرۍ دتيريدو ستونزی دمری کارسينوما درملنه

www.ketabton.com

اتيولوژي

۱- عصبي عضلي تشوشات يې د ډير غوره اسبابو څخه شميرل کيږي.

الف- کارډيو و سکولر اکسيدنت(زودوبالبيورپلزي).

ب - پوليوميالايتس(بالبيور پلزي).

۲- دحرکي سيستم ناروغي لکه:

الف) ديفرتريک پولي نورايتس.

ب- مياستينيا ګراويس.

ج- مايوتونيک دستروفيا.

د- ډيستيريتيد مسکولرديس تروفيا.

هـ- درماتو مايوزايتس. (Dermatomyositis)

۳- تقرحي افات:

الف- فرنجايتس.

ب- وينسينت انجينا. (Vincent angina)

ج - مونيليا ستوماتايتس.

د- وايرس انفکشن.

هـ) پلومروينسن سندروم.(Pulmonary Vinson syndrome)

۴- د لومن تنګوالي:

الف- تومور.

www.ketabton.com

ب - ګرانو لوماتوز ناروغي.

ج - ذنکرر تج. (Zenker Diverticulum)

د - لويه تايروييد غده.

د اوزوفجيل ديس فيژيا اسباب:

۱- ميخانيکي تنګوالي.

الف- کارسينوما.

ب- ادينو کارسينوما.

ج - سليم تومورونه.

۲- التهابي و تيرى:

الف- ريفلکس اوزو فاجييتس.

ب - د تخرشي موادو خوړل.

ج - تومور او ياد سامان داخليدل.

۳- خارجي المنشه فشار:

الف- انوريزم.

ب- و سکولر ابنار ملتي.

ج - دمنصف تومورونه.

د- هياتل هرنيا. (Hiatal Hernia)

۴- حرکي تشوشات:

www.ketabton.com

الف- د مری سپزم.

ب- کارد یوسپزم.

ج- اوزوفجیل ریفلکس.(Esophageal Reflux)

د- سلیرودروما (Scleroderma).

توپیري تشخیص:

۱- که چیرې ناروغ عسرت بلع او Hiccup ولري افت د مری په آخرني برخه کښې موجود وي چې معمولاً په کارسینوما ، اکالیژیا اوهیاتل هرنیا دلالت کوي اودا رنځوری باید یو تر تربله توپیري تشخیص شي.

۲- همدارنګه که ناروغ عسرت بلع او د اواز په خپیدو باندې اخته وي دا ډول افت معمولاًد خبیثه و تیرې په پراختیا پورې اړه لری چې د Laryngeal Recurrent عصب یې ماوفه کړی او که چیرې ناروغ لمړی د اواز خپوالي او بیا ډیس فیژیا پیدا کړي دا ډول افت د اول ځل له پاره په لرنکس کښې ځای لري او وروسته له هغې یې مری ته پراختیا موندلې ده.

۳- که چیرې هم لرنکس او هم فرنګس په ناروغي کښې ماوفه شوی وي دواړه ډوله افتونه منځ ته راځي چې دا ډول ناروغي په پولیو میا لایتس ، درماتو مایوزایتس او واګوس عصب د نوکلیا د ماوفه کیدو سره ملګرتیا کوي.

www.ketabton.com

۴- که چیرې موټور سیستم اخته شي ناروغ په ګډه سره زودبولیر او بولبیر فلج باندې اخته دي. دا ډول ناروغان Dysphonia او ډیس ارتیریا دواړه لري د ژامی عکسه هایپر اکتیف ده او ژبه اتروفیک معلومیږي.

۵- که ناروغ Dysphagia او یو طرفه ویزینګ په سږو کښي ولري کیدایشي چې دا ډول افت د منصف د کتلي څخه چې معدی برانکوس باندې فشار راوړي دی او مری هم د فشار لاندې نیولي ده.

۶- که داسي ناروغان چې د هر خوراک پوخت کښي د ټوخي حملي پرې راځي دا افت پدې دلالت کوي چې د مری او ترا خیا په منځ کښي کومه لار شته او یا دا چې د موټور تشوش له کبله لارنکس نه تړل کیږي او خوړل شوي مواد سږ وته تیریږي او که چیرې ټوخي وروسته له هر خوراک څخه پیداشي دا ډول افت په اکالیژیا او ذینکر ډا یورتیکولا باندې دلالت کوي.

تشخیص:

دایینې پواسطه د خولي معاینه، د باریوم میل اکسریز چې میخانیکي انسداد او د موټور تشوش ښکاره کولي شي. همدارنګه بل تشخیصه تست ازوفګوسکوپي ده چې برسیره پر معاینه مستقیمه بیوپسي او د برش واش د سایتولوژي له پاره ګټوره ده او سایکولوژیک معاینه اهمیت لري. دبلي خوا د کثیفه مواد و خوارک او فلوروسکوپي د لومن داخلي فشار ښکاره کولي شي.

www.ketabton.com

تداوي:

د مربوطه افت تداوی کول اساسي ټکي دی.

درد:

د زړه سوزش او پایروزس د مری د درد ډیر عمومي اشکال دي. د زړه سوزش د سوي او یا تړلو په څیر وي او په متناوب ډول د موجي په شکل ترشي اوبه د حنجری خواته راځي او کیدایشي چې دا درد د ژامه خواته هم خپور شي. همدارنګه د خولي د لاړو د زیاتوالي سره ملګري کیږي. د زړه سوزش ۶۰-۱۰ دقیقي وروسته د خوراک څخه منځ ته راځي او درد هغه وخت چې ناروغ خپل ځان کوږ او یاد شاپه تخته څملي تظاهرکوي. علت یي د مخرشو موادو راتګ دی چې د مری مخاطي غشا د تخریش سره مخامخ کوي. همدا مخرش مواد د معدی د عصاری د هایدروکلوریک اسید پوری اړه لري. خو کله کله کیدې شي چې د وړو کولمو، د پانکراس عصاره او انزایمونه او صفرا له دې لارې مری ته داخله او ډیرزیات تخرشات منځ ته راوړي.

د مری درد د عسرت بلع سره ملګری وي او دا هغه وخت پیداکیږي چې ناروغ نشي کولي خپل کپ د تنګي شوي ناحیي څخه تیرکړی پرته لدې د مری درد زړه د سوزش څخه هم پیدا کیدای شي. شروع ناڅاپي او ډیر شدید وي او د پیل پوخت کښي د میوکارد یالانفارکشن خیال سرته راوړي. کله کله د قلبي اسکمیک د ناروغ په شان درد د چپي متي خواته خپریږي لیکن دا درد معمولاً د اپي ګستریک خواته انتشار کوي ، د شاخواته د مری درد ډیر کم وي.

www.ketabton.com

ارګمي کول:

ارګمي د فشار سره د معدی او یاد مری څخه د هوا ریګورجیتیشن دی که څه هم ارګمي د مری د لارې راوځي خود مری د مرضونو عمومي عرض نه بلل کیږي دا یو وظیفوي ګډوډي ده او کله کله د پپتیک، قلبي بایلري ترکټ ناروغیو سره ملګري کیږي.

ریګورجیتیشن:

د کانګو سره شباهت لري اودا هغه حالت دی چې معدی اویا مری محتویات بیرته خولي ته راشي. دا حالت دمری د سفلي معصری د خرابوالي او یا د اوزو فاګوس د انسداد څخه پیداکیږي.

Gastro Esophageal Reflux Disease

دا هغه حالت دی چې په عکسوي ډول د معدی محتویات د مری سفلي برخي ته را داخل شي (په نارمل حالت کې هم پیښیږي) ددې ناروغي اعراض د دری لاندني فکتورو پوری اړه لري.

۱- د مری د ښکتني برخي د معاصری څرنګوالي او دمری د ښکتني برخي سطح د موادو په مقابل کښي.

۲- د عکسوي موادو طبیعت او مخرشه توان.

۳- د مری د مخاطي غشا حساسیت د مخرشه موادو په مقابل کښي.

که څه هم پخوا داسي فکر کیده چې د اعراض د مری د التهاب پوری اړه لري چې ازوفاجیاتس منځ ته رواړي لیکن دا خبره اوس ښکاره ده چې ازوفاجیاتس د مخر شو

www.ketabton.com

موادو د تماس يو اختلاط دی چې وروسته پيداکيږي همدارنګه دمعصري څرنګوالي د ريفلکس د نشتوالي سره نژدی اړيکي لري.د ريفلکس اعراض معمولاً د معدی د اسيدي موادو د بيرته راتلو څخه پيدا کيږي. خو دا خبره هم ښکاره ده چې د اعراضو په پيدايښت کښې د صفراوی اسيد ريفلکس مهم رول لوبوي. بايل اسيد معدی ته او وروسته له هغي مری ته ننوزي، او دا کار هغه وخت منځ ته راځي چې وروسته د جراحي دعمليي څخه دپايلور د معصری بی وسی او يا د جراحي کوم بل بدلون راغلي وي.

ګيلې:

د زړه سوی ددې ناروغي ډيره وصفي ګيله ده چې د اپي ګستريک ناحيي د سوی اوياد د سترونوم د هډوکي لاندی د درد په څير پيدا کيږي او دسيني پورتنۍ برخي ته خپريږي. په وصفي ډول زړه سوی وروسته د غوړی غذا څخه منځ ته راځي او هغه وخت چې ناروغ خپل ځان کوږ کړي په ناروغ کښې ګيلې زياتيږي. همدارنګه که ناروغ د ملاستي او مخکې خواته انحنا پيدا کړي د زړه په سوی کښې لاژياتوالي ليدلي شو. د زړه سوی د ولاړی په حالت او ياد مايع د څښاک خصوصاً انتي اسيد پواسطه کراريدای شي. په تنده حمله کښې درد د غاړی خواته اوکله کله د ژامو په لور پرمختګ کوي او يا دا چې دواړه لاسونه نيسي دا ډول اعراض د انجينا پکتوريس منظره تمثيلوي، د زړه سوی که څه هم يو ډيره نارامه کونکي ګيله ده خو اختلاطات يي کم دي. دا عرض بايد د سيني د نورو دردونو او ازو فاجياتس سره توپيري تشخيص شي. په ځنو پيښو کښې کله چې ناروغ ويده وي ځني مواد د هايپوفرينګس خواته راځي او له دغه ځای څخه يې

www.ketabton.com

انسپریشن صورت نیسي ناروغ په ناڅاپي توګه د خوبه راپاڅیږي ټوخی کوي او داسپریشن موادو په واسطه د خفه کیدلو احساس کوي. که چیرې دا ډول حملات متکرره او وخیم وي لمړۍ نوموناټیس اوبیا د سږو فایبروزس منځ ته راوړي.

دریفلوکس ضد میخانیکتونه په لاندې ډول دي:

۱- دمری ښکتنی معصره چې دمری خواته دمعدې دمحتوي دبیرته راتللو څخه مخه نیسي.

۲- دمری هغه برخه چې دحجاب حاجز دپردې څخه تیریږي اوګیډې ته ننوځي د Valve په ډول ده چې دمری دښکتنی معصری دتون په زیاتوالي کې مرسته کوي.

۳- دمری دویمي استداري حرکتونه چې دمری په پاکولو کې مرسته کوي.

اپیدیمولوژي

د GERD لږ تر لږه ۱۵ سلنه ناروغانو کې په اونی کې یو ځل او ۷ سلنه (په تیره حامله ښځی) هره ورځ دزړه سوی او ریګورجتیشن څخه ګیله من وي او د ۴۸-۷۹ سلنه ناروغان یې ازوفاژایتس لري ددې ازوفاژایتس ۵ سلنه په هغو خلکو کې چې عمر یې د ۵۵ کلونو څخه زیات وي منځته راځي ددې ناروغۍ پیښې په دواړو جنسونو کې برابروي.

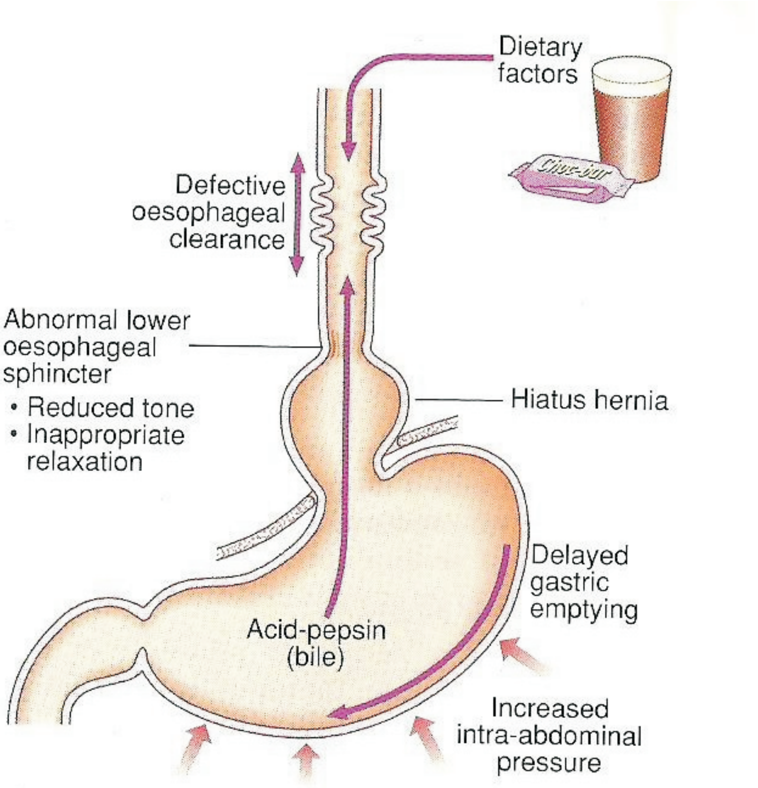
پتوفزیالوژي

د GERD په مینځته راتللو کې لاندې فکتورونه ونډه لري.

۱- دمری دښکتنې معصرې ابنارملتې

www.ketabton.com

هغه ناروغان چې په GERD اخته وي د مرۍ د ښکتنی معصری نورمال ټون کمیږي پدې وخت کې کله چې د ګیډې د ننه فشار لوړ شي دا ناروغۍ منځته راځي خو په نورمالو خلکو کې چې کله یې د معصری داسترخا پیښیدل ډیر وي ریفلوکس په کې پیداکیږي.



۱-۳ شکل: هغه فکتورونه چې د ګاسترو ایزوفاجیل ناروغی په منځ ته راتګ کې رول لري.

www.ketabton.com

۲- چوره يا هياتوس هيرنيا:

چې پدې حالت کې دمعدې يوه برخه په ګوګل کې ننوځي که دمعدې دغه برخه د حجاب حاجز دپردې له لارې ټټر ته ننوځي دسلايډينګ هيرنيا او که د ګاستروازوفاجيل جنکشن دننه شي دپارا ازوفاژيل يا رولينګ هيرنيا په نوم يادېږي.

هياتوس هيرنيا ځکه دريفلوکس لامل ګرځي چې دټټر او ګېډې ترمنځ دتوپيري فشار دمينځته راتللو سبب کيږي او هغه زاويه چې دکارديا او مرۍ ترمنځ ده له منځه ځي که دچورې سوري لوی وي دريفلوکس ګيلې منځته راځي.

په لاندې شکل کې هغه فکتورونه ښودل شويدي چې دګاستروايزوفاجيل ناروغۍ په منځ ته راتګ کې رول لري.

۳- دمرۍ دپاکيدو ځنډوالی: پدې حالت کې اوازوفاژايتس کې دمرۍ استداري حرکات نيمګړې وي اودمرۍ مخاطي غشا په پرله پسې توګه د اسيدو سره په تماس کې وي.

۴- دمعدې محتوي: دمعدې تيزاب په مرۍ باندې غوره تخريشي اغيزه غورځوي.

۵- دمعدې دتشيدو نيمګړتيا.

۶- دګيډې دننه فشار لوړوالی.

۷- خواړه او چاپيريالي فکتورونه لکه غوړ، چاکليت، سګرټ، کافي، الکول، نايتريت، انتي کولي نرجيک، بيتاادرينرجيک، امينوفيلين، کلسيم چينل بلاکر او سيلډينافيل دمرۍ دښکتنۍ معصرې د استرخاء لامل کيږي.

www.ketabton.com

توپيري تشخيص

GERD دلاندې ناروغيو سره توپير کيږي:

۱- دمرى حرکي ناروغی

۲- پيپتک ټپونه

۳- انجيناپيکتورس

۴- وظيفوي دس پيپسيا

۵- د درملو له امله مينځته راغلي ازوفاژايتس

۷- انتاني ناروغی دسايتوميګالو وايرس، هيرپس، کنديدا.

اختلاطات

۱- دمرى التهاب

۲- باريت ايزوفاګس: دايوه مالګتې ناروغی ده چې دځنډني ريفلوکس له کبله دمری سکواموز اپي تيليوم په کلومنار اپي تيليوم ميتاپلازيا کوي چې ۱۰ سلنه دځنډني ريفلوکس ناروغانو کې منځته راځي او د ادينوکارسينوما لپاره برابرونکی فکتور دی.

۳- دمرى سليم تنګوالی

۴- انيميا: که چيرې د ازوفاژايتس موده اوږده شي دځنډني وينې بهيدنی له امله د اوسپنې دکموالي وينه لږي لامل کيږي.

۵- Gastric Valvolus

www.ketabton.com

درملنه:

د درملنې موخه دګیلو کمول، دګریدلي ازوفاژیتس رغول او داختلاطاتو مینځته راتګ څخه مخنیوی دی.

دلږو ګیلو لرونکو ناروغانو درملنه په لاندې ډول کیږي:

۱- دژوند دبڼې بدلول (Life styel modification)

ناروغ باید درې ساعته وروسته د ډوډی دخوړلو څخه ځملي، خوب په وخت کې یې سر د ۲ انچو په اندازه پورته وي، په ګیډه باندې فشارونه لری شي، رومیان، سټریوس، میوی، مساله لرونکی خواړه، کافي، غوړ، چاکلیت، مرچ، انتي کولینرجیک درمل او کلسیم کانال بلاکر درمل ونه خوري. د ډوډی دخوړلو په وخت کې زیاتې اوبه ونه چښي. سګرت او الکول کارول پریږدي وزن باید کم شي د ډوډی دخوړلو څخه وروسته تږوغ نشي لږه ډوډی وخوړل شي.

۲- درملیزه درملنه: انتي اسیدونه، الجینات انتي اسیدونه (ګاوسیکان) H2 Receptor antagonist (لکه Cimetidine ۲۰۰ ملي ګرامه، Ranitidine او Nizatidine ۷۵ ملي ګرامه، یا Famotidine ۱۰ ملي ګرامه څخه دورخې یوځل) کارول کیږي.

دمنځني ګیلو لرونکو ناروغانو لپاره (ګیلې هره ورځ یا په اونی کې څو ځله پیداکیږي) اچ دوه رسپتور انتاګونست (سمیتدین ۴۰۰-۸۰۰ ملي ګرامه، رانتیدین او نیزاتیدین ۱۵۰ ملي ګرامه یا فوماتیدین ۲۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځله) ورکول کیږي.

www.ketabton.com

که اچ دوه رسيپتور انتاګونيست سره د ۱۴ اونيو په موده کې ښه والی پيدا نه شو نو inhibitor pump Proton (PPi) درمل لکه Omeprazol ۲۰ ملي ګرامه، Lansoprazol ۳۰ ملي ګرامه يا Esomeprazol يا Pantoprazol ۴۰ ملي ګرامه د ورځی يوځل د ۸-۱۲ اونيو لپاره ورکول کيږي وروسته لدې څخه درول کيږي. PPi دورځې يوځل کې ۸۹% او دورځې دوه ځلو کې ۹۵% اغيزمن دی.

۸۰ سلنه ناروغانو کې PPi د درولو سره ديوکال په موده کې په تيره اولو درې مياشتو کې ګيلې بيرته راګرځي چې په دې وخت کې داوږدې مودې لپاره درملنه کيږي.

هغه ناروغان چې شديد ازوفاژايتس، باريټ ازوفاګس، يا پيپتيک ستريکچر لري تر هغه پورې پي پي ای يا ايچ دوه ريسپتور انتاګونست ورکول کيږي ترڅو چې ګيلې ورکی شي.

۲۰ سلنه ناروغانو کې د ګيلو دغلي کولو لپاره PPi په لوړه اندازه (دوه يا درې واری ورکولی) شو. دمری څخه دباندی د ريفلوکس د ګيلو د ارامولو لپاره PPi دورځی دوه ځلي د ۲-۳ مياشتو لپاره کارول کيږي.

۱۰-۲۰ سلنه ناروغان دورځی يوځل او ۵ سلنه دورځی دوه ځلي د PPi سره ځواب نه وايي نو دا ناروغان بايد د زولينجرايلسن سندروم، د درملو له کبله دمری التهاب د درمل په وړاندې د زغم نه شتون او د PPi په وړاندې د ټينګار لپاره ولټول شي. همدارنګه دهمدې ناروغانو دمری PH کتل کيږي چې ايا ګيلې د اسيد ريفلوکس پورې اړه لري او که نه.

www.ketabton.com

کـه دمـری PH نارمـل وي نـو بيـا د ټيـټ دوز تـرای سـايکليک انتـي ديپريـسانت (ايمپيرامين يا نرتريپتالين ۲۰ ملي ګرامه) دخوب په وخت کې ورکول کيږي.

جراحي درملنه : په لاندې حالاتو کې ترسره کيږي

۱- که چيرې طبي درملنه اغيزمنه نه وي.

۲- هغه ناروغان چې پروتون پمپ نهی کوونکی درمل داوږدی مودی لپاره نه خوښوي.

۳- په هغه حالاتو کې چې ريګورجتيشن دناروغانو غوره ګيله وي.

تشخيص:

ددې له پاره چې تشخيص باوري شي بايد دامعلومه شي چې ناروغي په رښتيا سره ريفلکس ده او که خپله مري د هغې په مقابل کښي حساس ده او که نه؟ مهمترين تـست دمـری د داخلي برخي پي اچ معلومـول دي. کـه چيـرې معـصره ښـه وي د مـايع پـي اچ د مخصوص تست سره ۶-۵ پورې زياتيږي او که چيرې ناروغ په ريفلکس اختـه وي د مـری پي اچ په متناوب ډول ۱، ۵ – ۲ ته رالويږي. هغه خلک چې آزادانه ريفلکس لري پـي اچ هيڅکله د معدی داخلي پي اچ سره لوړه نه ځي. نور فزيولوژيک تستونه هم شته چې د مـریٔ اچ د ۱۲ سـاعتو لـه پـاره پـه مسلـسل ډول ريکـارد شـي. راديوګرافيـک معاينـه پـه ريفلکس ناروغانو کښي ۴۰ سلنه مثبت ده که چيری نـاروغ د ريفلکس ګيلی ولـري د اسيد په داخليدو سره درد پيداکيږي. اوکه چيرې سالين داخل کړو هيڅ درد منځ تـه نـه راځي او هغه درد چې د سيني د نورو اسبابو لـه کبلـه پيداشوی دی د اسيد اويـا سـالين په داخليدو سره هيڅ توپير نه پيداکوي.

www.ketabton.com

درملنه:

په درملنه کښي دوه هدفه شامل دي.

۱- د معدوي اسیدي موادو د ریفلکس څخه مخنیوی کول.

۲- د توغمناک موادو په مقابل کښي د مرۍ ساتنه .

لمړی هدف د معدی د محتویاتو د کموالي له مخي او همدرنګه د معصری د دندی د جوړیدلو له کبله لاس ته راتللي شي. ناروغ ته بایدوویل شي چې لږ ډوډي وخوري اود خوب څخه ۳-۲ ساعته ړومبي هیڅ غذا وانه اخلي. او ناروغ باید د هغي غذا څخه چې ډیسپپسیا او د زړه سوی پیدا کوي ډډه وکړي د شپي لخوا د ناروغ د بالښت سر ۶-۴ انچې باید جګ ووي چې د ریفلکسي موادو دی بیرته راتلو څخه مخنیوي وشي. که څه هم انتي کونلرجیک د معدی افرازات کموي خودا درمل دریفلکس ازوفاجایتس د درملنې له پاره نه کارول کیږي ځکه چې ددې دوا قوی دوز د الکالین موادو افراز هم کمولي شي او دبلي خوا د مری د لاندیني معصری ټون کموي او همدارنګه د مری پرستالتیک حرکات له منځه وړي. ددوهم هدف د منځته راوړلو لپاره د ۳۰-۱۵ څاڅکو پورۍ غلیظ انتي اسید لکه المونیم هایدروکساید هر یو ساعت بعد ناروغ ته ورکوو. درمل باید راساء داخل او نور مواد باید تیرنشي وروسته د دوو اونیو څخه د دوا اخستلو شمیر کمیږي ځکه د مری مخاطي غشا د توغمناک موادو په وړاندې ټینګار کوي. که چیرې اعراض ډیر شدي وي او انتي اسید د ناکامي سره مخامخ شي بیتا نیکول (یورو کولین) ۲۵ ملي ګرامه د ډوډی څخه ړومبي او د خوب پوخت کښي ورکول

www.ketabton.com

کيږي. دا دوا د مرۍ د ښکتنۍ معصرې تون زياتوي اود ريفلکس اعراض له منځه وړي.

بله ګټه يې داده چې معده په چټکۍ سره خالي کيږي چې داکار د صفراوي اسيدونو راتلل کموي.په آخر کښې وايم چې ډير چاغ او غټ سړي ته د وزن بايللو توصيه ګټوره تماميږي.

Chronic Reflux Esophagitis

دا حالت د مرۍ د مخاطي غشا التهاب دی چې د معدې د تيزابو او يادکولمود الکالين مواد له کبله پيداکيږي. يوپر ځلور هغه رنځوران چې ډيرې تندې ګيلې لري د مرۍ بيوپسي نورمال ښکاري او ۲۰ سلنه د مرۍ په مخاطي غشا کښې يو بدلون په ګوته کوي چې دالتهابي و تيرې بڼه لري، همدارنګه دا ناروغي ددې توان لري چې د مرۍ د ښکتنۍ برخې د ډيرې پراختيا او سکومس اپيتليم تخريباتو سبب شي. کله چې دا ډول ازو فجايتس ښه والي ومومي نوسکومس اپيتليم په کولم نارا پيتليم باندې بدليږي که چيرې ازو فجايتس دوامداره شي يو التهابي بندوالی منځ ته راوړي.

ګيلې:

ددې رنځورې ګيلې د ريفلکس ازوفجايتس ګيلو په څير دي په ځنو ناروغانو کښې د زړه سوی دومره شديد وي چې ناروغ نشي کولي يخه او يا ګرمه اويا ډير لږ اسيدي غذايي مواد وخوري ځکه چې د تند درد د پيدايښت سبب ګرځي اوپه آخر کښې ديسفاژيامنځ ته راوړي. دمړی دتيرولو ستونزه زياته د تيزابو له امله چې د مرۍ سپزم منځته راوړي پيداکيږي. په ځينو نورو ناروغانو کښې پخپله التهابي بندښ د ډيس

www.ketabton.com

فیژیا اصلي لامل کیږي په آخره کښې د مل نوتریشن ګیلې او د ویني د ضایع کیدلو نښې د لیدني وړ دي.

تشخیص:

دا ناروغي د کلینکي رادیو ګرافیک او ازوفاګوسکوپي له مخي پیژندل کیږي لیکن معمولاً د مری د مخاطي غشا د بدلون پواسطه ښه تشخیصیدای شي. اودا توپیر او بدلون په بیوپسي کښې لټول کیږي ازوفاجایتس شاید لمړني و تیره نه وي ممکن دبل ډول ناروغي له کبله لکه پپتیک قرحي کانسراوسکیلرو درما څخه پیداشوی وي.

درملنه :

درملنه د ریفلکس ازوفاجایتس په څیره ده که چیرې اعراض ښه تداوي شي په ناروغ کښې د التهابي و تیرې څخه وروسته کوم بندښ نه پیدا کیږي. که چیرې اعراض په دې شپږو میاشتو کښې د طبي درملنې پواسطه جوړ نه شي جراحي تداوي ته اړتیا دی. د جراحي له نظره بیلزي هیل اونیسن عملیات ښه نتیجه ورکړی ده دا ضروري ده چې ماوفه برخه غوڅه اود کولون یوه برخه انترپوز شي.

Hiatal Hernia

هیاتل هرنیا هغه حالت ته وایي چې د مری یوه برخه د حجاب حاجزي فتق له لارې سیني ته داخله شي د کلنیکي له نظره په دوه ډول ویشل شویده:

یوه هغه ډول دی چې هغي ته رولنګ یا پارا ازوفاجیل او دوهم ډول ته یي سلایډنګ یا ډایرکټ حجاب حاجزي فتق وایي.

www.ketabton.com

په لمړي ډول کښي د معدې کارديا د فتق له لارې داخل اود مرۍ او معدې د اتصالي برخې څنګ کښي ځای نيسي. په دوهم ډول کښي دمعدې او د معدې او مرۍ اتصالي برخه دواړه سيني ته داخليږي چې پدي حالت کښي دګستروازوفاجيل نښتي برخه دديافرګماتيک فتق څخه پورته ځای غوره کوي دغه ډول ځای نيول د مري اوږد والي لنډه وي خوپه رښتينی ډول لنډ والي ډير کم د ليدني وړ وي ډير داسي فتقونه مخلوط او د دواړه ډولو اعراض پکښي موجود وي. سلايډينګ هرنيا ۱۰-۳ چنده زياته ليدل کيږي رولنګ هرنيا معمولاد ښځو ناروغي ده تقريباً لس ځله په ښځو کښي نظر نرانو ته زياته ده.

ګيلې:

د سلايډينګ هرنيا ګيلې د ريفلکس ازوفاجايتس د ګيلو په څير دي. هغه ګيلې چې د معدې د رولينګ او مخلوط فتق کښي منځ ته راځي ډير لږ دي په ډيرو کمو واقعاتو کښي ناروغ ډاکټر ته د ستوماتنيا څخه چې د فتق د اختناق څخه پيدا شوی وي راځي که څه هم دا ناروغان مزمن او يا حاد نزف ورکوي په علت يي د ماوفه ناحيې د مخاطي غشا زخمي کيدل، پپتيک قرحه او يا ازوفجايتس دی، او دغه ټولې ګيلې او نښې په ديافراګماتيک هرنيا کښي ليدلي شو.

دسلايډينګ هرنيا اساسي اختلاطات ګسترو ازوفاجيل ريفلکس او پپتيک ازوفجايتس دی.

www.ketabton.com

تشخیص:

تشخیص یي د ریفلکس د اعراضو له مخي ایښودل کیږي، لیکن رښتیني تشخیص یي د رادیوګرافي شواهدو په اوړو اچول شویدي په یوه ساده رادیوګرافي کښي چې د معدی طبعي ځای بل ځای ته تیله شوی وي معلومیږي.
د ساده اکسری په لس سلنه پیښو کښي د هیاتل هرنیا فکر سرته راځي. که چیرې د باریوم میل اکسری اجراء شي او ۷۰ سلنه پیښو کښي د افت ښکاره کیږي. د اعراضو پیدا ښت ۱۷-۳۰ سلنه پیښوکښي په مختلفو ډولونو میدان ته راوځي.

توپیري تشخیص:

ددغه لاندنیو ناروغیو سره توپیري تشخیص په کاردی:

۱- د اکلیلي شرایینو عدم کفایه.

۲- د صفراوي کولیک .

۳- پانکراتایتس

۴- د معدی او اثناعشر قرحه.

۵- د مری تشوشات.

درملنه:

د درملنې اصلي هدف د ګسترو ازوفاجیل ریفلکس کموالي دی که چیرې رولینګ هرنیا د مری د ابسترکشن سبب شي جراحي مداخلي ته یې ضرورت پیښیږي. او

www.ketabton.com

همدارنګه تنفسي اختلاطات،تثقب، مکرر نزف ټول هغه پیښې دي چې د جراحي تداوي یې یواځني بریالي لاره ګڼل کیږي.

Infectious Esophagitis

کلینیکي بڼه

دانتاني ازوفاژایتس ګیلې عبارت دي له دسفاژیا ، او ډینوفاژیا ، او دټټر دهډوکي لاندې درد څخه. دکندیدا البیکان ډیری ناروغان ګیلې نه لري، پېښونه په کندیدا البیکان کې ۷۵ سلنه او په وایروسي ازوفاژایتس کې ۲۵-۵۰ سلنه وي. په سایتومیګالو انتان کې پر ازوفاژیتس سربیره ښایي دبدن په نورو برخو کې لکه ریتنا او کولون کې هم پتولوژي موجود دی. دهیرپس سمپلکس ازوفاژایتس سره کله کله د شونډو پېښونه (Herpes labialis) هم مل وي.

لابراتواري پلټنې:

دناروغۍ دپوره تشخیص لپاره اندوسکوپي سره بایوپسي او برش (دمایکروبیولوژیک او هستولوژیک کتنو لپاره) ترسره کیږي.دکندیدا البیکان ازوفاژایتس په اندوسکوپي کتنه کې په مری کې خواره خطي، سپین،ژیړ رنګه پلاکونه چې دمخاطي غشا پردې پورې نښتی وي لیدل کیږي. چې دا پېښونه په سایتومیګالووایروس کې د یو څخه تر څو دانو پورې وي خو په هیرپس ازوفاژایتس کې بې شمیره کوچني ژور پېښونه وي.

www.ketabton.com

درملنه

الف: کاندیدال ازوفاژایتس

۱- د اورو فرنجیل کاندیازس لپاره Clotrimazole ترشونه (۱۰ ملي ګرامه دورځی پنځه ځله په خوله کې کارول کیږي) یا نستاتین (۵۰۰۰۰۰ یونټه دورځی پنځه) دخولی له لارې دغذا دخوړلو پرهیز او دانلجزیک زرقول توصیه کیږي.

۲- دمری کندیدیازس لپاره پراخه اغیزه لرونکي انتي فنګل لکه فلوکونازول ۱۰۰ ملي ګرامه دخولی له لارې دورځی یو ځل د ۱۲-۱۴ ورځو لپاره کارول کیږي.

که چیرې د ۷-۱۴ ورځو په موده کې درملنه ناکامه شوه نو ا ندوسکوپي د برشنګ بایوپسي او کرنی سره ترسره کیږي. ترڅو کوم بل انسان (سایتومیګالو وایروس یال هیرپس وایروس) نه وي.

دفلو کونازول دناکامی په صورت کی د Itraconazole سسپنشن د ورځی ۲۰۰ ملي ګرامه یا واري کونازول ۲۰۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځله کارول کیږي. که چیرې ددې سره هم ښینګار رامینځته شي نو بیا درګ له لارې Caspofungine دورځی ۵۰ ملي ګرامه یا امفوتیراسین بي دورځی mg 0.7-0.3 نظر په کیلو ګرام وزن دبدن کارول کیږي.

ب: سایتومیګالووایروس ازوفاژایتس:

Ganciclovir پنځه ملي ګرامه په کیلو ګرام وزن دبدن دورید له لارې هر دولس ساعته وروسته د ۳-۲ اونیو لپاره ورکول کیږي. نتروپنیایي اړخیزی اغیزی دي. کله چې ګیلې

www.ketabton.com

ورکی شوی دخولی د لارې Valgoanciclovir ورپسی ورکول کیږي چې **۹۰۰** ملي ګرامه دورځی یوځل کارول کیږي.

که چیرې ناروغ ښه نه شو اویا ګڼ سایکلوویر یې زغملای نشو نو Foscarnet **۹۰** ملي ګرامه په کیلو ګرام وزن دبدن درګ دلارې هر دولس ساعته وروسته د **۳-۲** اونیو لپاره ورکول کیږي. ناوړه اغیزه یې دپښتورګو بې وسی، هایپوګلیسیمیا او هایپو مګنیزیمیا دی.

ج: هرپس سمپلکس وایروس ازوفاژایتس: معافیت لرونکي ناروغان چې ګیلې ولري تداوي کیږي. دوایرس مخه نیونکي درمل ته اړتیا نشته معافیت ځپلي ناروغانو ته اسایکلویر **۴۰۰** ملي ګرامه دخولی له لارې دورځی پنځه ځله یا **۲۵۰** ملي ګرامه په متر مربع درګ له لارې هر **۸-۱۲** ساعته وروسته د **۷-۱۰** ورځو لپاره ورکول کیږي.

Famciclovir **۲۵۰** ملي ګرامه دورځی درې ځلي او Valaciclovir یو ګرام دورځی دوه ځلي ورکول کیږي.

انزار

ډیر انتاني ازوفاژایتس داغیزمنی درملنې سره ښه کیږي که دبدن ټینګار ښکته وي ښایي ناروغی بیرته راوګرځي.

حاد ازوفاجایتس:

پدې ناروغي کښې د سترنوم د هډوکي لاندی تند درد پیداکیږي او مړي د تیرولو عملیه د ستونځو سره مخامخ او همدارنګه د پورتنی تنفسي لارې د انتاناتو سبب ګرځي.

www.ketabton.com

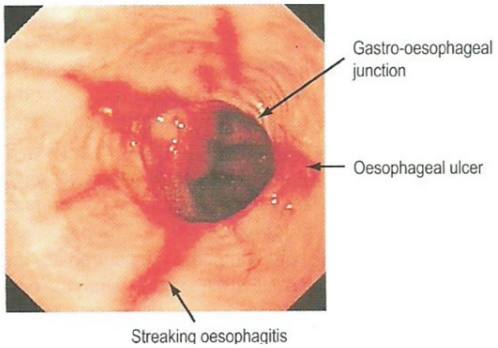
د مری شدید التهاب د نکروزس سره ملگرتیا کوي د مرکزي عصبي سیستم ناروغي ،پراخه سوختگي، تروما دا ډول افت پیدا کوي، خصوصاً هغه ناروغان چې شدیدی کانگي او دوامداره انتوبیشن اینبودل شوی وي ددې ناروغي مسولیت په غاړه اخلي.د بلې خوا د خولي هیرپتیک افات، سایتومیگالو وایروس او مونیلیازس په هغه رنځورانو کښي چې امینو سپریشن او یا دوامداره کورتیکو سترویید اخلي د اختلاط په ډول پیدا کیږي. خو تر ټولو مهم پتوجینیک فکتورونه یې اسکیمیا د کانگوتروما ، زیات اسیدي مواد او داسي نور دي.

همدارنگه د الکلي موادو قوي دوز د پراخه ستینوزس سبب کیدایشي. تداوي کې ځای شوي یواځي د اناجیزیک دواگانو زرق کول او د خولي له لارې د ۷ ورځو له پاره د غذا خوړلو پرهیز دی. د کورتیکوسترویید ورکول انتوبیشن اود قوي انتي بیوتیک تجویز لاتر اوسه د ناندریو لاندې دی.

Diffuse Esophageal Spasam

دغه حالت د مری کومه وصفي ناروغي نه ده لیکن یو حرکي تشوش دی چې د نورو اسبابو له کبله پیدا کیږي. دا حالت د کارد یا د انسداد او نور مسکولر تشوشاتو له کبله (دیابیتیک نوراپتي، میاپتي، لټیرل سکیلیروزس) منځ ته راځي، که چیری یو هم ددغه پورتنیو اسبابو څخه موجود نه وی هغي ته ادیوپاتیک ډول وایي.

www.ketabton.com



۱-۴ شکل: دمرۍ دالتهاب اندوسکوپیک منظره

په شدیدو پیښو کښې دا ناروغي د سټرنوم د هډوکي لاندې تند درداو ډیس فیژیا پیدا کوي. ځینې ناروغان یوائې دمانومتریک تشوشاتو سره مخامخ وي. پدې رنځور کښې لمړني استداري حرکات نورمال لیکن کله چې موجه د مرۍ آخرني دریمې برخې ته ورسیږي پرمختللي تقلص منځ ته راوړي چې اصلي علت یې د هماغه ناحیې سپزم دی. رنځوران یو پر درې پیښو کښې زیات فشار او دمرۍ د ښکتنۍ معصرۍ نامکمله استرخاء پیداکوي چې دا تشوش د اکالیژیا سره شباهت لري.

ګیلې:

عسرت بلع او د سټرنوم د هډوکي لاندې درد و نه په حملوي توګه منځ ته راځي اعراض د غذا د ډول له مخې نه پیدا کیږي بلکه د خفګان او فشار پوخت یې لیدلي شو مرۍ په سستیک برخه کښې بنده او یوائې د مرۍ فشار او یا سولولو پواسطه او یاد ریګورجیتیشن له کبله له هغې ځای ځخه راوځي. وروسته لدې حملي ناروغ د ډوډۍ

www.ketabton.com

خوړلو میز ته خپله مخه راګرځوي او ټوله غذا پرته له بلي حادثې څخه آخر ته رسوي. د وزن بایلل او اسپریشن نمونیا ددې ناروغي نادر اختلاطات دي. د قص د هډوکي درد شدید او حاد وي چې د انجینا پکتوریس د درد سره غلطیدای شي.

تشخیص:

هغه ناروغ چې عسرت بلع او د سیني درد لري باید د باریوم میل سره اکسریز اجراء او د ناروغي پراختیا او حرکي تشوشات ښکاره کړو. کیدایشي چې په دریمه برخه کښي ډیر لږ ابنار ملتي موجود وي چې پرته د استداري حرکاتو د خرابوالي څخه منځ ته راځي. د مری ښکتنی برخه ډیره خرابه او بدل شوي شکل نیسي او د کرلینګ یاد زودو دایورتیکولوزس او یاد تسبیح د داني په څیر معلومیږي.

درملنه

په درملنه کښي تر ټولو ړومبي خبره داده چې ډاډه شو چې د افت سلیم دی په دوهمه مرحله کښي د ګستروازوفاجیل ریفلکس اعراض د انتي اسید دواګانو، لږ خوراک، د خوب په حالت کښي د سرجګیدلو له لارو کم کړو. کله کله د ناروغ اعراض د ژبي لاندې له نیروګلسرین پواسطه کیږي. انتي کولنرجیک دوا تاثیر نه لری، د توسع ورکولو ګټورمیتود دی. د مری د آخرني برخي لانګوتیدینل مایوتومي هم ګټه رسولي شي او ډیر بریالي عملیات دی.

www.ketabton.com

Achalasia

اکالیزیا د مری تدریجي او په کراره سره د عسرت بلع پیدا ښت دی، او دې ته کاردیوسپزم هم وایي.خو دغه دواړه کلیمي ددې ناروغي طبعي خواص په بشپړ توګه نه شي بیانولاې.

په رښتیا سره اکالیزیا یو حرکي تشوش دی چې د مری دوه په دری ښولـه برخه یې اخته کړي ده. د مری د ښکتني برخي معصری فشار د نورمال څخه زیات دی. او دبلعي په وړاندې د لاندیني معصری رخاوت ناکامی وي همدارنګه معصره د ګسترین په مقابل کښي ځواب نه وایي، او برسیره پردی د بلعي د فعل په مقابل کښي د استداري حرکاتو غبرګون هم نشته او همدا علت دی چې په برازیل کښي دې ناروغي ته (اپریستلزس) هم وایي. په ځینو ناروغانو کښي د مری پراختیا او توسع لیدل کیږی چې هغي ته (میګا اوزوفاګوس) وایي.

د مری حرکي تشوشات د کولینرجیک تعصیب د خرابوالي له امله منځ ته راځي که څه هم ډیرپام د مری د پوست ګانګولونیک پاراسمپاتیک نیورون د مینتیریک ذفیري ځانته راګرځولي دی خو بیا هم پتالوژیک و تیره په دماغي سیستم او دواګوس عصب په خارج المنشه الیافو کښي هم لیدل شویدی.

د فارمکولوژي له نظره دا خبره ثابته ده چې د کولي نرجیک دوا ورکول د ماوفه نوروهیمورل تنبه په مقابل کښي ډیر شدید ځواب وایي. دا خبره ثابته ده چې د اکالیزیا ناروغي د کولینرجیک اعصابو د تعصیب د محرومیت نتیجه ده.

www.ketabton.com

پدې تازه وختو کښې معلومه شویده چې د مرۍ د ښکتنۍ برخې معصره که چیرې د پوست ګانګولونیک پاراسمپاتیک لارې تنبه شي د ګسترین په مقابل کښې ډیر شدید غبرګون ښکاره کوي.

په هغه ممالکو کښې چې د چګاس ناروغي زیاته ده د مرۍ ډې نرویشن ډیر وروسته د تریپو نوزیم کروزۍ له کبله پیدا کیږي.

اعراض:

دا ناروغي په هر عمر کښې دواړه جنسه اخته کوي. د ناروغي سیر مزمن دي د مرۍ د تیرولو دستونځو سره پیل کیږي، اودا ګیلې په کلونواو میاشتو کښې خپل پرمختګ ته دوام ورکوي. چې په آخر کښې رنځور ډنګر او ستومانه کیږي. په ځینو نور ناروغانو کښې درد نشته او یو شمیر نور د قص د هډوکي لاندې د خوراک څخه وروسته د درد احساس کوي. کله کله حملي ناڅاپي او بلع مشکلات منځ ته راوړي. اوپدي وخت کښې ناروغ ډیر خفه او غمګین وي ترڅو چې حملي شروغ نه شي دا ناروغي په خفي ډول خپل سیرته دوام ورکوي او په آخر کښې مرۍ تاو اوراتاو او پراخه کیږي. پدې وخت کښې کله چې ناروغ څملي د خولي لاړې او ټول شوي خوراکي مواد بیرته فرینګ او خولي ته راګرځوي که چیري دغه موادو انشاق شي نو متکرره اسپریشن نمونیا د اختلاطاتو په څیر څرګندوي که څه هم د غذا بندش په مرۍ کښې عمومیت لري خو د ازوفجایتس حادثي کمي دی. دباریوم دتیرولو په کتنه کې مرۍ پراخه او په پرمختللی حالت کې مرۍ سګموئیدي (Swan neck deformity) ښکاري. په فلوروسکوپي کې دوه پر درې

www.ketabton.com

لاندینی برخی حرکات له منځه تللی وي لمړنی برخه یې د مرغانو دمښوکی په شان تنګه شوی وي.

تشخص:

تشخیص په ډیره آسانه توګه د تاریخچې، رادیولوژیک ازموینې له مخې ایښودل کیږي چې د ناروغ سفلي مری تنګه شوي اوحرکي تشوشات ور سره ملګری وي په ځنو پیښنو کښې یواځې د مری سپزم معلومیږي چې وروسته د څو کلو څخه په اکالیژیا بدلیږي، ځنې داسي پیښې هم شته چې ناروغ دکارد یا ناحیې په کانسر اخته دی، اود مری خواته یې پراختیا موندلې ده ښه لاره داده چې د اوزو فاګوسکوپي پواسطه دغه دواړه ناروغي یو تربله جلا تشخیص کړو. په مانو متري کې دمری دښکتنی معصری فشار نورمال یالوړ وي. دمړی دتیرولو په وخت کې معصره استرخا نه کوي یا یې درجه او دوام کم شوی وي دمری فشار پورته وي داندوسکوپي پر مټ دسرطان څخه توپیري کیږي. CT سکن هم په همدې منظور ترسره کیږي.

درملنه

عرضي درمنله لکه سیدیشن نیمه جامد غذا، انتي کولینرجیک دواګاني او نایتریت دواګاني ګټه نه لري نایتروګلسیرین 0.3-0.6 ملي ګرامه د ژبې لاندې د ډوډی خوړلو څخه مخکې ایښودل کیږي، ایزوسوربیډ 5-2.5mg دژبې لاندې یا ۱۰-۲۰ ملي ګرامه دخولی له لارې د ډوډی خوړلو څخه مخکې ورکول کیږي. نفیدین چې دلنډی مودې لپاره ګټور دی د جانبي عوارضو له کبله یې کارول کم دی ۱۰-۲۰ ملي ګرامه دژبې

www.ketabton.com

لاندې یا دخولی له لارې د ډوډۍ مخکی ورکول کیږي. داندوسکوپي تر لارښوونی لاندې د بچولین توکسین دمعدی دمعصری په دننه کې زرقیږي دوامداره زرقولي یې د فایبروزس سبب ګرځي چې دکولینرجیک عصب فعالیت بندوي او ښه لاره داده چې په زورسره د مری د معصری توسع منځ ته راوړو. د مرکینوری ټیپ پوجي داخلول دغه پورتني مقصد ترسره کولي شي او په فوري ډول د بلع مشکلات له منځه وړي دا ضروري ده چې یو کڅوړه داخل او هوا پواسطه وپړ سول شي او میکانیکل توسع کوونکي آلي ورداخل کړو. که چیرې دا کار د فلوروسکوپي د کنترول لاندې اجراء نشي د مرې د څیری کیدلو لامل ګرځي. داتوسع ورکول په یوه کال کښې دننه د بلع مشکلات له منځه وړي او حتي ۷۵ سلنه پیښنو کښې د تل له پاره ورک کیږي که دښه پوه ډاکټر لخوا د نوموړي تخنیک ترسره شي نژدې **۸۵** سلنه ګټور دی سوري کیدل او وینه بهیدنه ددې کړنې اختلاط دی. دا باید وویل شي چې توسع ورکول د مری د حرکي تشوشاتو دښه والي سبب نه ګرځي بلکه یوائې د ښکتنی معصری نا استرخا او تقلصیه قدرت کموي او مری ته اجازه ورکوي چې خپل محتویات معدې ته داخل کړي او د بلې خوا د مری د لومن د زیاتي توسع مخنیوی کوي چې ددې لارې د اسپریشن نومونیا اختلاطات کمیږي کله چې مری ډیره زیاته متوسع او پراخه وي او ډیری کږی وړی اوتنګي ناحیي راښکاره کړي د توسع ضرورت نشته او باید د جراحي مداخلي څخه کارواخستل شي خو د بده مرغه هر ډول عملیات د ریفلکس ازوفاجایتس سبب کیدایشي چې داکار پخپل ذات کښې د اکالیزیا څخه زیات خطرناک دی که چیرې

www.ketabton.com

استطباب ولري د هیلرعملیات ښه نتیجه ورکوي او داکار په زور سره توسع ورکول ته شباهت لري او دابايد ووايم چې مايوتومي عسرت بلع اصلاح کولي نه شي.

د مری کانسر

ګیلې:

کله چې په رنځور کښې عسرت بلع پیداشي عاجله پیښه ده او بايد د مری د کانسر پلټنه وشي. هیڅ کانسر پرته له پانکراس څخه دا ډول خراب انزازنه لري ناروغ په اول کښې د جامدی غذا په تیرولو کښې د ستونځو سره مخامخ دي او د تومور د فشار له مخې چې د مری لومن يې بند کړی دی منځ ته راځي. په اولو وختو کښې عسرت بلع متناوبه او وروسته له شپږو میاشتو څخه په بشپړ توګه پیداکیږي. د قص د هډوکي لاندې درد اويا په شاکښې او ياد غاړی سره نادراء د اوزوفاجايتس اعراض کیدې شي موجود وي. لیکن دا ډول اعراض معمولاً دمری د کانسر د پراختیا نتیجه ده د وینې ورکول یا د خط په شکل او یاډیره زیاته وي.همدارنګه دمری ستینوزس که چیرې پیدا شي د مری د محتویاتو د ریګورجتیشن ویره شته.

د مری سکومس کارسینوما په ۵۰ فیصد واقعاتو کښې يو په دری پورتنې برخه اوپه۲۵ سلنه کښې يو په درې لاندینی برخه کښې ځاي لري هغه افت چې د مری د دوه په درې برخې څخه منشه اخلي د مخاطي غشا د سکومس ناحیې څخه منځ ته راځي او د نیمايي څخه زيات د آخرني برخې کانسر معدوی منشه لري او داپدې دلالت کوي چې د آخرني برخې کانسر معدوي منشه لري هغه افت چې د راديولوژی له مخې ښه نه

www.ketabton.com

معلومېږي د عملياتو پوخت کښي په ډاګه څرګندېږي چې افت د معدی څخه منشه اخستي ده.

دناروغي سير او ټګ لار:

فزيکي معاينه منفي ده،حتي په هغه ناروغ کښبي چې ډير پر مختللي کانسرلري پرته د مل نوتريشن څخه نوراعراض پکښي نشته که څه هم د لمفاوي عقداتو ميتاستاز دري په څلور پيښو کښي منځ ته راځي خو يوازي په پنځه سلنه پيښوکښي په سوپرا کلاويکولر ناحيه او يا نورو برخو کښي پړ سيدلي فتي لمفاوي عقدی حبس کولي شو.

په ۲۵-۲۰ سلنه پيښو کښي کبد اوسږي اخته کيږي او په رنځور کښي هيپاتو ميګالي او ياد سږو افت موجود وي نوری عضوی چې د ميتا ستاز د بريد لاندی راځي پښتورګي،هډوکي او ادرينال غدوات دي او کيدايشي چې د نيغ په نيغه په همسايه عضو باندی بريد وکړي او دراماتيک اختلاطات منځ ته راوړی لکه:

۱- ميډياستينايتس او د غاړی تحت الجلدي امفزيما سره يوځاي ليدل کيږي.

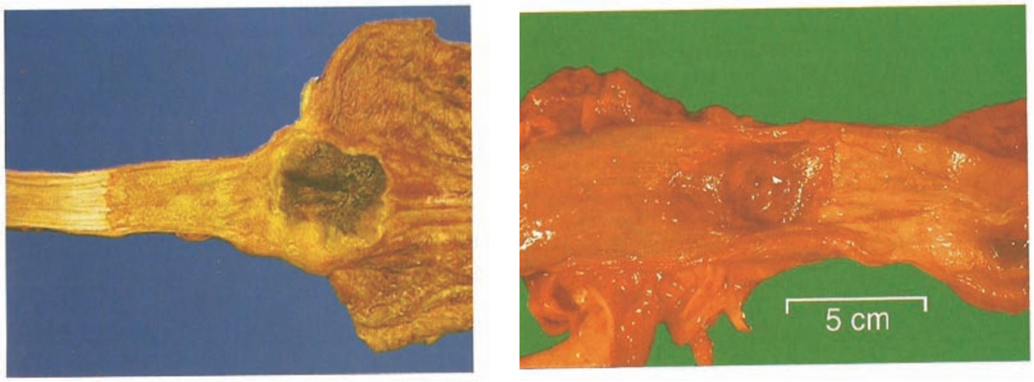
۲- تراخيو اوزوفاجيل او يا برانکو اوزوفاجيل فستولونه منځ ته راځي چې د هر خوراک سره د ټوخي حملات پيداکيږي.

۳- د ابهر څيري کيدل او دشديد نزف پيداښت.

www.ketabton.com

تشخيص:

د مرۍ کانسر د زړو خلکو ناروغی ده، نرانو کښې نظر ښځو ته زيات تصادف کوي چې تناسب يې ۱:۴ دی. اکسريز دمرۍ بې نظمي او ځني وخت دلومن ډيفکټ څرګندوي.



۱-۵ شکلونو کې د اډينوکارسينوما او سکواموس کارسينوما ګراس منظره

د تشخيص ربښتيني کول د ازوفګوسکوپي او بيوپسي لخوا اعلانيږي، توپيري تشخيص يې د التهابي و تيرو سره چې تضيق يې منځ ته راوړي بايد اجراء شي. ددې مقصد له پاره سايتولوژيک آزموينه ډيره ضروري ده. که چيرې پتالوګ دلچسپي حوصله اوښه تجربه ولري په ۹۵-۷۵ سلنه پيښو پورې تشخيص يقيني کولې شي.

درملنه

هغه افت چې پوهيږو د غوڅيدو وړ دی جراحي مداخلي ته ضرورت لري د يوې شميرنې له مخې هغه ناروغان چې روغتون کښې داخليږي ۷ فيصد يې د پنځو کلو څخه زيات ژوندې نشي پاتي کيدای. په يوبل لړ څيړنو کښې هغه ناروغان چې دکانسر پيښې زياته

www.ketabton.com

پراختیا نه ده کړی او دمری یو پر دری سفلي برخه یې اخته کړې دی ۱۵ سلنه یې تر پنځو کلو پورې ژوندي پاتي کیداې شي ځني وايي چې د جراحي عملیه د پرې او پراتیف ایراډیشن سره ښه نتیجه ورکوي. د منځني برخي او یوپه دريې علوي برخي د کانسر بریالي غوځیدل ستونځمن او حتی ناممکن دی دا ډول د رادیوتپراپي سره درملنه کیږي. په فنګویید ډول کښي یوائې پالیاتیف درملنه اجراء کیدایشي او ژوره شعاع ورکول یوائې ناروغ آرامه کوي اوبس.

دمری نورې ناروغي:

د مری رتجونه:

که چیري زړو خلکو ته دباریوم میل اکسریز اجراء شي پنځه سلنه به یې رتج ولري چې اکثراء دا ډول رتجونه د مری په منځني او آخرني برخه کښي ځای نیسي. لیکن اکثراء رتج وړوکي (۴-۱ سانتي متره) او اعراض نه لري. کله کیدای شي چې د مری رتج زخمي او یا دومره لوي شي چې د مړی د تیرولو ستونځي راپیداکړي. هغه رتج چې کلنیکي اهمیت لري د زینکر رتج په نوم یادیږي او دا هغه رتج دی چې د هایپو فرینګس خلف او دمری د پورتنۍ معصری څخه پورته ځای لري اود ملا د تیر او مری په منځ کښي ښکته خواته پراخیږي.

دا ډول ناروغ زوړ سړی دی چې د عسرت بلع څخه ګیلنه من وي ځکه چې د خوراک په وخت کښي د ځني رتج جوف د غذايي موادو پواسطه ډکیږي او په مری فشار راوړي. د بند شوو غذايي موادو اسپریشن او د شپې لخوا د ټوخي پیداکیدل یو اختلاطي پیښه

www.ketabton.com

ده تشخيص يي د اکسريز پواسطه کيږي او درملنه يي دجراحي عمليه ده د پورتنۍ معصرى مايوتومي د جراحي عمليي نتيجه هم ګټوره کولايشي.

د ښکتني مرى رينګ:

دانوم داسي يو ساختمان ته ورکول کيږي چې باريکه ديا فراګماتيک په شان جوړښت دى چې د حجاب حاجز هياتس نه پورته په ۴-۱ سانتي متري کښي ځاى لري په کاهلانو کښي داعراضو سبب ګرځي چې د عسرت بلع متناوب حملات منځ ته راوړي.
د ناروغ تداوي د زيات خوراک څخه ډډه کول دي، توسع ورکول څه ناڅه بريالي ميتود دى په شديدو واقعاتو کښي جراحي ته هم ضرورت پيښيږي.

سکيليرو درما :

دايو پرمختللي سستميک ناروغي ده چې په ۸۰ سلنه پيښوکښي د مرى د جداري حرکاتو له منځه تلو او د معصرى د تون د خرابيو سره ملګري وي. که څه هم پدې ناروغي کښي د معدى د افرازاتو ريفلکس اوزوفاجايتس عموميت لري خوبياهم د زړه سوى او عسرت بلع د پام وړ اعراض نه دي. د ويني راتلل کيدايشي چې د نورو ناروغيو سبب وي. خو په رينود فينامينا کښي هم د ليدني وړ ده.

درماتو مايوزايتس :

پدې ناروغي کښي رنځور اوروفرنجيل عسرت بلع لري چې درماتو مايوزايتس تګ لار د ستونځي سره مخامخ کيږي دا ځکه چې ناروغي د فرينګس مخطط عضلات اخته کوي رنځور د خولي څخه مرى ته غذايي نه شي ليږلي اود پزى څخه بيرته راځي

www.ketabton.com

او اسپریشن چې د فرینګس د عضلاتو د ضعیفه کیدو مهمه علامه ده لیدل کیږي کله کله استداري حرکات هم لـه منځه ځي نو ځکه د سکیلرو درما او ډرماتو مایوزایتس کلنیکي منظره په شریکه سره جوړیږي.

د مری خیریدل :

اتیولوژي: د مری سوري کیدل په دغه لاندنیو ناروغیو کښي د اختلاط په ډول منځ ته راتلای شي.

۱- اوزوفاجایتس.

۲- پپتیک قرحات.

۳- نیوپلازم.

اوبرسیره پردی د مری خیریدل په دغه لاندنیو ناروغیو کښي هم د لیدني وړ دي:

۱- خارج المنشه تروما.

۲- په مری کښي د سامان داخلول.

۳- کله کله په بنفسهی ډول پیدا کیږي.

ددغو پورتنیو ټولو اسبابو سندروم په لاندې ډول کلنیکي منظره جوړوي:

۱- درد چې د قص هډوکي لاندی او کله د اپي ګستریک ناحیي له پاسه او ځني وخت په پري کادیال ناحیه کښي ځاي لري او وصف یي دادې چې د بلع د فعل پواسطه شدت مومي.

www.ketabton.com

۲- په منصف کښي د هواموجودیت او دهغي له پاسه د کرنج او از پیدا کیدل او بلي خوا د تحت الجلدي امفزیما پیدا ایښت د مرۍ په څیریدلو دلالت کوي.

۳- د معدی د عصاری لـه کبلـه پلـورا هـضمیږي چـې پـه نتیجـه کـښي هایـدرو نوموتوراکس، هیمونوموتوراکس او د تنفسي طرق خرابوالي منځ ته راځي.

۴- شاک د مرۍ د څیریدلو ډیره غوره علامه ده.

۵- تالي انتانات چې وروسته د مرۍ له انشقاق څخه پیداکیږي.

د مرۍ بنفسهی څیریدل یوه ډیروصفي کلنیکي منظره ده چې اکثراء په ناڅاپي ډول د کانګو اویا ټوخي څخه وروسته منځ ته راځي د څیری کیدولو اندازه ۸-۱ساانتي متره اوږدوالي لري او دمرۍ په خلفي وحشي برخه کښي ځاي نیسي.

او د دیـا فراګماتیـک هیـاتس سره نژدې واقع ده.

۸۰ فصده په هغه رنځورانو کښي چې زوړ وي او په ناڅاپي ډول وروسته له کانګو او یا ټوخي څخه ورتـه شدید درد پیداشي د مرۍ د څیریـدلو لټه پـه کار ده. تـشخیص یـي د اکسریز پواسطه چې پـه منـصف او غـاړه کـښي هـوا ښکاره کـوي او د کثیفـه مـوادو د ورکولـو څخـه نـاروغ د پلورا اوسږو ابنـار ملتـي څرګنـدوي کـه چیـري بلـود ومیتیلـین وروسـته دکثیفـه مـوادو د بلـع څخـه د پلـورا پـه جـوف کـښي داخـل کـړو د میوکاردیـل انفارکشن،پانکراتایتس، او څیـری شـوو احشاووو موجودیت رد کـولي شي. د حجـاب حاجز لاندي هوا هیڅ کله د مرۍ په څیری کیدوکښي نه ښکاري.

www.ketabton.com

دمری څیری کیدل یو وژونکي حادثه ده که چیرې درملنه نه شي مرګ حتمي دی په لمړي وخت کښي د مری دوامداره سکشن او زرقي انتي بیوتیک چې د ګرام منفي بکتریا او انتیرکوکس ضد وي شروع کیږي جراحي دریناژ او د هغي بیاترمیم ځومره چې زر اجراء شي په هماغه اندازه ښه نتیجه ورکوي. هغه څیریدل چې په بنفسه ډول د ورتیکل په څیر پیدا شوی د زیات نزف له کبله خطرناک او دی حالت ته(مایلوري ویسس سندروم) وایي او اکثراً په الکولیک خلکو کښي وروسته له سختوکانګو څخه منځ ته راتلاي شي.

پلومر وینسن سندروم :

دې سندریوم ته سید روپینیک ډیس فژیا هم وایي، اکثرء په ښځو کښي پیدا کیږي چې هایپوکرومیک انیمیا ورسره ملګری وي. پدې سندروم کښي دد کریکرفرنجیل او هایپوفرینګس مخاطي غشا التهابي او اتروفیک ده. ښه غذایي رژیم او د اوسپني مستحضرات د تداوی ښه لاره ده د افت د فرنجیل کاسینوماد پاره مساعده زمینه برابروي.

اجنبي اجسام :

اجنبي اجسام د مری عسرت بلع درد او تثقب پیداکوي، سخت او جامد اجسام د ابهر د قوس سره نژدي او الاستیکي مواد د مری په آخرني برخه کښي بندیږي اجنبي اجسام هم د مری د خرابتیا او ګډوډي مسولیت اکثراً په غاړه نه اخلي.

www.ketabton.com

د مرۍ وريس :

دا د هستالوژي په بحث کښې ذکر شوی دی. دا افت عسرت بلع او نورې ګيلې نه ورکوي. د راديوګرافي له نظره د کانسر او ازوفاجايتس سره مغالطه کيږي.

د مرۍ انترامورل سليم تومورونه :

دا تومورونه لکه سست ، ليومايوما ،فبروما او نور فبروما معمولاً په متناوب ډول د عسرت بلع سبب ګرځي او يوه تيزه قرحه چې په راديوګرافي کښې يې سموت جدارونه د ليدني وړ دی، ځني سليم تومورونه د پوليپ د پيدا ينښت له کبله منځ ته راتلای شي.

همدارنګه مرۍ د لکوپليکيا ، اکانتوزس نيګريکانيس،سرکامو ،هوچکن ناروغي او لوکيميا باندی اخته کيږي.

خارج المنشه ناروغي :

د ابهر ناروغي،زړه ، تنفسي لارې، د منصف د ليفونو ناروغي کله کله د مرۍ د بې ځايه کيدو سبب ګرځي او دمرۍ لومن تنګوي. د ابهر د قوس انيوريزم او دښي تحت تر قوي شريان ابنار ملتي هم د مرۍ لومن تنګولې شي همدارنګه ډيس فيژيا ډيره کمه ددې ناروغي سره ملګرې کيږي. برانکوجنيک کارسينوما دمرۍ اخته کيدل نادراء منځ ته راوړي.

د درملو له کبله دمرۍ التهاب (Drug induced Esophagitis)

يوشمير درمل د مرۍ دمخاطي پوښ سره نيغ په نيغه دپرله پسې تماس له امله مرۍ خرابوي چې غوره يې عبارت دي له نن ستروئيد دالتهاب ضد درمل، پوتاشيم

www.ketabton.com

کلورايد ، کنيدين، زيل سيتابين، اوسپنه، ويناميين سي، تتراسايکلين، دوکسي سايکلين او کليندامايسين څخه. افت هغه وخت مينځته راځي کله چې درمل په ملاستي اويا بې له اوبو څخه وخوړل شي.

په بستر باندې پراته ناروغان ډير تر خطر لاندې دي ګيلې يې عبارت دي د سينې د هډوکي لاندې درد اوډينوفاژيا اودسفاژيا څخه چې دګولي خوړلو څخه څو ساعته وروسته پيداکيږي ګيلې ناڅاپه شروع کوي چې ترڅو وروځو پورې دوام مومي په ځينو ناروغانو کې لکه زاړه کسان درد لږ وي خو د دس فاژيا څخه ګيله من وي.

که چيرې اندوسکوپي ترسره شي په مرۍ کې يوياڅو خواره سربيرن يا ژور ټپونه ليدل کيږي. په ځنډني او شديد ازوفاژايتس کې دتنګوالي، وينې بهيدنې اوسوري کيدو خطر شته. رغيدل ژر ترژره د درمل د درولو سره پيداکيږي. دافت دمخنيوي لپاره درمل بايد داوبو سره وخوړل شي او وروسته دخوړلو څخه ۳۰ دقيقې کيښني خطري درمل بايد دمرۍ په حرکې تشوشاتو، تنګوالي او دسفاژيا کې ورنکړل شي.

دسوځيدونکو توکو له کبله دمرۍ التهاب (Caustic Esophgeal injury)

دمرۍ کازيتيک ناروغی په ناڅاپي توګه په ماشومانو کې يا په قصدي ډول (ځان وژنې هڅه) دمايعاتو ، اسيدونو، کرستالين، قلوياتو دخوړلو څخه پيداکيږي. دخوړلو څخه يې سم دلاسه ناروغ ته دزړه شديد سوزش، دسينې درد، دس فاژيا، اټکی وهل پيداکيږي او داسپريشن څخه يې سټرايډور ويزنګ منځته راځي.

www.ketabton.com

اختلاطات يې عبارت دي له: دمرى دسوري كيدلو، دمنصف التهاب يا پريتونيتس، دوينې بهيدنه، تنگوالى او ازوفاژيل تراخيل فستولاڅخه اندوسكوپي دمرى دسوري كيدو لامل كيږي ښه ازموينه يې دباريوم تيرول دي. درملنه يې ساتونكى ده (درگ له لارې مايعات، انلجزيک او خواړه) نازوگاستريک لواژ اودخولى له لارې دميكروب ضد درمل يا انتي دوت نه وركول كيږي دخولى له لارې خوړل ٢-٣ ورځې وروسته پيل كيږي پدې شرط چې ناروغ يې وزغملاى شي.

www.ketabton.com

Peptic Ulcer

پېژندنه

پیپتیک السر دمعدی اثناعشر او دمری دننی برخی دخلاص ټپ څخه عبارت دی چې پراخوالی یې د پنځو ملي مترو څخه زیات اوژوروالی یې ترمیوکوزا لاندې پورې وي یا په بل عبارت که دالتهابي وتیرې له امله دمعدی او اثناعشر مخاطي طبقه په بشپړ ډول له منځه لاړه شي د ټپ پنوم یادیږي.

د معدی د د قرحي اود افرازاتو د پتوفزیالوژي د پوهیدلو له پاره ضروری ده چې نورمال میکانیزم او د معدی د وظیفود کنترول یاد ونه وشي.

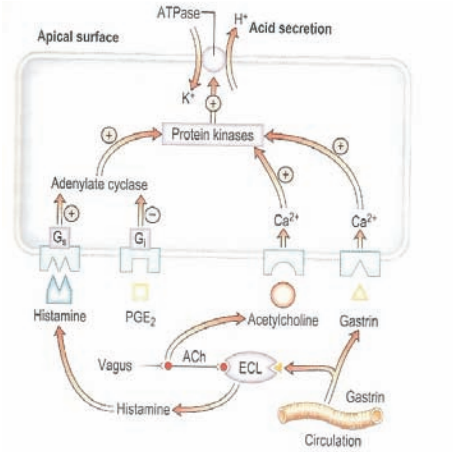
د معدی فزیالوژی :

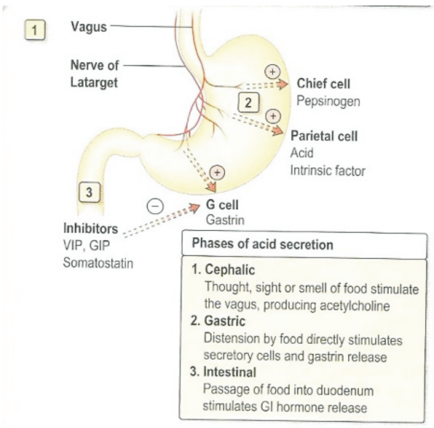
د معدی افرازات :

میکانیزم: په عمومي ډول منل شویده چې معده دوه ډوله افرازات لري یو هغه فعال کامپوننت دی چې د جداري حجراتو څخه د هایدروکلوریک اسید اوپوتاسیم کلوراید ، هایپر او سموتیک افرازات منځ ته راوړي.بل یې د هغه غیر جداري حجراتو کامپونینت دی چې امکان لري خارج الحجروي منشه ولري او په حقیقت کښي ټول جوړښت د خارج الحجروي مایع په څیر دی. یوه بله تیوری داسي تشریح ورکوي چې د معدی افرازات په ابتدایي ډول پخپله د معدی د هایدورجن ایون د بیک ډیفوژن او د سودیم د تبادلي څخه پیدا کیږي همدانګه د معدی افرازات تریوې اندازې د معدی د مخاطي غشا د وینې د ارواوهستامینو او ګسترین پورې اړه لري او دا پرته لدی چې د وینې دوران

www.ketabton.com

کښې کوم بدلون پیداکړي د معدې د سکریشن مسولیت په غاړه لري. د اندوجینس هستامین رول څرګند دی او د نورمنبهاتو تاثیر لاتراوسه تر ناندریو لاندې دی .





۱-٦ شکلونه: په A شکل کې د معدې دتیزاب دافراز کنترول او په B شکل کې دتیزاب هغه میکانیزم چې دمعدې افراز باندې اغیزه لري

د معدې د اسید د افراز کنترول :

۱- -سفالیک مرحله : په لاندې ډول ده:

الف- د جداري حجراتو د واګوس عصب تنبه کولې شي چې زیات مقدار اسید او پپسین پیدا کړي.

ب- غیر مستقیم تنبه چې واګوس عصب لمړی د انتروم په ناحیه کښې چې حجرات تنبه کوي په پایله کښې د ګسترین د افراز سبب ګرځي.

www.ketabton.com

۲- ګستریک مرحله : دامرحله هم دوه کامپونینت لري:

الف- هغه مستقیم کامپونینت چې د واګوس عصب کولینرجیک عکسات تنبه کوي اودا تنبه د فنډوس د توسع له کبله پیداکیږي خودا تنبه ډیره ضعیفه ده لیکن کولي شي چې نور تنبهات لکه ګسترین او هستامین زیات فعاله کړي چې دا ډیر څرګند رول لري.

ب - غیرمستقیم کامپونینت چې انتروم د ناحیې د ګسترین افراز په غاړه اخلي اودا پخپله د انتروم دتوسع او لومن کښې د الکاین موادو د شته والي له کبله پیداکیږي او په پایله کښې دغه غیر مستقیم کامپونینت د انترل د کولینرجیک عکسي پور اړه لري.

۳- نورو هرمورل: دغه تنبه د پورتني کولینرجیک فعالیت او دمعدی د سکریتین د کنترول له پاره ضروري دی او دوه ډوله منبه کارکوي چې یویي کولینرجیک تاثیرات لري چې جداري حجرات تنبه کیږي. اوبل یي د انترل د ګستیرین افراز دی.

ګسرین یو پولي پیتاید دی چې د ۱۷ امینواسیدو څخه جوړ شویدی او دهغې فعال ډول وروسته له بدلون څخه څلور اسید امینونه لری کیږي چې هغې ته تتراپپتاپد وایي او دا آخرني شکل کټ مټ ګسترین ته ورته والي لري.د امینو اساید میتود دا ښودلي ده چې ګسترین دوه ډوله ده. یویي (بیګ) دوراني ګسترین دی، چې د ۳۴ امینواسیدونو څخه جوړه شوی دی او مالیکولي وزن یي ۶۰۰۰ دي او ډیر لوی شکل یي د (بیګ بیګ ګسترین) په نوم یادیږي بل یي هیپتا ډیکا پپتاید دی چې وړوکي شکل لری،(میني ګسترین) په نوم یادیږی ،لیکن ددغه ډول ګسترین وظیفه او فزیولوژي لاتراوسه معلومه

www.ketabton.com

نه ده د ماليکولي وزن له نظره ګسترين نظر هستامين ته ۵۰۰۰ ځله قوي منبه ده چې معدی د سکريشن تنبه په غاړه لری د ګسترين فزيالوژيک خواص په لاندې ډول دي:

۱- د معدی د اسيد او پپسين افراز تنبه کوي.

۲- په مخاطي غشا کښې د اکسينيتيک حجراتو په نشونما باندی تروفيک تاثير اچوي.

۳- د مری ښکتني ناحيې باندی تقلصي اغيزه کوي.

۴- د پايلور د معصری استرخا نهي کوي.

۵- د معدی تخليه دځنډ سره مخامخ کولي شي. خو ددې مقصد له پاره زيات مقدار ګسترين په کاردی.

همدارنګه کولي سيستوکنين، پانکروزايمين د ګسترين په څير تتراپپتايد تاثيرات لري.

۳- معايي مرحله: د معدی د سکريشن د کولمو مرحله هغه وخت منځ ته راځي چې ځني مواد لکه پپتون کولموته داخل شي او داسي معلوميږي چې دا دول افرازات د هميورل تنبه پوری اړه لري د وړو کولمو رول دادې چې د ګسترين د افراز څخه مخنيوی کوي د وړو کولمو زيات غوڅيدل کله کله د معدی د هايپر سکريشن سره ملګري کيږي او دا معني ورکوي چې هغه نهي کونکي فکتور چې کولمو کښې موجود دي له منځه تلي دي. د شحمي موادو موجوديت په وړوکلمو کښې د معدی د افرازا ګسترينې تنبهات له

www.ketabton.com

منځه وړي.داسي فکر کیږي چې دغه نهي کونکي تنبه د انتیروګسترون د افراز پواسطه منځ ته راځي لیکن دا خبره تر اوسه قطعي معلومه نه ده. او ددې هورمون جوړښت هم تراوسه ښه پیژندل شوی ندی. د اثنا عشر د پي اچ راټیټیدل(۲، ۵) په عین ډول د معدی دسکریتین د نهي کیدوسبب کیدا یشي او داسي فکر کیږي چې دا نهي کونکي عملیه د سکریتین اویا شاید د کولي سیستوکینین د افراز له کبله وي. دغه دواړهورمونونه د اثنا عشر د مخاطي غشا څخه افرازیږي، که چیری ناروغ ته خارج المنشه سکریتین ورکړو د معدی د افرازاتو څخه مخنیوی کوی.

د جروحاتو په مقابل کښي د معدی د مخاطي غشا ټینګار :

د معدی مخاطي غشا په څرګند ډول د جروحاتو په مقابل کښي مقاومه ده. دوه فکتورونه معده د اوتو ډاایجسشن څخه ساتي:

۱- د معدی د مخاطي غشا څخه افراز.

۲- د اپیتلیم سطح.

د یومخرش موادو تماس د معدی د سطحي سره د زیات مقدار مخاط د افراز سبب ګرځي او د هغي د فزیکي خواصو له مخي معده ساتل کیږي. داخاصیت معده زیاتره د ګرمو او یخو موادو د ترضیض څخه ساتي او کیمیاوي مخرش موادو په مقابل کې زیاتره توان نه لري ځکه چې اسید او نور قوي مخرش مواد په مخاطي غشا کښي د ننه نفوذ کوي د ولړی په حالت کښي د افراز شوي اسید یوائي یو سلنه د مخاط پواسطه خنثي کیږي برسیره پردې د مخاط بل ساتونکي قدرت دادی چې افراز شوي پپتین

www.ketabton.com

دوباره امتصاص کوي او مخاطي غشا د هغې د شرڅخه ساتي کورتیزون او سلي سلیک اسید د مخاطي غشا په مقدار کښي بدلون راوړي او پپیسن لخوا د هغې خرابتیا اسانه کوي او دبلي خوا د مجموعي مخاط د افراز د کموالي سبب ګرځي.

اسپرین،الکول،صفراوي مواد د معدی مخاطي غشا تخریبوي او اپیتیلیل سطحي د نفوذیه قابلیت د زیاتوالي سبب ګرځي چې په پایله کښي د هایدروجن ایون د بیک ډیفیوژن له پاره زمینه برابروی، چې په اخر کښي د نورو ژور انساجو د خرابتیا سبب ګرځي. چې د مخاطي غشا د تخریب بل ګڼل کیږي. همدارنګه په ګسترایتس او دمعدی په سلیمه قرحه کښي د ایونیک ډیفیوژن د اثنا عشر د برونرګلیند حجراتو پوری اړه لري، دا عقدات ډیر زیات غلیظ مخاط افرازوي چې فوق العاده د بفرینګ قدرت په کښي شته او ددې افرازاتو پي اچ (۸) دی، چې زیات الکین مواد وړی کولمي دمعدی د تیزابو د خطر څخه ساتي. که چیری ډیر کم بدلون په دغه افراز کښي پیداشي د اثنا عشر د قرحي د پیښبو امکان زیاتیږي.

د معدی تحرکیت او خالي کیدل :

دمعدی د علوی برخي عضلي ساختمان ضعیفه استداری حرکات لري چې داد معدی محتویات د تشوش سره مخامخ کوي، دمعدی ددې برخي وظیفه داده چې زیاتو موادو په مقابل کښي د معدی زغم ساتي او کله چې اخرني برخي ګستریکتومي اجراء شي د معدی خالي کیدل بیا د جاذبې پورې اړه لري دمعدی پیسمیکرد کاردیل ناحیې څخه د یواستداري حرکات شروع ښودلي چې ټولي معدی ته خپریږي.

www.ketabton.com

د ګستریک پمپ د انتروم او پایلورس ظرفیت پوری تړلي ده اوپابلورس دانتروم په ضد کار نه کوي د معدی خالي کیدو عملیه یو ډیره مغلقه پروسه ده. د خارجي المنشه اعصابو موجودیت زیات اهمیت لري. څرنګه چې د واګوتومي څخه وروسته د معدی دمحتویاتو احتباس لیدل کیږي دایوازې د پایلوري سپزم پورې اړه نه لري بلکه د انترم د نارمل استداري حرکاتو د نشتوالي له امله پیدا کیږي که چیرې د معدی د فنډوس اعصاب غوڅ شي د معدی د رخاوت قدرت او ټول او بړین محتویات په چټکتیا سره خالي کیږي، د اثنا عشر د سموریسپتور کله چې د هایپر تونیک محلول سره مخامخ شي، د معدی خالي کیدل نهي کوي، که چیرې شحمي او یا اسیدي عصاره وړو کلمو ته ورداخل کړو په عین میخانیکیت دمعدی تخلیه د هورمونل میکانیزم له لارې لري کولي شي، که څه هم دګسترین فارموکولوژیک دوز د انترم د تقلص قدرت او شمیر زیاتوي خو بیاهم د معدی د خالي کیدو څخه مخنیوي کوي. سکریتین او کولي سیستتوکنین دواړه د انتروم استداري حرکات او د معدی تخلیه ځنډوي او د بلې خوا سکریتین د پایلور معصرې د تون د زیاتوالي سبب ګرځي.

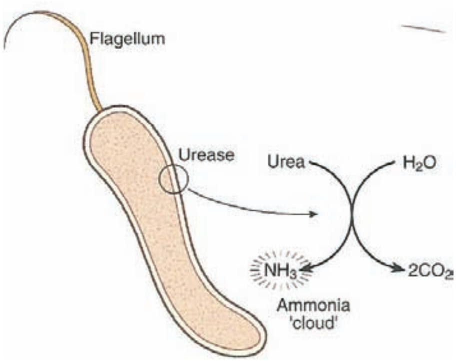
د Peptic Ulcer **لاملونه:**

الف: هیلیکوباکترپایلوري:

بکتریالوژي: دایوه ګرام منفي مایکروفیلیکه بکتریا ده چې داچ پیلوري پنوم یادیږي خوځنده ده او د فلاجیل لرونکی ده. دمعدی دمخاطي غشاء په ژوره برخه اویا دمخاطي او اپتیلیوم طبقې ترمنځ اوسیږي. انتان لمړی په انتروم کې وي وروسته دوخت په

www.ketabton.com

تیریدو سره دمعدی دنژدې برخی خواته راځي. دا په اسانی سره په کوکوئید شکل (چې د ډیری مودی لپاره دناوړه شرایطو له امله پټ پاتې کیږي) بدلیږي.



۱-۷ شکلونه: کې دمعدی په مخاطي غشا کې د ایچ پایلوري ویجاړونکی فعالیت

په صنعتي هیوادونو کې داچ پیلوري پیښې ورو ورو دعمر په زیاتیدلو سره زیاتیږي. په انګلستان کې هغه خلک چې عمر یې د ۵۰ کلونو څخه زیات وي ۵۰سلنه انتان لري. مخ پر ودې هیوادونو کې که انتان یې په ماشومتوب کې اخیستسی وي ۹۰سلنه به یې تر ځوانی پورې انتان ولري. زیاتره ککړ خلک بې ګیلو وي اویا لږی ګیلې لري. نژدې ۹۰سلنه داثناعشر ټپ او ۷۰ سلنه دګاستریک السر ناروغان داچ پیلوري انتان لري اودپاتی ۳۰ سلنه ګاستریک السر لامل NSAIDS دي.

داچ پیلوري لپاره زمینه مساعد کوونکي فکتورونه:

۱- داقتصاد او ټولنیز حالت خرابولی.

۲- دپوهې دکچی کموالی.

۳- مخ پر ودې هیوادونو کې زیات زیږون اویا ګڼه اوسیدل

www.ketabton.com

۴- د کورنی دوګړو ګڼ والی.

۵- د روغتیایي حالت خرابوالی.

۶- دناپاکو خوړو خوړل.

۷- د ککړ کس د معدی د محتوي سره اړیکی.

اچ پیلوري دیوکس څخه بل کس ته دخولی یا فیکل اورل له لاري لیږدول کیږي. په امریکا کې د ۳۰ کالو په پرتله د اچ پیلوري پیښې ۵۰ سلنه څخه زیاتی کمی شوي.

داچ پیلوري پتوجنیز او پتوفزیالوژي

په رښتیا سره اچ پیلوري زیاتره دځنډني ګاسترایتس لامل کیږي. خو یوازې ۱۰-۱۵سلنه ککړو کسانو کې پیپتیک السر منځته راځي. هغه فکتورونه چې داچ پیلوري دناروغی په منځته راتللو کې ونډه لري عبارت دي له:

۱- بکتریایي فکتورونه:

اچ پیلوري ددې توان لري چې په اسانی سره په معده کې واوسیږي مخاط ویجاړ اودکوربه دفاعي حالت خراب کړي. داچ پیلوري بیلابیل ډولونه بیلابیل ویرولانس فکتور لري:

۱- پتوجنیک وایرولانس فکتورونه عبارت دي Vaculating cytotoxin- A(VaCA) ، Cytoxin associated gen (Cag-A) او Pic B .

۲- یوریز: ددې انزایم پواسطه امونیا جوړوي ترڅو چی اتتان خپل شاوخوادچاپیریال داوسیدو لپاره قلوي کړي.

www.ketabton.com

۳- سطحي فکتورونه: چې دنتروفیل او مونو سایت حجرو کیموستاسیز کموي.

۴- ادهیزین: ددې پواسطه د اپتلیل ژونکو پورې ځان نښلوي.

۵- پروتین ایز او فاسفولیپیز دګلایکوپروتینو او شحمي پوړ ځیری کوي.

۶- داچ پیلوري د لیپوپولي سکراید امینولوژیک فعالیت لږ دی چې دځنډني التهاب لامل کیږي.

۲- دکوربه فکتورونه:

۱- دایچ پیلوري په وړاندې دکوربه التهابي غبرګون دادې چې ویجاړ ځای ته نتروفیل، لمفوسایت، مکروفاژ او پلازما ژونکې لیږدوي.

۲- په ناروغه ځای کې د سایتوکینو انترلوکین الفا/ بیتا، انترلوکین دوه ، انترلوکین شپږ، انترلوکین ۸ ، تومور کروزینګ فکتور الفا کچې لوړه وي.

۳- اچ پیلوري په کوربه کې مخاطي او سیستمیک هومورال غبرګون فعالوي خو دانتان دله منځه وړلو کې کومه ګټه نلري.

۴- دفعال نتروفیل په منځګړیتوب ریاکتیف اکسیجن او نایتروجن منځ ته راځي چې داپیتیلیل دویجاړیدو لامل ګرځي.

اچ پیلوري په ګاستریک ډوله اپتیلیوم کې چې یوازې په اثناعشر کې وي کالوني جوړوي چې دګاستریک میتاپلازیا او دانترال ګاسترایتس لامل ګرځي.

دګاستریک ټپ په مینځته راتللو کې داچ پیلوري پتوجنیزس ښه ښکاره نه ده خو ښایي چې دمخاطي پوښ ټینګښت دتیزابو او پیپسین په وړاندې لږ کړي.

www.ketabton.com

نژدې يو سلنه ککړو خلکو کې داچ پيلوري دپان ګاسترايتس لامل کيږي چې ددې له کبله ګاستريک اتروپي اوهايپوکلوروهايدريا مينځ ته راځي چې په معده کې داتنان د ډيروالي لپاره زمينه برابروي. پدې دواړو حالاتو کې دخوړو دنايتريت څخه ميتوجنيک نايتريت جوړوي چې دمعدې دکارسينوما لپاره برابرونکی فکتور دی.

ب: NSAIDS (Nonostroidal anti inflammatory drugs) له کبله ټپ:

دنن ستروئيد التهاب ضد درمل د پرله پسې کارولو له امله دمعدی د ټپونو پيښې ۱۰- ۲۰ سلنه اوداثناعشر دټپونو پيښې ۲-۵ سلنه دي. دټپ اختلاطات لکه سوري کيدل، وينه بهيدنه او مړينه په هغه خلکو کې چې دا درمل کاروي درې ځله زيات وی.

ددې درمل له ډلې څخه اسپرين ان په ډير کم دوز ۸۱-۱۷۲ ملي ګرامه، پايروسيکم ډير او بروفين لږ السروجنيک دي.

1 Cyclo oxygenase (COX-1) په معده، پښتورګو او ترمبوسيت کې دي او د COX-2 (په مکروفاژ، لوکوسايت، فبروبلاست او ساينو ويل حجرو کې) نهی کوي. دا انزايم پروستاګلاندين جوړول چې په حجره کې سايتوپروتيکتيف تاثير لري. دپروستاګلاندين دکموالي له کبله دتيزابو افراز زياتيږي دمخاط، بای کاربونيت او برسيرن فعال فاسفوليپيدو افرازات کميږي داپتيليل حجرو پروليفريشن خرابيږي چې په پايله کې دمخاطي پوښ ټينګار داسيد په وړاندې له منځه ځي او ټپ پيداکيږي.

ج: سګرټ څکل : دټپ رغيدل ځنډوي، ددرملنې ځواب خرابوي، اختلاطات، سوري کيدل زياتوي.

www.ketabton.com

د: ارثيت : د O ګروپ لرونکي خلک او H.Pylori هم په ارثي توګه دټپ په منځته راتللو کې برخه اخلي.

هـ: داسيدو او پيپسين په وړاندې دمخاطي طبقې مقاومت.

و: سيکالوژيک فشارونه

ح: ځنډنی ناروغی : دسږو ، پښتورګو او ځيګر ځنډنی ناروغی.

DUODENAL ULCER

پیښې او پتالوژي:

د ټول پپتيک قرحاتو ۸۰ سلنه جوړوي د ټول نفوس لس سلنه خلک پخپل ژوندانه کښې يو ځل د اثنا عشر د پپتيک قرحي څخه شايد ګلمن شي ، په امريکا کښې ددې ناروغي د نزف او تثقب له کبله په يوه کال کښې لس زره تنه خپل ژوند له لاسه ورکوي او په هر کال کې ۵۰۰۰۰۰ نوې پيښې پيدا کيږي. ددرملنې له کبله يې د ۳۰ کالو راهيسی پيښې ۵۰ سلنه کمې شوي چې لامل يې د اچ پيلوري له منځه وړل دي. دا ناروغي په نارينه و کښې د ۵۰-۲۰ کلونو منځ عمر کښې زياته د ليدني وړ ده ليکن مخکې د ځواني او مينوپوژ څخه په دواړه جنسونو کښې د پيدا ښت له نظره کوم توپير نشته حال دا چې د معدی قرحه په ښځو کښې زياته ده. اندول يې 3:1 دی.

خو په قطعي ډول د اثنا عشر قرحه نظر د معدی قرحي ته زياته ليدل کيږي (پنځه ځله) د اثنا عشر قرحه (۹۵سلنه) د پايلور په درې سانتي متری کښې ځای لری او هغې په مخکيني او شاتني جدار کښې يو شاتني منځ ته راځي د قرحي ژوروالي د يوه ساده سطحي ايروژن نه نيولي (يواځي مخاطي غشا) تر د اثنا عشر دديوال د ژور والي پورې

www.ketabton.com

رسيدا ی شي همدارنګه دا قرحه خپل مجاورو اعضاوته هم ضرر رسوی او دا هغه وخت پیداکیږي چې قرحه یاد پریتوان ازاد جوف ته سوری شي او یا خپل همسایه عضوي ته په پټه سره نفوذ پیدا کړي.

ځارنه یې د ډکټر اوپریتون سره د ازادو ارتباطاتو پوري اړه لري او د اثنا عشر د قرحه په ډیره ساده مرحله کښي د لیدني وړده. د مزمني قرحي په سیر کښي خپل مجاورو اعضاو ته لکه پانکراس سرایت کوي او خپل ځان د هغي سره نښلوی او په تدریجي ډول د عضوی په ساختمان کې د پراختیا سبب ګرځي چې په پایله کښي ډول تشوشات کیدایشي ګستروډیوینل شریان زخمي کړي او کتلوي شدید نزف منځ ته راوړي په ګروس شکل د اثنا عشر قرحه ګرده او لږ شاتته غیر منظمی څنډی لري. قاعده یي سپینه ایرو رنګ اویا ژیړ بخن موادو سره پټه ده د اطراف مخاط یي هرم ماتیدونکي ا و نورمال رنګ لري خو بیاهم کیدایشي چې ازیمایي او هایپریمیک وي. د میکروسکوپ له نظره د قرحي قاعده د نکروتیک پارچو سره احتوا شوي او شاوخوا یي ګرانولوماتوز نسج نیولي دي او یو کم اندازه التهابي عکس العمل څرګندیږي د اثنا عشر، معدی، جوجینم او نور ټول قرحات د تیزابو د تماس له مخي پیداکیږي نوددې کبله دي اسیدپپتیک یو السریشن او یا اسید پتیک ناروغي نوم ورکړ شویدي کله کله مخکینی او شاتنی قرحي دواړه موجود وي، د معدی او اثنا عشر د قرحي بنفسه پیدایښت عمومیت لري او د اثنا عشر د قرحي یو پردرې پیښنو کښي د معدی قرحه هم ملګری کیږي. او هیڅکله د معدی د قرحي سره د اثنا عشر قرحه ملګرتیا نه کوی دا

www.ketabton.com

باید وویل شي که چیرې دواړه قرحي موجودې وي او لمړی د اثنا عشر قرحه پیداشوی وي دا ټکي د درملنه له نظره د اهمیت وړ دي او د اثنا عشر په مزمنه قرحه کښي کله چې د معدی تخلیه وځنډیږي د ا کار د ګسترین د زیات افراز سبب ګرځي چې په نتیحه کښي د معدی د قرحاتو مسولیت په غاړه اخلي.

پتوفزیالوژي:

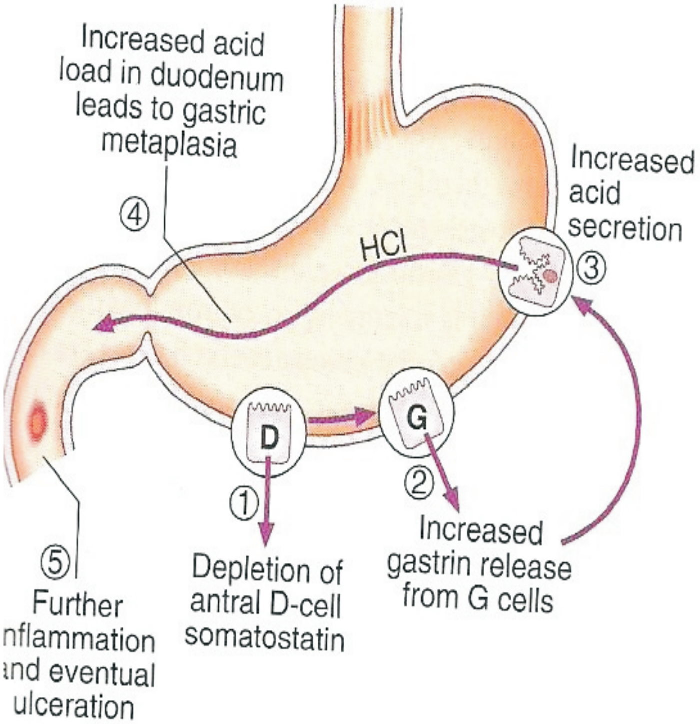
د اثنا عشر د قرحي په پیدا یښت کښي دغه لاندني اسباب او فکتورونه رول لري:

۱- د معدی د افرازاتو هایپر سکریشن : د اثنا عشر قرحه د اسید شته والي پرته نه پیداکیږي، یو شمیر تستونه کولي شي چې د اثنا عشر په قرحه کښي د هایپرسکریشن رول اثبات کړي.

یوعالم وایي چې د زیات افراز عمومي عامل د واګوس عصب تنبه ده،خو ددې خبری د اثبات له پاره کوم شواهد په لاس کښي نشته دبلي خوا د ولړی د وخت د سیروم د ګسترین سویه نورمال ده وروسته د خوراک څخه د هغي په سویه کښي ډیر زیاتوالي پیداکیږي او دا ځکه چې د ګسترین د افراز سویه د معدی د اسید پواسطه نهي کیږي او برسیره پردې شاید نور فکتورونه هم رول ولوبوي. او همدارنګه د اثنا عشر د قرحي ناروغان د پینتا ګسترین په مقابل کښي ډیر حساس دي څو ددغه ابنارمل ګسترین او د اثنا عشر قرحی اړیکي لاتراوسه معلومی نه دي د بلي خوا یوه لږه اندازه چې ددغه افرازات د هستامین او په بیتا ګسترین د تنبه پواسطه خپل اعظمي ته رسیږي. هغه فکتور چې د جداري حجراتو شمیر کنترولوي لاتراوسه معلوم نه ده.(د اثنا عشر په قرحه

www.ketabton.com

کښې د جداری حجراتو د کتلې شمير ۱،۸ بيليون دي) . خو بيا هم فکر کيږي چې خپله ګسترين شايد تروفيک رول ولري.



۸-۱ شکل: دايچ پايلوري پتوفزيولوژيک رول داثناعشر دقرحی پيدا ايښت کې

www.ketabton.com

۲- د حجراتو د تېنګارګډوډي : ويل کيږي چې د اثنا عشر په قرحه کښې د مخاطي غشا تېنګار کميږي ، ليکن اثبات يي نشته.او دا چې د معدی دحرکاتوکموالی د قرحي په پيدا ايښت کښې پتالوژيک رول لری لاتراوسه څرګنده نه ده.

۳- جينيتيک فکتورونه : په ځنو ناروغانو کښې فاميلي تاريخچې ډير زيات د پام وړ ده او په دي ډول فاميل کښې د اندوکراين فکتور لټول ضروري دي د ويني په ګروپ کښې يو ډول مواد شته چې موکوپولي سکرايد خواص لري او د ويني سره کريواتو کښې د هغي انتي جني خاصيت معلوم دی چې په ځنو خلکو کښې دغه مواد د سرکريواتو څخه د هضمي جهاز ته داخليږي (کريتور) او دا ماده په نورمال حالت اکثراً د صفر ګروپ وينه لري ځکه پدې خلکو نن کريتور مواد پيداکيږي او هغه ماده چې د قرحي د پيداکيدو مخنيوی کوي په دوی کښې نشته.

۴- د عصبي او عقلي فکتورونه : روحي فکتورونه د معدی د ندی زياتي خرابوي د اثنا عشر د قرحي ناروغان په څرګند ډول ويلي شي چې د روحي خفګان او د قرحي د اعراضو د شدت په منځ کښې څرګنده رابطه موجوده ده او دا معلومه ده چې دا ډول رنځوران ډير غمګين سخت مزاجه،جاه طلب او متجسس وی، عقلي فکتورونه هم د اثنا عشرقرحی په پيدا ايښت کښې رول لري.

۵- اندوکرايني فکتورونه : څرنګه چې پپتيک قرحات اکثراً په نرانو کښې ليدل کيږي نوداسي فکر کوي چې د استروجن هورمون د قرحي د پيدا ايښت مخنيوی کوي، په حامله ښځو کښې د معدی سکريشن بدلون نه مومي په نورمالو ښځو کښې کم مقدار

www.ketabton.com

سکریشن نظر نورمال نارینه و ته د جداري حجراتو د کتلي د کموالي پورې اړه لري چې په جنیتیک ډول منځ ته راځي نن ورځ د ستروييد رول ډير زيات پام ځانته راګرځولی دی.په هغه خلکو کښي چې د ادرينل غدوات نشته (اديسون ناروغي) او يا هايپر پيتيو تريزم باندی اخته وي د معدی افرازات کم او حقيقتاً قرحه نه ليدل کيږي.او هغه او خلکو کښي چې ادرينليکتو مي شويده د کورتيکوستروييد ورکول سره دجداري حجراتوعکس العمل ليدل شويده ليکن منرالو کورتيکوييد داکارنشي کولي نولدې څخه دا څرګنديږي چې دا درينل ستروييد د معدی په افرازاتو کښي مهم رول لوبوي په حاد ډول د ګلوکو کورتيکوييد زرق کول په نورمال انسان يا حيوان کښي د معدی په سکريشن کښي کوم بدلون نه راوړي ليکن په سيوکښي ددي هورمن دوامداره تطبيق د اسيد او پپسين د زياتوالي سبب ګرځي هغه رنځوران چې په دوامداره ډول ستروييد اخلي په پپتيک قرحاتو اخته کيږي.

په انتاناتو او شديد سوختګي کښي هم پپتيک قرحي پيداکيدايشي چې دا پيداينت پخپله د يوروسيروجينيک فکتور پورې اړه لري.دي رنځورانو ته د استروييد ورکول خطرناک دي ځکه چې ستروييد يواځي د معدی د سکريشن د زياتوالي سبب نه ګرځي بلکه د مخاطي غشا او د اپيتيليل د طبقي د خطرناکو جروحاتو سبب کيدايشي. هغه خلک چې هايپرپاراتايروييديزم اخته دي د پپتيک قرحاتتو وقوحات زيات ليدل شوي دي او داسي معلومه شوی چې وروسته د جراحي عمليات څخه وروسته چې د پاراتايروييد غده وويستل شي د معدی افرازات هم نورمال حد ته راځي برسيره پردې د

www.ketabton.com

زيات کلسيم رول ثابته شويدی ځکه چې د کلسيم زياتوالي د سيروم د ګسترين سويه لوړه بيايي.

نور مساعد فکتورونه :

په دغه لاندي حالتونو کښي هم د پپتيک قرحاتو پيښې د اختلاط په ډول منځ ته راځي:

۱- کبدي سيروزس.

۲- مزمن پانکراتايتس.

۳- سستيک فبروزا.

۴- د سږومزمن ناروغي (امفزيما).

۵- روماتوييد ارترايتس

په ځيني دغه پورتنيو ناروغيو کښي د معدی تيزاب زيات دي، په ځينو نورو کښي شايد موجود نه وي داځکه چې معده پخپله هم ماوفه ده. په سيروز کښي کبدي عدم کفايه نشي کولي چې ګستريک سکريګوک (هستامين؟) چې په نورمال حالت کښي په پورټل وينه کښي شته غيرفعاله کړي نو ځکه دا ماده د د معدی د افراز دزياتولي او قرحي سبب ګرځي، نولدې کبله کبد نشي کولي چې دې مادی ته بدلون ورکړي چې د يوې خوا خپله رنځور او شايد د پورټل کاول شنټ له امله دغه ماده د غير فعاليدو ځخه تيښته وکړي او دا هايپر سکريشن يو احتمالي ميکانيزم دی.

www.ketabton.com

په مزمن پانکراتایتس او سیستیک فبراوزا کښې د پانکراس د بفرسیستم قدرت له منځه تللي او دبای کاربونیت دافراز کموالي منځ ته راځي او دا د شحمي موادو په هضم اغیزه کوي اود معدی هاپیرسکریشن منځ ته راوړي. د سږو په مزمني ناروغي کښې سترس، هایپوکسیا او هایپرکپنیا ټول په ګډه سره دقرحي په پیدا ایښت کښې رول لري په روماتوييد ارترایتس کښې د قرحي علت تراوسه معلوم نه دي.

کلنیکي بڼه :

داثنا عشر قرحه یومزمنه ناروغي ده چې په حاده حمله اوکله بڼه والي سره خپل تګ لاری ته دوام ورکوي، اعراض یي په وصفي ډول په څو ورځو اونیو او یا میاشتو کښې لیدل کیږي او تر ډیر وخته پورې موجود نه وي، پرته له درملنه څخه دیو نا معلوم سبب له کبله بیا اعراض میدان ته راوځي چې Rhythmicity او Peridiocity وصف لري. په کلاسیک ډول حملات یي په پسرلي او مني کښې زیات دي ۹۰-۸۰ پیښو کښې ذ اثنا عشر د قرحي سیر سلیم وي خو کله کله د نامناسبي تداوی له امله دغه سیر توپیر مومي. پاتي لس ، شل سلنه پیښنو کښې د درملنې په مقابل کښې مقاوم او د شدید اختلاطاتو سبب ګرځي چې دغه ډول خلک د جراحي عملیاتو له پاره غوره کاندیدان دي، ځني نور هغه رنځوران چې هیڅ اعراض نه لري په ۳۰-۲۰ سلنه پیښنو کښې د سوریکیدلو او ویني بهیدنې سره د لمړی ځل له پاره خپله ناروغي ښکاره کوي.

اعراض زیاتره یونیفورم بڼه لري، هغه درد چې ناروغ تری ګیله من دي داسي وصف لري درد ۱-۳ ساعته وروسته د ډوډې خوړلو څخه منځته راځي. چې وروسته د

www.ketabton.com

خوراک څخه ورک کيږي. البته الکلي مواد او انټي اسيد هم د درد د کرارۍ سبب ګرځي درد ثابت، سوزنده، مبهم او ياد ولږې د احساس وصف لرى درد د پي ګستريم په منځني برخه او يا منځني خط هرى خواته ځاى نيولي شي. خو اکثراً ښي خواته ډير نژدې دي درد کوم خواته انتشار نه لري ځينې وخت دردومره تيز او ځاى وي چې ناروغ يې ددوه يا درې ګوتو پواسطه ښي چې د Pointing sign په نوم ياديږي. خو که چيرې پانکراس ته يي نفوذ کړى وي درد ملا کښي حس کيږي. دوه دوه نيم ساعته وروسته له غذا څخه د ردپيل کوي او سمدستي د الکلي موادو او خوراک پواسطه آراميږي.

دا درد کولي شي چې ناروغ په نيمايي شپه کښي د سهار درې بجو له خوبه را پاڅوي ليکن د يو نامعلوم دليل له مخي دغه درد د سبانارى څخه د مخه د پاڅيدو پوخت کښي نه وي د درد ميکانيزم معلوم نه دي خو ګڼي داسي چې قرحه او په زيات اسيد کښي د هغه پټيدل درد پيدا کوي او بفرسيستم هغه د کميدو خواته راګرځوي. ځني ناروغان ړومبي د لوى اختلاطاتو څخه د هيڅ ډول درد څخه شکايت نه کوي. نژدې ۴۰سلنه نن ستروئيدل التهاب ضد درمل پورې تړلې ټپونه او زړوکسانو کې ګيلې نه وي خو ښايي ناروغان يې د اختلاطاتو له امله لکه (وينه بهيدنه او سوري کيدلو) روغتون ته راشي.

دهضمي جهاز نور اعراض لکه د زړه سوى، د قص د هډوکي لاندې دسوزش احساسول زيات عموميت لري، د واتربرش او په خوله کښي د ترشو موادو ريګورجيشن هم شته او دغه دواړه ډوله اعراض د سفلي مرى د معصرى په عدم اقدار کښي زيات

www.ketabton.com

وخامت لري همدارنګه ناروغانو کې قبضيت او اسهال دوار چې معمولاً د دوا سره اړه لري ليدل کيږي. د ناروغ اشتها ښه ده او اکثراً وزن اخلي ځکه چې د درد د آرامي له پاره څو ځله غذا خوري که چيرې قرحه مزمنه شي او امتداد پيدا کړي وزن کميږي.

فزيکي ازموينه :

پدې ناروغانو کښي اکثراً منفي وي خو کله کله د اپي ګستريک ناحيي تيندرنس شته. د اثنا عشر قرحه په نورو عمده شکلونه چې ډول ډول اعراض ورکوي لکه تثقب او پايلوريک انسداد پيداکيږي. په ماشومانو کښي درد او نور اعراض وخيم شکل لري. د نزف او تثقب له کبله شايد وژونکي پيښي پيداشي . هغه قرحه چې د اثنا عشر په دوهمه برخه او پايلوريک کانال کښي ځای ولري د درد وصف يې مختلف او د غذا په اخستلو سره نه کراريږي، که چيرې قرحه د انتروم او يا پايلور د نارمل پمپ ميکانيزم د خرابي سره مخامخ کړي ناروغ ته زړه بدوالي، کانګي، بي اشتهايي ، وزن بايلل اوکرمپ وروسته له غذا اخستلو څخه منځ ته راځي.

تشخيص :

په غير اختلاطي پيپتيک تپ کې لابراتواري ازموينه نارمل وي. انيميا د ځنډني وينې بهيدنې، لوکوسايتوزس د سوري کيدنې يا پني تريشن ښه ده.

په تشخيص کې هغه درد چې د غذا په خوړلو سره ورک کيږي زياته ارزښت لري. په ټولو خلکو کښي د اعراضو پيداښت او څرنګوالي ډول ډول دی ځني د زړه سوی، ارګمی کول او ځني د غذا د زغم نشتوالي ښکاره کوي که څه هم دا ډول اعراض د

هضمي جهاز په نورو ناروغيو کښې هم شته خو که چيرې د غذا او الکلي موادو پواسطه ارام شي نورې ناروغۍ ردېږي. د شپې لخوا د درد موجوديت او دسهار لخوا د هغې ورک کيدل بل وصفي تشخيصه ټکي دی درمل په ورکولو سره د نارامي ورکيدل ګټور تماميږي همدارنګه د تشخيص له پاره د باريوم ازموينه او کولي سيستوګرافي ضروری ده د باريوم سره د اکسريز معاينه غوره تشخيصه ګام دی په څو فلمونو کښې د قرحي وصفي کراتير ثابت ليدنه د اثنا عشر د حادی قرحي په شته والي دلالت کوي. جيانت کريتر چې په بصله کښې ځای لري شايد له نظره پټ پاتي شي. داثنا عشر د بصلي دوامداره سوء شکل اکثراً د حادی قرحي علامې نه ده خو دومره پوهيدل کيږي چې ناروغ يو وخت په قرحي باندې اخته ده. يواځې د بصلي سوءشکل او تاريخچې کولي شي چې ناروغ تشخيص کړي ولوکه ناروغ کې د حادی صفحی وصف هم موجود نه وی.

ګستريک اناليزس د اثنا عشر په قرحه کښې معمولاًضرورنه دی، په ځنې خبيثو شکلونو او غير ټيپيک ناروغي کښې او مارجينل السرچې د راديولوژي په واسطه معلوميدای نشي د معدی د افرازاتو آزموينه ګټوره تماميږي د اسيد زيات شته والي په زولينجر ايليسن سندروم دلالت کوي. د معدی د شپې د ۱۲ ساعته سکريشن معاينه ضروري نه ده ځکه چې ډيره نارامه کونکي ده. که په رښتيا سره ناروغ اکالورهيدريا ولري سليمه قرحه رديږي.د سيروم د ګسترين د سويه معلومول نه د تشخيص له پاره ګټور او نه د درملنه له پاره ګټه رسوي او يواځې زولنجراليس سندروم وضع کولي

www.ketabton.com

شي.اندوسکوپي دمعدی او اثناعشر د تپونو دپيژندنې لپاره ښه ازموينه ده چې ددې پواسطه د خبيث تپ دردولو او H.Pylori دشتون لپاره بيوپسي اخيستل کيږي داثناعشر تپ هيڅکله خبيث نه وي نو بيوپسی ته يې هم ضرورت نشته دمعدی تپ دی د ۱۲ اونيو درملنی وروسته بيا اندوسکوپي شي.

دايچ پيلوري لپاره ازموينه:

Rapid Urease test: که چيرې دمعدی دانتروم ياجسم څخه بيوپسي واخيستل شي په داسې يو لوښي کې چې يوريا او Agar جيل ولري اچول کيږي که ايچ پيلوري مثبت وي نو يوريا په امونيا او کاربن ډای اکسايد بدلوي پدې صورت کې محيط اسيدي کيږي او د وسط زيړ رنګ په سور رنګ بدليږي داتعامل د ۲-۲۴ ساعتو کې ترسره کيږي. دايچ پيلوري دتشخيص لپاره دفيکل انتي جن تست اوديوريازبريت ازموينه ترسره شي. ددې دواړو ازموينو ترسره کولو لپاره ۷ ورځی او دمخه پروتون پمپ نهی کوونکي درمل ودرول شي څکه ازموينه دروغجنه کوي.

دپيپتک السر توپيري تشخيص

پيپتک السر بايد دلاندې ناروغيوسره توپيري تشخيص شي.

۱- نن السر ديس پيپ سيا

۲- دګاسترو ازوفاژيل ريفلوکس ناروغی

۳- دصفراوي لارو ناروغی.

www.ketabton.com

۴- داپي ګاستریک شدید درد ، دحاد پانکراتایتس، حاد کولي سیستایتس، دمری څیری کیدل او دصفراوي لارو کانۍ، ګاستریک ولوس او دابهر دانیوریزم دڅیری کیدو سره توپیري تشخیص شي.

دپیپتیک السر درملنه

داپچ پیلوري دپیدا کیدو څخه مخکې دپیپتیک ټپ په درملنه کې داسې فکر کیده چې که تیزاب نه وي ټپ به نه وي.خو دتیزابو افرازیدل دپیپتیک ټپ په منځته راتلو کې تر اوسه پورې غوره ونډه لري. خو دایچ پیلوري ورکول اودنن ستروئیدل التهاب ضد درملو له کبله دټپ دمینځ ته راتګ څخه مخنیوی د درملنې بنسټ دی.

دپیپتیک السر په درملنه کې لاندې درمل کارول کیږي.

۱- دتیزابو افراز نهی کوونکي درمل (Acid anti secretory agents)

۲- دمخاط ساتونکي درمل (Mucosal protective agents)

۳- هغه درمل چې دایچ پیلوري په له منځه وړلو کې کارول کیږي.

الف: دتیزابو نهی کوونکي درمل:

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

دا درمل دتیزابو افرازونکي انزایم H,K ATPase غیر فعالوي. ددې درملو دژوند موده دیوساعت څخه کمه خو اغیزه یې د ۲۴ ساعتو څخه زیاته ده ددې درملو د خولې مستحضرات عبارت دي له : اومیپرازول یا رابیپرازول ۲۰ ملي ګرامه، لنسوپرازول ۳۰ ملي ګرامه، ازومیپرازول یا پانتوپرازول ۴۰ ملي ګرامه څخه.

www.ketabton.com

دغه درملنه ۹۰سلنه تر ۲۴ ساعتو د تیزابو افراز نهی کوي او د H2-Receptor بلاکر په پرتله ډیر چټک درد غلی کوي.

ایچ دوه رسیپتور بلاکر ۲۵ سلنه ۲۵ ساعته دتیزابو افراز نهی کوي PPi باید نیم ساعت مخکی د ډوډی څخه وخوړل شي (ډیری دسهار لخواء) هریو له دوی څخه دورځی یوځل ورکول کیږي چې ۹۰ سلنه داثناعشر تپ د څلور اونیو په موده کې ۹۰ سلنه دمعدی تپ داتو اونیو په موده کې رغوي. PPi دلنډی مودی درملنې لپاره ښه درمل دي خو داوږدی مودی لپاره په ۳ سلنه رنځورانو کې دګاسترین دکچی دلوړوالي (>500pg/ml) له امله په انسانانو کې دانتروکرومافین ژونکو دهایپرپلازیا لامل کیږي.

دکلینیکي ازموینو له مخې د ۱۰ کالو راهیسی په انسانانو کې ددې درملو توکسیستي څرګنده شوی نه ده. داوږدی مودې لپاره کارول یې لږ د Vit B12 ، اوسپنی اودکلسیم جذب خرابوي.

په پیپتک تپ کې داوږدی مودی لپاره نه ورکول کیږي خو په جیرد کې کارول کیږي.

۲- ایچ دوه ریسپتور انتاګونست:

ایچ دوه رسپتور انتاګونست څلور مستحضراته لري. دشپی لخواء دخوب په وختکی یو ځل ورکول کیږي نوموړی درمل عبارت دي له رانیتیډین ۳۰۰ ملي ګرامه، فاموتیډین ۴۰ ملي ګرامه، سمیتیډین ۸۰۰ ملي ګرامه په غیر اختلاطي تپونو کې ورکول کیږي.

www.ketabton.com

داثناعشر تېپ د ۲ اونیو په موده کې اودمعدی تېپ داتو اونیو په موده کې د ۸۵-۹۰ سلنه رغوی. څلور واړه یې ښه زغمل کیږي لږی اړخیزی اغیزی لري.

سمیتیدین یې د سایتوکروم پي ۴۵۰ میابولیزم دنهی کولو له امله لږ کارول کیږي او هم د تیوفیلین، وارفارین، لیډوکاین اوفینوتوین سره نه ورکول کیږي. ځکه چې د دوی دسیروم کچه لوړه وي او همدارنګه دتیونو دغتیدو اوجنسي کمزوري لامل کیږي.

ب: هغه درمل چې دمخاطي پوښ دفاعي غبنتلتیا لوړوي.

۱- Sacralfat

دادسکروز المونیمی مالګه ده چې دتېپ بیخ دپیپتیک ویجاړولو څخه ساتي. یوګرام دورځی څلور ځله ورکول کیږي دپښتورګو په ځنډني بی وسی کې نه ورکول کیږي.

۲- بسموت لرونکي درملونه: بسموت لرونکي درملونه د پیپتیک تېپ دناروغیو بنستېیزه درملنه ده چې دایچ پیلوري په له منځه وړلو کې د دوو انتي بیوتیکو سره ګډ کارول کیږي مستحضرات یې عبارت دي له کولوئیدل، Colloidal bismuth subcitrate، Bismoth sub salicylate (پیپتو بیسمول) ۱۲۰ ملي ګرامه دورځی څلور ځله ورکول کیږي.

۳- پروستاګلاندین انالوګ: Misoprostol پروستاګلاندین ته ورته درمل دي ۲۰۰ مایکروګرامه د ورځې څلور ځله ورکول کیږي، اړخیزی اغیزی یې عبارت دي له نس ناستي او ابورشن څخه په امیدوارو ښځو کې نه ورکول کیږي.

www.ketabton.com

۴- انتي اسيدونه

پخواء دغه درمل دپيپتيک السر ناروغانو په درملنه کې دتيزابو په خنثی کولو کې غوره ونډه درلوده خو اوس نادراً د لومړنيو تيراپيوتيک درمل په توګه کارول کيږي. ناروغان يې په عمومي ډول د دس پيپ سيا دګيلو د له مينځه وړلو لپاره خوري. غوره انتي اسيدونه عبارت دي له: دالمونيم هايدرواکسايد او مګنيزيم هايدروکسايد مخلوط او ميلانتا څخه.

المونيم هايدروکسايد دقبضيت او فاسفيت دکموالي لامل کيږي او مګنيزيم هايدروکسايد ناروغ ته نس ناستی پيداکوي.

مګنيزيم هايدرواکسايد دپښتورګو په بی وسی کې نه ورکول کيږي او المونيم دپښتورګو د بی وسی په ناروغانو کی د نيوروتوکسي ستهي لامل کيږي.

دکلسيم کاربونيټ پرله پسی خوړل د Milk alkalin سندروم (چی متصف دی په هايپرکلسيميا، هايپرفاسفتيميا، نفروکلينوزس او د پښتورګو بی وسی باندې) او سوديم بای کاربونيت د سيستميک الکالوزس لامل کيږي.

ج: دايچ پيلوري له مينځه وړل:

ټول هغه رنځوران چې داثناعشر يا معدی بيړني يا ځنډنی ټپ لري او لامل يې ايچ پي وي د دوو انتي بيوتيکو اويوپروتون پمپ نهی کوونکی يا بسموت سره درملنه کيږي.

ددرملنې د دوام موده ۷-۱۴ ورځی ده اواغيزه يې **۸۵-۹۰** سلنه ده. هغه انتي بيوتيک چې دايچ پيلوري ددرملنې لپاره کارول کيږي عبارت دي له: کليروترومايسين **۵۰۰** ملي

www.ketabton.com

ګرامه دورځی دوه ځلي، اموکسي سیلین یوګرام دورځی دوه ځلي. که د پنسلین سره الرژي موجود وي نو میترونیدازول ۵۰۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځله ورکول کیږي.

پروتون پمپ نهی کوونکي عبارت دي له: اومی پرازول یا رابي پرازول ۲۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله. لنسوپرازول ۳۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځله، پانتوپرازول ۴۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځله یا ازومی پرازول ۴۰ ملي ګرامه دورځی یوځل ورکول کیږي.

که چیرې انتان دلمړنی درملنې دپلان سره سم دوام ومومي څلور درملونه یوځای د ۱۴ ورځو لپاره ورکول کیږي (بسموت سب سیلسالیت +پي پي ای+ میترونیدازول +تتراسکلین)

دایچ پیلوري پورې تړلي ټپ د درملنې رژیمونه

لومړنی رژیم:

۱- PPi دورځی دوه ځلي

۲- Klarithromycin ۵۰۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځله.

۳- اموکسي سیلین یوګرام دوځی دوه ځله.

دویم رژیم:

۱- پي پي ای دورځی دوه ځله

۲- Bismuth sub salicylate ۱۲۰ ملي ګرامه دورځی څلور ځلي.

۳- تتراسکلین ۵۰۰ ملي ګرامه دورځی څلور ځله

۴- میترونیدازول ۲۵۰ ملي ګرامه دورځی څلور ځله.

www.ketabton.com

دریم رژیم:

۱- Ranitidine Bismuth citrate دورځی دوه ځله

۲- اموکسي سلین یو ګرام یا تتراسایکلین ۵۰۰ ملي ګرامه یا میترونیدازول ۵۰۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځله.

۳- کلیروترومایسین ۵۰۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځله.

PPi باید مخکې له ډوډی څخه وخوړل شي.

درژیمونو دمودې دپوره کیدلو څخه وروسته دټپ دبشپړ رغیدو لپاره په پرله پسې توګه H2 Receptor انتاګونیست یاپروتون پمپ نهی کوونکي دورځی یوځل ورکول کیږي.

دایچ پیلوري د درملنې استطبابات:

دمعدی او اثناعشر ټپ موجود وي، دهستولوژي له مخې ګاستریک میتاپلازیا تثبت شي. ملتوما شته وي، دمعدی اویا اثناعشر قرحه چې دفعال انتان سره یوځای وي داوسپنی دکموالي انیمیا موجوده وي د درملنې په وړاندې مقاوم دي.

دنن ستروئید التهاب ضد درملو له کبله دټپونو درملنه:

الف: دفعال ټپ درملنه

۱- PPi : داثناعشر دغیر اختلاطي ټپونو لپاره څلور اونۍ او دغیر اختلاطي ګاستریک ټپونو لپاره اته اونی ورکول کیږي.

www.ketabton.com

۲- ایچ د وه ریسپتور انتاګونیست:

داثناعشر دغیر اختلاطي ټپونو لپاره دورځی یوځل دخوب په وخت کې د ۲ اونیو لپاره اودمعدی دغیر اختلاطي ټپونو لپاره سمیتیدین ۴۰۰ ملي ګرامه، رانیتدین یا نیزاتیدین ۱۵۰ ملي ګرامه، فوماتیدین ۲۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځله داتو اونیو لپاره ورکول کیږي.

په اختلاطي ټپونو کې پي پي ای ډیر ښه درمل دي.

ب: دټپ د اختلاط مخنیوی

۱- په زیات خطري ناروغانو کې (دپخوا څخه دټپ تاریخچه شته وي، دټپ اختلاط عمر د ۲۰ کالو څخه زیات وي، نوری شدیدی ناروغۍ شته وي، کورتیکوستروئید انتي کواګولانت او نن ستروئید التهاب ضد درمل اخستی وي) خو دا باید وویل شي دټپ دبیا منځته راتګ څخه په لاندې توګه مخنیوی کیږي.

الف: PPi دورځی یوځل

ب: سیلوکوزیب لږ السیروجنیک دي (دزه او رګونو په ناروغیو کې نه ورکول کیږي).

ج: میوپروستول ۲۰۰ مایکروګرامه دورځی ۳-۴ ځله.

۲- داوږدې مودې پرله پسې درملنه : په هغه ناروغانو کې کې ایچ پیلوري منفي وي اویا دایچ پیلوري درملنه ناکامه شوی وي دټپ دبیا بیا منځ ته راتګ دمخنیوي لپاره دورځی یوځل نیم یا بشپړ دوز PPi یا ایچ دوه ریسپتور انتاګونیست ورکول کیږي.

www.ketabton.com

مقاوم ټپونه : مقاوم ټپونه هغه ټپونو ته ویل کیږي چې داتو اونیو په موده کې دپروتون پمپ نهی کوونکو سره ښه نه شي چې لاملونه یې عبارت دي له: د درملو نه زغمل، سګرت څکل، اسپرین او نور نن ستروئید التهاب ضد درمل کارول، زولینجرالیسن سندروم اوخبیث ټپونه، ټول مقاوم او بیا راګرځیدونکي ټپونه چې دنن ستروئیدل التهاب ضد درملو تاریخچه ولري او ایچ پیلوري منفي وي باید جراحي درملنه یې ترسره شي.

۴- غذایي رژیم : تراوسه کوم واضع دلیل نشته چې کوم وصفي غذایي رژیم د اثنا عشر د قرحي په جوړیدلو کښي رول ولوبوي د برکتس له نظره څو ځله وړوکي غذایي رژیم په رنځورانو کښي ښه تحمل کیږي ځني غیر وصفي غذاګاني د تحمل وړ ندی اوناروغ ډیر نارامه کوي اودا کار اثناعشر په هغه ساحه کښي زیات د پاملرني وړ دی ، رنځور شپږ ځلي غذا اخلي او په هغې کښي شیدی، پروتین،او زیات هغه مواد چې د بفر قدرت لري استعمالیږي د غوړي غذا څخه ډډه کول په کار دي کله چې درد کم او یا بالکل ورک شو نو په تدریجي ډول عادي غذایي رژیم د توصیې وړ دي. داسي غذایي رژیم نشته چې د معدی اسید بالکل خنثي کوي نو ښه به داوي چې د هر مناسب غذایي رژیم سره هریو ساعت بعد انتي اسید واخستل شي زیاتی شیدی خوړل ښه دي خو کله کله دارتیري سکلیروزس سبب ګرځي. ددې غذایي رژیم زیات مقدار شحم کولي شي چې د صفراوي لارو ناروغی تحریک کړي.

۵- استراحت،سیډیشن او ترانکولایزر :

www.ketabton.com

د ناروغ لـه پـاره كـافي استراحت توصيه كيـږي اوبايـد ښـه خـوب وكړي، يـو لـړ معلوماتو ښودلي ده چې خوب د معدی د قرحي په ښه والي كښي ګټور تماميږي.ليكن د اثنا عشر د قرحي دپاره كوم اساسي معلومات په لاس كښي نشته .د شفاخاني په ناروغانو كښي زيات خوب او درملنه د پاملرني وړ رول لري د ترانكولايزر تاثير معلوم ندي خوپه غمګين ناروغ كښي ګټور دي ليكن په روتين ډول د درملنه جز نه بلل كيږي.

٦- سايكوتراپي :

د سايكوتراپي رول په پپتيک قرحه كښي معلوم نه دي. د قرحي په حاده مرحله كښي سايكوتراپي تـه ضرورت نشته اومضاد استطباب لري ځكه چې د قرحي د حادكيدو سبب ګرځي .ليكن د ډاكټر روش او ښه سلوک او ښه راغلاست د قرحي ناروغ له پاره بي تاثيره نه دي كه چيرې ناروغ ته سايكوتراپي ډير ضرورت وي نوبايد دقرحي د مرحلي په هكله معلومات ترلاسه كړو.

٧- د ځني موادو څخه ډډه كول :

دشرابو خوړل بالكل منع دي ځكه الكول نه يـواځي د جداري حجراتـو د تنبه سبب ګرځي بلكه د ګسترين افـراز هـم زيـاتوي اوبرسيره پـردې د معـدی د مخـاطي غـشا داپتيليل سطح د خرابيدو سره مخامخ كوي، د بلي خوا كافي،كوكاكولااو چاى هم دمعدی د تيزابونو د زيات افراز سبب كيدايشي نو ناروغ بايد تری پرهيز وكړي، په سګرت كشانو كښي اوس معلومه شويدی چې د قرحي ښه والي ځنډيږي دبلي خوا

www.ketabton.com

نیکوتین د پانکراس داوبو او بای کاربونیت د افراز د منع کیدو سبب گرځي نو ځکه په سگرت کشانو کښي د اثناعشر د قرحي پیښي زیات لیدل کیږي.

هغه دواگاني چې د قرحي دپیدا کیدو سبب کیدا یشي لکه زانتین، الکلویید ستروييد ،ریزرپین،سلیسیلات باید په بشپړ توگه قطع شي.

۸- دمعدی راډیشن:

دمعدی شعاع ورکول د اثناعشر په درملنه کښي کوم رول نه لري خوکه چیرې ۱۵۰۰ راډه شعاع په لس کسري دو زونو او یا ۲۰۰۰ راډه کوبالت تیلي تیراپي تطبیق شي د معدی دافرازاتو د کموالي سبب گرځي.ربنتیني الکلورهیدرایا پدې درملنه کښي کمه لیدل کیږي خوکیدای شي چې هایپوکلورهیدریا په موقتي ډول منځ ته راشي په نیمایي رنځورانو کښي تر ۱۲ میاشتي وروسته د معدی د اسید سکریشن بیرته نورمال حد ته راگرځي. لاکن د قرحي عود کم لیدل کیږي، دا درملنه هغه وخت اجراء کیږي چې طبي درملنه د ناکامي سره مخامخ اویا رنځورد جراحي عملیاتو د زیات خطر سره مخامخ وي.

۹- د درملنه یخول د قرحي د جوړیدو سبب گرځي خوښه والي گذري او اختلاطات یې زیات دی ښه کنترول شوی طبي درملنه گټوره لاړ ده.

۱۰- د ښه والي اوعود په منځ کښي درملنه :

څرنگه چې د اثنا عشر دقرحي ښه والي ته څو اونۍ یا میاشتي وخت په کار دی اود قرحي جسامت او ژوروالي پورې هم تړلي دي. په حاد اکساسربیشن کې تداوی ته تر ۳-

www.ketabton.com

۲ میاشتو دوام ورکول کیږي پرته له تداوی څخه د عود پیښې زیات وي، رنځور باید ډاکټر ته د ناروغۍ د بیا پیداکیدو قصه وکړي د اثناعشر قرحه په پنځو کلو کښې ۹۵-۵۰ سلنه پورې عود کولای شي هیڅ درملنه د عود مخه نشي نیولي ترڅوچې دټولو فعاله کونکو فکتورونو جوړوي له بیخه ونه ویستل شي. کله چې د قرحي د عود اعراض ښکاره شي درملنه باید په فوری ډول پیل اوتر ۳-۲ اونیو پورې دوام ورکړل شي. که چیرې اعراض نه وي په وقایوي ډول د تیزابو د تقرحي خاصیت مخه نیول کیږي. انتي کولنیرجیک دواګاني په لس سلنه پیښو کښې د قرحي د عود اندازه راټیټوي، لیکن د جانبي عوارضو له مخې دا دوایې په روتین ډول تر ډیر وخته نه استعمالیږي.

۱۱- جراحي درملنه:

جراحي درملنه په دغه لاندني حالتو کښي استطباب لري:

۱-سوري کیدل.

۲- اورګانیک ابسترکشن.

۳- مقاوم نسج.

۴- د طبي درملنه په مقابل کښي ټینګار.

جراحي درملنه په ډیروکمو ناروغانوکښي د اجراء وړ ده. د جراحي عملیاتو فیصله باید د عملیات د ضرر اوناروغ د راتلونکي ژوند په بیلانس ولاړه وي. یعني د ناروغۍ

www.ketabton.com

متکرر حملات ،نارامي،قیمت ،ځوځله په روغتون کښي بستر کیدل، دکارنه کول، داټول باید د جراحي د ضرر او انستیزي د زیان سره پرتله شي.

د جراحي قبول شوی لارې چارې:

د جراحي درملنه مقصد لکه د طبي درملنه په شان کلورهیدریک اوپپسین کمول دی، داسي ځانګړې عملیه نشته چې د قرحي ټول ناروغان له پاره ګټوره وي، نولدې کبله په هرناروغ کښي عملیات فرق کوي.

واګوتومي او دریناژ :

پدې عملیات کښي دغه دوه مطلبه شامل دي:

الف) دجداري حجراتو د واګوس تنبه کمیږي.

ب) د واګوس د ګسترین افراز له منځه ځي.

لیکن په دغه عملیاتو کښي کیمیاوي مواد انتروم د توسع تنبه د ګسترین په افراز کښي لاهم اغیزه ناکه پاتي کیږي. او د قرحي عود ۸-۵ سلنه پورې اټکل شویدی او وروسته له عملیاتو څخه د هضمي جهاز اعراض د پام وړ دي. د واګوتومي انتخابي عملیات یو سلنه مړینه لري چې د هرډول عملیات څخه کمه مړینه ده نن ورځ مکمله واګوتومي هم اجراء کیږي او د عملیاتو وروستي اسهال له منځه ځي. په سوپرسلیکتیف واګوتومي کښي دمعدی د علوي برخي د واګوس الیاف غوځیږي اود معدی پنډوس او تنه بي تاثیره پاتي کیږي،لیکن د انترم پایلوریک پمپنګ میکاینزم باید وساتل شي

www.ketabton.com

اود ریناژ عملیه هم صورت نه نیسي پدې عملیات کښې ډمینګ سندروم، اسهال او د غذا لپاره لږ ظرفیت پاتي کیږي.

سب ټوټل ګستریکتومي :

پدې عملیه کښې دمعدی ۷۵ سلنه برخه د انترم او جداري حجرات سره ایستل کیږي او پاتي برخه د اثنا عشر سره انستوموز ورکول کیږي. که چیرې امکان وي او دمعدی زیات قسمت موبلایز شي نو واګوس عصب باید قطع شي که چیری ښه عملیات اجراء شي د مرګ اندازه درې سلنه ده اود قرحي د بیا پیدا ایښت معیار هم درې سلنه دي. سب ټوټل ګستریکتو مي کښې د ډمپینګ و پیښې نظر واګوتومي اودریناژ عملیات ته زیات وي.

واګوتومي او انترکتومي :

دا دیوه ډیر مشهور عملیاتو څخه ګرځیدل دي، پدی عملیات کښې د انتروم غوځیدل او د جداري حجراتو پاتي شوي کتله او د واګوس عصب غوځول غوره ټکي دی که چیرې ناروغ عملیات ته ښه تیار شوی وي د مرګ اندازه یې درې سلنه دې، چې د قرحي د عود سلنه ده. دلته د سوء تغذی اعراض هم منځ ته راتلایشي.

www.ketabton.com

دمعدی قرحه (GASTRIC ULCER)

د کلنیکي له نظره باید دواړه ډوله قرحي یو تربله جلا کړو که څه هم د اتیالوژي له نظره یو بل ته ورته والي لري.

پیښې او ځای :

د معدی قرحه نظر د اثنا عشر قرحي ته کمه لیدل کیږي چې تناسب یي ۴:۱ دی لیکن په اتوپسي کښي دا تناسب سره برابره دي. په نرانو کښي د معدی قرحه زیاته ده. د معدی قرحي په هر عمر کښي لیدلي شو خو اکثراً ۵۵-۴۵ کلونو کښي زیات تصادف کوي.لیکن د اثناعشر قرحي اعظمي پیښې لس کاله د معدی د قرحي څخه ړومبي دي. د معدی قرحه اکثراً په انتروم اویاد انتروم او فنډوس په اتصالي ناحیه کښي ځاي لري.دا قرحه معمولاً ځانګړي او په صغیره انحنا اویا پری پایلوري ناحیي کښي ځاي نیسي .شل سلنه پیښو کښي د معدی قرحه د اثناعشر د پخواني قرحي سره یوځل لیدل کیږي.لیکن د اثناعشر قرحه وروسته د معدی د خالصه قرحي څخه منځ ته نه راځي. ګاستریک ټپ په پنځه کلن مشاومانوکې چې په لومړی وخت کې یې ایچ پیلوري اخستي وي پیداکیږي چې که په دې عمر کې پیداشي داتروپیک یاځنډني ګاستریتس لامل هم ګرځي.

پتوفزیالوژي :

که چیرې د معدی قرحه یواځي اود اثنا عشر قرحه ورسره ملګری نه وي د ګستریک بذل سکریشن د اعظمي تنبه څخه وروسته نورمال پاتي کیږي وروسته د

www.ketabton.com

اعظمي تبنه څخه ربنتيني اکلوهيدريا کولي شي چې د سليمي قرحي ښه والي رد کړي. د معدی د قرحي په پيدا ايښت کښي نظري ډول ډول دي يوعالم وايي چې دا نظريه د حادی قرحي سره چې په ثانوي ډول وروسته له واګوترمي چې دريناژ اجراء نه شي صدق کوي، ليکن د حاد قرحي په هکله چې په بنفسه ډول معدی کښي پيدا کيږي کافي معلومات نشو ورکړاندی کولي. داسي اثبات هم نشته چې وويل شي چې د معدی هاپير موتاليتي اوستازس زيات رول لري. د سيروم د ګسترين د سويي معلومات ګټور لاربنود دی بله نظريه داده چې د معدی د مخاطي غشا مقاومت د جروحاتو په مقابل کښي کميږي اويادا چې د معدی د مخاط افراز د کموالي سره مخامخ کوي همدارنګه ويل کيږي چې د معدی پورتنۍ برخي ته دصفراء ريګورجيتيشن د معدی دمخاطي غشا اپيتيليم تخربيوي اوپپتيک قرحات منځ ته راوړي.

دانظريه د ډيونل پورت له نظريي سره مطابقت لري هغه ډير د معدی د مخاطي غشا مخرش مواد استعمال کړه او وی ليده چې د هايدروجن ايون بيک ډيفيوژن صورت نيسي او قرحي پيدا کيږي، داسي فکر کيږي چې د معدی د قرحي ناروغان هم د اسيد زيات سکريشن لري. خود بيک ډيفيوژن له امله کم معلوميږي، همدارنګه وروسته د سليسلات او ستروييد څخه د معدی دمخاطي غشا مقدار او کيفي بدلون د قرحي زمينه برابروي په دغه رنځورانو کښي د موکس سکريشن اويا د معدی د موکس د خرابوالي اثبات په لاس کښي نه لرو. تيزاب او پيپسين دمعدی په تپ کي غوره ونډه

www.ketabton.com

لري، دمعدی په تېپ کې تیزاب نارمل یا ټیټ وي خو ایچ پیلوري دمعدی دټپ په منځته راتللو کې غوره فکتور ګڼل کېږي.

کلنیکي بڼه :

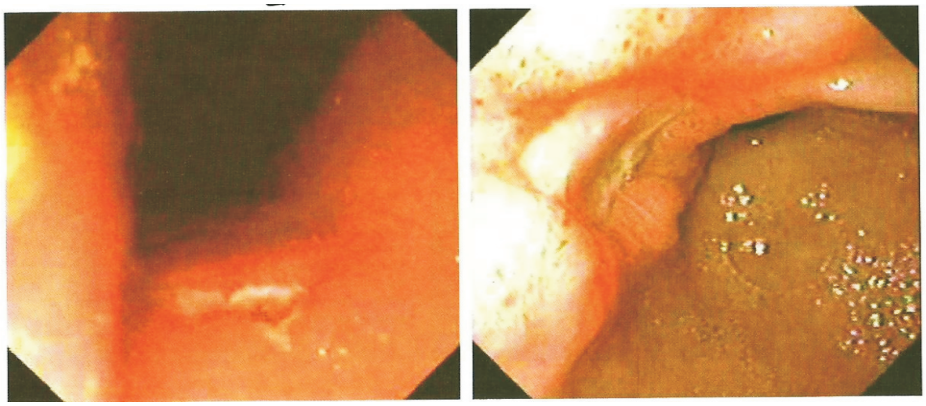
دمعدی قرحه معمولاً ګیلې نه لري خو ځني وخت شاید د شدیدو اختلاطاتو سره پیل وکړي (وینه بهیدنه اوسوري کیدل) عرضي قرحه نظر داثنا عشر قرحي ته ډول بڼه غوره کولي شي اعراض لکه ارګمي کول اویا د غذا څخه وروسته د زړه بدوالي په څیرمنځ ته راځي شاید د غذا څخه وروسته دردکرار شي لاکن د اثنا عشر د قرحي په شان وصفي نه دي لاکن حیقیقت دادی چې درد وروسته د خوراک څخه زیاتیږي نارامي شاید د سوزش اویادکرمپ په شکل وي، خاصیت یې منتشر او کم موضعي وي د شپې لخوا درد زیات عمومیت نه لري،زړه بدوالي بي اشتهایي ،کانګي پرته له انسداد څخه هم پیداکیږي د وزن بایلل اکثراء شته د معدی د قرحي ګیلې ځنډنی دي کله کله د درملنه په مقابل کښي ځواب نه وایي او اکثراء عود کوي.

تشخیص :

د معدی په قرحه کښي تاریخچې د اثنا عشر د قرحي په څیر اهمیت نه لري، مګر یوازي هغه وخت چې د ګیډې مبهم درد ولري څه ناڅه کمک کولي شي تشخیص په مطلق ډول د رادیوګرافي او ګستروسکوپي ازمویني پورې اړه لري په زیاتو پیښنو کښي د توپوګرافي ازموینه د باریوم میل سره د معدی قرحه ښودلي شي. ګستروسکوپي ازموینه د سلیمي اوخبیثي قرحي په منځ کښي توپیر سرته رسوي. اوکه چیرې پورتني

www.ketabton.com

دواړه معاينې اجراء شي تشخيص په ۹۳ سلنه پېښو کښې رښتيني کيږي همدارنګه ګستروسکوپي د بايوپسي له پاره هم ګټوره بلل کيږي، ليکن د سليمې او خبيثې قرحې تشخيص د پتالوجست په مهارت پورې اړه لري. په پيپتيک السر کې پوره يادونه شويده.



۱-۹ شکلونه: دمعدې د قرحې اندوسکوپيک منظرې

د سليمې او خبيثې قرحې توپيري تشخيص :

که څه هم په ډيرو پيښو کښې دمعدې قرحه سليمه ده خو په ۷ سلنه پيښو کښې وروسته د پلټنې څخه خبيث خواص لري. د تشخيص رښتيا والي ۹۰ سلنه پيښوکښې د خباثت د خواص سره تړلي دي.

په هغه پيښو کښې چې شک موجود وي قرحه د رښتيني کيدو تروختنه پورې خبيثه پيژندل کيږي، هغه قرحه چې خباثت لري او ژر درملنه شي په ۵۰ سلنه پيښو کښې ترپنځو کلو ژوند اوږديږي هغه خلک چې سليمه قرحه لري د پنځو کلو ژوند هيله يې

www.ketabton.com

۸۰-۷۵ سلنه اټکل شویده خودا خلک ۴-۳ سلنه پیښنوکښې د معدی د اختلاطاتو څخه مړه کیږي څرنګه چې د معدی د قرحي جراحي عملیات بریالي نه دي نوځکه پدې درملنه ټینګار کول د وخت ضیاع ده. د سلیمي او خبیثي قرحي د توپیر له پاره دغه لاندني کړن لاره باید اجراء شي:

۱- دمعدی د رادیوګرفي آزموینه: دایو ډیرګټور تست دی چې د یو ماهر رادیولوجست لخوا په ۸۵-۸۰ سلنه پیښنو کښي تشخیص ښکاره کیدلای شي.

۲- ګستروسکوپي: پدې معاینه کښي د معدی ټوله داخلي برخه کتل کیږي او بیوپسي یې اخستلي شو دا عملیه هغه وخت استعمالیږي چې د قرحي دسلیم توب په هکله شک موجود وي.

۳- سایتولوژیک آزموینه: که چیرې دا عملیه وروسته اجرا شي د تشخیص رښتیا والي یې ۹۰-۸۰ سلنې پورې اټکل شویدي همدارنګه کله کله فالزنګیتیف پایله هم ورکوي.

۴- د معدی د اسید آزموینه: دا ازموینه هم ډیر ارزښت لري که چیرې ناروغ وروسته د هستامین د زرق څخه د ولړی پوخت کښي اکولو هیدریا ولري د معدی کارسینوما ردولای شو او که اسید موجود وي بیا کانسر نه ردیږي.ځکه د کارسینوما په ځنو پیښنو کښي د اسید افراز تر یو وخته پاتي کیدیشي.

طبي درملنه :

یوددغه څلورو پورتنیو خواصو څخه چې د خباثت په هکله بیان شوکه چیرې دوه وموندل شي د عملیاتو استطباب شته او که ټول خواص د خباثت لپاره منفي وي د

www.ketabton.com

سليمي قرحي په درملنه پيل کوو.ناروغ بايد د اثنا عشر د قرحي په ځير په غوڅه توګه ترطبي درملنه لاندې ونيول شي ۳-۲ اونې وروسته بيا راديوګرافي تکراريږي چې سليمه قرحه په ۵۰سلنه پيښنو کښي ښه والي مومي او سطحي وړوکي قرحه بالکل ښه معلوميږي. اوکه چيرې د طبي درملنه سره ښه والي څرګند نشي رنځور جراحي عمليات ته سپارل کيږي، او که لدې سره هم ښه والي ونه مومي د جراحي عملياتو استطباب منځ ته راځي.

داخبره په ياد ولري چې ځني وخت د معدی کارسينوما د طبي د درملنه پوخت کښي په اعراضو کښي ښه والي څرګنديږي او قرحه څه ناڅه بهبودي پيداکوي. د سليمي قرحي په خبيث بدلون کوم شواهد نه لري اوشايد نادراء تصادف پيداشي دطبي درملنې څخه مخکې په پوره توګه يادونه شويده.

جراحي درملنه :

يوازي د تثقب، نزف،انسداد او درملنه په وړاندې ياغي کيدل جراحي استطباب لري. دجراحي و تيری استطباب د اثناعشر د قرحي په ځير دی. که چيرې قرحه په ۶ هفتو کښي ښه والي پيدانه کړی جراحي لازمي او حتمي ده.جراحي درملنه سب ټوټل ګستروکتومي ده.

د جراحي حجراتو پراخه ايستل ضروري نه دی ځکه د معدی په قرحه کښي هايپرسکريشن عموميت نه لري وروسته د عملياتو څخه په يوسلنه پيښنو کي سليمه قرحه بيا پيداکيږي او دوهمی عمليات دګستروډ يو ډيناستومي په ځير وي ، يا

www.ketabton.com

پایلوروپلاستي او واګوټومي د سلیمي قرحي له پاره اجرا کیږي ، خو ددي عملیاتو سره د قرحي بیا پیدا ایښت ډیر زیات دي.

د روحي فشار قرحي ،ددواګانو څخه پیدا شوي قرحي او کشنګ قرحي:

د سټرس او د واګانو پیدا شوي قرحي یو تر بله سره ډیر نژدی والي لري،دواړه ډوله قرحي حادی دي، په پنډوس او جسم کښي پیدا کیږی.اکثرأ پرته له کوم اعراضو څخه منځ ته راځي.نزف یي یواځني عرض دی. او په دغه لاندې حالتونوکښي سټرس قرحي دلیدني وړ دي:

۱- د شدیدی سوختګي قرحي(کرلنیګ یولسر)

۲- په شدید انتاني حالت کښي.

۳- شدید ترضیضات.

ددې قرحو میکانیزم تراوسه معلوم نه دی که څه هم اسکیمیا زیات اهمیت لري په دغو ډول قرحاتو کښي د معدی د اسید هایپرسکریشن نه لیدل کیږی. د دواګانو قرحي داسې یو حالت دی چې د ډیرو دواګانو د کارولو څخه منځ ته راځي. په زیاتو حالتونو کښي یې میکانیزم معلوم نه دی خویواځني مواد چې داډول قرحات پیداکوي الکول او سلیسلات دي. دواړه د مخاطي غشا د اپتیلیم سطح تخریبوي او د هایدورجن ایون دپاره د بیک ډیفیوژن زمینه برابریږي او نور ژور انساج دتخریب سره مخامخ کوي. نورې هغي دواګاني چې د التهاب ضد خاصیت لري ددې قرحي مسولیت په غاړه اخلي

www.ketabton.com

لکه فینیل بوتازون، اندومیتیسین، سنکوفین، اوکولچیسین دی.همدارنګه که چیرې ریزرپین په قوي دوز دخولي له لارې استعمال شي دواګوس عصب تنبه او د ګسترین د افراز د زیاتوالي سبب ګرځي او په پایله کښي هایپرسکریشن منځ ته راوړي. همدارنګه ستیرویید هم دمعدی د قرحي مسولیت په غاړه اخلي.

کوشنګ قرحي هم د سترس یولسر په ډله کښي شاملیږي، خو د نورو قرحو سره زیات توپیر لري، کوشنګ قرحه وروسته د قحفي ترضیض، د جراحي عملیاتو او دماغي تومور څخه پیداکیدایشي.دا ډول قرحي برسیره د معدی په قرحه په اثناعشر او مری کښي هم قرحي پیداکولي شي چې په پایله کښي د تثقب او نزف سبب ګرځي.دلته د معدی هایپرسکریشن او هایپرګسترنیمیا هم عمومیت لري که څه هم د اسید د افراز د زیاتوالي میکانیزم معلوم نه دی خو بیاهم د هایپوتلموس د نو کلیس د تنبه له کبله د اسید افراز زیات او په وینه کښي د ګسترین لوړوالي پیدا کوي، څرنګه چې دغه پورتني ټول قرحات ړومبي د اختلاطاتو څخه کوم اعراض نه لري نوکولاې شو چې انتي اسید لمړني د درملنه ګام دی. همدارنګه دا ډول قرحي په ورو ماشومانو کښي وروسته د قحفي ترضیض او سترویید دوز په واسطه پیداکیږي نو باید ددې ډول دواګانو څخه ډډه وشي.

ستومال یا ګستروجیوجینل قرحه :

که چیرې د اثناعشر د قرحي عملیات ډیر ښه اجراء شوی وي ددې ډول قرحو پیدا کیدل کم دي خو بیاهم د ګستریوجیوجینستومي په عملیاتو کښي چې واګوتومي ورسره

www.ketabton.com

اجراء شوي نه وي۳۰-۲۰ سلنه پيښنو کښې دا ډول قرحې پيدا کيږي اودا لاندني اسباب لري:

۱- که چيرې د لمړی درملنه پوخت کښې کوم نقصان موجود وي.

۲- په زولنجر ايليسن سندروم کښې ليدل کيږي.

۳- په ساده ګستروانتروستومي کښې د واګوس دعصب د تنبه له کبله منځ ته راځي.

۴- د الکالين عصاره انتروم ته ننوځي او د ګسترين افراز زياتوی.

که چيرې قرحه وروسته د آخرني برخې د ګسترکتومي څخه پيداشي بيا د انتروم ټول ايستل ترغورلاندي نيول کيږي. که چيرې د انتروم برخه د تل له پاره په الکلين عصاره کښې ډوبه پاتي شي د شديد هايپرسکريشن سبب ګرځي چې د زولنجر اليسن سندروم په څير کلنيکي بڼه پيداکوي.

ګيلې :

اکثراً مبهم دي د سوزش احساس چې د ګيډې د کرمپ اود درد سبب ګرځي ليدلي شو دا ناروغي کله کله د انتي سيد پواسطه ښه والي مومي ،شديد نزف ځني وخت يوائې معرفي کونکي عرض دی.د پريتوان جوف ته آزاد تثقب او يا مجاورو اعضاو ته په پټه لاره کول اويا د ګستروجيوجينو کوليک فستول پيداکيدل دغير معمولي اختلاطاتو په ډله کښې شميرل کيږي. راديوګرافي ستومل قرحه نه ښکاره کوی ځکه چې د هغې

www.ketabton.com

طبیعت او ځاي د لیدو له پاره مساعد نه دي.په داسي حادثه کښي ګستروسکوپي ګټوره تمامیږي.

طبي درملنه :

اکثراً بریالي پایله نه ورکوي نو ځکه د جراحي عملیاتو لاړ منطقي ګام دی، که چیرې زولینجر الیسن سندروم رد شي نو واګوتومي ډیره ګټوره تمامیږي او همدارنګه که چیرې په لمړي عملیاتو کښي انترم ایستل شوی نه وي د هغي پاتي برخه هم ایستل کیږي.

د پانکراس یولسیروجینیک تومور(ګسترینوما)

Zollinger-Elison syndrome

دا سندروم یو کلنیکي حالت دې چې په هغي کښي فولمینانت پپتیک قرحات او د پانکراس د نن بیتا ایسلیت تومور(ګسترینوما) لیدل کیږي.که څه هم داتومورونه په پانکراس کښي ځای لري خو په لس سلنه پیښنو کښي په اثناعشر اود هغي په دیوال کښي کتلي شو.د میکروسکوپیک له نظره دا تومور کټ مټ د کارسینویید تومور ته ورته والي لري. تومور د عملیاتو ړومبي هر خوا ته میتاستاز کولایشي اودا پرختیا دهغو نورو لاړو انتقال مومي. دا خلک ډیرکم د تومور د خباثت له کبله مړه کیږي لیکن اکثراد تومور د زیات ګسترین د افراز قرباني دي.ځني خلک چې د تومور له کبله مري تر ډیر وخته ژوندي پاتي شویدي.په ۲۰ سلنه پیښنو کښي دیو تومور څخه زیات موجود وي او په۲۰-۱۰ سلنه پیښنوکښې یو شمیر نور اندوکریني ادینوما ور سره ملګري دي

www.ketabton.com

خصوصاً د پاراتارویید ، نخامیه غدی او ادرینل او تایروییډ ددې سندروم سره یوځای موندلي شوا اوپه دا ډول بې شمیره اندوکرایني ادینوماتوز حالتونو کښي فامیلي پیښې د پاملرني وړ دي. ګسترین د رادیو امینو اسای د میتود پواسطه په سیرم کښي موندل کیږي او په څرګند ډول د هغې سویه لوړه ده. د بلي خواپه په پرنیشیس انیمیا کښي هم ګسترین زیاتیږي.په ځینو ناروغانو کښي د پلازما د کلسیتونین مقدار هم زیات وي اوداسي فکر کیږي چې د ګسترین پواسطه د تایروییډ غدی څخه افراز مومي.

کلنیکي بڼه :

ددې سندروم په ډیرو پیښو کښي ګیلې د اثناعشر د قرحي په څیر دي خو د بلي خوا پدې ډول قرحاتو کښي د اختلاطات پیښې زیاتی د لیدني وړ دي. که چیرې وروسته د ړومبي عملیات څخه بیا د قرحي پیدا ایښت ولیدل شي نو د نوموړي سندروم خیال په سر کښي راوړي او خصوصاً که چیرې دا قرحي په جیو جینم کښي ځای ولري دا شک نورهم قوي کیږي.د معدی د افراز د بذل اندازه ۳۰-۱۰ ملي اکیوولانت په یو ساعت کښي اټکل شویده څرنګه چې معده د تل له پاره د تنبه د تاثیر لاندی ده نو د هستامین له اعظمي تنبه د بذل سکریشن په مقدار کي د پام وړ بدلون نشي راوړلي . که چیری د بذل او اعظیمي تنبه رابطه۰،٦ وي دایو مرستیال عدد دی خو تشخیصه معیار نه بلل کیږي. که چیرې د ورید له لارې کلسیم زرق شي او په سیروم کښي د ګسترین عکس العمل وګورو او د بلي خوا د سکریتین زرق د زولنجر الیسن سندروم د پاتي شوی انتروم او مارجینل السریشن په منځ کښي توپیر کولي شو. کیدایشي چې یوازي اسهال

www.ketabton.com

او د سوء جذب سندروم د ناروغی یوائني اعراض وي.څرنګه چې د وړو کولمو آخرني برخه د زيات مقدار اسيد سره مخامخ ده نو ځکه د پانکراس ليپاز غيرفعاله کيږی او صفراوي مالګي ترسب کوي او همدا علت دی چې مل ابسورپشن سندروم منځ ته راځي. د بلي خوا د کولمو د موکوزا تخريبات چې دزيات اسيد له کبله پيداشوی وي هم د سوء جذب سندروم له پيدايښت سبب ګرځي او دغه زيات مقدار د اسيد سکريشن د اسهال د پيدا کيدو مسوليت په غاړه لري.بايد هغه اسهال چې د پانکراس د نوروتومورونو څخه پيدا کيږي توپيري تشخيص کړو ځکه دغه ډول تومورونه د يولسيروجينک موادو د افراز مسول نه دی.که څه هم ددې ډول اسهال علت معلوم نه دی خوبيا هم فکر کيږی چې دا تومورونه يو ماده افرازوي چې د وړوکولمو د اوبو او الکتروليت ترانسپورت د خرابتيا سره مخامخ کوي او دا ماده د ګستريک نهي کونکي پپتايد په نوم ياديږي.

درملنه :

ددې سندروم تقرحات د طبي او نامکملي جراحي په مقابل کښي زيات ټينګار کوي. د درملنې هدف د تومور ايستل دي پرته لدې چې معده وويستل شي. خودغه ډول کار د تومورونو د شمير اوميتا ستاز په لحاظ ګران دی.که چيرې لږه معده پريښودل شي د مورتاليتي اندازه (۹۰ سلنه) اټکل شويده او که چيرې ټوله معده وويستل شي د مورتاليتي اندازه ۱۵-۱۰ پورې راټيټيږي په څو پيښو کښي وروسته د ټوټل ګسترکتومي څخه تومور وړوکي شوی اود سيروم د ګسترين سويه رالويږي نژدې ۳۰سلنه تومورونه کوچني او موضوعي وي چې دجراحي درملنې سره لری کيږي. لاکن

www.ketabton.com

ډير ملتهي فوکل او ميتاستاتيک وي چې دجراحي درملنې وړ نه دي د PPi دوامداره ورکول دې ناروغانو ته تېپ او نس ناستی ښه کوي د ۲۰-۸۰ ملي ګرامه ورکول شي ترکيبي سوموستاتين او اکتروتايد دپوستکي لاندې زرقول کله کله دګاسترين ازادول برابروي او **۷۵** سلنه دژوند موده تر **۵** کلونو پورې اوږدوي.

د پپتيک قرحو اختلاطات :

دسليمي قرحي اختلاطات دادي :

۱- وينه بهيدنه

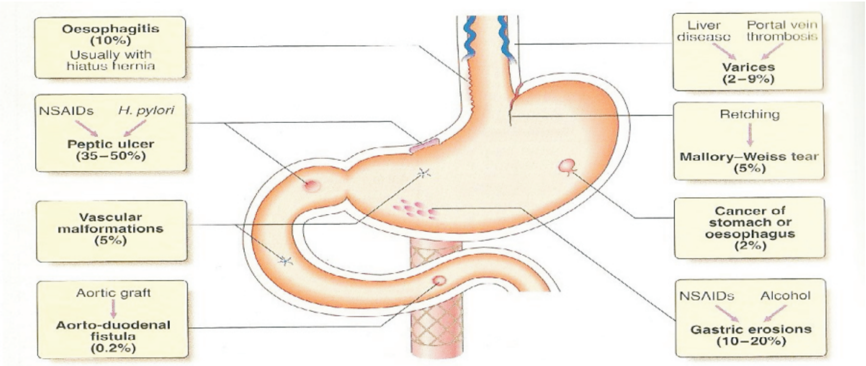
۲- پرفوريشن

۳- دګاستريک اوټ ليټ انسداد.

۱- وينه بهيدنه يا هيموراژ :

دهضمي جهاز دپورتنی برخی وینه بهیدنه

داډير مهم اختلاط دی اوپپتيک قرحه د هضمي جهاز د هيموراژ غوره سبب ګڼل کيږي.



۱۰-۱ شکل: د هضمي جهاز دپورتنی برخی وینی بهیدنی غوره لاملونه

www.ketabton.com

تشخيص :

ډير عاجل او هر اړخيزه تدابيرو ته ضرورت لري، د مثال په ډول د کبدي سيروزس نزف چې د مرى د وريسونو څخه راځي په ځنګ کښي د پپتيک قرحي پلټنه هم په کارده د نزف په پيل کښي د ويني د راتلو ځاى بايد وپيژندل شي. هيما توميزس هغه وخت منځ ته راځي چې د نزف ځاى د ليګا منتم ترايتز څخه پورته وي. خو کيدايشي چې د نزف ځاى په پورتنې جيوجينم کښي ځاى ونيسي انتوبيشن د نزف د ځاى په معلومولو کښي ګټور تماميږي د غايطه موادو نزف هم څه ناڅه معلومات وړاندى کوي د مرى د وريسونو به کتلوي نزف کښي که چيرې وينه زياته او چټکه د کولمو څخه تيره شي د ډکو متيازو رنګ تک سور وي. برعکس که د امعا ترانزيت چټک نه وي د سيکوم وينه هم کولي شي چې د ډکو متيازو رنګ تک تور کړي . که چيرې د امعا ترانزيت په کراره او يا نورمال وي تک سور اويا تور سوراو بړين غايطه مواد ليدلى شو، افت په ترمينل اليوم او يا کولون کښي شايد ځاى ولرى. د نورمال ترانزيت سره د قير په شان تورى ډکې متيازى د هضمي جهاز څخه خارجيږي ليکن دا ډول غايطه مواد د هغه ناروغانو د ډکو متيازو چې سره اوسپنه او يا د بسموت اخلي غلط نه شي. په عمومي ډول ساده بحث کولي شي چې د نزف ځاى په ګوته کړي خو بياهم د مخصوصو شرايطو لاندې د نورو ميتودونو څخه کاراخستل کيږي د وړو کولمو انتربيشن ضرورې دي او وروسته د داخليدو هر ۳۰-۲۰ دقيقي بعد اسپريشن اجراء کيږي. که چيرې په اسپريشن کښي وينه ښکاره شوه نوبيا يو کم مقدار باريوم د فلوروسکوپي تر کنترول لاندې

www.ketabton.com

ورکول کیږي او ماوفه ناحیه باید د غور او څیړنې لاندې ونیول شي.د اکسریز څخه رومبي باید تیوب۸-۶ انچې وویستل شي اوضروري نه دي چې تیوب ترافتة پورې ورسوو. که چیرې نزف لږ وې دا عملیه د اجراء وړ ده. که نزف وپیژندل شو او ځای معلوم شي اود اکسریز معاینه هم نورمال وي تیوب پخپل ځای پریښودل کیږي او جراح باید د نزف علت معلوم کړي. که سره لدې هم پلټنه کومه پایله ورنه کړي نو د احشاء انجیو ګرافي د باریوم د آزمویني څخه رومبي صورت نیسي.

نوروصفي تستونه لکه اندسکوپي، دمری او معدی او اثنا عشر په باره کښې کافي معلومات وړاندی کوي. که چیرې د هضمي جهاز د علوي برخي نزف زیات وي معده د علقي او ویني څخه پریمنځل کیږي اودا کار د یخ شوي سالین پواسطه صورت نیسي. کله چې نزف د کنترول لاندې راغي بیاد اندوسکوپي آزموینه کولي شي چې نور ګټور معلومات را میدان ته کړي څرنګه چې ډیری زیاتې سستمیک ناروغي هم د هیموراژ سبب ګرځي نوباید د هغي له پاره هڅه وشي. د هیتاتیک وظیفوي تعیین د مری د وریسونو ګسترایتس اوپپتیک قرحو د تشخیص له پاره مهم بلل کیږي.

کلنیکي بڼه :

که چیرې رنځور د ۱۵۰۰-۱۰۰۰ سي سي وینه ضایع کړي سنکوب پیداکیږي.میلانا پرته د نورو اعراضو د شته والي څخه زیات عمومیت لري. په ۲۰ سلنه پیښو کښې د اثنا عشر اودمعدی د قرحي ناروغان بیله رومبنیو اعراضو څخه په ناڅاپي ډول نزف ورکوي.ځني خلک شته چې رومبي یې د قرحي اعراض درلوده لیکن د

www.ketabton.com

نزف په پیل سره اعراض ورک کیږي ځکه چې په معدی او اثنا عشرکښې د وینې موجودیت دبفر سیستم وظیفه اجراء کوي او زیات اسید خنثي کولای شي. د استداري حرکاتو او د کولمود ترانزیت چټکتیا د وینې د تخریش له کبله پیدا کیدای شي.

دناروغۍ غوره نښې عبارت دي له: هیماتومیزس او میلانا څخه.

Hematomesis په کانګو کې دوینې شتون ته وایي چې تور چای یا قهوي ډوله رنګ (Caffee ground) لري.

میلانا په ډکو متیازو کې دوینې شتون ته وایي چې قیر ته ورته رنګ لري.

Hematochezia په ډکو متیازو کې دتازه وینې راتګ ته وایي چې ډیرې دمعدی او کولمو دښکتنې برخې دوینې بهیدنې نښه ده.

Occult Blood : هغه حالت ته وایي چې دهضمي جهاز ځنډنې وینه بهیدنه د ورځې د ۱۰۰ ملي لیترو څخه لږه وي چې ددې دپیژندلو لپاره Fecal occult blood مثبت وي او داوسپنې دکموالي دوینه لږي لامل کیږي.

که دهضمي جهاز وینې بهیدنې سرچینه د Ligament of teritz څخه پورته وي د هضمي جهاز د پورتنې برخې وینې بهیدنې پنوم یادیږي اوکه ددې څخه ښکته وي دهضمي جهاز د ښکتنې برخې دوینې بهیدنې په نوم یادیږي.

دفزیکي کتنو له مخې دهضمي جهاز دپورتنې برخې دوینې بهیدنې د شدت کچه په لاندې توګه ویشل شویده.

www.ketabton.com

۱- لږه وینه بهیدنه : (۱۰ سلنه وینه له لاسه ورکوي) یو یا دوه ځلي وینه کانګې کوي. دناروغ عمومي حالت ښه وي دزړه ضربان او دوینې فشار نورمال خو کله کله دلږې ستوماتتیا څخه ګیله کوي.

۲- په منځنۍ کچه وینه بهیدنه: پدې حالت کې په کانګو کې دوینې بهیدنې کچه او کرات زیات وي (۲۰ سلنه وینه له لاسه ورکوي) دوینې دفشار اندازه د ۱۰۰ ملي متروسیمابو څخه زیات، دزړه ضربان په یوه دقیقه کې د ۱۰۰ څخه زیات وي ناورغ کې دوضعیتي فشار ټیټوالی (دوضعیت دبدلون سره دوینې دفشار بدلون ته وایي چې د Tilt test په نوم یادیږي، یعنې کله چې ناروغ ستونی ستاغ وضعیت څخه کیني ۱۰ ملي متر سیماب فشار ښکته کیږي او په یوه دقیقه کې د نبض شمیر ۲۰ ضربانه زیاتیږي، تکي کاردیا ، دزړه ټکان او ګنګسیت شته وي.

۳- شدیده وینه بهیدنه: پدې حالت کې ناروغ ۴۰ سلنه وینه له لاسه ورکوي دزړه ضربان چټک او دشمیرلو وړ نه وي دوینې فشار د ۱۰۰ ملي متروسیمابو څخه ښکته وي، یخه خوله دلاسونو او پښو سوړوالی،تنده او اولیګویوریا شتون لري. دناروغ عمومي حالت خراب او په شاک کې وي. سترګې یې ننوتي، خاسف او نارامه ښکاري.

دلاندې حالاتو شتون دهضمي جهاز دپورتنې برخې دوینې بهیدنې په رنځورانو کې دمړینې خطر زیاتوي.

www.ketabton.com

شاک چې دناروغ عمر د ۷۰ کلونو څخه زیات وي نورې ناروغۍ لکه سرطان، دځیګر او پښتورګو بی وسی شتون ولري، که په اندوسکوپي کې فعاله وینه بهیدنه اویا دلیدلو وړ رګونه شته وي او دوهم ځل وینه بهیدنه موجود وي.

درملنه:

درملنه د نزف د خواصو پورې اړه لري ټول نزف لرونکي ناروغان باید د پلټونکو تستونو اجازه ورکړي، جراحي مشوره ضروري ده .داچې مریض عملیات شي اوکه نه د داخلي او جراح د ګډ تصمیم پورې اړه لري.کله کله عملیات د تشخیص په مقصد اجراء کیږي.سید یشن په هغه ناروغانوکښې چې غمګین دي ښه پایله ورکوي.

لمړنې ارزیابي او درملنه

الف: دناروغ رغول (Stabilization): دناروغ دهیموډینامیک حالت له مخې د وینې بهیدنې اندازه ارزیابي کیږي چې وینه بهیدنه لږه، شدیده اویا منځنی کچه کې ده. چې پس چورل هایپوتنشن اوتکي کاردیا دوینې دلاسه ورکولو لپاره نسبي ګټورې نښې دي. دهیماتوکریت ټاکل دبیړني شدیدې وینې بهیدنې دڅرګندولو لپاره ګټوره ازموینه نه ده. ناروغ ته ۱۸ ګیچه وریدي لین اچول کیږي اویوه اندازه وینه لابراتوار ته دوینې د بشپړ شمیرنی ، پروترومبین ټایم، انټرنیشنل نارملیز ریشو (INR)، سیروم کریاتینین، دځیګر د دندو ازموینه، کراس مچ او دوینې ګروپ لپاره استول کیږي.

که دناروغ هیموډینامیک حالت خراب وي نو باید ۹ ، ۰ سلنه مالګین سیروم یا رینګرلکتیت سیروم ورکړل شي. نادراً دوینې O ګروپ ورکول کیږي. ناروغ ته

www.ketabton.com

نازوګستريک تيوب داخل او هر وخت دمايعاتو ورکولو په وخت کې دمرکزي وريد فشار کنترول شي.

داندوسکوپي څخه مخکې ناروغ ته ۲۵۰ ملي ګرامه دوريد له لارې اريترومايسين ورکوو ترڅو چې معده دوينې دکلاټ څخه پاکه شي. دمعدې زيات اسپريشن خطر لري خو دوينې بهيدنې دوام ورڅخه پيژندل کيږي.

ب: دوينې ورکول : دوينې سوچه سره حجرات تر هغې ورکول کيږي چې هيماتوکريت ۲۵-۳۰ سلنې ته لوړ کړي که پر له پسې وينه بهيدنه نه وي دسوچه سروژونکو دهر يونټ سره تر ۴ سلنه پورې هيماتوکريت لوړيږي. که دترمبوسيت شمير د 50000/mcl کم شي ترمبوسيت ورکول کيږي. که INR د 1.5 څخه زيات وي فريش فروزن پلازما Fresh frozen plasma ورکوي يعنې دسروژونکو دهرو پنځو يونټو سره يو يونټ ورکول کيږي.

درملنه:

الف: طبي درملنه:

۱- دتيزابو افراز نهي کوونکي درمل: پروتون پمپ نهي کوونکي درګ يا په لوړ دوز دخولې له لارې د درې ورځو (۷۲ساعتو) لپاره د ټپ هغو ناروغانو ته چې داندوسکوپي د ازموينې له مخې دخطر لاندې وي ورکول کيږي.

PPi پدې ناروغانو کې دوينې ترانسفيوژن او د اندوسکوپيک درملنې اړتياوې کموي.

www.ketabton.com

دلومړني کامیابۍ اندوسکوپیک درملنې وروسته اومی پرازول ۸۰ ملي ګرامه درګ له لارې اوبیا په هر ساعت کې ۸ ملي ګرامه د ۷۲ ساعتو لپاره دانفیوژن په ډول ورکول کیږي چې دا دوینې بهیدنې خطر د ۱۰-۲۰ سلنې څخه راکموي.

خو ازومي پرازول یا پانتوپرازول درګ له لارې لمړی ۱۸۰ ملي ګرامه اوبیا هر ساعت وروسته ۸ ملي ګرامه ورکول کیږي.

اومی پرازول دخولی له لارې (۴۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځلي) په لوړ دوز ورکول د رګ له لارې اغیزې سره کوم توپیر نه لري. ایچ دوه ریسپتور دحاد ټپ دوینې په درولو کې اغیزه نه لري.

۲- داوږدې مودې لپاره دبیا وینې بهیدنې څخه مخنیوی:

یو پر درې ناروغان چې ښه درملنه شوي نه وي د درې کالو په موده کې یې بیا دټپ څخه وینه بهیږي. که وینه بهیدنه د ایچ پیلوري مثبت ټپ له کبله وي نو دایچ پیلوري ریښنه ایستونکي درملنه د بیا بیا وینې بهیدنې څخه مخنیوی کوي که پدې ناروغانو کې ایچ پیلوري مثبت وي نو د ۴-۸ اونیو لپاره دې انتي بیوتیک تیراپي شي.

که ټپ د ایچ پیلوري له کبله نه وي داوږدې مودې لپاره دخوب په وخت کې ۱۰ ملي ګرامه رانیتدین اویا PPi دورځی یوځل ورکول کیږي.

ب:اندوسکوپي: دهضمي جهاز دپورتنې برخې دوینې بهیدنې دتشخیص لپاره اندوسکوپي ډیره ښه ازموینه ده چې د ۱۲-۲۴ساعتو په موده کې باید ترسره شي. په شدیدو او فعالو وینه بهیدنې حالت کې لمړی باید دناروغ هیموډینامیک حالت سم او

www.ketabton.com

بیا اندوسکوپي وشي. که دناروغ هیموډینامیک حالت ښه نه وي د ۲۴ ساعتو لپاره دي دسختی څارنې یونټ کې اوبیا ۷۲ ساعتو لپاره په وارد کې بستر شي. داندوسکوپي له لارې د درملنې لپاره د اوبلن (1:10000) اپي نفرین زرقول، تیرموکواګولیشن او اندوسکوپیک کلیپ څخه کار اخیستل کیږي چې دا ۹۰ سلنه اغیزمن دی که بیا بیا وینه بهیدنه وي او اندوسکوپیک درملنه بریالی نشي جراحي ترسره کیږي.

د وینې ورکول باید په کافي او مقدم ډول صورت نیسي.د ناروغ حیاتي علامې اوفزیکي علامې همیشه د څارنې لاندې نیول کیږي.د غایطه موادو د شمیر وصف او مقدار ریکارد جوړول غوره ګام دی.په لمړنیو ۱۲-۶ ساعتو کښې د معدی اسپریشن ګټورتماميږي. دا کار نه یوائې د وینې د ضایع کیدو مخه نیسي اود ماوفه ناحیې تماس د تیزابو سره کموي همدارنګه ددې تیوب له لارې الکلین مواد اویا انتي اسید اویا شیدی د څاڅکو په ډول معدی ته داخلیږي. که چیری د یخواوبو لواژاجراء شي همدا یې ځای دی. که چیرې رنځور د زیات خطرسره مخامخ وي د مخصوص کتیتر پواسطه و ازوپریسین اویا نور ادرینالین ورید کښې ورکول کیږي.که چیری د عملیاتو په هکله پریکړه وشي باید رنځور فوراً د عملیات خوني ته یوړل شي. هغه ناروغ چې دمری د وریس به نزف اخته دی اود عملیاتو زغم نه لري او کبدي وظایف هم خراب دي د سینګس تیکلون بلک مورڅخه کاراخستل کیږي.

www.ketabton.com

دوهمه ډله هغه ښوک دي چې وروسته دويني وركولو څخه بياهم هر ۸ ساعته بعد ۵۰۰ سي سي دويني ترانسفيوژن ته ضرورت لري داسي خلک په فوري ډول عمليات كيږي.

دريمه ډله هغه ښوک دی چې وروسته د نزف د لمړی حملي څخه بياوينه وركړی داهم د جراحي د عاجلي مداخلي نيازمند كانديدان دي او نوموړی رنځور په اثنا عشر يا معدی كښي لوی زخم لري.

ښلورمه ډله خلک هغه ښوک دي چې نزف يي له منځه تللي خوناروغ پخپله تاريخچې كښي د ښونزفي حملاتو قصه كوي.په دوي كښي هم دجراحي مداخله استطباب لري.په دغه لاندنيو خلكو كښي نزفي واقعات خطرناكي پيښې منځ ته راوړي:

۱- كه چيرې عمر د ۶۰ څخه زيات وي.

۲- ړومبي هم كتلوي نزف وركړی وي.

۳- پخوانی قرحه ولري.

۴- پخوانی تثقب وركړی وی.

دمعدی د قرحي نزف ډيركم پخپله دريږی ليكن د اثنا عشر هيمورژيک پيښې ځني وخت پخپله ښه كيدايشي. كه چيرې د نزف ځاي نامعلوم وي او د زياتو پلټنو سره ښرگندنه شي نو جراحي مداخله ضرور ده.

www.ketabton.com

۲- پرفوریشن(تثقب) :

سوری شوی قرحه د اثنا عشرپه مخکینی جدار کښي ځای لري خوکیدایشي چې د معدی په مخکني او شاتنی جدار کښي هم ځاي ونیسي.

کلنیکي بڼه :

د درد شروع ناڅاپي او شدید وي موقعیت یي په اپي ګستریک او یا ښي پورتنۍ کوادرانت کښي وي. د درد وصف ثابت دی انتشار نه لري خو ځني وخت د حجاب حاجز د لاندني برخی د تخریش له امله فوق ترقوي ناحیي ته خپریږي. درد د حرکت او ټوخي پواسطه زیاتوالي مومي ناروغ د بستر د پاسه مطلق آرام او دواړه زنګنونه یي خپلي ګیډۍ ته اړم کړي وي. رنځور ژوځله کانګي کوي خو دوامداره کانګي نشته ځني رنځوران د معدی د قرحي تاریخچې لري خوپه ۲۰-۱۰ سلنه پیښو کښي تاریخچې منفي ده په فزیکي ازموینه کښي ګیډه ارامه او ښکاره نیغ په نیغه ریبونډتندرنس موجود دی.

د ګیډې شخوالی شته دی دغه ټول اعراض په زړو خلکو کښي زیات د لیدني وړ دی. د کبدا صمیت له منځه تللي او د ګوتو په معاینه کښي ریکتم حساس او درد ناک وي اودا ځکه چې کل ډوساک د اسیدي مایعاتو له کبله تخریش شویدي شاک په لمړی وخت کښي نادروي او وروسته د زیاتو مایعاتو د ضایع کیدو له امله شاک پیداکیدا یشي

www.ketabton.com

تشخيص :

د ناروغي تشخيص په کلنيکي نښو اينښودل کيږي که چيرې درد د اپي ګستريک ناحيي څخه سفلي کوادرانت ته لاړ شي د اپنديسايتس سره مغالطه کيږي،ليکن دلته د پرايتوان د تخريش علامي په سوري شوي قرحي زيات د ليدني وړ وي.د اکسريز معاينه چې د ګيډې فلم د ملاستي او ولاړې حالت کښي اخستل کيږي د باور وړ آزموينه ده ځکه چې دديا فراګم لاندې آزاده هوا ښکاريږي خوبياهم په ۱۵ سلنه پيښنو کښي دا ډول نښې ليدلي نه شو.ددغي علامي نشتوالي د سوري شوي قرحي رد نشي ثابتولي.

د سپينوکريواتو شمير زياتيږي اوخاص حجری دي چې زياتي وي.دويني د سيروم اميلاز کله کله زياتيداي شي او داکار د سوري شوی قرحي د عملياتو مخه نه نيسي په دې شرط چې تشخيص يقيني اوربښتيني وي. داخل وريدی کولانجيوګرافي ګټوره ده ځکه حاد کولي سيستايتس رديږي. د معدی او اثناعشر سوری شوی قرحي د ګستروګرافي په ورکولو سره معلومولي شو خو کله کله منفي پايله هم ورکوي.

درملنه :

ددې ناوړه پيښې درملنه يواځنی عمليات دی غير عملياتي لاره داده چې د معدی اسپريشن په دوامدار ډول او ربښتيا سره اجراء شي ترڅو چې معده خالي وساتي برسيره پردې انتي بيوتيک او کافي اندازه مايعات ورکول کيږي. ليکن ددې درملنی معذرت دا دي چې داخل بطني اوسب فرينيک ابسي ګاني منځ ته راوړي.د جراح له پاره ناروغ تياورلو په لړ کښي د معدی انتوبيشن او کافي اندازه مايعاتو ورکول ډير مهم کار دی.

www.ketabton.com

د تثقب څخه ۳-۲ ساعت وروسته ناروغ ۳۰۰۰ سي سي مايع ته ضرورت لري. د ډيرو ناروغانو له پاره د قرحي بخي وهل محفوظه طريقه او د مورتاليتي اندازه يې ډيره کمه ده . که چيرې رنځور۸-۶ ساعته وروسته د تثقب څخه روغتون ته راځي د جراحي درملنه په وخت کښي د قرحي عمليات هم اجراء کيږي پدې شرط چې د بريتوان تخريش جزيي وي.په انتخابي پيښو کښي پايله په زړه پورې ده،د سورۍ شوی قرحي بيوپسي چې د کارسينو ما د شک د منځ وړلو له پاره استطباب لري ترسره کيږي.

۳- د ګستريک اوټ ليټ انسداد :

اکثراً د اثنا عشر په قرحه کښي ليدل کيږي خو کله کله د انتروم قرحات په عين ځير کلنيکي بڼه پيدا کولي شي ، د معدی کارسينوما ، ولادي انومالي اونور افات د معدی د اوټ ليت انسداد منځ ته راوړي.

پتوفزيولوژي :

انسداد معمولاًد حادی قرحي اذيما ،فايبروزس او يا دواړه په ګډه سره پيداکيږي. د اعراضو وخامت د عرض د چټکتيا پيل او دانتروم د عضلي په وضعيت پوري اړه لري چې هغې ته (انترل پمپ)وايي. که چيرې د انتروم پمپ سالم وي ناروغ لږ او يا هيڅ اعراض نه لري.که چيری د انتروم پمپ په غير معاوضوي حالت کښي داخل شي اعراض شديد وي اودا معمولاًحاد او ناڅاپي انسداد منځ ته رواړي.

www.ketabton.com

کلینیکي بڼه :

بـي اشـتهايي، زړه بـدوالي او وروسـته د خـوراک څخـه د ګيـډې د ډکيـدو احـساس د مهمترينو اعراضو د ډلي څخه شميرل کيږي. حيرانونکي خبره داده چې کانګي ترهغه وخته پورې منځ ته نه راځي ترڅو چې د انتروم د پمپ ميکانيزم په معاوضوي حالت کښي وي، وروسته د خوراک څخه د مبهم درد احساس دحجراتو د Hyper plasia له کبله پيدا کيږي چې دا درد د کانګي پواسطه له منځه ځي د کانګو محتويات د خوړل شوي غذا ناهضم شوي پارچي دي، که چيرې شديد انسداد منځ ته راغلی وی رنځور د ورځي څو ځله کانګي کوي. د وزن بايلل او قبضيت عمومي اعراض دي، که چيرې انسداد نورهم پرمختګ وکړي د خارج الحجروي مايعاتو حجم کميږي اود پوتاسيم مقدار ټيټيږي چې په پايله کښي هايپوکلوروميک الکلوزس منځ ته راځي. په راديوګرافي کښي معده معمولاً پراخه شوی اود ګيډې دوه په درې برخه يې نيولي وي.

توپيري تشخيص :

دمعدی او اثناعشر د قرحي برسيره د معدی تومور انترل ګسرايتس توپيري تشخيص ضرور دی ځني وخت د تقرحي ګسترايتس د پايلورپلاستي وروستيني سيروزس او ولادي انومالي اوالتهابي و تيری بايد سره جلا کړو، همدارنګه نور و مسکولرافتو نه لکه د يابيتس او ونوراپتي، انتي کولينرجيک دوګاني، د پوتاسيم فقدان، فلجي انسداد هايبرتايروييديزم اود مرکزي عصبي سيستم حاد او مزمني ناروغي چې دغه ټول د توسع سره يوځاي د انتروم د پمپ عدم کفايي سره توپيري تشخيص کيږي.

www.ketabton.com

درملنه :

د درملنې په وړاندې کښې د اعراضو ځواب ورکول ډیر زیات ارزښت لري ځکه دا کار کولي شي چې معلوم کړي چې افت کوم اورګانیک او یاد کومي ازیما له کبله پیداشوی وي. په لمړنیو۲۴ ساعتو کښې که چیرې ازوتیمیا موجود نه وي د مایعاتو او الکترولایت ورکول ضروري دي. اوهم دارنګه د ۷۲ ساعتو له پاره د معدی دوامداره لواژ د درملنه مهم ټکي دي. که چیرې افت ازیما پورې اړه ولري د ۷۲ ساعتو اسپریشن څخه وروسته اعراض له منځه ځي او پایله بریالي ده اوکه چیرې په معده کښې پاتي شوی افرازات ۵۰۰۰ سي سي څخه زیات وي په پیلوریک تضیق دلالت کوي. که چیرې د انسداد علامي واضح او څرګند وي وروسته د اسپریشن څخه (۶-۵ ورځي) عملیات اجراء کیږي.پدې ناروغۍ کښې انتي کولینرجیک دواګاني استطباب نه لري ځکه چې د معدی تخلیه کیدل د ځنډسره مخامخ کیږي. که چیرې د معدی ۲۴ ساعته ذخیره وي مایع د نورمال حد څخه ډیره زیاته وي د جراحي عملیاتو استطباب حتمي دی.

د ګستریکتومي او واګوتومي وروستي اختلاطات :

د جراحي عملیي وروستي اختلاطات دوه ډوله دي یو هغه چې ډیر ژر وروسته د عملیات څخه منځ ته راځي،بل هغه ډول دي چې په موءخر ډول پیداکیږي.

اناتومیک او وظیفوی خرابوالي :

د معدی د خالي کیدو خرابیدل : د واګوتومي وروسته د انتروم د پمپ عدم کفایه منځ ته راځي که چیرې پایلوروپلاستي او یا ګستروانتروتومي د واګوتومي سره یوځای

www.ketabton.com

اجراء شوي وي دا اختلاط دومره زيات نه دی. که چيرې وروسته د ډير دوامدار غير معاوضوي انسدادي حالت څخه معده عمليات شي اود (جي) شكل ولري نودا معده هم خپل ځان په بشپړ توګه نشي تخليه كولي.وروسته د ګستروجيوجينوستومي څخه د ايفرينتلوپ انسداد منځ ته راځي چې دا معمولاًد التصاق او پريړيدو پايله ده چې د جراحي مداخلې ته ضرورت لري.

د ايفرنت لوپ انسداد :

دا اختلاط معمولاًوروسته د ګستروجيو جينو ستومي څخه پيدا كيدايشي خصوصاً كه چيرې ايفرنت لوپ دمعدی په كبيره انحنا كښي انستوموز شويوی. اعراض يې د ډكيدو احساس، ارګمي كول او زړه بدوالي دی چې وروسته له خوراک څخه پيدا كيږي.دا اعراض ۶۰-۲۰ دقيقې وروسته د غذا د هضم څخه اوياد صفراوي د استفراق په واسطه له منځه ځي. د ناروغ په استفراق كې غذايي مواد نشته ځكه چې ايفرنت لوپ تړلي او وروسته د خوراک څخه صفراوي مواد په ناڅاپي ډول د ايفرنت لوپ څخه اطراح كيږي. اعراض اكثرأ مزمن شكل لري خو ځني وخت حاد انسدادي حالت منځ ته راوړلی شي.په اخر كې كلينيكي بڼه د حاد پانكراتايتس په څير ده او د سيروم د اميلاز سويه لوړه ده تشخيص يې مشكل دی خصوصاً كه چيرې د لوپ انسداد موجود وي اود كثيفه موادو سره ډک نه شي.

www.ketabton.com

درملنه يي د انستوموزيک ناحيي اصلاح ده. همدارنګه د ايفرنت لوپ انسداد د بلينډ لوپ سندروم سره يو ځاي هم ليدل کيدايشي چې دا کار د بند شوي لوپ په ناحيه کښي د بکتريا د نشونما پايله ده.

ګسترايتس :

برسيره پر هغه عواملو چې د معدی د مخاطي غشا د تخريش سبب ګرځي د پايلورس د تشوش له کبله الکلي مواد په مکرر ډول معدی ته داخل او ګسترايتس منځ ته راوړي. صفراوي مالګي او ليپاز چې د معدی مخاطي غشا خرابوي په پايله کښي ويلي شو چې د عملياتو وروسته ميکروسکوپيک ګستريتس ليدل کيږي چې معمولاً دی ته بايل ګسترايتس هم وايي اودا افت د صفراوي موادو په کانګو پورې زياته اړه لري. کولسترامين په ځنو پيښو کښي ګټور تماميږي، همدارنګه د صفرا او د پانکراس دعصاری مخه اړول د جراحي عمليي له لارې د ناروغی درملنې له پاره ښه ميتود قبول شويدی.

د پوست ګستريکتومي ميتابوليک خرابي :

لمړی او وروستي پوست پرانډيل سندروم :

لمړي سندروم ته ډمپنګ سندروم هم وايي دا سندروم د ضعيفي، زړه بدوالي د ګرمي احساس، د زړه پرش، خثافت، دګيډې باد، اسهال اود خوراک څخه وروسته ۳۰-۲۰ دقيقو د ګيډی په پړسوب متصف دی ددغو اعراضو د پيدايښت سره ناروغ دملاستي حالت ته مجبوريږي ځکه چې دغه وضعيت په اعراضو کښي کموالي منځ ته راوړي دا

www.ketabton.com

اعراض ناڅاپي او اکثراً د زياتو کاربوهايدريتو د خوړلو سره پيدا کيږي. موخر سندروم ربښتيني ډمپنګ سندروم نه دی ناروغ کې د پرمختللي ضعيفي، رعشه، د زړه پرش، خولي کيدل،پرته د اسهال او شديد استداري حرکاتو څخه منځ ته راځي. معمولاً ۳-۲ ساعته وروسته د غذا خوړلو څخه پيدا کيږي.

د لمړني اوورستني سندروم اسباب يوتربله توپير لري د پايلورله منځه تلل د جراحي عمليي په واسطه هايپر او سمولر موادو ته اجازه ورکوي چې وړو کولمو ته ورداخل شي دا غليظ مواد مايعات د پلازما څخه د کولمو لومن ته راباسي ځکه چې ددغي لارې غواړي چې د کولمو د محتوياتو ايزوسوماتيک بيلانس وساتي. دبلي خوا دا ډول اعراض پرته د ډمپينګ سندروم څخه د نورو اسبابو څخه هم پيدا کيږي چې بايد د هغي پلټنه وشي. د مثال په ډول د سيروتونين افراز او اليمنتري هايپرګليسيميا دا ډول اعراض راوړلی شي ليکن دا چې دا مواد ددې سندروم په پيدا ايښت کښي څه ډول رول لري معلومه نه ده. د بلي خوا د دوراني کينين زياتوالي د وازوموتور د اعراضو د پيدا ايښت سره اړه لري ددې خبرې د اثبات له پاره زياتي هلي ځلي په کار دي چې اثبات ته ورسول شي

د ناروغ اسهال شايد د انتيريک ګلوکاګوم د غبرګون پايله وي چې د ګلوکوز په مقابل کښي يې ښکاره کوي او همدارنګه ګلوکاګوم د سوديم امتصاص نهي کوي چې د زيات مقدار انسولين د افراز سبب ګرځي اويادا چې ناروغ د نورمال مقدار انسولين په مقابل کښي فرط حساسيت لري.

www.ketabton.com

د پوست پراندیل د لمړني سندروم تشخیص آسانه کاردی پدې شرط چې په ډیر غور سره دناروغ څخه تاریخچې واخستل شي او وروستني هایپوګلیسیمیا کښي د خولي د ګلوکوز د تولیرانس تست زیات کمک کولي شي. د ډمپنګ سندروم د مخنیوي له پاره د جراحي ناحیي تنګوالي تراوسه ښه پایله نده ورکړی او حتي ځني وخت د ستومل انسداد سره ملګرتیا کوي.

درملنه :

اکثراً د لږ غذا په ورکولو سره د ورځي څو ځلي چې زیات کاربوهایدریت ونه لري ترسره کیږي. کله چې کم کاربوهایدریت اونشایسته یي مواد په غذایي موادو کې ازمولاریتي کموي مایعاتو یواځي د غذا دخوړلو په منځ کښي اجازه نه ورکول کیږي ځکه د غذا او اوبو خوراک په عین وخت کښي دهایپوتونیک محلول د پیدایښت سبب ګرځي. د انتي کولینرجیک دواګاني شاید استداري حرکات کم اوګټور تمام شي دسیروتونین اګونیست ورکول د ډاډ وړ کار نه دی او هیڅ کومه ګټه نه لري.په هغه ناروغانو کښي چې دوامداره الیمنتري هایپرګلیسیمیا لري د تولبو تامايد ورکول ورته زیاته فایده لري، معمولي دوزیي ۵،. - ۱ ګرام ۳۰-۱۰ دقیقې ړومبي له خوراک څخه ورکول کیږي. د لیټ پرانډیل هایپرګلایسیمیا ډیر ښه درملنه د زیات پروتین اوکم کاربو هایدریت په واسطه خلاصه کولي شو. که څه هم زیات ناروغان وروسته د پایلور د وظیفي له منځه تللو له کبله په ډمپینګ سندروم اخته کیږي خو یواځي ۱۰-۵ سلنه ناروغان اعراض لري او یوه سلنه اعراض یې دومره شدید وي چې بیا د جراحي اصلاح

www.ketabton.com

ته اړه پیداکوي. په انتخابي پیښنه کښي د وړو کولمو د پورتني استداري لوپ پیداکول ګټور تماميږي.

انيميا :

د قسمي ګستریک تومي یو مهمترین اختلاط دی که چیرې ناروغ وروسته ددې عملیاتو څخه تر څارنې لاندې ونیسو ۵۰-۲۰ سلنه شاید دا نیمیا اعراض ښکاره کړي. انیمیا وروسته د ګستروجوجینوستومي څخه زیات دلیدني وړ ده حال دا چې په ګستروډیوډینو ستومي کښي نسبتاً کمه لیدل کیږي په ریزکشن عملیه کښي نظر ساده واګوتومي ته بیاهم د انیمیا پیښي زیاتی دي معمولاً د اوسپني د فقدان او د ویتامین (بي۱۲) د فقدان سره یو ځای پیداکیږي د اوسپني د فقدان انیمیا یوائي د خولي له لارې د اوسپني د کم اخستلو پایله نه ده بلکه د اوسپني د خراب امتصاص او هایپوکولور هیدریا پورې اړه لري همدانګه د معدی چټکه تخلیه او د اثنا عشر بایپاس چې په ګستروجیوجینوستومي کښي صورت نیسي مسول ګڼل کیږي همدارنګه د ستومل ګستریاتیس څخه د ویني مزمن راتلل د اوسپني د فقدان انیمیا سبب کیدایشي. د اوسپني ورکول یوائني درملنه ده .

دویتامین بي۱۲ فقدان او انترانسک فکتور هم ورسره ملګری کیږي واګوتومي هم کولی شي چې برسیره پرګسترکتومي داخل منشاء فکتور کم کړي وروسته د ګسترکتومي څخه د فولیک اسید د فقدان انیمیا نادره ده خو هغه ناروغ چې د

www.ketabton.com

گستروکتومي له عملياتو لاندې راغلي دي په کال کښي يو ځل د انيميا له پاره لټول کيږي که چيرې انيميا ښکاره شوه نومناسبه درملنه يې شروع کيږي.

مل ابسورپشن او ډنګريدل :

ډير چاغ ناروغان وروسته له عملياتو څخه ډنګريږي خوکه چيرې رنځور د عملياتو څخه مخکي وزن بايللي وي د عملياتو وروسته خپل پخواني حد ته نه رسيږي.د وزن بايلل د خوراک د خراب عادت د ډمپينګ سندروم اومل ابسورپشن څخه منځ ته راځي. علت يې تراوسه پيژندل شوی نه دی، ليکن فکر کيږي چې د غذا او صفراوي مالګو او دپانکراس افرازاتو د نشتوالي له کبله پيداکيږي. همدارنګه د کولمو چټکه حرکت د بکتريا نشونما ټول د ناروغ په ډنګريدو کښي برخه اخلي. د بلي خوا کله چې واګوتومي په Trank کښي اجراء شي داکار د سکريتين او پولي سيستوکينين افراز کموي چې په پايله کښي مل ابسوريشن پيداکيږي. د ويتامين ډي او کلسيم د خراب امتصاص له امله اوستيوملیشيا منځ ته راوړي د مرض د اصلي علت د معلومولو له پاره ډيره ژوره څيړنه په کارده. درملنه کافي غذا د پانکراس د عصاری او صفراوي مالګو ورکول دي که چيرې د ايفرنت لوپ انسداد پيداشوی وي د انتي بيوتيکو يوه دوره درملنه منطقي کار دی او په حيرانونکي ډول د مل ابسورپشن اعراض له منځه وړي.

د واګوتومي تاثيرات :

داسي ليدل شوي چې وروسته د واګوتومي څخه د صفراوي ډبرو پيښې زياتيږي. دا کارنه يواځي د صفراوي کڅوړې خالي کيدل د ځنډ سره مخامخ کوي بلکه د صفرا د

www.ketabton.com

جریان د سکریتین او کولي سیستوکنین تنبه کموي او دغه کارد صفراوي کڅوړې تقلص کموي. خصوصاً که چیرې د اثناعشر بایپاس اجراء شوي وي په دغه مرضي و تیره کښې لاشدت پیداکیږي.دا ډول اختلاطات په سب ټوټل ګسترکتومي او جوجیونوستومي کښې هم منځ ته راځي. ځني خلک چې د واګوس عصب یې غوڅ شوی وي په ۶۰-۵۰ سلنه پیښو کښې اسهال لري دا اسهال متناوب شکل لرې، غایطه مواد سپین او غوړ دي چې په انفلاقي ډول خارجیږي او پخپله د کمود د سوري خواته حرکت کوي. دا ډول حملات په هفته کښې دوه درې ځلي پیداکیږي انتخابي تدوایي یې ډینرویشن دی.

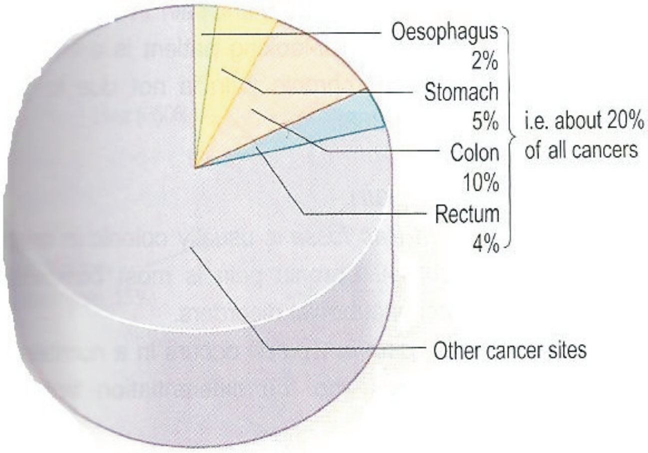
د معدی کانسر، سلیم تومورونه، ګسترایتس او نورې ناروغي

د معدی کانسر :

کارسینوما :

په ټوله نړۍ کښې د معدی کانسر یوه ډیره خبیثه وژونکي ناروغي ده که څه هم پیښې یې کمی دي خو بیا هم یوه کال کښې ۱۵۰۰۰ نفر وژني، ځکه لمړني اعراض یې کم اویا هیڅ نه لیدل کیږي او ناروغ هغه وخت پیژندل کیږي چې د علاجي مرحلي څخه خبره تیره وی. ناروغ ډیر ناوخته د عملي مرستي له پاره راځي پرته د ربښتیني تشخیص او جراحي درملنه څخه یواځي لس سلنه رنځوران تر پنځو کلو پورې ژوندي پاتې کیږي. دمعدې کانسر زیاتره په انتروم کې منځته راځي خو په کاردیا او فنډس کې هم مخ په زیاتیدو دي.

www.ketabton.com



۱-۱۱ شکل: *هضمي جهاز د بيلابيلو برخو دکانسر پيښې*

اپيديمولوژي :

دا ناروغي زياته په جاپان کښې موجوده وي، په چين، شرقي اروپا مکسيکو او ماليزيا کښې هم شته، پيښې يې نن ورځ د امريکا په مهاجرو جاپانيانو کښې کم دي. ماشومان ډير کم پدې ناروغۍ اخته کيږي او داسي فکر کوي چې محيطي فکتورونه د مرض په پيدا ښت کښې رول لري. ټوله نړۍ کښې نران نظر ښځو ته دوه چنده په دې ناروغۍ اخته کيږي ناروغۍ معمولاً په ۵۵ کلني کې خو يواځي د پنځه سلنه پيښو کښې ۴۰ کلني کښې هم ليدلی شو.

www.ketabton.com

ایتولوژي :

د معدې د کانسر لامل تراوسه معلوم نه دی خو د ناروغي د پیدا ینبت علت تهول په غذایي رژیم پورې تړلې ګڼي. د ان میتایل، نایترس ګوالیدین په ورکولو سره په حیواناتو کښي د معدې کانسر لیدل شوی اوداسي فکر کیږي چې د غذایي موادو نیترات، مرکبات په نیتریت بدل شي د معدې د کانسر اودا مواد په معدې کښي د ثانوي اویا ترشوی امینواسیدونو پواسطه زیاتیږي په زړه پورې خبر خو داده چې دا ډول مضر مرکبات د اسکوربیک اسید په واسطه لرې کیدایشي.

مساعدکوونکي فکتورونه :

دا ناروغي ۲-۴ چنده د هغه ناروغانو خپلوانو کښي زیاته ده چې اډینتیکل غبرګونکي نظر ډای زایګوتیک وي. په ډیره لږه اندازه د A ګروپ په وینه لرونکو کښي د لیدنې وړ ده. جینتیک فکتورونه ډیر کم رول لري.

اتروفیک ګسترایتس خصوصاً که چیرې د معایي میتلاپلازیا سره ملګری وي د کانسر پیښې زیاتوي دا ډول بدلون په پرنیشیس انیمیا کښي زیات لیدل کیږي. او ددې انیما ناروغان په ۶ سلنه پیښو کښي د معدې په کانسر اخته کیدلی شي. هغه اپیتلیل پولیپ چې قطریې د دوه سانتي متر څخه زیات وي اکثراً په ادینوکارسینوما بدلیږي.دا معلومه نده چې د الوی تومور د اول نه کانسر درلوده او یا اوس په کانسر بدل شوی دی دا باید وویل شي چې د معدې ټول کانسرونه د پولیپ سره پیل نه کوي منتشر پولي پوزس کم لیدل کیږي خو که چیرې پیداشي د کانسر خبرورکوونکی دی. د قسمي

www.ketabton.com

پیغام ورکوونکي گستریکتومي څخه څوکاله وروسته د معدی د کانسر پیښې زیاتیږي د معدی سلیمه قرحه نادراً په کانسر بدلیدای شي.

لاملونه:

۱- عمر : دمعدی کنسر ډیری وروسته د ۷۰ کلنۍ څخه وي.

۲- جنس: په نارینه و کې نظر ښځو ته زیات وي.

۳- توکم : ډیری یې اسیا ، پاسفیک اسلند ، هسپانیه اوافریقایي امریکایانو کې دی.

۴- خواړه: ځینې خواړه دمعدی دکانسر خطر زیاتوي لکه منتن (داقتصاد ټولنیز حالت ضعیفوالی، مالګین، سګرت ، الکول، سره شوی خواړه (نایتریت لري) مساله جات خو سابه او میوه دکنسر خطر کموي.

۵- اچ پیلوري: ځنډني ایچ پیلوري دځنډني ګاسترایتس او اکلورهایدریا لامل کیږي.

۶- کورنی تاریخچه

۷- دمعدی د اسید نشتوالی

۸- خبیثه انیمیا (پرنیشس انیمیا)

۹- دمعدی جراحي څخه (۱۰-۱۵ کاله وروسته)

۱۰- دوامداره اچ دوه ریسپتور بلاکر خوړل.

۱۱- ځنډني ګاسترایتس

۱۲- دمینیټرایر ناروغی (دمعدی دفولډونو دهایپرتروپي زیاتوالی)

۱۳- دوینی ګروپ: د A ګروپ لرونکو خلکو کې د O ګروپ په پرتله ډیر وي.

www.ketabton.com

پتالوژي :

د معدی کانسر اکثراً ادینوکارسینوما شکل لري. د میکروسکوپیک او ماکروسکوپیک تصنیف بندي ګرانه ده ځکه چې اکثراً مخلوط شکل لری. په عمومي توګه پنځه ډوله ماکروسکوپیک شکلونه ذکر شوي دي.

۱- پولي پویید . (Poly Poid mass (Fungating intraluminal)

۲- تقرحي (Ulcerative Mass).

۳- تقرحي او ارتشاحي

۴- منتشره ارتشاح(لاینیتس پلاستیکا) . (Linitis Plastica) Diffuse spreading

۵- سطحي پراختیا . (Superfacial spreading)

په میکروسکوپیک پیژند ګلوي کښي درې ډوله حجري ښکاره شویدي.

۱- معایي.

۲- معدی(پایلوروکاردیا).

۳- خپور(موکس حجرات).

دپولي پویید ،یوولسراتیف او سطحي ارتشاحي کانسر خباثت نظر تقرحي شکل ته کم دی. د میکروسکوپیک له نظره د معایي شکل حجرات نظر منتشر موکوزا حجراتو ته لږ خه ښه انزار لري همدارنګه د مرض انزار د کانسر په ژورتیا تهجم او میتا ستاز پورې

www.ketabton.com

تړلي دي که چيرې سترومل غبرګون ، لمفوسايت، پلازماسل او ځوان فبروبلاست و ليدل شي دا ناروغ د رنځوري پر وړاندې زيات ټينګار لري اود ناروغي انزار نسبتاً ښه وي. کانسر په مساوي ډول په انتروم او جسم کښي ځاي نيولي شي په صغيره کږليچ کښي نظر کبيره کږليچ ته زيات ځاي نيسي په ۲۰-۱۰ سلنه پيښو کښي په کارديا کښي هم ليدل کيږي کانسر د مستقيم خپريدو له امله د معدی په جدار کښي اپي ګستريک انساجو خواته ځان نژدې کولي شي کله کله د مستقيم انتشار له امله پانکراس، کولون او کبد د بريد لاندی راولي د معدی د علوي برخي کانسر کولي شي د مری آخرني برخي ته لاړ شي حال داچې د معدی د سفلي برخي کانسر ډير کم د پايلور د لارې اثناعشر ته راننوزي د پري ګستريک لمفاوي عقدات هم په ناروغۍ اخته کيږي همدارنګه د ابهر لمفاوي عقدی د توري د سری عقدات او پورټل عقدات د کانسر په واسطه اشغاليږي. که چيرې د لمفاوي صدري قنات له لارې انتشار وکړي سوپراکلاوي کولر لمفاوي عقدات احتوا کوي چې هغي ته (ويرشونات) هم وايي، په شل سلنه پيښو کښي پريتوان ته هم ميتاستاز ورکولي شي. دواړه مبيضونه او پري پوچ ته هم تلای شي. په ۳۰ سلنه پيښو کښي د ويني د لارې کبد ته ميتاستاز ورکوي سږي او دماغ په ډير کمه اندازه په ناروغۍ اخته کيږي.

www.ketabton.com

کلنیکي بڼه :

تاریخچې د سلیمي قرحي او کانسر په جلا کولو کښي ډیره لږ مرسته کولي شي ځکه چې په یوشمیر پیښنو کښي د دواړو اعراض یو بل ته ورته والی لري.

تقریباً په ۲۵ سلنه پیښنو کښي ناروغان د پپتیک قرحي ګیلې لري . لمړني ګیله د ګیډې د پورتنې برخي نارامي ده اویا داچې رنځور درد لري بې اشتهایي، لږ زړه بدوالي د ډیر عمومي اعراضو دډلي څخه شمیرل کیږي. خو معرفي کونکي اعراض نه دي په ۵۰ سلنه پیښنو کښي رنځور وزن بایلي په هغه تومورنو کښي چې د پایلور په ناحیه کښي ځاي لري رنځور زړه بدوالي ښکاره کوي ډیسفاژیا د کارد یا د تومور غوره عرض دي ضعیفي، هیماتومیزس او میلانا او دتغوط بدلون د ناروغي نورې ګیلې او نښې دي چې رنځور لخوا بیانیږي.ځني ناروغان د انیمیا څخه ګیله من دي اودا انیمیا ممکن د آزمویني په لږ کښي کشف شي کله کله تقرحي کارسینوما سوري او ګستروکولونیک فستولونه جوړوي. د ناروغي د شروع ګیله شاید میتاستاز پورې اړه ولري. د مثال په ډول که چیرې ګیډه پړسیدلي وي ممکن د خباثت نښه وي. که ناروغ ژیړی ولري د صفراوي لارې په انسداد چې دمتاستاز له کبله پیداشوی وي دلالت کوي د هډوکو درد ،عصبي ګیلې، د دماغي تهجم غوره نښې دي نفس تنګي،دسږو د انتشار علامه ده کیدایشي چې د کولمو انسداد د پریتوان د انتشار او یاد مبیض دمیتاستاز له کبله کلنیکي ډګر ته راووځي ددغه پورتنیو اعراضو موده ۶ میاشتي رومبي اټکل شویده او ډیر ناوخته ډاکټر ګوري.

www.ketabton.com

فزيکي ازمويني :

په ډيرو لږو پيښنو کښي د اپي ګستريک ناحيي د پاسه کتله جس کيږي او دا د خراب انزار ښبه ده خود علاج له نظره خواشيني نه لري. يو په دری ناروغان د ګيډی درد لري ناورغ خاسف، ډنګر او ځني وخت د معدی سپليشنګ په کښي موجود وي په فزيکي معاينه کښي د ميتاستاز علامي په غور سره لټول کيږي ځکه لري ميتاستاز د جراحي درملنی اميد له منځه وړي. که چيری په رنځور کښي هيپاتوميګالي، ژيړی او د ويرشو ناډ او ياد صدري عقداتو غټوالي وليدل شي په ميتاستاز دلالت کوي. همدارنګه د پري ريکټل په پوچ کښي د کتلي جس او د مبيضونو غټوالي(کريوکينيرک) دتومور او د ناروغي د چټکتيا سره يوځای منځ ته راځي. کله کله حبن د سروي ناحيي مايوزايتس ،اکانتوزس نيګريکانس،نورومايوپاتي او کوشنګ سندروم سره ملګرتيا کوي.

لابراتواري ازموينه :

دوه په دريږ پيښنو کښي د اوسپني دفقدان انيميا د نزف له کبله پيداکيږي کله کله کانسر د پرنيشيس انيميا سره يوځای منځ ته راځي نادراء پان سايتو پينيا د هډوکي د مخ د اشغاليدو له امله پيداکيدايشي ، لوکومويد ريکشن او (ډي ،ای،سي) نوری نادری موندنی دی چې پدې ناروغي کښي منځ ته راځي.په ۸۰ سلنه پيښنو کښي د غايطه موادو د ويني تست مثبت دي که چيرې الکالين فاسفتاز اوترنس اميناز لوړ وي د کبد په مستاستاز دلالت کوي هايپوالبومينيميا د پروتين د خراب امتصاص پايله ده. د بيتاګستريک د تنبه څخه وروسته که بيا هم اکلورهيدريا وليدل شوه نود سليمي

www.ketabton.com

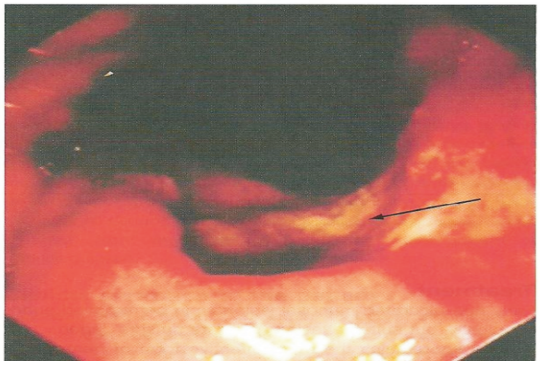
قرحي موجوديت رديږي خودا تست د ډاډ وړ نه دی ځکه ځني د معدی دکانسر ناروغان یو څه اندازه اسید افرازوي. د کارسینویل امبریونیک انتي جن لوړوالي د کارسنوما د درملنې له پاره ښه لارښود دی که چیرې وروسته له عملیات څخه دا ماده لوړه پاتي شي د ناروغي په بابیړی دلالت کوي. دومره باید وویل شي چې دا تست په لمړني تشخیص کښي لږ اهمیت لري.

تشخیص :

د معدی اکسریز د ناروغي د تشخیص له پاره لمړني اقدام دی هغه ناروغان چې ګیلې لري په ۹۰ سلنه پیښو کې د معدی ابنار ملتي ښکاره کیدایشي په ۲۵سلنه پیښو کښي یو ماهر رادیولوجست کولي شي چې د سلیمه او خبیثه قرحه سره جلا کړي لیکن دا ډول غوخ تشخیص یواځي ګستروسکوپي، سایتولوژي او بیوپسي ترسره کولي شي دا کارځکه مهم دی چې ناروغ د روحي تروما او د جراحي موربیدتي او مورتالیتي څخه ژغورل کیږي. که چیرې اکسریز په اګاهانه ډول اجراء شي تشخیصه قدرت یي ډیر زیات دی. ناروغ ته کثیفه مواد ورکول کیږي چې د معدی پراخه او هراړخیزه معلومات په ګوته کړي که چیرې د کانسر شک د اکسریز له مخي پیداشي د رښتیني تشخیص له پاره فبرواوپتیک ګستروسکوپي، بیوپسي او سایتولوژي ازمویني ګټوری تمامیږي. همدارنګه اکسریز د لمفوما او کانسر د توپیري تشخیص له پاره غوره ګام دی ددې مقصد له پاره کم ترکمه ۶ بیوپسي اخستل کیږي که چیرې پارچې د شکمني ناحیي څخه اخستل شوی او ماهرپتالوجست یي معاینه کړي په ۹۰ سلنه پیښو کښي د کانسر

www.ketabton.com

تثبیت ربنتیني کیږي. سربیره پردې په سایتولوژي ازموینه دا تشخیصه معیار نور هم لوړوي. که چیرې کانسر منتشره ارتشاح ورکړي وي د پورتني میتود پواسطه تشخیص کول ګران کار دی او یواځي په ۸۵ سلنه پیښو کښي تشخیص ربنتیني کولي شي او په یو سلنه پیښو کښي دفالز (غلطه) تشخیص سره مخامخ کیږو. د زړو خلکو له پاره ټول دا میتود ګټور دی ځکه دا خلک د اندوسکوپي زغم نه لري که دغه پورتني ټول میتودونه د کانسر د تشخیص په هکله د ناکامي سره مخامخ شي نو بیا هغه وخت د لاپراسکوپي او لاپراتومي ازموینه ضروري ده. که چیرې قرحه سلیمه او د ژیړیدو علامي ښکاره شي ګستروسکوپي ته ضرورت نشته خو ځني نوری پیښي او د کارسینوما او لمفوما د توپیري تشخیص له پاره دا ټول میتودونه لازم ګڼي. دګیډې سي ټي سکن او اندوسکوپیک التراساوند همدارنګه Fecal occult blood test هم اجرا کیږي.



۱ - ۱۱ شکل: کې دمعدی دکانسر په اندوسکوپیک منظره کې یوه لویه قرحه چې غیرمنظم څنډه لري

دمعدې دکانسر اختلاطات

www.ketabton.com

۱- دمعدی کانسر نیغ په نیغه دمعدی شاوخوا او نژدې غړو ته لکه پانکراس، کولمو او ځیګر ته خپرېږي.

۲- دلمفاوي یا دپریتوان دسطحي دلارې خپرېږي.

۳- دګیډې دننه لمفاوي غوټو ته خپرېږي.

۴- تخمدانونو ته میتاستاز ورکوي چې د Krukendberg’s tumor پنوم یادېږي.

۵- نوم شاوخواته میتاستاز ورکوي چې د Sistermary joseph nodol پنوم یادېږي.

۶- Peritoneal culde sac ته میتاستاز ورکوي (Bulmer’s shelf) مقعدي یا مهبلي ازموینو کې معلومېږي.

۷- ځیګر ته خپریدل (غوره ځای)

۸- خبیث اسایتس

۹-(Trosseus syndrome) Migratory thrombophlebitis

۱۰- Supra clavicular lymphnode (Troisier’s sign) ته میتاستاز (Wirchow node)

۱۱- Acanthosis negvicans

۱۲- Microangiopathic hemolytic anemia

۱۳- Guaic positive stool

۱۴- Dermatomyositis

۱۵- سږو اودهډوکو مخ ته خپریدل

توپیري تشخیص:

www.ketabton.com

دمعدی دسليم ټپ، لمفوما او هايپرتروفيک ګاستروپاتي (Menetrier disease) سره توپيري تشخيصيږي.

Stages

۱- صفر ستيژ: کانسر يوازې په مخاطي طبقه کې وي.

۲- لمړی ستيژ: لميناپروپريا يا سب ميوکوزا او ان مسکولاپروپريا تر بريد لاندې راغلې وي خو لمفاوي غوټې اخته شوی نه وي.

۳- دوهم ستيژ: د ۷-۱۵ لمفاوي غوټې اخته شوی وي برسيره پرميوکوزا دمعدی ديوال يې تر بريد لاندې نيولی وي.

۴- دريم ستيژ لمفاوي غوټې اخته شوی وي. مسکولار پروپريا ، دمعدی ټول ديوالي يې اخته کړی وي او ان نژدې غړي يې لکه ځيګر ، پانکراس تر بريد لاندې نيولی وي.

۵- څلورم ستيژ: ليری غړو ته يې ميتاستاز ورکړی وي.

۶- بيرته ګرځيدونکی کنسر: کنسر وروسته د درملنې څخه بيرته راګرځي.

درملنه :

دلمړي پړاو څخه وروسته يې درملنه ګرانه ده. درملنه په دوه ډولو ده:

۱- موضعي درملنه: چې جراحي او راډياسن په کې شامل دی.

۲- سيستميک درملنه : کيموتراپي ده چې کله کله ورسره داډياشن هم ورکول کيږي هغه درمل چې کيموتراپي کې کارول کيږي عبارت دي له : 5 Flurouracil, Carmastin, Mitomycin, cisplatin او Toxotir څخه.

www.ketabton.com

د تومور د جراحي ايستل يواځي علاج کونکي لار ده که چيرې په غور سره معاينه شي د بې موجبه جراحي څخه مخنيوی کيږي د فزيکي ازموينې وروسته بايد د سينې اکسريز، د کبد سکن او وظيفوي تستونه او په ځينې پيښو کښې انجيوګرافي اجراء شي که چيرې ناروغ کښې لمفاوي پړسيدلي عقدات د پلورا او پريتوان انصباب ښکاره شي په ميټا ستاز دلالت کوي. لاپراټومي او مستقيمه بيوپسي ضروري بلل کيږي. د قانون په ډول که چيرې د ميټاستاز شک موجود او باوري نه وي لاپراټومي او لابراسکوپي يواځې د يقيني کيدو لاره ده. د معدې آخرنې برخې او د منځنۍ برخې کانسر د سب ټوټل ګستريکټومي سره درملنه کيږي. پدې عمليه کښې د مربوطه ناحيې عقداتو ايستل لوی او وړوکي او مکمل غوځول او ځنې وخت د توري ايستل پدې عمليه کښې شامليږي د معدې د علوي برخې تومور د اوزوفګوستومي او پراکسيمل ګستريکټومي په واسطه درملنه کيږي او کله کله ټول معده هم ايستل کيدای شي. د معدې د کانسر د عملياتو د مور تاليتي اندازه لس سلنه اټکل شويده ليکن د مړينې اندازه د تومور د نوعيت ژورتيا او ميټاستاز پورې اړه لري.

هغه کانسر چې يواځې موکوزا او تحت موکوزا طبقې اخته کړي وي ۸۰ سلنه د علاج وړ دی. او که چيرې تومور سيروزا طبقې ته انتشار کړی وي د علاج اندازه يې ۲۰-۱۰ سلنه اټکل کيږي. که چيرې لمفاوي عقدات اخته نه وي ۵۰ سلنه خلک وروسته د عمليات څخه تر پنځو کلو پورې ژوند کولی شي. هغه تومور چې جسامت يې دوه سانتي متره او د ګيلو پخواني تاريخچې ولري د ښه انزار نښې دي. کيموتراپي په هغه

www.ketabton.com

ناروغ کښې چې لرۍ ميتاستاز يې ورکړې او په څلورمه مرحله کښې قرار ولري اجراء کيږي. ۵ فلورويوراسيل د تومور په حجم کښې کموالي راوړای شي خو د ناروغ د عمر د اوږد والي هيله نشته که چيرې ۵ فلورويورا سيل او د نايترس يوريا مرکبات (ميتل سي سي ان يو) په ګډه سره ناروغ ته ورکړل شي پايله يې څرګنده او ګټوره ده. په يو لړ څيړنو کښې ښودل شوې دی که چيرې ۵ فلورويوراسيل او راديوتيراپي په ګډه سره اجراء شي د رنځور عمر څه ناڅه اوږديږي يواځې راديوتيراپي کومه ګټه نه لري، نور مرستيال اقدامات د اوسپني ورکول، ويتامينونه، ښه غذايي رژيم او نوره عرضي درملنه ده.

لمفوما :

د معدې ابتدايي لمفوما د معدې د خبيثه پيښو پنځه سلنه او سرکوما ۶۰ سلنه پيښې جوړوي چې د اکثراء هستيوسيتيک لمفوما په څيړدی. (ريتيکولم، سل، سرکلوما) او يا لمفوسايتيک لمفوما معده اخته کوي هوچکن ناروغي په معده کښې نسبتاً کمه ده پلازمو سايتوما کله کله ليدل کيږي د معدې ځني لمفوما داسې کړ کيچنه ښه غوره کوي چې تصنيف بندۍ يې ګران کار دۍ. په ثانوي توګه د معدې اخته کيدل په انتشاري لمفاوي افاتو کښې نظر د معدې لمفوما ته زيات دی. په يوه سلسله څيړنه کښې يوپه درې د هستيوستيک لمفوما او پوپه شپږ د لمفو سرکوما واقعات معدې ته انتشار کولي شي. دواړه جنسونه په مساوي ډول په ناروغۍ اخته کيږي او زياتره په ۵۵ کلنۍ کښې د ليدني وړ دي.

کلنيکي ښه :

www.ketabton.com

ګيلې يي د معدی د کانسر په څير وی، خو يو توپير لري هغه دا چې تر ډيره وخته دوام کوي.په ۲۰ سلنه پيښو کښې هيما توميزس او په لس سلنه پيښو کښې پرفوريشن منځ ته راځي چې دا اختلاطات نظر د معدی کارسينوما ته زيات دي.يو په درې ناروغانو کښې د ګيډۍ کتله جس کيږي او تقريباً په ۵۰ سلنه ناورغانو کښې د هوچکن د فقدان انيميا شته چې د غايطه موادو د نزف له امله منځ ته راځي. اکسريز يو ډول ابنار ملتي څرګندوي چې ندرتاً د ادينوما څخه توپيري تشخيص کيدايشي لوی سخت التواءت ،بي شميره قرحي او ياد د اثناعشر اخته کيدل د لمفوما خيال په سرکښې پيداکوي او همدارنګه د اکسريز بڼه د ميني تيرينس ناروغي سره مغالطه کيدايشي.تومور معمولاً په ګستروسکوپي کښې څرګنديږي خو د هغي ګروس بڼه لږ تشخيصي اهميت لري د عملياتو څخه رومبي تشخيص يواځي د بيوپسي ،اندوسکوپي او سايتولوژي په واسطه ايښودل کيږي او ځينی وخت دغه ميتودونه هم د ناکامي سره مخامخ کيږي د زودو لمفوما او رښتيني لمفوما فرق يواځي د عملياتو په واسطه منځ ته راځي.

درملنه :

www.ketabton.com

د معدی ابتدايي لمفوما د جراحي او راديوتيراپي په واسطه درملنه کيږي دا بېره منطقي خبره وي چې تومور ړومبي د جراحي عمليي څخه د راديوتيراپي پواسطه وړوکي کړو.

۴۰-۳۰ سلنه ناروغان وروسته د درملنه څخه پنځه کاله ژوند کولای شي ړومبي دعملياتو څخه بايد د تومور د پراختيا او تهجم په باره کښي په غور سره پلټنه په کارده او ددې مقصد له پاره لاپراسکوپي ضروري بلل کيږي په ځنو هغه ناروغانو کښي چې تومورېي دغوځيدو وړ نه دی يواځي راديوتيراپي پواسطه پنځه کاله ژوند کولي شي.منتشره لمفوما چې معده يي هم اخته کړې دی د کيموتراپي له لارې د ژوند د اوږد والي هيله شته.

ليومايوسرکوما :

داتومور د معدی د خبيثه ناروغيو ۳/۱ سلنه جوړوي ناروغان په ۶۰ کلني کښي په مرض اخته کيږي نراوښځه په مساوي ډول د ناروغۍ سره مخامخ دي تومور ډير لوی د معدی په پورتنۍ نيمايي کښي ځای لري .

خاصيت يې دادې چې تقرحي بڼه غوره کوی او خپله مرکزي برخه کښي نکروزس منځ ته راوړي تومور پريتونيم او کبد ته انتشار کوي خو لمفونو ته يي انتشار نادر دی اکثره خلک کتلوي وينه بهيدنه هم ورکوي ،په ۵۰ سلنه پيښو کښي دتوموري کتله د جس وړ ده. اکسريز ډير لوی ،ښويه تومور چې مرکزي تقرحي يانکروزي وي په ګوته کوي.

www.ketabton.com

اندوسکوپي،سایتولوژي،بیوپسي کله کله د عملیاتو څخه ړومبي تشخیص وضع کولي شي.درملنه که چیرې ضرورت شي د جراحي پراخه عملیه او د تومور ایستل اجراء کیږي او تقریباً ۵۰ سلنه خلک علاج مومي.رادیوتیراپي او کیموتراپي کومه ګټه نه لري.

کارسینویید تومور :

دمعدی کارسینویید تومور عمومیت نه لري دا اعراض هیڅکله کلنیکي ډګر ته نه راوځي، خو یوائې د اپي ګستریک ناحیي درد شته په اکسریز کښې ګرد ، لوی او ځلانده تومور ښکاري،ځني وخت تقرحي هم وي په ۲۰ سلنه پیښو کښې د تومور خبیث وي ډیر لږ واقعات یي د خبیثه کارسینویید سندروم اعراض منځ ته رواړلای شي.

وړوکي تومور د جراحي علميي پواسطه ایستل کیږي خو هغه تومور چې جسامت یي د ۲ سانتي متر څخه زیات وي قسمي ګستریکتومي ته ضرورت لري نورې یې خبیثه سرکوما ،اولیوسرکوما ،هیمانجوپیری سایتوما.تقریباً لس سلنه پیښو کښې لیوما او میلانوما هم میتاستاز ورکوي.

سلیم تومورونه :

اپیتیلیل پولیپ :

وروسته د کانسر څخه دا ډول پولیپونه په ۱۰-۵ سلنه پیښنو کښې د معدی ډیر مهم تومور دی ،ددغه تومورونو تصنیف بندي ګډ وډي ده خو یوه خبره چې څرګند ده هغه داده چې ۹۰-۸۰ سلنه پیښنو کښې نیوپلاستیک خواص نه لري او هیڅ کله دومره

www.ketabton.com

نه غټېږي چې خبيث خاصيت پيدا کړي او اکثراً دا ډول حالت د هاپيرپلاستيک پوليپونو په نوم يادېږي.چې خبيثه خواص غوره کړي چې دا د معدی د مخاطي غشا دا پې تيليل د زياتوالي پايله ده ،قطر يې د دوه سانتي مترڅخه کم ،ځانګړنې يې شميره او لکې لرونکي دي اکثراً پخپل سرکښې وړوکي تقرح هم لري د شاوخوا موکوزا د مزمن ګسترايتس او اتروفي په څير معلومېږي که څه هم هاپيرپلاستيک پوليپونه خبيثه خواص نه لري خو بيا هم په ۷ سلنه پېښو کښې د معدی په بله برخه کښې کارسينوما منځ ته راوړي هغه پوليپونه چې نيوپلاستيک اپي تيليم لري ډير لږ دي او هغې ته پاپيلري ادينوما وايي.

دا اکثراً د دوه سانتي متر څخه لوی او خبيث خواص غوره کولي شي احاطه شوي موکوزا يې په قطعي ډول سره اتروفيک وي او په ۳۰ سلنه پېښو کښې د کارسينوما سره ملګري کيږي د بده مرغه پوليپونه دواړه خواصه لري، پېښې،انزار اودرملنه لاتراوسه په دا ډول مخلوط پوليپونو کښې تر ناندريو لاندې دي.

دا پوليپونه اکثراً په هغه خلکو کښې چې عمريې د ۵۰ کلو زيات وي د ليدني وړ دي او په ۸۰ سلنه پېښو کښې Achlorhydria لري د پرنيشينس انيميا د ٦-۲۰ سلنه پېښو کښې د اپي تيليل پوليپونه څرګندېږي. په غايطه موادوکښې د ويني راتلل عمومي کلنيکي عرض دی دا خلک دا پې ګستريک ناحيې نامعلومه نارامي لري، خو کله چې د انتروم پوليپ اثنا عشر ته پرولپس وکړي ناورغ کانګې کولو ته مجبورېږي په راديولوژي کې پوليپ ګرد ،ښوی او يا لوبولر فيلينګ ډيفکټ په څير معلومېږي هغه

www.ketabton.com

چې قطريـي د ۲ سـانتي متـرو څخـه زيـات دی د پـاپيلري اډينومـا او يـا پوليپوييـد کارسينوما پـه څير ښکاره کيداې شـي. که څه هم اندسکوپي کښي هايپرپلاستيک پوليپ د پاپيلری اډينوما څخه جلا ښه لري خو بيا هم د هغي قطعي جلا کول پرتـه لـه بيوپسي څخه امکان نه لري اکثراً وړوکي لکي دار تومورونه د اندوسکوپي پوخت کښي د الکتـرو کيـوتري پواسطه ايـستلي شـو او دا د هايپرپلاسـتيک پوليـپ کـافي درملنـه ده.ليکن د لوی پوليپ دا ډول ايستل خطر ناک تماميږی دا پوليپ لمړی بيوپسي بيـا تشخيص او وروسته له هغي درملنه کيږي.کله چې پاپيلري اډينوما تـشخيص شي د جراحي ايستل يي مناسبه لار ده. د معدی منتشر پوليپونه نادره ناورغي ده که پوليپونه زيات او بي شميره وي د ۳۰-۲۰ سلنه پيښو کښي يو خبيث توموري پوليـپ مونـدلي شو.ناروغ د ګيډی نارامي او انيميا لري درملنه يي ستونځمنه ده،قسمي ګسترکتومي او يا د ټولي معدی ايستلو ته ضرور پيښيږي.

ليومايوما :

دا تومور وړوکي او کوم کلنيکي ارزښت نه لري، لوی تومور چې قطر يي د ۳ سـانتي متـرو څخـه زيـات وي د کتلـوي نـزف او اپـي ګسترپيک نـاحيي د درد سبب ګرځـي.د اکسری پواسطه ښوی،ګرد فيلينګ ډيفکټ ښکاري او کله کله د مرکزي برخي تقرح هم لري. ګستروسکوپي په تشخيص کښي کوم رول نه لري وړوکي عرضـي افت د موضعي جراحي عمليـي پواسطه ايـستل کيـږي او هغـه چې لـوی دی قـسمي ګستريکتومي تـه

www.ketabton.com

ضرورت لري.نور نادر سليم تومورنه دادي:ليپوما ،شوانوما ،ليوما يوپاستوما هيومانجيوما ، لمفوما او فبروما.

زودو تومور : د معدی یو شمیر زیات افتونه (پرته د پپتیک قرحي ځخه) د اکسریز له مخې د نیوپلازم په څیر ښکاري او دا افت لکه هایپرتروفیک پایلوریک ستنوزس،انترل ګسترایتس،التهابي پولیپونه،د مینې تیریر ناروغي ، زودلمفوما ،هیتروتیپیک پانکراس،ګستریک ایزونوفلیک ګرانولوما ،کرون ناروغي اوداسي نور د زودو تومور د عنوان لاندې راځي.

www.ketabton.com

گسترايتس اوگاسترو پاتي (Gastritis and Gastropathy)

گاسترايتس هغه حالت ته ويل کيږي چې دمعدی په اپيتليوم کې دهستولوژي له نظره دالتهاب نښې شتون ولري او گاستروپاتي هغه حالت ته وايي چې دمعدی داپيتليوم يااندتيليوم دکيمياوي ټپونو يا رگونو دناروغيو له کبله ويجاړ شوي وي.

ويشنه

الف: حاد گاسترايتس: ۱- بيرني ايچ پيلوري انتان ۲- نور انتانات Helmani، سفليس، وايرل، پرازيتي.

ب: ځنډنی اتروفيک گاسترايتس: ۱- Type A Auto immune body predominant
۲-Type B H Pylori antral predominant

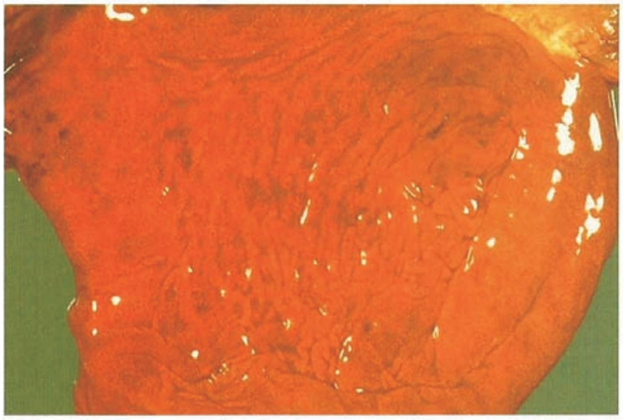
ج: دگاسترايتس غير معمول ډولونه : لکه لمفوساتيک، ازينوفيليک، کرون ناروغی، گرانولوماتوز، سارکوئيدوزس.

حاد تقرحي گسترايتس

دې ډول گسترايتس ته (هيمورژيک گسترايتس او يا ملتي پل گستريک ايروژن) هم وايي. اودا د هضمي جهاز د علوي برخي د نزف غوره عامل بلل کيږي.د اندوسکوپي پواسطه د معدی د مخاطي غشا منتشر،بي شميره، تقرحي وينه ورکونکي ناحيي ليدلي شو. او يا داچې دمعدی په غور،جسم او انتروم کښي ځاي لري.مخاطي غشا سره ماتيدونکي او يا شايد نورمال وي د هستولوژي له نظره دمخاطي غشا تقرحات په عضلي طبقي پورې نه رسيږي په وصفي ډول دا ډول قرحي په بشپړ توگه ښه

www.ketabton.com

والي مومي. د څني متقرحو زخمي شوو برخو څخه څه وينه د لامينا پروپريا ناحيي ته راوځي.ايروژن په هر ډول ګسترايتس او يا نورمال موکوزا کښي پيدا کيدا يشي . کله چې ايروژن دمخاطي غشا عضلي طبقي او تحت المخاطي طبقه اشغال کړي بيا حادې قرحي منځ ته راوړي ايروزف ګسترايتس کيدا يشي، چې د کوم څرګند عامل پواسطه ښکاره نشي خو زيات واقعات يي د اسپيرين د خوراک څخه وروسته پيدا کيږي دا د مخاطي غشا د تخريش او اسيد پپتيک قرحو له پاره لاره برابروي.همدارنګه الکول فينيل بوتازون، غم او روحي فشارونه ،سوختګي ،انتانات ، تروما جراحي شاک، تنفس عدم کفايه ټول دا يروزسيف ګسترايتس اسباب دي. پتوجينزس تراوسه معلومه نه ده خو داسي فکر کيږي چې د مخاطي غشا څني برخي دميکروانفارکشن سره مخامخ دي او همدغه برخي د اسيد پپتيک د هضم لاندې راځي.



۱-۱۲ شکل: د حاد ګسترايتس ګراس منظره

www.ketabton.com

کلنيکي بڼه:

ناروغ د هيماتيميزس او ميلانا سره مراجعه کوي، ځني ناروغان د اپي ستريک ناحيي نارامي او زړه بدوالي لري.ګېډه درد ناکه نزف حملي په لمړنيو ۲۴ ساعتو کښي د ګستروسکوپي پواسطه تشخيصيږي ځکه وروسته زخم ښه والي مومي اوله منځه ځي، اکسرى کومه ګټه نه لري ځکه سطحي زخم د باريوم سره نه معلوميږي تشخيصه ګټه يي داده چې وواېو چې رنځور وينه ورکوي خو اکسرى منفي ده اودا خپله د تقرحي ګسترايتس د پيژندګلوي له پاره ښه دليل دى ليکن د بده مرغه دا ډول شکمن تشخيص کله کله غلطيږي مقدمه ګستروسکوپي ښه تشخيصه لاره ده.

لاملونه:

۱- اسپرين يا غير ستيروئيد التهاب ضد درمل

۲- ايچ پيلوري

۳- الکول

۴- درمل (داوسپنې لرونکي درمل)

۵- شديد دنديز فشارونه لکه سوځيدل، دځو غړو بې وسي.

۶- دصفرا ريفلوکس (دمعدى دجراحى وروسته)

۷- وايروسي انتانات لکه ايډز، هيرپس سمپلکس، سايتوميګالو وايروس.

www.ketabton.com

درملنه :

ضایع شوی وینه باید معاوضه شي، هڅه په کارده چې نزف ودریږي. که چیرې دا هلي ځلي دناکامي سره مخامخ شوي نو په یخو اوبود معدی پریمنځل ګټور ګام دی، کله چې وینه ودریده دڅو انتي اسید دواګانو پیل کوو. که چیرې ویني جریان درلود اویا وروسته له دریدو بیا ښکاره شوه نو هغه وخت په چپ ګستریک شریان کښي پترسین زرق کیږي. هغه ناروغان چې دوامداره نزف لري او د ژوند د خطر سره مخامخ دي فوري جراحي عملیې ته یې اړتیا شته انتیریکتومي او واګوتومي شاید ډیره بریالي پایله ورکړي، کله کله د دوامدار او ثابت وینې بهیدنې له پاره ټوټل ګستریکتومي اړتیاوی.

کرونیک ګسترایتس :

دایو هستالوژیک تشخیص دی نه کلنیکي، ځکه چې د ناروغ ګیلې هیڅ کله په مستقیم ډول د نوموړی سببي عواملو سره اړه نه لري. یقیني تشخیص یې یوائې د بیوپسي پواسطه ایښودل کیږي او دوه غوره ډولونه دي:

۱- فونډل ګلاینډ ګسترایتس.

۲- انترل اویا پایلوریک ګلاینډ ګسترایتس.

همدارنګه کیدایشي چې دواړه ډوله په یو ناروغ کښي موجود وي.

www.ketabton.com

کرونیک فنډل ګلاینډ ګسترایتس :

پدې حالت کښې د فنډوس او جسم مخاطي غشا اخته کیږي او ځنې وخت تر انتروم پورې پراخه کیداې شي. چې درې ډوله پتالوژیک ډولونه لري. سطحي ګسترایتس،اتروفیک ګسترایتس،ګستریک اتروفي. سطحي ګسترایتس کښې حاد او ځنډنی التهاب لیدل کیږي،په اتروفیک ګسترایتس کښې د فنډوس عقدات په قسمي ډول ورک کیږي اود لمفوسیت حجراتو انفلتریشن ښکاري او تریو حد پورې د فنډوس دناحیې چیف سیل او جداري حجرات د کولمو د مخاطي غشا پواسطه احتوا شویدي، په ګستریک اتروفي کښې د فنډوس غدوات بالکل له منځه تللي او په بشپړ توګه له مخاطي غشا اویا دکولمو غشا پواسطه نیول شوي وي او دالتهابي وتیرى کوم شواهد نشته اودا ډول نن پرنیشیس انیمیا په پرمختللي ناروغانو کښې د لیدني وړ دی. ددغه درې ډوله ګسترایتس په منځ کښې کومې یقیني اړیکي ثابت شوي نه دي.خو ځیني څیړونو دا خبره ښکاره کړیده چې کله کله سطحي فنډل ګسترایتس د اتروفیک اویا اتروفي خواته ځي. ځنډنی فنډل ګلانډیلر ګسترایتس د اکسریز له مخې او ګستروسکوپي پواسطه کوم وصفي بڼه نه لري ترڅو چې د معدی د مخاطي غشا التواءتو اتروفي نه وي کړي. خو کله چې التواءت لوړ شي بیا هغه وخت په فینډوس او جسم کښې معلومیږي.د ګستروسکوپي له مخې د التواءتو مخاطي غشا خاسفه ،آواره، او تحت المخاطي غشا عین په سترګو ښکاري، پدې ناروغانو کښې د اسید افرازاتو کم دی. د اتروفیک فنډل ګلاینډ ګسترایتس ناروغان هایپوکلورهیدریا لري او

www.ketabton.com

هغه چې فنډل اتروفي لري اکلورهيدريک دي. د پرنيشيس انيميا په ناروغانو کښې انترازيک فکتور نه افرازيږي نو ځکه د ويتامين بي ۱۲ امتصاص د خرابي سره مخامخ دي.

پدې ناروغانو کښې د سيروم د ګسترين سويه لوړه ده چې انتروم د متواترې تنبه د بريد لاندې دي هغه خلک چې اتروفيک ګسترايتس لري په ۶۰ سلنه پيښو کښې د جداري حجراتو ضد انتي بادي سيروم کښې ليدل کيږي او د پرنيشيس انيميا په ۹۰-۸۰ سلنه پيښو کښې دا انتي بادي د ليدني وړ ده، او همدارنګه د انترانزيک فکتور بادی هم په سيروم اوهم د معدې په عصاره کښې موندلي شو.خو دا انتي باډي په سطحي او اتروفيک ګسترايتس کښې نشته .

په معمولي ډول سطحي اوځنډنۍ اتروفيک ګسترايتس کوم وصفي درملنه نه لري بايد يوازي انيميا اود اوسپني دفقدان انيميا درملنه شي. ليکن په شديد او پرمختللي اتروفيک ګستراتيس کښې د فونډوس ناحيې اتروفي څارني لاندې نيول کيږي ځکه چې د افت د کانسر له پاره زمينه برابروي.

دانترل ځنډنۍ ګسترايتس :

دې ته د پايلوريک ګلاينډ ګسترايتس هم وايي. او معمولاً ناورغ ګيلې نه لری دا افت د فنډوس ناحيې ته پراختيا مومي، د بلې خوا د پپتيک قرحې ناروغان څه ناڅه د انتروم ناحيې ګسترايتس اخته دي خو هغه خلک چې د اسپيرن څخه پيداشوی قرحې لري ګسترايتس نه لري. د معدی افرازات شايد نورمال او ياکم وي چې البته دا د

www.ketabton.com

فنډوس د حجراتو اخته کیدو سره اړه پیداکوي، د جدارى حجراتو انتي بادي په سیروم کښي نشته داسي معلومیږي چې د صفراوي موادو ریګورجتیشن د پپتیک قرحي په ناروغانو کښي د انتروم د ګسترایتس عمده عامل دى. دا ناروغي نه ګیلې لري اونه درملنى ته اړتیا لري.

ګستریک هایپرپلازیا (هایپرتروفیک ګسترایتس) :

پدې ناورغى کښي د اپیتیلیل حجرات هایپلاپلازیا د مخاطي غشا د پریړیدو سره یوځای منځ ته راځي او درى سلیم لاملونه لري:

۱- منتیتریرر ناروغي.

۲- هایپرسکریترى ګستروپاتي.

۳- زولینجر ایلیسن سندروم.

په درې واړه شکلونه کښي د معدى د مخاطي غشا التواءت ډیر لوړ او راوتلي ښکاري چې په ډیره سختي سره د ارتشا حي کانسر سره توپیري تشخیص کیږي او همدارنګه د ځني لمفوما سره پیژندل کیداې نه شي.

میني ټیریر ناروغي (Menetrier's disease)

دایو ډیر غیر معمولي ناروغي ده چې د معدى مخاطي غشا اخته کوي، سبب یي تراوسه معلوم نه دى. په ګراس شکل کښي د معدى د مخاطي غشا التواءت ډیر برجسته او د دماغ دالتواءتو په څیر معلومیږي.د هستولوژي له نظره مخاطي غشا ډیره

www.ketabton.com

پنډه ده . د مخاطي غشا اخته کيدل موضعي او يا پراخه خو اکثراً په کبيره کږليچ کښي زيات د ليدني وړ دی. غدوات لنډ او تاو شو ښکاري اکثراً جداري حجرات او چيف سيل د مخاطي غشا پواسطه نيول شويدي. د غدواتو سستيک توسع عموميت لري او ځني وخت تحت مخاطي غشا ته نفوذ کوي.لامينا پروپيريا کښي د لمفوسيت حجرو ارتشاح د ليدني وړ ده.

کلنيکي بڼه :

د ناروغانو ګيله اکثراً د اپي ستريک د ناحيي د درد څخه ده بي اشتهايي زړه بدوالي، ګانګي ، د وزن بايلل، نس ناستی بله ډله ګيلې دی چې په زړو ناروغانو کې موجودوي. د سطحي ايروژن له امله نزف پيدا کيدا يشي ځني ناروغانو کښي ګستريک قرحي پيدا کيږي. د مخاطي غشا له لارې د پروتين ضايع کيدل د هايپوالبومينيميا سبب ګرځي. او کله کله په ناروغ کښي ازيما څرګنديږي. د معدی د عصاری تيزاب لږ او زيات مقدار مخاط لري په اکسری کښي ډير لوړ التواءت اود معدی هايپوموتاليتي ښکاري ډيره مشکله ده چې دا ناورغي د کانسر، لمفوما او زولينجر ايليسن سندروم سره توپيري تشخيص کړو.

تشخيص :

تشخيص يې اکثراً د کلنيک ،راديولوژي ،لابراتواري ازموينې له مخي ايښودل کيږي.د بلې خوا دګستروسکوپي معاينات نوری تشخيصه مرستيالی معاينی دي بالاخره لاپراتومي اود مخاطي غشا پرير والي له نژدې څخه ګورو او خبيثه افت رديږي.

www.ketabton.com

درملنه :

ددې ناروغۍ کومه وصفي درملنه نشته ،ليکن لږ غذا خوړل شايد ګيلې کم کړي او هغه پيښنه کښني چې د معدی قرحي ورسره وي انتي اسيد ورکول کيږي. هغه ناروغان چې هايپوالبومينيميا او ازيما لري قوي غذايي پروتين ته اړتيا دی او يا د وريدي لارې د انسان البومين ورکول کيږي. که چيری ګيلې د درملنه په وړاندې تينګار وکړي او افت موضعي شکل ولري قسمي ګستريکتومي يې بله ګټوره لار ده.

هايپرسکرتيري ګستروپاتي :

دا د مخاطي غشا د هايپرپلازيا عمده عامل دی. اکثراً دا ډول ناروغان پپتيک قرحات لري دلته د هايپرسکريشن موجود دي اود سيروم د ګسترين سويه نورمال ده، په ګراس شکل سره د مينتيرير ناروغي سره په مشکل جلاکيږي خو د هستولوژيک له نظره غدوات اوږده او د اپي تيليل سيستونه لري خو د مخاطي غشا طبقي ته نفوذ نه کوي. د پروتين ضايع کيدل لږ دي د ګيډې درد وروسته د انتي اسيد څخه کراريږي. هغه ناروغان چې قرحي لري کله کله جراحي عملياتو ته اړتيا لري. که ناروغي پخپله ښه نه شي د ازيما اود هايپو البوينيميا درملنه ګران کار دی. نودا ډول ناروغان د قسمي ګستريکتومي او واګوتومي او يا ټوټل ګستريکتومي په واسطه درملنه کيږي.

پوست ګستريکتومي ګسترايتس :

د قسمي ګستريکتومي وروسته د عملياتو په پاتي شوی برخو کښني ګسترايتس پيداکيږي او دا حادثه د ګستروجيوجينوستومي په عملياتو کښني زياته د ليدني وړ ده.

www.ketabton.com

دغه التهابي و تيره معمولاً د جداري حجراتو او چيف سيل له منځه تلوسره ملگرى او هايپوکلورهيدريا او يا اکلورهيدريا منځ ته راوړي. همدارنگه د انترازيک فکتور مقدار د غذايي ويتامين بي ۱۲ د جذب له پاره ناکافي دى، پتوجينزس يي معلوم نه دى خوبيا هم فکر کيږي چې د صفراوي او پانکراياتيک عصارى د ريفلکس پايله وي. معمولاً د گيليو سره د گسترايتس ناحيي د سخت درد سبب گرځي چې د خوراک سره زياتوالي مومي. په کانگو کښي د صفراوي مالگو موجوديت د ازوفجايتس گيلې منځ ته راوړي.دا ډول گيلې په واگوتومي او پايلوروپلاستي کي هم ليدل شو.خو گسترايتس دومره شديد نه دي.په گستروسکوپي کښي د مخاطي غشا ازيما ځرگنده ده.هغه ناروغ چې گيلې نه لري درملنى ته اړتيا نشته ليکن د ويتامين بي ۱۲ اود اوسپني د فقدان د انيميا د گيلو د پيدايښت له پاره تر ځارني لاندې نيول کيږي که چيرې ناروغان ۶ ځلي لږه ډوډى وخوري او انتي اسيد واخلي گيلې له منځه ځي. که چيرې د مرى د ريفلکس گيلې موجود وي د بسترى سر بايد لږ لوړ شي، د صفراوي تخريش د مخنيوي له پاره د کوليسترامين ورکول د ډاډ وړ نه ده. د جراحي عمليات د صفرا د جريان د بازگشت له پاره غوره اقدام دى چې دې عمليات ته روکس،ان،واى عمليه ويل کيږي.او دا عمليه هغه وخت استطباب لري چې گيلې د طبي درملنه مقابل کښي ټينگار ښکاره کړي.

کوروزيف گسترايتس :

دا ډول ناروغي په تصادفي او ياد خپل ځان وژلو له پاره اجراء کيږي،چې ناروغ قوي اسيد ايا قلوي مواد وخوري.چې دا کار د معدى د جدار د نکروزس سبب گرځي.

www.ketabton.com

افت اکثراً په مری او پایلوریک ناحیي کښې زیات عمومیت لري. الکالي مواد اکثراً نسبت معدی ته مری زیاته ماوفه کوي.حال دا چې اسید معده زیاته خرابولای شي.د معدی د تخریباتو اندازه د تخریشي موادو مقدار ، غلظت او په معده کښې د غذا د موجودیت سره تړلي دي.

کلنیکي بڼه :

ناروغ د سوزش څخه ګیله من دی چې په خوله، مری او د قص د هډوکي لاندې ځاي لري. د معدی په تخریشاتو کښې د اپي ګستریک ناحیي درد شدید او د کانګوسره ملګری وي. تثقب،نزف او پریتونایتس لې وروسته د کورایزیف موادو له خوراک څخه پیداکیداې شي او وروسته له څو مودې څخه سکارینګ منځ ته راځي چې په آخر کښې د پایلوریک ستینوزس لامل ګرځي.

درملنه :

کله چې ناروغ وکتل شو ډیر په غوره او احتیاط سره یورابري تیوب معدی ته داخل او سوزنده مواد را ایستل کیږي.د اسیدي موادو له پاره الکالي او او انتي اسیدموادو ورکول کیږي.

د وریدي لارې درملنه،سیدیشن ،انلجیزیک اونور ساتونکي تدابیر ضروري دي. که چیرې د تنفسي لارې ازیما ناروغ دمرګ سرمخامخ کړي وي نو د ستیروید ورکول استطباب لري. همدارنګه که اسپریشن نمونیا او یاد سږو انتان پیدایشي د انتي

www.ketabton.com

بیوتیک ورکول حتمي دي. که چیرې تثقب او بریتونایتس منځ ته راشي لاپراتومي ته اړتیا شته. او که سورې شي ځاي پیدایشي قسمي ګستریکتومي اجرا کیږي.

فلیګمونس ګسترایتس (قسمي ګسترایتس) :

دا یو نادر عرضي حالت دی او هغه ناروغ کې چې په حاد ډول د ګیډې د علوي برخې درد د پریتونایتس علامي، تبه او د پریتوان زولنه مایع ولري لتهول پکاردي. همدارنګه په هغه رنځورانو کښې چې د زړه بدوالي او کانګي د پورتني ګیلهو سره یو ځای ولري او د سیروم امیلاز سویه یې نورمال وي قیحي ګسترایتس لتهول کیږي دا افت د ستریپتوکاکس ،ستافیلوکاکس،اشریشیا کولای، ګاسفارمینګ بکتریا مسولیت په غاړه لري. الکولیزم تنفسي انتانات،پپتیک قرحات،د معدې جراحي تهول مساعد فکتورونه بلل کیږي.

درملنه :

درملنه وروسته له لپراتومي څخه چې درملنه کونکي او تشخیصه رول لري په فوري ډول انتي بیوتیک (پنسلین) پیل کیږي. دریناژ او قسمي ګستریکتومي باید اجراء شي پرته د جراحي څخه مړینه سل سلنه او د جراحي سره ۲۰ فیصد اټکل شوی دی.

www.ketabton.com

د معدی نورې ناروغي :

د معدی حاده توسع:

دایوه نادره ناروغي ده خو ډیر خطرناک حالت منځ ته راوړي وروسته د عملیاتو څخه د نازوګسریک تیوب اچول د هغې وقوعات کموی،د معدی پراخیدنه وروسته د تروما ،پلستر،نومونیا ،دیابیتیک اسیدوزس او د انتي کولینرجیک قوي دوز د کارولو څخه وروسته پیداکیدایشي.دا د ډیرو ناروغیو اختلاطات دی لیکن د پیدایښت له پاره یې ښکاره دلیل نشته. ناروغ معمولاً د بې اشتهایي، د اپي ستریک ناحیي د ډکوالي او کم مقدار کانګي کولو څخه ګیله من وي.په معاینه کښي ګیډه پړسیدلي او تا مپانیک وي خصوصاً په چپ هایپوکادریوم کښي دا نښه متبارزه وي.د معدی سپلیشن موجود وي زیات مقدار مایعات په معدی کښي راټولیږي، ناروغ تکي کاردیا یا دیهایدریشن ، د متیازو کموالي او په اخر کښي د شاک سره مخامخ کیداې شي. اسپریشن نومونیا هم پیدا کیدایشي.د ګیډی اکسری پراخه شوی معده چې هوا او مایع لري ښکاره کوي.د معدی دوامداره سکشن اود مایعاتو معاینه کول او د الکترولایت د بیلانس سمون ښه درملنه ده او په ناروغ کښي په چټکتیا سره بهبودي پیداکوي.

د کاهلانو هایپرتروفیک پایلوریک ستینوزس :

دا هم یو غیر معمولي حالت دی چې د پایلوریک عضلات اوږده شوي او هایپرپلازیا او هایپرتروفیک وي.ټول هغه عوامل چې د پایلوریس ناحیي ته نژدې واقع وي ددې ناروغی د پیدایښت سبب ګرځي.همدارنګه انتروګسترایتس او نیوپلازم هم

www.ketabton.com

دا کار کولای شي.په يو کم شمير پيښو کښي چې سبب يي څرګند نه دی شايد د ماشوم توب کوم ولادي افت د ناروغی مسول وي.اکثراً ګيلې يي زړه بدوالي کانګي او په معده کښي د مايعاتو احتباس دی .پدې ناروغي کښي د اپي ګستريک ناحيي کتله نه جس کيږي. په اکسری کښي هم شته چې پرته د عملياتو څخه د هغي توپيري تشخيص ګران کار دی د معدی لږ اندازه ايستل ګيلې له منځه وړي او دا ډول عمليات د پايلورو مايوتومي څخه ښه بلل کيږي.

مالوري ويس سندروم Mellory-weiss syndrome:

که چيرې د معدی د کارديو او زوفجيل ناحيي مخاطي غشا په لانګوتيدوينل ډول څيري شي دپرمختللی وينې بهيدنې لامل ګرځي چې تقريباً په ۵ سلنه پيښو کښي د وينې بهيدنې غوره لامل جوړوي په ۶۰ سلنه پيښو کښي د څيريدو ناحيه د ګستروازوفجيل اتصالي ناحيي څخه لږ ټيټه واقع شويدی او پاتې نور په کار د يو اوزوفجيل او يا يواځې په مری کې ځاي نيسي،د څيريدو علت يي د ګيډې داخلي فشار زياتوالي چې اکثراً په شديد ټوخي اختلاجات، تروما او ولادت کښي پيداکيږي.تاريخچه لږ ګټه لري ،تشخيص يوازې د ګستروسکوپي پواسطه ايښودل کيږي که چيرې اندوسکوپي ماوفه ناحيه ښکاره نه کړه نو ارتيروګرافي بله ګټوره لار ده، د باريوم اکسريز اکثراً منفي وي.

www.ketabton.com

درملنه :

د ناروغي درملنه وقايوي بڼه لري که چيرې وينه بهيدنه تر کنترول لاندې راغله نو بيا وروسته له هغې وقايوي تدابير نيول کيږي، که چيرې نزف دوام وکړي انتخابي اريتروګرافي او د پيټريسن ورکولو ته هڅه کيږي. په کوم پيښو کښې چې دوامداره وينه ورکوي د ګستروسکوپي د لارې د ماوفه ناحيې يخول د درملنه بل ميتود دی.

دمعدی اجنبي اجسام :

غذايي مواد ،مخاط او فيتوبيزار د سبزيجاتو پارچې د ګستريکتومي په پاتې شوي برخې کښې راټوليږي خصوصاً په هغه حالت کښې چې واګوتومي هم اجراء شوی وي زيات د ليدني وړ دی.ناروغ د بې اشتهايي ،کانګې او زړه بدوالې څخه شاکي دي.اکسرې تشخيص وضع کولې شې خو اندوسکوپي د غذايي پارچو او نيوپلازم د توپيري تشخيص له پاره ضروري ده. د غذايي پارچو کانګو مواد د مکرر لواژ له لارې ايستل کيږي.ځنې پيښې بيزار قسماً د سيلوليز پواسطه هضميږي چې هغه د لواژ پواسطه آسان استعماليدايشي. که چيرې دا مواد امعاء ته تيرشي او بندښت منځ ته راوړي جراحي عمليې ته يې اړتيا پيښيږي.د سالمي معدی د بيزارافت ډير نادر دی.فيتوبيزار د ويښتانو څخه جوړ شوي دي. کانکريتي بيزار چې کلسيم فاسفور او نور مواد لري کم ليدل کيږي د سالمي معدی بيزار جراحي عمليې ته اړتيا لري او د پرسيمون بيزار د پاپين او د سوديم بای کاربونيت په وړاندې ځواب ورکوي. وړوکي اجنبي اجسام لکه پيسي، الماس وړوکي سنجاق پرته له کوم خطر څخه د هضمي جهاز

www.ketabton.com

له لارې خارجیږي ځني تیز شیان لکه ستن د غاښو لرګي ،غټ وخذوی الات د هضمي جهاز په یو برخه کښي که چیرې بند پاتي شي انسداد جوړ وي ځني وخت تثقب ،نزف ورکوي چې د عمومي پریتونایتس سبب ګرځي غټ الات لکه پنجه،قاشقه او چاقو د عصبي اشخاصو لخوا خوړل کیږي. کله چې یو سړی دا ډول شیان بلع کړه فوراً ماهراندوسکویست ته مراجعه په کار ده ځکه چې هغه کولي شي چې د اګاهانه اندسکوپي له لارې نوموړي شیان راوباسي.ځارنه د جراحي درملنه د شرایطو پورې لري.

د معدی رتج :

دا یو نادر افت دی چې د کاردیا لاندی صغیره کړلیچ ته نژدې په شاتني جدار کښي صورت نیسي. تقریباً د تل له پاره ګیلې نه لري درملنه ته هم اړتیا نشته .درد ،تثقب ،نزف یې ډیر نادر اختلاطات دي تشخیص یواځي اکسری کولي شي. اندوسکوپي دپېتیک قرحي او ددې ناروغي د توپیري تشیخص له پاره کارول کیږي.

د معدی والولس او تاویدل :

معده نادراً د خپل لاندی تیدنل په اوږدو کښي تدور کوي، پدې حالت کښي معده سرښکته او ځان یي پورته تاوکړي چې د ښکتنی مری د بندښ لامل ګرځي.والولس حاد اویا ځنډنی شکل نیولي شي.دا افت د پاره ازوفاجیل فتق او یا د حجاب حاجز د اوینتریشن سره ملګری وي. همدارنګه معده د خپل ورتیکل محور په اوږدو کښي تدور کوي چې پدې حالت کښي تاویدل نظر والولس ته زیات دي. حاد والولس د ګیډی د پورتنې برخي شدید درد سره یوځای پیداکیږي چې پدې حالت کښي د خولي لاړی نظر

www.ketabton.com

د معدی او اثنا عشر افرازاتو ته زیات دی د ګیډی ساده رادیوګرافي د معدی توسع څرګندوي.د مایع د دوه جدا شوو طبقو لیدل یې تشخیصه ارزښت لري حاد والولس لنډ سیر لري او پخپله ښه والي مومي که چیرې مختنق شي د جراحي عاجلي مداخلي ته یې اړتیا دی،ځنډنی والولس کم ګیلې لري شاید لږ درد د خوراک سره پیداشي شدید درد د والولس جراحي ایستل غواړي پدي وخت کښي پاراو زوفجیل فتق موجود وي او د جراحي د لارې ترمیمیږي.

د معدی ډیری نادری ناروغي :

ایزونوفیلیک ګستروانترایتس :

پدی ناروغي کښي انتروم په افت اخته کیږي او د محیطي ایزونیفیلیا سره ملګرتیا کوي تشخیص یې د معدی د مخاطي غشا د بیوپسي له مخي ایښودل کیږي درملنه یې په دوامداره ډول د ستروید ورکول دي. ایزونوفیلیک ګرانولوما داسي افت دې چې د محیطي ایزونوفیلیا سره یوځای نه وي اوګرانولوما په انتروم کښي ځاې لري ستروید کومه فایده نه لري باید د جراحي عملیي پواسطه لری کړای شي ځکه دانسداد ګیلې ښکاره کیږي توبرکلوز او ثالث سفلیس نادراً معده ماوفه کولي شي. تشخیص یې د کلنیکي منظری او اندوسکوپي پواسطه ایښودل کیږي.بیوپسي هم کمک کوي مناسب انتي بیوتیک ښه درملنه ده. د خبیثه افت درد کولو له پاره ځني وخت عملیات ته اړتیا شته.

www.ketabton.com

ستريس ګاستروپاتي

لاملونه

عبارت دي له ميخانيكي تهويه ، دويني د پړنديدو ناروغۍ، ترومالګاني، سوځيدل(Curling's Ulcer) ، شاک، سپ سيس، دمركزي دماغ ناروغۍ (Cushing's Ulcer) دځيګر او پښتورګو بې وسي، كلينيكي ښكاره وينه بهيدنه په كې په ۴سلنه پيښو کې پيداكيږي خو شديده وينه بهيدنه په کې چې په چټكی درملنې ته اړتيا لري د ۳ سلنه څخه كمه وي.

د NSAIDS درملو له كبله ګاسترايتس

هغه ناروغان چی غير ستروئيد التهاب ضد درمل اخلي دكلينيک له نظره **۲۵-۵۰** سلنه ګاسترايتس ۱۰-۲۰ سلنه السر او **۵** سلنه د ديس پيپسيا ګيلې لري. د ديس پيپسيا يواځی هغه ناروغان دی اندوسكوپي شي چې دګيډې شديد درد ، وزن بايلل، كانګی او دكولمو دوينه بهيدنه، انيميا لري ددې درملو اړخيزې اغيزې د دواء د پريښودلو د دوز دكمولو اويا د ډوډی سره يوځای خوړلو سره كميږي.

الكوليک ګاستروپاتي:

الكول دمعدی مخاطي پوښ ويجاړوي زيات چښل يې د ديس پيپسيا ، كانګو اودلږ وينه لرونكو كانګو لامل ګرځي.

www.ketabton.com

پورتل هايپرتنسيف ګاستروپاتي

دپورتل هايپرتنشن له کبله دمعدې د مخاطي پوښ اودهغې لاندې وريدونو کې وينه دمه کيږي چې ډيرې ناروغان ګيلې نه لري خو په ۱۰ سلنه کې وينه بهيدنه پيداکيږي.
دګاسترايتس په تشخيص کې دهيماتوکريت کموالی او داوسپنی وينه لږې موجودده په تشخيص کې اندوسکوپي، راديوګرافي او هستولوژيک ازموينه رول لري.

دحاد ګاسترايتس مخنيوی

لږ خوړل : ژر ژر لږ خوړل دمعدې اسيدي افرازات نهی کوي، الکولو پرېښودل، دسګرټ نه ځکول ددرد ضد درملو بدلول (اسپرين او بروفين په اسيتوامينوفين) د ډاکټر سپارښت منل. دستريس ګاسترايتس دمخنيوي لپاره د معدې PH بايد د ۴ څخه لوړ وساتل شي دخولې له لارې PPi يا د اچ دوه رسيپتور يا سکرل فټ ورکول شامل دي.
که دسترس په مهال وينه بهيدنه پيداشوه، پروتون پمپ نهی کوونکی درمل (ايزومپرازول، لانسوپرازول، يا پانتوپرازول) لمړی ځل د وريد له لارې ۸۰ملي ګرامه د انفيوژن په ډول وروسته په پرله پسې توګه په ساعت کې ۸ ملي ګرامه او سکرل فټ شربت هم ورکول کيږي اندوسکوپي ددې لپاره چې دوينې بهيدنې لامل معلوم شي ترسره کيږي.

www.ketabton.com

ایچ پیلوري ګاسترایتس (Helicobacter Pylori gastritis)

ایچ پیلوري یو ګرام منفي بکتریا ده چې دمعدې دمخاطي پوښ لاندې اپتلیل حجرو ته نژدې اوسیږي. خپریدنه یې دیو کس څخه بل کس ته (په تیره ماشومانو کې) دککړو اوبو او فیکل خولې له لارې ترسره کیږي.

دمعدې دمخاطي پوښ التهاب اوټپ د ایچ پیلوري د دوو جینونو Vac-A او Cag-A له امله منځته راځي. دناروغۍ په حاد پړاو کې دګیډې درد او زړه بدوالی دی چې څو ورځې دوامکوي په هستولوژیک کتنه کې د PMN ژونکو انفلتریشن شتون لري.

په ځنډني ګاسترایتس کې په مخاطي پوښ کې د PMN او لمفوسیټ حجراتو انفلتریشن وي. هغه ناروغۍ چې د ځنډني ایچ پیلوري له کبله منځته راځي عبارت دي له اتروفیک ګاسترایتس، دمعدې ټپ، کانسر، Mucosa associated Tissue (Maltoma) ، Lymphoma او دیس پیپسیا څخه.

الف: دایچ پیلوري دتشخیص لپاره Non invasive ازموینې:

۱- سیرالوژي: سیرالوژي اسانه ازموینه ده خو تشخیصي ارزښت یې ښه دی.

۲- ELISA او (Enzyme linked immune sorbent assy) : ۸۰ سلنه په تشخیص کې مرسته کوي.

۳- Fecal antigen immune assay او Urea breath test (C^{13}) ډیره ښه ازموینه ده. ۹۰ څخه زیاته سلنه کې ناروغۍ تشخیصوي.

www.ketabton.com

پروتـون پمـپ نهـی کـوونکی ددې دوو ورسـتیو ازموینـو حـساسیت کمـوي خـو پـه سیرالوژیکي ازموینه باندې اغیزه نه لري.

ب: اندوسکوپي: په روتین ډول دایچ پیلوري د تشخیص لپاره نه ترسره کیږي خو که دبلی ناروغی لپاره ترسره شي نو باید د ایچ پیلوري د پیژندلو لپاره بیوپسي واخیستل شي. دایچ پیلوري دفعال انتان دتشخیص لپاره چټکه دیو ریز ازموینه کیږي چې دا ازموینه ارزانه ده او ۹۰ سلنه ناروغی تشخیصوي.

کـه فعالـه وینـه بهیدنـه موجـود او نـاروغ PPi اخلـي دانتـان د څرګنـدولو لپـاره هستولوژیک ازموینه غوره ده چې ددې لپاره بیوپسي باید چې د انتروم او Body څخه واخیستل شي.

د سوء امتصاص ناروغي (Disorders of Absorption)

پیژندنه

مل ابسوربشن هغه ناروغۍ ته ویل کیږي چې دخوراکي توکو هضم او حذب په کې خراب شي.دا ناروغي د وړوکولمود دندو د ستونځو څخه پیداکیږي چې د کلنیکي له نظره دا ګډوډي مل ابسوريشن منځ ته راوړي ددې له پاره چې دغه سندروم په ښه ډول وپوهیدل شي نو لازمه ده چې ړومبي د نورمال امتصاص یادونه وکړو.

www.ketabton.com

اناتومیک او فزیولوژیک فکتورونه :

کولمي ډیره پراخه ساحه لري چې په کاهلانو کښې تر ۱۲ فوټه زیاته ده د وړوکولمو ذغابات دا سطح لاتوره هم پراخه کړیده چې تقریبا (10^2x2 متر مربع) ته رسیږي پس ویلي شو چې د وړوکولمو د امتصاص سطح له حده زیاته پراخه ده.د بلي خوا د کولمو حرکات هم مهم رول لري لکه چې غذایي موادو ته کافي وخت ورکوي چې د امتصاصیه سطح سره نژدې تماس کښې راشي او لمفاتیک چپنیل ته ځان ورسوي. دوه ډوله حرکات شته چې یویي ګروس حرکات دی اوبل هغه حرکات دی، چې په ذغاباتو کښې صورت نیسي اود غذایي موادو ننوتل د شعریه او عیو او ورید باب له لارې منځ ته راوړی او یادا چې د لمفاتیک لاره غوره کولایشي.

د امتصاص ډولونه:

څلور ډوله دجذب میکانیزمونه پیژندل شوي دي چې یویي د فعال ترانسپورت شکل دی پاسیف ډیفیوژن،فاسلیتید ډیفیوژن او پینوسایتوزس یې نور شکلونه دي. فعال ترانسپورت هغه حالت دی چې مواد د حجرې د جدار څخه د الکتریک او یا میکانیکل ګراډینت له کبله نه تیریږي.دا ډول امتصاصیه و تیره انرژي ته اړتیا لري.

پاسیف ډیفیون د فعال ترانسپورت ضد عمل دی، چې انرژي ته اړتیا نه لري فعاله ترانسپورت (اپهیل) او پاسیف ډیفیوژن ته (ډون هیل) هم وایي.فاسلیتید ډیفیوژن کټ مټ د پاسیف ډیفیوژن په څیر دی لیکن یواځي ناقل میډیټ ته اړتیا دی. پینو سایتوزس او یا ایندو سایتوزس د فاګوسایتوزس په څیر و تیره ده. چې دلته غذایي او

www.ketabton.com

منحل مواد چې د حجرى منځ ته داخليږي د پلازماسل حجراتو خارجي كامپونينت لري صورت نيسي دا ډول و تيره د نيوناتال په مرحله كښي پيداكيږي او تريو حد پورې په كاهل اورګنيزم كښي هم ليدلي شو دا ډول عمل د انتي جن د اپتهي مثال دى.

د امتصاص ساحي :

د كولمو په اوږدو كښي ډير مغذى مواد امتصاص كيږي ځني غذايي مواد په يوه ناحيي كي نظر بلي ته ښه امتصاص كيدايشي د وړو كولمو پورتنې برخه كښي اوسپنه، كلسيم ،د اوبو منحل ويتامينونه ، شحم (مونوكليسرايد او شحمي اسيدونه) امتصاص كيږي.حال داچې امينواسيد اكثراً د وړوكولمو د اوږد والي په جوجينم اويا منځني برخه كښي صورت نيسي.ډير كم امينو اسيد په پورتنې ښكتني برخه كښي د حذب وړ دي د وړوكولمو په آخرني برخه كښي اكثراً ويتامين بي ۱۲ او صفراويي مالګي ښه جذب كيږي او دا خبره هغه وخت اثبات ته رسيږي چې ايليوم غوځ شوى وي. كولون د اوبو او الكترولايت د امتصاص غوره ناحيه ده. داو تيره په سيكوم كښي زيات اجراء كيږي.كه څه هم ريكتم د غذايي مواد د جذب ځاي نه دى خو ځني دواګاني كه چيرې د ريكتم د لارې وركړى شي امتصاص يي صورت نيسي، سليسلات او ستروييد په سستميک ډول جذبيږي كه څه هم د ريكتم د لارې جذب شوى وي.

www.ketabton.com

د ځني غذايي موادو جذب :

کاربوهايدريت :

يو زيات مقدار کاربوهايدريت چې مونږ يي خورو د نشايستي د پولي سکرايد کمپلکس چې زيات مقدار يي د هيکزوس يونتونه لري په ډول دي.د لعابيه غدواتو او د پانکراس د اميلاز د اغيزې له امله نشايسته د اوليگوسکرايد او بيا د ډاي سکرايد(مالتوز) او په آخر کښي په مونوسکرايد د گلوکوز په څير دي ډير ښه د جذب وړ دی او حال دا چې ډاي سکرايد نه جذبيږي.ډاي سکرايد د ځني انزايمونو له امله (ډاي سکرايداز) په قند يا (اوليگوسکريداز) ويشل کيږي دا ډول انزايمونو د کولمو د ميکرووېلي د اپيتليل د پاسه ځای لري.او دوه ډوله ډاي سکرايدز شته چې يوته يي بيتاگلکتوزايد(لکتاز) اوبل ته يي الفاگلوکوزايد (سکرازاو مالتاز) ويل کيږي. د انزايمونو د فعاليت په اثر لکتوز په گلوکوز او گلکتوز او سکروز په گلوکوز او فرکتوز بدليږي او مالتوز د گلوکوز دوه ماليکولونه جوړوي.په آخر کښي مونوسکرايد د باب د وريد له لارې عمومي دوران ته ننوزي.قندي مواد لکه گلوکوز او گلکتوز په فعال ډول جذبيږي. سوديم د گلوکوز د دخول له پاره ضروري دي کافي اندازه انرژي ددې ډول امتصاصيه وتيرې د پاره په کار دي. د گلوکور او گلکتوز سوء هضم يو وصفي کلنيکي ښه جوړوي چې په رانځورانو کښي په ولادي ډول کلنيکي ډگر ته راوځي. ناروغ دتخميري اسهال څخه چې زيات مقدار او به او الکترولايت لري گيله من وي.داسي عقيده موجوده ده چې اصلي افت د وړوکولمو په ذغاباتو کښي د وظيفوي گلوکوز د

www.ketabton.com

ناقل د نشتوالي پورې اړه لري. چې دا کار د ګلوکوز او ګلکتوز Uptake د خنډ سره مخامخ کوي.

پروتین او امینواسید :

دغذايي موادو پرویتن په لمړي ځل په معده کښي د پپسین په واسطه د هضم لاندې راځي خو مکمل هایدرولیز د پانکراتیک انزا یمونو له امله لکه ترپسین او کیموتریپسین او کاربو کسي پپتیداز پواسطه صورت نیسي . ددغه انزایمتیک وتیرې له مخي پولي پیپتاید په دای پپتاید ، مونوپپتاید او اسید امینونو بدلیږي. دا پپتاید په سایتوپلازم کښي ځای نیسي او نظر اسید امینو ته ښه جذبیږي اوداسي فکر کیږي چې ددې اپتیک کوم مخصوص میکانیزم لري.یو شمیر زیات طبعي اسید امینو نه چې دال امینواسید په څیر دي دیو شمیر مختلفو ترانسپورتي و تیرو سره مخامخ کیږي.اود پمپ د عملیي له مخي جذبیدا یشي.مثال يي تریپتوفان او الانین دي چې په مسابقوي نهي کونکي عملیه کښي څرګندیږي. د ډای بنزیک اسید امینو نو په ډله کښي چې ډیر مشخص ترانسپورتي خواص لري ارجنین،اورنتین او لایزین شامل دي.ځني امینو اسید لکه سستین په عین میخانیکیت جذبیږي. همدارنګه د ګلایسین،پرولین، هایدروکسي پرولین ځانته او اسپرتیک اسید ترانسپورت میکانیزم په ځانګړي ډول پیژندل شوي دي په جنتیک تشوشاتو کښي چې ناروغ ستیاتوریا لري یواځي د سستیک امتصاص نه خرابیږي لیکن د ارجینین ،اورنتین او لایزین امتصاص د زیات خرابوالي سره مخامخ دي او په حاد ویني بهیدنې سندروم کښي د نوترل امینو اسید نو

www.ketabton.com

په ترانسپورت کښې خرابوالي موجود دی(ترپتوفان، فینیل الانین او هستینین). پدې جنیتیک ګډوډي کښې د ډاي پپتاید امتصاص او اپتیک نورمال دی. باید وویل شي چې د امینواسیدونو د امتصاص میکانیزم لکه د کاربوهایدریت په شان چې د سودیم او انرژي ته اړتیا لري معلوم نه دي خو دومره ویل کیږي چې د اسید امینونو په امتصاص کښې د یو میکانیزم نه زیات نورمیکانیزمونه رول لوبوي.

شحم :

د خوړل شوو غذایي شحمي موادو زیاته برخه لوی ځنځیر لرونکي ترای ګلیسراید په څیر دي. دا ترای ګلیسراید شحمي مشبوع اسیدونو لکه (پالمتیک اوستریک اسید) او غیر مشبوع اسیدونه لکه (اولییک اولینولیک) لری. د شحمي موادو پارتیکل د معدی د چیرینک حرکاتو پواسطه وړوکي کیږي اثنا عشر ته د شحمي موادو داخلیدل او اسیدي موادو د موجودیت له کبله د سکریتین او پانکرازایمین، کولي سستوکینین افراز تنبه کیږي چې په پایله کښې د پانکراس د عصاری او صفرا د افراز سبب ګرځي.

د پانکراس د لیپاز رول :

د پانکراس لیپاز، ترای ګلیسراید ،هایدرولایز ،او ایملسفاید کوي. د صفراء ډیترجیت خواص انزایم ته اجازه ورکوي چې د اوبو په منحل شحم باندې اغیزه وکړي. د لیپاز د تاثیر له مخې شحمي مواد په ډای ګلیسراید مونوګلیسراید او شحمي اسیدونو او بالاخره په ګلسیرول بدلیږي. په نورمال حالت د ترای ګلیسراید ۳۰-۲۵ سلنه پورې په

www.ketabton.com

مکمل ډول په شحمي اسیدونو هایدرولایز کیږي.او ۷۰-۷۵ سلنه پورې په مونوګلیسیراید او پنځه سلنه د ډای ګلیسراید او یاترای ګلیسراید په شکل پاتي کیږي.

د صفراء رول :

صفراوي مالګي د شحمي موادو په هضم او امتصاص کښي زیات رول لوبوي. صفرا په ځیګر کښي جوړیږي او ورځني مقدار یې ۲۰۰-۲۰۰ ملي ګرام پورې اټکل شویدي صفرا د کولیسترول ،ګلایسین او تورین څخه جوړه شویده صفراوي مالګه ډیر ښه ډیترجنت دی او شحمي موادو څخه میسیل جوړوي. شحمي اسیدونه او مونو ګلیسراید په دی میسیل کښي داخلیږي او یو مخلوط میسیل منځ ته راوړي، د ترای ګلیسراید محلول خړ رنګي دی . مخلوط میسیل چې د صفراوي مالګي، شحمي اسیدونه او مونوګلیسیراید لري د صاف رنګ خاوند دی .دغه د مخلوط میسیل جوړښت د صفراوي مالګو برکت دی چې د امعا په نورمال pH اچ کښي خپل فعالیت ته دوام ورکوي. د صفراوي مالګو بل مهم رول دادې چې د پانکراس د عصاری د فعالیت له پاره هضمي جهاز pH اچ تر ۸،۵ کښي ساتي. حال دا چې د هضمي جهاز اصلي pH اچ د ۶-۶،۵ پورې اټکل شویدي.اکثراً کانجوګیتد صفراوي مالګي په ایلیوم کښي امتصاص او دباب ورید له لارې بابي دوران ته ننوزي چې ددې لارې بیا انتیروهیپاتیک سرکلویشن ته لاره کوی تقریباً ۹۰ فیصد صفراوی مالګي چې ایلیم ته رسیدلي دی بیا جذبیږي نو لدې حساب له مخي ۶۰۰-۲۰۰ ملي ګرامه صفراوي مالګه

www.ketabton.com

په یوه ورځ کښي په غایطه موادو کښي اطراح کیدایشي. نو ۳۰-۲۰ ګرامه صفراوي مالګه د انتیرو هیپاتیک دوران کښي برخه اخلي. که چیرې ایلیوم ناروغ او یا ایستل شوی وي د صفراوي مالګو امتصاص خرابیږي او زیات مقدار یي په غایطه موادو کښي بهر ته وځي. نو ویلي شو چې د صفراوي مالګو غلظت او مقدار په هضمي جهاز کښي کم اوددغه کموالي له مخې د شحمي موادو جذب خرابیږي. که چیرې کولیسترامیس ناروغ ته ورکړل شي په عین ډول خرابیتیا منځ ته راوړي.

د شحمي موادو داخل مخاطي امتصاص :

کله چې شحمي مواد هضم او مونوګلیسراید اومخلوط میسل جوړ شو نو د مخاطي حجراتو د سطحي سره تماس کښي راځي. پخپله مخلوط میسل حجرات ته ننوتلي نه شي خود نژدې تماس پوخت کښي مونوګلیسراید جدا او میسل د ډیفیوژن وتیری له مخې حجرې ته ننوزي او د شحمي اسیدونو داخلیدل د ملګری پروتین پورې اړه لري نو ویلي شو چې داخل حجروي لیپد مسله په اغلب احتمال د شحمي اسیدونو د ځنځیر د اوږدوالي سره اړیکي لري.شحمي اسیدونه او مونوګلیسراید د اوږد ځنځیر لرونکي ترای ګلیسراید څخه (۱۸-۱۶ کاربن لري) لاس ته راځي، او د اندوپلازمیک انزایمونو فعالیت په اثر ترای ګلیسراید بیا استری فای کیږي. دغه ترای کلیسراید د یو مخصوص اپولیپو پروتین، کولیسترول، او فاسفولیپید سره یوځای کیږي او کایلومیکرون چې ډیر ټیټ کثافت لري منځ ته راځي. په شروع کښي دا مواد د ګولجي

www.ketabton.com

په ناحيي کښې وروسته بيا کتلايز او بيا لمف ته افرازيږي نو ويلای شو چې د اوږد ځنځير لرونکي شحمي مواد د جذب په څلور مرحلو کښې صورت نيسي.

١- د مخاطي غشا امتصاص او د پروتين سره د هغي يوځاي کيدل.

٢- په ترای ګليسرايد ايستريفکيشن.

٣- د ليپوپروتين جوړښت.

۴- لمف ته د هغي داخليدل.

په شحم کښې منحل ويتامينونه :

برسيره په هغه مقدار کوليسترول چې په بدن کښې جوړيږي هضمي جهاز هم د کوليسترول په جذب کښې مهم رول لوبوي. په هضمي جهاز کښې د صفرا څخه د کوليسترول ايستر د پانکراس د ايستراز پواسطه هايدروليز کيږي.او برسيره پردی يو بل ايستراز د کولمو په ميکرويلي کي هم شته چې نوموړی ايستراز د پانکراتيک ايستراز د هايدروليز وتيره آخر ته رسوي. چې په پايله کښې يوائې ازاد کوليسترول هضمي حجراتو ته ننوزي.دلته يو مقدار زيات کوليسترول دوباره ايستريفای او لمف ته داخليږي. په شحم کښې د منحلو ويتامينونو امتصاص تراوسه ښه پوهيدل شوی نه دی.خو ويلي چې کولمي بيتاکيروتين په ويتامين١ بدلوي. وروسته له هغي دا ويتامين په کولمو کښې امتصاص او د پالمتيک اسيد سره دوباره ايستريفي کيږي اود لمف په کايلوميکرون کښې انتقال کوي اود ريتني پالمتيت په څير په ځګر کښې ذخيره کيږي.

www.ketabton.com

نور منحل ویتامینونه هم د لمف د کایلو میکرون په شان دی، لیکن د شحمي اسیدونو سره د هغي ایستروفیکیشن چې د ترانسپورت لپاره لاز برابروي اړتیا نشته.

د اوبو او سودیم امتصاص :

سره له ډیرو پراخو څیړنو بیاهم د اوبو او سودیم د امتصاص میکانیزم لاتراوسه معلوم نه دی. خو بیاهم داسي فکر کیږي چې اوبه د مخاطي غشا د حجراتو د شحمي ممبران د هغو وړوکي سوریو څخه تیریږي چې د شحمي ممبران په جدار کښي ځاي لري د اوبو تنوتل د ډیفیوژن د عملیي پایله ده.دبلي خوا د اسموتیک فشار د اختلاف له مخي هم د اوبو حرکت صورت نیولي شي. د سودیم امتصاص فعال ترابسپورت پورې اړه لري چې البته ATP-ase رول مهم دی اود بلي خوا د سودیم امتصاص د ګلوکوز د میتا بولیزم سره تړلي دی. که چیرې ګلوکوز نه وي د سودیم امتصاص د خنډ سره مخامخ کیږي ویلي شو چې د سودیم ترانسپورت د اوبو د حرکت سره هم اړه لري هغه خلک چې اسهال باندې اخته دي زیات مقدار اوبه او الکترولایت له لاسه ورکوي.

د کلسیم امتصاص:

کلسیم په فعال ډول وړوکولمو کښي جذب اودغه وتیره د ویتامین بي د میتابولیت او کلسیم بینډ پروتین پوری اړه نیسي. ویتامین ډي ۳ او یا کولي کلیسفرول په ځګر کښي په ۲۵ هیدروکسي کولي کلسیفرول بدلیږي. بیادغه ۲۵ هایدروکسي کلسیفیرول په پښتورګو کښي په ۲۵-۱ ډاي هایدروکسي کلسیفیرول میتابولیز کیږي. چې دغه آخرني ماده په هضمي جهاز کښي فعاله فزیولوژیک دنده لري. نو له همدې

www.ketabton.com

کبله د پښتورګو په یوریمیا او نیفرویکتومي اود پښتورګو په رکتس ناروغي کښې د کلسیم د امتصاص خرابوالي منځ ته راوړي او ځني وخت د ویتامین بي د جوړښت د خرابوالي له کبله هم د کلسیم جذب خرابیږي.

د اوسپني جذب:

داوسپني مقدار په هضمي جهاز کښې د اوسپني د شته والي اود هغي د جذب سره تړلي دي. د معدی تیزاب غیر عضوي اوسپنه د اسکوربیک اسید ، امینو اسید او صفرا سره یوځاي کیږي او وروسته له هغي په آساني سره امتصاص مومي.ځکه چې دغه مایکرومالیکولر کمپلیکس د اثناعشر او جوجینم په الکلي محیط کښې منحل دي. د غیر عضوي اوسپني د جذب منظم میکانیزم په کولمو کښې صورت نیسي او په فعال ډول جذبیږي. خو اثنا عشر د اوسپني امتصاص اساسي ځاي دی او د ا جذب دوه مرحلي لري چې یویي د مخاطي غشا امتصاص اوبل یي د مخاطي غشا پلازما ته انتقال دی.ټوله هغه اوسپنه چې مخاطي غشا ته ننوزي پلازما ته انتقال نه کوي ځکه کله چې د مخاطي غشا حجری ډکي شي پاتي شوی اوسپنه د هضمي جهاز د لاری اطراح کیږي. د هیموګلوبین اوسپنه هم د بدن د اړتیا په اندازه جذبیدایشي. په هضمي جهاز کښې هیم د ګلوبین څخه جلا او میتا الوپورفیورین په شکل امتصاصیږي د اوسپني امتصاص د اسکوربیک اسید پواسطه اسانه کیدایشي همدارنګه انیمیا کبدي افات ، حاملګي، ادیوپاتیک هیموزیدروزس او د پورټل کاول شنټ د اوسپني امتصاص زیاتوي او بر عکس د زیات مقدار اوسپني اخستل،فاسفیت،کاربونیت او

www.ketabton.com

فیتیت د اوسپني د جذب د کموالي سره مخامخ کوي همدارنګه په نن تروپیکل سپیرو کښي هم د اوسپني امتصاص کمیږي ځکه چې اصلي افت د اثناعشر په مخاطي غشا کښي ځای لري.

په اوبو کښي د منحل ویتامینونو امتصاص :

د ویتامین بي ۱۲ جذب په مکمل ډول په پرنیسیش انیمیا کښي بحث شوی دی د فولیک اسید جذب د ګلوتامیل پپتاید سره د ګانجوګیشن له مخې صورت نیسي. دغه د ګلوتامینیز پواسطه په مونوګلوتامنیز بدل اودا اخرني ماده د جذب وړ ده.

ځني درملونه لکه د حاملګي ضد درمل، سلفا سازولون ،ترای میتاپرپم او پایری میتامین ددې مادی امتصاص نهي کوي چې په پایله کښي د فولیک اسید د فقدان انیمیا منځ ته راوړي. ویتامین بي ۱ او ریبوفلاوین د پاسیف ډیفیوژن پواسطه جذبیږي.

دمل ابسورشن سندروم تشخیصه تستونه :

یو شمیر زیات تستونه د هضمي جهاز د سوء هضم په سندروم کښي کارولکیږي خو یواځي څو تستونه د غیر نورمال جذب او وظیفوي خرابوالي له پاره وصفي دی نو ځکه د تستونو ډله ایز کارول د تشخیص سره مرسته کوي.

د غایطه موادو شحم :

په غایطه موادو کښي د شحم مقداری تعین د غوښي د لیفولیدل او خنثي شحم آزموینه ډیر ساده تست دی چې د ستیاتوریا له پاره کارول کیږي. د زیاتو غوښو الیافو موندل د هضمي جهاز د هضم د خرابوالي پایله ده.د غایطه موادو میکروسکوپیک

www.ketabton.com

آزموینه چې د سوډان ۳ سره رنګ شوی وي د شحمي موادو د معیار ښه میتود ګڼل کیږي.په نورمال حالت کښي د غایطه موادو د شحم ورځني مقدار ۶ ګرامه څخه کم دی.

د زایلوز د جذب تست :

دا تست زیات کارول کیږي ناروغ ته ۲۵ ګرامه ډي زایلوز ورکول کیږي. که چیرې د ۵ ساعتو ادرار کښي د زایلوز مقدار ۴،۵ ګرامه او یا لدې څخه زیات وي دا تست نورمال دی، لیکن په زړو خلکو کښي چې عمریې د ۶۵ کلو څخه زیات وي د زایلوز اطراحیه مقدار که چیرې ۳،۵ ګرامه هم وي دا تست نورمال بلل کیږي. په دغه لاندني ناروغیو کښي د زایلوز د اطراح کموالي په غلطه سره منځ ته راځي:

۱- حبن.

۲- په هضمي جهاز کښي د بکتریا نشونما.

۳- د پښتورګو بې وسي.

۴- ځني درملونه لکه سلیسلیک اسید، اندومیتیسین.

که چیرې په ناروغ کښي د تست ویل د ستونځو سره مخامخ وي نو ښه به داوي چې وروسته د هضم څخه په وینه کښي د دوه ساعته زیلوز سویه معلومه کړو که چیرې په وینه کښي د زایلوز سویه ۳۰ ملي ګرامه په سل سي سي کښي وي او یا ددې څخه زیات وي دا تست نورمال دی. د زایلوز ابنارمل تست هغه ناروغي کښي چې د هضمي جهاز

www.ketabton.com

دپورتنۍ برخي مخاطي غشايي د خرابتيا سره ملګری وي ليدل کيږي. اودا افت په نن تراپيکل او پراپيکل سپرو کښي د ليدني وړ دي.

دهضمي جهاز اکسری :

پدې سندروم کښي د هضمي جهاز اکسری ضروري ده ځکه د ګسترواليستومي، سکليروډرما او زولينجر ايليسن سندروم او فستولونو په هکله کافي اندازه معلومات وړاندی کولي شي.د وړو کولمو په وصفي افت کښي د مخاطي غشا التواءت جګ اوپريړ ښکاري او د باريوم کلمپينک ته د مولاج علامه هم وايي، کله د وړوکولمو دپورتنۍ برخي مخاطي غشا التواءت له منځه تللي او خپله کولمي پراخه معلوميږي او دغه ډول ليدنه د مل ابسوربشن علامه ده.

د وړو کولمو بيوپسي :

د بيوپسي اجراء کول ددې سندروم د توپيري تشخيص له پاره ګټور تست دی خصوصاً په سيل يک، ويپل ناورغي،ابيتاليپوپروتينيميا او داسي نوروکي ښه لارښودنه کولي شي.

شلينګ تست ياد ويتامين بي ۱۲ جذب :

داتست ددې سندروم د توپيري تشخيص له پاره زيات کارول کيږي او په دری مرحلو کښي صورت نيسي:

۱- پرته د انترنزک فکتور څخه .

۲- د انترنزک فکتور سره يوځای.

www.ketabton.com

۳- وروسته د انتي بيوتيک د استعمال څخه.

ځرنګه چې ويتامين بي۱۲ په ترمينل ايليوم کښي جذبيږي نو ځکه ابنارمل تست د وړو کولمو د آخرني برخي په افت دلالت کوي هغه تشوشات چې ترمينل ايليوم اخته کوي لکه (ريجونل انترايتس اولمفوما). د شلينګ د تست لمړني مرحله اکثراً په کې غير نورمال ده. پدې ناروغيو کښي د ايليوم د ريسپټور ساحه تخريبه شويده. او د ويتامين بي۱۲ د امتصاص خرابوالي د داخل المنشه فکتور او انتي بيوتيکو په ورکولو سره د اصلاح وړ نه وي.د شلنيګ تست د بکتريا د نشونما د تشخيص له پاره هم ګټور تست دی چې دا ډول افت په بلينډ لوپ سندروم او اسکليرو درما کښي منځ ته راځي ځکه چې د بکتريا زياتيدل د ويتامين بي۱۲ جذب خرابوي پدې ناروغانو کښي د شلينګ د تست لمړنی مرحله غير نورمال ده خو د انتي بيوتيک په ورکول سره دا مرحله نورمال حد ته راګرځي.

د سکريتيت تست :

د سکريتيت او پانکروزايمين تست د سوء هضم د سندروم په تشخيص کې ګټور دی. ددې هدف له پاره د اثنا عشر په داخل کښي اساسي اسيد امينونه معلوميږي چې دا معلومات د پانکراس د عدم کفايي په هکله نظر ورکولي شي.

د سيروم کلسيم،البومين،کوليسترول،مګنيزيم او اوسپنه :

ددغه پورتنيو موادو فقدان په مل ابسورپشن ناروغانو کښي ليدلی شو د ځني ناروغيو د توپيري تشخيص له پاره هم کارول کيږي. خودا بايد ووايم چې د غوځ تشخيص له

www.ketabton.com

پاره ډير په زړه پوري تستونه دي، كه چيرې نورې ابنارملتي موجود وي البته د تشخيص پياوړى كيدو كښي مرسته كوي.

د سيروم كيروتين ويتامين A او پروترومبين تايم :

په شحم كښي د منحل ويتامينونو امتصاص په ستياتوريا كښي خرابيږي د سيروم د ويتامين A او كيروتين د سوي معلومول ددې سندروم د تشخيص له پاره ښه پلټونكي تست دى. د پروترومبين تايم تست هم كمك كوي هغه خلك چې نزف وركوي د ويتامين كا د فقدان دليل دى. كه چيرې نزف د ويتامين كا د فقدان څخه منځ ته راغلي وي نو پروترومبين تايم اوږديږي. مونږ په يقين سره كولي شو چې دا ډول ګډوډي د ويتامين كا په واسطه د زرقي لارې اصلاح كړو.

د سوء هضم د سندروم ويشنه :

د مل ابسوريشن سندروم بنسټيزه ناروغي په عمومي ډول په ۷ ډلو ويشل كيږي.

۱- نامكمل هضم: پدې ډول ناروغيو كښي هغه افات شامل دي، چې د شحمي موادو او نورو مهمو غذايي موادو د جذب دعدم كفايي سبب ګرځي لكه ګسترويكتومي، سيروزس، د صفراوي كانالونو بندش او د پانكراس بې وسي، هغه ستونځى او ګډوډي چې په ګستريكتومي كښي منځ ته راځي د معدى د غوښيدو د اندازى سره نيغه اړه لري. د كبدځنډنۍ ناروغي اود صفرا د جريان بندوالي چې د صفراوي مالګو د نشتوالي سبب ګرځي د شحمي موادو هضم د ګډوډى سره مخامخ

www.ketabton.com

کوي.د پانکراس په عدم کفايه کېدو په غايطه موادو کې ۸۰ سلنه شحم موجود وي چې دا د پانکراس د عصاري د نشتوالي غوره نښه ده.

۲- بايوکيميک ابنارملتي:پدې ډله کې د هغو ناروغيو يادونه کيږي چې د مختلفو انزايمونو د فقدان له کبله د سوءهضم سندروم منځ ته راځي دا ناروغي سيل يک،تراپيکل سپرو او د قندي موادو د تجزيوي انزايمونو بې وسي ده.

۳-۴ د جذب سطحي کموالي اود کولمو جداري ناروغي: پدې ډله کې د جوجينم افات د نري کولمو غوڅول او داخل بطني فستولونه شامل دي.

۵- د لمفاوي سيستم بندش:پدې ډله کې توبرکلوز،لمفوما،ويپل ناروغي چې د کولمو د لمفاوي سيستم بندش پيداکوي شامل دي.

۶- د کولمو د پلورا بدلون: د بکترياو زياتيدل په بلينډ لوپ،رتجونو،تنګوالي او د کولمو په فيستولونو او سکليرو درما او د يابيتيک نور راپاتي کې منځ ته راځي. خو کله چې د انتي بيوتيک يو دوره درملنه وکارول شي نوموړې افت په چټکتيا سره له منځه ځي.

۷- متفرقه ګروپونه : پدې برخه کې د کار سينوييد سندروم،د شکر ناروغی هايپوپراتايروييديزم او هايپوتايرويييديزم، هايپوګاماګلوبولينيميا او د مصاريقي شريان عدم کفايه ګډون کوي.

په پورتنيو حالتو کې د سوءهضم ميکانيزم ډول ډول او لاتراوسه پوره څرګند نه دی.

www.ketabton.com

د مل ابسورپشن سندروم کلنیکي ګیلې:

ګیلې: ناروغ د بي اشتهایي، وزن بایللو، د ګیډې د پړسوب او باربوریجمي څخه ګیله من وي. برسیره پردې عضلات یې اوږد شوي او غایطه مواد یې ځانګړې وصف لري. غایطه مواد پاسته، غوړ او ځلانده ښکاري ناروغ د ورځې څو واری تغوط کوي او برسیره پردې ګیلیو ناروغ د ازیما، حبن، د اسکلیت تشوشات، محیطي پارستیزیا، تیتاني او کله کله اختلاجاتو سره مخامخ کیږي. په شحم کښې د منحلو ویتامینونو د فقدان ګیلې هم منځ ته راتلي شي د ویتامین A په فقدان کښې هایپرکراتوزس، فولیکولاریس پیداکیږي نزف، اکیموزس، هیماتوریا د ویتامین کا د فقدان علامې دي د هډوکو درد ناروغانو کښې د ویتامین بي کمپلکس د فقدان ګیلې او علامې لکه ګلوسایتس، شیلوزس، د عضلاتو دردونه، محیطي نیورایتس او درمتایتس د لیدني وړدي. ددې سندورم ګیلې کله کله ډیرې لږې وي. کیدایشي چې د سوء هضم د سندروم ګیلې دا ډول وصفي نه وي او د ناروغ ګیلي اصلي ناروغي له نظره پټه کړي. په ۲۰ سلنه ناروغانو کښې د سیل یک ناروغان د نزف او د هډوکو د درد او د کسرونو څخه ډاکټر ته د مرستې په هیله راځي. ځنې نور د ضیعفي ستوماتتیا، سالنډي او سر چورلي څخه ګیله من وي چې دا ټول د هغه د کم خوني پایله ده.

فزیکي ازموینه :

پدې معاینه کښې د ناروغ فشار ښکته او د مربوطه ویتامینونو د فقدان علامې ښکاري. د کتنې سره د ناروغ پوستکي خاسف، پراخه نصواري لکي او هایپرکیراتوزس

www.ketabton.com

،پیتیکیا ایکیموزس،او ډنګریدل لیدل کیږي. د ناروغ ګیډه پړسیدلي او د اسکلیت سوء شکل (کیفوزس) لیدلی شو. که چیرې د کلسیم فقدان موجود وي د وویستهک او تروسو علامي مثبت دي.د ناروغ د ژبي التهاب شیلوزس هم لیدی شو.د وایبریشن احساس له منځه تللي او د عضلاتو ډیر ژور درد ونه شته.د ګوتوکلابنګ د لیدني وړ دی. دا ناروغي د هغي مربوطه سبب پورې اړه لري که چیرې افت د لمفاوي ګډوډي نتیجه وي ناروغي وژونکي ده.د بلي خوا د ناروغي تالي اختلاطات لکه انتان،هایپوګلیسیمیا او زیات ډنګریدل ناروغ د مرګ خواته راکاږي.

د کلینیکي ګیلو پتوفزیولوژي:

پدې ناروغانو کښي د ځانګړې موادو نشتوالی ځانته بیلې بیلې ګیلې پیداکوي چې په لاندی ډول تري یادونه کوو.

۱- د پروتین د میتابولیزم ګډوډي:ددې موادو د فقدان له امله د وزن بایلل،ازیما ،د عضلاتو له منځه تلل ،ښکاره کیږی برسیره پردې د سیروم د پروتین سویه کمه او انکوتیک فشار کمیږي چې ازیما او حبن زیاتوي. د پروتین کمښت د پروتین د جوړښت د خرابتیا ،د خراب جذب ،او چټک کتابولیزم له کبله پیدا کیدایشي.

۲- د ستیا توریا کلینیکي ګیلې: کله چې په غټو متیازو کښي زیات مقدار شحم له منځه لاړ شي د بدن د کالورۍ ذخایر د کمیدو سره مخامخ کیږي او دبلي خوا هغه شحمي اسیدونه چې ښه نه جذبیږي د هضمي جهاز د تخریش سبب ګرځي چې په پایله کښي نس ناستی منځ ته راوړي چې دغه کار د اوبو او نورو الکترولایتونو اطراح زیاتوي

www.ketabton.com

همدارنګه د شحمي اسیدونو سره د کلسیم یوځای کیدل د هایپوکلیسمیا سبب ګرځي او د شحم د منحل ویتامینونو د فقدان ننبې را اوچتوي.

۳- د ویتامین ډي فقدان: کله چې دا ویتامین کم شي هایپوکلیسیمیا او د اسکلیت د هډوکو ګډوډي پیدا کیږي. او همدارنګه د کلسیم او شحمي اسیدونو د صابون جوړیدل د هایپوکلیسیمیا اصلي علت دی، چې په ناروغ کښي د کلسیم د کموالي له امله د اطرافو پرستیزیا او کاردیوپیډ او لرنجیل سپزم منځ ته راوړي د هایپوکلیسیمیا د اثبات له پاره دشویستیک او تروسو علامي ضروري دي. کله چې په سیروم کښي د کلسیم سویه ټیټه شي د پاراتایرویید غده تنبه کیږي، او زیات مقدار پارات هورمون افرازوي چې دا هورمون د اسکلیت په هډوکو اغیزه کوي او په پایله کښي د ډي مینرالیزیشن او اوستیوملاسیا سبب ګرځي او دغه ډول بدلون د ملا په تیر، د سیني په پنجیره او اوږدو هډوکو کښي زیات لیدل کیږي هډوکي شدید درد لري او خپله وظیفه ښه نشي اجرا کولي.

۴- د ویتامین کا نشتوالي: لکه چې وموویل چې ویتامین کا د پروترومبین په جوړښت کښي رول لري نو ددې ویتامین فقدان د نزفي پیښو لکه رعاف (دپزې څخه دوینې راتلل) بولي او مهبلي دوینې بهیدنې مسول وي، کله کله دمعدی او کولمو څخه وینه بهیدنه هم پیداکیږي اوددې نزف مسولیت د ویتامین کا او د پروترومبین د فقدان په غاړه اچول کیږي.

www.ketabton.com

۵- د ویتامین A فقدان: ددې ویتامین فقدان هایپرکیراتوزس، فولي کولارتیس او شبکوري منځ ته راوړي.

۶- د کاربوهایدریت فقدان : د کاربوهایدریت د فقدان له کبله د کبد د ګلایکوجن ذخیره کمیږي.قندي مواد په ګیډه کښي تخمر کوي او د ګیډې د پړسیدو سبب ګرځي.

۷- انیمیا :د ویتامین بي ۱۲ او فولیک اسید نشتوالي د ماکروسیتیک انیمیا او د هډوکو د مخ دمیګالو بلاستیک بدلون سبب ګرځي.همدارنګه د اوسپني د فقدان انیمیا په ګډه ورسره ملګرتیا کوي. که چیرې انیمیا د تروپیکل سپرو له کبله پیداشوی وي د ویتامین بي ۱۲ جذب د قوي انتي بیوتیکو په ورکولو سره ساتلي شو.

۸- د فولیک اسید فقدان: دا مواد میګالوبلاستوزس او انیمیا پیداکوي کله کله د ویتامین بي ۱۲ د فقدان د انیمیا سره ملګري وي.

۹- د اوسپني د فقدان انیمیا: چې دا ناروغي د مخاطي غشا په افاتو کښي د لیدني وړ ده دا ځکه چې د اوسپني جذب خرابه وي او یادا چې د عضوي مرکباتو اوسپنه په غیر عضوي شکل نه جلا کیږي.

۱۰- ډي هایدریشن عضلي کرمپ،ضعیفي: پدې ناروغانو کښي ډیهایدریشن، ضعیفیت او هایپوتنشن شته.د شدید نس ناستی له کبله زیات مقدار اوبه او الکترولایت له منځه ځي. که چیرې ناروغان هایپونایتریمیا ولري نو د سودیم ورکول ګټور تمامیږي.او یادونه کوو چې د هایپونایتریمیا ګیلې،ضعیفیت،خوبوړی، خوابدي

www.ketabton.com

او کرمپ ددې درملنه سره ژر ورک کيږي. که چيرې د عضلاتو سستي او قلبي بې نظمي پيداشي په هايپوکاليميا دلالت کوي.

۱۱- د ويتامين بي کمپلکس فقدان:ددې فقدان له امله درمتايتس ،نيورايتس او شيلوزيس منځ ته راځي. که څه هم ددغه ګيليو پيدا ښت د ويتامين بي کمپلکس شتوالی ګڼي خو ثبوت يې په لاس کښې نشته.

تشخيص :

ددې سندروم تشخيص د تاريخچې، ګيلېو او فزيکي معايني او لابراتواري آزمويني له مخې ايښودل کيږي. که چيرې په يو ناروغ کښې په شحم کښې د منحل ويتامينونو د فقدان ګيلې وليدل شي دا سندروم په فکر کښې راوړل کيږي که چيرې ناروغ د غوړ، ځلانده غايطه موادو څخه حکايه وکړي او ګيډه پړسيدلي او ورځ په ورځ ډنګر شي د همدې سندروم ګيلې او نښې دي.خو د غوڅ تشخيص له پاره دا لاندني ګامونه اخستل کيږي:

۱- د غايطه موادو د شحم اندازه کول- څرنګه چې ستياتوريا د سوء هضم اساسي عرض دی نو د ډکو متيازو د شحم اندازه زيات ارزښت لري. ددې مقصد له پاره د ۷۲ ساعتو غټې متيازې راټوليږي ناروغ به يواځي ۱۰۰ ګرامه او ياد هغې څخه کم شحم اطراح کړي. دا تست يو نيمګړتيا لري او هغه دا چې د ۷۲ ساعتو غايطه مواد راټولول اسانه کارنه دی.د سيروم د کيروتين د سويې ټيټوالي هم په ستياتوريا دلالت کوي.

www.ketabton.com

۲- د پانکراس وظیفوي تستونه: د توپیري تشخیص له پاره ګټور تمامیږي، د اثناعشر عصاره اسپرى کیږي او په هغې کښې د پانکراس د انزایمونو او باي کاربونیت د غلظت اندازه کول تعین د پانکراس د څرنګوالي څرګندوی.

۳- د اکسرى ازموینه: پدې معاینه کښې که چیرې د نري کولمو یوه برخه خرابه شوي او بله برخه د باریوم خپاره ټکي لرونکي خیال ښکاره کړي د مخاطي غشا د التواءتو په ماوفه کیدلو دلالت کوي.

۴- دزایلوز د امتصاص تست: مخکې ترى یادونه شوى ده.خو دومره ویل کیږي چې د کاهلانو په سیل یک ناروغي او تروپیکل سپیرو کښې دا تست غیر نورمال دي.

۵- د کولمو بیوپسي:د جوجینم بیوپسي د توپیري تشخیص له پاره زیاته مرسته کوي چې ځانګړې هستالوژیک بدلون په تروپیکل سپیرو، سیل یک ناروغي امایلوییدوزس او ویپل ناروغي کښې د پاملرني وړ وي.او د کولمو د ماوفه ناحیي ذغابات له منځه تللي او هموار ښکاریږي.

درملنه :

۱- نیمګړې هضم :

الف- هغه ناروغان چې ګستریکتومي یې کړیده.که چیرې د پانکراس عصاره او د میکروب ضد دواګاني ورکړو رنځورځه ناڅه ښه والي پیداکوي او د شحم امتصاص آسانه کیږي.

ب - د پانکراس بې وسي:د پانکراس د انزایمونو او انسولین معاوضه د درملنې لار ده.

www.ketabton.com

ج - د کبدي او صفراوي لارې ناروغي: که چیرې کوم فیستول او یا بندش موجود وي تر ټولو ړومبي د هغې جراحي اصلاح ضروري ده. طبي درملنه یواځي غذایي رژیم دی چې ناروغ ته یي سپارښتنه کیږي د غوایي صفرا څه ناڅه ګټي لری خو زیان یې دادې چې خارښت پیداکوي دې ناورغانو ته کلسیم او په شحم کښې منحل ویتامینونه ورکول کیږي.

۲- بایوکیمیک بدلون :

الف- د هستولوژي له نظره دا ناروغي د پرنیشیس انیمیا د هستالوژي سره ورته ده نو د ویتامین بي۱۲ او فولیک اسید ورکول ګټور تمامیږي ناروغ ته ۲۰-۱۰ ملي ګرامه فولیک اسید ورکول انتخابي دوا ده او ټول ګیلې په موقتي ډول ښه والي مومي د انتي بیوتیک ورکول څه ناڅه فایده لري یواځي پنځه ملي ګرامه فولیک اسید په دوامداره ډول ناروغ ته ورکول کیږي.

ب- د کاهلانو سیل یک ناروغي: دا خبره ښکاره ده چې دا ناروغان د غذایي ګلوتین زغم نه لري، که چیری ناروغ د ګلوتین د خوراک څخه ډډه وکړي ډیر ژر ښه کیږي، ناروغ باید یواځي وریجي او جوار وخوري ځکه پرته لدې څخه نور ټول غلې داني ګلوتین لري.

۳- دجذب نیمګړی سطح :

که چیرې کوم فستول موجود وي باید چې د جراحي عملیي پواسطه اصلاح شي که د ناروغ د کولمو زیاته برخه غوڅه شوی وي د عملیات وروسته تر ۱۲ میاشتو پورې

www.ketabton.com

طبي څارني ته اړتيا لري. په غذايي رژيم کښي دومره شحم اضافه کيږي چې رنځوريي زغم ولري، غذا بايد د پروتين څخه غني او د ورځي ۶ ځلي خوراک وکړي. رنځور ته ويتامينونه او کلسيم د خولي له لارې ورکوو. که چيرې ايليوم هم ايستل شوی وي نو د زرقي ويتامين بي ۱۲ ورکول ضروري دي.

۳- د نری کولمو ناروغي :

هغه ناروغی چې د نری کولمو مخاطي غشا يي په پراخه توګه اخته کړی ده. د امتصاص د خرابوالي سبب ګرځي. او په دي ډله کښي ريجونل انترايتس، سکيلرو درما ،امايلوييد وزس،شعايي ترضيضات او حاد بکترياييي او ويرسي انترايتس شامل دی. دا ناروغان کوم ځانګړې درملنه نه لري يواځي عرضي درملنه يې ترسره کيږي. که چيرې د ناروغي اصلي علت څرګند وي د هماغي ناروغی جوړی ايستل کيږي که چيرې د ناروغۍ لامل انتان يا وايرس وي ناروغ ډير ژر په ډي هايدريشن اخته کيدايشي چې بايد په فوري ډول د هغه مايعات معاوضه شي.

۵- د ويپل ناروغي (Whipple's Disease)

د Tropheryma whipple پواسطه منځ ته راځي نارينه و کې زياته او د ۴۰-۷۰ کلنې عمر کې پيداکيږي پدې رنځوری کې کولمو په جدار او لمفاوي لارې کښي د ګلوکوفاژ حجرو پرمختللی ارتشاح د ليدني وړ ده. او هره حجره د ګلايکو پروتين موادو څخه ډکه ده. دا رنځوران برسيره په ستياتوريا د مفاصلو التهاب،لمف ادينوپاتي،پولي ارترايتس ،تبه،انيميا او ايزونوفيليا هم ليدل کيږي.او وروستنيو څيړونو دا خبره ښکاره کړيده

www.ketabton.com

چې يوپليو مورفيک ميکرواورگنيزم چې د تتراسکلين سره حساس دي ددې ناروغي د پيدايښت مسوليت په غاړه اخلي نو دهمدي مقصد له پاره تتراسکلين او کلورامفينيکول د خولي له لارې گټور تماميږي مقدار يي د ورځي يو گرام او تر ډير وخته پورې کارول کيږي. اوس وخت کوترای موکسازول د ورځې دوه ځلي ديوکال لپاره او په شديدو حالاتو کې سفترياکزون دورځې دوه گرامه د دوه اونيو لپاره ورکول کيږي.

توبرکلوزس: د مساريقي د لمفاوې عقداتو توبرکلوز د سوءهضم سبب کيدای شي درملنه د توبرکلوز ضد درمل دي.

۶- د کولمو د فلورا بدلون:دا ډول افت په بلينډ لوپ،متعدد ،تضيقات،کوچني او لوی فستولونوکښي ليدل کيږي.چې پدې ټولو ناروغيو کښي د بکتريا د ودی له پاره زمينه برابريږي. د بلينډ لوپ سندروم او د فستول په ناروغانو کښي د ويتامين بي۱۲ او شحمي موادو امتصاص خرابوالي مومي.درملنه يي جراحي عمليه ده او دوامداره شفا منځ ته راوړي.

۷- متفرقه : د هايپرپارا تايرويډيزم ناروغ ته کلسيم او ويتامين ډي ورکول کيږي.د زولينجراليسن سندروم د جراحي په واسطه درملنه کيږي .هايپوتايرويډيزم د تايرويډ غدی د خلاصی په ورکولو سره درملنه کيدای شي. د شکر ناروغی نوراپتي د مکروب ضد درملنی په واسطه له منځه تلي شي.

www.ketabton.com

دنرى کولمو ناروغي

د نرى کولمو ګيلې :

د نرى کولمو ګيلې د حرکي تشوش،د ګيډې درد ، د هضمي جهاز وينه بهيدنه او مل ابسورپشن سندروم جوړوي.د کولمو د فعاليت بدلون د ناروغي غوره څرګندونې منځ ته راوړي. د حرکاتو کموالي فلجي انسدادي عرض دى.د وينې کموالي او ياد انتاناتو نيغه مداخله (پريتونايتس) اکثراً د فلجي انسداد سره ملګرتيا کوي همدارنګه ځني ميتابوليک تغيرات لکه يوريميا هايپوکاليميا ، هايپرکلسيميا د کولمو د حرکي تشوش سبب کيدايشي ،چې په ثانوي ډول فلجي انسداد پيداکوي. اسهال د وړو کولمو مهم عرض دى چې دانتاناتو د نيغ په نيغه مداخلي او ياد پراخيدنې څخه منځ ته راځي (لکه سپرو،ريجونل انترايتس). د شحم او صفراوي مالګو خراب جذب د نس ناستي د پيدايښت مهم فکتور دى.

درد :

د نرى کولمو په ناروغي پورې اړه لري.دا درد د نامه شاوخوا ته اوياد هغي په علوي برخو کښې ځاي نيسي ددې درد دځاي معلومول آسانه نه دى. د انسداد درد ، نوبتي او کوليکي خاصيت لري. کله چې کولمې پراخه شي او اعظمي تون يې له منځه لاړ شي نوددغه درد کوليکي وصف هم له منځه ځي. د کولمو حاد التهابي حالت چې احشا او يا جدارى پريتوان اخته کوي ثابت درد منځ ته راوړي چې د همغه اخته شوى برخې د ځاى له پاسه موقعيت لري چې د نوموړى ځاى شخي او ريبونډ يې څرګندې نښې دي.

www.ketabton.com

د وړو کولمو وینه بهیدنه:

په غایطه موادو کښي د ویني لیدل یو څرګنده هیمورژیک پیښه ده په عمومي ډول که چیرې وینه بهیدنه د ترایتز د لیګا منتم څخه ښکته وي د معدی د اسید په واسطه نه اغیزمن کیږي نو ځکه د هغي رنګ تورمارون شکل نه لري.اودا نزف د معدی او د اثنا عشر د نزف څخه فرق لري ځکه چې دا آخرني نزف تور د قیر په شان رنګ لري دغه اوصاف د نزف د ځای د مقدار او د کولمو د ترانزیت سره نیغه اړه پیداکوي یوائې په غایطه موادو کښي د ویني لیدل شاید د نزف ځاي په ښه توګه څرګندنه کړي. د نری کولمو دناروغیو معلومات له پاره د مل ابسوریشن سندروم زیات ګټور تمامیږي.

ګټوری تشخیصیه کړنلارې :

که چیرې په غور سره د ګیډی آزمویني اجراء شي کولي شو چې دګیډې کتله او یا هغه فستولونه چې د التهابي ناروغي سره ملګري دي معلوم کړو. ځایي تیندرنس او د ګیډی پړسوب په فلجي انسداد اویاد کولمو په انسداد دلالت کوي. په فزیکي آزموینه کښي د خولي د مخاطي غشا صباغي کیدل او یا تیلانجکتا زیاد نری، کولمو د پولیپوزس مهمي علامی دي پخپله تلانجکتا زیاد ګیډی د درد د حملو او د نزف سبب کیدایشي.همدارنګه اریایتس ،ارترایتس، اریتمانودوزوم د نری کولمو د التهابي وتیری شواهد بلل کیږي.

په لابراتواري معایناتو کښي انیمیا ،لوکوسایتوزس، د مل ابسوریشن په سندروم کښي لیدل کیږي خو کوم تشخیصه ارزښت نه لري.په کاهلانو کښي د نری کولمو

www.ketabton.com

اوږدوالي د ۲۲-۱۲ فوټه پورې اټکل شويدي د راديوګرافي معاينه د تشخيص له پاره ګټوره ده.د نرى كولمو اكسرى د روتني ازمويني برخه نه ده يواځې دخصوصي هدف له پاره اجرا كيږي.د باريوم سره اكسرى د نرى كولمو د افت په څرګندولو كښې ښه رول لري.همدارنګه انجيوګرافي د ميزانتريک شريان په عدم كفايه او د نزف د ځاى د معلومولو له پاره كارول كيږي كله كله داوعيو سوءشكل او وړوكي تومورونه هم څرګندولي شي. د هضمي جهاز اندوسكوپي دا اجازه وركوي چې افت په مستقيم ډول وكتل شي د امعا د ناحيي بيوپسي او ارتشاحي ناروغي په ګوته كوي.

ډايورتيكولوزس (Diverticulosis)

د كولمو په هره برخه كښې منځ ته اتلاي شي . خو اكثراً په اثناعشر او جوجينم كښې زيات پيدا كيږي. اوداخبره دميكل ډاوريتكول په هكله زيات صدق نه كوي. هغه رتجونه چې ولادي منشه لري د كولمو دواړه برخي د فتق سره مخامخ كوي اوهغه رتجونه چې په كسبي ډول پيدا كيږي يواځې دموكوزا او سيروزا طبقي په كې ګډون لري. د رتجونو پيښې د عمر په زياتيدو سره زياتيږي او همدارنګه د كولمو دجدار سستوالي هم زيات رول لري او خصوصاً رتج په هغه ناحيه كښې د ليدني وړ دى چې مغذي شرايين په سيروزي او عضلي طبقه كښې ننوزي. رتجونه معمولاً ځانګړي او د هغې د دوهمى برخي په مخكينى سطح كښې منځ ته راځي نادراً التهابي كيږي اود حاد ډيورتيكولايتس ښه ځانته غوره كوي ناروغ د ګيډې دپورتنې اويا هضمي جهاز نزف لري او كله كله تثقب هم وركوي كه چيرې ګاونډي اعضاو د ځينى خطر سره مخامخ شي

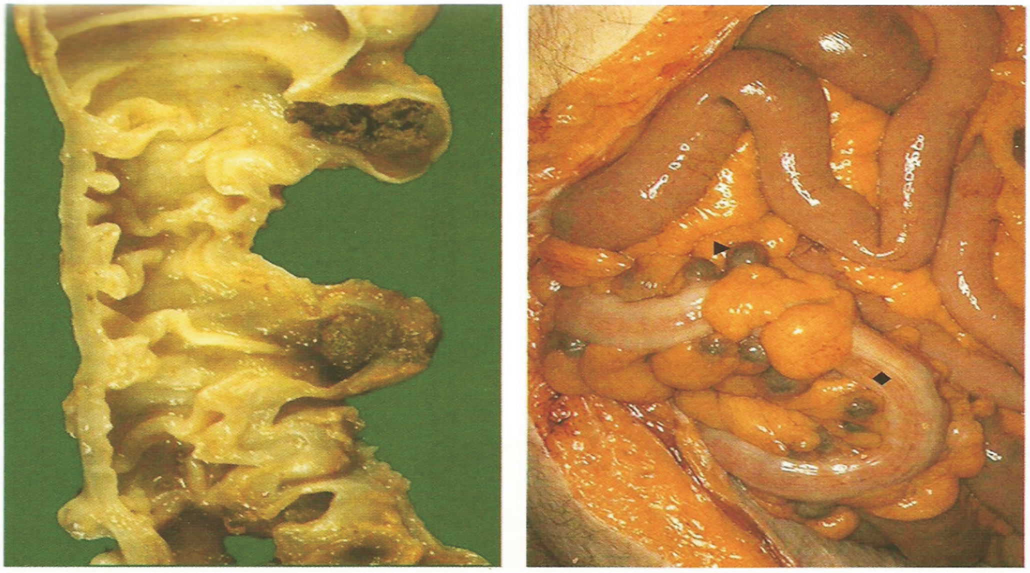
www.ketabton.com

په کامن بایل ډکټ فشار راوړي او د پانکرتایتس سبب گرځي. د جوجینم رتج که څه هم نادر دی خو بیاهم کله کله د التهاب ،نزف او تثقب سبب کیدایشي.چې په پایله کښې داسي جوړښت او پریتو نایتس منځ ته راوړي که چیرې یو شمیر زیات رتجونو په جوجینم کښې پیدا یشي د بکتریا د زیات نشونما او صفراوي مالگو د ډي کانجوگیشن له سببه د مل ابسوریشن بڼه پیدا کیږي چې په هغه کښې د ویتامین بي ۱۲ د فقد ان علامې هم منځته راځي.

دارتج دلمفوما میزانتریک ډکټ کې د پیدا ینبت له امله منځ ته راځي چې دایو ډیر معمولي ولادي ابنار ملتي ده.چې تقریباً د کاهلانو په لاپراتومي په دوه سلنه پیښو کښې د لیدني وړ دي. د ارتج انتي میزانتریک سرحد ته نژدې تقریباً ۱۰۰ سانتي متره د ایلیو سیکل والب څخه موقعیت لري. ددې رتج خوله پراخه اوتقریباً دوه سانتي متره اوږدوالي او اخره برخه یي تړلي ده د هضمي جهاز درې واړه طبقي پکښې شامل دي چې په ۵۰ سلنه پیښو کښې رتج شاید د نورمال اپیتیلیل موکوزا پواسطه فرش شویوي او یا شاید په معدوي ،اثناعشري او یا پانکریاتیک نسج ولري.او حتي ځني وخت کیدایشي ،چې کولونیک نسج وموندل شي. که څه هم دا رتج معمولاً گیلې نه لري خو ځني وخت التهاب او د هضمي جهاز کتلوی نزف د هغې ډیر عمده اختلاطات دی.په ماشومانو کښې دا رتج ډیر زیات د هضمي جهاز د پورتنې برخي د نزف مسول دي چې زیاتې انیمیا پیښې منځته راوړي په ځینې کاهلانو کې یو شمیر نورمالو پیښو راپور ورکړ شوی دی چې د هضمي جهاز نزف یې بې درده او د غایطه مواد شکل د مورون په

www.ketabton.com

ځیروي اودا داسي معني لري چې نزف معدوي منشه نه لري کیدایشي چې د نزف ساحه او ځاي فرق ولري خو د اپتییلیل د تخریش او یولسریشن سبب ګرځي. اکثراً د هضمي جهاز اکسریز دا رتج نه شي ښکاره کولاې خو ځني وخت داسي هم کیدایشي چې نوموړی رتج د باریوم پواسطه ډک شوی څرګند شي د میزانتریک شریان انجیوګرافي د حاد نزف په وخت کښي کولایشي چې د ایلیوم نزف په ګوته کړي د تکنتم سیکن زیاته مرسته کوي ځکه چې ایزوتوپ مواد د وظیفوي اپیتیلیم لخوا اخستل کیږي کوم چې درتج په جدار کښي ځای لري. د میکل ریج د هضمي جهاز ټولو هغه نزفي پیښو سره چې بي درد وینه ورکوي توپیري تشخیص کړي خصوصاً که چیری د هضمي جهاز اکسریز منفي وي. سکن او انجیوګرافي دواړه د تشخیص د ډاډ وړ لاری دی.



۱-۱۳ شکل: دهضمي جهاز دکولمو د ډای ورتیکل ګراس منظره

www.ketabton.com

درملنه:

جراحي يوائني لارده په کاهلانو کښې د التهابي پيښو له مخې امکان لري چې ډول ډول کلنيکي بڼې پيدا شي.نو لدې کبله دا پانديا تس پيښنه ډيره کړکيچنه مسله ده.خوبياهم که چيرې جراحي التهابي اپانديکس پيدا نکړو نو دميکل د رتج لټول ضروري کاردی.

ريجيونل انترياتس (کرون ناروغي) :

ويشنه

دا ناروغي د کولمو يو ځنډنی التهابي افت دی چې علت يې تراوسه معلوم نه دی.او اکثراً د ګرانولوماتوز غبرګون سره ملګری وي ناروغي د هضمي جهاز په هره برخه کښې منځ ته راتلای شي.کله چې دا ناروغي په لمړی ځل د کرون،ګينز برګ او اپان هايمر لخوا په ۱۹۳۲ کښې تشريح شوه د ناروغي اصلي ځاي ايليوم ښودل شوی ده ليکن اوس دا خبره ښکاره شوی چې رنځوری په مری،معده ،اثناعشر کي د جيوجينم او ايليوم په څيرپه ځانګړي توګه اويادوړو کولمو د ناروغي سره يوځاي پيدا کيدا يشي. په يو شمير زياتو پيښو کښې د کولمو دغه ګرانولوماتوز ناروغي د کلنيکي او پتالوژي له نظره د يولسراتيف کولايتس د ناروغي څخه توپيري تشخيص او بيليږي. او هغه ته د کولون کرون ناروغي هم وايي (که چيرې په کولون کښې ځاي نيولي وي).

www.ketabton.com

د کلینیکي له نظره دا د کولمو یو التهابي بیا راتولونکی ناروغي ده چې د کولمو په ځینو برخو کښي ځاي نیسي لیکن په ځندنی ډول زیات کلنیکي ګیلې منځ ته راوړای شي.

اپیدیمولوژي :

دا ناروغي د نړی په هر برخه کښي شته او هر نژاد اخته کولایشي خو داسي راپور نه ورکړ شوي چې په تورپوستو کښي دا ناروغي کمه لیدل کیږي د امریکا د خلکو کښي ۳-۲ سلنه په دي ناروغي اخته دي او دغه شمیر مخ په زیاتیدو دي دواړه جنسونه پری اخته کیدای شي د ناروغي پیښې ۱۵ کلنو او ۲۵ کلنو کښي زیاتي لیدل شوي خو په هر ۱۰ کلنو کښي زیاته لیدل کیږي دا رنځوری په یهودانو کښي نظر نورو خلکو ته دری چنده زیاته ده فامیلي تاریخچې یي هم مثبت دی په یولړ ځیړنو ۵-۲ سلنه تصادف کوي.دا ناروغي په مونوزایګوتیک غبرګونکو کښي لیدل شویده.

ایتولوژي او پتوجینزس :

که څه هم د ناروغي اصلي سبب معلوم نه دی خو بیاهم د ځینی سببي احتمالاتو امکان شته لکه فامیلي ،جنیتیک، انتانات او امینولوجیک فکتورونه. څرنګه چې دا ناروغي په سپین پوستکو،یهودانو او فامیلي ډلو کښي زیاته لیدل کیږي نو ځکه فکر کوي چې امکان لري چې جنتیک فکتورونه د هغې د پیدایښت له پاره زمینه برابروي.په یو لړ ځیړنو هستیوکامپتبیلتي انتي جن یو لوی سروي ده چې پدې رنځورانو کښي اجراء شوی ده خو دا باید ووایم چې یوهم لدې څخه د ناروغي د

www.ketabton.com

پیژندګلوی لــه پــاره وصــفي نــه دی. ځکــه چــې دانکلیوزینــګ ســپانډیلایتس پــه ناروغانوکښي ۷۵ سلنه د اچ ال ا ډبلیـو(HLW) ۲۷ هستیوکامپتبیلتي اتـي جن لـه پاره مثبت دی او همدارنګه ۸ سلنه نورمال خلک همدا ډول اتي جن ښکاره کوي او په همدې ډول په اديوپایتک سپانډیلایتس کښي چې د کولمو د التهابي ناروغي سره ملګری نه وي هم د اچ ال ا ډبلیو ۲۷ په زیاته پیمانه لیدل شویدي لکه چې مخکې مو وویل چې یو له دې تستونو څخه د ناروغي ل پاره وصفي نه دي بیاهم د انکلیوزینګ سپانډیلایتس چې د کولمو دالتهابي ناروغي سره ملګري او پکښي وي د رنځور د جینیتک حساسیت په هکله احتمالي نظر ورکوي. د رنځوري ځنډني والي د هغي التهابي خواص دي چې ګرانولوماتوز طبیعت لري او د انتاناتو د موجودیت د پلټني له پاره اجازه ورکوي خو تراوسه پورې هیڅ ډول بکتریایي، فنګس او ویروسي انتان د ناروغ څخه جلاشوی نه وي.د اوتوامیون تیوري لدې کبله فکر کیږي چې ددې ناروغي خارج کولوني ګیلې لکه ارترایتس او پری کولانجایتس د اوتوامیون پیښې جز دی او برسیره پردی کوریتکو ستروييد او ازاتیو پرین معمولاً ددې ناروغي ښه والي کښي مرسته کوي. او دغه دواګانی یوامیونو سپرسیف تاثیر لري همدارنګه هغه ناروغانو چې دکولمو په التهابي ناروغیو اخته دي هیومورل اتي بادي لري چې د کولوني حجراتو په مقابل کښي منځ ته راغلي دبلي خواد بکتریا کولوني لکه استرلینیا کولای ۱۴-۰ سلنه اتي جن پیژندل شویدي خو بیا هم لاتراوسه ښکاره شواهد نشته چې وویل شي

www.ketabton.com

چې دغه اوتواميون بدلونونه د ناروغي ابتدايي مسول دي شايد دغه بدلون په ثانوي توګه وروسته د کولمو د اپيتليل د تخريب له کبله منځ ته راغلي وي.
همدارنګه دسلميديت اميونيتي ابنار ملتې څخه هم ناروغی په پيدا ښت کښې يادونه شويده ځکه د ناروغان د پوستکي د توبرکولين تست په وړاندې غبرګون نه ښکاره کوي. دبلي خوا د ډای نايتروکلوروبنزين هم عکس العمل منځ ته نه شي راوړي او د مختلفو ميتويتوجن په مقابل کښې د لمفوسايت حجرات ډير کم دی او خصوصاً تې لمفوسيت (د تايموس منشه لري) په دوراني وينه کښې راټيټيږي.

پتالوژي:

دناروغی پتالوژي پوهيدل د ناروغي د کلنيکي او راديولوژي څيړي برسيره کول د کلسفيکشن له پاره آسانه کوي. ناروغي يو ځنډنی التهابي افت دی چې دکولون درې واړه طبقي يي اخته کړيدي اوبرسيره پر لمفاوي عقداتو ميزانتريک عقدات هم ماوفه کوي په يو شمير ناروغانو کښې ناروغی د ګيډې د لاندينی برخي په درد پيل کوي چې دا پانداياتس بڼه لري. جراح په دغه وخت ګوري چې ايليوم هايپرهيميک او ميزانتريک او لمفاوي عقدات پړسيدلي وي د کولمو جدار ازيمايي او زرماتيدونکي وي هغه ناروغان چې په دا ډول کلنيکي بڼه پيل کوي يو وصفي ريجونل انتيرايتس لري او يو شمير ډير ژر په بشپړتوګه جوړيږي. دغه حاد تشکل يو ځانګړي اتيولوژي لري او يو ډير کم شمير رنځورانو کښې د يرسينيا انتيرو کوليتيکا باندي منتن شويدي.

www.ketabton.com

۱-۱۳ شکل: د کرون ناروغی گراس منظره دوړو کولمو مخاطي غشاء کې

کله چې د ناروغ حاد مرحله دځنډنی والي په لور پرمختګ وکړي د ناروغي وصفي ځیره راڅرګندیږي پدغه وخت کښي کولمه په څرګند ډول پریړه او د هغي لومن تنګیږي او په خپله روده د چرم په څیر ښکاري.دغه وصفي بڼه معمولاً په ترمینل ایلیوم کښي منځ ته راځي خو د کولمو په هره برخه کښي ځاي نیولي شي او په مختلفو درجو د کولمو د بندش سبب ګرځیدا یشي.

میزانتریک په ښکاره ډول پنډ ،شحمي اومعمولاً د سیروزي طبقي له پاسه اوږد شوی معلومیږي او په وصفي ډول د ګوتي په شان معلومیږي د موکوزل طبقي بڼه دناروغی د پرمختک او وخامت پوري اړه لري خو معمولاً نورمال دی په ډیرو شدیدو پیښوکښي مخاطي طبقه نو ډولر(کوبل ستون) په څیر ښکاري دا بڼه د تحت مخاطي طبقي د پریړوالي او مخاطي طبقي د تقرحي له امله منځ ته راځي. ځني وخت دا تقرح تحت مخاطي او عضلي طبقي ته پراختیا مومي او انترامورال کانال جوړوي. د میکروسکوپیک له نظره ټولی طبقي د لمفوسیت او پلازماسیل حجراتو پواسطه نیول

www.ketabton.com

شوی وي تقریباً په ۵۰ سلنه پېښو کښې څرګند ،نن کایزییتننګ ګرانو لوماتوز و تیره منځ ته راځي چې ملتي نوکلیتد جنت سیل حجرات پکښې ښکارېږي دا ډول افات دکولمو په هره برخه دمیزاتنراو لمفونو او کبد کښې پیداکیدایشي. دغه وصفي ګرانولوماتوز د کولمو نورې التهابي ناروغي توپیري تشخیص کوي دغه ډول ناروغی وتیره کولایشي چې په کولمو کښې فستول او ابسي ګاني جوړی کړي که چیرې کولمو ځومر وي یو تربله سره ونښلي یوه کتله منځ ته راوړي چې په آساني سره په ښي سفلي کوادرانت کښې جس کیږي که چیرې افت ځنډنی التهابي وتیره وي ددوه عروپه منځ کښې فستول پیداکیږي او حتي خپل همسایه اعضاو کښې لکه مهبل او مثاني کښې هم د فستول د پیداېښت سبب ګرځي دناروغۍ په آخره مرحله کښې د کولمو ځني برخي د ماوفه برخي پواسطه بیله شوی ښکاري په زیات شمیر پېښو کښې د افت ځای ترمینل الیوم دی خو په ۱۰-۱۵ سلنه پیښو کښې افت په خپور ډول په جوجینم او الیوم کښې هم پیدا کیدایشي خپور الیوجوجیناتس په ماشومانو اوکاهلانو کښې لیدل کیږي چې د ناروغي ډیر وخیم ډول بلل کیږي. د پتالوژي له نظره کرون ناروغي په سختي سره له دی ناروغی سره توپیري تشخیص کیږي.څرنګه چې د وړوکولمو اوکولون ناروغي په ۱۰ سلنه پیښوکښي یو ځای پیداکیږي نو لدې کبله د ریکتم بیوپسي د ناروغي د پیژندګلوی له پاره ډیر ګټور ګام دی.

www.ketabton.com

کلنیکي بڼه :

دناروغی کلنیکي بڼه د ناروغي د ځای،او پراخیتیا او حاد والي پورې اړه لري او همدارنګه د ناروغي منتن والي په کې رول لري.رنځور په لاندیني کوادرت کي کولیکي کرمپ مانندہ دردونه چې د تضیق سره نیغ په نیغ اړیکي پیداکوي د بلي خوا ځنې وخت دنس ناستي څخه ګیله من وي، که چیری ریکتم اخته شوی نه وي ټنیسموس نشته.که چیرې په دغه وخت کښي فزیکي معاینه اجراء شي یوائي لاندني کوادرنت دردناک وي او شاید په همدی ځاي کښي کتله جس شي. په لابراتواري معایناتو کښي ناروغ خفیه انیمیا اوپه متوسطه اندازه لوکو سایتوزس لري او سدمینتیشن شاید لږ لوړ وي که چیرې ناروغان په حاد الیاتیس باندی اخته شي د ناروغی پیل ناڅاپي او رنځور تبه لوکوسایتوزس او دښي لاندني کوادرنت درد لري چې دغه کلنیکي بڼه باید د حاد اپاندیسایتس څخه توپیري تشخیص شي. تشخیص یوائي د لاپراتومي پواسطه هغه وخت اجراء کیږي چې ټول ترمینل ایلیوم او د میزانیزیک شحم بګي والي او د لمفونو غټوالي ولیدل شي دغه بڼه هیڅکله په حاد اپنډیسایتس کښي ملګرتیا نه کوي.ځني اسهال او د ګیډې درد ډاکتر ته خبرتیا ورکوي چې شاید ناروغ په کرون ناروغی اخته وي خو کیدای شي چې په ماشومانو کښي نامعلومه تبه اود وزن بایلل د خبیثه افاتو په هکله شک پیداکړي شاید په ځنو ناروغانو کښي د ناروغی لمړني پیل د کولمو په انسداد راښکاره شي.یو شمیر نور لمړی د فستول او د ریکتم په اتناناتو او یاد بولي لارې په اتنان ځان ښکاره کوي. همدارنګه د ښي حالب بندش او هایدرونفروزس شاید

www.ketabton.com

د کومي کتلي د فشار پایله وي به نادرو پېښو کښي د وړو کولمو اخته کېدل د مل ابسوریشن سندروم منځ ته راوړي چي شاید دا لاندني عوامل پکښي رول ولري.

۱- د ډی سکراید ثانوی فقدان.

۲- پروتین لوزنیګ انتیزوپاتي.

۳- د قندونو او امینو اسیدو او شحمي موادو مل ابسوریشن.

۴- بکتریل نشونما.

۵- د صفراوي مالګو فقدان.

د کرون ناورغي اختلاطات

۱- موضعي اختلاطات چي د کولمو او مجاورو اعضاو ترمنځ پیدا کیږي.

۲- دکولمو څخه دباندي اختلاطات.

۳- د کولمو انسداد ډیر مهم اختلاط دی چي د ۲۰-۳۰ سلنه پېښو کښي منځ ته راځي چي اصلي علت یي د کولمو التهاب اوموضعي ازیما ده لیکن کیدایشي چي ناروغي د پرمختګ په خیر کښي د امعا عروه تنګه او فبروتیک شي اود انسداد بڼه جوړه کړي.

۴- د کولمو فستول د ناروغي د ځنډنی سیر له کبله پیدا کیږي دا فستول په خپله د امعا په منځ او یا د پوستکي د لاري بهر ته راوځي یو شمیر زیاتو پېښو کښي د ناروغی لمړني تظاهرات شاید د ریکتم فستول وي او همدارنګه که چیری ناروغ نوماتوریا

www.ketabton.com

ولري داسي فکر کيږي چې رنځور انتير وويزکل فستول جوړ کړی دی او دا ډول رنځوران د بولي لارې د ثابت انتاناتو له پاره مساعد دي.

۵- په غايطه موادو کښې وينه شته خو واضح او څرګند مقعدي نزف نه لري.

د کولون څخه دباندې څرګندونې :

کتې مټې د يولسراتيف کولايتس په څير دي ليکن ډير کم پيدا کيږي او هغه څرګندونې دادي:

ايريتيما نودوزوم، ايرايتس، کلبينګ، پيري کولانجايتس او ارترايتس. اکثراً انکليوزينګ سپانډيلايست منځ ته راځي. پدې رنځورانو کښې معمولاً د اچ ال ای – ۲۷ مثبت وي.

همدارنګه ځنې راپورونه ورکړ شوي دي چې پدې ناروغي کښې د خبيثه افاتو د پيدا ښت ويره زياته ده خو ديولسراتيف کولايتس په څير زيات تصادف نه کوي ليکن کيدايشي چې په رانځورانو کښې امايلوييدوزس پيدا شي چې په پايله کښې کبد، طحال، کولمي او پښتورګي اخته کړي. که چيرې رنځور هيپاتوسپليزميګالي او پروتينوريا ولري دا ناروغی په فکر راوړل کيږي، پدې ناروغانو کښې د صفراوي مالګي پول د سوءامتصاص له کبله کميږي چې دا کار دليتو جينزس و تيره سريع کوي او زيات مقدار صفراوي ډبرې جوړيږي او تقريباً ۳۰ سلنه هغه ناروغان چې د ايليوم پراخه ناروغي ولري هم د صفراوي ډبرې جوړولو شي. دبلي خوا پدې ناروغي کښې د کولمو لخوا زيات مقدار غذايي اوکزليت امتصاص او په پايله کښې اوکزل يوريا منځ

www.ketabton.com

ته راځي او دا د پښتورګي د اوکزلات ډبرو د جوړېدو غوره فکتور دی. په ټولو ناروغانو کښي بايد سګمويدوسکوپي اجراء شي ځکه چې يوائي په ۳۰ سلنه پيښنو کښي کولون سالم او په ۷۰ سلنه پيښنو کښي په ناروغی اخته کيږي.

تشخيص :

ټول هغه خلک چې په نوبتي نس ناتسي ،د ګيډې درد ،تبه، ډنګريدلو اود مقعد د شاوخوا انتانات او خارج کولوني تظاهرات ولري ددې ناروغي په هکله فکر کيږي او همدارنګه دمل اپسورپشن سندروم، د کولمو متناوب انسداد ،امايلوييدوزس او ارترايتس په ناروغانو کښي ددې ناروغی پلټنه کيږي هغه خلک چې نامعلومه تبه ولري هم پدې قطار کښي ځای نيسي.که څه همه پدې ناروغانو کښي لابراتواري ازموينه زياته مرسته نشي کولي خوبيا هم لږ لوکوسايتوزس ،دسد منتيشن جګوالي اوانيميا يو څه فکر راکولي شي انيميا شايد په غايطه موادو کښي د ويني تللو،د هډوکي دمخ د ډيپريشن پايله وی، د فوليک اسيداو ويتامين بي ۱۲ فقدان هم مسوليت په غاړه لري د ايليوم د اخته کيدو له امله د ويتامين بي ۱۲ مقدار ټيټ او ناروغ شايد ماکروسيتيک انيميا باندې اخته شي. که چيرې نس ناستی ډير زيات وي د الکترولايت څرګندە ګډوډي لکه هايپوکاليميا ،هايپومګنيزيميا ،هايپوکلسيميا منځ ته راځي چې شايد هايپوکلسيميا د ويتامين بي د فقدان پايله وي.د وينی البومين هم کميږي د بلي خوا د صفراوي مالګي د خراب امتصاص له امله په ناروغانو کښي ستياتورا د ليدني وړ ده.کبدي تستونه يو څه غير نورمال او الکلين فاسفتاز لوړ دی ځني رنځورانو کښي

www.ketabton.com

پرى كولانجايتس او په مل نوريش ناروغ كښي شحمي كبد منځ ته راځي پدې رنځورانو كښي څرګند ژيړى نشته خو د لايزوانزايم زياتوالي ليدل كيږي. راديوګرافي ازموينه د ناروغي په تشخيص كښي زياته ګټوره ده كه چيرى د ډيرى پاملرني سره اكسرى اجراء شي څرګنده ابنار ملتي د ليدني وړ ده. په راديوګرافي كښي د تضيق ،فبروزس او (كوبال ستون) بڼى پكښي ليدل كيږي. كه چيرى اثناعشر او معده اخته شوى وي په معده كښي شخوالي او انفلتريشن د ليدني وړ دى چې انفلتراتيف تومور سره غلطيږي كه څه هم ددې رنځورى يو پردرې پيښو كښي كولون اخته كيږي خو بياهم د باريوم د امالي معاينه ضروري ده د بيوپسي له پاره اړتيا نشته خو كولي شو چې د ريكتم بيوپسي اجراء او ګټور معلومات ترلاسه كړو.

توپيري تشخيص :

ددغه لاتدني ناروغي سره اجراء كيږي:

۱- نن ګرانولوماتوز يولسرايتف جوجينايتس چې پدې ناروغي كښي د ګيډې درد او نس ناستى زيات عموميت لري.

۲- د ګيډې لمفوما پدې ناروغي كښي راديولوژيكي او كلنيكي بڼه زيات ورته والي لري كه چيرې هيپاتوسپينوميګالي او د ميحطي لمفاوي عقداتو عټوالي موجود وي زيات دلمفوما خواته فكر كيږي.

۳- د كولمو فنګسي ناروغي- دلته برسيره پرتوبركلوزيک معايناتو د (سكيپ) ناحيي بڼه هيڅ عموميت نه لري.

www.ketabton.com

انزار :

که چیرې دا رنځورۍ د حاد اپاندیسایتس له کبله تصادفاً کشف شي ښه انزار لري دوه په درې رنځورانو کښې کله چې افت رشف شي بیا ګیلې نه پیدا کیږي که چیرې افت خپل سیرته په ځنډنۍ ډول دوام ورکړ رنځور د یو سلسله شدیدو اختلاطاتو سره مخامخ کیږي.

درملنه :

د ناروغي د درملنې په هکله ناروغ ته استراحت ورکول کیږي، او باید کافي غذایي رژیم واخلي. که کولون اخته شوی وي نو ناروغ ته فایبرلرونکو خوړو سپارښتنه کیږي. که چیرې ناروغان نس ناستی او د ګیډې درد ولري باید کودین او لومیترل او یا داوپیم چینچر د درد د آرامي او د اسهال د ښه کیدو په مقصد ورکول کیږي. که چیرې رنځورپه انسداد اخته وی د پورتني دواګانو ورکول مضاد استطباب دی پدې ډول رنځور کښې د نازوګستریک تیوب تطبیق او دومداره سکشن اجراء کیږي او باید د خولې له لارې هیڅ شي نه خوري او ناروغ کافي اندازه مایعات د وریدی لارې واخلي، دغه هلې ځلې د کولمو ازیما کموي او التهابي وتیره له منځه وړي که چیرې د اسهال له کبله د الکترولایت ګډوډي پیداشوی وي باید اصلاح شي په ډیرو رنځورانو کښې وروسته د ساتونکي درملنه څخه څرګند ښه والي منځ ته راځي ډیرو علماء د سلي سلازون سلفا پایرویدین (سلفا سلازین او ازولفادین) ورکول تایید کړیدي که څه هم تاثیر یې تراوسه ښه معلوم نه دی که چیرې ۶-۲ ګرامو پورې د ورځې پورتني دوا د د

www.ketabton.com

خولي له لارې ورکړي په زړه پورې ښه والي پيداکوي او ددې درمل د ورځـــې ۳-۲ ګرام ورکول د ناروغي د بابيرې مخه نيسي پدې شرط چې په دوامداره ډول استعمال شي. که چيرې ناروغ لوړه تبه او د ګيډې شديد درد ولري نو د انتاناتو مداخله او د فستول پيدا ښت هير نه کړي که چيرې د رنځورې حاده مرحله دوام پيدا کړي نو د کورتيزون ورکولو ته هڅه کيږي دناروغی په شروع کښي دا دوايي التهاب او ازيما کموي رنځور ته د خولي له لارې د ورځي ۴۵-۲۰ ملي ګرامه ورکول کيږي. په مياشت کې يو ځل Vit B12 دغوښې لـه لارې ۱۰۰ مايکروګرامـه ورکـول کيـږي. ناروغـان بايـد سګرټ ونـه څکي. که ترمينل اليوم اخته او ايستل شوی وي دصفراوي مالګو دجذب لـه امله نس ناستی پيداکيږي د درملنې لپاره يې کولسترامين ۲-۴ ګرامه يا کولستوپول ۵ ګرامه دورځی د دوه يـا درې ځلـه مخکې لـه ډوډی خوړلـو څخـه ورکـول کيـږي همدارنګـه ۵ امينوسلاسليک اسيد دکولون دکرون ناروغی په ريميژن او داختلاطاتو په مخنيوي کې اغيزه نه لري.

کورتيکوستروئيد Bedsonid (Entacort) ۹ ملي ګرامـه دورځې يوځل د ۸-۱۲ اونيو لپاره ورکول کيږي چې د ۵۰-۷۰ سلنه ښه والی راولي. د ۲-۴ اونيو پـه موده کې يې دوز ورو ورو کميږي او دورځی ۳ ملي ګرامو تـه رسول کيـږي کـه د بيدسونيد سره درملنه بريالی نشي پريدنيزولون يا ميتل پريدنيزولون ورکول کيـږي (۴۰-۲۰ ملي ګرامـه دورځی) چې تر ۹۰ سلنه پورې د ۸-۱۲ اونيـو پـه مـوده کې ښـه والی راولـي.

www.ketabton.com

میترونیدازول ۱۰ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن دبدن یا سپروفلوکزاسین **۵۰۰** ملي ګرامه دورځی دوه ځلي د **۷**-۱۲ اونیو لپاره ورکول کیږي.

د وړوکولمو وعایي تشوشات

سپلانشیک دوران خپله شریان وینه د ذلاقي جذعي او پورتنۍ او لاندنی میزانتریک شریان څخه اخلي. د وړو کولمو ارواء د سیل یک او پورتنی م میزانتریک شریان په واسطه صورت نیسي اودکولون اروا د پورتنی میزانتریک شریان د ځني شاخچو او لاندینی میزانتریک شریان په غاړه پرته ده نو په کولمو کښي د شراییینو غني تفمم او دوراني اروا د کولمو حاد او ځنډنی شریاني بی وسی د ناروغي کلنیکي بڼه جوړوي.

۱- په دغه لاندی ناروغیو کښي د کولمو حاد میزانتریک انفارکشن منځ ته راځي:

۲- ښی شریان کښي امبولي.

۳- د میزانتریک شریان ترومبوز اوپرمختللي ارتیروسکیلروزس.

۴- نن ترومبوتیک انفارکشن(د انساجو خراب پرفیوژن).

کلنیکي بڼه :

د ګیډی د درد سره پیل کوي چې دا پیل په سروکښي کرمپ ماننده او د نامه په شاوخوا کښي ځای لري په اصغاء کښي د کولمو حرکات شدید او هایپراکتیف دي که چیرې نامعلومه اسکیمیا د انفارکشن خواته پرمختګ وکړي او فلجي انسداد

www.ketabton.com

پیدایشي د کولمو استداري حرکات له منځه ځي او موضعي پریتونایتس پیدا کیږي. Sepsis او د ویني غلظت او شاک د ناروغۍ وخیمه تګ لاره ده.

د کولمو وعایي عدم کفایه او اسکیمیا په هغه ناروغ کښې چې د ګیډې ناڅاپي درد لري او د دغه لاندنیو افاتو سره ملګرې شي په فکر کښې راوړل کیږي.

۱- اتریل فبریلیشن.

۲- پرمختللي اتیروسکیروزس.

۳- دانساجو ناکافي ارواءچې پدغه لاندې حالاتو کښې لیدل کیږي.

الف- قلبي احتقاني عدم کفایه.

ب - شاک.

ج - هایپوکسیا.

د - انجینا (د ګیډې) چې پخوایې درلوده.

ذ - لمړني تشخیص د اهمیت وړ دی.

تشخیص :

داسي کوم تست نشته چې د ناروغي تشخیص په غوڅه توګه ښکاره کړي د ګیډې د ملاستي او ولاړې حالت رادیوګرافي شاید فلجي انسداد په ګوته کړي که چیرې په کولمو کښې ازیما او هیمورژ موجود وي د کولمو عروه بند معلومیږي چې دا ښه هم څه

www.ketabton.com

ناڅه مرسته کوي. د هضمي جهاز د پورتنۍ برخې د اکسرې د نورو ناروغيو شک له منځه وړای شي د ميزانتريک رول لاتراوسه هم د ناندريو لاندې دی خو بيا هم د ميزانتريک شريان په شکمنه پيښه کښې چې امبوليزيشن او انسداد يې پيداکړی وي که چيرې کولاتيرل ښکاره نه شي تشخيص سره مرسته کوي د بلې خوا که د پيښې علت خراب پرفيوژن او نن ترومبوتيک انفارکشن وي انجيوګرافي ډير لږ کمک کوي. څرنګه چې په زړو خلکو کښې چې شريان بندشوی وي.

بيا هم د ګيډې ګيلې ډيرې کمې وي نو لدې کبله د انجيوګرافي سره د کلنيکي بڼې سره اړيکي ورکول ستونځمن کاردی د تشخيص ښه لار د ګيډې درد او د پورتنيو ياد شوو سببونو څخه د يو يادوه سببونو شته والې دی.څرنګه چې د ناروغې جراحي عمليه او درملنې زيات مورتاليتي لري نود جراحي پريکړې نيول آسانه کارنه دی.

د شرايينو ځنډنۍ عدم کفايه :

دا پيښه هم کولايشي چې حاده حمله پيدا او د ګيډې انجينا منځ ته راوړي د ګيډې انجينا د قلبي انجينا سره په هروخت کې پيداکيږي چې د سپلانشيک شريان د ويني زيات جريان ته اړتيا پيداشي په ټيپيک پيښه کښې د هرې غذا خوړلو څخه **۱۵-۳۰** دقيقې وروسته د ګيډې مبهم او نامعلوم درد چې د نس په منځنۍ برخه کښې ځای لري منځ ته راځي او شايد څو ساعته وروسته له منځه لاړ شي. په څرګند ډول د وزن بايلل د غذا نه خوړلو څخه منځ ته راځي او د بلې خوا ځنډنۍ افت د مخاطي غشا تخريبات پيداکوي چې دا کار هم د مل ابسوريشن سندروم سبب ګرځي چې د ناروغ په ډنګريدو

www.ketabton.com

کښي برخه اخلي.څرنګه چې د ګیډې انجینا د کولمو د انفرکشن په لور پرمختګ کوی نو کله چې ددې پیښې سره مخامخ شي د اختلاط د مخینوي په هدف انجیوګرافي بشپړ څیړني اجراء کیږي ترڅو چې رښتیني تشخیص ته ورسیږي نو بیا هغه د جراحي کاندیدان ټاکل کیږي.یواځني جراحي درملنه د بند شوي شریان غوڅول او بیا پیوند کول دي یو شمیر نور سیستمیک ناروغي شته چې دا ډول کلنیکي افت منځ ته راشي خو د هغي دکولمو څخه دباندې موندنې د ناروغی د تشخیص له پاره ګټوری تمامیږي. لکه پولي ارتیرایتس نودوزا ،لوپوس، درماتومایوزاتس، الرجیک واسکولایتس او روماتویید واسکولایتس رول لري. که چیرې غټ شریان د پولي ارتیرایتس نو دوزا له کبله مصاب شي کلنیکي بڼې کټ مټ د امبولي بندش او ارتیرو سکیلروزس په څیر ده کله کله د وړو اوعیو اخته کیدل انترامورل نزف ورکوي چې د نزف او ازیما پیدا ښت د ګیډې د درد لامل ګرځي اوځني وخت ډول ډول انسدادي لوحه او نزفي پیښې منځ ته راوړای شي. د ګیډې اکسری ځیني وخت ازیمایي ناحیې(د ګوتي خیال) اویا (سپیکولیشن) په ډول څرګندیږي.په ډیروپیښو کښي د مربوط سبب درملنه د ګیلو د کمښت لامل ګرځي کله چې د حاد بطن ګیلې څرګند شي جراحي مداخلي او برید ته اړتیا شته.

د وړو کولمو تومورونه

د وړو کولمو تومورونه نادر دي او یواځي د هضمي جهاز ۶-۳ سلنه د نیوپلازم پیښې جوړوي که څه هم زیات عمومیت نه لري خو تشخیص یې ډیرګران کار دی د

www.ketabton.com

ګیډې ګیلې ډیر کړکیچن او نامعلوم دي. د پورتنۍ او ښکتني هضمي جهاز اکسریز نورمال دي په دغه لاندنیو حالتونو کښي د وړو کولمو د تومور په هکله باید فکروشي او بشپړه څېړنه په کار ده:

۱- که چیرې رنځور نامعلومي حملي او د ګیډې کرمپ مانند درد ولري.

۲- د انسداد پرلپسي حملي پدې شرط چې رنځور د کولمو التهابي ناروغي او یا کوم جراحي عملیات نه وي کړي.

۳- که چیرې په کاهل انسان کښي د تغلف حادثه پیدا یشي.

۴- که چیرې دهضمي جهاز د نزف څنډنی شواهد ښکاره او اکسری منفي وی

www.ketabton.com

سليم تومورونه :

دا ډيره ګرانه خبره ده چې يوائې د کلنيکي او راديولوژيکي نظره د کولمو تومورونه تعريف او وپيژندل شي. ګيلې يي انسداد ،وينه بهيدنه او د ګيډې درد چې زياتره ناروغان ترې ګيله من دي.دا تومورونه معمولاً په ۶۰-۵۰ کلني کښې پيدا کيږي او په لاندنې برخه کښي نظر پورتنۍ ته زيات پيښيږي.

ډير عمومي تومورنه دادي:

۱- ادينوما.

۲- ليومايوما.

۳- ليپوما.

۴- انجوما.

ادينوما :

دا تومورد ايسليت حجرات او برونرګلايند حجرات لري د ايس ليت تومورد پانکراس څخه بهر ځاي نيسي د برونرګلايند حجراتو تومور اصلاء کوم نيوپلاستيک پيښه نه ده يوائي د حجراتو هايپرتروفي او هايپرپلازي پايله ده کله کله د اثناعشر د بصلي داکسريز څخه دا پيښه څرګنديږي او کوم کلنيکي ګډوډي منځ ته نه رواړي.

www.ketabton.com

پولي پوييد ادينوما :

تقريباً د وړو کولمو د سليم تومورونو ۲۵ فيصد جوړوي.دا شايد يو ځانګړي پولي پوييد افت وي او يا د ويلسن ادينوما شکل ځانته غوره کړې چې دا شکل کله کله د کانسر سره ملګرتيا هم کوي. ملتي پل پوليپوييد تومورونه په ټولو وړو کولمو کښي د (پوتزجګ هار) سندروم کښي ليدل کيږي خو دا بايد ووايم چې ددې تومورونو خبيثه خواص ډير لږ دي.

ليومايوما :

داتومورونه دملسا عضلاتو څخه منشه اخلي او انترامورل موقعيت لري تومور مخاطي غشا اخته کوي اوکله کله په مرکز کښي زخم د ليدني وړ وي او ډيره وخيمه وينه بهيدنه منځته راوړي .

ليپوما :

داتومور په زيات شمير پيښو کښي د ايليوم په آخرني اوايلوسيکل والب کښي ليدل کيږي.د اکسريز خواص يي ډير وصفي دی دا تومور انترامورل موقعيت لري خو هيڅ ګيلې نه ورکوي کله کله د وينی بهيدنی سبب ګرځي تومور د اکسريز پواسطه راديولوسنت خواص لري.

انجيوما:

که څه هم دا تومورونه کم دی، خو څرنګه چې زياته وينه ورکوي د پاملرني وړ تومور ګڼل کيږي .شايد تلانجيکتزيا او هيمانجوما شکل غوره کړي دا تومورونه او

www.ketabton.com

سلر، ویبرریندو سندروم کښې لیدلی شو. د هیما نجوما شکل یې زیات په جوجینم کښې ځاي نیسي. وینه بهیدنه عمومیت لري انجیو ګرافي یواځني تشخیصه لاره ده.

خبیثه تومورونه :

د وړو کولمو خبیثه تومورونو کم تصادف کوي خو معمولاً په دوامداره ریجونل انترایتس اوسپرو ناروغي کښې منځ ته راځي دا تومورونه د سلیم تومورونو په خلاف ناروغانو کښې تبه، د وزن بایلل، بي اشتهایي ،وینه بهیدنه منځ ته راوړي او په فزیکي معاینه کښې د ګیډې کتله د جس وړ ده. خبیثه تومورونه دادي:

۱- ادینو کارسینوما.

۲- لمفوما.

۳- لیومایوسرکوما.

۴- کارسینوییدتومور.

ادینوکارسینوما:

په زیاتو پیښو کښې په اثناعشر کښې پیداکیږي. داتومور شاید تقرح وکړي او شدیده وینه بهیدنه منځ ته راوړي او یاد دانسداد سبب شي. د رادیولوژي له نظره د اثناعشر د ځنډني قرحي په څیر معلومیږي تشخیص یې په هغه ناروغ کښې چې دوامداره ریجونل انترایتس لري ستونځمن کار دی. د تشخیص ښه لار اندوسکوپي او د مستقیمي لیدني لاندي د بیوپسي اخستل دي.

www.ketabton.com

ليومايوسرکوما:

داتومور غټ او ځلانده شکل لري قطر يي ۵ سانتي متره او په آساني سره په ګيډه کښي جس کيږي. وينه بهيدنه، بندښت، سوري کيدل يې د عمومي اختلاطاتو له ډلي څخه شميرل کيږي.

لمفوما :

د لمفوما ټول هستالوجيک ډولونه وړی کولمي اخته کولي شي که ابتدايي وی اويا ثانوي په دواړه شکلونو کښي لمفوسرکوما او ريتيکولم سل سرکوما نظرهوچکن ناروغي ته زيات عموميت لري افت په جوجينم او ايليوم کې زيات دليدني وړ دي. خو په اثناعشر کښي يې پيښې کمی دي. که چيرې دا تومور په غړولو سترګووليدل شي په ټولو کولمو کښي خپور او وړوکی کتلي جوړوي چې ځيني وخت د هغي په مرکزي برخه کښي زخمونه ښکاري دبي درده ميزانتري او لمفونو اخته کيدل يې غوره نښې دي کله کله ټولی وړی کولمي اخته او د مل ابسوريشن پيښنه منځ ته راوړي .

د ناروغی هغه ډول چې ديونامعلوم سبب له کبله په منځني ختيځ کښي زيات د ليدني وړ دي په ډير سختی سره د کاهلانو د سيل يک ناروغي سره توپيري تشخيص کيدايشي اوهغه ډول يي چې د مديتراني په غاړه کښي شته يو دالفا - جين ناروغي ده چې په ځوانو کاهلانو کښي پيداکيږي.نس ناستی، مل ابسوريشن او هايپونايتريميا ددې ناروغي پايله ده. ټولی کولمی د پلازماسل حجراتو په واسطه نيول شوي او

www.ketabton.com

(AGI)په زيات مقدار په وينه اوادرار کښي موندلي شو.په يو شمير زياتو پيښو کښي د لمفوما د تشخيص له پاره لاپراتومي ته ضرورت پيښيږي.
چې د کولمو آخرني برخه يي نيولي ده بايد د ريجونل انترايتس سره توپيري تشخيص شي.همدارنګه بيوپسي او لمفو انجيوګرافي دتشخيص د پاره دير ګټور دی.

درملنه :

که چيرې افت موضعي وي خو جراحي مداخله يې د درملنی يواځني لار ده.انزاريي هم ښه دي پدې شرط چې لري ځايونوته يي ميتاستاز نه وي ورکړی کيموتراپي او راديوتيراپي د ميتاستاز په صورت کښي کارول کيږي خو پايله يي د ډاډ وړ نه ده.

کارسينوييد تومور :

د وړوکولمو د اپتيليل حجراتو ډير عمومي تومور دی اودا ارجنتافن حجراتو څخه منشه اخلي.او د منځني اثناعشر څخه نيولي ترکولونه پوری پيداکيدايشي. د امبريولوژي له نظره په ميډګټ پوری اړه لري دا تومور په زيات شمير پيښو کښي په اپندکس کښي ځای نيسي او په تصادفي ډول وروسته د اپندکتومي څخه کشفيږي.اکثراً کارسينوييد تومور ګيلی نه ورکوي او ډير لږ خباثت لري ليکن که چيری تهجم او ميتاستاز غوره کړي نو بيا د کارسينوييد سندروم ګيلی او نښې کلنيکي ډګر ته راوځي.

www.ketabton.com

کولون

اناتومي :

الف- د کولون ویش.

ب - تیینیا او هوسترا .

ج- پریتواني موقعیت.

د- د کولون اروا او کولاتیرل.

فزیولوژي:

دوه مهمي دندې لري:

١ - داوبواو الکترولیت ذخیره.

٢ - داوبو او الکترولیت جذب.

تحرکیت:

١ - دتحرکیت ډولونه .

٢ - ګسترو کولیک عکسات.

٣ - دتغوط فعل(ډیفیکیشن).

جذب :

١ - په ٢۴ ساعتو کښې نورمال حجم جذبیږي.

٢ - د کولون ظرفیت او د وړو کولمو سره د هغې اړیکې.

www.ketabton.com

د کولون ګاز:

۱- په کولون کښي نايتروجن،هايدروجن،ميتان او کاربن داي اکسايد ګازات شته.

۲- د ګازاتو ځاي ډير ارزښت لري.

د کولون ګيلې ، نښې اوستونځې:

الف- نس ناستي: کيدايشي چې د وړوکولمو دستونځو اوياد کولون د ګډوډي څخه پيداشي.

۱- دنس ناستي پيژندنه: **هغه حالت ته وايي چې د غايطه موادو وزن زيات او ډيری اوبه ولري.**

۲- **پتوجينک ميکانيزم:** په لاندی ډول دی:

الف) د کولون د افرازاتو زياتوالي چې په کولرا ،ايسسريشيا کولای اود جمال کوتهٔ په خوړلوکې منځ ته راځي.

ب)اسموتيک تشوشات چې د ميګنيزم سلفيت، مل ابسوريشن او صفراوی مالګې د ګډوډي څخه پيداکيږي.

ج)چټک تحرکيت-(تايروتوکسيکوزس)

د)اوکزيداتيف رول (لکه يولسرايتف کولايتس).

ب) قبضيت :

پيژندنه: **هغه حالت ته وايي چې غايطه موادو قوام سخت اواستوانوي شکل لري او ناروغ ځو ورځي بعد د تفوط فعل ته ضرورت احساس کړي.**

www.ketabton.com

لاملونه :

الف- هايپوموتاليتي.

ب - سپزم.

ج - انسداد.

ج- درد :

۱ – د درد طبعیت،ځاي اود ګاز او غايطه موادو سره د هغي اړيکي.

د) ريکتل ارجنسي:

هـ) تينيسموس.بليډينګ دمخاط پساژ ح)غير وصفي ګيلی (بي اشتهايي،د وزن بايلل تبه اوداسي نور)

تشخيصيه وسايل:

الف) تاريخچه:

۱- بايد پوښتنه وشي چې د غايطه موادو په نمونه او شکل کښي کوم بدلون پيداشوي او که نه؟

۲- همدارنګه په غايطه موادو کي د ويني راتلل اود اوسپني د فقدان د انيميا په باره کښي پلټنه په کارده؟

۳- د ګيډی د مبهم دردونوپوښتنه کيږي؟

ب) فزيکي ازموينه:

۱- د ګيډی جس کول زيات اهميت لري.

www.ketabton.com

۲- په ګوته سره د ریکتم معاینه ضروري ده.

ج) سګویید سکومي او بیوپسي باید اجراء شي.

د) رادیولوژي-په رادیولوژي کښي لاندی ټکي په نظر کي نیول کیږي.

۱-د ګیډې ساده رادیوګي.

۲-د باریوم د امالي وروسته د ټول کولون اکسری.

۳-د کولون دبل کانترس آزموینه.

۴-انجیوګرافي.

هـ) د غایطه مواد معاینه: ددغه لاندنیو شیانو په باره کښي پلټنه پکار ده:

۱-د ویني دعناصرو لټونه.

۲-پتالوژیک بکتریا.

۳-پرازیت او دهغي هګي.

۴-د شحمي موادو او د غوښي د الیافو لټونه.

و) کلوروسکوپي او د بیوپسي اخستل:

د کولون عمومي او غوره ناروغی: په لاندی ډول ویشل کیږي.

الف) انفکشن- چې پدې ډله کښي دغه ناروغي شاملی دي:

۱-امیبیازس.

۲-سلمونیلا.

۳-شګیلا.

www.ketabton.com

ب) دکولمو التهابي ناروغي:

۱-یولسراتیف کولایتس.

۲-کرون ناروغي.

ج - نیوپلازم :

۱-کارسینوما.

۲-ادینو ماتوز پولیپ.

۳-ویلیس ادینوما.

د) د کولون د جوړښت ګډوډي:

۱-ډایورتیکولوزس.

۲-ډایورتیکولایتس.

هـ) د کولمي وظیفوي ناروغي:

۱-تخرشي کولون.

۲-موکس کولایتس.

په دغه پورتني ویش کښي مونږ دهغو ناروغیو څخه چې دداخلي له نظره زیات ارزښت لري یاد ونه کوو چې البته یو شمیر نوریي ناروغي په ماشومانو او جراحي مضمون کښي په تفصیل سره لوستل کیږي.

www.ketabton.com

د کولونیک ناروغي پیژندنه :

که چیری یو ناروغ د کولون په ناروغي اخته وي په سستماتیک ډول د هغه د ناروغي د تشخیص د پیژندګلوی له پاره دغه لاندنی ګامونه اخستل کیږي.

الف) تاریخچه : په تاریخچې کښې څو مهمي خبری شته چې امکان لري تاسي ته د کولون د ناروغي فکر درکړي.

۱-شاید ناروغ د ګیډې دکرمپ مانند درد څخه چې د کولون د دندو تشوش سره ملګری وي ګیله من شي.

۲-هر ډول بدلون چې د غایطه موادو په نمونه کښې پیدا شوي وي د کولون په ناروغي دلالت کوي.

۳-که چیری ناروغ د مقعد له لارې وینه ورکړي د پاملرني وړ خبرده او دا فرق نه کوي چې وینه بهیدنه ماکروسکوپیک او یا میکروسکوپیک وي.

۴-که چیری ناروغ د ګیډې مبهم درد ،بي اشتهایي ،وزن بایلل ولرې دا د کولون د کانسر ایلچي ګیلی دي.

ب) فزیکي ازموینه:

۱-امکان لري چې د جس پواسطه په ګیډه کښې کتله پیدشي.

۲-د ګوتي سره د ریکتم معاینه او د غایطه موادو سره دوینې موجودیت د تشخیص لپاره زیات ارزښت لري.

www.ketabton.com

ج) سګمويید سکوپي:

۱-دا عمليه د فزيکي ازمويني پراخه او هر اړخيزه معلومات راټولولي شي.

۲-د کولون د باريوم د امالي وروسته اکسريز د پلټونکي کړنلارې مهمه آزموينه ده چې د حاد يولسراتيف کولايتس په ناروغ کښي د دې ازمويني څخه کلکه ډډه په کار ده.

۳-د هواي کانترس معاينه وړوکي نيوپلازميک افت له پاره ډيره مهمه ازموينه ده.

د) کولونوسکوپي او بيوپسي : هغه وخت استعماليږي چې د اکسريز معاينه شکمنه او يا ډاکتر ګنګس کړي او د هلو ځلو وروسته بياهم تشخيص شکمن پاتي شي.

د کولون حرکي تشوشات

ميګا کولون :

دې ته جينټ کولون هم وايي پدې افت کښي ولادي او يا کسبي منشه لري ناروغی په هر عمر کښي پيداکيږي حاد تو کسيک ميګا کولون د ځنډنی يولسراتيف کولايتس خطر ناک اختلاط دی چې زياته پاملرنه غواړي.

اګانګونيک ميګا کولون(هيرشپرينګ ناروغي): دا افت په ماشومانو کښي مفصل لوستل کيږي.

ځنډنی اديوپاتيک ميګا کولون:

دې افت ته سيکو جينک ميګا کولون هم وايي،افت د ماشوم توب په اخر عمر کښي پيداکيږي دا ناروغان شديد ځنډنی قبضيت اود ګيډی پړسوب لري د هيرشپرينګ ناروغي به خلاف ددې ډول ميګاکولون په معاينه کښي ريکتم د غايطه

www.ketabton.com

موادو پواسطه پراخه شویدي د باریم په اماله کښې ټول کولون پراخه معلومیږي او په هیڅ ځاي کښې تنګه شوي ناحیي نشته د ریکتم په بیوپسي کښې د ګانګلیون حجرې د اوربخ په ذفیره کښې نورمال دی درملنه د تغوط د فعل د تندرنیس پورې اړه لري یا دا چې ناروغ ته د منرال تیل او یا اماله ورکول کیږي او دې ته ترهغه وخته دوام ورکول کیږي چې د ناروغ د تغوط فعل نورمال شي.

کسبي میګاکولون :

په مرکزي او جنوبي لاتیني امریکا کښې د تریپونوزم کروزی انتان (چګاس ناروغي) د کولون د ګانګلونیک حجراتو د تخریب سبب ګرځي او کسبي وصفي میګا کولون منځ ته راځي د پاسني ناروغی سره یې فرق دادی چې دا ناروغي په کاهلانو کښې زیات دلیدني وړ ده. یو شمیر نور ناروغان لکه سیکیزوفرینیا ،ډیپریشن ټول په ځنډنی قبضیت او میګا کولون باندی اخته دي همدارنګه عصبي تشوشات لکه د ماغي اتروفي، د نخاع ترضیضات اوپرکنسونین کښې هم دا افت پیداکیږي د بلي خوا امایلوییدوزس ، میکزودیمیا ،اسکیلرو درما کښې هم د کولون هایپوموتالیتي منځ ته راځي او بلاخره د کولون پراخه پړسوب پیداکیږي، نرکوتیک دواګاني لکه مورفین،کودین هم په ناروغ کښې د شدید قبضیت سبب ګرځي د ګوتي دریکتم په معاینه کښې کولون پراخه شوي دي.

درملنه:

درملنه د ناروغی د اصلي علت د منځه وړلو پوری اړه لري اماله هم استعمالیږي.

www.ketabton.com

د کولون رتجونه:

رتج هغه وخت پیداکیږي چې د کولون مخاطي غشا د عضلي طبقي په لور تغلف اود مخاطي شکل اختیار کړي.دا رتج مخاطي طبقه عضلي اوسیروزا طبقي او مغذي وړونکي شریان لري رتج معمولاً په سګمویید کولون کښي ځاي نیسي او پیښې یي په پراکسیمل کولون کښي هم د لیدني وړ دي. د عمر په زیاتیدو کښي حادثات زیاتوالي مومي.په غربي نړي کښي هغه خلک چې عمریي ۵۰ څخه زیات دي د ۵۰-۲۰ فیصد پیښو کښي د کولون په رتج اخته دي.

څرګند میکانیزم معلوم نه دی خوبیا هم انترلومینل فشار شاید دهغي عمده علت وي بل علت یي د کولون د مخاطي طبقي د کانترکشن زیاتوالي دی ځیني خلک داسي فکر کوي چې رتجونه په غربي نړۍ کښي د هغوی د غذایي رژیم سره نیغ په نیغ اړیکي لري دا ځکه چې په غذایي رژیم کښي فایبرنشته اوداسي ویل کیږي چې دغه نشتوالي د غایطه موادو حجم کموي نولدې کبله.دغه پورتني عوامل د رتج سبب ګرځي. د کولون رتجونه په تصادفي ډول په بي عرضه ناروغ کښي کشفیږي. عمده اختلاط یي ځنډنی او یا حاد التهاب لري. همدارنګه شدید وینه بهیدنه هم د اختلاطاتو د ډلي شمیرل کیږي.څرنګه چې رتج په زړو خلکو کښي زیات دی نو باید د نیوپلازم ګیلی او نښې ولټول شي.

www.ketabton.com

ډايورتيکولايتس :

التهابي وتيره د رتج د کڅوړې په محيط يا داخل کښې پيدا کيږي. د التهاب اصلي علت په رتج کښي د غذايي نا هضم شوو موادو پارچي اود هغي د پاسه د بکتريا و کيناستل دي چې يوه ډيره سخته کتله جوړوي چې هغي ته فيکاليت وايي داسي پيژندل شوی دی چې دغه کتله په رتج کښي د ويني جريان کمووډي کوي او کولونيک بکتيريا د نشونما له پاره ځان چمتو کوي التهابي وتيره د عادي التهاب نه نيولي تر پرفوريشن او پريتونايتس پورې پراخه کيدا يشي. ځني کتلي سختي نه وي او پخپله ښه والي مومي. تثقب ډير وړوکي او په رتج کښي دننه سيروزي طبقي ته صورت نيسي. د رتج التهاب په نرانو کښي نظر ښځو ته زيات د ليدني وړ دی. دا پيښه په چپ کولون کښي نظر ښي کولون ته زياته ليدل کيږي اوداسي فکر کيږي چې د رتج التهاب زياتره د زيات انترلومينل فشار او غايطه موادو د جامدی کتلي پورې اړه لري.

حاد ډايورتيکولايتس متوسطه ناروغي پيداکوي چې ناروغ د ګيډې درد اوتيندرنس لري د ناروغي کلنيکي بڼه د ګيډې د ښکتنی برخي درد چې د تغوط د فعل سره زياتيږي خپل ځان ښکاره کوي او برسيره پردی د پريتوان تخريش، عضلي سپزم، ريبونډ، تبه او لوکوسايتوزس ورسره يو ځاي ملګرى کيږي. د ګوتي په ريکتم معاينه که چيرى رتج نږدې ريکتم ته ځاى ولري د جس وړ دي قبضيت شايد د التهاب څخه رومبي ونه ليدل شي په ۲۵ فيصد پيښو کښي د غايطه موادو د ويني راتلل شته، نادراً کتلوي وينه بهيدنه هم ورکوي اختلاطات يي آزاد تثقب چې د عمومي

www.ketabton.com

پريتواناېتس، انتان او شاک سبب ګرځي، په زړو خلکو کښې د پاملرني وړ دی تثقب کيدا يشي چې داومنتم پواسطه پټ شي او بې درده اعضاوته لکه مثانه وړوکولمو ته التصاق پيدا او وروسته له هغې د فستول د جوړښت سبب وګرځي. که چيرې پريتوناتيس تاسس وکړي نوبيا ضخميه فبروتيک کتله کولايشي چې د کولون د تضيق او انسداد سبب شي مکرری حملې د فستول له کبله چې د مثاني اويا مهبل او کولون په منځ کښې پيدا کيږي منځ ته راتلايشي.

توپيري تشخيص :

توپيري تشخيص يې په هغه شکل کښې چې ډير حاد نه وي د نيوپلازم سره صورت نيسي.سګمويد وسکوپي سره التهابي ناحيه څرګنده چې خارجي کتلې سره يو ځای پيداشوي دي معلوميږي.د رتج په حاده مرحله کې چې د باريوم ازموينه استطباب نه لري ځکه د فشار سره د کثيفه موادو تيرول د رتج د څيرې کيدو سبب ګرځي.آزموينه بايد هغه وخت اجراء شي چې د رتج حاده مرحله کاملاً شفا شوې وي په راديولوژيک معاينه کښې رتج هغه وخت تشخيص کيږي چې کثيفه مواد د رتج څخه راوتلي او پيرې کوليک التهاب د غوټې په څير څرګنده شي.د باريوم اماله او اکسريز شايد د تشخيص سره زياته مرسته وکړي ليکن د نيوپلازم سره په آساني فرق کيدلې نه شي.ددې توپير پيژندنه حتې د لاپراتومي پوخت کښې هم ګران کار دی.

www.ketabton.com

درملنه:

که چیرې د پرفوریشن علامې او شواهد موجود نه وي ناروغ ته استراحت، د غایطه موادو نرموالي مایع غذایي رژیم او قوي الساحه انتي بیوتیک (تتراسکلین او امپیسلین) ورکول کیږي. هغه ناروغ چې په شفاخانه کښې بستر او د حاد پریتونایتس نښې، ابسې اویا پرفوریشن لري د ان ایروبیک ګرام منفي وتیرې پر وړاندې د وریدي لارې ضد انتي بیوتیک پیل کیږي. جراحي مداخله د ابسې د درېناژ اویا د التهابي عروې د غوځیدو په مقصد صورت نیسي. په نادرو پیښو کښې اول کولستومي او بیا ري انستوموز اجراء کیږي د فستول په هکله د جراحي درملنه لاتراوسه د ناندریو لاندې ده خو په دې ټول موافقه لري که چیرې وروسته د طبي مناسبې درملنه څخه د دایورتیکولایتس دوه حملې پیداشي باید د جراحي مداخلي پواسطه د چپ کولون هماغه ماوفه برخه غوڅه شي.

د کولون وظیفوي تشوشات

ایریتبل کولون سندروم (تخریش کولون):

په کلنیکي ډګر کښې دا ناروغي زیات عمومیت لري ناروغی د ژوندانه له پاره کوم خطر نه لري خو د درملنې له نظره ډیر نا امیده کونکي،د ستړتیا او هلوځلو ناروغي ده چې ډاکتران ورسره مخامخ دي. په کلاسیک شکل کښې ناروغ دغه لاندني ګیلې لري.

د ګیډې د لاندنی برخی درد چې د تغوط په واسطه کمیږي متناوب قبضیت او نس ناستی او د وړوکي غایطه موادو تیریدل ددې ناروغي کلنیکي بڼه ده اودا عرض هغه

www.ketabton.com

وخت زیاتیږي چې رنځور ډیر غمګین وي.غایطه مواد کله کله او ځني وخت پاسته هم وي خو وصف یي دادې چې مقدار یي کم او شمیریي زیات دی.حال داچې دا ډول ګیلی په غیر عرضي مرحله کښي دا ډول نه دي ناروغی ته انستیل کولون،اویا کولونیک نیوروزس هم وایي.او دا رنځوري او دهغي شدت دغم په صفحه کښي دا خبره اثباتوي.سپستیک کولایتس کښي د ګیډې کرمپي درد او موکستوکولایتس کښي د مخاط موجودیت ډیری مناسبي کلیمي دي.د تخریشي کولون پتوجینزس تراوسه معلومه نه ده،د انتاناتواو اوتوامنیتي او غذایي رول په هکله کافي شواهد په لاس کښي نه لرو.په زیات شمیر ناروغانو کښي د روحي فشار په وړاندې د کولون شدید عکس العمل شاید د رنځوري عمده فکتور وي.چې کولون یا هایپرموتالیتي او هایپوموتالیتي ښکاره کوي.فرط تحرکیت د ګیډې د درد او قبضیت پواسطه ښکاره کیږي ځکه چې د غایطه موادو کتله د سپستیک ناحیي څخه تیریدای نه شي.

هایپوموتالیتي د نس ناستی پواسطه تظاهر کوي او دهغي علت دادی چې غایطه مواد ترزیات وخته پوری په پرکسیمل کولون کښي نه تم کیږي چې په کافي اندازه دهغي او به جذب شي په نورمال نس ناستي کښي هم د روحي فشار پوخت کښي کولون مخرش کیږي.خو که چیری نوموړی پخواني ایرتیبل کولون ولري ډیر زیات او په دوامداره ډول شدید غبرګون ښکاره کوي د ناروغي متوسط شکل زیات عمومیت لري او اکثراً په ښځو کښي د ۴۵-۱۵ کلنو په ترڅ کښي منځ ته راځي او حتي کیدایشي چې دواړه جنسه اخته کړي قبضیت او د چپي ګیډې د لاندنی برخي درد هم موجود وي اود

www.ketabton.com

تغوط پواسطه له منځه ځي.شدید درد ،نس ناستی اوبړن غایطه مواد او زیات مخاط او ستومانتیا ورسره ملګری وي.دا ډول ناروغان چې زیاتی ګیلي کوي نیوروتیک بڼه لري،همدارنګه کیدایشي چې پرته د کولونیک ګیلو څخه د وازو موتور ډیس ایبیلیتي او سردردي منځ ته راشي. د هوا تیرول د ګیډې د پړسوب سبب ګرځي که چیری ګیلی شدیدی وي د ارګمي کول،د ملا تیر ،باربوریجمي د ناروغ لخوا عمده شکایت دی په فزیکي ازموینه کښي دا خلک مشوش او غمګین معلومیږي د درد شدت پوخت کښي شاید ګیډه پړسیدلي وي. خو استداري حرکات د لیدني وړ نه دي بطني عضلات نرم خو ځني وخت د غولو ډک سګموييد په چپ لاتدنی کوادرنت کښي جس کيږي.بله وصفي نښه داده چې د ریکتم امپولادغایطه موادو څخه خالي وي. دسګموییدو سکوپي معاینه نورمل اویاد اوعیو جګوالي ښکاره کوي چې پدې حالت کښي د سپزم له کبله سګموییدو سکوپ د ۱۵-۱۳ سانتي متره پورته نشي تللي د ازمویني پوخت کښي زیات مقدار سپین مخاط د لیدني وړ دی.

تشخیص :

د ناروغی تشخیص د دوامداره ګیلیو د شته والي او د فزیکي منفي ازمویني له مخي ایښودل کیږي، همدارنګه روحي تشوشات،محیطي فکتورونه ،او ستومانتیا وصفي عوامل دي.خو د قطعي تشخیص له پاره ټول فزیکي ازمویني ،تاریخچې او نور مرستیال تستونه ضروري بلل کیږي.

www.ketabton.com

درملنه :

د تخرشي کولون اصلي درملنی د ټولو روحي فشارونو له منځه وړل دي.او باید رنځور ته وویل شي چې دا ناروغي د کولایتس اویاد کولون د خبیثه نشونما په لور پرمختګ نه کوي.باید دداسي وسایلو څخه کارواخستل شي چې د ګیلو او ناروغی د وتیری په منځ کښي اصلي اړیکي معلومی شي.کله چې تشخیص یقیني شو د بې ځایه اکسری اخیستلو څخه ډډه په کار ده او د ویني اود غایطه مواد روتین معاینه ځني وخت اجراء کیږي.د قبضیت له منځه وړلوله پاره داسي غذایي رژیم چې د غایطه موادو کتله ډیره کړی ورکول کیږی، کافي مسکني دواګاني او ترانکولایز لکه فینوباربیتل او انتي کولینرجیک دواګاني پدې ناروغانو کښي ځینې وخت لومیتل ورکول کیږي .لیکن د بده مرغه تراوسه کوم وصفي دوایي او غذایي رژیم نشته چې د رنځورانو دي ټولو ګیلو ته ځواب ووایي همدا علت دی چې ټول تدابیر په ډله ایزه توګه پیل کیږي.

دکولون حاد التهابي ناروغی :

دکولون حاد التهاب د یو شمیر انتاناتو پواسطه لکه ویرس،بکتیریا او پرازیت له کبله پیداکیږي. په کلنیکي تظاهراتو کښي تبه د ګیډی د لاندنی برخي کرمپي درد او وینه لرونکي نس ناستی منځ ته راځي. د بکتریاوی التهابي ویتری غوره مشکل شیګولیزس دی. په شدیدو پیښوکي په غایطه موادو کښي وینه په ګروس لیدل کیږي او په سګموییید سکوپي بڼه دیولسرایتف کولایتس په څیر ده. رښتیني تشخیص د اورګنیزم د کلچر له مخي ترلاسه کیږي. یوشمیر پتوجینیک ایسریشیا کولای هم کولای

شي چې د کولون اپیتیلیوم نسج د برید لاندې راولي اود شیګولوزس په څیر بڼه جوړه کړي. سلمونیلا که څه هم وړوکي کولمي اخته کوي، خو کیدا یشي په غایطه موادو کښې ذوه او وینه څرګنده شي.میکروسکوپیک معاینه کې د زیات شمیر لوکوسایت لیدل،بکتیرایي افت د وایروسي افت اوتوکسین څخه توپیري تشخیص کولایشي(کولرا ،ستافیلوکوکس،او ایشریشیا کولای توکسین). د تازه غایطه موادو معاینه چې د څو څاڅکو برودومیتیلین سره یوځای شوي وي زیات شمیر لوکوسایت په ګوته کوي.حاد التهابي حجرې په شیګیلا ،امیبیازس،سلمونیلا او یولسراتیف کولایتس کښې د لیدني وړ دي.حال داچې په ویروسي افت او توکسین اندوس نس ناستی کښې نشته امیبیک کولایتس د ساده نس ناستی نه نیولي ترتوکسیک کولایتس پورې پراخه کیدای شي او حتي میګاکولون منځ ته راوړلي شي.تشخیص یې په تازه غایطه موادو کښې د تروفوزوییډ او یا د امیب دسست دردیدلو له مخې اینبودل کیږي اویاداچې هغه سواب چې دسګموییدو سکوپي پوخت کښې دمخاطي غشا څخه اخستل شویدي په تشخیص کښې ورڅخه کار اخستل کیږي.د کولون بڼه ډول ډول ده خو وصفي شکل کښې وروسته له هر نورمال موکوزا څخه یو تقرحي ناحیه د لیدني وړ وي.ځني وخت د ریکتم په بیوپسي کښې تروفوزوییډ موندلي شو.ډرګ ایندوس کولایتس په توپیري تشخیص کښې زیات د پاملرني وړ دي یو شمیر دواګاني لکه لینکومایسین،کلیندومایسین،امپیسلین او تتراسکلین کولایشي چې ساده نس ناستی اویا وخیم فول میننت زودو ممبرانوزکولایتس منځ ته راوړي.یقیني پتوجینزس

www.ketabton.com

معلوم نه دی خوداسي فکر کيږي چې د کولمو د فلورا او بکتريا د نشونما پورې اړه لري. زودوممبرانوز کولايتس کښي وينه لرونکي نس ناستی د ګيډې کرمپي درد او تبه شته زياتره پيښي د کليندامايسين په درملنه کښي ليدل کيږي،نس ناستی معمولاً ۱۴-۴ ورځي وروسته د درملنه څخه پيل کوي . د خولي له لارې نظر زرقي لارې ته پيښې زياتی دي د ريکتم مخاطي غشا ازيمايي،هايپرهيميک اوداسي پلکونو سره فرش شوی چې مخاطي غشا التهابي حجروي او اپيتيليل حجراتو سره يوځای وي.

درملنه :

په فوري ډول درمل قطع کول دي، دنس ناستی ضد دوا لکه لوميتل تجويز او د ډې هايدريشن سمون دی. په شديد و پيښو کښي د کورتيکو ستروييد ورکول ګټور دي،خو قانع کونکي پايله نه لري.

د کولون ځنډنی التهابي ناروغۍ:

دا ناروغي په دوه عمده ګروپونو ويشل شويدي:

۱-ځنډنی غير وصفي يولسرايتف کولايتس.

۲-د کولون کرون ناروغي (ګرانولوماتوزکولايتس)

www.ketabton.com

ددغه دواړو ناروغیو توپیري تشخیص په ۱-۱ جدول لاندني جدول کښې یادونه شویده.

بڼه	یولسراتیف کولایتس	کرون ناروغۍ
کلینیکل		
ریکتل بلیډینګ	په دوامداره توګه لیدل کیږي	نادرا لیدلی شو
دفستول جوړیدل	نادر دی	عمومیت لري
دمقعد دشاوخوا ابسی	کله کله وي	عمومیت لري
توکسیک میګاکولون	اکثرا لیدل کیږي	نادر دي
سګموئیدسکوپي		
دریکتم اخته کیدل	۹۵ سلنه	۵۰ سلنه
فریبیلیتي	اکثرا شته	عمومیت نه لري
رادیولوژیک ازموینه		
داخته کیدلو بڼه	ټول کولون اخته کوي	غیر مداوم دي
دښي کولون اخته کیدل	کله کله	عمومیت لري
ترمینل ایلیوم	پراخه شوی ښکاري	تنګ او شخ دي
وړې کولمې	نارمل دي	اکثراً اخته کیږي
پتالوژي		
ژوروالی	مخاط او تحت مخاط نیسي	ترانس مورل اخته کوي
ګرانولوما	نادر دي	عمومیت لري
میزانتریک شحم او لمفونود	نه اخته کیږي	ایریماتوزا او هایپوپلاستیک دي
فزیور او فستول	نادر دي	عمومیت لري
دخباثي وقوعات	کله کله شته	نادر دي

www.ketabton.com

راديولوژيک ازموينه: دګيډې ساده راديوګرافي بايد دتوکسيک ميګاکولون لپاره وشي دباريوم ازموينه کارول کيږي ځکه چې د توکسيک ميګاکولون لامل کيږي.

ځنډنی غير وصفي يولسرايتف کولايتس:

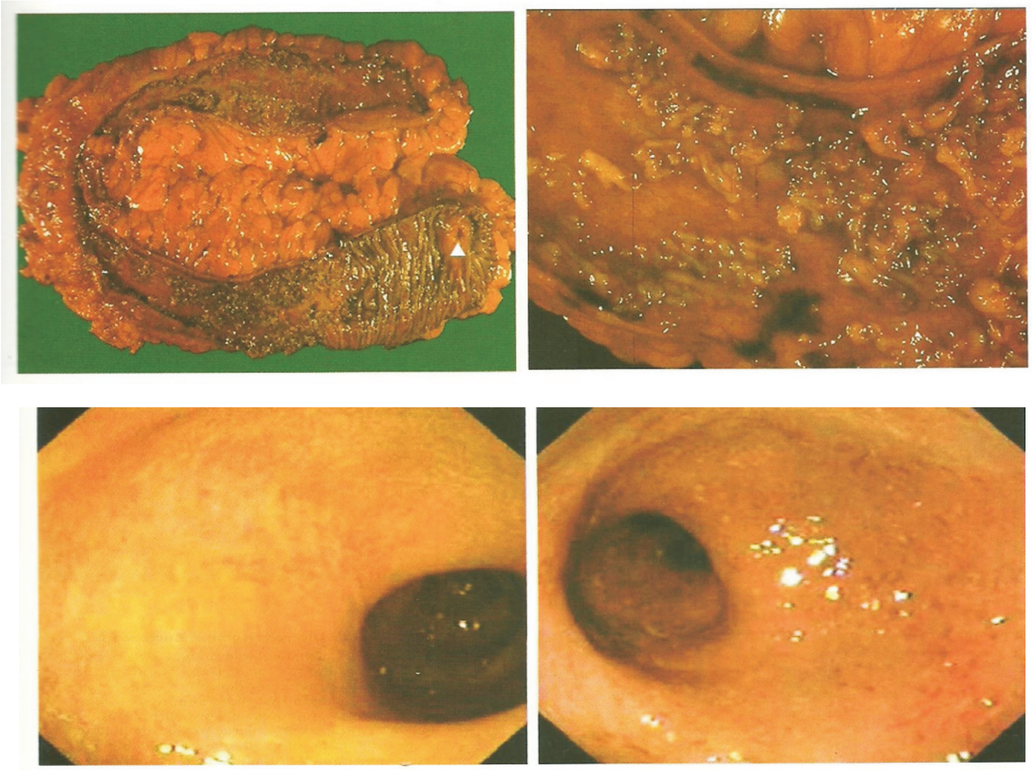
پتالوژي:

دا افت هغه التهابي ناروغي دی چې په ابتدايي ډول په موضعي توګه د کولون مخاط او تحت مخاطي طبقه اخته کوي او لمړني عکس العمل د مخاط د اپتيليل او کريپت له پاسه منځ ته راځي.التهابي عکس العمل شايد متوسط اويا شديد وي ليکن د ناروغي په سير کښي نتروفيل او ايزونوفيل حجرې د لمينا پروپايا په اوږدو کښي ليدل کيږي. کله کله همدا وتيره د اپيتيليل حجراتو د تخريباتو ربښتيني مسول دي.که چيرې افت زيات ځنډنی شي پلازماسل او لمفوسيت حجرې لمينيا پروپريا ډکوي. د کريپت ګوبليت حجرې د غير مخاطي حجرو پواسطه اشغاليږي.شکل يي غير منظم او با الکل له منځه ځي او فبروتيک نسج کښي ځای نيسي.د مخاطي طبقي په اوږدو کښي هايپرهيميک ناحيې د ليدني وړ دي.اپيتيل نسج له منځه تللي او وړوکي قرحات پيدا کيږي.د کولون عضلي او سيروزا طبقه په دغه ډول پتالوژيک بڼه کښي برخه نه اخلي تر څو چې پرفوريشن پيدا شوی نه وی.

په بيوپسي کښي د لومينل سطحی له پاسه قيحي او اکزوديت مايع چې د ويني سره ګډون لري ليدل کيږي. په کريپت کښي دننه او ياد هغي په ميحيط کښي ابسي ښکاره خو کوم پتوګونومونيک علامه نه ده- دا ناروغي اصلاء حاد يا تحت الحاد

www.ketabton.com

التهابي افت دی چې د ټول کولون مخاطي سطحي ماوفه کړيدی که څه هم په اوسني عصر کښې د ناروغي په باره کښې زيات څېړني شويدي خوبيا هم پتو جينزس يې پوره معلوم نه دی.



۱-۱۴ شکلونه: *په A کې د السراتيف کولايتس ګراس منظری او په B شکلونو کې اندوسکوپيک منظری*

ځکه چې د لانګو تيدينل عضلاتو کانترکشن او فبروزس منځ ته راځي ريکتم هم مقبض وي. د کولون مخاطي غشا لمده ،ځلانده او هايپرهيميک ليکن ضخيمه شوی

www.ketabton.com

نه وي او داخل بطني بلي عضوی سره پیوستون نلري تحت مخاطي طبقه باریکه هایپرهیمیک او هیمورژیک ټکي لري.که چیرې افت دوام وکړي کریپت له منځه ځي. د مخاطي ریجینریشن هایپرپلاستیک نشونما مخصوص بڼه غوره کوي چې هغی ته زودو پولیپ هم وایي.د توکسیک میګا کولون په شکل د مخاط زیاته برخه نکروز شوی او نازکي طبقي ښکنی پاتي کیږي چې ژر ماتیدونکي دی د ناروغي طبعي سیر ډیر خراب او حتي د پرفوریشن پورې رسیږي، که چیری افت عضلي طبقي ته پراختیا ومومي مستعرض کولون پراخه کیږي او په ګروس ډول د ویني او قیحي موادوسره ډک وي.

ایتیولوژي:

ددې ناروغی لامل لاتراوسه پورې معلومه نده او دا ډیره ګرانه خبره ده چې یو ځانګړي سبب دا ډول متنوع رنځوري تشریح کړي،ځني دغه لاندني فکتورونه د ناروغۍ په پیدا ښت کښي پیشنهاد شویدي:

۱-د بکتریاو رول ذیدخل ګني.

۲-د داسي انزایمونو استحصال چې د مخاطي غشا د لیزس سبب ګرځي.

۳-ځني فکر کوي چې د غذا حساسیت رول لري.

۴-شیدی مسولي ګني.

۵-ځني الرجن او اوتو امین مواد د ناروغی لامل کیدایشي.

www.ketabton.com

د تجربوله مخې داسې ښودل شوېده چې د اميون ميکانيزم دناروغی په پيدا ېښت کښې زياته پاملرنه ځانته راګرځولي ده.او داسې ويل کيږي چې ايريتمانودوزوم ،ارترايتس،ويوايتس،اوتواميون هيمولتيک انيميا ټول د اوتواميون ناروغي پوری اړه لري.او همدارنګه دځنو ناروغانو په سيروم کښې داسې انتي بادي ليدل شوې چې دکولون داپتيليم سره تعامل کوي. د بلې خوا په ۴۰ فيصد دې ناروغانو کښې لمفوسايتو توکسيک انتي بادي د ناروغ په سيروم کښې موندلي شو،ځني داسې فکر کوي چې سل ميډيييټډانتي بادي شايد د دواړو ناروغيو ته مسول دي (يولسراتيف کولايتس او کرون).

محېطي لمفوسايت په دواړه ناروغيو کښې د کولون له پاره سايتوتوکسيک رول لري او د لمفوسايت څخه داسې مواد افرازيږي چې د مکروفاژ د مهاجرت قدرت نهيه کوي. همدارنګه د کرون ناروغي په ناروغانو کښې د ټي لمفوسيت (تايموس) شمير کميږي. داميون ګلوبولين سويه نورمال ده خو هغه اميون ګلوبولين چې د دوراني لمفوسيت سره اړيکي لري په دواړه ناروغيو کښې زياتيږي.

همدارنګه د سايکوجنيک پروبلمونو رول په ۱۹۳۲ کال کښې په دې ناروغيو کښې پيشنهاد شويدي ځکه چې د ناروغی هغه ناڅاپي پيل د غم او روحي تشوش پوخت کې ميدان ته راوځي.خو سره لدی هم ۵۰ سلنه ناروغان د سايکولوژي له نظره نورمال دي اوهغه خلک چې نيوروتيک بنيه لري په وظيفه کښې بدلون ،د محيطي فکتورونو څخه د هغه ژغورل په رنځوري کښې ښه والي پيداکوي. د ناروغي طبعي تګ لار په رنځورانو

www.ketabton.com

کښې کله ښه او کله ناجوړ وي او داسي وخت راځي چې رنځور پخپل ځان زيات مصرف کوي او د خپل اقتصادي احتياج له مخي په ډيپريشن مرحله کښې ننوځي ،او دا لا هم شکمنه خبره ده چې سيکوتراپي کوم رول لري اوکه نه؟

کلينيکي بڼه :

د ناروغي عمومي ګيلی وينه لرونکي نس ناستي،د ګيډې درد ،تبه ، دوزن بايلل دی.د نس ناستي دوام او د وينه بهيدنه پراختيا او دوام فرق لري.کيدايشي چې څو او برېين تغوط څخه نيولي او حتي شل واری په يوه ورځ کښې تغوط فعل اجراء کړي د غولو قوام نرم،اوبړن ،وينه لرونکي او قيحي وي.په ځينو ناروغانو کښې شايد دا ډول ګيلی موجود نه وي او رنځور د غير وصفي ګيلیو څخه لکه ستوماتتيا ،خستګي او داسي نور ګيله من شي. نادراً هغه خلک چې ريکتم يې اخته دي قبضيت لري.

په فزيکي ازموينه کښې ډير لږ معلومات ترلاسه کيږي.يواځي کيدايشي چې ګيډه پړسيدلي وي او يواځي خارج کولوني تظاهرات لکه د سترګو التهاب د بندونو پړسوب او ژيړي څرګند شي.

لابراتواري ازموينه :

لابراتواري ازموينه غير وصفي ده-د اوسپني د فقدان انيميا د کولون د التهابي وتيرې پايله ده.کولون سايتوزس خصوصاً په حاد تبه لرونکي اکزا سربيشن په مرحله کښې زيات د ليدني وړ دی. د البومين کموالي د الکتروليت د سيروم الکلين فاسفتاز لوړوالي اود سيد منتيشن جګيدل معمولاً موندلي شو د ناروغي کلنيکي تګ لار ډول

www.ketabton.com

ډول ده او د ناروغي د پراختيا وخامت او التهابي وتيرى پورې اړه لري يو شمير ناروغان پخپله تاريخچې کښي د وينه لرونکي نس ناستى څخه قصه کوي، يو شمير نور د متناوب دوامداره نس ناستى انيميا غيروصفي ګيلى څخه ګيله من وي.ځني نور۱۵-۱۰ کاله د ښه صحت خبري کوي. داسي ناروغان هم شته چي پنځه ځلي غايطه مواد تبه اود ګيډې د درد څخه شاکي دي. يو شمير نور وخيم ګيلى لري نس ناستى شديد د ويني ضايع کيدل زيات،د ګيډې درد ،تبه او خارج کولوني اختلاطات ښکاره کوي. په ۱۵ فيصد پيښوکښي فولمينتت شکل ميدان ته راوځي.دا رنځوران د شديد هيمورژيک نس ناستى له کبله په روغتون کښي بستر کيږي.تبه،د ګيډې درد ،تندرنس،ډي هايدريشن اود الکترولايت د تشوش سره ملګرى وي.دا رنځوران د توکسيک ميګا کولون لور په پرمختګ کوي او دا يو څرګنده وژونکي پيښه ده. د کولون د اخته کيدلو پراختيا هم توپير لري، دوه په درې پيښوکښي د چپ کولون نيمايي برخه په ناروغى اخته کيږي او ځني وخت ريکتم هم شراکت کوي.دا ناروغي پورته خواته انتشار مومي او سګموييد او نازله کولون هم اخته کيدايشي داسي ناروغان ليدل شوي چې ټول کولون حتي د ايليو سيکل والب ماوفه کيږي. يوکم شمير پيښوکښي د ايليوم يوه برخه په افت کښي شريکه وي چې هغي ته(بيک واش ايلياتس) وايي.دابايد وويل شي چې په يولسرايتف کولايتس کي وړې کولمي سالمي دي او حال دا چې په کرون ناروغي کښي وړى کولمى په ناروغى اخته دي.

www.ketabton.com

تشخيص:

هرهغه ناروغ کښې چې وينه لرونکي نس ناستى لري دا ناروغي لټول کيږي. د ډول ډول کلنيکي بڼه له مخي د ناروغى تشخيص ډير ګران کار دى. د سګمويید سکوپيک ټيپيک بڼه کښې د کولون د نورمال مخاطي غشا له منځه تلل ښکاري.غشا پريړه او ماتيدونکي ده چې د التهابي حجراتو قيح او التهابي اکزوديت څخه جوړه شويده د ريکتم مخاطي غشا لمده،ځلانده او وړوکي اوعيي د ليدني وړ دي وينه بهيدنه نشته خو که چيرې د هغي څوکه د مخاطي غشا سره سخته ولګيږي وينه بهيدنهي ټکي پيداکوي خو تر ټولو وصفي علامه د مخاطي غشا ماتيدونکي وصف دى او کله کله زودو پوليپ ليدل کيږي،ښکاره قرحي په ريکتوسګمويید ناحيه کښې نشته د التهابي وتيرى يقيني تشخيص د بيوپسي له مخي ايښودل کيږي.څرنګه چې دا معاينه دردناکه ده نو ماهر ډاکټر کولي شي چې تر ۲۵ سانتي متره پورې دننه لاړ شي.که چيرې ناروغى حاد او په ريکتم کښې فيسور اويا هيموروييد موجودوي سګمويید سکوپ ۱۰-۸ سانتي متره پورې داخليږي.ځني ناروغان ددې مانورى څخه سخت ګيله من اوناراضي وي او هيڅ کله نه غواړي چې د دوهم ځل له پاره ددې معايني سره موافقه وکړي.د باريوم د امالي معاينه ډيره ګټوره ده ځکه چې د ناروغي پراختيا. اختلاطات او زودو پوليپ او کارسينوما څرګندوي. دابايد په ياد ولري چې په شديده ناروغي کښې رنځور د امالي تحمل او زغم نه لري او شايد توکسيک ميګا کولون راپيداشي،آګاهانه کار دادې چې دا معاينه وروسته د حادى حملى څخه تر اجراء لاندې ونيسو.

www.ketabton.com

توپيري تشخيص:

تر ټولو ړومبي هغه ناروغي چې وينه بهيدنه ورکوي توپيري تشخيص کيږي او هغه دادي:

۱-هيمورويید.

۲-د کولون کارسينوما

۳-کرون ناروغي.

۴-اميبيک نس ناستی.

۵-راډيشن پروکتايتس.

۶-بيست سندروم-چې دلته رنځور د خولي لوي افتوزس قرحي ويوايتس او د اهليل التهاب لري.

که چيری رنځور يواځي نس ناستی ولري دغو لاندنيو ناروغيو سره توپيري تشخيص کيږي.

۱-بايسيلري ډيزانتري.

۲-توبرکلوزس.

۳-سيل يک سپرو.

۴-ويپل ناروغي.

www.ketabton.com

که چیرې ناروغ د ګیډې د ناخاپي درد او وینه لرونکي نس ناستی څخه ګیله من وي نو باید اسکیمیک کولایتس سره توپیري تشخیص شي. که چیرې د کولون د وظیفوي تشوش ګیلې موجود وي دغه لاندنی ناروغي په نظر کښې نیول کیږي:

۱-ګونوریل پروکتایتس.

۲-د تخرشي کولون سندروم.

۳-دځنډنی لکزتیف استعمالونکي.

اختلاطات :

ددې ناروغی اختلاطات شاید موضعي اویا سیستمیک وي چې په لاندې ډول دي:

د کولمو د التهابي ناروغیو سستمیک اختلاطات

۱- نوتریشنل اومیتالولیک بدلون:

الف) دعضلاتو د کتلې له منځه تلل .

ب) دالکترولایتو ګډوډي (پوتاشیم، کلسیم، مګنیزیم).

ج) هایپوالبومینیمیا .

د) داوسپني د فقدان انیمیا .

ذ) د ویتامینونو فقدان.

و) د نشونما ځنډیدل.

www.ketabton.com

۱-د بندونو التهاب.

۲-کبدي ناروغي.

۳-د پوستکي تشوشات.

۴-ویوایتس.

۵-وریدي ترومبوزس او امبولي.

۶-د پښتورګي ډبرې.

ځرنګه چې د کولون دیوال نرۍ کیږي نو د ناروغۍ د حملې په لمړۍ وخت کې پرفوریشن منځ ته راځي. د پرفوریشن اصلي ځای سګمویید کولون دی. تشخیص یې عمومي پریتونایتس او سستمیک توکسیسیتي ده.که چیرې د دیا فراګم لاندې په اکسرۍ کښې آزاده هوا ښکاره شي تشخیص قطعي دی محافظوي درملنه زیاته مورتالتي لري، که چیرې پرفوریشن یقیني شي نو د جراحي مداخله او کولیکتومي ګیلي درملنه ده.توکسیک میګا کولون په امیبیک او ګرانوماتوزکولایتس کښې هم منځ ته راځي.خصوصاً په ټولو زیات په شدید یولسراتیف کولایتس کښې د لیدني وړ دی، رنځور لوړه تبه،تکي کاردیا ، دالکترولایت ګډوډي،هایپو البومینیمیا او سخت نس ناستی لري او ځني وخت په ناروغي کښې حاد ډالیتیشن ځرګندیږي. د رنځور ګیډه پړسیدلي.درد او بي اشتهابي دواړه لري دا پیښه هغه وخت زیات تصادف کوي

www.ketabton.com

چې ناروغ انټي کولينرجيک او مورفين او يانورې د تحرکيت ضد دواګانې اخستي وي که چيرې زيات مقدار باريوم د معاينې يوخت کښې واخلي هم پدې پيښه اخته کيدايشي.

توکسيک ميګا کولون دموتورسيستم د پاراليزس پايله ده او همدغه برخه ډيره پراخه کيږي.ددې پيښې تشخيص د اکسرې پواسطه په آسانه توګه کيدايشي.د کولون قطر تر ۹ سانتي متر پورې پراخه کيږي او د ګاز څخه ډک دی،توکسيک ميګاکولون د ناروغۍ په شديد شکل کښې چې پان کولايتس لري منځ ته راځي او تر ۳۰ سلنه پورې د وينه بهيدنه سبب ګرځي مړګ معمولاً د موضعي پرفوريشن او يا سپټيک شاک له امله منځ ته راتلي شي.

انوريکټل اختلاطات: کيدايشي چې په رنځور کښې فسيور،فستول او ابسې ګانې جوړې شي اودا خصوصاً په ګرانولوماتوز شکل کښې زيات د ليدنې وړ دي. معمولاً دا اختلاط په ثانوي توګه وروسته شکل کښې زيات د ليدنې وړ دي.دمعاينې پوخت کښې ددې ډول اختلاط سره ډير سخت درد احساس کوي نو ډاکټر له په کاردی چې زيات احتياط وکړي که چيرې دمعقدي ناحيې ټولې وظيفې له منځه تللې وي د کوليکټومي او ايليوستومي استطباب شته که چيرې د کولون جدار د کولون او مهبل به منځ کښې سورې شي ريکټووجيناې فستول پيداکيږي چې پدې اختلاط کښې د فرج له لارې غايطه مواد او ګاز خارجيږي پدې شرط چې دا سورې په کافي اندازه لوی وي. د کولون تضيق يا د عضلي طبقې هايپرتروفي ،فبروزس،د خبيثه افاتو پورې اړه لري حقيقي

www.ketabton.com

فبروزس کم تصادف کوي خو که چیرې پیداشي د کارسینوما سره په مشکل توپیري تشخیص کیږي چې البته بیوپسي ،سایتولوژي او کولونوسکوپي د قطعي تشخیص له پاره ضروري دی.

زودو پولیپ د ناروغي د اولي حملي څخه څو میاشتي وروسته پیداکیدایشي که څه هم دا خپله کانسیروجینیک تاثیر نه لري خو په هغه ناروغانو کښي چې سخت رنځور او کانسر ته میلان لري زیاتي لیدل کیږي.دا افت کومی ګیلی نه ورکوي او کوم وصفي درملنه ته ضرورت نشته.کارسینوما د یولسراتیف کولایتف د مهمترینو اختلاطاتو د ډلي څخه دي او لاندني فکتورونه پدې رنځورانو کښي د کانسر وقوعات زیاتوي.

۱-که چیرې د حادې ناروغي وخت د ۱۰ کلو څخه زیات ي.

۲-که چیری رنځور په پان کولایتس اخته وي.

۳-هغه خلک چې د کولون کانسرفامیلي تاریخچه لري.

۴-په خلاصه ډول ویلي شو هغه خلک چې په یولسرایتف کولایتس اخته وي لس چنده نظر نورمال خلکوته دکانسر له پاره مساعد دي.

د رنځوري تشخیص زیات اهمیت لري ځکه مقدم تشخیص او درملنه د ناروغ عمر اوږدوي.

www.ketabton.com

سستمیک اختلاطات :

غذایي او میتابولیک اختلاطات:دا افت د کولونیک اپ تیک د خرابوالي او د غذایي موادو د زیات ضرورت پایله ده.هغه خلک چې پدې رنځورۍ اخته دي بې اشتهایي اوهغه چې زیات ناروغه دي زړه بدوالي او کانګي لري او له همدې سببونو له مخي رنځور ډنګر او عضلات له منځه تللي وي. د نایتروجن منفي بیلانس د التهابي وتیرې او د کورتیکو سترویید څخه پیدا کیدایشي د کتیکول امین سویه لوړه ده اودا لوړوالي هڅه کوي چې شحمي نسج موبیلایز او د ګلوکونیو جینزس وتیره تنبه کړي د عضلاتو او به کیدل پوتاشیم بهر ته راوباسي او د پوتاسیم د لوړوالي سبب ګرځي د بلې خوا نس ناستۍ هم پدې کمښت کښې رول لري پدې رنځورانو کښې تر ډیره وخته غذا د وریدي لارې ورکول کیږي. څرنګه چې دا غذا د کلسیم او مګنیزیم څخه غني نه ده نو د دواړو فقدان یو مهم اختلاط دی چې د رنځورانو د تخرشیت لامل ګرځي دمخاطي طبعي د زیاتي برخي تقرحات د البومین او سرو کریواتو اود پوتاشیم د ضیاع عمده عامل ګڼل کیږي.

په ثانوي توګه د اوسپنې د فقدان انیمیا منځ ته راځي او د بلې خوا د سلفا سالیزین او یا نور سلفامید اخستل درګ اندویوس هیمالیتک انیمیا په هغه رنځورانو کښې چې ګلوکوز ۶ فاسفیت، ډي هایدروجینیز په فقدان اخته وي منځته راوړي او دا پیښه هغه وخت معلومیږي چې په محیطي وینه کښې Henz Body ولیدل شي.د وینې د پرنډیـد و تشوشات د هایپرکواګوبیلیتي او ترومبو امبولیزم د پیښو مسول دی د

www.ketabton.com

يولسراتيف كولايتي او كرون رنځورانو د ناروغي په حاده مرحله كښي ترومبوسايت لوړ وي.

كبدي رنځوري : يو بل لوی سستميک اختلاط دی كه چيرې بيوپسي اجراء شي په ۹۰-۵۰ فيصد پيښو كښي غير نورمال دی او د كلنيكي له نظره په يو درې سلنه پيښو كښي كبد په څرګند ډول ماوفه شويدی دی.

الف- شحمي كبد : يوه عمومي هستالوژيک ابنار ملتي ده چې د خراب نو تريشن او التهابي وتيری پورې اړه لري.

ب - پيري كولانجايتس : ايتيولوژي له نظره هغه حالت دی چې د پورټل ټركټ التهاب د بايل ډكټ پروليفريشن او فبروزس ليدل كيږي او دغه بدلون د كولايتس په رنځورانو كښي په متناوب ډول د بكتريا ود مداخلي څخه منځ ته راتلايشي.هغه رنځوران چې پدې افت اخته دي د كبدي وظايفو لږ خرابوالي ښكاره كوي او يواځي په كمه اندازه د سيروم الكلين فاسفتاز لوړوالي ليدل كيږي ځني نور د ژيړي او الكلين فاسفتاز د دواړه ښكاره كوي او د كولي ستازس ملګری كيږي.

ج - سكلروزينګ كولانجايتس: دا دخارج كبدي صفراوي طرق د شاخچو لږ التهابي وتيره ده چې د بايل ډكټ د پريړيدو او په تدريجي ډول د هغي د لومن د بدلون سبب ګرځي.دا افت انسداد ژيړی او اسينډينګ كولانجايتس منځ ته راوړي كه چيرې درملنه نه شي ثانوي بيلري سيروزس په لور پرمختګ كوي.

www.ketabton.com

د- کولانجوکارسینوما : دا افت په ښکاره ډول دیو لسراتیف کولایتس په ناروغانو کښې زیات د لیدني وړ دی او شاید د ځنډنی کولانجایتس پایله وي افت معمولاً په ډیستل کامن بایل ډکټ او یا په پورتنی برخه او یاد هیپاتیک ډکټ د بابی فرکیشن به جدار کښې منځ ته راځي.

هـ - کرونیک اکتیف هیپتایتس : دا افت او پوست نکروتیک سیروزس دواړه کولي شي.چې دا ډول اختلاط منځ ته راوړي کولیکتومي په ډراماتیک ډول د پیری کولانجایتس او سکیلروزینګ کولانجایتس مخه نیسي.

و - په پنځه فیصد ناروغانو کښې د سترګو او پوستکي اختلاطات لیدل کیږي.

- ایریتیما نو دوزوم په ځوانو ښځو کښې زیات تصادف کوي.
- پایو درمي ګانګرینوزوم اکثراً په لینګواوښنګړو کښې د لیدني وړ دي اودا معمولاً د ناروغي په ډیره شدیده او حاده مرحله کښې لیدل کیږي دا افتونه هغه وخت کیدایشي چې کولایتس د طبي او یا جراحي درملنه پواسطه تر کنترول لاندې راولو ځني خلک دوامداره پایو درمي لري.
- ویوایتس چې د سترګو افت دی د ۱۰-۳ فیصد ناروغانو کښې شته که څه هم افت د موضعي او یاسستمیک کورتیکو تیراپي سره ورک کیږي خو څرګند ښه والي وروسته د کولیکتومي څخه لیدلي شو.
- د بندونو افت: د ۵۰-۴۵ سلنه پورې راپور ورکړ شویدی زیات شمیر ناروغان او ارترالجیا او ایکینګ درد لري. حاد ارترایتس د بند د پړسوب، تندرنس او

www.ketabton.com

حرکاتو د بندیز له مخي پیژندل کیږي د بندونو پړسوب مهاجرتي خاصیت لري، او غټ بندونه لکه زنګونه او ښنګرې اخته کوي د پړسیدلي بند مایع پاکه او کلچریي منفي دي روماتویید فکتورونه د لوپس حجرات انتي نوکلیر انتي بادي هم منفي وي.او دا د نورومفاصلو د التهاب څخه په غوڅه توګه توپیري تشخیص کولي شي د بندونو د درد حملي د کولایتس د حادی مرحلي او خارج کولوني تظاهراتو سره ښکاره کیږي د بندونو سوءشکل نادر دی او کیدایشي چې په یو کال کښي ښه والي ومومي خو وروسته د ټوټل کولیکتومي څخه ارترایتس په بشپړ توګه له منځه ځي.

- اینکولوزینګ سپانډیلایتس: ددې ناروغي په ۲۰ سلنه پیښو کې نظر نورمالو خلکو ته زیات دی دا افت د ښینګړو دبند د التهاب او قطني ناحیو د فقراتو د پړسوب سره پیل کوي افت پورته خواته پرمختګ کوي او ټول د ملا د تیر موضعي حالت پیدا کوي. کلنیکي بڼه د نورو سپانډیلایتس په څیر ده خو افت دلته زیاتره په ښځو کښي د لیدني وړ ده حال دا چې اصلي سپانډیلایتس په نرانو کښي ۲۰ چنده نظر ښځو ته زیات دي نادراً وروسته دکولیکتومي څخه مقاوم پاتي کیږي دا ناروغي اکثراً اچ،ال،ډبلیو ۲۷ هستیوکامپیتیلیتي انتي جن سره ملګرتیا کوي خو دغه خبره لاتراوسه پوره ښکاره نه ده.

www.ketabton.com

درملنه :

پرته د حقيقي ناروغي او يا هغه افت چې يواځي د ريکتم پورى اړه لري نور ټول رنځوران په روغتون کې د بستر له لارې ښه درملنه کيږي په درملنه کښي دغه درې ټکي په نظر کښي نيول کيږي:

۱-دحادى التهابي وتيرى مخينوى.

۲-مل نوتريشن بايد معاوضه شي او دناروغ دژوند دحالت ښه کول.

۳-د اختلاطاتو څخه مخينوى وشي او دجراحي لپاره دناروغ تياکل.

يو شمير زيات ناروغان د بستر په استراحت او د خولي له لارې غذا بنديز او د وريدي تغذى له کبله بهبود پيداکوي او يواځي مايع رژيم ګټور تماميږي که چيرې رنځور انيميا ولرى د ويني ترانفيوژن ګټور دى ځکه دا خلک په حاده مرحله کښي د اوسپني دمستحضراتو سره درملنه نه شي د اوپيت او لومويل ورکول لږ ګټور دي خو د توکسيک ميګا کولون ويره پکښي نشته.

- د وريدي تغذى پواسطه کولون ته استراحت ورکول کيږي د غايطه موادو حجم کميږي ناروغ ته کافي غذايي مواد ، ويتامين او ضروري مينرال بايد چمتو شي ترڅو کولون د ښه والي او د وزن زياتيدو سبب شي او همدا کار په ځنو ناروغانو کښي د جراحي مداخلي چانس کموي.

www.ketabton.com

- د انتي بيوتيک ورکړه په حاد پولسراتيف کولايتس کښي استطباب نه لري ترڅو چې ښکاره قيحي ممبران لکه پيرى ريکتل ابسي ونه ليدل شي د انتي بيوتيکو ورکولو څخه ډډه وکړي.

۱- دستل کولايتس

دپروکتيس لپاره موضعي Mesalamin ۵۰۰ ملي ګرامه دورځی دوه ځلي د مقعد له لارې ورکول کيږي.

په پروکتوسګموئيدايتس کې اماله دورځی ۴ ګرامه دخوب په وخت کې د ۳-۱۲ اونيو لپاره ورکول کيږي. موضوعي هايدروکورتيزون په پرکتيس او پرکتوسګموئيدايتس کې لږ اغيزه لري خو بيا هم فوم يې دپرکتيس او اماله دپروکتوسکموئيديتس لپاره دورځی ۸۰-۱۰۰ ملي ګرامه ورکول کيږي.

که موضوعي درملنه بريالی نه شوه درملنه يې يو ددې لاندې پلانونو سره کيږي.

الف: همدغه موضوعي درملنه دورځی دوه ځله کارول کيږي.

ب: په ګډه موضوعي 5-Amino salasilic acid دخوب په وخت کې او موضوعي هايدروکورتيزون دسهار لخوا کارول کيږي.

ج: دواړه موضوعي او دخولی له لارې ۵ امينوسلاسليک اسيد کارول کيږي.

د: يواځې دخولی له لارې کورتيزون يا ازاتايوپورين کله چې دناروغی بيړنی حالت ښه شو نو بيا دمي سلامين دمقعد له لارې دورځی له خوا ۱۰۰-۵۰۰ ملي ګرامه اويا هره شپه يا يوه شپه وروسته د ۴ ګرامو امالی سره درملنه کيږي که ناروغ دموضوعي

www.ketabton.com

درملنې سره علاقه نه لري نو بيا دخولى له لارې ۵ امينوسلاسليک اسيد سره يې درملنه کيږي.

۲- خفيف او متوسط کولايتس

الف: ۵ امينو سلاسليک اسيد مى سلامين دوه تجارتي مستحضرات لري 0.8-1,6 Asacol ګرامه دورځى درې ځله يا 0.5-1gm pentasa دورځى څلور ځله.

Salfasalazin لومړى ۵۰۰ ملي ګرامه دورځى دوه ځله او بيا ورو ورو د ۱-۲ اونيو په موده کې ۲ ګرامه دورځى دوه ځلو ته رسول کيږي مجموعي دوز يې ۵-۲ ګرامه دى خو زغمل يې ګران دي.

ب: کورتيکوستروئيد : که ۵ امينوسلاسليک اسيد سره د ۲-۳ اونيو په موده کې درملنه بريالى نه شوه بيا موضوعي کورتيکوستروفوم يا اماله دورځى يو يا دوه ځله ورکول کيږي که ددې سره په دوه اونيو کې ښه والى پيداء نه شو نو سستميک پريدنيزولون يا ميتايل پريدنيزولون ورکول کيږي. پريدنيزولون دورځى ۴۰-۲۰ ملي ګرامه پيليږي کله چې ناروغ ښه شو نو دوه اونۍ وروسته دورځى ۱۵ ملي ګرامه او بيا ورو ورو دورځى ۵ ملي ګرامه ته رسول کيږي.

په لاندې حالاتو کې ورکول کيږي:

۱- که دکورتيکوستروييدو يا ۵ امينوسلاسليک اسيد سره درملنه ناکام شي.

۲- دکورتيکوستروئيد ناوړه اغيزى پيداشوى وي.

۳- دکورتيکوسترويدو دقطع سره ناروغ بابيرى وکړي.

www.ketabton.com

۴- هغه ناروغان چې جراحي درملنه نه خوښوي.

دا درملونه عبارت دي له ۲ میرکپتوپیورین اوازاتائیوپورین څخه چې ۲۰ سلنه اغیزه لري.

د: پتالوژیک درملنه (Anti tumor necrose factor therapy)

که سیستمیک کورتیکوسترويد، مرکپتوپیورین یا ازاتایوپورین سره درملنه بریالی نه شوه بل امیونو مودولاتور درمل چې Infliximab نومیږي ورکول کیږي دا درې دوزه ۵ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن دبدن په 6,2,0 اونی کې ورکول کیږي. ۲۵ سلنه اغیزه لري ددې درمل داغیزی د دوام موده ۸-۱۰ورځی ده.

۳- شدید السراتیف کولایتس

الف: عمومي لارې چارې

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

۲- TPN (Total parenteral therapy) یواځی په هغو ناروغانو کې ترسره کیږي چې دغذا په خوړلو کې ستونځه ولري اویا ۷-۱۰ ورځو کې خواړه خوړلی نشي.

۳- اوپیات یا انتي کولینرجیک درمل باید ودرول شي.

۴- دمایعاتو والیوم، دالکترولایتو ستونځی باید سمی شي او که هیماتوکریت د ۲۵-۲۸ سلنه څخه لږ وي باید دوینې ترانسفیوژن وشي.

دوینې دسپینو ژونکو شمیر، البومین، ESR ، سي ریکتیف پروتین باید اندازه شي.

www.ketabton.com

۵- دګيډې درد ، دتودوخې درجه، دنبض شمير او په ډکو متيازو کې وينه بايد ارزيابۍ شي.

۶- دګيډې ساده راديوګرافي دکولمو دپړسوب لپاره واخيستل شي.

۷- ډکې متيازې دبکتريا لپاره وکرل شي.

۸- ټول شديد ناروغان بايد جراح ته دمشورې لپاره وليږل شي

۹- دپوستکي لاندې هيپارين، دوريد ترومبو امبوليزم دمخنيوي لپاره ورکول کيږي.

ب: کورتيکوستروید : متيل پريدنيزولون په څلورو کسري دوزونو ۴۸-۲۴ ملي ګرامه يا هايدورکورتيزون ۳۰۰ ملي ګرامه په څلورو کسري دوزونو په پرله پسې ډول دانفيوژن په ډول د ۲۴ ساعتو لپاره ورکول کيږي.

۲- که ارجنسي يا فريکونسي (تينس موس) شته وي نو دهايدروکورتيزن اماله ۱۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځله کارول کيږي.

۳- که ناروغ مخکې هايدروکورتيزون اخيستې نه وي نو ۱۲۰ يونټه ACTH ورکول کيږي.

۴- کله چې ناروغ ښه شوه دخولې له لارې مايعات او درمل ورکول کيږي.

ج: انتي تومور نکروز فکتور تراپي (مخکې ترې يادونه شويده)

د: سايکلوسپورين : که السراتيف کولايتس د ۷-۱۰ ورځو په موده کې دکورتيکوستروید سره ښه نه شو نو سايکلوسپورين ۲-۴ ملي ګرامه نظر په کيلو ګرام وزن دبدن دانفيوژن په ډول ورکول کيږي.

www.ketabton.com

که دپورتني درملنی سره ناروغ ښه نشو نو بیا جراحي درملنه ترسره کیږي.

سایکوتیراپي :

دا خبره اوس ښکاره ده چې سایکوتیراپي د ناروغي په حاده مرحله کښي څه ناڅه اغیزه لري او باید د ناروغ او ډاکتر ترمنځه صمیمي اړیکي پیداشي خصوصاً دا کار په ماشومانو او حامله ښځو کښي زیات ارزښت لري په حامله ښځو کښي د یولسراتیف کولایتس پیداکیدل ډیره زورونکي ناروغي ده.پدې رنځوری کښي د خودکشي پیښې کمي دی او پخپله دا رنځوری په اخرکښي ناروغ وژني.

انزار :

ددې ناروغي انزار د کورتیکویید اوسلفاسالیزین او ښي غذا سره ډیر ښه شوي دي خوبیا هم هغه خلک چې په روغتون کښي بستر کیږي د جوړیدو او ښه والي اندازه یې زیاته ده په یو راپور کښي حاده حمله کښي دښه والي اندازه ۷۶ سلنه او د کولیکتومي ضرورت ۸٪. دی اود مرګ اندازه ۵٪. فیصد ده مرګ په شدیده ناروغي او زړو خلکو کښي زیات پیښیږي د ناروغي لنډ سیر ښه انزار لري د ناروغي په ځنډنی سیر کښي د انزار واټکل ګران کاردی هغه خلک چې د چپ کولون او ریکتم افت لري انزار یې ښه دي او روغتون ته حاجت نشته په ۷۵ سلنه پیښو کښي دا رنځوری بابیړی کوي او هر ځل بابیړی د اختلاطاتو او مورتالیتي اندازه زیاتوي ناروغي په ټول سیر کښي ۲۵-۲۰ فیصد ناروغانو کولیکتومي ته اړتیا لري او د اعلاج کونکي لار ده خوبیاهم خارج کولوني ګیلی او اختلاطات په نادرو پیښو کښي مقاوم او ثابت پاتي کیدایشي.

www.ketabton.com

کولایتس او بلاربیدل :

ددې ناروغي پیښې په ښځو کښې فارتالیتي د بندیز سره مخامخ کوي اودا کار د رنځوري د خواصو، مل نوتریشن او دیپریشن پایله ده. اصلاء ناروغي د حاملګي له پاره مضاد استطباب نه ده، همدارنګه که چیری د مورعمر د خطر سره مخامخ شي د درملنی کونکي سقط اجازه شته هغه ښځه چې پدې ناروغي اخته ده ۸۵ سلنه نورمال ماشوم زیږوي خو د حاملګي پوخت کښې داخبره ښکاره ده چې کولایتس وخامت اختیاروي. د کورتیکو ستروييد درملنه په لمړیو دریو میاشتو کښې د جنین په ضرر تمامیږي نو ښه به داوي چې د سلفا سالیزین سره درملنه شي اودا دوا د جنین له پاره کوم ضرر نه لري که چیرې د ریکتم او مهبل اختلاطات موجود نه وي ولادت په طبعي لار راځي.

یولسراتیف او پروکتایتس :

دا ناروغي ډیر قوي شکل نلري او په اخرني کولون کښي ۱۴-۱۲ سانتي متره کښي ښکاره کیږي پیژندونکي ګیلی یي د ریکتم وینه بهیدنه او قبضیت دی ځني وخت د بواسیر او فسیور په شان معلومیږي. د تشخیص لارې یواځي سګموییدوسکوپي ده.

د کولون کرون ناروغي یا (ګرانولوماتوزکولایتس):

پدې اخره پیړۍ کښي یو شمیر د کولون ناروغي چې ګرانولوماتوزخواص لري پیژندل شوي دي چې هغي ته کرون ناروغي واي که څه هم ګیلی یي زیات دیولسرایتف

www.ketabton.com

کولایتس سره شباهت لري خود پتالوژي او کلنیکي له نظره چې په ړومبي جدول کې ترې یادونه شویده توپیر کیدایشي.

پتالوژي :

د پتالوژي له نظره د ریجونل اینترایتس ناروغي ته ورته والي لري خو په کولون کښې د ګرانولوماد وتیرې د شته والي او ساینس له کبله د یولسرایتف کولایتس سره توپیر لري دا یو ترانس مولر ناروغي ده اود کولمو ټولي طبقي اخته کیږي کولمي پریړیږي او د شاوخوا اعضاو سره نښلي او انتروانتیریک فستولونه جوړوي پیرې انل فستولونه او ابسي ګاني زیات عمومیت لري او همدارنګه د مثاني او کولون او مهبل او کولون په منځ کښې فستول منځ ته راځي. پدې ناروغۍ کې ریکتم سالم پاتي کیدایشي. افت معمولاً په ښي کولون او مستعرض کولون او یوه برخه د ناز له کولون نیسي او ځنې وخت ټول کولون د ریکتم پورې نیولي شي. په ۱۰ سلنه پیښو کښې یوازې کولون اخته کیږي کولون او وړې کولمې په ۳۰ سلنه پیښو کښې ماوفه دي د التهابي ناروغي د ټولو څخه ۵۰ سلنه د کرون ناروغي پورې اړه لري.

اپیدیمولوژي :

عمومي بڼه یې د یولسرایتف کولایتس په څیر ده دواړه جنس په مساوي ډول اخته کیږي دا ناروغی د عمر په مقدم وخت کښې منځ ته راځي په ۳۰-۲۰ سلنه پیښو کښې کیدای شي شل کلني څخه وروسته څرګنده شي څرنګه چې ګیلې یې کله کله مبهم وي نوپه اتوپسي کښې ځنې پیښې موندلې شو.

www.ketabton.com

کلینیکي بڼه:

تبه، د ګیډې درد، نس ناستی، عمومي ستوماتتیا د ناروغی د اساسي او عمده ګیلو څخه دی. همدارنګه ځني اختلاطات لکه فستول اوابسي ګاني د کلنیکي بڼې لمړني کلي ده په رادیوګرافي بڼه کښي کوبل ستون، سکیپ ایریا داخلي فستولونه اود کولمو د جدار اسینتریک لیدل کیږي دغه علامي پروکسمیل کولون اوترمینل ایلیوم کښي ځاي لري.

اختلاطات :

۱- ارترایتس ۲- ویوایتس ۳- د خولي افتوزس او یولسریشن ۴- کبدي تشوشات (پیری کولانجایتس) ۵- په مقعدی ناحیي کي د فستولونو پیدا که چیرې افت یوائي کولون اخته کړي وي التهابي ویتره دومره شدیده نده رنځور یوائي نس ناستی او یا شاید توکسیک میګاکولون ولري کولونیکي خبیثي واقعي هم د لیدني وړ دی خو د یولسراتیف کولایتس په څیر زیاتي نه دي.

توپیري تشخیص :

دلاندې ناروغي سره توپیري تشخیص کیږي.

۱-یولسراتیف کولایتس.

۲-توبرکلوزس.

۳-لمفوما.

www.ketabton.com

۴-اسکمیک کولایتس.

۵-دایورتیکولوزس او کانسر.

درملنه:

طبي درملنه او اهتمامات يې ديولسراتيف كولايتس په څير دى خو كوريتكو ستيروييد او سلفاساليزين اغيزه ناكه دوا ده خو د نس ناستى تبي او سستميک اتتان كنترول غوره ګام دى.موقتي ښه والي او بابيرى عموميت لري ناروغى د يولسراتيف كولايتس په څير وخيم نه دى، ازادپرفوريشن او عمومي پريتوناپتس نه ليدل كيږي د جراحي درملنه كه چيرې يوه برخه اخته وي د هماغه ناحيي غوڅول مهم كار دي.

اسکیمیک کولایتس:

دا افت اكثراً په زړو خلكو كښي پيداكيږي ځكه چې دا خلك زياتره واسكولر افتونه لري ځني پيښې د ميزانتريک شريان، ترمبوزس او امبولي له امله ميدان ته راوځي. په زيات شمير پيښو كښي د ميزانتريک شريان افت پټ پاتي كيږي.دا ډول افت د شريان سپزم اوياد اوعيو د شنتښ پايله ده د اغير انسدادي كولايتس پتوجينزس تراوسه پورې معلومه نه ده افت كيدايشي چې د حاد فولمينت كولايتس په څير تحت الحاد اوياد تضيق په ډول ځرګند شي. په حاد فولمينت ډول كي د ګيډى شديد حاد درد اوياد تضيق په ډول ځرګند شي په حاد فولمينت شكل كښي د ګيډى شديد درد او مقعدي وينه بهيدنه چې كله كله د شاك سبب ګرځي پيداكيږي. پدې افت كښي پرفوريشن عموميت لري نو لدې كبله د باريوم د امالي ازموينه نه اجراء كيږي

www.ketabton.com

اريتروګرافي كولي شي چې دلاندني ميزانتريګ بندش او يا سپزم په ګوته کې غير رجعي نکروزس او ګانګرين زيات د ليدني وړ دی داسي واقعات هميشه د جراحي مداخلي ته اړتيا لري تحت الحاد اسکميک کولايتس د کولوني ناروغي يو متغيره بڼه ده د ګيډې درد او لږ وينه بهيدنه موجود وي دلته ريکتم ښه دی نو ځکه د يولسراتيف کولايتس څخه توپير لري اريتروګرافي داوعيو سپزم ښکاره کوي خو انسدادي حالت نه ليدل کيږي د باريوم د امالي ازموينه د کوبل ستون بڼه چې د مخاطي غشا د هيمورژ او ازيما له کبله پيداکيږي ليدلي شو اوداسي معلوميږي چې د راديولوجست د ګوتي خاپه په فلم پاتي شويوی په زيات شمير پيښو کښي اسکميک کولايتس په ۴-۲ اونيو کښي ښه والي مومي او بيا بابيرې نکوي. جراحي عمليي ته اړتيا نشته خو که چيری د اسکميک افت څخه وروسته کوم تضيق پيداشوی وي او انسداد منځ ته راوړي جراحي استطباب لري.

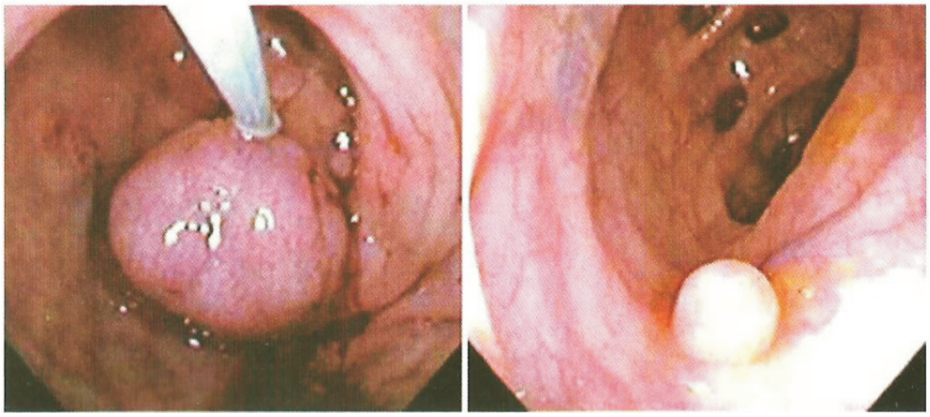
د غټو کولمو تومورونه

په کلنيکي بڼه کښي د کولون نيوپلازم سالم وي که خبيث زيات ارزښت لري د کولون ټول هغه ګيلی چې وينه ورکونکي وي ډاکتر ته د تيارسي امر ورکوي چې د کولون د پوليپ او يا کارسينوما په مقابل کښي چمتو شي ترڅو چې د ناروغ عمر تر پنځوکالو پورې اوږد کړاي شو.

www.ketabton.com

د کولون پولیپونه :

پولیپ یوداسي جوړښت دی چې دمخاطي طبقي د سطحي څخه راپورته کیږي او لومن ته پروجیکشن کوي اودا سلیم افت دی خودا باید وویل شي چې پولي پویید کارسینوما یو خبیث افت دی چې د پولیپ په ډول ښکاري. پولیپ شاید ځانګړی یا بي شمیره وي ځني اوار اویا لکی لرونکي وي د ټول نفوس په ۱۵ سلنو پیښنو کښي ځانګړي ادینوماتوز پولیپ په کاهلانو کښي د لیدني وړ دي پولیپ باید د مخاطي غشا د هایپرپلازی سره غلط نه شي ځکه دا ډول خیال کوم ناروغي او پتالوژیک افت نه بلل کیږي ادینوماتوز پولیپونه ۸۰ سلنه په ریکتم او سګموید کولون کښي ځاي لري او پاتي نور ۲۰ فیصد د کولون نورې برخي نیسي.



۱-۱۵ شکل: دکولون دپولیپ اندوسکوپیک منظره

www.ketabton.com

د کلینیک له نظره ادینوماتوز پولیپ معمولاً پټ دی او ګیلی نه لري خو که چیرې ګیلی پیدا یشي د ریکتم څخه د ویني راتلل او انسدادي لوحه ده کلنیکي ارزښت يي دادي چې ادینوماتوز پولیپ یو وخت کښي خبیثه خواص غوره کوي ځني متخصصین انتقاد لري او وايي چې هیڅکله دا تومورونه او خبیثه افاتو په منځ کښي کومه رابطه نشته ځني نور داسي عقیده لري که چیرې ادینوماتوز پولیپونه ونه ویستل شي یو وخت خباثت خواته میلان پیدا کوي ددې ناندریو فیصله کول ستونځمن کار دی او یواځي دغه لاندني دلایل چې د ادینو ماتوز پولیپ په پری ملیګانت خواص پورې اړه لري یادونه کوو.

۱-یو محراق چې غیر وصفي او این سایتو کارسینوما ته ورته دی په پولیپ کښي کله کله موندلي شو.

۲-د کارسینوما وقوعات پدې رنځورانو کښي زیات دي.

۳-هغه خلک چې ولادي بې شمیره پولیپونه لري د کولون د دکانسر له پاره ډیر مساعد دي.

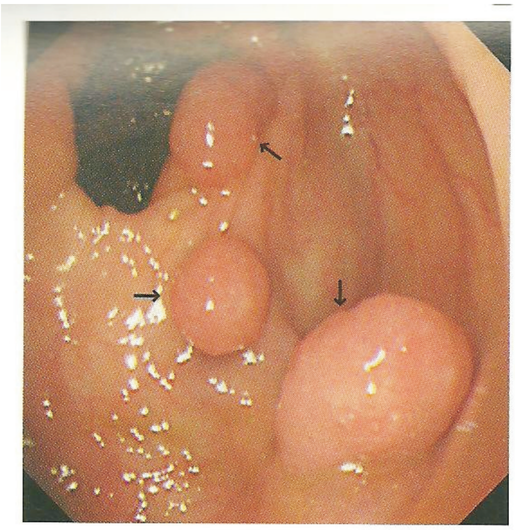
د مخالفي ډلي دلایل دادي:

۱- په ادینوما توز پولیپ کښي د خبیثه محراق پیدا کول آسانه کارنه دی.

۲-د پولیپ څخه د کارسینوما په لور پرمختګ لاتراوسه په رښتیني ډول ندی اثبات شوی.

www.ketabton.com

۳-د کولون د کارسینوما پیښې شاید زیاتی وي،ولوکه په رنځور کي کم پولیپونه موجود هم وي.



۱-۱۲ شکل: دادینوماتوز کولونیک پولیپونه

درملنه :

د سګموييد کولون پوليپ د سګموييدوسکوپي له لارې ايستل کيږي هغه تومور چې دکولون په پاسني برخه کښي ځای لري او قطر يي د يوسانتي مترنه کم دی په کال کښي يوځل د باريوم امالي د ازمويني سره ترڅارني لاندې نيسو.که چيری جسامت يي په زياتيدو وي د ايستلو استطباب لري اوکه قطر يي ديو سانتي متر څخه زيات شي په فوري ډول د پوليپ ايستل ضروري دی ځکه د چې دجسامت غټوالي د خباثت ايلچي دی په زيات شمير پيښو کښي پوليکتومي د نايبرو او پتيک کولونوسکوپ له لاری

www.ketabton.com

اجراء کيږي. په ۵۰-۴۰ سلنه هغه خلکو کښي چې يو پوليپ يي ايستل شوي وي لس کاله وروسته دويم پوليپ پيدا کيدونکي دي.

ويلس ادينوما :

دا يو پوليپوييد افت دی چې په ثابت ډول د خباثت خواته ميلان لري په زيات شمير پيښو کښي په سګموييد کولون او ريکتم کښي ځاي نيسي او معمولاً ادينوماتوز پوليپ څخه يي جسامت زيات دی. دا تومور نرم ،ګرد کتلوي او ژرماتيدونکي دی، اوپه اساني سره وينه ورکوي.

د هستالوژي له نظره غير وصفي اپيتليل حجري لري په ۴۰-۱۰ سلنه پيښو کي د خباثت شواهد شته . ندرتا داتومور شديد اوبرن نس ناستی پيداکوي چې زيات مقدار پوتاشيم د ضايع کيدو سبب کيږي او په پايله کې هايپو کليميا او ډي هايدريشن منځ ته راوړي زيات شمير پيښو کي د ريکتم وينه بهيدنه او ياد مخاط خارجيدل د ډاکتر پام ځانته راګرځوي.

درملنه يي د جراحي ايستل دي او وروسته له هغي د سګموييد وسکوپي او د باريوم د امالي ازمويني عملياتي ناحيه د څارني لاندي نيسي ځکه چې د ناروغي بياپيدا ايښت په کمه سلنه کي احتمال لري.

www.ketabton.com

د کولون بې شمیره ولادي پولیپونه

دا اوتوزومل په څیر انتقال کوي او په یوفامیل کي څونفره اخته کیدایشي دا داسي افت دي چې د ایلچیکل والو څخه نیولي تر ریکتمه پوري زیات شمیر ادینوماتوزپولیپونه لیدل کیږي. دا افت د ولادت په وخت کي نه وي خو د ماشوموالي او کاهلي په دوران کي د نس ناستی او وینه بهیدنه پواسطه ځان ښکاره کوي کله چې داناروغي معلومه شوه د فامیل ټول غړي باید سګموېیدوسکوپي او د باریوم امالي د ازمویني لاندي ونیول شي.

د ۴۰ کلني څخه وروسته پدي رنځورانو کي ۱۰۰ سلنه د کانسر پیدا ایښت احتمال لري .

د وقایوي درملنې په هدف کولیکتومي استطباب لري. ډیر جراحان عمومي کولیکتومي نظر ایلستومي ته خوښوي او یو شمیر نور ریکتم پریږدي چې ناروغ نورمال تغوط وکړي خو د ریکتم پریښودل د کانسر پیښي زیاتولي شي نو لدي کبله ټوټل کولیکتومي ښه درملنه ده.

ګاردینر سندروم

پدې افت کي رنځور بې شمیره کولونیک ادینوماتوز پولیپونه او ډول ډول سلیم تومورونه لکه لیپوما ، فیبروما ، دسیبسي غدواتو سستونه او اوستوما لري چې اکثرا په ژامه اود ککري په هډوکي کي ځاي نیسي . دا فت په همدې خلکو کي زیات لیدل کیږي حال داچي فامیلي پولیپوزس په ځوانانو کي زیات د لیدني وړ دي. لیکن د خباثت میلان یي برابر دي. کولیکتومي اغیزه ناکه تداوي ده

www.ketabton.com

یوبل افت چي د مل تيي پل کولو نيک پوليپوز سره شک پيداکوي جونيل پوليپوزس دي چې دلته التهابي پوليپونه په کولون او يا وړو کولمو منځ ته راځي. د هستالوژي له نظره دا پوليپ د کولمنار اپتيليل حجراتو او موکس سيست څخه جوړ شوي دي ، التهابي حجري هم لري ځکه دي ته التهابي پوليپ هم ويل کيږي

داډول پوليپونه ځني وخت د وړکتون په ماشومانو کي ليدلي شو چې د ماشوم د نشونما د خنډ سبب ګرځي دا افت زياته وينه ورکوي

تو پيري تشخيص يي مشکل د ي خو د خباثت ميلان پکي ډ ير کم دي نو ځکه د کوليکتومي سپارښتنه نه کيږي .

د کولون کانسر

په غربي نړي کي د خبيثه ناروغيو د مرګ ۲۰ سلنه د کولون د کانسر پوري اړه لري . کولون د خبيثه افاتو دوهم عمومي ځاي د ي چې په نرانو او ښځو کي ليدل کيږي د بده مرغه په اخرنيو ۴۰ کلونو کي د افت د مړينه اندازه نده کمه شوي سره ددي چې په لابراتواري ازمويني او تکنيکي وسايلو کي په زړه پوري پرمختګ شويدي

اتيولوژي

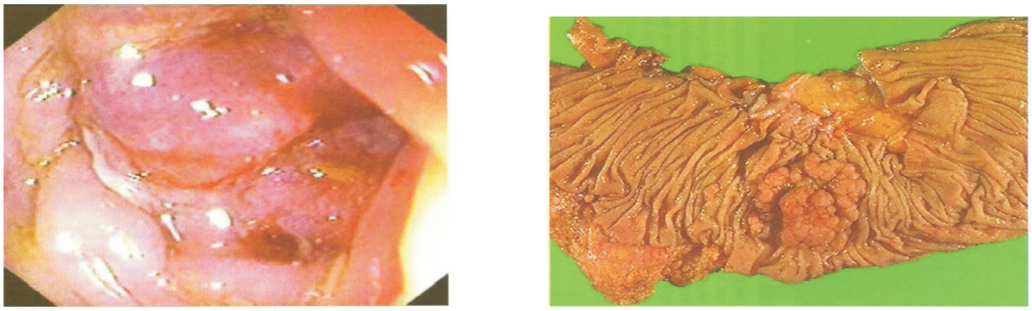
علت يي تراوسه معلوم نه دي د ناروغي زيات پيدا ينبت په غربي نړي کي شايد د غذايي فکتورونو رول وي همدارنګه د ادينو ماتوز پوليپوز بدلون او د ويليس ادينوما بيشکه خباثت تهول د پاملرني وړ عوامل دي د بلي خوا ولادي ملتي پل پوليپوزس په

www.ketabton.com

زياته اندازه د خباثت خواته ميلان لري يولسراتيف كولايتس د كولون د كانسر بل غوره سبب دي

پتالوژي

د كولون كانسر په ښځو كي نظر نرانو ته زيات دی اود ريكتم كارسينوما په نارينه و كي زيات تصادف كوي په هر عمر كي ليدلی شو خو زياتي پيښي په ۴۰-۵۰ او ۷۰ كلني كي ليدل كيږي . سيكوم او صاعده كولون په ۱۵ سلنه پيښو كي ماوف وي مستعرض كولون ۱۰ سلنه او نازله كولون او ريكتوسگمويد او ريكتم په ۷۵ سلنه پيښو كي اخته كيدايشي په ۶۰ سلنه پيښو كي د غټي كولمو كانسر ته د سگموييدوسكوپ ته رسيږي او په ۳۰ فيصد نورو پيښو كي د كولون ملتي پل كانسر په اتو پسي كي ليدل كيږي



۱-۱۷ شكلونه: كې د كولون د كارسينوما گراس او اندوسكوپيک منظرى

ادينو كارسينوما د كولون د كانسر عمومي بڼه ده . د كولون ميكرسكوپيک ويش لكه پاپيلري، ميدولري، سيرس، او يا كولوييد د ډاكتر له پاره كومه مرسته نه شي كولي, سيرس كارسينوما دلومن قطر بندوي او انسدادي سندروم منځته راوړي او دا پيښه

www.ketabton.com

هغه وخت شدد پيداکوي چي په سګموئيد کولون کي پيداشي کولوئيد تومور اکثرا په ښي کولون کي ځاي لري او معمولا پراخه ځلانده موسينس کتله جوړوي چي ځيني وخت پوستکي فستول جوړوي ميډولري تومور د يوي ځانګړي کتلي په توګه غتيږي او کله کله متناوب انسدادي سندروم مينځ ته راوړي د کولون اخرني برخه پاي لري تومور په اساني سره وينه ورکوي ټول تومورونه لمفاوي عقداتو ته پراختيا مومي او د لمفاتيک او يا پورتل وريد له لاري کبد ته ميتاستازس ورکوي کله کله په مستقيم ډول پراوربيتل وريد ته هم انتشار کولاي شي

کلنيکي بڼه

د کولون کارسينوما سندروم مهم او غير وصفي ګيلی لري د وزن بايلل او ستوماتتيا عمومي ګيلی دي د کلينکي منظري د څيړني له پاره د کولون خبيثه افت په دوه برخو ويشو د ښي کولون او چپ کولون کانسر د سيکوم او صاعده کولون کانسر اوار او پوليپوئيد شکل لري او معمولا پټ وي د کلينيکي بڼه ددي ځاي تومور د کولون لومن نه بندوي او انسدادي لوحه منځته نه راوړي يوځاي رنځور ميلانا لري.

د ريکتوسګموئيد کانسر د لومن د بندش سبب ګرځي انسدادي لوحه او وينه ورکوي رنځور شايد د داکتر مشوري ته هڅه وکړي لانديني ګيلی د کولون د کارسينوما په موجوديت کي زيات د پاملرني وړ وي

۱- که چيري کارسينوما چپ کولون اخته کړي وي د تغوط په عادت کي ښکاره بدلون پيداکيږي دا ګيلی شايد کم وي خو د وخامت په لور پرمختک کوي د تغوط وخت

www.ketabton.com

اودیږي د غایطه موادو په جسم کي کموالي مینځ ته راځي او ناروغ د داسي احساس کوي چي ریکتم يې لاتر اوسه ډک او خالي شوي نه دي

۲- د چپ کولون د کانسر په ۷۰ سلنه پیښو کي وینه بهیدنه مینځ ته راځي چي زیاتره د ناروغ له خوا کتل کیږي که چیري افت په سیکوم او صاعده کولون کي ځاي ولري په ۲۵ سلنه پیښو کي ناروغ پخپلو غولو کي وینه ګوري د ښي کولون کارسینوما کي وینه د غولو سره ګډه وي خو باید چي دا وینه بواسیرو او فیسور د وینې غلطه نه شي ځکه دا وینه توره علقي لري او د موکس سره ګډه او غایطه موادو سره کلک پیوستون لري

۳- د ګیډي په لاندنی برخه کي درد د سیکوم او صاعده کولون د کارسینوما پایله ده د ګیډي د چپ درد د انسدادي لوحي سره اړیکي پیداکوي چي د کارسینوما له امله پیداکیږي کله کله د سګموئید کانسر د حاد انسداد او یا پرفوریشن په څیر لوحه ورکوي او عمومي پریتوناتس ورسره ملګري وي.

۴- د انیمیا ګیلی د ښي کولون په کانسر کي زیات د لیدني وړ دي قلبي عدم کفایه او انجینا پکتورس د انیما پیژندونکي ګیلی بلل کیږي .

۵- بي اشتهایي ، ستومانتیا د وزن بایلل په هر وخت کي لیدل کیداي شي

تشخیص

د کولون کارسینوما یو ډیر غوره خبیثه افت دي کله چي یو ناروغي کي وزن بایلل په غایطه موادو کي دویني لیدل او یا د تغوط د فعل د عادت د بدلون پیداشي باید د کانسر په مقابل کي ځان چمتو کړو کله چي دا ګیلی ولیدل شوي د همیوروئید نوم

www.ketabton.com

ورکول د انصاف څخه لیري خبره ده او باید په یقیني دول سره کانسر تشخیص شي دا
باید وویل شي چي کولون کارسینوما علاج کیداشي پدي شرط چي موضوع په مقدم
دول تشخیص شي د تشخیص ځنډل د ناروغي د خرابو انزارو عمده فکتور دي
د ګوتي مقعدي معاینه د فزیکي ازموني ډیر مهم ګام دی او تقریبا به ۵۰ سلنه
پیښوکې ګوته کانسر ته رسیدي شي که چیرې په فزیکي معاینه کې حبن، ژیړي او په
ګیډه کې کتله جس د کانسر په میتاستازس دلالت کوي مهمترین لابراتوري تست هغه
دي چي په غایطه موادو کي وینه وپیژندل شي او دا د کانسر ډیره مقدمه مرحله ده د ښي
کولون د کارسسینوما په ۵۰سلنه پیښو کي د اسپني د فقدان انیمیا موندل کړي د چپ
کولون په کانسر کي هم انیمیا شته ده خو دومره زیاته نه ده ددي ځاي افت په اساني سره
وینه ورکوي او پدي غایطه موادوکي تیریږي که چیري افت کبد ته میتاستازس ورکړي
او په غایطه موادو کي تیریږي که چیري افت کبد میتاستازس ورکړي وي د الکین
فاستاز لوړوالي بروموسلفوفیتالین احتباس مینځ ته راځي کارسینوما انتي جن د
کولون د کانسر له پاره زیات وصفي نه دي که چیري دا ماده نورمال هم وي د کولون
کانسر ردولي نشي ددي مادي مقدار تعین د جراحي عملیات د څارني له پاره دیر ګتور
دي ځکه که چیري وروسته د عملیات څخه نورمال حد ته راوګرځي د عملیاتو په
بریالیتوب دلالت کوي او که چیري مقدار په ثابت ډول لوړ پاتي شي د تومور په پاتي
کیدو او یا میتاستازس دلالت کوي په هر هغه ناروغ کي چي د کولون د کانسر شک
موجود وي د بیوپسي اخستل زیات اهمیت لري د باریوم د امالي ازموینه ددي قدرت

www.ketabton.com

نه لري چي ټول کانسرونه ښکاره کړي که چيري افت د سګموئيد په پورته برخه کي ځاي نيولي وي کولونو سکوپي غوره اقدام دي که چيري ناروغ د باريوم د امالي له پاره ښه اماده شي په تشخيص کي ګټور تماميږي او دغه لاندیني ټکي په ګوته کوي.

۱- شايد د کولون په لومن کي تومور د ډکيدو له معيوبيت په څير ښکاره شي.

۲- که چيري کانسر په بشپړه توګه يا په قسمي ډول د کولمو لومن احتوا کړي وي د هماغه ناحيي تنګوالي او د پورته برخه پراخوالي ښکاري.

۳- که چيري تومور په منتشر دول د کولمو جدار نيولي وي کثيفه مواد ځنډيږي.

۴- کله چي کثيفه مواد خارج شي د تومور ځاي د ډکيدو څخه خالي ښکاري.

۵- ځيني تومورونه د ډکيدو او معيوبيت نه څرګندوي او يوځاي د استداري حرکاتو خرابوالي منځ ته راوړي شايد تخرشت د مايع احتباس او سپس څرګند شي دا باريوم د امالي ازمونه کي د ريکتوم کانسر ښه نه تشخيصږي او بايد په غور سره سګموئيد سکوپي اجرا شي

توپيري تشخيص

ټولي هغه ناروغي چي د کولون د کانسر په شان ګيلى ورکوي بايد توپيري تشخيص شي لکه د دايورتيکولاتيس ، رتجونه ، پوليپونه، اسکميک ناروغي او داسي نور.

په سيکوم کي د ډکيدو او معيوبيت په اميبيک کولاتيس کي د کتلي له امله چي اميبوما نوميږي مينځ ته راځي او دا افت په نادرو پيښو کي د اميبيک کولاتيس څخه پيداکيداشي همدارنګه توبرکلوز اندو ميتريوزس ، لمفوګرانولوما وينيرم ،

www.ketabton.com

کارسینوئید تومور، لمفوما ټول د کولون د کانسر سره غلطیږي ځیني میتاستاتیک پراختیا هم په نظر کي نیول کیږي.

اختلاطات

څرنګه چي ټولي خبیثه پیښي د پراختیا او برید خواص لري نو ځکه د کولون کانسر هم لمړي د اختلاطي ګیلو له مخي پیژندل کیږي او هغه اختلاطات دادي:

۱- د کانسر پواسطه د کولون د جدارو سوري کیدل او دعمومي پریتوناتیس پیدا ښت.

۲- که چیري کانسر پخپله همسایه او عیه څیري کړي د ریکتوم د شدید وینه بهیدنه سبب ګرځي.

۳- په لومړي وخت کي د کولون کانسر قسمي او وروسته له هغي بشپړ انسدادي لوحه مینځ ته راوړي دا پیښه هغه وخت زیات د لیدني وړ ده چي د سګموئید کولون کي ځای نیولي وي ځکه چي غایطه مواد وچ او اوبه نه لري.

۴- کولون کانسر کولای شي چي د کولمو جدار سست کړي او تغلف مینځ ته راوړي.

۵- د سګموئید کولون په کانسر کي اکثرا والو لس (تدور) لري

دکولون د کانسر درملنه

د Rectal او Colon داولنی یا Primary cancer غوځول (Resection) یو انتخابي درملنه په هغه ناروغانو کې ګټل شویده چې عملیات اوانستیزي زغملای شي.

دزیاتو پلټنو څخه داخبره رابرڅیره شویده چې که د لاپراسکوپي له لارې Colectomy ترسره شي د Open Colectomy سره به یې پایله کوم توپیر ونه کړي. دځایي یا ناحیوي

www.ketabton.com

۱۲ لمفاوي غوټو داخته کیدلو له مخې ددې ناروغۍ Stage تعینیږي او ددې ستیجونو څخه د درملنې ډول معلومیږي حتې که یو ناروغ په پرمختللي Metastatic مرحله کې هم قرار ولري د Colonic tumor دغوځیدلو څخه ګټه ورته اوړي ځکه چې د کولمو د Obstruction او Serious bleeding پیښې ډیرې پدې ناروغانو کې راکموي.

د کولون کانسر په انتخابي ناروغانو کې کیموتراپي او رادیوتراپي د ناروغانو دعمر د اوږدیدلو لپاره ترسره کیږي چې ددې ډول Adjuvant درملنې څخه په لاندې ډول یادونه کیږي.

۱- Stage-I : پدې ستیج کې په ۹۰-۱۰۰ سلنه ناروغانو کې په ښه توګه دژوند داوږدیدلو چانس شته او Adjuvant درملنه ورته نه ورکول کیږي.

۲- Stage-II (Node negative disease) : چې لمفاوي غوټې په ناروغۍ اخته نه وي. ۸۰ سلنه پیښو کې دپنځو کلونو لپاره دژوند کولو توقع موجوده وي. د Stage-II پدې د کولون کانسر ناروغانو کې د Adjuvant chemotherapy ګټه چې پلټنې ترسره شوې ښکاره شوې نه دي. د کولون د کانسر ددې ستیج ناروغان سره لدې چې په ښکاره روغ معلومیږي خو په دوې کې دبیا سوري کیدلو Perforation ، اودخرابو هستولوژیکو ښودنو خطر موجود وي داناروغان د Adjuvant کیموتراپي څخه ګټه اخستلی شي.

www.ketabton.com

۳- Stage- III (Node Positive Disease)

پدې ناروغانو کې دجراحي دغوڅیدنی سره سره دژوندي پاتی کیدو هیله دپنځو کلونو لپاره په کې د ۳۰-۵۰ سلنه پورې وي. دعملیات وروسته دکیموتراپي سره دژوندې پاتی کیدلو توقع زیاتیږي (تر ۳۰ سلنه پورې) د Stage III د Colonrectal cancer په ناروغانو کې د ۲ میاشتو لپاره دوریدي زرقي له لارې څخه 5-FU او (Folinic acid) leucoxorin درملنې سره د دریم ستیج ناروغان چې د دریو څخه کمی لمفاوي غوټې په کې اخته شوی وي د ژوندي پاتی کیدلو هیله د ۵ کلونو لپاره ۲۵ سلنه او په هغو د دریم ستیج ناروغانو کې چې د دریو څخه زیاتی لمفاوي غوټې په کې اخته شوی دي دژوندي پاتی کیدلو توقع په کې د ۵ کلونو لپاره تر ۴۰ سلنی پوری وي.

Capecitabine چې د 5-FU یو دخولی دلارې کارونکي انالوګ درمل دی که یوازې وکارول شي د 5-FU او Lencoxorin سره به عین پایله ورکړي خو پدې مونوتیراپي کې د Hand foot سندروم اړخیزی اغیزی منځته راتللی شي.

Oxaliplantin په ګډه درملنه کې غوره درمل دي چې که دکولون د دریم ستیج په کانسر کې Oxaliplantin ، Fluorouracil او Leuocovorin (Flolfox) په ګډه وکارول شي دپنځو کلونولپاره دژوندي پاتي کیدلو هیله به په کې ۷۲ سلنه او که Flurouracil او Leavcoroxin استعمال شي داهیله به په کې تر ۵۹ وي.

www.ketabton.com

د Oxaliplantin زيـول پـه درملنـه بانـدې پـه نـاروغ كـې دنـس ناسـتي حسـي نيوروپـاتي اړخيـزى اغيـزى منځتـه راوړي چـې بيرتـه لـه منځـه ځـي. دسـتيج III ناروغـانو لپـاره د Folfox درملنه اوس وخت منل شوى درملنه ده.

په اوسين جاري پلټنو كې Oral capecitabine ګډ كارول د Xaliplatin سره تـر ارزيـابي لاندې نيول شويدي او د Folfox جمع Cetuximab (Bevacizumb Biological agent يا Panituxumb) ګډ كارول تر investigation لاندي دي.

۴- Stage IV : (Metastatic disease)

داوسني تشخيص په وخت كې تقريبا په ۲۰ سلنه ناروغانو كې ميتاستاز موجود وي او ۳۰ سلنه نور دميتاستاز په لور پرمخ ځي. ډير كم ددې ناروغـانو دجراحي غوځولـو سره دعلاج وړ وي دجراحي له لارې د بيلو بيلو (ديو نه تر درې) ميتاستاز ټكو چې ځيګر او سږو كې وي دغوځولو سره دناروغ د ژوندي پاتې كيدلو هيله تر **۳۵-۵۵** سلنه پورې منځته راتللى شي.

په هغه حالت كې چې په ځيګر كې دغوځولـو وړ نـه ميتاسـتاز (Unresectable) موجـود وي دنـورو موضـوعي تكنيكونـو څخـه (لكـه Cryosurgery ، Radio frequency يـا Micro ware coagulation ، Embolization ، دهيپاتيـک شـريان لـه لارې كيمـوتراپي څخه كار اخيستل كيږي چې تر اوږدې مودې پورې تومـور كنتـرول كـړي. دميتاسـتاز پـه ناروغانو كې چې د درملنې نور ډولونه ونه كارول شي د ژوندي پاتې كيدلو لپاره اوسط وخت به يې ۲ مياشتې وي.

www.ketabton.com

ددرملنې څخه هدف دلته دتومور دتکامل قرارول دي اوس وخت Flofox (چې په دې کې د Oxalipatin سره 5-FU او Folinic اسید) یا د Folfiri (چې په دې رژیم کې د irinotecan سره د 5-Fu او Folinic acid مثال دی) رژیم د Colorectal میتاستاتیک کانسر لپاره منل شوی د اول خط درملنې رژیم دی چې په منځنی ډول سره د ۱۵-۲۰ میاشتو پورې دناورغ د ژوند په موده کې دزیاتیدلو سبب ګرځي.

د Xaliplatin او Irinotecan ګډې درملنی رول تر اوسه تر څیړنې لاندې دې د Bevacizumab او Folfox یا Folfiri ګډ استعمالول په میتاستاز ناروغانو کې د ۲-۵ میاشتو دژوند توقع اوږدوي که دپورته رژیم سره ناروغي پرمختګ وکړو نو ددرملنی په رژیم کې دې بدلون راړل شي چې کولی شي تر ۲۰ میاشتو پورې دژوند داوږدیدلو هیله منحته راوړي که داول او دوهم خط درملنې سره پایله ښه نه وه نو د Anti EGFR agent لکه Cetuximab او Pantitumumab څخه کار اخیستل کیږي. د ۲۰۰۸ کال څیرنی ښیي هغه تومور چې د K-Ras-Mutation په کې راغلی دي د Anti EGFR د درملنې رژیم څخه ګټه نه شي اخیستلی.

دمقعدي برخی انتانات (Anorectal infection):

یوشمیر اورګاینزمونه د Anal او Rectal په میوکوزا کې دالتهاب سبب ګرځي. چې په Proctitis کې په ناروغ کې په وصفي توګه دانوریکتل برخی ستونځی منځته راځي پدې ناروغانو کې قبضیت، Tenesmus او په غټو میتازو کې به یې وینه اویا Mucus شتون ولري.

www.ketabton.com

زیاتره حالاتو کې د Proctitis ناروغی دجنسي نژدیوالي له لارې انتقال مومي خصوصاً د Anal intercourse له لارې ناروغی سرایت کوي. انوریکتل دغه انتاني ډول ناروغی باید چې دغیر انتاني انوریکتل التهابي ناروغیو سره توپیر شي لکه Anal fistula او Anal fissura ، Perirectal abscesses ، انوریکتل کارسینوما او السراتیف کولایتس سره چې یوډول اعراض په کې وي.

لاملونه:

لاندې اورګانیزمونه د Proctitis لامل ګرځي.

A: Neisseria Gonorrhoeae : چې د خارښ، Burring او Tenesmus لامل ګرځي او مکوپرولانټ دیسچارج موجود وي.

B: Treponema pollidum : انل سفلیس بې ګیلو وي اویا کیداې شي چې دانل ناحیې درداودیسچارج ورسره وي، دپرایمري سفلیس سره چې Chancre ملګرې دانل فستول یا فیسور په ډول بڼه منځته راوړي چې د Proctitis سره دانګوینل ناحیې دلمفاوي غوټو غټوالی موجود وي.

C: Chlamydia trachomatis : پدې ډول انتان کې هم دګونوریا په ډول Proctitis منځته راځي چې ځینې وخت بې ګیلو هم وي. ځینې وخت دانتان د Lymph agranuloma venorum سبب هم ګرځي دهغی سره د Proctocolitis سره تبه، وینه لرونکی نس ناستی، دانل ناحیی دردناکه قرحی، فستول او د اینګوینل ناحیی

www.ketabton.com

دلمفاوي غوټولويوالی هم ملګری وي (Buboes). تشخيص يې د سيرولوژي، دريکټل ديسجارچ دکلچر او Rectal biopsy پواسطه صورت نيسي.

۴- Herpes simplex type 2

دهرپس سمپلکس ويروس دانوريکټل انتان غوره لامل ګڼل کيږي دناروغی سره دمواجي کيدلو څخه ۴-۲۱ ورځی وروسته په ناروغی کی ګيلی لکه شديد درد، خارښت، قبضيت، Tenesmus، دتشو متيازو بندښ، دلومبير يا Sacral عصب د ريشی داخته کيدلو له امله Radicular pain منځته راځي.

تشخيص يې د PCR, Viral culture يا دويزيکل څخه د انتي جن په موندلو سره منځته راځي. ګيلې دوه اونی دوام مومي درملنه يې د ۷-۱۰ ورځو لپاره د Acyclovir د ۴۰۰ ملي ګرامو سره دخولی له لارې درې ځلي په ورځ کې ترسره کيږي.

۵- (Warts) Condylomata acuminata

زخی يا Warts هم دانوريکټل برخی دګيلولامل ګرځي. چې د Human papilloma virus په واسطه منځته راځي. دغه زخی دانل شاوخوا ساحه او جنسي برخو کې منځته راځي. دغه زخی ۲۵ سلنه په هغو نارينه و کې چې دبل نارينه سره نامشروع جنسي اړيکی لري منځته راځي.چې دغه زخی په HIV مثبتو ناروغانو کې دناروغی د Relapse او په کانسر باندې دبدلون لپاره ډيری مساعدی وي. ناروغ بې ګيلو وي ځينی وخت د درد، وينی بهيدنی او خارښت څخه ګيله من وي. د Warts بايد د Condylomalata (دويمي سفليس)او Anal cancer سره توپير کړل شي. تشخيص يې د

www.ketabton.com

بایوپسي پواسطه صورت نیسي د Anogenetal wart دمخنیوي لپاره اوس د HPV واکسین تولو ښځو ته چې د ۹-۲۶ کلونو عمر ولري تطبیقوي. چې په نارینه و کې ددې واکسین رول د پلټنې لاندې دی.

دمقعدي ناحیې کانسر (Carcinoma of the Anus)

دانل کانسر دکولمنر او نن کیرتینایزید سکومس اپیتلیوم پواسطه فرش شوی دی. تومور دانل کانال دموکوزا څخه راپورته کیږي چې دغټو کولمو او مقعدي ناحیې دکانسرونو ۱-۲ سلنه پیښې جوړوي. چې غټه برخه یې Squamous کانسر تشکیلوي. د Anal cancer په هغو خلکو کې چې په Anal intercourse اخته وي اویا د انوریکټل Warts تاریخچه په کې وي زیات لیدل کیږي. د ۸۰ سلنې څخه په زیاتو حالاتو کې د HPV ویروس ورڅخه جدا کیږي نو همدغه ویروس یې دغوره مساعد کوونکي فکتور په حیث پیشنهاد شویدی. دانل کانسر پیښې په HIV ککړو خلکو کې په ځانګړې ډول که د HPV ورسره وي زیاتی دي، غوره ګیلې یې دوینې بهیدنی، درد او Local tumor څخه عبارت دي. چې دهیموروئید او انل ناحیې دنورو ناروغیو سره په پیژندلو کې ستونځې موجود دي. داتومورونه د Sphincter څخه دلمفاتیک له لارې د Perirectal میزانتریک لمفونو په لور پرمختګ کوي. دتومور په تشخیصولو کې د MR Scan او دلومن دننه دالتراسوند کتنه مرسته کوي، درملنه یې دتومور په ځای د هستولوژیک ستیژ پورې اړه لري. که د ۳ سانتي مترو څخه وړوکی وي اوسطحي وي دموضعي ایستلو له لارې یې درملنه کیږي.

www.ketabton.com

که دانل ناحیی ادینوکارسینوما موجوده وي نو بیا د Rectal کانسر په ډول یې درملنه ترسره کیږي چې Abdomine perianal resection او کیموراډیوتراپي په کې شامله ده.

(Ogilvie syndrome) Acute Colonic Pseudo Obstruction

دسیکوم او د Proximal colon دپراخوالي څخه عبارت دی چې د روغتون په بستر شوو ناروغانو کې د دی ډول لاملونو څخه منځته راځي که پرمخ ولاړ شي دسوري کیدلو له کبله به یې د مړینی کچه لوړه شي.

دکولون Pseudo obstract دعملیات څخه (۳-۵ ورځی وروسته) تروما ، دداخلی نورو ناروغیو له کبله چې دتنفسي بی وسی سره ملګری وي، میتابولیک امبیلانس حالت، خباثت، میوکاردیل انفارکشن، CHF ، پانکراتایتس، عصبی پیښو لکه ستروک، سب ارکنوئیدهیموراژ، تراوما په پایله کې منځته راځي. د Opioids او انتي کولینرجیک درمل یې مساعد کوونکي فکتور ګڼل کیږي او کولونیک اسکیمیا هم ددې ناروغی بڼه تشکیلوي.

د Colonic pseudo ابسترکشن ایتولوژي لاپوهیدل شوی نه دی خو ددې په منځته راتګ کې د کولمو سمپاتیک فعالیت زیاتیدل اودسکرل پاراسمپاتیک فعالیت کیمدنه یا دواړه رول لري داسې ویل کیږي چې دکولونیک موټیلیټي باندې اغیزی لري.

www.ketabton.com

کلینیکي بڼه

ګیلې او نښې:

دګیډې پراخیدنه (Distention) لومړنی نښه ده چې دکلینس لخوا لیدل کیږي زیاتره ناروغانو کې دماغي حالت داسی ګډوډوي چې دګیلو ویلو توان نه لري.

دګیډې دپراخیدنی په لیدلو سره داکتر دګیډې درادیوګرافي په اخستلو مجبور دی چې په پایله کې دکولون پراخیدنه ورپه ګوته کوي. ځینو ناروغانو کې ګیلې نه وي خو ځینې بیا د ګیډې د لږ خوثابت درد څخه ګیله لري.

زړه بدوالی او کانګی موجود وي، دکولموحرکات موجود نه وي خوپه ۴۰ سلنه ددی ناروغانو کې دغایطه موادو دوامداره پساژ موجود وي. دګیډې تندرنس په ځانګړي توګه Rebound tenderness موجود وي تر هغی چې Perforation رامنځته شوی نه وي پدې ناروغانو کې به د Peritonitis نښې ونه لیدل شي دګیډې اوازونه نارمل اویا کم شوی وي.

لابراتواري موندنې (Laboratory finding)

دسیروم سودیم، پوتاشیم، مګنیزیم، فاسفورس، کلسیم باید وکتل شي که تبه او ښکاره لوکوسایتوزس شتون ولري دابه دکولون داسکیمیا او Perforation په لور د ډاکټر مخه وګرځوي.

www.ketabton.com

راديوګرافي

دراديوګرافي پواسطه دکولون پراخيدنه په ځانګړي توګه په Cecum او نژدې کولون کې ښکاره کيدلی شي. د سيکوم نورمال سايز ۹ سانتي متره وي خو که دا اندازه د ۱۰-۱۲ سانتي مترو څخه زياته شوه د سوري کيدلو دخطر شتون به شته وي دوړو کولمو په ځينو برخو کې هم دپراخيدنی سره دهوا او اوبو دخيال موجوديت د Adynamic ايليوس له امله په عکس کې موجود وي.

توپيري تشخيص

کولونيک Pseudo obstract د لاندی ناروغيو سره توپيري تشخيص شي.

دکولون دلری برخی دميخانيکي ابسترکشن سره ، د Toxic mega colon سره، دالتهاب له کبله دکولون دحادی توسع سره (دکولمو دالتهابي ناروغيو سره) او انتان لکه (C-difficite associated colitis) سره.

دتاکسيک ميګاکولون په ناروغانو کې تبه، ديهايدريشن، دګيډې ښکاره درد ، لوکوسايتوزس او وينه لرونکی نس ناستی موجود وي.

درملنه

لاندې ناروغانو کې ساتونکی درملنه کيږي:

- چې دګيډې تندرنس کم اويا نه وي.
- تبه موجود نه وي.
- Leukocytosis ورسره نه وي.

www.ketabton.com

- د Cecol اندازه د ۱۲ سانتي مترو څخه کمه وي.

دې ناروغانو ته Nasogastric tube او Rectal tube اچول کیږي. د کولون د ګاز د چولو لپاره ناروغ لوڅ په لوڅ اړول کیږي او یا د سجدی په وضعیت د پاتی کیدو لارښودنه ورته کیږي. ټول هغه درمل چې د کولمو د حرکاتو د کموالی لامل ګرځي لکه Opiod ، انتي کولینرجیک او کلسیم چینل بلاکر و څخه دې ډډه وشي.

د Enema تطبیقولو که عکس کې د زیاتو غایطه موادو شتون وه لارښودنه کیږي د خولی دلارې Laxative د سوري کیدلو، درد او د الکترولایتونو د امبلانس خطر لري په اولو ۱-۲ ورځو د غه ساتونکي درملنه تر ۸۰ سلنی پورې کامیابه تمامیږي.

ناروغ دی د کولمو د پراخیدلو د نښو او د ګیډې د تندرنس د زیاتیدلو پورې ترڅارنې لاندې وساتل شي هر ۱۲ ساعتو کې د رادیوګرافي په اخیستلو سره دې د Cecal سایز تعین کړل شي.

که لاندې نښې ولیدل شوی نو د مداخلی لپاره لاره هواریږي:

۱- که د ۲۴-۴۸ ساعتو په موده کې د ساتونکي درملنی څخه کومه بهبودي په ناروغ کې رامنځته نه شوه.

۲- که د ۳-۴ ورځو څخه د زیاتی مودې لپاره د Cecal سایز د ۱۰ سانتي مترو څخه زیات پاتی شي.

۳- که Cecal dilatation د ۱۲ سانتي مترو څخه زیات وي.

www.ketabton.com

که کوم مضاد استطباب یې نه وي د Neostigmin زرق ترسره کیږي. چې ۲ ګرامه داخل ورید زرق یې په ۳۰ دقیقو اغیزه کوي او په ۷۵-۹۰ سلنه پیښو کې کولون دفشار څخه خلاصوي. ددې دزرق په وخت کې دبرادي کاردیا دمخنیوي لپاره د زړه مونیتور کول لاژم دي چې Attropin ته اړتیا پیدانه شي. که دنیوسیګمین سره ستونځه حل نه شوه دکولونوسکوپ لـه لارې Decompresion استطباب لـري چـې دهـوا اسپریـشن د Decompression tube په ایښودلو سره ترسره کیږي چې تر ۷۰ سلنه پورې اغیزمن تمامیږي.

حاد اپندیسایټس (Acute Appendicitis)

حاد اپندیسایتس دګیدی دجراحي عاجله پیښه ده چې په ټولنی کې یې ۱۰ سلنه پیښې منځته راځي. دا ناروغي زیاتره د ۱۰-۳۰ کلنی عمر کې د Appendix دبندیدلو څخه د Fecalith (دغایطي تیږو)، التهاب، باندیني جسم اویا نیوپلازم له کبله واقع کیږي. ابسترکشن دوریدي کانجشن، دلومن دداخلي فشار دزیاتیدلو، اتنان دانترامورل اوعیو دترمبوزس سبب ګرځي او د ۳۲ ساعتو په موده کې د Perforation لامل ګرځي.

کلینیکي موندنې

ګیلې اونښې

اپندیسایتس د Peri umblical دنامه شاوخوا یا اپي ګاستریک ناحیی د مبهم کولیکي درد سره شروع کیږي. ۱۲ ساعته وروسته د ښي لاندیني کوادرانت په ناحیه

www.ketabton.com

کې ځای په ځای کيږي دغه درد دامداره وي دحرکت اوټوخي سره زياتيږي. ټولو ناروغانو کې زړه بدوالی موجود وي چې ديونه تر دوه ځلي کانګی هم کوي. که کانګی دوامداره شي او د درد دحملی څخه مخکی کانګی شروع شي دبل تشخيص لپاره هڅه په کار ده. دقبضيت احساس دناروغ سره وي او دهغی دلری کولو لپاره د Calthartic اخيستلو ته هم لاس وړاندی کوي ځينی بيا د نس ناستي راپور ورکوي. په ځانګړي توګه دې ناروغانو کې تبه د (38ċ>) موجوده وي خو که لوړه تبه او لړزه موجود وي دبلی ناروغی په لور اويا د اپيديکل Perforation خواته فکر بايد وشي.

لابراتواري موندنې

په منځنی کچه لوکوسايتوزس (10000-20000/mcl) دنيوتروفليا سره عموميت لري. مايکروسکوپيک Hematuria او Pyuria په **۲۵** سلنه ناروغانو کې موجود وي.

راديوګرافي

دګيډی په التراساوند او سي ټي سکن کتنه دهغو ناروغيو دتوپير کولو لپاره ترسره کيږي (په ښځو کې د ادينکيل ناروغی موجوديت) د CT سکن کتنی حساسيت تر ۹۴ سلنی پوری وي. داپندکس دسوري کيدلو په وخت کې Peri appendicular absces دپيژندلو لپاره هم د ګيډی د CT سکن معاينه بايد ترسره شي.

داپنديساتيس غير وصفي پيښې

که د Recto cecal موقعيت ولري نو پدې حالت کې اپندکس دګيډی دمخکنی ديوال سره په تماس نه وي نو درد به يې ډير لږ او کالايز به نه وي. دګيډی تندرنس به کم

www.ketabton.com

او تندرنس به دناروغ په ښي تشی کی ځای ولري. په ناروغ کې به د Psoas sign نښه مثبته وي.

که اپندکس په حوصله کې واقع وي په دې حالت کې به درد دناروغ په ښکتني ګېډه زياتره چپ لوري کې ځای ولري او ناروغ به دتشو متيازو کولو اويا غټو متيازو کولو احساس کوي. ناروغ که به د Obstruction علامه هم موجوده وي. په زړو خلکو کې تشخيص ځنډيږي ځکه چې ناروغ کې اعراض او دګېډې تندرنس لږ وي. که ښځه حامله وي د اپنديسايتس درد به يې په ښي ښکتني کوادرانت، دنوم شاوخوا برخو يا ښي خواته دپښتيو لاندې موقعيت ولري چې د رحم په واسطه اپندکس پورته لوری ته بې ځايه شوی وي.

توپيري تشخيص

دټولو هغو ناروغانو سره چې دګېډې درد ولري بايد توپيري تشخيص کړل شي چې په ځينو حالاتو کې ستونځی پيښيږي. که ناروغ دځو ساعتو لپاره ترڅارنې لاندې وساتل شي دتشخيص سره مرسته کوي. په کمو حالاتو کې د درد کلاسيکه څيره (چې داپي ګاستريک ناحيې څخه دګېډې ښي ښکتنی لوری ته ورځي) دښي ښکتنی ګېډې درد ، تبه موجوده نه وي. د ۱۰-۲۰ سلنه ناروغانو کې داپنديسايتس لابراتواري کتنی منفي وي چې يواځې لپراتومي تشخيص تائيدوي.

چې په داسې مغشوشو حالاتو کې التراسونوګرافي اوسي ټي سکن دناروغی په تشخيص کې ډيره مرسته کولای شي چې په تشخيص کې دستونځو او دداکټر

www.ketabton.com

دګنګسیت غوره لاملونه دګاسترو انتریا یتس او Gynecologic بې نظمیو څخه عبارت دي.

دوا یرل ګاسترو انترا یتس سره زړه بدوالی، کانګی، کمه درجه تبه اونس ناستی موجود وي چې په سختی سره داپند یسا یتس سره توپیر کیږي.

دحاد Sulpingitis او Tubo ovarian ابسی ناروغانی ځوانی واده شوی ښځی وي چې د جس له نظره فعالی وي تبه ورسره وي دګیډې دواړه خوا اودحوصلی په ناحیه کې تندرنس موجود وي.

Ectopic pregnancy rupture په ناروغی کې دشاک سره دګیډې شدید دحوصیلي ناحیی دپراخه تندرنس سره یوځای وي چې دحاملګی مثبت تست اودحوصلی داولتراسوند کتنه په تشخیص کې مرسته کوي.

Rectocecal او Rectoileal اپند یسا یتس چې زیاتره د pyuria او Hematuria سره یوځای وي) باید چې د Urectal colic او Pyelonephritis سره توپیر شي.

لاندی نور حالات هم داپند یسا یتس سره باید توپیر کړل شي.

Diverticulitis ، داپندکس Carcinoid ، دکولون سوری شوی کانسر، Crohn ilietis ، سوری شوی پیپتک السر، Cholecystitis او میزانتریک اډینا یتس.

د Meckel diverticulitis او اپند یسا یتس توپیرکول ناممکن دي دواړو دی ناروغیو کې دجراحي مداخله حتمی خبره ده.

www.ketabton.com

اختلاطات

په ۲۰ سلنه ناروغانو کې Perforation پېښېږي په دې ناروغ کې به درد د ۳۶ ساعتو لپاره دوامداره شي، دتبې درجه به لوړه، دګیډې پراخه تندرنس، په ګیډه کې دجس وړ کتلې موجودیت او Marked leukocytosis به موجود وي. که Perforation موضوعي وي ابسی خاصتاً په حوصله کې به منځته راشي. خو که په ازاده توګه Perforation منځته راغلی وي په دې ناروغ کې به دقیحي پریتونایتس سره Toxicity موجود شي. پدې ناروغانو کې Septic thrombophlebitis (Pylephlebitis) په پورټل وریدي سیستم کې نادراً منځته راتللی شي چې د لوړې تبې، لړزې، بکتریمیا او ژیړې سره به یوځای وي.

درملنه

دغیر اختلاطي اپندیسایتس درملنه جراحي Appendectomy څخه عبارت دی.
دجراحي څخه دمخه دې ناروغ ته انتي بیوتیک ځکه کارول کیږي چې دعملیات وروسته دزخم دمنتن کیدلو څخه مخه ونیول شي.
په Perforated اپندیسایتس کې عاجله اپندیکتومي ته ضرورت لري.

انزار

په غیر اختلاطي ناروغانو کې دمړینې اندازه لږه ده حتی Perforated اپندیسایتس کې دمورټالیټي اندازه 0.2 سلنه ده چې په زړو کې داسلنه تر ۱۵ پورې لوړه تللی شي.

www.ketabton.com

ماخذونه

1. Andreoli and Charles C.J Car Penter, Robertc. Griggs, ivorj. Benjamin, Cecil Essentials of Medicine, Saunders company, 2007 England.
2. Christopher – Haslett, EDvin.R. Chilvers DAVIDSON'S Principles and Practice of Medicine, Chruchill Living Stone, 2002 England
3. Edward C. Klatt, Robbins and Cortan Atlas of Pathology, Saunders Company 2006, England.
4. Fauci Anthonys. Braunwald Engene, Longo- Houser- Harrison's Principle of Internal Medicine 17th Edition, Mc Graw Hill Company, 2008 New York.
5. KUMAR and CLARK Clinical Medicine, 7th Edition, Saunder company, 2009 England.
6. Stephen J. MC Phee – Maxine A. Papadakis, Current Medical Diagnosis and Treatment MC Graw-Hill Company 2010 USA.

www.ketabton.com

په ۱۳۸۰/۱۰/۲۰ نېټه د ۱۶۷۷ ګڼې حکم په اساس د ننګرهار د طب پوهنځي د داخلې او بیوشمي څانګې آمر ټاکل شوی.

همدارنګه استاد د لوړو زده کړو د وزارت د ۲۵۶/۷۵۳ ۱۳۸۴/۲۱۴ هـ ل مکتوب په اساس د ننګرهار پوهنتون د سرپرست رییس په توګه وټاکل شو.

د استاد پوهاند ظفرزي اوسنۍ دندې او فعالیتونه په لاندې ډول دي:

1. د ننګرهار د طب پوهنځي د داخلې څانګې آمر په توګه له ۱۳۵۸ـ۱۳۸۹ هـ ل
2. د ننګرهار د طب پوهنځي د علمي شورا غړی
3. د ننګرهار پوهنتون د علمي ترفیعاتو د کمېټې غړی
4. د ننګرهار پوهنتون د علمي عالي شورا غړی
5. د ننګرهار پوهنتون د دسپلین او انضباط کمېټې رییس
6. د ننګرهار د طب پوهنځي د مشورتي بورد غړی

هېره د نه وي چې محترم استاد پوهاند ظفرزی یو شمېر زیات علمي کتابونه، مقالې، رسالې لیکلې او د څېړنې او ارزونې یې کړې چې بهر او خپل هېواد کې خپرې شوې دي او د ننګرهار پوهنتون په ځانګړي توګه د طب پوهنځي ډېره پراخه ګټوره علمي زېرمه یې برابره کړې ده.

په درنښت

www.ketabton.com

Abstract

As we knew Afghanistan is one of the poorest counties in the world, and still suffers from war and post war conflict. Our young students, especially medical students can't afford buying medical books and also their level of understanding from English is very low. There for, I decided to write some medical books in Pashto which is in lined with the curriculum of medical college.

I have incorporated all the international changes and progresses happened so far, so that every medical person and student will be benefited.

I believe my following books would be better resources for teaching and research for coming several decades.

1. Gastro Intestinal Disease
2. Liver and Biliary System and Pancreas Diseases
3. Hematologic Diseases
4. Renal Diseases

www.ketabton.com

د مؤلف لنډه پېژندنه:

نوم: محمد ظاهر ظفرزی

د پلار نوم: محمد ظفر

علمي رتبه: پوهاند

اوسنۍ رتبه: مافوق رتبه

علمي کدر کې د شمولیت نېټه ۱۳۴۵/۱۱/۱

استاد د ننګرهار ولایت د چپرهار ولسوالۍ د سرې قلعې په کلي کې زیږدلی او خپلې لومړنۍ زده کړې یې د همدې ولسوالۍ په لېسه پای ته رسولې او منځنۍ ښوونځی یې د کابل د ابن سینا په متوسطه ښوونځي کې په اعلی درجه بشپړې کړې دی، د کابل د عالي دارالمعلمین څخه یې د فراغت سند لاسته راووړ، او له هغې وروسته د کابل په طب پوهنځي کې شامل او په ۱۳۴۵ کال کې له نوموړي پوهنځۍ څخه فارغ او له ازموینې وروسته په ۱۳۴۵/۱۱/۱ د ننګرهار پوهنتون د طب په پوهنځي د داخلې په څانګه کې د استاد په توګه ومنل شو او خپلې دندې ته يې ادامه ورکړه. لوړې زده کړې یې د امریکا د انډیاناپولس، انډیانا میډیکل سنټر کې د داخله ناروغیو په څانګه کې سرته رسولې او د دری کالو لپاره د fellow او Reiden علمي کدر یې بشپړ چې د بریالیتوب څخه وروسته په ۱۳۵۷ کال خپل ګران هېواد ته راستون شو.

استاد له ۱۳۶۰_۱۳۶۴ کال پورې د لومړي ځل لپاره د طب د پوهنځي د ریاست مقام ته وټاکل شو، په ۱۳۷۲/۸۱۹ هـ ل د ۴۴۱ ګڼې فرمان له مخې د دویم ځل لپاره د طب پوهنځي د رییس په توګه مقرر شو او د دریم ځل لپاره د جهادي حکومت د راتګ په وخت کې هم د طب پوهنځي د رییس په توګه په خپله دنده پاتې شوی، پوهاند ظفرزی

www.ketabton.com

Book Name: Gastro intestinal Diseases
Author: Prof. Dr. M. Zahir Zafarzai
Publisher: Nangarhar Medical Faculty
Number: 2000
Published: 2010
Download: www.nu.edu.af

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. Wardak, MoHE, Kabul, Afghanistan
Afghan cell: 0706320844, Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 621 1322

Printed in Afghanistan, 2010

www.ketabton.com