

**Ketabton.com**

Downloaded from: [www.ketabton.com](http://www.ketabton.com)



د نگرهار پوهنتون  
د طب پوهنځی  
دداخلي خانگه

## دهضمي سیستم او پښتو رگوناروغي

مؤلف : پوهندوی دکتور سيف الله (هادي)

کال: ۱۳۹۰ ل

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

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

اداری او تخنیکي چارې يې د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پوري اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولني په دې اړه مسولیت نه لري.

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

ډاکتر یحیی وردک، دلورو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان: ISBN: 978 993 620 1385

## بسم الله الرحمن الرحيم

### تقریظ

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

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

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

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

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

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

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

په درنښت

الحاج پوهاند دوكتور محمد طيب نشاط

د داخلې څانگې استاد.

بسم الله الرحمن الرحيم.

تقریظ

د طب پوهنځي د داخلې خانگې محترمو غړو ته!

السلام عليكم ورحمت الله وبركاته

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

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

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

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

په درنښت

الحاج پوهاند دکتور محمد ظاهر (ظفرزی)

د داخلې خانگې مشر

بسم الله الرحمن الرحيم

تقریظ

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

السلام عليكم ورحمت الله وبركاته

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

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

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

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

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

په درنښت

پوهاند ډاکټر عبدالواحد «الکوزی»

د داخلي د پييارتمنت استاد

## ﴿ یادونه ﴾

قدرمنو استادانو او گرانو محصلینو!

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

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

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

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

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

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

### ۱. درسي طبي کتابونه

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

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

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

### ۳. د هېدل برگ پوهنتون په نړيوال طب کې ماسټري

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

### ۴. د اړتياوو ارزونه

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

### ۵. کتابتونونه

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

### ۶. لابراتوارونه

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

## ۷. کدري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

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

## ۸. ستراتيژيک پلان

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

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

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

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

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

ډاکټر يحيی وردگ

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

دفتر تليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰، موبایل تليفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ايميل: wardak@afghanic.org

# ليکله

## لومړی برخه

### دهضمي سيستم ناروغي

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

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

ازونوفیلیک گاسترایتس ..... ۲۶

گرانولوماتوز گاسترایتس ..... ۲۷

### پپتیک السر (Peptic Ulcer)

پیژندنه ..... ۲۸

اپیدیمولوژی ..... ۲۸

دمعدی فزیالوژی ..... ۲۹

دمعدی او اثنا عشر ویجاړونکي فکتورونه ..... ۳۱

دمخاطي طبقی دفاعی او د بیا رغونې سیستم ..... ۳۲

لاملونه ..... ۳۳

هیلېکوبکتریا پلوري له کبله پپتیک السر ..... ۳۳

ایچ پیلوري او پپتیک السر ..... ۳۳

پپتیک السر او نن ستروئید التهاب ضد درمل ..... ۳۶

### داثنا عشر ټپ (Duodenal ulcer)

کلینیکي بڼه ..... ۳۸

تشخیص ..... ۴۰

توپیری تشخیص ..... ۴۱

### دمعدی ټپ (Gastric ulcer)

لاملونه او پتوجنیزس ..... ۴۲

کلینیکي بڼه ..... ۴۳

درملنه ..... ۴۳

اختلاطات ..... ۴۹

دمعدی او کولمو وینه بهیدنه (Gastrointestinal bleeding) ..... ۴۹

۵۷ ..... (Gastric outlet obstruction) دمعدې د بهرنی فوحي بندښت

۵۸ ..... Zollinger Ellison's Syndrome(ZES)

۵۹ ..... پتوفزیالوژي

۶۰ ..... تشخيص

۶۱ ..... توپيري تشخيص

۶۱ ..... درملنه

### بدهضمي (Dyspepsia)

۶۲ ..... پیژندنه

۶۳ ..... درد

۶۹ ..... نن السر دیس پیپسیا

۷۰ ..... د زړه سوځیدنه

۷۱ ..... دخوړونه زغمل

۷۲ ..... (Gastro intestinal Gas Syndrome) دمعدی او کولمو گازی سندروم

۷۴ ..... تشخيص

۷۵ ..... درملنه

### Irritable Bowel Syndrome(IBS)

۷۶ ..... پیژندنه

۷۶ ..... اپیدیمولوژي

۷۶ ..... پتوفزیالوژي

۷۷ ..... کلینیکي بڼه

۷۹ ..... تشخيص

۸۰ ..... توپيري تشخيص

درملنه ..... ۸۰

### دمعدی اډینو کارسینوما (Gastric Adeno Carcinoma)

اپیدیمولوژی ..... ۸۳

لاملونه ..... ۸۳

پتوجنیزس ..... ۸۴

پتالوژی ..... ۸۵

کلینیکي بڼه ..... ۸۶

تشخیص ..... ۸۷

Stages ..... ۸۸

دمعدی لمفوما ..... ۹۱

تشخیص ..... ۹۱

سټیژونه ..... ۹۱

درملنه ..... ۹۱

### د کولمو التهابي ناروغی (Inflammatory Bowel Diseases)

پیژندنه ..... ۹۲

اپیدیمولوژی ..... ۹۲

لاملونه او پتوجنیزسس ..... ۹۲

### السرائیف کولایتس (Ulcerative Colitis)

پیژندنه ..... ۹۴

پتالوژی ..... ۹۴

کلینیکي بڼه ..... ۹۵

لابراتواري پلټنې ..... ۹۷

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

### کرون ناروغي (Crohn's Diseases)

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

### دخیکر خنډنی التهاب

۱۱۱	پيژندنه
۱۱۱	ويشنه
۱۱۱	Chronic Persistent Hepatitis
۱۱۱	Chronic Lobular Hepatitis
۱۱۲	Chronic Active Hepatitis
۱۱۲	خنډنی وایروسي هيپاټيټس
۱۲۲	اتواميون هيپاټيټس

۱۲۵ ..... د درملو له کبله د ځيگر التهاب

## ژبړی

۱۲۸ ..... پيژندنه

۱۲۸ ..... پتوفزيولوژي او ویشنه

۱۲۹ ..... د بيلرويين ميتابوليزم

۱۳۱ ..... کيمياوي تست

۱۳۲ ..... ان کانسروگيټيد هايپر بيلرويينيميا

۱۳۴ ..... کانسروگيټيد هايپر بيلرويينيميا

۱۳۵ ..... د ژبړي دناروغ سره چلند

۱۳۶ ..... د ژبړي دامل د تشخيص لارې چارې

## د ځيگر سيروزس (Liver Cirrhosis)

۱۳۸ ..... پيژندنه

۱۴۲ ..... د ځيگر الکوليک ناروغۍ

۱۴۷ ..... Child's Turcotte Pugh ویشنه

۱۴۷ ..... پوست نيکروتیک سيروزس

۱۴۸ ..... صفراوي سيروزس

۱۴۸ ..... لومړنۍ صفراوي سيروزس

۱۵۲ ..... دويمې صفراوي سيروزس

۱۵۳ ..... د زړه سيروزس

۱۵۵ ..... د ځيگر د سيروزس لوی اختلاطات

۱۵۴ ..... پورتل هايپر تنشن

۱۵۵ ..... واريسل وينه بهيدنه (Variceal Bleeding)

۱۵۹	د توري غټوالی
۱۶۰	Ascites
۱۶۳	د پيريتوان خود سره بکټريايي التهاب (Spontaneous Bacterial Peritonitis)
۱۶۴	هيپاتورينل سندروم
۱۶۵	د ځيگر انسفالوپاتي
۱۶۹	نور اختلاطات
۱۷۱	د ځيگر بدلول
۱۷۱	انزار

### هيپاتوسيلولر کارسينوما (HCC) Hepatocellular Carcinoma

۱۷۲	عموميات او ايجاد يمولوژي
۱۷۲	لاهلونه او پتوجنيزس
۱۷۳	پتالوژي
۱۷۳	کلينیکي څيره
۱۷۴	تشخيص
۱۷۵	درملنه
۱۷۶	انزار

### د صراوي کڅورې حاد التهاب (Acute cholecystitis)

۱۷۷	ايجاد يمولوژي
۱۷۷	پتوجنيزس
۱۷۷	پتالوژي
۱۷۸	کلينیکي بڼه
۱۷۹	تشخيص

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

#### دپانکراس ناروغی (Pancreatic Disease)

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

۱۹۰	اختلاطات
۱۹۱	درملنه
۱۹۳	انزار

### د پانکراس حُندېنى التهاب (Chronic Pancreatitis)

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

### د پانکراس کنسر (Cancer of the Pancrease)

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

۲۰۱ ..... انزار

۲۰۲ ..... Malabsorbption Syndrome

## دوهمه برخه

### دېستورگو ناروغي

#### The Urinary Tract infection لارو انتانات

۲۱۰ ..... پېژندنه

۲۱۰ ..... اپيديمولوژي

۲۱۰ ..... پتوجنيزس

۲۱۲ ..... دمثنی حاد التهاب

۲۱۴ ..... حاد پيالونفرايتس

۲۱۵ ..... خنډنی پيالونفرايتس

۲۱۶ ..... د پروستات حاد بکتريايي التهاب

۲۱۷ ..... د پروستات خنډنی بکتريايي التهاب

۲۱۸ ..... د پروستات غير بکتريايي التهاب

۲۱۹ ..... حاد ايديد يمايتس

#### The Major Glumeropathies دگلوبمبول غوره ناروغي

۲۲۲ ..... حاد نفريتیک سندروم

۲۲۴ ..... پوست سترپتوکوک کل گلوبمبولونفرايتس

۲۲۵ ..... Anti glomerular basement membrane glomerulonephritis

۲۲۷ ..... Rapidly progressive glomerolonephritis

۲۲۸ ..... نفروتیک سندروم

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

۲۴۰.....خندانى گلو ميرولونفرايٽس

### د پښتورگو حاده عدم كفايه (Acute Renal Failure)

۲۴۲.....پيژندنه

۲۴۲.....لاملونه او پتوفزبولوژي

۲۴۴.....Intrinsic acute renal failure

۲۴۸.....كلينيكې بڼه

۲۴۹.....تشخيص

۲۵۲.....توپيري تشخيص

۲۵۲.....اختلاطات

۲۵۴.....درملنه

### د پښتورگو خندانى عدم كفايه (Chronic renal Failure)

۲۵۹.....پيژندنه

۲۵۹.....لاملونه

۲۶۰.....د يوريميا پتوفزبالوژي او بيوکيمستري

۲۶۰.....كلينيكې بڼه

۲۶۲.....لابراتورې آزموينې

۲۶۴.....درملنه

۲۷۴.....د باليزس

۲۷۵.....هيمودياليزس

۲۷۷.....پريټونيل د باليزس

۲۷۷.....د پښتورگو پيوندول

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

دلوی اوبخښونکي الله په نامه !

## سرليکنه

دلوی، مهربان اوسپيڅلي څښتن تعالی څخه شکر اداء کوم چې دهضمي جهاز او د پښتورگو د ناروغيو تر سرليک لاندې د درسي د کتاب تالیف توان يې راپه برخه کړي. څرنگه چې ددې دواړو سيستمونو ناروغی، زمونږ په هيواد کې په پراخه توگه شتون لري او زيات وگړي ددې ناروغيو له کبله په دوامداره توگه رنځيږي نو دهمدی کبله ددې ناروغيو پتالوژي، لاملونه، کلينيکي بڼه، درملنه، مخنيوی او انزارو پيژندنه خورا اړينه ده، دبلي خوا د ننگرهار د طب پوهنځی د داخلي په دپيارتمنت کې دڅلورم ټولگي محصلينو ته ددی سيستمونو تدريس د لکچر نوټ او پولی کاپي په توگه تر سره کيږي او کوم تدريسي کتاب د محصلينو په لاس کې شتون نه لري نو دهمدی ستونزی د هواری په پام کې نيولو سره د داخلي دپيارتمنت لخوا دنده راکړل شوه چې يو تدريسي کتاب د پوهندوی علمي رتبې څخه د پوهنوالی علمي رتبې ته د لوړيدو لپاره وليکم. ددې کتاب په ليکلو سره به د محصلينو ستونزی هواری او د بلی خوا به د لکچر نوټ او پولی کاپي څخه مخنيوی وشي.

د کتاب مفردات د کړکيو کم په سم ترتيب او د طب پوهنځی د علمي شوراى اود دکابل دانسجام کمیټی لخوا تائيد شوی دي. د کتاب مينځ پانگه په روانه پښتو ليکل شوي بايد ووايم چې د ناروغيو د بڼه پوهيدلو لپاره جدولونه اوانځورونه په مناسبو ځايونو کې ځای پر ځای شوي دي. د کتاب منځ پانگه د باوري نړيوالو ټکس کتابونو، اتريټ، دننگرهار د طب پوهنځی د داخلي څانگی داستادانو کتابو، رسالو او علمي اثارو په تيره بيا د پوهاند دوکتور محمد ظاهر ظفرزي د عملي اثارو څخه (لکه دهضمي جهاز، ځيگر، صفراوي کڅوړی د پانقراض او دځيگر ناروغيو) او دکابل طبي پوهنتون د معالجي طب د داخلي څانگی د استادانو د کتابونو څخه بډايه شوی ده.

همدارنگه د پوهاند دوکتور محمد ظاهر ظفرزی، پوهاند دوکتور عبدالواحد الکوزی او پوهاند دوکتور محمد طيب نشاط څخه چې د کتاب په ترتيبولو کې راسره مرسته کړي مننه کوم او په پای کې دا بايد ووايم چې انسان د سهوی او خطاء څخه خالی نه دی نو که گران لوستونکي د کتاب په متن کې کومه انشايي او املايي تيروتنه وگوري هغه دې په ډيره مينه او اخلاص سره مولف ته راپه گوته کړي تر څو په بل چاپ کې د هغې د تکرار څخه مخنيوي وشي.

## دمری التهابی ناروغی

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

پېژندنه:

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

دریفلوکس ضد میخانیکتونه: په درې ډوله دي:

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

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

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

اپیدیمولوژي:

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

وي. (۴۱)

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

۱- دمری د ښکتنی معاصرې اېنارملتي:

په نارمل ډول دمری د ښکتنی معاصرې تون زیات وي چې دمری د تیروولو په وخت کې استرخاء کوي. هغه ناروغان چې په GERD اخته وي دمری د ښکتنی معاصرې تون یې کمېږي او ریفلوکس هغه وخت مینځته راځي چې دگیدې دننه فشار لوړ شي. په هغو خلکو کې چې دمعاصرې تون یې نارمل وي ریفلوکس هغه وخت پیدا کېږي چې دمعصرې د استرخاء پېښیدل یې ډیر وي. (۳۸)

۲- چوره

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

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

• زیاتره پېښو کې گیلې نه وي.

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

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

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

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

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

۳- د مری د پاکیدو ځنډوالی:

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

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

۵- دمعدې د تشیدو نیمگړتیا:

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

۶- دگډې دننه فشار لوړوالی:

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

۷- دخوړو او چاپیریالي فکتورونه:

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

کلینیکي بڼه:

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

کله گیلې لږې او افت شدید وي خو په ناروغ کې وینه لرونکی کانگې او داوسپنې دکموالي وینه لږې د ځنډنۍ وینې بهیدنې له کبله منځته راځي. (۳۲، ۳۸)

۲- ریگورجیشن (Ragurgitation)

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

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

۴- دیس فاژیا (Dyspgagia)

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

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

توپیري تشخیص:

GERD دلاندې ناروغیو څخه توپیرېږي.

۱- دمری حرکي ناروغی.

۲- پیپتیک ټپونه.

۳- انجینا پیکتورس.

۴- وظیفوي دس پیپسیا.

۵- د درملو له کبله دمری التهاب.

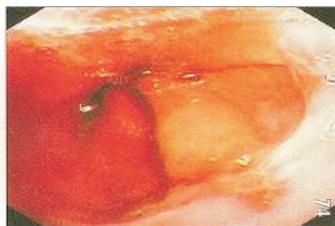
۶- د وړانگو له کبله دمری التهاب.

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

اختلاطات:

۱- دمری التهاب:

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



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

## ۲- باریت ایزوفاگس (Barrett Esophagus)

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

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

په یو پردرې رنځورانو کې دتیزابو په وړاندې باریت اپي تيلیوم دحساسیت دکموالي له امله گیلې کمې او یا نه وي. ۹۰ سلنه څخه زیات ناروغان د درملنې لپاره نه گرځي. دباریت ازوفاگس اختلالات عبارت دي له : دمری د تنگوالي، زخمونو، وینې بهیدلو، ادينوکارسینوما اودمعدې دکارديا د برخې د تومورو څخه. د باریت

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

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

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

۳- دمری سلیم تنگوالی:

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

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

۴- انیمیا

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

۵- دمعدی وال وولس (Gastric Valvulus)

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

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

### پلټنې:

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

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

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

ایزوفاجیل مانومتری په لاندې حالتو کې باید ترسره شي:

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

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

### درملنه:

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

لږگیلې لرونکي ناروغان په لاندې توگه درملنه کیږي.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

که دمری پي، ایچ نارمل وي نو بیا د ټیټ دوز ترای سایکلېک انټي ډیپرسیسانټ (ایمپیرامین یا نرتريپتالین ۲۰ ملي گرام) د خوب په وخت کې ورکول کېږي. (۳۸، ۳۷)

### جراحی درملنه:

انټي ريفلوکس جراحی درملنه په لاندې حالاتو کې تر سره کېږي.

۱- که چېرې طبي درملنه اغیزمنه نه وي.

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

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

### دمری اتناني التهاب (Infectious Esophagitis)

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

### کلینیکي بڼه:

داتناني ازوفازیتس گیلې عبارت دي له ډسفاژیا، اوډینوفاژیا او ډټر د هډوکي لاندې درد څخه.

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

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

### لابراتواري پلټنې:

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

په سایتومیگالو وایرس کې د یو څخه تر څو دانو پورې لوی سطحی ټپونه لیدل کیږي.

په هیریس ازوفازیتس کې بی شمیره کوچني ژور ټپونه وي.

### درملنه

الف: کانديدا البیکان له کبله دمری التهاب

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

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

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

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

ب: د سایتومیکالو وایرس له کبله دمری التهاب:

Ganciclovir ۵ ملي گرامه په کیلو گرام وزن د بدن د ورید دلارې هر دولس ساعته

وروسته د ۲-۳ اونيو لپاره ورکول کیږي، تروپینایي اړخیزې اغیزې دي.

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

که چیري ناروغ ښه نه شو او یا گن سایکلویر یې زغملای نه شو نو Foscarnet ۹۰ ملي گرامه په کیلو گرام وزن د بدن درگ دلارې هر دولس ساعته وروسته د ۲-۳ اونيو لپاره ورکول کیږي.

ناوړه اړخیزې اغیزې یې دپښتورگو بې وسي، هایپوکلسمیا او هایپو مگنیزیم دي.

ج: هرپس سمپلیکس وایرس له کبله دمری التهاب:

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

Famciclovir ۲۵۰ ملي گرامه دورخی درې ځله او Valaciclovir یو گرام دورخی دوه ځله ورکول

کیږي خو د Aciclovir په پرتله گران دی.

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

انزار:

ډیری اتناني ازوفازیتس داغیزمنی درملنې سره بشپړ ښه کیږي که د بدن تینگار ښکته وي

ښایي چې ناروغی بیرته راوگرځي. (۳۷)

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

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

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

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

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

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

دسوزونکو توکو له کبله دمری التهاب (Caustic Esophageal Injury)

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

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

## اکلاژيا (Achalasia)

پېژندنه:

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

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

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

پتوفزیالوژي:

دمری ددیوال په واگس عصب کې استحالوي بدلونونه منخته راځي او د مای اینتربیک عصبي بڼډل گانگلیونیک ژونکې کمیږي. (۳۶)

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

په ځینې رنځورانو کې د مای اینتربیک بڼډل د سطحی ژونکو د ډوپامین انتقالونکی پروتین په وړاندې اتی بادي وي. (۳۶)

کلینیکي بڼه:

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

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

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

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

تشخیص:

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

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

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

۴- په مانومیتري کې لاندې بدلونونه ښکاري.

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

- که دمړی تیرولو په وخت کې داستداري موجود شدت او دوام لږوی د کلاسیک اکلیژیا او که ډیر شدید وي د ویګوروس اکلیژیا پنوم یادېږي.
- ۵- داندوسکوپي پرمت اکلیژیا د اکلیژیا د دوهم لامل لکه سرطان څخه توپیر کېږي.
- ۶- کولي سیستوکاینین په نورمال ډول دمعا صرې فشار ښکته کوي خو په سرچپه ډول د مړی دښکتنی معاصرې د تقلص لامل کېږي.
- ۷- سي تي سکن: دمړی د مخاط دننه کارسینوما د څرګندولو لپاره ترسره کېږي. (۲۲، ۳۷)

#### درملنه:

- ۱- نرم خواړه، سیداتیف او کولي نیرژیک درمل ناروغ ته ډاډ نه ورکوي.
- ۲- نایتريت او کلسیم کانال بلاکر د لنډې مودې لپاره ګټور دي خو داړخیزو ګیلو له امله یې کارول کم شوي.
- ۳- نایتروګلسرین ۳، ۲، ۱. ملي ګرامه دژبې لاندې ډوډی، خوړلو څخه مخکې ایښودل کېږي. (۲۲)
- ازوسوربید دای نایتريت ۵، ۲-۵ ملي ګرامه دژبې لاندې یا ۱۰-۲۰ ملي ګرامه دخولی دلارې د ډوډی، خوړلو څخه مخکې ورکول کېږي. نایتريت د سردردی، او د وضعیتي فشار د ښکته والي لامل کېږي. (۲۲)
- کلسیم کانال بلاکر لکه نیفیدیفین ۱۰-۲۰ ملي ګرامه دخولې یا ژبې لاندې مخکې له ډوډی، خوړلو څخه ورکول کېږي. (۲۲)
- داندوسکوپي تر لارښوونې لاندې د بچولین توکسین دمړی دمعاصرې په دننه کې زرقیږي. دلنډې مودې لپاره په ځینو رنځورانو کی اغیزمن دي دوامدار زرقول یې د فیبروزس لامل کېږي چې جراحي درملنه ستونزمنوي. د بچولین توکسین په معاصره کې دکولي نیرژیک پارونکي عصب فعالیت بندوي. (۲۲)

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

## گاسترایتس او گاستروپاتي (Gastritis and Gastropathy)

پېژندنه:

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

وېشنه :

الف: حاد گاسترایتس (Acute Gastritis)

۱- بېرني ایچ پیلوري انتان

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

ب: ځنډنی اتروفیک گاسترایتس:

۱- Type A Autoimmune body predominant

۲- Type B H.Pylori related antral predominant

ج: د گاسترایتس غیر معمول ډولونه:

۱- لمفوسایټیک.

۲- ازونوفیلیک.

۳- کرون ناروغي

۴- سارکوئیدوزس.

۵- گرانولوماتوز. (۳۷)

حاد گاسترایتس : (Acute Gastritis)

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

## لاملونه :

۱- اسپرین یا غیر ستروئید التهاب ضد درمل

۲- ایچ پیلوری

۳- الکول

۴- درمل (داوسپنی لرونکي درملونه)

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

۶- دصفرا ریفلوکس (دمعدې دجراحی کړنو څخه وروسته)

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

حاد گاسترایتس ځانگړې گیلې نه لري خو بنایي ناروغ د ډیس پیپسیا، زړه بدوالي،

کانگو، بې اشتهايي، وینه لرونکو کانگو یا میلانا څخه گیله من وي ډیری پینې یې

ډیر ژرې بڼه کیږي او پلټنې ته اړتیا نه پیدا کیږي خو اندوسکوپي او بایوپسي باید د

پپتیک السراو کنسر د ردولو لپاره ترسره شي. (۳۷)

درملنه یې لاملې ده. دلنډې مودې لپاره گیله ایزه درملنه یې د اتني اسید، پروتون پمپ

نهي کونکو درمل یادکانگو ضد درملو (میتاکلوپراماید) ترسره کیږي. (۳۷)

حاد اروسیف او هیموراژیک گاستروپاتي (Acute Erosive and

Hemorrhagic Gastritis)

## لاملونه:

داروسیف گاسترایتس معمول لاملونه عبارت دي له: نن ستروئید التهاب ضد درمل،

الکول، د داخله او جراحی شدیده ناروغی، ستریس، پورتل هایپرشن څخه.

نادودیز لاملونه یې دمخرشو توکو خوړل او وړانگي دي. (۳۷)

## کلینیکي بڼه:

اروسیف گاسترایتس ډیری بې گیلو وي گیلې یې عبارت دي له زړه بدوالي، بې

اشتهايي، ابي گاستریک درد، کانگو، وینه لرونکو کانگو (Hematemesis یا

Caffee ground emesis)، او تور قیر رنگه ډکو متیازو (Melana) څخه. (۳۷)

خرنگه چې اروسیف گاستراپتیس سر بیرنه ناروغي ده نوځکه هیموډاینامیک ستونزې په کې لږې وي.

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

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

ستیریس گاستروپاتی (StressGastropathy):

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

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

پدې ناروغيو کې د ۷۲ ساعتو په موده کې مخاطي پوښ گریندنه (ایروژن) او دا پی تیلیل لاندې وینه بهیدنه پیدا کیري.

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

NSAIDs درملو له کبله گاستراپتیس:

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

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

### الکولیک گاستروپاتي (Alcoholic Gastropathy):

الکول دمعدې مخاطي طبقي ويجاړ وي زیات څښل یې د دس پیپسیا، کانگو او دلېر وینه لرونکو کانگو لامل کیږي. (۳۷)

### پورتل هایپر تنسیف گاستروپاتي (Portal Hypertensive Gastropathy):

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

### تشخیص:

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

### ځانگړې ازموینې:

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

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

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

### توپيري تشخیص:

د گاسترایتس توپيري تشخیص دلاندې ناروغیو سره کیږي:

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

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

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

#### د حاد گاسترایتس مخنیوی :

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

#### درملنه:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۳- Fecal Antigen Immuno Assay او Urea Breath Test (C<sup>13</sup>) ډیره ښه ازموینه ده. ۹۵ څخه زیاته سلنه کې ناروغي تشخیصوي.

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

ب: اندوسکوپي

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

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

ځنډنی اتروفیک گاسترایتس (Chronic Atrophic Gastritis):

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

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

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

په پرنشس انیمیا کې د گاسترین کچه د  $500 \text{ pgm/ml}$  څخه لوړه وي او داسید دلړوالي له امله اتروکرومافین ژونکې هایپرپلازیا کوي چې دا د گاستریک کارسینوئید تومور لامل گرځي.

داینتریزیک فکتور ضد انتي بادي له کبله د ب ۱۲ ویتامین دلړوالي انیمیا مینځته راځي چې ددې انیمیا له کبله میگالوبلاستیک انیمیا او دعصبي دندو خرابوالی پیدا کیږي.

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

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

دځنډني ایچ پیلوري د اتتان له کبله اتروفیک گاسترایتس، گاستریک اتروفی، میتاپلازیا او په پای کې گاستریک اډینوکارسینوما پیدا کیږي.

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

## د گاسترایتس ځانگړي ډولونه:

## ۱- انتاني گاسترایتس (infectious Gastritis):

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

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

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

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

## ۲- لمفوسایټک گاسترایتس (Lymphocytic Gastritis):

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

## ۳- ازونوفیلیک گاسترایتس (Eosino philic Gastritis):

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

خخه د کانگو او زرژر مریدلو خخه. د درملنې لپاره کورتيکوسټروئید ورکول کیږي.

#### ۴- گرانولوماتوز گاستریتس Granulomatase Gastritis

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

## پیپتیک السر (PU) Peptic Ulcer

پېژندنه :

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

اروژن هغه حالت ته وايي چې ويجاړیدنه یواځی دمخاطي طبقی په ابي تیلیل کې وي چې ښایي څو ورځو کې ښه شي.

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

اپیدیمولوژي:

۱- داثنا عشر تپ (Duod and Ulcer):

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

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

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

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

۹۵% په بصله یا پیلوریک کانال کې وي.

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

۲- دمعدې تپ (Gastric ulcer):

دمعدې تپ د عمر له مخې د ۵۵ او ۷۰ کالو تر مینځ پیدا کیږي. په نارینو کې یې کچه زیاته وي.

ددې پېښې دن ستروئیدل التهاب ضد درملو (ان لږ دوز اسپرین) دزیات کارولو له امله ډیرې شوي.

دگاستریک السر دگیلو دنشتوالي او یا کموالي له امله یو گڼ شمیر ناروغان ډاکتر ته هغه وخت درومي چې ناروغي یې اختلاطی شوی وي (۲۲، ۳۷)



(۲-۱) شکل دمعدی د سلیمی قرچی اندوسکوپیک منظره (۳۰)

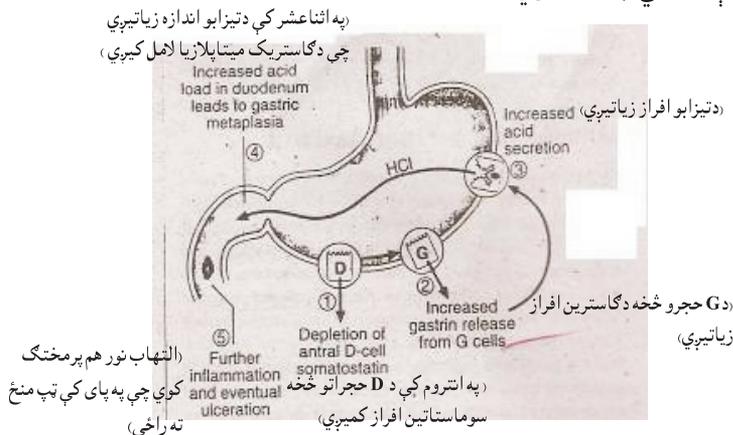
دمعدې فزبالوژی:

معهه درف داره اپي تیلیوم پواسطه پوښل شوي چې دهغې د ژونکو خنځه دمعدې غدوات جوړ شوي. دغه غدوات مخاطي او اندوکريني ژونکې لري. په فندس او انتروم کې دیوالي ژونکې دي چې هایدروکلوړیک اسید او انټریټینسیک فکتور (ویتامین ب

۱۲ جذب لپاره اړین دی) افزوي

په باډي کې د چیف ژونکې دي چې پیپ سینوجن افزوي.

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



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

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

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

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

۱- سفالیک پړاو (دماغي پړاو):

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

۲- گاستریک پړاو (د معدې پړاو)

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

الف: کله چې خواړه معدې ته دننه شي دمعدې د پراخیدو له امله تیزاب او گاسترین ازادېږي.

ب: د خوراكي توکو امینواسیدونو او امینونه د گاسترین افراز هڅوي. (۱۸، ۲۲)  
۳- د کولمو پړاو:

کله چې خواړه کولمو ته دننه شي د کولمو د پراخوالي او خوراكي توکو له کبله تیزاب افرازېږي. سوماتوستاتین د معدې د ډي ژونکو څخه د هایدروکلوریک اسید د تنبه له کبله افرازیږي چې دا د تیزابو افراز مستقما او غیر مستقما نهې کوي مستقما یې د دیوالي ژونکو څخه ازادیدل نهې کوي او غیر مستقما یې د اینتیروکومافین ژونکو څخه د هستامین او د جی ژونکو څخه د گاسترین افرازیدل نهې کوي. (۱۸، ۲۲)

هستامین، گاسترین او استیل کولین د دیوالي ژونکو څخه د تیزابو ازادیدل هڅوي. پروستاگلانډین، سوماتستاتین او اپي درمل گروت فکتور د تیزابو ازادیدل نهې کوي. (۱۸، ۲۲)

H-K ATPase انزایم په دیوالي ژونکو کې شته چې په لوړه کچه د هایدروجن ایون د نوموړو ژونکو د سایتویلازم څخه افرازي او کانالیکول ته یې د پوتاشیم په ځای دننه کوي تر څو چې د تیزابو په بیاجوړیدو کې ونډه واخلي. دا انزایم د پروتون پمپ نهې کوونکو درملو پواسطه نهې کیږي.

ایچ دوه رسپتور اتاګونست درمل هستامینونرژیک اخذی بلاکوي. د چیف ژونکې دمعدې په فندس کې ځای لري چې پیپ سینوجن جوړوي. پیپ سینوجن یو غیر فعال پیپتایډ دی چې په تیزابي چاپیریال کې (PH<2.0) په فعال پیپتایډ (پیپ سین) بدلېږي د پیپ سین فعالیت په پی ایچ ۴ کې کمیږي. (۱۸، ۲۲)

دمعدې او اثنا عشر ویجاړونکي فکتورونه:

دمعدې اپي تیلیوم د تل لپاره د اندوجینوس (هایدروکلوریک اسید، پیپ سین، پیپ سینوجن او صفراوي مالګی) او اکروجینوس (درملونه، الکل، بکترياو) زیان رسونکو توکو تر خطر لاندی دی چې دمعدې د تپ لامل کیږي. (۲۲)

دمخاطي طبقی دفاعي او د بیا رغونې سیستم:

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

I: پري ابي تیلیل

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

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

II: ابي تیلیل: پدې لیکه کې:

۱: ژونکیز ټینگار زیاتېږي.

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

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

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

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

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

۷- پروستاگلانیدین: اغیزې يې عبارت دي له:

الف: دمخاط او بای کاربونیت افزایش هڅوي.

ب: دمخاط دوینې بهیر زیاتوي.

ج: هایدر وکلوریک اسید افزایش نهی کوي.

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

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

لپاره چې:

الف: د بای کاربونیت کچه زیاتیرې.

ب: د ناروغه ځای خواړه ډیر کړي.

ج: ناروغه ځای ته اوکسیجن ولیږدوي.

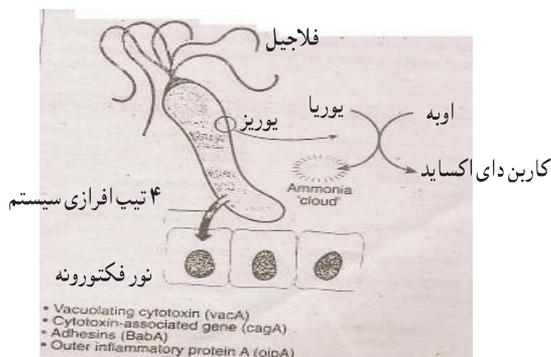
د: د ناروغه ځای څخه زهرجن توکي لیري کوي. (۲۶)

لاملونه:

الف: هیلیکوبکتر پیلوري او پښتک السر

بکتریاوژي:

دایوه گرام منفي بکتریا ده چې د ایچ پیلوري پنوم یادیرې خوځنده دی او دفلاجیل لرونکی ده. دمعدې د مخاطي طبقې په ژوره برخه او یا دمخاطي او اپي تیلوم طبقه تر مینځ اوسیرې. اتتان لومړی په انتروم کې وي وروسته د وخت په تیریدو سره دمعدې د تږدې برخې خواته راځي. داپه اسانی سره په کوکوئید شکل (چې د ډیرې مودې لپاره دناوړه شرایطو له امله پت پاتې کیرې) بدلیرې. (۲۶)



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

## اپیدیمولوژي:

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

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

د ایچ پیلوري لپاره زمینه برابرونکي فکتورونه.

۱- د اقتصادي او ټولنیز حالت خرابوالی.

۲- د پوهې د کچې کموالی.

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

۴- د کورنۍ د وگړو گڼ والی.

۵- د روغتیايي حالت خرابوالی.

۶- د ناپاکو خوړو خوړل.

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

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

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

## پتوجینز او ټوفزیالوژي:

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

۱: بکتریايي فکتورونه:

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

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

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

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

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

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

۶- دایچ پیلوړي د لپپوپولي سکراید امیونولوژیک فعالیت لږ دی چې دځنډني التهاب لامل کیږي. (۲۲)

۲: دکوربه فکتورونه:

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

۲- په ناروغه ځای کې د سائتوکینونو (Interlukin(IL)  $\alpha/\beta$ ، IL2، IL6 ، Tumor Necrose Factor alfa) TNF $\alpha$  او  $\gamma$  iL کچه لوړېږي. (۲۲)

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

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

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

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

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

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

نن ستروئید التهاب ضد درمل (Cyclo oxygenase-1) (COX-1) په معده، پښتورگو او ترمبوسیت کې دی او COX-2 په مکروفاژ، لوکوسیت، فبروبلاست او ساینوویل ژونکو کې دی نهی کوي. (۲۲)

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

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

۱- که دناروغ عمر د ۲۰ کالو څخه زیات وي.

۲- که ناروغ د پیتیک تپ پخوانی تاریخچه ولري.

۳- ددې درملو د اړخیزو اغیزو تاریخچه شتون ولري.

۴- که د کورتيکو ستروئیدو یا اتني کواگلانت سره گډ وکارول شي.

۵- په لوړ دوز سره کارول.

۶- شديده داخلي ناروغی.

۷- دازاپروپازون، پایروکسیکم او کیتوپروفین سره ډیر او دبروفین سره لږ وي. (۲۲)

انتخابي NSAIDs لکه Celecoxib او Refecoxib په COX2 باندې زیاته او په

COX-1 باندې لږه اغیزه لري له دې امله دنوموړي درملو د کارولو سره د تپ او دهغه

داختلاطاتو پېښې تر ډیرې کچې کیمدای شي.

ایچ پیلوري دنن ستروئید التهاب ضد درمل په کارونکو کې د تپ د پیداکیدو چانس

درې ځله زیاتوي. (۲۲)

**ج: سگرت شکل :**

سگرت څکول د پیتیک تپ په مینځته راتلو کې ونډه لري میکانیزم یې ښکاره نه

دی خو لاندې اړیکې د سگرت او تپ تر مینځ شته:

۱- په سگرت څکونکو کې دنه څکونکو په پرتله دمعدې او اثنا عشر د تپ مینځ ته

راتگ ډیر دی.

۲- سگرت د تپ رغیدل ځنډوي.

۳- د درملنې ځواب خرابوي.

۴- د تپ د اختلاطاتو ( لکه سورې کیدل) خطر ډیروي.

۵- داسی اند شته چې د اثنا عشر د بای کاربونیت افراز کموی او دایچ پیلوري اتنان

خطر زیاتوي. (۲۲، ۴۱)

د: ارثیت:

دارثیت او د پیتیک السر ناروغی تر مینځ اړیکې ښې څرگندې نه دي خو د تپ خطر په لومړي نسل کې زیات دی. ایچ پیلوري هم په ارثي توگه د تپ په مینځته راتلو کې ونډه لري، دوینې 0 گروپ لرونکي او نن سکری توري خلکو کې زیات پیدا کیږي. (۲۶)

ه: داسید او پپسین په وړاندی دمخاطی طبقه مقاومت:

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

و: سیکالوژیک فشارونه:

سیکالوژیک فکتورونه لکه نیوروتیزم هم د تپ په مینځ ته راتلو کې مرسته کوي. (۲۱، ۹)

ز: خواړه:

ځینی خواړه هم د پیتیک تپ په مینځ ته راتلو کې (لکه الکول و کافین) ونډه لري. (۲۶)

ح: ځندنی ناروغی:

ځندنی ناروغی لکه سیستمیک ماستوسایتوزس، دسپرو، پښتورگو او ځیگر ځندنی ناروغی، دپښتورگو تیرې، د الفایو اتسي تریپسین کموالی، هایپرپاراتائیرویدزم، داکلیلي رگونو ناروغی، پولی سائیتیمیا او ځندنی پانکراتائیتس) د پیتیک السر په مینځ راتلو کې مرسته کوي. (۲۶)

د اثنا عشر تپ (Duodenal Ulcer):

کلینیکي ښه:

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

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



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

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

که چیرې گیډه دردناکه او د تختې په شان کلکه وي نو تپ سوری شوی او پربتونیتس یې ورکړي. که چیری درد شدید او دوامداره شي ملاته انتشار وکړي دانتي اسید او خوړو سره غلی نه شي د تپ ډینی تریشن ښودونکی دی.

Succession splash په معده کې د اوبو شتون ښیي چې د گاستریک اوټ لیت د بندښت ښودنه کوي. (۲۶، ۳۸)

### تشخیص :

په غیر اختلاطي پېپټیک تپ کې لږاتواري ازموینې نارمل وي.

انیمیا د بیرنی یا ځنډنی وینې بهیدنې له کبله وي.

لوکوسایتوزسس د سوري کیدو یا پني تریشن نښه ده.

د سیروم دامایلیز د کچې لوړوالی او یا د اپي گاستریک شدید درد پانکراس ته د السر د پني تریشن ښودونکي دي.

دلورې په حالت کې د سیروم د گاسترین د اندازې لوړوالی د زولینجر ایسن سندروم ښودنه کوي د گاسترین د کچې د اندازه کولو لپاره ۲۴ ساعته مخکې ایچ دوه رسپتور بلاکر او یوه اونۍ مخکې پروتون پمپ نهې کوونکي درمل نه ورکول کیږي. (۳۷)

### اندوسکوپي:

د معدی او اثنا عشر د تپونو د پیژندلو لپاره ښه ازموینه اندوسکوپي ده چې ددی پواسطه د خبیث تپ د ردولو او د ایچ پیلوري د شتون لپاره بایوپسي اخستل کیږي د باریوم د رادیوگرافي په پرته ښه او سمه تشخیصه ازموینه ده. (۳۷)

د اثنا عشر تپ هیڅ کله خبیث نه وي نو بایوپسي ته یې هم اړتیا نشته.

۳-۵ سلنه د گاستریک سلیم ټپونه د خبیث ټپونو په شان بنکاری خو ددې گمان د لرې کولو لپاره بایوپسی اړینه ده. همدارنگه دمعدی ټپ باید وروسته د دولس اونیو د درملنې څخه بیا اندوسکوپي شي چې ایا ټپ بشپړ روغ شوی او که نه که بڼه شوی نه وي د خبیث ټپ گمان پرې کیږي. دمعدی (دواړه سلیم او خبیث) ټپونه دمعدې په کوچنی انحاء کې وي. د خبیث ټپ قطر د ۳ ساتي مترو څخه زیات وي همدارنگه که دکلتې په مینځ کې ټپ وي نو د خبیث ټپ بنودونکی دی. (۳۷)

### د ایچ پیلوري لپاره ازموینه:

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

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

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

### توپيري تشخیص:

پیپتیک السر باید دلاندې ناروغیو سره توپيري تشخیص شي:

۱- نن السر دس پیپ سیا.

۲- دگاسترو ازوفازیل ریفلوکس ناروغی.

۳- دصفاوای لارو ناروغی.

۴- د اپی گاستریک شدید درد د حاد پانکراتایتیس، حاد کولې سیستیتیس، دمری خبړې کیدل او دصفاوای لارو کانی، گاستریک وال ولوس او دابهر د انیوریزم د خبړې کیدو سره توپیری تشخیص شی. (۳۷)

دمعدی ټپ (Gastric Ulcer):

دمعدی د ټپونو پینښې په ۲۰ کلنۍ او ډیری په نارینوو کې وي. خرنګه چې دا بې گیلې وي نو دپینښو بڼه رښتیاڼي وخت یې څرګند نه دی. د کلینک له انده د اثنا عشر د ټپ په پرتله بڼه نه تشخیصیږي.

دمعدی ټپ ژور وي دمعدی دمخاطي طبقي څخه هم تیریري. هستولوژي یې د اثنا عشر د ټپ په شان ده خو پدې کې د ټپ په شاوخوا کې پراخه گاستریټس شتون لري. دمعدی ټپ ډیری د اتروم دمخاطي طبقي اود معدی د بدن دمخاطي طبقي په جنکشن کې ځای لري. د اتروم مخاطي طبقي دوه پر درې د کوچنۍ انحن او یو پر درې د لوی انحن مخاطي طبقي پورې غزیدلی شی. (۲۲)

دمعدی سلیم ټپ دمعدی په فنډس کې ډیر لږ وي. دمعدی سلیم ټپ د هر وخت لپاره د ایچ پیلوري له کبله وي.

که دمعدی ټپ داسپیرین یا نن ستروئید التهاب ضد درمل له کبله وي نو گاسترایټس ورسره مل نه وي. (۲۲)

لاملونه او پتوجینز:

تیزاب او پیپ سین د ناروغۍ په پیدا کیدو کې غوره ونډه لري. دمعدی په ټپ کې تیزاب نارمل یا ښکته وي (اکلورهایدریا) په سلیمه ټپ کې هیڅ کله نه وي (ان د پنتاگاسترین د زرق سره) هم نه زیاتیري. (۲۲)

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

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

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

### کلینیکي ښه

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

### درملنه:

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

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

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

۲- دمخاط ساتونکي درمل (Mucosal protective agents)

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

الف: د تیزابو افراز نهی کوونکي درمل

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۲- ایچ دوه رسپتور اتاگونست:

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

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

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

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

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

#### ۱- Sacralfat

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

#### ۲- بسموت لرونکي درملونه:

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

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

#### ۳- پروستاگلاندین انالوگ:

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

۴- اتتي اسيدونه:

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

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

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

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

ج: دايج پيلوري له مينځه وړل:

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

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

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

د ایچ پیلوري پورې تړلي ټپ د درملنې رژیمونه:

لومړی رژیم:

۱- PPI د ورځې دوه ځله.

۲- Klarithromycin ۵۰۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله.

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

دویم رژیم:

• پي پي ای د ورځې دوه ځله

• Bismoth Subsalicylate ۱۲۰ ملي گرامه دورځې څلور ځله.

• Tetracycline ۵۰۰ ملي گرامه د ورځې څلور ځله.

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

درېم رژیم:

• Ranitidine Bismoth citrate دورځې دوه ځله.

• کلپروترومایسین Klarithromycin ۵۰۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله.

• اموکسي سیلین Amoxicillin يو گرام يا تتراسایکلین ۵۰۰ ملي گرامه يا

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

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

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

د ایچ پایلوري د تداوی استنباطات:

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

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

الف: د فعال تپ درملنه:

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

۲- ایچ دوه رسپتور اتاگونست:

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

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

ب: د تپ د اختلاطو څخه مخنیوی:

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

الف: پی، پی، ای دورځې یوځل

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

ج: میسوپروستول Misoprostol ۲۰۰ مایکروگرامه د ورځې ۳-۴ ځله.

۲- دا وړدې مودې پرله پسې درملنه:

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

مقاوم ټپونه :

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

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

د پیپتیک ټپونو اختلاطات:

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

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

کلینیکي بڼه:

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

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

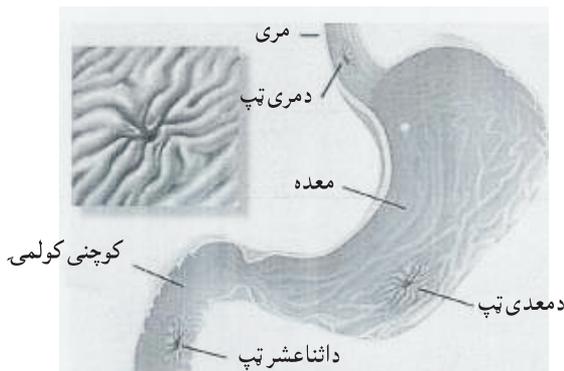
د ناروغی غوره نښې عبارت دي له: هیماتومیزس او میلانا څخه.

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

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

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

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



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

Occult blood: هغه حالت ته وایي چې د هضمي جهاز ځندنی وینه بهیدنه د ورځې د ۱۰۰ ملي لیټرو څخه لږه وي چې ددې د پیژندلو لپاره Fecal occult blood مثبت وي

او داوسپنې دکموالي د وینه لږی لامل کیږي. (۱۵، ۳۷)

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

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

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

۲- په منځنۍ کچه وینه بهیدنه :

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

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

۳- شدید وینه بهیدنه :

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

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

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

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

۳- شاک

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

۵- دويم ځل وينه بهيدنه (۳۷، ۱۵)

### لابراتواري نښې:

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

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

### لومړنۍ ارزيايي او درملنه

الف: دناروغ رغول (Stabilization):

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

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

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

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

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

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

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

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

ب: د وینې ورکول :

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

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

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

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

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

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

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

۲- دوینې بهیدنې څخه پرته د نورو طبي ناروغیو (لکه دځیگر، پښتورگو بی وسي، اود سرطان شتون.

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

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

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

۲- ډیر خطري فکتورونه:

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

## ۳- متوسط خطري فکتورونه

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

## درملنه :

الف: طبي درملنه:

## ۱- د تیزابو افراز نهی کوونکي درمل:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

هغه ناروغان چی پرله پسې ایچ پیلوري مثبت ټپ لري او یا داچی ټپ د ایچ پیلوري یا نن ستروئید التهاب ضد درمل له کبله نه وي نو د بیا بیا وینې بهیدنې د مخنیوي لپاره باید د اوږدې مودې لپاره د خوب په وخت کې ایچ دوه رسپتور انتاگونیسټ (لکه راتیدین ۱۵۰ ملي گرامه، او یا پروتون پمپ نهې کوونکي دورخي یوخل ورکول کيږي. (۱۵، ۳۷)

ب: اندوسکوپي:

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

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

اندوسکوپیک تراپی او د رگ دلازې پي: پي، ای ورکړل شي د بیا وینې بهیدنې خطر او د جراحي درملنې اړتیاوی کموي.

جراحي درملنه هغه وخت ترسره کيږي چې بیا بیا وینه بهیدنه وي او اندوسکوپیک درملنه بريالی نشي. (۳۷، ۱۵)

د معدې د بهرنی فوچی بندښت (Gastric outlet Obstruction)

لاملونه:

۱- داثنا عشر دتپ له کبله فبروتیک تنگوالی

۲- د پیلور کانال پرسوب.

۳- د انتروم سرطان.

۴- Adult hypertrophic pyloric stenosis (۳۷، ۳۸)

کلینیکي بڼه:

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

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

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

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

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

لابراتواري نښي:

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

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

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

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

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

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

#### درملنه:

۱- معده د ان جي تیوب پواسطه تشیږي.

۲- دورید دلارې ډیهایډریشن اومیتابولیک اسیدوزسس باید سم شي.

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

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

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

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

#### Zolinger Ellison's Syndrom (ZES) Gastrinoma

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

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

## پتوفزیا لوزي:

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

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

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

## پتالوزي:

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

## کلینیکي بڼه:

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

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

### تشخیص:

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

### ۲- هایپوکلوروهایدریا:

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

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

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

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

## رادیلوژي:

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

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

۱- Radio labeled somatostatin Receptor scintigraphy

۲- د کوچنیو تومورونو لپاره اندوسکوپیک التراسوند

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

## تویږي تشخیص:

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

## درملنه:

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

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

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

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

## بد هضمی (Dyspepsia)

پېژندنه:

د گیدې د پورتنۍ برخې د بېړنۍ، ځنډنۍ یا متکرر درد یا ناراحتۍ ته وایي چې اوصاف یې عبارت دي له: د گیدې د پورتنۍ برخې ډکوالي، ژر مړیدلو، تیزابیت، سوځیدلو، پرسوب، ارگمي، زړه بدوالی او کانگو څخه. دس پیپسیا ۲۵ سلنه په ځوانانو کې او ۳ سلنه په طبي کارکوونکو کې وي او نژدې ۸۰ سلنه خلک دس پیپسیالري. ((۳۷، ۳۶، ۲))

لاملونه:

۱- خواړه او درمل

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

۲- دمعدی معایي لارو د لومن د دندو خرابوالی.

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

۳- ایچ پیلوري.

۲۰-۵۰% ځنډنۍ ګاسترایټس چې لامل یې ایچ پیلوري وي د ډس پیپ سیا لامل کیږي.

۴- دپانکراس ناروغی:

۵- دپانکراس ځنډنۍ التهاب او سرطان

۶- دصفاړوي لارو ناروغی.

د کولي لیتیازیسس او کولي ډکولیتیازیسس دردونه د ډس پیپسیا سره توپیر لري.

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

۸- وظیفوي دس پیسیا. دځنډنې دس پیپ سیا غوره لامل دې چې ارگانیک لامل نه لري. (۳۶، ۳۷)

کلینیکي بڼه:

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

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

### دگیدې درد: (Abdominal Pain)

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

دگیدې دردونه څلور ډوله دي:

۱- حشوي دردونه:

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

۲- جداري دردونه :

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

۳- ليرديدونکي دردونه :

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

۴- سيکوجنيک دردونه :

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

د گيډې حاد درد

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

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

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

۲- سوري کيدل.

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

## ۳- انسدادی دردونه :

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

## دگیدې د حاد درد تاریخچه او پلټنې:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### فزیکي ازموینې:

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

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

### دگیدې فزیکي کتنې:

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

که اوازونه لوړ او ریډل شي د کولمو انسداد ښودنه کوي او که وانه او ریډل شي نود الیوس اود سترانگولیتید اسکیمیا دلالت کوي. (۳۲)

### دحوصلی او ریکتوم فزیکي کتنې:

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

### سگموئیدوسکوپي:

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

### دخولې کننه:

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

### تودوخه:

په حاد التهابي ناروغیو کې تبه وي. (۳۲)

### تشې متیازې:

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

### پلټنې:

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

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

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

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

۶- هیماټولوژی: سیکل سیل ناروغی، هیمولایتیک ناروغی.

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

دگیدې ثابت دردونه:

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

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

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

#### Functional or Non Ulcer Dyspepsia (NUD)

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

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

د وظیفوي دس پیپ سیا سب ګروپونه:

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

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

پورتنی برخې په مرکز کې وي. (۲۲، ۳۸)

## کلینیکي موندنې:

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

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

## دزړه سوځیدل: (Heart Burn)

دزړه سوځیدل د گاستروازوفازیل ریفلوکس لومړنۍ گمیله ده چې د Acid regurgitation ، Sour stomach ، Indigestion ، bitter bleching او پنومونو هم

نومول کیږي. (۱، ۴۱)

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

دزړه سوځیدل لومړی دمری په ښکتنی برخه کې پیلیږي ورو ورو پورته خواته د تپیر د هډوکي شاته، غاړی، کله کله شاته او نادراً اوږې ته خپریږي. (۱، ۴۱)

دانتی اسید، سوډا او شیدو خوړلو سره غلې کیږي. کله کله دزړه د رگونو د ناروغیو د دردنو سره غلطیږي. (۱، ۴۱)

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

## د خوړو نه زغمل: (Food intolerance)

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

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

## ۲- Irritable Bowel Syndrome (IBS)

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

## ۳- Chines restaurant syndrome

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

## ۴- فینایل کیتون یوریا (Phenylketonuria)

د خوړو دنه زغمل یو ډول دی چې فینایل الانین هایدروکسي لیز د نشتوالي څخه پیداکېږي. دغه انزایم غذایی فینایل الانین میتابولیز کوي. (۳۸، ۳۶)

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

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

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

### کلينيکي موندنې:

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

### د معدی او کولمی گازی سندروم (Gastrointestinal Gas syndrome)

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

په کولمو کې پنځه ډوله گازات دي (نايتروجن، اکسيجن، کاربن دای اکسايډ، هايډروجن، ميتان) داگازات له دريو لارو څخه پيدا کېږي. (۴۱)

#### ۱- د هوا تيږول:

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

#### ۲- د کولمو په دننه کې دگازاتو سرچينه:

د کولمو په دننه کې درې ډوله گازات جوړېږي (هايډروجن، کاربن دای اکسايډ، ميتان). کاربن دای اکسايډ د هايډروجن دايون او دبای کاربونيت د يوځای کيدو او د ترای گلسرائيدو څخه چې کله په شحمي اسيدونو باندې بدلېږي توليدېږي. (۴۱)

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

ميتان د هايډروجن دايون په شان د بکترياو د ميتابوليزم له امله جوړېږي. (۴۱)

۳- دکولمو دلومن اودوینې تر مینځ دگازاتو بدلون:

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

دکلینیک له نظره دگازاتو ستونزې:

ارگمی (Belching)

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

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

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

باد (Flatus)

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

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

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

## Dyspepsia تشخیص

۱- اندوسکوپي:

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

۲- عمومي لارې چارې:

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

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

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

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

**د Dyspepsia درملنه:**

الف: عمومي اهمتمات:

د ناروغانو څخه بشپړه تاریخچه واخیستل شي او په ډاکتر باندې باوري شي. په کولمو باندې دسیکالوژیک فکتورونو اغیزی وڅیړل شي.

د ډیرو ناروغانو لږې او پرله پسې گیلې ناروغ ته د تسلي ورکولو او دژوند د ترتیب بدلولو سره ښه کیږي. د خوړو بندیز کومه گټه نه لري خو بیا هم شراب، کافین، غوړین خواړه لږ یا بیخي درول شي. د درد د زیاتیدو لپاره د ناروغ څخه دهغه د ورځني خوړو او روحي ټولنیزو ستونزو پوښتنه وشي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

ب: فارمکالوژیک درمل:

سره له دې چې درمل په وظیفوي دس پیپسیا باندې کومه اغیزه نه لري خو بیا هم دوه پر درې ناروغان د درملو سره ښه کیږي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

## ۱- PPI

۱۰-۱۵% دس پیپسیا او ریفلوکس ډوله دس پیپسیا (زړه سوی) د پی، پی، ای سره ښه کیږي. اومي پرازول، ازومی پرازول، رابي پرازول، ۲۰ ملي گرامه، لنسوپرازول ۳۰ ملي گرامه یا پانتوپرازول ۴۰ ملي گرامه د ۲-۴ اونیسو لپاره ورکول کیږي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

۲- ایچ دوه رسپتور بلاکر د شپي درد یا د زړه سوځیدو لپاره ورکول کیږي.

## ۳- Antidepressant:

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

۵۰ ملي گرامه ورکول کیږي دوز یې ورو ورو جگړي اوسترالین هم ورکولای شو.

## ۴- پروکینیتیک درمل:

میتوکلوپرامید ۱۰ ملي گرامه دورځې درې ځله، دوم پریدون ۱۰-۲۰ ملي گرامه د ورځې درې ځله مخکې له ډوډې څخه ورکول کیږي. د میتوکلوپرامید دوامداره ورکول نیوروسیکاتریک اړخیزې اغیزی پیدا کوي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

Itopride د D2 رسپتور او اسيتايل کولين استريز انترایم د نهې کولو د لارې دمعدې داستيل کولين ازاديدل زیاتوي. (۲۵، ۴۱، ۳۷)

۵- اتنی ایچ پیلوري درملنه:

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

بې وشي.

۶- اتني اسیدونه لږ گټه لري.

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

۸- هربال تراپی

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

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

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

### Irritable Bowel Syndrome (IBS)

پېژندنه:

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

ایډیمولوژي:

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

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

همدرانگه په دوي کې ځينې نورې ستونزې ( لکه د حوصلې برخه کې د ډکو متيازو کول، تشې متيازې کول، جنسي نژدې والی، میاشتنی عادت، امیدواري اوزیرپون ډیرې دي. (۳۸، ۳۷، ۳۶)

### پتوفزیالوژي:

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

۱- دکولمو حرکي ستونزی:

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

۲- دگیدې داحشاو حساسیت زیاتوالی.

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

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

۳- لومینل فکتورونه (دکولمو اتان)

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

۴- عقلي او ټولنیز ابنارملتی:

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

### کلینیکي ښه:

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

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

تشخیصیه کړیتیریا:

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

۱- دگیدې درد د ډکو متیازو کولو سره ارامیږي.

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

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

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

۵- دمخاط وتل.

۲- دگیدې نفخ اوباد. (۳۱، ۳۸، ۳۲)

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

۱- څرگند نس ناسته.

۲- څرگند قبضیت

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

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

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

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

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

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

**دهضمي جهاز څخه دباندي د ای بي ایس کلينيكي څيره:**

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

**تشخيص:**

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

شي. دسلياک دناروغی. د ردولو لپاره بايد سيرالوژيکي ازموينې وشي اوکه دناروغ عمر د ۵۰ کالو څخه ډيروې دڅيښه افت د ردولو لپاره هم پلټنې وشي. (۳۷)

### توپيري تشخيص:

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

### درملنه:

الف: دخوړو په واسطه درملنه:

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

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

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

هغه خواړه چې دگیدې دباد او پرسوب لامل کېږي عبارت دي له گلپي، اومه پیاز، انگور، کرم، آلو، شفتالو، کافي، ممیز، هوگې او بیر څخه.

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

ب: فارمکالوژیکه درملنه:

د آی بی ایس دوه پر درې خفیف ناروغان دپوهاوي او دخوړو د پرهیز سره بڼه کېږي دمنځنی کچې او شدید ناروغان دخارونکو اهتماماتو سره نه بڼه کېږي. فارمکالوژیکه درملنه د مل درملنې په توگه نه درېښه ایستونکی درملنې په ډول ورکول کېږي.

(۳۱، ۳۸، ۳۷، ۳۲)

## ۱- د سپیزم ضد درمل:

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

مستحضرات يې عبارت دي:

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

## ۲- دنس ناستې ضد درمل:

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

## ۳- د بنوی عضلاتو استرخاء ورکوونکي:

Mebeverin هايډروکلورايد، دای سایکلورين هايډروکلورايد او Perpermint تيل دي.

## ۴- د قبضيت ضد درمل:

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

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

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

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

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

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

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

۸- پروبایوتیک: د یرو کمو څیرنوښودلي چې غیر پتوجن مایکرو ارګانیزمونه (لکه بافیډو بکتریوم انفانت) دکولمو د فلورا د بدلون لپاره بدن ته دتنه کوي.

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

## دمعدی ادینو کارسینوما (Gastric Adeno carcinoma)

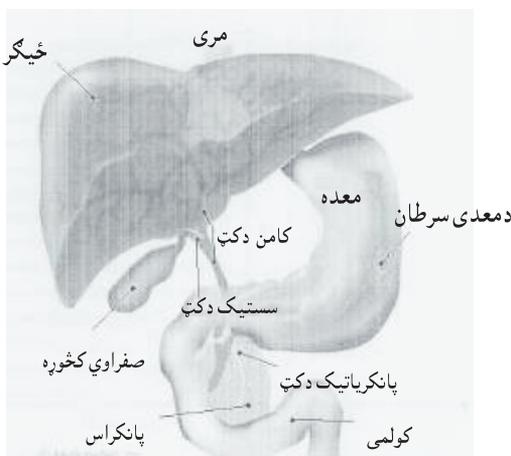
اپیدیمولوژي او پېښې :

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

لاملونه:

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

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



(۷-۱) شکل دمعدی سرطان (۴۳)

### پتوجینیزس

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

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

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

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

### پنالوژي:

#### دمعدی ادینو کارسینوما

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

دمعدی د ادینو کارسینوما مارفولوژیک ډولونه:

۱- Fungating intraluminal polypoid mass

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

## ۲- Diffuse spreading (Linitis Plastica)

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



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

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

## ۳- Super facial spreading

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

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

دځای له انده:

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

کلینیکي بڼه:

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

اختلالات:

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

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

۳- دگیډې دننه لمفاوي غوټو ته خپریږي.

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

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

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

۷- خبیث اسایتس

۸- ځیگر ته خپریدل (غوره ځای دی)

۹- migratory thrombophlebitis (Trosseus syndrome)

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

node)

۱۱- Acanthosis negricans

۱۲- Microangiopathic hemolytic anemia

۱۳- Guaic positive stool

۱۴- Dermatomyositis

۱۵- سر، د هډوکو مخ ته خپریدل. (۳۷، ۳۸)

تشخیص:

د ناروغی د تشخیص لپاره لاندې ازموینې ترسره کیږي:

۱- فزیکي ازموینه.

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

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

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

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

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

ترسره کیږي.

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

۶- د گیلې سې ټي سکڼ او اندوسکوپیک التراساوند.

۷- Fecal Occult blood test (۳۷، ۲)

: Stages

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

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

مسکولز پروپریایې تر برید لاندې نیولی وي.

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

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

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

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

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

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

### توپيري تشخيص:

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

### درملنه:

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

موضعي او سیستمیکه درملنه:

الف: موضعي درملنه

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

جراحي درملنه:

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

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

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

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

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

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

ب: سیستمیک درملنه:

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

:Multimodality therapy

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

خواړه ورکونه:

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

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

### د درملنې څخه وروسته دناروغ څارل

د معدې د کنسر ناروغانو ته وروسته د درملنې څخه دښه والي یا خرابوالي د معلومولو لپاره فزیکي او لابراتواري ازموینې (ایکسری، سي ټي سکن، اندوسکوپي) تر سره کیږي. (۴۳)

انزار:

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

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

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

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

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

### دمعدې لمفوما Gastric lymphoma:

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

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

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

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

## د کولمو التهابی ناروغی (IBD) Inflammatory Bowel Diseases:

پېژندنه:

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

### اپیدیمولوژي:

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

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

### لاملونه او پتوجنیزس:

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

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

دواړه فکتورونه دکولمو دمخاطبي طبقي معافیتوي سیستم دندی خرابوی.

الف: ارثیت

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

## السراتیف کولایتس(Ulcerative Colitis):

پېژندنه:

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

پتالوژي:

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



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

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

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

شديد التهابي حالت کې بيړنی او ځنډنی التهابي ژونکې په کريپتونو کې ارتشاح کوي پدې حالت کې د کريپتيس، کريپت ايسی، اکزودات او د اپي تيليوم د سطحی تپونه وي. (۳۸)

گابليت ژونکې د س پلاستیک کيږي هسته يې بې ډوله کيږي او د ميتوزسس زياتوالی د کولون کنسر لپاره زمينه برابروي. ۱۰-۲۰ سلنه ناروغانو کې چې په پان کوليتس اخته وي التهاب ۱-۲ ساتي متره تر مينل اليوم خواته غځيږي چې د Back wash ileitis په نوم ياد يږي. (۳۸)

#### کلينيکي ښه:

د ناروغی غوره گيلې مقعدي وينه بهيدنه او نس ناسته ده، نس ناستی ډيري دشپي لخوا او وروسته د ډوډی خوړلو څخه وي.

ناروغي کله ښه کيږي او کله بيرته راگرځي روحی ستونزې، ستريس، اتانات، گاستروانترائيس، انتي بيوتیکونه او نن ستروئيد التهاب ضد درمل د ناروغی د بايپري لامل کيږي. سگرت، داوسپنی خوړل او ویتامين بي ۲ تشديدونکي فکتورونه دي. د ناروغی کلينيکي ښه دافت د ځای او د التهاب پراخوالي پورې اړه لري. (۳۸، ۴۴، ۲۲)

#### ۱- السراتيف پروکتيتس Ulcerative proctitis

پدې حالت کې نس ناسته د ورځې د پنځو ځلو څخه لږ وي په متناوب ډول وينه او کله مخاط وي. د ريکتوم د التهاب له کبله ارجنسي، فريکونسي (تينس موس) پيدا کيږي د ډکو متيازو کولو سره د کين ښکتنی کوارانت درد غلی کيږي. خو گيډه په جس سره درد ناکه نه وي. (۳۸، ۴۴، ۲۲)

#### ۲- Proctosigmoiditis

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

### ۳- دکین خوا کولایتس

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

### ۴- Pancolitis or universal colitis

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

### ۵- Fulminant colitis

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

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

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

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

منځنی	لږ	لږ	شدید
۲-۴	< ۴	دس ناستي شمیر په ورځ کې	> ۲
متوسط	لږ	په ډکو متبازو کې دوینی شتون	زیات
۹۰-۱۰۰	< ۹۰	د نبض شمیر په یوه دقیقه کې	> ۱۰۰
< ۳۷.۵ ساتي گریډ	نشته	دتودوخی درجه	> ۳۷.۵ ساتي گریډ
> ۷۵%	لږ وي	انیمیا	≤ ۷۵%
۴۲ ملي متر >	۴۲ ملي متر <	ESR mm/hr	
۱۰% >	نشته	وزن بایلل	
سوروالی ډیر وي وعایي حالت نه وي تپ نه وي	سوروالی، د وعایي حالت کموالی، خفیف گرانولیشن	اندوسکوپي	تپونه وي، په خپل سر وبنه بهیري
۴۰-۴۲	نارمل	دهیماتوکریټ سلنه	< ۴۲
۳-۳.۵	نارمل	البومین (گرام)	< ۳

### لابراتواري پلټنې:

- ۱- دوینی بشپړه شمیرنه د انیمیا او ترمبوسایتوزس لپاره (کله کله ترومبوسیت لوړ وي).
- ۲- دوینې الکترولايت او د پښتورگو د دندو ازموینې باید تر سره شي ځکه چې په ځنډنۍ نس ناستو کې دوینې پوتاشیوم، مگنیزیم لږېږي او پري رینل ازوتیمیا وي.
- ۳- دځیگر د دندو ازموینې د پریماړي اسکلیروزینګ کولاجیتس لپاره باید تر سره شي.
- ۴- دگیډې ساده راډیوگرافي باید د توکسیک میګاکون لپاره وشي.
- د باریوم ازموینې لږ کارول کیږي ځکه چې د توکسیک میګاکولون لامل کیږي.
- ۵- د تشو متبازو ازموینې.
- ۶- د ډکو متبازو کرل د اتناني لاملونو د ردولو لپاره.
- ۷- ESR د ناروغۍ په شديده حالاتو کې لوړ وي.
- ۸- سي ریاکتیف پروتین لوړ وي.
- ۹- د السراتیف کولایتس اندوسکوپیکې نښې عبارت دي له:  
الف: دکولون وعایي بڼه له مینځه تللي وي.

ب: مخاطي طبقه سور او ماتيدونکی وي.

ج: برسیرن تپونه.

د: کاذب پولیپونه.

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

توپيري تشخیص:

السراتیف کولایتس دلاندې ناروغیو سره توپيري تشخیص کیږي:

الف: اتتاني ناروغی:

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

ب: غیر اتتاني ناروغی:

۱: وعایي (اسکیمیک کولایتس)

۲: ایدوپاتیک (کولاجن کولایتس، (Behcet disease)

۳: درمل (نن ستروئیدل التهاب ضد درمل)

۴: نیوپلازم (کولون کنسر) (۳۷)

اختلاطات

الف: موضعي اختلاطات:

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

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

۲- دکولون سوري کيدل

۳- شديده او ژوند ویرونکی وینه بهیدنه.

۴- دکولون کنسر.

ب: دکولموڅخه دباندي اختلافات.

۱- خوله: افتوس السرونه.



(۱۰-۱) شکل خوله کې افتوس السرونه (۴۶)

۲- سترگی: Episcleritis, Uveitis, Iritis

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

Arthritis of Sacroiliac joint, ankylosing spondylitis, pain

۴- پوستکی: Erythema Nodusum او Pyoderma gangrenosum

۵- Deep Vein thrombosis

۵% دسرو امبوليزم وي چې لاملونه يې عبارت دي له: د فبروجن اود فکتور ۵ او ۸

زیاتوالی، دانتي ترومبین ۳ کموالی، دکوچنیو، منخنیو او لویو رگونو واس کولایتس

څخه.

۶- اتوامیون هیمولایتیک انیمیا.

۷- کلایینګ

۸- د ځیګر او صفراوي لازو پریماری اسکلیروزینګ کولانجیتس، سیروزس، شحمی ځیګر، او ځنډنی هیپاتیتس دي. (۳۸، ۴۴)

### درملنه:

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

۱- دستل کولایتس

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

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

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

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

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

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

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

د: یوازی دخولې دلزې کورتیزون یا ازاتایپوپورین.

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

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

۲- خفيف او متوسط کولائتس

الف: ۵ امينو سلاسلېک اسيد

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

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

ب: کورتيکوسټروئيډ:

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

ج: معافيت بدلونکي درمل (Immuno modulating agents):

په لاندې حالاتو کې ورکول کيږي:

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

۲: د کورتيکوسټروئيډو ناوړه اغيزې پيداشوې وي.

۳: د کورتيکوسټروئيډو د قطع سره ناروغي بايږي وکړي.

۴: هغه ناروغان چې جراحي درملنه نه خونبوي.

دا درملونه عبارت دي له ۶ ميرکپتو پيورين او ازاتايئوپورين څخه چې ۲۰ سلنه اغيزه لري. (۳۷، ۴۴، ۳۵)

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

که سیستمیک کورټیکوسترورید ، مرکټوپورین یا ازاناپورین سره درملنه بریالی نه شوه بل امیونومودیلاتور درمل چې Infiximab نومېږي ورکول کېږي.

دا درې دوزه ۵ ملي گرامه په هر کیلو گرام وزن د بدن په 0-2-6 اونۍ کې ورکول کېږي. ۲۵ سلنه اغیزه لري. ددې درمل د اغیزی دوام موده ۸-۱۰ ورځې ده.

۳- شدید السراتیف کولایتس

الف: عمومي لارې چارې:

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

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

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

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

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

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

۵- د گیلې درد ، د تودوڅې درجه ، د نبض شمیر او په ډکو متیازو کې وینه باید

ارزیابي شي.

۶- د گیلې ساده راډیوگرافي باید د کولمو د پرسوب لپاره واخیستل شي.

۷- ډکې متیازې د بکټریا و لپاره وکرل شي.

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

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

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

کېږي. (۳۵، ۴۴، ۳۷)

ب: کورټیکوسترورید

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

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

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

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

مخکې ترې یادونه شوې.

د: سایکلوسپورین:

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

جراحی درملنه:

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

د تفریخ د دورې دوام (Maintenance remission):

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

## انزار:

السراتف کولایتس اوږد مهاله ناروغی ده چی کله کمیږي او کله زیاتیږي ډیری ناروغان یوازې د طبی درملنې سره ښه کیږي. توالد او تناسل کولای شي.

## د کرون ناروغی: Crohn's Disease (CD)

## پنالوژي

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

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

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

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

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

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

## کلینیکي بڼه:

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

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

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

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

### تشخیص:

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

۲- دوینې ازموینې:

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

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

## اختلاطات:

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

## ۲-۱ جدول: نوپري تشخیص ۳۷، ۴۰

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

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

### درملنه:

#### ۱: تغذیه

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

#### ۲- Enteral therapy :

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

#### ۳- Total Parenteral Nutrition (TPN)

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

ب: گیله ایزه درملنه:

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

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

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

ج: ځانگړې درملنه:

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

۲- کورتيکوسټروئید:

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

پريدنيزولون یا میتل پريدنيزولون هغه وخت کارول کیږي چې بیدسونید سره درملنه بریالی نشي، ناروغي شدید وي، د کولون لری برخه او د کوچنی کولمو نژدې برخه اخته شوې وي. د ورځې ۴۰-۲۰ ملي گرامه ورکول کیږي چې ۲۰-۹۰ سلنه د ۱۶-۱۸ اونيو په موده کې ښوالی راولي. دوز یې ورو ورو کمیږي ترڅو چې دورځې ۲۰ ملي گرامو ته ورسېږي. (۳۷)

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

۳- اتی بیوتیک:

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

۴- معافیت بدلونکي درمل (Immunomodulating agents):

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

۵- انتي تومور نکروز فکتور تراپي:

Infliximab په لاندې حالاتو کې ورکول کیږي.

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

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

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

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

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

#### انزار:

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

## دځیگر ځنډني التهاب (Chronic Hepatitis)

پیژندنه :

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

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

ویشنه:

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

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

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

### ۱- Chronic Persistent Hepatitis

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

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

کيږي او دلږی مودی لپاره هستولوژیک بدلونونه بنسبي خو نادراً سيروزس خواته پرمختگ کوي.

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

### ځنډنی وایروسي هيپاتيټس :

ځنډنی وایرل هيپاتيټس دوه ډوله دی ځنډني هيپاتيټس بی او ځنډنی هيپاتيټس سي چې ددې دواړو کلينيکي، بيوشميک او هستولوژیک بدلونونه سره ورته والی لري. (۳۲)

### ځنډنی هيپاتيټس بي : Chronic Hepatitis B (CHB)

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

ځنډني هيپاتيټس بي د حاد هيپاتيټس بي د ځنډني کيدو څخه منځته راځي چې دسيروم د امينوترانس فيريز په دوامدره لوړيدو سره پيژندل کيږي.

ځنډني هيپاتيټس بي په دوه ډوله دی Active Viral replication او non replicative

۱- د وایرس فعال تکثري حالت عبارت دی له:

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

ب: دځيگر فعال نکروانفلاميشن (بايوپسي)

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

۲- غير تکثري حالت

الف: په ناروغ کې کلينيکي او بيوشميکي بڼه والی.

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

ج: دامینوترانس فيريز د کچې کموالی.

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

ه: دځيگر د نکروانفلا ميشن کموالی. (بايوپسي)

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

Wild type CHB هغه حالت ته وايي چې د HBV د جينوم په ساحه کې Pre core mutation صورت ونيسي او HBe Ag منفي وي. دا حالت په کال کې ۸-۱۰ سلنه سيروزس خواته پر مخ تگ کوي. همدارنگه که د ځنډني هيپاټيټس بي وایرس سره HIV مل وي او د CD4 کچه کمه وي نو ژرد سيروزس خواته ځي. (۷، ۲۲)

کلينيکي بڼه:

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

لابراتواري ازموينې:

۱- په مينځنۍ کچه دامینوترانس فيريز لوړوالی.

۲- په لږه اندازه د الکالين فاسفټيز لوړوالی.

۳- سيروم بيلرويين کله کله نارمل وي.

۴- دوامداره HBS Ag مثبت وي.

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

۶- د ALT کچه لوړه وي.

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

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

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

### اختلاطات:

۱- سيروزس او دهغه ستونزي.

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

(۷، ۲۶)

### درملنه:

ځنډني هيپاتيټس بي بايد په لاندې وختو کې درملنه شي:

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

$10^5$  copies/ml او يا لوړ وي، د سيروم امينوټراس فيريز انزایمونه لوړ وي.

د ځنډني هيپاټيټيس بي په درملنه کې دوه ډوله درمل په کار وړل کېږي چې عبارت دي له:

۱: اينترفیرون

۲- نیوکلو سید (نیوکلو سید ته ورته)

۱- اینترفیرون

اینترفیرون د اغیزې له مخې په دوه ډوله دي یو یې اوږده او بل یې لنډ اغیزه لرونکي. اوږده اغیزه لرونکي. اینترفیرون (لکه Pegylated interferon alfa- Peginteron (2a په اونی کې ۱۸۰ ملي گرامه د پوستکي لاندې د ۴۸ اونيو لپاره. لنډ اغیزه لرونکي اینترفیرون لکه Recombinant human interferon alfa-2b په ورځ کې پنځه میلیونه یوتیه یا لس میلیونه یوتیه په اونی کې درې ځله د غوښې دلازې د ۴-۶ میاشتو لپاره ورکول کېږي.

دا اینترفیرون سره ۴۰% ناروغان ښه کېږي، امینوترانس فیریز نارملېږي، د سیروم HBe Ag او HBV DNA ورک کېږي. Anti HBe پیدا کېږي. د جینوتا پ A کې رسپانس کم وي HBV DNA ډیر زیات نه کېږي، امینوترانس فیریز لوړوي.

په رسپاندر خلکو کې د سیروم او ځيگر څخه HBS Ag ورک کېږي، Anti HBS پیدا کېږي بایږی په بشپړ رسپانس کې ډیر کم وي.

HBe Ag منفي ځنډني هيپاټيټيس بي ناروغانو (Pre core mutation) کې د Peginterferon د ۴۸ اونيو د درملني سره رسپانس ۲۰ سلنه وي. (۷، ۳۷)

انترفیران په لاندې حالاتو کې ورکول کېږي.

الف: د هيپاټيټيس بي وایرس د ډیروالي نښې شته وي.

ب: ALT د نارمل حالت په پرتله دوه ځله لوړ وي.

ج: معافیت لرونکو ناروغانو ته.

د: اتتان بي په ځوانی کې اخیستی وي.

ه: دځيگر بېرته گرځیدونکې ځنډني ناروغی.

و: Wild type HBe Ag Reactive

ز: HBe Ag Negative CHB (۷، ۳۷)

اينترفیرون په لاندې حالاتو کې نه ورکول کېږي.

۱: ALT نارمل وي.

۲: ALT < 2x Upper limit of normal

۳: معافیت ځپلو ناروغانو کې.

۴: اتان بې په ماشومتوب کې اخیستی وي (اسیایي)

۵: دځيگر غیر معاوضوي ناروغی.

۶: داینترفیرون په وړاندې ټینګار وي.

په اول او دوهم حالت کې اینترفیرون او لامی ویډین، اډیفویر هم نه ورکول کېږي خو په

۳، ۴، ۵، ۶ کې لامی ویډین او اډیفویر ورکول کېږي. (۷، ۳۷)

د اینترفیرون اختلاطات:

(Depression irritability) ، Bone marrow suppression ، Flue like syndrome

Diarrhea ، Rash ، Alopecia ، autoimmun thyroiditis ، emotional lability

Numbness and ting ling sensation of extremities ،

داتوامیون تائیرویډایټیس څخه پرته دنورو اړخیزو گیلو د څرګندیدو سره د درمل دوز

کمېږي یا درول کېږي. (۲۶)

۲- نیوکلیوتائید او نیوکلیوسید دا درملونه د ځنډني هیپاتیتیس بې ناروغانو ته د

اینترفیرون په ځای ورکول کېږي چې ښه زغمل کېږي.

لامی ویډین نوکلیوسید ته ورته درمل دی چی دخولې دلارې د ۱۰۰ ملي ګرامه د ورځې

یوځل د یو کال لپاره ورکول کېږي ددې سره د HBV DNA کچه کمېږي، د ځيگر

هستولوژي ۶۰ سلنه ښه کېږي، ALT ۴۰% نارملېږي. د HBe Ag ۲۰ سلنه د یو کال په

موده کې منفي کېږي او Anti HBe څرګندېږي. په HBV DNA polymerase gen

لرونکی ناروغانو کې ۱۵-۳۰ سلنه ناروغي د یوه کال په موده کې بیرته راګرځي ځکه

چې پدې جين کې ميوتيشن صورت نيسي چې ددې له کبله دلامی ویدين په وړاندې تينگار پيدا کيږي پدې صورت کې لامي ویدين د ۴ کالو لپاره ورکول کيږي اړخيزی گيلی نه لری. (۷، ۳۷).

د لامي ویدين ورکونه:

۱- ALT د نارمل کچې څخه دوه ځله جگ وي.

۲- معافيت لرونکو ناروغانو ته.

۳- معافيت ځپلو ناروغانو ته.

۴- اتان يې په ځوانی کې اخیستی وي (غريبانو کې)

۵- اتان يې په ماشومتوب کې اخیستی وي (اسيايانو)

۶- دځيگر بيرته گرځيدونکې او نه گرځيدونکې ناروغی.

۷- Wild type HBe Ag reaction

۸- Active HBV Ag

۹- HBe Ag Negative CHB

۱۰- د اينترفیرون په وړاندې تينگار وي.

۱۱- فبروزينک کوليستاتیک هپاټيټس (۲۶)

د اينترفیرون او لامي ویدين گډ او يا بيل بيل ورکول يو دبل څخه بنه والی نه لري په امیدواری کې نه ورکول کيږي.

که هپاټيټس بي وایرس او HIV دواړه يو ځای وي نو لامي ویدين د ورځې ۳۰۰ ملي گرامه ورکول کيږي.

Adefovir dipivoxil نیوکلیوسید ته ورته درمل دي او هغه وخت په کار وړل کيږي چې د لامي ویدين په وړاندې تينگار پيداشي. دا درمل د خولې د لږې دورځې ۱۰۰ ملي گرامه ديوکال لپاره ورکول کيږي.

ددې په وړاندې تينگار نادر دی. (۷، ۳۷)

که چيرې ناروغ د پښتورگو ناروغي ولري نو د نفروتوکسي سيټي لامل کيږي.

Telbivudine دلامی ویدین او ادي فوویر په پرتله غښتلي دي. دخولې دلارې دورځې ۶۰۰ ملي گرامه ورکول کیږي. که دلامی ویدین سره ټینگار پیدا شو دانه ورکول کیږي. Entecavir دخولې دلارې ۵، . ملي گرامه ورکول کیږي. ددې په وړاندې ټینگار کم دی. Tenofovir چې د HIV ټینگاري هیپاټیتس بی وایرس پښو کې هم ورکول کیږي. (۷، ۳۷،

انزار:

هغه ناروغی چې دځنډني هیپاټیتس بی څخه وروسته راځي عبارت دي د سیروزس، هیپاتوسلیولز کارسینوما او دځیگر دبی وسی څخه.

که ځنډنی هیپاټیتس بی وایرس په سیروزس باندې اختلاطي شوی نه وي د پنځو کالو په موده کې 2-0 سلنه مړینه لري. ۱۴-۲۰ سلنه مړینه بیره گرځیدونکې سیروزس سره او ۷۰-۸۰ سلنه مړینه د نه گرځیدونکې سیروزس له کبله وي.

داتني وایرل درملنې سره انزار په ځواب ویونکو ناروغانو کې ښه وي. (۳۷،

ځنډنی هیپاټیتس ډي Chronic Hepatitis- D:

دا ډول هیپاټیتس په هغه کسانو کې وي چې په هیپاټیتس بی اخته وي.

دلبراتور او کلینیک له انده د ځنډني هیپاټیتس بی څخه توپیر نه لري. (۷، ۳۷،

دځنډني هیپاټیتس ډي درملنه:

Recombinant interferon alfa 2a (۹ میلیونه یونټه په اونۍ کې درې ځله د ۴۸ اونيو لپاره) یا Peginterferon alfa 2b (۱.۵ ملي گرامه نظر په کیلو گرام زون د بدن د ۴۸ اونيو لپاره).

سیروم امینوترانس فریز نارملوي. دځیگر هستولوژي ښه کوي په ۲۰-۵۰ سلنه ناروغانو کې د سیروم HDV RNA ورک کیږي. نیوکلیوسید دلته گټه نه لري. (۷،

۳۷،

ځنډنی هیپاټیتس سی Chronic Hepatitis-C:

نژدې ۸۰% بېرني هېپاټيټيس سي په ځنډني هېپاټيټيس سي اوږي، كلينيكې توپيريې د نورو ځنډينو هېپاټيټيس څخه گران دی.

نژدې ۴۰ سلنه پېښو کې د سيروم دامينوټرانس فيريز کچه دوامداره نارمل وي. دناروغی تشخيص د (EIA) Enzym immuno assay پرمټ د Anti HCV شتون دی. په ډيرو کمو پېښو کې که Anti HCV د EIA پرمټ څرگند نه شو نو د Polymerase chain reaction (PCR) پرمټ څرگنديږي. (۲۶، ۷، ۳۷)

په لاندې حالاتو کې ځنډني هېپاټيټيس سي په سيروزس بدلېږي.

۱- ۲۰ سلنه په ځنډني هېپاټيټيس سي ککړ کسان وروسته د شلو کلو څخه په سيروزس اوږي.

۲- د سيروزس خطر پيدا کيدل په نارينوو کې ډير دی.

۳- که دورځې د پنځو گرامو څخه زيات الکول وڅکل شي.

۴- که ځنډني هېپاټيټيس سي واپرس يې وروسته د ۴۰ کلني څخه اخیستی وي.

۵- معافيت ځپلو کسانو کې.

۶- معافيت ځپونکي درمل اخیستونکو کې.

۷- په HIV ککړو کسانو کې چې CD4 کچه يې کمه وي.

۸- هايپوگاماگلوبولينيميا.

۹- که ځنډني هېپاټيټيس سي واپرس لږ وي او يا د امينوټرانس فيريز کچه (ALT)

نارمل وي نو ۱۰ سلنه په سيروزس بدلېږي. (۲۶، ۷، ۳۷)

دځنډني هېپاټيټيس سي درملنه:

د ځنډني هېپاټيټيس سي د درملني ورکونه:

۱- د ALT فعاليت زيات وي.

۲- د ځيگر په بايوپسي کې پورتال يريجينک فيروزس شته وي.

۳- HCV RNA شته وي.

۴- دناروغ عمر د ۷۰ کالو څخه کم وي.

- ۵- بېرته گرځيدونکی سيرووس.
  - ۶- دواړه ځنډنی هېپايتيټس سي او HIV سره يوځای وي او د CD4 کچه کمه وي. انتي وايړل درمل په بېرته نه گرځيدونکی سيرووس کې نه ورکول کېږي. (۳، ۲۲۷، ۷) په لاندې حالاتو کې ځنډنی هېپايتيټس سي د اوږدې مودې لپاره درملنه کېږي.
  - ۱- اختلاطات.
  - ۲- د درملنی په وړاندې ځواب نه وي.
  - ۳- کوتاينوسس وازکولايټس او گلوبولونفريټس چې د ځنډنی هېپايتيټس سي له کبله وي. په لاندې حالاتو کې د درملني ځواب کم وي.
  - ۱- پرمختللی فېرووس (سيرووس)
  - ۲- اوږد مهاله ناروغی شته وي.
  - ۳- جينوتايب ۱
  - ۴- د HCV RNA کچه د 2million copies/ml څخه لوړه وي.
  - ۵- معافيت خپلو کسانو کې.
  - ۶- چاغوالی.
  - ۷- د درملني دوز يا دوام کم وي. (۳، ۲۲۷، ۷)
- د ځنډنی هېپايتيټس سي د درملني رژيمونه:
- پخوا د ځنډنی هېپايتيټس سي ستنډرډ درملنه اينترفیرون الفا او ريباوايرين گډ ورکول و خو اوس يې منل شوې ستنډرډ درملنه د ريباوايرين او اوږده اغيزه لرونکي IFN (Pegylated interferon) (Peginteron) گډ ورکول دي.
- الف: لومړی رژيم: Pegylated اينترفیرون په اونۍ کې يوځل د پوستکي لاندې د ريباوايرين سره گډ ورکول کېږي. دا اينترفیرون دوه مستحضرات لري. (۲۲)
- ۱- (Peginteron) Peginterferon alfa 2b
  - ۲- (Pegasys) Peginterferon alfa 2a
- دواړه يې يوشان اغيزه لري.

د درملنې د دوام موده په جينوتايپ پورې اړه لري.

#### ۱- 1 - HCV genotype

دهيپاټيټس سي وایرس دا ټيپ تر يوه کال (۱۴۸ اونۍ) پورې درملنه کيږي.

- 180µg pegasys دريښاوايرين سره (که دناروغ د بدن وزن د ۷۵ کيلو گرام څخه کم وي نو ريباوايرين دورځې ۱۰۰۰ ملي گرامه دخولې دلارې او که د بدن وزن يې د ۷۵ کيلو گرامه او يا زيات وي نو د ورځې ۱۲۰۰ ملي گرامه دخولې دلارې) ورکول کيږي. (۲۲)

- 1.5 µg peginteron نظر په کيلو گرام وزن د بدن دريښاوايرين سره (د دورځې ۸۰۰ ملي گرامه دخولې دلارې) ورکول کيږي. (۲۲)

#### II : HCV Genotype-2 and 3

د اټيپونه د ۲۴ اونيو لپاره درملنه کيږي. 180µg pegasys اوريباوايرين د ورځې ۸۰۰ ملي گرامه او يا 1.5 µg Peginteron نظر په وزن د بدن اوريباوايرين دورځې ۸۰۰ ملي گرامه ورکول کيږي. (۲۲)

ب: تعقيبې رژيم:

دارژيم هم په اونۍ کې يوځل د پوستکي لاندې (په تيره هغو ناروغانو کې چې ريباوايرين نه ورکول کيږي او يا يې زغملای نشي) ورکول کيږي.

۱۸۰ مايکروگرامه Pegasys او 1.0µg Peginteron په کيلو گرام وزن د بدن د جينوتايپ I لپاره يو کال او د جينوتايپ ۲-۳ لپاره ۲۴ اونۍ ورکول کيږي. بې گيلو (ځنډني ناقلين) او هغه ناروغان چې ALT يې نارمل وي درمل نه ورکول کيږي. (۲۲)

د Pegylated انټرفيران اړخيزې اغيزې:

عصبي گيلې لکه مخرشيت او خفگانونه، د تايروئيد د غدې د دندو خرابوالی، د هډوکو دمغز انحطاط، سايتوپينيا، دوينې شميرل په اوله او دويمه اونۍ کې بايد يو ځل او بيا وروسته دهغه څخه په مياشت کې يوځل وشي.

داينترفیرون مضاد استطبابات: عبارت دی له: بیرته نه گرځیدونکی سیروزس، پرمخ تللی سایتوپینیا، شدید عصبي ستونزې، اتوامیون ناروغی. (۲۲)

دریباو ایرین مضاد استطبابات:

۱- هیمالایزس.

۲- دانجینا او ستروک خطر شته وي.

۳- تیراتوجینیستي: هغه بنځینه ناروغان چې ریباو ایرین اخلي باید د درملنې دپای څخه تر ۲۴ اونيو پورې دامیدواریدو څخه ډډه وکړي. (۲۲)

دریباو ایرن اړخیزې اغیزې:

رش، خارښت، سردردی، توخی، ساه لنډي، لکتیک اسیدوزس.

د انیمیا او لوکوپینیا درملنې لپاره Erythropoietin (Epoetinalfa) او Granulocyte colony stimulating factor ورکول کیږي.

اینترفیرون دزړه، سږو او دپښتورگو په ترانس پلانټیشن کې نه ورکول کیږي ځکه چې د غړو د ردیدو لامل کیږي. (۲۲)

انزار:

ځنډني هیپاتیتیس سي وایرس په پټه توگه پرمختگ کوي وروسته د ۱۰-۲۰ کالو څخه دسیروزس او دځيگر د ژونکو د کارسینوما لامل کیږي. که د درملنې سره فبروز ورک شود ځيگر دژونکو د سرطان خطر کميږي. (۲۲)

اتوامیون هیپاتیتیس (Autoimmune Hepatitis)

اتوامیون هیپاتیتیس دځيگر ځنډني ناروغي ده چې لامل یې ښکاره نه دی او د نورو اتوامیون ناروغيو (لکه مهاجروي پالي ارترایتیس، خارښت لرونکی رشونه، لمف ادینوپاتي، هاشیمیتوز تایرودیتیس، تایروتوکسیکوزس، میکسودیمیا، Coombs

positive hemolytic anemia ، گلو میرونفرایټس او نفروتیک سندروم، سره یوځای وي. (۷، ۳۷)

دا ناروغي لومړی ځل په ۱۹۵۰ م کال کې څرگنده شوه چې په ډول ډول نومونو یادیده خو د ۱۹۹۲ م کال راهیسې د اتو امیون هیپا ټیټس پنوم یادېږي. (۷، ۳۷)

اتو امیون هیپا ټیټس په دوو ډولونو دې چې ټیپ ۱ او ټیپ ۲. دواړه یې په ښځو کې دنارینو په پرتله زیات وي. کلینیکي او بیوشیمکي بڼه یې سره ورته وي.

دناروغي د پیدا کیدو څرنگوالي ښکاره نه دی خو ډیری پدې باور دي چې د هیپا ټوسیت په وړاندې د امیون غبرگون په پایله کې مینځته راځي. په جنټیک ډول داسې ښکاري چې ناروغي په برابر و خلکو کې د ناڅرگنده زیانمن چاپیریال سره دمخامخیدو له کبله منځته راځي. (۷، ۳۷)

اتو امیون هیپا ټیټس په هغو کسانو کې چې HLA Class II DR3 ، HLA class B8 او HLA DR4 2a/oci لري لیدل کیږي او په اسیایانو کې اتو امیون هیپا ټیټس په کسانو کې لیدل کیږي. (۷، ۳۷)

اتو امیون هیپا ټیټس پراخه کلینیکي څرگندونې لري که شدید حالت یې د امیون سپریشن درملنې سره ښه نه شي نو ناروغي دځيگر د وروستني پړاو ناروغي ځوانه درومي. (۷، ۳۷)

دا ناروغي په ۱۰-۳۲ کلنۍ او یا پورته عمر کې پیدا کیږي. په مینوپاز ښځو کې ۴۵-۶۰ کلنۍ په عمرونو کې پېښیږي. کله کله په کم عمره ماشومانو کې ځانگړی اتو امیون هیپا ټیټس ټیپ I پیدا کیږي. (۷، ۳۷)

په ځینو ناروغانو کې مخکې له دې څخه چې ژېړی یا گیلې یې ښکاره شي ناروغي دامینو ترانس فیریز انزایمونو د لوړوالي له مخې د روغتیا دارزیابۍ په وخت کې په روغو خلکو کې څرگندېږي. (۷، ۳۷)

په ډیری ناروغانو کې ژېړی او سټرټیا شته وي. دځيگر د ازموینو اېنارملټي دځيگر دنورو ځنډنو ناروغيو په شان وی. (۷، ۲۶)

دسیروم دبیلروبین او ALP لوړوالی د ځیگر په شدیدې او پرمخ تللې ناروغۍ دلالت کوي. د گاماگلوبولین په تیره د امینوگلوبولین کچه د ۲.۵ گرام فی لیتر څخه لوړه وي. په سیروم کې د انتي بادي شتون د تایپ ۱ او تایپ ۲ اتو امیون هیپاتیتیس ځانگړی بنسټ جوړوي. (۷، ۳۷)

په کلاسیک یا Type-I اتو امیون هیپاتیتیس کې انتي نیوکلار انتي بادي، انتي سموت مسل انتي بادي، انتي اکتین او انتي سیالو گلايکوپروتین رسپتور انتي بادي مثبت وي. تیپ II اتو امیون هیپاتیتیس په سیروم کې Anti liver kidney microsomal-I انتي بادي (Anti LKM-I) او د انتي Anti liver cytosol-I انتي بادي مثبت وي او انتي نیوکلیار انتي بادي او انتي سموت مسل انتي بادي منفي وي.

د اتو امیون هیپاتیتیس دځیگر په با یو پسی کې هغه بدلونونه چې په نورو ځنډنیو هیپاتیتیس کې شته وې لیدل کیږي. د پلازما سیل شتون په نورو ځنډنیو هیپاتیتیس کې نادر دی خو د اتو امیون هیپاتیتیس لپاره ځانگړی ارزښت لري. (۷، ۳۷)

#### درملنه:

د اتو امیون هیپاتیتیس ډیر ناروغان د کورټیکوسټروئیدو د درملنې سره ژر کلینیکي ځواب وايي. گیلې یې له مینځه ځي. د امینوترانس فیریز او بیلروبین کچه نارملیږي. پریډنیزولون ناروغانو ته لومړی ځل د ورځې ۲۰-۳۰ ملي گرامه پیلیږي چې د ۱-۳ میاشتو په موده کې د امینوترانس فیریز کچه کمیږي. (۷، ۳۷)

که په دې موده کې د درملنې سره کلینیکي او بیوشیمکي ځواب کم وي نو د ناروغۍ د بڼه تشخیص لپاره باید رنځور بیا معاینه شي. (۷، ۳۷)

ددې لپاره چې د پریډنیزولون د دوامداره درملنې د بدو اغیزو څخه مخنیوی وشي ناروغانو ته ازانا یو پیورین ۵۰ ملي گرامه د درملنې په پیل یا وروسته کې ورکول کیږي. (۷، ۳۷)

په ځانگړو ناروغانو کې د پريدينيزولون دوز ورو ورو ۵-۱۰ ملي گرامه پورې بنسکته او په دوامداره ډول د ۵۰-۱۵۰ ملي گرامه د ازاتايوبيورين سره يوځای په ورځ کې ورکول کيږي. (۷، ۳۷)

په ځينو ناروغانو کې ازاتايوبيورين دوه ملي گرامه نظر په کيلو گرام وزن د بدن په ورځ کې يو ځل په دوامداره ډول ورکول کيږي. د ازاتايوبيورين دوامداره ډول کارول د اميونو سپريشن، د هډوکو د مغز بې وسي او د کانسر خطر زياتوي. هڅه دې وشي چې درملنه د لنډې مودې لپاره ودرول شي خو کله کله دا درول په يو شمير ناروغانو کې ډيرې بدې اغيزې لري لکه د ناروغۍ شديد او مرگوني حالت مينځته راوړي. (۷، ۳۷) که د معافيت څېونکو درملو سره ناروغ بڼه نه شي او د ځيگر د ناروغۍ وروستۍ مرحلې وي نو ځيگر بدلېږي. (۷، ۳۷)

### د درملو له کبله د ځيگر التهاب (Drug induced Hepatitis)

ځيگر د درملو دميتابوليزم لپاره لومړنی ځای دی که په يوه ناروغه ځيگر کې په نارمل دوز سره درمل ورکړل شي نو د توکسي سټي لامل کيږي. (۱۳، ۳۸)

### Hepatotoxic Drug reaction

د ځيگر بې وسي، ژيری او د ځيگر دندو د ازموينو اېنارمليتي بايد د درمل د تسمم سره توپيري تشخيص شي. (۳۸)

که د دوا د توکسي سټي سره ژيری پيداشو نو د ځيگر د شديدې ناروغۍ بنسودونکی ده د دواگانو توکسي سټي په عمومي ډول بيړنی او نادراً ځنډنی وي. (۱۳، ۳۸)

د دواگانو د توکسي سټي له امله د ځيگر دندو ازموينې د څو اونيو په موده کې نارملېږي او په کوليسټاتيک هپاتيتس کې د څو مياشتو څخه وروسته د ځيگر دندو ازموينې نارملېږي. (۱۳، ۳۸)

د کواموکسي کلاف له کبله دوامداره کوليسټازس وي چې په ناروغ کې دوامداره خرابنت وي. (۱۳، ۳۸)

۳-۱ جدول کې هغه درمل بنودل شوي دي چې د هپاتو توکسي سټي لامل کيږي: (۱۳، ۳۸)

پتالوژي	درمل
کولیسټازس	کلورپرومازین اولوپ دوز استروجن
کولیسټازس	نن سټروئیدل التهاب ضد درمل
کولیسټاتیک هیپاتیتس	ستاتین، کواموکسی کلاف
بیرنې هیپاتیتس	ایزونیازاید او ریپامپسین
Non alcoholic steato hepatitis	امیدارون
Venous out flow obstruction	ازاتاپیرین، بوسلفان
فایروزس	میتوتریکزیت

### د درملو له کبله دځیگر دحادی ناروغیو تشخیص

- ۱- د درمل اخیستل: که ناروغ په خپله درمل خوړلی وي
- ۲- دناروغی د مینځته راتلو پیل ( ۴ ورځو - ۸ اونۍ دی)
- ۳- د درملو د پریښودلو اغیزې دځیگر د بیوشمیک ازموینو په نارملیدو باندې.  
په هیپاتیتس کې دځیگر ددندوازمونې د دوو میاشتو په موده کې او په کولیسټاتیک او مخلوط افت کې دځیگر ددند وازموینې د ۲ میاشتو په موده کې نارملېږي.
- ۴- نورې ناروغی لکه وایرل هیپاتیتس، صفاوي ناروغی باید رد شي.
- ۵- دځیگر بایوپسي: که ناروغی دوامداره شي او یا د ازموینو پر مټ تشخیص نه شي نو بایوپسي تر سره کېږي. (۳۸)

### دځیگر دناروغیو ډولونه:

#### کولیسټازس

که داستروجن ورځنی کچه د ۵۰ مایکرو گرام څخه زیات شي د کولیسټازس لامل کېږي همدارنگه نور هغه درمل چې د کولیسټازس لامل کېږي عبارت دي له کلورپرومازین، فلوکلوکزاسیلین، کواموکسی کلاف، سټروئید، نن سټروئید التهاب ضد درمل، میتل ټسترون، اریټرومایسین، نایټروفوراتین، ریفام پین، متی مازول څخه. (۳۸)

### هيپاتوسايت نيکروزس

هغه درملونه چې دځيگر د ژونکو د نکروزس لامل کيږي او ترانس اميناز انزايمونه ورسره لوړيږي عبارت دي له پاراستامول، نن ستروئيد التهاب ضد درمل، ايزونيازايډ، هربال دواگانې لکه Comfrey, yellow phosphorus، Germander. (۳۸)

### ستياتوزس:

هغه درملونه چې د ځيگر په ژونکو کې د شحم د ځای په ځای کيدو لامل کيږي عبارت دي له تتراسکلين، سوډيم وال پروت، تاموريپين، اميدارون څخه (۲۷) واسکولر او ساينوزوئيډل ناروغی. دکنسر ضد درمل دځيگر د رگونو د ناروغيو او ویتامين A دځيگر د ساينوزوئيډ د زيانمنيدو لامل کيږي. (۲۷)

### هيپاتيټيس

هغه درمل چې د هيپاتيټيس لامل کيږي عبارت دي له ميتوتريکرات، هلوتان، کاربامازيپين، متيل دويا، کپتوپريل. نيفيد پيپين، اندوميتاسين، ريفام پيپين، ازونيازيد، هايډروکلوروتيازيد څخه. (۳۸)

### هيپاتيک فبروزس

ميتوتريکريت لومړي د ځيگر د پيړني بي وسي او په لوړ دوز سره د سيروزس لامل کيږي.

د دواگانو پواسطه دځيگر د فبروز مينځته راتلو لپاره د خطري فکتورونو شتون اړين دي لکه دځيگر پخوانی ناروغی، د الکولو ځکل. لاندې درمل بايد د ځيگر په سيروزس کې ورنکړل شي:

نن ستروئید التهاب ضد درمل د ځیگر د ژونکو د بې وسی او واریزال وینه بهیدنې  
لاهل کیږي. (۳۸)

ACE نهی کوونکي د پښتورگو د وینې جریان کموي چې د هیپاتورینل بی وسی لامل  
کیږي.

کودین ، نارکوتیک او انیکزولایتیک چې د هیپاتیک انسفالوپاتي لپاره زمینه برابر  
وي. (۳۸)

## ژېړی (Jaundice) :

پېژندنه:

ژېړی د پوستکي، د منظمې طبقې چې د سکلیرا لپاسه دی او دنورو مخاطي طبقو ژېړی رنگ ته وایي چې د هاپیریلروبینیمیا له کبله مینخته راځي.

د سیروم بیلروبین نارمل اندازه 1.2mg/dl او مجموعي اندازه یې 0.1-1.2mg/dl دي. ژېړی هغه وخت څرگندېږي چې سیروم بیلروبین د 50mmol/L (3mg/dl) څخه زیات شي. ژېړی لومړی په سترگو کې ښکاري ځکه چې سکلیرا زیات الاستیکي انساج لري او بیلروبین د دې انساجو سره زیات تمایل (affinity) لري. (۲۴، ۳۳)

### د ژېړې پتوفزیالوژي :

الف: Unconjugated hyper bilirubenemia

۱- د بیلروبین د جوړیدو زیاتوالی.

- هیمولایتیک انیمیا.
- هیماټوما
- د سپروانفارکشن

• د سرې ژونکې بې اغیزې جوړیدل (Ineffective erythropoiesis)

۲- د ځیگر پواسطه د بیلروبین د اخیستلو نیمگرتیاوی (لکه درمل او سیب سیس).

۳- د ځیگر پواسطه د بیلروبین د کنجوگیشن خرابوالی لکه په ارثي توگه د گلوکوروبیل

ترانسفیریز اترایم نشتوالی یا خرابوالی (Gilbert's Syndrome) ، Crigler Najjar syndrome. (۳۳، ۳۷)

ب: Conjugated Hyper bilirubenemia

۱- Hereditary Cholestatic Syndrome

- د کنجوگیت بیلروبین د اطراح خرابوالی.

- Dubin Johnson's Syndrome

Rotor Syndrome (۳۳، ۳۷)

۲- دځیگر د ژونکو دندو خرابوالی.

- دصفاړوي اپي تیلیل ناروغی لکه هیپاتیتس، دځیگر سیروس.
- دځیگر دننه کې کولیستازس لکه درمل، صفاړوي سیروس، سیپ سیس
- اسپیروکیت اتانانات، انفکشوز مونونیکلیوزس، کولانجیتس، سارکوییدوزسس، لمفوما. (۳۳، ۳۷)

۳- صفاړوي بندښت:

صفاړوي ډبرې، تنگوالی، دصفاړوي قنات بندښت، دکولي ډکت کیست په مشترکه قنات باندي فشار، پانکراتایتس، دپانکراس نیوپلازم. (۳۳، ۳۷)

دبیلروبین هیتابولیزم:

الف: دځیگر څخه وړاندي مرحله:

کله چې دسرې ژونکی عمر ۱۲۴ ورځې پوره شو او یا ویجاړه شوه نو ددوی پوښ نازکه کیږي او چویدو ته تیارېږي.

هره سره ژونکه ریتیکولواندوتیلیل سیستم ته لیږدول کیږي، څرنګه چې ددوی پوښ نازکه شوی وي نو په ریتیکولو اندوتیلیل سیستم کې چوي او هیموګلوبین ورڅخه ویني ته ازادېږي چې دمکروفماژونو پواسطه خوړل کیږي او په هیم او ګلوبین باندي ویشل کیږي. (۳۳)

ګلوبین برخه یې امینواسیدونه دي چې د ژبړې په مینځته راوړلو کې ونډه نه لري. په هیم باندي دوه معامله صورت نیسي.

۱- هیم د هیم اوکسي جینیز انزایم پواسطه په بیلووردین (شین رنګه پګمنت) اوسپنه او کاربوونو اوکساید باندي بدلېږي.

۲- بیلووردین د بیلووردین ریدکتیز انزایم پواسطه په بیلروبین (ژبړ رنګه پګمنت) باندي بدلېږي. (۳۳)

دابیلروبین ازاد یا ان کنجوګیت یا غیر مستقیم بیلروبین دی چې تږدي دورځي ۴ ملي

گرامه په کیلو گرام وزن د بدن جوړېږي. ډیری بیلرویین د زړې سرې ژونکې څخه مینځته راځي. (۳۳)

په سلو کی ۲۴ یې دنورو سرچینو (ineffective erythropoiesis) دهیم لرونکو مرکبونو، د پروتینونو دویجاړیدو لکه عضلي مایوگلوبین او سائتوکروم) څخه جوړېږي. یوشمیر درملونه شته دي چې نه پرېږدي چې بیلرویین په پلازما کې د البومین سره ونښلي لکه سلفان امید، لازیکس، رادیوگرافیک توکي دغه حالت په نوي زېږېدلي ماشومانو کې ډیر دپام وړ دی ځکه چې دازاد بیلرویین د کچې زیاتوالی د Kernicterus (امل کیږي). (۳۳)

ب: د ځیگر پړاو:

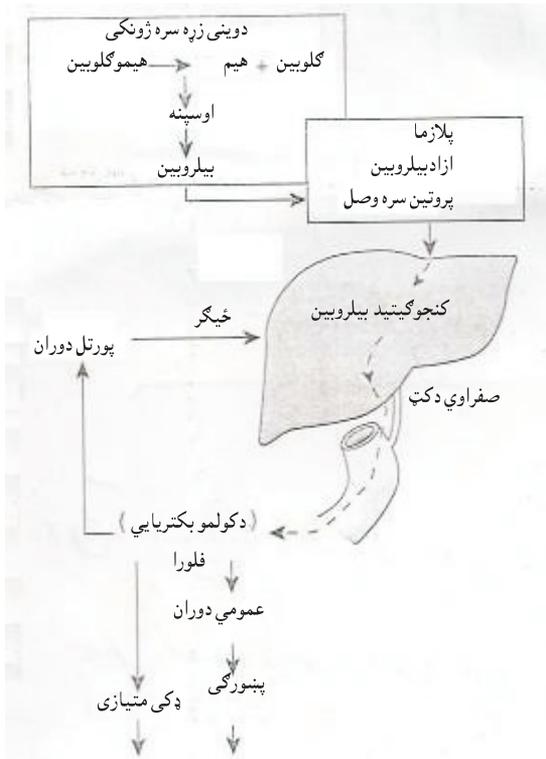
ان کنجوگیت بیلرویین د وینې پواسطه ځیگر ته وړل کیږي، څرنګه چې بیلرویین منحل ته توکي نه ده نو دلیردونی لپاره د سیروم البومین سره نښلي، کله چې بیلرویین ځیگر ته ورسیده د Uridine diphosphate glucuronidase (UDP) انزایم په شتون د گلوکورونیک اسید (د بیلرویین دای گلوکورونید په ډول) سره یو ځای کیږي چې د کنجوگیت بیلرویین یا مستقیم بیلرویین پنوم یادېږي. (۳۳)

دا په اوبو کې حل کیږي، کنجوگیت بیلرویین د ځیگر څخه صفرا ته او د صفرا څخه کیستیک ډکت ته وځي د کولمو بکتريایګانی بیلرویین په یوروبیلینو جن بدلوي، پدې ځای کې یوروبیلینو جن دوه لازې نیسي. (۳۳)

۱- یوروبیلینو جن یوه برخه په ستیروکوبایلینو جن بدلېږي چې داپه ستیروکوبایلین باندې اوکسیدایز کیږي چې پدې ډول په ډکو متیازو کې وځي.

۲- د یوروبیلینو جن بله برخه د کولمو د ژونکو پواسطه جذبېږي د وینې دلارې پښتورگو ته وړل کیږي او په تشو متیازو کې د یوروبیلین په ډول وځي.

سترکوبیلین ډکو متیازو او یوروبیلین تشو متیازو ته رنګ ورکوي. (۳۳)



(۱۱-۱)، شکل د بیلروبین پتوفزیالوژی بنودل شوی دی دی (۲۴)

### کیمیاوي تستونه

د صفراوي صباغاتو د ازموینې لپاره د Van den Bergh تعامل ډیر نښه تست دی پدی تست کې بیلروبین د Sulfanilic اسید سره یوځای کیږي چې د Diazo مغلق تری جوړیږي دغه Chromogenic تولید شوی ماده د Calorimetry پواسطه معاینه کیږي. د

Vand den Bergh تعامل پواسطه مستقیم بیلروبین د غیر مستقیم بیلروبین څخه تفریقي تشخیص کيږي. که چیرې د اوبو په محیط کې بیلروبین او Sulfanilic acid تعامل وکړي د مستقیم Van den Bergh تعامل پنوم یادېږي چې د کنجوگیتید بیلروبین ښودونکی دی او که نوموړی تعامل دمیتانول په محیط کې صورت ونیسي دواړه ډوله بیلروبین د Sulfanilic acid سره تعامل کوي چې د مجموعي بیلروبین اندازه ښودونکی دی.

ان کنجوگیتید بیلروبین (غیر مستقیم بیلروبین) په لاندې ډول اندازه کيږي.

Indirect Bilirubin = total bilirubin – direct bilirubin

که د Van den Bergh تعامل دیوی دقیقې څخه زیات دوام وکړي لږه اندازه غیر مستقیم بیلروبین نور هم د اوبو په محیط کې د Sulfanilic اسید سره تعامل کوي چې په کاذب ډول د مستقیم بیلروبین اندازه لږ لوړېږي.

څرنګه چې د سیروم بیلروبین ۹۲ سلنه غیر مستقیم بیلروبین دی نو داسې فکر کيږي چې د مستقیم بیلروبین اندازه د نورمال اندازې څخه هم ښایي کم وي. او دسیروم بیلروبین دسویې د زیاتیدو سره د تشو متیازو رنگ نښواري کيږي خو په نورمال حالت کې غلیظې تشی متیازې هم نښواري رنگ لري.

همدارنګه د ریفامپین، تیامین، سلفاسلازین او میلانین (Melanoma) سره هم د تشو متیازو رنگ بدلېږي. (۳)

وېشنه (Classification):

ان کانجوگیتید هایپر بیلروبینیمیا (Unconjugated Hyperbilirubenemia):

دپلازما د ان کنجوگیت بیلروبین غلظت کچه دبیلروبین د جوړیدو داندازې او دځیګر پواسطه دهغه کلیرانس پورې اړه لري.

دپلازما ان کنجوگیت بیلروبین هغه مهال لوړېږي چې دبیلروبین جوړیدل زیات شي او دځیګر پواسطه یې کلیرانس لږ شي. (۳۰)

په ان کنجوگیتید هایپر بیلروبینیمیا کې ډکې او تشې متیازې نارمل رنگ لري ناروغ کې خفیف ژيرې شته وي په تشو متیازو کې بیلروبین نه وي دتوري لویوالی په هیمولایتیک ناروغیو کې وي. (۳۰)

لاندي جنتیک ناروغی د ان کنجوگیتید هایپر بیلروبینیمیا لامل کیږي.

#### ۱- Crigler Najjar Type-I

دایوه اتوزومل ریسیسف ناروغی ده. پېښې یې نادري دي. دیوردين دای فاسفیت گلوکورونیل ترانسفیریز انزایم فعالیت په کې کم او یا هیخ نه وي. دسیروم د ټوټل بیلروبین کچه  $18-45\text{mg/dl}$  ( $>20\text{mg/dl}$ ) وي. ان کنجوگیتید هایپر بیلروبینیمیا وي. دځیگر د دندو ازموینې، دځیگر هستولوژی، مارفولوژی، دسیروم صفراوي اسیدونه او دخولې دلارې کولی سیستوگرافي نارمل وي. دښو باربیتون سره نه ښه کیږي. که نوي زیږیدلي ماشومان درملنه نه شي نو دکرکتیریس لامل کیږي ښایي د درملنې سره سره بیا هم پیداشي. تشخیص یې د کلینیک او لابراتواري ښو پواسطه کیږي. فوتوتراپی د درملنې په موخه دلندي مودې لپاره ورکول کیږي ښه درملنه یې دځیگر تراش پلان تیشن دي. (۳۰)

#### ۲- Crigler Najjar Type-II

دایوه اتوزومل ریسیسف نادره ناروغی ده چی د سیروم د ټوټل بیلروبین کچه  $6-25\text{mg/dl}$  ( $\leq 20\text{mg/dl}$ ) وي. ان کنجوگیتید هایپر بیلروبینیمیا وی دیوردين دای فاسفیت گلوکورونیل ترانسفیریز انزایم فعالیت کم وي. دځیگر د دندو ازموینې، هستولوژی، مارفولوژی، صفراوي اسیدونه او دخولې دلارې کولی سیستوگرافي نارمل وي.

75 ≤ سلنه د فینوباریتون سره ښه کیږي، نادراً Kernicterus وروسته دلورې یا نورو ناروغیو څخه پیدا کیږي د سیروم ان کنجوگیتید بیلروبین ئې مونوکنجوگیت وي، تشخیص یې د کلینیکي او لابراتواري ازموینو دلارې تر سره کیږي. (۳۰)

### ۳- Gilbert Syndrome

دایوه اتوزومل ډومینانت ناروغی ده چې نژدې ۱۲ سلنه خلکو کې وي، د سیروم دان کنجوگیت بیلروبین کچه لوړه وي. د سیروم د بیلروبین کچه پرته د لوړې او هیمالیزس څخه ۴ ملي گرامه او یا کم وي. د بیلروبین د بوریدین دای پاسفیت گلوکوروبیل ترانسفریز فعالیت دنارمل حالت څخه ۱۰-۳۳ سلنه کم وی. په ځینو پېښو کې د ځیگر د بیلروبین اخیستننه لږه شوی وی. په ۵۰ فیصدو کې خفیف هیمالیزس شته وي. د ځیگر د دندو ازموینې، د سیروم صفراوي اسیدونه او دخولې دلارې کولي سیستموگرافي نارمل وي. د پلازما سلفوبروموفتالین وتنه نارمل وي. د ۱۵ سلنه څخه کمو پېښو کې خفیفاً ۴۵ دقیقو لپاره احتباس کوي. ډیر وخت د فینوباریتون سره د سیروم بیلروبین کچه نارملیږي. کومه ځانگړی کلینیکي ښه نه لري. (۳۰)

د صفراوي بیلروبین فرکشن یې دای کنجوگیت دی. ۲۵ سلنه کې مونوکنجوگیت وي. تشخیص یې د کلینیکي او لابراتواري ازموینو له مخې کیږي. د ځیگر بايوپسي نادراً کارول کیږي. درملنې ته اړتیا نه لري. (۳۰)

### کانجوگیتید هایپر بیلروبینیمیا (Conjugated Hyperbilirubemia)

#### ۱- Dubin Johnson's Syndrome

دایوه اتوزومل ریسیسف (نادراً ډومینانت)، او غیر معمول ناروغی ده چې د سیروم ټوټل بیلروبین کچه ۲-۵ ملي گرامه په دیسی لیتر کې وي. او کنجوگیتید هایپر بیلروبینیمیا وي. د ځیگر د دندو ازموینې او د سیروم صفراوي اسیدونه نارمل وي. د پلازما سلفوبروموفتالین غلظت په لومړي وخت کې لږ وي احتباس یې په ۴۵ دقیقو کې د ۲۴ سلنه څخه کم وي. ۹۰-۱۲۴ دقیقې وروسته یې په دویمې توگه کچه لوړیږي. دخولې دلارې کولي سیستموگرافي کې صفراوي کڅوړه کم ښکاري یا بیخي نه ښکاري.

د سیروم د بیلروبین غلظت د استروجن سره لوړېږي، کله کله ځیگر او توری لوی شوی وي. (۳۰)

ځیگر د ګراس له نظره تور، زېر او مرکزي لوبولونو کې پګمنت لیدل کېږي. تشخیص یې د کلینیکي او لابراتواري ازموینو له مخې کېږي دې ناروغانو ته استروجن باید ورنکړل شي او نورې درملنې ته اړتیا نه لري. (۳۰)

## ۲- Rotor's Syndrome

دایوه اتوزومل رسیسیف ناروغی ده چې نادراً پېښیږي. د سیروم د بیلروبین کچه ۳-۷ ملي ګرامه په دېسی لیتر کې وي. ۲۰ سلنه پېښو کې کنجوګیت هاپیربیلروبینیمیا وي. پدې ناروغانو کې د ځیگر د بیلروبین افرازیدل یا زېرمه خرابیږي. د ځیگر د دندو ازموینې او د سیروم صفراوي اسیدونه نارمل وي. په پلازما کې د سلفوبروموفتالین کچه کمېږي، ۳۰-۴۰ سلنه پېښو کې د ۴۵ دقیقو لپاره په پلازما کې احتباس کوي. دخولې دلارې کولي سیستوګرافي د ډیر وخت پورې نارمل وي. کومې ځانګړې کلینیکي څرګندونې نه لري. د ځیگر مارفولوژي او هستولوژي نارمل وي. تشخیص یې د کلینیک او لابراتواري ازموینو له مخې کېږي. کومه ځانګړې درملنه نه لري. (۳۰)

## د ژبړي دناروغ سره چلند

د ژبړي د لامل د موندلو لپاره باید بشپړه تاریخچه، فزیکي او لابراتواري ازموینې تر سره شي. (۳۰)

که چیرې په یوه ناروغ کې ژبړی او د هیمالایزس نښې شته وي نو د پري هیپاتیک ژبړي لامل (ملاریا، سایکل سیل ناروغی، سپیروسایتوزس، G6PD لېوالی، لیپتوسپیروزس) د موندلو لپاره پلټنې وشي. په پري هیپاتیک ژبړي کې په تشو متیازو کې بیلروبین نه وي د سیروم ان کنجوګیتید بیلروبین لوړ وي (۳۰)

که چیرې ژیری د ځیگر د ناروغیو له کبله وي نو په ناروغ کې باید د بیړني وایرل هیپاتیتس، هیپاتوتوکسی سیتی، د ځیگر د الکولیکو ناروغیو، د ځیگر د میتاستاتیک ناروغیو، او د جنټیک ناروغیو لکه Gilbert's سندروم، Crigler Najjar سندروم لپاره پلټنې وشي. (۳۰)

په هیپاتیک ژیري کې په تشو متیازو کې د کنجوگیتید بیلروبین کچه لوړه وي. که چیرې د ژیري د ناروغ ډکې متیازې سپینی تشی متیازې یې توری وي، ناروغ خاربنت ولري او د سیروم د کولسترول کچه لوړه وي نو د انسدادی ژیري بنودنه کوي.

### د ژیري د لامل د تشخیص لارې چارې:

که چېرې په یوه ناروغ کې ژیری شته وي نو د لامل د موندلو لپاره یې باید د سیروم د ترانس فیریز انزایمونو د الکالین فاسفوتیز، دییلروبین، د ټوټل پروتین، د البومین، گاما گلوتامیل ترانسفریز او د پروترومبین ټایم کچې اندازه شي. (۳۰)

Alkaline phosphatase (ALP) او امینوترانس فیریز انزایمونه د هډوکو او د زړه په ناروغیو کې هم لوړېږي خو گاما گلوتامیل ترانسفریز یوازې د ځیگر په ناروغیو کې لوړېږي که چیرې درې واړه لوړ وي د ځیگر د ناروغیو بنودونکی دی. (۳۳)

که چیرې د ALP او گاما گلوتامیل ترانسفریز انډول د Aspartated amino transperase (AST) او Alaninamino transferase (ALT) نارمل (۱۰-۴۵) په پرتله زیات وي نو انسدادی ژیری نښي. (۳۳)

که AST او ALT د ALP او گاما گلوتامیل ترانسفریز په پرتله زیات وي نو د ځیگر ژیري نښي. (۳۳)

د ځیگر په الکولیکو ناروغیو کې د ALT کچه نارمل وي خو AST د ALT په پرتله لوړ وي. او که ALT د AST په پرتله زیات وي نو هیپاتیتس دلالت کوي. (۳۳)

که چیرې د دواړو کچه د لوړې اندازې څخه په چټکۍ سره بنسټه شي د ځیگر پر مختللی نکروزس نښي. (۳۳)

د سیروم د البومین کموالی د څیگر ځنډونی ناروغی ښی او په هیپاتیتیس او کولیستازس کې نارمل وي. د څیگر په الکولیکو ناروغیو کې د AST:ALT اندول ۱۰ وي. د څیگر په ناروغیو کې یې اندول د یو څخه زیات وي او په هیپاتیتیس کې یې اندول د یو څخه کم وي. (۳۳)

که د بیلروبین کچه نارمل 10x څخه ډیره وي نو نیوپلاستیک یا اتراهیپاتیک کولیستازس ښی او که اندازه یې ددې څخه لږه وي نو د څیگر حجروي ناروغی ښی. که د ALP اندازه د نارمل 5x څخه زیاته وي انسدادی ناروغی ښی او که نارمل 10x څخه زیات وي د درمل یا توکسیک له کبله کولیستاتیک هیپاتیتیس یا سائتومیگالو وایرس ښی. (۳۳)

که گاما گلوتامیل ترانسفیریز (GGT) د نارمل 10x څخه لوړ وي کولیستازس او که اندازه یې نارمل 5-10x وي وایرل هیپاتیتیس ښی. او که اندازه یې نارمل 5x څخه لږه وي نو د درملو توکسی سیتی ښی د اسیت امینوفین په تسمم کې د ALT او AST اندازه نارمل 50x څخه لوړه وي. (۳۳)

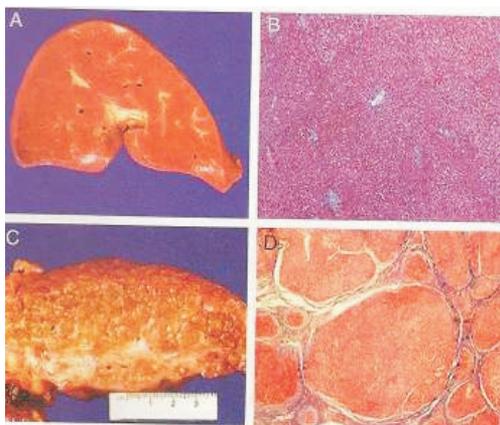
#### ۱-۴ جدول د ژیري توپيري تشخيص (۳۳)

پوست هیپاتیک ژیری	هیپاتیک ژیری	پري هیپاتیک ژیری	
لوړ	لوړ	نارمل لوړ	ټوټل بیلروبین
نارمل	نارمل	لوړ	کنجوگیتید بیلروبین
نارمل	نارمل لوړ	لوړ	ان کنجوگیت بیلروبین
ښکته / منفي	نارمل لوړ	لوړ	یورو بیلنوجن
تیاره	روښانه	تیاره	تشنو متیازورنگ
سپین	نارمل	تیاره	ډکو متیازورنگ
لوړ	لوړ	نارمل	الکالین فاسفتایز
لوړ	لوړ	نارمل	امینوترانس فیریز
شته وي	شته وي	نه وي	د تشنو متیازو کنجوگیتید بیلروبین

## دځیگر سیروزس (Liver Cirrhosis):

پېژندنه:

سیروزس دځیگر د حجراتو د ځنډنی او نه رغیدونکی ناروغي ته وایي چې دځیگر په پراشیم کې پراخه فیروزس او استحالوي نوډولونه مینخته راځي. سیروزس د یوې لټیني کلمې (Cirrhosis) څخه اخیستل شوې چې کلک، ژیر او نارنجي ځیگر ته وایي. (۴، ۱۹، ۲۰، ۲۲). دځیگر ژونکې نکروز او کولپس کوي. په ځیگر کې منضم نسج ځای په ځای کیږي او د رگونو بستر خرابیږي. دځیگر د فیروزس له کبله پورتل هایپرشن او دهغه اختلالات لکه گاسترو ازوفاژیل واریز، توری لویوالی، هایپرسپلینیم، اسایټس، دځیگر انسفالوپاتي او دځیگر د ژونکو بی وسي مینخته راځي.



۱-۱۲) شکلونه A: د نارمل ځیگر گراس منظره سطحه یې ښویه او متجانس جوړښت لري.

B: د میکروسکوپ د ځیگر نارمل و عایي جوړښت معوج شوی وي.

C: سیروتیک ځیگر ښیي سطحه یې غیر منظم او نوډولر دی.

D: د میکروسکوپ د ځیگر جوړښت غیر منظم او استحالوي نوډولونه د فیروزي انساجو پواسطه

چاپیره شوی دی. (۳۰)

## لاملونه:

- ۱- الکول.
- ۲- دځيگر ځنډنی وایروسي هیپاټیټس لکه بی اوسي
- ۳- دځيگر غیر الکولي ناروغی.
- ۴- اوتو امیون ناروغی. لکه پرایمري اسکلیروزینګ کولانجیتس
- ۵- صفراوي ناروغی. لکه لومړنی او دویمي صفراوي سیروزس.
- ۶- جنتیک ناروغی (هیموکروماتوزس، ویلسن ناروغي، د الفسا یواتي تریسین لږوالی).
- ۷- کریټوجنیک. (۴، ۱۳، ۱۶، ۲۶)

## پتالوژي:

- دځيگر سیروزس د مورفولوژي او لاملونو له مخې په لاندې ډولونو دی.
- ۱- الکولیک سیروزس Laenic cirrhosis یا مایکرونوډولار سیروزس: د نوډولونو سایز یو ملي متر او یا کم وي.
  - ۲- مکرو نوډولر یا پوست نیکروټیک سیروزس چې د نوډولونو سایز د څو سانتي مترو په اندازه وي.
  - ۳- صفراوي سیروزس.
  - ۴- دزړه سیروزس.
  - ۵- میتابولیک، ارثي، او د دواگانو پواسطه سیروزس. (۴، ۱۳، ۲۶)

## کلینیکي ښه:

- د سیروزس گیلې عبارت دي له کمزوري، سترتیا، داشتهاه کموالي، زړه بدوالي، کانگو او د وزن د کموالي څخه. (۱۳، ۱۹)
- ۱- Spider Angiomata یا Spider nevi:
- درگونو د ناروغیو څخه عبارت دی چې مرکزي شریانچې د کوچنیو رگونو پواسطه

- ۱- راجاپيره شوې وي. دا د استرادايول د زياتوالي له كبله وي. (۱۳، ۱۹)
- ۲- Palmar Erythema: د لاس د ورغوو سوروالي ته وايي چې د جنسي هورومونونو د ميتابوليزم د خرابوالي له كبله وي. (۱۳، ۱۹)
- ۳- دنوكانو بدلونونه:
- الف: Muerhrckes nail: جوړه مستعرض باندونه دي چې د نارمل رنگ پواسطه بيل شوي وي. لامل يې د البومين د كموالي له امله وي. (۱۹)
- ب: Terry's Nail: د نوكانو د پليټ تژدې دوه پر درې برخه سپين او لري يو پر درې برخه يې سوړ وي چې د البومين په كموالي دلالت كوي.
- ج: كلاينگ
- ۴- هايپر تروفيك اوستيوارتروپاتي: دا وړدو هډوكو ځنډنې. Proliferative periostitis ته وايي چې د هډوكو د درد لامل كيږي.
- ۵- Dupuytren's contractur: د لاس د اورغوو د صفاق لنډوالي او پلنوالي ته وايي چې د گوتو د قبض لامل كيږي.
- ۶- اندوكريني بدلونونه:
- په نارينوو كې د وينستانو له مينځه تلل، د تيونو غټيدل، د خصيو كوچني كيدل او جنسي كمزوري، په بښځو كې د تيونو كوچني كيدل، د مياشتني عادت گډوډي، امينوريا.
- ۷- هيموراژيک تشوشات: ژر ژر وينه بهيدل، پورپورا، دپوزې وينه كيدل، مينوراژيا.
- ۸- ځيگر، لوی، کوچنی او يا نارمل وي.
- ۹- پورتل هايپر تنشن (د توري لويوالي، اړخيز رگونه، اريزل وينه بهيدل، فيتور هيپاتيک، کاپوت میدوزا.
- ۱۰- ژيړی.
- ۱۱- سيانوزس.
- ۱۲- Cruveilhier baumgarte murmur

په ابي گاستريک ناحیې کې د ستاتسکوپ پواسطه وریدي (Hum) (بنگیدل) اوریدل کيږي دا په پورتل هايپرتنشن کې دنوم د وریدونو او پورتل سيستم تر مينځ د اسستوموز له کبله مينځته راځي.

۱۳- استريکزيس.

۱۴- خارښت، هيپاتيک اسفاليوپاتي، اتانات، پگمنتيشن. (۳۰)



(۱۳-۱) شکل کې پالمار اريتميا، سپايدرانجيوما او دتيونو غتيدل ليدل کيږي(۳)

لابراتواري پلټنې:

الف: د شدت له مخې:

۱- دځيگر دندو ازموينې: دځيگر د دندو د ښه معلومولو لپاره سيروم البومين او پروترومبين تايم اندازه کول دې که سيروم البومين د ۳۸ ملي گرام في ليتر څخه کم وي او پروترومبين تايم اوږدوي د خرابو نښو ښودونکی دی.

۲- دځيگر بيوشمي: GGT, ALP, ALT, AST اکثراً لوړ وي.

۳- سيروم الکترولايت: دسيروم سوډيم کموالی د خرابو نښو ښودونکی دی.

۴- که سيروم الفافيتوپروتين د 400ng/ml څخه زيات وي دځيگر د ژونکو کنسر ښودونکی دی.

۵- د سيروم البومين کموالی.

۶- سيروم گلوبولين زيات وي.

۷- بيلروبين لوړ وي.

۸- ترومبوسايتوپينيا.

۹- لوکوپينيا، تروپينيا.

۱۰- دویښې د پرنیدو ستونزې. (۱۳، ۳۲)

ب: دځیگر د سیروزس ډولونه دلاندې ازموینو پرمټ څرگند پري:

۱- دوايروي سي هیپاټیتیس سیرالوژي.

۲- سیروم اتی نوکلیراتی باډي (انت سموت مسل اتی باډي، اتی میتوکاندریل اتی باډي).

۳- دسیروم ایمیونوگلوبولین (IgA, IgG, Igm).

۴- دسیروم سیرولوپلازمین (کویر) د لوډ د زیاتوالي لپاره.

۵- سیروم فیبریتین او ترانس فیبرین د اوسپنې د لوډ د زیاتوالي لپاره.

۶- د الفایو اتی تریپ سین کموالی.

ج: راډیولوژي: التراساوند، سي ټي سکن، اندوسکوپي، MRI

د: دځیگر بایوپسی. (۱۳، ۳۲)

دځیگر الکولیکي ناروغی. (Alcoholic Liver Disease):

اپیدیمولوژي:

دالکولو له کبله دځیگر د ناروغی مینځ ته راتگ په هر یو کس کې توپیر لري په ځینو

خلکو کې چې ډیر زیات الکول څښي خو دځیگر الکولیکي ناروغی مینځته نه راځي

یوازې په ۱۰ سلنه خلکو کې وروسته د مړینې څخه د سیروزس نښې پیژندل شوي.

که ښځې په اونۍ کې د ۲۱ یوتیو څخه او نارینه د ۳۸ یوتیو څخه لږ وڅښي دځیگر په

الکولیکي ناروغیو نه اخته کیږي. (۳۸)

دځیگر ناروغی ډیري په هغه کسانو کې مینځته راځي چې دپنځو کالو څخه زیات ډیر

زیات الکول وڅښي.

په یوه شمیرنه کې ښودل شوي چې که یو کس د اتوکالو لپاره دورځې ۱۲۰ گرامه

الکول وڅښي په الکولیک سیروزس اخته کیږي. (۳۷)

لاندې فکتورونه د ځیگر د الکولیکي ناروغیو د مینځته راتلو لپاره خطري دي.

۱- دځښلو ډول: دځيگر ناروغی د الکولو د ځښلو د دوام پورې اړه لري او د الکولو سره تړاو نه لري.

۲- جنس:

ښځی د نارینه و په پرتله د ځيگر په الکوليکي ناروغيو ډيرې اخته کيږي ځکه چې د ښځو د بدن کتله کمه ده وروسته د ځښلو څخه دوینې د ایتانول کچه نظر نارینه و ته لوړه وي.

۳- جنټيک: الکوليزم په مونوزايگوتیک کې د دای زيگوتیک په پرتله زیات وی.

۴- خواړه: لږ کولین لرونکي خواړه دځيگر د الکوليک ناروغيو لامل کيږي.

۵- هپياتیتس سي: هپياتیتس سي دځيگر د الکوليکو ناروغيو (په تيره په ځوانانو کې) د زیاتیدو لامل کيږي. (۳۸)

لاملونه: الکول دځيگر په واسطه ميتابوليز کيږي.

اسيت الديهيد: ۸۰ سلنه الکول د ميتوکاندريا د انزايمونو پواسطه په اسيت الديهيد بدليږي چې دا د ژونکو د پروتين سره يوځای معافيتوي سيستم فعالوي کوم چې د ژونکو د ويجاړیدو لامل کيږي. (۳۸)

۱- سايټوکينونه: د الکوليک هپياتیتس په ناروغانو کې د الکولو پواسطه د کولمو څخه اندوتوکسين زیات جذبیږي.

۲- د مونو سيټ څخه د تومور نکروز فکتور الفا جوړیدل زیاتيږي.

0 - انټرليوکين ۱، ۲، ۳ ازاديږي چې دوي د فايبرين په جوړیدو کې ونډه لري.

(۳۷)

### پتالوژي:

۸۰ سلنه پيښو کې د الکوليک هپياتیتس سره سيروزس يوځای وي.

دځيگر د الکوليکو ناروغيو پتالوژيکه بڼه عبارت ده له:

۱- الکوليک هپياتیتس.

• لاپوگرانولوما، تروفيل انفلتریشن، ميلوري هيالين، پيري سيلولاز فايبروزس  
۲- مکرروواسکولاز ستيروزس

۳- فايروس او سيروزس

۴- سنترال هيالين سکليروزس (۳۸)

کلينيکي بڼه:

۱- شحمي ځيگر: (Fatty Liver)

په شحمي ځيگر کې کومه ځانگړې گيله او نښه نه وي خو کله کله د زړه بدوالي، کانگي او نس ناسته په معده او کولمو باندې د الکولود اغيزې له امله وي. ځيگر نارمل وي. (۳۸)

۲- الکولیک هيپاتيټيس: Alcoholic Hepatitis:

• ناروغان بنايي بڼه وي. گيلې يې ډيرې لږې وي يوازې په بايوپسي کې برسیره د شحمي ځيگر څخه هيپاتيټيس هم وي.

• گيلې لږې يا په منځنۍ کچه وي. ژيرې لږ او د ځيگر د ځنډنيو ناروغيو نښې او د ځيگر بيوشميک بدلونونه شته وي. تشخيص د ځيگر د هستولوژي له مخې کيږي.

• د ناروغۍ په شديد حالت کې د الکولیک سيروزس نښې لکه اسايټس او ژيرې شته وي. د گيلې درد د تبې سره چې د ځيگر د نکروزس له کبله وي يوځای وي. ځيگر اوکله کله تورې هم لوی شوی وي. (۳۸)

۳- الکولیک سيروزس: Alcoholic cirrhosis:

سيروزس د ځيگر د الکولیکو ناروغيو وروستنۍ پایله ده چې د ځيگر د ځنډينو ناروغيو نښې په کې شته وي. تشخيص يې د بايوپسي پواسطه کيږي. (۳۸)

لابراتواري پلټنې:

۱- شحمي ځيگر: که د انيميا څخه پرته مکررو سايټوزس شته وي د الکولو کارونه نښې د سيروم د امينو ترانس فريز انزايمونه ډير لږ لوړوي. گاماگلوټاميل ترانس فريز

لوپوي چې د الكولو د څښلو ډير بنسه لارښود دی. په شديد شحمي ځيگر کې د ځيگر بيوشميک بدلونونه ډير وي. په ځيگر کې د شحمو انفلتريشن د التراسوند، CT سکن او دځيگر د هستولوژيک ازموينو پواسطه څرگندېږي. ۳۲، ۳۸

۲- د الكوليک هيپاټيټس لابر اتواري نښې عبارت دي له: لوکوسايتوزس، دسيروم د بيلروبين لوړوالی، دسيروم د AST او ALT لوړوالی، دسيروم د الكالين فاسفتاز لوړوالی، د پروترومبين ټايم اوږدوالی، دسيروم البومين لږ وي. کله کله هايپر ليپيډيميا د هيماليزس سره يوځای وي چې د Zieve's سندروم پ نوم يادېږي. ۳۲، ۳۸

۳- الكوليک سيروزس:

AST او ALT دواړه لوپوي خود 300IU/L څخه کم وي. د  $AST:ALT > 20$  وي چې نادراً د ځيگر په نورو ناروغيو کې وي. په بايوپسي کې هيپاټوسيت نکروزس، Millary's bodies، تروفيليک انفلتريشن د پيري وينولز التهاب سره يوځای وي. (۳۲)

درملنه:

- ۱- ناروغ ته بايد د الكولو د پريښودلو او آرام سپارښتنه وشي.
- ۲- Delirium tremens (With drawal سندروم) بايد د ډيازيم سره درملنه شي.
- ۳- Wernick korsakoff encephalopathy د مخنيوي لپاره د رگ دلزې تيامين ورکول کېږي.
- ۴- ناروغ ته بايد دویتامينونو او پروتين څخه بډای خواړه ورکړل شي او که ناروغ انسفالوپاتي کې وي بايد پروتين کم کړل شي. (۳۲)

شحمي ځيگر:

د ناروغی خفيف حالت د الكولو پريښودلو سره بنسه کېږي. د ځيگر څخه شحم ورک کېږي او بيوشميک بدلونونه بيرته نارملېږي. (۳۲)

## الکولیک هیپاتیتیس:

- ۱- دناروغی په شدید حالت کې ناروغ باید آرام وکړي.
- ۲- د انسفالوپاتی او اسایتیس لپاره درملنه پیل شي.
- ۳- د نازوگستریک تیوب یا د رگ دلازې خواپه ورکړل شي
- ۴- ویتامین بي او سي باید د رگ دلازې ورکړل شي.
- ۵- کورتيکوسټروئید هغه وخت ورکول کېږي چې (DF) Discriminative function score د ۳۲ څخه زیات وي. سیپ سیس يې غوره اړخیزه ناخوالې ده.

په سیپ سیس او واریزس وینه بهیدنه کې کورتيکوسټروئید نه ورکول کېږي. که د کورتيکو سټروئید سره د اوو ورځو په موده کې بیلروبین بنکته نه شو نو نه ورکول کېږي د اتني بیوتیکو د درملنې څخه وروسته هم ورکول کېږي.

$$DF = [4,6 \times \text{increase in PT (Sec)} + \text{Bilirubin mg/dl}]$$

که Df د ۳۲ څخه زیات وي دځیگر شديده ناروغي ښي او انزار يې خراب وي.

## ۲- پین توکسي فایلین

یو کمزروي نومور نیکروزفکتور دی چې په شدید الکولیک هیپاتیتیس کې ورکول کېږي او دهیپاتورینل پینې کموي. د سیپ سیس اختلاط نه ورکوي.

۷- د فنګسي اتاناتو د مخنیوي لپاره اتني فنګل درمل ورکول کېږي. ۳۲، ۳۸.

## الکولیک سیروزس:

د معاوضی سیروزس ناروغان ورځنی نارمل ژوند کولای شي، په خوړو کې مالګه باید کمه شي، اسپرین او نور نن سټروئید التهاب ضد درمل باید وانه خیسټل شي، الکول باید ونه څښل شي.

که سیروزس اختلاطي وي نو د اختلاطاتو درملنه دی وشي. د ځیگر د ژونکو د سرطان د معلومولو لپاره هرو شپږو میاشتو کې د ځیگر التراسوند او سیروم الفافیتوپروتین اندازه شي. ۳۲، ۳۸.

## د Child's Turcotte Pugh ویشنه

۱-۵ جدول ددې ویشنې پواسطه د ځیگر د ناروغیو شدت او انزار څرگند پری (۲، ۳۲)

نمبری	۱	۲	۳
اسایتس	نه وي	لږ	منځنی کچه
انسفالویاتي	نه وي	لږ	شدید
بیلرویین $\mu\text{mol/L}$	$> 34$	۵۰-۳۴	$> 50$
البومین (gm/L)	$> 35$	۳۵-۳۸	$< 38$
پروترومبین تایم په ثانیه	$< 4$	۶-۴	$> 7$

د پورتنی نمبرو د جمع کیدو څخه دناروغ دژوندی پاتې کیدو دمودی فیصدی معلومیږي

د ژوندی دپاتې کیدو فیصدی

لس کاله	پنځه کاله	یو کال	نمبری (درجی)
%۳۶	%۴۵	%۸۲	Child's A ( $< 7$ )
%۷	%۲۰	%۶۲	Child's B (۹-۷)
%۰	%۲۰	%۴۲	Child's C (۱۰+)

## پوست نیکروتنیک سیروزس: (Post Necrotic cirrhosis)

پوست نیکروتنیک سیروزس دځیگر د ځنډینو ناروغیو له کبله مینځته راځي چې د Coarsely nodular او مولتی نوډولر سیروزس پنومونو هم یادېږي غوره لاملونه هیپاتیتس بی اوسی او ایرسونه دی.

په پوست نیکروتنیک سیروزس کې ځیگر غونج او تاو راتاو شوی وي او ژونکې یې د نوډولونو څخه کوم چې د پیر او فبروزي بانډونو پواسطه بیلې شوې وي جوړې شوې وي. دځیگر ژونکې له مینځته تللې وي. سترومل یې کولایس او فبروزي وي. دځیگر دبی شکله ری جینیراتیف نوډولونو سائز دمایکروسکوپیک څخه تر سائتی مترو پورې رسیږي. کله کله ۵-۸ سائتی مترو په اندازه وي چې شکل او سائز یې یو ډبل څخه توپیر لري. (۴، ۲۲)

**کلينیکي ښه:**

د پوست نیکروتیک سيروزس کلينیکي ښه د لومړنۍ ناروغۍ، د سيروزس د گيلو، پورتل هايپيرتينشن او دهغه د اختلاطاتو پورې اړه لري چې مخکې ترې يادونه شوې. پدې ډول سيروزس کې د ځيگر اندازه نارمل يا کوچنۍ او تورې لوی شوی وی.

**تشخيص:**

پوست نیکروتیک سيروزس په ناڅاپي توگه د جراحی کړنې پر مهال يا وروسته د مړينې څخه اويا داچه د ځيگر د بايوپسي اخيستلو پر مهال چې د نورو ناروغيو د تشخيص لپاره تر سره کېږي تشخيصېږي يقيني تشخيص يې د بايوپسي پر مټ کېږي. (۴، ۱۵)

**درملنه:**

ددې ناروغانو درملنه د پورتل هايپيرتنشن اود سيروزس د نورو اختلاطاتو څارنه او درملنه ده، همدارنگه ناروغ بايد د دواگانو او زيات اندازه پروتين اخيستلو څخه ډډه وکړي ځکه چې د هپاټيک کوما لامل کېږي. (۱۳، ۲۲)

**صفاوي سيروزس (Biliary cirrhosis):**

صفاوي سيروزس د ځيگر دننه يا په باندې کې د صفاوي لارو د ناروغۍ يا بندوالي څخه مينځته راځي. پدې ناروغۍ کې د صفا وتنه خرابيږي د ځيگر پرانسيم ويجاړ او فبروزي کېږي. (۴، ۲۲)

لومړنی صفاوي سيروزس د ځيگر دننه کې د کوچنيو قناتونو د التهاب او بندوالي څخه پيدا کېږي.

دويمې صفاوي سيروزس د ځيگر څخه دباندې دلويو صفاوي قناتونو د التهاب او بندوالي څخه مينځته راځي. (۴، ۲۲)

**لومړنی صفاوي سيروزس (Primary Biliary Cirrhosis):**

لاملونه:

د لومړني صفراوي سيروزس لامل تر اوسه پورې څرگند نه دی خو بڼايي چې د ځينو اتو اميون ناروغيو (لکه Calcinosis، Raynaud phenomena، Sicca syndrome، (CREST) Esophageal dysmotility، Telengictasis تايروئيدیتس، لومړنی Type-IDM، IgA کموالي) سره يوځای وي، د لومړني صفراوي سيروزس په ۹۰ سلنه پېښو کې اتني ميتوکاندريل اتني بادي مثبت وي. (۱۳، ۲۲، ۴)

### کلينيکي بڼه

صفراوي سيروزس ۹۰ سلنه په بنځو کې وي او ۳۵-۶۰ کلني کې پيدا کېږي ډيری ناروغان گيلې نه لري خو لومړی ځل د سيروم د الکالين فاسفتياز د لوړوالي سره پېژندل کېږي. گيلې او نښې يې عبارت دي له:

۱- خارښت: لومړی د لاسو په ورغو او د پښو په تلو کې وي وروسته بيا ټول بدن خارښت کوي.

۲- سټېتيا (Fatigu): ناروغ د ورځې له خوا خوبوړی وي.

۳- ميلانوزس: د ناروغ لاسونه او پښې تورېځن وي چې د ميلانين زياتوالي له کبله وي.

۴- په شحم کې د حل ویتامينونو مل اېسورپشن موجود وی. (۱۳، ۲۲، ۴)

۵- ژيری.



(۱۴-۱) شکل کې په صفراوي سيروزس کې د سکیلا ژيری ښودل شوی دی. (۳۰)

۶- شحمي نس ناسته (Steatorrhoe)

۷- د سيروم ليپيدونه په تيره کولسترول لور وي.

۸- زانتوما (Xanthoma) (په اوتارو او بندونو کې د پوستکي لاندې د شحم توليدو ته وايي)

- ۹- زاتيليسما(Xanthelasma): د سترگو شاوخوا کې د پوستکي لاندې د شحم توليدو ته وايي.
- ۱۰- هايپرپيگمينتېشن.
- ۱۱- د ځيگر د ژونکو بې وسي.
- ۱۲- پورتل هايپرتنشن.
- ۱۳- اتسانات
- ۱۴- ازوفاژيل وينه بهيدنه.
- ۱۵- اسايټس.
- ۱۶- هيپاتوميگالي.
- ۱۷- سپلينيوميگالي.
- ۱۸- کلاينگ.
- ۱۹- د هلوکو درد.
- ۲۰- Vertebral compression دملا شميزو نژدې کيدل
- ۲۱- اکيموزس.
- ۲۷- گلوسايټس.
- ۳۰- درماتايټس.
- ۲۴- اوسټيوميپشيا.
- ۳۲- د نورو اتواميون ناروغيو ښې ښانې. ((۱۳، ۲۲، ۴))
- لابراتواري نښې:
- ۱- سيروم الکالين فسفاتيز لوړ وي.
- ۲- د سيروم کولسترول او لوړ کثافت لرونکي ليپوپروتين کچه لوړه وي.
- ۳- هايپريبلروينيما.
- ۴- IgG Anti mitochondrial اتني باډي تايټر د 1:40 څخه زيات وي.
- ۵- د ویتامينونو کموالی.
- ۶- هايپوپروترومبينيما ((۱۳، ۲۲، ۴))

**تشخيص:**

لومړنی صفراوي سيروزس د کلينيکي او لابراتواري ازموينو پواسطه تشخيصيږي بایوسي اړینه ازموینه نه ده خو د ستيژونو د څرگندولو لپاره ترسره کېږي.

۱- Stage I: پورتل انفلاميشن او گرانولوما.

۲- Stage II: Bile duct proliferation او Periportal inflammation

۳- Stage III: Interlobular fibrosis

۴- سيروزس (۱۳، ۲۲، ۴)

**توپيري تشخيص:**

لومړنی صفراوي سيروزس بايد د صفراوي تېرو، تنگوالي، کنسر، پريمري اسکليروزينگ کولانجيتس، سارکوئيدوزس د درملو توکسي سیتی (کلوروپرومازين) او ځنډني هيپاتيتس سره پرتله شي. (۴، ۱۵)

**درملنه:**

۱- د څارښت د درملني لپاره لاندې درمل کارول کېږي.

- کولسترامين ۴ گرامه د ورځې درې ځله، يا کوليستي پول ۵ گرامه د ورځې درې ځله داوبو يا جوس سره ورکول کېږي.
- ريفامپيښ ۱۵۰-۳۰۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله چې لږه گټه لري.
- نالوکسان 0.2 مایکرو گرامه نظريه کيلو گرام وزن د بدن د انفيوزن په ډول ورکول کېږي.
- نالتریکزان دورځې ۵۰ ملي گرامه د خولې دلارې.
- سيروتونين ريسپتور اتاگونيست لکه Ondansetron ۴ ملي گرامه دورځې درې ځله.
- مقاوم څارښت لپاره: پلازما فيروزس.

۲- دويتامين كا، ډی، ای کموالی باید درملنه شي خو کولسترامين يې کموالی نو رهم زياتوي داوستيوماليشيا دمخينوی لپاره دورخی ۱۵۰۰ ملي گرامه کلسيوم ورکول کيږي خو د اوستيوپوريزس دمخينوی لپاره گټور نه دی.

۳- يورودواکسي کولیک اسيد دورخی ۱۳-۱۵ ملي گرام نظر په کيلو گرام وزن ديدن په يو يا دوو دوزونو ورکول کيږي خو کومه توکسي سیتی نه لري يوازی دوزن دزياتوالی لامل کيږي دا درمل دناروغی پرمخ تگ ځنډوي او دځيگر دپيوندیدو ضرورت کموي او نظر کولچيسين او ميتوتريکرات ته ښه دی.

۴- کولچيسين 0.6mg دخولې دلارې د ورخی دوه ځله او ميتوتريکرات په اونۍ کې ۱۵ ملي گرامه دخولې دلارې ورکول کيږي چې ددې سره الکالين فاسفتيز او بيلرويين نارمليري. د پر مختللي ناروغی لپاره ځيگر بدليري. ((۱۳، ۲۲، ۴)

### دويمې صفراوي سيروزس: (Secondary Biliary Cirrhosis)

لاملونه:

دگډ صفراوي قنات يا دهغه د ځانگو دوامداره يا بشپړ بندوالی وروسته د عملياتو څخه تنگوالی، تيرې، ځنډنی پانکراتايتيس او دصفراوي لارو کنسر. په ماشومانو کې د صفراوي سيروزس غوره لاملونه عبارت دي له ولادي صفراوي اتريزيا او کيستک فبروزس څخه. ((۱۳، ۲۲، ۴)

### پتالوژي او پتوجنيزس:

که د بندښت درملنه ونه شي د لاندي پتالوژي لامل کيږي.

۱- صفراوي احتقان پيدا کيږي چې لومړی فوکل سنترولوبولاز نکروزس وي. وروسته پيري پورتل نکروزس وي.

۲- دبایي صفراوي قناتونو پراخوالی او پروليفيراشن.

۳- پاک يا متنن کولانجيتس چې د پي ام ان ژونکو انفلتریشن سره يوځای وی.

۴- په پورتل لاره کې پرسوب او فبروزس مينځته راځي. ((۱۳، ۲۲، ۴)

**کلینیکي بڼه:**

ژیرې او خاربښت د ناروغی لومړنۍ گیلې دي. که چیرې تبه د گیلې د بڼې پورتنې کودرانت درد سره یوځای وي د کولانجیتس بڼه کوي. کلینیکي څیره یې د لومړني صفراوي سیروزس په شان دی. ((۱۳، ۲۲، ۴))

**درملنه:**

د اندوسکوپي یا د جراحي کړنې پواسطه بندښت له مینځه وړل دی. د اتان دمخنیوي لپاره انتي بیوتیک ورکول کیږي. ((۱۳، ۲۲، ۴))

**د زړه سیروزس (Cardiac Cirrhosis):**

د بڼې زړه دوامداره شديده احتقاني بې وسي د ځیگر د ځنډنۍ ناروغی او ان د سیروزس لامل کیږي چې په ځیگر کې فبروزي او استحالي نوډولونه مینځته راځي. د زړه په بېړنۍ بې وسي او سیستمیک هایپوتنشن کې د ځیگر پاسیف او بیرته گرځیدونکی احتقان وي. ((۱۳، ۲۲، ۴))

**لاملونه:**

د زړه د سیروز لاملونه عبارت دي له: د زړه د سامي ناروغی، کنسټرکتیف پریکارډایتس، ځنډنۍ ریوي زړه چې لس کالو څخه زیات دوام وکړي. د بڼې زړه په دوامداره بې وسي کې د بڼتکنۍ وریدي تشو او د ځیگر د وریدونو فشار لوړیږي چې په ځیگر کې د احتقان لامل کیږي. د گراس له نظره ځیگر تور (احتقاني) او خاسف (فبروزي) بڼکاري چې د اغوزي ځیگر (Nutmeg liver) په نوم یادېږي. ((۱۳، ۲۲، ۴))

**کلینیکي بڼه:**

د ناروغی کلینیکي بڼه د حاد وایروسي او د درملو پواسطه مینځته راغلي هیپاتیتس په شان وي.

د ترای کسپید د دسام په بې وسي کې ځيگر نبضاني وي خو کله چې سيروزس مينځ ته راشي نبضان ورک کيږي. ځيگر لوی ، کلک ، او بی درده وي. د زړه د بې وسي گيلې او نښې دځيگر د ناروغی کلينيکي بڼه پتوي. د مری وريزل وینه بهيدنه نادر وي خو ځنډنی انسفالوياتي په څرگند ډول دليدلو وړ وي چې شدت يې کله زيات او کله کميږي. اسايټس او پړسوب په لومړي ډول شته وي خو دځيگر د ناروغيو سره زياتيږي. (۴، (۲۶، ۱۳))

### لابراتواري ازمويني:

د سيروم بيلرويين (کنجوگيت يا ان کنجوگيت) او الکالين فاسفوتيز لوروي او AST په کمه اندازه لوړ وي پروترومبين ټايم کله کله اوږد پيږي. (۴، (۲۶، ۱۳))

### تشخيص:

که چيرې لوی کلک ځيگر (د ځيگر د ځنډنيو ناروغيو د نښو سره) د زړه د سيروزس د لاملونو سره يو ځای شته وي بايد د زړه د سيروزس خواته پام وشي. تشخيص يې دبايوپسي پرمت کيږي. همدارنگه که په گډه سره دځيگر او د زړه ځنډنی ناروغی شته وي بايد هيموگروماتوزس، اميلوایدوزس او ارتشاحي ناروغی د پام څخه ونه ايستل شي. (۴، (۲۶، ۱۳))

**درملنه:** د زړه د سيروزس مخنيوی او درملنه د بنسټيزو ناروغيو د درملنې او تشخيص پورې اړه لري. (۴، (۲۶، ۱۳))

### دځيگر دسيروزس لوی اختلالات (Major Complication of Liver Cirrhosis)

#### پورتال هايپرتنشن (Portal Hypertension):

پورتال هايپرتنشن دپورتل د ورید د فشار دوامداره لوړوالي ته وايي چې په نارمل حالت کې ۲-۵ ملي متره سيمابه وي. د پورتل هايپرتنشن کلينيکي بڼه او اختلالات هغه مهال مينځته راځي چې دپورتل ورید فشار د ۱۲ ملي متره سيمابو څخه پورته شي. (۴، (۲۶، ۱۳))

## لاملونه او پتوجنيزس

دځای له انده دپورتل هايپرتنشن لاملونه:

- ۱- اکسترا هيپاتيک پوست ساينوسوئيډل Budd Chiari Syndrom.
  - ۲- انترا هيپاتيک پوست ساينوسوئيډل (د وريدونو بندښي ناروغی).
  - ۳- سينوسوئيډل. دځيگر سيروزس، ميتاستاتيک ناروغی، کيستونه.
  - ۴- انترا هيپاتيک پري ساينوسوئيډل (شيسټوزوميازس، سارکوئيډوزس).
  - ۵- اکسترا هيپاتيک پري ساينوسوئيډل د پورتل وريد ترومبوزس (سيپ سيس، دخولې دلزې د اميدواری ضد درمل، ترومبوتيک ناروغی، دگيډې تروما، دځيگر ياپانکراس خبيشه ناروغی، پانکراتايتس). ((۲۶، ۱۳)، ۴)
- په ماشومانو او ځوانانو کې دپورتل هايپرتنشن لامل دځيگر څخه دباندې دپورتل وريد بندښت دي او په غټانو کې دځيگر سيروزس دی. ((۲۶، ۱۳)، ۴)
- دپورتل رگونو دټينگار د زياتوالی له کبله دځيگر دوينې بهير کمپرې چې په پای کې د پورتل وريد او سيستمک رگونو ترمنځ کولائيرال (شنتونه) جوړېږي چې زياتره د مری، معدی، ريکتوم، دگيډې د مخکيني ديوال، د پښتورگو، د تخمدانونو او دخصيو په رگونو کې جوړېږي. (۲۶، ۴)

## کلينيکي بڼه:

دتوري لويوالی، هايپرسپلينيزم (ترومبوسايټوپينيا، لوكوپينيا، انيميا) کاپوت ميدوزا، وريدي هوم، دگاستروازوفازيل واريژ دخيري کيدو له امله وينه بهيدل (ميلانا او وينه لرونکې کانگې) د ريکتوم واريژس، فيټورهيپاتيک، اسايټس او دځيگر انسفالوپاتي. (۲۶، ۴)

## اختلاطات:

وريزال وينه بهيدنه (مری، معدده) احتقاني گاستروپاتي، هايپرسپلينيزم، اسايټس، دپښتورگو بی وسي، دځيگر انسفالوپاتي، بکټريميا، انفکشن او مل تربيشن.

### واريسل وينه بهيدنه (Variceal Bleeding)

شدیده وينه بهيدنه دپورتو سيستمیک کولائيرال دهرې برخې څخه پيدا کېږي خو معمول ځای يې دمعدې او مری د نښتيدو ځای دی.

د واریزس څخه وينه بهيدنه د پورتل هايپرتنشن درجې (۱۲ ملي متره سيماب څخه زيات وي) او د واریزس سايز پورې اړه لري. واریزس په ۹۰ سلنه سيروتيک ناروغانو کې وي چې يوازی يو پر درې کې وينه بهيږي. که په يو ناروغ کې د هضمي لارې وينه بهيدنه شته وي په اندوسکوپي کې د واریزس لپاسه سره نښه وي او دځيگر شديده ناروغی شته وي نو د واریزس وينې بهيدني ښودونکې ده. (۴، ۲۲)

#### درملنه:

#### طبي لارې چارې:

الف: د حاد واریزل وينې بهيدنی لومړنی لارې چارې:

دمعدې معايي وينې بهيدني د لارو چارو لاندې دې وکتل شي.

#### ۱- بيا رغونه (Resuscitation):

۱- دناروغ عمومي حالت، نبض او دوينې فشار څرگند شي.

۲- وريدي لين تطبيق شي. وينه بايد دوينې د گروپ، کراس مچ، هيموگلوبين، پروترومبين تايم، انترنیشنل نارمالایز ريشو (INR)، يوريا، الکتروليت، کرياتينين، دځيگر د بيوشميکو ازموينو او دوينې د کرنې لپاره لابراتوار ته واستول شي.

۳- دوينې حجم د پلازما اکسپاندير او دارټيا په صورت کې دوينې ترانسفيوژن سره پوره شي.

۴- د اسایتس مایع وويستل شي.

۵- الکول ودرول شي او تيامين ورکړل شي. (۴، ۲۲)

۲- حاد اندوسکوپي:

کله چې دناروغ هیمودینامیک حالت ښه شو د واریزس د تشخیص او دوینې د بهیدني د نورو لاملونو (میلري ویس سندروم، پیپتیک السر، پورتل هایپر تنسیف گاستروپاتی) د ردولو لپاره باید اندوسکوپي ترسره شي. (۴، ۲۶)

بیړنۍ اندوسکوپیکه درملنه په دوه ډوله ده.

بیایا بانډینگ د ۱-۳ اونيو په موده کې تر هغه پورې ترسره کیږي تر څو چې وریزس له مینځه لاړ شي او یا یې سایز کوچنی شي.

په اسکلیروتراپی کې اسکلیروزانت توکي په وریزل ترانک کې زرقیږي (ایتانول امین تیترا دیسایل سلفیت) بانډینگ او اسکلیروزانت ۸۰-۹۰ سلنه اغیزه لري. (۴، ۲۶)

### ۳- نورې لارې چارې

وازو کنستریکتور تراپی:

تیرلیپریسین: دایو غښتلی وازوکنستریکتور ده چې لومړی ۲ ملي گرامه هر ۲ ساعته وروسته او وروسته د ۴۸ ساعتو څخه یو ملي گرام هر ۲ ساعته وروسته ورکول کیږي او د زړه په اسکیمیک ناروغیو کې نه ورکول کیږي.

بدې اغیزې یې عبارت دي له د گیدې د کولیکي دردونو او دمخ د خسافت څخه. سوماتوستاتین: داپه یو ساعت کې ۳۲۰-۵۰۰ مایکرو گرام دانفیوژن په ډول ورکول کیږي. داپه هغه حالاتو کې ورکول کیږي چې تیرلیپریسین پکې نشو کارولی. (۴، ۲۶)

بالون تمپوناد:

داکړنه هغه مهال کارول کیږي چې اندوسکوپیک تراپی یا وازوکنستریکتور درملنه ناکام شي یا یې کارول شونی نه وي او د شدیدې وینې بهیدني خطر شته وي.

تیوب یې د Sengastaken blackemor پنوم یادېږي. (۳۲)

دا دنازو گستریک تیوب دلاري ورکول کیږي تیوب د ۱۲ ساعتو لپاره اینسودل کیږي او داندوسکوپي د کړنې د ترسره کولو څخه مخکې لیرې کیږي. داتخنیک ۹۰ سلنه گټه لري.

اختلالات یې عبارت دي له اسپریشن نمونیا، دمری سور کیدلو، مخاطي تیونو،

هوایي لارو بندیز څخه. ۵۰ سلنه مړینه لري د کړنې د ترسره کولو څخه دمخه اندو تر خیال  
اتیبیوشن اړین دی. (۳۲)

داننان د مخنیوي لپاره:

داننان او د مړینو د خطر دکموالي لپاره دخولې یا رگ دلارې سپروفلوکزاسین ۵۰۰  
ملي گرامه دورځي دوه ځله یا لیوفلوکزاسین ۵۰۰ ملي گرامه په ۲۴ ساعتو کې یوځل  
ورکول کیږي. (۳۲)

ویتامین کا:

که پروترومبین تایم اېنارمل وي نو ۱۰ ملي گرامه د پوستکي لاندې ورکول کیږي.  
(۳۲)

دانسفالوپاتي دمخنیوي لپاره:

دانسفالوپاتي دلارو چارو تر عنوان لاندې دی وکتل شي.

نرسنگ:

ناروغ په شدیدې څارنې په یونټ کې باید تر هغه پورې بستر شي ترڅو چې وینه بهیدل  
ودرېږي. دخولې دلارې څه شی نه ورکول کیږي. (۳۲)

سکرالفت:

دازوفازیل ټپونو دکمولو لپاره داندوسکوییک تیراپي څخه وروسته یو گرام دورځي  
څلور ځله ورکول کیږي. (۳۲)

ب: دبیرنی بیا وینی بهیدنی دمخنیوی لاری چاری:

۳۰ سلنه ناروغانو کې دلومړنۍ اندوسکوییک درملنې څخه وروسته د ۵ ورځو په  
موده کې بیا وینه بهیرې ددې وینی بهیدنې سرچینه باید د اندوسکویي پواسطه پیدا  
او لامل یې د اسکلیروتیراپي پواسطه درملنه شي. (۳۲)

Trans jugular intrahepatic portocaval shunt (Tips) - ۱

که د ۵ ورځو په موده کې د دوه اندوسکوییک درملنو سره وینه ونه دریده نو Tips تر

سره کيږي. (۳۲)

۲- بيړنی جراحي درملنه:

دا هغه مهال تر سره کيږي چې وينه د نورو لارو چارو سره ونه دريږي او يا Tips ته لاس

رسي نه کيږي. (۳۲)

ج: د متکرر وريزل ويني بهيدنی مخنيوی:

که لومړنی وينه بهيدنه و دريده او د ۴ اونيو په موده کې بيا وبهيري نو ددې مخنيوی

په لاندې توگه کيږي. (۳۲)

۱- داوږدې مودې لارې چارې:

• اندوسکوپيک درملنه:

داوږدې مودې لپاره باندليگاشن ۲۰-۵۰ سلنه د بيا ويني بهيدنې خطر کموي. (۳۲)

• بيتا بلاکر:

نن سليکتيف بيتا بلاکر (پروپانولول، نادولول) ۳۲ سلنه د ازوفازيل او گاستريک

واريزس خخه د ويني بهيدنې خطر کموي. (۳۲)

پروپانولول ۲۰-۶۰ ملي گرامه د ورځې دوه ځله او يا اوږده اغيزه لرونکي پروپانولول

۶۰-۸۰ ملي گرامه د ورځې يوځل کارول کيږي. (۳۲)

ناډولول ۴۰ ملي گرامه د ورځې يوځل او دوز يې د ۱-۲ اونيو په موده کې تر هغه پورې

لوږيږي ترڅو چې دزړه ريت په يوه دقيقه کې ۵۵ ته ورسېږي پدې شرط چې د ويني

سيستوليک فشار ۹۰ ملي متره سيمابو کې وساتل شي. (۳۲)

• Transjugular protosystemic stent shunt : دا د اندوسکوپي په پرته د بيا

وينې بهيدنې اندازه کموي. (۳۲)

۲- جراحي درملنه:

الف: سرچيکل پورتو سيستمیک شنت

ب: ډي واسکولاز ايزيشن پروسيجر

ج: د ځیگر بدلول. (۳۲)

### دتوري غټوالی (Splenomegaly):

شدید پورتل هایپرټنشن د توري د غټوالي معمول لامل دی او نادر لامل یې د سپلان شینیک وریدي ویني د بهیر زیاتوالی دی. (۴، ۲۶)

#### کلینیکي بڼه:

ډیری ناروغانو کې گیلې نه وي خو په ځینو کې بنایي ترومبوسایټوپینیا یا پان سائیتوپینیا وي. که چیرې د توري د غټوالي سره سیروزس او واریزس وینه بهیدنه نه وي لامل به یې د توري د وریدونو ترومبوزس وي. (۴، ۲۶)

#### درملنه:

دتوري غټوالی کوم ځانگړې درملنه نه لري خو که ډیر زیات غټ شوی وي د جراحي شنبټ په وخت کې توري ایستل کیږي. د جراحي شنبټ څخه پرته یې ایستل دپورتال هایپرټنشن او د توري د وریدونو د ترومبوزس لامل کیږي. که توري د پورتل هایپرټنشن او یا دتوري د وریدونو د ترومبوزس له کبله غټ شوی وي نو ایستل کیږي خو په ترومبوسایټوپینیا کې نادراً ایستل کیږي او په هغه رنځورانو کې چې ځیگر یې پیوند شوی وي نه ایستل کیږي. (۲۶)

### اسایټس (Ascites):

اسایټس د پریټون په تشه کې د مایعاتو تولیدو ته وایي چې د ځیگر د سیروزس معمول اختلاط دی. لاندې فکتورونه دهغه په مینځته راتلو کې ونډه لري. (۱۳، ۳۶)

۱- دسودیم او اوبو احتباس دچاپیریالی شریانو د پراخوالي او د ایفکټیف هایپو والیوما له کبله مینځته راځي. شریانونه د تتریک اوکسید، ازیني ناتري یوریتیک پیپټید او پروستاگلانیندن دافراز پواسطه پراخیږي. دویني د حجم دکمالي له کبله سمپاتیک عصب او رینین انجیوتنسنین سیستم فعالیږي چې دوی دمالگې او اوبو داحتباس لامل کیږي. (۱۳، ۳۶)

۲- په پورتل هايپرتنشن کې د ځيگر او سپلان شيننيک وريدونه پواسطه د لمف جوړيدل زياتيږي او د پريټوان په تشه کې ترانسوديشن کوي چې ددې تشی د هايډروسټاتيک فشار د لوړيدو سبب گرځي.

۳- په سيروزس کې د ځيگر په واسطه د البومين جوړيدل کميږي چې پدې ډول د پلازما ان کوتيک فشار کميږي. (۳۲، ۱۳، ۱۴)

کلينيکي بڼه:

دگيډې پرسوب چې د اسايټس سره مل وي د خوا اوښو او يا په چټکۍ سره دلږو ورځو په موده کې پيدا کيږي. تشديد کوونکي فکتورنه يې عبارت دي له: د سوډيم زيات خوړلو، د ځيگر د ژونکو د کارسينوما او د سپلان شيننيک وريدو ترومبوزس څخه. په کمه اندازه سره دگيډې درد وي او که شديد وي دخپل سري بکټريايي پريټونيټس خواته بايد پام وشي. (۳۲)

دشديد اسايټس سره تنفسي ستونزی پيدا کيږي. په گيډې کې د مايعاتو شتون د Shifting dullness او Fluid wave پواسطه څرگنديږي ډيري ناروغانو کې چاپيريالي پرسوب، دخصيو پرسوب او دښي خوا پلورل ايفيوژن وي (اسايټيک مايع د ديافراگم د ولادي ديفکټ څخه پلوراته تيريږي). (۳۲)



۱-۱۵) شکل په سيروتيک ناروغ کې اسايټس او د نامه جوړه (۳۰).

## لابراتواري پلټنې:

التراساوند د اسايټس د څرگندولو لپاره (ان په چاغو خلکو کې او که کچه يې لږ هم وي) ځانگړې ازموینه ده.

پاراسنتيزس د اسايټس شتون څرگندوي او دمايع د اناليزس لپاره هم گټور دی.

په سيروس کې مایع روښانه، بی رنگه یا روښانه شین او تراژودیت وي او د مجموعي پروټين کچه يې په یو لیتر کې د ۳۲ گرامو څخه لږ وي. (۳۸، ۱۴)

که د سیروم د اسايټیک البومين توپير د 1.1 گرام في دي سي لیتر څخه زیات یا مساوي وي نو د اسايټس لامل پورتل دی او که ددې څخه کم وي لامل يې غير پورتل دی.

په ۳۰ سلنه ناروغانو کې د اسايټس دمايع مجموعی پروټين په یو لیتر کې د ۳۰ گرامو څخه ډیر وي. (۳۸، ۱۳، ۱۴)

که د اسايټس دمايع د امليز کچه په یو لیتر کې د ۱۰۰۰ یونټو څخه ډیر وي د پانکرایټک اسايټس ښودنه کوي او که گلوکوز يې لږ وي د خبيثه ناروغیو یا د توبرکلوز ښودنه کوي. سايټولوژيکې ازموينې د خبيثه ناروغیو د پيژندلو لپاره تر سره کيږي.

که د پي ام ان ژونکو شمير په یو لیتر کې د  $250 \times 10^6$  څخه زیات وي نو اتلاني لامل ښيي (خپل سري بکټريايي پريتونيټس). لپراسکوپي هم د پريتواني ناروغیو د څرگندولو لپاره کارول کيږي. (۳۸)

## درملنه:

د اسايټس د درملنې سره د ناروغ ناآرامي ارامیږي خو ژوند يې اوږدیدی نه شي. که زیاته کچه مایعات وويستل شي د الکترولايتونو بیلانس خرابیږي چې دڅيگر د انسفالوپاتي لامل کيږي.

داړتياو له مخې اسايټیک مایع د پاراسنتيزس پواسطه ایستل کيږي.

د مالگې او اوبو ضایع کیدل دوزن داندازه کولو له مخې اندازه کيږي. دورځې د ۹۰۰ ملي لیترو څخه ډیر مایعات باید ونه ويستل شي او د یو کیلو گرام څخه ډیر وزن

کم نه کړل شي. (۳۸)

**دسودیم او اوبو محدودول:**

په خوړو کې دورځې ۱۰۰ ملي موله سودیم بس ده. که اسایټس شدید وي باید دورځې ۴۰ ملي مولو ته کم کړل شي. هغه درمل چې سودیم لري او یا دسودیم د بندیدو لامل کیږي (ن سټروئید التهاب ضد درمل) باید ورنکړل شي. (۳۸)

که د ناروغانو د سیروم سودیم اندازه د ۱۳۲ ملي مولو څخه لږ وي دورځنی اوبو څکلو اندازه یې ۵-۱۰ لیتره پوری وي.

**دای یوري ټیک: Diuretics**

سپيرونولکتون دورځې ۱۰۰-۴۰۰ ملي گرامه ورکول کیږي خو د بده مرغه دوامداره کارول یې د تیونود دردناکه غټیدلو او هایپرکلسمیا لامل کیږي. په ځینو ناروغانو کې غښتلي دایوریتیک لکه لاریکس چې لومړی ځل درگ دلارې ۸۰ ملي گرامه ورکول کیږي. که ناروغ د ۴۰۰ ملي گرامه سپيرونولکتون او ۱۲۰ ملي گرامه لاریکس سره بڼه نه شي نو ټینګاري حالت دی. (۳۸)

**پاراسنتیزس: (paracentesis)**

مایعات هغه مهال ډیر (دورځې ۴-۲ لیتره) ایستل کیږي چې اسایټس کتلوي وي تنفسي ستونزې ټینګاري وي او د دای یوري ټیک بدې اغیزې وي. د هر یو لیتر ایستل شوي مایع په بدل کې ۲-۸ گرامه انساني البومین ورکول کیږي. داسایټس د بیا مینځ ته راتګ د مخنیوي لپاره دای یورتیک ورکول کیږي (۳۸)

**Transjugular intrahepatic porto systemic shunt (TIPS):**

دټینګاري اسایټس او اریزل وینې بهیدنې اغیزمنه درملنه ده اختلاطات یې عبارت دي له دڅیگر کوما، اتانانو او دشنټ د تنګوالي څخه. (۳۸)

پيري تونیوس وینوس شنټ:

دا په مقاوم اسایټس کې اغیزمنه ده بایږي یې عبارت دي له اتانانو د پورتنیو وریدي تشو ترومبوزس، دسږو پرسوب، دمری دواریزس څخه وینه بهیدنه او د رګونو دننه پراخې کواګولوپاتي څخه. (۳۸)

د پريتوان خودسره بكتريايي التهاب (Spontaneous Bacterial Peritonitis (SBP) داسايتس د غوره اختلاطاتو څخه دى چې په ۸ سلنه سيروتیک ناروغانو کې پيدا کېږي. اتنان پريتوان ته د وینى، دکولمو ديوال او ميزاتريک او دلمفاوي لارو تنوزي. معمول اتنانات چې د خپل سرى بكتريايي پريتونيتس لامل کېږي عبارت دى له: ايکولاي، کليبيسيلا او اينتيروکوک څخه. (۴، ۳۲)

که د اساييتس په ناروغ کې د شعورى حالت خرابوالى، د پښتورگو د دندو خرابوالى، تبه، او دگيډې درد پيداشي نو د خپل سرى بكتريايي پريتونيتس ښودونکى دى. په فزيکي ازموينه کې دځيگر د ځنډنيو ناروغيو نښې شته وي. ۵۰ سلنه څخه کمو پښنو کې دگيډې درد شته وي اوکه ډير وي نو بايد د بل لامل لپاره پلټنه وشي. داساييتک مايع د نتروفيل شمير د 250cel/ml څخه لوړ وي. (۴، ۳۲)

تفريقي تشخيص ئې د دويمي بكتريايي پريتونيتس سره کيږي چې پدې کې اتنان پريتوان ته د گيډې دننه لاري خپريږي.

داساييتس د مايع گلوکوز د 50mg/dl څخه کم وي، LDH لوړ وي او PMN شمير د 10000/ml څخه زيات وي. ټوټل پروټين د 1gm/dl څخه زيات وي د تشخيص لپاره د گيډې ساده راديوگرافي او CT Scan ترسره کيږي. (۴، ۳۲)

#### مخنيوى:

د SBP د مخنيوي لپاره نارفلوکزاسين ۴۰۰ ملي گرامه دورځې دوه ځله يا سپروفلوکزاسين ۷۵۰ ملي گرامه په اونى کې يوځل ياتراى ميتوپريم سلفاميتوکسازول ډبل تابليت دورځې يوځل کارول کيږي او په غير اختلاطي اساييتس کې د مخنيوي لپاره نه ورکول کيږي. (۴، ۳۲)

#### درملنه:

سيفوتکريم درگ د لاري ۲ گرامه د ورځې ۲-۳ ځله (که د پښتورگو دندې ښې وي) ورکول کيږي. که چيرې انتيروکوک وي نو امپي سيلين ورسره مل کيږي، د درملنې يې تر ۵-۱۰ ورځو پورې دوام ورکول کيږي. ترڅو چې PMN شمير د 250cell/ml څخه کم

شي. ۴۰ سلنه ناروغانو کې د پښتورگو بې وسي مينځته راځي چې دمړينې لامل کيږي. د SBP بڼه درملنه د ځيگر ترانس پلان تيشن دي. (۳۷)

### هپياتورينل سندروم (Hepatorenal Syndrom):

لس سلنه پر مخ تللي سيروس او داسايتس ناروغانو کې دا سندروم مينځته راځي. پدوه ډوله دی چې دواړه يې د شديد رينل وازوکنستريکشن څخه مينځ ته راځي. اول تيب هپياتورينل سندروم اوليگوپوريا، دسيروم دکرياتينين چټک لوپدل لري خو په تشو متيازو کې د سوډيم اطراح د ورځې ۱۰ ملي مولو څخه لږه وي، د تشو متيازو او پلازما دازموليتي انډول د ۵، ۱ څخه ډير وي او پروتين پوريا نه وي.

ددې ډول انزار خراب وي او ديوې مياشتې په موده کې د درملنې څخه پرته ناروغ مري. د هپياتورينل سندروم د تشخيص څخه مخکې بايد د پښتورگو د بې وسي نور لاملونه رد شي. د درملنې لپاره البومين دانفيوژن په ډول د تيرليپريسين سره گډ ورکول کيږي چې يو پر درې ناروغانو کې اغيزه کوي. هيموډياليزس په روتين ډول نه ترسره کيږي. هغه ناروغان چې ژوندي پاتې کيږي بڼه به داوي چې ځيگر يې بدل شي. دويمي ډول يې په ټينگاري اسائيس کې پيدا کيږي چې دسيروم کرياتينين په منځنۍ کچه لوړ او انزار يې بڼه وي. (۱۵، ۴)

### دځيگر انسفالوپاتي (Hepatic Encephalopathy):

#### پېژندنه

دځيگر انسفالوپاتي يو پيچيلي عصبي عقلي سندروم ده چې دشعور او سلوک ستونزو، دشخصيت بدلون، دنيورولوژيک ستونزو، د استريکرس (Flapping Tremor) او د الکتروانسفالوگرافيک بدلونونه په کې ليدل کيږي.

انسفالوپاتي بنايي بېړنۍ (بیرته گرځيدونکي) يا ځنډنۍ (پرمخ تلونکي) وي شديده انسفالوپاتي په کوما او مړينې باندې پای مومي. (۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴)

لاملونه:

۱- دځیگر سیروزس.

۲- Acute Fulmenint hepatic failure

۳- Portal hypertension due to spontaneous shunt

۴- Portal hypertension following porto systemic shunt procedure (Tips)

(۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴)

پتوجنیزس:

دځیگر د انسفالوپاتي د پیداکیدو میکانیزم تر اوسه پورې څرگند شوی نه دی خود ځیگر په سیروزس کې د باب ورید او سیستمیک دوران تر مینځ کولائیرال (شنټونه) جوړیږي چې ددې لارې په کولمو کې د نایتروجني پاتي شونی توکسیک (زهرجن) توکي نېغ په نېغه (پرتله له دې څخه چې په ځیگر کې بی اغیزه شي دماغ ته ځي چې د انسفالوپاتي لامل کیږي). (۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴)

هغه توکسیک توکي چې د انسفالوپاتي لامل کیږي عبارت دي له امونیا، ازاد شحمي اسیدونو، مرکپتان، د دروغجن نیوروترانز میټرو دمه کیدلو (اوکتاپامین) دگاما امینوبیوتاریک اسید. همدارنگه په وینه کې د اروماتیکو امینواسیدونو (فینایل الاتین، تایروسین) د کچې د لوړوالي څخه.

یو له دوي څخه غوره یې امونیا دی چې په کولمو کې د بکتریاو پواسطه د ټوټه شوي پروټین څخه جوړیږي. (۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴)

د ځیگر د انسفالوپاتي لپاره مساعدونکي فکتورونه په لاندې ډول دي.

۱- دنایتروجني توکو د جوړښت زیاتوالی لکه: معدې معایي وینه بهیدنه، زیات پروټیني خواړه، ازوتیمیا، قبضیت.

۲- د الکترولایتو او میتابولیک بیلانس خرابوالی لکه: هایپوکلیمیا، الکالوزس، هایپوکیسیا، هایپوالبومیا

۳- درملونه لکه: نارکوتیک، ترانکولایزر، سیداتیف، دای یوري تیک

۴- بیلابیل لاملونه لکه: اتانات، جراحي کړنه، دځیگر د نورو بیړنیو ناروغیو مل

کیدل، دځيگر پر مختللي ناروغی، پورتل سيستمیک شنت (۳۲، ۱۳، ۲۲، ۴) کلينيکي بڼه:

که انسفالوپاتي په بيرنۍ توگه د مساعدونکي فکتورونو په شتون پيل شي نو ناروغ ژر خوبجن حالت او کوما ته ځي.

په ځنډنۍ انسفالوپاتي کې د شخصيت، سلوک، ذکاوت او د خوب گډوډي وي ناروغ نارامه او مخرش وي. دماغي خرپر تيا لري او ورو ورو خبرې کوي. ځای او وخت پېژندلای نه شي. زړه بدوالی، کانگې او کمزوري لري. هايپرريفلېکسيا او هايپرتونیک وي نښې يې په لاندې ډول دي (۱۴، ۱۵، ۲۲)

۱- Feter hepaticus (د ناروغ تنفس بد بويه او دمورې دبوي په شان وي) چې د مرکپتان له کبله وي.

۲- Flapping Tremor: په پښو او لاسونو، سر او تنه کې گډوډ او غير متناظر حرکتونه وي.

۳- Apraxia: ناروغ د ليکلو او رسم کولو توان نه لري.

دځيگر انسفالوپاتي هغه مهال تشخيصېرې چې څلور لاندې لوی فکتورونه شته وي.

۱- دځيگر د ژونکو د بيرنيو يا ځنډينو ناروغيو يا د پورتو سيستمیک شنت شتون.

۲- دسلوک گډوډي لکه هيريدل او دماغي خرپر تيا (Confusion).

۳- نيورولوژيک نښې (لکه استريکوزس، شخوالی، د عکساتو زياتيدل، ايکستنسور پلنتر نښه) شته وي.

۴- الکتروانسفالوگرافيک بدلونونه.

توپيري تشخيص:

دالکولو بيرنۍ تسمم، دسيداتيف دوز لوړوالی، ډليريم تريمس، ويرنيک انسفالوپاتي، کورساکوف سايکوزس، سب دورال هيماتوم، ميننجيستس، هايپوگلايسيميا، ميتابوليک انسفالوپاتي. (۲۲)

۱-۲ جدول دځيگر د انسفالوپاتي ستيژونه (۲۲)

الیکترو اینسیفالوگرافي	استریکزیس	دماغی حالت	ستیژ
ترای فیزیکی صفحی	+/-	ایفوری دیپریشن خفیفه دماغی خرپتیا (Confusion) دخوب گډوډي ورو وروخبری کول	I
ترای فیزیکی صفحی	+	لیتاریجیک، منخنی ډول دماغی خرپتیا	II
ترای فیزیکی صفحی	+	شدید دماغی خرپتیا بی ترتیبه خبری، دخوب گډوډي	III
ډلتا (موجی) فعالیت	-	کوما، لومری ځل دشیدی تنبه په مقابل کپی ځواب وایی وروسته یې نه وایی	IV

## درملنه:

۱- د درملنې موخې عبارت دي له برابر ونکو فکتورونو له مینځه وړل یا درملنه، د امونیا د جوړیدو او جذب د مخنیوي څخه.

۲- دکولمی دپاکولو لپاره مگنیزیم ستریت ۱۲۰ ملي لیتره ۳-۴ ساعته بعد یا لکتولوز ۱۰-۳۰ ملي لیتره د ورځې درې ځله د نازوگستریک تیوب دلارې تر هغه ورکول کیږي ترڅو چې کولمه د وینو څخه پاکه شي

لکتولوز دکولون پي ایچ اسیدی کوي ترڅو چې دامونیا جذب کم کړي همدارنگه که ناروغ دخولی دلارې لکتولوز خوړلی نه شي ۳۰۰ ملي لیتره لکتولوز د ۷۰۰ ملي لیتره د مالگین سیروم سره یو ځای ۳۰-۶۰ دقیقو په موده کې د امالی په ډول ورکول

کيږي او د اړتيا په صورت کې ۴-۶ ساعته بعد تکرار يږي لکتوليل هم ورکولای شو (۳۷، ۲۲، ۳۸)

۳- دکافي کالوري پوره کولو لپاره ناروغ د نازوگستريک تيوب دلارې تغذيه شي او د ۴۸ ساعته څخه زيات د پروتين خوړل بند نه شي.

۴- دامونيا توليدونکي بکتريا او له مينځه وړولو لپاره انتي بيوتیک ورکول کيږي. (ريفامکريمين) نه جذبېدونکی انتي بيوتیک دي چې د ورځې ۱۲۰ ملي گرامه دخولې دلارې ورکول کيږي. (۱۵، ۲۲، ۲۶)

وانکومايسين يو گرام دخولې دلارې دورځې دوه ځله، ميترونيدازول ۳۲۰ ملي گرامه دخولې دلارې دورځې درې ځله نيومايسين دخولې دلارې ۱-۰.۵ گرامه هر ۶-۱۲ ساعته بعد د ۷ ورځو لپاره ورکول کيږي.

۵- وريدي مايعات د اړتيا په صورت کې (سوديم زيات نه وي) د اتاناتو درملنه.

۷- څرنګه چې اوبيات او سيداتيف په ځيگر کې ميتابوليز کيږي ورنه کرل شي او د نارامي په صورت کې oxazepam دخولې يا نازوگستريک تيوب دلارې ۱۰-۳۰ ملي گرامه په ډيري پاملرنې سره ورکول کيږي.

۸- که دزينگ فقدان وي د ورځې ۲۰۰ ملي گرامه په کسري دوزونو ورکول کيږي.

۹- سوديم بنزوويت دخولې دلارې ۱۰ گرامه او Ornithin دخولې دلارې ۹ گرامه دورځې درې ځله ورکول کيږي چې د سيروم امونيا کچه کموي.

۱۰- فلومازينيل په انسفالوپاتي کې ۳۰ سلنه اغيزه لري او د درگ دلارې ورکول کيږي. (۲۲، ۳۲، ۳۷)

دځيگر دسيروزس نور اختلاطات:

کانجستيف گاستروپاتي (Congestive Gastropathy):

احتقاني گاستروپاتي د ځنډنې پورتل هايپرشنننن اختلاط دی چې په اندوسکوپيک

از موبینه کې په معده کې زیات شمیر دټکو په شان سوروالی لیدل کیږي همدارنگه کله کله نوموړي پتالوژیک افتونه دمعدې او دکولمو په نورو برخو کې هم دلیدو وړ وي. وینه داغیزمنی ځای دگریدلو څخه بهیږي چې د اوسپنې دکموالی د انیمیا لامل کیږي. د درملنې لپاره د اوسپنې مستحضرات ورکول کیږي. کله کله دوینې ترانس فیوژن ته هم اړتیا پیدا کیږي. د پورتل فشار د لږولو لپاره دورځې ۸۰-۱۲۰ ملي گرامه پروپانولول ورکول کیږي. که چیري درملیزه درملنه بهی اغیزې شو نو TIPS ترسره کیږي. (۳۸)

### هپاتوپلموناري سندروم (Hepatopulmonary Syndrome):

ډیری سیروتیک ناروغان د پلموناري هایپرنتشن، پلورل ایفیوژن او هپاتوپلموناري سندروم له کبله هایپوکسیک وي.

هپاتوپلموناري سندروم اوصاف عبارت دي له: هایپوکسیا (Po2) ۷۰ ملي متر سیمابو څخه کم وي دسږو د ددنتی رگونو پراخوالی او دځیگر په ځنډنیو ناروغیو چې د پورتل هایپرنتشن سره یوځای وي.

کلینیکي بڼه یې عبارت دی له کلابینگ، سیانوزس Spider navi، د ولاړې په حالت کې د هایپوکسیا دگیلو څخه او همدارنگه د ولاړې یا ملاستی حالت کې سالنډي پیدا کیږي.

درملنه یې د ځیگر ترانس پلاتیتیشن دی. که چیري د اوکسیجن اندازه د (۵۰ ملي متر سیماب) څخه ښکته وي نو نه ترسره کیږي. (۳۸)

### پورتوپلموناري هایپرنتشن (Portopulmonary Hypertension):

دپورتل هایپرنتشن نادر اختلاط دی چې په کې د سږو درگونو ټینگار ډیر او دسږو د شریانو ویج فشار نارمل وي. دا د سږو د شریاني سیستم وازوکنستریکشن او اوبلیتریشن څخه مینځته راځي. کلینیکي بڼه یې عبارت دی له ساه لنډی، او

ستوماتیتیا څخه. (۳۸)

### انیمیا (Anemia):

دځیگر په سیروزس کې د اوسپنې کموالی انیمیا (د معدی معایی لازې وینې بهیدنې له امله، او مکروسایټیک انیمیا د الکولو پواسطه د اریټروپویتین د خرابوالي، د فولت د کموالی، هیمالیزس او هایپرسپلنیزم له کبله وي. د اوسپنې د کموالی د انیمیا لپاره فیروس سلفات ۳، ۰۰ گرامه د ورځې درې ځله وروسته له ډوډی څخه اود فولت د کموالی لپاره د ورځې یو ملي گرام فولت ورکول کیږي. د وینې د ضایعاتو په صورت کې د وینې خالص سرې حجرات ترانسفیوژن کیږي.

## Hemorrhagic Tendency

څرنګه چې دځيگر په سيرووس کې د ويني د پرندیدو فکتورونه (پرتنه د اتم فکتور څخه) کميږي نو د ناروغ څخه په اسانۍ سره وينه بهيږي. شديد هايپوپروترومبنيما د ويتامين کا سره درملنه کيږي چې د ورځې پنځه ملي ګرامه دخولې يا پوستکي لاتدي ورکول کيږي. که ناروغي ډيره پر مخ تللي وي ورکول يې ګټه نه لري چې په دې صورت کې تازه يخه شوي پلازما ورکول کيږي. (۳۸)

## دځيگر بدلول (Liver Transplantation)

ځيگر هغه وخت نه بدليږي چې دځيگر سرطان، دزړه او سپرو پر مخ تللي ناروغي، هيپاتوپلوموزي سندروم، سپ سيس، عمر د ۶۰ کالو څخه زيات وي، ډير چاغوالی، دپورتل او ميزانتریک وريد ترومبوزس، ايچ، ای، وي اتانات، پر مخ تللی مل تتریشن، فعال الکول څښل شته وي. (۲۲)

ځيگر هغه مهال بدليږي چې بيلرويين مخ په لوړيدو وي، البومين ورو ورو کم شي، کوواګولوپاتي نوره هم ويجاړه شي، تينګاري اسايټس، بيابيا وريزال وينه بهيدنه او انسفالوپاتي نوره هم خرابه شي.

دځيگر ترانس پلاټيشن سره ۸۰ سلنه ناروغان تر ۵ کالو پورې ژوند کولای شي. (۳۷)

## انزار:

د ناروغ ژوندي پاتی کيدل د الکولو پريښودلو او Child's turcotte pugh کلاس پورې تړلی دی چې مخکې ترې يادونه شوې. (۳۶، ۳۷)

دلبر اتوار له انده د ځيگر د سيرووس خرابی نښې عبارت دي له: البومين د ۱۳۲ ګرام في ليتر څخه او سيروم سوډيم د ۱۳۲ ملي مول في ليتر څخه کم شي.

پروترومبين تايم د ۶ ثانيو څخه اوږد وي، د سيروم کرياتينين د ۱۶۰ مايکرو مول في ليتر څخه ډير وي. دکلينيک له انده خرابی نښې يې عبارت دي له دوامداره ټيري د درملنې ناکامی، اسايټس، واريزل وينه بهيدنه، عقلي عصبي اختلاطات، کوچنی ځيگر، دوامداره هايپوتنشن او دوامداره الکول څښلو څخه. (۳۶، ۳۷)

## هیپاتوسیلولر کارسینوما (HCC) Hepato cellular Carcinoma

### عمومیات او اپیدیمولوژی:

دځیگر دپرانسیم د ژونکو خبیث نیوپلازم ته دځیگر حجروی کارسینوما او دقناتونو د ژونکو نیوپلازم ته کولانجیو کارسینوما وایی. (۳۸)

هیپاتوسیلولر کارسینوما د نړی دلسو کنسرونو له ډلې څخه دی چې په ۸۰ سلنه پینسو کې دینی دسیروزس سره یوځای وي. (۳۸)

په اسیا او افریقا کې یې کلنې پینسې په هر سل زره نفوس کې پنځه سوه تنه دی.

په امریکا او غربی اروپا کې یې پینسې ډیرې دي چې په ۱۹۲۷-۱۹۸۰ کې یې پینسې ۱.۴/۱۰۰۰۰۰ او په ۱۹۹۰ کې ۲.۴/۱۰۰۰۰۰ ته رسیدلې. (۳۸)

دپینسو د زیاتوالي لامل بنایي دځنډني هیپاتیتس زیاتوالی وي. په سیروتیک نارینوو کې د بنځو په پرتله ۴ واری زیات دی.

په ۵۰-۶۰ کلنۍ کې پیدا کیږي. په اسیا او افریقا کې کیدای شي په ۱۰-۲۰ کلنۍ کې هم ولیدل شي. په اروپا او شمالي امریکا کې دهیپاتیتس سي وایرس سیروزس د زیاتوالي له امله د هیپاتوسیلولر کارسینوما پینسې زیاتې شوي. (۳۸)

### لاملونه او پتوجینزس:

دځیگر د ژونکو د سرطان غوره لامل دځیگر سیروزس دی چې په کال کې ۲-۳ سلنه په هیپاتوسیلولر کارسینوما بدلیږي او ۶۰-۹۰ سلنه پینسې یې په مکرونودولر سیروزس کې مینځته راځي. (۳۸)

۱- ځنډنی هیپاتیتس بي اتان: د هیپاتوسیلولر کارسینوما غوره لامل دی چې په کال کې ۴،، سلنه ځنډنی هیپاتیتس بي پرته د سیروزس څخه په هیپاتوسیلولر کارسینوما بدلیږي او څلور واری پینسې یې په HBe Ag مثبت کې نظر یوازې HBs Ag مثبت ته زیاتی دي. (۳۸)

۲- سیروزس: په کال کې ۱-۵ سلنه هیپاتایټس بی او سی سیروزس دځیگر د ژونکو په سرطان بدلېږي البته دسرطان خطر په مکرونوډولاز HBV سیروزس کې او د HCV سیروزس په مایکرونوډولاز او مخلوط کې زیات وي.

همدارنگه پېښې بی په هغه سیروزس کې چې دهیماتوکروماتوزس، پرایمري صفراوي سیروزس، الکول او الفا یو انټي تریپسین کموالی له کبله وي زیاتې دي.

۳- جنس او عمر: په نارینه و کې نظر بنځو ته زیات دی ډیری په ۵۰-۶۰ کلنی کې وي.

۴- Aflatoxin B چې د *Aspergillus flavus* فنگس توکسین دی دځیگر دسرطان لامل کیږي. (۳۸)

### پتالوژي:

د مایکروسکوپ له انده تومور پرته د سیروزس څخه یوه دانه کتله وي او د سیروزس سره یو یا څو دانې وي. دځیگر دشریان څخه ورته وینه راځي. برید او خپریدنه یې پورتل ورید او دهغه رېښو خواته دی. لمف نوډونو ته میتازتازس ورکوي. سږو او هډوکو ته یې میتاستازس نادر دی.

د مایکروسکوپ له انده تومور دځیگر ژونکو ته ورته وي ځکه یې توپیر نارمل ځیگر څخه گران دی. (۳۸)

### کلینیکي څیره:

په سیروتیک ناروغ باندې هغه وخت د هیپاتوسیلولر کارسینوما گمان کیږي چې دناروغ حالت خراب شي (اریزس وینه بهیدنه، دځیگر وظیفوي ازموینو خرابوالی، ژړی او دگیدې درد)، وینه لرونکی اسایټس د تومور د ریچر، دپورتل یا دځیگر د ورید دترومبوزس یا د نکروزي تومور د وینې بهیدني له کبله پیدا کیږي. (۳۸)

په فزیکي ازموینه کې ناروغ وزن بایلی او ډنگر ښکاري په جس سره ځیگر دردناک او کتله دجس وړ وي. که اقت دځیگر د سطحې خواته پرمخ تگ کړی وي په اصغاء سره دتومور لپاسه Bruit یا Friction rub اوریدل کیږي. (۳۸)

د هیپاتوسیلولر کارسینوما پارانیوپلاستیک اختلالات عبارت دي له اریټروپویسس زیاتوالی، هایپرکلسمیا، هایپرکولستریمیا، هایپوگلاسیمیا، پالی مایوزیتس، کسبی پورفیریا، دیس فایبرینوجینیمیا، کریوفایبرینوجینیمیا څخه (۳۸)

### لآبراتوای ازموینې:

#### ۱- دوینې ازموینه:

- لوکوسایټوزس (په سیروزس کې لوکوپینیا وي)
- انیمیا
- د هیماټوکریټ لوړوالی (د تومور څخه د اریټروپویټین آزادیدل)
- د الکالین فاسفتاز ناڅاپه لوړیدل.
- په انډیمک ځایونو کې ۴۰ سلنه پینو کې HBS Ag مثبت وي.
- ۷۰ سلنه پینو کې Anti HCV مثبت وي.
- الفا فیتوپروټین لوړ وي (ډیر زیات لوړوالی یې د ځیگر په حاد نکروزس چې د پاراسیتامول تسمم له کبله وي) ۷۰-۸۰ سلنه ناروغانو کې لوړ وي چې د تومور د پرمختگ ښودنه کوي. (۳۸)
- ۹۰ سلنه ناروغانو کې دیس گاما کاربوسی پروټرومین لوړ وي.
- ۲- د گیدې د مایع په سائیتولوژیکو ازموینو کې نادراً خبیثه ژونکې وي.
- ۳- رادیوگرافي.
- Contrast arterial phase helical CT scan او MRI ښه ازموینه ده چې د دوې پواسطه د تومور رگونو حالت څرگندېږي.
- التراسوند: که د تومور اندازه د ۲ سانتي مترو څخه لویه وي او پورتل ورید یې نیولی وي په التراسوند کې ښکاري.

#### ۴- د ځيگر بايوپسي.

که چيرې په يوناروغ کې لوی تومور شته وي خو سيروزس او هيپاتيتيس بې نه وي د تشخيص د يقيني کولو او د ميتازاتيک تومور د ردولو لپاره هستولوژيکه ازموينه اړينه ده. (۳۸)

#### بايوپسي

په لاندني حالاتو کې د ځيگر بايوپسي تر سره کيږي

۱- ناروغ مرسته وکړي.

۲- د پروترومبين تايم اوږدوالی د ۴ ثانيو څخه کم وي.

۳- د ترمبوسيت شمير د  $100 \times 10^8/L$  څخه زيات وي.

۴- صفراوي لاره بنده نه وي.

۵- د پوستکي موضعي اتانات نه وي.

۶- د سږو پر مخ تللي ځنډنی انسدادی ناروغی نه وي.

۷- پر مخ تللي اسايټس نه وي.

۸- شديده انيميا نه وي. (۳۸)

#### درملنه:

که د ځيگر تومور يو دانه وي او سيروزس ورسره يوځای نه وي د جراحی کړنې پواسطه ايستل کيږي چې ۵۰% ناروغان تر پنځو کالو پورې ژوند کولای شي او ۵۰% د ۵ کالو په موده کې بيرته راگرځي.

ډير لږ ناروغان چې سيروزس ورسره وي ځيگر ريزيکشن کيږي ځکه چې د ځيگر د بې وسې خطر شته وي.

جراحی درملنه په هغه سيروتيک ناروغ کې تر سره کيږي چې تومور کوچني او د ځيگر د نډې بڼې وي (چې پورتل هايپرټنشن نه وي). (۳۸)

## د ځیگر پیوندول: (Liver Transplantation)

که سیروز شته وي نو د سیروز ښه درملنه او د دویمې تومور د پیدا کیدو د خطر د کموالي لپاره د ځیگر ترانس پلان تیشن ده.

هغه تومورونه چې یو دانه وي د ۵ ساتي مترو څخه کوچني وي او یادې دانې تومور چې د ۳ ساتي مترو څخه کوچني وي د ځیگر ترانس پلان تیشن سره ۷۵ سلنه ناروغان او د ۵ کالو پورې ژوندې پاتې کیدای شي د بده مرغه هیپاتایتس بی اوسي وروسته د ځیگر د ترانس پلان تیشن څخه هم ښایي بیرته را وگرځي. (۳۸)

پر کوتانیوس ابلیشن:

که چېرې تومور ۳ ساتي متره او یا کوچني وي که ایتانول د التراسوند تر لارښوونې لاندې د د پوستکي دلارې په کې زرق شي نو ۸۰% ښه والی په کې پیدا کېږي ۵۰% د درې کالو په موده کې بیرته راگرځي. (۳۸)

شیموایمبولیزیشن:

هیپاتوسیلولز کنسر دورانگو په وړاندې حساس نه دی. د کیموتراپي لکه ادریامیسین سره ۳۰ سلنه ښه کیري خود ځیگر د شریان امبولیزیشن د جیل فوم او ادریامیسین سره ډیر گټور دی. (۳۸)

۶۰ سلنه هغه سیروتیک ناروغان چې د ځیگر کنسر یې د ایستلو وړ نه وي او د ځیگر دندې یې ښې وي تر ۲ کالو پورې ژوند کولای شي. (۳۸)

مخنیوی:

دهیپاتیتس بی لپاره واکسین د هیپاتوسیلولز کار سینوما پینې کمی.

انزار:

انزار د تومور د سایز، د اوعیو برید او په سیروتیک ناروغ کې د ځیگر د دندو پورې اړه لري که کار سینوما ژر تشخیص شي نو پایله یې ښه وي.

## دصفاړوي كڅورې حاد التهاب (Acute Cholecystitis)

### اږيدمولوژي:

هتكرر صفاړوي كوليك يا د صفاړوي كڅورې د حاد التهاب ښه درملنه جراحي ده چې نژدې يو نيم ميلون كولي سيستېكتومي په كال كې په امريكا كې كيږي چې د ۹۰ سلنه څخه زياتو پېښو لامل يې صفاړوي تيږې دى پاتې كولي سيستېكتومي په هغه ناروغانو باندې ترسره شوى چې وروسته د جراحي كړنو څخه اويا په روغتون كې د تروما يا د سوځيدني څخه ښه شوى وي. (۱۰، ۲۲)

### پتوجنيزس:

دصفاړوي كڅورې د دجدار حاد التهاب په عمومي توگه د ډېرى پواسطه كوم چې د صفاړوي قنات د بندښت لامل شوى مينځته راځي.

- ۱- ميخانيكي التهاب: د صفاړوي كڅورې د لومن په دننه كې د فشار د لوړوالي او د پراخيدو (د صفاړوي كڅورې دمخاطي اسكيميا لامل كيږي) له امله مينځته راځي.
- ۲- بكترياگانې: ۵۰-۸۵ سلنه پېښو كې د صفاړوي كڅورې د حاد التهاب لامل كيږي چې نوموړې بكترياگانې عبارت دي له اې كولاي، كليبيسيلا، سترېتوكوك او كلوسترويدوم څخه. (۱۰، ۲۲، ۸)

دايدېز په ناروغانو كې سايتوميگالو وايرس او مايكروسپور ديازس دصفاړوي كڅورې د التهاب لامل كيږي.

- ۳- كيمياوي التهاب: د لايزوليستين (د فاسفولايبيز انزايم پواسطه د ليسيټين څخه په لاس راځي) او دنورو موضعي نسجي فكتورونو له كبله مينځته راځي. (۱۰، ۲۲، ۸)

### پتالوژي:

دصفاړوي كڅورې د حاد التهاب په لومړيو ورځو كې صفاړوي كڅوپه هايپرايميك او پريسيډلې وي. سيستېك قنات د تيږې پواسطه بند او صفاړوي كڅوپه د صفاړا، اكزودات او نادرا د زوي پواسطه پريسيډلې وي. دمخاطي او فابرومسكولاز طبقو

پتالوژيک بدلونونه عبارت دي له پړسوب، ژونکيز انفلټريشن، نکروزس او د جدار دسوري کيدلو څخه .

د التهاب په لومړي وخت کې دصفاړا منظره او قوام نارمل وي. وروسته صفاړوي مالگې او پگمنت جذبيري او په ميوکويډو توکو او خيرو باندي بدليري.

که سيستیک قنات بندشي او صفاړوي کڅوره د رڼې ميوکويډ مایع پواسطه وپړسيږي د صفاړوي کڅورې د (Hydropsy) پنوم ياديري (۱۰، ۲۲، ۸).

### کلينيکي بڼه:

دصفاړوي کڅورې د بيړني گزک لومړنۍ گيله د گيلې د بنۍ پورتنۍ برخې درد دی د دواړو اوږو تر مينځ، بني سکپولا او اوږې ته خپريږي، درد شديد وي، ۶۰-۷۰ سلنه ناروغان مخکې دهمدې ډول درد څخه گيله من وي خو درد پخپله غلی شوی وي .

ژيري دناروغۍ په لومړي وخت کي نه وي خو کله چي التهاب صفاړوي قناتونه اوشاخوا لمفاوي غوټې اخته کړي بنائي پيداشي ناروغان کله کله کانگې هم کوي.

لږه درجه تبه وي چي ځيني وخت سره لږه هم ورسره وي (۱۰، ۲۲، ۸).

په فزيکي ازموينه کې دگيلې بنۍ پورتنۍ برخه په جس سره حساسه او دردناکه وي اويو پر څلور ناروغانو کې حساسه او لويه شوې صفاړوي کڅوره د جس وړ وي.

څرنگه چې ژوره ساه اخيستل او ټوخی د درد د زياتوالي لامل کيږي نو که چيري د ساه اخيستلو په وخت کې د گيلې بنۍ پورتنې برخه د پښتبولاندې په همدې وخت کې جس شي د ساه اخيستلو د دريدو لامل کيږي چې د Morphy's Sign په نوم ياديري.

موضعي (Rebound Tenderness) د گيلې په بنۍ پورتنۍ برخه کې وي.

د گيلې پړسوب او دکولمو داوازونو کموالي د Ileus له کبله وي څرنگه چې صفاړوي کڅوره سوري شوی نه وي نو د پريتونيټس نښې او دگيلې شخوالي نه وي (۱۰،

۲۲، ۸).

**تشخیص:**

د صفراوي کڅوړې د حاد التهاب تشخیص د وصفی تاریخچې او فزیکي کتنې پواسطه کېږي.

د تشخیص درې لنگه عبارت دی له د گیلې د بنی پورتنی برخې ناخاپه درد او حساسیت، تبه او لیکوسایتوزس څخه. دویني د سپینو ژونکو شمیر په یو مایکرو لیتر کې ۱۵۰۰۰-۱۰۰۰۰ وي.

سیروم د مجموعي بیلروبین په یو دیسي لیتر کې ۱-۴ ملي گرامو ته رسیږي. د سیروم امینوترانس فیریز په یو ملي لیتر کې ۳۰۰ یوتیه او الکالین فاسفوتیز ډیری وخت لوړ وي او که کولنجیتس ورسره مل شي نو ډیر زیات لوپېږي د سیروم امیلیز په منځنی-کچې سره لوپېږي. (۳۷)

**رادیولوژی:**

د گیلې په ساده رادیوگرافي په ۱۵ سلنه پینسو کې رادیوپک صفراوي ډبرې وي او د صفراوي کڅوړې او کولمو تر مینځ د فستول د جوړېدو له امله د صفراوي کڅوړې دننه کې گاز لیدل کېږي.

رادیوپک تیرې د سرو د بنکتنی لوب د نمونیا، گاز او د احشاوو د سوري کیدو سره باید توپیري تشخیص شي.

د  $Tc^{99m}$  رادیوگرافي پواسطه بند شوی سیستمیک ډکت (کوم چې د صفراوي کڅوړې د حاد التهاب لامل دی) پیژندل کېږي ددې کړنې د سرته رسولو لپاره د ځیگر امیونو دیاتیک اسید کارول کېږي. دا ازموینه هغه مهال د منلو وړ ده چې دیپلروبین اندازه په یو دیسي لیتر کې د ۵ ملي گرامو څخه بنکته وي. ۸۱ سلنه د صفراوي کڅوړې د حاد التهاب لپاره وصفی ازموینه ده. د گیلې التراسوند ۸۲ سلنه ښه ازموینه ده. (۳۷، ۱۰، ۲۲، ۸)

### توپیري تشخيص:

دصفرای کڅورې حاد التهاب دلاتدې ناروغیو سره توپیرېري.

۱- سوري شوي پيپتيک السر.

۲- حاد پانکراتايتس.

۳- اپنډې سايتس

۴- دکولون دکارسینوما سوري کيدل.

۵- دځيگر اېسی.

۶- هيپاتيتس

۷- دېني سړي نمونيا چې د پلورزي سره وي.

۸- مايوکارد اسکيميا.

دگيدې د بڼې پورتنۍ برخې درد او حساسيت چې انترسکپولر ته څپرېري بالکل د

حاد کولي سييس تايټس ښودونکی دی. (۳۷)

### درملنه:

طبي درملنه:

دصفرای کڅورې د حاد التهاب طبي درملنه عبارت دی له استراحت، درد ارامول،

اتي بيوتیک او دمايعاتو ديبلانس څخه.

دمنځنۍ کچې درجه درد د ارامولو لپاره د يکلوفينک او شديد لپاره پيتيدين

ورکول کيږي. مورفين د اوډې معصرې د لږ سپزم لامل کيږي.

په ۱۰ سلنه پېښو کې د درد حمله ديو مياشت او ۳۰ سلنه پېښو کې ديوکال په موده

کې بيرته راگرځي.

سيفوپيرازون هر دولس ساعته وروسته درگ دلازې ۱-۲ گرامه وركول كيږي او په شديدو پيښو كې ميترونيدازول (هر شپږ ساعته وروسته درگ دلازې ۵۰۰ ملي گرامه) ورسره يوځای كيږي.

دمايعاتو بيلانس د وريد دلازې كيږي، كه ناروغ دوامداره كانگي ولري نو معده د نازوگستريك تيوب په واسطه تشيږي.

حاد كولي سيستايټس ډيري د طبي درملنې سره ښه كيږي خو ناروغی كله كله په امفيما، سوري كيدلو او پريطونايټس باندې اختلاطي كيږي. (۳۷، ۳۸)

### جراحی درملنه:

دحاد كولي سيستايټس جراحی درملنه هغه مهال تر سره كيږي چې طبي درملنه بريالی نه شي او يا يې بايږي وركړی وي.

كه صفاړوي كڅوره ونه ويستل شي نو صفاړوي كوليكې دردونه يا كولي سيستايټس بېرته راگرځي. (۳۸)

د تېرې څخه پرته دصفاړوي كڅورې حاد التهاب (Acalculous cholecystitis)

دصفاړوي كڅورې دهغه التهاب څخه عبارت ده چې تېره په كې نه وي په ۵-۱۰ سلنه پيښو كې سيستېك ډكټ دتېرې پواسطه بند شوی وي خو په جراحی كړنو كې نه موندل كيږي.

### لاملونه:

۵۰ سلنه پيښو كې د ناروغی لامل څرگند نه دی خو په ځينو حالاتو كې يې د پيداكيډو خطر زيات دي چې عبارت دي له شديد تروما، سوځيدنه، لوی جراحی كړنې، د اوږدې مودې لپاره دخولی دلازې څه شی نه خوړل، وازكولايټس، دصفاړوي كڅورې بندښت، ادينوكارسينوما، دشكري ناروغی، دصفاړوي كڅورې تورشن، دصفاړوي كڅورې اتانات (لكه ليپتوسپورا، سترپتوكوك، سلمونېلا، ويبروكولرا) د صفاړوي كڅورې پرازيتي ناروغی، ساركوييدوزس، دزړه او درگونو ناروغی، توبركلوز، سفليس او اكتينومايكوزس څخه. (۸، ۲۲)

**پتوجنیزس:**

د بېرني اکال کولوس کولي سيستايټس معمول مساعدونکي فکتورونه درې دي د اوږدې مودې لوږه، فزيکي حرکت نه کول او هيموډيناميکې ستونزې. په نارمل ورځني ژوند کې صفرای کڅورې دورځې څو ځله د ټينگي صفرای څخه تشه (ډير زيانمنه ده) او د نړۍ صفرای څخه (لږ زيانمنه) ډکېږي. څرنگه چې صفرای کڅورې د کولي سيستوکائين دلمسون پواسطه تشيرې نو د دوامداره لوږې په حالت کې دانه ازادېږي نو په صفرای کڅورې کې ټينگه صفرای ټولېږي.

د صفرای کڅورې اپي ټيليوم د صفرای څخه د اوبو او الکترولايتو جذب لپاره ډيرې ميتابوليکې انرژۍ ته اړتيا لري نو د دوامداره بې حرکتۍ له امله نوموړې انرژي نه توليدېږي. په ټولو هيموډيناميک تشوشاتو \_ لکه شاک، سپيټيک شاک) کې د صفرای کڅورې په اپي ټيليوم کې اسکيمیک يا کيمياوي ويجاړتياوې مينځته راځي. (۲۲، ۸، ۴۱)

**کلينيکي بڼه:**

د حاد اکال کولوس کولي سيستايټس توپير د تيرې لرونکي کولي سيستايټس سره گران دی خو که د پورته لاملونو سره د صفرای کڅورې د حاد التهاب کلينيکي بڼه پيداشي نو د بې تيرې کولي سيستايټس ښودونکې ده. (۲۲، ۸، ۴۱)

**تشخيص:**

د بې تيرې کولي سيستايټس تشخيص د التراسوند، سي ټي سکن او راديوکليد ازموينو پواسطه کېږي. پدې ازموينو کې صفرای کڅورې لويه او بې حرکته وي تيره نه ليدل کېږي او د کڅورې تشيدل نيمگري وي. (۲۲، ۸، ۴۱)

**درملنه:**

څرنگه چې بې تیرې حاد کولی سیستماتیس ژر سوری کیږي او د گانگرین خواته پر مختگ کوي نو ژر تر ژره باید ناروغی تشخیص او جراحي کړنه تر سره شي. همدارنگه هیموډاینامیکې ستونزی سمی او د گرام منفي انتاناتو (د کولموفلورا) لپاره پراخه اغیزه لرونکي انتي بیوتیک وکارول شي د بڼې او بیړنۍ درملنې لپاره لپراتومي ترسره او کڅوړه ایستل کیږي. (۲۲، ۸، ۴۱)

#### مخنیوی:

هغه رنځوران چی درگ دلاړې خواړه ورکول کیږي هره ورځ صفراوي کڅوړی ته باید د کولي سیستمو کاینین پواسطه تقلص ورکړل شي ترڅو چې ټینگه صفرا په کڅوړه کې ټوله نه شي. همدارنگه د دوامدارې لوړې په حالت کې صفراوي کڅوړه د کولي سیستمو کاینین پواسطه ولمسول شي. (۲۲، ۸، ۴۱)

#### انزار:

که دبیرني اکال کولوس کولي سیستماتیس لپاره چټکې طبي او جراحي لارې چارې ونه نیول شي د سوري کیدلو او گانگرین خواته پر مخ تگ کوي. (۲۲، ۸، ۴۱)

## دپانکراس ناروغی (Diseases of the Pancrease)

دپانکراس التهابی ناروغی په بیړني او ځنډني پانکراتایتس باندې ویشل شوی چې د بیړني پانکراتایتس پتالوژیک پر مخ تګ د ازیمايي پانکراتایتس څخه تر نکروتیک پانکراتایتس پورې سیر کوي. په نکروتیک حالت کې د ناروغی شدید سیستیمیکه کلینیکي خیره څرګندېږي. (۸، ۲۶)

هیپوراژیک پانکراتایتس لږ کلینیکي ارزښت لري ځکه چې د پانکراس د بین الخلائي انساجو د وینې بهیدني (تروما، کارسینوما او د زړه شديده احتقاني بی وسي له کبله مینخته راځي). (۸، ۲۶)

## حاد پانکراتایتس (Acute Pancreatitis)

پېژندنه:

دپانکراس د حاد التهاب څخه عبارت دی چې دپانکراس د اسینار ژونکو څخه فعال پانکراسي انزایمونه شاوخوا انساجو ته ازادېږي.

بیړني پانکراتایتس د داخلي درملني سره سره بنایي د شدیدو اختلاطاتو او مړینې لامل شي. خو لږ یې د څارنه او شدید یې د جراحي درملني سره ښه کېږي. (۸، ۱۱)

## اپیدیمولوژي:

دپانکراتایتس پېښیدل په بېلابېلو هیوادونو کې توپیر لري چې دهغه په لامل پورې اړه لري دبیلګې په توګه الکول، صفراوي ډبرې میتابولیک فکتورونه او درمل د ناروغی غوره لاملونه دي. (۲۶)

وېشنه:

پانکراتایتس په بیړني او ځنډني ډول باندې ویشل شوی دی.

حاد پانکراتایتس هغه حالت ته واي چې ناروغي په یوه نارمل پانکراس کې مینخته راغلې وي او د التهابي پروسې د ښه کیدو سره پانکراس بیرته نارمل حالت ته راګرځي.

ځنډنې پانکراتا یتس د پانکراس د دوامداره التهاب څخه عبارت دی چې دپانکراس د نه گرځیدونکو جوړښتي بدلونونو سره یوځای وي. دکلینیک له انده د دواړو تر مینځ توپیر کول گران دی. (۲۲، ۳۲)

#### لاملونه:

- ۱- ایدویاتیک.
- ۲- صفراوي تپری.
- ۳- الکول.
- ۴- تروما
- ۵- ممپس ، پارامیکزو وایرس ، سائتومیگالو وایرس
- ۶- اتوامیون ناروغی. (پولی ارتیرایتس نودوزا)
- ۷- دمار چیچل
- ۸- هایپوکلسمیا ، هایپرلیپیدیمیا ، هایپرترای گلسیرایدیمیا او هایپوترمیا.
- ۹- درمل (ستروئید ، سلفان امید ، ازاتائیوپورین ، نن ستروئید التهاب ضد درمل تتراسایکلین ، دای یوریتیک).
- ۱۰- دپانکراس د سر کنسر.
- ۱۱- دپانکراس شحمی نکروز.
- ۱۲- امیدواری.
- ۱۳- کیستیک فیروزس. (۳۲، ۲۲، ۱۱)

#### پتالوژي:

پانکراس اکزوکراین ډول ډول انزایمونه افرازوي لکه لایپیز ، پروتیز ، سکرائیدیز دغه انزایمونه دخوړو په هضمولو کې مرسته کوي. په حاد پانکراتایتس کې ددې ټولو څخه غوره او خطرناک یې پروتیز تریپسینوجن دی چې په فعال تریپسین باندې بدلېږي او دپانکراس دانساجو داتو ډایجیشن لامل کېږي چې ددې له کبله دپانکراس درد او اختلالات مینځته راځي. (۲۲، ۳۲)

## کلینیکي بڼه:

۱- درد: درد په ابي گاستریک ناحیه کې ناڅاپه پیلیږي، بورینگ (سوری کوونکی) ځانگړنه لري. شدید وي. دگرځیدو او ستون ستاغ ملاستي سره زیاتېږي. دناستي او مخکې خواته د توغیدو سره ارامېږي. شاته کله کله بڼی او د کینې اوږې خواته خپرېږي. د زړه بدوالی، کانگی، خوله او کمزوري ورسره مل وي. (۲۶، ۳۷)

۲- تبه: ۴، ۳۸-۳۹ درجې ساتني گراد تبه وي.

۳- بنيایي ناروغ دالکولو د څښلو یا صفراوي کولیکي دردونو تاریخچه ولري.

۴- دگیډې پورتنی برخه په جس سره حساسه، دردناکه او عضلي شخوالی شته وي.

۵- گیډه پرسیدلې، دکولمو او اوزونه نه اوریدل کېږي.

۶- ټکي کارډیا، هایپوتنشن، شاک، پوستکی خاسف نمجن او بیخ وي.

۷- Grey turner sign (دفلانک دځای هیموراژیک Discolouration)، Cullen sign

د نامه دنایجی هیموراژیک Discolouration ته وايي.

۸- کله کله دگیډې په پورتنی برخه کې کتله جس کېږي چې د التهابي پانکراتایټس یا دروغجن کیست ښودونکې ده.

۹- دپښتورگوبی وسي.

۱۰- د ناروغی په شدیدو حالاتو کې دمایعاتو دلانسه ورکولو له امله دناروغ نبض چټک او فشار ښکته وي.

۱۱- ساه لنډي د پلورال ایفیوژن، اتیلیکتنازیسیس او دزړه دېوسی له کبله وي.

دناروغی د شدت اندازه کول:

۱- د حد پانکراتایټس شدت چې دالکولو او نورولاملونو له کبله وي د Ranson's criteria پر مټ څرگندېږي.

الف: که چېرې ناروغ روغتون کې دبستریډو پر مهال دلاندې ښو څخه درې او یا د دریو څخه ډیرې ولري نو ۶۰-۸۰ فیصده دپانکراس د حد نکرورس ښودنه کوي. (۳۷)

• عمر يې د ۵۵ کالو څخه ډیر وي.

- TLC د ۱۲۰۰۰ د فی دیسی لیتر څخه ډیر وي.
  - دسیروم گلوکوز د ۲۰۰ ملي گرام فی دیسی لیتر څخه ډیر وي.
  - دسیروم LDH د ۳۵۰ یوتیه فی لیتر څخه ډیر وي
  - AST د ۲۵۰ یوتیه فی لیتر څخه ډیر وي. (۳۷)
- ب: که په ۴۸ ساعتو کې لاندې نښې مینځته راغلې وي نو د خرابو انزارو ښودنه کوي.
- هیماټوکریت د ۱۰ سلنه څخه ډیر کم شوی وي.
  - شریانې اوکسیجن د ۶۰ ملي متره سیمابو څخه کم وي.
  - دسیروم کلسیوم د ۸ ملي گرام فی دیسی لیتر څخه کم وي.
  - القلي د 4meq/L څخه کم وي.
  - د ۲ لیټرو څخه زیات مایعات یې له لاسه ورکړي وي. (۳۷)

ج: مړینه د کریټیریا دشمیر سره اړیکې لري:

د کریټیریا شمیر	د مړینې کچه
۲-۰	۱%
۴-۳	۱۲%
۶-۵	۴۰%
۸-۷	۱۰۰%

۲- APACHE Score (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation):

کله چې ناروغ په روغتون کې بستري شي نو په اولو درې ورځو کې باید د APACHE Score او هیماټوکریت اندازه شي. که د APACHE سکور ۸ پاینتیه اویا زیات وي د خرابو انزارو ښودنه کوي.

- دپریټوان مایع وینه ولري.
- چاغوالی.
- دغړو بی وسي وي.

- هایپوتشن (دوینی سیستمولیک فشار د ۹۰ ملي متر سیماب څخه کم وي)
- تکی کار دیا (دزړه ریټ په دقیقه کې د ۱۳۰ څخه زیات وي).
- هایپوکسیا (Po2 د ۲۰ ملي متره سیماب څخه کم وي).
- اولیگوپوریا (تشی متیازی په ساعت کې د ۵۰ ملي لیتره څخه لږې وي).
- بی، یو، ان او کریاتینین لوړ وي.
- دسیروم کلسیوم د 8.0mg/dL څخه کم وي.
- دسیروم البومین د ۳۳ ملي گرام فی دیسی لیتر څخه کم وي. (۳۷)

### لابراتواري ازموینې:

#### الف: دوینی ازموینې:

- ۱- دسیروم دامیلیز او لایپیز کچه دنارمل اندازې څخه درې وارې لوړه وي.
  - ۲-۵ دامیلیز د ورځو په موده کې او لایپیز د ۸-۱۴ ورځو په موده کې نارملیږي.
  - په الکولیک پانکراتایتس کې لایپیز د امیلیز په پرتله ۵، ۲-۳ واری لوړ وي.
  - همدارنگه امیلیز په ځینو نورو ناروغیو کې (لکه دمری، معدې، کولمو سوري کیدل، دکولمو بندښت، حاد اپنډی سائیتس، ممپس، دتخمدان کیستونه، دسرپو کانسرس، دبابتیک کیتواسیدوزس، مورفین اخیستل او داندوسکوپي دکړنې سره لوړ وي.
- (۳۷، ۳۲۱۱)

۲- دسپینو ژونکوو شمیر زیاتوالی (3000-10000/mcL)

- ۳- دپښتورگو د دندو ازموینې.
- ۴- دځیگر د دندو ازموینې.
- ۵- هایپرگلاسیمیما.
- ۶- هایپریلیروینیمیما
- ۷- هایپوکلسیمیما
- ۸- دوینی ډپرن کیدو ستونزې.
- ۹- د ALT لوړوالی (په صفاوای پانکراتایتس) ۱۵۰ یونټ فی لیتر څخه زیات وي.

۱۰- که پانکراتايتس دهاپيرترای گلسرايديميا له کبله وي نو دلورې پر مهال دترای گلسرايد کچه د ۱۰۰۰ ملي گرام في ديسي ليتر څخه لوړه وي.

۱۱- که هيماتوکريت د ۴۷ سلنه څخه زيات وي دويني د ټينگوالی بنسودنه کوي چې خرابې پایلې لري.

۱۲- که سي ریاکتيف پروتین د ۴۸ ساعتو وروسته د ۱۵۰ ملي گرام في ليتر څخه لوړ شي نو دپانکراس دنکروز بنسودنه کوي.

ب: دتسو متيازو داميليز کچه لوړه وي.

ج: د اسايټیک او پلورايي (کين خواکې) مايع امليز لوړوي.

د: په ECG کې ST-T د څپو بدلون وي. (۳۷، ۳۲، ۱۱)

### رادیوگرافي:

۱- دگيډې ساده رادیوگرافي کې لاندې خیالات ليدل کيږي.

- Gas filled abscess
- بنسینه بې ځمکه (Ground glass) داسايتس لپاره وصفی ده.
- دصفاوي تيږو خیال.
- Sentinel loop : په کين پورتنی کوادرانت کې دکوچنی کولميو سکمنت د هوا پواسطه ډک بنکاري.
- Colon Cut off Sign : دمستعرض کولون هغه برخه چې التهابي پانکراس ته نژدې وي د هوا پواسطه ډکه بنکاري.
- دسږو په بنکتني برخه کې دټکو په څير خطی اتيلیکتازيس بنکاري چې بنایي دپلورال ایفیوژن سره يوځای وي اویانه وي .

۲- دگيډې التراسوند دحاد پانکراتايتس په تشخيص کې مرسته نشي کولای ځکه چې کولون کې گازات وي خوصفاوي کاني بنکاري.

۳- سي، تي، سکن: دحاد پانکراتايتس، کيسټ او دگيډې نورو ناروغيو په تشخيص کې مرسته کوي.

۴- دورید دلارې کثیفه توکو زرقول دپانکراتایتس د اختلاطاتو او دپښتورگو دبی وسی خطر زیاتوي.

۵- ام، ار، ای: دپانکراس دناروغی درجه معلوموي.

۶- اندوسکوپیک التراسوند کوچني صفاوي کابې تشخیصوي.

۷- اندوسکوپیک ریتروگراد کولانجیو پانکراتوگرافي: که دحاد پانکراتایتس د لومړنۍ حمله سره کولانجیتس یا ژیرې نه وي نو نه کارول کیږي او پدې صورت کې اندوسکوپیک التراسوند ترسره کیږي. (۳۷)

#### تشخیص:

۱- تاریخچه: که چیرې دگیډې یا ملا شدید او حاد درد وي نو دپانکراتایتس خواته پام کیږي. دگیډې درد سره زړه بدوالی، کانگې، تبه او تکی کاردیا یوځای وي.

۲- لابراتواري ازموینې چې پورته ترې یادونه وشوه. (۳۷)

#### اختلاطات

الف: موضعي اختلاطات:

۱- نکروزس: پاک یا منتن وي

۲- په پانکراس کې دمایع تولیدل: پانکراتیک ابسی، دپانکراس دروغجن کیست (درد، چاودیدل، وینه بهیدل، معدی معایي لارې بندښت لامل کیږي).

۳- پانکراتیک اسایتس (دپانکراتیک قنات چویدل یا دروغجن کیست څخیدل)

ب: دثډې غړو اخته کیدل: دپانکراس دنکروزس له کبله دپیریتوان ددنه کې وینه بهیدل، دوینې د رگونو ترومبوزس (دتوري او پورتل وربدونو) دغټو کولمو انفارکشن او انسدادی ژیرې.

ب: سیستمیک اختلاطات:

۱- سږی: پلورل ایفیوژن، اتیلیکتازیس، دمنصف ابسی، نمونایتس او ARDS

۲- زړه اورگونه: هايپوتنشن، هايپوواليومييا، ناخاپه مړينه، مايوکارديل انفارکشن، دپريکارډ ايڤيوزن او د ST-T څپو بدلونونه. (۲۲، ۳، ۸، ۱۱)

۳- وينه: DIC (Disseminated intravascular coagulopathy)

۴- دمعدې معايي وينه بهيدل: پيپتيک السر، اروسيف گاستريټس، هيپوراټيک پانکراتيک نکروزس، پورتل وريد ترمبوزس او واريزل وينه بهيدل.

۵- پښتورگی: اوليگوپوريا، ازوتيميا، دپښتورگو وريدي يا شرياني ترومبوزس، دتیبولونو حاد نکروزس.

۶- ميتابوليک: هايپرگلاسيما، دترای گلسرائدو لوروالی، هايپوکلسميا، انسفالوپاتي او ناخاپي روندوالی (Purtscher's ريتينوپاتي) دايونادر اختلاط دی چې ناروغ ناخاپه ليدل له لاسه ورکوي دا په مکولا او اوپتيک دسک کې وينه بهيدنه او Cotton wool spot ليدل کيږي. (۸، ۲۲، ۳)

۷- مرکزي عصبي سيستم: سيکوزس، شحمي امبولی. (۳، ۸، ۱۵)

درملنه:

I: دحادی حملی درملنه:

الف: خفيفه حاده حمله دڅو ورځو په موده کې په خپله بڼه کيږي.

ب: په منځنۍ کچه حمله

۱- نازوگاستريک تيوب: ددې تيوب دلارې معده سکشن کيږي تر څو چې دگيډې د پړسوب، کانگو او اسپريشن نمونيا څخه مخنيوی وشي او دخولې دلارې خواړه او اوبه نه ورکول کيږي. (۳۷)

۲- د درد د ارامولو لپاره پيتيدين او ترامادول ورکول کيږي. دمورفين د ورکولو څخه بايد ډډه وشي ځکه چې د اووډي دمعصرې دتقبض لامل کيږي خو که درد د دوي سره غلی نه شويبايې ورکولای شو. پيتيدين ۱۰۰-۱۵۰ ملي گرامه دغونښې دلارې هر ۳-۴ ساعته وروسته ورکول کيږي. که دپښتورگو او ځيگر دندې ډيرې خرابې وي نو دوز يې کميږي. (۳۷)

۳- دخولې دلارې خواړه هغه وخت پیلېږي چې درد غلی شي او دکولمو او اوزونه واوریدل شي. (سره له دې چې د امیلیز کچه لوړه وي) لومړی نری مایعات وروسته لږ غوړ لرونکي خواړه ورکول کېږي. (۳۷)

کله چې ناروغ د حاد صفراوي پانکراتایتس څخه ښه شو لپراسکوپیک کولي سیستمکتومي ترسره کېږي.

د بیاییا پانکراتایتس د درملنې لپاره په کوچنۍ پیپلاکې سنتت داخلېږي. (۳۷)

ج: د شدید حاد پانکراتایتس درملنه:

۱- وریدي مایعات: د مایعاتو د ورکولو په مهال باید د مرکزي وریدي فشار څرگند شي.

۲- کلسیوم گلوکونات: که هایپوکلسمیا او تیتاني شته وي نو کلسیوم گلوکونات ورکول کېږي.

۳- که هایپو البومینیمیا شته وي نو البومین ورکول کېږي.

۴- Fresh frozen plasma: که کوواگولوپاتي شته وي نو ورکول کېږي.

۵- دکولویډ مایعاتو زیات ورکول د ARDS خطر زیاتوي.

۶- که شاک د مایعاتو د ورکولو سره دوام ومومي نو پری سور ورکول کېږي.

۷- خواړه: د حاد پانکراتایتس په شدید یرغل کې رنځور دڅو او نیو لپاره دخولې دلارې خواړه زغملی نه شي. (۳۷)

Total Parenteral Nutrition (TPN) د شحمیاتو په گډون د ۷-۱۰ ورځو پورې ترسره

کېږي. د TPN سره د اتان خطر زیاتېږي.

0 - د اتان مخنیوی: د اتاني اختلاطاتو د مخنیوي لپاره پراخه اغیزه لرونکي

انتي بیوتیکونه ورکول کېږي. ایمی پینیم ۵۰۰ ملي گرامه درگ دلارې هر اته

ساعته وروسته، سیفوریکزیم ۵، ۱ گرامه درگ دلارې د ورځې درې ځله او بیا

۲۵۰ ملي گرامه دخولې دلارې دورځې دوه ځله د ۱۴ ورځو لپاره،

سپروفلوکزاسین او

- 1

2 - میټرونیدازول د منتن پانکراتیک نکروزس لپاره ورکول کیږي، خو په روتین

ډول ۳۰ سلنه څخه کمو ناروغانو ته اتی بیوتیک نه ورکول کیږي. (۳۷)

۹- وریډي سومستاتین ورکول څرگند نه دی، اکثریو تائید اغیزه نه لري.

۱۰- ناروغ باید په شدیدې څارنی خونې کې بستر شي.

۱۱- باید هیما توکریټ، د وینی د سپینو ژونکو شمیر، سیروم الکترولیټ، کلسیوم،

بی، یو، ان، کریاتینین، AST، LDH او گازات مانیتور شي.

۱۲- وینه، بلغم، پلورایي مایع او تشې متیازی باید وکرل شي. (۳۷)

### داختلاطاتو درملنه او دناروغ څارل:

دپانکراتایتس په شدیدو حالاتو کې باید د جراح سره سلاو شي. که چیری تشخیص

شکمن وي نو اکتشافی لپراتومي ترسره کیږي. که پانکراتایتس نه وي نو دلاس وهنې

څخه پرته گیده گنډل کیږي. (۳۷)

که پانکراتایتس خفیف او کولي لیتیازیس ورسره مل وي نو کولي سیسټیکوتومي یا کولي

سیستومي ترسره کیږي. (۳۷)

که پانکراتایتس دکولي ډوکو لیتیازیس له کبله وي او بیلروبین د ۵ ملي گرام پر دیسي

لیتر څخه لوړ وي او یا کولانجیتس ورسره یوځای وي نو اندوسکوپیک ریټروگراد

کولانجیو پانکریاتوگرافي داندوسکوپیک سپاینکتروتومي سره یوځای ترسره کیږي

او تیره ایستل کیږي. (۳۷)

که نیکروتیک پانکراتایتس وي دناروغ کلینیکي حالت دخرابوالي دنورو غړو د دندو

دخرابوالي سره یوځای وي او د ۴-۶ اونیو په موده کې د داخلی درملنې سره ښه نه شو

نو جراحی درملنه ترسره کیږي. منتن نکروزس تل جراحی درملنه کیږي دجراحی درملنې

موخه داده چې نکروتیک او شاوخوا انساج لري او ښه دریناژ شي. (۳۷)

انزار:

د ۲۳۸۰ کال څخه راپدېخوا د بېرني پانکراتايتس د مړينې کچه د ۱۰ سلنو څخه ۵ سلنو ته ښکته شوې.

که د حاد پانکراتايتس د Ranson's criteria د دريو څخه زياتې وي نو ۲۰ سلنه مړينه لري چې نيمايي مړينه په لومړنيو دوه اونيو کې وي چې د څو غړو د بې وسۍ له کبله وي. که د څو غړو بې وسۍ د ۴۸ ساعتو څخه زيات پايښت ومومي نو د مړينې سلنه د ۵۰ سلنو څخه زياتېږي. دناروغی اختلاطات په الکولیک پانکراتايتس کې وي. (۳۷)

### دپانکراس ځنډنی التهاب (Chronic Pancreatitis) :

پېژندنه:

ځنډنی پانکراتايتس دپانکراس د ځنډني التهاب څخه عبارت ده چې متصف دی په په فبروزس او دپانکراس د اکزوکراين انساجو ويجارټيا باندې. دلنگرهانز د ازلت د اخته کېدو له امله د شکرې ناروغی او د ځنډني ويجارټيا له کبله پر له پسې درد يا مل اېسورېشن مينځ ته راځي. (۲۲، ۳۸)

### اېډيمولوژي:

د ځنډني پانکراتايتس دناروغانو شميره ښه څرگنده نه ده خو يوازی په يوه څېړنه کې ښودل شوي چې پېښې يې په کال کې ۲، ۸ په ۱۰۰۰۰۰ کې وي خو داشميرنه هم تر اوسه ښه څرگنده نه ده. په اتوپسي کې ښودل شوي چې څېړيدنه يې 5-0.04 سلنو ته رسيدلې ده. (۲۲، ۳۸)

### لاملونه:

کلسيفيکېشن: الکولیک، بنديزي، دامپولاواتر تنگوالی، کيسټيک فبروزس، ارثيت، ايدوپاټيک. (۲۲، ۳۸)

پتوفزیالوژي:

تر اوسه پورې یوه واحده نظریه چې په پانکراس کې څنگه التهابي پروسه مینځته راځي بڼه نده پیژندل شوی خو داسی گمان کیږي چې په پانکراس کې په نانډولیزه توگه انزایمونه فعالیږي چې دپانکراس د ناروغیدو لامل کیږي. (۲۲، ۳۸، ۱۱)

په ارثي پانکراتایتس کې د تریپسینوجن او دهغه د نهی کوونکي پروتین تر مینځ انډول خرابیږي یا نې د تریپسینوجن کچه دهغه د نهی کوونکي پروتین په پرتله لوړیږي چې فعال تریپسین د پانکراس دانساجو دویجاړیدو لامل کیږي. (۲۲، ۳۸، ۱۱)

همدارنگه ځنډني الکول څښل د تریپسینوجن کچه دهغه د نهی کوونکي په پرتله لوړوي. داسی اند شته چې دپانکراس په دننه کې انزایمي فعالیت دپانکراس د قنات په لومن کې پروتینونو ته ترسب ورکوي او پلاک جوړیږي دغه پلاک د کلسیفیکیشن لپاره یو هسته جوړوي چې په پای کې د پانکراس دویجاړیدو لامل کیږي دسایتوکینونو فعالیتدل دغه پروسه نوره هم اوږدوي. (۲۲، ۳۸)

**پتالوژي:**

ځنډنی پانکراتایتس څو ډولونه لري چې غوره یې کلسیفید پانکراتایتس دی چې په الکولیستانو کې زیات وي. (۲۲)

افت د پانکراس لوبولونه اغیزمنوي، اسینای اتروفي کوي دلوبونو په دننه کې فبروزي انساج زیاتیږي او ځنډنی التهابي انفلتریشن د لوبونو او قناتونو په شاوخوا کې مینځته راځي. پروتیني پلاک د لومن په دننه کې جوړیږي. پانکراس کلک او کلسفید وي او په پانکراس کې دروغجن کیستونه جوړیږي. (۲۲)

**کلینیکي بڼه:**

دځنډني پانکراتایتس غوره گیلې داپي گاستریک درد دی چې شاه خواته خپریږي. درد بنایي پر له پسې، متناوبه وي او یا نه وي دالکولو پواسطه زیاتیږي. نورې نښې عبارت دي له بې اشتهايي، وزن کمیدلو، دیابتس، ملابسوریشن او ژیري څخه. (۳۲)

## تشخيص:

د ځنډني پانکراتايتس تشخيص د درې ازموينو پرمت کيږي.

الف: تشخيصيه ازمويني:

۱- التراسوند: په CT سکن کې د پانکراس اتروفی، کلسيفيکيشن او دقناتونو پراخوالی ليدل کيږي.

۲- دگيډې په ساده راډيوگرافي کې کلسيفيکيشن ښکاري.

۳- اندوسکوپيک التراسوند.

ب: دپانکراس ددندو ازمويني:

۱- دسکرېټين دزرغ څخه وروسته د پانکراس دافرازاتو اندازه کول.

۲- Pancreolaury test: کله چې Fluorescein dilaurate دخولې دلارې وخوړل شي دپانکراس د استريز انزايم پواسطه ټوټې کيږي. وروسته د ټوټه کيدو څخه جذبېږي او په تشو متيازو کې اطراح يې اندازه کيږي دا په شديد پانکراتيک بې وسۍ کې ډيره ښه ازموينه ده. (۳۲)

۳- PABA Test: کله چې Para aminobenzoic acid دخولې دلارې وخوړل شي نو د کيموتريپسين پواسطه هايډروليز کيږي او پارا امينو بنزويک اسيد ترې ازادېږي، وروسته دکنجوگيټ کيدو څخه په تشو متيازو کې وزي.

۴- په ډکو متيازو کې د کيموتريپسين يا الاستيز اندازه کول.

۵- Oral Glucose Tolerance test مثبت وي. (۳۲)

## اختلاطات:

۱- دپانکراس دروغجن کيستونه: پانکراتيک اسايټس چې په دواړو (بيړني او ځنډني پانکراتايتس) کې وي.

۲- دځيگر څخه دباندي بندښتي ژيري دکامن صفراوي قنات دبنديدو له کبله وي.

۳- دډيډونيوم تنگوالی.

۴- دپورتل یاد توري دورید ترومبوزس چې د سگمنتال پورتل هایپر تنشن او گاستریک واریزس لامل کیږي.

۵- پیپتیک السر.

۶- دپاپتیک کیتواسیدوزس او دپاپتیک کوما.

۷- ریتینوپاتی، نیوروپاتی.

۸- ریتینوپاتی د ویتامین A او دزینګ دلږوالي له کبله وي.

۹- پلورال ایفیوژن (کین خواکې وي).

۱۰- معدې معایې وینه بهیدنه.

۱۱- ژیری

۱۲- ددهوکو دردونه.

۱۳- دپانکراس سرطان. (۳۲)

درملنه:

۱- دالکولو د پریښودلو سره دناروغی پر مخ تګ درپړي او درد غلی کیږي.

۲- د درد غلی کولو لپاره نن ستروئید التهاب ضد درمل ، اویبات ، امی تریپتالین ، انت اوکسیدانت او دخولې دلارې پانکراتیک انزایمونه ورکول کیږي. همدارنگه درد د سلیک اکسیس بلاکولو ، اندوسکوپیک تراپي او جراحي لاس وهنې پواسطه غلی کیږي. (۳۲)

۳- د شحمي نس ناستي درملنه:

• په خوړو کې غوړ کم شي.

• پانکریاتیک انزایمونه.

• اسید افراز نهی کوونکي درمل لکه : اچ دوه رسپتور بلاکوونکي. (۳۲)

۴- هغه دیابتنس چې دپانکراس د بی وسی له کبله مینخته راغلی وي کنترول یې دخولې دلارې هایپوګلاسمیک درملو سره گران دی.

۵- د اختلاطاتو درملنه

دروغجن کیستونه، پانکراتیک اسایټس، د کامن صفراوي قنات بندیز، داثنا عشر تنگوالی او پورتل هایپرټنشن د جراحي یا اندوسکوپي پواسطه درملنه کيږي. (۳۲)

### انزار:

ځنډنی پانکراتایټس د ډیرې ناتوانۍ لامل کيږي. انزاري د درملنې وړ ناروغیو لکه (صفراوي تیږې، د کولي ډوکت تیږې، د اوډي دمعصری تنگوالی، هایپرپاراتایرودیزم) د درملنې سره ښه کيږي. د هایپر لیپیدیما درملنه د ناروغی د بایږي څخه مخنیوی کوي. (۳۲)

د الکولیک پانکراتایټس درد د پانکراسي قنات د ارتوالي سره ښه کيږي. (۳۲)

### دپانکراس کنسر(Cancer of the pancreas):

#### اپیدیمولوژي:

په لویډیزو هیوادونو کې د پانکراس د کنسر پیښې ۱۰-۱۵ په ۱۰۰۰۰۰ کې دي او د ۷۰ کلنۍ څخه وروسته پیښې یې ۱۰۰ په ۱۰۰۰۰۰ زیاتيږي په نارینو کې د ښځو په پرتله دوه برابره دي، په لویډیزو هیوادونو کې د کنسر له کبله مړینه پنځم لامل کيږي، ۹۶% د پانکراس اډینوکارسینوما دی. (۳۲، ۳۷)

#### لاملونه:

۱- سگریټ څکول: دپانکراس کنسر په سگریټ څکونکو کې د نه څکونکو په پرتله درې برابره زیات دی.

۲- ځنډنی پانکراتایټس.

۳- چاغوالی

۴- محطی يالي فکتورونه لکه د پترولیم پيداوار، نفتالا امین.

۵- جنتیک بدلونونه لکه په ۹۰ سلنه ډکتیل اډینو کارسینوما کې د K-rase-gene شتون مثبت وي. (۲۶)

### پتالوژي:

۹۰ سلنه دپانکراس کنسر اډینو کارسینوما دی چې دپانکریاتیک ډکت څخه سرچینه اخلي. تومور موضعي غړي اخته کوي او نورو ځایونو ته هم میتاستاز ورکوي لکه لمفوي غوټو ته ناروغي هغه وخت پیژندل کیږي چې ډیر پر مخ تگ یې کړی وي. (۳۸) کلینیکي بڼه:

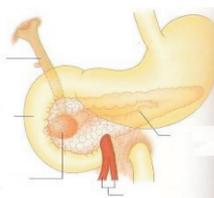
۹۰ سلنه څخه زیات د پانکراس کنسر دقنات اډینو کارسینوما دی. ۵-۱۰ سلنه دازلیټ تومور دی د پانکراس تومور ۷۰ سلنه په سر، ۲۰ سلنه په تنه او ۱۰ فیصده په لکۍ کې وي. (۲۶)

دپانکراس د بدن یا لکۍ گیلې عبارت دي له: د گیدې درد او وزن بایللو څخه چې په ۷۵ سلنه ناروغانو کې وي.

درد غاښ چیچونکی وصف لري، حشوي وي، کله کله د اپي گاستریوم څخه شاه ته خپرېږي، مخکې خواته د توغیدو سره ارامیږي. که درد ډیر شدید وي یې داده چې د پریټوان شاه ته یې برید کړی او په اسپلان شینیک عصب کې یې انفلټریشن کړی. پدې وخت کې تومور دجراحی دکرني پواسطه نه ایستل کیږي. (۲۶)

نادراً ډیر شدید دردونه تیریدونکي وي او دهایپرامیلزیمیا سره مل وي او دحداد پانکراتایټس کوم چې دقنات د بندیدو له کبله مینځته راځي بنودنه کوي، وزن بایلل د بی اشتهايي او دجذب خرابوالی څخه پیدا کیږي. (۲۶)

دائنا عشر دوهمه برخه



انسدادی صفراوي قنات  
معدده

انسدادی صفراوي قنات

د میزانتري او عیبی

دپانکراس د راس کنسر

### (۱-۱۶) شکل دپانکراس د سر تومور (۳۲)

دپانکراس د سر یا امپولوا تر په تومور کې ژیری وي چې د صفراوي قنات د بندیدو له کبله مینځته راځي.

تشې متیمازي تیاره او د ډکې متیمازي خاورینې وي. خار بنست شته وي. بی درده ژیری د صفراوي قنات، اثنا عشر او پیری امپولوا په تومورونو کې وي که درد شته وي نو د تومور د پرمختگ ښودنه کوي. (۳۲)

### دپانکراس د تومور نښې:

دپانکراس د سر د تومور نښې عبارت دي له Courvoisiers نښه (د جس وړ صفراوي کڅوره) د گیدې په منځنۍ برخه کې کتله او د ځیگر لویوالی جس کیري. (۳۲)

دپانکراس د تومور غیر معمول نښې عبارت دي له Migratory thrombophlebitis، د جس وړ صفراوي کڅوره، معدې معایي وینه بهیدنه، د توري لویوالی، د گلوکوز نه زغمل، پولی اتریتس او د پوستکي د نوډولونو څخه. (۳۲)

### تشخیص:

۱- ترانس ایدو مینال التراسوند : ددې پواسطه دپانکراس د سر تومور او پراخه شوی قنات تشخیصیږي د تنی او لکۍ تومور ددې پواسطه نه تشخیصیږي ځکه چې تومور د کولمو د گازاتو لاندې وي. (۳۲)

۲- Contrast enhanced spiral CT Scan : ددې پواسطه درگونو، دلمف غوتیو او لری برخو میتاستازس څرگندیږي.

۳- لپراسکوپي : د جراحی کړنو څخه مخکې ترسره کیږي.

۴- د پوستکي دلاري بایوپسي : د درملنې څخه مخکې د هستولوژیک تشخیص لپاره اړینه

۵- MRI Scanning and endoscopic Ultrasound: د دناخرگندو شوي تومورود تشخيص

لپاره کارول کيږي. (۳۶)

د تومورونو سټيژونه:

۱- لومړی سټيژ: تومور هغه وخت دايستلو وړ وي چې .

- T1-T2: تومور يو ساتتي متر او يا د دوو ساتتي مترو څخه غټ وي.
- Nx: دلمفاوي غوتو اخته کيدل څرگند نه وي.
- سليياک اکسس اخته شوی نه وي.
- Superior mesenteric artery : SMA اخته شوی نه وي.
- Superior mesenteric vein with portal vein : SMPV اخته نه وي.
- دپانکراس څخه دباندي ناروغي خپره شوی نه وي. (۳۶)

۲- دوهم سټيژ:

- په موضعي توگه يې پرمختگ کړي وي.
- شريانونه اخته شوی نه وي (سليياک اکسس، SMA)
- وريدي انسداد (SMV، پورتل وريد)
- دپانکراس څخه دباندي افت وتلی نه وي. (۳۶)

۳- دريم سټيژ

- ميتاستازس T1-T3، M1-Nx-1 (تومور ديو يا درې ساتتي مترو څخه غټ وی لری برخو ته ميتاستازس ورکړي وی، لمفاوي غوتو ته ميتاستازس ورکړی وی)
- ځيگر، پريتوان، سږو ته يې ميتاستازس ورکړی وی. (۳۶)

درملنه:

۲ سلنه ناروغان تر پښخو کالو پورې د جراحي درملنې سره ژوند کولای شي، نژدې شل سلنه پيښو کې تومور موضعي وي چې دجراحي کړنې پواسطه د ايستلو وړ وي، په ډيری پيښو کې د درد ارامول دی. (۳۶)

د اندوسکوپي دلارې د سنتت ايښودل يو څه اراموالی راوړي او دمړينې کچه کموي. د اثنا عشر په بندښت کې د درد د ارامولو لپاره جراحي درملنه ده. د سنتت ايښودل د لنډې مودې لپاره بنه پایله لري. راديو تراپي د کيموتراپي په پرتله گټوره ده.

۵ فلورويوراسيل اوجيم سايتابين دناروغی په شديدو حالاتو کې گټور دي. (۳۶)

### انزار

دپانکراس کانسر په تیره دسر او لکی انزار خراب وي ۲-۵ سلنه ناروغان يې له عملياتو څخه تر پنځه کلو پورې ژوند کولای شي او که نومور وويستل شي دغه سلنه ۲۰-۴۰ ته رسېږي. که د پانکراس د سر نومور په لومړي وخت کې په پاملرنې سره وويستل شي نو ناروغ به تر ډیرې مودې پورې ژوندي پاتې شي. (۳)

### Malabsorption

#### پېژندنه:

مل اېسورېشن هغه ناروغی ته ويل کېږي چې دخوراکي توکو هضم او جذب په کې خراب شي. (۳۲)

#### لاملونه:

۱- Celiac Disease

۲- Dermatitis herpetiform

۳- Tropical Sprue

۴- Bacterial Over Growth

۵- Intestinal resection

۶- Whipple disease

۷- Parasite infestation (Giardia intestinal) (۳۲)

### Celiac Disease

#### Gluten sensitive enteropathy

د سلياک ناروغي د کوچنيو کولمو د جيچينوم د مخاطي طبقي د التهابي ناروغي څخه عبارت ده چې د گلوتين پواسطه مينځته راځي او کله چې دخوړو څخه گلوتين لري شي ناروغي ښه کېږي. گلوتين په غنمو، تورو غنمو او جودرو کې وي. (۳۲)

#### پېښې:

سلياک ناروغي په ټوله نړۍ کې خپره ده چې په شمالي امريکا کې ډير او په توره افريقا کې لږه ده. په تودو سيمو کې يې پېښې 1/100-1/6500 دي.

دسلیاک ناروغی بشپړ ارثي والی څرگند نه دی خو د کورنۍ په لومړنیو خپلوانو کې ۱۰-۱۵ سلنه وي. (۳۲)

هغه جینونه چې دسلیاک د ناروغی لپاره ډیر برابر دي عبارت دي له :  
DQ2 (DQA1\* 0301, DQB1\* 0302) او DQ8 (DQB1\* 0201, DQA\* 0501)  
څخه. ۹۰ سلنه پښتني يې په DQ2 جین لرونکو کې وي. (۳۲)

لاملونه:

گلوټین یو دروند مالیکولي وزن لرونکی مرکب دی چې په  $\alpha, \gamma, \beta$  او گلايدين پېپټیدونو باندې ټوټې کيږي چې ددې ټولو څخه يې  $\alpha$  د کوچنیو کولمو په مخاطي طبقي باندې ډیره زهرجنه اغیزه لري.

D ژونکی د ناروغی په مینځته راتلو کې مرکزي دنده لري. داژونکې د انساجو د ترانس گلوټامینیز انزایم په وړاندې دفاع کوي. همدارنگه چاپیریالي فکتورونه لکه وایروسي اتانات هم د ناروغی په مینځته راتلو کې ونډه لري. (۳۲)

پتالوژي:

پدې ناروغی کې ډیری د کوچنیو کولمو طبقي اغیزمن کيږي، ویلا له مینځه ځي مخاطي پوښ همواروي کریټونه هایپرپلازیا کوي. لاهینا پروپریا کې پلازما سیل، مکروفازونه، لمفوسایټونه، ازونوفیل او ماست ژونکی ډیر والی کوي. (۲۲، ۲۵)

کلینیکي بڼه:

سلیاک ناروغي په هر عمر کې مینځ ته راتلای شي خو ډیری په هغه نوی زیریدلي ماشومانو کې چې دتي رودلو څخه بیلیري او دگلوټین لرونکو خواړه ورته بیلیري پیدا کيږي. په غټانو کې په ۵۰ کلنۍ کې پیدا کيږي. گیلې غیر وصفی وي، ناروغان سټري، ستومانه او خاسف وي. (۳۲)

دهضمي سیستم گیلې عبارت دي له نس ناسته، شحمی نس ناسته، دگیډې درد، پړسوب، باد، دخولې دټپونو او انګولاز ستوماتیتس څخه.

عصبی گیلې یې عبارت دي له: له خفگانونو، روجي فشارونه، پاراستیزیا، اتکزیا (د دماغی کلسیفیکیشن له کبله، عضلي ناتواني او پالي نیورویاتي څخه. (۳۲) نورې گیلې یې عبارت دي له شندتوب (عقامت) وزن بایلل، تیتانی، او ستومالیشیا، اوستیوپروزیسس، مل تتریشن او دلاسو او پښو پرسوب څخه. په سلپاک ناروغی کې د ځینو اتوامیون ناروغیو (تائیروید ناروغی، IDDM، پرایمري بایلاري سیروز، S jogren syndrome، IBD، دځیگر ځنډنې ناروغی، IgA.Epilepsy، Fibrosing allergics alveolitis لږوالی) پښې زیاتیرې په فزیکي کتنه کې یوازې انیمیا او مل تتریشن وي. (۳۲)

پلټنې:

۱- په سیروم کې Endomyseal (EMA) and Tissue transglutaminase (tTG) Anti bodies (IgA) اتی باډي گانی شته وي. Endomyseal antibody د Immuno fluoreseens او Anti tissue glutaminase antibody د ELISA پواسطه تشخیصیږي. که دا دواړه اتی باډي گانی شته وي تشخیص یقیني کوي او د بایوپسی لپاره اړتیا نشته.

۲- Anti reticulin antibody (ARA)

داحساسه او غیر وصفی ازموینه ده چې بنایي دهضمي سیستم په نورو ناروغیو کې لکه کروڼ ناروغی کې هم وي.

۳- داثنا عشر او جیجینوم بایوپسی ستندرد ازموینه ده.

۴- هیماټولوژي: ۵۰% پښو کې خفیفه یا په منځنۍ کچه انیمیاوي چې د فولات یا ویتامین بی ۱۲ یا داوسپنې دکمالي له کبله دویني په محیطي فلم کې مایکروسایټ ، مکروسایټ، Hypersegmented PMN او Howell jolly bodies (دتوري د اتروفی له کبله، وي.

۵- د جذب ازموینې: دشحم، لکتوز او ویتامین بی ۱۲ جذب خراب وي.

۶- راد بولوژي: په فالو ترو ازموینه کې کوچنی کولمې پراخه او فولډونه ښه نه ښکاري.

۷- Wireless capsul endoscopy

دورو کولمو د اښار ملتې او اختلاطاتو لپاره کارول کېږي.

۸- Bone densitometry: د اوسټیوپروسیس د شتون لپاره تر سره کېږي.

۹- بایو کیمستري: په ټولو شدیدو ناروغانو کې هاپیوکلسمیا، هاپیو البومینیمیا او هاپیر فاسفتیمیا اوسټیومالیسیا وي. (۳۲)

درملنه:

که د خوراکي توکو څخه گلوتین لرې شي نو په ناروغ کې کلینیکي او مارفولوژیک ښه والی څرگندېږي. هیماتینیک مواد لکه اوسپنه، فولیک اسید او کلسیوم باید ناروغ ته ورکړل شي. که په ناروغ کې ښه والی پیدا نه شو بیا باپويسي تر سره کېږي. که د گلوتین د لری کولو سره بدلون راغی نو د ناروغی د ښه تشخیص لپاره بیا گلوتین په خوړوکې ورکول کېږي او بیا د جیجینوم مارفولوژي تر څیړنې لاندې نیول کېږي، نادراً ټینګاري ناروغان د کورټیکوسټروئید او معافیت څپونکو درملو سره ښه کېږي. که توری کوچنی شوی وي نو ناروغان باید په هرو پنځو کالو کې د نموکوک نمونیا د مخنیوی لپاره واکسین شي. (۳۲)

اختلاطات او ازار:

په سلیاک ناروغی کې د خبیثه ناروغیو لکه ورو کولمو کارسینوما، دمري سکواموز کارسینوما د پیدا کیدو خطر زیاتېږي او په لږو ناروغانو کې السراتیف جیجیونیتس مینځته راځي چې تبه، د گیدې درد، د کولمو بندښت او سوري کیدل ورسره یوځای وي. (۳۲)

د کوچینو کولمو اختلاطات نادراً د باریوم او انټروسکوپي پواسطه تشخیصېږي نو ځکه باپويسي تر سره کېږي. ناروغي په عمومي ډول پر مخ تلونکی سیر لري، په اوږد سیر لرونکي ناروغی کې د هډوکو میتابولیکي ناروغی پیدا کېږي.

هغه ناروغان چی د گلوتین څخه تش خواړه خوړي بابیري یې لږ دي. (۳۲)

## Dermatitis herpetiformis

دا نادره ناروغی ده چې د پوستکي Subepidermal blistering eruption دسلیاک انتروپاتي سره یوځای وي.

د پوستکي په بایوپسی کې سب اپي درمل بلستر او درمل پپيلا کې تروفیلیک مایکرواپسی وي. (۳۲)

د جیجینوم مارفولوزیکه څیره د شدیدې سلیاک ناروغی په شان نه وي.

ارثیت او امینولوزیکې اېنارملتی یې دسلیاک د ناروغی په شان دی. د پوستکي تشوشات یې د گلو تین څخه تش خوړو او ډاېسون سره ښه کیږي. (۳۲)

## Tropical Sprue

دایو اندیمیکه ناروغی ده چې د تودو سیمو اوسیدونکو یا سیل کونکو کې زیاته وي. پدې کې په لږه اندازه مل اېسورېشن وي. ډیری ناروغان گیلې نه لري همدارنگه کله کله د تروپیکل مل اېسورېشن پنوم یادېږي. (۳۲)

دا ناروغی ډیری په اسیا، امریکا کې وي. کله کله اېیدیمي یې د دوو کالو پورې دوام مومي او لس کاله وروسته بیا پیدا کیږي.

لاهل یې څرگند نه دی خو ډیری گمان کیږي چې انتاني وي ځکه چې په اېیدیمیک ډول پیدا کیږي او د اتی بیوتیکو سره ښه کیږي.

کلینیکي څیره یې عبارت دی له نس ناستی، بی اشتهايي، د گېدې د پړسوب او د وزن بایللو څخه. (۳۲)

د ناروغی بیل په بیرني توگه وي چې په اېیدیمیکه ځای کې د لږو ورځو یا څو کالو اوسیدلو څخه وروسته پیدا کیږي.

اېیدیمي یې پراخه وي او زرگونه خلک په یو وخت کې پرې اخته کیږي، ځینې وخت ناروغی ورو ورو بېلیږي چې د څنډني نس ناستي او د خوراکي توکو دلړوالي سره یوځای وي. (۳۲)

تشخیص:

دجيجينوم مخاطي پوښ اېنارمل او ويلای اتروفي کړې وي. دسلياک د ناروغی په شان شديد نه وي، دجارديا سره بايد توپيري تشيخص شي. دشحم او ويتامين بي ۱۲ جذب زيات په کې خرابېږي. (۳۲)

#### درملنه:

ډيری ناروغان د سپرو دسيمې ډېرېښودلو او دورخې د ۵ ملي گرامه فولیک اسيد دخورلو سره ښه کېږي. ډيری ناروغان دورخې ديوگرام تتراسايکلين دخورلو سره بشپړ ښه شوي او دارپتيا په مهال تر ۶ مياشتو پورې دوام ورکول کېږي. (۳۲)

دناروغی په شديد حالت کې که دپهايدريشن شته وي نو مايعات او الکتروليت ورکول کېږي. دخوراکي توکو نيمگړتياوی بايد سمی شي او ويتامين بي ۱۲ بايد 1000 مايکرو گرامه وکارول شي. دناروغی انزار ښه دي. په اپيديميک سيمو کې مړينه د اوبو او الکتروليتو د ستونزو له کبله وي. (۳۲)

(په کولمو کې د باکتریاو زياتوالي) (Blind loop syndrome)

په غټو کولمو کې زيات شمير ان ايروبيک باکتریا (لکه بکتروئيد (Bifido bacteria) اوسپړي) چې دا ايروبيک باکتریاو په پرتله (ای کولای، اتیروکوک او اتیروبوکتر) ۱۰۰-۱۰۰۰ واري زياتې دي دغه مايکروفلورا غوره ميتابوليکي دندې لري لکه دهغه خوراکي توکو څخه چې د جذب وړ نه دی د تخميری کړنې پواسطه لنډ ځنځير لرونکی شحمي اسيدونه جوړوي کوم چې په کولون کې د انرژي سرچينه ده. (۳۲)

دا باکتریاگانی ويتامين کا توليدوي، داميون سیستم د ساتلو لپاره د اپي تيليل ژونکو ډيروالی کنترولوي او د کولمو مخاطي پوښ د بتوجنيک باکتریاو د کالونيزشن څخه ساتي، دوړو کولمو پورتنی برخه دتل لپاره پاک وي او يوازې په کمه اندازه دخولې اورگانيزمونه په کې وي. دمعدی اسيد ډيری ارگانيزمونه وژني او د وړو کولمو حرکتونه جيجينوم تشوي. نارمل ترمينل اليوم کې گني شمير فيکل تيب ارگانيزمونه (لکه ای کولای او ان ايروبيک باکتریاگانی) او په کولون کې باکتریاگانی وي. (۳۲)

په کولمو کې د باکټریا و زیاتوالي په نارمل حالت کې دوړو کولمو په عضوي ناروغیو کې وي او په زړو کې پرته د عضوی ناروغیو څخه وي د ای کولای او بکتروئید اندازه د  $10^6/ml$  څخه زیاته وي دغه بکتريايوي صفراوي مالګې ډي کنجوګیتید او هایدروکسي لیتید کوي.

د کلینیک له نظره دا ناروغان نس ناسته او شحمي نس ناسته لري شحمي نس ناسته د کنجوګیتید صفراوي مالګو د کموالي لامل کېږي. د شحمي نس ناستې اوصاف عبارت دي له:

د ډکو متیازو حجم ډیر، رنگ یې پیکه، بدبویه، دهوا اندازه یې زیاته وي، د ډکو متیازو د غوړو اندازه ۱۷۰۰ ملي مول څخه زیات وي، او د کمود څخه په اسانۍ سره پاکېږي. (۳۲)

په شحمي نس ناسته کې بکترياکانی ویتامین بی ۱۲ میتابولیز کوي او نه پرېږدي چې داخل المنشه فکتور سره ونښلي نو ځکه یې کموالي یې مینځته راځي ځینې بکترياکانی فولیک اسید تولیدوي چې د سیروم کچه یې لوېږي. (۳۲)

د ویتامین ب ۱۲ کموالی دومره شدید نه وي چې د عصبي ستونزو لامل شي. دا ناروغی د هایدروجن بریت تست پواسطه تشخیصیږي (کله چې ناروغ ته لکتوز یا گلوکوز ورکړل شي د بکتريايو پواسطه میتابولیز کېږي او هایدروجن تولیدیږي چې په تنفس کې د هایدروجن زیاتوالی د ددي ناروغی بنودنه کوي. (۳۲)

درملنه:

۱- عضوي پتالوژیکې ناروغی باید درملنه شي.

۲- میترونیدازول: تتراسایکلین یا سپروفلوکزاسین کارول کېږي. (۳۲)

### Whipple's Disease

وي پل د څو سیستمونو یوه نادره ناروغی ده چې د Tropheryma whipples پواسطه مینځته راځي په نارینوو کې زیاته وي د ۴۰-۶۰ کالو په عمر کې پیدا کېږي دانسان څخه یې انسان ته خپریدنه څرګنده نه ده. (۳۲)

### کلینیکي بڼه:

د ناروغی لومړنۍ گيله د بندونو درد چی ۸۲ سلنه پېښو کې وي ليرې ديدونکی وي، سوء شکل نه لري، ۷۵ سلنه پېښو کې معدې معايي گيلې (لکه د گيلې درد، پرسوب، باد، شحمي نس ناسته، مل اېسورېشن او وزن کموالی، پروتین لوسينگ اېنتيروپاتي وي چې د هايپو البومينيميا او پرسوب سره يوځای وي) لري. (۳۲)

۵۰ سلنه پېښو کې خفيفه درجه تبه، ځنډنی توخی، جنراليز لمف ادينوپاتي وي دزړه بې وسي، د والونوبی وسي، دسرو ناروغی، دسترگو ناروغی، لکه Uveitis، Viteritis، Keratitis، Retinitis او Retinal Hemorrhage، ۱۰% کې د مرکزي عصبي سیستم گيلې لکه Dementia، ليتارجي، کوما، اختلاجات، مایوکلونوس، د قحفي ازواجو ناروغی لکه نیستگموس او افتالموفليجيا وي. (۳۲)

دهستولوژي له نظره دکولمو ويلا له مينځه تللی وي او Acid Schiff (PAS) Positive macrophage لرونکی وي. دکولمو څخه دباندي د ناروغيو د تشخيص لپاره PCR ترسره کېږي. (۳۲)

وي پل ناروغی د مل اېسورېشن، څرگندې تې، لمف ادينوپاتي، سيرونيگاتيف ارتريټس، کلچر نيگاتيف اندوکاردايټس او مولتي سيستمیک ناروغيو سره توپيري تشخيص کېږي. (۳۲)

### درملنه:

کوټرای موکسازول دورځې دوه ځله ديوکال لپاره او په شديدو حالاتو کې سفتریاکزون د ورځې دوه گرامه د دوه اونيو لپاره ورکول کېږي. که د کوټرای موکسازول سره الرژي يا ټينگار موجود وي نو سفالوسپورين، انټرفيرون گاما يا فلوروکينولون کارول کېږي.

(۳۲)

## دوهمه برخه

### دبولي لارو انتانات (UTI)Urinary Tract Infection:

پېژندنه:

دبولي لارو انتانات دغوره باکټريايي ناروغيو څخه دي چې په بولي لاره کې د انتاناتو د ډيروالي له کبله منع ته راځي.

که دتشو متيازو د منځنۍ برخې څخه سمپل واخيستل شي نو په يو ملي ليتر کې د نيوتروفيل شمير به ۱۰<sup>۵</sup> څخه زيات وي. (۲۲، ۳۸)

ايديمولوژي:

دبولي لارو انتانات د ايديمولوژي له مخې په دوو ډلو ويشل شوي دي.

دکتيتير پواسطه (نازوکوميال) او غير له کتيتيره څخه (په ټولنه کې) چې په دواړو حالاتو کې بنايي گيلې شته وي او يا نه وي. (۲۲، ۳۸)

۵۰% بنځی د بولي لارو انتانات لري چې ۳% يې په شل کلنو انجنو کې وي او په هرو لسو کالو کې يې يوه سلنه پېښې زياتيري. د بولي لارو د انتاناتو پېښې په نارينوو کې ډير لږې وي خو په يو کلن ماشومانو او د ۲۰ کلنۍ څخه پورته عمر کې ډيرې وي.

په زړو نارينوو کې يې د ډيروالي لامل د پروستات هايپرټروفې ده.

گيلې نه لرونکې باکټريايوريا په زړو نارينوو او ښځو کې ۴۰-۵۰% دي. (۲۲، ۳۸)

پتوجنيزس:

د بولي لارو د انتاناتو په منځته راتلو کې لاندې فکتورونه ونډه لري.

۱: جنس او جنسي فعاليت: د بولي لارو د انتاناتو پېښې په ښځو کې ډيرې دي ځکه چې احليل يې لنډ (۴سانتي متره) مقعد ته نژدی دی او مهبل سره نژدې ختميري. دکوروالي په وخت کې باکټريا ژر مثاني ته داخليري. (۲۲)

همدارنگه ځينې نور فکتورونه چې په ښځو کې دبولي لارو د انتاناتو خطر زياتوي عبارت دي د سپرم وژونکو توکو، دبا فراگم، سرویکل کپ، Spermicid coated condom کارول دي. (۲۲)

په نارينوو کې دبولي لارې دانتاناتو برابرېونکي فکتورونه عبارت دي له: د پروستات

هايپرتروفي، د ريكتوم د لارې هوموسيکسيول يا هيتروسيکسيول جنسي فعاليت او سننې نه کولو څخه. (۲۲)

هغه بنځې او نارينه چې HIV باندې اخته وي او يا CD4+T Cell شمير يې د  $200/\mu\text{l}$  څخه کم وي د UTI لپاره برابر دي.

۲-اميدواري:

۲-۸% اميدواري بنځې په UTI اخته وي. ۲۰-۳۰ سلنه گيلې نه لرونکې بکتریا يوريا په پيالونفريتس باندې بدلېږي. په اميدواري کې د UTI د زياتوالي فکتورونه عبارت دي له: د حالب د ټون او استداري حرکاتو کموالي، ويزيکويوري ترال وال تيريدونکي بې وسي، دولادت په وخت يا وروسته په مثانه کې د کتيرتر اچولو څخه.

په اميدواري کې د UTI اختلاطات عبارت دي له: کم وزنه ماشوم زيږول، مخکې له وخته پيدا کيدل، د ماشوم د مړينې څخه (په تيره د پورتنۍ بولي لارو انتاناتو کې). (۲۲)

۳- انسداد:

د بولي لارو تومور، تنگوالي، کاني او پروستات هايپرتروفي د هايډرونفروسس او UTI خطر زياتوي.

#### ۴-Neurogenic Bladder:

د ياييت مليتس، سپينل کارډ تروما، تابس دورساليس، مولتپيل اسکليروسيس کې د مثاني تعصیب خرابېږي چې په مثانه کې تشې متيازې توليږي او د UTI لپاره لازه اوارېږي.

۵- ويزيکويوري ترال ريفلوکس

ويزيکويوري ترال رفلوکس زياتره په ماشومانو کې وي چې کيداې شي بولي لارې يې نارمل يا ابناړمل وي. (۲۲)

۲- د بکتریا و ویرولتس فکتورونه

د ۹۰% څخه زياتو پېښو کې د UTI لامل ای کولای دی. ای کولای د ۱۵۰ څخه زيات ډولونه لري چې يوازې پنځه ډوله يې (075, 018,06,04,01) د UTI لامل کيږي. همدارنگه د ای کولای H, او K سب گروپونه هم د ناروغۍ لامل کيږي. هغه ای کولای چې پي فيمبريا لري د نارمل بولي لارو د پيالونفرايتس لامل کيږي او هغه يې چې پي

فيمبريا نه لري په ويزيکو يوريترال ريفلوکس ناروغانو کې د UTI لامل کېږي.  
(۲۲، ۳۱)

۷- جنتیک فکتورونه:

دهغه کسانو په سرو ژونکو او يورو اپيتيليل کې چې P مثبت رسپتورونه شته وي د پي فيمبريا لرونکو ای کولای پواسطه د غير اختلاطي پيالونفرايټس لامل کېږي او هغو کې چې دا اخذی منفي وي د پيالونفرايټس لامل نه کېږي.  
همدارنگه Nonsecretory blood group antigen کسانو کې د UTI دمینخته راتلو خطر ډیر زیات دی. (۲۲)

دمثاني حاد التهاب (Cystitis):

دمثاني حاد التهاب ډیری دای کولای او کله کله دگرام مثبت بکتريا او يا اينټيروکوک له کبله وي. اتنان په عمومي ډول داخليل دلاري مثاني ته پورته کېږي همدارنگه ادینو وایرس هم په ماشومانو کې د وایرل سيستايټس لامل کېږي خو په ځوانانو کې نادر دی. (۳۷)

کلينيکي بڼه:

ناروغ د مثاني د شديدو تخريشي گيلو ( فريکونسي، ارجنسي، دس يوريا) او د سپراپوييک ناحیې د نارامۍ څخه گيله من وي.

په بنځو کې هيماجوريا هم وي گيلې بې د کوروالی څخه وروسته پيدا کېږي چې په فزيکي کتنه کې يې سپراپوييک ناحیه حساسه خو سيستمیکه توکسي ستي نه وي. (۳۷)

لابراتواري کتنې:

د تشو متيازو په ازموینه کې پایويوريا، بکتري يوريا او هيموجوريا وي او په کرته کې اړونده ميکروب زرغونېږي. (۳۷)

راډيولوژيکي ازموينې:

راډيولوژيکي ازموينې هغه وخت تر سره کېږي چې دپيالونفرايټس، متکرر اتنان او د اناتوميکو ابنا رملټيو شک شته وي. (۳۷)

## تفریقي تشخیص:

سیستایتیس په ښځو کې د Valvuvagenitis اود حوصلی التهابي ناروغی (PID) سره تفریقي تشخیص کیږي چې د تشو متیازو او د حوصلې کتنو پواسطه یو دبل څخه توپیرېږي.

په نارینوو کې د یوري تربیتس او پروستاتیتس سره توپیرېږي او د احلیل په التهاب کې احلیلي افرازات وي او په جس سره حساس وي. (۳۷)

په نارینوو کې دمثاني التهاب نادر دی اوکه وي نوداتناني کاني، پروستات التهاب اودځنډني بولي لارو بندښت لپاره باید پلټنې وشي. دمثاني دالتهاب غیراتناني لاملونه عبارت دي له دحوصلې ته وړانگی ورکول، کیموتراپي (سایکلو فاسفامید) اود مثاني د کارسینوما څخه. (۳۷)

## په ښځو کې د UTI مخنیوی:

۱- دورځې دوه لیتره مایعات وڅښي.

۲- وخت په وخت مثانه تشه کړي.

۳- که ویزیکو یوریترال ریفلوکس شته وي نو باید دوه ځلې تشی متیازې وکړي.

۴- که یو ځلې تشی متیازې وکړي نو ۱۰-۱۵ دقیقې وروسته دې بیا کوښښ وکړي چې تشی متیازې وکړي.

۵- دکوروالي څخه مخکې او وروسته تشی متیازې وکړي. (۳۸)

درملنه:

که ښځی په غیر اختلاطي سیستایتیس اخته وي د یو دوز او یا ۱-۳ ورځو لپاره اتی بیوتیک تراپي سره ښه کیږي. دترای میتوپریم سلفامیتوکسازول په وړاندې ټینګښت پیداکیږي فلوروکینولون او نایتروفورانتین په غیر اختلاطي سیستایتیس کې ټاکلي درمل دي. څرنګه چې غیر اختلاطي سیستایتیس په نارینوو کې نادر دی خو که چیرې شته وي نو د لامل د موندلو لپاره یې باید پلټنې وشي. د گیلو د کمولو لپاره بولي انالجزیک لکه Phenazopyridine ۲۰۰ ملي ګرامه د ورځې درې ځله ورکول کیږي.

## حاد پيالونفرايټس (Acute Pylonephritis)

بیرنی پيالونفرايټس د پښتورگو د پارانشيم يوه حاد التهابي ناروغي ده چې غوره لاملونه يې گرام منفي انتانات ( ای کولای، پروتئوس، کليبيزلا، سودوموناس) او غير معمول لاملونه يې گرام مثبت انتانات ( انتيروباکتر فيکالس، ستافیلوکوک) او ستافیلوکوک اوربوس دي. (۳۷)

انتان ډیری د ښکتنو بولي لارو څخه ( یوازی ستافیلوکوک اوربوس دویني دلاړي د پيالونفرايټس لامل کیږي) پورته کیږي. (۳۷)

کلینیکي بڼه:

د ناروغی غوره گیلې عبارت دي له تې، د فلانک د ناحیې درد، سره لرې او دمثانی د تشیدو تخريشي گیلې ( فريکونسي، ارجنسي، دیس یوریا) څخه زړه بدوالی، کانگې او نس ناسته هم شته وي. په فزيکي کننه کې ناروغ تبه لري د زړه حرکات چټک او د کوسټوفرينیک زاویه حساسه وي. ( Kidney Morphy's panch نښه مثبت وی) (۳۷)

لابراتواري ازموینی :

دوینې په ازموینه کې دویني د سپینو ژونکو شمیر زیات وي او د تشو متيازو په ازموینه کې پایبوری، بکتريایوریا، هیماچوریا او د سپینو ژونکو کاسټونه وي. د تشو متيازو په کرنه کې سببي انتان زرغونیري او دویني کرنه مثبت وي. (۳۷)

رادیولوژي:

د اختلاطي پيالونفرايټس د پښتورگو په التراسوند کې هایدرونفروسس ښکاري. (۳۷) توپيري تشخيص:

حاد پيالونفرايټس د لاندې ناروغیو سره توپيري تشخيص کیږي.

۱- اپنډيسايټس، کولي سيستايټس، پانکراتايټس، دای ورتیکولايټس، دسرو د ښکتنې لوب نمونیا، حاد پروستاتايټس، حاد سيستايټس، حاد اپي دیديمايټس(۳۷) په اپنډيسايټس او دای ورتیکولايټس کې هیماچوریا او پایبوریا هم وي.

## اختلاطات:

۱- سپیسس ، شاک ، ځنډنى پيالونفریتس، دپښتورگو اېسی او امفزیما توز پيالونفرایتس ( په دیابتیک کسانو کې دگاز تولیدونکو اورگانیزمونو له کبله وي درملنه:

شدید اتناني یا اختلاطي حالت په روغتون کې باید بستر شي تر څو چې د تشو متیازو او د وینې دکرنې پایله لاسته راشي. امپي سیلین یو گرام هر ۶ ساعته وروسته او جنتامایسین ۱ ملي گرام په هر کیلو گرام وزن د بدن هر اته ساعته وروسته ورکول کیږي. د بستر څخه دباندي ناروغانو ته دخولې دلارې کینولون ( سپروفلوکزاسین ۷۵۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته وروسته یا او فلوکزاسین ۲۰۰-۳۰۰ ملي گرامه هر دولس ساعته وروسته د ۲۶ ورځو لپاره ورکول کیږي. تبه بنایي ۷۲ ساعته دوام ومومي. په ټینګاري پېښوکې باید التراسوند ترسره شي او د درملنی د بشپړیدو څخه وروسته دتسو متیازو کره بیا وشي. (۳۷)

## انزار:

د بڼه تشخیص او درملنې سره د ناروغی انزار بڼه دي. د اختلاطاتو لومړنۍ ناروغی او د عمر د زیاتوالي سره انزار خراب وي.

## ځنډنى پيالونفرایتس (Chronic Pyelonephritis):

ځنډنى پيالونفرایتس د ریفلوکس یا اتروفیک پيالونفرایتس په نوم هم یادېږي چې په گډه سره د ویزیکو یوریترال ریفلوکس او د کسبي اتان څخه چې په ماشومتوب کې اخیستل شوی وي مینځ ته راځي. په نارمل حالت کې دمثانې او حالب تر منځ یو اړخیز وال شته چې دمثانې د تقلص په وخت کې تړل کیږي تر څو چې تشې متیازې د مثانې څخه حالب ته بیرته لاړی نه شي. د ریفلوکس په حالت کې تشی متیازى د مثانى څخه حالب ته ننوزي چې داتان لپاره لاره اواریږي. دناروغی د دوام په پایله کې په پښتورگو کې سکار او فبروتیک نسج مینځ ته راځي دپښتورگو سطحه غیرمنظم چې په پای کې د پښتورگو د ځنډنۍ بې وسۍ لامل کیږي. (۳۲)

### د پروستات حاد بکتریايي التهاب (Acute Bacterial Prostatitis):

حاد باکتریايي پروستاتیتس په عمومي ډول د گرام منفي اتاناتو (ای کولای، سودوموناس) او نادرا د گرام مثبت اتاناتو (اینټیروکوک) پواسطه مینځته راځي چې اتان د احلیل دلزې پورته کیږي. د وینې او لmf د لارې د پروستات اخته کیدل نادر دي. (۳۲)

#### کلینیکي بڼه:

د ناروغی گیلې عبارت دي له: د عجان، سکرل او سپراپوبیک درد، تپې او دمشانې د تشیدو تخریشي گیلو څخه.

په حاد پړاو کې د پروستات د پرسوب له امله تشې متیازې بندېږي چې په حاد پروستاتیتس کې د ریکتوم د لارې د گوتې پواسطه د پروستات د جس او د مساز اجازه نشته ځکه چې د سپتیسیمیا لامل کیږي. (۳۲)

#### لابراتواري کتنې:

دوینې په بشپړ شمیرولو کې دوینې د سپینو ژونکو شمیر زیات وي. د تشو متیازو په ازموینه کې پایویریا، هیماچوریا او بکتریاویریا وي د تشو متیازو د کرنې پواسطه لامل پیژندل کیږي. (۳۲)

#### توپيري تشخیص:

حاد پروستاتیتس د حاد پیالونفرایتس، حاد اپیدیدیمایتس او دای ورتیکولایتس سره توپیر کیږي. د پروستات په سلیمو او خبیشو ناروغیو کې تشې متیازې بندې وي. (۳۲)

#### درملنه:

ناروغ باید په روغتون کې بستر شي. د حساس اتني بیوتیک د معلومولو څخه دمخه درگ دلزې امپي سیلین او جنتامایسین پیلیږي. چې دوز یې د حاد پیالونفرایتس په شان دی کله چې د ۲۴-۴۸ ساعتو په موده کې تبه لرې شوه نو دخولې د لارې کینولون (سپروفلوکزاسین ۷۵۰ ملي گرامه هر دولس ساعته وروسته اوفلوکزاسین ۲۰۰-۳۰۰ ملي گرامه هر دولس ساعته وروسته) تر ۴-۶ اونيو پورې ورکول کیږي. که تشې

مټيازي بندې وې نو کټيتر او نور سامانونه بايد ونه کارول شي او د سپراپويک تيوب دلارې يې تشې مټيازي بايد تشې شي. د درملنې د بشپړيدو څخه وروسته بايد تشې مټيازي د درملنې د پايلې د معلومولو لپاره بيا وکرل شي. (۳۲)

### انزار

دښه درملنې سره انزار ښه وي ځنډنې پروستاتيس مينځته راتگ نادر دی. (۳۲)

دپروستات ځنډنې بکټريايي التهاب (Chronic Bacterial Prostatitis):

که څه هم ځنډنې بکټريايي پروستاتيس د حاد بکټريايي پروستاتيس له کبله مينځته راځي خو په ځينو رنځورانو کې د حاد انتان تاريخچه معلومه نه وي. گرام منفي انتانات د ناروغی غوره لاملونه دي خو يوازې يو گرام مثبت انتان (اينټيروکوک) د ځنډنې پروستاتيس لامل کېږي. انتان د احليل او دتسو مټيازو د ريفلوکس له کبله د پروستاتيک قنات د لارې پروستات ته داخليږي. دوينې اود لمف د لارې يې اخته کيدل نادر دي. (۳۷)

### کلينيکي ښه:

ځينو ناروغانو کې گيلې نه وي خو په ډيری ناروغانو کې د تشو مټيازو د تشيدو تخريشي گيلې وي. د ملا او د عجان درد شته وي. ډيرو ناروغانو کې د بولي لارو د انتان تاريخچه شتون لري خو په فزيکي کتنه کې کومه ځانگړې ښه نه وي پروستات په جس سره نارمل او يا پرسيدلی احساسیږي. (۳۷)

### لابراتواري ښې:

که په دويمې توگه دمثانی التهاب ورسره نه وي نو د تشو مټيازو ازموينې نارمل وي تشخيص يې د پروستاتي افزاتو يا د هغه تشو مټيازو دکرنې پرمټ کېږي چې د پروستات د مساز څخه وروسته راځي. (۳۷)

### راديولوژي:

راديولوژيکو تستونو ته اړتيا نشته خو بيا هم دحوصلې راديوگرافي او د ريکتوم دلارې التراسوند په تشخيص کې مرسته کوي. (۳۷)

### توپیری تشخیص:

ځنډنی پروستاتیتس باید د احلیل د ځنډني التهاب، د مثنې التهاب او دریکتوم د ناروغیو سره توپیری تشخیص شي. (۳۷)

درملنه:

دترای میتوپریم سلفامیتوکسازول سره درملنه بریالی ده. سپروفلوکزاسین ۳۶۰-۵۰۰ ملي گرامه هر دولس ساعته وروسته د ۱-۳ میاشتو لپاره ورکول کیږي ځینی نور اتی بیوتیکونه لکه کاربني سیلین، اریترومایسین، سفالیکزین هم اغیزه کوي او د گیلو دغلي کولو لپاره اندومیتاسین یا بروفین ورکول کیږي. (۳۷)

انزار:

دځنډني بکتریایی پروستاتیس درملنه ستونزمنه ده گیلې او متکرر بولي انتانات د اتی بیوتیک پواسطه درملنه کیږي. (۳۷)

### دپروستات غیر بکتریایی التهاب (Non Bacterial Prostatitis)

غیر بکتریایی پروستاتیس د پروستاتیتس د سندروم یو معمول ډول دی چې لامل یې څرگند نه دی. (۳۷)

کلینیکي بڼه:

کلینیکي بڼه یې د ځنډني پروستاتیس په شان ده او د بولي لارو دانتاناتو تاریخچه موجود نه وي. (۳۷)

لابراتواري کتنې:

د پروستات په افرازاتو کې د وینې د سپینو ژونکو شمیر زیات او کرنه یې منفي وي.

توپیری تشخیص:

د ځنډني بکتریایی پروستاتیتس څخه د کرنې پواسطه توپیر کیږي او د مثنې په کنسر کې سابتولوژیکي ازموینې مثبت وي. (۳۷)

درملنه:

څرنگه چی ددې ناروغی لامل معلوم نه دی خو بیا هم یوروپلازما، مایکوپلازم یا

کلامیدیا اتانات درملنه کیږي.

اښترومایسین دخولې دلارې ۳۲۰ ملي گرامه د ورځې څلور ځله د ۱۴ ورځو لپاره ورکول کیږي او که ځواب یې ښه وي ان تر ۳-۶ اونيو پورې ورکول کیږي. دالتهاب ضد درمل سره گیلې ښه والی مومي. غذایی بندیز ته اړتیا نشته خو الکول او کافین گیلې زیاتوي. (۳۷)

### حاد اپیدیدیمایتس (Acute Epididymitis)

د بېړني اپیدیدیماتس غوره لامل اتانات دي چې د عمر له نظره په دوو گروپونو ویشل شوي دي.

۱- د جنسي اړیکو نژدې والي له کبله انتقال یې د ۴۰ کلنۍ څخه ښکته عمر نارینو کې پیدا کیږي او داحلیل دالتهاب سره یو ځای وي لاملونه یې عبارت دي له کلامیدیا تراخوماتیس اونايسیریا گنوریا څخه. (۳۷)

۲- دغیر جنسي اړیکو دلارې انتقال: دا ډول یې په زړو نارینو کې پیدا کیږي چې دبولى لارو اتاناتو او د پروستاتیتس سره یو ځای وي او دگرام منفي اتاناتو له کبله وي.

اتان د اخلیل دلارې وازوديفرنس او بیا اپیدیدیمس ته دننه کیږي. امیدارون هم کله کله د اپیدیدیمایتس لامل کیږي. (۳۷)

### کلینیکي ښه:

گیلې په عمومي ډول د دروند شي د جگولو، تروما او د جنسي فعالیت څخه وروسته پیدا کیږي. نورې گیلې یې عبارت دي له د اخلیل التهاب (درد د قضیب په سر کې وي او اخلیلی افرازات ورسره وي، یا دمثنی التهاب) دمثنی د تشیدو تخريشي گیلې ورسره وي) څخه. (۳۷)

د اپیدیدیماتس درد په خصیو کې وي چې سپرماتیک کاردیا فلانک ته خپریږي تبه او د خصیو پړسوب ورسره وي. په مقعدي کتنه کې پروستات دردناکه وي.

## لابراتواري ازموينې:

دوینې په بشپړ شمیرلو کې دوینې سپینو ژونکو شمیر زیات وي. هغه اپیدیدیمایټس چې د جنسي فعالیت څخه وروسته مینځته راغلی وي.

په گرام ستین ازموینه کې گرام منفي اتان (نایسیریا گنوریا) د احلیل په افزاتو کې مثبت وي. که چیرې د احلیل په افزاتو کې سپینې ژونکې شته وي او ارگانیزم ونه لیدل شي دنن گونو کول یوریتریټس او کلامیدیا ترخوماتیس ښودنه کوي. (۳۷)

هغه اپیدیدیمایټس چې په غیر د جنسي فعالیت څخه پیدا شوي وي د تشو متیازو په ازموینو کې پایوبوریا، بکتري یوریا او هیماچوریا مثبت وي د تشو متیازو کرنې پواسطه یې لامل پیژندل کیږي. (۳۷)

## رادیولوژي

دلوي هایدروسیل د شتون له امله داپیدیمایټس تشخیص گران دی او د خصیې التراسوند باید ترسره شي. (۳۷)

## توپيري تشخیص

د خصیو په تومور کې خصیه بې درده وي د تشو متیازو ازموینې منفي وي او اپیدیدیمس نورمال وي او د خصیې د التراسوند سره پتالوزیک افت پیژندل کیږي.

د خصیې تورشن په نارینوو کې مخکې د ځوانۍ څخه وي. کله کله په ځوانانو کې هم لیدل کیږي خو د تشو متیازو ازموینې او گیلې منفي وي. (۳۷)

Prehns sign (کله چې خصیه دسمپایزس فوبس څخه پورته شي د اپیدیدیمایټس درد ارامیږي) ښایي د اپیدیمایټس په تشخیص کې مرسته وکړي خو باوري نښه نه ده. (۳۷)

## درملنه:

په حاد حالت کې خصیه باید پورته شي او د آرام سپارښتنه کیږي سببي درملنه کیږي. که دجنسي فعالیت له کبله پیداشوی وي نو د ۱۰-۲۲ ورځو لپاره اتی بیوتیک تراپی کیږي او دجنسي انډیوال درملنه یې هم کیږي. (۳۷)

که اپیدیدیمایټس د جنسي فعالیت څخه پیداشوی نه وي دمناسب اتی بیوتیک سره

د ۲۲-۳۸ ورځو لپاره درملنه کيږي او د بولي لارو د انتاناتو لپاره يې هم بايد پلتنه وشي. (۳۷)

انزار:

د بڼې درملنې سره انزار بڼه وي. د درملنې د ځنډولو اويانه بشپړه ولو سره ابيدیمو اورشیتس، فیرتیلېټي کموالی او اېسی پيدا کيږي. (۳۷)

## د گلومیرول غوره ناروغی

### (The Major Glumerolopathies)

#### Acute Nephritic Syndrom

حاد نفریتیک سندروم د گلومیرول د بیړنی التهاب څخه عبارت ده چې دڅو ورځو او اونيو په موده کې دپښتورگو د حادی بې وسی لامل کیږي. دپښتورگی دوینې بهیر او جی، ایف، ار په لاندې فکتورونو پورې اړه لری. (۲۲)

۱- د گلومیرول د کیپلریو بندیز: د گلومیرول په کیپلریو کې د التهابي ژونکو د انفلتریشن او د گلومیرول د ژونکو د پرولیفیریشن له کبله وي.

۲- دوازو کنستریکتورنو ( لېوکوترین، ترمبوسیت فعالونکی فکتورونه ترومبوکسان، اندوتیلین) او د وازو دای لاورونو (نایتیریک اسید، پروستاسکلین) ترمینځ د انډول خرابوالی. (۲۲)

د نفریتیک سندروم ځانگړې پتالوژیکه څرگندونه له پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس څخه عبارت دی. د گلومیرول ژونکی د تروفیل او مونوسیت ژونکو د انفلتریشن له کبله (پرولیفیریشن) کوي. که نفریتیک سندروم شدید او د گلومیرول د حاد التهاب سره یوځای وي نو د حاد دیفیوز گلومیرولونفرایتس پنوم یادېږي. (۲۲)

که التهاب په منځنۍ کچه وي او گلومیرول د ۵۰% څخه لږ اخته شوی وي نو د فوکل پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس په نوم یادېږي او که التهاب خفیف او یوازي په میزانجیوم کې وي نو د میزانجیو پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس پنوم یادېږي. (۲۲)

#### لاملونه او توپيري تشخیص

حاد نفریتیک سندروم امینولوژیکه ناروغي ده حاد نفریتیک سندروم او دیفیوز پرولیفراتیف گلومیرولونفرایتس د لوړ دوز اتی جن په وړاندې یو حاد امیونولوژیک غبرگون ده او Rapid Progressive Glumerulo nephritis (RPGN) (کریستنیک گلومیرولونفرایتس) دلرې کچې اتی جن په وړاندې تحت الحاد غبرگون دی. (۲۲)

دامیونو فلوروسنس میکروسکوپ له مخې د نفریتیک سندروم لاملونه عبارت دي له:

۱- ایمون کامپلیکس گلومیرولونفرایتس: په دې حالت کې امیونوگلوبولین په زیاته کچه په گلومیرول کې ځای په ځای کېږي چې ۷۰% د نفریتیک سندروم لامل کېږي.

۲- اتی گلومیرولو بیس ممبران ناروغی: په دې حالت کې د گلومیرول په قاعده کې په کمه اندازه امیونوگلوبولین ځای په ځای کېږي او ۱% څخه کم د نفریتیک سندروم لامل کېږي. (۲۲، ۱۲)

۳- فوسی ایمون گلومیرولونفرایتس: امیونوگلوبولین هیڅ نه وي ۳۰% څخه کم د ناروغی لامل کېږي. (۲۲، ۱۲)

کلینیکي بڼه:

پرسوب لومړی په هغه انساجو کې چی فشار یې ښکته وي (دسترگوشاوخوا) او دملا په اخرنی برخه کې لیدل کېږي. هایپرشنن دهایپروالیوما له کبله وي. (۱۲، ۳۷)

لابراتواري څرگندونی:

۱- سیروم کیمستري: د نفریتیک سندروم د تشخیص لپاره ځانگړی کیمیاوي ازموینې نشته خو د لومړنیو ناروغیو لابراتواري ازموینې بنایي شته وي. که حاد نفریتیک سندروم او RPGN د امیون کمپلکس گلومیرولو نفرایتس له کبله وي نو سیروم C3 اندازه به کمه وي او اتی گلومیرول بیسمنت ممبران اتی باډي او اتی نیوکلیر سایتوپلازمیک به منفي وي. که نفریتیک سندروم او RPGN د اتی گلومیرولر بیسمینت ممبران اتی باډي ناروغیو له کبله وي نو دسیروم اتی گلومیرولر بیسمینت ممبران اتی باډي به مثبت، C3 به نارمل او اتی نیوکلیر سایتوپلازمیک اتی باډي به منفي وي. (۱۲، ۳۷)

که دفاوسی ایمون گلومیرولو نفرایتس له کبله نفریتیک سندروم او RPGN مینځته راغلي وي نو دسیروم اتی نیوکلیر سایتوپلازمیک اتی باډي به مثبت وي او اتی گلومیرولو بیسمینت ممبران اتی باډي به منفي وي. (۱۲، ۳۷)

په پوست سترپیتوکوکل گلومیرولونفرایتس کې به د ASO تایرلور وي.

۲- دتسو متیازو ازموینې: د نفریتیک سندروم د ناروغانو په تشو متیازو کې بې شکه سړې ژونکې، دوینی د سړی حجری کاست، سپینې ژونکې، سب نفروتیک پروتین

یوریا (په ۲۴ ساعتو کې د نشو متیازو د پروتین کچه د لږه وي) (یوریناري سیدیمنت) او هیماچوریا وي. (۳۷)

۳- بایوپسی:

که دبایوپسی لپاره کوم مضاد استطباب ( لکه وینه بهیدل، ترومبوسایتوپینیا، ناکنترول شوی هایپرینشن) نه وي نو د تشخیص کونجی ده. (۳۷)

درملنه:

د نفریتیک سندروم او RPGN ناروغانو د درملنې بنسټ عبارت دی له د هایپرنتشن او هایپروالیوما د درملنې څخه د اوبو او د مالګې بندیز او د ګلومیرول التهابی ناروغیو د درملنې لپاره کورټیکوسټروئید او سائیتوتوکسیک ورکول کېږي. (۳۷)

پوست ستریتوکوکول ګلومیرولونفرایتس:

د حاد نفریتیک سندروم یو معمول لامل دی چې ډیری پینې یې سپورادیک وي خو په اپیدیمک ډول هم پیدا کېږي. ګلومیرولونفرایتس لس ورځې وروسته دفرنجیتس څخه یا دوه اونۍ وروسته د پوستکي د اتاناتو (امپیتیکو) څخه (کوم چې د نفروجنیک ډول ګروپ A بیتا هیمولایتیک ستریتوکوکس له کبله منځته راغلی وي) پیدا کېږي. د ګروپ A بیتا هیمولایتیک ستریتوکوک معمول نفرایتیک ډولونه عبارت دي له ۴۹، ۵۵، ۵۷، ۳۲، ۱، ۲، ۴، ۱۲، ۱۸، او ۲۰ څخه. (۲۲، ۱۲)

پوست ستریتوکوکول ګلومیرولونفرایتس په ۲-۲ کلنۍ ماشومانو کې په ژمي کې د فرنجیتس څخه وروسته او په اوږي کې د امپیتیکو څخه وروسته پیدا کېږي. (۲۲)

کلینیکي بڼه:

ځانګړې کلینیکي بڼه یې نفریتیک سندروم ده چې د پښتورگو د اولیګو یوریک حاد بې وسۍ سره یو ځای وي. همدارنګه په ناروغ کې ګراس هیماچوریا (سور یا دود وهلی تشی متیازی، سردردی بې اشتهايي، زړه بدوالی، کانګې او ستوماتیا شته وي. د تشو متیازو په ازموینو کې د بې شکله سرې ژونکې، د سرو ژونکو کاستونه، سپینې ژونکې، نفریتیک یوریناري سیدیمنت، کله کله دسپینو ژونکو کاستونه او سب نفروتیک پروتین یوریا وي او ریوماتیک فیور نادراً ورسره مل وي. (۲۲، ۱۲)

په سیرالوژیکو ازموینو کې ۹۰% پښو کې د C3 کچه دوو اونيو په موده کې کېښکته او د C9 کچه نورمال وي. د کمپلیمینت کچه د ۲-۸ اونيو په موده کې بیرته نارملېږي. که چیرې دوامداره ښکته وي نو د ممبرانو پروليفراتيف گلوميرولونفرایټس ښودونکی دی. (۲۲، ۱۲)

۹۰ سلنه څخه ډیرو پښو کې Anti streptolysin o (ASO) تایتري Anti deoxy ، Anti ، (Askase) Anti streptokinase ، (Anti DNase) ribonuclease B ، Anti hyaluronidas او (anti NADase) nicotynil adenine dinucleotidase (AHase) کچه لوړ وي.

حاد پوست سترپتوکوکل گلوميرولونفرایټس د دکلینیکي او سیرالوژیکو ازموینو له مخې تشخیصېږي. بایوسي ته ډیر اړتیا نه پیدا کېږي په تیره هغه ماشومانو کې چې پخوانۍ تاریخچه ولري. پتالوژیکي ازموینو کې دیفیوز پروليفروتيف گلوميرولونفرایټس وي. (۲۲)

نفریتیک سندروم او RPGN د سترپتوکوک څخه پرته په وایروسي، بکتریايي، فنگسي او پرازيتي اتاناتو کې هم پیدا کېږي چې ډیپري انفکشن گلوميرولونفرایټس پنوم یا ډیري. (۲۲)

درملنه:

د پوست سترپتوکوک درملنه عبارت ده له د ساتونکې درملنې، دمیکروب ضد درملنې دهایپرټنشن د درملنې، دمالګې او د اوږد بندیز او د داي یوریتکونو څخه. کورتيکوسټروئید کومه اغیزه نه لري. (۲۲)

انزار

د ماشومانو انزار ښه وي. ۵% سلنه څخه کمې پښې یې RPGN خواته او ۵ سلنه یې په غټانو کې د پښتورگو ځنډنې بی. وسی. خواته ځي. (۱۵)

Anti glomerulor basement membrane glomerulonephritis and good pasture's syndrome

اتي گلوميرولر بیسمینټ ممبران ناروغي یوه اتوامیون ناروغي ده چې د اتسي

گلو میرو لری بیسمینت ممبران اتی بادی په منخ گړیتوب د گلو میرو لونیفریتس او د سړو د هیموراژ لامل کیږي. پدې ناروغی کې (RPGN) مینخ ته راځي خو حاد نفریتیک سندروم نادر دی. یو پر درې اتی گلو میرو لری بیسمینت ممبران گلو میرو لونیفرایتس ناروغانو کې د سړو اخته کیدنه نه وي. (۲۲، ۳۲)

که چیرې اتی گلو میرو لری بیسمینت ممبران گلو میرو لونیفرایتس او دسړو هیموراژ سره یو ځای وي نو د Good Pastures سندروم پنوم یادیري.

د ناروغی پینې په نارینو کې د بنخو په پرته ۲ ځله زیاتې دی. زیاتره د ځوانی په عمر کې (۲۰-۳۰ کلنی) پیدا کیږي.

کلینیکي څیره:

۲۰-۶۰ سلنه پینو کې د پورتنی تنفسی لزو د اتاناتو سره یو ځای وي چې نښې یې عبارت دي له بلغمو، ساه لنډی، تنفسی بی وسی، هایپرنتشن، پرسوب او نفریتیک سندروم څخه. (۲۲، ۳۲)

لابراتواري نښې:

د اوسپنې دکمالي انیمیا شته وي، د کامپلمینت کچه نارمل وي. د بلغمو په ازموینه کې هیمو سیدرین لرونکي مکروفاژونه وي.

دسینې په رادیو گرافي کې د سړو د هیموراژ له امله انفلتریشن لیدل کیږي. په ۹۰ سلنه پینو کې اتی گلو میرو لری بیسمینت ممبران اتی بادی مثبت وي. (۲۲، ۳۲)

درملنه

غوره شوې درملنه یې په گډه پلازما بدلول (تر څو چې دورانی اتی بادی ورکه شي) او معافیت څپونکي درمل دی (د نوې اتی بادی د جوړیدو د مخنیوي او د التهابی غبرگون دکنترول لپاره ورکول کیږي). (۲۲، ۳۲)

میتایل پریدنیزولون د ورځې ۱-۲ گرامه د درې ورځو لپاره اویا پریدنیزولون د ورځې یو ملي گرام په هر کیلو گرام وزن د بدن ورکول کیږي.

سایکلو فاسفامید د رگ د لارې 0.5-1.0gm/m2 یا دخولې دلارې دورځې ۲-۳ ملي گرامه په هر کیلو گرام وزن د بدن ورکول کیږي. پلازما فوری سیس هره ورځ تر دوو

اونیو پورې ترسره کیږي. (۲۶، ۳۲)

انزار هغه وخت خراب وي چې ناروغ اولیگوپوریا ولري او د سیروم کریاتینین اندازه د ۶-۷ ملي گرامه پر دیسی لیتر څخه لوړ وي. کله چې اتی گلومیرولر بیسمینت ممبران اتی بادي دسیروم څخه ورکه شي نو د ښه والي ښودونه کوي. (۲۶، ۳۲)

### Rapidly progressive Glomerulo nephritis (RPGN)

د GN تحت الحاد شکل دی چی دڅو اونسو او میاشتو په موده کې د پښتورگو د عدم کفایې لامل کیږي کلینیکي لوحه او لابراتواري معاینات یې د GN په شان دی. پتالوژیک ښه یې د Crescent جوړیدل دي د همدی له امله RPGN ته Crescentic GN هم وایي.

Crescent هلالی افته وایي چې د Bowman اپیتیلیل حجراتو او مونوسیت حجراتو ارتشاح له کبله پیدا کیږي. (۳)

## نفروتیک سندروم (Nephrotic Syndrom)

پېژندنه:

د نفروتیک سندروم صفتونه عبارت دي له پروتین یوریا (په ۲۴ ساعتو کې د تشو متیازو د پروتین دوتنې کچه د ۳-۵، ۳ گرامو څخه ډیر وي)، هایپوالبومینیمیا، پروسوب، هایپر لیپیدیمیا، لیپید یوریا او هایپرکواگیولیتې څخه. په ټولو هغه ناروغیو کې چې منفي الکتروستاتیک چارج بدلېږي گلومیرول قاعدوي غشا او پوډوسیست خرابېږي او نفروتیک سندروم مینځته راځي. د نفروتیک سندروم لاملونه عبارت دي له:

- مینیمل چاینج ناروغی
- فوکل او سیگمینټل گلومیرولو سکیلروزس
- ممبرانوس نیفروپاتي
- ممبرانو پروليفراتيف گلومیرونفرايتس
- دیابتیک نفروپاتي
- امایلوئیدوزس (۲۶، ۳۲، ۳۷)

### پتوفزیالوژي

۱- هایپوالبومینیمیا: د پروتین یوریا له کبله د سیروم د البومین کموالی او د پښتورگو پواسطه د البومین د کتابولیزم زیاتوالی.

۲- پروتین یوریا: د پورتین یوریا میکانیزم څرگند نه دی خو بیا هم داسې اند کېږي چې د گلومیرول قاعدوي غشا دناروغیدو له کبله د سوریو سائز او شمیر زیاتوالي مومي چې لوی مالیکولي وزن لرونکي پروتینونه ترینه وځي. همدارنگه په نارمل حالت کې د گلومیرول د کپلریو دیوال منفي چارج لري چې د پروتین یوریا څخه مخنیوی کوي. کوم وخت چې گلومیرول اغیزمن شي نو پروتین یوریا پیدا کېږي (۲۶).

۳- هایپر لیپیدیمیا: د پروتین د ضایع کیدو له امله د سیروم ان کوتیک فشار کمېږي چې د دې په واسطه په ځیگر کې د لیپوپروتین جوړېدل زیاتېږي. لوډینسټي لیپوپروتین

اوکولستروپل په ټولو نفروتیک ناروغانو کې ډیر جوړېږي خو VLDL او ترای گلسرایډ یوازې د شدید نفروتیک سندروم په ناروغانو کې ډیر جوړېږي. هایپرلیپیدیمیا د اتیروسکلروزس لامل کیږي چې داد پښتورگو ناروغی نورې هم تشدیدوي.

۴- هایپرکرواگو بیلیټي: د هایپرکرواگو بیلیټي لاملونه عبارت دي له په تشو متیازو کې د اتی ترومبین ۳ اطراح زیاتوالی، د پروتین S یا C د کچې کموالی یا د فعالیت خرابولی، هایپر فایبرینو جینیمیا (د ځیگر پواسطه د فبرینو جن زیات جوړیدل، فبرینولایزس خرابیدل، Platelets aggregability زیاتوالی دی. (۳۲)

د هایپرکرواگو بیلیټي اختلالات عبارت دي د محیطي شریانو یا وریدنو ترومبوزس د پښتورگو وریدي ترومبوزس اود سپرو امبولیزم څخه.

د پښتورگو د وریدونو د ترومبوزس کلینیکي بڼه عبارت دی د فلانگ یا د گیډې ناڅاپي درد، گراس هیماچوریا، دچپ خوا واریکوسیل (دخصی وریدي وینه د پښتورگو په وریدو کې تویږي) د پروتین یوریا زیاتوالی او په حاد توگه د جی، ایف، ار د کموالی څخه. د نفروتیک سندروم نور میتابولیک اختلالات عبارت دي له:

۱- پروتین مل تتریشن

۲- iron resistance microcytic hypochromic anemia (په تشو متیازو کې د ترانسفرین د وتني د ډیروالی له کبله وي.

۳- هایپوکلسیمیا (په تشو متیازو کې د کولي کلسي فیروپل بندینگ پروتین دوتني د زیاتوالی له کبله ویتامین D لږوالی مینځته راځي چې دا د هایپرپاراتائیرویدزم لامل کیږي.

۴- د تیروکسین بندینگ پروتین ضایع کیدو له امله هایپوتائیرویدزم مینځته راځي.

۵- اتانات: د IgG کتابولیزم او په تشو متیازو کې د وتني د زیاتوالی له کبله.

۶- د پښتورگو حاد بی وسي.

۷- د ودې ځنډیدل

۸- د سپرو پرسوب (۳۲)

## کلینیکي بڼه:

محيطي پرسوب دناروغی لومړنی نښه ده او هغه مهال پيدا کيږي چې د سيروم البومين د ۳ گرام پرديسي ليتر څخه ښکته شي. همدارنگه د سوديم د احتباس له کبله هم پيدا کيږي. پرسوب لومړی د بدن په تکيه کوونکی ځايونو او ښکتنی اطرافو کې وي او وروسته په ټول بدن کې وي.

ساه لنډی د سرود پرسوب، پلورل ايفيوژن او د اسايټس له کبله وي. ناروغان اتان ته ډير برابروي: (۳۲)

## لابراتواري ازمويني:

الف: دتسو متيازو ازموينه.

۱- پروټين يوريا وی.

۲- دهايپرليپيډيميا له کبله په تسو متيازو کې Oval fat body وي.

ب: دويني بيوشميکي ازمويني:

۱- سيروم البومين د ۳ گرام سلنې څخه کم وي.

۲- دسيروم د مجموعي پروټين کچه د ۶ گرام في دي سي ليتر څخه کم وي.

۳- ۵۰% پيننو کې هايپرليپيډيميا وي.

۴- دپلازما د فبرينوجن کچه د لوړوالي له امله ESR لوړيږي.

نورې غير معمولی ازمويني چې د نفروتیک سندروم په ناروغانو کې ترسره کيږي عبارت دي له سيروم کمپلمينټ اندازه کول، د سيروم يورين پروټين الکتروفوريزس، انټي نيوکليپر انټي باډي ، د هيپاتيټس سيرالوژيکي ازمويني، دوپتامين ډي، زينگ او کاپر کموالی. (۳۲)

ج: بايوپسي:

دبايوپسي نموني د لايټ ، اميونوفلوريسنس او الکترون مايکروسکوپ پواسطه کتل کيږي. که په نفروتیک سندروم کې د کرياتينين کچه لوړه وي او همدارنگه که د اميلوئيډو يا د ديابټس له کبله د نفروتیک سندروم په اندازه پروټين يوريا پيداشوي وي نو دا بيرته نه گرځيدونکي حالت دی او بايوپسي نه ترسره کيږي. (۳۲)

## درملنه:

دنفروتیک سندروم د درملنې بنسټ عبارت دي له:

۱- دنفروتیک سندروم د لامل درملنه (دلامل لاندې څپرل کيږي)

۲- د پروټين يوريا کنترول.

۳- داخلاطاتو کنترول.

که پروټين يوريا دمعافيت څپونکو درملو سره ښه نه شوه نو د پروټين يوريا غيرويضي درملنه پيل کيږي. لکه ACE نهي کوونکي او يا ارجنين رسپتور بلاکر دنفروتیک سندروم په ټولو ډولونو کې اتني پروټين يوريا اغيزه لري چې دا درمل د گلوپروټين د کپلريو د فلټريشن فشار کموي نو ځکه د پروټين يوريا څخه مخنيوی کوي همدارنگه د دې درمل د کارولو په وخت کې بايد دوينی فشار او دپښتورگو دندې وکتل شي. نن ستروئيد التهاب ضد درملونه هم پروټين يوريا کموي. (۳۲)

## داخلاطاتو درملنه:

۱- اذيما:

دپرسوب د کمولو لپاره په خوږو کې مالگه بايد کمه شي او تيازيد پيل شي. که ددې سره ښه والی پيدانه شو نو لازیکس د ورځې ۲۰-۱۲۰ ملي گرامه يوازې او يا د اميلوريد ( د ورځې ۵ ملي گرامه) سره يوځای ورکول کيږي. د نفروتیک سندروم ناروغان د کولمو د پرسوب له امله دخولې دلاري داي يوري تیکو سره نه ښه کيږي نو زرقي بايد ورکړل شي. دزيات داي يوري تیک ورکولو له کبله هايپوواليوما اوپري رينل ازوتيميا پيدا کيږي. (۳۲)

۲- هايپرليپيديميا:

دلپيد زياتوالی د مايوکارد انفارکشن او د محيطي رگونو د ناروغيو خطر زياتوي چې ددې دمخنيوي لپاره ستاتين ورکول کيږي. (۳۲)

۳- اتني کوواگولانت:

که دسيروم البومين د ۲ گرام في ديسي ليتر څخه کم شي نو هايپروکواگولابل حالت مينځته راځي چې د ۳-۶ مياشتو لپاره دانتي کوواگولانتو په واسطه يې درملنه کيږي

او د متکرر ترومبوزس او د پښتورگو د وریدونو ترومبوزس لپاره د اوږدې مودې لپاره کارول کیږي. هیپارین نه ورکول کیږي ځکه چې اتني ترومبین ۳ نه وي. (۲۲، ۳۷)  
۴- سیپ سیس:

په نفروتیک سندروم کې دمړینې لومړنې لامل اتان دي. څرنگه چې امیونوگلوبولین په تشو متیازو کې ډیری وزی نو دا ناروغان اتان ته ډیر برابر وي. نموکاکل اتان ډیر معمول دی نو ناروغان ددې د مخنیوي لپاره واکسین شي. (۳۲)  
۵- خواړه:

زیات پروتیني خواړه (دورځې ۸۰-۹۰ گرامه) پروتین یوریا زیاتوي. باید د نارمل اندازه پروتینو سپارښتنه وشي. (۳۲)

۶- که دویتامین ډی لږوالی شته وي درملنه یې ترسره کیږي. (۳۲)

#### Minimal Changed Disease(MCD)

مینیمل چینج ناروغی. ۸۰% په ماشومانو کې د نفروتیک سندروم لامل کیږي. پښتورگی په لایت مابکروسکوپ او امینوفلوری سنس کې نارمل وي خو په الکترون مایکروسکوپ کې د اپي تیلیل ژونکو فوت پروسیس سره نښتي وي. (۳۲)

د مینیمل چینج ناروغی. په امینولوژیک پتوجنیزس کې درې فکتورونه شامل دي.

۱- د سترئویدو او معافیت څپونکو درملو سره ښه والی. (۳۲)

۲- دهاجکن لمفوما د درملني سره مینیمل چینج ناروغی. هم ښه کیږي.

۳- د ناروغ د کورنۍ په غړو کې د استما او اکزیما تاریخچه شته وي کله چې د ناروغ څخه حساس اتني جن لري شي نو نفروتیک سندروم هم ښه کیږي. (۳۲)

کلینیکي ښه:

مینیمل چینج ناروغی. ډیری په ماشومانو (په تیره نارینه) کې زیات دی کلینیکي ښه یې نفروتیک سندروم دی. ۲۰-۳۲) سلنه په غټانو کې د نفروتیک سندروم لامل کیږي. (۳۲)

درملنه:

پریدنیزولون دورځی یو ملي گرام په کیلو گرام وزن د بدن د ۴-۶ اونيو پوري بیا ۴۰

ملي گرام يو ورځ بعد د ۴-۲ اونيو پورې ورکول کيږي چې ددې سره ۹۵ سلنه پروټين يوريا بڼه کيږي. په غټانو کې بڼه والی لږ وي خو د ۱۲ اونيو لپاره هره ورځ او بيا يوه ورځ وروسته ورکول کيږي. يو پردرې ناروغانو کې د کورتيکوسټريډو د پريښودلو سره بايپري نه وی. (۳۷)

د سايکلو فاسفاميدو يو کورس د ورځې ۵، ۱-۲ ملي گرامه په هر وزن کيلو گرام د بدن د ۸-۱۲ اونيو لپاره د پريښوونو (۷.۵-۱۵ ملي گرامه دورځې) سره يوځای ورکول کيږي. دواړه يې دواړدې مودې لپاره بڼه والی راولي. (۳۷)

د ستروئيد په وړاندې په ټينگاري حالاتو کې سايکلو فاسفاميد ورکول کيږي. سايکلو فاسفاميد د دوو کورسونو څخه ډير نه ورکول کيږي ځکه چې د ايزوسپرميا لامل کيږي. که په غټانو او ماشومانو کې د ستروئيدو سره بڼه والي تر ۴ کالو پورې دوام وموند نو بايپري يې کم دي. سايکلو سپورين دورځې ۳-۵ ملي گرامه په هر کيلوگرام وزن د بدن په پرله پسې توگه د بايپري د مخنيوي لپاره ورکول کيږي. (۳۷)

د سايکلو سپورين د درملنې په مهال بايد د پښتورگو اطراحي دنده او د سايکلو سپورين دوينې کچه وکتل شي ځکه چې نفروتوکسيکه اغيزه لري.

کورتيکوسټروئيد پورې تړلو ناروغانو کې ليواميزول ۲-۵ ملي گرامه په هر کيلو گرام وزن د بدن د (لوړ دوز يې دورځې ۱۵۰ ملي گرامه) يو ورځ وروسته هم ورکول کيږي اغيزه يې څرگنده نه ده. (۳۷)

### Membranous Nephropathy

ممبرانوس نفروپاتي په غټانو کې د نفروتیک سندروم غوره لامل دی. دا يو اميون کمپلکس ناروغي ده چې د گلوبولين د کپيلريو په ديوال کې اميون کمپلکس ځای په ځای کيږي. (۳۲)

ممبرانوس نفروپاتي کله کله د هيپاتيټيس بي او سي واپروسونه، ملاريا، فيلارياسس، انډوکارډايټس، سفليس، اتواميون ناروغيو (لويوس)، منضم نسج ناروغی، تايروايدايټس، کارسينوما) سره يوځای وي همدارنگه ځينې درمل لکه پښيلا مين، گولډ او کپتوپريل NSAID هم د ممبرانوس نفروپاتي لامل کيږي. (۳۷)

## کلینیکي بڼه:

کلینیکي بڼه یې نفروتیک سندروم دی. د پښتورگو وریدي ترومبوزس په کې ډیر پیدا کیږي. ۵۰ سلنه ناروغان د ۳-۱۰ کالو په موده کې د پښتورگو د ځنډنې بې وسې خواته درومي. دناروغی خرابې پایلې عبارت دي له تیوبولر انترستیشیل فبروزس، نارینه، سیروم کریاتینین لوړوالی، هایپرتنشن او پروتین یوریا څخه (دورځې د ۱۰ گرامو څخه ډیره وي). (۳۷)

لابراتواري نښې: په لایت میکروسکوپ کې د کیپلیرو دیوال د التهاب او د ژونکود پرولیفیریشن څخه پرته پېر شوی وي. په امیونو فلوری سنس کې په کیپلیرو کې IgG او C3 لیدل کیږي. په الکترون میکروسکوپ کې د قاعدوي پوښ په سب اېي تیلید کې پرې شوي ډنس وي. (۳۲)

## درملنه:

که پروتین یوریا د ۵، ۳ ملي گرامو څخه لږه وي نو د ناروغی د پرمختگ کچه لږه وي. دې ناروغ ته لږه مالگه ورکول کیږي فشار یې باید کنترول شي او د پروتین یوریا لپاره ACE نهې کونکي درمل ورکول کیږي. که پروتین یوریا د ورځی ۵، ۳-۸ ملي گرامه وي او د پښتورگو وظیفوي ازموینې نارمل وي نو اترار یې په منځنۍ کچه ده دې ناروغانو ته معافیت څپونکي درمل (کلورامبوسیل سایکلوفاسفامید) دکورتیکوسټروییډو سره یوځای د ۶ میاشتو لپاره ورکول کیږي. (۳۲)

## Focal Segmental Glomerular Sclerosis (FSGS)

دناروغی په ایډوپاتییک ډول او یا په دویمي ډول د هیروین استعمال څخه، ډیر چاغوالی او HIV اتان څخه مینځته راځي، کلینیکي بڼه یې نفروتیک سندروم دی خو نفروتیک څیره هم سره چې ۸۰ فیصده ناروغانو کې میکروسکوپیک هیماچوریا وی او دوینی فشار یې هم لوړوي. (۳۲) - ۵۰ فیصده پېښو کې د پښتورگو دندی کمی شوی وي. ۶-۸ کالو په موده کې د پښتورگو ځنډنې عدم کفایې خواته ځي. تشخیص یې د بایوپسي پواسطه کیږي.

درملنه یې تر خبرو لاندې دی خو څارونکی درملنه یې د نفروتیک سندروم درملنه ده.

پریډنیزولون دورخی ۱-۵، ۱ ملی گرام په هر کیلو گرام وزن د بدن د ۲-۳ میاشتو لپاره ورکول کیږي وروسته دوز یې ورو ورو کمیږي خو د ۵-۹ میاشتو په موده کې ناروغانو کې بڼه والی راولي دنورو سایتوتوکسیک درملو له کبله بڼه والی د ۲۰ فیصدو څخه کم وی. (۳۷)

## Asymptomatic abnormalities of the urinary sediment

هيمماچوريا (Hematuria) :

هيمماچوريا هغه حالت ته وايي چې په تشو متيازو کې د ويني دسری حجرې شمير دمايکروسکوپ په يوه ساحه کې د ۳ څخه ډير وي. کله کله د ويتامين سي د اخيستلو څخه وروسته هم په دروغو هيمماچوريا مثبت وي. (۲۲)

دهيمماچوريا لاملونه د پښتورگو او دپښتورگو څخه دباندې ناروغيو پورې اړه لري.

دپښتورگو پورې تړلي لاملونه يې گلوميرولر او غير گلوميرولر دي.

د هيمماچوريا هغه لاملونه چې گلوميرولر پورې تړاونه لري عبارت دي له کيسټ، کاني، انترستيشل نفرائيس او دپښتورگو د نيوپلازم څخه.

د گلوميرولر پورې تړلي لاملونه يې عبارت دي له: Alport's ، (IgA Nephropathy) سندروم، Thin basement membrane disease ، پوست انفکشنيس گلوميرونفرائيس څخه. نور لاملونه يې عبارت دي له: اتني کواگولانت، سايکلوفاسفوميديو ، انلجزيکو او اتني بيوتيکو څخه. (۲۲)

## دهيمماچوريا ارزيايي:

- لومړنی هيمماچوريا: هيمماچوريا د تشو متيازو د بهير په پيل کې وي لکه داخليل د مخکيني برخې ناروغی.
- اخري هيمماچوريا: د تشو متيازو د بهير په اخر کې وي لکه دمثاني د غاړې ناروغی او پروستاتیک يوريترال سرچينه هم لري.
- ټوټل هيمماچوريا د تشو متيازو په ټول بهير کې وي لکه دمثاني يا دپورتنيو بولي لارو ناروغيو کې وي. (۲۲)

که هيمماچوريا د کوليکي دردونوسره يوځای وي نو د حالب د تيگو بنودنه کوي او که دوينې علقو سره وي ډيري د تومور بنودونکې ده. که په ځوانو بنځو کې هيمماچوريا د مثاني د تشيدو د تخريشي گيلو سره يوځای وي نو د حد باکتريايي اتان بنودنه کوي او که ورته کلينيکي بڼه په زړو بنځو او نرانو کې وي نو ډيري د نيوپلازم خواته گمان کېږي. يوازي گراس هيمماچوريا په تومورونو Staghorn calculus، پولي سيستیک

پښتورگو کې او گلو میرولونفروپاتي کې وي. همدارنگه د رنخور څخه باید د اتتي کواگولانت، سایکلوفاسفومید، انلجریک او اتتي بیوتیکونو په اړوند هم پوښتنه وشي. (۲۲)

په فزیکي ازموینه کې باید د تې، رش، لمف ادینوپاتي، د گډېډې او حوصلې د کتلې، د پښتورگو د ناروغیو لکه هایپر تنشن، د والیوم د لوړ زیاتوالی، او یورولوژیکو ناروغیو (لوی شوی پروستات، فلانک کتله، داخلیل ناروغی) پلټنه وشي. لابراتواري ازموینې د تشو متیازو ازموینې او کرنه ده. پروتین یوریا او د کاستونو شتون د پښتورگو ناروغی نښي. په ښځو کې تخريشي گیلې، بکتريا یوریا او د تشو متیازو مثبتته کرنه د بولي لاري اتانات نښي. (۲۲)

نورې پرمختللي ازموینې عبارت دي له د بولي لارو د سایتولوژي، د پورتنیو بولي لارو رادیولوژي او سیستوسکوپي څخه. (۲۲)

#### IgA Nephropathy (Berger's Disease)

IgA نفروپاتي د گلو میرولونفريتس ۱۰-۴۰% تشکيلوي دا ناروغي په شمالي اروپا او اسيا کې ډیر دي. په تورپوستکو کې د سپین پوستکو په پرتله او په نارینو کې د ښځو په پرتله ډیري دي دا ناروغی ډیری په ماشومانو او ځوانانو کې وی. گراس هیماچوریا یې د ناروغی کلینیکي بڼه ده. (۲۲)

IgA نفروپاتي ۵۰% د پورتنیو تنفسي لارې د اتاناتو، ۱۰% دمعدې معایي گیلو او ۱۵% فلولاټیک گیلو سره مل وي. همدارنگه IgA نفروپاتي نادراً د ځیگر ځنډنیو ناروغیو، کرون ناروغی، معدې معایي کارسینوما، ځنډني بنديزي برانشولیت سره یوځای وي. (۲۲)

د کلینیک له انده د IgA نفروپاتي او د Henoch schoenlin purpura تر منځ توپیرول یې گران کار دی. (۲۲)

#### لابراتواري ازموینې:

په ۵۰% رنخورانو کې د سیروم د IgA کچه لوړه او د سیروم کامپلیمینت نارمل وي. بایوپسي د تشخیص کيلي ده. کله کله د یوه اخته کس د پوستکي په بایوپسي کې

د پوستکي په کپیلریو کې IgA ځای په ځای شوی وی. (۲۲)  
 دناروغی خراب انزار عبارت دي نفروتیک سندروم په کچه پروتین یوریا، زاپه کسان، نارینه، هایپرنتشن، پرله پسې میکروسکوپیک هیماچوریا، د گلو میرولو اسکلیروزس او د پښتورگو د دندو خرابوالی.  
 په لابراتواري ازمونو کې د سیروم IgA کچه لوړه وي د سیروم دکامپلیمینت کچه نارمل وي ښه تشخیص یې دبا یو پسي پرمت کېږي. (۲۲)  
 درملنه:

- ۱- که پروتین یوریا دورځې د یو ګرام څخه ډیره او هایپرنتشن ورسره مل وي نو ACE نهي کوونکي یا ارجینین ریسپتور بلاکر درمل کارول کېږي دوینې فشار باید ۸۰/۱۳۰ ملي متر سیماب څخه ښکته وساتل شي. (۲۲)
- ۲- که پروتین یوریا دورځې 3.5-1.0 ګرامه وي نو کورتیکوسټروئید تراپي گټوره ده.  
 متایل پریدنیزولون د ورځې یو ګرام دورید د لارې د درې ورځو لپاره په اوله، دریمه، او پنځمه میاشت کې د یو ورځ وروسته ۵.، ملي ګرام نظر په کیلو ګرام وزن د بدن پریدنیزولون سره د شپږو میاشتو لپاره ګډ ورکول کېږي. (۲۲)
- ۳- ۲۰-۵۰ سلنه ناروغان د ۲۰ کالو په موده کې د پښتورگو ځنډنی عدم کفایي خواته خواته ځي. د پښتورگو ترانس پلاتیشن ډیره ښه درملنه ده خو ۳۰ سلنه ناروغانو کې ۵-۱۰ کاله وروسته ناروغي بیرته ګرځي له نیکه مرغه د ناروغی بیرته ګرځیدل نادراً د پیوند د ناکامیدو لامل کېږي. (۲۲)

#### (Benign Hematuria) Thin Basement membrane disease

دایوه ارثي کورنی متباززه جنتیکه ناروغي ده چې په ماشومتوب کې د پرله پسې هیماچوریا سره څرګندېږي. دنوبتي او زیاتیدونکی هیماچوریا راپور هم د تنفسي لارو د اتاناتو په وخت کې ورکړل شوي. (۲۲)  
 پښتورګي په لایټ او امیونوفلورسنس میکروسکوپ کې نارمل وي. د ناروغ کس گلو میرولو بسمت ممبران نری وي.

څرنګه چې دایو سلیمه ناروغی ده خو که د پښتورگو دندې خرابي شي او پروتین یوریا

پیدا شي باید د بلې ناروغۍ لپاره پلټنه وشي. په ډيرو نادرو پېښو کې هايپرټنشن او فوکل گلوبولینو اسکلروزس منځته راځي د پښتورگو د ناروغۍ د کمولو لپاره ACE نهي کوونکي درمل ورکول کېږي. (۲۲)

#### Alports Syndrom (Hereditary nephritis)

دایوه ارثي جنتیکه ناروغي ده چې خبیث سیر لري. که د پښتورگو د بایو پسي نمونه تر لایت میکروسکوپ لاندې میزانجیل هایپر سیلولراتي او په الکترون مایکروسکوپ کې لامینا ډینزا پيپ او فراجمنټ بنکاري.

په نارینو کې داناروغي د پښتورگو ځنډنی عدم کفایي خواته درومي چې د ډیالیزس او ترانس پلاټیشن پرمټ درملنه کېږي. (۲۲)

ACE نهي کوونکي د ډیالیزس څخه مخکې د جی ایف ار د ښه کولو لپاره ورکول کېږي. (۲۲)

#### پروتین یوریا :

۵. - ۱۰ سلنه خلکو کې چې ایزولیتید پروتین یوریا لري بولي سیدیمت او رادیولوژی یې نارمل وی خو د پښتورگو کومه ناروغي نه لري پروتین یوریا په دوو ډولونو ده. (۲۲)

#### الف: Benign isolated proteinuria

ورځنی پروتین یوریا د دوو گرامو څخه کمه وي، ۸۰٪ انزار یې ښه وي. سلیم پروتین یوریا په لاندې ډولونو ویشل شوې.

#### ۱- Idiopathic transient proteinuria

ډیری په ځوانانو کې لومړی ځل پروتین یوریا مثبت وي خو وروسته ازموینو کې منفي وي.

#### ۲-وظیفوي پروتین یوریا:-

داهم تیریدونکي پروتین یوریا ده چی په تبه، یخني، روحی ستونزو، دزړه په احتقاني بې وسۍ په کې مثبت وي. (۲۲)

#### ۳- Intermittent proteinuria

د پښتورگو او سيستمیکو ناروغيو په نه شتون کې د تشو متيازو په نيمایي نمونه کې پروتين يوريا مثبت وي. (۲۲)

#### Postural protein uria -۴

يوازې د ولاړې حالت کې په ۲۴ ساعتو کې پروتين يوريا د دوگرامو څخه لږه وي. د ۱۰-۲۰ کالو په موده کې ښه کيږي. (۲۲)

#### ب: Persistent Proeinuria

دا ډول پروتين يوريا په هر وضعیت (ولاړې، ملاسته) او د پښتورگو په ناروغيو کې وي. د گلو ميرول په هغو ناروغيو کې چې د نفروتیک سندروم لامل کيږي دا ډول پروتين يوريا پيدا کيږي. په بايوپسي کې ميزانجيو پروليفراتيف گلو ميرولونفرايټس وي.

۲۰ کاله وروسته ۲۰-۴۰ سلنه ناروغان د پښتورگو بې وسې ته ځي. (۲۲)

#### ځنډنی گلو ميرولونفريتس (Chronic Glumerolunephritis)

ځنډني گلو ميرولونفرايټس متصف دي پر له پسې پروتين يوريا او يا هيماجوريا او د پښتورگو بې وسې باندې چې ورو ورو د څو کالو په موده کې پر مخ ځي. ځنډنی گلو ميرولونفريتس په لاتدي ډول پيژندل کيږي. (۲۲)

۱- په روتين ډول د تشو متيازو د ازموينو په مهال کې.

۲- په روتين ډول د څرگندي انيميا د تشخيص لپاره دويني په ازموينو کې بي يو ان او کرياتينين لوړ وي.

۳- د گيډې په راديوگرافي کې دواړه پښتورگي کوچني وي.

۴- د هايپرټنشن د لامل د لټولو په مهال کې.

۵- کله چې گلو ميرولونفريتس د فرنجيتس يا نورو اتاناتو پواسطه تشديد شي.

ځنډنی گلو ميرولونفريتس د گلو ميرول د غوره ناروغيو څخه دی چې په بايوپسي کې پښتورگي سکار او فيروتیک وي. د پښتورگو د تيوبونو بين الخلائي انساجو التهاب او فبروز د ناروغۍ خرابې ښې دي ځنډنی گلو ميرولونفريتس د پښتورگو ځنډنی عدم کفايي خواته ځي. (۲۲)

درملنه:

- ۱- د ACE نهې کونکې او ارجینین رسپتور بلاکر پواسطه د گلومیرولاز او سیستمیک هایپرشن کنترول دی.
- ۲- ازیما، انیمیا، میتابولیکې ناروغی، او یوریمیک سندروم د دای یوریتیک ، اریتروپویتین او دخړود رژیم د بدلون سره کنترولېږي.
- ۳- د پښتورگو پرمختللی څنډنی عدم کفایه د ډیالیزس یا د پښتورگو د بدلولو پرمټ درملنه کېږي. (۲۲)

## دپښتورگو حاده عدم کفایه (ARF): Acute Renal Failure

پېژندنه:

په چټکۍ سره د گلو میرول فلتریشن ریټ کم شي (د تشو متیازو ورځنی اندازه د ۴۰۰ سي سي څخه او یا په ساعت کې د 20ml څخه کمه شي)، د نایتروجنی پاتې شونو دمه کیدل، د ژونکو څخه د باندې مایعاتو، مالگو، الکترولایتونو، اسید بیز او دویني د فشار دانډول خراب شي د پښتورگو د حادی بې وسۍ په نوم یادېږي دي. همدارنگه د پښتورگو په بې وسۍ کې ازیټروپوټین نه جوړېږي او د ویتامن ډي هایدروکسی لیشن صورت نه نیسي. (۲۲، ۳۷)

ای، ار، ایف ډیری بې گیلو وي خو په روغتون کې د بیوشمیکو ازموینو د بشپړیدو په پر محال لیدل کېږي چې دویني یوریا نایتروجن او کریاتینین لوړ وي.

ای، ار، ایف ۵% په روغتون کې د داخلیدو او ۳۰% د ICU پېښې جوړوي. څرنگه چې ای، ار، ایف د نورو ناروغیو په سیر کې د اختلاط په توگه مینځ ته راځي نو تشخیص او درملنه یې په درې ډلو ویشل شوی. (۲۲، ۳۷)

### ۱- Pre Renal Azotemia

د ای، ار، ایف تږدې ۵۵ سلنه جوړ وي په ټولو هغو ناروغیو کې چې د پښتورگو د وینې بهیر کمېږي مینځ ته راځي او پښتورگی روغ وي. (۲۲، ۳۷)

### ۲- Intrinsic Renal Azotemia

د ای، ار، ایف تږدې ۴۰% جوړ وي پښتورگی ناروغ وي. (۲۲)

### ۳- Post Renal Azotemia

د ای، ار، ایف ۵% جوړ وي. (۲۲، ۳۷)

لاملونه او پتوفزبولوژي:

#### ۱- پري رینال ازوتیمیا

لاملونه:

الف: هایپوالبوما:

- ۱- وینه بهیدل، سوخیدل، دیهایدریشن
- ۲- دمعدې او د کولمو څخه دمایعاتو ضایع کیدل (لکه په کانگی او نس ناسته کې)
- ۳- د پښتورگو دلارې دمایعاتو ضایع کیدل (لکه د دای یورتیک او ازموتیک دای یوریزس اخیستلو سره).
- ۴- درگو څخه دباندي خواته د مایعاتو ضایع کیدل (لکه په پانکراتایتس، پریتونیتس، تروما، سوخیدل او شدید هایپوالبو مینمیا) (۲۲، ۳۷، ۱۲)
- ب: دزړه د دهانې کمیدل:
  - ۱- د پریکارډ، مایوکارډ، اندوکارډ ناروغی، اریتمیا، تمپوناد.
  - ۲- دسرو هایپرشن، دسرو کتلوي امبولیزم.
  - ج: دپښتورگو او سیستمیک رگونو ترمینځ د ټینگار انډول بدلیدل.
    - ۱- سیستمیک وازو دای لیشن (سپسس، اتی هایپرشن، انستیزی، انافلکسس، افترلود کموالی).
    - ۲- دپښتورگو درگونو تقبض (لکه په هایپرکلسمیا، ناراپی نفرین، اپی نفرین، سایکلوسپورین، امفوتراسین بی).
    - ۳- د پښتورگو هایپوپرفیوژن او د اتوریگولیشن خرابوالی.
    - ۴- سایکلو او کسی جنیز او ACE نهې کونکي درمل اخیستل. (۲۲، ۳۷، ۱۲)
- پتوفزیالوژي:

پري رینل ازوتیمیا د ای، آر، ایف ۴۰-۸۰ سلنه لامل جوړوي. هایپووالیوما یو فزیالوژیک بدلون دی که په چټکی سره درملنه نه شي نو د پښتورگو د بیړنۍ بی وسی لامل کیږي. دهایپووالیوما له کبله د وینې سیستمیک فشار کمیږي چې ددې سره د شرباني او دزړه د بارورسپتور د کشش کمیږي. بارو رسپتور کشش کمیدو سره عصبي او هیمورال معاوضي میکانیزمونه فعالیږي تر څو چې دپښتورگو پرفیوژن ښه کړي عصبي معاوضي میکانیزمونه عبارت دي له: (۲۲)
- ۱- سمپاتییک عصب.
- ۲- رینین انجیوتنسنین الډسترون سیستم

## ۳- ارجنین وازوپریسین

دعصبي معاوضوي میکانیزمونو د فعالیتو سره د حیاتي غړو (دماغ، زړه) د وینې جریان په لاندې ډول ساتل کیږي. (۲۲، ۱۲)

۱- د غیر حیاتي غړو رگونه (عضلي، اسکلیتي او سپلان شینیک رگونه) تقبض کوي.

۲- د خولو د غدواتو څخه د مالګې ضایع کمیږي.

۳- تنده او د مالګې د خوړلو اشتهای زیاتیږي.

۴- د پښتورگو څخه د مالګو او اوبو جذب زیاتیږي. (۲۲)

په افرینت شریانچو کې ستریچ اخذی دې چې د پرفیوژن د کموالی سره تنبه کیږي چې رگونه ته تقبض ورکوي.

په هایپوپرفیوژن کې پروستاګلانډین (پروستاګلانډین E2، پروستاګلانډین جوردیل زیاتیږي چې افرینت شریانچو ته پراخوالی ورکوي. (۲۲)

انجیوتین سین دوه افرینت شریانچو ته تقبض ورکوي چې د دې میکانیزمونو پواسطه د گلوبولر دننه فشار، جی، ایف، ارا او فلتریشن ساتل کیږي. (۲۲)

په لږ هایپوپرفیوژن کې (د وینې فشار نژدی ۸۰ ملي متر سیماب وي) معاوضوي میکانیزمونه فعالیتږي چې د ای، ایف، ارا مینځ ته راتګ څخه مخنیوی کوي. په شدید او پرله پسې هایپوپرفیوژن کې معاوضوي میکانیزمونه ناکامیږي. جی، ایف، ارا کمیږي او ای، ارا، ایف مینځته راځي. (۲۲)

په زړو، دیابیتیک وازکولوپاتي او هایپر تنسیف نفروپاتي کې د افرینت شریانچو روغ والی له مینځه ځي د پرفیوژن د لږ کموالی له کبله جی، ایف، ارا کمیږي او ای، ایف، ارا مینځته راځي. ACE نهې کونکي په دوه اړخیزه، یو اړخیزه کلیوي شریاني تنګوالي او یوه پښتورگی کې په ډیره پاملرنې سره ورکول کیږي. (۲۲، ۱۲)

۲- د پښتورگو د حادې بې وسې داخلي لاملونه (Intrinsic acute renal failure)

د پښتورگی د حاد بېوسې ۵۰% جوړوي چې لاملونه یې عبارت دي له:

۱- د پښتورگو د تیوبولونو ناروغی (د تیوبولونو بیړنۍ نیکروزس، اسکیمیا، اندوجینوس او اکروجینوس توکسین).

۲- دپښتورگو درگونو ناروغی (دپښتورگو د رگونو بندیز، اتیروسکلروز، ترومبوز، امبولیزم).

۳- دپښتورگو گلو مېرول ناروغی (گلو مېرولونفریتس)

۴- دپښتورگو بین الخلالی نسج ناروغی (اتنی بیوتیکونه، انالجزیک، اتانات)

### Acute Tubular Necrosis (ATN)

ATN دپښتورگو د بیړنۍ بې وسی ۸۵ فیصده لامل جوړوي ATN دوه غوره لاملونه لري چې اسکیمیا او توكسين دی. (۲۲، ۱۲)

الف: د اسکیمیک ATN لاملونه او پتوفزیالوژي

د اسکیمیک ATN لاملونه عبارت دي له : هایپوتشن، هایپوالمیا، هایپوکسیا، دیهایدریشن، سپسس، پرله پسې جراحي کړنې او انسټیزي. (۳۷)

### د اسکیمیک ATN پتوفزیالوژي:

اسکیمیک ATN درې پړاوه لري.

۱- لومړی پړاو (Reversible pre renal ARF)

دا پړاو ساعتونه او ورځې دوام مومي. د هایپوپرفیوژن له امله اسکیمیا پر مخ تګ کوي، جی، ایف، آر کمیري څکه چې:

۱- دپښتورگو دوینې د جریان د کموالي له کبله د گلو مېرول ترا فلتریشن کمیري.

۲- تیوبولونه د کاستونو (اپی تیلبل حجات) او نکروتیک پاتې شونو (د تیوبولونو د اپی تیلوم اسکیمیک نکروز) پواسطه بندیري او د گلو مېرول د فلتر شوو توکو په وړاندې بندیز وي. (۲۲)

۳- back lack : د گلو مېرول فلتر شوی مواد تیوبولونو د اغیزمن شوي (خیری شوي)

اپی تیلوم دلارې بین الخلالی نسج ته څڅیري چې دهغی ځای د پرسوب لامل کیږي.

دپښتورگو تیوبولونه روغ وي خو دنده یې زیاتیري (داوبو او مالگو جذب زیاتوالی)

د تشو متیازو حجم کم او غلظت یې ( $Osmolality > 600 \text{ mosm/kg}$ ) زیات وي. د تشو

متیازو دسودیم کچه  $20 \text{ mmol/lit}$  څخه کمه وي. د تیوبولونو دغه دنده په هغه

ناروغانو چی د پښتورگو پخوانی ناروغی ولري او یا لوپ دای یوری تیک اخلي

خرايېرې. (۲۲)

که پدې پړاو کې د پښتورگو پرفیوژن بڼه شي نو د اسکیمیا پر مخ تگ څخه مخنیوی کيږي اوای، ار، ایف مینځ ته نه راځي.

۲- دپښتورگو دوامداره حادی عدم کفایه (Established ARF (Maintenance phase)

دا پړاو د لومړني پړاو څخه وروسته (که د پښتورگو پرفیوژن بڼه شوی نه وي) د ۱-۲ اونیو په موده کې مینځته راځي. پدې وخت کې ای، ار، ایف مینځته راغلی وي. جی، ایف، ار په یوه دقیقه کې ۵-۱۰ ملي لیتره وي د تشو متیازو اندازه لږ وي او یوریمیک اختلالات پیدا شوي وي. (۱۷)

ددې پړاو د پیدا کیدو میکانیزم عبارت دی له د اغیزمن اندوتیلیل ژونکو څخه وازو اکتیف میدیاتورونه ( نایتريک اسید کمیږي، اندوتیلین ۱، ادينوزین او پلاټ لیټ فعالوونکي فکتورونه زیاتيږي) په په غیر منظم ډول ازاديږي چې دپښتورگو دننه رگونو ته تقبض ورکوي او د میدولاد اسکیمیا لامل کيږي. (۲۲)

۳- ریکوري فیز (درغیدو صفحه)

د تیوبولونو د ژونکو قاعدوي پوښ ترمیميږي. جی، ایف، ار او بیوشمیکې ازموینې ورو ورو بڼه کيږي. په دې پړاو کې دایوریزسس زیاتيږي، چې داحتباس شوو مالگو، اوبو او نورو منحلې توکو د اطراح له کبله وي. وروسته د څو ورځو څخه دای یوریزس د پښتورگو د تغلیظ کوونکي میکانیزم او د تیوبولونو د دوباره جذب د نارملیدو پواسطه نارملیږي. (۱۷)

## Etiology and pathophysiology of nephrotoxic ARF

۱- اکزوجینوس نفروتوکسین

دروغتون د بستر ناروغانو ۲۵ سلنه د امینوگلايکوسایډ ددرملنې په دوز باندې په ATN اخته کيږي. ن اولیگوپوریک پړاو ۵-۱۰ ورځې وروسته پیدا کيږي. برابروني فکتورونه یې عبارت دي له: د پښتورگو پخوانی ناروغی، ډیهایډریشن او زوروالی څخه.

د توکسي سیتي دمخنیوي لپاره امینوگلايکوسایډونه باید په وینه کې اندازه شي.

جنتامیسین د نورو په پرتله ډیر توکسیک دی چې د تیوبولونو په اړه یې تیلیل باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري او یا د د تیوبولونو د بندښت لامل کیږي. (۲۷)

امفوتیراسین یې د پښتورگو د دننیو رگونو د تقبض لامل کیږي او د تیوبولونو په اړه یې تیلیل باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري. توکسیک دوز یې ۲-۳ ګرامه دی.

نور انتی بیوتیکونه لکه وانکومایسین ، سفالوسپورین او وریدی اسیکلویور بنایي د ATN لامل شي. دکنسر ضد درمل ( سسپلاتین، کاربپلاتین، فاسفامید) د امینوګلایکو سایدونو په شان اغیزه لري. (۱۷)

رادیو کنتراسټ توکي نېغ په نېغه توکسیکه او وازوکنستریکتور اغیزه لري چې د ۲۴-۴۸ ساعتو په موده کې د ATN لامل کیږي خو ۳-۵ ورځې وروسته بیرته ښه کیږي. برابرونکي فکتورونه یې عبارت دي له: زوروالي، دپښتورگو پخوانۍ ناروغۍ (کریاتینین د 2/dl ګرامو څخه زیات وي) هایپووالیومیا، دپاییتیک نفروپاتی، دزړه بې وسي، مولتیپل میالوما، کنتراسټ بیا ځلي دوز او اوس دنورو نفروتوکسیکو ( نن ستروئید التهاب ضد درمل او ACE نهی کوونکي) توکو سره مخامخ شوی وي. (۱۷)

## ۲- اندوجینوس نفروتوکسین

اندوجینوس نفروتوکسین هیم لرونکي توکي ، یوریک اسید او پاراپروتین دي.

مایوګلوبین یوریا : مایوګلوبین د رابدومايولایزس څخه مینځ ته راځي. په تیوبولونو باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري همدارنگه د تیوبولونو د بندښت او د وازوکنستریکشن لامل کیږي. د رابدومايولایزس لاملونه عبارت دي له : کرش تپونه ، پرله پسې غیر شعوري حالت، اختلاجات، کوکائین، الکول، شدید تمرین، هیټ ستروک، خبات، اتانات،- دپهایدریشن او میتابولیک اسیدوزسس څخه. (۱۷)

هیمالیزس نادراً د ای، ار، ایف لامل کیږي خو درگونو دننه کتلوي هیمالیزس هم د ای، ار، ایف لامل کیږي.

مایوګلوبین یوریا کې تشې متیازې نسواري رنگ لري خو دوینې سرې ژونکې پکې نه وي د عضلاتو د ژونکو د لایزس له کبله هایپرکلیمیا، هایپرفاسفتمیا او هایپر یوریسیمیا مینخته راځي. د درملنې بنسټ یې هایدریشن دی. مل درملنه یې دای

یوریزس او دتشنو متیازو قلووی کول دي. (۱۷)

هایپر یوریسیمیا: د هایپر یوري سیمیا لاملونه عبارت دي د نیوپلازم، لوکیمیا او دلمفوما د درملنې څخه.

یوریک اسید هغه وخت د ای، ار، ایف لامل کیږي چې د سیروم د یوریک کچه د ۲۰ ملي گرام في دیسي لیتر څخه، دتشنو متیازو یوریک اسید په ۲۴ ساعتو کې د ۲۰۰ ملي گرامو څخه او دتشنو متیازو یوریک اسید او دتشنو متیازو کریاتینین انډول د 1.0 څخه لوړ شي. (۱۷)

بنزجان پروتین په مولتیپل میالوما کې پیدا کیږي چې په تیوبولونو باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري او د بندیدو لامل یې کیږي.

#### د ARF کلینیکي بڼه:

کله چې د پښتورگو د بې وسۍ د ناروغ کلینیکي ارزیابي کیږي لومړی اړینه ده چې پوهیدل شي چې ایف، ار په بیړنۍ یا ځنډنې ډول لږ شوی. همدارنگه د وینې دیوریا او کریاتینین لږاتواري ریکارد وکتل شي (۱۷، ۲۲، ۱۲)

د ازوتیمیا کلینیکي بڼه عبارت دی له: زړه بدوالی، کانگو، ستوماتیا، دشعور د خرابوالی، دوینې فشار نادراً لوړ وي، دمایعاتو دهیموستازس د خرابوالی، د گیډې غیروصفي دردونو، دکولمو دشل والي (الیوس) د دمویه صفحاتو د دندې د خرابوالي له امله وینه بهیدنه، انسفالوپاتي، استریکزس دماغي خړپتیا او اختلاجاتو څخه.

په Pre renal ARF کې د ازوتیمیا د کلینیکي بڼې سریریه د لومړنۍ ناروغۍ نښې نښانې وي لکه تنده، سریدالي، اورتوستاتیک هایپوتینشن، تکی کاردیا، وداجي وریدي فشار ښکته وي، دپوستکي ترگر کم شوی، دخولی مخاطي پوښ او تخرگ وچ وي. دنن ستروئید التهاب ضد درملو او ACE نهی کوونکو دواگانو د اخیستلو تاریخچه شته وي. (۱۷، ۲۲)

همدارنگه دځینو ناروغیو، پورتال هایپرتنشن، دزړه د احتقاني بې وسۍ او سیپسس لپاره باید پلټنې وشي.

که ای، ار، ایف د فلانک دځای د درد سره وي نو دپښتورگو د شریانی یا وریدي بندیز

یا د پيالونفريتس يا گلوميرولونفريتس ښودنه کوي. (۱۷، ۲۲)  
 که د ای، ار، ایف په ناروغ کې د پوستکې لاندې نوډولونه Livedo reticularis (بې  
 رنگه خاپونه د پوستکي لپاسه) bright orange retinal arteriolar plaque  
 اوديجيتل اسکيميا د اتیرو امبولیزم ښودونکي دي. (۱۷، ۲۲)  
 که ای، ار، ایف د بولي سیدیمنت، پرسوب، هایپرشن او اولیگوپوریا سره یوځای وي  
 نو د نفرتیک سندروم (بیرني گلوميرولونفريتس) ښودونکي دي.  
 که د ای، ار، ایف سره شدید هایپرشن او دهغه اختلالات (د کین زړه هایپرتروفي او  
 بې وسي، ریتینوپاتي، پپیل اديما او نیورولوژیکي ستونزې) یو ځای وي نو د خبیث  
 هایپرشن ښودونکي دي. (۱۷، ۲۲)  
 که د ای، ار، ایف سره تبه، د بندونو درد، خاربنت لرونکی اریتماتوزس رشونه  
 وروسته د دوا اخیستلو څخه پیداشي د الرژیک انترستیشیل نفرایتس ښودونکي  
 دي. (۱۷)

### تشخیص

دپښتورگو د عدم کفایه کړیتیریا:

- ۱- رسک: د سیروم کرباتینین ۵، ۱ ځلی لوړ شي یا یورین اوت پوټ د ۲ ساعتو لپاره  
 د ۵، ۵ ملي لیټرو څخه په هر کیلو گرام وزن د بدن لږ شي.
  - ۲- Injury: کرباتینین 2,0 ځلی لوړ شي یا دتسو متیازو اوت پوټ د ۱۲ ساعتو لپاره  
 ۵، ۵ ملي لیټرو څخه په کیلو گرام وزن د بدن لږ شي. (۱۷)
  - ۳- Failure: کرباتینین 3,0 ځلی یا کرباتینین ۳۵۵ مایکرومول پر لیټر څخه زیات  
 وي یا یورین اوت پوټ د ۲۴ ساعتو لپاره د ۳، ۳، ۳ ملي لیټرو څخه په هر کیلو گرام وزن  
 د بدن لږ وي.
  - ۴- Loss: پرله پسې ای، ار، ایف یا د څلورو اونیو څخه زیات د پښتورگو دندې له  
 منځه تللې وي. (۱۷)
- ۱- دوینې ازموینې
- دسیروم بی، یو، این (نارمل ۱۰-۲۰ ملي گرامه په دیسي لیټر) او کرباتینین

- ( نارمل ۰.۹-۱.۷، ۱ ملي گرام په دیسی لیتر) لوړ وي.
- هایپر کلیمیا د اطراحي دندې د خرابوالي له امله
- هایپر فوسفیتمیا د فوسفیت د اطراح دکموالي له امله
- هایپوکلسمیا : په میتاستاتیک ډول د کلسیم او فوسفیت ځای په ځای کیدل.
- انیمیا : د اریټروپوئیتین دکموالي او ترمبوسیت د دندو د خرابوالي له کبله.
- هایپر یوریسمیا په رابدمو مایلو لایزس کې وي
- میتابولیک اسیدوزس (۱۷)

#### ۲- د ECG بدلونونه

- T څپه ښکته وي
- QT څپه اوږده وي
- PR فاصله اوږدېږي. (۱۷)

#### ۳- Intrinsic ARF کې د تشو متیازو ازموینې

- هیالین کاست په ټینگو تشو متیازو، تبه لرونکو ناروغیو او تمرین کې وي.
- د سرو ژونکو کاست په گلو میرولونفریتس کې وي
- د سپینو ژونکو کاست په پیالونفرایتس او انترستیشیل نفریتس کې وي
- Renal Tubular Cell Cast په ATN او انترستیشیل نفرایتس کې وي.
- Coars Granular Cast په ATN کې وي
- Broad Waxy Cast په CRF کې وي (۱۷)

#### ۴- Renal Failur Indice

(Functional Excretion of Sodium) F E Na

FENa په Pre Renal ARF کې د 1,0% څخه کم وي او په Intrinsic ARF کې د

1.0% څخه زیات وي.

$$F_E NA = \frac{\frac{\text{Urin Sodium}}{\text{Plasma Sodium}}}{\frac{\text{Urin Creatinin}}{\text{Plasma Creatinin}}} \times 100 \%$$

۵- رادیولوژیکی نښې:

التراسونوگرافي، MRI او CT- Scanning دتسو متيازو دلازو بندښي ناروغيو تشخيص لپاره کارول کيږي.

۲- دپښتورگو بايوپسي

د Pre Renal ARF او Post Renal ARF د ردولو او Intrinsic ARF د لامل د موندلو لپاره ترسره کيږي. (۱۷)

دبايوپسي استطببات:

۱- دپښتورگو حاد يا ځنډنی نامعلومی ناروغی.

۲- حاد نفریتیک سندروم

۳- نامعلوم پروتین یوریا یا هیماچوریا.

۴- دپښتورگو دپخوانی تشخيص شوی یا تداوي شوی ناروغی دتداوي دښه پلان جوړولو لپاره.

۵- که دسیستمیک ناروغیو (لکه Systemic Lupus Erythematosus) په سیر کې دپښتورگو ناروغی مینځته راغلی وي نو دپښتورگو داختمه کیدو داندازی او د درملنې دلازښود لپاره بايوپسي اخیستل کيږي.

۲- دپښتورگو دپیوند د ردیدو او دپښتورگو دحادی ناروغی تر مینځ دتفریق لپاره.

نسبي مضاد استطببات:

یو پښتورگی، اکتوبیک پښتورگی، دوینی تشوشات، ناکنترول هایپرنتشن،

دپښتورگو اتانات، دپښتورگو نیوپلازم، Horse Shoe Kidney

توپري تشخيص:

دپښتورگو په ځنډنی عدم کفایه کې، وینه لږي، رینل اوستیودستروپاتي،

رادیولوژیک بدلونونه، کوچنی پښتورگی او په تشو متیازو کې براد واکس کاست

وي. ۱-۲ جدول : دپښتورگو د حادی بی. وسي توپيري تشخيص (۳۷)

لاملونه	Prerenal Azotemia	Post Renal Azotemia	ATN (Oliguric Poyuria)	حاد گلو میرولو نفریتیس	Acute Interstitial Nephritis
	دپښتورگو د وینې بهیر کموالي	د بولي لاري بندیز	اسکمیک نفروتوکسین	پوست سترپتوکاکال	د درملوله کبله الرژیک عکس العمل
Serum BUN/Cr	>20:1	>20:1	<20:1	>20:1	<20:1
U Na(meq/L)	<20	بدلیدونکي	>20	<20	بدلیدونکي
FENa	<1	بدلیدونکي	>1	<1	<1,1>
Urin osmolality (mosmal/kg*)	>500	<400	250-300	بدلیدونکي	بدلیدونکي
د تشو متیازو سیدمنت	سليم هیالین کاست	نارمل یا سره حجرات، سپین حجرات یا کریستل	گرانولراو دپښتورگود توپولونو کاست	دیس مورفیک سره حجرات یا د سرو حجراتو کاست	سپین حجرات او د سپینو حجراتو کاست

## اختلالات

### ۱- د خارج الحروي مايعانو زياتوالی

دژونکو څخه دباندي مايعاتو د واليوم د زياتوالي لاملونه عبارت دي له د اوبو او مالگو نه اطراح كيدل، درگ، د خولی يا نازوگاستریک تیوب دلاري خواړه وركول، دازوتونیک يا هايپوتونیک مايعاتو وركول.

كلينيكي بڼه يې عبارت ده له د وزن د زياتوالی، دسرو دپرسوب، دسرو په قاعدو كې رالونه، د وداجي وريدي فشار زياتوالی او دماغي پرسوب څخه.

### ۲- هايپر كلېميا

لاملونه: دپوتاشيم اطراح كموالی، ميتابوليک اسيدوزس، رابدومايوليزس، هيماييزس، تومور لايزس سندروم.

کلینیکي بڼه: لږه هایپیرکلایمیا (6.0mmol /l څخه کم) بی گیلو وي شدید لوړوالی یې د ECG اېنارملتي او د اریتمیا لامل کیږي. (۲۲)

### ۳- میتابولیک اسیدوزس

لاملونه:

- دڅوړو څخه نه الوتونکي اسید ازادېږي.
- د هایدروجن ایون د مینځ ته راتلو زیاتوالی (دیابتیک کیتواسیدوزس، دلوری اسیدوزس، لکتیک اسیدوزس)
- کلینیکي بڼه یې هایپروینتلیشن دی. (۲۲)

### ۴- هایپوکلسمیا

لاملونه:

- په میتاستاتیک ډول د کلسیم فاسفیت ځای په ځای کیدل.
- دپاراتائیروئید هورمون په وړاندې ټینگار
- ۲۵، ۱دای هایډروکسي کولي کلسي فیروول د کچې کموالی
- کلینیکي بڼه یې عبارت دی له دخولې د شاوخوا بې حسي ، عضلي کرامپونه، اختلاجات، دماغي خړپټیا، د QT دڅپې اوږدوالی او T څپې د ښکته کیدو څخه.
- ۵- هایپرفاسفتیمیا: لاملونه یې عبارت دي له : رابدومايولایزس، هیمالیزس، تومور لایزس سندروم. (۲۲)

### ۲- دوینی اختلاطات

#### ۱- انیمیا

لاملونه:

- دسرو ژونکو خراب جوړیدل، هیمالیزس، وینه بهیدل، دوینې نري کیدل، دسري ژونکې دژوند د مودې کموالی.

۲- دبلیدیټنگ ټایم د اوږدیدلو لاملونه عبارت دي له دترمبوسیت د خفیفاً شمیر کموالي او د دندو خرابوالي څخه. د کلاتینګ فکتورونو اېنارملتي (VIII فکتور خرابوالی) (۲۲)

۳- د وینې د سپینو ژونکو دشمیر د زیاتوالي لاملونه سپپ سیس او ستریس څخه عبارت دي.

۷- انتانات:

۵۰-۹۰ سلنه پېښو کې انتانات پیدا کېږي چې ۷۵ سلنه د مړینې لامل کېږي. لاملونه یې عبارت دي له وریدي کنول، میخانیکي تهویه، دمثاني کتیتر څخه.

۸- دزړه او سپرو اختلاطات عبارت دي له : اریتمیا، مایوکارډیال انفارکشن، پریکارډایتس، پریکارډیل ایفیوژن، دسپرو ډپرسوب او دسپرو د امبولیزم څخه.

۹- دمعدې او دکولمو څخه وینه بهیدل (۱۰-۳۰% پېښو کې) چې لاملونه یې عبارت دي له دمعدې او کوچنیو کولمو دسترس تپونو څخه.

۱۰- یوریمیک سندروم په تینګاري اوشدید ای، ار، ایف کې مینځته راځي.

۱۱- شدید ډای یوریزس

د ریکوري په پړاو کې پیدا کېږي چې د والیوم د کموالي له امله د دویمي ای، ار، ایف لامل کېږي. ددې پړاو اختلاطات عبارت دي له هایپرتریمیا، هایپوکلایمیا، هایپومګنیزیمیا او هایپوکلسمیا څخه. (۲۲)

درملنه:

د درملنې موخه:

۱- د ای، ار، ایف د لامل پیژندل.

۲- دزیانمنو فکتورونو (نفروتوکسین) لری کول.

۳- دیوریمیک اختلاطاتو مخنیوی او درملنه.

الف: مخنیوی:

د ای، ار، ایف د مینځته راتګ څخه په لاندې توګه مخنیوی کېږي.

۱- هایپووالیوما او ټولې هغه ناروغی چې په کې دپښتورگو د وینې جریان کمېږي باید درملنه شي.

۲- د نفروتوکسیکو درملو دوز نظر په کیلو ګرام وزن د بدن او جی، ایف، اری برابر شي.

۳- ACE نهی کوونکي، نن ستروئید التهاب ضد درمل، دای یوري تیک، امینوګلايکوسایډ، سایکلو سپورین په هایپو والیوما اود پښتورگو د رګونو په ناروغیو کې په ډیرې پاملرنې سره وکارول شي.

۴- د یوریت نفروپاتی دمخنیوي لپاره دکنسر ضد درملو سره الویورینول ورکړل شي او تشې متیازې قلوي شي.

۵- دای میرکپرول چې یو Chelating agent دی د درندو فلزاتو د نفروتوکیستي د

مخنیوي لپاره کارول کېږي. (۱۵)

ب: ځانګړې درملنه:

۱- Pre renal ARF

دهایپووالیوما رنځور ته مایعات د ضایع شوو مایعاتو د جوړښت له مخې ورکول کېږي لکه شدید هیموراژ ناروغ ته یوازې سرې ژونکې په خفیف او منځنی کچه هیموراژ او پلازما ضایع کیدو (سوځیدل، پانکراتایټس) په صورت کې ازوتونیک سالیڼ ورکول کېږي بولي او معدی معایي مایعات هایپوتونیک دي چې د ضایع کیدو په صورت کې هایپوتونیک سیروم (۴۵، فیصده) سلین ورکول کېږي. دسیروم پوتاشیم او اسید بیز بیلانسی شي. دزړه بې وسي د مثبت اینوتروپیک درملو پواسطه درملنه کېږي.

دځیګر په سیروزس کې چې په اسایټس اختلاطي شوی وي دمایعاتو ورکول ډاکتر ته چلینج دی که ای، ار، ایف دهیپاتورینل سندروم له کبله وي نو ای، ار، ایف بیرته نه ګرځیدونکی دی. که ای، ار، ایف د دای یوریزس او سیپسیس له کبله وي نو درملنه یې کېږي. دمایعاتو د ورکولو په مهال باید د ودا جي او مرکزي وریدونو او دسرود کپیلریو فشار مانیتور شي.

## ۲- Intrinsic renal ARF

ټیټ دوز ډوپامین، لوپ ډایوریتیک، کلسیم کانال بلاکر، الفا ادرینورسپتور بلاکر او پروستاگلانډین ته ورته درمل د اسکیمیک او نفروتوکسیک ای، ار، ایف په درملنه کې کارول کېږي خو لږه اغیزه لري. (۲۲)

که intrinsic renal ARF د بیړني گلو میرونفریتس یا وازو کولایتس له کبله مینځته راغلې وي نو کورتیکو سټروئید، قلوي درمل او د پلازما فوریزس کارول کېږي. (۲۲)

## ۳- داخلاطاتو درملنه:

## ۱- intra vascular valium over load

دمالگو (د ورځې ۱-۲ گرامه) او اوبو (دورځی د یو لیتر څخه کم) بندیز، لوپ دوز لاریکس (۲۰۰-۴۰۰ ملي گرامه د رگ دلازې) ورکول کېږي ټیټ دوز ډوپامین هم دای یوریزس راولي خو په شدید حالت کې نه کارول کېږي ځکه چې د اړیت میا او ناڅاپي مړینې لامل کېږي. دټینگاري هایپر والیوما د درملنه ډیالیزس سره کېږي. (۲۲)

## ۲- هایپوتریمیا:

دخولې دلازې د اوبو ورکول دورځی د یو لیتر څخه کم وي او هایپوتونیک مایع لکه دیکستروز نه ورکول کېږي. (۲۲)

## ۳- هایپرکلیمیا:

پوتاشیم لرونکي درمل او خواړه ورنکړل شي، پوتاشیم نه اطراح کوونکي دای یوري باید بندشي، Potassium binding ion exchange resin، سودیم پالي سلفونیت ورکول کېږي، گلوکوز (۵۰ سلنه ۵۰ ملي لیتره)، انسولین ۱۰ یوتیه (ریگولر)، او سودیم بای کاربونیت (۵۰-۱۰۰ ملي مول) ورکول کېږي کلسیم گلوکونات ۱۰% ۱۵ ملي لیتره په ۵ دقیقو کې ورکول کېږي. (۲۲)

## ۴- میتابولیک اسیدوزس

دخوړو پروتین کم شي (دورځې ۲-۳ گرامه په هر کیلو گرام وزن بدن)، سودیم بای کاربونیت هغه وخت ورکول کېږي چې دسودیم بای کاربونیت کچه ۱۵ ملي مول پر لیتر

- او پي ايچ ۲، ۷ څخه کم شي.
- د بای کاربونیت اختلاطات عبارت دي له هايپرواليوما، ميتابوليک الکالوزس، هايپوکلسيميا، هايپوکاليميا. په ټينگاري اسيدوزس کې دياليزس تر سره کيږي.
- ۵- هايپرفاسفټيميا
- خوړوکې فاسفیت د ورځی د ۸۰۰ ملي گرامو څخه کم شي، کلسیم کاربونیت او المونیم هايډروکساید بايد ورکړل شي چې دا د فاسفیت سره نښلي. (۲۲)
- ۶- هايپو کلسيميا
- که گيلې شته وي کلسیم گلوکونات ۱۰ سلنه ۱۰-۲۰ ملي ليتره او کلسيوم کاربونیت ورکول کيږي. (۲۲)
- ۷- هايپر مگنيزيما
- مگنيزم لرونکي اتني اسيدونه بايد بند شي. (۲۲)
- ۸- هايپريوري سيميا:
- که د سيروم يوريک اسيد کچه د (15mg/dl) څخه کم وي نو درملنه يې نه کيږي. (۲۲)
- ۹- تغذيه
- دخوړو پروټين د ورځی ۲، ۰۰ گرامه په هر کيلو گرام وزن د بدن ورکول کيږي، کاربوهايډریت د ورځی سل گرامه وی، دخولې يا رگ دلازې خواړو ورکول دناروغ اړتيا پورې اړه لري. (۲۲)
- ۱۰- انيميا
- د اړتيا په صورت کې وينه ورکول کيږي Recombinant human erythropoietin په ای، اړ، ایف کې نادرا کارول کيږي ځکه چې د هډوکو مغز دهغه په وړاندې مقاوم وي. (۲۲)
- ۱۱- وينه بهيدل:
- ديوريمیک وينه بهيدنه د Desmopressin يا استروجن يا دياليزس سره ښه کيږي.
- ۱۲- اتني اسيد د معدې او کولمو وينې بهيدنې د غلي کولو لپاره د پروتون پمپ بلاکونکو او اچ دوه رسپټور بلاکونکو په پرتله ښه دي.

۱۳- داتان د مخنیوي لپاره اتی بیوتیک نه ورکول کیږي. (۲۲)

دیالیزس: دپښتورگو دځنډنی عدم کفایې په برخه کې تری یادونه شوی.

انزار:

ناروغان په عمومي ډول د لومړنۍ ناروغۍ څخه مری د مړینې کچه ۱۵% په ولادي ناروغانو کې ۳۰ سلنه د توکسین او ۲۰% وروسته د لویو جراحي کړنو څخه وي په لاندې حالاتو کې انزار خراب وي. (۲۲)

۱- دناروغۍ په لومړي وخت کې اولیګویوریا وي.

۲- سیروم کریاتینین د ۳ ملي ګرام پر دیسی لیتر څخه لوړ شي.

په زړو خلکو او دڅو غړو بې وسۍ کې دمړینې اندازه زیاته وي.

۵ سلنه ناروغان بیخي نه ښه کیږي چې پرله پسې دیالیزس او یا ترانس پلان تیشن ته

ارتیا لري. (۲۲)

## د پښتورگو ځنډنۍ عدم کفایه (CRF) Chronic Renal Failure:

پېژندنه:

د پښتورگو ځنډنۍ عدم کفایه د پښتورگو د دندو نه گرځیدونکي خرابوالي ته وايي چې د څو کالو په موده کې منځته راځي.

په سي اريف کې لومړی بیوشمیک بیا اطراحي، میتابولیک، اندوکریني اېنارمليتي په پای کې کلینیکي بڼه څرگندېږي چې دیوریمما په نوم یادېږي. (۲۲، ۳۸)

دنده بیخي له مینځه تللې وي او دناروغ ژوند یوازې په ډیالیز یا ترانس پلان تیشن پورې تړلی وي. (۲۲، ۳۸)

لاملون:

۲-۲ جدول د سي، ار، ایف لاملون په لاندې ډول دي (۳۸، ۱۲)

ناروغی	د ESRD د پېښیدو سلنه	شرحه
ولادې او ارثي ناروغی	۵%	د پښتورگو پولي سیستمیک ناروغی او الپورت سندروم
د پښتورگو د شریانونو تنګوالی	۵%	
هایپر تیشن	۵-۲۵%	داڅرګنده نه ده چې دابدلون توکمي یا تشخیصی توپيروالی وي
ګلومیرول ناروغی	۱۰-۲۰%	IgA نفروپاتي ډیر معمول دی
اترستي شیل ناروغی	۵-۱۵%	
سیستمیک التهابي ناروغی	۵%	واژکولایتس
دشکری ناروغی	۲۰-۴۰%	ډیر زیات توکمي توپيروالی
ناڅرګندي ناروغی	۵-۲۰%	

### دیوریمیا پتوفزیالوژي او بیو کیمستري:

ازوتیمیا د نایتروجني توکو دپاتی شونو تولیدو ته وایي. یوریمیا د پښتورگو پر مختللی عدم کفایه ته وایي چې د څو ارگانونو او سیستمونو د ستونزو نښې په کې څرگندېږي. (۳۸)

که څه هم یوریا دیوریمیک توکسي ستي لوی لامل نه دی خو بیا هم د کلینیکي انبارملتیو لکه بی اشتهايي، بی علاقگی، کانگو او سردردي په مینځ ته راتلو کې مرسته کوي. (۳۸)

ځینی نور نایتروجني پاتي شونی (لکه دگوانیدو مشتقات، یوریت، هیپورات، بنزوت، اندول) هم په پلازما کې په انبارمل غلظت کې شته چې دیوریمیک توکسين گمان پري کېږي. (۳۸)

د پښتورگو د میتابولیکو او اندوکرايني دندو دویجاړتیا له امله انیمیا، مل نیوتريشن، دکاربوهایدریت، شحم، پروتین میتابولیزم خرابوالی، د انرژي د مصرف خرابوالي او د هډوکو میتابولیکې ناروغی پیدا کېږي. همدارنگه د پاراتا یرایید هارمون، انسولین، گلوکاگون، لیوتینایزینگ هورمون او پرولاکتین کچه لوړېږي ځکه چې نه یوازې د دوي د پښتورگو کتابولیزم ویجاړېږي بلکه د پښتورگو د اطراحي یا ترکیبي دندو دویجاړتیا له امله د دوي اطراح کیدل هم ویجاړېږي. (۳۸)

داریتروپوتین او 1,25 دای هایدروکسي کولي کلسیفرول کلیوي جوړیدنه خرابېږي. دیوریمیک سندروم پتوفزیالوژي د دوو ستونزو پایلو پورې تړلې ده. (۳۸)

۱- د پروتین د میتابولیزم د پیداوار پایلي.

۲- د پښتورگو د دندو د خرابوالي ( لکه مایعاتو، الکترولايتونو، هموستازس او هورموني ستونزو) پایلي.

### کلینیکي بڼه:

د پښتورگو عدم کفایه د ناروغانو په روتینو ازموینو کې د سیروم کریاتینین او بي یوان لوړ وي چې ددې سره هایپرشن، پروتین یوریا یا انیمیا مل وي. گیلې هغه مهال

پیدا کیري چې جي ایف ار په یوه دقیقه کې د ۳۰ ملي لیټرو څخه کم شي او د سیروم یوریا غلظت د ۴۰ ملي مول پر لیټر څخه لوړ شي.

نکچوریا او پولی یوریا د سي، ار، ایف لومړني گیله ده چې دپښتورگو د تغلیظ کولو توان د کمیدو او په نفرون باندې د ازموټیک پيټي د زیاتوالي له کبله مینځته راځي.

۲-۳ جدول کې د سي. ار. ایف گیلې او ننډې چې د بدن په هر سیستم پورې اړه لري یادونه شویده. (۱۲، ۳۷)

سیستم	گیلی	ننډې
عمومي	کمزوري، بې علائقي، ستوماتیا	رنگ يې الوتی وي او ناروغ بڼکاري
پوستکی	خارښت او ژړوینه بهیدل	خاسف، ایکوموزس، پرسوب، وچوالی، نوکان يې نصواري بڼکاري، یوریمیک فراست
غوږ، پوزه او ستونی	په خوله کې میتالیک مزى احساس، د پوزی څخه وینه بهیدل	یوریمیک فیتور، دتسو متیازو بوی
سترگې		منظمی خاسفی بڼکاري
سږي	ساده لنډوي	رالونه، پلورل ایفیوژن
زړه او رگونډه	د تمرین سره سالنډی د سینې د هډوکى شاته درد (پریکارډایتس)	هایپر تښتن، کارډیومیگالي، فريکشن رب، فلو مرمر، د مترال وال تنگوالی دکلسیفیکشن له کبله، د ابهر او ریوي دسام بې وسي د واليوم د زیاتوالي له کبله.
معهده او کولمې	بی اشتهايي، زړه بدوالی، کانگې، ایټکي، نس ناسته	
بولی تناسلي	نکچوریا، پالي یوریا، په نارینوو جنسي کمزورتیا، په بڼځو کې امینوریا	ایزوستین یوریا
عصبي عضلي	Restless leg سندروم همیشه	

	لپاره بنکتنیو اطرافو ته دموقعیت تغیر ورکول، بی حسی، په لنگیو کې کرامپ ډوله دردونه	
عصبي	تخرشیت، دماغی او جنسي کمزورتیا، بی حسی، تیتاني	ستوپور، استریکرس، مایوکلونوس، محیطي نیورویاتي او هایپوکلسمیا

## ۲-۴ جدول د پښتورگو د ځنډنۍ عدم کفایه سټیژونه. (۲۶)

سټیژ	یادونه	جی-ایف-ار ml/min/1.73m <sup>2</sup>	کړنه
لومړی پړاو	پښتورگی اغیزمن، جی، ایف، ار نارمل یا زیات وي	≥۹۰	لاډراتواري پلټنې (هیماجوریا، پروتین یوریا)
دوهم پړاو	پښتورگی اغیزمن وي جی، ایف، ار لږ کم شوی وي	۸۹-۷۰	دوینې فشار کنترول شي، خواړه بدل شي
دریم پړاو	جی، ایف، ار په منځنۍ کچه کم شوی وي	۵۹-۳۰	دوینې فشار کنترول شي، خواړه بدل شي
څلورم پړاو	جی، ایف، ار ډیر زیات کم شوی وي	۲۹-۱۵	د پښتورگو ترانس پلان تیشن
پنځم پړاو	د پښتورگو وېبې وسي	۱۵ < یا دیا لیزس	د پښتورگو ترانس پلان تیشن

## لاډراتواري ازمویښي

## ۱- دوینی ازمویښي

د پښتورگو ځنډنۍ عدم کفایه کې د سیروم کریاتینین او بی یوان لوړ وي. همدارنگه انیمیا، میتابولیک اسیدوزس، هایپیر فاسفتیمیا، هایپیر کلایمیا او هایپوکلسمیا د پښتورگو په بیړنۍ او ځنډنۍ کې وي. (۲۲، ۱۲)

۲- د تشو متيازو ازموینه:

په تشو متيازو کې ايزو استين يوريا او Brood waxycast (د نفرونو د هايپرتروفی له کبله) وي.

۳- راديو لوژي

د سي، ار، ايف د ناروغانو د التراسوند په ازموینه کې دواړه پښتورگي کوچني وي ( ۱۰ د ساتني مترو څخه کوچني وي) خو په ځينو ناروغيو کې (پولي سيستیک پښتورگي، د يابيتیک نفروپاتي، مولتي پل ميالوما، اميلوایودوزس، د ايچ، ای، وي له کبله نفروپاتي، بندبنتي نفروپاتي) پښتورگي لوي يا نارمل وي. (۲۲، ۱۲)

ايکسری

دهډوکو په اکسری کې د کليوي اوستيودستروفي نښې چې دويمې هايپر پارا تاثیرويدزم له کبله وي ليدل کېږي. د لاس د هډوکو رادپال خوا کې په اوږدو سره Sub periosteal reabsorption ليدل کېږي.

د ملا په اکسری کې Rugger jersey spine (د ملا شمزې کې متناوب اسکليروتیک بانډونه سوري او دکثافت زياتوالی ليدل کېږي. د لاس د هډوکو او د ملا شمزيو رادپولوژیک بدلونونه داوږد مهاله هايپرپاراتائيروديزم له کبله وي. (۲۲، ۱۲)

بايوپسي:

داستطاب په صورت کې بايوپسي دناروغی د لامل موندلو لپاره ترسره کېږي.

اختلاطات:

۱- هايپر کلايما

خرنگه چې پوتاشيم د پښتورگو دلازې اطراح کېږي خو په سي، ار، ايف کې يې هغه وخت انډول خرابيږي چې جي، ايف، ار په يوه دقيقه کې د ۱۰-۲۰ ملي ليترو څخه کم شي. (۲۲، ۱۲)

په لاتدې حالاتو کې سره لدې چې چې، ایف، ازیات وي خو هایپر کالیمیا په کې وي. اندوجنیوس لاملونه یې عبارت دي له: هیمالیزس، تروما، میتابولیک اسیدوزس، قبضیت، د پروتین کتابولیزم، دوینې ترانس فیوژن او هایپورینیمیک هایپو الدوستورینیزم څخه. (۲۲، ۱۲)

اکزوجنیوس لاملونه یې عبارت دي له: خواړه (سترس لرونکې میوه او پوتاشیم لرونکې مالګې او درمل)، ACE نهی کوونکی، سپایرونولکتون، نن ستروئید التهاب ضد درمل، تریامیتین، امیلورید، بیتابلاکر څخه. (۲۲، ۱۲)

درملنه:

الف: دبیرنې هایپرکالیمیا درملنه

دزړه مانیټورینگ، وریدي کلسیم کلوراید ۵% - ۵-۳۰ ملي لیتره، کلسیم گلوکونات، گلوکوز ۱۰-۵۰%، انسولین، بای کاربونیت، دخولی یا ریکتوم دلزې ion exchange resin sodium polysteren sulfonate، بیتا اګونیست(البوتیرول)، ۱۰-۲۰ ملي ګرامه په ۴ ملي لیتره نارمل سالین کې په ۱۰ دقیقو کې ورکول کېږي. (۲۲)

ب: دځنډنې هایپرکالیمیا درملنه:

په خواړو کې دپوتاشیم دکچې لږوالی (دورځې دوه ګرامه)، پالی سترین سلفونات د ورځې یو ځل ۱۵-۳۰ ګرامه د جوس یا سوربیتول سره ورکول کېږي. (۲۲)

۲- دسودیم او اوبو هیموستازس:

هایپروالیومیا د اوبو دنه اطراح له کبله وي.

هایپوالیوما د کانګو، نس ناستې، خولې او تبې له کبله وي.

هایپرتریمیا د سودیم دنه اطراح له کبله وي.

هایپوتریمیا د ډیالیزس څخه مخکې ډیره کمه وي.

دهایپروالیوما لپاره داوبو او مالګو بندیز او داي یورتیک ورکول کېږي. (۲۲، ۱۲)

## ۳- د اسید بیز گډوډي گانې:

ناروغ پښتورگی د ورځې یو ملي ایکوولانت تیزاب چې په هر کیلو گرام وزن د بدن د خوړو د پروتین څخه جوړېږي د بدن څخه ایستلای نه شي.

د پښتورگی د کتلې دکموالي له کبله میتابولیک اسیدوزس مینځته راځي. دامونیا جوړیدل کمېږي چې دا په تشو متیازو کې د هایدروجن دایون بفر دکمیدو لامل کیږي. (۲۲)

همدرانگه هایپر کالیمیا نور هم دپښتورگو څخه دامونیا جوړیدل کموي. له همدی کبله دسي، ار، ایف دناروغانو تشې متیازې اسیدی وي. دمیتابولیک اسیدوزس نور لاملونه عبارت دي له سلفات او فاسفات فلتریشن کموالی دهایدروجن ایون افراز کموالی اضافي هایدروجن ایون ددهوکو د کلسیم کاربونیت او کلسیم فاسفیت پواسطه بفر کیږي چې د رینل اوستیودستروفي لامل کیږي. (۲۲، ۱۲)

## درملنه:

سودیم بای کاربونیت ، کلسیم بای کاربونیت او سودیم ستریت ورکول کیږي خو د سودیم ستریت مالگې د سیروم دالمونیم کچه لوړوي باید ورنکړل شي.

## ۴- دزړه او رگونو اختلاطات:

د سي ار ایف کوم ناروغان چې دیالیزس کیږي ۴۵ سلنه مړینه یې د زړه او رگونو ناروغیو له کبله وي. (۲۲)

## I- د وینې فشار لوړوالی:

په سي ار ایف کې دوینې فشار د لوړیدو لاملونه عبارت دي د مالگو او اوبو دمه کیدل، هایپرینیمیک حالت او دباندې څخه د اریترپروتین اخیستل. (۲۲)

په سي ار ایف کې د هایپرنتشن د درملنې موخه عبارت دي له د سي ار ایف د پرمختگ او د هایپرنتشن د اختلاطو د مخنیوي څخه دی.

د سي ارايف په رنځورانو کې بايد فشار ۸۰-۱۳۰/۸۵ ملي متر سيمابو کې وساتل شي. که د يايبتس ورسره مل وي او يا څلورويشت ساعته پروتين يوريا د يو گرام څخه ډيره وي نو دوينې لوړ فشار بايد ۸۵/۱۲۵ ملي متر سيمابوته بنکته شي. دڅورو مالگه ۴ گرامو ته کم شي او که لوړ فشار دوام ومومي نو دوه گرامو ته بايد ټيټه شي. ACE نهې کوونکي، انجيوټنسين دوه رسپتور بلاکر (په دې شرط چې د سيروم پوتاشيم لوړ نه وي) داي يورتيک، بيتا بلاکر، کلونيدين، هايډرالازين او مينوکسبديل ورکول کېږي. (۲۲)

II - دزړه او رگونو اسکيميا کې ناروغی.

په سي، آر، ايف کې دزړه اسکيميا د دوه خطري فکتورونو له کبله مينځته راځي. کلاسيک يې عبارت دي له هايپرتنشن، هايپرواليوما، دسمپاتيک عصب فعاليت زياتوالي، د شحمو ستونزې او هايپرهوموسيسټينميا څخه. (۲۲)

سي ارايف پورې تړلي فکتورونه عبارت دي له انيميا، هايپرفاسفتيميا، هايپريپاراتائيرويدزم، سي ریاکتيف پروتين او انټرلوکين ۴ لوړوالی (اکليلي رگونه بنده وي) دکين زړه هايپرتروفي، مايکرو واسکولر ناروغی، داکليلي شريانو هايپرتروفي او هايپريلازيا څخه. (۲۲)

درملنه:

الف: دورځني ژوند ترتيب بدلول Life style modification

ب: دخطري فکتورونو درملنه.

ج: د سيروم دهيموسيسټين دلوروالي لپاره د ورځې ۱-۵ملي گرامه فولات ورکول کېږي.

ه: دهايپر ليبيديميا لپاره لومړي دڅورو پواسطه درملنه ده که دی سره ښه نه شوه نو ستاتين اوگيم فيبروزيل ورکول کېږي دا دواړه په ډيرې پاملرنې سره کارول کېږي .

(۲۲)

### III - دزړه احتقاني عدم کفایه :

په سي ارايف کې دزړه دعدم کفایي لاملونه عبارت دي له:  
دمایوکار داسکیمیا، دکین زړه هایپرتروفي، دمالگو او اوبو دمه کیدل، دهایپرتشن  
او دهایپیراراتائیروئیدزم له کبله کار دیوما یوپاتي څخه. (۲۲، ۱۲)

درملنه :

الف: داوبو او مالگو کنترول.

ب: هایدر وکلورتیازید: که جي ايف ار په يوه دقیقه کې د ۱۰-۱۵ ملي لیتر و څخه کم  
وي باید هایدر وکلورتیازید ورنکړل شي.

ج: لوپ دای یورتیک په عمومي ډول کارول کېږي.

د: د ACE ښي کوونکي اودارجین رسپتور بلاکر ورکول گټور دي پدې شرط چی  
دسیروم کریاتینین د ۳ ملي گرام پر دیسی لیتر څخه او سیروم پوتاشیم لوړ نه وي. د  
دوی د کارولو په وخت کې باید هرو ۵-۱۴ ورځو کی دسیروم کریاتینین او پوتاشیم  
اندازه شي. (۲۲، ۱۲)

IV - پریکار دایتس:

پریکار دایتس دمیتابولیک توکسین د دمه کیدلو له امله پیدا کېږي. په ناروغ کې تبه،  
دسینې درد او فریکشن رب وي. په اکسري کې زړه لوی، د زړه په گراف کې PR فاصله  
دپیریس او ST سگمنت په دیفیوژ ډول لوړوي. همدارنگه کله کله د پریکار د ایفیوژن  
تمپوناد هم شته وي چی زیاتره همیوراژیک وي او د دیالیزس پواسطه یې درملنه  
کېږي. (۲۲، ۱۲)

۵- هیمانولوژیک اختلاطات:

۱- وینه لږې: د وینه لږې ډول نارموکرومیک نارموسایټیک وي. (۲۲)

لاملونه:

۱- د اریټروپویتین کموالی.

۲- بون میرو توکسین (دپښتورگو د بې وسې توکسین)

- ۳- بون میرو فایبروزس د هایپریارا تاثیر ویدزم له کبله.
- ۴- هیماتینیک کموالی (اوسپنه، فولت، بی ۱۲)
- ۵- دسرې ژونکې د پوښ اېنارملتي (ازموتیک فراجیلېتي زیاتوالی)
- ۶- دوینې ضایع کیدل (دمعدې او کولمو څخه پټه وینه بهیدل) ترومبوسیت دسفنکشن اود هیمودیالیزس په وخت کې .
- ۷- ACE نهې کوونکي د اریتروپوئیتین ازادول اوکنترول خرابوي.
- ۸- دسر وژونکو د ژوند موده کمېږي. (۲۲، ۱۲)

## درملنه:

انیمیا هغه وخت درملنه کېږي چې هیماتوکریټ د ۳۳% څخه ښکته وي  
 Recombinant erythropoietin یا darbepoetin ورکول کېږي.  
 اریتروپوئیتین په اونۍ کې یو یا دوه ځله ۵۰ یوټیه په هر کیلو ګرام وزن د بدن  
 دپوستکي لاندې ورکول کېږي. Darbepoietin په اونۍ کې یو ځل په هر کیلو ګرام وزن  
 د بدن ۴۵، .ملي ګرامه د بدن دپوستکي لاندې ورکول کېږي.  
 همدرانګه ۲-۴ اونېو کې یې هم یوځل ورکولای شو. د درملنې ښه رسپانس هغه وخت  
 وي چې هیموګلوبین ۱۱-۱۳ ګرامو ته ورسېږي. د هیمودیالیزس ناروغ ته په میاشت  
 کې یوځل ۵۰-۲۰۰ ملي ګرامه اوسپنه دورد دلاړې (که وینه بهیدل شته وي) ورکول  
 کېږي. (۲۲، ۱۲)

دوینې د لښته کیدو ستونزې: پلاټ لیټ دسفنکشن، خفیفاً دپلاټ لیټ دشمیر  
 کموالی. دواړه یې بلیډینګ تایم اوږدوي کلینیکي ښه یې عبارت ده له: پیتیشیا،  
 پورپورا، ژرژروینې کیدلو څخه (۲۲)

## درملنه:

- ۱- هیماتوکریټ باید ۳۰% ته لوړ شي ترڅو بلیډینګ تایم کم شي.

۲- د ډیسیموپریسین ۲۵mcg د ورید دلزې هر ۸-۱۲ ساعته وروسته دوه دوزه ورکول کیږي.

۳- کنجوگیټد استروجن د ورځې ۲.۰۰ ملی گرامه په هر کیلو گرام وزن بدن په ۵۰ ملي لیتره 0.9% سلنه سوډیم کلوراید کې اوبلن شي او په ۳۰-۴۰ دقیقو کې د انفیوژن په ډول ورکړل شي یا دخولې دلزې ۲.۵-۵ ملي گرامه د ۵-۷ ورځو لپاره ورکول کیږي.

۴- دیالیزس بلیډینګ تایم بڼه کوي خو نارملولی یې نه شي. پریټونیل دیالیزس نظر هیمو دیالیزس ته بڼه دی ځکه چې هیپارین ډېرن کیدو دمخنیوي لپاره کارول کیږي. (۲۲)

۲- د هډوکو ناروغی او د کلسیم فاسفیت د میتابولیزم ستونزې

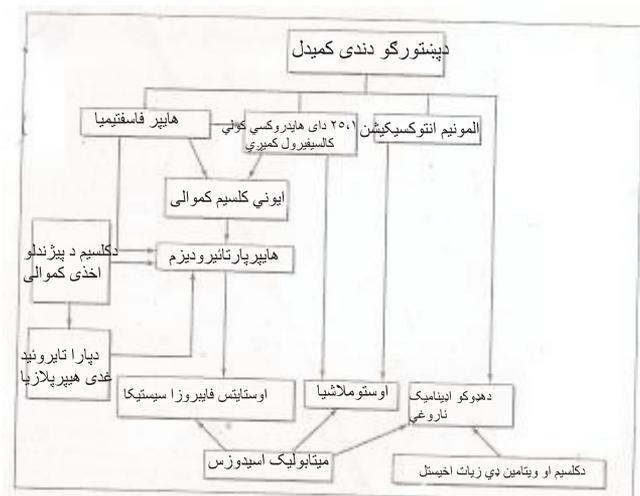
په سي، ار، ایف کې دغه ستونزې په دوه ډولو دي.

۱- د هډوکو زیات جوړیدل د دویمي هایپرپاراتایروئیدزم سره. په دې ستونزه کې د هډوکو ناروغی Osteitis fibrosa cystica پنوم یادیږي چې د دویمي هایپرپاراتایروئیدزم له کبله پیدا کیږي. (۱۵)

پتوفزیالوژي:

کله چې جي ایف ار کم شي د فاسفیت اطراح کمیږي او هایپر فاسفټیمیا مینځته راځي چې د دویمي هایپرپاراتایروئیدزم لامل کیږي. د فاسفیت زیاتوالی په درې میکانیزمونو د هایپرپاراتایروئیدزم لامل کیږي. هایپر فاسفټیمیا نیغ په نیغه د پاراراتایروئید هورمون افراز لمسوي، فاسفیت د سیروم ایوني کلسیم کموي چې هایپوکلسیمیا مینځته راځي چې ددې کموالی د پاراراتایروئید د هورمون افرازیدل هڅوي، فاسفیت دکالسیټیورول (۱، ۲۵) دای هایډروکسي کولي کالسیفیورول) جوړیدل کموي چې ددې دکموالی څخه ایوني کلسیم کمیږي او بیا د پاراراتایروئید د هورمون ازادیدل هڅوي.

پدې درې حالاتو کې د دویمي هایپرپاراتایروئیدزم له امله اوستایټس فایبروزا سیسټیکا مینځته راځي. همدارنگه په سي، ار، ایف کې د اوستایټس سیسټیکا بل غوره لامل میتابولیک اسیدوزس دی. (۲۲)



۱-۲ شىما كې د هډوكو د فاسفیت او كلسیم اېنارملي (۲۲)

### كلينيكي بڼه:

په اوستايتس فايروزا سيستىكا كې په هډوكو كې اېنارمل اسټوئيد ، فېروزي او كېستونه جوړېږي. د هډوكو كورټيکس او غښتلتيا كمېږي او د ماتيدو خطر يې زياتېږي. دافت په تږدې برخه كې مايوياتي وي او ناروغ گرځيدلى نه شي. هډوكي يې خوړېږي. (۲۲)

۲- د هډوكو كم جوړېدل: پاراټائېروئيد هورمون كم يا نارمل وي. پدې حالت كې د هډوكو دوه ډوله ناروغۍ مينځته راځي:

#### ۱- اوستيومليشيا

د پيدا كيدو ميكانيزم:

- د كالسيټيرول د كچې كموالى.
- المونيم ايتتوكسيكيشن
- ميټابوليک اسيدوزس

په اوسټیوملیشیا کې داوسټیوکلاست او اوسټیوبلاست شمیر کمېږي او د اوسټیوبلاست فعالیت هم کمېږي. په اوسټیومالیشیا کې د هډوکو ماتریکس زیاتېږي خو منرالیزیشن یې د ویتامین ډي د نشته والي له امله صورت نه نیسي. هډوکي خوږېږي. (۲۲)

۲- د هډوکو اډینامیک ناروغۍ.

پدې ناروغۍ کې د هډوکو حجم او منرالیزیشن دواړه کمېږي. ددې ناروغۍ د پیداکیډو لاملونه عبارت دي له:

الف: د ویتامین ډي ، کلسي ترول او دکلسیوم سره زیات درملنه د پارائټیروئید هورمون کچه کمېږي همدا رنگه د شکرې په ناروغانو کې هم پیداکیږي.

ب: میتابولیک اسیدوزس.

۳- نادراً د المونیم د توکسیکیشن څخه هم پیداکیږي.

د هډوکو ماتیدل په د هډوکو اډینامیک ناروغۍ داوستایټس فایبروزا سیستیکا په پرتله زیات وي او هډوکي خوږېږي.

کلسیفایلیکسس: د هډوکو څخه پرته د رخوه انساجو او د وینې درگونو میتاستاتیک کلسیفیکیشن ته وايي. (۲۲)

درملنه:

۱- په ورځني خوړو کې د فاسفیت اندازه باید ۱۰۰۰ ملي ګرام پر دیسي لیتر ته ښکته شي. دخولې دلارې فاسفیت باينډینګ اجنت ( لکه کلسیم کاربونیټ، یا کلسیوم اسټیټ چې په کولمو کې د فاسفیت سره نښلي او د فاسفیت د جذب څخه مخنیوی کوي، د ورځې ۳-۴ ځله د خوړو سره یوځای ورکول کیږي.

ددې درملو د ورکولو په مهال باید د سیروم کلسیوم د ۱۰ ملي ګرام پر دیسي لیتر څخه کم وساتل شي ترڅو چې هایپرکلسیمیا مینځته رانه شي. (۲۲)

۳- Sevelemar او Lanthanum کاربونیټ چې کلسیوم نه لرونکي فاسفیت باينډینګ اجنتونه دي په هایپرکلسیمیا کې ورکول کیږي. (۲۲)

۴- المونیم هایدرواکسیاید یو ښه فاسفیت باینډینګ اجنت دی خو د اوسټیومالیسیا او نیورولوژیکو اختلاطونو لامل کیږي. دا په بیړني پړاو کې چې د سیروم فاسفیت د ۷ ملي ګرام پر دیسی لیتر څخه لوړ وي ورکول کیږي. د اوږدې مودې لپاره نه پکارول کیږي.

۵- ویتامین ډي یا دهغه مشتقات هغه وخت ورکول کیږي چې دویمي پارائټیروئید هورمون د نارمل اندازی څخه ۲-۳ ځله لوړ وي. فاسفورس د ۵،۵ ملي ګرام پر دیسی لیتر څخه او کلسیوم د ۱۰ ملي ګرام پر دیسی لیتر څخه کم وي.

کلسي تړول هره ورځ ۵،-، ۲۵، . ملي ګرامه یا یوه ورځ وروسته ورکول کیږي. (۲۲)

#### ۷- عصبي اختلاطات:

عصبي اختلاطات هغه وخت پیدا کیږي چې جی، ایف، ار په یوه دقیقه کې د ۱۰-۱۵ ملي لیتر څخه کم شي. په سي، ار، ایف کې مرکزي، محیطي، اتونوميک اعصاب او عضلي دنده خرابیږي. (۲۲)

د مرکزي عصبي سیستم گیلې: د حافظې خرابوالی او د خوب ستونزې.

عصبي عضلي گیلې عبارت دي له: مخرشیت، اټکي، کرامپي دردو، عضلي فسیکولیشن، استریکرس، کوری، مایوکلونس، اختلاجات او کوما څخه. (۲۲)

د محیطي عصبي سیستم اختلاطات هغه وخت پیدا کیږي چې سي ار ایف په څلورم پړاو کې وي او د شپږ میاشتو څخه زیات وخت تیر پرې شوی وي. (۲۲)

حسي عصب د حرکي عصب په پرتله ښکتنی اطراف د پورتنیو اطرافو په پرتله او اطرافو لري برخې د تږدې برخو په پرتله زیات اغیزمن کیږي.

Restless leg سندروم هغه حالت ته وايي چې ناروغ تل ښکتنی اطرافو ته حرکت ورکوي عضلات کمزوري وي او ژور اورتاري عکسات له مینځه تللي وي. (۲۲)

#### ۸- دمعدی، کولمو او خوړو اختلاطات:

عبارت دي له: بی اشنه‌یې، زړه بدوالي، کانګو، یوریمیک فیتور، ګاستروائترایتس او پیپټیک السر څخه.

د دیالیزس اختلاطات عبارت دي له هیپاتیتس، پریتمونیتس، پانکراتایتس او پروتین انرژي مل نوتریشن څخه. (۱۵)

#### ۹- اندوکرایني اختلاطات:

اندوکرایني اختلاطات عبارت دي له: دویمي هایپیراراتایثرویدزم، اوستیومالیسیا، د ویتامین ډي دکموالي، دشکرې نه زغمل، هایپریوري سیمیا، هایپرترای گلسرایدیمیا، د لیپوپروتین دلوروالی، د پروتین انرژي دمل نوتریشن، د ودې د خرابوالی، شندتوب، جنسي کمزورتیا، امینوریا، هایپوترمیا او امیلونیدوزس څخه.

#### ۱۰- دپوستکي اختلاطات:

دپوستکي اختلاطات عبارت دي له د خسافت، هایپریگمینتیشن، خاربنت، ایکوموزس او یوریمیک فوراست څخه. (۲۲)

درملنه:

الف: دخوړو لارې چارې:

۱- د پروتیني خوړو بندیز: دخوړو دپروتین کمول د سي، ار، ایف د پر مخ تگ څخه مخنیوی کوي. دخوړو پروتین باید د ورځې دیوگرام په هر کیلوگرام وزن د بدن څخه کم نه شي. د سي، ار، ایف په لومړني او دویمي پړاو کې پروتیني بندیز نشته. (۲۲)

۲- دمالګې او اوبو بندیز: که مالګه د ورځې د ۳-۴ گرامو څخه زیاته شي دپرسوب، هایپرنتشن او د زړه د احتقاني بې وسې لامل کیږي او دیو گرام څخه کموالی یې دهایپوتشن او د دوراني حجم د کموالي لامل کیږي.

که د پښتورگو ځنډنی بی وسی ناروغان دیالیزس شوي نه وي نو د ورځنۍ مالګې کچه یې دوه گرامه ده او مایعات د ورځې د ۱-۲ لیتره باید ناروغانو ته ورکړل شي. (۲۲)

۳- دپوتاشیم بندیز: پوتاشیم هغه وخت نه ورکول کیږي چې جی، ایف، ار په یوه دقیقه کې د ۱۰-۲۰ ملي لیترو څخه کم شوی وي او ناروغ ته دپوتاشیم لرونکو خوړو لست ترتیب شي. ورځنۍ نارمل اخیستنې یې ۱۰۰ ملي ایکوولت دی. (۲۲)

۴- د فاسفورس بندیز: د پلازما د فاسفورس کچه باید د ۲، ۴ ملي گرام پر ډیسی لیتر څخه ښکته وساتل شي. ورځني خوړو کې باید ۸۰۰-۱۰۰۰ ملي گرامه پورې وي. فاسفورس لرونکي خواړه عبارت دي له کولامشروباتو، هگیو، لبنیاتو او غوښې څخه. که جي، ایف، ار په یوه دقیقه کې ۲۰-۳۰ ملي لیتر څخه کم شوی وي نو فاسفورس باید دینګ اجنت ورکول کېږي. (۲۲)

۵- د مگنیزیم بندیز: څرنګه چې مگنیزیم د پښتورگو د لارې ویستل کېږي باید ټول مگنیزیم لرونکي خواړه او اتني اسید ورکړل شي. (۲۲)

### د پښورگو د دندو د بیا رغونه :

د پښتورگو د دندو د بیا رغونې لپاره د مصنوعي پښتورګي (ډیالیزس) څخه کار اخیستل کېږي. (۳۸)

ډیالیزس د پښتورگو اندوکرائني او میتابوليکې دندې رغولی نه شي. یوازې د پلازما په بیوکیمستري په ښه کولو (یوریمیک توکسين، الکترولایت او اسیدبیز) کې مرسته کوي.

همدارنگه د ډیالیزس پواسطه (هیموآترافلتریشن) د دوران څخه زیات شوی مایعات لرې کېږي او نارمل والیوم ته راوستل کېږي. (۳۸)

ډیالیزس هغه وخت تر سره کېږي چې ډسي، ار، ایف ساتونکې درملنه ناکامه شي. د پښتورگو بیا رغونکې درملنه عبارت ده له: هیموډیالیزسس، پریټونیل ډیالیزس او رینل ترانس پلان تیشن څخه. (۳۸، ۱۲)

### د ډیالیزس استطببات:

- ۱- که جي ایف ار په یوه دقیقه کې د ۱۰ ملي لیتر څخه کم شي.
- ۲- د سیروم کریاتینین ۸ ملي گرام پر ډیسی لیتر وي.
- ۳- د سیروم یوریا د ۳۰ ملي مول پر لیتر (۱۸۰ ملي گرام پر ډیسی لیتر) څخه زیات شي.

- ۴- په دیالیتیک کسانو کې په یوه دقیقه کې جی، ایف، ار ۱۵ ملي لیتر او د پلازما کریاتینین ۲ ملي گرام پر دیسی لیتر وي.
- ۵- هاپیرکلیمیا (پوتاشیم د ۲ ملي مول پر لیتر څخه زیات وي).
- ۶- میتابولیک اسیدوزس (پي ایچ د ۷، ۲، ۷ څخه کم وي)
- ۷- یوریمیک پریکارډایتس.
- ۸- یوریمیک انسفالوپاتی (اختلاجات، نیوروپاتی)
- ۹- هاپیروالیومیا چې د درملنې په وړاندې ټینگاري وي.
- ۱۰- کوواگولوپاتی. (۱۲، ۳۸)

#### هیمودیالیزس:

په هیمودیالیزس کې دناروغ ناپاکه وینه چې یوریمیک توکسین لري د مصنوعي پښتورگي (دیالیزس) قابل نفوذیه پردی دلارې پاک کیږي او بیرته پاکه وینه چې یوریمیک توکسین نه لري (د شریاني وریدي فستول په شان) د ناروغ بدن ته دننه کیږي. (۱۲، ۳۸)

#### Intermittent Hemodialysis

دیالیزس باید ورو ورو پیل شي ځکه چې په چټکۍ سره پیل کول یې د ناروغ شعوري حالت ویجاړوي او اختلاجات پیدا کوي چې دا د دماغی پرسوب له کبله وي او د Dialysis disequilibrium پنوم یادېږي. (۳۸)

په لومړۍ ورځ کې دیو ساعت لپاره دیالیزس شي یوه ورځ وروسته یې ۳-۴ ساعتو لپاره او بیا یوه ورځ وروسته ۳-۴ ساعتو لپاره دیالیزس ترسره کیږي پدې شرط چې دناروغ هیمودینامیک حالت ښه وي. که دوینې بهیدل شته وي نو دهیپارین په ځای ایپوپورستینول د انټیکواگولیشن لپاره ورکول کیږي خو دا د هاپپوتشن لامل کیږي. (۳۸)

دکمې مودې دیالیزس لپاره او هغه ناروغانو ته چې وینې د پرن کیدو ستونزې لري اتی کوواگولانت نه ورکول کیږي.

هیمودیا لیزس ستونزی عبارت دي له: هایپوتنشن، دزړه اریتمیا، هیموراژ، هوایی امبولی، د ډیالیزس سره حساسیت، د سږو اذیما او سیستیمیک سیپسس (۳۸) پریټونیل ډیالیزس:

دا تخنیک اوس ډیر کم کارول کیږي ځکه چې د هیمودیا لیزس په پرتله لږه اغیزه لري خو نادراً یو کتابولیکه ناروغ کې بیوکیمستري کنټرولوي د پریټونیل ډیالیزس ستونزې عبارت دي له زړه بدوالي، کانگو، دگیډی د درد، نس ناستې، قبضیت، تبې، د پریټونیتس او د پریټوان د پردې د بې وسی څخه. په عمومي توګه ۳۲% ناروغان وروسته د ډیالیزس څخه تر پنځو کالو پورې ژوندی پاتې کیدای شي. (۳۸)

#### د پښتورگو پیوندول (Renal Transplantation):

د پښتورگو پیوندول د ځانځنې بې وسی ناروغانو ته داوږدې مودې د ژوندي پاتې کیدو لپاره ډیره بڼه درملنه ده. دا دیو نارمل پښتورګي دنده تر سره کوي. د سي ارایف ټولې میتابولیکې ستونزې بڼې کیږي. د پښتورګو د پیوند لپاره د پښتورګي د ورکوونکي او د پښتورګي د اخیستونکي د وینې ABO گروپ سمون والی اړینه خبره ده ځکه چې د پیوند ناکامیدل د امینولوژیکو فکتورونو پورې تړلی ده. دهغو ناروغانو چې پښتورګی یې پیوند پرې د څو ورځو په موده کې بیوشمیک بڼه والی رامینځته کیږي او ناروغان باید په منظمه توګه د اوږدې مودې لپاره د پښتورګو د دندو او د امینوسپریشن لپاره مانیتور شي. (۳۸)

د پیوند مضاد استطبایات:

الف: مطلق مضاد استطبایات: فعاله سرطاني حالت، فعال وازو کولایتس، دزړه شديدي اسکیمیکي ناروغی، د ابهر او الیاک د رګونو شديدي بندښتي ناروغی.

ب: نسبي مضاد استطبایات:

عمر دیو کال څخه ښکته او ۷۵ کلنۍ څخه پورته، د ډیرو خطري ناروغیو او د ښکتنیو بولي لازو دناروغیو شتون. (۳۸)

## Interstitial Nephritis

انترستي شيبال نفرایټس د پښتورگو د انترستي شيبال او تيوبولونو ناروغي ده چې د التهابي، بندبنتي او ارثي ناروغيو له کبله مينځته راځي. (۳۷)

کلينيکي بڼه يې د پښتورگو د بې وسې کلينيکي خيره ده خو د الکترولايتو او اسيد بيز (هايپرکليما) ستونزې په کې ډيرې وي. (۳۷)

پروتين يوريا نادراً په ۲۴ ساعتو کې د يوگرام څخه زياتېږي هيماجوریا او پایوریا په عاموې ډول شته وي. (۳۷)

## Acute Interstitial Nephritis (AIN)

لاملونه:

- ۱- الرژیک: پنسلين، نن ستروئيد التهاب ضد درمل، الوپورينول
  - ۲- اميون: اتواميون نفرایټس
  - ۳- اتانات: بيپرنی بکټريايي پيالونفريتس، لپتوسپيروس، توبرکلوز، هانتاوايرس.
  - ۴- توکسيک: مرخپری، ميالوما لايټ چاين (۳۷)
- تشخيص:

په ۳۰% ناروغانو کې د دوا د الرژي تاريخچه (تبه، رش، ايزونوفيليا) او په ۷۰ سلنه ناروغانو کې ليوکوسايتويوريا او ايزونوفيليويا شته وي. تشخيص يې د پښتورگو د بايوپسي پواسطه کېږي. (۳۷)

بيپرنی انترستي شيبال نفرایټس هر وخت د پښتورگو د نان اوليگويوريک عدم کفايي لامل کېږي.

درملنه:

- ۱- هغه درمل چې د بيپرنی انترسي شيبال نفرایټس لامل شوي بايد ودرول شي.
- ۲- پريدنيزولون د ورځې يو ملي گرام په کيلو گرام وزن د بدن ورکول کېږي، چې د پښتورگو د فبروزس څخه مخنيوی کوي.
- ۳- ډياليزس کله کله کارول کېږي.

۴- لاملونه یې باید درملنه شي. (۳۷)

## Chronic Interstitial Nephritis (CIN)

لاملونه:

- ۱- بېړنی انترستی شیانل نفرایتس
  - ۲- گلو میرونفریتس
  - ۳- معافیتي او التهاب ناروغی. (سارکوئیدوزس، سیستمیک لوپوس اریتماتوس، لومپرنی اتوامیون ناروغی، Sjogren سندروم.
  - ۴- توکسیک: مشروم، سرپ او درانده فلزات.
  - ۵- درملونه: لیتیم، الرژیک نفروپاتي، هغه درملونه چې دبېړني انترستی شیانل نفرایتس لامل کیږي انالجزیکونه، سایکلوسپورین
  - ۶- اتانات: شدید پیالونفریتس
  - ۷- ولادي ناروغی. ویزیکویوریترال ریفلوکس
  - ۸- دبولي لارو بندښتي ناروغی.
  - ۹- میتابولیکي او سیستمیکي ناروغی. لکه هایپوکلیمیا، هایپرکلسی یوریا، هایپراوکزالویوریا او امیلوئیدوزس. (۳۷)
  - ۱- دځنلني انترستی شیانل نفرایتس توکسیک لاملونه.
- انترستی شیانل نفرایتس او دکولیکتینک سیستم تومور د Balkan نفروپاتي پنوم یادېږي. دا ناروغي د فنگسي توکسین (Orchatoxin-A) داخیستلو څخه پیدا کیږي، داپه هغه خوړو کې وي چې د زیرمه شوو دانه جاتو څخه جوړ شوي وي. Oristolachic acid یو نباتي توکسین دی چې په هیربل (هغه درملونه چې د بوټو څخه جوړېږي) مستحضراتو کې وي او دپښتورگو دبېړني عدم کفایي لامل کیږي. (۳۷)
- ۲- پیلاری نکروزس او انالجزیک نفروپاتي: داوږدې مودې لپاره د انالجزیکونو د کارولو څخه مینځته راځي
- پیلاري اسکیمیا ډیری په سایکل سیل نفروپاتي او دیابتیک نفروپاتي کې وي نکروزي پیپلا دحالبونو د بندښت او د پښتورگو د کولیک لامل کیږي.

دا ناروغی د انالژیکونو د درولو سره ښه کیږي. (۳۷)

کلینیکي ښه:

په ډیری ناروغانو کې سي-ار-ایف، هایپرنتشن او په کمو ناروغانو کې د سالت لوزینګ نفروپاتي له کبله دیهایدریشن، هایپوتشن او پالي یوریا شته وي. (۳۷)

لابراتواري ازموینې:

۱- یوریا ۱۵۰ ملي ډیسی لیتر وي.

۲- هایپرکلیمیا

۳- میتابولیک اسیدوزس

۴- دامونیا جوړیدل کمیږي.

۵- د تشو متیازو ازموینې غیروصفي وي خو ښایي براد واکسي کاستونه په کې وي.

(۳۷)

درملنه:

لاملیزه درملنه ترسره کیږي. (۳۷)

## ريفرنس

- ۱- افریدی حفیظ اللہ. فزیکل دیاگنوزسس. دپوهندوی علمي رتبې څخه پوهنوالي علمي رتبې ته، دنگرهار پوهنتون د طب پوهنځي. ۱۳۸۷ لمريز مخ. ۲۲۰-۲۲۴
- ۲- اکسیر نادر. رهنمايي امراض معدی معايي برای ترفیع رتبه علمي از پوهنملي به پوهندوی. پوهنتون طبي کابل. ۱۳۷۹ هـ ش صفحه ۱۷۲-۱۷۷
- ۳- اکسیر نادر. امراض جهاز هضمي وکليوي برای ترفیع از رتبه پوهندوی به رتبه پوهنوالي. پوهنتون طبي کابل. سال ۱۳۸۳ هجري خورشيدی صفحه ۱۹، ۵۲، ۱۳۲، ۲۰۳
- ۴- اميري طبي. دځيگر سيرووزس ترجمه دپوهيالي علمي رتبې څخه پوهنياري علمي رتبې ته، دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي کال ۱۳۸۲ هـ ش مخ ۱، ۱۴، ۱۹، ۳۱، ۳۲
- ۵- اميري طبي. دمعدی او داثنا عشر زخمونه او د ايچ پيلوري بکتريا علمي اثر دپوهنياري علمي رتبې څخه پوهنملي علمي رتبې ته دنگرهار پوهنتون دطب پوهنځي کال ۱، ۲، ۷، ۸
- ۶- جبار خيل عبدالناصر. دهضم خرابوالي او دگيډی دپورتنی برخی داندوسکوپي تر مينځ د ارتباط څيړنه. دپوهنملي علمي رتبې څخه دپوهندوی علمي رتبې ته د لورتيا لپاره اصلي علمي اثر. دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي کال ۱۳۸۱ هـ ش.
- ۷- رحيمي صلاح الدين. ځنډنی هيپاتيټيس ترجمه. دپوهيالي علمي رتبې څخه پوهنياري علمي رتبې ته. دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي. کال ۱۳۸۵ مخ: ۴۱، ۴۲، ۲۱
- ۸- ظفرزی کامران. دصفاوي کڅوړی، صفاوي قنات او دپانکراس ناروغی. ترجمه. دپوهيالي علم رتبې څخه پوهنياري علمي رتبې ته. دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي کال ۲۸، ۳۱، ۳۲ لمريز مخ:
- ۹- ظفرزی محمد ظاهر. دهضمي سيستم ناروغی. دپوهندوی علمي رتبې څخه پوهنوالي علمي رتبې ته. دنگرهار طب پوهنځي کال: ۱۳۵۹ مخ ۵۷، ۹۳، ۹۴
- ۱۰- ظفرزی محمد ظاهر. دصفاوي کڅوړی او صفاوي قنات ناروغی. تالیف د پوهندوی علمي رتبې څخه پوهنوالي علمي رتبې ته. دنگرهار پوهنتون طب پوهنځي کال ۱۳۵۸ لمريز مخ ۱۹، ۲۰، ۲۱

- ۱۱- ظفرزی محمد ظاهر. دپانکراس ناروغی تالیف. دپوهندوی علمی رتبی څخه دپوهنوالی علمی رتبی ته. دتنگرهار طب پوهنځی کال ۱۳۵۸ لمريز مخ ۳۰، ۲۴، ۲۳، ۱۱، ۹
- ۱۲- ظفرزی محمد ظاهر. دپینستورگو ناروغی. تالیف دپوهندوی علمی رتبی څخه دپوهنوالی علمی رتبی ته. دتنگرهار پوهنځی کال ۱۳۵۹ لمريز مخ. ۵۷، ۵۵، ۵۲، ۴۹، ۴۸، ۴۷، ۳۹، ۳۸، ۳۷، ۳۵، ۲۱، ۱۸، ۱۷
- ۱۳- ظفرزی محمد ظاهر. دینې ناروغی. دپوهندوی علمی رتبی څخه دپوهنوالی علمی رتبی ته. دتنگرهار طب پوهنځی کال ۱۳۵۸ لمريز مخ ۹۱، ۹۰، ۸۲، ۸۱، ۷۵، ۷۴، ۷۰، ۶۷، ۶۵، ۶۴، ۶۲، ۶۰، ۵۹، ۴۲
- ۱۴- مطیع الله مطیع. داسایتس داسبابو څېړنه اصلي اثر. دپوهنملی علمی رتبی څخه دپوهندوی علمی رتبی ته. دتنگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۷ لمريز مخ ۸، ۷، ۶، ۲
- ۱۵- مولوي زاده حبیب الله. دهضمي جهاز د پورتنی برخی د وینې بهیدنی لاملونه. دپوهنباری علمی رتبی څخه دپوهنملی علمی رتبی ته. دتنگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۵ لمريز مخ: ۳۲، ۳۱، ۲۸
- 0 - نشاط محمد طیب، هادي سيف الله. دځيگر سيروسس په ناروغانو كې د HBS Ag مثبتی پېښی. دتنگرهار پوهنتون طب پوهنځی کال ۱۳۸۲ لمريز کال ۱۹۹

Arthur C. Guyton, and John E. Hall. Text book of medical physiology II edition. Mississippi: ELENVIER saunder, 2006 P: 795

17. Cooper. Danie H, Krainik Andrewj. The washtinton manual of medical therapeutics 23th edition. Philadilphia: Lippincott willians and wilkins, 2007 P: 449
18. Cotran kumar Robbins. Pathologic Basis of diseases 4<sup>th</sup> edition. Philadelphia: WB saunder, 1989 P: 877
19. D+ Caral Mattson Porth. Pathophysiology 5<sup>th</sup> edition. New York: Lippincott Philadelphia, 1998 P: 751
20. Fauci, Anthonys. Harrison's principle internal medicine 16<sup>th</sup> edition. USA: Mc Graw Hill; 2005  
P: 1741, 1748, 1750, 1760, 1776, 1852, 1867, 1891
21. Forbes Alastair. Ginlinsky. self assessment colour review of gastroenterology UK: manson publisher, 2003 P: 67
22. GOLD MAN lee, Ausielleo De NNIS. Cecil medicine 23<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: saunder's 2008 P: 1091
23. Katzung Bertram. Basic and clinical Pharmacology 10<sup>th</sup> edition. Sanfransisco: university of California; 2006 500 P: 1011. 1013
24. Kumar Prveen. Clinical medicine 6<sup>th</sup> edition: ELEVIER UK: saunder, 2005 P: 265, 275, 310, 338, 341, 383, 390, 414, 3022

25. JOHNJ. Hutton.Peter O Kholer. Internal medicine 5<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Mosby;560
26. Mec PHEE STEPHE Nj Maxine A PAPADAKIS. Current medical diagnosis and treatment 47<sup>th</sup> edition New york: MC Graw Hill, 2009 P:473,503,506,512,520,540,551,567
27. NICHOLAS A.Boon NICK-R. Davidson's Principle of internal medicine 20<sup>th</sup> edition UK: Edinburgh;2006 P: 779,88,884,902,910,915,949,973,984
28. SLEISEGER and FORDTRAN Gastro intestinal Diseases 5<sup>th</sup> edition. Philadelphia: W.B Saunder, 1993 P: 387,573,1040,1835
29. YAMADA TADATAKA DAVID H. ATLAS of Gastroenterology, 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Lippincott willam and wikins, 1999. P:216,231,333,336,346
30. <http://jmg.bmjjournal.com/cgi/content/full/41/7/508>
31. <http://www.medicinenet.com/stomaen-cancer/page2.htm> 8-12-2007
32. <http://www.pathology.atlas.or/gastric20carcinoma/20intestinaltype.html>.
33. <http://en.wikipedia.org/wiki/jaundice>
34. <http://who.int/classification/apps/icd10online/gr10htmtr174-16-209>
35. "Cirrhosis mayoclinic "  
<http://www.mayoclinic.com/print/cirrhosis/Ds00373/DsectionallandmETHOD-Print>
36. <http://digestive.niddk.nih.gov/diseases/pubs/cirrhosis>.
37. <http://en.wikipedia.org/wiki/acute renal failure>.
38. <http://en.wikipedia.org/wiki/nephrotic syndrome>
39. <http://www.Medicinenet.com/dyspepsia page10.htm>
40. <http://www.medicinenet.com/irritableowel syndrome/page6.htm>
41. <http://www.medicinenet.com/pancreatitis/article.htm> 17-11-2007
42. <http://www.medicinenet.com/peptic-ulcer/article.htm> 8-21-2007
43. <http://www.medicinenet.com/crohnsdisease/article.htm>.
44. <http://www.medicinenet.com/ulcerativecolitis/article/htm>.
45. <http://www.mayoclinic.com/health/urinarytractinfection/ds00286/Dsection-can6-23-2009>
46. <http://www.mayoclinic.com/Gastritis>
47. [http://emedicine.medscape.com/article/92945\\_treatment](http://emedicine.medscape.com/article/92945_treatment)



## د ليکوال لنډه پيژندنه

محترم پوهندوي دکتور سيف الله هادي د مرحوم هدايت الله زوي او د مرحوم حبيب الله لمسي د لغمان ولايت د ښار د گمين په کلي کې په ۱۳۴۲ لمريز کال کې زېږېدلی دی . خپل ابتدايي زده کړه يې د مهترلام بابا د ښار د سراجة العمارت په لومړني ښونځي کې ترسره کړي دي او په ۱۳۶۰ لمريز کال کې د مهترلام بابا د ښار د روښان ليسي څخه فارغ شوي دي . په ۱۳۶۴ کال کې د ننگرهار طب پوهنځي کې شامل شوي او په ۱۳۷۱ لمريز کال کې د ننگرهار پوهنتون د طب پوهنځي د داخلي په ديارتمنت کې د علمي کدر د غړي په توگه ومنل شو چې تر اوسه پوري په همدې ديارتمنت کې د استادې مقدسه دنده پرمخ بيايي . په ۱۳۸۹ کال کې د پوهنوالي علمي رتبې ته د لوړتيا لپاره د هضمي سيستم ناروغيو او د پښتورگود ناروغيو تر عنوان لاندې کتاب د اهل طب مينوالو ته تاليف کړي دي .

## **Abstract**

This text book of Digestive and Renal Systems Diseases is written in two chapters and 283 pages for the second semester of the fourth grade in Ningarhar Medical Faculty. The first chapter is about Digestive System Diseases and the second one is about Renal System Diseases.

All the information is compiled from the reputable text books of the world. The book is useful for the young doctors, the students of the Medical Faculty and all the readers.

The last part of the book contains references which are well known worldwide.

Book Name      Gastrointestinal & Renal System Diseases  
Author          Dr. Saifullah Hadi  
Publisher        Nangarhar Medical Faculty  
Website         www.nu.edu.af  
Number         1000  
Published       2011  
Download        www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children (**www.Kinderhilfe-Afghanistan.de**) a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affairs of this publication have been supported by Afghanic ([www.afghanic.org](http://www.afghanic.org)). The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, MoHE, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: [wardak@afghanic.org](mailto:wardak@afghanic.org)

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 620 1385

Printed in Afghanistan. 2011

**Get more e-books from [www.ketabton.com](http://www.ketabton.com)  
Ketabton.com: The Digital Library**