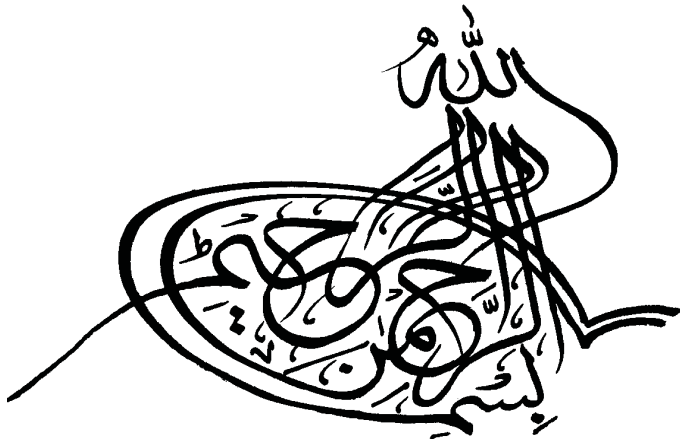




Ketabton.com

Downloaded from: www.ketabton.com



نگر ھارطب پوھنئی

د کولمو بندش اود پریطوان جراحی ناروغی

پوھاند دوکتور عبدالروف حسان

۱۳۹۰

د کتاب نوم د کولموبندش اود پریطوان جراحی ناروغی

لیکوال پوهاند دوکتور عبدالروف حسان

خپرندوی ننګرهار طب پوهنځی

ویب پاڼه www.nu.edu.af

چاپ ځای سهرمطبعه، کابل، افغانستان

چاپ شمېر ۱۰۰۰

د چاپ نېټه ۱۳۹۰

د کتاب ډاونلوډ www.ecampus-afghanistan.org

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

لخوا تمويل شوی دی.

اداری او تخنیکي چارې يې د افغانتيک موسسې لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځي پورې اړه لري. مرسته کوونکي

او تطبيق کوونکي ټولني په دې اړه مسؤليت نه لري.

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

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان: ISBN: 978 993 640 0702

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

کتاب د علم او تکنالوژۍ په تر لاسه کولو کې د تاریخ په اوږدو کې یو ډېر مهم رول درلودلی دی او د تحصیلي نصاب اساسي جز او د زده کړو د کیفیت په لوړولو کې خورا مهم رول لري. نو ځکه باید په علمي معیارونو برابر او تازه مواد د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

زه د هغو محترمو استاذانو ستاینه او ورڅخه مننه کوم چې کلونه، کلونه یې زحمت ویستلی دی، او کتابونه یې تألیف او ژباړلي دي او نورو ښاغلو استاذانو ته بلنه ورکوم چې دوی هم پخپلو رشتو کې درسي کتابونه برابر کړي، تر څو چاپ او د گټې اخیستنې لپاره بېرته د محصلینو په واک کې ورکړل شي.

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

په پای کې د ټولو هغه ادارو او کسانو څخه، په تېره بیا د Dr. Eroes او ډاکټر یحیی وردگ څخه مننه کوم، چې د طبي کتابونو د چاپ زمینه یې برابره کړې ده. هیله لرم چې دغه گټور کار ته ادامه ورکړل شي او هم د نورو برخو تدریسي کتابونه د چاپ په گاڼه سمبال شي.

په درنښت

قانونپوه سرور دانش

د لوړو زده کړو د وزارت سرپرست، کابل ۱۳۹۰

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

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

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

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

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخ دي. دوی په زاړه مېتود تدریس کوي، محصلین او استادان نوي، تازه او عصري معلومات په واک کې نلري، دوی له کتابونو او هغه چپېترونو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټیټ کیفیت کاپي کیږي. باید هغه شمېر کتابونه چې د استادانو له خوا لیکل شوي دي راټول او چاپ شي.

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

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

لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب

پوهنځيو ته لازياته پاملرنه وشي.

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

۱. درسي طبي کتابونه

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

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

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

۳. د هیدل برگ پوهنتون په نړیوال طب کې ماسټري

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

۴. د اړتیاوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځیو روان وضعیت (اوسنۍ ستونزې او راتلونکي چلېنګونه) وارزول شي، او بیا ددې پر بنسټ په منظمه توګه اداري، اکاډمیک کارونه او پرمختیايي پروژې پلې شي.

۵. کتابتونونه

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

۶. لابراتوارونه

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

۷. ګډري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

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

۸. سټراټیژیک پلان

دا به ډېره ګټوره وي، چې د طب هر پوهنځي د اړونده پوهنتون د سټراټیژیک پلان په

له ټولو محترمو 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 چېټرونه اډېټ او د چاپولو لپاره
تيار کړي او بيا يې زموږ په واک کې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او بيا يې په وړيا توگه طب
پوهنځيو او د محصلينو په واک کې ورکړو.

همدارنگه د پورته يادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړانديزونه موږ ته په لاندې آدرس وسپارئ،
څو په گډه مؤثر گامونه واخلو.

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

په آلمان کې د افغاني ماشومانو سره د مرستې ټولنې (Kinderhilfe-Afghanistan e.V.)
او د ټولنې مشر ښاغلي Dr Eroes نه د زړه له کومې مننه کوم، چې تر اوسه يې
د دغه کتاب پر شمول د ۱۳ کتابونو د چاپ لگښت په ورين تندي پر غاړه واخيسته او له
دې سربېره يې د لانورو مرستو وعده هم کړې ده. همداراز د افغانیک (Afghanic)
موسسې څخه هم مننه کوم، چې د کتابونو د چاپ تخنيکي او اداري کارونه يې تر سره
کړي.

په افغانستان کې د کتابونو د چاپ په برخه کې د لوړو زده کړو وزارت سرپرست
قانونپوه سرور دانش، علمي معین پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معین پوهاند
صابر خويشکي، د پوهنتونو او پوهنځيو له رييسانو او درنو استادانو څخه يوه نړۍ مننه
کوم، چې موږ يې تشويق کړي يو او د کتابونو د چاپ په برخه کې يې له موږ سره
همکارۍ کړې.

ډاکټر يحيي وردگ، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

د دفتر تليفون : ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبايل تليفون : ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴۰

ايميل: wardak@afghanic.org

× × ×

ڊالي

د جراحي د پيار تمننت محترموا استادانو ته!

هريو محترم پوهنوال دوكتور عبدالاحد(حميد)، پوهندوی دوكتور فضل الرحيم (شکيوال)،
پوهندوی دوكتور سيد شال(سیدی)، پوهندوی دوكتور صابر(سعید)، پوهندوی دوكتور محمد
افضل(اسلم)، پوهنمل دوكتور برات گل(مهرزی)، پوهنمل دوكتور گل اقا(سادات)، پوهنمل
دوكتور سيد بها(کريمی)، پوهنمل دوكتور عبدالبصير(منگل)، پوهنمل دوكتور خان
مير(غيور)، پوهنمل دوكتور جمال عبدالناصر(غازی)، پوهیالی دوكتور احمد شکیب(زلمی).
چی په ډيرو کمو امکاناتو او سختو شرايطو کی د گرانو هیواد والو او محصلینو د مشکلاتو د
حل لپاره هلی ځلی کوی.

منن لیک

د محترم پوهیالی دوکتور احمد شکیب زلمی څخه د زړه له کومې مننه کوم چی د دغه کتاب په ترتیب، تنظیم، کمپوز، ډیزاین او موادو په راټولو کی زیار ایستلی او زما ټولی مشوری یی په عملی او نظری توگه په تالیف کی په نظر کی نیولی. کامیابی، علمی پرمختگ او خوشحالی ورته د الله (ج) څخه غوښتونکی یم.

مخ	عنوان
الف	سرریزه
۱	د کلمو انسداد intestinal obstruction
۱	دکلمود انسداد اسباب او تصنیف:
۱	د ساده میخانیکي انسداد انواع:
۲	داختناق میخانیکي انسداد انواع kinds of strangulated mechanical obstruction
۲	ولادي انسدادونه:
۲	د پیلور ولادی تنگوالی
۲	سریري تظاهرات
۳	تداوي
۳	د اثنا عشر ولادی بندوالی
۳	تداوي
۴	دجیجیونوم – الیوم او کولون ولادي تنگوالی او تام انسداد
۴	سریري تظاهرات
۴	تشخیص
۴	تداوي Treatment
۵	Disorders of intestinal rotation
۵	په داخل رحمی ژوند کې دکلمې د غیر نورمال تدور پټوژنیزیس او تصنیف
۶	سریري تظاهرات
۶	تداوي
۶	میګونیم ایلپوس

۷

اختلاطات (Complications)

۷

تداوی

۷

انذار

۸

Anorectal Anomalies انورکتال انومالی گانی

۸

تصنیف

۸

سریری تظاهرات

۹

اختلاطات (Complications):-

۹

تداوی:-

۱۰

انذار:-

۱۰

فلجی انسداد Paralytic Ileus

۱۰

Adynamic Ileus ادینامیک ایوس یا پارالتیک ایوس--

۱۰

اسباب:

۱۰

پتوژنیزیس Pathogenesis :

۱۱

سریری تظاهرات:-

۱۱

سریری اعراض

۱۱

سریری علایم

۱۱

تشخیص

۱۱

لابراتواری معاینات

۱۱

رادیوگرافییک علایم

۱۱

تداوی

- ۱۲ سريري تظاهرات
- ۱۲ ساده ميخانيکي انسداد Simple Mechanical Obstraction
- ۱۲ اسباب
- ۱۳ پټوژنيزيس Pathogenesis:-
- ۱۳ دالکتروولایټو او مایعاتو ضایع کیدل
- ۱۴ د کلمو په مینځ کي د گازاتو زیاتوالي
- ۱۴ دکولون دانسداد پټوژنيزيس
- ۱۵ سريري تظاهرات
- ۱۵ سريري اعراض
- ۱۶ سريري علایم
- ۱۷ مقعدي معاینه
- ۱۷ تشخیص
- ۱۷ لابراتواری معاینات
- ۱۸ رادیو لوژیک معاینات
- ۱۸ تفریقي تشخیص
- ۱۹ تداوی
- ۱۹ د عملیات څخه دمخه اهتمامات
- ۲۰ جراحي تداوی
- ۲۰ د عملیات څخه وروسته د ناروغ پاملرنه
- ۲۱ ميخانيکي اختناقي انسداد

عنوان	مخ
پتوژنیزیس	۲۱
Closed loop انسداد پتوژنیزیس	۲۲
د میخانیکي اختناق انسداد انواع	۲۲
د وری کلمی تدور	۲۲
اسباب	۲۲
سریری تظاهرات	۲۲
تداوی	۲۳
د کولون تدور	۲۳
د سیکوم تدور	۲۳
سریری تظاهرات	۲۴
رادیوگرافی معاینی	۲۴
اختلاطات (Complications)	۲۴
تداوی	۲۴
سیگموئید تدور	۲۴
اسباب	۲۵
سریری تظاهرات	۲۵
رادیولوژیک معاینات	۲۵
تداوی	۲۶
تغلف	۲۷
تعریف	۲۷
اسباب	۲۷

مخ	عنوان
۲۸	سریری تظاهرات
۲۸	تشخیص
۲۸	رادیوگرافیک معاینات
۲۹	اختلالات
۲۹	تداوی
۲۹	انذار
۳۰	د علوی مساریقی او سفلی مساریقی د شراینو حاد بندوالی
۳۰	اسباب
۳۰	پنالوژی
۳۱	سریری تظاهرات
۳۲	تشخیص
۳۲	تداوی
۳۳	د کلمی مزمن انسداد
۳۳	اسباب
۳۳	پتورنیزس
۳۳	سریری لوحه
۳۴	تشخیص
۳۴	تداوی
۳۶	دویمه برخه (د پریطوان جراحی ناروغی د پریطوان مختصر اناتومی)
۳۷	سرب یا (Omentum)

- ۳۹ د پریطوان فیزیولوژی
- ۳۹ پریطوان د یو قابل نفوذ پردی په صفت
- ۴۰ د پریطوان عکس عمل د جرحاتو په مقابل کی
- ۴۰ د پریطوان انتانی ضد خاصیت
- ۴۱ د پریطوان د هایدرو سناتیک فشار
- ۴۱ د پریطوان التهاب یا Peritonitis
- ۴۱ د پریطونایتس تصنیف
- ۴۲ حاد تقیحی پریطونایتس Acute suppurative
- ۴۲ اسباب
- ۴۴ د گیوی په جوف کی د انتان د انتشار خصوصیات
- ۴۵ د پریطوان اناتوموپتالوژیک تغیرات په حاد تقیحی پریطونایتس کی
- ۴۶ د پریطونایتس پتوژنیزس
- ۴۸ د حاد تقیحی پریطونایتس سریری تظاهرات
- ۴۸ سریری اعراض
- ۴۹ سریری علایم
- ۵۰ د حاد تقیحی پریطونایتس تشخیص
- ۵۰ رادیو لوژیک معاینات
- ۵۰ بطنی پاراسنتیزس Abdominal paracentesis
- ۵۰ تفریقی تشخیص
- ۵۱ د پریطونایتس د د خو اړخیز تداوی معاصر پرنسیپونه

- ۵۲ د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول
- ۵۲ د انتی بایوتیک تطبیقول
- ۵۲ اوکسیژن تطبیقول او Ventilatore
- ۵۳ اینتوبیشن – کنتیراچول او نور اهتمامات
- ۵۳ استروئید(steroid) تطبیقول
- ۵۳ Vasoactive دواگانې
- ۵۴ د دیجیټال (Digital) تطبیق
- ۵۴ جراحی تداوی
- ۵۵ وروسته د عملیات څخه اهتمامات
- ۵۶ د تداوی نتایج او د عاجل مرستې سازمان ورکول رول د پریټونایتس د مقدم تشخیص او تداوی په هکله
- ۵۷ موضعی پریټونایتس
- ۵۸ د موضعی پریټونایتس اسباب
- ۵۸ د موضعی پریټونایتس عمومی سریری اعراض
- ۵۹ بڼی تحت حجاب حاجزی موضعی پریټونایتس یا ابسی
- ۵۹ سریری علایم
- ۵۹ تداوی
- ۵۹ بڼی تحت الکبدی موضعی پریټونایتس
- ۶۰ چپ تحت حجاب حاجزی ابسی
- ۶۰ د Lesser sac موضعی پریټونایتس
- ۶۰ بین المعای ابسی

مخ	عنوان
۶۱	توبرکلوزیک پریطونایتس
۶۲	مکروبی عوامل
۶۲	د انتان د سرایت لاری
۶۲	د توبرکلوز پریطونایتس تصنیف
۶۳	پتوژنیزیس
۶۴	د توبرکلوز پریطونایتس عمومیات
۶۴	د توبرکلوز پریطونایتس سریری لوحه
۶۵	تشخیص
۶۵	تداوی
۶۶	د مساریقی ادنایتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculosis
۶۶	سریری اعراض او علایم
۶۶	تداوی
۶۷	ماخذونه

سریزه

خرنگه چی زمونږ هیواد د غریبو هیوادو په لړ کی تر ټولو غریب هیواد دی د خرابو صحی شرایطو له امله لکه د کلمو پرازیتی ناروغیو، محرقه او داسی نور چی د هیواد د وگړو د کلمو د بندوالی او یا هم د پریطوان د جراحی ناروغیو سبب گرځی او له بلی خوا د تیپونو او جنگی شرایطو شتون دا ستونزه (د پریطوان جراحی ناوړغی) نور هم زیاته کړیده، د دی ترڅنگ د مجهزو کتابخانو نه موجودیت، د محصلینو نه عادت له کتابخانی سره، د محصلینو نا اشنایی له خارجی ژبو سره او هم په دغه برخه کی کوم موثر جراحی کتاب نه شتون د دی لامل شو چی د کلمو د بندش او د پریطوان د جراحی ناروغیو تر عنوان لاندی یو کتاب نوی تالیف کړم چی د دی رنځوری په هکله نوی نړیوال بشپړ معلومات ولری ترڅو چی د رنځوری عوامل، تداوی لازمی جاری او وقایوی تگلاره وټاکل شی.

د کتاب لیکنه نړیوال معیار او سبک د پښتو ژبی د کړنلاری لمخی تالیف شوی او زما په عقیده د خور اتلونکو کلونو لپاره د طب علمی غنی پانگه ده.

د کتاب په لیکنه او تالیف کی داسی معقول لغتونه استعمال شوی چی هر لوستونکی تری په اسانه توگه گټه اخیستلای شی. د انټرنټ او نشراتو، مجلاتو او ټکس بوکونو ډیر نوی او لږ اتواری ازموینی ځای په ځای شوی دی.

زما هیله ده چی لوستونکی یی په غور او مینی سره ولولی اصلاحی لار که چیری موجود وی د راتلونکی چاپ لپاره څرگند کړی ډیره مننه به موی.

د کلمو انسداد intestinal obstruction

تعريف:

دنورمال لاري څخه د کلمې دنورمال ترانزيت بندوالی د کلمې دانسداد په نامه ياديږي .

دکلمود انسداد اسباب او تصنيف:

داسبابو له نظره دکلمې انسداد په دوه ډوله دی:

۱. ميخانيکي انسداد :- چه دکلمې خوله د يو ميخانيکي فشار پواسطه بنديږي.
 ۲. فلجي انسداد (Ileus): دکلمې دحرکيې عدم کفايي څخه عبارت دی چه خپل محتوي پر مخ نشي بيولای او دا حرکيې عدم کفايه زياتره عصبي منشاء لري.
- ميخانيکي انسداد په دوه ډوله دی:

۱. ساده ميخانيکي انسداد (simple mechanical obstruction)
 ۲. اختنقي ميخانيکي انسداد (strangulated mechanical obstruction)
- فلجي انسداد هم په دوه ډوله دی.
۱. تشنجي فلجي انسداد (spastic Ileus)
 ۲. غير تشنجي فلجي انسداد (adynamic or paralytic Ileus)

د ساده ميخانيکي انسداد انواع:

۱. ولادي سو اشکال:

الف : congenital pyloric stenosis

ب: congenital duodenal obstruction

ج: atresia- stenosis of the jejunum – ileum and colon

د: disorder of intestinal rotation

ه: Meconium Ileus

و- imperforated Anus

۲. انتاني عوامل:

الف: crohn, s مرض .

ب: tuberculous Enteritis

۳. دکلمو د لومن بند والی د کلمو د لومن دداخلي ميخانيکي

فشار له کبله :

الف : غايطه تيره يا fecal impaction

ب: صفراوي تيره يا gallstone Ileus

ج: پرازيتی انسداد مثلاً د اسکرپس چينجي له کبله .

د : د کلمې سليم او خبيث تومورونه لکه د وړو کلمو ، غټو کلمو

او د رکتوم تومورونه.

۴. د کلمو د لومن بندوالی د خارجي ميخانيکي فشار له کبله :

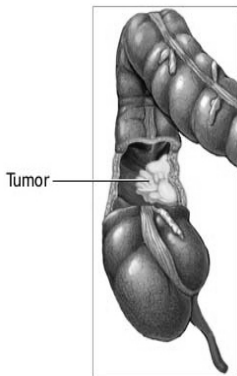
الف: داخل بطني ايسی گانی.

ب: داخل بطني تومورونه.

ج: توبرکلوزي بريدونه د T.B Peritonitis له کبله.

د: lymphadenitis mesenteric tuberculosis

ه: دکلمو دلومن بندوالی د راديشن radiation له کبله.



داختنای میخانیکي انسداد انواع kinds of strangulated mechanical obstruction

۱. داخلي او خارجي اختنای فتنه.

۲. دکلمو تدور - vulvulus

الف: د وړو کلمو تدور .

ب: دسیکم تدور .

ج: د سیگمونید تدور .

۳. تغلف - intussusception

غیر تشنجي فلج انسداد (Paralytic ileus) په لاندې حالاتو کې مینځ ته راځي.

۱. د معدې معائی لارې د مسقیم تخريشاتو له کبله (مثلاً د عملیات په وخت چې په کلمو کې ډیر لاس ووهل شي)

۲. د پریطون د انتاني او غیر انتاني تخريشاتو له کبله (مثلاً داخل بطني نذف دکیمیایي پریطو نایتس په وروسته مرحلو کې- په سیر د اپنډیسایتس په استنډاد نکروزي شکل یی).

۳. دگیدي په دننه یا د گیدي د باندې د غړو د کولیک حملاتو په وخت کې (مثلاً د کبدی یا د پینتورگو د کولیک په سیر).

۴. د حرکې اعصابو د انحطاط په حالاتو کې (د ستون فقرات په کسرونو کې - د شمزۍ په ترضیضاتو کې او په خلف د پریطون دهما توم د تشکل په صورت کې حرکې اعصاب په انحطاط راځي).

۵. دمیتابولیک امراضو په پرمختللی مرحلو کې (مثلاً ددیابتیک او یوریمیک کوما په حالت کې).

۶. د پلورا او د سروپه حادانتاني حالاتو کې (مخصوصاً د ماشومانو په شدید او حاد قانډوي نمونیا کې).

تشنجي (spastic) فلج انسداد په لاندې حالاتو کې مینځ ته راځي.

۱. د مساریقي او عبي په حاد بندوالی کې .

۲. د ځیني فلزاتو د تسم په اثر مثلاً دسرب دتسم په صورت کې.

۳. د پورفیریا د میتابولیزم دخرابوالي په حالاتو کې مخصوصاً په کبدی پورفیریا کې.

۴. ځینی وخت د یوریمیا په پرمختللی واقعاتو کې په عوض د فلجی غیر تشنجي انسداد تشنجی انسداد مینځ ته راځي.

ولادی انسدادونه:

۱. د پیلور ولادي تنگوالی:

په دی ناروغانو کې پیلوریک معصره په ولادی ډول هایپرتروفی کوي او دمعدې پیلوریک (Pyloric canal) کانال بندوي ، زیاتره نارینه او مخصوصاً لمړی ماشوم په پیلوریک ولادي هایپرتروفیک تنگوالي مصابیري.

سریري تظاهرات :

دتولد د دریم یا لسمې اونۍ څخه وروسته ماشوم ته سمدستی پس د تی رودلو څخه فورانی(توپ وهونکی) کانگی پیدا کیږي دکانگو محتوي یی خورل شوي شیدی وي او هیڅ وخت صفرا نه احتوا کوي.

په فزیکي معاینه کې دمعدې پیلور چې غټه شوي وی د یو تومور په شکل د گیدی دجدار په شرسوفي (Epigastric) ناحیه کې د متوسط خط څخه لږ چپ خوا ته جس کیږي. ددی ناروغی تشخیص دمعدی د راد یو گرافي پواسطه چې ماشوم ته کثیفه مواد ورکړی شویوی اجرا کیږي .

د راد یو گرافي په پاڼه کې دمعدی حجم او استداري حرکات زیات شوي او پیلوریک کانال د یو نری اوږد خط په شکل معلومیږي.

تداوي:

که دناروغی څخه څه موده تیره شوي وي د ماشوم په وجود کې حتماً د الکترولایت عدم موازنه موجوده وي ، مخصوصاً د کانگی له کبله ماشوم میتابولیک الکلوژ (Metabolic Alkalosis) لري ، او په سیروم کې هایپوکلوریمیا (Hypo chloremia) او هایپوپتاسیمیا (Hypo potachemia) موجود وي ، لدی کبله ماشوم ته سیروم فیزیو لوژیک ۲-۴ ملی اکویولانت پتاسیوم په هر کیلوگرام وزن د بدن په ظرف د ۸-۱۲ ساعتو کې ورکول کیږي وروسته د الکترولایت دتوازن د برابرولو څخه باید دماشوم گیده خلاص (laparatomy) او د پیلور په سر د Ramstedt -Fredet په اصول pyloromyotomy اجرا شي او کوشش وشي چې دپیلورو س مخاطی غشاء څیری نشي.

وروسته د عملیات څخه ماشوم ته لږ لږ شیدی چې داوبو سره نری شوي وي ورکول کیږي او وروسته د شپږو ورځو څخه عادي شیدی رودلو ته پیل وکي.

۲. داثنا عشر ولادی بندوالی congenital duodenal obstruction :

د اثنا عشر تام انسدادی حالت هغه وخت مینځ ته راځي چې په اثنا عشر کې تام بند ش او Atresia موجود وي ، او د اثنا عشر ناتام انسدادی حالت د اثنا عشر د تنگیوالی (stenosis) له کبله پیدا کیږي ، د اثنا عشر تنگیوالی په لاندی حالاتو کې مینځ ته راځي.

۱. د اثنا عشر د لومن په منځ کې په ولادی صورت د پردی موجودیت.

۲. د Anular pancreas په حالت کې .

۳. د کولون په Malrotation حالت کې.

د سریري اعراضو له نظره د اثنا عشر په تام یا ناتام انسدادی حالاتو کې ماشوم صفراوي کانگی کوي چې په ماشومانو کې د وړې کلمې دانسداد مهمترین عرض دی داثنا عشر دناتام انسداد قطعی تشخیص راد یوگرافي پواسطه اجراء کیږي څرنگه چې دماشوم د گیدی څخه د ولاری په وضعیت (ماشوم په پښو ودرول شي) واخستل شي په گیده کې دوه غټه هوايي خیال چې د double bubble په نامه یادیږي معلومیږي د اثنا عشر په ناتام انسدادی حالت کې double bubble موجود اما وړکی وي.

تداوي Treatment:

دناروغ تداوي د جراحي عملیات پواسطه اجراء کیږي ، څرنگه چې مخکی د عملیات څخه دماشوم الکترولایتی تشوش اصلاح او وروسته لپروتومی کیږي او داثنا عشر د atresia په حالت کې duodeno-duodenostomy یا duodeno-jujenostomy اجراء کیږي .

که د اثنا عشر ناتام انسداد د ولادی پردی له کبله پیدا شویوي نوموړی پردی باید د Duodenotomy پواسطه قطعه اولری شي اوکه انولارپانقراس (Anular pancreas) داثنا عشر دناتام انسداد سبب شوي وي باید د اثنا عشر داتریزیا (Atresia) دتداوی په شکل تداوي شي. وروسته د عملیات څخه دناروغ معده تر څو چې فعال استداري حرکات پیدا شي دمعدوي تیوب دتنیبتولو او لدی لاري څخه دسکش (Suction) کولو پواسطه تش وساتل شي.

3. د جيجونوم - اليوم او كولون ولادي تنگوالی او تام انسداد:

پټوژنيز Pathogenesis:

د جيجونوم ، اليوم او كولون ولادي تضيق او بندش هغه وخت مينځ ته راځي چه په داخل رحمي ژوند كي دكلمي ارواء په يوه برخه كي قطع يا مختل شي د كلمي ارواء په يوه برخه كي هغه وخت قطعه ياخر ابيري چي مربوطه مساريقه يي تر فشار لاندی راشي مثلاً كه پسه داخل رحمي (intra uterins) ژوند كي دجنين كلمي تنوروكري يا تغلف صورت ونيسي يا داچه د فټقيه سوري څخه كلمي دباندې لار شي مربوطه مساريقه تر فشار لاندې راځي او دكلمي ارواء په تام ياناتام ډول قطع كيږي په هغه حالاتو كي چه دكلمي ارواء په يوه برخه كي په ناتام ډول قطع شي د كلمي په هغه ناحيه كي اسكيميا منځ ته راځي او امكان لري چه په نوموري ځای كي كلمي نورمال نشونما و نكړي او كلمي نری، تنگ او متضيق پاتی شي چه دكلمي د stenosis په نامه ياديږي.

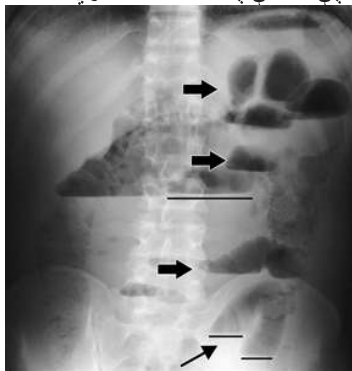
او كه دكلمي اروا د مساريقي فشار له كبله په تام ډول قطع شي مربوطه كلمي په اسپټيك نكروز اخته كيږي او ډيو فبروزي نری مزي (حبل) په شكل چه هيڅ لومن نه لري ددوه نورمال كلمي په مينځ پاتی كيږي چه دكلمي د atresia په نامه ياديږي.

سريري تظاهرات:

ماشوم صفراوي كانگی كوي گيډه يي په مترقی ډول متوسع كيږي او دمقعد له لاري ميكونيم ډيرلر خارجيږي ، پاسنی اعراض او علايم د كلمي په انسداد دلالت كوي.

تشخيص:

د قطعي تشخيص لپاره بايد د گيډی څخه ساده راديوگرافي اجرا شي چه په راديوگرافي پاڼه كي څو Air fluid levels (hydroairic) خيالونه ليدل كيږي چي د كلمي په انسداد دلالت كوي



،ددي لپاره چه معلومه شي ايا په كولون كي هم كوم انومالی موجود دی يا داچه د گيډی په ساده راديوگرافي كي ښكاره شوی هوايي خيالونه كولون پوری ارتباط لري او كه نه ماشوم ته د باريوم اماله وركول كيږي او كولون دچوكاټ څخه راديوگرافي اخيستل كيږي البته كه په كولون كي كوم بندش يا تنگوالی موجود وي ددی معاييني پواسطه تشخيص كيږي.

تداوي Treatment:

وروسته د تشخيص دوضع كيدو څخه ماشوم بايد فورا عمليات شي ځكه كه وخت ډير تير شي د حجاب حاجز د جگوالی له كبله د سري انتان ، شديد ديهايډریشن او بالاخره دزړه عدم كفايه دماشوم دمرگ سبب گرځي.



كه تضيق يا بندوالی په جيجونوم يا اليوم كي موقعيت ولري دكلمي متضيقة برخه د كلمي د پروكسيماي شديد متوسع برخي سره قطع او د قطع شوي برخي څخه د پروكسيماي او ديستال برخه خوله په خوله (دديستال برخي خوله منحرف او دپروكسيماي برخي خوله چه لږ متوسع دی عموداً بايد قطع شي تر څو د دواړو د لومن محيط مساوي شي) يا خوله په اړخ سره انستوموز وركول كيږي.

که تضيق يا بندوالی د کولون په پروکسیمال برخه کې موقعیت ولري د کولون شدید متوسع برخه قطع او په لمړۍ مرحله ilioecolostomy اجرا شي که تضيق يا بندوالی په دیستال برخه کې موقعیت ولري موافقه ناحیه قطع او لری کیږي.

اود ماؤفه برخې څخه پورته او ښکته د کولون خوله د Micolitz په اصول اړخ په اړخ په لمړي مرحله کولوستومی کیږي او په دوهمه مرحله لږ ترلږه وروسته د دریو میاشتنو څخه کولون دالیوم سره په انتخابی ډول خوله په اړخ او کولون دکولون سره خوله په خوله انستوموز ورکول کیږي.

۴. Disorders of intestinal rotation

په داخل رحمی ژوند کې دکلمې نورمال تدور:

دداخل رحمی ژوند په لسمه او نۍ کې د جنین کلمې دنامه څخه د بطن جوف خواته تېله کیږي او دشریان مساریقی علوي پرمحور باندې خلاف دعقرب ساعت په تدور پیل کوي څرنگه چې د کلمې duodenojuenal برخه ۲۷۰ درجې تدور کوي او دشریان مساریقی علوي تر شاه موقعیت نیسي اثنا عشر په خلاف د پریطوان او پاسنی برخې دجیجونوم Treitz رباط پواسطه تثبیتېږي.

دکلمې ceco – colic برخه د شریان مساریقی علوي په قدام وروسته د ۲۷۰ درجې خلاف د عقرب ساعت تدور څخه د گډېدې د جوف په محیطی برخو او د وړو کلمو په چارچاپیره پداسی حال کې موقعیت نیسي چه سیکم د گډېدې په ښي ښکتنی کوادرنت (Quadrant) کې تثبیتېږي.

په داخل رحمی ژوند کې دکلمې د غیر نورمال تدور پټوژنیزیس او تصنیف:

دکلمې غیر نورمال تدور او تثبیتېدل په لاندې ډول تصنیف کیږي:

۱. درحم په داخلي ژوند کې که کلمې هیڅ تدور ونه کړي (no rotation): کوم وخت چې کلمې هیڅ تدور ونه کړي پدی وخت وری کلمې د گډېدې په ښي خوا کې د علوي مساریقی شریان تر څنګ زوړند پاتی کیږي او غټی کلمې په کین خوا موقعیت نیسي چه دکلمې دا حالت د کلمې دتدور لپاره ډیرمساعده وي.

دا انومالي عموماً په هغه ماشومانو کې پیدا کیږي چه amphalocelle او ولادي حجاب حاجزي فتقونه هم ولري.

۲. Incomplete rotation: د کلمې duodeno-juenal برخه يا ceco – colic برخې تدورنکوي ، اما زیاتره سیکوکولیک برخه په تدور کې اشتراک نه کوي او په دی ډول ددی برخې مساریقه د یو برید په شکل د دودینو جیجونال پرمساریقی باندې عمل کوي او اختلاقي انسدادمنځ ته راځي.

۳. Reversed rotation: په داخل رحمی ژوند کې کلمې برعکس د نورمال یعنی د عقرب ساعت هم سمت دمساریقی علوي شریان پر محور باندې تدور کوي. پدی ډول تدور کې سیکم دگډېدې په چپ طرف کې موقعیت نیسي او له هغه ځایه چې د کلمې سیکوکولیک برخه دمساریقی علوی شریان په خلاف موقعیت نیولی دی نو د ښي کولون انسداد مینځ ته راځي.

۴. دمساریقی غیر نورمال تثبیتېدل:- دمساریقی دغیر نورمال تثبیتېدو له کبله د paraduodenal فتقونو او دسیکم د فوق العاده متحرک پاتی کیدو سبب ګرځي ، (د سیکم مساریقه اوږده پاتی کیږي او د گډېدې په خلفی جدار نه تثبیتېږي) چه د اثنا عشر چارچاپیر فتقونه امکان لري اختلاقي شي او که سیکم متحرک پاتی شي امکان لري تدور وکړی چه په دواړو حالاتو کې انسدادی حالت مینځ ته راځي.

سریري تظاهرات:

دکلمې د غیر ولادي طبیعي تدور له کبله درې پر څلور برخه ماشومان په کوچني توپ کې دکلمې په انسداد اخته کېږي او یو پر څلور برخه ماشومان امکان لري چې په وړکتوب کې په انسداد اخته نشي بلکه په مل اېزورېشن (Mal-absorption) او پېټیک قرحه اخته کېږي. یا داچه وروسته د ۱۰ یا ۱۵ کلنې څخه په متناوب ډول تام یا نا تام انسدادی حالت د اثناء عشر یا د جیجونوم دتدور یا د مساریقې بریدو د جوړیدو له کبله مینځ ته راشي.

د سریري اعراضو له نظره ماشوم صفراوي کانگی لري که انسداد دتدور یا اختناق له کبله مینځ ته راغلی وي امکان لري چې دگېډې توسع موجود وي، او که انسداد د بریدو له کبله پیدا شوی وي د گېډې توسع دومره موجوده نوی، که میلا نا او د پریطو نایتس (Peritonitis) اعراض موجود وي دکلمې په گانگرین دلالت کوي.

د گېډې په ساده رادیو گرافی کې double bobble یا Air Fluid level معلومیري دباريوم امالی څخه وروسته په رادیوگرافی پانه کې امکان لري دسیکم غیر نورمال موقعیت تثبیت شي.

تداوی Treatment:

وروسته د تشخیص څخه ماشوم باید فوراً عملیات شي دنامه څخه پورته د یو مستعرض بطني شق پواسطه لپراتومی (Lepratomy) اجرا او د گېډې احشاء په دقیق ډول معاینه شي که کوم تدور موجود وي تدور باید د عقرب ساعت پر خلاف رد شي که کوم برید یا التصاق داثنا عشر یا دکولون دپروکسیمال برخي او دگېډې دجنبي جدار ترمنځ موجود وي باید قطع او وروسته د اپنډکتومی څخه سیکم د گېډې په بنی نسکتی کوادرانت کې او اثنا عشر دگېډې په بنی جنبي علوي برخه کې تثبیت شي، وروسته دعملیات څخه معده او کلمې په دوامدار ډول سکشن شي دتدور دارجاع څخه وروسته دناروغي انذار بیخي مساعده ده اما د التصاقاتو او دبړیدونو د قطع کولو څخه وروسته انذار چندان مساعد نه دی. ځکه امکان لري بیا بړیدونه تشکل وکړي او انسدادی حالت پیدا شي.

۵. میکونیم الیوس:

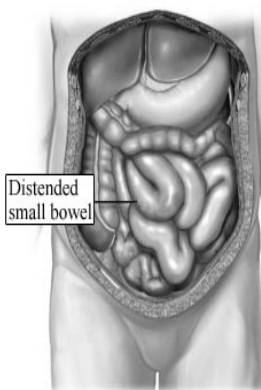
۲۰ فیصده ماشومان چه د پانقراس د فیبرو سیست سره تولد کېږي دمخاط غلیظ او ټینگ افرازات دکلک میکونیم سره یو ځای دالیوم په اخرنی برخه کې پاتی کېږي او دانسداد سبب گرځي تر اوسه پوری معلومه شوی نه دی چه دپانقراس د فیبروسیسټ او دمیکونیم دکلکوالی په مینځ کې کوم ارتباط موجود دی که نه. دمیکونیم کلک کیدل امکان لري چه په جیجونوم، الیوم او په کولون کې واقع شي.

میکونیم الیوس دپانقراس دنورو ولادي امراضو سره یو ځای هم لیدل کېږي که میکونیم الیوس تداوي نشي امکان لري چه دکلمې دتوسع له کبله تدور مینځ ته راشي چه په دی حالت کې کلمې کانگرین او سوري کېږي.

سریري تظاهرات:

وروسته د ولادت څخه دماشوم گېډه په مترقي ډول متوسع کېږي او دمقعد له لاري میکونیم نه خارجېږي د گېډې دتوسع سره موازي ماشوم ته صفراوي گانگی هم پیدا کېږي د گېډې په ساده رادیوگرافی کې دورې کلمې یوه غټه عروه چه دگازاتو سره ډک وي د گېډې په بنی کوادرنت (Quadrant) کې د لیدوور وي او هیڅ وخت هایدروایریک خیالونه نه لیدل کېږي د باریوم د امالی څخه وروسته که دکولون چوکاټ څخه رادیو گرافی اجرا شي د رادیو گرافی په لوحه کې کولون ډیر نری معلومېږي.

Micro – colon) که میکونیم الیوس اختلاطی (Complicated) شوي وي (یا په بل عبارت وخت ډیر تیر شوی وي) د پریطو نایتس اعراض هم موجود وي.



اختلاطات(Complications) :

د میکونیم عمده اختلاطات(Complications) عبارت دي له :

۱. دسري انتانات لکه مزمن برانکومونیا ، برانشکتازیس او دسري آیس.
- نوموړی اختلاطات(Complications) دکلک قصبی افزازاتو له کبله چه په فصباتوکی بند پاتی کیږي او په اسانی نه خارجيږي پیدا کیږي.
۲. مل ایزوریشن د پانقراس عدم کفایی له کبله.
۳. دمقعد پرولاپس او دکلمو تغلف.
۴. په داسی ماشومانو کی اکثرأ د پزی پولیپ (Nasal polyp) او مزمن سینوزایتس (Chronic sinusitis) هم موجود وي.

تداوي Treatment:

مخکی ددی څخه چه کوم عملیات ماشوم باندي اجرا شي يوه معدوي تیوب ورته تطبیق او دوا مدار سکشن اجراء کیږي وروسته د فلورو سکوپیک کنترول لاندی ناوړغ ته دمقعد له لاری د امالي په شکل (گستروگرافین) چه یو موکولتیک انزایم دی تطبیق کیږي ، اما ددی مادي د تطبیق سره سم ماشوم ته په کافي اندازه مایعات د ورید له لاری ورکول کیږي ، ځکه چي وروسته د (گستروگرافین) د تطبیق څخه امکان لري کلک موکونیم رقیق او په ږن ډول د مقعد څخه خارج شي او په دی ډول که ماشوم ته مایعات ورکړل شي امکان لري چي په شدید دیهادریشن اخته شي که میکونیم الیوس څخه وخت زیات تیر شوی وي پاسنی اهتمامات نتیجه نه ورکوي او امکان لري چه کلمي تدور وکړي او دتدور له کبله کلمي سوري او کانگرین شي پدی حالاتو کی باید لپروتومی اجرا او سوری شوی یا کانگرین شوي کلمي قطع او موافه ناحیي څخه پورته او بنکته د نورمال کلمي خوله یو بل سره گنډل کیږي وروسته دعملیات څخه تر څو چه په کلمو کی فعال استداري حرکات پیدا شي معدوي تیوب تطبیق اوسکشن شی.

ددیهادریشن دمخنیوی لپاره کافی اندازه مایعات ترڅوچه دخولی له لاری په تغذی شروع وکړی دورید له لاری ورکړل شی وروسته دکلمی داستداری حرکاتو دپیداکیډو څخه دپانقراس دعدم کفایی لپاره ماشوم ته باید پانقراسی انزایمونونه د شیدو سره یوځای ورکړل شی او دشینو شحمی مواد باید لږوی دتنفسی جهاز دانتاناتو دمخنیوی لپاره انتی بیوتیک ورکول مفید دی اما په دوامردډول باید ورکړل شی اوددی لپاره چه میکرواورگانیزم ژرد هغه په مقابل کی مقاومت پیدا کوی وروسته د هرو پنځو ورځو څخه باید نوعیت دانتی بایوتیک تغیر ورکړل شی.

انذار –

سره دټولو پاسنی اهتماماتو ۵۰ فیصد ماشومان دتنفسی جهاز دانتانی اختلا طاتو له کبله مړه کیږي.

٦ انورکتال انومالی گانی Anorectal Anomalies

دا انومالی په مذکر او مؤنث جنس کی برابر تصادف کیږی په ٢٠ زرو ژوند یو نور مال ولا دتونو کی یوه واقعہ ددی انومالی سره تولد کیږی

تصنيف-

١- Low Anomalies - پدی انومالی کی رکتوم دمقعدی رافعه عضلی څخه ښکته نشو نما کړی وی اما مقعدی قنات امکان لری په لاندی ډول په دری غیر طبیعی شکلو نشو نما وکړی.

الف - مقعدی قنات نورمال موقعیت لری اما امکان لری چی د یو پرده یا پانی پواسطه سوری بی بند شوی وی یاداچه مقعدی قنات تضیق ولری.

ب- مقعدی قنات نورمال موقعیت لری اما د پوستکی او تحت الجلد پواسطه دمقعدی قنات خوله کاملاً بنده وی

ج- مقعدی قنات سره لدی چی نورمال تشکل لری اما په غیر نورمال ځای کی خوله خلاصه شوی وی چی په نارینه کی امکان لری دمقعدی قنات خوله په Perineum دصفن په متوسطه برخه اوحتی په قانده د قضیب خلاصه شی په انجونو کی د مهبل دخولی په څنگ خلاصیږی

٢- Intermediate Anomalies - پدی انومالی کی رکتوم درافعه عضلی څخه لږ ښکته راځی دپوستکی په سریالیو التوات موجود وی اما مقعدی قنات موجود نوی درکتوم اخرنی برخه دیو فستول په شکل په نارینه کی په کھفی احلیل تمادی پیدا کوی او په انجونو کی دمهبل په ښکته برخه کی خوله بی خلاصیږی

٣- High Anomalies - پدی انومالی کی درافعه عضلی څخه ښکته رکتوم ښکته نشو نما نه کوی اوددی عضلی دیاسه موقعیت لری همداسی امکان لری چه مقعدی التوا هم موجود نوی درکتوم اخری برخه امکان لری بیخی بنده وی یادا چه په نارینه کی په مثانه یا پرو ستاتی احلیل کی خوله نی خلاصه شی .

او په انجونو کی درکتوم خوله په مثانه یادمهبل په پاسنی برخه کی خلاصیږی.

سریری تظاهرات -

وروسته د ولادت څخه دانومالی په تشخیص کی دماشوم مکمل فزیکي معاینه ډیر اهمیت لری په ښکتنی انومالی کی امکان لری دمقعدی قنات خوله په غیر طبیعی ځای خلاصه شوی وی چه پدی ډول دصفن متوسطه او ښکتنی برخه ، دمهبل خوله او همداسی الیوی التوات په پام سره معاینه شی. په بین البینی اوپا سنی انومالی گانوکی امکان لری چه داخلیل په خوله یا په تشومتیازوکی یا دمهبل په خارجی فوچه میگونیم موجود وی ما شوم ته وروسته ١٢د ساعتو څخه کانگی اودگیدی توسع پیدا کیږی مقعدی تضیق عموماً په لمړی مرحله کی اعراض نه ورکوی لدی کیله اوله مرحله نه تشخیص کیږی اوروسته دڅو ورځو څخه چه په گیده کی انتفاخ پیدا شو دمقعدی قنات د جس کولو په واسطه تشخیص تریوی اندازی پوری وضع کیږی.

Imperforated دقطعی تشخیص اود تداوی دمیتود دانتخاب اود بولی تناسلی هضمی فستولو د موجود یت له کیله ځینی راد یوگرافیک معاینات باید اجراشی.

١- لږ تر لږه اته ساعته وروسته د ولادت څخه باید دماشوم دگیدی څخه راد یو گرافی اجرا شی ځکه پدی موده کی ماشوم ته اجازه ورکول کیږی چی کافی اندازه هوایره کړی.(بلع کړی) وروسته ددی مودی څخه چه په کلمو کی تیره شوی هوا داخل شود گیدی دراد یوگرافی څخه تر مخی دپنځه دقیقی لپاره دماشوم سر ښکته اوپینی پورته نیول کیږی ترڅو درکتوم په ښکتنی څوکه کی هوا ټوله شی.

او وروسته دکبیر تروخانتر (Greater Trochanter) په حذا دماشوم دگیدی او حوصلی څخه جنبی را دیو کرافی اخستل کیری ددی لپاره چه دمقعد په بند شوی برخی دپوستکی بند والی ښه تعین شی باید دماشوم دالبوی التوا دپوستکی له پاسه یو فلزی پارچه تثبیت شی ترڅو چه دراد یو گرافی په کلیشه کی ددی فلزی پارچی اودرکتوم دښکنتی څوکی هوایی جوف ترمینځ فاصله اندازه شی اما دانورکتال د انو مالی دنوع دتعینو لو لپاره دامیتود کافی ندی او باید دلاندی میتودو څخه استفاده وشي. څرنگه چه دماشوم درادیوگرافی په پانه کی دعانی مفصل دښکنتی سرحدڅخه یو خط دعجزداخري فقری تر ښکنتی سرحد پوری رسم کیری چه داخط یعنی pubococcygeal خط درافعه مقعدی عضلی پاسنی سرحد سره موازی توافق کوی .

همداسی یوخط د ورک دډیوکی (oss, ischium) دښکنتی سرحد په حذا د pubococcygeal خط سره موازی رسم کیری چه داخط درافعه عضلی دسفلې سرحد سره موازی توافق کوی . که درکتوم هوایی جیب دورکی خط (inter ischial line) څخه پورته واقع وی انومالی امکان لری چه پورته وی اوکه درکتوم هوایی جیب دورکی خط (inter ischial line) څخه ښکته واقع وی انومالی امکان لری چه ښکته وی . دا میتود امکان لری چی په ځینو وختونو کی غلط ثابت شی ځکه چی هوا د رکتوم په ښکنتی څوکه کی ښه ځای پر ځای شوی نه وی په هغه حالاتو که چه دمنائی په مینځ یعنی دعانی ډیوکی په خلاف هوا موقعیت ولری درکتو ویزیکال فستول ثابنتوی.

۲- دهضمی جهاز او د بولی تناسلی لاری دفتستول دمووجود یت په هکله دماشوم په احلیل او مهبل کی په رترو گراد (Retrograde) ډول کثیف مواد دکتیتر پواسطه اچول کیری. دکتیفه موادو دخط السیر څخه رادیوگرافی اجرا کیری که کثیفه مواد په هضمی جهازو دکلمی دگازاتو په مینځ داخل شوی وو دفتستول د موجودیت د هضمی او بولی تناسلی جهازو په مینځ ثابنتیری.

اختلالات (Complications):

دانومالی په تشخیص یا تداوی کی خنډوالی د کلمی د زیات توسع له کبله د سیکم د سوری کیدو خطر موجود دی چی په نتیجه کی د میکونیم پریطونایتس مینځ ته راځی. د رکتوم او دبولی لاری د فستول په موحدیت کی تش متیازی په رکتوم او کولون کی داخلیری په نومورو ځایونو کی د امونیم کلوراید د جذب له کبله ماشوم په اسپدوزس اخته کیری. برخلاف د کولون او رکتوم محتوی په بولی لاره کی داخل او د پیالونفرایتس سبب گرځی. چی د نوموړی اختلالات (Complications) د مخنیوی لپاره کولوستومی کول په مقدم مرحله کی انتخابی تداوی دی.

تداوی :-

۱- د ښکنتی انومالی تداوی :-

د مقعدی پانی (برده) باید شق شی که تضیق موجود وو د شپږو یا اتو میاشتو لپاره هره ورځ د مخصوص توسع ورکونکو سندو پواسطه مقعدی قنات ته توسع ورکړشی او که د مقعد خوله په غیر طبیعی ځای خلاصه شوی وو د عجان له لاری مداخله صورت نیسی او د مقعدی قنات خوله د معصری سره یوځای قدام یا خلف ته راوړل کیری او په طبیعی ځای کی تثبیتیری.

۲- د inter mediated او پورتنی انومالی تداوی :-

په لمړی مرحله کی د صاعده کولون په حذا د گیدی په ښی طرف کولوستومی اجرا کیری. ترڅوچی بولی لاری ته د کولون محتوی داخل نشی او انسدادی حالت رفع شی کوم وخت چی

ماشوم لږ تر لږه 9 kg وزن پېداکړدگیدی او عجان له لاری مداخله صورت نیسی او د کولون دېستال څوکه د رافعه عضلې د مېنځ څخه تیر او په عجان کې خوله یې خلاصه او گنډل کیږی. په High او Intermediated انومالی کې د مقعد خارجي معصره چې د رافعه عضلې په ښکتنې برخه کې واقع شوی دی لږ وظيفوی عدم کفایه ښکاره کوی او د مقعد داخلي معصره موجود ندی لدی کبله د غایطه موادو بندش په رکتوم کې د رافعه عضلې په مقویت پوری اړه لری .

انذار:-

بی لدی څخه چې وخت دیر تیر شی که عملیات صورت ونیسی د عملیات له کبله د مړینې خطر ډیر لږوی .
په ښکتنی انومالی کې وروسته د عملیات څخه په مقعدی قنات کې هیڅ تشوش نه پاتی کیږی اما په پورتنی انومالی کې یو زیات شمیر ماشومانوته وروسته د عملیات څخه د غایطه موادو incontinence پاتی کیږی.

فلجی انسداد Paralytic Ileus

فلجی انسداد په دوه ډوله دی :

۱-Inhibitori Ileus or Adynamic Ileus

۲-Spastic Ileus

اېډینامیک الیوس یا پارالیتیک الیوس--Adynamic Ileus

په دی نوعه انسداد کې دکلمی حرکات دکلمی دجدار عصبي عضلي جهاز دخراب والی له کبله یا کمیری یا داچه هیڅ موجودنه وی.
اسباب:

دپارالیتیک الیوس په پېداکېدو کې بر علاوه دهاییپوتاسیمیا یوشمیر نور عوامل رول لری کوم چه دانسداد د تصنیف په برخه کې ذکر شول.

پتوژنیزیس Pathogenesis :

دکلمی په جدار کې د سمپاتیک اعصابو فعالیت اضافه اود پاراسیمپاتیک اعصابو په ضد چې دکلمی دحرکاتو دزیاتوالی مسؤل دی عمل کوی. دکلمی دحرکاتو فلج له کبله دکلمو په مېنځ کې زیاته اندازه مایعات تولیدیږی او کلمی په مترقی ډول سره توسع کوی کوم وخت چې دمایعاتوسویه یا اندازه تر معده پوری ورسېده دی وخت په جیجینوم او معده کې معکوس استداری حرکات پیدا کیږی او ناروغ کانگی کوی.

همداسی رکودتی مایعاتو په مېنځ کې زیات مقدار باکتریا نشونما کوی او ددی میکروبو توکسین دکلمی دجدار څخه دپریطوان جوف ته مهاجرت کوی او په هغه ځای کې جذبېږی.
په خلاصه ډول نن معلومه شوی ده چې دپارالیتیک الیوس له کبله دری عمده تشوشات په عضویت کې پیدا کیږی چې دهغه له کبله ناروغ مړکیږی:

لمړی:- دالکترولایت تشوش دزیات اوبو اوالکترولایتودضایع کېدو له کبله دویم:-شدید توکسیمیا حالت : کوم میکروبوته چې دکلمی په مېنځ رکودتی مایعاتو په وسط نشونما کوی دوی په خپله او ددوی توکسین پریطوان ته داخلېږی او هلته جذبېږی.
درېم:- دگېدی دداخلی فشارجیگوالی دکلمو دتوسع له کبله چه پر حجاب باندي فشار وارد وی چې له یوی خونتفسی ظرفیت کم اوهایپو کسیا مېنځ ته راځی اوله بلی خوا دسږو په قانده کې اتلکتازیس اونمونیا پېداکیږی .

سریری تظاهرات:-

هغه ناروغی چه دفلجی انسداد سبب گرځیدلای وی امکان لری چی سریری اعراض یی بارز او دفلجی انسداد اعراض ترشعا لاندی نیولی وی یاداچه برخلاف د فلجی انسداد سریری اعراض بارز او داصلی مرض اعراض پټ پاتی شی.

سریری عرض

۱_ درد :- ناروغ په خپل ګیډه کی خفیف درد په دوامد اړه توګه حس کوی چه تقریباً کولیکي وصف لری

۲_ کانګی_ چه وروسته ددرد دشروع څخه ناروغ ته پیداکیږی اوپه وروستی وخت کی غایطی کانګی مینځ ته راځی (دالیوسیکال دسام دفلج له کبله)

۳_ دګازاتو او غایطه مواد نه خارجیدل دمقعد له لاری

۴_ که دفلجی انسداد منشا داخل پریطوانی یاخارج پریطوانی هیماطوم یاانف وی تبه لږ موجود او دوینی درشف کیدو له کبله هم پیداکیږی

سریری علایم

په تفتیش سره ګیډه متوسع وی په جس سره په ګیډه کی تندرنس موجود وی په قرع سره په ټول بطن کی تامپانیک حالت او په اضعاءکی دکلمی اوازونه ډیر لږ یا هیڅ نه اوریدل کیږی .

تشخیص:-

دناروغی تشخیص د سریری تظاهراتو او لابراتواری معایناتو اورادیو ګرافی سره وضع کیږی

لابراتواری معاینات:-

سربریره پرخصوصی معایناتو چه داصلی مرض په هکله اجرا کیږی اومختلف نتایج لاس ته راځی دفلجی انسداد له کبله دوینی په معاینه کی هیموکانسنتریشن اودالکترولایت عدم توازن موجود وی خصوصاً دپتاسیوم مقدار دنورمال اندازی څخه ډیر ښکته وی .

رادیوګرافیک علایم

په فلجی یا پارالیتیک انسداد کی وری کلمی دګازاتو څخه ډک اودمخاطی غشاء التوات واضح ښکاری همداسی په کولون کی زیات اندازه ګازات موجود او دغو کلمو التوات لری،لری په سګمنتال (segmental) ډول معلومیږی اوهایدروایریک خیالونه هیڅ موجود نوی په فلجی یا پارالیتیک انسداد کی که دانسداد ی حالت په سرپریطونا یتس(Peritonitis) لوحه ضمیمه شوی وی دراد یو ګرافی په پانډه کی دګیدی ښکتنی برخی سپین ښکاری.

تداوی :-

دمرضی عامل دمنځه وړل دفلجی انسداد اساسی تداوی دی. کوم فلجی انسداد چی وروسته دعملیات څخه پیداکیږی امکان لری چه یوه یادوه ورځی وروسته د مینځه و لاری اوکه دعملیات په وخت کی کلمو ته ډیرمانور ورکړ شوی وی امکان لری چه دغو ورځو لپاره فلج انسداد پاتی او پدی وخت باید معدوی تیوب تطبیق اوهیښمه سکشن شی .دګیدی په سرناوده تطبیقات اوناروغ ته په احتیاط پارسیمپا تیک منبه دواګانی تطبیق شی او ناروغ ته په کافی اندازه داخل وریدی مایعات اوپتاسیوم ورکړ شی. که پاسنی اهتمامات موثر واقع نشو امکان لری چی وروسته دعملیات څخه ډهړیطوان په جوف کوم موضعی ایسی تشکل کړی یاداچه دانستوموزی ناحی لیکارپیداشوی وی یادکوم میخانیکي فشار له کبله دکلمی لومین په کوم ځای که بندشوی وی پدی حالاً تو کی دالکترولایت عدم توازن دوینی معاینی په واسطه باید رد او وروسته دناروغ ګیډه دوباره خلاص اوپه دقیق ډول تفتیش اجراشی که کوم ایسی موجود وو باید تخلیه اودرناژشی که په انستوموزی ناحیه کی لیکار موجود وی باید دوباره ترمیم اوکه په نوموری ځای التهاب مداخله درلو

د دگیدی دجدار سره د الیوستومی یا جیجونو ستومی په شکل ارتباط ورکړ شی که کوم میخانیکي فشار موجود وی هغه هم باید لری شی اوکه دگیدی په مینځ کوم ښکاره انسداد ی عامل پیدانشو معد وی تیوب په عوض میلر اوبت تیوب چه څوکه یی تر الیوسیکال دسام پوری ورسیری دوری کلمی د Decompression په منظور تثبیت شی که فلجی انسداد په کولون کی موجود وی پدی وخت سیکوستومی باید اجراشی .اوکوم وخت چه دکلمو نورمال حرکات شروع شوکه میلر اوبت تیوب استعمال شوی وو باید ورو ورو وایستل شی او که سیکوستومی اجراشوی وی وروسته دڅومودی څخه بایدوتړل شی. که فلجی انسداد د نورو عواملو له کبله چه د ناروغی په اسبابو کی شرح شوی دی پیداشوی وی باید سببی تداوی چه په جلا مباحثوکی شرحه کیږی اجراشی اوتداوی دسره تر رسیدو څخه وروسته فلجی انسداد له مینه ځی.

۲- تشنجی انسداد --- spastic Ileus

دا قسم انسداد ډیر لږ تصادف کیږی اودکلمی دغیرمنظم اوغیرمنسجم هایپر اکتیف حرکاتو څخه عبارت دی .چی ددی حرکاتو په نتیجه کی غذایی مواد د کلمو په مینځ کی پرمخ نه ځی دتشنجی انسداد اسباب د انسدادوپه تصنیف کی ذکر شوی دی .

سریری تظاهرات :-

ناروغ په خپل کیده کی متقطع شدید کرمپ ډوله درد حس کوی چه دزړه بدوالی او کانگو سره ملگری وی په ځینی حالاتو کی دگیدی درد تر هغه اندازی پوری شدید وی چی داکتر یو حاد بطن او پر یطونایتس خواته فکر کوی اما باید وویل شی چی په وینه کی دسپین کریواتو شمیر نورمال او تبه هم موجوده نوی. دتداوی له نظره تشنجی انسداد باید سببی تداوی شی څرنگه چه کومی ناروغی چه دکلمو داستداری حرکاتو ضعیفوالی سبب کیږی باید هغه تداوی شی مثلاًکه دسرب تسمم له کبله دانوع انسداد مینځ ته راغلی وی باید کوشش وشی چی دسرب تسمم تداوی شی چه ددی ناروغی دتداوی سره سم دگیدی درد هم ورک کیږی همداسی یو ریمیا اودخگر پورفیریا تر څو چه تداوی شوی نوی تشنجی فلجی انسداد دمینځه نه ځی .

ساده میخانیکي انسداد Simple Mechanical Obstruction

تعریف _ پدی نوع انسداد کی دکلمو خوله بندیری پرته ددی چه دنوموړو کلمو دوینی جریان قطع شی. دبند شوی ناحیی څخه پورته کلمی دگازاتو اومايعاتو دتجمع له کبله توسع کوی او دا توسع پر مخ ځی اوحی دجیوجونوم اومعدی پوری رسیری دکلمو دلومن بند والی یانسدادی سویه هرڅومره چه پورته وی په هماغه اندازه سریری تظاهرات شدید وی .

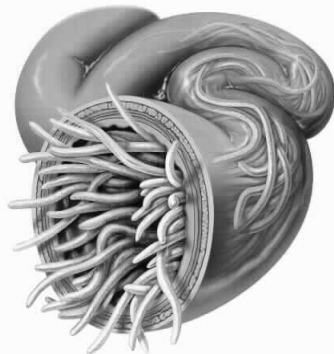
اسباب:-

څرنگه چه دانسداد په تعریف کی تذکر ورکړ شود ساده میخانیکي انسداد اسباب په لاندی ډول شرح کیږی

۱_ دکلمودلومن بندوالی دداخل لومن دعواملو له کبله: مثلاً دغایطی تیږی، صفراوی تیږه، اسکرپس چنجی، انترایتس توبرکلوز، کرون ناروغی، دکلمو سلیم او خبیث تومورنه

۲_ دکلمو دلومن بندوالی دخارجی میخانیکي فشار له کبله: مثلاًدداخل بطنی تومورونه، داخل بطنی ابسی گانی، توبرکلوزی برید ونه اودمساریقی لمفاوی غدواتو فشار .

۳_ دکلمو لومن بندوالی د رادیشن له کبله



پټوژنيز پيس Pathogenesis:-

دورو کلمو په ساده ميځا نېکۍ انسداد کې چه اروا يې قطع شوی نوی دبند شوی ناحي څخه پورته دکلمو په مينځ کې گازات او مايعات راټوليری اودکلمو په حرکتو که تغير پيداکيری.

دالکتروولايټو او مايعاتو ضايع کيدل:-

په نورمال حالت کې کوم وخت چه غذايي مواد په وړوکلمو کې داخليری په هر ۳۰ دقيقو کې پينځه نيم ليتره مايعات (غذايي مواد چه دمعدی معائی افرازاتو سره يوځاي شوی دی دکلمو دلومن څخه وینی ته داخليری او برعکس پنځه ليتره دوينو څخه کلمو لومن ته راځی. دمعدی معائی افرازاتوپه شکل) چه په نتيجه کې دکلمو جذب نسبت د کلمو افرازاتو ته ۵۰۰ ملي ليتر (نيم ليتر) اضافه دي اما کوم وخت چي د کلمو د لومن په يوه برخه کي بندش پيداکيری په لمړي مرحله په هغه جريان کي چه د لومن څخه وینی خواته صورت نيسي کموالي پيداکيری اما د وینی څخه لومن خواته جريان نورمال پاتي کيری يا په بل عبارت د جذب په عمل کي کموالی مينځ ته راځي چی په نتيجه کي يو مقدار مايع په تدريج سره د کلمو په لومن کي اضافه کيری او د مايع زياتوالي له کبله کلمی په مترقی ډول توسع کوي وروسته د ۲۴ يا ۴۸ ساعتو د وینی څخه لومن خواته په جريان کي هم زياتوالي پيداکيری. (د کلمو د جدار اوعيه توسع کوي) او په کلمو کي نور هم مايعات اضافه کيری او پدي ډول دانسد ادي ناحیې څخه پورته د مايعاتو د توليدو له کبله د کلمو لومن ډک او په مترقی ډول توسع کوي او دکلمی د لومن داخلي فشار جکيري. دکلمی د لومن د داخلي فشار لا جگوالی د دی سبب کيری چی دکلمی د جدار وریدی جريان باندي فشار واردي شي او بالاخره وریدی جريان قطع او وریدی وینه د کلمی د جدار په مينځ د رکودت په حال پاتي شي چی په دي وخت اورده توسع کوي او جدار يې نري کيری او د اوردي د نري جدار څخه يوه اندازه مايعات د کلمو د جدار په مينځ يعنی په بين الحجروي مسافاتوکی داخليری او د کلمو د جدار دازيما سبب گرځي بله برخه يې دکلمی په لومن کي داخل او په دغه ځاي کي د فشار د لازياتوالي سبب گرځي يوه برخه يې د ډرطوان په ازاد جوف کي توييري.

کوم مايعات چي د کلمي په لومن کي داخليری ورو ورو سوبه يې پورته ځي او حتي معدي ته رسيري او معده ډکوي له هغه ځايه چي معده دا مواد بښکته خواته نشي تش کولاي نو د انتی پريستاليزم حرکتو او د حجاب حاجز او د گيډي د جدار د تقلصاتو پواسطه د کانگي په شکل خارجوي. پدي ډول په څلورو شکلو يعني د کلمو د جدار په مينځ د ازيما په شکل ، د ډرطوان په ازاد جوف کي، د کلمی په لومن کي او بالاخره لدي لاري د کانگي په شکل مايعات ضايع کيری .

(دمعدی معايي قنات افرازات په ۲۴ ساعتو کي تر اته ليتره پوري په متوسط ډول رسيري چي لرونکي د مختلف انزايمونو او الکترولايټو دي او دا مقدار افرازات په انسدادی حالاتو کي نه جذبيري) بايد وويل شي چي وروسته ددي څخه چي وریدی جريان قطع شود کلمی د لومن د فشار د مترقی زياتوالي له کبله ورو ورو شريانی جريان هم تر فشار لاندي راځي او بالاخره شرياني جريان هم قطع کيری. چه پدي وخت مافه کلمی په نکروز او گانگرين کيدو شروع کوي چي د گانگرين شوي ناحیې له لاري يوه اندازه وینه هم ضايع کيری.

د مايعاتو د ضايع کيدو له کبله خارج الحجروي مايعات هم کميري او د دوران څخه پلازما خارج او نوموړي ځاي کی تجمع کوي او په نتيجه کي هيموكونسنټريشن او هايپو واليمک شاک - د پښتورگو عدم کفايه او بالاخره مرگ مينځ ته راځي له بله خوا کوم مايعات چي د رکودت په حال د انسدادی ناحیې څخه پورته ټول شوي دي د هغوي په مينځ کې باکټريايو نشونما کوي او له هغه ځايه چه د کلمو جدار د زيات توسع له کبله ډير نري شوي دي باکټرياکاني د کلمو د داخل څخه په

اسانی د کلمو جدار څخه تیریري او د پریطوان په جوف کی مهاجرت کوي او د انسدادې لوحی په سر د پریطوانپټس لوحه هم اضافه کیږي یا په بل عبارت د هایپو والیمک شاک ترڅنگ انتانی شاک هم ضمیمه کیږي.

له یوې خوا د کلمی توسع او له بلې خوا د پریطوان په مینځ کې د زیاتو مایعاتو تولید ددې سبب کیږي چه حجاب حاجز پورته خواته تپله شي چه ددې په اثر سږی نورمال انبساط نه کوي او په نتیجه کې تنفسی ظرفیت لږ او د گازاتو تبادله په صحیح صورت سرته نه رسیږي او ناروغ په انوکسیا (Anoxia) اخته کیږي چی البته د انوکسیا په مقابل کی دماغ، ځیگر، پښتورگو او پانقراس ډیر حساس او په نوموړو غړوکی حجروي میتابولیزم ښکته او په نتیجه کې دوي خپل وظایف په صحیح توگه سرته نشی رسولاي.

د کلمو په مینځ کی د گازاتو زیاتوالی:-

د میخانیکي فشاري ناحیې څخه پورته د کلمی په مینځ کې یوازي د مایعاتو تولید د کلمو په توسع ورکولو کې رول نه لري بلکی د گازاتو موجودیت هم ښیځل وي په کلمو کې د گازاتو جذبیدل د هغو په قسمی فشار په کلمو کې ،په پلازما کې او په تنفسی هوا پوري اړه لري مثلاً د نایتروجن قسمی فشار په وینه،کلمو او په تنفسی اتوموسفیري هوا کې تقریباً مشابه وي نو د هغه جذب د کلمو له خوا ډیر لږ دي.

برخلاف د کاربن ډای اکساید جذب زیات دي ځکه چې قسمی فشار یی په کلمو کی فوق العاده زیات ،په وینه کې متوسط او په اتوموسفیري هوا کې ډیر کم وي اما سره له دې هم د اوسني تحقیقاتو په اثر څرنګه چه د کلمو گازات تجزیه شوي دي د هغه مقدار او فیصدي د اتوموسفیر هوا سره ورته والي لري نو فکر کیږي چی د کلمی گازات په میخانیکي ساده انسداد کې زیاته اندازه یی د بلع شوي هواڅخه منشاء اخلي او هغه وخت چه انسدادې حالت دوامداره شي د باکتریو د فعالیت له کبله هم یوه اندازه گاز د کلمو په مینځ پیداکیږي او کوم وخت چه کلمی توسع کوي له هغه ځایه چه د گازاتو قسمی فشار د کلمو د لومن په مینځ نسبت وینی ته ښکته دي نو پدې وخت د وینې څخه هم یوه اندازه گازات د کلمو د لومن په مینځ داخلیري .

د کلمو د حرکاتو شدت:-

کوم وخت چه د کلمو لومن د یو میخانیکي فشار پواسطه بندیږي د کلمو استداری حرکات شدید او کوشش کوي چه مانعه لري کړي د لږ وخت لپاره دوامدار استداري حرکات دوام کوي او ژر د شدید استداري حرکاتو په مینځ یو ارام صفحه مینځ ته راځي چې په دې ارام صفحه کې استداري حرکات موجود نوي.

د دوه ارامو صفحو فاصله د معدې معاني قنات په سیر د میخانیکي انسداد په موقعیت پوري اړه لري.

د جیجونوم او الیوم په برخه کې که کوم میخانیکي فشار موجود وي د دوو ارامو صفحو په مینځ ۳ تر ۵ دقیقه فاصله وي او که فشار د الیوم څخه ښکته موقعیت ولري د دوو ارامو صفحو فاصله د ۱۰ څخه تر ۱۵ دقیقو پوري اوږدیږي.

دا شدید استداري حرکات چه د کلمو د عضلي طبقی د تقلصاتو له کبله مینځ ته راځي د کلمی جدار په ازیما کې ښه مرسته کوي او د هغه ازیما او توسع زیاتوي.

دکولون دانسداد پټوژنیزیس:-

د کولون د انسداد تاثیرات پر ناروغ باندې نسبت وړو کلمو انسدادې تاثیراتو ته لږ دي ځکه چه:

۱ – په استثناء د تدوري حالت کولون نور هيڅ وخت د نورو انسادي عواملو له کبله په اختناق نه اخته کيږي.

۲ – له هغه ځايه چې کولون نسبت وړی کلمی ته مقاوم او قوي عضوه ده او نسبت وړي کلمی ته د جذب او افرازي خواص لري دي نو په انسادي حالاتو کې د اوبو او الکترولایتو توازن ډیر ورو ورو خرابيږي .

ددي دوو دلالتو په اساس نه يواځې د کولون غیرتدوري انسداد يو غیر عاجل واقعه جوړوي بلکه څرنگه چې د ورو کلمو په انسدادو کې د ناروغ عمومي حالت ژر خرابيږي د کولون په انسدادو کې ډیر ژر نه خرابيږي

د کلمو مترقی توسع د کولون د انسدادو خطرناک عرض تشکيلوي که الیوسکال د سام عدم کفایه ولري ددي د سام له لاري د کولون محتوي الیوم ته ريفلکس کوي او د کولون د مترقی توسع څخه مخنيوي کوي اما که الیوسکال د سام عدم کفایه ونه لري او کولون په یوه بله برخه یو مانعۀ مثلاً یو کانسری کتله د هغه لومن بند کړي وي پدې وخت یو closed loop انسداد مینځ ته راځي چې اصلاً د کلمی او عیه په دی ځای تر فشار لاندی نه دی اما دکلمی لومن په مترقی ډول دکازاتو تولیدوله کبله متوسع کيږي او داخلي فشار یې زیاتيږي.

د کولون جدار باندي د وارده قوي فشار په هغه ځاي کې زیات وي چې زیات قطر ولري دلایلاس د قانون په اساس د هغه لازم قوه کموالي د یو مجوف یا تش جسم په دننه چې د هغه د جدار د توسع سبب وگرځي معکوساً متناسب دي د تش جسم د جدار د شعاع د لویوالي سره.

د کولون په هکله ددي قانون په اساس په ټول کولون کې داخلي فشار مساوي (په نورمال حالت د کولون دننه فشار ۲۵ سانتی متره د اوبودی) یو برابر پاتي کيږي اما جدار باندي د وارد شوی قوي ددي فورمول په اساس محاسبه کيږي

$Tension = pressure \times diameter$

Tension in sigmoid = $25 \times 6 \times 3.14 = 471 \text{ cm H}_2\text{O/cm}^2 \text{ surface}$

Tension in cecum = $25 \times 12 \times 3.14 = 912 \text{ cm H}_2\text{O/cm}^2 \text{ surface}$

د پاسني فورمول په اساس په سیکم جدار باندي وارده شوي قوه په في سانتی متر مکعب سطح کې زیات دي او لږي کبله د سیکم جدار د کولون نسبت نورو برخو ته ژر ځیري کيږي.

سریري تظاهرات

په مختلف انسادي حالاتو کې چې انواع یې د انسداد په اسبابو کې ذکر شوي دي خصوصی سریري تظاهرات فرق کوي اما د انسداد عمومي سریري تظاهرات په لاندې ډول شرح کيږي او خصوصی سریري تظاهرات د هر انواع انسداد په مبحث کې ذکر کيږي

سریري اعراض:-

۱ – درد (pain):- چې منشاء یې دکلمو شدید استداري حرکات دي چې په پریودیک ډول مینځ ته راځي او د کرېمپ وصف لري څرنگه چې د هر کرېمپ ډوله درد حملی څخه وروسته یو خاموش یا بی درد صفحه مینځ ته راځي چې پدې صفحه کې ناروغ درد نه حس کوي که دکلمو پاسني برخه په انسداد اخته شوي وي درد په شروع د کیدي په پاسني برخه حس کيږي او که انسداد د الیوم په جدار کې وي ناروغ د نامه په چار چاپیره کې درد حس کوي اما د کولون مخصوصاً د سگموئید په انسادي حالاتو کې ناروغ د گیدي په بنګتۍ برخو کې د درد حس کوي که انسداد د کلمو په پاسني برخو کې وي خاموشه صفحه د ۵-۴ دقیقو پوری دوام کوی که انسداد د کلمو په اخري برخو کې واقع وي (یعنی پرسگموئید او کولون باندي) د دوه درد حملي فاصله تقریباً ۱۵ یا ۲۰ دقیقې وي

که انسدادی حالت دومداره شي درد خپل کرمپ یا تشخیص وصف ته تغیر ورکوي او کولیک په شکل دومدار په ټول گډه کي پاتی کیږي.

۲ - کانګي vomiting

الف - غیر عکسوي کانګي یا non reflexive vomiting - کوم وخت چي د الیوسیکال د سام څخه پورته انسدادی حالت پیدا شي د وړو کلمو په مینځ گازات او مایعات تولیدي او کوم وخت چي مایعاتو وسو په تر معدي پوري ورسید د معدي د جدار د تنبیه او تخریش له کبله ناروغ کانګي کوي چه دا کانګي عموماً په لمړۍ وختو کي لږ اسیدي یا صفر اوي وي وروسته د وري کلمی مواد احتوا کوي او په هغه حالاتو کي چه اختناقی انسداد موجود وي امکان لري وینه لرونکي مایع خارج شي.

ب:- عکسوي کانګي - reflexive vomiting :-

هغه وخت مینځ ته راځي چي انسدادی حالت د الیوسیکال د دسام څخه ښکته واقع شوي وي او په نوموړي د سام کي عدم کفایه موجود نوي (کوم وخت چه په نوموړي د سام کي عدم کفایه موجود نه وی دکولون روکودنۍ مواد په وړی کلمی او معدی ته رسیدای نشی او محتوی یی د کانګي په شکل د معدي څخه نه خارجيږي) پدي وخت کوم کانګي چه ناروغ ته پیدا کیږي کولون د توسع له کبله مینځ ته راځي چه د کولون توسع پر پریطوان او وري کلمو باندي فشار واردوي او د هغه د تنبیه په اثر په عکسوي ډول ناروغ ته کانګي پیدا کیږي.

په هغه حالاتو کي چي د الیوسیکال په د سام کي عدم کفایه موجود وي نو هر وخت چه انسداد له کبله په ټول کولون کي گازات او مایعات راټول شي د نوموړي د سام له لاري چه خلاص پاتی دی وري کولمي ته راځي او د مایعاتو سوبه هر وخت چه معدي ته ورسید ناروغ ته کانګي پیدا کیږي چی دا نواع کانګي عکسوي ندي او د کانګي محتوي غایطه مواد وی.

۳ - د غایطه موادو او گازاتو نه خارجیدل د مقعد له لاری:

یو تشخیصی عرض دي اما د کلمی د توسع له کبله داخل بطني فشار جگړي او پدي وخت امکان لري د انسدادی ناحیې څخه ښکته کوم گازات او غایطه مواد چي موجود دي د مقعد له لاري خارج شي مخصوصاً انسداد وړو کلمو کي وی امکان لری چی ناروغ د پریودیک درد څخه حتی څو ساعت وروسته هم تغوط وکړی د یو کرمپ ډوله شدید درد څخه وروسته په انفلاقی ډول اسهال پیدا کیدل په ناتام انسدادی حالت دلالت کوي.

سربري علایم

۱ - تفتیش

الف - د ناروغ عمومي وضع د تفتیش له نظره:- د ساده میخانیکي انسداد په لمړي ۲۴ ساعتو کي د ناروغ عمومي حالت زیات تغیر نه کوي حیاتي علایم تقریباً نورمال او د بیهادریشن چندان زیات موجود نه وي اما په ساده میخانیکي انسداد وروسته د ۲۴ ساعتو څخه او په اختناقی انسدادی حالاتو په لمړي ۲۴ ساعتو کي ناروغ توکسبیک او شدید دیهیدروجن حالت لري او په پرمختللی واقعاتو کي ناروغ په شاکی.

څرنګه چي د ناروغ ژبه وچه - شدید تندی حس کوي - په تندې یخه خوله- هایپرترمیا - نبض سریع او ضعیف - د وینی فشار ښکته حتی غیر قابل اندازه او ناروغ فوق العاده ضعیف ښکاري

ب- د گډې تفتیش - که انسداد د معدي معاند جهاز په پاسني برخو کي واقع شوي وي یا داچه اختناقی انسداد موجود وي له هغه ځایه چه کلمي توسع نه کوي نوگیده هم د دیستشن نه لري او د کلمو په مینځنۍ برخۍ یا په کولون انسداد واقع شوي وي گډه په مترقی ډول دیستشن پیدا کوي په

تفتیش سره د ساده میخانیکي انسداد په حالاتو کې د گيډي جدار د پاسه مخصوصاً چې ناروغ ډنگروي د کلمو استداري حرکات په سترگو نه لیدل کېږي

۲ - **جس**: درد په وخت کې چې د گيډي عضلات د تقلص په حالت کې وي د گيډي جدارشخوالی لري اما کوم وخت چې د درد حمله د مینځه لاړ شي که بطن په غیر اختناقي حالاتو کې د گيډي په جدار کې تندرېس موجود وي کوم داخل بطني تومور د انسداد سبب شوي وي همداسې د یو پرازیتي متحرک کتلات او د تغلف یا *intussuseption* تومور په ښی ښکتنی کوارننت (Quadrant) یا د رحم او مبيض تورمونه د جس وړ وي په هغه حالاتو کې چې اختناقي انسداد یا د وخت په تیریدو کې انسدادی حالت پریطونایتس لوحه پیداکړي د گيډي جدار د تختی په شان کلک -تندرېس او ریبوند تندرېس موجود وي په ټول انسدادی حالاتو کې د یو قانون په حیث باید چې مغبنی او فخذی سوري جس شی چې په نوموړیو ځایونو کې اختناقي فنق موجود نه وي

مقعدی معاینه Rectal Examination

له هغه ځایه چې یو شمیر ولادي انومالی گاني رکتوم امراضو لکه تومورونه د انسداد سبب گرځي نو دا معاینه د نوموړو امراضو د تشخیص په هکله مهمه ده
سربیره ددی د داخل بطني تومورود موجودیت په هکله هم تریوی اندازی پوری د دی معاینی پواسطه معلومات لاس ته راځی .

۳- **قرع (Percussion)**

په ساده میخانیکي انسداد کې په عمومي ډول دکلمی دتوسع له کبله په قرع سره په ټوله گيډه کې مخصوصاً په مرکز بر خو کې تمپانیک اواز موجود وی. باید وویل شي څومره چې میخانیکي انسداد ښکته واقع شوی وی په هماغه اندازه دگيډی توسع زیاد او په قرع سره تمپانیک حالت زیات وی .

په اختناقي حالاتو کې او په هغه حالاتو کې چې انسدادی حالت پریطون خواهه د مکروبو دمهاجرت له کبله پریطونایتس (Peritonitis) لوحه پیدا کړی وی په ټول بطن کې د قرع سره اصمیت موجود وی

۴- **اصغاء (Auscultation)**

د درد د حملی په وخت کې شدید استداري حرکات د تندر او برېښنا د اواز په شکل اوریدل کېږی. په فلجی انسدادونو کې داستداري حرکاتو اواز د لری څخه ضعیف، جلا جلا او وروسته د زیات وخت څخه اوریدل کېږی. په اصغاً کې د استداري حرکاتو نه اوریدل پدی دلالت کوی چې کلمی گانگړین شوی دی .

تشخیص:

دناروغی تشخیص د سربری تظاهراتو - لابراتواری معایناتو اورادیو گرافی پواسطه وضع کېږی.

لابراتواری معاینات -

دانسداد په لمړیو مراحلو کې لابراتواری معاینات امکان لری چې نورمال اوسی اما دانسداد د پرمختگ سره څرنگه چې خارج الحجرو مایعات او الیکترولایت ضایع کېږی نو عضویت ددی ضایعاتو په مقابل کې دانتي دیوریزیس (Anti diuresis) او دسودیم داحتباس په شکل عکس العمل ښکاره کوی دالکترولایت عدم توازن اود دیهایدریشن اندازه د انسدادی حالت په سویه او دوخت په تیریدو پوری اړه لری یعنی هر څومره چې د انسداد څخه وخت زیات تیر شوی وی او انسداد وړی کلمی په اخری برخه کې موقعیت ولری په هماغه اندازه هیموکانسنتریشن زیات وي د تشو

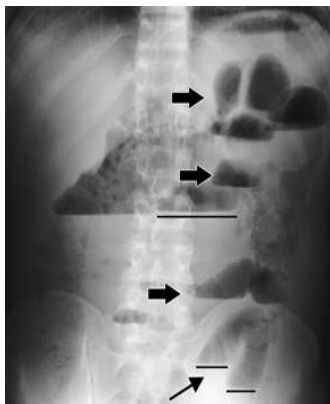
متيازو اندازه ډير لږ او لدی کبله په وینه کی دویني یوریا نایتروجن (Urea- Nitrogen) سویه جگړی په ساده میخانیکي انسداد کی د سپین کورویاتو شمیر (۱۵۰۰۰) پوری رسیږی . اما په اختناقی انسدادو کی د سپین کورویاتو شمیر په یو ملی لیتر مکعب وینه کی د (۱۵۰۰۰) څخه زیات وی . او په دورانی وینه کی ځوان سپین کریوات په زیات اندازه موجود وی که دسپین کورویاتو شمیر په یو ملی لیتر مکعب وینه کی (۴۰۰۰۰ یا ۶۰۰۰۰) ته ورسیږی د کلمی د مسارقی اوعیی په بند والی دلالت کوی .

رادیو لوژیک معاینات :-

که دناروغ د گډی څخه د ولاری په وضعیت قدای خلقي را دیو گرافي واخیستل شی لاندی علایم او خیالونه به موجود وی .

۱- په وړو کلمو کی دگازاتو وضع :-

هایدروایریک (Hydro airc) خیالونه د لیدو وړ وی چی گازات دنیم دائروی خیالونو په شکل چی قبه یی پورته خواته متوجه وی معلومیږی .



۲- په کولون کی د گازاتو وضع :-

د وړو کلمود انسدادیپه صورت، په کولون کی دنورمال څخه لږگازات موجود وی که د سیکم او سیگموئید کولون تدور موجود وی د سیکم او سیمگو ئید په حذا یو غت بالون ډوله گاز چی د نوموړو کلمو شکل ارائه کوی معلومیږی .

۳- دمایعاتو سویه :-

څرنګه چی پورته ذکر شو په کلمو کی نیم دائروی هوائی خیالونه د یو افقی خط پواسطه د مایعاتو څخه جلاکیري .

۴- پریطوانی اکزودات (Peritoneal Exodate) :- پریطوانی اکزودات موجود نوی .

۵- دحجاب حاجز وضع :-

په ساده میخانیکي انسداد کی د گډی د توسع سره موازی حجاب حاجز پورته جگ معلومیږی او په رادیو سکوپي کی حرکات یی ازاد وی رادیوگرافي د باریوم د اماله سره هغه وخت استطباب لری چی په ساده رادیوگرافي فلم کی د کولون انسدادی حالت ښکاره شی او ددی لپاره چی دانسداد ځای اونوع تعین شی د دا نوع رادیو گرافي څخه کار اخیستل کیږی .

همداسی د عملیات داهتماماتو دنیولو سره په ماشومانو کی دغیر اختناقی تغلف د تداوی او تشخیص لپاره هم دبار یوم د امالی څخه کاراخیستل کیږی .

باید وویل شی چی که دباریوم محلول د امالی له لاری کولون ته داخل نشو باید ډیر هڅه ونشی ځکه چی د باریوم د فشار پواسطه امکان لری کولون سوری شی .

همدارنګه دینتورګو اوحالب تیزی او دصفاوی لاروتیری مخصوصاً د درد

په وخت هم د قلجی انسداد سبب ګرځی .

په هغه حالاتو کی چی داکتر دفلجی انسداد عامل د صفاوی یا د بولی لاری تیزی فکرکوی داخل وریدی پیالوگرافي او کولی سیستوگرافي استطباب لری .

تفریقي تشخیص :-DDX

دکلمو انسداد دلاندی امراضو سره باید تفریق شی .

- ۱- دحاد ازیمایی او هیمورائیک پانکراتایتس سره: پدی نوع پانکراتایتس کی عموماً انسدادی لوحه پیداکیږی چی البته تقریبی دوینی او تشومتیازو دمعانی پواسطه کیږی چی په پانکراتایتس کی دامیلز سویه په سیروم او تشومتیازو کی زیاته وی.
- ۲- دصفراوی کولیک -پنډیکولر کولیک او دانترایتس سره :- چی په دی امراضو کی ناروغ انتانی حالت لری او د رادیو گرافی په لوحه کی هایډروایریک (Hydro airec) خیالونه لیدل کیږی

۳- دهغه پریطوانایتس سره چی دهمضی جهاز دقنات دسوری کیدو له کبله مینځ ته راغلی وی چی پدی حالاتو کی که د ناروغ څخه دولاری په وضعیت رادیوگرافی اجراء شی حجاب حاجز لاندی ازده هوا موجوده وی.

تداوی Treatment:-

دانسداد د تداوی اساس عبارت دی له:-

- ۱- په وجود کی د اوبو او الکترولایتونو موازنه برابرول .
- ۲- دعملیات تر وخته پوری د کلمی د توسع د پرمختگ څخه مخنیوی .
- ۳- دامکان په صورت کی دکلمی اوگیډی د توسع کمول.
- ۴- بلاخره دعملیات پواسطه دانسدادی عامل دمینځه وړل .

دعملیات څخه دهمخه اهتمامات :-

هر څومره چی دانسدادی حالت څخه وخت ډیر تیر شوی وی په هماغه اندازه مخکی دعملیات څخه اهتمامات زیات وخت نیسی .

- ۱- ناروغ ته فوراً معدوی یا معانی تیوب تطبیق او په دوامداره ډول سکشن شی تر څو چی له یوی خوا معدو او کلمه تشه، دکلمی د داخلی فشار د زیاتوالی او د کانگی څخه مخنیوی وشي اوله بلی خوا بلع شوی هوا بیرته خارج شی.
- ۲- دناروغ دگیډی څخه ساده رادیو گرافی واخیستل شی .
- ۳- دناروغ وینه دهیما توکریټ ،هیموگلوبین ،هیموکونسنټریشن ،دسپینو کرویاتو شمیر، دوینی دیوریا نایټروجن مقدار او د الکترولایت مقدار له نظره معاینه شی .
- ۴- ناروغ ته داخل کتیر تثبیت او دتسو متیازو افراغ یی په هر ۱۵ دقیقوکی اندازه او تشی متیازی یی د معاینی لپاره لابراتوار ته ولیږل شی.
- ۵- ناروغ ته فوراً داخل وریدی کریستالونید مایعات ورکړل شی .

وروسته د پاسنی اهتماماتو څخه چی په ظرف د دوه ساعتوکی باید تکمیل شی که ناروغ په ساده میخانیکي انسداد اخته وی او د انسدادی حالت څخه یی ۲۴ ساعته تیر شوی وی نو باید عملیاتخانی ته نقل او عملیات شی دعملیات دمړینی خطر په داسی ناروغانو کی یو فیصد وی . که دمیخانیکي انسداد څخه ۲۴ ساعته تیر شوی وی یا دا چی انسداد اختناقی (closed loop) وی دناروغ عمومی حالت دالکترولایتونو دنتشوش او هایپو والیمیک شاک له کبله د اطمینان وړ نوی نو سر بیرته د پاسنی اهتماماتو څخه په لاندی ډول نور اهتمامات هم ورته نیول کیږی . دتحت الترقوی ورید(Subclavian vein) له لاری یو کتیر سفلی اجوف ورید(I.V.C) ته دمركزی وریدی فشار د تعینولو په منظور داخلیری .

که یو ناروغ ۷۰ کیلو گرام وزن ولری او هیما تو کریټ یی ۵۵ فیصد وی معنی یی داده چی تقریباً ۴۰ فیصده پلا زما او خارج الحجزوی مایعات ئی ضایع کړیدی او له دی کبله ژرترژره (۱۱۰۰) ملی لیتر پلازما او (۴۰۰۰) ملی لیتر کریستالو نیډ مایعات ورته ورکړل شی . وروسته ددی څخه چی وریدی مرکزی فشار، هیماټو کریټ ،او د تشو متیازو افراغ نورمال وگرځیده عملیات ته باید اقدام وشي دغه ناروغانو ته تر هغه وخته پوری باید پوتاشیم ورنکړل شی

تر خوچی دتسو متيازو افراغ بی نورمال گرځیدلی نوی . پدی ناروغانو کی مخکی دعملیات څخه دمایعاتو سره یوځای وسیع الساحه انتی بیوتیک لکه امپی سیلین یا تتراسکلیمین که ورکړل شی بهتره ده .

په هغه حالت کی چی اختناقی انسداد موجود وی د یوډیر عاجل واقعی په شکل د مایعاتو په عوض ناروغ ته وینه تطبیق او دناروغ د وضعیت دلر ښه والی سره ژر تر ژره عملیات اجرا او اختناقی عامل د مینځه یوړل شی .
په اختناقی انسدادو کی وروسته دعملیات څخه د مړینی خطر ۲۵ فیصده وی .

جراحی تداوی Surgical Treatment :-

دانسدادی عامل د مینځه وړلو لپاره جراحی کړن لاره په پنځه کتگوریو ویشل شویده

۱- په لمړی کتگوری کی د کلمی لومن نه خلاصیږی بلکی که التصاقات موجود وی قطع کیږی .
تغلف یا intussusception که اختناقی شوی نه وی او یا کوم بنده پاتی فتن موجوده وی ارجاع او که کوم تومور موجود وی ایستل کیږی .
۲- په دوهم کتگوری کی د کلمی لومن خلاصیږی (Enterotomy) او کوم انسدادی عامل چی د کلمی دلومن په مینځ کی موجود وی لکه پرازیتونه ، صفرای یا غایطه تیږی ، پردی اجسام (foreign body) اوسلیم تومورونه ایستل کیږی اود انتیروتومی (Enterotomy) ځای بیرته گنډل کیږی .

۳- دوری کلمی یوه برخه چی د اختناق یا تدور له کبله خپل حیاتیته له لاسه ورکړی وی یا حیاتیته یی داکتر ته مشکوک ښکاره شی دا برخه قطع او په لمړی مرحله کی دماوفه برخه څخه نورمال پاسنی او ښکنتی کلمی خوله په خوله انستوموز (anastomose) ورکول کیږی .

۴- په ورو کلمو کی دانسداد عامل دکلمی دلومن په داخل یا دلومن څخه دباندی یو تومور دی (سلیم یا خبیث) چی دالتصاقاتو له کبله دهغه ایستل امکان نه لری نوپدی صورت کی پرته ددی چی دانسداد عامل لری شی دتومور څخه پورته اوښکته د کلمی نورمال لومن یو بل سره خوله په خوله یا اړخ په اړخ انستوموز (anastomose) ورکول کیږی .

۵- که د دریم او څلور کتگوری حالت دغتی کلمی په اوږدو کی واقع شی پدی ځای کی دماوفه ناحی څخه پورته په مستعرض ډول Single یا Double کولوستومی (Colostomy) یا سیکوستومی (Cecostomy) اجرا کیږی .

په هغه حالاتو کی چی د پریطوان په جوف کی وینه لرونکی مایع یا زوی موجود وی د پریطوان دجوف په ژورو ځایونو کی پنروز درنونه (Penrose Drain) د درناژ په منظور باید تنبیت شی .

دعملیاتو څخه وروسته دناروغ پاملرنه :-

کوم اهتمامات اوپاملرنه چی دعملیات څخه مخکی ناروغ لپاره نیول شوی وو عین اهتمامات باید وروسته دعملیات څخه هم ونیول شی .

تر څو چی فعال استداری حرکات په کلمو کی پیدا کیږی باید په دوامداره توگه د معدوی تیوب پواسطه اسپایریند (aspiration) شی .

ناروغ ته بر علاوه د ۲۴ ساعته اوبو او الکترولایتو، د نورمال څخه باید اضافه مایعات هم د ورید له لاری ورکړل شی یعنی هر څومره مایعات چی د معدوی تیوب او د درنونو (Drains) له لاری ضایع کړی وی باید معاوضه شی . ناروغ ته د ضرورت وړ ویتامینونه او انتی بیوتیک تطبیق شی د پوتاشیم او سودیم مقدار په وینه کی هره ورځ تعین او د نورمال په سویه وساتل شی . د پوتاشیم او سودیم مقدار کموالی په وینه کی د فلجی انسداد سبب گرځی او په وینه کی د دوی د سویی د زیاتوالی په صورت کی داوبو د احتباس له کبله قلبی تشوشات مینځ ته راځی .

پاسنی اهتمامات تر هغه وخته پوری باید ادامه ورکړ شی چې په کلمو کی نورمال استداری حرکات پیدا شی او ناروغ د نورمال هضمی ترانزیت پیدا کولو له کبله په غذا خوړلو پیل وکړی .

میخانیکي اختناقي انسداد Strangulated Mechanical Obstruction

تعریف :- پدی انسداد کی دکلمی مساریقه تر فشار لاندی راځی په اوله مرحله د کلمی وریدی جریان او وروسته ډیر ژر شریانی جریان نی قطع او کلمو ته وینه نه رسیږی او په نتیجه کی کلمی گانگرین کیږی .



اسباب

۱- داخلی او خارجی اختناقي فتقونه :- کوم وخت چی دغیر قابل ارجاع فتقیه محتوی اروا قطع شی مخصوصاً چی د فتق محتوی کلمی وی په نتیجه کی د کلمی انسدادی اعراض پیداکیږی

۲- دکلمو تنوریا Vulvulus :- دمساریقی د یوی ثابتی نقطه او محوریه چاپیر د کلمی دتاویدو څخه عبارت دی .

۳- تغلف یا Intussusceptions :- پدی انسداد کی د کلمی پروکسیمال برخه دکلمی دیستال برخه ته دهغه د طولانی محوریه امتدادننوی.

۴- دمساریقی دعلوی او سفلی شریانونو حادثبنوالی :-چی د امبولی یا ترومبوز پواسطه بندیری.

پټوژنیزس (pathogenesis)

دکلمی دیوی برخی ارواء قطع کیدل چی د کلمی د لومن دبندوالی سره یوځای وی یا نوی دااختناقي انسدادسبب گرځی.

مثلاً دکلمی په تنورکی د فتقیه محتوی بند والی چی کلمی وی دفتقیه حلقي د فشار له کبله اودالتصافی بندونو او بریدونو په حالاتوکی له یوی خوا دکلمی مساریقه تر فشار لاندی راځی، ارواء یی قطع کیږی او له بلی خوا د کلمی لومن بندیری ، دکلمی نورمال ترانزیت صورت نه نیسی.

پدی ډول انسدادونو کی د گازاتو او مایعاتو ټولیدل دکلمی په لومن ، دکلمی په حرکاتوکی تغیر، د کلمی دااختناقي سگمنټ د اوعی دبندش تر شعاع لاندی راځی څرنگه چی د متوسع شوی اوعی څخه یوه اندازه وینه لرونکی مایع دکلمی په مینځ او دکلمی د جدار په ضخامت کی ټولیری او دگانگرین شوی کلمی څخه توکسیک مواد دپریطوان په جوف کی تویری ،چی دا توکسیک مواد د مکرو بونود اندو توکسین، اکزوتوکسین او تخریب شوی هیموگلوبین څخه عبارت دی .

او دهغه مکروبو په واسطه ټولیری کوم چی د اختناقي شوی کلمی په لومن کی موجودوی باید وویل شی چی دا توکسیک مواد دماوفی کلمی د جدار له خوانه جذبیری بلکی دماوفی کلمی د جدار څخه تیریږی او دپریطوان په ازاد جوف کی تویری او د پریطوان له خوا جذب اود مرینی سبب گرځی داوسنی تحقیقاتو له مخی ددی لپاره چی د توکسیک موادو د تولید او جذب څخه مخنیوی وشی باید ژر تر ژره د عملیات پواسطه مافه کلمی لری او د پریطوان د جوف څخه وینه لرونکی مایع چی زیاته اندازه توکسیک مواد لری وایستل شی او انتی بایوتیک ورکول دناروغی اساسی نډاوی نده .

د closed Loop انسداد پټورنیزیس :-

کوم وخت چی دکلمی دیوی برخی مو صله او مرسله عروات بند شی Closed Loop انسداد مینځ ته راځی چی داختناقی انسداد یو خطرناک سریری شکل دی پداسی انسدادی پېښوکی دکلمی اوعیه شدیداً تر فشار لاندی واقع کیږی او مخکی لدی څخه چی د انسداد علایم لکه دکلمی او د گېډی توسع مینځ ته راشی کلمی گانگرین کیږی.

مثلاً که کلمی د ۳۶۰ درجه څخه زیات تدور وکړی دا حالت مینځته راځی.



د میخانیکي اختناقی انسداد انواع :-

۱- داخلی او خارجی اختناقی فتقونه :

چی دفتقوپه مبحث کی په مفصل ډول تری بحث شوی دی (مغبنی اوفخذی اختناقی فتقونه)

۲- دکلمی تدور یا Intestinal Vulvulus :-

الف- دوری کلمی تدور – Small intestine Vulvulus :-

دوری کلمی تدور مخصوصاً په افغانستان کی په کاهل خلکو کی زیات تصادف کیږی د وری کلمی تدور په دوه گروپونو ویشل شوی دی .

۱- د وری کلمی ساده تدور: چی د وری کلمی یوه عروه (Loop) دخپل ثابت مساریقی محور باندی تدور کوی .



۲- د وری کلمی مختلط یا compound تدور:

چی د وری کلمی دوه یا زیات عروات (Loops) دخپل مساریقی محور او یو پر بل باندی تاوېږی .

اسباب :-

۱- میخانیکي عوامل :- لکه التصاقات او تومورونه، دوری کلمی د استداری حرکتو د بی نظمی کولو پواسطه د تدور سبب ګرځی.

۲- ولادی انومالی گانی :- لکه ولادی فیبروزی سره نژدی شی لکه بریدونه او د مساریقی ولادی اوږدوالی او دایورتیکول.

سریری اعراض او علایم :-

د وری کلمی تدور سریری تظاهرات د انسداد په عمومی مبحث کی ذکر شوی دی خو یواځی ځینی خصوصیتونه موجود دی چی پدی ځای کی تذکر ورکول کیږی

۱- په گېډه کی یو پریودیک درد په ناڅاپه ډول شروع کیږی او هرڅومره چی دکلمو تاو زیات وی په هماغه اندازه درد هم شدید وی .

۲- څرنگه چی تدور د کلمی پر مساریقی محور باندی اجراء شوی نو د کلمی ارواء قطع او د پریطوان په جوف کی زیاته اندازه وینه او پلازما تولیږی او پدی ډول ناروغ ژر په هایپو والمیک شاک (Hypovaluomic shock) اخته او مړ کیږی

۳- دوری کلمی په تدور کی د گېډی توسع دومره زیاته نوی.

تداوی Treatment:-

که ناروغ په هایپوالمیک شاک (Hypo valuomic shock) اخته شوی نوی باید فوراً عملیات شی او که ناروغ په هایپوالمیک شاک اخته وی لمړی په ظرف د دوه یا درې ساعتونو کی کافی اندازه مایعات ورکړی شی ترڅو د تشو متیازو اندازه (5,0) ملی لیتره په هر کیلو گرام وزن د بدن ورسیري او وروسته عملیات اجراء شی .

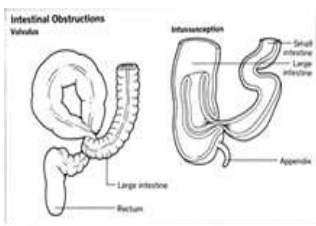
په عملیات کی لمړی باید د کلمی اختناقی حالت لری شی یعنی فوراً د کلمی تدور ارجاع او وروسته د تدور عامل باید ولټول شی که التصاق موجود وی باید چی التصاقات خلاص او ناحیه د پریطوان پواسطه پوښ شی.

که کوم تومور موجود وی باید چی وایستل شی که دایور تیکول موجود وی Diverticulectomy اجراء شی دوری کلمی مساریقی اوږدوالی په صورت کی او همداسی ددی لپاره چی التصاقات بیا تشکل ونکړی دوری کلمی د Plication یا د Noble دعملیات څخه استفاده کیری ترڅو په راتلونکی کی وری کلمی په خپل اوږد مساریقی محور باندی تدورونکری یا داچی التصاقات مینځته رانشی .

پ- دکولون تدور :-

عمومیات :- د کولون دیوی برخی تاویدل دهغه پرمساریقی محور باندی ددی سبب کیری چی لومن یی بند او مساریقی ارواء ئی په تام یا ناتام ډول قطع شی .

دلومن اودمساریقی ارواء بند یدل د کولون د تدور په زیاتوالی پوری اړه لری هرڅومره چی کولون زیات تاو شوی وی په هماغه اندازه لومن او مساریقی ارواءنی زیات بندیری .



باید وویل شی چی دکلمی توسع اود وریدی جریان دقطع کیدوڅخه وروسته پرمساریقی جذر باندی فشار زیاتیری اود مساریقی ارواء دلازیات بندیدوسبب گرځی.

په عمومی ډول د کولون تدور د کولون په هغه برخو کی واقع کیری چی زیات متحرک او اوږد مساریقه ولری او دکولون هغه برخی چی دا اوصاف لری په لمړی درجه سینگمو ئید او په دوهمه درجه سیکم دی.

د مستعرض کولون تدور فوق العاده لږتصادف کیری اوکه واقع شی د میگا کولون د اختلاطاتو (Complications) څخه به وی.

دسیکم تدور Caecum Vulvulus

سیکم – تر مینال الیوم او د صاعده کولون پروکسیمال برخه زیاته متحرکه ده پایه بل عبارت Hypo fixation یا اوږده مساریقه دسیکم دتدور لپاره زمینه مساعدوی.

او دکلمو دنوموړو برخو ثابتوالی دسیکم د تدور څخه مخنیوی کوی.

دسیکم تدور په دوه میخانیکته صورت نیسی :

۱- دسیکم تدور دهغه اوږد مساریقی محور باندی چی الیوسیکال شریان (Iliocecal artery) په خپل مینځ کی لری د (۳۶۰ درجی څخه تر ۷۲۰ درجی) پوری صورت نیسی .

چی ددی تدور په اثر یو Closed Loop انسداد مینځ ته راځی د دی تدور په اثر دسیکم اروا په لمړی مرحله کی ډیر ژر قطع کیری .

۲- په دوهم میخانیکیت کی سیکم چی اوږده مساریقه لری، دالیوم اخره برخه او د صاعده کولون پروکسیمال برخه ټول په گډه دچپ پاسنی کوادرانت (L.U.Q) خواته قاطیری او یو ناتام

انسدادمیںختہ راوری چی دانوع انسداد په بنفسهی ډول ارجاع کیږی چی د مو لښو له خواد intermittent Obstruction نوم ورکړل شویدی او له هغه ځایه چی مساریقی ارواونه قطع کیږی نو انزایی ښه دی .

سریری تظاهرات :

څرنگه چی د سیکم د تدور سره دالیوم اخری برخه هم په تدورکی برخه اخلی نوددی انسدادسریری تظاهرات دورو کلمو انسدادی اعراضو او علایموته ډیرو رته والی لری .

څرنگه چی د درد شروع ناڅاپه، پریودیک او کرمپ ډوله وی چی د گیدی په ښی اړخ مخصوصاً د ښی اړخ په ښکتنی برخو کی پیدا کیږی پدی وخت امکان لری چی په عکسوی ډول د کولون د پاتی برخی استداری حرکات زیات شی او یو اندازه گاز او غایطه مواد دمقد له لاری خارج شی وروسته له هغه زړه بد والی ، کانگی ، د گاز او غایطه موادو بندش، کرمپ ډوله درد سره ملگری کیږی دگیدی توسع ډیره شدیده نوی او په ښی ښکتنی کوادرانت (R.L.Q) کی په فر ع سره شدید تمپانیک اواز اوریدل کیږی .

رادیو گرافی معاینی :- دسیکم دتدور تشخیص بی درادیو گرافی څخه چندان امکان نه لری .

د گیدی په ساده رادیوگرافی کی متوسع سکیم چی سرحد نی ترایی گستریوم (Epigastrium) اوچپ پاسنی کوادرانت (L.U.Q) پوری رسیدلی وی تقریباً د گیدی په ښی اړخ کی ښکاری د تذکروردی چی متوسع سیکم د یو مایع هوانی خیال (Hydro airic) پواسطه محدود شوی دی او ځینی وخت دمتوسع معدی سره مغالطه کیږی او که معدوی تیوب اسپیریټد شی دا خیال په وروستی رادیوگرافی کی په خپل حال پاتی وی .

اختلالات (Complications) :-

که دسیکم دتدور په تشخیص یا تدای کی ځنډ پېښ شی دسیکم د جدار د سوری کیدلو خطرزیات وی چی د سوری کیدو څخه وروسته خطرناک پریطونایتس مینځ ته راځی .

تدای :-

د تشخیص څخه وروسته د سیکم تدور باید فوراً تدای شی د عملیات څخه مخکی اهتمامات دنیولو څخه وروسته لپراتومی (lepratomy) اجراء اود سکیم تدور رد کیږی په هغه حالاتو کی چی ناروغ وضع د اطمینان وړنوی یا دا چی ډیر زور او د اورد عملیات تحمل ونه لری اودسیکم رنگ وروسته د رد ولو څخه نور مال اوسی سیکم د گیدی په جدار دکوک پواسطه تنبیتیږی که د ناروغ وضع د اطمینان وړوی نودښی کولکنتومی سره Iliotransvers Colectomy اجراء کیږی . په هغه حالت کی چی سیکم گانگریښ شوی وی د کلمی Exteriorisation او وروسته ریز کشن او الیوستومی (iliostomy) اجراء کیږی .

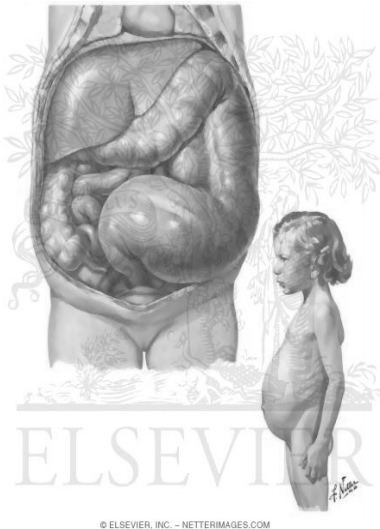
د سیگموئید تدور Sigmoid valvulus

تعریف :- که سیگموئید د خپل مساریقی محور په گرد چاپیره خلاف د ساعت د عقربې یا هم سمت د عقربې تدور وکړی او نظر په اندازه د تدور د سیگموئید خوله بند او د سیگموئید ارواء قطع شی دی حادثی ته د سیگموئید تدور ویل کیږی البته دماءوفی کلمی د ورانی خرابوالی او تشوش په اوله درجه دمساریقی جذر دتدور په اندازه او په دوهمه درجه ماعوف شوی کلمی په پرسوب اوزیمالو په دریمه درجه د انسدادی حالت په تیر شوی وخت پوری اړه لری .

۱- د سیگمونیدد مساریقی ا اورډوالی

۲- میگا کولون

الف - ولادي میگا کولو ن - دسیگمونیدپه یوه برخه کې په ولادي ډول عقدوي عصبي حجات چی د کلمی د استداري حرکا تو مسول دي موجود نوي او یو غیر متحرکه برخه د دوه متحرکو برخو په مینځ کی واقع کیږي او امکان لري چی د پاسني عروي استد اري حرکات دغیر متحرکی برخی د تاویدو سبب شي.



© ELSEVIER, INC. - NETTERIMAGES.COM

ب -کسبي میگا کولون - چی د chagase disease یا برازیلی

په نامه یادېږي او زیاتره دغه ناروغی په برازیل کې پیدا کیږي.

۳- مزمن قبضیت: د کولون او مخصوصاً

دسیگمونید د توسع اود مساریقی د اورډوالی سبب ګرځي.

۴- دماغی عصبي ناروغي - په هغه خلکو کې

زیات لیدل کیږي چی پارکینسون لري

۵- قلبي وعای عوامل: - د احصایی له نظره

سیگمونید ند ورپدي خلکو کې زیات لیدل کیږي

۶- د سیگمونید د مساریقی مزمن التهاب :-

د التهاب له کبله د سیگمونید مسار بڼه غونډیږي

اود سیگمونید قوس د دوه میله توپک په شکل

راځي او ژر ند ورکوي

۷- دمنطقي له نظره ناروغي زیاتره په مرکزي اسيا او جنوبي اروپاکي پیدا کیږي

سریري تظاهرات

۱- متقاطع کرمپ ډوله او پریوډیک درد د گډې په ښکتنی برخو کې.

۲- د غایطه موادو او گازاتو وروستنی بندش او همداسي وروسته زړه بدوالي او کانګي.

۳- د گډې مترقي او شدید توسع چی حتی پرحجاب حاجز فشار وارد وي اود عسرت تنفس سبب ګرځي

۴- د پاسنی اعراضو سابقه تاریخچه چی ناروغ پخوا څوڅو ځلي داسي اعراض تیره کړي وی

رابطو لوژیک معاینات:

د گډې په ساده رادیوګرافی کې د گډې د جوف په مینځ کی یو غټ -متوسع او پوکانه ماننده هوايي خیال چی د لوبیا دداني په شکل معلومیږي دحوصلي څخه جیګه شوي او تر حجاب حاجز پوري رسیدلی وي او د توسع له کبله د مخاطی غشاء التوات او Haustra بی د مینځه تللی وي ددي لوبیا ډوله هوايي خیال محدبیت یی ښی خواته او مقعریت یی چپ خوا ته متوجه دي.

که د باریوم اماله څخه وروسته د ناروغ د گډې څخه راد یو ګرافی اجرا شی د امبولا څوکه د پیچ یا حلزون په شکل قطع شوي ښکاري چی د دي ناحي څخه پورته غټ هوايي خیال د لیدو وړ وي چی په هغه کې باریوم داخل شوي ندی.

ناروغ ته د کلمې د انسداد اهمات نیول کيږي وروسته د دې ناروغ ته د نیم لیتر په اندازه تخلیوي اماله ورکول کيږي.

که د سیګمونډ تدور لږ وي د امالې سره ارجاع کيږي که انسدادی حالت بیا هم پاتې شود سجدی په وضعیت (knee chest position) سیګمونډ سکوپې اجرا کيږي که د کلمې اختناقی اعراض موجود وي د تخریباتو د مخنیوي لپاره په اړخیز وضعیت سیګمونډ سکوپې باید اجراشي.

که سیګمونډ ډیر تدور کړي نوي د سجدې په وضعیت امکان لري چی تدوريي ارجاع او انسدادی حالت د مېنځه لاره شي.

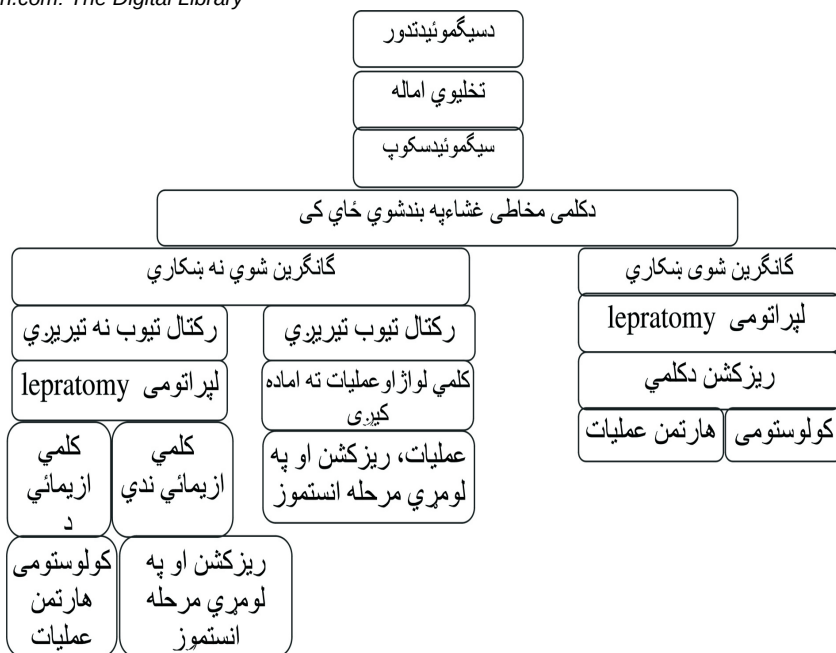
سیګمونډ سکوپ په ډیر احتیاط او فنی مانور پواسطه تر هغه ځایه پوري په امپولاکي داخلېږي تر څوچی مانعه ولیدل شي د سیګمونډ تاو شوي ځای د مخاطي غشاء تاو شوي التوات د مرکز په یوه نقطه ختمیږي.

که پدی ناحیه کې مخصوصاً د تاو شوي کلمې په مرکزي برخه کې د مخاطي غشاءرنگ تغیر کړي وي او توربیننه ښکاره شي یا په بل عبارت په هغه ځای کې نذفی نقاط موجود وي د سیګمونډ په کانګرین کیدودلالت کوی اوبایدفوراً لپراتومی شی .

د لپراتومی (lepratomy) څخه وروسته کانګرین شوي کلمې ټول قطع (resection) د امپولاونازله کولون خوله په چپ حرقفی حفره کې ډبل کولوستومی (double- colostomy) کيږي که دامپولا څوکه دگیدې جدار ته ونه رسیږي نو د هارتمن د عملیات څخه استفاده کيږي څرنگه چی دامپولا د خولی د گنډلو څخه وروسته د پریطوان په خلف کې اچول کيږي اود نازله کولون خوله یواځې دچپ حرقفی په حفره کې سینګل کولوستومی (single- colostomy) کيږي. که د سیګمونډ سکوپ سره ولیدل شو چی دتاو شوي کلمې د مرکزي برخه مخاطي غشاءنورمال یا رنگ یې لږ تغیر کړي وی یورکتال تیوب (rectal-tube) چی ښه غور شوي وي په ډیراحتیاط د تاو ورکولوحرکاتو سره بندی شوي ناحی ته ورداخلېږي او کوم وخت چی تیوب تیرشوپه دراماتیک ډول د سیګمونډ تر فشارلاندي باد او گازات په شدت خارجيږي او د گیدي توسع د مېنځه ځی رکتال تیوب په مقعد کې تثبیت اوهر ورځ د رکتال تیوب له لاري سیګمونډ پري مینخل کيږي.

ناروغ ته د خولي له لاري مایع رژیم د معایي انتی سپتیک دواگانو سره یو ځای ورکول کيږي له بله خوا د ناروغ گپډه د کلمې د گانګرین کیدو په هکله تر کتنی لاندي نیول کيږي ځکه امکان لري چی د سیګمونډ یوه برخه د تاو شوي ناحیه څخه پورته گانګرین شوي وي د سیګمونډ لواژ او پري مینخل د یو هفتي لپاره دوام ورکول کيږي

او له هغه ځایه چی د سیګمونډ دبیا تدور امکان د ۸۰ څخه تر ۹۰ فیصده پوری دی نو وروسته دیوی هفتي لواژ څخه په انتخابي ډول بطن خلاص – سیګمونډ قطع او د نازله کولون خوله د امپولا د خولي سره په لمري مرحله انستومز ورکول کيږي که د سیګمونډ سکوپ له لاري ډاکتر موفق نشو چی رکتال تیوب په بنده شوي ناحیه کې ور داخل کړي نو بیا هم باید د ناروغ گپډه خلاصه او سیګمونډ تفتیش شي که سیګمونډ ډیرازیمایي نوي وروسته د سیګمونډ د ریزکشن څخه د نازله کولون اودامپولا خوله یو ډبل سره په لمري مرحله انستومز ورکول کيږي او که سیګمونډ ازیمایي وي نو انستومز ورکول استطباب نه لري او د گانګرین شوي کلمې په شان عملیات ته ادامه ورکول کيږي.



Intussusception or Invagination يا تغلف

تعریف: پدې نوع انسداد کې دکلمی پروکسیمال برخه یا (intussusceptum) د کلمی دیستال برخې (Intussuscepiens) کی ننوخی او دتغلف یا Intussusception په نوم یادیری. دانوع انسداد زیاتره په هغه ماشومانوکی چی د دوه کا لو څخه لږ عمر لري پیدا کیږي. هلکان نسبت انجونوته دري ځلی زیاتره پدې ناروغي مبتلا کیږي. دتغلف انواع:

تغلف زیاتره د الیوم او سیکم په مینځ یعنی iliocolic intussusception واقع کیږی. اما Iliioileal, Iliocolic, Jejunoilial, Colocolic او jejuno jejunal واقعات یی هم تصادف کیږي.

اسباب

کوم خاص عامل چی د تغلف په پیدا کیدو کې عمده رول ولري تر اوسه پوري معلوم ندي اما د کلمی پولیپ (polyp) – میکل دا یورتیکول (mickle Diverticle) – اینترامورال هیماتوم (intra-- mural hematoma) او دکلمی لمفوما عمده امراض دي چی عموماً تغلف د دي امراضو سره یو ځای تصادف کیږي.

پدې اخرو وختو کې دکلمی دادینو وایرس (adino virus) انتانات او د تغلف تر مینځ مناسبت تر یوې اندازې پوري ثابته شوي دي څرنگه چی زیاتره ماشومان چی دهغوي کلمی تغلف کوي دهغوي په الیوم کې لمفویډ نسج او payer, s patches غټ شوی اود الیوم په لومن کې تبارز کوي.

يو روغ ماشوم په ناڅاپه ډول خپل پښي او زنگون د گيډي د شديد درد له کبله پر گيډي باندې قاطوي او نه غروي درد منقطع وي څرنگه چې درد په وخت ماشوم نارام او ژاري او د دوه درد دحمول په مينځ ماشوم اراميزي د دوه درد ازاده صفحه چې لمري وختو کي تقريباً (۵ يا ۲۰) دقيقې وي ورو ورو لنډيزي بايد وويل شي چې د درد د حملې په وخت ماشوم ډير خوله او د مخ رنگ يې سپينيزي

د مفعد څخه وينه لرونکي مخاط خارجيدل د مرض ډير وروستني عرض دي. داندساد په لمړيو مرحلو کي يوه يا دوه واري کانگي کوي چې عکسوي منشاء لري اما کوم کانگي چې د گيډي د توسع سره يوځاي پيدا کيږي د ناروغي په پرمختگ دلالت کوي. که ماشوم د تشخيص اوتداوي څخه پاتې شي د intussuseptum برخې د اروا د قطع کيدو له کبله کلمې گانگرين اوډرپيټونايتس(peritonitis) او سپټسيميا(septicemia) سريري اعراض او علايم مينځ ته راځي.

په فزيکي معاینې کي د گيډي په ښي مينځني يا علوي برخو کي يوه کتله د کولو ن په امتداد د جس وړ وي او برخلاف ښي ښکتنې کوانرنت تش جس کيږي همداسي په مقعدي معاینې کي امپولا وينه لرونکي مخاط څخه ډک او که د گيډي د پاسه داخل بطني کتله ښکته خوا ته تيله شي نه يواځې کتله دجس وړ وي بلکه د کتلي غتوالي او شکل هم تعينيزي .

تشخيص:

دناروغي تشخيص د سريري تظاهراتو اوراد يوگرافي معایناتو پواسطه اجرا کيږي

راديو گرافيک معاینات

دباريوم دامالي څخه وروسته د کولو ن د چوکات راديو گرافي پواسطه بند شوي ځاي معلوميزي پدي ډول چې دراديوسکوپي لوحې په سر ليدل کيږي چې باريوم د کولون مخصوصا د صاعده کولون تريوي برخي پوري رسيږي اونورپرمخ نه ځي. اودintussuseptumڅوکه د کولون په مينځ کي واضح کوي.

يوشمير ماشومان چې په هغوي کي ډرپيټونايتس اعراض او مقعدي نذف موجود نوي دباريوم د امالي سره امکان لري چې تغلف يي ارجاع شي څرنگه چې ماشوم ته د عمليات د ميزيه سر پداسي حال کي چې د عمليات اهمامات نيول کيږي دباريوم اماله ورکړل شي اما د امالي څخوره تقريباً يوه متر يا دري فټه د ميز د سطحې څخه پورته نيول کيږي که کلمې گانگرين شوي نوي همدا فشار کافي دي چې تغلف ورو ورو ارجاع کړي د اماله کولو په جريان کي د فلو روسکوپ پواسطه کلمې تر کتني لاندي نيول کيږي که وليدل شوچې تغلف ارجاع اوباريوم بنده شوي ناحيه ورو ورو تيله کړاود اليوم برخي ته تير شو د عمليات څخه صرف نظر کيږي.

او که دفلورسکوپ په لوحه کي وليدل شو چې کثيفه مواد بند پاتې دي او تغلف نه ارجاع کيږي فورا عمليات ته اقدام کيږي (که ناروغ فورا عمليات نشي امکان لري چې د باريوم فشار پواسطه کلمې سوري شي)

اما اوس پدي ماشومانو کي د Ultra sound اوMRI پواسطه قطعي تشخيص وضع کيږي چې پاسني راديوگرافي ته ضرورت نشته او په مشکوحوالاتو کي د باريوم راديوگرافي څخه گټه اخيستل کيږي.

اختلاطات (Complications):

د زیاتو کانگو او د کلمی د لومن او مربوطه مساریقي اروا د بند یدوله کبله ماشوم زیاته اندازه مایعات له لاسه ورکوي او په شدید دیهایدریشن (Dehydration) اخته کیږي. د انسدادی حالت د امداره پاتې کیدل د intussuseptum کلمی گانگرین کیدو سبب گرځي چی په نتیجه کی پریطو نایتس – سپتیسیمیا او مرگ مینځ ته راځي

تداوی:

په لمړي مرحله کی د ماشوم د پهایدریشن او هایپو والیمیا (Hypo ualemia) د پرمختگ د مخنیوي لپاره مایعات تطبیق شي او د لزوم په صورت کی ماشوم ته وینه باید ورکړي شي که د کلمی دسوري کید او گانگرین اعراض موجود نوي لمړي ماشوم ته یوه یا دوه ملي گرام په هر کیلو گرا وزن د وجود secobarbital ورکول کیږي.

وروسته څرنګه چی مخکی تذکر ورکړ شو د عملیات د میز په سر چی د عملیات اهتما مات نیول شوي وي ورته د باریوم اماله ورکول کیږي او د کلمی د ارجاع کیدو عملیه د فلور سکوپ په لوحه کی لیدل کیږي که د لمړي باریوم اماله پواسطه د کلمی تام ارجاع صورت ونه نیوه وروسته د لمړي امالی د تخلی څخه دوهم ځل اوحتي دریم ځل بیا اماله ورکول کیږي . او که د لمړی په واسطه intussuseptum هیڅ حرکت ونه کړي دنوراماله کولو څخه باید ډډه وشي او عملیات ته اقدام وشي .

عملیات نه یوازي په پأسني حالت کی استطباب لري بلکی که د کلمی د گانگرین او پریطونایتس اعراض هم موجود وي باید عملیات اجرا شي څرنګه چي د گیډي په بني بسکتني کواذرانت کی دیو مستعرض شق پواسطه (lepratomy) اجراء او د کلمی تغلف تر کنتي لاندي نیول کیږي که د کلمی رنگ لږ تغیر کړي وو او متغلف کلمی یو د بل سره التصاق کړي نه وو د intussuseptum د څوکی د تیله کولو پواسطه ورو ورو تغلف ارجاع کیږي (متغلف کلمی باید هیڅ وخت کش نه شي) مثلاً که الیوم د سیکم په مینځ کی ننوتي وي د سیکم د جدار د پاسه د الیوم د متغلفی څوکی تیله کولو پواسطه ارجاع باید صورت ونیسي په دي وخت کی که ناروغ ته دورید له لاري گلوکاګون ورکړل شي د کلمی د عضلي طبقي د سست کیدو پواسطه ارجاع په اساني صورت نیسي.

په هغه صورت کی چي کلمی د پأسني مانور پواسطه ارجاع نه شي یا داچي کلمی گانگرین شوي وي ماوفه کلمی قطعه او الیوستومی اجرا شي.

وروسته د عملیات څخه ماشوم ته د اوو ورځو لپاره انتیبیوتیک (anti biotic) او داخل وریدي مایعات ورکړل شي او الیوستومی یي وروسته د دري میاشتو څخه ترمیمیري څرنګه چي د الیوم څوکه د مستعرض کولون سره اناستوموز ورکول کیږي .

انذار –

وروسته د تداوي څخه دتغلف بیا مینځ ته راتلل څلور فیصده دي که عملیات د ناروغی په لمړیو مرحلو کی صورت نیولي وي او د کلمو د گانگرین کیدو څخه زیات وخت تیر شوي نه وي د مړیني خطر لږ وي او د وخت په تیریدو سره د مړني خطر هم زیاتیدري.

۱. امبولي :- د مسارقي علوي شریان حاد بندوالي د امبولي په واسطه نسبت مسارقي سفلي شریان ته ډیر تصادف کوی ځکه چې مسارقي علوي شریان قلب ته نژدې دي قطر یې زیات دي او همداسې مسارقي علوي شریان نسبت مسارقي سفلي شریان ته په حاده زاویه د ابهر څخه جلا کیږي نوموړي امبولي عموماً قلبي یا ابهرې منشاء لري .

قلبي منشاء:- ناروغ چې پخوا د چپ بطن احتشاء تیر کړي دي یا داچې په اړیني فبلیریشن اخته دي په چپ بطن یا چپ اړین کې ترمبوز تشکیل کوي او دا ترمبوز د هغه ځای څخه جلا او امبولي په شکل مسارقي شریان بندوي.

ابهرې منشاء:-

دویجیتاتیف اندوکارډایتس (Vegetative endocarditis) یا د انوریزم aneurism له کبله د ابهر په مینځ اتیروماتوز پلاکونه تشکیل کوي او ددې پلاکو په سر ترمبوز پیداکیږي کوم وخت چې دا ترمبوز جلا شو د امبولي په شکل مسارقي شرانین بندولای شي نوموړي امبولي گانې نظر په خپل غټوالي د مسارقي شرانینو یو عمده یا یو وړوکی جنبي شعبات بندوي

۲. ترمبوز :- د مسارقي شرانینو حاد بندوالي د ترمبوز د کبله هغه وخت پیداکیږي چې مخکې نوموړي شرانین د اتیروسکلروزیس atherosclerosis په واسطه تنگی شوي وي

همداسې د مسارقي شریان ترمبوز د Trombo angitis obliterant fusiform , aneurism, Dissecting aneurism Periarteritis nodosa له کبله په لږ فیصدي هم مینځ ته راځي .

همداسې د زړه دد هانی ناڅاپي کموالي مثلاً د مایوکارډ په احتشاء یا د زړه د احتقاني په عدم کفایه کې د مسارقي شرانینو په مینځ د ترمبوز د تشکیل سبب ګرځي .

پټالوژي :-

د مسارقي شریان د ناڅاپي او تام حاد بندوالي له کبله په لومړي مرحله کې اسکیمیک اینفارکشن (infarction) مینځ ته راځي څرنگه چې د اوږدې دسپزم (spasm) د پیداکیدو له کبله د کلمي رنگ سپینیدي او په مخاطي طبقه کې تقرحات مینځ ته راځي په دې مرحله کې کلمي هایپوټونیک (hypotonic) او متقلص حالت پیداکوي. چې د یوه یا دوه ساعتو په مینځ کې د اوږدې سپزم له مینځ ځي اود کلمي دانوکسیک جدار په مینځ کې ټول شعریه اوږدې د وینې په واسطه ډکيږي او د ترمبوز شوي ناحیې بنګته احتشاء خوا ته د ټول اوږدو په مینځ نور ترمبوز تشکیل کوي په دې وخت کې د کلمي جدار خپل ټول مقویت او تقاضی حالت له لاسه ورکوي.

د تقرحې او اسکیمیک مخاطي غشاء په مینځ کې بکتیریا په فعالیت شروع کوي او حتی د ترمبوز شوي اوږدو په مینځ کې داخل اود کلمي د جدار ټول طبقات په نکروز او التهاب اخته کیږي.

د پریټوان په ازاد جوف کې وینه لرونکي مایع د کلمي د احتشایي او التهابي جدار له خوا ازادیږي چې دا مایع هم د کلمي د جدار د مکروبو په واسطه متنن او شدید پریټوانایتس مینځ ته راځي بالاخره د مکروبو د توکسین د جذب له کبله ناروغ په شدید انتاني شک اخته او مړ کیږي.

که د مسارقي شرائینو جذر بند شي ټول وري کلمي او یا د کولون نیمایي برخه په اسکیمیا او بیا په نکرور اخته کیږي او که امبولي وړوکی وي د نوموړي شرائینو یو شعبه بندېږي چې مربوطه کلمي په نکرور اخته کیږي .

د مسارقي شرائینو په مینځ کې د ترمبوز ناڅاپي تشکل ددې سبب کیږي چې ټول وري کلمي یا د کولون نیمایي برخه احتشایي شي اما که ترمبوز د وخت په تیریدو ورو ورو تشکل وکړي جانبي دوران پیدا کیدو ته زمینه مساعدیږي نو په دې وخت کې کلمې په احتشاء نه اخته کیږي بلکې د اسکیمیک په حالت پاتې کیږي چې د کلمي داسکیمیا سریري تظاهرات مینځ ته راځي .

سریری تظاهرات

عمومیات:

مریضان زیاتره نارینه وي او عموماً د ۵۰ او ۶۰ کلني په مینځ کې تسادف کیږي . معمولاً په هغه ناروغانو کې چې د زړه ناروغي او د مسارقي او عیبي اریټروسکلروزیس له کبله له ډیرې مودې را په دیخوا د ډوډۍ خوړولو څخه وروسته د گډې کرمپ ډوله درد درلوده (د کلمي انویژن) دا ناروغي پیدا کیږي .

سریری اعراض

۱. درد :- ددې مرض درد فوق العاده شدید ثابت او دوامدار وي چې د نرکوتیک دواگانو سره هم ځواب نه وایي . د درد موقعیت د ماوفه کلمي په موقعیت پور اړه لري که د مسارقي علوي شریان جذر بنده شوي وي په شروع کې درد په اېي گسټریاک ناحیه کې وي او کوم وخت چې کلمي په نکرور اخته شو درد په ټول گیده کې انتشار کوي د مسارقي سفلي شریان د بند والي په صورت کې درد د گډې په ښکتنې برخو کې وي او ډیر شدید نه وي

۲. کانگی : ناروغ شدید کانگی کوي اود کانگو محتوي تور بخن وینه احتوا کوي د مسارقي سفلي شریان د بندوالی په صورت کې کانگی ډیر وروسته پیدا کیږي

۳. د کلمي د ترانزیت خرابوالي- په شروع کې ناروغ اسهال لري او وروسته تام قبضیت او انسدادې حالت مینځ ته راځي په اسهال کې امکان لري په کتلوي ډول تور بخونه وینه راشي.

سریری علایم :-

تفتیش:- په یوېر پنځه ناروغانو کې د گډې په جدار مخصوصاً په فلانک ناحیه کې پوستکي سیانوزي وي .

جس:- په ارادي یا غیري ارادي ډول عضلي کلکوالي د گډې په جدار کې موجود وي اما د گډې جدار لکه چې په پریطوانایټس کې د تختې په ډول کلک کیږي په دې ځای داسې نوي اما تندرښ او (rebound tenderness) هغه وخت پیدا کیږي چې د کلمي احتشاء او پریطوانایټس مینځ ته راشي .

قرع :- په قرع کې کوم واضع علامه موجود نه وي .
اضغأ :- په شروع کې د کلمي اوزونه شدید او کوم وخت چې دکلمي احتشایي شي دکلمي اوزونه بیخي له مینځه ځي .

په شروع کې د ناروغ نبض – درجه د حرارت او د وینې په فشار کې کوم واضع بدلون نه وي .

اما کوم وخت چي د گيډي په مینځ او په کلمو کي انتان مداخله وکړي او کلمي گانگرين شي ډیر ژر نبض سریع او د ویني فشار ښکته او ناروغ په شک او تام دوراني کولیس خواته روانیږي . که شریان مسارقي سفلي ماوفه شوي وي د سیگموئید و سکوپي په ماینه کي د سیگموئید مخاطي غشاه په ازیمایي – سیانوزي او تقرحي معلومیږي .

تشخیص :-

یو کامل ناروغ چي مخکي کوم قلبي وعایي ناروغي تیره کړي وي او اوس د گيډي شدید درد ورته پیدا شوي وي چي د ټول انالجزیک analgesic گانو په مقابل کي ځواب نه وایی . دناروغي په تشخیص کي ډیر اهمیت لري د ویني په معاینه کي د سپین کریواتو شمیر په شروع کي نورمال او کوم وخت چي د کلمي احتشایي حالت تاسس وکړی تعداد یي د ۲۰۰۰۰ څخه زیات وي.

په زیاتره ناروغانو کي د سیرم امیلاز سویه جیگه وي د گيډي په ساده رادیوگرافي کي وړي او غټي کلمي مخصوصاً ماوفه شوي برخی لږ پراخه ښکاري د ښي کولون او په مستعرض کولون یا په چپ کولون کي د کاراتو موجودیت او بي حرکت یا تي کیدل د کلمي په احتشاء دلالت کوي . همداسي د گيډي په پاراسنتس (Paracentesis) د پریطوان د جوف څخه وینه لرونکي مایع لاس ته راځي چي تشخیصي اهمیت لري .

تداوی :-

د مسارقي شریانینو حاد بندوالي تداوي د عملیاتو په واسطه سرته رسیږي مخکي د عملیات څخه ناروغانو ته وینه او وسیع الساحة انتي باپوتیک او همداسي کافي مقدار اوبه او انتي کواگولانت یا هیپارین ۶۰۰۰ یونټ ورکول کیږي .

د عملیاتو څخه مخکي اهتمامات د نیولو څخه وروسته لپراتومی اجرا او د ناروغ کلمي تر کتنې لاندې و نیول شي . په هغه صورت کي چي وړي کلمي اوبنی کولون گانگرين شوي وي باید په وسیع ډول ټول گانگرين شوي کلمي قطعه او ویستل شي . چي په دي صورت د مړني خطر فوق العاده زیات او حتي ۹۸ فیصده ته رسیږي . که یوه برخه د وړي کلمي گانگرين شوي وي یا ډاکتر د هغه په هکله مشکوک وي نوموړي کلمي قطعه او پاتي برخه خوله په خوله انستموز ورکول کیږي . کلمي او مخصوصاً وړي کلمي رنگ لږ تغیر کړي وي د مسارقي شریان نبض تعقیب او په هر ځاي چي نبضان موجود نه وه مطلب یي دادي چي نوموړي ځاي کي امبولي بندپاتي دي او د ارتیریوتومی طولاني شق په واسطه شریان خلاص او امبولي لري کیږي په هغه صورت کي چي ترمبوز تشکل کړي وي thromboendarterectomy باید اجرا شي وروسته د شریان د ترمیمولو څخه ناروغ ته هیپارین تطبیق شي . او تر کنترول لاندې نیول کیږي تر څو چي بیا امبولي پیدا نه شي .

د مسارقي سفلي شریان د حاد بندوالي په صورت کي نکروزي کلمي قطعه او د کلمي پروکسیمل برخه (د مستعرض کولون ښي نیمايي برخه) خوله کولو ستومی کیږي . او دري میاشتي وروسته د کبډي زاویې د ازادولو څخه بیرته ترمیمیږي .

وروسته د عملیاتو څخه څرنګه چي مخکي د عملیاتو څخه اهتمام نیول شوي وو باید بیا هم همغه تدابیر و نیول شي تر څو چي د کلمي ترانزیت نورمال وگرځی چي د انسداد په مبحث کي په مفصل ډول لیکل شوي دي دداسی ناروغانو مړني خطر وروسته د عملیاتو څخه ۸۵ فیصده ښودل شوي دي .

د کلمې مزمن انسداد :-

د کلمو په مزمن انسداد کې د انسداد اعراض په خفیف او گذري شکل همیشې مینځ ته راځي د انسداد اعراض پیداکیدل امکان لري چې دندوي یا بدون دندوي په بنفسي ډول د مینځ لار شي .

اسباب

دا نوعه انسداد زیاتره د کلمو په کارسینوما کې چې کلمې په تدریجی ډول بندیري مینځ ته راځي زیاتره صاعده په دوهمه درجه نازله کولون او په دریمه درجه وری کلمې په کارسینوما مبتلا کیږي . همداسې د کلمو مزمن انسداد د انترایتس توبرکلوز _ پریطوانایتس _ داخل پریطواني بریدونه او التصاقات او دگیدي د رادیشن څخه وروسته پیدا کیږي .

باید وویل شي چې د پاسني عواملو له کبله د کلمې لومن په نا تام ډول بندیري او د انسداد اعراض هم په ناتام ډول دحمل په شکل مینځ ته راځي .

پتورنیزس pathogenesis:

د کلمې انسداد د کلمې په کارسینوما کې د تومور په نشونما پورې اړه لري یعنې هر څومره چې تومور نشونما وکړي په هماغه اندازه د کلمې لومن ډیر بندیري او د انسداد اعراض او علایم بارزوي . د توبرکلوز په حالت کې دا ناروغي ۸۵٪ فیصد په الیوسیکال ناحیه کې توضع کوي . دا توضع له دې کبله دي چې په دې ناحیه کې لمفوي انساج فوق العاده زیات وي . او ۱۵٪ فیصد سیکم او کولون مخصوصا صاعده کولون اشغالي او توبرکلوزي قرحات مینځ ته راوړي . د قرحي سیر او پر مختگ د کلمې د لومن په مینځ کې په حلقوي شکل صورت نیسي او په حلقوي ډول د کلمې لومن متضیق کیږي . همداسې قرحه ژور خواته هم وده کوي او بالاخره د کلمې د سوري کیدو سبب گرځي چې په دې صورت کې پریطوانایتس مینځ ته راځي .

کوم فکتورونه چې د پریطوان په جوف کې د التصاقات بریدونه په تشکل کې عمده رول لري عبارت دي له میخانیکي جروحات _ اسکیمیا _ بکتریايي فعالثونه _ وریدي رکوت _ د پریطوان په جوف کې هیماټوم _ اجنبي اجسام لکه د تلک پوډر او د گاز پارچي او نور . د پاسني عواملو له کبله د پریطوان سطحه تخریش او تخریبیږي چې د تخریش له کبله حجروي فعالیت د پریطوان په سطحه اضافه کیږي او نوي انساج په غیری منظم ډول تشکل کوي او د بریدو او التصاقاتو د مینځ ته راتلو سبب گرځي . بریدونه په کلموباندي د میخانیکي فشار او التصاقات د کلمې دعرواتو د قاتیډو او زاویه جوړولو سبب گرځي او په نتیجه کې د کلمې لومن بندوي یا متضیق کوي او د تام یا نا تام انسداد ی حالت مینځ ته راوړي .

داخل بطني خبیث تومورونه لکه رحم - مثاني او پروستات د خبیث تومورونو د دندوي په منظور د گیدي په سر شعاع تطبیقیري دا شعاع نه یوازي د کنسري نسج د تخریب سبب گرځي بلکې د کنسري نسج په څنګ د نورو غړو مخاطي طبقه چې د رادیشن په مقابل کې ډیر حساس دي هم تخریبیږي او په نتیجه کې د نورو تخریباتو د شفا کیدو په اثر التصاقات او تضیقات د کلمې په لومن پیدا او انسدادی اعراض مینځ ته راځي .

سریري لویه :-

د کلمې مزمن انسداد د گیدي د متناوب پریوډیک دردونو سبب گرځي چې د در د سره یو ځای زړه بدوالي او کانګي هم موجود وي . که عامل د مزمن انسداد د کلمې توبرکلوزي وي ناروغ په متناوب ډول اسهال او قیضیت لري اما په نورو حالاتو کې پر مختلي قیضیت موجود وي چې کله، کله د تام انسداد سبب گرځي نوموړي انسدادی حالت امکان لري یوه یا دوه ورځي دوام وکړي او د کلمې پروکسیمال برخه د تش کیدو سره (د کانګي یا د معدوي تیوب سره) انسدادی حالت له مینځ ځي په تفتیش کې گیده عموما پرسیدلي اوزیاتره وخت د گیدي د جدار دپاسه د کلمې استداري حرکات په سترگو لیدل کیږي . په اصغا سره د کلمې اوازونه ډیر شدیدوي .

تشخيص:

قطعي تشخيص د ناروغ د تاريخچې _ لابراتوري معاینات او د رادیوگرافي په واسطه وضع کيږي ناروغ په خپل تاريخچه کي امکان لري د توبر کلوز سابقه عمليات او يا د راديشن د گيډي ترضيض څخه حکايه کوي .

د لابراتوري معایناتو له نظر ه عادي توبرکلوزي معاینات د مرض دتشخيص لپاره او همداسي د تفريفي تشخيص په هکله مرسته کوي . اما کوم معاینه چې د کولون د کار سينوما سره دا ناورغي تشخيصوي او له بلي خوا د کلمو د کارسينوما د تشخيص په هکله مرسته کوي عبارت دي له carcinoembriogeinc antigene چې په کنسري واقعاتو کي ددي انتيزن مقدار د لس (10ng)نانوگرام په يو ملي ليتر سيرم کي اضافه او په غيري کنسري واقعاتو مقدار يي لږ وي .

د مزمن انسداد قطعي تشخيص د رادیوگرافي په واسطه اجرا کيږي چي البته د باريوم د خوړلو يا دباريوم امالي څخه وروسته دورې کلمي او غټي کلمي يا د کولون دچوکات څخه رادیوگرافي بايد اجرا شي .

تداوی:

۱-د توبر کلوز په صورت کي :-که تام انسدايي حالت پيدا شوي نه وي د ناتام انسدا د په صورت کي ناروغ ته معويي تيوب تطبيق او کلمه يي په دوامدار ډول سکشن کيږي . د ورید له لاري مایعات _ ویتامينونه او انټي توبر کلوزیک دوا گاني تطبيقيږي . ددي تدواي سره امکان لري چي د څو ورځو لپاره انسدايي حالت رفع او وروسته انټي توبرکلوزیک دوا گاني تر يو نيم کال پوري ورته توصیه شي .

په هغه صورت کي چي تام انسدايي حالت موجود وي يادا چي محافظه کاره تدواي نتيجه ور نکړي په دي وخت جراحی عمليات استطباب پيدا کوي .

که په الیوسيکال ناحیه کي تام تضيق پيداشي کولکتومی او که ناتام سټينوز (stenosis) وي Iliocolic Bypass عملیه بايد اجرا شي . او د جراحی تدواي په څنگ تر يو نيم کال پوري انټي توبرکلوزیک دوا گاني بايد تطبيق شي .

۲-د داخل پريطواني بريدونو او التصاقاتو په صورت کی :-

په بطني عملياتو کي يو ښه تخنيک څخه استفاده او د داخل پريطواني پتالوژيکي تغيراتو فني او علمي تدواي _ ترميم او درناؤ د بريدو او التصاقاتو دتشکل څخه مخنيوي کوي . د جداري او حشوي پريطوان هغه برخي چي انتاني يا غيري انتاني عواملو له کبله تخریب شوي وي بايد د سرب په واسطه پوښ شي . وروسته د عملياتو څخه بايد د پريطوان دجوف څخه هيماتوم _ پردي اجسام او نکروزي انساج لري شي بيا د پريطوان جوف د معقم سلين سره تل پريمينخل شي . د پريطوانايتس په حالاتو کي يا په هغه حالاتو کي چي وروسته د عملياتو څخه د پريطوان په ازاد جوف کي د هيماتوم تشکل يا د زوي د توليدو خطر موجود وي بايد په مخصوص او ژورو خاي کي درنونه تثبيت او تر څو چي پريطواني درناؤ قطعه شوي نه وي بايد درنونه و نه ايستل شي او ددي لپاره چي درنو په چار چاپيره کي بطني غړو التصاق ونه کړي درن ته هره ورځ حرکت ورکړل شي .

۳-د راديشن له کبله که مزمن انسداد پيدا شوي وي .

په اوله مرحله کوشش وشي چي زيات شعاع تطبيق نه شي او همداسي ناروغان هميشه تر کنترول لاندي وي په هغه صورت کي چي وروسته د شعاع ورکولو څخه انسدايي حالت پيدا شي يواځيني تدواي يي عمليات دي . د کلمي هغه برخي چي د راديشن له کبله تنگوالي يا تضيق پيدا کړي وي قطعه او د کلمي پاتي برخه په لمري مرحله خوله په خوله انستوموزورکړل شي . او که د موافقه

کلمي قطعه کول يي امکان نه درلودل يا د کلمي پراخه برخه ماوفه شوي وو نو side to side by pass انستوموز بايد اجرا شي که انستوموز په غټو کلمو کي اجرا شوي وي د انستوموز ځاي څخه پورته بايد کولوستومی اجرا شي . د تذکر وړ دي چي بايد په دي ناروغانو کي د عمليات په وخت د کلمي د ډير لاس وهلو او د غيري ضروري التذاقاتو د خلاصولو څخه بايد جدا ډډه وشي په غير ددي بيا انسدادی حالت مينځ ته راځي .
۴-د کلمي د کارسینوما په حالاتو کي :
په هره برخه کي په مفصل ډول تشریح کيږي .

دویمه برخه

د پریطوان جراحی ناروغی

د پریطوان مختصر اناتومی

پریطوان دیوه طبقه میزوتیلیل یا اندوتیلیل (Mesothelial or Endothelial) حجراتو څخه عبارت دی چې دا نری طبقه په خپل ټول امتداد دیو طبقه نرم منظم نسج چې د تونیکا پراپریا (Tonica propria) په نامه یادېږي په سر هموار شوی دی. یا په بل عبارت پریطوانی پانی دیولاندنی نرم منظم طبقه په واسطه تقویه شوی دی. ددی منظم طبقه په مینځ کی شحمی حجرات ، مکروفاز او یو شمیر کولاجن او ایلاستیک الیاف موجود دی. پریطوانی پانه دگیدی د جوف داخلی سطحه پوښوی چې د پاریتل پریطونیم (Parital- peritoneum) په نوم یادېږي.

دا پریطوانی پانه دځیگر په علوی خلفی وجه کی او همداسی وروسته ددی څخه چه د حوصلی ځمکه او دگیدی د خلفی جداربنکتی برخه پوښ کړی داثنا عشرپه حذا دوباره انعکاس کوی .او د داخل بطنی اعضاؤ او غروسطحه پوښوی.یا په بل عبارت د نوموړو اعضاوسیروزا طبقه (Visceral Peritoneum) تشکیلی.

په نارینه وکی پریطوان یو تړلی جوف جوړوی،اما په ښځو کی دا تړلی جوف ددوه رحمی تیوبونوپواسطه د رحم او مهبل له لاری باندنی محیط سره تماس پیدا کوی لدی کبله په ښځو کی یو تړلی جوف ندی.

جداری پریطوان د گیدی دجدارننی سطحه —دحجاب حاجزبنکتی سطحه — د حوصلی داخلی مخ او د گیدی د خلفی جدار داخلی مخ پوښوی.

حشوی پریطوان (Visceral Peritoneum) د گیدی داخلی غروسطحه په لاندی ډول پوښوی:

۱- کوم داخلی بطنی غری چې ټوله سطحه یی د پریطوان پواسطه پوښل شوی دی
الف: کوم اعضا چه پریطوان نوموړی عضو ته کپسول جوړوی عبارت دي له ځیگر او توري څخه.

ب: کوم داخلی بطنی اعضا چی سیروزا طبقه یی د پریطوان پواسطه جوړه شویده عبارت دی د معدملمری برخه د اثنا عشر—جیجینوم —الیوم —سیکم — مستعرض کولون — سیگموئید— رکتوم پاسنی برخه — رحم او مبیضونه.

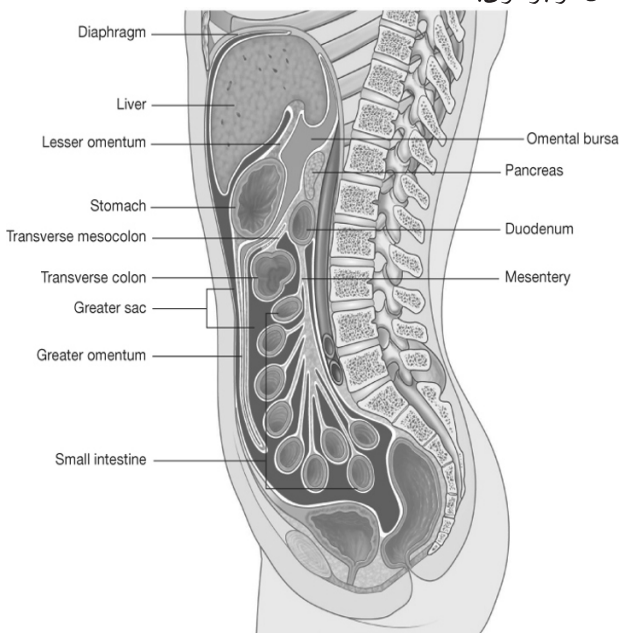
۲- کوم داخل بطنی غری چې یوه برخه د هغود پریطوان پواسطه پوښل شویدی عبارت دی له: داثنا عشردوهمه اودریمه برخه،نازله کولون،صاعده کولون،درکتوم منځنی برخه،د مهبل پورتنی برخه او دمثانی دجدارخارجی خلفی برخه

۳- کوم اعضا چی پریطوان د هغه په سرواقع شوی دی اودهغی سره تماس لری عبارت دی د پښتورگو،پانقراص او د پښتورگی دپاسه غده.

۴- کوم اعضا چی هیڅ پریطوان سره تماس نه لری او کاملاً دپریطوان په خلف کی واقع شوی دی عبارت دی د ریکتوم بنکتی برخه ، دمثانی قاعده ، قدامی سطحه او غاړه یی او دمهبل بنکتی قدامی او خلفی جدارونه .

دپریطوان جوف دجداری اوحشوی پریطوانی پانو په مینځ کی قرار لری چې په دوه واړه او غټ پریطوانی جوفونو باندی ویشل شوی دی. پریطوانی وړوکی جوف یا (lesser peritonealcavity) دمعدی په خلف کی قرار لری. پریطوانی غټ جوف دمعدی په قدام او د مستعرض کولون څخه ښکته واقع دی. دادوه جوفونه دیو سوری په واسطه چی د (foramen epiploicum) یا (Foramen of winslow) په نوم یادېږی یو د بل سره ارتباط پیدا کوی. دپریطوان سطح کاملاً ښویه دی ددی لپاره چی یوه طبقه پریطوانی پانه د بل پریطوانی پانی په

سطح باندی په اسانی سره وښویږي د پریطوان په جوف کی معمولاً په یو کاهل سری کی ۱۲۰ ملی لیږه مایع د سیروم په شکل موجود وی.



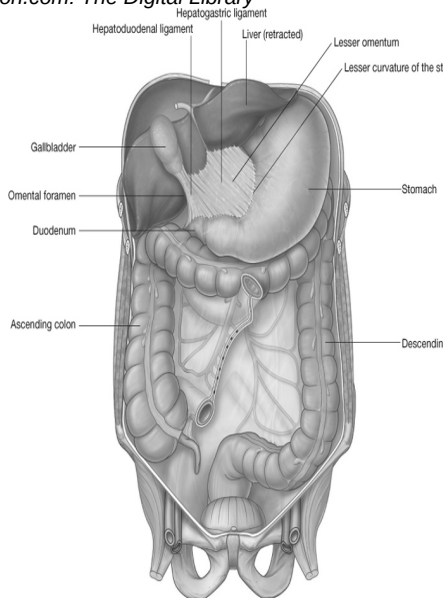
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.
Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

سرب یا (Omentum)

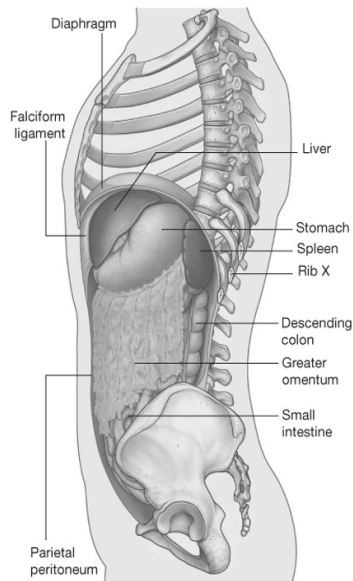
دپریطوان د دوه پانو څخه جوړ شوی دی دا دوه پریطوانی پانی چی یوه ئی دمعدی قدامی مخ او بل ئی دمعدی خلفی مخ پوښوی د معدی دلوۍ انحنأ په برخه کی سره یو ځای کیږی او د لمن په شکل ښکته په ازاد ډول د وړو کلمو په سطحه سیرکوی او بیرته دواړه پریطوانی پانی پورته جگړی او د کبیره سرب دجوړولو څخه وروسته د مستعرض کولون قدامی او خلفی مخونه او د هغه د مساریقی سطح پوښوی او بالاخره د گیدی د خلفی جدار په سطحه خپل سیر ته ادامه ورکوی. پدی ډول کبیره سرب د دوه جوړه (څلور طبقه) پریطوانی پانو څخه جوړه شوی.

د کبیره سرب شرائین: د چپ Gastroepiploic arteria په یوه شعبه د طحالی شریان دی او د ښی Gastroepiploic arteria چی یوه شعبه د Gastroduodenal arteria دی او دا شریان یوه شعبه د کبدی شریان دی منشأ اخلی.

اود سرب وریدی وینه په Splenic vein کی توئیری او دا ورید په باب ورید ختمیری. څرنگه چی د معدی د اناتومی په مبحث کی ذکر شو چی سرب د التهاب د محدودولو وظیفه په غاړه لری نو د پریطوان د جوف په هره برخه کی چی التهاب تائس وکړی د سرب پواسطه محدودیږی او د هغه د انتشار څخه مخنیوی کوی.



Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.
Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.



Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.
Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

د پریطوان تعصیب (Innervation) :-

جداری پریطوان د محیطی (somatic) او حشوی (visceral) اعصابو پواسطه تعصیب شوی دی نولدی کبله فوق العاده حساس وی او د پوستکي په شان د هرونوع تنبهاټو په مقابل کی ځواب وایی او د موضعی یا عمومی دردونو سبب گرځي. د جداری پریطوان قدامی برخه یا په بل عبارت هغه برخه د جداری پریطوان چی دگپدی د قدامی جدار سره په تماس دی فوق العاده زیات حساس دی او د جداری پریطوان هغه برخه چی حوصله یی پوښه کړی نسبتاً لږ حساس دی د جداری پریطوان د موضعی تنبهاټو او دهغه له کبله د موضعی عکس العمل د ښکاره کولو له مخی په سرپریتو کی د داخل بطني امراضو په تشخیص کی زیات استفاده کیږی. له هغه ځایه چی د جداری پریطوان جروحات او التهابات د گاونډی او نږدی ارادی عضلاتو د شخوالی او سپرم سبب گرځي نو د دی عضلاتو عکس العملونه د نندرنس او (ریبواند نندرنس) په شکل نظاهر کوی او د دی نظاهراتو د موجودیت له مخی د داخل بطني امراضو سیر او پرمختگ تعینیری.

حشوی پریطوان یواځی د اوتو نومیک اعصابو پواسطه تعصیب شوی دی او لدی کبله د فشناری او حرارتي تنبهاټو په مقابل کی ډیر حساس ندی او د دی نوع تنبهاټو په مقابل کی داخل بطني اعضاء ډیر لږ د موضعی درد په شکل عکس العمل ښکاره کوی. حشوی اعصاب زیاتره د ترکش(traction) او دیستنشن(Distention) تنبهاټو په مقابل کی د کرмп اوکولیک په شکل عکس العمل ښکاره کوی.

د وړو کلمو مساریقه او د صفراوی لارو تعصیب ډیر ښه غنی دی او د تنبهاټو په مقابل کی د موضعی او د گپدی د عمومی درد سبب گرځي. د مساریقی د شدید تنبهاټو په اثر مثلاً د مساریقی د زیات کشش له کبله عصبی عکس العمل د برادی کاردیا (Brady cardia) او د هایپو تنشن (Hypotension) په ډول ښکاره کیږی.

اما د وړو کلمو تعصیب په یواځی او جلا ډول چندان ښه ندی او د وړو کلمو تنبهاټو په اثر یواځی د گپدی په مینځنی برخو کی د لږ مبهم درد په شکل عکس العمل ښکاری. د وړو کلمو د شدید

تنبهااتو په اثر مثلاً د عملیات په وخت کی د کلمو د ډیر لاس وهلو سره یا د شدید التهابی تنبهااتو په اثر حشوی عکسه د کلمو د فحج په شکل تظاهر کوی.

د پریطوان فیزیولوژی :-

۱- پریطوان د یو قابل نفوذ پردی په صفت :-

په یو کاهل سری کی د پریطوان سطحه تقریباً د ۲ مترورمربع پوری پراخوالی لری یا په بل عبارت د پریطوان سطحه او د وجود د پوستکی سطح سره یو برابر وی یعنی پریطوان سطح د پښتورگو د گلوبیلورو (kidney Glumerule) د فلتر سطح به نسبت پراخه ده. د پریطوان برخلاف د پوستکی یوه نیمه قابل نفوذ غشاء ده او په دواړو سمتونو کی د اوبو، الکترولایتو، پښیدو او ورو کی پروتینی مالیکولو د انتقال سبب گرځی. یعنی د پریطوان جوف وجود خواته او د وجود څخه پریطون جوف ته د نوموړی موادو انتقال د پریطوان له لاری صورت نیولای شی.

په نورمال حالت د پریطوان په جوف کی تقریباً ۱۲۰ ملی لیتره په اندازه سیروم ډوله مایع موجود وی چی د دی مقدار مایع پواسطه د کلمو د عرواتو او د کلمو او د گیدی د جدار ترمنځ حرکات په اسانی صورت نیسی له هغه ځایه چی پریطوان په دوه سمت مایعاتوته انتقال ورکولایشی لدی کبله پریطوان ته نیمه قابل نفوذ غشاء نوم ورکړ شوی دی.

کوم مایع چی په نورمال حالت د پریطوان په جوف کی موجود دی د خارج الحجروی مایعاتو یوه برخه حجروی د دی مایع اوسموتیک (osmotic) او هایدورلیک غلظت د پریطوان د دوه سمت مایعاتو انتقال خاصیت کنترول په غاړه لری. پدی ډول کوم وخت چی د دی مایع غلظت اضافه شی د وجود څخه پریطوان جوف ته مایعات کش کیری او کوم وخت چی د پریطوان د مایع غلظت کم شی د پریطوان د جوف څخه مایعات وجود خواته داخلیری.

د دی پسیف (passive) عملی په اساس د پریطوان په جوف کی د ځینی داخل حجروی او بین الحجروی موادو فعال جذب ته زمینه مساعدیری او لدی لاری څخه یو شمیر اضافه مواد د وجود څخه پریطوان جوف ته او له هغه ځایه د باندی ایستل کیری او برخلاف کوم مواد چی د وجود په مینځ کی لږ دی پریطوان جوف ته اچول کیری او د دی لاری وجود خواته جذبیری د مثال په توگه یو مایع چی زیات اوبه ولری او غلظت یی لږ وی د پریطوان په جوف کی واچول شی ډیر ژر دهغه غلظت بین الحجروی مایعاتو یا د وینی د پلازما سره په تعادل راځی.

البومین، الکترولایت او یوری محلولات په آزاد ډول د پریطوان د جوف څخه وینی ته او د وینی څخه پریطوان جوف ته تبادله کیری. د پریطوان د پانی لخوا عموماً انتی بایوتیکونه جذبیری. (اندوزن) او (اکسوزن) توکسیک موادو په شمول د باکتری د توکسینو په اسانی سره د پریطوان له خوا جذبیری. او د عمومی اعراضو د منځته راتلو سبب گرځی له هغه ځایه چی د پریطوان سطح وسیع او پراخه ده نو د موادو جذب او برخلاف د وجود څخه د موادو داخلیدل پریطوان جوف ته عموماً په کتلی ډول او په غټ حجم صورت نیسی.

د پښتورگو د عدم کفایي په حالت کی چی د پتاسیوم او یوریا سویه په وینه کی ډیر جگ وی د مخصوص مایعاتو پواسطه چی پریطوان ته اچول کیری او د پتاسیوم او د یوری غلظت پدی مایعاتو کی ډیر لږ دی نو وروسته د څو ساعتو څخه د پتاسیوم او یوریا غلظت چی په وینه کی زیات دی پریطوان جوف ته داخل او له دی ځایه څخه د باندی خارجیری چی دا عملیه د Peritoneal Dialysis په نوم یادیری.

برخلاف د کلمو د اختناقی انسداد په حالاتو کی چی د کلمی د لومن او د نکروز شوی انساجو څخه توکسیک مواد پریطوان جوف ته داخلیری ژر جذب او د عمومی اعراضو دمنځته راتلو سبب گرځی. همداسی د پریطوان تبدالی په څنگ د حجاب حاجز لمفاوی قناتوته چی د پریطوان د جوف

په سقف کی قرار لری هم د اوبو او الکترو لایتو په انتقال کی د وجود څخه پریطوان جوف ته او د پریطوان د جوف څخه وجود خواته مهم رول لوبوی او له همدی کبله ده کوم وخت چی د حجاب حاجز بنکته سطح د شدید التهابی حالت سره مخامخ کیږی لږ اندازه مایع د همدی لمفوی قناتو له خوا پلورایی جوف ته ازادیږی.

۲—د پریطوان عکس العمل د جروحاتو په مقابل کی :-

پریطوان وروسته د ژوبلیدو څخه ډیر ژر التیام کوی او د پریطوان وسیع دیفکت په ظرف د څو ساعتو کی د مینځه ځی دا ځکه چی د پریطوان ترمیم د پوستکی په شان چی د زخم د شونډی څخه مرکز خواته د ایپتل نشونما صورت نیسی داسی ندی. بلکی یو شمیر میزوتیلیال حجرات د پریطوان د نورمال سطح څخه مجروحه یا دیفکت ناحیې ته مهاجرت کوی او حجروی نشونما نه یواځی د پریطوان د جرحی د شونډی څخه شروع کیږی بلکه کوم میزوتیلیال حجرات چی د جرحی په منځ او مخصوصاً د دیفکتی ناحیې په منځ کی ځای په ځای شوی دی وده او نشونما کوی او پدی ډول ځکه چی حجروی نشونما دوه منبی لری نو پریطوانی زخم نسبت نورو زخمونو ته ژر التیام کوی. که د پریطوان نورمال التیام د التهاب له کبله په تاخیر واچول شی یا داچی ناتام التیام وکړی پدی وخت کی التصاقات پیداکیږی. څرنګه چی د التهابی شوی میزوتیلیال حجراتو څخه فبرین افرازیږی چی وروسته دا فبرین اگلوتینیشن کوی او فبرینی التصاقات مینځته راوړی که دا فبرینی التصاقات ژر د منځه لاړنشی او پاتی شی د هغه د منځ په ظرف د پنځه تر لسو ورځو پوری فیبروبلاست حجرات تشکیل او د هغه په منځ او اوږه پرمختګ کوی او بالاخره اورګنایز کیږی.

۳—د پریطوان انتانی ضد یا Anti-Infectious خاصیت :-

په نورمال حالت پریطوان د انتاناتو په مقابل کی ښه مقاوم دی د مثال په توګه که یو مقدار باکتریا د پریطوان په جوف کی زرق شی ډیر ژر د فاګوسایټوز د عملی په واسطه لمړی محدود او بیا له منځه ځی او که عینی مقدار باکتریا پوستکی لاندی زرق شی حتماً ابسی جوړوی یا داچی شدید سلولایتس منځته راوړی. د پریطوان باکتریایی التهاب هغه وخت منځه ته راځی چی د پریطوان جوف په دوامداره توګه یا د یو شدید ویرو لانس لرونکی باکتریا پواسطه ملوث شی. د پریطوان په جوف کی د انتان په مقابل په دوه میخانیکیت سره صورت نیسی.

۱—د انتان د محدودولو میخانیکیت

۲—د فاګوسایټوز د عملی په واسطه

۱—د انتان د محدودولو په منظور کوم ځای کی چی انتان تاسیس شی د سرب حشوی او جداری پریطوان پواسطه نوموړی انتان چاپیری وروسته دهغه څخه د پریطوان د التهابی عکس العمل په اساس چی Vasodilatation صورت نیسی د اوږی د جدار څخه پلازما او فبرین خارج او د پریطوان په سطح مخصوصاً په هغه ځای کی چی انتان محدود شوی دی یو فبرینی سطح جوړیږی پدی ډول له یوې خوا په خپله پریطوان او له بلې خوا فبرینی پای انتان محدودوی.

۲—کوم وخت چی انتان محدود شو د پریطوان د جدار څخه د فبرینی او د پلازما سره یوځای د وینی دفاعی عناصر هم خارجیږی او د انتان د محدودولو څخه وروسته کوشش کیږی چی د دی عناصرو پواسطه انتان فګوسیټی او د منځه لاړ شی.

د پریطوان په جوف کی د اجنبی اجسامو موجودیت د پریطوان د سطح د تخریش سبب ګرځی. او وروسته د تخریش څخه د پریطوان نورمال سطح خپل طبیعی نسجی خاصیت له لاسه ورکوی یا په بل عبارت د اجنبی اجسامو د تخریش په اثر د پریطوان په سطح فیروزی نسج پیداکیږی او پدی وخت پریطوان نشی کولای چی خپل انتانی ضد خاصیت او فعالیت په صحیح ډول سرته رسولی.

۴- مخکی تذکر ورکر شو چی د پریطوان په جوف کی یوه اندازه مایع موجود دی او دا مایع د حشوی او جداری پریطوان سطح بنوی کوی. پدی ډول له یو خوا د کلمو استداري حرکاتو ته اسانتیا برابریږی او له بلې خوا د گیدی جدار او حجاب حاجز حرکاتو ته د تنفس په وخت مرسته کوی. او دا دوه عضوی په اسانی سره د تنفس په حرکاتو کی اشتراک کوی.

۵- د پریطوان د هایدرو استاتیک فشار :-

په نورمال حالت د پریطوان داخلي فشار تقریباً اته سانتي متر اوبو ته رسیږی. په هغه حالاتو کی چی د گیدی د جوف ظرفیت د حجاب حاجز یا د گیدی جدار د تقلص په اثر کم شی د پریطوان جوف فشار زیاتیږی. مثلاً کوم وخت چی سری و توخیږی حجاب حاجز بنکته خواته راځی او د گیدی قدامی جدار تقلص کوی پدی وخت د پریطوان جوف فشار ۱۵۰ سانتي مترو اوبو ته جگیږی همداسی کوم وخت چی پریطوان التهابی شی د گیدی په جدار کی شخوالي پیداکیږی او داخل پریطوانی حجم کمیږی او فشار یی جگیږی.

د پریطوان التهاب یا Peritonitis

تعریف :- د گیدی په جوف کی د جداری یا حشوی پریطوان سطح د ټول یا د یوی برخې د التهاب څخه عبارت دی. دغه ناروغی %۲۵ د پریطوان ناروغی تشکیلی.

په کلاسیک ډول د پریطوان التهاب په ابتدایی یا primary او ثانوی Secondary ویشل شوی دی اما د سربیری او کلنیک له نظره دا تقسیمات چندان ارزښت نه لری ځکه کوم وخت چی جراح یو پریطونایتس ناروغ سره مخامخ کیږی د حاد تقیحی پریطونایتس تر تشخیص لاندی خپل تداوی سرته رسوی او د پریطونایتس ابتدایی یا ثانوی حالت هغه ته کوم مفهوم نه لری.

د پریطونایتس ټول واقعات له هره سببه چی وی د ناروغی په شروع کی پریطوانی پانی التهابی کیږی او دهغه په تعقیب د هضمی جهاز ترانزیت او د عضویت د مایعاتو توازن خرابیږی چی د دی دوه تغیراتو په اثر په ثانوی ډول یو شمیر پټالوژیکي تغیرات په زړه، تنفسی جهاز، پستورگو، اندوکرابین غدوات او د عضویت د میتابولیکي په وظایفو کی منځ ته راځی.

دجراحی له نظره چی کومه طبقه بندی ډیر ارزښت لری هغه په لاندی ډول ده

۱- local peritonitis: البته په خاصه برخه کی تر یوه وخته دomentum واسطه احاطه وی او که پرختګ وکړی نو بیا په General Peritonitis باندی بدلیږی.

۲- General Peritonitis :

د پریطونایتس تصنیف (Classification of peritonitis) :-

په عمومی ډول پریطونایتس په دوه عمده گروپو ویشل شوی دی

۱- حاد پریطونایتس --- Acut peritonitis

۲- مزمن پریطونایتس --- Chronic peritonitis

۱- حاد پریطونایتس په دوه گروپو تقسیمیری

الف: حاد تقیحی پریطونایتس.

ب: حاد اسپتیک پریطونایتس (Acute aseptic peritonitis):

چی په لاندی گروپونو تقسیمیری:

✓ د معدی د عصارى له کبله (په لمړی کی معقم مگر وروسته منتن کیږی)

✓ د پانقراس د عصارى له کبله

✓ د صفرا د عصارى له کبله

✓ د تشومنیازو له کبله

✓ حاد هیمو پریطونایتس

✓ میګونیم پریطونایتس

✓ Chylus پریطونایتس (دلف دخارجیدو څخه د پریطوان جوف ته ددی
Peritonitis باعث کیږی)

✓ موکوز پریطونایتس

✓ اندو توکسین پریطونایتس

✓ د معقم پردی اجسامو (foreign body) پریطونایتس: لکه د جراحی عملی نه وروسته د
جراحی سامان او یا د گاز د پارچی پاتی کیدل د پریطوان په جوف کی ددی ډول
peritonitis باعث کیږی.

✓ د باریوم پریطونایتس: که چیری د رادیولوژیک معایناتو په وخت کی د باریوم اندازه زیاته
شی نو د کلمو د rupture باعث کیږی او دغه ډول peritonitis منځ ته راځی.

۲- مزمن پریطونایتس په دوه گروپونو ویشل شوی دی:

الف: توبرکلوزی پریطونایتس

ب: غیرى توبرکلوزی یا گرانولوماتوز پریطونایتس

حاد تقیحی پریطونایتس Acute suppurative peritonitis

اسباب :-

د حاد تقیحی پریطونایتس اسباب په کلاسیک ډول په څلورو گروپونو کی ویشل شوی دی.

الف - هغه پریطونایتس چی د داخل بطنی اعضاو د التهاب یا د گانګرین په اثر یا داچی د کلمی د
لومن څخه پریطوان جوف ته د مکروبونو د مهاجرت له کبله منځته راځی.

۱ - د هضمي جهاز د التهابي يا غيرالتهابي قرحاتو سوري کيدل:- د اثنا عشر او د معدی قرحاتو سوري کيدل په اوله مرحله کې د اسپتیک (Aseptic) او وروسته د تقیحي حاد پریطونایتس سبب ګرځي. همداسې د محرقې د اختلاط په سیراو د کلمو په توبرکلوز او ګرانولوماتوز افاتو کې هم هضمي جهاز سوري کيږي او حاد تقیحي پریطونایتس منځ ته راوړي او Diverticulitis هم باعث کیداشي د Peritonitis .

۲ - حاد اپنډیسایتس (Acute appendicitis):-

د حاد تقیحي پریطونایتس عمده سبب مخصوصاً زموږ په هیواد کې چې ناروغان ژر تر ژره ډاکتر ته مراجعه نه کوي جوړه وي. اما باید وویل شي چې مخکې لدې څخه چې حاد اپنډیسایتس عمومي پریطونایتس جوړ کړي لمړی موضعي دا ځکه چې Omentum د ساحې څخه را چاپیر کيږي (نظر په مقاومت د ناروغ او د مکروب ویرو لانس) پریطونایتس جوړه وي. او وروسته دا موضعي پریطونایتس په عمومي پریطونایتس بدلېږي کوم وخت چې عمومي پریطونایتس منځته راځي معمولاً موضعي اعراض او علایم په ټول ګیډه کې انتشار کوي او په ظرف د څو ساعت به عمومي بطني علایم بدلېږي.

۳ - حاد سلېنجانیتس (Acute salphangitis):-

منتشر درد په ټول ګیډه کې او بنکاره تندرېس، اسپازم او شخوالي د ګیډې به سفلی برخو کې د حاد سلېنجانیتس په لمړیو مرحلو کې موجود وي او د نفیرو د التهاب د پرمختګ سره سم د عمومي پریطونایتس سریري اعراضو او علایم هم منځ ته راځي.

۴ - د مساریقي د او عبي حاد بندوالي :-

د مساریقي او عبي حاد بندوالي د ګیډې د شدید درد سبب ګرځي او د پریطونایتس سریري اعراض او علایم د کلمو د ګانګرین کیدو او د پریطون په جوف کې د ګانګرین شوی کلمې د انتان د انتشار له کبله منځته راځي.

۵ - حاد کولي سیستایتس :-

حاد کولي سیستایتس هغه وخت د عمومي پریطونایتس سبب ګرځي چې التهابي شوی صفراوی کڅوړی سوري شي او زوې یې په ټول ګیډه کې انتشار وکړي.

۶ - حاد دایورتیکولایتس :-

د اپنډیسایتس به شان هغه وخت د عمومي تقیحي پریطونایتس سبب ګرځي چې سوري شي. که دایورتیکول په کولون کې موقعیت ولري د دایورتیکولایتس د سوري له لاری زیات اندازه هوا پریطون جوف ته داخلېږي او نه یواځې د پریطونایتس سریري تظاهرات منځ ته راځي بلکې ګیډه زیات توسع کوي.

۷ - د غټو او وړو کلمو په انسداد کې چې کلمې ډیر توسع کړي وي او د انسدادی حالت څخه زیات وخت تیر شوی وي د کلمې د لومن څخه مکرو بونه د کلمې د نری شوی جدار څخه تیرېږي او د پریطون په جوف کې ځان رسوي او حاد تقیحي پریطونایتس جوړه وي.

ب :- هغه پریطونایتس چې مکروبي عوامل د وینې له لاری پریطون جوف ته راځي او پریطونایتس جوړوي:-

په لږې فیصدې باکتریا د هیماتوژن له لاری د پریطون په جوف کې داخلېږي او د عمومي پریطونایتس سبب ګرځي چې ځینې مولفین دا نوع پریطونایتس ته ابتدایي يا Primary پریطونایتس په نامه یادوي دانوع پریطونایتس په نفروتیک او اسایتیک ناروغانو کې زیات تصادف کيږي.

ج - د پریطون د چار چاپیری اعضا اېسي گاني که په معین وخت تداوی او درناؤنشي امکان لري چې د پریطون په جوف کې به بنفسهې ډول تخلیه او د عمومي پریطونایتس د منځته راتلو

سبب گرخی. مثلاً د پښتورگو، د ځگر، د پانقراس د توری او د مساریقی د لمفای غدواتو ابسی گانی که په معین وخت او علمی ډول تداوی نشی امکان لری چی د پریطوان به جوف کی درناز او عمومی پریطونایتس جوړه کړی.

د -- هغه پریطونایتس چی د گیدی د ترضیضاتو په مبحث کی په مفصل ډول ذکر کیری معمولاً وروسته د گیدی د پخ یا تیره ترضیضاتو څخه د گیدی د داخلی غړو ژوبلیدل او د دوی محتوی پریطوان جوف ته داخل او د حاد تقیحی پریطونایتس سبب گرخی.

د گیدی په جوف کی د انتان د انتشار خصوصیات:-

کوم وخت چی باکتریا د پریطوان په جوف کی داخل شی عموماً په ټول پریطوان کی انتشار کوی او عمومی پریطونایتس منځته راوړی. برخلاف پریطوان د خپل مدافعی میخانیکیت په اساس په زیاتو واقعاتو کی د باکتریا د انتشار څخه مخنیوی کوی او یو شمیر یی له منځه وری. که د پریطوان مدافعی میخانیکیت د انتان د محدودولو په هکله په لمړی مرحله کی موفق شی او همداسی د باکتریا او عضویت د مدافعی عناصرو د مدافعی مقابلی په نتیجه کی انتان محدود پاتی شی پدی وخت کی د پریطوان په جوف کی په موضعی ډول منتن خایونه او ابسی گانی تشکیلوی. که د پریطوان او د عضویت لمړی مدافعی میخانیکیت د انتان په محدودولو کی موفق نشی پدی وخت کی انتان د پریطوان په جوف کی انتشار کوی او باکتریا د اکسوداتیف او ترانسوداتیف مایعاتو په منځ چی د پریطوان په جوف کی راتولیری وده او نشونما کوی او عمومی پریطونایتس منځته راوړی. په حاد تقیحی پریطونایتس کی چی باکتریا د پریطوان په جوف کی شدیداً فعالیت کوی د وجود عکس العملونه هم د انتان په مقابل کی شدید وی د انتان شدت او سرعت په حاد تقیحی پریطونایتس کی په لاندی فکتورو پوری اړه لری.

۱ - د ملوث کونکی باکتریاو په ویروولانس:-

کوم وخت چی پریطوان جوف د معدی معایی لارو د منتن موادو په واسطه ملوث شی یو داسی تقیحی پریطونایتس منځته راوړی چی په هغه کی د مکروبونو زیات انواع (Mixed or polymicrobial) مداخله لری کوم مکروبو ته چی د حاد تقیحی پریطونایتس سبب گرخی په ترتیب عبارت دی له , Aerobic coliform انایروبییک Bacteroide مکروبونه، انایروبییک استرپتوکوک او ایروبییک استرپتوکوک، انتیروکوک او کولستریدیا.

په تقیحی پریطونایتس کی د مړه کیدو خطر د پریطوان په جوف کی د پتوزن مکروبونو په شمیر او زیاتوالی پوری مستقیماً ارتباط لری. کوم وخت چی غایطه مواد د پولی میکروبیال په شکل پریطوان ته داخل شو د پریطوان په منځ کی مکروبونه د Synergistics په شکل فعالیت کوی او د دی مکروبو مخصوص ویروولانس د هرنوع میکروب د جلا جلا ویروولانس څخه زیات وی او دا ثابته شوی ده چی د پریطوان په منځ کی د انایروبییک مکروبو موجودیت نه یواخی د ایروبییک مکروبو د ویروولانس د زیاتوالی سبب گرخی بلکی د دی میکروب د موجودیت په اثر داسی زمینه مساعدیږی چی کوم ایروبییک مکروبونه چی په نورمال حالت یواخی د اسی د منځه ته راتلو سبب گرخی پدی حالت کی د عمومی پریطونایتس سبب گرخی د تقیحی پریطونایتس په حالاتو کی کوم وخت چی فکر کیری انایروبییک مکروبونه مداخله لری که د عملیات په وخت د گیدی جوف لږ تر لږه د دوه ساعتو لپاره ازادی هوا سره په تماس کی پاتی شی وروسته د عملیات څخه د انایروبییک مکروبو د بیا مداخلی خطر ډیر لږ وی.

۲ - پریطوان د ملوث کیدو په ساحه او د ملوث کیدو په موده کی :-

هر څومره چی د پریطوان وسیع ساحه ملوث شوی وی په هماغه اندازه انتان شدید سیر کوی او همداسی هر څومره چی د پریطوان جوف زیات وخت لپاره د انتان سره په تماس وی په هماغی

اندازی سره زیات ملوث کیری او انتان شدید سیر کوی د مکروبونو د انتشار په برخه کی د پریطوان په منځ د کلمی حرکت او د گیدی د جدار او د حجاب حاجز حرکات او د ځمکی جاذبه قوه مهم رول لری. همداسی د پریطونایتس وخامت او وسعت نه یواځی د انتان د منبع په وسعت (د معدی معایی په لارو کی د سوری پراخوالی) پوری اړه لری بلکی د معدی معایی په قنات کی د انتان د منبع په موقعیت پوری هم ارتباط لری. مثلاً د کلمو د پاسنی برخو محتوی نسبت د کلمی د بنسکتی برخوته ډیر متنن ندی.

۳ - د باکتریا سره د مرسته کوونکی عوامل په موجودیت یا عدم موجودیت :-

کوم وخت چی د پریطوان په جوف کی د مکروبو سره یوځای هیموگلوبین او موکوز موجود وی پریطونایتس په وخیم ډول سیر کوی ځکه چی د دی موادو موجودیت د مکروبو لپاره بهترینه زریعه وسط دی. همداسی د پریطوان په جوف کی داجنبی اجسامو موجودیت مخصوصاً هغه اجنبی اجسام چی پروتینی خاصیت ولری د التهاب د شدت او وخامت سبب گرځی. لکه همتوم، موکوز، مر نسج او داسی نور.

۴ - غیرکافی تداوی او مؤخر تداوی :-

په ټول بطنی ترضیضاتو کی مخکی د دی څخه چی د پریطونایتس واضح سریری لوحه بنسکاره شی باید جراحی عملیاتو ته اقدام وشی. او د خنډ په صورت پریطونایتس که موجود وی شدت پیداکوی. همداسی د پریطونایتس په حالاتو کی انتی بایوتیک ورکول د انتان د محدودولو په منظور مخکی د عملیات څخه مخصوصاً هغه وخت چی ناروغ د مجهز روغتون څخه لری وی مفید دی اما د اساسی تداوی په منظور غلط دی بالاخره په داخل بطن کی ابسی گانی باید حتماً په معین وخت درناز شی او د معاینی په وخت د زیات او شدید مانور ورکولو څخه ډډه وشی په غیر د دی امکان لری چی ابسی وچوی او انتان په ټول پریطوان کی انتشار وکړی. همداسی د داخل بطنی ابسی گانو په موجودیت د قوی لکزاتیف دواگانو د تطبیق څخه باید ډډه وشی ځکه چی د لکزاتیف دواگانو د تطبیق سره د کلمو استداری حرکات اضافه او د ابسی جدار به د کلمو د عرواتو پواسطه جوړ شوی دی تخریبیری او د ابسی محتوی د پریطوان په جوف انتشار کوی.

د پریطوان اناتومویتالورژیک تغیرات په حاد تقیحی پریطونایتس کی :

د انتان او التهاب په اثر په پریطوان کی لمړی هایپریمیا پیداکیږی چی ترانسودیشن سره تعقیبیری. د پریطوان په لاندی طبقاتو کی ازیما او احتقان فوراً منځ ته راځی د پریطوان له لاری د جذب عملیه خرابیری او له هغه ځایه چی په پریطوان کی هایپریمیا موجود دی د نورمال په نسبت کوم شیان چی ډیر غټ مالیکول وزن لری هم د پریطوان د فلتر څخه تیریږی. د خارج الحجروی مسافاتو څخه د مایعاتو ترانسو دیشن د لږ اندازی پروتین احتوا کوی پریطوان جوف خواته د زیات اندازه پولی مورفونوکلیر لوکوسیتو سره یو ځای صورت نیسی او د دی په مقابل کوم مکروبی توکسین او مواد به د پریطوان په جوف کی ټول شوی دی د پریطوان له خوا جذب او دوران ته داخلیری نو پدی مرحله کی پریطوان د یو څلورلاری په شکل رول لوبوی څرنګه چی یو شمیر مواد د دوران څخه د گیدی جوف ته او یو شمیر مواد د گیدی د جوف څخه د دوران خواته انتقال ورکوی.

وروسته د ترانسودیشن د مرحلی څخه په پریطوان کی د اکسودیشن مرحله شروع کیږی. څرنګه چی د التهابی پریطوان څخه چی التهاب یی پرمختګ کړی ده یوه اندازه اکسودات مایع چی زیات اندازه پروتین، فبرین او د پلازما نور پروتینی مواد احتوا کوی خارج او د پریطوان به جوف کی توبیری. دا مایع پرند کیدو ته میلان لری چی د دی مایع د پرند کیدو په اثر د کلمو

عرواټ یو بل سره یا نورو احشاو سره یا د ګډې د جدار سره التصاق کوی او دا التصاقات د انتان د محدودولو په هکله ډیر مرسته کوی د انساجو په منځ کی د ریبونوکلئیک اسید (RNA) او دی- ریبونوکلئیک اسید (DNA) نسبت او موجودیت د پروتین د تولید د مشعر په صفت قبوله شوی ده. او د پریطونایتس په حالاتو کی د حجراتو په منځ د دی دوه مادو مقدار د نورمال څخه کمیری او کوم وخت چی التهابی وټیره د ۲۴ ساعتو څخه زیات د پریطوان په منځ کی په فعال ډول پاتی شی د انساجو په منځ کی د دی دوی مادیی مقدار کمیری. او څرنګه چی دا دوه مادی د حجراتو د تشکیل اساسی ماده ده نو پدی وخت د پریطوان ترمیمی فعالیت هم کمیری. د دی وټیری په څنګ د حجراتو هایپوکسیا او د باکتریا له خوا د کولازن او د پروکولتیک انزایمو افراز د کولازن دستنیز څخه مخنیوی کوی.

د پریطونایتس پټورنیزیس :-

په پریطونایتس کی د عضویت په یو زیات شمیر اعضاو کی تغیرات منځ ته راځی چی دا تغیرات په هره عضوه کی به جلا جلا ډول تر مطالعی لاندی نیسو.

۱- **معایعی تغیرات :-** د پریطوانی تخریش په مقابل کی د کلمو لمړی عکس العمل د هغه د حرکاتو د زیاتوالی په شکل نظاهر کوی. وروسته د یوی لنډی مودی څخه د کلمو د حرکی فعالیت به انحطاط راځی او یو اډینامیک الیوس منځ ته راځی. چی د دی الیوس په اثرکلمی توسع کوی او دهغه به منځ کی گازات او مایعات تجمع کوی. ټول شوی گازات د هغه گازاتو څخه عبارت دی چی ناروغ د خولی له لاری تیروی. کوم وخت چی الیوس منځ ته راغی د کلمی د لومن په منځ کی څرنګه چی میخانیکیت پی د انسداد په مبحث کی تشریح شوی دی د مایعاتو Exsorption زیاتیږی. برخلاف د کلمی د لومن کی د مایعاتو جذب یا Insorption خرابیږی. او بلاخره د هضمی قنات په منځ کی د مایعاتو د سوبی د جګوالی په اثر ناروغ ته ګانګی پیدا کیږی.

۲ - **هایپو والیمیا :-** څرنګه چی تذکر ورکړ شو د التهاب پواسطه په پریطوان جوف کی هایپیریمیا او د اوعیی توسع منځ ته راځی. او د اوعیی د جدار څخه د پلازما په شان مایعات خارج او پریطوان جوف ته د اکسودات او ترانسودات به شکل تویږی. د مساریقی او دهغه د نرم منظم نسج په منځ کی چی د حشوی پریطوان لاندی واقع دی د خارج الحجروی د مایعاتو د نفوذ په اثر ازیما نی کیږی. کوم خارج الحجروی مایعات چی د توسع کړی هضمی کانال په منځ کی راتولیری د رکودت په حال پاتی کیږی. په خلاصه ډول په ۲۴ ساعتو کی د پریطوان په جوف او د کلمو د لومن په منځ یا په بل عبارت د عضویت په دریمه فاصله کی (third- space) د څلورو څخه تر شپږو لیټرو پوری اوبو او الکترولایت او پروتین مواد ټولیری.

۳ - **اندوکرنی تغیرات :-** پریطونایتس حالت پر یو زیات شمیر اندو کربنی اعضاو باندی تنبهی تائیر لری. د ټولو اندوکربنی غړو څخه مخکی د پښتورګو د پاسه غدی مخ (Medulla) د پریطونایتس په مقابل کی ژر عکس العمل ښکاره کوی. څرنګه چی د (ایپی نفرین) او (نوراپی نفرین) د افراز پواسطه د وجود د اوعیی د تقبض تکی کاردیا او د خولی د زیات افراز سبب ګرځی.

د پښتورګو د پاسه غدی قشر د پریطوان د التهاب یا جرحی د تنبیه پواسطه د دوه یا دری ورځو لپاره زیات مقدار کورتیکال هورمون افرازوی.

د پریطونایتس د هایپو والیمیا په مقابل کی د الدوسترون او انتی دایورتیک هورمون افرازات هم زیاتیږی. چی د دی دوو هورمونو تر تائیر لاندی د پښتورګو څخه اوبو او سوډیم زیات نه اطراح کیږی. اما له هغه ځایه چی د اوبو احتباس نسبت سوډیم احتباس ته زیات دی نو د پلازما په منځ یو نسبی هایپوناتریمیا موجود وی. د درقی غدی میتابولیکی فعالیت نسبتاً اضافه کیږی او لدی کبله د پریطونایتس د تاسیس په وخت ناروغ زیات انرژي ضایع کوی او ډیر خولی کیږی.

۴- **د زړه په وظایفو کی تغیرات :-** په زړه باندی د پریطونایتس تاثیر د خارج الحجروی مایعاتو د کموالی او د اسیدوز د پرمختګ په اندازه پوری اړه لری. د خارج الحجروی او د وینی د حجم کموالی د دی سبب کیږی چی وریدی رجعت لږ شی یا په بل عبارت لږ مقدار وینه قلب ته مراجعت کوی او په همدی شکل لږ مقدار وینه د زړه څخه خارجیږی. یا په بل عبارت زړه دهانه یا output کمیږی.

او د دی لپاره چی د عضویت د احتیاج وړ وینه ژر ژر انساجو ته ورسیری د زړه فعالیت اضافه کیږی او تکی کار دیا منځته راځی. د پریطونایتس په پرمختللی واقعو کی د زړه ضربان شمیر زیاتوالی هم د عضویت د احتیاج وړ وینه نشی رسولای او له بلی خوا نه اسیدوز د مترقی سیر په اثر د زړه تقلصی قدرت کمیږی او په نتیجه کی د زړه دهانه نور هم ښکته راځی. چی د زړه د دهانی د کموالی په اثر حیاتی انساجو لکه د دماغی نسج، ځگر، پښتورگو، پانقراس او نور واخلوته کافی وینه نه رسیږی او د دی اعضا په وظایفو کی اختلال او کموالی منځته راځی.

۵- **تنفسی تغیرات :-** د گیدی توسع دکلمو د فلجی انسداد له کبله د دی سبب کیږی چی د حجاب حاجز او د بین الضلعی عضلاتو حرکات محدود شی. د دی دوی عضلاتو حرکات محدودیدل د تنفس حجم د کموالی سبب گرځی یا په بل عبارت سږی نه انقباض او انبساط نشی کولای نو دی کبله د سږو په قانده کی اتلکتازیس پید اکیږی.

د پریطونایتس په لمړیو مرحلو کی د تنفس حرکاتو په شمیر زیاتوالی لیدل کیږی. او دا زیاتوالی د هغه تنبهاټو په اثر منځ ته راځی کوم چی د تنفس حجم د کموالی په اثر د عضویت په انساجو او وینه کی د کاربن دای اوکساید زیات مقدار تراکم کوی. باید و ویل شی چی د کاربن دای اوکساید تراکم نه یواځی د تنفس حرکاتو د زیاتوالی سبب گرځی بلکه اسیدوز هم منځته راوړی. او په نتیجه کی انایروبیک حجروی میتابولیزم منځته راځی.

۶- **د پښتورگو به وظایفو کی تغیرات :-** هایپووالیمیا او د زړه دهانه کموالی د انتی دیورتیک هورمون او د دسترون د افراز د زیاتوالی سبب گرځی. د پریطونایتس په حالت کی نوموړی تغیرات په سینرژتیک ډول پر پښتورگو باندی تاثیر اچوی او د پښتورگو د ورانی وینه محدودیږی. چی د هغه په اثر د گلو میرو لار فلتریشن او د توبولونو په منځ کی د تشومیتازو په جریان کی کموالی پیداکیږی. له بلی خوا د اوبو او د سودیم به دوباره جذب کی لازیاتوالی لیدل کیږی. او زیات مقدار پتاسیوم ضایع کیږی. په نتیجه کی د پښتورگو وظایف مختل او د تشومیتازو اندازه کمیږی. چی دا حالت میتابولیکی اسیدوز ته چی د تنفس عکس العملو له کبله منځته راغلی وو نور هم تشدیدوی.

۷- **میتابولیک تغیرات :-** اوکسیژن ته د عضویت احتیاج د زیاتوالی سره موازی د عضویت میتابولیک فعالیتونه هم اضافه کیږی. د سږو او د زړه د فعالیتو د تشوش په اثر په دورانی وینه کی د اوکسیژن مقدار کمیږی نولدی کبله په عضویت او نور محیطی انساجو کی انایروبیک موضعی حجروی میتابولیکی احتیاجاتو په اساس کنترول کیږی کوم وخت چی انایروبیک حجروی میتابولیزم منځ ته راځی او دهغه محصول یعنی اسیدلکتیک د حجراتو په منځ تراکم کړ په موضعی ډول شریانونه توسع کوی. په دی شرط چی هایپووالیمیا موجود نه وی. د زړه دهانه زیاتیری او په نتیجه کی په محیطی ارواء کی زیاتوالی پیداکیږی. او کوم اسیدی مواد چی د حجراتو به منځ تولید شوی دی په دروان کی داخل او حجرات ایروبیک میتابولیزم ته آماده کیږی. کوم وخت چی د پریطونایتس په اثر هایپووالیمیا منځته راشی پاسنی نورمال وتیره سرته نه رسیږی او کوم اسیدی مواد چی د حجراتو په منځ کی تولید شوی دی د خراب ارواء له کبله د منځه نه ځی.

له بلی خوا د پریطونایتس په هایپو والیمیا حالت کی څرنگه چی مخکی وویل شو په معاوضوی ډول د ایپی نفرین او نارایی نفرین د افراز له کبله عمومی Vasoconstriction منځته راځی. او پدی ډول پوستکی، عضلات او بطنی او خارج بطنی احشاء ارواء کمیری. او لدی کبله هم اسیدی تولید شوی مواد د حجراتو په منځ کی ځای پر ځای پاتی کیږی.

همداسی د پښتورگو د خراب ارواء له کبله د پښتورگو کلیرانس د دی اسیدی موادو په مقابل کی کمیری. او یوه اندازه اسیدی مواد چی د حجراتو څخه په دوران کی د اطراح لپاره داخل شوی دی په دوران کی پاتی کیږی او بالاخره په نتیجه کی میتابولیکی اسیدوز په ډیر شدت منځته راځی. د ځگر د گلاپکوژن ذخیره د پریطونایتس په حالت کی په ناڅاپی ډول په مصرف رسیږی. د انسولین افراز د Islet cell پواسطه زیاتیږی. خو بیا هم د عضلاتو په منځ کی گلوکوز نه ذخیره کیږی او عضویت د خپل احتیاج وړ انرژي د تولید لپاره د خپل شحمی ذخایرو څخه استفاده کوی او بالاخره د دی ذخایرو د تمامیدو څخه وروسته پروتیین کتابولیزم مخصوصاً په عضلاتو کی شروع کیږی او پدی ډول که ناروغ بی د تداوی پاتی شی په ظرف د څو ورځو کی خپل ۲۰ یا ۳۰ فیصده وزن کموی.

د حاد تقیحی پریطونایتس سریری تظاهرات :-

سریری اعراض :-

۱- **گیډی درد :-** د ناروغی یوه بارزه او عمده عرض دی درد امکان لری چی په ناڅاپی ډول شروع شی. مخصوصاً چی پریطونایتس د گیډی د داخلی غړو د څیری کیدو له کبله منځته راغلی وی. یا داچی درد په تدریجی ډول اضافه کیږی. د پریطونایتس د تاءسیس په دوره کی درد ثابت، دوامدار، کلک او د وړکی حرکت سره اضافه کیږی. د درد شدت زیات د گیډی په هغه ناحیه کی توضع لری چی د هغه ځای پریطونایتس شدیداً التهابی شوی وی. د درد شدت هغه وخت کمیری چی التهاب موضعی کیدو ته میلان ولری. برخلاف د درد د شدت هغه وخت نورهم زیاتیږی چی التهاب د پریطونایتس په جوف کی انتشار ته میلان ولری.

● بی اشتهايي : د ټولو تبه لرونکی او التهابی امراضو په شان په پریطونایتس کی هم ناورغ شدیداً بی اشتهايي لری او هیڅ ډوډی خوړلو ته میلان نه لری.

● زړه بدوالی او کانگی : دا عرض ډیر عمومیت لری زړه بدوالی همیشه د کانگو سره ملگری وی.

● تنده : ناروغ د تندې څخه شدیداً شکایت کوی.

● تبه : تبه عموماً متقطع او د ریږدو سره شروع کیږی او وروسته بیا دوامدار تبه موجود وی، د وجود د حرارت درجه د سانتی گراد ۳۸ درجو څخه ۴۰ درجو پوری فرق کوی، په ځوانانو کی تبه عموماً جگ وی برخلاف د زړو، او کوم خلک چی بیا سو تغذی دی په متوسطه اندازه تبه پیدا کوی.

● تکی کارډیا : پدی ناروغانو کی عموماً نبض سریع او تش جس کیږی، او د نبض دا دوه خاصیت په هایپو والیمیا د لالت کوی، او هر څومره چی هایپو والیمیا زیات وی به هماغه اندازه نبض سریع او تش جس کیږی. د ناروغانو د وینی فشار په شروع کی ډیر لږ ښکته وی او د تأسس په صفحه کی سره لدی چی مایعات زیات ضایع کیږی د محیطی اوعی د

معضوی Vasoconstriction له کبله د وینې فشار بیا هم زیات بشکته نه راځي، اما کوم وخت چې اندو توکسین خپل اعظمي تاثیر یو عضویت باندې واچول او سپتیک شاک تاسس کړ نبض غیر قابل د جس او د وینې فشار غیر قابل د اندازی وی.

- تنفسی وضع : په ډیرو وصفی شکل د ناروغ تنفس سطحی او شمیر یی زیاتیری، د تنفس شمیر لدی امله زیاتیری چی د وجود ټول انساج په هایپو کسیا اخته کیږی او سطحی لدی کبله چه که ناروغ ژور سا وباسی نو د گیدی درد اضافه کیږی نو د درد د کموالی له کبله ناروغ سطحی تنفس اجرا کوی.

سریری علایم :-

- **نفثیش :** د پریطو نایتس ناروغان آرام او بی حرکت په بستر کی ستون ستاخ پراته او ورنونه یی پر گیدی باندی د قبض په حالت نیول او د درد له کبله د گیدی جدار په تنفسی حرکتو کی هیڅ ډول اشتراک نه کوی او ناروغ یواځی صدري تنفس لری، د ناروغ گیده متوسع او د صدر د سویی څخه امکان لری لږ جگ وی.
- **جس :** د جس پواسطه په ټول بدن کی تندرنس موجوده وی، تندرنس زیاتر د گیدی جدار په هغه ناحیه کی وی چی پریطوان زیا ترپه التهاب اخته شوی وی، د تندرنس ترڅنگ ناروغان ریبوند تندرنس (rebound tenderness) او ریفیرد تندرنس (refer tenderness) هم لری، د گیدی جدار تندرنس اوشخوالی هغه وخت رامنځته کیږی چی جداری پریطوان شدیداً التهابی شی او د نوموړی التهاب له کبله په عکسوی ډول گیدی جدار شخوالی پیدا کوی او داشخوالی تردی اندازی پوری رسیری چی په کلاسیک ډول د لرگی د تختی په شان کلک کیږی.
- **قرع :** له هغه ځایه چی د فلج شوی او متوسع کلمی په منځ کی گازات راټولیری نو د قرع پواسطه په گیده کی مخصوصاً د گیدی په اطرافوکی وضاحت یا Hyper resonance موجود وی، په هغو حالاتو کی چی د گیدی تش غری سوری شوی وی د سوری له لاری ازاد هوا پریطوان جوف ته داخل او حجاب حاجز مخصوصاً پدی طرف د حجاب حاجز او د جگر په منځ موقعیت لری او د جگر اصمیت د قرع پواسطه د مینځه تلی وی، همداسی د قرع په واسطه هم تندرنس موجود وی چی د قرع تندرنس د جس تندرنس څخه په سریراتو کی با اهمیتته ده او د قرع تندرنس د تشخیص پواسطه د گیدی اعظمی التهابی ناحیه تعیینیری.
- **اصغاً :** د اصغاً په واسطه پریطونایتس په شروع کی د کلمی آاوزونه خفیف اوریدل کیږی، اما د پریطو نایتس د تاسیس د دوری د بنکاره کیدو سره یواځی د کلمی آاوزونه هم د مینځه ځی او تقریباً د فلجی انسداد په شان د کلمی آاوزونه اوریدل کیږی،
- **مقعدی او مهبلی معاینه :** د سریری تشخیص لپاره اساسی معاینه گڼل شوی دی، د دی معاینی پواسطه د دو گلاس جوف په جدارونو کی تندرنس او د حوصلی په مینځ کی که

کرم کتله موجود وی تثبیتیری، سر بیر ه د پاسنی معلوماتو څخه په بنځو کی د مهبلی معاینی
پواسطه تثبیتیری، چی ایا پریطونایتس د تناسلی داخلی اعضا څخه منشا اخیستی ده که نه.

د حاد تقیحی پریطونایتس تشخیص :

د حاد تقیحی پریطونایتس تشخیص د سریری اعراضو، لابراتواری او رادیوگرافیک معایناتو
پواسطه اجرا کیږی، د وینی په معاینه کی لوکوسایتوزس عموماً موجود وی اما د حاد
پریطونایتس په ځینی واقعاتو کی یواځی سپین کورویات بدن د Differential و شمیرل شی
داکتر ته غلطه لارښوونه کوی د مثال په توگه د حاد عمومی او شدید پریطونایتس په حالاتو کی د
سپینو کورویاتو شمیر نورمال یا د نورمال څخه لږ وی ځکه چی د سپینو کورویاتو زیاد شمیر په
التهابی ناحیه کی په فعالیت بوخت وی او لږ شمیر یی په دوران کی پاتی کیږی، اما که پدی وخت
دیفرنشال اجرا شی لیدل کیږی چی د سپینو کورویاتو ساختمان چپ خواته میلان پیدا کړی دی، یا
په بل عبارت ځوان سپین کورویات او پولی مورفو لوکوسایتونه په زیاته اندازه دورانی وینی ته
داخل شوی دی چی د عضویت په شدید التهابی حالت دلالت کوی، سره لدی چی د سپینو کورویاتو
شمیر د نورمال حالت څخه لږ دی.

همداسی په دی ناروغانو کی د شدید دیهایدریشن له کبله هیمو کونسنتریشن او میتابولیک اسپدوز
موجود وی.

رادیو لوژیک معاینات :-

د گپدی په ساده رادیوگرافی کی د فلجی انسداد لوحه ښکاری څرنگه چی د وړو او غټو کلمو
خیالونه چی توسع کړی او د گازاتو څخه ډک شوی دی او په ځینی خایونوکی د گاز او مایع سویه
پیدا شوی دی معلومیری، د پسواس دعضلی (psoas muscle) خیال امکان لری معلوم نشی لکه
چی د پریطوان په جوف کی زوی ټوله شوی دی، حجاب حاجز د ځگر څخه د نوی سپورمی په
شکل د ازاد هوا پواسطه جلا شوی ښکاری او دا علامه هغه وخت د لیدو وړ وی چی د گپدی یوه
تشه عضوه لکه معده --- وری یا غټی کلمی سوری شوی دی،(رادیو گرافی باید په ولاړ حالت
کی واخیستل شی)

بطنی پارا سنټیزیس Abdominal paracentesis :-

دپریطو نایتس په مشکوکو واقعاتو کی مخصوصاً چی د گپدی نافذه جرحه موضوع د بحث نوی
یا د اچی ناروغ زور وی (ځکه چی په زاړه خلکو کی د پریطو نایتس سریری اعراض ډیر
وصفی نه وی) بطنی پاراسنټیز یا بطنی لواژ د زوی د لاس ته راوستلو په منظور تشخیصی
اهمیت لری او باید اجراشی.

تفریقی تشخیص:-

1. د کلمو انسداد :- د کلمو انسدادی دردونه په لمړیو مراحلو کی عموماً پریوډیک وی او د
گپدی جدار لکه چی په پریطونایتس کی د تختی په شان کلک وی د کلمو په انسداد کی دا
وصف نه لری، اما د انسداد په ورستیو مراحلو کی چی کلمی گانگرن شوی وی درد
دوامدار او په حقیقی ډول د انسدادی لوحی په سر د پریطونایتس لوحه هم ضمیمه کیږی.

2. د نمونیا سره :- د سرود قاندي لوبار نمونیا (lobar pneumonia) درد عموماً گپدی
خواته انتشار کوی اما پدی ناروغانو کی ریبایوند تندرئس او د گپدی د جدار غیر ارادی
شخوالی موجود نوی، همداسی پدی مرض کی تنفس بطنی اما په پریطونایتس کی تنفس

صدری وی بلاخره د سږو د فزیکې اورادیوگرافیک معایناتو پواسطه نمونیا د پریطو نایتس څخه په ساده ډول تفریق کیری.

3. یوریمیا (Uremia):- دیوریمیا (Uremia) په سیرکي عموماً فلجی انسداد او د گیدی توسع پیدا کیری همداسی د پښتورگو مزمن عدم کفایه زیاتره اېند یسایتس لپاره زمینه برابروي او د دی ناروغی د مینځ ته راتلو سبب گرځی، او څرنگه چی په دا دوو حالاتو کی د گیدی منتشر درد موجود وی نو پدی حالاتو کی د حاد تقیحی پریطو نایتس سره په مشکل تفریق کیری.

4. د ځینی خزنده گانو مخصوصاً د Black widow spider د چیچلو څخه وروسته د حاد پریطو نایتس په شکل د گیدی منتشر دردونه پیدا کیری اما د ناروغی د تاریخچی پواسطه تشخیص په صحیح ډول وضع کیری.

5. حاد پانکراتایتس (Acute Pancreatitis):- پدی ناروغی کی هم د گیدی منتشر شدید درد موجود وی خو پدی ناروغی کی درد په ناڅاپه ډول پیدا کیری اودوینی په سیروم او تشو متیازو کی د امایلیز سویه ډیره لوړه وی چی د ناروغی د تشخیص او تفریقی تشخیص لپاره ډیر با اهمیت ده.

د پریطونایتس د څو اړخیز تداوی معاصر پرنسیپونه:-

د پریطو نایتس تداوی په دری مرحلو کی ترسره کیری.
A. د عملیاتو څخه مخکی اهتمامات او تداوی.

B. جراحی تداوی

C. وروسته د عملیات څخه اهتمامات او تداوی.

A. د عملیات څخه مخکی اهتمامات او تداوی:-

مخکی له تداوی څخه اساسی اهتمامات په لاندی ډول نیول کیری:

(1) د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول.

(2) د انتی با یوتیک تطبیق

(3) ناروغ ته د اوکسیژن (Oxygen) تطبیق او د لزوم په صورت کی Ventilator Support

(4) د عضویت د اطراحی لارو (Intubation) او نور ضمیموی اهتمامات

د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول:-

ناروغ ته په کافي اندازه مایعات باید ورکړل شي ترڅو چې د وینې حجم او تشو متيازو اطراح تقریباً نورمال سرحد ته ورسېږي. په هغه ناروغانو کې چې د دوی مرکزي وړیدي فشار د ۱۰ سانتی متر اوبو څخه لږ دی باید وړیدي مایعات ډیر ژر او په سرعت سره تطبیق شي، اما کوم وخت چې دا فشار لس سانتی متر اوبو ته ورسید داخل وړیدي مایعات باید ورو ورو تطبیق شي. یواځې کوم ناروغان چې د زړه په احتقاني عدم کفایه اخته وي په هغوی کې له اوله مایعات د ورید له لاری ورو ورو ورکول کېږي. په غیر د دی که نور ناروغانو ته مایعات په سرعت تطبیق نشي امکان لری ناروغ د شک څخه ونه وځي. ناروغانو ته عموماً باید کریستالونید مایعات ورکړل شي. ترڅو کوم اوبه او الکترولایت چې د کلمې او پریطوان په جوف کې راټول شویدي معاوضه شي. وینه تطبیقول یا یواځې د سره کریواتو تطبیق هغه وخت استنباط لری چې ناروغ انیمیک (Anemic) او سره ددی چې د وینې غلظت یی زیات وی ۳۰ تر ۳۵ فیصد هیما توکریټ ولری.

مخکې د عملیات څخه پریطونایتس ناروغانو ته کلونیدی مایعات ورکول تر مناقشې لاندی دی دهغه مایعاتو د ضایع کیدو په هکله چې د کلمې د لومن په منځ کې راټولېږي ټول مولفین په اتفاق عقیده لری چې یواځې د کریستالونید مایعاتو سره ضایع شوی مایع معاوضه او ناروغ ته تطبیق شي، اما د ضایع شوی پلازما د معاوضی لپاره ځینی مولفین عقیده لری چې د کریستالونید او ځینی نظر ورکوی چې د کلونید مایعاتو څخه استفاده وشي.

د وروستی تحقیقاتو په اساس په سپتیک پریطونایتس کې ناروغانو ته باید په کتلوی ډول کریستالونید مایعات ورکړ شي، او کوم ناروغان چې د پریطونایتس په څنګ کوم قلبی وعایی ناوروغي لری یا داچې قلبی وعایی ناروغي پیدا کیدو ته مساعده زمینه لری د دی لپاره چې د کریستالونید مایعاتو زیات اندازه تطبیقول د سرو د ازیما سبب ګرځي کریستالونید او کلونید مایعات په ګډه سره باید ورته ورکړ شي.

د انتی بایوتیک تطبیقول:-

کوم مکروبونه چې د هضمی جهاز په منځ کې زیاتره موجود او پټوزن خاصیت لری او عموماً د پریطونایتس سبب ګرځي د E. coli او Bacteroides Fragilis څخه عبارت دی، د دی مکروبو په څنګ یوزیات شمیرنور مکروبونه هم مداخله لری، د دی مکروبو د فعالیت د کنترول لپاره مخکې د عملیات څخه باید موثر انتی بایوتیک د ورید له لاری په مناسب او تیراپیوتیک مقدار (therapeutic dose) ناروغ ته تطبیق شي، کوم انتی بایوتیکونه چې هغه د فعالیت ساحه وسیع او پر نوموړی مکروبو باندي موثر دی عبارت دی د Gentamycine او Clindamycine د E. Coli باندي موثر انتی بایوتیک Cephalosporin او Chloramphenicol او B. Fargili باندي Chleramphenicol ، Clindamycine، Metronidazole او اریټرومایس erythromycine دی.

اوکسیژن تطبیقول او Ventilatore :-

د پریطونایتس په حالاتو کې د سړی تهویه په نورمال ډول صورت نه نیسی او لدی کبله چې تنفس اسیدوزس Acidosis او د عضویت د حجراتو هایپوکسیا مینځته رانشي باید ناروغانو ته اوکسیژن د جبری تنفس په شکل ورکړل شي، نو د دی منظور د لاس ته راوستلو لپاره په پزه کې د یو کنتیر له لاری پنځه لیتره اوکسیژن په یوه دقیقه کې د انسټیزی څخه د مخه تطبیقېږي. که د ناروغ په شریانی وینه کې د اوکسیژن فشار د ۷۰ ملی متر سیماب څخه ښکته وی ۴۰٪ اوکسیژن د مصنوعی تنفس په شکل ورکول کېږي ځکه چې د سړی تهویه ښه ندي.

همداسی په التهابی حالاتو کی د سره کریواتو اورگانیک فسفات سویه بنکته راځی او دا عمل د هیمو گلوبین او اوکسیژن په یو ځای کیدو او جلا کیدو کی مهم رول لری، نو کوم وخت چی د فسفات سویه په وینه کی د ۶۰ ملی گرام په یو لیتر کی بنکته شی نو پدی وخت کی هم باید ناروغانو ته تر فشار لاندی اوکسیژن تطبیق شی.

اینټوبیشن – کټیتر اچول او نور اهمات :-

لدی کبله چی د فلج شوی کلمی په منځ کی د هوا د تولید او د کانگو څخه مخنیوی وشي یا په بل عبارت معده او کلمه تش پاتی شی بهتره ده چی معدوی تیوب ناروغ ته تطبیق او په دوامدار ډول سکشن شی. همداسی د دی لپاره چی په یوه ساعت کی د تشو متیازو اطراح اندازه شی په احلیل کی یوه کټیتر باید تثبیت شی، د مرکزی وریدی فشار تعینولو په منظور او د هغه له مخی د ناروغ د ضرورت وړ مایعات د تعینولو او تطبیقولو لپاره په تحت الترقوی ورید کی یو کټیتر باید تثبیت شی او که ناروغ ماشوم وی بهتره ده چی دا کټیتر په وداجی وریدJugular vein کی داخل شی د کټیتر د داخلولو څخه وروسته د صدر راد یو گرافی باید اجراشی ترڅو چی ډاکتر و پوهیری چی ایا د کټیتر څوکه د ورید په مینځ کی ځای په ځای دی که نه، او همداسی د دی رادیوگرافی پواسطه که کوم هیمو تورکس Hemothorax یا نومو تورکس pneumothorax موجود وی معلومیږی، د ناروغ حیاتی علایم لکه د حرارت درجه، نبض، فشار، تعداد د تنفس هره دوه ساعته وروسته کنترول او یاد داشت وشي.

مخکی د عملیات څخه د وینی بیوشمیک معاینات لکه د وینی الکلین فسفات Alkaline phosphatase، بیلی روبین bilirubine، گلوکوز، کولسترول، کراتینین creatinine او الکترولایت تعین او همداسی د تشو متیازو مکمل معاینه باید اجرا شی.

استروئید (steroid) تطبیقول :-

د استروئید د فارمکولوژیک مقدار تطبیق په هغه ناروغانو کی چی د پریطوان په حاد التهاب اخته دی گټور ثابت شوی دی او کلنیکي تجاربو ښودلی ده چی د استروئید د زیات مقدار د تطبیق پواسطه کوم ناروغان چی د حاد پریطو نایتس له کبله په مرگ محکوم وو شفایاب شوی دی، مخصوصاً که استروئید په هغه مرحله چی ناروغ شاک ته نوی تلی تطبیق شی ډیر گټور ثابتیری، د استروئید ابتدایی مقدار باید د ورید له لاری په ظرف د ۵ یا ۱۰ دقیقو کی ناروغ ته ورکړل شی، د ۳۰ ملی گرام متیل پرد نيزولون (methyl prednisolon) څخه عبارت دی، چی د لزوم په صورت کی هر دوه یا دری ساعته وروسته بیا تکرار ورکول کیږی، او که په دوهم زرق کی د هغه تاثیر معلوم نشو نو زیات مقدار ورکول یی فایده نه لری او باید بیا تکرار ورنکړل شی.

Vasoactive دواگانې:-

په سپتیک شاک حالاتوکی د وازواکتیف دواگانو د تطبیق څخه مخکی ناروغانو ته باید تربو اندازی پوری داخل وریدی مایعات ورکړل شی په غیرد دی د اوعیی د تقبض پواسطه مخصوصاً دشرعیه اوعیو دتقبض په اثر د حجراتو اروا مختل کیږی، بهتره دوا پدی منظور Isopreterenole دی چی یوه یا دوه ملی گرام یی په پنځه سوه ملی لیتره پنځه فیصده سیروم گلوکوز منحل او ورو ورو د پرفوژن (perfusion) په شکل د ورید له لاری تطبیقیری .

که د نبض شمیر د ۱۴۰ په حدود په یوه دقیقه کی ورسیری یا ناروغ ته اریتمیا (arrhythmia) پیدای شی باید پرفوژن قطع شی که د ایزوپوترینول د تطبیق سره سره بی د دی چی اریتمیا پیداشی د وینی فشار بنکته پاتی شی دا معنی لری چی ناروغ ته په کافی اندازه مایعات مخکی د ایزوپوترینول څخه ورکړ شوی ندی.

د دیجیتال (Digital) تطبیق :-

په کاهل او زاره خلکو کې د دې لپاره چې د زړه وضع معلومه شي عموماً باید الکترو کارډیوگرام اجرا شي. ناروغ ته باید د جیټال په عادي حالت کې تطبیق نشي. ځینی ناروغان چې د دوی عمر د ۴۵ کالو څخه زیات وي امکان لري چې په مخفی ډول د زړه عدم کفایه ولري یا داچې د زړه عدم کفایه په ابتدایي مراحلو کې وي چې د سریري له نظره شاید اعراض ورنکړي او کوم وخت چې داسې ناروغان په شدید گرام منفي انتاناتو یا سپتیک شاک مبتلا شي د زړه احتقاني عدم کفایه په هغوی کې ښکاره کیږي، پداسې ناروغانو کې دیجیتال په ډیر احتیاط باید تطبیق شي مخصوصاً چې هایپو کالیمیا (Hypo kalimia) هم موجود وي.

جراحی تداوی Surgical treatment:-

د جراحی مداخلی خصوصیات:

د حاد تقیحي پریټونایتس عمده او اساسی تداوی خصوصیات په لاندې ډول اجرا کیږي،

(1) گڼده په وسیع ډول خلاصه شي.

(2) د پریټو نایتس اسباب ولټول شي او د پیداکیدو څخه وروسته دهغه په ترمیم اقدام وشي،

مثلاً که سبب د حاد تقیحي پریټو نایتس د معدی یا د اثنا عشر سوري شوی قرحه وي باید

د جراحی د اصولو سره سم وگنډل شي.

که سوري شوی اپنډکس موجود وي اپنډکټومی (appendectomy) اجرا شي او په همدې ډول څرنگه چې د پریټونایتس په اسبابو تذکر ورکړ شو باید سببی تداوی اجرا او د هغه په جراحی تداوی اقدام وشي.

(3) د پریټون دجوف دپیرید منت (Peritoneal Cavity Debridment):-

د پریټون جوف څخه مخصوصاً د تحت حجاب حاجز، تحت الکبدی، حوصلی او د پریټون د نورو زورو ځایونو څخه زوی، کاذب غشا گانی، فبرینی علقات، اکسوداتیف مایعات او نکروزی انساج باید بیخي وایستل شي، وروسته د دې څخه د مساریقی د التواتو او د پریټون د زورو ځایونو تفتیش صورت ونیسي، او د ابسی د تشکل په صورت کې نوموړی ابسی گانی درناژ (Drainage) شي، د کلمو د عرواتو او د سرب په امتداد ټول التصاقات مخصوصاً هغه التصاقات چې په راتلونکي کې د کلمې د انسداد سبب گرځي باید خلاصه شي، بالاخره کوم نکروزی اعضا چې د پریټونایتس په پیدا کیدو کې اساسی رول لري باید لري شي. مثلاً نکروزی اپنډیکس، سوري شوی صفراوی کڅوړی، نکروزی شوی دایورتیکول، گانگرن شوی کلمی یا د مبيض سیست او داسې نور.

باید وویل شي چې پدې مرحله د عملیات د پریټون زوی گرام استین او کلچر لپاره لابراتوار ته ولېږل شي.

(4) د کلمو Decompression :-

که کلمی په کتلوی او شدید ډول توسع کړی وي. او دهغه په مینځ کې زیات مقدار مایعات ټول شوی وي د معدوی تیوب یا د غټ استنی یا د Enterotomy پواسطه Decompression شي.

(5) د پریطوان جوف توالٹ او پرمینخل :-

وروسته د پریطوان د جوف د دبیرید منت څخه د سلین یا د رینگر لکتات محلول سره د پریطوان جوف پرمینخل شی، تجربو ښودلی ده که دا پرمینخل د انټی بایوټیک د محلول سره سرته ورسیری قناعت ښونکی نتیجه ورکوی، څرنگه چی د هر لیتر رینگر یا سلین سره دوه تر څلور گرام کانامایسین (kanamycine or bacitracine) حل اوبیا پریطوان جوف ددی محلول سره پرمینخل شی .

همداسی په هغه حالاتو کی چی د پریطوان جوف فوق العاده منتن وی د پریطوان په جوف کی ساده پرفورژن سیت چی په څوڅو ځای کی سوری شوی وی ځای ورکول کیږی اودهغه له لاری په دوامداره ډول څاڅکی څاڅکی انټی بایوټیک لرونکی سلین محلول پریطوان جوف ته داخلیری او پدی ډول په دوامداره شکل پریطوانی لواژ سرته رسیری.

(6) د پریطوان جوف درناژ Peritoneal Cavity Drainage:-

په هغه حالاتو کی چی پریطوانی جوف ډیرمنتن شوی نوی وروسته د پریطونایتس د عامل د منځه وړلو او د پریطوان جوف لواژ څخه درناژ ته ضرورت نشته، درناژ هغه وخت استطباب لری چی د پریطوان جوف فوق العاده منتن وی یا داچی فوق العاده زیات نکروزی انساج موجود وی او ډاکتر نشی کولای چی پریطوان جوف په مطمئن ډول ښه پاک پرمینخی یا داچی ټول نکروزی انساج لری کول امکان ونه لری او د پریطوان جوف په ژورو ځایونو کی د ابسی د پیدا کیدو خطر موجودوی.

(7) د عملیاتی زخم تړل:-

په عمومی ډول د پریطونایتس په ټولو حالاتو کی صفاق د سیم (wire) نیلون یا پرلون سره (چی نوموړی مواد غیر قابل جذب مواد دی) باید وگنډل شی. په هغه حالاتو کی چی پریطوان جوف ته درناژ ضرورت نوی د صفاق په سر تحت الجلد او پوستکی گنډل کیږی اما په هغه صورت کی چی پریطوان جوف دوامدار پرمینخلو یا درناژ ته ضرورت ولری پوستکی نه گنډل کیږی او وروسته د ۴۸ ساعتو څخه که په زخم کی انتان مداخله نه درلود پوستکی تړل کیږی.

وروسته د عملیات څخه اهتمامات:-

وروسته د عملیات څخه ناروغ ته په کافی اندازه مایعات او انټی بایوټیک ورکړشی، ناروغ د خولی له لاری باید هیڅ شی ونه خوری، معدوی تیوب پی د دوامدار سکشن سره ارتباط ورکړشی، په وینه کی د الکترولایت توازن باید کنترول شی، د درد د کموالی په خاطر د انلجیزکونو (Analgesic) څخه استفاده وشي، د مایعاتو د ضایع کیدو له کبله ناروغ هیموکنسنټریشن (Hemoconcentration) لری او د دی حالت د منځه وړولو لپاره ناروغ ته کافی اندازه مایعات ورکړ شی، پدی وخت کی که د وینی په معاینه کی هیماتو کریټ انیمیا ښکاره شو نو ترانسفوزن باید اجرا شی یا په بل عبارت که هیماتو کریټ د ۳۰ فیصده څخه ښکته وی وینه ورکول ناروغ ته حتمی دی.

د تنفسي، قلبي او کلیوی عدم کفایي د مخنیوی لپاره باید د تنفسي هوا حجم، د تشو میتازو حجم او د ویني گازات او د سیروم کراتینین (creatinine) تعین او که غیر نورمال وو د نوموړي تغیراتو په مقابل کی لازم اهتمامات و نیول شی که د بیلیروبین په سویه کی وروسته د عملیات څخه زیاتوالی مینځته راشی دا معنی لری چی په داخل د بدن یا د پریطوان په جوف کی په کوم ژوره ځای کی اسی تشکل کړی دی چی باید درناژ شی. کوم وخت چی د زوی انتی بایوگرام نتیجه لاسته راغی د هغه له مخی معین شوی انتی بایوتیک ناروغ ته تطبیق شی، بلاخره کوم وخت چی کلمی استداری حرکات پیدا شو په تدریجی ډول مایع رژیم او په کراره سره نورمال غذایی رژیم خواته وړل کیږی.

د تداوی نتایج او د عاجل مرستی سازمان ورکولو رول د پریطونایتس د

مقدم تشخیص او تداوی په هکله

څرنگه چی مخکی د عملیات څخه د اهتماماتو تر عنوان لاندی لیکل شوی دی د دی لپاره چی د تداوی نتایج بهتره شی او دناروغ د مرگ خطر ښکته راوړل شی باید چی یو شمیر اهتمامات مخکی د عملیات څخه و نیول شی، مثلاً مخکی د عملیاتو څخه څرنگه چی ناروغ زیات مایعات ضایع کړیدی باید په کافی اندازه مایعات ورته ورکړ شی او له هغه ځایه چی د ناروغ په وجود کی انتان مداخله لری او امکان لری چی سپتیک شاک ته لار شی نو مخکی د عملیات څخه دمایعاتو سره یو ځای وسیع الساحه انتی بایوتیک تطبیق او همداسی نور اهتمامات باید ورته و نیول شی، خو سره لدی اهتماماتو د پریطونایتس د مړینی خطر مخصوصاً په وروسته پاتی هیوادو کی تقریباً ۴۰٪ په حدود کی وی، چی البته د دی غټی فیصدي په مورد کی دا لاندی ټیکي مهم رول لری.

← ناروغان ډیر ناوخته روغتون ته مراجعه کوی.

← حتی د ناروغی د پیدا کیدو په لمړیو مراحلو کی ترڅو چی روغتون ته رسیږی د فنی او طبی تداوی په عوض غیر فنی او محلی تداوی ورباندی تطبیقیری.

← په روغتون کی د کافی تشخیص او تداوی وسایلو او پرسونل عدم موجودیت

← د ناروغانو او د روغتون بودیجیو ضعیفوالی

پاسنی ټکو ته په پام کی نیولو سره ناروغ ته د ناروغی په مختلفو مراحلو کی په لاندی ډول عاجل مرسته باید سازمان ورکړ شی.

الف—په هغه ناروغانو کی چی د پریطونایتس سریری اعراض او علایم په وصفی ډول تاسس کړی نوی:—

- ۱--- د ناروغ وینه او تشی میتیازی عادی معاینات اجرا شی.
- ۲—ناروغ ته معدوی تیوب، د احلیل کتیر او رکتال تیوب تثبیت شی.
- ۳—د ناروغ په یو ورید کی غټه ستنه تثبیت او لدی لاری څخه پنځه ملی لیتره وینه د کراس میچ لپاره واخیستل شی، او وروسته د همدی استنی پواسطه داخل وړیدی مایعات تطبیق شی.
- ۴—داسی ناروغانو ته مخکی د عملیات څخه وسیع الساحه انتی بایوتیک ورکړل شی ځکه چی د عملیات څخه وروسته د انتان د تانس د مخنیوی لپاره ښه مرسته کوی.
- ۵—وروسته د پاسنی اهتماماتو څخه بطني پاراسنتیزس د قطعی تشخیص په منظور اجرا او ددی تست د مثبتوالی په صورت کی ناروغ عملیات خانی ته انتقال شی.

بـپـه هغه صورت کی چی د پریطونایتس سریری اعراض او علایم تاسس کړی وی:-
۱- ناروغ ته فوراً معدوی تیوب تطبیق او په دوامدار ډول سکشن اجرا شی.

۲- ناروغ په اوله مرحله کی سیروم فیزیولوژیک واخلی او د پتاسیوم دورکولوڅخه ډډه وشي ځکه چی د پښتورگی افراغی وظیفه د سپتیک شاک او هایپوالمیک شاک له کبله کم شوی دی، او که پتاسیوم ناروغ ته ورکړ شی د تشو متیازو اندازه نورهم کمیری. نو کوم وخت چی د تشو متیازو افراغ نورمال و ګرځید که لازم وو پتاسیوم لرونکی محلولات ورته ورکړیښی.

۳- سیروم د سنتی له لاری ۱۵ ملی لیتره وینه د هیماتوکریټ، سپینو کربواتو شمیر، د الکترولایت او د امیلیز د مقدار د تعینولو لپاره واخستل شی.

۴- ناروغ په احلیل کی کنتیر تثبیت او د تشو متیازو مقدار په هرو ۱۵ دقیقو کی د شاک د درجی د معلومولو لپاره اندازه شی، او د هغه له مخی داخل وړیدی مایعات تنظیم شی.

۵- مرکزی وړیدی فشار معلومول، یو مخصوص نری کنتیر د تحت الترقوی وړید له لاری په وړید اجوف سفلی (I.V.C) کی تثبیت او مرکزی وړیدی فشار تعین شی، نورمال مرکزی وړیدی فشار تقریباً د ۶ تر ۱۰ سانتي متر د اوبو په مینځ کی دی، اما د شاک او مخصوصاً د سپتیک شاک په حالاتو کی تقریباً د دری سانتي متر اوبو څخه ښکته وی، پداسی حالاتو کی چی انتی بایوتیک سره مایعات تر هغه وخته پوری ناروغ ته ورکړ شی چی مرکزی وړیدی فشار د ۶ سانتي متر اوبو څخه جگ شی.

۶- انلژیک، وروسته د عملیات د موافقی اخیستلو څخه له هغه ځایه چی ناروغان درد لری بهتره ده چی مخکی د عملیاتو څخه انلژیک دواګانی د وړید له لاری دوی ته تطبیق شی، پدی شرط چی ناروغ په کوما کی نه وی.

۷- انتی بایوتیک، مخکی د عملیات څخه چی د مکروب نوع تراوسه پوری تعین شوی ندی بهتره ده چی Cephalexine یا Ampicelline تقریباً دری ګرام د وړید له لاری تطبیق شی، اما وروسته د عملیات څخه د پریطوان په زوی کی د مکروب نوع تعین شو د هغه له مخی مربوطه انتی بایوتیک باید ناروغ ته ورکړشی.

۸- اوکسیژن، څرنګه چی د مرض په اناتوموپتالوژی کی تذکر ورکړ شو دی ناروغانو ته مخکی د عملیات څخه مخصوصاً مخکی د انسټیزی څخه کافی اندازه اوکسیژن ورکړشی. د پاسنی اهتماماتو د سازمان ورکولو سره نه یواځی د حادثیچی پریطونایتس په حالاتوکی مقدم تشخیص وضع کیری بلکه د تدایو نتیجه په خپل بهترین شکل لاس ته راځی او د مړینی خطر کمیری.

موضعی پریطونایتس

د پریطوان د جوف په ځینی ځایونو کی مخصوصاً په ژورو ځایو کی د زوی د تولیدو او دهغه په منځ کی د مکروبو وده د موضعی ابسی ګانی یا موضعی پریطونایتس جدار د جداری پریطوان، د کلمی عروات، د مساریقی او د سرب الدتهابی التصاقاتو پواسطه مینځ ته راځی، نوموړی ابسی ګانی امکان لری یو یا څو دانوی وی یا په بل عبارت موضعی پریطونایتس امکان لری په یوه یا څو ځایو کی تشکیل شی.

د موضعی پریطونایتس اسباب

۱— وروسته د پریطونایتس د عملیات څخه د جوف ژورو ځایونه بڼه درناز نشي یا داچې تثبیت شوی دردونه مخکې لدی څخه چی درناز توقف وکړی وایستل شی موضعی پریطونایتس یا داخل بطني ابسی گانې تشکیلوی.

۲— وروسته د صفراوی یا پانقراسی جراحی عملیاتو څخه که د نوموړی غړو په لوژ کی رابری درن تثبیت نشي نو د نوموړو غړو افزای لیکاز د موضعی پریطونایتس د تشکل لپاره مساعده زمینه جوړوی.

۳— د کلمی د انستوموزی برخی لیکاز هم د موضعی پریطونایتس د تشکل سبب گرځی .

۴— کوم وخت چی یوه توموری منتن یا غیر منتن غړی د داخل بطن څخه وایستل شی(مثلاً غت توری، د انتان له کبله غټه شوی او خرابه شوی پښتورگی او تدور کړی میبضی سیستونه) او دنوموړی غړو په لوژ هیماطوم ټول شی امکان لری چی د هماطوم په مینځ انتان مداخله وکړی او موضعی پریطونایتس جوړ کړی.

۵— همداسی که د بطن په پاک عملیاتو کی اسپسی او انتی سپسی شرایط مد نظر ونه نیول شی او د پریطوان جوف منتن شی وروسته د عملیات څخه پریطوانی منتن مایع د پریطوان د جوف په ژورو ځایونو کی موضعی پریطوانی التهابات تشکیلیری.

۶— د پریطوان په جوف کی د پردی اجسامو (foreign body) پاتی کیدل(لکه گاز وری وری ټوټی) نکروزی او مر انساج د داخل پریطوان د ابسی په تشکیل کی عمده رول لری، داخل بطني ابسی گانې یا موضعی پریطونایتس د پریطوان په هغه برخو کی زیات تر تشکیلیری چی د ناروغ د ملاستی د وضعیت په نظر نیولو سره ژوره وی، او دا ځایونه عبارت دی له:

۱— په بڼی طرف :- حجاب حاجز لاندی، دځگر د علوی خلفی وجه په شا، ځگر لاندی، د ځکر د ښکتنی مخ په خلفی برخو کی، د بڼی حرقفی حفری ژوره.

۲— په چپ طرف کی :- حجاب حاجز لاندی د توری په خلفی او ښکتنی برخو کی او د چپ حرقفی حفری په ژوره.

۳— په متوسط خط کی :- په Lesser Peritoneal Sac او د وگلاس په جوف.

د موضعی پریطونایتس عمومی سریری اعراض

۱— وروسته د یوبطني عملیاتو څخه ناروغ په دوامدار یا په متقطع ډول تبه کوی، څرنگه چی په لمړیو وختوکی ناروغ عموماً متقطع او په حملوی ډول تبه کوی او کوم وخت چی ابسی یا زوی په تام صورت تشکیل شی تبه دوامدار او تبه پاتی کیږی، د تبی حملی عموماً د لرزه، یخنی او تکی کاردیا سره شروع کیږی. او دا لدی کبله د ی چی د موضعی پریطونایتس مینځ څخه میکرو اورگانین په متقطع ډول وینی دوران ته داخلیری. او که په دوامدار ډول د ابسی څخه زیاته اندازه میکرو اورگانیزم دوران ته داخل شی نو نه یواځی دوامدار تبه مینځته راځی بلکه د سپتیسیمیا (septicemia) د پیدا کیدو خطر هم موجود وی.

۲- فلجی یا میخانیکی انسداد:- د تټی په څنگ د ابسی د تشکیل سره سم د ناروغ گډه توسع کوی د غایطه موادو او د گازاتو خارجیدل د مقعد له لاری توقف کوی او ناروغ ته زړه بدوالی او کانکی پیداکیږی، د سریری اعراضو پیدا کیدل او پرمختگ د انتی بایوتیک د ورکولو سره تغیر کوی او د داخل بطني موضعی پریطونایتس سریری اعراض مغشوشوی نولدی کبله د هغه تشخیص ځنډوی، باید وویل شی چی د انتی بایوتیک د ورکولو سره موضعی پریطونایتس له منځه نه ځی اما تر یو اندازی پوری هغه نورهم محدودوی او د ناروغ په وضع کی موقتی ښه والی مینځ ته راوړی، پداسی حالاتو کی د دی لپاره چی تشخیص په صحیح ډول وضع شی باید انتی بایوتیک قطع او ژرتر ژره د سریری علایم او لابراتواری معایناتو په واسطه موضعی پریطونایتس تشخیص او تدای شی.

له هغه ځایه چی د موضعی پریطونایتس سریری علایم او تشخیصی معاینات نظر په موقعیت د موضعی پریطونایتس فرق کوی نو بهتره ده چی موضعی پریطونایتس نظر د دوی د موقعیت په جلا جلا ډول تر مطالعی لاندی ونیسو.

۱- ښی تحت حجاب حاجزی موضعی پریطونایتس یا ابسی :-

د *lig. Triangularis* او *lig. Cronary* د پاسه د ځگر او د حجاب حاجز په منځ کی کوم فاصله چی موجوده ده د ښی تحت حجاب حاجزی د ابسی د تشکیل ځای دی.

د ځگر د ابسی او د پپتیک د قرحی د سوری کیدو څخه وروسته د معدی یا د اثنا عشر محتوی پدی ځای کی تولیږی او د دی ځای د ابسی د تشکیل سبب ګرځی، همداسی کله کله د عمومی پریطونایتس په سپړدی ناحیه کی ابسی تشکیل کوی.

سریری علایم :-

ناروغ د ښی صدر په خلفی ښکته برخه او د گیدی په ښی پاسنی برخه درد حس کوی چی ځینی وخت ښی اوړی خواته انتشار کوی.

د صدر په رادیوګرافی کی حجاب حاجز لاندی په $\frac{3}{2}$ (دوه پر دری) ناروغانو کی *Air Fluid Level* لیدل کیږی، پخپله حجاب حاجز د نورمال سویی څخه جگه او بی حرکت معلومیږی، په زیات شمیر ناروغانو کی د پلورایی په مسافه کی مایع موجود وی او د یو شمیر ناروغانو په رادیو گرافی پانه کی د ښی سږی په قانده کی اتلکتا زیس موجود وی.

تدای :- ښی تحت حجاب حاجزی موضعی پریطونایتس د پښتی لاندی د اړخیز شق له لاری درناژ کیږی، څرنګه چی د یولسم پښتی د څوکی څخه قدام خواته د لسم پښتی د ښکتنی ځنډی سره موازی د گیدی جدار تر پریطوان پوری څیری کیږی، وروسته بی لدی چی پریطوان څیری شی په خلف د پریطوان د ځگر علوی سطح سره موازی جراح خپل گوته ابسی خواته پرمخ بیایی او ابسه درناژ کوی. وروسته د ابسی د درناژ څخه د ابسی په جوف یو رابری درن تثبیتیږی، د جراحی عملیاتو سره یوځای ناروغ ته انتی بایوتیک ورکول کیږی.

۲- ښی تحت الکبدی موضعی پریطونایتس

ښی تحت الکبدی جوف ځگر لاندی واقع دی چی ښکته د مستعرض کولو نه د کیدی زاویی په متوسط کی د اثنا عشر او هیپاتودونال رباط (*Hepato duodenal lig*) په ښی طرف د گیدی د جدار پواسطه محدود شوی دی، د دی جوف خلفی برخه د *Morison's pauch* په نامه یادیږی، د معدی او د اثنا عشر د قرحی د سوری کیدو څخه وروسته او همداسی د صفاوی لاری د عملیاتو څخه وروسته پدی ناحیه کی موضعی پریطونایتس یا ابسی شکل کوی.

د سریری علایمو له نظره ناروغ په ښی پاسنی کواډرنټ کی درد حس کوی، دا درد مخصوصاً د توخی او د کلمی د حرکاتو سره مخصوصاً د مستعرض کولون د استداری حرکاتو سره زیاتیږی.

تحت الکبدی ابسی عموماً د گیدی د نورو داخل بطنی ابسی گانو سره یوځای وی، د تداوی له نظره ابسی باید د لپروتومی پواسطه درناژ او د ابسی په جوف یورابری درن تثبیت شی، او څرنگه چی بطن خلاصیری او د ابسی زوی په ټول پریطوانی جوف کی انتشار کوی نو د پریطونایتس په شکل د گیدی په نورو ژورو ځایونو کی لکه د دوگلاس په جوف کی هم باید درن د درناژ په منظور تثبیت شی.

۳— چپ تحت حجاب حاجزی ابسی :

په چپ طرف حجاب حاجز لاندی موضعی پریطونایتس وروسته د Splenectomy او پانکراتایتس څخه پیدا کیری د سریری اعراض او علایمو په کین خوا د بښکتی اضلاعو لاندی تندرین او درد موجود وی چی درد یی اوړی خواته انتشار کوی، د رادیو گرافی په پايه کی د کین پلورایی په مصافه کی مایع موجود او په رادیو سکوی کی حجاب حاجز بی حرکت معلومیری دا موضعی پریطونایتس د دولسم پښتی د بښکتی شوندی سره موازی د پوستکی شق پواسطه درناژ کیری.

۴— Lesser sac موضعی پریطونایتس

د اناتومی له نظره Lesser sac یوه برخه د گینی تحت حجاب حاجزی مسافی دی د پانکراتایتس ابسی یا د پانقراس د کیستو د منتن کیدو له کبله همداسی د معدی او د اثنا عشر د لمړی قطعی د خلفی جدار د قرچی د سوری کیدو څخه وروسته پدی ځای کی ابسی تشکیل کوی.

د سریری اعراضو له نظره د Lesser sac ابسی تشخیص ډیر ستونزمن دی ځکه چی د دی جوف زیاته برخه یی په قدام کی په لمړی مرحله د معدوی او وروسته د ځگر پواسطه پوښ شوی دی خو بیا هم د جس پواسطه په ابی گسټریک په ناحیه کی تندرین موجود وی، د رادیوگرافی معاینی له نظره د کثیفه موادو خورلو څخه وروسته که د معدی څخه رادیو گرافی اجرا شی معده قدام خواته ټیله شوی ښکاری.

د ابسی یا موضعی پریطونایتس د اناتومیک موقعیت په نظر کی نیولو سره د خلفی پریطوان له لاری درناژ یی امکان نه لری نو بهتره ده چی د متوسط خط شق په واسطه چی د نامه څخه پورته اجرا شوی دی د پریطوان جوف خلاص او د معدی کولونی رباط د قطع کولو څخه وروسته د معدی په خلف ابسی درناژ او دهمدی لاری څخه د ابسی په جوف درن تثبیت شی.

۵— بین المعایی ابسی Interloop Or Midabdominal Absces

دا ابسی د کلمو د عرواتو په منځ کی پداسی شکل سره تشکیل کوی چی د مساریقی، د گیدی جدار او د سرب پواسطه محدود شوی دی. مستعرض کولون او د مستعوض کولون مساریقه د یو دیوار په حیث د دی ابسی د پرمختگ څخه د گیدی په پاسنی برخو کی مخنیوی کوی.

د اینترلوب ابسی تشخیص فوق العاده مشکل دی حتی دا ابسی چی تقریباً یو لیتر زوی ولری داسی بارز سریری اعراض نه ورکوی چی د هغه له مخی تشخیص وضع شی خو بیا هم ډاکتر که ډیر پام سره ناروغ معاینه کړی د پریطونایتس او د انسداد خفیف موضعی او عمومی اعراض موجود وی چی تشخیصی اهمیت لری او دگیدی په منځنی برخو کی یو غټ، درد ناک او نرم (Fluctuant) کتله چی حدود یی ښه نه تعیینیری او لږ شان امکان لری متحرک وی جس کیری د دا قسم ابسی امکان په یوځای یا څو ځایو کی تشکیل شوی وی.

د تداوی له نظره وروسته د لپروتومی څخه د ابسی جوف خلاص او زوی یی اسپیریت شوی د ابسی په جوف وروسته د دیرید منت او پرپریمنځلو څخه پڼروزدرن تثبیت همداسی د وروستۍ درناژ په منظور د پریطوان د جوف په ژورو ځایو کی نور پڼروز درنونه تثبیت شوی او په اخر کی وروسته د تفتیش څخه د گیدی جدار تړل کیږی.

۶—حوصلی ابسی یا د دوگلاس جوف ابسی

د حوصلی ابسی زښته زیات عمومیت لری. عمومی پریطونایتس او د گیدی د غړو په جرحوی او انتانی حالاتو کی چی د پریطوان آزاد جوف ته د نوموړو غړو انتان انتشار وکړی دا ابسی تشکیل کولای شی. دا ابسی عموماً د دوگلاس په جوف یا Excuvative Retrovesiculis چی د پریطوان د جوف ژوره ناحیه ده تشکیل کوی.

د سږیری اعراضو او علایمو له نظره ناروغ د گیدی په ښکتنی برخه په موضعی ډول درد حس کوی، له هغه ځایه چی د رکتوم او د مثانی جدار د انتان له خوا تخریش کیږی د تشو متیازو فریکونسی او د کلمی د تینیزم سبب گرځی. که انتانی حالت د دوگلاس په جوف کی شدید او دوامدار پاتی شی امکان لری چی د تشو او ډکو متیازو احتباس سبب وگرځی.

د گوتی سره په مقعدی یا مهبلی معاینه کی د رکتوم په قدامی جدار کی یوه دردناکه او فلوکتوانت (نرم او متوج) کتله جس کیږی چی پورته او ښکته نه ځی.

د تداوی له نظره ابسی باید د مقعد یا د مهبیل له لاری درناژ شی همدارنگه لمړی په رکتوم یا مهبیل کی انوسکوپ یا اسپیکولوم داخلیری ترڅو چی د ابسی موقعیت معلومه شی وروسته په هغه ناحیه کی چی شدید تموج یا فلوکتویشن موجود وی یوه غټه ستنه داخل او د سرنج پواسطه اسپیریت کیږی په هغه صورت کی چی زوی خارج شی د ستنی ترڅنگ یو مستعرض شق اجرا او ابسی درناژ کیږی باید وویل شی چی د ابسی د تشکیل سره سمدرستی باید درناژ عملیه اجرا نشی بلکی دوه یا دری ورځی انتظار ایستل کیږی ترڅو چی د ابسی او د بطنی احشوا ترمنځ یو پیوژنیک ممبران (pyegenic membrane) جوړ شی که دا ممبران تشکیل ونکړی او ابسی درناژ شی امکان لری چی د درناژ دسوری له لاری څخه کلمی د باندی راشی. وروسته د زوی د درناژ څخه د ابسی جوف، ریکتوم یا مهبیل باید د انتی سپتیک محلولاتو پواسطه پریمینځل شی او څرنگه چی د ابسی په جوف کی رابری درن نه تثبیتیری نو د دی لپاره چی د ابسی خوله بنده نشی هره ورځ د ابسی خوله د گوتی سره خلاصه او جوف یی پریمینځل کیږی ترڅو چی درناژ کاملاً توقف وکړی.

توبرکلوزیک پریطونایتس Tuberculous Peritonitis

د جراحی له نظره د پریطوان او د کلمی توپرکلوزیک افات لدی کبله تر مطالعی لاندی نیول کیږی چی:

- ۱—دی ناروغی قطعی تشخیص د جراحی پواسطه اجرا کیږی (د پریطوان د بایوپسی پواسطه)
- ۲—د پریطوان او د کلمی د توپرکلوزی ناروغی اختلالات مخصوصاً انسدادی اختلالات یی جراحی پوری اړه لری.
- ۳—دی ناروغی په اختلاطی حالاتو کی مخصوصاً په انسدادی حالت د تداوی له نظره د شیمو تراپی په څنگ کی جراحی عملیات اساسی تداوی گنل کیږی.

عبارت دی له *Mycobacteriua Tuberculese* او *Mycobacteriua Bovis*

د انتان د سرایت لاری:

توبرکلوز پریطونایتس معمولاً په ثانوی ډول مینځ ته راځي څرنگه چې لومړی په عضویت کې یو ابتدایي توبرکلوزی محراق پیدا کېږي او په دوهمه مرحله د دی محراق څخه د توبرکلوز بسیل پریطوان ته ځان رسوي او توبرکلوزیک پریطونایتس مینځته راوړي نو انتان د مختلفو لارو څخه ځان پریطوان ته رسوي.

۱—د وینې له لاری

۲—د مساریقي د یوې توبرکلوزیک ابسی شوی لمفاوی غدی څخه

۳—د توبرکلوزیک نفیرو (Tuberculous uterine tube) زوې چې توبرکلوز بسیل احتوا کوي پریطوان جوف ته درناژ کېږي.

۴—د کلمو د توبرکلوزیک محراق څخه د توبرکلوز بسیل پریطوان ته مهاجرت کوي (وروسته د انتریت یا کولایتس توبرکلوز څخه)

۵—د پریطوان د مجاور اعضاو توبرکلوزی زوې پریطوان جوف ته درناژ او توبرکلوزی پریطونایتس مینځ ته راځي، مثلاً د فقراتو یا د پښتورگو توبرکلوزیک ابسی پریطوان جوف ته که درناژ شي.

د توبرکلوز پریطونایتس تصنیف Classification of Tuberculous Peritonitis

د توبرکلوز پریطونایتس تصنیف د ناروغ د پتالوژي په اساس صورت نیسي.

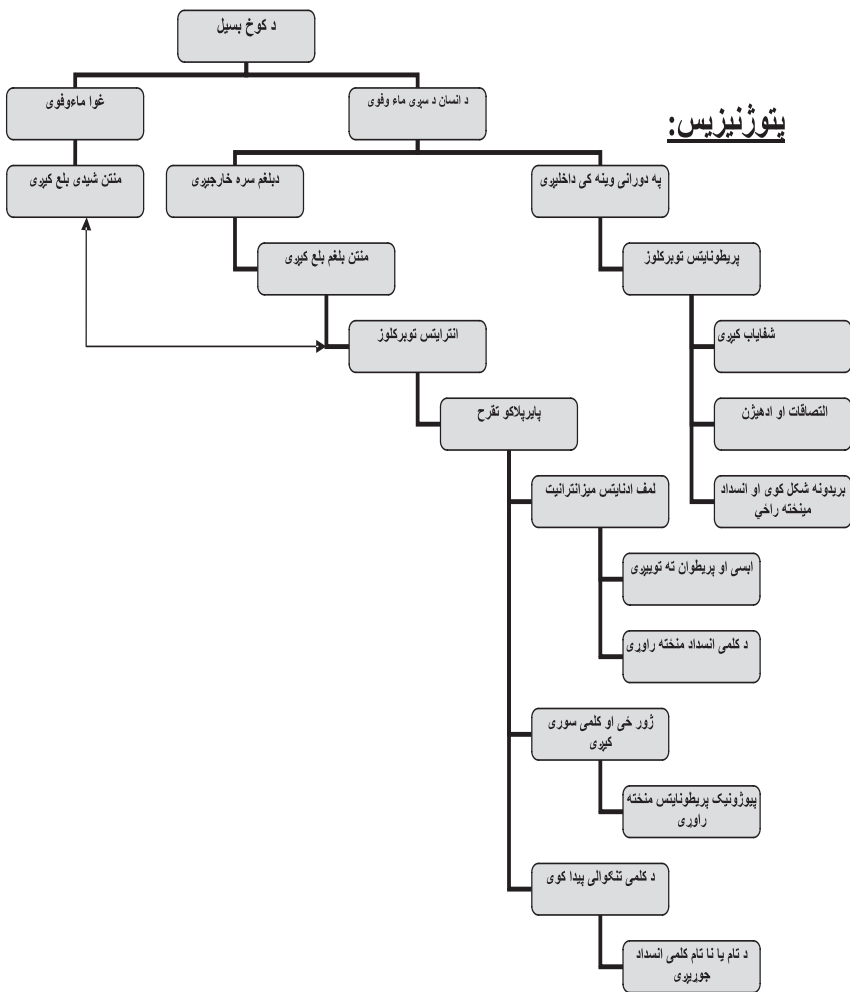
۱—لوند توبرکلوز پریطونایتس یا Wet Tuberculous peritonitis لوند توبرکلوزی پریطونایتس چې په مقدم ډول مینځ ته راځي د Subacute Stage په نامه هم یادېږي، پدې نوع پریطونایتس کې د پریطوان په جوف زیات اندازه ژیر رنګ مایع موجود وي چې پرېند یا علقه کېدو ته میلان لري ځکه چې یو اکسوداتیف مایع دی او دهغه په مینځ کې د درې گرامو څخه زیاتره پروتین موجود وي. د پریطوان په ټول سطحه کې په زړه او توبرکلونه موجود وي چې هر توبرکل د یوه یا دوه ملی مترو په اندازه قطر لري او ژیر رنګه وي.

۲—وچ توبرکلوز پریطونایتس یا Dry Tuberculous Peritonitis اصلاً لوند پریطونایتس په وچ پریطونایتس بدلیږي یا په بل عبارت وچ پریطونایتس د لوند پریطونایتس وروستی مرحله ده، څرنگه چې د پریطوان د اکسوداتیف مایع اوپه یې جذب او پروتیني مواد یې یو زیات شمیر لېفي بندولونه جوړوي چې له یوې خوا د کلمو د عرواتو د التصاقاتو سبب ګرځي یا داچې دا لېفي بندولونه د یو برید یا رسي په شکل د کلمو د عرواتو او د جداری پریطوان په مینځ کې ځای نیسي او د کلمو د انسداد سبب ګرځي. چې دی شکل ته التصاقی توبرکلوزی پریطونایتس یا Adhesive Tuberculous Peritonitis نوم ورکړ شوی دی.

کله کله د پریطوان اکسوداتیف مایع د کلمو د التصاقی عرواتو په منځ کې راټولېږي او د سیست شکل غوره کوي چې د کیستیک توبرکلوز پریطونایتس (Cystic tuberculosis peritonitis) په نامه یادېږي.

۳—د مساریقي ادنایتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculous د توبرکلوز بسیل په لمړۍ مرحله په Terminal Ilium کې Payer's Patche ماء وډوي او د هغه د تفرح سبب ګرځي. وروسته لدې لاری لمفاوی قناتو ته داخل او د مساریقي په لمفاوی عقداتو ځای نیسي او د

نوموړی و عقداتو د غټوالی او اېسی سبب گرځی چی د دی اېسی گانی زوی د بطن په جوف کی درناژ او د متعدد موضعی توبرکلوز اېسی گانی منځته راوړی.



د توبرکلوز بېسل د انسان سپری یا غوا منتن کوی. د انسان د سپرو څخه منتن بلغم بلع او کلمی ته راځی او په تالی ډول توبرکلوز انترایتس منځ ته راځی. همداسی د منتن غوا شیدی د ځکلو څخه وروسته مکروب کلمی ته راځی او په ابتدایی ډول د توبرکلوز انترایتس (Primary Tuberculous Enteritis) سبب گرځي. کوم وخت چی توبرکلوز انترایتس پیدا شو په نتیجه کی پاپیرپلاکونه تفرحی کپړی چی پدی ځای دری امکان موجود وی:

۱—پایر تفرحات وروسته التیام کوی او د فیبروزی نسج د پیدا کیدو له کبله د التیام کړی نسج په سر د کلمی د لومن د تنگوالی یا بیخی بندش سبب ګرځی. چی په نتیجه کی د کلمی تام یا ناتام انسدادی حالت مېنځته راځی.

۲—یا داچی قرحه ژور خواته فعالیت کوی او تر سیروزا طبقی پوری رسیږی او بالاخره سیروزا طبقه هم سوری کیږی او د کلمی محتوی یعنی غایطه مواد پریطوان ازاد جوف ته توپیږی او پیوژنیک پریطونایتس منځته راوړی.

۳—یا داچی د قرچی له لاری انتان لمفاوی قناتوته داخل او بالاخره د مساریقی لمفاوی غدواتو ته داخلېږی او توبرکلوزی لمف ادنایتس میزانتريک منځته راوړی چی د دی منتن شوی لمفاوی غده سیریی دوه لاری غوره کوی.

الف—لمفاوی غده ورځ په ورځ غټیږی اود مجاور کلمی په لومن باندی فشار واردوی او په نتیجه کی میخانیک انسداد مینځته راوړی.

ب—منتن لمفاوی غدوات توبرکلوزی ایسی جوړوی او دا ایسی پریطوان ازاد جوف ته درناژ او په نتیجه کی عمومی پریطونایتس منځته راوړی.

همداسی توبرکلوزی بسیل د سږی د توبرکلوزی محراق څخه وینی ته داخل او په پریطوان کی خان رسوی او د توبرکلوز پریطونایتس سبب ګرځی،

توبرکلوز پریطونایتس د پریطوان په دننه کی د برینو د تشکیل او د داخل بطنی اعضا د التصاقات(د لوند او وچ پریطونایتس د تشکل څخه وروسته) سبب ګرځی. او په نتیجه کی میخانیکي انسداد پیداکیږی.

د توبرکلوز پریطونایتس عمومیات

دا ناروغی پخوا ډیر عمومیت درلوده اوس په پرمختللی هیوادو کی واقعات یی زیات نه لیدل کیږی خو په وروسته پاتی هیوادو کی مخصوصاً زموږ په هیواد کی د توبرکلوز پریطونایتس ناروغان ډیر دی. او هغه خلک زیاتر پدی ناروغی اخته کیږی چی په خراب ټولنیزو شرایطو کی ژوند کوی او په سوء تغذیه مبتلا دی. د احصایی له نظره په هر سن کی پیدا کیږی په ماشومانو کی د وفیاتو اندازه یی ډیره لوړه ده. او په ښځو کی نسبت نارینو ته زیات لیدل کیږی. ځکه چی په ښځو کی د نفیرو توبرکلوز پریطوان ته ژر انتقالیږی.

د توبرکلوز پریطونایتس سریری لوحه

۱— **سریری اعراض :-** حاد لوند پریطونایتس توبرکلوز عموماً جگ سره لرونکی تبی سره شروع کیږی چی دا تبه یا متقطع او یا په دوامداره ډول سیر کوی. ناروغ فوق العاده بی اشتها وی او لدی کبله ورځ په ورځ ضعیفه کیږی او په سرعت خپل وزن له لاسه ورکوی. او د شپي خولی کیدل همیشه موجود وی.

د ناروغی د تاسیس په مرحله کی ناروغ ته زړه بدوالی او کانگی هم پیدا کیږی ناروغان کله قبضیت او کله اسهال پیدا کوی یا داچی دا دوه عرض په متناوب ډول تل موجود وی.

د وچ توبرکلوز پریطونایتس په حالت کی سریری اعراض په تدریجی ډول شروع کیږی تبه دومره جگه نوی ناروغ ورو ورو خپل وزن کموی او بی اشتها کیږی او هضمی تشوشات د تام یا ناتام انسدادی حملاتو په شکل مینځته راځی.

۲— **سریری علایم :-** د لوند توبرکلوزی پریطونایتس په حالت کی بطن متوسع او په جس سره لږ سخت او حساس او د گپدی په جوف کی اسایتس موجود وی او ناروغ همیشه په خپل گپده کی مبهم منتشر او خفیف درد حس کوی.

د وچ توبرکلوزی پریطونایتس په حالت کی که د انسداد اعراض موجود نوی گیده نرم ډیر لږ حساس او متوسع نوی په هغه حالت کی چی د انسداد اعراض موجود وی گیده متوسع او ناروغ پریودیک دردونه حس کوی او په جس سره یوه اندازه حساسیت هم موجود وی.

تشخیص :-

د توبرکلوز پریطونایتس په ټولو سریری اشکالو کی احتمالی تشخیص د سریری اعراضو او د توبرکلوز د تاریخچی د درلودلو پواسطه ایښودل کیږی اما قطعی تشخیص د لابراتواری معاینات او اندسکوپیک معاینی پواسطه وضع کیږی.

د توبرکلوز پریطونایتس په ټولو حالاتو کی د توبرکولین تست مثبت وی او د غایطه موادو په معاینه کی امکان لری د توبرکلوز بسیل تثبیت شی. د وینی په معاینه کی د سره کریواتو ترسب (ESR) سرعت زیات وی. په لوند پریطونایتس حالت کی د توبرکلوز بسیل % ۸۰ په اسایتیک مایع کی تثبیری په دی شرط چی اضافه د یو لیتر اسایتیک مایع کلچر شی.

د توبرکلوز اسایتیک مایع زیات اندازه پروتین او لمفوسایتس احتوا کوی او د گلوکوز اندازه ۳۰ ملی گرام په سل ملی لیتر مایع کی وی. پریطونیل بایوپسی د ستنی پواسطه % ۶۰ فیصده مثبت نتیجه ورکوی اما په Peritoneoscopy او د دی الی پواسطه بایوپسی سل فیصده مثبت نتیجه ورکوی.

په وچ توبرکلوزیک پریطونایتس کی تشخیص د هغه بایوپسی پواسطه په قطعی توگه وضع کیږی کوم چی د پریطونوسکوپي پواسطه اخیستل کیږی. همداسی د رادیوگرافی په پانه کی چی د گیدی څخه اخیستل کیږی د ناتام یا تام انسدادی حالت خیالونه ښکاری چی د انسداد په مبحث کی تذکر ورکړ شوی دی.

تداوی :-

د ناروغی په لمړی مرحله کی مخصوصاً د اسایتیک په صفحه کی مطلق استراحت ښه غذا او د مختلفو ویتامینو د ورکولو په څنگ کی Triple antituberculosic دوا گانو څخه استفاده وشی او دا تداوی تر یونیم کال پوری ادامه ورکړ شی چی دغه تداوی ډیر ښه نتیجه ورکوی او ډیر ښه وی. مخصوصاً چی د تداوی په اخرو وختو کی که د انتی توبرکلوزیک دواگانو سره پردنیزون هم یوځای شی د بریدو او التصاقاتو د تشکل څخه مخنیوی کیږی. اما د اسایتیک په اخرو مرحلو کی یا کوم وخت چی لوند پریطونایتس په وچ پریطونایتس تبدیل شو له هغه ځایه چی فیبروزی التصاقات او بریدونه د کلمی ترمینځ او د پریطوان په جوف کی پیدا اود کلمی دانسداد د منخته راتلو سبب کیږی نو پدی حالت کی د انتی توبرکلوزیک دواگانو د تطبیق په څنگ کی یواځینی تداوی عملیات دی چی د عملیاتو پواسطه کوم بریدونه او التصاقات چی د میخانیکي انسداد سبب شوی دی قطع او خلاصیږی او د دی لپاره چی وروسته د عملیات څخه بیا بریدونه او التصاقات تشکل ونکړی او انسدادی حالت بیا منخته رانشی د انتی توبرکلوزیک دواگانو په څنگ ناروغ ته پردنیزون او فیرینولتیک دواگانی په موضعی او عمومی ډول تطبیق شی (البته په موضعی ډول د عملیات په وخت او په عمومی ډول د زرق له لاری ناروغ ته ورکول کیږی)

د مساریقی ادناپتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculosis

په پرمختللی هیوادو کی دا ناروغی ډیر لږ واقع کیږی ځکه چی له یوی خوا خلک Pasteurized شوی شیدی استعمالوی اوله بلی خوا شیموترابی په ویس او فنی ډول او په داسی حال کی چی ناروغ همیشه تر طبی مراقبت لاندی وی تطبیق کیږی دا مرض هغه وخت پیدا کیږی چی د Mycobacterium Bevis پواسطه منتن شوی شیدی د انسان له خوا وځکل شی. نوموړی بسیل په لمړی مرحله کی د الیوم په اخری برخه کی پایږپلاکونه ماء وفوی او د هغه د تفرح سبب گرځی وروسته لدی لاری لمفوی قناتوته داخل او د مساریقی په لمفوی عقداتو کی خای نیسی او د نوموړی عقداتو د غتوالی او ابسی سبب گرځی.

سریری اعراض او علایم :-

ناروغ د خپل گیدی په یوه ناحیه کی ثابت درد حس کوی چی په جس سره په همدی ناحیه کی تندرین هم موجود وی او په عمیق جس سره یوه یا څو کلک، منظم، مدور، متحرک او په ځینی حالاتو کی فلوکتوانت کتله موجود وی.

Tuberculous Mesenteric Adenitis تشخیص په لمړی او غیری احتلاطی مراحلو کی مشکل دی که د سریری اعراضو او د دی په څنگ د لابراتواری معایناتو لکه سریع Sedimentation او لوکوسایتوزس پواسطه تشخیص وضع شی د شیموترابی پواسطه ناروغ شفایاب کیږی. په غیر د دی مرض د دوه عمده اختلاطاتو سبب گرځی.

۱—د لمفوی غدی د ډیر غتوالی له کبله میخانیکي انسداد مینځته راځی

۲—ماوفه لمفوی غده ابسیدی کیږی او زوی بی پریطوان ازاد جوف ته درناز او په نتیجه کی توبرکلوز پریطونایتس او د داخل پریطوانی اعضاو د شدید التصاقاتو او بالاخره انسدادی حالت مینځته راوړی.

تداوی :-

په داوړو حالاتو کی د جراحی عملیات استطباب موجود دی. څرنګه چی په لمړی حالت کی د امکان په صورت کی غټه شوی لمفوی مساریقی غده ایستل کیږی او که یواځی د غدی ایستل امکان نه درلود مساریقه د مربوطه کلمی سره ریزکشن او Primary Anastomose ورکول کیږی. په دوهم حالت کی تقیح لمفوی غده ایستل کیږی او هغه التصاقات چی د کلمی د انسداد سبب شوی دی قطع او د پریطوان په آزاد جوف کی کوم نکروزی انساج چی موجود دی لری کیږی.

البته د جراحی تداوی په څنگ انتی توبرکلوزیک دواګانی تر یونیم کالو پوری ناروغ ته باید ورکړ شی.

*

Reference

- 1-Anson and Chester B.Mc. Vay "SURGICAL ANATOMY" Fifth Edi.
Chap. 14 pp. 532- 535.
Saunders comp. 1994
- 2-A.Velikoretsky M.D "TEXT BOOK SURGICAL" Chap. 22
pp. 384-392 F.L.P.H. Moscow
- 3-Charless E.lyght M.D et all.THE MERCK, MANUAL OF DIAGNOSIS
AND THERAPY "15th Edition Chap.9 pp 574 – 577
Published by Mark& comp.
- 4-Francis D.mooren M.D "METABOLIC CARE OF THE SURGICAL
PATIENT
Part 5 chap. 34 section 4 pp. 522-538
W.B. Saunder's comp.
- 5-Herbert uebermuth M.D."SPEZIELLE CHIRURGIE" Kapitel 4
Seite 221-231. Johann Ambrosius Barth Verlag Leipzig
- 6-J.Englebert dunphy M.D Lawrence W.way "CURRENT SURGICAL
DIAGNOSIS &TREATMENT" 3th Edi.Chap 33, 34, pp.589 -593, 628 -
630. L.M.P. 1900
- 7-Marcus A.Krupp and Milton J.chatton "CURRENT MEDICAL
DIAGNOSIS & TREATMENT" Chap.10 pp. 379 - 382. L.M.P 1999
- 8- Ralph C.benson "CURRENT OBSTETRIC & GYNECOLOGIE
DIAGNOSIS & TREATMENT"Chap.38 pp. 756 - 758 L.M.P 1996
- 9- Richard T. Shauckelford M.D "SURGERY OF THE ALIMENTARY
TRACT" Chap. 7 pp 1140 - 1176 W.B.Saunders, Comp 1998
- 10-S.Schwartz M.D "PRINCIPLE OF SURGERY" Forth Edition
Chap.24 pp.1051 - 1062
Mc.Graw hill comp. 2004

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library