ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځی

فزیکل ډیاګنوزس

پوهنوال دوکتور حفیظ الله اپریدی

سي ډي سره

۱۳۹۰ ل

فزیکل ډیاګنوزس **Physical** Diagnosis پوهنوال دوکتور حفیظ الله اپریدی

Nangarhar University
Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Hafizullah Afridi

Physical
Diagnosis

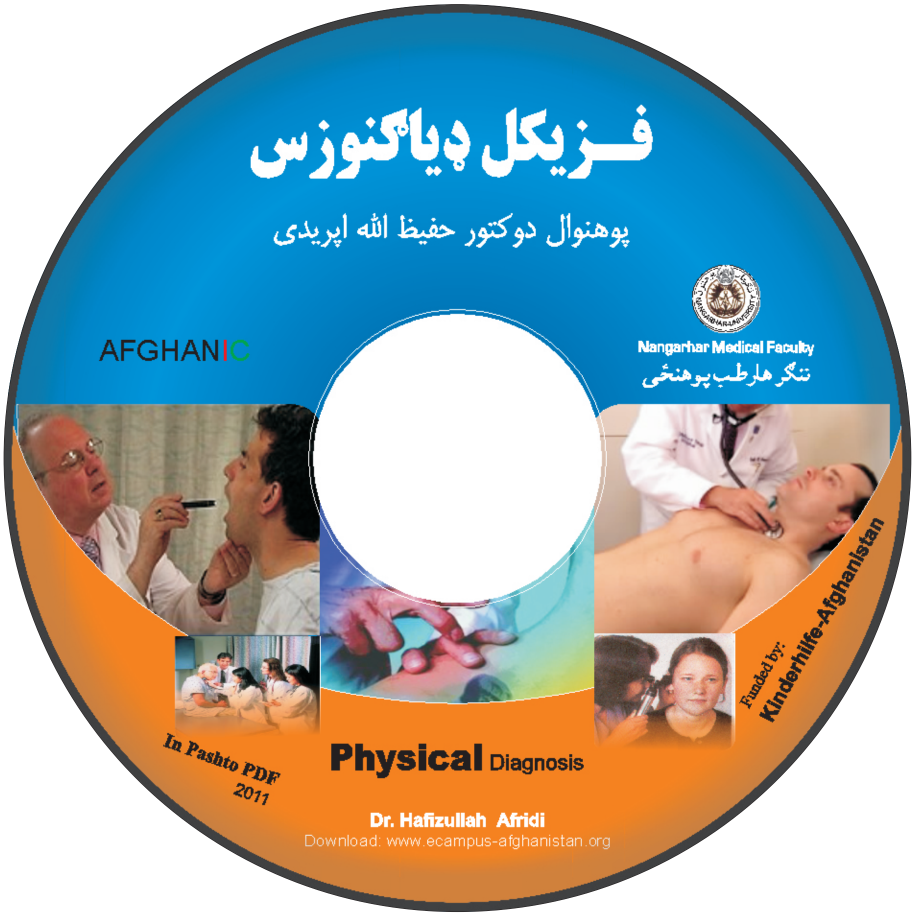
Funded by: **Kinderhilfe-Afghanistan**

ISBN 9789936201
9789936201354
Printed in Afghanistan

With CD

2011

www.ketabton.com



www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحیم

www.ketabton.com

د لوړو زده کړو وزارت
د ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځی

فزیکل ډیاګنوزس

مؤلف: پوهنوال دوکتور حفیظ الله اپریدی

کال: ۱۳۹۰ل

www.ketabton.com

د کتاب نوم	فزیکل ډیاگنوزس
لیکوال	پوهنوال دوکتورحفیظ الله اپریدی
خپرندوی	د ننگرهارطب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ ځای	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ نېټه	۱۳۹۰
دکتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټی **(www.Kinderhilfe-Afghanistan.de)**
لخوا تمویل شوی دی.

اداری او تخنیکی چارې یې د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوې دي.

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

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

ډاکتر یــحــیی وردک، دلوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: ISBN: 978 993 620 1354

www.ketabton.com

ډالــــــــــۍ

د څښتن تعالی د حمد او ثنا او په سرور کاینات حضرت محمد مصطفی(ص) د درود او سلام څخه وروسته نوموړی علمي اثر خپل خدای بخښلي پلار اروا ښاد حاجي مراد خان "آپریدي" د پښتونخواه ستر مشر، ملي شخصیت او د تاریخ دغه ځلانده ستوری چې زما په ښوونه او روزنه کې یې زیات زیار ګاللی دی او هم یې راســره زیاته مینه درلوده، د ده سپېڅلي روح او د اهل طب ټولو منســـوبینو ته په ډېر درنـــښت ډالـــۍ کوم.

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحيم

تقريظ

د محترم پوهندوي دوکتور حفیظ الله آپریدي د داخلې څانګې استاذ هغه علمی اثر چې د فزیکل ډیاګنوزس تر عنوان لاندې يې لیکلی دی ما په هر اړخیزه توګه مطالعه کړ چې د علمی ارزښت په هکله يې خپل نظر په لاندې ډول څرګندوم:

نوموړی کتاب چې د دریم ټولګی په لومړی سمستر کې تدریس کیږي د کتاب مواد د ډیرو تازه منابعو او سرچینو څخه راټول شوي دي چې د محصلینو، ځوانو داکترانو او د ټول طبی پرسونل لپاره په نظری او عملی ساحه کې د خورا ګټور لارښود په توګه ورڅخه کار اخیستل کیدای شي په کتاب کې ډیر زیات زیار ویستل شوی دی چې هره فزیکی معاینه او مانوره په عملی توګه په شکلو کې منعکس شوې ده او هم موضوعات په ښایسته او مناسبو جدولو کې ځاي په ځای او خلاصه شوې دي چې لوستونکی ترې په لږ وخت کې په آسانه توګه زده کړه کولای شي کتاب په ساده روانه پښتو ملی ژبه لیکل شوی دی په کتاب کې هره طبی ترمینالوجی په ساده توګه ترجمه شوې ده د فزیکل ډیاګنوزس په دغه کتاب کې د طبابت اخلاقي دندې، اعراض او د جهازاتو فزیکی معاینات په تفصیل سره شرح او بیان شوی دی او هم د هر سیستم لابراتواري معاینات او تشخیصیه پلټنې ذکر شوی دی په دغه کتاب کې لازم نورمونه، اصول او قواعد په پام کې نیول شوي دي ددغه درسي کتاب لیکنه نه یواځې د ننګرهار د طب پوهنځي محصلینو د تدریس لپاره محتص بولم بلکې تاکید کوم چې هیواد په سطحه په نورو پوهنتونو کې باید په تدریس کې ورڅخه کار واخیستل شي. کتاب په پنځلس څپرکو او ۳۴۷ مخونو کې لیکل شوی دی یو باارزښته او د اهمیت څخه ډک علمی اثر ګڼم او محترم ورور دوکتور حفیظ الله اپریدی ته د نوموړي علمی کتاب په تألیف باندې د برې له امله مبارکی وایم او د پوهنوال علمی رتبی ته د لوړتیا لپاره يې کافی بولم او هم يې د چاپ او نشر سپارښتنه کوم او د لوی خداي(ج) له دربار څخه ورته د نورو بریالیتوبو غوښتونکی یم

په درناوي

الحاج پوهاند دوکتور احمد سیر (احمدي)

د کوچنیانو د څانګې استاد

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحیم

تقریظ

د پوهندوی دوکتور حفیظ الله اپریدی د دریم ټولګی د فزیکل ډیاګنوزس درسی کتاب تالیف چې د پوهنوال علمی رتبې ته د لوړتیا لپاره ورته دداخلې څانګې له خوا دنده ورکړل شوې وه او د طب پوهنځی د علمی شورا او هم د پوهنتون له خوا تائید شوی وه بشپړ کړی دی نوموړی کتاب ما په هر اړخیزه توګه مطالعه او په لاندې ډول یې ارزیابی کوم:

کتاب د الله (ج) په نوم شروع او لرونکې د لیکلړ، سریزې، د سیستمونو فزیکي معایناتو او مأخذونو دی.

نوموړی کتاب په پنځلس څپرکو او په ۳۴۷ مخونو کې ځای په ځای شوی دی. کتاب په ساده روانه پښتو مورنۍ ژبه لیکل شوی‌چې هر محصل او ښاغلي ډاکټر صاحبان ورڅخه اعظمي استفاده کولای شي.

په لمړي څپرکی کې د طبابت اخلاقی دندې او دداخله طب تاریخچه ډیره ښه بیان شوې ده څرنګه چې په دریم ټولګي کې محصلین عملی ساحې ته داخلیږي نو ضرور ده چې د طبابت په اخلاقی دندو پوه شي.

په دوهم څپرکی کې د ناروغ تاریخچه او همدا ډول په دریم څپرکی کې د ناروغانو اعراض پوره تشریح او د هر عرض ترجمه په ساده ژبه تر سره شوې ده.

په دریم خپرکی کې فزیکی معاینات چې خورا اهمیت لري په عمومی او هم په سیستمیک توګه پوره تشریح شوي دي، څرنګه چې د تاریخچې څخه وروسته د فزیکی معایناتو بشپړ او په دقیقه توګه اجراء چې یو یقینی تشخیص ته پوره لاره هواروي ستر اهمیت لري په ډیره ښه توګه او په تفصیل سره بیان شوی دی.

دبلې خوا هره فزیکی معاینه او مانوره په عملی توګه په شکلو کې منعکس شوې چې لوستونکی ورڅخه په لږ وخت کې په آسانه مطلب اخیستی شي او هم یې په عملی توګه زده کړه سرته رسولای شي.

په همدې توګه د سر، غوږ، سترګو تنفسی، قلبی وعایې، الکتروکادیوګرام، ایکوکاردیوګرافی، انجیوګرافی، د هضمی سیستم معاینات، د عصبی سیستم معاینات، د پښتورګو لابراتواري او انسترومینتل آزموینې، د اندوکرین ناروغانو فزیکی معاینات او هم د روماتیزم د ناروغانو، د وینې د ناروغانو فزیکی معاینات د ولادې او نسایي

www.ketabton.com

ناروغانو فزیکي معاینات او په آخره کې د کوچنیانو فزیکي معاینات په تفصیل سره تشریح او بیان شوی دی چې دغه اخرنی څپرکی د نسایي، ولادي او کوچنیانو ناروغانو فزیکي معاینات د محترم دوکتور اپریدي په خپل ابتکار سره په کتاب کې ځاي په ځاي کړی دی چې ددې سره د ټولو سیستمونو فزیکي معاینات پوره او د فزیکل ډیاګنوزس کتاب یې بشپړ کړی دی چې دا ابتکار یې د قدر وړ دی.
همدا ډول موضوعاتو ته په مناسبو جدولو کې ځای ورکړل شوی چې لوستونکی ترې په آسانه او زر مطلب اخیستی شي. د کتاب مواد د ډیرو نوو تازه Text book او هم د Standard کتابو څخه تیار شوی دی.
نوموړی کتاب د دریم ټولګی د لمړی سمستر د درسی کوریکولم په نظر کې نیولو سره سم لیکل شوی دی چې د محصلینو ستونځې د لکچر له نظره هواروي.
د پورته ټکو په نظر کې نیولو سره دا جوته کیږي چې محترم داکتر صاحب اپریدي د کتاب په لیکلو کې ډیر زیات زیار ویستلی، نو زه د نوموړي کتاب لیکنه د با ارزښته علمی اثر په توګه مثبت او عالی ارزیابی کوم، او د پوهنوال علمی رتبې ته د لوړتیا لپاره یې کافی بولم او د چاپ او نشر سپارښتنه یې کوم او هم د لوي خداي (ج) له دربار څخه محترم دوکتور اپریدي ته په علمی او کلینیکی ډګر کې نور بریالیتوبونه غواړم.

والسلام

الحاج پوهاند دوکتور عبدالواحد الکوزی
دداخلې څانګې استاد

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحیم

تقریظ

هغه درسی کتاب چې د دریم ټولګی د لمړي سمستر لپاره د فزیکل ډیاګنوزس تر عنوان لاندې محترم پوهندوی دوکتور حفیظ الله اپریدی ته دنده سپارل شوې ده اوس یې نوموړې دنده سرته رسولې ده. زه ددغه درسی کتاب د علمی ارزښت په اړوند خپل نظر په لاندې توګه وړاندې کوم:

۱. کتاب چې پنځلس څپرکو او ۳۴۷ مخونو کې لیکل شوی دی شروع یې د الله (ج) په نوم، سریزه لیکلړ چې د طبابت اخلاقي دندې تاریخچې، اعراضو، د سیستمونو تکرار پوښتنې، عمومی فزیکی معاینات، د سیستمونو فزیکی معاینات او لابراتواری معایناتو نومونه په ښه توګه په کې لیکل شوي او په آخره کې ماخذونو ته ځای ورکړل شوی دی چې په نړی والو معیارونو برابر دی.

۲. کتاب په پښتو ملی ژبه په ساده او روانو الفاظو لیکل شوی دی هره طبی ترمینالوجی په ساده پښتو ژبه اړول شوې ده چې هر لوستونکی ترې ژر او په آسانه مطلب اخیستئ شي د کتاب په مینځ پانګه کې د طبابت اخلاقی دندې، تاریخچه اعراض پوره تشریح او هم عمومی فزیکی معاینات او د سیستمونو فزیکی معاینات په تفصیل بیان شوی دی د هر سیستم د فزیکی معایناتو څخه مخکی د اړونده سیستم اعراض او وروسته یې لابراتواري او Instromental آزموینی ډاګیزه او تشریح شوی دی چې په زړه پورې دي.

۳. د کتاب مواد د ډیرو تازه نړی والو سرچینو او Text books ، ژورنالو څخه تیار شوی او هم د استاد د خپلې درسی پوهې او علمی تجربو څخه چې په کې کارول شوی ده ګټه اخیستل شوې ده، شکلونه او جدولونه په پوره مهارت سره په مناسبو ځایو کې ځای په ځای شوی دی هره فزیکی مانوره په عملی توګه په شکلو کې ښودل شوې ده چې محصلین او لوستونکی ورڅخه په عملی ډګر کې په لږ وخت کې په آسانه زده کړه او مطلب اخیستی شي چې په دې هکله محترم دوکتور اپریدی زیات زحمت ګاللی دی او هم یې په خپل ابتکار سره د نسایي او ولادي ناروغانو کوچنیانو فزیکي معاینات په کې ځای په ځای کړی دی چې ددې سره یې د فزیکل ډیاګنوزس کتاب پوره او بشپړ کړی دی.

www.ketabton.com

۴. د کتاب په لیکنه کې ټول هغه نړیوال شرطونه منل شوي چې د یو درسي کتاب لپاره ضروري او لازمي په پام کې نیول شوي دي او د یو درسي کتاب ټولې ځانګړتیاوې پکې شته دي.

۵. نوموړي درسي کتاب نه یوازې د ننګرهار طب د پوهنځي په تدریسي چارو کې خورا اغیزمن دي بلکه د هیواد په سطح په نورو پوهنتونو کې هم د تدریسي چارو د پرمخ بیولو لپاره په زړه پورې ګټور علمي اثر دئ.

په پای کې د نوموړي درسي کتاب بشپړ کیدل او ددې علمي دندې سرته رسول محترم استاد دوکتور اپریدي ته د زړه له کومې مبارکي وایم او د پوهنوال علمي رتبې ته د لوړتیا لپاره یې کافي بولم او چاپ او نشر سپارښتنه یې کوم.

په درناوي

الحاج پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی

دداخلې څانګې شف

www.ketabton.com

﴿ يادونه ﴾

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی يوه لويه ستونزه ګڼل کيږي. ددې ستونزې د هواری لپاره موږ په تېرو دوو کلونو کې د ننګرهار، کندهار، بلخ اوخوست د طب پوهنځيو د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکاډميکو همکاريو د ټولنې (DAAD) له خوا ۲۵ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته ورکړل شول. د هېواد د پوهنتونونو، لوړو زده کړو وزارت او آلمان په غوښتنه موږ خپل دغه پروګرام نورو پوهنتونونو او پوهنځيو ته هم غځوو.

د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د ۲۰۱۰ـ۲۰۱۴ کلونو په ملي ستراتيژيک پلان کې راغلي چې :

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

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استاذان له ډېرو ستونزو سره مخ دي، دوی په زاړه مېتود تدريس کوي، محصلين او استاذان نوي، تازه او عصري معلومات په واک کې نلري، درسي ميتود ډېر زوړ دی، محصلين له کتابونو او هغه چپېټرونو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټيټ کيفيت کاپي کيږي. لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتيا لري، نو بايد د هېواد د طب پوهنځيو ته لازياته پاملرنه وشي.

www.ketabton.com

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

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

۱. درسي طبي کتابونه

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

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

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

۳. د هېډل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماستري

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

۴. د اړتیاوو ارزونه

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

۵.کتابتونونه

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

۶. لابراتوارونه

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

www.ketabton.com

۷.کدري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هېواد هر 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. ستراتیژیک پلان

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

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه اډېټ او د چاپ کولو لپاره یې تیار کړي.

او زموږ په واک کې یې راکړي، چې په ښه کیفیت یې چاپ او په وړیا توګه یې د محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس وسپارئ، څو په ګډه اغېزمن ګامونه واخلو.

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

د آلمان د اکاډمیکو همکاریو ټولنې DAAD مؤسسې څخه ډېره مننه کوو، چې تر اوسه یې د ۲۵ طبي درسي کتابونو د چاپ او په پینځو طب پوهنځیو (ننګرهار، خوست، کندهار، هرات او بلخ) کې د پروجکټرونو لګښت په غاړه اخیستی.

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 په ورین تندي یې د دغه کتاب د چاپولو لګښت منلی دی او د لانورو مرستو وعده یې کړې ده.

په افغانستان کې د کتابونو په چاپ کې د لوړو زدکړو وزارت همکارانو، د پوهنتونونو او پوهنځیو له رییسانو او استادانو مرستې د قدر وړ بولم او مننډوی یم.

ډاکتر یحیی وردګ

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

دفتر تلیفون : ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰، موبایل تلیفون :۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

www.ketabton.com

لیکلړ

سرلیک مخ

لومړی څپرکی

دیونټولوژي

د دیونټولوژي له مخې د طبیب فعالیت، وظایف او دداخله طب تاریخچه-----------۱
د داخله طب تدریس--۲

دویم څپرکی

د تاریخچې اخیستل

د کلینیکي کتنو پړاونه، تاریخچه---۴
د ناروغ څخه د تاریخچې اخیستلو تخنیک -- ۴
خلاصې پوښتنې --۵
عمده شکایت، اوسنی ناروغي---۶
د پخوانی طبي تداوي تاریخچه ---۷
د دوا تاریخچه، کورنۍ تاریخچه ---۸
ټولنیزه تاریخچه، عادات، د واده تاریخچه--------------------------------------۹

دریم څپرکی

سمپټومټولوژي

د سیستمونو تکرار Review of system--۱۱
سر، غوږ---۱۱
پزه، ستونی، سینه، زړه او رګونه---۱۲
هضمي جهاز، بولی تناسلی جهاز، سفلي اطراف---------------------------------۱۳
زیات معمول اعراض، تبه--۱۴
درد---۱۵
ساه لنډي، ټوخی ---۱۶
کانګې، اسهال ---۱۷
جټکې، ضعیفي، سردردي --۱۸
کتله--۱۹

څلورم څپرکی

فزیکي کتنې

عمومي فزیکي کتنې--۲۰
دناروغ د معاینې طریقه او تیارول--۲۰

www.ketabton.com

عمر، جنس، د بدن حرکات---۲۱
قدم وهل ---۲۲
خبرې کول، قد اوقامت، د تنفس بوی--۲۳
تغذیه، د حرارت درجه، تبه ---۲۴
مخ ---۲۶
وضعیت --۲۷
وینه لږی، سیانوزس ---۲۸
د محیطی او مرکزی سیانوزس توپیر--۲۹
زیړئ، پړسوب --۳۰
کلبنګ Clubbing --۳۱
کولونیخیا koilonychias -- ---------۳۳
سپلنتر هیمورج Splinter hemorrhage، تا یراید ------------------------------۳۴–۳۵
د پوستکي حالت---۳۶
سیستمیک فزیکي کتنې---۳۸
د سر فزیکي کتنې--۳۸
د غوږ فزیکي کتنې---۳۸
د سترګو معاینه---۴۰
نورمال او غیر نورمال فنډوس، شکلونه--۴۱
د پزې معاینه، د غاړې معاینه---۴۲

پنځم څپرکی

د تنفسي جهاز

تاریخچه--۴۳
د تنفسي سیستم د ناروغیو اعراض---۴۴
ټوخی او د ټوخې ډولونه---۴۵
بلغم، Hemoptysis ---۴۶
د Hemoptysis لاملونه، د سینې درد---۴۷
د سینې د درد لاملونه، ساه لنډئ---۴۸
د تنفس کیمیاوي تنبهات---۵۰
د مزمنې فرط تهوئې اعراض--۵۰
د ساه لنډی د پیداکیدو خاص فکتورونه---۵۱
حاده سالنډی او ضمیموي اعراضو تشخیصیه ارزښت----------------------------------۵۳
Apnea --۵۵

www.ketabton.com

د پورتني تنفسي جهاز اعراض---۵۵
پوزه، انفي بلعوم--۵۶
حنجره، د حنجري درد--۵۶
تراخیا--۵۷
پخوانۍ راديوګرافيک کتني---۵۷
کورني، شغلي او ټولنيزه تاريخچه--۵۸
شغلي تاريخچه، پخوانۍ تاريخچه--۵۹
ټولنيزه تاريخچه---۵۹
دتنفسي ناروغیو باندنې بڼه--۵۹
د ګوتو Clubbing --۶۰
سيانوزس، اذيما---۶۱
د پوستکی آفات چې په تشخيص کې اهميت لري---------------------------------------۶۳
پورتنۍ تنفسي لاره--۶۴
حنجره، شزن--۶۵
د سينې فزيکي معاينه
سطحي اناتومي، تنفسي حرکات--۶۶
د معاينې ترتيب--۶۷
د صدر په شکل کې ابنارملتي ګانې---۶۸
د سينې د جدار آفات---۶۹
د تنفسي حرکاتو ابنارملتي ---۷۰
د تنفس ډوبيدل--۷۱
د سينې پراخوالی---۷۱
د تنفس طريقه---۷۲
د صدر د توسع کموالی--۷۲
د صدري حرکاتو زياتوالی---۷۲
غير نورمال شهيقي او ذفيري حرکات--۷۳
قرعه --۷۵
دمعاينې ترتيب--۷۶
Tidal قرعه، معمول ابنارملتې ګانې--۷۸
اصغاء، تخنيک--۸۰
د معاينې ترتيب--۸۱
غير نورمال لاس ته راوړنې--۸۲
کم شوي پوکنيز تنفس---۸۳

www.ketabton.com

د تنفسي آوازو د کمښت علتونه---۸۳
انځورونه یا مناظر---۸۴
د قصبي آوازونو کمښت یا ورکیدل---۸۵
Bronchail breathing ---۸۶
غیر نورمال Vocal Resonance --۸۷
Crackles، پلورائي آوازونه--۸۸
د فزیکي نښو راغونډول، لازیات تحقیقات او پلټنې----------------------------------۹۰
د تنفسي پلټنو خلاصه---۹۱
د Hemoptysis لاملونه---۹۴
د مشکوک تشخیص اړونده پلټنې---۹۶

شپږم څپرکی

د زړه او رګو سیستم

تاریخچه--۹۸
تیره تاریخچه، شغلي تاریخچه، ټولنیزه تاریخچه--------------------------------------۹۹
د زړه د ناروغیو وظیفوي اړخونه، د دوا تاریخچه، کورنۍ تاریخچه-------------------۱۰۰
اساسي اعراض---۱۰۲
د زړه د دردونو ډولونه، Angina pectoris--۱۰۲
د Stable Angina وظیفوي تصنیف بندی---۱۰۴
د Angina خصوصي ډولونه--۱۰۵
د Angina او د مری د درد تفریقي تشخیص---------------------------------------۱۰۶
قلبي احتشاء، د Angina او MI دردونو تفریقي تشخیص---------------------------۱۰۷
د Pericardial درد اوصاف---۱۰۸
د Aortic dissection درد اوصاف---۱۰۸
ساه لنډی، Orthopnea--۱۰۸
P.N.D، عسرت تنفس د استراحت په وخت، د زړه ټکان------------------------------۱۱۰
ګنګسیت او Syncope---۱۱۲
Arrythmia او یا د زړه د ضربان غیر نورمال حالات-----------------------------۱۱۲
د چپ بطین د خروجي جریان بندش--۱۱۲
محیطي اذیما--۱۱۳
فزیکي معاینه--۱۱۴
عمومي معاینه--۱۱۵
نبضانات---۱۱۶

www.ketabton.com

د معاینه کولو ترتیب، کعبري نبض، عضدی نبض، ثباتي نبض---------------------- ۱۱۷
معمول ابنارملتی ګانې-- ۱۱۹
د نبض تعداد، د نبض نظم-- ۱۲۰
د غیر منظم نبض لاملونه-- ۱۲۰
د اذیني فبریلشن لاملونه-- ۱۲۱
د نبض حجم-- ۱۲۱
د وینې فشار، د معاینې ترتیب، د وینې د فشار د اندازه کولو لازمې لارښوونې------- ۱۲۲
د وداجی ورید فشار او څپه ایز شکل-- ۱۲۵
نورمال لاس ته راوړنې، معاینې ترتیب -- ۱۲۶
د وداجي وریدی فشار زیاتوالی-- ۱۲۷
د ثباتي او وداجي نبضان ترمنځ توپیر--- ۱۲۷
د وداجی وریدي نبض ابنارملتي ګانې-- ۱۲۸
Pericardium-- ۱۲۹
نورمال لاس ته راوړنې، د معاینې ترتیب-- ۱۳۰
معمول ابنارملتی ګانې، تفتیش، د Apex beat بی ځایه کیدل ------------------ ۱۳۱
د Apical نبض اوصاف -- ۱۳۱
د زړه اصغاء -- ۱۳۲
عمومي پاملرنې، د زړه لمړئ آواز، د زړه دوهم آواز ---------------------------- ۱۳۲
د زړه دریم آواز، د معاینې ترتیب --- ۱۳۳
معمولي ابنارملتي ګانې -- ۱۳۴
د زړه د لمړی آواز د شدت ابنارملتي ګانې ------------------------------------ ۱۳۵
د زړه دوهم آواز، د زړه د دوهم آواز ابنارملتي --------------------------------- ۱۳۵
د زړه دریم آواز، د زړه دریم آواز لاملونه -------------------------------------- ۱۳۷
اضافي آوازونه -- ۱۳۷
د Pericardial ناروغیو لوحه، نفخې--- ۱۳۹
د مرمر وخت یا Timing -- ۱۴۰
د مرمر دوام -- ۱۴۱
د مرمر شدت، د نفخو د شدت درجې--- ۱۴۲
سستولیک نفخې-- ۱۴۳
د سستولیک نفخو لاملونه، ډیاستولیک نفخې------------------------------------ ۱۴۴
د مزمنې قلبي عدم کفایې ارزیابې--- ۱۴۶
د حاد ناروغ ارزیابی --- ۱۴۷
د معاینې ترتیب -- ۱۴۸

www.ketabton.com

د پرمخ تللی وعايي عدم کفايې (شاک ناروغانو اوصاف) ---------------------------------١۴٩
د زړه معمول کتنې ---١۴٩
د محيطي شراينو ناروغي -- ١٥١
تاريخچه، عمومي معلومات --- ١٥١
د مراجعې شکايات، د سفلي اطرافو اعراض --١٥٢
Night rest pain --١٥٣
فزيکي معاينه ---١٥۴
عمومي معلومات، د وعايې ناروغيو تجويز شوې علامې ------------------------------١٥۴
د نبضانونو معاينه --١٥٥
د معاينې ترتيب، فخذي، مابضي نبضانو معاينه ---------------------------------------١٥٦
Burger test ---١٥٨
عمومي ابنارملتي ګانې، د سفلي اطرافو مزمنه اسکيميا -------------------------------١٥٨
د اطراف حاده اسکيميا ---١٥٩
د طرف د حادې اسکيميا علايم --١٦٠
د طرف حاده اسکيميا د امبولې او ترومبوزس له نظره ------------------------------١٦٠
د وعايې ناروغيو عصبي تظاهرات --- ١٦١
د داخلی ثباتي شريان معوجيت، د Vertebro basilar شريان معوجيت --------------١٦١
حشوي اسکيميا --١٦٢
د بطنې ابهر انوريزم AAA ---١٦٣
Vasospastic حالات --١٦۴
د محيطي شراينو د ناروغيو لابراتواري کتنې ---١٦٥
د ښنګرى اندازه ګيرى ---١٦٥
وريدى تشوشات --١٦٦
عمومى پاملرنې، تاريخچه ---١٦٦
فزيکى معاينه --١٦٨
اناتومي، د وريدي سيستم کتنې، د معاينې ترتيب ------------------------------------١٦٨
Tendelenburg ټسټ ---١٦٨
عمومى ابنارملتى ګانې --١٦٩
ژور وريدى ترومبوزس (DVT) ---١٦٩
د سفلى طرف د DVT کلينيکى لوحه ---١٦٩
سطحى وريدى ترومبوفلباتيس (SVT) -- ١٧٠
مزمنه وريدى عدم کفايه، د لنګيو مزمنه تقرح --- ١٧٠

www.ketabton.com

د وریدی او شریاني قرحو کلینیکی لوحه -- ۱۷۱

آوم څپرکی

الکتروکادیوګرام

د زړه د عضلې الکترو فزیالوجی --۱۷۲
د زړه د برېښنائي سیالو لیږدونه --۱۷۲
د زړه محور ---۱۷۳
لیډونه ---۱۷۴
د سینې مشتقات --۱۷۵
نورمال الکتروکاردیوګرام --۱۷۶
د ECG د پاڼې سستمیک لوستل --۱۷۸
د زړه د ضربان د شمیرولو لارې --۱۷۹
Arrythmias ،Rhythm -- ۱۸۰
انتقالی نقیصه -- ۱۸۱
جیبی بی نظمي، اذیني بی نظمي -- ۱۸۱
(PAT) Atrial tachycardia ---۱۸۲
Atrial flutter, Atrial fibrillation --۱۸۳
AV اتصالی عقدې بی نظمي --۱۸۴
بطینې بی نظمي ---۱۸۵
بطیني تکي کاردیا، بطیني فبریلشن --۱۸۶
ګړندئ لیږدونه ---۱۸۶
قلبي بندیز ---۱۸۷
لومړی درجه قلبي بلاک، دوهمه درجه قلبي بلاک -------------------------------------۱۸۸
دریمه درجه قلبي بلاک -- ۱۹۰
(BBB) Bundle branch block -- ۱۹۰
د زړه د محور انحراف --۱۹۱
د بطیناتو هایپرتروفي --۱۹۲
د ښي بطین هایپرتروفي --۱۹۲
د چپ بطین هایپرتروفي --۱۹۳
د دواړه بطیناتو هایپرتروفي --۱۹۳
د P څپه، د PR مسافه ---۱۹۴
د Q څپه، QRS کمپلکس --۱۹۵
د ST قطعه ---۱۹۶

www.ketabton.com

د T څپه -- ۱۹۷
قلبي احتشاء، زخمي کیدل او Ischemia --- ۱۹۸
اکلیلی اسکیمیا، قلبي احتشاء -- ۱۹۹
د Transmural قلبی احتشاء ECG تغیرات --- ۲۰۰
د Q څپې جوړیدل، د ST قطعی تغیرات -- ۲۰۱
د T څپې تغیرات، قدامی حجابی احتشاء، قدامی وحشي احتشاء ------------------- ۲۰۱
سفلی احتشاء، خلفي احتشاء --- ۲۰۲
Subendocardial احتشاء -- ۲۰۲
د IHD د تشخیص لپاره د تمرین آزموینه -- ۲۰۴
د تمرین د آزموینې استطبابات، مضاد استطبابات ---------------------------------- ۲۰۵
د IHD دوام او ECG تغیرات --- ۲۰۵
متفرقه تغیرات --- ۲۰۶
د پوتاشیم د سویې تاثیرات -- ۲۰۶
هایپوکالیمیا، هایپرکالیمیا -- ۲۰۶
Dextrocardia, pericaritis, Myocoriditis -- ۲۰۷
د Digitalis تاثیرات، ریوی احتشاء -- ۲۰۸
د یو هیجانی کس ECG، د غذا د خوړلو تاثیرات پر ECG ----------------------------- ۲۰۹
ایکوکاردیوګرافي -- ۲۰۹
د ایکو تخنیک --- ۲۱۰
د ایکو استطبابات -- ۲۱۲
د زړه کتیترایزیشن او انجیوکاردیوګرافي --------------------------------------- ۲۱۲
رادیوګرافیک کتنې -- ۲۱۴
رادیوسکوپي (Scanning) --- ۲۱۵

آتم څپرکی

د هضمی جهاز کتنې

تاریخچه -- ۲۱۶
د هضمي سیستم اعراض -- ۲۱۶
دردناکه خوله -- ۲۱۷
د دردناکې خولې معمولي لاملونه --- ۲۱۸
عسرت بلع -- ۲۱۸
زړه بدوالی او ګرځون -- ۲۱۹
د Hematemesis او melena معمول لاملونه --- ۲۲۰

www.ketabton.com

بي اشتهايي او وزن بايلل ---------- ۲۲۱
د ګېډې درد ---------- ۲۲۱
د بطني دردونو تفريقي تشخيص د زړه سوزش ---------- ۲۲۳
سوء هضم، نفخ او باد ---------- ۲۲۴
د ګېډې پړسوب، د ګېډې د پړسوب لاملونه ---------- ۲۲۵
د تعوط په فعل کې تغير او بدلون ---------- ۲۲۶
د اسهالاتو غوره لاملونه، د قبضيت غوره لاملونه ---------- ۲۲۶
د غايطه موادو د رنګ وصفي ابنارملتي ---------- ۲۲۷
مقعدی وينه بهيدنه، زيړی ---------- ۲۲۸
کبدی حجروي زيړی، انسدادي زيړی ---------- ۲۲۸
فزيکی کتنې ---------- ۲۲۹
غاښونه، ژبه ---------- ۲۳۰
د ګېډې فزيکی معاينه، تفتيش، د معاينې طريقه ---------- ۲۳۱
د ګېډې تفتيش، د معاينې طريقه ---------- ۲۳۲
پوستکی، ويښتان ---------- ۲۳۲
رګونه، شکل، حرکات، فتقونه ---------- ۲۳۳
جس ---------- ۲۳۴
عمومی قوانين، سطحی جس، ژور جس ---------- ۲۳۴
غير نورمال حالات ---------- ۲۳۵
د تنفس په وخت جس کول ---------- ۲۳۶
د معاينې لړۍ ځيګر ---------- ۲۳۶
د صفراکڅوړه ---------- ۲۳۷
پښتورګی ---------- ۲۳۸
غيرنورمال کتنې ---------- ۲۳۹
قرع او اصغاء ---------- ۲۴۰
د قرعی قوانين ---------- ۲۴۰
اصغاء ---------- ۲۴۰
د Rectum معاينه ---------- ۲۴۱
د هضمی سيستم لابراتواري کتنې ---------- ۲۴۳
راديولوژيکی کتنې، د باريوم مطالعات ---------- ۲۴۳
Barium enema التراسونوګرافي, Radio nuclide scanning ---------- ۲۴۴
ERCP, Esophagoscopy, Endoscopy ---------- ۲۴۵
Biopsy, colonoscopy, sigmoidoscopy ---------- ۲۴۶
ترشحي مطالعات، پنتاګسترين آزموينه، انسولين آزموينه ---------- ۲۴۷

www.ketabton.com

باکتریالوژیک مطالعات ---۲۴۷
تحرکي مطالعات، د غایطه موادو معاینه ---۲۴۸

نهم څپرکی
عصبي سیستم کتنې

د عصبي سیستم کلینیکی کتنې، قحفی ازواج ---۲۴۹
مشترک اعصاب، لومړئ زوج، دوهم زوج معاینه ---۲۵۰
د لیدلو د ساحې تشوشات --۲۵۱
رنګه رویت، دریم، څلورم، شپږم قحفی ازواجو معاینه ------------------------------------۲۵۳
تطابق آزموینه، د پنځم زوج معاینه ---۲۵۴
د مخ عکسې آزموینه --۲۵۶
د آتم زوج معاینه --۲۵۸
Rinn,s test , weber test, watch test --۲۵۸
د glossopharyangeal عصب معاینه --۲۵۹
د لسم زوج Vagus عصب معاینه --۲۶۰
د یوولسم زوج یا Accessory معاینه --۲۶۰
د دولسم زوج معاینه ---۲۶۱
د سمپاتیک عصبی سیستم کتنې ---۲۶۲
د محیطی اعصابو معاینه --۲۶۲
د حسي سیستم کتنې --۲۶۳
زیږ تماس، د درد حسیت، د حرارت حسیت ---۲۶۴
د وضعیت او منفعل حرکاتو حس --۲۶۵
د اهتزاز حسیت، Stereognosis --۲۶۶
د ژور درد احساس ---۲۶۶
د حرکی سیستم کتنې ---۲۶۷
د عضلاتو تغذي او جسامت ---۲۶۷
د عضلاتو تون ---۲۶۹
عضلی قدرت ---۲۷۰
د عضلی قوت د ضیاع درجی ---۲۷۲
د حرکت توازن ---۲۷۳
نور غیر ارادي حرکات ---۲۷۴
عکسات ---۲۷۶

www.ketabton.com

بطني عکسه ---۲۷۶
Cremasteric او bebensky عکسه ---۲۷۷
Hoffman's علامه، Bulbo Cavernous، مقعدی عکسه --۲۷۸
ژور عکسات ---۲۷۸
Biceps عکسه ---۲۷۸
Knee jerk, Radial Jerk, Triceps --۲۷۹
Ankle Jerk --۲۸۰
Ankle clonus ---۲۸۰
د عکساتو درجې، د مخیخ کتنې --۲۸۲
Trophic تشوشات --۲۸۵
د پورتنی حرکی عصب او ښکتنی حرکی عصب تفریقي تشخیص --------------------۲۸۶

لسم څپرکی

د پښتورګو د ناروغانو غوره ګیلې او لابراتواري کتنې

عمده اعراض، موضعي لاملونه ---۲۸۷
د بولی سیستم په ناروغانو کې سستمیک څرګندونې ---۲۹۰
د پښتورګو فزیکی کتنې --۲۹۱
د پښتورګو د ناروغانو لابراتواري Instromental کتنې ---------------------------------------۲۹۱
ادرار --۲۹۲
د ادرار مقدار --۲۹۳
د ادرار مخصوصه کثافت --۲۹۳
د ادرار پروتین ---۲۹۴
د پښتورګي بایوپسي --۲۹۴
د بولی لارې Imaging ---۲۹۵
Plain رادیوګرافي، التراسوند ---۲۹۵
IVP، Retrograd urography --۲۹۵
Radionuclide, cysto graphy کتنې ---۲۹۶
C.T او MRI، وینوګرافي، ارتیروګرافي ---۲۹۶

یوولسم څپرکی

د اندوکرین سیستم فزیکي کتنې

د غدو د مرضي حالاتو فزیکي علامې ---۲۹۷
Trousseau,s علامه او Chrostekis علامه ---۲۹۹

www.ketabton.com

Hirsutism ---------- ۳۰۰

دولسم څپرکی

د روماتيزم د ناروغانو غوره اعراض او علايم

د بند څخه بهر اعراض ---------- ۳۰۱
علايم ---------- ۳۰۱
لابراتواری کتنې ---------- ۳۰۴
راديوګرافيک مطالعات ---------- ۳۰۴
د Synovial معاينه ---------- ۳۰۵

ديارلسم څپرکی

د وينې د ناروغانو غوره ګيلې او فزيکي کتنې

وينه لږې او د تحثر تشوشات ---------- ۳۰۶
وينې لږی ---------- ۳۰۶
Microcytic وينه لږی، Normocytic وينه لږی ---------- ۳۰۷
Macrocytic وينه لږی ---------- ۳۰۷
تاريخچه ---------- ۳۰۸
د وينه لږی غير وصفي اعراض او اعلايم ---------- ۳۰۹
د وينه لږی د مختلفو ډولو وصفی لوحې ---------- ۳۱۰
د لمفاوي عقداتو معاينه ---------- ۳۱۱
د کبد او توری معاينه کول ---------- ۳۱۲
د کم خونه ناروغ لابراتواري پلټنې ---------- ۳۱۲
د تحثر تشوشات ---------- ۳۱۵
تاريخچه ---------- ۳۱۶
کتنې ---------- ۳۱۷
د thrombo cytopenia لاملونه ---------- ۳۱۷
د Haemostatic سيستم کتنې ---------- ۳۱۸

www.ketabton.com

څوارلسم څپرکی

د ولادي نسايي ناروغانو فزيکي کتنې

د يو ولادي ناروغې د مشاهدې اخستل---۳۱۹
کلنيکي کتنې--۳۲۰
د ثديو معاينه-- ۳۲۱
بطني کتنې، تفتيش-- ۳۲۱
جنين، استقامت، اغتلان--- ۳۲۲
وضعيت، قرع، اصغاء---۳۲۴
د جنين د زړه آواز---۳۲۴
د يوې نسايي ناروغې د مشاهدې اخستل---------------------------------------۳۲۴
تيره تاريخچه، د تحيض تاريخچه---۳۲۵
د مهبلي افرازاتو تاريخچه---۳۲۶
د ادرار د ستونځې تاريخچه---۳۲۶
د تحيض دوره---۳۲۷
نسايي معاينه--۳۲۸
د فرج معاينه--۳۲۸
د حوصلي اعضاؤ معاينه--۳۲۹
مقعدي مهبلي معاينه---۳۲۹

www.ketabton.com

پنځلسم څپرکی
د کوچنیانو فزیکی کتنې

پیژندنه---------- ۳۳۱
تاریخچه---------- ۳۳۲
د امیندواري او ماشوم توب دوره---------- ۳۳۳
عمومي پوښتنې---------- ۳۳۴
کورنۍ تاریخچه---------- ۳۳۴
ټولنیزه تاریخچه---------- ۳۳۵
فزیکي کتنې---------- ۳۳۶
د اطرافو معاینه---------- ۳۳۷
سر، مخ او غاړه---------- ۳۳۷
د ګیډې معاینه---------- ۳۳۸
د سینې معاینه---------- ۳۳۹
عصبی کتنې---------- ۳۴۱
سترګه---------- ۳۴۲
تناسلی اعضاء، عجان، مقعد---------- ۳۴۲
باالخاصه کتنې---------- ۳۴۴
ماخذونه---------- ۳۴۶

www.ketabton.com

سرلیکنه:

ډیر زیات د خوشحالی او شکران ځای دی چې د لایزال ذات (ج) په مرسته او توکل مو ددې وس پیداکړ چې د دریم ټولګي دداخلې د فزیکل ډیاګنوزس درسي کتاب په پښتو ملي ژبه ولیکم.

څرنګه چې د درې لسیزو په جریان کې مو هیواد د جنګ د سخت ناورین سره مخامخ وه چې دغه د جنګ په سختو او ترخو شیبو کې د طب د پوهنځي تدریسي چارې د هیواد د اصیلو بچیانو په وطن مینو د قدر وړ استاذانو له خوا چې هره لحظه او شیبه یې ژوند د خطر سره مخامخ وه د علم دروازې پرانستی ساتلی دي دداخلې څانګې تر دغه وخته د فزیکل ډیاګنوزس درسي کتاب په واک کې نه درلوده په دې هکله دداخلې څانګې د آمر الحاج پوهاند دوکتور محمد ظاهر ظفرزي او د څانګې د غړو په مشوره مو دنده واخیسته تر څو د داخلې د کیوروکولم په نظر کې نیولو سره د پوهنوال علمي رتبې ته د لوړتیا په خاطر دغه کتاب ولیکم څرنګه چې فزیکل ډیاګنوزس دداخلې د ملاشمزی جوړوي چې د تاریخچې څخه وروسته فزیکي معاینات او تشخیص په دوهم پړاو کې خورا ارزښت لري له بلې خوا څرنګه چې د مجهز لابراتواري معایناتو امکانات زمونږ سره په لاس کې نشته ځکه چې هیواد مو په وران او ویجاړ حالت کې قرار لري نو په دې هکله د یو ښه تشخیص ته د رسیدو په خاطر د فزیکي معایناتو پوره اجراء کول ستر ارزښت لري په دغه درسي کتاب کې د ټولو سیستمونو د فزیکی معایناتو څخه یادونه شوې ده د محصلینو د زیاتې او زر پوهیدنې لپاره مو هره آزموینه او مانوره په عملی توګه په شکلو کې منعکس کړې ده او هم جدولونه چې موضوعات پکې خلاصه شوي دي د لوستونکو او محصلینو د زر پوهیدنې لپاره په مناسبو ځایو کې ترتیب شوي دي د نوموړي درسي کتاب لیکنه د ګرانو محصلینو او ځوانو ډاکترانو لپاره یو ستر زیری دی چې د تاریخ په دغه نوي سدئ کې یانې دوه زرم کال څخه را په دې خوا د نړی د ډیرو تازه معتبرو کتابو، ژورنالو او سرچینو څخه په کې مواد راټول شوي دي او د نړی والو سره مو ځان په سیالی کې برابر کړی دی په پای کې که ددغه کتاب په املا، انشاء، معنی او متن کې غلطي موجوده وي او امید لرم چې په خپلو جوړونکیو نظر یو له ماسره یاری وکړئ تر څو د راتلونکی چاپ لپاره مو غلطي اصلاح کړې وي.

په درنښت

پوهندوی دوکتور حفیظ الله (آپریدی)

د ننګرهار د طب پوهنځی دداخلې څانګې استاد

www.ketabton.com

لومړی څپرکی

د Deontology له مخې د طبیب فعالیت، وظایف او دداخله طب تاریخچه :

داخله طب د هغه علم څخه عبارت دی. چې د وجود داخلي ناروغیو څخه بحث کوي چې د طبابت د نورو څانګو سره نه شلیدونکې اړیکې لري.هیپوکرات یو یوناني مشهور طبیب دی چې د میلاد څخه مخکې په پنځمه پیړۍ کې یې ژوند کاوه د داخلې د علم د پلار په نامه شهرت لري. هیپوکرات د ناروغیو د تشخیص لپاره په دقیق ډول د ناروغ مراقبت، کړنه او تاریخچه تر مطالعې لاندې نیوله په همدې توګه د اعضاو او مختلفو سیستمونود حالاتود مطالعې لپاره یې د تفتیش او جس مانورې ذکر ته راوویستلی، همدارنګه د طبابت په تاریخ کې ابو علي ابن سینا هم لوړ مقام لري چې دطبابت په ذکر کې یې زیات خدمتونه سرته رسولي دی. د پیړیو په اوږدو کې د طبابت د شعبو په منځ کې تقسیمات موجود نه وو کومو شیانو چې به عملیاتو ته ضرورت درلود د جراحی په نامه او نورې ټولې شعبې غیر له ولادي څخه په داخله پورې اړه درلوده، خو وروسته د علم په پرمختګ سره په تدریجي توګه شعبات د داخلې څخه جدا شول لکه د کوچنیانو ناروغۍ ،جلدي امراض ،عصبي امراض او نور . چې اوس په داخله کې د هر سیستم شعبات بیل شوي دی لکه

Hematology, Nephrology, pulmonalogy, cardiology, Gastroenterology, endocrinology…

یو طبیب چې د داخله ناروغۍ درملنه کوي د therapist پنامه یادیږي. ددې لپاره چې یو طبیب ناروغۍ په صحیح توګه تشخیص کړي باید د داخلې په یوه او یا څو څانګو کې تخصص تر لاسه کړي. نوموړی متخصص باید نه یوازې د داخلي په یوه شعبه پورې یې تحصیل محدود پاتې شي بلکې په داخله ناروغیوکې په عمومي توګه ښه رسیدلی وي. طب او طبابت پراخه حوصله غواړي طبیب باید د لوړ فکر خاوند او پوه اوسي. د تحصیل د ختم څخه وروسته باید مطالعه او کتاب یو طرف ته خطا نه کړي بلکې همیشه دې نویو معلوماتو په را ټولولو کې بوخت وي. د ناروغیود درملنې او معالجې په هکله نوي او تازه معلومات باید ولري.د داخله طب د اساساتو پوهیدل د طب د ټولو څانګود پوهیدو لپاره ضروري دي. د دریم ټولګي محصلین باید فزیکل ډیاګنوزیس چې د داخلې ستون فقرات شمیرل کیږي نظري او عملي زده کړي او ځان پرې پوه کړي.

www.ketabton.com

د داخله طب تدريس کول لاندې اهداف لري:

۱. د ناروغ د کلنيکي څېړنو د طريقو مطالعه
۲. د عضويت د مختلفوناروغيو د کلنيکي تظاهراتو مطالعه
۳. د لابراتوار او څېړنو د اساسي متودونو مطالعه
۴. د لاس ته راغلو نتايجو صحيح او دقيق تحليل او د ناروغۍ تشخيص.
۵. تحقيقاتي تجاربو يادول او د ناروغيو درملنې

د دريم ټولګي محصلين د طبابت د پاک او مقدس مسلک د انتخابيدو په صورت کې بايد د ناروغ اړيکې د طبيب سره، د ډاکتر وظايف او مسؤليتونه چې د طبي Deontology په نوم ياديږي زده کړي. Deos يوه يوناني کلمه ده او د وظيفې (د طبابت اخلاقي وظيفې) څخه عبارت ده. د دريم ټولګي محصلين چې د پارا کلينيک يا Basic science پړاو يې سرته رسولی دی اوس د کلينيک او پرکتيک عملي ساحې ته داخليږي. چې د ناروغ، پاي واز او د ټولنې سره يې اړيکې قايم کېږي چې داد طبابت عملي ډګر ته قدم کېښودل دی ډاکتر بايد خپلې اخلاقي دندې او مسؤليتونه چې د ناروغ او ټولنې په وړاندې يې لري په صادقانه توګه سرته ورسوي. د طبابت مسلک يو پاک او مقدس مسلک دی.دا مسلک زياتې پوهې او ذکاوت ته ضرورت لري، ډاکتر بايد په خپل مسلک باندې پوره حاکميت ولري او د ناروغانو د ژوند په ژغورلو کې يوه لحظه بې پروائي هم ونکړي خپل اخرت او دنيا خواره نه کړي. که د غلط تشخيص او نيمګړې درملنې په ذريعه ناروغ تلف کېږي نو د ناروغ په مړينه کې شريک ګڼل کېږي چې دا هم يو قتل دی. ډاکتر بايد ناروغان لکه د خپل فاميل د غړو په شان په هغوي زړه سوی ولري او داسې فکر وکړي چې د فاميل عضوه يې ناروغه ده.د طبابت مسلک ډېر طاقت فرسا کار دی چې په شپو شپو شوګيرۍ، غمونه او تکليفونه ګالل دي طبيب بايد په هره لحظه او هر وخت د ناروغ خدمت ته تياروي او د ضرورت په وخت کې د ناروغ مرستوته ورودانګي.د ډاکتر موفقيت په درملنې کې دده په ښه صلاحيت پورې اړه لري. چې دا صلاحيت د طبيب په زياته پوهه او علميت پوري اړه لري.

ښه طبيب بايد د طب په ټولو مسائيلو پوه وي هميشه طبي نوي کتابونه او مجلې ولولي، په علمي کنفرانسونو او مجالسو کې دې اشتراک وکړي نه يوازې دا چې په خپله څانګه کې وارد وي بلکې د طبابت په نورو برخو کې پوره لاس ولري هر وخت ناروغ ته د عاجلو ناروغيو په درملنې کې ډاډ او اطمينان ورکړي ډاکتر بايد megaloman ونه اوسي. افکار تعظمي ونه لري د خود خواهۍ حس په ځان کې پيدانکړي ښه طبيب بايد د نورو هم

www.ketabton.com

مسلکانو احترام وساتي او د درملنې نسخې يې په ډېر قدر او احترام سره وګوري. د خپلو هم مسلکانوپه درملنې پوري ملنډې ونه وهي او هم خپل هم مسلکان تحقير او توهين نه کړي ځکه چې دا د طبابت اخلاقي غوره وظايف دی. د ناروغانو پوښتنو ته په ورين تندي ځواب ورکړي او د ناروغ تاريخچې ته په دقت سره غوږ کېږدي.
يو طبيب بايد د ښو صفاتو او اخلاقو خاوند اوسي، د ناروغانو وقاراو عزت ته په درنه سترګه وګوري. ډاکتران او محصلين چې سرويس ته داخليږي سپيني البسي يا چپني يې بايد په غاړه وي نو تر څو ناروغان متيقن او ډاډه شي. د ناروغانو په کوټو کې په لوړ اواز خبرې کول، شور ماشور چې د ناروغانو د نا ارامۍ سبب ګرځي په کلکه دې ډډه وشي. د ويزيت په وخت کې بايد ډاکتران او محصلين د ناروغۍ د احتلاطاتو او وخامت په هکله چې ناروغ پري پوهيږي د خبرو کولو څخه ډډه وکړي او يا دا چې د ناروغ وضع خرابه وي او ډاکتر خپل سر وخوځوي چې ناروغي يې خطرناکه ده باالکل دا کار دې ونکړي.
په طبيdeontology کې د ناروغ د ټولو رازونو ساتل ضروري دي. ډاکتر بايد د ناروغ او ناروغۍ په هکله ټول رازونه وساتي او برعکس ددې ناروغ روحاً د طبيب له خوا متضرر کېږي. چې پدې برخه کې استثنأت موجود دی. د مثال په توګه د يو ناروغ ناروغي د نورو لپاره خطرناکه او ساري وي لکه توبرکلوز، زهروي د پوستکي ساري ناروغۍ. نو بايد په صحيح توګه ناروغ وپوهول شي چې نورو ته ضررونه رسوي. او هم اطرافيان يې وپوهول شي چې په صحيح توګه چې ناروغ هم ورڅخه خفه نه شي ځانونه ورڅخه لري وساتي.په خلاصه ډول طبيب بايد د ناروغ سره ډېر نږدې، صميمي دوست او د فاميل د غړيوپه شان وګڼي او ښه سلوک ورسره وکړي.
داکتر بايد د طبابت پاک او مقدس مسلک ته تجارتي شکل ورنکړي او د دواخانو او درملتونو د مالکانو، لابراتوارو تر اغيزې لاندې ځان رانه ولي.

www.ketabton.com

دویم څپرکی

د تاریخچې اخیستل

په فزیکي تشخیص کې د دقیقې تاریخچې اخیستل په لومړي پړاوُ کې خورا ارزښت لري که تاریخچه په غور وانه خستل شي نو د تشخیص زیاتې ستونځې رامنځ ته کیدی شي. د تاریخچې اخیستل د کلینیکی معایناتو په لومړي پړاو کې ځای نیولی دی چې په لاندې توګه په تفصیل سره تشریح کېږي:

د کلینیکی معایناتو پړاوونه Phases of clinical examination:

کلینیکي معاینات دري پړاوه (phases) لري:

لومړي پړاو: د تاریخچې اخیستل

دوهم پړاو: فزیکي معاینات

دریم پړاو: تشریح کول

هدف:

معلومات لاسته راوړل، د هدف پیداکول او کوم معلومات چې حاصلیږي دهغه په باره کې تصمیم نیول دي.

History (**تاریخچه**):

پیژندګلوي:

ډاکتر باید د ناروغ د نوم او وظیفې پوښتنه وکړی او که چیرې ناروغ جواب نشي ورکولی نو دا به ښه وي چې د هغه د پایواز څخه د ناروغۍ په هکله پوښتنه وشي. ډاکتر باید د ناروغ څخه د تاریخچې اخیستلو پوخت کې ځان ورته د ملګري په شکل معرفي کړي تر څو د ناروغ سره د تاریخچې اخیستلو په وخت کې د کوم مشکل سره مخامخ نشي او پدې ترتیب د ناروغ anxiety کمیږي او په هغه حالاتو کې لکه د حافظې په خرابوالي کې او د خبرو کولو په مشکلاتو کې ډیر مهم دی.

Interview technique:

د ناروغ څخه د تاریخچې اخیستلو تخنیک او لاره:

د څه شي په باره کې باید پوښتنه وشي:

د تاریخچې اخیستنه او پوښتنه کول باید د ناروغۍ مطابق وشي په ۲-۱. جدول کې باید د ناروغ څخه د هغه د ناروغۍ مطابق مختلفې پوښتنې وشي له دې امله که چیرې د ډاکترانو سوالونو او پوښتنو ته د ناروغ استجواب منفي وي نو ډاکتر په غلطه او ناسمه لار

www.ketabton.com

بيايي او كه چيرې د ناروغ ځواب ډاكتر ته صحيح او مثبت وي نو ډاكتر په سمه لار رهنمايي كوي او د نورو پوښتنو چانس برابروي.

څنګه پوښتنه باید وشي؟

ډاكتر بايد داسې اسان الفاظ په جملاتوكې استعمال كړي تر څو ناروغ پرې و پوهيږي او ډاكتر بايد د طبي اصطلاحاتو او نورو عموميانو څخه اجتناب وكړي. په عمومي صورت سره دوه ډوله پوښتنې كيږي چې يو يې open inquiry او بل يې closed inquiry په نامه سره ياديږي.

Open inquiry خلاصې پوښتنې په عمومي صورت د څنګه؟ ، څه شي؟ او ولې؟ په كلماتو سره كيږي چې ددې پوښتنو پواسطه ناروغ ته ددې وخت برابريږي چې ډاكتر ته د خپلې ناروغۍ او تاريخچې په هكله معلومات وركړي.

Closed inquiry په عمومي صورت سره د څوک؟ ، كله؟ او چيرته؟ پوښتنو سره كيږي چې ددې پواسطه د ناروغ تاريخچه او مهم ټكي توضيح او ښكاره كيږي. په عمومي صورت سره د تاريخچې اخيستلو شروع په خلاصو پوښتنو open question سره كيږي. تر څو چې د موجوده مشكلاتو په هكله معلومات وركړي. او ډاكتر لپاره د زياتو معلوماتو حاصلولو په خاطر د بندې پوښتنې closed question څخه هم ګټه اخيستل كيږي. د معلوماتو د راټولولو څخه وروسته ځينې تشخيصه ټكي چې ډير مهم دي د هغو څخه په ګټې اخيستو سره تاريخچه په مخ بيايو او هغه ټكي چې د يادولو وړ ندي د هغه څخه صرف نظر كوو.

Open inquiry او closed inquiry څو مثالونه په لاندې ډول سره ذكر كوو:

Open inquiries يا خلاصې پوښتنې:

- د خپل درد په باره كې معلومات راكړه؟
- دغې ناروغۍ ستا په ژوندانه څه ډول اغيزې غورزولې دي؟
- ددې ناروغۍ په مقابل كې ستا عكس العمل څنګه وي؟

Closed inquiries يا بندې پوښتنې:

- سردرد مو كله شروع شويدی؟
- د سينې درد مو درلوده؟
- ستا په شان د كور نور غړي دا تكليف لري او كه نه؟
- ايا سګرت څكوئ؟ كه چيرې څكوئ نو په ورځ كې څو دانې؟

يادونه:

Open inquiry نسبت closed inquiry ته زيات معلومات لاسته راوړي او نسبت closed inquiry ته ښه ده. مثلاً كه چيرې د ناروغ څخه پوښتنه وكړو چې د څه شي سره ستاسي

www.ketabton.com

درد آرامیږي؟ ددې سوال پواسطه ناروغ مفصلاً معلومات ورکوي. او که چیرې داسې و پوښتو چې آیا د دوایي پواسطه ستاسې درد آرامیږي نو دا په دی معنی چې ناروغ د هو او یا نه په ځواب سره سوال قطع کوي او د نورو معلوماتو ورکولو څخه ډډه کوي.

یا عمده شکایت Chief complaint:

هغه مهم او یا عمده تکلیف چې ناروغ یې روغتون یا ډاکتر ته په ورتګ مجبور کړی وي باید د ناروغ د خولې څخه په اصلي شکل ولیکل شي او که چیرې ددې شکایتونو څخه په صحیح توګه یادونه ونشي شاید د ناروغۍ په تشخیص کې مشکلات پیداکړي. ددې عنوان لاندې باید د اعراضو شدت او دوام او په همدې ډول د ناروغۍ د یادونې څخه باید ډډه وشي که چیرې ناروغ ووایي چې ساه نشم ویستلای او یا په پښو کې یې پړسوب وي. معاینه کوونکی ددې په عوض طبي او مخصوص اصطلاحات لکه اذیما او یا عسرت تنفس ووایي صحیح عمل نه ګڼل کېږي.

یا اوسنۍ ناروغۍ Present illness:

ددې عنوان لاندې د ناروغ اوسنی ناروغۍ ټول حکایت یعني د هغه شکایتونو تفصیل چې ناروغ یې روغتون ته مجبور کړیدی په مشرح ډول سره ولیکل شي او ناروغ ته باید وخت ورکړل شي چې خپل شکایت د اول څخه تر دې وخته په تفصیل سره بیان کړي. ډاکتر او یا محصل باید دداسې سوالیه جملو څخه چې ناروغ د هو او یا نه په ویلو سره ځواب ورکړي ډډه وکړي ځکه چې ځینې ناروغان د ډاکتر د سوالونو په مقابل کې د هو او یا نه په ویلو سره ځواب ورکوي او هم باید ډاکتر داسې کوښښ ونه کړي چې خپل مفهوم ته د ناروغ په افاده کې ځاي ورکړي لکه (درد درته په داسې حال کې چې قدم وهې پیداکېږي همداسې نده؟) حال دا چې ددې په عوض ډاکتر باید داسې پوښتنه وکړي چې، (کوم شیان ستا د درد د پیداکېدو سبب کېږي؟) نو ناروغ ددې سوال په ځواب کې داسې وایي چې فلانی، فلانی عامل زما د درد د پیداکېدو او یا زیاتیدو سبب کېږي کله چې د ناروغ څخه ټول شوي معلومات راجمع شول معاینه کوونکی باید په ډېر دقت سره د یوې ناروغۍ عمده اوصاف په بیل شکل ترتیب او تنظیم کړي یعنې د هر شکایت وصف، شروع، تاریخ، دوام او اړیکې یې د بدن د نورو وظیفوي فعالیتونو سره او هغه ښه والی او یا زیاتوالی ددوا په مقابل کې چې نوموړي ناروغ اخیستي دي ورڅخه پوښتنه وشي د درد څخه برسیره که چیرې ناروغ نور مشکلات او اعراض ولري باید د لاندې ځوابونو په شان د هر یو په مقابل کې معلومات راټول شي.

www.ketabton.com

د درد وصف:

درد کېدای شي چې د ناروغ پواسطه sharp **یا تیز** dull **یا ګنګ او** , crushing stabbing, tingling, burning, **په شکل تمثیل شي**

دوام: د درد ددوام پوښتنه ضروري ده مثلاً درد دوامداره وي او که وقفوي.

که چیرې وقفوي وي نو د درد د حملو او فریکونسي پوښتنه وشي او که چیرې دوامداره وي نو د درد په دوام کې چې کوم تغیرات راځي د هغه پوښتنه باید وشي.

ځاي:

Somatic pain **یا دردونه معمولاً موضعي وي مثلاً د** ankle sprain **حال دا چې حشوي او د قلبي** angina **دردونه منتشر وي.**

تشدید کوونکې فکتورونه:

په ځینې حالاتو کې درد تشدیدیدونکې بنه نیسي لکه غذا او فعالیت د زړه په اسکېمیا ناروغانو کې.

آراموونکي فکتورونه:

هغه فکتورونه کوم چې د درد د آرامولو سبب کېږي عبارت دي: له استراحت سره د angina **دردونه ارامیږي.**

:Post-medical history

:(P.M.H)

د ناروغ تیره شوې تاریخچه د اوسني ناروغۍ د مخکېنیو یا اولني اعراضو او علایمو سره مغالطه نه کړو بلکې دا د هغه حالاتو د مشابه اعراضو څخه چې د مخکې عمر په دوران کې ناروغ ته پیداشوي وي یادونه کوي، مثلاً ناروغ د دوامدارې تبې او malaise **یا ځان درد او خستګي څخه شکایت کوي او ناروغ اوس فعلاً په انتاني اندوکاردایتس مصاب دی. پدې ځاي کې باید د ناروغ څخه د زړه د پخواني روماتیک ناروغیو پوښتنه وشي.**

د پخواني تاریخچې په لیکلو کې باید لاندیني ټکي په پام کې ولرو.

د اړونده ناروغۍ په پخوانی تاریخچه کې د هغه پوښتنه ضرور ده مثلاً که ناروغ ته د پایلور تضیق پیداشوی وي نو باید په پخوانۍ تاریخچه کې د پیپتیک ناروغیو پوښتنه وشي او همدا ډول د عملیاتونو او په روغتون کې د ناروغ د بستر کېدو شمیره په تفصیل سره ذکر کول اهمیت لري. په تېره شوې تاریخچه کې باید د ناروغ د ماشوم توب د ناروغۍ پوښتنه

www.ketabton.com

وشي (دا په هغه صورت کې چې د ناروغ اوسنی ناروغي د هلک توب د ناروغۍ په شان او د هغو د بقایاو لور ته فکر وشي د اهمیت وړ ده.

Drug history

ددوا تاریخچه:

د دوا تاریخچه ډېره مهمه ده، پدې چې باید د ناروغ څخه د هغو نسخو او نورو دواګانو چې یې اخیستي دی پوښتنه وشي. د هرې دوا نوم او د درملنې د دوام موده باید ذکر شي او د هغه جانبي عوارضو چې ددې درملنې په جریان کې پیداکېږي پوښتنه وشي. په ځینو حالاتو کې ناروغ د دواګانو نومونه نه پیژني باید هغه ته ددې اجازه ورکړل شي چې هغه دواګاني راوړي. په ځینو حالاتو کې د ناروغ تجربه او practice په تاریخچه کې ډېر ضروري دی ځکه ځینې وخت هغه کسان چې دوا ته معتاد (drug addict) وي زیاتره دوي قصداً ډاکتر غلطې لار ته بیایي او خپله ددوایي تاریخچه په صحیح صورت سره نشي ویلای.

دوایي، حساسیت او الرژي: په ځینو حالاتو کې ډاکتر باید د ناروغ څخه (که چیرې ناروغ ته معلوم وي چې فلانۍ دوا سره حساسیت لرم) پوښتنه وکړي ځکه چې زیاتره ناروغان د دوایي حساسیت له کبله خطرناک حالت غوره کوي او د هغوي د مرګ سبب کېږي.

کورنۍ تاریخچه:

څرنګه چې ځینې ناروغۍ په ارثي توګه د والدینو څخه اولاد ته تیریږي لدې کبله کورنۍ تاریخچه یو کلینیکي اهمیت لري او پدې کې د ناروغ څخه دopen inquiry سره پوښتنې شروع کېږي او ناروغ ته ویل کېږي چې د هغه ناروغیو په باره کې معلومات راکړه چې ستاسې په کورنۍ کې (پلار، مور، خویندو، ورونو کې او بل څوک د ستاسي څخه) موجود دي. مثلاً د شکرې ناروغي او hemophilia په یو فامیل کې نظر نورو کورنیو ته زیات وي.

په ځینو حالاتو کې محیطي فکتورونه هم په فامیلي تاریخچه کې رول لري مثلاً یوه ښځه چې سګرت نه څکوي او په bronchogenic کارسینوما باندې مصابه وي پداسې حال کې ددې څخه پوښتنه وشي چې ددې خاوند او یا نور نژدې خپلوان یې چې د سګریت څکولو له امله مړه شویدي ددې ورسره نږدې تماس موجود وو. په همدې ډول د کور یو غړی یا یو نفر د depression ناروغي لري ولې د کور نور غړي یې روغ او ددې ناروغۍ څخه په امن کې دي پداسې حال کې چې د دوي د کور زیاتره غړي د suicide یا ځان وژنې په عمل اخته شویدي.

www.ketabton.com

ټولنیزه تاریخچه:

په اوسني وخت کې د ډاکترانو د پرکتس یوه زیاته برخه وظیفوي ناروغۍ (روحي، جنسي او داسي نورې) تشکیلوي ددې څخه برسېره عضوي ناروغۍ دوام د ناروغ د چاپېريال او د ناروغۍ د روحي تشویش سره مسقیماً اړیکې لري، پدې لحاظ دداسې معلوماتو راټولول د ناروغ سره د ډاکتر د نږدې او صمیمي اړیکو پیداکول ضرور دي یعنی ډاکتر باید د ناروغ روحي تشوشات جنسي میلان، ښه خلق، بدخلق او د هغه علاقه د محیط او وظیفې سره ځانته څرګند کړي.

عادات:

ددې عنوان لاندې ډاکتر باید د ناروغ عادت د سګرټو، د الکولو، خوب، خوراک، تفریح او sedative narcotic دواګانو اخستل په تفصیل سره تشریح کړي یعني که چیرې ناروغ سګرټ څکوي د هغه د ورځني مقدار او د هغه د څکولو د مودې پوښتنه وشي.

شغلي تاریخچه:

زیاتره ناروغۍ په هغه کسانو کې چې زیات ورسره سر و کار لري پیداکېږي مثلاً - anthrax په هغه کسانو کې چې د حیواناتو د پوستکي سره سر او کار لري.

- Pneumoconiosis د سلیکان د دوامداره تنفس څخه پیداکېږي.
- د سرب تسمم په رنګمالانو او بطري جوړونکو کې پیداکېږي.
- د پوستکي ناروغۍ په هغه کسانو کې چې زیاتره د کېمیاوي موادو او شعاع ګانو سره په تماس کې وي پیداکېږي.

د واده تاریخچه:

پدې ځای کې د مېړه او ښځې صحت، جنسي مطابقت او غیر مطابقت او د هغو همکاري یو د بل سره او د هغوي د اولادونو شمیر او د صحت په باره کې پوښتنه وشي.

هغه ناروغان چې د تاریخچې اخیستلو په وخت کې مشکلات لري:

دا صحیح خبره ده چې زیاتره ناروغان د تاریخچې اخیستلو په وخت دیو سبب له کبله مشکلات لري چې دغه مشکلات په لاندې ډول ذکر کېږي.

۱- که چیرې د ناروغ وضعه ډېره خرابه وي (شدید درد لري، په زیاته اندازه وینه بهیدنه لري، یا ناروغ کانګې لري او یا شدیده نفس تنګي لري)

د پورتني مشکل د حل لپاره باید لاندې ټکي په نظر کې ولرو:

www.ketabton.com

- په چټکې سره د ناروغۍ اندازه او حالت معلومول
- ناروغ تداوي کړي.
- د تاریخچې د لاسته راوړلو لپاره د دریم نفر څخه ګټه اخستل.
- د تاریخچې تکرار او مشرح لیکل په هغه وخت کې چې ناروغ دې ته چمتو شو چې سوالونو ته ځواب ورکولی شي.

۲- که چیرې ناروغ د دماغي ظرفیت کموالی (mental incapacity) ولري مثلاً کوما، دماغي خرپړتیا (confuse) ، حاد psychosis، د یاد خرابوالی .

د پورتني مشکل د حل لپاره لاندې ټکی دې په نظر کې ونیول شي.

- دا یقیني شي چې د ناروغ څخه معلومات لاسته نشي راتلاي.
- نو د تاریخچې پوښتنې باید د دریم کس یا د هغه د خپلوانو څخه یعني اولاد، زوي، لور، پلار، موراو نورو خپلوانو څخه وشي.

۳- که چیرې ناروغ د خبرواترو مشکلات ولري یعني ژبني مشکلات ولري نو پدې وخت کې که چیرې د ناروغ اجازه وي د هغه لپاره ترجمان راوستل شي او که چیرې ترجمان په هغه ځاي کې موجود نه وي باید د یو لرې او یا بل ځاي څخه مثلاً سفارت---------څخه ترجمان راوستل شي.

۴- که چیرې ناروغ حسي مشکلات ولري (mutism-deafness) پدې حالت کې که چیرې ناروغ لیکل او لوستل کولای شي باید د هغه څخه قلمي پوښتنې یعني د لیکلو پواسطه ترې پوښتنې وشي او که چیرې بي سواده وي بایدد هغه خپلوان چې ددې خبرې او اشارې تمثیل کولاي شي استفاده وشي.

www.ketabton.com

دريم څپرکی
سمپتومتولوژي

د سيستمونو تکرار Review of system:

په دغه برخه کې د جهازاتو د اعراضو څخه پوښتنه کېږي اعراض د ناروغ په ژبه ورته ترجمه او ورڅخه پوښتل کېږي review of system **د** symptomatology **برخه ده. هغه اعراض چې ناروغ يې روغتون ته په ورتګ مجبور کړی دی په تاريخچه کې پوره واضح کېږي اما يو تعداد نور اعراض چې د ناروغ په وړاندې پټ پاته دي په** review of system **کې کله چې پوښتنه کېږي راڅرګندېږي او ناروغ خپل حکايتونه په تفصيل سره بيانوي لکه چې يو ناروغ د ځيګر په سيروزس مصاب دی، نو په تاريخچه کې (د** PI **او عمده شکايت په برخه کې) به د زيړي، بې اشتهايي او ګيډي پړسوب د اعراضو څخه شاکي وي. هغه اعراض چې د احتلاطاتو په وخت کې پيداکېږي لکه د مرۍ وريس او يا** Hematemesis **چې مخکې ورته پيداشوي دی په تاريخچې کې د نظر څخه پاتي کېږي مګر کله چې داکتر په** review of system **کې د** G.I **په برخه کې د** Hematemesis **او**melena **پوښتنه کوي نو ناروغ زر متوجه کېږي او په کانګو کې د وينې د راتګ څخه حکايه کوي او يا د پولي کستيک ناروغيو د اعراضو پوښتنه کېږي د بولي جهاز تشوشات لکه پايلونفراتيس او يا د پولي کستيک ناروغيو د اعراضو لکه** hematuria **څخه به شاکي وی چې دا په تالي ډول د لوړ فشار لامل کېږي. چې د فزيکې معاينې په وخت کې تشخيص کېږي. د** review of system **په برخه کې د اعراضو پوښتنه د سر څخه شروع تر ښکتنی اطرافو يعني** lower extremities **پورې دوام ورکول کېږي. په** review of system **کې طبي پرسونل کولاي شي چې طبي** Terminology **استعمال او په خلص ډول يې ذکر کړي خو ناروغ ته بايد په خپله ژبه توضيحات ورکړل شي.**

سر:

د ناروغ څخه د سر په برخه کې د سر ګنګسي (dizziness) **سر چر حي** (vertigo) **او د سر درد پوښتنه وشي.**

غوږ:

د غوږ په برخه کې د اوريدلو، tinitis **(دغوږ برنګس) ،** otorrhea **د غوږ څخه ډسچارج خارجيدل، د غوږ بندش او نورو پوښتنه وشي.**

www.ketabton.com

پزه:

د پزې په برخه کې د بوي د حس چې په olfactory. N **پورې اړه لري او لومړی زوج دی پوښتنه وشي که ناروغ بوي په غلطه احساس کړي دغه حالت ته** parosmia **وايي مثلاً که د ناروغ پزې ته ګل وړاندې کړي هغه د بل بوي احساس کوي او یا ناروغ هیڅ بوي نشي احساس کولاي لکه په سفلیس کې چې د شامې عصب ضمور کوي چې دغه حالت ته**anosmia **وايي په همدې توګه د ناروغ څخه د** epistaxis **(د پزې څخه د وینې د راتګ) پوښتنه وشي چې دا په لوړ فشار ناروغانو کې هم لیدل کېږي او یا په داخل د پوزې کې کوم افت موجود دی او یا به یې علت ترضیض وي چې ځینې کسان عادتاً په پوزه کې ګوتي وهي او یا به د پوزې داخلي افت وي په همدې توګه** sneezing **(پرنجئ) چې په الرجیک ناروغانو کې د پوزې مخاطي غشا حساس کېږي او ناروغ زیات پرنجېږي. او یا د پوزې د بندش، د پوزې افرازاتو** Nasal discharge **په هکله پوښتنه وشي چې په ځینو انتاني ویروسی او الرجیکي حالاتو کې د پوزې څخه اوبه راځي. د پوزې بندش د پوزې په حجابي انحراف، ترضیضاتو او په ویروسي** common cold **ناروغیو کې هم لیدل کېږي.**

ستونی:

د ناروغ څخه د ستوني درد sore throat **پوښتنه وشي او هم د اواز خپوالي** hoarseness **او د مری د پړسوب، عسرت بلع او د** Croup **په هکله پوښتنې وشي.**

غاړه:

د غاړې په برخه کې د غاړې د شخوالي Neck rigidity**، د غاړې د حرکاتو محدودوالي په برخه کې ورڅخه وپوښتل شي چې د غاړې شخي په** meningitis **ناروغانو کې لیدل کېږي. په غاړه کې د کتلاتو او لمفاوي عقداتو او هم ور څخه د جاغور په هکله پوښتنه وشي.**

سینه:

د سینې په برخه کې د سینې درد (Chest pain)**، بلغم** (sputum)، hemoptysis**، عسرت تنفس** (dyspnea) **، سیانوزس،** wheeze **او نورو څخه پوښتنه وشي .**

د زړه او رګونو په برخه کې:

د زړه او رګونو په برخه کې د pericardial pain، edema, dyspnea، orthopnea hemoptysisi, palpitation **او** PND (paroxysmal nocturnal dyspnea) **نورو پوښتنه وشي.**

www.ketabton.com

هضمي جهاز:

د هضمي جهاز په ناروغيو کې د بطن درد Abdominal pain، **اسهال** diarrhea، **قبضيت** constipation، nausia **(زړه بدوالي)، استفراق** (vomiting)، hematemesis **(دويني راتګ په ګانګو کې)،** melena **(په غايطه موادو کې د تور رنګه ويني موجوديت،** Anorexia **بې اشتهايي،** heart burn **(د زړه سوزش)،** water brush **(د سپينې صافې مايع راتګ خولې ته)،** Regurgitation**، مقعدي خونريزي او بواسيرو په باره کې پوښتنه وشي. پاتې د نه وي چې نوموړي اعراض د هر جهاز په اړونده فزيکي معايناتو کې په تفصيل سره تشريح کيږي.**

بولي جهاز:

د بولي جهاز په برخه کې د پښتورګو د کوليکي درد،Hematuria **(په ادرار کې د وينې موجوديت)، فريکونسي (ادرار ته زر زر تګ)،** polyuren **(د ادرار زياتوالي)** Hesitancy **(په مشکل سره ادرار کول)،** dribbling **(دوه داري ادرار)،**droplling **(څاڅکي څاڅکي ادرار) د ادرار سوی او په ادرار کې د** pus **د موجوديت او هم د ادرار د بندش پوښتنه وشي.**

تناسلي:

د نارينه ځخه د Erection **انتعاذ،**impotence **(عدم اقتدار جنسي)،** libido **(جنسي اشتها)** micro penis**، د خصيو د موجوديت، عدم موجوديت،جسامت په هکله پوښتنه وشي او ښځينه ناروغانو کې د** menarche **(اولنۍ مياشتني عادت) ځخه پوښتنه وشي په اروپايي هيوادو کې نجونې زر بلوغ ته رسيږي چې په ۱۲ الي۱۳ کلنۍ کې مياشتني عادت راځي او وروسته پاتې هيوادو کې خصوصاً زمونږ په هيواد کې حتي تر ۱۶ کلنۍ پورې مياشتني ناروغۍ کله کله نه راځي چې دا حالت په محيطي شرايطو پورې اړه لري. په ناروغانو کې د** amenorrhea **(د مياشتني عادت نشتوالی)،** dymenorrhen **درد ناکه مياشتني عادت،** viginitis، polymenorrhea **(مياشتني عادت مقدار زيات وي)،** menometrorrhagia **(مياشتني عادت غير منظم او څو ځله وي)، د**sterility **(بې بنيادي)،** dysperunia **(درد ناکه جماع)،د سقطو** (Abortion) **په باره کې پوښتنه وشي او هم يې لاملونه ولټول شي ايا جنسي تطابق موجود دی که خير؟**

سفلي اطراف:

د اطرافو په باره کې د فلج (paralysis)، hemiplegia **(نيمايي طرف فلج)،** hemiparesia **(نيمايي طرف بې حسه)، د ستنو چوخيدل** (tingling sensation)، intermittent claudication**، د عضلاتو د ضعيفي او د پښو د پړسوب په هکله پوښتنه وشي. چې تر دغه**

وخته پورې د ناروغ څخه معلومات د تاریخچې په شمول اخیستل کیږي وروسته له دې څخه په ناروغ فزیکي معاینات اجراء کیږي. مخکې له دې څخه چې د فزیکي معایناتو مبحث شروع شي ضروري ده چې یو ځل د هغو مهمو اعراضو څخه چې ناروغ روغتون ته په ورتګ مجبوروی او عام دی او هم د symptomatology یوه برخه جوړوي رڼا واچول شي.

زیات معمول اعراض:

څرنګه چې Symptomatology د ناروغ د اعراضو څخه بحث کوی او اعراض هم زیات دی، همدا ډول د هر جهاز اعراض د هغه جهاز د فزیکي معایناتو د شروع څخه مخکې په تفصیل بیانیږي خو په عامه توګه هغه اعراضو څخه چې ناروغ روغتون او یا ډاکتر ته په ورتګ مجبور کیږي په لاندې ډول ورڅخه یادونه کیږي:

۱- Fever تبه ۲- Pain درد ۳- Dyspnea عسرت تنفس ۴- Cough ټوخی

۵- vomiting ګانګې ٦- Diarrhea نس ناسته ۷- fits میرګي ۸- weakness ضعیفي

۹- headache سردردي ۱۰- mass کتله

تبه یا fever:

د انسان وجود ددې قابلیت لري چې د بدن د حرارت درجه په ثابت حالت کې وساتي چې دا ساتنه په هایپوتلموس کې د حرارت د مرکز په کنترول پورې اړه لري. نارمل د وجود د حرارت درجه 37.5 C یا37.0C ده. د وجود د حرارت درجه په مطلق شکل ثابت نشي ساتل کیدی. د وجود د حرارت درجه د ورځې په اوږدو کې لږ څه کم او زیات سره فرق لري د تبې په هکله باید لاندې پوښتنې وشي:

۱. تبه څه وخت شروع شوه ایا تبه په تدریجي ډول پیداشوې ده؟
۲. ایا تبه متقاطع، دوامدار ډول او یا نوبتي ده؟
۳. ایا تبه لوړه درجه او یا ټیټه درجه ده؟
۴. د تبې سره خوله او لړزه شته او که نه؟
۵. د تبې سره نور اعراض لکه زړه بدوالی، استفراق، اسهال، دسینې درد، hemoptysis، hematuria او یا د ستوني درد (sore throat) شته او که نه؟

www.ketabton.com

Pain یا درد:

د درد په هکله هم د ناروغ څخه باید لاندې پوښتنې وشي.

۱. **درد موقعیت: درد په کومه برخه د وجود کې موقعیت لري چې د موقعیت ځای په اړونده جهازو کې په مختلفو اشکالو د اوصافو سره څرګندیږي ایا درد موضعي دئ او که عمومي؟**

۲. **د درد خپریدل: ایا درد ځای په ځای وي او که کومې خواته انتشار لري چې د درد د انتشار هم په مختلفو ناروغیوکې فرق کوي. که درد د سینې په چپه خوا کې وي او چپ لاس ته انتشار وکړي نو د زړه ischemic ناروغیو خواته فکر کېږي.**

۳. **د درد خصوصیت او وصف: درد لاندې اوصاف لري:**

- Burning **یاسوزشي وصف.**
- Stubbing **او یا** crushing **د خنجر وهلو وصف.**
- Gripping **نیولی وصف.**
- Pricking **د ستنې چوخولو وصف.**
- Dull **مبهم یا ګونګ درد**

۴. **د درد شدت او وحامت: درد شدید، متوسط او یا کم دی.**

۵. **د درد زیاتوونکې فکتورونه: څه شیان د درد د زیاتیدو لامل ګرځي لکه د سینې هغه درد چې د تمرین سره زیاتیږي زیاتره د زړه ischemic ناروغیو خواته فکر کېږي او یا د بطن د پورتنۍ برخې هغه درددونه چې د شیدو خوړلو سره زیاتیږي زیاتره د صفراوي کڅوړې په التهاب دلالت کوي او هغه درد چې د سینې له پاسه پیداکېږي او د شهیق په وخت کې زیاتیږي زیاتره pleuritis خواته فکر کېږي.**

٦. **د درد د کمیدو او د منځه وړلو فکتورونه: د ناروغ څخه پوښتنه کېږي چې کوم شیان ستاسي درد کموي او یا د منځه وړي. لکه د سیني درد چې د استراحت په وخت له منځه ځي زیاتره د** I.H.D **خواته فکر کېږي او یا هغه بطني درد چې دايي ګاستریک** epigastric **په ناحیه کې وي او د شیدو خوړلو پواسطه ارامیږي د** peptic ulcer **خواته فکر کېږي.**

۷. **درد سره اضافي اعراض: ایا درد سره نور اعراض ملګري دي که چیرې درد د** epigastric **په ناحیه کې وي او** hematemesis **ورسره یو ځای وي د** peptic ulcer

www.ketabton.com

خواته فکر کېږي او که چیرې درد په ښي طرف پورته خواکې وي او زیړی ورسره یو ځای دی د ځیګر ناروغی ته فکر کېږي او که درد سره hematuria یو ځاي وي او په تشوکې وي د پښتورګو د تیږو خواته فکر کېږي.

۸. د درد اړیکې د وضعیت سره: په دې برخه کې باید د بدن د وضعیت په تغیر سره د درد تغیرات په نظر کې ونیول شي.

۹. د درد دوام: ایا درد دوامداره دی او یا colic دی؟

سالنډی یا dyspnea :

د سالنډي په هکله لاندې پوښتنې په نظر کې نیول کېږي.

۱. سالنډی د کومو حالاتو سره یو ځاي لیدل کېږي. سالنډی د تمرین او فزیکې فعالیت په وخت کې یا د استراحت په حالت کې (orthopnea) لیدل کېږي. که سالنډی د فزیکې فعالیت څخه وروسته منځ ته راځي نو د فزیکي فعالیت درجه (کمه، متوسط او وخیمه درجه) باید په نظر کې ونیول شي؟

۲. سالنډی ناڅاپي پیدا او یا په تدریجي شکل سره منځ ته راغلی دی؟

۳. د تنفس وصف څرنګه دی ایا تنفس چټک ، wheezing او یا وقفوي وصف لري؟

۴. تنفسي مشکل په کومه درجه دی : ایا ناروغ د تنفسي مشکل او dyspnea په وخت کې کولپس اختیاروي؟

۵. ایا سالنډی د ټوخي، خولو او یا د زړه ضربان سره یو ځای وي؟

۶. ایا ناروغ د سالنډی حملاتو تر منځ بې اعراضو وي؟

ټوخي Cough:

د ټوخي په هکله باید لاندې پوښتنې وشي.

۱. د ټوخي دفعات څو دی؟

۲. د ټوخي وخامت: ایا ټوخی کم متوسط او یا شدید دی؟

۳. ایا ټوخی د ورځې په ځینو مخصوصو وختو او یا د شپې له خوا پیدا او یا موسمي دی؟

۴. ایا ټوخی د ځینو مخصوصو حالاتو له کبله منځ ته راځي؟ کله کله ټوخی د ګرد او دوړو، د ګلانو بوي یا د محیطي ځینې نورو حالاتو له کبله پیداکېږي چې د الرژیک ټوخي allergic cough په نامه یادیږي.

۵. ایا ټوخی وچ او یا لوند دی؟ که چیرې ټوخی د بلغمو سره یو ځاي دی د بلغمو مقدار رنګ او بوي څرنګه دی؟ ایا په بلغمو کې وینه موجوده ده چې د

www.ketabton.com

hemoptysis په نامه یادیږي وینه تازه، سره، توره اویا نصواري ده. د بلغمو سره ګډه او یا په بلغمو کې د وینې خطونه لیدل کیږي؟

کانګې Vomiting:

د کانګو په هکله باید لاندې پوښتنې په نظر کې ونیول شي.

۱. د کانګو دفعات

۲. ایا کانګې په شدت سره منځ ته راځي یعني فوراني وصف لري (projectile vomiting)؟

۳. د غذایي موادو سره کانګې ارتباط لري او که نه؟

۴. ایا کانګې د ورځې په ځینو مخصوصو وختو کې منځ ته راځي مثلاًپه حاملګی کې معمولاً د سهار له خوا منځ ته راځي.

۵. د کانګو مقدار، بوي، رنګ او محتوی باید ولټول شي.

۶. ایا په کانګو کې وینه موجوده ده؟ که چیرې وینه موجوده وي دمقدار له نظره څومره او کوم رنګ لري؟

۷. نور اعراض لکه د شرصوفي د ناحیې درد شته او که نه؟

اسهال Diarrhea:

د اسهال په هکله باید لاندې پوښتنې ځواب شي.

۱. ایا اسهال دوامداره د ورځې په اوږدو کې موجود دی که په intermittent شکل دی او د intermittent په حالت کې د دفعاتو په منځ کې د وخت دوام څومره دی؟

۲. په ۲۴ ساعتو کې د غایطه موادو دفعات څومره دي؟

۳. د غایطه موادو رنګ، بوي او د هغی محتوی باید تشریح شي.

۴. ایا په غایطه موادو کې مخاط او وینه شته؟ که چیرې وینه موجوده وي رنګ (سور، تور) څرنګه دی او یا وینه د غایطه موادو سره مخلوط او یا بیله ده.

۵. ایا اسهال د نورو اعراضو سره لکه بطني درد، کانګې، تبه او یا د وزن بایللو سره یو ځای دی.

۶. ایا ناروغ د کومو غذایي موادو تاریخچه مخکې لدې چې ورته اسهال پیداشوی لري او که نه (غذایي تسمم).

۷. د Tenismus تاریخچه موجوده ده که نه.

۸. ایا اسهال ناروغ د ژوند په محیط کې نور خلک په اسهال اخته دی؟

www.ketabton.com

Fits یا جټکی:

د جټکی په هکله باید لاندې پوښتنې وشي.

1. **د جټکی طبیعت څنګه دی؟**
2. **ایا جټکی موضعي یا عمومي دي. شدت او دوام یې څومره دی؟**
3. **ایا د شعور ضیاع موجوده ده؟**
4. **د مقعدي او بولي معصرو د له منځه تللو تاریخچه موجوده ده؟**
5. **د حملې په وخت کې د غوړځیدو او زخم تاریخچه موجوده ده؟**
6. **نور اعراض لکه د ژبې چیچل د سترګو د ګاټو انحرافي حرکات د حملې په وخت کې موجود دی (چې په میرګیو دلالت کوي)؟**
7. **ایا د** Aura **حالت موجود دی؟**

ضعیفي یا Weakness:

د ضعیفی په هکله باید لاندې پوښتنې په نظر کې ونیول شي.

1. **د وجود ضعیفي په تدریجي ډول یا ناڅاپي منځ ته راغلې ده. په تدریجي شکل یې دوام څومره دی؟**
2. **د وجود ضعیفي موضعي ده که عمومي، که چیرې موضعي وي کومه برخه د وجود پرې اخته شوېده؟ په فلج یو لاس یا یوه پښه** (monoplegia) **دواړه پښې** (paraplegia) **د وجود نیمایي برخه** (hemiplegia) **یا د مخ نیمه برخه** (Facial palsy) **اخته شوېدي.**
3. **د ضعیفي درجه څومره ده؟**
4. **ایا د ضعیفي سره نور اعراض لکه د شعور د منځه تلل، تبه، د سردرد، د غاړې شخوالې، د حسیت د منځه تلل او رعشه وجود لري؟**
5. **د سر د زخم او یا تبې پخوانی تاریخچه وجود لري؟**
6. **په کوم وخت کې ناروغ د ضعیفي احساس کوي؟**

سردردي یا Headache:

د سردردی په هکله باید لاندې پوښتنې وشي.

1. **د درد خصوصیت: ایا درد کوند، تیز او یا** Throbbing **وصف لري**

www.ketabton.com

۲. د درد دوام: درد په دوامدار ډول دی او که په intermittent شکل چې په دې اخرني حالت باید لاندې ټکي وپوښتل شي:

- د حملو دوام او شمېر.
- درد د ورځې په کوم خاص وخت کې پيداکېږي؟
- ايا Aura حالت وجود لري او که نه ؟
- کوم فکتورونه سردردي کموي او يا زياتوي؟

۳. د سر په کومه برخه کې درد موجود دی ايا درد په Frontal يا occipital ناحيه کې موجود دی او که درد د سر نيمايي برخه نيولي وي چې په migraine دلالت کوي.

۴. ايا درد سره نور اعراض لکه کانګې، زړه بدوالی، انحطاطي حالت(Depression)، بي خوبي (insomnia)، د سترګو د ديد خرابوالی او د شعور له منځه تلل وجود لري.

۵. ايا د سر زخم، لوړ فشار، د غاړې شخوالی، د شعور د منځه تللو تېره شوې تاريخچه موجوده ده.

کتله يا Mass:

د کتلې په برخه کې بايد لاندې شيان په نظر کې ونيول شي:

د کتلې موقعيت، اندازه، او تعداد يې څو دی؟ سطحه يې لشمه ښويه او يا سخته ده. قوام، حرکت، حساسيت، نبضان او تموج لري د کتلې دپاسه جلد متحرک او يا ثابت دی. د کتلې دپاسه د پوستکي التهابي حالت او کوم sinus موجود دی که نه؟ عضلي پړسوب د کتلې سره يو ځاي او يا په ځانګړي توګه وجود لري.

www.ketabton.com

شلورم څپرکی

فزيکي کتنې

Physical examination

فزيکي کتنې په دوه ډوله دي:

I. **عمومي فزيکي کتنې**

II. **سيستميک فزيکي کتنې**

I . **عمومي فزيکي کتنې** General physical examination:

مخکې له دې څخه چې د ناروغ فزيکي کتنې اجراء کړی شي باید د ناروغ په ښي خوا کې ودريږئ د فشار اله، ستاتسکوپ، د عکسې څټک، فيته او صوتي پنجه په لاس کې ولرئ ضرور ده او هم ناروغ باید د کتنېو د اجراء لپاره مخکې له مخکې د نرس په ذريعه تيار شي.

د ناروغ د معاينې طريقه او تيارول:

ناروغ باید د معاينې په وخت کې حتی الامکان په ارام شکل وي. د معاينې ميز باید په داسې ځای کې وي چې معاينه کوونکی د ناروغ په دواړو خواو کې ليدنه او معاينه اجراکړی شي. ناروغ که ښځه وي يا نر باید په يو محفوظ ځاي کې د نرسانو له خوا د معاينې د پاره چې لازم دی تيار شي په دی مانوره کې د چاپيريال د دود په اساس ښايي د معاينې د تياريدو په وخت کې مشکلات پيداکړي ليکن سره د هغې د نرس د ښه سلوک په اساس ښايي چې دا ډول ممانعت له منځه لاړشي . يو ډول چېنې چې هم د نرس او هم د ښځو د معاينې د پاره چې د شا لخوا ترل کيږي زيات رواج لري دا هم باید ذکر شي که چيرې د بدن د يوې برخې معاينه چې باید اجراء شي او اجرا نکړای شي په دې شکل نيمګړي معلومات په تشخيص کې غلطي پيداکوي د باکفايته ښځينه نرس موجوديت د معاينې د تياريدو او د داکتر د قانوني ساتنې د پاره ضروري او لازمي دی.

د ناروغ د عمومي کتنېو د اجرا څخه مخکې باید د ناروغ حالت يا condition په نظر کې ونيول شي چې ايا ناروغ په شعوري حالت او يا غير شعوري حالت کې قرار لري که ناروغ په غير شعوري حالت کې وه د کوما درجه يې تعين شي چې ايا په ژوره کوما، نيمه کوما او يا سطحي کوما او يا ناروغ په يو خوبجن حالت کې قرار لري او يا ناروغ stuporous حالت کې دی او که څنګه ؟ د فزيکي کتنېو په شروع کې نوموړي حالات باید روښانه شي او وروسته ددې څخه په بيړني ډول د ناروغ د ژوندانه علايم يعنی د وينې فشار B.P، د

www.ketabton.com

تنفس تعداد، د نبض شمير، د حرارت درجه اندازه او ثبت شي چې نوموړي علايم په اړونده جهازاتو کې واضح شوي دي. د ناروغ د عمومي فزيکي کتنې په اجراء کې لاندې ټکي بايد په نظر کې ونيول شي.

۱) **عمر**Age
۲) **جنس** Sex
۳) **د بدن حرکات**
۴) **قدم وهل** Gait
۵) **خبرې کول**speech
۶) **قد او قامت** stature
۷) **د تنفس بوی** Smell
۸) **تغذي** Nutrition
۹) **حرارت** Temperature
۱۰) **تبه** fever
۱۱) **د وینې فشار**
۱۲) **د تنفس تعداد**
۱۳) **مخ** Face
۱۴) **وضعيت** position
۱۵) **وينه لږې** Anemia
۱۶) **سيانوزس**
۱۷) **ژيړئ** Jaindice
۱۸) **پړسوب اذيما**
۱۹) Clubbing
۲۰) Koilonychia
۲۱) Splinter hemorrhage
۲۲) **لمفاوي عقدات**
۲۳) **تايرايد**
۲۴) **شرياني وريدي نبض**
۲۵) **سوء تشکلات**
۲۶) **د پوستکي حالت**

عمر Age:

عمر له دې خاطره زيات اهميت لري چې په مسنو پخوخلکو کې سرطاني امراض، وعايي امراض، اتيروسکلروزس، ترومبوزس زيات واقع کېږي او Wiliam tumor **په ماشومانو کې ليدل کېږي.**

جنس Sex:

د Raynaud,s **ناروغي په ښځو کې زياته ليدله کېږي (۵:۱) او د** Ankylosing spondylitis **پيښې په نارينه کې ليدل کېږي (۱۰:۱) قصبي کارسينوما (۸:۱) په نارينه کې زيات ليدل کېږي او همدارنګه جاغور ۹۵% په نارينه کې تصادف کوي.**

د بدن حرکات Body movement:

د بدن حرکات يا په ارادي شکل او يا په غير ارادي شکل وي د انسان ورځني ټول د بدن حرکات ارادي دي، ليکن د بدن غير ارادي حرکات چې نورمال نه دي ښايي په شعوري او يا د کوما په حالت کې وليدل شي. د غير ارادي حرکاتو په جمله کې د سترګې رپيدل (TICS) **شامل دی دا ډول حرکات د سترګې د عضلاتو د مخ او د غاړې په شاوخوا کې**

www.ketabton.com

زياتره په هيجاني يا تشويشي خلکو کې ليدل کېږي. اختلاجات Convulsion چې غير ارادي حرکات دي دا حرکات د عضلاتو د شديد تقلصاتو څخه پيداکېږي ښايي چې په Tonic يا Colonic شکل وي تونيک اختلاج د عضلاتو دوامدار تقلص دي، ليکن په colonic اختلاجاتو کې عضلات په متناوب ډول تقلص او استرخا کوي. اختلاجات ښايي د بدن په يوه خوا او يا ښايي په عمومي شکل وي چې په مختلفو ناروغيو کې لکه په ميرګي، يوريميا، د دوا په تسمماتو او تيتانوس کې د ليدلو وړ وي. (STVITUS CHOREA DANCE)

چې دا هم غير ارادي او بي مقصده حرکات دی او زياتره په لاسونو او پښو کې پيداکېږي. رپيدل (TREMORE) هم د غير ارادي حرکاتو د جملې څخه دي چې په مختلفو حالاتو کې لکه ستومانتيا د الکولو تسمم، هايپرتايروديزم، ملتيپل سکليروزس، پرکنسونيزم، هيستيريا او عصبي هيجاناتو کې پيداکيږي. رپيدونکي جټکې (Asterixia) چې په کبدي ناروغيو کې عموميت لري او زياتره د لاسو په برخو کې ليدل کېږي که چيرې لاسونه خلاص او د شاخواته ټيله شي همغه لاس بيرته د مخې په لور چې ګوتې يو تر بله لرې وي حرکت کوي کله مخې ته او کله شا طرف ته په متناوب ډول حرکت کوي.

قدم وهل Gait:

قدم وهل په ځينو ناروغيو کې په وصفي شکل ليدل کېږي په پرکنسونيزم ناروغۍ کې چې کله ناروغ قدم وهي خپل ځان شخ او تنه په قدامي لور چې خپل لاسونه نه خوروي حرکت کوي او کله ځان په قدامي شکل او کله په خلفي توګه د قدم وهلو په وخت کې حرکت کوي او ناروغ ناڅاپي د دريدو وړتيا نلري تر هغې پورې چې يو شي ته يې په لاس تکيه نه وي کړې. پرکنسون ناروغان يوازې د قدم وهلو په وخت کې د هغو د ناروغۍ تشخيص وضع کيدی شي. په همدې ډول دماغي مخيخي او دماغي اهرامي حزمو د خرابۍ په اثر په ناروغ کې بي موازنه ګي (Ataxia) هم پيداکېږي. د Tabes dorsalis ناروغان چې د نخاع په خلفي برخه کې ناروغۍ لري او په دې وسيله په دوي کې د ځاي د احساس درک له منځه ځي. کله چې دوي قدم وهي پښې ډيرې جګوي او قدم پرې اچوي چې دا ډول حرکات د Sloping Gait په نوم ياديږي. او ناروغ په رڼا کې حرکت کوي او په تياره کې په ډير مشکلاتو قدم اخلي چې د پورتنۍ ناروغۍ لپاره وصفي حرکت بلل کېږي. په همدې شکل د Hemiplegia ناروغان فلجي طرف ته نيمه دايرې په شان حرکت ورکوي او بيايې په ځان پسي کش کوي او که چيرې آفت يې په لاس کې وي لاس د سيني د پاسه کلک نيسي. د مل تيپل سکليروزس ناروغان په ټکاندار او غير ارادي شکل Spastic Gait چې خپل ځان يې شخ نيولی وي حرکت کوي.

www.ketabton.com

خبرې کول Speech:

د ناروغ خبرې د ناروغۍ په تشخيص کې رول لري د حنجرې التهاب، توبرکلوز او خبيثه افات د اواز د خپيدو Hoarseness **لامل کېږي په همدې ډول په دماغي وعايي آفاتو کې د ناروغ د خبرو وصف تغير خوري او په مشکلاتو خبرې کوي په همدې شان د حنجري عصب د فلج په اثر اواز ضعيفه او خپل وصف دلاسه ورکوي په خبرو کې ښايي په درې شکله نقصان پيداشي چې د** Aphonia, Aphasia, An Athria **څخه عبارت دی. په** Aphonia **کې اواز د منځه ځي په** Aphasia **کې ناروغ پوهيږي ليکن د خبرو کولو او يا د لغاتو د تکرار قابليت نلري په** An Athria **کې د خبرو د نبلولو قدرت خرابيږي. په عمومي شکل د خبرو خرابي په ځينی عصبي ناروغيو کې ښايي وليدل شي د مثال په توګه په** multiple **سکلروزس په خبرو کې توقف په متناوب شکل پيداکيږي. په همدې ډول د کوری او** parkinsonism **ناروغيو کې د خبرو خرابي پيداکيږي.**

قد او قامت Stature:

قد او قامت د بدن د لوړوالي او ساختمان څخه عبارت دی ډير لوړ يا جګ خلک د Giant **او هغه خلک چې قدونه يې واړه وي** Dwarfs **په نوم يادېږي چې ښايي ځينی خلک په نورمال شکل ډير واړه او يا ډير لوي وي ارثيت هم يکي ستر رول لري. د نخاميه غدې د قدامي فص هورمون د ايپفييز هډوکي په ترکيب او جوړښت کې مهم رول لري. که چيرې ددې هورمون زياتوالی مخکې د ايپفييز هډوکي (مخکې د ځواني څخه) د تړلو څخه پيداشي د** gigantism **ناروغی او که چيرې د غدي زيات فعاليت وروسته د ايپفييز د تړلو يا ترکيب څخه پيداشي د اکروميګالي د ناروغۍ لامل کېږي چې په دې ناروغۍ کې سر، ژامې، پزه، لاسونه، پښې زيات لوئيږي. واړه يا کوچني خلک چې د** Dowafs **په نوم يادېږي يا ښايي چې د** Achondro plastic **په شکل وي چې د بدن ټول غړي يو تر بله په متناوب شکل واړه وي. برسيره ددې په لاسو کې کوږوالی موجود وي او بل شکل يې د** Cretinism **په نامه يادېږي چې دا حالت په ولادي شکل د تايرايد د غدې د افراز د نشتوالي څخه پيداکيږي. برسيره د فزيکي نشونما څخه دماغي نشونما يکي هم خرابيږي.**

د تنفس بوي Smell:

د تنفس بوي زياتره د خولې د خرابې حفظ الصحې، د غاښونو چنجن والي او د خولې د مختلفو انتاناتو، د سږو د ابسې او برانشيکتارس څخه پيداکېږي په همدې ډول د شکر په ناروغانو کې دا ستون او يوريميا په ناروغانو کې د امونيا بوي په تنفس کې احساس کېږي.

www.ketabton.com

الکولي بوي وروسته د الکولو څښلو څخه زياتره د الکولو تسممي پيښې د تسمم او د ترضيضي پيښو څخه بيلوي.

تغذي Nutrition:

د ناروغ عمومي صحت وګورى چې ايا ناروغ چاق دى، ډنګر دى او که نورمال وزن لري.

پرمخ تللئ Emaciation **په لاندې ناروغيو کې ليدل کېږي:**

۱. **سرطاني امراض**
۲. **د سږو توبرکلوز**
۳. **د ځواني د وخت د شکرې ناروغي**
۴. Thyrotoxicosis

د شحم تراکم کيدى شي چې موضعي او يا په عمومي توګه وي لکه په کوشنګ سندروم او يا په فاميلي شکل.

حرارت Temperature:

د حرارت ددرجي په اندازه کولو کې لومړي بايد ترماميتر ته څو ټکانه ورکړل شي تر څو د سيمابو ستون 96f **ته ښکته شي وروسته يې د ژبې لاندې د ۱-۳ دقيقو لپاره کيږدئ او بيا يې ولولئ که ترماميتر په تخرګ او يا معبني ناحيه کې کيږدئ نو يوه د لوستلو په وخت کې ورسره زياته کړئ کله چې ترماميتر ناروغ ته په خوله کې کيږدى نو ناروغ ته ووایاست چې د خولې له لارې تنفس ونکړي او د پوزې له لارې اجراء شي.**

تبه Fever:

د تبي اقسام:

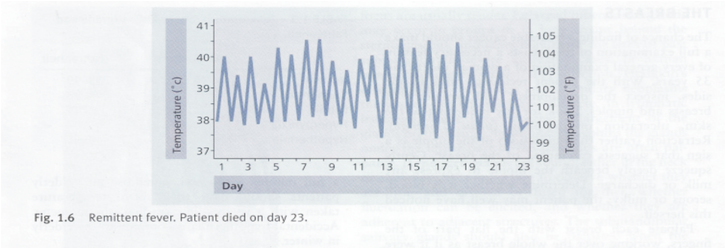
۱. Continues fever: **دوامداره تبه ده چې په څلورويشت ساعتو کې يوه يا نيمه درجه تغير کوي او د وچکۍ په ناروغانو کې ليدل کېږي.**
۲. Remittent fever: **نوموړې تبه د دوامدارې تبې په شان ده چې په څلورويشت ساعتو کې دوه درجي ښکته او پورته کېږي او نارمل حالت ته نه راګرځي.**
۳. Intermittent fever: **کله چې تبه يوازې د ورځې په اوږدو کې د څو ساعتو لپاره موجوده وي او وروسته نورمال حالت ته راځي دغه حالت ته** intermittent **وايي (انتاناتو کې ليدل کېږي).**
۴. Inverted **تبه: په نورمال حالت کې تبه د سهار له خوا کمه او د ماذيګر له خوا زياته وي لاکن د سږو توبرکلوز کې** Inverted **وي يعني د سهار له خوا تبه زياته او د ماښام له خوا کمه وي.**

www.ketabton.com

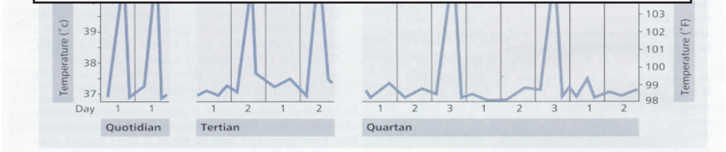
Tertian fever: چې تبه يوه ورځ وروسته تكراريږي

Quartan fever: چې تبه دوه ورځې وروسته تكراريږي

Pel ebstein fever: د هو چكن په ناروغۍ كې ليدل كېږي په دغه حالت كې تبه د 103f-102 وي او څو ورځو لپاره موجوده وي (د ۷نه تر ۱۰ورځو پورې) او وروسته ۷-۱۰ ورځې بيرته نورمال حالت ته راګرځي.



۱-۴ . شكل remittent تبه (۱۱)



۲-۴. شكل د Quartan, tertian,Quotidian تبو وختونه راپه ګوته كوي (۱۱)

د وينې فشار Blood pressure:

د وينې فشار په قلبي وعائي سيستم كې ترې يادونه كېږي.

د تنفس تعداد Respiratory rate:

www.ketabton.com

په تنفسي سيستم کې تري يادونه کېږي.

مخ Face:

د مخ مختلف شکلونه په مختلفو ناروغيو کې ليدل کېږي:

د مخ شکل **ناروغی**

۱. Moon like face.................... Cushing **سندروم**

د سپوږمی په شان ګرد مخ

۲. Mask like face..................... Perkinsonism

۳. Idiotic face.......................... Mental Retardation **دماغي تأخر**

۴. Hippocratic face ....**سترګي ننوتې رډې، مخ اوږد، غمګين چې په** peritonitis**کې ليدل کېږي.**

۵. Apathetic face...................... Sever depression

۶. Face in facial palsy .... **مخ په فلج کې**

۷. Acromegalic face.................**لوې پراخ مخ په هايپرپتويتيريزم کې**

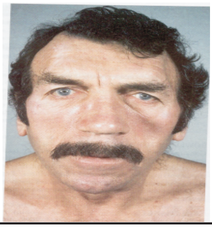
۸. Pale face.............................**په وينه لږی کې**

۹. Reddish face........................**سور مخ په لاندې حالاتو کې ليدل کېږي**

- Poly cytemia
- **د مترال تضييق**
- **د اتروپين تسمم**
- Heat stroke (**جل وهلي**)
- **لوړه درجه تبه**
- **فاميلي**

۱۰. Dusky face (**په ايرو پوکړئ مخ**)...................... Uremia

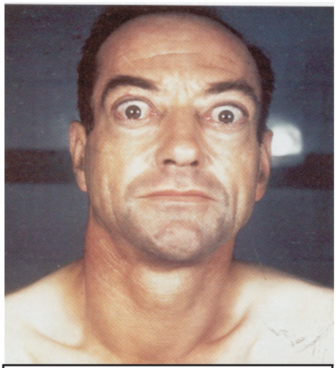
www.ketabton.com



۴-۳. شکل Acromegalic مخ (۱۱)

۴-۴. شکل cushing syndrome مخ (۱۱)

۴-۵. شکل myxodema مخ (۱۱)



۴-٦. شکل thyrotoxic مخ (۱۱)

وضعیت position:

وګورئ چې ناروغ په بستر کې څه ډول وضعیت لري.

- **که یو ناروغ په بستر کې ارام پروت وي او سطحي تنفس کوي ناروغ به د** peritonitis **څخه شاکي وي.**
- **د زړه د عدم کفایې ناروغان نشي کولای چې د شاه په تخته هموار څملي بلکې کیني او شاته یې په ځګ بالښت تکیه کړې وي.**
- **د استما ناروغان همیشه په بستر کې ناست او قدام خواته مایل وي.**

www.ketabton.com

- هغه ناروغان چې لوړه درجه تبه لري سر يې د بالښت څخه ښکته غلئ او سست غړنده پروت وي.
- هغه ناروغان چې د پښتورګي په colic مصاب دي په بستر کې لول په لول اوړي او ناارامه وي په بالښت کې چقوري جوړوي او يوه خوا او بله خوا رغړي.
- هغه ناروغان چې په روماتيزم مصاب دي چې خپل مفاصل او بندونه د حرکاتو څخه محدود ساتي ځکه چې بندونه او اطراف يې درد ناک وي.
- هغه ناروغان چې په Meningitis مصاب دی په بالښت کې کنده جوړوي ځکه چې ناروغ شديداً سر درد لري.

وينه لږی Anemia:

کله چې د هيمو ګلوبين سويه د نارمل حالت څخه ښکته کېږي وينه لږی بلل کېږي. د وينه لږې ناروغ فزيکي معاينه په لاندې برخو کې صورت نيسي:

١) **په نوکانو کې:** د ناروغ نوکان معاينه کړئ او د خپلو نوکانو سره يې مقايسه کړئ په وينه لږی کې نوکان خاسف وي.

٢) **په سفلي جفن کې:** ناروغ ته ووایاست چې پورته وګورئ او سفلي جفن يې لاندې خواته کش کړئ د ناروغ زيږمې وګورئ په نارمل حالت کې زيږمې ګلابي رنګ لري او په وينه لږې کې خاسفې وي. وروسته د ناروغ د خولې مخاطي غشاء معاينه کړی چې په وينه لږې کې خاسفه وي او Palmar creases د لاس ورغوي يې وګورئ او د خپلو ورغوو سره يې مقايسه کړئ.

سيانوزس Cyanosis:

کله چې د ارجاع شوي هيموګلوبين سويه 5gm/100cc کې ورسيږي سيانوزس څرګنديږي سيانوزس په دوه ډوله دی، محيطي سيانوزس او مرکزي سيانوزس.

محيطي سيانوزس:

محيطي سيانوزس د تقبض او د وينې دستازس او رکودت څخه منځ ته راځي.

لاملونه:

- د يخنۍ سره مواجه کيدل
- وريدي رکودت د موضعي فشار او تړلو سره.

www.ketabton.com

- **پرمخ تللي** Vasomotor **تنبه لکه** Raynaud,s **ناروغۍ.**

مرکزي سيانوزس:

دا هغه وخت څرګندېږي کله چې شرياني وينه د وريدي وينې سره يو ځای شي او يا دا چې د اکسيجن د قسمي فشار د کموالي څخه چې د سږو په ناروغيوکي منځ ته راځي تاسس کوي.

۱) **د سيانوزس قلبي لاملونه:**

الف) fallot's Tetralogy **مشتمل ده په**

-- **بطيني حجابي نقصان**

-- **د ابهر بي ځايه کيدل**

-- **د ريوي د سام تضييق**

-- **د ښي بطين هايپرتروفي**

ب) C.H.F **يا هغه ناروغۍ چې په وروستني مرحله کې د سيانوزس لامل کېږي.**

-- **د** latum bacher **ناروغۍ چې مشتمل ده په**

- **اذيني حجابي نقصان**
- **د مترال تضييق**

-- **بطيني حجابي نقصان**

-- **اذيني حجابي نقصان**

-- (PDA) patent ductus Arteriosus

۲) **د سيانوزس د سږو لاملونه:**

الف) Consalidation **(نمونيا)**

ب) د سږو Atelectasis

ج) د سږو فايبروزس

د) کور پلمونل چې د سږو په امفزيما پورې تړلي وي.

۳) **د سيانوزس نور لاملونه:**

الف) په لوړه ارتفاع کې اوسيدل چې د اکسيجن قسمي فشار کم وي.

ب) د تنفسي لارې بندش (بنديز)

www.ketabton.com

ج) شاک چې په Vasomotor کولپس او د
وينې په رکودت پورې اړه لري.
د) د زړه د ښي خوا عدم کفايه

د محيطي او مرکزي سيانوزس توپير:

محيطي سيانوزس	مرکزي سيانوزس
۱. د يخني په واسطه پيداکيږي	۱. دسږو او زړه دناروغيو په واسطه پيداکيږي.
۲. سيانوزس برخه يخه وي	۲. سيانوزس برخه معتدله وي.
۳. د حرارت په واسطه معتدل کېږي	۳. د حرارت سره تغير نه کوي
۴. يخ لاسونه وي.	۴. معتدل لاسونه وي.

زيړی Jaundice :

کله چې د سيروم د بيليروبين سويه 2mg% ته ورسيږي زيړی په سترګو کې څرګنديږي.

د معاينې طريقه:

د ناروغ د تندي دپاسه خپلې ګوتې کيږدئ او د غټې ګوتې په واسطه علوي جفن پورته کش کړئ ناروغ ته ووايئ چې ښکته خواته خپلو پښو ته وګوري اود سکلرا رنګ وګوري د زيړي په موجوديت کې سکلرا زيړه معلوميږي.

۴-۷. شکل د زيړي معاينه (۱)

پړسوب Oedema :

په بين الحلالي مسافاتو کې د مايعاتو راټوليدو ته اذيما وايي.

اذيما د عجز او د ښنګري دپاسه (Tibia د هډوکي دپاسه) ښه معلوميږي چې د ګوتو دفشار ورکولو په واسطه 15-20 ثانيې يوه خاپه پريږدي او خصوصاً د کټې ګوتې په واسطه فشار ورکول کېږي.

لاملونه:

۱) C.H.F - چې اذيما په سفلي اطرافو کې تاسس کوي

www.ketabton.com

۲) Renal - چې اذيما د مخ څخه شروع کوي خصوصاً د سهار زيږمې پړسيدلي وي.
۳) د پلاسما د پروتين د سويې کموالی (لوړه او وينه لرې کې)
۴) موضعي وريدي فشارچې د وريدي بندش له کبله منځ ته راځي.
- د سفلي اجوف وريد بندش
- د بابي وريد په بندش
۵) Beri Beri
۶) Epidemic dropsy- يوه اپيديميکه ناروغی ده چې په انډيا کې ليدل کېږي اوپه ناروغ کې تبه، وينه لږی اونس ناسته موجودوي چې داذيمالامل کېږي.
۷) Filariasis (non pitting) په دا ډول اذيما باندې فشار وارد شي خاپه نه پريږدي.
۸) Angioneurotic edema .

Clubbing:

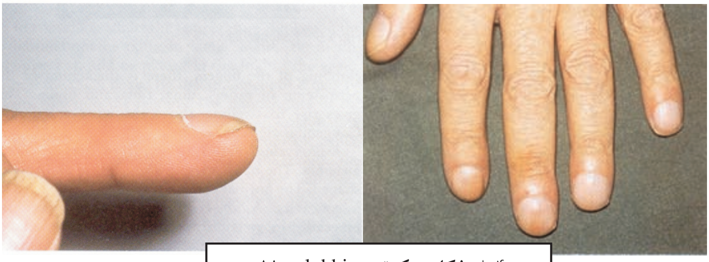
په دغه حالت کې د نوک د قاعدې انساج پيړ کېږي او هغه زاويه چې د نوک د قاعدې او پوستکي تر منځ ده پراخه کېږي انحراف کوي .

Clubbing درې پړاوه لري:

لومړي پړاو: په دې پړاو کې د ناروغ ګوتې په افقي شکل د خپلو سترګوپه برابر کې راوړئ او يو کاغذ د نوک د بستر او قاعدې له پاسه کيږدئ او وګورئ چې د نوک زاويه پراخه شوې ده او که نه؟

دوهم پړاو: په دوهم پړاو کې د نوک د قاعدې د پاسه فشار وارد کړئ تاسو به وګورئ چې نوک په اوبو کې لامبو وهي داد نوک د قاعدې تموج تاسو ته دوهم پړاو ښيي.

دريم پړاو: په دريم پړاو کې ګوتې د ډول دلرګي شکل غوره کوي.(Drum stik)



۴-۸. شکل د ګوتو clubbing (۱۱)

www.ketabton.com

الف

۴-۹. شکل د **Clubbing** معاینه (۱)

لاملونه:

۱) کبسي ۲) فامیلي ۳) Idiopathic

۱) کبسي:

الف) په سږو کې لاملونه

- **قصبي کارسینوما**
- Bronchiectasis
- **د سږو ابسي**
- Pancoast tumor
- Fihrosing alveolitis

ب) قلبي لاملونه

- **د زړه** Cyanotic **ناروغۍ**
- **د زړه احتقاني عدم کفایه** (CHF)
- S.B.E (subacute bacterial endocarditis)

ج) د هضمي جهاز لاملونه

- Chron **ناروغۍ**

www.ketabton.com

- **تقرحي** Colitis
- **سوء جذب سندروم**

د) د ځيګر لاملونه

- **صفراوي** cirrhosis

ذ) متفرقه لاملونه

- Myxodema
- Exopthalmic opthalmo plegia
- poly cytemia

Koilonychia:

په دغه حالت کې نوکان نرم ماتيدونکي او ځلانده وي.

لاملونه:

1) **د اوسپنې د فقدان وينه لږې**
2) Plummer vensom syndrome
3) **د صابون استعمال**
4) **فاميلي**
5) Idiopathic

www.ketabton.com

۴-۱۰.شکل koilonychias (۱۱)

:Splinter hemorrhage

په دغه حالت کې په نوکانو کې سره واړه عمودي خطونه ليدل کيږي او لاندې حالاتو کې ليدل کيږي.

۱) تحت الحاد بکتريائي اندوکارډايتس
۲) نزفي تشوشات
۳) دTrichuris Trichura پواسطه ترحملې لاندې راتلل
۴) Sickle cell وينه لرى
۵) وظيفوي لکه په نجارانو کې
۶) اذيني myxoma

لمفاوي عقدات :

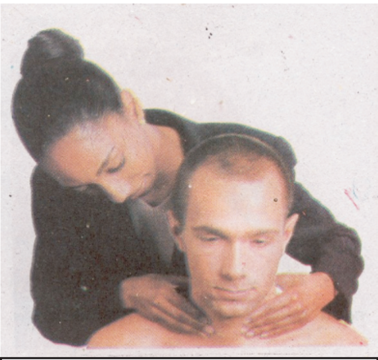
د لمفاوي عقداتو فزيکي معاينه د وينې په مبحث کې لوستل کيږي.

تايرايد Thyroid:

www.ketabton.com

غاړه د موضعي او عمومي لويوالي په خاطر معاينه کړئ او هم د تايرايد غده معاينه کړئ ناروغ ته ووايې چې لاړې تيرې کړي په دې حالت کې غده پورته حرکت کوي.

د غدې د معاينې طريقه: د ناروغ شاته ودرېږئ او خپلې ګوتې ددواړو لاسو د غاړې په مخکنۍ برخه کې کيږدئ او غده جس کړئ که غده غټه شوي وي يادداشت يې کړئ په غده کې که Tenderness او يا نور افات موجود وي يادداشت يې کړئ.



۴-۱۱. شکل د تايرايد د غدې معاينه (۷)

نوټ: سستوليک Bruit د ستاتسکوپ په واسطه په Toxicgoiter کې اوريدل کېږي.

شرياني وريدي نبض:

شرياني وريدي نبض په قلبي وعائي سيستم کې ترې يادونه کېږي.

نور خصوصي سوء تشکلاتAny-specific-deformity :

- Kyphosis: چې ستون فقرات خلف خواته وتلي وي.

www.ketabton.com

- Scoliosis: چې ستون فقرات وخشي خواته وتلي وي.
- Lordosis: چې ستون فقرات قدام خواته وتلي وي.
- Cubitus varas or vagus
- Cubitus vagum or varus
- Coxa vara or valga

د پوستکي حالت Condition of the skin:

پوستکی د انساني صحت يوه اينه ده په دې لحاظ د پوستکي معاينه په تشخيص کې حياتي اهميت لري. مخکې له دې چې د پوستکي په ناروغيو پوه شو بايد ځينې طبي اصطلاحات چې د پوستکي په آفاتو کې پکار وړل کېږي يادونه وکړو:

۱) د پوستکي لومړني آفات:

- Macule: **د پوستکي د سطحې سره برابر افت دی او د پوستکي د رنګ تغير د 1cm څخه يې قطر کم وي لکه په** Flat nevas **کې.**
- Papule: **د پوستکي د سخت تبارز څخه عبارت دی، چې قطر يې د 1cm څخه کم دی لکه په**Awart**کې.**
- Plaque **يا** patch: **ښايي د ماکول او يا پاپول په شان وي، ليکن قطر يې د 1cm څخه زيات وي.**
- Nodule: **د يوې سختې کتلې څخه عبارت دی، چې قطر يې د 1cm څخه کم وي لکه په** dermato fibroma **کې.**
- Tumor: **د يوي سختي کتلې څخه عبارت دی، چې قطر يې د 1cm څخه زيات وي.**
- Cyst: **د يواحاطه شوي کپسول څخه عبارت دی چې په داخل کې کتلوي مايع ځاي لري.**
- Wheal: **د يو بول يا پلک څخه عبارت دی، چې په درم کې د اوعيو د سيرومو د خارجيدو څخه په حاد شکل منځ ته راځي لکه په** urticaria **کې.**
- Vesicle: **د پوستکي د تبارز څخه عبارت دی، چې د مايع څخه ډک او قطر يې د 1cm څخه کم وي لکه په** Small pox **کې.**

www.ketabton.com

- Bulla: د وزیکل په شان دی، لیکن قطر یې لوی دی لکه په دوهمه درجه سوزیدنه کې.
- Pustula: د بول او یا وزیکل په شان دی لیکن په داخل کې یې زوه موجوده ده لکه په Acne کې.

۲) د پوستکي تالي آفات: چې زیاتره د لومړني اساسي تغیراتو څخه پیداکیږي او په لاندې ډول دی:

- Scale: د پوستکي د ورقو په شان دی لکه په psoriasis کې.
- Crust: د پوستکي د وچ اګزودات څخه عبارت دی لکه په Impitigo کې.
- Fissure: د پوستکي د درز څخه عبارت د ی لکه په chapping کې.
- Erossin: د پوستکي یوه سطحي ضیاع ده چې درم پورې نه رسیږي لکه په سفلیسي شانکر کې.
- Ulcer: د پوستکي ضیاع ده، چې د درم طبقې پورې پراخوالی لري لکه د وریکوزي ورید د رکودت قرحه.
- Scare: که چیرې قرحې د درم تر طبقې پورې پراخه شوي وي او د کولاژن د زیاتو پیداکیدو په اثر پکې ښه والی پیداشي په نتیجه کې Scareمنځ ته راځي.

تفتیش:

په تفتیش کې د پوستکي رنګ او شکل ډیر اهمیت لري. د پوستکي رنګ په نورمال حالت کې د میلانین، هیموګلوبین او کروتید د صباغاتو د موجودیت څخه عبارت دی. د اډیسون په ناروغی، هایپرتائیروئیدیزم، حامله ښځو او یا د لمر د زیاتو وړانګو په اثر د میلانین ځای په ځای کیدل په موضعي او یا عمومي شکل د پوستکي په رنګ کې تغیر پیداکوي همدا ډول که چیرې د میلانینو فقدان په موضعي شکل په پوستکي کې پیداشي د Vitiligo او په عمومي فقدان کې د Albinism د پیداکیدو لامل ګرځي. همداډول په پوستکي کې سیانوزس، زیړی او د پوستکي سوروالی یادداشت شي.

جس:

په جس کې د پوستکي د رطوبت، حرارت، اذیما په برخه کې معلومات په لاس راځي. د پوستکي ډي هایدرشن او اذیما وي حالت باید معاینه شي. د پوستکي د ملحقاتو ویښتانو معاینه اجراء شي، د هایپرتائیردئیدیزم د ناروغانو ویښتان نرم او په Hypothyroidism کې وچ او رژیدونکي وي د ویښتانو کمیدل په موضعي شکل په Alopecia areata او د فنکس

www.ketabton.com

او سفليس په ناروغۍ کې پيداکيږي د Sebaceous غدواتو د زيات افراز په اثر ويښتان او مخ غوړوي او Acne بايد وليدل شي.

II . سيستميک فزيکي کتنې

په سيستميک فزيکي کتنو کې د جهازاتو فزيکي کتنې اجراء کېږي.
چې دا کتنې له سر څخه نيولې تر سفلي اطرافو پورې اجراء کېږي.

۱) د سر فزيکي کتنې:

د سر فزيکي کتنې خورا اهميت لري لکه څرنګه چې ليدل شوي دي، يو تعداد ناروغان د کوما په حال کې روغتون ته راوړل کېږي. معالج ډاکتر په غير له دې څخه چې د سر کتنې اجراء کړي د کوما د نورو اسبابو لکه ډيابتيک، هايپوګلايسميک، يوريميک او يا نورو لاملو لپاره پلټنې سرته رسوي، حال دا چې ناروغ به د يو پڅ قحفي ترضيض له امله کوما ته تللی وي، څرنګه چې سر د ويښتانو په واسطه پوښل شوی دی نو په څرګنده توګه څه نه معلوميږي کله چې د سر په فزيکي معاينه کې جس اجراء کېږي نو ليدل کېږي چې ناروغ د سر د کوپړۍ ترضيض لري او يو هماتوم جس کېږي چې په دې ډول د سر فزيکي کتنې زيات اهميت لري چې په لومړي پړاو کې بايد تر سره شي.

د سر په فزيکي کتنېو کې تر هر څه لومړی بايد د سر محيط يا Head cicum ference وليدل شي چې آيا د سر هډوکي پراخه دی او که څنګه؟ د Acromegaly ناروغانو د کوپړۍ هډوکي پراخه وي سر يې غټ وي او ناروغ حکايه کوي چې خولي يې په سر کې تنګه شوې ده چې غټ سر macro cephalus او کوچنی سر د Microcephalus په نامه ياديږي. همدا ډول د سر ويښتان په Myxodema ناروغانو کې ځيږ وي.

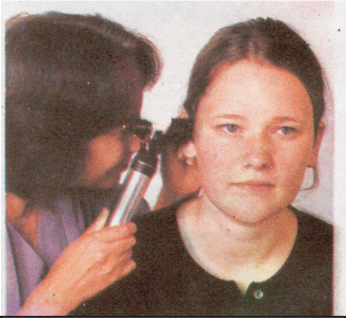
د ناروغ د سر ويښتان کش کړئ چې په آسانه وځي او که نه؟ ويښتان يې مصنوعي دی او که طبعي؟ په ماشومانو کې د کواشيرکور او مراسموس په ناروغۍ کې ويښتان د بيرغ شکل (flag sign) شکل لري او هم دې وليدل شي چې آيا ناروغ (Allopecia) لري (ګنجي توب) او که څنګه؟ د ويښتانو لاندې د سر پوستکی او کوپړۍ جس کړئ چې آيا په کوپړۍ کې د ترضيض آثار، کسرونه، هماتوم وجود لري او که نه؟

په ناروغ کې د عملياتو ندبې چې په پخوانيو عملياتو دلالت کوي د ناروغ په سر کې وليدل شي د کوپړۍ د پوستکي جله دې آفات لکه فنګسي او نور دې په غور سره وکتل شي. په همدې توګه په سستماتيک ډول لاندې نور سيستمونه لکه غوږ، پزه، سترګه، ستونی او د غاړې معاينه هم ضرور ده چې په لنډه توګه ور څخه يادونه کېږي.

د غوږ فزيکي کتنې:

www.ketabton.com

د غوږ مهمه وظيفه د اوريدلو څخه عبارت ده. د غوږ په فزيکي معاينه کې تر هرڅه لومړی د ناروغ د اوريدو قوه معلومه کړل شي چې ددې لپاره دوه آزموينې اجراء کېږي، چې د آتم زوج په معاينه کې ورڅخه يادونه کېږي. همدا ډول د ناروغ د غوږ خارجي برخه يعنی د غوږ pinea (پکه) دې وليدل شي چې سالمه ده او که نقصاني؟ د غوږ پکه په اوريدلو کې مهمه وظيفه په غاړه لري چې له بهر څخه ټول غږيز آوازونه د هواد څپو په واسطه غوږ ته انتقاليږي او دا ليږدونه يې د غوږ د پکې له لارې صورت نيسي، چې دا د آوازو څپو ته مرکزيت ورکوي او دننه غوږ ته يې رهنمايي کوي چې وروسته د طبل په غشا (air drum) باندې لګيږي او دداخلي برخې څخه يې د اعصابو په واسطه ليږدونه دماغ ته صورت نيسي چې د سړي د آواز پيژندګلوي کوي.
که د غوږ پکه پرې شوي وي او يا غوږونه يې په مورزادي شکل بوچی يا نيمه پرې شوي وي بايد يادداشت شي.
په ناروغ کې د وليدل شي چې آيا د غوږ څخه Otorrhea، دسچارج او زوي راځي او که نه؟ د منځني غوږ په التهاب کې د غوږ څخه Otorrhea راوځي.
د منځني غوږ د معاينې لپاره د ناروغ د غوږ نرمې سفلي او حلف خواته کش کړئ وروسته پاک او معقم speculum په واسطه غوږ معاينه کړئ او د otoscope په واسطه د طبل غشاوګورئ چې روغه ده او که کوم نقصان لري. ابنارملتي يې يادداشت کړئ. او که په غوږ کې چرک او يا بندش موجود وي د معقم ګليسرين محلول د څڅولو په واسطه افرازات نرم کړئ تر څو د غوږ مينځلو ته لاره هواره شي.



۴-۱۲.شکل د غوږ معاينه د otoscope پواسطه (۷)

www.ketabton.com

د سترګو معاینه:

سترګې د لیدلو مهمه وظیفه په غاړه لري. سترګې د orbit په جوف کې قرار لري چې د orbit جوف د علوي طرف څخه د Frontal هډوکي، انسي طرف څخه د Nasal هډوکي او سفلي خوا څخه د Maxilla هډوکي په واسطه احاطه شوي دی د سترګې کره د پورتني جفن او ښکتني جفن په واسطه چې د مختلفو نتبهاتو په مقابل کې خلاصیږي او پټیږي د سترګې د کرې په ساتلو کې مهم رول لري.

د سترګې په فزیکي معاینه کې تر هر څه لومړئ د orbit جوف ولیدل شي چې د orbit په جوف کې د کوم ترضیض، کسر او یا هماتوم علایم شته او که نه؟

پورتنی او ښکتنی جفن دې معاینه شي چې دا د دریم عصب په فلج کې جفن سقوطي شکل غوره کوي په دې حالت کې ناروغ جفن نشي پورته کولاي همدا ډول که په سفلي جفن کې پړسوب ولیدل شي، نو د پښتورګو د ناروغیو طرف ته توجه وکړئ همدا ډول وګورئ چې په جفن کې کومه ابسي او یا Hordeolum (غولنکي) شته او که نه؟

جفن چپه کړئ او منضمه وګورئ د Anemia لپاره شواهد ولټوئ او وګورئ چې منضمه حاسفه سره او یا احتقاني ده د Conjunctivitis لپاره علایم ولټوئ.

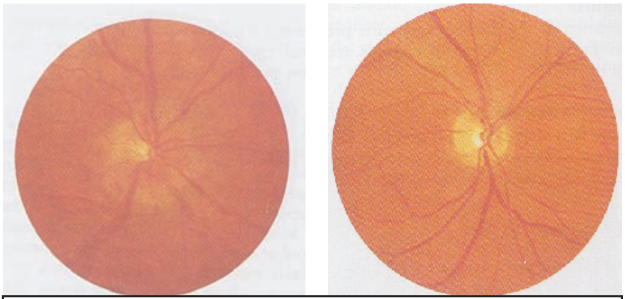
وروسته د سترګې کره معاینه کړئ وګورئ چې ناروغ Exopthalmus او یا Endopthalmus لري.په Exopthalmus حالت کې د سترګې کره بهر ته وتلې وي چې په دی حالت کې د Thyrotoxicosis ناروغي په فکر کې راوړئ. د Endopthalmus په حالت کې سترګې دننه ننوتې وي، چې علتونه یې ولټول شي. د سترګې د کرې په معاینه کې تر هرڅه لومړئ د سترګې د کرې سپینه طبقه چې سکلرا نومیږي وګورئ چې آیا Seleritis او یا Episcleritis او یا Trigium پکي شته سترګه سوروالی (red ness) لري او که نه؟ د سترګې قرنیه یوه شفافه طبقه ده چې نور ته د تیریدو اجازه ورکوي که په قرنیه کې کثافت موجود وي او یا Keratitis تأسس کړی وي یادداشت شي. همدا ډول د حدقې کتنې د Myosis (د حدقې تقبض) او حدقي توسع (medriasis) لپاره اجراء کړئ که په ناروغانو کې myosis ولیدل شو د opium تسمیم په فکر کې راوړئ او یا نور علتونه ولټوئ د سنجاق په شان کسئ (pin point) د pontine په نزف کې لیدل کیږي. د اتروپین په تسمم کې حدقې پراخه او Medriasis موجود وي.

د کوما د ناروغانو انزار د حدقې د معاینې له مخې اټکل کیدی شي او هم که په ناروغانو کې Cataract موجود وي یادداشت شي.

www.ketabton.com

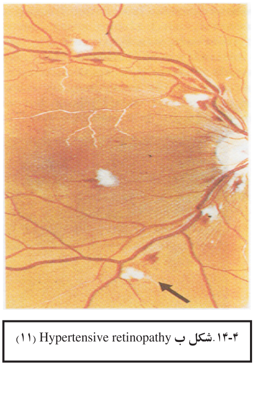
تر دغه پورتني ځای پورې معالج داکتر کولای شي چې د خپلو سترګو په واسطه د ناروغ د سترګو ابنارملتي معلومه کړي. د شبکيې د معاينې لپاره د ناروغانو فنډوسکوپي اجراء کېږي. د فنډوسکوپي په واسطه کولای شو چې شبکيه Disc او رګونه يې وګورو او هم که په شبکيه کې کوم نزف او يا د ډسک اذيما موجوده وي ليدل کيدی شي. د فنډوسکوپي د اجراء لپاره ناروغ ته لومړئ څو څاڅکي اتروپين په سترګه کې اچول کېږي چې وروسته د opthalmoscope په واسطه ټوله Retina ليدل کېږي.

ب الف



۴-۱۳. شکل الف نورمال فنډوس، ب papilloedema (۱۱)

ب الف



۴-۱۴.شکل ب Hypertensive retinopathy (۱۱)

۴-۱۴.شکل الف diabetic retinopathy (۱۱)

د پزې معاينه:

د پزې په معاينه کې تر هر څه لومړی د بوي حسيت معلوم کړئ چې دا په لومړي قحفي زوج پورې اړه لري چې د عصبي سيستم په معاينه کې تري يادونه کېږي.

www.ketabton.com

د پوزې خارجي بڼه وګورئ چې آيا د ناروغ په پزه کې کومه مورزادي نقيصه شته او که نه؟ ځيني وخت د پزې سوء شکل موجود وي او يا پزه د زين شکل لري چې په Trisomi کې ليدل کېږي د پزې څوکه وګورئ چې په سيانوزس کې آبي رنګ لري او يا د پزې لپاسه کوم جله دې آفات موجود وي يادداشت يې کړئ. وروسته د پزې دواړه Nostril او داخلي برخه يې د Speculum او مخصوص څراغ په واسطه معاينه کړئ، وګورئ چې د پزې حجابي نقصان موجود دی او که نه؟ چې په Septal deviation کې ناروغ د پزې د بندش او سر درد څخه شاکي وي همدا ډول په پزه کې Concha nasalis.sup او inf وکتل شي او وليدل شي چې په پزه کې کوم polyp شته او که نه؟ او که ناروغ Epistaxis (د پزې څخه د وينې راتګ) ولري د نزف نقطه دې مشخصه شي.

د خولې د جوف معاينه: دا معاينه د هضمي سيستم په فزيکي کتنو کې لوستل کېږي.

د غاړې معاينه:

تر هر څه لومړئ د غاړې حرکات وګورئ چې آيا په غاړه کې کومه شخې يا Rigidity شته او که نه؟ چې په meningitis او meningismus حالاتو کې د غاړې شخې ليدل کېږي د مننجايتس لپاره درې فزيکي علامې لکه Bruddzensky, Kernig,s او د غاړې شخوالی ولټوئ. وروسته په غاړه کې د لمفاوي عقداتو لويوالي، د تايرايد غده، شرياني او وريدي نبضانونه او برجسته وريدونه په غاړه کې ولټوئ او ابنارمل حالات يې يادداشت کړئ.

www.ketabton.com

پنځم څپرکی
تنفسي جهاز

تاریخچه:

د فزیولوژي، پتالوژي، ایمیونولوژي، مایکروبیالوژي، رادیولوژي، اندوسکوپي او د سینې د جراحي د پر مخ تګ سره د تنفسي جهاز د ناروغیو په تشخیص کې هم زیاتوالی منځ ته راغلی دی او همدا ډول کلینیکي ارزښتونو او معایناتو ډېر اهمیت پیداکړی دی. زیاتره وخت د صحیحې تاریخچې اخیستل نسبت د فزیکي علایمو د څرګندیدونه مهم دی. په زیاتو تشوشاتو کې مخکې له دې څخه چې یوه غیر نورماله علامه څرګنده شي. ناروغي خپلي وروستني او یا پر مخ تللي پړاو ته رسیدلي وي. او تر څو چې د ناروغۍ د نښو په اړه معاینه اجراء کېږي یو ناوړه وروسته والی د ناروغۍ د تشخیص او درملنې په وړاندې منځ ته راځي په تنفسي ناروغۍ کې د تاریخچې اخیستل د ناروغۍ په نوعیت پورې اړه لري. د تنفسي ناروغیو تر منځ توپیر داسي کېږي چې ایا ناروغي حاده، مزمنه او یا هم تحت الحاد ده. خو د ناروغۍ پر له پسې نښې په ټولو ناروغیو کې یو ډول دی. په تنفسي ناروغیو کې لومړی یوه روایتي او ژبني تاریخچه اخیستلی شي، وروسته د هغو نښو په باره کې پوښتنه کېږي چې په تاریخچه کې نوي پوښتل شوي په دغه مرحله کې معالج داکتر باید د ټولو هغو حالاتو په باره کې غور وکړي کومې چې د ناروغۍ د نښو سره تړلي وي په ډېرو لږو حالاتو کې دا له درې یاڅلورو انتخابو څخه زیاتیداي شي چې د هغو پر بنسټ تشحیص کېږي بیا د هر یو ممکنه تشخیص په وړاندې اضافي پوښتني کېږي چې تشخیص یا په بشپړ ډول ومنل شي او یا تشخیص رد کړای شي په دغه وخت کې باید تاریخچه هم په معقول انداز ورسره یو ځای شي تر څو د اعراضو په باره کې اسانتیا رامنځ ته شي او معالج پرې پوه شي. ډېر وختونه داسې لیدل شوي دي چې یوازې فزیکي علامې او اعراض په پوره ډول د ناروغۍ په تشخیص کې مرسته نه کوي لکه د مزمن برانکاتیس او قصبي استماء په ناروغیو کې.(۷)

کله چې تنفسي ناروغۍ په حاد ډول رامنح ته شي نو باید د ناروغۍ د پیل په اړه پوښتنې وشي. د بیلګې په ډول په نوموکاکل نمونیا کې مخکې له دې چې د ناروغۍ اعراض منځ ته راشي نور تشوشات لکه تبه، خوله، لړزه، ستومانی او د عضلاتو درد کله کله ورڅخه مخکې موجود کیدی شي. په وایروسي نمونیا کې مخکې له دې چې د سږو د اخته کیدو کومه نښه ښکاره شي اخته‌کس دځو ورځو راهیسي ځان ناروغ احساسوي.کله چې په پلورا کې درد احساس شي نو دا دنمونیا ښکاروندوی ده. خوددې ترڅنګ پکار ده چې د سږو

www.ketabton.com

ترومبو امبولیک ناروغیو ته هم فکر وشي. حاده یا ناڅاپي ساه لنډي بیړنۍ درملنې ته اړتیا لري که چیرې د دوو ناروغیو تر منځ لکه فشاري نموتوراکس او د قصبي استما په ناڅاپي برید کې یوه وړوکې تشخیصه تیروتنه رامنځ ته شي نو ډیرې ناوړه پایلې لري که ناروغ دومره د سالنډي څخه په ځور کې وي چې خپله تاریخچه نشي ویلای نو باید د هغو د خپلوانو څخه د تاریخچې پوښتنه وشي همدا ډول که د یو ناروغ پخوا درملنه شوي وي نو پکار ده چې د هغې په باره کې هم ورځینې وپوښتل شي. په مزمن تنفسي ناروغیو کې د تاریخچې اخیستل ډیر پیچلی کار دی او وخت ته اړتیا لري. په ډیر غور سره پکار ده چې د ناروغ څخه نه یوازې د ناروغۍ پیښې معلومې شي بلکې د اعراضو د چاپیریال په اړه هم ورڅخه معلومات لاس ته راشي په حاد بریدونو کې په ځانګړي ډول د مزمن برانکاتیس په ناڅاپي برید کې دناروغي د پیل د وړاندینیو پیښو په اړوند باید معلومات لاسته راشي ډیرې مزمنې تنفسي ناروغۍ چې په یو خاص مسیر سره پر مخ تګ کوي. که چیرې یو ناروغ داسې علایم ولري چې د تنفسي ناروغیو د علایمو د قطار څخه وتلي وي. نو باید بلې ناروغۍ ته فکر وشي که چیرې د نورو ناروغیو علاج شوي وي نو دا هم په تنفسي ناروغیو ناوړه تاثیر کولای شي لکه د مزمنې استما کوم ناروغ ته چې د لوړ فشار د درملنې لپاره بیتابلاکر دواګانې ورکړی شوي وي. د وظیفوي او محیطي فکتورونو په اړه باید په تنفسي ناروغۍ کې په دقت سره فکر وشي. داسې فکر نه یوازې دا چې تشخیصه ګټې لري بلکې د سږو په ناروغیو کې معاوضوي او وقایوي ګټې هم لري.

د تنفسي جهاز د ناروغیو اعراض:

تنفسي ناروغۍ شپږ اساسي اعراض لري چې عبارت دي له:

۱- Cough یا ټوخی ۲- بلغم Sputum ۳- Hemoptysis

۴- دسینې درد ۵- Breath lessness (Dyspnea) ۶- Wheeze سونګاری

د تنفسي جهاز د لومړني ناروغیو په غیر موجودیت کې هم کیدی شي چې پورتني اعراض منځ ته راشي. د سینې درد کیدی شي چې د قلبي Peri cardial یاOesopgageal منشاء ولري.

Breathe less ness یا ساه لنډی کیدی شي په هغه ریوي اذیما کې چې د (L.V.F) چپ زړه عدم کفایي څخه منځ ته راغلي وي هم منځ ته راشي.

Hemoptysis هم کیدی شي چې د مترال تضیق او یا د ویني د علقي په تشوشاتو کې هم موجود وي د سینې د وحشي طرف درد او نور پنځه اساسي اعراض د تنفسي جهاز د ناروغیو ښکارندوی دی.

www.ketabton.com

:Cough

ټوخی د تنفسي ناروغیو یو عمومي عرض دی. کیدی شي د هغه تنبهاتو د سببه چې د تنفسي جهاز د محاطي طبقې څخه منشاء اخلي (د فرنکس څخه تر ورو قصباتو پورې). په ځیني حالاتو کې د هغه تنبه څخه هم ټوخی پیداکیږي چې د جداري پلورا څخه یې منشا اخیستي وي مثلاً په پلورائي مایع کې د مایع د Aspiration په وخت کې. د ټوخي فریکونسي، شدت او خواص یو تعداد فکتورو پورې اړه لري عبارت دی له:

۱- د آفت ځاي او طبیعت ۲- د بلغمو شتوالی او نشتوالی

۳- د نورو ابنارملتیو موجودیت لکه د صوتي حبول فلج، د تهوئي عدم کفایه او پلورائي درد.

:Types of cough د ټوخي اقسام

ټوخی د هغه تنبهاتو په واسطه چې د بلعوم، حنجرې، تراخیا او قصباتو د حسي اعصابو څخه یې منشاء اخیستي وي تولیدیږي چې لاملونه یې په لاندې جدول کې ښودل شوي دی. په مزمن براتکاتیس کې د ټوخي سره یو ځاي بلغم هم موجود وي.

په C.O.P.D (chronic abstructive pulmonary diseases) ناروغانو کې هم Wheezes موجود وي کوم چې په بارزه توګه د ارجاع وړ نه دی په مقایسوي توګه د استماد ټوخي سره هم غیر قابل ارجاع Wheezes یو ځای وي معمولاً دا Wheezes په لومړنیو ساعتو کې ډیر خراب وي یعني (د A.M 4 – 2 بجو تر منځ) چې په زیاتو ناروغانو کې د بي خوبۍ لامل کرځي. په مزمن برانکاتیس کې دوامدار ټوخي د Cough syncope لامل کېږي. د هوائي لارې په شدید بندش، د تنفسي عضلاتو او صوتي حبولو په فلج کې د نارمل ټوخي چاودیدونکي خاصیت له منځه ځي. د ځانګړي حبول فلج (معمولاً د چپ طرف د Bovine cough لامل ګرځي چې د اواز د خپوالی سره یو ځاي وي .

۱-۵. جدول :دټوخي منشاء ، لاملونه او خاصیت. (۷)

منشاء	معمولي لاملونه	طبعیت او خاصیت
بلعوم	د پزي د Drip څخه وروسته	معمولاً مقاوم وي
حنجره	د حنجرې التهاب، تومور، کروپ، توره ټوخله	زیږ، درد ناک، مقاوم او د حر حر سره یوځاي وي
شزن	د شزن التهاب	درد ناک

www.ketabton.com

بلغم:

د تنفسي جهاز د ټولو ناروغانو څخه باید د بلغمو په باره کې پوښتنه وشي که موجود وي نو باید د بلغمو د مقدار، خاصیت، لزوجیت، خوند او بوي په باره کې پوښتنه وشي.

۱) **مقدار یې:** د بلغمو مقدار کله کله د ناروغ په واسطه په صحیح مقدار سره ښودل کېږي د ناروغ څخه د پوښتنه وشي چې مقدار یې زیات دی (په ورځ کې د چاي د پیالې په اندازه) او یائي مقدار کم دی (د یو یا دوه توکاڼې په اندازه په ورځ کې). زیات ماشومان اوځیني کاهل خلک بلغم تیروي. د ټوخي د آواز څخه هم د بلغمو موجودیت معلومېږي چې ایا ټوخی سست دی او که مرطوب؟ ځیني ناروغان حکایه کوي چې د ټوخي سره هغه وخت بلغم وي چې ستونی پاکوي.

۲) **خواص یې:** د بلغمو خواص هم باید په صحیح ډول تشریح شي او که چیرې ممکن وي نو یو مقدار د Hemoptysis لپاره تفتیش شي. د خواصو له نظره د بلغمو څلور مهم ډولونه عبارت دی له:

۱- Serous مصلي ۲- Mucoid محاط ډوله ۳. قیحي ۴- قیحي محاطي

د ځیني ناروغانو له خوا دا اصطلاح استعمالیږي چې توکاڼې یې چټلي دي، چې مطلب ورڅخه قیحي او محاطي بلغم دی Mucoid بلغم چې ځګ لرونکي وي اکثراً په C.O.P.D او Asthma کې لیدل کېږي.

۳) Viscosity **لزوجیت:** Mucoid بلغم نسبت قیحي بلغمو ته لزوجیت لري او په سختي سره تو کېږي. د استما او هغه نمونیا په لومړنیو مرحلو کې چې د نموکاکس په واسطه منځ ته راغلي وي د بلغمو لزوجیت زیات وي. مصلي بلغم اوبه مانند‌ه او لزوجیت یې کم وي.

:Hemoptysis

د ټوخي سره د ويني خارجیدل د سفلي تنفسي طرق څخه په مختلفو تشوشاتو کې واقع کېږي چې په لاندې جدول کې ښودل شوي دی زیات ناروغان په دې پوهیږي چې وینه د ټوخي سره خارجیږي او که د کانګو سره. Hemoptysis معمولاً د Hematemesis سره معالطه کېږي هر وخت چې ناروغ د Hemoptysis تاریخچې بیانوي نو حتمي باید دHemoptysis د ډول، درجي، فریکونسي او دوام په هکله د ناروغ څخه وپوښتئ.

www.ketabton.com

۵-۲. جدول : د Hemoptysis لاملونه (۷)

معمول	غیر معمول	او نور
❖ د سږو احتشاء ❖ قصبي کارسینوما ❖ توبرکلوز ❖ Bronchiectasis ❖ د سږو ابسي ❖ حاداومزمن برانکاتیس ❖ C.O.P.D	➢ د مترال د سام تضییق ➢ Aspergiloma ➢ Bronchial Adenoma ➢ Tracheal tumor ➢ دسږومتاستاتیک خبیثه ناروغۍ ➢ د حنجرې تومورونه ➢ منضم نسج ناروغۍ ➢ دسږوIdiopathic Hemosidrosis ➢ ګوډ پاسچر سندروم ➢ د وینې د تحثر تشوشات ➢ لوړ فشار	➢ د اجنبي اجسامو انشاق ➢ صدري ترضیض ➢ Iatrogenic ▪ برانکسکوپي ▪ Trans bronchial biopsy ▪ د سږو Trans thoracic biopsy

د څو کلونو لپاره د Hemoptysis پر له پسې واقع کېدل چې د قیحي بلغمو سره یو ځاي وي د Bronchiectasis خواته فکر کېږي که د Hemoptysis لامل معلوم نه وي نو باید د وینې د منبع لپاره Oropharynx معاینه شي چې وینه په اول کې سره روښانه (Bright Red) وي چې د یو څه وخت د تیریدو وروسته په تور بخنه Dark red باندې بدلیږي چې ځګ لرونکي او دبلغم سره یو ځاي وي.

د سینې درد Chest pain:

د سینې دردونه کیدی شي مرکزي (د قص شاته) یا وحشي وي. د قص شاته یا مرکزي دردونه کیدی شي چې د منصف د جوړښتونو د خرابوالی له امله پیداشي لکه شزن، مری، زړه او د وینې غټ رګونه. د سینې د وحشي دردونو عمومي طبي وجه د پلورا ناروغۍ دی.

د پلورا دردونه تیز Sharp او حنجر وهونکي وصف لري او تنفس او ټوخي سره تړاو لري. د ژور ټوخي او تنفس سره یې شدت زیاتیږي مګر د سینې د مرکزي برخې دردونه د ژور ټوخي او تنفس په واسطه په شدت کې یې تغیر نه راځي په استثناء د Tracheitis هغه دردونه چې د سینې د جدار څخه منشاء اخلي (د پښتیو کسرونه) د پلورا د دردونو سره مشابه دي مګر دا دردونه د سینې په جدار د موضعي Tender ness لامل کېږي هغه چې په پلورائي درد کې عمومیت نلري.

www.ketabton.com

په خپل سر نوموتوراکس هم د مرکزي برخې د ناراحتۍ يا د پلورا د دردونو لامل ګرځي پلورايي درد د ضعيف ټوخي، ناراحتي او د سطحي تنفس لامل کېږي.

د سينې د درد لاملونه:

غير مرکزي - پلورائي	غير مرکزي - د سينې ديوال
- نمونيا	- د پښتيو کسرونه
- د سږو احتشاء	- د پښتيو د افت يا د تومور
- توبرکلوز	نيغه حمله د فقراتو د
- خبيثه امراض	ناروغيو په واسطه د نحامي عصب
- د تراحيا التهاب	د ريشي اخته کيدنه
- د منصف تورمونه	- (معمولاً د فقراتو د جسمونو کولاپس)
- د منصف حاد التهاب	- او Herpeszoster
- دزړه اوغټو اوغيو آفات	- انتان Coxackic . B
- د مري تشوشات	

ساه لنډى (Dyspnea):

مساعد کوونکي فکتورونه:

د ساه لنډي شکايت چې په هغې کې ناروغ په مشکل سره ساء اخلي ساه لنډى ورته وايي. دغه عمليه په روغ سړي کې د تمرين په حال کې هم پيداکيږي.

هغه اساسي فکتورونه چې د ساه لنډي په پيداکيدو کې برخه اخلي عبارت دي له:

١. د تنفس په عمليه کې زياتوالی
٢. په تهويه کې زيادت
٣. د تنفسي عضلاتوضعيفي

چې هر يو يې مختلف سببونه لري کيدى شي چې څو مختلف فکتورونه په يو کس کې يو ځاي عمل وکړي او ساه لنډى منځ ته راولي.

د کلينيکي تحليل له مخي د ساه لنډي په ناروغانو کې دوه شيان مهم دى.

١. د ساه لنډي د شدت معلومول ٢. د سالنډي دسبب معلومول

په عمومي ډول د Tachypnea او ساه لنډي تر منځ لږ څه تړاؤ موجود دى ځيني ناروغان چې تنفسي عضلات يې په شديده کمزورۍ اخته وي د سطحي ساه لنډي لامل ګرځي مګر

www.ketabton.com

د ځيني ناروغانو تنفسي عضلات چې په ضعيف ډول اخته شوي وي مګر ساه لنډى يې شديده وي.

په عمومي توګه د تنفس د تعداد(Tachypnea ځيني وخت داسي تعبير کېږي چې په چټک تنفس اطلاق کېږي) او د ساه لنډي د احساس تر منځ يو کوچنی تړاو شته. ځينې ناروغان چې د تنفسي وظايفو عدم کفايه ورسره وي شايد يوازې د يو کم اندازه ساه لنډي څخه شاکي وي. نور چې په کمه اندازه تنفسي وظايفو عدم کفايه ورسره وي شايد ددغه ډول اعراضو خطرزيات کړي. يوازي څه وخت چې Hypoxemia شديده وي د ساه لنډي احساس سره مرسته کوي. په مقايسوي توګه دلته زياتره يو کوچنی تړاو د ساه لنډي او د Hypercapnea د شدت ترمنځ شته. که څه هم په روغو خلکو کې په چټک ډول د کاربن داي اکسايد فشار سويه لوړه شي د فرط تهوئي او ساه لنډي لامل ګرځي. کيدی شي دا کار په هغه ناروغانو کې چې په مزمنه ---------Type II تنفسي عدم کفايه اخته شوي وي منځ ته رانشي ځکه چې په دې ناروغانو کې د Brain Stem عکس العمل کم يا بيخي نه وي. په ځيني ناروغيو لکه ريوي اذيما، ترومبوامبوليزم او نمونيا کې د اسناحو د شعريه اوغيو د جدار کشش اخذي (T اخذي) تنبه کېږي چې د متوسطې ساه لنډی لامل ګرځي.

❖ هغه ساه لنډی چې د تنفس عمل د زياتوالی سره يو ځاي وي.

د تنفس د کار زياتوالی د هوائي لارو په بندش (که غټې هوائي لارې وي ياکوچني) د سږو د توسعيه قابليت په کموالی (stiff lung) او د صدري پراخوالی په محدوديت کې منځ ته راځي.

Increased work of Breathing

د تنفس د کار زياتوالی په لاندې حالاتو کې ليدل کېږي:

الف) د هوايي لارو بندش
- قصبي استما
- مزمن برانکاتيس
- مزمنه امفزيما
- د تراخيا بندش

ب) د سږو د پراخيدو د وړتيا کموالی
- ريوي اذيما
- ريوي فبروزس
- خارج المنشاء د اسناحوالرژيک التهاب.

ج) د سينې د پراخيدو محدوديت
- Ankylosing spondylitis
- د تنفسي عضلاتو فلج
- Kypho scoliosis

www.ketabton.com

هغه ساه لنډي چې د تهويوي Drive د زياتوالی سره يو ځاي وي. د فزيولوجيکي مړې مسافې زياتوالی او د تنفسي مرکز زياته تنبه او يا يو له دې دواړو څخه د تهوئي د زياتوالی لامل ګرځي چې دا زياتوالی وروسته د ساه لنډي لامل کېږي.
فزيولوجيکه مړه مسافه هغه وخت زياتيږي چې د تهوئي او perfusion تر منځ موازنه خرابه شي چې په نتيجه کې د ژورې تهوئې او Tachypnea لامل ګرځي د تهوئي او perfusion خرابوالی په مختلفو تشوشاتو کې لکه د سږو کولاپس، د سږو اذيما، Consolidation او د سږو ترومبوامبوليزم کې منځ ته راځي. فرط تهويه د هغه تنبه په نتيجه کې منځ ته راځي چې د تنفسي مرکز څخه يې منشاء اخيستې وي او تنفسي مرکز د کيمياوي موادو يا عصبي تنبه په نتيجه کې عکس العمل ښيي.
فرط تهويه د روحي تشوشاتو سره يو ځاي وي او کيدی شي چې د داخل الحجروي k, Mg, Alkali ذخيروي کموالی او دخارج الحجروي Ca د آيونايزيشن د کموالی لامل وګرځي تنفس يې ژور، غير منظم او اوږد وي. ناروغان اضافي تنفس ته ضرورت لري او د سږو د پوره ډکيدو توان نه لري يعني سږي په مکمل ډول نشي ډکيدلاي.
که فرط تهويه حاده او دوامداره وي کيدی شي چې د تيتاني او حتی د ميرګي لامل شي.
په مزمن فرط تهويه (effor syndrome) کې په عصبي او عضلي عصبي اتصالي ساحه کې اعراض منځ ته راځي.

د تنفس کيمياوي تنبهات:

- ميتابوليک اسيدوزس ---------- Kussmaul تنفس لامل کرځي.
- شرياني Pa Co2 زياتوالی (تنفسي اسيدوزس)
- شرياني Pa Co2 کموالی (نمونيا، وينه لږې، شاک، ستروک) د Brain stem کيمياوي اخذو، ثباتي او ابهر د تنبه لامل ګرځي.
- د مرکزي حرکاتو Arousal زياتوالئ (تمرين، Anxiety,thyrotoxicosis او فيوکروموسايتو ماکي)
- د سږو د J اخذو ډسچارج (د سږواذيما)

د مزمنې فرط تهوئې اعراض:

- ضعيفي، ګنګسيت
- د اوريدو دروندوالی او برنګس
- محيطي بي حسي
- يخې خولې، يخ لاسونه او پښې
- عضلي کرمپ او دردونه

www.ketabton.com

- عمومي ضعيفي او ثابته ستوماني
- د استراحت په حالت کې نفس تنګي د ارګمي باسل اوسوړاسويلي سره
- دسيني بريښ او ټکان
- د ګيډې ټنډيډل او کرمپ
- د تعوط او تبول فريکونسي Urgency
- ناآرامي، اضطراب او Panic وارخطائي حمله

د ساه لنډي د پيداکيدو خاص فکتورونه:

تشوشات	فکتورونه
• نمونيا	۱. تبه تنفسي مرکز تنبه کوي
	۲. پلورائي دردونه د سينې پراخوالی محدود وي
	۳. Stiff شح سږي
	۴. د(V/P) Ventilation/perfusion عدم توازن
	۵. د J د اخذو تنبه
	۶. Hypoxemia
	۷. Pa Co2 کموالی
	۸. Septick shock
• ريوي اذيما	۱. د v/p عدم توازن
	۲. سخت سږي
	۳. Pa Co2 کموالی
	۴. Hypoxemia
	۵. Cardiogenic shock
	۶. د کار زياتوالی
	۷. قصبي انسداد
	۸. فرط تهويه
	۹. ويره او اضطراب

ساه لنډي چې د تنفسي عضلاتو د وظايفو د خرابوالی سره يو ځاي وي:

عصبي عضلي تشوشات د بين الضلعي عضلاتو او حجاب حاجز د وظايفو د خرابوالی لامل ګرځي چې کيدی شي د قسمي يا مکمل تنفسي فلج لامل وګرځي لکه پوليومیالاتيس، Guillain Barre پولي نيورو پاتي، Cervical cord transaction، عضلي ضمور، Myastinea gravis.

www.ketabton.com

ساه لنډي چې د نورو مضاعفو فکتورونو سره یو ځاي وي:
د ځینو خاصو ناروغیو په خاصو حالاتو کې پتوفزیولوجیک میخانیکیتونه د ساء لنډي په تولید کې رول لري که څه هم پتو فزیالوجي د ساه لنډي د میکانیزم په تشریح کې کومک کوي. زیاتره وخت د مشرحې تاریخچې اخیستل د ساه لنډي د لامل په تشخیص کې رول لوبولای شي.

کلینیکي نمونه:
د ساه لنډي لاملونه زیاتره د کلینیکي لوحې څخه معلومیږي په کلینیکي نمونه کې د ساه لنډي شروع (onset)، موده (Daration)، پرمخ تګ Progressan) تغیر Variability زیاتوونکي او کمونکي فکتورونه او ورسره د یو ځای اضافي اعراضو په باره کې پوښتنه وشي.
د پلټني جدول د عسرت تنفس د تاریخچې لپاره:
- ❖ شروع یې - په حاد ډول شروع شوې ده او که په تدریجي ډول
- ❖ د تمرین زغم او ورځني فعالیتونه
- ❖ ضمیموي اعراض - ټوخي، بلغم، Wheeze ، Hemoptysis، د سینې درد
- ❖ د الرجي - د زړه او تنفسي جهازاتو د تشوشاتو تیره شوې تاریخچې لپاره
- ❖ د وظیفې - د ګرد سره تماس، پولن، د حیواناتو او کیمیاوي موادو سره د مخامخ کیدو په باره کې معلومات
- ❖ تنباکو څکول- (پخواني ، موجود)
- ❖ اوسني سفر بهرني هیواد ته

تشوشات: د ساه لنډي لاملونه
- ❖ **فزیولوژیک**: ۱. تمرین ۲. لوړ ارتفاعات (high altitude)
- ❖ **پتولوژیک**: ۱. چاقي ۲. وینه لږې ۳. تنفسي تشوشات ۴. د زړه تشوشات
- ❖ **روحي**: فرط تهویه
- ❖ **دوایي**: ۱. هغه دواګانې چې د تنفسي تشوشاتو د پیداکیدو لامل ګرځي.
  ۲ . هغه دواګانې چې د قلبي تشوشاتو د پیداکیدو لامل ګرځي.

۵-۳. جدول:د شروع کیدو ډول، موده او پرمخ تګ یې (۷)

دقیقې تر ساعتو	ساعت تر ورځو	میاشتي تر کلو

www.ketabton.com

نوموتوراکس	نمونیا	ریوي توبرکلوز
حاده استما	پلورائي انسباب	مزمن برانکاتیس
ریوي اذیما	Guillain barre سندروم	د اسناخو فبروزي التهاب
ریوي امبولیزم		

متغیر، زیاتوونکي او کموونکي فکتورونه: په پورتنیو فکتورو کې ورځنی بدلون ددوي د خاصیت ښکارندوي دی هغه ساه لنډی چې دهفتې په آخر یا د رخصتي په ورځ کمیږي.
شغلي Asthma یاAllergic Alveolitis ښکاروندوی ده د استما نښې کیدی شي د ټوخي، خندا او یاهم له مانوري څخه وروسته په ځانګړي ډول ډیرې ښکاره ولیدل شي، همداډول د چلم یا سګریټ څکولو څخه وروسته د ګرد، دوړو، لوخړو، بوټو او ځناورو د الرجن په واسطه هم زیاتیږي. د Asthma ناروغان په لویه کچه له ټوخي، پرنجي او ساه بندي څخه سر ټکوي. هغه ساه بندي چې ناروغ له خوبه ویښوي د استما، ریوي اذیما یاPNDاو د C.O.P.D په ناروغانو کې لیدل کیدی شي. د زړه د عدم کفائي او پرمخ تللي C.O.P.D په ناروغانو کې هغه وخت ساه لنډی رامنځ ته کیږي چې کله ناروغ ستوني ستاخ څملي نو دواړه ډوله ناروغان د ناستې په وضعیت کې ویده کیږي او یاهم سر یې لوړ او شاته یې تکیه ګانې ایښي وي او بیا ویده کیدی شي.
ضمیموي اعراض: هغه عام اعراض چې د ساه لنډي سره یو ځای وي عبارت دي له ټوخي، Wheeze، بلغمو، Hemoptysis او د سینې د درد څخه.

۴-۵ جدول حاده ساه لنډي او د ضمیموي اعراضو تشخیصیه ارزښت: (۷)

❖ د سینې درد، د ټوخي او Wheeze څخه پرته • ریوي امبولیزم • Hypovolemic شاک • فشاري نوموتوراکس • استقلابي اسیدوزس
❖ د سینې د درد څخه پرته مګر د Wheeze او ټوخي سره • استما • ریوي اذیما • نوموتوراکس
❖ دسینې د وحشي طرف درد، پلورائي درد په نظر کې نیولو سره • نمونیا

www.ketabton.com

• ریوي احتشاء • د پښتیو کسر • نوموتوراکس
❖ د سینې د مرکزي برخې درد او پلورائي درد څخه پرته • د زړه احتشاء • کتلوي ریوي امبولیزم

شدت:

په ورځني فعالیتونو کې د ساه لنډي د شدت معلومول ډېر مهم دی، که دا کمه هم وي نو محدود کوونکي فکتورونه باید په ګوته شي.

د مثال په ډول د یو زوړ ناروغ د تمرین تحمل د Angina pectoris، Intermitant Claudication **او** Osteo arthritic hips **په واسطه نسبت هغه ساه لنډی ته چې د مزمن** Bronchitis **په واسطه منځ ته راغلي وي زیات محدود وي د** NHAC **یو داسې جهاز موجود دی چې د قلبي او تنفسي ضعیفوالی تشخیص وکړي. د ورځني فعالیت په باره کې د ساده پوښتنو کول د سالنډي د وظیفوي تشخیص لپاره زیات اغیزمن دی.**

(NHAC) New York heart association Classification

Severity of heart failure

Grade I - **عسرت تنفس د استراحت او یا متوسط تمرین سره موجود نه وي.**

Grade II - **د متوسط تمرین سره عسرت تنفس موجود وي او د دمې یا کم تمرین سره اعراض نه وي.**

Grade III - **عسرت تنفس د متوسط تمرین لاکن د استراحت سره کمه اندازه وي.**

Grade IV - **په واضح توګه د استراحت سره عسرت تنفس او شدیده سالنډی دکمې اندازي تمرین سره موجوده وي.**

نوټ: د زړه ځیني ناروغان چې د زړه غټه ناروغي ولري کیدی شي بې عرضه یا کوچني اعراض ولري او ځیني ناروغان چې د زړه وړوکي ناروغۍ ولري کیدی شي غټ اعراض ولري خصوصاً هغه وخت چې ناروغ وینه لرې، حمل او نا آرامي ولري.

د ساه لنډي وظیفوي تشخیص:

❖ **آیا د سالنډی په واسطه یې خوب ناآرام وي؟**
❖ **آیا ساه لنډی د استراحت په حالت کې وي؟**
❖ **آیا سالنډی په نارمل محاوره کې مداخله کوي؟**

www.ketabton.com

- ❖ آیا د جامو بدلول او د ځاي وینځل د سالنډي لامل کېږي؟
- ❖ په همواره ځمکه څومره تللي شي پرته له ودریدو څخه؟
- ❖ په غیر له دمې څخه د زینې په څو پوړو ختلي شي؟
- ❖ د ساه لنډي په واسطه کوم فعالیتونه له منځه ځي (د سالنډي په کوم وخت کې څه کوي)؟

:Apnea

په ژوند کې د تنفس انقطاع (Apnea) په یو شمیر حالاتو کې منځ ته راځي.

- ❖ په ارادي ډول د تنفس نیول (ارادي Apnea)
- ❖ په Cheyne stoke تنفس کې په واروار سره Apnea منځته راځي

د خوب په وخت کې Apnea په دوه ډوله ده:

۱- Obstructive sleep apnea: دا Apnea هغه وخت منځ ته راځي کله چې پورتنۍ تنفسي لاره د خوب په وخت کې په وقفوي ډول سره بنده شي. دا په هغه بالغ کسانو کې منځ ته راځي چې چاغ، لنډه غاړه او په خوب کې په لوړ آواز سره خریږي.

۲- Central sleep apnea: په ځیني وختو کې په صحتمندو خلکو کې هم د لس ثانیو لپاره تنفس دریږي.

پتولوژیک د خوب مرکزي Apnea نادراً پیښیږي. اکثراً هغه وخت پښیږي چې تنفسي عضلات فعالیت ونه لري.

Wheeze یا سونګاري:

ځیني ناروغان د Wheeze څخه شکایت لري او هغه په دې ډول بیانوي چې تنفس یې شور کوونکی او تکلیف ورکوونکۍ دی.

Wheeze د موزیکل آواز څخه عبارت دی کله چې هوا د تنګو قصباتو څخه تیریږي دا آواز د ذفیر په وخت کې بې له دې چې کوم تغیر پکې راشي لوړوي او زیاتره د تنفسي سایکل په همدې مرحله پورې محدود وي. دا اواز زیات بارزوي او کله کله د ژور تنفس په وخت اوریدل کېږي. د زیاتو ناروغانو Wheeze په عادتي ډول وي ځیني ناروغان Wheeze د Stridor په شکل بیانوي چې باید ددې دواړو اوازنو تر منځ فرق وشي.

Stridor هغه وخت پیداکیږي کله چې په غټو هوائي لارو کې قسمي بندش موجود وي لکه د حنجرې اذیما، تومور یا د اجنبي اجسامو انشاق. Stridor بیړني تشخیص او درملنې ته ضرورت لري.

د پورتني تنفسي جهاز اعراض:

www.ketabton.com

پوزه او انفي بلعوم:

د پوزې او انفي بلعوم په ناروغيو کې چې کوم زيات اعراض پيښيږي هغه د پوزې هوايي لارو بندش او پوزي د افرازاتو څخه عبارت دی پورتني دواړه اعراض اکثراً يو ځاي وي. په نوبتي ډول د پوزې بندش د پوزې د محاطي اذيما او د افرازاتو د زياتوالی له کبله وي. په دوامدار ډول بندش د Adenoid د غټوالی، حجابي انحراف او يا د polyp له امله وي. د پوزې دوه طرفه بندش ددې لامل کېږي چې ناروغ په مزمن ډول د خولې له لارې څخه تنفس وکړي (chronic mouth breathing) کوم چې په ماشومانو کې طبي اهتماماتو ته ضرورت لري. که چيرې ممکن وي هغه فکتورونه د مشخص شي چې د پوزې د عود کوونکي بندش لامل گرځي لکه پولن يا د گرد انشاق.

د زيات پرنجي (sneezing) په باره کې دې هم معلومات تر لاسه شي. زيات پرنجي کول په Allergic Rhinitis دلالت کوي. همدا ډول د سردردي په باره کې دې هم پوښتنه وشي کوم چې د پوزې د Sinus په حادانتان کې موجود وي. په Epistaxis کې کله چې وينه د حلقي سوريو څخه انشاق شي نو د Hemoptysis په ډول ځرگندېږي.

Larynx حنجره:

د حنجرې د ناروغيو دوه عمده اعراض عبارت دي له Stridor او Hoarsness (د آواز خپوالی) څخه. مگر د حنجرې آفات دټوخي او درد لامل هم گرځي.

که د آواز خپوالی او Stridor د څو ورځو لپاره په دوامداره ډول موجود وي بايد په پوره توگه يې پلټنې وشي. Hoarsness (dysphonia) په کم شدت سره په درجه کې له Aphonia څخه توپير لري. په Hypothyroidism کې غږ د (roak لکه چنکښي آواز) په شکل وي.

د آواز د خپوالی د مودې او د هغه پيښو په باره کې دې پلټنې وشي چې ددې په شروع کې معلومات راکوي لکه د سر يخوالی، د آواز غلط استعمال، مزمن ټوخی د غاړې او يا ستوني عمليات. او ددې معلومات دې هم وشي چې آيا دا په پرمخ تگ کې دی او يا په هغه لومړني حالت کې دی او يا مخ په خرابيدو دی.

که چيرې په حنجره کې عضوي آفت موجود وي نو د Hoarsness سره ټوخي يو ځاي وي چې ټوخي يې تغير نه کوي چې لنډ، وچ او Barking (د سپي د غپاري) په شان وصف لري. د حنجرې Stridor د لوړ pitch crowing (د کارغه په شان) آواز دئ چې د شهيق په وخت کې توليديږي په خلص ډول لاملونه يې عبارت دی له:

۱- د Cord په منځ کې د اجنبي جسم موجوديت ۲- د حنجرې اذيما ۳- د حنجرې Spasm ۴- په حنجره کې د Exudute تشکل

Laryngeal pain يا د حنجرې درد:

په گذري ډول د حنجرې سپک درد په حاد Laryngitis کې منځ ته راځي ثابت او شديد درد د حنجرې د پرمخ تللي T.B، Laryngitis او حنجروي کارسينوما يوه منظره جوړوي.

www.ketabton.com

:Trachea

د شزن دردونه د manibrium sterni **شاته انتشار کوي په حاد** Tracheitis **کې درد ډېر شدید وي مګر د ټوخي په وخت کې یې شدت نور هم زیاتیږي.**

شزني Stridor **د خبیثه تومور په واسطه د بندش له کبله منځ ته راځي چې همیشه د سالنډي سره یو ځای وي.**

د laryngeal stridor **په نسبت یې** Pitch **خفیف وي او د شهیق په وخت کې ښه اوریدل کېږي، چې د ټوخي په واسطه یې اواز هم لوړیږي که چیرې د تومور په واسطه په قسمي ډول یو یا دواړه غټ قصبات بندشي هم** Stridor **پیداکیږي کله چې د** Stridor **یا خرخر شک پیداشي نو باید ناروغ ته وویل شي چې وټوخېږي او په وازه خوله ژوره ساه واخلي او وباسي د څه وخت لپاره باید خپل غوږونه د ناروغ خولې ته نږدې کړئ او د** stridor **شتون په اوله مرحله کې وګورئ.**

د پخوانۍ ناروغۍ تاریخچې: د پخواني تاریخچې څخه د تشخیص، درملنې او ناروغ د انزارو په باره کې ډېره ګټه اخیستې شو.

پخوانۍ رادیوګرافیک کتنې: که د ناروغ په اوسنیو رادیوګرافي کې د سیني د ناروغۍ په اړوند څه نښې پیداشي نو پکار ده چې داکتر د ناروغ پخوانۍ اکسرې هم راوغواړي او تر کتنې لاندې یې ونیسي دا ډېره ښه تشخیصیه ارزښت لري.

کورني، شغلي او ټولنیزې تاریخچې:

د تنفسي ناروغۍ کورني تاریخچې د لاندې درې دلایلو له مخې د اهمیت وړ دي:

1. **زیات انتانات په ځانګړي ډول توبرکلوز کیدی شي چې له یو کس څخه بل ته سرایت وکړي د یو چا سره د نږدې والی تاریخچې د کورني اړیکو څخه ډېر اهمیت لري.**
2. **په الرجیک تشوشاتو لکه قصبي استما کې د ارثیت مساعده زمینه موجوده وي او د**Eczema, Hay fever, Asthma **کورنۍ تاریخچه غیر معمول نه ده.**
3. **په مزمن برانکاتیس کې هم په ولادي توګه د ناروغۍ منځ ته راتګ لیدل شوي خو ددې سره سره دا ناروغي د حلقو د اوسیدلو او د سګرت څکولو د عادت سره نیغ په نیغه تړلې ده.**

www.ketabton.com

شغلي تاریخچه: د ټولو وظایفو او مشغولتیاو په اړه پوښتنې باید وشي.
ډیر کیمیاوي مواد، عضوي لوګي او د ځناورو پروتین د Asthmaاو الرجیک Alveolitis لامل کیدی شي. همدا ډول دغیر عضوي موادو لکه Silicon، د ډبرو سکارو، ګردونو او Asbestos له کبله هم Pneumoconiosis او نورې خبیثې ناروغۍ پیداکیږي.

پخوانۍ تاریخچه:

تاریخچه	نتیجه او شرح یې
۱)توبرکلوز	۱) کیدی شي عودوکړي او Bronchiechtasis لامل شي یا یو Fungus ball (Aspergilloma) د سږو په کهف کې جوړ شي چې دا کهف د توبرکلوز په واسطه منځ ته راغلي وي.
۲)نومونیا او پلوریزي	۲)کیدی شي چې د Bronchiectasis لامل شي عودکوونکي نمونیا او پلوریزي د Bronchiectasis په واسطه منځ ته راځي همداډول د قصبي تومور، د مري د محتویاتو Aspiration (Achalasia of cardia) یا د بلعوم د افرازاتو Aspiration او الکولیزم د نمونیا او پلوریزي لامل ګرځي. دعودکوونکي نمونیا په ناروغانو کې د معافیتي تشوشاتو لکه globulenemia، - Hypo - Gama او multiple myeloma ته هم توجه وشي.
۳)شري او توره ټوخله	۳)کیدی شي داحتلاطاتو په ډول د نمونیا لامل وګرځي خصوصاً د ماشومتوب په اولو وختونو کې او یا د Wheezy bronchitis او Wheezy Bronchiectasis لامل شي.
۴)Wheezy Bronchitis یا عودکوونکي Bronchitis په ماشومتوب کې	۴) په ماشوم توب کې د Asthma په ځای د Bronchitis تشخیص وضع کیږي(ناروغ Asthma وي مګر ګومان پرې د Bronchitis کیږي. په هغه بالغانو کې د Asthma عود چې په کوچني والي کې دAsthma او یا Wheezy bronchitis تاریخچه لري معمول وي.
۵)دسیني ترضیضات	۵)ترضیضي Hemothorax دپلورا دضحیم کیدو لامل ګرځي چې دا ضحیمه پلورا سږي کلک نیسي (frozen chest) .

www.ketabton.com

٦) تازه د عمومي بې هوشي دواګانو استعمال یا د شعور ضاع	٦) د بلعوم افرازاتو یا د اجنبي اجسامو لکه غاښ انشاق د Aspiration pneumonia یا د سږو د ابسي لامل ګرځي.
٧) امیندواري، تازه سفر، ناروغی یا جراحي عملیات	٧) ریوي امبولیزم
٨) د سیني رادیوګرافي	٨) د سینې د اوسني او پخواني رادیوګرافیو مقایسه تشخیصي ارزښت لري.

ټولنیزه تاریخچه Social history:

ټولنیزه تاریخچه هم باید په مکمل ډول واخیستل شي همدا ډول په دې تاریخچه کې د ځناورو (لکه تې لرونکو یا مرغانو) په باره کې دې پوښتنه وشي ځکه چې داد Rhinitis، Asthma، الرجیک Alveolitis او نمونیا Psitha cosis لامل کېږي. هغه معلومات چې د ناروغانو څخه او یا د فزیکي معاینې په نتیجه کې راغلي وي، هغه ټول په یو ځای کې جمع کړي. د C.O.P.D او قصبي کارسینوما مهم لامل د سګرت څکول دي. دا دواړه ناروغی په هغه کسانو کې چې سګرت نه څکوي په نادر ډول لیدل کېږي.

د سګرت څکولو تاریخچه په لاندې شیانو مشتمل ده:

١. سګرت د څه وخت او په کوم عمر کې شروع کړي دي؟
٢. په کوم عمر کې یې سګرت بند کړي دي؟
٣. د تنباکو متوسط استعمال شومره وو (د سګرت تعداد په ورځ کې یایې د تنباکو مقدار په هفته کې). زیات وخت یې مقدار ناروغانو ته معلوم وي چې شومره سګرت یې اخیستل او یا یې په ورځ یا هفته کې مصرفول.

د تنفسي ناروغیو باندنی ښه The physical examination:

د ناروغ په لومړي ځل راتګ او د تاریخچې د اخیستلو په وخت کې یو تعداد مناظر په ناروغ کې موجود وي چې د تنفسي ناروغیوپه موجودیت دلالت کوي چې عبارت دی له Hypoxia، د سالنډې موجودیت او یا د خوراک او ښناک په حالاتو کې تشوشات. د پوستکي معاینات هم د تنفسي ناروغیوپه تشخیص کې کمک کوي. په عمومي ډول د Cervical غدواتو معاینه او د Scalene Lymph nodes معاینات په خصوصي ډول باید په

www.ketabton.com

ډيره توجه سره اجرا شي. د تنفسي ناروغيو نور خارجي مناظر دستر ګو او لاسونو دمعاينې څخه په لاس راتلاي شي.

د معاينې ترتيب:

۱. دناروغ عمومي منظره وګورئ او د تنفس شکل او تعداد يې معلوم کړئ.

۲. د ټوخي، Wheeze، Stridor او د آواز تشوشات په ناروغ کې وګورئ.

۳. همدا ډول ناروغ دسيانوزس، حساسيت، Hypoxia, polycytemia او د Co2 د تراکم لپاره معاينه کړئ.

۴. د تنفسي ناروغيو نورسيستميک مناظر په ناروغ کې وګورئ لکه محيطي اذيما، او يا د ښي زړه د عدم کفايې علايم.

د ګوتو Clubbing:

۱. ګوتې د جنبي خواوُ څخه د نوک د بستر د زاوئي له منځه تللو لپاره تفتيش کړئ.

۲. ددې لپاره چې په ګوتو کې معوجيت (Fluctuation) وکتل شي نو د ناروغ ګوته راواخلئ او خپل لاس د دواړو ګوتو په نرم طرف کې يې کيږدئ او بيا د ناروغ ګوتې ته د proximal phalangeal مفصل په برخه کې د خپلو دوه منځني ګوتو د څوکو په واسطه فشار ورکړئ.

۳. بيا د خپلو دواړو شهادت ګوتو په واسطه د ناروغ ګوته د نوک په قاعده کې جس کړئ.

رقبي Lymph Adenopathy :

۱. درقبي lymph adenopathy لپاره رقبي عقدات لکه څرنګه چې مخکې ذکر شول معاينه کړئ.

۲. د Scalene عقداتو د معاينه کولو څخه مخکې ناروغ د هغه تکليف څخه چې ددې عقدې د معاينې کولو په وخت کې پيداکيږي خبر کړئ. د ناروغ غاړه لږه هغې خواته ښکته او قبض کړئ چې د کومې خواته عقده معاينه کوئ بيا خپلې ګوتې ته ددې عقدې د معاينه کولو لپاره هغه ځای کې فشار ورکړئ د کوم ځاي څخه چې د ترقوې په هډوکي کې Sternomastoid عضلې منشاء اخيستي وي (د ګوتو Dipping جس).

غير نورمال حالات:

د جامو د اغوستلو او ايستلو چټکتيا (په څومره چابکي سره ناروغ جامې وباسي او يائې اغوندي) د تنفسي ناروغيو لپاره ګټوره نښه ده.

د وزن ضياع په خباثت يا په يو مزمن انتاني حالت لکه T.B باندې دلالت کوي هغه ناروغان چې د Laryngeal عصب فلج لري په هغوي کې د آواز تشوشات او ابنارملتي

www.ketabton.com

ګانې موجودې وي. هغه ناروغان چې د سږو په مزمن sepsis لکه Bronchiectasis اخته وي تنفس يې بد بوي لري.

سيانوزس:

هغه مرکزي سيانوزس چې تنفسي منشاء لري په C.O.P.D کې په کثرت سره ليدل کېږي په داسې حالاتو کې د Co2 تراکم (Type 2 تنفسي عدم کفايه) د محيطي او غيودتوسع لامل ګرځي چې په نتيجه کې لاسونه ګرم او آبي (blue) معلومېږي په مرکزي سيانوزس کې د ژبې د رنګ کتل معتبر ګڼل کېږي او د مرکزي سيانوزس لپاره ښه مشخص کوونکې علامه ده. (۹)

مرکزي سيانوزس په نورو ناروغيو کې هم منځ ته راتلاى شي.

۱- نمونيا ۲- قصبي استما ۳- ريوي احتشاء ۴- Allergic Alveolitis ۵ - نورې هغه ناروغۍ چې د سږو د فايبروزس لامل ګرځي.

مګر په دې حالاتو کې هغه وخت مرکزي سيانوزس منځ ته راځي چې دا حالتونه ډېر شديد او يا په پراخه ډول وي.

محيطي سيانوزس زياتره وخت مخ او غاړه او کله کله علوي اطراف اغيزمن کوي.

شديده مزمنه Hypoxia (چې قلبي او يا تنفسي منشاء ولري) زياتره د polycytemia او سيانوزس سره يو ځاي وي (قسماً مرکزي او قسماً محيطي).

Oedema **اذيما:**

محيطي اذيما په هغه ناروغانو کې چې د C.O.P.D او يا د ښي خوا زړه په عدم کفايه چې د ريوي فرط فشار په نتيجه کې منځ ته راغلي وي راتلاى شي.

د اذيما مختلفې ويشنې د علوي اجوف وريد په بندش کې ليدل کېږي چې دا د قصبي کارسينوما ډېر زيات معمول احتلاط دی کله چې علوي اجوف وريد بند شي نو وداجي وريد توسع کوي چې د سترګو په واسطه هم ليدل کېږي مګر وريدي نبضان په غاړه کې نه ليدل کېږي. د بندش څخه څو ورځې وروسته د سينې د جدار په وحشي او قدامي برخه کې پراخه سطحي وريدونه اوکوچني اوردې څرګنديږي وي (د ترقوې څخه نيولی ښکته د پښتيو تر څنډو پورې) د اوريدونه دتخرګ او تحت الترقوي وريدونو وينه د سفلي اجوف وريد د دريناژ ساحې ته رسوي مخ او غاړه پړسيدلې معلومېږي. Chemosis (د منضمې اذيما او هم په انساجو کې Pitting اذيما موجوده وي د لاسونو په ظهري طرف کې متوسع وريدونه موجود وي حال دا چې که لاسونه د فوق القصي حفرې څخه هم پورته شي. (۷)

www.ketabton.com

لاسونه :

د ګوتو Clubbing د تنفسي، قلبي، او هضمي سیستم په یو شمیر ناروغیوکي منځ ته راځي په Clubbing کې د ګوتو آخري بندونه پړسیدلي وي مګر دومره صاف نه معلومیږي د پښو غټې ګوتې هم اغیزمنې کوي چې دا اغیزمندوالی د بین الحلالي مسافو د اذیما له کبله وي هغه چې د شعریه اوعیو او کوچنیو شراینو د پراخیدو په نتیجه کې منځ ته راځي د Clubbing ابتدائي منظره د نوکانو د بستر او د نوک تر منځ د زاوئې له منځه تلل دی.

د Clubbing آزموینه هغه وخت مثبت وي چې د ګوتې د نوک د حرکت احساس کول د لږ تموجیت له امله نسبت د نارمل ګوتې د نوک د حرکت څخه زیات وي. کله چې تموجیت پکې منځ ته راشي نو نوک د جس په وخت کې داسې معلومیږي لکه چې په خپل بستر باندې لامبو وهي. په پرمخ تللي Clubbing کې مختلف تدریجي پرمخ تللي تغیرات د لیدلو وړ وي.

1. **دنوک په قاعده د تحت الجلدې انساجو د پړسوب له امله د نوک د قاعدې پوستکی چې د تحت الجلدې نسج یې پوښلی وي. ځلیدونکی، سور او راوتلی معلومیږي او د پوستکي سطحي ګونځې هم ورسره ورکیږي.**
2. **وروسته د نوک بستر هم پړسیږي چې په نتیجه کې د نوک انحنا خصوصاً په اوږده محور کې زیاتیږي.**
3. **بالاخره د ګوتو څوکې هم پړسیږي چې دا په پرمخ تللي Clubbing دلالت کوي په ځینې نوروحالاتو کې چې Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy موجوده وي په پښو، ښنګرو، زنګنو، لاسو او مړوندو کې پړسوب د درد لامل کرځي.**

په رادیوګرافي کې د Sub periostal ناحیه کې د نوي هډوکي جوړیدنه معلومیږي.

Neck یا غاړه:

کله چې یوه عقده پیداشي که چیرې د عقدې قطر 0,5 سانتي متر څخه زیات وي، شکل یې ګرد او قوام یې کلک وي نو دا عقده عموماً پتالوژیکه ده. او معمول لامل یې د قصبي کارسینوما څخه د متاستاز شته والی دی په ځینو حالاتو کې غټې او ثابتې کتلې موجودې وي. همدا ډول سخت او غیر هموار کتلات شاید په جوړ شوي او کلیسفاید توبرکلوز کې

www.ketabton.com

وليدل شي. په ځينې حالاتو کې Calcification د راديو ګرافيک معايناتو په واسطه ليدل کيدی شي.

نور پتالوژيک حالات لکه Lymphoma او Sarcoidosis هم د لمفاوي غقداتو د غټوالی لامل ګرځي.

نورې لوحې: ځينې جلدې او تحت الجلدې آفات د تنفسي ناروغيو سره يو ځاي دی.د ستړګو تظاهرات هم د تنفسي ناروغيوښودونکي وي لکه په Horner syndrome کې چې د Co2 د تراکم څخه، دوريدو توسع او papiloedema چې د Opthalmoscopy په واسطه معلوميږي.

په هغه ناروغانو کې چې Type II تنفسي عدم کفايه ولري د هغوي په لاسونو کې flapping tremor موجود وي. که چيرې مټ و غزول شي نو د مړوند حرکات د مخکې او شاته خواته مشاهده کېږي يعني که چيرې ناروغ مټ اوږد ونيسي نو د مړوند په ناحيه کې به يې لاس قدام او حلف خواته حرکت کوي.

د پوستکي آفات چې په تشخيص کې اهميت لري:

۱. Erythema nodosum: د T.B او Sarcoidosis لومړني کلينيکي څرګندونې دي.
۲. metastatic tumor nodule: د لومړني قصبي کارسينوما څخه مشتق شوي دي.
۳. Lupus erythematosis: کيدی شي چې د ريوي يا پلورائي څرګندونو سره يو ځاي وي.
۴. Hepatic vesicle: د سينې د يو طرفه درد د لامل د پيژندلو لپاره وصفي وي.
۵. Cutaneas Sarcoid and lupus pemio: کيدی شي دداخل صدري Sarcoidosis سره يو ځاي وي.

په تنفسي تشوشاتو کې د سترګو د حالاتو مثالونه:

ناروغی	حالات
۱. قصبي کارسينوما	۱. Horner سندروم
۲. ابتدائي توبرکلوزس	۲. phlyctenular kerato Conjunctivitis
۳. توبرکلوز، سرکوئيدوزس	۳. Irido cyclitis
۴. ميليري توبرکلوز	۴. د مشيمې توبرکل
۵. Hyper capnea د علوي اجوف وريد بندش	۵. کيموزس، دمنضمې او شبکيې د وريدونو توسع(کيدی شي دPapiloedema لامل شي.

www.ketabton.com

پورتنۍ تنفسي لاره The upper Respiratory tract :

اناتومي: پورتنۍ تنفسي لاره د پوزې د خارجي سوريو څخه شروع او تر تراخيا پورې امتداد لري. په پورتني تنفسي لاره کې لاندي اعضاء شامل دي:

۱. پوزه ۲. د پوزې Sinuses ۳. انفي بلعوم ۴. Oropharynx حنجره

د پوزې خولې او بلعوم فزيکي معاينه د تنفسي ناروغيو د تشخيص لپاره اساسي جز ګڼل کېږي.

د معاينې ترتيب:

۱. د ناروغ پزه، ستونی او خوله معاينه کړئ.
۲. ددې لپاره چې Sinusitis معلوم کړئ نو د ناروغ Frontal او Maxillary جيوبو ته فشار ورکړئ او پوښتنه وکړئ چې درد کوي او که نه؟

:Trachea

۱. د تايرايد غده معاينه کړئ د تايرايد غده د تراخيا په قدام کې موقعيت لري.
۲. ددې لپاره چې د تراخيا موقعيت وپيژنئ لومړي په ورو توګه د شهادت د ګوتې څوکه د متوسط خط په استقامت په فوق القصي حفره کې کيږدئ او ګوتې ته لږ فشار ورکړئ او Tracheaجس کړئ. که چيرې تراخيا بې ځايه شوي وي نو ګوته قسماً يا په مکمل ډول باندې د هغه طرف مقابل خواته چې تراخيا بې ځايه شوې ده دننه داخليږي.

۳. ددې لپاره چې د Cricosternal فاصله اندازه کړئ نو يو يا دوه ګوتې د Cricoid عضروف او فوق القصي حفرې تر منځ داخل کړئ.

۵-۱. شکل د شزن جس ددوه غټو ګوتو په واسطه(۷)

۵-۲.شکل دشزن جس ديوي ګوتې په واسطه (۷)

www.ketabton.com

ابنارمل موندنې:

د پورتني تنفسي طرق انتانات زيات معمول دی نوموړي انتانات د قصباتو او سږو د ناروغۍ د پيداکيدو او يائي د تشديد کيدو لامل کيدی شي. د خولې Sepsis **خصوصاً تقيحي** gingivitis **د سږو د ناروغيو لامل کېږي لکه د سږو ابسې د پزې د جيوبو دپاسه د درد موجوديت په انتاني** Sinusitis **دلالت کوي.**

The larynx **يا حنجره:**

د حنجري خارجي معاينه ګټور معلومات ورکوي.

مګر د شوندو، ژبې، د سترګو د شاوخوا او د غاړي پړسوب چې د فرط حساسيت د عکس العمل په نتيجه کې منځ ته راځي د حنجرې د اذيما سره يو ځای وي چې دا اذيما د Stridor **(حرحر) او ساه لنډي لامل ګرځي او حتٰی کله کله د حنجرې د مکمل بندش لامل کېږي. د حنجري ښه معاينه دفبروزي** Laryngoscope **او**laryngoscopy Fibreoptic **په واسطه کيدی شي چې داد آواز د خپوالی په تشخيص کې لومړنۍ قدم دی ددې په واسطه کيدی شي چې د حنجري تومور، توبرکلوزس او د صوتي حبول د فلج آفات معلوم کړو فلج شوي حبول د تباعد او تقارب تر منځ وضعيت اختياروي چې د خبرو کولو په وخت کې د** Adduct **يا د نږدې کيدو وضعيت اختياروي** Adduct **فلج د مکمل فلج څخه مقدم وي د حبول يو طرفه فلج د آواز د خپوالی او د** Bovine **ټوخي (دعوئي توخي) لامل ګرځي ليکن دوه طرفه فلج د** Stridor **(حرحر) لامل ګرځي.**

The trachea **يا شزن:**

که د تايرايد غده غټه او شزن بې ځايه شوي وي نو بايد داخل صدري ناروغيو خواته فکر ونشي ځکه چې تراخيا د تايرايد د غدې د غټوالي له امله بې ځايه شويده کله کله تراخيا د منصف د علوي برخې د کتلې، لمفوما، کارسينوما يا د کتلوي انصباب (effusion) **په واسطه هم بې ځايه کېږي د سږو کولاپس يا د سږو د علوي فص کولاپس يا فبروزس زياتره تراخيا د آفت طرف ته کش کوي.**

د سږو د زروه يې فبروزس معمول لامل د توبرکلوز ناروغي ده.

www.ketabton.com

هغه ناروغان چې د تنفسي لارو مزمن بندش لري د شهيق په وخت کې تراخيا ښکته خواته بې ځايه کېږي چې د Trachea ښکته خواته بې ځايه کيدل قصبي عضروفي مسافه په زياته اندازه کموي.

کليدي ټکي:

۱. د نوک د بستر د زاوئې له منځه تلل او تموجيت دګوتو د Clubbing لومړني نښه ده.

۲. هغه کسان چې تنفسي ناروغۍ لري بايد د هغوي غاړه د شاه له خوا څخه د څټ يو طرف او بل طرف او د Scalene ناحيه د Lymphadenonathy لپاره ولټوي.

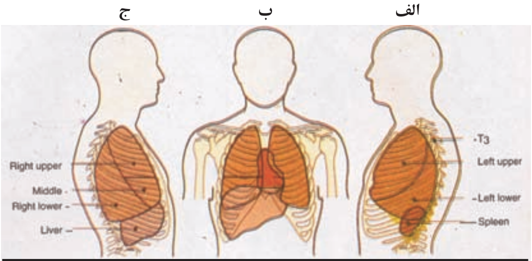
د سينې فزيکي معاينه

د سينې په فزيکي معاينه کې څلور شيان شامل دي.

۱. Inspection تفتيش ۲. Palpation جس ۳. Percussion قرع ۴. Auscultation اصغاء

سطحي اناتومي:

په صحتمندو خلکو کې Apex beat په خپل نارمل ځای کې او شزن مرکزي موقعيت لري د سږو علوي فص د سينې په قدام کې او د سږو سفلي فص په غالب ګومان سره خلفي موقعيت لري ياني د سږو د سفلي فص زروه د څلورمې ظهري فقرې ددريم process spinous سره برابري کوي.



۵-۳. شکل الف چپ وحشي، ب قدامي خلفي ، ج ښي وحشي مناظر د سږو سطحي اناتومي (۷)

تنفسي حرکات:

د تنفس په وخت د سينې دواړه خواوې (ښي او چپ Hemi thorax) په يوه اندازه او مساوي توګه حرکت کوي. په صحتمندو بالغو خلکو کې د استراحت په حالت کې د تنفس تعداد 14/min وي. په کلينيکي ډول د تنفس د ژوروالی تشخيص يا مشخص کول ډير سخت کار دی ځکه چې د سينې او حجاب حاجز حرکات په يقيني ډول نشو اندازه

www.ketabton.com

کولاي د کوم په واسطه چې تنفس اجراء کېږي په حقيقت کې د سينې پراخوالی د حياتي ظرفيت سره منظم تړاو نه لري ځکه چې په ځينو خلکو کې په غالب ګومان سره تنفس حجاب حاجزي وي همدا ډول د ډوب ذفير او ډوب شهيق په وخت کې حجاب حاجز 5 سانتي متره او يا زيات ښکته خواته له خپل اصلي ځاي څخه بې ځايه کېږي. په زياتره ښځو کې تنفسي حرکات صدري دي ځکه دوي د تنفس په وخت کې زياتره بين الضلعي عضلات استعمالوي. په ماشومانو کې (که هغه نر وي او يا ښځه وي) تنفسي حرکات حجاب حاجزي وي.

د معاينې ترتيب:

۱. دناروغ سينه او د بطن علوي برخه معاينه کړئ د معاينې په وخت کې بايد رڼا موجوده وي د سينې او د بطن علوي برخه بايد بربنډه وي.
۲. په پټ ډول د ناروغ د تنفس تعداد او دسينې حرکات په يوه دقيقه کې وشميرئ چې ورسره مو ګوتې د نبض دپاسه نيولی وي.
۳. دناروغ سينه د اړخو او مخې څخه معاينه کړئ د معاينې په وخت کې به ناروغ د نيمه پروت Semi recumbent وضعيت کې وي او لاسونه يې د تنې څخه لرې وي تر څو د تخرګ ناحيه په آسانۍ سره معاينه شي.
۴. د تنفس ډول معلوم کړئ او د ذفير او شهيق ابنارمل حرکاتو ته توجه وکړئ.
۵. د نارمل او ژور تنفس په وخت کې د سينې د دواړه خواوو تنفسي حرکات مقايسه کړئ.
٦. تنفسي حرکات د ترقوي څخه په لاندې ناحيه کې هم مقايسه کړئ بيا ناروغ ته ستوني ستاخ وضعيت ورکړئ چې لاسونه يې متناظر او آرام حالت کې وي او سرته به يې بالښت موجود وي په دې ډول چې سر او تنه يې په نيغ وضعيت کې وي او د ناروغ څخه خواهش وکړئ چې ژوره ساه واخلي بيا د تنفس په وخت کې د ترقوي څخه لاندې ناحيه په مماسي ډول معاينه کړئ.
۷. د ساه لنډي ناروغان چې د سالنډې له امله ستوني ستاخ نشي څملاستي د ناستې او نيمه ناستې په وضعيت يې معاينه کړئ.
۸. د سفلي برخې قدامي حرکات هغه وخت تفتيش کړئ چې ناروغ ژور تنفس واخلي او د نيمه ملاستي وضعيت ولري.
۹. دناروغ شاه معاينه کړئ په دې ډول چې ناروغ نيغ ناست وي او خپل لاسونه يې د سينې په قدام کې يو تر بله تېر بېر کړي وي د ناروغ د شا څخه بايد بالښت لرې شي تر څو د ناروغ ټوله شا په صحيح ډول سره معاينه شي. (۷)

www.ketabton.com

۱۰.د سيني حرکات د شا څخه ارزيابي کړئ کله چې ناروغ نيغ ناست وي محتاطانه تفتيش نظر د جس معاينې ته د سږو په پراخه کيدو کې په تقريبي ډول زيات معلومات ورکوي.

۱۱.د سينې جدار د پوستکي او هډوکو د موضعي آفاتو لپاره جس کړئ او ددې څخه په ګتې اخيستو سره د زړه د ذروي او شزن په هکله معلومات لاس ته راتلاي شي.

۱۲.د شهيقي او ذفيري توپير لپاره بايد د صدر سفلي برخه د يوې فيتې په واسطه اندازه کړئ.

معمول ابنارملتي ګانې:

د صدر په شکل کې ابنارملتي:

د کلينيکي بڼې د ارزښت په اساس په لاندې ډول يادونه کېږي.

د صدر په قدامي حلفي قطر کې زياتوالی:

په ځينو ناروغانو کې چې په امفزيما اخته وي او د صدر قدامي حلفي قطر يې زيات وي. نو په دې اړه دغه دوه اندازه ګيري يو Barrel chest را په ګوته کوي او همدا ډول د امفزيما په ناروغانو کې د سينې سوء شکل د وظيفوي نيمګړتيا په هکله د ډاډ وړ معلومات نه ورکوي. په دې اساس د قدامي حلفي قطر زياتيدل د صدري Khyphosis له کبله هم منځ ته راځي کوم چې د تنفسي ناروغيو سره تړاونه لري.

صدري Khypho scoliosis:

صدري Scoliosis نسبت د صدر قدامي جدار ته د منصف د تغير موقعيت لامل ګرځي چې په دی اساس هغه تغيرات چې د تراخيا او د زړه په زروه کې پيداکيږي په شکمنه توګه د زړه يا سږو ناروغيو ته فکر کېږي. د بلي خوا څخه پرمخ تللي Kypho scoliosis د سږو په دندو باندې اغيزه کوي چې دغه صدري سوء شکل د سږو د تهوئي د ظرفيت د کموالی لامل ګرځي او د تنفس شمير زياتوي چې په نتيجه کې په ناروغانو کې Hypoxemia, Hyper capnea او په لومړنې عمر کې د زړه د عدم کفايې دمنځ ته راتلو لامل کېږي.

Pigeon chest (دکوترې په څير صدر):

دا ډول صدر په ماشومانو کې د استما او د تنفسي مزمنو ناروغيو يو معمول احتلاط دئ چې په موضعي توګه د قص هډوکی راوتلی وي او ښتيو عضروفي برخه هم ورسره نښتې وي او زياتې ښتۍ دننه خواته ننوتې وي او يوه متناظره افقي ميزابه (Harison sulci) دپښتيو دځنډو لپاسه جوړوي. چې دغه سوء تشکلات د سږو د زياتې

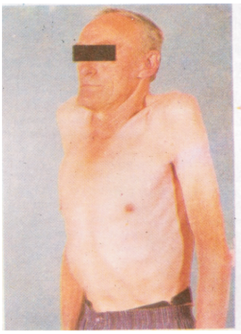
www.ketabton.com

تهوئي لامل کېږي چې د حجاب حاجز قوي متکرر تقلصات ورسره وي او دغه صدر په خپل تغير منونکي حالت کې وي، چې د صدر دغه سوء شکل د Rekets ناروغيو او يا نا معلوم علت له کبله وي.

قيف ډوله صدر Funnel chest:

په دغه ډول صدر کې يو موضعي ټيټوالی د قص په سفلی برخه کې ليدل کېږي په کمو پيښو کې دغه ټيټوالی د قص په ټول امتداد کې ليدل کېږي چې ورسره د پښتيو د عضروفي برخې ټيټوالی هم موجود وي. دغه ناروغی اکثراً بې عرضه وي خو کله چې د قص د هډوکي خورا زيات Depression موجود وي نو زړه چپ طرف ته بې ځايه کېږي او په سږو کې د تهوئي ظرفيت کمېږي.

صدري عمليات Thoracic operation : جراحي عملياتونه او د سينې شديده ضربه شايد په مختلفو درجو د سينې د سوء تشکلاتو لامل شي.



۵-۴. شکل Kyphoscoliosis (۷)

۵-۶. شکل pigeon صدر (۷)

۵-۷. شکل قيف ډوله صدر (۷)

د سينې د جدار آفات:

کومې ابنارملتي ګانې چې په مشترک ډول د صدر د جدار د جس او تفتيش په واسطه موندل کېږي په جدول کې ذکر شوي دي. نو په دې اساس د پوستکي او پوستکي لاندې نودولو طبعيت د Biopsy او Aspiration د معايناتو په واسطه صورت نيسي.

www.ketabton.com

د پوستکي لاندې امفزیما (د پوستکي لاندې انساجو کې هوا) د Crackle خاصیت د لرلو له مخې پېژندل کېږي چې دا شاید په صدري جدار، غاړه او مخ کې د پړسوب لامل وګرځي. د پوستکي لاندې امفزیما د نوموتوراکس د معمول احتلاطاتو څخه شمیرل کېږي کوم چې د بین الضلعي تیوب د خالي کیدو څخه پیداکیږي. همدا ډول په شدیده استما کې هوا په منصف کې پاتې کېږي د منصف امفزیما د وړو اسناخو او قصیباتو د سوري کیدو له امله هوا د پوستکي لاندې لارې څخه غاړې ته انتقال کوي چې حتی کله په لوړ مقدار سره د منصف او تحت الجلدي امفزیما خطرناکه نه وي کله چې هوا په منصف کې موجوده وي په دې وخت کې ممکن د زړه آوازونه معشوش شي.

د تنفسي حرکاتو ابنارملتي:

د تنفس Frequency: تنفسي Rate په مختلفو ناروغیو کې لوړیږي لکه تبه، د سږو حاد انتانات، د صدري جدار او پلورا درد. او په ځینې حالاتو کې چې د تنفس په کار کې زیاتوالی پیداکیږي لکه د قصباتو په استما او د سږو په حاده اذیما کې.

۱. د سینې ددېوال آفات:
- د پوستکي Eruption
- سرکوئیدنودول
- ګلابي ټکي
- Bruises ندبه
- جیبي دریناژ

۲. د پوستکي لاندې آفات:
- التهابي پړسوب
- متاستاتیک تومور
- د Cebaceus کیست
- سرکوئید نودول
- Neuro fibroma
- Lipoma

۳. د پوستکي لاندې امفزیما:
- نوموتوراکس
- شدیده استما

۴. وعائي انومالي ګاني:
- Spider navi

www.ketabton.com

- دابهر Coarctation
- د علوي اجوف ورید بندش

۵. موضعي تبارزات او سوء تشکلات:

- قص
- کتف
- ترقوه
- ضلعي عضروفي اتصال
- پښتئ
- Spinus process

٦. موضعي حساسیت:

- ماته شوي پښتۍ
- تومور چې د صدر جدار یې اخته کړي وي
- د نحاعي عصب د ریشو تشوشات

۷. وڅدیو آفات
۸. د تخرګ د لمفاوي عقداتو غټوالی

د تنفس ډوبیدل Respiratory depth:

که څه هم مشکله ده چې د تنفس د ژوروالی صحیحه ارزیابي صورت ونیسي اما ددې امکان شته چې د فرط تهوئي او تفریط تهوئي درجې معلومې شي.

د تفریط تهوئي اهمیت د Type II تنفسي عدم کفائي په پېژندلو کې مهم دی. په کتلوي ریوي امبولیزم او متابولیک اسیدوزس کې چې د ډیابتیک کیبتو اسیدوزس او Uremia له کبله وي د استراحت په حالت کې د تهوئي فوق العاده زیاتوالی پیدا چې دا د تنفس د ژوروالی (د هوا څخه وږی) او په آخره کې د ساه لنډي احساس ناروغ ته پیداکیږي. په Periodic یا Chyn stoke تنفس کې د تنفس په ژوروالی کې د Cycle (دوره یې) تغیرات پیداکیږي یعني د فرط تهوئې په دوام داسې یو حالت راځي چې تنفس دریږي (Apnoea) چې په ځینې عصبي آفاتو کې هم چې بصله یې اخته کړې وي او هم د زړه عدم کفایې په ناروغانو کې پښیږي مینځ ته راځي.

د سینې پراخوالی Chest Expansion:

د سینې اعظمي اندازه شوي پراخوالی 2سانتي متره یا ددې څخه کم مشخصاً یو ابنارمل حالت دی او همدا ډول د صدر توسع د سږو او قصباتو د ناروغیو په هر ډول کې فرق

www.ketabton.com

کوي د بیلګې په ډول د قصباتو Asthma، امفزیما، د سږو فبروزس او په هغه حالتونو کې چې د ښتیو حرکات ږکې محدود وي لکه په Ankylosing spondilitis.

د تنفس طريقه Mode of breathing :

که چیرې تنفسي حرکات خاصتاً په صدر پورې تړلې وي علت به یې بطني درد، دداخل بطني فشار زیاتوالی، Ascitis او د ګازاتو په واسطه د کولمو توسع او د تخمدان غټ Cyst چې د حجاب حاجز حرکات کموي وي. که دتنفسي حرکات خاصتاً په بطن پورې اړه ولري نو ankylosing spondilitis، بین الضلعي فلج یا د پلورا فلج شاید د صدر د کمې درجې پراخوالی لپاره مسؤل وي.

د صدر د توسع کموالی (Reduced Expansion)

د صدري جدار د توسع یو طرفه کمیدل په مختلفو تنفسي ناروغیو کې لیدل کېږي لکه په پلورائي انسباب یا Empyema کې چې صدري پراخوالی معدوم وي که چیرې دغه حالت مزمن وي په نتیجه کې پلورا پیړه او فبروزس تأسس کوي نو د ښتیو ننوتل (Retraction) منځ ته راځي او بین الضلعي مسافې هم په ماوفه برخه کې ننوځي چې دې ته د Frozen chest اصطلاح ورکړل شوې ده. د صدري توسع کموالی د سږو په کانسولیډیشن او کولاپس کې هم واقع کېږي د صدرد توسع د محدودوالی علت په نوموتوراکس کې د هغه هوا په مقدار پورې اړه لري کومه چې په پلورائي مسافه کې موجوده وي.

په فشاري نوموتوراکس کې د صدر ماوفه طرف شاید بې حرکته وي او یو Full شهیقي حالت اختیاروي. د سږو په توبرکلوز کې حتی پراخه آفات شاید د ناروغۍ په اولو وختو کې د صدري جدار په توسع باندې کم تاثیر ولري اما کله چې فبروزس تاسس وکړي نو په نتیجه کې د صدر د توسع د شدید محدود والی لامل ګرځي چې بالاخره د صدر ماوفه برخه یوه همواره بڼه اختیاروي. د قصباتو په استما، امفزیما او د سږو په منتشر فبروزس کې د صدري جدارتوسع په متناظر شکل کمیږي.

په لومړنیو دوو حالتو کې (د قصباتو استما او امفزیما کې) د سږو زیات پړسوب پیداکیږي. له بله طرفه د سږو په منتشر فبروزس کې شهیقي حرکات د سږو د پراخیدو د قابلیت د کموالی سره کمیږي. مګر په ډیرو شدیدو پیښو کې هره شهیقي مرحله په ناڅاپي ډول توقف کوي. چې دې ته Door step breathing اصطلاح ورکړل شوې ده.

د صدري حرکاتو زیاتوالی Increased movements:

که څه هم ساه لنډي یو subjective احساس دی چې دا عموماً د تنفسي مشکلاتو سره یو ځاي وي چې دلته اکثراً د تنفسي فریکونسي زیاتوالی موجود وي کوم چې شاید د شهیق

www.ketabton.com

په وخت کې د پزې د Ala nasi پراخوالی ورسره یو ځای وي چې دا حالت زیاتره د ساه لنډي په عدم موجودیت کې مشاهده کېږي. د تنفسي حرکاتو د زیاتوالی لپاره مهم کلینیکي ټکي په لاندې ډول دي.

- غیر نورمال شهیقي حرکات: د رقبې عضلاتو د تقلص په واسطه پیداکیږي (sternomastoid, scalani, trapezeus) چې ددې په واسطه د سینې ټوله پنجره متاثره کېږي او د هر شهیق سره صدري پنجره مخ پورته حرکت کوي.
- که چیرې په نارمل شهیق کې هوا سږو ته داخله نشي نو ناروغان په دې ډول تنفس کوي لکه پرمخ تللي امفزیما او شدیده قصبي استماتیک ناروغیو کې چې د سږو د فوق العاده توسع لامل ګرځي نور ناآرام کوونکي شهیقي حرکات د مشابه خاصیت لرونکو ناروغانو لکه د حنجرې او شزن په بندش باندې اخته وي هم مشاهده کېږي. چې د تنفس سره فوق القصي، فوق الترقوي مسافاتو، بین الضلعي مسافاتو او اپي ګاستریک د ناحیو دننه ننوتلو لامل کېږي او همدا ډول د C.O.P.D او شدیدې استما په کمو پیښو کې هم لیدل کېږي او د بلې خوا د صدري جدار موضعي ننوتنه په هغو ناروغانو کې مشاهده کېږي څوک چې د پښتیو په متعددو کسرونو یا د عظم قص په کسر باندې اخته وي او د سینې د پنجرې یوه برخه د مکسوره شاخو تر منځ د حرکت په حال کې وي او د هر شهیق سره دننه حرکت کوي چې پورتني معکوس حرکات د سږو د تهوئې سره په تضاد کې واقع کېږي چې په تنفسي زجرت او Hypoxemia باندې منجرکېږي.

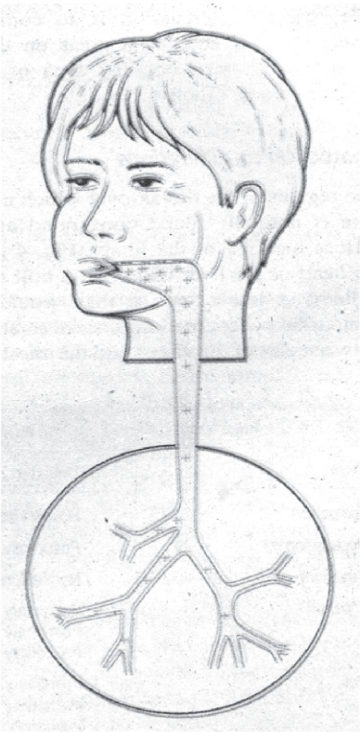
غیر نورمال ذفیري حرکات:

دا ډول حرکات د بطني عضلاتو د قوي تقلص او د Latismus dorsi عضلې د تقلص له سببه لیدل کېږي او دا هغه وخت مشاهده کېږي په کوم وخت کې چې د سږو الاستیکي په شاه کیدنې خاصیت د خلاصیدو لپاره ناکافي تمام شي (ترڅو د اسناحو څخه هوا خارجه شي) لکه د امفزیما په ناروغانوکي او یا په هغه ناروغانو کې چې په شدید ذفیري انسدادي مشکل باندې اخته وي لکه د قصباتو په استماتیک ناروغانو او د C.O.P.D په ځینو پیښو کې.

نو هغه ناروغان چې په ذفیري انسدادي مشکل باندې اخته وي دا ښه ګڼي چې د ولاړې یا د یو میز یا د چوکۍ شا کلکه ونیسي ددې لپاره چې ناروغ د خپل تنفسي مشکل د لرې کیدو لپاره د اوږې کمر بند ثابت کړي او د Latismus dorsi عضلې په مرسته ذفیري کوشش تقویه کړي. زیات ناروغان چې د امفزیما او C.O.P.D په حادو او متکررو ناروغیو

www.ketabton.com

اخته وي کوشش کوي چې هوا دخپلې خولې له لارې چې شونډې يې دبټوي (دستکول) په شکل نيولې وي وباسي (د پوکولو په شکل)



۸-۵. شکل purse-lip تنفس (۷)

کليدي ټکي:

- د امفزيما په ناروغانو کې د وظيفوي ناتواني لپاره د سينې سوء شکل د باور وړ لارښود کيدی شي.
- پر مخ تللي Kyhoscoliosis د سږو په وظايفو باندې ډيرې زياتې اغيزې لري.

www.ketabton.com

- د صدري توسع د اندازه ګيري د توپير د موندلو لپاره د صدر په دواړو خواؤ کې ډېر زيات باور بايد د تفتيش عمليې ته وشي نظر جس ته.
- د تنفسي پراخوالی موضعي نقيصه زياتره د سږو د under lying او پلورائي ناروغيو پورې اړه لري.
- د سينې پراخوالی په هغه ناروغانو کې چې د سينې حرکات يې زيات وي ډېر زيات کم شوي وي لکه د پرمخ تلليC.O.P.D په ناروغانو کې چې متکرري حملې لري.

قرعه يا Percussion

د قرعې څخه اصلي هدف دادی چې د ريزونانس آواز درجه د سينې په دواړو خواؤ کې مقايسه شي او د ابنارملتي ساحه په ګوته کړي.

اناتوميک پاملرنې :Anatomical consideration

د سينې لپاسه په هغو ساحو کې چې د قرعې په واسطه ريزونانس آواز اوريدل کېږي د سطحي اناتومي له نظره تقريباً د سږو د نښه شوو ساحو دپاسه مطابقت کوي د زړه او ځيګر لپاسه قرعه اجراء کول يو Dull آواز ورکوي، مګر د dullness ساحه نظر نښه شويو اناتوميک ساحو ته کم پراخوالی لري.

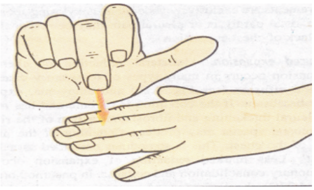
د قرعې نوت:

۵-۴. جدول: د قرعې نښې (۷)

ډولType	لاس ته راغلي معلومات
Tympanic	Hallow viscose
Hyper resonant	نوموتوراکس
Resonant	نورمال سږي
Impaired	د سږو کانسولډيشن
//	دسږو کولاپس
//	دسږو Fibrosis
Dull	د سږو Fibrosis
Stony dull	پلورا انصباب

www.ketabton.com

د قرعې تخنيک:



۵-۹. شکل د قرعې تخنيک (۷)

د معاينې ترتيب:

د قرعې اساسي تخنيک د يو ښي لاسي کس لپاره په لاندې ډول ذکر کېږي:

- **چپ لاس د سينې د جدار دپاسه په داسې حال کې کيږدئ چې ورغوي د سينې د جدار سره په تماس کې وي او ګوتې په کمه اندازه يو د بل څخه بيلې وي او د منځنې ګوتې دريم phalanx بايد د هغه ساحې لپاسه کيښودل شي چې قرعه پرې اجراء کېږي ياني زياتره د بين الضلعي مسافې له پاسه.**
- **د خپل چپ لاس منځنۍ ګوتې ته د سينې د جدار په مقابل کې ټينګ او ثابت ډول سره فشار ورکړئ.**
- **د خپل ښي لاس د منځنۍ ګوتې د څوکې په واسطه د چپ لاس د منځنۍ ګوتې د دوهم phalanx په مينځ باندې په داسې حال کې ضربه وارده کړئ چې د ښې زاوئي لرونکي وي (يو څټک په شکل ضربه وارده کړي) چې لاس بايد د مړوند د بند څخه حرکت وکړي او نور لاس په ثابت حالت کې وي.**
- **په دواړو خواو کې د مشخص شويو ساحو څخه بايد دلاس ته راغلو نتايجو مقايسه وشي.**
- **هغه ساحه په ګوته کړئ چې ريزونانس يې کم شوي وي يعنې کوم چې د زړه او ځيګرد dullness ساحه په برکې نيسي. يعنې د ريزونانس ساحې څخه dullness ساحې ته بايد لاړ شو.**

عملي کړنلارې:

www.ketabton.com

هغه ځایونه چې په هغه کې باید د قرعې د نښې مقایسه وشي په لنډه توګه په لاندې ډول ذکر کېږي:

- د سینې د قدامي جدار لپاسه

۱) ترقوه ۲) د ترقوي لاندې برخه ۳) د دوهمې څخه تر شپږمې بین الضلعي مسافې پورې.

- د سینې د جدار لپاسه

۱) د څلورمې څخه تر آوومې بین الضلعي مسافې پورې

- د سینې خلفي جدار

۱) قرعه باید دTrapezuisڅخه ښکته دسږو تر زروه پورې اجراء شي

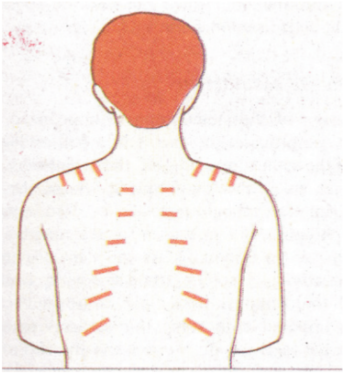
۲) د کتف د زروې د سوئې لپاسه

۳) د 4-5 سانتي متر په فاصله د کتف د ذروې په لاندني سویه مخ ښکته تر یوولسمې پښتۍ پورې.

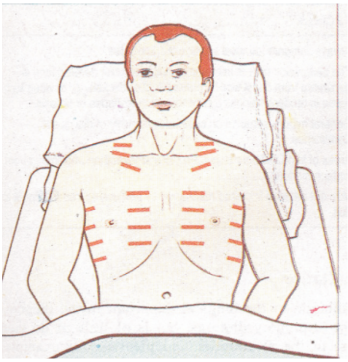
د سږو زروه باید داسې قرعه شي چې د چپ لاس منځنۍ ګوته د Trapezius عضلي په قدامي سرحد باندې کیښودل شي او د فوق الترقوي حفرې لپاسه Over lapping او همدا ډول قرعه باید مخ ښکته اجراء شي د ترقوې د هډوکي قرغ کول د سږو د پورتني فص آفات په ګوته کوي څرنګه چې په نېغه توګه قرعه د ترقوې هډوکي له پاسه درد ناکه وي نو د ترقوې له پاسه د قرعې لپاره صحیح موقعیت د هغه انسي دریمه برخه ده یعنې د انسي نهایت څخه لږ وحشي طرف ته.

۵-۱۰. شکل د ښي زروې قرعه د شا له طرفه (۷)

www.ketabton.com



۵-۱۲. شکل د خلفي صدري جدار د قرعې ځایونه (۷)



۵-۱۱. شکل د قدامي او وحشي صدري جدار قرعه (۷)

Tidal قرعه:

د حجاب حاجز د حرکاتو د اندازې لپاره باید مسافې اندازه شي دا نوعه قرعه د سږو په حلف کې اجراء کېږي ناروغ ته قوي شهیق ورکول کېږي تر کومه ځایه چې په دغه حالت کې ریزونانس وي په نښه کېږي او وروسته قوي ذفیر په ناروغ اجراء کېږي چې په دغه حالت کې بیا هم ریزونانس اندازه او ددواړو تفاوت اندازه کېږي، چې داد حجاب حاجز د حرکاتو اندازه ښیي، مګر دغه د کم ارزښت لرونکي دی.

معمول ابنارملتي ګانې:

دغه اصطلاح اکثراً د قرعې د نښو د تشریح کولو لپاره چې په جدول کې ذکر شوي دي استعمالیږي.

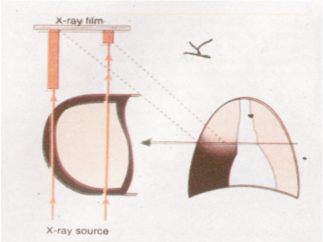
Hyper Resonance: دغه آواز په Emphysematous سږو کې لیدل کېږي کوم چې د سږو جوف یې د یو غټ نري جدار په واسطه احاطه شوي وي، او همدا ډول په نوموتوراکس ناروغانو کې هم لیدل کېږي.

Dullness:

د قرعې نوټ خپل نارمل ریزونانس آواز کله چې تهویه شوي سږي د صدري جدار څخه د پلورائي مایع، د ضخامت د زیاتوالی او یا کله هم چې سږي په کانسولیدیشن یا کولاپس یا فبروزس باندې اخته شي له لاسه ورکوي او د آفت په پورته ساحو کې د قرعې نوټ

www.ketabton.com

Impaired متناقص یا Dull وي. نو فلهذا د Dullness لپاره په قرعه کې د اهمیت وړ ټکي د پلورائي انصباب د زیات مقدار سره تړاو لرل دي.
د ښي طرف پلورائي انصباب رادیوګرافیک څرګندونې:



۵-۱۳. شکل د ښي طرف پلورائي انصباب (۷)

د Hemothorax عرضاني مقطع د انصباب علوي څنډې ته کوم چې په (عرضاني تیر باندې نښه شوي دي. نو په قدامي حلفي او جنبي موقعیتونو کې د مایع یو شان مقدار څرګندوي. لکه څرنګه چې د هیموتوراکس د شکل په اساس د X-ray د شعاعو په واسطه زیاته مایع د جنبي موقعیت په اساس نظر مرکزي موقعیت ته څرګندیږي نو په دې اساس د پلورائي انصباب سیورئ (shadow) د Curve یا منحني شکل پورته د تخرګ خواته متوجه وي.

کله چې د سږو د کانسولیډیشن او یا کولاپس له سببه کومه ابنارملتي په قرعه کې وي نو مخکې له دې چې یو فص یا فصونه په آفت اخته وي د فیسورونو د سطحي نښه شوو ځایونو په اساس پیژندل کیږي. لیکن کله چې یو فص په تام ډول په کانسولیډیشن اخته شوئ وي ددې لپاسه ساحه کومه چې د قرعې په واسطه impaired ده زیاتره ډیره کوچنۍ وي نظر د مخکې سطحي نښه شوو ځایو څخه چې توقع یې کیده. نو کله چې یو فص کولاپس کړي وي دا فص په قرعه کې زیات د پام وړ وي نو په دې اساس په پلورائ انصباب کې د Dullness ساحه په قرعه باندې د فصونو د سطحې اناتومي سره په تړاو کې نه دي په استثنا د Loculated مایع څخه. کوم چې د Hemi thorax په سفلي برخه کې موقعیت لري کله چې ناروغ په up right موقعیت کې وي د یوه تحمین شوي size پلورائي انصباب اندازه په قدامي صدري معاینه کې نشو معلومولای کله چې ناروغ په نیمه Cumbent موقعیت کې وي ځکه چې جاذبه قوه په پلورایي مایع اثر اچوي او په حلف

www.ketabton.com

کې تجمع ورکوي. کله چې پلورائي التصاقات موجود نه وی رادیوګرافي یو انصباب ښیي چې پورتني سرحد یې منحني شکله وي کوم چې په شکمنه توګه سره زیات مایعات په جنبي منظره کې ښیي.
د سږو یا پلورا د موضعي آفت د ځای د معلومولو لپاره برسیره د قرعې څخه باید تنفسي او صوتي آوازونه هم په ناروغ کې مد نظر وي. لکه څرنګه چې کوچني آفات لکه د سګمنټ د کانسولیدیشن یا کولاپس ساحه ممکن د غیر نورمال فزیکي علامو د پیداکیدو لامل نشي.
کلیدي ټکي:

- همیشه دواړه یو شان ساحې په دواړو خواو کې مقایسه شي.
- د قرعې نوت impaired یا dull وي کله چې د هوا څخه ډک سږي د صدر د جدار څخه د پلورائي مایع یا د ضخحیم کیدو په واسطه بیل شي. او یا هم کله چې د سږو انساج د کانسولیډیشن کولاپس، فبروزس په واسطه د هوا څخه خالي شي Airless.
- عموماً په دواړو خواو کې هایپرریزونانس د کم تشخیصیه ارزښت لرونکي دی.
- د Dull د ساحې قرغ زیاتره د نبه شوو سطحو څخه کوچني وي.
- د قرغ د اجراء په واسطه د ریزونانس ساحې څخه د Dull ساحې ته impaired ریزونانس معلوم کړي.

Auscaltation یا اصغاء

د تنفسي ناروغیو په تشخیص کې د سږو اصغاء ډیره مهمه ده مګر په نورو ناروغیوکي لږ او یا هیڅ ارزښت نلري د ستاتسکوپ ګټه داده چې په Alveolitis او د پلوریزي په ناروغۍ کې زیات ګټور معلومات راکوي کوم چې د نورو طریقو په واسطه نشي حاصلیداي. بر خلاف اصغاء د سږو په توبرکلوز کې البته په لومړني پړاو کې تشخیصیه ارزښت نلري تر هغه چې پر مخ تللي پړاو ته نوي داخل شوئ.
کوم معلومات چې د اصغاء څخه په لاس راځي په لاندې جدول کې تشریح شوي دي.
اصغاء تحنیک:

د ستاتسکوپ ډیزاین چې په روتین شکل دکلینیکي استعمال لپاره پکار وړل کېږي د Bell او ډیافراګم لرونکي دی. زیاتره آوازونه د سږو د قصباتو څخه چې د ښکته فریکونسي لرونکي وي د سینې دیوال ته رسیږي.د Bell برخه کومه چې د رابري پوښ لرونکي ده نظر ډیافراګم ته استعمال ته یې ترجیح ورکول کېږي. ځکه چې د crackles او pleural rub د تفکیک لپاره ډیافراګم کمک نشي کولای باید د Bell په واسطه اصغاء شي. نو په ډنګرو او ضعیفو ناروغانو کې دامکن نه ده چې ډیافراګم د صدر د جدارسره په پوره توګه ولګول شي نوکله چې داسې وشي نوهیڅ شی‌نه اوریدل کېږي اوتشخیص نه کېږي.
تنفسي آوازونه د صوتي حبولو د اهتزازاتو څخه کوم چې د حنجرې څخه د هوا (turbulent) جریان په واسطه پیداکېږي مینځ ته راځي. (۷)

www.ketabton.com

۵-۵.جدول: د اصغاء څخه تر لاسه شوي معلومات: (۷)

❖ د تنفسي آوازونو امپلیتود او ډول یې.
❖ د اضافي آوازونو ډول، تعداد، او د هغوي موقعیت په تنفسي سایکل کې.
❖ د انتقال شوي صوتي یا عزیز آوازونو څرنګوالی او amplitude.

په دې برخه کې چې کوم آوازونه پیداکېږي د وچې مرۍ (شزن) برانکسونو او سږو له لیارې د ټټر دیوال ته لیږدول کېږي چې د لیږدونې په وخت کې له نورمال سږو څخه د آوازونو فریکونسي او شدت کمیږي تر هغه چې نورمال اسناح آوازونه په نیمګړي ډول انتقالوي کله چې دا آوازونه د صدر د جدارلپاسه د سټاټسکوپ په واسطه اوریدل کېږي د مخصوص Rustling وصف لرونکي وي چې دی ته vesicular آوازونه وایي. د آوازونو شدت په ثابت ډول د شهیق په وخت زیات او د ذفیر په اولني 1/3برخه کې په چټکۍ سره کم او مړاوي کېږي. خبرې او نور عزیز آوازونه هم د ستاتسکوپ په واسطه د اوریدو وړ وي او انتقالیږي. د متوسط خط۲-۳ سانتي متر په حذا د سینې په شاتنۍ یا مخکنۍ برخه کې د اصغاء کولو څخه وروسته د تنفس او نور عزیز آوازونو په اړه چې کوم معلومات لاس ته راځي ښايي چې بې لارې کوونکي او یا علووونکي وي په تیره بیا که چیرې ډاکتر د ټټر پورتنۍ برخه کې چېرته چې آوازونه نیغ په نیغه د وچې مرۍ او برانکسونو څخه لیږدول کېږي اجراء شي او کله چې په نوموړو حالاتو کې قصبي تنفسي آوازونه واوریدل شي په داسې حال کې چې د ناخوالیزې (pathological) نښې نښانې موجودې نه وې د نظره دې وغورځول شي.

د معاینې ترتیب:

- ❖ اصغاء د په داسي حال کې اجراء شي چې ناروغ هوسا آرام او د خولې له لارې ژور او مناسب ډول ګړندی تنفس کوي.
- ❖ د اوږد او ژور تنفس څخه چې د سر بدالي یا د سترګو د توروالي او یا حتی د احتلاج لامل ګرځي مخنیوی وشي.
- ❖ د منځني خط په 2-3سانتي متر په فاصله کې د اصغاء څخه مخنیوی وشي.
- ❖ په وار سره د سینې دواړه خواوې اصغاء او بیا د سره ورته ځایونو لاس ته راوړنې باید پرتله شي تر څودیو کوچني ځاي یا موضعي طرف ابنارملتي هم دپامه پټه پاتې نه شي.
- ❖ اصغاء د په دواړو پړاونو کې اجراءشي لومړی د تنفسي آوازنو امپلیتود او وروسته د Vocal Resonance سره اندازه او مقایسه شي.

www.ketabton.com

- ❖ د سینې قدامي برخه له پورته څخه د ترقوې له هډوکي څخه ښکته تر شپږمې پښتۍ پورې، او د سینې اړخ د تخرګ څخه تر آتمې پښتی پورې او د شا څخه تر یوولسمې پوښتۍ پورې د اصغاء شي.
- ❖ د سینې د پلټنې لاندې په هره ساحه کې دې په وار سره د شهیق او ذفیر په دواړو مرحلو کې د تنفس څرنګوالی او د هغه امپلیتود واوریدل شي که چیرې د دواړو پړاونو ترمنځ واټن موجود وي هغه دې په ګوته شي او اضافي آوازونه دې وپیژندل شي.
- ❖ که ضرورت وي د ټوخي څخه وروسته اصغاء تکرار کړئ.
- ❖ د Vocal Resonance د څرنګوالي او ارتوالي (Amplitude) د معلوملو لپاره دې ناروغ ته وویل شي چې one, one, one ووائي که ریزونانس حالت زیات شولو نو د ناروغ څخه دې وغوښتل شي چې پس پس وکړي (Whispering pectoriloquy) .

ځانګړي حالات Special situation:

- ❖ که چیرې دLow pitch wheeze، د حشن Crackles او پلورائي rub ترمنځ توپیر مشکل وي نوناروغ ته دې وویل شي چې په زوره وټوخیږي او دوهم ځلې اصغاء اجراء کړئ.
- ❖ که چیرې ناروغ د پلورا شدید درد ولري نو ناروغ د ټوخي کولو یا د ژوري ساه او یا پر له پسي ساه اخستلو ته ونه هڅول شي لومړی Vocal Resonance معاینه کړئ که چیرې په کومه ساحه کې vocal resonance لوړ وي نو ناروغ ته دې وویل شي چې یو یا دوه ځلې ډوبه ساه واخلي نو په همدې عین ساحه کې به قصبي تنفسي آوازونه واوریدل شي.
- ❖ که چیرې غیر نورمال تنفسي آوازونه واوریدل شي نو د آفت د پراخوالي د معلوملو لپاره د ستاتسکوپ Bell ته د هر تنفس سره د نورمالې ساحې په لور حرکت ورکړئ او هغه ساحه یادداشت کړئ کوم چې تنفسي آوازونه پکي تغیر مومي.

غیر نورمال لاس ته راوړنې:

ښائي د قصباتو، سږو او پلورا ناروغۍ تنفسي آوازونه له دوو مهمو لارو څخه په بله بڼه واوښتل شي چې د کم شوي Vesicular آوازونو یا د قصبي تنفسي آوازونو په نوم یادیږي.

دلته درې ډوله اضافي تنفسي اوازونه شته چې د اصغاء په واسطه اوریدل کیږي.

۱) wheeze (Rhonchi) ۲) Crackles (Crepitation) ۳) پلورائي آوازونه

اضافي ابنارمل آوازونه په لاندې جدول کې ښودل شوي دي:

www.ketabton.com

- ❖ **رانکاي** (wheeze): **یو موزیکل آواز دی، چې د تنګو قصباتو څخه د هوا تیریدو له امله پیداکیږي لکه استما ناروغانو کې او** wheeze **یو** High pich **رانکاي دی.**
- ❖ (Crakles (crepitation: **د غیر موزیکل آوازونو څخه عبارت دی، چې د یوې بندې شوې کوچنۍ تنفسي لارې د بیرته خلاصیدو په مهال مینځ ته راځي. او په معمول ډول د شهیق په وخت کې اوریدل کیږي لکه د فبروزي اسناحو په التهاب** (Fibrosing Alveolitis) **یا ریوي اذیما او افرازاتو کې د هوا څخه د ډکو پوکنیو د جوړیدنې له کبله لکه په** Bronchiectasis **کې.**
- ❖ Pleural Rub (**پلورائي احتکاک**): **یو احتکاکي آواز دی، چې د دوو څرمنو د مښلو وصف لري او د دوه زیږو پلورائي سطحو د حرکت څخه منځ ته راځي چې عموماً د پلورائي درد سره یو ځای وي لکه په هغه پلوریزي کې چې د نمونیا او یا د سږو د احتشاء له کبله پیداشوي وي.**

کم شوی پوکنیز تنفس:

:Diminished Vesicular Breath

که چیرې د تنفسي آوازونو لیږدیدنه د سینې په لور شدت وموميي آوازونه (Vesicular sound) **پاتې کیږي لیکن د هغوي په ارتوالي یا امپلیتود کې کموالی منځ ته راځي. نوموړي تغیر تل د صوتي آوازونو د امپلیتود د کموالي سره یوځای وي که چیرې د سږي یو فص یا یوه برخه** (segment) **په نمونیا اخته وي او تنفسي آوازونه کم شوي یا نه وي.**

۵-۶. جدول: د Vesicular **تنفسي آوازونو د کمښت علتونه:** (۷)

الف) د هوا د جریان کموالی ❖ **عمومي ډول لکه په امفزیما ناروغانو کې** ❖ **موقعیت لکه د قصبې بندش د تومور په واسطه**
ب) د لیږدوني کمښت ❖ **د صدري جدار پیړوالی** ❖ **پلورائي انصباب او یا د هغې پیړوالی** ❖ **کوچني نموتوراکس**

www.ketabton.com

انځورونه یا مناظر:

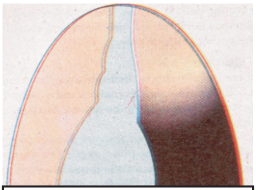
❖ د ښي خوا پلورائي انصباب (حلفي منظره کې)

د قرعې نښه ـ Stony dull

تنفسي آوازونه ـ کم یامعدوم(یاکله کله قصبي)

اضافي آوازونه ـ هیڅ یا نه وي

Vocal resonance ـ کم یا معدوم



۵-۱۴. شکل د ښي طرف پلورائي انصباب (۷)

❖ د پورتني ښي ـ فص نمونیا

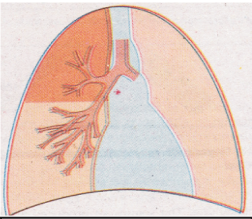
د صدر پراخوالی ـ کم شوئ

د قرعې نښه ـ Dull

تنفسي آوازونه ـ قصبي (Bronchial)

اضافي آوازونه ـ Crackles

صوتي آوازونه ـ زیات شوي (whispering pecteroloquay)



۵-۱۵. شکل پورتنئ ښي فص نمونیا (۷)

❖ د ښکتني فص کولاپس په خلفي منظره کې

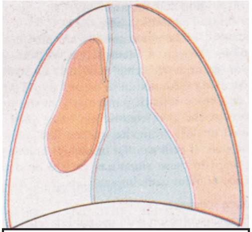
		ښي	چپ
• د صدر پراخوالی	ـ	کم شوی	کم شوی
• د قرعې نښه	ـ	Dull	dull
• تنفسي آوازونه	ـ	کم یا معدوم	قصبي
• اضافي آوازونه	ـ	هیڅ	Crackleیا wheeze
• Vocal Resonance	ـ	کم یا معدوم	↑whispering Pectoriloquy

۵-۱٦. شکل د سفلي فص کولاپس (۷)

www.ketabton.com

❖ د ښي خوا نموتوراکس

- د صدر پراخوالی - کم
- د قرعي ټنبه - Hyper resonance
- تنفسي آوازونه - کم یا معدوم
- اضافي آوازونه - عموماً هیڅ
- تماسي ریزونانس - کم یا ټیټ



۵-۱۷. شکل ښي طرف نوموتوراکس (۷)

۵-۷. جدول: د Bronchial یا قصبي آوازنو کمښت یا ورکیدل: (۷)

اصغايي لاس ته راوړنې	مرضي وتیره
❖ High pitch قصبي تنفسي آوازونه	- نمونیائي کانسولیډیشن - د سږو پراخه سطحي Cavity یا کهف - د سږو یا د فص کولاپس کله چې لویه قصبه خلاصه وي. - ځینې وخت دپلورائي مایع په واسطه سږي دفشار لاندې راتلل - ځینې وخت فشاري نوموتوراکس
❖ Low pitch قصبي تنفسي آوازونه	- د ریوي فبروزس موضعي ساحه لکه د سږو د مزمن توبرکلوز مزمنه تقیحي نمونیا
❖ د تنفسي آوازونو کمښت یا نشتوالي	- پلورا انصباب - د ملاحظي وړ پلورائي پیړوالی - کولاپس شوي سږي یا فص کله چې لویه قصبه بنده وي - نموتوراکس - امفزیما (د دواړو سږو متناظر کمښت)

www.ketabton.com

که د افرازاتو په واسطه د قصباتو د بندش له کبله تغیرات موجود وي نو کله چې نوموړي افرازات د ټوخي په واسطه بې ځایه شي قصبي تنفسي آوازونه شاید د اوریدو وړ وګرځي. په وصفي توګه تنفسي آوازونه د زیات مقدار پلورائي مایع له پاسه موجود نه وي او هم د ملاحظې وړ نوموتوراکس کې هم نه اوریدل کېږي د Vesicular تنفسي آوازونو د کمښت ځینې کلینیکي علتونه په لاندې جدول کې ښودل شوي دي.

قصبي تنفسي اوازونه Bronchial breathing :

که چیرې تنفسي انساج چې تنفسي آوازونه د سینې جدار ته لیږدوي خپله نارمله سفنجي بڼه له لاسه ورکړي او کلک او جامد حالت اختیار کړي لکه په کانسولیدیشن او یا فبروزس کې دغه آوازونه ور ښخه په آسانه د سینې دیوال ته لیږدول کېږي که چیرې د ستاتسکوپ په واسطه نوموړي آوازونه واوریدل شي نو د سږو د نورمال نسج په واسطه د لیږدول شوو آوازونوپه نسبت به هغه آوازونو ته نږدې ورته والی ولري چې په حنجره کې تولیدیږي.

قصبي تنفسي آوازونه هغه مهال تولیدیږي چې:

الف) د سږو نورمال نسج په یو بڼه ایز لیږدوني وسط باندې تبدیل شي چې دا معاوضه به دکانسولیدیشن فبروزس او یا کولاپس په شکل وي.

ب) اړونده لویه قصبه به خلاصه وي.

د قصبي تنفسي آوازونو د پیژندلو معیارونه کره او واضح دي د لاندنیو څلورو حالاتو موجودیت ضرور دی.

۵-۸. جدول: Bronchial breath sounds قصبي تنفسي آوازونه: (۷)

❖ دواړه شهیقي او ذفیري آوازونه blowing دی چې ځینې وخت د خواصو له نظره ورته Tubular ویل کېږي.
❖ د ذفیري آوازونو لوړوالي او حشن والی د شهیقي آوازونو سره یو شان وي او معمولاً high pitch وي.
❖ د Vocal resonance زیاتوالي به ددې لامل شي تر څو whispering pectoreloquay واوریدل شي.

ځینې پتولوژیکي پروسې چې Bronchial breathing تولیدوي په جدول کې ذکر شوي دی. Bronchial تنفسي آوازونه په زیاته اندازه د هغه آوازونو سره چې په حنجره کې تولیدیږي نږدې ورته والی لري نظر هغه آوازونو ته چې د نورمال سږي له پاسه پیداکیږي.

د قصبي تنفسي آوازونو ځګوالی‌او ټیټوالی د سږو د تغیراتو سره سم بدلیږي دا چې د لوړ فریکونسي لرونکي آوازونه په انتخابي ډول د Consolidate سږو له لارې ښه انتقال کوي

www.ketabton.com

او لوړ غږي یا High pitch قصبي تنفسي آوازونه په فصي یا د Segmental په نمونیا ګانو کې اوریدل کېږي له بلې خوا څخه فبروزي سږي د ټیټ غږي (low pitch) قصبي تنفسي آوازونو د تولید لامل ګرځي. دټاکلي فریکونسي لرونکي صوتي آوازونه هم په دې شکل په انتخابي ډول انتقال کوي نو کله چې قصبي تنفسي آوازونه د اوریدو جوګه وي نو صوتي یا غږیز آوازونه د نارمل په نسبت لوړ او عموماً whispering pecterologuay موجود وي.

کله چې قصبي تنفسي آوازونه د سینې دیوال ته د لیږدونې پر مهال د یوې هوا لرونکي Cavity څخه تیر شي ښایي چې یو Amphoric بڼه ځانته غوره کړي. نوموړي آوازونه د هغه آوازونو سره چې د یو خالي بوتل د پوف کولو څخه لاس ته راځي ورته والی لري. تنفسي آوازونه ښائي چې د قصبي او Vesicular ډولونو تر منځ واقع شي د مثال په ډول وزیکولر آواز د اوږد شهیق سره.

غیر نورمال Vocal resonance:

صوتي آوازونه چې د سږو د سخت شوي (Consolidated) نسج او پراخه فبروزس او د سږو د کولاپس د لارې چې لویه قصبه یې خلاصه وي لیږدول کېږي او د هغه آوازونو سره چې په حنجره کې تولیدیږي نږدې ورته والی لري. نظر هغه آوازونو ته چې دنورمال سږي له پاسه اوریدل کېږي. په ځینې حالاتو کې د پسیدلو غږ (whisper) په دې شکل پرته د اړولو څخه لیږدول کېږي چې د غږ ځانګړې سیلابونه هم په کافي ډول د پیژندلو وړ دي (whispering pectoreloquay).

:(rhonchi) wheezes

دا موزیکل آواز دی چې لوړ، متوسط او low pitch دی چې د تنګو قصباتو څخه د هوا د تیریدو په واسطه منځ ته راځي.

رانکاي د قصباتو د مخاطي اذیما او د قصباتو د عضلې spasm له امله پیداکیږي، چې عموماً د ذفیر په مرحله کې شدت اختیاروي رانکاي د شهیق په وخت هم اوریدل کېږي چې زیاتره د هغه افرازاتو له کبله چې په لویو قصباتو کې موجودوي پیداکیږي او ښایي چې د ټوخي په واسطه ورک او یا لږ تر لږه کم شي Wheeze چې د قصبي استما او د C.O.P.D په زیاتره ناروغانو کې ددواړو سږو له پاسه په منتشر ډول اوریدل کېږي په استما کې wheezing د متوسط څخه تر high pitch پورې وي چې عموماً په ذفیر کې اوریدل کېږي او اوږد وي. په C.O.P.D کې دا معمولاً ټیټ او یا د متوسط pitch لرونکي وي او د شهیق او دفیر په دواړو صفحو کې اوریدل کېږي.

www.ketabton.com

يو موضعي wheezing د هغه لويې قصبې له پاسه چې په نيمګړي توګه بند وي ممکن واوريدل شي. که بندش د يو ثابت آفت په واسطه لکه د تومور او يا پردي جسم له کبله چې لويه قصبه يې اخته کړي وي منځ ته راغلي وي نو wheezing د شهيق په مهال لوړ او د ټوخي په واسطه نه بدليږي او عموماً د Stridor يا حر حر سره يو ځاي وي او که بندش د افرازاتو له کبله وي په عامه توګه د ټوخي په واسطه له منځه ځي، کوم چې د wheeze د ورکيدو لامل کيږي. (٧)

:(Crepitation) Crackles

دا غير موزيکل آوازونه دی، چې د شهيق په صفحه کې اوريدل کيږي. د Crackles د ارزښت د معلومولو لپاره په تنفسي سايکل کې د هغوي د پيښيدو د وخت د معلومولو او د ټوخي سره يې د اړيکو پيژندل د اهميت وړ د ي. د مرطوب، وچ او حتي د نفيس، منځني، اوخشن رالونو تر منځ د توپير پيداکولو لپاره زيار ويستل د کلينيک له نظره د اهميت وړ نه دي.

ښايي چې Crackles په لويو قصباتو، متوسع قصباتو (Bronchiectasis) او ريوي کهفو په افرازاتو کې د هوا نه د ډکو پوکانيو د جوړيدو له امله منځ ته راشي چې په دې حالاتو کې به Crackles خشن وي. او د ټوخي څخه وروسته به د افرازاتو موجوديت په ګڏري ډول د Crackles د ورکيدو او يا کميدلو په واسطه جوت شي. هغه Cracklesچې په حاد او مزمن برانکاتيس C.O.P.D او يا په جوړه شوي برانکو نمونيا په ترڅ کې د پراخه شوي قصباتو د افرازاتو له امله منځ ته راغلي وي. دوه طرفه او Wide spread په شکل وي او هغه چې د جوړ شوي فص او Segmental نمونيائي سختوالي (Consolidation)،(Bronchiectasis)، د سږو ابسي او د توبرکلوزيک کهف له پاسه واوريدل شي چې د آفت د ساحې پورې تړلي ځای وي په نوموړي ټولو حالاتو کې د ټول شهيق په مهال د اوريدو وړ دی. د هغه تنګ شويو محيطي هوايي لارو چې د ذفير په وخت تړل شوي وي په دا ډول بيا خلاصيدل د Crackles يو زيات پيښيدونکي لاملونو له جملې څخه شميرل کيږي. چې دا Crackles د شهيق په دوهمه نيمايي کې زيات ليدل کيږي او په ځينې حالاتو کې د شهيق آخرئ صفحې پورې تړلي وي (End inspiration Crepitation). ټوخي پرې تاثير نلري او د سږو په لاندې برخو کې وي ځکه چې د نيغ ناستي په حالت کې د نوموړو برخو نه د سږو د پورتني فص په نسبت د هوائي لارو بندش ته زياته زمينه مساعده وي.

www.ketabton.com

داد سږو په پرانشيمل حالاتو لکه ريوي اذيما، الرجيک او Fibrosing Alveolitis او ښائي چې په لومړني نمونيائي کلکوالي، ميليري توبرکلوز کې واوريدل شي چې عمدتاً د شهيق په دوهمه نيمايي کې د اوريدو وړ دی.

پلورائي آوازونه:

پلورل Rub يو احتکاکي آواز دی چې د حشوي او جداري پلورا د فبروزي Exudates په واسطه چې د پلورا د التهاب په نتيجه کې منځ ته راځي دواړه پلورائي وريقات سطحي ځيږ شکل غوره کوي او د شهيق او ذفير په دواړو صفحو کې دا وريقات يو د بل دپاسه مښل کېږي او د څرمنې د مښلو په شان احتکاکي آواز پيداکوي. چې د شهيق په آخر او د ذفير په شروع کې ښه اوريدل کېږي. د نارمل تنفس په وخت کې شايد پلورائي Rub آواز وانه وريدل شي، لاکن که ناروغ ته وويل شي چې ژوره ساه واخلي کيدی شي چې واوريدل شي د پلورائي Rub آواز د پلوريزي په ساحه کې اوريدل کېږي.

نوموړی آواز ډير زر په هغو حالاتو کې چې جداري او حشوي پلورا د مايع په واسطه بيلې شي ورکيږي لاکن زياتره د انصباب له پاسه اوريدل کيدی شي. که پلوريزي هغه پلورا چې د پرې کارديوم ته نږدې واقع ده اخته کړي نو ښايي چې د pleuro pericardial rub هم واوريدل شي دا چې نوموړي آواز pericardium ته نږدي واقع شوی او د زړه د ضربان په واسطه يو په بل باندې مښل کېږي منځ ته راځي ښايي چې pleuro pericardial احتکاکي آواز ځينې وختونه pericardial rub سره معالطه شي او يا په مشکله توپير شي.

د نوموتوراکس تک يو ريتميک آواز دی، چې د قلبي سستول سره په يو وخت پيښيږي ښائي چې د ستاتسکوپ او يا پرته ستاتسکوپ څخه واوريدل شي چې دا په هغه وخت پيداکيږي چې په زړه باندې د غوړيدلې پلورائي پردو ترمنځ هوا موجوده وي.

کليدي ټکي:

- د هوائي لارو په کموالي او د سږو څخه د سينې د ديوال په لور د ليږدونې خرابوالی د Vesicular آوازونو د کموالي لامل ګرځي.
- که چيرې اړونده لويه قصبه خلاصه وي او د سږو نورمال نسج په يوه ښه ايز ليږدوونکي وسط باندې اوښتی وي د قصبي تنفسي آوازونو د پيداکيدو لامل ګرځي.
- يو ثابت low pitch ويزينګ عموماً د يوې لوئې قصبې قسمي بندش راپه ګوته کوي.

www.ketabton.com

- ❖ په عامه توګه Crackles آوازونه د شهیق په وخت د محیطي هوائي لارو د چاودیدونکي بیا خلاصیدني له امله منځ ته راځي د سږو په ښکتني برخه کې نسبتاً زیات وي او ټوخې پرې تاثیر نکوي.
- ❖ هغه Crackles چې د قصبي افرازاتو له امله منځ ته راغلي وي د ټوخي په واسطه کم یا ورکیږي.
- ❖ د هغو ناروغانو څخه چې پلورائي درد لري باید د ټوخي کولو او یا ژور تنفس کولو تقاضا ونشي تر هغه پورې چې اغیزمن Analgesic نه وي ورکړل شوي.
- ❖ د صدر په اصغاء کې د هغه ستاتسکوپ څخه چې د Bell محیط یې د رابر په واسطه پوښل شوئ وي کار واخلئ.
- ❖ ځینې وخت د ټوخي څخه وروسته د اصغاء د عملیې تکرارول مرسته کوي.

د فزیکي نښو راغونډول Integration of physical sign :

د فزیکي نښو ځانګړي ګروپونه خاصتاً د سږو او پلورا د ځانګړو پتولوژیک تغیراتو سره یو ځاي وي نوموړي تغیرات ضرور نه دي چې په یو مخصوص ځانګړي ناروغۍ پورې محتص شي. د مثال په ډول د سختوالي یا Consolidation نښې ښائي چې په نمونیا، د سږو په احتشاء یا نري رنځ کې واقع شي او هغه نښې چې په پلورائي انصباب پورې تړلي وي ښائي چې په خبیثه ناروغیو Empyema او د زړه په عدم کفایه کې موجودې وي. د پلورائي مایع، Consolidation، کولاپس او نموتوراکس خاصې فزیکي نښې په ۵-۱۴ شکلو کې ښودل شوي دي ضرور نه دی چې په هره ناروغۍ کې ټولي فزیکي نښې موجودې وي.

لازیات تحقیقات او پلټنې Further investigation:

ممکنه او یقیني تشخیص په ډیرو پیښو کې د صحیحې تاریخچې او کلینیکي معایناتو له مخي ایښودل کیږي. د مثال په توګه په قصبي استما، مزمن برانشیت او د سږو په ځینو ناروغیو لکه احتشاء او نمونیا کې. مګر کله چې کلینیکي معاینات د ابنارملتي د پیداکولو لپاره د ناکامي سره مخامخ شي نو په دې صورت کې تشخیص په پوره توګه په بالخاصه تحقیقاتو او رادیولوژیکي معایناتو باندې ولاړ کیږي د سږو توبرکلوز او د قصباتو خبیثه ناروغۍ د دوه مهمو ناروغیو له جملي څخه دی کوم چې په لومړني مرحله کې د کلینیکي ابنارملتي ښکاروندي نه وي که چیرته د تاریخچې له مخې د پورتنیو ناروغیو شک موجود وي نو د تشخیص په منظور د سینې رادیوګرافیک معاینات باید توصیه شي البته د صدر

www.ketabton.com

راديو ګرافي په PA او AP وضعيتونو سره اخيستل کېږي خو د راديو لوژيکي معايناتو د ښه تائيد لپاره بايد جنبي راديوګرافي هم توصيه شي او همدا ډول د اوسني او پخواني راديوګرافيک فلمونو موجوديت د حياتي تشخيصه معلوماتو سرچينې برابرولاي شي.

- که چيرې د سږو د شفافيت سايز د يوې مودې په دوران (کال يا زيات وخت) کې زيادت پيدانکړي د قصباتو د کارسينوما تشخيص ممکن نه دی.
- که چيرې opacity کمه شي او د څو ورځو او يا هفتو په دوره کې لږ کثافت پيداکړي نو عمده علتونه به يې د سږو نمونيا او احتشاء وي.
- که چيرې په لومړني فلم کې آفت موجود نه وي او يا آفت غټ شوي وي نو يقيناً د T.B فعال انتان يا تومور ته فکر کېږي.

د راديولوژيک وسايلو څخه په ګټې سره د آفت څرګند اناتوميک موقعيت او پتالوژيک ښه تشريح او مشخص کيدی شي.

کليدي ټکي:

- په Typic ډول ټولې هغه فزيکي نښې کومې چې د پتالوژيکي تغيراتو سره تړاؤ کې وي په ځانګړي توګه د باالخاصه ناروغۍ ښکاروندي نه دی.
- توبرکلوز او د قصباتو خبيثه ناروغۍ هغه دوه حالتونه دی کوم چې ممکن د غيرو نورمالو فزيکي نښو او علايمو لرونکي نه وي.
- د ټولو مشکوکو ناروغانو لپاره د سينې راديوګرافي يوه ضروري پلټنه ده.
- د سږو يا پلورائي ناروغيو د اوسني او پخواني راديوګرافيک معايناتو د نتايجو مقايسه ارزښتناک او حياتي معلومات برابرولي شي.
- د تشخيص د وضع کيدو سره سم بايد د تنفسي دندو پوره پلټنه او ارزيابي وشي.

د تنفسي پلټنو خلاصه (Summary of Respiratory investigation)

۱. **بلغم:** د سږو د انتان په ټولو شکمنو پيښو او هم په قصبي انتان کې بايد د بلغم معاينه اجراء شي د T.B باسيل Fungi اوPneumo cystis careni لپاره بايد بيلSpecimen تيار شي.

- **د بلغم توليدول induced sputum:** په ټولو هغو ناروغانو کې چې د بلغم د توليد قدرت نه لري خو د Nebulised هايپرتونيک سالين د انشاق څخه په ګټې سره بلغم زيات توليديږي.

۲. Skin tests (**د پوستکي ټستونه**):

www.ketabton.com

- Tuberculin test: د لوړ ارزښت د لرلو له امله د او سني یا پخواني T.B انتان شواهد په ګوته کوي.
- Kveim test: ددې ټسټ مثبتوالي د سرکوئیدوزس تشخیص تائیدوي د پوستکي د حساسیت ټسټ د تشخیصیه اهدافو لپاره د استعمال ارزښت نلري. او د عام الرجي لکه (pollens) د حیواناتو پخه یا dund ruff د انشاق څخه استفاده کېږي) چې د Atophy شتوالي یا نشتوالي راښیي.

۳. **د وینې معاینه**: ټول حاد نمونیائي واقعات د وینې په روتین معایناتو باندې متکي او ولاړ دی. د وینې Total او د سپینو حجراتو متفرقه شمیر اندازه (differential) نه یوازې د سږو بکتریائي او انتاني واقعاتو کې ګټور دی، بلکې په هغه ناروغانو کې چې د سږو رادیوګرافۍ کې Shadowing او د محیطي وینې معاینه کې لوړه Eosinophilia لري (سږوEosinophil) هم ګټور بریښي او د Atypical نمونیا د اسبابو لپاره د سیروم معاینه د ویروسي او یا نورو Antibodies لپاره د ارزښت وړ دی.

۴. **د پزې د جیوبو رادیوګرافي (nose sinus radio)**: د سږو او د علوي تنفسي لارو د مزمنو انتاناتو لپاره د معایناتو یوه پوره برخه تشکیلوي

۵. **د سینې رادیوګرافي**: د ټولو هغو ناروغانو لپاره چې د سږو یا پلورائي ناروغیو اشتباه پرې موجوده وي لازمي او لومړنۍ معاینه ده.

۶. **د سینې جنبي رادیوګرافي**: کوم تغیر او ابنارملتي چې په PA رادیوګرافي کې ښکاري د هغه د ښه موقعیت د معلوملو لپاره نوموړې معاینه لازمي بریښي.

۷. **پخوانۍ رادیوګرافي**: هغه رادیوګرافیک تغیر کوم چې نوي وي یا زوړ یا په خپل سایز کې زیاتیږي یا کمیږي د هغه د مشخص کولو لپاره شاید د ارزښت وړتیا ونه لري.

۸. Tomography: په دې معاینه کې شفافیت او یا د شفافیت یوه برخه په مختلفو پلانونو سره واضحاً ښکاره کیدی شي او ددې معاینې استعمال د C.T scan د آسانتیاؤ د لرلو سره فعلاً محدود او نادر دی.

۹. Computed tomography: د سږو د واحد او یا متعددو آفاتو د صحیح معلوماتو د تیارولو مسؤلیت په غاړه لري او کوم جوړښتونه چې په منصف کې قرار لري د هغوی د ارزیابۍ او مطالعې لپاره هم ګټور دي لکه د Lymph node مطالعه.

د یو لوړ طاقت لرونکي C.T څخه په ګتې سره د سږو د بین الحلالي منتشرو ناروغیو د معایناتو لپاره ورڅخه کار اخیستل کېږي او د Bronchiectasis د تشخیص لپاره یې د

www.ketabton.com

Bronchoscopy ځای نیولی دی او اوس د Spiral C.T ځخه د سږو د غټو امبولي ګانو په تشخیص کې ګټه اخیستل کېږي.

۱۰. Screening: په دې معاینه کې د حجاب حاجز حرکات مشاهده کېږي او د یو طرفه حجاب حاجز فلج مطالعه هم په کې راځي مګر په اوسني وختونو کې U/S ددې مطلب لپاره د استعمال زیاته وړتیا لري.

۱۱. Pulmonary Angiography: د سږو د امبولیزم په پېښو کې او ځینې وختونه د سږو د فرط فشار په حالاتو کې استعمالیږي او هم دا ډول د سږو د وعائي بستر په هکله بشپړ معلومات په ګوته کوي. (۷)

۱۲. Radio Nuclide scanning: د سږو د اروا (Q scan) او تهوئي(Vscan) صحیحه ارزیابي کوي او د استعمال اصلي هدف يې د سږو د امبولیزم د احتشا ء په ګوته کول دی A Q scan په هغو کسانو کې استعمالیدای شي چې د سږو او زړه پخوانۍ تاریخچه يې سالمه وي او AV/Q scan په هغه ناروغانو کې چې د سږو مزمنې ناروغۍ ولري ضرور دی.

۱۳. Bronchoscopy: د قصباتو د کارسینوما د تشخیص او د جراحۍ عمل د ارزیابۍ لپاره استعمال لري (Brushing, Biopsy او د قصباتو Washing). د سږو د انتاناتو د تشخیص لپاره (منتشر او موضعي وي) او په هغو ناروغانو کې چې بلغم نه شي تولیدولای (د قصباتو Washing او Brushing). همدا ډول د سږو منتشر بین الحلالي ناروغیو د ارزیابۍ (Fibrosing) الرجیک Alveolitis، Sarcoidosis لپاره هم استعمالیږي او همدا ډول Trans Bronchial بیوپسي او د حجراتو differential شمیر نه د هغه مایع ځخه کوم چې د قصباتو او اسناخو د پریمنځلو ځخه په لاس راځي ددې په واسطه سرته رسیدای شي.

۱۴. پلورائي Aspiration او بیوپسي: د پلورائي انصباب ځخه د مایع ویستل او د جداري پلورا ځخه د Biopsy اخستلو وظیفه اجرا کوي او همدا ډول د حباثت او توبرکلوزیک پلورائي انصباب تشخیص زیاتره د همدي لاري په واسطه وضع کېږي.

۱۵. Thoracoscopy: ددې عملیي په واسطه پلورائي مسافه او هم د غیر نورمال انساجو بایوپسي کتنې اجراء کېږي او زیاتره د پلورائي انصباب تشخیص کله چې د پلورائي ستنې د Aspiration د عملیي په واسطه او یا د بایوپسي په واسطه صورت ونه نیسي ددې په واسطه کیدی شي. او هم د Video په مرسته د سږو ځخه Biopsy هم اخیستل کېږي.

www.ketabton.com

۱٦. Lymph node biopsy or Aspiration: ددې په واسطه د فوق الترقوي لمفاوي عقداتو سيتولوژيک او هستولوژيک معايناتو ته لاره هوارېږي.
۱۷. Mediastinoscopy: په قدامي منصف کې د ساختمانو د ليدلو لپاره زمينه برابروي او د لمفاوي عقداتو بايوپسي هم صورت نيسي د قصبي کارسينوما په تشخيص او د هغه د عمليات په assessment کې هم عمده رول لري.
۱۸. د تنفسي دندو آزمايښتونه:

- د شرياني وينې د گازاتو تجزيه: په ټولو هغو ناروغانو کې چې تنفسي مشکلات لري ترسره کېږي او ضروري معاينه ده مثلاً Pa O2 په لاندې ناروغيو کې کم وي. (زياته شديده استما، شديد مزمن برانشست او امفزيما) او همدا ډول Type II تنفسي عدم کفايه کې.

  د تنفسي اسيدوزس ددرجې د تعين لپاره +H غلظت يا PH ضروري دی کوم چې د Co2 د تراکم له کبله پيداکيږي.
- د سږو وظيفوي ازمايښت: FEVI (forced expiratory volume) او FVC (forced vital capacity) د Spirometry په واسطه اندازه کېږي، کوم چې په مزمن برانشيت او استما کې د هوائي جريان د بندش ددرجې صحيحه ارزيابي راپه گوته کوي او همدا ډول د FEVI/FVC نسبت د 75% – 70 څخه کم وي. په ټولو هغو ناروغيو کې چې په منتشر ډول سره د هوا جريان په مقابل کې د بندش مشکل لري.

  په دې توگه د PEF پرله پسې اندازه گيري د استما په تشخيص او تدابيرو کې د کوم قيمت او ارزښت لرونکي نه دي.
- د سږو حجم او Transfer factor: د سږو د منتشر بين الحلالي ناروغيو په assessment کې استعماليږي (لکه په Fibro sing alveolitis کې) په کوم کې چې د سږو فکتور کم شوئ (Restrictive نقيصه) او Transfer factor هم کم وي او همدارنگه امفزيما ناروغۍ کې د سږو حجم زيات شوی وي او Transfer فکتور کم شوی وي.

www.ketabton.com

۵-۹. جدول د Hemoptysis **لاملونه:** (۷)

معمول لاملونه	غير معمول لاملونه
۱- د سږو ترومبوامبوليزم	۱- د قصبي ادينوما
۲- قصبي كارسينوما	۲- Aspergilloma
۳- T.B	۳- سنخي نزف
۴- Bronchiectasis	۴- سندروم Good pastures
۵- مزمن Bronchit	(idiopathic pulmonary
٦- ريوي اذيما	Hemosidrosis)
۷- تقيحي نمونيا	۵- انتي كواكولانت درملنه
	٦- Blood dyscrasias

په استثنا دمزمن برانشيت او Bronchiectasis (ځينې پيښې) **ټول معمولي لاملونه د راديوګرافي ابنارمل منظره څرګندوي.**

دhemoptysis **تړاو د هغه د معمولو اسبابو سره د وينې د راتګ په حالت کې:**

د وينې د راتګ طبيعت — **ناروغی په نظر کې نيول يا فکر کول**

۱- كتلوي Hemoptysis:
- توبركلوز
- Bronchiectasis
- ريوي ترومبوامبوليزم
- قصبي كارسينوما
- تقيححي نمونيا

۲- Scanty Hemoptysis:
- د قصبي كارسينوما
- د سږو ترومبوامبوليزم
- مزمن برانكاتيس

۳- Hemoptysis او تقيحي بلغم:
- Bronchiectasis
- مزمن برانشيت
- تقيحي نمونيا

۴- متكرر Hemoptysis:
- د سږو ترومبوامبوليزم
- د قصبي كارسينوما
- Bronchiectasis
- مزمن برانشيت

www.ketabton.com

معمول Pit falls **(نا اټکل شوي خطر)او څنګه د هغه څخه مخنیوي کولای شو:**

- Stridor **دیوې لوئې هوائي لارې د قسمي بندش څخه پیداکیږي په کاهلانو کې چې شروع یې تدریجي وي نو لامل به یې زیاتره د حنجرې، شزن او یا عمده قصباتو کارسینوما وي. مقدم** Stridor **آواز په کاهلانو کې زیاتره** Miss **کیږي یا د** wheeze **ګومان پرې کیږي نو په دې صورت کې باید ناروغ ته وویل شي چې ټوخی وکړي بیا دوبه ساه واخلي او وباسي په داسې حال کې چې خوله یې خلاصه وي. (۷)**
- Pigeon **یا د کوترې په شان د صدر سوء شکل د ارجاع وړ نه دی کله چې د بلوغ په وخت کې د صدري پنجرې هډوکي یو د بل سره** Fuse **شي نو د بلوغ څخه د مخکې وخت د استما د شدیدې ناروغۍ په صورت کې اعظمي تداوي ته ضرورت لري او د صدر سوء شکل قابل ارجاع دی کوم ناروغان چې د بلوغ څخه وړاندې تداوي شوي دي.**

۵-۱۰. جدول د شکمن تشخیص اړونده پلټنې: (۷)

شکمن تشخیص	ممکنه لازیات پلټنې
۱. د سږو ترومبوامبولیزم	۱. Ventilation – perfusion د سږو Scan Ascending Angiographies د سږو Angiographies
۲. د قصباتو کارسینوما	۲. د بلغمو معاینه دخبیثه حجراتولپاره، برانکوسکوپي او Trans thoracic needle aspiration
۳. توبرکلوز	۳. د بلغم معاینه د T.Bسیل لپاره که بلغم نه وه نو باید Bronchoscopy اجراء شي چې د قصبي د وینځل شوي مایع څخه معاینه اجراء شي، توبرکولین ټسټ
۴. Bronchiectasis	۴. بلغم د باکتریائي پتوجن لپاره معاینه شي که دصدر رادیوګرافي منفي وي نو CT توصیه کیږي کله چې CT موجود وي برنکوګرافي ته کله ناکله ضرورت پیښیږي.

www.ketabton.com

۵. مزمن برانشيت	۵. بلغم دخبيثه حجراتو لپاره معاينه شي برانکوسکوپي د قصبي کارسينوما د معاينې لپاره
٦. د سږو اذيما	٦. ECG، ايکو کارديوګرافي
۷. تقيحي نمونيا	۷. بلغم دپتوجن باکتريا، Fungus او هم دT.B باسيل لپاره معاينه شي.

- د سينې حرکات بايد د سينې د توسع سره مطالعه نشي:

د COPD د تکراري حملاتو يا د استما د شديدو حملو سره د صدر حرکات زياتيږي د accessory تنفسي عضلاتو د فعاليت له امله چې توسع کوي (د هوا په واسطه) سينه پورته او ښکته حرکت کوي چې د تهويي د اصلاح په خاطر بايد د سينې توسع معاينه شي.

- هغه ناروغان چې امفزيما لري خپل وزن د لاسه ورکوي نو د هغوي د وزن د بايللو لپاره چې ضرورت نه وي پلټنه مه کوئ.
- د کلينيکي ابنارملتي ګانو نشتوالی په هغو ناروغانو کې چې د سږي په توبرکلوز مصاب وي دا يو Rule دئ نه دا چې استثنا. سره له دې چې ډير زيات Gross راديوګرافيک تغيرات موجود هم وي نو کله چې د تاريخچې له مخې د سږو د توبرکلوز شک وي په دې حالت کي بايد د سينې راديوګرافي اجرا شي.
- د توبرکلوز open پيښه يوه انتاني ناروغی ده او هغه ناروغان چې په توبرکلوز مصاب دی بايد ژر تر ژره خبر کړئ شي تر څو دا ډول کس وپيژندل شي او همدا ډول هغه ناروغان چې بلغم مثبت توبرکلوز لري او د هغه ماشومانو سره چې پنځه کلن وي نږدې تماس ولري نو ژر ترژره بايد دا ماشومان معاينه کړای شي.
- قصبي کارسينوما په يو کاهل سګرت کښ کې هغه چې پخوانئ Hemoptysis لري او اوس د سينې نارمل راديوګرافي لري او يا ابنارمل کلينکي لوحه ورسره موجوده نه وي رد کيدی نشي بلکې بايد دا ډول کسانو ته د برانکوسکوپي معاينه توصيه شي تر څو تشخيص يقيني شي.
- زياتره هغه ناروغان چې په ترومبو امبوليک ناروغی باندې اخته وي د ژور وريدونو د ترومبوزس کلينيکي شواهدنه لري نو په يقيني توګه د سږو د احتشاء تاريخچه، کلينيکي لاس ته راوړنې او راديوګرافيک ابنارملتي ګانې د نمونيا سره شباهت لري نو لومړي د سږو ترومبوامبوليزم د انتي بيوتيک سره تداوي کيږي او د کوم ځايه چې شک دی انتي کواګولانت بايد تر هغه وخته توصيه شي تر څو د ترومبوامبوليک ناروغی امکانيت لرې شي. (۷)

www.ketabton.com

شپږم څپرکی

د زړه او رګو سیستم

The Cardio Vascular System

تاریخچه (the history):

عمومي پاملرنې: د ارزیابي په خاطر د زړه په ناروغیو کې د تاریخچې اخیستل کم تر کمه همدومره اهمیت لري لکه چې په یو ناروغ فزیکي معاینه اجراء کېږي په حقیقت کې د زړه د ناروغیو یو عمده عرض چې د سینې د درد او یا نا آرامۍ څخه عبارت دی زیاتره غیر له دې چې په فزیکي لاس ته راوړنو کې ابنارملتي موجوده وي پیښیږي.

موجوده شکایت: Present Complaint

هغه ناروغان چې د زړه په ممکنه ناروغیو باندې اخته وي د هغوي په ارزیابي کولو کې د تاریخچې له نظره خاصتاً د درې عمده اړخونو مراعاتول ډیر اهمیت لري، لکه د ناروغۍ د پیل اندازه، د اعرضو دوام او وخامت یې، د هغه اعراضو په پرتله چې د میاشتو راهیسې موجود وي. د سینې د درد ضمني پیښې، حاده سالنډی زیاتې بیړنۍ توجه ته ضرورت لري داچې زیاتره د زړه ناروغۍ پرمخ تلونکي وصف لري نو دا ضروري ده چې د وخت په تیریدو سره اعراض وڅیړل شي.

د اعراضو د موقتي پیښو نمونې کولای شي چې مونږ ته دانزارو په هکله معلومات راکړي او همدا ډول د طبي مداخلې او هم لکه د دسام د جراحي د وخت معلومات راپه ګوته کولای شي او هم یې د انزارو د وخامت په هکله معلومات وړاندې کولای شي.

د مثال په ډول هغه Angina چې د نورمال فزیکي فعالیتو په څنګ کې چې طبي تداوي یې هم تر سره کېږي زیاتره د اکلیلي انجیوګرافي لپاره یې استطباب وضع کېږي دا ځکه چې د سینې درد او سالنډی د زړه د ناروغیو عمده اعراض دي او د کار او فعالیت سره تړاو لري نو دا ضروري ده چې په وظیفوي ظرفیت باندې د دوي تاثیرات وټاکل شي. د کورنې کارونو لکه (پخول، پاکول، سوداکول) ټولنیز کارونو لکه (مشغولاوي، سپورت) کې ددغه ناروغانو ناتواني باید وټاکل شي خصوصاً د اعراضو منځ ته راتلل کله چې کار ته تګ راتګ وي یا سوداکول وي او یا هم په زینه ختل وي باید معلوم کړاي شي. داهم ضرور ده چې د ناروغ اړیکي د خپلو ملګرو او دوستانو سره معلوم کړای شي.

www.ketabton.com

تيره تاريخچه (past history):

په دې کې بايد د Rheumatic تبې پېښې، د مکتب د وخت ابنارملتي ګانې او يا د وظيفوي طبي معايناتو په شمول د وينې د فشار ثبتول شامليږي کله چې لازمه وي بايد د زړه د ناروغيو په اړه پلټنې وشي چې مثالونه يې په لاندې ډول دي.

- ❖ **د اکليلي شراينو او د شکرې ناروغۍ**
- ❖ **د زړه د وينې د فشار ناروغۍ او ګلوميرولونفرايتس**
- ❖ **اذيني فبريلشن او تايرو ټوکسيکوزس**
- ❖ **کارديومايوپتي او امايلوئيدوزس**

په همدې توګه بايد خصوصي پلټنې د غاښونو د ستونزو او د بکتريميا د نورو اسبابو په هکله تر سره شي چې د انتاني اندوکارډايتس لامل ګرځي.

او هم ځينې نور پرابلمونه چې د زړه د ناروغيو سره يو ځاي او د زړه د ناروغيو لامل وي او ورسره تړلي نه وي لکه د مثال په ډول يو ناروغ چې د Marphan Syndrome ولري امکان لري چې د ابهر په عدم کفايه هم اخته وي.

د مورزادي تاريخچې په هکله معلومات د دسامونو د ابنارملتي يا حجابي نقصان د آفاتو په څرنګوالی کې مرسته کوي.

شغلي تاريخچه (Occupational history):

د يوې دقيقې وظيفوي تاريخچې اخيستل ډير ارزښت لري دا ځکه چې د زړه مورزادي ناروغۍ د اخته کس فزيکي فعاليت مختلولاي شي او وظيفوي محدوديتونه منځ ته راوړي د زړه د ناروغيو تشخيص شايد medico legal نتايج په مخصوصو شغلونو لکه ډريورانو او پيلوټانو کې له ځانه سره ولري.

ټولنيزه تاريخچه:

دا هر وخت ارزښت لري د سګرټ څکلو سببي رول په اکليلي او نورو وعائي ناروغيو کې دا لازموي تر څو د سګرټ څکولو يوه اوږده تاريخچه واخيستل شي. د الکولو استعمالول هم معلوم داره خبره ده. په دوامداره او زياته اندازه د الکول څښاک د اذيني فبريلشن، دوينې د لوړ فشار او Cardio myopathy لامل کيږي د کافين د زيات استعمال په اړه بايد هم پلټنې وشي ځکه چې د Palpitation يا د زړه د ضربان لامل ګرځي. ځينې نشه يي دواګانې د زړه د اعراضو سره تړاو لري لکه کوکاين او د سينې درد.

www.ketabton.com

۱-٦. جدول: د زړه د ناروغیو وظیفوي اړخونه: (۷)

۱. وظیفوي اخته کیدل چې د زړه د ناروغیو سره یو ځاي وي ❖ عضوي محللات ⟵ زړه بې نظمي ګانې، Cardiomyopathy ❖ د اهتزازي ماشین سامان الات ⟵ Raynoud's phenomenon ❖ د شراب خانې خاوند ⟵ Alcoholic Cardio myopathy
۲. شغلي معروضیدل چې پخواني زړه حالات تشدیدوي ❖ د یخني سره مخامخ کیدل ⟵ Angina، ناروغۍ Raynoud's ❖ ژور بحري Diving ⟵ امبولیزم د Oval فوحې له لارې
۳. د لوړې سوئې زړه وعائي غښتلوالی (fitness) لپاره شغلي اړتیاوي: ❖ Pilots ❖ درنه ډریوري/ عامه ترانسپورت ❖ Armed forces ❖ Police

د دوا تاریخچه (Drug history):

د زړه په ناروغانو کې د دوایي تاریخچې اخیستل ځرګند اهمیت لري. تداوي شاید د ځینې اعراضو د منځ ته راوړلو یا تشدیدولو لامل شي لکه ساه لنډي، پړسوب، ضربان یا Syncope. د تایروکسین استعمال د Angina په منځ ته راوړلو یا تشدیدولو کې رول لري په دوائي تاریخچه کې د هغو دواګانو په هکله چې مواد یې د زړه او رګو په سیستم باندې مستقیمه اغیزه لري لکه د (Nsaids ګروپ دواګاني او نور). چې په دې تاریخچه کې د ناروغ هغه مزمنې ناروغۍ چې له یاده یې وتلي وي راځرګندوي لکه د لوړ فشار تداوي یا د خولې له لارې د Hypoglycemia دواګانو استعمالول.

کورنۍ تاریخچه:

د کورنۍ تاریخچه ځکه مهمه ده چې زیاتره د زړه تشوشات یوه ارثي برخه هم لري دا ضروري ده چې معلوم شي چې آیا په لومړي درجه خپلوانو کې (په ۵۵ کلنۍ عمر کې په ښځینه غیر سګرت کشو اویا د ۵۰ کلني څخه ښکته په نارینه غیر سګرت کښو) کې د زړه د

www.ketabton.com

premature اکلیلي ناروغۍ تاریخچه موجوده ده یا په یو ځوان عمر کې یو ناڅاپي او نامعلوم مرګ چې د Cardiomypathy او یا د زړه بې نظمي امکانات په کې زیات وي.

۶-۲. جدول: هغه اعراض چې د تداوي سره تړاو لري: (۷)

❖ ساه لنډي: - β – bloker دواګانې په استما ناروغانو کې. - د زړه عدم کفائې پرمخ تګ د بیتابلاکر په واسطه. - ځینې کلسیم انتاګونست او یا NS Aids دواګاني.
❖ ګنګسیت: - د اوعیو توسع ورکوونکې دواګانې لکه نایتریت، الفابلاکر او ACE منع کوونکې.
❖ Angina: - چې د تایروکسین سره تشدیدیږي او یا هغه وینه کمي چې د دوا له کبله منځ ته راځي لکه اسپرین او یا NSAids.
❖ د زړه ضربان: - تکي کاردیا او یا بی نظمي چې د تایروکسین، Sal butamol، د Digoxina تسمم، هایپوکالیمیا د ډیورتیک د استعمال څخه، Anti depressant Tricyclic دواګاني.
❖ پړسوب: - د معایاتو احتباس دستروئید، NSAid له سببه او یا اذیما د کلسیم انتاګونستې (نیفیدیپین او یا Amoilodipine له کبله).

۶-۳. جدول: په ارثي ډول معلوم شوي زړه وعائي آفات: (۷)

ځانګړي Gene تشوش	د متعدد جنو ارثیت
Hypertrophic Cardiomyopathy	ischemic heart diseases
Marfan syndrome	Hypertention
Familial hyper cholestrolemia	type2 diabetus mellitus
Muscular dystrophies	hyper lipidemia

www.ketabton.com

اساسي اعراض:

شاید د زړه ناروغان بې عرضه وي ددې ډول ناروغانو د زړه پتالوژیک تشخیص ممکن د روتین معایناتو په وخت او یا هم کله چې احتلاط ورکړي لکه د مترال په تضییق او یا زیاتره اذیني فبریلشن کې کېږي.

لاکن د زړه د ناروغیو اساسي او عمده اعراض عبارت دي له ـ د سینې ناراحتي، سالنډی، د زړه ټکان، Syncope او محیطي اذیما څخه. هیڅ یو د پورتنیو اعراضو څخه دا نشي ښودلی چې خامخا زړه آفت موجود دی ځکه چې دا اعراض غیر وصفي دی.

د یو مخصوص عرض امکانات چې د زړه د ناروغیو په لامل منځ ته راغلی دی په زیاتو فکتورو پورې اړه لري چې په دې کې عمر، جنس، د کورنی تاریخچه، ټولنیزه تاریخچه، د متصاحبو ناروغیو شتوالی او یا نشتوالی او فزیکي نښې نښانې شاملې دی.

٦-۴. جدول: د زړه د دردونو ډولونه: (۷)

ډول	لامل	اوصاف
❖ Angina	اکلیلي تضییق (نادراً دابهر تضییق، هایپرتروفیک کاردیومایو پاتي)	د تمرین سره اضافه کېږي او د استراحت سره له منځه ځي.
❖ زړه احتشاء	اکلیلي بندیز	Anginaته ورته ، ډیر شدید مقاوم اوداستراحت سره له منځه نه ځي
❖ قرب الزړه درد	د پریکاردالتهاب	تیز اویا چوخوونکي ـ دحرکت او تنفس سره تغیرکوي .
❖ د ابهر درد	د ابهر څیري کیدل	شدید ناڅاپه شروع کوي او شاته انتشارکوي.

www.ketabton.com

: Angina pectoris

د سينې د ناراحتي يو عمده لامل Angina ده چې د زړه د اسکيميا يوه عرضي لوحه تمثيلوي Atypical Angina هم يوه غير معمولي نوعه نه ده لاکن دا ډول يې هم د يو خاص وصف لرونکې ده چې توزيع او انتشار لري چې مشخص کوونکي ښه پېژندل شوي. منځ ته راوړونکي، تشديدونکي او آراموونکي فکتورونه لري.

دوام: انجينا زياتره د سينې لنډه کم دوامه ناراحتي ده چې په هغه حالاتو کې چې د مايوکارد کار او فعاليت زيات شي يا د اکسيجن ضرورت زيات شي (هر هغه څه چې د قلب Rate يا د چپ بطين د تقلص طاقت زياتوي) منځ ته راځي. Angina زياتره مخبروي وي او د مخصوص اندازې فعاليت سره راولاړيږي چې کله کله دا اعراض د روحي خفګان په وخت کې هم څرګنديږي ناروغان زر په دې پوهيږي چې کوم شيان د Angina په منځ ته راوړلو او يا آرامولو کې رول لري Angina زياتره د استراحت او يا د Glyceryl Trinitrate د اخيستلو څخه وروسته له منځه ځي نه دا چې لکه د زړه په احتشاء کې چې د سينې دوامداره درد موجود وي.

وصف يې: زياتره ناروغان Angina د يو دروندوالی او يا د نيونې په توګه تشريح کوي چې زياتره شديد نه وي او يوازې ناراحتي موجوده وي کله کله دا ډول ناروغان د سالندې او يا بي هضمي څخه شاکي وي ځينې وخت دا اعراض د هضمي سيستم د شکاياتو سره معالطه کېږي ځکه چې ددې ډول ناروغانو ناراحتي د غذا اخيستلو يا زياتره د غذا څخه وروسته د تمرين په وخت رامنځ ته کېږي. (Post prandial).

د Angina ناراحتي منتشره وي او ناروغ د خپل خلاص لاس او يا د ګوتې د څوکې په واسطه چې په سينه يې ايښی وي ناروغي ښيي. د Angina شدت د وظيفوي محدوديتونو په اندازې پورې تړاو نيسي نه د درد په تيزوالي پورې. د Angina په شدت کې د تغيراتو د ارزيابي لپاره يوه عمده وسيله د تداوي په مقابل کې ځواب دی. د کاناډا د زړه وعائي تضيف څخه په دې هکله ګټه اخستلای شو او دا ضروري ده چې لاندې شيان تثبيت کړو:

- **د وظيفوي محدوديتونو اندازه يا درجه**
- **د اعراضونمونه**
- **د اعراضوموجوديت په شپه او يا د استراحت په وخت کې**

www.ketabton.com

- ❖ د اعراضو ثابت والی
- ❖ د فعالیت د محدودوالی اندازه هغه وخت په ښه توګه معلومیدای شي چې هغه فعالیتونه چې د اعراضو د شروع کیدو لامل کیږي مشخص کړی شي (د سوالونو بکس ته دې وکتل شي) دیو ناروغ فعالیتونه شاید محدود شوي وي، ځکه هغه کارونه چې د اعراضو د شروع لامل ګرځي. په تدریجي ډول کمیږي نو دا ځکه ضروري ده چې هغه فعالیتونه چې په تأخیر اچول کیږي لکه ګډا کول او یا د ګالف لوبه کول معلوم او مشخص کړل شي.

د کاناډا قلبی وعایي ټولنه:د stable angina وظیفوي تصنف بندي:

اوله درجه: عادي فزیکي فعالیت لکه قدم وهل یا په زینه پایه ختل دangina لامل نه کیږيangina د درانده یا دوامدره یا چټک زیات فعالیت له کبله دکار یا تفریح په وخت منځ ته راځي.

دوهمه درجه: د عادي فعالیتونو خفیف محدودیت، ژر او تیز قدم وهل یا په زینه پورته کیدل په غونډۍ ختل، په یخنی، په باد کې او یا کله چې ناروغ د روحي فشار لاندې وي یا صرف دخوب څخه څو ساعته وروسته دanginaسبب کیږي.

دریمه درجه: د عادي فزیکي فعالیت واضح محدودیت سره دې تر دوه بلاکه په یوه اندازه قدم وهل یا په عادي شرایطو کې د زیني د یوې پائي څخه کم پورته ختل.

څلورمه درجه: د سینې د ناآرامي څخه پرته د هیڅ فزیکي فعالیت سرته رسول ممکن نه وي. شاید Anginal syndrome د استراحت په حالت کې هم موجود وي.

سوالونه: د Angina د شدت او وخامت د معلومولو په خاطر:

- ❖ مخکې له دې چې دسیني ناراحتي پیداشي ترکومې اندازې په همواره ځمکه قدم وهلئ شي؟
- ❖ په زینه ختلو او یا غونډي ته په ختلو کې درته ناآرامي پیداکیږي؟
- ❖ د باغوانی، د خپلې بستري په سمولو او یا د کور د نورو کارونو په کولو سره ناراحتي احساسو ی ؟

www.ketabton.com

- ❖ آیا د کوروالی په وخت ناراحتي پیداکیږي؟
- ❖ آیا ناراحتي دغذا سره پیداکیږي؟
- ❖ آیا د یخي هوا سره پیداکیږي؟

ځاي او انتشار (site and radiation):

د Angina درد په وصفي ډول مرکزي او د قص هډوکي شاته وي درد شاید یو لاس، مړوند یا د لاس بند، ستوني او یا ژامې (کوم وخت چې د غاښونو د درد په توګه واضح کیږي) شاته یا د شرصوفي ناحیې ته انتشار وکړي چې کله کله دا هم په پورتنیو نواحیو کې محسوسیږي او په سینه کې نه حس کیږي.

تشدیدونکي او آراموونکي فکتورونه: د Angina یوازنۍ خصوصي وصف دادی چې د فعالیت او کار سره منځ ته راځي او د استراحت سره له منځه ځي نور فکتورونه چې Angina منځ ته راوړي یایي آراموي په لاندې جدول کې ښودل شوي دي.

٦-٥. جدول: د Angina تشدیدونکي او آراموونکي فکتورونه: (٧)

تشدیدونکي فکتورونه	آراموونکي فکتورنه
- تمرین	- استراحت
- تهیجي حالت	- ګلسریل تراي نایتریت
- یخه هوا	- د تمرین څخه مخکې ځان معتدل ساتل
- د خوراک څخه وروسته تمرین	

د Angina خصوصي ډولونه:

- ❖ **غیر ثابت** Unstable **یا** Cresendo angina **داسې یوې** Angina **ته ویل کیږي چې شدت، دوام او فریکونسي یې زیاته وي درد په لږ فعالیت سره یا هم د استراحت په وخت کې پیداکیږي او د معمول په خلاف** glyceryl trinitrate **پکې لږ مؤثر تمامیږي دا نوعه د زړه په احتشاء باندې منجر کیږي.**

www.ketabton.com

❖ Second wind angina: د فعالیت په شروع کې پیداکیږي او وروسته په غیر له دې چې ناروغ دمه شي له منځه ځي. کله هم د فعالیت په شروع کې پیداکیږي. دا ډول غیر معمول نه ده او زیاتره په تشخیص کې غلطي منځ ته راوړي.د شپې Nocturnal انجینا یا decubits angina څکه منځ ته راځي چې د وریدي وینې بیرته تګ د شپې له خوا نه زیات وي یا دا چې د لنډې مودې ضدانجیني مستحضرات خپل تاثیرات له لاسه ورکوي دا نوعه معمولاً د زړه وحیمې ناروغۍ را په ګوته کوي.

تفریقي تشخیص: کله کله د انجینا او د نورو قلبی او غیر قلبی اسبابو د سینې د درد تفریقي تشخیص د مري د درد په شمول ستونزمن وي (٦-٦. جدول). ددې تفریق یوې عمومي کلینیکي څیړنې ته اړتیا لري غیر وصفي اعراض چې د فعالیت په وخت کې منځ ته راځي او د استراحت سره آرامیږي او په یوه ٦٠ کلن سړي کې چې د زړه ناروغیو او د شکرې د ناروغیو کورني تاریخچه ولري غالباً به Angina وي. برخلاف کله هم یوه دقیقه او وصفي تاریخچه د Angina څخه نمایندګي نشي کولاې خصوصاً که ناروغ سګرت نه څکوي او یا دا چې یوه ځوانه پیغله چې څرګنده فامیلي تاریخچه اویا د نومورړې تکلیف پخوانۍ تاریخچه ونلري.

Pericardial catch **یا نیونه**: هغه اصطلاح ده چې د Stabbing درد لپاره د زړه په زروه کې استعمالیږي دا یو عادي او معمولي احساس دی چې زیاتره نورمال خلګ یې تجربه کوي چې د غیر معمول Anxiety لامل ګرځي چې دا د زړه د عضوي ناروغۍ لوحه نه ده.

٦-٦. جدول: د Angina او د مري درد ترمنځ تفریقي تشخیص: (٧)

د مري درد	Angina
❖ د تمرین سره بد تر کیدی شي. لاکن زیاتره په نورو وختو کې موجود وي.	❖ عموماً د تمرین سره زیاتیږي.
❖ په چټکۍ سره د استراحت په واسطه نه آرامیږي.	❖ په چټکۍ سره د استراحت په واسطه آرامیږي.
❖ د قص شاته، اپي ګاستریک او کله کله څنګلې ته انتشار کوي.	❖ قص شا، څنګلې او ژامې ته انتشار کوي.
❖ عموماً ناروغ د خوب څخه پاځوي	❖ کله کله ناروغ د خوب څخه پاځوي
❖ ځینی وخت د زړه سوی ورسره وي.	❖ د زړه د سوی سره تړاؤ نلري بلکې ناروغ عموماً Wind پو کول لري.
❖ کله کله د نایتریت سره آرامیږي.	

www.ketabton.com

❖ وخت یې متغیر دی.	❖ په چټکۍ سره د نایتریت سره آرامیږي. ❖ ټیپیک وخت یې 2-10 دقیقې دی

د زړه احتشاء Myocardial infarction (MI):

د موقعیت له نظره د MI **د درد وصف او انتشار د** Angina **د درد په شان وي لاکن توپیر یې په دې کې دئ چې ضروري نه ده چې د فعالیت سره پیداشي، همدا ډول د استراحت په وخت کې موجود وي او معمولاً شدید وي (٦-٧. جدول).**

٦-٧. جدول: د Angina **او** MI **تر منځ تفریقي تشخیص: (٧)**

MI	Angina
❖ لکه د Angina په شان	❖ د قص شاته وي چې څنګلې، اپي ګاستریک – ناحیې او غاړې ته انتشار کوي.
❖ زیاتره څرګند زیاتوالی نه وي.	❖ د تمرین او روحي فشار سره شدت او زیاتوالی پیداکوي.
❖ زیاتره شدت یې زیات وي او کیدی شي چې چُپ وي	❖ شدت یې mild او یا متوسط وي
❖ د استراحت او نایتریت سره نه آرامیږي.	❖ د استراحت او نایتریت سره آرامیږي
❖ دسمپاتیک فعالیت سره زیاتیږي.	❖ دسمپاتیک فعالیت سره نه زیاتیږي.
❖ زړه بدوالی اواستفراق عمومیت لري	❖ زړه بدوالی او استفراق موجود نه وي.

Autonomic **اعراض لکه خوله، زړه بدوالی او ګرځون شاید د** MI **سره یو ځای وي ناروغان د سالنډۍ، ناآرامي او** Distress **څخه شاکي وي او د مړ کیدو احساس له ځانه سره لري بر عکس بي درده احتشاء هم په غیر معمول توګه خصوصاً په سپین ږیرو او هغو ناروغانو کې چې ډیابت ولري لیدل کیدی شي دا ډول ناروغان د زړه د عدم کفایې او یا د** Arrythmia **د احتلاطاتو په سیر کې میدان ته راوځي.**

د Pericardial **درد: چې د** Pericarditis **له امله پیداکیږي چې دا درد د قص شاته وي د اوږو او څنګلې پورته برخې ته انتشار کوي یوازې د شهیق په وخت موجود وي او د وضعیت سره تغیر کوي. (٦-٨. جدول)**

www.ketabton.com

چې د فعالیت سره نور هم زیاتیږي او د استراحت سره عموماً نه آرامیږي د درد وصف Stabbing یا Sorness وي د NS Aid سره چټک او پوره ښه والی تشخیص وضع کوي.

۶-۸. جدول: د Pericardial درد اوصاف: (۷)

موقعیت------- شاید چې چپې اوږې اوشاته انتشاروکړي، دقص شاته وي
محبروي------ شاید د ویروسي ناروغۍ سره پرمخ تګ وکړي
شروع ------- څرګند مساعد کوونکي فکتور نشته چې په شدت کې رول لري
طبعیت ------- شاید چوخوونکي وي زیاتره تیز څیرونکي او نادراً نیوونکي یا دروند نه وي.
خرابوالی----- د وضعیت په تغیر او د تنفس سره بد تر کیږي
آراموالی ----- د Analgesic دواګانو خاصتاً د NS Aid سره.
یوځاي والی----- د Friction rub سره یو ځای وي.

د ابهر څیرې کیدل: دا درد په حاد ډول شروع کوي ډیر شدید وي زیاتره شکوونکي وصف لري درد زیاتره لومړئ په حلف کې شروع او د کتف په منځنۍ برخه کې محسوسیږي.

۶ -۹. جدول: د Aortic dissection د درد اوصاف: (۷)

ځای ------کله کله لومړی داوږو په منځ کې اووروسته دقص شاته محسوسیږي.
شروع ------ عموماً ناڅاپي وي
طبعیت ------ ډیر شدید درد وي او د څیري کیدو په شان وصف لري.
آرام کوونکي----- درد مقاوم وي او عموماً ناروغ ددرد سره ناراحته وي.

ساه لنډی Breath less ness :

په دې بحث کې مونږ د هغه ساه لنډي څخه یادونه کوو، کومه چې د زړه منشاء ولري شاید تنفسي ناروغۍ ورسره یوځای وي کله چې په معمول توګه سببي فکتور یعني سګرټ څکول موجود وي.

Dyspnea on effort: دا نوع ساه لنډي فزیولوژیک ده کیدی شي چې د ناروغۍ د عرض په توګه هغه وخت منځ ته راشي کله چې د تمرین سویه د هغې سطحې څخه ټیټه شي چې د ناروغ عمر او پخوانۍ د Fitness اندازه یې وه. هغه سالنډی چې د فعالیت په

www.ketabton.com

وخت منځ ته راځي شاید د زړه د عدم کفایې یوازنۍ عرض وي چې د بطیني Systolic عدم فعالیت له سببه راغلي وي. دارنګه ناروغان زیاتره د زړه احتشاء پخواني دقیقه تاریخچه لري د Exertional dyspnea نور زړه لاملونه مشتمل دی په لوړ فشار، د زړه د دسامي ناروغۍ Cardiomyopathies او Arrythmias لکه اذیني فبریلشن. د سینې په درد کې دا ضروري ده چې د فعالیت د ساه لنډي په واسطه منځ ته راغلي عرضي محدودیت اندازه معلومه کړای شي چې دا ارزیابي د نیویارک د زړه ټولنې د تصنیف بندي په اساس درجه بندي کېږي.

د زړه عدم کفائې د اعراضو د وخامت په اړوند د نیویارک د زړه د انجمن تصنیف بندي:

اوله تصنیف بندي (class I): محدودیتونه نشته، عادي فزیکي کارونه د ستړتیا ساه لنډي یا د زړه د ضربان لامل نه ګرځي (بې عرضه د چپ بطین عدم کفایه)

دوهمه تصنیف بندي (class II): د فزیکي فعالیت لږ محدودیت. دارنګه ناروغان د استراحت سره آرامه وي عادي فزیکي فعالیت د ستړتیا، د زړه د ضربان یا د Angina pectoris لامل کېږي.

دریمه تصنیف بندي (class III): د فزیکي فعالیت واضح محدودیت، ډیر لږ عادي کار د اعراضو لامل کېږي (عرضي د زړه متوسطه عدم کفایه).

څلورمه تصنیف بندي (class IV): د زړه د احتقاني عدم کفایې اعراض حتیٰ د استراحت په حالت کې موجود وي. د هر ډول فزیکي فعالیت سره ناروغ د زیاتې ناآرامۍ احساس کوي (عرضي د زړه شدیده عدم کفایه).

د استراحت په وخت ساه لنډي (Orthopnea):

د استراحت او یا خوب په وخت عسرت تنفس ته Orthopnea ویل کېږي ددې لپاره چې ددغه ځوروونکي عرض څخه ناروغ په امان وي ناروغ کوشش کوي چې د نیمه ملاستې حالت غوره کړي (اضافي بالښتونه د سر لاندې ایږدي دا حالت دومره ناآرام کوونکي وي چې ناروغ زیاتره په چوکۍ کې د ناستې په حالت ویده کیدل غوره ګڼي).

Orthopnea د زړه په پرمخ تللي ناروغیو کې منځ ته راځي او ډیر کم هغه وخت لیدل کېږي کله چې د فعالیت په وخت ساه لنډي موجوده نه وي مګر که چیرې په کوم حاد شکل لکه د زړه dysarrythmia په واسطه منځ ته راغلي وي دا ډول ناروغان زیاتره دP.N.D حملاتو سره مخامخ کېږي.

:(Paroxysmal nocturnal dyspnea) P.N.D

www.ketabton.com

P.N.D د ساه لنډي يو حاد او وخيم حالت دی چې ناروغ د خوب څخه ويښوي او ناروغ په کټ کې په کښيناستلو مجبوره کوي کيدی شي چې ناروغ د کټ څخه پورته شي او کله هم د آزادې هوا اخيستلو دپاره کړکي ګانې خلاصوي ناروغ د زندۍ احساس کوي په وصفي ډول دا ناروغان بوي لرونکي بلغم د ټوخي سره خارجوي چې د وينې کرښې پکې ليدل کيږي. دا ناروغي بايد د Nocturnal Asthma څخه وپيژندل شي.

د استراحت ساه لنډي Dyspnea at rest:

دا ډول ساه لنډي د زړه د پرمخ تللې سالنډۍ څخه نمايندګي کوي چې د زړه په وخيمه عدم کفايه باندې دلالت کوي. کله چې دا ډول سالنډۍ په داسې يو کس کې چې د زړه معلومداره ناروغۍ ولري او د فعاليت په وخت ورسره orthopnea، P.N.D او د ښنګرو پړسوب هم يو ځای وي نو په څرګنده توګه د زړه په آفاتو دلالت کوي. لاکن هغه ناروغان چې د ساه لنډي حاده لوحه ولري او د استراحت په وخت کې پيداکيږي يا د سينې او زړه دواړو ناروغۍ ولري ددې ډول ناروغانو ارزيابي کول مشکل کار دی چې نور علتونه يې عبارت دي له نموتوراکس او ريوي امبوليزم بر خلاف د ريوي اذيما ناروغانو څخه د ريوي امبوليزم ناروغان زياتره د ستوني ستاخ څملاستو سره آرام وي او د کښيناستو سره کيدی شي چې بې هوښه شي.

د زړه ټکان يا palpitation:

په سينه کې د زړه د ټکان احساسول د palpitation څخه عبارت دی. چې اصطلاح ګانې يې لکه thumping، Racing, Jumping, fluttering, pounding او Skipping د ناروغ په واسطه ويل کيږي. د زړه ټکان شايد په sinus Rhythm کې د زړه د نبضان د جس کيدو په زياتوالی پورې اړه ولري زياتره ناروغان چې د زړه د ټکان څخه شکايت لري د زړه بې نظمي نه لري او نه ټول هغه ناروغان چې بې نظمي ولري palpitation لري د مثال په ډول اذيني فبريلشن معمولاً بې عرضه وي. ددې لپاره چې تشخيص يقيني شي نو معاينات ترسره کيږي لاکن تاريخچه کله نا کله د زړه د ضربان د مختلفو ډولو په تفريق کولو کې مرسته کوي. (٦-١٠. جدول)

د تاريخچې مهم اړخونه عبارت دي له:

١- شروع ٢- فريکونسي ٣- د حملو دوام ٤- دزړه د نبضان جس کول او د هغې منظموالئ د زړه د ضربان تعداد او نظم په دې ډول واضح کيدی شي چې د ناروغ څخه د حملې په وخت د احساس کولو پوښتنه وشي. نورې اضافي پوښتنې هم بايد وشي تر څو د ټکان طبيعت معلوم کړاي شي چې په همدې توګه يې اړونده ناروغي وپيژندل شي.

www.ketabton.com

۶-۱۰. جدول: د بې نظمي ګانو توضیح: (۷)

بې نظمي	د ناروغ توضیح
اذیني یا بطیني Extra systole	- زړه ټوپونه وهي یاژرژرټکان کوي
اذیني فبریلشن	- زړه منډه یا ټوپونه وهي سالنډۍ هم موجوده وي شایداحساس شي
فوق البطیني تکي کاردیا	- زړه منډه وهي یا ژرژر ټکان کوي د تشومتیازو زیاتوالی ورسره وي
بطیني تکي کاردیا	- زړه منډه وهي یا ژر ژر ټکان کوي او ساه لنډي ورسره یو ځای وي.

بطیني تکي کاردیا شاید د سنکوپ په توګه تظاهر وکړي نه د زړه د ضربان یا ټکان په شکل.

پوښتنې: د بې نظمي د ناروغ څخه باید لاندې پوښتنې وشي.

۱. آیا په فامیل کې د زړه ناروغي یا د ناڅاپي مړینې تاریخچه موجوده ده؟
۲. آیا دروماتیک تبې، دزړه د حملې یا دزړه د نورو پخوانۍ ناروغیو تاریخچه موجوده ده؟
۳. آیا د ورځني Caffin اخیستلو او اونیزه الکولو اندازه څومره ده؟
۴. آیا په خپل سر او یا د ډاکتر د نسخې مطابق یې دوا اخیستي ده؟
۵. آیا د ناروغۍ غیر وصفي اعراض موجود دي (تر څو غیر معمول پیښې لکه انتاني اندوکاردایتس په نظر کې ونیول شي)؟
۶. که چیرې حملې اشتدادي وي:
   - آیا منځ ته راوړونکي فکتورونه لکه (تمرین،ویره یا پریشاني) شته؟
   - د حملې د شروع څرنګوالی او یا د اعراضو لکه pre syncope یا د سینې ناآراحتي موجوده ده؟
   - آیا کوم آرام کوونکي فکتورونه لکه ساه بندول، تمرین) شته؟

www.ketabton.com

ګنګسیت او Syncope:

ګنګسیت شاید د زړه د ناروغیو له کبله منځ ته راشي لاکن بې خودي Syncope **یا د بیخودۍ حالت ته تلل** pre syncope **شاید د زړه منشا ولري چې لاملونه یې په درې ګروپو کې ډلبندي شوي دي.**

- **د دوا سره تړاو**
- **ارتمیا ګانې**
- **د چپ بطین د وینې د جریان خروجي بندیز**

د دوا سره تړاو: ځینې هغه فکتورونه چې د زړه د ټکان لامل کېږي د syncope **او** pre syncope **لامل ګرځي.**

توسع الوعائي دواګانې لکه الفابلاکر عرضي postural hypotention **منځ ته راوړي بیتابلاکر لکه** verapamil، dilthiazem **او** digoxine **د** sinoatrial **ناروغۍ لامل کېږي یایې هم تشدیدوي او اذیني بطیني بلاک منځ ته راوړي. نورې قلبی او غیر قلبی دواګانې په مستقیم ډول لکه** Tricyclic Anti depressant **یا په غیر مستقیم ډول لکه ډیوریتیک چې** Hypokalemia **منځ ته راوړي. په اخته کسانو کې د بطیني بې نظمي د حملاتو په منځ ته راوړلو کې رول لري.**

Arrythmia **یا د زړه د ضربان غیر نورمال حالات:**

بې خودي یا Syncope **ډېر کم د اذیني فبریلشن اویا نورو فوق البطیني ارتمیا ګانوسره یو ځاي وي لاکن براډي کاردیا چې د** Sick sinus syndrome **یا** (adam A.V bloke stokes attacks) **او بطیني** Tachy arrythmia **سره تړاو لري د** Syncope **یا** pre syncope **لامل ګرځي.**

د چپ بطین د خروجي جریان بندیز:

د ابهر پرمخ تللي تضیق او Hypertrophic Cardiomyopathy **چې دچپ بطین د خروجي جریان د لارو د عضلي بندیز سره یو ځاي وي، شاید سنکوپ او یا پري سنکوپ خصوصاً د فعالیت سره رامنځ ته کړي کلنیکي معاینه زیاتره یو سستولیک مرمر راپه ګوته کوي.**

نور د زړه لاملونه: شاید ناروغان یو تکراري سنکوپ د واګوس د تنبه له کبله پیداکړي (malignant Vasovagal syncope) **. په دې ناروغانو کې بې خوده کیدل د ناځاپي برادي کاردیا او وعائي پراخوالی له کبله منځ ته راځي نور لاملونه یې عبارت دي له د چپ اذین** myxoma **شخه چې د مترال د سام او ثباتي جیب بندیز منځ ته راوړي.**

www.ketabton.com

په وروستني حالت کې په کمه اندازه فشار واردول په ثباتي جیب باندې د اعراضو لامل کېږي ځکه چې شدیده برادي کاردیا منځ ته راوړي.

د زړه د ناروغیو نور اعراض: د نورو سیستمونو اعراض کیدی شي چې د زړه په ناروغیو کې منځ ته راشي ځینې ددغو اعراضو په لاندې جدول کې ذکر شوي دي. سترتیا شاید د زړه د اسکمیک ناروغۍ یو وصف وي او د انتاني اندوکاردایتس اعراض غیر وصفي دی. چې مشتمل دی په

- د وزن ضیاع (کمي)
- سترتیا د شپې له خولې کیدو سره

۶-۱۱.جدول: قلبي وعائي ناروغۍ د غیر قلبي اعراضو سره: (۷)

جهاز	اعراض	لامل
مرکزي عصبي سیتم	Stroke	دماغي امبولیزم، لوړ فشار، اندوکادایتس
هضمي سیستم	بطني درد، زیړی	په تالي توګه د زړه عدم کفایه، دځیګراحتقانMesentericامبولي
پښتورګي	Oliguria	دزړه عدم کفایه

محیطي اذیما: اذیما کیدی شي چې هم عرض او هم علامه وي که څه هم اذیما شاید د زړه په عدم کفایه کې منځ ته راشي لاکن په ځنې نورو ناروغیو کې هم لیدل کېږي، حتی د فعالیت په وخت ساه لنډې او اذیما د زړه عدم کفایه نه را په ګوته کوي. د اذیما یو معمول لامل چې زیاتره دغلطۍ لامل کېږي د Caclcium channel blokcker dihydropyridine لکه Nifidipine یا amlodipine استعمالول دي.

کلیدي ټکي:

- ❖ ناروغان شاید د زړه د پرمخ تللي ناروغیو سره بې عرضه وي.
- ❖ د Angina تشخیص د تاریخچې له مخې کېږي.
- ❖ د Angina خصوصي وصف دادی چې د فعالیت سره منځ ته راځي او د استراحت په وخت له منځه ځي

www.ketabton.com

- ❖ Crescendo یا unstable انجینا یوه طبي عاجله پیښه ده.
- ❖ د زړه د اعراضو وخیموالی د نورمال فعالیت سره تړلی دی نو ځکه شغلي تاریخچه په تدابیرو باندې اثر غورځوي.

- ❖ PND معمولاً د حادې ریوي اذیما له کبله وي.
- ❖ د زړه مزمنه عدم کفایه د فعالیت د ساه لنډي په شکل او یا د محیطي اذیما په شکل چې د مایع د احتباس له کبله منځ ته راځي ښکاره کیږي.
- ❖ دا ضروري ده چې ناروغ د زړه ټکان واضح کړي چې څنګه او په څه شکل منځ ته راځي

فزیکي معاینه:

د یوې فزیکي معاینې تر سره کول د ناروغ په حالت پورې اړه لري.

چې دا په درې کټه ګوري باندې ویشل کیږي:

- هغه چې قلبي یا تنفسي توقف ولري او احیاء مجدد ته ضرورت ولري
- هغه ناروغان چې مریضي یې زیاته وي او عاجلې تداوي ته ضرورت ولري.
- هغه ناروغان چې Hemodynamically ثابت حالت ولري.

۱۲-۶. جدول: د زړه وعائي معایناتو شیما:

۱)	په ناروغ عمومي احتمالي تشخیص کیږدی او په ناروغ کې د درد، ساه لنډي، پریشاني علایم ولټوئ.
۲)	د ناروغ سره لاس ورکړئ محیطي ارواء (ګرموالی او خولې معلومې کړئ د clubbing او splinter Hemorrhage لپاره شواهد وګورئ.
۳)	کعبري نبض جس تعداد او نظم یې وګورئ.
۴)	Brachial (عضدي) نبض جس او د وینې فشار معلوم کړئ
۵)	د وداجي ورید نبضان معاینه کړئ.
۶)	د ناروغ مخ معاینه کړئ د Hypercholestrolemia یا وینه لږې شواهد پکې ولټوئ، ژبه د Cyanosis لپاره وګورئ.

www.ketabton.com

۷)	ثباتي نبض جس کړئ کیفیت یې معلوم او Bruit واورئ.
۸)	سینه معاینه کړئ او هم د Apex beat ځاي معلوم کړئ.
۹)	زړه اصغاء کړئ.
۱۰)	د سینې خلف معاینه کړئ.
۱۱)	بطن معاینه کړئ خصوصاً د ځیګر د غټوالی او حبن لپاره.
۱۲)	فخذي نبض معلوم کړئ. د کعبري فخذي نبض تأخر وګورئ.
۱۳)	پښې معاینه کړئ، نبضانات جس او اذیما معلومه کړئ.
۱۴)	قعرغین معاینه کړئ.

عمومي معاینه: د لاسونو، قعرغین او مخ عمومي معاینه مونږ ته د زړه د ناروغیو مهمې نښې راپه ګوته کوي.

د زړه اړونده نښې نښاني مشتملې دي په:

آیا د الکول یا تنباکو د استعمال شواهد موجود دي او که نه؟ د وینه لړې او خسافت لپاره شواهد شته؟ هغه سیانوزس چې د زړه منشاء ولري زیاتره د ریوي اذیما له کبله پیداکیږي حال دا چې په وخیم ریوي اذیما کې شاید سیانوزس موجود نه وي، کله چې د زړه مورزادي ناروغیو سره سیانوزس یو ځای وي نو داد ښي خوا څخه چپې ته شنټ رانښیي. دغه سیانوزس د 100% تنفس شوي اکسیجن سره هم نه اصلاح کیږي او د ګوتو د clubbing لامل کیږي. کله کله علایم پرته له اعراضو څخه موجودوي دمثال په ډول Hyper lipidemia د شریاني ناروغیو یو مهم خطري فکتور دی چې ددې لپاره شواهد عبارت دی له

- د تلي یا د وتري ناحیې Xantomata
- Corneal arcus یا قوس چې د کولسترول د کرستل د ترسب څخه د قرنیې په اطراف کې منځ ته راځي.

په ځوانانو کې د Hypercholestolemia سره یو ځاي وي چې د سن په زیاتیدو سره کمیږي Xanthelasma یو زیړبخن آفت دی چې د اجفانو په داخلي طرف او د سترګې د کرې د پوستکي په ناحیه کې منځ ته راځي چې 50 کلني څخه کم عمر خلکو کې د Cholestrolemia سره یو ځاي وي. نور اضافي تفصیلي معاینات چې د ناروغۍ خاص علایم راپه ګوته کړي د کلینیکي لوحې او تاریخچې له مخې ترسره کیږي.

www.ketabton.com

د مثال په ډول هغه ناروغ چې دوینې فرط فشار لري او نادراً هغه ناروغان چې د انتاني اندوکاردایتس شک پرې موجود وي بیلې بیلې علامې یې تشخیصیه ارزښت لري لکه په لاسونو کې د Jane way آفت چې بې درده نو دولونه دي، همدا ډول osler نودولونه په ورغوو او د ګوتو د تلي په برخه کې splinter hemorrhage او hematuria دواړه اوتوامیون ناروغۍ راپه ګوته کوي. د ګوتو clubbing په مزمن انتان دلالت کوي.

۶-۱.شکل osler's nodes (۷)

۶-۲.شکل xanthelasma (۷)

۶-۳.شکل eruptive xanthomata (۷)

The pulses (**نبضانات**):

نبضانات د تعداد (Rate)، **نظم** (Rhythm)، **حجم** (Volume) **او اوصافو لپاره معاینه کېږي.**

اناتومي: کعبري نبض د Flexor Carpi radialis عضلې د وتر وحشي خواته جس کېږي او د نبض د تعداد او Rhythm (نظم) په معلومولو کې مرسته کوي. غضدي شریان په عضدي حفره کې د دوه سره عضلې دوترانسي ته جس کېږي ثباتي نبض په غاړه کې د جس وړدی او د نبض د حجم او وصف د معلومولو لپاره نسبت کعبري نبض ته زیات استعمالیږي.

www.ketabton.com

د معاینه کولو ترتیب:

کعبري نبض:

- د ښي مړوند په ساحه کې درې ګوتې په کعبري نبض باندې کیږدی.
- د ګوتو څوکې د نبض د تعداد او Rhythm لپاره استعمال کړئ.
- د پنځلس ثانیو لپاره نبض وشمارئ او په څلورو کې یې ضرب کړئ تر څو په یوه دقیقه کې نبض معلوم کړئ (beats per/min).
- د Collapsing نبض د معلومولو لپاره د ناروغ لاس اوچت کړئ او د بل لاس د ګوتو په واسطه نبض جس کړئ.
- د چپ لاس کعبري نبض جس کړئ. که چیرې یو د دواړو د حجم له لحاظه کم جس شي نو تفاوت یې د بیا جس کولو په واسطه یقیني کړئ.

Brachial نبض:

❖ د غټې ګوتې په واسطه (د ښي لاس دپاره ښئ ګوته او د چپ لاس دپاره چپه ګوته) نبض جس کړئ په داسې حال کې چې نورې ګوتې د بند ګرد چاپیره تاو شوي وي.

❖ د دوه سره عضلې د وترانسي طرف ته جس وکړئ تر څو د نبض وصف معلوم شي.

ثباتي نبض:

ثباتي نبض هغه وخت جس کړئ چې ناروغ ستوني ستاخ پروت وي.

❖ دواړه نبضونه په یو وخت مه جس کوئ.

❖ د چپ لاس غټه ګوته د ښي ثباتي شریان لپاره او د ښي لاس غټه ګوته د چپ ثباتي شریان لپاره استعمال کړئ.

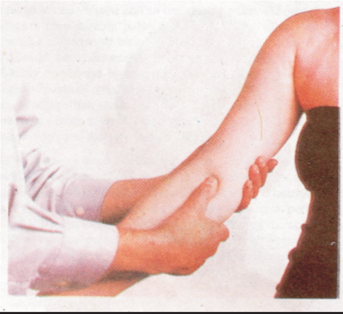
❖ د غټې ګوتې څوکه د حنجرې او Sternocleidomastoid عضلې قدامي طرف په منځ کې کیږدئ.

❖ د Bruits د اوریدو په خاطر States cope ته د ثباتي شریان په امتداد حرکت ورکړئ.

حجم او وصف:

حجم هغه اصطلاح ده چې نبض ګوتې ته څومره حرکت ورکوي. وصف د نبض د موجوي شکل څخه عبارت دی چې د جس په واسطه متخیل کیږي د نبض حجم او وصف په لویو شریانو کې په ښه ډول معلومیږي لکه د ثباتي شریان. پوره اندازې تجربې ته اړتیا شته تر څو د نبض موجوي شکل معلوم کړای شي. ددوي موجودیت ډاکتر دسامونو یا نورو آفاتو ته متوجه کوي او د هغوي د آفاتو وخامت هم ورته په ګوته کوي.

www.ketabton.com



۶-۴.شکل د عضدي نبض جس (۷)

۶-۵.شکل د کعبري نبض جس (۷)

۶-۶ .شکل د Collapsing کعبري نبض احساس کول (۷)

۶-۷. شکل د ثباتي نبض د ځاي معلومول (۷)

نورمال اندازې:

www.ketabton.com

په غټانو کې د استراحت په حالت د نبض نورمال تعداد 100-60/min او په کوچنیانو کې 200-80/min ده. برادي کاردیا هغه حالت ته ویل کېږي کله چې نبض د 60 څخه کم شي، او تکي کاردیا هغه حالت ته ویل کېږي چې په یوه دقیقه کې د نبض تعداد د 100 څخه زیات شي دزړه نورمال نظم ته sinus rhythm ویل کېږي ځکه د sinoatrial عقدې څخه منشاء اخلي. جیبي نظم ډېر کم په پوره ډول منظم وي ځکه زړه په شهیق کې تیزیږي او په ذفیر کې په ورو کېږي. جیبي بې نظمي زیاتره په کوچنیانو، نوي ځوانانو او ورزش کارانو کې لیدل کېږي.

معمول ابنارملتي ګانې:

Rate: د تکي کاردیا او برادي کاردیا لاملونه په لاندې جدول کې ښودل شوي دي. د برادي کاردیا د مهمو سببونو څخه یو هم د زړه مکمل بلاک دی (دریمه درجه A.V بلاک) په دې حالت کې د زړه ریتم منظم وي اما د زړه Rate زیاتره د 40 b/min څخه کم وي کیدی شي په وار سره وي او د ناروغ د بې خودئ لامل شي. (stoke adams attacks).

د تکي کاردیا معمول لامل جیبي تکي کاردیا ده د تمرین، درد، اضطراب او تبې څخه رامنځ ته کېږي.

۱۳-۶. جدول: د چټک یا بطي نبض لاملونه:

تیز د زړه د ضربان تعداد (تکي کاردیا 100/min↑)	
جیبي تکي کاردیا	بې نظمي
- تمرین	اذیني فبریلشن
- درد	اذیني فلتر
- تهیج، اضطراب	فوق البطیني تکي کاردیا
- تبه	بطیني تکي کاردیا
- د تایراید فرط فعالیت	
- دوائي تداوي Sympathomemitics Vasodilatorsl	
بطي د زړه د ضربان تعداد برادي کاردیا 60/min↓	
جیبي Brady cardia	بې نظمي

www.ketabton.com

- خوب	- د ثباتي جيب فرط حساسيت
- ورزش كاران	Sick sinus syndrome -
- د تايرايد تفريط فعاليت	- د زړه دوهمه درجه بلاک
- تداوي – بيتابلاكر	
- Digoxin	
- Verapamil, diltiazem	

د نبض نظم: کله چې نبض غير منظم وي نو دا ضروري ده چې ددې غير منظم والي طبعيت معلوم کړای شي او همدارنګه څرګند شي چې آيا دا غير منظم والی همیشه یا په وار سره وي. د نظم د غیر منظم والي معمول سببونه په لاندې جدول کې ذکر شوي دي.

کله کله پيښيدونکی غير منظم والی معمولاً د Ectopic beat يا Extra systole له سببه منځ ته راځي چې شايد اذيني او يا بطيني منشاء ولري زياتره د نبض څپه دومره ضعيفه وي چې په ساعد کې نه محسوسيږي په نتيجه کې هغه توپير چې د زړه د تعداد او کعبري نبض تر منځ موجود وي چې دې ته pulse deficit (نقصاني نبض) ويل کيږي بطيني Ectopic beat د جيبي عقدې سره هم زمان نه وي چې په نتيجه کې يو تأخر يا معاوضوي توقف تر هغه پورې وي تر څو بل Sinus beat واقع شي. د بطين د ډکيدو د صفحې اوږدوالی د Stroke volume د زياتيدو لامل کيږي چې د نبض په حجم کې زياتوالی ليدل کيږي کله هم ectopic beat په منظم ډول وروسته د هر نورمال Beat څخه منځ ته راځي چې دې ته pulses - bigemini ويل کيږي.

د غير منظم نبض لاملونه:

۱- جيبي ارتميا ۲- اذيني خارج سستولي ۳- بطيني خارج سيستولي ۴- اذيني فبريلشن ۵- اذيني Flutter ٦- دوهمه درجه بلاک

اذيني فبريلشن چې د غير منظم نبض لامل ګرځي چې زياتره وخت ددغه نبض نظم غير منظم وي. بطيني فبريلشن د تکي کارديا او د ځنې بطيني تقلصاتو تر منځ د تأخر لامل ګرځي، چې دا تأخر ډير لنډ وي او په صحيح توګه د بطين ډکيدل صورت نه نيسي چې په نتيجه کې دزړه دهانه کمه او نبض د جس وړ نه وي. چې نقصاني نبض يا pulse defecit ورڅخه پيداکيږي، نوځکه کله چې بطين اذيني فبريلشن ته زر ځواب ووائي نو د زړه د ضربان تعداد بايد د زروي په ساحه کې واوريدل شي او د E.C.G څخه په صحيح توګه وشميرل شي. د اذيني فبريلشن لاملونه په لاندې جدول کې ورکړل شوي دي. يوازې او يا Idiopathic اذيني فبريلشن غيرمعمول نه دی که چيرې ددې لپاره واضح

www.ketabton.com

لامل موجود نه وي نو دا ضروري ده چې د تایروتوکسیکوزس اود الکول پورې اړونده ناروغي یو طرف ته شي.

د اذیني فبریلشن لاملونه:

۱) لوړ فشار
۲) د زړه احتشاء
۳) په الکولو پورې تړلی د زړه ناروغی
۴) د سینې او بولي لارې انتان
۵) تایروتوکسیکوزس
۶) د زړه عدم کفایه
۷) د مترال د سام ناروغی
۸) قلبی صدري عملیاتونه

د نبض حجم: ډک یا محجم نبض شاید د ابهر د عدم کفایې یا وعائي پراخوالی له کبله وي تمرین، روحی عوامل، حرارت او حمل فزیولوژیک فکتورونه دي. چې د وعائي پراخوالی لامل ګرځي.او همدارنګه د تبې، Thyrotoxicosis، Anemia، محیطي A.V shunt، د هډوکو Pagets ناروغی او دوائي تداوي سره هم منځ ته راځي.

کم حجمه نبض په هغه ناروغانو کې لیدل کېږي چې Stroke volume یې د زړه د عدم کفائې یا محیطي وریدي ناروغیو له کبله کم شوي وي.

د ابهر Coarctation یو مورزادي تضییق دی چې د چپ تحت الترقوي شریان څخه وروسته واقع کېږي هغه ماشومان چې دا آفت ولري د علوي اطرافو نبض یې نورمال او د سفلي اطرافو نبض یې کم یا هیڅ نه جس کېږي په ځوانانو او یا بالغانو کې Coarctation د لوړ فشار په لوحه کې منځ ته راځي سره ددې چې فخذي نبضان زیاتره د Collateral د تشکل له کبله جس کېږي مګر حجم یې کم او د کعبري نبض څخه تأخر لري.

Pulse Alternans: یوه نادره پیښه ده چې په دې حالت کې د نبض یوه موجه ضعیفه او بله نورماله وي د نبض نظم منظم وي چې دا د میوکارد د ناروغی او د زړه د عدم کفایې یوه خطرناکه علامه ده.

چې دا د فشار د اندازه کولو په وخت کې معلومیږي.

Pulses paradoxus: دا داسې یو حالت دئ چې د ذفیر په وخت د نبض حجم زیاتیږي اود شهیق په وخت د نبض په حجم کې کموالی راځي. په تخنیکي لحاظ دا نوم ورکول یوه غلطي ده ځکه چې د حجم دا توپیر یوه فزیولوجیکه حادثه ده او په نورمال کسانو کې نه معلومیږي کله چې د ذفیر او شهیق تر منځ تفاوت دومره شدید شي چې د کلینیک له نظره وتاکل شي نو هغه وخت دا یوه ابنارمل لاس ته راوړنه ده چې د تنفسي لارو په وخیم بندیز لکه استما او Pericardial Temponad چې د Pericardial effusion له امله وي لیدل کېږي.

www.ketabton.com

Pulses paradoxus په صحيح ډول هغه وخت معلوميداى شي چې د سستوليک فشار تفاوت په شهيق او ذفير کې د فشار د آلې په ترلو سره معلوم کړاى شي. (15mmhg تفاوت يو پتولوژيک حالت دى)

Anacrotic pulse: دا ډول نبض د حجم له نظره کوچني او ژر له منځه نه ځي دغه ډول نبض د ابهر په تضيق کې موجود وي.

Pulse Bisferience: دا ډول نبض د Collapsing او Anacrotic نبض يو ترکيب دى يعني چې په هره ضربه دوه څپې جس کېږي دا ډول نبض د ابهر په عدم کفايه او تضييق کې چې دواړه سره يو ځاي وي ليدل کېږي.

Pulses parvus: د کم حجمه نبض څخه عبارت دى چې د زړه د دهاني په کموالى لکه وخيم شاک کې ليدل کېږي.

د وينې فشار: د فشارمعلومول زياتره وخت د فشار د آلې (sphygmomonometer) په واسطه ترسره کېږي د صحيح فشار د معلومولو لپاره لاندې لاښوونې ضروري ګڼل کېږي. په لاندې لست کې مهم ټکي ذکر شوي دي. دا ضروري خبره ده چې په صحيح اندازه لستوڼي يا Cuff استعمال کړاي شي چې د Bladder د اوږدوالى اندازه بايد 35-30cm او عرض يې 12cm وي چې البته دا د زياتره بالغو کسانو لپاره پکار وړل کېږي.

د معاينې ترتيب:

- ❖ د ناروغ مړوند بايد د زړه د سوئې په برابر وساتل شي.
- ❖ د فشار د آلې Cuff دې وتړل شي.
- ❖ عضدي نبض دې معلوم کړاي شي.
- ❖ Cuff ته دې تر هغه پورې هوا ورکړل شي تر څو نبض ورک شي په دغه وخت بايد د فشار اندازه وکتل شي چې داد سستوليک فشار څخه نمايندګي کوي. ددې څخه وروسته 10mmhg نور هم فشار ورکړل شي او د ستاتسکوپ په واسطه د عضدي نبض دپاسه اصعاء وکړئ.
- ❖ په ورو ورو هوا کمه کړئ تر څو د زړه نورمال آوازونه واوريدل شي. چې داد سستوليک فشار ښودونکي دى.
- ❖ په ورو ورو د هوا کمولو ته ادامه ورکړئ ترڅو آوازونه ورک شي.
- ❖ هغه وخت معلوم کړئ چې آوازونه پکي ورکيږي چې دا د ډياستوليک فشار ښودونکى دى.

د وينې د فشار د اندازه کولو لپاره لازمې لارښووني:

www.ketabton.com

- ❖ ناروغ باید آرام وي او څنګل د زړه د سوئي په برابر وساتل شي د ناروغ مټ او څنګل باید لوڅه او کالي ورڅخه وویستل شي.
- ❖ د ناروغ د مټ څخه د فشار آله باید داسې وتړل شي چې نه ډیره کلکه او نه ډیره سسته وي.

- ❖ مانو میټر ښه عیار او نیغ کړئ.
- ❖ سستولیک فشار د جس سره معاینه کړئ
- ❖ هوا په کراره خوشې کړئ.
- ❖ سترګې مو د مانومتر د سوئي په برابروي.

۶-۸.شکل د وینې د فشار اندازه کول (۷)

نورمال لاسته راوړني:

زیاتره وخت کله چې د فشار د آلې څخه هوا ویستل کېږي نو د Korat koff آوازونه لوړیږي بیاناڅاپه ورو کېږي مخکې له دې څخه چې د منځه ولاړ شي،کله کله دا ورو شوي آوازونه دوام پیداکوي نو په دې وخت کې هغه اندازه چې آوازونه پکې ورو شوي باید تعین شي چې داdiastolic فشار ښيي. د وینې فشار سستولیک پر ډیاستولیک فشار باندې

www.ketabton.com

لیکل کېږي یعني (145/92) دا معنی لري چې د سستولیک فشار یې 145 او ډیاستولیک یې 92mmhg دی د وینې فشار د خوشحالی، خفګان، او چاپیریال پورې فرق کوي نو ځکه باید تکرار کتنې مخکې ددې څخه چې ناروغ Hypertention وباله شي اجراء شي.
په ځینې ناروغانو کې اولنی فشار چې لوړ وي د White coat لوړ فشار په نامه یادیږي یعني دډاکتر څخه د ویرې په خاطر فشار لوړیږي په داسې ناروغانو کې باید دوامداره فشار وکتل شي تر څو د دوي او هغوي تر منځ رښتیا لوړ فشار لري فرق وکړای شي.

معمول ابنارملتي ګانې:

د وینې لوړ فشار یا systemic: hypertention لوړ فشار خصوصاً په زړو خلکو کې ډیر زیات معمول دی چې زیاتره کوم خاص اعراض د ځانه نه ښیي لاکن که چیرې بي تداوي پاتي شي نو د مړینې لامل ګرځي چې د مړینې لاملونه یې د زړه ناروغی، دماغي وعائي تصادم (CVA) یا کلیوي عدم کفایه تشکیلوي. د لوړ فشار د ناروغ کلنیکي څرګندونې درې هدفه لري.

۱. د مخصوصه لامل پیژندل
۲. د ناروغی د وخامت معلومول
۳. د ناروغی د پراختیا اولنی ارزیابي او د زړه وعائي ناروغیو د ټولو خطري فکتورو د منځ ته راتلو معلومول دی دویني د لوړ فشار ثانوي لاملونه نسبتاً کم دي اما په ځوانو خلکو کې زیات دي.

زیات ناروغان چې Essential یا لومړني د وینې لوړ فشار لري زیاتره فامیلي تاریخچه بیانوي. ددې څخه برسیره کومې نورې پوښتنې چې باید وشي د کلیوي ناروغیو په اړه دي ځکه کلیوي ناروغئ د لوړ فشار د مهمو ثانوي لاملونو د جملې څخه دي.
حملوي سردرد، استفراق، خوله کیدل، حثافت او د وزن بایلل د فیوکروموسایتوما تاریخچه تشکیلوي. د الکولو د څښلو په اړه باید پوښتنې وشي. ځني نور ثانوي لاملونه لکه د Con's سندروم کوم خاص اعراض نلري. ددې لپاره چې د وینې د فشار د لوړوالی وخامت معلوم کړی شي د ناروغ څخه باید د زړه د اعراضو په تیره بیا د ساه لنډي او Angina په اړه وپوښتل شي او د قلبي وعائي ناروغیو د خطر په اړه یوه پلټنه وشي خصوصاً د ناروغ د عمر، جنس، د سګرت څکولو عادت او فامیلي تاریخچه په نظر کې ونیول شي.
د دوائي انتخاب د احتلاطاتو په موجودیت یا عدم موجودیت پورې اړه نیسي. د بیلګې په توګه beta blocking agent او Calcium channel antagonist هغه ناروغانو کې چې

www.ketabton.com

هایپرتنشن او Angina ولري ښه کار کوي او ACE inhibitor د ډیوریتیک سره یو ځاي په هغه ناروغانو کې چې د چپ بطین څرګنده عدم کفایه ولري ښه کار کوي.

د معاینه کولو ترتیب:

- ❖ د وینې فشار په پر له پسې توګه ریکارد شي.
- ❖ د ناروغ نبض د اذیني فبریلشن لپاره وکتل شي.
- ❖ هغه ناروغان چې د 40 کالو څخه پورته عمر لري باید کعبري فخذي تأخر لپاره معاینه شي.
- ❖ د ناروغ د قعرغین معاینه باید د Hypertensive Retinopathy په خاطر اجراء شي.
- ❖ د Cushing syndrome او Virilization لپاره دې ناروغ وکتل شي.
- ❖ د ناروغ بطن د ادرینال کتلو او یا غټ شویو کلیو لپاره جس شي.
- ❖ د کلیوي شریانو له پاسه د Bruit لپاره دې اصغاء صورت ونیسي.
- ❖ د ناروغ زړه د چپ بطین د عدم کفایې د اوصافو لپاره وکتل شي.
- ❖ د زړه د عدم کفائې شواهد دې وکتل شي.
- ❖ د ادرار مایکروسکوپیک معاینه خصوصاً د سرو حجراتو د کاسټونو لپاره اجراء شي.

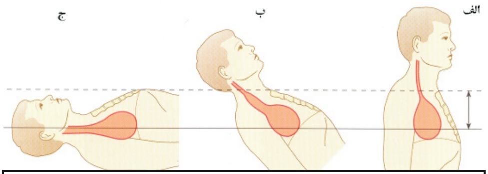
د وداجي ورید فشار او څپه ایز شکل:

دداخلي وداجي ورید معاینه د ښي زړه د فشار اود ورید د څپه ایز شکل په اړه ارزښتناک معلومات را په ګوته کوي.

آناتومي: د ښي اذین او داخلي وداجي ورید تر منځ کوم د سام نشته نو ځکه ددې ورید د پراخوالی درجه مساوي ده د هغه فشار سره کوم چې په ښي اذین کې دی. ددې ورید د څپې شکل د زړه د فعالیت په اړه معلومات راټولوي.

داخلي وداجي ورید غاړې ته د Mastoid process له حلف څخه داخلیږي او د Sterno cleido mastoid عضلې بیخ ته سیر کوي مخکې ددې څخه چې د سینې پنجرې (rib cage) ته داخل شي. دا ځکه چې نوموړی ورید ژور سیر لري او په هغه وخت کې کتل کیږي چې د غاړې عضلات د استرخا په حالت کې وي. یوازې یو منتشر نبضان لیدل کیږي او خپله ورید د کتلو وړ نه دی خارجي وداجي ورید د لیدو وړ دئ مګر زیاتره د معاینې وړ نه دی دا ځکه چې kin king او زیاتره تضیق ته معروض وي (ددې لپاره چې د غاړې د ژور صفاق څخه تیریږي).

www.ketabton.com



٦-٩.شکل وداجي وریدي فشار، الف) د ناستي حالت، ب) نیمه ناستي حالت، ج) ستوني ستاخ (٧)

نورمال لاس ته راوړنې:

د وداجي ورید فشار: د ښي اذین نورمال mean یا منځنی فشار د 9cm>اوبو (7mmhg دی دا چې قصي زاویه تقریباً 5 سانتي متر د ښي اذین څخه پورته پرته وي. د نورمال وداجي ورید نبض 4 سانتي متره د قصي زاویې څخه نور پورته نه ځي کله چې یو نورمال سړي نیغ کیني نو وداجي نبض د ترقوې اود قص د هډوکي شاته پټیږي کله چې ناروغ 45 درجې په وضعیت کې قرار ولري نو په نورمال ډول د نبض پورتنۍ برخه د ترقوې په برابرۍ لیدل کېږي که چیرې نبضان ونه لیدل شي نو د ښي اذین نورمال فشار هغه وخت صدق کوي چې د ناروغ د ګیډې په وسطي برخه باندې د 5-10 ثانیو پورې فشار وارد شي چې دې ته بطني وداجي ریفلکس وایي.

په نورمال ډول د وداجي ورید فشار د شهیق په وخت کې کمیږي دا ځکه چې داخل صدري فشار په کمیدو سره د ښي اذین فشار هم کمیږي.

د معاینې ترتیب:

- ناروغ ته په مناسبه رڼا کې په 45 درجو کې ستوني ستاخ وضعیت ورکړئ.
- دا یقیني کړئ چې دناروغ د غاړې عضلات په استرحا کې دی کله چې د ناروغ د سر شاتنۍ برخه د بالښت د پاسه آرامه کیښودل شوي وي.
- د ناروغ غاړه د یو طرف څخه وګورئ او تفتیش یې کړئ.
- دداخلي وداجي وریدي نبضان عمودي اوږدوالی د نبضان د څوکې څخه تر قصي زاوئي پورې په cm سره اندازه کړئ تر څو وریدي فشار معلوم کړای شي.
- که چیرې لازم وي د ناروغ وضعیت ته دداسې تغیر ورکړل شي ترڅو د څپې شکل په ښه ډول د لیدلو وړ شي.
- اوس د نبضان شکل او نمونه وټاکئ او نورې ابنارملتې ګانې یادداشت کړئ.

٦-١٠.شکل له اړخ څخه د وداجي وریدي فشار تفتیش (٧)

www.ketabton.com

معمول ابنارملتي ګانې:

د وداجي وريدي فشار زياتوالى: دزړه عدم كفايه د وداجي وريدي فشار د زياتوالى عمده لامل دى (٦-١٥. جدول). د زړه د عدم كفايې په خفيفو درجو كې كله چې بطن ته فشار وركړل شي نو د بطني وداجي عكسې په خاطر فشار لوړيږي اودوامداره ثابت پاتي كيږي. د سږو په لويه امبولي كې JVP دومره لوړيږي چې د نيمه تكيه وهلي په وضعيت كې شايد غلط شي. همداډول د SVC په بندش كې څرګند لوړوالى هم واقع كيږي كله چې وريد نبضاني نه وي. په pericardial constriction كې JVP لوړيږي همدا ډول وصفي حملوي زياتوالى په شهيق كې رامنځ ته كيږي چې دې ته Kussmal sign ويل كيږي. چې په نتيجه كې يې د ښي اذين فشار 1-3سانتي متر زياتيږي كوم چې د وداجي وريد د نبضان په استقامت ليدل كيږي.

څپه ايز شكل: د وداجي وريدي نبض د څپو د شكل پيژندل تجربې ته اړتيا لري. د وداجي وريد د نورمال څپو شكل د دوو څوكو څخه جوړ دى هغه چې د وريداو شريان په بيلولو كې مرسته كوي اولنى يا a څپه د اذين د تقلص سره برابره منځ ته راځي اود زړه د آواز څخه لږه مخكې وي. دوهمه څپه د V څپه ده كومه چې د اذين د ډكيدو له امله د بطيني سستول په دوران كې كله چې د Tricuspid د سام بنديږي منځ ته راځي يو دريمه مشبته څپه د C څپه ده. او په نورمال ډول نه ليدل كيږي.

٦-١٤. جدول: د ثباتي او وداجي نبضان تر منځ توپير: (٧)

ثباتي نبضان	وداجي نبضان
په تيزۍ بهر خواته حركت لري يوه څوكه د هر Beat سره	په تيزۍ داخل خواته حركت لري.دوه څوكې د هر Beat سره (په جيبي نظم كې)
جس كيږي	نه جس كيږي.
د فشارپه واردېدو سره د غاړې په برخه كې نبضان نه متأثره كيږي	د فشار په وارديدو سره متأثره كيږي.
د غاړې په قاعده كې د فشار د وارديدو سره نبضان نه متاثره كيږي	د غاړې په قاعده كې د فشار د وارديدو سره نبضان كميږي
د تنفس سره تغير نه كوي	د نبضان لوړوالى د تنفس سره فرق كوي
د ناروغ د وضعيت سره تغير نكوي	د ناروغ د وضعيت سره تغير كوي.
د بطني فشار سره تغير نه كوي	د بطني فشار سره پورته كيږي.

www.ketabton.com

په پر له پسې توګه د وداجي ورید د فشار اندازه کول د تداوي د ځواب په هکله مونږ ته ارزښتناک معلومات راکوي د بیلګې په توګه د زړه د عدم کفایې په ناروغانو کې د مدرراتو څخه وروسته د فشار کموالئ.

د څپې شکل: دوداجي وریدي نبضان ابنارملتي ګانې په ٦-١٥. جدول کې ذکر شوي دي په اذیني فبریلشن کې اذیني سستول موجودنه وي په نتیجه کې د a څپه له منځه ځي او وصفي دوه ګونې نبض رامنځ ته کېږي.

د a برجسته څپه په یو لړ هغه حالاتو کې چې وینه د ښي اذین څخه ښي بطین ته منع کوي منځ ته راځي د بیلګې په توګه ریوي لوړ فشار او نادراً د تراي کسپیډ په تضییق.

٦-١٥. جدول: د وداجي وریدي نبض ابنارملتي ګانې:

حالات	ابنارملتي ګانې
د زړه عدم کفایه	لوړ ثابت بطني وداجي عکسه
ریوي امبولیزم	لوړ
پریکاردیل ایفیوژن	لوړ- برجسته، (y) لویدنه
پریکاردیل Constriction	لوړوالی - Kussmal علامه
د SVC انسداد	لوړوالی - د نبضان ورکیدل
اذیني فبریلشن	د a څپه موجوده نه وي
ترای کسپیډ تضییق	لویه د a څپه
ترای کسپیډ عدم کفایه	لویه د V څپه
د زړه تام بلاک	Canon څپه

Canon د a غټې څپې دي چې هغه وخت منځ ته راځي کله چې ښي اذین د تړل شوي تراي کسپیډ د سام په خلاف وینه پمپ کوي او د وهونکو څپو په شکل په غاړه کې لیدل کېږي دا ډول څپې د زړه په تام بلاک او دواړو بطیني او فوق البطیني تکي کاردیا کې لیدل کېږي.

برجسته د V څپه د تراي کسپیډ عدم کفایې لپاره وصفي ده او په وخیم شکل کې د ځیګر د نبضان سره یو ځای وي.

www.ketabton.com

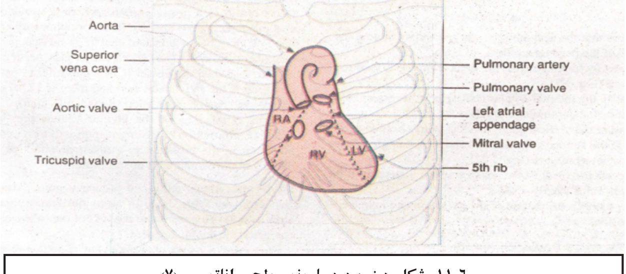
مهم ټکي:

❖ د عمومي پلټنو او معایناتو په ترځ کې داسې ټکي رابرسیره کیدی شي کومې چې د زړه د اعراضو لامل یا وخیموونکي وي لکه وینه لړې او د تایراید فرط فعالیت.
❖ اذیني فبریلشن داسې یو نبض منځ ته راوړي کوم چې د وخت او حجم دواړو له نظره غیر منظم وي.
❖ د نبض وصف باید د لوی شریان څخه اندازه شي لکه ثباتي شریان.
❖ د لاس د غټې ګوتې په واسطه کعبري او ثباتي نبضونه جس کړئ هیڅکله په یو وخت باید د ثباتي دواړو شریانو جس اجراء نشي.
❖ د وینې د فشار په معاینه کولو کې باید له احتیاط او توجه څخه کار واخیستل شي.
❖ د JVP نبضان وهونکی زیاتوالی د ښي اذین د فشار د لوړیدو لپاره یوه ښه نښه ده.
❖ د وداجي وریدي فشار موقتي لوړوالی کله چې د ناروغ په ګیډه باندې فشار وارد شي نورمال ګڼل کیږي.

:Pericardium

د پریکاردیوم معاینه د کلینیکي کاردیولوجي مرکزي برخه تشکیلوي.

اناتومي او وظیفه یې: د زړه د سطحي اناتومي په اړه پوهیدل ضروري دي. اصعائي محراقونه د سطحي اناتومۍ له نظره د زړه د سامونو سره تصادف نه کوي. په سستول کې د زړه ضربان دزړه د تاویدو، مخکې خواته تلو او د سینې ددېوال سره د ټکر کیدو له امله منځ ته راځي. Apex beat داسې تعریف کیدی شي. هغه نقطه چې د قص د هډوکي څخه د وحشي او سفلي طرف ته لیدل کیږي په کوم ځای کې چې د زړه نبض د جس وړ دی.



۶-۱۱. شکل د زړه د دسامونو سطحي اناتومي (۷)

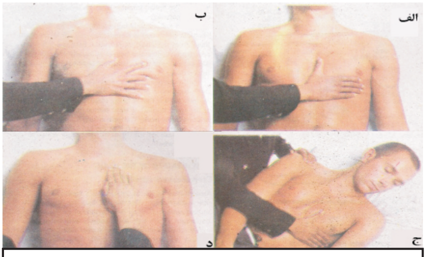
www.ketabton.com

نورمال لاس ته راوړني:

نورمال Apex beat په پنځمه چپه بین الضلعي مسافه کې قرار لري کوم چې په نارینه کې د ترقوې د منځنۍ کرښې دپاسه د چپ تي د څوکې څخه ښکته لیدل کېږي. نورمال Apex beat د معاینه کوونکي ګوتې ورو او په سطحي ډول پورته ټیله کوي او زیاتره محدود وي لاکن په ځینې کسانو کې خصوصاً که ډیر وزن ولري یا غوښن وي نو Apex beat د جس وړ نه دی. همدا ډول په استما او امفزیما ناروغانو کې هم د جس وړ نه دی.

د معاینې ترتیب:

❖ د ناروغ پریکاردیوم دې وکتل شي، هغه وخت چې ناروغ په 45 درجو د ناستې په حالت کې قرار ولري په داسې حال کې چې اوږې یې افقي وي. پخوانۍ جراحي ندبې، نبضان او نورې ابنارملتي ګانې دې وکتل شي.
❖ خپل ورغوئ په هموار‌ه توګه د زړه په ساحه کې کیږدئ تر څو د زړه فعالیت معلوم کړای شي.
❖ Apex beat دې تعین کړای شي که چیرې لازم وي ناروغ ته دې وویل شي چې چپ اړخ ته تاو شي.
❖ د Apex beat وصف د څرګند کړای شي.
❖ د ښي بطین د جس لپاره د ورغوي آخري برخه د قص د هډوکي په چپه خوا کې په فشار سره کیښودل شي او ناروغ ته دې وویل شي چې د ذفیر په صفحه کې ساه بند کړي.
❖ د Apex beat دپاسه او د قص د هډوکي دواړه خواؤ کې د تریل جس شي.
❖ په کوم ځاي کې چې نفحه د اوریدو وړ وي نو د thrill د جس لپاره د دوهم ځل ګوتې د سینې د هغه ځاي لپاسه په داسې حال کې چې ناروغ په ښه وضعیت کې قرار ولري کیښودل شي.



۶-۱۲.شکل د زړه جس، الف.د لاس په واسطه د Apex Beat جس،ب. د ګوتي په واسطه د Apex Beat موقعیت، ج.ناروغ ته چپ وحشي وضعیت ورکول،د. د Apex نه تر قص پورې جس Sternal para نبضان دپاره

www.ketabton.com

معمولي ابنارملتي ګانې:

تفتيش:

د پريکارديوم په تفتيش سره مونږ د زياتو شيانو په اړه معلومات راټولولی شو. د سينې ابنارملتي ګانې په شمول د pectus excavatum (حلف ته د قص د ښکتنۍ برخې بې ځايه کيدل) نور معاينات اغيزمن کوي ندبه د قص د هډوکي د متوسط خط په امتداد کې د زړه پخوانی Bypass جراحي يا د دسام تعويض راپه ګوته کولای شي د چپ تي لاندې ندبه معمولاً د مترال د سام Valvotomy راښيي. نبضانات په ښه ډول دواړه په تفتيش (دداخل خوا څخه د نبض حرکت) او جس (خصوصاً بهر خواته د نبض حرکت) سره معلوميداي شي.

د Apex beat بې ځايه کيدل: Apex beat کيدی شي وحشي خواته په هغه کسانو کې چې د سينې سوء شکل ولري لکه pectus Excavatum بې ځايه شي همدارنګه د منصف د ټيله کيدو له کبله چې د پلورائي مايع، فشاري نوموتوراکس يا pneamonectomy په سير کې منځ ته راځي په دغه پورتني حالاتو کې شزن هم بې ځايه کيدی شي د زړه په هغه ناروغيو کې چې د چپ بطين د لويوالی لامل ګرځي Apex beat يا دزړه د څوکې ضربان سفلي او وحشي خواته بې ځايه کېږي چې همدارنګه منتشر او په لويه ساحه کې محسوسيږي.

د Apical نبض اوصاف:

د زړه نبض وصف نسبت د هغه شخص موقعيت ته ډير ضروري دی هغه نبض چې د مترال د سام په تضييق کې ليدل کېږي د (Apex tapping) دئ چې په دې کې دزړه لومړئ آواز د جس وړ وي په خالص مترال تضييق کې Apex نه بې ځايه کېږي. هغه حالات چې د چپ بطين د فشار د زياتوالی اود ابهر د تضييق لامل کېږي د قوي او دوامداره او نه بې ځايه شوي Apex beat لامل ګرځي. چې داد Heaving - apex د هغه منتشر نبضانو څخه چې د چپ بطين په پراخوالی کې وي د تفريق وړ دئ.

دوه ګوني Apical نبض د ضخاموي Cardiomyopathy لپاره مختص دئ Heaves د جس وړ نبضاناتو څخه عبارت دئ چې د ښي او يا چپ بطين څخه راولاړيږي او معاينه کوونکي ګوتې د ناروغ د سينې څخه پورته خواته ټيله کوي. هغه نبض چې د قص هډوکي په چپه برخه کې وي د ښي بطين د Heave په نامه يادېږي. په غټانو کې غير نورمال ګڼل کېږي او د ښي بطين په ضخامه دلالت کوي لکه په ريوي لوړ فشار کې.

www.ketabton.com

Thrills د جس وړ نفحو څخه عبارت دئ زياتره داسې احساس کېږي لکه چې يو څوک په خريدونکي پيشو باندې لاس کيږدي.
د ټولو نه معمول جس کيدونکئ تريل د Systolic صفحې د تريل څخه عبارت دئ چې د ابهر د تضييق له کبله منځ ته راځي او د Apex، د قص ښي يا چپ خوا، غاړه يا په غاړه کې د ثباتي شريان له پاسه جس کېږي. هغه تريل چې د بطيني حجابي نقصان څخه منځ ته راځي د قص چپې خواته ښه احساس کېږي ډياستوليک تريل زياتره نادردئ د مترال د تضييق تريل د Apex په ساحه کې چې ناروغ په چپ اړخ ډډه لګولې وي ښه محسوسيږي دزړه د قاعدې تريل په هغه وخت کې ښه احساس کېږي چې ناروغ قدام ته ځان ټيله کړي.

د زړه اصغاء

عمومي پاملرنې:

د زړه د اصغاء لپاره د ستاتسکوپ څخه چې Bell او ډيافراګم دواړه ولري کار اخيستل کېږي د Bell برخه يې د ټيټ pitch آوازونو د اوريدو لپاره استعماليږي.لکه د مترال د تضييق نفخې. د ډيافراګم برخه د داد ډول آوازونو تصفيه کوي او د لوړ pitch آوازونو لکه نورمال آوازونه او د ابهر د عدم کفايې د نفحو د پيژندلو لپاره استعماليږي. د ستاتسکوپ د غوږ ګوټکي بايد په غوږونو کې پوره برابر راشي تر څو غوږ ته له بهر څخه د اضافي آوازونو د اوريدو څخه مخنيوی وکړي د ستاتسکوپ تيوب بايد دومره پيړوي چې بهرني آوازونه کش نه کړي او اوږدوالی يې 25 سانتي متر وي. ددې لپاره چې د مختلفو نفحو د انتشار ځايونه وپيژنو نو د زړه د سطحي اناتومي پيژندل لازمي دی. همدارنګه د زړه په فزيالوژي باندې په اساسي توګه پوهيدل هم ضروري دی. د زړه نورمال د سامونه هغه وخت آواز پيداکوي کله چې بنديږي نه دا چې خلاصيږي. داد منلو وړ ده چې د اصغاء لپاره يوه ثابته تګ لاره خصوصاً د کم تجربه ډاکترانو لپاره وټاکل شي. زياتره داکتران لمړئ د زړه د زروي څخه اصغاء شروع کوي لاکن دا آسانه ده چې د زړه قاعده لومړئ

www.ketabton.com

واوریدل شي ځکه د زړه آوازونه یو د بل څخه په څرګند ډول اوریدل کېږي (د زړه دوهم آواز لوړ او pitch یې زیات دی) د ثباتي شریان د نبض هم زمان جس کول ګټور دی.
لومړئ آواز د نبض څخه وړاندې اودوهم آواز د نبض څخه وروسته وي.
د زړه په اصغاء کې لاندې ټکي په نظر کې نیول کېږي:

۱) د زړه Rate او Rhythm
۲) دزړه د آوازونو شدت
۳) د زړه د آوازونو تضاعف
۴) Triple Rhythm
۵) اضافي آوازونه

نورمال دزړه آوازونه او اضافي آوازونه:

نورمال لاس ته راوړنې:

د زړه لومړئ آواز: چې د مترال او تراي کسپید د سام د تړلو څخه او د بطیني تقبض په شروع کې منځ ته راځي چې د زړه په زروه کې ښه اوریدل کېږي.

دزړه دوهم آواز: دا د ریوي او ابهر دسامونو د تړلو له کبله او د بطیني تقبض په آخره کې منځ ته راځي دا د قص هډوکي په چپ طرف کې ښه اوریدل کېږي داد لومړي آواز څخه لوړ او pitch یې زیات وي اود Aortic برخه یې په نورمال ډول د ریوي برخې څخه لوړه وي دوهم آواز فزیولوجیکي بیلوالی یا splitting ځکه منځ ته راځي چې چپ بطین نسبت ښي بطین ته لږ مخکې تقبض کوي په نتیجه کې د ریوي دسام د ابهر د دسام څخه وروسته تړل کېږي دا بیلوالئ د آرام شهیق څخه وروسته نور هم زیاتیږي ځکه چې د ښي بطین وریدي ډکیدل د ریوي دسام تړل نورهم ځنډوي برعکس دا بیلوالی په ذفیر کې له منځه ځي نو د زړه دوهم آواز د قص هډوکي په چپ طرف کې د ستاتسکوپ په ډیافراګم سره ښه اوریدل کېږي. د اصغاء په وخت ډاکتر د شهیق په صفحه کې Lubd/ dub او د ذفیر په صفحه کې Lub - dub اوري.

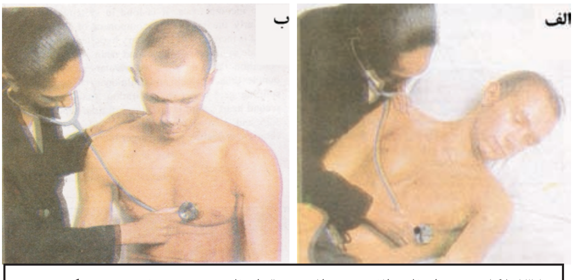
دزړه دریم آواز: د زړه دریم آواز یو ټیټ pitch لرونکی آواز دی چې د ستاتسکوپ د Bell په واسطه د Apex په ناحیه کې ښه اوریدل کېږي چې داد بطیني ژر ډکیدو د صفحې سره برابري کوي او متصلاَ د AV دسامونو د خلاصیدو څخه وروسته منځ ته راځي. او د mid diastole په شروع کې قرار نیسي او دریم آواز د دوهم آواز څخه وروسته اوریدل کېږي لکه Lub – dub - dum.

www.ketabton.com

د زړه دریم آواز په نورمال ډول په ماشومانو، نوي ځوانانو او امیندواری کې اوریدل کیدای شي.

د معاینې ترتیب:

- ❖ ناروغ چې په نیمه ناستي حالت کې وي د پریکاردیوم ټوله ساحه د Bell او ډیافراګم سره واورئ دزړه قاعده، زروه، د قص د هډوکي ښي او چپه خوا او هم د ثباتي شریان لپاسه اصغاء اجراء کړئ او که لازمه وي تر تخرګو پورې د اصغاء عملیه صورت ونیسي.
- ❖ په هره نقطه او یا ځاي کې چې لومړئ او دوهم آوازونه معلوم شول د شدت او تضاعف په نظر کې نیولو سره یې اوصاف وټاکئ.
- ❖ وروسته له دې څخه د اضافي آوازونو او نفخو لپاره غوږ ونیسئ
- ❖ د مترال تضیق د نفخې د ښه اوریدو لپاره ناروغ ته په چپ اړخ وضعیت ورکړئ.
- ❖ د Apex ناحیې له پاسه د ستاتسکوپ Bell دې په غیر له فشار واردولو کیښودل شي.
- ❖ ناروغ ته دناستي او قدام خواته د تمایل وضعیت ورکړئ او د ابهر د عدم کفایې د نفخو د اوریدو لپاره د ستاتسکوپ د ډیافراګم په واسطه په ښی دوهمه بین الضلعي مسافه کې اصغاء اجراء کړئ او وروسته د قص هډوکي چپ اړخ هم واورئ.
- ❖ د نفحو اوصاف یادداشت کړئ.



٦-١٣.شکل د زړه اصغاء ، الف. د مترال تضییق اصغاء په چپ وحشي وضعیت کې،ب. د ابهر عدم کفایې اصغاء چې ناروغ د ناستي او مخي ته د تمایل په وضعیت کې (٧)

www.ketabton.com

معمول ابنارملتي ګانې:

دزړه لومړئ آواز: د زړه لومړي آواز د شدت ابنارملتي په ٦-١٦ جدول کې ښودل شوی دی د مترال په تنګوالی کې د لومړي آواز شدت زیاتیږي.

٦-١٦. جدول: د زړه د لومړي آواز د شدت ابنارملتي ګانې: (٧)

چوپ یا ښکته ـ - په کمه زړه دهانه کې - د چپ بطین په وظیفوي کمښت - د P-R د وقفې په اوږدوالی (لمړئ درجه بلاک کې) - روماتیک د مترال عدم کفایه
لوړ یا هسک : - د زړه دهانې په زیاتوالی - په زیاته اندازه stroke volume کې - د PR د وقفي په لنډوالی - د مترال په تنګوالی - اتریل Myxoma کې (نادراً)
متغیر ـ - اذیني فبریلشن - خارج سستولي - د زړه تام بلاک

د زړه دوهم آواز: دزړه ددوهم آواز ابنارملتي ګانې په ٦-١٧.جدول کې ښودل شوي دی. ددوهم آواز ابهر جز کله کله په شدت کې کمیږي، حتي تردې پورې چې ورکیږي (د ابهر په کلسیفیک تضییق کې). په همدې توګه شاید د ابهر په عدم کفایه کې کم شي دا په سیستمیک لوړ فشار کې زیات وي. په همدا ډول د دوهم آواز ریوي جز په ریوي فشار کې زیاتیږي. په پراخه توګه د دوهم آواز split (بیلوالی) په هغه حالاتو کې چې د ښي بطین خالي کیدل پکې ځنډیږي منځ ته راځي لکه د ښي بنډل د شعبي په بلاک او ریوي لوړ فشار کې.

www.ketabton.com

۱-۷-۶ جدول: د زړه د دوهم آواز ابنارملتي: (۷)

ښکته يا چوپ : ❖ کمه زړه دهانه ❖ د ابهر کلسيفيک تضييق ❖ د ابهر عدم کفايه
لوړ يا Loud: ❖ سيستميک لوړ فشار (د ابهر جز) ❖ ريوي لوړ فشار (د ريوي جز)
بيلوالی يا Split: ❖ په شهيق کې پراخه کېږي خصوصاً فزيولوجيک تضاعف - د ښي شعبې بلاک RBBB - ريوي تنګوالی - ريوي لوړ فشار - بطيني حجابي نقصان ❖ ثابت تضاعف يا Split چې تنفس پرې اغيزه نلري - اذيني حجابي نقصان ❖ په ذفير کې پراخوالی (معکوس بيلوالی) - د ابهر په تنګوالی - ضخاموي کارديومايوپاتي - دچپ بنډل د شعبې بلاک LBBB - بطيني Pace maker

چې دا ډول بيلوالی په شهيق کې نور هم زياتيږي. د زړه د دوهم آواز ثابت بيلوالی د اذيني حجابي نقصان ښودونکی دی دا پراخوالی د زړه د دوهم آواز د بيلوالي ځخه ځکه منځ ته راځي چې ښي بطين نسبت چپ بطين ته د زياتي وينې د حجم سره مخامخ دی دا ځکه ثابت دی چې حجابي نقيصه د ټول تنفسي سايکل په دوران کې د بطيناتو تر منځ فشار مساوي ساتي.

معکوس Split (بيلوالی) هغه وخت منځ ته راځي کله چې د چپ بطين تحليه کيدل تر هغه وځنډيږي چې د ابهر د سام د ريوي د سام ځخه وروسته وتړل شي چې مثالونه يې د

www.ketabton.com

چپ بنډل د شعبې بلاک او د ښي بطین pacing دئ. معکوس بیلوالی کې دزړه د دوهم آواز دواړه اجزاوې په شهیق کې یو ځاي منځ ته راځي او په ذفیر کې جداکیږي.

د زړه دریم آواز:

د زړه دریم آواز د 40 کلنۍ څخه وروسته پتولوژیک ګڼل کیږي.

معمول لاملونه یې لوي، ضعیف تقبض کوونکي بطین او د مترال عدم کفایه ده چې زیاتره د زړه د عدم کفایې سره یو ځاي وي، کله چې دریم آواز د تکي کاردیا او آرام لومړي او دوهم آواز سره یو ځاي وي په نتیجه کې دريې ګوني ریتم چې کله کله د Gallop rhythm په نامه سره یادیږي منځ ته راځي، چې دا آواز د آس د هغه تک تک سره مشابه دی چې ځغلي.

د زړه دریم آواز لاملونه:

الف) فزیولوجیک :

- صحتمند نوي ځوانان
- پهلوانان
- حاملګي
- تبه

ب) پتولوژیک :

- په پراخه توګه د چپ بطین ضعیف تقلصات
- مترال ریفلکس Reflux

د زړه څلورم آواز:

د زړه څلورم آواز نرم او Low pitch دئ چې د ستاتسکوپ د Bell په واسطه د Apex په ساحه کې اوریدل کیږي دا د لومړي آواز څخه لږ مخکې واقع کیږي (da – lub – dub). دا پتولوژیک حالت دئ او د قوي اذیني تقبض له کبله د pre systole په صفحه کې منځ ته راځي. او داذیني فبریلشن په موجودیت کې نه واقع کیږي. د زړه څلورم آواز شاید په هغه حالاتو کې چې د چپ بطین هایپرتروفي د لوړ فشار او یا د ابهر د تضییق له کبله وي واوریدل شي.

اضافي آوازونه:

اضافي آوازونه باید د پورته ذکر شوو د زړه د آوازونو څخه تفریق کړاي شي.

Opening snap:

www.ketabton.com

دا معمولاً د mitral (ندرتاً Tricuspid) په تضيق کې ليدل کېږي دا آواز د متضييق دسام د محدود خلاصيدو په نتيجه کې منځ ته راځي دا آواز يوازې هغه وخت چې د سام د حرکت وړ وي اوريدل کېږي. O.S په دوهم آواز پسې او د ډياستول په لومړي صفحه کې منځ ته راځي د مترال دسام O.S په Apex کې ښه اوريدل کېږي.

:Ejection clicks

شايد د زړه د لومړي آواز څخه وروسته او د سستول په صفحه کې واوريدل شي په هغه ناروغانو کې چې د ريوي او ابهر د دسامونو مورزادي تضييق ولري د توليد ميخانيکيت يې د O.S په شان دئ Ejection clicks د متکلس شوي ابهر تضييق سره يو ځاي نه وي ځکه کسپونه يې سخت وي.

:Mid systolic clicks

داد مترال دسام په راغورځيدو يا prolaps کې اوريدل کېږي. شايد د Late systolic murmur سره يو ځاي وي دا د لوړ pitch لرونکئ دئ او په Apex کې ښه اوريدل کېږي ددې وخت دپرولپس شوي Leaf let د حلفي حرکت دکميدو سره تړاو لري. د زړه ميخانيکي دسامونه د خلاصيدو او بنديدو په وخت آواز توليدوي چې د تړلو آواز يې معمولاً غلئ وي دا آوازونه لوړ pitch لري او معمولاً سخت او د جس وړ وي او زياتره په غير له ستاتسکوپ څخه اوريدل کېږي د ميخانيکي مترال دسام تعويض فلزي ډوله يې د سخت لومړي آواز لامل ګرځي او د يو لوړ O.S په شان آواز رامنځ ته کوي دا آوازونه د جرياني نفحو سره يو ځاي وي.

:Pericardial rub

دادحاد percarditis وصفي نښه ده چې د قص د هډوکي په چپه سفلي برخه کې کله چې ناروغ ساه باسي د ستاتسکوپ د ډيافراګم سره اوريدل کېږي دا يو سطحي تخريشي آواز دئ چې د سستول او ډياستول په دواړو صفحو کې اوريدل کېږي.

www.ketabton.com

د pericardial **ناروغیو لوحه**:

- ❖ **حاد پریکاردایتس**
  - **پري کاردیل درد**
  - **پري کاردیل فرکشن** Rub
- ❖ **پري کاردیل مایع**
  - **د قص شاته فشاري احساس**
  - **د** JVP **لوړوالی**
  - **فرکشن** Rub **متغیر او یا موجود نه وي**
- ❖ **پري کاردیل تامپوناد (پري کاردیل مایع تر فشار لاندې)**
  - **د** JVP **لوړوالی**
  - **ټیټ فشار**
  - **پراډوکس نبض**
  - Postural hypotention
  - **د ادرار کموالی**
- ❖ **مزمن تقبضي پریکاردایتس**
  - **جهدي عسرت تنفس**
  - **محیطي اذیما**
  - **د** JVP **لوړوالی**
  - **د** JVP **زیات لوړوالی او د شهیق په وخت** (kussmal sign)

کله کله د پري کاردایتس درد شدت شاید د یو ساعت نه تر بل ساعت پورې فرق ولري اود ناروغ د وضعیت په تغیر سره پکي بدلون راځي.

پري کاردیل Rub **باید د پلورل پري کاردیل** Rub **څخه تفریق کړل شي په نوموړو دواړو حالاتو کې آوازونه د زړه د سایکل سره یو ځاي واقع کېږي اما د پلورل پري کاردیل** Rub **د تنفس سره زیاتیږي او منشاء یې پلوراده.**

نفخې یا Murmur:

عمومي پاملرنې:

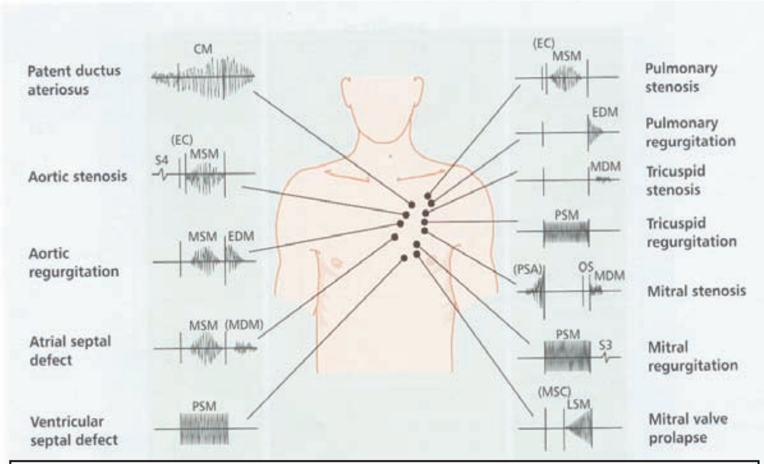
د زړه نفخې د لزوجي وینې د جریان له کبله منځ ته راځي نفخې یا د دسام د ابنارمل وظیفې، یا د وینې د حجم د زیاتوالي یا په تیزۍ سره د نورمال دسام څخه د وینې د تیریدو له کبله منځ ته راځي. چې دا آخري حالت شاید په یو روغ زړه کې منځ ته

www.ketabton.com

راشي ځینې innocent نفخی زیاتره وخت د Stroke volume د زیاتیدو له کبله منځ ته راځي لکه په حاملګي او یا په ورزش کارانو کې.
د نفخو په اوریدو کې باید لاندې ټکي په نظر کې ونیول شي.
وخت یا timing: زیاتره د زړه نفخې سستولیک او یا ډیاستولیک وي او کیدی شي چې یو ځاي هم واقع شي او د غیر معمول دوامداره نفخو څخه باید توپیر کړاي شي. سستول د زړه د لومړي آواز سره شروع کېږي کوم چې د مترال او تراي کسپیډ دسامونو د تړلو څخه منځ ته راځي دا هغه وخت منځ ته راځي کله چې بطیني تقلص پیل کېږي او د بطین فشار د مربوطه اذین د فشار څخه زیات شي. بطیني فشار تر هغه وخته پورې لوړیږي تر څو د ابهر او ریوي شریانو څخه پورته شي چې د ابهر او ریوي دسامونه خلاصیږي. سستول ددې دسامونو د تړلو سره ختمیږي او د زړه دوهم آواز شروع کېږي تر دغه وخته پورې د بطین او اذین تر منځ تفاضلي فشار موجود وي د مترال او تراي کسپیډ دسام د عدم کفائې نفخه شاید د زړه د لومړي آواز سره تعقیب شي او شاید د زړه دوهم آواز پورې دوام وکړي یا ددې څخه تیره شي ممکن د Ejection systolic نفخې او د زړه د لومړي آواز د شروع تر منځ یوه لږه فاصله موجوده وي.
Diastole د هغه صفحې څخه عبارت ده چې د زړه د دوهم او لومړي آواز تر منځ وي په فزیولوژیک ډول دا په درې پړاونو باندې ویشل کېږي.
Early diastole یا (isovolemic Relaxation) عبارت دئ د ابهر او ریوي دسام د تړلو د وخت څخه تر د Mitral او Tricuspid دسامونو د خلاصیدو پورې.
Mid diastole: د بطین د passive ډکیدو څخه عبارت دئ.
Pre systole: دا د اذین د systole سره مترافق دئ د ابهر او ریوي عدم کفائې نفخې د early diastole په صفحه کې شروع کېږي او ترmid diastole پورې دوام کوي. بر عکس د مترال او تراي کسپید د تضیيق نفخې د mid diastole د صفحي څخه وړاندې نشي شروع کیدی.
همدا ډول د زړه دریم آواز په mid diastole کې او د زړه څلورم آواز په pre systole کې منځ ته راځي. د نفخو د وخت تعینول د زړه د آوازونو او یا ثباتي نبض له مخې ټاکل کیدی شي. Systolic نفخې د نبض سره هم زمان یا مترافق وي او diastolic نفخې مترافق نه وي.

www.ketabton.com

دوام یا Duration: **د عدم کفائې سستولیک نفخې دا توان لري چې د سستول په ټوله صفحه کې وي یعني** pan systolic **وي لیکن ځینې نفخې په وسط او یا آخر د سستول کې نه اوریدل کېږي برسیره د دې که د مترال دسام د پرولپس څخه نفخه تولید شي.**
نو نفخه تر هغه وخته پورې نه شروع کېږي تر څو د سستول په صفحه کې دسام پرولپس ونکړي.
Ejection systolic **نفخې د زړه د لومړي آواز څخه وروسته شروع کېږي د سستول د صفحې په منځ کې شدت اختیاروي او د زړه د دوهم آواز د شروع کیدو څخه وړاندې کمیږي او بالاخره له منځه ځي.**
وصف او pitch **یې:**
د نفخو د کیفیت تعریفول مشکل دی زیاتره د زیږ، پوکي وهونکي، میوزیکي، Rumbling **(غړمبهار)، د لوړ یا ټیټ** pitch **لرونکي په شان تشریح کېږي لکه د یو اصل په شان هر څومره چې** pitch **لوړوي هغومره تفاضلي فشار زیات وي نو ځکه د ابهر د عدم کفائې نفخه چې لوړ** pitch **لري د ستاتسکوپ د ډیافراګم سره ښه اوریدل کېږي اما دا چې د مترل د تضییق نفخه د ټیټ** pitch **لرونکۍ وي نو د** Bell **په واسطه ښه معلومیدلی شي.**



۶-۱۴.شکل د زړه نفخې CM (Continues murmur) ،MSM (Mid Systolic Mumur) ،PSM (Pan Systolic Murmur)،LSM (Late Systolic Murmur) ،EDM (Early Diastolic Murmur)،MDM (Mid Diastolic Murmur) ، PSA (Pre Systolic Murmur)،EC (Ejection Click) NSC (Mid Systolic Click)،OS (Opening Snap) (۱۱)

www.ketabton.com

شدت:

د نفخو د شدت د تشریح لپاره شپږ درجې موجودې دي.

ډیاستولیک نفخې نادراً د څلورمې درجې څخه لوړې وي د دسام د عدم وظیفې وخامت د نفخې د شدت څخه نشي معلومیدی. مګر په شدت کې يې تغیر د انزارو د ټاکلو په برخه کې اهمیت لري. د بیلګې په توګه د ابهر د Early diastolic نفخې په شدت کې زیاتوالی دا معنی لري چې د دسام عدم کفایه نوره هم زیاته شوې ده د ابهر په تضییق کې د ښي خوا څخه د چپي خوا په لور شنټ کې یا په کمه قلبی دهانه کې ډیره کمه غلې نفخه د اوریدو وړ وي.

د نفخو د شدت درجې:

Grade-I – **نفخه د تجربه کار ډاکتر په واسطه اوریدل کیږي په** Optimum **حالت کې**

Grade-II – **نفخه د غیر تجربه کار ډاکتر په واسطه اوریدل کیږي په** Optimum **حالت کې**

Grade-III – **په آسانه اوریدل کیږي تریل موجود نه وي**

Grade-IV – **د نفخې شدت زیات وي تریل ورسره وي.**

Grade-V – **شدت يې ډیر زیات وي عموماً د پراخه ساحې د پاسه اوریدل کیږي.**

Grade-VI – **نفخه په اعظمي توګه شدیده وي او حتی بې له ستاتسکوپ څخه اوریدل کیږي.**

Optimum Condition: **د هغه یو حالت څخه عبارت دئ چې ناروغ په آرامه کوټه کې وي او په داسې یو وضعیت کې قرار ولري چې ناروغ د یو ښه ستاتسکوپ په واسطه په ښه موقعیت کې اصغاء وکړای شي.**

موقعیت:

د پري کاردیوم هغه برخه چې نفخه پکې اوریدل کیږي باید معلوم کړای شي داد diastolic **نفخو په تفریق کولو کې رول لري (د مترال تضییق په زروه کې، د ابهر عدم کفایه د قص د هډوکي په چپ طرف).**

په سستولیک نفخو کې موقعیت کیدلي شي بي لارې کوونکی وي ځکه چې د ابهر د تضییق نفخه زیاتره په زروه کې اوریدل کیږي.

انتشار:

دا باید د موقعیت سره مطالعه نشي. نفخې د وینې د جریان په استقامت چې د نفخې لامل شوي سیر کوي د پري کارد څخه بهر د انتشار خاص ځایونه د قص د هډوکي پورتنۍ ښي

www.ketabton.com

طرف، تخرګ ، د سینې شاته او په غاړه کې د ثباتي شریان دپاسه دی د سستولیک نفخو په تفریق کولو کې انتشار ارزښتناک دئ.

معمولي ابنارملتي ګانې:

Systolic نفخې: د systolic نفخو لاملونه لاندې ذکر شوي دي.

Ejection systolic نفخې کیدلای شي د زیات stroke volume له کبله (چې د جریان نفخه بلل کېږي) یاد متضیق ابهر یا ریوي دسام له کبله رامنځ ته شي. د جریان د نفخې یا Flow murmur لاملونه مشتمل دی په ښیرازي د حمل، تبې، برادي کاردیا او ASD څخه. د ابهر د تضیق نفخه زیاتره د زروې په شمول په ټول پري کاردیوم کې اوریدل کېږي. شاید چې غلیظ یا لوړ pitch لرونکئ او موزیکل وصف ولري اود قص د هډوکي علوي ښي طرف او Carotid ته انتشار لري. نفخه زیاتره وخت لوړه او شاید د تریل سره یو ځاي وي.لیکن که چیرې د ابهر په وخیم تضیق کې د بندیز درجه او په نتیجه کې د چپ بطین د وظیفي ډیر زیات خرابوالی د قلبی دهاني د کمښت لامل ګرځي تردې اندازې پورې چې د نفخې شدت بیخي له منځه ځي.

:Pan systolic murmur

زیاتره دا نفخې د مترال او تراي کسپیډ د عدم کفایې له کبله منځ ته راځي د مترال د عدم کفایې نفخه تخرګ ته انتشار لري زیاتره وخت دا نفخه لوړه او پوکي وهونکی وصف لري چې د زړه د زروې په برخه کې ښه اوریدل کېږي په ځینې ناروغانو کې د مترال دسام پرولپس په بطیني سستول کې واقع کېږي چې د mid یا Late سستولیک نفخې د پیداکیدو لامل کېږي.

د تراي کسپیډ عدم کفائي نفخه د قص د هډوکي چپ طرف ته اوریدل کېږي او د ځینو تائیدي علایمو لکه په وداجي وریدي نبض کې د غټې V څپې د شتوالی او د ځیګر د نبضان سره یو ځای وي. د pan systolic نفخو بل لامل د بطین حجابي نقیصه ده ډیره کوچنۍ مورزادي نقیصه کیدی شي چې د لوړې نفخې لامل شي چې د قص د هډوکي چپ طرف ته زیاتره د تریل سره یو ځاي وي هغه pan systolic نفخه چې د زړه په حاد احتشاء ناروغانو کې منځ ته راځي معمولاً د بطیني حجاب په سوري کیدو دلالت کوي په همدې توګه د مترال عدم کفایه چې د Cordatendinea د شکیدلو یا وظیفوي عدم کفایه چې د حاد بطیني توسع له کبله وي د پورتني نفخو د پیداکیدو لامل کیدی شي.

www.ketabton.com

د systolic نفخو لاملونه:

:Ejection systolic murmur

الف) د نورمال دسام څخه د وینې د زیات جریان تیریدنه

- Innocent **سستولیک نفخه**
- **په تبه، ورزش کارانو کې (د برادي کاردیا له کبله د زړه د دهاني زیاتوالی)**
- **امیندواري (د زړه دهانه اعظمي 15 هفتو کې)**
- **اذیني حجابي نقصان (دریوي جریان نفخه)**

ب) له متضییق دسام څخه نورمال یا د کم جریان وینه تیریدنه

- **د ابهر تضییق**
- **ریوي تضیق**

ج) د جریاني نفخو نور لاملونه

- **ضخاموي انسدادي کاردیومایوپاتي**
- **حاده عدم کفایه (د ابهر د جریان نفخه)**

<u>Pan systolic murmur</u>

- **ټول هغه لاملونه چې د سستولیک** Leakage **لامل کېږي او د لوړ فشار څخه د ټیټ فشار جوف ته متوجه وي.**
- **د مترال عدم کفایه**
- **د تراي کسپیډ عدم کفایه**
- VSD
- **د مترال او تراي کسپیډ** prosthesis **لیکاژ یا څڅیدنه**
- **د مترال دسام پرولپس**

ډیاستولیک نفخې:

Early diastolic **یا د ډیاستول د لومړۍ صفحې نفخې د ابهر د عدم کفائې په واسطه تصنیف بندي شوي دی. معمولاً دا نفخې د قص د هډوکي په چپه خوا کې ښه اوریدل کېږي اما کله کله د قص د هډوکي په ښي سفلي طرف کې ځګ اوریدل کېږي.**

د Early diastolic **غلې نفخې شاید د ذفیر په وخت کې چې ناروغ قدام خواته تیله شوی وي ښه اوریدل کېږي چې دا بیرته راغلي د وینې حجم باید د سستول په راتلونکي صفحه کې پمپ شي نود ابهر عدم کفایه د زړه د دهاني د زیاتوالي لامل کېږي او کیدی شي د** Ejection systolic flow **د نفخې سره یو ځاي وي.**

www.ketabton.com

د ریوي عدم کفایه دومره معمول نه ده شاید په ثانوي ډول د ریوي شریان د توسع له کبله په ریوي لوړ فشار کې منځ ته راشي (Graham steel murmur) .
Mid diastolic نفخه یو ټیټ pitch لرونکي Rumbling آواز دی کوم چې د opening snap د شروع کیدو څخه وروسته پیل کېږي (که چیرې opening snap موجود وي) د ستاتسکوپ د Bell په واسطه د زړه د زروې په برخه کې ښه اوریدل کېږي دا ټوله Cardence داسې وي lup – ta – ta - roo چیرې lap د زړه لومړئ آواز وي، Ta,ta دزړه دوهم آواز او opening snap دئ او diastolic med - roo نفخه تشکیلوي که چیرې ناروغ sinus Rhythm ولري نو اذیني تقبض د وینې جریان دمتضییق دسام څخه زیاتوي اود نفخې د pre systolic صفحي د زیاتیدو لامل ګرځي د Tricuspid د تضییق نفخه د مترال د تضییق په شان ده لاکن نادره وي.
Austin flint نفخه یوهmed diastolic نفخه ده چې د ابهر په عدم کفایه کې کله چې وینه بیرته بطین ته رجعت کوي او په دغه وخت کې د مترال دسام قدامي leaf let پورته ټیله اود بندوالی لامل یې ګرځي او چپ بطین ته د وینې د داخلیدو څخه مخنیوي کوي.
دوامداره یا Continueas نفخې په غټانو کې نادرې دي. معمول لامل یې خلاص اذیني قنات دی کوم چې پورتني نازله ابهر او ریوي شریان سره نښلوي او په نورمال ډول د زیږیدنې څخه وروسته بندیږي دا نفخه د قص هډوکي پورتني چپه خوا کې ښه اوریدل کېږي او چپ کتف ته انتشار لري وصف یې لکه د مشینري په شان دی (machinery like murmur) .

د لاس ته راوړنو توضیحاتو ژباړنه:

په زیاتره حالاتو کې چې کومې ابنارملتي ګانې په اصغاء سره کشف شوي وي د نورو پلټنو په تر سره کولو سره تائیدیږي چې زیاتره په Echocardiography سره یې تائید نور هم قوي کېږي اما دا باید وویل شي چې اصغاء یوه مهمه کلنیکي تجربه ده.
د علایمو صحیح وضاحت په دې معنی دی چې څرنګه د نفخو په اړه دقت کېږي په همدا شان د زړه په آوازونو کې تغیر او د زړه اضافي آوازونه په نظر کې ونیول شي.
د کلینیک له نظره خصوصاً هغه ناروغان چې د زړه روماتیک ناروغی ولري د زړه متعددې ستونزې لري چې په دې وخت کې یې تشریح ډیره حساسه وي. د بیلګې په ډول یو ناروغ چې د مترال تضییق او عدم کفایه دواړه ولري دزړه لومړنی آواز یې ډیر جګ وي نو په څرګند تضییق دلالت کوي که چیرې د زړه دریم آواز واوریدل شي نو څرګنده عدم کفایه به موجوده وي نو ځکه د اصغاء په وخت باید ډیر زیات دقت وشي.

www.ketabton.com

کلیدي ټکي:

د Apex beat **بې ځایه کیدل شاید د زړه د لویوالی یا د منصف د** shift **له کبله وي. د ستاتسکوپ د** Bell **برخه د ټیټ**pitch **لرونکو آوازونو د معلوملو لپاره استعمالیږي لکه د مترال تضییق. د ډیافراګم برخه یې د لوړ** pitch **لرونکو آوازونو لپاره استعمالیږي لکه د زړه نورمال آوازونه او د ابهر د عدم کفائې نفخه.**

د زړه دریم آواز شاید فزیولوجیک وي اما د زړه څلورم آواز همیشه پتالوژیک وي. دزړه د نفخو تغیرات د انزارو له کبله اهمیت لري.

د ابهر ډیاستولیک نفخې هغه وخت ښه اوریدل کېږي چې ناروغ قدام خواته ځان ټیټ کړي او د ذفیر په صفحه کې ساه بنده کړي د مترال ډیاستولیک نفخې په هغه وخت کې ښې اوریدل کېږي چې ناروغ په چپ طرف آرام وکړي.

د زړه د مزمنې عدم کفایې ارزیابي:

په هغه ناروغانو کې چې د زړه په مزمنه عدم کفایه اخته وي کلینیکي ارزیابي یې په څلورو درجو ویشل کېږي.

۱. **د ناتواني شدت او وخامت: د مزمني عدم کفائې ناتواني ډیر پراخ حدودات لري چې عبارت دي له پوره عدم محدودیت څخه تر شدیدو اعراضو پورې چې په استراحت کې هم موجود وي د اعراضو او زړه سببي ابنارملتي تر منځ ډیر زیات کمزوری تړاو موجود دی ددې ناتوانی تاثیر د ناروغ په وظیفه، ورځني فعالیتونو، جنسي فعالیت د خوب په څرنګوالی باید وپوښتل شي. غیر معاوضوي علایم باید ولټول شي خصوصاً لکه د مایع احتباس (د سږو احتقان، محیطي یا عجزي اذیما)**

۲. **سببي لاملونه: هر هغه لامل چې د زړه د نورمال وظایفو د محتل کیدو لامل کېږي د زړه عدم کفایه رامنځ ته کوي لکه د مایوکاردیوم ناروغی چې په ثانوي ډول د زړه** ischemic **ناروغی، د وینې لوړ فشار یا لومړني** Cardiomyopathy **په بیخ کې منځ ته راځي. د زړه دسامي ناروغی خصوصاً د مترال دسام ناروغی د ابهر تضییق، د زړه بې نظمي ګانې او د زړه** pericardial Constriction. **هغه شیان چې باید پاملرنه ورته وشي عبارت دی له د مایوکاردیل احتشاء انجیناپکتورس او یا د الکولو د زیات اخیستلو تاریخچې کوم چې د مایوکارد د ناروغیو سره تړاو لري او د زړه نفخې چې دا شاید د دسام ابنارملتي راپه ګوته کړي تکي کاردیا (خصوصاً اذیني فبریلشن) او براډي کاردیا (لکه د زړه پوره** block**) دواړه کولای شي چې د زړه د عدم کفایې د اعراضو سره یو ځای وي. ځینې ناروغی د زړه د عدم کفائې په شان کلنیکي شواهد لري او**

www.ketabton.com

زیاتره د معالطې سبب کېږي دا ناروغۍ عبارت دی له وینه کمی، د مایع احتباس (په تالي ډول د پښتورګي او یا ځیګر په عدم کفایه کې) یا Corpulmonal (چې دا په تالي توګه د سږو د ناروغیو څخه د ریوي فرط فشار له امله د ښي بطین عدم کفایه منځ ته راوړي) لمړني معاینات عبارت دي له: د سینې رادیوګرافي دې واخستل شي تر څو د زړه اندازه او د سږو احتقان معلوم شي او E.C.G د زړه د نظم د معلومولو او د زړه د پخواني احتشا د شواهدو د پیژندلو لپاره اخیستل کېږي نور تشخیصه معاینات یې د ایکوکاردیوګرافي څخه عبارت دی لیکن باید وویل شي چې دا د مسئلې په څرنګوالی پورې اړه نیسي.

۳. تشدید کوونکي فکتورونه: برسیره د لمړني اسبابو څخه نور فکتورونه شاید د ناروغ اعراض وخیم کړي چې په دې هکله د لاندې شیانو په اړه باید پلټنه وشي.

- ❖ دوائي تداوي لکه non steroidal anti inflammatory drugs (N SAID)
- ❖ د الکولو څښل
- ❖ د Hypo او Hyperthyroidism اعراض
- ❖ تورغایطه مواد چې د معائي وینې د ضیاع له کبله وي.

د وینې روتین معاینات د کم خوني او همدارنګه د یوریا او الکترولایت تعین د پښتورګو د وظایفو د فعالیت لپاره او هم د ځیګر او تایراید وظیفوي ټستونه ضروري دي.

۴. د ژوندانه په طرز کې تغیرات: د زړه په عدم کفائې اخته ناروغان شاید د تمرین د نه کولو سره عادت شي چې دا کار د ورځني عادي تمرین په اجراء کولو سره د ارجاع وړ دی. د زیاتو مایعاتو د څښلو څخه باید ډډه وشي مالګه کمه شي الکول یوازې په متوسط اندازه واخیستل شي او په هغه صورت کې چې الکولیت Cardiomyopathy موجوده وي باید بیخي قطع کړل شي.

۵. دوائي تداوي: د ناروغ د تداوي پلان باید د ناروغ د اعراضو د وخامت، سببي عامل او د تشدید کوونکو فکتورونو سره برابر وضع شي.

د حاد ناروغ ارزیابي:

د زړه ناروغان په حاد ډول مراجعه کوي او فوري تداوي ته اړتیا لري دا ناروغان شاید دومره ښه نه وي تر څو پوره او مکمله تاریخچه ووائي چې په داسې وخت کې دخپل خپلوانو یا ملګرو څخه ارزښتناکه معلومات د ناروغۍ په اړه اخستل کیدی شي دا ضروري ده ترڅو ارزیابي یې صورت ونیسي. د تداوي څخه هدف دادی چې حاده مسئله تداوي شي او د ژوند تحدیدونکي پیښې وقایه وشي لکه Cardiogenic shock یا بطیني فبریلشن.

www.ketabton.com

په معمول توګه د تاریخچې اخیستل، فزیکي معاینات، پلټنې او اهتممات باید د ضرورت او د مسئلې د بیړنې توب سره عیار کړل شي. د معاینې د ترتیب مراعاتول د کلینیکي حالت سره تړاو نیسي د معاینې ترتیب په لاندې ډول دئ.

د معاینې ترتیب:

- ❖ د درد په اړه پوښتنه وکړئ کله چې درد ډیر شدید وي نو د وریدي Opiate دواګانو اود کانګو ضد دواګانو سره یې آرام کړئ.
- ❖ د نبض خواص، اندازه او نظم معلوم کړئ.
- ❖ کله چې نبض غیر منظم وي یا په نامناسب توګه زیات چټک اویا ورووي یا د زړه د احتشاء کلینیکي منظره موجوده وي نو E.C.G د واخیستل شي تر څو د زړه نظم معلوم کړل شي.او وروسته ناروغ monitoring شي.
- ❖ د شریاني وینې فشار معلوم کړئ او د شاک نور شواهد ولټوئ. که چیرې وعائي عدم کفایه یا Circulatory failure موجود وي نو د هغې شدت د معلوم کړل شي او تداوي د پیل کړل شي.
- ❖ JVP او موجوي شکل د معاینه شي.
- ❖ د ساه لنډي په اړه دې پوښتنه وشي. د ساه لنډي درجه دې وټاکل شي مرکزي سیانوزس دولټول شي او که لازم وي اکسیجن دې ورکړل شي.
- ❖ د سینې د درد دوام دې معلوم کړل شي که چیرې لنډوي (شپږ ساعته) او د حاد زړه احتشاء سره موافق وي. نو پوره E.C.G دواخیستل شي او بې له ځنډه د Thrombolytic تداوي پیل کړل شي.
- ❖ د سینې د حاد درد نور لاملونه دې په نظر کې ونیول شي، په شمول د نوموتوراکس، ریوي امبولیزم او د ابهر څیري کیدل. که چیرې د dissection اشتباه موجوده وي نو محیطي نبض دې په مقایسوي توګه معاینه شي او د دواړو لاسو فشار د اندازه شي.
- ❖ د زړه نفخې د اصغاء شي
- ❖ دواړه سږي د ریوي اذیما لپاره معاینه شي.
- ❖ د سینې عکس دې واخیستل شي او د ریوي اذیما شواهد او د منصف پراخوالی او نور دې پکې وکتل شي.

www.ketabton.com

د پرمختللی وعائي عدم کفائې (شاک) ناروغانو اوصاف:

-	هایپوتنشن	-	دوینې سستولیک فشار د 100mmhg څخه ښکته وي
-	تکي کاردیا	-	نبض عموماً د 100 څخه زیات وي
-	محیطي وعائي تقبض	-	یخ تلي یا محیطي سیانوزس موجودوي
-	د ادرار کموالی	-	<30ml/h

کلیدي ټکي:

- ❖ **د ناروغ حالت د کلینیکي معاینې څرنګوالی ټاکي**
- ❖ **د درد آرامول او د زړه د ریتم monitoring د حاد ناروغ په اهتماماتو کې د عمده اهدافو څخه دی.**
- ❖ **د زړه د عدم کفائې دناروغ په ارزیابي کې د سببي عامل د تشدیدوونکي فکتورو معلومول شامل دی.**

دزړه معمول معاینات :

د زړه د معمولو معایناتو استطبابات، تشخیصي څیړنې په ٦-18. جدول کې ښودل شوي معمول تجویزونکي معاینات عبارت دي له الکتروکاردیوګرافي، ایکوکاردیوګرافي، رادیو Nuclide مطالعات او د زړه کتیترایزیشن. چې وروسته په تفصیل سره ذکر شوي دي.

E.C.G: **دا یوه روتین ، بې ضرره او ارزانه معاینه ده چې د دولس لیډونه لري چې شپږ یې صدري pericardial لیډونه (V1-V6) درې د اطرافو او درې نور د I, II, III څخه عبارت دي.**

Ambulatory monitoring E.C.G: **په ګرځنده توګه استعمالیږي چې امبولاتوري E.C.G ماشین د یو وړوکي ټیپ ماشین ته ورته دی چې درې الکترودونه لري کوم چې د یوې پټې په واسطه د 24-48 ساعتو پورې په غاړه کې اچول کیږي نورمانیتورونه هم شته کوم چې هر وخت نه اغوستل کیږي لاکن کله چې ناروغ د اعراضو تجربه کوي نو د pericardium سره د تماس له کبله فعالیږي او E.C.G اخلي.**

د تمرین E.C.G:

د Angina ناروغان معمولاً د استراحت په وخت کې نورمال E.C.G لري مګر پرته له دې چې د حملې په وخت واخیستل شي چې دلته ناروغانو ته د Tread mill یا د ثابت بایسکل په واسطه تمرین ورکول کیږي که چیرې منځ ته راغلي اعراض د Angina له کبله

www.ketabton.com

وي نو په E.C.G کې تغیرات لیدل کېږي د منځ ته راغلو تغیراتو وخامت او د هغه تمرین اندازه چې اعراض یې منځ ته راوړي دی شاید انزار یې اهمیت راپه ګوته کړي.

۶-18. جدول: د زړه معمول معاینات او پلټنې: (۷)

معاینات	استطبابات	Implications یا ښودنې
۱. ECG	• زیات (طبي medico Legal)	▪ ریتم او انتقالي سیستم تشوشات ښیي لکه LBBB او WP سندروم ▪ د زړه د احتشاء تشخیص ▪ د چپ بطین د هایپرتروفي ابنارملتي معلومول ▪ چې همدارنګه معمولاً د Angina په ناروغانو کې نورمال وي
۲. د تمرین ECG	• د سینې درد	▪ د تمرین سره ischemia تغیر کوي خصوصاً کله چې د اعراضو سره یو ځای وي چې داد Angina تشخیص تائیدوي. ▪ کله کله د تمرین ټسټ کیدی شي چې په Angina ناروغانو کې نورمال وي (کاذب منفي) او په ضحتمندو ځانګړو کسانو کې ابنارمل وي (کاذب مثبت).
	• د MI د حملي څخه وروسته	▪ د انزارو په هکله معلومات راپه ګوته کوي
۳. امبولاتوري مانیتورنګ ECG	• زړه ضربان	▪ د ناروغ د اعراضو تائید د زړه د بي نظمۍ سره لکه په اذیني فبریلشن او یا بطیني Ectopic beat کې
	• سنکوپ، پري سنکوپ	▪ شاید په وارسره برادي کاردیا وښایي کله چې د مانیتورنګ په وخت کې اعراض منځ ته راشي.
۴. د سینې عکس	• زیات	▪ د زړه او د صدر اندازه: د زړه د څنډو پراخوالی (silhoutte) په قاعده کې د سږو د بستر پراخوالی چې د زړه په عدم کفایه او دسامي امراضو کې زیاتیږي. ▪ دزړه په عدم کفایه کې ریوي اذیما
۵. ایکوکاردیو ګرافي	• د زړه مرمرونه	▪ د متضیق دسام د آفاتو زر تشخیص او په دقیق ډول د عدم کفایو د اندازو معلومول.
	• ساه لنډی	▪ د زړه په عدم کفایه کې د چپ بطین د وظایفو د تناقص ټاکنه کیدی شي.
	• انتاني اندوکاردایتس	▪ دسامي vegetation تشخیص تائیدوي او trans esophageal ایکو (TEE) بله حساسه معاینه ده.
۶. رادیونو کلیاد معاینات	• ساه لنډی	▪ د وینې د راټولیدو سکن د چپ بطین د وظایفو د مناسبې اندازې وړاندینه کوي عموماَ Ejection fraction په هکله
	• د سینې درد	▪ د مایو کاردیل پرفیوژن سکن د زړه په اسکمیک ناروغانو کې اسکمیک نقیصه ښیي
	• ریوي امبولیزم	▪ د سږي سکن د پرفیوژن نقیصه ښیي

www.ketabton.com

۷. د زړه کتیترا یزیشن	• Angina	▪ اکلیلي انجیوګرافي د اکلیلي شریان د تنګوالي درجه او پراخوالی ونښيي.
	• دسامي ناروغۍ	▪ د ایکوکاردیوګرافي په واسطه ښه ښکاره کیږي د زړه کتیترایزیشن یواځې د اکلیلي شریانو اناتومې چې د دسام د جراحي لپاره ټاکل کیږي استطباب لري
	• د زړه عدم کفایه	▪ د ښي خوا زړه کتیترایزیشن په هغه ناروغانو کې چې د زړه شدیده عدم کفایه ولري د زړه د پیوند لپاره مناسب کومک کوي.

د محیطي شراینو ناروغۍ
Peripheral Vascular diseases (PAD)

تاریخچه: عمومي معلومات:

زیاتره وخت په پرمخ تللي هیوادونو کې فزیکي معاینه د محیطي شراینو ناروغۍ خصوصاً په هغه ناروغانو کې چې عمر یې له 60 کالو څخه زیات وي ښکاره کوي. په زیات شمیر سره د محیطي شراینو د ناروغیو بنیادي پتالوژي اتیروسکلروزس تشکیلوي چې لوي او متوسط شراین اخته کوي. په هغه ناروغانو کې چې له وخت څخه مخکې په اتیروسکلروزس باندې اخته کېږي په تاریخچه کې یې باید فامیلي تاریخچې او خطري فکتورو ته خاصه توجه وشي کوم چې د Atheroma سره یو ځاي وي په خاصه توګه د شکرې ناروغۍ مهمه ده ځکه چې د هغه Atheroma سره چې وختي منځ ته راځي چټک پرمخ تګ کوي. برسیره له دې د شکرې د شریاني ناروغیو کلینیکي لوحه زیات وخت د محیطي Neuropathy او micro Angiography په واسطه شدت اختیاروي.

که څه هم تقریباً 2/3 هغه ناروغان چې د کلینیک له نظره په PAD (محیطي شریاني ناروغۍ) اخته وي بې عرضه وي چې دهغوي پېژندل او تشخیص مهم دی.

ممکن د PAD د ناروغانو لومړۍ څرګندونې د ژوند تهدیدونکي احتلاط وي. د PAD د شواهدو موجودیت د مخکې له وخته قلبی وعائي او د ماغي وعائي مرګونو لپاره یو ښه لارښود دئ چې باید هماغه ناروغۍ او خطري فکتورونه یې وپېژندل شي. د PAD په موجودیت کې ممکن طبي او جراحي تداوي ګانې متاثرې شي د مثال په توګه د بیتابلاکر دواګانو توصیه په دې ډول ناروغانو کې د Claudication د منځ ته راتلو او شدت لامل ګرځي (د زړه By pass جراحي د سختې ناروغۍ په موجودیت کې تر سره کېږي مګر غیر عرضي ثباتي تضیق شاید د ستروک طرف ته لاړ شي.

www.ketabton.com

د مراجعې شکایات presenting Complaints:

داناروغان د څلوروعمده شکایاتو له کبله مراجعه کوي.

1. **د نهایاتو اعراض**
2. **عصبي اعراض**
3. **بطني اعراض**
4. Vasospastic **اعراض**

د سفلي اطرافو اعراض:

د سفلي اطرافو د ischemia **لپاره لاندې څلور ښه پېژندل شوي پړاوُنه موجود دي.**

1) **غیر عرضي**
2) Intermittent Claudication
3) **د استراحت درد**
4) **نسجي ضیاع (قرحه او ګانګرین)**

غیر عرضي ischemia **: د سفلي اطرافو** ischemia **د** Ankle brachial pressure index (ABPI) **په کموالی سره مشخص کېږي چې په متوسط عمر او زوړوالی کې ډېره معموله ده دا ناروغان ممکن له دې کبله چې اوږد تګ یې نوي کړئ او یا د تمرین تحمل یې د کومې بلې پتالوژي له امله محدود شوی وي. دا ناروغان د عرضي ناروغانو په شان د وعائي ناروغیو د احتلاطاتو د زیات خطر سره مخ دي چې ارزیابي او تداوي یې د هغه ناروغانو په شان کوم چې** Claudication **لري وشي.**

Intermittent Claudication: **دا اصطلاح د تګ په وخت کې هغه درد ته چې د اوعیو د بې کفایتي له امله پیداکیږي اړه پیداکوي دا د** PAD **یو ډېرمعمول عرض دئ. په وصفي ډول دا درد په پنډیو کې حس کیدی شي چې ورانه یا** Battok **کناټیو کې هم هغه وخت پیداکیږي چې د اوعیو بندش په** proximal **برخه کې منځ ته راغلي وي ډېر وخت دا درد د ناروغانو په واسطه د** Tightness **یا د** Cramp **په ډول توضیح کېږي په مشخص ډول درد د یوې ثابتې فاصلې د تګ نه وروسته یا په یو لوړ ځاي د ختلو نه وروسته پیداکیږي درد د څو دقیقو استراحت نه وروسته په مکمل ډول له منځه ځي او کله چې ناروغ بیا په قدم وهلو پیل وکړي. درد د دوهم ځل لپاره پیداکیږي د** Claudication **د پیداکیدو فاصله ډېر وخت د ناروغانو په واسطه په غلط ډول تعبیر کېږي او زیات ناروغان دغه مسافه کمه ښيي دابه ډېره ګټوره وي چې د ناروغانو څخه وصفي سوالونه وشي. آیا دوي د کلینیک څخه تر بس تم ځاي یا د موتروپارک پورې په غیر د دریدنې څخه**

www.ketabton.com

تلی شي؟ دوي خپله د بازار څخه سودا په خپله اخستلی او راوړلئ شي؟ په حقیقت کې د Claudication شدت د ناروغانو په عمر اود ژوند په ډول پورې اړه لري. د 400 متره قدم وهلو ناتواني د یو پوسته ورونکي سړي لپاره جدي مشکل ګڼل کېږي شاید د یو زوړ سړي لپاره چې یوازې د سرک څخه د سودا اخیستلو په منظور اوړي لویه ستونزه نه وي همدارنګه دا هم باید ارزیابي شي چې د ناروغ Claudication د نورو طبي حالاتو پورې اړه ونلري د ډیرو ناروغانو د تمرین عدم تحمل ممکن د Angina، شدیدې نفس تنګی او یا د حرقفي بند د Osteo arthritis له کبله وي.

هغه نارینه ناروغان چې gluteal Claudication لري ممکن په internal iliac ناروغۍ اخته وي چې تقریباً همیشه جنسي عدم کفایه لري.

د Claudication اصطلاح د ګډ په وخت کې هغه درد هم افاده کوي کوم چې د قطني نخاع د عصبي یا د Musculo skeletal ناروغیو له امله منځ ته راځي (Neutrogena Claudication) همدارنګه هغه درد ته هم راجع کېږي کوم چې د پښې (leg) د وریدي شاګرز په مقابل کې د مانعې له امله منځ ته راځي (Venous Claudication). که څه هم دا ډول نسبت شریاني Claudication ته ډیر کم معمول دئ چې د تاریخچې او فزیکي معاینې په واسطه یې توپیر کیدی شي.

Night rest pain: په وصفي ډول د شپې له خوا درد د لومړني تظاهر په ډول ځرګندیږي کله چې ناروغ د شپې له خوا ویده شي نو 1-2 ساعته وروسته د پښو د درد له کبله ویښیږي درد معمولاً د Ins pet (د پنجي او بجلکي بند هغه برخه چې یو قوس جوړوي) په ساحه کې احساس کېږي چې علت یې د ځمکې د جاذبې قوې د کموالی له کبله د سفلي اطرافو د perfusion کموالئ دئ برسیره پر دې د خوب سره د زړه ضربان کمیږي د وینې فشار ښکته کېږي او د زړه دهانه کمیږي بالاخره د ناروغ پام دې ټکي ته راګرځي چې دده د پښو درد پښو د ځوړندولو او یا له بستر څخه پاڅیدو او ګرځیدلو سره ښه کېږي او کله چې ناروغ بیا خپل بستر ته ځي نو درد یې ښه شوئ وي. درد او د خوب کموالی ناروغ نارامه کوي بالاخره ناروغ په یوه چوکۍ باندې د شپې له خوا خوب کوي چې دغه عمل په سفلي اطرافو کې د اذیما د پیداکیدو او د بین النسجي مسافاتو د فشار د زیاتوالی لامل ګرځي دا په خپل وار د انساجو perfusion نور هم کموي او درد زیاتوالی پیداکوي د استراحت په وخت کې درد عموماً د multi level امراضو موجودیت ښیي.

نسجي ضیاع (قرحه او ګانګرین): هغه ناروغان چې په شریاني بي کفایتۍ اخته وي زیات وخت د یوې شدیدې اسکیمیا لرونکي وي په داسې ناروغانو کې د زخم جوړیدنه له ناکامئ سره مخامخ کېږي او همدغه زخم د باکتریایي انتان د دخول لپاره د یوې دروازې

www.ketabton.com

په حیث رول لري چې په نتیجه کې ګانګرین او قرحه رامنځ ته کېږي د Revascularization څخه پرته اسکمیا په تیزئ پرمختګ کوي.

فزیکي معاینه:

عمومي معلومات: د عمومي ارزیابۍ زیاته برخه د زړه د ناروغیو د علایمو په لور متمرکز کېږي چې په دې کې د انیمیا او سیانوزس شواهد، د زړه د عدم کفایې علایم او د مستقیم او غیر مستقیم وعائي امراضو د شواهدو لیدنه شامل ده چې ددغه علایمو کتنه ممکن د شریاني نبضونو مفصله معاینه پوره کړي دزړو خلکو په غاړه کې متبارز ابنارمل ضربان معمولاً کم اهمیت لري چې په زیاتو پېښو کې يې علت د شریاني کوږ ووږوالی سختوالی دی او په کمو پېښو کې يې علت د ثباتي شریان انوریزم او یا د ثباتي جسم تومور وي.

د وعائي ناروغیو تجویز شوي علامې:

علامه	ښوونه یا دلالت
لاسونه او ځنګلي:	
- نیکوتین داغ	- څکول
- د ګوتو د څوکو د ګلابي رنګ له منځه تلل	- د sub clavian انوریزم د قریبه برخې اتیروامبولیزم
- د ګوتو په څوکو کې ترمیم شوي ندبه	- تالي Raynoud's سندروم Scare علامه
- کلسینوزس لیدلو وړ نوک التوات او د شعریه اوعیو لوپ	- سکلرودرما او Crest سندروم
- د لاسود کوچنیو عضلاتو ذوبیدل	- صدري out let سندروم
مخ او غاړه:	
- د قرنیې Arcus او Xanthelasma	- هایپرکولسترولیمیا
- هارنرسندروم	- د ثباتي شریان انوریزم او څیري کیدل
- د آواز خپوالی او دعوئي ټوخی	- د حنجروي راجعه عصب فلج د صدري ابهر د انوریزم څخه
- برجسته وریدونه په غاړه اود اوږو دپاسه او د سینې په قدام کې	- د تخرګ او د sub clavian ورید بندیدل

www.ketabton.com

بطن:

- د اپي ګاستریک او نامه د برخې نبضان
- د بطن mottling (خال خال برګوالی)
- د وزن د ضیاع نښه
- د ابهر انوریزم
- د بطني ابهر د انوریزم څیري کیدل
- حشوي اسکیمیا

اناتومي:

فخذي شریان: دا شریان د Symphysis pubis او Ant. Sup iliac Crist او هم د inguinal lig په منځني برخه کې قرار لري چې وخشي ته يې فخذي ورید او انسي ته یې فخذي عصب ځای نیولئ دی چې په چاغو خلکو کې یې جس کول مشکل دی.

Popleteal **شریان:** دا شریان د زنګون د Crease په خذا د مابضي په حفره کې ژور پروت دئ چې د یو مجرب ډاکتر څخه په غیر یې جس کول ګران دی.

حلفي Tibial **شریان:** دا شریان د medial malleulus څخه 2 سانتي متر لاندې په حلف کې موقعیت لري چې هلته د Flexor Retinaculum په منځ کې سیر کوم چې د Flexor digitorium longus او flexor hallucis longus په منځ کې قرار لري.

Dorsalis pedis شریان: دا شریان د پښي په حلف کې د قدامي Tibial شریان ادامه ده چې د Extensor hallucis longus په وخشي کې سیر لري او ضربان یې د لمړي او دوهم metatars هډوکو په منځ کې د تشکیل شوي جري (groove) په قریبه برخه کې ښه جس کېږي ممکن دا شریان په ځینې خلکو کې پیدانشي او یا په 10% خلکو کې په خپل ځای کې نه وي او کله کله د هغه په ځای د جس وړ سوري شوي peroneal شریان ضربان جس کېږي د هر وګړي شریاني ضربانونه باید په لاندې ډول ثبت شي.

نارمل +

کم شوي + −

معدوم _

انوریسمي ++

د نبضانونو معاینه:

که ډاکتر د نبضان د معاینې په وخت کې شکمن شي چې آیا جس شوئ نبض د ناروغ ده او که خپله د معاینه کوونکي؟ نو باید معاینه کوونکي د معاینې په وخت خپل نبض جس کړي. هغه ضربان په ناروغ پورې اړه لري کوم چې د معاینه کوونکي د نبض سره همزمان نه وي.

www.ketabton.com

د معاینې ترتیب:

عمومي:

- ❖ کعبري، عضدي او ثباتي نبضانونه معاینه کړئ او په دواړو لاسو کې د وینې فشار اندازه کړئ.
- ❖ په هر ناروغ کې چې د وعائي ناروغیو شک موجود وي باید د بطني ابهر نبضان جس او اصغاء شي.
- ❖ نهایات باید د ischemia د تغیراتو لپاره تفتیش شي خاصتاً د رنګ او حرارت تغیراتو ته باید پاملرنه وشي.
- ❖ ندبو ته باید پاملرنه وشي چې ممکن د وعائي یا غیر وعائي جراحي عملیاتو له امله منځ ته راغلی وي همدا ډول د زخم ژوروالی، څندو، موقعیت او رنګ ته پام وشي.
- ❖ په خصوصي ډول د پنجو منځ او پونده د ischemic تغیراتو لپاره وکتل شي.

فخذي:

- ❖ په داسې حال کې چې ناروغ Supine (ستوني ستاخ) وضعیت ولري په ډیر ورو سره د دوه یا درې پراخه شوو د ګوتو د سرونو په واسطه په groin crease باندې لاندې خواته فشار وارد کړئ.
- ❖ همدا ساحه د Bruit لپاره اصغاء کړئ.
- ❖ کعبري فخذي تأخر وګورئ.

مابضي:

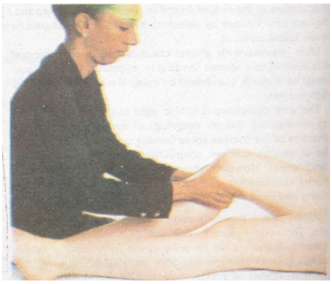
- ❖ په داسې حال کې چې ناروغ پوره استرحائي حالت ولري او د زنګون بند په 30 درجې قبض حالت کې قرار ولري.
- ❖ د معاینه کوونکي لاس ته داسې وضعیت ورکول کېږي چې thumbs (کټه ګوته) په قدام کې او نورې ګوتې په حلف کې قرار ونیسي په ورو توګه په مابضي شریان باندې فشار وارد کړئ.
- ❖ ددې شریان نبضان د زنګانه د Crease نه 3-4 سانتي متره ښکته په متوسط خط کې جس کېږي په کوم ځاي کې چې شریان د Tibia د خلفي وجهې په مقابل کې تر فشار لاندې راځي چې دلته دا شریان د Soleal arch لاندې تیرېږي.

www.ketabton.com

۱۴-٦.شکل د فخذي شریان معاینه (۷)

۱۵-٦.شکل د خلفي Tibial شریان معاینه (۷)

۱٦-٦.شکل د Dorsalis pedis شریان معاینه (۷)



۱۷-٦.شکل د مابضي شریان معاینه (۷)

خلفي tibial **: دا شریان د انسي** maleolus **څخه 2 سانتي متر لاندې او 2 سانتي متر په حلف کې جس کیږي.**

Dorsalis pedis**: دا شریان د قدم د حلفي وجهي په متوسطه برخه فقط د** Extensor hillucis longus **په وحشي کې جس کړئ.**

www.ketabton.com

Buerger test: ناروغ په بستر کې څملول کېږي سفلي اطراف د 45 درجي زاوئي په اندازه پورته کوو په نورمال حالت کې د پښو تلي ګلابي پاتي کېږي که چیرې تلي خاسفې شي د وینې د جریان کموالی راښیي اوس ناروغ ته وواياست چې دفعتاً کښیني او پښي يې ځوړندې شي هغه وخت چې د پښو د وریدونو د ډکیدو او Flashing لپاره پکار دئ یادداشت کړئ وریدونه باید په لس ثانیو کې ډک شي که چیرې دغه وخت د لس ثانیو څخه زیات شي د وینې د جریان کموالی راښیي. هغه درد چې د اړونده طرف د پورته کولو په واسطه کمیږي یا له منځه ځي په وریدي بندش او هغه درد چې د پښو د ځوړندیدو سره له منځه ځي په شریاني بندش دلالت کوي.

عمومي ابنارملتي ګانې:

د سفلي اطرافو مزمنه ischemia:

پښې نسبت لاسو ته آته چنده زیاتې نظر په لاندنیو دلایلو متاثره کېږي:

- ❖ د سفلي اطرافو د وینې جریان نسبتاً کم دی.
- ❖ سفلي اطراف ډېر زیات په Atheroselerosis اخته کېږي.

۱۹-٦. جدول: د شریاني، وریدي او نوروجنیک Claudication کلنیکي لوحه:

	شریاني	نوروجینک	وریدي
پتالوژي	دسفلي طرف دلوي شریان تنګوالی یابندش	د قطني عصب ریشي یا د Caudaequina تر فشار لاندې راتلل (نخاعي تضییق	د ساق د وریدي خروجي جریان بندیز چې د iliofemoral ورید په بندیز اړه لري
د درد ځاي	عضلات ، عموماً Calf لاکن شاید ورون او کناتې هم اخته کړي	ټول لنګي چې شاید د کرحتي او ستنې چوخولو سره یو ځاي وي	ټول لنګي چې لکه چوي
طرف	یو طرفه که فخذي مابضي او دوه طرفه په Aorto iliac ناروغیو کې	کله کله دوه طرفه	همیشه یو طرف ته نږدي
شروع	تدریجاًدClaudication د مسافې د قدم وهلو څخه وروسته	په متوسط توګه زیاتره د قدم وهلو یا حتي د دریدو په وخت	تدریجي زیاتره د ډېر لږ قدم وهلو سره پیل کېږي
آراموونکي لوحه	د قدم وهلود قطع کیدو څخه 1-2 دقیقي وروسته درد آرامیږي	قدام ته د اویدو او د قدم د دریدو سره آرامه کېږي او د ناستي حالت د غوره کولو سره پوره آرام وي	عموماً د پښې پورته کولو ته ضرورت وي تر څو درد آرام شي.

www.ketabton.com

رنګ	نورمال یا خاسف	نورمال	سیانوزي او زیاتره وریکوز د لیدلو وړ دی
حرارت	نورمال یا یخ	نورمال	نورمال یا زیادت
اذیما	موجود نه وي	موجود نه وي	همیشه موجوده وي
نبض	کم یا معدوم وي	نورمال	موجود لاکن شاید په مشکل سره احساس شي
د لنګي نیغ پورته نیول	نورمال	شاید Limited	نورمال

په زیاتو ناروغانو کې قدمي یا Pedal نبض موجود نه وي یا کم شوی وي که څه هم د استراحت په حالت کې د قدمي نبضانونو موجودیت په ښکاره ډول د سفلي طرف PAD نه ښکاره کوي. که د PAD تاریخچه ښکاره وي نو ناروغ ته باید امر وشي چې وګرځي ترڅو پورې چې درد پیداشي که د اعراضو لامل وعائي وي نو نبضانونه به له منځه ولاړ شي. اضافي اسکمیک تغیرات شاید موجود نه وي. د بیلګې په توګه د قدم او پښې د ظهري وجهې ویښتان به موجود نه وي د شریاني Claudication نوره لوحه په ٦-١٩. جدول کې تشریح شوې ده.

اعراض هغه وخت شدید وي چې ischemia وخیمه وي په داسې ناروغانو کې د بجلکئ د وینې فشار د 50mmhg څخه کم او Burger's علامه پکې مثبت وي. دا هغه وخت ښودل کېږي کله چې د ناروغ لنګي (leg) د 2-3 دقیقو پورې وتړل شي نو د Reactive hyperemia له کبله د fore foot رابر (sunset foot) منځ ته راځي. د اطرافو مزمنه شدیده اسکمیا د پښو د تلو د پر مخ تللي حثافت او نشتوالی سره یو ځای وي.

د اطراف حاده اسکیمیا:

د طرف د حادې اسکیمیا لوحه په آسانه ډول د 6ps په نامه نومول شوې ده چې ددې جملې څخه د حرکت (پنجې او ګوتو خوځولو توانائي) او یا د حسي وظایفو (لکه د پښې د پنجې سره او یا د لاس د حلفي وجهې سره د سپک تماس) ضیاع د عصبي اسکیمیا ډېر مهم ښکارندوي دی کله چې دا لوحه موجوده وي نو غیر قابل ارجاع تغیرات به منځ ته راغلي وي سره ددې چې که څه هم دوراني اعاده په ظرف د څو ساعتو کې صورت ونیسي د پنډۍ د عضلاتو حساسیت یوه بله خطرناکه علامه ده چې په ناڅاپي او جدي عضلي انفارکشن باندې دلالت کوي. د اطرافو د حادې اسکیمیا معمول لامل امبولي ده چې معمولاً د زړه منشاء لري او یا د شریان د یوې تنګې شوې برخې بندوالی چې دترومبوزس په واسطه منځ ته راځي شریاني حاد بندیز د شریاني شاخچو د نهائي برخو ته شدید سپینوالی ورکوي. د راتلونکو څو ساعتو په دوره کې تشنج له منځه ځي او پوستکی

www.ketabton.com

د de oxygenated وینې څخه ډک او mottle کېږي چې روښانه آبي او یا ګلابي رنګ پیداکوي کوم چې نازک شبکوي جوړښت دی چې د ګوتې د فشار په واسطه بیرته حاسف کېږي. که ischemia دوامداره شي نو پاتې شوې وینه Coaleseing کوي یا سره یو ځای کېږي او غټه کتله جوړوي چې په معاینه کې تیاره ګلابي او دې ته نږدې په تور رنګ سره ښکاري او د فشار په واسطه حئافت نه لیدل کېږي په آخره مرحله کې غټ پلکونه منځ ته راځي . د یوبې حسه فلجی نهایت ثابت mottling چې د عضلې شخوالی او Turgor سره یو ځاي وي د غیر رجعي اسکیمیا ښکارندوي دئ چې یوازنۍ لاره یې د طرف قطع کول دي.

٦-٢٠.جدول: د طرف د حادې اسکیمیا علایم: (٧)

نرمې علامې	سختې علامې (تهدیددونکي طرف ښیي)
- د نبض کموالی	- بې حسي
- حئافت	- فلج
- له منځه تلونکي یخ	- د عضلاتو د چوخیدو سره درد

٦-٢١. جدول: د طرف حاده اسکیمیا د امبولې او ترومبوزس له نظره: (٧)

	امبولې	ترومبوزس
شروع او شدت	په حاد شکل شروع کوي(په دقیقو او ثانیو کې) اسکیمیا رامنځ ته کېږي له اول نه کولاتیرل موجود نه وي.	شروع یې زیات ناځاپي شکل وي (ساعتونه او ورځې) او اسکیمیا لږه شدیده وي
د امبولې سرچېنه	زیاتره اذیني فبریلشن موجود وي	موجود نه وي
پخوانۍ Claudication	موجود وي	موجود نه وي
Contralateral نبض په پښه کې	موجود وي	زیاتره موجود نه وي
تشخیص	کلینیکي	انجیوګرافي
تداوي	د امبولي قطع کول او ضد تحثر دوا	طبي By pass جراحي او thrombo lysis

یادونه:

- ❖ د لاسو د حادې اسکیمیا معمولترین لامل حاد امبولیزم دی
- ❖ ددې لپاره چې د طرف د قطع کیدو څخه مخنیوی وشي نو ټول ناروغان چې د حاد اسکیمیک اعراضو اشتباه ورباندې وي باید بې له ځنډه وعائي جراح ته معرفي شي.

د وعائي ناروغیو عصبي تظاهرات:

د اوعیو ناروغۍ ممکن stroke, multi infarct dementia او یا TIA (Transient ischemic attack) سره یو ځاي وي یو stroke شاید د focal neurologic deficit د وعائي لامل په حیث وپیژندل شي که اعراض او علایم له 24 ساعتو څخه کم دوام وکړي دې پیښې ته Transite ischemic attack وایي.

د داخلي ثباتي شریان معوجیت:

د stroke او T.I.A زیاته برخه د هغه ترومبو امبولیزم له امله منځ ته راځي کوم چې دداخلي ثباتي شریان د منشاء په ځاي کې سخت اتیروسکلروتیک تنګوالی موجود وي.
شریاني عدم کفایه په داخلي ثباتي معوجیت کې په وصفي ډول د ocular او Hemispheric لوحو سره یو ځاي وي.

- ❖ Ocular: د مقابل طرف سترګې د دید ضیاع چې په ډیرو وختو کې د ناروغ له خوا داسې ویل کېږي چې د سترګې د دید په ساحه کې یې پردې راځي چې څو دقیقې دوام کوي لامل یې د شبکوي شریان یا ددې شریان د یوې څانګې ګذري بندوالی دی په لږو پیښو کې ممکن د امبولې په واسطه د شبکیې د احتشاء له کبله یوه سترګه په دایمي ډول ړنده شي.
- ❖ Hemispheric: په عین طرف لاس یا پښه کې د قوت او یا حسیت ضیاع منځ ته راځي که dominant hemisphere په آفت اخته وي شاید dysphasia هم ورسره موجوده وي په غاړه کې د Bruit موجودیت یا عدم موجودیت د داخلي ثباتي شریان د تضییق په موجودیت یا شدت دلالت کوي. کیدی شي Bruit د نورو اوعیو د تضییق له امله هم رامنځ ته شي د مثال په ډول د خارجي ثباتي شریان د تضییق له امله.

د Vertebro basilar شریان معوجیت:

هغه TIA او stroke چې د vertebro basilar عدم کفائې له امله منځ ته راځي زیاتره غیر معمول او متغیر اعراض او علایم منځ ته راوړي چې د سربدالي، کولپس چې د شعور ضیاع

www.ketabton.com

ورسره یو ځای یا یو ځای نه وي په دواړو سترګو کې د دید ګذري یا مکمله ضیاع په بر کې نیسي. هغه ناروغان چې د sub clavian شریان بندیز یا تنګوالی د vertebro basilar شریان د منشاء په نژدې برخه کې لري ممکن vertebro basilar اعراض او علایم د sub clavian steal سندروم د یو جز په شکل په عملي توګه راڅرګند کړي.

حشوي اسکیمیا:

په کلمو کې د زیات جانبي دوران د موجودیت له امله مخکې له دې چې ددې اوعیو له جملې څخه دوه شراین (coeliac axis , علوي او سفلي mesenteric شریانونه) سخت بند یا تنګ شي د مشاریقې اوعیو د مزمنې عدم کفایې اعراض او علایم په تجربوي ډول شروع کوي. په وصفي ډول په ناروغ کې لومړۍ د بطن دمرکزي برخې شدید درد منځ ته راځي (mesenteric angina) چې معمولاً 10- 15 د قیقي د غذا خوړلو څخه وروسته شروع کیږي اسهال کیدی شي چې بل غرض وي. ناروغان دخوراک څخه ویریږي او وزن له لاسه ورکوي. دا اعراض د معدي معایي سیستم نوره پتولوژي پټوي او ناروغانو ته مختلف معاینات اجراء کیږي حتی Laparatomy هم اجراء کیږي تر څو چې د Angiography په واسطه دقیق تشخیص کېښودل شي.

حاده mesenteric ischemia د جراحي یوه بیړنۍ پیښه ده چې په وصفي ډول ناروغ د یو خاد شدید بطني درد سره مراجعه کوي همدا ډول ناروغ په شاک کې وي وینه لرونکی اسهال موجود وي او ژور Acidosis هم ورسره یو ځای وي. د پښتورګي د زاوئي درد چې دپښتورګي د احتشاء او یا ischemia له امله منځ ته راځي نادر دی چې دغه حالات د Macroscopic او یا microscopic هیماتوریا سره یو ځای وي.

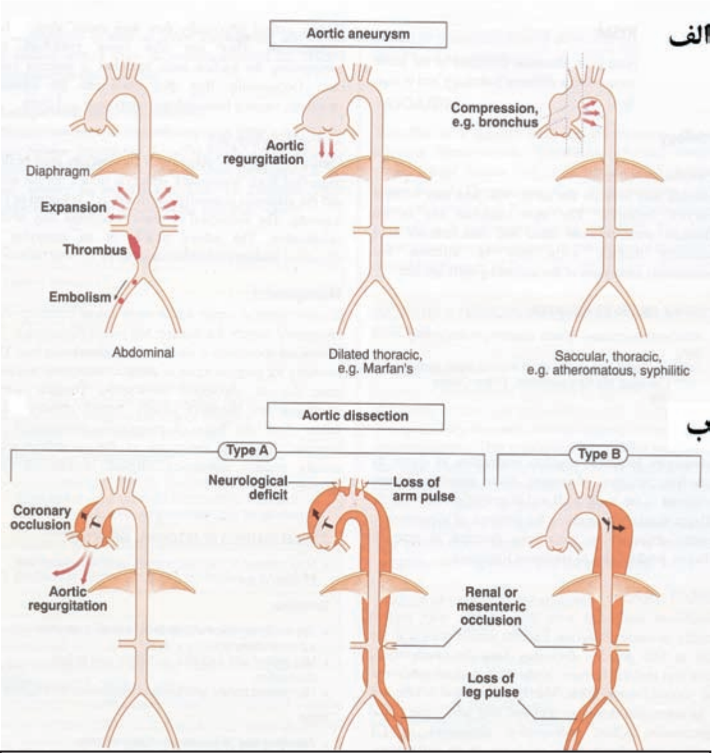
www.ketabton.com

:(AAA) Abdominal Aortic Aneurism

AAA په هغه ناروغانو کې چې عمر یې د 65 کلونو څخه زیات وي 5% پیښې لري چې نارینه نسبت ښځو ته درې چنده زیات اخته کېږي ناروغ ممکن د ګیډې او یا د ملا د درد څخه شکایت وکړي او یا د یو نبضان څخه باخبره وي زیاتره ناروغان تر هغه وخته چې انوریزم څیرې نشي بې عرضه پاتې کېږي د AAA په تشخیص کې فزیکي معاینه نسبت التراسوند معاینې ته ډېره لږه د اهمیت وړ ده بالخصوص په هغه صورت کې چې بطني محیط د 38-40 انچه څخه زیات وي لکه څنګه چې د ابهر تشعب د نامه په حذاکې موقعیت لري نو یو د جس وړ AAA په Epigastrium کې جس کېږي په داسې حال کې یوه ضرباني کتله چې د نامه لاندې موقعیت لري د iliac انوریزم شک پیداکوي د څیرې شوي AAA تشخیص به مشکل وي ځکه زیات ناروغان کلاسیکه لوحه (لکه د ملا یا د بطن درد، نبضاني بطني کتله او لوړ فشار) نه ښکاره کوي هغه عمده غلط تشخیص چې په دې حالت کې کیښودل کېږي د کلیوي کولیک څخه عبارت دی په هغه ناروغانو کې چې له 60 کلنۍ څخه یې عمر زیات وي او په لومړي ځل د پښتورګي د کولیکي حملې په څیر مراجعه کوي تر څو چې نورې ناروغۍ ثابتېږي باید څیري شوئ AAA وپیژندل شي له AAA څخه کیدی شي یو Atheroembolism منځ ته راشي او blue toe syndrome رامنځ ته کړي چې متصف دی په د پښو د پنجې ګلابي رنګه کیدل چې معمولاً د قدمي نبضان د ډکوالی سره یو ځای وي.

www.ketabton.com

الف



ب

۶-۱۸.شکل الف. د ابهر انوریزم ، ب. د ابهر Dissection (۱۱)

Vasospastic **حالات**:

Raynoud's phenomenon (RP) **د ګوتو هغه اسکیمیا ته ویل کېږي چې دیخنئ او هیجاناتو په واسطه تولیدېږي د درې صفحو لرونکي ده.**

۱. **خثافت چې د ګوتو د شریانو د تشنج او یا بندیز له امله منځ ته راځي.**
۲. **سیانوزس چې د رکودتي وریدي وینې د** de oxygenation **له سببه تولیدېږي (ممکن دا صفحه موجوده نه وي)**
۳. Rubor **چې د** Reactive hyperemia **له امله وي.**

RP **ممکن لومړنی وي (**Raynoud's **ناروغی) چې د** Idiopathic digital Vasospasm **له امله وي او یا ثانوي وي چې علت به یې لاندې شیان وي:**

www.ketabton.com

الف) د منضم نسج ناروغی په خاص ډول system sclerosis وي.

ب) Vibration injury یا اهتزازي ترضیضات په خاص ډول د برقي سامانو د استعمال له امله وي.

ج) Atheroembolism د یوې نږدې منبع څخه لکه د sub clavian. Artery. Aneurism هغه ناروغان چې د یو طرفه RP څخه شکایت لري او عمر یې د ۴۰ کلنۍ څخه پورته دی باید PAD ته متوجه شو.

د محیطي شراینو د ناروغیو لابراتواري معاینات:

کله چې د PAD ناروغ ته معاینات توصیه کېږي نو باید هغه معاینات اجراء شي چې د ناروغئ په اړه زیات معلومات ورکړي او ناروغ ته کم خطر ولري او ارزانه وي د التراسوند تخنیک په ډیرو ځایو کې د Angiographies ځای نیولی دی.

۶-۲۲ جدول: د محیطي شراینو د ناروغیو پلټنې: (۷)

معاینات	عام استعمال
دوپلرالتراسوند	ښنګري فشار: Ankle brachial Pressure index (ABPI) د نبض د موجوي شکل تحلیل
B-mode التراسوند	د بطني ابهر انوریزم، مابضي شریان انوریزم.
Duplex التراسوند	دثباتي شریان تضییق، د وریدي By pass پیوند څارنه
Computed توموګرافي	د بطني ابهر انوریزم، د دماغي احتشاء او نزف کشفول
MRI	شریاني وریدي سوء تشکلات، د ثباتي شریان تضییق
انجیوګرافي	د طرف حاده او مزمنه اسکیمیا، د ثباتي شریان تضییق

د ښنګري اندازه ګیري: د Brachial فشار (ABPI) index د ABPI اندازه ګیري د یوه لاس HHD (hand held Doppler) او د فشار آلې په واسطه اجراء کېږي چې پروب probe یې د درې pedal شریانو (حلفي dorsalis pedis peroneal ,peroneal, Tibial دپاسه نیول کېږي په داسې حال کې چې د فشار لستوڼي د ښنګري ګرد چاپیره تاو او پړسیدلی وي هغه فشار چې د Doppler سګنال ورسره له منځه ځي د شریان د سستولیک فشار ښودونکی دی. د لوړ pedal شریان فشار اندازه د لوړ عضدي شریان د فشار سره ABPI بلل کېږي په روغو خلکو کې ABPI باید د استراحت په حالت کې 1.0< وي وصفي شمیره یې په Claudication او وخیمه اسکیمیا کې 0,8< او 0,4< ده.

www.ketabton.com

هغه ناروغان چې د سفلي اطرافو ischemia ولري خصوصاً د شکرې ناروغان شاید غیر فشاري تکلسي شریانونه ولري دا په کاذب ډول د pedal فشارونه او په همدا ډول ABPI په داسې حالاتو کې په معاوضوي توګه کله چې پښه پورته کړای شي نو شریان Isonate کېږي.

کلیدي ټکي:

- ❖ پراخه PAD شاید د څو کلونو لپاره بې عرضه وي او بیا د ژوند تهدیدونکو احتلاطاتو سره منځ ته راشي.
- ❖ د طرف حاده اسکیمیا او مزمنه شریاني عدم کفایه چې د استراحت په وخت د درد او یا د نسج د ضیاع لامل کېږي عاجلي ارزیابي ته ضرورت لري.
- ❖ ښنګري: Brachial فشار index (ABPI) د سفلي اطرافو د مزمنې اسکیمیا د شدت د اندازه کولو لپاره ګټور دئ.
- ❖ هغه ناروغان چې Hemispheric یا عیني TIAS سره مراجعه کوي په بیړنی توګه د ثباتي التراسوند ته ضرورت لري.
- ❖ حشوي اسکیمیا د ناڅرګند، بطني درد او دوزن دکمیدو ناپیژندل شوی سبب جوړوي.

وریدي تشوشات:

عمومي پاملرنې: کلنیکي معاینه په لومړنی توګه د لاندې ټکو سره ترلې ده

۱. د وریدي کشالي د طبعیت یا وخامت معلول.
۲. د سببي یا تشدید کوونکو فکتورو پیژندل

وریدي ناروغی زیاتره په پښو کې نسبت لاسو ته منځ ته راځي دا عموماً په یو ددې لاندې څلورو لارو کې منځ ته راځي.

۱. ژور وریدي ترومبوزس deep venous thrombosis (DVT)
۲. وریکوز وریدونه
۳. سطحي thrombophelebitis
۴. مزمنه وریدي عدم کفایه او تقرح

تاریخچه:

عمده شکایت: د اعراضو وخامت شاید د منځ ته راوړونکي پتالوژي سره ډیر لږ تړاو ولري د بیلګې په ډول ژوند تهدیدونکي (DVT) شاید بې عرضه وي د سفلي اطرافو د ناروغیو څلور اساسي اعراض عبارت دي له:

www.ketabton.com

۱. **درد**: هغه ناروغان چې غیر احتلاطي وریدي وریکوز ولري شاید په پښه کې د یو خاربښت د ناآرامي او پړسوب احساس وکړي اعراض خصوصاً د دوامداره دریدو په واسطه تشدید کېږي. د ژور وریدي ترومبوزس درد ژور واقع شوي وي او د بندیز څخه ښکته ساحې پړسوب موجود وي د سطحي وریدي ترومبو phelebitis د ماوفه ورید له پاسه ساحه سره او دردناکه وي. وریکوز زخم شاید بې درده وي او که چیرې درد موجود وي نو د طرف په پورته کولو سره آرامېږي.

۲. **پړسوب**: پړسوب شاید د وریکوز وریدونو ، ژور وریدي Reflex او ژور وریدي ترومبوزس په حالاتو کې موجود وي.

۳. **د رنګ تغیر**: په مزمنه وریدي عدم کفایه کې د Hemosiderine د ترسب څخه په پوستکي کې د lipo dermato sclerosis (LDS) لامل کېږي چې دا شاید د تیز آبي تور یا ګلابي یا سپین رنګه سور په شکل وي دا خصوصاً د پښې د سفلي برخې انسي اړخ اخته کوي اما کیدی شي چې وحشي اړخ هم اخته کړي.

۴. **زخم یا تقرح**: هغه ناروغان چې وریدي تقرح ولري شاید د څو کلونو لپاره هیڅ ډول طبي پاملرنې ته مراجعه ونه کړي.

پوره پوښتنې: زیاتې اړونده پوښتنې د وریدي پرابلم د نوعیت پورې اړه لري دغه شاید خصوصاً د هغه کسانو په ارزیابي کې چې ممکنه ریوي امبولیزم لري مهمې دي یا د هغه ناروغانو په اړه چې د ژور وریدي ترمبوزس شک پرې موجود وي.

پوښتنې: ژور وریدي ترمبوزس (DVT)

ددې په اړه وپوښتې

- ❖ اوسنۍ د بستر استراحت عملیاتونه (خصوصاً د پښې یا لګن خاصرې)
- ❖ اوسنۍ سفر خصوصاً هوائي اوږده الوتنې
- ❖ د پښې پخوانۍ ترضیض خصوصاً د اوږدو هډوکو کسرونه، د پلسترپاریس میزابه او عدم تحرکیت.
- ❖ امیندواري یا د حوصلې د ناروغیو اشکال
- ❖ پخوانۍ DVT
- ❖ د ترومبوزس فامیلي تاریخچه
- ❖ د مرکزي وریدي سیستم Catheterization، دوائي پیچکارې او نور (په علوي طرف کې) خصوصاً که چیرې سطحي thrombophelebitis متکرر وي باید د ممکنه سرطاني ناروغیو په اړه پوښتنې وشي.

www.ketabton.com

فزیکي معاینه:

اناتومي:

د Long saphenous ورید قدامي طرف د انسي malleolus نه تیریږي او د پنډۍ انسي برخې پورې سیر کوي او د groin په sapheno femoral junction کې د common femoral ورید سره یو ځای کېږي د short suphenous ورید د وحشي maleolus حلف ته تیریږي او د پنډۍ تر حلفي طرف پورې سیر کوي دا معمولاً په saphenous popleteal junction کې کوم چې دوه سانتي متره د زنګانه د حلفي crease څخه دی د مابضي ورید سره یو ځای کېږي د long او short saphenous وریدونو تر منځ ډیرې متعددې بین البیني اړیکې شته.

د وریدي سیستم معاینات:

د وریدي سیستم په معاینه کې تفتیش او جس زیات استعمالیږي

د معاینې ترتیب:

- پښه لومړئ په ولاړه او وروسته کله چې ناروغ دستوني ستاخ وضعیت ولري معاینه کړئ.
- د ناروغ نهایت د رنګ، پړسوب، سطحي وریدي توسع او وریدي tartoisity معوجیت له مخې معاینه کړئ.
- د حرارت درجې د تفاوت لپاره نهایات جس کړئ.
- د ناروغ پښه د 15 درجې په اندازه پورته کړئ او بیا د وریدي تخلیې اندازه یادداشت کړئ Trendelenburg test اجراء کړئ.

د sapheno femoral junction د عدم کفائې لپاره د Tendelenburg ټسټ:

- ناروغ ته ووایئ چې د معاینې د کوچ په څنډه کښینئ.
- د ناروغ پښه دومره پورته کړئ چې ناروغ ته ناراحتي پیداشي اود پښې سطحي وریدونه د milking په واسطه وشاربئ تر څو تحلیه شي.
- تر اوسه چې پښه د جګوالی په حالت کې قرار ولري د ګوتې په واسطه په spheno femoral junction باندې فشار وارد کړئ (2-3 سانتي متر لاندې او 2-3 سانتي متر د pubic tubercle وحشي ته) که ممکن وي دورانه غټ Torniquet هم د ګوتې په عوض استعمالولای شي.
- اوس ناروغ ته ووایاست چې ودریږي.که د sapheno femoral junction عدم کفایه موجوده وي د ناروغ وریکوزي ورید به د ګوتو د فشار تر وخته پورې ډک نه شي او یا تر څو Torniquite لرې کړل شي.

www.ketabton.com

عمومي ابنارملتي ګاني:

ژور وريدي ترومبوزس:

DVT ډير ځله په پښو کې واقع کيدی شي خو کيدی شي چې لاسونه هم اخته کړي (د تخرګ د وريد ترمبوزس)

۶-۲۳. جدول: د سفلي طرف د DVT کلنيکي لوحه: (۷)

کلينيکي لوحه	غير انسدادي ترومبوزس	انسدادي ترمبوزس
درد	زياتره نه وي	عموماً وي
د پنړۍ شخوالی	زياتره نه وي	عموماً وي
پړسوب	موجود نه وي	موجود وي
حرارت	نورمال يا خفيفاً پورته وي	پورته وي
سطحي وريدونه	نورمال وي	متوسع وي
د ريوي امبولې خطر	زيات	کم وي

لنډي:

د پښو د DVT کلنيکي لوحه د هغه په موقعيت، پراخوالي او په دې چې آيا بندش شته او که نه؟ د DVT کلاسيکه کلينيکي لوحه د پوره جوړ شوي وريدي بندش پورې اړه لري. بالمقابل زيات ناروغان چې د ريوي امبولې له کبله مړه کېږي غير انسدادي ترومبوزس او نورمال پښه لري.

غير انسدادي ترومبوزس د سږو د امبولې لپاره د لوړ تهديد لرونکی دی ځکه چې هغه علقه چې په وريدي جريان کې وجود لري ددې لامل ګرځي چې تر اوسه د وريد په جدار کې التهابي پروسه لاشروع نه وي او دا په خپل موقعيت کې لنګر اچوي.

څنګل:

DVT ممکن د لومړني حادثې په ډول د وريدي جدار د متکرر ترضيض له امله منځ ته راشي د مثال په ډول thoracic outlet syndrome. همدا ډول کيدی شي د هغه کتيتر له امله چې په sub clavian وريد کې داخل شوی وي په ثانوي توګه د احتلاط په ډول د ترومبوتيک پيښې له امله منځ ته راشي. اعراض يې د لاس د پړسوب او ناراحتي څخه عبارت دي چې د تمرين په واسطه شدت پيداکوي په خصوصي ډول هغه وخت چې

www.ketabton.com

لاسونه د سر دپاسه کیښودل شي. په معاینه کې لاسونه پړسیدلي ډیر وخت پوستکی سیانوزي او mottled (خال خال برګ) وي په خاص ډول په ماوفه برخو کې.
برجسته سطحي وریدونه چې ډیر وخت په پورتني څنګل upper arm کې لیدل کیږي د جانبي دوران دنده سرته رسوي همدا ډول په اوږه او د سینې په قدامي جدار کې هم لیدل کیږي.

سطحي وریدي ترومبوفلباتیس super fascial venous thrombosis (SVT):

دا معمولاً د سطحي وریدونو یو مقعم التهاب دی چې دداخلي وعائي ترومبوز سره یو ځای وي. هغه ناروغان چې په وریدي وریکوز باندې اخته وي 10% په دې ناروغۍ اخته کیږي او داسې ښکاري چې په حاملګي کې زیاتره معمول دي.
تکراري SVT ممکن د خبیثو تومورونو سره یو ځاي وي هغه SVT چې په sapheno femoral junction یا دې ته نږدې ساحه کې منځ ته راځي د ریوي امبولې ګانو خطرات پکې زیات دي.

مزمنه وریدي عدم کفایه:

د وریدونو مزمنه عدم کفایه په سفلي اطرافو کې د پوستکي تغییرات منځ ته راوړي (وریکوز Eczema Lipodermato sclerosis، تقرح) دا ځکه چې په دوامدار ډول په ورید کې فشار لوړوي چې دا په خپل وار سره د ژور اویا سطحي وریدونو د برګشت (90%) او یا بندیز (10%) له امله منځ ته راځي.

د لنګیو مزمنه تقرح:

په پرمخ تللي هیوادو کې د لنګیو د قرحاتو زیاتره پیښې د شریاني یا وریدي ناروغیو په واسطه منځ ته راځي د لنګیو د قرحې لامل معمولاً د فزیکي معاینې په واسطه معلومیږي که څه هم 1/5 ناروغان چې وریدي قرحه لري نو ښکاره شریاني ناروغۍ به هم ولري د لنګیو د قرحې لپاره بنداژ کول مضاد استطباب دی په غیر له دې چې د شریاني دوران د مناسبوالی شواهد موجود وي چې د ښنګري د نبضان د جس اندازه کول د Brachial pressure index په واسطه معلومیږي.

www.ketabton.com

۶-۲۴. جدول: د وریدي او شریاني قرحو کلینیکي لوحه: (۷)

کلینیکي لوحه	وریدي قرحه	شریاني قرحه
عمر	په وصفي توګه لمړی د 40-60 کلنئ ترمنځ څرګندیږي چې شاید تر ډیرو کلو پورې طبي توجه ته ضرورت نلري تر هغه چې زیات کلونه وروسته بیرته راګرځي	په وصفي توګه د لمړي ځل لپاره ناروغان د ۶۰ کلنۍ څخه پورته اخته کوي
جنس	predominant ښځي،خاصتاً په زاړه عمر کې	dominant سړي
د دوائي پخوانۍ تاریخچه	زیاتره یې د DVT تاریخچه لري اویا د Occult DVT تاریخچه وړاندي کوي لکه د لنګیو پړسوب وروسته د ماشوم د زیږیدنې څخهHip knee تعویض یا د اوږو د هډوکو کسرونه	زیاتره یې قلبی، قلبی وعائي ناروغیو او PAD پخواني تاریخچه لري
خطري فکتورنه	thrombo philia، د پخوانيDVT کورنۍ تارخچه	سګرت څکول، شکره، لوړ فشار او Hypercholestrolemiaتاریخچه
درد	1/3 برخه ناروغانو کې موجود وي مګر عموماَ شدیدنه وي زیاتره د پورته وضعیت نیولو سره ښه کیږي	شدید درد موجود وي په غیر له شکری ناروغانو.
وریدونه	ډک او عموماَ وریکوز	د پورته کیدو سره خالي وي
حرارت	معتدل	یخ
نبضان	موجود لاکن شاید په سختي احساس شي	معدوم
پړسوب	عموماَ موجود وي	معدوم
څنډې	زیاتره د نوي Epithelium سره غیر منظمې وي	منظمې وي

www.ketabton.com

اووم څپرکی

(ECG) Electro Cardio Gram

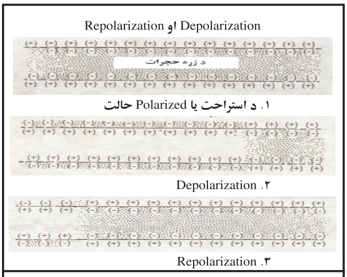
د زړه عضلي الکترو فزیالوژي

تعریف:

په یو کاغذ باندې د زړه د عضلې بریښنایي فعالیت ثبتولوته وایي په دې ترتیب چې د یو کس بدن د الکترو دونو پواسطه د ECG ماشین سره وصلیږي.

د استراحت په وخت کې (Polarized state) د زړه د عضلې په دننه کې منفي چارجونه او عضلې څخه د باندی‌مثبت چارجونه لري. کله چې نوموړي عضله د یو بریښنایي جریان پواسطه ولمسول شي د عضلې په دننه کې مثبت چارجونه او د هغه څخه دباندې منفي چارجونه مینځته راځي چې دغه بدلون ته Depolarization وایي.

کله چې بریښنایي لمسون لرې شي د زړه عضله لمړنی حالت غوره کوي یعني منفي چارجونه د عضلې په دننه کې او مثبت چارجونه د عضلې څخه دباندی‌ځاي نیسي چې دې حالت ته Repolarization وائي.



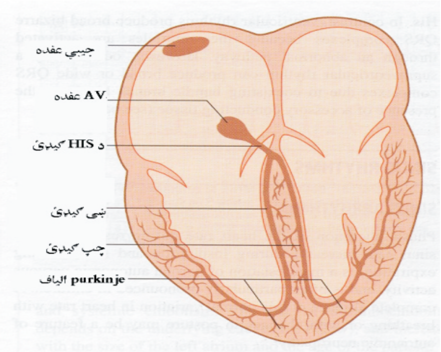
۱-۷. شکل Depolarization او Repolarization (۱۲)

د زړه د بریښنایي سیالو لیږدونه:

دزړه نارمل اذیني جیبي عقده (SA node) د ښي ازین او علوي اجوف ورید په اتصالي برخه کې موقعیت لري او دخلفي دیوال په اندوکاردیل سطحه کې خښ شوې ده. د S.A.N څخه Depolarized څپې ازین خواته خپریږي. کله چې ازینات Depolarized شي بریښنایي سیالې یا څپې اذیني بطیني عقدې (A.V.N) خواته او ددې ځاي څخه لمړي چپ ګیډی ځانګې او بیا ښي ګیډی ځانګې خواته خپریږي. باالاخره بریښنایي سیالې د ګیډیو څخه Purkinge الیافو خواته ځي او د بطینانو د Depolarization لامل کېږي.

www.ketabton.com

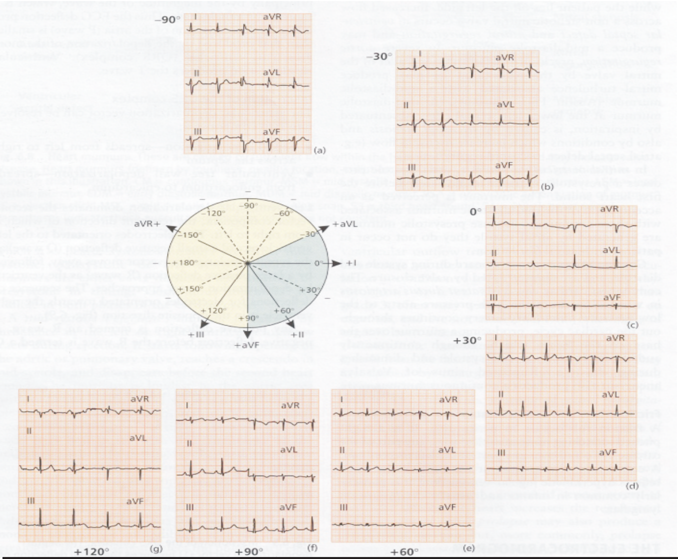
د زړه د Depolarization څخه وروسته زړه د استراحت صفحې یا Repolarization حالت ته داخلیږي.
د زړه زروه وروسته Depolarized کیږي ځکه چې لومړي polarized وي په همدې ترتیب سره د Repolarization څپې د زړه د زروې څخه د زړه قاعدې خواته خوریږي.



۲-۷. شکل انتقالي سیستم (۴)

د زړه محور Cardiac axis:
د برق جریان د یوې نقطې څخه تر بلې نقطې پورې د یوه غشي پواسطه ښودل کیږي چې د وکتور په نوم یادیږي یو وکتور دوه شیان راپه ګوته کوي:
۱. د وکتور پواسطه د بریښنایي جریان سمت معلومیږي او د همیش لپاره د بریښنایي جریان وکتور مثبت خواته سیر کوي.
۲. د وکتور پواسطه د بریښنایي جریان ولتیج معلومیږي یاني که چیرې د بریښنا جریان زیات وي وکتور اوږد وي برخلاف که بریښنایي جریان کم وي وکتور لنډ وي.
مثلاً د بطینانو د هایپرتروفي په وخت کې زیات بریښنایي چارج ته ضرورت دی نو هر هغه علت چې د زړه د هایپرتروفي لامل شي د زړه د بریښنایي وکتور د اوږدیدو لامل کیږي. که بریښنایي ولتیج (Voltage) ډیر وي وکتور اوږد او که ولتیج لږ وي وکتور لنډ وي.
د زړه محور یا axis په نارمل حالت کې د +90 → 0 درجو تر منځ وي که چیرې د زړه محور د صفر او منفي نوي درجو تر منځ وي د محور چپ انحراف او که د +90 او +180 درجو ترمنځ وي د محور ښي طرف انحراف. د زړه قاعده چې شریانونه ورپورې تړلي دي د همیش لپاره منفي وي او د زړه ذروه د همیش لپاره مثبته وي.

www.ketabton.com



۷-۳. شکل د زړه محور (۱۱)

لیډونه Leads:

د ECG ستندرد لیډونه دولس دي چې شپږ یې limb (اطراف) لیډونه او شپږ یې د سینې لیډونه دي.

د اطرافو لیډونه (Limb leads):

د ECG د ماشین الکترودونه په ښي لاس چپ لاس او چپې پښې باندې تړل کېږي.

Lead I:

مثبت الکترود په چپ لاس او منفي الکترود په ښي لاس باندې تړل کېږي.

Lead II:

منفي الکترود په ښي لاس او مثبت الکترود په چپه پښه باندې تړل کېږي.

Lead III:

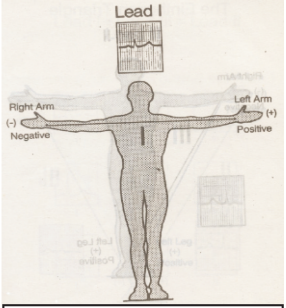
مثبت الکترود په چپه پښه او منفي الکترود په چپ لاس پورې تړل کېږي.

Augmental Leads زیات قوي لیډونه:

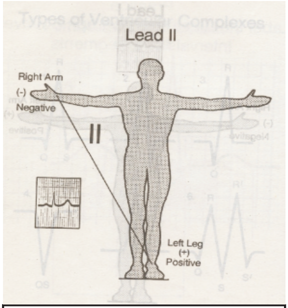
AVR: **دا د ښي جوف بریښنایي فعالیت ښیي چې مثبت الکترود په ښي لاس باندې تړل کېږي او نور ټول اطراف منفي کښل کېږي.**

www.ketabton.com

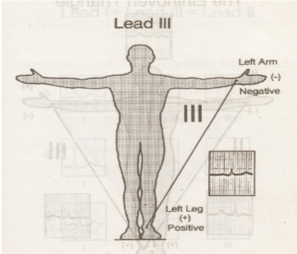
AVF: دا د چپ بطین د اپي کارد بریښنایي پوټنشیل راښيي چې چپه پښه مثبت او نور ټول الکترود منفي وي.



۷-۴. شکلLead I (۱۲)



۷-۵. شکل Lead II (۱۲)



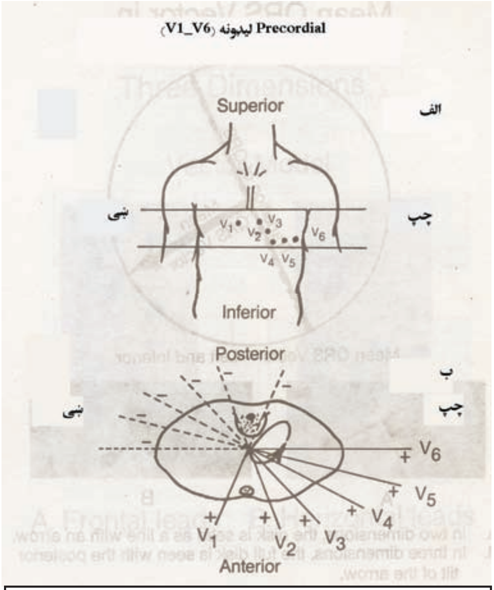
۷-۶. شکل Lead III (۱۲)

Chest Leads د سینې مشتقات:

ددې کار د اجرا لپاره مثبت الکترودونه د سینې په شپږو مختلفو برخو باندې ایښودل کېږي:

۱. **V1 د قص د هډوکي په ښي طرف کې په څلورمه بین الضلعي مسافه کې ایښودل کېږي.**
۲. **د V2 الکترود د قص هډوکي په چپه خوا کې په څلورمه بین الضلعي مسافه کې ایښودل کېږي.**
۳. **د V3 الکترود د قص هډوکي په چپه خوا کې د V2 او V4 تر منځ ایښودل کېږي.**
۴. **د V4 الکترود د قص هډوکي په چپه خوا کې د ترقوي په متوسط خط باندې ایښودل کېږي.**
۵. **د V5 الکترود په چپ قدامي ابطي خط باندې ایښودل کېږي.**
٦. **د V6 الکترود په چپ متوسط ابطي خط باندې ایښودل کېږي.**

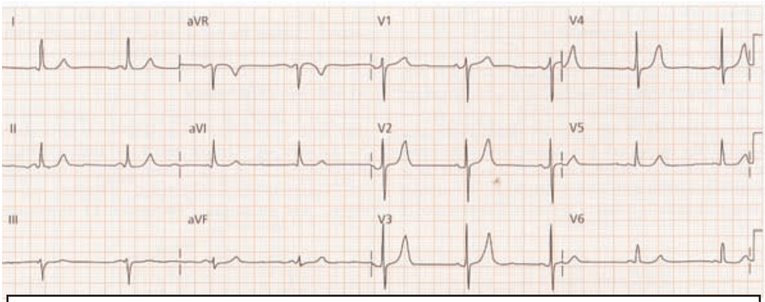
www.ketabton.com



۷-٦. شکل د سینې مشتقات (۱۲)

نورمال الکتروکاردیوګرام Normal Electrocardiogram :

په نارمل الکتروکاردیوګرام کې ځینې څپې شاملې دي کوم چې د ازینانو او بطینانو د Depolarization **او** repolarization **څخه پیداکیږي چې نوموړي څپې عبارت دي له:** T,S,R,Q,P **څخه**.



۷-۷. شکل نورمال الکتروکاردیوګرام (۱۱)

www.ketabton.com

د p څپه(P wave):

دا د ازینانو د depolarization **څخه پیداکیږي چې نارمل دوام یا وخت یې** 0.10 **ثانیو پورې دی‌او لوړوالی یې تر** 2.5 **ملي مترو پورې ده. ښایي په ځینو لیډونو کې لکه** AVR **او** V1 **کې منفي وي نور په ټولو لیډونو کې مثبته وي.**

:QRS Complex

دا د Q **څپې د شروع څخه تر** S **څپې د ختم پورې ده نارمل دوام یا وخت یې** 0.11 **ثانیو څخه نه زیاتیږي.**

T**څپه:**

ددې څپې لوړوالی زیاتره د 2 **ملي مترو څخه زیات وي البته په ټولو لیډونو کې. لاکن په** AVR **کې یې لوړوالی کم وي. کیدی‌شي چې په** AVF, III, V2, V1 **کې منفي وي.**

نارملې فاصلې :Normal Interval

P-R **فاصله:**

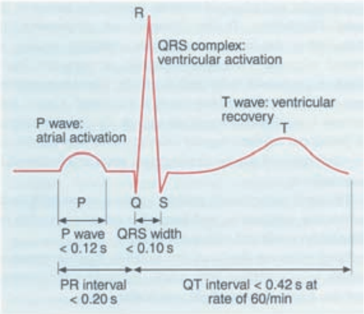
دا فاصله د p **د شروع څخه تر د** Q **تر پیل پورې ده نارمل دوام یا وخت یې** 0.2 **ثانیې دي دا په هغه صورت کې وي چې د زړه د ضربان تعداد په یوه دقیقه کې ۷۵ وي.**

د بطیني فعالیت موده یا (VAT (Ventricular Activation Time:

دا هغه موده ده چې بطینات په کې depolarized **کیږي داد** QRS **د پیل څخه د** R **د څپې تر څوکې پورې ده چې نارمل اندازه یې د چپ بطین لپاره** 0.03 -0.05 **ثانیو پورې ده.**

Q-T **فاصله:**

د QRS complex **د پیل څخه تر** T **څپې تر پایه پورې ده چې نارمل اندازه یې** 0.42 **ثانیې ده.**



۷-۸.شکل نورمال فاصلې (۴)

www.ketabton.com

د ECG د پاڼې سیستمیک لوستل

د ECG پاڼه په لاندې ډول لوستل کېږي:

۱. **د زړه د ضربان تعداد یا** Heart rate
۲. **نظم یا** Rhythm
۳. **د محور انحراف یا** Axis deviation
۴. **د بطیناتو هایپرتروفي**
۵. **د** P **څپه**
۶. **د** PR **مسافه**
۷. **د** Q **څپه**
۸. QRS complex
۹. ST segment
۱۰. **د** T **څپه**

د زړه د ضربان تعداد یا Heart Rate:

د HR **د شمیرلو څخه مخکې د** ECG **د پاڼې په هکله زده کړه لازمه ده چې په لاندې ډول واضح کېږي:**

د ECG **کاغذ: داد یو اوږد تاو شوي کاغذ څخه عبارت دی چې سطحه یې پوښل شوې ده او د کوچنیو مربعګانو څخه تشکیل شوېده چې هره کوچنۍ مربع یې** 1mm **پراخوالی او** 1mm **لوړوالی لري. په دې کاغذ باندې پیړ یا پلن خطونه هم شته دي د پلنو خطونو تر منځ لویې مربعې وي.**

د ECG **د ماشین چټکتیا په دې اندازه دي چې په یوه ثانیه کې** 25 **ملي متر کاغذ ورڅخه تیریږي.**

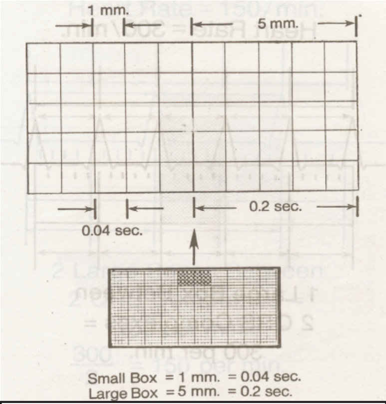
د هرې کوچنۍ مربع د وخت اندازه په لاندې ډول سره کېږي:

25mm =1sec
1mm = 1/25 = 0.04sec

پس د هرې کوچني مربع د وخت فاصله یې 0.04 **ثانیې او د هرې لویې مربع د وخت اندازه یې** 0.2 **ثانیې دي.**

www.ketabton.com

په عمودي ډول سره کوچني مربع د برېښنايي پوټنشيل اندازه ښيي. د ECG ماشينونه ثابت دي چې ملي ولټ يا Impulse يې د لس دانو کوچنيو مربعو په اندازه وي يا يو ملي ولټ ضربه يا جټکه يې د 10 ملي متر په اندازه وي.



۷-۹.شکل دE.C.G د کاغذ د مربعو وخت او اندازه (۱۲)

د زړه د ضربان د شميرلو لارې:

د زړه د ضربان د شميرلو لپاره دوې طريقې شته دي.

۱. کله چې د زړه نظم منظم وي
۲. کله چې د زړه نظم غير منظم وي.

۱. کله چې د زړه نظم منظم وي:

د ECG د کاغذ په باره کې مخکې معلومات ورکړل شول او ماشين يې په دې ډول عياريږي چې په يوه ثانيه کې 25 ملي متر کاغذ تير کړي.

څرنګه چې يوه لويه مربع د پنځو وړو مربعو څخه جوړه شوې ده نو ځکه په يوه ثانيه کې پنځه لويې مربعې تيريږي او په يوه دقيقه کې ۳۰۰ لوئې مربعې تيريږي. دزړه د تعداد د شميرلو لپاره د دوو R تر منځ لويې مربعې شميرل کېږي او ۳۰۰ د دوو R تر منځ د لويو مربعو په تعداد ويشل کېږي. لاسته راغلی حاصل د زړه ضربان تعداد په يوه دقيقه کې راښيي. دمثال په ډول که چيرې ددوو R تر منځ دلويو مربعو تعداد دوه وي.

www.ketabton.com

۳۰۰ په دوو ویشل کېږي حاصل ویش یې ۱۵۰ کېږي بیا نو په یوه دقیقه کې دزړه ضربان تعداد ۱۵۰ دی.

که چیرې د دوو R تر منځ د لویو مربع ګانو تعداد ٦ وي ۳۰۰په ٦ باندیویشل کېږي حاصل ویش یې ۵۰ دی بیا نو د زړه ضربان تعداد په یوه دقیقه کې ۵۰ دی.

۲. که چیرې د زړه نظم غیر منظم وي.

د زړه د ضربان تعداد په لاندې ډول سره شمیرل کېږي. په پنځلسو لویو مربعو کې د QRS complex تعداد شمیرل کېږي او په 20 کې ضربیږي د زړه د ضربان تعداد په یوه دقیقه کې لاسته راځي. د مثال په ډول که چیرې په پنځلس لویو مربعو کې د QRS complex شمیر دوه وي دوه په شلو کې ضربیږي حاصل ضرب یې څلویښت دیپس د زړه د ضربان تعداد په یوه دقیقه کې څلویښت دی. 2x20 = 40HR/min

Rhythm یا نظم:

د زړه د نظم د پوهیدلو لپاره چې ایا نظم منظم دی او که غیر منظم، ددې کار د پوهیدلولپاره دوو R تر منځ یا دوو S ترمنځ د لویو مربعو یا وړو مربعو تعداد په ټولو لیډونو کې شمیرل کېږي که چیرې د مربعو تعداد په ټولو لیډونو د R یا د S د څپو ترمنځ مساوي وي نظم منظم دی. برخلاف که چیرې په ټولو لیډونو کې د دوو R یا دوو S تر منځ د مربعو تعداد غیر مساوي وي په غیر منظم نظم باندیدلالت کوي.

اوس ګورو چې ایا دغه arrhythmia یا غیر منظموالی منظم نظم او یا غیر منظم نظم دی. که چیرې دغه غیر منظموالی په منظمو فاصلو منځته راغلي و ي د regular irregulary rhythm په نوم او که چیرې دغه غیر منظموالی په غیر منظمو فاصلو منځته راغلي وي د irregular rhythm په نوم یادیږي. غیر منظم نظم ته arrhythmia وایي.

Arrythmias یا بې نظمي ګانې:

تعریف: د یو ډله تشوشاتو څخه عبارت دي چې د زړه نظم پکې غیر منظم وي په لاندې ډول سره ویشل کېږي:

۱. جیبي بي نظمي Sinus arrhythmia
۲. اذیني بي نظمي Atrial arrhythmia
۳. اذیني بطیني اتصالي AV junctional (nodal) arrhythmia
۴. بطیني بي نظمي Ventricular arrhythmia
۵. متفرقه Miscellaneos

- بیړنی لیږدونه Accelerated
- قلبي دریدنه Heart block

www.ketabton.com

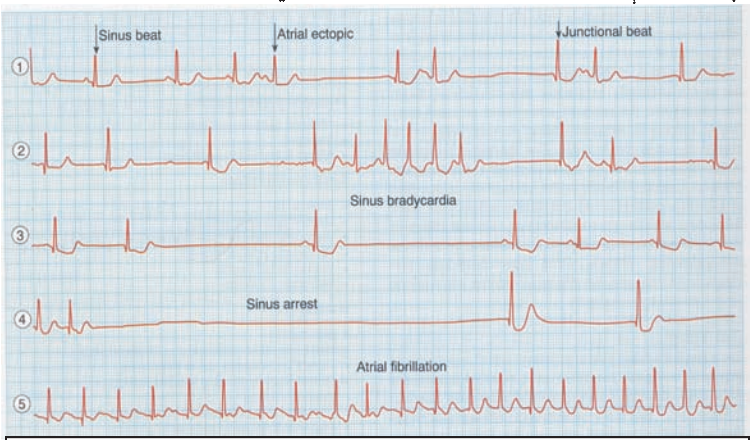
- **انتقالي نقيصه** Conduction defect

جيبي بي نظمي Sinus Arrhythmia:

دا تشوش د SAN **د سيالي د شمير بدلون د تنفس سره دی يانې د شهيق په وخت کې د** SAN **د سيالو شمير زياتيږي برخلاف د ذفير په وخت کې د سيالو شمير کميږي دا د زړه په کوم عضوي ناروغۍ دلالت نه کوي يو نارمل فزيالوژيک حالت دی.**

(Sick Sinus syndrome) Brady cardia tachycardia syndrome:

په دې ناروغۍ کې لومړی په څرګند ډول سره Sinus brady cardia **وي وروسته د څه مودې څخه ناڅاپه په** Sinus tachycardia **باندې بدليږي. دا** tachycardia **نه تداوي کيږي ځکه چې بيرته د** Bradycardia**صفحه منځته راځي.**



۷-۱۰.شکل جيبي اذيني ناروغي (sick sinus syndrome) (۴)

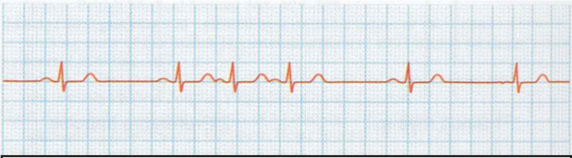
اذيني بي نظمي ګانې: په لاندې ډول دي:

۱. **اذيني** Ectopic beat
۲. **اذيني** Tacy cardia
۳. **اذيني** Fibrillation
۴. **اذيني** flutter

Atrial Ectopic beat:

www.ketabton.com

AE beat د اذین د ځینو محرشو محراقونو څخه منځته راځي چې دغه محرش محراقونه د تنباکو، چاي، کافي او حتٰی په نارمل کسانو کې د روحي فشارونو له کبله منځته راځي. همدا ډول د زړه ځینې عضوي ناروغۍ د اذین د Ectopic beat لامل کېږي. که چیرې نوموړی بې ځایه محراق د اذین په پورتنۍ برخه کې موقعیت ولري د سیالي لیږدونه یې ښکته خواته د نارمل لیږدونې سرچپه inverted او په AVF کې پورته یا Upright وي.
که چیرې ectopic beat د SAN څخه ښکته برخه کې موقعیت ولري د p څپه به په AVR کې راسته یا Upright او په AVF کې به د P څپه سرچپه یا inverted وي. او QRS complex به نارمل شکل ولري. همدارنګه د یادونې وړ ده چې وروسته د هر ectopic beat ښه معاوضوي صفحه موجوده وي چې دغه فاصله چې د ectopic beat د R او نارمل beat د R ترمنځ ده دوچنده دهغه فاصلې ده کوم چې ددوو نارمل R ترمنځ ده.



۷-۱۱.شکل اذیني Ectopic beat (۴)

:(Paroxismal Atrial Tachycardia) Atrial Tachycardia

دا د اذین د ectopic محراق د منظمو او چټکو سیالو څخه عبارت دی‌کوم چې په غیر د SAN څخه منځته راځي. د زړه ضربان په یوه دقیقه کې ۱۵۰-۲۰۰ پورې وي. دا دزړه په کوم عضوي افت باندی‌دلالت نه کوي او د روحي تشوشاتو له کبله منځته راځي. نور لاملونه یې عبارت دي له: د زړه اسکمیک ناروغۍ، د مترال تضییق او thyrotoxicosis. دا بې نظمي زیاتره د wpw syndrome سره یو ځای وي.

د PAT د ECG نمونه:

۱. د زړه حرکات چټک وي.
۲. د ectopic beat د هرې P څپې وروسته QRS complex وي.
۳. د PR فاصله زیاتره اوږده وي.
۴. ښایي چې د P څپه په راتلونکي QRS کمپللکس کې ننوځي.

:NB Note

دا د Sinus تکي کاردیا په خلاف د Valsalva مانورې (یا د ثباتي جیب باندې د فشار له کبله) پواسطه له منځه ځي او Sinus تکي کاردیا په تدریجي ډول سره له منځه ځي.

www.ketabton.com

:Atrial fibrillation

په دې ناروغۍ کې اذيني او بطيني تعداد دواړه بالکل غير منظم وي اذيني تقلصات په يوه دقيقه کې ۳۰۰-۶۰۰ پورې وي.

IHD د اذيني فبريلشن يو غوره او مهم لامل دی، ځينې نورې ناروغۍ چې د اذيني فبريلشن لامل کېږي عبارت د روماتيک mitral ناروغۍ، او هايپرتايروديزم څخه دی. کله کله نارمل يا روغ کسان هم اذيني فبريلشن لري.

۷-۱۲.شکل اذيني فبريلشن (۱۱)

۱. د P څپې په عوض د F متعددې څپې منځته راځي چې زياتره په V1 کې د ليدنې وړ وي.
۲. QRS complex ښايي نارمل شکل ولري.
۳. د دوو R ترمنځ فاصله ښايي متغيره وي ياني نظم به غير منظم وي.

:Atrial flutter

دا د اذين د چټکو او منظمو تقلصاتو څخه دی‌چې په يوه دقيقه کې د ۲۰۰ او ۲۵۰ ترمنځ وي او زياتره د AV د مختلفو درجو بلاکونو سره يو ځاي وي ۲:۲، ۱:۳، ۱:۴ .

دا کيدی شي چې په نارمل کسانو او يا IHD، مترال دسام ناروغۍ او تايروتوکسيکوزس کې منځته راشي.

۷-۱۳.شکل اذيني flutter (۱۱)

www.ketabton.com

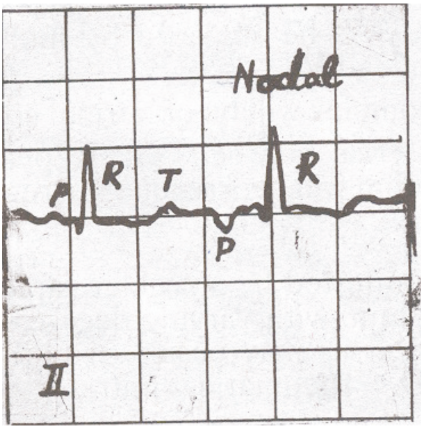
۱. د P د څپې په بدل د ارې د غاښونو شکله څپې د F څپې وي چې ډېر ښه په II,I، AVF او V1 کې د لیدنې وړ وي.
۲. QRS complex نارمل شکل لري.
۳. ښایي نظم منظم وي (کله کله غیر منظم وي)
۴. دلته ښایي د AV مختلفې درجې بلاکونو لکه ۱:۲، ۱:۳، ۱:۴ کې وي.

بطیني نظم زیاتره نارمل وي یاني د اذیني تعداد نیمایي او یا څلورمه برخه وي کله کله د AV بلاک د بدلون له کبله نظم غیر منظم کېږي. همدارنګه کله کله داسې هم کیدیشي چې تعداد او نظم د flutter او fibrillation ترمنځ وي چې دې ته flutter fibrallation یا Coars fibrillation وایي.

AV اتصالي عقدې بې نظمي

:Ectopic beat

Ectopic محراق کیدیشي چې د AV junction د ښکتنۍ یا پورتنۍ برخې څخه منشه واخلي.



۱۴-۷.شکل Nodal premature beat (۱)

www.ketabton.com

۱. کله کله ښايي چې P په AVF کې سرچپه يا منفي وي او په AVR کې مثبت يا راسته وي کله کله په QRS کمپلکس کې ننوځي.
۲. QRS complex نارمل منظره لري.

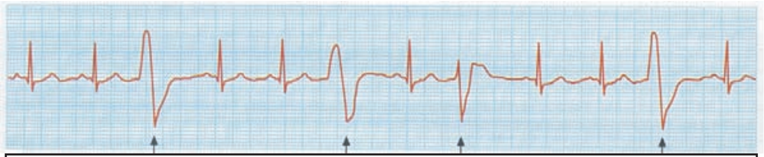
بطيني بې نظمي:

بطيني بې نظمي په درې ډوله دي:

۱. بطيني Ectopic beat
۲. بطيني Tachy cardia
۳. بطينيFibrillation

بطيني Ectopic beats:

دا سيالې د بطين د مايوکارديوم د اکتوپيک يا بې ځايه محراق څخه منشاء اخلي غوره لامل يې د زړه اسکميک ناروغۍ دي همدارنګه ځينې حالات لکه Myocarditis او د digoxin تسمم هم ددې لامل کېږي.



۷-۱۵.شکل بطيني Ectopic beat (۴)

۱. ectopic beat د P څپې په تعقيب نه راځي يا په بل عبارت د بطيني Ectopic beat څخه مخکې د P څپه نه وي.
۲. QRS complex نمونه د Bizarre په شکل وي. او د نورو ليډونو د نورو کمپلکسونو څخه بالکل توپير لري او پراخه او لويه وي.
۳. د ectopic beat څخه وروسته معاوضوي صفحه موجوده وي.
۴. که چيرې ectopic محراق په چپ بطين کې وي QRS deflection يا کوږوالی په V1 کې به راسته او په V5-V6 کې به سرچپه يا منفي وي او که چيرې ectopic محراق په ښي بطين کې وي.

د QRS complex کوږوالی په V1 کې به ښکته خواته منفي يا سرچپه وي او په V5-V6 کې به پورته خواته يا مثبت وي.

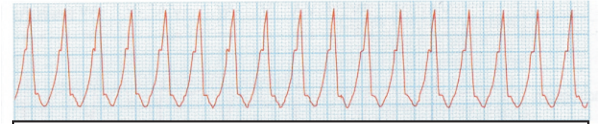
www.ketabton.com

کیدی‌شي چې د مضاعفو محراقو څخه تنبهات موجود وي لکه په دوارو بطینانو کې مخکې د وخته تقلصات وي Ectopic محراق په دوارو بطینانو کې موجود وي امپلیتود به مختلف وي. کله کله Ventricular premature یا PVC (Premature ventricular complex) contactor د مخکینۍ څپې په څوکه یا په ښکتنۍ څپې باندې واقع کېږي چې دې ته R on T فناما وایي. دا ډیر خطرناک حالت دی‌چې په بطیني تکي کاردیا او بطیني فریلیشن باندې ختمیږي.

بطیني Tachycardia :

په دې حالت کې QRS complex چټک او Bizarre وي بطیني تعداد په یوه دقیقه کې 140/min -220 تر منځ وي. نظم نسبتاً غیر منظم وي.

۱. د P څپه په QRS complex کې داخلیږي او څه اندازه پراخه لیدل کېږي.
۲. QRS complex پراخه وي.
۳. د QRS complex د ST قطعې او T څپو څخه بیلول ګران وي یا امکان نه لري.



۷-۱٦.شکل بطیني تکي کاردیا – وصفي پراخه Bizarre QRS Complex (۴)

بطیني Fibrillation:

دا دزړه غیر منظم او چټک نظم څخه عبارت دی‌چې د بطینانو د یو مخرش محراق څخه پیداکیږي.

د پورتني ګراف له نظره نظم بالکل غیر منظم او QRS کمپلکس Bizarre دی، څپې کوچنۍ او نظم نشته.

ګړندی لیږدونه Accelerated conduction:

په دې تشوش کې لاندې سندرمونه شامل دي:

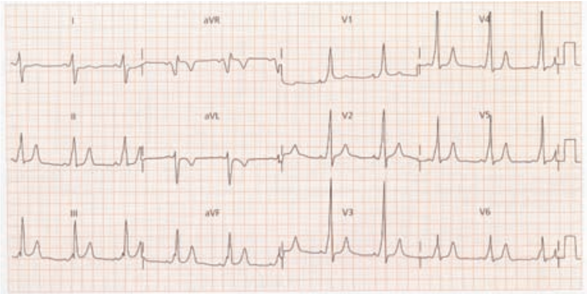
۱. (wpw syndrome) wolff Parkinson white syndrome
۲. (LGL syndrome) Lown gonong Levine syndrome

Wolff Parkinson white syndrome (WPW):

په دې سندروم کې د اذین څخه سیاله بطینانو ته د یوې اضافي پاتوې د لارې چې په ګیډیو نومیږي لیږدیږي دا ګیډۍ د اذینانو څخه منشاء اخلي د AV Node د لارې د بطینانو مایوکاردیوم ته ننوځي.

www.ketabton.com

۱. د P څپه نارمل وي.
۲. PR interval يا فاصله نارمل وي.
۳. په QRS complex کې د delta څپه موجوده وي.
۴. QRS complex پراخه وي.



۷-۱۸.شکل WPW syndrome په دولس ليډه ECG کې (۱۱)

د کينټ د ګيډيو د موقعيت له نظره WPW syndrome په دوه ډولو دی.

الف: په دې کې په V1 ليډ کې د R څپه لوړه وي.

ب: په دې کې V5-V6 ليډو کې د R څپه لوړه وي.

نوټ: کله کله په WPW syndrome کې په III او avf کې د Q څپې د شته والي له کبله د سفلي قلبي احتشاء سره مغالطه کېږي.

:(LGL syndrome) Lown Ganong Levine syndrome

په دې سندروم کې وقفي فاصله لنډه وي لاکن د QRS منظره نارمل وي.

قلبي بلاکونه يا بنديز:

دا د انتقالي سيستم د تشوش څخه عبارت دي‌چې جيبي عقدې د تنبه سياله او د بطين د ځواب منځ کې واقع کېږي په لاندې ډولونو دي:

الف: ناتامIncomplete

ب: تام Complete

ج: Bandle branch block (BBB)

الف: ناتام قلبي بلاک Incomplete heart block

ناتام بلاک په لاندې درجو باندې ويشل کېږي:

www.ketabton.com

۱. لومړۍ درجه
۲. دویمه درجه
- دوره يي يا غير منظم اذيني بطيني بلاک
- ثابت يا منظم اذيني بطيني بلاک
- Wencke bach اذيني بطيني بلاک

تام دریمه درجه قلبي بلاک:

تام قلبي بلاک (دريمه درجه): په دې حالت کې بطينات د اذينانو څخه بالکل خپلواک وي.

د ګيډۍ د څانګې بلاک (BBB) Bundle Branch Block :

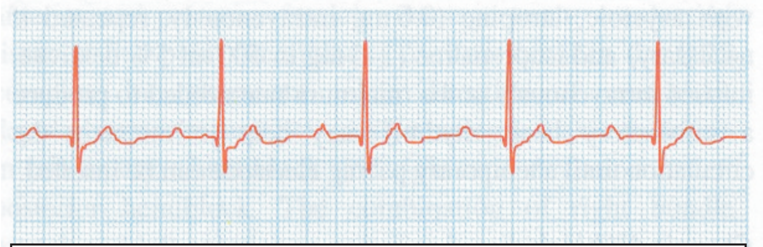
اشکال يې په لاندې ډول دي:

۱. د ښي ګيډۍ د څانګې بلاک (RBBB)
   i. تام   ii. ناتام
۲. د چپ بندل د څانګې بلاک (LBBB)
   i. تام   ii. ناتام

الف. ناتام قلبي بلاک

۱. لومړۍ درجه قلبي بلاک:

په دې حالت کې د AV Node د لارې د سيالې د انتقال تشوش موجود وي. د زړه اوله درجه بلاک د روماتيک تبې له کبله منځ ته راځي کله کله په روغو کسانو کې هم لومړۍ درجه بلاک موجود وي د Digoxin له کبله هم لومړۍ درجه بلاک منځ ته راځي.



۷-۱۹.شکل د زړه لمړي درجه بلاک (۴)

www.ketabton.com

۱. د PR مسافه (نارمل اندازه يې 0.2 ثانيي) د نارمل اندازې څخه زياته وي.
۲. نظم ممکن نارمل دی.
۳. dropped beats موجود نه وي.
۴. د QRS complex منظره يا شکل نارمل وي.

دويمه درجه قلبي بلاک Second degree heart block:

په دې حالت کې د بطينانو ځواب د اذيني تنبه په مقابل کې په متناوب ډول سره له منځه ځي دا زياتره د IHD له کبله وي.

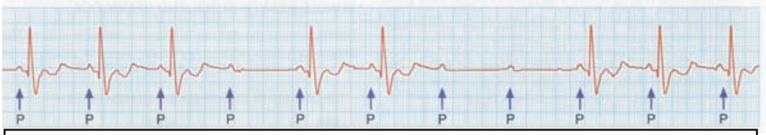
دا بلاک کيدی‌شي چې غير منظم يا wenckebacb وي.

الف: Periodic يا غير منظم قلبي بلاک

په دې حالت کې په غير منظم ډول سره beat له منځه ځي ځرول کېږي.

۱. هر P د QRS complex پواسطه نه تعقيبيږي.
۲. PR وقفه ښايي اوږده وي لاکن وخت يې ثابت وي.

۷-۲۰.شکل دوهمه درجه د زړه بلاک (Mobitz لمړي ډول- Wenckebach,s phenomenon) (۴)



۷-۲۱.شکل دوهمه درجه د زړه بلاک (Mobitz دوهم ډول) (۴)

ب: ثابت يا منظم قلبي بلاک:

پدی‌حالت کې بطيني کمپلکس د هر دويم دريم يا څلورم اذيني beat په تعقيب راځي.

۱. په دې حالت کې د دوو بطيني کمپلکس QRS تر منځ دوه، دري يا څلور P څپې موجودې وي نو ځکه ۲:۱، ۳:۱، ۴:۱ AV بلاک توليدوي.
۲. PR وقفه ښايي اوږده يا ثابت دوام ولري.

www.ketabton.com

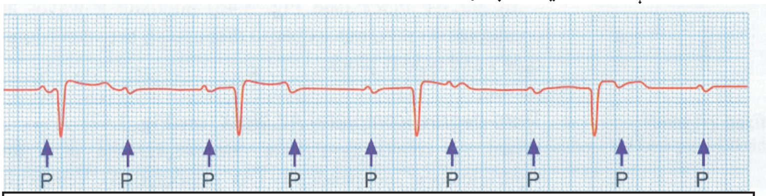
اذیني بطیني بلاک (wencke bach mobitz type I):

په دې حالت کې په هر راتلونکي PR فاصله اوږدیږي یا په تدریجي ډول سره اوږدیږي تر څو چې وروسته د څو بیټونو څخه اذیني بیټ بطین خواته نه تیریږي.

تام یا دریمه درجه بلاک Complete or third degree block:

په دې حالت کې اذیني او بطیني beat یو د بل څخه بالکل بیل وي او یو د بل سره اړه نه لري لاملونه یې د دویمې درجې بلاک په شان دي:

1. **د P څپه د QRS complex سره اړه نه لري.**
2. **PR وقفه بالکل توپیر لري.**
3. **اذیني تعدادښایي نارمل منظم جیبي نظم وي**
   (ښایي اذیني تکي کارډیا موجوده وي)
4. **بطیني تعداد ښایي په یوه دقیقه کې ۶۰-۲۰ تر منځ وي.**
5. **QRS complex ښایي نارمل یا Bizzare وي چې د بطیني محراق او AV عقدې د فاصلې یا لریوالي پورې اړه لري.**



۷-۲۲.شکل د زړه دریمه درجه بلاک (۴)

: (BBB) Bundle branch block

I. **د ښي ګیډئ د څانګې بلاک** Right bundle branch block

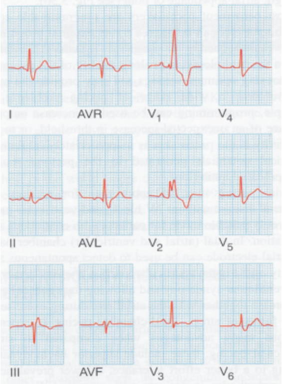
1. **دلته په I، V6-V5 لیډونو کې پراخه slurred د S څپه موجوده وي.**
2. **په V2-V1 کې د R څپه پراخه وي.**
3. **ښي طرف ته د محور انحراف موجود وي.**

II. **د چپ ګیډئ د څانګې بلاک:**

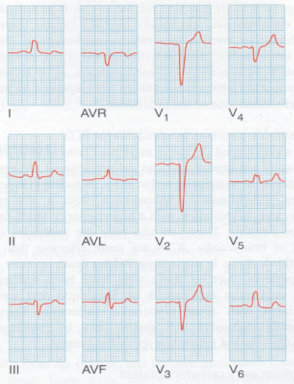
1. **په نامعلوم لیډ او avl لیډونو کې به د R څپه پراخه یا Slurred وي.**
2. **په III او avf لیډونو کې د S څپه پراخه یا Slurred وي.**
3. **زیاتره ښایي د محور چپ طرف انحراف موجود وي.**

www.ketabton.com

Left Axis devision (LAD) که چیرې د زړه محور د صفر درجې څخه لږ وي د LAD په نوم یادیږي.



۷-۲۳.شکل د ښي ګیډۍ د څانګي بلاک (۴)



۷-۲۴.شکل د چپ ګیډۍ د څانګي بلاک (۴)

د زړه د محور انحراف Axis deviation:

د زړه محور انحراف دوه ډوله دی:

۱. **ښي طرف ته د محور انحراف** Right axis deviation

۲. **چپ طرف ته د محور انحراف** Left axis deviation

د محور ښي طرف انحراف:

په نارمل حالت کې د زړه محور د صفر نه تر نوي درجو تر منځ موقعیت لري که چیرې د مثبت نوي درجو څخه زیات وي د محور ښي طرف انحراف په نوم یادیږي.

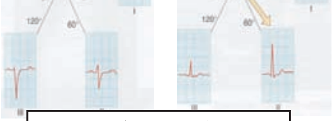
د ECG نمونه:

۱. په دې کې به په I او avl کې د S څپه ژوره وي.

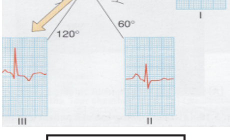
۲. په دې کې په III او avf کې د R څپه لوړه وي.

د محور چپ طرف انحراف Left axis deviation:

که چیرې د زړه محور د صفر درجې څخه لږ وي د LAD په نامه یادیږي.



۷-۲۵.شکل د زړه نارمل محور (٤)



۷-۲۷.شکل د ښي محور طرف انحراف (۴)

www.ketabton.com

۱. په I او avl لیډ کې د R څپه لوړه وي.
۲. په III او avf کې د S څپه ژوره وي.

نوټ: که چیرې Lead I پورته کیښودل شي او avf لاندې کیښودل شي د دوي د QRS کمپلکس څپې به یو د بل څخه لرې وي.

د بطیناتو هایپرتروفي:

لاندې الکتروفزیالوژیک ټکي د بطیناتو په هایپروتروفي پوري اړه لري.

۱. VS-Voltage پیړوالی:

د عضلاتو د غټوالي یا پلن والی او د R د څپې ترمنځ نیغې اړیکې موجودې دي. که چیرې عضله پلنه وي او حجم یې زیات وي د R د څپې ولتاژ به هم لوړ او زیات وي پس د هر بطین د پلن کیدو سره اړونده لیډ د R څپه لوړه وي.

۲. د لیږدونې بطي والی په پیړوالي کې:

په پلنه عضله کې د سیالي تیریدل ډیر وخت غواړي بناَ QRS complex پراخه وي د 0.12 ثانیو څخه نه زیاتیږي.

۳. د ST قطعې او T څپې تغیرات:

د اندوکارد د قسمي اسکمیا له کبله د اړونده بطین په لیډونو کې د ST قطعې انحطاط او د T د څپې سرچپه وي.

Strain pattern:

که چیرې یوازې د ST قطعې او T څپې بدلونونه موجود وي او نور بدلونونه موجود نه وي Strain patterns په نوم یادیږي.

د ښي بطین هایپرتروفي

د ښي بطین هایرتروفي د مترال تضییق، corpulmonal او tetrallogy of fallot څخه منځ ته راځي.

۱. په V1 کې د R څپه نسبت S ته په لوړوالي کې پورته وي.
۲. RS نسبت د V1-V6 پورې په پرمخ تللي توګه مخ په کمیدو وي یاني تر V6 پورې د R څپه له منځه ځي.
۳. په V5 او V6 کې د S څپه دوامداره وي.
۴. QRS complex پراخه وي.

www.ketabton.com

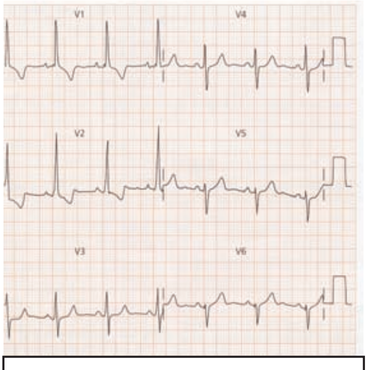
۵. د محور ښي طرف انحراف موجود وي.
٦. د V1 څخه تر V3 پورې د ST قطعې انحطاط او T سرچپه وي.

د چپ بطین هایپرتروفي:

د چپ زړه د هایپرتروفي علتونه عبارت دي له لوړ فشار، د ابهر دسام ناروغی، د مترال دسام عدم کفایه، او د زړه د ولادي ناروغیو څخه لکه VSD,PDA او دابهر Coarctation د LVH د ECG تغیرات عبارت دي له:

۱. په V5-V6 کې د R څپه او په V1-V2 کې د S د څپې حاصل جمع د 35 ملي مترو څخه زیات وي.
۲. په avl کې د R څپې لوړوالی د 13 ملي مترو څخه زیات وي.
۳. په I ,II ,avl او V6,V5 کې د ST قطعې انحطاط او د T معکوس والی موجود وي.
۴. QRS complex پراخه وي.

۷-۲۹.شکل د چپ بطین هایپرتروفي (۱۱)



۷-۲۸.شکل د ښي بطین هایپرتروفي (۱۱)

د دواړو بطیناتو هایپرتروفي:

لاندې شواهد یا ټکي د دواړو بطینانو په هایپرتروفي باندې دلالت کوي.

۱. د پریکاردیال لیډونو کې LVH ښیي. (Left ventricular hypertrophy)
۲. په قدامي پلان کې د محور په ښي طرف انحراف مشاهده کېږي.

www.ketabton.com

۵. د P څپه:

د P څپه وګورئ چې نارمل ده او که ابنارمل مخکې هم ورڅخه یادونه شویده.

د P څپې د ښي او چپ اذین د تقلص څخه تولیدیږي لکه څنګه چې په شکل کې څرګند شوي دي چې د P د څپې اوله نیمایي یې د ښي اذین او دویمه نیمایي یې د چپ اذین د تقلص له کبله تولیدیږي.

د P د څپې غیر نورمال شکلونه:

۱. P-pulmonal
۲. P-mitral
۳. P څپه د F په مختلفو څپو بدلیږي.

۱. P-pulmonal:

دا لوړه او تېره څوکه څپه ده چې د اذین د هایپرتروفي له کبله پیداکیږي دا څپه په III,II او avf لیډونو کې زیاته د کتنې وړ وي.

۲. P-mitral:

د چپ اذین د هایپرتروفي له کبله پیداکیږي کوم چې د مترال دسام د تنګوالي له کبله وي دا څپه په II او V5 لیډونو کې ډېر ښه لیدل کیږي ددې څپې اوله برخه یې د ښي اذین فعالیت پورې او دویمه برخه یې د چپ اذین فعالیت پورې اړه لري.

۳. سرچپه د P څپه یا Inverted P-wave:

سرچپه یا منفي P څپه په نارمل حالت کې په V1, avf, III او V2 لیډونو کې موجوده وي او نور لاملونه یې عبارت دي له:

الف. Nodal rhythm مخکې ذکر شویدي.

ب. زړه ښي طرف ته موقعیت (dextro cardia) به وروسته ذکر شي.

ج. که چیرې د اطراف د لیډو الکتردونه په غیر صحیح توګه کیښودل شي.

د. د P څپو په ځای د F څپې ځای په ځای کیږي د اذیني فبریلشن تر عنوان لاندې تشریح شوي دي.

www.ketabton.com

٦. د PR مسافه:

د PR فاصلې نارمل حالت یې مخکې ذکر شوی دی ابنارمل یې عبارت دي له:

١. اوږدوالی
٢. لنډوالی
٣. متغیر

١. د PR د مسافې اوږدوالی

په لاندې حالاتو کې د PR فاصله د 0.2 ثانیو څخه زیاته وي

- Digitalis تداوي
- لومړۍ درجه بلاک
- Hypokalemia
- Myaocarditis

٢. د PR مسافې لنډوالی

په لاندې حالاتو کې د PR فاصله د 0.1 ثانیې څخه لږه وي.

- Wolff parkin sonian white syndrome
- Nodal نظم
- Lown ganong Levin syndrome

٣. متغیره PR مسافه په لاندې حالاتو کې وي

- Wenkebach phenomena
- Wandering pacemaker

٧. د Q څپه:

د Q وصفي یا پتالوژیک څپه 0.04sec پراخوالی لري اوپه عین Complex کې د R د څپې د لوړوالي څخه د 25% په اندازه زیات وي. وروسته د زړه د احتشاء په برخه کې به ورڅخه پوره یادونه وشي.

٨. QRS complex:

نارمل QRS complex چې مخکې ورڅخه یادونه شویده. ابنارمل حالت یې په لاندې ډول دی:

١. د QRS کمپلکس پراخوالی وروسته ورڅخه یادونه کیږي.

٢. کم QRS-voltage کمپلکس که چیرې د ECG په هر لیډ کې د R څپې لوړوالی یا د S د څپې ژوروالی د 5 ملي مترو څخه لږ وي او یا د 5 ملي مترو څخه زیات نه وي ټیټ voltage ویل کیږي چې په لاندې حالاتو کې وي.

www.ketabton.com

الف. Hypothyroidism

ب. Pericardial انصباب

ج. پیړ صدري دیوال

د. beri beri

و. د ECG د ماشین ته د کم voltage برېښنا لیږدونه

لوړ ولتاژ

- QRS complex دا د بطینانو په هایپرتروفي کې وي.
- QRS complex په شکل کې تغیرات (مخکې ذکر شوي دي)

۹. STقطعه:

د ST قطعې نارمل حالت مخکې ذکر شوی دی، ابنارملتي یې په لاندې ډول دی:

۱. Elevation جګوالی

۲. Depression یا انحطاط

د ST قطعې لوړوالی:

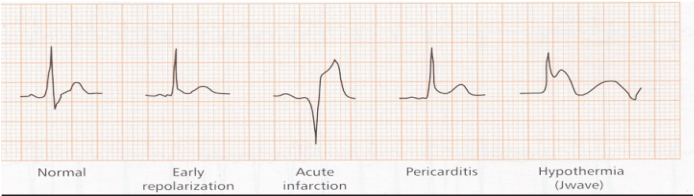
۱. د ST قطعې لوړوالی په لاندې حالاتو کې لیدل کېږي:

الف. تازه قلبي احتشا

ب. پریکاردایتس

ج. Hyperkalemia

د. د زړه چپه خوا انوریزم



۷-۳۰.شکل د ST قطعې لوړوالی (۱۱)

www.ketabton.com

۲. انحطاطي ST قطعه: دا په لاندې حالاتو کې وي:

الف. د زړه ischemic ناروغۍ

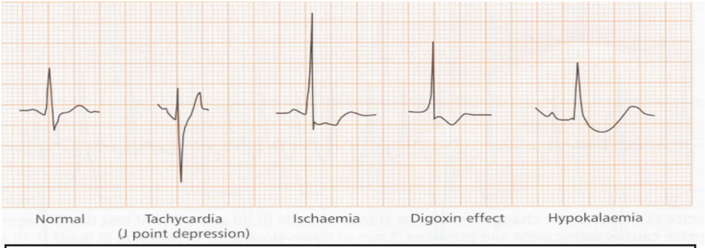
ب. د digital تداوي

ج. Hypokalemia

د. بطين تر فشار لاندې

و. Myocarditis

هـ. Sub endocardial احتشا



۷-۳۱.شکل د ST قطعې ټيټوالی (۱۱)

۱۰. د T څپه

د T څپې نارمل حالت چې مخکې ورڅخه يادونه شوېده، ابنارملتي يې عبارت ده له:

الف) لوړه تېره څوکې د T څپه

ب) هموار د T څپه

ج) سرچپه د T څپه

الف) لوړه او تېره څوکې T څپه:

لوړه او تېره څوکې T څپه په Hyperkalemia کې ليدل کېږي

ب) هموار T څپه:

هموار T څپه په لاندې حالاتو کې ليدل کېږي:

- Hypothyroidism
- pericarditis
- Myocarditis
- ischemic heart disease

ج) سرچپه د T څپه:

www.ketabton.com

منفي T څپه په لاندې حالاتو کې ليدل کېږي:

- د زړه اسکميک ناروغۍ
- Pericarditis
- د بطيناتو هايپرتروفي
- Myocarditis

نوټ: د T د څپې تغيرات په مفصل ډول د IHD په برخه کې تشريح شوي دی.

قلبي احتشاء، زخمي کيدل او ischemia:

دزړه ارواء:

قلبي عضله د ښي او چپ اکليلي شراينو په واسطه اروا کېږي. کوم چې د اړونده د ابهر د sinus څخه منشا اخلي چپ اکليلي شريان په دوو شعبو تقسيمېږي. چې د Left Anterior Descending (LAD) او چپ Circumflex څخه عبارت دي. چپ اکليلي شراين اساساً د زړه چپه خوا او د بين البطيني جدار قدامي برخه اروا کوي. ښي اکليلي شريانونه ښي خوا زړه او حجاب خلفي برخه اروا کوي. چپ Circumflex شريان د زړه وحشي جدار د چپ بطين دخلفي جدار د زروې برخه او د ښي بطين د خلفي برخې نيم قاعدوي برخه ارواء کوي. SAN په 75% پيښو کې د ښي اکليلي شريانو پواسطه ارواء کېږي. AVN 90% پيښو کې د ښي اکليلي شريانو په واسطه اروا کېږي. پس د زړه د هرې ساحې متاثره کيدل په اړونده شريان پورې اړه لري.

متضرر شوي قلبي عضلې الکتروفزيولوژي:

د قلبي عضلې هغه برخه چې دوينې د اروا د نشتوالي له کبله اغيزمن شوي وي، دري برخې لري:

الف. د احتشا ساحه

ب. زخمي شوې ساحه

ج. د اسکيميا ساحه

الف. د احتشا ساحه: په دغه ساحه کې قلبي عضله مړه وي Polarization او depolarization په کې صورت نه نيسي. په دې اساس هغه الکترودونه چې د احتشاء په ساحه کې ايښودل شوي وي د Q څپه ښيي.

www.ketabton.com

ب. زخمي شوې ساحه: د احتشاء ساحه د زخمي ساحې پواسطه احاطه شوې ده کله چې د قلبي عضلې یوه برخه زخمي شي نوموړې ساحه د نورمالې عضلې په مقایسه د الکتریکي له لحاظه منفي وي پس د قلبي عضلې د استراحت په حالت کې هم د زخمي ناحیې څخه بریښنائي جریان نورمالې ساحې خواته جریان پیداکوي چې د زخمي شوې ساحې څخه نورمالې عضلې خواته بریښنائي جریان د ST قطعې تغیرات منځته راوړي.

ج. د ischemic ساحه: د زخمي ساحې تر څنګ د اسکمیا ساحه پرته ده، کوم چې د T څپې د منځ ته راتلو لامل کېږي.

اکلیلي اسکمیا:

د اسکمیا اصطلاح د وینې د جریان په کموالي باندې دلالت کوي.

ECG کیدیشي چې د T د څپې تغیرات (هموار، depress او یا ژوره سرچپه شوي) وښیي.

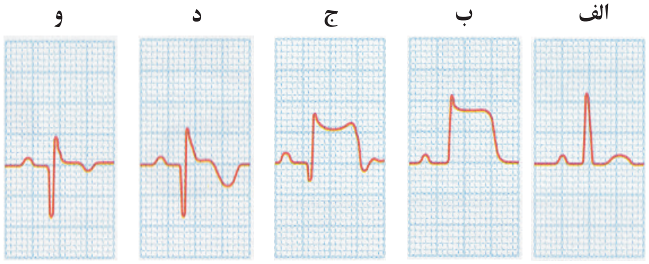
د اسکمیا د T څپه په Typic ډول متناظر معکوس د ST قطعې مقعریت په خفیف ډول پورته خواته وي، چې دغه ډول T ته Coronary T یا Pardee T ویل کېږي.

تازه احتشاء:

دا د احتشا یو حاد حالت ښیي او په ECG کې لاندې تغیرات لیدل کېږي:

۱. د ST قطعې لوړوالي چې پورته خواته د مقعریت سره یو ځاي وي.

۲. سرچپه د T څپه (Cove plane T)



۷-۳۲.شکل الف) نورمال، ب) حاد ST لوړوالي (زخمي ساحه)، ج) دR خګپیګ کموالی د Q خګپیګ تشکل، د) ژوره د Q خګپه او د T خګپیګ معکوس والی، و) پخواني احتشاء (٤)

قلبي احتشاء:

www.ketabton.com

د زړه د عضلي برخې Necrosis او مرګ ته چې د وینې د اروا د نشتوالي له کبله منځته راځي قلبي احتشاء وايي. په اناتومیک ډول دوه ډوله احتشا وجود لري:

۱) Sub Endo cardial

۲) Trans mural

۱) sub Endo cardial: په دې حالت کې یوازې انډوکارد او د میوکارد نیمایي برخه په احتشاء اخته شوي وي.

۲) Trans mural : په دې ډول احتشاء کې احتشا د قلبي عضلې ټول ضخامت په بر کې نیسي.

د Trans mural قلبي احتشاء ECG تغیرات:

د قلبي احتشاء ډیر وصفي تغیر د غیر نورمال Q څپې د منځته راتلو څخه عبارت دی.

د Q څپې جوړیدل:

احتشایي ساحه مړه وي او بریښنایي فعالیت پکې صورت نه نیسي، د الکتروفزیالوژي پر اساس هغه ساحه چې په بریښنائي لحاظ فعالیت ونه لري د یوې کړکۍ حیثیت لري یاني په دې مانا چې که چیرې الکترود د نوموړي ساحې له پاسه کیښودل شي د مقابل خوا الکتریکي فعالیت ثبتوي چې د Q د برخې د منځته راتلو لامل کېږي.

د وصفي Q څپې معیارات:

Q څپې ته هغه وخت وصفي څپه ویل کېږي چې د لاندې اوصافو لرونکي وي:

۱) پراخوالی یې0.04 ثانیې وي.

۲) د Q څپه د R د څپې 25% او یا تر دې زیات وي (په عیني QRS کمپلکس کې).

نوټ:

الف) د Q څپې موجودیت په avr, III او یا avl لیډونو کې د احتشاء ښکارندوي نه ده په III لیډ کې د Q څپه په 40% نورمالو اشخاصو کې هم موجود وي. په دې خاطر چې ډاډه شو چې Q څپه د احتشاء څخه منځته راغلې او یا نورماله ده باید III لیډ د ژور شهیق په وخت کې ثبت شي. که د Q څپه د عمیق شهیق سره سره بیا هم دوام پیداکړي نو په قلبي احتشاء دلالت کوي، که څه هم نوموړي ازموینه د ټولو کاردیولوجستانو په نزد د منلو وړ نه ده.

ب) Sluzzing of Q (Qs): نوموړئ حالت په احتشایي ناحیه کې د ځینې ژوندیو عضلاتو په موجودیت دلالت کوي.

www.ketabton.com

د ST قطعې تغيرات:

لکه چې مخکې د تازه احتشا په برخه کې واضح شو چې که ST قطعه په هغه ليډونو کې چې د احتشاء د ناحيې له پاسه پرته وي لوړ او پورته خواته محدبيت لري او په هغه ليډونو کې چې د احتشايي ناحيې مقابل خواته واقع وي ټيټه وي.

څرنګه معلومولي شو چې د ST قطعې لوړوالی او يا ټيټوالی موجود دی؟

د يو QRS complex د ST قطعه د راتلونکي QRS complex د TP خط په مقايسه کتل کېږي که چيرې د يوې کوچني مربع په اندازه لوړوالی يا ټيټوالی موجود وي د ملاحظې وړ ګڼل کېږي.

د T څپې تغيرات:

د T څپه لاندې تغيرات ښکاره کوي:

۱- هغه ليډونه چې د احتشايي ناحيې له پاسه واقع دي لوړه او سرچپه د T څپه (Giant T) د احتشاء په لمړنيو دوو ساعتو کې ښيي.

۲- د احتشاء څخه د څو ورځو نه تر دوه هفتې وروسته ST قطعه ايزوالکتريک خط ته ښکته کېږي او د T څپه سرچپه وي. همدارنګه په هغه حالاتو کې چې د ST قطعې لوړوالی موجود وي هم د T څپه سرچپه وي. د احتشاء سرچپه T متناظر وي يانې په دې مانا چې څوکه يې د T د څپې د شروع او ختم په متوسطه نقطه کې واقع وي.

نوټ: د احتشاء سرچپه T څپه معمولاً د څو مياشتو څخه وروسته نورمال حالت ته راګرځي خو په ځينې حالاتو کې د ځينو ناروغانو په ECG کې سرچپه د T څپه د ژوند تر پايه پاتې کېږي.

د احتشاء د ناحيې له نظره قدامي احتشاء په لاندې ګروپونو ويشل کېږي:

۱. قدامي حجابي احتشاء: په دغه ډول احتشاء کې د Q څپه د T او ST د تغيراتو سره يو ځای په صدري V3,V2,V1 ليډونو کې موجوده وي. که د احتشاء ساحه محدوده وي او وحشي جدار خواته يې پراخوالی نه وي موندلي په I او avl ليډونو کې تغيرات نه ليدل کېږي.

۲. قدامي زروه يې احتشاء: صدري ليډونه د V3 څخه تر V5 پورې د احتشاء تغيرات ښکاره کوي او په I او avl کې تغيرات نه ليدل کېږي.

۳. قدامي وحشي احتشاء: په دې ډول احتشاء کې د احتشاء تغيرات په I ، avl او د V4 -V6 پورې د احتشاء تغيرات ښکاره کوي.

www.ketabton.com

نوټ: په هغه حالت کې چې قدامي وحشي احتشاء موجوده وي تغیرات یوازې په I او avl لیډونو کې موجود وي.

سفلي احتشاء:

د Q د څپې موجودیت په II، III او avf کې په سفلي احتشاء دلالت کوي.

خلفي احتشاء:

د ښي اکلیلي شریان د بندوالي له کبله منځته راځي او د ECG تغیرات یې د قدامي احتشاء برعکس دي‌په لاندې ډول دی:

۱) په V1 او V2 لیډونو کې متبارزه د R څپه موجوده وي.

۲) په V1 او V2 لیډونو کې د ST قطعې ټیټوالی موجود وي د یو قانون په حیث د V1 او V2 لیډونه باید همیش د لاندیني تغیراتو لپاره وکتل شي:

۱. ST لوړوالی او Q څپه (قدامي احتشاء)

۲. ST ټیټوالی او لوړه د R څپه

Subendocardialاحتشاء:

لکه څرنګه چې مخکې د Subendocardial احتشاء په برخه کې یادونه وشوه چې په دې ډول احتشاء کې د احتشايي ناحیې او قرب القلبي الکترودونو تر منځ ژوندي قلبي انساج موجود وي پس د ECG تغیرات یې په لاندې ډول دي:

۱) د Q څپه موجوده نه وي.

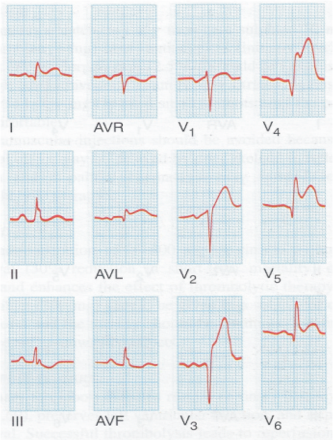
۲) ST انحطاط او T معکوس والی په همغه لیډونو کې چې د احتشايي ناحیې له پاسه تثبیتیږي.

یو ټکی چې په کلنیکي لحاظ د اهمیت وړ ده د Angina په جریان کې که چیرې په صدري لیډونو کې ST depression ولیدل شي په Subendocardial احتشاء دلالت کوي.

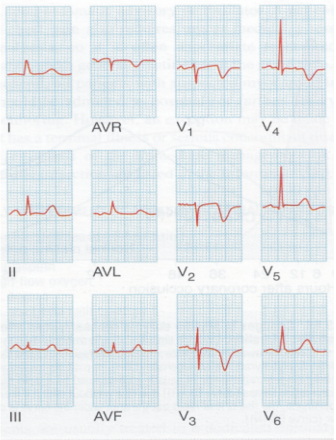
او که په صدري لیډونو کې ST لوړوالی ولیدل شي په trans mural احتشاء دلالت کوي.

نوموړي تغیرات prinzmetal angina ښکاره کوي.

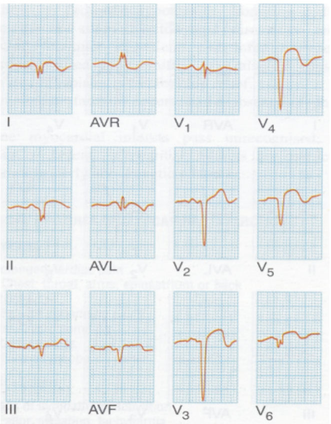
www.ketabton.com



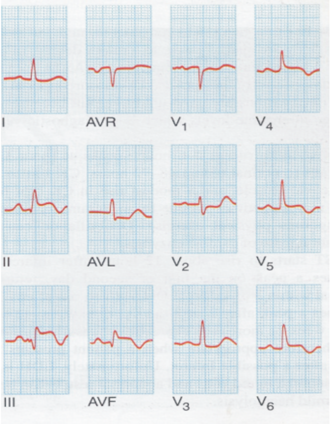
۷-۳۳.شکل حاد قدامي قلبي احتشاء (۴)



۷-۳۴.شکل تازه قدامي Sub endocardial احتشاء (۴)



۷-۳۵.شکل قدامي او سفلي احتشاء (۴)



۷-۳٦.شکل حاد سفلي وحشي قلبي احتشاء (۴)

www.ketabton.com

په ECG کې د IHD تشخیصیه نښې:

مخکې له دې چې ECG د IHD تشخیص لپاره استعمال شي باید لاندې ټکي په نظر کې ونیول شي:

1. **استراحت په حال کې نورماله ECG او حتٰی د عادی‌فعالیت په وخت کې د ECG نورمال حالت IHD ردولی نه شي، د IHD تاریخچه نظر د ECG تغیراتو ته ښه لارښوونه کولی شي.**
2. **د ST او T تغیرات په یوه واحده ECG کې په یقیني ډول تشخیص نه شي وضعه کولی ځکه نوموړي تغیرات په نورو حالاتو کې لکه د چپ بطین هایپرتروفي، Myocarditis, pericarditis، ریوي امبولیزم ، د Digital اخیستل او Hypokalemia کې هم لیدل کېږي. نو بیا د یقیني تشخیص لپاره باید ECG اجراء شي.**

د IHD د تشخیص لپاره د تمرین ازموینه:

لکه چې مخکې یادونه وشوه د استراحت په حال کې نورماله IHD, ECG تشخیص ردولی نشي نو بیا د نوموړي حالت د تشخیص لپاره د تمرین مختلفې ازموینې اجراء کېږي معمول ازموینې یې په لاندې ډول دي:

www.ketabton.com

۱. Master test
۲. Bicycle ergometer test
۳. Treadmill test
۴. Atrial pacing

نوټ: د هرې ازموینې د مشرح توضیح په خاطر د قلبي textbook **ته مراجعه وشي هغه** criteria **چې په مثبت تمرین ازموینه دلالت کوي.**

۱) **د** ST **انحطاط چې د** 0.5 **ملي مترو څخه زیات وي.**

۲) **د** T **د څپې هموار لیدل او یا سرچپه کیدل په هر** Lead **کې د (**III **لیډ څخه پرته).**

۳) **د بې نظمۍ څرګندیدل**

نوټ: مخکې له دې چې ناروغ د تمرین ازموینې ته تیاریږي باید د یوې دقیقې لپاره د فرط تهویې ازموینه اجراء کړي ځکه په زیاتره حالاتو کې د ST **تغیرات د فرط تهویې له کبله هم پیښیږي.**

د تمرین د ازموینې استطبابات:

۱) **د** IHD **تاریخچه چې د استراحت په حال کې یې** ECG **نورماله وي.**

۲) **په نورمالو کسانو کې د** IHD **د پلټنې په خاطر.**

۳) **د** IHD **په ناروغانو کې د عملیات څخه مخکې یا د عملیات څخه وروسته**

د تمرین د ازموینې مضاد استطبابات:

۱) **په هغه حالاتو کې چې د** MI **شک موجود وي.**

۲) **د زړه د عضوي افاتو موجودیت.**

۳) **غیر نورمال** ECG **چې د استراحت په حال کې اخیستل شوي وي.**

۴) **که چیرې** ECG hypertrophy **وښیي.**

۵) **هغه ناروغان چې** digitalis **اخلي.**

۶) **هغه ناروغان چې په** wpw **سندروم باندې مصاب وي.**

۷) **هغه ناروغان چې** Hypokalemia **ولري.**

د IHD **دوام او د** ECG **تغیرات:**

ددې لپاره چې تشخیص کړو چې احتشاء پخوانی او یا اوس منځته راغلی باید ST **قطعه ولیدل شي که چیرې د** ST **لوړوالی موجود وي نو په تازه احتشاء دلالت کوي. کله چې**

www.ketabton.com

روغوالی منځ ته راځي لومړنی تغیر چې پیښیږي هغه په ST قطعه کې دی چې دا نورمال حالت ته راځي د T څپه د روغوالي څخه میاشتې وروسته نورمالیږي.

۱) ST لوړوالي: په شاتګ اوپه مقابلولیډونوکې ST انحطاط په تازه احتشاء دلالت کوي.

۲) په ST کې regressive تغیرات پیښیږي یاني په دې مانا چې د ST قطعې پورتنۍ برخه محدبه انحنا ښکاره کوي او په همدې ډول په مخامخ لیډونو کې د ST depression په دې دلالت کوي چې احتشاء څو ورځې د مخه پیښه شوې ده.

۳) که چیرې ST قطعه ISO-electric خط ته دویم ځلې راګرځي او د T څپه ورپسي په ژوره توګه سرچپه شوې وي نو په زوړ احتشاء دلالت کوي.

۴) کله چې ST قطعه په ایزوالکتریک خط پرته وي د T څپه هم خپل نورمال موقعیت ته راګرځیدلې وي او د Q څپه موجوده وي نو په ډیر زاړه احتشاء دلالت کوي.

متفرقه تغیرات:

د پوتاشیم د سویې تاثیرات: دواړه Hypokalemia او Hyperkalemia د ECG تغیرات منځته راوړي چې نوموړي تغیرات د پوتاشیم د سویې په هکله یوه مفکوره منځته راوړي.

Hypokalemia: هرکله چې د پوتاشیم سویه په سیروم کې 3.6meq/L ته ورسیږي نو په ECG کې ST depression او د T د څپې څخه وروسته د u متبارزه څپه لیدل کیږي.

په هغه حالت کې چې د سیرم د پوتاشیم سویه 3.5meq څخه کمه شي په ECG کې لاندې تغیرات لیدل کیږي:

۱) د PR د وقفې اوږدوالی (د 0.22 ثانیو څخه زیات وي).
۲) د ST قطعه انحطاطي وي
۳) سرچپه T څپه
۴) متبارزه د U څپه

Hyperkalemia: تر هغه چې د پوتاشیم سویه 7.0meq/L ته ورسیږي په ECG کې یوازې لوړه د T څپه لیدل کیږي.

په هغه حالت کې چې د سیروم د پوتاشیم سویه 7meq/L څخه زیاته شي لاندیني تغییرات په ECG کې لیدل کیږي:

۱) د P څپه موجوده نه وي .
۲) پراخ او بد شکله QRS کمپلکس.
۳) نرۍ او لوړه T څپه.

www.ketabton.com

۴) کیدی شي چې بطیني تکي کاردیا موجوده وي (په هغه حالت کې چې د سیروم پوتاشیم سویه د 8.5meq/L څخه زیات وي).

Myxedema: د ECG تغییرات په لاندې ډول دي:

۱) Brady cardia
۲) د PR د مسافې اوږدوالی
۳) کم ولټ ECG
۴) د T د څپې همواریدل

:Myocarditis

کله چې مایوکاردیوم په حاد انتاني ناروغۍ مصاب شي خصوصاً د روماتیک تبې په حالت کې نو په ECG کې لاندې تغیرات منځ ته راځي:

۱) د PR د مسافې اوږدوالی
۲) د QT د مسافې اوږدوالی.
۳) په چپ بطین لیډونو کې د ST ټیټوالی او T سرچپه وي.
۴) د مختلفو بې نظمیو موجودیت

پورتني تغیرات د تداوي په واسطه دوباره نورمالیږي.

:Pericarditis

د ST قطعې لوړوالی چې پورته خواته د مقعریت سره یو ځاي وي (د MI برخلاف د ST قطعې لوړوالی د پورته خواته محدبیت سره یو ځاي وي) د ECG په ټولو لیډونو کې د Pericarditis لپاره وصفي ده.

د یو څه موده‌څخه وروسته ST ښکته کیږي او د T څپه سرچپه کیږي. په لړو پیښو کې د ST د لوړوالي سره سره هم د T څپه معکوسیږي. د Pericarditis په حالت کې Q او یا QS نه لیدل کیږي او کم Voltage ECG موجود وي.

:Dextrocardia

دا یوه ولادی‌انوملي ده چې زړه پکې په مکمل ډول انتقال شوي وي یاني په دې مانا چې چپ بطین او چپ اذین ښي خواته او ښي بطین او ښي اذین چپ خواته منتقل شوي وي پس د بریښنایي جریان جهت د معکوسوالي له کبله د P څپه په I کې ښکته خواته او په AVR کې پورته خواته وي. او تغییرات یې په لاندې ډول دي:

په I لیډ کې QRS, P او د T څپه سرچپه وي.

www.ketabton.com

QRS, P او د T څپه په II لیډ کې د نورمال حالت د III په شکل وي.
III لیډ د نورمال حالت د II په شان وي.
AVR د نورمال حالت د AVL په شان وي.
AVL نورمال حالت د AVR په شان وي.
AVF نورمال AVF په شان وي.
قرب القلبي لیډونه د V6-V1 پورې د ښي بطین څپې ښيي یاني په دې مانا چې منفي QRS موجود وي خو په دې حالت کې که چیرې V3R, V4R, V5R او V6R وکتل شي نو معلومیږي چې د چپ بطین امواج یاني QRS مثبت وي.
نوټ: که چیرې دښي لاس او چپ لاس الکترودونه تبدیل کړو نو ECG د Dextrocardia په شان تغییرات ښکاره کوي چې نوموړي حالت ته technical dextracardia ویل کېږي. د تفریقي تشخیص په خاطر باید قرب القلبي لیډونه وکتل شي. په تخنیکي Dextrocardia کې قرب القلبي لیډونه نورمال وي او حقیقي تغییرات پورته ذکر شوي دي.

Digitalis **تاثیرات:**

هغه ناروغان چې په مناسب ډول Digitalis کېږي AVF, III, II, I او V6-V2 لیډونو کې د ST قطعه انحطاط ښکاره کوي. د ST depression وصفي وي یاني په دې مانا چې مدوره او مقعره وي په ځینو حالاتو کې سرچپه وي (good sign) او یا د Hockey شکل وي یاني ST قطعه د S څخه تر T پوري تدریجاً متمایل کېږي د T څپه ښکته خواته کش کېږي. د Digitalis د تسمم په حالت کې ډیر معمول تغیر د بطیني bigimini څخه عبارت دی چې په دې حالت کې یو نورمال او یو د خارج سستول کمپلکسونه لیدل کېږي.

ریوي احتشاء:

د ریوي احتشاء د ECG تغییرات عیناً خلفي احتشاء ته ورته وي په دې تفاوت چې د ریوي احتشاء تغییرات د یوې هفتې څخه تر لسو ورځو پورې دوباره نورمال حالت ته راګرځي او د خلفي احتشاء تغییرات دوام پیداکوي.

بطیني انوریزم:

کیدیشي چې د چپ اذین aneurysm د MI د یو اختلاط په ډول منځته راشي. هغه لیډونه چې د چپ بطین تغییرات ثبتوي د ST قطعې لوړوالي ښکاره کوي. د MI برخلاف د بطیني انوریزم د ST لوړوالی نورمال حالت ته نه راګرځي، خو دا باید په یاد ولرو چې د یو متداوم ST لوړوالي نه موجودیت د بطیني انوریزم تشخیص ردولی نه شي.

www.ketabton.com

یو هیجاني کس ECG:

که یو کس هیجاني او فرط تهویه ولري سره له دي چې زړه یې نورمال وي بیاهم په ECG کې یې لاندی‌تغییرات لیدل کېږي:

۱) د PR مسافي اوږدوالی

۲) جیبي tachy cardia

۳) ST لوړوالی او T inversion د چپ بطین په لیډونو کې.

۴) د بې نظمیو د مختلفو اشکالو موجودیت.

پورتني تغییرات د اکلیلي شراینو په عدم کفایه کې هم لیدل کېږي. داسي ویل کېږي چې نوموړي تغییرات د Autonomic عصبي سیستم تشوشاتو له کبله منځته راځي او د اتروپین یا پوتاشیم د تطبیق سره بیرته نورمالیږي ددې ازموینې د اجرا لپاره باید د ډیر زیات احتیاط څخه کار واخیستل شي.

د غذا د خوړلو تاثیرات پر ECG:

د غذا د خوړولو څخه وروسته د کاربوهایدریت څخه په غني غذا کې د نورمال زړه باوجود هم ST انحطاط او د T د څپې منفی والی منځته راځي. د ECG دا تغییرات د پوتاشیم د داخلیدو څخه د حجراتو داخل ته د glucose دداخل الحجروي میتابولیزم په څنګ کې منځته راځي.

ایکو کاردیو ګرافي

د التراسوند پواسطه د زړه معاینې ته ایکوکاردیوګرافي ویل کېږي.

ایکو ډیره محفوظه او غبنتلئ تخنیک دی چې د زړه او رګونو د معایناتو لپاره پکار وړل کېږي د نوموړي تخنیک زده کړه د طب محصلینو او ځوانو داکترانو ته ډیره ضروري او لازمي ده ځرنګه چې د ایکو مبحث ډیر زیات دی دلته یوازي په لنډه توګه د ایکو د تخنیک، کړنلارې، ډولونو او د ایکو د استطباباتو څخه په لنډه توګه یادونه کوو، څو ګران محصلین ورسره آشنایي پیداکړي.

د Echo ډولونه: د څلور ډوله Echo څخه په عصري طبابت کې کار اخیستل کېږي.

www.ketabton.com

چې په لاندې ډول دي:

۱) (TTE) Trans Thoracic Echo Cardiography چې زيات مروج ده.

۲) (TEE) Trans Esophageal Echo cardiography.

۳) Vessle Echocardiography.

۴) Strecs echo.

د ايکو تخنيک:

په کلينيک کې د ايکو درې ميتوده ډېر معمول دی:

۱) (2-dimentional) يا 2 D echo يا Cross sectional (دوه بعده)

۲) (motion) M-mode.

۳) Doppler (مسلسل)

۱) 2 D . Echo: چې نوموړي ايکو د انساجو ډېره لنډه عرضاني مقطع ورکوي که چيرې د نوموړي ايکو اجراء کيدل په چټکی او کاميابی سره د تلويزيون په صفحه اجراء شي کولاي شو چې د زړه د جوفونو، د سامونو او د وينې د رګونو حقيقي وخت معلوم کړو. ددې لپاره چې D 2 خيال لاس ته راوړو نو په دې صورت کې د التراسونډ شعاع بايد د هدف لاندې ساحې په عرض کې اجراء شي.

۲) M-mode يا motion mode: په دې طريقه کې د التراسوند سګنالونه يوازې د يو خط په اوږدوالي اجراء کېږي چې د متحرکو ساختمانو لپاره ډېر حساس دي چې په دی‌کې يو ګراف رسميږي چې د منعکس شوو امواجو ژوروالی او قوت په موده يا وخت کې مونږ ته ښيي. د حرکاتو تغير لکه د دسام بنديدل او يا د بطيناتو حرکات ددې طريقې پواسطه معلوميداي شي.

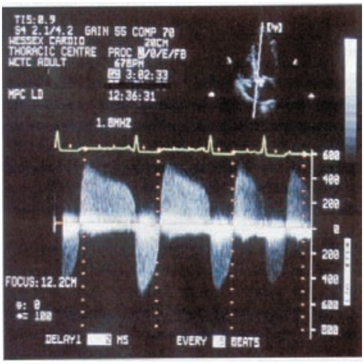
۳) Doppler Echo: چې په دې ډول التراسوند کې د RBC د حرکت څخه انعکاس منځ ته راځي چې په نوموړي عمليه کې د سرعت اساسات تشريح کېږي چې د منعکس شوي التراسوند فريکونسي نظر ليږدول شوي التراسوند ته فرق کوي چې د وينې د جريان حرکت او جهت پواسطه تعين کېږي د Doppler پواسطه تضييقات، عدم کفايې، بطيني حجابي نقصان (VSD) او اذيني حجابي نقصان (ASD) پيژندل کېږي. Doppler echo په درې ډوله ده چې په لاندې ډول ذکر کېږي:

www.ketabton.com

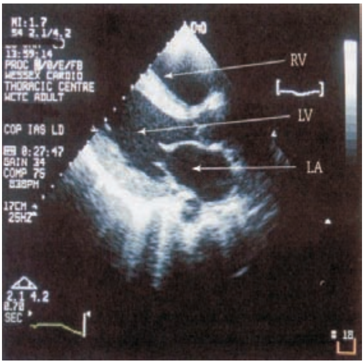
الف) Continues Wave Doppler: **چې په دې Doppler کې دوه کرستلونه چې یو په پرله پسې توګه انتقالوي او بل پرله پسي توګه رانیسي موجود وي. نوموړی تخنیک د هغه شیانو د حرکت د معلوملو لپاره چې زیات سرعت لري پکار وړل کېږي.**

ب) Pulsed Wave Doppler: **په دې** Doppler **کې د جریان تشوش په یوه کوچنۍ ناحیه کې معلومیدای شي په دې طریقه کې یو کرستل استعمالیږي.**

ج) د رنګه جریان نقش: دا یوه Automatic **دوه بعده او** pulsed wave **ده چې په دې کې د وینې د جریان سرعت او جهت په مختلفو نقاطو کې محاسبه کېږي چې د وینې سرعت او جهت په رنګه ډول معلومیږي دلرې ټکو سرعت په آبي رنګ او د نږدې ټکو سرعت په سور رنګ معلومیږي چې همدې ته** BART Convention **ویل کېږي** (Blue Away Red to Ward) **ډیر زیات چټک لرونکی جریان په سپین خیال لیدلاي شو.**

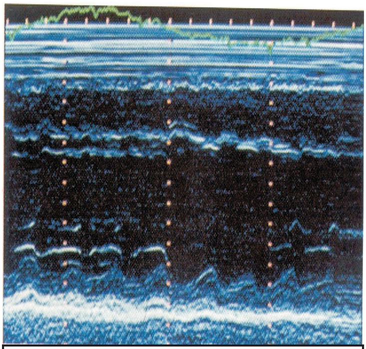


۷-۳۷.شکل Doppler التراسونډ (٦)

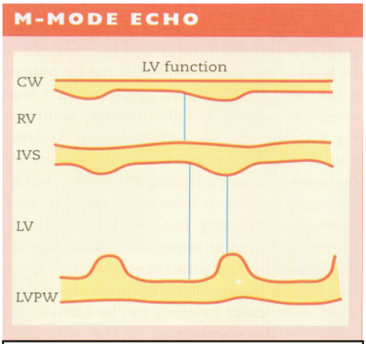


۷-۳۸.شکل دوه بعده ایکوکاردیوګرافي (٦)

www.ketabton.com



۷-۳۹. شکل M Mode echo (٦)



۷-۴۰. شکل شیماتیک M Mode (٦)

د Echo استطبابات: په لاندې ډول دي:

۱) د دسام د وظیفې د معلومولو لپاره
۲) د چپ بطین د وظیفې د معلومولو لپاره
۳) شکمنEndocarditic
۴) شکمن pericarditis
۵) قلبي Temponade
۶) د پریکارد ناروغي
۷) د MI د احتلاطاتو لپاره
۸) د شکمن کتلو لپاره
۹) د زړه د اجوافو د اندازه کولو لپاره
۱۰) د مضوعي دسام د معاینې لپاره
۱۱) د قلبي بې نظمۍ په حالاتو کې
۱۲) د ښې خوا زړه د ارزیابۍ لپاره
۱۳) د ولادی سوء اشکالو د ارزیابۍ په خاطر.

د زړه Catheterization او Angio cardiography:

www.ketabton.com

د زړه په معايناتو کې Angiography Catheterization ستر مقام لري دا معاينه د دوو لارو څخه اجراء کيږي.

۱. د ښي خوا زړه Catheterization او Angio cardio graphy:

په دغه حالت کې يو کتيتر د وريد له لارې داخل ښي اذين، ښي بطين او ريوي شريان ته د تلويزيون د تعقيب پواسطه رسول کيږي.

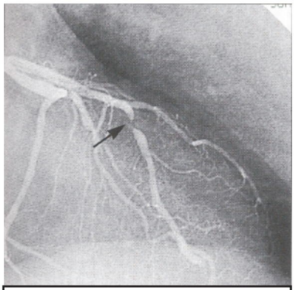
۲. د چپ خوا زړه Catheterization او Angio cardio graphy:

يو کتيتر د فخذي شريان، عضدی شريان له لارې داخل او د ابهر له لارې چپ بطين چپ اذين ته د تلويزيون د تعقيب پواسطه رسول کيږي. د زړه د Catheterization په وخت کې د زړه د هرې برخې څخه د وينې سمپل اخيستل کېږي او اکسيجن، کاربن داي اکسايد اندازه يکې کتل کيږي. د بلې خوا په مطلوبه برخو کې د نومورې کتيتر له لارې کثيفه مواد زرق او عکس اخيستل کيږي چې په دې وسيله د بين البطيني او بين الاذيني حجابو Shunt معلوم او هم د قلبي جوفو او د ميوکارد د رګو په برخه کې پوره معلومات ترلاسه کيږي همدا ډول د قلبي جوفو، ريوي شريان د فشار او دسامونو د وظايفو په برخه کې پوره معلومات حاصليږي. په لنډ ډول هغه معلومات چې د زړه د Catheterization او Angio Cardio graphy څخه په لاس راځي په لاندې ډول دي.

۱) د زړه د out put حسابول
۲) د shunt د سايز معلومول
۳) د متضيق دسام د اندازې معلومول
۴) د وينې د جريان په مقابل کې د سږو د اوعيو د مقاومت معلومول
۵) د زړه د مختلفو جوفو د End diastolic فشار معلومولو پواسطه د نومړو جوفو د وظيفو په برخه کې غير مستقيم معلومات ترلاسه کول.
٦) د زړه د مختلفو جوفو د اکسيجن د مشبوعيت د درجې د معلومولو پواسطه د Shunt په برخه کې معلومات حاصلول.
۷) د مخصوص کتيتر له لاري د کثيفه موادو د زرق پواسطه په اکليلی شريانو کې او د نومړو شريانو په برخه کې معلومات ترلاسه کول.

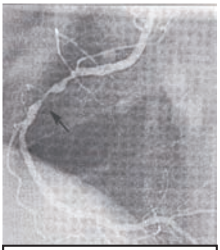
www.ketabton.com

اکلیلي انجیوګرافي



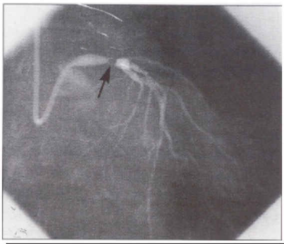
۷-۴۱. شکل د LAD شریان تضییق (۸)

۷-۴۲. شکل Circumflex اکلیکلې شریان ناروغی. (۸)



۷-۴۳. شکل د ښي اکلیلي شریان ناروغی. (۸)

۷-۴۴. شکل اکلیلي بندش د LAD شریان (۸)



۷-۴۵. د چپ Main stem ناروغی. (۸)

راديوګرافیک معاینات:

د زړه د جسامت موضعي او یا عمومي لویوالی د فلوروسکوپي orthodiagraphy **او** Teleo Roen goen genography **پواسطه معلومیږي د زړه په ولادي آفاتو کې د زړه د لوی والی او خارجی کتلې تشخیص د** Angio Cardiography **پواسطه صورت نیسي.**

توموګرافي (planigraphy) **د بطیناتو د لویوالی په تفریقي تشخیص کې یو د بل څخه پوره کومک کوي یاني ددې معاینې پواسطه د چپ بطین لویوالی د ښي بطین د لویوالی څخه په ښه شان یې توپیر کېږي. ډیره ساده طریقه چې د راديوګرافي پواسطه د زړه لویوالي په برخه کې معلومات ورکوي د سینې د عرضانی قطر او دزړه د عرضانی قطر د نسبت څخه عبارت دی په دې طریقه کې د حجاب حاجز د ښکتنۍ برخې سره نږدې عرضاني قطر د سینې اندازه او هم د زړه عرضاني قطر په هغه ځای کې چې لوی وي د سینې د راديوګرافۍ په فلم کې اندازه کېږي که دزړه عرضاني قطر د سینې دنیمائي قطر**

www.ketabton.com

سره مساوي وي او یا ورڅخه لوی وي. نو دزړه په لویوالي دلالت کوي چې په نورمال حالت کې د زړه عرضاني قطر د سینې عرضاني نیمایي قطر څخه کم وي د چپ زړه په عدم کفایه کېHemo dynamic تغیرات د سږو د وریدو د لوړ فشار څخه عبارت دي.
ځیني وخت د رادیوګرافی پواسطه د چپ زړه د عدم کفایې علامې نظر اصغائي علاموته ډیر مخکې لیدل کېږي کله چې د سږو د وریدو فشار د نورمال (۵ -۱۳ملي متره سیماب) څخه لوړ شي نو مایع د اوعیو څخه د سږو بین الحلالي مسافو ته وځي او که دا حادثه پرمخ لاړه شي نو د سږو د اذیما سبب کېږي چې د رادیوګرافۍ پواسطه کتل کېږي. د سږو بین الحلالي اذیما د حجاب د ضخیم والي او لمفاتیک اوعیو پراخوالی منځ ته راوړي چې په Costopherenic زاویه کې د یو افقي خط په څیر معلومېږي (Kerly,B line).
د زړه د مختلفو جوفو پراخوالی د اړونده Silhouette د معشوش کیدلو او برجسته کیدو پواسطه معلومېږي. همدارنګه د مرۍ رادیوګرافي د باریوم پواسطه چې د سینې رادیوګرافي په جنبي ډول ورسره یو ځای واخیستل شي نو د چپ اذین د جسامت په معلومولو کي پوره مرسته کوي. د سینې جنبي رادیوګرافي د مترال او ابهر دسامونو د Calcification په برخه کې پوره لارښوونه کوي چې دا Calcification په PA رادیوګرافۍ کې د ستون فقرات پواسطه معشوش او ښه نه معلومېږي.
پرمخ تللي تغییرات (Hazy opacity) چې د ثرې څخه د سږو د محیط په طرف او پلورائي انصباب په رادیو ګرافي کې په واضح ډول لیدل کیږي.
دزړه په ولادي ناروغیو کې چې د چپې نه د ښي خوا له لور شنټ ورسره وي د ریوي شریان پراخوالی د ریوي وینې د جریان د زیاتوالي له کبله منځ ته راځي او په رادیوګرافۍکې ریوي شریان پراخه او په سږو کې وعائي نښې په برجسته ډول معلومېږي همدا ډول ریوي فرط فشار د ریوي شریان د پراخوالي سبب کېږي او په رادیوګرافي کي پراخه معلومېږي.
Radioscopy: (scanning)
د زړه په رادیوسکوپي کې د زړه ضربانونه او د دسامو Calcification په واضح ډول د سترګو له مخې معلومېږي د زړه د رادیوسکوپي څخه د Pace maker په نصب کولو او دزړه په Catheterization کې کار اخیستل کیږي.

www.ketabton.com

اتم څپرکی

د هضمي جهاز کتنې

تاریخچه:

د داخل بطني ناروغیو په تشخیص کې مهم رول لري درد په هضمي ناروغیو کې مهم او څرګند عرض دی د درد د اعراضو پوره تشریح اود پوره تاریخچې په اخیستلو چې لابراتواري کتنې ورسره یو ځای وي ډاکتر صحیح تشخیص ته رسوي که چیرې تاریخچه مکمله نه وي او غیر مناسب ازموینې اجرا شي نو په نتیجه کې تداوي نیمګړې او د تشخیص ستونزې رامنځ ته کېږي.

د هضمي سیستم اعراض: د هضمي سیستم اعراض ډېر زیات دي چې د مهمو اعراضو څخه په لاندې ډول یادونه کېږي:

1. **د خولې درد**
2. **د بلعې مشکلات**
3. **زړه بدوالی** Nausia
4. **کانګې** Vomiting
5. **د ګیډې درد**
6. **د زړه سوزش**
7. **سوء هضم**
8. **بي اشتهایي**
9. **د وزن بایلل**
10. **د ګیډې توسع**
11. **د مقعد څخه د وینې راتلل**
12. **زیړی**

چې د هضمي جهاز اعراض په مفصله توګه په ۸-۱.جدول کې ښودل شوي دي.

www.ketabton.com

۸-۱.جدول: د هضمي جهاز اعراض : (۷)

وچه خوله (xerostomia)	ارګمي او نفخ Belching and Flatulence
زیاتې لاړې (water brush)	هټکي (Hiccup)
دردناکه شونډې، ژبه، خوله	زړه بدوالی او کانګې (Nausia and Vomiting)
د بدې مزې احساس (Dysgeusia)	بي اشتهایي او د وزن ضیاع (Anorexia and weight loss)
بد تنفس (halitosis)	قئ شوي وینه (Hematemesis)
د کتلي یا پړسوب احساس په ستوني کې (Globus)	تور قیر ډوله غایطه مواد (Melena)
دردناکه بلع (odynophagia)	بطني درد (Abdominal distention)
په سختی بلع (Dysphagia)	قبضیت او اسهال (Constipation and diarrhea)
د قص شاته د سینې درد	زیړي (Jaindice)
سوء هضم (Dyspepsia)	خارښت Itch (pruritus) تور رنګې ادرار (Biblrubinuria)

کله کله داسې هم کیدی شي چې د هضمي سیستم ناروغۍ د تالي مشخصاتو لکه وینه لړې پواسط رامنځ ته شي کله کله داسې هم کیدی‌شي چې ناروغ د شرم او یا کوم بل علت له کبله مهم اعراض لکه مقعدی‌خون ریزي پټه وساتي نو ډاکتر برسیره له دې څخه چې د ناروغ شکایتونو ته په غوره سره غوږ ونیسي باید د هضمي سیستم د نورو ناروغیو په باره کې هم پلټنې وکړي داسې هم کیدی‌شي چې کله کله بطني اعراض د روحي او رواني ناروغیو له کبله هم منځ ته راشي.

۱. دردناکه خوله:

د شونډو، ژبې او د خولې د مخاطي غشاء درد ډیر زیات لاملونه لري چې په دې کې Fe, folate او VitB12 کموالی، جلدي تشوشات، دواګانې، Ophtous قرحه او انتاني Stomatitis شامل دي. چې دردناکې خولې عمومي لاملونه ۸-۲.جدول کې ښودل شوي دي. هضمي تشوشات چې د خولې قرحه ورسره یو ځاي وي Inflamatory Bowel disease (IBD) او glutin enteropathy ته فکر کېږي که چیرې ناروغ د ارجاعي وړوکي دردناکه قرحاتو چې د Menarch په وخت پیدا شوي وي او د حیض په وخت عود کوي

www.ketabton.com

او همدا ډول د کورنۍ تاریخچه یې هم مثبته وي نو په دې صورت کې idiopathic ophthous قرحاتو باندې دلالت کوي.

۸-۲.جدول: د دردناکې خولې معمولي لاملونه: (۷)

Idiopathic انتانات	د خولې متکررAphthous Candidiasis ، د غاښونو Sepsis، (HSVI)کوکساکي A وایرس، Herpangina د لاسونه، پښې، خوله Vincent agina (تقرحي gingivitis، glandular)
نورمترفرقه	د غاښونو ضربه dentures،lukoplakia، کارسینوما
د سیستمیک تشوشاتو سره یو ځاي	دوایي حساسیت له سلفونماید، طلا، cytotoxic، د اوسپنې، folate او vit B12 کمي، لوکوپنیا، حاده لوکیمیا، Reiter syndrome،کرون ناروغۍ، تقرحي colitis او celiac ناروغۍ
د پوستکي د تشوشاتو سره یو ځاي	Pemphigus, pemphigiod, Erythema multi form volgaris, lichen planus

۲. عسرت بلع Dysphagia:

د بلع په عملیه کې Vagus, Glossopharyngeal.N, brain stem عصب ، Enteric عصب او د مري ملسا عضلات شامل دي د بلعې عکسه د خولې د مرحلې څخه چې مړئ بلعوم ته رسوي شروع کېږي بلعومي مرحله چې د حنجري په تړلو د پورتني بلعومي معصرې په استرحا او په تعقیب یې د بلعوم د معصرو پرله پسې تقلصات چې مری قدام ته ټیله کوي او اخرنۍ مرحله یې Esophageal ده چې په دې کې د مری استداري تقلصات او د (LES) lower Esophageal spincater استرحا شامل ده صورت نیسي، د قص د هډوکي شاته درد چې د بلعوم په وخت کې پیداکیږي یاني Odynophagia د مرۍ په التهابي تشوشاتو لکه esophagitis، peptic قرحاتو,Herpes simplex , او condidiasis کې لیدل کېږي.

په مرۍ کې د غذا بندیدل د مرۍ د مهمو ناروغیو لپاره مهم عرض دی‌چې باید په دې باره کې پلټنې وشي. عسرت بلع لومړی د جامدو غذایي موادو په تیرولو کې پیداکیږي او وروسته د مایع غذایي موادو په وخت کې هم پیداکیږي. هغه عسرت بلع چې د مایع موادو په واسطه شروع کېږي داد یو عصبي تشوش ښکارندوی ده.

موضعي عسرت بلع چې د Cricoid غضروف په سویه وي کیدی‌شي د تومور، تنګوالي، بلعومي Pouch یا په عکسوي ډول د ښکتنۍ مرۍ د امراضو په واسطه منځ ته راشي عسرت

www.ketabton.com

بلع کیدی شي ورو ورو پر مخ تګ وکړي یا په وقفوي ډول وي چې یوازې د غتې مرۍ لکه د غوښې د بلعې په وخت کې پیداکیږي.
هغه عسرت بلع چې د قص هډوکي د ښکتنۍ برخې په سویه وي نو په دې حالت کې د مرۍ د ښکتنۍ برخې امراضو ته لکه تومور، Achalasia او یا peptic esophagitis ته فکر کیږي. عسرت بلع کیدی شي چې دردناکه او یا بې درده وي بې درده عسرت بلع د مرۍ د denervation له کبله وي چې د تومور په واسطه منځ ته راځي که چیرې ناروغ بلعومي pouch ولري نو ډیر مخکني خوړل شوي غذایي مواد به پکې موجود وي که چیرې ناروغ Achalasia ولري نو په دې صورت کې به ناروغ ته د شپې له خوا ټوخئ او امکان لري چې Aspiration نمونیا پیداشي عسرت بلع باید د globus hystericas څخه فرق وشي چې په دې حالت کې ناروغ په خپل ستوني کې د یوې کتلې احساس کوي او د غذا سره تړاو نلري او د روحي فشار په له منځه تلو سره له منځه ځي.

۸-۳. جدول: د عسرت بلع معمول لاملونه: (۷)

دردناکه خوله او ستونی ○ د خولې متکرره apthous قرحه ○ Glandular تبه، Tonsilitis، Quinsy
عصبي ○ Pseudobulbar فلج، Bulbar فلج
عصبي عضلي ○ Myasthenia gravis, achalasia, systemic sclerosis
بندش ○ د مرۍ کارسینوما، د معدې کارسینوما، Peptic تنګوالی ○ بهرني بندش لکه قصبي کارسینوما

زړه بدوالی او ګرځون:

د زړه بدوالی او ګرځون یو ځای موجودیت د پورتني هضمي جهاز د تشوشاتو لپاره مهم عرض دی.په ډیرو حالاتو کې د ګرځون څخه مخکې زړه بدوالي موجود وي مګر په ځینې حالاتو کې کله د داخل قحف په تومور کې د زړه بدوالي څخه مخکې ګرځون موجود وي. ګرځون یا کانګې کیدی شي چې په شدیدو دردونو کې لکه کلیوي او یا صفراوي کولیکو او یا د زړه په احتشاء کې موجود وي همدارنګه کانګې کیدی شي چې د سیستمیک ناروغیو، استقلابي تشوشاتو او یا د دواګانو په واسطه منځ ته راشي کانګې کیدی

www.ketabton.com

شي قصداً وشي لکه په Peptic ulcer او Bulemia Nervosa کې د معدې د خروجي دروازې په بندش کې کانګې Projectile شکل لري او د معدې محتویات ډېر زیات وي او صفرا پکې موجوده نه وي که بندش د پایلور په ښکتنۍ برخه کې وي په کانګو کې ورسره صفرا هم موجوده وي او که بندش د کولمو په ښکتنۍ برخه کې وي نو په دې صورت کې به ګېډه متوسع وي او د کولمو Colic موجود وي.

ګرځون په حاد هضمي تشوشاتو لکه حاد Hepatitis, cholecystitis, gastroenteritis او pancrenititis کې هم پېښېږي، په همدې توګه د کانګو د اندازې، رنګ، بوي، شمیر، وخت په هکله پوره تفتیش اجراء شي که چیرې د کانګو محتوی زیړ او تریخ خوند ولري د صفرا په موجودیت دلالت کوي. اوکه چیرې د کانګو د محتوی رنګ او بوي د تشخیص وړ نه وي نو یا به د achlorhydria په موجودیت او یا به د کانګو محتوي د مرۍ څخه بیرته ګرځون کړي وي. بد بویه کانګې د پایلور په بندش، کارسینوما او یا معدې معایي فستول کې موجودې وي.

هغه کانګې چې د غایطه موادو بوي لري یا به د وړو کولمو د ښکتنې برخې په بندش او یا د کولون په بندش باندې دلالت کوي. همدارنګه په کانګو کې د وینې موجودیت ته خاصه توجه وشي، روښانه سره وینه معمولاً د بلعوم او مرۍ د تحریباتو څخه منځ ته راځي په کانګو کې توره سره وینه د مرۍ د varices او یا peptic قرحاتو څخه منځ ته راځي.

د پورتني هضمي جهاز په وینه تویدنه کې د ګرځون رنګ سور ته ورته نصواري رنګ وي چې د معدې د تیزاب په واسطه هیموګلوبین په اسید Hematin Caffee ground باندې بدلیږي. چې په لاندې جدول کې د Haematemesis او melana معمول لاملونه ښودل شوي دي:

۴-۸. جدول: د Hematemesis او melena معمول لاملونه: (۷)

لامل	فریکونسي فیصدي
د معدې قرحه	۳۰%
د اثناعشر قرحه	۲۰%
تحرشي Gastritis	۳۰%
د مري التهاب Mallory weiss څیري کیدل	۱۵%
د مري او معدیٍ وریسز	۲%
د هضمي جهاز د پورتنۍ برخې خباثت	۲%

www.ketabton.com

بي اشتهايي او وزن بايلل:

د بدن د مايعاتو له لاسه ورکول د هر لامل له کبله لکه د مدرراتو استعمال کولاي شي چې په چټک او dramatic ډول د وزن د بايللو لامل شي له بله طرفه وزن بايلل کيدی‌شي چې دواړو شحمي او غير شحمي کتلو د کموالي له کبله منځ ته راشي د وزن بايلل عموماَ د زيات مصرف او کم اخيستو له کبله منځ ته راځي. چې په دی‌کې غذايي پرهيز (Diet)، بي اشتهايي، سوء جذب شامل دي د انرژئ له لاسه ورکول په کتنې وړ ګلوکوزوريا کې منځ ته راځي. د انرژي زياتيدونکي مصرف يا ضياع په Hyper thyroidism، تبه او يا زيات انرژيتيک ضرورت په صورت کې منځ ته راځي لکه څرنکه چې 7000kg معادل د 1kg د انسان د شحمي نسج سره دی‌که چيرې يو انسان په ورځ کې ۱۰۰۰ کيلو کالوري ضايع کړي نو په دې صورت کې نوموړي 1kg وزن په هفته کې له لاسه ورکوي.

زيات ناروغان خپل د وزن د لاسه ورکولو تاريخچه ډاکټر ته وايي مګر برعکس زيات ناروغان ددې وړتيا نلري چې خپل دلاسه ورکړی وزن خپل داکټر ته ووايي. ناروغ خپل د وزن بايلل د ځان د کاليو په واسطه داکټر ته وايي ياني اندازه يې خپل معالج داکټر ته ښايي که چيرې ممکن وي بايد د پخواني ثبت شوي ريکارد په واسطه چې خپل ځان يې وزن کړئ وي معلوم کړو چې ايا ناروغ وزن دلاسه ورکړی او که نه؟ آيا د وزن په بايللو څومره وخت تير شوی دی؟ آيا ناروغ اشتها لري او که نه؟ د وزن بايلل د غذايي موادو په عدم موازنه کې هم منځ ته راځي. په شپږو مياشتو کې د 3kg وزن له لاسه ورکول د اهميت وړ خبره نه ده هغه وزن بايلل چې د بي اشتهايي او نورو هضمي اعراضو سره يو ځاي وي شايد د کومې مهمې هضمي ناروغۍ څخه نمايندګي ونه کړي لکه په depression کې. دوزن بايلل په فزيکي، روحي او اجتماعي عواملو پورې هم اړه نيسي.

په ژور خفګان، depression او مزمن الکوليزم کې په معمول ډول د وزن بايلل موجود وي هغه وزن بايلل چې په يوه بالغه ښځه کې وليدل شي او Amenorrhea ورسره يو ځاي وي نو په دې حالت کې به ناروغه Anorexia Nervosa ولري برسيره ددې چې معالج داکتر د وزن د بايللو اصلي لامل معلوم کړي بايد د ناروغ اجتماعي سلوک او ژوندانه څرنګوالي په هکله هم تحقيق وکړي.

www.ketabton.com

د ګېډې درد:

دا د هضمي جهاز د ناروغيو يو معمول عرض دی‌کله چې د ناروغ تاريخچې ته غوږ ږدو بايد د ناروغ څخه اضافي پوښتنې هم وشي. هغه درد چې په تاق هضمي احشاوو کې موجود وي معمولاً په متوسط خط کې حس کېږي د ناروغ څخه بايد د درد د موقعيت او د انتشار ناحيه وپوښتل شي. د درد مشخصات، د درد پيښيدو شمير، دوام او د حملې وخت په تشخيص کې اهميت لري هغه دردونه چې ډېر شديد وي شايد د خارج هضمي سيستم د امراضو سره يو ځاي وي هغه بطني درد چې د ټوخي او حرکت په واسطه زياتيږي د مرض منشا زياتره ددې په واسطه معلوميږي.چې په ۸-۴ جدول کې د بطني درد څلور معمول تشوشات چې د کلنيکي لوحې له مخې په تفريقي تشخيص کې رول لري پوره معلومات ورکړل شوي دي.

د درد موقعيت:

حشوي بطني دردونه د منځ خالي اعضاوو د پراخوالي، د mesenteric **کشش او يا د ملسا عضلاتو د شديد تقلص له کبله منځ ته راځي سمپاتيک عصب حشوي دردونو ته هادی‌دی‌د پاراسمپاتيک اعصاب الياف د درد احساس ته هادي نه دي د جداري پريتوان سوماتيک درد اصلي ځای چې د نوموړې عضوې د تخريش له کبله منځ ته راغلي وي د بين الضلعي عصب په واسطه انتقاليږي چې جداري پريتوان او د ګېډې د جدار اړونده برخې يې تعصيب کړي وي ځينې حاد تشوشات هميشه يو طرف حس کېږي مګر نور يې دوه طرفه حس کېږي. په ځوان نارينه کې کله چې درد يو طرفه وي بايد** Epidyemo orchitis **او د خصيو د تاويدو** torsion **سره بايد تفريقي تشخيص شي. په ځوانو ښځو کې کله چې د يو طرفه** salphangitis **شک موجود وي بايد** ectopic pregnancy **او همدارنګه د ښي** iliacfossa **د حاد درد په وخت کې** Appendicitis **له نظره ونه باسو.** (۷)

د درد د پيښيدو چټکتيا:

د ګېډې ناڅاپي شديد درد چې په تيزۍ سره پرمخ تګ وکړي ثابت وي او generalized **شکل ولري نو په دې صورت کې د بطني احشاوو سوري کيدل، د ابهر د انوريزم څيري کيدل او يا به د مثاريقي شريان بندش موجود وي.**

د ګېډې پخوانۍ تاريخچه د ناروغۍ په تفريقي تشخيص کې مرسته کوي لکه مخکنۍ قبضيت دکولون په کارسينوما او مخکنۍ رتجي ناروغۍ شايد دسوري کيدو لامل شي. محيطي وعايي ناروغۍ، لوړ فشار، قلبي عدم کفايه يا اذيني فبريلشن يو وعايي تشوش لکه د ابهر انوريزم يا د مثاريقي ischemia **منځ ته راوړلی شي. د ګېډې د درد څخه وروسته د شاک منځ ته راتګ د داخل بطني خون ريزي لکه د ابهر د انوريزم څيريدل يا** ectopic

www.ketabton.com

حمل له کبله منځ ته راځي د چټک بطني درد پيداکيدل عموماً په تاويدو کې ليدل کېږي لکه د خصيو او يا د تخمدان تاويدنه. د بطي بطني درد منځ ته راتګ او وروسته پرمخ تګ کول په التهابي حالاتو لکه Apendicitis,diverticulitis او cholicystitis کې ليدل کېږي.

۸-۵. جدول: د بطني دردونو تفريقي تشخيص: (۷)

	Peptic قرحه	صفراوي کوليک	د پانقراس حاد التهاب	د پښتورګي کوليک
موقعيت	Epigastric	Epigastric ، ښي Hypochondrium	Epigastirc ، چپ Hypochondrium	تشي
انتشار	شاته	د ښي طرف کتف زاويې ته	شاته شايد ټول بطن ونيسي	ښکته تناسلي برخې او يا ورانه ته
خاصيت	ځيروونکئ	ثابت	ثابت	ثابت د کمې اندازې تغير سره
شدت	عادي	متوسط	شديد	شديد
دوام	نيم تر دوه ساعته	۴-۲۴ ساعته	زياتر د ۲۴ ساعته	۴-۲۴ ساعته
پيښيدو وخت	معمولاً د شپې او يا کله چې ناروغ وږی وي		وروسته د زيات خښاک څخه	د dehydration په وخت
تشديدکوونکي فکتورونه	مصاله داره غذا، روحي فشار، الکول، سګرت څکول اود aspirin څخه عبارت دی	د درد په وخت د څه شي خوړلو توان نه لري	الکول	
اراموونکي فکتورونه	غذا، انتي اسيد او ګانګې		نيغ کيناستلو سره ارامېږي	
علتونه	Helico bacter pylori چې د ګاستراتيس سره يو ځاي وي	د صفراوي مالګو تشوشات، چاقي او hemolytic وينې کمی.	صفراوي تيږي، دواګاني (ديوريتيک، الکول او hypercalcemia)	Dehydration hyperurecemia hypercalcemia

د اعراضو پرمختګ:

په ځينې ناروغانو کې چې تثقب ولري وروسته د دوه يا زياتو ساعتو ناروغ يوه ارامه انتقالي صفحه حس کوي په appendicitis کې په اول کې درد د نامه په شاوخوا کې حس کېږي که چيرې د appendix سوري کيدل صورت ونيسي د عمومي peritonitis لامل ګرځي.

www.ketabton.com

د زړه سوزش:

ډیر کسان د زړه سوزش څخه ګیله مند وي او ځینې ناروغان ارګمي کوي چې د قص د هډوکي شاته سوزش چې تروشه معدوي عصاره ورسره یو ځاي وي خولې ته راګرځي نوموړی عرض وروسته د غذا د خوراک څخه چې ناروغ په چپ طرف پروت وي یا د امیندوارۍ په دوران کې او یا کله چې ناروغ زیات وزن واخلي لیدل کېږي.

د زړه سوزش د معدې د تیزاب، صفرا او pepsin د بیرته ګرځون له کبله چې د سفلي مرۍ د معصروي عدم کفایې یا د داخل بطني فشار د زیاتوالي له کبله وي منځ ته راځي زیاتره ناروغانو کې چې د زړه سوزش لري د esophagoscopy په وخت کې esophagitis نه لیدل کېږي د esophagitis په وخت کې dysphagia او odynophagia په ناروغ کې موندل کیدی‌شي. د زړه سوزش عموماً د اثناعشر د قرحې په ناروغانو کې لیدل کېږي کله چې د زړه سوزش د water brush سره یو ځاي ولیدل شي نو زیاتره د اثنا عشر قرحې ته فکر کېږي.

سوء هضم:

بد هضمي د ګیډې د ناروغانو یو معمول شکایت دی دا مهمه ده چې ناروغ د نوموړې نامعلومې مادې په باره کې تفصیلات خپل معالج داکټر ته وړاندې کړي. کیدی شي چې بدهضمي د ناروغ له خوا په زړه بدوالي، ارګمي، دزړه سوزش، شرصوفي ناحیې ناراحتي د ګیډې درد او یا د غذا څخه وروسته د ګیډې په پړسوب توصیف شي peptic قرحات معمولاً نوموړي اعراض ورکوي. وظیفوي بدهضمي چې د هغې لپاره ساختماني یا بیوشمیک لاملونه ونه موندل شي ډیر عام دی.

نفخ او باد:

متکرر ارګمي، زیات یا بدبویه مقعدی‌باد، د ګیډې توسع او د کولمو د حرکاتو اواز (Borborygmi) ته نفخ یا باد ویل کېږي. ارګمي یا Belching د هوا د بلع څخه پیداکیږي چې د ناروغ په اراده کې نه وي منځ ته راځي ارګمي په خپل ذات کې دومره مهم عرض نه دی‌کیدی‌شي چې د تشویش او یا د ګیډې د ناراحتي په وخت پیداشي د نفخ او باد اندازه د مقعد له لارې د یو سړي نه بل سړي ته فرق لري لیکن اندازه یې 200-2000 ملي لیتر په ورځ کې فرق کوي نفخ او باد معمولاً د هوا د بلعې او د هغه غذایي موادو د تخمر څخه چې د باکتریاګانو په واسطه چې په کولون کې موجود وي منځ ته راځي همدارنګه نفخ او باد د سوء جذب سندروم او lactose په عدم موجودیت کې هم منځ ته راځي زیات نفخ او باد د lactose په عدم موجودیت کې لیدل کېږي د

www.ketabton.com

نفخ او باد عدم موجودیت د کولمو په انسداد کې لیدل کېږي د borborygmi اوازونه چې کله کله ناروغ د هغه په واسطه د شرم احساس کوي د مایعاتو او ګازاتو د حرکت څخه د کولمو په اوږدوالي کې منځ ته راځي.

د ګېډې پړسوب:

د ګېډې د پړسوب اساسي لاملونه (5F) دي چې عبارت دي‌له Fat, Flatus, Feces, Fluid او Fetus څخه د ګېډې زیاتیدونکي توسع چې د شحم له کبله وي نو داکتر باید دې ته متوجه وي چې ناروغ حتماً الکول څښونکی دی که چیرې د ګېډې توسع په هغه ناروغانو کې ولیدل شي چې ورځ په ورځ خواریږي نو په دې حالت کې داخل بطني ناروغیوته فکرکیږي. Ascitis چې په داخل د پریتوان کې د مایعاتو د تجمع څخه منځ ته راځي معمولاً د ځیګر سیروزس، خباثت، نفروتیک سندروم ، توبرکلوزیک پریتونایتس او د زړه د ناروغیو له کبله صورت نیسي. د چټک او سخت Ascitis منځ ته راتګ په داخل بطني خباثت ، انتاني peritonitis او یا د هیپاتیک او یا د باب ورید په بندش کې لیدل کېږي د ګېډې بې درده توسع په ښځو کې معمولاً په ovarian cyst یا ناپیژندل شوي حمل کې لیدل کېږي همدارنګه نومورې توسع په کاذب انسداد (غیر میخانیکي انسداد) چې کله کله په Neuropathy کې چې هضمي کانال یې مصاب کړی وي په زړو کسانو کې چې Anti cholenergic دواګانې لکه Tricyclic Antidepressant اخلي هم لیدل کېږي.
د ګېډې بې درده توسع او قبضیت چې د ماشوم توب د لومړیو وختو څخه پیل کېږي معمولاً Hirschprung ناروغۍ خواته فکر کېږي د ګېډې تموجي پړسوب چې په ورځ کې زیاتیږي تر اوسه پورې د کومې عضوي ناروغۍ عرض نه دی حساب شوی او عموماً په ښځو کې لیدل کېږي دا معمولاً د نورو اعراضو د IBS سره یو ځای واقع کېږي او د تعوط د فعل سره له منځه ځي. د ګېډې دردناکه توسع چې Colic هم ورسره یو ځای وي د کولمو په انسداد کې لیدل کېږي که چیرې مزمن ساده قبضیت د (IBS) Irritable bowel syndrome سره یو ځای نه وي نادراً د ګېډې دردناکه پراخیدو لامل ګرځي. د ګېډې د پړسوب لاملونه په لاندې جدول کې ښودل شوي دي.

۸-٦. جدول: د ګېډې د پړسوب لاملونه: (۷)

فکتورونه	ناروغۍ ته فکر کول
شحم	په زیاته اندازه د الکولو لګښت یا مصرف
د ګېډې باد Flatus	کاذب بندش، بندش
غایطه مواد	تحت الحاد بندش، قبضیت

www.ketabton.com

مايع	د تخمدان او يا رحم کتله، د مثانې غټوالی، ascitis
جنين	د وروستي حيض د وقفې تاريخ

د تعوط په فعل کې تغير او يا بدلون:

د تعوط فعل د څو ځلو نه په ورځ کې نيولی تريو ځله په درې ورځو کې فرق کوي د تعوط د فعل تغيرات شايد د خطرناکې ناروغۍ اولنی عرض وي قبضيت د ناروغ له خوا د کلکو غايطه موادو خارجيدل، کم تعوط کول او د تعوط په وخت په ډيرو زور وهلو باندیتشريح کېږي. اسهال شايد د ناروغ له خوا د زيات تعوط کول، د نرم او اوبلن غايطه موادو ايستل، ژر ژر تعوط کول او دوامداره د تعوط عمل سرته رسول دی.

۸-۷. جدول: د اسهالاتو غوره لاملونه: (۷)

حاد: - **انتاني ګسترو انترائيس** - **دواګانې (خاصتاً انتي بيوتيکونه)** **مزمن:** - (IBS) Irritable bowel syndrome - **د نس التهابي امراض** - **د کلو پرازيتي ناروغۍ لکه** giardia - **دوايي تداوي لکه د** Laxative **استعمال** - **سوء جذب سندروم** - Autonomic, Neuropathy **(خاصتاً د شکرې ناروغۍ)** - Feacal impaction - **د غټو کولمو او مقعد خباثت** - **ميتابوليک تشوشات لکه تايروتوکسيکوزس**

۸-۸. جدول: د قبضيت غوره لاملونه: (۷)

د غذايي فايبرو نشتوالی **د نس تحرشي سندروم** **دوايي تداوي لکه د افيون خوړل** **معايي انسداد** **عدم تحرکيت او تمرين**
ميتابوليک تشوشات لکه هايپوتايروييديزم، Hyper calcemia

www.ketabton.com

۸-۹. جدول: د غایطه موادو د رنګ وصفي ابنارملتي:

❖ د قیر په شان تور غایطه مواد	په پورتني معدی‌معایي نزف کې (melena) (د نږدې مستعرض کولون ته) لکه د peptic قرحه ، د سیکوم Anyiodysplasia د اوسپنې او بسموت اخستل
❖ وینه لرونکي غایطه مواد	تقرحي colitis، د مقعد او غټو کلمو تومورونه، د غټو کلمو رتجي التهاب
❖ حاسف	د غوړو سوء جذب (steatorrhea) چې د وړو کلمو د ناروغیو او یا د پانکراس د ناروغۍ له کبله وي
❖ سپین زرین Sivery	د Seatorrhea او معدوي معایي نزف د یو ځاي والی څخه ګډوالي، چې د پانکراس په کارسینوما کې وي

د IBS معمول لامل د تعوط د فعل په تغیر کې دی چې نوموړي سندروم په هغه ناروغانو کې چې عمر یې د ۵۰ کلنۍ څخه کم وي لیدل کېږي چې معمولاً اعراض یې عبارت دي له قبضیت او اسهال ضمنې پیښې چې د بطن پراخیدنه او د ګیډې وقفوي درد چې د تعوط د عمل په واسطه له منځه ځي کیدی شي چې IBS غیروصفي اعراض لکه dyspepsia د تبول فریکونسي، د ملا درد او خستګي ولري. په همدې توګه د ناروغ په کلنیکي تاریخچه کې داسهالاتو په هکله مهمې پوښتنې وشي چې د اسهالاتو لاملونه ۸-۱۲ او ۸-۱۳ جدولو کې ښودل شوي دي او هم د ناروغ څخه باید د دواګانو د خوړلو په باره کې پوښتنه وشي لکه مګنیزیم لرونکي انتي اسید او mefanimic acid چې د اسهال لامل ګرځي همدارنګه AL لرونکي انتي اسید، codine sulphate او tricyclic anti denressant چې د قبضیت لامل ګرځي پلټنه وشي همدا ډول د ناروغ څخه د قبضیت په هکله پوښتنه وشي چې په ۸-۱۴ او ۸-۱۵ جدولو کې ښودل شوي دې باید د غایطه موادو رنګ، بوي، کلکوالي په هکله د ناروغ نه مفصل معلومات راټول شي همدارنګه باید معالج داکټر د ناروغ د خولې محلي لغاتونه چې ناروغ پرې وپوهیږي استعمال کړي په غایطه موادو کې د وینې او محاط د موجودیت په هکله باید پوره پلټنه وشي که ممکن وي باید د ناروغ غایطه مواد د معالج داکټر له خوا وکتل شي چې په دې صورت کې ډاکټر کولی شي ، حلقوي چنجیان ، پلن چنجیان او د کخ چنجیان او همدارنګه رنګ او بوي یې وګوري.

www.ketabton.com

مقعدي وينه بهيدنه:

باید د مقعدي وینه بهیدنې اصلي لامل معلوم شي چې معمولاً نوموړی عرض په بواسیرو او مقعدي درزو کې لیدل کېږي چې نوموړې دواړه ناروغۍ دومره سره نږدې دی چې باید په غیر له ثبوته په سطحي ډول وربانديې فیصله ونه شي. باید د Colorectal **کارسینوما، تقرحي** Colitis **او اختلاطي** diverticulitis **تر منځ تفریقي تشخیص اجرا شي. هغه وینه بهیدنه چې د مقعدي کانال څخه وي روښانه سور رنګ لري د غایطه موادو سره ګډه نه وي او کله کله د تشناب کاغذ له پاسه لیدل کېږي د بواسیرو وینه بهیدنه زیاته وي او د تشناب په کاغذ روانه وي او د تعوط د فعل څخه وروسته جاري وي هغه وینه بهیدنه چې د مقعدي درزو سره موجوده وي په دې حالت کې مقعدي درد د تعوط په جریان او وروسته د تعوط څخه حس کېږي.** Colitis **همیشه د** urgency **سره یو ځای وي. په همدې توګه په** colitis **کې نه جوړ شوي غایطه موادد وینې، مخاط او قیح سره یو ځای خارجیږي. د کولون کارسینوما او ادینوما دواړه د زیات مخاط د تولید لامل ګرځي، د هضمي سیستم په کانال کې خون ریزي د ضعف، شاک او د مزمنې وینه لږۍ د اعراضو سره یو ځای وي. د روښانه سرې مقعدي وینې لاملونه په لاندې جدول کې ښودل شوي دی.**

۸-۱۰. جدول: دروښانه سرې مقعدي وینې لاملونه: (۷)

o مقعدي‌بواسیر ، دکولون خباثت
o مقعدي‌درزونه د نس Bowel التهابي امراض
o مقعدي‌کولوني پولیپونه
o اختلاطي رتجي ناروغۍ Ischemic colitis

زیړی:

زیړی د زیات بیلیروبین د موجودیت له کبله د وینې په دوران کې منځ ته راځي بلیروبین په زیاته پیمانه د hemoglobin **د تخریب له کبله په** RES **سیستم کې منځ ته راځي چې** unconjugated **بیلروبین چې د البومین سره یو ځای وي نشي کولی چې د تشو میتیازو له لارې اطراح شي وروسته د ځيګر د ګلوکولوریندیشن څخه** bilirobin diglucoronide **د صفراوي قناتونو له لارې هضمي کانال ته داخلیږي او هلته د مایکروفلورا په واسطه په** urobilinogen **بانديې بدلیږي، په صحتمند سړي کې** urobilinogen **بیرته د بابي لارې څخه د وینې دوران ته داخلیږي او د پښتورګو په واسطه اطراح کېږي که چیرې د صفراوي لارې بندش موجود وي نو په اوبو کې منحل بیلیروبین ډاي ګلوکورونايد بیرته د وینې دوران ته جذبیږي او د پښتورګي له لارې اطراح کېږي.**

www.ketabton.com

زیړی کیدی شي چې hemocytic، کبدی حجروي او یا انسدادی منشاء ولري.

کبدي حجروي زیړی: په کبدي حجروي زیړي کې وصفي اعراض مشتمل دي په بې اشتهایي د خولې د مزې خرابوالی، دلبدي، استفراق او د بطن د علوي برخې درد چې زیاتره د ځیګر حساسیت ورسره یو ځای وي.

ډیر معمول لاملونه یې عبارت دي له ویروسي هیپاټایټس، کیمیاوي هیپاټایټس (چې د الکول په ناوړه استعمال او دوایي تداوي کې لیدل کېږي)

انسدادی زیړی: وصفي اعراض یې عبارت دي له خارښت، تور ادرار، او حاسف غایطه مواد. انسدادی زیړی عموماً د صفراوي لارو د بندش له کبله چې خارج کبدي منشا لري د صفراوي تیږو او یا د پانکراس د کارسینوما له کبله منځ ته راځي.

چې په لومړي کې ناروغ د تبې، سړه لرې، صفراوي کولیک او یا د پخواني صفراوي عملیاتو څخه شاکي وي، په وروستني حالت کې په ناروغ کې مزمن معند د ملادرد، اود جس وړ صفراوي کڅوړه موجوده وي داخل کبدی بندش ډیر زیات د الکولو په ناوړه استعمال، دوایي تداوي او لومړني بیلیري سیروزس کې لیدل کېږي چې په بیلیري سیروزس کې پرمخ تللی خارښت موجود وي.

فزیکی کتنې

د هضمی سیستم په فزیکی معاینه کې د خولی د جوف، بطن او مقعد معاینات شامل دي

د خولی د جوف معاینه:

د خولی په فزیکی معاینه کې باید لاندې شیان وکتل شي:

۱. د شونډو معاینه:

نورمالي شونډې لشمي وي تر ټولو لمړئ د شونډو رنګ وګورئ.

په سیانوزس کې ابي رنګه، په کم خونی کی خاسفي او په ولادي افاتو کی سوء تشکلات لکه لب چاکی hare lips ولټول شي. د شونډو قرحي په سلفیس، کارسینوما او تب حال یا Herpes (febrile) simplex کې لیدل کیږي.

۲. د ژامو معاینه: اوریځ Gums

الف) رنګ یې وګورئ. ب) اوریځ په Scurvy، امیندواري اود Epilepsy تداوي کې چې دوامداره Hydantion اخلي پړسیدلی وي.

ج) Thromhocyto penic purpura او حاده لوکیمیا کی نزف موجود وي.

د) په Gingivitis کې د اوریو څنډې سرې او په آسانه سره وینې کیږي.

www.ketabton.com

ر) په Pyrorrhea کې اورئ تکمشی او نزفي وي.

۳. غاښونه: غاښونه باید معاینه شي آیا مصنوعي غاښونه شته؟ د غاښونو چنجن والی او Cares ولټول شي.

۴. ژبه:

ناروغ نه هیله وکړئ چې خپله ژبه راوباسي او لاندې شیان پکې وګورئ:

- ❖ د ژبې رنګ: په سیانوز کې آبی، د VitB12 په فقدان کې سره او په کم خونی کې خاسفه وي همدا ډول د Addison په ناروغئ، ځینی فنکسي آفاتو او د اوسپنی د مستحضراتو د خوړلو څخه وروسته توره وي په محرقه کې په مرکز کې بارداره او څنډې یې سرې وي.
- ❖ د ژبې تناظر: په نارمل توګه ژبه ډیر کم انحراف لري د دولسم زوج په فلج کې ماوفه طرف ته انحراف کوي.
- ❖ د ژبې رعشه: په عصبانیت، تایروتوکسیکوزس Dementia parulytica او پرکنسونیزم کې د ژبې رعشه لیدل کیږي.
- ❖ د ژبې د سطحې معاینه: ایا ژبه لمده او یا وچه ده
  - وچه ژبه: په Anxiety ، ډي هایدریشن، بې مزې ډیابټس، د یوریمیا په آخره مرحله او د کولمو په حاد انسداد کې لیدل کیږي.
  - لمده ژبه: په Hysteria، د خولې په قرحاتو د ایوداید او بروماید تسمم او Post encephalitic پرکنسونیزم کې لیدل کیږي.
  - ښویه ژبه: په عمومي توګه papilla اتروفي کوي چي په جیشه انیمیا، د اوسپنی د کمي انیمیا، pallegra او sprue کې لیدل کیږي.
- ❖ بارداره ژبه: په نارمله توګه د خولی مخاطی غشاء د یوې نازکی طبقي په واسطه پوښل شوي ده که چیری دا طبقه ضخیمه شي د پوښلی یا Furred tongue په نامه یادیږي. چي په زیات تنباکو څکولو، تبه (په ملاریا کې ټوله ژبه اوپه محرقه کې دژبې مرکزی برخه بارداره وي، دخولی تنفس، قبضیت او Gastroenteritis کې لیدل کیږي.
- ❖ د ژبې قرحات: په څلور ډوله دي: ساده قرحي، خبیثي قرحي، توبرکلوزیک قرحی او سلفتیک قرحي دي. ساده قرحی سطحی وي چې په توره ټوخله او تیره غاښـو خلکو کې لیدل کیږي. خبیثي قرحی د ژبې په څنډو کې وي کلکي معشوشي څنډې او

www.ketabton.com

سختې قاعدې لري ناحیوي لمفاوي عقدات هم ورسره لوی وي. توبرکلوزیک قرحې د ژبې په څوکه کې وي سطحی ژیړې او دردناکه وي او د سږو په توبرکلوز کې لیدل کیږي. سلفتیک قرحې هم په دوه ډوله دي چې یو یې سطحي دي چې د ژبې په څنډو او یا پورتنۍ سطح کې د درز په شکل لیدل کیږي. ژور قرحات د ژبې په ظهری سطح کې موجود وي قاعدې یې سختې نه وي درد هم نه لري او لمفاوي عقدات هم لوی نه دي.

- ❖ **خنک یا** Palate : چې نرم خنک او سخت خنک دي کله چې ناروغ خوله خلاصه کړي وی معاینه یې کړئ ابنارمل ټکی او آفات یادداشت کړئ.
- ❖ **حلق،** Oropharynx او د خولې مخاطي غشا معاینه په داسې خال کې اجراء کړئ چې د ناروغ خوله خلاصه اود څراغ په واسطه د نوموړو ساختمانو آفات مشاهده کړئ ټانسلونه Vulva اولوزی وګورئ او همدا ډول انفی بلعومی برخه د انفی خلفي آینې په واسطه معاینه کړئ د ټانسل التهاب او د هغې لپاسه اګزودات او خاکستري پردې چې د دفترې لپاره مختص دي وګورئ. او یادداشت کړئ. د فرنکس خلفي برخه د ژبې د فشار د Tongue depressor، په واسطه معاینه او تفتیش کړئ.

د ګیډې فزیکي معاینه:

د آسانتیا لپاره ګیډه په نهه ناحیو باندې ویشل کیږي چې په دې طریقه کې د دوه افقي او دوه عمودي خیالي خطونو پواسطه چې لومړنی افقي خط د آخرني اضلاعو لاندې او د لمړني قطني فقري په سویه او دوهم افقي خط د Cristailiaca په سویه رسمیږي او دوه عمودي خطونه د Mid clavicular او Mid inguinal په سویه رسمیږي چې پورتنۍ نهه ناحیې تاسي په شکل کې کتلای شئ.

پورتنۍ ډلبندي په زیاتره بطني تشوشاتو کې ګټور تماميږي.

د بل میتود پواسطه چې بطن په څلورو ناحیو ویشل کیږي یو افقي او یو عمودي خط چې د نامه نه تیریږي رسمیږي چې R.L.Q., R.U.Q او L.U.Q او L.L.Q دی.

د ګیډې تفتیش:

د معاینې طریقه:

عمومي قواعد:

الف: که ممکن وي باید معاینه په طبعي رڼا او ګرم چاپیریال کې اجراء شي.

www.ketabton.com

ب: ناروغ باید د ستوني ستاخ په حالت معاینه شي چې د ناروغ د سر لاندې یو بالښت کیښودل شي تر څو د ګیډې د جدار عضلات ښه استرحا وکړي.

ج: که ناروغ Kyphosis ولري باید د زیاتو بالښتونو څخه استفاده وشي.

د: که چیرې ناروغ شدیده سالنډي ولري باید ورڅخه د اوږده غځیدو غوښتنه ونه شي.

هـ: د ناروغ کالي باید د Xiphoid sterni څخه تر Symphysis pubis پورې ټولې جامې لرې شي او د ناروغ پښې او سینه په ډیر عزت سره پټې وساتل شي او هم د ناروغ احساساتو ته په درنه سترګه وکتل شي.

و: که چیرې ناروغ په کټ کې معاینه کیده نو په دې حالت کې ټول شیان د کټ څخه لرې شي پرته له روجائي څخه.

تفتیش:

الف: باید د ناروغ د بطن شکل او تناظر وکتل شي په تفتیش کې ندبې او نوري ابنارملتي ګاني لکه د کتیتر نصب والی هم تفتیش شي.

ب: د کولمو حرکات باید د تماس پواسطه وکتل شي.

ج: که چیرې وغواړو د کولمو حرکات تنبه کړو نو په دې صورت کې نوموړې ناحیې ته چټکه ضربه ورکوو یا داسې مایع چې ګاز ولري ناروغ ته ورکوو.

غیر نورمال حالات:

۱- پوستکی: په زړو خلکو کې شحمي زخې چې د ګلابي څخه تر نصواري او تور رنګ پورې فرق کوي او همدارنګه Hemangioma ډیر عام دي چې یو نورمال حالت باید وګڼل شي که چیرې ګونځې په پوستکي کې وکتل شي نو تشریح ته ضرورت لري د پوستکي ابنارمل ساحې باید په نښه شي لکه د جراحي ندبې د جراحي عمل ډول چې اجراء شوي وي باید معرفي شي د جراحي عملیاتو ندبې باید ولیدل شي. که چیرې په ناروغ کې Colostomy اجراء شوي وي نو غایطه مواد سخت او بد بویه وي او که چیرې iliostomy اجراء شوي وي نو غایطه مواد اوبلن او بې بویه وي.

۲- ویښتان: ثانوي ویښتان د بلوغ په سن کې پیداکیږي که چیرې د بلوغ په سن کې پیدانشي نو ممکن ناروغ به په Hypogonadism یا Hypopituitarism مصاب وي که چیرې ثانوي جنسي تغییرات په ښځینه کې منځ ته راشي په دې صورت کې د ښځې د ویښتانو ثانوي شنه کیدل به د نارینه په شان وي مګر په نارینه کې د Cirrhosis په حالت کې د ویښتانو ثانوي توزیع د ښځینه جنس په ډول دی.

www.ketabton.com

۳- رګونه: Collateral رګونه کیدی شي چې د بابي فرط فشار او د سفلي اجوف ورید د بندش په حالاتو کې د بطن د پاسه ولیدل شي چې نوموړی د تاو پیچ شوي سطحي Epigastric وریدونو څخه دي دا چې د سفلي اجوف ورید د بندش په حالاتو کې وینه د بطن پورتنۍ برخې ته جریان کوي نه ښکته د عجان ناحیې ته. د ځیګر په سیروزس کې د وینې جریان د نامه د شاو خوا څخه محیط طرف ته وي.

۴- شکل: Scapoid شکله بطن په لوږه او هغه ناروغۍ چې مزمنه وي منځ ته راځي د ګیډې پړسوب د چاغوالی، امیندواري، Ascitis او نورو کتلو پواسطه منځ ته راځي. د چاغوالی په حالت کې ثره د Scapoid په شکل وي مګر په نوروحالاتوکي همواریا راوتلۍ وي. د مثانې، رحم او تخمدانو د لیدلو وړ غټوالی په دې ډول دي چې د حوصلې څخه جګیږې او پړسوب د بطن په منځنۍ برخه کې بارز وي. مګر په Ascitis کې پړسوب د Flank په ناحیه کې نظر د بطن منځنۍ برخې ته بارز وي. د لیدلو وړ پړسوب د بطن لپاسه شاید په پراخه اندازه د پښتورګو، توري او ځیګر په غټوالي کې وي. د پایلور په تضیق کې پړسوب د ګیډې په پورتنۍ برخه کې وي.

۵- حرکات: د بطن تنفسي حرکات د peritonitis په حالت کې له منځه ځي د Epigastric په ناحیه کې نبضان عموماً د بطني ابهر له کبله وي په غیر معمول ډول د ښې بطین، ځیګر یا د کوم بطني انوریزم له کبله وي. کله کله معالج داکتر د مشکلاتو سره مخامخ کېږي چې نبضان د بطني ابهر د انوریزم له کبله وي او یا د کوم کتلې پواسطه نبضان د ابهر څخه د بطن سطحې ته انتقالیږي د دواړو تفریقي تشخیص د U.S پواسطه کېږي د وړو کلمو حرکات په هغه کسانو کې چې د مستقیمه عضلاتو تشعب ولري یا فتق یې لرې شوی وي ښه کتل کېږي د وړو کولمو حرکات د بطن په مرکزي برخه کې د تاوپیچ حرکاتو په ډول ښه پیژندل کېږي.

٦- فتقونه: فتقونه عموماً د موضعي درد لامل ګرځي چې باید د Recti Abdomen عضلې د تشعب څخه یې فرق وشي. چې Recti Abdomen Diverication په Multipara ښځو کې زیات وي او هغه وخت یې ښه کتلای شو چې ناروغ ستوني ستاخ پروت وي او ورڅخه د کښیناستو خواهش وشي په دې وخت داخل بطني فشار زیاتیږي او Linea alba خارج خواته وځي. ثروي فتق د نامه په فوحه کې کتلای شو چې عموماً په ماشومانو کې کتل کېږي او پخپله جوړیږي.

www.ketabton.com

د Epigastric فتق د یو کوچني پړسوب په شکل چې معمولاً د 1cm څخه زیات قطر نه لرې لیدل کېږي چې نوموړی فتق د خارج پریتواني شحم له کبله چې د Linea alba د نقصان له کبله بهر خواته وځي چې کولاي شو نوموړی فتق د یوې ګوتې پواسطه داخل خواته دننه کړو او فوحه جس کړو.

جس

جس په درې ډوله ویشل شوی دی چې عبارت دی د سطحي، ژور او جس د تنفس کولو په وخت کې. ددې لپاره چې د بطن د عضلاتو د تقلص څخه مخ نیوی وکړو نو لازم دی چې د معالج داکتر لاسونه ګرم او معتدل وي او وروسته د مریض یقین د یو ورو تماس پواسطه حاصل کړو. د Hepatomegaly، Splenomegally او نورو اعضاؤ غټوالي د جس لپاره چې Ascitis ورسره وي کولاي شو چې د Dipping تخنیک څخه استفاده وکړو.

د معاینې طریقه:

عمومي قوانین:

۱) باید چې د معاینه کوونکي لاسونه ګرم وي.
۲) که چیرې دناروغ کټ ټیټ وي باید معاینه کوونکئ د معاینې په وخت کښیني.
۳) ناروغ ته ووایئ چې خپل دواړه لاسونه په دواړه اړخو کې د بدن د اوږدوالی سره نږدی کړي تر څو بطن ښه استرحا وکړي.
۴) ناروغ ته ووایئ چې د جس په وخت کې د درد د احساس ناحیه داکتر ته په ګوته کړي.
۵) د جس په وخت کې د ناروغ وچولي ته هم نظر وشي.

الف:سطحي جس:

۱) معاینه کوونکی لاس د ناروغ د بطن له پاسه ایږدي او ددې نه وروسته د بطن د جدار د تماس سره د ناروغ عکس العمل ته ځیر شئ.
۲) د عضلي مقویت د معلومولو لپاره د سطحې لپاره د سطحي dipping حرکاتو څخه استفاده کوو چې په دې طریقه کې په متناظر ډول د درد د لرې ساحې څخه dipping شروع کوو او د درد ساحې ته ځان رسوو.
۳) ددې لپاره چې Rebound tenderness معلوم کړو نو د لاس پواسطه په آرامه او زور سره د بطن له پاسه د فشار ورکوو او په تیزی سره یې لرې کوو.

www.ketabton.com

ب: ژور جس:

۱) **د لاس د ورغوي پواسطه چې هموار وي کولای شو چې ډیر ژور ساختمانونه جس کړو.**

۲) **د هرې ساحې جس باید د ماوفه ساحې څخه لرې شروع شي او د جس په وخت کې باید د ګوتو د څوکو د استعمال څخه مخنیوی وشي ځکه چې د عضلې مقاومت لامل ګرځي.**

۳) **که چیرې د ګوتو د څوکو استطباب موجود وي نو د Dipping تخنیک څخه استفاده کوو.**

غیر نورمال حالات:

د عضلاتو عمومي مقاومت په Anxiety کې لیدل کېږي. عضلي مقاومت کولای شو چې د ذفیر په لمړي سر کې د جس پواسطه چې مقاومت کمیږي لاس ته راوړو. مقاومت کیدی شي چې د داخل بطني اعضاو د ماوفه کیدو او یا د پریتوان د تحریش له کبله وي لکه د Mecburney ناحیې حساسیت د Appendicitis او هم د بطن د ژورو برخو په التهابي حالاتو کې چې د موضعي درد لامل نه ګرځي، کولای شو چې د درد ناحیه د Rebound tenderness پواسطه پیداکړو چې په دې صورت کې د لاس داخل خواته دننه کولو په صورت کې د درد لامل نه ګرځي بلکې کله چې لاس په چټکه توګه بیرته راکش شي د درد لامل ګرځي. د peritonitis په حالاتو کې بطن د لرګي کلکې تختې په شان وي چې د کولمو حرکات او د تنفس په وخت کې د ګیډې حرکت هم نه لیدل کېږي، چې په دې حالت د نورو عملیو لکه Rebound tenderness ته لاس اچول به بې ګټې وي. د Pelvic peritonitis په حالاتو کې بطني اعراض وروسته څرګندیږي چې نوموړی حالت د مقعدی معاینې پواسطه ښه پیژندل کېږي د بطن د پوستکي ارتجاعیت د Hydration په اندازه او ګونځې یې د وزن د ضیاع اندازه ښیي. په شدید قبضیت کې کولای شو چې غایطه مواد د کولون په هره برخه کې جس کړو. په یوه کتله باندې د ګوتو د فشار پواسطه د ګوتې د چاپ پاتي کیدل د غایطه موادو موجودیت ښیي. کله کله د سخت غایطې موادو او خبیث تومور تر منځ توپیر مشکل وي مګر وروسته د تعوط د فعل د اجراء څخه د دواړو تفریقي تشخیص کېږي. که په تفتیش سره د مثانې د غټوالی او د رحم او تخمدانو توپیر ونه شي نو د جس پواسطه کولای شو چې د یو ګنبدی شکله پړسوب پواسطه چې د Symphysis pubis څخه شروع کېږي توپیر وکړو. د ګیډې د پورتنۍ برخې کتلې چې تنفس په وخت

www.ketabton.com

کې د خپل ځای څخه حرکت نه کوي نو دابه یا د پریتوان په حلف کې ثابت وي او یا به د ګیډې په جدار پورې نښتې وي که چیرې یوه کتله د ګیډې د جدار په منځ کې وي نو هغه وخت جس کېږي چې د بطن جدار تقلص وکړي.

د تنفس په وخت جس کول:

ځیګر، د صفراکڅوړه طحال او پښتورګی باید د ژور شهیق په وخت جس شي د کامیابۍ کنجي په دې کې ده چې د شهیق په وخت د مطلوبه عضوې د ښکته کیدو لپاره انتظار وویستل شي. د ځیګر جس کول هغه وخت غلط واقع کېږي چې د جس عملیه ډیر پورته د ضلعې د څنډې لاندې شروع شي او د ځیګر څنډه د جس کوونکي د لاس څخه ښکته واقع وي.

د معاینې لړۍ:

۱- ځیګر:

الف) د معاینه کوونکي لاس هموار او په دې شکل وي چې د ګوتو څوکې پورته خواته او د مستقیمه عضلې په وحشي څنډه قرار ولري جس د نامه د ساحې څخه شروع کوو او پورته ځو.

ب) خپل لاس ته په زور دننه او پورته خواته ټیله ورکړئ او د شهیق په وخت خپل لاس ته حرکت مه ورکوئ.

ج) د شهیق په اعظمي نقطه کې لاس ته دننه خواته ټیله ورکولو ته حاتمه ورکوو او د لاس د پورته خواد ټیله کولو څارنه کوو. نو په دې وخت کې به زمونږ د ګوتو څوکې څنډه جس کړي.

د) باید د ځیګر څنډه د تیزوالی، پڅوالی، حساس والی، منظم ده او که غیر منظم فرق وکړو. که د ځیګر څنډه غیر منظمه وي نو داد بطن په عرض ویشو او هره ویشل شوي څنډه بیله بیله جس کوو.

۸-۲.شکل د جس صحیح طریقه (۱۱)

www.ketabton.com

۸-۳.شکل د ځیګر جس: Preferred طريقه (۱۱)

۸-۴.شکل د ځیګر جس: alternative طريقه (۱۱)

۲- د صفراکڅوړه:

الف) خپل لاس د صفراکڅوړې په ساحه کې کيږدئ او د ناروغ څخه وغواړئ چې ژوره ساه واخلي کيدی شي چې د ژور تنفس اخيستلو په وخت تنفس بندشي (morphy sign).

۳- توری:

الف) خپل جس کوونکی لاس د چپ پښتيو لاندې داسي کيږدئ چې د ګوتو څوکې مو دننه او پورته خواته تيله شي.

ب) د ناروغ څخه وغواړئ چې ژور شهيق واخلي نو په دې وخت که چيرې توری غټ شوی وي نو ستاسو د ګوتو د څوکو سره جس کيدیشي.

ج) د شهيق په اعظمي نقطه کې په خپل جس کوونکي لاس فشار راولئ تر څو د غټ شوي توري د څنډې اوصاف جس کړئ.

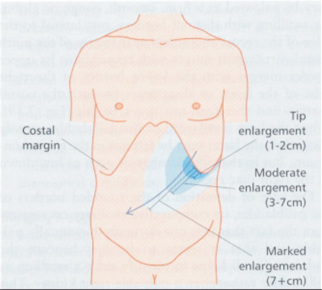
د) که چيرې توری جس نه شي نو خپل لاس دننه او پورته خواته د پښتيو لاندې تيله کوو.

و) نوموړی عمليه د چپ پښتۍ په اوږدوالي په مختلفو ځايو اجراء کړئ که چيرې د توري ځای نامعلوم وي.

ه) که چيرې بياهم د توري ځاي تثبيت نه شونو ناروغ ته ښی وحشي وضعيت ورکوو په دې‌ډول چې چپ کوناټې اود ناروغ زنګون د قبض په حالت وي او عمليې ته ادامه ورکوو.

ي) په متناوب ډول د چپ خوا معاينه کړئ په دې ډول چې معاينه کوونکي ګوتې مو د چپې پښتۍ لاندې د ژور شهيق په وخت دننه شي.

www.ketabton.com



۸-۵.شکل د توري د لویوالي طرف (۱۱)

۸-٦.شکل دتوري جس د چپ خوا څخه (۱۱)

۸-۷.شکل د توري جس د متوسط خط څخه (۱۱)

۴- پښتورګي:

الف) د پښتورګي د معاینې لپاره د Bimanual طریقې څخه استفاده کوو.

ب) خپل یو لاس د چپ پښتۍ په حلف او بل لاس په علوي quadrant کې ایږدو.

ج) کله چې ناروغ ساه باسي خپل دواړه لاسونه یو بل ته نږدې کړئ.

د) کله چې ناروغ ساه اخلي نو د پښتورګي لاندې قطب جس کولای شئ

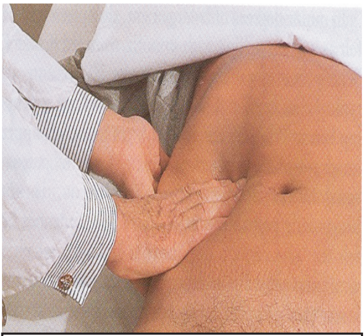
ز) پښتورګي قدام او حلف ته تیله کړئ چې دې عملیې ته Balloting وایي او پښتورګي په دې عملیه کې ښه مشخص کیږي.

و) د پښتورګي شکل، قوام او حجم معاینه کړئ.

ه) چپ پښتورګي دواړه خواوې معاینه کړئ.

www.ketabton.com

۸-۸.شکل د چپ پښتورګي جس (۱۱)



۸-۹.شکل د ښي پښتورګي جس (۱۱)

غیر نورمال کتنې:
د عمر د زیاتوالی سره د صفراوي کڅوړې تیږې ډیر عمومیت لري خصوصاً په ښځو کې چې کیدی شي د Cholecystitis لامل شي چې په دې حالت کې د ښي پښتۍ لاندې د ترقوې د منځنۍ برخې په سویه درد حس کېږي.

د جس وړ صفراوي کڅوړه یو غیر نورمال حالت دی چې د صفراوي کڅوړې په غټوالي دلالت کوي د مشترک صفراوي قنات د بندش له کبله زیږی منځ ته راځي. د جس وړ توری یو غیر نورمال حالت دی او هغه توری چې د ذفیر په وخت کې جس شي په ډیر زیات غټوالي باندی‌دلالت کوي کله کله Splenomegaly د پښتورګي د غټوالي سره معالطه کېږي چې د توري د Notch پواسطه د پښتورګي څخه تفریقي تشخیص کېږي د ګیډې د جدار پیړوالی د پښتورګي د جس مانع ګرځي که چیرې پښتورګي ډیر زیات غټ شوي وي نو کیدی شي چې پښتورګي جس شي لکه د poly cystic پښتورګي جس کولاي شو د پښتورګي tenderness د ناروغ د کښیناستو پواسطه او په ملا باندې د ناروغ په کلیوي زاویه باندې د ضربې په واردولو سره معلوم کړو.
که چیرې پښتورګي ډیر کوچني جس شي نو په دې صورت کې امکان لري چې ناروغ به د پښتورګو په مزمنه عدم کفایه اخته وي.

www.ketabton.com

قرع او اصغاء

د قرعې اهمیت په دې کې دی چې د مایع، جامد او ګاز ترمنځ فرق وشي.

د معاینې طریقه:

عمومي قوانین:

الف) قرع د ریزونانس ناحیې څخه شروع کوو او Dull خواته ځو.

ب) خپله د قرعې ګوته په تنه باندې داسې ځاي په ځاي کړئ چې مطلوبه عضوې سره موازي وي.

ج) د سطحي اجسامو د قرعې لپاره کم زور او د ژور اجسامو لپاره له زیات زور څخه کار اخلو.

د) د توري په قرع کې ناروغ ډوبه ساه اخلي او قید یې ساتي تر څو اجراء شي.

:Shifting dullness

الف) ناروغ ته ستوني ستاخ وضعیت ورکول کېږي او قرع د متوسط خط څخه شروع او تر هغه ځایه قرع اجراء کېږي تر څو Dull ساحه پیدا شي.

ب) د Dull note ځاي په نښه کوو او د ناروغ څخه غواړو چې په بل اړخ واوړي.

ج) د لس ثانیو لپاره انتظار وباسو که چیرې Dull په ریزونانس بدل شوی وي نو په Ascitis دلالت کوي.

د) ددې لپاره چې د Fluid thrill لاس ته راوړو نو خپل یو لاس د ګیډې د Flank په ناحیه او د بل لاس د ګوتو پواسطه د ګیډې په جدار باندیضربه واردوو.

و) ددې لپاره چې د مایع اهتزاز جس شي نو د ناروغ څخه خواهش کېږي چې خپل یو لاس د متوسط خط په اوږدوالي په ګیډه باندې کېږدئ تر څو د ګیډې د جدار د ممکنه Thrill څخه مخنیوی وکړي.

اصغاء

د معاینې طریقه:

الف) ددې لپاره چې تصمیم ونیسو چې د کولمو استداري حرکات نشته نو باید د درې دقیقو لپاره بطن اصغاء کړو.

ب) Aorta د Bruit لپاره اصغاء کړئ.

www.ketabton.com

ج) ددې لپاره چې Succussion splash آواز په ناروغ کې واورونو خپل دواړه لاسونه دېښتې لاندې ځای په ځای کوو او ناروغ په زوره خوځوو.

غیر نورمال کتنې:

د ګاز پواسطه متوسع بطن د قرعې پواسطه Resonant وي. محمول رحم، د مثانې غټوالی، د تخمدان Cyst او جامد حوصلي کتلې د ګېډې په مرکزي برخه کې Dullness او د Flank په ناحیه کې Resonent وي او د Ascitis په حالت کې د بطن په مرکزي برخه کې Resonent او د Flank په ناحیه کې Dullness مشاهده کېږي.

Ascitis د ګېډې د مقعریت پواسطه د تفتیش په وخت مشکوک کېږي او د قرعې سره یې تشخیص یقیني کېږي. د پریتوان په جوف کې ډېره لږه مایع د قرعې پواسطه نه معلومېږي باید د التراسوند معاینه اجراء شي. د پریتوان په جوف کې متوسطه اندازه مایع د Shifting dullness او د Fluid thrill پواسطه معلومېږي. د کولمو د آوازونو عدم موجودیت ته ilius ویل کېږي.

د مقعد معاینه

مقعدی معاینه د سریري معاینې ډېره مهمه برخه تشکیلوي او باید یو محصل د نومورې معاینې سره آشناوي کله کله نومورې معاینه ناروغ ته د منلو وړنه وي او د فزیکي معاینې په وخت له نظره غورځول کېږي. د مقعدیکانال پورتنۍ نهایت د Puborectalis عضلې پواسطه پیژندل کېږي چې د معاینې په وخت د ټوخي او د نومورې عضلې د ارادي تقلص پواسطه ښه پیژندل کېږي. نورمال مقعد همیشه خالي وي او جدار یې ښوی وي د مقعد د جدار څخه بهر په سړیو کې پروستات او ښځو کې رحم ډېر بارز غړي دي.

د مقعدیمعاینې استطبابات:

۱) د هضمي کانال ابنارملتي: لکه حاد بطن، حوصلې ابسې، Appendicitis peritonitis، سفلي بطني درد، اسهال یا قبضیت د مقعدی کانال درد یا تحریش او نور...

۲) بولي تناسلي تشوشات: لکه د پروستات تشوشات، Dysurea Hematuria، د ادرار فریکونسي او همدارنګه په هغه ښځو کې چې مهبلي معاینې ته اجازه نه ورکوي کولای شو ددې معاینې څخه استفاده وکړو.

www.ketabton.com

۳) متفرقه ستونزې: لکه د ملا درد چې تشخیص شوئ نه وي د Lumbo sacral عصب درد، د هډوکو درد چې د اوسپنې د فقدان په انیمیا کې منځ ته راځي او همدارنګه د FUO په ټولو هغو حالاتو او هغه د وزن ضیاع چې علت یې معلوم نه وي د مقعدی معاینې ځخه ګټه اخلو. که چیرې ناروغ د مقعدی معصرې تشنج ولري نو په دې وخت کې باید ناروغ ته موضعي انستیزي ورکړو او د هغه ځخه وروسته مقعدی معاینه اجراء شي.

د معاینې لړۍ:

الف) ناروغ ته چپ وحشي وضعیت ورکوو په دې ډول چې پښې قبض او ګیډې ته نږدې‌کړي.

ب) ناروغ ته ډاډ ورکړئ چې معاینه زحمت غواړي مګر دردناکه نه ده.

ج) خپله د شهادت ګوته د ښوی کوونکې مادې سره غوړه کړئ په دې ډول چې د دستکشې پواسطه پوښ شوي وي.

د) د عجان ناحیه په طبعي رڼا کې معاینه کړئ چې په پوستکي کې یې کوم تغییر شته او که نه؟

ر) د ګوتې ځوکه په مقعد باندې کیږدئ او د مناسب فشار پواسطه یې دننه ټیله کړئ تر څو د معصرې ځخه تیره شي.

ز) که چیرې معصره د معاینې په وخت متشنج وي د ناروغ ځخه وغواړئ چې خپله ساه وباسي او ځان آرام کړي که چیرې بیاهم معصره متشنج وي نو Anesthetic gel ځخه ګټه اخلو که بیاهم معصره استرحا ونه کړي نو د زرقي موضعي بي هوشي ځخه کار اخلو.

ط) د ناروغ ځخه وغواړئ چې په ارادي ډول ستاسي معاینه کوونکي ګوته وزبیښي چې ددې پواسطه د معصرې عدم کفایه معلومیږي.

و) د ټول مقعد جدار جس کړئ تر څو ابنارملتي پکي معلومه شي.

ه) د مقعد د محیط اندازه ملاحظه کړئ.

ي) په ښځو کې د رحم عنق او په سړیو کې پروستات معاینه کړئ.

www.ketabton.com

د هضمي سيستم لابراتواري او Instrumental کتنې

راديولوژيکي کتنې

د بطن ساده راديوګرافي plain Abdominal X-ray: د بطن د ساده راديوګرافي پواسطه رخوه انساج (ځيګر، توری او پښتورګي) وغيره نورمالو انساجو سيوري د کولمو په مختلفو برخو کې د ګازاتو موجوديت (چې په دې وسيله د کولمو مختلفې برخې ليدل کيدی شي) مطالعه کېږي. د کولمو په انسداد کې د انسدادي برخې څخه پورته زيات مقدار ګازات موجود او د مايع او ګاز سرحد د راديوګرافۍ په فلم کې ليدل کېږي همدارنګه د Opacification خيالونه چې د تيږو او Calcification له کبله په توري، پانقراس، ځيګر، د صفرا په کڅوړه، Cyst او اوعيو کې منځ ته راغلې وي د راديوګرافي په فلم کې مشاهده او خورا تشخصيه اهميت لري که چيرې د سينې په ساده راديوګرافۍ کې د حجاب حاجز لاندې ازاده هوا وليدل شي نو د بطن د احشاء په سوري کيدو دلالت کوي. که چيري Sub pherinic ابسې موجوده وي نو د هوا او مايع سرحد (air fluid level) او هغه درد چې د سږو د افاتو څخه د بطن خواته ورليږل کېږي په ساده راديوګرافۍ کې آفت ليدل کېږي.

د باريوم مطالعات:

د کثيفه موادو (باريوم) د عکس پواسطه د هضمي جهاز د اعضاؤ جوړښت د مخاطي غشاؤ څرنګوالی او د غير نورمال تحرکيت په برخه کې معلومات ترلاسه کېږي. ددې لپاره چې د باريوم پواسطه په صحيح توګه د عکس له مخې معلومات ترلاسه شي نو بايد چې د هضمي جهاز د پورتنۍ برخې upper gastro intestinal د عکس د اخيستلو دپاره ناروغ وږی وساتل شي او هم د باريوم د امالې دپاره چې د کولون عکس پرې اخستل کېږي مخکې د باريوم د امالې څخه بايد د ناروغ غټې کلمې د مسهل او د کولوني لواژ پواسطه پاکې شوي وي.

The Barium Swallow and Meal Examination: د باريوم د تيرولو په وخت کې د مرۍ عکس اخستل کېږي چې په دې وسيله د مرۍ حرکات Filling defect (د تومور يا Varices له کبله) تنګوالی، Diverticulum او د Heatus فتق معلوميږي. د معدې د

www.ketabton.com

مخاطي غشاء د معاینې لپاره کم مقدار باریوم د هوا سره یو ځاي استعمالیږي چې د Double contrast study په نامه یادیږي او که په مخاطي غشاء کې قرحه موجوده وي نو د باریوم د جمع کیدلو په واسطه په قرحوي ناحیه کې لیدل کېږي. همدارنګه قرحه د یو تصویر په شکل د نورمال نسج په شاوخوا کې د کتنې وړ او د تومور د Filling defect خیال ورکوي واړه واړه کانسرونه د معدی مخاطي غشاء دنامنظموالی پواسطه تشخیص کېږي. د معدې د حرکاتو د تعین په وخت کې کومه برخه چې په حرکت کې برخه نه اخلي په ارتشاحي کارسینوما دلالت کوي. د اثنا عشر د بصلې حدود د باریوم د مکمل ډکیدو پواسطه معاینه او هم مخاطي غشاء کې چې د هوا پواسطه برجسته او د باریوم پوسیله پوښل شوي وي لیدل کېږي.

The follow Through Exam: د وړو کولمو د ناروغیو د تشخیص لپاره د باریوم د تیریدو په وخت کې رادیوګرافي په وقفوې توګه اخستل کېږي. چې په دې وسیله د کولمو ساختماني افات لکه Diverticule او Stricture (تضییق) معلومیږي. د سوء جذب په موجودیت کې د زیاتو افرازاتو له کبله باریوم Clump او سره یو ځاي کېږي.

Barium Enema: دا عملیه بی تکلیفه او ځنې وخت په زړو خلکو او د زړه په ناروغانو کې (د بې نظمی د پیداکیدو له کبله) لږ څه تکلیف ورکونکې ده. Barium enema باید د مقعدي معاینې او Segmoidoscopy څخه وروسته اجراء شي یوازي باریوم او یا باریوم او هوا د یو کتیتر پواسطه کولمو ته ننویستل کېږي چې په فلم کې مخاطي غشاء د باریوم پواسطه پوښل شوي او هوا د کولمو په جوف کې لیدل کېږي په دې ترتیب Polyp او کوچني تومورونه په واضح ډول معلومیږي د کولمو په التهابي ناروغیو کې د مخاطي طبقي تغیرات هم معلومیدای شي. همدارنګه په ځینو ناروغانو کې د باریوم شاګرز یا Reflex په نهایي الیوم کې لیدل کېږي.

نوټ: د امیندوارۍ په لومړیو هفتو کې د X-ray سره مخامخ کیدل د جنین د تکامل د خرابوالی او مړزیږیدنې سبب کیږي چې دا موضوع باید په نظر کې وي. Computed tomography د ګیډې داخلي اعضاؤ کتلې په دې طریقه مطالعه کېږي او د پانکراس د کانسر په تشخیص کې خاص ارزښت لري.

Ultra sonography: دغه تخنیک د کیستونو (مخصوصاً د پانکراس کیست) ابسې او د پانقراس د قنات د جسامت د معلوملو لپاره پکاریږي.

www.ketabton.com

Radio nuclide scanning: دغه تخنیک د ځیګر، توري او د هضمي جهاز د نزف د ناحیې د معلومولو لپاره ګټور دي.

Endoscopy: په دې طریقه کې د یوې Fibro optic آلې پواسطه مرۍ، معده، اثناعشر او کولون کتل کېږي. دغه اله د زرونو نریو شیشه ئي الیافو څخه چې دوه ګیډۍ یې جوړې کړې دي تشکیل شویده یوه ګیډۍ یې د اړونده ناحیې د روښانه کولو لپاره او بله ګیډۍ یې د اړونده ناحیې تصویر معاینه کوونکې ته نقلوي همدارنګه د بیوپسي او هوا تیرولو الات هم پکې شته دغه اله د تداوي په مقصد هم استعمالیداي شي لکه د Polyp ویستل او نور. کلکې آلې د مقعد ، کولون او مرۍ د معاینې لپاره استعمالیږي لکه Segmoidoscopy، Esophagoscopy او نور.

پورتنۍ هضمي لاره: د بستر څخه بهر ناروغان د مسکناتو د تطبیق څخه وروسته دې عملیې ته تیاریږي د ۱۲ ساعته لوږې ځیني وروسته د ناروغ بلعوم د Spray پواسطه بې حسه او ناروغ اله بلع کوي ددې طریقې اختلاطات د مرۍ او معدې د سوري کیدو او د افرازاتو د انشاق څخه عبارت دي. که امکان ولري نو مرۍ، معده او اثناعشر ټول باید یو ځاي معاینه شي (pan endoscopy) . ځکه کیدی شي څو آفتونه یو ځاي موجود وي مثلاَ Esophagitis او د اثناعشر قرحه دا کار د Hematemesis او Melana په حالت کې ډیر ارزښت لري.

Esophagoscopy: دا معاینه د عسرت بلع په موجودیت کې او هم کله چې د باریوم پواسطه د تومور د تضیق موجودیت ترشک لاندې وي او یا د مرۍ په التهاب، Varice او تحرکیت په تشوشاتو کې استطباب لري. دا طریقه او معاینه د تداوي په منظور هم استعمالیږي د مثال په توګه د تنګې برخې د پراخوالی او د مرۍ د وریسونو د نزف د کنترولولو دپاره تصلبي مواد په وریسونو کې زرق کېږي.

Gastroscopy: که چیري د باریوم د معاینې پواسطه د معدې په زخم باندې شکمن شونو Gastroscopy استطباب لري او د هغې په ترڅ کې بیوبسي هم د خباثت د ردولو لپاره اجراء کېږي. او د زخم د روغیدلو وتیره هم تعقیبیدلاي شي د معدې د عملیات څخه وروسته که اعراض موجود وي نو Gastroscopy استطباب لري ځکه د رادیولوژیکې معاینې پواسطه د هغې ښکاره کول مشکل دي. Doudenoscopy د اثناعشر د قرحې د تشخیص په منظور استعمالیږي.

د

www.ketabton.com

Fibro optic د :(ERCP) Endoscopic Retrograde cholangio pancreatography، مخصوص شکل دي د Doudenoscopy په وخت کې د Ampula vater له لارې صفراوي لارو او یا د پانقراص قنات ته کثیفه مواد د مخصوصو کیترو پواسطه داخلیږي دا عملیه د پانقراس په ناروغانو کې ډیر اهمیت لري ځکه د قنات تدور او انسداد د تیږي یا تومور پواسطه تعین او حتّی تیږې پرې ایستل کیدی شي.

سفلي هضمي لارې:

Sigmoidoscopy او Proctoscopy: دا یوه اسانه عملیه ده چې د کولمو د سفلي برخې او مقعد د ناروغیو په تشخیص کې استعمالیږي دا عملیه مخکې تیاری ته ضرورت نلري مګر مقعد باید خالي کړای شي. ناروغ باید د Knee elbow وضعیت ولري او یا په چپه خوا پروت وي د ګوتې پواسطه معاینه باید همیشه اجراء او سامان ښه ګرم او ښوي شي.

Proctoscopy د بواسیرو د تشخیص لپاره استعمالیږي.

Sigmoidoscopy د Polyp، کانسر، تقرحي Crohn's colitis Proctitis، ناروغۍ په تشخیص کې رول لري بیوپسي هم اخستل کیدی شي. او هم د درزو په موجودیت کې نوموړې عملیه د انستیزي لاندې اجراء کېږي ځکه چې په دې حالت کې درد شدید دی په صاعقوي تقرحي Colitis کې د سوري کیدو له ویرې په احتیاط سره اجراء کیږي.

Colonoscopy: د Fibro optic Colonoscopy پواسطه ترطحالي زاویې پورې کولون کتل کیدی شي د ټول کولون معاینه کول یو څه مشکل کار دی او ډیر وخت نیسي ددې عملیې د اجراء څخه مخکې باید کولمې د مسهل او لواژ پواسطه پاکې کړای شي او د عملیې په وخت کې بیوپسې اخستل او Polyp ویستل کیدی شي.

نورې پلټنې:

Biopsy: د ماؤفې برخې بیوپسي اخستل د اندوسکوپي د عملیې اساسي برخه تشکیلوي. مګر که پارچه ډیره کوچنۍ وي نو پتالوژستانو ته یې معاینه او تعبیر ګران دی د تشخیص دپاره د وړو کولمو بیوپسي ضرور او د Cross by capsule پواسطه اجراء کیږي د سهار لخوا د لوږې په حالت کې کپسول دیو کلک Radio opaque کتیتر پواسطه Jegenum ته تیریږي او د Doudenum-jegunal flexure د Distal برخې څخه بیوپسي اخستل کېږي او د Section پواسطه د مخاطي طبقي پارچې ددې آلې پواسطه ایستل کېږي.

www.ketabton.com

Intubation او بیوپسي یو ساعت وخت نیسي کله کله نزف د اختلاط په توګه منځ ته راتلای شي نو باید مخکې د عملیي څخه د Platlete شمیر Prothrombin time نارمل وي بل نادر اختلاط د کولمو سوري کیدل دي.

ترشحي مطالعات:

د Penta gastrin test: د Penta gastrin د تطبیق څخه وروسته د اسید افراز اندازه کېږي (پنتاګسترین یو مصنوعي penta peptide دي چې د Gastrin بیولوژیک تاثیر لري) ناروغ باید ټوله شپه وږی وي او د H2Receptor دواګانې باید ۴۸ ساعته مخکې قطع شوې وي. د لوږې په حالت کې باید افرازات راغونډ او اندازه شي وروسته بیا تر یو ساعته پورې افرازات په پرله پسې توګه جمع کېږي چې دا راټول شوي مواد د Basal acid out put په نامه یادېږي بیا Penta gastrin د پوستکې لاندې زرق او د یو ساعت دپاره افرازات راغونډېږي ددې ساعت راغونډ شوي مواد د Maximum acid out put په نامه یادېږي د penta gastrin ازموینه د لاندې دلایلو په اساس ګټوره ده:

۱. د لوږې د عصارې زیات حجم د معدې د خروجي برخې بندش راښیي.
۲. که چیري Basal acid out put ډیر زیات وي نو په zollinger Ellison syndrome دلالت کوي.
۳. د Peptic قرحې په ناروغانو کې د عملیاتو لپاره اساسي کړنلاره راښيي.
۴. Achlor hydria معلوموي.

د انسولین ازموینه: د معدې د عملیاتو څخه وروسته اجراء کېږي تر څو چې د Vagotomy بشپړتوب څرګند شي دا ازموینه هم د پورتني ازموینې په شان ده مګر دلته د معدې منبه منحل انسولین دي چې د رګ له لارې ورکول کېږي کومه Hypo glycemia چې منځ ته راځي د Vagus مراکز تنبه کوي او که چیرې Vagus ښه نه وي قطع شوي د معدوی اسید افراز صورت نیسي.

باکتریالوژیک مطالعات: کله کله سوء جذب سندروم په وړو کولمو کې د بکتریاوُ د Colonization څخه منځ ته راځي په دې صورت کې د وړو کولمو د پورتنۍ برخې افرازات د بکتریالوژیک کتنو لپاره د یوه پاک کتیتر پواسطه ایستل کېږي د ټیوب په سر کې

www.ketabton.com

د سيمابو يوه خلته چې تيوب مطلوبې برخې ته په چټکه توګه رسوي موجوده ده. ناروغ بايد انتي بيوتيک نه وي اخستي.

تحرکي مطالعات: د باريوم معاينه د مرى، معدې او وړو کولمو د تحرکيت په باب يو څه معلومات راکوي د هغې عسرت بلع په برخه کې چې د Pharynx په ناحيه کې موجوده وي د line radiography يا Videotape مطالعات ګټور دي. تحرکيت د لومن په برخه کې د فشار د تغيراتو د اندازه کولو پواسطه هم مطالعه کيدی شي، مګر يوازې د مرى په برخه کې دManometry تشخيص ارزښت لرى يو تيوب معدى ته ورداخليږي او په داسي حال کې چې ناروغ هغه بلع کوي د مختلفو برخو فشار د فشار سنج پواسطه اندازه کېږي. دغه ازموينه د صدري درد او د مرى د ابنارمل تقلصاتو ترمنځ اړيکې راښودلای شي. همدارنګه د مرى د تحرکي تشوشات او د مرى د سفلي برخې معصرې د وضعيت او تړل کيدلو په باب تشخيصي اهميت لري.

د غايطه موادو معاينه: په سوء جذب سندروم کې غايطه مواد خاسف او ځګ لرونکې او په Irritable bowel syndrome کې د مزى په شان نرى او يا ساچموي (Pellets يا Ribbon) د مخاط سره او يا بي مخاط وي د کولون په خفيف تقرحي ناروغۍ کې د وينې لکې په مخاط کې ليدل کېږي د غايطه موادو د تفتيش پواسطه د هضمي سفلي لارو تازه نزف تشخيصولای شو په داسې حال کې که د صاعده colon څخه پورته د 60 ملي ليتر په اندازه نزف موجود وي نو غايطه مواد د قير په شان تور رنګ نيسي. د Occult blood (Hemo occult) تستونه په غايطه موادو کې ډيره کمه وينه راښودلاي شي او بايد څو ورځې سر په سر اجراء شي ځکه د هضمي سيستم نزف کله کله په متناوب ډول صورت نيسي.

هغه مواد چې د مقعدي معاينې په وخت کې د ګوتې (finger stall) څخه په لاس راځي په اسانۍ سره معاينه کيدی شي ميکروسکوپي کتنې د Amoebic پيچش او نورو پرازيتي ناروغيو په تفريقي تشخيص کې ارزښت لري.

www.ketabton.com

نهم څپرکی

عصبي سیستم کتنې

ددې لپاره چې د ناروغ په عصبي معاینه ښه پوه شو د اعصابو د اناتومي لوستل ضرور او لازمي دي.

د عصبي سیستم کلینکې کتنې :

د اعصابو په کلینکې معاینه کې دغه لاندې شیان باید په نظر کې ونیول شي

۱. **د ناروغ ذکاوت او دماغي حالت**
۲. **د ناروغ خبرې** Speech
۳. **قحف او د ملا د تیر معاینه**
   - **قفي ازواج**
   - **سمپاتیک سیستم**
۴. **حسي اعصاب**
۵. **حرکي اعصاب**
٦. **عکسات** Reflexes
۷. **صحیح** Cerebellum
۸. **د اعصابو** Tropic **تشوشات**
۹. **د سحایاو تخریش** Meningeal Irritation
۱۰. Gait **یا موازنه**

قحفي ازواج CRANIAL.NERVES:

درې ډوله قحفي ازواج موجود دي:

الف) حرکي اعصاب

ب) حسي اعصاب

ج) حرکي حسي اعصاب

حسي اعصاب :

د درې حسي اعصابو څخه عبارت دي: اول، دوهم، آ تم

www.ketabton.com

مشترک اعصاب:

چې پنځه قفحي ازواج لري: دريم، پنځم، آوم، نهم، لسم

اخرني څلور قفحي ازواج (نهم، لسم، يوولسم، دولسم) د بصلې څخه منشا اخلي څلور منځني قفحي ازواج (پنځم ،شپږم ،اوم ،اتم) د Pons حدبې څخه منشا اخلي او دريم او څلورم د متوسط دماغ (Med brain) څخه منشا اخلي او (اول او دوهم) د Brain Stem د خارجي برخې څخه منشا اخلي .

د لمړي قحفي زوج معاينه Examination of olfactory.N :

دا عصب د بوي کولو د حس مسؤل دی

آزموينه: د ناروغ د پزې يو طرف سوري بند کړئ او يو بوي ناکه شي د پوزي بل طرف سوري ته نژدې کيږدئ او ناروغ ته لارښوونه وکړئ چې نوموړی شی بوي کړي او همدا مانوره د پزې په بل طرف کې اجرا کړئ. که چيرې ناروغ د بوي احساس په بشپړ ډول د لاسه ورکړی وي هغې ته Anosmiaاوکچيرې ناروغ د بوي صحيح احساس ونه کړي هغې ته Parosmia وايي

ددوهم قفحي زوج معاينه Examination of Optic.N :

دوهم قفحي زوج د ليدنې مسئوليت په غاړه لري او ددې عصب په معاينه کې لاندې کتنې اجرا کيږي

۱. **د ليدلو قوه** Visual Acuity
۲. **د ليدلو ساحه** Field of the vision
۳. **رنګه رويت**
۴. **د** Fundus **معاينه**

۱. د ليدلو قدرت معاينه :دلته دوه آزموينې اجرا کيږي يو د نږدې ليدلو اوبل د لرې مسافې لپاره

الف) نـــــــږدیليدنه :- ناروغ ته ويل کيږي چې د 10 inch څخه کتاب ولولي که چيري د کتاب په لوستلو کې کوم مشکل نه وه دا ازموينه صحيح ده.

ب) لـــــــرې ليدنه :- دا د Snellin Chart په واسطه اجرا کيږي نورمال ليدنه ددې چارت له مخې 6/6 ده.

۲. د ليدلو يا رويت ساحه Field of vision : په دې ازموينه کې ناروغ مخامخ ګوري چې د سترګو کره يې مستقيمه وي ډاکتر ناروغ ته مخامخ کښيني او دوه فټه مسافه په مينځ کې پريږدي دداکتر او ناروغ سترګې په عين سويه قرار نيسي کله چې يوه سترګه

www.ketabton.com

معاينه کوئ بله سترګه بايد وتړل شي او ناروغ ته ووايئ چې د ګوتې سرته وګوري تر هغه خپلې ګوتې ته حرکت ورکوی تر څو چې ډاکتر فقط هغه وکتلای شي که په همدغه مسافه ناروغ د ګوتې سر وګوري د ليدلو ساحه يې نورمال ده او که چيري ناروغ ونشو کولاي چې د ګوتې سر تعقيب کړي نو د ليدلو دساحې نقيصه به موجوده وي او دا کار په بل طرف سترګه هم اجرا کړئ.

د ليدلو د ساحې تشوشات :

د ليدلو د ساحې تشوشات په لاندې ډول دي:

د Field Vision تشوشات په لاندې ډول دي:

الف) Concentric Contraction of the Field : چې په دغه لاندې مرضونو کې ليدل کېږي.

- د عصب ضمور
- د شبکيې امراض
- هستريا
- Papil اديما

که چيرې ددید د ساحې مرکزي ليدنه ډيره پرمخ تللې وي د Tubular vision په نامه سره ياديږي يعني چې يو ناروغ د يوې لولې څخه ليدل کوي .

ب) **د مرکزي ليدلو تشوش** : چې داد Macual په ناروغۍ پورې اړه لري اوپه دغه لاندې امراضو کې ليدل کېږي

- Papilitis
- خپور سکليروزس
- د Bulber شاته Neuritis
- د ويټامينو کمی

ج) Hemi anopia: ددید د ساحې د نيمايي برخې د ضياع څخه عبارت ده او دا په دوه ډوله ده:

- Heminymouse Hemi Anopia
- Hetronymous hemianopia

- Heminymous Hemianopia: په دې شکل کې ددید ساحې نيمايي دواړه طرفه له منځه تللي وي مثلا ښي نيمايي د چپ طرف د ليدلو د ساحې (Nasal Half) او ښي نيمايي د ښي طرف رويت د ساحې له منځه تللي وي چې هغې ته Temporal half وايي او همدا ډول عين افت په چپ طرف کې هم پيدا کېږي که چيري د ښي

www.ketabton.com

طرف Heminymous Hemi Anopia موجوده وي. د kleft optic tract افت او که چیرې Left heminymous hemianopia موجود وي د ښي طرف Optic لارې په افت دلالت کوي .

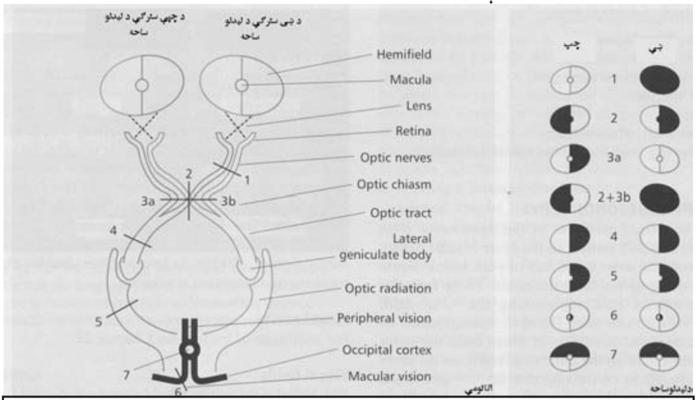
- Heteronymous Hemianopia: چې په دې حالت کې ددواړو سترګو د دید ساحه په متضاد شکل په افت اخته شوي وي چې په دوه ډوله ویشل شوي دي:
  i. Temporal heteronymous hemianopia
  ii. Nasal heteronymous hemianopia

i. Temporal heteronymous hemianopia: چې Bitemporal hemianopia په نامه سره هم یادیږي چې په دې‌حالت کې ښي نیمایي temporal half د ښي او چپ نیمایي temporal half د چپ دلیدلو د ساحې متاثر شوي وي.

لاملونه:

د نخامیه غدې په توموري حالت او د optic chiasma په ترضیضي او التهابي حالت کې منځ ته راځي .

ii. Nasal hetronymous hemianopia :- چې Binasal hemianopsia په نامه سره هم یادیږي چې په دې حالت کې چپ نیمایيNasal half د ښي او ښي نیمایي nasal half د چپ طرف ددید د ساحې اغیزمن شوي وي.



۹-۱. شکل د لیدلو پاتوې: د (۱) آفت د ښي سترګې ړوندوالی د رڼا د عکسې د ضیاع سره، د (2) آفت Bitemporal hemianopia ، د 3a او 3b آفت Binasal hemianopia ، 2+3b آفت د ښي سترګې ړوندوالی د Temporal hemianopia سره، د 4 آفت د ښي طرف homonymous hemianopia د مکولا د splitting سره، د ۵ آفت د ښي طرف homonymous hemianopia د مکولا دsparing سره، د ٦ آفت د ښي طرف مرکزي Homonymous (مکولر) hemiscotoma وښیي . (۱۱)

www.ketabton.com

لاملونه :

دا یواځې ددوه طرفه افت په واسطه کوم چې په هر یو طرف د Optic chiasma څخه Optic لیفونه یې یو د بل له پاسه نوي تیر شوي پیداکیږي.

۳. رنګه رویت:

د رنګه رویت مشاهده همیشه د سور، شین او آبي رنګونو په واسطه تر سره کېږي

د Fundus معاینه د یوې آلې په واسطه چې Ophthalmoscope نومیږي اجرا کېږي د سترګې په Fundus کې په لاندې امراضو کې مخصوصې منظرې مینځ ته راځي .

- د وینې لوړ فشار
- د شکرې ناروغی
- اتیروسکلروزس
- دداخل قحف د فشار زیاتوالی

ددریم ،څلورم ،شپږم قحفي ازواجو معاینه :

پورتني درې واړه اعصاب د سترګو د عضلاتو د تعصیب مسؤلیت په غاړه لري . دریم زوج (Occulomotor .N) د سترګو ټول عضلات پرته د علوي, Obligueاو وحشي Rectus څخه ټول تعصیبوي . د څراغ په واسطه د سترګې د تطابق عکسه هم ددې عصب په واسطه کنترولیږي Obligue او Sup عضلات د څلورم زوج (Trochlear.N) په واسطه تعصیب او وحشي Rectus د شپږم زوج (Abdocent.n) په واسطه تعصیب کېږي.

معاینه :

د خپل لاس د شهادت ګوته ددوه فټه په فاصله ناروغ ته مخامخ ونیسئ او په هر طرف حرکت ورکړئ حرکت باید منځنی، وحشي، پورته او ښکته خواته اجرا شي. ناروغ ته ویل کېږي چې پرته له دې چې خپل سرته حرکت ورکړي ستاسو ګوته په غورسره تعقیب کړي.

الف) که چیرې ددریم عصب فلج موجود وي د سترګې کره ښکته او وحشي خوا ته انحراف کوي او نور دغه لاندني علایم ورسره ملګري وي

- Ptosis د پورتني جفن رالویدل
- د Accumodation یا تطابق ضیاع
- د څراغ رڼا د عکسې ورکېدل
- پراخه حدقې

www.ketabton.com

Ptosis: دپورتني جفن رالوئيدوته Potosisوايي چې ناروغ خپل جفن پورته کولای نشي.

تطابق ازموينه: تطابق هغه حالت ته وايي چې سترګه د نږدې ليدلو لپاره مناسبه وګرځوي. دلته ناروغ ته ووايئ چې لمړي لرې وګوري او بيا تاسې يو شی سترګو ته نږدې ونيسئ او ورته ووايئ چې دا څه شی دی‌که تطابق صحيح وي سترګه په عين حال کې دغه شی ګوري او حدقه تقبض کوي .

د عکسي لپاره ازموينه: کله چې شعاع په شبکيه ولګيږي نو حدقه تقبض کوي که چيري شعاع يوې سترګې ته او حدقه د بلې سترګې تقبض وکړي نو هغې ته Consensual تعامل وايي.

ب) د څلورم زوج په فلج کې ناروغ نشي کولای چې ښکته او وحشي خواته وګوري

ج) د شپږم زوج په فلج کې سترګه وحشي خواته حرکت نشي کولای

د پنځم زوج معاينه:

دا يو مخلوط عصبي زوج دی‌چې دوه حسه لري (حرکي او حسي)

۱- حسي برخه: دا برخه مخ منضمه او قرنيه تعصيب کوي او د ژبې د ۲/۳ مخکنې برخې ذايقه په غاړه لري .

ازموينه: د مخ د حسيت لپاره مونږ دتماس ،حرارت او دردڅخه کار اخلو بايد د مخ دواړه طرفه معاينه شي او ماؤفه برخه د نورو څخه توپير کړو.

د قرنيې عکسه : ناروغ ته وايو چې پورته خواته وګوري او په اسانی‌ سره د قرنيې سره يو نرم شی په تماس کې کړئ (لکه د پنبې پلک) پرته له دې چې په بڼوکې کوم مشکل پيدا شي که چيرې ناروغ خپله سترګه پټه کړي دا معنی لري چې پنځم زوج نورمال دی.

۹-۲. شکل د قرنيې عکسې معاينه (۷)

www.ketabton.com

د منضمې عکسه : د پورته آزموینې پشان ده په دې ترتیب چې پاکه پنبه د منضمې په یوه کنج کې کیږدئ چې په دې حالت کې ناروغ سترګه پټوي

د خوند ازموینه :د خوند د ازموینې لپاره مونږ لاندني څلور شیان استعمالوو

الف) ګلوکوز ب) ستریک اسید ج) Saline د) quinine

ناروغ ته ووایئ چې ژبه راوباسي او تاسو د هغه ژبه د ګوتې او ګاز په واسطه ونیسئ او د ژبې سطحه پاکه کړئ او وروسته له هغې ګلوکوز او یا نور مواد پرې اچول کېږي چې د څکلي شي نوم په کاغذ ولیکئ کله چې ژبه نیسئ ګوته باید د تالو سره تماس ونکړي ځکه چې دلته هم حس شته چې د تالو حس د نهم زوج سره اړیکې لري هغه مواد چې د ذایقې یا خوند په آزموینه کې استعمالیږي او مخکې ترې یادونه وشوه په نارمل حالت کې لاندې مزې لري.

- ګلوکوز (خوږ)
- ستریک اسید(تروش)
- Saline (مالګین)
- Quinine (تریخ)

خواږه شیان د ژبې په څوکه کې ښه احساس کېږي مالګین په ټوله ژبه کې احساس کېږي تروش د ژبې په قاعده او د ژبې په څنډو کې احساس کېږي او تریخ د ژبې شاته ښه حس کېږي.

۲. حرکي بـــــــرخه : ددې عصب حرکي برخه د ژوولو عضلات تعصیب کوي.

ازموینه:

۱) ناروغ ته ووایئ چې خپلو غاښونو ته یو د بل دپاسه زور ورکړي اوس د Master او Temporal عضلات جس کوئ چې په نورمال حالت کې دواړه طرفه عضلات په مساوي ډول شح او راوځي مګر په هغه حالاتو کې چې د پنځم عصب فلج موجود وي په فلج شوي طرف کې شخوالی او تبا زر منځ ته نه راځي

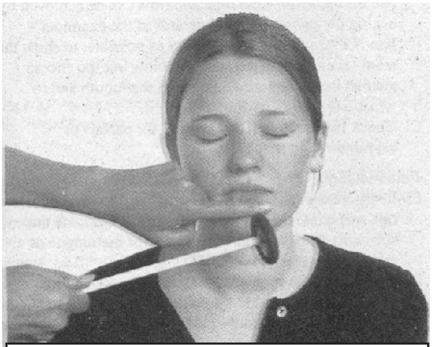
۲) ناروغ ته ووایئ چې خپلې ژامې ته یوې خوا او بلې خوا ته حرکت ورکړي .

۳)ناروغ ته ووایئ چې خپله خوله خلاصه کړي د فلج په صورت کې د فلج مقابل طرف ته ژامه انحراف کوي.

۴) Jaw Jerk: خپله د شهادت ګوته د ناروغ په زنه باندیکیږدئ او ناروغ ته ووایئ چې په کراره خوله خلاصه کړي لکه د قرعې په شان د بل لاس د منځنۍ ګوتې په واسطه دغه ګوته ووهی ممکن د عضلاتو دتقلص له کبله ژامه وتړل شي په ځینې حالاتو کې Jaw Jerk

www.ketabton.com

موجود نه وي ممکن د Jaw jerk مشکوک والی د پنځم عصب د نوې څخه پورته افت باندې دلالت وکړي .



۹-۳. شکل د ژامې د عکسې معاینه (۷)

د مخ عکسې ازموینه:

Bell,s palsy: که چیرې په Idiopathic ډول داوم عصب فلج منځ ته راشي د Bell,s palsy په نامه یادېږي کله کله د Geniculate د هستو د Herpes zooster له کبله د مخ فلج منځ ته راځي چې په دې حالت کې د سفلي حرکي عصب په بندش او یا په غوږ کې Vesicular Rash موجودوي چې دا حالت د Ramsyhunt Syndrome پنامه سره یادیږي

۱) **ازموینه: د تندي ګونځې:** ناروغ ته ووایئ چې پورته وګوري په داسې حالت کې چې خپل سر پورته نکړي د تندي دپاسه افقي خطونه منځ ته راځي که چیرې د تندي 1/2برخه همواره پاتي شوه د هماغه طرف د اوم عصب د سفلي حرکي عصب په فلج باندې دلالت کوي

۲) د سترګې ترل کېدل :ناروغ ته ووایئ چې خپلې سترګې پټې کړي او زور ورکړي اوس د ناروغ سترګې خلاصې کړئ او هغه قوه چې دهمدې طرف سترګې د خلاصولو لپاره پکار کېږي یاداشت کړی فلج طرف سترګه په مکمل ډول نه ترل کېږي او که وترل شي د ډیرې کمې قوې د استعمال په نتیجه کې خلاصیږي که چیرې د ناروغ ماؤفه طرف سترګه

www.ketabton.com

خلاصه پاتې شي او تاسې د ناروغ د سترګې د کرې منځنۍ او پورته خواته حرکات ولیدل او په عین حالت کې ناروغ د سترګې د بندولو کوشش وکړ نوموړی حالت د Bell,s phenomenon په نامه سره یادیږي .

۳) د Naso labial التواتو تفتیش: دواړه خوا Nasolabial التوات مقایسه کړئ په فلج شوي طرف کې نوموړی التواکمه او یا هیڅ موجوده نه وي.

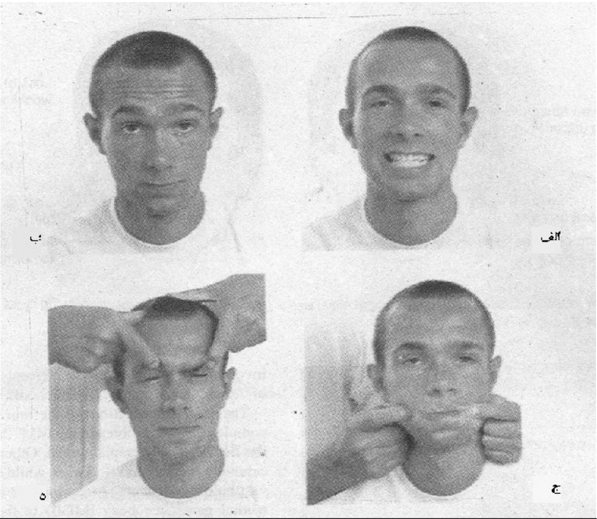
۴) ناروغ ته ووایئ چې خپل غاښونه ښکاره کړي د ماؤفه طرف د خولې زاویه نشي خلاصیدی او امکان لري چې روغ طرف ته انحراف وکړي.

۵)whistal ازموینه : ناروغ ته ووایئ چې شپیلاق وکړي ناروغ شپیلاق نشي کولای

٦) inflation ازموینه :ناروغ ته ووایئ چې خوله د هوا څخه ډکه کړي او خولې ته د خپلې یوې ګوتې په واسطه د مخ یو طرف ته فشار ورکړي د فلج شوي طرف څخه په ډیره اسانۍ سره هوا تښتي .

۷) د غذا تولیدل :د مخ په فلج شوي طرف کې ناروغ د غذا د تولیدو څخه شاکې وي

۸) د ناروغ د خولې د ماؤفه زاوئې څخه اوبه او لاړې څاخي .



۹-۴. شکل د وجهي عصب د حرکي وظایفو معاینه الف) غاښونه وښایه، ب) وریځې پورته کړه، ج) غنبوري وپړسوه، د) سترګې د مقاومت په مقابل کې پټې کړه (۷)

www.ketabton.com

د اتم زوج معاینه :Examination of Vestibulo cochlear.N:

۱) Cochlear **برخه د اوریدو لپاره**

۲) Vestibular **برخه د** Equilibrium **د تعصیب لپاره.**

د Cochlear **برخې معاینه : د عصب دا برخه د اوریدلو مسؤلیت په غاړه لري او لاندې آزموینې باید اجرا شي .**

الف) Watch Test **:- ناروغ ته ووایئ چې خپلې سترګې بندې کړي او یو ساعت د ناروغ د غوږ څخه په تدریجي ډول لرې کوی تر څو چې ناروغ د ساعت د تک تک اواز وانه وري دغه مسافه اندازه کړئ اوس ساعت بیرته د ناروغ غوږ ته رانږدې‌کړئ تر څو چې ناروغ د ساعت د ټک ټک اواز واوري اوس نو دغه مسافه هم اندازه کړئ ددغه دواړو مسافو اندازه د خپل غوږ سره مقایسه کړئ او دغه آزموینې د بل غوږ لپاره هم تکرار کړئ.**

نوت : کله چې دغه آزموینه په یوه غوږ کې اجرا کېږي بل غوږ باید د ګوتې او یا پنبې په واسطه بندوي

ب) vesper test**: د ناروغ په هر غوږ کې د هغه څخه د پس پس په ډول اسانه پوښتنه وکړئ لکه نوم دې څه شي دی؟ او یا په کوم ځاي کې اوسیږي؟ که چیري ناروغ صحیح ځواب ورکړ د ناروغ د اتم زوج د** Cochlear **برخې په صحت باندې دلالت کوي.**

ج) Weber Test **:- ددې تست په واسطه مونږ د دواړو غوږونو** Bony Conduction **(هډوکي لیږدونه) معلوموو. د غړیږې پنجې** Tuning fork **قاعده د تندي په منځنۍ برخه کې کېږدئ که چیري ناروغ د منځني غوږ ناروغۍ ولري نو په ماؤفه طرف کې د هډوکني لیږدونې په واسطه اهتزاز ښه اوري لاکن که چیرې ناروغ عصبي کونوالی ولري نو په ماؤفه طرف کې ښه نشي اوریدلای.**

د) Rinn,s Test **:- پدې ازموینه کې د هډوکي او د هوا د لارې لیږدونه مقایسه کړئ په نورمال حالت کې د هوا د لاري لیږدونه د هډوکي د لارې د لیږدونې څخه غوره دئ.**

طریقه: لمړئ اهتزازي صوتي پنجه د غوږ په مقابل کې ونیسئ وروسته د اهتزازي صوتي پنجې قاعده د Mastoid **هډوکې دپاسه کیږدئ او د ناروغ څخه پوښتنه وکړئ چې کوم اواز ښه اوري. په نورمال حالت کې د هوا د لارې لیږدونه ښه وي لاکن د منځني برخې په التهاب کې د هډوکي د لارې لیږدونه نسبت د هوا لارې ته ښه وي.**

www.ketabton.com

Vestibular برخې معاینه: - د اتم زوج د Vestibularبرخه Equilibrium تعصیب کوي او ددې برخې د معاینې لپاره لاندې دوه ازموینې اجرا کېږي

الف) Rotation Test ب) Caloric Test

چې دا دوه تستونه به د غوږاو ستوني په کتاب کې ولولئ .

۹-۵. شکل د Rinne,s آزموینه (۷)

۹-٦. شکل د Weber آزموینه (۷)

د Glosso Pharyngeal عصب معاینه :

ددې عصب د معاینې لپاره لاندې دوه تستونه اجرا کېږي

www.ketabton.com

الف) د ژبې1/3 حلفي برخې د خوند آزموینه: چې طریقه یې مخکې ذکر شوې ده
ب) Pharyngeal عکسه یا Palate عکسه : ناروغ ته ووایئ چې خوله خلاصه کړي اوسترګې بندې کړي اوس یو پاک Probe یا فلزي میله راواخلئ او د بلعوم د خلفي جدار سره تماس ورکړئ او ژبې ته د Tongue Depressor په واسطه ښکته فشار ورکړئ چې په دې حالت کې د لوزو Pillar عضلات تقلص کوي. او د عصب د فلج په صورت کې بلعومي عکسه معدومه وي.

د لسم زوج یا Vagus عصب معاینه:
الف) Ah test: د ناروغ مخ رڼا ته راوړوئ او خوله یې خلاصه کړئ اوپه Tongue Depressor یې ژبې ته ښکته فشار ورکړئ او د ناروغ څخه هیله وکړئ چې آهـ ووایئ او د نرم تالو حرکات وګورئ چې د تالو په فلج شوي طرف کې لوړوالی منځ ته نه راځي ددوه طرفه واګوس د فلج په صورت کې د تالو حرکات معدوم وي .
ب) په خبرو کولو کې بدلون : د ناروغ څخه هیله وکړئ چې ځینې ټکي لکه Egg او یا Rub ووایي که چیرې دوه طرفه د واګوس فلج موجود وي نو د Egg په ځای Eng او د Rub پر ځای Ruin تلفظ کېږي .په حقیقت کې د واګوس ددوه طرفه فلج په صورت کې نرم تالو د پورته کېدو وړتیا نه لري چې انفی بلعوم بند کړي نو په دې صورت کې انفي بلعوم په مطلق ډول خلاص پاتي کېږي او اوازیې په پزه کې پیداکیږي.
ج) د غذا بیرته ګر ځون : ناروغ د غذا د تیرولو په وخت کې د پزې څخه د ډوډۍ د راتګ څخه شاکې وي چې نوموړی حالت د نرم تالو په تام فلج کې عمومیت لري
د) د اواز خپوالی: د حنجري د عضلاتو د فلج له کبله په ناروغ کې د اواز خپوالی مینځ ته راځي .

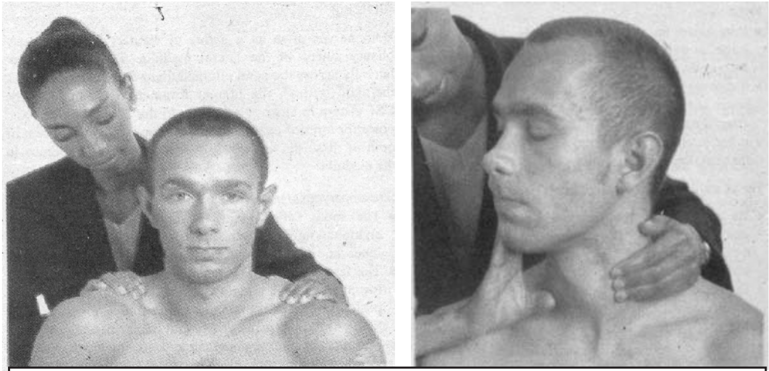
د یولسم زوج یا Accessory معاینه:
دا حرکي عصب دی اود Trapezieus او sterno mastoid **عضلات تعصیبوي.**
آزموینه:
الف) د مخ تدور: ناروغ ته ووایئ چې د ډاکټر د لاس د مقاومت په مقابل کې خپل سر یو طرف ته واړوي په دې وخت کې وګورئ چې د Sternomastoid عضلات متبارز کېږي او ددې عصب د فلج په صورت کې په اړونده عضلاتو کې تبارز منځ ته نه راځي.

www.ketabton.com

ب) ناروغ ته ووايئ چې ښکته وګوري او خپل سر د زنې په برخه کې د مقاومت په مقابل کې ښکته کړي چې د يوولسم عصب د صحت په حالت کې دواړه طرفه Sternomastiod عضلات متبارز کېږي.

ج) د اوږي پورته غورځول Shrugging to the shoulder : ناروغ ته ووايئ چې خپلې اوږې پورته کړي په دې وخت کې تاسو ددې حرکت مخنيوی وکړئ او د قوي استعمال په دواړو طرفو کې مقايسه کړئ چې فلج شوی طرف اوږه ضعيفه وي.

الف ب



۹-۷. شکل الف) چپ Sternomastoid عضلات، ب) د Trapezius عضلات (۷)

ددولسم زوج يا Hypogolossal عصب معاينه:

دا خالص حرکي عصب دی او د ژبې او Hyoid هډوکي Depressor عضلات تعصيبوي .

آزموينه : ناروغ ته ووايئ چې د امکان تر حده پورې خپله ژبه راوباسي او لاندی‌شيان د پکې وکتل شي.

الف) د ژبې موقيعت : په نورمال حالت کې ژبه مرکزي او يا په خفيف ډول ښي طرف ته منحرف موقيعت لري که چيرې د hypogolossal عصب فلج موجود وي د ژبې څوکه د

www.ketabton.com

فلج مقابل طرف ته ټیله شوي وي او یا ژبه د لور په شان شکل لري چې محدبیت یې فلج طرف ته وي.

ب) د ژبې تناظر :- په فلج شوي طرف کې ژبه وړوکې لنډه او اتروفیک وي.

ج) د ژبې رعشه : د ژبې په فلج شوي طرف کې رعشه یا Fasiculation لیدل کېږي

د) د ژبې حرکات :- ناروغ ته ووایئ چې ژبې ته یو طرف او بل طرف ته حرکت ورکړي او د هغه ځخه هیله وکړئ چې د ژبې په واسطه خپل عونبوري وځتي او پاملرنه وکړی چې ناروغ په آزادانه ډول دغه کار کولاي شي او که نه؟

دسمپاتیک عصبي سیستم کتنې

د رقبي سمپاتیک جذعې د آفت په نتیجه کې لاندې ځرګندونې منځ ته راځي .

الف) د جفن سقوط یا رالویدل (Dropping of the lid)

ب) Enopthalmus (سترګې داخل خواته حرکت کوي)

ج) miosis د حدقې تقبض

د) د خولو ضیاع

ذ) cilio spinal عکسې ضیاع

نوموړي علایم په ماؤفه طرف کې موجود وي په مجموعي ډول پورتني پنځه واړه علایم د horners سندروم په نامه سره یادېږي

Cilio Spinal عکسه: د غاړې یو طرف ته فشار ورکړی په دې حالت کې دسمپاتیک عصب د تنبه له کبله حدقه پراخه کیږې دا عکسه درقبي سمپاتیک جذعې په افاتو کې له منځه ځي.

د محیطي اعصابو معاینه

محیطي اعصاب باید معاینه او مهم محیطي اعصاب عبارت دي له:

الف) Brachial plexus

ب) Circumflex اعصاب

ج) Bell عصب

د) ulnar عصب

ذ) کعبري عصب

ه) متوسط عصب

و) سیاتیک عصب

ی) وحشي مابضي عصب

www.ketabton.com

دمعاينې په وخت کې دوه شيان بايد په نظر کې ولرو

۱. د عصب جس (د امکان په صورت کې)

۲. د عضويت د هغه برخې معاينه چې ددې عصب په واسطه تعصيب شوي وي

۱) **د عصب جس** : Brachial plexus د تحرک په ناحيه کې د ګوتو د ژور جس په واسطه په هغه صورت کې چې ناروغ خپل مټ په کمه اندازه اوږې خواته پورته کړی وي، جس کېداې شي د Ulnar عصب د عضد هډوکی د وحشي Epicondyl لاندې جس کېږي او وحشي مابضي عصب امکان لري چې د fibula د سر سره نږدې جس شي . د جذام په ناروغۍ کې دغه عصب د پړي په شان جس کېږي او د Neuro fihro matosis په حالت کې رقبي، نخاعي او محيطي اعصاب په منتشر ډول noduler پېړوالی او يو مضاعف پړسوب د ټول عضويت لپاسه موجود وي

۲) د عضويت د هغې برخې معاينه چې ددې عصب په واسطه تعصيب شوي وي.

په عضدي ذفيره کې آفات په دوو ګروپو ويشل شوي دي:

الف) علوي افت Upper lesion : نوموړی افت د ولادت په وخت کې چې د ماشوم سر کش شي پيښيږي چې په دې حالت کې ځلورمه او کله کله شپږمه رقبي جذع په افت اخته کېږي چې په نتيجه کې به Brachio radialis, Brachialis,Bicips او Suppenatur د عضلاتو فلج منځ ته راځي .فلهذا پورتنی طرف ځوړند او د وجود په طرف يې تدور خوړلی وي او څنګل د Pronated په حالت کې وي چې دغه وصفي منظره د پوليسانو د منظرې په نامه ياديږي.

ب) سفلی آفت lower lesion:

دا آفت هغه وخت مينځ ته راځي چې يو سړی د لوړې ارتفاع څخه لاندې ولويږي او يا که يو سړی وغواړي چې ځان ځوړند کړي او ځان په يو شي کلک ونيسي چې ونه لويږي په دې پيښو کې ښکتنۍ عصبي ريشې ماؤفه کېږي په دې ډول آفت کې د ناروغانو د لاس کوچني عضلات خوار شوي وي او څنګل دننه خواته (انسي طرف) او دننه د درې نيمو ګوتو حسيت ضايع شوي وي.

د حسی سيستم کتنې

۱) د تماس حسيت: (سطحې حسيت)

آزموينه:

www.ketabton.com

الف) سپک تماس light touch: ناروغ ته ووایئ چې سترګې پټې کړي او په کمه اندازه پنبه راواخلئ او د ناروغ د وجود د ټاکل شوو برخو سره تماس ورکړئ لومړئ پورتني اطراف، وروسته تنه بیا شاه او په اخره کې ښکتنی اطراف، اوس د ناروغ څخه دوه پوښتنې وکړئ.

- پنبه د کومو ځایو سره په تماس راغلې ده چې مونږ ته د تماس د موقیعت په برخه کې یوه نظریه ورکوي همدا ډول د ناروغ څخه پوښتنه وکړئ چې د هر ځل تماس احساس یې کړی دی او که نه ؟
- د ناروغ څخه پوښتنه وکړئ چې د څو ټوټو د پنبې سره په تماس راغلی دی مخکې ددې پوښتنې څخه ناروغ باید د پنبې د دوو مختلفو ټوټو سره په تماس شوئ وي چې ددې په واسطه مونږ کولاي شو د ناروغ د تماس د فرق په هکله معلومات لاسته راوړو. که چیري په قدامي نخاي Thalamic tract کې افت موجود وي د ناروغ د localization او یو تر بله د توپیر کولو حسیت له مینځه ځي .

ب) زیږ تماس یا Coarse sense: په دې معاینه کې د ګوتې او یا د یوې پڅې میلي په واسطه د اطرافو په یو معینه برخه باندې فشار وارد کړئ اوس د ناروغ څخه پوښتنه وکړئ چې د فشار اندازه ښودلاي شئ که نه؟

حسي بي پروائي Sensory inattention: د جداري فص په افاتوکې ناروغ خپل ماوف طرف ته متوجه نه دي معنی یې داده چې ناروغ د تماس په وخت کې خپل روغ لاس هم نوموړي جسم ته وروړي اوناروغ د خپل روغ لاس په واسطه د تماس حس کوي خو که چیري ماوف طرف ځانته په تماس راشي ناروغ د نوموړي افت احساس کوي . د تماس حسیت خرابوالی په لاندې ټکو کې بیانولای شو.

الف) Anesthesia : د ناروغ حسیت پوره له منځه تللئ وي

ب) Hypoaestesia : د هغه حالت څخه عبارت دی‌چې د تماس حسیت په نسبي ډول له منځه تللی وي .

ج) hyper aesthesia : د هغه حالت څخه عبارت دی‌چې ناروغ د نورمال تماس په حالت کې د Burning یا سوزش او Preking (د ستنې د چوخیدو احساس کوي)

د) Delayed conduction : ناروغ حسیت ښه تشخیص کولاي شي لاکن لیږدیدنه یې مؤخره وي چې د Tabesdorsalis په ناروغانو کې دا حالت موجودوي

www.ketabton.com

ذ) Allocheiria : که چیرې د ناروغ د ښي طرف سره په تماس کې شئ ناروغ وائي چې په چپ طرف کې تماس موجود دی‌نوموړي احساس د Allocheiria په نامه سره یادیږي .
نوموړي حالت د قدامي Spino, thalamic tract په افت کې موجود وي

۲) د درد حسیت:

دا آزموینه د سنجاق په واسطه اجرا کېږي د ناروغ په یوه معینه برخه کې سنجاق داخل کړئ او پوښتنه وکړئ چې ددرداحساس موجود دی او که نه ؟
که چیرې دوخشي Spinothalamic tract افت موجود وي ددې په افت کې ددرد د حسیت تقیصه موجوده وي.

۳) د حرارت حسیت:

دا معاینه د دوه مسي امتحاني تیوبو په واسطه چې په یو کې ګرمې اوبه او بل کې یخې اوبه اچول شوي وي اجرا کېږي په دې ډول چې د ناروغ د معاینې لاندې ناحیه بربنده کړئ او یو ددې تیوبو څخه په همدې ناحیه کیږدئ او بیرته یې لرې کړئ او د ناروغ څخه پوښتنه وکړئ چې ګرمه وه که یخ؟ د وحشي Spino,Thalamic په افاتو کې دغه حسیت خراب شوي وي.

۴) د وضعیت او منفعل حرکاتو حس: (ژور حسیت)

الف) په دې آزموینه کې د لاس او پښې غټې ګوتې حرکات مطالعه کېږي لومړي باید ناروغ د لاس او پښې د غټې ګوتې په دواړه طرف ښکته او پورته طرف حرکاتو باندې وپوهول شي. ناروغ ته ووایئ چې سترګې پټې کړي او د پښې غټه ګوته یې د خپلو دوو ګوتو په واسطه پورته کړئ غیر له دې چې د بلې پښې د غټې ګوتې سره په تماس کې وي اوس ناروغ ته ووایئ چې دې غټې ګوتې ته پورته اوښکته خواته حرکت ورکړي. نوموړی آزموینه کولای شئ چې څو ځله تکرار کړئ او همدا ډول د لاس د غټو ګوتو د حرکاتو د معلومولو لپاره هم عین عملیه اجرا کېږي

ب) ناروغ باید خپلې سترګې بندې کړي او د ناروغ یو طرف ته یو غیر نورمال وضعیت ورکړي او ناروغ ته ووایئ چې خپل بل طرف ته ددې په شان وضعیت ورکړه یو ټکی باید په یاد ولرو چې مخکې د طرف ټاکلي وضعیت څخه د ناروغ طرف ته باید په آزاده هوا کې مختلف خواو کې حرکت ورکړئ او همدارنګه د معاینې لاندې طرف باید عضویت د بلې برخې سره په تماس کې نه وي .

www.ketabton.com

۵) د اهتزاز حسیت: دا ازموینه د صوتي پنجې په واسطه چې فریکونسي یې 128/sec وي اجرا کېږي لومړی صوتي پنجه د زنګون د یوې خوا سره ووهئ او بیایې قاعده د هډوکی د راوتلې برخې دانسي او وحشي Maleol د Tibia د هډوکی spina, Tubercle iliac .Anti.sup دپاسه کیږدئ په نارمل حالت کې ناروغ د Buzzing احساس کوي او دغه اهتزاز په لاندې ناروغانو کې له منځه ځي.

الف) زاړه عمر **ب)** poly nearo pathy **ج) د خلفي** Colum **ناروغۍ.**

٦) Stereognosis: **دا اصطلاح د یو جسم د جسامت شکل او وزن د پېژندلو لپاره استعمالیږي ناروغ ته ووایئ چې خپلې سترګې پټې کړي، ورسته یوه سکه، پنسل او یا یو کلید د ناروغ لاس کې کېږدئ د ناروغ څخه پوښتنه وکړئ چې دا پیژني او یا دا تشریح کړه چې دا څه شی دی؟**

د وزن د احساس د ازموینې پاره په یو ډول شکل او جسامت دوه توپونه چې وزن یې مختلف وي ناروغ ته ووایئ چې کوم یو یې دروند نه دی.

د جسامت د معلوملو لپاره دوه جسمه چې مشابه وزن اوشکل ولري د ناروغ په لاس کې کیږدئ او ناروغ ته ووایئ چې کوم یو یې اوږد او کوم یو یې کوچني (لنډ) دی ددې حس ضیاع او نشتوالی د Astereogonsis **په نامه سره یادیږي.**

۷) د ژور درد احساس: درې ازموینې باید اجرا شي

i. Cuff **د عضلاتو څکوندل**

ii. **د شهادت ګوتې او غټې ګوتې ترمنځ فشار ورکړئ**

iii. **د ناروغ خصیو ته فشار ورکړئ**

نوموړي ازموینې اجرا کړئ او د ناروغ ددرد احساس نوټ کړئ د Tabes Dorsalis **په ناروغانو کې د ژور درد احساس موجود نه وي د درد احساس لاندې ډولونه لري.**

1. Analgesia: **چې په دې حالت کې په مطلق ډول ددرد حس موجود نه وي.**

2. hypoalgesia : **چې په دې حالت کې ددرد قسمي ضیاع موجوده وي.**

3. Hyperalgesia : **چې په دې حالت کې شدید دردچې د تحمل وړ نه وي موجودوي.**

ابنارمل حسیت: **د غیر نارمل حسیت موجودیت د** parasthesia **په نامه سره یادیږي چې معمول ډولونه یې د**Chills ، itching **خارښت** ،Numbness **بې حسي** ،دTenglings (د

www.ketabton.com

ستنې چوخیدل) او Formication څخه عبارت دي چې محیطي اعصابو په ناروغیو کې لیدل کېږي.

د حرکي سیستم کتنې

د حرکي سیستم د کتنېو څخه مخکې د حرکي سیستم Pathway چې په ۹-۸. شکل کې ښودل شوې ده رایادوو.

د حرکي سیستم په کتنېو کې لاندې ټکې باید په نظر کې ونیول شي

۱. د عضلاتو تغذي او جسامت

۲. د عضلاتو تون

۳. د عضلاتو قدرت

۴. د حرکت توازن

۵. د غیرارادي حرکاتو موجودیت

۱. د عضلاتو تغذي او جسامت:

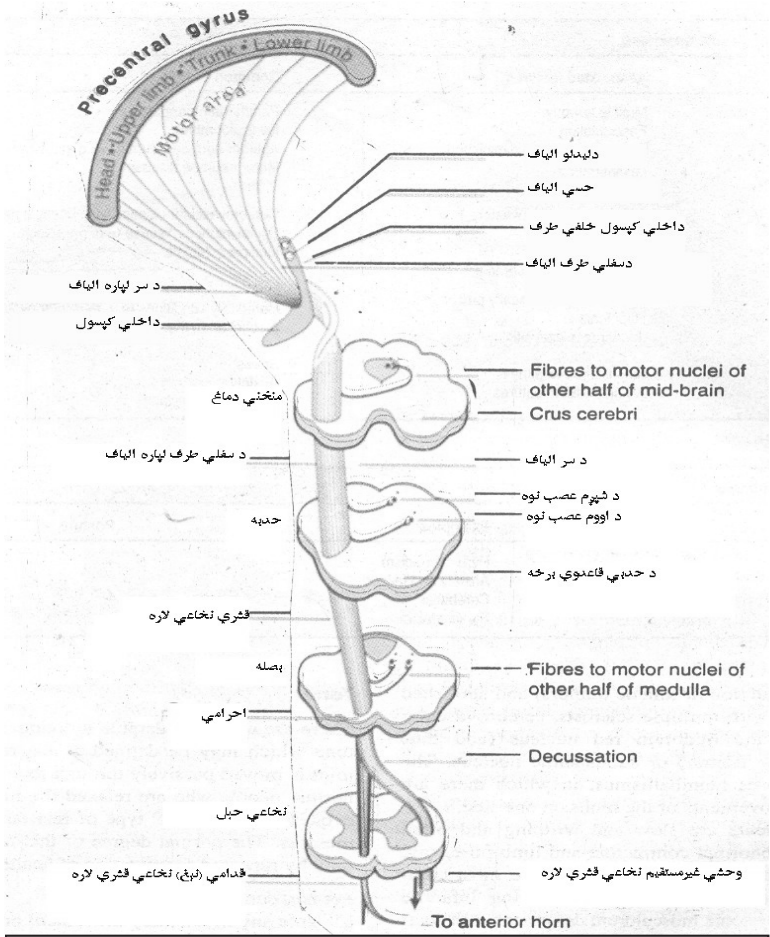
په دې حالت کې د همیشه لپاره د وجود دواړه خواو عضلات په مقایسوي ډول وګورئ د عضلاتو جسامت په دواړه خواو کې مقایسه کړئ چې ایا عضلات ذوب شوي دي ضمور یې کړی دی او که څنګه؟ همدا ډول عضلات نرم او یا سست دي.

عضلي ذوبیدل شاید عمومي او یا موضعي وي،

عمومي ذوبیدل د ښکتنی حرکي اعصابو په افاتو ، په حباثت او نورو مزمنو امراضو کې موجود کېدای شي.

موضعي ذوبیدل په تر ضیضاتویاد مفاصلو په امراضو کې موجود کېداي شي چې دا هم په Thenar عضلاتو کې د لمړي Mata Carpophalangeal مفصل التهاب ورسره یو ځاي وي لیدل کېږي یا د څلور سرې عضلې چې ذرنګانه بند هم ورسره اخته شوی وي او یاهم په اتروفیک ناروغیو کې لیدل کېږي.

www.ketabton.com



۹- ۸. شکل حرکي Pathway (۷)

www.ketabton.com

۲. عضلي تون:

عضلي تون دوه حالته لري یو دا چې عضلي تون زیات شوی وي چې دې ته hypertonia وائي او یا دا چې عضلي تون کم شوی وي چې دې ته Hypotonia وایي عضلي تون مشتمل دی په عضلي تقلصیت او Tension باندې.

Hypotonia په لاندې حالاتو کې موجود وي.

الف) د سفلي حرکي اعصابو په ناروغیو کې

ب) Tabes Dorsalis

ج) خوب

د) غیر شعوري حالت

ذ) عصبي شوک

Hypertonia په لاندې حالاتو کې موجوده وي.

الف) د پورتني حرکي عصب په افاتو کې

ب) افت چې په Basal ganglia کې وي

ج) Hysteria

د) Anxiety

د شخوالی یا hypertonia ډولونه :

۱. Clasp-knife type of spasticity
۲. Cog wheel type of Rigidity
۳. lead pipe type of Rigidity
۴. Hysterical Rigidity

۱. Clasp-knife spasticity :

د hypertonia په دې شکل کې کله چې ډاکتر کوشش وکړي چې اندام قبض کړي ډیر شخ وي لاکن د قبض د ځو معینو درجو ځخه وروسته نوموړی مقاومت ناځاپي له منځه ځي لکه اوښتې چاړه چې همدا ډول مشابه حالت د بسط په وخت کې هم مشاهده کیږي چې د پورتني حرکي عصب په افاتو کې موجود وي .

۲. Cog wheel Rigidity: د Hypertonia په دې ډول کې د منفعله حرکاتو په مقابل کې مقاومت نوساني وي که چیري تاسې کوشش وکړئ چې د ځنګلې بند قات کړئ دا ممکن د جټکې په ډول قبض شي چې په خارج اهرامي ناروغیو کې موجود وي لکه پرکنسونیزم ناروغۍ کې تکانې یا جټکه یې حرکات هغه وخت ډیر متبارز کیږي کله چې ناروغ ته ووایئ چې خپل لاس موټی وتړي چې دې ته Jendra sik,s مانور وایي.

www.ketabton.com

(paratonia) lead pipe **شخوالی**: دا د پلاستیک ډول شخوالي څخه عبارت دی. دا ډول شخوالی په یو شکل په منفعله حرکاتو کې موجود وي لکه (قبض او بسط) دا په هغه حالاتو کې چې ناروغ غیر شعوري حالت ولري موجود وي او همدا ډول په Dementia کې هم لیدل کېږي .

۴. Hysterical **شحوالی**: دا شحوالی د ناروغ د بدن په هغه برخه کې زیات وي چې د ډاکتر په واسطه په حرکت راوستل کېږي

د عضلي تون د ازموینې طریقه:

د قبض او بسط منفعل حرکات په څلورو اطرافو کې اجرا کړئ.

علوي اطراف: په علوي اطرافو کې د قبض او بسط حرکات په مړوند، د څنګلي بند او Meta carpophalangeal مفاصلوکې اجرا کړئ.

سفلي اطراف: په سفلي اطراف کې د قبض او بسط منفعل حرکات په زنګانه، ښګنري او Meta tarsophalangeal بندونو باندې اجرا کړئ.

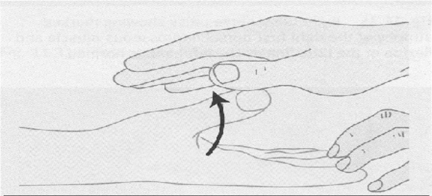
عضلي قدرت Muscle power:

عضلي قدرت دا ډول ازمایل کېږي چې ناروغ ته وویل شي د ډاکتر سره د مقاومت په مقابل کې خپل عضلات استعمال کړئ دلته یوازې د مهمو عضلاتو ازمایل تر مناقشې لاندې نیول کېږي

د تنې عضلات: په دې حالت کې ناروغ ددې توان نه لري چې په غیر د مټ د استعمال څخه د بستر څخه پورته شي .

علوي اطراف :

Abductor-pollicis brevis: نوموړې عضله د متوسط عصب په واسطه تعصیب شوي ده. د ناروغ څخه هیله وکړئ چې خپله غټه ګوته د Index څخه لرې کړي په دې حالت کې عضله لیدل کېږي او متقلصه جس کېږي .

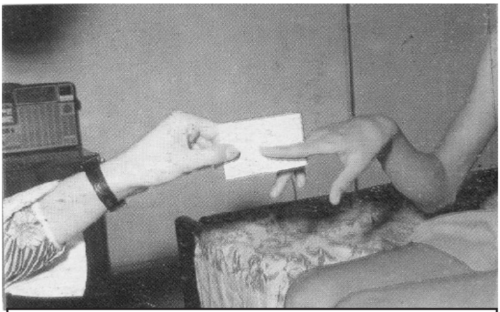


۹-۹. شکل د Abductor pollicis brevis عضلی آزمایل (۱۱)

www.ketabton.com

Card **آزموینه**:

د Interossei **عضلاتو د معاینې لپاره اجرا کېږي یوکارټ د ناروغ د ګوتو ترمنځ ایښودل کېږي په داسې حال کې چې نومونړی مکمل د بسط په حالت کې وي ناروغ ته ویل کېږي چې کارټ همدلته ټینګ ونیسي اوس کوشش وکړئ چې کارټ بیرته واخلئ چې په دې حالت کې تاسو د ناروغ** Palmar interossos **عضلاتو قدرت ګورئ.**



۹-۱۰. شکل د Interoseous **د عضلی قدرت ازمایل (۱)**

Flexor of the Finger: **د ناروغ څخه وغواړئ چې ستاسې ګوتې کېکاږي په نورمال حالت کې متوسطه او د اشارې ګوته په دې منظور پکاروړل کېږي د خپلو ګوتو د ترضیض د مخنیوي په خاطر متوسطه ګوته نږدې کړئ نوموړې ګوته به د شهادت ګوتې مخامخ قرار ونیسي که** Myotonia **او یا**Dystrophia **موجوده وي ناروغ ستاسي ګوتې په فوري توګه نشي خلاصولئ بلکې دغه کار څه وخت غواړي .**

Extensor of the finger: **د ناروغ څخه هیله وکړئ چې خپل موټی شوی لاس د هغه مقاومت په مقابل کې خلاص کړي چې د ګوتو دقبض کېدو لپاره په کار وړل شوی دی.**

Flexor of the wrist: **ناروغ ته ووایئ چې خپل د لاس ګوتې د ساعد یا** (for arm) **خواته متوجه کړي په داسې حال کې چې د لاس ورغوی یې پورته طرف ته قرار ولري.**

د مړوند بسط Extensor of the wrist: **ناروغ ته ووایئ چې خپل لاس داسې ونیسي چې د لاس ورغوی یې ښکته خواته متوجه وي بیا د ناروغ لاس ونیسئ او ورته ووایئ چې خپل لاس پورته اوشا خواته قات کړئ د** Extensor **عضلاتو د فلج په صورت کې د لاس په بند کې چې د** hand drop **په نوم یادیږي منځ ته راوړي.**

www.ketabton.com

Biceps: ناروغ د څنګل په خپله خوا کې ونيسي بيا ناروغ ته ووايئ چې ساعد قبض کړي په داسې حال چې د ناروغ په مړوند او يا لاس باندې مقاومت وارد شوی وي. که د Biceps عضله سالمه وي په دې وخت کې برجسته کېږي .

Triceps: د ناروغ څخه وغواړئ چې خپل قات شوی ساعد د مقاومت په مقابل کې نيغ کړي .

Deltoid: د ناروغ څخه وغواړئ چې خپل مټ ته د مقاومت په مقابل کې د تباعد حالت ورکړي .

سفلي اطراف:

د پښو خلفي قبض او د تلو قبض :

ناروغ ته ووايي چې خپلې پښې ته د خلفي قبض او د تلو قبض وضيعت ورکړي .

يا د زنګانه بسط Extensor of the knee:

ناروغ په بستر پروت وي چې زنګون يې د قبض په حالت کې وي د ناروغ په پښه قوه وارده کړئ او ورته ووايي چې خپل لينګې ته مستقيم وضيعت ورکړي که څلور سري عضله روغه وي برجسته کېږي .

د زنګانه قبض Flexor of the knee: ناروغ په دې حالت کې خپل زنګانه ته دمقاومت په مقابل کې قبض حالت ورکړي .

د عضلي قوت د ضياع درجې:

Grade I: تام فلج وي او هيڅ ډول حرکت موجود نه وي

Grade II: په کمه اندازه عضلي تقلص موجود وي

Grade III: کله چې د ناروغ څخه دروند شی لرې شي هغه خپلې عضوې ته حرکت ورکولی شي.

Grade IV: ناروغ کولاي شي چې خپل اندام پورته اوچت کړي او يا يې ونيسي په هغه صورت کې چې وزن پرې اچول شوی وي خو د مقاومت په صورت کې دا کار نشي کولاي

Grade V: ناروغ کولای شي چې د مقاومت په مقابل کې هم خپل اندام ته حرکت ورکړي.

Grade VI: نارمل عضلي قوت موجود وي.

www.ketabton.com

نــــــوټ : د همیشه لپاره د ناروغ دواړه خواوې باید معاینه کړئ تر څو وکولاي شو چې د یو تعداد معلوم ګروپ عضلاتو د قوت کموالی وټاکل شي .

په عمومي ډول لاندې اصطلاحات استعمالیږي:

Hemiplegia: که چیرته د بدن نیمایي طرف په فلج اخته شي د Hemiplegia په نامه یادیږي.

Paraplegia: د سفلي اطرافو د فلج څخه عبارت دي.

Monoplegia: د یوه لاس یا یوې پښې فلج ته وائي.

د حرکت توازن Coordination of movment:

ددې په واسطه کولای شو چې د هرې عضلې او یا دعضلاتو د یوه ګروپ ټاکلې وظیفه معلومه کړو.

آزموینه:

په پورتني طرف کې :

1. Nose- finger test
2. Finger to finger test
3. ددایرې جوړول په هوا کې

په ښکتنی طرف کې :

1. په مستقیم خط قدم وهل
2. Heel knee test
3. Romberg,s sign

د پورتني آزموینو څخه به د مخیخ په کتنبو کې په تفصیل یادونه وشي

د غیرارادی حرکاتو موجودیت :

د غیر ارادی عضلي تقلصاتو مختلف ډولونه وجودلري کېدای شي چې عضلات د spasm یا تشنج په حالت کې قرار ولري چې دا عضلي تشنج به Clonic او یا Tonic وي

Tonic : کله چې عضلي تقلصات دوامداره وي .

Clonic: کله چې عضلي تقلصات پرله پسي وي .

د Tetani په پیښو کې غیر نورمال حرکت د لیدلو وړ دی.د Tetany په ناروغانو کې لاندې علامې د لیدلوړ دي:

www.ketabton.com

1) Trousseau's Sign: که چیرې د ناروغ د مټ لپاسه د فشارآلې د کڅوړې او یا د تورنیکېټ په واسطه فشار وارد شي نو یو وصفي Spasm منځ ته راځي چې د Accoucheur لاس په نامه یادېږي.

2) Chvostek,s sign: که چیرې د ناروغ د وجهي عصب لپاسه د غوږ د فص په قدام کې tapping وارد شي د همغه اړونده طرف د عضلاتو د Twiching سبب کېږي

3) Peroneal sign: د Fibula د سر څخه ښکته د Fibula وحشي مخ باندې ضربه وارده شي ممکن د پښې د خلفي قبض او تباعد سبب شي او د پنډۍ عضلات تقلص کړي.

نور غیري ارادي حرکات عبارت دي له:

1) Tremors یا رپېدل: دادطرف او یا عضوې د یوې برخې منظم ښورونکي یا اهتزازي حرکات دي چې په لاندې ډولو ویشل شوي دي:

الف) Fine Tremor ج) Coarse tremor

ب) Senile Tremor د) Hysterical tremor

الف) خفیف tremor: دا په thyrotoxicosis او alcoholism کې موجودوي دا په دې ډول معاینه کېږي چې د ناروغ څخه هیله وکړئ چې خپل لاسونه مخې ته اوږده کړئ او د کاغذ یوه ټوټه د ګوتو لپاسه ایښودل کېږي چې په دې حالت کې کاغذ رپیږي .

ب) Coasrs tremor : دا په Perkinsonism کې موجود وي چې دې ته pill rolling حرکات هم وائي .

ج) Senile tremor : دا په زړو ناروغانو کې موجود وي چې په سر،لاسونو او پښو کې لیدل کېږي

د) hysterical : دا یوه عضوه یا ټول بدن په برکې نیسي ددې شدت هغه وخت زیاتیږي کله چې یو شخص ددوي د درولو کوښښ وکړي. رعشه ممکن دوامداره متقاطع منظم او یا غیر منظم وي .

Flapping tremor (Astrexia): دا د لاسونو د Metacarpo phalangeal بند په خذا کې وي د مرغي د وزرونو دحرکاتو په شان وي. دا هغه وخت موجود وي چې ناروغ ته وویل شي چې لاسونه او متې خپلې مخې ته وغځوي یا اوږده کړئ دا د ځیګر په عدم کفایه او Uremia کې موجود وي.

2) Fasciculation and fibrillation: دا د یو عضلې د لیفونو د یوې ګیډۍ د clonic تقلصاتوڅخه عبارت دي چې په لاندې حالاتو کې موجود وي:

الف) د سفلي حرکي عصب افات

www.ketabton.com

ب) پرمخ تللي عضلي اتروفي

ج) Syringomyelia

د اجرا كولو طريقه : د ورانه او يا پنډۍ په عضلاتو باندې ضربه وارده كړئ او د عضلاتو تقلصات وګورئ د يو عضلي ليف تقلص ته Fibrillation وايي چې دا په ستركو نه ليدل كېږي يواځې د E.C.G په واسطه تشخيص كېږي

3) Myoclonus: داد ټول وجود يا يو اندام د چټک غير مستقيم ټكانداره حركاتو څخه عبارت دی دا كېداي شي چې د قدم وهلو په وخت او يا د خوب په وخت كې وي داكېدیشي چې نورمال وي لاكن په ميرګي او د دماغ په استحالوي ناروغۍ كې تشديد كېږي .

4) Hemiballismus: دا له واكه وتلې او چټكو حركاتو څخه عبارت دیچې د بدن نيمه برخه متاثره كوي.

5) Tics: دا منسجم، منظم، متكرر، مقصدي حركاتو څخه عبارت دیكوم چې دوي د يو خارجي تنبه په واسطه او يا د مقصد په واسطه شروع كېږي په لاندې ډول دي:

متكرر د ستركې ستركګكونه:

د سر Nodding (بيړا د اوبو توتكې) حركات

د شونډو ترک

6) Athetosis

7) Spasmodic torticollis ((Wry neck)) دا د غاړې Tonic او يا Clonic حركاتو څخه عبارت دي چې په يو مشخص طرف باندې وي په لاندې حالاتو كې ليدل كېږي

- د رقبي ناحيې Arthritis
- آفت چې په Lenticular هسته كې وي

8) Titubation : دا د غاړې د عمودی زنګيدونكي يا خوځيدونكي حركاتو څخه عبارت دي چې د مخيخ په افاتو كې موجود وي

9) Dystonia : داد ورو حركاتو څخه عبارت دیكوم چې د اندامونو او تنې نږدې برخه متاثره كوي. كوم چې دوي د تاويدلو ميلان كوي او دا د نوزادئ په انسفلاتيس كې موجود وي.

10) Chorio شكله حركات: دا د مخ ،ژبي ،او د اندامونو يعني مقصدي شانته غير تكراري، ټكانداره حركاتو څخه عبارت دی.

www.ketabton.com

عکسات (Reflexes)

دري ډوله عکسات موجود دی:

الف) Superfascial یا سطحي عکسات

ب) Deep یا ژور عکسات

ج) Organic یا عضوي عکسات

الف) سطحي عکسات : چې په لاندیډول دی:

۱. د منضمې عکسه Conjunctival Reflex

۲. د قرنیې عکسه Corneal Reflex

۳. حدقې عکسه pupilary Reflex

۴. بلعومي عکسه pharyngeal Reflex

۵. کتفي عکسه

٦. بطني عکسه

۷. Cremasteric عکسه

۸. babinsky یا Planterعکسه

۹. Bulbo Cavernous عکسه

۱۰. معقدي عکسه .

منضمې، قرنیې، حدقې او بلعومي عکسې مخکې د قحفي ازواجو په معاینه کې ذکر شوي دي.

بطني عکسه:

د یوه تیره سنجاق ،کلید او یا د یوه تیره لرګي په واسطه د بهر څخه د متوسطه خط په طرف خطونه راکش کړئ .

تنیجه : په نورمال حالت کې د نامه حرکت او یا دبطن د عضلاتو تقلص منځ ته راځي دا عکسه په لاندې حالاتو کې موجوده نه وي .

- د پورتني حرکي اعصابو په افاتو کې (Upper Motor neuron)
- چاغو خلکو کې
- په زړو خلکو کې
- وروسته د ډیرو پر له پسې امیندواریو څخه
- اضطرابي یا پریشانه خلک (Anaxious)

www.ketabton.com

عصبي ویشنه: د قص د هډوکې د xyphoid ځخه تر نامه پورې د (۱۰-۷) صدري قطعه په واسطه تعصیب کېږي

Cremasteric. Reflex: د یوه تیره شي په واسطه د ورانه د پورتنۍ برخې متوسطه برخه وګروئ.

نتیجه: په نورمال حالت کې د همدې طرف د Cremasteric د عضلاتو تقلص او د همدې طرف د حصیې پورته کېدل صورت نیسي .

عصبي ویشنه : د (۲-۱) قطني سګمنت په واسطه تعصب کېږي. دا عکسه د L_1 په افاتو او یا د هغه ځخه پورته ناحیې په افاتو کې موجودنه دیهمدا ډول د پورتني حرکي اعصابو په افاتو کې هم موجود نه وي .

Babinsky Sign یا planter Refelx : د پښې د تلي خارجي سرحد د کلید د څنډې په واسطه وګروئ.

نتیجه:

۱. د پښې غټه ګوته ښکته خواته حرکت کوي

۲. دلته Flexion قبض او Adduction (نږدیکېدل) د نورو ټولو ګوتومینځ ته راځي

۳. پښه د Dorsi flexion او inverted (سرچپه) شکل ځانته نیسي

چې نوموړئ حالت د منفي Babinsky علامې په نوم سره یادیږي خوکله چې کټه ګوته پورته خوا ته لاړه شي او د پښې نورې ګوتې پراخه او خپرې شي د مثبت Babinsky علامې په نامه سره یادیږي. نوموړی حالت په لاندې ناروغیو کې موجود وي:

۱) د پورتني حرکي عصب په افاتو کې ۳) په شیدیخوړونکې ماشومانو کې

۲) د خوب په حالت کې ۴) کله کله د میرګي د حملې ځخه وروسته او په کوما کې.

عصبي ویشنه: دا د L_5 او S_1 په واسطه تعصیب کېږي.

Oppronham,s علامه: د Tibia د هډوکي په داخلي سرحد باندې قوي فشار وارد کړئ د پښې غټه ګوته پورته خواته ځي چې دا حالت د Inforced Babensky په نوم سره یادیږي.

Gordon's **عکسه:** د Achills وترو وهئ. دپښې کټه ګوته به پورته نوموړي دواړه علامې د پورتني حرکي عصب په آفت کې موجود وي لاکن کوم خاص اهمیت نلري.

www.ketabton.com

Hoffman's علامـــــــه: د ناروغ لاس او مټ باید په کمه اندازه قبض شي او لاس باید د استرخا حالت ولري د خپلې شهادت او غټې ګوتې په واسطه د ناروغ د متوسطې او شهادت ګوتې Distal phalanx پورته کړی او د ناروغ د ګوتو د څوکو دپاسه یوه تیزه ضربه وارده کړئ.

نتیجه: ددې علامې په مثبتو حالاتو کې د تیزې ضربې په نتیجه کې د غټې ګوتې نږدیوالی او د نورو ګوتو قبض منځ ته راځي دا عکسه د عضلي Hypertonia یو index دی چې د پورتني حرکي عصب په افاتو کې موجود وي دا عکسه همیشه مثبت نه وي

Bulbo cavernous: د یوه تیره شي په واسطه د ناروغ قضیب glans تنبه کړئ.

نتیجه: ددې تنبه په نتیجه کې دBulbo cavernous د عضلاتو تقلص منځ ته راځي .

عصبي اراو: دا عضلات د قطعي S_3، S_4 په واسطه تعصیب کېږي ټول هغه افات چې نوموړې قطعه یا Segment په افت اخته کړي ددیعلامي د منفي کېدو لامل ګرځي .

مقعدي عکسه : د یوه تیره شي په واسطه دمقعد نږدی پوستکې ته فشار ورکړي

نتیجه : چې ددې تنبه په نتیجه کې د مقعدي معصرې تقلص منځ ته راځي .

عصبي اروا : دا عکسه د S_3، S_4 قطعې په واسطه تعصیب کېږي او په ټولو هغو افاتو کې چې د عجزي قطعې دغه برخې ماوفي کړي ددې عکسي د منفي کېدو لامل کېږي

ژور عکسات

عبارت دي له:

1) Bicips jerk 2) Tricips Jerk ۳) Radial Supinator jerk

4) Knees jerk 5) Ankle jerk

د یوې عکسي د تنبه څخه مخکې باید لاندې درې ټکي په نظر کې ولري .

الف) په بندکې کومه ناروغۍ موجوده نه وي (خصوصا هغه بند چې معاینه کېږي)

ب) ناروغ باید مطلق ډول ارام او استرحا حالت کې وي او همدا ډول د عضویت معاینه کېدونکې برخه باید پوره لوڅه وي

ج) هغه عضلي حرکاتو ته باید ځیر شئ کوم چې وتر یې د څټک په واسطه وهل کېږي

1) Biceps jerk:

طریقه : د Biceps د عکسي په معاینه کولو کې لاندې درې ټکي په نظر کې ولرئ

الف) پورتني اطراف د څنګلې په حذا کې قبض کړئ.

ب) لیچې یا ساعد د ګېډې دپاسه کیږدئ.

www.ketabton.com

ج) خپله د شهادت ګوته د نومورې عضلې په وتر باندې کيږدئ او په کمه اندازه فشار ورکړئ.
د) دڅټک په واسطه نومورې ګوته ووهئ .په نتيجه کې تاسو به د Bicep د عضلې تقلص وګورئ دا عضله د پنځم او شپږم رقبي قطعې په واسطه اروا کېږي .
2) Triceps Jerk:

دمعاينې ترتيب :
الف) څنګل قبض کړي
ب) ليچې بايد د ګېډې لپاسه کيږدئ
ج) د Olecranon حفرې له پاسه ددې عضلې وتر د څټک په واسطه ووهئ وبه ګورئ چې په نتيجه کې دري سره عضله تقلص کوي ددې عضلې عصبي اروا د شپږم او اوم رقبي قطعې پواسط صورت نيسي.
Radial Or Supinator Jerk:

دمعاينې ترتيب:
الف) پورتني اطراف د څنګل په حذا کې قبض کړئ.
ب) ليچې د ګېډې لپاسه په semi prone وضيعت باندیکېښودل شي
ج) لاس ته په کمه اندازه د ulnar خواته تاو ورکړئ.
د) د کعبري د هډوکې Proc styloid د څټک په واسطه د عضدیکعبري عضلي وتر ووهئ چې په نتيجه کې نومورې عضله تقلص کوي نومورې عضله د پنځم اوشپږم رقبي قطعې په واسطه تعصيبيږي .
Knee Jerk طريقه:
دا عکسه په درې ډوله اجرا کېږي
لومړي ميتود: ناروغ د بستر په څنده داسې کښينول کېږي چې پښې يې ښکته خوا ته ځوړندې وي د ناروغ زنګون بربنډ کړئ او د Quadreceps د عضلي د وتر ځاي وټاکئ او د څټک په واسطه يې ووهئ.
دوهم ميتود: د ناروغ دواړه زنګنونه قبض کړئ په داسې حال کې چې ناروغ په بستر کې پروت وي لاس د معاينه کېدونکې د زنګانه لاندې تير کړئ او د بل زنګون دپاسه يې راوړئ په دې توګه هغه زنګون چې معاينه کېږي ستاسو د لاس په شا باندیځوړند وي اوس د ناروغ فکر بلې خوا ته واړوئ او د څلور سرې عضلې وتر په څټک ووهئ.

www.ketabton.com

دریم میتود: ښکتني اندامونه د زنګون او Hip بند په حذا کې په دې توګه قبض کړئ چې ورون بهر خواته تاو شوي وي دواړه پوندې یو بل ته نږدې کړئ او ناروغ د بستر د پاسه ستوني ستاخ پروت اوسي اوس د څلور سرې عضلې وتر په څټک ووهئ چې په نتیجه کې څلور سره عضله تقلص کوي او په زنګانه کې د بسط حالت منځ ته راځي.

عصبي اروا: نوموړې عضله د دوهم،دریم، څلورم قطني قطعې په واسطه اروا شوې ده.

Reinforcement **طریقه**: په روغو کسانو کې کله کله د زنګون د عملیې اجرا کول یو څه ګران وي بناء نوموړې مانوره اجرا کېږي

د ناورغ څخه هیله وکړئ چې لاسونه یو په بل کې سره ونښلوي او د یو او بل په خلاف یې کش کړي یا دا چې د ناروغ څخه هیله وکړئ چې غاښو ته یو د بل لپاسه قشار ورکړي یا خپل لاسونه موټی کړي اوس د نوموړې عضلې وتر په څټک ووهئ. په دې توګه د نوموړې عکسې اجرا کول یوه آندازه اسانه کېږي دا ددې لپاره چې ددې طریقې په واسطه مونږ د عضلاتو تون او کشش پورته وړو.

:Ankle Jerk

طریقه : ښکتنی اندام د بستر دپاسه کیږدئ او د زنګانه بند ته یوه اندازه ،قبض وضیعت ورکړئ اوس د لاس په واسطه پښې ته په کمه اندازه Dorsi flexion وضیعت ورکړئ او د Achilles وتر په څټک ووهئ په نتیجه کې د پنډۍ عضلات تقلص کوي اوپښه به Planter Flexion وضیعت نیسي .عصبي اروائي په S_1، S_2 سګمنت پورې تړاو لري ټول پورتني عکسات د پورتني حرکي اعصابو په تشوشاتو کې زیاتیږي او د ښکتني حرکي اعصابو په تشوشاتو کې کمیږي همدا ډول په Myxodema کې هم لیدل کېږي.

:Clonus

کله چې وتري عکسات مشتد شي Clonus منځ ته راځي Clonus ممکن ثابت او یاغیر ثابت وي.

ثابت clonus په Hyper Refexia (د پورتني حرکي عصب په افت) باندیدلالت کوي حال داچې غیر ثابت Clonus په عصبي اومشوش خلکو کې موجود وي

Clonus په دوه ډوله دی:

1) Patellar clonus

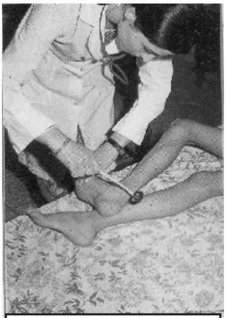
2) Ankle Clonus

www.ketabton.com

ميتود: د Patella په پورتني سرحد كې د څلور سرې عضلې وتر ونيسئ اوس دوه يا درې ټكانونه ښكته خواته وركړئ په مثبت حالت كې دڅلور سرې عضلې مسلسل تقلصات منځ ته راځي او patella ممكن ددې سره حركت وكړي .

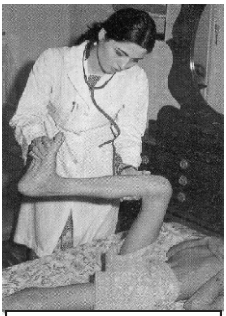
:Ankle Clonus

ميتود: د ناروغ د زنګانه بند د Hip بند سره يوځاي يوه اندازه قات كړئ او لنګي ته د خپل لاس په واسطه تكيه وركړئ اوس د بل لاس په واسطه د پښې قدامي برخه ونيسئ او پښې ته ناڅاپي 3-2 Dorsi flexion حركات وركړئ د پښې په پونده فشار دوامداره وساتئ ترڅو چې پښه په dorsi flexion وضعيت باندې‌وساتل شي . په مثبت حالت كې د پنډۍ عضلات پرله پسې تقلصات كوي.

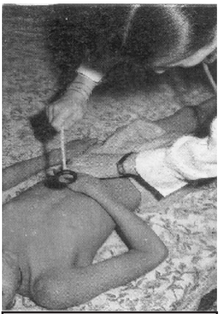


۹-۱۱. شكل د ښنګري عكسه(۱)

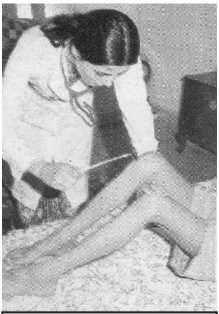
۹-۱۲. شكل د Babinski مثبته علامه (۱)



۹-۱۳. شكل دښنګري Clonus (۱)



۹-۱۴. شكل كعبري عكسه (۱)

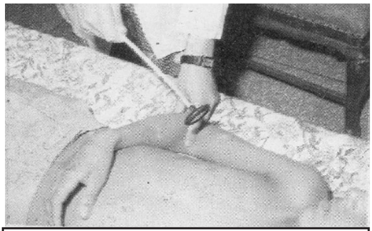


۹-۱۵. شكل د زنګون عكسه (۱)

۹-۱۶. شكل Patellar clonus (۱)

www.ketabton.com

۹-۱۷. شکل Triceps عکسه (۱)



۹-۱۸. شکل Biceps عکسه (۱)

د عکساتو درجې: د عکساتو درجې په لاندې ډول دي:

۱) صفر درجه :عکسه موجوده نوي.

۲) لومړۍ درجه : نارمل عکسه موجوده وي.

۳) دوهمه درجه: عکسات شدید کېږي.

۴) دریمه درجه : عکسات ډیر زیات شدید کېږي.

۵) څلورمه درجه : Clonus موجود وي .

عضوي عکسات :

عضوي عکسات عبارت دي له :

i. تنفسي عکسه ii. د بلع عکسه iii. د تعوط عکسه iv. د تبول عکسه

د مخیخ کتنې Examination of the cerebellum

مخیخ د عضلي تقلص اندازه ، شمیر،نظم ،او قوت تنظیموي .په مخیخ کې د آفت له کبله وظایف متاثره کېږي او لاندې کلینیکې لوحې ورڅخه څرګندیږي .

۱) Asthenia ۲) Ataxia ۳) Adiadochokinesia ۴) Asynergia ۵) **ابنارمل وضیعت** ۶) Atonia ۷) Rebound phenomena ۸) knee jerk pendulus ۹) Nystagmus ۱۰) Scanning speech ۱۱) Drunken gait ۱۲) Intention tremors ۱۳) past pointing

۱) Asthenia : **چې په دې حالت کې عضلات ضعیف وي**

۲) Ataxia : **چې په دې حالت کې عدم توازن موجود وي او ناروغ نشي کولای چې په یو مستقیم خط په خلاصو سترګو سره قدم ووهي .**

www.ketabton.com

۳) Adiado chokinesia : دا معنی لري چې تكراري متناوب حركات پكې له منځه ځي
i. آزموينه: د ناروغ څخه هيله وكړئ چې خپله څنګل د ښي زاويې په حذا كې قات كړي او په چټكۍ سره په مړوند د Supination او Pronation حركات اجرا كړي. داكار ممكن ناروغ ونشي كولاي د هغه حركات ممكن ورو او ناتام وي.
ii. آزموينه: د ناروغ څخه هيله وكړئ چې د خپلو ګوتو په څوكو باندې ستاسو د لاس ورغوی په چټكۍ سره ووهي دا كار ممكن ناروغ ونشي كولاي .
۴) Asynergia : (د موازني نه ساتل)
د همكاري له منځه تللو او يا د وجود د موازني نه ساتلو ته وايي
ازموينه: په پورتني اطراف كې:
(i) Finger to nose Test: د ناروغ څخه هيله وكړئ چې ددوه فوټو فاصلې څخه د شهادت ګوته ستاسو د شهادت ګوتې سره تماس وركړي او وروسته خپله نومورې ګوته د خپلې پوزې سره تماس وركړئ او دا كار په چټكۍ سره اجرا كړئ ممكن ناروغ دا كار ونشي كولاي.
(ii) Finger to finger test: د ناروغ څخه تقاضا وكړئ چې خپلې دواړه د شهادت ګوتې د لرې فاصلي (پراخه څنګلې په اندازه) په چټك ډول سر وصل كړي ممكن ناروغ دا كار ونشي كولای.
(iii) د ناروغ څخه هيله وكړئ چې خپلې ګوتې د څوكې په واسطه په هوا كې يوه دايره جوړه كړي ممكن ناروغ دا كار ونشي كولاي.
كه چيرته نومورې آزموينې مشكوكې وي د ناروغ څخه هيله وكړئ چې سترګې پټې كړي او دا عمليه په تكرار ډول سره اجراء كړي كه چيرې پورتنۍ بي نظمي موجوده وي ښه څرګند ښكاره كيږي.
په ښكتني اطراف كې :
(i) Ataxia: ناروغ په يوه نېغه كرښه باندې تللاي نشي
(ii) Hell knee test: ناروغ د بستر لپاسه ستوني ستاخ پروت وي اوس د ناروغ څخه هيله وكړئ چې خپله د يوې پښې پونده د بلې پښې په زنګانه كيږدي او بيايې د Tibia د هډوكې لپاسه ښكته خوا ته حركت وركړی داكار بيا اجراء كړي ممكن ناروغ دا كار ونشي كولاي .
(iii) د ناروغ څخه هيله وكړئ چې د خپلې پښې د غټې ګوتې په واسطه په هوا كې يوه دايره جوړه كړي چې ناروغ ممكن دا كار ونشي كولاي.

www.ketabton.com

Romberg,s sign : ددې علامې په واسطه د مخيخ اوخلفي Column آفاتو ترمنځ تفريقي تشخيص اجرا کېږي ناروغ مجبورکړئ چې ودرېږي او دواړه پښي يې سره نږدې وي. که چيرې ناورغ په دې ډول ودريدلی شي او سترګې يې خلاصې وي دامعنی لري چې مخيخ اوددې لاره روغه ده يا داچې که چيرې د ناروغ سترګې خلاصې وي او ونشي دريدلاي نو د محيح او ددې لارې په آفت باندې دلالت کوي يعني ناروغ په حرکي Ataxia مصاب دی. اوس د ناروغ څخه هيله وکړئ چې سترګې پټې کړي (په داسې حال کې چې دواړه پښي يې سره تر اوسه نږدې وي که چيرې خلفي Column روغ وي ناروغ ټال خوري او په ځمکه لويږي Ataxia Sensory د خلفي Column د ماوفه کېدو له کبله ژور حسيت لکه د وضعيت حس او د بندونو حرکت له منځه ځي لاکن د سترګو په خلاصولو سره خپل توازن ساتلئ شي اوکه چيرې سترګې پټې کړي نو ناروغ توازن نشي ساتلای او لوېږي کله کله نومورې آزموينه مشکوکه نتيجه ورکوي په دې حالت کې که چيري ناروغ د پښو د پنجو په څوکه ودرېږي نومورې آزموينه مثبته نتيجه ورکوي ناروغ غورځيږي او Remberg's test مثبت وي.

۵) Abnormal postur : د مخيخ په يو طرفه آفاتو کې ناروغ مأوف طرف ته ټيټيږي يعني سرد Occipital افت خواته وي حال دا چې د همغه طرف اوږه هم ځوړنده اوسقوطي وي. که افت دوه طرفه وي ابنارمل وضعيت موجود نه وي .

٦) Atonia : د عضلي مقويت له منځه تللو ته وائي چې ازموينې يې تشريح شوي دي.

۷) Rebound Phenomenon : ناروغ ته ووايئ چې کمه اندازه خپله څنګل قبض کړي اوس د ناروغ څخه پوښتنه وکړئ چې د مقاومت په مقابل کې خپله څنګل قبض ونيسي او تاسو دهغه مټ کلک کړئ وروسته ناڅاپه دا خوشې کړئ په دې حالت کې به ناروغ خپل مخ په څپيړه ووهي چې دا په Rebound phenomenon پورې اړه لري.

۸) Pendulous knee jerk (د زنګانه ښوريدونکی ټکان): د زنګانه ټکان راوپاروی د بسط څخه وروسته لنګي په يو ښوريدونکی ډول سره ښکته غورځيږي کله چې ناروغ په بستر کې په داسې حال کې ناست وي چې پښې يې د بستر څخه ښکته ځوړندې وي.

۹) Nystagmus: دا غير ارادی‌نوساني او   Oscillatory حرکات دي دا کېداي شي چې افقي ،عمودي او دوراني وي. سترګې په تيزی سره په يو طرف کې نظر بل طرف ته حرکت کوي.

www.ketabton.com

۹- Trophic تشوشات

د عصبي سیستم په ناروغیو کې داخته شوې برخې تعذي پوره نه وي، څه وخت چې یوطرف په فلج اخته شوی وي او یا که یې حسي توزیع هم همدا ډول خرابه شوې وي نو تروفیک تشوشات پکې واقع کېږي

هډوکي: هډوکي ماتیدونکي وي او بنفسي کسرونه پکې منځ ته راتلاي شي (osteo pathy)

بندونه : بندونه شاید د بې درده مایع ځاي وي چې تروفیک تشوشات ورسره او یا ورسره نه وي

پوستکي: دا شاید ،سوروالی ،تقرح ،د بستر زخم او صباعي کېدل وښيي.

۱۰- د سحایاو د تخریش علایم

د سحایاو په تخریش کې لاندې علایم لیدل کېږي:

Neck Rigidity یا د غاړې شخوالی:

خپل یو لاس د ناروغ دسر شاته Occipit برخه کې کیږدئ او اوس کوشش وکړئ چې دناروغ سرته د قبض وضیعت ورکړئ تر څو د ناروغ زنه په سینه ولګیږي په نورمال حالت کې به غیرله دې څخه چې ناروغ درد حس کړي دا عملیه اجرا کېږي که چیري د سحایاو تخریش موجود نو ناروغ شدیدا درد حس کوي او زنه د سیني سره نه لګیږي ځکه چې شحوالی موجود وي نو مونږ ویلاي شو چې د غاړې شخي موجوده وي چې داد غاړې شخوالی په رقبي نخاعي امراضو کې هم لیدل کېږي .

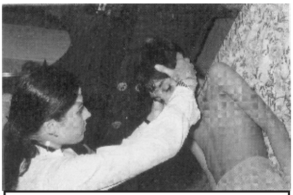
Kernig,s علامه : په دغه حالت کې د ناروغ زنګانه ته په Hip بند باندې د ۹۰ درجې وضیعت ورکوو چې یوه قایمه زاویه جوړیږي. وروسته د ناروغ پښې ته د بسط حالت ورکوو چې د منجایتس په صورت کې ناروغ د Hamstring عضلاتو د شخي له کبله درد حس کوي .

Brudzinski,s علامه :

(i) د غاړې متود: ناورغ په بستر هموار څملي اوس د ناروغ غاړې ته په صدر باندې د قبض وضیعت ورکړئ که منجایتس موجود وي نو په دې حالت کې ناروغ پخپله خپل زنګنونه راټولوي او وایو چې نوموړې علامه مثبته ده.

www.ketabton.com

(ii) leg طریقه: د ناروغ یو لنګی او زنګون ته په Hip بند باندې قبض وضیعت ورکوو په دې حالت کې بل لنګی په خپله د زنګانه په برخه کې دقبض وضیعت غوره کوي نو وایو چې leg میتود مثبت دی.



۹-۲۱. شکل د غاړې شخي علامه (۱)

۹-۲۰. شکل Brudzinski علامه (۱)

۹-۱۹. شکل Kerning,s علامه (۱)

د پورتني حرکي عصب او ښکتنی حرکي عصب تفریقي تشخیص

پورتنی حرکي عصب	ښکتنی حرکي عصب
۱) د یو ګروپ د عضلاتو حرکات د فلج له امله اغیزمن کېږي	۱) ځانګړي عضلات فلجیږي
۲) عضلي تون زیاتیږي	۲) عضلي تون کمیږي
۳) عضلات نه ویلي کېږي	۳) اخته شوي عضلات ویلي کېږي
۴) غیر ارادیحرکات موجود نه وي	۴)غیر ارادي حرکات لکهFasciculation موجود وي
۵) Babinski علامه مثبته وي	۵) Babinsky علامه منفي وي
٦) ژور عکسات مشتد کېږي	٦) ژور عکسات ورک یا کمیږي
۷) Clonus موجود دوي	۷) Clonus موجود نه وي
۸) تروفیک تشوشات موجود نه وي	۸) تروفیک تشوشات موجود وي
۹) استحالوي عکس العمل موجود نه وي	۹) استحالوي عکس العمل د برقي تنبه سره موجود وي

www.ketabton.com

لسم څپرکی

د پښتورګو د ناروغانو غوره ګیلې او لابراتواري کتنې

د پښتورګو د ناروغانو عمده اعراض په لاندې ډول دي:

۱) **درد:** د پښتورګو د ناروغانو مهم عرض دی چې ناروغ ډاکتر ته په ورتګ مجبوره کوي دا دردونه کیدی شي چې خفیف، متوسط او یا شدید وي د پښتورګو په کولیکي درد کې ناروغ لول وهي او تشی یې کلک نیولي وي د پښتورګو درد د Flank په ناحیه کې موضعي وي او کله کله لاندې خواته د حالب په امتداد انتشار کوي چې د ادرار سوزش ورسره یو ځاي وي په همدې توګه د نورو اعراضو په هکله لکه زړه بدوالی باید معلومات حاصل شي.

۲) Hematuria: په ادرار کې د وینې موجودیت څخه عبارت دي. هماتوریا به یا په ګروس شکل وي او یا په مایکروسکوپیک شکل. چې په ګروس شکل کې ناروغ په سترګو ګوري چې ادرار یې سور دی په همدې توګه هماتوریا سره درد یو ځاي وي او یا بې درده وي چې بې درده هماتوریا په پولي کستیک Poly cystic پښتورګو او هم د پښتورګو په توبرکلوز کې لیدل کېږي که ناروغ د ادرار په شروع کې سره وینه خارجه کړي نو داد احلیل په آفاتو دلالت کوي او کله چې وینه د ادرار په آخر کې ولیدل شي د پروستات او مثانې آفات به موجود وي او که په ټول ادرار کې وینه ولیدل شي د پښتورګو آفات په ګوته کوي.

۳) Anuria: د ادرار د نشتوالي څخه عبارت دي چې مهم علت یې د ادرار احتباس دی.

۴) Dysuria: د درد ناکه تبول څخه عبارت دی چې لاملونه یې په دوه ډوله دی.

۱. **موضعي لاملونه:**

الف) urethral: **حاد** urethritis، **ګونوریا**، Balanitis، **تروما**

ب) پروستات: **حاد** gonococcal prostates **او د پروستات کارسینوما**

ج) مثانه: **حاد** Cystitis، **او د مثانې تیږه**

د) نسایي او مقعدي امراض: Fibroids، **کارسینوما**

۲. **عصبي لاملونه:** rere vesical crisisof tabes dorsalis

۵) **د ادرار فریکونسي:** چې په دغه حالت کې ناروغ ژر ژر ادرار ته ځي او مقدار یې کم وي او کله کله ورسره Dysuria هم یو ځای وي.

www.ketabton.com

لاملونه:

الف) Prostaltism

ب) د مثانې تقلص چې علت یې د توبرکلوز انتان وي

ج) بین الحلالي د مثانې التهاب

د) د مثاني تومور

۶) Strangury: په دغه حالت کې په ناروغ کې Dysuria د انتان سره یو ځاي وي او ممکن د مثاني د تومور یو عرض وي.

۷) Incontenance (Enuresis): incontenance هغه حالت دی چې د ناروغ څخه په خپل سر ادرار ځي او نه خبریږي او Enuresis هغه حالت دی چې د ناروغ د شپې له خوا بستره لمدوي او ادرار کوي په ماشومانو کې Enuresis تر درې کلنۍ پورې نارمل وي او که د دري کلنئ څخه وروسته ناروغ Enuresis ولري دا د ناروغۍ حالت دئ او لاملونه یې باید ولټول شي خو ځینې وخت ماشومان تر شپږ کلنۍ پورې هم Enuresis لري.

په نارینه کې د incontenance لاملونه په لاندې ډول دي:

الف) په ولادي شکل کې د معصري او مثاني ابنارملتي موجوده وي لکه Ectopia vesica یا Spina bifida یا Myelo meningocele

ب) post prostatectomy

ج) نوروجنیک: لکه د نخاع تروما

د) مخیخي آفات: دماغي اتیروسکلروزس، کوما، psychosis، داخل قحفي تومور

لاملونه یې په ښځو کې:

الف) urethral leakage

- د اهلیل د معصرې عدم کفایه چې د ولادت په اثنا کې د تروما له کبله منځ ته راځي.
- Urge incontenance
- عکسوي incontenance

ب) Extra urethral leakage: چې د اهلیل او مهبل، او مثانې مهبل فستول پکې شامل دي.

۸) Dribbling: په دغه حالت کې ناروغ څاڅکې څاڅکې ادرار کوي او په لاندې حالاتو کې لیدل کېږي.

۱. په فزیولوجیک شکل کله چې ناروغ ټوخی کوي او یا عطسه وهي او یا فشاري حالت موجود وي.

www.ketabton.com

۲. موضعي لاملونه: لکه Rectocoel ،Cystocoel، ضعیف عجان، د پروستات له کبله بندش.

۹) Oliguria: که په یو کاهل شخص کې د ادرار اندازه په ۲۴ ساعتو کې د 400ml څخه کم وي د Oliguria په نامه یادیږي.

لاملونه یې په درې کټګورۍ ویشل کیږي.

۱. prerenal آفات: چې لاندې حالات پکې شامل دي.

الف) Hypo tension: چې د لاندې عواملو له کبله تأسس وکړي لکه په Cardiogenic شاک یا Septic شاک کې، یا د مایعاتو د ضیاع له سببه

ب) په غیر د Hypo tension څخه: لکه په C.H.F، د پښتورګي د اوعیو په بندش لکه په ترومبوزس، امبولي، د حجم کموالی، peritonitis اود کولمو په انسداد کې.

۲. د پښتورګي آفات: لکه حاد ګلومیرولو نفراتیس، حاد توبولرنکروزس ، دوه طرفه قشري نکروزس، د پښتورګو مزمنه عدم کفایه، یورات نفروپاتي.

۳. Post Renal آفات: لکه انسدادي یوراپاتي، د پروستات عټوالی او یا د اهلیل بندش، دوه طرفه د حالب انسداد، د پښتورګي د ورید ترمبوزس.

۱۰) Hesitancy: ناروغ د تبول احساس کوي لیکن کله چې وغواړي چې تبول وکړي په شروع کې د تکلیف سره مخامخ کیږي یعني ناروغ د یو څه وخت لپاره انتظار وباسي تر څو متیازي یې جاري شي. دغه عرض په هیجاني حالاتو، عصبي خلکو او د پروستات په ناروغیو کې لیدل کیږي.

۱۱) Pyurea: چې د ناروغ په ادرار کې قیح او یا pus موجود وي په دغه حالت کې د ناروغ ادرار خړ وي (دا باید ذکر شي چې هر خړ ادرار Pyuria نشي کیدی خو داد بولي سیستم د هرې برخې په انتان کې منځ ته راتلای شي.

۱۲) Pneumaturia: په ادرار کې د هوا خارج کیدل د Pneamaturia په نامه یادیږي چې دا حالت په بولي معائي فستولو کې لیدل کیږي چې دا فستولونه په مثانه، اهلیل او یا شاید په حالب او یا د پښتورګي په خویضي کې منځ ته راځي.

۱۳) Lithurea: په ادرار کې د تیږو د خارجیدو څخه عبارت دی.

۱۴) Edema: کله چې پړسوب په مخ، په سفلي جفن او یا ټول وجود کې ولیدل شي باید د پښتورګي ناروغي په فکر کې راوړل شي.

www.ketabton.com

د بولي سیستم په ناروغانو کې سیستمیک څرګندونې:

د بولي سیستم په ناروغانو کې سیستمیک اعراض له تبې، د وزن د ضیاع او ستوماني څخه عبارت دي. د مثانې په حاد التهاب کې سپکه تبه موجوده وي او یا دا چې تبه وجود نه لري اما د حاد پایلونفراتیس او د پروتستات د التهاب په ناروغانو کې تبه څلویښت درجې سانتي ګرید ته رسیږي چې زیاتره د لړزې سره یو ځای وي همدا ډول په مزمن پایلو نفراتیس کې هم تبه موجوده وي.

د پښتورګو او حالب په اخته ناروغانو کې معدې معایي اعراض لکه زړه بدوالی، ګانګې، د خولې قرحه، او د نکفیه غدواتو التهاب په پرمخ تللي uremia کې موجود وي چې لامل یې د خولې د باکتریاوو په موجودیت کې د یوریا بدلیدل په امونیا باندې دی. بې اشتهائي، زړه بدوالی، ګانګې د uremia غوره اعراض دي د هضمي جهاز په برخه کې کوچنی تخریبات د نزف لامل کیدی شي وینه لرونکی اسهال د پښتورګي د ناروغیو د پرمخ تللي اعراضو څخه وي (د کلیوي تخریب او د یوریمیا د لوړوالی له کبله).

همدا ډول په حاد او مزمن ګلومیرولو نفراتیس ناروغانو کې د وینې لوړ فشار لیدل کیږي د پښتورګو په لوړ فشار کې د کیڼ بطین ضخامه منځ ته راځي او د زړه د چپې عدم کفایې لامل کیږي همدا ډول د زړه د عدم کفایه د uremia له سببه هم منځ ته راځي چې خراب انزار لري. همدې توګه Uremic pericaditis د پښتورګو د عدم کفایې له کبله منځ ته راځي.

د پښتورګو په اخته ناروغانو کې پړسوب د وجود په مختلفو وصفي برخو کې منځ ته راځي په لومړي پړاو کې په سست حجروي انساجو لکه زیړمو لاندې، تناسلي ناحیه او خصیو کې او وروسته په سفلي اطرافو او په عجزي قطني ناحیو کې هغه چې بستري وي کتلوي اذیما په حاد او مزمن ګلومیرولو نفراتیس او نفروتیک سندروم کې موجوده وي د Hypoxiemia په موجودیت کې Reninagiotesin Aldosteron سیستم فعالیږي د اوبو او مالګې د دوهم ځل جذب او د وینې د لوړ فشار او هم د وجود د پړسوب لامل کیږي او د مایعاتو حجم پورته وړي.

د پښتورګو د ناروغانو مخ زیاتره حاسف وي او د یوریمیا له کبله لکه په خاورو ککړ او یا دا چې ایري ورپو کړئ معلومیږي چې د Dusky مخ په نامه یادیږي. د پوستکي خارښت یو غیر ثابت عرض دی چې عمده لامل یې په پوستکي کې د Ca توضع ده چې د پوستکي د

www.ketabton.com

سطحي تحریش او د پوستکي د وچوالي لامل کېږي. د پښتورګي په ناروغانو کې عصبي تشوشات لکه سردردي، رغشه، احتلاطات او کوما لیدل کیدی شي.

د پښتورګو فزیکي کتنې:

سطحي اناتومي: پښتورګي په قطني ناحیه کې پراته دی.

ښي پښتورګی: په حلف کې دوه موازي خطونه رسموو چې یو خط د یوولسمې فقرې له پاسه او بل خط یو انچ د Crist.ailiaca ځخه پورته رسموو په همدې توګه دوه عمودي خطونه چې دا دوه موازي خطونه قطع کړي هم دا ډول رسموو چې یو خط یو انچ وحشي ته له ستون فقرات ځخه او بل خط دوه انچه وحشي ته له دغه اولي خط ځخه رسموو چې په دې توګه یو څلور ضلعي منځ ته راځي اوله یوولسمې فقرې ځخه د یو انچ په فاصله پورته له Cristailiaca امتداد لري چې ښی پښتورګی په دغه څلور ضلعي کې قرار لري.

چپ پښتورګی: چپ پښتورګی له ښي پښتورګي ځخه نیم انچ پورته چپ طرف ته قرار لري د پښتورګي د پراخوالی فورمول عبارت دی له 1X2X4 یاني پښتورګئ یو انچ ضخامت دوه انچه پراخوالی او څلور انچه اوږدوالی لري.

پښتورګي د Bimanual یا دوه لاسي طریقې سره جس کېږي ناروغ چې ستوني ستاخ پروت دی‌زنګنونه یې راټول او د ناروغ د سر ځخه بالښت لرې کړئ یو لاس شاته د آخرنئ پښتئ په سویه او بل لاس په قدام کې د پښتئ د څنډې لاندې کیښودل کېږي شاتنئ لاس مخې ته او مخې لاس شاته د بطن داخل جدار ته ټیله کړئ چې ناروغ په دغه وخت کې ډوب شهیق اجراء کوي چې په دې وخت کې ډاکتر کوشش کوي تر څو پښتورګئ جس شي که پښتورګئ غټ شوی وي د دواړو لاسو په منځ کې جس کېږي که ناروغ ډېر چاغ نه وي په نورمال حالت کې د ښي پښتورګي ښکتنی قطب جس کېږي.

Morphy Renal punch: ناروغ په بستر کې دا ډول کیني چې شاه ئې ډاکتر خواته وي اوس د غټې ګوتې پواسطه په کلیوي زاویه باندې (هغه زاویه چې د ملاد تیر او آخرنئ ضلعې ترمنځ موجوده وي) یوه آني ضربه (punch) وارد کوو که Tenderness موجود وي نو د ناروغ Morphy Renal punch مثبت دی او مثبت punch دا معني ورکوي چې د پښتورګو په محیط کې ابسي، Hydro nephrosis او یا کوم بل التهابي آفت موجود دی.

د پښتورګو د ناروغانو لابراتواري instromental کتنې:

www.ketabton.com

ادرار:

د ادرار معاینه باید یوازې د بولي طرق او پښتورګو د ناروغیو پورې ونه تړل شي بلکې دا معاینه د هرې طبي معاینې د یوې برخې په توګه اجراء شي.
د ادرار معاینه نه یوازې دا چې د ځینو معینو ناروغیو لکه د شکرې او یا د پښتورګو ناروغیو لپاره د یو لارښود په توګه کار کوي د ادرار نمونه چې د معاینې لپاره اخستل کېږي. باید په یو پاک لوښي کې د معاینې ځای ته ولیږدول شي همدا ډول یادونه کېږي چې معاینه څومره چې ژر امکان ولري باید سرته ورسول شي او که معاینه د دوو ساعتو څخه د زیات وخت لپاره وځنډېږي نو باید چې په یخچال او یا په یوه کوټه کې د حرارت د ټاکلې درجې لاندې وساتل شي. د ادرار د مایکروبیولوژیک او مایکروسکوپیک کتنې لپاره باید د ادرار منځنۍ برخه واخیستل شي.

د ادرار مقدار:

په نورمال ډول هر بالغ کس په ۲۴ ساعتو او معتدل اقلیم کې تقریباً د ۷۵۰ او ۲۵۰۰ سي سي تر منځ ادرار کوي. د ادرار اصغري ورځنۍ out put د پښتورګو په اطراحي وظایفو پورې اړه لري کوم چې د یو کس څخه تر بل کس او د ځینو فکتورونو لکه غذا پواسطه تغییر کوي. په غیر نورمال ډول د ادرار د out put کموالی (Anuria او oliguria) په دې دلالت کوي چې د ادرار د جریان اندازه د اصغري مقدار څخه کمه ده.

د ادرار رنګ:

Uro chorm او Uro erythrin هغه صباغات دي چې د ادرار د طبعي ژیړ رنګ لامل ګرځي د ادرار د تلوین له کبله په کوم کې چې ادرار تیاره رنګ اختیاروي داد Urobilinogen د اکسیدیشن له کبله وي چې urobilin ته رنګ ورکوي. د ادرار د جریان اندازه هم د ادرار په رنګ باندې زیاته اغیزه لري په دې ډول چې د ادرار د جریان د اندازې زیاتوالئ ادرار رقیق کوي چې له همدې کبله ادرار حاسف رنګ اختیاروي همدا ډول صفراوي صباغات ادرار ته نصواري رنګ ورکوي او کله چې دغه ادرار وښورول شي نو ځګ لرونکی خاصیت غوره کوي. په ادرار کې د کمې څخه تر متوسطې اندازې پورې د وینې موجودیت ادرار ته smoky منظره ورکوي خو که د وینې مقدار زیات وي نو بیا پرمخ تللی نصواري او یا په هغه صورت کې چې تیز رنګه وینه موجوده وي نو ادرار په سور رنګ تغییر کوي. په هغه صورت کې چې داخل وعائي هیمولایزس د سختې ملاریا د Black water fever له کبله چې آزاد هیموګلوبین په ادرار کې منځ ته راځي د ادرار رنګ سوی سوربخن خو په پرمخ تللي حالاتو کې تورته ورته رنګ اختیاروي.

www.ketabton.com

په همدې ډول Myoglobine کوم چې د حاد عضلي نکروزس څخه وروسته لکه Rabdomyoglysis له کبله چې په ادرار کې منځ ته راځي ادرار ته نصواري سور رنګ ورکوي. برسيره پردې ځينې دواګانې هم د ادرار رنګ ته تغير ورکوي لکه د Rifampicine د اخستلو په صورت کې ادرار سور او د Nitrofurantion په صورت کې نصواري او Methylsenna په صورت کې نارنجي رنګ لري. په نورمال حالت کې کله چې ادرار په تازه ډول خارج شي شفاف او ګرم وي خو که چيري په ادرار کې په زياتې اندازې سره حجرات، سپين حجرات او يا د ملاحظې وړ فاسفيت موجود وي نو بيا کيدی‌شي چې ادرار Cloudy هم شي.

د ادرار مخصوصه کثافت او osmolarity:

د ادرار مخصوصه کثافت د ۱،۰۰۱-۱،۰۳۵ دی کوم چې د mosmol/kg ۱۳۵۵-۵۰ اوبو سره مساوي کېږي د پښتورګي د عدم کفايې په صورت کې د osmolarity اندازه کموالی مومي او د پښتورګو په شديدو ناروغيو کې تر 300 oso HOH پورې رسيږي چې دغه اندازه ګلوميرول فلتريت ته نږدې ده او دې ته Isosthermia وايي که چيرې intake زيات وي نو دا حالت ناروغ د Na او اوبو Overload ته تمايل کوي او که Intake کم وي نو ناروغ د مالګې او اوبو depletion ته تمايل کوي.

د ادرار PH:

د ادرار PH د ۴-۸ پورې دی کوم چې د مخصوص کاغذ (paper strips) د لمدولو په واسطه اندازه کېږي خو دا يو ضعيف Indicator دی او که د PH دقيقې اندازه ګيرۍ ته اړتياوي لکه د پښتورګو د Tubular اسيدوزس په مشکوکو حالاتو کې. نو بيا PH electrode استعماليږي.

په زياتره حالاتو کې د خلکو PH اسيدی‌وي په استثنا د ځينې حالاتو چې په لاندې توګه ورڅخه يادونه کېږي. لکه په:

۱) په ځينو Vegeterioun خلکو کې ۲) د پښتورګو Tubular acidosis ځانګړي ډولونه
۳) د اوبو چټک د يوريزس ۴) ميتابوليک اسيدوزس ۵) بولي انتان

د ادرار ګلوکوز:

په ادرار کې د ګلوکوز د شته والی لپاره يو عاجل او Semi quantative آزموينه په glucose oxidase کې لوند شوی dipsticks څخه عبارت دی. د glucose uria عمده لامل د پلاسما د ګلوکوز لوړيدل دي داسې يوې نقطې ته چيرته چې د ګلوکوز لپاره د توبولونو د دوباره جذب ظرفيت په ابنارمل توګه لوړيږي لکه د ډيابت په ناروغانو کې يا

www.ketabton.com

د امیندوارۍ په وخت کې (په دې حالت کې د نارمل ګلوکوز د غلظت سره Glucose uria واقع کېږي).

نادراً د Tubular transport د نقیصې په صورت کې هم کیدی‌شي چې د نارمل ګلوکوز د غلظت سره Glucosuria منځ ته راشي. خو هغه ناروغان چې په کسبي توګه د پښتورګی مزمنې ناروغي ولري په زیاته اندازه دغه پورتنی حالت تمثیلوي. په مجموعي توګه دغه ډول بې نظیمو ته د پښتورګي Glucose uria وایي.

د ادرار پروتین:

د ادرار د پروتین د ورځنې out put نارمل اندازه د 150mg څخه کمه ده د ادرار البومین سره د dipsticks عکس العمل یو ساده semi quantitative تست دی د ادرار د پروتین اطراحي اندازه په عمومي ډول د فعالیت او عمودي وضعیت سره زیاتیږي چې دا حالت کیدی شي ځینې نارمل خلکو کې ابنارمل یوریا شک پیداکړی لکه په Ambulant ناروغانو او حتی په ۲۴ ساعته راټول شوي ادرار کې (orthostatic proteinuria). د سهار وختي ادرار کې د پروتین اندازه کولو سره (سره ددې چې د پروتین نه موجودیت راپه ګوته کوي) کولای شو چې Orthostatic protein uria او ابنارمل proteinuria سره تفریق کړو. په ادرار کې د پروتین د شته والي لپاره یوه ښه آزموینه د ادرار د البومین اندازه کول دي چې دا باید د 20mg/day څخه کم وي البته د البومین اطراح ته Micro al bominuria وایي سره ددې چې دغه اندازه البومین 20- 200mg/day د تشخیص لپاره کمه اندازه ده خو بیا هم یوه مهمه لاس ته راوړنه ده مخصوصاً د شکرې په ناروغانو کې. ځکه چې په دې ناروغانو کې دغه اندازه د over diabetic Nephropathy وروستني شروع کیدنه راپه ګوته کوي.

د proteinuria تشخیص په زیاته اندازه د هغه په مقدار پورې اړه لري په دې ډول چې د Heavy proteinuria منشا (1,5gm/24h څخه زیات) همیشه د ګلومیرول څخه وي.

د پښتورګي بایوپسي:

د پښتورګي بایوپسي په هغه ناروغانو کې اجراء کېږي چې د پښتورګو د منتشر paran chymal ناروغۍ شک ورباندې کېږي. مګر دغه معاینه د پښتورګي د paran chymal په هر ناروغ کې ضرور نده چې سرته ورسول شي ځکه چې دغه معاینه د ځینو مشخصو جدي اختلاطاتو د رامنځ ته کیدو لامل کېږي نو له دې کبله ددې معاینې په استطباب او مضاد استطباب باندې پوهیدل ضروري دی. ددغه معاینې د اجراء کیدو خطرات په لاندې حالاتو کې کمیدای شي.

www.ketabton.com

۱. د ناروغ همکاري د معاینې سره
۲. د دواړو پښتورګو د ځاي، جسامت او وظیفي په هکله پوره معلومات
۳. د وینه بهیدنې د تشوشاتو نشتوالی
۴. د نزف په صورت کې د ترانسفیوژن لپاره د وینې ضرورت
۵. مناسب استطباب

باید یادونه وشي چې د پښتورګي بایوپسي یواځنۍ طریقه ده چې ددې پواسطه کولاي شو چې د ګلومیرول نفراتیس مختلف شکلونه سره بیل کړو.

د بولې لارې Imaging:

Plain Radiography: ددې معاینې پواسطه معلومات محدود دي خو بیا هم د پښتورګو د تیرو ځانګړي ډولونه او یا نور Calcification پرې تشخیص کیدی شي.

التراسوند:

دا معاینه د پښتورګو د Paran chymal ناروغیو او Collecting سیستم لپاره یو ښه Image برابروي او تقریباً په ټولو ناروغانو کې د پښتورګي د جسامت د اندازه کولو لپاره یوه د اعتبار وړ معاینه ده ددې تر څنګ ځینې ځانګړي آفات په Paran chyma کې، Hydro nephrosis او تیږه هم ددې معاینې پواسطه تشخیص کیدی شي.

د Doppler مطالعاتو پواسطه کولاي شو چې د پښتورګو په Main شریانو او په لویو داخل کلیوي شعباتو کې د وینې د جریان ارزیابي وکړو. برسیره ددې التراسوند د مثانې لپاره هم یوه په زړه پورې معاینه ده ځکه کله چې مثانه ډکه وي او یا تشه وي نو د مثانې د دیوال هغه آفت چې په خپله مثانه کې وي وګورو لکه د مثانې تومور.

داخل وریدي urography (i.v.p):

په دې معاینه کې د هغه عضوي آیودیني مرکباتو د زرق څخه کار اخیستل کیږي کوم چې په رادیوګرافیک ډول اطراح او متمرکز کیږي دا معاینه د پښتورګو Collecting سیستم، حالبونو او مثانې د معاینې لپاره یو ډیر غوره تخنیک دی خو د پښتورګي د paran chymal په هکله یې نسبت التراسوند ته معلومات کم دی.

Ante grade and Retrograde urography:

په دغه معاینه کې رادیوګرافیک Contrast مواد مستقیماً په بولي طرق کې د Percutaneas ستنې پواسطه زرق کیږي چې دې ته Ante grade urography وائي.

www.ketabton.com

او د Cystoscope عملیې پواسطه د حالبي کتیتر ننه ویستل د Retro grade یوروګرافي څخه عبارت ده دا معاینه زیاتره د هغه ناروغانو په ارزیابي کې چې د بولې لارې بندش ولري استعمالیږي.

Cystography: په دې معاینه کې مثانه د Contrast medium موادو څخه د اهلیلي کتیتر پواسطه ډکیږي او بیا رادیوګرافي د تبول څخه مخکې، د تبول په جریان او وروسته د تبول څخه اخستل کیږي. دا معاینه د مثانې مکمل خالي کیدنه راپه ګوته کوي همدا ډول دا ښیي چې د ادرار په جریان کې آیا په حالب کې د ادرار Refluxes شته او که نه؟ خو دغه معاینه یوه Invasive معاینه ده او عمده خطر یې د انتان مداخله ده.

Radionuclide **مطالعات**:

په دغه معاینه کې DTPA - 99TC (Diethylene Tri amin penta acetic acid) پکار وړل کیږي. او ددې پواسطه د هر پښتورګي اطراحي وظیفه په انتخابي ډول پرې پلټل کیږي.

دغه معاینه د پښتورګو د لاندې ارزیابیو لپاره ګټوره ده:

- ❖ د وظایفو تناظر
- ❖ د اطراح مؤخره شروع
- ❖ د اطراحي Isotope احتباس

99Tc - DMSA یو مشابه تخنیک دی چې د پښتورګو د ګروس مورفولوژي د ښودلو لپاره استعمالیږي.

د (C.T) Computed Tomography او (MRI) Magnetic Resonance Imaging:

(C.T) computed Tomography scaning پواسطه کولای شو چې هغه معلومات چې التراسوند پواسطه لاس ته راغلي دي ددې معاینې پواسطه مکمل کړو. برسیره ددې څخه دغه معاینه په ځانګړي ډول د پریتوان د شاته جوړښتونو په هکله مهم معلومات برابروی نوموړې معاینه خصوصاً په هغه ناروغانو کې چې حالبي بندش ولري ګټوره ده لکه د پریتوان حلف ته Malignancy یا د پریتوان حلف ته Fibrosis.

په ځینې حالاتو کې د زیاتو معلوماتو د لاس ته راوړلو لپاره د MRI څخه کار اخیستل کیږي.

Arteriography او Venography:

دا دواړه invasive کتنېدي او په انتخابي ډول په هغو ناروغانو کې چې د وینې د ارواء ارزیابي ته ضرورت وي استعمالیږي د دغو کتنېو ډیر معمول استطباب په هغه ناروغانو کې دی چې لوړ فشار ولري او یا د پښتورګو د عدم کفائې په هغه ناروغانو کې چې د پښتورګي د شریان د تنګوالي شک موجود وي.

www.ketabton.com

یوولسم څپرکی

د اندو کرین سیستم فزیکي کتنې

ددې لپاره چې د اندوکرین د امراضو ناروغان د فزیکي کتنې له نظره وپېژنو ضرور ده چې د اندوکرین سیستم د غدواتو د پتوفزیولوجي په باره کې کافي معلومات په لاس کې ولرو تر څو یو ممکنه تشخیص ته نږدې‌شو.

څرنګه چې بې د تائیراید د غدې څخه د وجود نور اندو کرین غدوات په داخل کې واقع دي او په نورمال او مرضي حالاتو کې د معاینې او جس وړ نه دي خو د نوموړو غدو د مرضي حالاتو څخه ځیني فزیکي علامې په وجود کې څرګندېږي چې ورڅخه په لوړ ډول یادونه کوو.

د عضویت د غدواتو ټول فزیولوجیک سیستم په یو نارمل توازن کې قرار لري د غدواتو څخه د هورمونو ترشح هم په نورماله سویه د ناروغۍ پیښې منځ ته نه راوړي خو که په غدواتو کې د Hypo secretion او یا Hyper secretion حالت منځ ته راشي دا تعادل خرابیږي او په عضویت کې مختلفې ناروغۍ د نوموړو هورمونو د Hyper secretion او Hypo secretion په نتیجه کې تبارز کوي.

لکه د نخامیه غدې په آفاتو کې د GH د فقدان له کبله په ناروغ کې dwarfism تأسس کوي نشونما په تأخر غورځیږي د ناروغ اندامونه کوچني، قد یې ټیټ او د ناروغ عمر د وجود د نشونما سره برابري نه کوي او ناروغ ډېر وروسته بلوغ ته رسیږي.

په Sheehan سندروم کې چې د نخامیه غدې‌د قدامي فص د تخریب څخه (چې د هر سببه وي) منځ ته راځي او اکثراً د post partum hemorrhage څخه وروسته منځ ته راځي په ښځو کې Lactation له منځه ځي او په امینوریا اخته کېږي په نرانو کې Libido تأسس کوي او Gynecomastia وروسته منځ ته راځي د تخرګ او عاني ویښتان توئیږي.

د نخامیه غدې په فرط فعالیت کې چې د GH د فرط افراز له کبله اکرومیګالي منځ ته راځي په دې ناروغۍ کې هډوکي او احشاء لوئیږي د کوپړۍ هډوکي غټیږي او ناروغ حکایه کوي چې خولۍ یې په سر کې تنګه شوې ده پښې او لاسونه غټیږي په همدې توګه تندۍ او ښکتنۍ جامه لوئیږي پوستکي ځیږ، پیړ او ژبه، شونډې لویې وي د لوړ فشار فزیکي علامې موجودې وي. چې د نوموړو علامو په لیدو سره داکتر ته د اندوکرین آفات په یاد راځي.

د Diabetes insipid us په ناروغانو کې پولي یوریا، پولي depsia او د ادرار د مخصوصه کثافت کموالی موجود وي ناروغ په ورځ کې د 5-20 لیتره ادرار کوي

www.ketabton.com

په ناروغ کې د ډي هایدریشن علایم موجود وي.
په diabetes mellitus کې پولي یوریا، پولي ډیپسیا او poly phagia موجوده وي د ځوانانو په شکل کې ناروغ ډیر ډنګر او په کاهل شکل کې ناروغ چاغ وي.
د تایراید د غدې په تفریط فعالیت کې د تایروکسین د افراز د کموالي څخه myxodema ناروغي منځ ته راځي چې د فزیکي معاینې له نظره دا ناروغان هم خاصه منظره لري. مخ یې پړسیدلئ، اجفان اذیماوي، ژبه غټه وي، پوستکی زیږ او وچ وي ویښتان هم وچ وي د آواز تغییر منځ ته راځي چې حتی په تیلفون کې د خبرو له مخې د myxodem ناروغ تشخیص کیږي عکسات په ورو استرحا کوي. د تایراید د غدې د فرط فعالیت له امله په ناروغانو کې Hyperthyroidism او تایروتوکسیکوزس منځ ته راځي چې دا په مختلفو شکلو څرګندیږي. یو شکل یې د grave's diseases په نامه یادیږي. چې په دې ناروغۍ کې جاغور، تایروتوکسیکوزس او opthalmopathy موجوده وي او په سترګو کې Exophthalmia موجوده وي د سترګو کره بهر ته راوتلې وي چې د پورتني جفن د کشش پواسطه منضمه د قرینې دپاسه په واضح شکل معلومیږي د تایدراید د غدې د فزیکي معاینې څخه په عمومي فزیکي کتنبو کې ورڅخه بحث شوی دی.

۱۱-۱.شکل Grave's ناروغۍ دوه طرفه Opthal mopathy (۱۱)

۱۱-۲. شکل Gynecomastia

د پارا تایراید غده هم د فرط فعالیت او هم د تفریط فعالیت له کبله مختلفې کلنیکې لوحې منځ ته راوړي.
د غدې په تفریط فعالیت کې PTH کم افرازیږي او په ناروغ کې د کلسیم د سوئې د کموالي له کبله د Hypocalcemia اعراض او علایم منځ ته راځي او په ناروغانو کې د

www.ketabton.com

Tetany جملات منځ ته راځي چې لاندې علامې د هایپو کلسمیک تیتاني په موجودیت کې مثبت وي.
۱) Trousseau's sign: په دې علامه کې د فشار اله د مټ څخه تړل کېږي او هوا ورکول کېږي تر څو په څنګل باندې فشار راشي چې په دې حالت کې يو مخصوص spasm د لاس په عضلاتو کې منځ ته راځي او د لاس ګوتې شخې او مخصوصه منظره غوره کوي.
۲) Chvostekis sign: پ دې حالت کې د غوږ د قدامي لوب د آوم زوج لپاسه Tapping اجراء کېږي چې په دې حالت کې د هماغه طرف د ټول مخ د عضلاتو Twiching منځ ته راځي نو وايو چې نوموړې علامه مثبت ده.
د هایپرپارا تائیروئیدیزم په ناروغانو کې چې د PTH هورمون افراز زیاتیږي د نوموړې هورمون د زیاتوالي له امله د کلسیم سویه په وینه کې لوړیږي چې دا هایپرکلسیما مختلف کلنیکي اعراض منځ ته راوړي چې يو د هغو څخه د بهوډو تیرې دي په ناروغانو کې ضعیفي، د اشتها کموالی، زړه بدوالی، استفراقات، قبضیت، خوبجن حالت او کله کله خرپړتیا لیدل کېږي او د پاراتایراید د غدې ادینوما کیدی شي چې جس شي او په همدې توګه د قرنیې او سکلراد اتصال په برخه کې کلسیفیکشن لیدل کېږي.
د Addison ناروغۍ چې د ادرینل غدې په مزمنه عدم کفایه کې منځ ته راځي چې دا عدم کفایه د Adrenal د قشر د تخریب له کبله وي چې د کورتیزون، الدوسترون او ادرنیل اندروجنو مزمنه عدم کفایه موجوده وي چې په پوستکي کې pegmentation تأسس کوي او پوستکی تیاره ښکاري، زړه کوچنی وي په ناروغانو کې فشار ښکته وي د وزن ضیاع او دماغي تخرشیت موجود وي. Anxiety د هایپوګونادیزم حالت کې چې د بلوغ څخه مخکې واقع کېږي په ناروغانو کې قضیب کوچني پاتي کېږي او په ولادي شکل کې cryptorchism موجود وي یعني خصیې د معبني قنات څخه صفن ته نه ښکته کېږي ناروغ ژر بلوغ ته نه رسيږي. که هایپوګونادیزم د بلوغ څخه وروسته واقع شي نو تناسلي آله اتروفي کوي جنسي اشتها له منځه ځي او impotence موجود وي په ځوانو ښځو کې امینوریا مینځ ته راځي.
کوشنګ سندروم چې د ACTH د فرط افراز له کبله منځ ته راځي.
په ناروغ کې مخصوصه وجهه لکه moon like face موجود وي مرکزي چاقي او Buffalo hump (د اوښ کوهان منظره چې په دې کې د غاړې د حلفي برخې په سفلي برخه کې د شحم ټولیدنه موجوده وي) په ناروغانو کې لوړ فشار د وزن زیاتوالی اود هډوکو دردونه موجودوي په ښځو کې د تحیض بي نظمي وي، Brusing او striae هم تأسس کوي.

www.ketabton.com

فیوکروموسایتوما چې د کرومافین د حجراتو یو نادر تومور دئ چې د خپله ځانه کتیکول امین افرازوي تومور په 90% پیښو کې په ادرینل میدولاکې وي په ناروغانو کې Flushing او خثافت موجود وي فشار په postural شکل غورځیږي او ناڅاپي لوړیږي ناروغانو کې د زړه ضربان، خوله، سردردي او Anxiety، بطني دردونه د وزن ضیاع او قبضیت موجود وي د ګلوکوز په مقابل کې عدم تحمل موجود وي VMA (Vinyl mandalic acid) په ادرار کې چې د کتیکول امین د متابولیزم آخرني مشتق دی اطراح کېږي.

د تایراید د غدې معاینه او د Vongrafin sign اجراء کول د عمومي فزیکي کتنېو په مبحث کې ورڅخه یادونه شوی ده.

د اندوکرین سیستم لابراتواري کتنې د اندوکرینو لوجي په مبحث کې د هرې غدې د امراضو سره په تفصیل لوستل کېږي.

د اندوکرین ناروغانو هغه شکایتونه چې د Adrenogenital په آفاتو پورې اړه لري لاندیعلامو پواسطه څرګندیږي.

۱- Hirsutism: دا په ښځو کې عمومیت لري په دې حالت کې ښځه ږیره او بریت باسي ثدیې یې کوچنئ کېږي او ښځه د نارینه خواص غوره کوي. دا حالت کله کله په شدید نیوپلاستیک پیښو کې د یوې علامې په توګه څرګندیږي که د Hirsutism سره د Virillization تظاهرات یو ځاي وي لکه د آواز تغیرات، Alopecia او یا د Clitoris غټیدل په آني ډول منځ ته راشي باید د ادرینل آفات په نظر کې ونیول شي.

په تخمدانو کې یې لاملونه عبارت دي له poly cystic ovaries) stein levental syndrom، Hilarcell تومور، Arrhenoblastoma او theca cell lutinization.

د ادرینل په آفاتو کې 17 Ketosteroid په ادرار کې لوړ وي او د پلازما Testesteron هم باید تعین شي چې په Arrhenoblastoma کې د تسترون سویه لوړه وي.

Gynecomastia: د ثدیو غټوالی چې د هلکانو د بلوغ په وخت کې لیدل کېږي همدارنګه په زړو خلکو کې هم منځ ته راتلاي شي چې اکثراً ګذري دی. Gynecomastia په زیاتره اندوکریني او غیر اندوکریني آفاتو کې لیدل کېږي لکه په تایروکسیکوزس، د ځیګر ناروغۍ او ادرینل تومورو کې.

په klin felter syndrome کې خصیې کوچنئ او Azospermia موجوده وي. د تیونو لوي والی د استروجن د تداوي او همدارنګه د اندرجن د تجویز څخه وروسته او یا د Reserpine, Cemitidine, Aldocton او کلورپرومازین د اخیستلو څخه وروسته منځ ته راتلاي شي.

www.ketabton.com

دولسم څپرکي

د روماتيزم د ناروغانو غوره اعراض او علايم

په زياتره پيښو کې د مرض شروع په تدريجي ډول وي زياتره ناروغان د محيطي بندونو د درد پړسوب او شخوالی څخه شکايت کوي په شروع کې د بندونو درد د حرکت په وخت کې وي اما که فعال التهابي Arthritis موجود وي د استراحت په وخت کې درد او د سهار له خوا د بندونو شخوالی د ناروغۍ لپاره ډير وصفي دی په وصفي حالاتو کې ناروغۍ د پښو او لاسو په کوچنيو بندونو کې موجود وي که ناروغي په علوي اطرافو کې وي د لاس بند، څنګل او د اوږې بند او که په سفلي اطرافو کې وي د زنګنو بند، د قدم بند subtalar او med tarsal بندونه هم ماوفه کېږي. د خرقفي بند د ناروغۍ په شديدو حالاتو کې ماوف کېږي که ناروغي رقبي نخاع اخته کړي نو ناروغ د غاړې د درد او شخوالی څخه هم شکايت کوي. نور بندونه لکه Accromio clavicular, mandibular او sterno Clavicular هم د ناروغۍ په جريان کې مأوف کيدی شي کله چې ناروغي پرمخ تګ وکړي د عضلاتو د درد او تشنج له کبله ناروغ د بندونو د حرکاتو د محدوديت څخه شکايت کوي که ناروغي د لاسو د ګوتو په بندونو کې موجوده وي ناروغ د ګوتو د بندونو څخه ښه ګټه نشي کولای او په ماوفه بندونو کې ناروغان د التهاب د ټولو علايمو لکه پړسوب، ګرموالی، درد او سوروالی څخه شاکي وي.

د بند څخه بهر اعراض: څرنګه چې روماتوئيدارترايتس يوه systemic ناروغي ده نو ناروغ د بي اشتهائي، دوزن بايلل، تبې، شديده ستړتيا، د وجود درد او Lethergy څخه هم شکايت کوي.

علايم:

د ناروغۍ په شروع کې مهمې فزيکي علامې عبارت دي له د بندونو پړسوب او سوروالی چې د ډير کم حرکت پواسطه زيات دردکوي کله چې ناروغي پرمخ تګ وکړي نو د periarthi cular انساجو پيړوالی او د بند د پورتنۍ او لاندنۍ برخې د عضلاتو د اتروفي له کبله بندونه spindle shape اختياروي او که ناروغۍ نور هم پرمخ تګ وکړئ نو د بندونو د خلع او سوء شکل لامل کېږي. چې د لاسو په ګوتو کې د swan neck او butter hole deformity لامل کېږي. همدا ډول د ناروغۍ په جريان کې د Rhenoid pheno mena او Lymph Adenopathy ليدل کېږي چې Lymph adenopathy زياتره ماوف مفصل ته نږدې ليدل کېږي اما کله کله په عمومي ډول هم ليدل کيدی شي. همدا ډول osteoporosis او د عضلاتو ضعيفوالی او ويلي کيدل د التهابي بندونو په شاوخوا کې ليدل

www.ketabton.com

کېږي بله مهمه فزيکي علامه د ګوتو Tri gerring څخه عبارت ده. Bursitis او Teno synovitis هم د مهمو علامو له جملې څخه شمېرل کېږي. Sub Cutaneas nodule په ۲۰ فيصده پيښو کې ليدل کېږي چې زياتره په داسې ځايو کې چې هلته فشار موجود وي ليدل کېږي لکه د څنګلې د بند په باسطه برخه کې ، غجزې او داشيل وتر. او کله کله تقرح او تالي، انتان هم وي وربانديې اضافه کېږي. که scleritis موجود وي نو سترګه پکې احتقاني او دردناکه وي او حدقه د التصاق له کبله غير منظمه وي (synechia) او د تالي ګلوکوما او د ليدلو تشوشات منځ ته راوړي. Scleromalatia د scleritis په تعقيب منځ ته راځي چې د سترګو سپين والی پکي په آبي رنګ بدليږي.

د synovial پېږه غشاء په محيطي اعصابو باندې فشار راوړي او عصبي تظاهراتو لامل کېږي مثلاً متوسط عصب په Carpul tunnel سندروم کې د فشار لاندې راځي او د ulnar عصب په څنګل کې د فشار لاندې راځي که محيطي neuropathy موجوده وي زياتره په متناظر ډول وي او حسيت پکې کميږي.

۱۲-۱. شکل روماتوئيد ارترائتس Carpal tunnel syndrome (۱۱)

۱۲-۲.شکل Swan neck سوء شکل په روماتوئيد ارترائتس کې (۱۱)

۱۲-۳.شکل Nodal Osteo Arthritis (Heberdens Nodes) (۱۱)

۱۲-۴.شکل د بندونو متناظر اخته کيدل په روماتوئيد ارترائتس (۱۱)

www.ketabton.com

لابراتواري كتنې:

د ناروغۍ په فعال شكل كې E.S.R لوړ وي همدا ډول C-reactive protein, Fibrinogen او ګلوبولين هم لوړوي مګر دالبومين مقدار كم وي بله مهمه لابراتواري علامه د اوسپنې د فقدان كم خوني ده په نادر ډول Macro cytic كم خوني هم ليدل كيدی شي چې د Folate د فقدان څخه منځ ته راځي كه Thrombocytosis موجود وي د مرض په فعال شكل دلالت كوي.

Immunologic Test: د Igm روماتوئيد فكتورونه د يوې بين البيني مادې د رسوب پواسطه كشف كېږي چې دغه بين البيني ماده د IgG پواسطه پوښل شوي وي اود مشخص سيروم پواسطه Agglutinate كېږي.

Poly sterin اجزاوې چې د انساني IgG پواسطه پوښل شوي وي د Latex test كې استعماليږي د انسان يا پسه سره حجرات چې د سوي د سرو حجراتو ضد انتي باډي پواسطه پوښل شوي وي د Rowaaley sheep cell agglutination آزموينه (H.E.A.T) (D.A.T) differential او Human Erythrocyte Agglutination, (S.C.A.T) Agglutination test كې استعماليږي.

د Latex test يو حساس وصفي آزموينه ده مګر كم وصفي دئ.

Erythrocyte آزموينه كم حساس او زيات وصفي دی وصفي غلظت چې په ۹۵% پيښو كې په نورمال كسانو كې موجود نه وي لاندې ډول دی:

Latex 1/20 او S.C.A.T 1/32, DAT 1/2

Roswaaln test په ۷۵% واقعاتو كې په R.A كې مثبت وي مګر د يو يا دوه كالو څخه زيات مثبت نشي پاته كيدی. همدا ډول دغه آزموينه په S Jogren سندروم ۱۰۰% ، S.L.E كې ۳۰% ، scleroderma كې ۳۰%، مزمن Javenile ارترايتس كې ۱۵% او مزمن انتاناتو كې لكه سفليس، جذام، SBE,T.B او ملاريا كې ۳۰% وي.

راديوګرافيک مطالعات:

د ناروغۍ په لومړۍ مرحله كې راديوګرافي نورمال وي او يا فقط درحوه اقسامو اذيما periarthricular osteoporosis موجود وي. كله چې ناروغي پرمخ تګ وكړي نو د عضروفو او هډوكو تخريبات د بين المفصلي مسافو تنكوالی او حاشيوي Erosion ليدل

www.ketabton.com

کېږي مقدم Erossion **په** meta tarsophalangeal **بندونو کې لیدل کېږي حاشیوي** Erosion **او د** osteophyte **تشکل په ثانوي** osteoarthritis **دلالت کوي.**

د Synovial **معاینه:**

که د ناروغۍ تشخیص شکمن وي نو د synovial **مایع معاینه په تشخیص کې ډېره مرسته کوي. انتانات د ګرام تلوین، او د کلچر پواسطه رد کېږي د بندونو په التهابي ناروغیو کې د** synovial **د مایع لزوجیت کم، مکدر او علقه کوي او ډېر زیات حجرات لري. برخلاف هغه مفصل چې د ترضیض او استحالوي ناروغیو له کبله ماؤف وي د** synovial **مایع روښانه لزوجه او علقه نه کوي. او حجرات یې کم دی.**

Arthroscopy **او د** synovial biopsy: **د** synovial **د غشاء د توموري آفاتو او** T.B **په تشخیص کې زیاته مرسته کوي.**

www.ketabton.com

ديارلسم څپرکی
د وينې د ناروغانو غوره ګيلې او فزيکي کتنې

وينه لږی او د تحثر تشوشات:

پيژندګلوي: وينه د سرو حجراتو، سپينو حجراتو، دموي صفحاتو او پلازما څخه ترکيب شوي ده.

وينه لږی د سرو حجرو د کموالی او يا په سرو حجرو کې د Hb د غلظت د کموالی له کبله منځ ته راځي وينه لږی کيدی شي د يو شمير ابنارملتي ګانو سره يو ځاي وي مثلاً په هغه وخت کې چې لمړنئ ناروغي موجوده وي لکه په Aplastic وينه لږی کې. ليکن په عمومي توګه د Anemia ابنارملتي ګانې په ځانګړې توګه او زياتره د تالي تشوشاتو له کبله چې د هضمي طرق په لاره او د نورو اعضاؤ دا نومالي له کبله منځ ته راځي فلهذا کلينيکي نږدې والی د وينه لږی په ناروغانو کې ډير زيات پراخ دي ځکه چې اړوند مرضي وتيره د هر سيستم غړي شايد اخته کړي په پرمخ تللي هيوادو کې د وينه لږی لامل نامعلوم وي د GI کتنې بايد اجراء شي.

همدا ډول په دوهم قدم کې مونږ د تحثر تشوشات تر مطالعې لاندې نيسو کوم چې د دموي صيفحاتو د وظيفوي تشوشاتو، شمير يا د پلاسما پروتين چې په وينه دربدنه کې برخه اخلي تر مطالعې لاندې نيسو کيدی شي ددغو ناروغيو په نتيجه کې يا د وينې توئيدني خطر او يا برعکس د ترومبوزس خطر پکې زيات شي.

Anemia د وينې کمی:

کله چې د Hb اندازه د خپل نورمال اندازې څخه کمه او يا د حاد کتلوي وينې د ضياع څخه وروسته منځ ته راځي چې د Hb غلظت په لومړئ کې نورمال وي چې دغه کلينيکي حالت د Hypovelemic شاک په واسطه لوړوالی مومي په کاهلانو کې د وينې د سرو حجراتو نورمال اندازې په لومړي جدول کې ښودل شوي وي.

۱۳-۱. جدول: د سرو حجراتو نورمال اندازې: (۱۱)

	نارينه	ښځينه
هيموګلوبين Hb (g/dl)	۱۳،۳ -۱٦،۷	۱۱،۸ -۱۴،۸
سره حجرات (1012 X /1)	۴،۳۲ -۵،٦٦	۳،۸۸ -۴،۹۹
PCV يا HCT (1/1)	۰،۳۹ -۰،۵	۰،۳٦ -۰،۴۴
MCV (Fl)	۸۰-۱۰۰	

www.ketabton.com

د وینه لږی لاملونه ډیر زیات دي لاکن کیدی‌شي چې په پراخه توګه د پتوفزیولوجیکل میخانیکیت پر بنسټ وویشل شي.

وینه لږي په زیاته اندازه د وینې د ضیاع له کبله (وینه توئیدنه او یا Hemolysis) او یا د سرو حجراتو په کمه اندازه جوړیدو له کبله منځ ته راځي سره له دې په کلینیکي ډګر کې دا څرګنده نه وي چې کومه عملیه بارزه ده د وینه لږی نوره ډلبندي د جسامت په اندازه کېږي (Normocytic, Macrocytic,Microcytic) چې ډلبندي يې په ۱۳-۲، ۱۳-۳ او ۱۳-۴ جدولو کې ښودل شوې ده.

۱۳-۲ جدول: Microcytic وینه لږی چې MCV<fl ۸۰ (۱۱)

د Heam په جوړښت کې نقیصه	د ګلوبین په جوړښت کې نقیصه
• د اوسپنې کمی • د مزمنو ناروغیو وینه لږی • Sidro blastic وینه لږی • د سربو تسمم	• Thalassaemia

۱۳-۳ جدول: Normocytic وینه لږی (MCV (۸۰-۱۰۰FL): (۱۱)

د reticulocytes د زیاتوالی سره	د reticulocytes دکموالی سره
• وینه توئیدنه • Haemolysis	• Aplastic anemia • خالص د سروحجراتو Aplasia • د پښتورګو دمزمنې عدم کفایې وینه لږی • د مزمنو ناروغیو وینه لږی • Myelodysplasia • د وینې سرطاني ناروغی • د هډوکو د مغز Metastases

۱۳-۴ جدول: Macrocytic وینه لږی MCV > Fl۱۰۰: (۱۱)

• Megaloblastic وینه لږی (د VitB12 او فولیک اسید فقدان)
• Hypothyroidism
• د ځیګر ناروغی
• الکول
• Myelodysplasia

www.ketabton.com

- وينه لږى د Reticulocytosis Extrem سره

که څه هم په عملي ډګر کې دا ډلبندي ډېره ارزښتناکه وه خو څرګنده او غير وصفي وينه لږي هم منځ ته راتلای شي د مثال په ډول هغه وينه لږی چې د مزمن ناروغيو له کبله وي او يا د انتاني، التهابي او Neoplastic وتيرو سره يو ځاي وي او معمولاً د Normocytic کم خونئ لامل کېږي او زياتره وختونو کې Microcytic وينه لږی منځ ته راوړي په همدې ډول Hemolytic وينه لږی Normocytic وي په هغه صورت کې چې Hemolysis چټک وي او Reticulocyte نظر پاخه شوي حجراتو ته غټ وي زياتره اعراض او علايم کيدی‌شي چې د وينه لږی سره يو ځاي وي چې ډير ددې اعراضو څخه ځينې يې د قلبي وعايي ناروغيو د يو ځاي موجوديت له کبله اغيزمن کېږي پرمخ تللي قلبي عدم کفايه په هغه ناروغانو کې چې د زړه اکليلي ناروغيو سره يو ځاي وي زيات پيښيږي. هر کله چې وينه لږی د لابراتوار او کلنيک له نظره تشخيص شي نو بيا هغه لوحه چې په تاريخچه يا معاينه کې وي په جدي توګه د پام لاندې ونيول شي چې کيدی شي ددې لامل معلوم کړو.

تاريخچه:

وينه لږی چې د هر لامل له کبله وي ديو شمير غير وصفي اعراضو لامل کېږي (٦ جدول) په تاريخچه کې د ناروغ عمر او جنس ډير اهميت لري ځکه د وينې ارثي تشوشات لکه thalasemia په ماشومانو کې د انيميا معمول لامل دی په داسې حال کې هغه ښځې چې د اولاد راوړلو عمر ولري په حيض کې د وينې د ضياع او اميندوارۍ کې د demand د زياتوالی له کبله د اوسپنې د فقدان په وينه لږی اخته کېږي برخلاف زړې ښځې او د هر عمر نارينه که د اوسپنې د فقدان وينه لږی ولري بايد داسې پلټنې تر سره شي چې د معدې معايي لارې نه د وينې ضياع په اثبات ورسوي. ناروغ ممکن خپل اعراض داسې وښايي چې د وينه لږی منځ ته راوړونکي پتالوژي راپه ګوته کړي د مثال په ډول د شپې له خوا خوله کيدل، لمفوما او د هډوکو دردونه Myeloma او Metastatic سرطان راپه ګوته کوي. پخوانۍ تاريخچه (peptic قرحات، حباثت، معافيتي ناروغۍ) مهم کليدی ټکي راښيي. داسپرين او نورو غير ستروئيدی‌التهابي ضد (NSAIDS) درملو استعمال ممکن په غايطه موادو کې د نه مشاهده کيدونکي وينې (occult blood) ضياع د Gastritis له امله منځ ته راوړي همدا ډول د سترويد په واسطه تداوي peptic قرحې پيداکوي. د الکولو زيات مصرف د Macrocytosis, gastritis د folate د فقدان او کبدي ناروغيو سره يو ځاي وي هغه چې د وريسو د نزف اوپه لوي توري کې د سرو حجراتو pooling صورت نيسي.

www.ketabton.com

غذائي تاريخچه د وينه لږی په ارزيابي کې ځانګړی ارزښت لري ځکه د غذائي فقدان، folate ، اوسپنې او vit B12 په فقدان کې وينه لږی پيداکيږي دا چې خواړه په کافي اندازه اوسپنه لري يوازې د خوړو له کبله د اوسپنې فقدان وينه لږی نادره ده. د غذائي folate فقدان په (Skid Row) الکولستانواو هغو خلکو کې چې کم شنه سبزي جات استعمالوي منځ ته راځي ځرنګه چې د انسان د غذا د vit B12 ستره منبع حيواني غوښه ده نو ددې ويټامين فقدان په سبزي استعمالوونکو (Vegetarian) خلکو کې ليدل کيږي. ددې ويټامين فقدان په حاد ډول په هغه خلکو کې مشاهده کيږي چې stric vegetarian وي د وينې تشوشاتو (thalasemia, sickle cell) او معافيتي ناروغيو کې کورنۍ تاريخچه د ناروغ په ارثيت پورې اړه لري sickle cell وينه لږی په Afrocarbinain whilst کې ليدل کيږي. Thalasemia په Littoral،medetranean او Indian Sub Continant کې ډير عموميت لري په بهر هيوادونو کې استوګنه يا هغوي ته سفر دا راپه ګوته کوي چې ملاريا اويا نورې پرازيتي ناروغۍ موجود دي سيستميک پوښتنې ممکن داسې اعراض راپه ګوته کړي چې د underlying ناروغۍ نه نماينده ګي وکړي چې د وينه لږی لامل شوي وي په دې ډول چې که د وزن ضياع، عسرت بلع ، بد هضمي، مزمن اسهال، په Bowel عادت کې بدلون او د مقعدی وينه بهيدنې تاريخچه موجوده وي بايد مناسبې پلټنې اجراء شي. تر څو د هضمي لارې وينه بهيدنه، سرطاني ناروغۍ ، peptic قرحې، سوء جذب سندروم ، د کولون التهاب، بواسير او د هضمي لارې د وينه بهيدنې نور لاملونه معلوم کړي همدا ډول په مشابه توګه د بولي تناسلي سيستم تفصيلي تاريخچه دې واخستل شي او په خاصه توګه د زيات تأکيد د تحيضي وينې د ضياع په دوام باندې وشي.

معاينات: هغه ناروغان چې د وينه لږی څخه شاکي دي په هر يو لامل کې يې د باور وړ فزيکي علامې موندلای شو (۱۳-۵) جدول کې ښودل شوي دی)

۱۳-۵ جدول: د وينه لږی غير وصفي اعراض او علايم: (۱۱)

• د اکسيجن د ليږدونې کموالی: لکه Angina, syncope, fatique، عسرت تنفس
• د وينې د حجم کموالی: لکه خثافت،postural hypotention
• د قلبي دهانې زياتوالی: لکه د زړه ضربان، او په غوږو کې ټکاری
• دزړه احتقاني عدم کفايه: لکه PND (Parocysmal nocturnal dyspnea ، orthopnea، Tachy cardia، د مرکزي وريدی فشار زياتوالی، د Apex beat بي ځايه کيدل، gallop نظم، قاعدوي Crackles، دوه طرفه د ښنګري اذيما.

www.ketabton.com

حثافت د مخاطي غشاء، منضمې، د خولې د جوف په کتلو سره ډېر ښه معلومیږي. ددې برسيره د وينه لږی بالخاصه لاملونه زياتره د وصفي فزيکي علامو سره يو ځاي وي (جدول ۱۳- ٦) ځينې وصفي ټکي يې مهم دی.

۱۳-٦ جدول: د وينه لږی د مختلفو ډولو وصفي لوحې: (۱۱)

د وينه لږی لاملونه	وصفي کلينيکي علامې
۱) د اوسپنې د فقدان وينه لږی	▪ Angular stomatitis ▪ بې درده glossitis ▪ عسرت بلع چې دبلعومي web (plummer Vinson سندروم) ▪ kolonychia (د قاشوقې په شان نوکان)
۲) Megaloblastic وينه لږی	▪ د ژبې دردناک التهاب (دعوئې سره ژبه)
۳) Vit B12 فقدان	▪ محيطي Neuropathy ▪ تحت الحادمشترک دنحاعdegeneration ▪ (د Cortico spinal لارې او حلفي columns تخريب)
۴) Hemolytic وينه لږی	▪ زیړئ، صفراوي تيږې، د توري لويوالی، د پوستکي قرحات
۵)Sickle حجراتو ناروغی	▪ د هډوکو درد ▪ Osteomy litis
٦) thalasemia	▪ Chip munk وجهه (نولي ته مشابه مخ) ▪ فقيره نشونما
۷) سرطاني ناروغی • لوکيميا او لمفوما • Myeloma • متاستاتيک کانسرونه	▪ Lymphadenopathy ▪ کبدیطحالي لويوالی ▪ د پوستکي نودولونه ▪ د وريو هايپرتروفي او Meningism ▪ د هډوکو درد، او کسرونه ▪ د هډوکو درد او د لمړني سرطاني ناروغيو علامې

www.ketabton.com

د Vit B12 فقدان یو د محیطي نیورو پاتي اوداهرامي لارې د تخریب د علتونو د جملې څخه دی همدا ډول په متناوب ډول د فعال زنګانه عکسې (اهرامي) او د ښنګري د عکسې (نیوروپاتي) نشتوالی سره موجود کیدی شي.
د thalasemia هغه ناروغ چې ناکافي تداوي شوی وي مخ یې وصفي منظره غوره کوي ځکه چې قحفي هډوکي غواړي وینه لړی معاوضه کړي او لوئیږي د مخ د هډوکي غټوالی ته (د Chipmunk مخ) وایي او دې ته ورته تغییرات د رادیولوژیک معایناتو په تظاهراتو کې او هم د وریو د مخاطي غشاء د فلوراید زیاته نشونما چې په monocytic Lukemia او د meningismus (photo phobia، سردردي، د غاړې شخوالی) چې په سحایاوُ کې د خبیثه حجراتو د ارتشاح له کبله منځ ته راځي شامل دی.
د فزیکي معایناتو ځینې نور اړخونه هم د اهمیت وړدي د مثال په ډول هغه وینه لړی چې د ژیړې سره یو ځاي وي په Hemolysis دلالت کوي.
زیاتره Hemolytic وینه لړی د پوستکي د قرحاتو سره یو ځاي وي. د Arthropathy د علایمو شته والی د منظم نسج په degenetative ناروغیو دلالت کوي د ثدیو، صدر او پروستات معاینه ممکن کارسینوما راپه ګوته کړي کوم چې ځینې وخت د کارسینوما په شکل څرګندیږي. د Epigastric د ناحیې حساسیت، بطني کتلې، بواسیر یا د مقعدیمخاطي غشاء آفات د هضمي جهاز په پتولوژي دلالت کوي. په مخ، شونډو او د خولې په داخل کې د Telengiectasias موجودیت د ارثي Hemorrhagic telengiectasias تشخیص وضع کوي کوم چې د معدې معایي لارې نه د وینې د ضیاع لامل کېږي. د توري ځیګر او لمفاوي غوټو غټوالی معمولاَ د وینې په ناروغیو کې لیدل کېږي.
د لمفاوي عقدو معاینه:
د غټو لمفاوي عقداتو د ګروپونو ډلبندي په جدول کې ښودل شوې ده. که څه هم Para Aortic عقدې د پریتوان شاته دي دا کله ناکله جس کېږي کله چې ډیرې غټې شي.
د لمفاوي عقداتو په جس کې لاندې ټکي په نظر کې ونیول شي.
- ❖ څومره لمفاوي عقدې جس کېږي؟
- ❖ د لمفاوي عقدې قطر څومره دئ؟
- ❖ د لمفاوي عقدې قوام څومره دئ؟
- ❖ آیا دا د غنچې په شکل دی یا خواره واره دی؟

www.ketabton.com

❖ آيا دا ثابتې دي يا متحرکې؟
❖ آيا د لمفاوي عقدو مجاور پوستکئ غير نورمال دي؟

د انتان په صورت کې لمفاوي عقدات حساس کېږي په داسې حال کې هغه عقدات چې په نيوپلازم اخته دي عموماً بې درده وي البته دلته يو استثنائي حالت شته هغه دا چې د T.B او HIV انتان زياتره د بي درده Lymph adenopathy لامل کېږي.

عمومي Lymph adenopathy په سيستميک انتاناتو او د پوستکي په عکس العملي ناروغيو لکه psoriasis او Eczema کې منځ ته راځي. د معبني لمفاوي عقداتو غټوالی معمولاً په نورمالو کسانو کې د ښکتنې اطرافو د اوسني او يا پخواني انتان له کبله منځ ته راځي. د لمفاوي عقداتو واضح، غير متناظر غټوالئ د لمفوما څخه نماينده ګي کوي او لمفوما بايد د Excision biopsy په واسطه يې تائيد وشي. هغه لمفاوي عقدیچې لمفوما اخته کړي وي رابري قوام لري په داسې حال کې چې متاستاتيک لمفاوي عقداتو قوام سخت يا Craggy (ګړنګي) وي.

د ناخيوي لمفاوي عقداتو ته تشيرې. کله کله د هغو لمفاوي عقداتو غټوالی چې د جس وړ نه وي دباالخاصه کلينيکي تظاهراتو لامل کېږي د مثال په ډول د منصف د لمفاوي عقداتو غټوالي چې د SVC (علوي اجوف وريد) د بنديدو لامل کېږي کوم چې د غاړې د وريدو د ډکوالي، سردردی او papilodema په ډول څرګنديږي.

د کبد او توري معاينه کول:

د وينې تشوشات زياتره د کبد او توري د غټيدو لامل کېږي که څه هم د دواړو ترمنځ د تفريقي تشخيص پيمانه توپير لري. جس بايد د ښي اليوي حفرې څخه شروع شي تر څو کتلوي Hepatosplenomegaly له نظره پټ پاتې نشي. که چيرې دواړه عضوې جس شي لازمه ده چې د ترقوې په متوسط باندې د پښتيو د څنډې څخه تر آخره پوره اندازه شي (البته په سانتي متر). ځينې وخت دواړه عضوې يوازې د شهيق په وخت کې جس کېږي او بايد يادداشت شي.

د کم خونه ناروغ لابراتواري پلټنې:

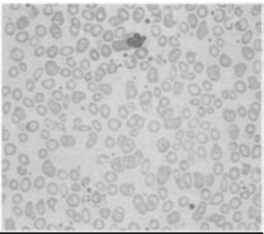
پلټنې بايد د وينه لږی د لامل او بيا د منځ ته راوړونکي پتالوژي لپاره ځانګړي شي د هغه ناروغ لپاره چې د وينه لږی علت يې واضح نه وي پلټنې په لاندېنې چوکاټ کې ښودل شوي دي.

- د ټولې وينې شميرنه (Full blood count)

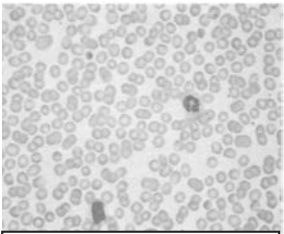
www.ketabton.com

- **د وينې د فلم معاينه**
- **د سيروم** Ferritin
- **د سيروم** B12
- **د سرو حجراتو** Folate
- Haemolysis screen (**که استطباب يې درلوده**): Reticulocyte **شميرنه،** haptoglobins ، Bilirubin,lactate dehydrogenase

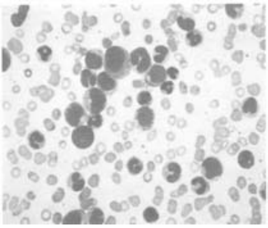
د وينې او د هډوکو د مغز نورمال او غير نورمال نمونې په لاندېنې شکلو کې ښودل شوي دي.



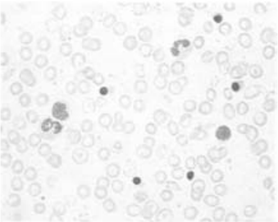
۱۳- ۱ شکل نورمال محيطي وينې فلم (۱۱)



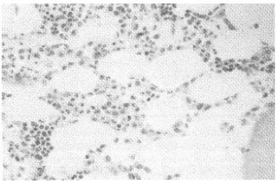
۱۳-۲ شکل د اوسپنې د فقدان وينه لږی (۱۱)



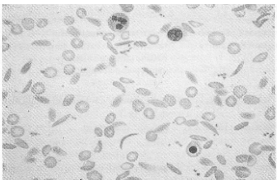
۱۳-۳. شکل مزمنه Granulocytic leukaemia (۱۱)



۱۳-۴. شکل Beta thalassaemia major (۱۱)

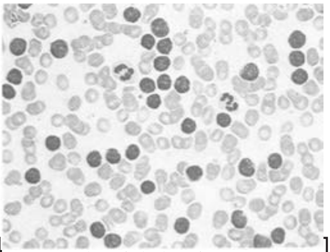


۱۳-۵. شکل نورمال حجروي مغز (۱۱)

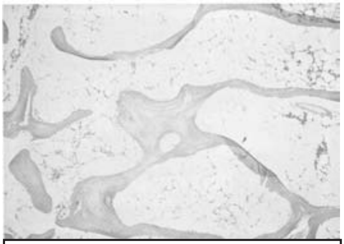


۱۳-۶. شکل Sickle haemoglobin ناروغی(۱۱)

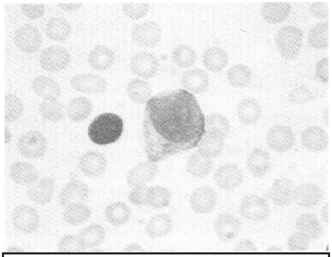
www.ketabton.com



۱۳-۷. شکل مزمنه Lymphocytic leukaemia (۱۱)



۱۳-۸. شکل د Aplastic (۱۱)



۱۳-۹. شکل حاده Myeloblastic leukaemia (۱۱)

که چيرې د Hemolysis ځيني شواهد (ژيړی، د توري غټوالی او صفراوي ډبرې) موجود وي نو په دې صورت کې بايد په پلټنو کې Hemolysis screen شامل شي. د وينې زيات لمړني تشوشات (لکه لوکيميا) د وينې غير نورمال فلم ښيي په دې صورت کې بايد ناروغ اړونده صحي مرکز ته وليږل شي.

که چيرې په دې مرحله کې د وينه لږی علت معلوم نشي نو بيا د ۱۳- ۷ او ۱۳- ۸ جدول ته کتنه وشي.

۱۳-۷. جدول: د وينه لږی د ناروغانو دوهم خط پلټنې: (۱۱)

وينه لږی لامل	مناسب پلټنې
د اوسپنې فقدان	oesophagogastroduodenoscopy (OGD) Colonoscopy، نسائي معاينات، Coeliac antibodies
دسيروم د B12 کموالی	د معدې د جداري حجراتو انتي باډي، Schilling آزموينه
د سروحجراتو د Folate کموالی	Coeliac انتي باډي ګاني او يا د اثنا عشر بيوپسي. او که د وړو کلمو سوء جذب سندروم موجودوي نو Gastroenterologist ته دوليږل شي

www.ketabton.com

Hemolysis شواهد	مستقیم Coomb's آزموینه (DCT) او که (DCT) منفي ويG6PD سکرين او د وينې متخصص ډاکتر ته د وليږل شي.

۱۳-۸. جدول: د وینه لږی د ناروغانو د درېیم خط پلټنې: (۱۱)

ډول	پلټنې
Microcytic وینه لږی	هیموګلوبین الکتروفوریزس: د انتاني، التهابي او نیوپلاستیک تشوشاتو د ثبوت لپاره پلټنې (د وینې کلچر،ESR، C- Reactive پروټیني CXR،ANA او نور)
Normocytic وینه لږی	د پښتورګي وظایف: Haemolysis سکرین (که اجراء نه شو) ایمونوګلوبولین او Para Protein screen: پلټنه د انتاني، التهابي او یا نیوپلاستیک تشوشاتو لپاره
Macrocytic وینه لږی	د تایراید وظیفوي ټسټونه: د ځګر وظیفوي ټسټونه:Hemolysis سکرین (که له اوله اجراء نشو)

که چیرې ناروغ د یو مناسب Ethnic ګروپ څخه راغلی وي نو د هیموګلوبین Electro phoresis د ورته په لمړني screening کې اجراء کړل شي په ښکاره توګه په دغه پیښو کې د معایناتو مخ په وړاندې‌تللو ته ضرورت نشته او دغه پیښې دې په ځانګړې توګه ونیول شي که چیرې د وینه لږي لامل په دغه مرحله کې نامعلوم وي او یا د وینې د تشوش تشخیص شوئ وي نو بیا د یو د وینې متخصص ډاکتر ته مراجعه کول استطباب لري.

د تحثر تشوشات:

د Haemostasis یا د وینې د دربېدو اصطلاح عبارت ده د هغه فزیولوژیک پروسو د همکاري څخه کوم چې د وینې د ضایع کیدو څخه مخنیوی کوي هغه چې د وعائي جرحو په نتیجه کې منځ ته راځي او هغه کیدی شي چې ترومبوتیک پروسه محدوده او موضعي پاتې شي او په لمړني توګه Thrombolysis شروع کېږي.

www.ketabton.com

د Haemostatic سیستم ضروري اجزاوي دادي:

د اوعیو د جدار مضبوطوالی ((لمړنی Haemostasis)) یعنی د دموي صفیحاتو د علقې جوړیدنه او د لمړني Haemostasis یعني د تحثر Cascade د فعال کیدو له امله د Fibrin د علقې جوړیدنه د لمړني Haemostasis تشوشات کوم چې په عمومي توګه د دموي صفیحاتو په وظیفوي نقصان او یا شمیر کې منځ ته راځي د petechia اود مخاطي سطحې وینه بهیدنې لامل کېږي برخلاف د ثانوي Haemostasis تشوشات (د مثال په توګه په Haemophilia کې) عموماً په ژور جوړښتو کې لکه عضلات او بندونو کې د وینه بهیدنې لامل کېږي.

تاریخچه:

څرنګه چې د زخم نه وروسته وینه بهیدنه یوه عمومي کتنه ده ځینې وختونه دا مشکله وي چې مونږ په یوه وګړي کې په مشخصه توګه د وینه بهیدنې تشوشات معلوم کړو او که نه؟ تقریباً د نفوسو ۲۰ فیصده دوي په خپله په آساني سره د شنه کیدو (Bruisers) له امله متوجه کېږي دا ضروري ده چې د وینه بهیدنې پوره تاریخچه واخیستل شي کوم یو چې په آساني سره د شنه ګرځیدو (Bruising) د وینې بهیدنې مهم او پوتانشیل تشوش څخه بیلوي. د وینه بهیدنې د دوام موده په تاریخچه کې ډیر ارزښت لري د ژوند په اوږدو کې وینه بهیدنې ته تمایل مونږ ته ارثي تشوش راپه ګوته کوي.

د معمولي جرحې نه وروسته د وینې دوامداره ضیاع د Haemostatic په تشوش باندې دلالت کوي. د وینې ضیاع زیاتره د یو درېیم ګړي په واسطه اټکل کېږي (د یو ماشوم مور کوم چې ډیره زیاته وینه بهیدنه د یو غاښ د ویستلو نه پس). پس د زیاتې وینې د ضایع کیدلو عیني شواهد ډیر ګټور تامیږي د غاښ د ویستلو د جراحي یا د مهبلي ولادت تاریخچه باید واخیستل شي څکه چې دا ټول د Hemostatic سیستم لپاره ښکاره Challenge دی. که چیري زیاته وینه بهیدنه نوي واقع شوي نو غټ Haemorrhagic تشوش پکي عمومیت نه لري. د Hemostatic تشوش تظاهرات مشتمل دي په د وینې ترانسفیوژن ته اړتیا او یا د وینه بهیدنې د درېدو لپاره جراحي مداخلې ته اړتیا. په حیض کې د زیاتې وینې بهیدنې راتګ یو عمومي شکایت دی کوم چې په Hemostatic تشوش باندې دلالت کوي خو زیاتره په عمومي توګه دایوه پیښه نه ده. زیاتې مسئلې د وصفي تشوشاتو اندیښنې پیداکوي. دمثال په توګه د په خپل سر وینه بهیدنې تاریخچه یا د کوچنۍ ضربې نه پس د وینې تولیدنه په عضلاتو یا مفاصلو کې مونږ ته د هیموفیلیا مضبوط

www.ketabton.com

شواهد ښايي د حبل ثروي څخه زياته وينه بهيدنه د آتم فکتور د فقدان لپاره په خاصه توګه مشخص ده. ځينې دواګانې Haemostatic سيستم اغيزمن کوي ځيني وختونه ناروغ د دوا د اخيستلو تارخچه نه وايي ځکه چې دغه دوايي يې په خپل سر د دواخانې څخه اخيستي وي چې ددې جملې څخه اسپرين يوه مشهوره دواده کوم چې د درې هفتو څخه وروسته په واحد ډوز سره د دموي صفيحاتو وظيفه خرابوالئ شي.

معاينات:

په معاينه کې تر ټولو لمړنئ شي د Hematoma او يا د شينوالی د وصف کتل دی. Bruising يا شينوالی چې د دموي صفيحاتو د ابنارمل وظايفو يا د شمير د کم والی له امله منځ ته راغلي وي نو د پورپورا په شکل څرګنديږي چې نری pin pick چې د ورو تخت الجلدیاوعيو د وينې بهيدنې له امله منځ ته راځي. کله چې فشار پرې وارد شي پور پورا له منځه نه ځي برخلاف د پوستکي آفاتو ته مشابه کوم چې د کوچنيو اوعيو د التهاب له کبله منځ ته راځي دغه آخرني اندفاعات د فشار په واردولو سره له منځه ځي دغه توپير د شيشه يې سلايد په واسطه د فشار په واردولو سره ښه معلوميږي چې آيا له منځه ځي او که نه؟ که څه هم د غه ځانګړتياوي په مطلق ډول د اوعيو په ځينې التهاباتو کې لکه Henoch schonlein pupura کې صدق نه کوي او په دې کې د ورو اوعيو څخه وينه بهر راوځي . بل ډول د پوستکي Bruising هغه وخت منځ ته راځي کله چې د اوعيو د جدار تقويه کوونکي جوړښت د عمر په تيريدو سره کمزوری شي (senile purpura) يا ددوايي تداوي (steroid) په واسطه. کله چې د دموي صفيحاتو په شديده ابنارملتي کې د شبکيي خون ريزي پيښه شي نو فنډوسکوپيک معاينه بايد په هر هغه کس کې چې پراخه purpura او مخاطي وينه بهيدنه ولري اجراء شي. که چيرې د کلينيکي څرګندولو له مخې د thrombocytopenia شک رامنځ ته شي نو د ممکنه سببي ناروغيو پلټنه ضرور ده چې په لاندې جدول کې ترې يادونه شوې ده.

www.ketabton.com

۱۳-۹. **جدول: د** Thrombocytopenia **لاملونه:** (۱۱)

میکانیزم	مثالونه
۱) **د تولید کموالی** ▪ **مورزادي**	▪ Fanconi **وینه لږی**
▪ **کسبي**	▪ **لوکیمیا،** Aplastic **وینه لږی** HIV **انتان**
۲) **دوباره ویشنه**	**د ځیګر مزمنې ناورغی.**
۳) **د تخریب زیاتوالی** ▪ **امیمونولوجیک** ▪ **غیر ایمونولوجیک**	▪ ITP ▪ **دواګانې،** septicemia (DIC)

د Haemostatic **سیستم معاینات:**

که چیرې د Haemostatic **سیستم تشوش توقع موجوده وي نو زیاتره** Screening **آزموینې ضروري دي. چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کېږي.**

- (FBC) full blood count
- (PI) prothrombin test
- **فعال شوي قسمي** thromboplastin **آزموینه** (APTT)
- Thrombin **آزموینه** (TT)

www.ketabton.com

څوارلسم څپرکی

د ولادی نسائي ناروغانو فزیکي کتنې

د یو ولادی ناروغې د مشاهدې اخیستل

تاریخچه:

د یو ولادی ناروغ د تاریخچې اخیستل د جراحي او داخلې ناروغ د تاریخچې سره څه ناڅه توپیر لري.د یو ولادی ناروغي د تاریخچې د اخیستلو په باره کې دا لاندې ټکي په پام کې نیول کیږي:

1. نوم
2. د پلار یا د خاوند نوم
3. عمر
4. ادرس
5. د واده نیټه
6. د ولادت شمیر Gravida

عبارت د هغه حالت څخه ده چې په هغه کې ښځې حمل اخیستی وي او ولادت یې نورمال یا غیر نورمال ترسره شوی وی (مړ شوی وی) یا دا چې سقط یې کړی وي.

7. Parity:

عبارت د هغه حالت څخه ده چې امیندواري ښځې ولادت د ۲۸ هفتو څخه وروسته سرته رسیدلی وي.

8. د نورمال آخرنې تحیض نیټه LMP (Last normal Menusturation Period):

دا د نارمل آخرنی تحیض د لمړنی ورځی څخه عبارت ده.

9. د ولادت د ورځې ټاکل EDD (Estimated date of Delivery):

د ولادت د ورځی ټاکل د Naegeles د قانون په اساس صورت نیسي:

مثال: که یوه ناروغه چې آخرنې تحیض یې د میزان ۲۳ نیټه ده چې ددې سره ۷ ورځې جمع کیږي او هم ورسره ۹ میاشتي جمع کیږي چې آخرنې نیټه د ولادت ورځ راپه ګوته کوي: LMP 23 + 7day=30 + 9month=Delivery day

پورتني نیټه د ولادت تخمیني ورځ په ګوته کوي.

www.ketabton.com

پخوانی تاريخچه:

په دي تاريخچه کې د لاندې شيانو پوښتنه کيږي:

الف) د پخوانی طبي تداوي تاريخچه

ب) د پخوانی جراحي تداوي تاريخچه

کورنی تاريخچه:

په کورنی تاريخچه کې د نارمل او ابنارمل زيږيدنو، د غبرګونو، په کم عمر کې واده کول، ابنارمل ولادتونو لکه (Macrocephay, Microcephay) دماغی تاخر او د ارثي ناروغيو په هکله پوښتنی وشي.

ولادي تاريخچه

۱) پخوانی اميندواري:

د تيرو اميندواريو په هکله بايد مکمل معلومات ترلاسه شي.

۲) اوسنی اميندواری:

د اميندواري په وخت کې د Morning sickness (چې په دغه وخت کې ناروغه په لمړی دري مياشتو کې د سهار له خوا ګانګې او زړه بدوالی لري) همدارنګه د مهبلي Discharge او د ادرار د سوزش او قبضيت په هکله پوښتنه وشي.

کلينيکې کتنې

1. **عمومي فزيکي کتنې**
2. **سيستميک فزيکی کتنې**
3. **ولادي کتنې**

په دې کې لاندي شيان بايد په نظر کي وي

1. **د ثديو معاينه**
2. **بطني معاينه**
3. **مهبلي معاينه**

www.ketabton.com

د ثديو معاينه: د تفتيش او جس اجرا کول:

تفتيش:

په تفتيش کې د ثديو غټوالی وليدل شي چې دا غټوالي په تالي ډول د شحم د تراکم او همدا ډول د اميندواري په وخت کې د Glandular موادو د تولیدو له کبله وي همدا ډول په تفتيش سره بايد د تيونو د پوستکې لاندې برجسته وريدونه وکتل شي. د ثديو څوکې امکان لري لوي شوی وی او يا زيات صباغي شوي وي. د ثديو د Areola شاوخوا کله کله تور رنګ ځانته نيسي.

جس:

د ثديو په جس کې بايد کتله، نودولونه، سختوالی، کلکوالی ټول شيان ياداشت شي همداډول د Celostrum معاينه وشي. (د ثديو څوکې ته فشار ورکړل شي. د دري يا څلور مياشتني اميندواري څخه وروسته سپينی شيدی ورڅخه راوځي).

بطني کتنې:

تفتيش:

مخکې له دې څخه چې تفتيش اجراء کړو ناروغه د شا په تخته پريوځي ځنګنونه يې د قبض په حالت کې وي او داکتر د ناروغې ښي خواته ودريږي اوس وګوری چې د بطن شکل، خطونه او د بطن دپاسه ندبو موجوديت او همدارنګه د نامه وضعيت وګوری .

جس:

د جس په وخت کې دې معاينه کوونکي خپل لاسونه يو د بل سره ومښي تر څو معتدل شي. د رحم د جس له پاره د ناروغې په ښي طرف کې ودريږو او د خپل چپ لاس Ulnar برخه د متوسط خط لپاسه ايږدو او په دې ترتيب رحم جس کوو او هم د رحم سايز او جسامت اندازه کوو.

د اميندواري د وخت معلومول د رحم د غور له مخې چې په جدول کې ذکر شوي وي اټکل کيږي

د رحم د غور د سويې ابنارملتي په لاندې حالاتو پورې اړه لري.

www.ketabton.com

۱) غلط CMP
۲) غبرګوني
۳) pely hydroamnious
۴) حوصلی تومورنه د امیندواری سره
۵) غلط اغتلان
۶) داخل الرحمي مړ ماشوم (جنین)
۷) خلفي رحم

۱۴-۱. جدول: د رحم د غور د سویې له مخې د امیندواري د وخت معلومول: (۱)

د ۱۲ اونیو	د ارتفاق عانې د پورتني سرحد په سویه
د ۱٦ اونیو	د ارتفاق عانې د سویې څخه تقریباً دوه انچه یا پنځه سانتی متره پورته
د ۲۰ اونیو	د نامه څخه تقریباً یو انچ یا ۲.۵ سانتی متره ښکته
د ۲۴ اونیو	تقریباً دنامه د پورتنې څنډې په برابر
د ۳۲ اونیو	تقریباً د ۱/۳ پورتنې مسافې د نامه او ensiform عضروف په منځ کې
د ۳٦ اونیو	تقریباً د Ensiform عضروف په سویه
د ۴۰ اونیو	تقریباً رحم دوهم ځلي د۳۲اونیزې امیندواري سویې ته ښکته غورځیږي

جنین:

د جنین دپاره لاندې ټکو ته باید پاملرنه وشي:

۱) استقامت (Lie)
۲) اغتلان (Presentation)
۳) وضعیت (Position)
۴) برخورد (Attituede)
۵) نیونه (Engagement)

استقامت:

د جنین استقامت په دې معنی دي چې د جنین اوږد محور د رحم د اوږد محور سره لاندې حالت اختیاروي اوږد، مایل او مستعرض.

۱) طولاني
۲) عرضاني
۳) مایل

www.ketabton.com

اغتلان:

د جنين د هغه برخې څخه عبارت دي چې د رحم په سفلي برخه يې اشغال کړي او دداخلي فوحې د رحم د عنق څخه لږ پورته ځاي لري.

اغتلان په لاندې ډول دي:

1) **سر**(Vertex (cephalic
2) **حوصلي** (Breech)
3) **اوږی** (Shoulder)
4) **مخ** (Face)
5) **وريځی** (Brow)

وضعيت:

نوموړي اصطلاح څخه مقصد د مور د حوصلې په نسبت د جنين د اغتلاني برخې موقعيت دي. چې د هر اغتلان دپاره اته ممکنه ځايونه وجود لري. چې په لاندې ډول دی:

قدامي قفوي

خلفي قفوي

ښی خلفي قفوي

چپ خلفي قفوي

ښی قدامي قفوي

چپ قدامي قفوي

ښي قفوي مستعرض

چپ قفوي مستعرض

:Attitued

دا د جنين د سر، اطرافو او جسم د اړيکو څخه عبارت دئ که سر او اطراف د تقبض په حال کې وي نو داسې ويل کيږي چې د قبض برخورد لري او که برخلاف د توسع په حال کې وي نو د توسع Attitued **بلل کيږي.**

نيونه (Engagement):

کوم وخت چې د اغتلاني برخې ستر قطر د حوصلې د حلقې څخه تير شي نو دا د Engagement **په نوم ياديږي.**

www.ketabton.com

قرغ:

رحم په قرغ سره Dullness وي.

اصغاء:

اصغا د لاندې اهدافو له پاره اجراء کيږي:

۱) د جنين د زړه آواز Fetal heart sound
۲) د رحم آواز Uterin soufflé
۳) Funic Souffle
۴) Bowel sound

د جنين د زړه آواز:

نوموړي آواز د بطن دپاسه د Feto scope او يا د Doppler په واسطه هغه ځاي اصغا کيږي کوم ځاي چې د جنين صدر د مور د بطن جدار سره ډير نژدي وي. FHS د يو بالبنت لاندې پروت ساعت د تک تک آواز ته ورته والی لري. هغه اولنی وخت چې په کې FHS د اوريدو وړ دي عبارت دئ د 18-7 داخل رحمي اونی څخه. په دې وخت کې ددې اندازه 140-160/min او معياد کې 120-140/min ته راکميږي دا بايد د حمل د 24 هفتې څخه وروسته په هر Visit کې اصغاء شي.

:Uterine soufflé

دا نرم شپلاک مانند سستوليک مرمر دی چې د مور د نبض سره نسبت لري دا د رحم د پراخه شوو شريانو څخه د وينې د تيريدو په واسطه منځ ته راځي او د 20 هفتو څخه وروسته د رحم په اړخو کې د اوريدو وړوي.

:Funic soufflé

دا يو نرم د شپلاک په شان آواز دی چې د جنين د زړه د آواز سره يو ځاي اوريدل کيږي او د سروي (umbilical) شريانو څخه د وينې د تيريدو له کبله منځ ته راځي. نوموړي آواز هميشه موجود نه وي او يواځې په 15% پيښو کې هغه وخت اوريدل کيږي کله چې تصادفاً Feto scope د حبل ثروی دپاسه ځای ونيسي.

www.ketabton.com

د يوې نسائي ناروغې د مشاهدې اخستل

تاريخچه: History

۱) نوم
۲) د پلار نوم يا د خاوند نوم (D/o or W/o)
۳) عمر
۴) آدرس
۵) مذهب
٦) د واده حالت

داکتر بايد د ناروغې څخه پوښتنه وکړي چې هغوي واده کړی دی او يا نه؟، طلاق شوې ده يا کنډه ده؟ او که واده شوي حالت نه برسيره کوم بل حالت ولري نو د هغوي Gravida او Parity بايد معلوم کړل شي.

:Gravida

دا د هغه حالت څخه عبارت ده چې يوې ښځې په کې حمل اخيستی وي يا نارمل ولادت کړی وی يا ابنارمل (مړي ماشوم يې شوی وي) او يا سقط کړي وي.

:Parity

د هغه حالت څخه عبارت ده چې د اميندوارې ښځې ولادت وروسته د ۲۸ هفتو څخه صورت نيولی وي.

۷) عمده شکايت
۸) د اوسني ناروغي تاريخچه Present illness

د هر يو حکايې تفصيلات د لاندنې خبرو په نظر کې نيولو سره ليکل کيږي

a) د شروع ډول
b) دوام
c) پرمختګ
d) هغه فکتورونه چې د زياتيدو يا د کميدو سبب کيږي

او په دې برخه کې دې پوره معلومات ترسره شي چې ناروغه کوم (حکيم يا دايه) ته مراجعه کړې ده يا نه؟ او که کړی وي نو کومه تداوي د هغوي په واسطه ترسره شوې ده او آيا د خولې د لارې کوم دوا ورکړي شوي ده يا نه؟ کوم Passary ring، کريم يا تابليت (د مهبل د لياري) څخه د استعمال لپاره ورکړل شوی دی يا نه؟

تيره تاريخچه:

داکتر بايد ناروغې څخه د تير شوي داخلي او جراحي ناروغيو په هکله او هم د نسايې ناروغيو په هکله پوښتنې وکړي.

www.ketabton.com

د تحيض تاريخچه: Menarche: **اولني مياشتنۍ ناروغي (تحيض) د** Menarche **په نوم ياديږي.**

۱) د Menarche **عمر:**

دا عبارت د هغه عمر څخه دي چې يوه ښځه د اولنی تحيضي دورې سره مخامخ کيږي.

۲) LMP **(آخرني نارمل تحيض نيټه)**

د ناروغې څخه د آخرني تحيض دورې د نيټې لپاره پوښتنه وشي او که اصلي يا صحيح تاريخچه په ياد پاتې نه وي نو د تيرو ورځو او مياشتو په باره کې د مختلفو پوښتنو کولو په واسطه يو څه نا څه معلومات اخستل کيداي شي د ناروغې څخه داسې پوښتنه کيږي چې يې کله اخرنی حيض تير کړی دی. د مياشتي په شروع، مينځ يا آخر کې.

۳) ولادي تاريخچه:

که چيري ناروغې واده کړی وی نو پوښتنه دې وشي چې د هغوي واده کله شوی دی؟ او اوسنی اميندواري کله واقع شوی ده؟ د هغوي څخه د اميندواريو د شمير پوښتنه وشي د هغوی د اميندواري د دوام موده او ختم پوښتنه وشي او که د نومورې ناروغې حمل د کوم سقط سره مخامخ شوی وي نو دا پوښتنه دې وشي چې هغوي د اميندواري څخه څومره اوني وروسته نقصان کړی دي. د ولادت په هکله دې پوښتنه وشي چې ماشوم په کور کې زيږيدلی دئ يا په روغتون کې؟ ولادتونه په طبعي ډول شوي يا د Forceps **يا** C/S **په واسطه؟ د اميندواري موده څومره وه؟ د حمل په اوږدو کې، د کانګو، تبې، خونريزي** (PPH) **کومه تاريخچه شته يا نه؟**

د Puerperium **(د نفاس دوري) په هکله دې پوښتنه وشي:**

دا عبارت د هغه مودې څخه ده چې د ماشوم د زيږيدنې او د رحم د Involution **تر منځ قرار لري دا معمولاً تر ۴۰ ورځو يا ٦ اونيو پورې وي.**

د نفاس د دورې په اوږدو کې تبه يا د ادرار تشوش موجود وُ يا نه؟ ماشوم ته د شدو ورکولو په وخت د کومې ستونځې سره مخامخ وه يا نه؟

د ادرار ستونځې تاريخچه:

بايد پوښتنه وشي چې ناروغه د ادرار کومه ستونځه لري يا نه؟ او که يې ولري نو لاندې پوښتنې کول ضروري دي:

1) **د تبول تعداد يا** Frequency
2) **دردناکه ادرار** (Dysuria)

www.ketabton.com

۳) په خپل سر د ادرار راتلل Incontinence

د مهبلي افرازاتو تاريخچه:

د مهبل څخه د افرازاتو د خارجيدو په هکله بايد پوښتنه وشي. د افرازاتو مقدار، رنګ، قوام، محتوياتو او بوي په باره کې پوښتنه وشي.

مهبلي طبعي افراز:

دا ډول افراز سپين رنګه وي او د رحم د عنق لخته شوي افرازاتو د اپتليل حجراتو څخه جوړ شوي دي دا افرازات په نارمل شرايطو کې د تحيض د شروع څخه مخکې زياتيږي.

:Leukorrhea

د مهبل د طبعي افراز د زياتوالي څخه عبارت دي.

ژيړ قيحي افرازات:

د قيحي ژيړ بخنو افرازاتو خارجيدل د رحم د عنق او مهبل د انتاناتو خواته لارښودنه کوي.

د تحيض دوره :Menstural cycle

دا د رحم د نارمل فزيولوجيک او Periodic خونريزي څخه عبارت ده. د هرې يوې ښځې لپاره د هغوي د خونريزي دوام، د وينې د ضياع مقدار او د دورې اوږدوالي مخصوص دي.

د مثال په ډول که د يوې ښځې خونريزي تر ۵ ورځو پورې دوام وکړي او نوموړې ښځه خپل Period سره په منظم ډول د ۲۹ ورځو پس مخامخ کيږي. دا بايد 5/29 په شان وليکل شي.

او که د هغوي د تحيض او Cycle دوام دواړه متغير وي، هغه ښځه ۳-۷ ورځو پوري د ۳۰-۲٦ ورځو وروسته خونريزي ورکوي نو دا به 3-7/26-30 په شان ليکل کيږي.

د ضايع شوې وينې اندازه:

دا اندازه کيداي شي چې نارمل (30-70 cc) زياد يا کم اوسي، د ناروغ څخه د لاندې شيانو په هکله بايد هم پوښتنه وشي.

:Menopause

په زړو ناروغانو کې د Menopause د دورې پوښتنې بايد وشي (د هغوي د حيض د قطع کيدو پوښتنه بايد وشي). Menopause معمولاً د ۴۵-۵۰ کلنۍ تر مينځ واقع کيږي.

www.ketabton.com

د شین بخن مخرشه افرازاتو خارجیدل:

که د Tricomonase انتان منځته راغلي وي نو د مهبل څخه شین بخن مخرشه افرازات خارجیږي.

سپین د ماستو په شان د سپینو افرازاتو خارجیدل:

دا ډول افرازات د Condida Albican (Moniliasis) د انتان له کبله مینځته راځي چې تخریشي خواص لري.

د وینه لرونکو افرازاتو خارجیدل:

دا ډول افرازات د کانسر د موجودیت له کبله مینځته راځي لاکن باید په یاد ولرو چې د Cervicitis او Virginities په موجودیت کې هم د افرازاتو سره وینه خارجیدې شي.

نسایي معاینه:

په نسایي معاینه کې لاندې شیان ذکر کیږي.

۱) د ثدیو معاینه

۲) د بطن معاینه

۳) د حوصلې معاینه

۱) د ثدیو معاینه:

ثديي باید په بشپړ ډول معاینه شي. داکتر باید د امیندواري علامې ولټوي په ثدیه کې کومه کتله یا نوډول شته او که نه؟ او د ګوتو په واسطه په ډیره آرامي سره یې جس کړي او که کوم کتله په کې موجوده وي نو د هغوی تعداد، ځای، لویوالي، شکل، قوام، حساسیت، د پوستکي سره د التصاق شتوالي دې ولټول شي.

او که کومه قرحه موجوده وي نو د هغوي ځای باید معلوم کړل شي. د تخرګ د لمفاوي عقداتو جس کول باید د نظر څخه لرې نه کړو.

۲) د بطن معاینه:

د امیندوارۍ علامې ولټول شي. برسیره ددې د جس په واسطه کومه کتله یا تومور، Cyst او بطني احشاوې ولټول شي.

www.ketabton.com

د فرج معاینه:

دا معاینه په لاندې ډول سره اجرا کیږي او د معاینې په وخت کې یو دریم نفر هم باید موجود وي.

ناروغه باید ستونی ستاخ وضعیت ولري داکتر د ناروغې ښي وحشي خواته ودریږي، مخکې د معاینې څخه باید تناسلي ناحیه په antiseptic **ومینځل شي او دستکشې واغوستل شي.**

فرج باید تفتیش شي چې کوم ابنارملتي او یا کوم جلدي آفت موجود وي که نه؟ مهبل باید د ابنارملتي، څیرې کیدو، انتان، التهاب له نظره معاینه شي

۳) د حوصلي اعضاو دوه لاسی معاینه:

په مهبلي معاینه کې د څلور وضعیتونو څخه کار اخستل کیږي.

۱) **وحشي وضعیت**
۲) Sim's position
۳) Dorsal position
۴) Lithotomic position

د مهبلي معاینې لپاره باید مثانه خالي وي او باید په میتودیک ډول اجرا شي. لومړی باید د مهبل د ډشچارج شته والی او نشتوالی نوټ شي وروسته باید Clitoris **کې انتان، التهاب وکتل شي. د احلیل حالب فوحه دې وکتل شي او باید احلیل ته د خلف څخه فشار ورکړل شي تر څو ولیدل شي چې** Discharge **شته او که نه؟**

د مهبل په معاینه کې په عادي ډول د ښي لاس دوه ګوتې (د اشارې او منځنې ګوتې) په مهبل کې داخل کیږي په داسي حال کې چې چپ لاس د بطن دپاسه کیښودل کیږي چې په دغه حالت کې د رحم د عنق حالت، د رحم ځای، جسامت او Adenexa **جس کیږي.**

که ناروغه ماشومه او یا باکره وي نو د P/V **معاینې څخه باید ډډه وشي (او که دا ډیره ضروري وي نو د ناروغ څخه دې لیکل شوي موافقه واخستل شي) او ددې په ځای دې د مقعد معاینه اجرا شي.**

مقعدي مهبلی معاینه :

په مقعد کې د اشارې ګوته داخلوو او د مهبل او مقعد ترمینځ پروت جدار جس کیږي. او د حساسیت او کتلې شتوالی لټول کیږي.

د Speculum **په واسطه معاینه:**

دوه ډوله Speculum **موجود دی:**

۱. Bivalve speculum
۲. Sim's speculum

www.ketabton.com

نور کتنې عبارت دي له:

۱. **حوصلی التراسوند**

چې په نسايي کتنېو کې مهمه معاينه ده. او پراخ استعمال لري

۲. Hystero salpango graphy

د رحم د عنق د لارې د کثيفه موادو تيرول رحم ته دي.

۳. Hysteroscopy

۴. Enodmetrial Biopsy

www.ketabton.com

پنځلسم څپرکی

د کوچنیانو فزیکی کتنې

پېژندنه: John apley چې د کوچنیانو د ناروغیو یو متخصص وه ویلی دي چې دا به د یو معاینه کوونکی ډاکټر یوه غلطی وي چې یو ماشوم د ژړا په حال کې معاینه کړي. د نوموړي متخصص دغه خبره تر ډېره یوه صحیحه او پر ځای خبره ده ځکه چې د ژړا پر مهال د ماشوم معاینه کولی شي چې ډېرې ستونځې د معاینه کوونکی تر سترګو پټې کړي ځکه خو د معاینې په کوټه کې باید د مختلفو عمرونو ماشومانو لپاره د لوبو مختلف سامان آلات موجود وي او تر معاینې لاندې ماشوم ته اجازه ورکړل شي چې د خپل شوق او ذوق په برابر د لوبو له یوه توکی سره مشغول شي او په دې توګه د ماشوم ویره له منځه یووړل شي.

نسبتاً غټ ماشومان ممکن یواځې د والدینو په غیږ کې آرام شي او د لوبو سامان ته کوم ضرورت پیدانکړي.

کله چې یو ماشوم د پایواز په واسطه د معاینې کوټې ته داخل شي تر هر څه لمړئ باید ورسره روغبړ وشي. او بیا ورپسې معرفت او پېژندګلوی ترسره شي. که معاینه کوونکی داکتر وکولای شي چې د خپل روغبړ او لمړنی ملاقات په ترڅ کې ماشوم او د هغې پای واز خوښ او خوشحاله کړي نو دا کار به راتلونکی کتنې او کتنې ډېرې آسانه کړي څرنګه چې سپینه چپن ماشومان ویروي نو ځکه د کوچنیانو ډاکټر باید د معاینې په ترڅ کې له استعمال څخه یې ډډه وکړي.

د تاریخچې د اخیستلو په مهال کله چې داکتر له یوې خوا څخه د ماشوم د مور سره خبرې کوي له بلې خوا باید ماشوم ته په غور سره وګوري او د لاندې ټکو لپاره پلټنې ترسره شي. آیا ماشوم ناروغه ښکاریږي؟

آیا ماشوم د خپل چاپیریال سره دلچسپي لري او که نه؟ خفه معلومیږي. ماشوم د منډې او قدم وهلو په مهال کومه څرګنده ابنارملتی په خپل تګ کی لري او که نه؟ د ماشوم د مخ ظاهري بڼه نارمل ده او که کوم ابنارمل څرګندونې په کې ښکاره کیږي. کومې څرګندې فزیکی ابنارملتی شته او که نه؟

آیا د ماشوم تنفس آواز لرونکئ او خشن دئ او په پاي کی آیا ماشوم د وزن له نظره نارمل ښکاري او که خپل وزن یې له لاسه ورکړئ دئ.

www.ketabton.com

تاریخچه:

په نورمال توګه تاریخچه د ماشوم له مور څخه اخستل کیږي خو که ماشوم لږ څه غټکئ وي نو بیا کیدای شي چې ځینې پوښتنې په خپله له ماشوم څخه هم وشي لکه د درد ناحیه او داسې نور. هغه پوښتنې چې باید په تاریخچه کې وپوښتل شي په لاندې ډول ذکر شوي دي. د مور څخه د پوښتنو پر مهال د مور ټول ځوابونه او د هغې د ماشوم ستونځې او شکایات باید ولیکل شي او د مور د ځواب پر مهال د بلې پوښتنې کولو په واسطه د مور څرګندونې قطع نه کړای شي. پوښتنې په لاندې ډول دي:

- د ماشوم زیږیدنه
- Milestones
- دماغي او فزیکي انکشاف
- ښوونځی
- ځانګړي ناروغئ او تصادمات
- معافیت
- سفرونه او تماس
- کورنئ تاریخچه
- ټولنیزه تاریخچه
- جنیتکی خطرات

مور د خپلو خبرو په ترڅ کې د خپل ماشوم په اړه هغو ټکو ته اشاره کوي د کومو له کبله چې هغه وارخطاده او داکتر باید هیڅ کله کوښښ ونه کړي چې خپل د ذهن تشخیص په هغې وروتپي بلکه ددې پر ځای باید د ماشوم د مور سره د هغه په خبرو کې مرسته وکړي تر څو صحیح تشخیص ته ورسیږي. یوه مهمه خبره چې باید ذکر شي داده چې معاینه کوونکی ډاکټر باید هیڅ کله د معاینې پر مهال د وخت د کمی له امله خپل ساعت ته ونه ګوري او نه داسی څه عمل وکړي چې وښایې ډیر مصروف دئ بلکې پرځای یې باید داسې رویه غوره کړي چې ماشوم او د هغې پایواز فکر وکړي چې د ډاکټر ټوله توجه همدوی ته ده او ډاکټر خپل ټول وخت د همدوي لپاره وقف کړی دئ. د ماشوم نور خپلوان نشي کولاي چې د ماشوم د والدینو په شان تاریخچه ووایې.

خو که والدین ورسره نه وه نو د امکان تر حده هڅه وشي چې د ماشوم د خپلوانو څخه د ډیرو پوښتنو او د خپلې تجربې په واسطه یوې نتیجې ته ځان ورسوو.

www.ketabton.com

غټ ماشومان کولای شي چې خپله تاریخچه په ښه ډول ووائي او باید لازیات وهڅول شي او د ماشومانو د والدینو څخه د تاریخچې اخیستلو پرمهال باید هغوی د ژورې کتنې لاندې ونیول شي او د هغوی ټول اعمال او عکس العملونه په غور او دقت سره وڅارل شي. د کوچنیانو د تاریخچې جوړښت هم لکه د کاهلانو په شان دئ او مشتمل دئ په P.I, C.C او د پخوانی ناروغیو تاریخچه.

په ماشومانو کې دا مهمه ده چې د پخوانیو ناروغیو په هکله پوره پلټنه وشي او د هغوی د واقع کیدو پر مهال د ماشوم عمر، د ناروغئ طبعیت، او د ناروغئ شدت وپوښتل شي. هغه مهمې ناروغئ چې باید په اړه یې پلټنه وشي عبارت دي له: انتانی ناروغئ، د کولمو تشوشات، Seizures، د پورتنی تنفسی لارې انتانات، د غوږونو څخه د زوې راتلل او ټوخئ. په تیرو وختو کې یې د ټوخی تاریخچه لرله. نو باید دا وپوښتل شي چې د ناروغ ټوخئ په کوم وخت کې ډیر زیات ده (د مثال په ډول د ساه تنګی د ناروغانو ټوخئ د شپې پر مهال یا وروسته د منډې وهلو څخه تشدید کیږي د ټوخی سره Whoop او یا کانګې موجودې دي او که نه؟ ماشوم د تداوي په خاطر کومه دوا اخیستي ده او که نه؟ آیا ماشوم پخوا په روغتون کې بستر شوئ دئ او که نه؟ او که وي د څه له امله؟ آیا ماشوم په تیر وخت کې د کومې ترافیکی پیښې، ترضیض، سوځیدنې او یا د تسمم له پیښو سره مخامخ شوئ دئ او که نه؟

له دې وروسته باید معاینه کوونکی د ماشوم د امیندواري د وخت، د نوی زیږیدنې د مهال او انکشاف د پرمخ تګ په هکله توجه وکړي او په دې هکله چې کومې پوښتنې ضروري دي په لاندې توګه وپوښتل شي.

د امیندواري او ماشوم توب دوره:

- ❖ آیا مور د امیندواري پر مهال روغه وه؟
- ❖ آیا مور د امیندواري پر مهال کومه ځانګړی ناروغي درلوده او آیا د الکولو په شمول یې کومه دوا اخیستی ده؟
- ❖ آیا ماشوم په خپل وخت زیږیدلئ دئ؟
- ❖ د نوی زیږیدنې مرحلی په مهال ماشوم کومه ستونځه لرله؟ لکه:
  - ژیړئ
  - تنفسي ستونزې
  - احتلاجات

www.ketabton.com

- د تغذي په هکله ستونزې

❖ د ماشوم تغذی څنګه وه؟

❖ که ماشوم د بوتل په واسطه تغذی شوئ وي نو کوم ډول شیدې استعمال شوي دي؟

❖ څه وخت ماشوم ته سختی یا کلکی غذا ورکول شروع شوي دي؟

❖ آیا ماشوم ته د ویټامین څاڅکی ورکول شوي دي که وي نو څومره؟

❖ آیا د ماشوم وزن اخیستنه د قناعت وړ ده او که نه؟

د والدینو څخه باید پوښتنه وشي چې آیا د Baby book په نامه د خپل ماشوم په هکله د یا دښت کومه کتابچه لري او که نه؟ په کومه کې چې د ماشوم په هکله ډیر معلومات موجود دي لکه په روغتون کې د داخلیدو وخت، د ماشوم وزن او د هغې د معافیت په هکله معلومات.او تر ټولو مهمه داده چې د ماشوم د ودې تر څنګ د هغې د نمو په هکله هم پوښتنې وشي چې ماشوم څه وخت د لمړی ځل لپاره په کښیناستلو پیل وکړ څه وخت یې خاپوړې وکړلې، کله یې قدم واخیسته؟ او بالاخره یې څه وخت یې خبرې کول پیل کړل. د پورتنیو ځانګړو پوښتنو ترڅنګ یو شمیر عمومي پوښتنې هم باید ترسره شي.

عمومی پوښتنې:

❖ اوس مهال د ماشوم د خوړلو، خوب کولو، ډکو او تشو متیازو کولو عادات څه دي؟

❖ کوچنۍ د کوم ډول ماشومانو له ډلې څخه دئ؟ آیا ویښ او بیداردئ او که ویده؟

❖ آیا ماشوم ډیر ژاړي؟

❖ ماشوم د خپلو همزولو په پرتله څنګه دی؟ (د ماشوم ټول خواص)

❖ که ماشوم د مکتب عمر ته رسیدلی وي نو کوم مکتب ته ځي او ورسره څنګه دی؟

❖ آیا ماشوم د مکتب څخه زیات وخت ایساریږي؟ که هو نو ولې؟ له ماشوم څخه باید په خپله وپوښتل شي چې آیا مکتب یې خوښیږي او که نه؟ ډیر نږدي ملګری یې څوک دي او د استاد نوم یې څه دئ؟

❖ د روتین معافیتي پروګرام په هکله پوښتنه وشي چې آیا عملي شوي دي که نه؟

کورنۍ تاریخچه:

❖ د ماشوم د والدینو عمرونه څومره وي؟

❖ د ماشوم په کورنۍ کې ټول څو ماشومان موجود دي؟

❖ د نوموړو ماشومانو عمرونه څومره دي او څوېې هلکان او څو یې انجوني دي؟

www.ketabton.com

- ❖ آیا د ماشوم په اړونده کورنۍ کې Mis carriage, still birth او یا د کوچني والی د مړینې کومه پیښه شته او که نه؟
- ❖ آیا د ماشوم په همزولو، والدینو او نږدې خپلوانو کې کومه ناروغي شته؟
- ❖ آیا د ارثي ناروغیو کوم Back ground موجود دئ او که څنګه؟

ټولنیزه تاریخچه:

د ټولنیزي تاریخچې اخیستل پوره دیپلوماسی ته ضرورت لري او هڅه دې وشي چې د ماشوم د ژوندانه حالت وپوښتل شي او دا معلومه شي چې آیا د ماشوم مور او پلار او یا هم دواړه بې کاره دي او که کار لري؟ که د ماشوم مور کومه دنده ولري نو یقینی ده چې ماشوم به حتماً د څو ساعتونو لپاره له خپلې مور څخه بیل وي او د ماشوم دا بیلوالی له خپلې مور څخه د ډیرو روانی ستونځو او د شخصیت او طرز اړونده مشکلاتو د پیداکیدو اساس جوړوي دا باید معلومه شي چې د ماشوم مور او پلار یو ځای ژوند کوي او که په اړیکو کې یې کوم لاندې باندې شته دي؟ آیا د ماشوم نور خپلوان شته دي؟ لکه د هغه نیا او نیکه؟ که د ماشوم د کورنی مهاجره وي نو دا باید معلومه شي چې څومره وخت کیږي چې په دغه نوي هیواد کې ژوند کوي؟

له دې وروسته باید له والدینو او یا له ماشوم سره خبرې وشي خو په دې شرط چې د خبرو پر مهال نور څوک موجود نه وي او دا کار د نسبتاً کاهلو ماشومانو په هکله د ډیر ارزښت وړ دئ اوځکه چې په یواځې توګه ځان ډیر آرام احساس کوي او خپلې ټولې ستونځې ډاکټر ته وایی. د ناروغۍ ترڅنګ د ماشوم څخه یو څه ناڅه د هغه د ژوند او ذوق په هکله هم باید وپوښتل شي او په دې توګه به وروسته له دومره پوښتنو داکتر په دې وتوانیږي چې د ماشوم، د هغه د کورنۍ او د هغه خپلوانو په هکله په ډیر څه پوه شي او د خپلې معاینې او فزیکی کتنو لپاره صحیح پلان جوړ کړي. له دې کړنو وروسته به ډاکتر په دې قادر شي چې د معاینه کیدونکی ماشوم د فزیکی کتنو په واسطه د نوموړې ماشوم همکاري جلب کړي او هغه په دې ډول چې که د معاینې لاندې کس یو ځوان وي نو هغه ته ډاکتر د پخوانی سلوک له امله اوس یو ډیر زړه سواند او خواخوږۍ کس معلومیږي نو ځکه خو هغه ځوان هم له ډاکتر سره په فزیکی معاینه کې پوره مرسته او همکاري کوي او له بلې خوا نه که د معاینې لاندې کس کوچنۍ وي نو د دومره وخت له تیریدلو وروسته ماشوم یقیناً نه داچې یواځې آرامه کیږي بلکې ویده کیږي او په دې توګه معاینه کوونکی ډاکټر ته دا وخت په لاس ورځي چې په ښه توګه خپله فزیکی معاینه اجراء کړي که

www.ketabton.com

ماشوم بیاهم په چغو چغو ژاړي نو داکتر باید له ځان سره دا پوښتنه مطرح کړي چې په تیره پروسه کې یې په کوم ځای کې غلطی کړې ده او څه ډول نوموړې غلطی اصلاح کړي.

فزیکی کتنې:

د زیات عمر ماشومان عموماً د ستونی ستاخ وضعیت سره د کتنې په اجراء کې ښه کومک کوي او روتین فزیکی کتنې اجراء یې د کاهلانو سره کوم توپیر نه لري. ځوان ماشومان د مور په غیږ کې او یا دناستی په وضعیت کې معاینه کیږي همیشه باید د ماشومانو سره خبرې وشي.

هغه ارزیابی چې د ماشومانو په معاینه کې شامل دي:

- ❖ مشاهده
- ❖ غوږ نیول
- ❖ لوبې
- ❖ جس کول
- ❖ باالخاصه کلنیکی آزموینې
- ❖ نورې پخوانی آزموینې

د ماشومانو معاینه په سیستمیک ډول په لاندې شیما کې ذکر کیږي:

- ❖ پښې
- ❖ لاسونه او نبض
- ❖ مخ
- ❖ سر
- ❖ غاړه
- ❖ بطن
- ❖ سینه
- ❖ عصبی کتنې
- ❖ سترګې او فنډوسکوپی
- ❖ تناسلی، groin، مقعد
- ❖ او نور باالخاصه ټستونه

www.ketabton.com

د اطرافو معاینه Limbs:

د ماشوم اطراف باید وکتل شي خصوصاً دغه معاینه د پښو څخه شروع کیږي همدا ډول پښه د مختلفو انومالیو لپاره معاینه شي لکه Minor varus **سوء تشکلات،** over riding toes **(کته ګوته یو د بل له پاسه اوښتی وي) او همدا ډول د تلو ابنارملتی لکه هموارې پښې** (flat feet) **همدا ډول د اطرافو معاینه کې د اطرافو عضلی ذوبیدل یا شخی او هم د زنګانه او د ښنګری د بندونو حرکات مشاهده کیږی او په همدې وخت کې د عضلی تون یوه ارزیابی باید هم وشي او هم دا ډول پوستکی هم معاینه شي چې وچ او یا مرطوب دئ؟ او د پوستکی آفات جس کړئ په دغه ټولو حالاتو کې د ماشومانو عکس العمل ته ځیر شئ او هم د ماشومانو اوږې او څنګلې باید معاینه شي. آیا د ماشوم لاسونه** Palmar crease **لري؟ چې داد ماشومانو په** Dawn **سندروم کې لیدل کیږي د ماشوم مړوند بند جس کړئ او په دغه وخت کې د کعبرې او شظیې** Epiphysis **جس کړئ.**
وروسته کعبری نبض جس او وشمیرئ په ځوانو نوزادانو کې به دا شمیرنه مشکله وي.

سر، وجهه او غاړه:

د ماشوم مخ ته وګورئ او د ځان سره دا لاندې پوښتنې مطرح کړئ

- **آیا دا نارمل معلومیږي؟**
- **که ماشوم عجیبه شانته کتل کوي دا مه هیروئ چې والدینو ته وګوری شاید دوی داسې فکر وکړي چې ګوندې کوم ابنارمل شئ یادداشت کوي حال دا چې څه موجود نه وي او که بیا هم د ماشوم ظاهری بڼه تر اوسه هم روښانه نه وي نو پوښتنه وکړئ چې ماشوم څوک خوښوي؟**
- **آیا ماشوم غټه ژبه لري؟**
- **آیا د ماشوم غوږونه نارمل دي او که ابنارمل؟**

www.ketabton.com

د سر معاینه:

د ماشوم د سر په معاینه کې تر هر څه لمړئ د سر محیط اندازه کړئ آیا ماشوم macro cepholus **او یا** micro cephalic **دئ که ماشوم** Hydrocephalus **ولري نو د قحف دننه به د** C.S.F **په جریان کې کوم تشوش موجود وي په کوچنیانو کې د سر د مخکنی برخې** Fontanille **جس کړئ چې ددې فوحې ډکوالی او تشوالی په مختلفو ناروغیو کې مختلفې لوحې ورکوي خصوصاً هغه ماشومان چې ډې هایدریشن لري** Fontanille **یې** Depress **وي** Fontanille **تر دوه کلنی پورې خلاص وي د** Fontanille **مؤخر تړل کیدل په** Hypothyroidism, Rickets **او** Hydrocephalus **کې لیدل کیږي که په** Fontanille **کې** Bulging **موجود وي نو دا د داخل قحفی فشار په لوړوالی دلالت کوي. همدا ډول د حلقی** Fontanille **معاینه هم ضروری ده همدا ډول د ماشوم غاړه باید معاینه شي په غاړه کې لمفاوي عقدات په ټولو برخو کې ابطی** sub mandibular،Post cervical **او هم د** Groin **د ناحیې لمفاوي عقدات پوره معاینه شي.**

د ګیډې معاینه:

په ماشومانو کې د ژړا په وخت د ګیډې معاینه کول یوه اندازه مشکل وي خو زیاتره ماشومان د خپلې مور په غیږ کې خوشحاله وي. هغه ماشومان چې خاپوړې کوي د هغوي ګیډه وتلې وي. که چیرې ماشوم د معاینې په وخت کې وژاړي نو د هغوي د آرامولو لپاره

www.ketabton.com

په ماشومانو کې د ګیډې د پراخوالی لاملونه:

- ❖ چاغ ماشوم
- ❖ عایطی کتلې (قبضیت، Hirsch prung ناروغي)
- ❖ Ascitis (نفروتیک سندروم، سیروزس)
- ❖ ګاز (معائي بندش، د هوا بلع)
- ❖ امیندواري په ځوانو انجونو کې
- ❖ معدوی
- ❖ پراخه شوې مثانه (ښکتنۍ ګیډه)
- ❖ د پایلور تضییق (پورتنی ګیډه)

د سینې معاینه:

د سینې د معاینه کولو په وخت کې د ماشوم د توجه را اړولو لپاره تر اوسه کوم کار تر سره شوئ نه دئ. د سینې معاینه کول د سټاتسکوپ په واسطه تر سره کیږي چې ځینې وختونه د ماشوم د وارخطائي سبب ګرځی.

د سینی تناظر وګورئ چې کوم غیر تناظر والی شته او که نه؟ او هم په جینکو کې د ثدیو انکشاف معاینه کړئ.

د Pesexcavatum کمه درجه د زیاتو والدینو لپاره د لوئې Anxiety سبب کیدای شي چې د اهمیت وړ نه وي.

د ښتئ د آخرنی برخې ننوتل (Harrison,s sulcus) ممکن د انسدادی هوائي لارو په ناروغئ چې د Asthma او یا د انفی بلعومی د بندیدو له کبله منځ ته راغلی وي موجود وي. تنفس شمیر باید یادداشت شي. په نوی زیږیدلی ماشومانو کې 40/min او دوه کلنئ ته نږدي ماشومان کې 30/min او پنځه کلنو ماشومانو کې 20/min ته ښکته کیږي. په نمونیا اخته ماشومانو تنفس Grunting (د رمباړې په شکل وي).

Grunting ذفیر د Grunting شهیق په واسطه تعقیب کیږي ددې څخه وروسته یوه وقفه موجوده وي. د Costo chondral پیړوالی په Reckits اخته ماشومانو کې موجود وي (rachitic rosary).

د صدر مخکنی برخه د زړه د ضربان او تریل لپاره جس کیږي. د پنځه کلنئ څخه ښکته عمر ماشومانو کې Apex په نارمل ډول په څلورمه بین الضلعی مسافه کې د ترقوی د متوسط خط سره نږدي چپه خوا کې موقعیت لري.

www.ketabton.com

Vocal fremitus کله کله د کلنيک له نظره د ارزښت وړ وي.
د تخرګ عقدات په عين شکل د غټانو په شان ماشومانو کې هم جس کيږي د صدر قرع په کاهلو ماشومانو کې مهمه ده مګر په ځوانو ماشومانو کې کله کله د ارزښت وړ وي. قرع کوونکی ګوتې په مستقيم ډول د ماشوم په سينه کيښودل کيږي.
چې د ماشومانو صدر د غټانو په نسبت زيات Resonant دئ. د ستاتسکوپ وړوکئ Bell د ماشومانو د سينې د معاينې لپاره مناسب دئ چې د سږی د معاينې په وخت کې د تنفس آواز او اضافي آوازونه اوريدل کيږي چې د صدر د Thin نری والی له سببه په ماشومانو کې تنفسی آوازونه د غټانو په پرتله جګ اوريدل کيږي. چې د غټانو د تنفس زياتره خواص Bronchial breathing وي.
په ماشومانو کې علوی تنفسی انتانات زياتره د تنفسی آوازو د لوړوالی او د خشن رانکای د منځ ته راتلو سبب کيږي چې د ماشوم د ژړا په وخت کې نه ورکيږي ځکه چې داد ماشوم د ژور تنفس پورې اړه لري چې دا وخت بايد کرکتر ته توجه وشي.

۱۵-۱ جدول: په ماشومانو کې د معمولو تنفسی بی نظميو علايم: (۱۱)

بي نظمی	د صدر حرکت	قرع	اصغاء
برانشوليت	صدر کش شوی وي Hyper infilation وي	Hyper Resonant وي	منتشر Crepitation يا Wheezing
نمونيا	ژور سطحی تنفس د اوريدو وړ وي زړيروي سره ممکن تنفس په همغه خوا کې کم شوي وي	Dull يا نورمال	قصبی تنفسې آوازونه Crepitation يا نورمال
Asthma	کش شوي او Hyper infilation وي د صدر اضافي عضلات تنفس کې برخه اخلي Subcostal کشش موجود وي.	هايپر ريزونانس	ذفيری Wheezing
Croup	د ښتې لاندې Recession خرخر موجود وي	نورمال	شهيقی خشن Crepitation

په ماشومانو کې د زړه د اول او دوهم آواز Split د غټانو په پرتله په واضح ډول اوريدل کيږي او Venous hum سستوليک مرمر په ماشومانو کې په نورمال ډول اوريدل کيږي په ماشومانو کې په نورمال ډول د زړه حرکات عبارت دي له:

- نوي زيږيدلی ماشوم 140beat/min

www.ketabton.com

- یو ممکن ماشوم 110beat/min
- دری کلن ماشوم 100beat/min
- آته کلن ماشوم 90beat/min
- یوولس کلن ماشوم 80beat/min

همدا ډول ماشومان باید د نخاعی انومالی او هم صدر د Kyhosis او Scoliosis لپاره معاینه شي.

عصبی کتنې:

عصبی کتنې په زړو ماشومانو کې کیدای شي چې په نارمله توګه سرته ورسیږي لیکن په ځوانو ماشومانو کې د عصبی کتنېو پراخوالی به د ماشوم په عمر او همکاری پورې اړه ولري. که یو ماشوم قدم اخلي نو د ماشوم Gait باید تر مشاهدې لاندې ونیول شي او هم یې عضلي تون اندازه شي او هم نور ابنارمل حرکات یې یادداشت شي.

- ❖ د سترګو رپیدل او عادتی Spasm
- ❖ کوری ډوله حرکات
- ❖ Athetoid حرکات

همدا ډول د حرکاتو توازن باید وکتل شي او دا توازن یې د لوبو په وخت کې تر مشاهدې لاندې ونیول شي. د عضلاتو تون یې وکتل شي کله چې ماشوم پورته نیول کیږي او هم د غاړې شخی او د Kernig,s علامه په کې ولټوئ. د حسیت معاینه په ځوانو ماشومانو کې مشکله ده او په هغه صورت کې چې د حسیت غټ مشکل موجود وي په ښه توګه تر سره کیدای شي.

د قحفی ازواجو معاینه باید په دقت سره اجراء شي او د سترګو د حرکاتو د معاینې لپاره چې په آسانئ سره اجراء کیږي باید د یوی لوبې د سامان څخه ګټه واخیستل شي او د ماشوم مخې ته په مختلفو جهتونو کې وخوځول شي.

لږ غټ ماشومان چې خپله ژبه وباسی د ۱۲ قحفی زوج د معاینې لپاره د اهمیت وړ ده او همدا ډول که چیرې د مخ غیر متناظر والی معاینه کیږي باید ماشوم ژړا یا خندا کولو ته وهڅول شي او حالات یې یادداشت کړئ شي.

د وتری عکساتو لپاره باید د ماشوم اطرافو ته مناسب وضعیت ورکړل شي. په لږ غټ ماشوم کې وتری عکسه فعاله وي او د تلی عکسه تر آتلس میاشتنی پورې وسعت پیداکوي که

www.ketabton.com

چيرې د بسط عکس العمل د دوه کلنۍ څخه د زيات وخت لپاره موجود وي نو د پورتنۍ حرکی اعصابو په آفاتو دلالت کوي.

ستر ګه:

ستر ګه باید معاینه شي. د ستر ګې تفتیش د منضمی د التهاب، Cataract، ولادی تقیصې لکه ګلوکوما لپاره اجراء شي او هم د Squint ارزيابی دې وشي ددې لپاره د رڼا د منبع څخه کار واخیستل شي چې د قدام څخه په ستر ګه باندې واردیږي او هم رڼا باید هرې قرنیې ته متوجه وي او وروسته Cover آزموینه اجراء شي چې په دې کې یو د لوبو سامان د ماشوم مخې ته راوړل کیږي تر څو ماشوم په ځیرکي سره هغه وګاري او عین وخت کې د حدقې تطابق او د رڼا عکس العمل يادداشت کیږي. د فندوس معاینه په نوزاوانو کې مشکله وي او هم باید هڅه ونشي تر څو ستر ګې په زوره خلاصې وساتل شي ځکه چې د پروسې د معلق کیدو سبب ګرځي او نسبتاً غټ ماشومان د لوبو سامان یا کسانو ته ښه متوجه کیږي او باید Red عکسه او هم Papilodema لپاره ولیدل شي.

تناسلی اعضاء،عجان، مقعد:

د عجان او مقعد د معاینې لپاره باید د ماشوم نیکر او ټوټې لرې شي په هلکانو کې باید قضیب معاینه شي خاصتاً د مخکنی برخې پوستکی د نه کشیدو حالت چې د والدینو لپاره د خفګان سبب ګرځي ځکه د والدینو د خبرتیا په اساس د پنځه کلنۍ څخه ښکته عمر لرونکی کسانو کې د هغوی د قضیب مخکنی پوستکی په کمې اندازې سره کش کیږي او باید دوی وپوهول شي که په زور سره کش شي نو دا به یوائې دردناک وي بلکې ماشوم ته Balanitis (د کوچنی د قضیب التهاب) پيداکوي.

د خصیې د ښکته کیدو لپاره باید فتقیه فوحه معاینه شي چې ښکته شوې یا خیر؟ د فوحې د جس لپاره باید لاسونه ګرم وي او ګوته د معبنی قنات په حذا کې ورکول کیږي او د صفن په لورې مخ په وړاندې بیول کیږي دا هڅه د Cremasteric عکسې څخه مخنیوی کوي کوم چې په معبنی قنات کې د خصیې د پټیدو سبب ګرځي. او که چيرې صفن د لاندې برخې څخه معاینه شي وروسته ددې څخه چې خصیې نارمل حالت ولري د ماشوم په هکله والدینو ته معلومات ورکول کیږي دا باید په یاد ولرو چې په ماشومانو کې دا غیر معمول خبره نه ده چې خصیې معبنی قنات کې قرار ولري. مګر په آسانی سره په غیر د کوم مشکل څخه صفن ته ټیله کیږي او بل څه ته اړه نه پیداکیږي. د ماشوم څارنه باید څو میاشتې وروسته صورت ونیسی او د عمر په پخیدو سره خصیې خپل نارمل حالت نیسي.

www.ketabton.com

په نجونو کې د Valva معاینه د التهاب، مهبلی افرازاتو او نورې ابنارملتی لکه پولیپ لپاره ترسره شي د Labia یا شفونښتل کومه غیر معمول خبره نه ده باید وکتل شي کوم چې په آسانئ سره جلا کیږي او د Clitoris غټوالی اندوکرینی ناروغیو ته فکر اړوي.
د معبنی لمفاوي عقداتو معاینه او هم ورسره فخذي شریان جس شي که د جس وړ نه وي نو د ابهر په Coartation دلالت کوي.
د مقعدي معاینې لپاره باید د ماشوم کوناټی یو د بل څخه لرې شي تر څو په آسانه مقعدی فوحه ولیدل شي او ولیدل شي چې کوم Fissure شته او که نه؟
باید په یاد ولرئ چې په ډیرو کمو پیښو کې په ماشومانو کې مقعدي معاینې ته اړتیا پیداکیږي که ضرورت پیداشي باید معقم دستکشې واغوستل شي او ګوته د نرم کوونکو موادو سره غوړه شي او د ماشوم مقعد کې ګوته په قراره سره مخکی وړل کیږي. او په دغه حالت کې د ماشوم سره خبرې کول ګټور بریښي.

د پزې، غوږونو، خولې او ستونی کتنې:

د ماشومانو په وړاندې خراب ترین کتنې د هغوي د پزې، غوږونو، خولې او ستوني کتنې دي. پزه باید سطحی معاینه شي. پزه د پزی د خلاصوالی، حجابی انحراف او هم د پولیپ د موجودیت لپاره معاینه شي غټ ماشومان ښه پرنجی کوي او د پزې د خلاصوالی لپاره ښه مفکوره راکوي یو همکار ماشوم د غوږ د معاینې په وخت کې مونږ سره همکاري کوي که همکاري ونه کړي د مور په واسطه ماشوم ته وضعیت ورکول کیږي او ماشوم تر هغه نیول کیږي تر څو د ماشوم د غوږ پرده ښه معاینه شي او د څراغ عکسې ته په دقیقه توګه متوجه شي که چیرې غوږ مزمن تقیحی التهاب یا مزمن Otitis media ناروغی ولري په آسانئ سره ورکیږي او که چیرې د غوږ پرده روښانه سره ځلیدونکی او برجسته وي نو ماشوم به حاد تقیحی التهاب یا حاد Otitis media لري. د خولې او Fauces د معاینې لپاره ماشوم ته ویل کیږي چې ماته خپل غاښونه وښایه نو کله چې ماشوم خوله خلاصه کړي نو مونږ د خولی او Fauces واضحه منظره کتلای شو که ماشوم همکاري ونه کړي نو مور ته یې لارښوونه کیږي چې ماشوم په غیږ کې ونیسي د مور یو لاس د ماشوم د ګیډې څخه تاو کوی او په بل لاس د ماشوم سر پورته خواته کش ونیسي او که په همدې وخت کې ماشوم وژاړي نو د خولې غاښونو، ټانسلونو او حتی د Epiglotis واضح منظره لیدلای شو.

www.ketabton.com

Spatula یوه ویرونکی آله ده چې ددې آلی په داخلیدو سره ماشوم خپل غاښونه کلک نیسي او هم ددې آلي په واسطه د ماشوم د ژبې په خلفی برخه باندې فشار واردیږي تر څو Gag reflex پیداشي د خولی د خلاصوالی لپاره د هرې وسیلې څخه استفاده کولای شو غاښونه ، مخاطی غشاء ، ټانسلونه او لوزی باید وکتل شي که Koplip spot د مخاطی غشاء له پاسه ولیدل شي نو د شري ناروغی ته فکر کیږي که سپین Patches موجود وي نو د Candidia انتان ته فکر وشي وروسته ماشوم ته اجازه ورکول کیږي چې په کوټه کې په آزادانه ډول وګرځي او که په دې وخت کې د هغه په تګ کي او یا کومه اسکلیټي ابنارملتی موجوده وي نوټ کړای شي.

بااالخاصه کتنې:

لاندي کتنې د ارزښت لرونکی دي:

قد او وزن: د ماشوم په کتنېو کې د هغه د قد او وزن اندازه کول ګټور ارزښت لري په هغه ماشومانو کې چې عمر يې د دوه کلنۍ څخه زیات وي د هغوی قد د هغه معیاری اندازې سره چې د دیوال سره نصب دئ تعین کیږي واړه ماشومان د تختې پرمخ د ملاستې په وضعیت سره د هغوی قد اندازه کیږي باید ټولی اندازه ګیرئ د اساسی معیارونو لاندې صورت ونیسي او د وزن کولو په وخت کې د ماشوم جامې وویستل شي که جامې په تن کې وي باید فرق یې وویستل شي. ماشوم توب د نمو یوه مرحله ده چې د ځینې صحي ستونځو له امله متضرره کیږي لکه اجتماعی محرومیت، قد او وزن باید د هغه صحتمندو ماشومانو سره چې د عین جنس، عمر او ساختمان لرونکی وي مقایسه شي.

سر محیط:

د سر محیط په هغه ماشومانو کې چې عمرونه یې د دوه کلو څخه کم وي اندازه شي اساس اندازه ګیري عبارت ده د قحفوی جبهی محیط د اندازه کولو څخه که چیرته د سر د نمو حد نسبت نارمل جنس، عمر او د ماشوم د سایز ته زیات وي باید Hydrocephalus ته متوجه شو.

د وینې فشار:

د وینې فشار ابنارملتی په ماشومانو کې یوه غیر معموله پدیده ده ځکه چې د وینې د فشار اندازه کول ویروونکی بریښی او په هغه وخت کې باید د وینې فشار اندازه شي کله چې ماشوم باندې د زړه او د پښتورګو د ناروغی شک موجود وي د وینې د فشار د اندازې څخه مخکې باید ماشوم ته اجازه ورکړل شي چې د فشار د آلی سره لوبې وکړي او د هغه

www.ketabton.com

څه په اړوند چې په ماشوم اجراء کېږي د ماشوم سره په ساده الفاظو خبرې وشي د صحيحې نتيجې د لاس ته راوړلو لپاره باید د فشار د آلی لستوڼی مناسب وي او د مختلفو سایزو لرونکی وي کف کڅوړه په کافی اندازې سره اوږده وي تر څو د ماشوم د مټ د پورتنی برخې څخه په کافي اندازې سره تاو شي او باید د مټ د پورتنی 1/3 برخي په اندازه پلنوالی ولري د وینې د فشار برقی کنترولونکی آلی په زیاتره شفاخانو کې موجودې دي چې د لاس د فشار د آلی په مقایسه ښه نتیجه ورکوي د وړو او شیدې خوړونکو ماشومانو د سستولیک فشار د معلوملو لپاره باید د لاس نبض جس شي. مګر په نوزادانو کې د Flush میتود څخه ګټه اخیستل کیږي چې په دغه میتود کې مټ ته پورته وضعیت ورکول کیږي او د قوی بنداژ په واسطه تړل کیږي چې د Cuff په حذا کې وینه خارجه کړي او بیا Cuff ته هوا ورکول کیږي او بنداژ لرې کیږي او لیدل کیږي چې اطراف (Limb) حاسف رنګ غوره کوي نو په دغه وخت کې د Cuff فشار تدریجاً کموو په هغه صورت چې پوستکئ په کې ځلیدونکئ وي Flush حالت غوره کوي تقریباً د سیستول د فشار ښودونکی دئ په ماشومانو کې د وینې د صحیح فشار د معلوملو لپاره د Doppler تخنیک څخه ګټه اخیستل کیږي اما همیشه په لاس کې نه وي په همدې توګه د باالخاصه کتنې په ترڅ کې د حرارت درجه، د ادرار او غایطه موادو پلټنې هم زیات ارزښت لري.

www.ketabton.com

REFERENCES

۱- شریف الله، فزیکل ډیاګنوزس
د ننګرهار طب پوهنځي، کال (۱۳۵۹ ل) م م ۳۰-۳۹

2) Ali. M (2004)
Students' clinical methods in medicine
Ch1-PP1-6 ch3-PP11-22 ch8PP104- 155 ch12PP198- 235

3) Braun wald Fauce (2005)
Harrison's principles of internal medicine
16th Edition, Mc Graw- Hilline New York
ch 16 PP 68-70

4) Christopher – Haslet, EDVin.R.chilvers (2003)
Davidson,s principles and practice of medicine
19th Edition, churchill – Living ston, England
ch 3 PP 198-270,563

5) Eric J TopoL, Robert M. CaLiff, (atall)(1998)
Textbook of Cardio Vascular medicine
Lippincott-Raven, philadel phia, New York
Ch 46 p 293,1239

6) HUON H.GRAY, KEITH D. DAWKINS (ataLL) (2002)
Lecture notes on Cardiology 4th Edition – Black
Well Science . U .k
PP 30-31

www.ketabton.com

7) John F. Munro – Lan W. Complell (2005)
MACLEOD, S clinical Examination. 11th Edition Churchill Living stone
Ch 2-5 pp 23-241

8) Kaddoura Sam (2002)
Echo made Easy international Edition Churchill Living stone
pp 11-19

9) LAWRENCE-M. TIERNEY-STEPHEN (2002)
Current medical diagnosis and treatment 21st edition,
Mc. Graw-Hill- Company, USA
Ch 10 pp 355- 356, ch 9 pp 266-267

10) MERCK (1992)
Manual of diagnosis and therapy
16th edition, merckand Co. Inc, company, USA
pp50-515

11) MICHAEL SWASH (2002)
Hutchison,s clinical methods
21st Edition W.B. Saunders Company
ch. 1, 5, 6-9-21 pp 1-60, pp79-125, pp 177-420

12) Stein, Emanuel (1987)
Clinical Electro Cardiography. A self. Study Course
Lea Febiger philadelphia U.S.A
Ch 1 pp 13-16, 45

www.ketabton.com

دمؤلف لنډه پيژندنه:

نوم – حفيظ الله (اپريدی)

دپلارنوم – مراد خان

علمی رتبه – پوهنوال

اوسنی رتبه– فوق رتبه

علمی کدرکي دشموليت نيټه : ۵ / ۵/ ۱۳۶۱

استاد دکوزې پښتونخواه دتيراه د ښايست په سيمه کې زيږ يدلی دی. په ۱۳ ۳۱ کال کی يې کورنی افغانستان ته مهاجرشوله چې د ملت د بابا او شاهی حکومت له خوا ورته د سرپناه زمينه برابره او کورنی يې په خورا درنښت ونازوله. استاد خپلې لمړنی او منځنی زده کړی دخوشحال بابا په ليسه کې په اعلی درجه بشپړې کړې او د ليسې دوره يې د ننګرهار په ليسه کې تکميل او په ۱۳۵۱ کال کې په اعلی درجه دليسې څخه فارغ او دکانکور آزمويني ترور کړې ورروسته په ۱۳۵۳ کال دننګرهار طب پوهنځی ته کامياب او په ۱۳۶۰ کال کی د طب پوهنځی څخه فارغ او په ۵/۵/ ۱۳۶۱ نيټه د ننګرهار د طب پوهنځی د داخلې په څانګه کی د استاد په توګه ومنل شو چې خپلې دندې ته يې ادامه ورکړه .

لوړې زده کړې يې په ترکيه او جاپان کې سرته رسولی دي په ۲۰۰۴ ميلادی کال کی يې د ترکيې او ارو پا د زړه د انجمن رسمی غړيتوب ترلاسه کړ. استاد د ۱۳۶۵ او ۱۳۶۶ کالو په موده کی د عامی روغتيا دفنی مرستيال په توکه هم دنده ترسره کړې ده . هيره د نه وي چې محترم استاد اپريدي يوشمير علمی مقالی تحقيقاتی څېړنې سرته رسولی دي چې په داخلی معتبرو علمی مجلو کې نشر شوی او استادانو او محصيلنو د ګټی وړ ګرځيدلی دي .

په درنښت

www.ketabton.com

Abstract

as we better know in our country Afghanistan the fighting continue from 32 years. Our schools, Universities, Hospitals destroyed. The medical students there fore they are faced a lot of problems but now thank to god that I edited a physical diagnosis book for 3rd year students in Pashto language. Wich is lined with curriculum of medical college.
I have in corporated all the international changes and progresses so far, so that every medical person and students well be benefited.

Thanks

www.ketabton.com

Book Name	Physical Diagnosis
Author	Dr. Hafizullah Afridi
Publisher	Nangarhar Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
Number	1000
Published	2011
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children **(www.Kinderhilfe-Afghanistan.de)** a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affaires of this publication have been supported by Afghanic (www.afghanic.org).
The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:
Dr. Yahya Wardak, MoHE, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Mobile: 0706320844
Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 620 1354

Printed in Afghanistan. 2011

www.ketabton.com