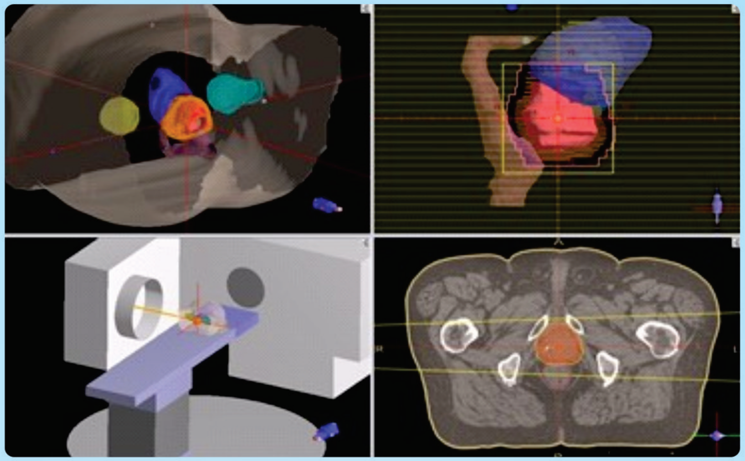
ننګرهار طب پوهنځی

د هضمي سیستم جراحي



داکتر عبدالرؤف حسان

پلورل منع دی

۱۳۹٦

د هضمي سیستم جراحي

Surgery of Digestive System

داکتر عبدالرؤف حسان
۱۳۹٦

Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Dr A Rauf Hassan

Surgery of Digestive System

ISBN 978-9936-633-01-8

Not For Sale

2017

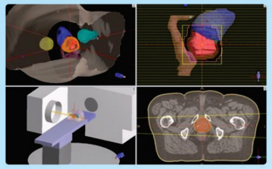
www.ketabton.com

DVD's Version

د هضمي سیستم جراحي

ډاکتر عبدالرؤف حسان

افغانیک
Afghanic



Pashto PDF
2017

Nangarhar Medical Faculty
ننګرهار طب پوهنځی

Surgery of Digestive System

Dr A Rauf Hassan

Download:
www.ecampus-afghanistan.org

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحيم

د هضمي سیستم جراحي

ډاکتر عبدالرؤف حسان

www.ketabton.com

د کتاب نوم	د هضمي سیستم جراحي

لیکوال	ډاکتر عبدالرؤف حسان

خپرندوی	ننگرهار پوهنتون، طب پوهنځی

ویب پاڼه	www.nu.edu.af

د چاپ کال	۱۳۹۶

چاپ شمېر	۱۰۰۰

ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

چاپ ځای	افغانستان تایمز مطبعه، کابل، افغانستان

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

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تیلیفون ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل textbooks@afghanic.de

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان ٩٧٨-٩٩٣٦-٦٣٣-٠٢-٥

www.ketabton.com

لومړی څپرکی

د معدې جراحي ناروغۍ

د معدې اناتومي

معده (Stomach Ventridulus):

د هضمي جهاز متوسع برخه ده، چې د مرۍ او اثناعشر په مینځ د چپ حجاب حاجز لاندې موقعیت لري او د(J) لاتین شکل لري. تقریبا ۲۵ سانتي متره اوږدوالی ۵،۱۲ سانتي متره پلنوالي او په نورمال حالت کې تقریباً یو لیتر ظرفیت لري. علوي برخه یې چې دمرۍ په واسطه په حجاب حاجز کې تثبیت شوې ده لږ متحرکه اما ښکتنۍ برخه یې چې د اثناعشر سره ارتباط لري او د پریطوان په واسطه دبطن په خلفي جدار کې تثبیت شوې ده. تقریبا غیر متحرکه ده. د معدې شکل او پوزیشن متحول دی دمعدې شکل او پوزیشن د معدې په محتوی د هضم په مرحله کې د بطن او معدې د عضلاتو په تقلص او د چارچاپیرې اعضاو د فشار او د تنفس په وضع پورې اړه لري. د معدې طولاني محور د علوي څخه ښکته قدام ښي خواته او په اخر کې لږ خلفي او بیا علوي خواته سیر لري.

د موقعیت له نظره د ګېډې په کېڼ پاسنۍ کوادرنت کې متوسط خط ته نژدې موقعیت لري چې علوي برخه یې د کېڼ ضلعې قوس لاندې واقع ده او د پښتۍ، پلورا او د حجاب حاجز د چپ قبې په واسطه جلا شویده.

د سریرې له نظره معده په چپ Hypochondria اوEpigastric ناحیه کې واقع او یو پر شپږمه ښکتنۍ برخه یې د خط متوسط څخه ښي خواته تجاوز کړی ده.

معده دوه فوحې(سوري)، دوه انحنا (Curvature)، دوه مخه (Surfaces) او دوه Incisura **لري.**

دوه Incisura **عبارت دي د** Incisura Angularis **او** Incisura Cardia .

Incisura Cardia: **هغه ژوره ناحیه یا زاویه ده چې دمرۍ او د معدې د فوندوس ترمنځ جوړیږي.**

Incisura Angularis: **هغه زاویه ده چې دمعدې انتروم او دمعدې د صغیره انحنا (** lesser curvature**) په حذا خپل عمودي سیر په افقي بدلوي دا دوه** Incisura **د جراحي له نظره با ارزښته نقاط جوړوي.**

www.ketabton.com

که دوه افقي خطونه چې د معدې د جسم خواته متوجه دي د Incisura Cardia او Incisura Angularis په حذا فرض کړو معده په دريو برخو تقسيميږي. د Incisura Cardia د افقي خط څخه پورته د معدې Fundus او ددې افقي خط څخه ښکته تر Incisura Angularis خط پورې د معدې جسم (Body) او د Incisura Angularis څخه ښکته د معدې انتروم (Antrum) واقع دې. چې Antrum بيا په دوه برخو ويشل کيږي چې عبارت دې د Pyloric Antrum چې دمعدې د جسم په امتداد قرار لري او Pyloric Canal

معدې سوري (فوحات):

۱- **کارد يا سوري** (Cardia Orifice): هغه سوري څخه عبارت دې چې د معدې اومرۍ اتصالي برخې جوړوي. او ددې سوري په دواړو خواو کې دمعدې Greater او Lesser Curvature يو بل سره يو ځای کيږي. دمرۍ اخري برخه په Cardia ختميږي. او Cardia په دې ناحيه کې د متوسط خط يو انچ چپ خواته د اوومې پښتې د غضروف څخه څلور انچه خلف خواته او د نهمې صدري فقرې د جسم په حذا موقعيت لري د مجاروت له نظره د Cardia په قدام کې د ځيګر چپ لوب په خلف کې حجاب حاجز په ښي طرف کې يې دمعدې د اوعيې مرۍ شعبات وتي دي.

۲- **پيلوريک سورې**(Pyloric Orifice): دهغه سوری څخه عبارت دی چې دمعدې او د اثناعشر د لومړي قطعې اتصالي برخه جوړوي. چې يو انچ د متوسط خط په ښي طرف او د لمړۍ قطنی فقرې د جسم په حذا موقعيت لري.

د معدې مخونه (Gastric Surfaces):

معده دوه مخونه لري يانې قدامي او خلفي مخونه

الف: قدامي مخ Anterior Surface:- محدبه سطح لري طولاني محورېې علوي او قدام ته متوجه ده او د معدې صغيره انحنا څخه ښکتنه واقع ده د معدې پاسنې برخه دځيګر د چپ لوب په واسطه پوښيږي او د معدې ښکتنې برخه چې د معدې د مثلث په نامه ياديږي د ګيدې د قدامي جدار سره تماس لري ددې مثلث چپه ضلع يې اتمې او نهمې پښتۍ غضروف، ښي ضلع يې د ځيګر ازادی څنډې او سفلي ضلع يې د مستعرض کولون په واسطه جوړه شوې ده. معده په چپ هاييپوکوندريا کې د پښتيو، پلوراېې

www.ketabton.com

جوف، چپ سږي او د حجاب حاجز په واسطه پوښ شوې ده. (پدې ناحيه کې که کومه جرحه واقع شي امکان لري چې نومورې اعضا په اسانۍ سره ژوبل شي).

ب: خلفي مخ Posterior Surface: د Lesser peritoneal Sac قدامي جدار جوړوي او دا پريطواني کڅوړې معده دمعدې دبستر څخه جلاکوي. د معدې د خلفي جدار ښکتنې برخه کبيره انحنا ته نژدې د مستعرض کولون سره او د معدې جدارخلفي علوي برخه د مستعرض کولون د مساريقی سره او په علوي کې دمعدې جدار د پانقراص، چپ پښتورګي او فوق الکليه غدې سره مجاورت لري دمعدې د فونډوس خلفي جدار د توري (طحال)د مقعری سطح او د حجاب حاجز د چپې قبې سره په تماس ده.

دمعدې انحنا Curvature:

په ښي طرف کې صغيره انحنا (Lesser Curvature):

دCardia او پيلورس په مينځ کې د عمودي او افقي برخه څخه عبارت ده چې د Incisura Angularis په حذا يوبل سره يو ځاې او په پاې کې يو مقعر منحني خط جوړوي چې د(J) شکل لري. دا انحنا د مرې په حذا د چپ انحنا سره تماس کوي. اود ځيګر په واسطه پوښ شوې ده. د دې انحنا په امتداد کې کوچني سرب Lesser Omentum (Gastrohepatic Omentum) ارتکاز لري چې ددې Omentum په ضخامت او د صغير انحنا سره موازي هغه شرياني قوس سير لري چې د ښي او چپ معدوي شريان په واسطه جوړه شوې ده.

په چپه خواکې کبيره انحنا (Greater curvature):

دا انحنا محدبه او پنځه چنده نسبت کوچنی انحنا ته اوږده ده يو پر درې پاسنۍ برخه يې بيخي کېڼ خواته ، يو پردرې متوسطه يې ښکته او کېڼ خواته ، يو پر درې سفلي يې ښکته او لږ ښي خواته متوجه ده. دا انحنا د Incisura Cardia څخه شروع کېږي او تر شپږم کېڼ پښتې غضروفي عظمي سرحد پورې پاس خواته سير لري، او له دې ناحيی د ښکته برخې په امتداد دوه پريطواني پاڼې چې دمعدې قدامي او خلفي مخونه پوښ کړې دي سره يوځاى کېږي اوښکته خوا ادامه پيداکوي. چې کبيره سرب جوړوي.

www.ketabton.com

(Greater Omentum) په يو پر درې پاس او چپه برخه کې دا دوه پريطواني پاڼی توري طحال)خواته ادامه پيداکوي چې د Lig Gastrosplenic په نامه يادېږي.
صغيره انحنا د Gastrohepatic Omentum ارتکاز له کبله نسبتا ثابته ده حال داچې کبيره انحنا ازاده او متحرکه ده او موقعيت يې نظر په دې چې معده ډکه يا تشه ده فرق کوي که سړی ولاړوي د کبيره انحنا سرحد پر نامه ياد نامه څخه ښکته رسيږي او د ملاستې په حالت کې د نامه څخه يو يا دوه انچ پورته موقعيت اختياروي.
ښي اوچپ ګسترواپي پلوئيک اوعيه د کبيره انحنا سره موازي د کبيره سرب په ضخامت کې يو قوس جوړوي.

د معدې تشريحي ساختمان:

د معدې جدار د څلورو طبقو څخه جوړ شوی دی چې عبارت دې له:

١. مصلي طبقه (Tunica Serosa)
٢. عضلي طبقه(Tunica Muscularis)
٣. تحت المخاطي طبقه (Tunica Submucosa)
۴. مخاطي طبقه (Tunica Mucosa)

١. مصلي طبقه Tunica Serosa:- يوه پريطواني پاڼه ده چې دمعدې قدامي او خلفي خارجي جدارونه يې پوښ کړي او دمعدې د جدار د عضلي د لاندې طبقې سره صميمي التصاق لري په علوي کې وروسته ددې څخه چې کارديا پوښ کړي د حجاب حاجز د ښکتنې سطح په سر انعکاس کوي او هغه پوښوي په سفلی کې وروسته د دې څخه چې پيلورس پوښ کړي د اثناعشر په قدامي سطح باندې همواريږي دا دوه پريطواني پاڼی د کبيره او صغيره انحنا په حذا کې يو بل سره يو ځای کېږي او Lig Gastrolienalis، Lig Gastrophrenicus، Omentum-Major او Omentum Minor جوړوي.

الف: کوچنی سرب (Omentum Minor):

د معدې د قدامي او خلفي وجود پرايطواني پاڼی د ادامې څخه عبارت دې چې د صغيره انحنا په حذا يو د بل سره يو ځای کېږي او دمعدې صغيره انحنا او د اثناعشر لومړی قطعی ته د ځيګر د ښکتني مخ سره ارتباط ورکوي چې د ligamentum

www.ketabton.com

gastrohepatic په نامه یادېږي ددې رباط پاسنۍ برخه پنډه او کاردیا ته د ځیګر سره ارتباط ورکوي. متوسطه چپ معدوي اپي پلوئیک شریان یا Arteria Gastoepiploica Sinistra دسلیاک د جذع څخه لومړی تورې شریان یا Splenic Arteri جلا او دمعدې په خلف کې د پانقراس دعلوي سرحد سره موازي تورې خواته ځي دمعدې لوې انحنا په حذا یوه شعبه د چپ معدوي اپي پلوئیک سریان په نامه د نوموړې شریان څخه جلا او ښکته سیر کوي او د ښي معدوي اپي پلوئیک شریان سره تفمم کوي.

دمعدې اورده:

دمعدې د شراینو هم نوم چې دهغوې سره موازې سیر کوي او عبارت دې د Vena. Gastrica Sinistra او Dextra او Vena Gastroepiploica او Sinistra په Vena Mesenterica superior کې توئیږي.

د معدې لمفاوي سیستم:

د معدې د هرې برخې لمف د مربوطه لمفاوي قناتو له لارې معین لمفاوي عقداتو ته توئیږي.

۱. د پیلوریک او د معدې دلوې انحنا ښکتنې برخې لمف په هغه لمفاوي عقداتو کې توئیږي کوم چې دښي معدوي اپي پیلوئیک شریان په چارچاپیره واقع دې او دا لمفاوي غدوات د سلیاک او د ابهر په چارچاپیره لمفاوي غدواتو سره ارتباط لري.

۲. د معدې د فوندوس او د کاردیا لمف په هغه لمفاوي غدواتو کې توئیږي کوم چې د چپ معدوي اپي پیلوئیک شریان په شاوخوا کې موقعیت لري او دا لمفاوي غدوات د تورې د لمفاوي غدواتو له لارې د بهر د چارچاپیرې لمفاوي غداواتو سره ارتباط لري.

۳. د صغیره انحنا او د معدې د جسم د پاسنۍ برخې لمف په هغه لمفاوي غدواتو کې توئیږي کوم چې د چپ معدوي شریان په چارچاپیر واقع دې او دالمفاوي غدوات د مرې د ښکتنې برخې د چارچاپیرې لمفاوي غدواتو سره ارتباط لري.

۴. د معدې د پیلوریک ناحې او د صغیره انحنا دښکتنې برخې لمف په هغه لمفاوي غدواتو کې توئیږي کوم چې د اثناعشر د لومړی قطعې په علوي سرحد کې قرار لري چې د ابهر د چارچاپیرې لمفاوي غدواتو سره ارتباط لري.

www.ketabton.com

د معدې اعصاب:

معدې د سمپاتيک او پاراسمپاتيک اعصابو په واسطه تعصيبيږي.

۱. دمعدې پاراسمپاتيک اعصاب:- چې د Truncus Vagalis Anterior او Posterior څخه منشا اخلي.

الف: چپ واګوس عصب يا Left Vagus Nerve:- نوموړې عصب دمعدې د صغيره انحنا سره موازي ښکته راځي لومړي ځيګر ته شعبه ورکوي او وروسته دمعدې قدامي جدار ته زيات شعبات ورکوي اوپه همدې ځاې کې ځينې تفممي شعبات سمپاتيک سره هم لري.

ب: ښي واګوس عصب يا Right Vagus Nerve:- لومړی تفممي شعبات سلياک سمپاپيک او پانقراس ته ورکوي او بيا دمعدې خلفي جدار تعصيبوي د پاراسمپاتيک د اعصابو د تنبه په واسطه دمعدې د غدواتو افرازات او حرکات زياتيږي.

۲: د معدې سيمپاتيک اعصاب يا د سلياک ضفيرې يا Plexus celiacus څخه منشا اخلي او دمعدې دعضلي او تحت المخاطي طبقاتو په مينځ عصبي جال جوړوي چې د دې عصبي جال څخه عصبي شعبات يې مخاطي طبقې ته داخل او د پاراسيمپاتيک اعصابو پرضد عمل کوي.

د اثناعشر اناتومي

اثناعشر يا Duodenum تقريبا تر۲۵ سانتي متر پورې اوږدوالي لري. دوړو کولمو لمړنې برخه ده. چې د معدې د پيلورس او د Flexura Duodeno jojunalis ترمينځ موقعيت لري. اثناعشر د (C) توري په شان شکل لري چې د پانقراس راس دهغه په مېنځ کې ځاې نيولی دی او د څلورو برخو څخه جوړشوې دي

۱:- لومړی برخه يا Pars Superior Duodeni چې تقريبا ۵ سانتي متره اوږدوالی لري

۲:- دويمه برخه يا Pars Desendes Duodeni چې نقريبا ۸ سانتي متره اوږدوالی لري

۳:- درېيمه برخه يا Pars Horizontalis Duodeni چې تقريبا ٦ سانتي متره اوږدوالی لري.

۴:- څلورمه برخه يا Pars Ascendens Duodeni چې نقريبا ٦ سانتي متره اوږدوالی لري.

www.ketabton.com

لومړی قطعه یا Pars Superior Duodeni:

داثناعشر دلومړۍ برخې مخصوصاً هغه برخه چې وروسته د پیلورس څخه موقعیت لري قطر یې پراخه دی د Bubus Duodeni په نامه یادیږي(په قرحاتو کې شکل یې بیخي تغیر کوي) او د ناک شکل لري. نوموړی برخه په عمومي ډول تقریبا درې سانتي متره قطر لري.
ددې قطعې په شا سلفي اجوف ورید خصیوي شریان(په ښځو کې مبیضي شریان) او دښي پښتورګي حالب واقع دې په انسي وجه یې د پانقراص راس او د پانقراص قنات (ویرسونګ قنات) موقعیت لري.
لومړی برخه یا Pars Superior Duodeni یا تحت الکبدي برخه، چې دلومړۍ قطنی فقرې په ښي طرف قرار لري منحرفاً علوي، ښي او خلفغ خواته سیر لري. د پریطوان په واسطه پوښ شوی دی ددې برخې په لومړي یوانچ کې په علوي او سفلي څنډو کې Lesser and Greater Duodeni ارتکاز لري. په خلف کې د Lesser پریطواني کڅوړې یوه برخه واقع ده چې اثناعشر د پانقراص څخه جلاکوي. ددې پرخې په قدامي پرخه کې ځیګر موقعیت لري. دا لومړي یوانچ عموماً متحرک وي. ددې قطعې پاتی برخه چې بیا هم یو انچ اوږدوالې لري یواځې قدامي وجه یې د پریطوان پواسطه پوښل شوي دې . په سفلی قسمت کې د پانقراس د راس سره ډیر صمیمي التصاق لري. په خلف یې سفلي اجوف ورید په علوي یې Arteris ،Ductus Choledochus Arteria hepatica commonis،Gastroduodenalis موقعیت لري.

دوهمه قطعه یا Pars Descendens duodeni:

دا قطعه په عمودي ډول د لومړۍ دویمې او دریمې قطنې فقراتو دجسم په طرف د ښي پښتورګي په څنګ کې موقعیت لري او د پریطوان په واسطه قدامي وجه یې پوښ شوې دې . دمجاورت له نظره ددې قطې په قدامي علوي کې مستعرض کولون، د ځیګر د ښي لوب ښکتنې وجه او د صفرا کڅوړه او په سفلي برخه یې د مستعرض کولون مساریقه واقع دې.
ددې قطعې په شا سفلي اجوف ورید، خصیوي شریان (په ښځو کې مبیضي شریان) او دښي پښتورګي حالب واقع دې په انسي وجه یې د پانقراس راس او پانقراسي قنات (ویرسونګ قنات) موقعیت لري.

www.ketabton.com

درېیمه برخه یا Pars Horizontalis Duodeni:

دا قطعه چې قدامې وجه یې بیا د پریطوان سره پوښ شوې ده له ښې خوا څخه چپ خواته د څلورمې قطني فقرې د جسم د قدام څخه په محدب شکل تیریږي چې ددې قطعې د قدام څخه د مساریقې علوې شریان او ورید تیریږي. او په خلف کې یې سفلي اجوف ورید. ابهر او همداسې په دې ځاې کې مساریقې سفلي شریان چې د ابهر څخه منشا اخلي قرار لري علوي وجه یې د پانقراص سره په تماس کې ده.

څلورمه قطعه یا Pars Ascnding Duodeni:

د دویمې، درېیمې او څلورمې قطنې فقرې د جسم په قدام کې پورته خواته سیر لري دا برخه ټوله د پریطوان په واسطه پوښ شوې ده ، دمجاورت له نظره قدامي مخ یې دمستعرض کولون او مربوطه مساریقې سره په تماس کې ده سفلي مخ یې د وړو کولمو د عرواتو سره په تماس ده، خلفي وجه یې د چپ کلیوي شریان ورید او خصیوي شریان (په ښځوکې دمبیض شریان) او ورید سره په تماس کې ده انسي وجه یې د پانقراص د راس او د ابهر سره نژدې تماس لري.

څلورمه قطعه یې د جیجونوم څخه د Flexurs Duodenojejunalis په واسطه جلاکیږي چې دا فلکسور د دویمې قطني فقرې د جسم سره توافق کوي د دې فلکسور په سریو رباط دې چې د Suspensory Lig (Lig.Traitz) په نامه یادیږي ارتکاز کړی دی دا رباط د حجاب حاجز د ښي عضلي Crus چې دمری څخه چاپیره شوې ده منشا اخلي او د پانقراص د خلف او دابهر د قدام څخه تیر او پر Flexur duodenojejunalis باندې ارتکاز کوي.

www.ketabton.com

د اثناعشر تشريحي ساختمان:

د اثناعشر جدار د څلورو طبقو څخه جوړشوې ده چې د سطح څخه عمق خواته عبارت دي له:

۱.Tunica Serosa:- چې د اثناعشر قدامي مخ يې په عمومي ډول پوښ کړی دی.

۲.Tunica Muscularis:- چې د دوو طبقو څخه جوړشوې ده يوه سطحي Longitudinalis طبقه او بله يې ژوره Circularis طبقه.

۳.Tunica Submucosa: يو فيبرو الاستيک طبقه ده چې اوعيه، اعصاب او لمفاوي انساجو ته په خپل ضخامت کې يې ځاې ورکړی ده دا طبقه د کلمو د جدار مقاوم ترينه ذبقه جوړوي او د کولمو د کوک وهلو په وخت کې بايد دا طبقه ونيول شي.

۴.Tunica Mucosa: د اثنا عشر داخلي سطح جوړوي چې د جذب وظيفه په غاړه لري د اثنا عشر په دويمې قطعی د داخلي سطح په انسي خلفي برخه کې مخاطي طبقه يوه بارزه جوړوي د Pailladuodeni Major په نامه ياديږي.

نيم نه تر يو سانتي متر پورې جګوالي او پنځه تر شپږ ملي پلنوالي لري. د دې بارزي په څوکه کې مخاطي غشا يوه حلقه جوړوي چې دی حلقې په مينځ يو سورې دې چې په دې سورې کې Ductus Cheledochus او Ductus pancreaticus ختميږي. دا سورې له دوه نه تر درې ملي متره قطر لري د مخاطي طبقې لاندې د دې قناتو عضلي حلقوي طبقه يو بنډل جوړوي چې د Oddi Sphinector په نامه ياديږي. په مجموع دا بارزه د Ampula of Vater په نامه ياديږي.

په ۲۵ فيصده خلکو کې د Papilleduodeni Major په څنګ يوه بله بارزه موجوده وي چې د Papilladuodeni Minor په نامه ياديږي چې په دې بارزه کې د پانقراص اضافي قنات يا Acceserius Pancreatic duct خلاصيږي د اثنا عشر د څلورمې قطعې په وحشي برخه کې يو شمير حفري يا Recessus موجود دي چې د خپل ژوروالي له کبله د داخلي فتقو سبب ګرځي چې مهمترين حفره يې د Recessus Duodenojejunalis په نامه ياديږي.

www.ketabton.com

د اثنا عشر شراین:

اثنا عشر د دوه شرياني قوسونو په واسطه اروا کېږي.

۱- Arcus Pancreatico duodenalis Anterior

۲- A.P Duodenalis Post

د اثنا عشر اورده:

۱-Vena Pancreaticoduodenalis Ant:- چې په باب ورید او علوي مساريقي ورید ختمیږي.

۲-Vena Pancreatico duodenalis Posterior: چې د دې ورید وینه په علوي مساریقې ورید کې توئیږي.

د اثناعشر لمفاوي اوعیه:

د اثنا عشر لمفاوي اوعیه د پانقراص په قدامي او خلفي غدواتو ته رسیږي.

او لمف یې په نوموړې لمفاوي غدواتو کې درناژ کېږي.

د اثنا عشر اعصاب:

د اثنا عشر اعصاب د Mesenteric Plexus او Celiac Plexus څخه منشا اخلي.

د معدې فزیولوژي:

۱- د معدې تحرکیت:

د معدې معايي کانال جدار په استثنا د معدې دوه عضلي طبقې لري اما د معدې جدار په استثنایي ډول درې عضلي طبقې احتوا کوي.

الف:باندني طولاني عضلي الیاف: چې د مری دلاندنې حلقوي عضلي الیافو په امتداد معدې د لوې او کوچنې انحنا سره موازی ښکته راځي.

ب:منځني حلقوي عضلي الیاف: چې د مری د لاندنې حلقوي عضلي الیاف په امتداد معدې جدار په حلقوي ډول پوښوي او په پیلوریک ناحیه کې دا عضلي الیاف پنډ کېږي او پیلوریک معصره جوړوي.

ج: دنني منحرف عضلي الیاف: چې د فواد د چپ خوا څخه منشا اخلي او په منحرف ډول د معدې په دواړو خواوو کې خپل سیرته د معدې ترلویې انحنا پورې ادامه

www.ketabton.com

ورکوي. د معدې ظرفيت متحول وي کوم وخت چې بيخي تشه وي د ۵۰ملي ليتر څخه لږ ظرفيت لري او کوم وخت چې غذا په کې داخل شي د معدې جدارونه سست او د هغه ظرفيت بې د دې چې داخلي فشار يې تغير وکې يو نيم ليتر ته رسيږي د معدې د جدار دا سست والې ته چې د غذايي موادو د ځای په ځای کولو په منظور صورت نيسي د Receptive relaxation په نامه يادېږي.

داستراحت په حال د پنځه څخه تر لس دقيقو لپاره معده په يو ګذري صفحه کې داخليږي چې په دې صفحه کې داسې حرکې فعاليت موجود وي چې د دې حرکاتو په واسطه د معدې محتوی پر مخ نه ځي او ځای په ځای پاتي کېږی. وروسته د معده يو ارامه او غير حرکې صفحه شروع کېږی چې د ۱۵ څخه تر ۲۰ دقيقې پورې دوام کوي او بيا مخکېنې حرکې صفحه مينځته راځي کوم وخت چې د معدې جدار د غذايي موادو په واسطه تر فشار لاندې راځي او معده توسع وکړي کوم حسي اعصاب چې د معدې په جدار کې موجود دي د معدې توصع عکسې نخاع ته انتقالوي او د نخاع څخه تنبه د معدې دجدار عضلې طبقې ته رسيږي. او د استداري حرکات د منځته راتلو سبب ګرځي، چې دا استداري حرکاتو په وصفي ډول د معدې د فواد څخه شروع او بواب خواته پرمخ ځي.

د ډوډی خوړولو په شروع کې د معدې استداري حرکې امواج ضعيف اوپه انتروم کې ختميږي، اما وروسته په تدريج استداري حرکې امواج قوي کېږی او پيلوروس ته رسيږي.

د هضم په لومړی مرحله کې تقريباً درې يا څلور استداري امواج په دقيقه کې په منظم ډول مينځته راځي چې د معدې عصاره د غذايي موادو په سر مخلوطوي او دا مواد انتروم خواته حرکت ورکوي او په انتروم کې هضم صورت نيسي او کوم وخت چې د هضم شوې موادو او سموتيک فشار ۱٦۰ ملي او سمول ته په يوه ليتر کې ورسيد د انتروم د شديد استداري حرکاتو په واسطه غذايي مواد پيلوروس خواته لارښودنه کوي. يا په بل عبارت په انتروم کې نه يواځې د هضم فعل يوه برخه صورت نيسي بلکه دا برخه د معدې د يو پمپ رول لوبوي، چې د ډير قوي فشار په واسطه خپل محتوي پيلور خواته بيا يې او په هر قوي استداري موج کې پيلور خلاص او د معدې تقريبا دوه څخه تر

www.ketabton.com

شپږ ملي ليترو محتوى اثنا عشر ته تخليه كېږى او په دې ډول معده په تدريج په ظرف د څو ساعتو كې تشيږي. كوم وخت چې د معدې تخليه پاى ته ورسيده او د معدې جدارونه يو بل سره نژدې راغى د معدې استداري حركات هم خپل قوت او شدت له لاسه وركوي او په عكسوي ډول پيلوروس تړل كېږي او نه پرېږدي چې د اثنا عشر محتوى بيرته معدې خواته مراجعت وكړي.

۲-د معدې افرازي وظايف:

د معدې هستولوژي:- د معدې مخاطي غشا په درې برخو ويشل كېږي.

۱- د Cardiac Gland برخه:- چې د يوه څخه تر درې سانتي مترو پورې پراخوالې لري او د مرې معدوي د اتصالي برخې څخه شروع كېږي.

۲-د معدې فوندوس يا د جدارى (Parietal) حجراتو برخه:- چې د اسيد كلورهايدريک او پيپسين د افراز لومړى مسئول برخه ده او د معدې د مخاطي غشا درې پر څلورمه برخه په علوي كې جوړوي.

۳-د معدې انتروم يا پيلوريک غدوي برخه: چې د معدې مخاطي غشا يوه پر څلورمه برخه په سفلي كې جوړوي.

د مايكروسكوپ معاينې له نظره د مخاطي غشا په سطح د يو شمير قناتونو سوري موجود دي، چې د Pits يا Faveola په نامه يادېږي. چې په يوه Pits كې د درې يا څلور Glands (غدواتو) خوله خلاصيږي يوه غده د Isthmus غاړې او قاعدې څخه جوړه شوې ده د معدې د غدواتو حجروي ساختمان نظر په هره برخه د معدې فرق كوي. د معدې د فوندوس په Faveola كې برعلاوه د نورمال مخاطي استوانې حجراتو څخه داسې حجرات هم موجود دي، چې Mucine افرازوي او د معدې مخاطي غشا سطح پوښوي او مخاطي غشا د اسيد د تخريش څخه ساتي د Gland په Isthmus كې زياد تره هرم ډوله غټ حجرات موجود وي، چې نوه يې په منځ كې واقع او سيتوپلازم يې ايوزينوفليک حبيبات احتوا كوي. دا حجرات د جداري يا Parietal حجراتو په نامه يادېږي. چې اسيد كلورهيدريک او په انسانانو كې Intrinsic فكتور هم افرازوي. د Isthmus څخه ښكته، چې د غدې غاړه (Neck) او قاعده (Base) موقعيت لري زيادتره Chief Cell احتوا كوي چې

www.ketabton.com

مکعبي ډول حجرات دي او نوعه يې د حجرې په قاعده موقعيت لري. سيتوپلازم يې بازوفليک دي او دا حجرات پيسينوژن، پيپسين او ليپاز افرازوي. برعلاوه په دې برخه کې يو بل قسم حجرات چې Argentaffine حجرات نوميږي هم موجود دي چې د دې حجراتو وظيفه په معده کې تر اوسه پورې معلومه نه ده.

د کارديا برخې غدوات عموما Mucous Cell احتوا کوي د پيلوريک Gland عموما Mucous cell اويو قسم غير قابل تفريق حجرات احتوا کوي، چې دا حجرات د ګسترين د هورمون د افراز مسئول دی.

د Gland او تحت المخاطي طبقې په مينځ کې Laminaproperia قرار لري چې د يو شمير منظم لمفوسيت، پلازما سيل او Mast Cell څخه جوړه شوي دي، چې دا حجرات سيروتونين او هستامين افرازوي.

د معدې عصاره:

د معدې د مخاطي غشا څخه په ۲۴ ساعتو کې ۵۰۰ څخه تر ۱۵۰۰ ملي ليتره معدوي عصاره افرازيږي د معدې عصاره د لاندې موادو څخه جوړه شوې ده.

۱-مخاط يا **Mucus**:

د مخاطي حجراتو يا Mucous Cell له خوا افرازيږي چې دا حجرات د معدې په ټوله مخاطي غشا کې موجود دي مخاط يو مخلوط د څو ماليکول ګليکوپروتين دې چې فزيولوژيک وظيفه يې لږ شان مبهم دي خو سره د دې هم نظريه ورکول کېږي، چې مخاط د يو ښوی کوونکې مواد د مخاطي غشا په سطح رول لوبوي او د يو نرۍ طبقې په شان د مخاطي غشا سطح پوښوي او مخاطي غشا د پپسين او اسيد د تاثير څخه ساتي د يو نظري په اساس که د مخاط په کميت او کېفيت کې کموالې پيدا شي پيپتيک قرحه مينځته راځي.

۲-پيپسينوجن يا **Pepsinogen**:

يو پروتيولا يتيک انزايم دی، چې د Chief Cells له خوا افرازيږي او دا حجرات د معدې په فوندوس کې زيات موجود وي Chief Cell عموما پيپسين په غير فعال شکل افرازوي څرنګه چې فعلا پيپسين د يو پيپتيد سره ،چې د Pepsin inhibitor په نامه

www.ketabton.com

یادیږي. یوځای کېږي او پیپسینوژن، چې غیر فعال دی منځته راوړي او کوم وخت چې د معدې داخلي PH د پنځه څخه ښکته شوه Pepsin inhibitor د Pepsin څخه جلا او فعال Pepsin په معده کې ازادیږي. د Pepsin تاثیر وخت اعظمي حد ته رسیږي چې د معدې PH دوه ته ورسیږي او د Pepsin تاثیر هغه وخت اصغري ته رسیږي چې د معدې PH اتو ته ورسیږي.

۳-Intrinsic Factor:

یو موکوپروتین دې چې د جداري حجراتو له خوا افرازیږي او د ویتامین B۱۲ سره، چې د غذایي موادو په واسطه اخیستل شوې یو ځای کېږی په معده کې اسید کلورهیدریک د دې دواړو موادو د تخریب څخه مخنیوې کوي په وړې کلمې کې د اماده، چې د ویتامین B۱۲ او Intrinsic Factor د یو ځای کېدو څخه مینځته راځي جذب او په ځیګر کې ذخیره کېږی.

د اماده د Pernicious Anemia څخه مخنیوې کوي وروسته د توتال ګستر کتومي څخه ویتامین B۱۲ عدم کفایه وروسته ۷ کالو څخه پیدا کېږی ځکه، چې د ویتامین B۱۲ نورمال ضرورت په عضویت کې د ورځې یوه تر دوه ملي ګرام (۲۰۰۰ میکرو ګرام) د ذخیرې په ډول موجود وي.

۴- Blood group Substance:

تقریبا د۷۵ فیصدو خلکو معدوي عصاره د وینې د عمده ګروپو انتي ژن لکه انتیژن (۱)، انتیژن (ب) او انتیژن صفر او ۲۵ فیصد خلک معدوي عصاره یې د ماینور ګروپ انتیژن لکه د Lewis انتیژن (یانې Lea او Leb) احتوا کېږی.

هغه خلک چې په خپل سره کریواتو کې +Lea ماده لري (۲۵ فیصد خلک د اماده لري) د هغوې د معدې په عصاره، لاړو او تشو متیازو کې د وینې د عمده ګروپونو انتیژن موجود نه دې بلکه په مساوي اندازه Lea انتیژن موجود دي، چې سبب یې تر اوسه پورې معلوم نه دې او داسې خلکو ته نون سکریتوري (Non secretor's) وایي چې د اثنا عشر د قرحې د پاره مساعده زمینه نسبت هغه اشخاص ته چې سکریتوري (Secretors) دې (د معدې په عصاره کې Lea انتیژن موجود نه دې) فوق العاده زیات دې.

www.ketabton.com

۵-الکترولایت (Electrolite):

د معدې عصاره په زیاته اندازه اسید کلورهیدریک لري چې د جداري حجراتو له خوا افرازیږي کوم وخت چې د هایدروژن غلظت د افرازي په مرحله کې زیاتیږي. د سودیم غلظت په معکوس ډول ښکته راځي د پتاشیم غلظت معمولاً د ۵ نه تر ۱۰ ملي اکویولانت په یو لیتر کې ثابت او د کلور غلظت د ۱۵۰ ملي اکویولانت په یو لیتر کې برابر پاتې کیږي.

د اسید د افراز تنظیم:

د معدې د اسید د افراز تنظیم په دوه برخو کې مطالعه کیږی.

۱-د اسید د افراز تنبه کوونکې سیستم.

۲-د اسید د افراز نهی کوونکې سیستم.

۱-د اسید د افراز تنبه کوونکې سیستم:

د اسید جوړیدل او افراز په درې صفحو کې مطالعه کیږی.

الف: Cephalic Phase:

په دې صفحه کې په دماغ باندې یو تنبه واردیږي دا تنبه د واګوس د مرسله اعصابو په واسطه معدې ته راځي او په پای کې د معدې حرکات او د اسید افراز زیاتیږي دا تنبه چې پر دماغ باندې واردیږي د غذایې مادو د لیدو، لمس کولو، بویولو او د هغه په باره کې د فکر کولو په واسطه مینځته راځي چې د واګوس د عصب په قطع کولو کې دا تنبیه معدې ته نشي راتلای د واګوس عصب مستقیمه تنبه د معدې پر Parietal حجراتو باندې د اسید کلورهیدریک د زیات افراز سبب ګرځي کوم عصبي تنبهې سیاله چې د واګوس د عصبي الیافو په واسطه په انتروم کې راځي د ګسرین د زیات افراز سبب ګرځي او له دې لارې په غیر مستقیم ډول د واګوس تنبه د اسید کلورهیدوریک د زیات افراز سبب ګرځي د Parietal حجراتو مستقیمه تنبه د اسید د مقداري افراز له نظره مهمه ده.

ب: Gastric Phase:

د غذایي موادو ننوتل معدې ته د معدې پر جدار باندې د میخانیکې او کمییادي تائیراتو باعث ځي. دانتروم د جدارتوسع د غذایي موادو فشارپه واسطه یوه عمده میخانیکې

www.ketabton.com

تنبیه ده چې د ګسترین د افراز سبب کېږي. او همداسې د پروتیني موادو تماس د انتروم د مخاطي غشا سره نه یواځې د نوموړي موادو د هضم سبب کېږي، بلکه د کېمیاوي تنبه په ډول د ګسترین افراز زیاتوي. د غذایي موادو موجودیت په معده کې د واګوس د دوامدار تنبه سبب ګرځي. څرنګه چې د واګوس د حسي الیافو په واسطه د معدې څخه عصبي تنبه مرکزي اعصابو ته ځي او د واګوس د مسرله الیافو په واسطه بیرته معدې ته او مخصوصاً Parietal حجراتو ته راځي او نوموړې حجراتو ته تنبه ورکوي.

ج: **Intestinal Phase**:

د معایي صفحې رول د معدې په افراز کې ښه توضیح شوې نه ده اما تجربو ښودلې ده، چې د غذایي موادو موجودیت په وړو کولمو کې د دې سبب کېږی چې یوه ماده د Enterooxymtine په نامه افرازشي، چې په معده کې د اسید د افراز د زیاتوالي سبب ګرځي.

۲- د اسید د افراز نهې کوونکی سیستم:

الف: انترال نهې کوونکې عوامل:

د انتروم محیطي PH کوم وخت چې د ۲،۵ څخه ښکته شو نه یواځې په مستقیم ډول د ګسترین د افراز څخه مخنیوې کېږی بلکه هغه عصبي تنبه هم د مینځه وړي کوم چې د ګسترین د افراز سبب ګرځي. او کوم وخت چې د انتروم محیطي PH ۱،۲ ته ورسید د ګسترین افراز مطلق او سل په سل صورت نه نیسي.

که د معدې د Parietal حجراتو او د انتروم د مخاطي غشا تر منځ نورمال ارتباط قطع شي څرنګه چې اسید په هغه ځای کې چې ګسترین افرازیږي (یانې انتروم ته) ونه رسیږي، نو په دې ډول په سیروم کې د ګسترین سویه جګه او په معده کې زیات مقدار اسید افرازیږي.

ب:د معایي نهې کوونکې عوامل:

وړې کولمې د یو شمیر هورمونو د ازادولو په ذریعه د معدې د اسید د افراز په کنترول کې برخه اخلي دا هورمونونه نه یواځې د ګسترین د افراز څخه مخنیوې کوي بلکه پر جداري حجراتو باندې د هغه تاثیر هم له مینځه وړي.

سکریتین، Pancreozymin او Cholecystokinine چې د اثنا عشر او د وړو کولمو د مخاطي غشا له خوا افرازیږي د معدې د اسید افراز بلاک کوي په وړو کولمو کې د شحم

www.ketabton.com

موجودیت د ګسترین د فعالیت او افرازد مخنیوي لپاره با اهمیته ده ځکه چې شحم د Pancreozymin، Cholecystokinie G.I.P (Gastric inhibitory polypeptide) د ازادیدو سبب ګرځي.

انتیروګسترین (Enterogastrine) یو غیر قابل تفریق هورمون دې، چې د اسید د زیات افراز څخه مخنیوې کوي، چې د وړو کولمو او اثنا عشر له خوا د شحم په موجودیت کې افرازیږي دا هورمون د معدې حرکات او د Pepsin افراز کموي.

بولبوګسترین (Bulbogastrine) یو بل هورمون دی، چې تر اوسه پورې د دې ترکیب معلوم شوی نه دی د اثنا عشر د بصلې له خوا افرازیږي او د اسید د افراز څخه مخنیوی کوي.

د معدې معاینه:

د معدې د ناروغ معاینه کولو لپاره مختلف میتودونه دي چې عبارت دي له:

۱:- فزیکي معاینه

۲:- رادیولوژیکي معاینه

۳:- اندوسکوپیک معاینه

۴:-لابراتواري معاینه مخصوصاً هغه تستونه چې معدوې افرازات د هغه په واسطه تعینیږي.

۵:- بایوپسي.

۱:- فزیکي معاینه:

درې مهمې فزیکې علامې، چې د معدې په ناروغیو کې ډیر اهمیت لري عبارت دي له .

Pointing Sign-۱

د یوه ناروغ څخه چې فکر کیږي د قرحې په Dyspepsia اخته دې خواهش کیږی، چې د یو لاس په واسطه وښيي، چې درد د ګېډې له کومې برخې څخه شروع کیږي دا علامه هغه وخت مثبت وي، چې که ناروغ په صحیح ډول د لاس د یوې ګوتې یا د څو ګوتو په واسطه د درد د پیدا کېدو ځاې په موضعي ډول ښکاره کړي د دې علامې مثبتوالې په پیپتیک قرحه دلالت کوي اما د دې ناروغۍ لپاره Pathogonomic علامه نه ده.

www.ketabton.com

۲:-عضلي شخوالی:

د عضلي شخوالی د عمومي پریطونایتس په واقعاتو کې ډیر ښه تثبیت کېدای شي اما لازمه ده چې د Dyspepsia په ټولو حالاتو کې په دقیق ډول عضلي شخوالې د بطن په جدار کې ولټول شي د Dyspepsia په واقعاتو عضلي شخوالی په لاندې ډول لټول کېږي.
د ګېډې په جدار کې لومړی یوه مستقیه عضله او وروسته بیا بله مستقیمه عضله په دیر دقت سره باید جس شي که چېرې د جس په واسطه ثابته شوه، چې مستقیمه عضله د بطن په یوه خوا کې نظر بل طرف ته شخه او مقاومه ده مانا یې دا ده چې یو طرف عضلي شخوالې موجود ده چې دا علامه ډیر امکان لري د قرحې له کبله د پریطوان د التهاب څخه مینځته راغلې وي.

۳:- د لیدو وړ پریستالتیک حرکات:

د دې لپاره چې دا معاینه تر سره شي لازمه ده، چې معاینه کوونکې داکتر د ناروغ د بسترې تر څنګ ودریږي او په ډیر دقت سره د ناروغ د اپي ګستریک په ناحیه کې هغه امواج وڅیړي کوم چې د کېڼ خوا څخه شروع او ښي خواته حرکت کوي. د دې لپاره چې نوموړې امواج تنبه شي بهتره ده چې ناروغ ته د کاربونات محلول د څښلو لپاره ورکړل شي او یا دا چې د ناروغ د اپي ګستریوم برخې پوستکې د ګوتې په واسطه ښکته ټیله شي. په هغه صورت کې چې د بطن جدار ډیر نری وي د علامې مثبتوالی ډیر زیات د پایلور په هغه تضیق دلالت کوي چې د اثنا عشر د قرحې له کبله ډیر عمومیت لري.
باید یادونه وشي چې نورمال معده اصلا د جس وړ نه ده مګر بیا هم د معدې د جسم او غور د تومور د موجودیت په صورت ښایي دا برخې د جس وړ وګرځي.

۲:- رادیولوژیکې معاینات:

د یوه اساسي او علمي مشاهدې تر اخستلو وروسته د معدې د ناروغیو د تشخیص لپاره رادیولوژیک معاینات یو مهم تشخیصیه میتود دې د دې میتود (د باریوم د خوړلو څخه په استفاده) په واسطه د معدې د Motor Activity او تخلیه کېدو په مورد کې معلومات لاس ته راتلای شي. همدارنګه د رادیولوژیک معاینات د اجرا کولو په صورت کې دا امکانیت هم وجود لري، چې د معدې د قرحو فرورفتګي، د کارسینوما د

www.ketabton.com

ارتشاح له کبله Filling defects او د حجاب حاجز فتقونه په واضح ډول د راديوګرافي په کليشه کې وليدل شي.
د باريوم د لږ مقدار په استعمال سره کېداى شي چې د معدې د مخاطي غشا التواګانې له منځه لاړې شي او د يو متحرک ميز په واسطه معده په مختلفو وضعيتونو معاينه کړو.
د پورته ذکر شوو مانورو په واسطه د قرحې د تشخيص چانس د معدې په برخه چې وي فوق العاده زيات دې اما د معدې په Cardia او Antrum کې امکان لري تشخيصيه غلطي مينځته راشي. دا ځکه چې په دې ځاى قرحې تشخيص د راديولوژي له نظره مغلق او مشکل دی.
همدارنګه بايد يادونه وشي، چې د يوه سليم او کارسينوماتوز قرحې تر مينځ تفريق زياته تجربه او پرکتس ايجابوي.

۳:- اندوسکوپي:

د فلاکسيبل ګاسترسکوپ په واسطه دا امکانيت موجود دې، چې د معدې تقريباً زياته برخه په سترګو تفتيش شي. مخکې د معاينې څخه ناروغ ته بايد يو مرکزي انلجزيک ورکړل شي ، معده بايد لواژ او بلعوم د يوه موضعي انستتيک مادې په واسطه بې حسه شي او وروسته ګسترسکوپ بايد داخل شي. دا عمليه د باتجربه داکتر په واسطه فوق العاده محفوظه او د ناروغ دهمکارۍ په صورت کې ډير لږ مشکل مينځته راځي.
هغه نوې اله چې Fiberoscope نوميږي او ډير نفيس پوښ شوې د Quartz يا پوليتينس فايبرونو له يوه يوه بنډل څخه جوړه شوې ده، چې نوموړې بنډلونه د انحنا قابليت لري او بدون د عدسيې څخه د داخلي انعکاساتو په واسطه وړانګې خارج خواته انتقالوي.
دا اله د معدې د انتروم د تفتيش لپاره ډيره موثره ده دا موضوع ثابته شوې چې د راديولوژي تر څنګ ګسترسکوپي يوه دير ګټور تشخيصيه ميتود دې د دې معاينې په واسطه دا امکان برابر شوی، چې د معدې له داخلي سطحې څخه عکس هم واخستل شي د اندوسکوپي ميتود د نوي داکترانو لپاره ډير د ارزښت وړ دی دا ځکه چې د دې ميتود په واسطه د ژوند په مرحله کې پتالوژيکې حالات واضحا ورته څرګنديږي.

www.ketabton.com

د ګسترسکوپ په واسطه اوس ډاکټران کولاې شي چې په ډیره اسانۍ د معدې د امراضو په مینځ لکه د معدې د کانسر او د معدې د قرحې په مینځ او د مختلفو ګستریتس په مینځ کې تفریقي تشخیص اجرا کړي.

۴:- لابراتواري تستونه (Secretory Tests):

هغه تست چې د معدې څخه د اسید افراز د ظرفیت د تعین لپاره اجرا کیږي یواځې د لاندې حالاتو په مورد کې معلومات راکوي.

الف) د فعال پریتال حجراتو د شمیر په مورد کې:- په یوه معین وخت کې وروسته له یوه اعظمي تنبه څخه له معدې څخه د اسید افراز د اندازه کولو په واسطه کولای شو، چې Parietal cell Mass په تخمیني ډول تعین کړو.

ب: د پریتال حجراتو عکس العمل د عصبي، هورموني او نورو تنبهاتو په مقابل کې:- تر اوسه پورې یو تثبیت شوې تخنیک چې د هغه په واسطه د تنبه اندازه چې د هغه په مقابل کې قرار لري تعین شي وجود نه لري. اما ښايي په ځینې ناروغانو کې شدید Vagal Tone موجود وي او پریتال حجرات د یوه قوي او دوامداره تنبه سره د مواجه کیدو په صورت معده یوه زیاته اندازه ګاسترین افراز کړي.

باید یادونه وشي چې تر اوسه پورې ذکر شوې نظریه د ځینې دلایلو له مخې محدوده پاتې ده.

ج: د نهې کوونکي میکانزم موثریت: د دې میکانیزم د طبعې ارزښت په مورد کې ډیر لږ معلومات وجود لري اما اوس داسې ښکاري چې دا میکانیزم د کلینیک له نظره چندان مهم نه دی.

د معدې د اسید دافراز ظرفیت تعینول:

د معدې په عصاره کې د اسید د ظرفیت تعینول په لاندې ډول صورت نیسي.

الف: په هغه حالت کې چې په معده کې غذایي مواد موجود نه وي او معده تنبه شوې نه وي د معدې په عصاره کې د اسید تولید د بازال اسید د اوټ پوت (BAO) په نامه یادیږي او نتیجه یې د هایدروجن د ایون ازادیدو له مخې، چې په یو ساعت کې څو ملي اکویلانت ازادیږي لاسته راځي.

www.ketabton.com

ب: په هغه حالت کې چې معده د هیستامین، پنتاګسترین او یا بیتازول یا چاې په واسطه تنبه شي د معدې په عصاره کې د اسید تولید ماکسیمال اسید د اوت پوت Maximal Acid Output (MAO) په نامه یادیږي. (منبه مواد تر هغه اندازې پورې ناروغ ته تطبیقیږي چې اعظمي تاثیر ولري).

د تست طرز العمل:

ناروغ باید ۱۲ ساعته مخکې د تست څخه د خولې له لارې هیڅ شي ونه خورې د ضرورت په صورت کې کولاې شي چې یوائې خالصې اوبه وڅکې. د تست په شروع کې ناروغ ته معدوي تیوب تطبیقیږ او تیوب له لارې معده تشه او محتوی یې لرې اچول کیږي او وروسته د دې څخه، چې معده تشه شوه ناروغ په شا او چپ اړخ څملول کیږی او په دې وخت کې د معدې افرازات تر یوه ساعت پورې اسپیریتد کیږی او د هرو ۱۵ دقیقو افرازات په جلا جلا تیوبونو کې ځای ورکول کیږي، چې مجموعاً ۴ تیوبه شي دا ټول شوي افرازات د BAO څخه عبارت دي.

په اخر د یو ساعت ۰.۰۴ملي ګرام فی کیلو ګرام وزن د بدن هیستامین ناروغ د ته پوستکې لاندې زرق کیږی او په دې ډول د معدې افرازات تنبه او د نیم ساعت لپاره د معدې افرازات اسپیریتد کیږی (بیتازول ۱.۵ ملي ګرام فی کیلو ګرام وزن د بدن او پنتاګسترین شپږمیو ګرام فی کیلو ګرام وزن د بدن ناروغ ته تطبیقیږي) او د هر ۱۵ دقیقو افرازات په جلا جلا تیوبو کې راټولیږي چې مجموعاً شپږ تیوبه او د MAO څخه عبارت دې. د تیوبونو PH د PH متر یا فنول فتالین په واسطه تعین او اسید مقدار د هایدروجن د ازاد شوې ایون په ملي اکویلانت في لیتر تعینیږي. چې په تابلو کې ښودل شوی دی.

www.ketabton.com

Condiation	Basal Acid Output Meq/hr	Maximal Acid output Meq/hr.
Normal		
Male	۲،۴۴ ± ۲،۸۵	۱۱،٦ ± ۷،٦۲
Female	۱،۳۳ ± ۲،۰۰	۷،۵۳ ± ۵،۲۰
Duodenal Ulcer		
Male	۵،۲۹ ± ۴،٦۳	۱۹،۹۱ ± ۹،۷۰
Female	۲،۸۷ ± ۳،۱۴	۱۳،۴۲ ± ٦،۸۷
Gastric Ulcer		
Male	۱،۴۵ ± ۱،۹۹	۹،٦۸ ± ٦،۹۷
Female	۱،۰۰ ± ۱, ۴۹	۷،۹۵ ± ۵،۹٦
Gastric Cancer		
Male	۰،۴۵ ± ۱،۲۳	۳،۲۵ ± ۴،۷۹
Female	۰،۱٦ ± ۰،۴۷	۱،۴٦ ± ۲،۵۰

Basal and Histology Stimulated Gastric Secretion in normal Subjects and in Patients with Peptic Ulcer or with Gastric Ulcer.

د سیروم د ګسترین اندازه:

په سیروم کې د ګسترین نورمال اندازه د ۵۰ څخه تر ۱۰۰ پیکو ګرامه په یوه میلي لیتر ده او د دې څخه جګه سویه د اثنا عشر په قرحه دلالت کوي. اما په یاد وي، چې د دې معاینې په څنګ کې باید د اسید کلورهایدریک مقدار هم تعین مقدار شي. ځکه چې په اتروفیک ګسترایتس کې او Pernicious Anemia کې هم د ګسترین سویه جګیږي اما په دې دوه ناروغۍ کې د اسید کلورهیدریک مقدار د نورمال څخه ښکته وي.

۴- Hollander انسولین تست:

په دې تست کې ناروغ ته له یوې خوا د ورید له لارې په منظم ډول انسولین ورکول کیږي او له بلې خوا د معدوي تیوب پواسطه د معدې افرازات خارج او د هغه په مینځ

www.ketabton.com

اسید کلورهیدریک تعین شي . د انسولین د هایپوګلیسیمیا په نتیجه کې واګوس د مرکزي عصبي د سیستم له لارې تنبه او په معده کې د اسید دزیات افراز سبب ګرځي.
ناروغ د دوه ساعتو لپاره بخیي روژه ده وروسته د دې څخه معده د معدوي تیوب په واسطه تش کېږی بیا د ۱۵ دقیقو لپاره بازال سیکریشن راټولیږي او په هغه کې د اسید کلورهیدریک اندازه تعینیږي ناروغ ته ۲،۰ یونت په هر کېلو ګرام وزن د بدن انسولین د وریدله لارې ورکول کېږي. یا په بل عبارت ناروغ ته تر هغه وخته پورې انسولین ورکول کېږي چې د شکر سویه په وینه کې ۳۵ ملي ګرام په سل ملي لیتر وینه کې ورسیږي وروسته ددې څخه د دوو ساعتو لپاره هر ۱۵ دقیقې وروسته د معدې عصاره جلا جلا تیوبونو کې راټوله او ددې افرازاتو مقدار، PH او اسید یې اندزه کېږي که د اسید په غلظت کې ۲۰ ملي اکویولانت په یو لیتر زیاتوالې مینځته راغې تست مثبت او ناروغ د اثناعشر په قرحه اخته دي.

۵- بایوپسي:

دا امکانیت اوس موجود دې چې د فلکسیبل ګسترسکوپ په واسطه دمعدې له مخاطي غشا څخه د بایوپسي په منظور Specimen واخستل شي دا مانوره ډیره محفوظه او اختلاطات یې هم ډیر لږ دي.

د معدې جراحي امراض

۱- د Peptic قرحې جراحي:

په عمومي صورت د Duodenum قرحې ۲۰٪ ناروغان جراحي تداوي ته ضرورت پیداکوي. او دمعدې قرحې ۵٪ جراحي داوي ته ضرورت پیداکوي.

چې په دې قرحاتو کې جراحي تداوي په لاندې حالاتو کې استطباب لري.

الف: کوم وخت چې قرحه د طبي تداوي سره چې په اعظمي ډول تطبیق شوې وي اما شفایاب شوې نه وي. چې Intractability نوم ورته ورکړل شوې.

ب: د Peptic Ulcer په اختلاطي حالاتو کې.

۱, د قرحې غیر قابل کنترول نذف.

www.ketabton.com

۲. د سورې کېدو په صورت کې.

۳. د پیلور یا دمعدې په انسدادي او تضیقي(Stenosis) حالاتو کې.

۴. کوم وخت چې H.Pylori فعالیت کوي هغه باید تداوي شي په غیر له دې جراحي عملیات اجرا کېږي.

دجراحي عملیات په واسطه یوائې دمعدې یاDuodenum د قرحې لرې کول د ناروغ مشکل نه ورک کوي. ځکه چې حتما بیا قرحه په بل ځای کې پیداکېږي؛ نو د جراحي تداوي مقصد د طبي تداوي په شان د معدې د عصارې د Acidاو Pepsin مقدار کمول دي، په دې منظور پنځه بنسټیز جراحي میتودونه د قرحې د تداوي په برخه کې موجود وي چې عبارت دې له :

۱. Sub Total Gastrectomy

۲. Enterectomy

۳. Total Gasterectomy

۴. Vagotomy

۵. Gastro Jejuno anastomy

دځینې استثنايي پیښو څخه پرته د Duodenum Ulcer د تداوي لپاره انتخابي عملیاتونه عبارت دي له:

۱.Vagotomy and Drainage

۲.Parietal Cell د فعالیت دکموالي لپاره Vagotomy بدون د درېناژ.

۳ Enterectomy او Vagotomy

۴. Subtotal Gastectomy

۱. Subtotal Gastrectomy:

په دې عملیات کې دمعدې دوه پر څلورمه برخه یا دوه پر درېیمه برخه لیرې کېږي. (یا په بل عبارت دمعدې۷۵٪دیستال برخه قطع کېږي) د معدې د پاسنې پاتې برخه یا داثناعشر سره پیوند ورکول کېږي چې په کلاسیک ډول بیلروت یو(۱ Billroth) ورته وایي یادا چې داثناعشر خوله التهابي او التصاقي دی او دمعدې سره پیوندول یې

www.ketabton.com

دفستول د پیداکېدو سبب کېږي؛ نودمعدې پاتې برخه دجیجونوم د لومړۍ برخې سره پیوند کېږي، چې د بیلروت دوه(۲ Billroth) په نامه یادیږي. په دې عملیته کې جیجونوم یا دمستعرض کولون په قدام کې دمعدې سره پیوند کېږي، چې بیلروت دوه انتي کولیک په نامه یادیږي یا دا چې دمستعرض کولون په مساریقه کې یو سورې خلاص او له دې لارې معده دجیجونوم لومړۍ برخې سره پیوند کېږي. چې د بیلروت دوه ریتروکولیک په نامه یادیږي.

باید وویل شي چې بیلورت یو د معدې دقرحې لپاره استعمالیږي او بیلروت دوه د اثناعشر د قرحې لپاره تطبیقیږي. ځکه چې په بیلروت دوه کې د قرحې د بیا پیداکېدو خطر نسبت بیلروت یوه ته ډیر لږ دی. او دلیل یې دادې چې د Post prandial گسترین سویه په بیلروت یو کې نسبت بیلروت دوه ته زیات دي (Postpranidal وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه گستریک افرازوي) او دبیلروت یو عملیات یواځې هغه وخت داثناعشر د قرحې په تداوي کې استعمالیږي، چې د واګوتومي سره یوځای وي. په بیلروت دوه کې معده هر څومره چې د وړو کولمو د پروکسیمال برخې سره پیوند شي په هماغه اندازه وروسته د عملیات څخه سوء تغذیه لږ پیداکیږي؛ نو له همدې کبله معده د جیجونوم د لومړی برخې سره (۱۵ سانتي متر ښکته د Trietz Lig څخه) د ایزوپریستالیزم په ډول پیوند ورکول کېږي. او داثناعشر خوله تړل کېږي که داثناعشر په لومړی برخه کې قرحه پاتې شي وروسته د عملیات څخه له هغه ځایه چې د قرحې سره هیڅ وخت اسید په تماس نه راځي نو پاتې شوې قرحه وروسته د څو ورځو څخه بیخي شفایاف کېږی. د فیزیولوژي له نظره د Subtotal gastrectomy په واسطه Gastrine تول افرازي برخه (انتروم) او د اسید کلورهایدریک د نیمایي څخه زیاد تره برخه یې ایستل کېږي. په دې عملیات کې دوه فیصده خطر موجود دې.

۲. واګوتومي او دریناژ:

دواګوتومي په واسطه د واګوس سیستم تنبه محدودده پاتې کېږی او د جداري حجراتو حساسیت گسترین په مقابل کې ښکته راځي.

الف:ترانکل یا جذري واګوتومي:

www.ketabton.com

یو کلاسیکه عملیه ده او په دې عملیه کې د واړه واګوس عصب په اندازه د یوه یا دوه سانتي متر د مرۍ په ښکتني برخه په دواړو خواو کې قطع کېږي. او هغه ځای چې په دواړو خواو کې دواګوس عصب د قطع کېدو له کبله د معدې د جدار ټول عضلي طبقات خپل طبعي مقویت له لاسه ورکوي او غذایي مواد اثنا عشر ته په اسانې نشې تیرولای؛ نو د جذري واګوتومي سره باید پیلوروپلاستي هم اجرا شي. د ترانکل واګوتومي معذرت په دې کې دی، چې وروسته د عملیات څخه ناروغ اسهال پیدا کوي. او له هغه ځایه چې کبدي او د سلیاک واګوس شعبات هم قطع کېږی د خارج معدوي اعضاو په وظایفو (لکه د ځیګر او پانقراس) کې هم اختلال مینځته راځي. او ښه والې په دې چې د قرحې د بیا پیدا کېدو خطر لږ دی.

ب: سلکتیف واګوتومي(Selective Vagotomy):

د معدې د کاردیا په حذا د واګوس د عصب د تشعب څخه ښکته د واګوس د عصب یوائې معدوي شعبات قطع کېږي. او د خلفي واګوس سلیاک شعبات (پانقراس) او د قدامي واګوس (چپ واګوس) کبدي شعبات په خپل حال پاتې کېږي. وروسته د عملیات څخه د اسهال واقعات زیات نه دي او د Dumping سندروم د پیدا کېدو خطر زیات دی.

ج: د جداري حجراتو لپاره واګوتومي:

د پروکسیمال معدوي واګوتومي په نامه هم یادیږي. په دې عملیه کې د صغیر انحنا په پاسنې برخه کې د معدې د دوه پر درې علوي برخې د واګوس عصب شعبات قطع او یو پر درې سفلي برخې واګوس عصبي شعبات محافظه کېږی. یا په بل عبارت د انتروم عصبي شعبات په خپل حال پاتې کېږي. د دې عملیې ښه والې په دې کې دی چې پیلوروپلاستي (pyloroplasty) ته ضرورت نشته ځکه چې د انتروم استداري حرکات نورمال پاتې کېږي او معدوي تخلیه په تشوش نه اخته کېږي. اما معذرت یې په دې کې دي چې د قرحې د اختلاطاتو په برخه کې مثلاً د نذف د تثقف په حالت د دې عملیې څخه کار نشو اخستلای او همداسې که د پیلور انسداد موجود وه دا عملیه مضاد استطباب دي.

www.ketabton.com

له هغه ځایه چې د دې عملیې په واسطه د اسید اندازه ښه ښکته نه راځي نو د قرحې د پیدا کېدو خطر هم زیات موجود وي. اما د دې عملیې څخه وروسته اسهال او Dumping سندروم نه پیدا کېږي.

۳- انترکتومي او واګوتومي:

په دې عملیات کې د معدې ۵۰٪ دیستال برخې د صغیره انحناء سره یو ځای قطع او سلکتیف واګوتومي اجرا کېږي. یا په بل عبارت د ګسترین افرازي منطقه لیرې کېږي د معدې پاتې برخه د بیلروت یو یا بیلروت دوه په اصول د اثنا عشر یا جیجونوم سره پیوند کېږي.

زیادتر جراحان بیلروت یو ته ترجیح ورکوي او د ننګرهار د طب د پوهنځي په روغتون کې هم دا نوع عملیات ته ترجیح ورکول کېږي او سره له دې، چې په کلاسیک ډول د Marginal Ulcer د پیدا کېدو خطر دوه فیصد ښودل شوې دي اما تر اوسه پورې مونږ تر کوم ځای پورې چې شرایط اجازه نه ورکوي د دې اختلاط سره مخامخ شوې نه یو.

۴-ګسترو جیجونو ستومي Gastrojejunostomy:

د اثنا عشر د قرحې په تداوۍ کې پخوا ډیر رواج درلود او هغه ځایه چې ۲۰ فیصد د Marginal Ulcer د پیدا کېدو خطر موجود دې نو اوس دا عملیات پرناروغانو باندې نه تطبیقیږي.

پخوا د دې عملیات تطبیق په برخه کې جراحان د فزیولوژي له نظره داسې استدلال کاوه، چې د معدې د ژر تخلیه کېدو له کبله د معدوي هضمي صفحه لنډیږي. او په نتیجه کې د معدې په اسیدي افرازاتو کې کموالې مینځ ته راځي دا عملیات یواځې په زړو خلکو کې او هغه هم په دې شرط چې هایپوکلورهایدریا ولري استطباب ولري.

۵- Total Gastrectomy:

د زالینجر الیسن سندروم (Zolinger Elison Syndrome) او Erossive Gastritis لپاره چې ډیره وینه ورکوي انتخابي تداوي ده اما د اثنا عشر او د معدې عادي قرحاتو لپاره توتال

www.ketabton.com

ګستر کتومي هیڅ استطباب نه لري. وروسته د توتال ګستر کتومي څخه ناروغان د تغذیې د مشکلاتو سره مخامخ کیږي او لږ شمیر یې د اوږدې مودې لپاره ژوندی پاتې کیږي.

www.ketabton.com

د معدې او اثناعشر Stenotic سوء اشکال:

بايد ذکر شي چې د معدې او د Duodenum يواځې قرحات د دې دوه عضوود Stenosis او Deformation سبب نه ګرځي بلکه د معدې کانسرونه او Extrisic (خارج معدوي) Tumor د معدې د تضيق هم سبب کيږي چې پدې ځاې کې زمونږ د بحث موضوع يواځې هغه Stenotic حالت دې چې د Stomach او Duodenum ulcer په نتيجه کې مينځته راځي او په افغانستان کې زياد تصادف کيږي.

Ehiology:

د Pylorus د ناحيې ulcer چې څو څو ځلې فعال او خاموش شوې وي د Pylorus د ناحيې د Stenos سبب کيږی اما د Body, Antrum او fundus د معدې قرحات د معدې د جسم او fundus د برخې د Stenos سبب کيږی خصوصا که چيرې Ulcer د Greater او Lesser Curvator ته نژدې واقع او په مزمن ډول سير ولري د معدې په مختلفو برخو کې د Stenosis سبب کيږي.

Pyloric Stenosis Clinical manifestation:

الف: ناروغان د Peptic د قرحې اوږده تاريخچه لري.

ب: ۳۰% ناروغان په خپله تاريخچه کې د Hematomesis او Melana څخه حکايه کوي شروع کې د ناروغانو عمومي وضع خرابه نه وي اما وروسته ناروغان د زياتو کانګو، د مايعاتو او د Electrolytes د ضايع کيدو له کبله ډنګر، عصبي مزاجه او Dehydrated کيږي.

د Pyloric Stenos کلينيکي Symptom عبارت دي له:

۱-درد:

درد په شروع کې په Epigastric ناحيه کې او Periodic وي په دې ډول چې شروع کې په د دوه دردونو په مينځ کې فاصله زياته وي او ۳ تر ۴ ساعته وروسته د غذا څخه پيدا کيږي چې د Stenos په زياتوالي کې فاصله د دوه دردونو تر مينځ کميږي. نوموړي درد د غذا يا د خوراک څخه وروسته پيدا کيږي، چې بالاخره د وخت په تيريدو سره نوموړې درد د مياشتو لپاره په دوامدار ډول پاتې کيږي. د Stonos په پرمختللي حالاتو کې درد شديد Cramp او Spastic (تشنجي) په شکل حس کيږي.

www.ketabton.com

۲-کانګې

په لومړي وختو کې د درد شروع سره کانګې پیدا کېږي، چې وروسته د Vomiting څخه ناروغ د ښه والي احساس کوي او درد یې کمیږي. د کانګې محتوي غذایي مواد او دمعدې افرازات وي د Stenos په پرمختللي حالت کې د غذا خوړلو څخه وروسته ناڅاپي ناروغ په Epigastric ناحیه کې درد حس کوي او د درد کموالي له پاره ناروغ مجبور کېږي چې کانګې وکړي چې حتې په خپله ناروغ د خپل ګوتې په واسطه Larynx تحریک کوي، د کانګو محتوي ناهضم شوي غذایي مواد او دمعدې افرازات وي د کانګو محتوي تیره(مخرش او زننده)بوي لري چې دمعدې د داخلي فرمنتونو د **P**utrification کبله مینځته راځي.

د Pyloric Clinical Sign په لاندې ډول دی:

په Inspection کې ناروغان دنګر او Dehydrated معلومیږي د ګېډې جدار عموما د صدر د سوېې څخه تیټوي او د Epigastric په ناحیه کې د ګېډې جدار راوتلی چې په نوموړې ناحیه کې استداري حرکات په سترګو لیدلای شو چې نوموړي راوتلی برخه د Epigastric څخه Iliac fossa خواته مهاجرت کوي. Palpation سره په Epigastric ناحیه کې حساسیت او درد موجود او که د ګوتو په واسطه په نوموړې ناحیه کې خفیف ضربه وارده شي د مایع تموج اواز اوریدل کېږي.(مخصوصا که ناروغ ته مخکې ددې عملې څخه دوه یا درې ګیلاس اوبه ورکړ شي) چې نومړې اصطلاح ته Clapotage ویل کېږي.

د Auscultation په واسطه د معدې استداري حرکات په Hyper pristaltism ډول اوریدل کېږي.

دمعدې د جسم(Body)او Fundus د Stenosis سریري لوحه:

دمعدې د Body او Fundus تنګوالې د معدې د Hours Glass Contraction (د شګې ساعت)په نوم یاد Bilacular Stomach په نوم یادوي. په دې حالت کې معده په دوه جوف چې د یو Stenotic Canal په واسطه ارتباط لري ویشل کېږي، چې Stenotic ناحیه د Lesser Curvatures د قرحاتو د جوړیدو په نتیجه کې مینځته راځي. په دې ډول چې نوموړي Ulcer د Mucus او Sub mucus طبقې د تضیق او تکمش سبب کېږي، چې

www.ketabton.com

بلاخره د Ulcer د پرمختګ له کبله د معدې د جدار عضلي الياف Spastic کيږي که چيرې د تومورې قرحاتو منشاء سفليس يا Carcinoma وي د Stenosis چانس د Stomach په Body او Fundus کې زيات دی.

Clinically مقدم vomiting ياني د غذايي موادو د خوړلو څخه وروسته مينځته راځي همداسې د Epigastric په پورتنې برخو کې درد حس کيږی ځينې وخت د کانګو محتوی وينه وي.

Diagnosis:

د Clinically Manifestation له مخې چې مخکې ذکرشو لابراتواري معايناتو، X-Ray او Funduscopy له مخې وضع کيږي.

لابراتواري معاينات:

Blood Examination کې Anemia، HypoCloremia ، Hyponaterimia ، Hypokalemia ، Alkalosis او د Hemoconcentration زياتوالی تثبيت کيږي، د معدې د عصارې په معاينه کې امکان لري چې **H. Pylori** تثبيت شي.

Abdominal X-Ray:

دګيډې په ساده راديو ګرافي کې چې په لومړې وخت کې او د ولاړی په وضعيت او همداسې پر مختللي وختونو کې چې اخستل کيږي د معدې حذا د هوا او مايع سويه (Hydroairic) ليدل کيږي.

په لومړيو وختو کې له هغه ځايه څخه چې Partial Functional Stenos په Pylor کې موجود وي او د قرحې د Activity په اثر Spastic Pylorus موجود وي د معدې محتوي Duodenum ته نه داخليږي که چيرې ناروغ ته Atropin ۱/۴mg درګ له لياري تطبيق شي دمعدې محتوي Duodenum ته په تدريجي ډول تخليه کيږي او په معده کې Hydro airic خيال په X-Ray کې ددې په تعقيب نه ليدل کيږي.

اما که تضيق پرمختګ کړی وي د Atropin د تطبيق څخه وروسته د معدې محتوي نه تخليه کيږي او لومړی X-Ray په شانHydroairic خيال بيا معلوميږي همداسې که ناروغ

www.ketabton.com

تـه باریوم ورکـړل شي، چې وڅکې پـه X-Ray کې لیـدل کېږي، چې د Pylor لـه لارې Duodenum ته نه تخلیه کېږي اود پیلور د ناحي د Complete Stenos تثبیت کېږي.

د Hour glass معدې قطعي تشخیص د رادیـو ګرافـي او Gastropscopic معـاینې پـه واسطه وضع کېږي پدې ترتیـب چې د رادیو ګرافي پـه کلیشه کې چې د Barium sulfate د خوړلو څخه وروسته واخیستل شي Bilacular Stomach معلومېږي یعنې معده په دوه جوفو ویشل شوې وي، چې د یو نوي کانال په واسطه یو بل سره ارتباط لري.

Gastroscopy:

وروسته له دې څخه چې د معدې Lawage اجراشوه د پیلور او همداسې د Stomach پـه تضیقي حلاتـو کې د Gastroscope پـه واسـطه نـه یـوازې Stenos پـه پیلـورس یـا معدې د جسم په حذا تثبیت کېږي بلکه د معدې التوات چې ایا Odematos او التهابي دي که نه او همداسې په Stenotic سیمو کې Fibros Tissue د لیدو وړ دي همداسې که پــه معــده یــا Duodenum کــې Complete Stenos موجـود وي امکــان لــري، چــې Gastroscope هـیڅ د Stenotic نـاحیې څخـه وړانـدې لاړ نـه شـي اوپـه دې ډول قطعـي تشخیص د Gastroscopy په واسطه وضع کېږي.

توپیري تشخیص:

د پیلورس او د Stomach تضیقاتو توپیري تشخیص د معدې د Carcinoma، Acute Gastritis سره باید اجراشي چې د Gastroscopy په واسطه وضع کېږي چې د معدې د کانسرپه صورت کې د Gastroscop له لارې Biopsy اخستل کېږي او تشخیص وضع کېږي او Acute Gastritis په حالت کې د معدې په Mucos طبقه کې التهابي علایم په پراخه ډول د لیدو وړ وي.

درملنه:

Conservative Treatment:

لومړی مخکې ددې چې Complete Stenosis تاسیس کړی وي دقرحی فعالیـت د Antiacid او Anticholinergicاو انتی بیوتیـک د منظم تطبیق پـه واسطه د مینځـه یـوړل

www.ketabton.com

شي او که چېرې پدې مرحله کې Ulcer شفا یاف شي د Stomach اوPylorus تضیق مینځته نه راځي په غیر ددې ناروغۍ مخ په وړاندې ځي او Stenos مینځته راځي.

په ځیني حالاتو کې مخصوصا د Non complete stenos په حالت کې د دوامدار Putrification له کبله د معدې undigestive غذایي مواد کې د معدې ته پاتې کېدو اود Mucus مخصوصـاد Pylorus د نـاحیې Mucus طبقـه التهـابي او ازیمـایي اود نومـوړې نـاحیې عضـلي طبقه Spastic کېږي اوNon complete stenos په Complete stenos بدلوي. په دې وخت کې لاندې اهتمامات نیول کېږي.

:Medical Treatment

ناروغ ته دخولې له لارې څه نه ورکول کېږي معدې تـه یـو لوې قطر لرونکې معدوي Tube تطبیق او د هغې له لارې معده تخلیه کېږي. او وروسته هره ورځ معده لواژ کېږي (کـه چېرې د NGTube قطر کـوچني وي امکـان لـري د معـدې د ناهضـم شـوي غـذایي محتویاتو په واسطه بندشي) او د معدې لواژ ترڅو ورځو پورې ادامه پیداکړي ترڅو د معدې د مخـاطي طبقې ازیمـا او التهـابي حالـت د مینځـه لاړ شـي اودمعـدې عضـلات نورمال مقویت پیداکړي. په دې موده کې ناروغ تـه کـافي انـدازه Vitamins، Plasma expender، Ringer (دورځې ۳،۵ لیتر ورکړل شي) وروسته د ۳یا ۴ ورځـو مخکـې لـه دې چې NG Tub وایستل شي دمعدې ۱۲ ساعته عصاره د Acidity د تعین اود کانسري حجراتو د موجودیت له نظر د کېمیا، پتالوژي اومایکروبیولوژي لابراتوارته ولیږل شي. په هغه صورت کې، چې Achlorhydria موجود وي دخبیثي (Malignant) قرحې خواته فکر وشي.

وروسته لـه دې مودې څخـه د معدې التهـابي او ازیمـایي حالـت د مینځـه ځـي د معدې تیـوب (NG Tube)د ۴۸ یـا ۷۲ ساعتو لپاره ایستل کېږي او وروسته ددې مودې څخه ناروغ ته مایع رژیم تطبیق کېږي وروسته د څلورو ساعتو معدوي تیوب بیا تطبیق او Aspirated کېږي. کـه چېرې د خوړل شوي غـذایي رژیـم نیمـایي د هغې پـه معده کـې پاتې وو او د G.Tube له لارې خارج شومانا یې داده، چې د معدې Complete Stenos د منیځه تللی اود خولې له لارې مایع غذایې رژیم Anti acid اوAnti cholinergic او انتي

www.ketabton.com

بيوتيک ادويې ورکولو ته ادامه ورکول کيږي وروسته له دې چې ناروغ عمومي حالت ښه شو. الکلوز او د Electrolytes تشوس نورمال وګرځيد په Selective ډول جراحي عمليات اجرا کيږي ترڅو بيا Stenos او التهابي حالت پيدا نشي.
غير له دې څخه NG Tube بيا د درې ورځو لپاره تطبيق دمعدې محتوي تخليه او د معده هره ورځ لواژ کيږي. او I.V له لارې د الکترولايتود تشوش او الکلوز حالت د مخنيوي لپاره معين اندازه Electrolytes او مايعات ناروغ ته تطبيق او د Stenos اود معدې د Obstruction په منظور جراحي عمليات اجرا کيږي.

جراحي تداوي:

وروسته د پورتني اهتماماتو څخه که چيرې معده د انسداد له کبله زياته لويه شوې وي او د ناروغ عمومي حالت ښه وي د معدې Distal برخه قطع کيدل دBillroth I يا Billroth II په اصول ترسره کيږي.
او که چيرې معده لويه نه وي؛ نو Vagotomy Selective او Pyloroplasty عمليه اجراکيږي که چيرې د معدې د عصارې په مينځ کې Acidity زيات نه وي اما Stenosis زياته موجود وي او د ناروغ عمر زيات اود اوږد عمليات نشي تحمل کولای صرف Gastrojejuno anastomos دمعدې په خلفي جدار کفايت کوي.

د معدې او Duodenum سورى شوې قرحه:

د Peptic Ulcer د اختلاطاتو د جملې څخه دي، چې زمونږ په محيط کې د قرحې د نورو اختلاطاتو په نسبت ياني د Stenos او Bleeding څخه زيات تصادف کيږي او په ۱۰٪ پيښو کې د Ulcer Bleeding پيښو کې دUlcer Bleeding سره ملګري وي.

د Stomach او Duodenum د Ulcer د Perforation تصنيف:

په دوه ګروپ ويشل شوى دى.

۱. د Stomach Ulcer Perforation
۲. Duodenum Ulcer Perforation

www.ketabton.com

له دې کبله چې د Duodenum جدار د Stomach د جدار په نسبت نرۍ او مقاومت يې لږدی نو Perforation د Duodenum په Ulcer کې زيات واقع کېږي. اما د دې په عوض د Stomach Ulcer Perforation خطرناک وي ځکه، چې د سوري قطر زيات وي او دمعدې محتوي په زيات اندازه او اسانی سره د Peritonium جوف ته انتشار کوي.

د Duodenum Ulcer Perforation د قطريا Diameter له مخې په دوه ګروپ ويشل شوې.

۱: يو د Duodenum د هغه قرحاتو Perforation دې چې قطر يې لوی وي او دمعدې د قرحاتو په شکل د معدې محتوي زيات اندازه د Peritonium جوف ته انتشار کوي او د عمومي Peritonitis سبب کېږي.

۲: بل کوچنې Perforation دی، چې د ليکاژ کوونکې Ulcer په نوم يادېږي، چې په دې نوع Perforation کې د معدې د محتوي ډېره لږه اندازه د پريطوان جوف ته داخلېږي او مخکې له دې چې انتان Peritoneum جوف ته انتشار وکړي د سرب يا Omentum يا د ځيګر په واسطه سوری شوی برخه پوښل کېږي او يو Local Abscess جوړوي.

Anatomo Pathologic تغيرات (بدلونونه):

د پتالوژي له مخې لومړی بايد په خپله Perforation او وروسته پريطواني تغيرات چې د Perforation په پای کې مينځته راځي مطالعه شي.

الف: Stomach او Duodenum کې د قرحی Anatomopathalogic بدلونونه ددې سوري شمير عموما يوعددوی او په نادرډول څو perforation په عين وخت کې ليدل کېدای شي نوموړی perforation معمولا د Duodenum قدامي مخ، پيلور يا معده کې موجود وي او ډير لږ دمعدې يا Pylorus په خلفي مخ کې هم ليدل کېدای شي. نوموړی Perforation معمولا د Duodenum په قدامي مخ، پيلور يا معده کې موجود وي او ډير لږ دمعدې يا Pylorus په خلفي مخ کې هم ليدل کېدای شي. Stomach نوموړي Perforation په پای کې پريطوان سره لار پيداکوي د Perforation قطر د نيم څخه تر درې سانتي مترو پورې فرق کوي په لومړي کې Ulcer يواځې Mucose او Sub Mucose طبقې پورې منحصر وي او وروسته عضلي طبقې اشغالوي او په تدريج سره د قرحې فعاليت ژوره خواته پرمختګ کوي او بلاخره Serosa طبقه هم په Ulceration اخته کېږي او بيا د مينځه ځي

www.ketabton.com

Canal پە دیو Perforation نوموړی Perforation پیداکیږي او Perforation پیداکیږي او ډول وي او لرونکې د دوه خولو وي یوه خارجې خوله (پە Serosa طبقه کې) چې Diameter یې لږ دی او بله داخلي خوله چې لوی قطر لري پە دې ډول Ulcer د دننه څخه د باندې خواته د یو مخروط شکل لري.د Ulcer څنډې د سطحې څخه ژورې خواته Infiltrative کلک نسج څخه جوړ شوی دې د معدې یا Pylorus د جدار ټول طبقات پە سوري شوي ځای کې د نوموړي وصف لرونکې وي.

ب: د پریطوان داخلي مایع:

دمعدې محتوي ، افرازات، گازات او غذایي مواد جوړوي له دې کبله Perforation پە پای کې نوموړي مواد د پریطوان جوف تە انتشار کوي د پریطوان پە جوف کې گازات معمولا مخصوصا د ولاړې پە وضعیت Diaphragm لاندې ځای نیسي، چې د تشخیص لپاره ښه لارښود دې . معده عصاره او غذایي مواد د Peritoneum پە داخل کې لومړی د ځیگر لاندې او ښي Iliac Fossa خواته انتشار کوي پە لومړي وخت Chemical Peritonitis او وروسته د ٦ یا ٨ ساعتو څخه د غذایي موادو Micro organism پە فعالیت پیل کوي او General Peritonitis مینځته راوړي.

: Clinical Manifestation

پە ځینې ناروغانو کې Perforation پە دې ډول مینځته راځي چې ناروغ د Peptic Ulcer د پخوانې Symptom څخه حکایه کوي. او حتې زیاته موده تداوی شوی هم وي چې پە دې ډول کې د Clinicat Symptom ترڅنگ Diagnose اسانه وي اما پە هغه صورت کې چې ناروغ د پخواني قرحې حکایه ونکړي او Perforation ناڅاپي ورته پیدا شوې وي Diagnosis ډیر مشکل دی.

د Stomach او Duodenum Peptic Ulcer Perforation اعراض او علایم پە لاندې ډول دي.

۱:- درد

څو ساعته وروسته د غذا خوړلو څخه پە Epigastic ناحیه کې پە ناڅاپي ډول شدید درد پیداکیږي چې وخت پە وخت زیاتیږي او د قطني ناحې پە لور او د Diaphragm د تخریش له کبله اوږې خواته هم انتشار کوي.نوموړې درد وروسته د ۱ څخه تر ۳ ساعتو

www.ketabton.com

کې ټولې ګېډې ته خپرېږي او ناروغ په خپله ټوله ګېډه کې درد احساسوي نوموړي دردونه چې دمعدې د اسید عصاره، صفرا اود پانقراص د Secretion په واسطه د پریطوان د تخریش له کبله مینځته راځي وروسته د ۲ تر۳ ساعتو څخه د پریطوان د Exudation په واسطه Diluted کېږي، چې په دې وخت د ناروغ درد په موقتي ډول کمیږي او وروسته د څو ساعتو څخه چې باکتریا په فعالیت شروع کوي نوموړي درد شدید کېږي.

۲:- Nausea and Vomiting:

کوم دردونه چې اوصاف یې پورته ذکر شو معمولا کانګې او زړه بدوالي سره ملګري وي او هغه وخت چې Pyogenic Peritonitis مینځته راځي زړه بدوالی او کانګې کمیږي او حتې له منځه ځي.

د Duodenum او Stomach د Perforation Sign په لاندې ډول دي.

۱ :- د ناروغ عمومي حالت: ناروغ د بستر د پاسه داسې Position اختیاروی چې زنګنونه د ګېډې د پاسه ټول کړي ترڅو وکولای شي چې دردکم شي اود ګېډې د جدار عضلات ترکشش لاندې رانشي. دناروغی په شروع کې د ناروغ نبض، دوینې فشار، اود حرارت کچه چندان تغیر نه کوي خود پریطوانا یتس د تاسس سره نبض زیات، دوینې فشار ښکته اود حرارت کچه زیاتیږي او ناروغ Toxic حالت غوره کوي. په Inspection سره دګېډې جدار د Parietal Peritoneum د تخریش له کبله د لرګي تختی په شان کلک اوپه ساویستلو کې برخه نه اخلي او معمولاد صدر د سویې څخه ښکته وي. په Palpation سره د ګېډې جدار کلک او شدید Tendernessموجود وي چې په لومړیو مرحله کې Tenderness یواځې د Epigastric په ناحیه کې موجود وي په پرمختللي حالاتو کې په ټوله ګېډه کې Tenderness موجود وي. او حتې Rebound Tenderness او Refered Tenderness موجود وي. په Percussion کې د Perforated ناحیې څخه دازادې هوا د انتشار له کبله د Peritoneum جوف ته د ځیګر Dullness د مینځه ځي . په Auscultation سره د Peritonitis د جوړیدو په مرحله کې Peristaltism ضعیف او یا هیڅ نه اوریدل کېږي او په مقعدې ناحیه کې د Dougus جوف ډک او دردناک جس کېږي.

www.ketabton.com

Diagnosis:

دمرض قطعي تشخیص د Clinical Manifestation ترڅنګ لابراتواري معایناتو په واسطه ترسره کیږي .په دې ترتیب د وینې په معاینه کې Leukocytosis موجود وي. د ګیډې په X-Ray کې چې دولاړې په وضعیت اخستل شوې وي د حجاب حاجز او Liver ترمنځ ازاده هوا موجود وي چې د Gastrointestinal لارې په Perforation دلالت کوي چې داعلامه تشخیصي اهمیت لري.

په Ultrasonography کې د پریطوان په مخ مخصوصا د دوګلاس په جوف کې زیاته اندازه مایعات تجمع کوي او د دوګلاس جوف ډک معلومیږي.

توپیري تشخیص:

۱- Billiary او Renal Colic سره : چې په دې ناروغیو کې دګیډې شدید Tenderness موجود نه وي او په تیر شوي وختو کې هم دناروغ په وړاندې قرحوي دردونه موجود نه وي او د ټولو څخه مهم دا چې د ګیډې په ساده رادیو ګرافي کې د Diaphragm لاندې په ښي طرف کې ازاده هوا موجوده نه وي

۲:- د Intestinal obstruction سره: Intestinal Obstruction دردونه Periodic وي اود ګیډې په X-Ray کې چې دولاړې په وضعیت اخستل شوی وي Hydroairic خیالونه موجود وي.

۳:- Perforated appendicitis سره: په دې ناروغۍ کې درد په ناڅاپي او شدید ډول نه شروع کیږي د درد پیل په Epigastric ناحیه کې او یو یا ۲ ساعته وروسته په ښي MC Burny ناحیه کې Localized کیږي او د Appendicitis په Perforation حالت کې درد په ټوله ګیډه کې انتشار کوي.

۴:-د صفرا د کڅوړې د Perforation سره : په دې ناروغۍ کې د درد شروع ناڅاپي او شدیده نه وي خود Cholcystitis دردونه د څو ورځو په موده کې چې په Right upper Quadrant کې موضعي وي وروسته د ګیډې منتشر درد ته بدلیږي.

۵:- د Acute Pacncreatitis سره : د وینې په معاینه کې Leucocytosis موجود نه وي په تشو متیازو کې د Amylase زیات مقدار موجود وي او دبلې خوا څخه د ګیډې

www.ketabton.com

لکه ځرنګه چې د معدې او اثناعشر په Perforation کې مینځته راځي په Tenderness Acute Pancreatitis کې موجود نه وي .

د ناروغۍ پرمختګ:

که ناروغ د ۳ الی ۴ ساعتو په موده کې تر تداوي لاندې ونه نیول شي او Operation نشي او Perforation ډیر کوچنې وي په دې وخت دمعدې محتوی ډیره لږه اندازه د لیکاژ په ډول د باندې ځي او په دې حالت کې Perforated شوې ناحیه د Peritoneum یا Omentum یا ځیګر په واسطه پوښ کیږي او منتن مواد چې د معدې یا Duodenum څخه خارجیږي هماغه ځای کې محدود پاتې کیږي او Local Abscess جوړه وي که ابسې تداوي نه شي په اخر کې وچوي او Right Iliac Fossa ته انتشار کوي. چې د Appendicitis سره مغالطه کیږي اما د درد شروع او د Tenderness باقي پاتې کېدل د ګېډې په نیمايي برخو کې د امرض د Appendicitis سره فرق کوي . په غیر ددې څخه تر ډیرې مودې پورې د ځیګر لاندې د Abscess په شان سریري تظاهرات ښکاره کوي چې څومودې وروسته Perforated شوې ناحیه د Fibrin Clots په واسطه بندیږي او Abscess د Conservative treatment په واسطه Resorbe کیږي Diaphragm او ځیګر لاندې د ازادې هوا نه موجودیت په قطعي تشخیص وضع کوي.

:Treatment

وروسته د لومړنیو معایناتو څخه چې دهغې له مخې د Stomach او Duodenum د Ulcer Perforation تشخیص کیږي د هر څه نه مخکې ناروغ ته Gastric Tube تطبیق او په دوامدار ډول Suction کیږي ترڅو د معدې ټوله محتوی تخلیه او دامکان تر حده پورې Stomach تش پاتې شي او له بلې خوا په ګړندې توب سره ناروغ ته Crystalloid Fluid او Broad Spectrum Antibiotic تطبیق او عملیات خانې ته انتقال شي.

د Supra umbilical mid-line شق په واسطه Lepratomy اجراکیږي وروسته له دې څخه Perforated شوې ناحیه پیداشوه د کوکونو په واسطه د هغه څنډې سره نژدې شي او دهغه د پاسه Oenetum ګنډل کیږي. (Omento plasty) وروسته له هغه د پریطوان دجوف څخه ټولې زوی او منتن مايعات تخلیه او وروسته د پریطوان ټولې برخې لواژ او

www.ketabton.com

د ګېډې د جوف په ژورو ځایو کې راتلونکې Drainag په منظور رابري Drain تثبیت او د ګېډې جرحه ترمیم کېږي. وروسته د عملیات څخه ترڅو چې په کولمو کې Peristaltism پیل کړې نه وي د Gastric tube دوامدار Suction په واسطه معده باید تشه وساتل شي او دورید له لارې Broad Spectrum antibiotic او Colloid یا Crystalloid مایعات ناروغ ته ورکړ شي وروسته له هغه څخه په کولمو کې Peristaltism پیداشو Gastric Tube ایستل کېږي او ناروغ لپاره د Anti acid او Anticholinergic دواګانو سره یو ځای مایع غذایي رژیم او وروسته نیمه جامد او په اخر کې نورمال غذایي رژیم ناروغ ته توصیه کېږي وروسته له هغه چې انتاني حالت په مکمل ډول د مینځه لاړ او د ناروغ عمومي حالت تقریبا نورمال شو.

د لومړي عملیات په تعقیب لږ تر لږه درې میاشتې وروسته د Stomach او Duodenum د Ulcer د Radical تداوي په منظور دویم عملیات یانې Gastrictomy اجراکېږي. د پټ Perforation په صورت کې چې د Local Abscess جوړشوی وي او یا په هغه صورت کې چې ناروغ د عملیات د تحمل قدرت ونه لري د Taylore د تداوي میتود څخه استفاده کېږي یانې معدې په Gastric Tub تطبیق د Suction په واسطه چې په دومدار ډول اجراکېږي معده تشه ساتل کېږئ.

د څو ورځو په موده کې چې ددې تداوي په څنګ ناروغ ته Broad Spectrum Antibiotic د I.V له لارې ورکول کېږي البته د I.V Fluid (مایعاتو) سره . ددې تداوي سره Perforated ناحیه د فبرین د تولید په واسطه بندیږي وروسته Local abscess رشف کېږي په اولو ورځو کې ناروغ ته مایع او څو ورځې وروسته عادي رژیم ورکول کېږي. او درې میاشتې وروسته Radical Treatment یانې Gastrectomy اجراکېږي.

www.ketabton.com

دمعدې او Duodenum وینه ورکوونکې قرحه:

د موضوع د پوره ښکاره کولو لپاره بهتر ده چې د Upper gastro intestinal لارې د نذفونو په هکله خبرې وشي.

Classification:

۱- Peptic Ulcer :

د معدې معايي لارې د پورتنۍ برخې نذف ۵۰% جوړوي يا په بل عبارت سره ۵۰% هغه Bleeding جوړوي چې د نوموړي Bleeding سرچينه د Lig Trietz څخه پورته واقع وي چې Duodenal Ulcer څلورچنده نسبت ته په Stomach Ulcer Complication اخته کيږي.

۲:- د معدې دمخاطي غشا حاد تخريش يا Acute Gastric Mucosal Erosion :

چې د Gastrointestinal Tract د پورتنۍ برخې Bleeding% ۳۰ واقعات جوړوي او د Stomach د Mucos layer د تخريش له کبله منځته راځي چې امکان لري؛ نوموړی تخريش د مخاطي غشا په يوه برخه کې او يا په پراخه ډول د Stomach ټول Mucose Membrane په تخريش مصاب شوی وي. چې اسباب يې عبارت دي د شديد Stress، پراخه سوځيدنه، دالکول زياد او لوړ فيصد څکل او د ځينې دواګانو لکه Aspirin، Sreroids او Phenylbutazon دوامداره خوړل او نور.

۳:- Hialtal Hernia :

چې د Gastrointestinal Teact د پورتنۍ برخې Bleeding۱۰% واقعات جوړوي چې په Sliding Hiatal hernia د Bleeding شدت د Esophagitis په شدت پورې اړه لري همدارنګه په Para esophagial hernia کې هم نذف مينځته راځي چې د Stomach او Fundus د Mucus membrane تخريش دي چې د Hiatal hernia g د Ring تر فشار لاندې واقع کيږي.

www.ketabton.com

۴:- د معدې Carcinoma :

د Tissue کانسري چې کېږي سبب Bleeding هغه وخت د Stomach Carcinoma لاندنی طبقې د ګاونډې اوعيې جدار تخريب کړي نومورې نذفونه عموما شديد نه وي، چې په شکل کې دمعدې کانسر ښودل شوې دې.

۵:- د Stomach Mucosal Prolaps او د Duodenum Divertiles او Endometrios هم د Bleeding سبب کېږي. چې فيصدي يې لږده خو په دې ځاې کې صرف د هغه نذفونو څخه بحث کېږي چې د هغه سرچېنه د د Stomach او Duodenum څخه وي البته هغه Bleeding چې سرچېنه يې د Stomach او Duodenum څخه نه وي د نورو ناروغيو په مربوطه مباحثو کې د هغه څخه يادونه کېږي.

Anatomopathalogy:

۲۰% Peptic Ulcer نومورې اختلاط مينځته راوړي او ۴۰% ناروغان چې په دې اختلاط مصاب کېږي د مينځه ځي د Duodenum Ulcer Bulbus د شا په جدار کې موقعيت ولري داځکه چې Art. Gastro duodenal د Duodenum Bulbus شا جدار سره نژدې تماس لري هغه ناروغان چې په هغوې کې د قرحې د Perforation او د Bleeding اعراض يو ځاې موجود وي عموما د دوه قرحو لرونکې وي، چې يو په شا جدار کې د نذف سبب کېږي او بله په مخکنې جدار کې چې Perforated شوې وي. په ۱۵% واقعاتو کې نذف کتلوي وي او په ۱٦% واقعاتو کې Bleeding لمړنې عرض وي Gastric Ulcer هغه وخت د Bleeding سبب کېږي چې Ulcer د معدې په Lesser curvature کې موقعيت ولري دا ځکه چې Art. Gastrica R موازي او ډير نژدې د Lesser curvature سره غزيدلي وي کله چې د Duodenum او Stomach قرحې د نذف سبب شي نومورې وينه د کانګو سره د خولې څخه د باندې راځي چې د Hematemesis په نوم يادېږي او که د مقعد له لارې څخه د ډکو متيازو سره د باندې راځي د Melana په نوم يادېږي وينه که د Melana يادا Hematemes په شکل د باندې راځي د تور رنګ لرونکې وي ځکه چې په هغه کې هم د Digestion عملي صورت نيسي يا په بل عبارت هموګلوبين د معدې اسيدې او معايي انزايمو تر تاثير لاندې په Heme او کسيدايز شي

www.ketabton.com

او په Hematin بدلیږي چې نوموړي ماده تور رنګ لري د Infiltrative او کلکه ناحیه کې صورت نیسي د اوعي غوڅ شوي یا وران شوي جدار تقلص نشي کولای او په دې ډول د نذف څخه مخنیوي نه کیږي .

Pathogenesis:

د Hypovolumic شاک مینځته راتلل او د وینې د سیستولیک فشار کموالي د ضایع شوې وینې په کچه او د هغه په مقابل کې د ناروغ عکس العمل سره اړه لري یا په بل عبارت سره هر څومره چې زیاته وینه له لاسه ورکړ شي په هماغه کچه Hypovolumic shock شدید وي.

له لاسه ورکړ شوي وینې کچه د Hematemesis او Melana د تعین له مخې امکان نه لري دا ځکه چې د Hematemesis او Melana سره د معدې عصاره او Intestinal Secretion او ډکې متیازې هم یو ځای وي همدارنګه د Hemoglobin او Hematocrite کچه کولو له مخې د لاسه ورکړ شوی وینې کچه تعینولیی نشو یوازینې وسیله چې دهغه له مخې د لاسه ورکړ شوې کچه تعینیولای شو د Hypovolumic Shock د سریري تظاهراتو څخه عبارت دی په دې ډول چې Bleeding په پیل کې د vasovagal Reaction په واسطه ناروغ ته Bradycardia پیداکیږي او وروسته ورو ورو د وینه ورکولو د زیاتوالي او د زیات کچه دوینې د لاسه ورکولو له کبله د زړه ضربان زیاتیږي او زړه خوله کمیږي او مخکې له دې چې د کتلوي وینه ورکولو نتیجه د عضویت په نورو برخو کې ښکاره شي که چیرې ناروغ د خپل عضویت نیمایي وینه له لاسه ورکړې وي د coronary دوران د خرابیدو له کبله په E.C.G کې د زړه Ischemia تثبیتیږي.

دوینې له لاسه ورکولو په مقابل کې د عضویت بل غبرګون په پښتورګو کې ښکاره کیږي په دې ډول چې په کراره کراره دوینې د لاسه ورکولو له کبله د تشو متیازو په افراز کې هم کرار کموالی مینځته راځي او که ناروغ خپله نیماي وینه له لاسه ورکړي امکان لري له دې بیخي Anuria پیداشي له دې کبله دوینې له لاسه ورکولو له کبله مخصوصا که ناروغ خپله نیمایي وینه له لاسه ورکړي وي ټول حیاتي غړي لکه زړه ، ماغزو، ځیګر، پانقراص او پښتورګې په Ischemia اخته اود دوې په وظایف کې خرېړتیا او عدم کفایه مینځته راځي . چې په اخر کې ناروغ د مړه کېدو خواته ځي.

www.ketabton.com

:Clinical Manifestation

دسریري له نظره نوموړي Bleeding په هغه خلکو کې لیدل کېږي چې د Peptic Ulcer سابقه ولري. په ۱۰% واقعاتو کې د Peptic Ulcer د ناځاپي Hematomesis او Melana سره پیل کېږي چې نوموړې Bleeding د خپلو مخکېنې علایمو په واسطه پیل کېږي یانې مخکې له دې چې د Bleeding علایم لکه Hematemesis او Melana مینځته راشي ناروغ نارام او سپین معلومېږي ناروغ سر چرخیږي او کله چې وغواړي چې ودریږي په ضعیفیت او بی حالی معروض کېږي همدارنګه د Bleeding د منځ ته راتلو څخه څو ورځې مخکې ناروغ ته Epigastric برخې درد پیداکېږي وروسته له دې چې کافي مقدار یانې اضافه د ۳۰۰ ملي لیتر وینه په معده کې ټوله شي په پیل کې ناروغ ته زړه بدوالی او وروسته د هغه ناڅاپي Hematomesis پیداکېږي همدارنګه وروسته د Hematomesis څخه ناروغ ته Melana پیداکېږي.

د Duodenum شدید Bleeding د وینې د تیریدو له کبله د Pylor څخه معدې خواته د Hematomesis سبب کېږي اما د Duodenum لږ Bleeding د Hematemesis سبب نه کېږي او صرف یواځې د Melana سبب ګرځي په هغه صورت کې چې Bleeding ډیر شدید وي ناروغ ژر په Hypovolumic Shock اخته او د مینځه ځي او غیر له دې څخه که چیرې Bleeding شدید نه وي دوینې له لاسه ورکولو سره موازې د Hypovolumic شاک اعراض مینځته راځي. داسې هم شوې دي چې یو وار Bleeding پیدا شوې وي او بل وار نه وې پیداشوې اما نوموړې حادثه فوق العاده لږ دی ځینې وخت Bleeding پیل شې او وروسته د یوه یا دوه ورځو لپاره توقف وکړی او بیا دوباره پیل کوي.

تشخیص:

د Bleeding Ulcer Peptic په تشخیص کې د نـذف تاریخچه او Clinical Manifestation مهم رول لري او په دویمه مرحله کې د نـذف سیر سریري لوحه تشخیصي اهمیت لري د قطعي تشخیص په هکله Gastrocopy ضرور دي دوینې په معاینه کې دوینې urea nitrogen زیات نه وي.

www.ketabton.com

توپیري تشخیص:

۱ :- دهغه نذفونو سره چې منشا يې د Esophageal Varices وي.

د Esophageal Varices په Bleeding کې ناروغان د ځیګر د Cirrhosis تاریخچه لري او له بلې خوا څخه په ناروغانو کې کوچنې پوستکې Hemangioma، Hepatomegaly، Splenomegaly اود ګېډې پوستکې لاندې وریدي شعبات موجود وي دوینې په معاینه کې Neutrophyl او Platelet دنورمال په نسبت لږوي د Bromo sulfatalin په Test کې د نوموړي مادي احتباس د ۳۰٪ څخه زیات وي چې د ځیګر په عدم کفایه او دمرۍ په Varices دلالت کوي دوینې Urea nitrogen سویه د Esophageal Varices په نذفونو کې لوړنه وي(د Peptic Ulcer په نذفونو کې هغه وینه چې دمعدې څخه Intestine ته داخلیږي وروسته د هغه د تجزیه او تخریب څخه چې زیات مقدار Aminoacid او Nitrogen احتواکوي جذبیږي چې په پای کې دوینی Urea nitrogen سویه لوړیږي که د ځیګر عدم کفایه موجود وي جذب شوي مواد د وینې د تخریب له کبله په ځیګر کې په یوریا بدلیدای نشي له دې کبله د وینې Urea nitrogen سویه لوړیږي) اما د Esophageal Varices په هکله دځیګر د عدم کفایې او د Portal hypertension له کبله د وینې د Amonia سویه لوړه وي.

د Gastroscopy یا Esophagoscopy په واسطه د Esophagus ورکونکې Varices په سترګو لیدل کیږي.

۲:- **Melary Weiss** سندرم سره :

نوموړي سندروم معمولا په الکولیک کسانو کې منځته راځي او هم ځینې تسممات چه د کانګو سبب کیږي او ځینې حامله ښځې مخصوصا په لومړی Trimester کې چې شدیدې کانګې کوي هم مینځته راځي په دې ډول چې دزیاتو او شدید کانګو له کبله په زور سره Cardia پراخیږي او دهغه په Mucusa کې اوږده چاودیدلي شقونه مینځته راځي، چې شدید نذف ورکوي او دهغه څخه وروسته Hematemesis مینځته راځي.

www.ketabton.com

۳:- د **Stomach Acut mucosal Erosion** سره :

ناروغـان پـه خپلـه تاریخچـه کـې د ځینـې دواګـانو لکـه Aspirin ، Steroids او Phenylbutazon د دوامدار خوړلو څخه حکایه کوي یادا چې ناروغ په Polytrauma یا پراخه سوځیدنې باندې اخته وي .

۴:- دهغه نذفونو سره چې منشاء یې Hiatal Hernia وي .

په دې حالت کې ناروغ په خپله تارخچه کې د زړه د برخې سوځیدنې د Sternum په شا کې درد مخصوصا وروسته د ډوډې خوړلو یا د Hyper extention په حالت کې خبرې کوي.

۵:- د **Marginal Ulcer** دنذفونو سره.

چې په دې حالت کې ناروغ باندې پخواد Gastrictomy عملیه اجراشوې وي .

٦:- دهغه نذفونو سره چې د Hematobilia منشا لري.

دانوع نذفونه وروسته د صدري او بطني ترضیضاتو څخه مخصوصا چې ضربه د ځیګر په سیمه کې وارده شوی وي مینځته راځي، چې د Hematemesis سره یو ځای ناروغ لړ ژیړې لري او د ګیډې په Right Upper Quadrant کې درد حس کوي.

۷:- دمعدې د کانسر د نذفونو سره :

ناروغ د پخواني Epigastric برخې درد مخصوصا وروسته د غوښې د خوړلو څخه کیسې کوي د ناروغ عمر عموما د ۵۰ کالو څخه زیات وي شدیده بی اشتهایي او ډنګرتوب موجود وي او جس سره په Epigastric برخه کې د جس وړغوټه موجوده وي.
په اخر کې باید وویل شي چې د Esophagoscopy او Gastroscopy معاینات په تشخیص او تفریقي تشخیص کې باارزښت رول لري او د نوموړی معایناتو په واسطه د نذف سرچینه معلومیږي.

www.ketabton.com

درملنه:

۱:- Medical Treatment

لومړنې اهتمامات: که د ناروغ عمومي حالت ښه اود یوې اونې را پدې خوا لړه Melana یا Hematemesis ولري مانا یې داده چې Bleeding شدید نه دي . دا ناروغان په روغتون کې بستر او وروسته د معایناتو د تکمیلیدو څخه په Selective ډول Radical Treatment لاندې نیول کیږي.

هغه ناروغان چې شدیدا Hematemes یا melana ولري دیو عاجلې پیښې په ډول د ژوند د ژغورنې په منظور ورته په لاندې ډول اهتمامات ونیول شي.

۱:- په عاجل ډول دناروغ حیاتي علایمو څیړنه، د Iso group وینه او اکسیجن ورته تطبیق شي.

۲:- د څو دقیقو په موده کې د Peptic Ulcer، Acure gastritis د I liatal Hernia او Melary Weiss سندروم چې ۲۵٪ د معدې معایي د پاسنې برخې نذف جوړوي په برخه عمده سوالونه مطرح شي تر څو د نذف احتمالي سرچینه معلومه شي اما د Esophegeal Varices په هکله په عوض ددې چې د ناروغ څخه پوښتنه وشي ښه داده چې د ناروغ په وجود کې د ژیړې، حبن، Hepatomegaly ، Splenomegaly اود ګیډې په جدار کې وریدي ترسمات ولټول شي.

۳:- په تقریبې ډول دلاسه ورکړ شوي وینی مقدار او د Bleeding چټکتیا تعین شي.

۴:- د Shock دکچې د تعینولو لپاره په احلیل کې کتیتر واچول شي یا دا چې د مرکزي ورید فشار اندازه شي.

۵:- یو Nasogastric Tube چې لوی قطر ولري دناروغ په معده کې لارښوونه او تثبیت شي او د دې تیوب له لارې دوینې پړن شوي کتلې دمعدې څخه دباندې وایستل شي او معده د یخو اوبو سره لواژشي.

٦:- وروسته د پاسني اهتماماتو څخه دناروغ د ورید څخه ۱۰ ملي لیتره وینه د Hemoglobin، Hematocrite، او دوینې د Urea Nitrogen د تعینولو لپاره واخیستل شي.

www.ketabton.com

۷:- د شپږ دقیقو په موده کې د ناروغ Pupils، Temperature ، Blood Pressure د Respiration Rate شمیر او د تش متیاز افراغ باید کنترول او ولیکل شي.

۸:- د ۲۰ ملي ګرامو په کچه ویتامین K ناروغ ته تطبیق شي.

۹:- ناروغ ته تر هغه وخته پورې وینه ورکول کېږي چې Hemoglobin یې ۱۲ ګرام په ۱۰۰ ملي لیتر وینه کې او Hematocret یې تر ۳۵٪ پورې ورسیږي.

پورتني اهتمامات باید په روغتون کې د دوه تر درې ساعتو په موده کې تکمیل او ناروغ شاک څخه وایستل شي وروسته د نذف قطعي سرچینې د معلومولو لپاره یا د تشخیص تایید په منظور Endoscopic Exam اجراکېدای شي. تجربه ښودلی دی چې د Endoscopy examination خطر د bleeding د خطر په مقابل کې بیخې لږ دي مخصوصا اوس endoscopy الې مینځته راغلي دي د Endoscopy خطر بیخي دمنیځه تللې دي.

Medical Radical Treatment:

تقریبا ۷۵٪ ناروغان چې د Hematemesis او Melana سرچینه یې Peptic ulcer وي د طبي تداوي په واسطه روغ کېږي هغه وخت چې ناروغ د پورتني اهتماماتو سره د شاک څخه ووت او Vomiting یې ودرید په لومړی وخت کې باید هڅه وشي، چې وینه ودریږي له دې کبله ناروغ ته هر یو ساعت وروسته ۳۰ ملي لیتره Anti acid او په ۲۴ ساعتو کې Antibiotic البته د cephalosporin مشتقات ورکړل شي. حتې ځینې مولفین عقیده لري چې دمعدوي تیوب له لارې په دومداره توګه څاڅکې Antiacid د یخ اوبو سره ځای ورکړ شي وروسته د ۱۲ تر ۲۴ ساعتو څخه امکان لري چې نذف ودریږي که په دې موده کې ناروغ دلوږې احساس وکړي د تحمل په صورت کې د ۹۰ دقیقو په فاصله کې ۹۰ ملی لیتره شیدې د خولې له لارې ورکړ شي.

ددې تداوي په دوران کې باید د ورځې دوه وارې HCT د تعینولو په منظور د ناروغ د ورید څخه وینه واخستل شي داکتر د نذف د منځته راتلو څخه خبردار اوسي Anticholinergic دواګانې د نذف په بندولو کې کوم رول نه لري باید ورنکړل شي وروسته ورو ورو او په تدریج سره ناروغ ته قرحوي غذایي رژیم ورکړل شي ددې لپاره چې نذف بیا مینځته رانشي هڅه وشي چې درې میاشتو په موده کې د ناروغ Hemodynamic

www.ketabton.com

تشوشات اصلاح اود انتخابي یا Selectivegastrectomy لپاره اماده شی غیر له دې څخه جراحي عملیات په عاجل ډول په لاندې حالاتو کې استطبات لري.

۱:- که سره د پورتني اهتماماتو لږ مقدار نذف ادامه او د درې ورځو څخه زیات دوام وکړي.

۲:- که ناروغ ته هر اته ساعته وروسته وینه تطبیق اما د HCT کچه کمه پاتي شي اونبض یې ګړندی وي.

۳:- که ناروغ د یو لیتر څخه زیات وینه ضایع کړي او د پورتني اهتماماتو سره سره د شاک څخه ونه وځي.

۴:- که نذف په کتلوي یا Massive ډول تکرار پیداشي.

۵:- که دناروغ عمر د ۵۰ کلو څخه زیات وي دنذف په شروع کې باید عملیات شي(ځکه چې نوموړي ناروغان د Massive نذف په مقابل کې مقاومت نه لري)

د معدې Polyp:

د معدې پولیپ یا دمعدې Polypoid adenoma یا Poly posgastritis دمعدې یو سلیم تومور دې چې په لاندې ډول Classification شوې دی.

۱:- د تعداد له نظره : دا تومور په Single (یوه عدد) یا Multiple (څو عدد) وي .

۲:- دغټوالي له نظره :

الف: هغه پولیپونه چې د ۲ سانتي مترو څخه لږ قطر لري او خباثت ته تحول نه کوي .

ب: هغه Polyps چې د ۲ سانتي مترو څخه زیات قطر لري او خباثت ته تحول کوي .

اوهر څومره چې Polyp غټ وي په هماغه اندازه خباثت ته تحول یې ډیر وي .

Incidence: دمعدې ۵ تر ۱۰% تومورونه تشکېلوي او وروسته دمعدې د Carcinoma څخه په دویمه درجه قرار لري او ۹۰ څخه تر ۸۰% واقعات یې Neoplastic خاصیت پیداکوي دا پولیپ زیات په هغو خلکو کې لیدل کېږي چې د دوې عمر د ۵۰ کالو څخه زیات وي.

www.ketabton.com

:Pathology

که داتومورونه د ۲ سانتي مترو څخه لږ قطر ولري عموماً Pedical ، Isolated یا ذنب یا سویق لرونکې او په خپله ځوکه کې یوه قرحه لري اود تومور چارچاپیره مخاطي غشا Atrophic ښکارې . له دې کبله په ځینې واقعاتو کې د Polypos Gastritis په یاد شوې دي. کوم پولیپ چې د دوه سانتې متر څخه زیات قطر لري Malignatcy خواته میلان لري اود Neoplastic اپتیلیل لرونکې وي او کوم Mucus Membrane چې داتومور چاپیر کړې وي بیخې Atropic وي اوپه ۳۰٪ واقعات کې دا نوع پولیپونه دمعدې د کارسینوما سره یو ځای تصادف کوي.

:Clinical Manifestation

په عمومي ډول ناروغان د Epigastric په ناحیه کې درد حس کوي ، ناروغان بی اشتهائی یا Anorexia لري او څرنګه چې د Polyps ځوکه قرحوي او وینه ورکوي ناروغان Anemic وي او حتی Pernicious Anemia لري او له هغه ځایه چې ناروغان Hypochlohydria لري عموما وروسته د ډوډې خوړلو څخه دمعدې Distention او Epigastric ناحیې دروندوالی د غذایي موادو نه هضمیدو له کبله پیداکېږي. که Polyp پیلور ته نژدې موقعیت ولري د معدې دانسدادي اعراض په تام یاناتام شکل د Epigastric ناحي درد چې د Nausea او Vomiting سره یو ځای وي ښکاره کوي .

:Diagnosis

د ناروغۍ قطعي تشخیص د X-Ray او Gastroscoplc او ددې لارې د Biopsy اخستو په واسطه وضع کېږي.

د X-Ray په لوحه کې چې د Radiopac مواد د خوړلو څخه وروسته اجراکېږي د معدې په مینځ کې پولیپ د یو Difect په څیر یانې دسپین ساحې په مینځ د یو تیاره شکل په ډول معلومیږي چې منظم ، مدور خیال او لرونکې د Pedical معلومیږئ او داخیالونه امکان لري.

یوه یا څو عدد وي د Gastroscopy په واسطه نه یوائې تشخیص قطعي وضع کېږي بلکه د Gastroscopy له لارې پولیپونه د Electrocatery په واسطه سوزول کېږي

www.ketabton.com

اوا یستل کېږي . همداسې کوم پولیپ چې ایستل کېږي د پتالوژي معاینې په واسطه Neoplastic او غیر Neoplastic تشخیص کېږي.

درملنه:

که Gastrocope په لاس کې وي ددې الې له لارې د Electrocatery په واسطه قطع او ایستل کېږي او که دا اله په لاس نه وي د **G**astrostomy په واسطه د یوه اندازه چارچاپیره نورمال Mucose Layer سره ایستل کېږي.

اوکه ولیدل شو چې د Polyps قطر د ۲ سانتي مترو څخه زیات وي نو باید Gastrectomy اجراشي په هغه حالاتو کې چې Polyps وروسته د عملیات څخه بیا پیداشي یا داچه دمعدې Diffuse Polypoid وي Total gastrectomy اجراشي.

Gastric Vaulvulus:

معده امکان لري چې پر خپل طولانې محور باندې Organ Axial Valvulus یا داچه پرخپل عرضاني محور باندې (کوم خط چې کوچنې انحنا د نیمایې برخې څخه ترنیمایي برخې د کبیر انحنا پورې غزیږي) Mesentenc Axial Vulvulus تدور کې خو دمعدې Vulvulus په طولاني Axise باندې ډیر عمومیت لري.

او عموما د Non esophageal یوه تشوش سره یوځاې وي همداسې کوم وخت چې د Diaphragm په چپ طرف کې Evantration موجود وي کولون پورته خواته ځي او خپل ځان سره Lig. Gastro Colic پورته کش کوي او پدې ډول معده په اسانې سره تدور کوي.

Clinical Manifestation:

دمعدې تدور د شدید ناڅاپي Epigastric درد سبب ګرځي چې د درې تشخیصي علامي سره ملګرې وي چې د Brochard Triad سره په نامه یادیږي او عبارت دې له:

۱- د زړه بدوالي په تعقیب ناروغ ته کانګې عکسه پیداکیږي اما ناروغ کانګې نشي کولای.

۲- د Epigastic ناحې Distention او ددې ناحې Local درد.

۳- دمعدې تیوب نه داخلیدل په معده کې.

که معدې Acute شکل Distention کړی وي د تدور کړی ناحې د نکروز له کبله په معده کې شدید نذف واقع او ناروغ شاک حالت پیداکوي.

www.ketabton.com

دمعدې مزمن تدور یا ناتام تدور چې د تل لپاره منیځ ته راځي د وصفي سریري تظاهرات سبب نه کېږي ناروغ همیشه په Epigastric کې د Intermittent pain چې Cramp ډوله دی شکایت کوي .

Diagnosis:

د Brochard Triad او X-Ray په واسطه وضع کېږي. Radiography Exam د Acute Vuluvlus په حالت کې که ناروغ ته Gel Barium Sulfat ورکړ شي نوموړی مواد معدې ته نه داخلیږي بلکه د Cardia په برخه کې ځای په ځای پاتې کېږي.

د Chronic Vulvulus په صورت کې Gel Barium Sulfat د درد په وخت کې ناروغ ته ورکړ شي چې وخوري د یوې نري خط په ډول Esophagus ته معدې سره ارتباط ور کوي.

Treatment:

Acute Vulvulus په حالت کې Lepratomy اجرا د معدې تدور ارجاع د ګېډې د جدار په قدامي نتې برخه کې معده تثبیت کېږي (Gastropexy).

د Chronic Vulvulus په حالت کې که عموما د Hiatal Hernia سره یو ځای وې وروسته ددې څخه چې Hiatal Hernia ارجاع او ترمیم شود Gastropexy عملیه اجراشي.

د معدې سقوط (Gastric Ptosis):

تعریف: دمعدې د موقعیت د تغیر څخه عبارت دې چې د درې اناتومیک تغیراتو سره متصف وې .

۱- معده په خپل طولاني Axis باندې اوږد یږي.

۲- دمعدې استنادي برخې (Cardia او Pylorus) د خپل طبعي موقعیت څخه ښکته راځي.

۳- دتل لپاره معده Atonic حالت لري یا په بل عبارت د معدې عضلې طبقې خپل نورمال تقلصي حالت له لاسه ورکړی وي.

اناتومیک یادونه:

د اناتومي له نظره معده یو متحرک عضوه ده چې دوه استنادي برخې لري دمعدې پاسنې برخه د Cardia په شمول د Diaphragme سره ارتباط لري.

www.ketabton.com

او دمعدې ښکتنۍ برخه د Duodenum لومړۍ برخې سره چې د Duodenum دا برخه او نورې برخې د پریطوان په واسطه د ګېډې په خلفي برخه کې تثبیت دي.
په نورمال حالت د رادیو ګرافي په لوحه کې چې معده دباریوم سلفات محلول په واسطه ډکه شوې دې او X-Ray دولاړ په وضعیت اخستل شوی وي دمعدې Antrum دهغه فرضي کرښې چې دده Crista Iliac سره اتصال ورکوي پورته واقع وې او تر هغه پورې ویلاې نشو چې معده سقوطي دې ترڅو دده نور اناتومیک تغیرات موجود نوي.

Pathogenesis:

ښه واضح نه دې ځینې مولفین نظر وړاندې کوي، چې دمعدې د جدار Atonia دمعدې د سقوط سبب ګرځي او ځینې مولفین نظر څرګندوي چې د عصبي Dystonia له کبله معده سقوط کوي.

Clinical Manifestation:

ناروغان همیشه د Dyspeptia او د غذا د خوړولو څخه وروسته Epigastric ناحیه کې دروندوالې حس کوي خو د استراحیت په حالت کې او کوم وخت چې د ستون ستاخ څملي نوموړی دروندوالی دمنیځه ځي.
د ولاړې په وضعیت چې ښکته کېږي دهغه محتوي اثناعشر خواته نه ځي اود معدې جدار باندې فشار واردوي او دمعدې عکسوي کانګې پیداکېږي او داکانګې دوامدار وي او ناروغ ډنګر او Malnutrition خواته ځي له دې کبله ناروغان کوشش کوي چې وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه دوه یا درې ساعته استراحت وکې ترڅو غذایي مواد اثناعشر خواته لاړشي.

Diagnosis:

مطلق تشخیص د Radiography په واسطه وضع کېږي څرنګه وروسته ددې څخه چې معده د باریوم سره ډک شوې وي او X-Ray اجراشي درې اناتومیک تغیرات د لیدو وړ وي څرنګه چې معده اوږده Peristaltism ضعیف اود معدې د پیلور او Cardia د Diaphrgam څخه زیادتر د ۳ سانتي مترو څخه ښکته وي اود پیلورس د L۲ د فقرې د حذا څخه ښکته وي

www.ketabton.com

درملنه:

د جراحي عمليات په واسطه Lig. Gastro Colic د کبد د قدامي جدار په داخلي برخه کې دمعدې د نورمال موقعيت په سويه تثبيت کېږي.

د معدې کانسر (Gastric Carcinoma):

احصائيوي معلومات:

د جنس د نظره په نارينه کې نسبت ښځو ته دوه چنده زيادتر ليدل کېږي،د سن له نظره مرض د ۵۰ کلنۍ څخه پورته عموميت لري خو متوسط سن د معدې د کانسر د پاره ۶۳ کاله قبول شوی دی.

په جاپان کې ناروغی زيات تصادف کېږي او په هرو ۱۰۰۰۰۰تنو کې ۷۰کسه په دی مرض اخته دي حال داچې په امريکا کې ۱۰ کسه په سل زره تنو کې دا مرض لري.

اسباب:-

د معدې د کانسر اساسی او اصلی اسباب د وجود د نورو برخو کانسرو په شان نامعلوم دی اما لاندې فکتورونه د Predisposing عوامل د معدې د کانسر لپاره قبوله شوی دی.

۱:-**محيطي عوامل:-** په استوايې ممالکو کې د معدې کانسر لږ تصادف کوي، د مرض وقوعات زياتره په جاپان کې وي، په عمومي ډول په ښارونو کې نسبت کليو ته زيات وي.

۲:-**غذايي رژيم:-** په امريکا کې يواځينې غذايي مواد، چې د هغه زيات مصرف د معدې د کانسرو په پيداکېدو کې زيات رول لری عبارت د کرم (کېبچ) دی. د ځينې راپورو له مخې هغه خلک چې ماهي زيات خوري په هغوی کې د معدې د کانسر وقوعات زيات دی اما په جاپان کې چې د معدې کانسر وقوعات زيات دی د مالګې او مخصوص مرچ څخه خلک زيات استفاده کوي.

۳:-**ارثيت:-** يو تن چې د معدې په کانسر اخته دی ډير امکان لري چې د معدې د کانسر فاميلي تاريخچه ولري، هغه خلک چې د هغوی د وينې ګروپ يې (A) دی د معدې د کانسر د پيدا کېدو خطر نسبت نورو خلکو ته ۲۰ فيصده زيات دی.

www.ketabton.com

۴:-اتروفیک ګسترایتس او اکلورهیدریا:- کوم ناروغان چې د کلو کلو راپدیخوا اتروفیک ګسترایتس لری د دوی له جملې څخه لس فیصده یې امکان لري د معدې په کانسر مبتلا شي، ګسترایتس که د کلمی د میتا پلازما سره یوځای وي د معدې د کانسر یومقدم مرحله ګڼل کیږی. او امکان لري چې وروسته په معده کې د التهابي مخاطي غشاء په سر کانسری نسج پیدا شي.

اتروفیک ګسترایتس چې د معدې د کانسر سره یوځای وی امکان لري د اوتوایمون Autoimmum شکل ولري چې د Pernicious anemia سره هم اشتراک کوي.

اوس ثابته شویده چې د معدې د کانسر ۵۰٪ ناروغان اکلورهیدریا لري او د اتروفیک ګسترایتس بد لیدل په کانسر کې هم امکان لري چې د اسید د کموالي له کبله وي، هغه خلک چې د A ګروپ وینې لرونکې دي او یا تنباکو استعمالوي پیښې په کې زیاتې وي، د تنباکو استعمال هم د کانسر په پیدا کېدو کې رول لري.

۵:-د معدې قرحه او دهغه مناسبت د معدې د کانسر سره:- پخوا داسې فکر کېده چې د معدې د کانسر او د معدې د قرحی په منځ کې یو مناسبت موجود دی، او د ډیرو کلو د پاره ټول مؤلفین پدې عقیده وه چې د معدې قرحه د وخت په تیریدو سره خباثت خواته ځي، اما اوس دا عقیده ضعیفه شوې ده او اکثره مؤلفین داسې نظریه څرګندوي کوم قرحات چې د خباثت خاصیت لري له اوله خبیث دي او هغه قرحات چې د خباثت خاصیت نه لري له اوله هم سلیم وي اما په معده کې د قرحې مشترک موقعیت د کانسر سره پخوانی عقیده لږ تقویه کوي څرنګه چې د معدې قرحه اکثر وقوعاتو او د معدې د کانسر نیمایې وقوعات یې د معدې په صغیر انحنا موقعیت لري.

همداسې د یو شمیر پتالوګانو له خوا نیوپلاستیک حجرات د سلیم قرحی په ټنوندو کې تثبیت شویدی. او دا معلومه نده چې د کانسری نسج مرکزی برخه نکروز کړی او قرحوی شکل موندلی دی یا داچې یو سلیم قرحه په کانسر بدل شوی دی او دهغه په شونډو کې کانسر حجرات تشکل کړی دی. په هرحال اوس دا موضوع تر مناقشې لاندې دي او وروستني تحقیقات دې سوال ته ځواب وایي.

www.ketabton.com

۶:- کوم ناروغان چې H.Pylori د Atrophic Gastritis له کبله پیدا کړی وي زیاتره د معدې په کانسراخته کیږي، اوس تقریباً معلومه شوې ده چې د معدې د کانسر د پیدا کیدو او د H.Pylori اړیکې موجودې دي.

پتالوژي:-

۱:- مایکروسکوپیک معاینات:-

د معدې کانسرونه یا ادنوکارسینوما دي، چې د معدې د غدوی اپیتل څخه منشاء اخلی یا داچې اسکواموزسل کارسینوما دی چې توموري حجرات د معدې د علوي برخې د مخاطی غشاء څخه منشاء اخلی او ښکته ټول معده به ثانوی ډول ماوفوی دا ډول کانسر اصلاً د مری د اپیتل څخه منشاء اخلي.

۲:-مکروسکوپیک معاینه:

د مورفولوژی له نظره د معدې کانسر په لاندې ډول تقسیم شویدي.

الف: پولیپوئید (Plypoid):

۲۵٪ زیاتره د معدې په فواد اوو فوندوس کې موقعیت نیسي ډیر وروسته میتاستاز ورکوي او په داخل د معده د ګل کرم په شان وده کوی د میکروسکوپیک معاینې له نظره یو ادینوکارسینوما ده، چې حجرات یې قابل د تفریق دی.

ب: اولسراتیف کارسینوما Ulcerativ carcin :-

۲۵٪ زیاتره د معدې صغیرانحناء او په پیلوریک انتروم کې موقعیت نیسي او ژوره د معدې په جدار کې پرمخ ځي او د معدې د جدار ټول طبقات اشغالوی په مجاور اعضاو کې تجاوز کوي د معدې په رادیوګرافی پاڼه کې د معدې د جدار رد مادې ضیاع په شکل معلومیږي او د معدې د قرحی سره مطالعه کیږی، کانسرادنو کارسینومادی، چې په ۵۰٪ واقعات حجرات یې قابل د تفریق دی.

www.ketabton.com

ج: اينفلتراتيف كارسينوما Infiltrativ carcino:

۱-- **Superficial spreding carcin**:

۱۵٪ چې يوائځې مخاطي او تحت مخاطي طبقه اشغالوي او ژرميتاستاز نه وركوي او د Carcinoma in situs په نامه ياديږي.

۲ **:-Linitis Plastica** :- ۱۰٪

د دې كانسر انفلتريشن شديد او ژر د معدې په ټول جدار او طبقات انتشار كوى او په داخلد معده يو هموار او غټ كتله جوړوى د مكروسكوپيک له نظره كانسر يو ادينوكارسينوما ده چې غير قابل تفريق حجرات احتوا كوى او په مقدم ډول ميتاستاز وركوي.

۳ **:-Advanced carcina** :

۲۵٪ د معدې په داخل او د معدې څخه د باندې نشونما كېې او ژرانفلتريشن يې مجاور اعضاء اشغالوي د ميكروسكوپيک له نظره كانسر يو ادنو كارسينوما ده چې تقريباً ټول حجرات يې غيرقابل د تفريق دى.

د كانسر انتشار:

۱:-د كانسر **Intramural** انتشار:

د لمفاوي قناتو له لارې د معدې د يوه برخې كانسرعلوى يا سفلى خواته انتشار كوى. كوم تومورونه چې د معدې په انتروم كې موقعيت لري د سيروزا د لاندې لمفاوي قناتو له لارې اثناعشر خواته انتشار كوى. او كوم تومورونه چې د معدې په فوندوس يا كارديا كې موقعيت لري د سيروزا د لاندې لمفاوي قناتو له لارې مرۍ خواته انتشار كوي. چې د عمليات په وخت د كانسر د موقعيت په لحاظ يوه برخه د اثناعشر او يوه برخه د مرى هم قطع كوى.

۲:-د كانسر انتشار لمفاوي عقداتو ته:

د معدې د هرى برخې لمف د لمفاوي قناتو له لارى معين لمفاوي عقداتو ته رسيږي. چې د سريري له نظره د معدې مربوطه لمفاوي عقدات په څلورو ساحه ويشل شويدى.

www.ketabton.com

او کوم برخه د معدې چې د کانسر له کبله د عملیات په واسطه لرې کېږي مربوطه لمفاوي ساحه هم باید ورسره لرې شي.

الف: د معدې لومړی لمفاوي ساحه:

د هغه لمفاوي قناتو او عقداتو څخه عبارت دی چې د Gastrocoli رباط په منځ د ښی Gastroepiploic شریان په چارچاپیره واقع دی چې د پیلوریک او د معدې د کبیره انحناء لمف پدی ساحه ختمیږي او لمف لدی ځای څخه د سلیاک او د ابهر په چارچاپیره لمفاوي عقداتو توئیږي.

ب: د معدې دویم لمفاوي ساحه:

د هغه لمفاوي قناتو او عقداتو څخه عبارت دی چې د Gastrocolic او Gastrosplenic رباط په منځ د چپ Gastroepiploic شریان په چارچاپیره ځای لري چې د معدې د فوندوس او کاردیا لمف پدې ساحه کې راځي چې د دې ځای لمف د طحالي لمفاوي قناتوله لارې پانقراس د جسم د علوي سرحد په امتداد د ابهر چارچاپیره لمفاوي عقداتو ته رسیږي.

ج: د معدې دریم لمفاوي ساحه:

د هغه لمفاوي عقداتو او قناتو څخه عبارت دی چې د چپ معدوي شریان په چارچاپیره واقع دي او د معدې دوه پردرې علوي برخې او د صغیره انحناء علوي برخې لمف پدې ساحه کې توئیږي او د دې ځای څخه لمف د سلیاک لمفاوي عقداتو ته او بلاخره د دې ځای څخه د مرۍ د سفلی برخې د چارچاپیره لمفاوي عقداتو ته توئیږي.

د: د معدې د څلورمې لمفاوي ساحه:

د هغه لمفاوي عقداتو او قناتو څخه عبارت دی چې د پیلور او د اثناعشر د لومړی قطعی په علوي سرحد کې واقع دي او د معدې د پیلوریک ناحیې او د صغیر انحناء د سفلی برخې لمف پدې ساحه کې توئیږي او د دې ځای لمف په هغه لمفاوي عقداتو رسیږي کوم، چې د کبدی شریان په چارچاپیره واقع دی چې د دی ناحیې لمف هم د ابهر په چارچاپیره لمفاوي عقداتو ختمیږي.

www.ketabton.com

کوم وخت چې د معدې په یوه برخه کانسر توضع ولري په لومړۍ مرحله مربوط لمفاوي ساحه یې د کانسر له خوا اشغالیږي.

۳:-د کانسر Extramural انتشار:

د معدې ادنو کارسینوما مستقیماً په ګاونډی اعضاو کې انتشار کوي او نوموړي غړي اشغالوي کوم غړی چې زیاتر او ژر تر ژر اشغالیږي په لومړۍ درجه ځیګر په دویمه درجه پانقراس او په دریمه درجه کې مسعرض کولون دی. همداسې کوم وخت چې د کانسر ارتشاح سیروزا طبقې ته ورسید مستقیماً کانسری حجرات د پریطوان په ازاد جوف کې انتشار کوي. او ټول پریطوان اشغالوي.

د معدې د کانسر سریري اعراض او علایم:

۱:-خصوصی اعراض او علایم:

الف:- د کانسر ډیر مقدم عرض دا دی چې ناروغ په خپل ګېډه مخصوصاً په شرسوفي ناحیه کې وروسته د ډوډۍ خوړلوڅخه دروندوالی حس کوي، چې ناروغ دا دروند والی د درد په صفت نه اظهاروي.ځینې وخت ناروغ دا دوامداره مبهم دروندوالی ته د نور مبهم د معدې معایې تشوشاتو څخه چې مخکې ورته کله کله پیدا کېده نشي تفریق کولای.

ځینې ناروغان کوم وخت چې غوښه وخوري په ثرسوفی ناحیه کې د دروندوالي سره لږ درد د سوزش په ډول هم حس کوي.

ب:- که کانسرپیلوریک ناحیې ته نژدې موقعیت ولري د ناتام یا تام انسدادي اعراض لکه د زړه بدوالي، کانګې او قبضیت موجود وي. چې د کانګو محتوا قهویې رنګ لري(د تومورد نذف له کبله).

ج:- ناروغان په لږه سلنه هماتمیزیس اومیلان هم لري.

د: که تومور په کاردیا یا فواد کې موقعیت ولری ناروغان لږ Dysphagia هم پیدا کوی باید و ویل شی چې د کانسر اعراض د انتی اسید دواګانو په مقابل کې مؤقتي ځواب وایي لدې کبله د ناروغۍ تشخیص په لومړی مرحله کې ډیر مشکل دی.

www.ketabton.com

علایم:

په لومړی مرحلو کې په فزیکي معاینه څه شی نه پیداکیږي اما په لږ پرمختللی واقعاتو کې په اپیګستریک ناحیه کې یوه کتله د جس وړ وی کوم وخت چې کانسر سیروزا طبقی ته ورسیږي د کانسری پریطونیت علایم لکه حبن او د ګیډی د جدار متوسط شخوالی هم موجود وي. که ناروغ ژیړی ولري پدې دلالت کوي چې ځیګرته میتاستاز ورکړی دی او که د مقعدي معاینې پواسطه غټې مبیضونه د جس وړ وی(کروکن برګ تومور) مانا یې د اده، چې تومور په تناسلي داخلي اعضاو کې میتاستاز ورکړی دی.

۲:-عموی اعراض او علایم:

د نورکانسری واقعاتو په شان ناروغ بی اشتهایي لري، چې په مرور د زمان وزن بایلل، انیمیا او دنګرتوب ورسره ضمیمه وی.

لابراتواري معاینات:

۱:- د معدې د عصارې معاینه:

وروسته د مکسیمال تنبیه څخه په ۵۰٪ معدوی ادنوکارسینوما ناروغانو کې اکلورهیدریا موجود وي چې پدې ډول د معدې سلیم قرحه رد کیږي.

۲ :-د معدې د عصارې سیتولوژیک معاینه:

په یو مجهزپتالوژی لابراتوار کې ۹۰٪ د معدې ادنوکارسینوما د معدې د عصاری له مخی تشخیص کیږی او د همدې معاین پواسطه ادنوکارسینوما د معدې د لمفوما او اسکوا موزسل کارسینوما سره تفریق کیږي. یوائی د لایومیو سرکوما تشخیص مشکل دی د معدې د عصارې د نیولو تخنیک د سیتولوژي معاینې لپاره په لاندې ډول دي:

ناروغ د شپې د نیمایي وخت څخه وروسته هیڅ شی نه خوری سهار معدوي تیوب تطبیق او لومړی معده د سل ملی لیتره رینګر سره پریمنځل کیږی وروسته ۵۰۰ملی لیتر خنثی (پی-اچ بایید ۶،۵ وی) استات محلول چې تقریباً ۷ ګرامه شیموترپسین ولری د معدې ته داخل او د پنځو دقیقو د پاره په معده کې ساتل کیږی ترڅو د معدې مخاط د شیموترپسین پواسطه منحل او د حجراتو د تراکم څخه مخنیوی وشی وروسته د معدې عصاری د معدوي تیوب له لارې اسپریتد او د تثبیت او تلوین څخه وروسته معاینه کیږي.

www.ketabton.com

۳:-راديوګرافی معاينه Radiogrphy:

د معدې د کانسر په اولسراتيف شکل کې د راديوګرافی په پانه کې د قرحې په ډول خيالونه ليدل کيږي چې د راديوګرافي له نظره د هغه تفريق د معدې د قرحې سره مشکل دی. د ارتشا چې په شکل کې د معدې جدار کلک، بې حرکته او ښوی ښکاري.

۴:-ګستروسکوپی Gastroscopy :

د قطعي تشخيص لپاره اساسی معاينه ګڼل کيږی مخصوصاً هغه وخت چې تشخيص د راديوګرافی او سيتولوژی معاينی په واسطه مشکوک پاتې شی د بای اوپسی د اخستلو په واسطه د ګستروسکوپ له لاری قطعی تشخيص وضع کيږی.

اختلاطات Complication:

کوم وخت چې کانسر پرمختک وکې يو شمير اختلاطات منځته راځي چې په لاندې ډول دي:

۱:-نذف: نذف معمولاً کتلوی نوی اما امکان لري چې په پنځه فيصده وقايعو کې په کتلوي ډول منځته راشی. چې پدې وخت عاجل عمليات ايجابوي.

۲:- د کانسري قرحې سوري کيدل: د کانسر د قرحې سوري کيدو پواسطه د معدې جوف د پريطوان ازاد جوف سره ارتباط پيدا کوی او عمومی پريطونا يتس منځته راځي. کيدای شي چې مخکې د سوري کيدو څخه د کانسر ارتشاح ګاونډی اعضا مخصوصاً مستعرض کولون ته داخل او د معدې ماءوفه ځای هغه سره التصاق وکې چې وروسته قرحه ژوره پرمختک کوی او د معدې او کولون په منځ فستول جوړيږي پدی ډول د کولون محتوی د معدې ته داخل او د شديد ګسترايتس سبب ګرځي.

د معدې د کانسر پرمختګ درجه يا Staging :

دمعدې د کانسر پرمختک د ناروغی د تداوی مخصوصاً جراحی تداوی د استطباب کېښودلو او د ناروغي د انذار په هکله خورا اهميت لري. دا Staging چې لاندې تشريح کيږي د T.N.M سيستم په نامه ياديږي او دا سيستم د معدې په جدار کې د کانسر په

www.ketabton.com

پرمختګ، د لمفاوي ناحیوي غدواتو په اشغال او په لیرې ځایو کې د میتاستاز په ورکولو باندی استناد کوی.

۱ :-T: د لمړنی تومور وضع د پرمختګ له نظره ښایې چې ترکومې اندازی پورې د معدې په جدار کې داخل شوی دی.

T_1: تومور یوازې مخاطی طبقه اشغال کړې ده.

T_2: تومور د معدې د جدار د ټولو طبقاتو په شمول د سیروزا طبقه اشغال کړیدی اما د سیروزا د طبقی څخه د باندی نفوذ ندی کړی.

T_3: تومور د سیروزا د طبقی په سطح انتشار کړی دی او ګاونډی اعضاو ته امکان لری چې انتشار کړی وی یا داچې انتشار کړی نه وي.

T_4: د تومور ارتشاح د معدې د جدار ټول طبقات په وسیع ډول اشغال کړیدی چې حدود یې نه تعینیږي او ګاونډي اعضاو ته ارتشاح یې هم رسیدلې وي.

T_X: د تومور حدود د معدې په جدار او د معدې د جدار د باندې نه تعینیږي.

۲ :-N : د لمفاوي غدواتو حالت:

N_O: لمفاوي غدوات د تومور په واسطه اشغال شوی ندی (غټ شوی ندی).

N_1: د ابتدائی تومور ته نژدې د معدې په څنګ لمفاوي غدوات غټ شوی دی.

N_2: د ابتدائی تومور څخه لیری د معدې په چارچاپیره یا د کبیر او صغیر انحناء لمفاوي غدوات غټ شوی دی.

N_X: د لمفاوي غدواتو اشغالیدل د تومور په واسطه واضح ندی.

۳—M: په لیری ځایو کې میتاستاز.

M_O: تومور په لیری ځایو او غړو کې میتاستاز ندی ورکړی.

M_1: د سریري، رادیوګرافی او جراحي له نظره تومور په لیری ځایو کې او ګاونډی غړو ته میتاستاز وکړی دی.

I. Stage

A. T_1, N_O, M_O

B. T_2, N_O, M_O

www.ketabton.com

C. T_3, N_O, M_O

www.ketabton.com

II. Stage

T_4, N_0, M_0.

M_0, N_1 (T_1 or T_2 or T_3 or T_4)

III. Stage

M_0, N_2 (T_1 or T_2 or T_3 or T_4)

IV. Stage

M_1 any N and any T

تداوی:

یواځینې تداوی یې جراحی عملیات دی چې په لومړی او دویم مرحلو کې استطباب لری او انذار یې ښه دی څرنګه چې ۵۰٪ ناروغان تر ۵ کالو پورې ژوندی پاتې کېږی په څلورم مرحله کې جراحی عملیات استطباب نه لری خو د ایکسری شعاء تطبیق په جګ ولتاژ تریوی اندازی پورې د کانسر پرمختګ ته توقف ورکوی او ژوند اوږدوی.

په دریم مرحله کې که جذری عملیات صورت ونیسي ډیر لږ ناروغان تر ۵ کالو پورې ژوندی پاتې کېږی.

که تومور د معدې په دیستال برخه ځای ولری د استطباب د لرلو په صورت کې حذری عملیات په لاندې ډول صورت نیسي.

د معدې ۸۰٪ دیستال برخې، د اثناعشر لومړی قطعه، د پیلوریک ناحیې لمفاوي غدوات، معدوی طحالی رباط، توری یا طحال، کبیر او صغیر سرب او معدوی کبدی رباط په جذری ډول لیری کېږی. او د معدې پاتې برخه د بیلروت یو یا د بیلروت دوه په اصل ترمیمیږي که ګاونډی غړو اشغال شوی وو د نومړی عضو ماؤفه برخه هم باید قطع شی.

که تومور د معدې په پروکسیمال برخه یې موقعیت ولری توتال ګسترکتومی اجراء او سربیره د دی کبیرسرب، توری، د اثناعشر لومړی قطعه د سلیاک د شریان معدوی شعبات او ناحیوی لمفاوي غدوات تول باید لیری شی، وروسته مری د جیجونوم د لومړی عروی سره پیوند شی.

www.ketabton.com

د معدې د کانسر نور سريري اشکال:

۱:-لایومیوما او لایومیوسروما:-

د معدې ۱٪ خبیث تومورونه جوړوي. د کانسر د پیداکېدو عمر په متوسط ډول ۶۰ کلنۍ قبوله شوې ده. نارینه او ښځې په مساوي ډول ماؤفیږي.

لایومیوما په تحت مخاطی طبقه کې پیداکیږي او د شدید نذف سبب ګرځي.

لایومیوسرکوما د تحت مخاطي طبقې څخه منشاء اخلي د معدې په داخل یا د معدې خارج خواته نشونما کوی او یو غټ کتله جوړوی. په داخل د معده د تومور په منځ نکروز تاسس کوي او غټ قرحه د توموری کتلی په منځ جوړوی. که تومور د معدې څخه د باندی وده او نشونما وکې د مجاورت او د وینې له لارې انتشار کوي او زیاتر د پریطوان او ځیګر اشغالوي، د پریطوان په جوف کې د یو غټ کتلی په شکل معلومیږي.

اعراض او علایم :

د شرسوفي ناحیې درد د ناروغۍ مهمترین عرض یې دی. په ۳۰٪ ناروغان نذف د میلانا او نادراء د هماتمیزیس په شکل لیدل کیږي.

تداوی:

جذري ګسترکتومې د ناروغۍ انتخابي تداوي ده، چې وروسته د دې عملیاتو څخه ۶۷٪ ناروغان تر ۵کالو پورې ژوندي پاتې کوي کانسر د ایکس شعاع په مقابل کې مقاوم دی.

۲:- د معدې لمفوما:

د معدې ۲٪ خبیث تومور جوړوی. دواړه جنسونه په مساوی ډول په مرض اخته کیږي د ماوفیدو انتخابي متوسط سن ۵۵ کلنی قبوله شویده. کانسر د خپل حجروی اوصافو له مخې د پتالوژی له نظره په دوه ډوله دي.

الف: لمفوسرکوما یا رتیکولوم سل سرکوما - Reticulum cell sarcoma.

ب: لمفوما - **Lymphoma** .

www.ketabton.com

لمفوما سرکوماد ادنوکارسینوما په شان سریري اعراض ورکوی اما سربیره د دی ٢٠٪ ناروغان میلانا او هماتمیزیس هم لری. په ١٠٪ واقعاتو کې مرض په پروفریشن اختلاط کوی. کانسر په داخل د معده کې وده او نشونما کوی او په رادیوګرافی کې د معدې مخاطي غشاء التواب ډیر غټ او پړسیدلی ښکاري.

د کانسر نوع د سیتولوژي معاینې له مخې معلومیږي.

لمفوما برخلاف د لمفوسرکوما د معدې په جدار ژوره خواته نشونما کوي او د تشخیص په وخت کې غیر قابل عملیات وي. که تومور د جذری عملیاتو پواسطه وایستل شي او وروسته د عملیاتوڅخه رادیوتراپي اجراشی ٥٠٪ ناروغان تر ٥ کالو د پاره ژوندی پاتې کیږی په هغه حالاتو کې چې تومور ډیر غټ او د عملیات وړ نوی بهتره ده چې تداوي د رادیوتراپي په واسطه سرته ورسیږي. هیموتراپي د کانسرد پرمختګ څخه تریوې اندازې پورې مخنیوی کوي.

٣-: **د معدې کارسینوئید تومور Gastric Carcinoid Tumor**:-

دا تومور چندان زیات نه تصادف کیږي. تومور اصلاً سلیم دی اما ٢٠٪ په خباثت تحول کوي. د سریري اعراض له نظره ناروغ په خپل شرسوفي ناحیه کې درد حس کوی او مخکې د دی چې نور عمومي او خصوصی سریري اعراض او علایم مینځته راشی تومور خباثت خواته ځي او ژر وده او نشونما کوي.

د رادیوګرافۍ په پاڼه کې چې کثیفه مواد سره اخیستل شوي وي د معدې په دننه یو لوی او تقریباً منظم کتله د لیدو وړ وي د مرض قطعې تشخیص د ګسترسکوپي پواسطه وضع کیږي.

تداوي:

د تومور تداوي د ګسترکتومي څخه عبارت دي.

د معدې نور خبیث تومورونه چې فوق العاده لږ تصادف کیږي عبارت دی د سرکوما کارسینوما، ژنتیک سرکوما او لایوما یوبلاستوما چې سریري اعراض او علایم یې د معدې د نورو کانسرو په شان وی او د دوی قطعی تشخیص د ګستروسکوپي او سیتولوژیک معایناتو پواسطه وضع کیږي.

www.ketabton.com

د معدې سلیم تومورونه:

د معدې پولیپوئید ادنوما یا په خلاصه ډول د معدې پولیپ یو سلیم تومور دی چې زیات تصادف کېږي دا تومور یا Singel (یوه دانه) یا Multiple دی زیاتره زاړه خلک چې د ۵۰ کلو څخه زیات عمر ولري پدې ناروغی اخته کېږي. پولیپ زیاتر د معدې په دیستال برخه کې پیدا کېږي. او د معدې د ناتام انسدادي اعراض د پیدا کېدو سبب ګرځي. کوم وخت چې د معدې پولیپ کشف کېږي باید د معدې د خبیث تومورو څخه تفریق شي د معدې ۳۰٪ پولیپونه د معدې د کارسینوما سره یوځای اشتراک کوي. اما دا ثابته ده چې د معدې سلیم پولیپ خباثت ته تحول نه کوي. مخصوصاً چې پولیپ د ۲ سانتي مترو څخه لږ قطر ولري. ډیر لږ کانسر ته تحول کوي او د پولیپ تحول خباثت خواته د هغه د قطر او غټوالي سره مستقیم مناسبت لری چې په ۷٪ واقعاتو کې دا حالت منځته راځي یانې هر څومره چې پولیپ غټوي په همغه اندازه خباثت خواته د هغه د تحول چانس زیات وی.

سریري اعراض او علایم:

په عمومی ډول ناروغ په اپی ګستریک ناحیه کې لږ درد حس کوي. همداسې ناروغ بې اشتها وي او د مزمن وینی ضایع کولو له کبله ناروغ انیمیک وي. (پولیپ د تخریش له کبله همیشه وینه ورکوي) او له هغه ځایه چې ۹۰٪ ناروغان اکلورهیدریا لري وروسته د ډوډی خوړلو څخه د معدې توسع او دروندوالی د غذا د نه هضمیدو له کبله منځته راځي.
که پولیپ پیلوروس ته نژدی موقعیت ولری څرنګه چې مخکې و ویل شو د معدې د ناتام یا تام انسدادی اعراض لکه وروسته د ډوډی خوړلو څخه د اپی ګستریک ناحیې دروندوالی، زړه بدوالی او کانګې پیداکېږی.
په رادیو ګرافی په پاڼه کې چې د کثیفه موادو سره اخیستل شوی وی د معدې په دننه پولیپ د یو ګرد، منظم، ښوی او سویق لرونکې دیفکت په ډول معلومیږي چې یوه یا څو دانی وی د پولیپ تحول کانسر خواته یواځې بایوپسي په واسطه معلومیږي.

www.ketabton.com

تداوي:

که پوليپ يوه دانه وی د ګستروتومی پواسطه تومور د يوه اندازه نورمال چارچا پيره انساجو سره ايستل کيږی. که د پوليپ قطر د ۲ سانتي مترو څخه زيات وي او خباثت خواته تللی وي ګسترکتومي استطباب لري په هغه صورت کې چې وروسته د ګسترکتومي څخه پوليپ بيا پيدا شي يا داچه د معدې منتشر پوليپوزوی توتال ګسترکتومي استطباب لرپ.

د معدې نور سليم تومورونه چې ډير لږ تصادف کيږي عبارت دی د نوروجنيک تومور، فيبروما او ليپوما. چې عموماً سريري اعراض نه ورکوي او په تصادفي ډول د معدې د راديو ګرافي په وخت کې چې د يو بل ناروغ له کبله اجراء کيږي کشف او تشخيص وضع کيږي.

د معدې حاده توسع Acut stomach Dilatation:

د معدې د شديد او ناڅاپی توسع ورکولو څخه عبارت دی چې د معدې ته د زيات اندازه هوا د تيريدو له کبله منځته راځي او ناروغ شديداً هرګمی کولو ته ميلان لری. کوم وخت چې معده د زيات مقدار هوا د تيرولو له کبله توسع وکړی بين الحجروی مايع د معدې د جدار څخه خارج او د معدې په جوف کې راټوليږي. چې پدی ډول د معدې افرازات هم تنبه او په نتيجه کې سربيره د داخل شوې هوا څخه تقريباً ۴ يا ۵ ليتره مايع هم د معدې په مينځ د رکود په حال پاتې کيږي.

د بين الحجروي مايعاتو د وتلو له کبله په مجموع کې د وينې د پلازما حجم کم او ناروغ په شديد ديهايدريشن اخته کيږي. د معدې د توسع کبله حجاب حاجز پورته خواته تيله کيږي، چې د دې فشار په اثر پر زړه او سږي باندې فشار وارديږي او د نوموړو اعضاوو وظايف مختل کيږي. د پاسني پتالوژيکې تغيراتو له کبله عاجل تداوي صورت ونه نيسي ناروغ ژر تر ژره مړ کيږي.

www.ketabton.com

اسباب:

۱:-د معدې حاد توسع متعاقب د معدې او د بطن د علوی برخې د عملیاتو څخه منځته راځي.

۲:- وروسته د صدر د سفلی برخې د ترضیضاتو څخه.

۳:- وروسته د قوی اندازی انتی کولینرژیک دواګانو د تطبیق څخه.

۴:-وروسته د د یابتیک اسید وزیس څخه.

۵:- کوم ناروغان چې د Nasal کتیتر له لاری اوکسیجن اخلی یوه مقدار اوکسیجن د معدې ته داخل او د هغه د حاد توسع سبب ګرځی.

۶:-کوم ناروغان چې د ماسک پواسطه اوکسیجن اخلی او معدوی تیوب ونه لری.

۷:-کوم ناروغان چې بی د اندو تراخیال تیوب د تطبیق څخه مصنوعی تنفس دوی ته ورکول کیږی. هوا د هغوی په معده کې داخل او د معدې د حاد توسع سبب ګرځی.

۸:-په هغه ناروغانو کې چې معدوی تیوب او هم Nasal تیوب په سر کې په ښکاره ډول (تنفسی لار) ولیکل شی ترڅو مؤظف نرسان متوجه شی.

سریري اعراض او علایم:

ناروغ د اپی ګستریک ناحیې د شدید ډکوالی څخه شکایت کوی. لږ اندازه هټکې او ښخوند موجود وی.

په فزیکې معاینه کې اپی ګستریک ناحیه شدید پړسیدلی او د ګیډې علوی نیمائی برخه تمپانیک وی. د ناروغ نبض سریع، فشار ښکته او د شاک حالت لری. د ګیډې په رادیوګرافی کې د معدې علوی برخې فوق العاده پراخه او د هوا څخه ډک چې په لاندنی برخه کې د مایع وسیع سویه د لیدو وړ وی.

تداوي:

فوراً بې د دی چې وخت ضایع شی ناروغ ته معدوی تیوب تطبیق او په دوامداره ډول اسپیریتد شی ترڅو د معدې پړسوب ورک او د منځه لاړ شی، تثبتیږي او معده چې ارتباط یې د کولون سره خلاص شوی دی د ګیډې په قدامی جدار ګستروپکسی کیږی.

www.ketabton.com

د معدې رتج یا کڅوړې Gastirc Diverticula:

فوق العاده نادر تصادف کېږی. او عموماً بی عرض وی زیاتر د صغیر انحناء څو سانتي متر د مری معدوی اتصالی برخې څخه ښکته موقعیت لری او عموماً د معدې یوائځی مخاطی او تحت مخاطی طبقات احتوا کوی معدوی رتج نادراء پیلوروس ته نژدی پیداکیږی او پدی ناحیه کې د رتج جدار د معدې ټول طبقات احتوا کوی.
رتج کله کله التهابی کېږی او ځینې وخت نذف هم ورکوی. د ناروغی تشخیص د رادیوگرافی پواسطه چې د کثیفه موادو سره اخستل کېږی وضع او ځینې وخت د معدې کڅولی د معدې د قرحی سره اشتباه کېږی چې پدی وخت قطعی تشخیص د اندوسکوپی معاینی سره تثبیتیږي.
کوم وخت چې د معدې کڅولی تشخیص شو د دې لپاره چې اخطلاطات منځته رانشي د جراحي عملیاتو پواسطه رتج باید وایستل شي.

د معدې پردي اجسام:

وړکې یخ پردی اجسام لکه سکه، گوته،تیکه پرته له کوم خطر څخه د هضمی جهاز څخه خارجیږي اما تیره شیان لکه استنی سنجاق میخ او لرگی چې عموماً ماشومان یا هغه خلک چې دماغی تکلیف لری تیروی د معدې مخاطي غشاء ژوبلوي یا داچې د پیلوروس څخه نه تیریږي که ناروغ د اثناعشر قرحې ولري وړی شیان هم د پیلوروس د اسپازم سبب گرځی او د معدې څخه نه تیریږي.
پداسې حالاتو کې ناروغ د عمومی انستیزی تر شرایطو لاندې گستروسکوپي او د گستروسکوپ په واسطه که امکان ولری د بای اوپسې پنس په واسطه پردی جسم باید وایستل شی. که د پردی جسم ایستل د گستروسکوپ پواسطه امکان نه درلود باید د جراحي عملیاتو پواسطه د معدې څخه پردی جسم وایستل شی. باید وویل شي کوم پردی اجسام چې د پیلوروس څخه تیریږي او په وړو کلمو کې د سریري اعراض د پیدا کېدو سبب گرځي باید نوموړی پردې یې د جراحي عملیاتو په واسطه د کلمې څخه وایستل شي.

www.ketabton.com

بیزوار Bezoar:

هغه خوړل شوي مواد چې په معده کې پاتې او نه هضمیږي او بلاخره د یو توپ په شکل کلک کېږي د بیزوار په نامه یادیږي او په درې ډوله دی:

۱:- تریکوبیزوار- Trichobezoar: چې د خوړل شوی ویښتانو په واسطه د توپ په شکل جوړیږي او زیاد تر واړه انجنکېان دا قسم بیزوار پیدا کوي.

۲:- فیتو بیزوارPhytobezoar : چې د خوړل شوي نباتي سلولوزي الیافو څخه په معده کې جوړیږي.

۳:- کانکریتي بیزوار: د کلسیوم او فسفور مالګی چې په اوبو کې غیر منحل دی د نومورو موادو مالیکولونه په معده کې یو بل سره یوځای کېږي او د توپ شکل ځانته اختیاروي. دا نوع بیزوار نادراً تصادف کېږي د ګسترکتومي او واګوتومي څخه وروسته د بیزوار تشکل امکانیت ډیر دی ځکه چې پدې حالاتو کې د پپسین او اسید افراز کمیږي او له بلی خوا د انتروم نوی او په عمومی ډول د معدې حرکات د واګوتومی له کبله کمیږي او پدی وخت هغه سابه او میوه جات چې زیاته اندازه سلولوزی لیفی مواد احتوا کوی که ډیر استعمال شی امکان لری چې بیزوار تشکل وکې.

غټه نیمه کلک کوندیدا البیکزی(condida albicans)بیزوار وروسته د ګسترکتومی یا واګوتومی څخه امکان لری پیداشی همداسې کوم پارچه دکوندیدا البیکنز چې د ګستروسکوپ پواسطه د معدې ته داخلیږي هم د بیزوار تشکل سبب ګرځی.

سریري اعراض او علایم:

کوم ناروغان چې په خپل معده کې بیزوار لری عموماً د شرسوفی ناحیې د دوامدار درد څخه شکایت کوی له هغه ځایه چې بیزوار د معدې د تقلصاتو په وخت پرمخاطی غشاء باندی فشار واردوی او د هغه د تخریش سبب ګرځی نو په ۲۰٪ واقعاتو کې د بیزوار د فشار له کبله د معدې مخاطی غشاء تقرحی او نذف سبب ګرځی حتی د معدې تثقب هم د بیزوار د تخریش له کبله راپور ورکړ شویدی.

www.ketabton.com

تشخیص:

د بیزوار تشخیص د معدې د رادیوګرافی پواسطه چې د کثیفه موادو سره اخیستل کېږی وضع او د قطعی تشخیص لپاره باید ګستروسکوپی اجرا شی.

تداوي:

په هغه صورت کې چې د ګستروسکوپي پواسطه معلومه شي، چې بیزوار د کوندیدا البکنز په واسطه منځته راغلی دی د Nystatine د ورکولو سره بیزوار منحل او د منځه ځی.

فیتوبیزوار د پپسین او د سلولاز د انزایم د تطبیق پواسطه منحل او د منځه ځی دا مواد هغه وخت قابل د تطبیق دی چې بیزوار سریري اعراض ونه لري یا داچې یواځې او یواځې درد موجود وي که د پاسني موادو تطبیق مؤثره واقع نشو یا دا چې بیزوار د نذف او تقرح سبب شوی وی باید فوراً لپروتومی اجرا او د ګستروتومی په واسطه بیزوار لری شی په هغه حالاتو کې چې د معدې یا اثناعشر قرحه هم موجود وي د بیزوار د ایستلو څخه وروسته ګسترکتومی باید اجراء شي.

Morbid Obesity:

د نورمال وزن څخه تقریباً ۴۵ کیلوګرامه زیاتوالی د چاغی په نامه یادیږي چې د عضویت د فزیکي، روحي، اجتماعي، او د ښایست له منځه تللو سبب کېږي، چاغي امکان لري چې د زیاتو خوړلو څخه په دې ډول چې د عضویت د انرژي مصرف د عضویت د لاس ته را وړنې انرژي څخه لږ وي او یا هم د هورموني تشوشاتو له وجې را منځ ته شي او زیات اختلاطات ور کوي چې عبارت دي له:

د زړه اختلاطات: د وینې د فشار زیاتوالی، د زړه د شراینو خرابوالی، د زړه عدم کفایه او اریتمیا.

د سږو اختلاطات: **Hypoventilation** سندروم، **Obstrective apnea**، تنفسي عدم کفایه او د سږو امبولی.

مېتابولیکي اختلاطات: د **Diabet** دوهم ټایپ، **Hyperlipidemia**، **Hypercholestrolemia**.

www.ketabton.com

اسکليتي عضلي اختلاطات: د بندونو **Degenerative** بدلونونه، د قطني بين الفقري ډسک بدلونونه، **Osteoarthritis**.

د هضمي سيستم پورې مربوط اختلاطات: **Cholelithiasis**، **Gastroeosophagial reflex** او **Hernia**.

وعايي اختلاطات: د ژورو وريدونو ترمبوزس، **Venous Stass ulceration**.

انتاني اختلاطات: فنګسي انتانات او د نرمو انساجو نکروزي انتانات.

بولي تناسلي اختلاطات: **Nephrotic syndrome**، **Stress Urninary incontinence**.

عصبي روحي اختلاطات: **Depression** او **Strock**.

کانسري اختلاطات: د رحم، تيونو، کولون، رکتوم او پروستات کانسري کېدل امکانيت د دې اختلاطاتو دمخنيوي په موخه د چاغي درملنه وشي.

درملنه:

درملنه په دوه طريقو اجرا کېږي:

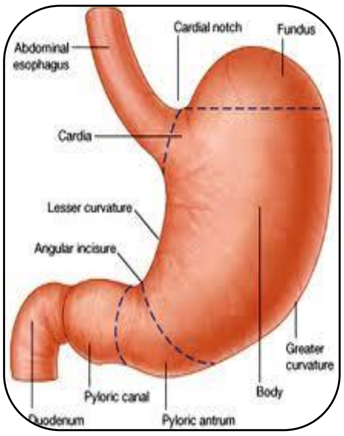
۱:- **طبي درملنه**: په دې درملنه کې ناروغ د ډاکتر د کنترول لاندې غذائي رژيم بايد واخلي او د دې ترڅنګ ناروغ تل سپورت وکړي او خپل د کالوري مصرف د اخيستل شوې کالوري څخه زيات کړي، دا پروګرام ډېر اوږد وخت نيسي او ناروغ دا پروګرام په خپل ځان تطبيقولی نشي، اوس مهال ټول ډاکتران په دې عقيده دي چې جراحي تداوي بهتره ده.

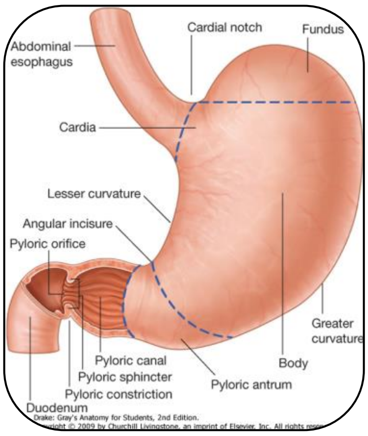
۲:- **جراحي درملنه**: په جراحي درملنه کې زيات مېتودونه موجود دي چې د زياتو اختلاطاتو لرونکي دي خو اخري مېتود چې د ټولو جراحانو لپاره د قبول وړ دی او ناروغ په کې په اختلاطاتو نه معروض کېږي عبارت دی له **Rauxeny Gastric Bypass** څخه.

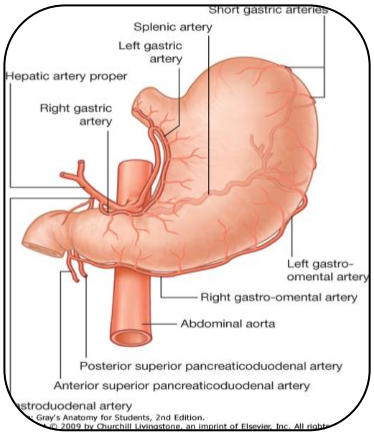
په دې مېتود کې د معدې په پاسنۍ برخه کې يوه برخه تقريباً د **۳۰ml** په ظرفيت د معدې پاتې برخې څخه د کوکونو پواسطه جلا کوو پرته له دې چې معده قطع شي او يوه برخه د جيجينوم د معدې نوموړې برخې سره انستموز (ارتباط) ور کوواو د معدې د پاتې برخې محتوي بې له دې چې غذائي مواد ولري په اثنا عشر او جيجينوم کې تخليه

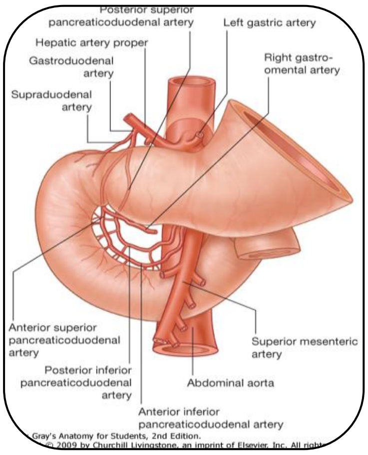
www.ketabton.com

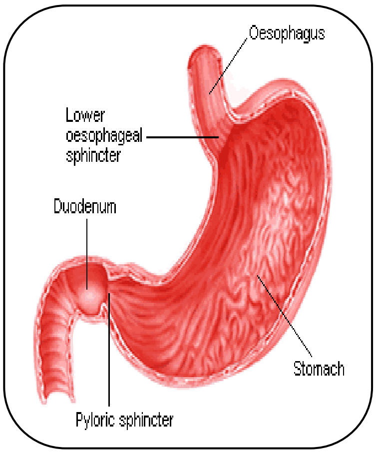
کېږي او په دې میتود کې د معدې ظرفیت کمېږي (۳۰ml) او له هغه ځایه چې د معدې ظرفیت لږشوی دی ناروغ نشي کولای چې زیات مقدار غذائي مواد واخلي نولږ مقدار غذائي مواد کولمو ته راځي او د عضویت وزن کمېږي، د یو نیم کال په موده کې د ناروغ درېمه برخه وزن کمېږي پرته له دې چې عمده اختلاطات منځ ته راشي.

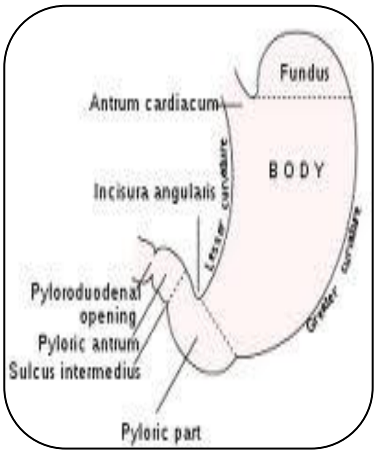


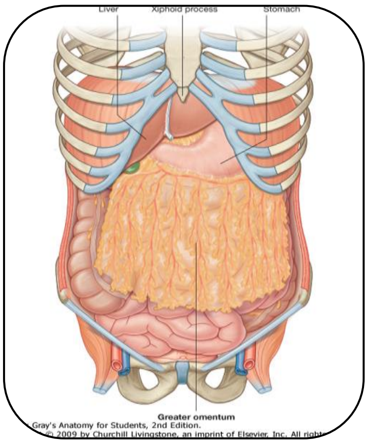


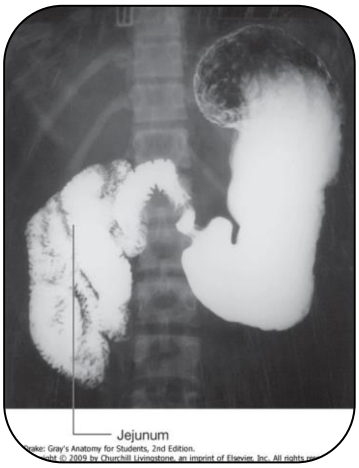


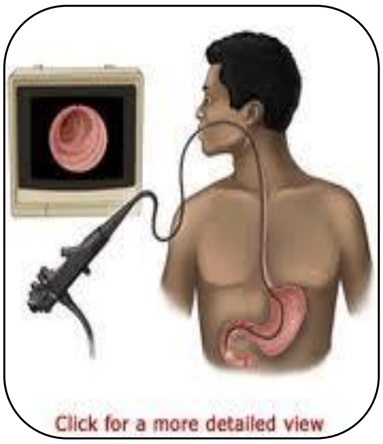




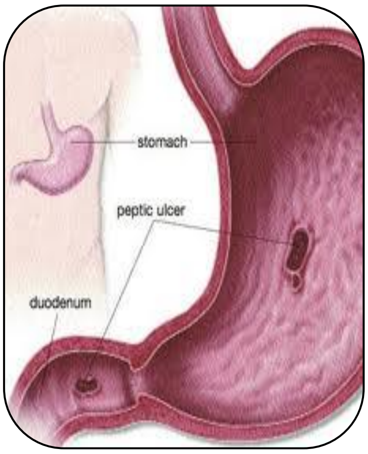


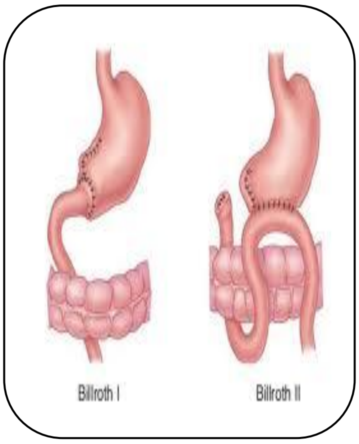


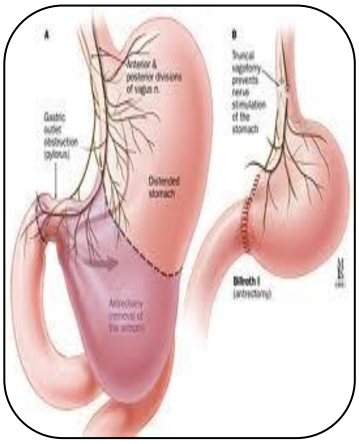


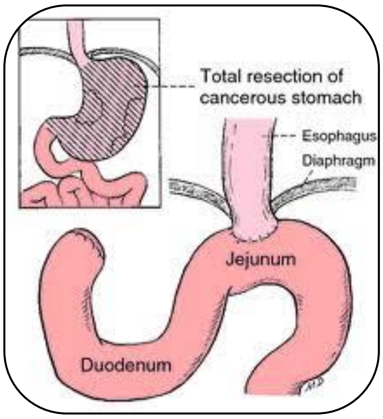


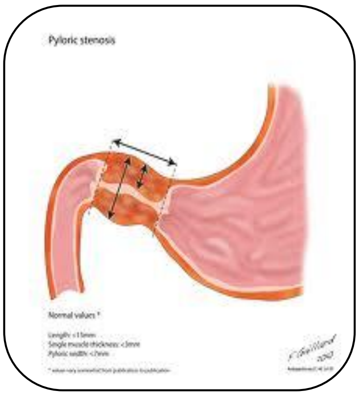
www.ketabton.com

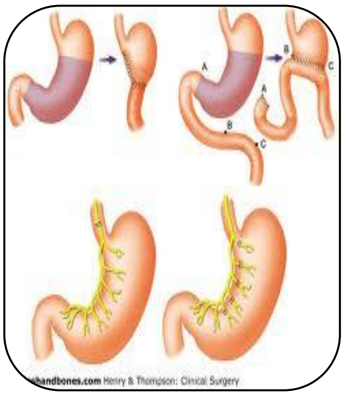


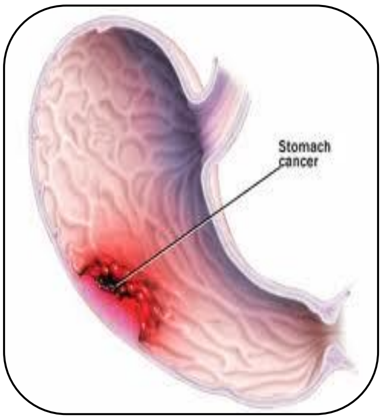


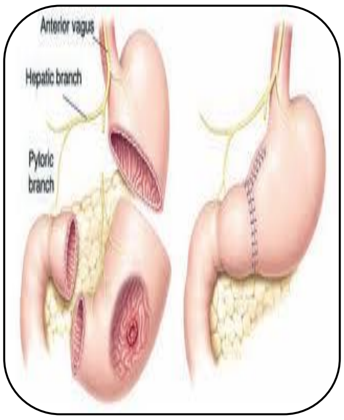




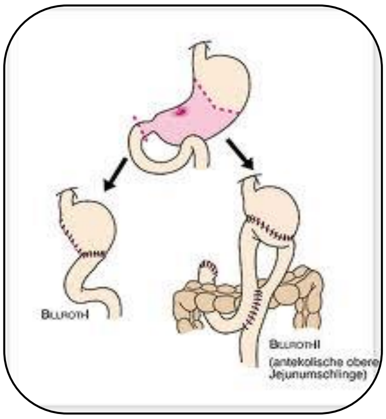


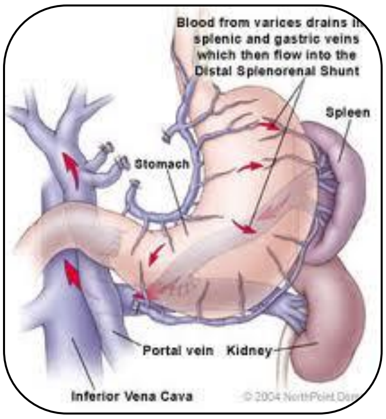


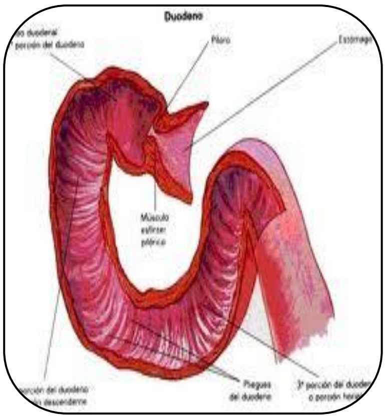


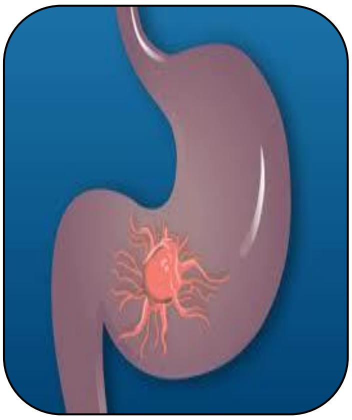


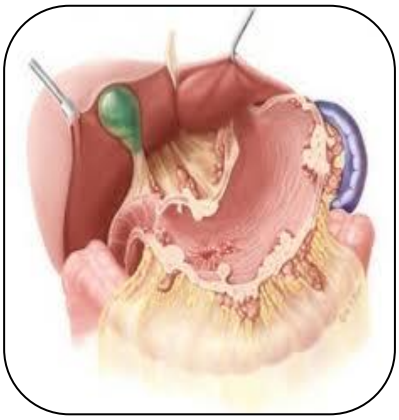
www.ketabton.com

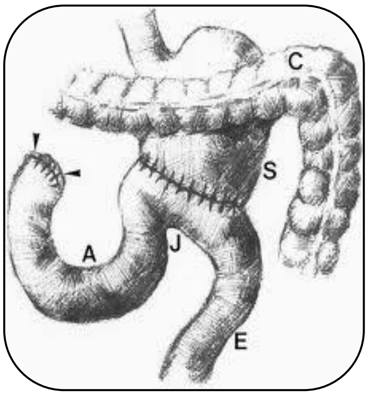


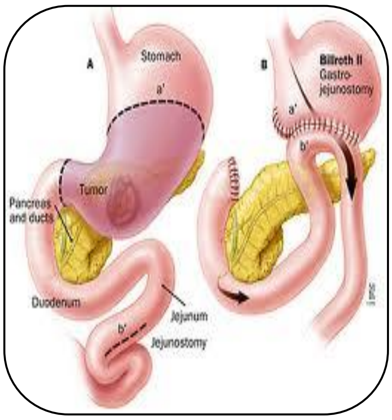


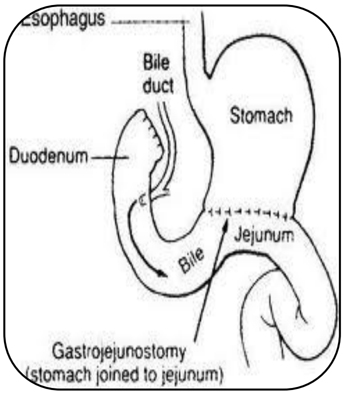












www.ketabton.com

دوهم څپرکی

دوړو کولمو جراحي ناروغۍ

اناتومیک یادونه:

د جیجنوم او الیوم اناتومي(Jejunum and Ileum anatomy)

الیوم او جیجنوم د Flexura duodenojejunalis او د Angulus Iliocecalis یا د Iliocecal Valve ترمنځ واقع دی د وړو کولمو اوږدوالی په جسد او د عملیات په وخت په اوسط ډول تقریباً ۶۶۰ سانتي متره (۲۲ فټ) او په غیرمستقیم ډول د کولمو د Intubation په واسطه تقریباً ۲۴۰ سانتي متره (۸ فټ) دی د وړو کولمو دوه پرپنځمه برخه یې جیجنوم او درې پر پنځمه یې الیوم تشکل کړی دی. وروسته د flexura duodeno jejunalis څخه جیجنوم شروع کیږی چې قطر یې په لومړۍ قطعه کې درې سانتي مترو ته رسیږي وړی کلمی له هغه ځایه چې اوږده مساریقه لری فوق العاده متحرکې دی او د خپل مساریقی په واسطه د ګیډې خلفی جدار سره ارتباط لری.

وړی کولمی یو شمیر انحناګانی لری چې د عروی یا Ansa په نامه یادیږي او هر عروه د U شکل لری د موقعیت له نظره جیجنوم د ګیډې په پاسنی او چپ خوا او الیوم د ګیډې په ښکتنی او ښی خوا کې ځای لری.

د وړو کولمو مجاروت:

۱. په قدام کې: په قدام کې د ګیډې د قدامی جدار سره مجاورت لری او د دی جدار څخه د کبیره سرب په واسطه جلا کیږی.

۲. په خلف کې: په خلف کې د ګیډې د خلفی جدار سره مجاورت لری چې د دی جدار او د وړو کولمو په منځ کې سفلی اجوف ورید، بطني ابهر، حالبونه او پښتورګی قرار لری.

۳. په علوی کې: په علوی کې مستعرض کولون او د هغه مساریقه د وړو کولمو سره مجاورت لری.

۴. په سفلی کې: د وړو کولمو په سفلی کې سګموییډ کولون، مثانه، رکتوم او په ښځو کې رحم قرار لری. وړی کولمی په ښی طرف کې صاعده کولون او سیکم سره او په چپ طرف کې نازله کولون سره مجاورت لری.

www.ketabton.com

د وړو کولمو مساریقه (Mesentery):

عبارت د هغه دوه پریطوانی پاڼو څخه دی چې کولمی د ګیډې د خلفی جدار سره نښلوی او د دی دوه پریطوانی پاڼو په منځ کې اوعیه (د مساریقی علوی شریان او ورید او شعبات یې)، اعصاب، لمفاوي غدوات او په غټانو کې یوه اندازه وازده یا شحم ځای لري. د وړو کولمو د مساریقی هغه برخه چې د ګیډې د خلفی جدار سره په تماس ده د Radix Mesentery په نامه یادیږي مساریقه یا Mesentery مستطیل شکل لری چې خلفی ضلع یې Radix Mesentery جوړوی ۱۵ تر ۱۸ سانتي متره اوږدوالی لری، قدامی ضلع یې چې د کولمو سره التصاق لری د وړو کولمو د اوږدوالی په اندازه یانې تقریباً ۱۶۰ سانتي متره اوږده ده. پورتنی ضلع یې د Flexura duodeno jejunalis سره تطابق کوی او د دوو څخه تر درې سانتي مترو پورې اوږدوالی لري لاندې ضلعه یې د Angulus Iliocecalis سره توافق کوي او د ۵ څخه تر ۶ سانتي مترو پورې اوږده ده.

Radix Mesenteryد دویمې قطنی فقرې د جسم د چپ اړخ څخه البته ارتکازیې له همدې برخې څخه شروع او وروسته د دی څخه خپل ارتکازی سیر منحرف او ښکته خواته دوام ورکوی په ښی sacroiliac joint ختمیږي په خپل ارتکازی سیر د دریمی قطنی فقرې، بطني ابهر او د ښي پسواس عضلې د پاسه څخه تیریږي.

د وړې کولمې تشریحي ساختمان:

د وړو کولمو جدار د څلورو طبقو څخه جوړ شویدی او د سطحې څخه ژورې خواته عبارت دی له:

۱. **Tunica Serosa**: چې د جیجنوم او الیوم خارجي سطح د دې پریطواني طبقې په واسطه پوښ شوی دی او د مساریقی ارتکاز د مساریقې په سطحې ادامه پیدا کوي.

۲. **Tunica Muscularis**: د دوه ملساء عضلي طبقو څخه جوړه شوی ده چې د داخلي طبقې عضلې الیاف یې حلقوي او د خارجي طبقې عضلې الیاف یې طولاني سیر لري.

۳. **Tunica Sub mucosa** : یوه فیبروزی الستیکي طبقه ده چې اوعیو، اعصابو او لمفاوي انساجو ته په خپل ضخامت کې ځای ورکړی دی، چې د وړو کولمو د جدار مقاوم ترینه طبقه جوړوي.

www.ketabton.com

۴. **Tunica mucosa** : مخاطي طبقه عموما د نیم دایروی التواتو څخه متشکله ده چې د Plica Circularis په نامه یادیږي اود کولمو په لومن کې تبارز کوی نوموړی مخاطی التوات د جیجنوم په حذا کې یو له بل سره ډیر نژدی او په الیوم کې یو د بل څخه لرې لرې موقعیت لري.

د Plica Circularis په سطح یو شمیر Villiځای لری ، چې د دوی ارتفاع په اعظمي ډول سره یو ملي متر ته رسیږي هر Villi په خپل مرکزی اوږد محور کې د یو نری شریان، ورید او یو شمیر مخاطي عضلي الیاف لری چې دا الیاف Villi ته استناد ورکوی. د Villi سطح د columnar epithel حجراتو په واسطه پوښل شوی ده چې ځینې ځایونو کې د دی اپیتیل حجرات څوعدد یې د Villi په سطح تبارز کوي چې میکروویلي Micro Villi په نامه یادیږي او تقریبا یوه (میو) جګوالی لري د Villi موجودیت د التواتو په سر د وړو کولمو جذبونکې سطح تقریباً اته واره او د Micro Villi ساختمانونه ۱۲ تر ۱۴ واره نوموړی سطحه پراخوی او په مجموعی ډول د وړو کولمو جذبونکې سطح د ۲۰۰ څخه تر ۵۰۰ متر مربع پراخوالی لري (کولومنار اپیتیل) د جذب مسئولیت په غاړه لري همداسې امکان لري چې د هضم په فعل کې هم عمده رول ولوبوي ځکه چې هضمي انزایمونه په یوه جګ غلظت د میکروویلی په سرحد کې موجود وي.

یو شمیر حجرات چې مخاط (Mucus)افرازوی او د Goblet حجراتو په نامه یادیږي د ویلی په منځ کې ځای لری د کولمو د لمفویډ فولیکولو په سر باندی یو شمیر حجرات د Micro fold په نامه موجود دي چې د انتیژن او Immunoglobulin د انتقال وظیفه په غاړه لری Crypt of Liberkuhn د villi په فاصلو کې موقعیت لری چې د یو غیر تفریق حجراتو څخه جوړ شوی دی، چې همیشه Proliferation کوي د دې حجراتو د جملې څخه یو شمیر یې په خپل اصلي حالت پاتې کیږي او یو شمیر نور یې (کولومنار) دی په ظرف د تقریباً اوه ۷ ورځو د villi ترڅو پورې نقل مکان کوی د (لیبرکون) کریپتو په منځ کې د (ګوبلت) حجرات هم موجود دی همداسې د (لیبرکون) کریپتو او ویلی په منځ کې یو شمیر نور حجرات هم پیداکیږي، چې ځینې د دې حجراتو ګرانولا او ځینې یې Argentaffine حجرې دي چې د دوی وظیفه تر اوسه پورې معلومه نده.

www.ketabton.com

همداسې د وړو کولمو د مخاطی غشاء په سطح يو شمير سپين رنګه بيضوی لمفاوي صفيحات د Payers patch يا Folliculi Lymphoid Aggrageti په نامه موجود دی چې تقريباً نيم نه تر يو سانتي متره پورې قطر لری او د مساريقی ارتکاذ په مقابل کې سطح موقعيت لری د دی لمفاوي عناصرو شمير په جيجنوم کې ډير لږ.اما په اليوم او مخصوصاً په ترمينال اليوم کې فوق العاده زيات او په فاصله د هر پنځه يا شپږ سانتي متر کې يوه دانه موقعيت لري.

Meckel Diveticula:

په انسانانو کې د ابتدايي کولمو متوسطه برخه ده (Amphalo intestinal D,(Vitello Intestin) په واسطه د Yalk Sac سره ارتباط لری او په نورمال حالت کې وروسته د ولادت څخه دا قنات(Duct) د مينځه ځي اما په دوه فيصده ماشومانو کې د دی قنات هغه برخه چې کولمو سره په تماس کې ده د مينځه نه ځي او د يوی دستکشې د ګوتې به شان پاتې کيږي چې د Meckel Diveticula په نامه يادېږي. دا ديورتيکول د مساريقی ارتکاذ په مقابل او د اليوسيکال د سام څخه تقريباً درې فټه يا سل سانتي متره پورې موقعيت لري.

د اليوم او جيجنوم توپير:

- د جيجنوم جدار نسبت اليوم ته پنډ دی
- د جيجنوم قطر نسبت اليوم ته پراخه ده
- د جيجنوم په مساريقه کې يو شرياني قوس موجود دی چې د هغه څخه په شعاعي ډول مستقيم اوږده شريانونه د کولمو خواته ځی حال داچې د اليوم په مساريقه کې دوه يا درې شرياني قوسونه سر په سر موجود دی او د اخری شرياني قوس څخه مستقيم لنډ شريانونه کولمو خواته سير لري.
- د جيجنوم په مساريقه کې شحمي کتلات موجود نه وي اما د اليوم په مساريقه کې شحمی کتلات ډير موجود وي او د دې شحمي کتلاتو د موجوديت له کبله د شرياني قوسونو توليدل مشکل دی.

www.ketabton.com

د ووړو کولمو اروا:

د ووړو کولمو اروا د Art. Mesenterica Superior يا مساريقى علوى شريان په واسطه تامينيږي دا شريان د دولسم ظهرى او دلومړي قطنى بين الفقري قرص په حذا د بطن ابهر څخه جلا کيږى او د پانقراس شا او د اثناء عشر د دريمې برخې د قدام څخه ښکته تيريږي وروسته د دى څخه لومړى په ښي طرف دوه عمده شرياني شعبې ورکوي، چې عبارت دى له:

۱. پانقراسى شريان چې وروسته په دوه شعبو تقسيميږي.

الف: ښکتنى پانقراسى شريان Art. Pancreatica Inf

ب: ښکتنى پانقراسى اثناءعشر شريانArt. Pancreatoduodenalis Inf

۲. د کولون لپاره شريانونه چې عبارت دي له:

Right Art Colica, Arteria Colica Media, Arteria Iliocolic

دويم چپ طرف مساريقي علوي شريان څخه جيجنوم او اليوم لپاره تقريباً ۱۵ او په ځينې خلکو کې ۱۷ شرياني شعبې ورکوي چې دا شراين د ووړو کولمو مساريقي په منځ يو بل سره تفهم کوي چې لومړى، دويم، دريم او څلورم قوسي شريانونه جوړوي چې بلاخره د دې شرياني قوسونو څخه مستقيماً شريانونه چې د Art. Recti په نامه ياديږي کولمو خواته سير کوي.

د ووړو کولمو اروا:

د ووړو کولمو وريدي وينه او Vena Gastroepiloica سره يو ځاى په علوي مساريقي وريد کې توييږى کوم وخت چې علوي مساريقى وريد د اثناءعشر د دريمې قطعې په قدام او د اثناءعشر د لومړى قطعې د شا څخه پورته تير شو د طحالى وريد او د ښکتنۍ مساريقي وريد سره يوځاى کيږي او په باب وريد Portal vein ختميږي.

د ووړو کولمو لمفاوي درېناژ:

د ووړو کولمو لمف په هغه لمفاوي عقداتو کې توييږى کوم چې د ووړو کولمو د مساريقې په منځ کې د شريانى قوسونو په چارچاپيره کې موجود وي.

www.ketabton.com

د وړو کولمو اعصاب:

وړې کولمې د سیمپاتیک او پاراسیمپاتیک اعصابو په واسطه تعصیبیږي چې سیمپاتیک اعصاب یې د Celiac Plexus او پاراسیمپاتیک اعصاب یې د واګوس عصب څخه منشاء اخلي.

د وړو کولمو فزیولوژي:

د وړو کولمو اساسي وظیفه د غذايي موادو جذب (Absorption) دي او د غذايي موادو د جذب د اماده کېدو لپاره یو شمیر فزیولوژیک او کېمیاوي تعاملات او میخانیکېتونه مداخله کوي.

۱. د وړو کولمو حرکات:

د وړو کولمو مهم او اساسي فعالیت قطعوي تقلصات(Segmental contraction)دي چې دا تقلصات د کولمو افرازات د Chyme هضم شوي موادو سره مخلوطوي او مخلوط شوي مواد په تکرار ډول د کلمې د جذبیه سطحې سره په تماس راوړي او بلاخره Chyme ورو ورو د جذبیه سطحې څخه لرې کوي. قطعوي تقلصات دوه نوع تقلصاتو څخه عبارت دي.

- **متحدا لمرکز قطعوي تقلصات:**

چې تقلصي ساحه یې دوه سانتي متره اوږدوالی لري قطعوي تقلصات د (B.E.R) Basic Electrical Rhythm په واسطه کنترول کېږي چې دا اساسي برقي جریان د کولمو د جدار د طولاني عضلې الیافو له خوا منځته راځي د وړو کولمو هره برخه خپل ځانته مخصوص B.E.R لري چې د جلا جلا عصبي مراکزو له خوا کنترولیږي د اثناءعشر څخه د الیوم خواته د B.E.R شمیر کمیږي د B.E.R کنترول مرکز په اثناءعشر فاتر امپولا ته نژدې موقعیت لري قطعوي تقلصات په متقطع ډول د ۳،۴ ثانیو په فاصله کې منځته راځي.

- د کولمو استداري حرکات(**Peristalsis**) : د انسانانو په کولمو کې لنډ، ضعیف او د پرمخبیونکو حرکاتو څخه عبارت دی چې (Prepulsive) سرعت یې یو سانتي متر

www.ketabton.com

په يوه ثانيه کې وي دا حرکات به اوږدو کې د يو بل څخه ۱۰ تر ۱۵ سانتي مترو پورې فاصله لري.

عصبي او هورموني عوامل د کولمو د عضلي تقلصاتو پر قوت او وسعت باندې تاثير لرى اما د نوي تقلصاتو د منځته راتلو سبب نه ګرځي په عمومي ډول ستيل کولين د کولمو عضلي تقلصات تنبيه کوي او Adrenergic دواګانې د کولمو عضلي تقلصات په انحطاط راولي.

د وړې کولمې پر حرکاتو باندې د معدې معيې هورمونو تاثير لږ مختلف دى Chelecystokinin د وړې کولمې حرکات تنبيه کوي او Glucagone او Secretine د دى حرکاتو مخنيوى کوي.

۲: په وړو کولمو کې هضم، جذب او د هغه افرازات:

په وړو کولمو کې په استثناء د اوسپنى او کلسيم چې په اثناءعشر کې جذبيږي نور ټول غذايي مواد او الکترولايتونه بيدون د تفريق لدى لارى دوران ته داخليږي او په دى برخه کې د جسم غټوالى چندان رول نه لري.

۱: د اوبو او الکترولايتو هضم او جذب:

په يوه ورځ کې د پنځو څخه تر نهه ليتر مايعات، لاړى، معدوى، صفراوى، پانقراسى او د کولمو افرازات د کولمو د جذبيه سطح سره په تماس راځي او د دې جملې څخه تقريباً يو تر دوه ليتره د اليوم څخه کولون خواته تيريږي د الکترولايتو جذب د کولمو په ټول امتداد کې صورت نيسي اما د اعظمى جذب منطقه د کلمو پاسنۍ برخې دي.

بايد وويل شي چې الکترولايت يواځې په جلا شکل د کلمو له خوا نه جذبيږي بلکې د اوبو سره د محلول په شکل صورت نيسي د اوبو او الکترولايتو جريان د کلمو د بين الحجروى مسافاتوڅخه لومن خواته (secretion) او برخلاف د کلمو د لومن څخه بين الحجروى مسافاتو ته (Absorption) مساوي دي.

اوبه د مخاطي غشاء څخه د اوسموز د قانون په اساس په غير فعال شکل د کولمو لومن خواته حرکت کوي. د اثناء عشر او جيجونوم د پاسنۍ برخې هايپوتونيک

www.ketabton.com

محلولات او افرازات وينې د اوسموتيک فشار سره برابر دی وروسته د کلمو په دې برخه کې د انزايمونوتر تاثير لاندې د غذايي موادو غټ ماليکولونه په وړو ماليکولو بدليږي.

او يو اندازه اوبه نور هم د کولمو د جدار څخه کولمو لومن ته داخل او د کولمو د داخلي موادو او اسموتيک فشار د جګوالی سبب ګرځي او په دې وخت يوه اندازه اوبه، الکترولايتونه او د غذايې مواد واړه ماليکولونه لکه ګلوکوز او امينواسيدونه په فعال ډول د کولمو د جدار له خوا جذبيږي.

که په کولمو کې غير قابل جذب محلول موجود وی د دی لپاره چې د کولمو محتوی د ايزوتونيک په حال کې پاتې شي؛ نو اوبه يوازې نه جذبيږي سوديم چې په جيجونوم کې د الکتروژنيک ترانسپورت په ميخانيکېت د بايکاربونات په موجوديت د اوبو سره يو ځای د محلول په شکل جذبيږي همداسې د سوديم زيات مقدار جذب د هکساس د تنبهی ميخانيکېت او د الکتروکېميکل غلظت د درجې په اساس په اليوم کې جذبيږي.

د کولمو د محتوی په منځ کې د پوتاشيوم جذب د هغه د الکتريک غلظت په اساس صورت نيسي.

د کلسيوم جذب وړو کولمو په پاسنی برخو مخصوصاً په اثناءعشر کې صورت نيسي او د دی عنصر جذب د ويتامين D په واسطه تنبه کېږی.

مګنيزم د وړو کولمو په ټول امتداد لږ څه په مشکل ډول جذبيږي اوسپنی د فيروز ايون په شکل زياد په اثناءعشر او لږ د جيجنوم له خوا جذبيږي د انيونو (Anion's) جذب لږ مغلق دی د کلور جذب په غير مستقيم ډول د سوديم ترانسپورت سره تنظميږي د بايکاربونات جذب د هايدروژن د ايون د افراز په مقابل کې د سوديم د ايون سره تبادله کېږی صورت نيسي څرنګه چې د کولمو د محتوی په منځ کې د يوه ايون بايکاربونات جوړيدل د يو ايون هايدروجن افراز په مقابل کې صورت نيسي او بيا جذبيږي.

فسفات د وړو کولمو په ټولو برخو کې جذبيږي.

۲: د کاربوهايدريت هضم او جذب:

د غذايې موادو ۵۰٪ نشايسته وي دا مواد د لاړو د اماليز په واسطه د معدې په منځ کې هضميږي او د نشايستوي موادو پاتې برخه د اثناءعشر په منځ کې د پانقراس د امايليز

www.ketabton.com

په واسطه هایدرولیز کېږي د فرکتوز جذب د کولمو د لومن په منځ کې د دې موادو غلظت پورې اړه لري چې د هضم د عملی څخه وروسته هرڅومره چې غلظت یې زیات وی په هماغه اندازه زیات جذبیږي د مونوسکریدونو، مالتوز، مالتوز تریوز او د ګسترین هضم او جذب په اثناءعشر او د جیجنوم په پاسنۍ برخو کې صورت نیسي او په مستقیم ډول د کولمو د مخاطي غشاءء څخه باب ورید ته داخلیږي.

۳:د پروټین هضم او جذب:

کوم وخت چې پروتیني مواد معدې ته داخل شو د معدې د اسید تر تاثیر لاندې د هغه خواص تغیر کوي او یوه برخه یې د پیپسین په واسطه هضمیږي د پروتین هایدرولیز او د هغه تبدیلیدل به پولي پیپتید اساساً د پانقراصی انزایمو مخصوصاً د تریپسین او شیمو تریپسین په واسطه صورت نیسي وروسته پولی پیپتیدونه د کاربوکسی پیپتیداز او امینو پیپتداز لخوا چې د مخاطی غشاء د اپیتل حجراتو د سطح په تماس موجود وی به هغه اسیدو تجزیه کېږی چې د جذب قابلیت لری ځینې اولیګو پیپتیدونه د کولمو د مخاطی غشاء د حجراتو په منځ کې داخل او په هغه ځای کې هایدرولیز کېږي.

د امینو اسیدو ۸۰٪ یې د جیجینوم به لومړی برخو کې یانې په لومړی ۱۰۰ سانتي مترو کې جذبیږي په نورمال حالت ټول خوړل شوي پروتیني مواد جذبیږي او کوم پروتیني مواد چې په غایطه موادو کې خارجیږي د مخاطي غشاءء د حجروي تفلصاتو، موکوپروتینو او د باکتریاګانو څخه عبارت دی.

۴:د شحم هضم او جذب:

غذایي شحم زیات مقدار د Triglycerides په شکل دی چې مالیکولونه یې په اوبو کې غیرې منحل او په اثناءعشر کې د دې لپاره چې د پانقراص لیپاز په واسطه هضم شي باید په مستحلب یا Emulsion په شکل جوړ او اماده شی شحمی اسیدونه مونوګلیسرید، کولسترول، Lecithine, Lysolecithine او پروتین د صفراوی مالګو سره یو مستحلب جوړوی صفراوی مالګی په خپله د مستحلب جوړولو ضعیف قدرت لري اما کوم وخت چې د صفرا غلظت زیات شو پخپله د مونوګلیسرید سره یوځای کېږي او

www.ketabton.com

یو نوع وړوکي کتلات جوړوي چې د Micelles په نامه یادیږي و دا Micelles کوم وخت چې د Microvilli سره په تماس راشي په شحمي اسیدو، مونوګلیسرید او صفراوي مالګو تجزیه کیږي شحمي اسیدو او مونو ګلیسرید د لیپوپروتین پلازما ممبران(Lipoprotein Plasma Membrane) څخه تیریږي او راساً باب ورید ته تویږي د دی موادو جذب په الیوم کي نسبت جیجینوم ته زیات صورت نیسي او Conjugated صفراوي مالګه په فعال شکل د الیوم په اخري برخه کې جذب او د باب ورید له لارې بیرته ځیګر ته ننوځي چې بیا د ځیګر له خوا افرازیږي.

د الیوم اخري برخې په امراضو کې او همداسې کوم وخت چې د الیوم اخری برخه قطع او لرې شي صفراوي مالګه په زیاته اندازه کولون ته داخل او د اوبو او سودیم جذب مختل کیږي او په نتیجه کې ناروغ ته اسهال پیداکیږي.

۵: د ویټامینونو هضم او جذب:

ویټامن B ۱۲ (Cyancocobalamine) په اوبو کې منحل کوبالت لرونکې ماده چې مالیکولي وزن یې ډیر جګ دی ،په اوبو کې منحل نور ویټامینونه په ډیر ساده شکل د کولمو د جدار له خوا جذبیږي اما ویټامین ۱۲ B لومړی په معده کې د Intrinsic Factor سره د (د معدې د جداری حجراتو له خوا افرازیږي او یو موکو پروتین دی) یوځای او یو کمپلکس جوړوی چې دا کمپلکس د الیوم په اخری برخه کې جذبیږي.

په شحم کې منحل ویټامینونه لکه ویټامین A, D, E او Kد نورو شحمی موادو په شان جذبیږي او د صفرا په عدم موجودیت کې د دی ویټامینو جذب صورت نه یسی.

میکل رتج (Meckels Diverticula):

امبریولوژي:

دوه فیصده ماشومان دا رتج لری او د معدي معايي قنات یو معمولی ولادی انومالی دی چې په ۱۸۰۹ م کال د Johann Mieklel په واسطه کشف شوی دی. د انسان امبریو په رحمی ژوند کې تر دریمی هفتي پورې لمړنی هضمی قنات د نامه له لاری د Yalk Sac سره مستقیماً د یو قنات په واسطه ارتباط لری چې دا قنات د Amphalo Intestinal یا Vitelline قنات په نوم یادیږي هرڅومره چې امبریو په داخل د رحم کې غټیږي په

www.ketabton.com

هماغه اندازه دا قنات نری کېږی او بلاخره د یورسی (Cord) په شکل پاتې کېږی یا داچې بیخی د منځه ځی.

که دا قنات په خپل اوږدوالی کې د منځه ولاړ نشی او خلاص پاتې شی کوم وخت چې ماشوم تولد کېږی دهغه د نامه څخه غایطه مواد جریان لری چې د Amphale Intestinal fistula or Congenital fecal fistula په نامه یادیږي.

که وتلین کانال د نامه په حذا خلاص پاتې وی او د کولمی په حذا پړی یا رسی جوړه کړی وی Umbilical sinus منځته راځي که وتلین کانال د کولمی په حذا کڅوړه جوړه کړی وی او د نامه په حذا د منځه تلی وی پدی وخت د میکل دایورتیکول په نامه یادیږي.

که قنات د ګیډې د جدار او د کولمی جدار ته نژدی پړی جوړ کړی وی او مینځنی برخې خلاص پاتې شی د Umbilical Cyst په نامه یادیږي که ویتلین قنات په خپل ټول امتداد د یو پړي په شان پاتې شي د دې پړي په سر باندې کله کله د کولمو عروه تاویږي او د کولمو انسداد منځته راوړي.

اناتومي:

میکل دایورتیکول د الیوسیکال د سام څخه نظر په سن د دوه څخه تر درې فوټه لېرې واقع او د الیوم د مساریقی ارتکاذ ته مخامخ موقعیت لري دیوه څخه تر ۱۲ سانتي متر پورې اوږدوالی لری چې په لس فیصده ناروغانو کې د میکل دایورتیکول په څوکه د ویتلین بقایا د یو پړی په شان تر نامه پورې پاتې وي.

میکل دایورتیکول یو حقیقي دایورتیکول دی ځکه چې د هغه جدارد کولمو ټول طبقات یانې سیروزا، عضلي، تحت مخاطي او مخاطي طبقات احتوا کوي هغه خلک چې میکل دایورتیکول لری ۵٪ د هغوی دایورتیکول مخاطی غشاءء هیتیروتوپک (Hetrotrophic) نسج احتوا کوي چې لدې جملې څخه ۸۵٪ معدوي مخاطي غشاءء او ۱۵٪ پانقراص، کولون، جیجونوم او د اثناءعشر د مخاطی غشاءء په هیتیروتوپیک ډول د دایورتیکول منځ کې ځای نیسي.

www.ketabton.com

سریري تظاهرات:

بايد وويل شي ترڅو چې د دايورتيکول هيتيروتوپيک نسج په اختلاط معروض نه شي دايورتيکول سريري تظاهرات نه ښکاره کوي په غير د دې سريري تظاهرات يې عبارت دي له:

I. **نذف:**

۵۰٪ ناروغان چې د معدې هيتيروتوپيک نسج د هغوی په دايورتيکول کې ځای لري ميلاناً پيدا کوي او دا عرض عموماً په ماشومانو کې د لس کلنی څخه مخکې د دايورتيکول د پيپتيک قرحی له کبله ليدل کېږی نذف عموماً هغه وخت پيداکېږی چې ماشوم په خپل ګېډه کې بی د دی چې تبه ولری درد حس کوی يا په بل عبارت يو ماشوم چې بيدون د تبی په خپل ګېډه کې درد حس کوي او د ميلانا سره ملګری وي امکان لري چې ميکل دايورتيکل ولري.

II. **د کولمې انسدادي تظاهرات:**

په ۳۰٪ وقايعو کې ميکل دايورتيکول د کلمو د انسدادی تظاهراتو سبب ګرځی انسدادي حالت هغه وخت منځته راځي چې د وړو کولمو يوه عروه د هغه پړی په سر چې د دايورتيکول څوکې څخه پرنامه يا پربطن جدار کې تثبيتيږي تاوشی يا داچې دايورتيکول د کلمی په منځ د Intussusceptions په شکل داخل شي.

III. **د حاد دايورتيکولايتس سريري تظاهرات:**

د دايورتيکول غاړه معمولاً پراخه وی اما کوم وخت چې د دايورتيکول غاړه د پپتيک قرحی د شفا کېدو څخه وروسته متضيقه شی دا تضيق د دی سبب کېږی چې دايورتيکول تدوروکې يا د دايورتيکول په منځ غايطی تيږه جوړه شی يا دا چې توموری شی په دی حالاتو کې دايوريتکول التهابی کېږی د سريري له نظره په دی وخت کې ناروغ په خپله ګېډه کې مخصوصاً په R. L. Q کې درد حس کوی بی اشتهايي، زړه بدوالی، کانګی، بطني تندرنس، تبه او لوکوسايتوزس موجود وی چې نوموړی اعراض د حاد اپنديسايتس ته ورته دی که پدی مرحله کې دايورتيکولايتس تداوی نه شی د سوری کېدو خطر زښت ډير دی.

www.ketabton.com

IV. مزمن بطني درد:

د دایورتیکول د پپتیک قرحی له کبله ناروغان په خپل ګیډه کې مزمن دردونه حس کوی.

تشخیص:

د ناروغی تشخیص د سریري تظاهراتو او لابراتواری معایناتو په اساس اجراء کېږی سریري تظاهرات مخکې تشریح شو.

لابراتواري معاینات:

لابراتواری معاینات زیاتره د میکل دایورتیکول د سریري تظاهراتو په اساس اجرا کېږی په هغه حالاتو کې چې یو ماشوم بی د دی چې تبه ولری د ګیډې درد سره میلانا ولری د باریوم د خوړلو څخه وروسته د وړو کولمو د رادیوګرافی په واسطه دایورتیکول په منځ کې د پیپتیک قرحی موجودیت تثبیت او تشخیص وضع کېږي.

همداسې د بطني Scanning د perteenetate TC^{99} محلول په واسطه د دایورتیکول په منځ هیتروتوپیک نسج تثبیتیږي.

په هغه صورت کې چې انسدادی لوحه موجوده وي د ګیډې د ساده رادیوګرافی په واسطه صرف د هایدروایریک خیالو د موجودیت په اساس د کولمو انسداد تشخیص کېږي او سببي عامل یې یانې دایورتیکول نه تشخیص کېږي.

د دایورتیکول په التهابی حالاتو کې د وینی په معاینه کې لوکوسایتوز موجود وي د التهاب د پرمختګ له کبله که دایورتیکول سوری شوی وی د پریطونایتس د سریري تظاهراتو سربیره د رادیوګرافی په پاڼه کې چې د ګیډې څخه د ولاړې په وضعیت اخیستل شوی وي د حجاب حاجز لاندې مخصوصاً په ښی طرف ازاده هوا تثبیتیږي.

توپیری تشخیص:

۱. **د حاد اپندی ساتیس سره:**

یوازېنی مرض چې د میکل دایورتیکول د التهاب سره زیات شباهت لری حاد اپندیسایتس دی میکل دایورتیکولایتس درد او تندرنس د اپندیسایتس په شان د ګیډې په ښی ښکتنی کوادرانت کې وی خو د دی درد زیاتره نامه خواته نږدی وی او په وصفی ډول په مک بورنی ناحیه کې نه حس کېږی خو بیا هم د دی دوه مرضونو په

www.ketabton.com

منځ کې توپيری تشخيص ډير مشکل دی او يوائځی د عمليات په وخت قطعی تشخيص وضع کېږی.

۲. د معدې او اثناءعشر د پيپتيک قرحو سره:

د معدې او د اثناءعشر پيپتيک قرحه زياتره په کاهلانو کې منځته راځي حالانکه د دايورتيکول قرحه په ماشومانو کې پيداکېږی د معدې او د اثناءعشر قرحوی درد په اپی ګستريک ناحيه کې حس کېږی اما د دايورتيکول قرحوی درد د ګيډې په ښي سفلی کوادرانت کې موجود وي.

د معدې د عصارې په معاينه کې د معدې په قرحه کې هايپو اسيديتي او د اثناءعشر په قرحه کې هايپر اسيديتی موجوده وي؛ خو د دايورتيکول په قرحه کې د معدې اسيديتی نورمال وي.

درملنه:

کوم وخت چې دايورتيکول د سريري تظاهراتو د پيدا کېدو سبب وګرځيد بايد حتماً ژر ترژره د جراحي عمليات په واسطه وايستل شي په التهابي حالاتو کې د دايورتيکول څخه پورته او ښکته د نورمالو کولمو يوه برخه هم دهغه سره يو ځای ليری کېږی اما د نذف او انسداد په حالاتو کې يوائځی دايورتيکول ايستل کېږي او د کولمو خوله بيرته په مستعرض ډول ګنډل کېږي.

د وړو کولمو تومورونه:

د وړو کولمو تومورونه عموميت نه لري او سره لدې چې نسبت غټو کولمو ته اوږدې او پراخه سطحه لري خو بيا هم غټې کولمې څلور چنده زياتره وړو کولمو ته په تومور اخته کېږي.

د وړو کولمو د خبيث او سليم تومورونو وقوعات د سريري له نظره مساوي اما په اوتوپسي کې د سليم تومورو وقوعات نسبت خبيث تومورو ته زښت زيات ښودل شوی دی او دا لدې کبله دی چې د اعراض لرونکې تومورو د جملې څخه ۷۵٪ يې خبيث وي د وړو کولمو نيوپلازم د معدې معايې قنات د ټولو تومورو د جملې څخه ۵٪ جوړوي. او ۸۵٪ناروغان د ۴۰ کالو څخه زيات عمر لری د وړو کولمو سليم تومور بارزترين سريري تظاهرات د کولمو انسداد او ميلانادی او خبيث تومورونه عموماً د کولمو د جدار د سوري کېدو سبب ګرځي.

www.ketabton.com

د وړو کولمو د تومورو تصنیف:

د وړو کولمو تورمورونه په دوه ډوله دي:

۱. د وړو کولمو سلیم تومورونه:

چې وقوعات یې د زیاتوالی له نظره په اوله درجه لایومایوما، په دویمه درجه پولیپونه او په درېمه درجه کې هیمانژیوما تصادف کېږي.

۲. د وړو کولمو خبیث تومورونه: چې په لاندې ډول تصنیف کېږي:

الف: ادینوکارسینوما، لمفوما او لایوسرکوما.

ب: د وړو کولمو کارسینوئید تورمورونه.

ج: خبیث کارسینوئید سندروم.

د وړو کولمو سلیم تومورونه:

د وړو کولمو سلیم تومورونه ۱۵٪ په اثناءعشر، ۲۵٪ په جیجنوم او ۶۰٪ په الیوم کې پیداکېږی د وړو کولمو د سلیمو تومورونو زیات شمیر سریري اعراض نه ورکوي او یوازې د اتوپسي په وخت کې معلومېږي یوشمیر نور واقعات یې ډیر خفیف سریري اعراض لکه د ګیډې ګذری درد یا خفیف انسدادی اعراض ورکوی چې تشخیص یې مشکل دی او بی د تشخیصه پاتې کېږی.

۱) لایومایوما او هیمانژیوما:

د وقوعاتو له نظره لایوما یوما زیات تصادف کېږی اما د هیمانژیوما واقعات نادر دی.

سریري تظاهرات:

۱-۱۰٪ د دی دوه تومورونو د سریري اعراضو د منځته راتلو سبب ګرځي چې عبارت دي د کولمو انسداد او نذف چې لایومایوما زیاتره د کولمو د انسداد سبب ګرځی او هیمانژیوما زیاتره د نذف په شکل تظاهر کوی چې نومړی نذف د غیری کتلوی میلانا په شکل وی باید و ویل شي د وړو کولمو سلیم تومورونه ډیر لږ سوري کېږي او کوم وخت چې د سلیم تومور له کبله په وړو کولمو کې سوری پیدا شو امکان لري، چې د مجاورو غړو په واسطه نومړی سوری چاپیر او موضعی ابسی داخل د بطن کې منځته

www.ketabton.com

راشي كه مجاور عضوه د سورى شوى ناحيې سره كلك نښتې وي نو پدې وخت د هغه جدار هم التهابى كيږي او بلاخره وروسته د سوري كېدو څخه داخلي فستول پيداكيږي. امكان لرى چې د سوري شوى ځاى څخه د كولمو زياته اندازه محتوى د پريطوان جوف كې توى شي او عمومي پريطونايتس منځته راوړي د لا يوما يوما د تدريجي غټيدو له كبله د كولمو لومن په تدريجى ډول متضيق كيږي او بلاخره د كولمو انسداد د كولمو د لومن د تام بندوالى په واسطه منځته راځي.

راديوګرافي معاينه:

د ميلانا په صورت كې د دې لپاره چې د نذف منبع معلومه شي د فعال نذف وركولو په وخت كې د كولمو Angiography بايد اجراء شى او دهغه له مخې د نذف منبع په وړو كولمو كې معلوميږي او د انسداد په صورت كې د ګيډې ساده راديوګرافى نه يوائې د انسدادي حالت په تشخيص كې اهميت لرى بلكې په ځينې ځايو كې تكلسى نقاط د ليدو وړ وي. (MRI) هم په تشخيص كې مهم اهميت لري.

توپيرى تشخيص:

كوم وخت چې هيمانژيوما د نذف سبب ګرځي د Herediatary Hemorrhagic Telangiectasis يا Osler- Rendo Weber Syndrome سره بايد توپيرى تشخيص شى چې په دى سندروم كې Telangiectasis په پوستكې، كولمو او مخاطي غشاء كې موجود وي.

Telangiectasis د مخاطي غشاء يا پوستكې په سطح د شعريه اوعيو پراخوالى دى چې د يو سور داغ په شان ښكاري اما د وړو كولمو په هيمانژيوما كې Telangiectasis په پوستكې او مخاطي غشاء كې موجود نه وي.

درملنه:

په هغه حالاتو كې چې تومور په تصادفي ډول د يوې بلې ناروغۍ په سير كې كشف شي د دې لپاره چې وروسته اختلاط ورنكړي بايد وايستل شي او په هغه صورت كې چې سريري اعراض يې وركړي وي (انسداد، نذف، سورى كېدل) او

www.ketabton.com

تشخیص وضع شي تومور او ورسره نژدې کولمې باید وایستل شي او په لومړۍ مرحله کې د کولمو پاتې برخې ته خوله په خوله انستموز ورکړي.

۲) د وړو کولمو پولیپ:

د وړو کولمو پولیپونه عموماً ادنوماتوزپولیپ دی دا نوع پولیپ زیاتره په کولون کې پیداکیږی او په وړو کولمو کې چندان عمومیت نه لري. د وړو کولمو ادنوماتیوز پولیپونه زیاتره یودانه وي او د کولمو د لومن په منځ تغلف کوي او د هغه خوله بندوي یا داچې د نذف سبب ګرځي.

ادنوماتوز پولیپونه زیاتره Hamartoma په شکل وی چې خباثت ته میلان نه لري.

سریري تظاهرات:

ادنوماتوز پولیپونه په ۱۰٪ وقایعو کې یو فامیلی ناروغۍ جوړوي چې د معدې معایې قنات په ټول امتداد کې متعدد پولیپونه تشکل کوي او دخولې په مخاطي غشاء او د لاسو او پښو په ورغو کې د میلانین داغونه پیداکیږي، چې دا فامیلي ناروغۍ د Peutz Jeghers سندروم په نامه یادیږي، د دې سندروم په منځته راتلو کې یو Simple Pleiotropic Gene رول لري او په دې سندروم کې Pigmentation بدون د پولیپ او په کوملو کې د پولیپ موجودیت بیدون د Pigmentation راپور ورکړ شوی دی.

چې یو شمیر ناروغانو کې چې پدې سندروم اخته دی د معدې معایې لارې د خبیثو تومورو موجودیت راپور ورکړل شوی دی اوهمداسې د دې سندروم او د معدې معایې لارې د خبیث تومور مناسبت په ځینې وقعایو کې ثابت شوی دی اما په دې سندروم کې د پولیپونو کانسری کېدل تراوسه پورې واضح شوي ندي په دې سندروم کې ناروغ د متناوب کولیک ډوله بطني دردونو څخه شکایت کوي چې دا دردونه د کولمو په لومن کې د پولیپ د تغلف په وخت کې منځته راځي.

په ۳/۱ ناروغانو د ګیډې په جس سره یوه متحرکه کتله د جس وړ وی په دی سندروم کې میلانا او نذف چندان عمومیت نه لري.

هغه وخت چې پاسني اعراض په صحنه حاکم شو باید ژرترژره تداوی ته اقدام وشي.

www.ketabton.com

درملنه:

د دې تومور یوائینې تداوي جراحي ده چې وروسته د لپروتومي څخه ماوفه کولمه یانې هغه برخه د کولمو چې په کې پولیپونه موجود وی باید قطع او د قطعه شوی برخې پروکسیمال او دیستال خوا یو بل سره انستموز ورکړ شي.

په هغه صورت کې چې د وړو کولمو په ټول امتداد متعدد پولیپونه موجود وي باید د پولیپونو یوه یوه دانه د کولونو سکوپ له لاری (کولونو سکوپي انتروتومي له لارې وړو کولمو ته داخلیږي) او قاعده یې سوزول کیږي.

د وړو کولمو خبیث تومورونه:

د وړو کولمو تومورونه چې خبیث خاصیت لري د معدې معایې د خبیث تومورو دوه فیصده جوړوي.

۱) **Adenocarcinoma, Lymphoma, Leomyosarcoma**

ادینوکارسینوما په مساوي ډول د وړو کولمو په ټول امتداد تصادف کیږي، سرکوما او لمفوما زیاتره د الیوم په اخري برخه کې موقعیت نیسي ادنوکارسینوما د کولمو په لومن کې نشونما کوي، لمفوما یو ارتشاحي تومور دی چې د کولمو په ټولو طبقاتو کې پرمختک کوي او د کولمو جدار په سګمنتال ډول کلک کیږي لایومایوسرکوما د کولمو په جدار کې د متعدد قرحاتو په شان تشکل کوي چې د قرحې د ژورې برخې څخه وینه بهیږي.

سریري تظاهرات:

د وړو کولمو د خبیث تومورو سریري تظاهرات په لاندې ډول دي.

A. **اسهال:** چې د اوبلن ډکو متیازو سره زیاته اندازه مخاط خارجیږي او د کولمو د Tenismus سره یو ځای وی دا عرض زیاتره په لایومایوماسرکوما کې بارز وی.

B. **انسدادي حالت:** چې زړه بدوالی، ګانګو اود ګیډې د کرمپ ډوله درد سره یوځای وي او دا تظاهرات په ادنوکارسینوما کې عمومیت لري.

www.ketabton.com

C. مزمن میلانا او **Hematochesia** :

له هغه ځایه چې دا دوه عرضه مزمن سیر لری نو ناروغان انیمیک او ضعیف وی چې په لایومایوسرکوما او لمفوما کې زیات تصادف کیږي.

سربیره د پاسني اعراضو ځینې ناروغان چې د وړو کولمو په لمفوما اخته دي تبه کوي او په Mal absorption سندروم اخته کیږي.

درملنه:

د وړوکولمو د خبیثو تومورو اساسي تداوي د ماوفه کولمو ریزکشن دی چې د مربوطه مساریقی د لمفاوي عقداتو سره یو ځای وایستل شي او له هغه ځایه چې پدې تومورو کې لمفاوي عقدات زیاتر د شریان مساریقي علوي په چارچاپیره کې وي نو د دې لمفاوي عقداتو تسلیخ او لیرې کول مشکل کار دی، وروسته د عملیات څخه شمیوتراپي او Radiotherapy یوازې د لمفوما په هکله موثر واقع کیږي.

۲) د وړو کولمو کارسینوئید تومور:

کارسینوئید تومور په اوله درجه په اپندیکس او په دویمه درجه په وړو کولمو کې زیات پیدا کیږي.

نسبت جیجنوم ته ۱۰ چنده اضافه تر په الیوم کې تاسس کوي دا تومور د ۲۵ او د ۴۵ کالو ترمنځ زیات تصادف کوي، عموماً د Enterochromaffine د انساجو د ابتدایې تومورو سره (لکه د Thyroid د Medulary کارسینوما سره) یوځای اشتراک کوي.

کارسینوئید تومور د Argentaffine حجراتو (Kulchitsky) ګرانول د لیدو وړ وي.

د وړو کولمو کارسینوئید تومور یو خبیث تومور دی چې ورو ورو پرمختګ کوي څرنګه چې عملیات په وخت کې ۴۰٪ واقعاتو کې تومور د کلمو د جدار عضلې طبقه اشغال کړی وی او د ۳۳٪ واقعاتو کې مساریقی لمفاوي عقداتو ته میتاستاز ورکړی وي باید وویل شي چې هرڅومره د تومور قطر زیات وي په هماغه اندازه د میتاستاز ورکولو خطر زیات وی که چیرې تومور یو سانتي متر قطر ولري یوازې دوه فیصده امکان لري چې میتاستاز ورکړي او که تومور دوه یا د دوه سانتي مترو څخه زیات قطر ورلری د ۸۰ څخه تر ۹۰٪ واقعات یې میتاستاز ورکوي.

www.ketabton.com

سریري تظاهرات:

کارسینوئید تومور سریري اعراض نه ورکوي او په عمومي ډول د وړو کولمو ۳۰٪ کارسینوئید تومورونه د سریري تظاهراتو سبب ګرځي چې عبارت دي د ګیډې درد، نذف، کارسینوئید سندروم او انسدادی اعراض د کولمو انسداد لدی کبله منځته راځي چې تومور د کولمو د جدار د اسکلزوزیس او د هغه د قتیدو (Kniking) سبب ګرځي، د وړو کولمو ۱۰٪ کارسینوئید تومورونه د کارسینوئید سندروم سره اشتراک کوي.

لابراتواري معاینات:

په تشو متیازو کې ۵. Hydroxy indol Acetic acid (۵.H. I. A. A) سویه جګیږي اما په تشو متیازو کې د دی مادی کموالی یانه موجودیت کارسینوئید تومورنشي ردولای.

درملنه:

د کارسینوئید تومور یواځینې تداوی د جراحی عملیات څخه عبارت دی د جراحي عملیات وسعت او پراخوالی د تومور په غټوالي او د میتاساز په موجودیت پورې اړه لري که تومور د یو سانتي متر څخه لږ غټوالی ولري او میتاستاز نه وي ورکړی یواځې توموری ناحیه کې د کولمو او د هغه مربوطه مساریقی ایستل انتخابې تداوی دي او له هغه ځایه چې تومور معمولاً د الیوم په اخري برخو کې موقعیت لری نو په کلاسیک ډول د ښی Hemicolectomy سره د الیوم خری برخه د مربوطه مساریقی سره ایستل کیږی.

په هغه حالاتو کې چې تومور د وړو کولمو په مختلفو ځایونوکې موقعیت ولری نو تر امکان حده پورې باید د وړی کولمو توموري برخې د مربوطه مساریقې سره وایستل شی او که د تومور ایستل امکان نه درلود د Bypass anastomose ورکولو څخه وروسته Cytostatic دواګانی لکه Streptozotocine او 5-Fluorouracil تطبیقیږي د دی دواګانو تطبیق پرځینې ناروغانو باندی ښه نتیجه ورکوي.

www.ketabton.com

۳) خبیثه کارسینوئید سندروم (Malignant carcinoid Syndrome):

دا سندروم د یو شمیر اصلی یا دوامدار او فرعی سریري تظاهراتو څخه عبارت دی.

فرعی تظاهرات یې عبارت دی د پوستکې سوروالی، اسهال، د کولمو د استداری حرکاتو زیاتوالی، استما او Vasomotor Collaps .

اصلی یا دوامدار سریري تظاهرات یې عبارت دی Hyperemic ، د نهایات ازیما، د پوستکي د Pellagra علایم او د زړه د دسامانو امراض.

پتوجنیزس:

په نورمال حالت په عضویت کې یواځی ۱٪ غذایي Tryptophan په ۵- Hydroxy Triptophan or Seratonin بدلیږي اما د کارسینوئید د تومورو د فعالیت په واسطه د غذایي موادو ۶۰٪ ترپیتوپان په سیروتونین بدلیږي او د عضویت د احتیاج وړ پروتین او Niacine جوړیدو ته ډیر لږ ترپیتوپان پاتې کیږی چې دا حادثه د ناروغ اسهال او بی اشتهایي نوره هم زیاتوی او په پای کې Pellarga او عضویت د پروتین کموالی منځته راځي.

tryptophan —hydroxydase→ 5- Hydroxytryptophan —Decarboxylase→ serotonin

5-Hydroxytryptamine —Monoamine oxydase / Aldehyde dehydrogenase→ 5- Hydroxy Indol Aceitc Acide

(۵- H.I.A.A).

په ځیگر کې سیروتونین په ۵- H.I.A.A بدلیږي چې په همدې حالت د پښتورگو له لاری اطراح کیږی چې د کارسینوئید تومور اساسی فعالیت په تشومتیازو کې ۵- H.I.A.A د تعینولو په واسطه تعینیږي.

په نورمال حالت کې په ورځ کې د دوه څخه تر ۱۰ ملی گرامه ۵- H.I.A.A په تشومتیازو کې خارجیږي او په کارسینوئید سندروم کې دا مقدار ۵۰ تر ۱۰۰ ملی گرامو ته رسیږي.

www.ketabton.com

په دورانی وینه کې د سیروتونین زیاته اندازه موجودیت په دې دلالت کوي چې تومور ځیګرته میتاستاز ورکړی دی او ځیګر خپل وظایف په نورمال ډول نشي سرته رسولی یا داچې د باب ورید د درناژ د ساحې څخه د باندې لکه په برانشو او میبضو کې میتاستاز ورکړی دی او سیروتونین راسا ګردو ته راځي.

سریري تظاهرات:

د پوستکې او مخ سوروالی د کارسینوئید سندروم لپاره ډېری وصفي علامې دي چې د زیات سرو داغونو او پلاکونو په شکل په مخ، غاړه، لاسونو او صدر په پاسنی برخو کې تظاهر کوی چې د خارښت، خولې کېدو او ازیما سره یوځای وي وروسته ناروغ ته په همدې ناحیه کې کرختی یا سطحې بې حسي پیداکېږي په همدې مرحله کې نبض سریع او دورانی کولا پس منځته راځي او که ناروغ ژر تر ژره تداوی لاندې ونه نیول شی امکان لری چې ناروغ د دورانی کولا پس له کبله مړ شي.

پاسنی اعراض او علایم امکان لري چې په خپله بې د تداوی،له منځه لاړشي یا داچې دا حملات څوڅو ځلی تکرار شي او سندروم پرمختګ وکړي چې وروسته د څه مودې په زنه، پزه او تندی کې Telangiectasis پیداکېږي او ناروغ په عمومي ډول بې له دې چې کوم قلبي تشویش ولري یا په وینه کې د اوکسیجن اندازه کمه شي سیانوتیک ښکاري.

په ۸۰٪ ناروغانو کې اسهال هم موجود وی اسهال معمولاً د سهار لخوا زیاتیږي غایطه مواد په داسی حال کې چې زیات ابګین او زیات مخاط لری هیڅ وخت وینه نه احتوا کوي اسهال د ګیډې د کرمپ ډوله درد سره یوځای وي او دا ټول د پوستکې د سوروالی سره هیڅ ارتباط نه لري که اسهال دوامداره پاتې شي ناروغ په Mal Absorption اخته کیږي.

د لاسونو او پښو ازیما په ۷۰٪ ناروغانو کې موجوده وي د ازیما په تشکل کې د سیروتونین انتی دایوریتیک تاثیر او د وریدی فشار جګوالی د ټول پوستکې په سوروالی کې زیات رول لری ۲۵٪ ناروغان د پوستکې د سوروالي د حملې سره یوځای ساه تنګی یا Asthma هم پیدا کوي.

مخصوصاً د انستیزی د اندکشن په وخت کې د قصباتو شدید اسپازم منځته راځي پدی سندروم کې ۵۰٪ ناروغان د قلبي د ساماتو تضیق پیدا کوی څرنګه چې قلبی دسامات یوبل سره نژدی پند او لنډیږي چې په نتیجه کې د نوموړی دسامات تضیق

www.ketabton.com

منځته راځي پدی سندروم کې په اوله درجه کې د Tricuspid او Pulmonary او په دويمه درجه کې د ميترال او د ابهر د سامونه متضيق کېږي.

تشخيص:

د ناروغۍ تشخيص د سريري اعراضو او لابراتواری معايناتو او تستونو په واسطه اجراء کېږی چې البته سريري تظاهرات يې مخکې تشريح شو او لابراتواری معاينات او تستونه يې په لاندې ډول دی:

۱ــ کـه د جس وړ لمفاوي عقداتو څخه د بايوپسی د ستنی په واسطه بايوپسی واخستل شی د ميکروسکوپيک معاينی په واسطه تشخيص وضع کېږي.

۲ــ کوم ناروغان چې په دې سندروم اخته دي کـه د وريد لـه لارې Epinephrine د يو ميو ګرام په اندازه ورته زرق شي فوراً د پوستکې سوروالی ورته پيداکېږی او تقريباً ۴۵ دقيقی وروسته پوستکې د سوروالی د شروع څخه هايپوتنشن او د نبض شمير زياتوالی په ناروغ کې ليدل کېږي.

۳ ـ د څلورساعتو لپاره که ناروغ ته د کلسيوم ۱٪ محلول تطبيق شي د کارسينوئيد تومور حمله په هغه صورت کې پيداکېږي چې ناروغ په نوموړی ناروغۍ اخته وي.

۴ ـ کوم ناروغان چې په کارسينوئيد سندروم اخته دی د تشو متيازو له لاری په يوه ورځ کې د ۴۰ ملی ګرام څخه زيات H.I.A.A -۵ اطراح او نورمال خلک په يوه ورځ د لس ملی ګرامو څخه لږه دا ماده د تش متيازو له لارې اطراح کوي.

درملنه:

د عضويت څخه د ټولو توموري انساجو لري کول په دې سندروم کې ډير مشکل کار دی اما سره لدې هم بايد د ناروغ ګيډه خلاصه او ترکومه اندازه چې د ماوف انساجو لرې کول امکان درلود بايد وايستل شي د ناروغۍ دسريري اعراضو د کنترول لپاره دوايې تداوي مفيده دی او دا دواګانې د Antiserotonine دواګانو څخه عبارت دی لکه Chorophenylataming-Methysergide cryprohptine -۳ دا دواګانی مخصوصاً د ناروغ پر اسهال باندی ښه تاثير لری د پوستکې سوروالی او نور اعراض يې د الفا ادرينرجيک بلاکر دواګانو سره لکه phenothiazine بعضاً تداوي کېږي.

www.ketabton.com

همداسـې د كـورتيزون د دوامـدار تطبيـق سـره د يـو زيـات شـمير ناروغـانو سـريري تظاهرات كميږي كانسري شيموتراپي Streptozocine او fluorouracil -۵ سره يو ځای د كانسري حجراتو د نكروز سبب ګرځي او پر ځينې ناروغانو باندی ښه تاثير كوی اما دا دوه دواګانی بايد پر احتياط او دقت سره تطبيق شي ځكه همداسې چې د كانسری حجراتو د نكروزس سبب ګرځی د عضويت په نورو مهمو حياتی اعضاو باندی هم تخريبی تاثير لري.

د وړو كولمو د اوعيو امراض

۱-- Art. Mesenterica sup حاد بندوالی:

اسباب:

۱—Arteria mesentrica superior emboli: د A. M. S بيخی بندوالی زياتره د Emboli په واسطه صورت نيسي دA. M. S بندوالی د Emboli په واسطه نسبت د Art. Mesentrica. Inf ته زيات واقع كيږی ځكه چې:

الف: Art. Mesenterica sup نسبت A.Mesentrica inferior ته پورته د Aorta څخه جـلا كيـږی او د وينـی جريـان لـوړی پـه Art. Mesenterica sup او وروسـته Art.Mesentrica.Inf ته رسيږي.

ب: Art. Mesenterica sup په كوم ځای كې چې د Aorta څخه سرچينه اخلی نسبت Art. Mesentrica. Inf ته زيات قطر او پراخوالی لری.

ج: Art. Mesenterica sup په يوه حاده زاويه د Aorta څخه جلا كيږی خو Art. Mesentrica. Inf په يوه پراخه زاويه يانې قايمه زاويه جلاكيږی.

د امبولی منشاء: د Art. Mesenterica sup امبولی يا د زړه څخه سرچينه اخلی يا د Aorta څخه.

د زړه سرچينه:

www.ketabton.com

۱ــــ ناروغ به پخوانی د چپ بطین (Ventricle) داحتشاء(infraction) تاریخچه لری او وروسته په چپ Ventrical کې کوم ترمبوز چې پیدا کېږی دا Thrombus د نوموړی ځای څخه جلا او د Emboli په ډول Aorta ته داخل او Sup. M. Art ته رسیږي.

۲ــــ د Auricular فبریلیشن په واسطه په چپ Auricle کې thrombus جوړیږي دا Thrombus کوم وخت چې جلاکېږی د Emboli په ډول Aorta او وروسته Sup. Mesenteric. Art ته ننوځي.

د **Aorta** سرچېنه:

۱ــــ د Vegetative endocarditis له کبله د Aorta په منځ کې Atheromatus پلاکونه جوړیږي د Atheroma په سر Thrombus جوړیږي نوموړی Thrombus د هغه ځای څخه جدا او د Emboli په ډول د وینې د جریان سره یوځای Art. Mesentric. Sup ته ننوځي.

۲ــــ په هغه حالت کې چې د Aorta اتیروم Plaque موجود وی د Femoral Art. Retrograde Arteriography په وخت کې نوموړی Plaque جلا او د امبولی په ډول Sup. Mesenteric. Art ته ننوځي.

نوموړی Emboli نظره په خپل غټوالی یا داچې Sup. M. Art په هغه ځای کې چې د Aorta څخه جلا کېږي بندوي او یا هم د هغه یوه عمده څانګه او لوموړی څانګه (زیاتره Middle Celiac Art) بندوي.

په هغه صورت کې چې Sup. M. Art په خپله بند شی ټولی وړی کولمی او د کولون ښی خوا یوه برخه (Cecum) په Ischemia او بیا په نکروز اخته کېږی او که Emboli وړوکې وي یوه څانګه د Sup. M. art بندیږي چې لدې کبله مربوطه کولمې چې د همدې څانګې په واسطه اروا کېږي په Ischemia او بیا په نکروز اخته کېږي.

۲ــــ د Superior Mesentric Art ترمبوز:

د Sup.Mes.Art حاد بندوالی د Thrombus له کبله هغه وخت پیداکېږي چې مخکې همدا شریان د Atherosclerosis په واسطه تنګ شوی وی همداسې Art. Mesentric. Sup

www.ketabton.com

ترمبوزد Aorta د Fusiform Aneurysm, Dissecting Aneurysm, Thromboangitis Aneurysm او Perienteritis Nodosa له کبله په لږه فیصدی هم منځته راځي.

د زړه د Output ناڅاپي کموالی مثلاً د Myocardial infraction یا د Congestive Heart Failure په منځ کې د Sup. Mesenteric art په واقعاتو کې د Thrombus د جوړیدو سبب ګرځی.

د Art. Mesenteric sup په منځ کې د thrombus ناڅاپي جوړیدل د دی سبب کیږی چې ټول Small intestine او د D. colon لومړی برخه په Infarction اخته شی خو که د Thrombos د وخت په تیریدو کې ورو ورو جوړ شی Collateral Circulation تشکل کوی او انفارکشن نه رامنځته کیږي.

د اوعیو په التهابی ناروغیو کې د مساریقی پاسنی شریان یوه څانګه بندیږي چې د هغه له کبله یواځی د وړو کولمو هغه Segment چې د همدې شریان په واسطه اروا صورت نیسي په Infraction اخته کیږي.

پتالوژی:

د Sup. Mes. Art د ناڅاپي او تام حاد بندوالی له کبله په لومړی وخت کې Ischemic Infarction منځته راځي څرنګه چې د اوعیو د Spasm د پیدا کیدو له کبله د کولمو رنګ سپین کیږی او په مخاطي طبقه کې Ulceration پیداکیږی په دی وخت کې کولمی Hypertonic او contraction حالت پیداکوی چې د یو یا دوه ساعتو په منځ کې د اوعیو Spasm د منځه ځی او د کولمو Anoxic جدار په منځ کې ټول Capillary د وینی په واسطه ډک کیږی او ترمبوزی شوی سیمی شخه شکته احتشاء خواته د ټولو اوعیو په منځ کې نور Thrombos جوړیږي پدی وخت د کولمو د جدار ټول طبقات خپل Tonicity او Contraction حالت له لاسه ورکوي.

د Ischemic او Ulcerative مخاطي غشاءء په منځ کې باکتریا په فعالیت پیل کوی او حتی د ترومبوزی شوی اوعیې په منځ کې باکتریا ننوځی او د کولمو د جدار ټول طبقات په Necrosis او Infiltration اخته کیږي.

د Peritonium په جوف کې وینه لرونکې مایع د کولمو د Infected او التهابی جدار له خوا ازادیږي چې دا مایع هم د کولمو د جدار د میکرو اورګانیزم په واسطه منتن او

www.ketabton.com

شدید Peritonitis منځته راځي بلاخره د مکروبو د Toxinد جذب له کبله ناروغ په شدید Infection shock اخته او مړ کېږي.

:Clinical Manifestation

عمومیات:

مرض زیاتره په نارینه او عموماً د ۵۰ او ۶۰ کلنی عمر په منځ کې لیدل کېږی، معمولاً په هغه ناروغانو کې چې د زړه ناروغی او د Mesenteric اوعیو د Arthrosclerosis له کبله له ډیری مودی را په دی خوا د ډوډی خوړلو څخه وروسته د ګیډی کرمپ ډوله درد لری (د کولمو Angina) دا ناروغی پیداکېږي.

۱ – درد:

د دې ناروغۍ مهم عرض د ګیډې درد دی چې ډیر شدید، ثابت او دوامداره وي چې حتی د Narcotic او قوی انلجزیک سره ځواب نه وایې د درد موقعیت د اخته شوو کولمو په موقعیت پورې اړه لری که په خپله Art. Me. Supبند شوی وی لومړی درد په Epigastric سیمه کې وی او کوم وخت چې کولمو په Necrosis اخته شي درد په ټول ګیډه کې انتشار کوي.

۲ – کانګې:

ناروغ شدیدې کانګې کوي او د کانګو محتوی یې توربخنه وینه وي.

۳ – د کولمو د ترانزیت خرابوالی:

لومړی ناروغ اسهال لری او وروسته تام قبضیت پیدا کوی په اسهال کې امکان لري چې په کتلوی ډول توربخنه وینه د غایطه موادو سره یوځای وی.

سریري علایم:

د یو پر پنځه ناروغانو د ګیډی په جدار کې مخصوصاً په Flank سیمه کې پوستکې ښکاری، Cyanotic په جس سره په ارادی یا غیرې ارادي ډول عضلې کلکوالی د ګیډی په جدار کې موجود وی خو د ګیډی جدار ځرنګه چې په Peritonitis کې د تختې په شان کلک کېږي په دې ځای کې موجود نه وی خو د ګیډی کلکوالی او Tenderness هغه وخت پیدا کېږی چې د کولمو Infarction او peritonitis منځته راشی.

www.ketabton.com

د Auscultation په واسطه د ناروغۍ په پيل کې د کولمو Peristaltism اوازونه شديد او د درد د پيل څخه څو ساعته وروسته چې د کولمو Infarction منځته راشي Peristaltism اوازونه هيڅ نه اوريدل کيږي.

د ناروغۍ په پيل کې د ناروغ Temperature ، pulse او د وينې په فشار کې کوم ښکاره بدلون نه راځي خو کوم وخت چې د کولمو په جدار کې او د Peritoneum په جوف کې انتان مداخله وکړي په تدريج ناروغ انتانی حالت نيسي.

څرنګه چې تبه پيدا کوي نبض يې چټک او د وينې فشار په ښکته کيدو پيل کوي او کوم وخت چې کولمې Gangrene او د Peritonium په جوف کې شديد التهاب پيدا شو يا په بل عبارت عمومي Peritonitis منځته راغی ناروغ په Infectious shock اخته او بيخي Circulation collapse پيدا کوي.

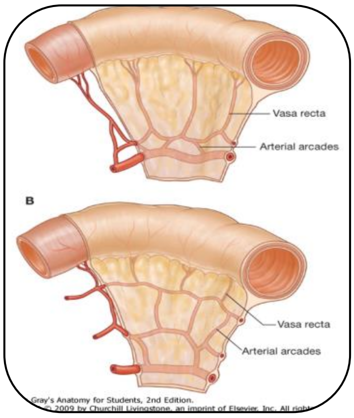
Diagnosis:

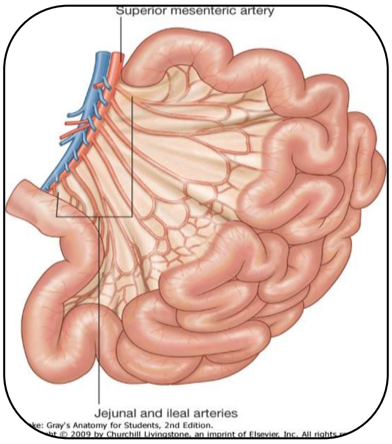
يو ناروغ چې مخکې د زړه Infarction يا Auricular fibrillation او د لاسو يا پښو Emboli حالت تيرکړی وی او اوس د ګيډې شديد درد ورته پيدا شوی چې د ټولو Analgesic دواګانو په مقابل کې نه کراريږي د ناروغی په تشخيص کې ډير اهميت لري.

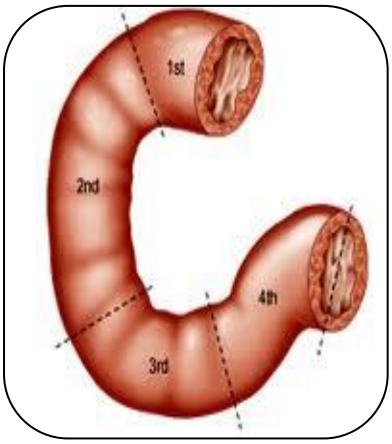
تداوي:

قسمي يا په تام ډول ټول وړې کولمې ايستل کيږی او پاتې برخه د کولون مستعرض سره انستوموز ورکول کيږی وروسته د عمليات څخه د اوږدی مودی لپاره پانکراتسی او صفراوی انزايمونه د خولې له لارې د ۴ ليتره مايعاتو سره ورکول کيږی.

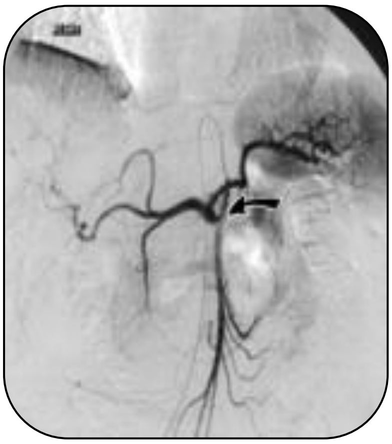
www.ketabton.com

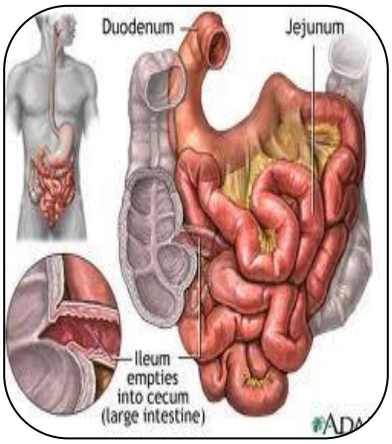


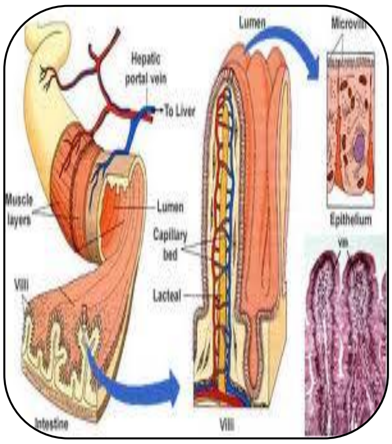


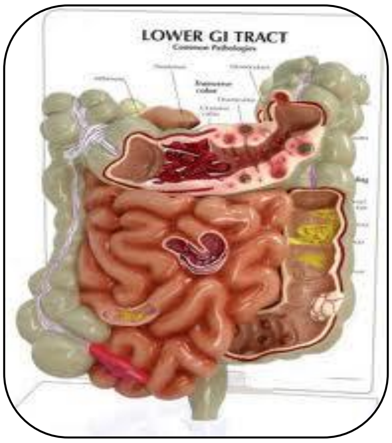


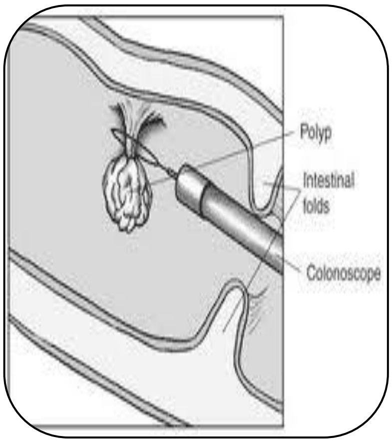
www.ketabton.com

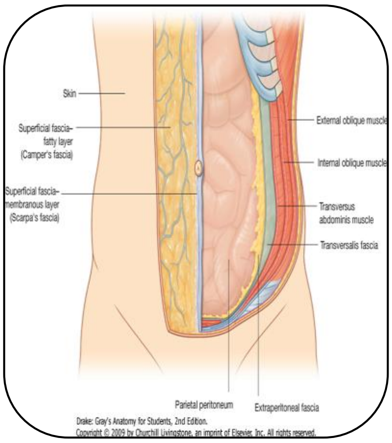


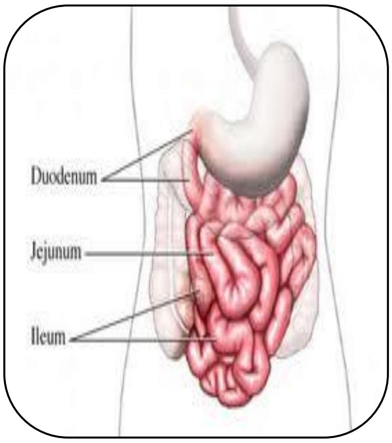




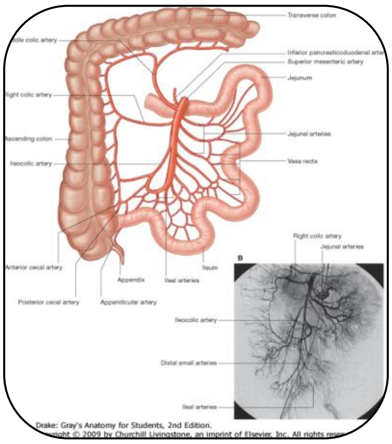


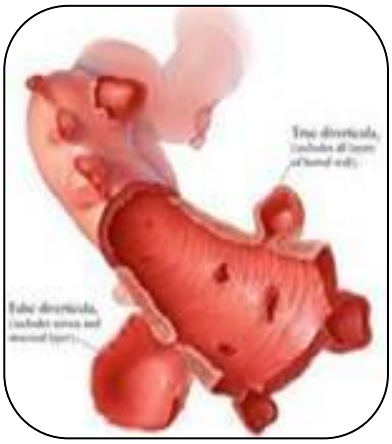


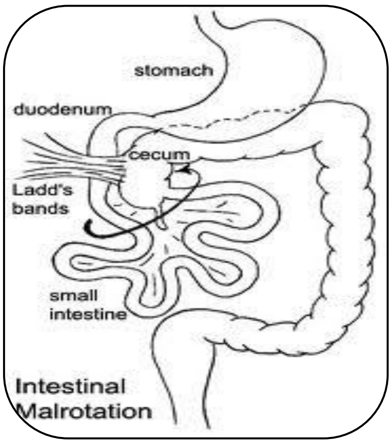


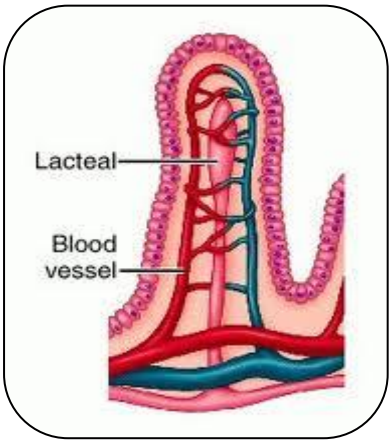


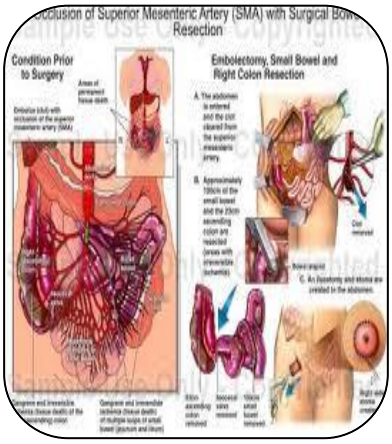
www.ketabton.com

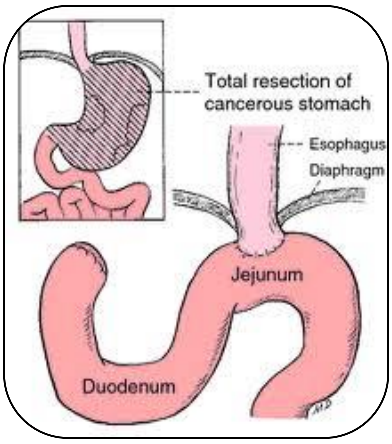












www.ketabton.com

دریم څپرکی
د غټو کولمو جراحي ناروغۍ

اناتومي یادونه:

غټې کولمې – غلیظه امعاء Intestinum Grassum- Large intestine :

دهضمې جهاز د هغې برخې څخه عبارت دی چې د Angulus Iliocecalis او رکتوم ترمنځ واقع دی.

Angulus Iliocecalis دزاوئې دسویې څخه ښکته دغټو کولمو متوسع برخه د یو رتج په شکل موقعیت لری چې د Cecum په نامه یادیږی دا برخه تقریباً ۸ سانتی متره قطر لری او دهغه په څوکه کې Appendix Vermiform قرار لری ددې زاوئې د سویې څخه پورته کولون دځیګر تر ښکتنی مخ پوری پورته ځی چې د Colon Ascendant په نامه یادیږی او تقریباً ۷ سانتی متر قطر لري د ځیګر په سفلی مخ کې یو انحناء جوړوی چې د Hepatic Flexures or FI. Colica Dextra په نامه یادیږي وروسته ددې انحناء څخه کولون د یو قوس په ډول چې محدبیت یې قدام او ښکته خواته متوجه دی د ښی خوا څخه کیڼ خواته توري یاطحال(Spleen) پورې ادامه پیداکوي چې دمستعرض کولون Colon Transverse په نامه یادیږی او تقریباً ۵ سانتی متره قطر لری د توري په قدامي مخ کې کولون بیا یو انحناء جوړوي چې د Flexura Colica Sin په نوم یادیږي.

وروسته ددی انحناء څخه کولون ښکته خواته تر کیڼ حرقفي حفری پورې ادامه لري چې د نازله کولون Colon Descendent په نامه یادیږی او تقریبا څلور سانتی متره قطر لری وروسته ددی ناحی څخه کولون د حوصلی په منځ کې یوقوس جوړوی او لومړی برخه د دې قوس په حرقفی حفره او اخری برخه یې د عجز د هډوکې په قدام کې واقع دی او د سګموئید کولون Colon Sigmoid په نامه یادیږی بلاخره کوم وخت چې د عجز د هډوکې په قدام کې کولون خپل قوسی سیر په عمودي سیر بدلوي او Rectum رکتوم شروع کیږي.

غټې کولمې په جسد کې تقریبا یو نیم متر یا څلورمه برخه د وړې کولمې اوږدوالی جوړوي

www.ketabton.com

دغټو او وړو کولمو توپير:

۱- د غټې کولمې قطر نظر وړې کولمې ته زيات دی.

۲- غټې کولمې لرونکې د تينيا کولې (Tenia Coli) دی حالانکه وړی کولمی دا ساختمان نه لری څرنګه چې د وړو کولمو د عضلی طبقی طولانی الياف په منتشر او متجانس ډول د کولمو په امتداد سير لری اما په غټو کولمو کې په دی شکل نه وی بلکه د غټو کلمو په جدار کې د عضلی طبقی طولاني الياف د درې طولاني عضلې بنډلونو په شکل چې يو دبل څخه مساوی فاصله لری سير کوی چې د Tenia Coli په نامه ياديږی يوه ددې تينياګانو په هغه ځای کې چې پر کولمو باندی مربوطه مساريقه ارتکاز کوي سير لری او نه ښکاری اما دوه نور تينياوې په ښکاره ډول د کولمو په جدار کې سير لري.

د دي تينياوو اوږدوالی نسبت د کولمې اوږدوالي ته کم دی له دې کبله غټې کولمې د تينياګانو په سير Sacculated دی.

په Cecum کې درې واړه تينياوې د اپنديکس په قاعده کې سره يو ځای کيږي او په رکتوم کې دا درې واړه تينياوې خپل بنډلي حالت له لاسه ورکوي او دوړو کولمو په شان منتشر او متجانس ډول ښکته سير کوي.

۳- غټې کولمې Sacculated يا کېسه ډوله ساختمانونه لري اما وړی کولمي داسی کېسه ډوله ساختمانونه نه لري.

هرکڅوړی ډوله ساختمان د Haustra Coli په نامه ياديږی هره هوسترا دمتسعرض التواتو په واسطه يو دبل څخه جلا کيږي.

۴- غټې کولمې لرونکې د Appendices Epiploica دي اما وړې کولمې دا ساختمان نه لري. Appendices Epiploica عبارت دهغه ساختمانونو څخه دي چې د Tenia Coli په حذا دسيروزا د طبقي څخه دباندی نشئت کوی او لکه د شحم د يوي زوړندی پارچې په شان ښکاري.

۵- غټې کولمې په خپل داخلی سطحه کې لمفاوې پلاکونه، Villi او نږدی حلقوی التوات نه لري اما وړې کولمې د دې ساختمانونو لرونکې دي.

www.ketabton.com

د غټو کولمو ساختمان:

غټې کولمې د څلورو طبقو څخه جوړ شوي دي.

۱- Tunica Serosa : یو پریطواني طبقه ده، چې د غټې کولمې سطحه یې پوښ کړیده.

۲- Tunica Muscularis : د داخلي حلقوي طبقي او دخارجې طولاني (Logitudinalis) طبقې څخه عبارت دی چې په کولون کې خارجي عضلي طولاني الیاف Tenia Coli جوړ کړیدی.

۳- Tunica Sub mucosa : دیو سست منظم نسج څخه جوړ شوې دې چې عصبې ضفیرې او اوعیي په خپل منځ کې لري.

۴- Tunica mucosa : د غټو کولمو داخلي سطحه د مخاطي غشاء په واسطه فرش شوی ده او د مستعرضو التوات یا Plica Semilunaris د تشکیل سبب ګرځی او د دوه Plica مینځ کې کومه حفره چې تشکیل کیږی د هاوسترا کولې څخه عبارت دې.

سیکم (Cecum) او اپندکس (Appedix):

۱- سیکم (Cecum) :

د غټو کولمو د هغی برخې څخه عبارت دی، چې د Angulus Iliocecalis د سویي څخه ښکته دښي حرقفي حفری یا Right.Iliac fossa په سر واقع دې چې د کولون د راس په نامه یادیږی. سیکم داخلاً د یو کڅوړی څخه عبارت دی چې د Iliocecal Valve څخه ښکته واقع دی سیکم تقریباً دوه نیم انچه اوږدوالی او دوه نیم انچه پلنوالی لري.

دسیکم ټول جدارونه د پریطوان په واسطه پوښل شوی دی او له دې کبله د ګیډې د جدار څخه جلا او لږ متحرک دی.

مجاورت:

د سیکم قدامي جدار راساً د بطن په قدامي جدار توافق کوي خلفي مخ یې د هغه رخوه اقسامو سره په تماس کې دې کوم چې حرقفی حفره یې ډکه کړیده او دا رخوه اقسام دسطحی څخه عمق خواته عبارت دي له: جداری پریطوان، Sub Peritoneal Fat، Fascia Iliac، Sub fascial fat او بالاخره الیوپسواس عضله ،وحشي وجه یې دبطن د جنبې جدار سره په تماس کې ده انسې وجهی ته یې په علوي کې Terminal ilium اوښکته Appendix Vermiform موقعیت لري.

www.ketabton.com

د سیکم داخلی ساختمان:

دسکېم داخلي ساختمان د مخاطي غشاء ء په واسطه فرش شوی دی او لرونکې د یو یا دوه Plica Semilunaris دی دسیکم د جدار په انسي برخه کې دوه سوري موجود دي چې عبارت دی له :

۱- Ostium iliocecalis : د ترمینال الیوم لومن دسیکم په انسی جدار کې خلاصیږی چې د Ostium iliocecalis په نامه یادیږی دا سوری بیضوی شکل لري په علوی او سفلی شونډو کې یې دوه د سام یا Cusps Sup & inf په نامه موقعیت لري چې iliocecal Valve جوړوي دا دسامات په دواړه نهایاتو کې سره یو ځای کېږی او یو Frenulum جوړوي.

د دې دسام خصوصیات دا دي چې معايي ترانزیت ته د الیوم څخه د سیکم خواته اجازه ورکوی او دمعکوس ترانزیت څخه مخنیوی کوي.

۲- Ostium Appendix Vermiform : چې د Ostium Iliocecalis څخه تقریباً یو نیم سانتی متره ښکته د سیکم په انسي جدار کې موقعیت لري.

Appendix Vermiform :

یوه استوانی ډوله استطاله ده چې دسیکم په انسي جدار کې د الیوسیکال د اتصالی برخی څخه دوه یا دری سانتی متره ښکته د هغی قاعده تثبیت ده په متوسط ډول ۷ تر ۸ سانتی متره پوری اوږدوالی او تقریباً ۷ یا ۸ ملي متره خارجی قطر لری او لومن یا داخلي خوله یې د یو څخه تر درې ملي متر پورې قطر لري.

مجاورت :

که اپندیکس اناتومیک او طبعی موقعیت ولری په ښي حرقفي حفره کې قرار لري د اپندکس په وحشي کې دسیکوم انسي جدار، په انسي او قدام کې یې د وړو کولمو عروات او په خلف کې د ګېډې خلفي جدار کې موقعیت لری د توپوګرافي له نظره د اپندکس قاعده د بطن په قدامی جدار په یو داسې نقطه ترسیمیږی چې د MC. Burneyنقطی په نامه یادیږي.

www.ketabton.com

که نامه (Umbilicus)د Spina ilica Ant/Superior سره وصل کړو او دا خط په درې مساوي برخو تقسیم شي Mc. Burney نقطه په یو پر درې متوسط او یو پر درې وحشي په مینځنۍ نقطه کې واقع دې.

د اپندکس تشریحي ساختمان:

اپندکس د څلورو طبقو څخه جوړ شویدي :

۱- Tunica Serosa چې د پریطوان یوه طبقه ده.

۲- Tunica Muscularis: چې د دوو طبقو څخه عبارت دي یو سطحې طولاني او بل داخلي حلقوي عضلي الیاف.

۳- Tunica Submucosa : د منظم نسج څخه جوړه شوې ده چې زښت زیات لمفاوي حجرات احتوا کوي.

۴- Tunica Mucosa :چې د مخاطی حجراتو څخه جوړه شوي ده او اپندکس ننی سطحه یې پوښ کړیده.

دسیکم او اپندکس شراین :

د مساریقی علوي شریان دښې خوا څخه یو شریانی شعبه د Arteria Iliocolic په نامه جلا کیږی چې Angulus iliocecalis خواته ځي او دې زاویې ته نږدی په دوه شعبو تقسیمیږی.

۱-Art. Ilial چې د دې شریان څخه یوه شعبه اپندکس ته راځی او هغه اروا کوي.

۲- Art.Cecalis Ant&Sup چې سیکم اروا کوي .

دسیکوم او اپندکس اوردی د شراینو سره موازی او معکوس سیر لری او په مساریقی علوی ورید ختمیږی .

لمفاوی اوعیې په الیوسیکال لمفاوی عقداتو ته رسیږی دسیکوم او اپندکس اعصاب د Plexus Mesenterica Superior څخه منشاء اخلي.

صاعده کولون(Ascending Colon):

دسیکوم او د Right, Colic Flexura په مینځ کې د سفلی څخه علوی خواته او د قدام څخه خلف خواته سیر لري اوږدوالی یې د ۵ څخه تر ۸ انچو پوری رسیږی قدامی ، وحشي او انسي جدارونه یې د پریطوان په واسطه پوښل شوي دي. او په خلفي جدار

www.ketabton.com

يي مساريقي ارتكاز كړي دي د مجاورت له نظره خلفي جدار كې يي د اليوي عضلاتو د صفاق د Quadratus lumbaris عضلات او دښى پښتورګى د سفلى برخې سره مجاورت لرى.

انسى جدار يې د پسواس عضلې، ښي حالب،خصيوي شريان،(په ښځو كې مبيض شريان)او د اثناء عشر د دويمي برخي سره مجاورت لري په وحشي سفلي كې د ګېډې دجدار سره او په علوى كې د حجاب حاجز سره او په قدامى سفلى كې د ګيډې د قدامي جدار او په علوي كې د وړو كولمو سره مجاورت لري.

Hepatic flexura or Flexura Colica dextra:

دكولون يوه زاويه ده چې دصاعده او مستعرض كولون په اتصالي ناحيه كې جوړيږي چې د ښي پښتورګي په اقدام او د ځيګر او صفراوي كڅوړي په سفلي كې واقع دي په انسي كې د اثناء عشر د لومړي او دويمي قطعي سره او په وحشي كې د ځيګر د وحشي څنډې او د بطن د جدار سره مجاورت لري په استثني د خلفي جدار څخه نور ټول جدارونه يي د پريطوان په واسطه پوښ شويدي.دنوموړي flexura په خلف كې ښي پښتورګي او lig renoduodenocolicus واقع دي.

په علوي كې د حجاب حاجز او پريطواني بنډل د lig.phrenocolicum Dextra په نامه يادیږي او همداسې د ځيګر او يو بل پريطواني بنډل چې د lig.hepatocolic يادیږي تثبيت دي.

مستعرض كولونtransverse colon:

د flexura hepatica او flexura lienalis په مينځ كې د بطن په علوي برخه په مستعرض شكل د ښي خوا څخه چپ خواته د اثناء عشر او د پانقراس په قدام كې سير لري تقريبا ۱۸ انچه اوږدوالي لري.

د مستعرض كولون د متوسطي برخي په علوي كې معده او په سفلي برخه كې وړي كولمي موقيعت لري مستعرض كولون ښي طرف په شروع كې لرونكې د يوي لنډې مساريقي يا mesenter دي.

www.ketabton.com

او هر څومره چې متوسط ته نږدي شي د هغه مساريقه هم اوږديږي اوپه هغه ځاي کې چې د اثناء عشر قدام ته رسيږي مساريقه يې اعظمي اوږوالي غوره کوي. چې تر ۱۵ سانتي مترو پوري رسيږي وروسته بيا مساريقه يې په تدريج تر flexura lienalis پوري لنډيږي او په اخر کې يو سانتي متر اوږدوالي پيدا کوي. په دي ډول د مستعرض کولون متوسطه برخه فوق العاده متحرک او دوه نهايت ثابت دي (تدور لپاره اهميت لري).

د مستعرض کولون ښي برخه يې د ځيګر او صفراوي کڅوړي په واسطه پوښ شوي دي (د صفراوي کڅوړي التهابات او فستول د پيدا کېدو لپاره اهميت لري)

دمجاورت له نظره د مستعرض کولون په قدام کې کبير سرب يا Omentum Magnus او د ګېډي قدامي جدار، په خلف کې يې د اثناء عشر دويمه قطعه او د پانقراص راس واقع دي، په علوي کې د مستعرض کولون علوي څنډي د معدي د کبير انحناء څخه د Lig.Gastrocolic او lesser peritoneal sac په واسطه جلا کيږي.

د کولون چپ طرف چې د پانقراس د لکې په قدام کې واقع دي قداما د معدي او توري د سفلي برخي په واسطه پوښ شوي دي.

د مستعرض کولون مساريقه:

مستعرض کولون د خپل مساريقي په واسطه د ګېډي خلفي جدار سره ارتباط لري. چې د ګېډي جوف د يو مستعرض حجاب په ډول په دوه علوي او سفلي برخو تقسيميږي څرنګه چې ددي حجاب(پرده) په علوي کې lesser peritoneal sac او په سفلي کې د وړو کولمو مسکن موقيعت لري.

نوموړي پرده او مستعرض کولون د ګېډي د سفلي برخي انتانات نه پريږدي چې د ګېډي علوي برخي ته او برعکس انتشار وکړي. د مسعرض کولون مساريقي ارتکاز د ګېډي په خلفي جدار باندي د اثناء عشر د دويمي قطعي د پا نقراس د راس ، غاړي او جسم په حذا کې صورت نيسي.

او په قدام کې د مستعرض کولون پر خلفي جدار باندي ارتکاز کوي.

ددې مساريقي په مينځ کې يو شرياني قوس چې د(Art. Colica Dextra Superior دمساريقي علوي شريان څخه منشاء اخلي) او (Art. Colica Sinistra Superior

www.ketabton.com

دمساریقي سفلي شریان څخه منشاء اخلي) په واسطه جوړ شوي دي موجود وي ددي قوس سره موازي وریدي قوس هم یو ځاي سیر لري.

:Flexura Lienalis or Flexura Colica Sinistra

طحالي زاویه د مستعرض او نازله کولون په واسطه جوړیږي چې علوي ضلع یي له قدام څخه خلف خواته متوجه اود مستعرض کولون په واسطه جوړه شوي ده خلفي ضلع یي چې له علوي څخه ښکته سیر لري د نازله کولون په واسطه جوړیږي.

د مجاورت له نظره د کولون د طحالي زاوي په علوي کې د پانقراس لکې او د توري قاعده ، په خلف کې یي د چپ پښتورګي علوي قدامي برخه او حجاب حاجز د اتمې او نهمې پښتي په خذا کې، په قدام کې یي د معدي لوي انحناء او په وحشي کې بیا هم حجاب حاجز واقع دي دا زاویه د Ligamentum pheronocolica په واسطه په حجاب حاجز تثبیت شوي دي.

نازله کولون Descending Colon:

د کولون ثابته برخه ده چې د کولون د طحالي زاویي څخه تر حرقفي حفري پوري او په همدي ځاي د پسواس د عضلي تر انسي څنډې پوري امتداد لري.نازله کولون تقریبا ۱۵ سانتي متر اوږدوالي لري.

مجاورت :

نازله کولون نسبت صاعده کولون ته ژور قرار لری او د هغه پریطوان په واسطه چې د نوموړی کولون قدامی او جنبی مخونه پوښوی د بطن په خلفي جدار تثبیت دی یا په بل عبارت د ډیری لنډی مساریقی سره دبطن په خلفي جدار باندی التصاق کړی دې.

په خلفی علوی کې د چپ پښتورګی د وحشی سرحد او په سفلی کې د پسواس د عضلی او Ext.Iliac art سره مجاورت لری، په انسی کې د وړو کولمو د عرواتو(Ansa,s) سره مناسبت لری، په وحشی کې د بطن د وحشی جدار یانې له علوی څخه ښکته خواته په ترتیب سره دحجاب حاجز،د بطن د مستعرضه عضلې،د Quadratus Lumbaris عضلی،الیوي اوپسواس کبیر عضلی سره مجاورت لری.

www.ketabton.com

سګموئید کولون (Pelvic Colon):

د External Iliac Art. دسویې څخه وروسته سیګوئید کولون شروع او وروسته ددی څخه چې په حوصله کې یوه وسیع او پراخه حلقه جوړه کړی د عجز د د ریمې فقری په سویه په ریکتوم ختمیږی .سګموئید کولون په متوسطه ډول تقریباً ۳۰ سانتی متره اوږدوالی لري او دخپل اوږدی مساریقی په واسطه د بطن په خلفی جدار ارتباط پیداکوي او فوق العاده متحرک وی.

د ریکتوم او سګموئید فرق:

دریکتوم قطر نسبت سګموئید ته زیات دې د سیګموئید ټول جدارونه د پریطوان په واسطه پوښ شوي دی حالانکه د رکتوم قدامی جدار د پریطوان په واسطه پوښ شوی دی سیګموئید تینیا کولی لري او په رکتوم کې دا ساختمان موجود نه دی همداسې په سیګموئید کې اپندکس اپي پلوئیک موجود وي اما په رکتوم کې وجود نه لري.

مجاورت:

په قدام کې د مثانی او رحم سره، خلفاً د عجز د هډوکې او په علوی کې د وړو کولمو سره مجاورت لري.

د سیګموئید کولون مساریقه:

د نیمه دایرې په ډول دوه څنډې او دوه مخونه (علوې او سفلی) لرې څنډې یې عبارت دي د جداري څنډی او حشوی څنډی څخه.

۱- جداری څنډی: چې د ګیدی په جدار د ۸ شکل ارتکاز لري او په دې ډول یو منحرف ضلع لري چې د پسواس عضلې Art.Iliac Externa او Art.Iliac Commons په سر تر ستون فقراتو په قدامی وجه پوری ار تکاز کوی. بله عمودي ضلع یې دې چې د ابهر د تشعب څخه یې ارتکاز شروع او ښکته خواته تر Promentorium پوری رسیږی.

۲- حشوی څنډې: چې د سیګموئید پر خلفی جدار باندی ارتکاز کوي دسیګموئید دمساریقی په ضخامت اوعیه او اعصاب ځای لري چې دسیګموئید اروا او تعصب تامینوی.

www.ketabton.com

د کولون اوعيه او اعصاب:

۱- دښي کولون اوعيه او اعصاب.

الف: دښی کولون شرائين:

۱- Art Mesenterica Superior: د مساريقی شريان څخه په ښي طرف کې دا لاندی شعبات په ترتيب سره جلا او ښی کولون اروا کوی.

د اليو کوليک شريان په دوو شعبو تقسيمېږی.

يو اليل شريان (Art Ilial)چې د اپندکس او سيکم لپاره دوه شرياني شعبی ورکوی چې مخکې مطالعه شوي بله شعبه يې Art. Colica Dextra Inferiorده چې د صاعده کولون سره موازی پورته ځي اودArt. Colica Dextra Superior د شعبی سره تفهم کوی.

Art. Colica Dextra Superior د پانقراس په خلف کې د علوې مساريقي شريان څخه منشاء اخلي او کبدي زاويي خواته ځي او بلاخره په دوه شعبو تقسيمېږي.

چې سفلي شعبه يې د Art. Colica Dextra inferior سره تفمم او يو قوس جوړوی چې ددې قوس څخه شريانی شعبات صاعده کولون ته ځي او علوي شعبه يې د مستعرض کولون په ضخامت چپ خواته ځي او د.Art. Colica Sinistra Sup سره چې د مساريقی سفلي شريان د چپ کوليک شريان څخه منشاء اخلی تفمم او يو شريانی قوس جوړوی چې د ريولان Riolan قوس په نامه ياديږی.

د دې قوس څخه شريانی شعبات مستعرض کولون ته ځی په ځينی خلکو کې Art. Colica Dextra Media دمساريقی علوي شريان څخه منشاء اخلی چې يوه شعبه يې ريولان قوس جوړوی اوبله شعبه يې د Art. Colica Dextra Superior سره تفمم کوي اوشرياني قوس مينځته راوړي.

د ښي کولون اورده:

دصاعده کولون وريدی وينه هغه اوردو په واسطه انتقال کوي چې د شرائينو سره موازي سير او د نوموړی شرائينو هم نوم دی او بلاخره په مساريقی وريد (Vena mesentrica superior)کې توئيږي.

www.ketabton.com

دښی کولون لمفاوی اوعیه په هغه لمفاوی عقداتو کې توئیږی چې د هغه په مساریقه کې ځای لري.

دښی کولون عصبی شعبات د Plexus Mesenterica Superior څخه منشاء اخلی.

۲- دکېڼ کولون اوعیه او اعصاب(Nerves and Vessels of the Left Colon)

الف : د چپ کولون شرائین :

چپ کولون د Art. Mesenterica Inferior دشعباتو په واسطه اروا کېږی مساریقی سفلي شریان د بطنی ابهر د قدامي وجه هم د اثناء عشر د دریمي قطعي په سویه منشاء اخلی او وروسته د دې څخه چې لږ ښکته خواته سیر کوي په لاندي ډول شعبات ورکوي.

۱- Art. Colica Sinistra Superior چې چپ کولون خواته سیر کوي ا و په دوه شعبو تقسیمیږی.یوه علوی شعبه چې د مستعرض کولون په ضخامت ښي خواته سیر کوی او د Art.Colica Dextra Superior علوي شعبی سره تفمم او ریولان قوس جوړوی چې ددې قوس څخه شریانی شعبات مستعرض کولون خواته ځی اوبله سفلی شعبه یې چې د نازله کولون سره موازی ښکته سیر او دArt. Colica Sinistra Media علوی شعبی سره تفمم او شریانی قوس جوړوی چې د دې قوس څخه شریانی شعبات نازله کولون خواته ځي.

۲- Art. Colica Sinistra Superior چې په دوه شعبو تقسیم او یوه شعبه یې د Art. Colica Sinistra Superior شعبی سره او بله یې د Art. Colica Sinistra inferior علوي شعبې سره شریاني قوس جوړوی چې نازله کولون اروا کوي.

۳- Art. Colica Sinistra inferior: داسیګموئید شریان چې په دري شعبو تقسیمیږی علوي شعبه یې د Art. Colica Sinistra Media سره تفمم کوي او دوه نور شعبات یې د سیګموئید په ضخامت شریاني قوسونه جوړوی او سیګموئید اروا کوي بلاخره یوه شعبه د ریکتوم لپاره ورکوي او دArt. Hemoroidalis Superior په نامه یادیږي.

د چپ کولون اورده:

د نازله کولون او سیګموئید اورده د شرائینو سره موازی سیر او هم نوم دي چې بلاخره په سفلي مساریقي ورید کې توئیږی باید وویل شي چې مساریقي سفلي ورید او مساریقی علوی ورید د طحالي ورید سره یوځای کېږي او په باب ورید(Portal Vein) ختمیږی.

www.ketabton.com

د نازله کولون او سیګموئید لمفاوي اوعیه په هغه لمفاوي عقداتو ختمیږی کوم چې د بطني ابهر چار چاپیره واقع دي.
د نازله کولون او سیګموئید اعصاب د .Plexus Mesentericus Inf **څخه منشاء اخلی .**

د غټو کولمو فزیولوژي:

د کولون اساسي وظیفه د اوبو جذب او د غایطه موادو ذخیره ده غذائي مواد په وړو کولمو کې هضمیږی چې د دې هضم شوي موادو یو څه برخه یې جذب ا و پاتی برخه ئي په کولون کې ننوځي په الیوم کې یواځینی ماده چې په کلک او جامد ډول پاتی کیږی د نباتاتو سلولوزی مواد دي چې نه هضمیږی او نه جذبیږی کوم وخت چې د الیوم محتوی کولون ته ورسیږی په کولون کې د نوموړو موادو یوه اندازه اوبه او الکترولیت جذب او پاتی برخه یې د نیم مایع په شکل د کولون په منځ تر تغوط پوری د ذخیری په شکل پاتی کیږي .
که د کولون وظایف د کوم ناروغۍ یا دجراحي عملیاتو په واسطه مختل شي د عضویت د اوبو او الکترولایتو ضایعات مخصوصاً د سودیم کلوراید ضایعات زیاتیږی.
د ګلوکوز،امینو اسید، شحم او ویتامینو جذب په کولون کې ډیر لږ صورت نیسی په نورمال حالت کې په یوه ورځ کې تقریبا۵۰۰ ملی ملی لیتر دالیوم محتوي سیکم ته داخلیږی په ښي کولون کې د پاسنی مقدار څخه ۳۵۰ ملی لیتر یې چې د اوبو او الیکترولایتو څخه متشکل دی جذب او ۱۵۰ ملي لیتر باقي برخه یې چه غایطه مواد تشکیلوی او د تغوط لپاره اماده پاتي کیږی.
په ۲۴ ساعتو کې په وړو کولمو کې تقریباً ۱۰۰ سانتی متر مکعب او په غټو کولمو کې د دې اندازی څخه ډیرزیات ګازات تولیدیږي. چې یوه برخه ددې ګازاتو د کولمو د مخاطی غشاء په واسطه جذب او د سږو د لاری اطراح کیږی د دې ګازاتو پاتی برخه چې تقریباً د ۴۰۰څخه تر ۱۲۰۰ سانتی متر مکعبو ته رسیږی د مقعد له لاری اطراح کیږی نایتروجن د ۳۰ څخه تر ۹۰ فیصدو پوری د کولمو د ګازاتو تشکیلوی یو وخت داسی عقیده وه چې د کولمو دنایتروجن منبع بلع شوې هوا ده اما اوس ثابته شوې ده چې د وینی ګازات د کولمو د مخاطی غشاء څخه تیریږی او د کولمې د لومن په مینځ کې

www.ketabton.com

تجمع کوي او دا تعامل هغه وخت صورت نیسی چې د کولمو د لومن په مینځ کې یو شمیر نور ګازات په کافی اندازه تولید شی تر څو چې د دې ګازاتو د تولید په واسطه د نایتروجن فشار د کولمو په مینځ کې نسبت وینی ته لږ شی.

د کولمو په مینځ کې نور ګازات عبارت دی د اوکسیجن ،کاربن دای اکساید،هایدروجن او میتان. هایدرجن د غیر قابل جذب کاربوهایدریت د فرمنتیشن په واسطه تولیدیږی همداسې په نورمال حالت کې یواځی په کولون کې د یو شمیر باکتریاګانو په واسطه هم هایدروجن مینځ ته راځی اما په یو شمیر امراضو کې چې د وړو کولمو په مینځ کې د دې باکتریاګانو د سریع نشونما زمینه مساعدیږی د نوموړی بکتریاګانو په واسطه هم هایدروجن تولیدیږی.

تقریبا د۳۵ فیصدو انسانانو په کولون کې د ځینی باکتریاګانو په وا سطه دمیتان ګاز تولیدیږی هغه غایطه مواد چې میتان ولری بې د دې چې د هغه په منځ کې شحم موجود وی د اوبو په سر دریږی.

د کولون مخلوط ګازات قابل د احتراق یا کسپلوزیف دي له دي کبله په عملیاتو کې د الکتروکاتري څخه په ډیر احتیاط کار واخیستل شي.

د کولون تحرکیت(Motility):

د کولون حرکات په دوه ډوله دی:

۱- Non Propulsive حرکات

۲- Propulsive (پر مخ وړونکې یا جلو پرنده)

۱- **Non Propulsive** حرکات :- د هغه حرکاتو څخه عبارت دی چې د لوړی په وخت کې د کولمو په جدار کې د حلقوی متعددو تقلصاتو په شکل مینځ ته راځی او د کولون په مختلفو ځایونو کې د تقلص او Relax صفحاتو په څیر بې د دې چې د حرکت سمت ئي معلوم وی دوام کوی چې ددې حرکاتو په واسطه غایطه مواد په مختلفو سمتونو کې د کولمو د لومن په مینځ کې بې ځایه کیږی تر څو چې د کولون محتوی برخی مخلوط او د اوبو او الیکترولیتو جذب لپاره اسانتیا برابره شی دا نوع حرکات د Haustrai Shuttling په نامه یادیږی.

www.ketabton.com

۲- **Propulsive** حرکات : وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه زیاتیږی او په دری دوله دي.

الف : Segmental Propulsive

ب : Multihaustrai Propulsive

ج : Peristalsis

Segmental Propulsive حرکات ددې سبب کیږی چې د یو هاستروم محتوی بل هوستروم ته ځای په ځای شي Multihaustrai Propulsive په یو واحد وخت کې د څو څنګ په څنګ هاوستراد تقلصي حرکاتو څخه عبارت دی.

پریستالزیس یا استداري حرکات د کولمی د جدار د مترقي ورو ورو او حلقوی تقلصاتو څخه عبارت دي چې د کولمی جدار عضلي استرخا او بیا عضلي تقلصاتو په واسطه تعقیبیږي چې په نتیجه کې د کولمی محتوي ته د یو سګمنټ څخه بل سګمنټ ته انتقال ورکوی او مخکې سګمنټ تقریبا د یو ساعت لپاره تش ساتي.

دواړه Multihaustrai Propulsive او استداري حرکات د خپل یو حرکې فعالیت په واسطه غایطه موادو ته تقریبا ۲۰ سانتی متر (اته انچه) پرمخ بیا یي.

کولونی حرکات د عصبی او هورمونی تنبهاتو په واسطه Modified شوي دي په عمومی صورت پاراسمپاتیک د کولون د حرکاتو د زیاتوالي او سمپاتیک د کولون حرکاتو د کموالي سبب ګرځی اما دکولون د حرکاتو محدودول داتونومیک اعصابو د عمده تاثیراتو څخه عبارت دي.

دکولمو د جدار طولانی او حلقوي الیافو تقلصي عکس العمل د تنبه په میخانیکیت او د تنبه په نوع پوري اړه لري خوړل او ګاستروکولیک عکسات د کولونیک حرکاتو لکه د الیو سیکال دسام له لاری د الیوم تخلیه کېدل د Non Propulsive حرکاتو زیاتوالي د Propulsive حرکاتو زیاتوالي او د تغوط حسیت تنظیموی دا تنظیم دهغه عصبی او هورموني تنبهاتو په واسطه مینځته راځی کوم چې د خوړلو د عکسي له کبله د وړو کولمو د پاسنی برخو له خوا تولیدیږی مثلاً کولستوکینین (Cholicystokinin)دهغه هورمونو له جملی څخه دې چې د ګاسترو کولیک عکسی دمینځ ته راتلو سبب ګرځی تجربو ثابته کړیده چې ګاسترین (Gastrin)د کولون حرکات تنبه کوی برخلاف

www.ketabton.com

سکریتین او ګلوکاګون دکولون د حرکاتو څخه مخنیوي کوي روحی هیجانات د کولون د حرکاتو د کموالي سبب ګرځی او فزیکې فعالیتونه لکه منډی اخیستل او ګرځیدل د کولون حرکات تنبیه کوي غایطي کتله د کولون حرکات تنبه کوي او دکولون په ترانزیت کې ګړندیتوب مینځ ته راوړي.

کوم وخت چې امپولا د غایطه موادو په واسطه ډک شو د ریکتوم پر جدار باندی فشار واردوی او دهغه د توسع سبب ګرځی د رکتوم د جدار توسع عکسه ددې سبب کیږی چې د ګیډی جدار تقلص وکړی او دګیډي ننی فشار جګ لاړشي په دی وخت کې د مقعدي قنات معصره او دحوصلی د ځمکې عضلی طبقات په استرخاء راځی او غایطه مواد د مقعدی قنات څخه خارجیږی.

په هغه صورت کې چې سړی ونه غواړی د تغوط فعل اجرا کړی نو په ارادی ډول د حوصلی عضلی طبقات او معصروته تقلص ورکوی او په دی ډول غایطه مواد نشي کولای چې دمقعد څخه خارج شي.

کولوني جذب یا Resorption:

دکولون وظیفه د اوبو او الکترولایتو د جذب څخه عبارت دی خو دکولون دا وظیفه د ژوند لپاره اساسي رول نه لری .ګلوکوز،امینواسیدونه،شحمی اسیدونه او ویتامینونه د کولون له خوا ډیر لږ او ورو جذبیږی خو ددی موادو ډیر لږ هضم شوی برخه چې جذب لپاره اماده ده کولون ته رسیږي. په هر ۲۴ ساعتو کې تقریبا یو لیتر د الیوم محتوی چې ۹۰ فیصده اوبه لري سیکم ته داخلیږی په کولون کې ټولي اوبه یي جذبیږی او یواځی تقریبا ۱۰۰ ملي لیتر یې د غایطه موادو سره د مقعد له لاري اطراح کیږی.

سودیم د فعال ترانزیت میخانیکیت په اساس جذبیږی چې ددې مادی جذب د مینرالوکورتیکوئید په واسطه زیاتیږی او د شحمی اسیدو په واسطه یې جذب نهی کیږی.

په نورمال حالت د سودیم جذب د کولمو له خوا په کافي اندازه صورت نیسی او که یو سړی په ورځ کې پنځه ملی اکویولانت سودیم واخلی د هغه وجود ددې مادی په هکله په موازنه کې پاتې کیږی.

www.ketabton.com

په کولکتومې حالاتو د سودیم ورځنی احتیاج ور اندازه زیاتیږی او په ورځ کې تر ۱۰۰ ملي اکویولانت پوری رسیږی (ځکه چې په دی حالاتو کې الیوستومي اجرا کیږی او د الیوستومي له لاري زیاته اندازه سودیم ضایع کیږی)

کلوراید او د اوبو جذب د الکتریکي او اسموتیک درجی په اساس صورت نیسي چې د هغه درجې د سودیم دجذب په واسطه تعینیږی.

په نورمال حالت کې غایطه مواد د ۷۰٪اوبو او ۳۰٪جامدو موادو څخه جوړ شوی دی،چې د ۳۰٪جامدو موادو د جملي څخه نیمائي برخه یې باکتریاګانی او نیمائي یې د غذایي موادو بقیه او حجروي تفلصات جوړوی.

لږ اندازه بایکاربونات د کولون د جدار له خواد کلوراید د جذب په مقابل کې افرازیږی د کولمو د جدار څخه پتاسیوم په غیر فعال ډول د مخاط سره یو ځای افرازیږی د کولون په التهابي او توموري حالاتو کې د مخاط افراز زیاتیږی.

د کولون عادت :

د کولون او رکتوم تخلیه کېدل یا په بل عبارت تخلیه یا تغوط د اجتماعي او غذائي رواج اوعاداتو تر تاثیر لاندی صورت نیسی.

د دوو تغوطو فاصله په اوسط ډول تقریبا ۲۴ ساعته ده اما په زیات شمیر خلکو کې د تغوط فاصله د ۸یا۱۲ساعتو او د دوه یا درې ورځو په مینځ کې وي سلولوزلرونکې غذائي مواد دکولون ترانزیت ته سرعت ورکوی.

د تغوط په عادت کې هغه وخت تغیرات مینځ ته راځی چې په کولون کې کوم عضوي ناروغی پیداشی د اسهال په پیدا کېدو کې له هغه ځایه چې ناروغ زیات اندازه اوبه، پتاسیوم او سودیم ضایع کوي سړی ضعیفه کیږی او حتی د مرګ سبب ګرځی او اسهال په لاندی حالاتو کې مینځ ته راځی.

- ✓ کومی اندازه اوبه او الکترولایتونه چې کولون ته راځي دهغه د اعظمی جذب د ظرفیت څخه زیات وی .
- ✓ کوم وخت چې د کولون په مخاطی غشاء کې د ولادی امراضو یا جراحی ریزکشن له کبله خرابوالی یا کموالي مینځته راشي.
- ✓ د کولون په هغه امراضو کې چې د هغه د افرازاتو د زیاتیدو سبب وګرځی.
- ✓ کوم وخت چې د کولون ترانزیت په ناڅاپي ډول زیات شي.

www.ketabton.com

قبضیت Constipition:

قبضیت په مختلفو اشخاصو کې مختلفي معناوي لري اما په عمومی ډول د تغوط د شمیر کموالي، د غایطه موادو کلک والي او دغایطه موادو د خارجیدو مشکلات د قبضیت په نامه یادیږی د ځیني خلکو کولون وظیفوی حرکې کموالي لري چې دی حالت ته وظیفوي قبضیت وایي اما په یو شمیر امراضو کې هم قبضیت مینځته راځی چې باید د نومړو قبضیتونو اسباب په دقت سره ولټول شي.

د کولون مایکروبیولوژي:

دجنین کولون ستریل(Sterile) دې او په کولمو کې باکتریائي فلورا وروسته د ولادت څخه جوړیږی په کولون کې دباکتریاګانو انواع په غذائي رژیم او په محیطي فکتورو پوری اړه لري .

دکولون ۹۹% نورمال میکرواورګانیزم انایروبیک باکتریاګانی تشکېلوی Bacteracide Fragilis په هر ګرام غایطه موادو کې لس د لس په طاقت عدد موجود دې.Lactobacillus Bifidus کلوستریدیا کوکس او ځینی ویروسونه هم د غایطه موادو انایروبیک(anaerobic) میکروبونه تشکېلوي همداسې کولي فورم او انتیرو کوکس مکروبونه په زیات اندازه او کتلوي ډول په غایطه موادو کې موجود وي په یو ګرام غایطه موادو کې لس د اوه په طاقت د Escherchia پیدا کیږي.

غایطي فلورا په ځینی نورمال فزیولوژیکې تعاملاتو کې دخالت لري صفراوي صباغات(Bile pigment)د غایطي فلورا یا باکتریاګانو په واسطه تخریب او غایطه موادو ته نصواري رنګ ورکوي.

په غایطه موادو کې د INDOL او SKATOL موجودیت د هغه د مخصوص بوي د پیدا کېدو سبب ګرځی چې نومړی مواد دغایطي فلورا د باکتریاګانو په واسطه تولیدیږی همداسې غایطي باکتریاګاني صفراوي مالګې Deconjugated کوي د کولون باکتریایي فلورا د کولون پر حرکاتو او جذب باندی پوره تاثیر لري د ویتامین K په جوړیدو او ذخیره کې مهم رول لري او د موالد المرض مکروبو په مقابل کې د کولون یوه بنۀ مدافعه ده د کولون باکتریا د کولون دځیني امراضو په فیزیوپتالوژي کې د خالت لري.

www.ketabton.com

د عملیاتو یا د معاینې لپاره د کولون اماده کول :

د دې لپاره چې کولون معاینی یا عملیاتو ته اماده شي باید له یوي خوا د کولون په مینځ کې د غایطه موادو مقدار چې فوق العاده منتن دی ډیر کم یا هیڅ موجود نه وي اوله بلي خوا کوم لږ مقدار چې پاتي کیږي باید د مکروبونو اندازه د هغه په مینځ کې اصغري حد ته ورسیږي نو ددی لپاره چې دا منظور لاس ته راشي باید ناروغ ته لومړی معینه غذایي رژیم ورکړل شي.

دویم د خولي له لاري انتي میکروبیال دواګانې چې د کولمې د مخاطي غشاء له خوا جذب نشي ورکړل شي.

دریم تخلیوي اماله او Luxative مواد ورته تطبیق شي.

۱. مخکې د عملیاتو څخه غذائي رژیم:

کوم هغه ناروغان چې د هغوی د هضمی جهاز په اخرو برخو کې عملیات اجرا کیږی باید لږ تر لږه دري ورځي مخکې د عملیات څخه مایع رژیم واخلي یا په بل عبارت د هغه غذائي رژیم څخه استفاده وکړی چې زیاته برخه یې د کولمي له خوا جذب او ډیر لږ برخه یې دغایطه موادو په شکل پاتي او دکولون د خارجیدو لپاره اماده وی مثلاً ناروغ د چاي،شربتونه،دغوښی یخني،دمیوی اوبو،سابه،ښوروا اوشیدی (SPL.DIET) څخه استفاده کوی .

۲. انتي مایکروبیل دواګانې:

د کولون د جراحي عملیاتو څخه وروسته د زخم منتن کېدل بیا د انستموزی برخی لکېاژ په زیاته اندازه دکولون په مینځ کې د غایطه موادو په مقدار او دهغه په مینځ کې د مکروبو په زیاتوالی پوری اړه لري د غایطه موادو د مقدار د کموالي لپاره په لومړی مرحله کې غذایي رژیم توصیه شو اوس ددې لپاره چې د کولون په مینځ کې د مکروبو شمیر اصغري حد ته ورسیږی د هغه اورال انتی بیوتیکو(Oral Antibiotics) او سلفامیدو څخه استفاده کیږی چې د کولمي د مخاطي غشاء څخه جذب نه شی او په خپل اصلي حالت دکولون پوری ورسیږی مخکې د عملیاتو څخه داورال انتی بیوتیکو اخستل مثلاً Clindamycine Neomycin kanamycin ,Lincomycin ترمناقشې لاندې دي او په یو

www.ketabton.com

داسې کولون کې چې بيخي تش وي دهغوي داخليدو ضرر دفايدي څخه ډير دی او اوس ډير طرفداران نه لري او داسې استدلال کېږي چې په يو تش کولون کې چې د هغه په مينځ زيات مقدار غايطه مواد موجود نه وی د دي انتي بيوتيکو استعمال نه يوائی په نومورې ځاي کې نورمال فلورا ته چې د کولون لپاره مفيد دې تغير ورکوي بلکه د دي سبب کېږی چې د نومړو انتی بويتيکو په مقابل کې کوم ستافيلو کو کوس چې مقاوم دی زيات وده او نشونما وکړی اوپه پاي کې شديد Staphylococal Enterocolitis مينځته راوړی چې فوق العاده زيات خطرناک دې او دناروغ دمرګ سبب ګرځي.

نواوس تقريباً ټول مولفين په دي عقيده دي چې بايد يوائی د سلفاميدو څخه زيات استفاده وشي او دمايع رژيم سره موازی ناروغ ته د ورځی ٦تر٨ګرام سلفاميد مخصوصا سلفاګواندين Phtralyl Sulfathiazole ورکول کېږی نومورې سلفاميدونه د کولمو له خوا نه جذبيږی اوبي ددي چې د کولمو نورمال فلورا ته ډير ضرر رسوي د نورو مکروبو د ودی او نشونما څخه مخنيوي کوي.

او مونږ هم د ننګرهار دطب فاکولتي په روغتون کې ددې ميتود څخه کار اخلو او دنيکه مرغه ډيري ښی پايلی لاس ته راغلی دی څرنګه چې وروسته د عملياتو څخه د انستموزي ليکاژهيڅ واقع يې ليدل شوي نه دي او دعملياتو زخم منتن کېدل وروسته د عملياتو څخه فيصدی يې ډيرلږه ده چې په دې برخه کې امکان لري نور عوامل هم دخيل وي.

۳- تخليوي اماله او لکزاتيف دوا تطبيق:

الف: لکزاتيف دوا تطبيق : دپاسني دوه مراحلو سره موازي داسې ناروغانوته ۲۴ ساعته مخکې دعملياتو څخه په متوسطه اندازه لکزاتيف دواګاني ورکول کېږي مثلاً په يو کاهل ناروغ ته ۲۵ ګرام مګنيزيم سلفات يا ۷۰ ګرامه پوري پارافين يا Caster oil ورکول کېږی.

ب : تخليوي اماله : د پنځه سوه ملي ليتره د څکلو اوبو،لس تر ۲۰ ګرامه صابون او پنځه تر لس ګرامه غذائي مالګی څخه يو محلول جوړيږي چې تقريباً۳۷ درجې سانتي ګرايد تودوالي ولري ناروغ په چپ جنبي اړخ څملي (تر څو سيګموئيد ښکته او همواره واقع شی) دامالی رابړی کتيتر وروسته ددې څخه چې پارافين يا نورLubricant موادو په

www.ketabton.com

واسطه ښوي شو ۴تر ٦ سانتی مترو پوري په مقعدی قنات کې ننه ایستل کېږی وروسته د امالي کڅوړه د مقعد دسوئي څخه تقريبا دري فټه (د يومتريا د١٢څخه تر ١٨ساچو پوري)جګ ساتل کېږی تر څو چې جرېان دمحلول مقعد خواته صورت ونيسي دامالی محلول بايد په ظرف د لسو دقيقو ريکتوم ته داخل شي او دامکان په صورت کې ناروغ بايد وروسته دلسو دقيقو څخه تغوط وکړی او دريکتوم محتوي تخليه کړي.

تخليوی اماله د کولون د عملياتو او دکولون د معاينې په منظور بايد ١٢ ساعته مخکې اويو ساعت مخکې د عملياتو يا دمعايني څخه (يعنی دوه ځلي) ناروغ ته تطبيق شي .

ددې اهتماماتو دنيولو سره کولون د عملياتو يا د معايني لپاره اماده کېږی او خطر د پريطونايتس ،د انستموزي برخي ليکاژ او دعملياتي زخم منتن کېدو چانس بيخي کميږی .

فايبرو اوپتيک کولونوسکوپي Fibro Optic Colonoscopy:

فايبراوپتيک کولونوسکوپ يوه اله ده چې قابل د انحناء(Flexible) او دريکتوم له لارې مانور ورکولو په واسطه کولون ته داخليږی د عادی سيګموئيد سکوپ څخه ددی الې ښه والې په دې کې دې چې له يوې خوا قابل د انحناء اوله بلې خوا د همدې خاصيت په استفادي د سيګموئيد څخه پورته نازله حتې مستعرض او صاعده کولون هم معاينه کېداې شي.

ددي اندوسکوپي معاينی په واسطه کېدای شي چې د کولون د کومي مرضي برخي څخه مواد دسيتولوژی معايني يا بايوپسي د پتالوژی معاينی لپاره واخيستل شی.

فايبراوپتيک کولونوسکوپ په لاندی حالاتو کې د قطعې تشخيص لپاره د استعمال وړ وي:

۱- د هغو ناروغيو چې د باريوم امالي څخه وروسته په راديوګرافي کې قطعي تشخيص ونشی.

۲- کوم وخت چې د کولون چوکات په راديوګرافي کې نورمال ښکاره شي اما ناروغ ريکتال نذف ولري.

۳- کوم وخت چې په کولون کې التهابې ناروغۍ موجودی وي او د نوموړی التهاب د قطعي تشخيص لپاره دا معاينه اجراکېږي.

www.ketabton.com

۴- په کولون کې چې د انستموز په ناحیه کې کوم وخت تنګوالې پیداشي.
۵- په هغه حالاتو کې چې د کولون مخاطي غشاء په وسیع ډول تخریب شوې وي.
۶- د فایبراوپتیک کولونوسکوپ په واسطه د کولون زیات شمیر پولیپونه Excision کېداې شي.

فایبراوپتیک کولونوسکوپي داسې یو عملیه ده چې باید د یو متخصص او باتجربه داکتر له خوا یواځې په هغه حالاتو کې استعمال شي چې استطباتات یې موجود وي لکه چې مخکې ذکر شو که داعملیه د یو غیر مجرب داکتر له خوا اجرا شي د کولون د سوري کېدو خطر فوق العاده زیات وي که فایبراوپتیک کولونوسکوپي د یو مجرب داکتر له خوا تطبیق شي په دې وخت کې دکولون دسوري کېدو خطر یو فیصد ده.

د فایبر اوپتیک کولونسکوپي مضاد استطبابات :

۱- په هغه حالاتو کې چې کولون په حاد او ناڅاپي ډول توسع کړي وي (په دې حالت کې کولون د خفیف ترضیض سره سورې کېږي)
۲- کوم وخت چې د کولون توسع د Ulcerative Colitis سره یو ځاې وي.
۳- د کولون دسوري کېدو تشخیص واضح وي.

په هغه حالاتو کې چې ناروغ کوم حوصلي عملیات تیر کړی وي یادا چه په کولون کې متعدد تضیقات یا متعدد رتجونه موجود وي داکتر ددې معاینې په اجراکولو کې مشکلاتو سره مخامخ کېږي.اوله دې کبله باید فوق العاده پام وکړی تر څو چې کولون سورې نه شي .

میګا کولون Mega Colon:

په لغوي ډول د غټ کولو مانا ورکوې اما دطبي اصلاح په اساس د کولون د مزمن توسع،اوږدوالي او هایپرتروفي څخه عبارت دی چې په دوه ډوله تصادف کوي.

۱- کسبي میګاکولون یا Acquired Mega Colon
۲- ولادي میګاکولون یا Congenital Mega Colon

ولادي میګا کولون Congenital Mega Colon , Hirschprung's Disease داناروغی د Aganglionic Mega colon په نامه هم یادیږي.

www.ketabton.com

پتالوژي:

په دې ناروغي کې په رکتوم يا دکولون په رکتوسيګموئيد برخه او نادراً په ټول کولون کې د کولمو دجدار په عضلي طبقه کې په ولادي ډول د پاراسمپاتيک عصبي ضفيره په Cephalocaudal دول وده او نشونما نه کوي او دکولون په هغه برخو کې چې داعصبي ضفيره موجود نه وي يا Aganglionic وي يا په بل عبارت پاراسمپاتيک اعصاب په دې برخه کې موجود نه وي او يوائې سمپاتيک موجود وي نو په دې برخه کې حلقوي عضلي الياف د سمپاتيک اعصابو تر تاثير لاندي شد يا تقلص کوي او له بلې خوا ددې برخې څخه د کولمو نورمال استداري حرکاتو امواج نشي تيريداى او په دې ډول يو وظيفوي ناتام انسدادي حالت مينځه راځي اوله هغه ځايه چې ددې ناحيې څخه پورته د کولون په مينځ کې په مترتې ډول غايطه مواد تراکم کوي او دوخت په تيريدو سره کولون دتوسع سبب ګرځي.

په ۱۰% وقايعو کې ټول کولون په ۶۵% وقايعو کې ريکتوم اوسګموئيد په ۱۰% وقايعو کې رکتوم، سيکموئيد او يوه برخه د کولون او په ۱۵% وقايعو کې يوائې ريکتوم Aganglionic وي په هغه وقايعو کې چې ريکتوم او سيکموئيد ګانګليون وي سګموئيد انحناء د دوه ميله توپک په شان ښکاري چې دوليګا سيګموئيد يا دوليګا کولون په نامه يادېږي.

دميګاکولون ديو بل نوي ولادي شکل راپور ورکړ شوي دي چې په دې ډول ميګاکولون کې پاراسمپاتيک عصبي ضفيره د کولمو په جدار کې نورمال وده کړې وي اما ماشوم په ارثي ډول غټ، اوږد او هايپرتروفيک کولون لري. دانوع ميګاکولون زياد تر د شرقي اروپا او اوکېناوا په ماشومانو کې ليدل کېږي او سبب يې دادي چې ددې ماشومانو پلرونو د کالو کالو لپاره زيادتره د هغه نباتي غذايي موادو څخه استفاده کړې وي چې لږ سلولوز او زيات بقيه لري. او دهغوي کولون هميشه غټ اوږد او هايپرتورفيک وي نو د دوي اولادونه هم په ولادي ډول د لوي اوغټ کولون سره تولد کېږي.

www.ketabton.com

احصائیوي معلومات:-

مذکر جنس پنځه واره زیادتر نسبت مونث جنس ته په دي ناروغي په ولادي ډول اخته کیږی اما که مونث جنس پدی ناروغی اخته شی د کولون د ماوف کېدو وسعت یي زیات وي داناروغي د ۵ څخه تر ۱۰٪ پوري فامیلي وي . په ۱۵٪ وقایعو کې ولادي میګاکولون سره نور انومالي ګاني د ماشوم په وجود کې موجود وي.

سریري تظاهرات:-

څه موده وروسته د ولادت څخه د ناروغي سریري تظاهرات ښکاره کیږي څرنګه چې ماشوم قبضیت پیدا کوي او په ۲۴ ساعتو کې لږ میکونیم خارجوي اوپه ځینې وقایعوکې وروسته د دري یا څلورو ورځو څخه میکونیم یي په لږ اندازه خارجیږي نوله دي کبله ددي مزمن قبضیت سره موازي د ماشوم ګېډه هم متوسع کیږي کله کله کانګي کوي اوشیدي رودو ته میلان نه لري.

وروسته د څو میاشتو څخه ماشوم ته متناوب اسهال، قبضیت اوبد حالي پیدا کیږي چې ماشوم ورو ورو خوارځواکې خواته ځي اونورمال وده او نشونما نه کوي د ماشوم د غایطه موادو قطر ډیر لږ وي د ناروغي په لومړي مراحلو کې که مقعدي معاینه اجرا شي کوم وخت چې داکتر خپله ګوته د ماشوم د مقعد څخه وباسي په انفلاقي ډول زیات اندازه غایطه مواد او ګازات خارجیږي او دګېډې توسع په دراماتیک او موقت ډول د مینځه ځي.

تشخیص:-

د ناروغي تشخیص په قطعي او حقیقي ډول د Biopsy اخستلو او وروسته د پتالوژي معاینې څخه وضع کیږي اما سریري اعراض او رادیوګرافي معاینات د ناروغي په تشخیص کې هم با ارزښت ګڼل کیږي.

که افت په ریکتوم کې وي د Dentate line څخه وروسته پورته خواته ریکتوم دخلفي جدار څخه یو تر دوه سانتي مترو په پراخوالي Full thickness بایوپسي اخستل کیږي او د پتالوژي له خوا د تحت مخاطي اوعضلي طبي په مینځ د Auerbach's او Meisner عصبي ضفیرو په مینځ کې Ganglionic حجرات لټول کیږي.

www.ketabton.com

Hirschprung په ناروغي کې دا حجرات عموما نه وي او په ځیني وقایعو کې حتي صفیري هیڅ تشکل نه وي کړي همدارنګه په دي ناروغي کې که مقعدي Meisner معصري ته د ګوتو په واسطه توسع ورکړ شي په نورمال حالت کې نه پاتي کیږي بلکه ډیر ژر سستوالی یي د مینځه ځي.

رادیوګرافیک معاینات:-

دګیډي په ساده رایوګرافي کې د کولمو توسع دلیدلو وړ وي اما په ماشومانو کې په ساده رایوګرافي دغټو او وړو کولمو دتوسع تفریق مشکل دي. نوله دي کبله رادیوګرافي د باریوم دامالي څخه وروسته باید اجرا شي اما تر څو دماشوم عمر لږ تر لږه یو نیم میاشتي ته نوي رسیدلي دا معاینه باید اجرا نه شي ځکه چې مخکې ددي مودي څخه دماوفه کولمي پروکسیمال برخه په کافي اندازه متوسع شوي نوي. او پدي ډول ګانګلیونیک او اګانګلیونیک برخو ترمینځ د کولمو دقطر خرابوالي له نظر تفریق ډیر مشکل وي. وروسته ددي مودي څخه اګانلیونیک برخه ډیره نري (ګانګیونیک) او متوسع ښکاري.

سربیره ددي که څوورځي وروسته دماشوم د ګیډي څخه بیا رادیوګرافي اجرا شي د کولمو په متوسع برخو کې کثیفه مواد پاتي وي او په دي ډول ثابتیږي چې د کولمو ترانزیت نورمال سرعت نه لري.

اختلاطات:

۱_ **Enterocolitis**- او **Malnutrition**: د کولون په مینځ کې دغایطه موادو پاتي کیدل داوږدي مودي لپاره ددي سبب کیږي چې دغایطه موادو د تفسخ (Putrification)له کبله Entercolitis پیدا شي او د Entercolitis د پیدا کیدو له کبله ماشوم مزمن اسهال پیدا کوي او بلاخره په Malnutrition اخته کیږي.

۲- د کولون سوري کیدل : په دي ناروغي کې دکولون د توسع له کبله د لا پلاس د قانون په اساس(چې انسداد په محبث کې دهغه میخانیکیت تشریح شوی دی) سوري کیږی.

www.ketabton.com

درملنه:

په ټولو پيښو کې په لومړی مرحله کې د کولون Distal متوسع برخه Colonostomy کېږي په دې ډول د کولون تخليه بيدون دکوم مانع صورت نيسي او په ظرف د څو مياشتو کې متوسع کولون نورمال قطر پيدا کوي او دماشوم الکترولايت تغيرات بيخی دمينځه ځي د عمليات لپاره د کولون د اماده کولو څخه وروسته په درې ميتود Colonostomy ترميم صورت نيسي.

۱- د Swenson عمليات: په دي عملياتو کې د ريکتوسيګموئيد ماوفه برخه قطع او ليري کېږي د کولون د ازادولو څخه وروسته د نازله کولون څوکه د مقعدي قنات دپاي برخې سره انستموز ورکول کېږي.

۲- د Duhamel عمليات:سيګموئيد ماوفه برخه قطع اوليري کېږي او د کولون نورمالي برخی ته د Ampula سره اړخ په اړخ په وسيع ډول انستموز ورکول کېږي.

۳- د Soave عمليات: په دې عمليات کې د ريکتوم او سيګموئيد مخاطي او تحت مخاطي طبقه تسليخ او ليري کېږي او د کولون ديستال برخي ته د تسليخ شوې برخي په مينځ کې ځاې ورکول کېږي او خوله يې تر مقعدي قنات پورې ښکته راوړل کېږي.

انزار:

بدون د تداوي څخه ۸۰٪ناروغان د Entercolitis يا دسيکوم د څيري کيدو له کبله مړه کېږي.

۲- Chagus Disease or Acquired Mega colon:

دا ناروغي د غټو کولمو يوه انتاني ناروغي ده چې عامل يې د پروتوزوا د Trypanosoma Cruzi په نامه ياديږي په اندميک ډول په مرکزی او جنوبي امريکا کې پيداکيږی د دې پروتوزوا د مداخلي په اساس د غټو کولمو د Intramural عصبي سيستم تخريب او دکولمو د استدارې حرکاتو د کموالي سبب ګرځي او کولمي نه شي کولاي چې خپله محتوي پر مخ بوځي

www.ketabton.com

نو دکولون په مينځ کې د غايطه موادو دوامداره پاتې کېدو له کبله نه يوازي کولون او مخصوصاً سيګموئيد ډيره توسع کوي بلکه امکان لري چې د Fecal Impacta يا د سيګموئيد تدور مينځ ته راشي.

ناروغان عموما دناروغي د اختلاطاتو د مينځه راتلو له کبله ډاکتر ته مراجعه کوي او وروسته د باريوم د امالي څخه د راديو ګرافي په واسطه تشخيص وضح کېږي .

درملنه:

د کسبي ميګا کولون انتخابي تداوي Subtotal Colectomy او Ilioproctostomy ده چې داعمليات د کولون د اماده کولو څخه وروسته اجرا کېږي.

دوليګا سيګموئيد :

په دي مرض کې نه يواځې سيګموئيد ډير متوسع او د غټ قطر خاوند وي بلکه د سيګموئيد قوس چې په نورمال حالت کې نيم دايروي شکل لري پارابول ډوله د دوه ميله ټوپک په شان ښکاري او د دوليګا کولون په نامه يادېږي.

اسباب:

۱- ولادي او کسبي ميګاکولون د دوليګا سيګموئيد سبب ګرځی چې مخکې تذکر ورکړ شوي.

۲- مزمن قبضيت : مزمن قبضيت د ټول کولون او مخصوصا د سيګموئيد د توسع او دمساريقي د اوږدوالي سبب ګرځي چې دا حالت په دې ناروغانو کې د عملياتو په وخت په ښکارډول ليدل کېږي .

۳- د سيګموئيد د مساريقي مزمن التهاب: دمساريقي د مزمن التهاب له کبله مساريقه غونډېږي او په سيګموئيد کې دوليګا سيګموئيد مينځ ته راوړی چې البته دا التهاب د سيګموئيد د مزمن التهاب له کبله پيداکېږي .

۴- لمفو ګرانولوما Venerium: په دې ناروغۍ کې د مقعدي قنات تضيق وروسته د التهابي وتيري څخه مينځ ته راځي او د Stenotic ناحيې پورته سيګموئيد توسع کوي.

۵- Radiation Colitis: د Radiation له کبله هم امکان لري چې يوه برخه د کولون يا دسيګموئيد د ښکتني برخې مخصوصاً تحت مخاطي او عضلي طبقه د تخريب او

www.ketabton.com

تضیق سبب شي او د نوموړی ناحیې څخه پورته سیګموئید متوسع او دولیګا سیګموئیدمینځ ته راشي.

٦- وروسته د مقعدي عملیاتو څخه او وروسته دریکتوم د جروحاتو څخه امکان لري چې په نوموړي ځایونوکې تضیقات پیدا او ددې ناحیې څخه پورته Sigmiod متوسع او دولیګاسیګموئید مینځ ته راشي.

سریري تظاهرات:

دولیګا سیګموئید ثابت عرض مزمن قبضیت او د ناتام انسدادي حالت متکرر حملات دي چې بلاخره د سیګموئید د شدید تدور څه وروسته یو نه ارجاع کېدونکې انسدادي حالت مینځ ته راځي چې په لاندي دول تشریح کېږي.

۱- متقطع Crump ډوله او Periodic درد د ګېډې په ښکتنې برخو کې.

۲- د غایطه موادو او ګازاتو وروستني بندش او وروستنی زړه بدوالي او کانګی.

۳- د ګېډې مترقي او شدیده توسع چې حتي پر حجاب حاجز باندي فشار واردوي او د عسرت تنفس سبب ګرځي.

۴- د پاسني اعراضو سابقه تاریخچه چې ناروغ څو ځلې داسې اعراض تیر کړي دي چې نوموړې اعراض او علایم مخکې هر ځلي د ۱۲یا ۲۴ ساعتو لپاره دوام کولو او بیا په خپله د ځینې محافظوي تداوي ګانو په واسطه ورک کېده.

رادیو ګرافیک معاینات:

د ګېډې په ساده رادیوګرافي کې د ګېډې جوف په مینځ کې یو غټ،متوسع او پوکانه ډوله هوایي خیال چې د لوبیا د دانې په شکل معلومیږي چې د حوصلې څخه جګ شوی اوتر حجاب حاجز پورې رسیدلی وي او دشدید توسع له کبله د مخاطې غشاء التوات او هاوسترا دمینځه تللې وي ددې لوبیا ډوله هوایي خیال محدبیت ښي خواته او مقعریت یې چپ خواته متوجه وي که دباریوم د امالې څخه وروسته دناروغ د ګېډې څخه رادیوګرافي اجرا شي د امپولا څوکه پیچ یا حلزون په شکل قطع شوي ښکاري چې ددې ناحیې څخه پورته غټ هوایي خیال د لیدو وړ وي چې د هغه په مینځ کې باریوم داخل شوي ندي.

www.ketabton.com

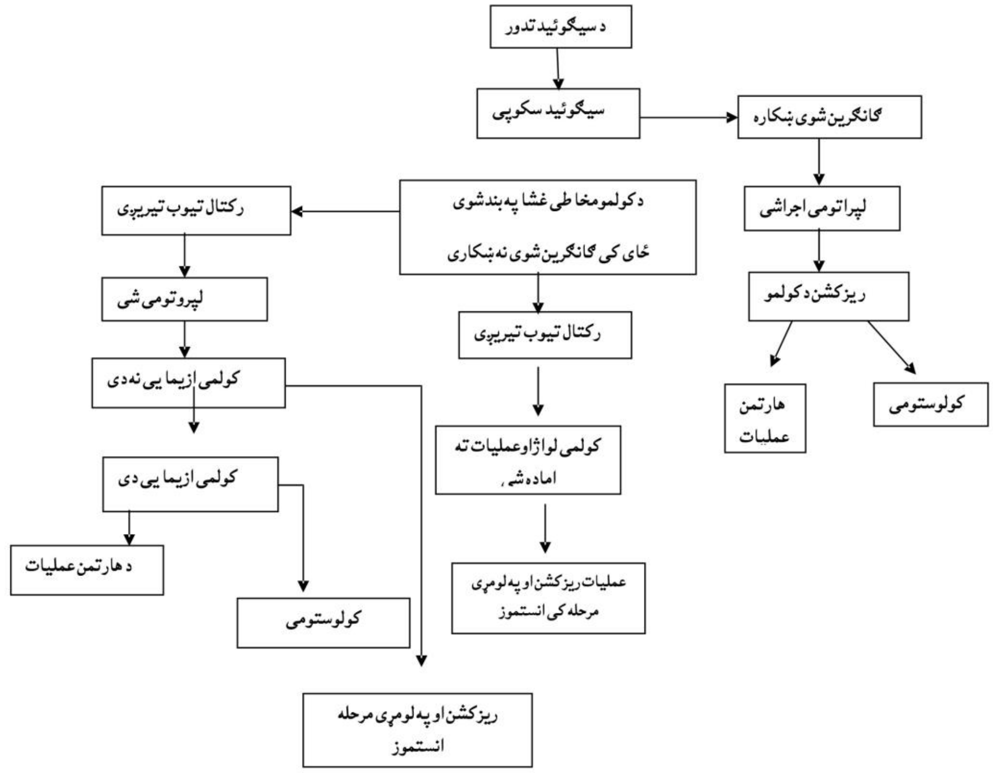
درملنه:

ناروغ ته دکولمو د انسداد اهتمامات نیول کېږي وروسته ددې ناروغ ته دنیم لیتر په اندازه تخلیوي اماله ورکول کېږي که د سیګموئید تاو یا تدور لږ.وي د امالې په واسطه امکان لري چې تاو یې ارجاع شي که انسدادي حالت پاتې شو ناروغ د Knee Chest Position (سجده) په وضیعت سیګموئید سکوپي شي (که د کولمو احتشايي سوري کېدو اعراض موجود وي ددې لپاره چې پر ګیډې باندې په دې وضیعت فشار زیات وارد یږي او د پتالوژیک افاتو د وخامت سبب ګرځي ناروغ ته داوضیعت نه ورکول کیږي بلکه د ښي یا چپ اړخ په وضیعت سیګموئید سکوپي اجرا کیږي.)

دسجدې په وضیعت که سیګموئید ډیر تدور کړې نه وي امکان لري چې تدور یې ارجاع شي اوانسدادي حالت د مینځه لاړ شي.

سیګموئید سکوپ په ډیر احتیاط او فني مانور په واسطه تر هغه ځایه پورې امپولا کې داخلیږي څو چې مانعه ولیدل شي دسیګموئید تاوشوي ځاې لکه چې په شکل کې لیدل کیږي دمخاطي غشاء تاوشوي التواتو مرکز په یوه نقطه کې ختمیږي که په دې ناحیه کې مخصوصاً د تاوشوي کولمې په مرکزي برخه کې دمخاطي غشاء رنګ تغیر کړې وي او توربخن معلوم شي یا په هغه ځاې کې نذفي نقاط موجود وي د سیګموئید په ګانګرین کېدو دلالت کوي او باید فوراً لپروتومي اجرا شي او ګانګرین شوي کولمې قطع (Resection) او وروسته د امپولا او د نازله کولون خوله په چپ حرقفي حفره کې د ډبل په شکل کولوستومی کېږی که د امپولا څوکه د ګیډې جدار ته ونه رسیږي نو د Hartman په اصول عملیات اجرا شي څرنګه چې د امپولا دخولې دګنډلو څخه ورسته د پریطوان په خلف کې اچول کېږي او نازله کولون خوله یوازې په چپ حرقفي حفره کې سینګل کولوستومي کېږي.

www.ketabton.com



که دسیګموئید سکوپ سره ولیدل شو چې د تاو شوی کولمی د مرکزی برخې مخاطي غشاء نورماله یا رنګ یې لږ تغیر کړې وي نو یو رکتال تیوپ چه ښه غوړ شوي وي په ډیر احتیاط د تاو ورکولو حرکاتو سره بندې شوې ناحیې ته ورداخلیږي او کوم وخت چې تیوب تیر شو په دراماتیک ډول د سیګموئید څخه تر فشار لاندې باد او ګازات په شدت سره خارجیږي او دګېډې توسع د مینځه ځي رکتال تیوب په مقعد کې تثبیت او هره ورځ د رکتـال تیـوب له لارې سیـګموئید پرې مینځـل کیږي ناروغ تـه د خولې له لارې مایع رژیم د معایې انتي سیپتیکو سره یو ځای ورکول کیږي له بلې خوا د ناروغ ګېډه د کولمې د ګانګرین کېدو په هکله تر کتنې لاندې نیول کیږي ځکه چې امکان لـري دسـیګموئید یـوه برخـه د تـاو شـوي نـاحې څخـه پورتـه ګـانګرین شـوې وي دسیګموئید لواژ او پرې مینځل دیوې هفتې لپاره ادامه ورکول کیږي اوله هغه ځایه چې سیګموئید د تدور دبیا مینځ ته راتلو ۸۰ څخه تر ۹۰% امکان لري نو وروسته دیوه هفتې لواژ څخه په انتخابي ډول بطن خلاص سیګموئید قطع او د نازله کولون خوله د امپولا د خولې سره په لومړې مرحله کې انستموز ورکول کیږي که د سیګموئید سکوپ له لارې داکتر موافق نشو چې رکتال تیوب په بند شوې ناحیه کې ور داخل کړي نو بیا هم باید د ناروغ ګېډه خلاصه او سیګموئید تفتیش شي.

www.ketabton.com

که سيګموئيد ډير ازيمايي نه وي وروسته د سيګموئيد د ريزکشن څخه نازله کولون او دامپولا خوله يوبل سره په لومړۍ مرحله انستموز ورکول کېږي او که سيګموئيد ازيمايي وي نو انستموز ورکول استطباب نه لري او ګانګرين شوې کولمې په شان عمليات ته ادامه ورکول کېږي.

دکولون Diverticular ناروغۍ:

د کولون دايورتيکولا ناروغۍ په دوه ډوله دي.

۱- Multiple False Diverticule: چې ډير عموميت لري ځوعدده وی او په کسبي ډول مينځ ته راځي دانوع دايورتيکول زياتر په چپ کولون او سيګموئيد کې پيدا کېږي چې د دايورتيکولوزيس Diverticulosisپه نامه يادېږي .

۲- Single True Diverticule: چې زيات عموميت نه لري او امکان لري چې په ولادي ډول مينځته راشي زياتر په سيکم او صاعده کولون کې پيدا کېږي.

۱- Diverticulosis Coli or Multiple False Diverticule :

وقوعات :

د ۳۵ کلنۍ څخه ښکته نادراً دا ناروغۍ پيدا کېږي هر څومره چې عمر زياتيږي په هماغه اندازه وقوعات يې اضافه کېږي څرنګه چې وقوعات يې په ۵۰ کلنۍ کې ۱۰٪ په ٦۵ کلنۍ کې ۲۵٪او په ۸۰کلنۍ کې ٦۵٪وي په ښځو کې نسبت نارينه و ته لږ زيات تصادف کوي.

اسباب او پتوجنيزس:

۱- مهيه کوونکې عوامل : عبارت دي له مزمنو قبضيتونو،دسن د پرمختګ او چاقي په اثر نسجي Degeneration او ارثيت رول لري.

۲- د کولون عضلي طبقې هايپرتروفي:د کولون په ديورتيکولا امراضو کې د کولون د جدار په عضلي طبقه کې هايپرتروفي موجود وي او دا چه ايانومورې هاپيرتروفي د ديورتيکول د مينځ ته راتلو عامل دې يا داچې لومړی ديورتيکول مينځ ته راغلې دې او وروسته عضلې طبقه کې هايپرتروفي پيدا شوې دې تر اوسه پورې تر مناقشې لاندې دې.

www.ketabton.com

۳- د کولون د داخلي فشار جګوالې : کوم ناروغان چې ديورتيکول لري په هغوی کې مانومتريک معايناتو ثابته کړې ده چې د کولون داخلي فشار ۹۰ملي متر د سيماب څخه زيات دې (په نورمال حالت د کولون داخلي فشار ۲۵ ملي متر دسيماب دي) دا فشار کولون او مخصوصا د دوه هاوسترا په مينځ کې چې په حلقوي يا Ring شکل کوي او په دې ډول د سيګموئيد او چپ کولون په اوږدو کې په هره هاوستراکې جلا جلا کڅوړی منځته راځوی چې د يوی داخلی فشار لوړ پاتې کيږی او د هاوسترا جدار باندې فشار واردوي او په پاې کې دا يورتيکولوزيس اجادوي.

۴- غذايي رژيم : دنړې په هغه ځايو کې چه خلک يې د ډير بقيه لرونکې غذايي موادو څخه استفاده کوي دا ناروغي ډير لږ تصادف کوي او په کومو ځايوکې چې د داسې غذايي موادو څخه استفاده وکوي چې بقيه يې لږ وي دا ناروغې زياته پيدا کيږي مثلا په اروپايي او امريکايي ممالکو کې چې خلک يې هغه غذايي موادو څخه استفاده کوي چې بقيه يې لږ وي ددې ناروغې وقوعات په دې ځايو کې زيات وي په دي برخه کې داسې استدلال کيږي چې لږ بقيه لرونکې غذايي مواد ژر د کولون څخه نه تيريږي له دې کبله دکولون په مينځ کې دزيات وخت لپاره پاتې کيږي چې په دې ډول نه يوازې دقبضيت سبب ګرځي بلکه د کولون د داخلي فشار د زياتوالي سبب هم ګرځي.

پتالوژي :

څرنګه چې مخکې تذکر ورکړ شو دوه نوع ديورتيکول موجود دې يو true Diverticula چې د هغه جدار د کولون ټول طبقات احتوا کوي يا په بل عبارت د ديورتيکول جدار د مخاطي، تحت مخاطي،عضلي او سيروزا طبقاتو څخه جوړه شوې دي او بل False Diverticula چې دهغه جدار يوازې دمخاطي او تحت مخاطي طبقاتو څخه جوړ شوې دې يا په بل عبارت د کولون مخاطي او تحت مخاطي طبقې دکولون د عضلي طبقې ديوه ضعيفه برخې له لارې دباندې خواته Herniation کوي False ديورتيکول د کولون په جدار کې زياتره په هغه ځاې کې پيداکيږي چې اوعيه د Mesenteric Taenia او د Antimesenteric په مينځ کې دکولون د جدار عضلي طبقه سورې کوي او تحت مخاطي طبقې ته ننوځي ددې ديورتيکولو قطر د څو ملي مترو څخه تر څو سانتي مترو پورې

www.ketabton.com

فرق کوي د دیورتیکول غاړه امکان لري تنګه یا پراخه وي او ددې دیورتیکولوزیس ۵۰% په سیګموئید ۳۰% په نازله کولون ۱۰% په مستعرض کولون ۴% په صاعده کولون ۲% په سیکم او ۴% په رکتوم کې پیدا کیږي.

سریري تظاهرات:

باید وویل شي چې زیاتره د دیورتیکولا ناروغان هیڅ تکلیف نه حس کوي او عادي ژوند لري او دهغوي دیورتیکولوزیس په تصادفي ډول د کولون د چوکات د رادیوګرافي(MRI) په پاڼه کې چې د کوم بل تکلیف له کبله اخستل شوې وي ښکاره کیږي.

ځینې ناروغان چې په دې ناروغۍ اخته دي دګیډې دښکتې برخې دکرمپ ډوله درد،متناوب قبضیت او اسهال څخه شکایت کوي چې کله کله وینه هم د غایطه موادو سره راځي. درد دکولون دجدار د عضلي طبقې د تقلصاتو له کبله مینځته راځي.

په فزیکي معاینه کې ناروغ د L.L.Qپه برخه کې لږ تندرنس لري او ځینې وخت نازله کولون د یو نرم تیوب په شان د جس وړ وي او تر څو چې دیورتیکولوزس التهابي شوي نه وي تبه او لوکوسیتوزس موجود نه وي.

رادیو ګرافي معاینات:

کوم ناروغان چې دیورتکولوزس لري د باریوم دامالې د رادیوګرافي په پاڼه کې د دیورتیکولوزس په برخه کې مثلا په سیګموئید برعلاوه د دیورتیکول خیال چې د کولمې د لومن څخه دیومنظم، مدور او دباندې وتلې خیال په شان چې څو سانتي متر قطر لري په سګمنتال ډول اسپازم او نسبت نورو برخه ته دکولمې په لومن کې لږ تنګوالې هم موجود وي.(Colonoscopyاو MRI)

کوم وخت چې Diverticulitis تاسس کوي د سریري له نظره د فزیکي معایناتو پواسطه تشخیص وضع کېدای شي اما په مشکوکو حالاتو کې تشخیص د توموګرافي، د ګېډې CT scan او التراساوند پواسطه په دې ډول کیږي چې diverticul د یوې ابسې په شکل چې کولون سره ارتباط لري پيژندل کيږي، که Diverticulitis سوری شوی وي راډیوګرافي د کثیفه موادو سره استطباب نه لري ځکه چې د سوري له لارې نه یواځې چرک (Pus) پریطوان جوف ته انتشار کوي بلکې کثیفه منتن مواد هم پریطوان جوف ته انتشار کوي.

www.ketabton.com

اختلاطات:

دیورتیکوزس دوه عمده اختلاطات لري چې عبارت دي دنذف او التهاب (Diverticulitis)څخه چې ددې مبحث په اخر کې مطالعه کیږي.

درملنه:

۱- طبي درملنه:

که دیورتیکولوزیس اختلاطي شوي نه وي عموما د طبي تداوي سره ښه ځواب وایي او داختلاطاتو د مینځ ته راتلو څخه مخنیوي کوې څرنګه چې ناروغانو ته بقیه لرونکې غذایي رژیم توصیه کیږی مثلا دشرقي غذاګانو څخه باید همیشه استفاده وکړي همدارنګه د دوي په غذایي رژیم کې سلولوز لرونکې غذاګاني شامل شي مثلا زیات تر دسابه څخه استفاده وکړي سربیره ددې د ورځي اقلا ۲۰ ګرام سبوس (لس ګرام دیو ګیلاس اوبو سره سهار اولس ګرام دیو ګیلاس اوبو سره ماښام وخوري) واخلي د درد د کموالي لپاره د انتي اسپازمودیک دواګانو څخه استفاده وشي او هیڅ وخت د درد د کموالي په منظور Tranqulizer, Sedative او Antidepressive دواګانو څخه استفاده ونشي.

۲- جراحي درملنه :

ترکوم وخته پورې چې دیورتیکوزس اختلاطي شوې نه وې جراحي عملیات د اختلاطاتو مخنیوې په منظور استطباب لري په دې ډول چې وروسته د کولون د اماده کولو څخه عملیات ته لپروتومي اجرا او د کولون ماوفه برخه یانې هغه برخه چې دیورتیکلوزیس لري ریزکشن او په ابتدایي ډول انستموز ورکول کیږي.

دکولون د دیورتیکولوزس اختلاطات:

۱- نذف د کولون په دایورتکولا امراضو کې :

په ۲۵،۵ دیورتیکولار ناروغانو کې نذف په کتلوي ډول لیدل کیږي په لومړې درجه د مقعدې نذف عمده سبب د یورتیکوزیس او په دویمه درجه کولورکتال کارسینوما تشکیلوي.

www.ketabton.com

سریري تظاهرات :

د کولون دیورتیکولار نذف ناڅاپي،غیر منتظره او په کتلوي ډول مینځته راځي دا نذفونه په زړو خلکو کې مخصوصا په هغه اشخاصوکې چې Arteriosclerosis، Hypertensionاو قلبي وعايي ناروغۍ ولري زياتر پيداکيږي.

ځيني ناروغان په خپل تاريخچه کې د دايورتيکوليت څخه حکايه کوي چې وروسته د تداوي څخه ښه شوي دي او د مقعدي نذف سره امکان لري چې د دايورتيکوليت اعراض هم موجود يا موجود نه وي ځيني ناروغان په زياته اندازه د مقعد له لاري وينه ضايع کوي چې نذف توقف او د Hypovolumic Shock د مخنيوي لپاره عاجل عمليات ته ضرورت حس کيږي اما زيات شمير داسې ناروغانو ته چې وينه ورکړل شي وضع يې دسريري له نظره ښه کيږي او په دې وخت کوم معاينات چې د نذف د منشاء دمعلومولو لپاره ضرور دي بايد اجرا او وروسته په عمليات کولو اقدام وشي.

تشخيص:

د مقعدي نذف د منشې د معلومولو لپاره مخصوصاً دکولون ديورتيکولار د نذف د معلومولو لپاره دسيګموئيد سکوپي يا Colonoscopy څخه کار اخستل کيږي او دنه تشخيص په صورت کې د کولمې انجيوګرافي اجرا کيږي او د ګېډې توموګرافي يا CT scan اجرا شي.

درملنه:

۱- غير عملياتي درملنه :

څرنګه چې مخکې تذکر ورکړ شو په اوله مرحله کې د کولمې انژيو ګرافي اجرا کيږي او ددې معاينې په منظور يوه ستنه په ابهر کې د مساريقې سفلي شريان په سويه داخليږي وروسته د کثيفه موادو تيرولو څخه انجيوګرافي اجرا او کوم وخت چې دنذف موقعيت تعين شو بې ددې چې ستنه د ابهر څخه وويستل شي Vasoconstrictiveدواګانې مثلا Vasopressineد مساريقې په شريان کې اچول کيږي ددې ادويې په واسطه د مخاطي غشاء ټول شعريه اوعيې تقبض کوي او نذف دريږي دې تداوي سره په زياته فيصدي د ديورتيکولار نذف توقف کوي.

www.ketabton.com

یو مولف د Adams په نامه (Dis. Colon& Rectum L & ۷:۴۳۹ – ۱۹۷۴) ۴۹ واقعات د باریوم د امالی سره تداوي کړي دي چې ددې جملې څخه L.G.I.Bleeding په ۴۷ ناروغانو کې نذف توقف کړې دي او داسې استدلال یې کړې دی چې دباریوم په واسطه ماوفه مخاطي غشاء تامپون کیږي او نذف توقف کوي.

۲- عملیاتي درملنه:

کوم وخت چې یو غیر عملیاتي تداوي موثره واقع نه شي او دنذف شدت په اتو ساعتو کې تقریبا ۵۰۰ملي لیتر وي یاداچې کتلوي نذف بیا نکس Relapse وکړي په دې وخت کې عملیاتي تداوي ته وروسته د اهتماماتو دنیولو او دوینې د تهیه کولو څخه باید اقدام وشي.

په عاجل اهتماماتو کې وروسته ددې څخه چې بطن خلاصیږي کولون د وینې څخه ډک ښکاري چې داوینه لومړې باید د رکتال تیوب په واسطه بیخې تخلیه شي که دنذف ځای دسیګموئید سکوپ یا انجیوګرافي په واسطه تعین شوې نه وو نو په اوله مرحله سیګموئید او ښي کولون په څو سګمنت کولمو د کلمپو په واسطه جلاکیږي په کوم سګمنت کې چې د نذف منبع موجود وي هغه سګمنت دویني څخه زر ډک کیږي یا دا چې د هغه په مینځ وینه ټولیږي نو په دې ډول امکان لري چې په یوه یا دوه یا درې سیګمنتو کې وینه راټول شي او دنذف منبع ښکاره شي.

البته که یوه سګمنت کولون دیورتیکولا وو معلومدار په هغه سګمنت کې دنذف منبع موجود وي وروسته ددې څخه چې نذف منبع معلومه شوه نومورې سګمنت ریزکشن او کولوستومي کیږي په هغه حالاتوکې چې د کولون په ټول امتداد دیورتیکولونه موجود وي.او معلومه شي چې په هر ځای کې دیورتیکولونه وینه ورکوي نو په دې وخت کې Totalcolectomy او Ilioprocto Anastomose انتخابي عملیات اجرا کیږي.

۲- دیورتکولایتس Diverticulitis:

د دیورتیکولوز یو عمده اختلاط دې هر څومره چې عمر زیات وي او هر څومره چې دیورتیکولوز د کولون زیات برخه اشغال کړې وي په هماغه اندازه د دیورتیکولوز د التهابي کېدو چانس زیات وي.

www.ketabton.com

پتوجینیزیس:

دیورتیکول د غایطه موادو څخه عموما ډک کېږي اما د دیورتیکول څخه د غایطه موادو خارجیدل له دې کبله چې دیورتیکول غاړه تنګه ده په اسانې صورت نه نیسي(دکولمې جدار د عضلي طبقې دتقلصاتو په واسطه د رتج غاړه همیشه تنګ وي)او غایطه مواد د اوږدې مودي لپاره د دیورتیکول په مینځ کې ځاي په ځاي پاتې کېږي چې اوبه یې د دیورتیکول دمخاطي غشاء له خوا جذب او په خپله غایطه مواد په کلک شکل پاتې کېږي دا کلک شوې غایطه مواد د مخاطي غشاء د افرازاتو په واسطه د دیورتیکول غاړې خواته ټیله کېږي او د دیورتیکول غاړه بندوي کوم وخت چې د دیورتیکول غاړه بنده شوه د دیورتیکول مخاطي افرازات بند پاتي کېږي او دهغه په مینځ کې د کلک شوي غایطه موادو مکروبونه داخل او د دیورتیکول التهاب مینځ ته راوړي.

دالتهابي دیورتیکول محتوي او زوې اکثراً کلک شوې غایطه مواد د مینځه وړي او دکولون لومن خواته لاره پیدا کوي او درېناژ کېږي او که کلک شوي غایطه مواد چې د دیورتیکول خوله یې بنده کړي ده د مینځه لاړ نه شي التهاب د دیورتیکول په چارچاپیره انساجو کې انتشار کوي.

په اوله مرحله کې التهاب د کولون د عضلي اوسیروزا د طبقې په مینځ کې داخل او دکولون د جدار Intramural ابسې جوړوي چې دا ابسي دکولون په لومن کې درنیاژ او دکولمو د لومن فستول مینځ ته راوړی چې وروسته ددې څخه زوې یې په نورو دیورتیکول کې داخل او متعدد دیورتیکولونو په التهاب اخته کېږي .

د دیورتیکول التهاب په دویمه مرحله کې د دیورتیکول جدار تخریب او دهغه محتوي د پریطوان په جوف کې توئیږي چې عمومي پریطونایتس مینځ ته راوړي.

همداسې د دیورتیکول التهابي جدار د چارچاپیره غړو مثلا مثانه،رحم،صفراوي کڅوړې او نورو سره التصاق او بلاخره د هغوې محتوي په نوموړو اعضاو کې تش کېږي چې په دې ډول داخلي فستولونه مینځ ته راوړي دکولمو انسداد هغه وخت مینځ ته راځي چې د کولون جدار د التهاب له کبله شدیداً ازیمایي شي چې په دې ډول په دې ځاې کې د کولمو حرکات د مینځه ځي او یو فلجي انسداد پیدا کېږي.

www.ketabton.com

سریري تظاهرات:

د دیورتیکولایتس سریري تظاهرات اپندیسایتس سره ډیر ورته والې لري او له هغه ځای چې په سیکموئید کې زیاتره د یورتیکولوزیس پیدا کېږي او دیورتیکولونه یې په التهاب اخته کېږي نو د کېڼ خوا اپندیسایتس په نامه یادیږي.

مهمترین عرض یې درد دې چې متوسطه درجه شدت لري او په L.L.Q یا په هایپوګاستریک ناحیه کې موقعیت لري دا درد دوامدار او دروند وي نادراً متناوب او کرمپ ډوله وي درد د باد د خارجیدو سره کمیږي .

همداسې ناروغ بې اشتهایي او زړه بدوالې لري اما هیڅ وخت کانګې نه کوي ناروغ امکان لري اسهال،قبضیت یا داچې دتغوط غیر منظم والې ولري په ناروغ کې لړه تبه او Leukocyotsis موجود وي.

په فزیکي معاینه کې په L.L.Q یا هایپوګستریک ناحیه کې Tenderness موجود اوپه همدې سیمو کې په جس سره دردناکه کتله امکان لري چې جس شي په اصغاء کې دایورتیکولایتس اختلاطي شوې نه وي د کولمو استداري حرکات امکان لري چې نورمال وي.

سیګموئید سکوپ معاینه:

دا معاینه د ناروغۍ د تشخیص او هم د تفریقي تشخیص لپاره با اهمیته ده ددې معاینې په واسطه د سیګموئید د لومړی برخې مخاطي غشاء ازیمایي او احتقاني معلومیږي او له هغه ځایه چې د التهاب له کبله دسیګموئید جدار د چارچاپیره انساجو او احشاو سره نښتي دې او خپل تام تحرکېت یې له لاسه ورکړې دې نو دسیګموئید سکوپ داخلول تقریبا ۱۵ سانتي متره څخه زیاتر مشکل دی.

د باریوم اماله د مرض په حاده مرحله کې استطباب نه لري ځکه چې د باریوم دفشار له کبله دالتهابي دیورتیکول دسورې کېدو خطر زیات دې اما کوم وخت چې د محافظه کارې تداوې سره التهاب خاموش شو هغه وخت د تفریقي تشخیص په منظور مخصوصاً دکولون د کارسینوما سره چې تقریباً د منتن کېدو په وخت کې عین سریري تظاهرات ورکوي باید اجراشي.

www.ketabton.com

دباریوم د امالی څخه وروسته د رادیوګرافي په پاڼه کې په لاندې ډول د کولون د کارسینوما او د دایورتیکولوز خیالونه موجود دي.

۱- د کولون او دسکموئید په زیاترو برخو کې د دیورتیکولار خیالونه موجود دي چې د کولمو د لومن څه د باندې وتلې او دیو نري خیال په شکل د کولون د لومن سره په تماس وي.

۲- هغه قیف ډوله خیالونه چې د ماوفه برخې څخه پورته او ښکته،د کولون په کارسینوما کې لیدل کیږي په دیورتیکولوز کې موجود نه وي.

۳- د دیورتیکولایتس په حالاتو کې کولون په خپل ټول امتداد اسپاستیک وي.

۴- دکولون مخاطي غشاء په دیورتیکولایتس کې زیات التوات ښي اما نورماله وي برخلاف په کارسینوما کې نه یوائې مخاطي غشاء تخریب شوې وي بلکه التوات یې هم د مینځه تللې او دکولمې لومن تنګ شوې ښکاري.

درملنه:

د غیر التهابي دیورتیکولایتس تداوي :

په لومړي مرحله کې باید کوشش وشي چې التهابي حالت د دوایي تداوي سره بهبود حاصل کړي اوعملیاتي تداوي یې هغه وخت استطباب لري چې:

۱- دیورتیکولایتس د دوایې تداوي سره ځواب ونه وائي .

۲-د دیورتیکولایتس په نکس کړې حالاتو کې.

۳- چې د سریري، کولونسکوپي او رادیوګرافي معایناتو سره د کارسینوما سره تفریقي تشخیص نه شي .

۴- په هغه حالاتو کې چې دیورتیکولایتس اختلاطي شي.

په لومړي مرحله کې غیر عملیاتي تداوي په لاندي ډول سرته رسیږي.

۱- ناروغ دخولي له لاري څه شي ونه خوري .

۲- معدوي تیوب ورته تطبیق او په دوامداره ډول سکشن اجرا شي.

۳- د ورید له لاري په کافي اندازه مایعات په ۲۴ ساعتو کې ورته ورکړ شي .

۴- د سیروم سره یو ځاي وسیع الساحه انتي بیوتیک په معین اندازه ناروغ ته تطبیق شي.

۵- د درد دکنترول لپاره مورفین څخه استفاده ونه شي (ځکه چې د کولون سپزم زیاتوي)

www.ketabton.com

٦- د پاسني اهتماماتو سره که د مریض په سریري تظاهراتو کې تر ۴۸ ساعتو پورې ښه والې مینځته راغې دوایي تداوې ته نور هم ادامه ورکړ شي که پیدانشو یا دا چه سریري تظاهرات شدید شو بهتر ده چې ژر تر ژره عملیات ته اقدام وشي.
٧- که دسریري تظاهراتو په وضع کې وروسته د ۴۸ ساعتو څخه ښه والې پیدا شو وروسته ددې مودې څخه ناروغ ته دانتي بیوتیک د تطبیق په څنګ کې داسې غذایي رژیم توصیه کیږي چې زیاته بقیه ولري.
٨- کوم وخت چې التهابي حالت بیخي د مینځه لاړ په انتخابي ډول وروسته ددې څخه چې کولون عملیات ته اماده شو ماوفه کولون قطع او په یوه مرحله انستموز ورکول کیږي.
په هغه حالاتو کې چې دوایي تداوي سره التهابي حالت د مینځه لاړ نشو او حتې موضعي ابسې ګانې جوړ شوی وي بطن خلاص او دوه مرحله ئې یا درې مرحله ئې عملیاتي تداوي صورت نیسي.
په هغه حالاتو کې چې دکولون وسیع برخه په دیورتیکولا یتس اخت شوې وي دا وسیع برخه قطع او لیري کیږي اما دماوفه برخې لاندې او ښکتنې برخې انستموز په اوله مرحله د عملیات کې امکان نه لري نو له دي کبله دوه مرحله ئی عملیات اجرا کیږي.
څرنګه چې په لومړي مرحله کې ماوفه کولمي قطع او دماوفه برخې څخه پورته د proximal Colon خوله کولوستومي کیږي او دماوفه برخې څخه ښکته د کولون د Distal برخې خوله ګنډل کیږي او د پریطوان په مینځ او د پریطوان په خلف کې ورته ځاې ورکول کیږي یا په بل عبارت Hartmann procedure اجرا کیږي.
په دویمه مرحله کې وروسته د درې میاشتو څخه د Colonد Proximal برخې استنادي ځایونه قطع او ازادیږي تر څو چې د کولون Distal برخې ته چې په اوله مرحله کې خوله یې ګنډل شوې ور ورسیږي او انستموز ورکړ شي.
په هغه حالاتو کې چې د کولون یا دسیګموئید لنډه برخه په دیورتیکولا یتس اخته شوې وي په لومړي مرحله کې د ماوفه برخې څخه پورته کولوستومي اجرا کیږي په دویمه مرحله کې ماوفه کولمې قطع او دقطع شوې کولمې Proximal او Distal نورمال خوله یې یوبل سره انستموز ورکول کیږي په دریمه مرحله کې کولوستومي شوي ځاي بیرته ترمیمیږي.

www.ketabton.com

متحرک سيکم:

په خپله سيکم يوائي د ګېډې په خلفي جدار تثبيت نه دې خو سره له دې ډېر متحرک نه دې او سيکم هغه وخت د سريري له نظره متحرک وي چې سيکم،د اليوم اخري برخه او دصاعده کولون Proximal برخه لرونکې ديو اوږد مساريقه وي يا په بل عبارت دسيکم سره يو ځاي د اليوم اخري برخه د صاعده کولون پروکسيمال برخه هم دګېډې په خلفي جدار تثبيت نه وي نو دا هايپوفيکسيشن دسيکم د تدور لپاره مساعده زمينه برابره وي.

دسيکم تدور په دوه ميخانيکېته صورت نيسي.

۱- دسيکم تدور په هغه اوږد مساريقي محور باندې چې اليوسيکال شريان په خپل مينځ کې لري د۳٦۰درجې څخه تر ۷۲۰درجې پورې صورت نيسي چې ددې تدور په اثر يوClosed Loop انسداد مينځ ته راځي ددې تدور په اثر دسيکم اروا په لومړي مرحله کې ډير ژر قطع کېږي.

۲- په دويم ميخانيکېت کې سيکم اوږد مساريقه لري کوم چې د اليوم د اخري برخې او د صاعده کولون Proximal برخې سره يو ځاى دL.U.Q خواته قاطيږي اويو ناتام انسداد مينځ ته راوړی چې دا نوع انسداد په بنفسهي ډول ارجاع کېږي چې دموليفينو له خوا ورته دIntermittent Obstruction نوم ورکړل شوې دې اوله هغه ځايه چې مساريقي ارواپې نه قطع کېږي نو انذار يې ښه دي.

سريري تظاهرات:

له هغه ځايه چې د سيکم د تدور سره د اليوم اخري برخه هم په تدور کې اشتراک کوي نو ددې انسداد اعراض اوعلايم دوړو کولمو د انسداد دسريري تظاهراتو سره ډيرورته والي لري څرنګه چې د درد شروع ناڅاپي،پريوديک او کرمپ ډوله دې چې دګېډې په ښي اړخ مخصوصا دښي اړخ په ښکتنې برخو کې پيدا کېږي په دې وخت کې امکان لري چې په عکسوي ډول دکولون د پاتې برخې استداري حراکات زيات شي او يو اندازه ګاز او غايطه مواد د مقعد له لارې خارج شي وروسته له هغه زړه بدوالي،کانګې،د ګازاتو او غايطه موادو بندش دکرمپ ډوله درد سره ملګرې کېږي دګيدې توسع ډيره شديده نه وي او په R.L.Q کې په قرع سره شديد Tympanic اواز اوريدل کېږي.

www.ketabton.com

رادیوګرافي معاینات:

د سیکم د تدور تشخیص د رادیوګرافي څخه چندان امکان نه لري دګېډې په ساده رایوګرافي کې متوسع سیکم چې سرحد یې Epigastrium او L.U.Q پورې رسیدلې وي تقریبا دګېډې په ښی اړخ کې ښکاري د تذکر وړدې چې متوسع سیکم د یو Air Fluid level خیال په واسطه محدود شوې وې او ځینې وخت د متوسع معدې سره مغالطه کېږي او که معده د معدوي تیوب پواسطه اسپیریتد (Aspirated) شې دا خیال په وروستنې رادیوګرافي کې په خپل حال پاتې کېږی.

اختلاطات:

که دسیکم د تدور په تشخیص یا تداوي کې ځنډ پیښ شي د سیکم د جدار د سوري کېدو خطر زیات موجود وي چې د سوري کېدو څخه وروسته خطرناک پریطونایتس مینځ ته راځي.

درملنه:

د تشخیص څخه وروسته د سیکم تدور باید فوراً تداوي شي د عملیات څخه مخکې اهتماماتو د نیولو څخه وروسته لپروتومي(Leprotomy) اجرا او دسیکم تدور رد کېږي.

په هغه حالاتو کې چې ناروغ وضع د اطمینان وړ نه وي، ډیر زوړ او د اوږد عملیات تحمل او توان ونه لري ، دسیکم رنګ وروسته د ارجاع څخه نورمال اوسي ، سیکم د ګیډې په جدار کې د کوک په واسطه تثبیتیږي .

که د ناروغ وضع د اطمینان وړ وو نو دښي کولکتومي(Right Colectomy) سره Iliotransvers Colostomy اجرا کېږي په هغه حالاتو کې چې سیکم ګانګرین شوې وي د کولمو ریزکشن او الیوستومي اجرا کېږي.

Ulcerative Colitis:

Idiopathic غیر وصفي Ulcerative colitis د Colon او Rectum یو التهابي ناروغی ده چې ډیر عمومیت نه لري او په لومړې مرحله د Colon مخاطي او تحت المخاطي طبقه ماوفوي.

www.ketabton.com

وقوعات:

په نورو ممالکو کې د ناروغۍ وقوعات په یو کال کې د ۳،۷ څخه تر ۹،۷ تنه په یو لک کسانو کې دي اما prevalence یې په سل زره تنو کې د ۷۰څخه تر ۸۰ کسو په مینځ کې دي.

یهودیان درې چنده زیادتر نسبت نوروخلکوته په دې ناروغۍ اخته کېږي، ښځې نسبت نارینو ته زیاتره دا ناروغۍ پیدا کوي، دسن له نظره ناروغۍ په هر عمر کې پیدا کېږي اما وقوعات یې زیاد تر د ۳۰او ۴۰ کلنې په مینځ کې تصادف کوي، په درې فیصده وقایعو کې ناروغ ددې ناروغۍ تاریخچه لري.

اسباب:

د Ulcerative Colitis سریري لوحه یو مخصوص دیزانتري حالت ښکاره کوي لدې کبله په لومړی مرحله کې داسې فکر کېږي چې د مرض عامل باید کوم مایکرو اورګانیزم وي او د Ulcerative Colitis یو شمیر واقعات یې د شیجیلا او امیبیک دیزانتري څخه وروسته پیدا شوې دي او د امیبیک او شیجیلا دیزانتري په مقابل کې د مخصوص تداوي تطبیق پر Ulcerative Colitisباندي هیڅ کوم تاثیر نه لري.

نور اورګانیزمونه چې د Ulcerative Colitis په تشکل کې امکان لري برخه ولري Bacterium Necrophorum او Diplostreptococcus دي چې د یو شمیر مولفینو له خوا پیشنهاد شوي دي اما ددې میکرو اورګانیزمو د مینځه وړل د ناروغۍ د شفا کېدو سبب نه ګرځي.

په دې ورستیو وختونو کې د Ulcerative Colitis خلاصه د محلول په شکل پر تجربوي حیواناتو باندې تطبیق او دنوموړې حیواناتو په کولون کې دا ناروغۍ پیداشوي ده او دی مولفینو ددې ناروغۍ عامل یو ویروس ښودلي دې اما دانظریه د یو شمیر نورو مولفینو له خوا رد شوي دې.

د کورتیزون د تطبیق په واسطه د ناروغي په وضع کې د بهبود مینځ ته راتلل دا نظریه تقویه کوي چې ناروغ امکان لري دځیني موادو په مقابل کې الرژي او شدید حساسیت ولري او عکس العمل یې په هضمي جهاز کې د Ulcerative colitis په ډول تظاهر وکړي.

www.ketabton.com

څرنګه چې د یو شمیر ناروغانو چې د هغوي د غذایي رژیم څخه شیدې او دشیدو مشتقات حذف شوې دي دهغوي په وضع کې واضع او ښکاره ښه والي پیدا شوې دي او دهمدې Ulcerative colitis ناروغانو په سیروم کې د غوا دشیدو، پروتین په مقابل کې انتي بادي تثبیت شوې اما دټولو Ulcerative colitis ناروغانو په سیروم کې دا انتي بادي موجوده نه وي.

همداسې روحي فشارونه د Ulcerative colitis د اعراضو دزیاتوالي سبب ګرځي اما دا ثابته نه ده چې ناروغي دی روحي منشاء ولري.

د Ulcerative colitis ناروغانو په سیروم کې په جیګه سویه انتي بادي د Heterogenic انتي جن په مقابل کې موجوده وي او دا Heterogenic انتي جن امکان لري چې د کولون د اپیتل E.Coli یا په کولون کې نورې باکتریاګاني وي ددې موادو په مقابل کې د وینې د انتي باډي سویه د ناروغی په وخامت پورې مستقیما مناسبت لري.

څرنګه چې هر څومره د ناروغي سریري اعراض شدید وي په هماغه اندازه په وینه کې د انتي بادي سویه جیګه وي په دي ناروغانو کې لمفووسیتونه د کولونیک اپیتل لپاره Cytotoxic دي.

د پاسني تذکراتو څخه داسې نتیجه اخستل کیږي چې د Ulcerative colitis سبب تر اوسه پورې په قطعي توګه معلومه نه ده خو بیا هم ایمونولوژیک فکتورونه د Ulcerative colitis په مینځته راتلو کې مهم رول لري.

پتالوژي:

Ulcerative colitis یو منتشره التهابي ناروغي ده چې په لومړي مرحله کې پتالوژیکي تغیرات یواځې دکولون په مخاطي غشاء کې منحصر پاتې کیږي د Lieberkuhn کریپتو په مینځ کې وړوکې ابسې ګانو تشکل کوي ددې ابسې ګانې زوې تحت المخاطي طبقه سورې کوي او ددې طبقې لاندې په افقي ډول انتشار کوي او کومه مخاطي طبقه چې د هغه په سر واقع دي د لاندي عضلي طبقې څخه جلا کوي او دانورمال جلا شوې مخاطي طبقه د کولمې د لومن په مینځ کې زوړند پاتې کیږي.

www.ketabton.com

په دې مرحله کې د کولون په جدار د اوعيي توسع او نذف ډير وصفي دي په دې ناروغي کې عضلي طبقه په خپل حال او نورمال پاتي کېږي.

په سيروزا طبقه کې يوائحي او يوائحي لږ احتقان موجود وي او بس .

پتوجينيزس:

وروسته د پتالوژيکي تغيراتو د تاسس څخه دکولمي تضيق په عمومي ډول د کولمي د عضلي طبقي د دوامداره تقلصاتو او د مخاطي فبروزي کتلاتو دتشکل له کبله مينځته راځي .

د Ulcerative colitis په وخيم او حاد اشکالو کې د کولون د جدار ټول طبقات ماوفيږي او له دې کبله دکولون د توسع او سورې کېدو خطر موجود وي په دې ناروغۍ کې کولون په خپله لنډيږي اما مساريقه يې نورمال پاتې کېږي.

په زيات شمير Ulcerative colitis ناروغانو کې په اوله مرحله کې رکتوم ماوفيږي چې په دې وخت د Ulcerative Proctitis په نامه ياديږي.

که ناروغي په لومړي مرحله کې په رکتوم کې پيدا شوي وي التهابي وتيره عموما پورته کولون خواته وسعت پيداکوي او په ۵۰٪ واقعاتو کې ټول کولون ماوفيږي يانې Ulcerative Pancolitis مينځته راوړي په لس فيصدو پيښو کې د اليوم د اخري برخې څو سانتي متره هم په مرض اخته کېږي چې د Backwasn Iliatis په نامه ياديږي.

سريري تظاهرات:

دا ناروغي امکان لري چې په حاد ، ډير شديد حاد او يا په مزمن ډول سير وکړي.

۱- د ناروغی د حادی حملی سريري تظاهرات:

د ناروغي عمده سريري اعراض مقعدي نذف او اسهال دې . ابګين غايطه مواد چې مقدار يي لږ وي د ويني ، زوې او مخاط سره مخلوط او د کولمي دمخاطي طبقي د پارچو سره يو ځاي د مقعد څخه خارجيږي

د تغوط شمير په ۲۴ ساعتو کې د ۳۰ څخه تر ۴۰ وارو پورې رسيږي او دمقعد د معصرې Incontinence هم موجود وي يوه پر درې برخه ناروغان په خپله ګېډه کې کرمپ ډوله شديد درد ، کانګي او ۳۹ څخه تر ۴۰ درجې سانتي ګريد پوري تبه هم لري.

www.ketabton.com

د پاسني سريري اعراضوله کبله د ناروغ وزن کميږي او Dehydration پيداکوي که د ناروغي ډير شديد سير لرونکې ناروغ وي امکان لري يواځي اسهال يا داچه په متناوب ډول اسهال او قبضيت ولري په ځينو پيښو کې ناروغ په لومړي مرحله کې د پوستکې او مفاصلو د اختلاطاتو سره مخامخ کيږي په دې ډول چې د پاسني اعراضو سره Arthropathy او pyodermia هم پيدا کوي.

په فزيکې معاينه کې په شديد حالاتو کې د ګيډي جدار مخصوصا دګېډې په چپ سفلي برخو کې Tenderness موجود وي په مقعدي معاينه کې Anal Fissure موجود او په دې وخت کې معصره چې مخکې يې خپل مقويت له لاسه ورکړې وو اوس سپازموديک وي.

دمقعدي قنات مخاطي غشاء خپل طبعي نرموالې او ښوي والې له لاسه ور کوي او سطح يې د زوې او وينه لرونکې مخاط په واسطه پوښ شوې وي.

۲- په ډير شديد حاد حالت کې پاسني سريري اعراض مخصوصا وينه لرونکې اسهال او تبه شديد وي.

۳- د ناروغي دمزمن حالت سريري تظاهرات:

په مزمن حالت کې د ناروغي حملات چې ډير خفيف وي د Relapse په ډول مينځ ته راځي د ناروغي دا حالت زيات عموميت لري. او دوه پر دري برخه ناروغان په همدي شکل شفاخانې ته مراجعه کوي.

د ناروغي حملات عموما دروحی فشار،فزيکې فعاليت، تنفسي لاري د حادو انتاناتو،د عضويت د نورو برخو د حادو انتاناتو، د انتي بيوتيکو او ملين دواګانو د استعمال څخه وروسته پيدا کيږي.

وينه لرونکې اسهال د مزمن حالت عمده عرض تشکېلوي چې په متناوب ډول ناروغ ته پيښيږي څرنګه چې ناروغ څو ورځو لپاره يواځي اسهال لري او وروسته وينه هم د غايطه موادو سره يو ځاي خارجيږي څه موده وروسته دا عرض بيرته د مينځه ځي.

ناروغ په اولو مرحلو کې د ګېډې شديد کرمپ ډوله درد لري اما کوم وخت چې د کولمي جدار پنډ، کلک او لنډ شي درد هم کميږي.

www.ketabton.com

درد زیاتره د حملاتو په شکل د اسهال سره موازي پیدا کېږي څرنګه چې د ګېډې د کرمپ ډوله درد سره لږ ابګین غایطه مواد چې د مخاط ، زوي یا ویني سره یو ځای وي خارجیږي چې وروسته د تغوط څخه درد ورک یا کمیږي.

بي اشتهایي هم د حملي په شکل مینځته راځي. د پاسني اعراضو سره یاني د وینه لرونکې اسهال او بي اشتهایي سره د ناروغ وزن ورځ په ورځ کم او بلاخره په Mal nutration اخته کېږي .

تشخیص:

د ناروغې تشخیص د سریري تظاهراتو (چې مخکې ذکر شول) اندسکوپیک معایناتو او لابراتواري معایناتو په واسطه اجرا کېږي .

۱- سیګموئید سکوپي:

داسې ناروغانو ته مخکې دسیګموئید سکوپي څخه اماله نه ورکول کېږي. ددې معاینې پواسطه معلومیږي چې د مقعد او سیګموئید مخاطي غشاء ازیمایي او Hyperemic یا احتقاني، کلک او شکنند وي او حتي د پختۍ (Cotton) دتماس په واسطه چې د سواب اخستلو په منظور استعمالیږي د مخاطي غشاء د سطح څخه وینه بهیږي.

په پرمختللې پیښو کې د مخاطي غشاء په سطح متعدد قرحات هم معلومیږي چې د هغه په سطح وینه ، زوې ، مخاط او نکروزي انساج په مخلوط شکل موجود وي د ناروغۍ په خاموشه صفحه کې دمخاطي غشاء احتقان، ازیما او تقرح موجوده نوي بلکه د مخاطي غشاء جلا شوې برخي د پولیپ په شکل معلومیږي چې که ددې ځای څخه Biopsy واخیستل شي د تشخیص لپاره باارزښته ده .

۲- کولونوسکوپي:

کوم وخت چې د رادیوګرافي او سیګموئید سکوپي معاینې په واسطه قطعي تشخیص وضع نه شو نو د فایبرواوپتیک کولونوسکوپي څخه کار اخیستل کېږي د ناروغي په حاده صفحه کې باید ډیر پام وشي چې کولون سورې نه شې او کولونوسکوپ باید تر سیګموئید او نازله کولون پوري داخل شي کوم پتالوژیکې تغیرات چې په سیګموئید سکوپي کې تذکر ورکړ شو ځای یې باید ولټول شي او دلزوم په صورت کې تري بایوپسي واخستل شي.

www.ketabton.com

۳- لابراتواري معاينات:

راديو ګرافي معاينه:

دباريوم د امالي د ور کولو څخه مخکې بايد ناروغ ته جلاب ورنکړل شي (کولون د حادي توسع خطر موجود وي) او په حاده مرحله کې دباريوم په راديو ګرافي کې دکولون مخاطي غشاء غير منظمه،کلکه،شخه او تقرحي برخو ژور ځايونه چې شونډې يې دندانه دار وي ښکاري. دناروغي په پرمختللي پيښو کې دکولون نورمال التوات او هاوسترا د مينځه ځي او کولون لنډ او لومن يې تنګيږي په ځيني ځايونو کې امکان لري چې د کاذبو پوليپونو خيال وليدل شي.

توپيري تشخيص:

۱- دګرانولوماتوز کولا يتس سره : دسريري تظاهراتو له نظره:

سريري تظاهرات	Ulcreative Colitis	Granulomatos Colitis
اسهال	واضع او شديد	موجود اماشديد نه وي
په غايطه کې ګراس وينه	ډير وصفي دي	معولا موجوده نه وي
مقعدي امراض	معولا موجوده نه وي	د اصلي ناروغي سره يو ځاي
د ماوفه ناحيي اوصاف	کولون او مخصوصا کرتوم ماوفيږي	د هضمي سيستم هره برخه په استثناد رکتوم ماوفيږي
فستول	داخلي فستول لږ تشکل کوي	داخلي فستول يې هميشه يو اختلاط وي
د مرض مورفولوژي	تخريبات د مرکز څخه اطراف خواته تخريبات يو دبل سره ارتباط لري	تخريبات داطرافو څخه مرکز خواته تخريبات يو دبل سره ارتباط نه لري او دسيګمنټ په شکل وي

www.ketabton.com

د مساریقي حالت	مساریقه نه ماوفیږي اما لمفاوي غدوات يې غټې وي	په مرض اخته لمفاوي غدوات شدیدا غټ وي
د قرحي حالت	قرحات سطحي وي	قرحات طولاني وي چې ژوره وده کوي
د کولمي د جدار پنډوالي	نه پنډ کېږي	فوق العاده پنډ کېږي
میکروسکوپ معاینه	التهابي عکس العمل یوائې په مخاطي او تحت مخاطي طبقو پورې محدود پاتي کېږي ګرانولوماتوز ساختمانونه لږوي	مزمن التهابي عکس العمل د جدار په ټولو طبقاتو کې موجود وي ګرانولوماتو انساج زیات وي
د تداوي له نظره	۸۰٪ طبقي تداوي سره ځواب وايي	طبي تداوي سره نادراتر اوږي مودي پوري تر کنترول لاندي راځي
جراحي تداوي	د پروکتوکولولکتومي او الیوستومي وروسته رکتوم الیوم سره پیوند کېږي	تامه یا ناتامه کولکتومي او الیوستومي چې سره له دي هم د ناروغۍ نکس زیات وي

۲- دمساریقي د لمفوما سره تفریق يې عموما د رادیوګرافي سره اجرا کېږي .

www.ketabton.com

اختلاطات:

ددې ناروغي اختلاطات په دريو برخو ويشل کېږي .

۱- Systemic اختلاطات :

د الکترولایتونوتشـــوش، میکروســـیتیک انیمیا،هایپوپروتینیمیـــا،Avitaminosis، امایلوئیدوز،اوستیوپوروز،Amenorrhea دجنس او نشونما وروسته پاتې والې .

۲- خارج کولوني اختلاطات :

د پوستکې اختلاطات: Erythema Nodesa،Pyodermia،Dermatitis، Aptos Stomatitis

دسترګو اختلاطات: Uveitis,irritis, Conjunctivitis

دهډوکو او مفاصلو اختلاطات: **Ankylosing Spondilitis, Arthritis**

دځیګر او صفراوي لارو اختلاطات: د صفرا د کڅوړي تيږي، کولانجایتس، د ځیګر سیروزس،Hepatitis اوصفراوي لارې کارسینوما.

قلبي وعایي اختلاطات : Pericarditis او وعایي ترمبوز

هضمي اختلاطات : Pancreatitis

بولي اختلاطات: پیالونفرایتس او دبولي لارو تيږي

د پورتني اختلاطاتو څخه دپوستکې ،قلبي او مفاصلو اختلاطات ډیر عمومیت لري.

۳- کولوني اختلاطات:

- کتلوي نذف
- دکولون تضیقات او ناتام انسدادي حالت
- دکولون سوري کېدل او دهغه له کبله د پریطونایتس تشکل
- مقعدي اختلاطات لکه Perirectal Abscess، Perianal abscess، Anal Fissure
  چې د رکتوم د جراحي ناروغيو په مبحث کې مطالعه کېږي .
- Malabsorption
- دکولون کارسینوما
- توکسیک میګاکولون

www.ketabton.com

كتلوي نذف:

دا اختلاط ډير عموميت لري او كه مينځته راشي له هغه ځايه چې د ناروغ عمومي حالت د Dehydration او Malnutrition له كبله خراب وي نو د ناروغ د مړيني خطر زيات وي .

د كولون تضيقات او ناتام انسدادي حالت:

دا اختلاط د ير تصادف نه كوي او هغه وخت مينځ ته راځي چې د كولون يوه مرضي برخه وروسته د اوږي مودې څخه شفا ياب شي او دهمدي برخې د كولمي عضلي طبقه په دوامداره تقلص معروضه شي چې تشخيص يې درادیوګرافي په واسطه اجرا كيږي .

د كولون سوری كېدل او پريطونا يتس:

دري فيصده Ulcerative Colitis ناروغان دی اختلاط سره مخامخ كيږي او زيات شمير يې مړه كيږي دكولمي سوري كېدل د ناروغي په شروع او دحملاتو په سير زيادتره په سيګموئيد او دكولون په طحالي زاويه كې واقع كيږي.

وروسته ددې څخه چې كولمي سورې شي د هغه څخه محتوي د پريطوان ازاد جوف ته تويږي په هغه حالاتو كې چې ناروغ عمومي وضع د اصلي ناروغي له كبله ښه وي امكان لري چې موضعې داخل پريطواني ابسي جوړه كړي او كه د ناروغ وضع ښه نه وی عمومي پريطونا يتس مينځ ته راځي.ددی اختلات د مخنيوی لپاره ناروغ ته دناروغي په سير وسيع الساحه انتي بيوتيک او كورتيزون بايد وركړل شي .

ددې اختلاط تداوي د پريطونا يتس په شكل صورت نيسي چې د Peritonitis په مبحث كې مفصلا اذكر شوې دي.

دكولون كارسينوما: د Ulcerative Colitis يو موخر اختلاط دې او دري فيصده ناروغان د مرض په لومړيو لسو كالو كې د كولون په Carcinoma اخته كيږي كه ناروغي د لسو كالو څخه زيات دوام وكړي نو په دی وخت ددې اختلاط خطر ۲۰% ته جګيږي.

كانسر د كولون په ټولو برخو كې امكان لري پيداشي اما زياتره په سيګموئيد كې توضع كوي.

www.ketabton.com

د کولون کانسر سریري اعراض چې د Ulcertrative Colitis داختلاط په ډول مینځته راځي عبارت دې داسهال ، د ګېډې درد،مقعدي نذف او وزن بایلل په دې وخت د ګېډې درد د تغوط سره هیڅ ارتباط نه لري او قبضیت هغه وخت مینځته راځي چې دکولون کانسر زیات پرمختګ کړي وي.

له هغه ځایه چې دکانسر سریري اعراض د اصلي ناروغي د سریري تظاهراتو سره ډیر ورته والي لري نو په دې ناروغي کې دکولون د کانسر تشخیص یواځي د کولونسکوپي او بایوپسي په واسطه وضع کېږي.

توکسیک میګا کولون Toxic Megacolon:

دا اختلاط د Ulcerative Colitis دحادو حملاتو څخه وروسته مینځ ته راځي او په متوسط ډول دري فیصده حاد Ulcerative Colitis ناروغان په دې اختلاط اخته کېږي ددې اختلاط په مینځ ته راتلو کې دا لاندې فکتورونه مهم رول لري .

۱- د حاد Ulcerative Colitis په سیر دکولون د عضلي طبقي ماوفیدل چې په پای کې نوموړي عضلي طبقه خپل نورمال مقومیت له لاسه ورکوي.

۲-د شدید اسهال په وخت دتشخیص په منظور د باریوم امالی تطبیقول .

۳- هایپوکالیمیا، هایپومګنیزیمیا، هایپوپروتینیمیا، د اوپیوم مرکبات او انتي کولینرجیک دواګانو استعمال هم د توکسیک میګا کولون په پیدا کېدو کې تر یوې اندازې پورې رول لري.

کوم وخت چې ناروغ دې اختلاطاتو سره مخامخ کېږي د هغه د ورځني تغوط په شمیر کې کموالي مینځته راځي بې له دې چې غایطه موادو قوام تغیر وکړي.

مقعدي نذف د لږ غایطه موادو او ګازاتو سره صورت نیسي دناروغ ګېډه په مترقي ډول توسع کوي او د کولمي استداري حرکات کمیږي او د ګېډې په ساده رادیوګرافي کې کولون او مخصوصا مستعرض کولون متوسع او دګازاتو څخه ډک ښکاري.

د تداوي له نظره لومړي باید ناروغ ته وینه او پروتین د ورید له لارې ورکړل شي او د انتي کولینرجیک او د اوپیات مشتقاتو تطبیق قطع شي ناروغ ته دڅو ورځو لپاره دورید له لاري مایعات،ویتامینونه او انتي بیوتیک ورکول کېږي او دخولي له لاري باید څه شي ونه خوري.

www.ketabton.com

که د پاسني اهتماماتو سره د کولون توسع د مینځه لاړ شي وروسته ورو ورو وریدی تغذي قطع او دخولي له لاري غذا ورته ورکول کېږي او که د کولون توسع ورکه نشوه باید عملیات په واسطه کولکتومي او الیوستومي اجرا شي.

درملنه:

۱- طبي تداوي:

ددې ناروغي اصلي سبب معلوم نه دی په همدي اساس عرضي تداوي اجرا کېږي Antidiarreal دواګاني: ناروغ ته Diphenoxylate Hydrochloride داتروپین یا کوډین سره یو ځای ورکول کېږي سربیره ددې د کلسیم کاربونات پودر، Kaoline او Pectine د خولې له لاري باید همیشه ورته ورکړ شي.

Antimicrobial دواګاني: Salicylozsulfapyridine دوه څخه تر اته ګرامه په ورځ کې یا Sulfisoxasol دوه ګرامه په ورځ کې دخولې له لاري باید ناروغ ته ورکړ شي نوموړي دواګاني د مرض د حادي حملي څخه مخنیوي کوي او که د حادي حملي په وخت تطبیق شي حاده حمله ژر تر کنترول لاندي راځي انتي بیوتیک یواځي هغه وخت ورکول کېږي چې داخل بطني ابسي یا پریطونایتس مینځته راغلي وي یا دا چه کوم بل انتاني اختلاط تاسس وکړي.

کورتیزون تراپي:

په هغه صورت کې چې د ناروغي سریري تظاهرات شدید نوي د ورځي ۱،۶ ګرام هایدروکورتیزون د ۶۰ ملي لیتره نباتي غوړو سره یو ځای د امالي په شکل د رکتوم له لاري ناروغ ته ورکول کېږي که تر دوو هفتو پوري سریري تظاهرات د مینځه لاړ نشو نو عملیات لپاره باید ناروغ اماده شي.

اما د ناروغي په حاده حمله کې تداوي د A.C.T.H سره شروع کېږي څرنګه چې ناروغ ته هر۱۲ ساعته وروسته ۴۰ یونته A.C.T.H د ورید له لاري ورکول کېږي وروسته د څو ورځو څخه پردنیزون ۱۰۰ ملي ګرام د ورید له لاري ورکول کېږي که تر لسو ورځو پوري حادې حملي تر کنترول لاندې رانشي وروسته باید دجراحي عملیاتو په واسطه ماوفه کولون قطع شي.

www.ketabton.com

غذايي رژيم:

ناورغ بايد مطلق روحي او جسمي استراحت وکړي او دهر قسم فزيکي فعاليت څخه ډډه وکړي د ناروغ د غذايي رژيم څخه شيدي اود شيدي مشتقات بايد وايستل شي د وريد له لاري هره ورځ په کافي اندازه ويتامين ,E,Cاو B Complex او اوسپنه ورکړ شي د کورتيزون د ورکولو په وخت پوتاشيم هم بايد ناروغ ته وريد له لارې تطبيق شي که ناروغ په شديده انيميا اخته وي بايد په کافي اندازه وينه ورته ورکړ شي.

۲- جراحي تداوي:

عاجل جراحي عمليات په لاندي حالاتو کې استطباب لري.

۱- د کولون د سوري کېدو په صورت کې .

۲- د کتلوي نذف د پيدا کېدو په حالاتو کې .

۳- کوم وخت چې کولون په حاد ډول توسع وکړي يا ناروغ ته توکسيک ميګاکولون پيدا شي او ۷۲ ساعتو پوري د محافظه وي او طبي تداوي سره دمينځه لاړ نه شي.

انتخابي تداوي په لاندي حالاتو کې استطباب لري:

۱- کوم وخت چې ناروغ ناتام انسدادي حالت پيدا کړي وي .

۲- کوم وخت چې کولون سورې او د داخل بطنې ابسي اعراض پيدا شي.

۳- طبي تداوي د ناروغي په کنترول او شفا ياب کېدو کې ناکامه پاتې شي .

۴- دکولون د کارسينوما د تشکل خطر موجود وي يا کارسينوما تاسس کړی وي .

۵- کوم وخت چې خارج کولوني اختلاطات د طبي تداوي سره ښه نه شي.

٦- د مقعدي اختلاطاتو تداوي په موضعي ډول استطباب نه لري او که په موضعي ډول اجرا شي د ناروغي د وخامت سبب ګرځي نو بهتره ده چپ Hemi کولکتومي اجرا او دکولون نورمال برخه راساً د مقعد د پوستکې سره انستموز ورکړل شي.

جراحي عمليات:

وروسته له دي څخه چې ناروغ Anemia او Avitaminosis حالت برطرفه شو او په کافي اندازه اوبه او الکترولايت يې واخيستل بايد Lipratomy اجرا او انتخابي عمليات Total Proctocoletomy سره اليوستومي دي چې په يوه مرحله کې سرته رسيږي .

www.ketabton.com

په هغه حالاتو کې چې رکتوم نورمال وي نظر په دې چې ښې يا چپ کولون ماوف دې چې ښې يا چپ همي کولکتومي او کولورکتال انستموزعمليه اجرا کېږي.

انزاز:

که د ناروغ عمومي حالت ښه وي د انتخابي عمليات څخه وروسته د مرګ خطر ۱٪ او وروسته د عاجلو عملياتو څخه د مرګ خطر ۲۰٪ وي هر څومره چې Systemic اختلاطات موجود وي د ناروغ د مړ کېدو خطر زيات وي.

د کولون کانسر:

د پيښو د زياتوالي له نظره وروسته د پوستکې د کانسر څخه په دويمه درجه کې قرار لري د کولون کانسر په ښځو کې زيات عموميت لري ،د کولن کانسر زياتره د زړو خلکو مرض دی او دماوفيدو متوسط سن ۷۰ کلني پوري قبول شوې دې او ددې کانسر ۸٪ پيښې مخکې د ۴۰ کلني څخه ليدل شوي دي د احصايې له نظر ۸، ۴۰ ٪ په Sigmoid ۱۶،٦٪ په cecum، ۱۱،۲٪ په Descending Colon ، ۲، ۱۱٪ په Ascending Colon ، ۹٪ په Transverse Colon، ٦٪ د کولون په طحالي زاويه کې او ۵٪ دکولون په کبدي زاويه کې پيداکېږي.

د تناسب له نظره کانسر کولون او ريکتوم په مساوي توګه ماوفوي.

د يوه څخه تر څلور فيصده ناروغان په خپل وجود کې دکولون د کارسينوما په څنګ کې په عين وخت د نورو برخو کانسر هم لري.

اسباب:

د کولون کارسينوما زياتره په هغه ناروغانو کې پيدا کېږي چې ګاردنر سندروم دکولون ويلوز تومور او مزمن Ulcerative Colitis لري په ډيرولږو ناروغانو کې داسې تصادف کېږي چې په ارثي ډول پلار، ځوي او لمسي يې د کولون په کارسينوما اخته وي.

د شمالي افريقا او جاپان خلک ډير لږ په دې مرض اخته کېږي برخلاف د شمالي امريکا په خلکو کې زيات تصادف کوي په مهاجرو خلکو کې د ناروغۍ وقوعات د محيطي فکتورو تر شرايطو لاندي قرار لري کومو خلکو چې د شمالي افريقا څخه امريکا ته مهاجرت کړي دې په دوي کې هم د ناروغي وقوعات ډير وي.

www.ketabton.com

د ځیني اپید یمولوژیکې مطالعاتو له مخي داسې څرګند یږي چې دکولون کانسر او د دوامدار غوړین غذایي رژیم اخستلو په مینځ کې یو ارتباط موجود دې او په داسې خلکو کې کانسروژنیک مواد د کولمو په مینځ کې د غذائي موادو یا دکولمو د افرازاتو له خوا جوړیږي.

غذایي رژیم د کولمو د فلورا په جوړولو او دهغه په ثابتوالي کې مهم عنصر ګنل کېږئ کوم خلک چې په دوامدار ډول په خپل غذایي رژیم کې د شحمو څخه استفاده کوي د هغوي د کولون په فلورا کې زیاد شمیر کولستريد یا او Bacteroideمکروبونه پیدا کیږي په کولون کې ددې مکروبو دفعالیت په اثر صفراوي اسیدونه او کولسترول تخریب او دهغوي د میتابولیزم او تخریب څخه یو شمیر کانسروژنیک مواد لکه Dimethylhydrozine ۱-۲ ,Methycholonthrene مشتقات او Aminobiphenyl مشتقات منځته راځي چې په لابراتوار کې دا مواد په حیواناتو کې د کولون دکانسر د تشکل سبب ګرځي.

همداسې غذایي رژیم د کولون د کانسر او یو شمیر نورو امراضو په مینځ ته راتلو کې مهم رول لوبوي څرنګه چې کوم خلک چې په هغوي کې د کولون کارسینوما زیات تصادف کیږي (اروپایي او شمالي امریکا خلک)

د هغوي په غذایي رژیم ،حیواني پروتین، شحم او تصفیه شوې کاربوهایدریت(مثلا بوره، چاکلیت او دهغه مشتقات) زیاتره شامل وي برخلاف هغه خلک چې په هغوي کې د کولون کارسینوما لږ تصادف کیږي (افریقایي او شرقي خلک) د داسې یو غذایي رژیم څخه استفاده کوي چې زیات اندازه سلولوزي مواد ،لږ اندازه شحم لري او سربیره په دي غذایي بقیه یې ډیره وي.

په دي برخه کې مولفین داسې نظریه څرګندوي کوم غذایي مواد چې زیاته اندازه سلولوز او بقیه لري او شحمي مواد په کې کم وي د کولون استداري حرکات تحریک کوي او غایطه مواد د زیاتي مودي لپاره په کولون کې نه پاتي کیږي او دکولون جدار د هغه لږ کانسروژنیک موادو سره چې د صفراوي اسیدو او کولسترول د میتابولیزم له کبله د غایطه موادو په مینځ کې پیدا کیږي زیات په تماس کې نه پاتي کیږي برخلاف کوم غذایي مواد چې سلولوز نه لري او زیات شحم احتوا کوي او همداسې غذایي بقیه یې

www.ketabton.com

ډيره کمه وي د کولون څخه ژرنه خارجيږي او کوم زيات اندازه کانسروژنيک مواد چې د هغه په مينځ د صفراوي اسيدو او کولسترول د ميتابوليزم څخه وروسته پيدا کيږي دزياتي مودي لپاره په کولون کې پاتي او دکولون د کانسر، د کولون پوليپونه او همداسې دکولون د دريورتيکولونو د پيدا کېدو سبب ګرځي.

پتالوژي:

د مکروسکوپ او Grossly له نظره د کولون کارسينوما په پوليپوئيد ، نودولار ، قرحوي، کلوئيدال او Scirihous شکل موجود دي چې ددې جملي څخه قرحوي او نودولار کارسينوماګانې ډيرى وصفي دې.

پوليپوئيد شکل يې زياتره په سيکم ،کلوئيد او موکوئيد کارسينوما چې زياد تر جلاتيني نرم مواد احتوا کوي په سيکم اوصاعده کولون، نودولار او سيروزي تومورونه د کولون په هره برخه او مخصوصا په چپ کولون کې پيداکيږي.

سيروزي شکل عموما په حلقوي ډول وده او نشونما کوي چه په چپ کولون کې ژر تر ژره د کولمو د انسداد سبب ګرځي.

د ميکروسکوپيک له نظره دکولون کارسينوما په مختلف کانسري درجاتو کې تصادف کيږي چې عبارت دي د قابل تفريق نيوپلاژيک حجروي مرحله او دغير قابل تفريق نيوپلازيک حجروي مرحله. چې په لومړي حالت کې کانسري حجرات مخاطي غشاء حجراتو ته تر يوي اندازي پورې شباهت لري او د کولون د مخاطي غدوي کپسول څخه د باندي حجروي تجاوز موجود نه وي اما په دويم حالت کې کانسري حجرات د مخاطي غشاء د حجراتو سره هيڅ نوع شباهت نه لري او غدوي کپسول په تام يا ناتام ډول د مينځه تلي وي.

بايد وويل شي چې د کولون ۹۵% کانسرونه Adenocarcinoma دي.

خبيث کانسري حجرات پولي مورفيزم،هايپرکروتيزم او دVesicularisهستي کرکتر لري چې د نومورې هستي Nucleus جسامت،شکل او دهغه موقعيت په Cytoplasmکې په هر حجره کې متغير او متفاوت وي کانسري حجرات Mitosis ته ډير ميلان لري او د هغه نشونما او وده د غدوي کپسول څخه د باندي تجاوز کړي وي.

www.ketabton.com

د کانسر انتشار:

د کولون کانسر له مختلفو لارو څخه انتشار کوي چې په لاندي ډول تشریح کېږي .

۱- مستقیم انتشار : دکولون کارسینوما په حلقوي ډول د کولمو په جدار کې پرمختګ کوي او حتي مخکې ددې څخه چې کانسر تشخیص شي د کولمو جدار په حلقوي ډول استیلا کوي دا حادثه زیاتره په چپ کولون کې چې نسبتا وړو کې قطر لري واقع کېږي په چپ کولون کې تقریبا په ظرف دیو کال کې درې پر څلورمه برخه د کولون محیط د کانسر له خوا اشغال کېږي

د کانسر پرمختګ د کولون د جدار په امتداد په طولاني ډول مخصوصا په تحت مخاطي طبقه کې د لمفاوي جال د اشغالولو په واسطه ډیر ورو ورو صورت نیسي او په اعظمي ډول د ابتدایي تومور د شونډو څخه تر پنځه سانتي مترو پورې اوږدیږي کوم وخت چې تومور د کولون د جدار ټول طبقات اشغال کړي په دې وخت د کانسر ارتشاح او پرمختګ ګاونډي غړو خواته شروع کېږي.

او نظر په موقعیت د تومور ځیګر،د معدي کبیره انحناء، اثنا عشر،وړو کولمو، پانقراس، توري،مثانه،مهبل، پښتورګې،حالبونه او د ګیډې جدار د کانسر له خوا اشغال کېږي.

۲- لمفاوي انتشار :

د کولون کارسینوما میتاستازد لمفاوي قناتو له لارې ډیر عمومیت لري او کوم وخت چې کانسر دکولون دجدار ټول طبقات اشغال کړي وي ۹۰% نږدي مربوطه لمفاوي عقدات هم اشغال شوي وي که کانسر دکولون د جدار ټول طبقات اشغال کړي نه وي ۴۵% امکان لري چې لمفاوي غدوات ضخامه کړي او اشغال شوي وي .

د کولون لمفاوي غدوات د هغه د مساریقي ارتکاز په امتداد او دکولون د شریانو په امتداد واقع دی .چه لومړی د مساریقی ارتکاذلمفاوي غدوات اشغالیږي او وروسته بیادکولون د شراین په امتدادکوم هغه لمفاوي غدوات چې موجود دې اشغالیږي .

باید وویل شي چې په پنځه فیصده وقایعو کې لمفاوي غدوات په retrograd ډول د کانسر له خوا اشغال او میتاستاز ورکوي (یانې په اوله مرحله هغه لمفاوي غدوات چې د کانسري نسج څخه لري واقع شوي وي اشغال کېږي)

www.ketabton.com

۳- دکانسر انتشار د ویني له لاري :

د کولون کارسینوما هغه وخت د ویني له لاري نورو ځایونه ته انتشار او میتاستاز ورکوي چې د ورید جدار د تومور له خوا اشغال شي د کولون کارسینوما په لس تر ۱۵٪ وقایو کې کولونیک او بواسیري اوردې اشغالوي او دعلوي یا سفلي مساریقي اوردي او دباب ورید له لاري اوله په مرحله کې ځیګر ته میتاستاز ورکوي.

د عملیات په وخت کې دزیات مانور ورکولو په واسطه کانسري حجرات د تومور څخه جلا او د ورید له لاري ځایوته انتشار کوي او په نوموړي ځایو کې کانسري محراقات د میتاستاز په ډول مینځ ته راوړي.

په دویمه درجه تومور د فقراتو او قطني اوردي له لاري انتشار کوي چې په سږو او هډوکو کې میتاستاز ورکوي.

په دریمه درجه د ویني له لاري او مخصوصا د ځیګر او د ورید اجواف سفلي له لاري دماغ او شوکې نخاع ته میتاستاز ورکوي.

۴-: **Perineural** له لاري د کانسر انتشار:

دکولون د نږدي عصبي الیافو د چارچاپیره انساجو اشغال د کانسري نسج له خوا ددې سبب کیږي چې کانسر د عصبي الیافو په سیر انتشار وکې او په داسې حالاتو کې ناروغي انذار چندان ښه نه دي.

۵- **Gravitational Mestastasis** :

دا نوع میتاستاز هغه وخت مینځ ته راځي چې کانسر دکولون د جدار ټول طبقات اشغال کړي او د کولون دسیروزا طبقي په سطح پرمختګ وکړي کانسري حجرات د سیروزا د طبقي د سطح څخه د پریطوان په جوف او مخصوصا د پریطوان په ښکتني برخو کې او په تیره بیا د دوګلاس په جوف انتشار کوي او په دي ډول عمومي پریطونیال کارسینوماتوز حالت مینځته راوړي.

چې د مقعدي معاینې په واسطه امکان لري د پریطوان په جوف کې کارسینوماتوز جسیمات د جس وړ وي.

www.ketabton.com

Intraluminal Metastasis-٦ :

کوم وخت چې کانسر دکولون مخاطي غشاء اشغال کړي د مخاطي غشاء د سطح څخه کانسري حجرات جلا او غایطه موادو سره یوځاي د کولون او د تومورلري دیستال برخو ته رسیږي او په دې ځایونو کې د نورمال مخاطي غشاء په سر ښخ کیږي او په دې ډول بل کانسري محراق جوړوي د کانسري حجراتو ښخ کېدل زیاتره په هغه ځایونو کې صورت نیسي کوم چې په نوموړي ځایو کې مخکې کوم انستیموز اجرا شوي وي او له دي کبله داسې کانسري محراقونه Anastomotic Recurence کانسر نوم ورکړ شوې دې.

د کولون کارسینوما **Typing** :

د کولون دکانسر وروستني typing دیو مولف Dukes په نامه اجرا شوې دې چې په لاندي ډول توضیع کیږي.

Type A چې کانسر یوازې په مخاطي غشاء کې محدود پاتې وي.

Type B١ کانسر د کولون په جدار تر عضلي طبقي پوري پرمختګ کړي وي او تر اوسه پوري عضلي طبقه او نږدې مربوطه لمفاوي غدوات دکانسري ارتشاحاتو په واسطه اشغال شوي نه دي.

Type B٢ کانسر د کولون د جدار عضلي طبقه اشغال کړي وي اما نږدې مربوده لمفاوي غدوات د کانسر له خوا استیلا شوې نه وې

Type C١ کانسر د کولون په جدار محدود پاتې شوې او نږدې مربوطه لمفاوي غدوات هم اشغال شوې وي.

Type C٢ کانسر د کولون د جدار ټول طبقات او نږدې مربوطه لمفاوي غدوات اشغال کړي وې امکان لري چې د Type D سره یوځاي وي یا دا چې یوځاي نه وي.

Type D د Type C٢ په څنګ په لري ځایو لکه د ځیګر،سږو او ستون فقراتو ته میتاستاز ورکړي.

www.ketabton.com

سریري تظاهرات:

دکولـون Andenocarcinoma ډیـر ورو ورو وده او نشـونما کـوي د تومـور د Doubling وخت (یانې هغه موده چې تومور د خپل جسامت دوه چنده کولو ته ضرورت لري) ٦٢٠ ورځي قبول شوې دي.

او ددې لپاره چې د تومور جسامت د دې سبب وګرځي چې سریري تظاهرات مینځ ته راوړي ډیر زیات وخت په کار دې د تومور دبې عرضه په دوره کې تشخیص د عادي معایناتو په واسطه امکان لري چې وضع شي.

کوم وخت چې تومور غټ شي په دې وخت کې دکولون کارسینوما سریري تظاهرات مینځ ته راځي چې ددې اعراضو مینځ ته راتلل په څو فکتورو پورې اړه لري چې عبارت دې د کانسر اناتومیک موقعیت ، دکانسر تیپ او مخصوصا د کانسر په پراخوالي او دکانسر په اختلاطاتو لکه د کولمو په انسداد ، د کانسري برخي په نذف او سوري کېدو پورې اړه لري.

واضح سیستمیک تظاهرات لکه Cachexia ډنګرتوپ، Anemia او بې اشتهایي هغه وخت پیداکېږي چې ناروغي ډیر پرمختګ کړي وي.

په کولون کې د کارسینوما موقعیت په ښي کولون او چپ کولون کې د جلا جلا سریري تظاهراتو سبب ګرځي.

۱- دښي کولون د کارسینوما سریري تظاهرات:

دسیکم او صاعده کولون قطر نسبت دکولون نورو برخو ته اضافه دې او له بلي خوا د هغه محتوي د مایع په ډول وي او سره له دې چې پولیپوئید تومورونه په دې برخه د کولون کې زیات تصادف شوې اما انسدادي تظاهرات چندان عمومیت نه لري ناروغ په R.L.Q کې دوامدار مبهم درد حس کوي اما ناروغان عموما مخکې د سریري تظاهراتو د پیدا کېدو څخه Anemic کېږي او له دې کبله خاثف ښکاري او د بې حالي ، ضعیفیت ، سرچرخي ، ساه تنګي ، بې اشتهایي ، وزن بایلل او د زړه د پرش palpitationڅخه شکایت کوي او حتې ناروغ د همدې تشوشاتو له کبله داکترته مراجعه کوي اوپه زړو

www.ketabton.com

خلکو کې میکروستیک هایپوکرومانیمیا چې اسباب یې نامعلوم دي داکتر ته زیاتر دښي کولون د کانسر سوال مطرح کېږي.

په غایطه موادو کې په مکروسکوپیک ډول وینه نه لیدل کېږي اما په Occult ډول وینه موجوده وي. د ښي کولون په کانسر کې دتغوط په نظم کې چندان تشوش نه پیدا کېږي.

په فزیکي معاینه کې په لس فیصده پیښو کې دګېډې په ښي خواکې یوه کتله د جس وړ وي که تومور په کبدي زاویه دکولون کې موقعیت ولري سربیره د پاسني اعراض او علایمو شدید Cacheixa (وزن بایلل) او زیړي د ناروغي عمده سریري اعراض تشکېلوي او که کانسر ډیر غټ شوې وي امکان لري چې ځیګر هم غټ شي.

۲- د چپ کولون کارسینوما سریري تظاهرات:

چپ کولون نسبت ښي کولون ته وړوکې قطر لري او له بلي خوا غایطه مواد دکولون په دي برخه کې د مایع په شکل نه بلکه د نیمه جامد په ډول وي همداسې په چپ کولون کې Scirrhouse او نو ډولر تومورونه په حلقوي ډول پرمختګ کوي له دي کبله د تغوط په نظم کې تشوش مینځ ته راځي.

څرنګه چې ناروغ ته په متناوب ډول قبضیت او بي ددي چې اسهال ولري د تغوط په شمیر کې زیاتوالي پیدا کېږي (Defecation Frequency) قبضیت ورځ په ورځ زیاتیږي او د غایطه موادو په قطر کې کموالي مینځته راځي او ګېډه په مترقي ډول توسع کوي وینه معمولا د غایطه موادو سره مخلوط وي چې کله سور او کله تور رنګ لري چې دا حالت کله کله د ګیډي د شدید کرمپ ډوله درد سره یوځاي وي او دکولمو په تام یا ناتام انسدادي حالت خاتمه پیداکوي (ځیني وخت په ناڅاپي ډول بې ددې چې پاسني ذکر شوي اعراض مینځ ته راشي د کولمو تام انسدادي حالت پیداکېږي) که تومور په طحالي زاویه د کولون کې موقعیت ولري د تومور ارتشاح ژر د معدي جدار ته داخلیږي او Gastrocolic Fistula مینځته راوړي.

www.ketabton.com

تشخیص:

د کولون کارسینوما تشخیص د سریري معایناتو او مخصوصا دخصوصي معایناتو په اساس وضع کېږي او دسریري تظاهراتو مد نظر نیولو سره د تشخیص په منظور خصوصي معاینات په لاندي ډول اجرا کېږي.

۱- Proctosigmoidoscopy: په هر ناروغ کې چې د غټو کولمو د تومورال افاتو اشتباه ورباندي کېږي باید دامعاینه اجرا شي کوم ناروغان چې د کولون د پروکسیمال برخې کانسر ولري په زیاتو وقایعو کې دا ناروغان د کولون پولیپ یا په عین وخت د رکتوم کارسینوما هم لري نو کوم وخت چې داسې ناروغان سیګموئید سکوپي شي د سیګموئید په اخرو برخو کې لیدل کېږي چې د پاس څخه وینه او مخاط ښکته سیګموئید خواته راځي چې د پورتني ځایو په توموري افاتو کې دلالت کوي او له بلي خوا په سیګموئید کې هم پولیپونه او په رکتوم کې کانسري نسج لیدل کېږي.

۲- کولونو سکوپي (Colonoscopy) دا معاینه اوس د Fibro optic کولونو سکوپ په واسطه اجرا کېږي او کانسر د کولون په هره برخه کې چې موقعیت ولري ددې الې په واسطه کشف او لیدل کېږي او د کولونوسکوپ له لاري ماوفه ناحیه لواژ او لواژ اوبه چې سرطاني حجرات هم احتوا کوي د سیتولوژي له نظره معاینه کېږي البته د کلونو سکوپ له لاري بایوپسي اخیستل هم امکان لري اما دکولون د جدار د سورې کېدو خطر زیات وي دا معاینه هغه وخت اجرا او تطبیق یې استطباب لري چې د رادیو ګرافي او سیګموئید سکوپي معایناتو په واسطه تشخیص وضع نه شي او یا دا چې تشخیص یې مشکوک پاتي شي.

۳- Cystoscopy : د امعاینه هغه وخت استطباب لري چې د سریري له نظره مثانه یا د بولي لارو کومه برخه د کانسر له خوا اشغال شوي وي

۴- رادیو ګرافیک معاینات : په دې ناروغانو کې د سږو رادیو ګرافي باید همیشه په عادي صورت اجرا شي تر څو معلومه شي چې ایا کانسر میتاستاز ورکړي دې که نه او همداسې د سږو د نورو امراضو د معلوملو لپاره دا معاینه حتمي دي.

www.ketabton.com

د باريوم د امالي څخه وروسته د کولون د چوکات راديو ګرافي د کولون د کارسينوما په تشخيص کې ډير اهميت لري ددې معاينې اهميت هغه وخت اضافه کېږي چې کانسر دکولون په پروکسيمال برخو کې موقعيت ولري او کولونوسکوپ په لاس کې نه وي .

کوم وخت چې د کولون چوکات د باريوم په واسطه ډک شو کانسر د کولون د لومن په مينځ کې ديو ثابت او غير متحول ، متضيق او غير منظم د باندي وتلي ځاي په څير چې په همدي ځاي کې دکولمو لومن د باريوم په واسطه ډک شوې نه وي ښکاري چې دا غير منظم او متضيقه ناحيه امکان لري د دوه څخه تر شپږو سانتي مترو پوري اوږدوالي ولري په دې ناحيه کې د کولون نورمال التوات تخريب شوې او کولمي په دي ناحيه کې غير متحرکې وي.

پورتني اوصاف د ډير پرمختللي کولون کانسر کرکتر ښي اما دکولون کانسر په لمړني مراحلو کې داسې وصفي اوصاف نه لري او امکان لري چې کولون کانسري په ناحيه کې شديد تضيق ونه لري او په دي وخت د قطعي تشخيص لپاره بايد د کولونسکوپ يا سيګموئيد سکوپ څخه (نظر په موقعيت د کانسر) استفاده وشي.

په ځيني واقعاتو کې د کولون په يوه برخه سپازم موجود وي چې د کانسر د خيال سره اشتباه کېږي اما که ناروغ ته د وريد له لاري Glucagon ورکړ شي نومړي اسپازم د مينځه ځي.

د کولون په کانسري واقعاتو کې د خولي له لاري بايد هيڅ وخت باريم ورنکړل شي ځکه چې کانسري ناحيي څخه په پورتني برخو کې باريوم تراکم کوي او دکولمو د انسداد سبب ګرځي.

د کولون دکانسر ناروغان بايد حتما I.V.P شي مخصوصا که کانسر په نازله، صاعده ، سيګموئيد کولون او رکتوم کې موقعيت ولري ځکه د I.V.P په واسطه د کانسر له خوا د بولي لارې اشغاليدو يا پر حالبو باندي د کانسر فشار او موقعيت معلوميداې شي.

همداسې د ځيګر Radioactive Scans اجرا کېدل مفيد دي ځکه چې ددې معاينې په واسطه معلوميږي چې ايا کانسر ځيګر ته ميتاستاز ورکړي دې که نه .

www.ketabton.com

لابراتواري معاینات:

په عادي ډول د تشومتیازو په معاینه کې د سپینو کرویاتو شمیر او د هیموګلوبین اندازه باید معلومه شي د ځیګر، بولي لارو یا د وجود د نورو برخو د میتاستاز د معلومولو لپاره په سیروم کې د پروتین ، کلسیوم ، Bilirubin ، الکېن فسفتاز، د کراتنین مقدار او د پروترومبین وخت باید تعین شي.

په سیروم کې Carcinoembryonic Antigene سویه همداسې چې د هضمي جهاز په ټول سلیم او خبیث تومورونو کې او دځیګر په سیروز کې د ۲،۵ نانو ګرام په یو ملي لیتره کې جیګ وي د کولون په کانسر کې هم جګیږي (یو ملي ګرام مساوي دي په ۱۰۰۰۰۰۰ نانو ګرام)او د کولون د کانسر د تشخیص په هکله مهم رول نه لوبوي.

Carcinoembryonic Antigen یو ګلو کوپروتین دې چې د مړو او کانسري انساجو په مینځ کې پیدا او ویني ته داخلیږي او دسیروم د Radioimmunoassay معاینې په واسطه یې مقدار تعینیږي.

دکولون کانسر کچه بندي:

د TMO په مېتود چې د Dukes پواسطه وړاندې شوی دی:

T: لومړنی تومور.

Tx: لومړنی تومور نشو کولای چې ارزونه یې وکړو.

T۰: ارزونه یې کیږي خو هغه نښه چې د لومړني تومور سره توپیر شي موجود نه وي.

T۱: تومور د مخاط لاندې ځای لري.

T۲: تومور لاندې عضلي طبقې ته برید کړی وي.

T۳: تومور ټول عضلي طبقه نیولي وي او لږ یې Serosa طبقې ته برید کړی وي.

T۴: سیروزا طبقه یې نیولي وي او چمتو وي چې نورو غړو ته برید وکړي.

N: سیمه ییز لمفاوي غده.

Nx: سیمه ییز لمفاوي غده نشو کولای چې ارزونه یې وکړو.

N۰: امکان لري چې یوه لمفاوي غده نیول شوي وي.

N۱: میتاستاز به ۱ – ۳ لمفاوي غدو ته شوی وي او لږ غټې شوې به وي.

www.ketabton.com

N۲: ميتاستاز به د ۳ څخه زياتو لمفاوي غدواتو ته صورت نيولی وي.
N۳: کوم لمفاوي غدوات چې د اوعيې په سير موجودې وي غټې شوي وي.
M: لرې ميتاستاز.
Mx: په لرې ځايونو کې د ميتاستاز ارزونه نشو کولای.
M۰: په لرې غړو کې ميتاستاز موجود نه وي.
M۱: په لرې ځايونو کې ميتاستاز موجود وي.

پړاوُنه:

I پړاؤ:	M۰ – T۰ – T۱
	M۰ – N۱ – T۲
II پړاؤ:	M۰ – N۰ – T۳
	M۰ – N۰ – T۴
III پړاؤ:	M۰ – N۱ – T هرنوعه
	M۰ – N۲،۳ – T هرنوعه
IV پړاؤ:	M۱ – N هر نوعه - هرنوعهT

که ناروغي په لومړي پړاؤ تشخيص شي د درملنې سره ناروغ تر پنځو کلونو پورې ۹۰ فيصده ژوندی پاتې کېدای شي.
که ناروغي په دوهم پړاؤ تشخيص شي د درملنې سره ناروغ تر پنځو کلونو پورې ۶۰ فيصده ژوندی پاتې کېدای شي.
که ناروغي په دريم پړاؤ تشخيص شي د درملنې سره ناروغ تر پنځو کلونو پورې ۲۰ فيصده ژوندی پاتې کېدای شي.
که ناروغي په څلورم پړاؤ تشخيص شي د درملنې سره ناروغ تر پنځو کلونو پورې پنځه فيصده څخه کم ژوندی پاتې کېدای شي.

www.ketabton.com

درملنه:

د کولون دکانسر تداوي عموما د جراحي عملیاتو په واسطه سرته رسیږي اما له هغه ځایه چې کولون فوق العاده منتن دې باید مخکې د عملیاتو څخه دکولون انتان اصغري حد ته ورسیږي او کولون عملیات ته اماده شي.

نو ددی منظور دلاسته راوستلو لپاره یوه هفته مخکې د عملیاتو څخه ناروغ ته مایع رژیم توصیه کیږي.

دوه ورځي مخکې د عملیاتو څخه هره سهار ناروغ ته دخولي له لاري قوي Cathertic ورکول کیږي او مخکې د عملیاتو څخه د سالین اماله دوه ځلي تطبیقیږي.

ددې اهتماماتو په څنګ کې یوه ورځ مخکې د عملیاتو څخه د غرمي څخه وروسته په یوه بجه ، په دوه بجو او دشپې په یولسو بجو کې یو یو ګرام نیومایسین ناروغ ته ورکول کیږي وروسته د معدوي تیوب د تطبیقولو څخه په احلیل کې رابري کتیتر تطبیق او ناروغ عملیات خاني ته انتقالیږي.

د کولون د کانسر جراحي تداوي:

د جراحي تداوي د No touch په سیستم کې اجرا کیږي کوم وخت چې کانسر په سیګموئید ، نازله کولون او د کولون په طحالي زاویه کې موقعیت ولري L.Hemicolectomy اجرا کیږي.

څرنګه چې مساریقي سفلي شریان او ورید ابهر ته نږدي بواسیري علوي شیریان او ورید د امپولا په پاسني برخه د مستعرض کولون شریاني وریدي قوس په متوسطه برخه قطع او لیګاتور کیږي په دې ډول چپ کولون د مربوطه مساریقي جذر سره چې ټول مربوطه لمفاوي غدوات هم په کې شامل وي لري کیږي او دمستعرض کولون خوله د امپولا سره په لومړي مرحله انستموز ورکول کیږي البته که په ځیګر کې میتاستاز موجود وي وروسته د عملیاتو څخه دي رادیو تراپي او شیموتراپي اجرا شي.

کوم کانسرونه چې سیکم ،صاعده کولون او دځیګر په زاویه کې واقع وي د الیوم اخري برخه سیکم ،صاعده کولون ، دکولون کبدي زاویه او د مستعرض کولون ښي نیمایي برخه په داسې حال لیري کیږي چې د مساریقي علوي شریان او ورید کولوني شعبات او

www.ketabton.com

د مستعرض کولون د شرياني وريدي قوس نيمايي برخه قطع او ليګاتور شي او اليوم ته د مستعرض کولون د پاتي برخې سره په لومړي مرحله څوکه په څوکه انستموز ورکول کيږي، وروسته د جراحي عمليې څخه ناروغ بايد تر شيموتراپي لاندې ونيول شي.

که کانسر د مستعرض کولون په متوسطه برخه کې موقعيت ولري د Middle Colic او عيي د ليګاتوز څخه وروسته دکولون کبدي او طحالي زاويه او ټول مستعرض کولون د مساريقي جذر سره لري او د نازله کولون خوله د صاعده کولون د خولي سره څوکه په څوکه په لومړي مرحله کې انستوموز ورکول کيږي.

که تومور په مستعرض کولون کې طحالي زاويې ته نږدي موقعيت ولري چپ Hemicolectomy د مستعرض کولون د ريزکشن سره يو ځاي اجرا کيږي او دصاعده کولون خوله د امپولا سره انستوموز ورکول کيږي.

که تومور د مستعرض کولون کبدي زاويې ته نږدي موقعيت ولري د Right Hemicolectomy سره د مستعرض کولون ريزکشن يو ځاي او اليوم د نازله کولون د خولي سره څوکه په څوکه لومړي مرحله کې انستموز ورکول کيږي.

وروسته د عمليات څخه بايد تر شيموتراپي لاندې ونيول شي چې دا درمل عبارت دي له Flurouracil -۵ او Levamisol يا Flurouracil-۵ او Leucokonin چې لږ تر لږه درې مياشتې لپاره تطبيق شي، ناروغ بايد تر کنترول لاندې وي چې WBC يې د ۴۰۰۰ څخه ښکته نشي.

د کولون د کانسرو اختلاطات:

۱- د کلمو انسداد:

د ښي کولون په کانسرو کې انسداد دومره عموميت نه لري ځکه چې په ښي کولون کې غايطه مواد د مايع په شکل وي او دکولون قطر زيات وي يواځې په هغه صورت کې چې کانسر د دسام له پاسه پيدا شوي وي انسداد مينځته راځي.

اما د چپ کولون په کانسرو کې انسداد زيات عموميت لري ځکه چې له يوې خوا په دې ناحيه کې د غايطه موادو قوام کلک وي او له بلې خوا د کولون قطر په دې برخه کې لږ وي.

www.ketabton.com

په هغه حالاتو کې چې د کولون کانسر دکولمو د انسداد سبب شوي وي په اوله مرحله کې د کانسري ناحې څخه پورته کولوستومي اجرا کېږي (څرنګه چې په دې وخت ناروغ په عاجل ډول عملياتيږي او دهغه کولمي د عملياتو لپاره اماده شوې ندي او له بلي خوا د انسداد له کبله د ناروغ په وجود کې د الکترولايتو تشوش موجود وي (نو د اصلي او کلاسيک عملياتو څخه په دې وخت صرف نظر کېږي) او په دويمه مرحله کې څه موده وروسته چې ناروغ عملياتو لپاره اماده شو نظر په موقعيت دکانسر انتخابي عمليات چې مخکې تذکر ورکړ شوې دې اجرا کېږي.

۲- د کولون د کانسري برخي سوري کېدل Perforation:

د کولون د کانسر دويم اختلاط چې زيات تصادف کېږي د کانسري برخي سوري کېدل دي څرنګه چې کانسري ارتشاح د کولون ټول جداري طبقات اشغالوي او سربيره ددې په کانسري ناحيه کې انتان هم مداخله کوي نو دکانسر تخريبات له يوی خوا اوانتاني تخريبات له بلي خوا ددې سبب کېږي چې دکولون جدار په کانسري برخه کې سورې شي.

په هغه حالاتو کې چې سوري ډير وړوکې وي په سوري شوي ناحيه کې موضعي پريطونايتس او که سوري غټ وي عمومي پريطونايتس مينځته راځي چې په دي وخت برعلاوه د ګېډې د جوف د دريناژ څخه د امکان په صورت کانسري برخه قطع اولري کېږي.

د کانسري برخي څخه د کولون پروکسيمال او ديستال برخې د ډبل کولوستومي په شکل د ګېډې په جدار د دواړو برخو يې ايستل کېږي او کوم وخت چې ناروغ التهابي حالت د مينځه لاړ کولمي د انتخابي عملياتو لپاره اماده او په دويمه مرحله د کولمو خولي ته انستموز ورکول کېږي.

۳- د کولون د کانسري برخي نذف:

د ښي کولون او مخصوصا د سيکم کارسينوما عموما د Melana سبب ګرځي چې د نوموړي Melana اندازه ډيره لږ وي او تر څو چې Anemia ناروغ ته پيدا نه شي په خپله

www.ketabton.com

ناروغ دې عرض ته نه متوجه کېږي ښي کولون کارسینوما یوائحي تقریبا په دوه فیصده واقعاتو کې د مقعدي نذف سبب کېږي .

د کولون د کانسري برخي د نذف د تشخیص په هکله د Sigmoidoscopy او که نذف مقدار کم وي د باریوم د امالي څخه وروسته د رادیو ګرافي څخه کار اخستل کېږي چې د رادیو ګرافي په پاڼه کې د کولون کارسینوما تشخیص وضع کېږي.

کوم وخت چې د نذف منشاء ثابته شوه چې د کولون کارسینوما دې Lepratomy اجرا او دکولمي ماوفه برخه Resection او دکولون د پاتي برخي خوله د ګېډې په جدار کې کولو ستومي کېږي باید وویل شي چې د عملیاتو څخه مخکې باید ناروغ ته کافي اندازه الکترولایت او حتي وینه تطبیق او تهیه شي.

د کولمو فستولونه:

تعریف:

کوم وخت چې د کولمي جوف د یو کانال له لاري په پوستکې یا یو بل داخل بطني مجوف غړي سره لارپیدا کړي د کولمي فستول په نامه یادیږي.

تصنیف:

د کولمي فستولونه په عمومي ډول په دوو برخو ویشل شوې دي.

۱- د وړو کولمو فستولونه ۲- د غټو کولمو فستولونه

دا دوه نوع فستولونه نظر په دې چې په پوستکې کې خلاص شوي دي یا دا چې د ګېډې په دننه دکوم بل مجوف عضوي سره لارلري په داخلي او خارجي فستولونو ویشل شوي دي او نوموړي فستولونه نظر په دې چې په کوم اناتومیک ځاي واقع دې هغه اناتومیک نوم ورته ورکړ شوې دي.

مثلا د خارجي فستولو له جملي څخه جیجونال،الیال،کولیک او رکتال فستولونه دي د داخلي فستولو مثالونه عبارت دي د ګستروکولیک،ګستروجیجونال،رکتووجینال، رکتوویزیکال ، جیجونوکولیک ، الیوکولیک او اورتیروکولیک او نور.

د کولموفستولونه کېداې شي چې ولادي یا غیرولادي(کسبي) وي مثلا Ilioumblical فستول چې ولادي ډول د الیوم او دنامه په مینځ د میکل دیورتیکول بقا یا خلاص پاتي کېږي.

www.ketabton.com

غیر ولادي یا کسبي فستولونه د هغه فستولو څخه عبارت دي چې وروسته د کولمي د جراحي عملیاتو یا داچې د کولمي د یو ناروغي د اختلاط په نتیجه کې مینځته راځي.

۱- د وړو کولمو فستولونه:

د وړو کولمو فستولونه ۹۸٪ وروسته د بطني عملیاتو څخه مینځ ته راځي او دوه فیصده دا فستولونه د وړو کولمو د امراضو او ترضیضاتو له کبله پیدا کیږي .

اسباب:

۱- **عملیاتي عوامل**: Anastomotic Leakage د عملیات په وخت د کولمي د جدار یا دکولمي مساریقي سهواً ژوبلیدل ،د کولمي د جدار غوڅیدل دصفاق دګنډلو سیم یا Wire دخیاطو یا Retention Suture په واسطه Mesh یا پنروز درن په واسطه یا د ګاز د پاتي کېدو له کبله د وړو کولمو فستول مینځ ته راځي.

۲- غیر عملیاتي عوامل:

الف - ترضیقات: میخانیکي ترضیقات لکه دګېډې پڅ او تیره ترضیقات فزیکي ترضیضات لکه د ګېډې د رادیوتراپي څخه وروسته چې په وړو کولمو کې فستول پیدا کیږي .

ب:-د کولمو امراض: دکولمي انسداد ،دکولمو التهابي امراض ، د مساریقي داوعي امراض او داخل بطني التهابات.

سریري تظاهرات:

که فیستول جیجونوم پوري ارتباط ولري کوم مواد چې د فستول څخه خارجیږي ابګین وي چې لرونکې د صفرا او نه هضم شوي غذایي مواد وي په ۲۴ ساعتو کې د فستول له لاري زیات اندازه مایعات خارجیږي او په پوستکې کې په ظرف د څو ورځو Erosion شاریدګي مینځته راوړي.

که فستول الیوم پورې ارتباط ولري کوم مواد چې د فستول څخه خارجیږي کلک ابګین او قهویي رنګ لري ددې موادو تخریش تاثیر پر پوستکې باندي لږ وي او په ۲۴ ساعتو کې د جیجونوم د فستولو په اندازه مایعات خارجیږي .

www.ketabton.com

کوم فستولونه چې سيکم پوري ارتباط لري کوم مواد چې د هغه ځخه خارجيږي نيم مايع وي او ډير خفيف د غايطه موادو بوي لري په ۲۴ ساعتو کې دمعاياتو ضايعات د فستول له لاري ډير نه وي.

کوم فستولونه چې په کولون کې موقعيت ولري غايطي مواد د هغه ځخه خارجيږي او دغايطه موادو بوي لري په ۲۴ ساعتو کې د مايعاتو ضايعات د فستول له لاري ډير لږ وي.

د وړو کولمو فستول عمومي سريري تظاهرات:

تداوي او انداز يې د فستول د موقعيت او په يوه ورځ کې دهغه د افرازاتو د مقدار له مخې فرق کوي هر څومره چې د وړي کولمي فستول د کولمي په Proximal برخو کې موقعيت ولري په هغه اندازه افرازات يې زيات او د انزايمونو د موجوديت له کبله بنفسهي هضم د پوستکې زيات صورت نيسي او نه يوازي فستول ژر نه بنديږي او دوامدار پاتي کيږي بلکه د پوستکې زخم او فستول ورځ په ورځ پراخيږي همداسې ناروغ زيات اندازه مايعات او الکترولايت ضايع کوي او دهغه وجود ډير ژر د الکترولايت په تشوش مبتلا او د Malabsorbtion له کبله په Malnutrition اخته کيږي . که د وړي کولمي ماوفه برخه پراخه او دګېډې د جدار ځخه لرې واقع وي نو د کولمي محتوي د پراخه تخريب شوي ځاي ځخه په زيات اندازه د پريطوان په جوف کې انتشار کوي او د عمومي پريطونايتس لوحه پيداکوي.

که دوړي کولمي ماوفه برخه وړوکې وي په دې وخت ماوفه ناحيه د ګېډې د نورو احشاو لکه د سرب په واسطه محدود کيږي او په دې وخت د موضعي پريطونايتس يا داخل بطني ابسي امراض مينځته راځي.

که دوړي کولمي تخريب شوي ځاي د ګېډې جدار او مخصوصا عملياتي شق ته نژدي اوسي د علياتي شق التهابي اعراض پيداکيږي او کوم وخت چې څو کوکونه يې واخستل شي په لومړي مرحله کې زوې لرونکې وينه خارجيږي او وروسته دڅو ورځو ځخه د کولمي محتوي د زخم له لاري په بهيدو پيل کوي او ددي لپاره چې په دې وخت د کولمي فستول تشخيص تائيد شي که ناروغ ته د خولي له لاري Congo red يا Charcol ورکړ شي نومړي مواد د فستول له لاري خارجيږي (Charcol) يا طبي

www.ketabton.com

سکاره تور رنګ لري او Congo red يو سور ملونه مواد دي . بايد وويل شي چې په ټولو حالاتو کې ناروغ په لومړي مرحله تبه او دګېډې درد لري.

لابراتواري معاينات :

د ويني په معاينه کې سره کريوات نورمال، غټوالي نه لري او د پلازما په حجم کې کموالي موجود او الکترولايتو مقدار او سويه په وينه کې ښکته راځي د ويني د غلظت زياتوالي او د انتاني حالت له کبله د سپينو کريواتو شمير زيات وي.

راديوګرافي معاينات:

د ګېډې په دننه کې ابسي موجوديت ددې سبب کېږي چې انسدادي حالت مينځ ته راشي او دګېډې په ساده راديوګرافي کې د فلجي يا ميخانيکې انسداد راديولوجيکې علايم ښکاره کېږي.

د کثيفه موادو تطبيق د خولي ، رکتوم يا فستول له لاري او وروسته د ګيدي څخه راديو ګرافي اجرا کول تشخيصي اهميت لري د پاسني راديوګرافي ګانو په واسطه د کولمي اصلي امراض، موقعيت او شمير د فستول،سير د فستول ،د فستول او ږدوالي ،د فستول سره اشتراکې ابسې ګاني اود ابسې ګانو د جوفونو تعداد او د فستول څخه ښکته د ميخانيکې مانعه موجوديت په هکله معلومات ورکوي.

درملنه:

د وړو کولمو د فستول تداوي په لاندې ډول سرته رسيږي .

۱- د مايعاتو او الکترلايتو موازني برابرول :

کوم ناروغان چې د وړو کولمو فستول لري په زيات اندازه داخل وعايي او بين الحجروي مايعات د فستول له لاري ضايع کوي او بايد د فيزيولوژيک سيروم د ور کولو په واسطه د وريد له لاري دا ضايعات معاوضه شي.

د مرکزي وريدي فشار د معلومولو، دتشومتيازو داندازه کولو او د پوستکې د Turgor په واسطه داکتر کولای شي تصميم ونيسي چې تر کومي اندازي پورې ناروغ ته د وريد له لارې مايعات ورکړي.

www.ketabton.com

د ويني په مينځ کې د الکترولايتو د سويي د معلومولو په واسطه چې هره ورځ اجرا کېږي تصميم نيول کېږي چې د مايعاتو سره يو ځاي کوم الکترولايت زيات يا برخلاف کوم الکترويت لږ بايد تطبيق شي.

د پاسني اهتماماتو سره البته د ناروغ په وجود کې د مايعاتو او د الکترولايتو توازن مينځته راځي او ددې لپاره چې بيا داسې تشوشات مينځته رانشي د ناروغ ضايعات لکه د فستول افرازات د معدوي تيوب افرازات او ۲۴ ساعته تش متيازی يې ټول او اندازه شي او په خپله ناروغ هره ورځ وزن شي ددې ضايعاتو له مخي ناروغ ته هره ورځ معين اندازه مايعات او الکترولايت ورکړ شي.

۲- د فستول کنترول:

هر څومره چې فستول د وړی کولمي په پورتني برخي کې واقع وي په هماغه اندازه فعال انزايمونه احتوا کوي او دا انزايمونه د ګېډې د جدار د پوستکې تخريبوي ددې لپاره چې د فستول مخرش افرازات د پوستکې سطح تخريب ونکړي د ورځي څو ځلي د فستول پانسمان تبديل شي يا داچې د فستول په مينځ يو کتيتر تثبيت شي چې د کولمي محتوي د کتيتر له لاري د باندي ووځي او دفستول د چار چاپيرې پوستکې سطح د Almonium hydroxide يا زنک اوکسايد مرهمو په واسطه پوښ شي.

۳- دانتان کنترول :

کوم وخت چې د ګيدي په دننه کې يا د فستول په چار چاپيره کې دابسې موجوديت ثابته شوه بايد فوراً نوموړي ابسې دريناژ او د هغه په څنګ کې ناروغ ته انتي بيوتيک ورکړل شي .

سير او ارتباط يې د ابسي ګانو د جوفونو سره د راديوګرافي په واسطه تثبيتيږي .

۴- تغذي:

وروسته د فستول د پيداکېدو څخه د څو ورځو لپاره بايد ناروغ د وريد له لاري تغذيه شي اما په دوامدار دول د وريد له لاري ناروغ تغذي د ترمبوز،امبولي او د ترمبوفليايتس خطر موجود وي او له بلي خوا په کافي اندازه کالوري ورکول مشکل دي نو وروسته ددې څخه چې د ناروغ د الکترولايتو او اوبو موازنه تامين شو هم د خولي له لاري او هم د وريد له لاري ناروغان بايد تغذيه شي.

www.ketabton.com

۵- فستول تداوي

په هغه صورت کې چې د ناروغ د وجود د اوبو او الکترولایتو موازنه تامین شي، ۲۴ ساعته احتیاج وړ کالوري په متوسط ډول د ورځې ۳۵۰۰ کالوري ته ضرورت لري ورته ورکړ شي ، دفستول څخه ښکته کوم میخانیکي بندش موجود نه وي، ناروغ انتاني حالت ونه لري ۴۰٪ فستولونه د یو میاشتي په موده کې په خپله بندیږي او که بند نه شو بهتره ده چې بی د ځنډ څخه عملیات په واسطه فستول بند شي په عملیاتو کې دوړو کولمو هغه برخه چې فستول په کې موجود دې تقریبا۱۵ سانتي متر په اوږدوالی قطع او ددې ناحي څخه د Distalاو Proximal برخي خوله یو بل سره خوله په خوله انستموز ورکول کیږي او که د فستول د برخي څخه ښکته کوم میخانیکې مانعه موجود وي باید هغه هم لري شي .

۲- د غټو کولمو فستولونه:

د غټو کولمو فستولونه په دوو برخو ویشل شوي دي داخلي فستولونه او خارجي فستولونه.

اسباب:

۱- غیر عملیاتي عوامل:

د کولون کانسر او د کولون دایورتکېولاتیس زیادتر د کولون د داخلي فستولو دمینځ ته راتلو سبب ګرځي او د احصایي له نظره دا نوع فستولونه زیات تصادف کیږي .

په دواړو امراضو کې د کولون په ماوفه ځاي کې التهاب پر مختګ کوي او التهابي ارتشاح ددې سبب کیږي چې کولون د مجاوره اعضاو سره التصاق او بلاخره د التهاب د پرمختګ سره په التصاقي ځایونو کې تخریبات مینځ ته راځي او فستول تشکل کوي.

۲-عملیاتي عوامل: Anastomotic Leakage د عملیات په وخت د کولمي د جدار یا دکولمي مساریقي سهواً ژوبلیدل ،د کولمي د جدار غوڅیدل دصفاق دګنډلو سیم یا Wire دخیاطو یا Retention Suture په واسطه Mesh یا پنروز درن په واسطه یا د ګاز د پاتي کیدو له کبله د غټو کولمو فستول مینځ ته راځي.

www.ketabton.com

سريري تظاهرات:

۱- خارجي فستولونو سريري تظاهرات که په پوستکي کې د فستول خوله پراخه وي د فستول له لاري گازات او غايطه مواد خارجيږي اما که د فستول خوله تنگه وي په دې وخت د فستول له لاري مزمن ډول زوې او کله کله د فشار په واسطه امکان لري گازات خارج شي چې په دې وخت د کولون دخارجي فستول تشخيص مشکل وي.

۲- د داخلي فستول سريري تظاهرات : د داخلي فستول سريري تظاهرات نظر په دې چې د کولون او دکوم بل عضو په مينځ کې فستول موجود وي فرق کوي.

که فستول د کولون او د حالب يا مثاني په مينځ تشکل کړي وي ناروغ ته Dysuria د تشو متيازو Pnumaturia, Urgency , Frequency او Fecaluria پيدا کيږي .

ناروغ په عمومي ډول تبه کوي چې د لرزې سره يو ځاي وي .

که فستول د کولون او مهبل په مينځ کې واقع وي د مهبل څخه هوا او غايطه مواد خارجيږي .

Coloenteric فستول سريري تظاهرات نه لري اما په ځيني ناروغانو کې د غايطه موادو Urgency او Frequency موجود وي.

تشخيص:

د کولون د خارجي فستول تشخيص د سريري اعراضو په واسطه وضع کيږي څرنگه چې د فستول څخه په واضح او ښکاره ډول غايطه مواد خارجيږي اما کوم وخت چې د فستول خوله تنگ وي په دي وخت د فستولوگرافي په واسطه قطعي تشخيص وضع کيږي .

د Colovesical فستول په حالاتو کې د سيگموئيد سکوپي اوباريوم امالي سره راديوگرافي په واسطه د فستول موقعيت او ځاي نه معلوميږي اما د سيستوسکوپي يا سيستوگرافي په واسطه اگر چې د فستول خوله نه معلوميږي اما په کوم هغه ځاي چې فستول موقعيت لري د مثاني په جدار کې په نوموړي ځاي ازيما تقرح او گرانوليشن موجود وي.

د Colonenteric فستولو تشخيص عموما د باريوم امالي څخه وروسته د کولون د چوکات راديوگرافي په واسطه اجرا کيږي.

www.ketabton.com

درملنه:

۱- د خارجي فستولو تداوي:

د عملیاتو په واسطه اجرا کیږي اما مخکې د عملیاتو څخه د کولون د عملیاتو لپاره باید اماده شي .(چې مخکې تذکر ورکړ شوي دي) او د کولون کومه برخه چې خارجي فستول مینځته راوړي دې ریزکشن او کولون بیرته خوله په خوله انستوموز ورکول کیږي.

۲- د داخلي فستولونو تداوي.

الف : د کولون او مثاني یا مهبل د فستولونو په حالاتو کې: په اوله مرحله کې دفستول د ناحې څخه پورته Colostomy اجرا کیږي تر څو چې د غایطه موادو لار تغیر وکړي او فستول ناحیې سره په تماس رانشي وروسته ددې څخه چې د بولي یا تناسلي لارى انتان تر کنترول لاندي راوړل شو کولون د عملیاتو لپاره اماده او Lepratory اجرا کیږي

په هغو حالاتو کې چې بولي تناسلي فستول موجود وي او د کولون او مثاني، د کولون او رحم یا د کولون او مهبل د فستول لار قطع او لومړي مثانه،رحم یا مهبل په دوه پلان ترمیمیږي وروسته د کولون ماوفه برخه په ټول امتداد Resection او د Proximal او د Distal قطعي خوله یو بل سره په ابتدایي ډول Anastomose ورکول کیږي.

البته د حالب په ترمیم کې یو استثناء موجود دي چې حالب عموما په یوه پلان ګنډل کیږي او په نوموړي ځاي ددی لپاره تضیق او د ګنډلو عدم کفایه پیدا نه شي T tube تثبتیږي .

ب : د کولون او دوړو کولمو فستول په حالاتو کې: د وړو کولمو فستولي حلقه Resection او د قطع شوي برخې Proximal او د Distal څوکه یو بل سره Anastomose ورکول کیږي او د کولون فستول برخه Colostony او وروسته د دریو میاشتو څخه په انتخابي ډول وروسته ددې څخه چې کولون عملیاتو لپاره اماده شو Colostomy ترمیم کیږي.

جراحي عملیات:

وروسته ددې څخه چې Anemia او Avitaminose حالت برطرفه شوه او په کافي اندازه اوبو او الکترولایت واخیست باید لپروتومي اجرا، انتخابي عملیات Total Proctocolectomy سره الیوستومي دي چې په یوه مرحله کې سرته رسیږي.

www.ketabton.com

په هغه حالاتو کې چې رکتوم نورمال وي نظر په دي چې ښې یا چپ کولون ماوف دې ښي یا چپ هیمي کولکتومي او کولورکتال انستموز عملیه اجرا کېږي.

انزار:

که ناروغ عمومي حالت ښه وي وروسته د انتخابي عملیات د مرګ خطر ۱٪ او وروسته د عاجلو عملیاتو څخه د مرګ خطر ۲۰٪ وي او هر څومره چې Systemic اختلاطات موجود وي ناروغي انزار خراب اود ناروغ د مړینی خطر زیات وي.

د کولون سلیم تومورونه:

د کولون سلیم تومورونه عبارت دي له:

۱- د کولون کارسینوئید تومور:

دا تومورونه نادراً تصادف کېږي او تر څو چې د نوموړي تومور قطر د دوو سانتي مترو څخه اضافه شوې نه وي د سریري اعراضو د مینځ ته راتلو سبب نه ګرځي او کوم وخت چې د هغه قطر د دوه سانتي متر څخه زیات شو د انسدادي اعراضو سبب کېږي.

د انسدادي اعراضو د مینځ ته راتلو په وخت د عملیات په ضمن تشخیص وضع او تومور Excision کېږي.

۲- لمفوئید هایپو پلازیا ،لیمفوما ،لیپوما، فیبروما او لا یوما یوما:

د کولون د سلیم تومورو د جملي څخه دي چې عموما په ډیر نادر شکل تصادف کېږي د نوموړي تومورونو تشخیص د هغوي په لومړي مراحلو کې امکان نه لري که دا تومورونه د الیوسیکال دسام ته نږدې موقعیت ولري د کولمي د تغلف سبب ګرځي او که دا تومورونه د کولون په نورو برخو کې واقع وي کوم وخت چې غټه شوه دکولون د لومن د بندوالي سبب ګرځي او د کولون انسدادي اعراض مینځته راوړي.

د تداوي له نظره نوموړي تومورونه په انسداي حالاتو کې د مربوطه کولمي سره او دکولون پاتي برخه د کولوستومي په شکل د ګیډې په جدار کې خلاصیږي Excision او دري میاشتي وروسته انستموز ورکول کېږي.

www.ketabton.com

۳- د کولون Hemangioma :

دا تومورونه کېداي شي Multiple وي د سریري اعراضو له نظره عموما د کتلوي نذف سبب ګرځي تشخیص یي د Mesenteric انجیوګرافي په واسطه وضع کېږي

د انجیوګرافي په واسطه نه یوازې تشخیص وضع کېږي بلکه د وینه ورکونکې ځاي يې هم تثبتیږي.

وروسته د تشخیص څخه د کولون ماوفه ناحیه یا نذف ورکونکې ځاې Excision کېږي د کولون پاتي برخه د ګېډي په جدار Colostomy او درې میاشتي وروسته په انتخابي ډول Anastomose ورکول کېږي .

۴- د کولون پولیپونه :

چې زیات تصادف کېږي په عمومي ډول د معدي معایي قنات د پولیپ اصطلاح په هغه نسجي کتلو باندي استعمالیږي چې د مخاطي غشاء څخه منشاء اخلي او د معدي معایي قنات په لومن د یو برجسته نسج په شکل تجاوز کوي.

د نسجي ساختمان له نظره دا پولیپونه مختلف انواع لري چې هر یو یي په لاندي ډول په جلا صورت تشریح کېږي .

۱- juvenile Polyps :

دا پولیپ د Mucous Polyps او Retention Polyps په نامه یادیږي.

وقوعات:

څرنګه چې ددې د نوم څخه معلومیږي دا پولیپونه زیادتر په هغه ماشومانو کې چې د پنځو کالو په شاوخوا عمر لري لیدل کېږي او تر یو اندازي پوري ځوان کاهل خلک دا نوع پولیپ پیدا کوي.

اما کوم ماشومان چې د یو کال څخه لږ عمر لري په دې ناروغي نه اخته کېږي پولیپ په اویا(۷۰٪) فیصده وقایو کې Single دي او په ۳۰٪ وقایعو کې درې یا څلور داني وي پولیپ په کولون او رکتوم کې پیدا کېږي اما په وړو کولمو کې نادراً تشکل کوي .

www.ketabton.com

پتالوژي:

دا پولیپ سويق يا Peduncule لري او قطر يي د درې څخه تر لس ملي مترو پوري فرق كوي، دا پوليپ عموما څوكه يې د مخاط په واسطه پوښ شوې دې نرم كروي ډوله يا نصواري ډوله رنګ لري د هستولوژي له نظره د پوليپ قائده دكولون د مخاطي غشاء د نورمال اپيتل څخه جوړ شوي دي اما د پوليپ څوكه ديو طبقه Goblet Cell په واسطه پوښ شوې دى چې زيادتر التهابي او تقرحي كېږي .

سريري تطاهرات :

د دې ناروغى يوائحني عرض د غايطه موادو په سطح كې د خطونو په شكل وينه راتلل دي او ډير لږ تصادف كېږي چې د مقعد څخه يواځي وينه خارج شي د ويني دوامدار ضايع كېدو له كبله ناروغ انيميا پيدا كوي نادرا كوليونيک پوليپ د كولمي د تغلف سبب وګرځي او دتغلف او انسدادي اعراضو او علايمو په لوحه شفاخاني ته مراجعه او عملياتيږي

تشخيص:

د ناروغي تشخيص سريري تطاهراتو، سيګموئيدوسكوپي، كولونوسكوپي ، دباريوم راديوګرافي په واسطه په قطعي توګه وضع كېږي .

درملنه :

دا نوع پوليپونه خباثت خواته نه ځي نو وروسته د تخليوي امالي څخه په كولون كې تر كوم ځاي پوري سيګموئيد سكوپ داخليداي شي د سيګموئيدسكوپ له لاري پوليپونه (Excision)كېږي چې دا كار د Biopsy په واسطه په ډير اساني سره سرته رسيږي.

د كولون پوليپونه هغه وخت جراحي تداوي ته ضرورت پيدا كوي چې د شديد سريري اعراضو سبب وګرځي يا دا چې شمير يې ډير زيات وي او د فاميلي پوليپوز د پيدا كېدو خطر موجود وي په داسې حالاتو كې وروسته د لپروتومي څخه كولوستومي اجرا او پوليپونه ايستل كېږي دا ناروغي وروسته د عمليات څخه په لس فيصدو وقايعو كې نكس كوي او بيا پيدا كېږي.

www.ketabton.com

Hyper Plastic Polyp's -۲

Mucus د طبقي يو نرې راوتلي برخه ده چې عموما يو تر درې ملي مترو پورې قطر لري او نادرا تر پنځو ملي مترو پورې رسيږي په نورمال حالت ۵۰٪ کاهل اشخاص په خپل کولون کې دا نوع پوليپ لري له هغه ځايه چې دا پوليپ د مخاطي حجراتو د Division او Dysquamation د عدم توازن له کبله پيداکيږي د Hyperplastic نوم ورته ورکړ شوې دې.
دا پوليپ د سريري تظاهراتو د مينځ ته راتلو سبب ګرځي اما له دې کبله چې دا پوليپونه او نيوپلاستيک پوليپونه په عين عمر او عين موقعيت کې پيدا کيږي بايد د تفريقي تشخيص لپاره د کولون څخه وايستل شي چې تفريق يې د هستالوژي د معايني په واسطه اجرا کيږي.

Adenomatose Polyps -۳:

وقوعات:

دا ناروغي د ۲۰ کلني څخه ښکته نادرا پيدا کيږي او د ۲۰ کلني څخه پورته هر څومره چې سن زياتيږي په هماغه اندازه وقوعات يې هم اضافه کيږي.
دا پوليپونه ۷۳٪ د Rectum او Sigmoid په ښکتني برخو، ۲۰٪ د Sigmoid په پورتني برخه ۳٪ په Descending Colon او دوه فيصده په مستعرض کولون او Ascending Colonکې تصادف کيږي دا نوع پوليپونه عموما Multipleوي.

پتالوژي:

Adenomatose پوليپونه عموما د سويق لرونکې وي چې قطر يې د يو ملي متر څخه تر څو سانتي مترو پورې فرق کوي د پوليپ راس زيادتر Lobular وي.
د هستولوژي له نظره د پوليپ په اوږد مرکزي محور کې اوعيه او د هغه په سر منظم نسج ځاي لري چې دا ټول د يو طبقه مخاطي حجراتو په واسطه پوښ شوې دی.چې دا مخاطي حجرات دکولون د نورمال مخاطي غشاء په امتداد د پوليپ په سر جګ شوي دي.
۱۵٪ پوليپونه Villous عناصر احتوا کوي چې Adenomatose توبولار ساختمانونه لري او هر څومره چې ادنو پوليپ غټ وي په هماغه اندازه Villous ساختمانونه په کې ډير وي د سايتولوژي له نظره د Andenomatose پوليپ په ساختمان کې د خباثت نښه

www.ketabton.com

زیاتر نه لیدل کېږی یا په بل عبارت ښکاره حجروي Polymorphism غیر وصفي غدوي او حجروي ساختمانونه ، Hyperchromatism او زیات حجروي Mitosis چې په Carcinoma in situs دلالت کوي په Adenomatose پولیپوکې زیات موجود نه وي په کانسر کې د Adenomatose پولیپ تحول د زیات شمیر مولفینو له خوا تر مناقشې لاندې دی هغه محققین چې د Adenomatose پولیپ په کانسر کېدوکې طرفدار دې په لاندي ډول دلایل ارایه کوي.

۱- یو پر څلورمه برخه د کولون کانسر ناروغان د کولون پولیپ هم لري.

۲- د کولون او رکتوم کانسر او د پولیپ مهیه عوامل بیخي شباهت لري.

۳- کوم ناروغان چې فامیلي پولیپوز لري که د هغوي کولون ونه ایستل شي د ۴۰ کلني څخه مخکې د کانسر له کبله امکان لري مړ شي.

۴- کوم پولیپونه چې د سیګموئید سکوپ په ساحه کې سلیم ښکاري د وخت په تیریدو سره په کانسر ثابتیږي .

۵- واړه پولیپونه چې یو سانتي متر قطر لري زیات موجود وي او کانسر د کولون د یونیم سانتي متر څخه لږ قطر نه لري . او هر وړوکې پولیپ چې غټه شي کانسري کیږي.

هغه مولفین چې په کانسر کې د پولیپ تحول ته طرفدار نه دي په لاندي ډول استدلال کوي:

۱- څرنګه چې د اوږدي مودي لپاره Adenomatose پولیپ ناروغان تعقیب شوې دي او دا نوع پولیپونه کانسر خواته نه ځي .

۲- که ټول Adenomatose پولیپونه په خباثت تحول وکړي باید د کولون کانسري وقوعات فوق العاده زیات شي.

۳- د هغه کانسرونو هستولوژیک مطالعه چې د Polyp څخه منشاء اخیستي دې دا ادعا په ګوته کوي چې سلیم Adenomatose پولیپونه او کانسر یو ځاي موجود نه وي.

۴- Polyp د کولون په مینځ کې نسبت کانسر ته ژر نشونما کوي او د Colon پراخه برخه استیلا کوي اما کانسر یواځي او یواځي یوه برخه اشغالوي.

د پورتني مناشقي د مد نظر نیولو سره زیات شمیر جراحان او پتالوجستان په دې عقیده دي چې زیات شمیر Adenomatose پولیپونه چې له اوله سلیم دي همداسې سلیم پاتي کیږي او کوم Adenomatose کارسینوما چې خبیثت دي له اوله یې خباثت خاصیت درلوده.

www.ketabton.com

Villous Adenoma:

دا پوليپ د Papillary Adenoma په نامه يادېږي چې کانسري کېدو ته ميلان لري.

وقوعات:

د Adenomatose اتمه برخه پوليپونه ويلوزادنوما دي چې ۶۰% Villus Adenoma په ركتوم كې، ۲۰% په ركتوسيگموئيد ۱۰% په سيگموئيد او لس فيصده د Colon په نورو برخو كې موجود وي. د ماوفيدو متوسط سن ددې مرض لپاره ۶۳ كلني قبول شويدي او د ۴۵ كلني څخه ښكته نادرا تصادف كېږي.

پتالوژي:

د دې پوليپونو قاعده ډير غټه او په اساني سره سرحد يې نه تعينيږي او په خپله غټه وي قوام يې نرم او مخمل ډوله وي نوله دې كبله د جس په واسطه پيدا كول يې مشكل دي.

د پوليپ ثابتوالي د هغه ميلان خباثت خواته ثابتوي په تفتيش سره پوليپ خاثف او د توت يا مخمل په شكل ښكاري.

د مايكروسكوپيک معاينې له نظره يو شمير اوږد Villouse ذغابه څخه جوړ شوی دي چې د نوموړي ذغاباتو سطح د استواني اپيتل حجراتو څخه متشكل دى ددى حجراتو هسته فشرده شوې او دحجرى په قاعده كې موقعيت لري چې د نورمال څخه مخاط ډير لږ افرازوي.

په دې حجراتو كې د كانسري حجراتو اوصاف زيات ليدل كېږي كه د حجروي تجاوز په چارچاپيره انساجو كې وليدل شې ويلوزادنوماتوز كارسينوما ثابيتږي.

دادنوماتوز او ويلوز ادنوما سريري تظاهرات:

د ناروغی عمده سريري عرض د مقعد څخه د ويني او مخاط خارجيدل دي چې كله د غايطه موادو په سطح او كله په Segmental ډول جلا جلا غايطه مواد او وينه يا مخاط خارجيږي كتلوي نذف نادراموجود وي ناروغ هميشه حس كوي چې د تغوط يې ناتام وي.

پنځوس فيصده ناروغان د ګذري قبضيت، ناتام انسدادي حالت او د ګېډې د ښكتني برخو د كرمپ ډوله درد څخه شكايت كوي.

يو شمير ناروغان د مخاط لرونكې، ابګين غايطه موادو،ډنګرتوب او وزن بايللو څخه شكايت كوي او په ورځ كې د درې ليترو څخه زياد مخاط او ابګين غايطه مواد د مقعد له لاري خارجوي.

www.ketabton.com

لابراتواري معاينات:

د وينـي دسـيروم پـه معاينـه كـې شـديد هايپوپتاسـيميا،هاپيوكلوريميا او اكثـر هاپيوناتيريميـا او يوريميـا موجـود وي چـې ددى الكترولايتـو تشـوش اصـلاح كـول مخكې د عمليات څخه ضرور دي.

تشخيص:

د ناروغي قطعي تشخيص د ګوتي پـه واسـطه د مقعـدي معـايني سره، سـيګموئيد سكوپي فايبراوپتيک كولونوسكوپي او راديو ګرافي چې د كثيفه موادو سره اجرا كېږي.

۱- د ګوتي سره مقعدي معاينه:

كه پوليپ د ركتوم په ښكتني برخو كې موقعيت ولري د ګوتي په واسطه د جس وړ وي چې ددى معايني په واسطه د تومور غټوالي د هغه د سطح اوصاف او قوام يې معلومېږي

۲- سيګموئيد سكوپي:

۸۰٪ Adenomatose او ويلوز ادنوما ددى معاينى په واسطه تشخيص كېږي ځكه چې دا پوليپونه زيادتر په ركتوسيګموئيد ناحيه كې موقعيت لري ددى لپاره چې پوليپ كركتر معلوم شي چې ايا حباثت خواتـه تللي دى د څو پوليـپ څخه بايـد Biopsy واخستل شي سربيره ددي د بايوپسي اخستلو پـه وخت بايد پام وشي چې د مرضي نسج سره يو اندازه نومورمال مخاطي غشاء هم ونيول شي.

۳- رايو ګرافي د باريوم امالي څخه وروسته:

دباريوم د امالي څخه وروسته د راديو ګرافـي پـه پاڼه كې پوليـپ د يو منظم Defect د باريوم د خيال په سرحد معلومېږي چې امكان لري سويق ولري يـا دا چې بي سويقه او قاعده يي پراخه وي كوم پوليپونه چې د نيم يا دنيم سانتي مترو څخه لږ قطر ولري راديوګرافي په پاڼه كې نه معلومېږي.

۴- Fibro Optic Colonscopy :

كوم وخت چې د پوليپ سريري اعراض موجود وي اما سيګموئيد سكوپي او دباريوم راديوګرافي په واسطه ښكاره نشي پـه دې وخت Fibro optic Colonoscopy بايد اجرا شي او د هغه لـه لاري د مخصـوص پنسـونو پـه واسطه Biopsy واخستل شي كلـه كلـه

www.ketabton.com

ځیني Artifact په باریوم رادیو ګرافي کې موجود وي چې د هغه د تفریق د پولیپ سره ډیر مشکل دی او دا Artifacts امکان لري چې د غایطي کتلاتو، پاتي شوي غذايي غوړين کتلات، په کولون کې د هوا یا ګازاتو پوکانۍ او تکلس لمفاوي غدواتو په واسطه مینځ ته راځي چې په داسې حالاتو کې د Fibro optic Colonoscopy په واسطه تشخیص واضح کیږي.

درملنه:

د ادماتوز او ویلوز ادمانو پولیپونو تداوي یواځې د جراحي عملیات په واسطه اجرا کیږي اما د جراحي عملیاتو د Procedure انتخاب د پولیپ په غټوالي، خباثت، موقعیت او د پولیپونو شمیر او همداسې د کولون د ماوفیدو په پراخوالي پوري اړه لري.

هغه واړه پولیپونه چې د خباثت کرکتر نه لري د کولونوسکوپ له لاري باید وایستل شي. هغه غټ پولیپونه چې د مقعدي قنات د مسنن خط په اوه سانتي متري (Dentate Line) څخه پورته واقع وي یا هر هغه تومورونه چې په هر سایز کې وي اما د خباثت علایم په کې موجود وي باید د بطن له لاري مداخله صورت ونیسي او د کولمي هغه برخه چې تومور په کې موقعیت لري باید Resection شي.

هغه تومورونه چې د Dentate line د اوه سانتي متري څخه ښکته واقع دي د عجان له لاري باید عملیات شي.

Familial Polyposis:

وقوعات:

یو نادر ارثي ناروغي دې چې د ژوند په لومړي کالو کې د کولون او رکتوم زیات شمیر پولیپونه په دې جمله کې شاملیږي او که تداوي نشي ناروغ د کولون او رکتوم د کارسینوما د پیدا کیدو له کبله مړ کیږي<

په اوسط ډول ۲۰۰۰۰ ژوندي ولادتونو کې یوه پیښه فامیلي پولیپوز تصادف کوي دا ناروغی دواړه جنسونه په مساوي ډول ماوفوي او دواړه جنسونه ناروغي ته انتقال ورکولای شي.

www.ketabton.com

د یـوه Heterozygote هغـه غبرګـولي چـې یـوه یـې مـذکر او بـل یـي مونـث وي او یـو (Homozygtoe هغـه غبرګـولي چـې دواړه یـې مونـث او یـا مـذکر وي) ازدواج ددی سبب کیږي چې د دوي ۵۰% اولادونه یې دا ناروغي ولري همداسې کوم سړې چې غیر فامیلي پولیپوز لري امکان لري بل نسل ته پولیپوز ناروغي انتقال کړي.

پتوجنیزس:

کولونیک پولیپ امکان لري چې دولادت په وخت موجود نه وي اما په ۱۳ کلني کې زیات پیدا کیږي او په اوسط دول تر ۲۱ کلني پورې په ټول کولون او سیګموئید کې په سلهاو پولیپ پیداشي چې د یو ملي متر څخه تر یو سانتي مترو پورې غټوالي لري.

وړي کولمي معمولانه ماوفیږي پولیپ په لومړي مرحله په رکتوم او د کولون په Distal برخه کې پیداکیږي د پولیپ قاعده په لومړي وخت کې ډیر پنډ او غټ وي او وروسته ورو ورو د وخت په تیریدو سره نري کیږي او دسویق ډوله پولیپ په شکل ښکاري.

په ۷۵ پولیپـوز ناروغـانو کې چې د دوي عمر د ۱۴ کلنـي څخـه ښـکته وي ۶،۶۰% د هغوي مخکې د ۴۰ کلنی څخه د کانسر د پیدا کېدو له کبله مړه کیږي .

مایکروسـکوپیک معاینـه کـې تومـور یـو ادنومـاتوز پولیـپ دی چـې د کاهـل خلکـو د سینګل ادنوماتوز پولیپ په شکل وي څرنګه چې ویلوز عناصر د ادنوماتوز غدواتو سره یو ځاي په پولیپ کې موجود وي په Familial پولیپوز کې د هر یو پولیـپ خباثـت خواته د تحول کېدو قوت په جلا جلا ډیر کم وي اما که د پولیپونو شمیر په کولون کې د یو زر داني څخه اضافه شي حتما پولیپونه کانسر ته تحول کوي.

سریري تظاهرات:

ناروغ امکان لري چې هیڅ کوم تکلیف ونه لري یا دا چې یـواځې د ګېډې خفیـف درد ولـري پـه ځینـي پیښـو کـې د کولورکتـال کارسـینوما د نـاروغي لـومړي سـریري عـرض تشکېلوي اما زیـات شـمیر ناروغـان واضـح سـریري اعـراض او علایـم ښـکاره کـوي چـې عبارت دي له:

د بطني دردونـه ، وینـه او مخـاط لرونکـې غـایطـه مـواد چـې قـوام یـې ډیـر نـرم او د تغـوط شمیر زیات وي پـه دې صـورت نـاروغ ورځ پـه ورځ Anemic کیږي او خپـل وزن کمـوي

www.ketabton.com

،غټ پولیپونه د مقعد څخه ښکته پرولپس کوي یا دا چې دکولمي خوله بندوي او د کولمي د ناتام انسدادي اعراض د پیدا کېدو سبب ګرځي همداسې د کولمي تغلف لپاره زمینه مساعد یږي او کوم وخت چې دکولمي تغلف پیدا شو تام انسدادي اعراض مینځ ته راځي.

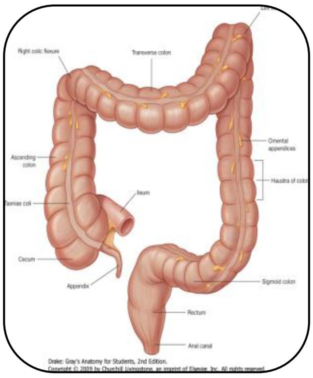
تشخیص:

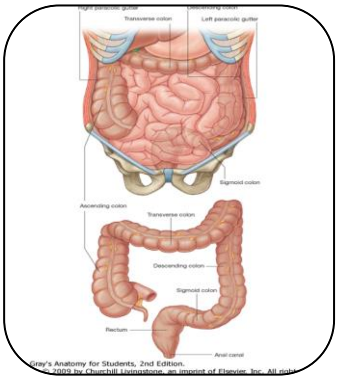
د ناروغي تشخیص سریري اعراضو، باریوم رادیوګرافي او سګموئید سکوپي په واسطه اجرا کېږی او د پولیپ نوعیت د بایوپسي او سایتولوژي معایناتو په واسطه تعینیږي.

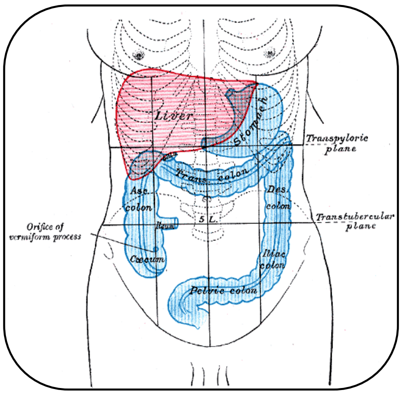
درمنله:

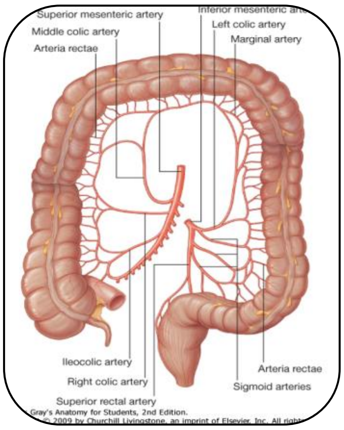
کوم وخت چې د familial پولیپ کانسر تشخیص وضع شوباید ناروغان عملیات لپاره اماده شی او د ګیډی د لاریTotalcolectomyاو د Abdominoperineal.

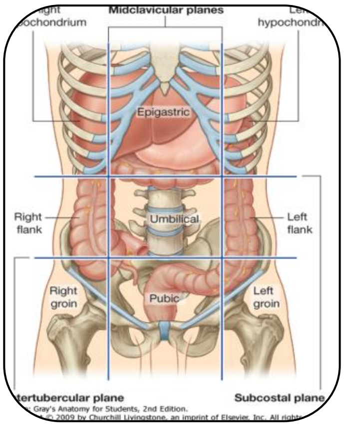
www.ketabton.com

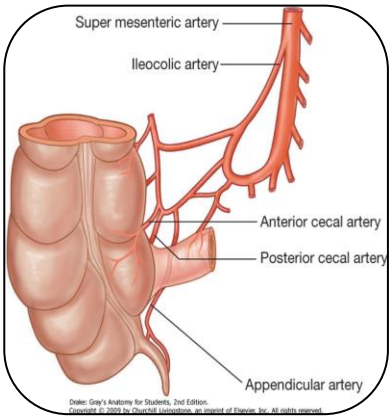


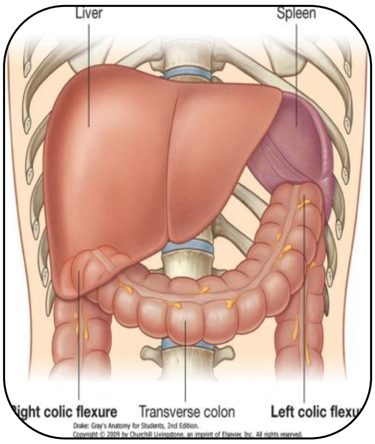


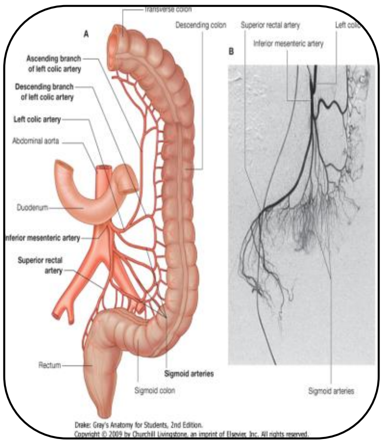


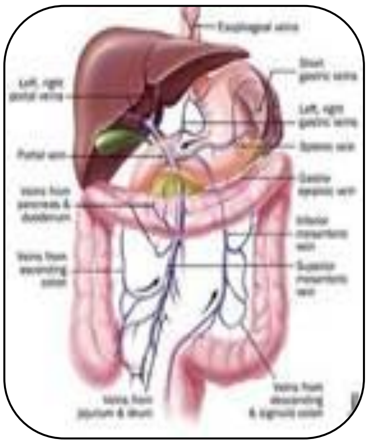




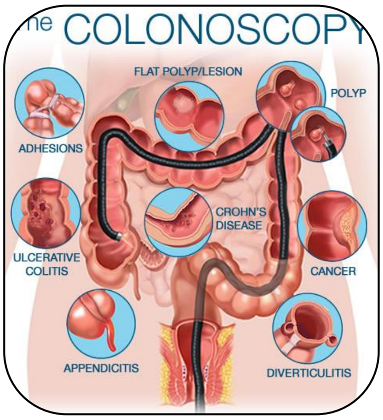


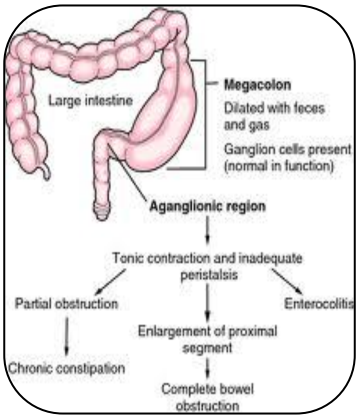


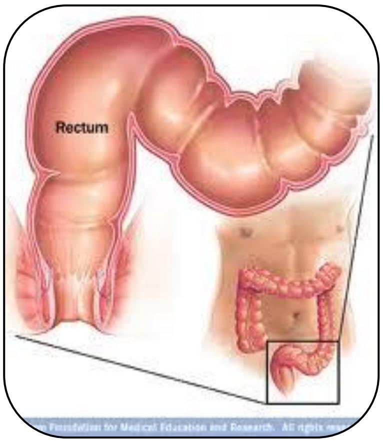


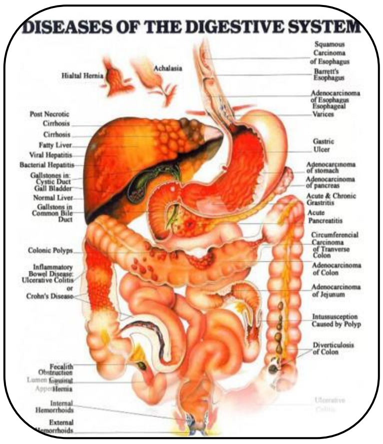


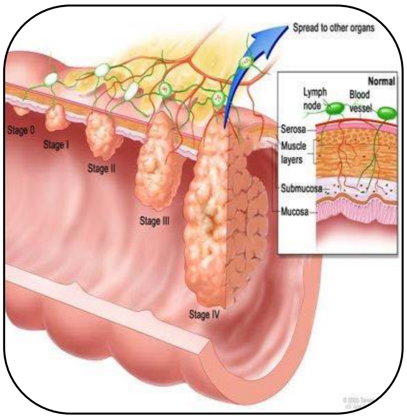
www.ketabton.com

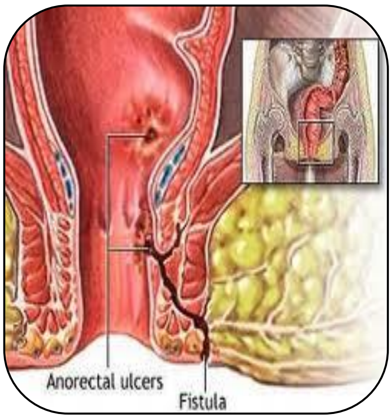


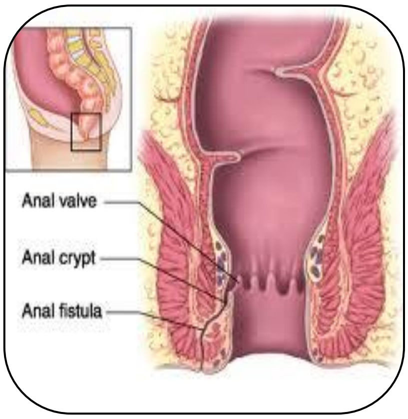




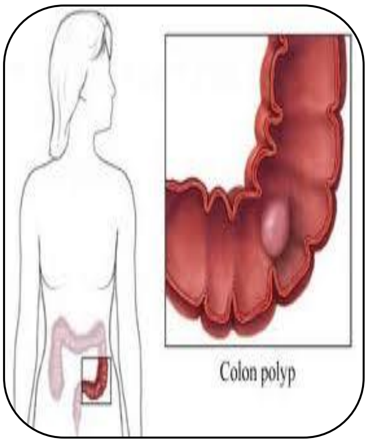


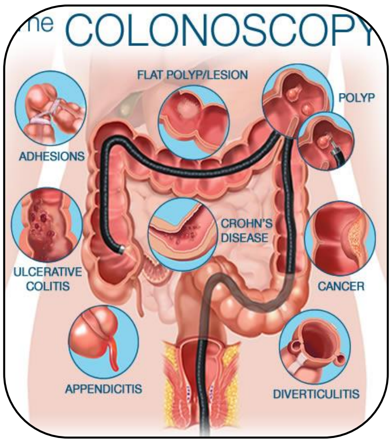


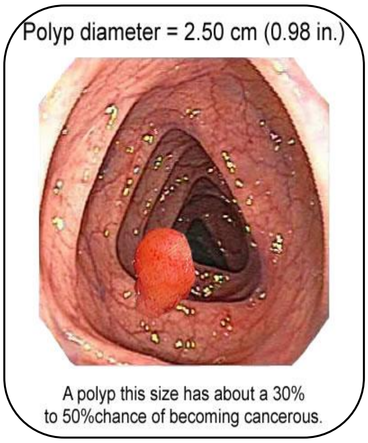


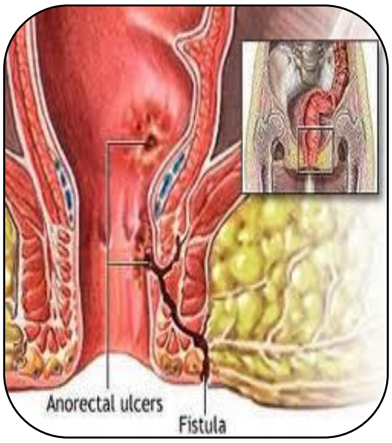


www.ketabton.com









www.ketabton.com

څلورم څپرکی

د اپنډکس ناروغۍ

اناتومیک تذکرات:

اپنډکس ویرمیفورم(Appendix vermiformis):

یوه استواني ډوله استطاله ده چې د سیکوم په انسي جدار کې د الیوسیکال د اتصالي برخي څخه دوه یا دري سانتي متره ښکته د هغه قاعده تثبیت ده په متوسط ډول اوو څخه تر اته سانتي مترو پوري اوږدوالي لري او تقریباً اوو څخه تر اته ملي متره خارجي قطر لري او لومن یي یا داخلي خوله یي یو څخه تر دري ملي متره قطر لري.

مجاورت:

Appendix vermiformis په نورمال حالت ښي iliac fossa کې قرارلري. د اپنډیکس په وحشي کې د سیکوم انسي جدار او قدام کې یي د وړو کولمو عروات او په خلف کې یي د ګېډې خلفي جدار ځاي لري.

د توپوګرافي له نظره د اپنډیکس قاعده د بطن په قدامي جدار کې په یوه داسې نقطه ترسیمیږي چې د Mc. Burney نقطي په نامه یادیږي.

که Umbilicus د spina iliac ant. Sup سره وصل کړو او دا خط په دري مساوي برخو تقسیم شي Mc. Burney نقطه د یو پر دري متوسطي او یو پر دري وحشي برخي په منځني نقطه کې واقع دي.

د اپنډکس تشریحي ساختمان:

اپنډیکس د څلورو طبقو څخه جوړ شویدي.

١. Tunica Serosa: چې د پریطوان یوه ورقه ده.
٢. Tunica Muscularis: چې د دوه طبقو څخه عبارت دي یوه یي سطحي طولاني او بل یي داخلي حلقوي عضلي الیاف.
٣. Tunica Submucosa: د منظم نسج څخه جوړ شوي ده چې زښت زیات لمفاوي حجرات احتوا کوي.
٤. Tunica Mucosa: چې د مخاطي حجراتو څخه جوړه شوي ده او د اپنډکس دنني سطح یي پوښ کړي ده.

www.ketabton.com

د اپنډکس او د سیکوم شرایین:

د مساریقي علوي شریان د ښي خوا څخه یوه شریاني شعبه د Anterior iliocolic په نامه جلا کېږي چې Angulas ilio cecalis خواته ځي او دي زاویې ته نږدې په دوه شعبو تقسیمیږي.

١. Art. Ilial: چې ددي شریان څخه یوه شعبه اپنډیکس ته راځي او هغه اروا کوي.

٢. Art. Cecalis Ant & Post. چې سیکوم اروا کوي.

د سیکوم او اپنډیکس اورده او شراین سره موازي او معکوس سیر لري او په مساریقي علوي ورید ختمیږي لمفاوي اوعیه یې الیو سیکال لمفاوي عقداتو ته رسیږي. د سیکوم او اپندیکس اعصاب د plexus Mesenteric Sup څخه منشا اخلي.

د اپنډیکس فزیولوژي او تکاملي سیر:

دوه هفتې وروسته دزیږیدو څخه د اپندیکس په مینځ کې لمفاوي نسج تشکل کوي وروسته ددي مودي څخه دوخت په تیریدو lymphoid Follicle د اپنډیکس په منځ کې زیاتیږي او د ١٢ کلني او ٢٠ کلني عمر په منځ کې د اپنډیکس په منځ کې د lymphoid د فولیکولو شمیر تقریبا ٢٠٠ عددو ته رسیږي.

وروسته ددي مودي څخه د فولیکولو په شمیر کې کموالي پیدا کېږي او په ٣٠ کلني کې د فولیکولو اعظمي شمیر نیمایي ته رسیږي او په ۶٠ کلني کې ټول lymphoid فولیکولونه د اپندیکس په مینځ کې د مینځه ځي. د ٢٠ کلني څخه وروسته lymphoid فولیکولونه ورو ورو اتروفي کوي او بلاخره په فبروزي نسج بدلیږي یا په بل عبارت په ۶٠ کلني کې د ټول فولیکولو پر ځاي فبروزي نسج تشکل کوي.

په تي لرونکې حیواناتو کې د اپندیکس په مینځ د lymphoid د فولیکولو تجمع وظیفه تر اوسه پوري سل په سلو کې معلومه نه ده اما یو شمیر مولفین عقیده لري چې د ستوني تانسلونه، په الیوم کې payer پلاکونه او Appendix vermiformis د immunoglobulin په تشکل کې مهم رول لري همداسې په ١٩۶۴ کال کې Mc. Vay د کولون کانسر او د اپنډیکس په مینځ کې یو ارتباط وښوده. په دي ډول چې د کولون کانسر زیاتره په هغه خلکو کې پیدا کېږي چې پخوا اپندکتومي شوي وي. هغه په دي

www.ketabton.com

برخه کې داسې نظریه څرګنده کړه چې اپنډیکس د یو محافظوي عضوي په حیث د کولون د ځیني حجروي تغیراتو څخه چې د ځیني کانسروژن موادو له کبله مینځته راځي مخنیوي کوي اما دا نظریه تراوسه پوري بیخي ثابته شوي نه ده.

د اپنډیکس دامراضو تصنیف:

د اپنډیکس د امراضو ولادي سوء تشکلات، د اپنډیکس رتج(diverticula)،د اپنډیکس duplication او د اپنډیکس ولادي نشتوالي فوق العاده لږ تصادف کوي.

د اپنډیکس ولادي کارسینوئید تومورونه او adenocacinoma په سریریاتو کې ډیر عمومیت نه لري.

د الیوم او سیکوم په ځیني امراضو کې لکه د الیوسیکال توبرکلوز، محرقه او Regional Enteritis اپنډیکس هم اشتراک کوي.

د اپنډیس التهابات په حاد او مزمن شکل مینځ ته راځي چې واقعات یي فوق العاده زیات دي.

حاد اپنډیسایتس (acute Appendicitis):

تعریف:

د اپنډیکس التهاب چې د اپنډیسایتس په نامه یادیږي په حاد شکل مینځ ته راځي او د بطني جراحي یوه عاجله واقعه ده چې وقوعات یي په ځیني غربي ممالکو کې زیات او په شرقي ممالکو کې لږ دي.

دا ناروغي په هر سن کې پیداکیږي اما د ۱۵ او ۳۰ کلني عمر په مینځ کې زیات تصادف کوي چې په دي ډول د اپنډیسایتس او د اپنډکس د لمفوئید فولیکولو د شمیر د زیاتوالي په مینځ یو ارتباط موجود دي.

د اپنډیسایتس اناتوموپتالوژیکې اشکالو تصنیف:

الف: د اپنډیکس د التهاب تصنیف د اپنډیکس د اناتومیک موقعیت له نظره:

۱. کلاسیک اپنډیا یتس

۲. Retrocecal اپنډیسایتس

۳. حوصلي(pelvic)اپنډیسایتس

www.ketabton.com

۴. Retroilial اپندیسایتس

۵. Bizorre اپندیسایتس

۶. Subhepatic اپندیسایتس

ب: د اپندیکس د التهاب تصنیف:

د اپندیکس د پتالوژیکې تغیراتو له نظره:

۱. Catarrhal اپندیسایتس

۲. ګانګرین شوي اپندیسایتس

۳. سوري شوي (Perforated) اپندیسایتس

۴. Obstructive اپندیسایتس

۵. مزمن اپندیسایتس

ج: د اپندیکس التهاب تصنیف د سن او د ناروغ د فیزیولوژیکې تغیراتو له نظره

۱. اپندیسایتس په ماشومانو کې

۲. اپندیسایتس په زړو خلکو کې

۳. اپندیسایتس په حامله ښځو کې

د حاد اپندیسایتس اسباب:

یواځیني عامل چې د حاد اپندیاسایتس په مینځ ته راتلو کې مهم رول لري د اپندیکس دلومن د proximal برخي بندوالي دي.

غایطي تیږه، د lymphoid انساجو هایپرتروفي، د میوه جاتو او حبوباتو داني، اسکریس چینجي، د اپندیکس په چار چاپیره د فبروزي بندونو موجودیت داپندیکس د لومن د بندوالي سبب ګرځي.

داحصایي له مخي په لومړي درجه غایطي تیږي، په دویمه درجه د lymphoid انساجو هایپرتروفي او په دریمه درجه د میوه جاتو او حبوباتو داني د اپندیکس لومن بندوي.

داپندیکس د lymphoid انساجو په هایپرتروفي کېدو کې غذایي رژیم ستر رول لري ځرنګه چې کوم خلک چې د هغه غذایي موادو څخه چې لږه بقیه ولري یا دا چې مخرش او اسیدي غیر قابل جذب مواد احتوا کوي استفاده وکړي په سیکوم کې د

www.ketabton.com

اوږدي مودي لپاره ددي موادو بند پاتي کېدل ددي سبب کېږي چې دسيکوم داخلي فشار جګ اود باکترياو د فعاليت له کبله د سيکوم جدار او د اپنديکس لمفوئيدحجرات ازيمايي او هايپرتروفيک کېږي.

پتوجنيزس:

کوم وخت چې د اپنديکس د لومن proximal برخه بنده شي په Appendix کې close loop انسدادي حالت پيدا کېږي څرنګه چې د بندی شوي برخي څخه په distal برخه کې د Appendix د مخاطي غشاء افرازات بند پاتي کېږي او ددي افرازاتو د زياتوالي سره موازي Appendix متوسع او Distended کېږي د نورمال Appendix لومن تقريبا ۰،۱ ml ليتر ظرفيت لری او کوم وخت چې د اپنديکس په مينځ کې تقريبا ml ۰٫۵ افرازات بند پاتي شي په دي وخت کې د Appendix د لومن فشار تقريبا cm ٦۰ اوبو ته جيګيږي او د Appendix د جدارد توسع سبب ګرځي.

د Appendix د جدار توسع حشوي مرصله عصبي الياف چې د درد مسئول دي تنبه کوي او په دي وخت ناروغ دګېډي په متوسطه برخه يا د اپي ګاستريک په ناحيه کې درد حس کوي. همداسې ددي عصبي اليافو دتنبه په اثر په لومړي مرحله کې د کولمو استداري حرکات هم زياتيږي او په نومړي ځايو کې د دردونو په څنګ ځيني وخت په ټوله ګېډه کې کرمپ ډوله درد ناروغ حس کوي.

وروسته د څو ساعتو څخه د Appendix توسع نه يوازي د Appendix د افرازتو د بندوالي له کبله مينځته راځي بلکه د Appendix د بند شوي افرازاتو په مينځ کې د باکتريا د فعاليت په اثرد Appendix داخلي فشار نور هم جيګيږي او توسع يي نوره هم اضافه کېږي چې په نتيجه کې لومړي د Appendix پر وريدي دوران باندي فشار وارديږي او د وريدي جريان د رکودت سبب ګرځي او له دي کبله په Appendix کې احتقان (congestion) مينځته راځي. د Appendix احتقان د پريطوان د تخريش سبب ګرځي او په دي وخت ناروغ ته زړه بدوالي او کانګي پيدا کېږي څرنګه چې Appendix ډير متوسع شوي دي نو پر سيروزا طبقه او مجاور پريطوان باندي فشار واردوي نو په دی وخت کې د موضعي درد د پيداکېدو سبب ګرځي. او ناروغ په وصفي ډول په R.L.Q

www.ketabton.com

کې درد حس کوي. د Appendix د احتقان د زیاتوالي په اثر د Appendix شریاني جریان هم مختل کیږي او له هغه ځایه چې د معدي معایي قنات د Appendix په شمول مخاطي غشاء د شریاني دوران د تشوش په مقابل کې فوق العاده حساسه دي نو په دي وخت د Appendix مخاطي غشاء په نکروز اخته کیږي.

او کومي بکتریاګاني چې د Appendix په مینځ موجودي دي ژورو طبقاتو ته تجاوز کوي. په دي مرحله کې د مړو انساجو اومکروبو توکسین د جذب په اثر ناروغ تبه، Tachycardia، Leukocytosis پیدا کوي. د مکروبونو د مداخلي او د اروایي تشوش د زیاتوالي په اثر د Appendix جدار تخریب او سوري کیږي.

په ځیني واقعو کې د Appendix حاد التهابي حالت په خپل ابتدایي مراحلو کې په Spontaneous توګه خاموش کیږي او مونږ زیات ناروغانو سره مخامخ کیږو چې د Appendix التهاب څو حملي یي تیري کړي وي او التهابي حالت یي له منځه تللي وي. دا حادثه هغه وخت تصادف کیږي چې د Appendix خوله د یو نرمي غایطي تیګي په واسطه بنده شوي وي اود Appendix د داخلي فشار د زیاتوالي په اثر سیکوم خواته نوموړي تیګه بي ځایه کیږي او د Appendix د خولي د خلاصیدو په نتیجه کې د Appendix په مینځ بند شوي افرازات تخلیه او د Appendix توسع د مینځه ځي. یا دا چې د Appendix خوله د lymphoid حجراتو د هایپرتروفي د لري کیدو له کبله ازادیږي او په پاي کې د Appendix حاد التهابي حالت دمینځه ځي.

د حاد Appendicitis سریري تظاهرات:

کلاسیک اپندیایتس سریري تظاهرات:

اعراض:

الف : درد

په کلاسیک ډول درد په شروع کې په Epigastric یاد Umbilical په ناحیه کې حس کیږي چې دا دردونه کله ډیر شدید او کله د متناوب کرمپ ډوله درد په شکل حس کیږي چې وروسته دڅو ساعتو څخه (یانې د یوه څخه تر ۱۲ ساعتو پوري) او معمولاً د څلورو ساعتو څخه وروسته درد په R.L.Q کې موضعي کیږي.

www.ketabton.com

په ډیرو لږو واقعاتو کې درد له اوله په R.L.Q کې شروع کیږي او تر اخره پوري په نوموړي ځاي کې پاتي کیږي. د Appendix د درد موقعیت په وروستیو مرحلو کې د Appendix په اناتومیک موقعیت پوري اړه لري مثلا که Appendix نورمال موقعیت ولري او د هغه څوکه التهابي شوي وي امکان لري چې تقریبا په L.L.Q کې ناروغ درد حس کړي. د Retrocecal اپندیکس درد په Flank او د قطني ناحیې په خلف کې، د حوصلي اپندیسایتس درد په فوق العاني ناحیه کې او د Retroilial اپندیاسایتس درد د خصیوي درد په شان خصیه کې حس کیږي (د خصیوي شریان او دحالب دتخریش له کبله).

ب: بي اشتهایي:

یو ثابت او بارز عرض دي او که ناروغ بي اشتهایي ونه لري د اپندیسایتس په تشخیص کې د سریري له نظره داکتر شک پیدا کوي.

ج: کانګي:

۷۵٪ناروغان کانګې کوي چې دوامداره نه وي او معمولاً ناروغان یو یا دوه ځلې کانګې کوي.

د: قبضیت:

ډیر ناروغان مخکې د ګیډې د درد د شروع څخه قبضیت پیدا کوي او کوم وخت چې درد ورته پیدا شو داسې فکر کوي چې که قبضیت یې روغ شي د ګیډې درد هم د مینځه ځي ځیني ناروغان مخصوصا ماشومان د ګیډ د درد سره اسهال پیدا کوي.

علایم:

په حادAppendicitis کې حیاتي علایم چندان تغیر نه کوي تبه عموما یوه درجه جګه وي او نبض ډیر لږ سریع کیږي اما په هغه حالاتو کې چې Appendix اختلاطي شوي وي تبه او د نبض سرعت اضافه کیږي ناروغ معمولا په بستر کې ستون ستاخ څملي او خپلي پښي مخصوصا ښي ورون د قبض په حالت کې نیسي ځکه چې د ښي پښي په حرکت ورکولو یا غزولو سره درد په R.L.Q کې اضافه کیږي که Appendix نورمال موقعیت ولري Tenderness په Mc.Burney نقطه کې موجودوي(که د الیوم د هډوکې Ant/ Sup Iliac Spine څخه تر نامه پوري یو خط فرض کړو او دا خط په دري مساوي برخو تقسیم کړو Mc. Burney نقطه د وحشي او متوسطي برخي په اتصالي سرحد کې توافق کوي)

www.ketabton.com

Resving's sign هم په حاداپنديسايتس کې مثبت وي څرنګه چې پهI.L.C کې دجس په شکل فشار وارد شي په R.L.Q کې ناروغ زيادتر درد حس کوي همداسې په R.L.Q مخصوصا د پوستکې هغه برخه چې د بين الشوکې T۱۰، T۱۱ او T۱۲ اعصابو په واسطه تعصبيږي.

فرط حساسيت يا Coetaneous hypersthen موجود وي او دا فرط حساسيت هغه وخت معلوميږي چې داکتر R.L.Q پوستکې ته د دوه ګوتو په مينځ کې فشار ورکړي ناروغ د نورمال برخو په مقايسه شديد تر درد حس کوي د جس سره د ګېډې د جدار عضلي شخوالي د Appendix د التهاب د پرمختک سره موازي زياتيږي څرنګه چې په لومړي مراحلو کې د ګيدي د جدار شخوالي ارادي وي او ناروغ د درد دکموالي له خاطره ددي لپاره چې د ګېډې جدار حرکت ونکړي شخ نيسي اما د التهاب په پرمخ تللي وقايعو کې دا شخوالي غير ارادي کيږي.

د پاسني علايمو موقعيت د Appendix د اناتوميک موقعيت په اساس تغير کوي مثلا که اپنديکس Retrocecal موقعيت ولري تندرنس، عضلي شخوالي او د پوستکې فرط حساسيت امکان لري په Flank ناحيه کې زياتره بارز وي، که التهابي Appendix حوصلي موقعيت ولري د ګېډې په جدار کې امکان لري علايم ډير بارز نه وي برخلاف په مقعدي معاينه کې د رکتوم په جدارکې علايم بارز وي او کوم وخت چې په جوف دوګلاس (culde sac)کې د ګوتي په واسطه فشار وارد شي ناروغ په Suprapubic ناحيه کې درد حس کوي.

که Appendix نورمال يا Retrocecal يا iliocecal اناتوميک موقعيت ولري او په التهاب اخته شي د مجاوري عضلي د تخريش علايم هم موجود وي چې دا علايم دPsoas علامي په نامه ياديږي. ددي علامي د معلومولو لپاره ناروغ بايد په چپ اړخ څملوو او داکتر دناروغ ښي ورون په Hyperextention حالت راوړي چې په دي وخت iliopsoas عضله جي د هغه په سر Appendix قرار لري قدام خواته انتشار واردوي او د ناروغ درد اضافه کيږي.

www.ketabton.com

همداسې Obturator علامه د Appendix په التهاب کې مثبت وی په دی تست کې ناروغ ستون ستاغ څملی او داکتر د هغه ښی ورون ته چې د ګیډی په سر۹۰ درجی د قبض په حالت کې وی داخل خواته تدور ورکوی پدی وخت کې Obturator internus پر Appendixباندی فشار واردوی او د ناروغ درد اضافه کیږی.

د Retrocecal اپندیسایتس بارز علایم د سریري له نظره:

زړه بدوالي او کانګي ډیر عمومیت نه لري او حتي نوي او ددي ډول اپندیسایتس علایم زیاتره په Flank ناحیه کې موجود وي. ناروغ قبضیت نه لري او حتي په ځیني وقایعو کې اسهال موجود وي.

په دي نوع اپندیسایتس کې له هغه ځایه چې Appendix د حالب په څنګ کې واقع وي نو ناروغان د تشو متیازو د Frequency او حتي لږ Hematuria څخه شکایت کوي البته د Dysuria په شکل)

د حوصلي اپندیسایتس بارز سریري تظاهرات:

د Gastroenteritis د سریري تظاهراتو سره ډیر شباهت لري او د ګېډي په جدار کې د اپندیسایتس په پرمختللي مرحلو کې اعراض او علایم موجود نه وي. ناروغ په خپله ګېډه کې مخصوصا د ګېډي په ښکتني برخو کې مبهم دردونه حس کوي زړه بدوالي، کانګي او اسهال ډیر بارز وي او که دا نوع اپندیسایتس د Gastroenteritis په اپیدیمي وخت کې تصادف وکړي تشخیص یی د دقیق معایناتو په واسطه وضع کیږي. په غیر ددي امکان لري چې داکتر سهوه وکړی، د اپندیسایتس په دي شکل کې ناروغ امکان لري چې دوامداره اسهال ولري ځکه چې التهابي Appendixد sigmoid په څنګ کې واقع او د هغه دجدار د دوامداره تخریش سبب ګرځي.

په شروع کې د مقعدي اوبطني معاینې پواسطه د Appendix سریري علایم موجود نه وي اما د ناروغي د شروع څخه تقریبا ۶ یا ۷ ساعته وروسته څرنګه چې مخکې ذکر شو د دوګلاس د جوف د فشار ورکولو په واسطه ناروغ په Suprapubic ناحیه کې درد حس کوي.

www.ketabton.com

Retroilial اپندیسایتس سریري تظاهرات:

د Retrocecal اپندیسایتس په شان سریري تظاهرات لري اما Hematuria موجوده نه وي او له هغه ځایه چې تشخیص یې مشکل دی عموما دالیوم په خلف کې اپندیکس سوري کېږي او د ګېډې په دننه ابسي جوړوي اودداخلي بطني ابسي سریري تظاهرات ښکاره کوي.

د obstructor اپندیسایتس بارز سریري تظاهرات:

داپندیکس دتام بندش څخه وروسته شدیدالتهابي حالت مینځته راځي چې د Appendix داوعیو د بندش سبب کرځي. او اپندیکس ژر ګانګرین او سوري کېږي په دي وخت کې ناروغ په خپله ګېډه کې شدید کولیک ډوله درد حس کوي او درد حتي تر دي اندازي پوري شدید وي چې دمساریقي شریان د حاد بندوالي یا دوړو کولمو اختناقي انسداد ته فکراوړي.

د اپندیایتس د Bizzorre شکل بارز سریري تظاهرات:

دکولون ولادي Malrotation له کبله سیکوم په L.L.Q کې موقعیت لري او د اپندیکس التهاب د Sigmoid د ددیوتیکولایتس سره مغالطه کېږي او د سیګموئید د دیورتیکولایتس په نامه ناروغ عملیات کېږي او قطعي تشخیص د عملیات په وخت کې ایښودل کېږي.

په هغه حالاتو کې چې سیکوم نورمال اناتومیک موقعیت ولري اماAppendix د نورمال څخه ډیر اوږد وي د Appendix څوکه امکان لري چې حتي تر ځیګر پوري ورسیږي په دي وخت کې داپندیکس التهاب د کولي سیستایتس یا د اثناء عشر د قرحي د سوري کېدو سره مغالطه کېږي.

د حاد اپندیسایتس تشخیص:

د حاد اپندیسایتس تشخیص د سریري تظاهراتو او لابراتواري معایناتو پواسطه وضع کېږي چې سریري تظاهرات یې مخکې ذکرشول او په لابراتواري معایناتو کې د ویني د سپین کرویاتو په شمیر کې زیاتوالي د اپندیسایتس لپاره وصفي دي او د ۱۰۰۰۰ څخه د ۱۸۰۰۰پوري په یو ملي لیتر مکعب کې جیګیږي په Differential معاینه کې د

www.ketabton.com

ځوان سپین کریواتو شمیر زیات او حتي ۱۵ فیصدو ته رسیږي او د ۷۵ فیصده ناروغانو نوتروفیل د ۷۵ فیصده څخه جیګ وي په هغه حالاتو کې چې اپندیکس سوري شوي وي د سپینو کرویاتو شمیر د ۱۸۰۰۰ څخه زیات وي.

د تشو میتازو عادي معاینه نورمال وي اما د Retrocecal او Pelvic اپندیسایتس په حالاتو کې چې التهابي اپندیکس د حالب یا مثاني په څنګ کې قرار لري د تشو میتیازو په معاینه کې امکان لري البومین یو مثبت او په هره ساحه د میکروسکوپ کې ۶ یا ۷ داني سپین کرویات موجود وي اما لکه د بولي لاري په انتاناتو کې چې Bacilluria موجوده وي په دي ځاي کې موجوده نه وي.

رادیولوژیک معاینات:

حاد اپندیسایتس د تاریخچې او سریري تظاهراتو له مخي بدون د رادیوګرافي تشخیص کېږي اما په هغه حالاتو کې چې داکتر د اپندیسایتس د تشخیص په هکله مشکوک وي یا داچې ناروغ ډیر ځوان یا فوق العاده زوړ وي یا اپندیسایتس اختلاطي شوي وي په لومړي حالت کې د تفریقي تشخیص او په دویم حالت کې د تشخیص د تایید لپاره د ګېډې ساده رادیوګرافي باارزښته بلل کېږي.

د ګېډې په ساده رادیوګرافي کې په R.L.Q کې موضعي هوا او ګاز سویه (Air fluid level) په همدي ناحیه کې د رخوه اقسامو کثافت زیاتوالي موجود وي او هر څومره چې د اپندیکس التهاب پرمختګ وکړی په هماغه اندازه رادیولوژیک تظاهرات بارز وي او که التهابي اپندیسایتس سوري شوي وي که د ناروغ د ګېډې څخه د ولاړې په وضعیت رادیوګرافي اجرا شي د حجاب حاجز او ځیګر ترمینځ هوایي فاصله معلومیږي.

په ماشومانو کې چې هغوي خپله تاریخچه په صحیح ډول ویلاي نشي اود سریري له نظره د اپندیسایتس تشخیص مشکل دي د باریوم د امالي څخه وروسته د سیکوم رادیوګرافي د تشخیص په هکله ښه کومک کوي چې که د سیکوم په څوکه کې د باریوم په واسطه ډک نه شي معني یي داده چې لومن یي د التهاب له کبله بند شوي او اپندیکس التهابي دي.

www.ketabton.com

سونوګرافيک معاينات:

د Appendicitis په تشخيص کې فشاري سونوګرافي (Graded compression sonogrophy) با ارزښته معاينه ده چې التهابي شوی اپنډکس د يو غټ قوس په ډول چې پړسېدلی وي او Peristalsis نه لري د سيکوم په څوکه کې ليدل کېږي او د اپنډکس قدامي خلفي قطر د Probe د فشار ور کولو پواسطه اندازه کېږي او په هغه حالاتو کې چې د اپنډکس خوله د غايطي تيږې يا د نورو حبوباتو د زړو سره بنده شوي وي معلومېږي، سربېره د دې د اپنډکس التهاب په تفريقي تشخيص کې Overian cyst، Sulphengitis او خارجي رحمي حمل سره هم امکان لري.

توپيري تشخيص:

حاد اپنديسايتس بايد له لاندي امراضو سره توپيري تشخيص شي.

د مساريقي د حاد ادينايتس سره Acute Mesenteric Adenitis :

دا ناروغي چې زياتره په ماشومانو کې پيداکېږي د اپنديسايتس سره مغالطه کېږي او بايد تفريق شي په مساريقي حاد ادينايتس کې ماشومان د تنفسي لاري د پاسني برخي فعال انتان لري يا دا چې ددي برخي انتاني حالت مخ په شفا کېدو وي د R.L.Q درد نسبت اپنديسايتس ته خفيف او په نومورې ځاي کې منتشر وي په ناحيه کې د ګېډې د جدار حقيقی شخوالی لکه چې په اپنديسايتس کې موجود وی نه وی تقريبا د ماشوم په ټول وجود کې لمفاوي غدواتو ضخامه موجوده وي او د ويني په معاينه کې لمفوسيتوزيس ليدل کېږي سره له دي هم ددي دواړو ناروغيوتفريق مشکل دي.

د حاد ګسترو انترايتس سره Acute Gastroenteritis:

دا ناروغي مخصوصا ويروسي Gastroenteritis عموما په ځوان ماشومانو کې پيدا کېږي.
د ناروغ د ګېډې د Cramp ډوله درد سره يو ځاي اوبګين اسهال، زړه بدوالي او کانګي لري. حالانکه په Appendicitis کې د ګېډې د درد څخه څو ساعته وروسته ناروغ ته لږه اندازه زړه بدوالي او کانګي پيدا کېږي.

www.ketabton.com

په Acute Gastroenteritis کې د دوه ګرمپ ډوله دردونه په مینځ کې ناروغ په خپله ګېډه کې درد نه حس کوي په R.L.Q کې درد هیڅ وخت موضعي نه وي او د ویني لابراتواري معاینات نورمال وي.

په سلمونیلا Gastroenteritis کې د ګېډې درد او هضمي تشوشات د ویروسي Gastroenteritis سره شباهت لري اما په ځیني ناروغانو کې د ګېډې درد په ښي حرقفي حفره کې موضعي پاتي کېږي او Rebound Tenderness موجود وي، ناروغان عموما شدیده تبه لري چې د لړزې سره شروع کېږي ،د سپینو کرویاتو شمیر نورمال وي او په وینه کې Salmonella په سلو کې سل تثبیتیږي.

Yersiniosis (۳:

د حیواناتوهضمي انتانات د Yersinia Enterocolitis او Y.Pseudotuberculo په شکل ډیر عمومیت لري.

yersinia د حیواناتو د غایطه موادو په واسطه محیط ته انتشار کوي او کوم سابه چې د منتن حیواناتو د غایطه موادو سره ملوث شي او د انسانانو له خوا وخوړل شي د انسان هضمي جهاز هم د Yersinia پواسطه التهابي کېږي او Yersiniosis Enterocolitis مینځ ته راځي.

په دي ناروغي کې ناروغ تبه، اسهال، کانګي د ګېډې درد مخصوصا د ګېډې په ښي ښکتني برخو کې اود مساریقي د لمفاوي غدواتو التهاب موجود وي چې پاسني اعراض د Appendicitis اعراضو سره شباهت لري.

اما تشخیص یې د غایطه موادو دمعایني په واسطه وضع کېږي ځرنګه چې د غایطه موادو په مینځ کې Yersiniosis تثبیت او Yer.Enterocolitis تشخیصیږي.

دا میکروارګانیزم د Kanamycine, Ampicillin, Erythromycin او Tetracycline سره حساس دي.

۴- د ښي حالب او د ښي پښتورګي د تیږو سره:

د ښي حالب او ښي پښتورګي تیږې د Retrocecal او دحوصلي Appendicitis په شان اعراض ورکوي اما د حالب او د پښتورګو دتیږې دردونه ښکته خوا یا قدام خواته

www.ketabton.com

انتشار لري سربیره ددي په مشکوکو حالاتو کې د ګیډي د ساده رادیوګرافي په واسطه د حالب او پښتورګو تیږي ښکاره او تشخیص وضع کیږي.

۵- **Acute Pyelonephritis** سره:

دښي طرف Pyelonephritis زیاتره د حاد Retroilial اپندیسایتس سره اشتباه کیږي اما د ضلعي فقري زاویي شخوالي او حساسیت،د تشو میتیازو په معاینه کې د زوي او باکتریاو تثبیتیدل د پیالونفرایتس تشخیص وضع کوي.

۶- د میکل دیورتیکول سره:

د دي مرض سریري لوحه بیخي د Appendicitis سره ورته والي لري اوله هغه ځایه چې دمیکل دیورتیکول سیر، اختلاطات او تداوي د اپندیسایتس په شان دي نو تفریق تشخیص ته ضرورت نه حس کیږي.

۷- د تغلف یا **Intussusceptions** سره:

دکولمو تغلف زیاتره په هغه ماشومانو کې پیداکیږي چې ددوو کالو څخه لږ عمر ولري برخلاف Appendicitis په دي سن کې ډیر لږ تصادف کیږي.

د تغلف په حالاتو کې ماشوم په خپل ګیډه کې Periodic ډول شدید درد حس کوي اود درد د حملو په مینځ کې ماشوم ارام وي.وروسته د څو ساعتو څخه د ماشوم د مقعد څخه وینه او مخاط لرونکې غایطه مواد خارجیږي. او په دي وخت کې په R.L.Q کې یوه اوږده کتله دجس وړ وي.

د پورتني اعراضو په واسطه د تغلف تشخیص واضح اوکه د peritonitis اعراض تاسس کړی نوي د باریوم د امالي پواسطه ارجاع او انسدادي حالت د مینځه ځي حال دا چې که Appendicitis موضوع د بحث وي باریوم اماله د ماشوم د مرګ سبب ګرځي.

۸- **Regional Enteritis** سره:

ددي ناروغي سریري تظاهرات د حاد اپندیسایتس سریري تظاهراتو سره ډیر شباهت لري اما د مرض مزمن سیر هغه د Appendicitis سره جلا کوي، خو بیا هم د Regional Enteritis ناروغانو ګیډه مخصوصا د ناروغي په لومړیو مراحلو کې د Appendicitis په نامه خلاصه او د عملیات په وخت کې حقیقي تشخیص کیږي.

www.ketabton.com

۹- Honica Schonlein Purpura سره:

وروسته د دوه یا دري هفتو د Streptococcal انتان څخه ناروغ په خپله ګېډه کې درد حس کوي او له هغه ځایه چې د ګېډې د درد په څنګ کې د بندونو درد، Purpura او د Nephrite اعراض او علایم هم موجود دي نو تفریق یې د Appendicitis سره مشکل نه دي.

۱۰- د P.I.D یا د حوصلي التهابي امراضو سره:

دحوصلي د التهابي امراضو د جملې څخه Salphangitis زیاتره د حاد Appendicitis سره مغالطه کېږي او دا مغالطه هغه وخت زیات تصادف کوي چې Salphangitis یوه طرفه او په ښي طرف کې وي په دي وخت کې چې کوم شي په تفریقي تشخیص کې ډیر مهم دي هغه دادي چې په Salphangitis کې د رحم د غاړي حرکات د مهبلي معاینې په اثر دردناکه او د رحم د غاړي په زوه لرونکو افرازاتو کې میکرواورګانیزم او مخصوصا Diplococci تشبیتیږي.

۱۱- د Ruptured Graafian follicle:

د مبیض د فولیکولو د څیري کېدو سره یوه اندازه وینه او د مبیض مایعات د پریطوان ازاد جوف ته توئیږي او د ګېډې په چپ یا ښي طرف کې (نظر په موقعیت د افت) ناروغ شدید درد حس کوي.

دغه حادثه که په ښي طرف کې صورت ونیسي د Appendicitis سره اشتباه کېږي. که د ناروغ څخه په ډیر دقت سره مشاهده واخستل شي معلومیږي چې نوموړي درد دحیض د دوري نیمایي وخت کې پیدا شوي دي، درد په اوله کې شدید او د وخت په تیریدو سره ورو ورو د مینځه ځي، ناروغ تبه نه لري او Leukocytosis موجود نه وي.

۱۲- دخارجي رحمي حمل سره Ruptured Ectopic Pregnancy:

دا حالت وروسته د دوه یا دري میاشتو د تحیض د قطع کېدو څخه پیدا کېږي ناروغه په ناڅاپي ډول د ګېډې په ښکتني برخو کې شدید درد حس کوي او د Hypovolumia اعراض مینځ ته راځي.

په مهبلی معاینه کې د مبیض په څنګ مخصوصا په ښي طرف (که خارج رحمي حمل په ښي طرف واقع شوي وي) یوه بله حساسه او دردناکه کتله جس کېږي. د

www.ketabton.com

Culdocentesis په واسطه د دوګلاس د جوف څخه داسې وینه خارجیږي چې هیڅ نه پیژندل کیږي.

۱۳- د مبیض د سیست د تدور سره:

که سیست غټ وي تشخیص تر یوي اندازي پوري اسان دي او که سیست وړوکې وي تفریق یي د حاد Appendicitis او مخصوصا د حادي حوصلي Appendicitis سره مشکل وي ځکه چې سریري اعراض او علایم بیخي د Appendicitis سره شباهت لري که د عمومي انستیزي تر شرایطو لاندي مهبلي معاینه اجرا شي امکان لري چې تدور کړي سیست په حوصله کې جس شي. له هغه ځایه چې په دواړو حالاتو کې جراحي تداوي استطباب لري نو بهتره ده چې عملیات ته اقدام وشي.

۱۴- د Epiploic Appendicitis سره:

Epiploic Appendix هغه وخت په التهاب اخته کیږي چې تدور یي کړي وي د سریري اعراضو له نظره ناروغ یواځې دردحس کوي زړه بدوالي اوکانګي معمولا موجود نه وي او له هغه ځایه چې د ګېډې درد په دوامداره ډول په یوه نقطه کې پاتي کیږي نو تر څو چې بطن خلاص او Epiploic Appendix چې التهابي شوي دي ونه ایستل شي درد نه ورکیږي.

۱۵- د نورو امراضو سره

Appendicitis د یو زیات شمیر نورو امراضو سره هم کله کله مغالطه کیږي چې تفریقي تشخیص ته ضرورت پیداکیږي او دا امراض عبارت دي له: مزمن Pancreatitis، Diverticulitis ، د مثاني التهاب، د خصیي تدور او نور چې په مربوطه مباحثو کې تشریح کیږي.

۱۶-Compylobacter Jejuni سره:

ناروغ شدید اسهال لري د ګېډې درد یا اپنډیسایټس سره ورته والی لري خو تشخیص یې د غایطه موادو د معاینې پواسطه کیږي.

www.ketabton.com

د حاد اپنديسايتس اختلاطات:

کوم وخت چې Appendicitis ناروغ بي له تداوي پاتي شي دAppendix التهاب پرمختګ کوي او امکان لري چې Appendix سوري شي يا دا چې پيالي فلبايتس مينځته راشي.

۱) که د التهابي Appendix سوري وړوکې وي يا دعضويت دفاعي ميخانيکېت زيات وي:

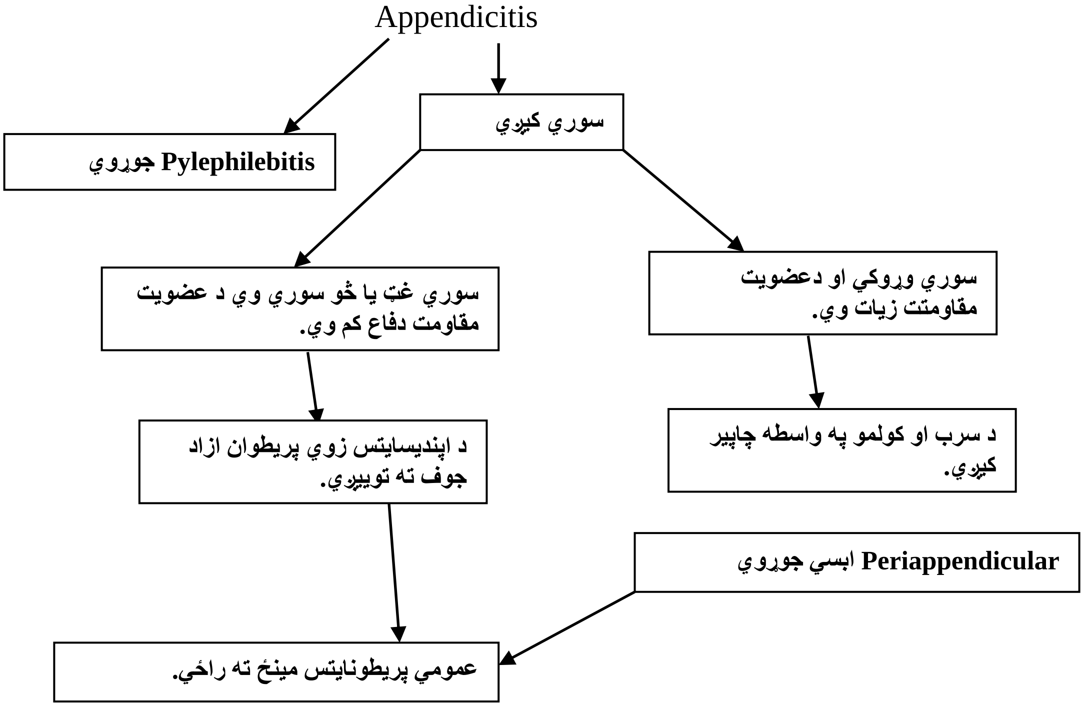
الف: **Per appendicular Mass**:

کوم وخت چې دالتهابي Appendix سوري ډير وړوکې وي يا دا چې دعضويت دفاعي ميخانيکېت قوي وي د سورى څخه کومه لږه اندازه زوي چې خارجيږي او د پريطوان د تخريش سبب ګرځي په دي وخت سوري شوي ناحيه د Omentum او د کولمو د عرواتو په واسطه چاپير کيږي او د اپنديکس التهابي ارتشاح په نومړو اعضاو کې داخل او يوه کتله جوړوي چې Periappendicular mass په نامه ياديږي. د سريري له نظره د Appendicitis اعراض او علايم شدت پيدا کوي او په فزيکې معاينه کې په R.L.Q کې يوه کتله جس کيږي چې حدود يي د داکتر له خوا په صحيح ډول تعينيداي نشي او د شديد جس کولو څخه بايد ډډه وشي په غير ددي امکان لري چې کتله تخريب او عمومي Peritonitis مينځ ته راشي. همداسې په دي مرحله کې د luxative دواګانو څخه چې دغير فني اشخاصو له خوا په محلاتو کې توصيه کيږي بايد ډډه وشي ځکه چې ددي دوا په واسطه د کولمو استداري حرکات اضافه او انتان انتشار کوي.

ب: **Periappendicular** ابسي:

که periappendicular Mass بي د تداوي پاتي شي په مرکز د کتله کې چې سوري شوي اپنديکس قرار لري التهاب فعاليت کوي او زوي په مترقي ډول اضافه کيږي چې په نتيجه کې Abscess مينځ ته راځي چې د periappendicular ابسي په نامه ياديږي.

www.ketabton.com



د سریري له نظره د ناروغ درد او سریري تظاهرات نور هم اضافه کیږي په فزیکي معاینه کې په R.L.Q کې یو محدوده شوي کتله موجوده وي چې مرکز یې نرم او Fluctuate وي.

ج: عمومي پریطونایتس:

که periappendicular ابسي دریناژ نه شي په هغه حالاتو کې چې appendicitis حوصلی موقعیت ولري ابسي امکان لري چې په رکتوم کې درناژ شي. او که نورمال موقعیت ولري په بنفسهي ډول د کولمو د استداري حرکاتو په واسطه جدار د ابسي تخریب او زوې د پریطوان په ازاد جوف کې توئیږي او عمومي Peritonitis پیدا کیږي.

یا دا چې د قوي جس په واسطه او یا وروسته د غیر فني تداوي ګانو پواسطه لکه د جلاب د خوړلو یا اماله کولو څخه وروسته د ابسي جدار څیري کیږي او عمومي Peritonitis مینځته راځي.

۲) که التهابي Appendix څو ځایه سوري شوي وي یا دا چې سوري لوي وي او دعضویت دفاعي میخانیکیت کم وي. د التهابي Appendix څخه زیات اندازه زوي د پریطوان په ازاد جوف کې په ناڅاپي ډول توئیږي کولمو او سرب ته

www.ketabton.com

دومره موقع نه پیداکېږي چې سوري شوي ځاي چاپیره او محدود کړي. په دې ډول راساً عمومي Peritonitis مینځته راځي.

۳) **Pyle phlebitis**:

د باب ورید د تقیحي Thrombophlebitis څخه عبارت دې چې په سیر د اپندیسایتس مینځ ته راځی او دسریري له نظره د ناروغ تبه شدیده او د لرزي سره ملګر ي وي ناروغ خفیفه زیړي پیداکوي ،څو ساعته یا څو ورځې وروسته د ځیګر ناحیه دردناکه او ځیګر غټیږي، د ځیګر د ابسي اعراض هم پیدا کېږي، بلاخره د ناروغ وضع وخیمه او Septic شاک خواته ځي او زر مړ کېږي.

که د Appendicitis مکروبي عامل انایروبیک مکروبونه وي کوم وخت چې Pylophlebitis د شدید تبي او لرزي سره شروع شي د باب ورید تر مینځ هوا داخله او په ظرف د څو ساعتو کې ناروغ Septic shock ته داخل او مړ کېږي.

Appendicitis په ماشومانو کې:

په ماشومانو کې حاد Appendicitis نسبت کاهل خلکو ته ډیر وخیم او خطرناک سیر کوي ځکه چې:

۱- د Appendix التهاب په ماشومانو کې نسبت کاهل خلکو ته سریع سیر لري او ژر سوري کېږي، له همدي کبله ده چې ماشومان زیادتره د Peritonitis په لوحه کې روغتون ته مراجعه کوي.

۲- د انتان په مقابل کې د ماشومانو مقاومت نسبت کاهلانو ته لږ دي.

۳- د Appendicitis سریري اعراض په ماشومانو کې د ډیر لږ مقدار Analgesic تطبیق څخه بیخي د مینځه ځي او داکتر اشتباه سره مخامخ کوي. او وروسته د مسکن د دوا د تاثیراتو مینځه تلوڅخه ژر د Peritonitis لوحه تاسس کوی لدی کبله په ماشومانو کې هیڅ وخت او حتي ډیر لږ مسکن هم باید استعمال نه شي، تر څو چې د ګېډې سریري لوحه واضح او ښکاره پاتي شي.

۴- ماشومان د غټانو په ډول خپل شکایت نشي ویلاي له دي کبله تشخیص یواځې د فزیکي او لابراتواري معایناتو په اساس وضع کېږي او له هغه ځایه چې د

www.ketabton.com

ماشومانو Appendicitis سریري علایم د سړي د قاعدې او د پښتورګو د امراضو د علایمو سره شباهت لري نو تشخیص هغه وخت صورت نیسي چې د Peritonitis اصلي لوحه تاسس کړي وي.

سریري تظاهرات:

۱- **درد:** چې په خپله ماشوم د درد ځاي نشي ښودلاي ځکه چې معمولاً په ماشومانو کې Appendix غټ او د ګېډې حجم لږ وي.

۲- **کانګي:** نسبت کاهلانو ته فوق العاده شدیدي او شمیر یې زیات وي.

۳- **اسهال:** په زیات شمیر Appendicitis ماشومانو کې سره له دي چې Appendix نورمال اناتومیک موقعیت ولري اسهال موجود وي.

۴- **تبه او نبض:** په ماشومانو کې نسبت کاهلانو ته د Appendicitis په حالت کې تبه او نبض ډیر سریع وي او د ناروغۍ په پرمختللي وقایعو کې برخلاف Bradycardia او Arythmia موجوده وي.

۵- د ویني په لابراتواري معاینه کې لوکوسیتووز د ۱۵ زرو څخه تر ۲۰ زرو پوري موجود وي.

درملنه:

د تداوي له نظره وروسته د تشخیص څخه فورا اپندیکتومی او د Peritonitis په صورت کې اپندیکتومي او د بطن دریناژ باید صورت ونیسي او ماشوم ته انتي بایتوتیک تطبیق شي.

اپندیسایتس په زړو خلکو کې:

Appendicitis په زړو خلکو کې د ماشومانو په شان وخیم او خطرناک وي ځکه چې په کاهل خلکو کې د Appendicitis سریري تظاهرات په خفیف ډول سیر لري.

د مثال په توګه د ګېډې درد د Appendix د التهاب د شدت په تناسب ډیر لږ وي. او په جس سره په R.L.Q کې حتي که Appendix سورې شوې هم وي یواځي Tenderness

www.ketabton.com

موجود وي تبه او لوکوسیتوز زیاد موجود نه وي او د Appendicitis په ځیني حالاتو کې حتي نورمال سرحد ته نږدي وي.

بلاخره د سریري تظاهراتو د خفیف والي له کبله د ۷۹ څخه تر ۹۰ فیصده پوري زاړه خلک چې Appendicitis ولري د خپلي ګیډي په درد باندي اعتناء نه کوي او د سوري شوي Appendicitis سره روغتون ته مراجعه کوي.

او له هغه ځایه چې په زړو خلکو کې Appendicitis د اشتراکې امراضو لکه Diabetes، د زړه عدم کفایي او د سږو د امراضو سره یو ځاي وي نو د Appendicitis انزار په دې ناروغانو کې ښه نه وي او د مړیني خطر ډیر وي.

Appendicitis په حامله ښځو کې:

د احصایي له نظره په هرو ۱۲۰۰ حامله ښځو کې یو نفریې د حمل په وخت کې په Appendicitis مبتلا کیږي. د حامله ښځو Appendicitis دوه چنده اضافه تر نسبت غیر حامله ښځو ته سورې کیږي ځکه چې:

۱- د حمل په دوران کې د حوصلي Hypervascularity، د لمفاوي دریناژ اختلال او په وینه کې د Corticosteroid د سویې جیګوالي ددې سبب کیږي چې Appendicitis په حامله ښځو کې وخیم سیراو ژر سوری شی.

۲- د Appendicitis سیر نور هم هغه وخت وخیم کیږي چې ناروغه مخکې د حمل څخه د Appendicitis کومه حمله تیره کړی وی او د ګیډی په خلفی جدار کې التصاقات ولری چې د حمل په وخت کې تر کشش لاندي واقع او اروايي مختل کیږي.

کوم وخت چې Appendix د التهاب له کبله سوري او ابسي جوړه کړي د رحم جدار د ابسي انسي او سفلي جدارونه جوړوي چې د زوي د تخریش له کبله د رحم جدار تخریش او تقلصات یي تنبه کیږي. چې په نتیجه کې ناروغه سقط کوي او کوم وخت چې رحم تخلیه شو د هغه په حجم کې په ناڅاپي ډول کموالي راځي او د ابسي جدار چې یوه برخه یې د رحم جدار جوړ کړي دي ښکته راځي او شکیږي او د ابسي زوې په ټول پریطوان کې انتشار کوي.

www.ketabton.com

سریري اعراض او علایم:

د حمل د غتېدو سره موازي سیکوم د M.c Burney د ناحیې څخه پورته او شاوخوا ته مهاجرت کوي له دې کبله په مختلفو مراحلو کې ناروغه په مختلفو ځایو کې درد حس کوي.

۱- په لومړي Trimester کې د درد موقعیت او Tenderness د M.c Burney د ناحیې څخه لږ پورته وي، اوهم د Appendicitis کانګې دحمل د کانګو سره مغالطه کېږي.

۲- په دویم Trimester کې د درد موقعیت او tenderness د Flank په خلفي او پورتنې برخو کې موجود وي.

۳- په دریم Trimester کې درد او Tenderness ځیګر لاندې موقعیت لري.

درملنه:

دتداوي له نظره وروسته د تشخیص څخه زر تر زره باید عملیات اجرا شي او که Appendix سوري شوي وي باید د بطن له لارې دریناژ اجرا شي په دې مراحلو کې د تداوي په مقصد سقط ورکول استطباب نه لري.

د حاد Appendicitis درملنه:

د حاد Appendicitis یواځینې اوانتخابي تداوي جراحي ده چې د جراحی عملیاتو په واسطه Appendectomy اجرا کېږي البته په هغه ځایو کې چې ډاکټر موجود نه وي یا دا چې د انستیزي شرایط فوق العاده خراب او حتی امکان ونه لري او د ناروغ انتقال یو مجهز مرکز ته امکان ونه لري تداوي د انتي بیوتیک سره صورت نیسي.

ددې تداوي سره ۵۰ فیصد امکان لري چې د Appendix التهاب برطرف شي او ۵۰ فیصد امکان لري (حتی زیادتر) چې التهاب یې پرمختګ وکړي.

د Appendectomy استطبابات:

۱- د حاد، مزمن او نکس کوونکې Appendicitis په حالاتو کې Appendectomy استطباب لري په هغه حالاتو کې چې د Appendix د سوري کېدو او ابسې جوړولو څخه ډېره موده تیره شوي وي په لومړي مرحله کې دریناژ عملیه صورت

www.ketabton.com

نیسي او که په دې وخت کې د Appendix لرې کول امکان نه درلوده درې میاشتې وروسته Appendectomy باید اجرا شي.

۲- د Appendix Mucocele، Cyst او Carcinoid تومورونه هم د Appendectomy په واسطه تداوي کېږي.

۳- د Appendix د Fecal fistul's په حالاتو کې هم Appendectomy استطباب لري.

۴- په ټولو هغه حالاتو کې چې Appendix التهابئ شي او نومړي التهاب په Appendix کې موضعي وي Appendectomy استطباب لري.

۵- په وقایوي ډول Appendectomy هغه وخت استطباب لري چې یو نفر د اوږدې مودې لپاره په یو داسې مسافرت اقدام وکړي چې د سفر په طول کې که Appendicitis حمله ورباندې راشي عملیاتي تداوي یې د خرابو موضعي او ترانسپورتي شرایطو کې امکان ونه لري.

د Appendectomy مضاد استطباب:

۱- کوم ناروغان چې Regional ileitis لرې تر څو چې پخپله Appendix په خاص ډول په التهاب اخته شوې نه وي باید Appendectomy نشي ځکه څیړنو ښودلې ده که پدې ناروغانو کې Appendectomy په ضمن د Regional ileitis کې اجرا شي د غایطي فستول د مینځ ته راتلو خطر زښت زیات وي.

۲- د پلاسترون یا Appendicular کتلې د جوړیدو په صورت په اوله مرحله کې هم اپندیکتومي استطباب نه لري چې وروسته تشریح کېږي.

د اپندکتومي د عملیاتو کلاسیک تخنیک:

عملیاتی شق:

Mc Burney شق: په هغه حالاتو کې چې Appendicitis اختلاطي شوې نه وي ددې نوع شق څخه استفاده کېږي چې تقریباً ۴ نه تر ٦ سانتي متره اوږدوالي لري او په منحرف ډول په MC. Burney ناحیه کې اجرا کېږي.

Davis or Rocky شق: یو مستعرض جلدي شق دي چې تقریبا ٦ سانتي متره اوږدوالي لري او د Ant. Sup. Iliac. spine په سویه تقریبا څلور سانتي متر لرې اجرا کېږي.

www.ketabton.com

Pararectal شق: په هغه حالاتو کې چې د Appendicitis په هکله ډاکتر مشکوک وي نو غواړي چې د عملیات په وخت کې د ګېډې ټول احشاء تفتیش کړي ددي شق څخه استفاده کوي نوموړي شق په عمودي ډول د ښي حرقفي حفري په حذا د بطن د مستقیمه عضلي د وحشي حافي په امتداد اجرا کېږي.

د ګېډې دجدارشق: وروسته د پوستکي د شق څخه د ګیدي د جدار عضلات او مربوطه صفاق د هغوي د صفاقي او عضلي الیافو د سیر سره موازي شق او تسلیخ کېږي. د عضلي طبقاتو د جلا کولو څخه وروسته په اخر کې جداري پریطوان ښکاره او پنسو په واسطه د ګېډې د احشاوو څخه لرې او جیګ نیول کېږي په دې وخت د بیاتي په واسطه قطع او سوري کېږي په داسې حال کې چې د ګېډې سوري شوې جدار د ایکرتورو په واسطه جلا او ښکته راوړل کېږي د حرقفي دحفري څخه سیکوم پیدا د خپل لوړ څخه خلع او د باندي راوړل کېږي. د سیکوم د تینیاګانو په څوکه Appendix پیدا او د مساریقي څوکه یې په احتیاط نیول کېږي.

Appendectomy:

په داسې حال کې چې Assistant داکترسیکوم د یوه پارچه ګاز سره تثبیت ساتي جراح لومړي د Appendix مساریقه تسلیخ او قطع کوي وروسته د Appendix قاعدي ته د پنس په واسطه فشار ورکوي او په همدي ناحیه کې د Appendix قاعده غوټه کوي. د غوټې د ناحیې څخه پورته بیا کلمپ اچوی، د غوټې او د کلمپ ترمینځ Appendix قطع او د قطع شوې Distal څوکه د تینچر په واسطه Disinfection کېږي، وروسته د Appendix قاعده په سیکوم کې ښخېږي، څرنګه چې د سیکوم په سر د Appendix د قاعدي په چارچاپیره دایروي ډول Seromuscular خیاطي وهل کېږي ددي خیاطو د کش کولو سره موازي د Appendix قاعده د پنس په واسطه د سیکوم داخل خواته فشار ورکول کېږي او ښخېږي.

وروسته د Appendix دلوړ د تفتیش څخه پریطوان، مستعرضه عضله ، منحرفه صغیر او منحرفه کبیره د پوستکي لاندي طبقه او پوستکي پلان په پلان ګنډل کېږي.

www.ketabton.com

که التهابي Appendix سوري شوي وي د Appendix په لوړ یو پنروز درن تثبیت او په غیر ددي درن نه تثبیتیږي.

د Appendicitis تداوي د اختلاطي اشکالو په ارتباط:

۱. د Periappendicular Mass تداوي:

کوم میتود د تداوي چې په ۱۹۰۱ کال د A.J.Ochsner's له خوا وړاندي شوې دي تر اوسه پوري تقریبا ټولو مولفینو له خوا دمنلو وړ دي. څرنګه چې که په R.L.Q کې یوه کتله د حاد Appendicitis د حملي په تعقیب جوړه شوي وي باید چې فورا عملیات نه شي ځکه چې که پدي وخت کې عملیات اجرا شي التهابيAppendix چې د کولمو د عرواتو او د د سرب په واسطه چاپیره شوې وي ټول ارتشاحي او ماتیدونکې وي او د تسلیخ په وخت کې امکان لري چې شدید نذف واقع او د کولمو جدار څیري شي او په دې ډول غایطه مواد ټول بطن ته انتشار وکړي.

نوپه دي حالت کې ناروغانو ته په قوي مقدار انتي بیوتیک د ورید له لاري د سیروم سره یوځاي تطبیقیږي او هره ورځ بطني کتله، نبض، د حرارت او د وینې د سپینو کرویاتو شمیر کنترول کیږي په هغه صورت کې چې د ګیډې کتله ورځ په ورځ مخ په ورکې کېدو وي نبض، د حرارت د رجه او د سپینو کرویاتو شمیر نورمال خواته مراجعت وکړي تداوي ته ادامه ورکول کیږي تر څو چې کتله بیخی ورکه شي. وروسته د شپږو اونیو څخه په انتخابي ډول Appendectomy اجرا کیږي. تر څو چې بیا Appendix په التهاب اخته نشي.

۲- د Periappendicular ابسي تداوي:

که د پاسني تداوي سره بطني کتله ورکه نه شوه او ورسته د لږ غټیدوڅخه نرمه او Fluctuant شوه یا په بل عبارت ابسي تشکل وکړي په دې وخت کې د عملیاتو څخه مخکې اهتمامات نیول کیږي یانې ناروغ ته معدوي تیوب تطبیق او په کافي اندازه داخل وریدي معایعات او د Bacteroides د مداخلي د مخنیوي لپاره Clindamycine د یونیم څخه تر دوه ګرامه پوري د ورید له لاري ورکول کیږي. او بیا ابسي فورا دریناژ او د امکان په صورت کې Appendectomy اجرا شي. اوکه د ابسي په جوف کې Appendix

www.ketabton.com

پيدا نه شو د ډير مانور ورکولو څخه جراح بايد ډډه وکړي تر څو چې دابسي جدار څيري نه شي او General Peritonitis تاسس ونکړي.
د ابسي ددريناژ تخنيک خصوصيات نظر په موقعيت دابسي فرق کوي:
الف: د هغه Appendicular ابسي دريناژ چې په اليوسيکال ناحيه کې موقعيت لري:
عملياتي شق دهغه ناحيي په سر بايد اجرا شي چې ابسی په نوموړي ناحيه کې زيات سطحې موقعيت لري. يا په بل عبارت Fluctuation يي زيات وي. که ابسي ژوره موقعيت ولري په دې وخت عملياتي شق د Mc. Burnery ناحي په عوض په ښي Pararectal ناحيه کې په طولاني ډول اجرا کيږي.
که ابسي لږ انسي خواته موقعيت ولري د نامه څخه ښکته د متوسطه خط شق په واسطه ابسی درېناژ کېدلي شي وروسته ددې څخه چې د ابسي زوی دريناژ شوی په ناحيه کې د پنروز درن څوکه د ګېډې د ښئ جنبي جدار څخه دتام دريناژ په منظور ايستل کيږي.
ب: د هغه Appendicular ابسي دريناژ چې حوصلي موقعيت ولري:
بايد وويل شي چې ددې نوع ابسي عمده سريري تظاهرات عبارت دي د تبه او مخاط لرونکې اسهال، د مقعدي يا مهبلي معايني په واسطه يوه کتله جس کيږي، چې دا کتله د مهبل يا رکتوم خواته تبارز کړي وي. وروسته ددی څخه چې رکتوم تخليه او مهبل يا رکتوم د غير مخرش Antiseptic محلولاتو په واسطه پري مينځل شو دکتلي په ښکتني برخه کې د مهبل يا رکتوم جدار له لاري ابسي دريناژاو وروسته ددې څخه چې ابسي دريناژ شو په ناحيه کې يوه يا دوه پنروز درنونه تثبيت کيږي. وروسته د دريناژ د ورک کېدو څخه پنروز درن هم ايستل کيږي.
وروسته ددي مرحلي څخه په انتخابي ډول وروسته د دوه يا دري مياشتو د يو بل عمليات په ترڅ کې Appendictomy اجراکيږي.

www.ketabton.com

۳-د Peritonitis د تاسس په حالت کې تداوي:

د يو عمومي پريطونايتس په څير وروسته د اهتماماتو د نيولو څخه عاجل بطني دريناژ صورت نيسي او Appendictomy اجرا کېږي. چې د پريطونايتس په مبحث کې په مفصل ډول تشريح شوې دي.

۴-د Pylephlebitis تداوي:

کوم وخت چې د اپنديسايتس په سير د ناروغ تبه جګېږي او ورته لرزه پيداکېږي د پيالي فلبايتس پيداکېدو ته ډاکټر بايد متوجه شي او ناروغ ته په قوي اندازه وسيع الساحه انتي بيوتيک تطبيق او اپندکتومي اجرا کړي.

په غير ددی امکان لرې چې په پيالي فلبايتس او ځيګر په ابسو اختلاط وکړي چې تداوي يې په دې وخت کې مشکله او ۹۰ فيصده امکان لري ناروغ مړشي.

مزمن او نکس کوونکې اپنديسايتس:

له هغه ځايه چې مزمن Appendicitis سريري تظاهرات ډير متغير وي نو د تشخيص داسانتيا له کبله په څلورو کتګوريو ويشل شوي دي:

۱- تحت الحاد مزمن نکس کوونکې اپنديسايتس

۲- کوليکې نکس کوونکې اپنديسايتس

۳- مزمن Crumbling اپنديسايتس

۴- داپنديکس موکوسل

تحت الحاد مزمن نکس کوونکې Appendicitis:

په دي نوعه Appendicitis کې دالتهاب سريري تظاهرات د حملی په ډول مينځته راځي. د حملي په وخت کې سريري تظاهرات چې دحاد Appendicitis دحملي په وخت پيدا کېږي. په دې ځاي کې په خفيف ډول موجود وي.

د ژوره جس په واسطه په M.c Burney ناحيه کې Tenderness موجود وي، د دوه حملو په مينځ ناروغ هيڅ تکليف نه لري، حملات امکان لري د څو ساعتو څخه تر څو ورځو لپاره دوام وکړی او بيا د مينځه ځي او څو ورځي وروسته بيا پيدا کېږي.

www.ketabton.com

کولیکي نکس کوونکي مزمن Appendicitis:

دا نوع Appendicitis هغه وخت مینځته راځي چې د Appendix د لومن په مینځ کې یو پردي یا اجنبي اجسام داخل شي. او د Appendix قاعدي دلومن د تضیق له کبله بیرته خارجیداي نشي. او دا ازاد جسم د اپندیکس د استداري حرکاتو په واسطه په ازاد ډول داپندیکس په مینځ حرکت وکې. او په دې ډول د اپندیکس د مخاطي غشاء دتخریش سبب ګرځي.

بند شوي اجنبي جسم امکان لري وړوکې غایطي تیګه، د میوه جاتو زړي او حتي ساچمه وي. چې د حرکت په وخت په R.L.Q کې د کولیک په ډول د درد سبب ګرځي. نوموړي درد د حالبي دردونو په شان انتشار نه لري.

په ماشومانو کې دا نوع اپندیسایتس د اکسوریوزیس په سیر امکان لري مینځته راشي اوهر وخت چې اکسیورداپندیکس په مینځ کې داخل شي ماشوم د ګېډې په ښکتني برخو مخصوصا په ښي طرف کې کولیک ډوله درد حس کوي.

دا نوع Appendicitis باید د کولمو دناتام انسداد سره چې دتوبرکلوزیک پریطونایتس له کبله مینځ ته راځي تفریق شي. په دې نوع Appendicitis کې ناروغان عموما تبه نه لري او Leukocytosis موجود نه وي.

د سریري له نظره هر وخت چې په R.L.Q کې ژور فشار ورکړ شي دردونه تحریک کېږي. او سربیره ددې د رادیوګرافیک معاینات، د ویني معایني او د پوستکي دتست په واسطه توبرکلوزیک پریطونایتس د مزمن اپندیسایتس سره تفریق کېږي.

۱. مزمن **Crumlbing** اپندیسایتس :

د پتالوژي له نظره د Appendix تحت المخاطي لمفاوي نسج په دې نوع Appendicitis کې فوق العاده هایپرپلازي کوي او په ځیني ځایو کې مزمن التهابي عکس العملونه او ازیما موجوده وي.

کله کله داپندیکس د قاعدې خوله دتحت المخاطي هایپرپلازي کړي نسج په واسطه تر یوې اندازي پورې بندیږي او موکوسل اپندیکس جوړیږي.

www.ketabton.com

په دي نوع Appendicitis کې ناروغ په R.L.Q کې په دوامداره ډول درد حس کوي چې د دریدو او فعالیت په وخت یا د ورځني فعالیت په پاي کې دردونه اضافه کېږي.
دعمیق جس سره R.L.Q کې یوه کتله د څو سانتي مترو په اوږدوالي د جس وړ وي چې Tenderness هم لري.
په نارینه وو کې د الیوسیکال توبرکلوز د لمف ادینایتس، د حالب دتیګي او د سیکوم د کارسینوما سره او په ښځو کې زیادتره د مزمن Salpingo Overitis سره باید تفریقي تشخیص اجرا شي.
چې د پاسني امراضو د تشخیص او تفریقي تشخیص په هکله رادیوګرافي معاینات ډیر اهمیت لري. د ګېډي په ساده رادیوګرافي کې امکان لري د حالب تیګه معلومه شي همداسې دحالب دتیګې دموجودیت په هکله I.V.P تشخیصی اهمیت لري.
الیوسیکال توبرکلوزي لمف ادینایتس د ویني د ترسب د سرعت (E.S.R)او د پوستکې د تست پواسطه رد کېږي. د باریوم د امالي څخه وروسته د کولون دچوکاټ د رادیوګرافي په واسطه د سیکوم کارسینوما که موجوده وي تشخیص کېږي.
وروسته د باریوم دامالي څخه د اپنډیکس د ډکیدو یا نه ډکیدو د باریوم په واسطه تشخیصي اهمیت نه لري ځکه چې نورمال اپنډیکس هم په زیادتره حالاتو کې د باریوم په واسطه نه ډکېږي.

۲. د **Appendix** موکوسل:

د اپنډیکس موکوسل د کڅوړي ډوله توسع څخه عبارت دی چې د موسیت او موکوئید مایعاتو په واسطه ډک شوې وي او په دوه ډوله دي:

I. ساده یا سلیم موکوسل
II. خبیث موکوسل

ساده یا سلیم موکوسل هغه وخت مینځته راځي چې د Appendix په Proximal برخو کې فبروزي نسج تشکل کړي وي، او لومن یې بند وي که د اپنډیکس د دیستال برخي محتوي میکرواورګانیزم احتوا ونکړي د اپنډیکس دمخاطي غشاء افرازات په معقم ډول

www.ketabton.com

د اپنډیکس په مینځ کې پاتي کېږي او په مترقي ډول د بندي شوي اپنډیکس د توسع سبب ګرځي.

د سریري له نظره د اپنډیکس دالتهاب سریري اعراض مینځ ته راوړي اما ناروغ تبه او لوکوسیتوزنه لري.

خبیث موکوسل د اپنډیکس دقاعدي دسیست د ادنوما او د ادنوکارسینوما په واسطه مینځته راځي چې نوموړي تومورونه د اپنډیکس دقاعدي خوله سیکوم ته نږدي بندوي او د اپنډیکس دیستال برخو کې مخاطي افرازات راټولیږي. او یو سیست جوړوي چې په دي حالت کې هم د سریري له نظره د اپنډیسایټس سریري تظاهرات مینځته راوړي.

دتداوي له نظره په دواړو حالاتو کې Appendctomy انتخابي تداوي دی.

د مزمن اپنډیسایټس تشخیص:

بایدوویل شي چې مزمن اپنډیسایټس قطعي تشخیص ډیر مشکل دي. او یواځي هغه وخت قطعي تشخیص وضع کېږي چې د مزمن اپنډیسایټس ټول مشابه امراض لکه د کولمود پریطوان توبرکلوز، دسیکوم کارسینوما، د مساریقي ادنایټس ، سلپینګو او ورایټس او بلاخره د کولمو پرازیتي امراض رد شي.

درملنه:

د مزمن Appendicitis یواځیني تداوي اپنډکتومي ده اما له هغه ځایه چې د مزمن اپنډیسایټس قطعي تشخیص وضع کول ډیر مشکل دي نو کوم وخت چې د مزمن اپندیایټس احتمالي تشیخص وضع شو داپنډکتومي په منظور د M.c Burney شق څخه استفاده نه کېږي. بلکه په R.L.Q کې یو Para median شق اجرا او بطن خلاصیږي. که مزمن اپنډیسایټس موجود وي اپنډیکتومي اجرا او په غیر ددې ډاکټر کولای شي چې د Para median شق د اوږدولو په واسطه ټوله ګیده تفتیش کړي.

وروسته د اپنډکتومي عملیاتو څخه اختلاطات:

وروسته داپنډکتومي څخه مخصوصا هغه وخت چې اپنډیکس سوري شوې وي یو شمیر اختلاطات مینځته راځي چې په لاندي ډول تشریح کېږي:

www.ketabton.com

۱- د دو ګلاس دجوف ابسي:

عموما يوه هفته وروسته د اپندکتومي د عملياتو څخه پيدا کېږي چې نوموړي ابسي ورځ په ورځ غټيږي ځرنګه چې وروسته د عملياتو څخه د ناروغ وضع نسبي بهبود مينځته راځي او د عملياتو په شپږمه او يا اوومه ورځ ناروغ ته تبه پيدا کېږي. اشتها يي د مينځه ځي، د ګېډي په ښکتني برخو کې درد او Tenderness موجود وي. په مقعدي معاينه کې د دوګلاس جوف ډک،حساس او تندر وی

د تداوي له نظره که ابسي وړوکې وي د انتي بيوتيکو د قوي دوز تطبيق سره امکان لري چې ابسي ورو ورو رشف شي که د ناروغ وضع په خراب حالت کې ثابته پاتي شي بايد ابسي دجراحي عملياتو پواسطه تخليه شي چې مخکې تشريح شوي دي.

اپنډيسايټس په ايډز او HIV ناروغانو کې:

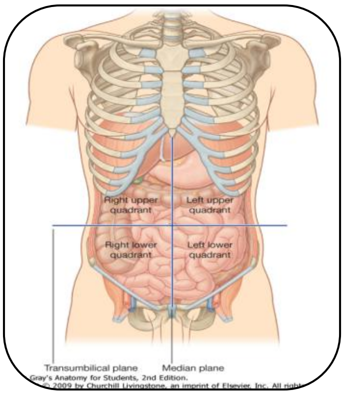
په دې ناروغانو کې د اپنډيسايټس د پيدا کېدو اسباب د نورو خلکو سره کوم توپير نه لري، سريري نښې نښانې يې يو ډول دي خو صرف د وينې په معاينه کې Leukocytosis چې په نورو عادي خلکو کې موجود وي په دې ناروغانو کې نه وي .

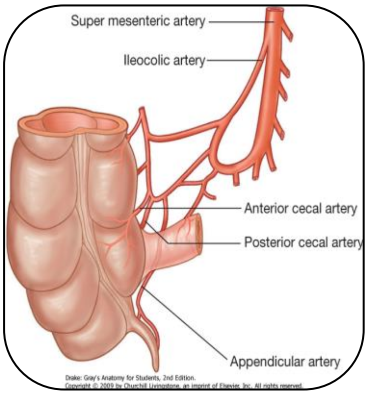
د اپنډکس خبيث تومورنه:

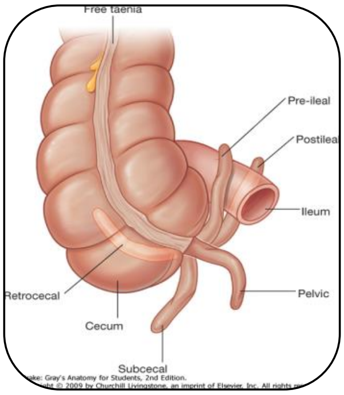
ډېر لږ پيښېږي د ځينو راپورونو په اساس د ۰،۲۷ فيصده څخه تر ۰،۵ فيصده پورې، د اپنډکس کارسينوئيد د يو ژېړ رنګه غوټې په شان د اپنډکس په څوکه کې موجود وي او ډېر لږ د دې تومور موجوديت د اپنډکس په نورو برخو کې وي.

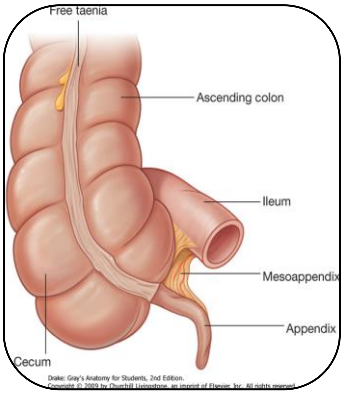
د مزمن اپنډيسايټس په شان سريري نښې نښانې لري، په ۸۰ فيصده پيښو کې د تومورونو د تشخيص په وخت تر ۲cm پورې رسېږي او که د تومور قطر د ۲cm څخه زيات وي بايد Right Hemicolictomy اجرا شي.

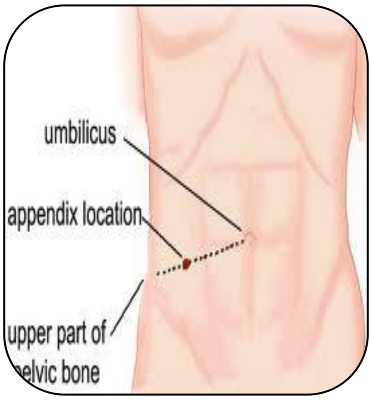
www.ketabton.com

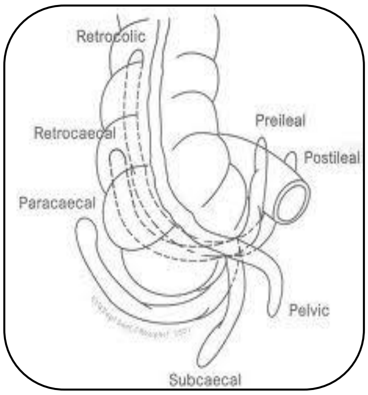


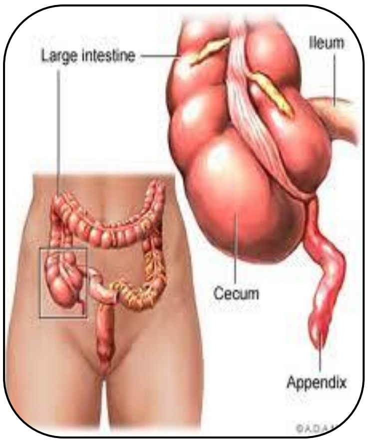


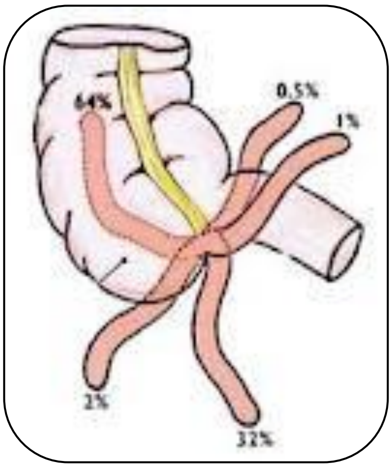


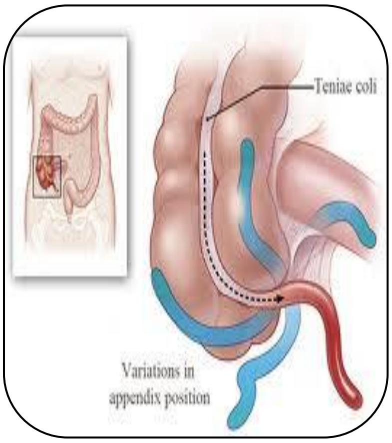




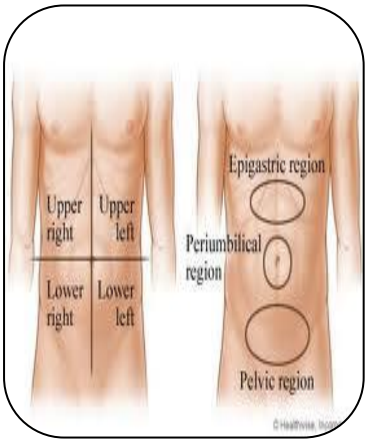


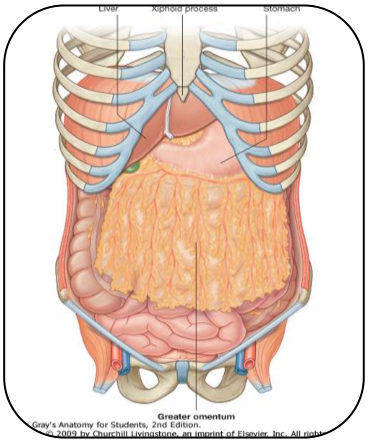


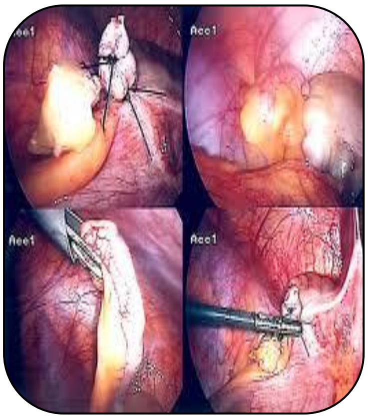


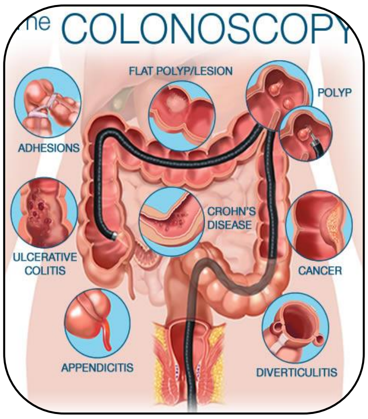


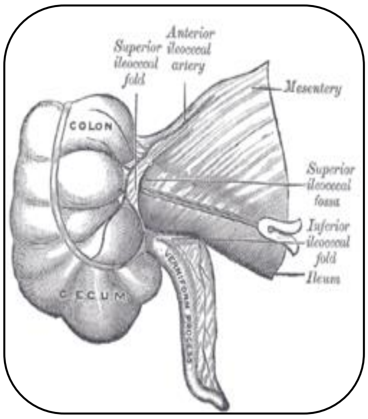
www.ketabton.com

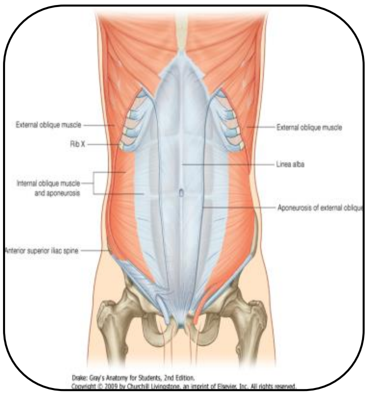


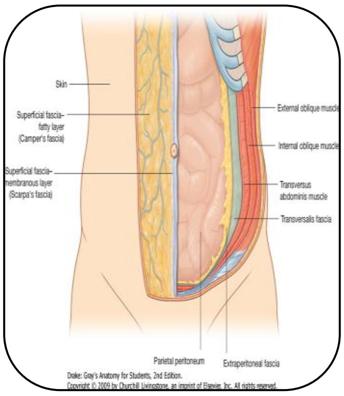


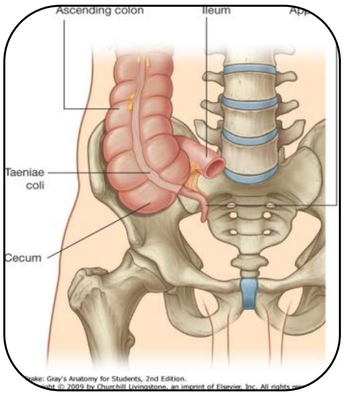












www.ketabton.com

پنځم څپرکی

د رکتوم جراحي ناروغۍ

د رکتوم اناتومي:

رکتوم يا مستقيمه کولمه د هاضمی قنات اخری برخه ده او مستقيم نوم له دی کبله ورته ورکړ شوی دی چې په حيواناتو کې مستقيم سير لری اما په انسانانو کې مستقيم سير نلری .

رکتوم د عجزی درېمی فقرې دسويې څخه يانې له هغه ځايه چه سگموئيد خپله مساريقه له لاسه ورکوی شروع او په مقعدي قنات ختميږي .

رکتوم د کولون په شان مساريقه Tenia Coli, Appendix epiploica, saculat نلری د کلينکې اناتومی له نظره رکتوم چې د ۱۲-۱۵ سانتي مترو پورې اوږدوالی لری د دوه برخو څخه جوړه شوی ده .

۱- Ampula recti چې د ۱۰ څخه تر ۱۲ سانتي مترو پورې اوږدوالی لری .
۲- Anal canal : چې د ۲ څخه تر ۴ سانتي مترو پورې اوږدوالی لری .

۱- امپولا(**Ampula Recti**):

په کاهلو اشخاصو کې تقريباً ۶سانتي متره قطراو تقريباً ۵۰۰ ملی ليتره ظرفيت لري د استقامت له نظره د Sacro-Coccigeus هډوکې د انحناء سره موازی سيرلری يانې په قوسی شکل چې مقعريت يې قدام خواته متوجه دی سير کوی او محور يې تقريباً د سفلی څخه علوی ته او د قدام څخه خلف ته متوجه دی. خارجی جدار يې په يو پر د ری علوی کې ،قدامی او جنبی جدارونه او يو پر درې متوسطی برخې يواځی قدامی جدار د پريطوان پواسطه پوښ شوی دی او په سرحد د يو پر درې متوسط او سفلی کې د پريطوان د امپولا قدامی جدار څخه قدام خواته په ښځو کې د رحم په سر او په نارينو کې د مثانی په سر انعکاس کوی او يوه حفره جوړوی چې Excavatio Rectouterus يا Excavatio Rectovesicalis يا د دوګلاس جوف په نامه يادېږي د دوګلاس جوف د ګيډې ژورترينه ناحيه جوړوی او د مقعد د خولی څخه دا جوف په يو کاهل شخص کې تقريباً شپږ سانتي متره لری واقع دی .

www.ketabton.com

د امپولا تشریحی ساختمان :

امپولا په غیر د پریطوانی طبقی څخه چه پورته ذکر شویده د درې طبقو څخه جوړه شوی ده کوم چې د خارج څخه داخل خواته په لاندې ډول دي :

۱- عضلې طبقه یا **Tunica Muscularis** :

الف : **Lungitudinalis** طبقه:

چې اصلاً د Tenia Coli الیاف د رکتوم په حذا کې خپل پنډوالی او بنډلی وصف له لاسه ورکوی او په منتشر ډول د رکتوم په جدار کې ښکته سیر لری .

ب : Circularis طبقه چې د طولانی طبقی څخه لاندې واقع ده

۲- Submucosa طبقه: چې ددی طبقی په ضخامت د امپولا اوعیې او اعصاب سیر لری او په ښکتنی برخه کې یې وریدی ضفیره ځای پر ځای ده

۳- Mucosa طبقه:- په نورمال حالت کې مخاطی طبقه د رکتوم په امتداد یواځی درې مستعرض التوات جوړوی چې د Plica semilunaris Transversalis یا Hauston Valve په نامه یادیږي چې متوسط Valve یې په ښی طرف او دوه علوی او سفلی والونه یې په چپ طرف کې موقیعت لری سفلی وال یې د Olica Coccigeous متوسط یې د Plica sacrolis او علوی یې د Plica Terminalis په نامه یادیږي .

مجاورت:

قدامی مخ یې:

الف: په نرانو کې دعلوی څخه سفلی خواته د دوګلاس جوف Semina Vesicalis or Ductus Deference او پروستات سره مناسبت لری .

ب: په ښځو کې د دوګلاس جوف رحم او مهبل یا Vagina سره ګاونډی توب لری خلفی مخ یې د عجزی او Coccigeous هډوکې سره مجاورت لری ددی هډوکې او رکتوم په منځ کې په ښکتنی برخو کې عجزی شریان، ورید او سمپاتیک اعصاب او په پورتنی برخو کې پورتنی بواسیری شریان او ورید قرار لری. جنبی جدارونه یې په دواړو خواوو کې د حالب او الیوی حفرو یا Iliac fossa او په ښځو کې سربیره ددی دوه عضوو تخمدانونو سره هم مجاورت لری .

www.ketabton.com

۲- **Anal Canal** :

امپولا د Coccigeous د هډوکي په څوکه کې خپل استقامت ته تغير ورکوی يانې پخوا چې استقامت يې د پورته څخه ښکته خواته او د خلف څخه قدام خواته وو اوس د پورته څخه ښکته او د قدام څخه خلف خواته سير لري.

Anal Canal د عصصی هډوکې د څوکې څخه شروع او د Levator ani عضلې د منځ څخه عبور او د مقعدي قنات په خوله ختميږي د دوه څخه تر څلورو سانتي مترو پورې اوږدوالی او د تغوط په وخت تقريباً دوه سانتي متره قطر پيداکوی.

مجاورت :

قدامی مجاورت يې په ښځو کې د مهبل د يو پر درې ښکتنی برخه سره او په نارينو کې د احليل او قضيب د کهفی جسم د بصلی سره په تماس وی چې ددی په منځ کې Membranous urethralis قرار لري .

خلفی مجاورت: په خلف کې Lig Anococcygeus سره په تماس وی.

جنبی مجاورت: د fossa Ischio Rectalis سره مجاورت لری .

تشريحي ساختمان:

خارج څخه داخل خواته :

۱- عضلې طبقه يا Tunica Muscularis

الف: طولانی عضلې الياف : چې د امپولا د طولانی عضلې اليافو ادامه ده او د Levator ani عضلې څخه ښکته تيريږي او دخارجی او داخلی معصری د بنډلونو په منځ کې الياف يې داخليږي .

ب: حلقوی عضلې الياف: چې د طولانی عضلې اليافو لاندې واقع دی او د Anal Canal په حذا کې پنډوالی پيدا کوی او Sphincter ani interna يا د مقعدي داخلی معاصره جوړوي چې دا معصره ۳-۶ ملی متر پنډوالی او ۳-۴ سانتي متره اوږدوالی لري او د ملساء (Smooth) عضلي اليافو څخه جوړه شوې.

www.ketabton.com

د مقعد خارجی معصره (Sphincter ani externa): دا معصره د داخلی معصری په سفلی وحشی کې موقیعت لری او دا معصره چې د مخطط عضلې الیافو څخه جوړه شوی ده درې عضلې بنډلی احتوا کوی .

۱- د پوستکې لاندې عضلې بنډل: یا Subcutaneous Fibers چې د پوستکې لاندې او د داخلی معصری په سفلی برخه کې واقع دی او د مقعد خوله یې چاپیره کړی ده او عضلې ارتکاز نلری .

۲- سطحی عضلې بنډل(Superficial Fibers):چې د Subcutaneous fiber په علوی کې او داخلی معصری په وحشی برخو کې موقیعت لری او د Lig.Ano-Coccygeous سره تماس لري .

۳- ژورعضلې بنډل (Deep fibers)چې د Superficial معصری بنډل څخه پورته او د داخلی معصری په وحشی او د Levator ani عضلې په امتداد واقع دی .

۲- تحت المخاطی طبقه یا Tunica Submucosa

چې ددی طبقی په ضخامت کې بواسیری شریان او وریدی ضفیری موقیعت لری چې د دوی موقیعت د مخاطی طبقی د ساختمانونو په نسبت تعینیږي .

۳- داخلی طبقه : چې د مخاطی او پوستکې برخو څخه جوړه شویده.

الف: پوستکې برخه: که ناروغ په Knee chest position معاینه شی په تفتیش سره د مقعد د خولی چارچاپیره پوستکې کوم چې ښکاری لرونکې د ویښتانو او سرییره ددی دا پوستکې هر څومره چې مقعدي خولی ته نږدی کیږی رنګ یې توربخن نصواری کیږی او په شعایې ډول التوات پیداکوی. او کوم وخت چې د مقعد په خوله کې یو انوسکوپ داخل شی د خارج څخه داخل خواته دمقعدي قنات داخلی ساختمانونه په لاندې ډول لیدل کیږی .

ب: مخاطی برخه:

۱- Ano-Cutaneous : چې اصلاً د پوستکې د اپیتل څخه جوړه شویده اود خارجی معصری Cutaneous مخ یې پوښ کړیدی.

www.ketabton.com

۲- Hilton's Line یا خط ابیض: چې پدی خط کې د پوستکې اپیتل په مخاطی اپیتل بدلیږي او همداسې د Inter-sphincterian line په نامه هم یادیږي ځکه چې ددی خط ښخه پورته داخلی معصره او ددی خط ښخه ښکته د خارجی معصری Subcutaneous Fibers موقیعت لری.

۳- Pectin مسافه: چې د ابیض خط ښخه پورته واقع ده او تقریباً یو سانتي متر اوږدوالی لری او ددی اپیتل لاندې یو کلک فبروزی نسج قرارلری او Anal fissure په همدې ځای کې منځ ته راځي.

۴- Pectin line چې Dentate line یا مسننه خط په نامه هم یادیږي چې په منکسر ډول د Pectin line او د Morgagnie collumna ترمنځ واقع دی ددی خط په سر Anal papilla موقیعت لری او کوم وخت چې دا پاپیلا التهابی شی نو ناروغ په همدې ناحیه کې درد حس کوی.

۵- د Pectin خط ښخه پورته یو شمیر طولانی التوات لیدل کیږی چې شمیر یې تقریباً ۱۰ ښخه تر ۱۵ دانی دی او د Collumna Morgagnie په نامه یادیږي. د دوه Collumna Morgagni قاعدی د یو دسام په واسطه یو بل سره یوځای شوی دی چې ددی دساماتو مقعره سطح یې پورته خواته متوجه او دهغه په شا د دوه Collumna Morgagni په منځ یوه ژوره طولانی ناحیه ده چې د Anal crypt یا Morgagni crypt په نامه هم یادیږي.

ددی کریپتونو په عمق کې د یو قنات خوله خلاصه شوی ده چې دا قنات سفلی خواته سیر کوی او تقریباً ۵ ملی متره اوږدوالی لری او په یو افرازی غده ختمیږي چې په مجموع کې د Anal glands په نامه یادیږي او هر وخت چې دامقعدي غدوات یا Anal glands التهابی شی Perianal abscess یا Fistula یا Sinus منځ ته راځي.

په نورمال حالت کې د Morgagni د اتلامو د منځنی دساماتو شونډی یو بل سره یوځای دی او د امپولا محتوی یانې غایطه موادو ته اجازه نه ورکوی چې خارج شی.

د Collumna Morgagni د مخاطی غشا په شاء کې یانې ددی ناحیې په تحت المخاطی طبقه کې داخلی وریدی بواسیری کتلات موقیعت لری.

www.ketabton.com

د رکتوم اوعیې:

د رکتوم شراین: رکتوم د پنځو شریانو پواسطهارواکېږی.

۱- Art.hemorrhoidalis Superior : **چې یو دانه دی او د ښکتنی مساریقی شریان څخه منشاء اخلی.**

۲- Middle Hemorrhoidalis Artery : **چې جوړه دی او په دواړو خواوکې د هایپوګستریک شریان څخه منشه اخلی او دا شریان یوه شعبه د** Common Iliac **دی.**

۳- Inferior Hemorrhoidal artery : **چې جوړه دی یوه شعبه د** Internal Pudendal artery **دی او دغه شریان د** Internal Iliac Artery **څخه منشاءء اخستی ده .**

درکتوم اوردی : درکتوم وینه د پنځو وریدونو پواسطه درېناژ او تخلیه کېږی.

۱- Superior Hemorrhoidal Veins : **چې د امپولا او مورګاګنی د اتلامو د ناحیې وریدی وینه په ښکتنی مساریقی ورید او له هغه ځایه په باب ورید او باالاخره په ځیګر کې تخلیه کېږی .**

۲- Middle Hemorrhoidal veins : **دوه دانی دی چې د مقعدي قنات د علوی برخې وریدی وینه یانې** Pectin line **وریدی وینه په دواړو خواوو کې په** Int.Ilaic vein **او له هغه ځایه په الیوی ورید اوبیا په ښکتنی اجوف ورید اوبیا قلب ته رسیږي .**

۳- Inf.Hemorrhoidal vein : **چې د مقعدي قنات د ښکتنی برخې وینه په دواړو خواوو کې په** Internal pudendal **ورید اوله هغه ځایه په** Internal Iliac **ورید کې تویږی.**

د رکتوم تعصیب:

د رکتوم او مقعدي قنات علوی برخه د Plexus rectalis superior **عصبی الیافو پواسطه چې د سمپاتیک الیافو څخه عبارت دی تعصیبیږي، دا عصبی الیاف د ښکتنی مساریقی شراینو په امتداد قرار لری.**

د مقعدي قنات علوی برخه د Plexus rectalis media **او سفلی برخه یې** Plexus rectalis inferior **عصبی الیافو پواسطه تعصیبیږي چې په خپله دا عصبی ضفیره د هایپو ګاستریک ناحیه کې قرار لری .**

www.ketabton.com

د رکتوم فزیولوژي:

اساساً د رکتوم وظیفه د هغه غایطه موادو خارجول Excretion څخه عبارت ده چې په سیګموییید او نازله کولون کې د ذخیرې په ډول پاتې کېږی پدی برخو کې د غایطه موادو اوبه جذبیږي او دغایطه موادو سطحه د هغه مخاط (Mucus) پواسطه ښویه کېږی کوم چې د سګموئید او رکتوم د مخاطی غشاء د Goblet حجراتو لخوا افرازیږي پدی ډول د غایطه موادو د تخلیې لپاره اسانتیا برابروی .

تغوط یا ډکو متیازو کولو عملیه(Defication):

په عمومی ډول د کولون غایطه مواد په سګموئید او حوصلی کولون کې ذخیره کېږی او رکتوم مخصوصاً امپولا په نورمال حالت د ډکو متیازو د حس ترپیدا کېدو پورې تش وی او کوم وخت چې امپولا د غایطه موادو پواسطه ډکه شوه د امپولا جدار متوسع او تنبه کېږی چې پدی وخت کې سړي ته د ډکومتیازو کولو حسیت پیداکېږی .

د ډکو متیازو کولو عملیه هم د ارادی او هم په غیر ارادی شکل صورت نیسي د کولون استدراری حرکاتو او تقلصاتو پواسطه چې پدی وخت کې د مقعدي معاصری خوله بنده ده غایطه مواد په امپولا کې راټولیږي او کوم وخت چې امپولا د غایطه موادو د اعظمی مقدار پواسطه جداریې تنبه شو د تغوط حسیت پیداکېږی پدی وخت کې د حجاب حاجز او د ګیډې د جدار د تقلص او د شزن د خولی بندیدل د Epiglot پواسطه د ګیډې داخلی فشار جګیږي او ددی فشار د جګوالی پواسطه پر مقعدي معاصری باندی فشار واریدیږي چې بیا نوموړی معاصره په ارادی ډول خلاصیږي او د امپولا محتوی د باندی وځی په هغه حالاتو کې چې سړی وغواړی خپلی ډکې متیازی وساتی نو د خارجی معاصری د تقلص ورکولو پواسطه نه پریږدی چې د مقعد خوله خلاصه شی او پدی ډول امپولا نه تشیږي .

د مقعدي قنات تشخیصی اهتمامات:

له هغه ځایه چې زمونږ په هیواد کې خلک د منطقوی ثقافت او عنعناتو تر شرایطو لاندې د مقعدي قنات د امراضو په هکله خپل شکایت په صحیح ډول نه وایې او مخصوصاً معاینی ته نه حاضریږي نو پدی مبحث کې لازم وکتل شو چې د مقعدي

www.ketabton.com

قنات د تشخیص او اهتماماتو په هکله لږ مفصل بحث وشی ترڅو چې ګران محصلین د ستاژ په وخت د ناروغانو څخه په صحیح توګه مشاهده واخلی او هغوی په مرض باندی ښه پوه شی .

د هغه ناروغانو مشاهده اخستل چې Anorectal تکلیف لری :

پدی برخه کې لکه د طبابت د نورو شعباتو په شان د ناروغ څخه مفصله مشاهده اخستل کیږی او کوم وخت چې تثبیت شوه چې د ناروغ اساسی تکلیف یې په مقعدي قنات کې دی هغه وخت په لاندې ډول د ناروغ مشاهدی اخستلو ته ادامه ورکول کیږی.

پداسی ناروغانو کې یوه صحیحه مشاهده او تاریخچه اخستل ډیر اهمیت لری، د تاریخچې او اوسنی تکلیف د لیکلو سره د فامیلی تاریخچې او د سابقه ناروغیو تاریخچه هم په مشاهده کې لیکل په تشخیص کې ډیر کومک کوی.

په فامیلی تاریخچه کې باید د ناروغ څخه پوښتنه وشی چې ایا د هغه په فامیل کې څوک توبرکلوز، سفلیس، پولیپوز،سرطان او امیبی ناروغی لری یا داچه تیر کړی یې دی او که نه ؟

۲- د ناروغ په Past history کې باید پوښتنه وشی چې ایا ناروغ مخکې په مقعدي ناحیه کې کوم عملیات شوی دی، یا داچه کوم مقعدي تشخیص شوی ناروغی لکه انال ابسی، بواسیر، مقعدي توموری افت او نور تیرکړیدي، ایا کوم تشخیص شوی ولادی سؤشکل یې درلوده یا تداوی شویدي، یا داچې نوموړی مرض پاتې دی همداسې د قلبی ، ځیګر، هضمی ناروغیو لکه د زړه عدم کفایه، د ځیګر سیروز، د مری وریس Esophageal Varice د هضمی قنات توبرکلوز یا نورو پرازیتی امراضو په هکله پوښتنه وشی .

او په پای کې یې د اوسنی مرض په برخه کې معلومات لاسته راوړل شی .

ناروغ ځینې وخت د اساسی تکلیفونو په څنګ کې د ځینې نورو تکالیفو څخه په مستقیم یا غیر مستقیم ډول چې د اساسی Anorectal تکلیف سره ارتباط نلری حکایت کوی او خپل اصلی تکلیف سره تماس نه نیسي چې پدی وخت کې باید داکتر دی ټکې ته متوجه اوسی او د مقعدي درد، مقعدي نذف، Protrusion یا د مقعدي قنات څخه

www.ketabton.com

د يوی کتلی خارجيدل ، مقعدي تومور، حساسيت، د غايطه موادو په نظم کې تشوش او د غايطه موادو د قوام په هکله پوښتنه وکړی چې په لاندې ډول تشريح کيږی.

درد: د مقعدي درد کرکتر ډير مهم دی مقعدي درد امکان لری د چيچلو، نری سوزش، کلک نيولو تيره درد ،متقطع يا ثابت وصف ولری. دا دردونه ښای چې د غايطه موادو کولو اويا تحيض سره ارتباط ولری او همداسې درد امکان لری چې په ټول مقعدي قنات يا ددی قنات په يوه برخه کې موجود وی مثلاً د خلفی انال فيسور درد خلفی موقيعت لری چې د چيچلو په شان حس کيږی او د تغوط څخه وروسته اضافه کيږی او يا د يوی خارجی ترمبوزی ،بواسيری درد شديد او کلک وصف لری چې په دوامداره توګه پاتې کيږی .

همداسې د مقعدي قنات د دردونو وصف د پيداکېدو وخت، موقعيت او دوام يې بايد تشريح شی د يو قانون په شکل کوم وخت چې په مقعدي قنات کې يوه مرضی وتيره لکه فيسور، ترمبوتيک بواسيرالتهابی قرحی ،متورم او نکروزی کړی بواسير يا پوليپ موجود وي معصره سپازموديک او د معاصری سپازم د درد سبب کيږی او کوم افات چې د مقعدي قنات په يو پر درې سفلی کې موقيعت ولری د تغوط په وخت کې درد يې نه زياتيږي خو په نورمال حالت کې هم د مقعدي قنات يو شمير امراض لکه غير اختلاطی بواسير درد نلری .

په ښځو کې مقعدي اندومتروزس د تحيض په وخت د درد سبب ګرځی .

مقعدي نذف:

د نذف شروع ، دوام، فريکونسی، دحملی شمير،د نذف مقدار، د نذف رنګ او د غايطه موادو سره د نذف ارتباط او دا چې ايا د غايطه موادو سره مخلوط دی او که د غايطه موادو په سطح قرار لری بايد معلوم شی.

مقعدي سره وينه او تازه پاتې کېدل پدی دلالت کوی چې د نذف منشاءء په مقعدي قنات يا رکتوم کې ده، تياره سره مقعدي وينه عموماً د سکموئيد يا کولون يا د هضمی قنات د پاسينو برخو څخه منشاءء اخلی که د مقعدي وينی رنګ ييخی تور وی عموماً د هضمی قنات د پاسنيو برخو څخه يا د معدې او اثناءعشر څخه منشاء اخستی وی.

www.ketabton.com

په انال فسور کې ښايې چې د نذف مقدار ډير لږ وی برخلاف په داخلی بواسیر او د مقعد په سلیم او خبیث توموری حالاتو کې نذف ډير زيات او حتی کتلوی وی، په توموری حالاتو او د مقعد مزمن التهابی واقعاتو کې زوی ، نکروزی انساج او مخاط د وينی سره يوځای وی.

: Protrusion

کوم وخت چې يوه کتله په مقعدي قنات کې ښکاره يا د ناروغ لخوا حس شی بايد سوال وشی چې د څومره مودی راپدی خوا پيدا شويدي، د دی کتلی غټوالی ،تعداد او د هغه نشونمايې سرعت په هکله پوښتنه وشی په فزيکې معاينه کې د نوموړی کتلی غټوالی ، قوام ،د سطح سوالب، تحرکېت ، درد او د هغه پيدايښت د غايطه موادو سره معلومه شی .

داخلي بواسير عموماً نرم قوام لری ،غټوالی يې متحول او تر يوی اندازی پورې متحرکه وی، که داخلی بواسير احتقانی شی پدی وخت کې د اصلی کتلی په شاوخوا کې يوه اذيمايې حلقه پيداکېږی چې حدود يې واضح دی او تحرکېت نلری، د مقعدي قنات پوليپونه وړکې، متحرک او کلک وی .

مقعدي افرازات :

په رکتال ادنوما کې هميشه دمقعدي قنات څخه يوه اندازه مخاط خارجيږي که د خارج شوی مخاط مقدار زيات او د نکروزی انساجو سره يوځای وی د مقعدي قنات د تومورو خواته فکر کېږی او حتماً بايد نور سريري او لابرارتواری معاينات اجراشی .

د مقعدي قنات قيحی افرازات:

د مقعدي قنات څخه هغه قيحی افرازات خارجيږي چې تضيق، التهاب يا Degenere شوی خبيث تومور موجود وی مثلاً ناروغ ولادی يا کسبی ډول تضيق، پروکتايتس، منتن او دی جينری شوی ادنوما يا داخلی انال فستول ولری ځينې وخت د مقعدي قنات څخه د باندی يا د مقعدي قنات په چارچاپيره پوستکې باندی يو زخم پيداکېږی چې په مزمن صورت يا په متناوب ډول د هغه څخه قيحی افرازات بهيږي چې په انال فستو دلالت کوی قيحی افرازات د Coccegius په ناحيه کې د پوستکې په سطحه چې کله کله د درد سره يوځای وی د Pilenidal Sinus په لور فکر کېږی .

www.ketabton.com

د مقعدي ناحيې تورم:
تورم د مقعد دخولی په چارچاپیره کې د Perianal Abscess په حالاتو کې ډیر عمومیت لری ځینې وخت د مقعدي ناحیې اپیتلوما او کوندیلوما د ناروغ لخوا د یو تورم او پړسوب په شکل توزیع کیږی .
حساسیت:
د مقعدي ناحیې خارښت چې عموماً د شپی لخوا زیاتیږي د انال خارښت یا Pruritis لپاره ډیر وصفی دی د مقعدي ناحیې خارښت په متوسطه اندازه په بواسیر Cripfitis او په Papilitis کې موجود وی .
د مقعدي ناحیې د خارښت د حسیت ارتباط د ډیر خولی کېدو ، روحی فشارونو ، د مقعدي ناحیې د ډیر پریمنځلو او تحیض له کبله تراوسه پورې د تحقیق لاندې دی د میږي میږي کېدو حسیت پیداکول په مقعدي ناحیه کې عموماً پدی دلالت کوی چې په مقعدي قنات کې کوم پرازیت لکه اوکسیور ځای نیولی دی . په رکتوم یا مقعدي قنات کې د ډکېدو یا دروندوالی حسیت زیاتره په داخلی بواسیر او د حوصلی غټو تومورو خواته د ډاکټر فکر متوجه کوی.
د ډکو متیازو کولو کاذب حسیت یا د ډکو متیازو کولو د شمیر زیاتوالی عموماً په مقعدي یا رکتوم خبیث تومورو د مقعدي قنات او رکتوم په تضیقاتو کې اود رکتوم یا مقعدي قنات په شدید التهاباتو کې پیداکیږی .
د ډکو متیازو د نظم تشوش:
د ډکو متیاز تشوش د سګموئید، رکتوم او مقعدي قنات د امراضو لپاره ښه علامه ده مثلاً ناروغ پخوا په ورځ کې یو ځلی ډکې متیازی کولی اما اوس د کوم مرض د تاسیس سره سم څو ځلی ډکې متیازی کوی یا برخلاف ناروغ پخوا په ورځ کې څو ځلی صحراناسی کاوه اما اوس یې قبضیت پیداکړی دی یا پخوا د غایطه موادو قوام نرم و واما اسو ډیر کلک دی یا برخلاف
په هر صورت باید دا شیان د ناروغ څخه پوښتنه وشی ا و دا ډیر اهمیت لری یا په بل عبارت د ناروغ څخه د ډکو متیاز شمیر په څلورویشت ساعتو کې کلکوالی ، نرموالی،

www.ketabton.com

فاصله د دوو ډکو متیازو، وینه لرونکې غایطه موادو او پدی کې هم ایا تازه وینه د ډکو متیازو سره راځي که تک تیاره توره وی مخاط یا زوی لرونکې دی او نوموړی مواد یا د ډکو متیازو په سطح کې دی یا د هغه سره مخلوط دی په هغه حالاتو کې چې د هضمی قنات په ښکتنی برخو کې توبرکلوزی افت موجود وی ناروغ ته په متناوب ډول اسهال او قبضیت پیداکیږی

کوم وخت چې د ناروغ مشاهده د پورتنیو معلوماتو په اساس تکمیله شوه او ډاکتر فکر وکړوچې ناروغ کوم مقعدي تکلیف لری ددی لپاره چې تشخیص قعطی او تداوی په ساسی توګه صورت ونیسي باید چې د مقعدي نور معاینات هم اجراش ددی لپاره چې دا منظور سرته ورسیږي ناروغ باید د معاین لپاره اماده شي .

زمونږ په محیط کې ناروغان عموماً ډاکتر ته اجازه نه ورکوی چې هغوی مقعدي معاینه وکړی چې دا اجازه نه ورکول دوه منشاء لری اول داچې د ناروغ شرمیږي او دویم داچې د معاینی څخه ډاریږي ددی لپاره چې دا دوه مانعی لری او ډاکتر وکولی شی چې ازادانه او اساسی توګه د ناروغ معاینه وکړی باید لومړی د ناروغ سره خبری وکړی ترڅو چې د ناروغ اطمینان حاصل شی چې ډاکتر حقیقتاً د هغه سره مرسته کوی او د هغه یو راز ډار ملګری دی او د ډاکتر یواځنی مقصد دادی چې ناروغ شفایاب شی او باالاخره شریعتاً اجازه لری چې ناروغ ته مقعدي معاینه د مرض د تشخیص او تداوی په منظور اجراکړی او وروسته لدی څخه چې ناروغ ته اطمینان ورکړ شو چې ټول معاینات ساده او بی درده دی او هره ورځ ډیرو ناروغانو باندی دا معاینات بی له کوم خطره او اختلاط څخه سرته رسیږي پدی وخت کې ناروغ د ډاکتر د معاینی سره په خوشحالی موافقه کوی او پدی ترتیب سره جس (Digital Examination) Simoidscopy, Proctoscopy, Anoscopy او ددی لاری بایوپسی او همداسې رادیوګرافی معاینات اجراکیږی اما مخکې ددی څخه چې په ترتیب سره پورتنی معاینات اجراشی باید مقعدي قنات او رکتوم تر کولون پورې د غایطه موادو څخه پاک شی چې د کولون د جراحی په مبحث کې شرحه شوی دی .

www.ketabton.com

د ناروغ وضعیت ورکول د معاینې لپاره :

الف: کیڼ جنبي اړخ یا Left lateral position **یا** Sims **وضیعت:**

ناروغ په کیڼ جنبی اړخ څملی څرنګه چې دواړو ورنونه د ګیډې په سر د تام قبض په حال او الیوی ناحیه یې د معاینی میز څخه لږه د باندی وتلی وی که ناروغ ډیر ډنګر وی الیوی ناحیه یې د بالبنت پواسطه د میز څخه جګیږي ناروغ د خپل لاس پواسطه چې ازاده خپله ښی الیوی بارزه هم پورته کش کوی ډاکتر د ناورغ په شاه ولاړ دی دا وضیعت د مقعدي ناحیې د تفتیش او مقعدي معاینی لپاره او همداسې د اماله کولو لپاره مساعد دی .

ب: **Lithotomy Dorsosacral Position** :

ناروغ پرشا په بستر څملي خپل دواړه پښې پداسې حال کې چې ساق د فخذ او فخذ پر بطن باندی نیم قبض او تبعد په حال کې وی تثبیتیږي داسی وضیعت ته نسایې وضیعت نوم هم ورکړ شوی دی دا وضیعت د مقعد او رکتوم د عجزی جدار او د بولی تناسلی او هاضمی جهاز د فستولو د مطالعی او عملیات لپاره مساعد دی خو د سګموئیدوسکوپی د معاینی لپاره ښه وضیعت ندی ځکه چې ټولی کولمی پر سګموئید او بطني جدار باندی فشار رواړی .

ج: **Knee chest position** **: یا د نسایی معکوس وضیعت :**

په دی وضیعت کې ناروغ ساق پر میز باندی هموار او د زنګانه مفصل څخه پورته د ناروغ ورنونه قبض کیږی په داسی حال کې چې پر ساق باندی عمود واقع شی پدی ډول ناروغ الیوی ناحیه جګه واقع کیږی او په جذع کې یا د ناروغ دوه څنګلی یا د صدر قدامی وجه یا یو اوږه یې د میز په ځمکه تماس لری چې په ترتیب د Knee Elbow poition,knee chest position او Knee shoulder position وضیعتونو په نامه یادیږي دا وضیعت انوسکوپی او سګموئیدسکوپی د پاره ډیره مساعده ده ځکه چې سامان په ډیر اسانی سره په هری خوا د ډاکتر لخوا حرکت ورکولی شی او ښه ډول د مقعدي قنات ، رکتوم او سګموئید ټول جدارونه لیدل کیږی ددی وضیعت یواځنی معذرت یې دادی چې قلبی ناروغان پدی وضیعت ډیر تکلیف حس کوی او نشی کولی چې تر ډیر مودی پورې پدی حال پاتې شی .

www.ketabton.com

د: Inverted position : ناروغ پر یوه مخصوص میز باندی (د عملیات میز پر سر باندی) په ګیډه څملی په اوله مرحله کې د معاینی میز ته میلان ورکول کیږی چې د ناروغ سر ښکته شی وروسته بیا میز د ناروغ د حرقفی فخذی بند په سویه علوی خواته او د زنګانه مفصل په حذا سفلی خواته قایم زاویه قاطیږي پدی ډول ناروغ پداسی حال چې پر مخ په ګیډه باندی څملاستی وی ورنونه یې پر بطن او ساق یې پر ورنونو باندی په قایمه زاویه قبض وی پدی وضیعت ناروغ د اوږدی مودی لپاره قطعاً ناراحتی نه حس کوی او همداسې ډاکتر هم کولی شی چې ناروغ ټول وجود په استناد الیوی ناحیې څخه د ټوټی پواسطه پوښ کړی او په فرصت او کافی وخت درلودلو سره خپل معاینات اجرا کړی.

د مقعدي ناحیې تفتیش:

ددی لپاره چې دا افت یا د مرض وتیری موقیعت په صحیح توګه تعین شی د ناروغ مقعد د یو ساعت سره تشبه کوو څرنګه چې که ناروغ د سجدی یا Knee chest position په وضیعت معاینه شی د مقعد Coccygius څوکه دولس بجی عانی ملتفا ۶ بجی او مقعد د ښی حافی متوسطه برخه یې ۳ بجی او چپ طرف یې ۹ بجی وی.
که ناروغ Lithotomy په وضیعت معاینه شی ټول اعداد یې معکوس کیږی او پدی ډول بواسیر کتلی یا د فستول او سینوس موقیعت ښه تعینیږي.
په تفتیش کې باید د وکتور د عجانی ناحیې او د مقعدي قنات چارچاپیره پوستکې په سترګو وګوری چې ایا کوم تومور، سوروالی، جلدی صباغات، د پوستکې تخریشات، ندبی نسج، پاپول، ویزیکول، د خارښت یا شوکاری اسار Drainage sinus متیبارزه کتله او دهغه منظم والی موجود دی یاخیر مثلاً د مقعدي ناحیې چارچاپیره کې د پوستکې تورم ، تودوالی او سوروالی په Perianal ابسی دلالت کوی ایا یو متبارزه کتله د مقعدي فوحی په غاړه External Hemorrhoide ته فکر کیږی.

www.ketabton.com

مقعدي جس:

د عجانی جس باید د ګوتو پواسطه په دقیق ډول اجرا شی د مقعدي ناحیې د جس کولو پواسطه د التهابی او مرضی پړسوب په هکله ښه قضاوت کېږی څرنګه چې ددی ناحیې Tenderness د پړسوب حدود Pluctuation او کلکوالی ته باید متوجه اوسو.

:Rectal digital examination

باید چې د ښی لاس د شهادت ګوتی پواسطه اجرا شی او ډاکتر په خپله باید ناروغ په ښی خوا ودرېږی د ښی لاس د شهادت ګوته د رابری پوښ یا دستکش پواسطه پوښ کېږی او یا دیو Lubricant یا ښوی کونکې موادو پواسطه غوړ شی صابون یا پارافین په لومړی مرحله ډاکتر د خپلی ګوتی نرمی د مقعدي قنات په خوله کې داسی ږدی چې د لاس راهی مخ (ورغوی) د ناروغ عجان خواته متوجه وی پدی حال کې کوم وخت چې یو اجنبی جسم د مقعدي قنات په خوله کې په تماس راشی (د داکتر ګوته) مقعدي معصره تقلص کوی مخصوصاً که پردی جسم کلک وی لدی کبله باید د ګوتی نرمی چې ذاتاً نرمه ده د مقعد خوله کې کېښودل شی او ددی لپاره چې د معاصری سپزم له منځه لاړشی باید د ګوتی نرمی د مقعد په خوله کې څو ځلی وسولول شی وروسته بیا ګوته Distal interflangial د بند څخه قبض حالت غوره کړی او پدی ډول د ګوتی څوکه بی لدی چې ناروغ درد حس کړی مقعدي قنات ته داخلیږي.

پدی وخت کې د ګوتی اخری فلانژ په مقعدي قنات کې ننه ایستل شی ډاکتر کولی شی چې د داخلی معاصری مقویت جس کړی چې ایا نورمال سپازموتیک او یا استرخا په حالت کې دی همداسې د مخاطی غشا او پوستکې اتصالی ناحیه چې په نورمال حالت کې بیخی ښویه وی جس کېږی وروسته ډاکتر خپله ګوته تر Proximal Interflangial بند پورې ننباسی پدی وخت کې ناروغ ته ویل کېږی چې خپل مقعدي قنات په ارادی صورت سره بند کړی ناروغ ته داسی ویل کېږی چې داسی عمل اجراکړه څرنګه چې غایطه موادو ته نه پرېږدی چې خارج شی تقلص کوی او د هغی رخاوت او یا سپازم معلومیږي که د ډاکتر ګوته د معاصری د تقلص سره کلکه ونیول شوه معاصره سپازموتیک او که ګوتی باندی فشار وارد نه شو معاصره استرخایې حالت لری سربیره

www.ketabton.com

پردی په همدي ناحيه کې ډاکتر بايد خپله ګوته ۲۶۰ درجی تاو کړی ترڅو چې د مقعدي قنات ټول جدارونه جس شی او د مورګاګنی کريپتر او التواتو چې په طولانی ډول سير لری جس شی همداسې په دی ناحيه کې ځينې وخت د انال فستولا د داخلی سوری هم جس کېږی پدی ناحيه کې ډاکتر بايد دقت وکړی ترڅو چې د طبعی مورګاګنی التواتو او د بواسيری کتلاتو ترمنځ تفريق وکړی ځکه چې کله کله د کريپتايتس له کبله التوات ضخاموی کېږی او د بواسيری کتلاتو سره غلطيږي که د شهادت ګوته نوره هم دننه ايستل شی يانې ګوته تر قايدی پورې داخل شی پدی وخت کې د شهادت ګوته چې په مقعدي قنات کې داخل ده او لومړی ګوته چې د مقعدي قنات څخه بهر قرار لری دواړو ګوتو په منځ کې معاصروی بنډل جس کېږی همداسې د مقعدي قنات په قدام او اخره برخه د امپولا په لومړی برخه پروستات او د پروستات په علوی جنبی کې Semina Vesicalis او همداسې د پروستات په علوی منځنی برخه کې پاس د رکتوم د جدار په شا پريطوانی جيب يانې دوګلاس جوف په ډيراسانی سره جس کېږی چې په داخل پريطوانی التهاباتو کې دا جوف عموماً ډک جس کېږی.

د مقعدي معاينې پواسطه ډاکتر بايد د پروستات حدود، منځنی ميزابه، قوام، تحرکېت او د پروستات سطحی شکل بايد جس شی او معلوم شی او بالاخره د د وګلاس جوف د ډکوالی يا تش والی په هکله معلومات وشی په ښځو کې په قدام کې رحم، نفيرونه، مبيضونه، Paramater او Excavatio Uterovesicalis جس کېږی .

د امپولا خلفی جدار عموماً د عصعصی او عجزی هډوکو سره التصاق لری او کوم وخت چې نوموړی هډوکې په التهاب اخته او زاويې يې قدام ته درېناژ شی يا داچې په کسر معروض شی نو د مقعدي معاينی پواسطه نوموړی افات په ډير اسانی سره تشخصيږي .

د مقعدي معاينه د سامان پواسطه يا Instrumental Examination:

د هاضمی جهاز اخرنی برخه په ډير اسانی سره په شرط ددی چې شرايط برابر وی د مخصوص سامانو پواسطه معاينه کېږی مثلاً د مقعدي قنات د Proctoscopy پواسطه چې تقريباً ۶ سانتي متره اوږدوالی لری امپولا او سګموئيد د سګموئيدسکوپ سره چې تقريباً ۳۰ سانتي متره اوږدوالی لری معاينه کېږی .

www.ketabton.com

همداسې د کولو چوکاټ د فایبر اوپتیک کولونو سکوپ پواسطه معاینه او کوم هغه امراض چې د نورو سریري معایناتو پواسطه تشخیص امکان نلری ددی الی پواسطه تشخیص یې وضع کیږی.

سګموئید سکوپ او پرکتوسکوپ د هغه اوږدو استوانوی الو څخه عبارت دی چې تقریباً د ۱ څخه تر ۲ سانتي متره پورې قطر لری او ددی استوانوی په منځ کې یوه Obturatore چې کروی څوکه لری داخلیږي او د استوانی اخری څوکه بندوی او کله داچې اوبتوراتور کروی څوکه لری شی یو ګروپ ښکاره کیږی چې ددی ګروپ پواسطه چې د اوږدی استوانی په اخری برخه کې ځای لری د کولمی جدار د لیدو وړی ګرځی او همداسې اوږده استوانه او د یو هوایې نل پواسطه د یو بالون ډوله پوپ سره ارتباط ورکړ شوی دی چې ددی پواسطه هوا د استوانی دلاری کولمو ته داخلیږي او ددی سبب کیږی چې د کولمو جدار د یو بل څخه لیری کړی او سګموئید سکوپ په اسانی سره او بی لدی چې د کولمو جدار ژوبل شی سګموئید ته داخلیږي.

الف: انوسکوپ (Anoscop):

څرنګه چې مقعدي قنات د اروا او تعصیب له نظره فوق العاده غنی او حساس دی نو باید چې په ډیر دقت سره دا معاینه اجرا شی او ددی معاینی لپاره Sims وضیعت ډیر مساعد دی وروسته ددی څخه چې انوسکوپ د یو ښوی کونکې موادو سره غوړ شو د نامه او مقعد د فرضی محور په امتداد باید داخل شی پدی وخت کې ددی لپاره چې انوسکوپ په اسانی سره او بی درده مقعدي قنات ته داخل شی ناروغ ته ویل کیږی.

څرنګه چې د ډکو متیازو کولو په وخت کې زور وهی باید همداسې زور ووهی په دی ډول معصره توسع کوی او انوسکوپ په اسانی او بی ددی چې ناروغ ته درد حس کړی داخلیږي. کوم وخت چې انوسکوپ په خپل ټول امتداد په مقعدي قنات کې داخل شو ۵ سانتي متره اوبتوراتور ایستل کیږی او د یو مستقیمی رڼا اچولو سره مقعدي قنات کتل کیږی د انوسکوپ اخری فوحه عموماً منحرف مقطع لری او دا لدی کبله دی چې همیشه یو پر څلور برخه د مقعدي قنات جدار د انوسکوپ له خولی څخه په واضح ډول ولیدل شی او ددی لپاره چې د مقعدي قنات ټول جدارونه وکتل شی باید په یوځای

www.ketabton.com

کې انوسکوپ ۳۶۰ درجی تاو شی او ددی لپاره چې مقعدي قنات په خپل ټول امتداد د لیدلو وړ وګرځی باید انوسکوپ په حلزونی ډول ورو ورو وایستل شی او د ایستلو په وخت کې باید ډاکتر بواسیری کتلی،کریپټونه،فیسور، پا پیلا او نور پتالوژیکي حالات مد نظر ونیسي.

ب: رکتوسګموئیدسکوپ Recto sigmoidoscop:

امپولا او سګموئید عموماً د سګموئید سکوپ پواسطه معاینه کېږی او څرنګه چې مخکې وویل شو داسامان تقریباً ۳۰ سانتي متره اوږدوالی لری او د ابتوراتور څراغ او هوایې پمپ سره مجهز دی وروسته ددی څخه چې د ناروغ سګموئید او رکتوم د تخلیوی امالی پواسطه پاک شوی په هغه حالاتو کې چې ناروغ شدید درد او اسپازم په خپل مقعدي قنات کې ونه لری یوائی د یوه انلجزیک زرق کفایت کوی چې ناروغ بیخی بی درده معاینه شی خو په هغه حالاتو کې چې ناروغ په مقعدي قنات کې شدید درد او اسپازم ولری او د سګموئید سکوپ داخلولو ته اجازه ورنکړی عمومی انستیزی استطباب لری د سګموئید سکوپی لپاره په زړه پورې وضیعت knee shoulder وضیعت یا Inverted وضیعت دی.

د سګموئید سکوپ داخلولو تخنیک:

وروسته ددی چې ټول سامانونه د یو میز په سر اماده شو دسګموئید سکوپ مکمل سامانونه یوه جوړه دستکشی، لس ټوټی ګاز، اوردسیخ یو پیاله له پارافین او اسپیراتور په لاندې ډول سګموئید سکوپ داخلیږي.

۱- ډاکتر پداسی حال کې چې د سګموئید سکوپ اوبتوراتور د هغه په منځ کې دی په خپل ښی لاس سیګموئید سکوپ اخلی لومړی سکموئید سکوپ باید تود شی او د پارافین سره غوړشی د سګموئید سکوپ د داخلولو په وخت کې ناروغ ته ویل کېږی چې د ډکو متیازو کولو اکټ وکړی ترڅو چې ددی زور وهلو پواسطه معصره خلاصه شی پدی وخت کې سکموئید سکوپ د نامه او دمقعد د فرضی محور په امتداد مقعد ته تقریباً ۵ سانتي متره داخلیږي ډاکتر اوس سکموئید سکوپ په چپ لاس کې اخلی او دښی لاس پواسطه سیګموئید سکوپ اوبتوراتور باسی، وروسته ددی چې سیګموئید

www.ketabton.com

سکوپ ته د برق او رابرى پمپ سره ارتباط ورکړ شو ډاکتر کولاى شى چې د مقعدي قنات اخرنى برخه او د امپولا لومړى برخه وګورى.

۲- په دويمه مرحله کې ډاکتر په داسى حال کې چې رابرى بالون د پمپ کولو لپاره په ښى لاس کې اخلى او هميشه د رکتوم په منځ کې هوا پمپ کوى (ترڅو د رکتوم جدارونه د يو بل څخه جلا او ليرى شى او د سيګموئيد سکوپ په واسطه ژوبل نشى) د سيګموئيد سکوپ محور ته تدور ورکوى يانې علوى او خلف خواته يې تنه باسى يا په بل عبارت د عجز هډوکې په امتداد په ډير احتياط سره تقريباً د سيګموئيد سکوپ تر ۱۲ سانتي مترى پورې داخلوى په دى فاصله کې ډاکتر امپولا او دامپولا درې التوات (Sacral,Coccigius,Terminal) ګورى تقريباً يو نيم يا دوه سانتي متر پاس د اخرنى التوا څخه درکتوم قطر نرى کيږى او همدا ناحيه د سيګموئيد او رکتوم اتصالى ناحيه يا Rectosigmoid junction دى.

۳- وروسته ددى چې سيګموئيد سکوپ د رکتوسيګموئيد اتصالى ناحيې ته ورسيده دريمه مرحله شروع کيږى . چې د سيګموئيدسکوپ محور ته بيا تغير ورکول کيږى. اوس ددى لپاره چې سيګموئيد سکوپ په سيګموئيد کې داخل شى بايد د سيګموئيد سکوپ څوکه چپ،سفلى او قدام خوات متوجه او په ډير احتياط سره سيګموئيد ته داخل شى په دى وخت کې د سيګموئيد په واسطه مخاطى غشا او د مخاطى غشا التوات د ليدو وړ وى. او سيګموئيد سکوپ بايد چې تر اخره پورې يانې تر ۳۰ سانتي مترى پورې داخل شى د سيګموئيد سکوپ د داخلولو په وخت کې ډاکتر بايد هيڅ وخت تشخيص وضع کولو ته هڅه ونکړى بلکه يواځى د رکتوم اناتوميک سير او ساختمانونه په نظر کې ونيسي تر څو چې وکولاى شى سيګموئيد سکوپ ته د هغه ساختمانو په اساس مانور ورکړى او د سيګموئيد تر اخره برخې پورې معاينه کړى وروسته ددى څخه چې سيګموئيد سکوپ تر ۳۰ سانتي مترى پورې يانې تر اخره پورې په سيګموئيد کې داخل داخل شو پمپ کولو ته توقف ورکول کيږى او ډاکتر ورو ورو سيګموئيد سکوپ په داسى حال خارجوى چې کوشش کوى د سيګموئيد او رکتوم ټول جدارونه وګورى . او د پتالوجيک حالاتو د کتنى سره

www.ketabton.com

تشخیص وضع کوی په سیګموئید کې ډاکتر باید تقرحات، انستموتیک ناحیه، غیر طبعی تضیقات، احتقان یا Hyperemia مخاطی غشا Pegmentation, Congestion ، نذفی نقاط او د مخاطی غشا تور، پړسوب او پولیپونو ته توجه وکړی. په رکتوم کې داخلی بواسیر، پاپیلوما، تقرحات او اجنبی اجسام باید مد نظر وی او د ټولو پتالوژیک افاتو موقعیت او د مقعدي دخولی څخه د هغوی فاصله چې په څومره لیری والی پراته دی تعین شی.

په پرکتوسیګموئید سکوپی کې د توجه وړ ټکې:

۱- هیڅ وخت سیګموئید سکوپ په زوره په مقعدي قنات کې داخل نشی

۲- تل هڅه وشی چې د رکتوم یا سیګموئید جدار لومړی د هوا داخلولو په واسطه یو بل څخه لیری او وروسته سیګموئید سکوپ پرمخ ټیله شی.

۳- کوم وخت چې مقعدي یا سیګموئیدی افرازات او غایطه مواد د سامان مخی ته راغلل دا شیان لومړی پاک شی ساحه د لیدو وړ وګرځی او بیا سیګموئید سکوپ نور هم داخل کړل شی. که غایطه مواد یا افرازات د ګاز یا دستکشو په واسطه پاک نشو نو باید معاینی ته توقف ورکړل شی او ناروغ ته بیا له سره تخلیه وی اماله یا لکزاتیف ورکړ شی او معاینی لپاره اماده شی که دی ټکې ته ډاکتر توجه ونکړی او بی ددی چې ساحه وګوری سیګموئید سکوپ داخل کړی ډیر امکان لری چې د رکتوم یا سیګموئید جدار سوری شی همداسې د سیګموئید یا رکتوم جدار په هغه حالاتو کې چې ډاکتر په صحیح مانور سیګموئید سکوپ داخل نکړی یا داچې په همدې ناحیه کې ځینې غیر طبعی التصاقات موجود وی او ډاکتر د سیګموئید سکوپ د داخلولو لپاره د زور څخه کار واخلی یا د بایوپسی اخستلو په وخت امکان لري چې سیګموئید سوری شي.

د سیګموئید یا د رکتوم د جدار د تثقب اعراض:

ناروغ وروسته د معاینی څخه په هایپو ګستریک ناحیه کې شدید درد حس کوی چې ځینې وخت تر اوږو پورې انتشار کوی او ډیر ژر د شاک اعراض او د موضعیې یا عمومی Peritonitis سریري تظاهرات ښکاره کیږی چې پدی ډول یوه عاجل جراحی عملیاتو ته ضرورت حس کیږی.

www.ketabton.com

د رکتوم بایوپسی:

کوم وخت چې د انوسکوپ یا رکتوم سیگموئید سکوپ سره په رکتوم کې کومه پتالوژیکه وتیره ښکاره شی ددی لپاره چې تشخیص قطعی وضع شی او مخصوصاً ډاکتر پوه شی چې پتالوژیک وتیره خبیثه ده که سلیمه بایوپسی باید واخستل شی په دی منظور په لومړی وخت کې سیلاموئید سکوپ ته داسی مانور ورکړشی چې یوه په زړه پورې ساحی سره مخامخ شی وروسته دی تثبیت شوی ناحیې سطح د سیگموئید سکوپ له لاری د Cotton Aplicatore په واسطه پاکیږی.اوکه مقصد دا اوسی چې مرضی مواد باکتریولوژی لابراتوار ته ولیږل شی همدا انتخابی موادو دی او باید په یو معقم کلچر تیوب کې واچول شی وروسته ددی څخه چې د مرضی ناحیې سطحه د زوی وینی او غایطه موادو څخه پاکه شوه بایوپسی پینس په سیگموئید کې داخل او لدی لاری د مرضی ناحیې د شونډو څخه په داسی حال بایوپسی اخستل کیږی چې پکې یوه اندازه مرضی نسج سره لږ مقدار نورمال نسج هم موجود وی نوموړی نسج د رکتوم جدار څخه اخستل کیږی باید چې ډیر سطحی وی او یا په بل عبارت درکتوم د جدار ټول طبقات احتوا نکړی ځکه چې د سوری کېدو په صورت کې Peritonitis منځ ته راځي دا نسج د بایوپسی Forceps پواسطه اخستل شوی دی د ۱۰٪ نورمالین محلول په منځ کې ځای ورکول کیږی او پتالوژی لابراتوار نوموړی نسج تر معاینی لاندې نیسي.

د تذکر وړ ده چې د انوس دناحیې څخه باید بایوپسی د موضعی انستیزی تر شرایطو لاندې واخستل شی ځکه چې دا ناحیه د اعصابو له نظره فوق لعاده غنی ده او بی د انستیزی څخه د بایوپسی اخستلو په وخت کې ناروغ شدید درد حس کوی .

درکتوم رادیو گرافی:

په مقعدي قنات او رکتوم کې رادیوگرافی معاینات نظر سیگموئید سکوپی ته دومره بارزښته ندی او د مقعدي قنات او رکتوم د امراضو په تشخیص کې ډیر لږ رول لوبوی رادیوگرافی د باریوم د امالی سره وروسته د سیگموئید سکوپی څخه هغه وخت با اهمیت ده چې د سیگموئید سکوپ د ساحی څخه د پاسه کومه مرضی وتیره لکه پولیپ او Diverticulitis موجود وی او ددی مرضی وتیری د قطعی تشخیص د پاره باید رادیوگرافی اجرا شی .

www.ketabton.com

رادیو ګرافی ته د ناروغ اماده کول:

۲۴ ساعته مخکې رادیوګرافی څخه ناروغ باید د مایع رژیم څخه استفاده وکړی یوه شپه مخکې رادیوګرافی څخه لومړی تقریباً ۶۰ ملی متره کسترائل د خولی له لاری ورکول کېږی او هغه ورځ چې اکسرای اجراکېږی ددی لپاره چې د هضمی قنات اخری برخه پاکه وی دوه ځلی تخلیوی اماله د سهار لخوا ناروغ ته تطبیقیږي .

رادیوګرافی عملیه:

ناروغ په شا څملی او د امالی تیوب په مقعدي قنات کې تقریباً ۵ سانتي متره داخل او د امالی ظرف چې تقریباً ( ) لیتره باریوم محلول ولری (د باریوم محلول کلکوالی د مستو په شان وی) دوه فټه پورته حولند کېږی چې پدی ډول باریوم د امالی څخه رکتوم او کولون ته جریان پیداکوی البته د باریوم جریان د کولون په چوکاټ د رادیوسکوپی پواسطه تعقبیږي او کوم وخت چې د کولون چوکاټ ډک شو دوه رادیوګرافی فلمونه د قدامی خلفی او منحرف په وضیعت اخستل کېږی وروسته ددی مرحل څخه ناروغ خپل کولون تخلیه کوی چې ورو سته ته د تخلیې څخه کولون او سیګموئید د مخاطی غشا د التواتو په منځ کې کثیفه مواد بیا هم پاتې کېږی پدی وخت بیا هم رادیو ګرافی فلم د مخاطی غشا د التواتو د مطالعی لپاره ضروری دی پس ددی څخه د کولون په منځ کې هوا داخلیږي چې د کثیفه موادو خطونه د هوا په تیاره سیمه کې واضح ښکاری.

او پدی ساحو کې د کولون پولیف او نور Intraluminan شیان په واضح ډول معلومیږي هوا او ګازات د رادیو ګرافی په کلیشه کې د تیاره خیالونو په ډول ښکاره وروسته د رادیوګرافی د مطالعاتو څخه دی لپاره چې غایطه مواد د کثیفه موادو سره یوه کله کتله جوړه نکړی او د انسداد سبب نه شی ناروغ ته لکزاتیف دوا لکه مګنیزیم سلفاید ورکول کېږی.

Hemorrhoid

په انسانانو کې د مقعدي قنات تحت المخاطی طبقه زیاته وعایې ده چې دا وعایې طبقه د یو السیتیک منظم نسج پواسطه چې په خپل منځ کې یو شمیر ملسا عضلات لری تقویه کېږی همداسې دا طبقه قدام کې د مخاطی طبقی پواسطه پوښ شوی ده چې نوموړی وعایې طبقه د تخریشاتو په مقابل کې محافظه کوی دا طبقات د هیموروید په تشکېل کې هم رول لری .

www.ketabton.com

د Hemorrhoid تعریف:

د مقعدي قنات د پاسینی او ښکتنی بواسیری وریدی ضفیرو توسع څخه عبارت دی.

د Hemorrhoid تصنیف:

کوم وخت چې د مقعدي قنات پاسنی بواسیری وریدی ضفیره توسع وکړی د داخلی بواسیر په نامه یادیږي چې د موقعیت له نظره دا وریدی توسع د انو رکتال د اتصالی ناحیې یانې د Pectin Line څخه پورته مخاطی طبقی لاندې واقع ده .

د مقعدي قنات ښکتنی بواسیری وریدی ضفیری توسع د خارجی بواسیرو په نامه یادیږي چې د انو رکتال د اتصالی ناحیې یانې Pectin line څخه ښکته واقع ده چې ددی متوسع وریدی ضفیری پاسنی سطحه یې د مقعدي قنات د مخاطی طبقی او لاندنی سطحه یې د پوستکې پواسطه پوښل شوی ده هغه وخت چې د پاسنی او ښکتنی بواسیری وریدی ضفیرو اتصالی برخه کې وسع کړی وی د خارجی او داخلی یا مختلط بواسیر په نامه یادیږي چې د موقیعت له نظره انو رکتال د اتصالی ناحیې په حذا کې واقع دی .

د مقعدي قنات د محیط په اساس بواسیر کتلات زیاتره په هغه ځایو کې منځ ته راځي چې وریدی او شریانی عمده شعبات د مقعدي قنات په جدار کې داخلیږي او ناروغ د نسائی په وضیعت پروت وی بواسیری عمده کتلات د مقعدي قنات په امتداد په ښی،قدامی، ښی خلفی او کیڼ جنبی ناحیو کې لیدل کیږی یا په بل عبارت ۱۱ بجو، ۷بجو او ۳بجو موجود وی کله کله د داصلی بواسیر کتلاتو په منځ کې کوچنی فرعی بواسیری کتلات هم لیدل کیږی.

اسباب:

د انسانانو نورمال ولاړ وضیعت او د هغه له کبله د ځمکې جاذبه قوی په بواسیری وریدو کې د دساماتو نشتوالی، د وریدی رجعت تام یا نا تام بندوالی او په ارثی ډول د بواسیری اوردی جدار ضعیفوالی د بواسیرو په تشکیل کې مهمه یا Predesposing فکتورونه ګڼل کیږی او یواځی نوموړی فکتورونه د بواسیرو د پیداکېدو سبب ګرځی اما کوم عوامل چې د مهیه فکتورونو په څنګ د Hemorrhoid د منځ ته راتلو سبب ګرځی عبارت دی له :

www.ketabton.com

۱- مزمن قبضیت او د ډکو متیازو کولو په وخت کې زور وهل :

کوم وخت چې د ډکومتیازو کولو په وخت کې د ډیر فشار سره کلک غایطه مواد د مقعدي قنات څخه تیریږي ددی عمل په دوامدار تکراریدو سره بواسیر ضفیری او مقعدي قنات د وعایې طبقی تقویه وی طبقه سسته او د وعایې طبقی څخه جلا کیږی او محافظوی پوښ یې په تخریش معروض کیږی باالاخره داسی مرحله راځي چې د ډکو متیازو کولو په وخت کې تخریش شوی مخاطی طبقه د مقعدي قنات د وعایې طبقی سره ښکته ښویږي او دمقعدي قنات څخه د باندی خارج او د مقعدي معاصرد تقلصاتو سره په اختناقی ډول کلک نیول کیږی پدی وخت کې ورید رجعت مختل او نوموړی ښکته شوی مخاطی او تحت مخاطی طبقی په منځ کې وینه د رکودت په حال پاتې او دهغه د پړسوب سبب ګرځی له بلی خوا تخریش شوی مخاطی طبقه له هغه ځایه چې د غایطه موادو سره په تماس کې ده متتن او تقرحی کیږی او کوم وخت چې ډکې متیازی خارج شی د شدید تخریش له کله د نوموړی کتلاتو څخه وینه بهیږي چې د عوامو په اصطلاح خونی بواسیر منځ ته راځي چې وروسته د ډکو متیازو کولو څخه نوموړی کتلات دناروغ د لاسه پواسطه بیرته مقعدي قنات ته داخلیږي که پدی وخت کې عملیات اجرا نشی او یواځی دوای تداوي صورت ونیسي د مخاطی طبقی په سطح په متناوب ډول څو ځلی تقرحی او التیامی مرحلی تیریږي او باالاخره مخاطی طبقه په یوه کلکه فیبروزی طبقه بدلیږي او کوم وخت چې دا کلک فیبروزی نسج د ډکو متیازو کولو په وخت کې ښکته راشی د تنې یا د تکمی په څیر معلومیږي.

چې په دی وخت کې د ډکو متیازو کولو څخه وروسته وینه راځي پدی مرحله کې د معصری د تقلصاتو پواسطه وینه چې د اوعیې په منځ کې د رکودت په حال کې پاتې کیږی د اوعیې د شکېدو څخه وروسته د فیبروزی کلک پوښ په منځ کې بند پاتې کیږی او ترمبوس جوړوی چې د ترمبوزی Hemorrhoid په نامه یادیږي البته د مزمن قبضیتو په څنګ کې دمریضانو وضیعت د ډکو متیازو کولو په وخت کې زیات رول لری مثلاً که د ډکو متیازو کولو په وخت په دوار په سره کېنی کوم وخت چې قبضیت هم موجود وی پر بواسیر اوردو باندی فشار واردیږي او زیاتره د وریدی رکودت سبب ګرځی او که پر کمود باندی تغوط صورت ونیسي فشاریې لږ واردیږي.

www.ketabton.com

له همدې کبله دا چې په شرقی ممالکو کې چې خلک د کمود څخه لږه استفاده کوی بواسیری واقعات زیات دی .

۲- حمل او داخل بطني تومورونه:

د بواسیرو په منځ ته راتلو او مخصوصاً په ښځوعمده عامل ګڼل کېږی حمل او تومورونه د حوصلی اوردو باندی د فشار واردولو په نتیجه کې د بواسیری اوردو د وریدی وینی د رجعت د مختلولو پواسطه د متوسط او ښکتنی بواسیری اوردو د فشار د جګوالی او د نومورې اوعیې د جدار د څیری کېدو سبب ګرځی او کوم وخت چې ولادت صورت ونیسي یا داچې داخل بطني تومور وایستل شی دابواسیرونه معمولاً شفا کېږی.

۳- غذایی رژیم:

البته هر څومره چې د غذایې موادو بقیه ډیره وی په هماغه اندازه کولون ډک پاتې کېږی او د نومورو موادو څخه اوبه جذب او په کلک شکل پاتې کېږی چې مزمن قبضیت منځته راوړی

۴- د ځیګر سیروز:

ددی ناروغی په سیر کې د باب ورید فشار فوق العاده زیاتیږي او Acites منځ ته راځي د ځیګر په سیروز په سیر بواسیری اوردی هم د باب د ورید د فشار د جګوالی له کبله او هم د اسایتس د فشار له کبله چې پر الیوی اوعیو باندی یې واردوی توسع کوی او Hemorrhoid منځته راوړی.

۵- د زړه عدم کفایه:

د دې ناروغۍ په سیر هم د عمومی اوردو رکودت په جمله کې د مقعدي قنات په وریدی رجعت کې خنډ پیداکېږی او امکان لری چې بواسیری کتلات تشکل وکړي.

د بواسیر تظاهرات:

۱- خارجی بواسیر:

معمولاً سریري اعراض نلري د مقعدي ناحیې تخریشی اعراض او خارښت نادراً پیداکېږی انواع بواسیر درد نلری اما کوم وخت چې تقرحي یا ترمبوزې شی درد پیداکوي مقعدي نذف معمولاً موجود او تغوط په اخرکې صورت نیسي حتی ځینې

www.ketabton.com

وخت داسې کېږي چې د ډکو متیازو په اخر کې څو څاڅکې وینه تویږي بواسیری نذف هیڅ وخت د ډکو متیازو سره مخلوط نه وي .

۲- **داخلی او مختلط بواسیر:**

معمولاً بې درده دی د ډکو متیازو په سطحه کې تازه وینه خارجیږي او همداسې د ډکو متیازو په اخر کې څو څاڅکې وینه توئیږي داخلی بواسیر ښکته کېدل یا پرولپس د لومړی کتلی په شکل د مقعدي قنات په خوله کې جس کیږی چې په لومړی مرحله کې پخپله پرولپس بیرته ارجاع کیږی او په مقعدي قنات کې ننوځی اما کوم وخت چې د ناروغی څخه ډیر وخت تیرشی پرولپس کړی بواسیری کتلات د مقعدي قنات څخه د باندی پرولپس شوی حالات پاتې کیږی او د مقعدي معصری پواسطه تر فشار لاندې نیول کیږی پدی وخت تقرحی یا التهابی او ترمبوزی کیږی او ناروغ شدید درد حس کوی په فزیکې کتنه کې د مقعدي قنات په خوله په تقرحی حالت کې پړسیدل او تقرحی بواسیری کتلات لیدل کیږی چې د تقرحی او التهابی ارتشاح حتی د مقعدي قنات په چار چاپیره انساجو کې هم پرمختک کړی وی او د ترمبوز په حالت کې یوه یا دوه بواسیر کتلات چې رنګ یې سیانوزی او توربخن وی معلومیږي او د خفیف تماس سره ناروغ شدید درد حس کوی که داخلی بواسیر بی تداوی پاتې شی د وینی دوامداره ضایع کېدو له کبله ناروغ انمیک کیږی او په موضوعی شکل بواسیری کتلات وروسته د تقرح او ترمبوز څخه التهابی او ګانګرین کیږی او امکان لری چې Pylephlebitis منځ ته راشی .

اختلاطات:

د مقعدي قنات ځینې نور امراض چې دداخلی بواسیروپه سیرداختلاط په ډول مینځ ته راځي عبارت دی له انال فیسور، Perianal ابسې، انال فیستول، پروکتایتس او بلاخره نیوپلازم.

تشخیص:

غیر اختلاطی داخلی بواسیر د ګوتی پواسطه په صحیح توګه نه تشخیص کیږی او ددی لپاره چې داخلی بواسیر په قطعی ډول تشخیص او د مقعدي قنات د نورو امراضو سره تفریق شی باید پروکتوسکوپی اجرا شی کوم وخت چې انوسکوپ په مقعدي

www.ketabton.com

قنات کې تر اخره پورې داخل شوی پداسی حال چې ناروغ ته ویل کېږی چې زور وهی او پدی وخت کې انوسکوپ ورو خارجیږي او کوم داخلی هموروئیدل کتله که موجود وی د انوسکوپ خولی ته راځي او په سترګو کې کتل کېږی .

تفريقي تشخيص:

د بواسیرو او مخصوصاً د داخلی بواسیرو عمده سریري اعراض یې مقعدي نذف دی چې دا اعراض د مقعدي قنات او د کولون په یو شمیر نورو امراضو لکه د کولون او رکتوم کارسینوما، د غټو کولمو دایورتیکولار امراض، Adenomatose ، او په Ulcerative Colitis کې هم موجود وی او مخصوصاً که ناروغ عمر د ۴۰ کلنی څخه اضافه وی ددی لپاره چې توپیری تشخیص اجرا شی باید سیګموئید سکوپی او د لزوم په صورت کې وروسته د باریوم د امالی څخه د کولون د چوکاټ رادیو ګرافی هم باید اجراشی .

درملنه :

کوم بواسیرونه چې سریري اعراض نلری تداوی ته هم ضرورت نه حس کېږی د شدید قبضیت او اسهال څخه ناروغ باید نهایت ځان وساتی .

پرولپس کړی ، ترمبوزی، تقرحی او التهابی بواسیر هغه بواسیر چې احتناقی شوی دی په لومړی مرحله کې محافظه کاره تداوی او وروسته د عملیاتو په واسطه جذری تداوی باید سرته ورسیږي ځرنګه چې په پرولپس کړی تقرحی او د التهابی حالاتو کې کوشش کېږی چې بواسیری کتلات بیرته داخوته ارجاع او د مختلفو مرهمو او Suppposituar څخه چې انلجیزیک او انتی باکتریال مواد لری استفاده وشی ناروغ د ورځی څو ځلی په انتی سپتک محلول کې د لسو دقیقو لپاره کېنی او د لزوم په صورت کې سیستمیک انتی بیوتیک تطبیق شی کوم وخت چې اذیما او التهابی حالات له منځه لاړ بیا جراحی تداوی ته اقدام وشی .

د حمل په وخت کې که بواسیر پیدا شی عموماً په دویم Trimester کې باید عملیات شی کوم بواسیرونه چې د ولادت په وخت یاسمدستی وروسته د ولادت څخه منځ ته راځي باید فوراً عملیات نه شی ځکه چې د محافظه کاره تداوی سره امکان لری شفایاب شی په غیر ددی یوی نیمی میاشتی وروسته د حمل څخه چې د ناروغی عمومی حالت نورمال وګرځیده عملیات ته اقدام وشی .

www.ketabton.com

تداوي د زرقي محلولاتو سره :

هغه داخلي بواسيري کتلات چې وړې وي او د هغه د پیداکېدو او وینه ورکولو څخه لږه موده تیره شوی وی د اسکلیروزانت محلولاتو د زرق کولو پواسطه تداوی کېږی ددی تداوی سره ۵۰٪ ناروغان شفایاب کېږی .

اسکلیروزي مواد چې د ۲-۳ ملی مترو په اندازه د ورید شبکې په پاسنی برخه او چارچاپیره یې د مخاطی طبقی لاندې زرق کېږی په نوموړی ځای کې یو معقم التهاب منځته راوړی او کوم وخت چې دا معقم التهاب شفایاب شو په نوموړی ځای کې اسکلیروزی او فبروزی نسج د وریدی ضفیری په عوض تشکل کوی او بواسیری کتلی نه یواځی له منځه ځی بلکه نوره وینه هم نه ورکوی او دا مواد عبارت دی له ۵٪ فینول ، غوړین محلول Quininurea hydrochloride ۵٪ محلول .

تداوي د رابری حلقی پواسطه Rubber band Medthode:

د دې میتود پواسطه بواسیری کتلې قاعده د یو رابری حلقی سره یو مخصوص الی په استفاده غوټه او پدی شکل بواسیری کتله د رابری خلقی پواسطه په تدریجی ډول لیګاتور کېږی.

Cryosurgery:

په دې میتود کې هیموروئیدی کتلات د منفی ۱۹۰ درجی سانتي ګرید په معروضولو سره تخریبیږي څرنګه چې د مخصوص سندونو سره هیموروئید کتلی د مایع کاربن دای اکساید ، مایع نیتروزاکساید (N_2O) یا مایع نایتروجن سره د یو څو دقیقو لپاره په تماس روړل کېږی او په نتیجه کې هیموروئیدی کتلی خپل حیاتیت له لاسه ورکوی او په یو نکروزی نسج بدلیږي پدی عملیه کې انستیزی ورکولو ته هیڅ ضرورت نه حس کېږی ځکه چې د نوموړی مایعاتو فوق العاده یخ والی درد له منځه وړی ددی تداوی معذرت پدی کې دی چې وروسته د عملیې څخه نکروزی کړی بواسیری کتلی زوی کو او ۶-۸ هفتو پورې د مقعدي قنات څځه لږی لږی زوی خارجیږي او زخم یې ژر التیام نه کوی.

www.ketabton.com

جراحي درملنه:

په عمومی ډول د جراحی عملیاتو څخه مقصد دادی چې بواسیری کتله ویستل شی بی ددی څخه چې وروسته د عملیاتو نه د معصرو په ساختمان کې کوم اختلال یا داچې په مقعدي قنات کې تضیق پاتې شی. او د جراحی بهترین میتود Legature او Exision دی په هغه حالاتو کې چې د مقعد قنات په ټول محیط کې متعدد بواسیری کتلاتو په حلقوی ډول تشکل کړی وی د Withead په اصول مقعدي قنات مخاطی او تحت مخاطی طبقه په استوانی ډول تسلیخ اوایستل کیږی او د امپولا اخیری برخه مخاطی غشا د مقعدي قنات د خارجی سوری د پوستک سره په حلقوی ډول ګنډل کیږی.

خارجي ترمبوزي شوی هیمورو ئید Thrombosed External Hemorrhoid:

د مقعدي قنات په دننه د مخاطی غشا لاندې یا د مقعدي قنات خارجی فوحی ته نږدی پوستکې لاندې د هماتوم د تشکل څخه عبارت دی . دا هماتوم د خارجی بواسیرو او اوردو د څیری کېدو څخه وروسته منځته راځي. دا اوردی هغه وخت څیری کیږی چې د بواسیری اوردو داخلی فشار د ټوخی، پرنجی، د دروند وزن جګولو، د قبضیت په صورت کې د ډکو متیازو کولو په وخت کې شدید زور وهلو سره جګ لاړ شی.

کوم وخت چې نوموړی هماتوم پوستکې لاندې تشکل وکړ ناروغ فوراً په مقعدي ناحیه کې شدید درد حس کوی چې په ظرف د دوه یا درې ورځو کې ورو ورو د منځه ځی.

په فزیکې معاینه کې د خارجی بواسیرو په شکل یوه کتله چې شدید دردناکه او بنفشوی رنګ لری د څو ملی مترو څخه تر څو سانتي مترو پورې غټوالی لری معلومیږي د تداوی له نظره د ترمبوزی بواسیرو درد د تاوده تطبیقاتو سره کمیږي. که ناروغ د ترمبوز دتشکل څخه تر ۴۸ ساعتو پورې مراجعه کړی وی د موضعی انستیزی تر شرایطو لاندې دترمبوز په سر د مقعدي قنات د خارجی شعایې التواتو سره موازی په بیضوی شکل شق اجرا او هماتوم تخلیه کیږی او که ناروغ وروسته د ۴۸ ساعتو څخه مراجعه کړی وی هماتوم امکان لری چې په رشف کېدو وی یا داچې فبرورزی شوی وی.

چې د یوی کلکې خارجی بواسیری کتلی په شان معلومیږي او ددی لپاره چې ددی کتلی په منځ کې بیا ترمبوز پیدانشی داکتله باید Exision او لیګاتور شي.

www.ketabton.com

مقعدي فیسور(Anal Fissure)

تعریف:

په مقعدي قنات د Hilton line په حذا د مخاطی غشا او پوستکې د طبقی د طولانی چاودیدو یا څیری کېدو څخه عبارت دی.

د موقیعت له نظره مقعدي فیسور زیاتره د مقعدي قنات په خلفی زاویه کې او په دویمه درجه په قدامی زاویه کې منځ ته راځي فیسور عموماً لومړی د مقعدي قنات په ښکتنی برخو کې پیداکېږی او بیا پورته خواته امتداد پیداکوی فیسور لدی کبله مقعدي قنات په خلفی زاویه کې زیاد پیداکېږی چې نوموړی ناحیه له یوی خوا تحت الجلدی نسج لرلو له کبله غیر متحرک دی او له بلی خوا دمقعدي قنات د امپولا محور په دی ځای کې زاویه جوړوی او کوم وخت چې کلک غایطه مواد د مقعدي څخه تیریږي دا ناحیه شدیداً په ترضیض معروض کېږی.

اسباب:

۱- د غایطه موادو خارجیدل په ډیر فشار سره.

۲- د قبضیت د رفع کېدو لپاره په دوامداره ډول پارافین او نور منرال غوړین مواد استعمالول.

۳- مزمن اسهالات

۴- د مقعدي دساماتو خرابوالی

۵- د ولادت ترضیض

۶- د مقعدي قنات ژوبلیدل د کوم اجنبی تیره شی سره د غایطه موادو منځ کې وی مثلاً د هډوکې پارچې.

۷- د ډاکتر لخوا کوم وخت چې اسپیکولوم، انوسکوپ یا سیګموئید سکوپ په غلط تخنیک او یا په شدت یا بی ددی چې ناروغ د مقعدي قنات دقطر او د سامان تناسب مد نظر ونیول شی په مقعدي کې داخل شی.

۸- په ځینې حالاتو کې د مقعدي قنات فیسور بیخی نامعلوم وی . د مقعدي قنات څخه د بندی پوستکې په سیر کې کوم فیسورونه چې پیداکېږی عموماً د درماتایتس په سیر منځته راځي چې د مقعدي خارښت سره یوځای وی . همداسې د انال فیسور په سیر د

www.ketabton.com

کرون ناروغی ،U.cerative colitis ، سفلیس ، توبرکلوز او لوکېمیا هم د اختلاط په ډول منځ ته راځي.

د مقعدي فیسور سیر:

په لومړی مرحله کې مقعدي قنات مخصوصاً په خلفی زاویه کې د مخاطی غشا او د پوستکي په اتصالی برخه کې سطحی شق چې معمولاً یو شق شوی وی پیداکېږی وروسته د څو روځو څخه چې څو څو ځلی د غایطه موادو سره نوموړی فیسور په تماس راشی نو په هغه ځای کې انتان مداخله کوی او فیسور په یو زخم بدلیږي. او اعراض د التهاب ورسره ضمیمه کېږی که مرض تداوی نه شی التهاب په نوموړی ځای کې مزمن شکل نیسي، څرنګه چې د فیسور شونډی اذیمایي او د فیسور په سطحه کې زوی او نکروزی انساج پیداکېږی په نتیجه کې التهابی عکس العمل پراخه او مسننه خط سر پا پیلا استیلا کوی او د پولیپ په ډول پا پیلا ښکاری د مزمن التهاب په سیر د فیسور په شونډو او ژورو برخو او همداسې د پا پیلا او د فیسور په ښکتنی څوکو کې فبروزی انساج تشکل کوی چې دا ښکتنی څوکه هایپرتروفی کوی فبروزی انساج Sentinel pile په نامه یادیږي باید وویل شی چې فیسور په خپل ابتدایې مراحلو کې د غیر عملیاتی تداوی سره شفایاب کېږی او کوم وخت چې فبروزی انساج د فیسور په منځ او شونډو پیدا شو تداوی د جراحی عملیاتو په واسطه سرته رسیږي.

سریري تظاهرات:

۱- درد:

درد مهمتری عرض دی چې ناروغ د سوزش، غوڅولو یا څیری کولو په ډول د مقعد په خلفی برخو کې حس کوی دا درد د ډکو متیاز کولو په اخر وخت کې پیداکېږی او وروسته د ډکو متیازو څخه د ۱۰ نه تر ۱۵ دقیقو پورې دوام کوی او ورو ورو د منځه ځی. کوم وخت چې فیسور التهابی شی او د معصری اسپازم وربانډی اضافه شی درد فوق العاده شدید کېږی.

www.ketabton.com

۲- نذف:

د ناروغی په حادو مراحلو کې او کوم وخت چې فیسور شدید التهابی شی د ډکو متیازو کولو په اخر کې تازه وینه چې د غایطه موادو سره مخلوطه نده د مقعد څخه تر ۱ یا ۲ څاڅکو په شکل خارجیږي چې ددی نذف مقدار د بواسیرو د نذف څخه لږ دی .

۳- قبضیت:

له هغه ځایه چې ناروغ د ډکو متیازو کولو په وخت کې زیات درد حس کوی نو تغوط څخه ډاریږي او نه غواړی چې خپل رکتوم تخلیه کړی ا وپه امپولا کې غایطه مواد د اوږدی مودی لپاره پاتې کیږی او کلک کیږی او پدی ډول قبضیت منځه ته راځي .

تشخیص:

د انال فیسور تشخیص د سریري تظاهرات او د مقعد پر معاینه باندی استناد کوی له هغه ځایه چې مقعدي معاینه فوق العاده درد ناکه ده عموماً د عمومی انستیزی تر شرایطو لاندې اجراشی او کوم وخت چې انو سکوپ په مقعد کې داخلیږي په واضح ډول د مقعد په خلفی یا قدامی زاویه کې څیری شوی ځای چې پورتنی څوکې یې هایپرتروفی کړی وی یا پاپیلا تشکل کړی وی او ښکتنی څوکه د فیسور هایپرتروفی یې کړی فبروزی نسج موجود وی ښکاریږي کوم انال فیسور چې د کرون مرض او Ulcerative Colitis مرض په سیر منځته راځي زیاتره مقعدي قنات په جنبی جدارونو کې پیداکیږی او څو فیسوره همداسې مقعدي قنات په عمومی ډول اذیمایې او اصلی مرض په کولون یا وړو کولمو کې تثبیتیږي.

کوم فیسورونه چې توربرکلوزی منشاء ولری عموماً سږی د توبرکلوز سره په یو وخت شتراک کوی او درد یې لږی وی د موقیعت له نظره د افیسور هم د مقعدي قنات په جنبی برخو کې موجود وی .

سفلیسی فیسورونه چې زیاتره فبروزی انساج په خپل چارچاپیره نه احتواکوی دغه سفلیس په دریمه دوره کې منځته راځي او سیرولوژی تستونه یې مثبت وی یا په بل عبارت یو نفر چې د اوږدی مودی راپدیخوا مقعدي فیسور لری او په معاینه کې ولیدل شی چې فیسور د مقعدي قنات په جنبی برخو کې ځای لری او د هغی په چار چاپیر کې

www.ketabton.com

فبروزی انساج تشکېل نه وی کړی باید سیرولوژی تست اجراشی د لوکېمیا فیسورونه عموماً د Perianal ابسی سره په یو وخت کې اشتراک کوی او شدید دردناک وی.

درملنه:

که د فیسور څخه ډېر وخت تیرشوی نه وی یا په بل عبارت د هغه په شونډو او څمکه کې فبروزی نسج تشکل کړی نه وی د تاوده تطبیقاتو او د معاصری اسپازم د منځه وړلو سره چه دمقعدي قنات ته توسع ورکولو پواسطه سرته رسیږي شفاب کېږی ږ.

اما کوم وخت چې مرض مزمن شوی وی یا داچې د فیسور په شونډو او څمکه کې فبروزی انساجو تشکل کړی وی مهمترینه تداوی جراحی عملیات دی.

په انال فیسور کې دعملیاتو مقصد دادی چې دمعصری سپازم برطرفه شی او د فیسور چارچاپیره او د څمکې څخه یې فبروزی انساج لیری شی نو ددی منظور د لاسته راوستلو لپاره لومړی د انال فیسور شونډی او څمکه تر هغه ځایه پورې Debride کېږی ترڅو چې نورمال نسج ښکاره شی وروسته له هغی د داخلی معاصر الیاف په اړخ (Lateral internal Sphincterotomy) قطع کېږی او په اخره کې د پاک شوی فیسور سطح د نورمالی مخاطی غشا پواسطه پوښ او ګنډل کېږی .

د بواسیرو او انال فیسور د عملیاتو څخه وروسته اهتمامات:

څرنګه چې ناروغانو عموماً نخاعی انستیزی ورکول کېږی وروسته د عملیاتو څخه په ریکوری کې تر شپږ ساعتو پورې باید د چپرکټ لاندېنی پښی لړی پورته شی د ناروغ د وینی فشار کنترول او د مایع رژیم څخه استفاده وکړی د شپی لخوا د درد په مقابل کې مرکزی انالجزیکونه د ورید د لاری ورته تطبیق شی د عملیاتو څخه وروسته په اوله ورځ د انتی سپتک محلول په منځ کې په کېناستو پیل وکړی څرنګه چې په یو تش کې د پتاشیوم پرمنګنات یو فی هزار محلول کې اچول کېږی او ناروغ د ورځی څلور یا پنځه ځلی د هغه په منځ د پنځه یا لسو دقیقو لپاره کېنی مخصوصاً د ډکو متیازو کولو څخه وروسته لومړی باید خپله مقعدي ناحیه پاکه پریمنځی او وروسته په محلولو کې کېنی د عملیاتو په دویمه ورځ عادی غذایي رژیم اخلی او که قبضیت موجود و تخلیوی اماله ناروغ ته ورکولو کېږی د عملیاتو په دریمه ورځ ددی لپاره چې دمقعدي معصری

www.ketabton.com

سپازم د منځه لاړشي د ګوتې پواسطه معصری ته توسع ورکول کېږی او د انتی سپتک محلول په منځ کې یواځې وروسته د ډکو متیازو کولو څخه کېږی.

Anorectal Absecess or Perirectal Suppuration

مخکې ددی څخه چې Perirectal suppuration مبحث تر مطالعی لاندې ونیسو بهتره ده چې د اناتومی له نظره کوم خلاوی یا چه په عجان یا Perineum کې موجود دی او د Perianal Perirectal space په نامه یادیږي اوپه نوموړو ځایونو کې چې د زوو او د ابسو پیداکېدو امکانیت موجود دی باید توضیح شی.

Perianal and Perirectal Space:

د رکتوم او مقعدي قنات په چارچاپیره کې یو شمیر ځایونه دی چې د منظم او شحمی انساجو په واسطه ډک شوی دی چې نوموړی ځایونه د ابسی د تشکل لپاره ډیر مساعد دی.

۱- د رافعه عضلې (Levater Anii) په سر او درکتوم په دواړو خواو کې یوه مسافه موجوده ده چې د لیفی نسج پواسطه ډکه شوی ده او د Pelvirect او Supralevator space په نامه یادیږي چې ددی مسافی پاسنی سرحد یې د حوصلی پریطوان، جنبی سرحد یې د حوصلی جدار او په متوسط کې د رکتوم د جدار پواسطه محدود شویدی.

۲- Retrorectal space : چې د رکتو د خلفی جدار او د عجز د هډوکې په منځ کې د رافعه عضلې د سویې څخه پورته واقع دی او په دواړو خواوو کې د Supralevator space سره ارتباط لری.

۳- **Ischiorectal Space** :

دا مسافه د رافعه عضلې په سفلی کې واقع ده په علوی کې د رافعه عضلې یا حوصلی دیافراګم، په متوسط کې د مقعد خارجی معصری د بنډلونو، په جوانبو کې د حوصلی د یوالونه او په سفلی کې د Ischiorectal حفری د مستعرض حجاب په واسطه محدود شویده.

دا مسافه بیخی دشحمی انساجو پواسطه ډک شویده چې دهغی د ضخامت څخه د رکتوم د سفلی برخې او عیې او لمفاوي قناتونه تیریږي دامسافه چې د رکتوم او مقعدي قنات په دواړو خواو کې موقیعت لری یوبل سره د Deep postanal space له لاری ارتباط پیداکوی نو پدی ډول کوم انتان چې په یو خوا کې پیداکېږی د همدې لاری بلی خوا ته انتشار کوی او یوه ابسی جوړه وی چې د اس د نعل شکل لری.

www.ketabton.com

۴- **Deep Postanal Space** :

دا مسافه د رکتوم په خلفی او د رافعه عضلې او د خارجی معصری د سطحی بنډل د وتری برخې په مینځ قرار لری او د شحمی نسج په واسطه ډکه شویده.

۵- **Perianal Space** :

دا مسافه چې دشحمی نسج پواسطه ډکه شویده په انسی کې د خارجی معصری د سطحی بنډل، په وحشی کې د Ischiaticus هډوکې، په سفلی کې د پوستکې او په علوی کې د مستعرض حجاب په واسطه محدوده شویده ددی مسافی په خلفی برخو کې Superficial Postanal مسافه قرار لری.

۶- **Superficial postanal space** :

چې د Perianal space په خلف او د خارجی معصری دسطحی بنډل او د پوستکې په مینځ کې واقع ده چې پدی ځایو کې زیاتره ابسی تشکل کوی.

۷- **Intersphinecteric Space** :

دا مسافه چې ډیره تنګه ده د خارجی او داخلی معصرو په منځ کې د مقعد په محیط کې په حلقوی ډول قرار لری.

Perirectal Suppuration :

د Perirectal او Perianal مسافاتو کې د پتوجن مکروبو فعالیت په نومړو ځایو کې د تقیحاتو د پیداکېدو سبب ګرځی.

کوم مکروبونه چې ددی تقیحاتو په منځته راتلو کې زیاتر رول لری عبارت دی د Proteus Vulgaris, Eschorchia Coli او ځینې ان ایروبیک مکروبونه.

پتوفزیولوژي:

د Perirectal Suppuration اساساً د مقعدي قنات د غدواتو پرانتاناتو باندی استناد کوی دا غدوات یا Analgland's دداخلی معصری عضلې بنډل او د رکتوم د طولانی عضلې الیافو په منځ کې چې د خارجی او داخلی معصرو په منځ کې ښکته سیر لری واقع دی ددی غدواتو د قناتونو خولی د مورګنی کریپتو په منځ کې خلاصیږي کوم وخت چې د کریپتو په منځ کې په دوامداره ډول کلک غایطه مواد بند پاتې شی د غدواتو افرازات

www.ketabton.com

په صحیح ډول نه تخلیه کېږی. او د بلی خوا د نوموړو بند شوی کلکو غایطه موادو څخه انتان د غدواتو په منځ کې چې افرازات یې د رکود ت په حال کې دی داخل او Anal gand's په التهاب اخته کېږی . او باالاخره ابسی جوړوی ابسی چې د غدی په منځ کې تشکل کړی دی پورته خواته، ښکته خواته، په حلقوی ډول د رکتوم او مقعدي قنات په محیط کې یا دا چې جنبی خواته انتشار او درېناژ کېږی چې په نتیجه کې د Perianal او Perirectal د مسافاتو د التهاب او د ابسی د تشکل سبب ګرځی البته Perirectal suppuration د ویښتانو د بصلی د التهاب، دخولو د غدواتو د التهاب، دعجان ناحیې پوستکي التهاباتو او د معقد د چارچا پیره هماتوم د منتن کېدو څخه وروسته همداسې د Anal fissure داخلی بواسیرو او دمقعدي ناحیې د پرولپس په سیر د انتاناتو او ابسی ګانو د اختلاط په ډول منځته راځي.

د Anorectal ابسی ګانو تقسیمات او تصنیف د Perirectal او Perianal د مسافاتو په اساس شوی دی چې په لاندې ډول تشریح کېږی.

۱- Perianal ابسی: د مقعد خولی ته نږدی پوستکې لاندې پیداکېږی او اصلاً په Perianal مسافه کې تشکل کوی.

۲- Ischiorectal ابسی: چې په Ischiorectal space کې تشکل کوی او د ابسی موضعی سریري تظاهرات د مقعدي ناحیې په جنبی خواوو کې پیداکېږی.

۳- Retrorectal ابسی: چې په Deep postanal Space کې تشکل کوی او موضعی سریري تظاهرات یې د مقعدي قنات په خلف او عصص د هډوکې په څوکه کې پیدا کېږی.

۴- تحت المخاطی ابسی: د مقعدي قنات په پورتنی برخو کې مخاطی غشا لاندې پیدا کېږي.

۵- Marginal ابسی: د مقعدي قنات خارجی فوحی ته نږدی د پوستکې او مخاطی غشا د اتصال په ناحیه کې مخاطی طبقی لاندې پیدا کېږی .

۶- Pelvirectal ابسی: چې په Supralevator Space کې تشکل کوی او د موضعی Peritonitis د سریري تظاهراتو د منځ ته راتلو سبب ګرځی.

۷- Intramuscular ابسی: چې د Superficial Postanal Space او د Intersphinectrain په مسافه کې پیداکېږی او د Perianal ابسی په شان موضعی او عمومي اعراض ورکوي.

www.ketabton.com

سريري تظاهرات:

۱- عمومی اعراض:

درد:

په هغه حالاتو کې چې د رافعه عضلې څخه پورته انتان تاسس کړی وی ناروغ د ګیډې په ښکتنی برخو کې درد حس کوی . او د موضعی پریطونایتس سره مغالطه کیږی او کوم انتانات چې د رافعه عضلې څخه ښکته موقعیت ولری ناروغ د انتان دموقیعت له مخی د مقعد په شاوخوا کې شدید درد حس کوی. نوموړی درد د ټوخی، پرنجی، ژور سا ایستلو، ګرځیدو او کېناستو سره تشدید کیږی.

تبه:

د مقعدي ناحيې التهاباتو سره ناروغان عموماً تبه کوی چې د انتان د شدت له مخی تبه هم شدیده یا خفیفه وی.

قبضیت:

له هغه ځایه چې دمقعدي ناحیې درد مخصوصاً په کېناستو او زور وهلو سره اضافه کیږی نو ناروغان د ډار څخه ډکې متیازی نه کوی او ورته قبضیت پیداکیږی.

۲- موضعی سریري تظاهرات:

پړسوب، سوروالی، د موضعی حرارت زیاتوالی، تندرنیس او د ابسی د تشکل صورت کې تموج یا Fluctuation موجود وی. که التهاب ژور وی کوم واضح برسوب په مقعدي ناحیه کې نه معلومیږي او د رکتل یا مهبلی معاینه کې ناروغ په خپله حوصله کې په یوه خوا یا دواړو خواوو کې درد حس کوی او په نوموړی ځای کې تندرنس موجود وی او د ګیډې د جس سره ناروغ د ګیډې په ښکتنی برخو کې درد حس کوی او تندرنس موجود وی .

اختلاطات:

که د مقعدي ناحيې ابسی ګانی ژر تر ژره تداوی او درېناژ نه شی نه یوازې انتان د یوی اناتومیک ناحيې څخه بلی اناتومیک مسافی ته انتشار کوی بلکه په خپله په بنفسهی ډول مخاطی غشا یا پوستکې خواته درېناژ کیږی او مزمن درېناژ سینوس جوړوی یا داچې هم پوستکې او هم مخاطی غشا خواته لار جوړي. او مزمن فستول منځته راوړي.

www.ketabton.com

درملنه:

د Para rectal او Para anal ابسی گانو اساسی تداوی د ابسی پراخه درېناژ او د هغه په څنګ کې انتی بایوتیک د ورکولو څخه عبارت دی باید وویل شی چې یوائحی انتی بیوتیک التهابی حالت له منځه نه شي وړای.

د مقعدي ناحیې سطحی ابسی ګانی د عمومی انستیزی تر شرایطو لاندې د صلیب او پراخه شق په واسطه باید تام درېناژ شی اما ژوری ابسی ګانی په عملیات خانه کې د رکتوم یا عجان له لاری باید په پراخه توګه درېناژ شی او د لزوم په صورت کې د ابسی جوف درېناژ او کورتاژ شي.

د پاسني اهتماماتو سره دوه پر درې برخه ناروغان بیخی شفایاب کېږی او یو پر درې برخه یې بیا هم په Anal Fistul اختلاط کوي.

Anorectal Fistula

د یو التهابی لار یا قنات څخه عبارت دی چې په مقعدي ناحیه کې لرونکې د یوه ابتدایې داخلی خوله (چې په مقعدي قنات کې لار لری) او یوه ثانوی خارجی خوله (د مقعد په چار چاپیره د پوستکې په سر واقع دی) دی دفستول متضاد اصطلاح Sinus دی او د هغه التهابی قنات څخه عبارت دی چې یو مزمن انتانی محراق ددی لاری په واسطه دباندی سره ارتباط پیداکوی.

فزیو پتالوژي:

Anorectal فستولونه زیاتره د مقعدي کریپتو د التهاب څخه منشاءء اخلی.څرنګه چې نوموړی کریپتونه لومړی د اجنبی اجسامو یا کلک غایطه موادو له خوا ژوبلیږي .په دویمه مرحله کې ژوبل شوی ناحیه منتن او کریپتایتس منځته راځي . کریپتایتس پرمختګ کوی او د دوه معصرو په مینځ یا منځنی برخو کې ابسی جوړوی نوموړی ابسی ګانی که یوائحی پر پوستکې یا په مقعدي قنات کې لار خلاص کړی مقعدي Sinus مینځته راځي او که په مقعدي قنات او هم د مقعدي قنات په چارچاپیره پوستکې کې لاره خلاصه کړی انورکتال فستول جوړیږي.

www.ketabton.com

د فستول سیر:

د فستول خط السیر په دوه عمودي او افقی پلانو کې مطالعه کیږي.

د فستول سیر د Good Sall's قانون په اساس :

د مقعدي قنات خوله او چارچاپیره پوستکې یې د یو مستقیم خط سره په دوه نیم قدامی او نیم خلفی ساحه تقسیمیږي که د فستول خارجی سوری ددی خط به قدام کې واقع وی د فستول سیر مستقیم او په مستقیم ډول د داخلی فوحی سره په داخل د مقعد ارتباط لری که د فستول خارجی فوحه د مستعرض خط په خلف کې واقع وی فستول په منحنی شکل سیر کوی او د یو منحنی یا کوز قنات پواسطه داخلی فوحی سره په داخل د مقعد ارتباط پیداکوی.استثناءً که د فستول خارجی سوری د مستغرض خط په قدام او د مقعدي قنات څخه تقریبا درې یا د درې سانتي مترو څخه زیاته فاصله ولری د فستول سیر په منحنی شکل د مستعرض خط تر خلفی برخو بوری امتداد پیداکوی.او د هغه داخلی سوری د مستعرض خط په خلف کې د مقعدي قنات په داخل کې خلاصیږي.

دفستول عمودی سیر د Park's Gorden & Hardoastla د قانون په اساس په څلورو کتګوریو ویشل شویدی.

۱- Inter sphinecteric فستول:

دا فستولونه په دوه ډوله دی

الف: سطحي بین المعصروی فستولونه:

دا فستولونه مخاطی طبقی او پوستکې لاندې سیر کوی څرنګه چې د فستول داخلی خوله د مقعدي قنات په مینځ کې خلاصه ده او وروسته ددی څخه چې مخاطی طبقی او پوستکي لاندې خپل سیر ته دوام ورکوی خارجی خوله یې په پوستکې کې خلاصیږي.

ب: عمیق بین المعصروی فستولونه:

د دې نوع فستول داخلی خوله د مقعد په دننه کې واقع ده او په خپله فستول وروسته ددی څخه چې د مخاطی طبقی لاندې د داخلی معصری د یوی برخې په مینځ او داخلی او خارجی معصری د فاصلی په مینځ خپل خط السیر ته دوام ورکوی د مقعد دخولی په څنګ کې د فستول خارجی فوحه خلاصیږي.

www.ketabton.com

۲- Trans-sphenteric فستول:

د دې فستول داخلي خوله د مقعدي قنات په دننه او خارجی خوله یې په پوستکې کې خلاصیږي. دا فستول داخلی او خارجی معصری عضلې الیاف سوری کوی او د هغوی د مینځ څخه تېرېږي.

۳- Supra-sphenteric فستول :

د Trans-sphenteric فستول پشان خط السیر لری پدی فرق چې ددی فستول سیر لړ شان پورته دی او مخصوصا د خارجی معصری د پاسنی برخې څخه تیریږي .

۴- Extra-sphenteric فستول:

ددی فستول داخلی خوله د امپولا په ښکتنی برخو کې او خارجی خوله یې په پوستکې او د مقعدي خولی څخه ډیر لری واقع دی او فستول قنات د داخلی معصری د ډیر علوی برخو څخه تیریږي.

سریري تظاهرات:

ناروغان عموما په خپل تاریخچه کې د مقعدي ناحیې د ابسی د موجودیت څخه حکایه کوی چې نوموړی ابسی یا په خپله او یا داچې د جراحی شق پواسطه درېناژ شوی دی. د ابسی درېناژ کله شفا یاب او درېناژ یې د مینځه ځی او کله بیا پیداکیږی.بلاخره نوموړی ابسی په فستول بدلیږي چې د فستول عمده سریري علامه د فستول د خارجی خولی څخه د زوی او چرک خارجیدل دی چې یا په دوامدار ډول او یا په متقطع ډول جریان لری. کوم وخت چې د فستول خوله وتړل شی او جریان د زوی قطع شی ناروغ په خپل مقعدي ناحیه کې درد حس کوی او حتی تبه هم ورته پیداکیږی او کوم وخت چې درېناژ صورت ونیسي درد هم کمیږي یا داچې بیخی ورک کیږی.

فزیکي معاینه:

په تفتیش سره د مقعدي قنات د چارچاپیره پوستکې په سر یو یا څو سوری معلومیږي چې د هغوی خوله د منتن ګرانولیشن نسج پواسطه ډک او د مینځ څخه یې زوی او ځینې وخت وینه لرونکې زوی خارجیږي. په هغه حالاتو کې چې دفستول عامل ګرانولوماتوز امراض یا توبرکلوزوی د فستول درېناژ یوازې سیروزیتی ډوله مواد وی.

www.ketabton.com

د جس پواسطه چې ددوو ګوتو سره اجرا کېږی (شهادت ګوته په مقعدي قنات کې داخلیږي او لومړی ګوته د مقعد څخه د باندی قرار لری) ددی دوی ګوتو په مینځ کې معصروی بنډل او نور پتالوژیکې سطحی افات په همدې ناحیه کې د جس وړ وی سطحی او ساده فستولونه د یو Cord یا رسی په شکل معلومیږي او همداسې په دی حالاتو کې د یو Probe یا سند پواسطه د نوموړی فستول عمق ،سیر او ننی فوحه یې تعینیږي.له هغه ځایه چې دا مانوره دردناکه وی نو که معاینه تر عمومی انستیزی شرایطو لاندې اجراشی بهتره ده.

د پوره تشخیص په منظور متممه معاینات:

په هغه حالاتو کې چې فستول ساده او سطحی نه وی نو د Probe سند پواسطه د فستول سیر، ژوروالی او دننی فوحی پیداکول ډیر مشکل دی نو په دی وخت کې د فستول د سیر او د هغه د مسخصاتو د تعینولو لپاره په لاندې ډول معاینات سرته رسیږي.

۱-یو ساده میتود چې د هغه پواسطه د فستول داخلی سوری کشف کېدای شی په دی ډول اجرا کېږی چې انوسکوپ په مقعدي قنات کې داخل او د فستول په خارجی سوری کې د یو سرنج پواسطه هوا زرق کېږی . د انوسکوپ په مرسته د مقعدي قنات په دننه کوم ځای کې چې د فستول داخلی خوله موجوده دی د نوموړی ځای څخه لومړی زوی او وروسته هوا خارجیږي همداسې د هوا په عوض کېدا شی چې رنګه مواد لکه Methylen Blue زرق شی او په دی ډول نه یوازې د فستول سیر بلکه د فستول خوله هم کشف کېږی.

۲- د دې لپاره چې په ډیر مطمئن شکل د فستول عمودی او افقی سیر او داخلی فوحه یې معلومه شی بهتره ده چې د فستول په خارجی سوری کې کثیفه مواد (Radiopaque) زرق او د عجان ناحیې څخه قدامی خلفی او اړخیز او په مقعد کې په عمودی ډول رادیوګرافی اجراشی.

www.ketabton.com

توپيري تشخيص:

۱- د Hidradenitis تقیحی سره: د خولی د غدواتو يوه ناروغی ده چې د sweat glands افرازات قنات مخصوصا په مقعدي او تناسلی ناحيه کې بنديږي او د غدی په مينځ د تړول شوی خولی غلظت زيات او غده د يو سيست په شکل غټيږي. کوم وخت چې دا غټ سيست منتن شی په تناسلی او مقعدي ناحيه کې په څو څو ځای مزمن سينوس درېناژ جوړيږي. چې د انال فستول سره مغالطه کيږی او د فستولو ګرافی سره د نوموړی سيستونو تشخيص وضع کيږی.

۲-د Pilonidal sinus سره: زياتره په Sacro-coccygeal ناحيه کې پيداکيږی.او که دسينوس سير تعقيب شی په Sacro-coccygeal ناحيه کې ختميږي .
په زيات شمير واقعاتو کې د سينوس په خوله کې ويښتان موجود وی چې ډاکتر ته په قطعی تشخيص لارښودنه کوی او که ويښتان موجود نه وی قطعی تشخيص فستولوګرافی سره وضع کيږی .

۳. Granolomatous امراضو سره (Regional Enteritis) ددي امراضو سره په زياته فيصدي انورکتال فستول اشتراک کوي. حتی په دي امراضو کې چې وړي او غټی کولمي ماوفيږي لمړنی سريري تظاهرات د ګرانولوماتوز مرض انورکتال فستول دي. چې د مياشتو او کالو لپاره بي ددی چې د اصلی ناروغی نور سريري تظاهرات واضح ښکاره شي په مزمن شکل دوام کوي. په دي امراضو کې انورکتال فستولونه عموما بی درده وي او دفستول سير د خاثف ګرانولار نسج په واسطه ډک شوي وی دانورکتال توبرکلوزي فستول واقعا په پرمختللی هيوادو کې لږ په فقير هيوادو کې زښت زيات وی. دا فستولونه هم بی درده وي اما زياتر د سږی ،لمفاوي غدواتو ،هډوکو او بندونوتوبرکلوز سره اشتراک کوي

۴. د منتن Sebaceous Comdone سيست ، مزمن Barthelinitis او Folliculitis سره : د ناروغ تاريخچه ،د مريضی افت موقعيت ،فزيکي معاينه اوبلاخره که نوموړی امراض سينوس جوړ کړی وي سينوس دسير دتعقيب سره دناروغي اصلی تشخيص وضع کيږی.

www.ketabton.com

۵. د Rerrorectal Dermoid سیست سره : ریاتره په ښځوکې پیداکېږی او دسیست تشخیص دفزیکې معاینی په واسطه اجراکېږی که سیست سوری شوی وی او انتان به کې مداخله وکړي نو وروسته د عملیات څخه د پتالوژی معایناتو په واسطه قطعی تشخیص وضع کېږی.

۶. د Coloperineal فستول سره د کولون او سیگموئید د دایورتیکولایتس په سیر پیداکېږی که ددی فستولو سیر د یو نرم پروب یا کلک رابړی کتیتر په واسطه تعقیب شی د فستول عمق په حوصله کې قرار لري او قطعی تشخیص د فستولوگرافي په واسطه وضع کېږی څرنکه چې د فستول تنی په سیکموئید یا کولون کې خلاصیږي .

۷. د مقعدي سینوس وروسته د ترضیض او اجنبی اجسامو د مداخلی څخه :

د ترضیضاتو په اثر امکان لری چې د معقد په چارچاپیره کې پوستکې کې مزمن زخم پاتې شی او د فستول سره مغالطه وشی .همداسې ځینې اجنبی شیان د غایطه موادو سره یو ځاي کوم وخت چې دمقعدي قنات څخه تیریږي د مقعد جدار ژوبلوی او تیریږي .
مثلاً کومه پارچه هډوکې همداسې د باندی څخه ځینې پردي اجسام د مقعد په چارچاپیره پوستکې کې یو مزمن التهاب مینځته راوړی .او دفستول سره مغالطه کېږي.
مثلاً که Episiotomy د غیری قابل جذب تار سره وگنډل شی یا مقعد جروحات او جراحی شقونه د غیری قابل جذب موادو سره وگنډل شي نوموړي مواد امکان لري چې د دوامدار زخم سبب وگرځي او فستول سره مغالطه شي .

۸. Urethroperineal Fistula :

دا نوع فستولونه عموما وروسته د حوصلی ترضیضاتو څخه مینځته راځي Rectourethral Fistula زیاتره د سامان د غلط استعمال څخه او وروسته د پروستاتکتومی څخه پیداکېږی . چې ددي فستولو عمده سریري عرض Fecaluria او Pneumaturia دي نری او واړه فستولونه په بنفسهي دول بندیږي او که د فستول قطر لوي وي او لومړي باید Cystostomy اجرا او وروسته فستول ترمیم شي .
Perineal sinus د Tubu Ovariari ابسی ،د حوصلي اکتینومیکوزاو د حوصلي د هډوکي Osteomyelitis او د حوصلي اعضاو د کارسینوما په سیر د اختلاط په ډول مینځ ته راځي چې د انورکتال فستولو څخه د رادیوگرافي په واسطه تفریق کېږي

www.ketabton.com

د Anorectal فستول اختلاطات:

Anorectal فستولونه که بی د تداوي پاتې شې په وجود کې د ځينې سيستميک انتاناتو محراق او منبع ګرځيدلاشي. همداسې د ځيني راپوروله مخې مزمن انورکتال فستولونه د مقعدې قنات په کارسينوما تحول کوي او د عملياتو په واسطه ددې فستول تداوي د نومورې اختلاطاتوځخه مخنيوي کوې.

د Anorectal فستولو درملنه:

وړوکې او سطحي فستولونه بدون د تداوي په بنفسهی ډول شفايات کيږي اما په رياتره واقعاتو کې د فستول يواځيني تداوي جراحي عمليات تشکېلوي چې د فستولکتومي څخه عبارت دي او د فستول په جراحي تداوي کې بايد دا لاندې ټکې مد نظر ونيول شي.

۱-د فستول لمړنی خوله بايد پيداشي.

۲-د فستول کانال يا کانالونه او د هغوې مسير بايد ښکاره او تعين شي.

۳-وروسته د پاسنی مراحلو څخه د فستول کانال دهغه په ټول امتداد خلاص او منتن انساج يې وايستل شي .(Curetageاو Fistuletomy)

۴-وروسته د عمليات څخه بايد زخم تر جدي مراقبت لاندي ونيول شي تر څو چې د ژور څخه سطحی خواته ترميم صورت ونيول شي.

د مزمنو اسهالاتو، Ulcerative colitis، فعال ګرانولوماتوز انتروکولايتس په وخت کې بايد مطلق فستولکتومي بايد اجرانشي ځکه چې عملياتي زخم ژرنه ترميم کيږي او کوم وخت چې اصلي ناروغي تر کنترول لاندي راغله د فستول عمليات استطباب پيداکوي کوم فستولونه چې ژوره او دانورکتال د معصرو د مينځ څخه يا دا چې د دواړو معصرو د باندې څخه تيريږي عمليات يې په لاندي ډول سر ته رسيږي

۱-که د معصرې ژوره برخه د او Levator Anii عضلات د فستول د مسير څخه د باندي واقع وي او نور معصروي الياف د فستول دمسير څخه دننه واقع وی که دا معصروي الياف د فستولوتومی په اثر قطع شي نو د مقعد Incontinence يا عدم کفايه نه پيداکيږي او عمليات يې لکه د يو ساده فستول په شکل چې مخکې تذکر ورکړ شو سرته رسيږي.

www.ketabton.com

۲- په هغه حالاتو کې چې داخلی او خارجی معصروي الیاف د فستول د مسیر په دننه کې موقعیت ولري (د مقعدي قنات او د فستول په مینځ کې معصروي الیاف واقع وي یا په بل عبارت Suprasphincteric یا Extrasphinecteric وي) پدي وخت کې عملیات په دوه مرحلو کې صورت نیسي څرنګه په اوله مرحله کې د یو رابری پړي یا رسۍ په واسطه چې د فستول د مسیر څخه تیریږي معصروي الیاف غوټه کیږي ددي رابري پړي په واسطه د معصري چارچاپیره انساج د معصري سره التصاق کوي په دویمه مرحله کې وروسته د هرو دري ورځو څخه رابري غوټه ټینک او کلک کیږي ددي عملي په واسطه له یوي خوا د معصري الیاف د غوټې د فشار په واسطه د مینځه ځي او له بلی خوا د رابري پړي د شا څخه کرانولار او فبروزي انساج سطحی خواته وده کوي په دي ډول ورو ورو او هره دري ورځ وروسته معصره تدریجا دمینځه ځي او فیبروزي نسج د هغه ځاي نیسي او بلاخره زخم شفا یاف کیږي باید وویل شي چې د زخم د ژر شفا یاب کېدو لپاره د یوي خوا باید د غایطه موادو په مینځ کې د مکروبو شمیر اصغري حد ته رسیږي او له بلي خوا زخم همیشه پاک وساتل شي .چې د لومړي هدف د سرته رسیدو لپاره د خولی له لارې ناروغ ته د کولمو انتي سپتیکونه ورکول کیږي او د دویم منظور لپاره ناروغ باید د ورځي څو څو ځلي انتي سپتیک محلولونه په مینځ کې کېښني او خپل زخم پرې مینځي.

Rectal Prolapse

خارج خواته د رکتوم د جدار یوه طبقه یا د ټول طبقاتو د راوتلو څخه عبارت دي دا ناروغي په ښځو کې نسبت نارینه وته زیات پیداکیږي.

اسباب:

زیاتره هغه اشخاص د مقعد په Prolapse اخته کیږي چې روحا او جسما ضعیف وي

۱- مزمن قبضیت او په ماشومانو کې مزمن اسهالات او همداسې په دوامدار ډول د تغوط په وخت کې زور وهل د مقعد پرولپس سبب ګرځي .

۲- په حوصلي ناحیه کې وسیع جروحات او د هغه له کبله د Perineal یا عجان په ناحیه کې د عضلاتو ضعیف والي هم د مقعدي د پرولپس سبب کرځي .

www.ketabton.com

۳-د کولمو مزمن پراریتي امراض لکه مزمن امیبیازس ددي سبب کېږي چې ناروغ د تغوط په وخت کې زور وهي له دي کبله پرولپس مینځته راځي .
۴-په مسنو خلکو کې د عمر زیاتوالي له کبله دوجود د ټول عضلاتو په شمول د عجان عضلات ضعیف کېږي او د پرولپس د مینځ ته راتلو لپاره مساعده زمینه برابر وي.
۵-د نخاع د ترضیض او التهابي افاتو له کوم وخت چې د حوصلی عضلات فلج کېږي نو د نومووړي عضلاتو د ضمور او ضعیفوالي له کبله رکتوم ښکته پرولپس کوي .

تصنیف:

Rectal Prolapseپه څلور ګروپو ویشل شوی دی:

۱-Mucosalprolapse **یا مخاطي پرولپس**: یواځې د رکتوم مخاطي غشاء د مقعدي قنات د خارجي فوحی څخه دباندي وځي دا نوع پرولپس په ماشومانو کې زیات تصادف کوي او وروسته د سببي تداوي څخه زیات امکان لري چې په بنفسهي شکل شفایاب شي په کاهلانو کې دانوع پرولپس مترقي سیر لری او ورځ په ورځ زیاتیږي

۲- procidentia په دي نوع Prolapse کې د لغزنده یا ښویونکې فتق په شان د رکتوم د جدار ټول طبقات مخصوصا قدامي جدار یې په شمول د پریطواني کیسه د مقعدي قنات د خارجي فوحی څخه ښکته خارجیږي.

په ماشومانو کې ددي نوع Prolapse په پیداکېدو کې دا لاندې عوامل رول لري

الف: په ماشومانو کې د عجزي هډوکې لکه په کاهل خلکو کې چې منحني شکل لري انحنا نلري.

بلکه هموار او عمودي سیر لري له دي کبله ددي هډوکې سره موازي ښکته خواته رکتوم سیر لري او په اساني Prolapse کوي.

ب: په ماشومانو کې په Ischiorectal ناحیه کې شحمي انساج چې رکتوم جګ ساتی ډیرلږ دي.

ج: په ماشومانو کې د رکتوم استنادي اربطه ضعیفه ده.

www.ketabton.com

په کاهلانو کې دProeidentia په Prolapse کې لاندي عوامل رول لري

الف: د رکتوم د جنبی Suspensory اربطي ضعيفوالي.

ب: کوم وخت چې رافعه عضله د Recto vaginal د صفاق څخه جلاکيږي نو د نوموړي صفاق د لنډوالي سبب ګرځي او له دي کبله رکتوم ښکته خواته کش کيږي چې په دی حالت کي امکان لري Cystocele يا Uretrocele هم د Prolapse سره موجود وي

ج: Mesorectum اوږوالي ددی سبب کيږی چې رکتوم قدام خواته بی ځايه شي او خپل منحنی سير چې د عجزد هډوکې سره موازي دي په مستقيم او عمودي سير تبديل کړی په کاهلانو کې لومړي د رکتوم قدامی جدار ښکته Prolapse کوي او وروسته کوم وخت چې د عجان عضلات ضعيفه شي د رکتوم جدار په حلقوي شکل Prolapse کوي.

۳- د رکتوم او Anal کانال Eversion د حوصلی د عضلاتو دعدم کفايې له کبله مينځ ته راځي په دي نوع پرولپس کې د انورکتال ښکتنې برخي په حلقوي ډول ښکته راځي په دي پرولپس د رکتوم پريطوانی کڅوړی ښکته نه راځي .

۴- د کولون تغلف پرولپس په دی نوع Prolapse کې رکتوم پخپل ځای پاتې کيږي او د رکتوم د مينځ څخه کولون يا سيګموئيد ښکته راځي او د مقعدي فوحې څخه د باندي وځي.

سريري تظاهرات:

د تغوط يا د ټوخي او کرځيدو په وخت کې د مقعدي قنات د خولی څخه يوه کتله ښکته خارجيږي چې په لومړي وخت کې نوموړي کتله پخپله ارجاع او د وخت د تيريدو سره ارجاع يې مشکل او ځينې وخت غيري قابل ارجاع کيږي . د ناروغ پرتوګ د پرولپس کړي برخي د افرازاتو او وينی او همداسې له هغه ځايه چې مقعدي عدم کفايه موجوده وي د ډکو ميتازو په واسطه هم ملوث کيږي.

د عجان او رکتوم عضلات په مترقی ډول ضعيفيږی او بلاخره نوموړي عضلات Atonia منځته راځي چې نتيجه يي د مقعدي قنات Incontinence دي ددي لپاره چې د پرولپس قطعي تشخيص وضع شي بهتره ده چې ډاکټر په خپلو سترګو پرولپس وګوري . سربيره پردي ناروغ د ولاړ په وضعيت او د پروت په وضعيت په داسې حال کې چې

www.ketabton.com

زور ووهي معاينه شي د عجاني عضلاتو او د معصرو مقويت او استرخايي حالت او دهغوتقلص قدرت د ګوتي د معاينی او د Electromyography په واسطه تعين شي.
په مخاطي پرولپس کې د رکتوم مخاطي غشا د يوه يا دوه سانتي متر په اوږوالي د مقعدي قنات څخه په حلقوي او متناظر ډول ښکته راځي او مخاطی التوات عموما شعايي سيرلري.
د شهادت او د غټي ګوتي په واسطه د پرولپس کړي مخاطي غشا دوه طبقي چې نري پنډوالي لري جس کېږي.
په Procidentia پرولپس کې د پرولپس کړي کولمی قدامي جدار چې د پريطواني کڅوړي سره يو ځاي ښکته راځي نسبت خلفي جدار ته اوږد او د کولمو د جدار دوه پنډ طبقات د شهادت ګوتي او غټي کوتی په مينځ پنډ او د يو بل څخه جلا جس کېږي او د پرولپس ګړي کولمی مخاطي غشا التوات حلقوي وي يه تغلفي حالت کې په مقعدي معاينه کې د رکتوم د جدار تغلف کړي کولمی د راس په مينځ کې يوه Sulcus لکه چې د رحم غاړي د محبل په مينځ کې داخل کېږي د جس وړ وي

خصوصي معاينات:

سکموئيد سکوپي او د کولون چوکاټ راديوګرافي د اشتراکې امراضو سببي تشخيص په منظور بايد اجرا شي همداسې د دکتوم د راديوګرافي په جنبي وضعيت بايد واخستل شي ترڅو چې د رکتوم بي ځايه کېدل قدام خواته ښکاره شي.
همداسې ددي لپاره چې معلوم شي ايارکتال پرولپس عصبي منشاء لري که نه د عصبي معايناتو اجرا کېدل حتمي دي.

توپيري تشخيص:

۱- دپرولپس کړي بواسيري کتلاتو سره: دپرولپس کړي بواسيري کتلاتو ازيمايي او التهابي وي چې التوات نه لري او وريکوزي حالت نه ښکاره کوي د جس په واسطه شديد دردناک او پنډ وي

۲-د غټ او هايپرتروفيک مقعدوي پاپيلا ،فيبروما او پوليپو سره :چې نوموړي کتلات عموما جلا جلا يوه يا دوه عدد وي او په حلقوي ډول ښکته شوي نه ښکاري.

www.ketabton.com

درملنه

۱-طبي تداوي:

په ماشومانو کې محافظه کار تداوي په بریالي توب سره سرته رسیږي او د ناروغي نکس ډیر لږ واقع کیږي اما که پرولپس عصبی منشاء ولري یا د مزمن انتاني ناروغي له کبله مینځ ته راغلي وي په دي وخت کې طبي تداوي ښه نتیجه نه ورکوي په ماشومانو کې سوء تغذي او انتاني حالت باید تداوي شي .ماشوم د تغوط په وخت کې په یو اړخ باید پروت وي او د دوه ډکو متیازو په فاصله کې د ماشوم دواړه الیوي ناحیه د لوکوپلاست په واسطه نږدي راوړل شي دماشوم قبضیت باید دغذایي رژیم په واسطه برطرف شي او د لزوم په صورت کې همیشه ورته تخلیوي اماله ورکړه شي

۲- جراحي تداوي:

څرنکه په ماشومانو کې محافظه کار تداوي ښه نتیجه ورکوي او برعکس په کاهلانو کې دا تداوي په بریالیتوب نه ختمیږي او تقریبا همیشه جراحي تداوي ته ضرورت حس کیږي نو په کاهلانو کې د هرنوع پرولپس لپاره جلا جلا جراحی میتودونه موجود وي

الف- د ساده مخاطی پرولپس جراحی تداوي : پرولپس کړي مخاطی غشاء په حلقوی ډول Exision کیږي او د پورتنی مخاطی غشاء شونډي د لاندي مخاطی غشاء سره په حلقوي ډول ګنډل کیږي.

ب-د Procidentia پرولپس جراحی تداوي : په دري ډوله ده:

۱-د بطن دلاري وروسته د لپروتومی څخه د رکتوم خلفي جدار په عجز هډوکې د خیاطو په واسطه تثبیتیږي او په ډول د رکتوم د پرولپس څخه مخنیوي کیږي یا دا چې سیکموئید او د رکتوم پورتنی برخي قطع او د نازله کولون څوکه د امپولا د پاسنی برخو سره خوله په خوله انستموز ورکول کیږي

۲-د مقعد له لاري Proctosigmoidectomy اجرا کیږي په دي ډول چې د مقعدي قنات په حزا کې د ښکته شوي کولمي جدار په حلقوي ډول قطع او ایستل کیږي . دکولمو پاتي شوي خوله راسا د مقعدي قنات د خولي سره ګنډل کیږي

www.ketabton.com

۳-که ناروغ ډیر زوړ او عمومی حالت یي خراب یا دا چې عملیات او عمومی انستیزي نشي تحمل کولای نو په دي وخت کې پرولپس ګړي بیرته ارجاع او د مقعدي قنات په خارجي سوري کې د معصرو په څنګ کې په تحت الجلد کې د سپین زرو څخه یوه حلقه اچول کېږي چې د حلقي قطر تقریبا یو سانتي متر وي

ج-د رکتوم د Eversion جراحی تداوي : له هغه ځایه چې درکتوم Eversion د حوصلی د ځمکې د ضعیفوالي له کبله مینځ ته راځي د څو خیاطو په واسطه په خلف کې د رکتوم جدار په عجز هډوکي کې او په قدام د عانی ارتفاق سره ګنډل کېږي.

د رکتوم سلیم تومورونه:

د رکتوم سلیم تومورونه عبارت دي د فیبروم، لایومایوم ، لمفوما او پولیپونه د رکتوم فیبروم لایومایوم او لمفوما چې د رکتوم په جدار کې دیو نو ډول په شکل مینځ ته راځي ډیر لږ تصادف کوي تر څو چې د دوه سانتي مترو څخه غټ نه شي د سریري اعراض د مینځ ته راتلو سبب نه ګرځي او کوم وخت چې ددي اندازي څخه غټ شو نه یواځي د نذف سبب ګرځي بلکه ناروغ په رکتوم کې هم درد حس کوی او له هغه ځایه چې تفریق یې د کانسر سره مشکل دي او زیاتره په کانسر استحاله کوي نو عموما د رکتوم د کانسر په شکل تداوي کېږي . او دلته یواځي د رکتوم پولیپوز چې د احصائی له نظره واقعات یي زیات تصادف کوي مطالعه کوو.

د رکتوم پولیپوز:

د رکتوم پولیپونه یو سلیم تو مور دي لاکن یو څه خصوصیت لري چې هغه د نوموړي پولیپ خبیثه استحاله ده . دا تومور زیاتره د ژوند په لومړي کالونو کې پیداکېږي. زیاتره په نارینه کې تصادف کوي د ماوفیدو تناسب په نارینه او ښځو کې دري پر یو دي.

پتالوژي:

دوه ډوله پولیپونه موجود دي چې یو ډول یې لرونکې دسویق یا Pedicule او بل ډول یي پلنه قاعده لري چې Sensilepolyp په نامه یادیږي .د هستولوژي له نظره د مخاطی اپیتل استوانی حجراتو څخه منشاءء اخلي او زیات اندازه میوکوز افرازوي . نوموړي پولیپونه کله واحد او کله زیات او منتشروي . واحد پولیپونه دومره په خباثت نه

www.ketabton.com

استحاله کوي لاکن منتشر پوليپونه زيات په خباثت استحاله کوی همداسې هغه پوليپونه چې سويق لري د خباثت چانس يي لږ او هغه پوليپونه چې د پلنه قاعده لري د خباثت چانس يي زيات وي

سريري تظاهرات:

اکثره ناروغان د خپل مقعد څخه د ويني او مخاط د راتلو له کبله ډاکټر ته مراجعه کوي . مقعدي نذف سور رنګ لري او مخاط د بلغمو په شکل وي ناروغان کله کله د کاذب تغوط حسيت ،قبضيت او اسهال څخه حکايه کوي . او کله هم پوليپ له مقعد څخه بيرون وځي چې د پوليپ پرولپس ورته وايي.

که پوليپ منتشر او د رکتوم په پاسني برخو کې موقعيت ولري ناروغ پخپله ګيډه کې کوليک ډوله درد حس کوي. چې د Tenismus سره يو ځاي وي. که ناروغ بی د تداوي پاتي شي له هغه ځايه چې پوليپ د خباثت استحاله کېدو ته ميلان لري ورو ورو وزن کموي او ډنګري کيږي.

تشخيص:

د کوتي د معاينی او دسګموئيد سکوپی په واسطه تشخيص يي وضع کيږي . د ګوتي په واسطه د رکتوم ټول جدارونه جس کيږي او که پوليپ د رکتوم په شکتني برخو کې موجود وي د ګوتي په واسطه پوليپ د يو متحرک او نرم کتلی په شان د خپل سويق سره د رکتوم په جدار نښتي دي جس کيږی. په پروکتوسکوپي يا سيګموئيد سکوپي کې پوليپ د يو جلا لرونکې سری کتلی په شان چې قاعده يې بنفشوي رنګ لري معلوميږي که د دسګموئيد سکوپ سره معلومه شوه چې پوليپ متعدد وي ددي لپاره چې ډاکټر پوه شی چې ايا پوليپوز حالت تر کولون پورې وسعت لري که خير بايد کولون سکوپی اجرا شي يا دا چې د کولون چوکاټ وروسته د باريوم دامالی څخه راديوګرافي شي .

www.ketabton.com

توپیري تشخیص:

۱- د داخلي بواسیر سره: د داخلی بواسیر زیاتره په کاهو کې پیداکیږي د موقعیت له نظره د مقعدي قنات په پاسني برخو کې موجود وي حال داچې پولیپ په دي ځاي کې هیڅ تشکل نه کوي بلکه د مقعدي قنات څخه پورته په امپولا کې مینځ ته راځي . د بواسیر کتلی رنګ عموما بنفشوي وي د ډکو متیازو سره یواځي وینه راځي مخاط او زوي د مقعد څخه نه خارجیږي

۲-د رکتوم د کار سینوما سره : د رکتوم کار سینوما معمولا د یو غیرمنظم نودولار او مجزا کتلی په شان چې په سر استناد لری معلومیږي چې په ځینې ځایو کې تقرحي شوي ښکاری او د قرحی شونډی خارج خواته چپه شوي وي .

۳-د رکتوم اندومترپوزیس سره: ناروغ عموما ښځینه وي Menstruation په وخت کې د ډکومتیازو سره وینه راځي . د انوسکوپ سره یوه یا څو نودولونه د Rectovaginal حجاب په سر معلومیږي چې وینه ورکوي مخصوصا د Menstruation په وخت کې

درملنه:

۱- په هغه صورت کې چې پولیپ وړوکې او کوم اختلاط موجود نه وي فقط د بایوپسی پنس په واسطه او یا د الکتروکوتیر په واسطه له قاعدی څخه قطع کیږي.

۲-په هغه صورت کې چې د خباثت اشتباه وی د رکتوم د کانسر په شکل درکتوم امپوتیشن اجراکیږي.

۳-په هغه صورت کې چې پولیپ د رکتوم په مینځ کې بیخی منتشر وی وروسته ددی څخه چې رکتوم د عملیات لپاره اماده شو درکتوم ریزکشن اجرا او سګموئید اخري برخي ته د مقعدي قنات سره Anastomoseورکول کیږي.

۴- په هغه صورت کې چې پولیپونه په کولون کې هم موجود وي نوHemicolectomy او Totalcolectomyاستطباب لري.

www.ketabton.com

د رکتوم کانسر:

د رکتوم کانسر په دوه برخو کې مطالعه کېږي:

۱-د امپولا کانسر یا اصطلاحا درکتوم کانسر.

۲-د مقعدي قنات کانسر.

د امپولا یا رکتوم کانسر

وقوعات:

د رکتوم کانسینوما په نارینه و کې نسبت ښځو ته دوه چنده زیات عمومیت لري د ۲۰ کلني څخه پورته په هر سن تصادف کوي. اما د ماوفیدو متوسط سن د رکتوم د کاسینوما لپاره ۶۰ کلني عمر قبول شویدي د ۲۰ کلني څخه مخکې د رکتوم د پولیپوز د مساعده زمیني په سره مینځ ته راځي . د رکتوم کانسر وروسته د معدې د کانسر څخه د هضمي جهاز په کانسرو کې ډیر زیات عمومیت لري .

اسباب:

باید وویل شي کوم مهیه عوامل چې د کولون د کارسینوما په مینځ ته راتلو کې رول لري (لکه پولیپوز او کولایتس او لسیروز) د رکتوم په کارسینوما په تشکېل کې هم خاص اهمیت لري.

اناتومو پتالوژي:

داناتومیک موقعیت له نظره د رکتوم د کانسرونو دوه پر دري برخه په امپولا کې تاسس کوي. چې د امپولر کانسر په نامه یادیږي .او یو پر درې برخه یي د امپلا په پاسنی برخو کې تشکل کوي چې د Rectosigmoidien کانسر په نامه یادیږي.

د مکروسکوپیک معاینی له نظره درکتوم ټول کا نسرونه نودولاراوکرحوی شکل لری چه د رکتوم په جدار کې په حلقوی ډول وده اونشونما کوی اوبلاخره په رکتوم کې تنګوالی او تضیق مینځ ته راځي

د مکروسکوپ له نظره نوموړي کانسرونه د کولون کانسر په شان د مخاطي غشا د استوانی اپیتل حجراتو څخه منشاء اخلي . ۹۰٪ ادنو کارسینوما او ۱۰٪ کلوئید وي یعني هغه نوع کارسینوما چې زیات اندازه Mucousافرازوي.

www.ketabton.com

د کانسر انتشار:

۱-د کانسر مستقیم انتشار :

د رکتوم کارسینوما په موضعي ډول د رکتوم په محیط کې په حلقوي شکل او هم د رکتوم په اوږدوالي ښکته او پورته انتشار کوي . د کاسینوما انتشار خصوصا په حلقوي شکل د رکتوم په جدار کې ډیر چټک وي ځرنکه چې د یو کال په موده کې د رکتوم ټول جدار اشغالوي او وروسته له دی چې کانسر د رکتوم جدار اشغال کړ د رکتوم د محیط نږدې انساجو ته سرایت کوي . خصوصا د Levator Anii عضله ډیر ژر اشغالوي . په قدام کې د مهبل جدار او مثانه او په نارینه و کې پروستات او د عجز هډوکې د کانسر له خوا اشغالیږي.

۲-لمفاوي انتشار:

د رکتوم کارسینوما میتاستاز د لمفاوي قناتو له لاری ډیر عمومیت لري او کوم لمفاوي غدوات چې د بواسیري علوي شریان ، دالیوي او سفلی مسارسقي شریان په امتداد واقع دي د کارسینوما له خوا اشغالیږي

۳-د کانسر انتشار د وینې له لارې :

د رکتوم کارسینوما په٪ ۱۰ تر ۱۵٪ وقایعو کې کولونیک او بواسیري اوردي اشغالوي . او د علوي یا سفلي مساریقي اوردي او د باب ورید له لاري په لومړي مرحله کې ځیګر ته میتاستاز ورکوي.

۴-د **Perineural** له لارې:

د نږدې عصبي الیاف د چارچاپیره انساجو اشغال د کنسري نسج له خوا ددي سبب کیږي چې کانسر د عصبي الیافو په سیر انتشار کوي او په داسې حالاتو کې د ناروغی انزار چندان ښه نه وي .

www.ketabton.com

د رکتوم کانسر Typing:

د رکتوم کانسر وروستني Typing یو نفر مولف د Duckes په نامه اجراشوي دي چې په لاندي ډول توضیع کیږي .

لومړي Type: تومور د رکتوم په جدار محدود پاتي دي

دویم Type : تومور د رکتوم د جدار څخه د باندي تجاوزکړي دي .

دریم Type : سیمه ایز لمفاوي غدوات اشغال شوي دي .

څلورم Type : دویم او دریم Type په څنګ کې په لیري ځایو کې لکه ځیګر او سږو ته میتاستاز ورکړي وي .

د رکتوم د کارسینوما سریري تظاهرات :

د غایطه موادو سره د دوامداری تازهویني او مخاط خارجیدل د رکتوم کانسر عمده عرض تشکېلوي او څرنکه چې دا لومړي عرض دي نو ناروغ د زیاتي مودي لپاره د بواسیرو سره اشتباه کیږي. معقدي وینه غایطه مواد او مخاط سره مخلوط نوي . څرنکه چې مصلي د موي مخاط کله په جلا ډول او کله د غایطه موادو په سطح خارجیږي . ناروغ د ګیډې په ښکتني برخو کې بی ددي چې اسهال ولري Tenismus ډول درد حس کوي . ناروغ همیشه په خپل رکتوم کې ډکوالی حس کوي له دي کبله د کاذب تغوط حسیت ورته پیداکیږي. او تر کوم وخت پوري چې مقعدي قنات د کانسر له خوا اشغال شوي نه وي ناروغ شدید درد په مقعد کې نه حس کوي . د مرض د پرمختک او لیري ځایو کې د میتاستاز د ورکولو په هکله د ناروغ عمومي معاینه حتمي دي . د مغبنی ، حرفقي ناحیو او د ترقوي هډوکې څخه پورته او ښکتني برخو د لمفاوي عقداتو د موجودیت له کبله باید جس شي او د غټ لمفاوي غدواتو د موجودیت په صورت کې یوه یې د بایوپسي په توګه وایستل شي . د ناروغ ګیډه په دقت سره تفتیش او جس شي . به هغه حالاتو کې چې دباب ورید تنګوالي یا Hypertension د ځیګر د میتاستاز له کبله موجود وي امکان لري ځیګر غټ شوي وي او د باب ورید د فشار د زیاتوالی سریري تظاهرات موجود وي.

www.ketabton.com

تشخیص:

د رکتوم کارسینوما احتمالي تشخیص پر کلینیکي لوحه باندي استناد کوي . اما دکلینیکي تظاهرات په څنګ کې د رکتوم کارسینوما قطعي تشخیص د Examination Digital Rectal Sigmoidoscopy او له دي لاري څخه د بایوپسي اخستلو او میکروسکوپیک معاینې په واسطه وضع کېږي .

۱-Digital Rectal Examination:

په هغه صورت کې چې کانسر په رکتوم کې موقعیت ولري د ګوتی په واسطه د مقعد له لاري په ښه توکه د تومور په هکله معلومات لاس ته راځي. چې د رکتوم زیاتره کانسرونه د ډیر کلک ، نودولار ، ثابت او حلقوي کتلي په شان د رکتوم په جدار کې جس کېږي .او کوم وخت چې ګوته د مقعد څخه وایستل شي څوکه یې عموما په وینه او مخاط ککړه وي. د تومور د وسعت د تعینولو لپاره مخصوصا په ښځو کې باید Rectovaginal. Examination اجراح شي . یعني د یوه لاس ګوته په مهبل او د بل ګوته په مقعد کې داخل او د دواړو ګوتو په مینځ کې د تومور جسامت ، وسعت، تحرکېت،کلکوالی او د هغه د سطح ښوي والی په هکله معلومات شي اما په نارینه و کې د یو لاس په مقعد کې داخل او د بل لاس سره د ګیډی د جدار د پاسه ښکته حواته فشار ورکول کېږي . او د دواړو لاسو په مینځ کې د تومور اوصافو په هکله څرنکه چې مخکې تذکر ورکړ شو معلومات لاس ته راوړل شي .

۲-Sigmoidoscopic Examination:

د رکتوم کانسر د سیګموئید سکوپ په ساحه کې د یو سور تنبتی نسج په شان ښکاري چې مرکزي برخې یې تقرحي شوي او د تماس څخه سره یا بدون د تماس وینه ورکوي . او که د سیګموئید سکوپ څوکه په احتیاط یو خوا بلې خوا ته حرکت ورکول شي کتل کېږي چې رکتوم خپل تحرکېت تر یوه اندازې پوري یا دا چې بیخي له لاسه ورکړي وي . همداسې په کانسري ناحیه کې د رکتوم قطر کم شوي وي او د سیګموئید سکوپ د خارجیدو په وخت کې چې په امپولا کې د دري وصف دایروي نورمال التوات کوم یو یې (نظر په موقعیت د مانسر) د مینځه تللي وي په اخره کې باید د نومورې کتلي څخه سطحي بایوپسي په ډیر احتیاط واخستل شي .

www.ketabton.com

توپيري تشخيص:

له هغه ناروغيو سره چې په ركتوم كې مزمن تقرحات پيداكوي او يا د تضيق سبب گرځي بايد تفريق شي خصوصا تفرحی كولايتس يا نذفی ركتوكولايتس .

همدارنكه تفريق اميبيازيس او Nicola fever چې د ركتوم تضيق مينځ ته راوړي او په افغانستان كې هم ډير عموميت لري چې بايد تفريق شي.

د پاسيني امراضو د تفريق لپاره بايد حتما بايوپسي او هستولوژيک معاينات تكميل او هم باكترلوژی معاينات اجراشي.

درملنه:

د ركتوم كارسينوما تداوي عموما د جراحي عملياتو په واسطه سرته رسيږي . اما له هغه ځايه چې ركتوم فوق العاده منتن دي نو بايد مخكې د عمليات څخه د كولون انتان اصغری حد ته ورسيږي .

د ركتوم د كا نسر درملنه:

۱-جراحي درملنه:

جراحي درملنه هغه وخت استطباب لري چې كانسر په لری ځايو كې ميتاستاز نه وي وركړي يا په بل عبارت كانسر د لومړي ،دويم يا دريم Typeڅخه وي.او له هغه ځايه چې ركتوم فوق العاده منتن وي نو مخكې ددي څخه چې پر هغه باندی كوم عمليات اجراشي بايد ركتوم پاک او د هغه لومن د انتان له نظره اصغري حد ته ورسيږي يا په بل عبارت ركتوم عمليات لپاره اماده شي د كولون او ركتوم اماده كول عمليات ته د كولون د جراحی په مبحث كې شرح شوي دي .

د ركتوم د كانسر جراحي درملنه مختلف ميتودونه لري چې په ركتوم كې د كانسر موقعيت له نظره انتخابيږي

الف - د كولون د ماوفه برخي ريزكشن : د ټولو جراحاتو د توافق سره سم ددي ميتود څخه وخت استفاده كيږي چې كانسري كتله د Dentat Line څخه تقريبا ۱۵ سانتي متر ورته واقع وي . په دي ميتود كې د بطن له لاري مداخله صورت نسي او چپ Hemicolectomy په شكل ريزكشن اجرا او مستعرض كولون د امپولا پاتي برخي سره په لومړي مرحله كې د انستموز وركول كيږي .

www.ketabton.com

ب – د Miles میتود یا رکتوم تام امپوتیشن: هغه کانسري تومورونه چې په ښځو کې Dentat line ترپنځه نیم سانتي متري او په نارینه و کې د Dentat line تر اوه سانتي متري پوري موقعیت و لري باید د Miles په اصول د رکتوم تام امپوتیشن عملیه اجراشي . یا په بل عبارت رکتوم د Abdominoperineal له لاري په تام ډول وایستل شي . څرنکه چې لومړي د بطن له لاري مساریقي سفلي شریان قطع او د نازله کولون نیمایې ښکتنی برخي سیګموئید کولون او رکتوم بیخي وایستل شي د نازکه کولون څوکه د ګیډې د جدار سره د Permanent Colostomy په شکل ارتباط ورکول کیږي . د ګیډې د عملیاتي زخم ګنډلو څخه وروسته د عجان له لاري دویمه مداخله صورت نیسي او په داسې حال کې چې احلیل او مثانه (په نارینه و کې پروستات) په دقیق ډول محافظه کیږي ټول مقعدي قنات د چارچاپیره پوستکې سره د رکتوم د محیط شحم ، رافعه عضلې ،لمفاوي ناحیوي عقدات او په ښځو کې رحم او ملحقات یې ایستل کیږي او په اخر کې د مقعد چارچاپیره باقی مانده پوستکې یو د بل سره ګنډل کیږي .او په دي ډول ناروغ د عمر تر اخره پوري د کولوستومی له لاري تغوط کوي . وروسته د عملیات څخه امکان لري چې ناروغ ته د څو ورځي لپاره د تشو متیازو بندش پیداشي چې د کتیتر په واسطه دا تکلیف د منځه ځي .

ج - **Hartman** میتود:

د دې میتود څخه هغه وخت استفاده کیږي چې کانسر په ځیګر او لیري ځایو کې میتاستاز ورکړي وي. او ناروغ ډیر ضعیف او د وسیع عملیات توان ونه لري . ددی عملیات منظور دادي چې له یوي خوا که تام یا ناتام انسدادي حالت مینځ ته راغلي وي دا حالت له مینځه لاړ شي او له بلی خوا څرنګه چې د کانسر په پرمختللی واقعاتو کې ناروغ ډیر درد حس کوي نو ددي میتودڅخه په استفاده د کانسري کتلی د لیري کولو سره د ناروغ درد لږ شان تسکین کیږي . په دي میتود کې یوازې یواځي توموري کتله Resection کیږي وروسته بیا مقطوعه ښکته څوکه ګنډل کیږی او مقطوعه پورته څوکه د ګیډې جدار ته د باندي ایستل کیږي یانې کولوستومي او مصنوعی مقعد تری جوړیږي

www.ketabton.com

د کولوستومي مراقبت:
د عملیات څخه وروسته د څو هفتي لپاره کولوستومي څخه غایطه مواد نیمه مایع په شکل خارجیږي اما په تدریج د وخت د تیریدو سره غایطه مواد لږ جامد په شکل خارجیږي او ددی لپاره چې د تغوط فعل د کولوستومی له لاري تر کنترول لاندي راشي . او ناروغ وکولای شی چې په خپله صرف د ورځي یو ځاي کولوستومي ماحیه پاک کړي نو له یوي خوا ناروغ ته د ورځي دوه ځلي یانې غرمه او ماښام لس لس څاڅکې Teinture opium ورکول کیږي .او له بلی خوا هر سهار د کولوستومي له لاري تخلیوي اما له تطبیق کیږي دا عملیه د څه مودی لپاره د تطبیق وړوي او وروسته د ۱۰ تر ۱۵ ورځو څخه کولون ته دا عادت پیداکیږي او یي ددي چې ناروغ Teinture opium واخلی یا اما له شي هر سهار په نورمال شکل د کولوستومي له لاري تغوط صورت نیسي.

۲ – Palliative سیپتومایتک درملنه: دا درملنه هغه وخت استطباب لري چې کانسر په لیري ځایو کې میتاستاز ورکړي وي او له بلی خوا ناروغ شدید درد او تام یا ناتام انسدادی حالت ولری په دي وخت کې بهترینه تداوي دHartmannعملیات دی چې مخکې تذکر ورکړشو.

په هغه حالاتو کې چې کانسر ډیر پرمختک کړی وي او جراحي عملیات حتی د Hartmann په اصول هم امکان ونه لري د شعایې تداوي او شیموتراپی څخه کار اخستل کیږي.

الف: شیموتراپي:

یواځي ادویه چې د هضمي جهاز پر ارنوکارسینوما باندي ښه تاثیر لری عبارت دي د 5-Fluorouracil دا ادویه یو Cytostatic ادویه دي چې په هفته کې یو ځلی د ۱۵ څخه تر ۲۰ ملی ګرام پوري په هر کیلو ګرام وزن د بدن د ورید له لاري د شپږو هفتو لپاره تطبیقیږي.

ب: رادیو تراپي:

په مجموعي ډول د رکتوم په کانسر کې د ۴ څخه تر ۵ زره راد شعاع تطبیقیږي د شعاع تطبیق سره د ناروغ درد او حتي انسدادي حالت تر یوي اندازې پورې د منځه ځي .

www.ketabton.com

د مقعد نیوپلازم (Neoplasm of the Anus)

۱ - د انو رکتال Epidermiod (Squamos Cell Carcinoma):

دا تومور ډېر عمومیت لري د کولون د کانسر د جملی څخه یوه یا دوه فیصده او دانورکتال د کانسرونو د جملی څخه دري تر پنځه فیصده جوړوي په ښځو کې نسبت نارینه وته دوه چنده زیات تصادف کوي .

اسباب:

د دې نوع اسباب د نورو کانسر په شان معلوم نه دي اما Leukoplakia لمفو ګرانولوما Veneriumمزمن فستولونه او شعاع ته د مقعدي ناحیه پوستکې معروض کېدل د کانسر د پیداکېدو لپاره مهیه عوامل جوړوي .

پتالوژي:

د میکروسکوپ معاینی له نظره یو Squamos Cell Carcinoma دی چې د مقعدي قنات د Dentate خط څخه پورته او هم ښکته موقعیت نیولای شي ددی تومور کانسري حجرات په لومړي مراحلو کې قابل د تفریق او د وخت په تیریدو سره حجرات یې غیر قابل تفریق کېږي. هرڅومره چې د کانسر ارتشاحات، میتاستازاو نشونما زیات او سریع وي په هماغه اندازه حجرات یې هم غیر قابل د تفریق وي .

انتشار:

۱ - مستقیم انتشار: د مقعدي قنات د چارچاپیره انساجو معصرو کې ژر تر ژره انتشارکوي.

۲ - لمفاوي انتشار : کانسر لومړي د مقعدي قنات لمفاوي انساج اشغالوي او له دي لاري رکتال او عجاني غدوات په اوله مرحله کې او وروسته د مغبنی ناحي لمفاوي غدواتو ته انتشار کوي .

۳ - دورید له لاری انتشار : د بواسیري اوردو او دباب له لاري ځیګر ته میتاستاز ورکوي.

www.ketabton.com

سریري تظاهرات:

مقعدي نذف د کانسر عمده سریري عرض تشکېلوي ددي په څنګ کې ناروغ په مقعد کې موضعی درد هم حس کوي . ناروغانو ته د ډکو متیازو کولو کاذب حسیت ، د ګیډې د صفلي برخي تیېزم ، کله کله په مقعدي ناحیه کې سوزش او خاربښت هم پیداکېږي چې په لومړي مرحله کې د بواسیر مخصوصا تقرحی شوی بواسیر سره اشتباه کېږي.

د ناروغۍ تشخیص:

د یوې دقیقي ماینی په واسطه وضع کېږي اما د کانسر په لومړي مراحلو کې چې زیاتره د بواسیر څخه شکایت کوی مخکې د هر عملیات څخه مخصوصا چې ناروغ مسن وي د قطعې تشخیص لپاره یا بیوپسي واخستل شي .

درملنه:

له هغه ځایه چې دا نوع کانسر عموما د رکتال ،عجاني ، حوصلی او مغبنی لمفاوي قناتونه ژر انتشار کوي نو د رکتوم اویا د چارچاپیره عضلاتو او د نوموړي غدواتو لیری کول د Abdomino perineal جراحي مداخله په واسطه اساسی تداوي وی ګڼل کېږي په ښځو کې Vaginectomy هم باید اجراح شي .په دي وروستیو وختو کې د Super Voltage Irradiation د تطبیق څخه په زړه پوري نتایج اخستل کېږي . څرنکه چې ددي تداوی او د جراحی عملیاتو نتایج بیخی یو بل سره ورته والی لري .

۲ – دانورکتال (Cloacogenic Cancer):

د Epidermiod کارسینوما یو سریري شکل دی چې د Basosquamous کارسینوما یا د Transitional Cell کارسینوما په نوم هم یادېږي .دا کانسر دهغه امبریولوژی حجروي بقایاو څخه منشاء اخلی چې د رحمی ژوند په لومړي او دویمه میاشتو کې یانې کوم وخت چې د بولی او تناسلی سیستم اخري برخه مشترک وی د Dentate خط څخه پورته په مقعدي قنات کې په ابتدایې حالت پاتې کېږي . تومور زیاتره په مقعدي قنات کې ژور خواته انتشار کوی او یواځی سطحه یې په مقعدي قنات کې ښکاري د سریري تظاهراتو او انتشار له نظره د اپی درموئید کارسینوما سره شباهت لري او تداوي یي هم د هغه په شان وي.

www.ketabton.com

۳ – **Malignant Melanoma**:

نادرا تصادف کوي او د ټول انورکتال د کانسرونو د جملې څخه يو فيصد يې تشکېلوی داتومور فوق العاده خبيث او د سريع ودی او نشونما خاصيت لری چې ژر ميتاستار ورکوی دا تومور وروسته د جراحی عملياتو څخه ژر نکس کوی زياتره د Dentate خط په سير پيداکېږي.

د ميکروسکوپ له نظره يو بواسيری کتلی په شان معلومېږي چې رنګ يې سيانوزی او تور وی . ځينې وخت د ترمبوزی شوی بواسير سره مغالطه کېږي .په يو پر درې واقعاتوکې توموری کتلهPigmentatedنه دی او د مقعدي پوليپ سر مغالطه کېږی د ناروغي قطعی تشخيص د بايوپسی په واسطه وضع کېږي.

د سريري تظاهراتو له نظره مقعدي نذف عمده عرض تشکېلوي کانسر زياتره د دوران له لاري ځيګر او سږو ته ميتاستاز ورکوي . تومور Radioresistant دي او شيموتراپی سره ځواب نه وايی نو له دی کبله د Abdominoperineal جراحی مداخلی په واسطه د رکتوم ، حوصلی ، عضلاتو او لمفاوي غدواتو د بايدی ايستل انتخابی درملنه دي.

۴ – **Basal Cell Epithelioma**:

د انورکتال د ناحيې يو غير معمول کانسر دي ، په نارينه و کې نسبت ښځو ته دري چنده زياترتصادف کېږي . د موقعيت له نظره زيادتر د مقعد په خوله کې پيداکېږي چې د يو عادي قرحی په شان ښکاري د قرحي تشخيص او تداوی لپاره بايد په وسيع ډول Excisional Biopsy اجرا شي. په دي ډول چې د قرحی د شونډی څخه ليری په نورمال پوستکې باندی شق اجرا او نومور ايستل کېږي.

Excision نه يواځی د ميکروسکوپيک معاينی لپاره ضرور دي بلکه له هغه ځايه چې تومور ميتاستاز نه ورکوي جذری او انتخابی تداوی هم دي د کانسر په لومړي مراحلو کې راديوتراپی هم ښه نتيجه ورکوی ، اما جراحي تداوی بهترينه تداوي دي. ځکه چې د راديوتراپی په شان خطرات نه لري .

www.ketabton.com

۵ – Perianai Bowen’s Disease:

یو . چې د Intraepidermal Carcinoma یا Carcinoma in situs په نامه یادیږي توموردي چې ډیر ورو ورو وده او نشونما کوي او واقعات یې ډیر لږ تصادف کوي .ددي تومور یواځې دري فیصده یې ارتشاحی شکل غوره کوي. او مستاستاز ورکوي . تومور د یو سره جلا لرونکې ، غیري منظم پلاک ډوله ، اکزیماتوئید او لوند جلدي وتیری په شکل تظاهر کوي. چې د خارښت سره ملګري وي .

له دي کبله د مقعد د خارښت سره باید تفریق شي . چې البته قطعی تشخیص یې د بایوپسی په واسطه اجرا کیږي چې تر میکروسکوپ لاندې په نسجي مقطع کې د Bowen’s غټې حجرات چې څو نوه یا هسته لري معلومیږي .

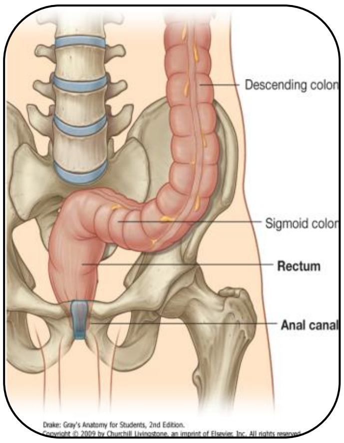
تداوي یې د تومور د Excision څخه عبارت دی په دی ډول چې تومور په چارچاپیره په نورمال نسج باندی شق اجراء او تومور ایستل کیږی.

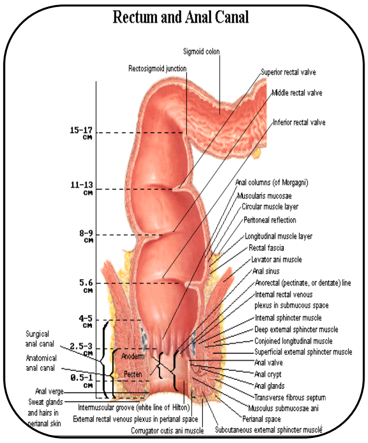
۶— د انوس Extrammary Pagets Disease:

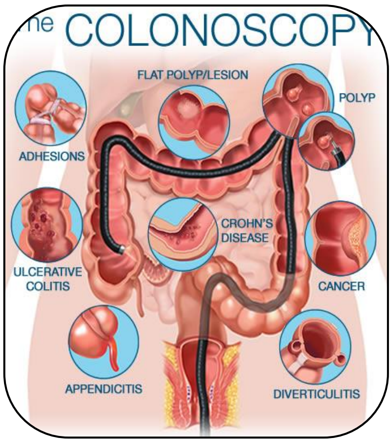
چې د Epidermotroohic Carcinoma په نوم هم یادیږي چې موسینور کارسینوما دی چې نادراً تصادف کوی د موقیعت له نظره په انوجنیتال ناحیه کې تاسس کوی. زیاتره په ښځو کې او وروسته د ۵۰ کلنی څخه تصادف کوی اصلاً دا تومور لومړی په Apocrineغدواتو کې پیداکیږی او وروسته په دویمه مرحله کې امکان لری چې Intradermal میتاستاز ورکړی (Apocrine Glandsد هغه غدواتو څخه عبارت دی چې افرازات یې د هغه په منځ کې ذخیره او غلیظ کیږی مثلاً د شیدو غدوات).

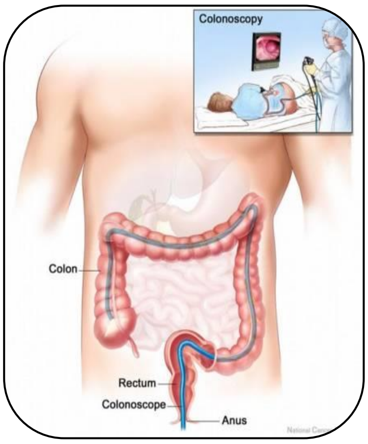
داتومور خبیث او ورو ورو وده او نشونما کوی او ډیر وروسته میتاستاز ورکوی. تشخیص یې د بایوپسی په واسطه اجرا کیږی څرنګه چې د تومور په چارچاپیره د نورمال پوستکې په سر شق اجراء او تومور په تام ډول Excision کیږی.

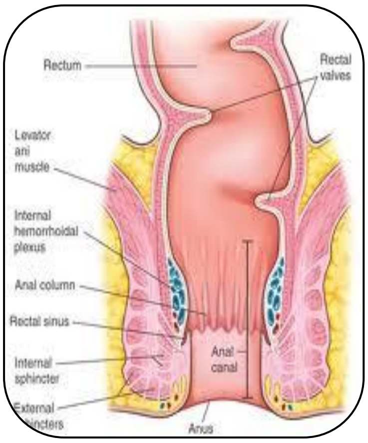
www.ketabton.com

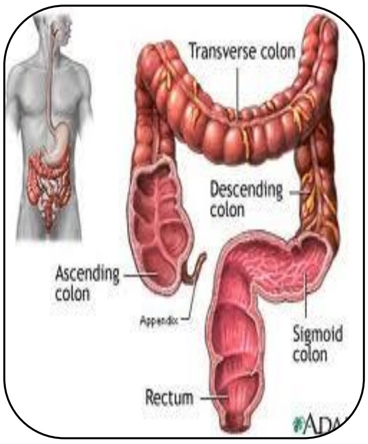


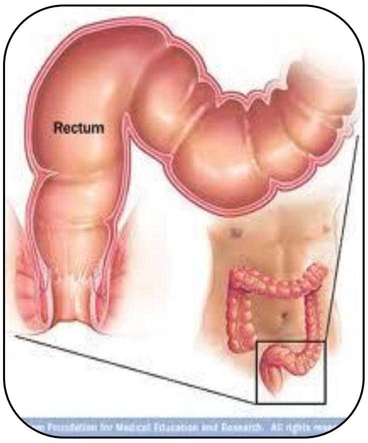


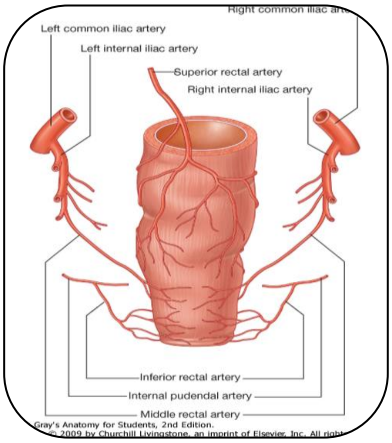


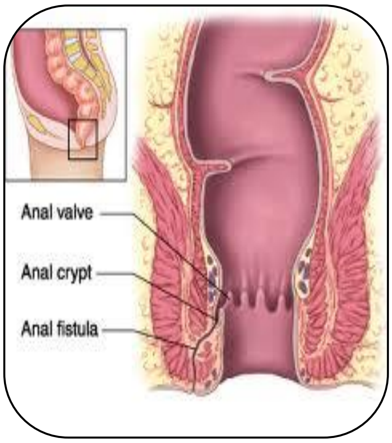




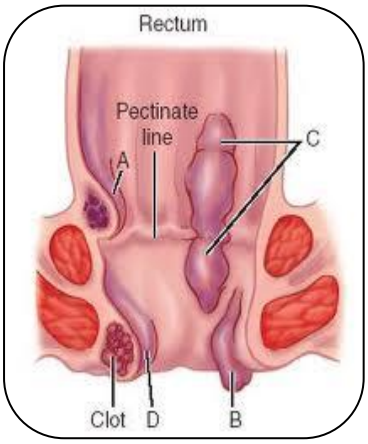


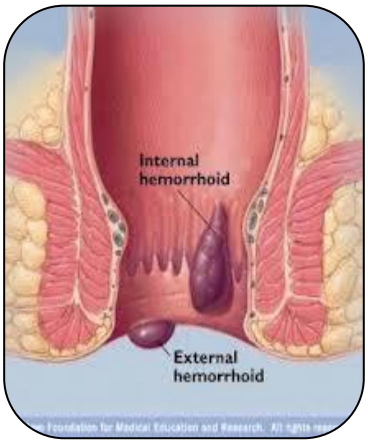


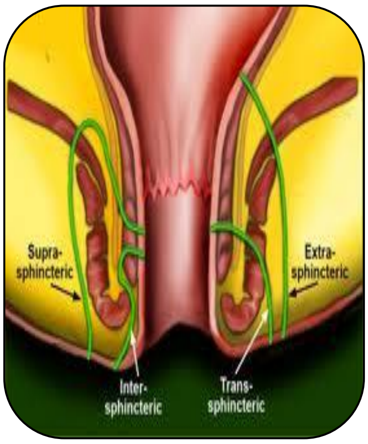


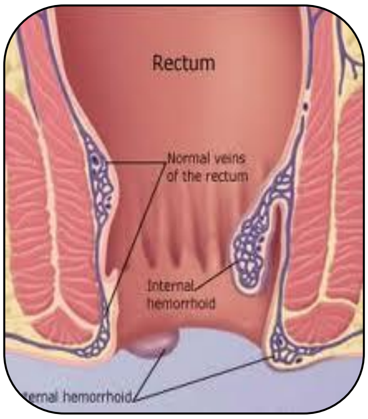


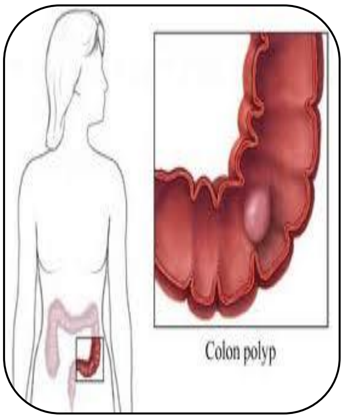
www.ketabton.com



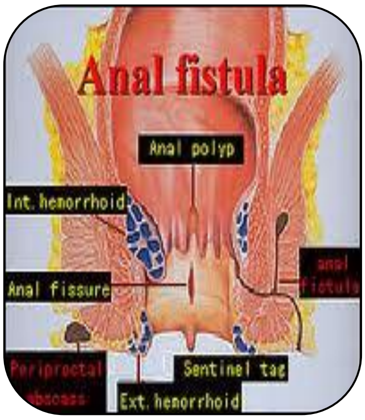


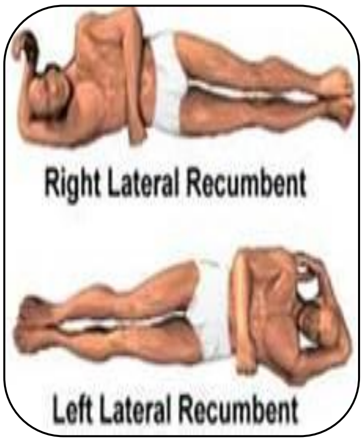


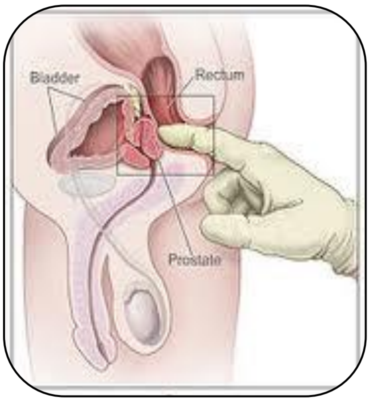




www.ketabton.com







www.ketabton.com

شپږم څپرکی

د باب وریدي فشار زیاتوالی

(Portal vein Hypertension)

د Portal Vein Pressure نورمال حالت د ۸ او ۱۰ ملي متر داوبو دي. په Portal vein Hyperternsion کې دا فشار حتي تر ۵۰۰ ملي متر اوبو ته رسیږي.

د Portal vein Hyperternsion اصلي سبب د ځیګر سیروز دي خو ځیني نوري ناروغۍ هم د Portal vein Hyperternsion په مینځ ته راتلو کې رول لوبوي. Portal vein Hyperternsion معمولا د باب ورید په مقابل کې د زیات مقاومت د مینځ ته راتلو له کبله مینځ ته راځي. مثلا د ځیګر په سیروز کې د Portal Vein په چارچاپیره Fibrous Tissue جوړیږي. د نوموړي ورید په جریان کې اختلال مینځته راوړي. د Portal Vein فشار جګوالي د جانبي دوران (Collateral Circulation) د ځیګر Congestion او همدرانګه د Spleen د Congestoin، غټوالي او په Gastro intestinal اوردو کې د Varicess د مینځ ته راتلو سبب ګرځي چې په پاي کې په دې اوردو کې د شدید Bleeding سبب ګرځي. چې په هضمي سیستم کې Portal vein Hyperternsion یو غټ اختلاط دې او د جراحي تداوي لپاره یو غټ دلیل شمیرل کیږي.

نور کلینیکې تغیرات چې د Portal vein Hyperternsion له کبله د ناروغ په وجود کې مینځ ته راځي عبارت دي د Ascitis او Hypersplenism، جراحان د shunt د جوړیدو په واسطه د Portal Vein جریان د ځیګر په لوري چې په هغه ځاې میخانیکې فشار (د فبروزي انساج په واسطه) پر Portal Vein باندې موجود وي تغیر ورکوي. او په دې ډول د Portal Vein Pressure د کموالي سبب ګرځي. او په هضمي جهاز کې د Bleeding څخه مخنیوي کوي.

اناتومیک یادونه:

د Portal Vein د Superior Mesenteric Vein, Inferior Mesenteric Vein او د Splenic Vein د یو ځاي کیدو څخه مینځ ته راځي. نوموړي وریدونه د دویم قطني فقري په سویه د پانقرانس د راس تر شا سره یو ځاي کیږي.

www.ketabton.com

Portal Vein په یو کاهل سړي کې تقریبا ۸ یا ۹ سانتي متره اوږدوالي لري او تقریبا ۲ نه تر ۳ سانتي متره وروسته د ځیګر دباندني سیر څخه د ځیګر د نوم په لور د ځیګر په دننه کې سیر کوي، د ځیګر په منځ کې د Lobar Branch (برخني څانګه) ویشل کیږي.
اکلیلي ورید (Coronary Vein یا Left Gastric Vein) له Portal Vein سره د پانقراص د راس په پاسني سرحد کې یو ځاي کیږي چې د Porto Caval shunt د عملیات په وخت کې باید وتړل شي. په ۲۵ فیصده نفرو کې دا ورید د Splenic Vein سره اړیکې لري یو شمیر نور کوچني وریدونه د Duodenum یا پانقراص څخه سرچینه اخلي.
دپانقراص دجسم په پاسني سرحد کې د Porat Vein سره یو ځاي کیږي خو نوموړي اوردې ثابت ځاې نه لري خو بیا هم د جراحي عملیات په وخت کې باید په نظر که ونیول شي او وتړل شي.
Inferior mesenteric vein عموما په Splecinc Vein کې Drainage کیږي خو په یو شمیر نورو کې په لړه کچه Inferior mesenteric vein نیغ په نیغه Superior mesenteric vein کې ختمیږي.
Portal Vein د Lig. Hepato Duodenal په سویه د Common Bile Duct په شا لړ انسي خواته ځاي نیسي اود ځیګر نامه په لور اوږدیږي په دي برخه کې Portal Vein په دواړو خواوو کې غټې لمفاوي غدوات ځاي لري. که ددې Shunt د جوړیدو څخه مخکې نوموړي غدوات جدا او لیري شي.

د **Portal Vein** فزیولوژي:

په نورمال ډول په یوه دقیقه کې تقریبا ۱۵۰۰ ملي لیتر وینه په ځیګر کې ننوځي چې دا کچه وینه د زړه د خولي جریان ۲۵ فیصده جوړوي چې ددي ټوله وینه چې ځیګر ته ننوزي یو پر درې برخه یې Liver artery او دوه پر درې برخه یې Portal Vein له لاري ځیګر ته ننوځي.
د Portal Vein Pressure په نورمال ډول د ۸ نه تر ۱۰ سانتي متر د اوبو (۷ نه تر ۱۱ ملي متر سیماب) وي ځیګر خپل ۵۰ فیصده ضرورت وړ اکسیجن دLiver artery او ۵۰ فیصده یې د Portal Vein له لاري لاس ته راوړي. د Portal Vein او Liver artery وینه

www.ketabton.com

وروسته ددې څخه چې د ځيګر په Sinosuid کې ننوځي وړوکې وينه لرونکې ډنډ جوړوي. په دننه د Sinosuid د ځيګر د شرياني ويني تنظيم چې لرونکې د بنکته فشار وي د Sphincter په واسطه کنترولیږي. وينه د Sinosuid څخه Central Vein ته او د هغه ځاي څخه Hepatic Vein ته رسيږي. کوم وخت چې وينه د Sinosuid په دننه کې ځاي پر ځاي کيږي. د معوج په ډول جريان کوي خو په ۴۰ فيصده نفرو کې د وينې جريان په دننه د Sinosuid کې معوج نه وي او مسقيم جريان لري.

د Portal Vein په ناڅاپي بندولو کې د ځيګر په شرياني جريان کې تقريبا ۶۰ فيصد زياتوالي مينځته راځي د يوي اونۍ په موده کې په تدريجي ډول نورمال کيږي. خود ځيګر د شرياني جريان په ناڅاپي کموالي کې د Portal Vein په جريان کې زياتوالي مينځته نه راځي. په دواړو حالاتو کې ځيګر په مجموعي جريان اود Portal pressure کميږي. (يانې د ځيګر شريان يا Portal vein د بندوالي له کبله) تقريبا وروسته د يوي مياشتي څخه Collateral Circulation مينځته راځي او په اخر کې د ځيګر Prefusion نورمال خواته ځي.

Etiology:

په ټولو هغه حالاتوکې چې د Portal جريان په مقابل کې مقاومت زيات شي Portal hypertension مينځته راځئ. چې بندوالي يي د موقعيت له نظره په Pre hepatic او post hepatic ويشل شوي دي.

په ۸۵٪ ناروغانو کې د Portal hypertension سبب د ځيګر سيروز تشکيلوي د ټولو څخه زيادتر Linek Cirrhosis دي چې ددوامداره الکولو څښلو له کبله مينځ ته راځي.

په دويمه کچه Post necrotic cirrhosis او په دريمه درجه Billiary chrrhosis د Portal hypertension سبب تشکيلوي. د Intra hepatic portal hyperteinsion په مينځ ته راتلو کې Liver Schistosomiasis هم رول لري.

وروسته د Liver cirrhosis څخه د Portal Vein بندوالي، د ځيګر څخه دباندې عوامل د Portal hypertension عمده سبب تشکيلوي. دا نوع Portal hypertension په هغو خلکو کې ليدل کيږي چې ددوي عمر نسبت Cirrhotic ناروغانو ته ځوان وي. او دا ناروغۍ کله کله په ماشومتوب کې ليدل کيږي.

www.ketabton.com

د Portal Vein بندوالي د Post hepatic په برخه کې د constrictive Pericaditis او Budd chiary syndrome له کبله ډیر لږ مینځ ته راځي. د Portal hypertension اسباب په خلاصه ډول په لاندي ډول دي.

۱. د Portal Vein د فشار زیاتوالې د Portal Vein د جریان په مقابل کې مقاومت د زیاتوالي له کبله.

الف: د Portal Vein بندوالی د Pre Hepatic په برخه کې

۱- Portal Vien Congenital Atresia

۲- Portal Vein Thrombosis

۳- Splenic Vein Thrombosis

۴- پر Portal Vein باندی فشار راتلل (مثلا د تومور فشار)

ب: د Portal Vein بندوالی د ځیګر په برخه کې (Hepatic سببونه)

۱- د ځیګر سیروز (په ۸۰ فیصده پیښو کې)

الف: Portal Cirrhosis (چې د Malnutrition، زیات الکول څکلوله کبله مینځته راځي)

ب: هغه سیروز چې وروسته د ځیګر د حجروی نکروز څخه مینځته راځي یا Post Necrotic Cirrhosis.

ج: Billiary Cirrhosis

د: نوری مختلفی ناروغی مثلا Hemochromatosis, Wilson Disease

۲-دځیګر حادی الکولیکې ناروغی

۳-د ځیګر ولادی fibrosis

۴- Idiopathic Portal Hepato Sclerosis

۵- Schistosomiasis

ج: د باب ورید بندش د Post Hepatic په برخه کې:

- ✓ Budd chairy syndrome
- ✓ Constrictive Pericarditis

www.ketabton.com

۲- د Portal Pressure زیاتوالی د نوموړی ورید په مینځ کې د وینې د جریان د زیاتوالی د تاثیر له کبله:

الف: د Liver Artery او Portal Vein ترمنځ د Fistula د جوړیدو له کبله Arterio (Portal Fistula).

ب: د توری (Spleen) دوینې په جریان کې زیاتوالی (Increased SplenicBlood)

- ✓ Bauti Syndrome
- ✓ د توری ضخاموی امراض لکه Tropical Splenomegaly,Myeloid Metaplasia

فزیوپتالوژي:

د Portal vein pressure زیاتیدل هغه حالت ته وایې چې د Portal Vein فشار د ۲۰سانتي متر اوبو څخه (۱۵ملی متر سیماب) جګ وی.

په Liver Cirrhosis کې د Portal د جریان په مقابل کې د مقاومت زیاتوالی په دی شان مینځته راځي چې په نوموړی ناروغی کې د ځیګر د نورمال نسج په عوض Parenchymal fibrous tissue جوړیږي او اناتومیک تغیرات دځیګر په اوعیه کې مینځ ته راځي اود Portal جریان د Fibrous او Scar tissue د فشار پواسطه لږشان کمیږي. چې نوموړی نسج د Portal Vein دځیګر په دننی دڅانګی په چارچاپیره کې جوړیږي او د نوموړی Vein د تنګوالی سبب ګرځی.

همداسې Bried's یا Fibrous Bound د Portal vein دڅانګو او د Central vein ترمنځ جوړیږي. چې په نتیجه کې د Portal جریان په مخکې دمقاومت د زیاتوالی سبب کیږی.

د Schistosomiasis په حالت کې د Portal Hypertension د Portal vein دڅانګو په منځ کې د Mechanical Obstruction له کبله مینځته راځي چې نوموړی بندش په دوه مرحلو سرته رسیږي. په لومړی مرحله کې چې دا مرحله د Granulomatouse مرحلې پنوم یادیږي.

د Granul's د Portal vein د څانګو په چارچاپیره په هغه برخو کې جوړیږي چې د Parasite له خوا اشغال شوی وی او په دغه وخت کې کوم Portal Hypertension چې مینځته راځي د Peri Sinusoidal له نوعی څخه دی.

www.ketabton.com

په وروستني مرحلوکې ذکر شوي ګرانولونه د Degenerative Noduls او Fibros Tissue مینځ ته راوړي او نوموړي عملیه د sinuses په وروستي برخي کې پرمختګ کوي او په هغه برخه کې ځاي پر ځاي کېږي چې په دې وخت دا Portal بندوالي د Sinosoidal د نوع څخه دي.

د الکولیزم په حادو حالاتو کې د ځیګر د Lobule's په مرکزي برخو کې پړسوب او د ځیګر حجرات تخریب او په Fibrose بدلیږي چې په پاي کې بابي فشار جګیږي. د Budd chiary syndrome په حالت کې بندوالي د Liver Vein په ښکتني برخو کې مینځ ته راځي. چې د Portal hypertension سبب ګرځي. کله کله دا سندروم د ځیګر د ورید د Thrombos له کبله مینځته راځي خصوصا د polycytemia vera په حالاتو کې همدارنګه په هغو ښځو کې چې د حاملګي ضد درملو څخه په دوامداره توګه استفاده کوي fatty liver مینځ ته راځي. د ځیګر تومورونه، د پښتورګي او د پښتورګې د پاسه محفظه همدا ډول په ولادي یا congenital ډول سره د Liver vein په مینځ د پردي موجودیت ددي سندروم د پیدا کېدو سبب ګرځي.

په لږ فیصدي کې constructive pericarditis او د ښي زړه عدم کفایه د ځیګر د اوردي د ترمبوز سبب ګرځي. او په نتیجه کې دا سندروم مینځته راوړي. د ذکر وړ دي چې دغه سندروم کې د Post hepatic block له امله لومړي وخت کې د ځیګر د Sinosuss فشار جګیږي. او وروسته د Portal فشار زیاتوالي مینځ ته راځي. چې په دغه حالت کې ناروغان د ګېډې د حاد درد، لوي او دردناک ځیګر او Ascitis سره په عاجل ډول روغتون ته راځي.

د ځیګر په بایوپسی او Microscopic معاینی سره د ځیګر Central Lob's کې شدیدا Congestion لیدل کېږی په Angiography کې د Liver Vein تخریبات په ښکاره ډول سره لیدل کېږی.

www.ketabton.com

:Cliniclal Manifestation

ډیر ناروغان چې د ځیګر په دننه یا د ځیګر د باندي بندوالي لري، یا دا چې دنني یا باندني Portal hypertension لري. د دوې Clinical Manifestiation د لومړي ناروغۍ د سریري نښي نښاني سره تړلي دي.

Portal hypertension په ځانګړي ډول سره تر یو کال پوري کوم سریري نښي نښانې نه ښيي او د ناروغ له خوا ښه تحمل کیږي او وروسته ددي مودي څخه Portal hypertension د لاندې نښو سبب ګرځي چې عبارت دې له:

۱- Collateral circulation مینځ ته راتلل او Gastro intestinal bleeding

۲- Hypersplenism او Splenomegaly

۳- د حبن (Ascitis) جوړیدل او د liver function failure نښانی

۴- د Stupor حملات او Encephalopathy

۱- Collateral circulation مینځ ته راتلل او Gastro intestinal bleeding

کوم وخت چې د ځیګر په دننه یا دباندي د Portal circulation په مقابل بندوالي یا مقاومت پیدا کیږي. ددې لپاره چې د Portal circulation وینه په systemic Vein کې انتقال وکړي کوم اوعیه چې ددي دوه سیستمونو تر مینځ د ارتباط په ډول موجود دې دا دنده په غاړه اخلي او په پاي کې پړسیږي. او Collateral مینځته راوړي. په نورمال حالت کې په سلو کې سل ټول هغه وینه چې د Portal Vein په واسطه ځیګر ته رسیږي په Liver Vein کې تخلیه کیږي. اما Cirrhotic ناروغان او هغه ناروغان چې په Portal hypertension اخته دي یواځي تقریباً ۱۳% Portal وینه Liver Vein ته رسیږي. او د Portal Vein پاتي شوې وینه د Collateral's له لاري په Systemic Vein's کې تخلیه کیږي. په ټول عضویت کې چې د Portal Vein او د Systemic Vein's تر مینځ کوم وعایي اړیکې موجود وي د Portal او د Systemic circulation د فشار د توپیر له کبله په Collateral بدلیږي (ارتباطي اوردې دومره ظرفیت نه لري چې وینه ټوله په سیستمیک دروان کې تخلیه کړي لدي کبله وینه د هغه په مینځ کې تراکم کوي او پړسیږي او د Collateral په ډول معلومیږي.) چې نوموړي ځایونه عبارت دي د Esophagus ښکتني

www.ketabton.com

برخه، Rectum ښکتني برخه، د ځیګر Falciform لیګامینت په برخه کې، د Diaphragm په ښکتني مخ کې، د Gastric Cardia په برخه، left coronary vein چې Portal سیستم یوه څانګه ده د Azygos اوردی او دInter Costal Veinسره چې Vena Cava Inferiorڅانګی دی خوله په خوله کېږي. چې د Portal hypertension په صورت کې د coronary Vein اخرني څانګې چې Esophagus په ښکتني برخو کې غزیدلي دي پراخیږي. او Esophgeal Varicess مینځته راوړي. چې د نوموړي اوردي د چاودیدو له امله شدید Bleeding مینځ ته راځي. همدا ډول inferior mesenteric Vein او inferior illium vein د superior hemorriodial ورید په واسطه ارتباط موجود دي چې د Portal Pressure د زیاتوالي په وخت superior hemoroidal پراخیږي او وینه ورکووني hemorrhoid پیدا کېږي.

د Falciform liver lig. ورید چې د Portal vein چپ جنبي څانګه ده د Para Umbilical ورید څانګي سره خوله په خوله کېږي چې د Portal Pressure د زیاتوالي په صورت کې د ګېډې د قدامي جدرا د اوردو د پراخیدو سبب کېږی او Collateral مینځته راوړي.

۲. **Hypersplenism** او **Splenomegaly**:

یوه ثابته نښه ده او وروسته د دوامدار Portal hypertension څخه پیدا کېږي د توري غټوالي عموما دوریدي رکودت او احتقان له امله مینځته راځي. د Cirrhotic په ناروغانو کې برسیره د Splenomegaly څخه د hyperplasia of lympnod's او Infiltration موجود وي.

۳. **Ascitis** جوړیدل او د ځیګر د عدم کفایي اعراض:

الف: د Ascitis جوړیدل: په نورمال حالت کې د ځیګر او د کولمو Lymph د Thoracic canal له لاري په left sub clavicular ورید کې تش کېږي. په ټولو حالاتو کې چې په Portal vein کې بندش موجود وي او د نوموړي ورید فشار جګ وي. ډیر اندازه لمف چې صدري قنات د هغه دانتقال قدرت نه لري په دې ځاي کې ټولیږي او مجبوراً د پریطوان په جوف کې ننوزي د ځیګر د Vein د بندش او د ځیګر د سیروز له امله د liver sinusoid په مینځ کې Blood Presser جګیږي او د نوموړي sinosis څخه زیات لمف د باندي راوځي او لتویږي. چې ددي لمف یوه برخه یي د ځیګر د Hillus د پراخه شوې

www.ketabton.com

اوعيي له لاري په Thoracic canal کې توئيږي او يوه برخه يې دځيګر د سطح څخه د Tansudation په ډول د پريطوان په جوف کې تش کيږي.

ب: دځيګر د عدم کفايي نښې او نښاني چې عبارت دي د ژيړي او Hepatomegaly څخه

۴. د Stupor حملات او **Encephalopahy**:

پاسني حالات په Portal hypertension کې له دې کبله مینځته راځي چې د کولمو او G.I کې د نايتروجني موادو تخريب او تجزيي څخه جوړ شوي مواد په عوض ددي چې د Portal Vein له لاري ځيګر ته ننوځي او د مينځه لاړ شي vena Cava ته ننوځي او وروسته له هغه ماغزو ته رسيږي چې پر ماغزو باندي ددي موادو د تاثير له کبله ناروغ لاقيدي کوي او چاپيريال شيانو ته بې علاقه کيږي. دناروغ په لاسو او پښو کې رپيدل پيداکيږي او د خوب خړتيا هم ورته پيداکيږي.

تشخيص او تفريقي تشخيص:

د ځيګر بلاک او د هغه د نوعيت په تشخيص کې مهم ټکي عبارت دی له:

۱. د Sub hepatic په ډول: ناروغان معمولاً ماشومان وي چې د هغوي په تاريخچه کې د ګيډې په دننه کې انتانات ذکر شوي وي.

ماشوم Hepatosplenomegaly، زيړي، دلاسو او پښو پړسوب، Thrombocytopenia او Neutropenia لري او د ځيګر د فعاليت تستونه غير نورمال وي.

۲. د ځيګر په دننه بلاک په ډول کې: ناروغان معمولاً کاهل خلک وي چې امکان لري الکولو ته عادت ولري. يا دا چې په Hepatitis اخته او يا حمله د Hepatitis تيره کړي وي د پورته ليکل شوي ټکي څخه سربيره ناروغان حبن او Ascitis هم ولري.

۳. د Suprahepatic بلاک په ډول: په دې ډول بندش(Block) کې د ناروغ عمومي وضع د هغه پتالوژيکې تغيراتو له کبله چې د ځيګر د وريد د بندش سبب شوي وي فوق العاده خراب او ټول هغه ټکي چې پورته په دوه نوع بلاک کې ليکل شوي دي په دې ډول بلاک کې شديد حاد مينځته راځي.

سربيره د پورتني ټيکو څخه د Portal hypertension په تشخيص او تفريقي تشخيص کې لابراتواري معاينات او لاندي ځانګړي معاينات هم اساسي رول لري.

www.ketabton.com

لابراتواري معاینات:

زیادتره Cirrhotic ناروغان چې دهضمي جهاز د پورتني برخي د نذف له کبله روغتون ته راځي د دوي د ځیګر دنده خړ پړ او ددې ناروغانو په وینه کې د بیلروبین کچه جیګه وي خوپه یو شمیر ناروغانو کې امکان لري چې نورمال هم اوسي. اما د B.S.P پاتي کېدل (Bromosulfalin test) چې د ځیګر یو اطراحي تست دي د نورمال کچې څخه جیګ وي. دنوموړي مادې بند پاتي کېدل د ځیګر په حجروي خرابیدو پورې اړه لري. همداسې د ځیګر سیروز په ناروغانو کې د Serum Albumin کچه ۱۰۰ ملي لیتر وینه کې د ۳ ګرامو څخه لږ وي د W.B.C شمیر زیات او د سرو کرویاتو شمیر په وینه کې دنورمال څخه لږ وي. د ذکر وړ دی چې د Portal Hypertension په سیر کې کمخوني امکان لري چې د Chronic alcoholism, Hypersplenism, Acute Bleeding یا د ځیګر د کوم مزمن ناروغي له کبله مینځته راغلي وي.

په Cirrhotic ناروغانو کې د Hepatoma جوړیدل امکان لري چې د Esophageall Varicess د نذف سره ښکاره شي چې د ناروغ په وینه کې دالفا فیتوپروتین یا الفا فیتوګلبولین د تثبیتیدو په واسطه تشخیص کیږي.

Prothrombine time او Trombosplastin time امکان لري غیر نارمل وي.

ځانګړي معاینات:

۱. Esophagoscopy یوه ګټوره عملیه ده چې د Esophagus او G.I.T د پاسني برخي نذف د تشخیص لپاره په کار وړل کیږي کوم وخت چې دناروغ وضع وروسته د ویني د تطبیق یا نور اهتماماتو څخه ښه شوه باید Esophagoscopy اجرا شي.

د دې الې په واسطه د Esoghagus Varis د کږي وږي په ډول ، ابي رنګ اود Esophagus د اوږد محور په امتداد د Esophagus د Distal په برخو کې لیدل کیږي او د پراخه اوردي په مینځ کې ممکن وینه ورکوونکې سیمي په ښکاره ډول ولیدل شي. په ځیني نورو حالاتو کې چې نذف شدید وي او سمیه د نذف له کبله ګډوډ شوي وي امکان لري چې د نذف ورکوونکې ټکې پیدا نه شي.

www.ketabton.com

Acute Erosive gastritis او Mellary Weiss سندروم (دوامدار کانګو له کبله د معدي د Cardia په برخه کې اوږد Mucosal Rupture مینځ ته راځي او د نذف سبب ګرځي) دوه ناروغۍ دي چې بایدنذف د Esophagus د Varis bleeding په مینځ کې فرق شي. او ددې دواړو ناروغیو فرق او پیژندل د Esophagus bleeding سره د Esophagoscopy په واسطه اجرا کېږي.

۲. د Upper Gastrio intestinal برخو X-Ray د کثیفه موادو سره: ۹۰ % ناروغانو کې وینه ورکوونکې سیمه د Barium سره د رادیوګرافي په واسطه تثبیت کېږي. که Varis او Peptic Ulcer دواړه په X-Ray کې ولیدل شي د نذف سرچینه په غیر د Endoscopy اجرا کولو څخه حل کېداي نه شي.

۳. د Portal Pressure د اندازه کولو پواسطه: مخکې د عملیاتو څخه د Portal Pressure د کچه کولو لپار دري کړنلاري موجودی دي:

الف: Wedged Hepatic Vein Pressure (W.H.V.P)

ب: Splenic Pulp Monometry

ج: Umblical Vein Canulation

چې د ټولو څخه (W.H.V.P) معاینه ښه د باور وړ وي. چې په لاندي ډول تشریح کېږي. په دې طریقه کې یو کتیتر د Axillary (د تخرګ) ورید له لاري Vena Cava ته او له هغه د Floroscope تر کنترول لاندي د ځیګر په یوه Vein کې داخل کېږي. په دې سیمه کې وریدي فشاراندازه کېږي.چې نوم د (F.H.V.P) یا Free hepatic vein pressure یادیږي وروسته له هغه نوموړي کتیتر د ځیګر د اوعیي په مینځ وړاندي ننه ایستل کېږي تر څو د محیطي Sinus یوه اوردي ته ورسیږي په دې سیمه کې بیا Venos pressure کچه کېږي. چې دا فشار د (W.H.V.P) په نوم یادیږي. که د (F.H.V.P) فشار څخه(W.H.V.P) تفریق شي د ځیګر د Portal vein Pressure لاس ته راځي چې په نورمال حالت کې دا تفریق دفشار د(۴cm H_2O)په اندازه وي(۳ mm Hg).

اوکه د(۱۵ cm H_2O)څخه جیګ شي په Portal hypertension دلالت کوي. د Esophagus Varicess په صورت کې دا توپیر د فشار تر(۲۰ cm H_2O)پوري رسیږي.

www.ketabton.com

۴) د Mesenteric Vessels Angiography : د Axillary یا Femoral شریان له لاري
یو Catheter ترCeliacشریان پوري دننه کېږي. وروسته د Radio opac موادو د
تیرولو څخه کوم وخت چې نوموړي مواد وریدي جریان ته ورسید رادیوګرافي
اجرا کېږي.

د دې ډول رادیوګرافي په واسطه Portal Vein او د هغه ځانګي د لیدلو وړ ګرځي. او
یوائحي د Portal Vein او Vein cava inferior د Anastomose سیمه مخکې د عملیات
څخه تعین کېږي او ددي ډول رادیوګرافي په واسطه د Esophageal Varicess نذف او
نذفي ټکي نه تشخیص کېږي. برخلاف که نذف د معدي Duodenum څخه سرچېنه
ولري ددې ډول رادیوګرافي په واسطه تشخیص کېږي.

۵) د ځیګر Biopsy: ځیګر Biopsy د ځیګر د سیروز د ډولونو د تشخیص لپاره او د
Portal hypertension د مختلفو لاملونو له پاره مرسته کوي همدا ډول د ځیګر د
حادي ناروغۍ د تشخیص لپاره لکه د Alcholic Cirrhosis او د ځیګر د
Chronic ناروغیو لکه Fibrose ناروغي او د ځیګر د Schistosomiasis د تشخیص
په هکله ځانګړي اهمیت لري.

Hypersplenism

دا ناروغۍ د توري د لویوالي او په مختلفو کچه د Cytopenia او Pancytopenia سره پیدا
کېږي. د توري پنډوالي سره برابر د هغه په دندو کې هم زیاتوالي موجود دي. د هغه
دجملي څخه دوه فعالیتونه یي یانې د ویني د حجراتو خرابول او د ویني د حجراتو ټولول
او ساتل مخصوصاً د Platelet او سرو کرویاتو ذخیره په ټولو کې ښکاره وي له بلي خوا
پدي ناروغي کې د Reticulo endothelial سیستم Hypertrophy هم موجود وي.

په نورمال حالت کې د Spleen نني Cino pressure د ۴ تر ۱۶ mm Hg په شاوخوا کې
وي. خو له کومه ځایه چې د Spleen په مینځ کې دوراني Stasis موجود وي. او د
Splenomegaly د congestion له کبله پیدا شوي دي نو په دې اساس نني فشارېې
زیات وي.

www.ketabton.com

اسباب او لاملونه:

د Splenomegally عمده لاملونه عبارت دي له:

۱. Liver Cirrhosis
۲. د Portal Vein او د Abdominal Trauma څخه وروسته د Splenic Vein ترمبوزس.

:Clinical Manifestation

زیات ناروغان چې Left Upper Quadrant له درد څخه شکایت کوي . لږ فیصدی ناروغان یوائې په L.U.Q کې دروندوالي حس کوي. او په ۵۰% ناروغانو کې Hematemesis هم پیدا کېږي. Purpura او د پوستکي Echymos او د Platelate د کموالي له کبله د Mucous Membrane نذف موجود وي د Leucopenia له کبله ناروغ په تکراري ډول انتانی حملاتو سره مخامخ کېږي او ځیني وخت ناروغي د Rheumatoid Arthritis سره یو ځاي وي.

لابراتواري ازمویني:

ناروغ په متوسطه کچه کم خوني لري که د هیموګلوبین کچه د ۱۰gr/۱۰۰ml وینه کې لږ وي امکان لري لاندي لاملونه مداخله ولري.

۱. Portal hypertension له کبله د Esophagus Varices له لاري ناروغ وینه له لاسه ورکړي وي.
۲. د ځیګر په مینځ کې Hemolysis صورت نیولي وي.
۳. Hemolytic Autoimmune صورت نیولي وي.
۴. امکان لري د هډوکې په Medula کې عدم کفایه موجوده وي. (مخصوصا که ناروغ د ځیګر په Cirrhosis اخته وي) د ویني په معاینه کې امکان لري د Reticulocyte شمیر جګ او د WBC شمیر د ۴۰۰۰- ۲۰۰۰ په مینځ کې وي.
۵. د Platelet شمیر د ۱۰۰۰۰۰ څخه لږ وي.

اختلاطات:

د Hypersplenism غټ اختلاطات عبارت دي له Esophageal Varices Bleeding او د انتان متکرر حملات چې په دواړوحالاتو کې دناروغ د مړیني خطر زښت زیات وي.

www.ketabton.com

درملنه:

Splenectomy هغه وخت باید اجرا شي چې ناروغ په تکراري انتاني حملاتو او Splenic infarction اخته شي. چې په دې وخت ناروغ د Spleen د Infarction له کبله د ګېډې په L.U.Q کې زیات درد حس کوي. او همداسې د Hypersplenism له کبله ژر ژر Transfusion په لړ واړتن استطباب پیدا کړي نو په دې وخت ښه به دا وي چې Splenectomy اجرا شي.

د Portal Hypertension درملنه:

ددې لپاره چې Portal hypertension اختلاطي نه شي. باید ناروغ تر کلکې تداوي لاندې ونیول شي یانې د الکول څښلو څخه بیخي ممانعت وشي. او د هغه ناروغانو په برخه کې چې په Malnutrition اخته دي یا دا چې د البومین کچه ددوي په وینه کې ښکته وي هغوي ته غذایي رژیم چې کافي مقدار پروتین او کالوري ولري ورکول کېږي. همدارنګه په هغه وخت کې چې د Portal hypertension لاملونه ښکاره وي دلاملې درمل تیاري ونیول شي . په غیر د هغه د Portal hypertension یواځیني تداوي Surgical Treatment دي چې د Surgery په واسطه د Systemic Vein د Portal Vein سره ارتباط یا Shunt ورکول کېږي.

او دا کار یانې Portal systemic shunt هغه وخت باید اجرا شي چې د Portal hypertension له کبله د Esophageal په Varicess کې زیات وینه ورکول پیل کړي وي. د Esophagus او د Stomach fundus د Varicess وینه ورکول او د هغه د Surgical او Medical تداوي لاره:

د Esophageal Varices Acute Bleeding تداوی په درې مراحلو کې اجرا کېږي:

۱. Systemic Treatment یا د Vasopressin ورکول
۲. Sengastaken Bloken mor تیوب داخلول
۳. Emergency Surgical Treatment

www.ketabton.com

۱. Systemic Treatment:

د Vasopressin ورکول د مساریقي د Arteriol'sد construction سبب ګرځي او په پای کې د مساریقي د ویني په جریان کې کموالي مینځ ته راځي او Portal pressure ښکته راوړي. په دي ډول چې ۱۰ یونټ Vasopressin د I.V له لاري ۱۰ څخه تر ۳۰ دقیقو پوري داسې ورکول کېږي چې دا کچه د ۱۰۰ یا ۲۰۰ ملي لیتر Normal Saline سره رقیق کېږي جې د ۱۵ څخه تر ۳۰ دقیقو پوري د Portal Venus Pressure د۲۰ % څخه تر ۲۵ % کموي. کلینیکي څیړنو ښودلي دي چې د Esophageal Varicess Bleeding ددي تداوي سره دریږي اوتوقف کوي د لزوم په صورت کې وروسته د هر دري یا څلور ساعتو څخه نوموړي دوا تکرار ورکول کېداي شي. او د نذف د توقف په صورت کې ناروغ ژر عملیات لپاره چمتو شي. دا تداوي د هغه ناروغانو په برخه کې سرته رسیږي چې د زړه د Coronary artery په عدم کفایه اخته وي. د پورتني لارو چارو سره سره د لاسه ورکړل شوي ویني د معاوضي لپاره ناروغ ته باید وینه ورکړل شي. په کولمو کې د ټولی شوي ویني د تجزیي له کبله ډیر اکزودات ازاد او جزبیږي.

چې د نوموړي موادو جذب د Encephalopathy د زیاتوالي سبب ګرځي.

د اګزودات د جذب د کموالي لپاره لازم دي چې د امکان تر حده پوري د کولمو وینه دامالي په واسطه وایستل شي ناروغ ته د خولي له لاري Neomycine ورکړل شي. تر څو د باکتریاو فعالیت د ویني د تجزیي په برخه کې او د اکزوداتي موادو د جوړیدواوجذب د Portal Vein دلاري د هغه په انتقال کې کموالي راوړي. په دې ناروغانو کې باید پروتین د دوي د غذایي رژیم څخه لیري شي، او کالوري ورځیني لازم وړ کچه د ګلوکوز په ډول د خولي له لاري او د ورید له لاري ناروغ ته ورکړل شي.

۲. Sengstaken Blakemor تیوب داخلول:

دغه تیوب دوه بالون او دري لیاري لري چې دوه لاري یي دتیوب د دوه بالون سره او یوه لار یي د یو تیوب د ازادي څوکې سره اړیکې لري او د معدي د افرازاتو د باندي ایستلو او د معدي د پریمینځلوو (Lawage) لپاره په کار وړل کېږي. نوموړي تیوب وروسته د مري د Varicess د معلومولو د سریري اعراضو یا Endoscopy څخه وروسته اچول کېږي.

www.ketabton.com

Distal Ballon کروي ډول د معدي بالون په نوم یادیږئ. او د معدي په Fundus کې ځاي پر ځاي کیږي. دې بالون څخه پورته د Esophagus بالون په نوم یادیږي چې استوانوي ډول او د Esophagus په ښکتني برخه کې ځاي پر ځاي کیږي کوم وخت چې نوموړي تیوب معدي ته ننویستل شوه لومړي بالون ته د ۲۵۰ څخه تر ۲۷۵ ملي متره مکعب په شاوخوا کې هوا ننویستل کیږي او وروسته له هغه نوموړي تیوب تر Traction لاندي نیول کیږي تر څو د Cardia برخه تر فشار لاندي راوړل شي که نذف ونه دریده د ۳۳ څخه تر ۶۰ د اوبو فشار (۲۵ څخه تر ۴۵ ملي متر د سیماب) هوا Esophagus Ballon ته ننوستل کیږي وروسته د پورتنۍ عملي څخه ناروغ تر پاملرنۍ لاندي نیول کیږي او د ساه ویستلو د بندیدو په پیدا کیدو کې چې د تیوب د فشار له کبله مینځ ته راځي د تیوبونو هوا ژر ویستل کیږي. او همدا ډول باید قصبي افرازات Suction شي.

د دې تیوب د ننوستلو سره ۹۰فیصده دEsophagus Varicel Bleeding دریږي کوم وخت چې وینه ورکول ودریده بالونونه په خپل حال باندي تر ۲۴ ساعتو پوري ایښودل کیږي وروسته د ۲۴ ساعتو څخه د بالونونو هوا ایستل کیږي اما تیوب د تش بالونونو سره په Esophagus کې د نورو ۲۴ ساعتو لپاره پاتي کیږي که وینه ورکول بیا پیدا نه شوه نوموړي تیوب په ډیر پام سره ایستل کیږي او ناروغ د وروستني انتخابي عملیات لپاره چمتو کیږي. او په هغه حالت کې چې وینه ورکول د پاسني لاري چاري سره ونه دریده باید چټک جراحي عملیات په واسطه وینه ورکول بند شي.

۳. چټک جراحي عملیات:

د مري دوریس فعال وینه ورکول د جراحي په واسطه په دوه کړنلارو باندي اجرا کیږي.

الف: Esophagus Varicess Ligation: چې د نذف د خطر بیا پیدا کیدل موجود وي.

ب: د Porto Caval Shunt پواسطه: د Splenectomy څخه وروستهSplenic Vein د کیڼ پښتورګي د ورید سره End to side Anastomose ورکول کیږي.

له هغه ځایه چې Liver Vein د ځیګر د ویني د انتقال مسولیت په غاړه لري نو ددي ورید بندښت یا ددي ورید د فشار جګیدل د Liver Sinusal Pressure د جیګوالي او د Portal hypertension سبب ګرځي. په Liver Vein کې بندښت یا د ویني رکودت چې د Budd chairy syndrome په نوم یادیږي عموما د Liver Vein د Endophelebitis سره یو ځاي وي.

www.ketabton.com

اسباب:

۱. د ځيگر د تومورونو Infiltration لکه Hepatoma او Metastatic تومورونو Infiltration

۲. د ځيگر د اوعيي Thrombos مخصوصا د Polycythemia Vera په سير کې

۳. په Congenital ډول او د Vulbe يا پردي يا د تضيق موجوديت د ښکتني Vena Cava په سويه کې.

سريري تظاهرات:

سريري تظاهرات د ځيگر د وريد بندوالي په کچه او گړندي توب پوري اړه لري. که Liver Vein په ناڅاپي ډول سره بند شي د گېډي د شديد درد سبب کېږي چې د زړه بدوالي او کانگي سره ملگرې وي او همداسې د ناروغ گېډه ساعت په ساعت پړسيږي او ډير ژر يو مقدار Ascitis د پريطوان په مينځ کې راټوليږي. خو د نيکه مرغه د Liver Vein بندوالي په ناڅاپي ډول ډير لږ مينځنه راځي په هغه وخت کې چې د Liver Vein بندوالي په قراره ډول پيدا شي ناروغ په خپل گېډه کې مبهم او دوامداره درد حس کوي او Ascitis هم کرار کرار توليد يږئ. د Ascitis دزياتوالي سره يو ځاي Hepatomegaly او Portal Hypertension هم مينځته راځي.

Diagnosis:

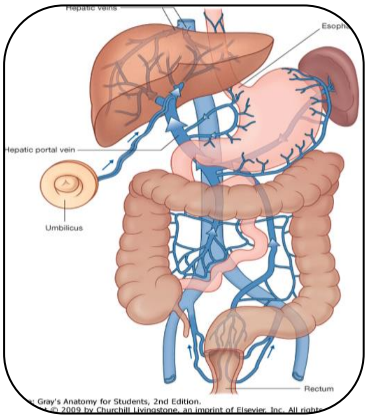
تشخيص يې دسريري او راديوگرافي معايناتو په واسطه ايښودل کېږي.

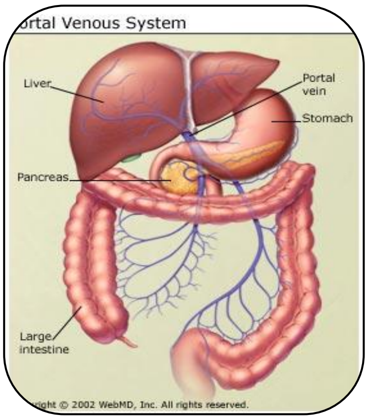
په راديوگرافيک معاينه کې Hepto Benography مهم تشخيصي اهميت لري. په دې ډول راديوگرافي کې Portal Vein په يوه ځانگه کې يو نري او مخصوص کتيتر ننوستل کېږي او د همدي کتيتر له لاري کثيفه مواد وريدي دوران ته تيريږي او د ځيگر څخه راديوگرافي اجرا کېږي او په دې ډول بند شوي وريد د ځيگر په ساحه کې د ليدو وړ وي.

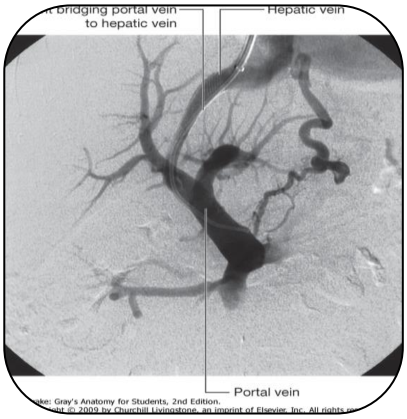
درملنه:

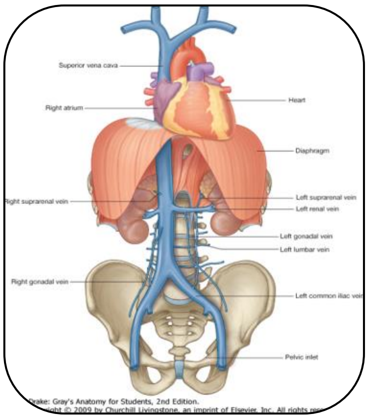
د ځيگر د اوردي د ناڅاپي بندوالي په حالت کې Portocaval Anastomose Side to side اجرا کېږي. خو د ځيگر د وريد د مزمن بندوالي په حالت کې دوامداره درملنه د Diuretic په تطبيق سره قناعت ښنوونکې نتيجه لاس ته راځي.

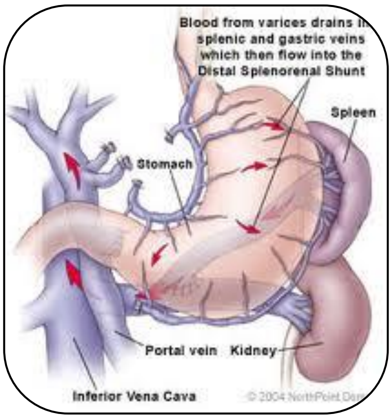
www.ketabton.com

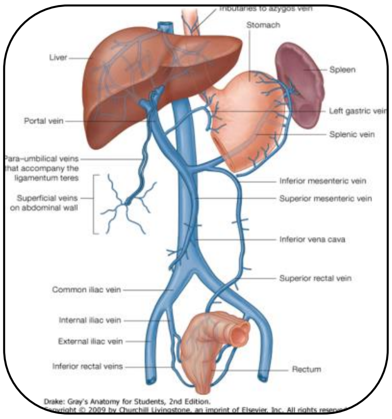


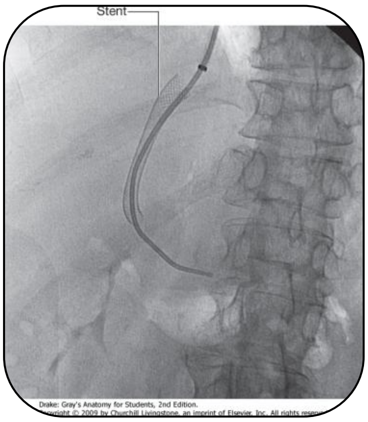


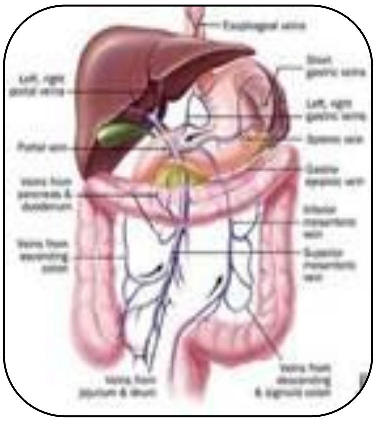


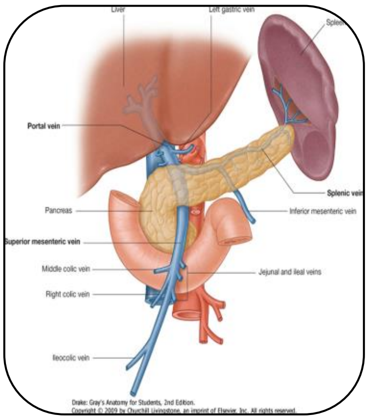












www.ketabton.com

Reference

۱- Anson and Chester B.Mc. Vay "SURGICAL ANATOMY" Fifth Edi.saunders Comp.۱۹۷۴

Chapter ۱۴. pp. ۵۳۲—۵۳۵. Cha. ۱۵. pp.۵٦۸—۵۷۱. Pp. ٦۳۹--٦٦۳

۲- Gregory B.Bulky M.D at all " INTRA OPERATIVE DETERMINATION OF SMALL INTESTINAL VIABILITY FOLLOWING ISCHEMIC INJURY" Annal of Surgery May ۱۹۹۸.

Vol. ۱۹۳ No. ۵ pp. ٦۲۸—٦۵۷.

۳- J.D.Martin JR.,M.D."TRAUMA TO THE THORAX AND ABDOMIN " Charless C.T.Pub ۱۹٦۹.

Chapter ۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲٦.pp.۲۵۳—۴۱۵

۴- J.Englebert Dunphy M.D.-Lovrence W.Way"CURRENT SURGICAL DIAGNOSIS & TREATMENT" ۲nd Edi.L.M.P ۱۹۷۵.

Chap. ۳۳. pp. ۵۸۱-٦۰۵

۵- J.Kewenter M.D.at all ."CANCER RISK IN EXTENSIVE ULCERATIVE COLITIS"
Annal of Surgery Des,۱۹۷۸.

Vol. ۱۸۸. pp. ۸۲۴—۸۲۸

٦- J.L.Madden's "ATLAS OF TECHNIC'S IN SURGERY"Sec.Edi.A.C.C COMP. ۱۹٦۸.

PP. ۳۰۴—۳۵۵

۷- Leslie W.ottenger M.D."THE SURGICAL MANAGEMENT OF ACUTE OCLUSION OF THE SUPERIOR MESENTERIC ARTERY" Annals of Surgery Des. ۱۹۷۸

Vol. ۱۸۸. No. ٦. pp. ۷۲۱--۷۳۲

۸- Marcus A.Krupp and Milton J.chatton "CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS & TREATMENT" L.M.P ۱۹۷۹

Chap.۱۰ pp. ۳۷۴ - ۳۸۵.

www.ketabton.com

۹- Richard H.Deffner M.D. at all “COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF INTRA ABDOMINAL ABSECESS” Annal’s of Surgery Jan.۱۹۷۹.

Vol. ۱۸۹. No.۱ pp۲۹--۳۴

۱۰- Richard T. Shauckelford M.D “SURGERY OF THE ALIMENTARY TRACT”W.B.Saunder’s Comp ۱۹٦۸.

Chap. ۷ pp ۹۹۹ _۱۳۱۴

Chap. ۸ pp.۱۳۲۸—۱۳۳۱

۱۱- Seymour I.Schwartz M.D “PRINCIPLE OF SURGERY” Third Edition.Mc.Grav Hill, Company ۱۹۷۹

Chap. ۲۷. pp. ۱۱٦۹ - ۱۱۸۷

Chap. ۲۴. pp. ۱۰۵۱ - ۱۰٦۳

Chap. ۳۵. pp. ۱۴۳۷ - ۱۴۴۵

www.ketabton.com

لیک لړ

لیک لړ .... ا
سریزه .... ا

لومړی څپرکی
د معدې جراحي ناروغۍ

د معدې اناتومي ۱
معده (Stomach Ventridulus): ۱
معدې سوري (فوحات): ۲
د معدې مخونه (Gastric Surfaces): ۲
دمعدې انحنا Curvature: ۳
د معدې تشریحي ساختمان: ۴
دمعدې اورده: ۵
د معدې لمفاوي سیستم: ۵
د معدې اعصاب: ۶
د اثناعشر اناتومي ۶
لومړۍ قطعه یا Pars Superior Duodeni: ۷
دوهمه قطعه یا Pars Descendens duodeni: ۷
درېیمه برخه یا Pars Horizontalis Duodeni: ۸
څلورمه قطعه یا Pars Ascnding Duodeni: ۸
د اثناعشر تشریحي ساختمان: ۹
د اثنا عشر شراین: ۱۰
د اثنا عشر اورده: ۱۰
د اثناعشر لمفاوي اوعیه: ۱۰
د اثنا عشر اعصاب: ۱۰
د معدې فزیولوژي: ۱۰
۱- د معدې تحرکیت: ۱۰
۲-د معدې افرازي وظایف: ۱۲
د معدې عصاره: ۱۳
د اسید د افراز تنظیم: ۱۵
۱-د اسید د افراز تنبه کوونکې سیستم: ۱۵
۲- د اسید د افراز نهې کوونکی سیستم: ۱۶
د معدې معاینه: ۱۷

www.ketabton.com

۱:- فزيکي معاينه: ۱۷
۲:- راديولوژيکي معاينات: ۱۸
۳:- اندوسکوپي: ۱۹
۴:- لابراتواري تستونه (Secretory Tests): ۲۰
د معدې د اسيد دافراز ظرفيت تعينول ۲۰
د تست طرز العمل: ۲۱
د سيروم د ګسترين اندازه: ۲۲
۴- Hollander انسولين تست: ۲۲
۵- بايوپسي: ۲۳
د معدې جراحي امراض ۲۳
۱- د Peptic قرحې جراحي: ۲۳
۱. Subtotal Gastrectomy: ۲۴
۲. واګوتومي او دريناژ: ۲۵
الف: ترانکل يا جذري واګوتومي: ۲۵
ب: سلکتيف واګوتومي(Selective Vagotomy): ۲۶
ج: د جداري حجراتو لپاره واګوتومي: ۲۶
۳- انترکتومي او واګوتومي: ۲۷
۴-ګسترو جيجونو ستومي Gastrojejunostomy: ۲۷
۵- Total Gastrectomy: ۲۷
د معدې او اثناعشر Stenotic سوء اشکال: ۲۹
Ehiology: ۲۹
Pyloric Stenosis Clinical manifestation: ۲۹
دمعدې د جسم(Body)او Fundus د Stenosis سريري لوحه: ۳۰
Diagnosis: ۳۱
لابراتواري معاينات: ۳۱
Abdominal X-Ray: ۳۱
Gastroscopy: ۳۲
توپيري تشخيص: ۳۲
درملنه: ۳۲
Conservative Treatment: ۳۲
Medical Treatment: ۳۳
جراحي تداوي: ۳۴
د معدې او Duodenum سورى شوې قرحه: ۳۴

www.ketabton.com

د Stomach او Duodenum د Ulcer د Perforation تصنیف: ۳۴
Anatomo Pathologic تغیرات (بدلونونه): ۳۵
Clinical Manifestation : ۳۶
Diagnosis: ۳۸
توپیري تشخیص: ۳۸
د ناروغی پرمختګ: ۳۹
Treatment: ۳۹
د معدې او Duodenum وینه ورکوونکې قرحه: ۴۱
Classification: ۴۱
۱- Peptic Ulcer : ۴۱
۲:- د معدې دمخاطي غشا حاد تخریش یا Acute Gastric Mucosal Erosion : ۴۱
۳:- Hialtal Hernia: ۴۱
۴:- د معدې Carcinoma : ۴۲
Anatomopathalogy: ۴۲
Pathogenesis: ۴۳
Clinical Manifestation: ۴۴
تشخیص: ۴۴
توپیري تشخیص: ۴۵
درملنه: ۴۷
۱:- Medical Treatment ۴۷
Medical Radical Treatment: ۴۸
د معدې Polyp: ۴۹
Pathology: ۵۰
Clinical Manifestation: ۵۰
Diagnosis: ۵۰
درملنه: ۵۱
Gastric Vaulvulus: ۵۱
Clinical Manifestation: ۵۱
Diagnosis: ۵۲
Treatment: ۵۲
د معدې سقوط (Gastric Ptosis): ۵۲
اناتومیک یادونه: ۵۲
Pathogenesis: ۵۳

www.ketabton.com

Clinical Manifestation: ۵۳
Diagnosis: ۵۳
درملنه: ۵۴
د معدې کانسر (Gastric Carcinoma): ۵۴
احصائیوي معلومات: ۵۴
اسباب:- ۵۴
پتالوژي:- ۵۶
۱:- مایکروسکوپیک معاینات:- ۵۶
۲:-مکروسکوپیک معاینه: ۵۶
د کانسر انتشار: ۵۷
د معدې د کانسر سریري اعراض او علایم : ۵۹
۱:-خصوصی اعراض او علایم : ۵۹
علایم : ۶۰
لابراتواري معاینات: ۶۰
۱:- د معدې د عصارې معاینه: ۶۰
۲ :-د معدې د عصارې سیتولوژیک معاینه: ۶۰
۳:-رادیوګرافی معاینه Radiogrphy: ۶۱
۴:-ګستروسکوپی Gastroscopy : ۶۱
اختلاطات Complication: ۶۱
د معدې د کانسر پرمختګ درجه یا Staging : ۶۱
تداوي: ۶۴
د معدې د کانسر نور سریري اشکال: ۶۵
۱:-لایومیوما او لایومیوسروما: ۶۵
۲:- د معدې لمفوما: ۶۵
۳-: د معدې کارسینوئید تومورGastric Carcinoid Tumor:- ۶۶
تداوي: ۶۶
د معدې سلیم تومورونه: ۶۷
سریري اعراض او علایم : ۶۷
تداوي: ۶۸
د معدې حاده توسع Acut stomach Dilatation: ۶۸
اسباب: ۶۹
سریري اعراض او علایم: ۶۹
تداوي: ۶۹

www.ketabton.com

د معدې رتج یا کڅوړی Gastirc Diverticula: ۷۰
د معدې پردي اجسام: ۷۰
بیزوار Bezoar: ۷۱
سریري اعراض او علایم: ۷۱
تشخیص: ۷۲
تداوي: ۷۲
Morbid Obesity: ۷۲
درملنه: ۷۳

دوهم څپرکی

دوړو کولمو جراحي ناروغۍ

اناتومیک یادونه: ۷۷
د جیجنوم او الیوم اناتومی(Jejunum and Ileum anatomy) ۷۷
د وړو کولمو مجاروت: ۷۷
د وړو کولمو مساریقه (Mesentery): ۷۸
د وړې کولمې تشریحي ساختمان: ۷۸
Meckel Diveticula: ۸۰
د الیوم او جیجنوم توپیر: ۸۰
د وړو کولمو اروا: ۸۱
د وړو کولمو لمفاوي دریناژ: ۸۱
د وړو کولمو اعصاب: ۸۲
د وړو کولمو فزیولوژی: ۸۲
میکل رتج (Meckels Diverticula): ۸۶
امبریولوژي: ۸۶
اناتومي: ۸۷
سریري تظاهرات: ۸۸
تشخیص: ۸۹
لابراتواري معاینات: ۸۹
توپیری تشخیص: ۸۹
درملنه: ۹۰
د وړو کولمو تومورونه: ۹۰
د وړو کولمو د تومورو تصنیف: ۹۱
د وړو کولمو سلیم تومورونه: ۹۱
۱) لایومایوما او هیمانژیوما: ۹۱

www.ketabton.com

سريري تظاهرات: ۹۱
راديوګرافي معاينه: ۹۲
توپيری تشخيص: ۹۲
درملنه: ۹۲
۲) د وړو کولمو پوليپ: ۹۳
سريري تظاهرات: ۹۳
درملنه: ۹۴
د وړو کولمو خبيث تومورونه: ۹۴
۱) Adenocarcinoma, Lymphoma, Leomyosarcoma ۹۴
سريري تظاهرات: ۹۴
درملنه: ۹۵
۲) د وړو کولمو کارسينوئيد تومور: ۹۵
سريري تظاهرات: ۹۶
لابراتواري معاينات: ۹۶
درملنه: ۹۶
۳) خبيثه کارسينوئيد سندروم (Malignant carcinoid Syndrome): ۹۷
پتوجنيزس: ۹۷
سريري تظاهرات: ۹۸
تشخيص: ۹۹
درملنه: ۹۹
د وړو کولمو د اوعيو امراض ۱۰۰
۱-- Art. Mesenterica sup حاد بندوالی: ۱۰۰
اسباب: ۱۰۰
۲— د Superior Mesentric Art ترمبوز: ۱۰۱
پتالوژی: ۱۰۲
Clinical Manifestation: ۱۰۳
سريري علايم: ۱۰۳
Diagnosis: ۱۰۴
تداوی: ۱۰۴

www.ketabton.com

درییم څپرکی
د غټو کولمو جراحي ناروغی

اناتومي یادونه : ١٠٨
غټې کولمې – غلیظه امعاء Intestinum Grassum- Large intestine : ١٠٨
دغټو او وړو کولمو توپیر: ١٠٩
د غټو کولمو ساختمان: ١١٠
سیکم (Cecum) او اپندکس (Appedix): ١١٠
١- سیکم (Cecum) : ١١٠
مجاورت: ١١٠
د سیکم داخلی ساختمان: ١١١
Appendix Vermiform : ١١١
مجاورت: ١١١
د اپندکس تشریحي ساختمان: ١١٢
دسیکم او اپندکس شراین : ١١٢
صاعده کولون(Ascending Colon): ١١٢
Hepatic flexura or Flexura Colica dextra: ١١٣
مستعرض کولونtransverse colon: ١١٣
د مستعرض کولون مساریقه: ١١٤
Flexura Lienalis or Flexura Colica Sinistra: ١١٥
نازله کولون Descending Colon: ١١٥
مجاورت : ١١٥
سګموئید کولون(Pelvic Colon): ١١٦
د ریکتوم او سګموئید فرق : ١١٦
مجاورت: ١١٦
د سیګموئید کولون مساریقه : ١١٦
د کولون اوعیه او اعصاب : ١١٧
د ښي کولون اورده: ١١٧
د غټو کولمو فزیولوژي: ١١٩
د کولون تحرکیت(Motility): ١٢٠
کولوني جذب یا Resorption: ١٢٢
د کولون عادت : ١٢٣
قبضیت Constipition: ١٢٤
د کولون مایکروبیولوژي: ١٢٤

www.ketabton.com

د عملياتو يا د معايني لپاره د کولون اماده کول : ۱۲۵
فايبرو اوپتيک کولونوسکوپي Fibro Optic Colonoscopy: ۱۲۷
ميګا کولون Mega Colon: ۱۲۸
پتالوژي: ۱۲۹
احصائيوي معلومات:- ۱۳۰
سريري تظاهرات:- ۱۳۰
تشخيص:- ۱۳۰
راديوګرافيک معاينات:- ۱۳۱
اختلاطات: ۱۳۱
درملنه : ۱۳۲
انزار: ۱۳۲
۲- Chagus Disease or Acquired Mega colon: ۱۳۲
درملنه : ۱۳۳
دوليګا سيګموئيد : ۱۳۳
اسباب : ۱۳۳
سريري تظاهرات: ۱۳۴
راديو ګرافيک معاينات: ۱۳۴
درملنه : ۱۳۵
دکولون Diverticular ناروغۍ: ۱۳۷
۱- Diverticulosis Coli or Multiple False Diverticule : ۱۳۷
وقوعات : ۱۳۷
اسباب او پتوجنيزس: ۱۳۷
پتالوژي : ۱۳۸
سريري تظاهرات: ۱۳۹
راديو ګرافي معاينات : ۱۳۹
اختلاطات : ۱۴۰
درملنه: ۱۴۰
۱- طبي درملنه: ۱۴۰
۲- جراحي درملنه : ۱۴۰
دکولون د ديورتيکولوزس اختلاطات: ۱۴۰
۱- نذف د کولون په دايورتکولا امراضو کې ۱۴۰
سريري تظاهرات : ۱۴۱
تشخيص: ۱۴۱

www.ketabton.com

درملنه ۱۴۱
۱- غیر عملیاتي درملنه : ۱۴۱
۲- عملیاتي درملنه : ۱۴۲
۲- دیورتکولایتس Diverticulitis : ۱۴۲
پتوجینیزیس ۱۴۳
سریري تظاهرات : ۱۴۴
سیګموئید سکوپ معاینه : ۱۴۴
درملنه ۱۴۵
د غیر التهابي دیورتیکولایتس تداوي : ۱۴۵
متحرک سیکم : ۱۴۷
سریري تظاهرات ۱۴۷
رادیوګرافي معاینات ۱۴۸
اختلاطات ۱۴۸
درملنه ۱۴۸
Ulcerative Colitis: ۱۴۸
وقوعات : ۱۴۹
اسباب : ۱۴۹
پتالوژي ۱۵۰
پتوجینیزس : ۱۵۱
سریري تظاهرات ۱۵۱
تشخیص ۱۵۳
۱- سیګموئید سکوپي ۱۵۳
۲- کولونوسکوپي ۱۵۳
۳- لابراتواري معاینات : ۱۵۴
توپیري تشخیص ۱۵۴
اختلاطات ۱۵۶
۱- Systemic اختلاطات : ۱۵۶
۲- خارج کولوني اختلاطات : ۱۵۶
۳- کولوني اختلاطات ۱۵۶
درملنه : ۱۵۹
۱- طبي تداوي ۱۵۹
کورتیزون تراپي ۱۵۹
۲- جراحي تداوي : ۱۶۰

www.ketabton.com

انزاز: ١٦١
د کولون کانسر: ١٦١
اسباب: ١٦١
پتالوژي: ١٦٣
د کانسر انتشار: ١٦٤
د کولون کارسینوما Typing: ١٦٦
سریري تظاهرات: ١٦٧
١- دښي کولون د کارسینوما سریري تظاهرات: ١٦٧
٢- د چپ کولون کارسینوما سریري تظاهرات: ١٦٨
تشخیص: ١٦٩
لابراتواري معاینات: ١٧١
دکولون کانسر کچه بندي: ١٧١
پراڼه: ١٧٢
درملنه: ١٧٣
د کولون د کانسر جراحي تداوي: ١٧٣
د کولون د کانسرو اختلاطات: ١٧٤
د کولمو فستولونه: ١٧٦
تعریف: ١٧٦
تصنیف: ١٧٦
١- د وړو کولمو فستولونه: ١٧٧
اسباب: ١٧٧
سریري تظاهرات: ١٧٧
د وړو کولمو فستول عمومي سریري تظاهرات: ١٧٨
لابراتواري معاینات: ١٧٩
رادیوګرافي معاینات: ١٧٩
درملنه: ١٧٩
٢- د غټو کولمو فستولونه: ١٨١
اسباب: ١٨١
سریري تظاهرات: ١٨٢
تشخیص: ١٨٢
درملنه: ١٨٣
جراحي عملیات: ١٨٣
انزار: ١٨٤

www.ketabton.com

د کولون سلیم تومورونه: ۱۸۴
۱- juvenile Polyps : ۱۸۵
وقوعات: ۱۸۵
پتالوژي: ۱۸۶
سریري تظاهرات : ۱۸۶
تشخیص: ۱۸۶
درملنه : ۱۸۶
۲- Hyper Plastic Polyp's ۱۸۷
۳- Adenomatose Polyps: ۱۸۷
وقوعات: ۱۸۷
پتالوژي: ۱۸۷
Villous Adenoma: ۱۸۹
وقوعات: ۱۸۹
پتالوژي: ۱۸۹
د ادنوماتوز او ویلوز ادنوما سریري تظاهرات: ۱۸۹
لابراتواري معاینات: ۱۹۰
تشخیص: ۱۹۰
درملنه: ۱۹۱
Familial Polyposis: ۱۹۱
وقوعات: ۱۹۱
پتوجنیزس: ۱۹۲
سریري تظاهرات: ۱۹۲
تشخیص: ۱۹۳
درمنله: ۱۹۳

څلورم څپرکی
د اپنډکس ناروغۍ

اناتومیک تذکرات: ۱۹۷
اپنډکس ویرمیفورم(Appendix vermiformis): ۱۹۷
مجاورت: ۱۹۷
د اپنډکس تشریحي ساختمان: ۱۹۷
د اپنډکس او د سیکوم شرایین: ۱۹۸
د اپنډیکس فزیولوژي او تکاملي سیر: ۱۹۸
د اپنډیکس دامراضو تصنیف: ۱۹۹

www.ketabton.com

حاد اپنديسايتس (acute Appendicitis): ۱۹۹
تعريف: ۱۹۹
د اپنديسايتس اناتومو پتالوژيکي اشکالو تصنيف: ۱۹۹
د حاد اپنديسايتس اسباب: ۲۰۰
پتوجنيزس: ۲۰۱
د حاد Appendicitis سريري تظاهرات: ۲۰۲
کلاسيک اپنديايتس سريري تظاهرات: ۲۰۲
علايم: ۲۰۳
د Retrocecal اپنديسايتس بارز علايم د سريري له نظره: ۲۰۵
د حوصلي اپنديسايتس بارز سريري تظاهرات: ۲۰۵
Retroilial اپنديسايتس سريري تظاهرات: ۲۰۶
د obstructor اپنديسايتس بارز سريري تظاهرات: ۲۰۶
د اپنديايتس د Bizzorre شکل بارز سريري تظاهرات: ۲۰۶
د حاد اپنديسايتس تشخيص: ۲۰۶
راديولوژيک معاينات: ۲۰۷
سونوګرافيک معاينات: ۲۰۸
توپيري تشخيص: ۲۰۸
د حاد اپنديسايتس اختلاطات: ۲۱۳
Appendicitis په ماشومانو کې: ۲۱۵
سريري تظاهرات: ۲۱۶
درملنه: ۲۱۶
اپنديسايتس په زړو خلکو کې: ۲۱۶
Appendicitis په حامله ښځو کې: ۲۱۷
سريري اعراض او علايم: ۲۱۸
درملنه: ۲۱۸
د حاد Appendicitis درملنه: ۲۱۸
د Appendectomy استطبابات: ۲۱۸
د Appendectomy مضاد استطباب: ۲۱۹
د اپندکتومي د عملياتو کلاسيک تخنيک: ۲۱۹
Appendectomy: ۲۲۰
د Appendicitis تداوي د اختلاطي اشکالو په ارتباط: ۲۲۱
مزمن او نکس کوونکي اپنديسايتس: ۲۲۳
د مزمن اپنديسايتس تشخيص: ۲۲۶

www.ketabton.com

درملنه: ۲۲۶
وروسته د اپندکتومي عملیاتو څخه اختلاطات: ۲۲۶
اپنډیسایټس په ایډز او HIV ناروغانو کې: ۲۲۷
د اپنډکس خبیث تومورنه: ۲۲۷

پنځم څپرکی

د رکتوم جراحي ناروغۍ

د رکتوم اناتومي: ۲۳۰
۱- امپولا (Ampula Recti): ۲۳۰
د امپولا تشریحی ساختمان: ۲۳۱
مجاورت: ۲۳۱
۲- Anal Canal : ۲۳۲
مجاورت: ۲۳۲
تشریحي ساختمان: ۲۳۲
د رکتوم اوعیې: ۲۳۵
د رکتوم تعصیب: ۲۳۵
د رکتوم فزیولوژي: ۲۳۶
تغوط یا د ډکو متیازو کولو عملیه(Defication): ۲۳۶
د مقعدي قنات تشخیصی اهتمامات: ۲۳۶
د ناروغ وضعیت ورکول د معاینې لپاره: ۲۴۲
د مقعدي ناحیې تفتیش: ۲۴۳
مقعدي جس: ۲۴۴
د مقعدي معاینه د سامان پواسطه یا Instrumental Examination: ۲۴۵
الف: انوسکوپ (Anoscop): ۲۴۶
ب: رکتوسګموئیدسکوپ Recto sigmoidoscop: ۲۴۷
د سګموئید سکوپ داخلولو تخنیک: ۲۴۷
په پرکتوسیګموئید سکوپی کې د توجه وړ ټکې: ۲۴۹
د سیګموئید یا د رکتوم د جدار د تثقب اعراض: ۲۴۹
د رکتوم بایوپسی: ۲۵۰
درکتوم رادیو ګرافی: ۲۵۰
رادیو ګرافی ته د ناروغ اماده کول: ۲۵۱
رادیوګرافی عملیه: ۲۵۱
Hemorrhoid ۲۵۱
د Hemorrhoid تعریف: ۲۵۲

www.ketabton.com

د Hemorrhoid تصنيف: ۲۵۲
اسباب: ۲۵۲
د بواسير تظاهرات: ۲۵۴
اختلاطات: ۲۵۵
تشخيص: ۲۵۵
تفريقي تشخيص: ۲۵۶
درملنه: ۲۵۶
تداوي د زرقي محلولاتو سره: ۲۵۷
تداوي د رابرى حلقى پواسطه Rubber band Medthode: ۲۵۷
Cryosurgery: ۲۵۷
جراحي درملنه: ۲۵۸
خارجي ترمبوزي شوى هيمورروئيد Thrombosed External Hemorrhoid: ۲۵۸
مقعدي فيسور(Anal Fissure) ۲۵۹
تعريف: ۲۵۹
اسباب: ۲۵۹
د مقعدي فيسور سير: ۲۶۰
سريري تظاهرات: ۲۶۰
تشخيص: ۲۶۱
درملنه: ۲۶۲
د بواسيرو او انال فيسور د عملياتو څخه وروسته اهتمامات: ۲۶۲
Anorectal Absecess or Perirectal Suppuration ۲۶۳
پتوفزيولوژي: ۲۶۴
سريري تظاهرات: ۲۶۶
۱- عمومى اعراض: ۲۶۶
۲- موضعى سريري تظاهرات: ۲۶۶
اختلاطات: ۲۶۶
درملنه: ۲۶۷
Anorectal Fistula ۲۶۷
فزيو پتالوژي: ۲۶۷
د فستول سير: ۲۶۸
سريري تظاهرات: ۲۶۹
فزيكي معاينه: ۲۶۹
د پوره تشخيص په منظور متممه معاينات: ۲۷۰

www.ketabton.com

توپیري تشخیص: ۲۷۱
د Anorectal فستول اختلاطات: ۲۷۳
د Anorectal فستولو درملنه: ۲۷۳
Rectal Prolapse ۲۷۴
اسباب: ۲۷۴
تصنیف: ۲۷۵
سریري تظاهرات: ۲۷۶
خصوصي معاینات: ۲۷۷
توپیري تشخیص: ۲۷۷
درملنه: ۲۷۸
۱-طبي تداوي: ۲۷۸
۲- جراحي تداوي: ۲۷۸
د رکتوم سلیم تومورونه: ۲۷۹
د رکتوم پولیپوز: ۲۷۹
پتالوژي: ۲۷۹
سریري تظاهرات: ۲۸۰
تشخیص: ۲۸۰
توپیري تشخیص: ۲۸۱
درملنه: ۲۸۱
د رکتوم کانسر: ۲۸۲
د امپولا یا رکتوم کانسر ۲۸۲
وقوعات: ۲۸۲
اسباب: ۲۸۲
اناتومو پتالوژي: ۲۸۲
د کانسر انتشار: ۲۸۳
د رکتوم کانسر Typing: ۲۸۴
د رکتوم د کارسینوما سریري تظاهرات: ۲۸۴
تشخیص: ۲۸۵
توپیري تشخیص: ۲۸۶
درملنه: ۲۸۶
د رکتوم د کا نسر درملنه: ۲۸۶
۱-جراحي درملنه: ۲۸۶
د مقعد نیوپلازم (Neoplasm of the Anus) ۲۸۹

www.ketabton.com

۱ – د انو رکتال Epidermiod (Squamos Cell Carcinoma): ۲۸۹

اسباب: ۲۸۹

پتالوژي: ۲۸۹

انتشار: ۲۸۹

سريري تظاهرات: ۲۹۰

د ناروغۍ تشخيص: ۲۹۰

درملنه: ۲۹۰

۲ – دانورکتال (Cloacogenic Cancer): ۲۹۰

۳ – Malignant Melanoma: ۲۹۱

۴ – Basal Cell Epithelioma: ۲۹۱

۵ – Perianai Bowen's Disease: ۲۹۲

۶— د انوس Extrammary Pagets Disease: ۲۹۲

شپږم څپرکی

د باب وريدي فشار زياتوالی

(Portal vein Hypertension) ۲۹۶

اناتوميک يادونه: ۲۹۶

د Portal Vein فزيولوژي: ۲۹۷

Etiology: ۲۹۸

فزيوپتالوژي: ۳۰۰

Cliniclal Manifestation: ۳۰۲

تشخيص او تفريقي تشخيص: ۳۰۴

لابراتواري معاينات: ۳۰۵

ځانګړي معاينات: ۳۰۵

Hypersplenism ۳۰۷

اسباب او لاملونه: ۳۰۸

Clinical Manifestation: ۳۰۸

لابراتواري ازموينې: ۳۰۸

اختلاطات: ۳۰۸

درملنه: ۳۰۹

د Portal Hypertension درملنه: ۳۰۹

اسباب: ۳۱۲

سريري تظاهرات: ۳۱۲

Diagnosis: ۳۱۲

www.ketabton.com

درملنه: ۳۱۲

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحيم

سريزه

انسان د خپل پيدايښت څخه يواځې د كار په واسطه و كولاي شو چه خپل محيط جوړكړی او خپل ژوندانه ته د ژوندانه محيط سره يو ځای تكامل وركړی علماؤاو متفكر ينو د خپل خلاقانه آيديو لـو ژی او نه ستړی كيدونكو هڅو په واسطه د بشر ټولنی تكامل ته سرعت وركړ.

په اوسني شرايطو كی په افغاني ټولنه كې ژور ټولنيز، علمی او اقتصادی بدلونونو ته لاره همواره شوه چې په هغه كی د دی اصل له مخی چی روغتيا د افغانستان د هـر تبعـه مسـلم حـق دی د روغتيـايی چاروپرمختګ ضروری شميرل شوی او د طبابت پـه سيسـتم كـی د بنسـټيزو بـدلونونو څخـه پرتـه د روغتيايی چارو په نظر كی نيولو سره د درسی نوی كاريكولم مطابق هضمی سيستم جراحـی درسـی كتاب په لكچر نوټ په ډول تهيه كولو می پيل وكړ.

چی دا دی اوس د ذكر شوی درسی لكچر نوټ د ډاكترانواو محصلينو د استفادی لپاره بشپړ شوی دی د دی لكچر نوټ په ليكلو می د امكان ترحده د نوی استندرد امريكايی او المانی كتابونو او انترنت او مجلاتو څخه استفاده كړيده او په تفصيل ليكل شوی دی او علت يی دا دی چی د ننګرهار د طب پوهنځی او په ځانګړی ډول د جراحی په ديپارتمنت كی مدرن كتابتون نشته چی محصلين ورڅخه د خپلو درسی نوټونو په څنګ استفاده تری وكړی.

د لوستلو په وخت كه كومه نيمګړتيا موجوده وی د لوستونكو څخه په درناوی هيله كوم چی ماته يی په ګوته كړی ترڅو په راتلونكی كی اصلاح شی.

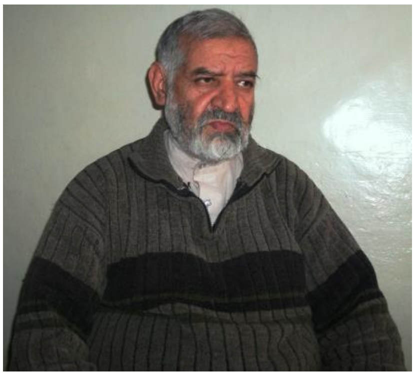
والسلام

الحاج پوهاند دوكتور عبدالروف(حسان)

منن ليك

د محترم پوهيالی دوكتوراحمدشكيب (زلمی) څخه چی ددغه كتاب په ترتيب ، تنظيم، كمپـوز،ډيزاين اوموادو راټولولو كی زيار ايستلی او زما ټولی مشوری يی په عملی اونظری توګه په تاليف كی په نظـر كی نيولی د زړه له كومې مننه كوم او د تل لپاره ورته كاميابي، علمی پرمختګ او خوشحالی د الله (ج) څخه غواړم.

www.ketabton.com



د ليکوال په اړه لنډ معلومات

نوم **عبدالروف حسان**

د پلارنوم **محمد حسن**

علمي رتبه **پوهاند**

اوسنی دولتی رتبه **مافوق رتبه**

محترم استاد پوهاند ډاکتر عبدالروف احسان په ۱۳۲۶ هـ ش کال د کابل په دريمه ناحيه(ده افغانان) کی زيږيدلی دی او خپل لمړنی زده کړی يی د نجات (امانی) ليسه کی بشپړ کړی، او د بکلوريا سند يی لاسته راوړل، په ۱۳۳۸ هـ ش کال د کابل په طب پوهنځی کی شامل او په ۱۳۴۵ هـ ش کال کی د نوموړی پوهنځی څخه په عالی درجه فارغ او د کدر د شموليت د ازموينی څخه وروسته د ننگرهار په طب پوهنځی کی د نامزد پوهيالی په حيث د جراحی په څانگه کی د استاد په صفت په دنده وگمارل شو.   په کال ۱۳۴۹هـ ش کی د يو تحصيلی بورس له طريقه استاد د دوه نيمو کلونو لپاره المان د برلين د ښار په پوهنتون د جراحی په څانگه کی دنده ترسره کړ او د بريالیتوب سند دلاسته راوړلو څخه وروسته هيواد ته راستون شو.

استاد د ۱۳۵۴ هـ ش کال راپديخوا د ننگرهار په طب پوهنځی کی د جراحی څانگی د شف او آمر په توگه دنده ترسره کوی او په کال ۱۳۷۰ هـ ش وروسته د ټولو علمی مراحلو د ترسره کولو څخه پوهاندی رتبی ته ورسيد.

محترم استاد سربيره د جراحی ډيپارتمنت د مسوليتونو څخه نور مسوليتونه هم لری چی په لاندی ډول د يادونی وړ دی.

۱ – د ننگرهار د طب د پوهنځی د علمی شورا غړی.

۲ – د ننگرهار د طب د پوهنځی د علمی ترفيعاتو د کميتی غړی.

۳ – د ننگرهار د پوهنتون د علمی شورا غړی.

۴ – د ننگرهار د طب د پوهنځی د مشورتی بورد غړی.

پاتې دې نه وي چی محترم استاد د خپل علمی فعاليتونو په بهير کی يی د جراحی په ساحه کی يوويشت تحقيقی او غيری تحقيقی اثار او کتابونه ليکلی دی چی ټول يی چاپ شوی او د ننگرهار پوهنتون لپاره خصوصاً د طب پوهنځی د محصلينو لپاره يی کافی علمی زيرمه برابره کړی ده.

په درنښت

www.ketabton.com

Book Name	Surgery of Digestive System
Author	Dr A Rauf Hassan
Publisher	Nangarhar University, Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
Published	2017
Copies	1000
Download	www.ecampus-afghanistan.org
Printed at	Afghanistan Times Printing Press, Kabul

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.de

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2017

ISBN 978-9936-633-02-5

www.ketabton.com