

# حاد اپنډيسايټيس تشخيص، اختلاطات او تداوي

پروفیسور دکتور محمد شریف سروري  
(PhD, Dr Med Science)

Afghanic



ننگرهار طب پوهنځی

Pashto PDF  
2014

Funded by  
Kinderhilfe-Afghanistan

## Acute Appendicitis

Diagnosis , Complications & Treatment

Prof Dr M Sharif Sarwary  
(PhD, Dr Med Science)

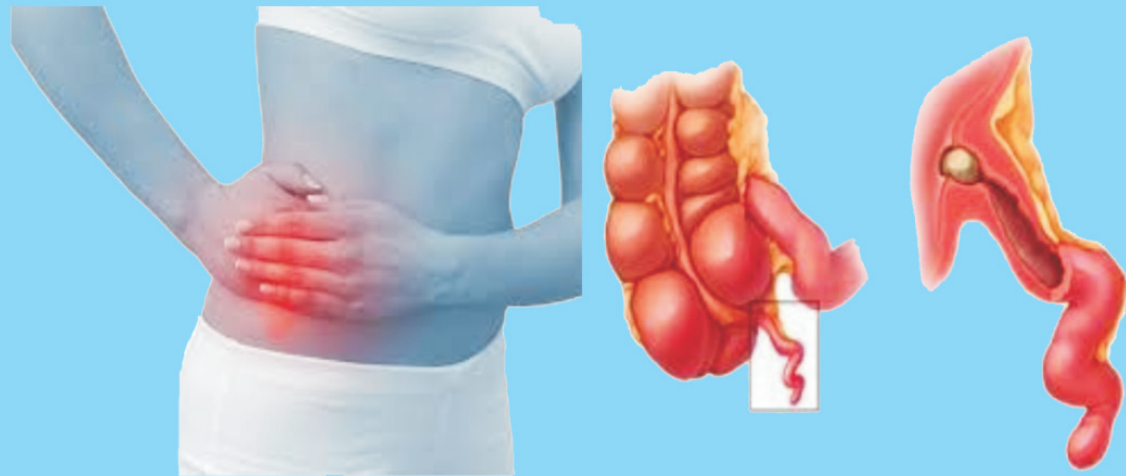
Download: [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)



ننگرهار طب پوهنځی

تشخيص، اختلاطات او تداوي  
حاد اپنډيسايټيس

# حاد اپنډيسايټيس تشخيص، اختلاطات او تداوي



Acute Appendicitis  
Diagnosis, Complications & Treatment

پروفیسور دکتور محمد شریف سروري  
(PhD, Dr Med Science)

۱۳۹۳



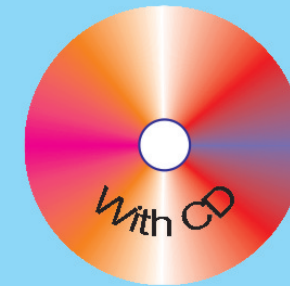
Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Prof Dr M Sharif Sarwary  
(PhD, Dr Med Science)

# Acute Appendicitis Diagnosis, Complications & Treatment

Funded by  
Kinderhilfe-Afghanistan



پروفیسور دکتور محمد شریف سروري  
(PhD, Dr Med Science)

۱۳۹۳

2014

بسمه تعالی

# حاد ایندیسایتیس تشخیص، اختلالات او تدای

Ketabton.com

پروفیسور دکتور محمد شریف سروری (PhD, Dr Med science)

د کتاب نوم	حاد اپنډيسايټيس، تشخيص، اختلاطات او تداوي
ليکوال	پروفيسور دکتور محمد شريف سروري (PhD, Dr Med science)
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
ويب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۳
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	افغانستان ټايمز مطبعه، کابل

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټي په جرمني کې د Eroes کورنۍ يوې خيريې ټولني لخوا تمويل شوی دی.

اداري او تخنيکي چارې يې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي.

د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري.

مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولني په دې اړه مسؤليت نه لري.

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

ډاکتر يحيی وردک، د لورو زده کړو وزارت، کابل

تيليفون ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي

ای اس بي ان ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۷ – ۹۷۸



## د لوړو زده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډیر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پیژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولني د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د بناغلو استادانو څخه د زړه له کومې مننه کوم چې ډېر زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانگو کې درسي کتابونه تألیف او ژباړلي دي. له نورو بناغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړی څو تر چاپ وروسته د گرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معیاري او نوي درسي مواد برابر کړي.

په پای کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمنی کمیټې او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې یې هر اړخیزه همکاري کړې ده.

هیله مند یم چې نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت

پوهاند ډاکټر عبیدالله عبید

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۳

## د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه گڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاره میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو څخه گټه اخلي چې زاره دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو درو کلونو کې مونږ د طب پوهنځیو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پیل او تر اوسه مو ۱۳۶ عنوانه طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځیو او نورو ادارو لکه عامې روغتیا وزارت، د علومو اکاډمي، روغتونونو او نورو... ته استولي دي.

دا کړنې په داسې حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰ - ۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې:

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

د افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نویو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخیستل چې په بازار کې په ډېر ټیټ کیفیت پیدا کېږي، د دې برخې له ځانگړو ستونزو څخه گڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا لیکل شوي دي باید راټول او چاپ کړل شي. د هیواد د اوسني حالت په نظر کې نیولو سره مونږ لایقو ډاکترانو ته اړتیا لرو، ترڅو وکولای شي په هیواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختگ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله باید د طب پوهنځیو ته لا زیاته پاملرنه وشي.

تراوسه پورې مونږ د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپیسا د طب پوهنځیو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۱۳۶ عنوانه مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننګرهار طب پوهنځی لپاره د ۲۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توګه ویشل شوي دي.

ټول چاپ شوی طبي کتابونه کولای شي د [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org) ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کړي.

کوم کتاب چې ستاسې په لاس کې دي زمونږ د فعالیتونو یوه بېلګه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو، ترڅو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه نا څه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلينو د غوښتنې په اساس په راتلونکي کي غواړو چې دا پروگرام غير طبي برخو لکه ساينس، انجنيري، کرهني، اجتماعي علومو او نورو پوهنځيو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونونو او پوهنځيو د اړتيا وړ کتابونه چاپ کړو.

له ټولو محترموا استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کي نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ايډيټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زموږ په واک کي يې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندې پوهنځي استادانو او محصلينو په واک کي ورکړو. همدارنگه د يادو شويو ټکو په اړوند خپل وړانديزونه او نظريات زموږ په پته له مونږ سره شريک کړي، تر څو په گډه پدې برخه کي اغيزمن گامونه پورته کړو.

له گرانو محصلينو څخه هم هيله کوو چې په يادو چارو کي له مونږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د يادونې وړ ده چې د مولفينو او خپروونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتويات د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بيا هم کيدای شي د کتاب په محتوی کي ځيني تيروتني او ستونزې وجود ولري، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو تر څو خپل نظريات او نيوکي مولف او يا مونږ ته په ليکلي بڼه را وليږي، تر څو په راتلونکي چاپ کي اصلاح شي . د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټي او د هغې له مشر ډاکټر ايروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لگښت يې ورگړي دي دوی په تيرو کلونو کي هم د ننګرهار د طب پوهنځي د ۴۰ عنوانه طبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود.

په ځانگړي توگه د جي آی زيت (GIZ) له دفتر او (CIM) Center for International Migration & Development چې زما لپاره يې په تېرو څلور کلونو کي په افغانستان کي د کار امکانات برابر کړي دي هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو له محترم وزير ښاغلي پوهاند ډاکټر عبیدالله عبید، علمي معين ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين ښاغلي پوهنوال ډاکټر گل حسن وليزي، د ننګرهار پوهنتون رييس ښاغلي ډاکټر محمد صابر، د ننګرهار طب پوهنځي رييس ښاغلي ډاکټر خالد يار، د ننګرهار طب پوهنځي علمي مرستيال ښاغلي ډاکټر همایون چارديوال، د پوهنتونو او پوهنځيو له ښاغلو رييسانو او استادانو څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولي او مرسته يې ورسره کړي ده.

همدارنگه د دفتر له همکارانو احمد فهيم حبيبي، سبحان الله او حکمت الله عزيز څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کي يې نه ستړي کيدونکي هلي ځلي کړي دي.

ډاکټر يحيی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، فبروري ۲۰۱۴

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: [textbooks@afghanic.org](mailto:textbooks@afghanic.org)

[wardak@afghanic.org](mailto:wardak@afghanic.org)

## تقریظ

په وروستیو څو کلونو کې په هېواد کې د پوهې او علم په برخه کې یوڅه پرمختګونه شوي دي، چې ورسره د ښوونځیو، مسلکي انستیتونو، پوهنتونونو او محصلینو په کمیت کې زیاتوالی راغلی دی.

که له یوې خوا پوهنتونونه د کمیت په لحاظ ډیر شوي دي، نو له بل پلوه اړینه ده چې د لوړو زده کړه کیفیت ته زیاته توجه وشي.

ز مونږ په وطن کې علمی او نوی آثار لاتر اوسه هم ډیر کم دي، خدای وکړی چې د داسې تدریسي کتابونو لیکل او چاپول به دغه تشه یو څه ډکه کړی. هیله مند یوو چې زموږ نور استادان هم تشویق شي، تر څو په خپلو مسلکي برخو کې نوي علمي کتابونه ولیکي.

دغه کتاب د ننګرهار د طب پوهنځی لخوا وکتل شو، ښه معیاری او د محصلینو لپاره ګټور کتاب دی.

مونږ د لیکوال دغه زیار ستایو، د لوی خدای ج له دربار څخه نوموړي ته د نورو بریاوو هیله کوو.

د ننګرهار د طب پوهنځی



## لړلیک (فهرست)

پاڼه	موضوع
1	لومړی فصل : داپیندکس اناتومیکی خانګړتیاوي .....
2	جلدی طبقه .....
11	داپیندکس او څیکوم د موقیعییت خصوصات .....
11	د سیکوم موقیعییت .....
11	داپیندیکس موقیعییت .....
20	دوهم څپرکی: دمریضانو مشخصات او تشخیصی- معالجویطرز العمل .....
21	دمریضانو مشخصات .....
33	نتایج .....
35	دریم څپرکی: دحاداپیندیسایتیس ایتیوپاتولوژی .....
35	تعریف .....
35	لاملونه او پاتوجینیز .....
36	انتانی تیوري .....
39	نیروواسکولیر تیوري .....
42	څلورم څپرکی: دحاد اپیندیسایتیس ویشون .....
45	ساده یا سطحی اپیندیسایتیس .....
46	فلیګمونوز اپیندیسایتیس .....
47	ګانګرینوز اپیندیسایتیس .....
47	پیرفوراتف اپیندیسایتیس .....
47	اپیندیکولیر کولیک .....

49	..... پنجم خپرکی: دحاد اپیندیسائیس تشخیص
49	..... سبجکتیف علایم
52	..... ابجیکتیف اعراض
59	..... لابراتوري معاینات
60	..... اولترا سوند
63	..... بنپرم فصل: داپیندیسائیس آتیپیک حالات
63	..... ریتروپیریتونیال اپیندیسائیس
64	..... انترا پیلویک اپیندیسائیس
64	..... داپیندیکس میدیال حالت
65	..... حاد اپیندیسائیس په ماشومانو کي
65	..... حاد اپیندیسائیس پ زاره سن کي
66	..... حاد اپیندیسیت په حاملو کي
67	..... کین لوری اپیندیسیت
69	..... اووم فصل: دحاد اپیندیسیت تفریقی تشخیص
69	..... حاد گاستروانترائیس
69	..... دمعدې او اثناعشر د قرحاتو تثقبات
70	..... حاد کولیسیتائیس
71	..... دکولمو حاد انسداد
73	..... Crohn disease دکرون مرض
73	..... Mikel diverticulitis مایکل دیورتیکولیت
73	..... حاد مٹار قوي لمفوادینیت

74	..... کولیک رینال
74	..... حاد ادنکسیت
77	..... دنفیر حمل ..
79	..... دمبیض او مبیض د سیستمونو ریچر
81	..... دمبیض دسیست تدور .....
83	..... نومونیا او پلریزی .....
<b>85</b>	<b>..... اتم فصل: مزمن اپیندیسیت .....</b>
86	..... کلینیکي لوحه .....
86	..... مزمن ریزیدوال اپیندیسیت .....
86	..... مزمن نکسي اپیندیسیت .....
87	..... ابتدائي مزمن اپیندیسیت .....
<b>88</b>	<b>..... نهم فصل : داپیندیسیت درملیز تکتیک .....</b>
88	..... دنداوي تاریخچه .....
93	..... داپیندیکتومي اساسی شرایط .....
93	..... دجراحی تیم مانجمنت .....
94	..... عملیات ته دناروغ تیارونه .....
95	..... د بیخوبي یا انیستیزیا ډول انتخاب .....
<b>97</b>	<b>..... لسم فصل: داپیندیکتومي مداخلاتي تخنیکونه .....</b>
97	..... د مک بورني څیرون Mc. Burney's incision .....
105	..... انتیگراد اپیندیکتومي .....
116	..... دریتروسیکل اپیندیکتومي طریقه .....

125	.....Lenander's Incision شق دپارار يكتال
127	..... اوپير اتيڤ پيريود پوست
<b>131</b>	..... فصل: دحاد اپينديسيت اختلاطات
131	..... اپينديكوليڤ ماس
133	..... پوست يا نرم ا.م.
135	..... كلک يا سخت ماس
137	..... پيري اپينديكوليڤ ابيسي
139	..... د اپينديكوليڤ ابيسي ويشون يا کلاسيڤيکيشين
140	..... قدامی ابيسي
140	..... اليولومبال ابيسي
141	..... مشارقوي ابيسي
198	..... پيلويک ابيسي
143	..... داپينديكوليڤ ابيسي کلينيکي لوحه
147	..... دپيري اپينديكوليڤ ابيسي تداوي
147	..... الياک ابيسي
148	..... ريتروبيرونيال ابيسي
149	..... ميزوسيکال ابيسي
149	..... سوب هيپاتيک ابيسي
149	..... دوگلاس ابيسي
151	..... پيريتوناييتيس
152	..... دپيريتوناييتيس تداوي

154	..... پيليفلبييتيس
155	..... د پيليفلبييت تداوي
<b>157</b>	..... <b>دوولسم فصل: لاپروسکوبيک اپينديکتومي</b>
158	..... د لاپروسکوبيک ا.پ. بنیگني
159	..... پنوموپيريتونيوم او دهغه داچرا طریقه
161	..... د لاپروسکوبي طریقه
162	..... د اپينديکتومي مراحل

## مقدمه

حاد اپیندیسیت یوه ډیره عامه او منتشره ناروغي ده، چه دنړی په هرگوت کې په کثرت سره لیدل کېږي اودحاد بطن ۷۰ سلین تشکیلوي. دا اصل چې په مجموع کې ۷٪ خلگ دژوند په اوږدو کې عمدتاً دژوند لومړی نیمایي کې په حاداپیندیساییتیس اخته کېږي، ددې پتالوژي دتشخیص اوتداوي اهمیت په ښکاره توگه ثابتوي. دامرض عمدتاً په ځوان سن کې لیدل کېږي او اکثرأ د مکتب شاگردان اوځوانان مصابوي.

که څه هم دحاد اپیندیسیت اودهغه بیلابیل ډولونه او اختلاطات په نړیواله سطحه په پوره اندازه سره تدقیق سوي اوڅیړل کېږي. خوکلنه ناکله بیا هم لیدل کېږي چه د نني عصر د تکنالوژیکي پرمختیاوو سربریره ددې ناروغي په پیژندنه اودرملیز تکنیک کې لا اوس هم ځني اشتباهات صورت نیسي، ځکه چه داپیندکس د مختلفو ځایستونو کلینیکي لوحه د نس د غړو خصوصاً دنسایي اوبعضاً یورولوژي دحادو ناروغيو سره چې تداوي ئي په محافظوی شکل سره منل سویده، دمشابهو علایمو په لرلو سره تبارز کوي. څرنگه چې دبین المي تحقیقاتو دمخي ثابته سویده تشخیصی اشتباهات په نارینهوو کې ۲۰٪ اوپه ښځو کې تر ۴۰٪ تشکیلوي. د دې ناروغي تشخیص خصوصاً د مریض دناوخته مراجعي پهصورت کې، دهغه د خاصوکلینیکي علایمو د تغیر او اختلاطاتو دتأسس دکبلهد معاینه کونکی ډاکټر په وړاندي نوي ستونزي را مخته کوي.

زموږ په گران هیواد کې چه دیوي خوا اکثره هیواد وال د لومړنیو طبي پوهي اومعلوماتو څخه محرومه اوبی برخي پاته دي او دبل پلوه دصحي پرسونل او ډاکټرانو کمښت، دروغتیايي چارو نیمگرتیاوي، اقتصادي ستونځي، دامنیتي خنډونو اوبعضاً د انتقالاتي امکاناتو دنشتون دکبله اکثره مریضان په خپل وخت سره ډاکټر خصوصاً جراح او ساحوي روغتون ته دتخصصي مرستو دپاره نه سي رسیدلای. داډول اوږد مودته وختنیزه فاصله اکثرأ د اپیندیکس دتخریب، او دااختلاطاتو دودي دکبله دمرض د وصفي کلینیکي لوحېد تغیر لامل گزري، چې پدې ډول سره تشخیصی مشکلات ایجاد اوداختلاطیدوله اپیندیسیت دمغلقومعالجوي مداخلو ضرورت رامینځته کېږي. دااحالات په خپل وار سره اکثرأ د تداوي د بی قناعته نتایجو، معیوبیت اومړیني سبب کېږي. دبل لوري څرنگه چه محترمو مسلکوالو ته څرگندهده دبدنه مرغه زموږ په هیواد کې زموږ په ملي ژبو(پښتو او فارسي) باندي هیڅډول آثار چه د جراحانو دقناعت وړ او دهغوی ضرورت رفع کړای سي وجود نلري. ددې کتاب دلیکلو په وخت کې کوشش وکړ سو څو په هیوادکې دشته وو منابعو څخه چه مشخصاً داپیندیساییتیس په هکله لیکل سوی او یا ژباړل سویوي څه ناڅه گټه

واخيستل سي، خوبدمرغانه موجوده ليکني صرف دمحصلي نوپه درسي کتابونوکی دطب دپوهنځيو دپروگرامونو مطابق په ډيره لنډه توگه وجود لري، چه دډاکټرانو دپراکتیکي ضرورت او خصوصاً دجراحانو د علمي او مسلکي سطحي د پياوړتيا دپاره دقناعت ورنه گڼل کيږي.

نوځکه دپاد سوو ستونزو او ضروريتونو پر اساس مي دا خپله علمي وجيبه وگڼل چه په دپه برخه کي د يوه داسي گټور علمي اثر په ليکنه لاس پوري کړم، چه په هغه کي نه يوازي دبهرنيو ليکنو څخه گټه شويوی بلکه زموږ خپلو داخلي تجاربو هم پکښي واضح انعکاس موندلی وي، څو د هغوی په مرسته زموږ د محترمو مسلگوالو مسلکي پياوړتيا لوړه او د دې مرض دتشخيصي او معالجي اشتباهاتو دمخنيوي دلاري د محترمو وطنوالو صحت ساتني ته لازم خدمت سويوي.

ددې هدف دپاره د ۳۸۳ د حاد اپينديسيت په ناروغی اخته کسانو دتداوي نتايج چه ۱۱۳ واقعي شخصاً زما دخوا دهيواد په داخل اوبهر کی عمليات او تداوي سويدي او ۲۷۰ واقعاتچه دطبی علومو اکادمي

د جراحي سرويس دکوليکتيفدزحماتو نتیجه او په غير مستقيم ډول ئي زه هم په تداوي کي سهيم گڼل کيږم، دخپلي مسلکي پوهي او علمي مهارت په مرسته تحليل اودبين المللي معتبرو علمی نثرياتو او اړونده آثارو دمطالعپه رونا کيدحاد اپينديسيت تر عنوان لاندي داکتاب دپوهه مصوره مونوگراف په حيث ترتيب او په خاصه مينه اودرناوی سره ډيروپتمنومينه والوته وړاندي کيږي.

کتاب که څه هم په خپل وخت کي عمدتاً دطبي علومو داکادمي د نظامي طب پوهنځی دجراحي تخصصي کورس دپاره د نظامي جراحانو د تخصصي تياري او علمي سطحي دارتقا په خاطر د يوه لارښود او مختصر علمي ريسرچ په حيث طرح او ليکل سوی وو، چه دهيواد دشرايطو وسيع تصوير د خانه سره د لرلو په اساس کولای سي چه د صحت عامي ټول ډاکټران خصوصاً جراحان د يو ستاندارد کتاب په شکل په ساحوي، ولايتي او مرکزي روغتونونو کي ځني استفاده وکړي او خپله مسلکي او علمي تنده پرې ماته کړي.

کتاب په (۱۲) فصلو کی ليکل سوی چه په هغه کي د اپينديسيت تشخيص (پيژندون) اوتفریقي تشخيص (بينتتشخيص) ته خاصه پاملرنه سويده اوحتی ځنيداهميت وړ جزئيات(واره گوني) هم پکښی مطرح سويدي. دلتيوراتور په مرسته داپينديسيت ايتولوژی، پاتوجينيز او د هغه پر بنسټ طرح سوي او عام منل سوی کلاسيکيشين (ويشون) چه عملي جنبه لری په عميقه توگه اوسيع ابعادو سره شرح سويدي. داپينديسيت او دهغه داخلاطي اشکالودتداوي تکتیک او عملياتي

تخنیک اودهغوي دپوهیدني داسانتیا اووضاحت دپاره لازم توضیحي تصویرونه دلیکوال په خپله رسامي سره تهیه سویدی.

دایندیسیټ پر موجه یا کانوینشیونال conventional جراحی سربیره دایندیسیټیس د تشخیص اوتداوي نوی میتود- لاپروسکوپیک ایپندیکتومی laparoscopic appendectomy چه زموږ په هیواد کي ئی نوی قدم ایینی دی هم په مفصل ډول سره شرح سویده.

کتاب د علمي اوتدریسي محتوا ترڅنگه دپښتو ژبي دطبي ادب دپاره یوه ستره غنا گڼل کیږي، چه په سلیس اوروان ادبي طرزلیکل سویدی، په هغه کي د موجه ژبو ( لاتین، انگلیسي، فارسي او عربي) دطبي اصطلاحاتو سربیره دپښتو ژبي زاړه اواصل لغاتونه او هم نوي ترکیبونه په کار لگیدلي دي.

په نظر کي ده چه داکتاب په نژدې راتلون کي په فارسي ژبه (دری) هم ترتیب، تکمیل اومحترمو علاقمندانو حضورته وړاندي کړ سي.

یادوني:

داکتاب چه لیکنه ئی اصلاً دطبي علومو داکادمي اوداردو دجراحانو په خاصه توگه داکادمي دتخصصي کورس دپاره دیوه لارښود په حیث په نظر کي نیول سویوه، په ۱۹۹۱ (۱۳۷۰ هجري) کال کي پیل او ۱۹۹۲ دجنوري (۱۳۷۰ جدي) په میاشت کي بشپړه کړل سوه. دکتاب لیکنه ان دابتداڅخه ترآخره پوري دیو سلسله ستونزو سره مخامخ وه.

- لومړی داچه په اکادمي کي په کتاب باندي مصروف ټایپیست حیات الله نومی دپښتو ژبي سره بلدیت نه درلود، ځکه اکثره جملاتو مکررواصلاحاتو ته ضرورت ایجابوی.

- دوهم په اکادمي کي موجود ټایپ یوازي د فارسي ژبي په تورو مجهزوو، چه دپښتو مخصوص توري وروسته دقلم پواسطه بشپړیدل.

- دکتاب ټیپینگ دټایپیست دخواڅخه په غیر رسمي وخت کي دشخصی اړیکو پراساس دمحدود وخت په چوکاټ کي ترسره کیدی.

کتاب بالآخره د ۱۳۷۰ جدي په میاشت کی دقانوني مراحلو څخه د تیریدو وروسته دملي دفاع د وزارت دمربوطه ذیصلاح مقاماتو دهدایاتو سره سم داردو مطبعي ته د چاپ دپاره وسپارل سو.



بدبختانه كتاب په خپل وخت سره چاپ نه كړ سو بلكه په هيواد كې د بعدنيو ناورو پيښو دكبله،كله  
چه

د خارجي توطئو اوداخلي كودتا په نتيجه كې د ډاكټر نجيب الله دولت نسكور او دولتي  
نظمكودتاچيانو

دلوري برهم كړ سو. وروسته كله چه بيا دولتي واک مجاهدینوته وروسپارل سو، په كابل كې د  
تنظيمي جگړو اونښتو دكبلهدولتي ادارې دسقوط سره مواجهه اومنجمله نوموړی كتاب هم د محوي  
سره مخامخ سو.

اوس چه خورلس كاله وروسته دكتاب زړې اوشوریدلي قلمي نسخې ددوستانو په همت سره زما  
لاس ته راورسیدلي، بيامي هم دا تصميم ونيو چه طبابت دنوو علمي لاسراوړنو په رونا كې  
دخينو تغيراتو په راوړلو سره كتاب د سره څخه ترتيب اوبشپړ كړم. گوندي د پاک الله(ج)په لطف  
او مرحمت او با غيرو او پتمنو دوستانود همت په مرسته بالآخره دا ځل كتاب ددرنو اوقدرمنو  
مسلكوالو خدمت ته وړاندي كړشي.

په درنښت

## تقریظ

د لوی څښتن تعالی په سپېڅلي نامه

زموږ د وطن قدرمن استاد پروفیسور ډاکټر محمد شریف سروري دډیرو ستونزو سره سره د یوه ډیر عالی کتاب دلیکلو پریکړه کړې وه ، چې دخدای تعالی په فضل سره ئې سر ته ورساوه.

داکتاب داپیندیسیت تر عنوان لاندي لیکل سوی دی، چې مؤلف (لیکوال) ئې ډیر کونښن کړیدی، چې ددې ناروغی هغه ستونزي ، چې دانسان د معیوبیت او یا مرگ سبب کرزي راپه گوته کړي.

واقعاً اپیندیسیت د حادبطن دناروغیو لوړه سلینه تشکیلوي او دا مرض باید دډیرو ناروغیو سره تقریقي تشخیص او بیلنتوب وسي، چې ډیر اوږد فهرست لري. ددغه دلیل پر استناد سره ویلای سو، چې ددې مرض تشخیص هم بعضاً ستونزمن او د اشتباهات سره مخامخ کیري اود معیوبیت او مرگ سبب کرزي. ددې کتاب په لوستلو او عملی کولو سره زه یقین لرم چې یو جراح او یا په عامه کلمه کښي ویلای سو، چې یو ډاکټر به ډیره کمه اشتباه وکړي او ددوي کتاب په برکت سره او خدای تعالی په کمک سره به د محتاجو انسانانو معیو بیت او مرگ کم سي. دا کتاب په پوره توگه دطب پو هنخی دزده کونکو، د تخصص پروگرام ، ټولو جراحانو او علاقمندو ډاکټرانو ته به ډیر گټمن واوسي.

داکتاب یو تحقیقي اثر دی او لیکوال په خپله ډیر زیار ایستلی دیو چې اړینه انځورونه ئې په خپل ښایسته لاس او قلم رسم کړيدي هغه لاس چه زرونو انسانانو ته ئې روغتیا ور په نصیب کړې او خوشحالي ور بخشلي ده. په دې کتاب کي په ډیر زیار ایستنه سره زموږ دگران هیواد د موادو او آثارو څخه او هم دبین المللي مأخذونو څخه ډیره ژوره استفاده سویده او د اوسني عصر د تقاضی سره د لاپروسکوپیکاپیندیکتومي په هکله هم رونا اچول سویده.

دقدر من استاد د پوهي څخه ډیرو زده کونکو په هر وخت کي خورا ښه استفاده کړیده ، چه ددو دزده کونکو دجملی څخ یوهم زه یم.

زموږ قدرمن استاد د حربي جراحي (حبي تراوماتولوژی) په برخه کی هم ډیر زیار گاللی دی، چې ددغه دسیپلین دنورو استادانو سره یو ځای ئې ددغه مسلک تهداب ټینگ کړی اودحربي جراحي په انکشاف کي ئې ډیري ښي لارښووني پرې ایښي دي.

زما په اند دا اثر يو ډير ښه د لارښوونې او استفادې وړ اثر دی. زه د پاک الله څخه دوی ته دروغ  
صحت دوعاکوم.

پوهندوی دوکتور محمد یعقوب نورزی

د شهید محمد داؤد خان دروغتون سرجراح

## تقریظ

از خداوند "ج" شکرگذار هستم که یک اثر علمی که توسط جناب محترم پروفیسور محمد شریف «سروری» استاد سابقه طب نظامی و متخصص طبابت نظامی به رشته تحریر در آورده شده و به پایه اکمال رسیده آنرا مطالعه نمودم ، این اثر علمی بدون شک برای تمام دوکتوران فاکولته طب ، اکمال تخصص ، دوکتور جراحی و دوکتوران ذیعلاقه دیگر مفید و ارزشمند است.

این اثر دارای 14 فصل بوده ، و کوشش صورت گرفته که تشخیص درست اپنڈیسیت صورت گیرد و در معالجه آن بصورت معیاری عمل گردد ، و برای معالجه انسان ها مفید واقع گردد من به این عقیده هستم که با خواندن و عملی کردن این کتاب در پراکتیک نتایج تداوی بسیار خوب خواهد شد و اشتباهات که صورت میگیرد به حداقل آن تقلیل خواهد یافت.

درین اثر کوشش صورت گرفته که مشکلات تشخیصی و عدم رسیدن به تشخیص نهائی برملا گردد.

نوشتن این اثر از لیتراتور داخلی و خارجی به پیمانہ وسیع استفاده صورت گرفته و تمام مسایل Up to date در آن گنجانیده شده است.

استاد گرانقدر در تربیه مسلکی تعداد زیادی از دوکتوران کوشیده است که این خود یک صدقه جاریه بوده و بدون شک خداوند "ج" اجر اخروی را نصیب شان خواهد ساخت، که حدیث شریف است از هر انسان خوب سه چیز باقی می ماند:

اولاد صالح ، علم نافع و صدقه جاریه که این سه چیز را جناب شان دارند.

من مطالعه این اثر علمی را به همه دوکتوران جوان و متخصصین غرض غنامندی معلومات شان در حصه تشخیص و تداوی بهتر مرض اپنڈیسیت توصیه نموده و برای استاد طول عمر ، صحت و سلامتی را از بارگاه خداوند متعال آرزو نموده ، امیدوارم که برای نوشتن آثار علمی دیگری وقت کافی داشته باشند.

با عرض احترام

پوهنوال دوکتور غلام بهاوالدین "نجرابی"  
پروفیسور جراحی

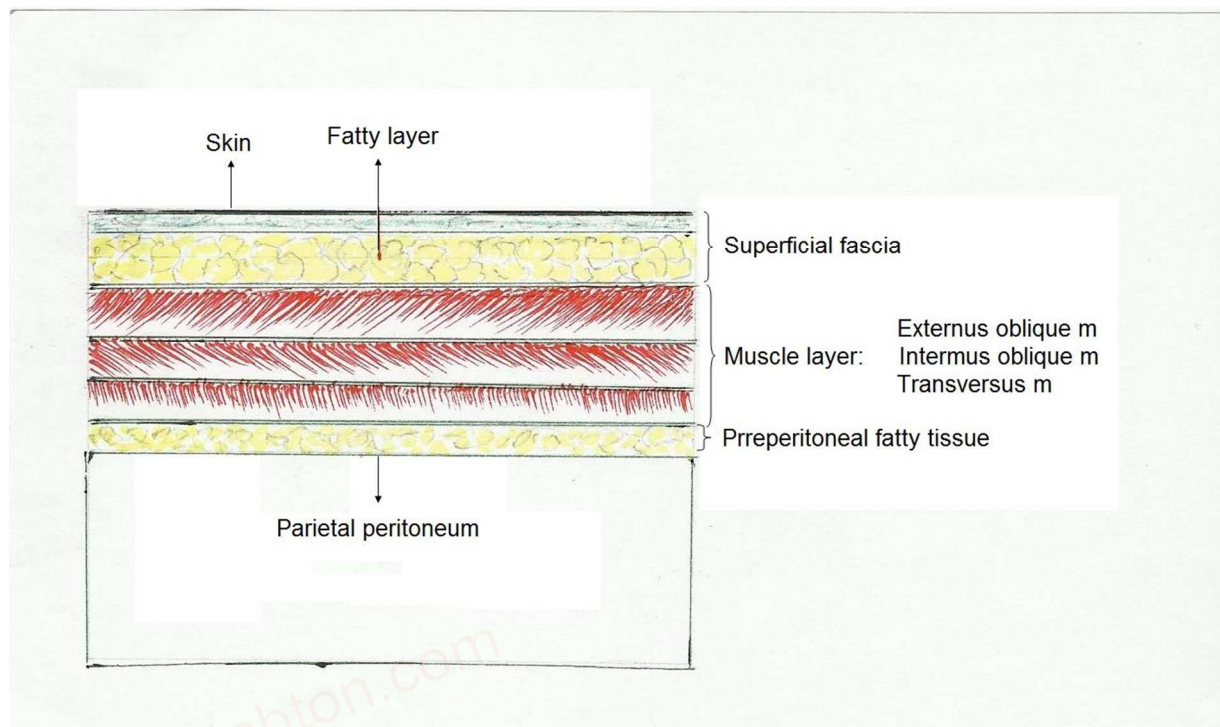
## لومړی فصل

### دایپنډیکس اناتومي ځانګړتیاوي

#### Anatomical property of appendix

په دې مبحث کې د حرقفي حفرې iliac fossa ، اپینډیکس appendix (چنډپوله کولمه) اود څیکوم cecum (ړنده کولمه) اناتومي او ځني اناتوميکي خصوصيات چه داپینډيسائیتیس ددقیق تشخیص او جراحی تکتیک داتخاذ دپاره داهمیت وړ اوپرکتیکي رول لوبوي، ترکنتي لاندي نیول کیري، څودهغه په مرسته داپینډيسائیتیس دتشخیصي اشتباهاتو او مداخلوي اختلاطاتو څخه لازم مخنیوی سوی وي.

څیکوم او اپینډیکس معمولاً دنس په حرقفي حفره fossa iliaca dextra (right iliac fossa) کې قرار لري. ددې ناحیې دجدار اناتوميکي جوړښت دقدام څخه خلفی لورته په ترتیب سره دلاندنیو طبقاتو څخه متشکل دی: (شکل- ۱)



شکل ۱- د بطن د قدامي جدار جوړښت

-skin(cutis)	- جلدي طبقه
-superficial fascia:	- سطحي فاشيا :
-fatty layer	- شحمي طبقه
-fibrotic layer	- فيبروتیک طبقه
-muscle layer	- عضلاتي طبقه
-fascia transversalis abdomenis	- دبطن عرضاني صفاق
-preperitoneal fat tissue	- پريپيريتونيال شحمي طبقه
- parietal peritoneum	- جداري پيريتوان

اوس به دهرقشرجوربنتيز خصوصيات په مفصله توگه وڅيرل سي.

### دنس جلد:

جلد دنس پدې برخه كې ډير نازك، متحرك او ډډيرو نريو اوناكوكوويشتانولرونكي دي، چي د عمليات دپاره دناحيې دپريپ ياخريلو ضرورت نه ليدل كيږي.

### تحتاجلدي شحمي طبقه:

دجلد لاندي شحمي طبقه د بدن دنورو حصو پرخلاف د دوو شحمي طبقو څخه چه يوه سطحي او بله ئي عميق موقعيت لري متشكله او د صفاقي پردې پواسطه سره بيله شويده.

Superficial fatty layer -

Deep fatty layer -

د پوستكي لاندي لومړي شحمي يا وازگينه طبقه چه د دوو صفاقي پردو تر مينځ واقع ده، ډيره نازكه او دجلد تحرك تامينوي.

عميقه شحمي طبقه چه دسطحي شحمي طبقې څخه د فاشيا پواسطه بيله سویده نسبتاً پنډه اوضخيمه ده. ددې قشر ضخامت او پنډوالی چی په چاغوخلگوكي تر څوساننيميتروپوري رسيږي، اكثر د عمليات پرجريان او نتايجو ناوړه اغيزي لري، ځكه ديوي خوا د عمليات په وخت كې د ساحي دتنگوالي او تخنيكي ستونزو دايجاد دكبلهد عملياتی شق د لويولو او اوردولو ضرورت پيدا كيږي او دبل

لوري دعمليات وروسته په عملياتي ټپ کي دمیکروبونودنمو اوتکثر زمينه برابره اودانتاني اختلاطاتو اوتقيح سبب کيږي.

### دبطن دجدار صفاق:

دنس پدې برخه کي دنس سطحي صفاق fascia superficialis په خپل وار سره پر دوو نازکو پردو چی یوه ئي سطحي یاسربیرنه پرده lamina superficialis fascii superficialis او یا fatty superficial layer (Camper's fascia) اوبله ئېژوره یا عمیقه فیبروتیکه سخته پرده lamina profunda fascii superficialis یا membranous deep layer چي د Scapa's fascia او یا Thompson په نامه هم یاديږي، ویشل سوېده. پدې ډول سره نوموړي فاشیا دنس دجدار شحي طبقه هم پردو صفحولکه نازکه سطحي او عمیقه ضخیمه طبقو باندي سره بیلوي.

ددې فاشیا سربیرنه پرده ډیره نازکه او عمیقه پرده چي ډیره پنډه اوضخیمه ده، چی دخپل ضخامت دکبله کله هم دعضلي صفاق سره شباهت مومي. دا پرده دنس په لاندنی برخه کي دمقبنی وتړیا inguinal ligament سره وصلیږي.

دیادي سوي فاشیا وروسته ددې ناحیې ځانگړي یا اختصاصي فاشیا fascia propria واقع ده چي دنس دخارجي منحرفي عضلي M. Obliquus externus abdomenis سره نښتي او په جلا توگه نه لیدل کیږي.

### دنس دجدار عضلاتي جوړښت:

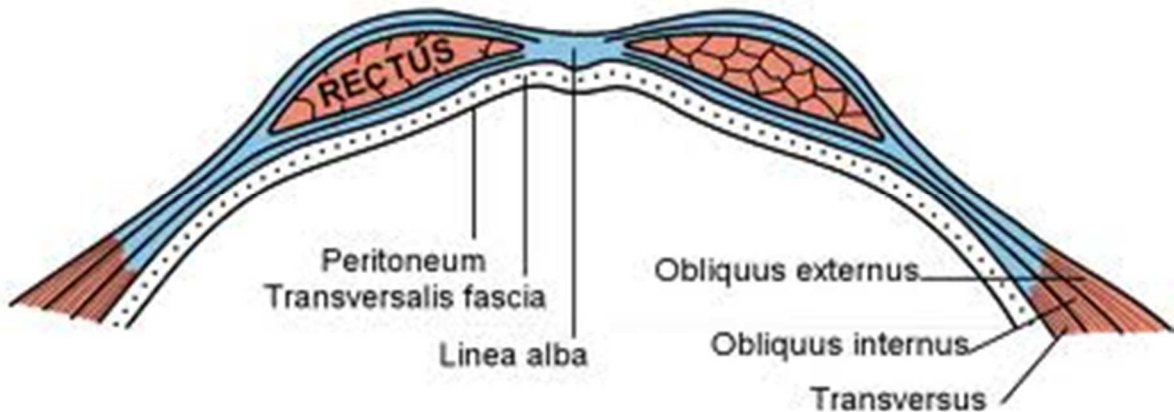
دنس ددې ناحیې دمخني یاقدامي جدار عضلاتي طبقه عمدتأدنس دلاندنیو عضلاتو څخه متشکله ده:

- دنس خارجي منحرفه عضله

- دنس داخلي منحرفه عضله

- دنس مستعرضه عضله

ډپوره پوهیدني اووضاحت دپاره دنس عضلاتي جوړښت په دوهم نمبر شکل کي بنودل کیږي.



شکل ۲- دنس دجدار عضلاتیجوربنت

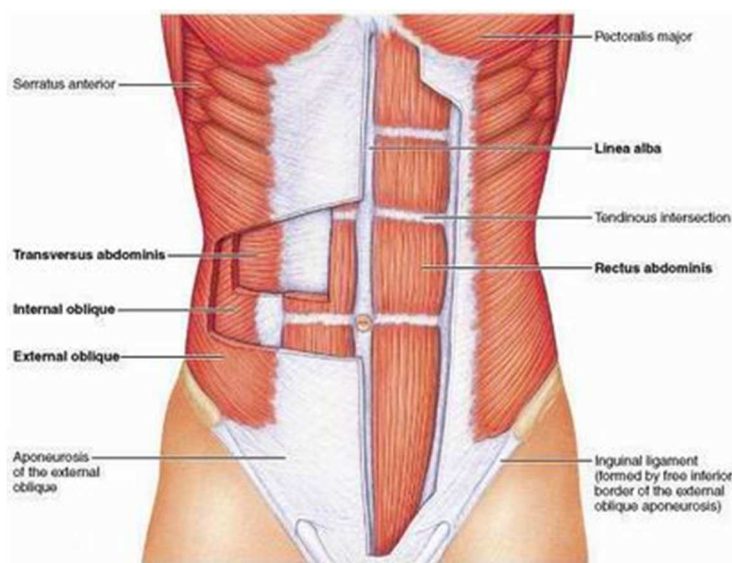
#### ۱- دنس خارجي منحرفه عضله:

Musculus oblicus externus abdominis

Abdomen's external oblique muscle

داعضله دلانندیواتو ( ۵-۱۲)اضلاعودخارجی سطحوخه شروع، الیاف ئی لاندنی او داخلي لورته غزیري اودنس دمستقیمی عضلي د پوش یا شیت دصفاقی الیافوسره وصلیري. دعضلي لاندنی برخه دحرقی هډوکي د برج یا قنزعي crista iliaca سره اتصال مومي. دحرقی هډوکي دقدامي علوی مشوکي spina iliac anterior superior یا(IASS)iliac anterior superior spine و اونسې اولاندنی لورته دا ناحیه یوازي دعضلي صفاق یا اپونیروز پواسطه سره پوینل سویده چی الیاف ئی دمقبنی وترد الیافوسره موازي سیرلري.(رسم ۳ )





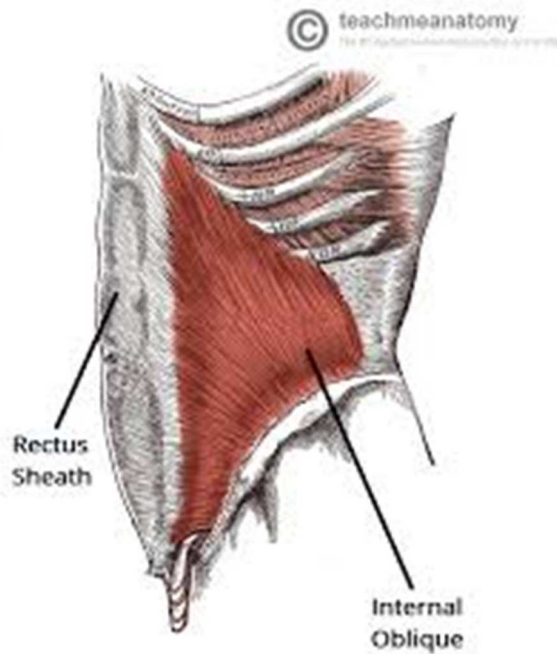
شکل ۳: د بدن د قدامي جدار د عضلاتو جوړښت

## ۲- دنس داخلي منحرفه عضله:

### Musculus oblicus internus abdominis

#### Abdomen's internal oblique muscle

ددې عضلي الياف دحرقفې هډوکي دتيغې اودمقبنې وترد باندني ( ۳/۲ ) څخه شروع، پورتنې او اونسې لورته دپيک ډوله حرکت په شان په لاندنيو درو پښتو وصل کيږي. د دې عضلي الياف لومړۍ دنس د مينځني خط پر لور روانو وروسته عضلاتي الياف په صفاق سره تبديل اودنس دمستقيمي عضلي د ځنډي يا کنار سره پردوو صفحو چي يوه ئې د مستقيمي عضلي د شپيټ مخني جدارا و بله ئې شاتني جدارتشکيلوي، يشل کيږي. داډول تقسيمات صرف د نامه ترغوټې پورته ځای لری اوترنامه لاندې دصفاق دواړې صفحېدمستقيمي عضل پر مخني سطح تيريري. (شکل ۳ او ۴)



شکل ۴- داخلي منحرفه عضله

۳- دنس مستعرضه عضله:

Musculus transverses abdomenis

Abdomen's transversal muscle

ددي عضلي الياف دلاندينو شپرو پښتو دداخلي سطحو، دقطني فاشيا د عميکه پردې lamina profunda

deep layer of lumbal fascia يا fascii lumbalis اود حرقفي هډوکي دبرج دداخلي سطحي څخه شروع اود مينځني خط لورته ادامه لري، جي دمستقيمي عضلي باندني ځنډي ته نژدي ديومنځني خط په ساحه کښي چي د سپيجيل دهلال يا نيمه مياشت (Spigle line) په نوم ياديږي په صفاق باندې تبديليږي. ددغه خط داناتومي پوهه ډيره مهمه گڼل کيږي، ځکه چي په دې ناحيه کي بعضاً دنس د مځني جدار فتقونه تشکل کوي. ددي عضلي صفاق دنامه تر غوتي پورته دمستقيمي عضلي د صفاقي پوښ شاتني جدار اوتر غوتي لانديني مځني جدار تشکيلوي. (شکل ۳)

بايد وويل سي چي سربيره پر پورتنيو درو عضلوباندي چي مستقيماً ئي دحرقفي حفرې ساحه پوښلي ده دځيني نورو مجاورو عضلاتو داناتوميكي جوړښت دقيقه پيژندنه چيخصوصاً داينديسايټيس په اختلاطي واقعاتوكي د تشخيص او مداخلوي پروسيجرونودپاره مهم رول لوبوي، حتمي گڼل كيږي اودلاندنيو عضلاتو څخه عبارت دي:

#### ۴- دنس مستقيمه عضله:

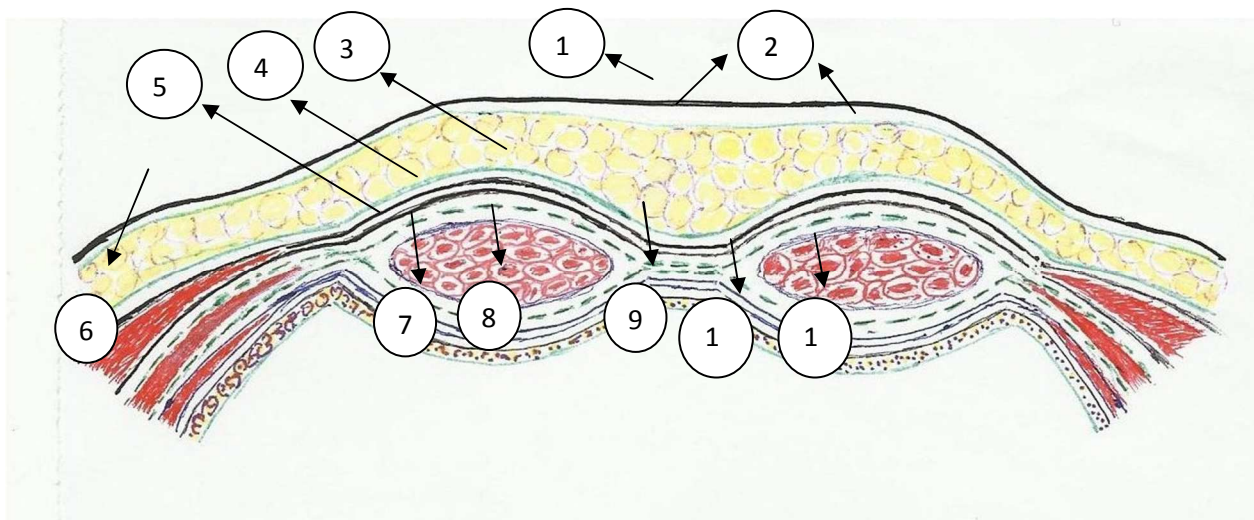
### Musculus rectus abdomenis

### Abdomen's rectus muscle

دا عضله يوه اوږده مستطيل ډوله عضله چي دنس په منځني حصه كي دوسطي خط دواړو خواوو ته واقع ده. عضله د خنجرې نتويا زيل processus xiphoideus او درو وسطي اضلاعو (۵-۶-۷) دغضروفي برخونه پيل اودعاني پر لورويښاخونو cornua superiores osses pubis باندي ختميري. عضله په يوه صفاقي يا اپونويروزال شيبټ يا پوښ aponeurosal sheat كي واقع اوپه خپل مسير كي د درو (۳) وتري پلونو intersecciones tendinosas لرونكي ده چه د بين الضلعي يا پښتيميځيز او عيه او اعصاب intercostals nervs and vessels پكښي تيريږي.

**دعضلي دصفاقي پوښ جوړښت-** ددي عضلي صفاقي پوښ دنس دپادوشوو درو جنبي عضلو دصفاقونو د يوځايني اودوام په مرسته تشكل مومي. څرنگه چه مخكي يادونه وسوه صفاقي شيبټ جوړښت دنامه تر غوتې په لاندني اوپورتنې برخو كي يو شانته نه بلکه توپير لري. پدي ډول چي دنامه تر غوتې پاس دعضلي دصفاقي شيبټ دمخني او شانتني جدارونوپه جوړښت كيدواړو خواوو ته دنس دلاتيرال يا جنبي عضلاتويوه نيمه صفاقي پرده گډون لري چي پدي توگه دشيبټ قدامي جدار د خارجي منحرفي عضلي دواړه صفاقي پردي اودداخلي منحرفي عضلي دصفاق دمخني پردي څخه متشكل دي، پداسي حال كي چي دشيبټ شانتني جدار دداخلي منحرفي عضلي دصفاق دشانتني پردي او دمستعرضي عضلي دواړو صفاقي پرديوواسطه سره تشكيل شويدي. (شكل ۵)

شکل - ۵: د ریکتوس د عضلي د شیت جوړښت د نامه تر غوټی پورته



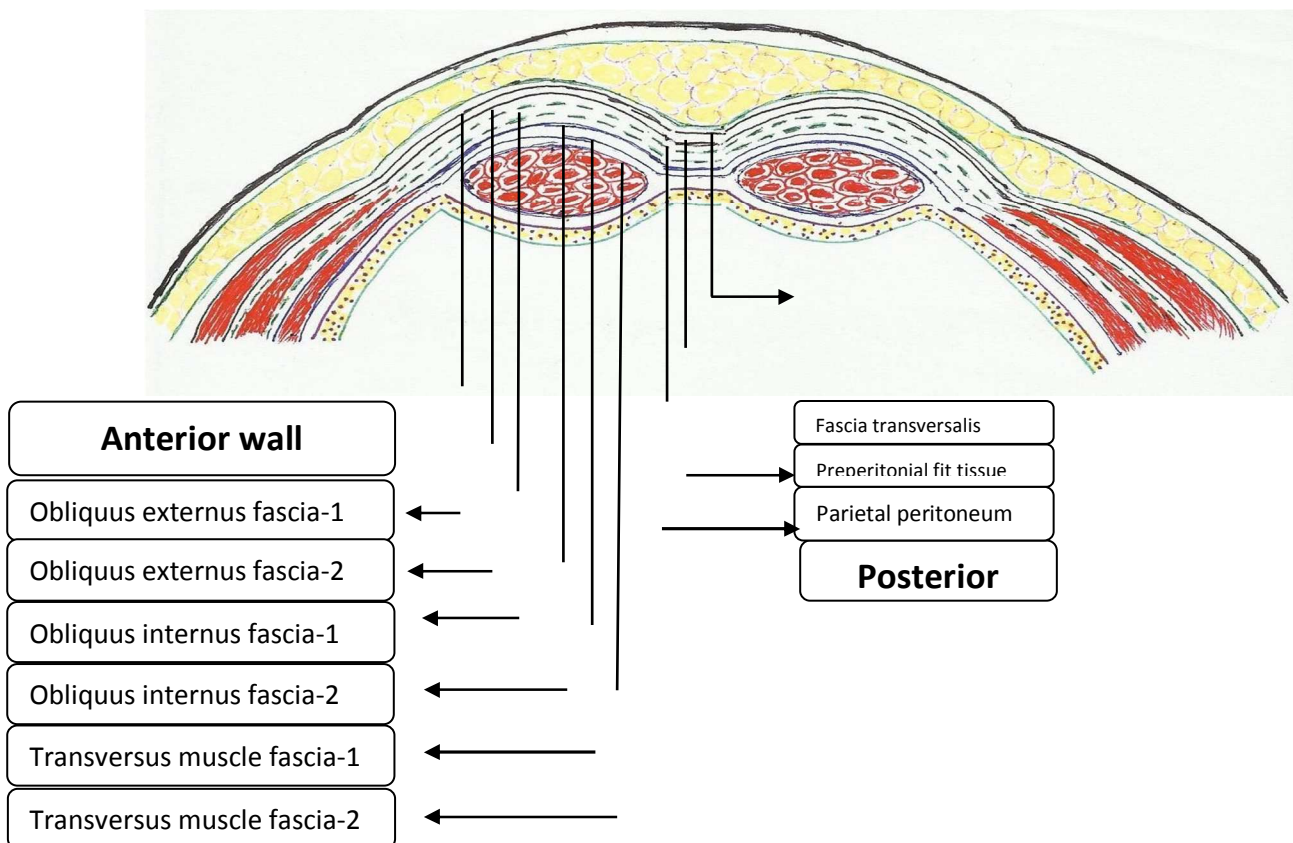
### Posterior wall Anterior wall

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1- Skin                     |                              |
| 2- Superficial fascia       | 7- Transversus muscle fascia |
| 3- Obliquus externus fascia | 8- Transversus muscle fascia |
| 4- Obliquus externus fascia | 9- Transversal fascia        |
| 5- Obliquus internus fascia | 10- Preperitoneal fat tissue |
| 6- Obliquus internus fascia | 11- Parietal peritoneum      |

د نس پر منځنی خط باندي د مستقیمو عضلاتو د انسی کنارونو سره د شیت دواړه جدارونه په خپل منځ کېنې سره وصل او د نس د جدار سپین لاین یا ابيض خط ( *linia alba* ) تشکیلوی چه دوسطي لایراتومي د اجرا دپاره دهمدغه خط دشق ( *incision* ) څخه استفاده کيږي.

د نو تر غوټی یا ثری ( *umbilicus* ) لاندی د نس د عضلاتو ټولی صفاقی پردی د مستقیمي عضلي پر مخکنی سطح باندي تیريږي چی په دی اساس د نس په لاندنی برخه کېنې خلفی صفاقی جدار

وجود نلري او د عضلي شاتنی سطحه یوازي د بطن د مستعرضي فاشيا په واسطه سره محدوده سوی ده. (۶- شکل)



شکل-۶ د ریکتوس د عضلي جوړښت د نو تر غوټی لاندی

د مستقیمي عضلي په شیت کي د عضلي ترشا پورتنی او کښتني ایپیگا ستریک شریانونه (aa. epigastrica superior and inferior) ایپیگاستریکا سوپریور او ایپیگا سترکا انفریور

واقع دی چي د لاندني پښتیمنځیزه یا بین الاضلعي شرایینو (aa. Intercostales) سره تقممی شبکه تشکیلوي.

Ketabton.com

## ۵- د پساوآس لويه عضله :

### Musculus psoas maior or major psoas muscle

د نس د حرقفې په ساحه او د بطن په خلفي جدار كښي د سيكوم (cecum) تر شا لويه قطنی عضله واقع ده چې پوهه ئي د اپندسايټيز او د هغه د اختلاطاتو د تشخيص لپاره حتمی گڼلكيري.

دا عضله د دولسمی ظهري فقري او قطني فقراتو د مستعرض نتوگانو څخه او په حوصله كښي د حرقفي عضلي (m. iliacus or iliac muscle) له طريقه د فخذ يا وړانه ساحي ته خارجه او د فخذ د هډوكي د توبركولوم مينوز سره وصل كيږي چې پدېډول د دي عضلي تقلصات د فخذ د قبض (flexion) او خارجي تدور (external rotation) سبب گرزي.

### ۶- قطنی مربع ډوله عضله: musculus quadratus lumborum

قطنی مربع ډوله عضله د لوي قطنی عضلي ترشا د دولسمي ضلعي او حرقفي هډوكو د تيغي

( crista iliaca ) تر مينځ واقع ده. د لوي قطنی عضلي سطحه د يوي سختی صفاقي پردي په واسطه چې د بطن د مستعرضی فاشيا ( fascia transversalis abdomenis ) ادامه ده، پوښل شوي ده چې په لاندني حصو كښي په يوه ضخيمه او سخته پرده مبدله او د حوصلې د سرحدی خط (linia arquata) سره وصل كيږي. دا پرده د صفاق لاندی جمع شوي ايكسودات ( exudat ) محدود او د نشر څخه يی مخ نيوي كوي.

د دي ناحيې د انساجو اروا يا وينوبتيا د ( art. circumflexa ilium superficialis, a. epigastrica superficialis, a. epigastrica superior a. epigastrica inferior, rami perforantes aa. intercostales and lumbales ) د شعباتو په واسطه سر ته رسيږي.

د ناحيی تعصیب د لاندنيو پوښتي مينځيزه اعصابو ( بين الضلعي اعصابو ) د مخني (قدامي) او اړخني ( جنبي ) پوستکيزه يا جلدي ريښو او شعباتو ( rami cutanii anteriores and laterale ) په واسطه چې اساسي اعصاب يی د داخلي او مستعرضو عضلاتو ترمينځ واقع دي صورت نيسي.

## د اپندکس او ځیکوم د موقعیت خصوصیات

(appendix and cecum property of location)

### ۱- ځیکوم – cecum:

ځیکوم یا رنده کولمه په (۸۰٪ سلین) واقعاتو کښې په ښې حرقې حفره (fossailiaca) کښې ځایښت لري چې دا موقعیت د ځیکوم ټیپک موقعیت گنل کیږي.

مگر په بعضو واقعاتو کښې ځیکوم په غیر ټیپک ځایښت کښې قرار لري چې د خپل ټیپک حالت څخه کښته او حتی په کوچني حوصله کښې شتون لري او یا دا چې ډیر لور موقعیت لري چې حتی مستقیماً تر کبد یا اینې لاندي واقع وي. (شکل ۷-)

په ماشومانو کښې ځیکوم معمولاً ډیر لور وي چه د زیریدنی په وخت کښې تر اینې لاندي واقع خو د وخت په تیریدلو سره په تدریجی توگه را کښته او په حرقې حفره کښې خپل اصلی ځای اشغالوي.

د ځیکوم قطر په مختلفو اشخاصو کښې متفاوت چه په منځنی توگه (۶-۷) سانتي متر او طول ئی د (۵-۶) سانتي متره پوری رسیږي. رنده کلمه (cecum) د پنډو کلمو (colon) په شروع کښې د ترمینال الیوم (ilium terminalis) د اتصال د محل څخه را واتلی او د یوې کڅورې په ډول چه نهایی انجام ئیمسدود دی څورنده شوی ده ځکه نو د ځیکوم (cecum) یا رنده کلمه ورته ویل کیږي.

ځیکوم او اپنډیکس تقریباً په (۹۵٪) سلین واقعاتو کښې کاملاً په سیروزل (serosal) پرده یا حشیوي پیریتوان سره پوښل سوی دي چه دا حالت د ځیکوم او اپنډیکس حرکت تامینوي. د ځیکوم دا خصوصیت مجاز ورکوي چه ځیکوم د عملیات په وخت کښې د عملیاتی جرحې د طریقې د نس د جدار څخه بهر لور ته را وایستل سی او د اپنډیکتومی عملیه په آسانی سره اجرا کړه سی. علاوتا ځیکوم لس په سل (۱۰٪) واقعاتو کښې د ترمینال الیوم سره گډه او یا مستقله مټارقه (miso) لري چه دا حالت نور هم د ځیکوم او اپنډیکس حرکت د زیاتوالي سبب کیږي.

باید په نظر کی و لرو چه د ځیکوم حرکت د هغه د التهابی واقعاتو په نتیجه کښې بعضاً شدیداً محدود او د اپنډیکتومی عملیه د یو لړ اضافی مشکلاتو سره مخامخ کیږي.

د صاعده کولون شانتی سطح د سیروزل غشاء څخه محرومه ده ولی چه په دی برخه کښې د جداري پیریتوان (parietal peritoneum) غشاء د بطن د جدار څخه مستقیماً د صاعده کولون پر

اړخونو را اوړي او د هغی پر مخکنی سطح باندی د حشیوي پیریتوان په حیث ادامه مومی چه په دی ډول سره د امعاء شاتنی جدار بیله پیریتوانی پوښنځه لوخ، او د نس پر شاتنی جدار نښتی او تثبیت پاته کیري ځکه نو د کولون د دی برخی حرکت فوق العاده محدود او بی حرکت وي.

د رندی کلمی په خالی او نیمه خالی حالت کښی د کلمی مخکنی جدار د نریو امعاوو د عرواتو په واسطه او شاتنی جدار ئی د جداري پیریتوان د هغی برخی له خوا چه د حرقفی قطنی عضلی (m. iliolumbalis) مخ پوښی، احاطه کیري. د کلمی د ډک حالت، انتفاخ او پرسوب په صورت کښی کله چه د ځیکوم حجم توسعه مومی د نریو امعاوو عروات د ځیکوم د مخکنی جدار څخه د بطن انسی لور ته خوځیري، چه په دی ډول سره د ځیکوم مخکنی جدار مستقیما د بطن د قدامی جدار سره په تماس کي رایی او هم د حوصلی لور ته کوزیري.

په حاملو بنځو کښی د حمل د دوری په دوهمه نیمه ئی کښی ځیکوم د لوی شوی رحم په واسطه سره د بطن بنی یا راسته او لوری خواته تیله کیري چه په نتیجه کښی ځیکوم د رحم د بنی اړخ تر شا او پورته تر کبد لاندی ځای نیسی.

## Appendix:

## ۲- اپنډیکس --

اپنډیکس یا چنجی ډوله کلمه (appendix vermicularis) معمولا د ځیکوم د شاتنی - داخلي قطعي (posteriorrmedial segment of cecum) څخه په هغه ځای کښی چه د ځیکوم دري سره نواره یا فیتی (tenia) سره وصل کیري، شروع او څوکه ئی معمولا د نس د کوگل یا جوف د داخلي او لاندنی لور ته توجیه ویرنگه چه د اپنډیکس نوم څخه څرگندیږي د دی کولمی ظاهري شکل چنجی ته شباهت لري چه پنده قاعده ئی د ځیکوم د جدار څخه شروع او جسم ئی په تدریج سره د نری او تیزی څوکی پر لور د کمښت په حالت کښی دوام مومي. د دی کولمی اوږدوالی په متوسط ډول سره د (۷ - ۱۰ سانتي متره) پوري خوپه مختلفو اشخاصو کښی کله هم ډیر لنډ حتید (۱) سانتي متره په حدود کښیاو کله بیا ډیر اوږد چه تر (۲۰) سانتي متروا ندرتاً حتی تر (۳۰) سانتي متره پوري رسیږي او قطر ئی د (۴ - ۵) ملي مترو پوري پسون لری. چنجیډوله کولمه معمولا په حشیوي پیریتوانیو بڼلی او دمیزو اپنډیکس (misoappendix) لرونکی ده چه د اپنډیکس او عیه پکښی قرار لري. د اپنډیکس قاعده معمولا د نیم څخه تر پنځو (۵، ۰ - ۵) سانتي مترو په اندازه د الیوسیکل (iliocecal) تر زاویي لاندی واقع ده او کله هم د ځیکوم د تحتانی نقطی څخه شروع کیري - (Treves, 1885).

د اپنډیکس د قاعدی موقعیت په لاندنیو څلور مختلفو حالاتو سره لیدل کیري:

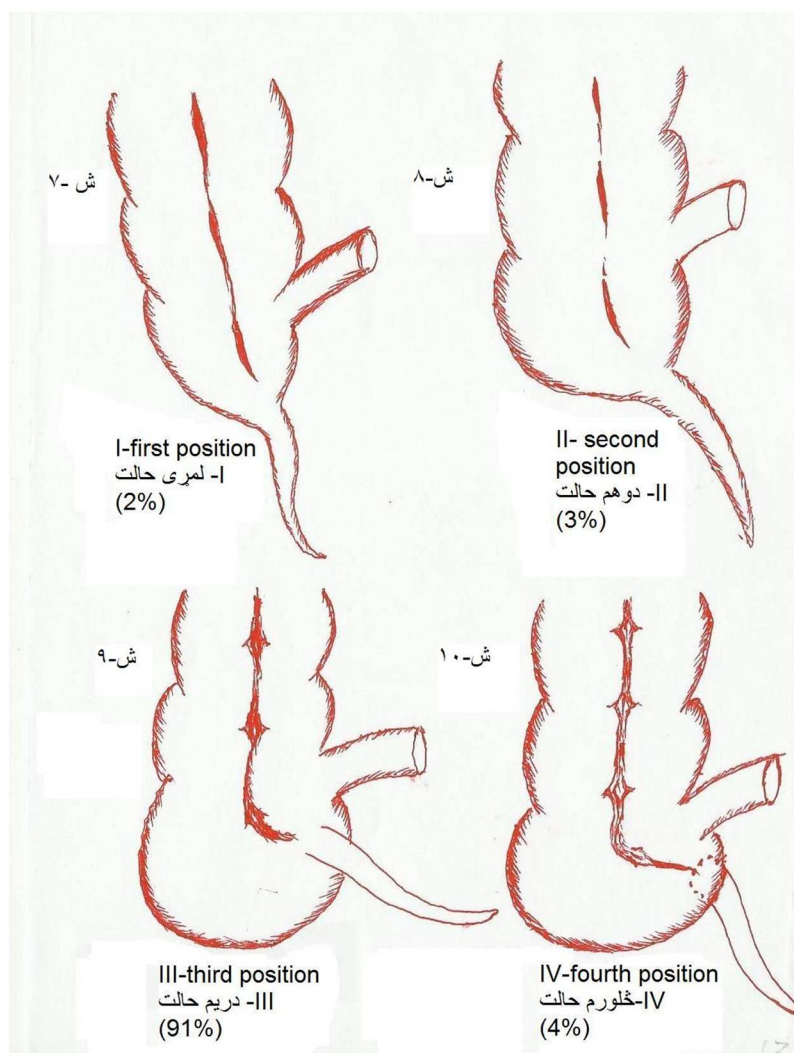


۱- **لومړی ډول** : په دی ډول موقیعت کښې رنده کلمه د قیف په شکل تدریجا نری او د راس په حصه کې په اپنډیکس تبدیلیږي چه خپله اپنډیکس د څیکوم د ادامې شکل لري. دا ډول اپنډیکس په (۲٪) واقعاتو او معمولا په ماشومانو کښې لیدل کیږي. (شکل -۷)

۲- **دوهم ډول**: په دی ډول حالت کښې څیکوم استوانه ئی شکل لري. اپنډیکس لکه په لومړی ډول کښې د څیکوم د څوکي څخه پیل کیږي خو سمدلاسه نری او کور مسیر پیدا کوي. دا ډول اپنډیکس په (۳٪) سلین واقعاتو کښې مشاهده کیږي. (شکل - ۸)

۳- **دریم ډول**: دا ډول اپنډیکس په (۹۱٪) سلین اشخاصو کښې لیدل کیږي. څیکوم معمولا د یوې کڅورې په څیر شکل لري. د اپنډیکس قاعده د څیکوم د راس یا زروي څخه شروع او جسم ئی لومړی شاتنی او انسی لور ته د ترمینال الیوم په لور او وروسته لاندنی لور ته توجیه او دوام مومي (۹ - شکل).

۴ - **څلورم ډول** : په دا ډول اپنډیکس کښې داپنډیکس قاعده دالیوم اوڅیکوم دتوصلي نقطې ترشا واقع ده چه جسم یئ لومړی لاندني لورته متوجه اوزروه یئ بیا انسي لورته دوام پیداکوي (۱۰- شکل). داډول اپنډیکس په (۴٪) سلین واقعاتو کې لیدل کیږي.



دطبقه بندی اوس هم داهمیت وراود عملیات په وخت کښی داپندکس دقاعدې دپیدا کولو دپاره مرسته کوي. بایدووویل سي چه داپندکس دقاعدې په هر ډول موقعیت کښی دهغه دقاعدې دپیدا کولو دپاره پلټنه باید د څیکوم د آزادي فیتی په تعقیب سره شروع کړه سي چه دهمدې فیتی په ختم کښی معمولا داپندکس قاعده واقع وي.

داپندکس کانال دیوه کوچنی سوری (orifice) په واسطه چه قطرئی دکانال دقطر په مقایسه ډیرووردی دڅیکوم جوف ته خلاصیږي. په دې حصه کښی دالیوماو سیکوم ترمینځ دمخاطي غشا یوچین یا کوت (plica) موجوددی چه دالووظیفه اجراکوي اود باوهینی دوالو (valveBauhine) په نامه یادیږي.

اېنډکس لکه څيکوم دټولوخواووخه په سيروزال غشا يا پيريتوان سره پوښل سوی دی.ددي کولمي عضلاتي جدار لکه دامعاوپه نورو برخو کي ددو طبقو څخه متشکل دی. اوله طبقه ئي طولاني عضلاتي طبقه ده چه دڅيکوم دنواری يا پټه ئي (tenia) برخودوام گنل کيږي. دطولاني طبقې لاندي دوهمه عضلاتی طبقه چه دورا ني سیرلری اوسرکولیر طبقه نومیږی واقع ده. بعضاهم دادواره طبقې یو دبل سره گدی او الیاف ئي داسی سره اوبدل شویوي چه دیوي طبقې فکورر باندي کيږي . په واقیعت کی دادواره طبقې دڅيکوم د عضلاتی طبقاتو ادامه ده.

د اېنډکس مخاطی غشا داستوانه ئي ډوله يا سلیندريک اپیتیلیال حجراتو پواسطه چه په غنی اندازه سره د لمفاوی فولیکولونو لرونکی دي، پوښل شوی ده. د مخاطي غشاء پر سطح باندي د استوانه ئي ډوله غدواتو د اجوافو متعددي فوحي يا سوري را خلاصیږي. د لمفاوي فولیکولونو تعداد د اېنډیکس په جدار کښي بعضا دومره ډیر او متراکم وي چه په یوځای کیدو سره ئي د جدار په مختلفو ځایو کي وسیع او محجم لمفاتیک پلکونه (plugs) تشکیلیږي.

د اېنډیکس د جدار د عضلي او مخاطي طبقاتو تر منځ د اېنډیکس یو ضخیم قشر چه د **تحت المخاطي** يا **سوب موکوز (submucouse)** په نامه یادیږي واقع ده. په دی طبقه کښي په لمفاوي حجراتو ډیر غني منضم نسج چه دموی او لمفاوي او عیه پکښي تیریري ځایښت لري.

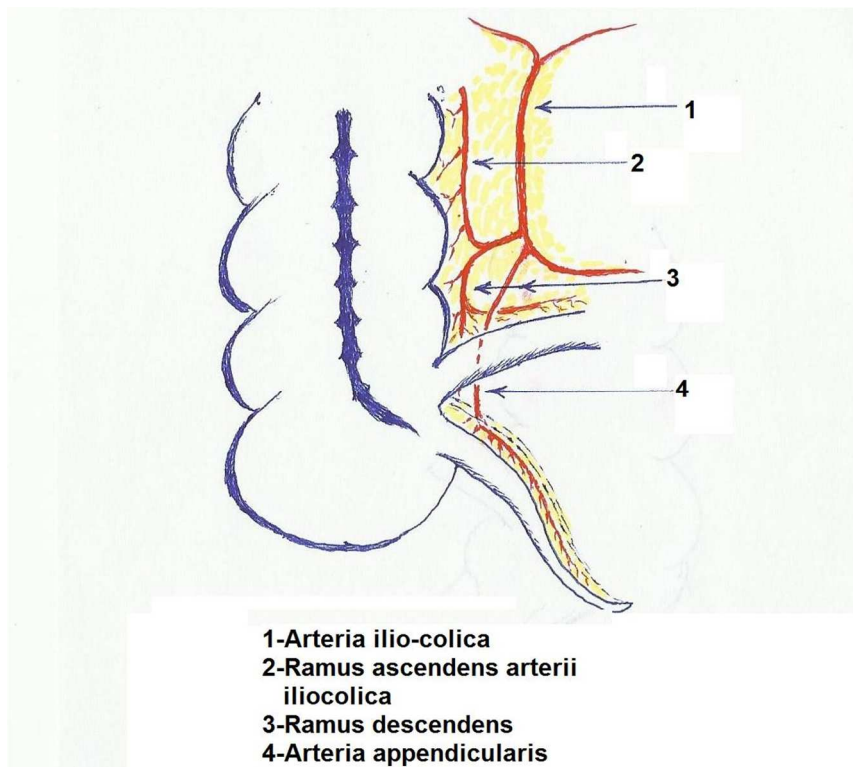
د اېنډیکس په انسي جدار کښي د حشیوي پیریتوان دواړه پردی سره یو ځای او د اېنډیکس مئارقه (miso) تشکیلوي چه په دی شکل د اېنډیکس مئارقه د دوه پوریزه حشیوي پیریتوان څخه چه په منځ کښي شحمي نسج او اېنډیکولیر او عیه واقع دي متشکله ده چه اکثراد اېنډیکس تر څوکي پوري نهرسیږي نو ځکه اېنډیکس کور مسیر اختیاروي. بعضا هم داسي واقع کيږي چه د اېنډیکس مئارقه وجود و نه لري چه په دی صورت کښي اېنډیکولیر شریان مستقما د اېنډیکس پر جدار باندي نښتي تیریري.

د اېنډیکس اروا د **اېنډیکولیر شریان (appendicular arteria)** په واسطه چه د الیوسیکل شریان څخه منشا اخلي صورت مومي. د الیوسیکل شریان (iliocecal arteria) پر درو څانگو (پورتنی، منځنی او لاندنی) باندي تقسیمیري. پورتنی څانگه د صاعده کولون او لاندنی شعبه د ترمینال الیوم اروا تامینوي.

منځنی څانگه د الیوسیکل په زاویه کښي پر دوو برخو (مخکنی او شاتنی) وینل کيږي. مخکنی شریان د الیوم او څيکوم د اتصال په نقطه کی د څيکوم په جدار کی منشعب او په دی حصه کی خپل اروائی دندی تر سره کوي.

شاتنی شعبه د ترمینال الیوم تر شا تیره او د اېنډیکس د شریان (arteria appendicularis) په

حيث د اپنديکس ميزو يا مئارقي ته داخله او د هغه جدار ته موازي تيريري چه په خپل مسير کې د اپنديکس جدار ته مستقيم شراين ورکوي. (شکل - ۱۱)



بعضا د اپنديکس د مئارقي د نه ودی د کبله اپنديکولير شريان مستقيما د اپنديکس په جدار کښي نښتي سير لري.

د اپنديکس وریدونه د اپنديکس د شريان سره تطابق او موازي سير لري. د اپنديکس لمفاوي جريان د اپنديکس د لمفاوي او عيو په واسطه د الیوسیکل لمفاوي عقداتو ته صورت نیسی چه د الیوسیکل د زاویې په مئارقه کې واقع دي. وروسته لمف د دي عقداتو څخه د الیوکولیک عقداتو ته او بیا د هغه ځای څخه د کولون عقداتو ته چه د کولون د مئارقي په جذر کې واقع دي رسول کيږي.

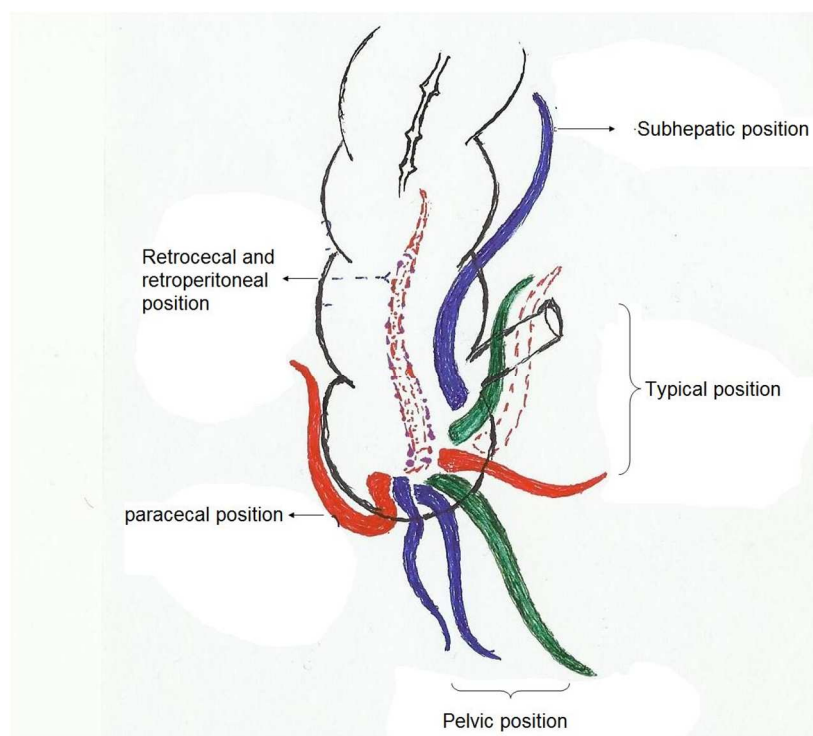
د اپنديکس تعصیب د الیوسیکل د عصبي ذفيري (plexus iliocolica) په واسطه سره چه د الیوسیکل د شريان د تشعب په حصه کې واقع دي اجرا کيږي. د الیوسیکل عصبي ذفیره د لوري مئارقوي ذفيري (plexus mesentericus superior) څخه منشا اخلي او په خپل نوبت سره د صاعده کولون، ترمینال الیوم، ځیکوم او اپنديکس ته عصبي ځانگي ورکوي. د اپنديکس عصبي رگونه

د هغه په مشارقه کښې شراينو ته موازي او د هغوی په چاپیریال کښې واقع او اپنډیکس تعصیبيوي.

د اپنډیکس موقیعت:

د اپنډیکس ځایښت او موقیعت د څیکوم په انډول خورا مختلف حالات لري. اپنډیکس اکثرا د څیکوم انسي لور ته واقع او اونسي لورته دوام مومي چه دا حالت د اپنډیکس د موقیعت تیپیک حالت (typic position) گنل کیږي او د اپنډیکس د موقیعت اکثریت تشکیلوي.

خو اپنډیکس همیشه دا موقیعت نه لري بلکه مختلف ځایښتونه او جهات ځانته غوره کوي، چه دا موقیعتونه په ۱۲- شکل کی په شیماتیک ډول سره ښودل کیږي.

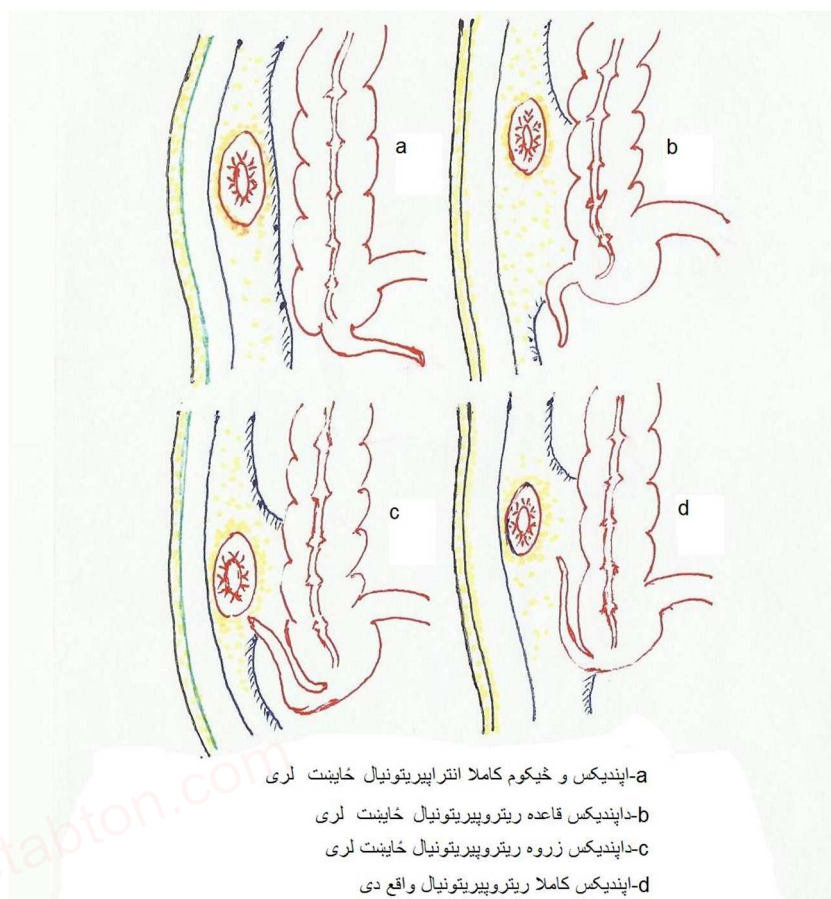


شکل - ۱۲

مثلا: کله نا کله اپنډیکس برعکس د څیکوم خارجي لور ته سیر او دوام پیدا کوي او بعضا هم لور لور ته و صاعده کولون ته موازي سیر مومي او حتی تر ایني پورې رسیږي. کله بیا چنجی ډوله کلمه لاندنی لور ته دوام مومي او حتی په کوچنی حوصله کښې موقیعت لري چه دا ډول اپنډیکس اکثرا په ښځو کښې د تشخیصی اشتباهاتو سبب گرځي. بلاخره اپنډیکس په ځیني واقعاتو کښې د څیکوم او

صاعده کولون تر شا واقع وي چه بعضا د اورده طول په لرلو سره حتی تر کبد پورې رسیري. په آخري صورت کبني اپنډیکس بعضا د حشوي او جداري پيریتوان د التصافي نښوتو د تشکل د کبله د پيریتوان د جوف څخه کاملا مجزا واقع وي چه د عملیات په وخت کې صرف د خلفي جدار څخه د څیکوم په تسليخ اوبیلولو سره د څیکوم شاته د اپنډیکس پیدایښت ممکنیدلای سی. دا حالت د اپنډیکس د ریترو سیکال موقیعت (retrocecal position) په نامه یادیري. بعضا دا حالت د اپنډیکس د ریترو پیریتونیال (retroperitoneal position) په نامه هم یادوي. خو په اصل کبني د ریتروپیریتونیال موقیعت ډیر نادر او د څیکوم د انومالیوو په ډله کې راځي ځکه چه په دې صورت کبني اپنډیکس او څیکوم د پیریتوان په خلف کبني واقع او شاتنی سطح ئي د حشوي پیریتوان څخه محرومه او بهر وي - (Tonkov V. N., 1953).

اپنډیکس، څیکوم او د هغوی د پوښونکي پیریتوان انډول او تناسب په ۱۱- رسم کبني ښودل سوي دي. (۱۳- شکل: a,b,c,d).



بعضاً څيکوم ډيوډيري اوردې مټاريقي لرونکېوي چه پهدي صورت کښي څيکوم ډير آزاد، محرک او خوځيدونکی وي چه حتی تر کښي حرقی ناحيې پوري رسيري چه دا حالت هم تشخيصی ستونځي رامینځ ته کوي. همدارنگه کيدلای سی چه دڅيکوم داوردې مټارقي او خوځنده څيکوم په صورت کي بعضاً کيدلای سی چه داغری دښي خوا دمقبنی فتح محتويات تشکيل کړي. په فتق کيسه يا کڅوره کی دالتهابي اپندکس (اپنديسايټيس) موجوديت ډيرو نادراتو دجملي څخه دی خوددي نادري بتالوژی دوقوع په صورت کی داپول ناروغان معمولاً دمختق فتح په تشخيص عملياتيري.

ديادنی ورده چه څيکوم او اپندکس په ډيرو نادرو واقعاتو کی دنس کښي لورته واقع وی چه دا حالت معمولاً

دداخلي غرود سرچه موقعيت ( situs vescerum inversum ) په صورت کی چه يوه نادره انومالی ده دنوروانمالياؤ سره يو ځای ليدل کيږی چه د دا ډول اپنديسايټيس تشخيص د فوق العاده سترونزوسره مخامخ وی نوځکه دکښي لور داپنديسايټيس وصفي لوحې په موجوديت کی بايد دصدر او بطن دغرو ( زړه، کبد، معده اونور) موقعيت ته خاصه پاملرنه وسي.

## دوهم فصل

### د مريضانو مشخصات، او تشخيصی- معالجوي طرز العملونه

د ۱۹۷۵-۱۹۹۲ ميلادی کاله پوری د حاد اپنډيسیټ د ۳۸۳ عملیاتی مريضانو دوسيې تر تحقيق او څیړنی لاندی نیول سویدی. ددی جملی څخه ۱۱۳ مريضان مستقیماً د مؤلف او مربوطه گروپ دخوا څخه د قوای مرکز اود طبی علومود اکادمی په مرکزی روغتون کي(د شهید محمد داؤدخان روغتون) عملیات کړه سویدی او ۲۷۰ نفره د همدې روغتون د جراحی سرویس د کولکتیف او زما د محترم موهمکارانو د زحماتو او عملیاتونو نتیجه چی زه یی هم ډاکټرو په تداوی کنبی سهیم گنل کیرم، شامل دی.

روغتون ته د مريضانو ددخول او معایناتي پروسیجر په لاندیدول وو:

- دقیداقبول په سرویس کي مريضان لومړی دجراح نوکریوال دخواڅخه مفصلاً معاینه کیدل.

- دکیلینکی معایناتو وروسته دوینو او ادراروتین معاینات ( WBC, RBC, Hb, ESR, TC, TS ) په حتمی ډول سره اجرا کیدل.

- بنځینه مريضانوته دنسائی متخصص معاینه دمريض دتشخیص دپاره یو ضروري امر گنل کیدی.

- همدا رنگه مريضانو ته د Renger lactate یانورمال سالین سیروم تطبیق اود NPO په حالت کي ساتل کیدل.

- دابتدائی معایناتو د تکمیل وروسته مريض دجراحی گروپ دآمر دخوا چه دعمومي جراحی تکره متخصص وو، معاینه اودلوزوم په صورت کي اضافي معاینات لکه دداخله یا یورولوژی یا هم نور لابراتوري معاینات توصیه کیدل.

- داپینډیسایتیس د تشخیص دپاره نوي مده سهولتونه لکه **اولتراسوند**، CT اوبالآخره تشخيصي **لاپراسکوپي** چه په پخواني وخت کي ممکن نه وه، خو اوس

دهغوي په مرسته تشخيصي امکانات ډیر وسیع سویدي اوباید چه دا سهولتونه په وسیع پیماننه سره داستفادي وړ وگړزي.

د معایناتو دتکمیل وروسته دمريضانوتصنيف دبعدي پروسیجر و په اساس په لاندنیو جهاتو کي صورت



نيوي:

- دتشخيص د تائيد په صورت کي مريضان مستقيماً عملياتخاني ته نقل او عاجلاً عملياتيري.

- مريضانوته چه دعمليات استطباب ايسوول سوی، مگر د مجروحينو د کتلوي واقعاتو دکبله په عملياتخانه کي دبيکاره عملياتي ټيم ياميز د نشتون په خاطر مجبوراً عمليات مؤقتاً په تعويق لويدي، خومريض ته د درد دتسکين دپاره دانالجزیکونو تطبيق مجاز گنل کیدی، خو دعملياتي شرايطود تامينيدو په صورت کي مريض ته عاجلاً اپينديکتومي اجرا کيدل.

- داپينديسايټيس دتشخيص دنه تائيد په وخت کي مريضان رخصت يا دضرورت په وخت کي داخله سرويس ته معرفي کيدل.

- مشکوک مريضان د يوه معين وخت دپاره معمولاً تر ۶ ساعتو يا تر سهاره پوري تر مشاهدي لاندي نيول کيدل، چه په دي وخت کي هر ساعت بعد مکرر فزيکي معايناتاودلزوم په صورت کي لابراتوري معاينات هم تر سره کيدل.

- تر مشاهدي لاندي مريضانوتهدمشاهدي په جريان کي د انالجزیکونو تطبيق مطلقاً غيرمجاز اومضاد استطباب ټاکل سويوه.

#### دمريضانو مشخصات

د مريضانو سن د ۹ کالو څخه تر ۴۰ کلنی پوری ووی متوسط سن یی ۲۳ کاله وو. مريضان د سن د په لحاظ پر مختلفو کتگوريو باندي تقسيم چه مفصلاً په لاندي جدول کبني بنوول کیری:

#### جدول ۱- د مريضانو ويشون د سن په لحاظ

(N=383)

د مريضانو سن(کال)	مطلق تعداد	سليين (%)
۹-۱۰	۱۱	۲،۹
۱۰-۱۵	۶۴	۱۶،۷

۲۳،۲	۸۹	۲۰-۱۶
۲۵،۶	۹۸	۲۵-۲۱
۱۵،۹	۶۱	۳۰-۲۶
۱۰،۸	۴۱	۳۵-۳۱
۴،۹	۱۹	۴۰-۳۶
۱۰۰	۳۸۳	تول(مجموعه)

د مريضانو د جملی څخه ۲۹۷ (۷۳،۵٪) نارینه او ۸۶ (۲۲،۵٪) د بنځینه جنس څخه وه. د اپنډیسیت د لمړنی علایمو د شروع او روغتون ته د مريضانو د مراجعی تر مینځ وختنیز توپیر په لاندنی جدول کبسی بنوول کیری

### جدول ۲- روغتون ته د مراجعی دوخت او د مریضی د پیل تر مینځ

وختنیزه فاصله(د ساعت په حساب)

د مراجعی وخت	د مريضانو تعداد(مطلق)	سلین (%)
۶-۱	۵۳	۱۳،۹
۱۲-۷	۱۰۵	۲۷،۴
۲۴-۱۳	۹۹	۲۵،۸
۳۶-۲۵	۵۸	۱۵،۲
۴۸-۳۷	۴۸	۱۲،۵
۷۲-۴۹	۱۳	۳،۴
>۷۲	۷	۱،۸

١٠٠	٣٨٣	٢٠١٠ (مجموعه)
-----	-----	---------------

څرنگه چې د جدول څخه مالومېږي ٣٢،٩٪ مريضان يعنې هر دريم مريض د مرض د پيل نه ٢٤ ساعته وروسته روغتون ته مراجعه کړېده او حتی يو مريض د مريضۍ په اوومه ورځ روغتون ته را انتقال سوېدی. دا اصل د مريضۍ د پرمختگ او د اختلاطاتو د تاسس بنووندوی دی.

روغتون ته دناروغانو ناوخته مراجعه دلاندنيو اسبابو دکبله وه:

-مريضان او دهغه دکورنۍ غړي اکثراً داپينديسيټ په هکله کافي معلومات نه لري اوزياتره دغذائي تسمم په فکر دکورنۍ ادويه جاتو څخه استفاده کوي او يا په دې اميد چه گوندی درد په خپله بڼه سي.

- دمريضانو د انتقال او تخليي شرايط د اقليمي، امنيتي يا ترانسپورتي ستونزو دکبله وجود نه لري. مثال ئي په ١٣٦٤ کي يوه خانمه دگرددیز په روغتون کي

چه لائي ترهغه وخته جراحي خدمات فعال نه وو اوتخليه ئېدجوي اوامنيټي ستونزو دکبله ناممکنه وه، دحاد بطن دسببه اووه ورځي په روغتون کي تر کنسرواتيډي تداوي لاندي اوپه اوومه ورځ دمتعددو اختلاطاتو سره روغتون ته په ډير وخيم حالت کي رانتقال سوه.

- بعضاً هم دډاکټرانو د غفلت دمخي چه په معاينه خانه کي مريضان ترديره وخته پوری په غلط تشخيص ( گاستريت اونور ) بيله دي چه روغتون يا جراحي ته ئي معرفي کړي، تر تداوي لاندي نيسي.دمثال به توگه په ١٣٥٤ کال کي يونفر ٢٢ کلن عسکر دوخت ديوه ډير مشهور ډاکټر دخوا څخه دگاستريت په تشخيص تر تداوي لاندي نيول سوی وو، دمريضۍ په څلورمه ورځ داپينديکس د پيرفوريشين، پيريتونيت او سپيټيک شوک په لوحه کی د قواي مرکز روغتون ته راورل سو،چه متأسفانه لاپراتومي او بعدي انټينسيف تداوي چه کيفيت ئي هم ټيټ وو دخوان سرتير ژوند ته نجات ورنکړ سواي.

همدارنگه په ١٣٦١ کال کي ددولت دحاکمانو دفاميل يوه ځوانه ميرمن چه د څو ورځوپه جريان کي د گاستريت په تشخيص ديوه ډير نامتو ډاکټر ترتداوي لاندي وه، چه وروسته بيا دجراحي دمشاور دخوا څخه په کورکي معاينه اود اپينديکس دپيرفوريشين اوموضعي پيريتونيت په حالت کي دطبي علومو داکادمي مرکزي روغتون(مشهور په ٤٠٠بستر) ته رانقل او عمليات او ٣ اونۍ بعد رخصت کړل سوه.

بايد وويل سي چی مور پخپل پراکتیک کی د مريض انانميز، سير او کلينيکی معايناتو(سوبيکتيف او ابجيکتيف علايمو) خصوصاً د بطني دردمنو نقاطو موجوديت ته ډير زيات اهميت قايل وو.

لابراتورى معاينات كه څه هم داينديسيت په تشخيص كې مهم مده رول لري او د وينو د التهابي پاراميترونو لوړه كچه د التهاب پر موجوديت دلالت كوي، خو د اپنديسيت وصفى علايم نه گڼل كيري او موجوده تغيرات كيداي سي، چه دنورو غړو دالتهاب نتيجه وي. دموجوده تغيراتو تشخيصي ارزش بايد دمرض د كلينيكي علايمو سره يو ځاى صورت ونيسي.

روغتون ته دمراجعي اسباب اود دخول په وخت كى دمرىضانو شكايات په لاندني جدول كې (جدول ۳) بنوول كيري.

**جدول ۳- د مريضانو شكايات او سبجكتيف علايم (subjective signs)**

(n= 383)

علايم (sign)	د مريضانو تعداد (patients count)	%
بطنى درد Abdominal pain	383	100
بى اشتهاى Anorexia	383	100
خواگرزidon Nausia	232	60,5
كانگى Vomittin	134	34,9
Disuria	27	7
ديزيوريا Diarrhia اسهالات	18	4,7

څرنگه چه د جدول څخه ښکاري، بطني درد او بي اشتهائي په ټولو مريضانو کي، خواگرزي په اکثره واقعاتو (60,5%) او استغراق تقريباً دپه دريمه برخو واقعاتو کي (34,9%) دمريضانو عمده شکايات تشکيلول. ديزيوریا او اسهل په کمه کچه او عمدتاً په هغه واقعاتو کي چه اپينديکس رپټرو سيکال، سوب څيکال او يا پيلويک موقعيت درلود وجود درلود.

بايد وويل سي چه بطني درد د ۹۲ (۲۴%) مريضانو سره لومړی په اپيگاسټريکيا پيري اومبيلیکال ناحيو کي پيل او د لنډ مدت وروسته ئي (۳۰-۵۰ دقيقې) د الياک ناحيي ته انتقال موند. دا علامه چه Kocher په نامه ياديري عمدتاً ئي په ماشومانو او تر ۲۰ کلنو ځوانانو پوري ځای درلود.

دحرارت درجه ناروغتون ته ددخول په وخت کی يوازی په ۸۶ مريضانو کي ثبت سوي، چه په لاندې ډول وه (۴- جدول).

#### جدول ۴- دمريضانو تقسيمات دحرارت درجې په اساس

(n=86)

دحرارت درجه	دمريضانو تعداد	سليين %
۳۶ - ۳۷	۱۸	۲۰,۹
۳۷-۳۸	۴۱	۴۷,۷
۳۸-۳۹	۲۵	۲۹
>۳۹	۲	۲,۴

هغه مريضان چه دحرارت درجه ئي تر ۳۸ سانتيگرید درجې لوړه وه د عمليات په وخت کي اکثر اديستروکتيف اپينديسايټيس ځای درلود، خودا پاراليليزم په ټولو واقعاتو کي قانونيت نه درلود اوځني مريضان د ډيسټروکتيف اپينديسايټيس په حالت کي دنورمال يا سوبفيبريل حرارت لرونکي وه. دنبض فريکانسي ددخول په وخت کي د ۳۰۰ مريضانو سره تعينه او په لاندني جدول کي ښوول

کیری (۵ - جدول).

**جدول ۵- دمریضانو ویشون د نبض دفریکانسی پر اساس**

**(N= 300)**

نبض (په دقیقه کې)	دمریضانو تعداد	%
تر ۸۰	-	-
۸۰-۹۰	۳۰	۱۰
۹۰-۱۰۰	۱۰۸	۳۶
۱۰۰-۱۱۰	۱۰۲	۳۴
۱۱۰-۱۲۰	۴۵	۱۵
۱۲۰ او لوړ	۱۵	۵

دمرض ځنی ډیر مهم موضعی ابجکتیف اعراض چه داپیندیسایتیس په تشخیص کې اساسی رول لوبوي، په ۲۰۰ مریضانو کې دقیقاً تعین او په لاندني جدول کېنی بنوول کیری: (جدول-۶)

**جدول ۶- د مریضانو ابجکتیف اعراض**

**(n= 200)**

ابجکتیف علایم	تعداد	سلین %
Objective sign	count	%
Pain in iliac fossa (Sherren triangle)	183	91,5

78	156	Blumberg sign
74	148	Sitkofsky's or Rosenstein's sign
73	146	Muscular defense (right iliac fossa)
69	138	Razdolski's sign
63	126	Rovsings sign
58	116	Mossouh or Voskresensky sign
24	48	Psoas sign
19	38	Obturator sign

د پورتنیو ارقامو څخه لاندنی نتایج په لاس راځی:

- د اپنډیسیت د پورتنیو علایمو څخه هیڅ یوه علامه هم سل په سل کی مطلقیت نلری نو ځکه باید د اپنډیسیت تشخیص یوازی د یوی علامی پر اساس صورت و نه مومي بلکه د مختلفو علایمو مجموع په نظر کبنی و نیول سی.
- داپینډیسیت په تشخیص کی دحرقفي حفرې درد، د بلومبیری او سیتکوفسکی علایم او همدارنگه د عضلاتو دیفینس تر ټولو ډیر تشخیصی ارزښت لری.
- د پسواس او آبتوراتور ساینونه چی په کبسته کچه لیدل کیریمعمولاً د اپنډیکس په سبسیکال او پیلویک موقعیتونو کبنی ئی تبارز درلود.

مریضان د اپنډیکس د تشخیص وروسته عملیاتخانی ته انتقال او د لازمی تیاری ، چمتون او پری میدیکپشن او مطابقی انسٹیزیا وروسته اپنډیکتومی اجرا کپدل.

:Premedication

معمولاً د diazepam یا promidol د امپول د وریدی زرق پواسطه صورت نیوی.

## Anesthesia:

که څه هم په مختلفو هیوادو کی اپنډیکتومی یوازی د جنرال انستیزی لاندی اجرا کیری خو په وروسته پاته هیوادو کښی موضعی انستیزی لا اوس هم خپل ځای ساتلی دی.

مور په خپل پراکتیک کښی د دواړو میتودونو څخه استفاده کول او د انستیزیا نوعیت معمولاً د مریض د سن، د مراجعی وخت، د موضعی او عمومی علایمو وضاحت، د مریض سایکولوژیکی حالت او د انستیزی لوگ د موجودیت پر اساس په لاندی ډول سره تعینیدی:

- 1- تر لس کلنی پوری ټول مریضان د جنرال انستیزیا په مرسته عملیاتیدل.
- 2- د ۱۱ تر ۱۵ کلنی پوری مریضان اکثرآ د عمومی انستیزیا په مرسته عملیاتیدل خو صرف بعضی مریضان د عمومی انستیزیا د شرایطو د محدودیت د کبله د موضعی انستیزیا په مرسته هم عملیاتیدل.
- 3- تر ۱۵ کلنی پورته خصوصاً د ۱۸ کلنی څخه لور مریضان اکثرآ د موضعی انستیزیا لاندی نیول کیدل خو بعضی ناروغانو ته د هغوی د سایکولوژیکی خصوصیاتو مطابق او د عملیات څخه د خاصی بیړی او وهم په خاطر عمومی انستیزیا ورکول کیدل.
- 4- په هغه واقعاتو کښی چی د پیریتوان د تخریش علایم د بطن په وسیع ساحه کښی خصوصاً و کین لور ته موجود وی هم عمومی انستیزیا ته ترجیع ورکول کیدل.
- 5- د مریض د ناوخته مراجعی په صورت کښی خصوصاً چی د ۳۶ ساعتو وروسته یی مراجعه کیری وی د اپنډیکس د تخریب د کبله عمدتاً د عمومی انستیزیا څخه گټه اخیستل کیدل.
- 6- بعضاً مریضانو ته دهغوی خاص موقف او ارتباط د کبله هم جنرال انستیزیا په کار تلل.

پدی ډول سره دټولو مریضانو دجملی څخه ۲۷۸ (۷۲,۶٪) په موضعی انیستیزیا باندي او ۱۰۵ (۲۷,۴٪) د جینرال انیستیزیا په مرسته عملیات سویدی.

### موضعی انیستیزی:

لوکال انیستیزیا معمولاً د ۰,۲۵٪ یا ۰,۵٪ نوکائین دمحلول پواسطه سره د انفیلتریشن په شکل طبقه په طبقه اجراکیدل او د بطن په خلاصولو سره لومړی دجداری پیریتوان لاندی اووروسته په mesoappendix یو اضافی مقدار نوکائین هم زرقیدل، څو اپنډیکس اود الیاک دناحیې پیریتوان



په کافي اندازه بيحسه کرل سي.

### جينرال انيسټيزيا:

د جينرال انيسټيزی دپاره معمولاً د Theopental او يا Ketamine دداخل وريدي تطبيق څخه استفاده کيدل.

### دعمليات شق:

دعمليات دپاره معمولاً د Mc. Burney مروج شق دستاندارد په حيث قبول سوی وو چه په ۳۷۳ (۹۷,۳٪) واقعاتوکی ترينه استفاده سویده.

دعملیت دپاره د ۵-۷ سنتيمیټرو او په ماشومانو کې د ۴ سانتي په اندازه اوبلیک شق د Mc. Burney په نقطه کې چه ۳/۱ ئې تر نقطې لور او ۲/۳ ئې دنقطې کښته واقع وي، اجراکیدی، چه ضرورت په وخت کې پورتي يا کوزني لور ته توسعه ورکول کيدل.

په ۷ واقعو کې د Linander پاراریکتال شق څخه دپيریتون د وسیع تخریش د علایمو په صورت کې استفاده وسول چه البت دا په ابتدائي مرحله کې وه، مگر بعداً ددغه شق څخه صرف نظر وسو.

په درو ۳ واقعاتو کې دمنتشر پيریتونیت دعلایمو دوجودیت په صورت کې سفلی میدیان لاپیراتومي inferior medial laperatomy اجراکړل سوه، چه په ۲ واقعو کې جينرال پيریتونیت اوپه يوه واقعي موضعي پيریتونیت ځای درلود.

زموږ دنظره په ټولو هغه واقعاتو کې چه جينرال پيریتونیت وجود ونلري، د

Mc. Burney شق دهغه دتوسعي په صورت کېد اپینديکتومي دپاره کافی

گنل کيري.

پدې ډول زموږ په واقعاتو کې اپینديکتومي داپینديکس دموقعیت او التهابي وتيري د نوعیت دمخي پهلهاندنيو ډولونو سره صورت نیوی:

### انټیگراد اپینديکتومي:

دابول اپینديکتومي په ۲۰۲ (۵۲,۸) مريضانو کې داپینديکس په هغه واقعاتو چه داپینديکس جسم يا زروه دآزاد موقعیت په صورت کې په کوم کې چه اپینديکس يا مستقیماً دجرحي په ساحه کې واقع او يا دڅيکوم درايستلو وروسته د Tenia په تعقيب سره پيدا اودگوتو په ذریعه په آساني سره په

جرحه کي ظاهریدل اجراکیدی.

### ریتروگراد اپیندیکتومي:

دابول اپیندیکتومي په ۱۵۸ (۲۱,۲%) واقعاتو کي کله چه اپیندیکس یا دهغه زروه آزاده نه، بلکه په التصاقاتو کي نښتي اوپته وه، اجرا کرل سو. پدې صورت کي د اپیندیکس قاعده د کولون د آزادي تینیا په تعقیب سره پیدا اوغوځیدل، وروسته د قاعدې دلوري څخه داپیندیکس تسلیخ او رایستنه separation & extraction سرته رسیدل. دریتروگراد اپیندیکتومي دا لوره کچه زمور دنظره دالتهابی و تیري د پرمختگ اوالتصاقاتو دتأسس دکبله چه د مریضانود ناوخته مراجعي نتیجه ده، توضیح کیدلای سي.

### ریتروپیریتونیال اپیندیکتومي:

دریتروپیریتونیال اپیندیسیایتیس په صورت کي په ۱۳ (۳,۴%) واقعاتو کي اپیندیکتومي د جداري پیریتوان په شق او د ریتروپیریتونیال جوف دوازیډو او تسلیخ دطریقه اجرا کرل شوه.

### اپیندیکولیرماس:

داپیندیکولیر ماس په ۱۸ واقعاتو کي ۱۵ مریضانوته کانسیرواتیف تداوي اتخاذ او ۳ نفره چه اپیندیکولیر ماس ئي د عملیات د مخه د واضح جس وړ نه وو، عملیات کرل سو. مریضان د عمومي وضعي، موضعي علایمو او د وینو د التهابي پارامترونو مطابق د ۲-۳ ورځو پوري د NPO په حالت کي د لاندني شیمی پر اساس تداوي کیدل.

– پارینترال تغذي (د مایعاتو انفوزین د مریض د وزن پر اساس د ۲,۵-۴ لیتره پوري).

– د وریدی وسیع الساحة انتي بیوتیکو تطبیق په لوړ دوزاژ سره.

– د سیستمیک انلجریکونو او سیداتیف مستحضراتو تطبیق ( Paracetamol , Novalgine , Baralgine, Diazepam, او نور).

– عمدتاً دریمه ورځ مریض ته مایعاتي غذائي رژیم د خولي د لاري توصیه او شروع کیدی، چه وروسته د امعاء د وظایفو مطابق په تدریج سره غذائي رژیم ته توسعه ورکیدل.

– د مریضي په لومري دوو ورځو کي معمولاً موضعي ساره تطبیقات (یخه مشکوله) د اذیما او التهابي وتیري د توقف او کمښت په خاطر توصیه کیدل، خو د دریمی، څلورمي ورځي وروسته د التهابي وتیري د رشف د پاره دتودي مشکولي تطبیق او فزیوتراپی حتمي گنل کیدل.

صرف په درو واقعاتو کې چه اپیندیکولیرماس د عملیات تر مخه د هغه د عمیق موقیعت او کوچني جسامت د کبله تشخیص سوی نه وو، د عملیات په وخت کې نرم انفلترات تشخیص کړ شو. په دوو واقعو کې پاسته التصاقاتو دا مجاز ورکړ چه په آساني سره بي له دي چه مجاور احشاء تخریب کړل سي، سره بیل، اپنډیکس تسلیخ، آزاد او د ریتروگراد په شکل قطع کړ شي. په یوه واقعه کې چه اپنډیکس د سختو التصاقاتو په مینځ کې پټ او نغبنتي وو، د ناحیې په دریناژ او د پوست اوپراتیف موضعي انتي باکتریا ایریگیشن د پاره د میکروکاتیر په تطبیق سره اکتفاء وکړل سوه.

### پیریاپیندیکولیر ابسیس:

پیری اپیندیکولیر ابسیس په ۱۱ (۸٪، ۲) واقعاتو کې خای درلود. داپیندیکس ددا ډول اختلاط تشخیص په حرقی حفره کې (۹) واقعي او لومبال ناحیه کې (۲) واقعي دنرمي کتلي دجس اوفلوکتویشین Fluctuation په مرسته صورت نیوي. په آخري گروپ مریضانو کې شدید دیزورییا Disuria او په ادرار کې التهابي علایم (Leucocyturia او میکروهمیاچورییا Microhematuria هم موجوده.

دابیسیس دریناژ معمولاً د شق په مرسته اجرا کیدی. دعضلاتو د شق وروسته د فلوکتویشین ناحیه دگوتي په جس سره تثبیت اود ریتروپیریتونیال دطریقه دپیریتوان شق ددو هیموستاتیک پانسونو ترمینځ اجرا اود قیحي افرازاتواسپیریشین او تخلیه اجراکیدل. وروسته دسیلیکون دوه کانالهدریناژ دابیسی په جوخته داخل اوتر جرحي لاندي دعلیحیده کانال دطریقه خارجیدی. دعضلاتوتر ترمیم وروسته جلد او تحت الجلد مؤقتاً واز پرینودل کیدی. جلدی جرحه دالتهاب د التیام وروسته دسیکونډیر سوچر پواسطه سره ترمیمیدل.

دعملیات په وخت کې داپیندیسیت تثبیت سوی موقیعت په لاندني جدول ( ۷ - جدول) کې بنوول کیری:

### ۷- ډول - داپیندیسایتیس دموقیعت خصوصیت

(N=383)

سلین (%)	تعداد	داپیندیکس موقیعت
%	count	Position of appendix
56,9	218	Typical position (medial position)

12,5	48	Subcecal position
11,2	43	Paracecal position
8,1	31	Pelvic position
7,3	28	Retrocecal
3,4	13	Retroperitoneal
0,5	2	Subhepatic
100	383	All

داپیندیسیاتیس په غیر اختلاطي واقعاتو کې مریض د عملیات په سبا ورځ د ځایه څخه ولاړ، لمړی ئې څو قدمه په احتیاط سره د طبیې پرسونل تر کنترول لاندې اخیستل او د کامل اطمینان وروسته په اطاق کې د آزادانه گرزیدا اجازه ورکول کیدل. د عملیات په سبا مریض ته اورال مایعاتي رژیم لکه اوبه، چای، بسکیت

او یخني سوپ توصیه کیدی او په بل سبا کې د شیدو، فرنی، شولې او مستو په خورک شروع کول.

انټی باکټیریل تیراپیمعمولاً په روغتون کې د هغه وخت د لاسرسو انټیبیوتیکو پواسطه ( پینیسلین کریستال، بینسیلین پروکاین، امپیسیلین، سټریپتومایسین او جینتومایسین) پواسطه داپیندیسیس دتغیراتو مطابق د ۳-۷ ورځو پوري تطبیقیدل.

د عملیات په نتیجه کې د رایستل سوي اپیندیسیس ټول واقعات د پاتوهستولوژیکي معایناتو په غرض پاتواناتومي لابراتوارته لیرل کیدل، چه د ۲۹۴ مریضانو ثبت سوي نتایج په لاندې ډول دي:

#### ۸- جدول داپیندیسیس مورفولوژیکي تغیرات

تعداد	٪	پاتوهستولوژیکي تغیرات
Patients count	%	Morphological changes
۲۳	۷,۸	نورمال اپیندیسیس

۲۱,۵	۶۳	کاترال اپیندیسیت
۴۷,۴	۱۳۹	فلیگمونوز اپیندیسیت
۱۷,۶	۵۲	گانگرینوز اپیندیسیت
۵,۷	۱۷	پیرفور اتیف اپیندیسیت
۱۰۰	۲۹۴	ټول

څرنګه چه د جدول څخه معلومېږي، په ۷,۸٪ واقعاتو کې په ایستل سوي اپیندیکس کې پتالوژیکي تغیرت وجود نلري. زموږ دنظره دا حالت کیدلای سي چه د اپیندیکولیر کولیک دکبله وي چه د اپیندیکس عضلاتي سبازم د اپیندیسایتیس د وصفي لوحې د تا سس سبب ګرزي، خودد پرمیدیکیشن او عملیات په جریان

کې د سیداتیف اوسپازمولیتیک مستحضراتو د تطبیق دکبله سپازم رفع او په ایستل شوي پریپارات کې تغیرت نه لیدل کېږي، چه دا حالت په لیتیراتور کې هم تر ۱۵٪ پوري د قبول وړ منل سویدی.

د پورتنی تحقیقاتو دوهم خصوصیت د اپیندیکس د تخریباتي واقعاتو خصوصاً فلیگمونوز اپیندیسایتیس لوړه کچه ده، چه د خارجي منابعو برعکس د کاتیرال اپیندیسایتیس په نسبت دوه ځلیز لوړ سلین ۴۷,۴٪ بڼی. د لوړه کچه زموږ د نظره د مریضانو د ناوخته مراجعې او دیستروکتیف تغیراتو دودې د کبله د وضاحتوړ ګڼل کېږي.

### نتایج:

د پورتنی تشخیصی - معالجوي طرز العمل په نتیجه کې د ۳۸۲ مریضانو دجملي څخه (۲,۷۱٪) مریضانو مکمل معاینات د ۱-۲ ساعتو په جریان کې تکمیل، تشخیص وضع او د عملیات داستطاب په صورت کې عملیات خاني ته اویا د کانسیرو اتیف تداوي د ضرورت په صورت کې (اپیندیکولیر ماس) د جراحي مربوطه سرویس ته انتقال کرل سوه. ۷۳ (۱,۱۹٪) مریضانوته ددې هدف دپاره د ۲-۴ ساعتو پوری اویا ۳۷ (۷,۹٪) مریضانو کیدو ۴-۷ ساعتو پوري د تشخیص پروسې دوام وموند.

ټول ۳۸۲ مریضان د عملیات وروسته یا د کانسیرو اتیف تداوي په نتیجه کې صحتیاب اودروغتون څخه خارج کرل سوه.

د عملیات اختلاطات د عملیاتي جرحي د تقیح او لیگاتور فیستول د تأسس څخه عبارت وو. د جرحي

قسمي ياوسيع تقیح په ۶۹٪ (۱۸٪) واقعاتو کي او ليگاتور فيستول په ۴۷ (۱۲،۳٪) واقعاتو کي ځای درلود. دجرحي تقیح عمدتاً دجرحي په ادیکوات ډریناژ او سیستماتیک پانسماڼ په مرسته تداوي صرف بعضاً ئي د ډیبریدمان اوتالي سوچر ضرورت پیدا کیدی.

یوه مریضه چه د پیلویک موقعیته گانگرنوز پیرفوراتیف ایښیډیساښیښ او فیبرینوز سوپوراتیف پیریتونیت دکبله د اووه ورځني کانسیرواتیف تداوي

وروسته روغتون ته رانتقال سویوه، دمرض دآنتیپیک سیراوتشخیصي مشکلاتو دکبله صرف ددخول په څلرمه ورځ آریکتیف پیریتونیت تشخیص اومریضه لاپراتومي کړه سوه. بعداً دالتصاقي مرض او مکررالتصاقي انسداد د ودي او مکررو مداخلاتواوسیسیس دامله دیوي میاشتي په جریان کي مریضه وفات سوه.

## دریم فصل

### دحاد ایند یسا یتیس ایتیلوژی او پاتوجینیز

#### **Etheology and pathogenese of acure appendicitis**

حاد ایند یسا یتیس یا داپنډکس حاد التهاب دخیل کثرت دنظره دنس د ټولو حادو پتالوژیو په مقایسه لومړی مقام لری. دننیواحصایو دمخې دحاد ایند یسا یتیس مریضان د جراحی سرویسونو د ټولو عاجلونارو غانونیمائی واقعات یا (۵۰٪ سلین) او ایندکتومی د بطن د عاجلو عملیاتو د جملې څه د (۸۵٪ - ۸۰) سلین تشکیلوي. ایند یسا یتیس عمدتاً په ځوانانو او اکثره په بنځوکی لیدل کیږي.

#### **داپنډ یسا یتیس ایتیلوژی او لاملونه:** Etheology of acute appendicitis

داپنډکس د التهاب مستقیم لامل داپنډیکس په جدارکی دانتان او جراسیمو نفوذ، تکثراو نمو محسوبیږی. داپنډ یسا یتیس په پاتوجینیزکی مختلف عوامل لکه:

- دغذائیت کیفیت او نابرابر ترکیب (low quality and unbalanced food)
- دامعا د محتویاتو ستازیس او انسداد (appendicular obstruction and stasis)
- دامعا آتونی (appendicular atonia)
- داپنډکس په جوف کی دډبري یا تیری او اجنبی اجسامو موجودیت (Intraluminal stones or foreign body of appendix)
- دامعا تر ضیضات (intestinal trauma)
- دامعا انومالیا او سوځکلونه (intestinal anomalia and defects)
- داپنډ کس اروائی تشوشات (microcirculatory disorders of appendix)
- دنس داخلی التصاقات (intraabdominal adhesions)

– موضعی یا عمومی انتانی امراض ( local or general infections )

– اوداسی نور عوامل چه داپندکس په جدارکی دمکروب دنمووانکشاف دپارهمینه مساعودی، رول لوبوي.

د مثال په توگه هغه اشخاص چه عمدتا د غوښو څخه استفاده کوي نسبت و هغه کسانو ته چه د نباتي غذائی موادو څخه گټه اخلي د اپنډيسائیتس ناروغي پکښي څو ځله لوره لیدل کيږي.

**Acute appendicitis** is an inflammation of vermiform appendix caused by festering microflora. Most frequent causes of acute appendicitis are festering microbes: intestinal stick, streptococcus, staphylococcus etc. Moreover, microflora can be in cavity of appendix or get there by hematogenic way, and for women – by lymphogenic one.

Factors which promote the origin of appendicitis, are the following:

- a) change of reactivity of organism;
- b) constipation and atony of intestine;
- c) twisting or bends of appendix;
- d) excrement stone in its cavity;
- e) thrombosis of vessels of appendix and gangrene of wall as a substance of inflammatory process (special cases).

داپنډيسائیتس پاتوجینیز:

د اپنډيسیت په پیدا کیدو کې به عمومي توکه سره دوه ډوله نظريې او تيوري موجودي دي:

۱- انتاني تيوري (infection theory)

۲- نیروخرکولور تيوري (neurocirculator theory)

په لاندې توگه به د هرې تيوري او د هغې د واقعیت په مورد لند بحث وکړو:

الف – انتاني تيوري: Infection theory

دا تيوري په (۱۹۰۸) کال کې د آشوف (Ashoff) له خواه وړاندې شوي ده چه د هغې په اساس د اپنډیکس د جوف د مکروبونو د ویرو لانس لور والي د اپنډيسیت په تاسیس کېني اساسی رول لوبوي. غیر وصفي مختلف ډوله مکروبونه د انتروجن (enterogen) او بعضا د هماتوجن (hematogen) او لمفوجن (lymphogen) د طریقه د اپنډیکس جدار ته نفوذ او



د تکرر څخه وروسته په دې غړې کېنې د التهابي وتیرې سبب گرځي.

د مرض مکروبي عوامل د امعا د مختلفو پتوجینیک ( pathogenic ) او یا فعال شوو ساپروفایټونو ( saprophyt ) د مختلف آېروب او انایروب مکروبونو څخه چه عمده برخه ئی اینټیروکوکوس ( enterococcus ) او ایشیرینیا ( esherichia ) تشکیلوي عبارت دی. د دی تیوري د پلویانو په عقیده ( Talman, 1982; Reclus, 1902 ) د مکروب د ویرو لانس لور والي چه د اپنډیکس د امعا د ستازس ( stasis ) په نتیجه کېنې منځ ته راځي د مرض اساسي سبب بلل کیږي. د امعا ستازس د مختلفو عواملو له کبله لکه د اپنډیکس غیر طبیعی انخنا او تدود التصاقاتو په نتیجه کېنې د امعا تصاقات، د اپنډیکس د مسیر حاد زاویوي انحراف، د اپنډیکس انسداد د اجنبي اجسامو، غایطي ډبرو او کتلاتو په واسطه او همدارنگه د ځیني نورو مشابهو فکتورونو په نتیجه کېنې منځ ته راځي. آشوف ( Ashoff ) د نظره د اپنډیکس د محتویاتو ستازس د هغه د ټول کانال په امتداد کېنې حتمي نه دي بلکه کافي ده چه لومړی پتالوژي د مخاطي غشاء ( tonica mucosa ) د یو کوچني دیفیکت په شکل چه د منتشرې حجروي ارتشاح په ذریعه احاطه شوي وي ځای پیدا کړي او بیا وروسته التهابي وتیره په لمفوجن ډول د امعا تحت المخاطي یا سبموکوز tonica submucosa او سبسیروز tonicaserosa طبقاتو ته انتشار کوي چه په دې توگه سره فلگمونوز اپنډیسیاتس phlegmonosis appendicitis تاسس مومي.

د دې مؤلفینو په عقیده که چیرې التهابي وتیره د اپنډیکس او عیو ته سرایت و موندې د هغوی د ترومبوز thrombosis په نتیجه کېنې د امعا جدار په قسمي نکروز ( necrosis ) باندې مصایبیري چه په دې ډول گانگرینوز ( appendicitis gangrenosis ) اپنډیسیاتس شکل مومي.

د نیکروزي قسمت تخریب او تحزن د تنقبي اپنډیسیاتس ( appendicitis perforance ) سبب کیږي.

په دې ډول سره د نوموړو مؤلفینو په نظر اپنډیسیاتس د خپل پیل او لومړنی مرحلي څخه یو انتاني وتیره محسوبیږي چه د انتان ویرو لانس په تدریجي توگه سره لوریږي. د دې تیوري پر اساس د اپنډیسیاتس د ناروغي په سیر کېنې د لاندنیو مراحلو تسلسل حتمي گڼل کیږي:

primery infection's herd

الف - د لومړني انتاني محراق مرحله

simplex appendicitis

( ساده یا کاتیرال اپنډیسیایټیس )

ب - فلگمونوزس یا تقیحي اپنډيسائیتس phlegmonose or appostomatose app.

ج - گانگرنوزس یا تفسخي اپنډيسائیتس gangrenose appendicitis

د - تثبقي یا پيرفوراتف اپنډيساتس perforative appendicitis

د مؤلفینو د نظر پر اساس د اپنډيسائیتس د مختلفو مراحلو انکشاف د ناروغی د پیل او تیرسوي وخت سره مستقیم او معین ارتباط لري چه په دې توگه د ناروغي د پیل څخه تر ۱۲ ساعتو پوري د لومړني محراق مرحله د ۱۲ څخه تر ۲۴ ساعتو پوري د فلگمونوز اپنډيسائیتس د ۲۴ څخه تر ۴۸ ساعتو پوري د گانگرنوز اپنډيسائیتس او وروسته د تثبقي اپنډيسائیتس مرحلي وخت گڼل کيږي.

دا تیوري د ډیرو کلو په موده کښي د پیژندنې وړ گرځیدلي وه مگر د وخت په تیریدو او د نوو څیړنو په نتیجه کښي ځیني فاکتونه لاس ته راغلل چه نه یواځي دا تیوري نه ثابتوي بلکه د هغي سره په علمي تضاد کښي واقع کيږي.

۱- د اپنډيسائیتس د ناروغي سیر او بهیر اکثرآ د دې تیوري پر شمه باندي مطابقت نه لري. ډیر وخت لیدل کيږي چه ناروغ د مریضي په لومړیو ساعتو کښي عملیاتیري مگر د اپنډیکس مورفولوژیکي تغیرات د ابتدائي محراق په ښکل نه بلکه د گانگرنوز په مرحله کښي وي او برعکس بعضا د ناروغي په دوهمه یا دریمه ورځ د عملیات په وخت کښي صرف د لومړنی مرحلي تغیرات لیدل کيږي.

۲ - په دې تیوري کښي علل او معلول پوره معلوم نه دي او همدارنگه په دې کښي د مایکرو او میکرو ارگانیزم تر منځ متقابله اړیکي او ترتباطات نه دي منعکس شوي، ځکه چه د اپنډیکس ډبري د اپنډيسائیتس سبب نه بلکه د ډبرو تشکل د اپنډیکس د التهاب په نتیجه کښي چه د امعا د وظیفوي فعالیت د تشوشاتو سبب کيږي منځ ته راځي.

۳ - بعضا حتی د اپنډیکس د پرمخ تللي او متبارزي وتیري په صورت کښي د امعا د محتویاتو ستازس نه لیدل کيږي او د اپنډیکس لومن خالي او آزاد وي. ځکه نو ویل شو چه د اپنډيسائیتس د تشکل او میکروب د ویرولینسي د لوړتیا د پاره د امعاو د محتویاتو رکوډت یا ستازس اساسي شرط نه گڼل کيږي.

۴ - د میکروب د ویرولینسي لوړوالي په لومړی مرحله کښي اساسي رول نه لري. ځکه د میکروبونو د پاتوجینیک فعالیت د پاره د اپنډیکس په جدار کښي ځیني وظیفوي تشوشات او مورفولوژیکي تغیرات چه د هغه د حیاتي قابلیت د --تیتوالي سبب کيږي او د انتاتي وتیري د

انکشاف د پاره زمينه مساعدوي، حتمي گڼل کيږي.

## Neurovascular thory

ب – نوروواسکولير تيوري:

دا تيوري د ( I.Davidofsky, 1951 ; Ricker, 1927; Cott, 1890 ) د خوا وړاندې سوي ده. د دې تيوري په اساس د اپنډيسايټس لومړنۍ مرحله د اروائۍ تغيراتو له کبله چه هغه په خپل نوبت د عصبي کنترول د ميکانيزم د برهم خورولو په اساس د اپنډيکس د جداري انساجو د **تروفیکي ( trophic disorders )** تشوشاتو په څير تبارز مومي، منځ ته راځي. د عصبي تنظيم د ميکانيزم بي نظمي معمولاً د مختلو اسبابو د کبله چه د هغه د اناتوميکي-عصبي جوړښت سره معين ارتباطات لري، پيل کيږي. اپنډيکس نه يوازي د مجاوره غړو سره لکه اعور يا څيکوم او اليوم بلکه د بطن د ليرو احشاوو سره لکه صفراوي کڅوره (gall bladder)، پيلور (pylorus) او اثناء عشر ( duodinum) د عصبي شبکې په ډول صميمي اړيکي لري. ځکه د پورتنيو غړو اناتوميکي او وظيفوي نه سمون په انعکاسي توگه خپلي ناوري اغيزي مستقيماً د اپنډيکس د عصبي سيستم پر تنظيم او اداره واردوي چه لومړۍ د اپنډيکس د وظيفوي او بيا اناتوميکي تغيراتو سبب گرځي. ځکه د اپنډيسايټس ناجوري اکثراً د **گاسټرايټيس، کوليخيستايتيس، انټيروکولايټيس** د ناروغيو سره يو ځای ليدل کيږي. همدارنگه د اپنډيکس عصبي او اروائۍ تشوشات کيدلای سي چه د هغه د مخاطي غشاء د تخريش په اثر چه د اجنبي اجسامو، غايطي سختو ډبرو او کتلو او يا د اپنډيکس د تخليوي مشکلاتو په واسطه صورت نيسي را ايجاد سي.

په همدې ډول د دې تيوري په اساس کيدلای سي لومړنۍ تشوشات او نه سمونتيا د **ويجيتاټيف سيستم (vegetative system)** په عقدو کښي خاصتاً د **سلياکوس** په ذفيره يا **پليکسوس سلياکوس (plexus ciliacus)** کښي منځ ته راشي نو ځکه اکثراً د اپنډيسايټس د حملې په پيل کښي درد په شرسوفي (epigastic region) ناحيه کښي موقعيت موندي او وروسته بني حرقفي ناحيې ته انتقال مومي. وروسته بيا شروع سوي تغيرات د اپنډيکس عصبي عقداتو او دموي سيستم ته انتقال کوي. پيل سوي نيروريگولاتوري تشوشات د اپنډيکس د جدار د او عيوؤ د شديد سپازم، انيما او ايسکيمي سبب کيږي. شروع سوي او عيوي سپازم او د مخاطي غشاء هايپوکسي وروسته د ايپيټيل په يوه يا متعد ده محراقو کښي د محدود نيکروز سبب کيږي او **ابتدائي تخريبي محراق يا ديفيکت مينځ ته راځي**. صرف په دې صورت کښي د **ابتدائي نکروز** په تأسس سره چه ماؤفه او مړه سوي انساج د ميکروب په مقابل کښي خپل دفاعي خواص د لاسه ورکوي د کلمو د لومين ميکروبونه د کلمې جدار ته نفوذ کوي او په مساعد شوو شرايطو کښي رشد مومي. د **ابتدائي محراق** په چاپيريال کښي د فبرين ترسبات او د لوکوسايټونو ارتشاح پيدا او

نکروتیک محراق د مخاطي غشاء د کاترال یاساده التهاب په واسطه احاطه کيږي چه هايپيريميک او اذيمائي پرسیدلي حالت ځانته غوره او د مخاطي يا موکوزال مایع په ترشح سره پیل کوي. د اپنډیکس اذيمائي او متورمه مخاطي غشاء د هغه د لومن د بندښت او انسداد سبب گرځي. د اپنډیکس د محتوياتو تدريجي ډيرښت او تجمع د هغه د توسع او پر جدار باندي د ميخانيکي فشار باعث کيږي. دا عمل د جدار د انساجو اروا او تغذي نور هم د ستونځو سره مخامخ کوي او د هغوی مقاومت د میکروبونو د نفوذ او ودي په مقابل کښي په انحطاط منجروي چه په نتیجه کښي التهابي وتيره نور هم انکشاف مومي.

دا مرحله د ابتدائي محراق يا سطحي اپنډيسيت ( catarrhal or simplex appendicitis ) مرحله بلل کيږي. د مايکروسکوپي د نظره په دې مرحله کښي د اپنډیکس د جدار د او عیو توسع او مخاطي غشاء په ځينو برخو کښي پرسیدلي او اذيمائي حالت لري چه د امعا په جوف کښي په لږ يا ډيره اندازه مخاطي يا موکوزل مایع موجوده وي. خو کله هم مايکروسکوپیک تغيرات په سترگو نه معلوميري نو ځکه د هغوی د تثبیت د پاره د مايکروسکوپیک معایناتو اجرا حتمي گڼل کيږي.

د لومړني محراق دتشکل څخه وروسته لوکوسایټري ارتشاح ډير ژر د جدار نورو طبقو ته انتشار مومي چه بعضا د اپنډیکس ټول طول او بعضا صرف د هغه څوکه يا دیستال نهایت په بر کښي نیسي. په نتیجه کښي د مخاطي غشاء پر سطح قرحات تشکیل او د مخاطي غشاء افرازات تقیحي شکل غوره کوي. د اپنډیکس د تخلیبي د تشوش په صورت کښي د هغه جوف د قیحي افرازاتو څخه ډک او متوسع کيږي چه سخت او شخ قوام اختیاري، جداري شديدا هايپيريميک او په فبرين پوښل کيږي. دا مرحله د فلگمونوز اپنډيسايتس ( appendicitis phlegmonosis ) د مرحلي پیل شميرل کيږي. د اپنډیکس د جدار د عميقه طبقاتو التهاب او ارتشاح په دې مرحله کښي لامیکروبي منشاء نه بلکه توکسيکي منشاء لري ځکه په نوموړو طبقو کښي میکروبيولوژي څيړني په دې مرحله کښي د میکروب موجودیت نه دي ثابت کړي. وروسته د انساجو د هايپوکسيکي تغيراتو د پرمختگ سره سم میکروبونه د جدار ټولو طبقو ته سرایت مومي او د هغوی د منتشره تقیحي وتيري او يا دمتعدده ، ورو او مجردو ابسي گانودتشکل سبب گرځي چه دا مرحله د اپوستوماتوز ( تقیحي يا ابسيديال ) اپنډيسيت ( appendicitis apostomatosis ) په نامه ياديري. د دې وتيري په سير کښي کيدلای سي چه د جدار متعدد میکروابسي microabscess سره يوځای او په جدار کښي د ننه د يوه يا څو غټو جوفونو سبب وگرځي، چه ځيني اوقات بيا د اپنډیکس جوف او يا د بطن جوف ته تثقب کوي. بعضا تثقبه فوحه ډيره وړه چه د سترگو د ليد په واسطه د تشخيص وړ نه وي يعني د میکروپيرفوريشن microperforation حالتري چه صرف د

pathohistologic پاتوهستولوژيکي معایناتو په ذریعه سره تثبیتیدلای سي.

د اپنډیکس د جدار تثقیبات اکثرآ د هغه د تالیگانگرین secondary gangren د کبله وي. تالی گانگرین د امعا د اروائی تشوشاتو په نتیجه کښي چه مربوطه او عیه ئي د التهابي وتیري په اثر ترومبوز موندلی وي مینخ ته رآيي. داپنډکس د جدار تروفیکي تغیرات اود تالی گانگرین ساحه په سیگمینتیرډول د جدار د ماؤفه او عیوودمربوطه اواروندي اروائی ناحیي سره مطابق اوسعت ئي د او عیوپه قطراو د ترومبوس په موقعیت اړه لري، نو ځکه کله محدوده او کله هم ډیره وسیع چه حتی د اپنډیکس په ټول امتداد کښي ځای لري. د عصبي رسییتوري تخریش (receptoral irritation) او تنبهاټو (stimulation) شدت دوام او انتشار د اپنډیکس د جدار د تشوشاتو سرعت، حجم او وسعت تعینوي. ځکه د شدیدې عصبي تنبه یا تخریش په نتیجه کښي حتی د لږدي مودې په جریان کښي ژور تروفیکي تغیرات منخ ته راتلای سي همدارنگه د عین وخت په تیریدو سره د اپنډیکس پتالوژيکي بدلون کله په ډیر جزوي شکل حتی بی له مورفولوژيکي تغیراتو او کله هم ډیر متباز چه ان د گانگرین په مرحله کښي وي. د مثال په توگه د اپنډیکس د جدار د شرانینو ترومبوز کولای سي چه حتی د ناروغی په پیل او لږه موده کښي د امعا د جدار د نیکروز او گانگرین سبب وگرځي. په دې صورت کښي د گانگرینوز اپنډیسیت دانکشاف د پاره د آشوف (Ashoff) د تیوري پر خلاف د نورو مرحلو تسلسلي سیر حتمي پروسه نه گڼل کیږي.

څرنگه چه مخکي هم وویل سوه په ځیني مواردو کښي لومړني اروائی تشوشات دومره شدید وي چه حتی مخکي تر هغه چه انتاني وتیره پیل سي د جداري انساجوډبارزي هایپوکسیا دکبله گانگرین تولیدیږی چه دا حالت دلومړنی گانگرینوز اپنډیسایتیس primery gangrenose په نامه یادیږي.

د ذکر وړ گڼل کیږي چه د اپنډیکس د التهابي وتیري وسعت د مرض د شدت او وصف سره حتمي تطابقت نه لري. التهابي وتیره کله ټول اپنډیکس او کله هم د هغه یوه محدوده برخه چه اکثرآ د دیستال لوري ته واقع وي په بر کښي نیسي. په وروستني حالت کښي د اپنډیکس په نورو حصو کښي بعضا حتی میکروسکوپیک تغیرات هم نه موندل کیږي د دې کبله د پتالوژيکي د دقیق تشخیص په خاطر باید د اپنډیکس د مختلفو ځایونو با لخاصه د مایکروسکوپیک تغیراتو په ساحه کښي څیړني تر سره سي.

د اپنډیکس د جدار تروفیکي تشوشات په سیگمینتر شکل د امعا د جدار د او عیوود مربوطه اروایي ناحیي سره تطابق لري.

په دې ډول اپنډیسیت په لومړی مرحله کښي انتاني وتیره نه بلکه د اپنډیکس د جدار د نیروسیرکولاتوري او تروفیکي تشوشاتو وتیره ده چه د اروائی او خاصتا عصبي نه سمون او

عدم انتظام له کبله منځ ته راځي او په بعدي سیر کښې د ابتدائي نکروز څخه وروسته انتاني وتیره په تالي ډول ورسره یوځای کیږي.

که چیرې انتان د امعا د جدار ټولو طبقاتو ته انتشار ومومي په دې صورت کښې د اپنډیکس مجاوره انساج او اعضا هم خپل عکس العمل ښکاره کوي، پیریتوان په موضعي شکل سره هایپیریمیا hyperemia موندې او په سرعت سره په مختلف مقدار سیروزال اکسودات چه په شروع کښې ستیریل او وروسته میکروبي او تقیحي وصف پیدا کوي، تولیدیږي. په دې ترتیب سره لمړی موضعي یا لوکال او وروسته بیا منتشر یا دیفوز پیریتونیت منځ ته راځي.

د نیکه مرغه باید وویل سي چه د بطني اعضاؤو مخصوصاً major omentum امینتوم ماجوریا کبیره ثرب دفاعي رول او د فبرین fibrin سرینناکه محدودونکي فعالیت بعضا بطني داخلي التصقاتو ته سلیمه سیر ورکوي او نه پریږدي چه تقیحي وتیره په بطن کښې انتشار ومومي . په دې ډول لومړی دایکسودات څخه دماؤفه اعضاؤو او د ثرب پرانژدې سوو سطحو باندی ترسب کوی ځودهغوی دوصل اونښلېدوز مینه برابره او وروسته اپنډیکس او تقیحي وتیره دثرباوامعاؤدعرواؤو

دخواچه دیوي کتلي یا کونگومیرات په شکل سره نښتي وي احاطه کیږی، څو تقیحي وتیره داپنډیکو لیرانفیلاترات appendicular infiltrate یا پلس-ترون palastrone په حیث تشکل وکړي چه نسبتاً سلیم سیر لری او دخپل وخت سره ډپیل سوې انتی باکتریال تداوی په مقابل کی ډیرښه نتایج ترلاسه کوي.

خوپه ځینی واقعاتو کی کله چه اپنډیکس د پرمختللي تخریبي تغیراتو خصوصاً د اپنډیکس د تنقبی وتیرې سره مخامخ وی په دې صورت کښې دانتان د لوړ ویروانس virulence او د ماکروارگانیزم macroorganism د تیت دفاعي او ایمونولوژیکی سیستم په نتیجه کښې پورتنی محافظوي میکانزم خپل رول سم نه سي لوبولای، د تقیحي محراق محدودیت په کافي اندازه سره سرته نه رسیږي او تقیحي وتیره پر پیریتوان انتشار او وسعت مومي چه په دې توگه د دیفوذ یا منتشر پیریتونیت diffuse or generalise peritonitis د تأسس سبب گرځي.

بعضاً په بطن کی دانتان دانتشار او التصقاتو دتأسس په نتیجه کی ځینی تقیحي اختلاطات د بطن په مختلفه قسمتونو کښې د محدودو محراقي تقیحاتو- abscess (ابسي یا ابسیس) په شکل لکه د دوگلاس دجوف ابسي- Douglas-abscess، بین المعانی interintestinal absces او تحت الحجاب الحاجزي یا subdiaphragmal سوب د یا فراگمال ابسیس منځ ته راځي.

## څلورم فصل

### دحاداپنډيسائيتيس ويشون ياطبقه بندي

#### Classification of acute appendicitis

د اپنډيسائيتيس د ډول او وصف د څرنگوالي په موخه دحاداپنډيسائيتيس مختلفې طبقه بندي وړاندې سوېدې. د عملې براکتیک او علمې څيړنو دپاره داسې طبقه بندي چه دکلينيکي او مورفولوژيکياوصافوانعکاس کونکي وي، ضروري گڼل کيږي. د بورتنیو ايتیوپاتوجينيکي توضيحاتوپه رڼاکي دثبیت شوو مورفولوژيکي تغیراتو بر اساس دحاداپنډيسائيتيشون په ۱۹۴۶ کی د ابریکوسوف آ. اي ( ) Abricosov A. I., 1946 دخوا په لاندې ډول وړاندې سوېدی:

- ۱- سطحي ياکاتارال اپنډيسائيتيس  
1- superficial or catarrhal ppendicitis
- ۲ - فليگمونوزيا اپوستوماتوز اپنډيسائيتيس  
2- phelegmonose appendicitis
- الف - ساده ياسطحي فليگمونوز اپينډيسائيتيس  
a- simple or superficial phelegmonos
- ب - تفرحي فليگمونوز اپينډيسائيتيس.  
b- ulcerative phelegmonose app
- ج - ابيديال ياپوستوماتوز اپينډيسائيتي  
c- abcedial phelegmonose app.
- غير تثقبي شکل-  
-non perforative
- تثقبي شکل  
-perforative form
- ۳ - گانگرينوز اپينډيسائيتيس  
gangrenose appendicitis
- الف - ابتدائي گانگرينوز اپينډيسائيتيس.  
a- primary gangrenose app
- غير تثقبي شکل  
-non perforative form
- تثقبي شکل-  
-perforative form
- ب - تالي گانگرينوز اپينډيسائيتيس-  
secondary gangrenose app.
- غير تثقبي شکل  
non perforative form

– تثقبي شکل

perforative form

دا طبقه بندي د اپنډيسيت موضعي جزئيات په پوره ډول سره منعکسوي ځکه د ډيرو اناتوموپنالوجيستانو د خوا د اساس په حيث منل سوي ده. بايد وويل سي چه د عمليات تر مخه د مورفولوژيکي تغيراتو اټکل او تعين ډير مشکل او نا ممکنه گنل کيږي.

(1951) Elanski N. N. په ۱۹۵۱ کال کښي کلينيکي طبقه بندي وړاندي کړي ده چه د هغې په اساس حاد اپنډيسيت په لاندني شکل وپشون مومي.

۱ – اپنډيکوليرکولیک:

appendicular colic

په دې حالت کښي د اپنډيکس په جدار کښي تغيرات موجود نه وي.

۲ – کاترال اپنډيسيت:

catarrhal appendicitis

په دې ډول اپنډيسيت کښي التهابي تغيرات صرف په مخاطي غشاء کښي موقعيت لري.

۳ – حادديستروکتيف اپنډيسيت:

acute destructive appendicitis

په دې نوع اپنډيسيت کښي التهابي او نکروتیک تغيرات د اپنډيکس په عميقه طبقو کښي ځای لري.

– غير تثقبي شکل

non perforative form

– تثقبي شکل

perforative form

– انفلتراتي يا ارتشاحي شک

infiltrative form

– اپنډيکولير ابيسي

appendicular abscess

– منتشر پيريتونيت

diffuse peritonitis

د کلينیک د نظره اکثره جراحان او همدارنگه مور هم په خپل پراکتیک کښي د لاندني طبقه بندي سره چه د اپنډيکس او پيريتوان د التهابي او نکروتیک تغيراتو پر وصف بناء او په عملي ساحه کښي آسانتياوي برابروي، استفاده کوو:

۱ – ساده حاد اپنډيسيت

simple acute appendicitis

۲ – ديستروکتيف اپنډيسيت

destructive appendicitis



phlegmonose appendicitis	الف - فلگمنوز اپنڈیسیت
non perforative phlegmonose app	- غیر تنقبي فلگمنوز اپنڈیسیت.
perforative phlegmonose app	- تنقبي فلگمنوز اپنڈیسی
gangrenose appendicitis	ب - گانگرنوز اپنڈیسیت
non perforative gangrenose	- غیر تنقبي گانگرنوز
perforative gangrenose	- تنقبي گانگرنوز
<b>complicated appendicitis</b>	<b>۳ - اختلاطي اپنڈیسیت</b>
appendicular mass	الف - اپنڈیکولیر ماس یا انفلترات
appendicular absce	ب - اپنڈیکولیر اسیس
appendicular peritonitis	ج - اپنڈیکولیر پیریتونیت
<b>phlebitis retroperitonealis</b>	<b>۴ - ریتروپیریتونیاں فلیبیتیس</b>
<b>septicopyema</b>	<b>۵ - سیپسیس</b>

پورتنی ویشون دیوی خواپر مورفولوژیکی تغیراتوباندي بناو ديلي خوادجراحی تاکتیک داتخاذ دپارہ دیر مناسب گنل کیری.

#### ۱-سادہ یسطحی اپنڈیسیا یتیس:

پہ دی پولاپنڈیسیائیتیس کی اپنڈکس اذیمائی، تند او متشنج وی، سیروزال غشا هایبیریمیکہ (سوربخونہ) اوبعضاً ہم مکدرہ وی دامغامیزو ہمدادول احمراری. اوبلنہ اواذیمائی وی. ابیندکس دجس پہ واسطہ سخت او متشنج وی چہ بہ لومین کی ئی اکثر اغایطی سختی کتلی دجس وروی. دامعادجدار پہ شق سرہ دہغہ پہ لومین کی مغمولاً مخاط، نری غایطہ مواد، اکثر سوررنگہ مایع اوبعضاً غایطی تیری اووارہ اجنبی اجسام ظاہریری. داپنڈکسدجدار تولی طبقی پندی اوضخیمی اود **کاپیلرونو** capiliars د توسع، پیرماہیلیتی permeability او ایکسودیشن exudation دکبلہ دبنکارہ تفریق وروی.

مخاطی غشا دنور و طبقاتوپہ مقایسہ سوربخونہ، اذیمائی اوپہ بعضی حالاتوکی نذفی

وی.دمیکروسکوپي دنظره په مخاطي غشا کی ديفکتونه اوبعضاً حجراتي نکروتیک تغيرات لیدل کيږي چه دفيبريني پردو او لوکوسيتيري ارتشاحاتوبه واسطه پوښل سویوی. دپریپارات په بعضی مقطعوکی اولیه ديفکت چه دمخاطی غشاحجراتوددیفکت په شکل دی دسیروزال جداربرلوردوام مومي. په سیرووزی غشا اومثارقه کی اوعیهدیرمتوسع وی چه په دې دول په دا نوع اپندیسیت کی وازوموتور تغيرات په عمدۀ توگه سره تبارزمومی.

داپندیسیت په دې مرحله کی دحرقفي ناحیې په جداري پیریتوان کښي معمولاً تغيرات وجودنه لری خوصرف په حینوواقعاتوکی هغه څه ناڅه احمراري او نذفي وی. په بطن کی ایکسودیشین یا هیخ وجود نه لري اویا ډیر لږمقدارسیروزیتیک ایکسودات لیدل کيږي. دناوختی مراجعی به صورت کی بنا یي چه سرب داپندکس په ناحیه کي په نرمو او پاستو التصافاتوسره چه په اساني سره بیلیدلای سي نښلیدلی وي.

## 2phlegmonose appendicitis

## ۲- فلیگمونوز اپندیسایتیس :-

التهابی و تیره پدی دول اپندیسیت کښی ډیره متبارزه وي چهبهمحدود یا منتشروسعت سره تقریباً د جدار ټول طبقات په بر کی نیسی اونژدی په ۵۰٪ واقعاتو کښی د بطن په جوف کښی عمدتاً ایکسودات موجود چه وصف ئی اکثرأ سیروزي -- تقیحیشکل لری. د ښی البیوی ناحیې جداری پیریتوان او څیکوم سیروزی غشاء احمراری، ضخیمه، سپیره او په بعضی ځایو کښی هم نذفي وي چه په آسانی سره په ریپچر، لاسیریشن او لیکاز اخته کيږي.

اپندکس، التهابی، ضخیم، پرسیدلی او بعضاً په جوف کښي د قیحی افر ازاتو د تجمع د کبله-- empyema of appendix (د اپندکس امپیم) ټند او متشنج وي چه اکثرأ د ثرب او یا څیکوم سره نښتی وي.

سیروزی غشا هایپریمیکه او په بعضی ځایو کښی د پردو په واسطه چه دفيبرين اولوکوسیتو څخه متشکلي وی پوښل شوی وی. د اپندکس په لومین کښی تقریباً همیشه قیحی محتویات او بعضاً امعاوی یا مخاطي تقیحی افرازات موجود وي.مخطي غشا ضخاموي ،هایپریمیکه ،اذیمائي، خورپنهاوسیانوزي رنگه ده چه په لږتماس سره څیری اوشکيږي. د اپندکس د ضخامويجدارد مختلفو طبقاتو تفریق مشکل وي.دمیکروسکوپي له نظره لوکوسيتيري ارتشاح ، د لمفاوي فولیکونو په مرکز کښی دمتعددو میکرووابسی گانو موجودیتاو دمخاطي غشا نکروزی تغيرات یا lysis لیزس شویاو ټوته شوي انساج مشاهده کيږي.

### ۳-گانگرینوز اپنډیسا یتیس

### 3-gangrenose appendicitis

د اېنډیسیت د جدار د وسیعو تغیراتو څخه چه د ژورو قرحاتو او محدودو یا منتشر و نکر و تیکي تغیراتو څخه چه بعضاحتی ټول اپنډیکس په برکی نیسی عبارت دی. اپنډیکس اذیمائی، پرسیدلی او شوریدلی خوړین قوام لري چه دلبر فشار په اثر څیري او تخریبیږي. نکر و تیک او مرشوی قسمت زرغون و بیره څرنگ لري. د اپنډیکس په ټوکسیکی toxic او وخیم سیرکی د ټول اپنډیکس اوحتی د څیکوم نکر و مینخ ته رآی. دمیز و اپنډیکس شراین اکثرأ بی نبضانه او وریدونه ئی په thrombosis ترومبوزیس سره معروض وي. التهابی و تیره معمولأ پیریتوان ته منتشره او دهغی عکسالعمل موجودوي. د اپنډیکس محدوده التهابی و تیره یوازي دبیریتوان داو عیو هایپیریمیا او دبیریتوان به جوف کی کاپیلیری ایکسودیشین مینخ ته راوړي چه په شروع کی سیروزال وصف لری او دمفرده لوکوسایتونو او ایروتر و سائیتونو لرنکی او معمولأ سټیریل وي. دوتیری په پر مختللي او منتشر و واقعاتو کی مکره او څر رنگه مایع چه اکثرأ تقیحی وصفه او دفبرین دمقدار په لحاظ ډیره غنی، سرینناکه او معمولأ دجراسمولرونکی وی موجوده وي. دمایع سرینناکه خواص اکثرأ دکولمودعرو اتوتر مینخ دالتصاقاتو دتشکل سبب کیږي.

د تقیحی پیریتونیت په تأسس سره په بطن کی زیاد مقدار فیبرینی التصاقات او پردی چه د کولمو د سیروزی طبقي او مثاریقی سره صمیمی پیوند او نبتونونه لری موجوددي. د اپنډیکس په لومین کی تعفنی تقیح خای لری، مخاطی غشا ویلی او لایزیس سوی او و د جدار مختلفي طبقي دتفریق وړنه وی. په میکروسکوپیکي معایناتو کی د جدار نیکروز او لوکوسایتری ارتشاح تثبیتیری.

### ۴- تثقیب اپیند یسا یتیس :

### 4-perforative appendicitis

دا پندیکس د جدار تثقیب په فلیگمونوز اپنډیسیت کی د جدار د تقیحی ویلتیا یا لایزیس او په گانگرینوز اپنډیسیت کی د جدار د مرینی یا نیکروز په نتیجه کی مینخته رآی. تثقیب سوری کیدلای سی چه ډیر وور ( میکرو بیرو فوریشین ) او یا لوی وی چه اکثرأ دهغه دڅوکی یا قاعدی په حصه کی ځاینت لري چه معمولأ غایطه کتلات د فوحي دلاري دبطن جوف ته داخل او دهغوی به ذریعه سره پټ سویوی. د اپنډیکس متباقي تغیرات معمولأ د فلیگمونوز یا گانگرینوز اپنډیسیت دتغیراتو سره ورته حالت لري خو صرف په یوه یا څو ځایونو کی ئی سوري موجودوي. د اپنډیکس په چاپیریالو اورگانو کی اذیمیا، هایپیریمیا، درنگ تغیر او فیبرینی التصاقات لیدل کیږی.

ځنی مؤلفین په یاده سوی طبقه بندی کی د اپنډیکولیر کولیک د اصطلاح یادونه کوي.

### ۵- اپیندیکولیر کولیک :

### 5-appendicular colic

اپنڊيڪولير ڪوليك ڊاينڊڪس ڊڊارڊاو عيو او عضلاتو دمؤقتي سپاڙمخخه غبارت دي چه ڊاينڊڪس دداخلي اوي ا خارجي عواملوپه واسطه به انعكاسي دول مينخته راخي خو په خپله په اپنڊڪس كي التهابي تيره موجوده نه وي، صرف دهغه په جداري انساجوكي څه ناڅه اذيما ليدل ڪيري. داوتيره ڊاينڊيسيت ڊوله دردونوپه څير تبارز مومي مگر پسله لنڊي مودي په خپله رفع ڪيري. ځكه نودا اصطلاح په پورتنوي مورفولوژيكي ويشون كي نه ده شامله سوي.

### Conclusion:

Simple (superficial) and destructive (phlegmonous, gangrenous primary and gangrenous secondary) appendicitises which are morphological expressions of phases of acute inflammation that is completed by necrosis can be distinguished. In simple appendicitis the changes are observed, mainly, in the distant part of appendix. There are stasis in capillaries and venule, edema and hemorrhages. Focus of festering inflammation of mucus membrane with the defect of the epithelium covering is formed in 1–2 hours (primary affect of Ashoff). This characterizes acute superficial appendicitis. The phlegmon of appendix develops to the end of the day. The organ increases, its serous tunic becomes dimmed, sanguineous, stratifications of fibrin appear on its surface, and there is pus in cavity. In gangrenous appendicitis the appendix is thickened, its serous tunic is covered by dimmed fibrinogenous tape, differentiating of the layer structure through destruction is not succeeded.

1. Appendiceal colic.
2. Simple superficial appendicitis.
3. Destructive appendicitis:
  - a) phlegmonous;
  - б) gangrenous;
  - в) perforated.
4. Complicated appendicitis:
  - a) appendicular infiltrate;
  - б) appendicular abscess;
  - в) diffuse purulent peritonitis.
5. Other complications of acute appendicitis (pylephlebitis, sepsis, retroperitoneal phlegmon, local abscesses of abdominal cavity).

## پنجم فصل

### د حاد اپنډيسيت تشخيص او كلينيكي علايم

#### Clinical feature and diagnostic of acute appendicitis

داپنډيسيت تشخيص او پيژندون دلاندنيو ايجيکټيفو يا عيني اوسوبجيکټيفو يا هني علامو او نښو په مرسته ممکنيږي:

#### 1 - سبجيکټيف علايم:- subjective signs

داپنډيسيت سبجيکټيفي نښي په عمده ډول سره دلاندنيو موضعي او عمومي علايمو څخه تشکيلیږي:

#### الف - موضعي علايم - local sign

#### 1 - درد - pain

د حاد اپنډيسيت لمرني او ثابت سيمپټوم د درد څخه عبارت دی چه د حملی په پيل کښي د ثروي (umbilical) او يا شرسوفي (hypogastric) په ناحيوکي او کله هم په ټول بطن کښي په منتشره توگه شروع او ورسته د وخت په تيريدو سره د بني حرقفي لور ته خوڅيري او په نوموړی ځای کښي ثابت موقيعت اشغالوي.

#### د کوخیرنښه يا ساين: Kocher's sign

که څه هم داپنډيسائيتيس د درد وصفي موقيعيت عمدتاً دراسته الياک ناحيه گڼل کيږي، خو په ځيني واقعاتو کي د درد موقيعيت داپنډيکس د اناتوميکی خصوصيت اود التهاب دمرحلي مطابق دنس په مختلفو برخو کي پيدا يا انتقال مومي.

- هغه مهاجر درد چی لومړی په شرسوفي (epigastric) يا ثروي (umbilical) ناحيه کي پيدا او وروسته بني حرقفي (right iliac) ناحيې ته انتقال ومومي ، د کوخردعلامي (Kocher sign) په نامه ياديږي.

- د اپنډکس د آټيپيک موقيعت په صورت کښي درد د اپنډکس د موقيعت مطابق د بطن په مختلفو قسمتونو کښي لکه دښي تحت ا لصلعياهاپوکوندریک hypochondric ناحيه (د اپنډکس

تحت الكبدي موقیعت)، د بني قطني ناحیه retrocecal (ريټروخيکال موقیعت) کی  
خای اختیاری.

- اکثرأ بیا درد ان دابتداخه په بني حرقی ناحیه کی پیل او د حملی د شروع نه تر اخیره  
پوریوزی په حرقی ناحیه کبني ثابت پاته اودوام مومي.

- درد اکثرأ په حاد او تیز شکل سره، خو بعضاً هم پخ شکل لري. د درد خواص اکثرأ متداوم  
کشوونکي وصف لري خو کله هم په وقفه ئی متناوبه شکل سره دوام پیدا کوي. که څه هم د  
درد شدت اکثرأ ډیر شدید نه وي خو بیا هم ډیر ناروغان کوشش کوي چه په بستر کبني آرام او  
بی حرکت پاته او پر بني اړخ باندي پروت وضعیت غوره کړي. یو تعداد مریضان د ظهري  
استجاع وضع اختیاری او صرف یو لږ تعداد ناروغان پر کین اړخ پریوزي. بعضاً درد نبضانی  
وصف لري.

- د ځینی ناروغانو سره درد په ډیره شدید توگه چی دیوه آرام وضعیت دموندلو دپاره هغوی  
دپیچ اوتاو اود بی اختیاره حرکاتو په حالت کي وي. د ا دبي طاقته دردحالت معمولاً په هغه  
صورت کي وي، کوم چی د اپندکس د انسداد د کبله دهغه په لومین کی د محتویاتو د تجمع او د  
هغه پر جدار باندي د لوړ فشار دتولید په نتیجه کبني مینخ ته راځی.

- داپندکس دجدار د گانگړین په صورت کی درد معمولاً کموالی مومی او مریض مؤقتاً ظاهري  
آرامش حاصلوی. په دي ډول مریضانو کی ددرد مکررشدت معمولاً د پیریتوان پر تخریش یعنی  
د پیروتونیت پر ابتدائي مرحله باندي دلالت کوي چه دا علامه دیوه خطرناکه حالت بنکارندویه  
ده. - که چیري د ناروغ درد په آني توگه تغیر وکړي او متوسط الشدته درد دفعتاً په شدید القوته  
درد بدل شي دا حالت اکثرأ د اپندیکس دثقب یا پیرفوریشین علامه گنلکیري.

بایدوویل سي چه ددرد وصف اوشدت اوداپندکس دمورفولوژیکو تغیراتو تر مینخ موازی او  
متناسب

ارتباطات حتمی نه گنل کیري.

## general signs

## ب - عمومي نېني اوعلامي:

دناروغی دپرمختیاسره سم د مرض عمومي نېني لکه بی اشتهاي، خواگرزیدنه، کانگي ، سستی،  
کسالت ، تبه اودتودوخی احساس چه بعضاً هم دبدن دریزدون سره مل وی ، دانٹاکسیکیشین اودبدن  
دعمومی عکس العمل په نتیجه کی مینخ ته راځی چه دمریضانو دعمومي وضعي دانحطاط سبب  
کیري اوناروغ پروتي ته مجبوروي.

## ۱- بی اشتهايي -

anorexia:

بي اشتهايي هم ددرد په شان دحاداينديسايتيس يوه ثابته علامه ده چي تقريباً په ټولو مريضانو كي وجود لري اوناروغان ان دمرض دشروع څخه بي اشتها اودخورك سره بي علاقه كيږي.

## ۲- خواگرزید نه اوکانگی :

nausea and vomiting

دناروغي دوهمه علامه يا سيمپتوم دخواگرزیدني(زړه بدی) او كانگو(استقراق) څخه عبارت دی.

خواگرزیدنه دیر ژر پس له درده شروع اوتقريباً د ټولو مريضانو سره لیدل كيږي. مگر كانگی پهکاهلانو كي په ۵۰٪ او ماشومانو كي په ۹۰٪ واقعاتو كي شتون لري چه په پرمخ تللی تخريبي واقعاتو كښي كانگی په مکرره توگه د ناروغ دخاصينا راحتى او وخامت آسباب تشکيلوی بايدوویل سی چه د اپندکس د ريتروچیکال په موقعيت كښيمعمولاً كانگی نه لیدل كيږي، خو امعا اکثرأ انتفاخي او د گازاتو او غايطی موادو توقف به بارزه توگه لیدل كيږي. د اپندکس په دننه حوصلی يانتراپيلويك په موقعيت كښي د ريكتوم د جدار د تخريش له كبله اكثرأ د تغوط د فعل رفلکس اوتينيزمچه بعضاً داسهال سره توام اودانتيروكوليت سره مغالطه كيدلاى شي وجودلري.

که چيرې التهابی اپندکس د مثانی د جدار سره تماس ولري د هغی تخريش په نتیجه د ادرار سوزش يا ديزيوریا او دمکرر تبول حالات مينځ ته راځی.

## ۳- تبهاو دتودوخي احساس:

fever

داپنديسيت مريضان اكثرأ د مرض په شروع كي د تبی د موجوديت څخه ديوسيجيكتيف سيمپتوم په حيث شكايث نه كوي اودرداوديسپيپتيكdispepticتشوشاتو دشدت دكبله دا علامه دمريض دتوجه ورنه گرزي اوپه دیر لږواقعاتوكي دسروياريرداحساس موجودوي. خوداعلامه ديوابجكتيف ساين په حيث خصوصاًدمرض په اختلاطي صفحه كي دتشخيص سره مرسته كولاى سي.

دمرض په پيل كي دبدن دتودوخي درجه معمولاً لږلوره اود ۳۸ درجو په حدودكى اوصرف په بعضوواقعاتوكي تر ۳۹ درجو پوري رسيزي چي داپنديسيت دنورو علاموپه نسبت متبارزه نه وى. خو دپيريتونيت دودي په صورت كي دحرارت درجه اكثرأ ترنورمالسرحد پوري راکښته كيږي،چه دموضيعی تقیحاتودتأسس په صورت كيدتبی درجهديره لوره ، نامنظم اونوسانی شکل غوره كوي اود ۳۹تر ۴۰ درجوپوري رسيزي.داپندکس دريتروپيريتونيال دموقعيت په صورت كي دريتروپيريتونيال دشحمي نسج دعكسالعمل دكبله دبدن دتودوخي درجه دمرض دشروع څخه

ډیره لوره وي.

بايدوويل سی چه داپينديسیت به تشخیص کي دابطي ناحیې اوانتراریکتال دحرارت درجي توبیر چه په نورمال حالت کی نیمه درجه اوداپينديسیت په تأسس سره تر ادرجي لوروی مهم تشخیصی ارزش لري.

objective signs

|| - اېجیکتيف اعراض -

skin and mucous:

جلداومخاطي غشاوي --

دمریض چلد ، بڼه اودمنضمه غشاوو رنگ دبدن دتودوخي دلورتيا دکبله سوربخن او هیپیریمیک وی.شوندان عادي گلابی رنگه اوپه لومړيوڅو ساعتو کی مرطوب خودوخت په تیریدوسره خصوصاً دمکرراستفراق اودانتکسیکیشن دزیاتوالی په نتیجه کي وچ اوسپیره رنگ غوره کوی. ژبه بوبنلې او بار لرونکي وي چه په شروع کی لنده مگرد انتاکسیکیشن په پرمختگ اودپیریتونیت دعلاموبه وده سره وچه اوکلکه سی.

puls

نبض :-

نبض په شروع کي لږ سریع او دبدن دتودوخی سره متناسب وی خو د وخت په تیریدو اوی خصوصاً دپیریتونیت او تقیحی اختلاطاتو په تأسس سره متباززه تاشیکاردیا مینځ ته راځي.

abdomen:

بطن -

بطن په تنفس کبني گدون کوي خو اکثراً معلومیري چی د بطن د بنی نیمائی حرکات نظرکین نیمائی ته خصوصاً د هغه په لاندنی حصه کبني ډیر بطی او محدود په نظر بنکاري. بعضاً د بطن بنی خواته د بطن د عضلاتو د شدید عکس العمل او تقلص له کبله خصوصاً په ډنگرو خلکو کبني د عضلاتو دکنارونو مسیر لیدل کیري.

همدا رنگه په دقیق ځیر سره معلومیري چه د ناروغانو ثوره(Umbilicus)خپل موقیعت بنی لور ته تغیر ورکوي او یوغیرمتناظریا آسیمیتريک حالت مینځ ته راوړی. دا حالت کیدلای شي چه د اندازی نیونی په ذریعه تثبیت کړه شي.

superficial palpation

سطحي جس:

د بطن د جدار د سطحي جس یا پالپیشن په نتیجه کي معمولاً لاندني تغیرات څرگندیږي:



## ۱- هایپریستیژیا:

### hyperesthesia

د اپنډیست په ساحه کېني د جلد د احساس تیزواله یا هایپریستیژیا د دی ناروغی یوه بله نښه تشکیلی.

د احساس د تیزی ساحه معمولاً د دیفانس د ناحیې سره تطابق کوي. د یادونی وړ ده چی جس باید په معینه طریقه او توگه سره یعنی د بطن د سالمی نیمائی څخه شروع او د ناروغی نیمائی لور ته اوهمدارنگه دردمنی ناحیې د محیط څخه و مرکزی لور ته اجرا شي.

که چیری دا قاعده په نظر کېني و نه نیول شی امکان لری چی د دردمنی ناحیې د جس نه ورسته د درد د بیری له امله ارادی عضلی دیفانس په نورو ساحو کېني هم تولید شي او دا پېښه د تشخیصی اشتهاهاتو سبب وگرځی.

## ۲- دحرقفي ناحیې دردی احساس:

### pain of iliac region

دسطحی جس په مرسته د بنی حرقفی دردمنتیا چی کله د مقبني ناحیې اوحنی وقت هم د بطن کین لور ته انتشار مومی، احساس او تثبیتیری.

## ۳- عضلی دیفانس یامقاومت:

### defence musculorum

همدارنگه د دردمنی ناحیې په ساحه یعنی په بنی حرقفه کېني په مختلف تبارز سره د عضلاتومقاومتیا عضلی دیفانس چه دعضلاتود سختی او شخی په حیث تبارزمومي اوپه لاس سره ددی ناحیې قوام نظر نورو ساحوته سخت او مقاوم معلومیریموجود وی. د عضلی دیفانس muscular tenderness د ساحی ځای او وسعت معمولاً د اپنډکس په موقعیت باندي اړه لري. مثلاً د اپنډکس په تحتالکبدی موقعیت کېني دیفانس په بنی هایپوکوندریک hypochondric کی اودریترورپریونیال په حالت کېني د بنی قطنی ناحیې د عضلاتو شخی موجوده وي.

## دلاروک سیمپتوم:

### larouck sign

په نارینه وو کېني اکثرأ دناحيي التهاب په نتیجه کی د بنی کریماستر cremaster دعضلېتخریش او تقلص له کبله بنی خصیه د کیني خصیې په نسبت لوره واقع وي چی داعمل دصفن د اسیمپتری سبب کیری او د لاروک د علامی larouck sign په نامه یادیری.

د عضلاتو شخی یامقاومت معمولاً دوه ډوله چی یوئی ارادی یا قصدی او بل ډول ئی غیر ارادی دی. غیر ارادی عضلی دیفانس یامقاومت دنس دجداری عضلاتودتقلص څخه عبارت دی چه په ریفلکتور ډول د داخلی افاتو په ساحه کېني د هغوی د میخانیکي دفاع په خاطر تولید اودناروغ په خپل

اختيارکی نه وي.

ارادی عضلی دیفانس چی د شخص په خپل اختیار سره مینخته راځي چه هد ف ئي تمارز او يا په ناروغانو کي د درد شدت د بیری څخه یو ارادی عمل وی خو په دې صورت کي دیفانس د دردمنی ناحیې نه بهر او دیفانس ساحه پیره وسیع چی په نیمائی ا ویا ټول بطن کیني موقیعت لری. باید وویل سیچی د تنفسی حرکاتو په وقت کی د جدارد شخی درجه هم توپیر مومی. همدارنگه د ناروغ د توجه په جلب او مصروفولو سره د بطن جدار نرم او دیفانس له مینځه ځی. باید هڅه وسي چه دپورتنیو اصولو په نظر کي نیولو سره **دارادي دیفانس** موجودیت د اپیندسیت د مریضانو په ارزونه کي داشتباهاتو سبب ونه گرزي.

deep palpation

عمیق جس:

د بنی حرقی عمیق جس د عضلی دیفانس دشتوالی له کبله د اپندکس او څیکوم د جس او د هغه د قوام څرنګوالی د ممانعت سبب گرزي. صرف په هغه ناورغانو کیني چی عضلی جدار ئي په اتروفي معروض او یائی کافي وده نه وی موندلی، عضلي **تونوس** ئي ضعیف، شخی او کلکتیا پکیني نه او یا پیره کمه وی د نوموړو غړو جس ممکنیدلای شي. له دی کبله د ناورغی تشخیص په لاندینو غیر مستقیم اعراضو باندی بنا لري:

pain of iliac region:

۲-د حرقی ناحیې درد:

د څیکوم او یا د هغی د ساحی ژور جس د درد د پیربنت او شدت سبب گرخی چه دا درد عمدتاً د شیرین مثلث **Sherren triangle** د لاندنیو څلورونقطو په ساحه کي تمرکز او وضاحت لري:

Mc. Bourney point

• دماک بورني نقطه

Linz's point

• دلانڅ نقطه

Koemel's point

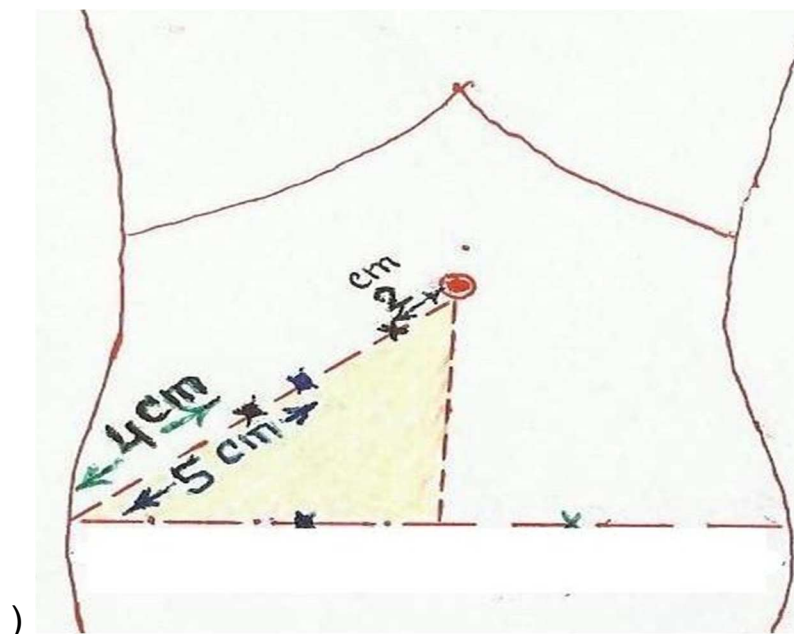
• دکیومیل نقطه

Morris point

• دموريس نقطه

د شیرین مثلث **Sherren triangle** او دهغه په ساحه کي اپیندیسایتیس ته وصفي دردمني نقطې په

(۱۴ او ۱۵- شکلونو) کي بنوول کیري.

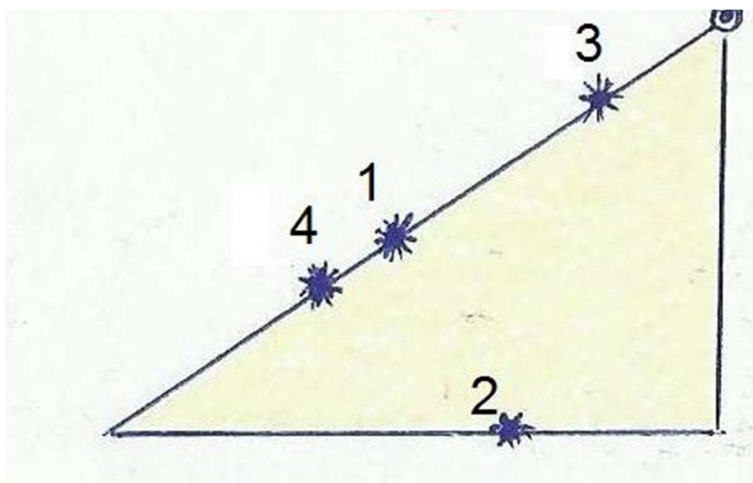


شکل - ۱۴)

### Appendicular points in Sherren triangle

#### اپينديکولير نقطي دشيرين په مثلث کي

- Mc. Bourney point د spinaumbilical line سپينا اومبيلیکال دخارجي اوسطي دريمي ۳/۱ سرحدي نقطه
- Lanz point د biiliac line الياک خط دراسته اوسطي دريمي سرحدي نقطه.
- Kuemmel point د spinaumbilical line سپينا اومبيلیکال خط دنو دغوتی څخه د ۲ سانتيميترو په فاصله.
- Morris point د spinaumbilical line - سپينا اومبيلیکال پر خط باندي د بني نتو spina iliaca څخه د ۴ سانتيميترو په فاصله.



Pain point in Sherren triangle

- 1-Mc. Burney point
- 2-Lanz point
- 3-Kuemmel point
- 4-Morris point

(شکل - ۱۵)

۲- بلومبرگ ساین : داساین د اپنډیسیت د لمړنیو او ثابتو اعراضو څخه اود بطن انعکاسی درد (rebound tenderness) دي چی د بلومبرگ دعلامی (Blumberg sign) په نامه یادیري.

**طریقه** -- د ژور جس په وقت کښي لاس په سرعت سره د بطن د جدارڅخه پورته کیږي. چی دا عمل د درد د تیز شدت سره مواجه اودمخکنی حالت په تناسب په یو ضربوي ډول زیاتوالی مومی.

ددرد علت دالتهابی پیریتوان تخریش اویا ترهغه دتأسس مخکي داپنډکس په تموج سزه مینخته راځي. دا علامه داپنډیسیت دپاتوگمونیکو اعراضوڅخه چه صرف داپنډیسیت پرستون دلالت وکړي نه گڼل کیږي بلکه کیدلای سي چه د بطن د نورو غړو په حادو التهاباتو کښي هم موجود وي. د مرض شته والی باید په مجموع کښي د نورو علایمو سره یوځای ارزښتنه ومومي.

### ۳-د روفزینګ علامه :

#### Rovsing sign

د دې نښې د معلومولو د پاره څیړونکې د کینې حرقفي ناحیې پر جدار باندې د گوتو په واسطه فشار واردوي. په دې کښې په ښي حرقفي ناحیه کښې د درد شدت د اپنډیسایټس پر تأسس باندې دلالت کوي. د درد د شدت اساسي میکانیزم د سگموئید کولون (پیچي ډوله کلمه) د جوف څخه د څیکوم لور ته د گازاتو برعکسه جریان او په څیکوم کښې د فشار لوړتیا گنل کیږي. مگر امکان لري چه د درد په شدت کښې د اپنډیکس او څیکوم تموج چه د بطن د جدار او د داخلي اعضاؤو د لارې ورته انتقال مومي ځای ولري.

### ۴- د وسکریسینسکي نښه :

#### Voskresinski or Mossouh sign

دا نښه د لاس د گوتو د څوکو په چټک حرکت سره چه د هایپوکاندریک د ناحیو (تحت الغضروفي) څخه د انگوینال ناحیو (د سپوڅڅی یا مقبني ناحیې) لوړته صورت نیسي اجرا کیږي. د اپنډیسایټس د شته والي په صورت کښې نوموړې حرکت د بطن ښي خواته د درد د شدت سبب گرزې مگر کین خواته د بطن د شدید عکس العمل سبب نه کیږي.

### ۵- د رازدولسکي نښه (سیمپتوم) :

#### Razdolski sign

دا نښه د بطن د مخکنی جدار په قرع سره تعیینېږي. د اپنډیسایټس شته والي د ښي حرقفي په ناحیه کې د درد د تولید او یاد هغه د شدت سبب کیږي. دا نښه کله حتی په ځیني واقعاتو کښې چه د نوموړې ناحیې عمیق جس دردمن هم نه وي مثبت نتایج ورکوي.

### ۶- د سیتکوفسکي نښه sign:

#### Sitkofsky(Rosenstein's)

دا نښه پر کین اړخ باندې د وضعیت په اختیاریدو سره تعیینېږي. نوموړې وضعیت د التهابي اپنډیکس او څیکوم د کشیدو سبب گرځي او د دې کبله د موجوده درد خواص شدت مومي نو ځکه ناروغان اکثرا پر ښي اړخ باندې پروت وضعیت اختیاروي، څو اپنډیکس او څیکوم د بطن پر خارجي جدار په آرامي سره قرار ونیسي. باید وویل سي چه دا مریضان کله هم د شا پر تخته یا ظهري استجاج او ډیر لږ پر کین اړخ باندې پروت وضعیت اختیاروي

### ۷- د بولدویګ یا اوبراسوف نښه

#### (Bold Wig's Obrazsov's) or psoas sig:

د دې نښې د معلومولو د پاره مریض دشا پرتخته پروتد څیړونکی لاس د ښي حرقفي پر جدار باندې د څیکوم د ژور جس په حالت کښې واقع او ناروغ ته دپښې د غزوني هدایت ورکوي. وروسته دغزول سوي پښې په پورته کولو اود هاتش مفصل hip joint په قاتولو سره په تر لاس لاندي

حرقفي ناحيه کښې درد شدت مومي. د درد دا رنگه شدت د پسوآس يا قطني عضلي د تقلص او کشش د کبله چه د التهابي کلمو د تحرک او تخریش سبب گرځي، منځ ته راځي، ځکه نو د پسوآس دسيمپتوم په نامه هم ياديري.

#### ۸- د دونفي نښه : Dunphy's sign

د توخي د فعل د اجرا په صورت کي په بني حرقفي ناحيه کي د درد پيدا يښت او ياد موجوده درد شدت د دونفي پر مثبته علامه او د اپنډيسايتيس پر شتون دلالت کوي.

#### ۹- د بارتومير-ميچيلسون نښه : Bartomiar-Michelson's sign

د دي نښي د معلومولو د پار هلاس په بني حرقفي ناحيه او د عميق جس په حالت کښي ايښودل کيري. او په دي وخت کښي ناروغ پر کښي اړخ اوږي چه د درد د شدت زياتوالي د اپنډيسايتيس پر موجوديت دلالت کوي.

#### ۱۰- د کريموف نښه : Krimov's sign

دا علامه د مقبني کانال د خارجي فوحي په جس سره چه د گوتي په واسطه اجرا کيري، سرته رسيري. چه ځيني اوقات د اپنډيسيت د تأسس په حالت کښي د حرقفي ناحيې درد شدت مومي. دا علامه معمولاً د اپنډيکس په پيلويک موقعيت کي مثبت شکل لري.

#### ۱۱- د اکراموف نښه : Ikramov's sign

د بني فخذ پر فخذې شريان باندې د گوتي په واسطه فشار واردول د اپنډيسيت په صورت کښي بعضا د درد د شدت باعث گرځي، چه د اپنډيسيت پر موجوديت باندې دلالت کوي.

#### ۱۲- د کاپ نښه : Cop's sign

د هانش يا حرقفي-فخذې په مفصل کښي د فخذ تدوري حرکات د اپنډيسيت د شته والي په صورت کښي په حرقفي ناحيه کښي د درد د شدت سبب گرځي ولي چه د اليوپسوآس د عضلي کشش د التهابي امعاؤو د تخریش ايجادوي.

#### ۱۳- د گوينارد نښه : Guinard's sign

د هانش يا حرقفي-فخذې (hip joint) د بېسټ او قبض په اجراسره د مفصل د بېسټ په وخت کي د درد احساس چی د پسوآس د عضلي د حرکت او د سيکوم د تخریش د کبله توليديږي، مينځ ته راځي.

## Obturator sign

۱۴- دابتوراتور نېنه :

په پیلویک موقعته اپنډیکس کې چې دالتهابي اپنډیکس څوکه دداخلي ابورتور سره په تماس کې وي د فخذ داخلي تدور internal rotation د داخلي ابورتور عضلي دکشش دکبله ددرد دتولید سبب کېږي.

## Aure- Rosanova sign

۱۵- د اوری - روزانوه علامه :

دراسته لوري پیتیت دمثلت Petit triangleright ساحه کې دعمیق جس palpation په نتیجه کې د درد پیدایښت یا زیاتولید Aure--Rosanova د مثبت ساین بنکارندوی اود ریتروسیکال اپنډیسایتیس پرموجودیت باندې دلالت کوي.

همداول دریتروسیکال اپنډیسایتیس د موجودیت په صورت کې د Blumberg sign هم اکثراً په نوموړې ناحیه کې مثبت وي.

باید وویل سي چې اخیرنی شپږ علامې (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۹) ثابت وصف او عمومیت نه لري ځکه یوازي په آتیبیکو حالاتو کې مثبت اود استفادې وړ گزوي. داپنډیسایتیس دتیبیکو حالاتودپاره ددې علامې تشخیصی اهمیت نسبتاً ضعیف رول لوبوي.

د اپنډیکس د ډیر تیت موقعیت په صورت کې چې څوکه یې کوچنی حوصلې ته رسیدلې وي او یا التهابي وتیره د حوصلې پیریتوان مصاب کړي په دې صورت کې د ناروغ په مقعدي یا ریکتل معاینه (toshe rectal --توشي ریکتل) کې د ریکتوم قدامي جدار د گوتې په جس سره حساس او دردناک ثابتېږي.

خو په بنځو کې دا ډول حالتتشخیص د واجینال یا مهبلې معاینې (toshe vaginal) (په مرسته سره چې داپنډیسایتیس په صورت کې د مهبل راسته چتر حساس او ووجناک وي، صورت نیسي.

د اپنډیسایتیس د تشخیص د پاره د تشخیصی نینو تشخیصی ارزش په منفردانه توگه سره بعضاً ډیر تیت وي، ځکه د دقیق او مؤثق تشخیص د وضعې د پاره باید د ناروغ عمومي وضع، شکایات او خصوصاً موضعي نینې په مجموع کې و ارزول سي.

## laboratory tests

لابراتواري معاینات :

د اپنډیسیت د تشخیص د پاره د مریض د وینو ځینې معاینات چې د التهاب پر موجودیت دلالت کوي د دې مرض په تشخیص کې اکثراً مهم مده رول لوبوي. داپنډیسیت په مریضانو کې معمولاً په مختلفه اندازه سره لوکوسایتوز مینځته راځي، چې اندازه ئې دمرض په سیرپوري اړه لري. دناروغي

په پیل کې د لوکوسایټوز اندازه خفیفه او د ۱۰۰۰۰ څخه تر ۱۵۰۰۰ پوریاو د لوکوسیتیر فورمول خفیف کین لوری تغیر یا شفت shift ورسره مل وي چه د التهابي وتیرې په پرمختگ سره لوره اود ۱۵۰۰۰ څخه تر ۲۰۰۰۰ پوری رسیري. د التهابي وتیرې درفعي او آر امیدوپه صورت کی لوکوسایټوز بیرته راکښته کیري. باید وویل سي چه د لوکوسیتوز راتیتوالی د اپیندیسیت په وخیم سیرکی هم لیدل کیري. د اپیندیسیت په دیستروکتیف حالاتو کی معمولاً شدید لوکوسایټوز، د لوکوسیتیر فورمول کین لوری تغیر د ایوزینوفیلیا eosinophilia سره یوځای لیدل کیري.

د اپیندیسیت په تشخیص کې د دوو نورو پارامیترو لکه ایریتروسیتیر سیدیمینتیشن (ERS) اوسی ریاکتیف پروتین c-reactive protine (CRP) تشخیصی رول ډیر مهم بلل کیري، خصوصاً سي ریاکتیف پروتین چه د التهابي وتیرې په مقابل کی ډیر حساس او خورا ژر متطابق عکس العمل ښکاره کوي.

د اپیندیسیت تشخیص دهغه په عادي موقعیت اوتیبیک کلینیکي شکل کې که څه هم ډیر مشکل کار نه گنل کیري، خودهغه په آتیبیک موقعیت او غیرو صفي واقعاتو کې ددی ناروغي تشخیص دیولرستونزو او اشتباهاتو سره مخامخ وي. ددی اشتباهاتو څخه د خلاصون په خاطر د لاندنیو خصوصیاتو پوهه یو ضروري امر گنل کیري.

#### اولتراسوند : Ultrasound

اولتراسوند که څه هم اکثرأ د اپیندیسایتیس په تشخیص کې وصفي او پاتوگنومونیک رول نه شي لوبولای، خود دې آسانی اوبیضرر همعاینې اجرا اکثرأ ډیر گټور ارزښت لري او خالي دفایدی هم نه گنل کیري. ځکه چې اولتراسوند دیوې خوا بعضأ د اپیندیسیت په موجودیت کې د التهاب مستقیم علایم تثبیتیري اود بلې خوا د حاد بطن په بیلنیز تشخیص کې دنورو امراضو د تأیید یا رد دپاره مهم اصل گنل کیري.

په نورمال حالت کې د اپیندیکس مجرد echo rich قشر په شکل اوجدارد echo poor قشر په شکل سره ظاهریري.

د اپیندیکس دنورمال قطر اندازه په اعظمي ډول سره تر ۶ ملیمترو اود جدار ضخامت ئي تر ۲ ملیمترو پوری رسیري.

د التهاب په صورت کې د جدار اذیمائي حالت دکبله د جدار پسر زیاتوالی غوره کوي. په هغه صورت کې چید اپیندیکس د جدار د ضخامت اندازه ۳ ملیمتره او قطر ئي ۷ ملیمتره او یا لانور هم زیات وي، موجوده وضع د اپیندیکس پر پتالوژیکي حالت او التهاب باندي دلالت کوي.



unhomogen conglomerate

دابسیديال اپیندیسايتيس په صورت کي معمولاً يو غير متجانس  
کونگلو ميرات ليدل کيږي.

## Conclusion:

Symptoms and clinical features

Four phases are distinguished in clinical course of acute appendicitis: 1) epigastric; 2) local symptoms; 3) calming down; 4) complications.

The disease begins with a sudden pain in the abdomen. It is localized in a right iliac area, has moderate intensity, permanent character and not irradiate. With 70 % of patients the pain arises in a epigastric area - it is an epigastric phase of acute appendicitis. In 2–4 hours it moves to the place of appendix existence (the Kocher's symptom). At coughing patients mark strengthening of pain in a right iliac area – it is a positive cough symptom.

Together with it, nausea and vomiting that have reflex character can disturb a patient. Often there is a delay of gases. The temperature of body of most patients rises, but high temperature can occur rarely and, mainly, it is a low grade fever. The general condition of patients gets worse only in case of growth of destructive changes in appendix.

During the examination It is possible to mark, that the right half of stomach falls behind in the act of breathing, and a patient wants to lie down on a right side with bound leg.

Painfulness is the basic and decisive signs of acute appendicitis during the examination by palpation in a right iliac area, tension of muscle of abdominal wall, positive symptoms of peritoneum irritation. About 100 pain symptoms characteristic of acute appendicitis are known, however only some of them have the real practical value.

The Blumberg's symptom. After gradual pressing by fingers on a front abdominal wall from the place of pain quickly, but not acutely, the hand is taken away. Strengthening of pain is considered as a positive symptom in that place. Obligatory here is tension of muscles of front abdominal wall.

The Voskresensky's symptom.

By a left hand the shirt of patient is drawn downward and fixed on pubis. By the taps of 2-4 fingers of right hand epigastric area is pressed and during exhalation of patient quickly and evenly the hand slides in the direction of right iliac area, without taking the hand away. Thus there is an acute strengthening of pain.

The Bartomier's symptom

The Bartomier's is the increase of pain intensity during the palpation in right iliac area of patient in position on the left side. At such pose an omentum and loops of thin intestine is displaced to the left, and an appendix becomes accessible for palpation.

The Sitkovsky's symptom.

A patient, that lies on left, feels the pain which arises or increases in a right iliac area. The mechanism of intensification of pain is explained by displacement of blind gut to the left, by drawing of mesentery of the inflamed appendix.

The Rovsing's symptom.

By a left hand a sigmoid bowel is pressed to the back wall of stomach. By a right hand by ballotting palpation a descending bowel is pressed. Appearance of pain in a right iliac area is considered as a sign characteristic of appendicitis.

The Obrazcov's symptom.

This symptom with the position of patient on the back by index and middle fingers the right iliac area of most painful place is pressed and the patient is asked to heave up the straightened right leg. At appendicitis pain increases acutely.

The Rozdolsky's symptom.

At percussion there is painfulness in a right iliac area.

The general analysis of blood does not carry specific information, which would specify the presence of acute appendicitis. However, much leukocytosis and change of formula to the left in most cases can point to the present inflammatory process.

## شپږم فصل

### د اېنډيسايتيس د اتيپيک حالاتو کلينيکي ځانگړتياوي

#### Property of atypical appendicitis

په مخکني مبحث کي د اېنډيسايتيس ذکر شوي نښي او علامي عمدتاً د اېنډيکس دطبعي موقعيت په صورت کي ځای لري. خود اېنډيسايتيس په هغه واقعاتو کي چه اېنډيکس په خپل اصلي ځای کي واقع نه وي، د اېنډيکس دموقعيت مطابق ځانگړي نښي او نښانې تبارز مومي چه پوهوی ئي دهر جراح دپاره حتمي گڼل کيږي. اوس به دا ډول خصوصيات په مفصله توگه سره بيان کړل سي.

#### ۱- ريترو څيکال اوريتروپيريتونيال اېنډيسايتيس : Retrocecal or retroperitoneal position

د اېنډيسيت په ريتروپيريتونيال يادپيريتون شاته موقعيت کيچه په ( ۸-۲۰٪) واقعاتو ځای لري ، موضعي نښي معمولاً وصفي بڼه نه نښي. د دردو موقعيت اکثراً په قطني lumbal (لومبال) ناحيه او د راسته الياک عظم پر وزر *crista ilica dextra* باندې واقع وي ځکه چه د پيريتون د عکس العمل علامي پيري وروسته ظاهر يږي، عضلي ديفانس يا کلکتيا شتون نه لري او کانگي هم نه ليدل کيږي. د حرارت درجه ډيره لوړه (۳۹-۴۰ درجي) چه اکثراً د لرزي او ريردون سره توأم وي. د ملا راسته خوا يا لومبال ناحيه د جس پواسطه سره دردمنه او عضلي مقاومت په کښي موجود وي ، د Pti triangle خاصتاً دردمن وي. د ناجوري د ودې او پرمختگ سره د ريتروپيريتونيالابسيس retroperitoneal abscess يا *phlegmone* فلگمون مينځ ته راځي.

Appendicitis at retrocecal and retroperitoneal location of appendiceal appendix can be with 8–20 % patients. Thus an appendix can be placed both in a free abdominal cavity and retroperitoneal. An atypical clinic arises, as a rule, at the retroperitoneal location. The patients complain at pain in lumbus or above the wing of right ileum. There they mark painfulness during palpation. Sometimes the pain irradiates to the pelvis and in the right thigh. The positive symptom of Rozanov — painfulness during palpation in the right Pti triangle is characteristic. In transition of inflammatory process on an ureter and kidney in the urines analysis red corpuscles can be found.

## ۲- انتراپیلویک موقیعیٔ :

### Intrapelvic position

د اپنډیکس په حوصلې یا پیلویک حاینټ کی چه معمولاً په % 11-30 واقعاتو کی لیدل کیږي، د نس د عضلاتو کلکوالي او دیفانس په بنی حرقی ناحیه کی تر ډیره پورې موجود نه وي. صرف د ناجوري په بعدی مراحلو کښې لوړ لور ته د وتیرې په انتشار سره د عضلاتو عکس العمل را منځ ته کیږي. درد د نس په لاندني حصو کښې وجود لري، دردمنه ناحیه د بنی مقبني او سوپراپوبیکل (فوق العانه) لور ته موقیعیٔ لري. د گاونډي غړو تخریش د تینیزم (د مقعد درد او تشنج) همدارنگه د فریکانسیا یا ژر ژر سوځونکی تبول او د میتيازو د سیدیمینتیشن او پتالوژیکي بدلون سبب ګرځي. د ریکتوم معاینه یا مقعدی معاینه (توشی ریکتل) او په بنځو کی ترانس واجینل یامهبلې معاینات په دا ډول مریضانو کښې ډیر مهم تشخیصی رول لري چه باید اجرا کړه سي.

Appendicitis at the pelvic location of appendix can be met in 11–30 % cases. In such patients the pain is localized above the right Poupart's ligament and above pubis. At the very low placing of appendix at the beginning of disease the reaction of muscles of front abdominal wall on an inflammatory process can be absent. With transition of inflammation on an urinary bladder or rectum either the dysuric signs or diarrhea develops, mucus appears in an excrement. Distribution of process on internal genital organs provokes signs characteristic of their inflammation.

## ۳- د اپنډیکس میدیال یا وسطی موقیعیٔ :

### Medial position of appendix

په دې صورت کښې چه اپنډیکس د الیومد عرواتواو د هغه د مټارقي په گاونډیتوب کی واقع شوی وي، التهابی وتیره د اپنډیکس څخه و نوموړو غړو ته په انتشار سره د هغوی د تخریش او تشوشاتو سبب ګرځي، ځکه نو دا حالت د کلمو د شدید درد او پاریزی سبب ګرځي چه په دې صورت کښې بطني درد او عضلاتي دیفانس منتشر شکل غوره کوي او د پیریتونیزم لوحه په صحنه کی حاکمیتومي چه بعضاً هم مریضان اشتبهاً د پیریتونایتیس په تشخیص دوسطی لاپراتومي دطریقه عملیاتیري.

Appendicitis at the medial placing of appendix. The appendix in patients with such pathology is located between the loops of intestine, that is the large field of suction and irritation of peritoneum. At these anatomic features mesentery is pulled in the inflammatory process, acute dynamic of the intestinal obstruction develops in such patients. The pain in the abdomen is intensive, widespread, the expressed tension of muscles of abdominal wall develops, that together with symptoms of the irritation of peritoneum specify the substantial threat of peritonitis development.

#### ۴- حاد اپنډيسيت په ماشومانو کې

#### Appendicitis in children:

حاد اپنډيسيت په نوزيزه (د څلويښتي سن) او شيدې رودونکو ماشونو کې lymphatic system د لمفاوي سيستم د نه رشد د کبله چه اپنډيکس هم يو د هغو غړو څخه دی ډير کم ليدل کېږي. په ماشومانو کې دا ناروغي د دوه کلنۍ وروسته ډيريننت مومي، د مرض کلينيکي لوحه ډير شديد او خطرناکه سير لري، ځکه چه په ماشومانو کې د میکروبي ضد تيت مقاومت، کوچنی او نا تکميله لنډ ثرب او د پيريتوان د ضعيف پلاستيکي خراصو د کبله چه اکثرا د اپنډيکس د تخريبي تغيراتو سبب گرځي او همدارنگه په نس کېنې د محدوديدونکې ميکانيزم د نه شتون په خاطر پيريتونيت منځ ته راي. په کوچنيانو کې د درد موقعيت اکثرا د پاراوامبليکال په ناحيه کېنې وي، کانگي په مکرره توگه او د تودوخې درجه ډيره لوړه وي چه په نتيجه کېنې د ماشوم عمومي وضع د وخامت او انحطاط سره مواجه وي.

Acute appendicitis in children.

With children of infancy acute appendicitis can be seen infrequently, but, quite often carries atypical character. All this is conditioned, mainly, by the features of anatomy of appendix, insufficient of plastic properties of the peritoneum, short omentum and high reactivity of child's organism. The inflammatory process in the appendix of children quickly makes progress and during the first half of days from the beginning of disease there can appear its destruction, even perforation. The child, more frequent than an adult, suffers vomiting. Its general condition gets worse quickly, and already the positive symptoms of irritation of peritoneum can show up during the first hours of a disease. The temperature reaction is also expressed considerably acuter. In the blood test there is high leukocytosis. It is necessary to remember, that during the examination of calmless children it is expedient to use a chloral hydrate enema.

#### ۵- حاد اپنډيسيت په زاړه سن کېنې

#### Appendicitis in old age:

حاد اپنډيسيت په زړو او بوډا خلکو کې ډير لږ ليدل کېږي. په دې سن کېنې د اپنډيسيت ناروغي د اپنډيسيت د ټولو مريضانو څخه (۳-۵٪) سلين پورې تشکيلوي. د سن په تيريدو سره د اپنډيکس د جدار عضلي طبقه او فولیکولير سيستم follicular system په اتروفي atrophy (ضمور) سره اخته کېږي. د اپنډيکس د کانال تخليه د هغه د لنډيدو د کبله په آسانتيا سره صورت نيسي او يا دا چه کانال کاملا اوبليتيري، مسدود او بندېږي. مرض اکثرا په غير وصفي او يا آرياکتيف areactive شکل سره سير کوي. درد عضلي کلکتيا او د پيريتوان تخريشي علايم معمولاً خفيف عکس العمل بنکاره کوي. بعضا د نورو اعضاوو لکه زړه، سږی او نورو احشاؤو د ناروغيو اعراض د دې مرض تشخيص نور هم د

مشكلاتو سره مخامخ كوي، ځكه دا ډول ناروغان معمولاً روغتون ته ناوخته مراجعه كوي چه اكثر د اپنډيکولير ماس يا انفلترات د تشکل او يا نورو اختلاطاتو په مرحله کښي واقع وي. همدارنگه د التهابي محراق په چاپيريال کې د احاطوي التصاقاتو د تشکل د کبله د کلمو د انسداد وتيره وده کوي، چه کولای سي د اپنډيسيت لوحه تر خپل شعاع لاندي راولي او د تشخيص د مغالطې او اشتباهاتو سبب وگرځي.

Acute appendicitis of the people of declining and old ages:

Acute appendicitis of the people of declining and old ages can be met not so often, as of the persons of middle ages and youth. This contingent of patients is hospitalized to hospital rather late: in 2–3 days from the beginning of a disease. Because of the promoted threshold of pain sensitiveness, the intensity of pain in such patients is small, therefore they almost do not fix attention on the epigastric phase of appendicitis. More frequent are nausea and vomiting, and the temperature reaction is expressed poorly. Tension of muscles of abdominal wall is absent or insignificant through old-age relaxation of muscles. But the symptoms of irritation of peritoneum keep the diagnostic value with this group of patients. Thus, the sclerosis of vessels of appendix results in its rapid numbness, initially-gangrenous appendicitis develops. Because of such reasons the destructive forms of appendicitis prevail, often there is appendiceal infiltrate.

#### appendicitis in pregnant women

#### ۶- حاد اپنډيسيت په حاملو کښي :

د مختلفو احصايو د مخي د اپنډيسيت ناروغي په حاملو يا اميدوارو بنځو کې په هرو (۱۵۰۰-۳۵۰۰) تنو بنځو کښي يوه واقعه ليدل کيږي. د ناروغي کلينيکي د حاملگي په لومړۍ نيمايي دوره کښي په عادي توگه وي مگر په دوهمه نيمايي دوره کښي د رحم د لوئيدو او د اپنډيکس د بيخايه کيدو د کبله ځيني ځانگړ تياوي مينځ ته راځي. د درد موقعيت په غير طبيعي ځای کښي د رحم څخه پورته يا ښي خواته او کله هم د ثوري په ناحيه کښي قرار لري. د نس د عضلاتو کلکتيا او د پيريتوان تخريشي ښي اکثرًا وجود نه لري، ځکه د يوې خوا د نس پر قدامي جدار باندي د رحم نښته او تماس هغه ته د التهابي وتيري د انتشار مخنيوی کوي اود بلې خوا د نس د جدار د کش شوو او ضعيفو عضلاتو تقلصي قدرت لږوالي مومي. د دې کبله د حاملگي په دوهمه نيمايي دوره کښي د اپنډيسيت تشخيص بايد په عمده توگه د عمومي علايمو، فيزيکي، نسائي، لابراتواري، اولتراسونیک او نورو ممکنه معایناتو پر اساس باندي استوار وي، او هڅه وشي چه د شک وړ مريضان ژر تر ژره عمليات کړل سي.

With pregnant women both the bend of appendix and violation of its blood flow are causes of the origin of appendicitis. Increased in sizes uterus causes such changes. It, especially in the second half of pregnancy, displaces a blind gut together with an appendix upwards, and an overdistension abdominal wall does not create adequate tension. It is needed also to remember, that pregnant women periodically can have a moderate pain in the abdomen and changes in the blood test. Together with that, psoas-symptom and the Bartomier's symptom have a diagnostic value at pregnant women.

### left side appendicitis:

### ۷- کین لور اپیندیسایتیس

دایپنڈیکس دکین یاچپ لور موقعیت دماشوم **دکونجینیتال** (ولادی) یاداخل رحمی دوری دنیمگری ودي دکبله دداخلی غرودبر عکسه یاسرچپه موقعیت situs viscerum inversum ( **سیتوس ویسٹیروم اینویرزوم**) په نتیجه کی مینخته رخی. داانومالیاجه خورالراوپه ندرت سره لیدل کیږي، دناروغي ټولي نښي خپل ذکر سوی اوصاف ساتي خو صرف دموضعیعالیمو موقعیت دښي حرقفي په عوض چپ لورته په نوموریناحیه کښي خای نیسي.

Left-side appendicitis appears infrequently and, as a rule, in case of the reverse placing of all organs, however it can occur at a mobile blind gut. In this situation all signs which characterize acute appendicitis will be exposed not on the right, as usually, but on the left.

### ۸- سوب هیپاتیک اپیندیسایتیس:

دایپنڈیکس داپول موقعیت که څه هم ډیر لږ د ( ۰,۱ - ۰,۲%) پوري لیدل کیږي، خو دایپنڈیسایتیس داپول غیر عادي موقعیت د حاد کولیسیتیت د تیپیک موقعیت اومشابه کلینیکي علایمو د کبله ستري ستونزي را مخته کوي. د درد موقعیت او عضلاتي دیفانس په ښي هایپو کوندریک ناحیه کی، خواگرزیدنه اومکرر استفراق اکثرأ د څیرونکی توجه د حاد کولیسیتیت یا کولیک پرلور اروي. خو که مریض دقیق او په مکرره توگه سره ولیدل سي، ځنی علایم د اپیندیسایتیس په گټه لیدل کیږي. مریضان د اپیندیسایتیس په حالت کی غیر محرک او آرام وضعیت اشغالوي چه دکولیسیتیت اوصفراوي کولیک په صورت کی نا ارامه او خوځیدونکی وی. د اپیندیسیت د درد شدت دکولیسیتیت اوبیلیار کولیک په مقایسه خفیف حالت لري. په کولیسیتیت کی استفراقات مکرر او صفراوي شکل لری. په کولیسیتیت کی درد انتشار اکثرأ دراسته اوري پر لور خوپه سوب هیپاتیک اپیندیسایت کی درد انتشار بیا هم لاندني لورته دالیاک فوسه خواته متوجه وي. په هر صورت داوتراسوند معاینات په داسي حالاتو کی دخل لار اومهم تشخیصی رول اداکوي.

For the subhepatic location of appendix the pain is characteristic in right hypochondrium , similar to acute cholecystitis and biliar colic. During palpation painfulness and tension of muscles can be marked.. But unlike appendicitis, in patients with cholecystitis the pain is more intensive, has cramp-like character, is localized in right hypochondrium and irradiate in the right shoulder and shoulder-blade. Also the epigastric phase is absent. The attack of pain can arise after the reception of spicy food and, is accompanied by nausea and frequent vomiting by bile. For the differencial diagnosis has the ultrasonic investigation significant rule and is obligat.

په آخرکی بایدوویل سی چه داپیندیسیت تشخیصی اشتباهات اوس هم په کثرت او ډیرون سره لیدل کیږي او دمختلفو احصایو دمخې د ۲۵ څخه تر ۵۰ سلین پوري تشکیلوی . داپنډیسیت د اشتباو عوامل عمدتاً لاندني لاملونه لکه داپیندیکس آتیبیک موقعیت، غیر عادی سیر، دنارو غانوناوخته مراجعه او همدارنگه دځینو امراضو سره مشابه علایم تشکیلوي. ځکه دهغونارو غیوچه داپیندیسیت سره شبیه نښي لري اود تشخیصی مغالطی سبب گززی، د تقریقه تشخیص یادونه ئی حتمی گنل کیږي.



## اووم فصل

### دحادا پیندیسیت تفریقی تشخیص

#### Defferential diagnosis of acute appendicitis

دحادا پیندیسایتیس تشخیصیه تفریق بایددهغوامراضوسره چه داپیندیسیت سره د مشابهاوعراضولکه د

نس درد، خواگرزیدنه، کانگی اوخینی نورو علایمولرونکی وي، ترسره سي :

#### ۱- غذائي تسمم او حادگاستروانتریت : Food poisoning and acute gastroenteritis

د خورنیز او غذائي تسمم په نتیجه کي گاستروانتریت یا دگیدی اوکولمو حادالتهاب دهغو علایمودکبله لکه بطني درد، خواگرزیدنه اوکانگیکیدلای سي چه اشتباهاً د اپیندیسیت سره مغالطه کرل سي. ددارنگه اشتباهاتودخلاصون دپار هاید په نظرکي ولرو چه دگاستروانتریت ددرد سیرپه حملوي شکل سره به بطن کي منتشر ، مهاجر او خوئیدونکی وصف لری. ددرد معمولاً دکولمو د **tenism** تینیزم ( مقعدی تشنجی درد ) ، پیچ اوتاواو اسهال یا اوبلن تغوط سره توام وي. کانگی په مکرره توگه او په انامتیز کی دناورو خوراکی موادوخوړون ته اشاره کیري. دنس دجدار ددیفانس اودپیریون دتخریشي علایمو نه شتون ددی مرض دتشخیصی علایمو څخه گنل کیري. دناروغی دقطعی تشخیص دپاره دمريض دینامیک کنترول او مراقبت مهم شرط گنل کیري.

Food toxicoinfection.

Complaints for pain in the epigastric area of the intermittent character, nausea, vomiting and liquid emptying are the first signs of disease. The state of patients progressively gets worse from the beginning. Next to that, it is succeeded to expose that a patient used meal of poor quality. However, here patients do not have phase passing, which is characteristic of acute appendicitis, and clear localization of pain. Defining the symptoms of irritation of peritoneum is not succeeded, the peristalsis of intestine is, as a rule, increased.

#### ۲- دمعدی او اثنا عشر دقرحاتوتثقب : Gastro-duodenal ulcer perforation:

دمعدی یا گیدی او اثنا عشر یا دولس گوتیزی کولمی دقرحاتودتثقب په صورت کی په لس

سلین٪ ۱۰ کي اشتباهاً د اپیندیسیت تشخیص وضع کیري، چه علت ئی اکثرأ دناروغ ناوخته مراجعه اوقرحوي

انامیزته نه پاملر نه محسوبیري، خصوصاً دیونبل سوي تثقب لوحه چه معمولاً اتیبیک شکل لري داپیندیسیت سره مغالطه کیري. دتثقب پهدي صورت کي دمعدی محتویات نس جوف ته آزادانه جریان نه مومي بلکه په تدریج سره د **foramen Winsloe** یا فورامین وینسلوی **misocolon** پر سردنبی فلانک دلاری حرقفی ناحیه ته دطریقه دمستعرض کولون دمتاریقی **misocolon** پر سردنبی فلانک دلاری حرقفی ناحیه ته انتشارکوي او په دی ناحیه کی ددیستروکتیف اپیندیسیت لوحه تمثیلوی ، په داسی حال کي چه دنس په لوره ناحیه کي نسبی ارامي حاکمه وي بایدوویل سی چه ددی پیبی دمخنیوي دپاره ددقیق انامیز حصول بنسٹیز رول لوبوي. دخنجروله درناگهانی پیل ، دقرحی انامیز ، دکانگو نه شتون ، دتودوخي نورماله درجه اودنس په جوف کی دازاد غاز موجودیت عمدتاً د معدی تثقب دلالت کوي. په دا ډول حالاتو کي باید دتشخیصی موثقتیت دپاره دنس **داکسریز**، **اولتراسوند**، **کمپیوتید** **CT-scan** اوبالآخره حتی دتشخیصی لاپروسکوپي دامکاناتو څخه استفادهوسي.

داپیندیسیت په مشکوک حالت کی کله چه دتشخیصی لاپروسکوپي امکانات وجودونه لري، لومړی د **ماکبورنی شق Mc. Bourney incision** اجرا اوصرف داپندکس دنورمال حالت او په بطن کي دمعدی محتویاتو دموجودیت په صورت کیدتثقب په تشخیص سره وسطي لاپراتومي اجرا کیري.

Perforative peptic and duodenum ulcer.

Diagnostic difficulties during this pathology arise up only on occasion. They can be in patients with the covered perforation, when portion of gastric juice flows out in an abdominal cavity and stays too long in the right iliac area, or in case of atypical perforations. Taking it into account, it is needed to remember, that the pain in the perforative ulcer is considerably more intensive in epigastric, instead of in the right iliac area. On the survey roentgenogram of organs of abdominal cavity under the right cupula of diaphragms free gases can be found.

### Acute cholecystitis:

### ۳- حادکولیسیتیت

دصفاوی کڅوري یاکیسی **gall bladder** (تریخي) د حادالتهاب (گزک) کلینیکي لوحه دحاد اپیندیسیت دهغه حالت سره چه تر اینی لاندی **subdiaphragmal position** (تحت الکبدی) موقعیت ولري، شباهت تر لاسه کوي. دکولیسیتیت اوصفاوی تیرو سابقه، ددرانتشار دراسته اورې او کتف پر لور، مکرری کانگی ، دژیري یایرقان ا نامیزیا فعلی ستون دحاد کولیسیتیت په نفع شوا هد گنل کیري. بایدوویل سی چه په مشکوک حالاتو کي دنس دجوف **اولتراسوند**، دبطن ساده **رادیوگرافي** اودامکان په صورت کي **کمپیوترتوموگرافي CT-scan** دمرض د تقریقی تشخیص

دپاره مهم اطلاعات ارایه کوي.

Acute cholecystitis.

The high placing of vermiform appendix in the right half of abdomen during its inflammation can cause the clinic somewhat similar to acute cholecystitis. But unlike appendicitis, in patients with cholecystitis the pain is more intensive, has cramp-like character, is localized in right hypochondrium and irradiate in the right shoulder and shoulder-blade. Also the epigastric phase is absent. The attack of pain can arise after the reception of spicy food and, is accompanied by nausea and frequent vomiting by bile. In anamnesis patients often have information about a gallstone disease. During examination intensive painfulness is observed in right hypochondrium, increased gall-bladder and positive symptoms Murphy's and Ortners.

#### حاد پانکریاتیت:

دآپیندیکس پر خلاف درد دبطن په علوي قسمت کی (اپیگاستریک ناحیه) ډیر شدید اوبیطاقته وصف لري چه د ملاویستون په شکلدلا دتیر پرلور په دوراني ډول انتشار مومي. مریض په متواتره توگه سره استفراقات لري چه دناروغ په وضع کي سهولت هم نه راولي. دناروغانو په انامنیز کي معمولاً دالکولو داستعمال او دصفرای ډبرو څخه حکایت خای لري. مریضان معمولاً د درد دتسکین په خاطر دمخ پرلور ځان خم نیسي. عمومي وضع وخیم اوانتکسیکیشن په چټکتیا سره زیاتیري. شدید تاشیکار دیا اوبعضاً هایپوتونیا تبارز مومي ، جلد خائف او بعضاً هم خفیف سوب ایکتریگ رنگ غوره کوي ، دبطن جدار منتشر درد او دیفانس لري. دا ټول هغه علایم دي کوم چه په اپیدیسیت کي تبارز نه لري. په لابراتوري معایناتو کي دلپیز، امیلازدانزایمونو لوړیدا او هایپو کالسیمیا دپانکراس پر التهاب دلالت کوي.

دبطن اولتراسوند او دضرورت په صورت کي CT- Scan دتشخیص په وضاحت کي عمده رول لوبوي.

Acute pancreatitis.

In anamnesis in patients with this pathology there is a gallstone disease, violation of diet and use of alcohol. Their condition from the beginning of a disease is heavy. Pain is considerably more intensive, than during appendicitis, and is concentrated in the upper half of abdomen. Vomiting is frequent and does not bring to the recovery of patients.

#### Acute intestinal obstruction:

#### ۴- دکولموحادانسداد

د حادانسداد یا سغل تشخیص که څه هم اکثرأ دتیبیکي کلینیکي لوحی په لرلو سره اسانه اوساده

بنکار یخو بعضاً دخاصو ستونزو سره مخا مخ او توپیرني دځيني نورو امراضو خا صتاً اپنډیسیت سره خصوصاً په واره اوزاره سینونوکی خورا مشکله وجیبه گڼل کیږي. دمریضانو عمدۀ شکایات دبطني تشنجي درد، دیستینشین **distention**، خواگرزیدني، کانگو، قبضیت اوحتی د گازاتو او تغوط دکامل توقف څخه عبارت دی. استفراقي مواد په شروع کي خوړل سوي مواد، معدوي افرزات او یا صفر اوي محتویات او په بعدی مراحلو کي فیکولینت (غایطي) ددمریضانو سره عمومي علایم لکه تبه، تاشیکار دیا او هایپوتونی هم وجود لري. دامعا پیریستالتیک هایپیر اکتیف **hyperactive** یا تیزرغ لرونکی **high-pitched** شکل لری، چه په وروستی مرحله کي هایپواکتیف **hypoactive** شکل غوره کوي.

په ماشومانو کي حاد اپنډیسیت معمولاً دالیوځیکال دانواجینیشین **ileocecal invagination** سره مغالطه کیږي. دنس حملهي ډوله دردونه، انتفاخ (دس باد)، دلیدور شدید پیریستالتیک یا استداری حرکات، دنس دجدار عدم تناظر او نه برابر تیاچه د وال دعلامی یاد وال **Wall sign** په نامه یادیری، دگازاتو او غایطي موادو توقف، دعضلي دیفانس نه ستون، دنس په بنی خواکي د اوردي اوبنويي کتلي دجس احساس، دژرژر رفع حاجت احساس چه ددر دحملات د اوبلنو وین رنگه سور بخونو غایطي موادو په اخراج سره ختمیږي، دانواجینیشین پر موجودیت دلالت کوي.

په مسینو اوزرو اشخاصو کي دالتهابي اپیندکس په چاپیریال کي متعدد التصاقات تشکیلیږي چه بعضاً دکولمو دانسداد یا سغل سبب کیږي. په داسي حالت کي دانسدان بنی دمرض په لومړي قدم کیدمعالج ډاکتر توجه ځانته جلبوي او په دي ډول داپنډیسیت علایمدنظره څخه نهام پاته او صرف د عملیات په

وخت کي تشخیصیږي. په مشکلو واقعاتو کي د صحیح تشخیص دوضع دپاره دمریض قبلي عملیاتي انامنیز او مکمل فزیکي معاینات خصوصاً دندباتو او احتمالي فتونو دموقیعییت تقییش او همدارنگه د ریکتوم دتومور داثنباه په خاطر د توشي ریکتال معاینه حتمي گڼل کیږي.

د نس د رادیوگرافي په ساده کلیشه کبني په کولمو کبني د مایعاتو سويي **air-fluid (Cloiber cups level)**، دغازاتو تجمع او د کولمو توسع لیدل کیږي.

Patients present with abdominal pain, distention, nausea, and vomiting. Small bowel obstruction commonly present with crampy abdominal pain, distention, and obstipation. Vomiting is more pronounced with proximal obstruction, whereas distention is more pronounced with distal obstructions. Colonic obstruction present with constant pain, marked distention, and sometimes vomiting, which usually is feculent. The abdomen is examined for distention, tenderness and the presence of surgical scars. The bowel sound are characterized either as hyperactive and high-pitched or as hypoactive on a later stage of obstruction.

Flat and upright abdominal plain films are obtained key point to look for air-fluid levels, dilated loops of small bowel (>3 cm), bowel wall thickening (>3mm), air in the colon and rectal lumen.

## Crohn disease

## ۵- دکرون مرض یا کرون دیزیز:

دا ناروغي چه د کرون په نامه یادېږي د نري کلمو د نهائي برخي د التهاب څخه عبارت دی چه په حرقفي ناحیه کېنې د درد په پیل د پېریتوان د تخریشي اعراضو په وده او خواگرزیدني کانگو او د تودوخي په لوړیدو سره د اپنډیسیت د ناروغي په شان تبارز مومي.

## Mikel's diverticulitis

## ۶- مایکل دیورتیکولاییتس :

مایکل دیورتیکولاییتس د خپلو کلینیکي نښو په اساس د اپنډیسیت د ناروغي سره څه توپیر نه لري صرف په دې ناروغي کېنې دردونه زیاتره د پاره او مېلیکال په ناحیه کېنې ځاینت لري او د لوړ انتوکسیکیشن Intoxication سبب گرځي. معمولاً د مریضانو سره علاوه پر پار او مېلیکال درد خواگرزیدون، کانگی او لوړه تبه هم موجود وي. د دې مرض تشخیص معمولاً د عملیات په وخت کې د الیوم په تفتیش سره تثبیتېږي. باید وویل سي چه که چیري د عملیات په وخت کې د اپنډیکس تغیرات د ناروغ د کلینیکي علایمو د وخامت سره تطابقت ونه لري په دې صورت کېنې د الیوم Ilium تفتیش او کتنه حتمي گڼل کېږي.

Patients present with paraumbilical pain, fever, nausea and vomiting. Physical findings include abdominal distention, paraumbilical tenderness and occasionally a palpable mass.

## Acute mesoadenitis

## ۷- حاد مټارقوي لمفوادینیت :

حاد مټارقوي لمفوادینیت mesenterial lymphadenitis یا میزوادیینیت mesoadenitis زیاتره په ورکتوب او د هلکنې په سن کېنې لیدل کېږي. اکثراً د مریضي تر مخه ناروغ په زکام سره اخته وي، تبه د (۳۹-۴۰) درجو پورې وي. درد معمولاً د مصاب سوي لمفاوي عقدي یا مرغري د موقعیت په مطابقه ناحیه کېنې او د الیوسیکال د میزوادیینیت په صورت کېنې په ښی حرقفي ناحیه کېنې ځاینت لري. په جس سره د مټارقوي خط پر امتداد باندي د در د موجودیت د Sternberg sign (شترنبرگ ساین یا علامه) او د مستقیمي عضلي د کنار دردمنتیا چه د ماک فیدین Mc. Feden د ناحیې په نامه یادېږي، موجود وي. د عضلاتو شخي او پېریتوان تخریشي علایم معمولاً ځای نه لري.

## ۸- د پښتورگي بريندرد يا کولیک رينال :

### Colic renal

د بني پښتورگي بريندرد يا کولیک چه د کولیک رينال په نامه ياديري د اپنډيسيت د حملې سره د شکل او ځايښت په اساس دا ډول مشابهت ښئي چه په تفريفي تشخيص کې بعضاً ډيري ستونزي پيښوي. د پښتورگي بريندرد د اپنډيسيت په خلاف دمکرر حملوي درد په شکل سره د شدت لورا وټيټ نوسان لري. درد د حملې د صعود په مرحله کې ډير شديدوي چه ناروغ ډير نا آرامه او د درد د شدت د لاسه په دايمي تحرک او خوځيدنه کې دارامتيا د حصول دپاره لټ په لټ اوړي. د درد د انتشار په عمده توگه د ورانه انسي مسطحې او د عيجان لور ته صورت مومي. دراسته تشي او دوولسمې پوښتې جس او قرع په قطني ناحيه کې د درد اونارامتيا د ايجاد سبب کيري او د اپنډکس پر خلاف د **Pasternadsky sign** پاسټيرنادسکي سيمپټوم چه د قطني ناحيې په وهلو سره د پښتورگي په لوژکيدرد شدت ډيرښت مومي مثبت وي. د پښتورگي په بريندرد کې د **disiuria** ديزيوریا (سوځنده او دردناکه تبول) او **frequency** فریکنسي يادژرژر تبول احساس او ځيني وخت د بولو بندښت يا **احتباس** چه په اپنډيسيت کې نادر او صرف د پاراویزيکال د موقعيت په صورت کې موجود وي د مريض شکايات تشکيلوي. د پښتورگي په بريندرد کې د اپنډيسيت مخالف معمولاً ژبه لنډه او برادیکارډيا موجوده وي. د پښتورگي د کولیک په آتیبیک او اپنډيسيت ډوله واقعاتو کې بايد دروتين معایناتو، اولتراسونداو د ضرورت په صورت کې د بطن کمپيوټري توموگرافي سربيره د ځني يورولوژی اختصاصي معایناتو څخه لکه يوروگرافي او کروموخيستو گرافي څخه په عاجلو واقعاتو کې په وسيع توگه استفاده وشي چه د هغو په اساس معمولاً د بني پښتورگي حالت او وظيفوي تشوشات کاملاً څرگنديږي.

Right-side kidney colic.

For this disease tormina at the level of kidney and in lumbus is inherent, hematuria and dysuric signs which can take place at the irritation of ureter by the inflamed appendix. Intensity of pain in kidney colic is one of the basic differences from acute appendicitis. Pain at first appears in lumbus and irradiate downward after passing of ureter in genital organs and front surface of the thigh. In diagnostics urogram survey is important, and if necessary — chromocystoscopy. Absence of function of right kidney to some extent allows to eliminate the diagnosis of acute appendicitis.

### Intrapelvic inflammatory disease

### د داخلي تناسلي احشاو وحاد التهاب:

په ښځو کې داخلي تناسلي احشاو وخصوصاً دراسته خواناروغی اکثر اډبطن په لاندې حصه کې شديد درجه دخواگرزیدني اوکانگوسره توام وی بعضاً دحاد اپنډيسيت سره کلينيکي شباهت ښئي

اودتشیخی ای اشتباهاتو سبب گزړی، نوځکه ددی ناروغیو داساسی کلینیکی علایمو پیژندنه چه داپیندیسیت سره په تفریقی تشخیص کی مرسته کوی، حتمی گڼل کیږی.

## ۸- حادادنکسیت : Acute adnexitis

دبني خوا حادادنکسیت دحاد اپنډیسایتیس خصوصاً دهغه دداخل حوصلي ځاینت سره دمشابهو علایمو دلرلو په وجه (دنس په لاندی حصه کی ثابت متوسطالشدته درد، خواگرزیدنه اوکانگی، دپیریتواند تخریش علایم، لوره تبه اولوکوسایتوز) په تشخیصیلون یا تفریقی تشخیص کی ستونزیرامخته کوی. دتشخیصیلون په خاطر باید دبنخو جینیکولوژیکی انامنیز او بنخمنی خصوصیات لکه واقع سوی سقط، artificial abortetion مصنوعی ابورتیشن، menstruation disorder of مینستر ویشیندسایکل تشوشات، دداخلی تناسلی غرو التهابات او مهلی پتالوژیکی افرازات په دقت سره وڅیړل سی. باید وویل سی چه دادنکسایتیس په صورت کی درد د عیجان، مهلی، قطنی او عجزی ناحیو ته انتشار مومی. دردمنتیا معمولاً د فوق العانوی یا سوپراپوبیک او بني مقبني ناحیو کبني ځای لریاو د مهبل څخه بوی ناکه مخاطی یا قیچی افرازات خارجیږی. د تبی درجه لوره او نظر اپنډیسیت ته ډیره جگه وی چه تر (۳۹-۴۰) درجو پورې رسیږی. په بنخو کی داپیندیسیت دتشخیصیلون دپاره دتناسلی غرو دتغیراتو او امراضو دڅرنګوالي په خاطر جینیکولوژیکی معاینات لکه مهلی معاینه یا toshe vagina توشی واجینال او په نجونو کیمقعدی معاینه یا توشی ریکتال toshe rectal دتشخیص مهم او حتمی جزء گڼل کیږی.

په جینیکولوژی معاینه کبني لوی سوی، ضخاموی او دردمن مبیض اونفیر او دپونسیر Ponser's مثبت ساین د مبیض پر التهاب دلالت کوی.

**طریقه:** د پونسیر ساین Ponser's sign د جینیکولوژی د معاینی په جریان کبني د گوتو په واسطه د رحم د غاړی په اهتزازی حرکت سره د بطن په سوپراویزیګال ناحیه کبني د درد پیداینت دپونسیرد ساین مثبت نتیجه گڼل کیږی.

دڅیړونکی گوتی د سوپراپوبیک په ناحیه کبني د منځني خط بني لور ته د جس په حالت کبني ایښودل کیږی. لومړی د فشار قوه د حوصلېلور ته متوجه کیږی، چه دادنکسایتیس په صورت کبني درد شدت مومی او د اپنډیسایتیس په حالت کبني نوموړی حرکت د درد د شدت سبب نه ګرځی. باید وویل سی چه د داخل حوصلي اپنډیسایتیس په صورت کبني هم دا ډول مانور د درد د شدت لامل کیږی، خو د حاد اپنډیسیت په حوصلي موقعیت کبني د ادنیکسایتیس پر خلاف د ناروغانو سره اکثره د اوبلن غایطی موادو کثرت او تینیزم هم لیدل کیږی. د مانور په دوهمه مرحله کی د جس د فشار قوه لور او راسته لور ته متوجه کیږی چه دا مانور په اپنډیسایتیس کی د درد شدت ډیروي او د ادنکسایتیس په حالت کبني د درد په وصف کبني تغیر نه راځی. باید وویل سی چه په داخل حوصلي

اېنډيسيت كېنې حوصلې لور ته د فشار په واردولو سره د اېنډيکس قاعده او څيکوم د موقعيت د تغير د کبله هم د درد دډيرښت سبب گرځي . په دې صورت کېنې د ناروغانو سره د اسهال علایم ، مقعدي درد او تشنج او ديزوريک تشوشات چه په ادنکسا یتيس کېنې وجود نه لري موجودوي .

دپورتنیو بيانونو د وضاحت او پراکتیکي اهميت دپاره دلاندني مثال ذکر لازم گڼل کيږي .

په ۱۳۶۴ کال کې دحمل پر څلورمه يوه ۳۲ کلنه ميرمند اوو ورځني (۷) بطني درد دکبله دگرديز څخه روغتون ته را انتقال سوه . اووه ورځ مخکې ناروغي ته د بطن دلاندنيو برخو او د حوصلې دجوف دردونه بې اشتهايي، خواگرزیدون، کانگي پيدا اود راسته ادنکسايټيس په تشخيص باندي تر تداوي لاندي ونيول شول، ناروغي ته په قوي دوز سره انټي باکټيريال تيرايي، انلجزيکونه او مايعاتي انفوزين تجويز کړ سو، چه په نتيجه کې دمریضي وضع په تدريج سره مخ پر ښه توب اودانتاکسيکيشين علایم مخ پر تیتيدا سولي . صرف اووه ورځې بعد کله چه کابل ته د مريض دهوائي تخليبي شرايط مساعد سول، سمدستي ناروغي روغتون ته رانتقال کړل سوه . د مريضې دمعاینې په وخت کې دمتوسط الحالي عمومي وضعي په لرلو سره د درې مياشتني امينوريا (دمياشتني عادت وقفه) څخه حکايه او خفيف سوپراپوبيک درد پرته نور هيڅ ډول شکايات نه ظاهرول، په ابجکتيف معايناتو کې صرف جلدي خنافت او خفيفي تاشيکارديا (۹۰-۹۵) او سوبفيريټي ( دحرارت درجه ۳۷،۸) ځای درلود، ژبه لنده او په عميقجس سره بطن نرم، پيريستالټيک موجوداو يوازي د سوپراپوبيک دناحيې ډير خفيف درد دتثبیت وړ او نور حياتي علایم دنورمال حدودو په چوکاټ کې وه . دوينو عمومي معاينات د خفيفو التهابي علایمو ښکارندوي، بيوشيمیک اود ادرار معاينات په نورمال سرحد کې وه (Hb-11,9 ، لوکوسايتوز، -leucocytosis-14500 سيډيميټيټيشين ESR- 21 ) .

د جينينيکولوژيکي معاینې په نتيجه کې چه دنسائي د متخصصينو دخوا څخه اجرا کړل سوه ، د راسته مبيض او نفير تورم، غټواله، حساسيت اودر دمټيا تثبیت کړل شوه او مريضې ته د راسته اېنکسايټيس تشخيص وضع او تر تداوي لاندي ونيول سوه .

څلور ورځې بعد مريضې ته څوځليز استقراق پيدا کيږي، چه جينينيکولوژيکي معاینه تکرار او بيا هم پر پخواني تشخيص باندي تينگار کيږي . مريضه داخل دجراحي متخصصينو دکانسيليوم دخوا څخه په گډه سره ليدل کيږي . مريضه فعاله او پر خپلو پښو باندي د معاینې اطاق ته حاضره سول او غيرله استقراقه بل هيڅ بطني شکايت نه څرگندوي . په ابجکتيف معايناتو کې ژبه وچه اوپوښلې، نبض ۱۲۰-۱۳۰ پوري بطن متنفخ مگر نرم، يوازي د سوپراپوبيک په ناحيه کې د حوصلې لور ته د فشار په صورت کې دخفيف درد احساس او Rebound tenderness وجود درلود . پيريستالټيزم د بطن په سفلي قسمت کې نسبتاً شديد وو .

د بطن په راديو لوژيکي کلېشه کې دکولمو توسع ، انتفاخ اود پاريزي علایم موجود وه .



بالآخره مريضه دآرياکتيف په تشخيص عمليات اوسفلي وسطي لاپراتومي ورته اجرا کړل سوه. د بطن په تفتيش سره تقیحي فبرينز پيريتونيت او په حوصله دنريو کولمو يو محجم کونگولوميرات چه تنقبی گانگريوز اپينديسيت ئي په مينخ کي نغبتی وو، تثبیت کړ سو.

## غيررحمي حمل : Ectopic pregnancy

غيررحمي يا درحم دباندې حمل د کوچنی حوصلې په مختلفو قسمتو کي احتمال لري، خو اکثر اېهنفرونو او خاصاً په بنی نفیر کي خای لري.

## دنفیر حمل - ۹ Tubal pregnancy

دنفیر حمل په لاندنيو درې ډوله سیر کوي:

- دنفیر بي اختلاطه حمل،
- دنفیری حمل سقط ،
- دنفیر چاودون یاریچر

دنفیری حمل د سقط او چاودون یا تمزق په نتیجه کي معمولاً په بطن کي منتشر یا سوپر اېوبیک وقفه ئي درداو د داخلي وينتوی یا هیموراجي علايم چه د سرخرخی، هایپوتوني، د سنکوپ حالت، سریع او خطي نبض، په بطن کي د اصمیت او مایع د موجودیت علايم اود هیموگلوبین او هیموتوکریټ د تیتوالي په څیر سره، چه دا اعراض د اپینديسایټیس دپاره وصفي نه گنل کیري مينخته راخی.

دنفیري حمل او اپینديسایټیس تفریقي تشخيص په هغه واقعاتو کي چه د نفیري حمل تشوشات دنفیر دتمزق سره مل نه اود بطن یارحم دجوف وینتویون یا هیموراژي bleeding په لږمقدار سره چه دناروغ دعمومي وضعي دوخامت سبب ونه گرزي مشکله دنده گنل کیري، ځکه چه په هدی صورت کي نفیري حمل او اپینديسایټیس دځني گډو علامو په لرلوسره لکه د بطن د بنی لوردرد، خواگرزیدون nausea، کانگي vomiting، سوپفیریل تبه subfebrile fever، سریع اوسطحي تنفس tachypnia ، بعضاً د بطني عضلاتوشخي defence of abdominal muscles او مثبت ریپاوند ټیندیرنیس rebound tendernis اکثرأ د مشابه کلینیک لرونکي وي. د تشخیصی اشتباهاتو دمخنيوي په خاطر باید دناروغانو جینیکولوژی انامنیزته پوره دقت او څیروسي.

د Elkin, M.E. 1974 پلکین م. ای (۱۹۷۴) د احصائی په اساس په نفیري حمل کي صرف په ۳/۱ حصه بنځو کي د مینسترویشین د څیکل کامل توقف لیدل کیري، په نورو ۳/۲ بنځو کښی معمولاً د څیکل ۶ تر ۷ ورځنی ځنډ یا معطلی چی ورسته د ډیر کم مقدار وینو یا سوربخونو افرازاتو په خارجیدلو سره چه د بنځو د عادی میاشتنی عادت سره شباهت ونلری، ظاهریری. که چیری د بنځی

په انامیز او یا موجوده حالت کېنې دا رنگه اعراض خای ولری، د نفیر پر حمل او د هغه پر تشوشاتو یا تهیدې سقط باندي دلالت کوي.

همدا رنگه د نفیری حمل دردونه زیادتره وقفه ئی وصف لری او د عیجان (پیرینیوم) perineum مستقیمی کولمی (rectum) اوبعضاً د اورې لور ته انتشار کوي چه د اپنډیسیت په مختلفو موقعیتو کېنې د درد دا رنگه وصف نه لیدل کېري. هغه بطنی وقفه ئی شدید دردونه چه د بطن په لاندی حصه کېنې - suprapubic (سوپراپوبیک یا فوق العانوی) خایینت ولري، د جلد خثافت، د بدن نورمال یا تیبّ حرارت، سریع خالی نبض، هایپوتونی یا تیبّ فشار اودبطن په فلانگونو کي دمایع موجودیت - Querven sign ( دکویروین مثبت ساین) پر خارج رحمی حمل باندي دلالت کوی.

د ناروغانو د جینیکولوژیک انامیز پوره غونډونه او دقیق تحلیل د صحی تشخیص د چانس په لوریدو کېنې خاص ارزښت لري. د M.S. Alexandrov, 1961 م. س. الکساندروف (۱۹۶۱) دخیرنې په اساس د کویروین مثبت ساین یا نبنه Quervain's sign (د قرع په واسط سره د بطن په فلانگونو کېنې د اصمیت تثبیت) دنفیری حمل په 24,5% (۲۴,۵٪) واقعاتو کي لیدل لکیري.

د خارجی احشاوؤ په مشاهده سره د وینو او سوربخونو افرازاتو خارجیدل تثبیتیري. د مهبلې معایناتو په اساس د رحم لویوالی، دمهل د چتر vaginal fornix خورنده حالت او درد منتیا او همدارنگه د Promtov پرومتوف مثبت ساین پر خارج رحمی حمل باندي دلالت کوی.

دمهل د خلفی چتر ( fornix posterior ) بڈل د ناروغی په تفریقی تشخیص کی د اکثر و مؤلفینو له خوا د حتمی او گتوری معاینی په صفت توصیه کیري.

خو ( 1972 ) V.I.Kolisov, و.ای. کولیسوف (۱۹۷۲) بیا دا معاینه خطرناکه اوبېلزومه گني. پدی توگه د خارج رحمی حمل او اپنډیسایتیس تر مینخ تفریقی تشخیص باید په هغه واقیعاتو کېنې چه دحادی آنیمیا پیدایینت مطرح نه وی، په نظر کېنې ولرو. په دی صورت کېنې لاندنی تکوته پاملرنه د خارج رحمی حمل د صحیح تشخیص په وضع کېنې خاصه مرسته کوي:

۱- د نس په لاندنیو حصوکېنې د نا خایه شدید درد پیدایینت.

۲- په نس کېنې دتوی شوی وینی د کبله بعضاً د دیافراگم د تخریش او د فرینیکوس ساین ایجاد signfrenicus.

۳- د حملی په شروع کېنې اکثرأ د سر خرخی خخه شکایت.

۴- د حملی تر مخه د میاشتنی عادت -menistruation (منیسترویشن) توقف او یا د هغه د

وصف تغیر - *dismenorrhia* (دخیکل خُندیز او تال)

۵- دجلد خصوصاً د نس د جدار **خثافت**.

۶- دنس د دیوار د عضلاتو **ډیر خفیف دیفانس** یا هم نشتون.

۷- د مهبل په معاینه سره (توشی واجینال) د سور وبره، **وین بخونو افرازاتو** موجودیت، د حمل د وقت مطابق درحم او استطالو غټواله، دمهبیل د چتر خړیدنه او دردمنتیا یا دردی احساس.

Extra-uterine pregnancy. A necessity to differentiate acute appendicitis with the interrupted extra-uterine pregnancy arises, when during the examination the patient complains at the pain only down in the stomach, more to the right. Taking it into account, it is needed to remember, that at extra-uterine pregnancy a few days before there can be intermittent pain in the lower part of the abdomen, sometimes excretions of "coffee" colour appear from vagina. In anamnesis often there are the present gynaecological diseases, abortions and pathological passing of pregnancy. For the clinical picture of such patient inherent sudden appearance of intensive pain in lower part of the abdomen. Often there is a brief loss of consciousness. During palpation considerable painfulness is localized lower, than at appendicitis, the abdomen is soft, the positive Kulenkampff's symptom is determined. Violations of menstrual cycle testify for pregnancy, characteristic changes are in milk glands, vagina and uterus. During the vaginal examination it is sometimes possible to palpate increased tube of uterus. The temperature of body more frequently is normal. If hemorrhage is small, the changes in the blood test are not present. The convincing proof of the broken extra-uterine pregnancy is the dark colour of blood, taken at punction of back fornix of vagina.

۱۰- **دمبیض او مبیضی کیستونو ریچر (ovarean apoplexy) ovarean cyst reapture**

دمبیض دکیست ریچر (اویریان خیسټ ریچریا اویر اپوپلیکسی) اکثرأ په خوانو بنخو او پیغلانو کې ډیر لیدل کیږي، او معمولاً د دوو ډولو اعراضو په ایجاد سره تبارض مومي:

الف- **بطني درد** ؛ abdominal pain

ب - **داخلي وینتویون یا هیموروژی** : Internal hemorrhagia

خړنگه چه لیدل کیږي، دا ډول اعراض د خارج رحمی حمل کلینیکي لوحې ته خاص شباهت لري.

- **دبطني درد خصوصیات:**

دا ناروغي په ناخاپي ډول دنس په لاندنیو حصو کې دمختلف الوصفه دردونوپه پیدایښت سره پیل کیږي. که چیري د وینتویون (**bleeding**) اندازه لږ اود حادی آنیمیا او هیموروژیک شک

hemorrhagic shock سبب ونه گرزې، نودمريضي په صحنه کېنې موضعي دردونو او ريفليکتوري تشوشاتو لوحه متبارزه اوحاکمه وي چې دحاد اپينديسايټيس سره دمشابه درد او نورو علايمو دکبله داپينديسايټيس کلينيکي لوحه تمثيل او تشخيصيبلون ئې ضروري گنل کيږي.

د مبيض دسيست دريچر دردونه په ناڅاپي توگه دنس په لاندنيو حصوکي چه عمدتاً پخ، خنجري اووقفهئې خواص لري، شروع اواکثرأ دعيجان، ريکتوم ، فخذاوبعضأهم دديافراگم دتخريش دکبله دغاري اوکتفلورته انتشارمومي.دمبيض دريچر په نتيجه کي د شديد درداو په بطن کي دپتالوژيکي محتوياتوموجوديتد کبله دپيريتوان او داخلي احشاؤودتخريشي عکس العمل په جواب کي رايجاد سوي تشوشات اکثرأ موضعي او عمومي علايمو لکهخواگرزېدون، کانگي، دتغوط دفعل کاذب تمايل اوديزيوریا دپيدايشت سبب گرزې.

### Internal bleeding

### - دداخلي وينويون کلينيکي نښي :

دوينتون دپير مقدار اوشديدي هيموروژيا په صورت کي اکثرأ سرخري بعضأهمسينکوپ، تاشيکارديا، خطي نبض، تاشيپنيا، هايپوتيرميا او هايپوتونيا مينخته راځي. بطن متحرک او په تنفس کي فعالانه گډون مومي. په جس سره دنس لاندني حصي دردناکه، خو ديفانس اود پيريتوانتخريشي علايم وجود نه لري. دبطن په قرع سره دفلانکونو اصميته دآزادي مايع يا وينوپرتجمعدالت کوي، تثبتيږي. پورتنې اعراضوته خاصه پاملرنه داپينديسايټيس په تفريقي تشخيص کي دپيرگتوررول لوبوي.

بايد وويل سي چه دوخت په تيريدو سره دمرض ابتدائي لوحه تغير مومي، په بطن کی دوينو موجوديت دپيريتوان دتخريش اودعضلي ديفانس دپيدايشت اودرد په حرقه کي تمرکز مومي. چه دا حالت داپينديسايټيس په تشخيصيبلون کي دنومشکلاتودايجادسبب گرزې.

په مهيلي معايناتوکي دمهبيل دفورنيکس ياخول راڅرېدنه اودردناکه احساس ځای لري اومعمولاًکوم پتالوژيک افرازات نه ليدل کيږي.

The apoplexy of ovary more frequent is with young women and, as a rule, on 10-14 day after menstruation. Pain appears suddenly and irradiate in the thigh and perineum. At the beginning of disease there can be a collapse. However, the general condition of patients suffers insignificantly. When not enough blood was passed in the abdominal cavity, all signs of pathology of abdominal cavity organs calm down after some time. Signs, which are characteristic of acute anemia, appear at considerable hemorrhage. Abdomen more frequent is soft and painful down, (positive Kulenkampff's symptom: acute pain during palpation of stomach and absent tension of muscles of the front abdominal wall).

During paracentesis of back fornix the blood which does not convolve is got.

## Ovarian cyst tortion

## ۱۱- دمبيض دکیست تدور:

دا ناروغي هم دتيري ناروغي په څير معمولاً په پيغلو نجونو او ځوانو بنځو کي ليدل کيږي. دښي دمبيض دکیست دتدورتفریقي تشخيصي دحوصلي موقعيته اپنډيسائيتيس او اپنډيکولير انفلترات يا ماس (پلسترون) سره چه مشابه ښي لري، ضروري امر گڼل کيږي. دکیست دقاعدي تدور په ناڅاپي توگه زياتره د نس په لاندې حصو کښي د شديد درد په پيل سره شروع کيږي. د کیست تدور لومړی د درد او وروسته د هغه د قاعدي د او عيو د تخنق د کبله د شرياني او وريدي اروا اختلال منځ ته راځي، چه په نتيجه کښي د نسج هايپوکسيا او وريدي ستازيس منځ ته راځي. که چيري د کیست د قاعدي تدور تر ۱۸۰ درجي زياد شي دا حالت د کیست په جوف کښي د او عيو بارز اختناق د کبله د هيموراژيک اکسودات او وينو د تجمع په نتيجه کي د کیست د داخلي فشار د لوړيدو او د کیست د توسع سبب گرځي او په دې ډول سره د درد شدت نور هم زيات، چه حتی د دردي شاک په تأسس سره ختميږي. د درد شدت د وخت په تيريدلو سره تخفيف مومي خو کاملاً نه رفع کيږي. د بدن حرارت په شروع کښي نورمال مگر د شاک په حالت کي حتی کښته وي، خو وروسته د نکروتيک انساجو د رشف په نتيجه کي سوبفبريل تبه پيدا کيږي. د نس په جس سره د بطن په لاندې حصه کښي مدوره کتله چه د صاف او برابر و منظمو کنارونو او سطحې لرونکي او په حرکت ورکولو سره دردناکه وي، وجود لري، چه د کتلي په ساحه کښي د عضلاتو سختي او کلکتيا تثبيتيږي. د وينو په معایناتو کښي خاص تغيرات نه ليدل کيږي.

د کیست د محتوياتو د منتنيدو او عفونيت په صورت کښي د انتاني وتيري ښي لکه لوره تبه بعضا ريزرد او لرزه، سريع نبض او تنفس همدارنگه په وينو کښي لوکوسايتوز، د لوکوسيتار فورمول کيڼلوري تغيرات، د سيديمينتیشن او سی- ریاکتيف پروتین لوړوالي مينځ ته راځي.

د کیست د جدار د نکروز په صورت کي د هغه د چاودني د کبله بطن ته د کیست د محتوياتو د داخليدو او انتشار په نتيجه کي پيريتونائيتيس تأسس مومي.

د کیست د چاودني تر مخه د کیست فزيکي تشخيصي علايم د دردناکه کتلي چه دنس د جدار او مهبلي معایناتو د طريقه د جس وړ ده، او د پروموتوف Promtov د مثبت ښي څخه عبارت دي.

بايد وويل سي چه دردناکه کتله د بطن په ښي حرقفي او يا سوپراپوبیک په ناحیه کښي د اپنډيکولير ماس په طبيعي موقعيت او يا حوصلې موقعيته اپنډيسائيتيس کښي هم موجود وي چه په

دی صورت کبني د پلسترون یا اپنډیکولیر ماس او تدوري کیست تفریقي تشخیص مشکل کار گنل کیږي. لاندني مقایسوي تابلو د دغو ناروغيو په بیلنيز تشخیص کي د لوړ اهمیت وړ گنل کیږي.

شما ره	د کیست تدور Ovarian cyst torsion	اپنډیکولیر انفلترات (پلسترون) Appendicular mass
۱	د ناروغي حمله په ناڅاپي توگه دشدیدوتیزو دردو په شکل سره شروع کیږي. د درد موقعیت دنس په لاندنیو حصو کبني وي.	د ناروغي حمله په ناڅاپي توگه دپڅو یا کشونکو ثابتو دردو په ډول سره شروع کیږي. د درد موقعیت په بشي حرقفه کبني وي.
۲	د بدن د تودوخي درجه د ناروغي په شروع کبني نورمال او یا ټیټه وي.	د بدن حرارت حتی د درد په شروع کبني لوړه وي.
۳	سریع نبض او د کیست په جوف کبني د وینو په تولیدو سره هایپوتونی منخ ته راځي.	نبض او فشار په اکثره ناروغانو کبني خاص تغیرات نه لري.
۴	د بطن د جدار سختي یا دیفانس صرف د کیست په ناحیه کبني په ضعیف او محدوده توگه لیدل کیږي او یا هیڅ وجود نه لري. د پیریتوان د تخریش علایم (ریبوندتدرنیس) منفي وي.	د بطن د جدار سختي او ریجیدیتی د بشي حرقفي په ساحه کبني موجوده او د پیریتوان د تخریش نښاني مثبتي وي.
۵	مدور شکه دردناکه کتله چه د هوارو برابر وکنارونو او صافي سطحی لرونکی وي، په مقبني ناحیه کي ځاینت لري.	غیر منظمه دردناکه د نا برابر وکنارونو او نا همواره سطحی لرونکی کتله ده چه په بنیحرفقي حفره کبني ځاینت مومي.
۶	د ناروغي په شروع کبني د ویني په معایناتو کبني بدلون نه موندل کیږي.	په وینو کي التهابي تغیرات لکه متوسط لوکوسایتوز، د لوکوسایتر فورمول کیلوری تغیر او د سیدیمینتیشن او سی-ریاکتيف پروتین لوړتیا موجوده وي.

باید وویل شي چه د پورتنیو ناروغيو د تفریقي تشخیص د تکمیل د پاره علاوه پرفزیکیاو کلینیکی معایناتو د ټولو ممکنه مده معایناتو لکه اولتراسوند، بطني رادیوگرافي او کمپیوتري توموگرافي

CT- scan دامکان په صورت کي په کار واچول سي. که چیري د ناروغي په لنډ مده کنترول او مراقبت کبني د ټولو ممکنه اختصاصي معایناتو د اجرا وروسته بیا هم د مریض تشخیص واضح نه وي او د پلسترون او تدوري کیست تر منخ تفریقي تشخیص د مشکل سره مخامخ وي په دي صورت کبني عملیاتي مداخلې ته ترجیح ورکول کیږي.

د صدر د جوف ځینې ناروغی لکه پلوروپونومونیا pleuropneumonia، لوپیرنومونیا

lobar pneumonia وچه پلوریزی pleuritis sicca صدر بڼې خوا ته په التهابي وتیره کې د دیافراگماتیک پلورا په اخته کېدو سره د thoracoabdominal syndrom توراکوآبډومینال سندروم د پیدایښت سبب ګرځي.

توراکوآبډومینال سندروم د هغه بطني موقعیته درد څخه عبارت دی چه د ناروغي اصلي وتیره د صدر په لاندنی حصه کېښي واقع، مگر درد په انعکاسي یا ریفلیکتوري میکانیزم سره د بڼې خوا د بطن نیما ئي لور ته انتشار پیدا کوي. د بڼې طرف د توراکوآبډومینال سندروم کیدای سي چه د حاد اپنډیسایټس، حاد کولیسیسټایټس او یا کولیکرینال د کلینیکي لوحې په شکل تبارز ومومي او د دې غړو د اشتباهي تشخیص سبب وګرځي.

دبازال پنومونیا یا پلوریزی او اپنډیسایټس ترمینځ بعضاً ځنی مشابه علایم لکه د بطن په علوی یا بڼیحرقي حفره کې د حاد درد او عضلی دیفانس موجودیت، لوکوسایټوز، د لوکوسیتیرفورمول کینلوریز حرکت، د سیدیمینټیشن او سی - ریاکتیف پروتین لوړتیا، او د صدر د رادیوګرافي په کلیشه کې

محدود تکاټفي محراق، منتشره ارتشاح consolidation او یا پلورائي ایفوژین effusion وجود لري.

باید په یادولو چه د داډول ناروغانو سطحې او نامکل سریري، فزیکي، اولتراسونیک اورادیولوژیکی معاینات او دهغوی دنټایجونا درستہ ارزونه د غلط تشخیص سبب ګرزی چه په نتیجه کی د سروپه التهابي امراضو مصاب مریضان د اپنډیسایټس په تشخیص د بې اساسه عملیات سره مواجه کیږي.

د نومرو اشتباهاتو د مخنیوی په خاطر باید ګیر له بطني دردو څخه د ناروغانو ټول شکایات لکه توحی، نفستګی یا سالندی، سرددی، د بدن ریږد او د صدر درد ته خاصه پاملرنه جلب او د هغوی دقیق کلینیکي تحلیل وکړل سی.

د دغه ډول شکایات لرونکو ناروغانو سره باید د تنفسی جهاز فزیکي معاینات، الټراسوند او د صدر رادیوګرافي اجرا شی.

په توراکوآبډومینال سندروم کېښي د حاد اپنډیسیت پر خلاف د پورتنیو شکایاتو موجودیت، په انامنیز کېښي د یخنی او دکام علایم، لوړه تبه تر (۳۹-۴۰) درجو پوری، د مخ سورتیا، تاشیکار دیا، سطحی او

سریع تنفس (۲۵ - ۳۵ په دقیقه کېښي)، په تنفسي فعل کېښي د صدر د مده عضلاتو ګډون، په قرع

(percussion) سره د اصمیت موجودیت، په اصغا (auscultation) سره د زیرو او سختو تنفسي آوازو، مرطوبو رالو یا کریپیتیشن (crepitation) او پلورائی تریل (اصتکاکی آوازونه) د سږی او پلورا پر ناروغیو دلالت کوي.

د صدر رادیولوژیکی معاینات چی د صدر دناروغیو په مشکوکه مریضانو کېښي حتمی ګنل کیږی، د پنومونیا (pneumonia) د وسعت مطابق د سږی (lung) په مربوطه فص (lobe) یا سیګمنټو (segments) کېښي متجناس کثافت لیدل کیږي. خو که چیری وچ پلوریت (پلوریزی) په مجرد شکل سره وی، په دې صورت کې رادیولوژیکی علایم په کلیشه کېښي نه لیدل کیږي.

په دی ډول د نس او مجاوېرو غړو د حادو ناروغیو دقیقه کلینیکی پیژندنه ډاکترانو او خصوصاً جراحانو ته د تشخیصی اشتباهاتو څخه په ژغورنه کېښي مرسته کوی او دا مجال ورکوی څو جراح په خپل وخت سره تشخیص وضع او تخصصی کمک اجرا کړی.



## اتم فصل

### مزمن اپنډيسائيتيس

#### Chronic appendicitis

مزمن اپنډيسائيتيس معمولاً د حاد اپنډيسائيتيس د يرغل نه ورسته د هغو تغيراتود دواموتحول په نتيجه کبني چي د حاد اپنډيسائيتيس په بهيرکبني ئي وده موندلې وي، مينځ ته راځي. د مزمن اپنډيسائيتيس په

تأسس کبني صفحوی نازک او هم زبنت، پنډ او فبروتیک التصاقات fibrotic adhesions تشکل مومي. فيبروتیکه وتيره کله دمحدودومحراقاتوپه څير او کله بياهم د اپنډکس دجدار ټول عمق او طول په برکي نيسي او متعاقباً داپنډیکس دکانال دقسمي بندښتيا اوبليټريشن partial obliteration ياتول کانال دبنډښت او اوبليټريشن total obliteration سبب گرزي، چه په نتيجه کبني اپنډیکس په يوه سخت او بي جوفه وتری ډوله غري تبديليږي.

که چيري داپنډکس د جوف بندښتصرف د هغه د قاعدي په حصه کبني صورت ونيسي نو د اپنډیکس په ديستال قسمت کبني د تخليی د اختلال د کبلهدمخاطی مايعsirosal fluid او يا قیحي افزاتو purulent exudat غونډيزاوتجمع په لومړی حالت کبني د اپنډیکس دهيدروپس appendicular hydrops او په دوهم صورت کبني د appendicular empyema اپنډیکس دايمپيماسبب کيږي. په دي وتيره کي په يو محدودسوي جوف کيدمخاطي مايع تجمع داپنډیکس دکيست يا سيست appendicular cyst شکل ځانته غوره کوي، چه کولای سي حتی دډيرومحجمو کيستونو په څيرتبارزوکړي. دخيست محتويات معمولأدجلي ډوله سرينناکه غليظي مايع څخه چه کله هم په بعضي ځايوکي کوچيني کلک ايردن ډوله دانه ئي شکل لري اودمیکسوگلوبولوز mixoglobulose په نامه ياديږي، عبارت دي.

ددغو کيستونوپه چاودنه سره دکيست مايع په بطن کي انتشارمومي. چه دعمليات په وخت کي به بطن کبني دغليظی ذجايي مايع موجوديت اشتباهاً دپيريتوان پر مکسوم mixome چه دپسودومکسوم pseudomixome څخه عبارت ده فکر کيږي. علاوه پر دي بعضاً دمزمن اپنډيسائيتيس فبروپلاستيک fibroplastic شکل چه داپنډکس په جدارکي منضم انساج په کثرت سره رشد اودهغه دضخامت اوسختي سبب گرزي، موجوددی (لپوين، ۱۹۴۲، Levin, 1942).

ديادوني ور گنل کيږي چه التهابي او پروليفيراتيفه وتيره بعضاً داپنډیکس څخه څيکوم او صاعده

کولون ته هم انتشار کوي، چه ماکروسکوپیک لوحه ئي اکثر اډتوبرکلوز، اکتینوموکوز او تومورونو (tuberculosis, actinomucosis and tumors) سره د شباغت په لحاظ د اشتباهاتو سبب ګرزي.

### **:Clinical feature**

### **کلینیکي لوحه:**

دمزمن اپینډیسائیتیس **کلینیکي لوحه** په مختلفو ډولونو او غیروصفي اشکالوسره تبارز مومي. اکثرأ ناروغان په بني حرقفي ناحیه کېدرد ځخه چه کله متداوم ثابت وصف لري اوکله هم دلنډ مدتهیر غلونو او حملو په شکل ظاهريري، شکایت کوي. همدارنگه په ډيرو واقعاتوکي دناروغ اساسي شکایات دکولمو دفعالیت د بېنظمیو څخه چه کله دقبضیت او کله داسهال په شکل چه دنس په لاندنی حصه کي ډبي وصفه دردونوسره توام وی، عبارت دي.

دردیرغل په مختلفو حالاتوکي مینځ ته رائي چه کله د نامساعد خورک یا فزیکي فشار نه وروسته، خوکله بیا هم بيله کوم مشخص لامله پیدا کيري.

دمزمن اپینډیسائیتیس دصحيح تشخيص دوضعی په خاطر باید دناروغ انامنیز ته خاصه پاملرنه وسي.

مزمن اپینډیسیت دکلینیکي سیر دمخی پر درو ډوله ویشل کيري:

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| chronic residual appendicitis  | ۱ - مزمن ریزیدوال اپینډیسائیتیس |
| chronic recidival appendicitis | ۲ - مزمن نکسی اپینډیسائیتیس     |
| primery chronic appendicitis   | ۳ - ابتدائي مزمن اپینډیسائیتیس  |

### **۱- مزمن ریزیدوال اپینډیسیت:**

په دي ډول اپنډیسیت کی داپینډیکس دجدار التهاب د یوځل تیرسوی اپینډیسیت په نتیجه کي مینځ ته رائي او دمرض بعدی بهیردپورته ذکرسوي کلینیکي لوحط به شکل کله کله تکراريري.

### **۲- مزمن نکسی اپینډیسیت:**

دمزمن اپنډیسیت په دي صورت کي دمزمن اپنډیسیت دلوحی نه سربریره کله کله دحاد اپنډیسیت کلینیکي لوحهپهتکراري ډول سره لیدل کيري. دهمدي کبله دتکراری حملو او دهغوی دکانسرواتیف تداوي په نظر کی نیولوسره دمرض حاده مرحله دنظره ليري پاته کيري.

### ۳- ابتدائي مزمن اپنڊيسيت:

په دې ډول اپنڊيسيت کي د حملې انامنيز موجود نه وي او مرض په تدریجي توګه سره وده کوي چه په خورا لږو واقعاتو کي لیدل کيږي. بایدوویل سي چه ځني عالمان دډاډول مزمنی وتیري موجودیت کاملاًر دوي او مزمن اپنڊيسيت صرف دحادی التهابي وتیري نتیجه بولي. مگر په عمل کیداسی لیدل کيږی، چه ددې کتګوری مریضانو سره بیله دی چه په انامنيز کی ئي حتی دضعیفډوله حادي حملې شتون ځای ولري، دایستل سوی اپنډیکس په پاتوهیستولوژیکی معایناتو کي مزمنه التهابي وتیره تثبیتيږي. نوځکه دمرض د کلینیکي لوحې دنظره دډاډول مزمن اپنڊيسيت بیلول پرمطقي بنیست بنا ګڼل کيږي.

ددې ډول اپنڊيسيت تشخیص نسبت نورو اشکالوته مشکله دنده وي، ځکه چه دناروغ به انامنيزکی دحاداپنڊيسيت دحملې یادونه ځای نلری، اودهغه کلینیکي بڼه صرف دنس په لاندني حصه کی دخفیف درد احساس او په بني حرقفي ناحیه کي معمولاً د ماک بورنی په نقطه کی دخورمنې نقطې موجودیت چه داپنډیکس دقاعدي دموقیعیت سره تطابق لری دناروغې اساسی نښی تشکیلوي، چه دارنگه علایم دنوموري ناحیې به اکثر و مزمنو ناروغیو کي لیدل کيږي.

څرنګه چه ولیدل سول، دمزمن اپنڊيسيت خصوصاً دابتدائي مزمن سوي اپنڊيسيت تشخیص یوه مغلقه کلینیکي دنده ګڼل کيږي. ځکه دامعاو و رادیولوژیکی معاینات دکثیفه موادو (باریوم سلفات) په مرسته د تشخیص اساسی جزء ګڼل کيږي. په مزمن اپنڊيسيت کښي اکثرأ کثیفه مواد د اپنډیکس د لومین د بندښت او یا تنګوالی له کبله دهغه کانال ته یا کاملاً نه داخلیری او یا په ډیر لږ مقدار سره د معایناتو په دوهمه یا دریمه ورځ تثبیتيږی. باید وویل سی چی د اپنډیکس لومین بعضاً داپنډیکس په نورمال حالت کښي هم امکان لري چی د کثیفه موادو پواسطه ډک نه کړل سی.

په بني حرقفي ناحیه کښي مزمن درد ممکن د ځنی نورو ناروغیو لکه د اپنډیکس **دیویرتیکل**، **توبرکلوز**، **اکتینو میکوزیس**، داپنډیکس **تومورنه**، داپنډیکس **اختناق** او **انواجینیشن** د کبله وی.

همدارنگه دمزمن اپنڊيسيت د تشخیص په مشکلو اومشکوکو واقیعاتو کښي اولتراسوند او اختصاصی رادیولوژیکی معاینات لکه سی- تی- سکن **CT- Scan (کمپوټري توموګرافي)** او ایم. آر. آی **MRI (مگنت ریزونانس ایمیجینیشن)** ډیر مهم تشخیصی رول لوبولی سی.

## نهم فصل

### د اپنډيسيت جراحي درمليز تکتیک او تاريخچه

#### Surgical treatment of acute appendicitis

تر ۱۹ پيری پوري اوهم دهغي په جريان کښی کوم وخت چی بطني جراحي لا خاص انکشاف نه وو موندلی او په مشخص ډول د حاد اپنډيسيت جراحي تداوی عام رسمیت او پیژندنه نه وه حاصل کړی، دحاد اپنډيسايتيس تداوي يوازي په کانسروايف شکل سره وه، چه تداوي داډول مطلقیت اکثر آدمريضانو دلوري کچي اختلاطاتو اووفياتو سبب گرزيد. د ۱۹ پيری په آخروکلونو کي د حاد اپنډيسيت د محافظوی درمل وفيات د(9-10%) سلين پوری تشکیلاوه. مثلاً (Sahli (1892) د ۶۷۴۰ ناروغانو د محافظوی تداوی په نتیجه کښی صرف 8,8 په سل کښی د مړینی واقعات ذکر کړیدی چی په دی توگه تقریباً تر ۹۰ په سل کښی ناروغان د محافظوی تداوی په نتیجه کښی صحت تر لاسه کاوه. دا ارقامو په خپل وخت کښی ډاکترانو ته دا اجازه ورکول چی د حاد اپنډيسيت ناروغانو ته صرف محافظوی تداوی اتخاذ کړی.

خوبعداً وليدل سول چه په پاته سوو (۹۰٪) ناروغانو کي د بعدي اختلاطاتو لکه د مزمن اپنډيسايتيس او التصاقي امراضو دودي د کبله ددرد مکرري حملې دمریضانو دځنډنيزونارميو اوستونخولامل گرزيدل، چي نورنوداډول تداوی ډاکترانوته دقناعت وړنه گڼل کيدل. نوځکه په دي وخت کښي جراخان ددي مرض دجراحي تداوي او اکتيف ميتود په لټه کي سول، خووکلاي سي د نوي تداوي په مرسته سره دمرض دمريني اويادول سوو اختلاطاتوکچه راټيټه کړي. په دي ډول د ۱۹ پيری په اواخروکي جراخانو د اپنډيکتومی پرلور خپل لومړني گامونه واخيستل چه ثبت شوي واقعات ئي په لاندني ډول سره دذکروړگڼل کيږي.

په دي ډول دوخت په رسالوکي لومړی درج سوي اپنډيکتومي په ۱۸۸۰ ميلادي کال کي دبرطانوی جراح Robert Lawson Tait دخوا څخه اجراکړل سوه.

کاناډايي جراح Abraham Groves د ۱۸۸۳ دمای پرلسمه نيټه په کاناډا کي لومړنی موفقانه اپنډيکتومي ترسره کړه چه دکاناډا په اينسيکلوپيډيا کي درج لري.

دامریکاپه متحده ایالاتو کی لومړنی اپیندیکتومي د ۱۸۸۵ دجنوري پر ۸ نیټه د Davenport په Mercy Hospital کې د Dr. William Grant دخوا څخه پر ۲۲ کلني Mary Gartside باندي په بري سره اجرا کړل سوه.

باید وویل سي چه اصلاً لومړی اپیندیکتومي لانور هم ډیر پخوا اند ۱۷۳۵ کال د دسیمبر دمیاشتي پر ۶ نیټه د فرانسوی ډاکټر Claudius Aymand دخوا دلندن په St. George Hospital کې اجرا کړل سوي وه، مگر دا اپیندیکتومي پلان سوي نه بلکه په تصادفي او آتیبیک شکل سره وه، پدې ډول چې ۱۱- کلن هلک ته دمیخ دتیرولو دکبله انومال اپیندیکس چی په فقیه کیسه herneal sack کې ئی موقعیت درلود او پیرفوریشن شوی وو، په غیر عادي توگه دهیرنیو تومی دطریقه اپیندیکتومي کړ سو.

همدارنگه په دی وخت کښی یو تعداد جراحانو هڅه کول چی د اپنډیسیت د ناروغی معالجه او درمل پر محافظوی یاکانسرواتیف او عملیاتی یا اوپراتیف برخو سره ویشی اودهرمیتود دپاره دتداوي معین استطببات مشخص کړی. مگردوی دا کار دپاتوجینیتیک د واضح او مقنع معیارونو د نشتون دکبله انجام نه کړای سواي، ولیچي پدې وخت کې د جراحی مداخلی یوازنی استطببب د درد او کلینیکی لوحی شدت اساسي فاکتور گڼل کیدی.

په حاضر وخت کښی ثابته سویده چی د اپنډیسیت یوازنی تداوی د جراحی مداخلی څخه عبارت ده. ټول ناروغان چی حاد اپنډیسیت ورته تشخیص سوی وی د هغه د کلینیکی لوحی د وصف او شدت په نظر کی نه لرلو سره باید د عاجل عملیات طابع وگرزي. دهمدي کبله نن سبا اپیندیکتومي نه یوازي په ښاری روغتونونو بلکه ساحوي کلینیکونو کې اودمجبوریت په وخت کې حتی په ډیروناماسبو شرایطو کی هم اجراکیري، چه په دې هکله لاندني مثالونه د ذکر وړ گڼل کیري.

Evan O'Neill Kane په ۱۹۲۱ کال کې په نامساعدو شرایطو کیدمجبوریت دمخي پر خپل خان باندي داپیندیکتومي عملیات پیل کړ، چه وروسته دهغه داسیستانت دلوري تکمیل کړ سو.

Leonid Ivanovich Rogozov د ۱۹۶۱ کال د اپریل پر ۳۰ نیټه په جنوبی منجمد سیند یا جنوبی قطب (آرتیکا Artica) کې د تحقیقاتي سفر (expidition) د اجرا په وخت کې دحاداپیندیسیت په حمله اخته سو، مجبور سو چه دعمومي ډاکټر- جراح په صفت په یوازي سرسره داپیندیکتومي عملیات پر خپل خان باندي سرته ورسوي.

که څه هم امکان لری د ځنی ناروغانو سره د حاد اپنډیسیت حمله پخپله او یا د محافظوی درمل پواسطه خاموشی وموندی خو پورتنی قاعده د ټولو جراحانو دپاره اوسپنیز او بنسټیز قانون شمیرل

کیری. ځکه چی داسی تشخیصی میتود چی د اپنډیسیت دکلینیکی انزارو اټکل وکړی، لاتراوسه پوری وجود نه لري.

بعضاً کیدای سی د اپنډیسیت هغه حالات چی په ډیره شدیدہ کلینیکی لوحی سره تبارز ولری، سلیم سیر پیدا کړی او د محافظوی معالجي پواسطه ناروغ تداوی کړ سی. خوځیني اوقات بیا برعکس دمریض ډیره خفیفډوله کلینیکی لوحه کیدلای سی چه د مهلکو او خطرناکه اختلاطاتو سبب وگرزی. له دی کبله د حاد اپنډیسیت ټول کلینیکي اشکال (البته بیلہ اپنډیکولیر پلسترون چی داپنډیسیت ډول نه بلکه د هغه یو اختلاطي شکل دی) عاجلاً د عملیات او appendectomy اپنډیکتومي استطباب گڼل کیری.

همدارنگه په دی وخت کښی یو تعداد جراحانو هڅه کول چی د اپنډیسیت د ناروغی معالجه او درمل پر محافظوی یاکانسرواتیف او عملیاتی یا اوپراتیف برخو سره ویشی اودهر میتود دپاره دتداوي معین استطبابات مشخص کړی. مگردوی دا کار دپاتوجینیتیک د واضح او مقنع معیارونو د نشتون دکبله انجام نه کړای سواى او د جراحی مداخلی یوازنی استطباب د درد او کلینیکي لوحی شدت اساسي فاکتور گڼل کیدی.

په حاضر وخت کښی ثابتہ سویده چی د اپنډیسیت یوازنی تداوی د جراحی مداخلی څخه عبارت ده. ټول ناروغان چی حاد اپنډیسیت ورته تشخیص سوی وی د هغه د کلینیکي لوحی د وصف او شدت په نظر کی نه لرلو سره باید د عاجل عملیات طابع کړل سی.

که څه هم امکان لری د ځنی ناروغانو سره د حاد اپنډیسیت حمله پخپله او یا د محافظوی درمل پواسطه خاموشی وموندی خو پورتنی قاعده د ټولو جراحانو دپاره اوسپنیز او بنسټیز قانون شمیرل کیری. ځکه چی تر اوسه پوری داسی تشخیصی میتود چی د اپنډیسیت دکلینیکي انزارو اټکل وکړی، لاتراوسه پوری وجود نه لري. بعضاً کیدای سی د اپنډیسیت هغه حالات چی په ډیره شدیدہ کلینیکي لوحی سره تبارز ولری، سلیم سیر پیدا کړی او د محافظوی معالجي پواسطه ناروغ تداوی کړ سی. خوځیني اوقات بیا برعکس دمریض ډیره خفیفډوله کلینیکي لوحه کیدلای سی چه د مهلکو او خطرناکه اختلاطاتو سبب وگرزی. له دی کبله د حاد اپنډیسیت ټول کلینیکي اشکال (البته بیلہ اپنډیکولیر پلسترون چی داپنډیسیت ډول نه بلکه د هغه یو اختلاطي شکل دی) عاجلاً د عملیات او appendectomy اپنډیکتومي استطباب گڼل کیری.

خوځرنګه چی پورته وویل سول د اپنډیسیت د کلینیکي لوحی او د هغه د انزار تر مینځ مستقیمه رابطه نه لیدل کیری او اکثرأ د اپنډیسیت د کلینیکي بڼه د ایستل سوی کولمی د مورفولوژیکی تغیراتو سره تطابق نه ښی. ددی اصل په نظر کی نه لرل اکثرأ د تشخیصی او تکتیکی اشتباهاتو سبب کیری.

د تیرو کلویه موده کبني په ځيني کلينيکو کبني د عمليات د مخه د اپنډيسيت په تشخيص کبني د هغه د مورفولوژيکي د ډول يادونه او اټکل حتمي گڼل کيدل، خو وروسته دا ثابته سول چي ډير ځله په هغه واقعاتو کبني چي کلينيکي بڼه سپکه او د کاترال اپنډيسيت شکل ته ورته وه په اپنډکس کبني پرمختللي تخريبي او دستروکتيف تغيرات حتی د گانگرين په توگه موجود وه او برعکس په هغه واقعاتو کبني چي د ناروغ وضع ډيره وخيمه ليدل کيدل او د کلينيکي لوحې د وخامت دارزون او ارزيابي په تيوروتيکي او منطقي لحاظ د اپنډکس پر ژورو مورفولوژيکي morphologic او جوربنستيزو بدلونونو پر شتون دلالت کوي، په حقيقت کبني د پتالوژيکي څيړنو په نتيجه کبني د اپنډکس جوربنستيزه تغيرات ډير جزئي او سطحی وه. دا هم بايد وويل سي چي د تشخيص نه تطابق نه يوازي د ځوانو جراحتو بلکه د مجربو جراحتو په کار کبني هم ليدل کيږي. د (Platonov O.N., 1974) د احصائي په اساس د کلينيکي او مورفولوژيکي تشخيصونو تر منځ تطابق او يو ډولون په 31,3 په سل او د (Rusanov A.A., 1979) د احصائي پر بنسټ 41,6 په سل کي ځای لري.

د بلې خوا د ناروغی په پيل کي اکثراً د مرض نښي نښانې په ساده سيره او وخيم السيره واقعاتو کبني سره ورته او مشابه وي چي دا اټکل درست نه شي کيدای چي د ناروغی بهير کوم لورته روان او څه ډول(اسانه او که وخيم) سير تعقيبوي.

په دې صورت د کلينيکي بڼي په اساس د اپنډکس او په بطن کبني د مورفولوژيکي بدلونونو د درجي تعين همدارنگه د موجوده تغيراتو د راتلونيز بهير د سير او انزارو اټکل اکثراً د ناممکنو وظايفو څخه محسوبيږي او په هره واقعه کبني د مرض د تراچيډيک او غمجن سير ردونه هم محال نه وي.

نو ځکه په حاضر وخت کبني د اپنډيسيتس د خطرناکو اختلاطونو د مخنيوي په خاطر د حاد اپنډيسيت پخپل وخت سره عمليات يو حتمي امر گڼل کيږي، چي دا اصل په خپل وار سره د بعدی اختلاطاتو او عمليات د خطر د کموالي سبب گرځي.

په دې ډول په آخرو کلو کبني د اپنډيکتومي اجرائينه د اپنډيسيت په ابتدائي مراحلو او لومړيو ساعتو کبني د پوست اپراتيف (post-operative) وفياتو او مړيني کچه ډيره راټيټه کړي او د 0,38- 0,5 سلين په حدود کبني قرار لري.

د (U.S. Gelevich, 1976) د احصائي په اساس په هغه صورت کبني چي عمليات په لومړيو ۲۴ ساعتو کبني اجرا سوي وي وفيات 0,1 په سل کي او تر 42 ساعتو وروسته 1,1 په سل کبني يعنی يوولس (۱۱) ځله لوړ تر هغه تعين سويدي. همدارنگه د اپنډيکتومي نه د مړيني او وفياتو کچه د اپنډکس او د هغه د چاپيريال په مورفولوژيکي تغيراتو باندې هم مستقيمه اړيکه لري.

د Verebely د ارقامو په اساس په کاترال یا ساده ډوله اپنډیسیت کې وفيات خورا لږ او تقریباً (0-0,01) په سل کې لیدل کېږي، حال داچې په پیری اپنډیکتولیر ابسی کېنې 5%، په منتشر پیریتونیت کې د 40-50 سلین او د ځنډنې تقیحې اختلاطاتو په صورت کېنې حتی تر 80% پوری رسیري.

O.I. Elickaya (1959) داسې ارقام ذکر وی چې د (301) ناروغانو د جملې نه چې د اپنډیسیت د خفیفو علایمو د لرلو د کبله تر محافظوی تداوی لاندې نیول سوي وه د (177) نفرو سره په ډیر ژر وخت کې د حاد اپنډیسیت حمله تکرار چې دوه نفره ئې د پیریتونیت د ودې د کبله فوت او متباقی تر عملیات لاندې ونیول سول.

زموږ په عملیات سوی ناروغانو کې په همدا شکل (13,5%) هغه کسان وه چې د عملیات نه مخکې د یوې میاشتی په جریان کې د نس د خفیفو مشکوکو دردونو او اپنډیسیتس ته د مشابه علایمو په لرلو سره یو یا څو ځله روغتون ته مراجعه کړی وه مگر د مشکوکې کلینیکې لوحې د کبله د کولیت یا colitis او یا اسکریدوز ascaridosis په تشخیص رخصت سوی وه. په دې توگه پر خپل وخت سره اجرا سوی عملیات د رادیکال معالجوی میتود په حیث د مریض د ژوند د نجات او اختلاطاتو د مخنیوی سبب کېږي او نه پریردی چې ناروغان د بعدی تهدید لاندې او حتی په هر ډول نامصاعدو شرایطو کېنې د گواښ سره مخامخ وی.

باید وویل سی چې بعضاً د حملې په پیل کې په ایستل سوی اپنډیکس کېنې بنسټی مورفولوژیکې تغیرات و نه موندل سی. د لیتیراتورې ارقامو په اساس (Rusakov A.V., 1957) د حاد اپنډیسیت په تشخیص سره د ایستل سوی اپنډیکسو نورمال مورفولوژیکې حالت د 15-40% په سل ناروغانو کېنې تثبیت سوی دی. داځکه چې په دی گروپ ناروغانو کېنې عملیات ډیر وختی یعنی د وظیفوی تشوشاتو په مرحله کېنې چې اناتومیکی تغیرات لا منځ ته نه وی راغلی اجرا سوی دی. زموږ سره په عملیات سوی ناروغانو کېنې د مورفولوژیکې تغیراتو نه موجودیت صرف په 6 واقعو کېنې (1,9%) ځای درلود. ددې تپیت ارقامو اساسی علت زموږ د نظره د ناروغانو ناوخته مراجعه فکر کېږي، چې پدی موده کېنې اکثرآ د اپنډیکس په جدار کېنې التهابی تغیرات وده مومی.

ځنی وخت د حاد اپنډیسیت د وصفی لوحې لرونکو ناروغانو د عملیات په وخت کېنې په اپنډیکس کې حتی جزئی ماکروسکوپیک تغیرات هم نه لیدل کېږي چې دا توپیر اکثرآ د تشخیصی اشتباهاتو سبب گزري. مثلاً

I.D. Jutnik په 1954 کال کې پدی ارتباط نشروی چې مریض د اپنډیسیت د لوحې په لرلو سره OT ته نقل، خو تر اشتباه لاندې ناروغ سره د عملیات په وخت کې د اپنډیسیت د ماکروسکوپیک د روغ



حالت د کبله د اپنډیکتومی څخه صرف نظر وکړل سو. خو د عملیات په دوهمه ورځ ناروغ د پیریتونیت په لوجه سره تکرار عملیات او گانگریوز اپنډیسیت ورسره تثبیت کړ سو. څرنګه چی مخکی هم وویل سول د مورفولوژیکي څیړنو د منفی نتایجو د کموالی په خاطر باید کثیرالمقطوعی تحقیقات اجرا سی. چی دارنګه معاینات د منفی نتایجو فیصدی د 25 نه تر 7 پوری راتیټوی (Kolisov V.I., 1972).

د پورتنیو دلایلو په ذکر سره یو ځل بیا داسی نتیجه ترلاسه کیږی، چی د حاد اپنډیسیت ټول ناروغان د مرض د وصف او کلینیکي لوحی په نظر کی نه نیولو سره باید عاجلاً عملیات او اپنډیکتومی ورته اجرا کړل سی. همدارنګه په هغه واقعاتو کبسی چی د اپنډیسیت لوجه مشکوکه او اپنډیسیت په قطعی توګه نسی ردیدلای، باید د همدغه تکتیک څخه د عملیات په ترجیع ګڼلو سره استفاده وسی او ناروغان په عاجل او بیرنیزه توګه عملیات سی. لکه چی مخکی هم وویل سول دا قانون د اپنډیکولیر انفلترات یا پلسترون (اپنډیکولیری کتله - appendicular mass) په مورد کبسی صدق نلری. د اپنډیسیت دا ډول اختلاط د خپل ځانګړی درملیز تکتیک ضرورت ایجابوی چی وروسته به ذکر سی.

#### د اپنډیکتومی د اجرایی اساسی شرایط:

ددی دپاره چی اپنډیکتومی په بری سره تر سره سوی وی ځینو مقدماتی تدابیرو ته چی دهغوی په مرسته سره عملیاتی تیم، انسټیزی لوګ او مریض هر یو د خپل رول مطابق د عملیات د اجرایی دپاره د بشپړه چمتون په نیونه سره دا مهم مسولیت په غاړه واخلي، ضرورت لیدل کیږی.

دا لازم شرایط په لاندی ډول دی:

- د جراحی تیم مقدماتی چمتون او منجمنټ
- عملیات ته د ناروغ تیارون
- د انسټیزیا اهتمامات او د میتود انتخاب

#### A- د جراحی تیم مقدماتی چمتون او منجمنټ:

### Primary preparation and management of operation's team

جوته ده چی په حاد اپنډیسیت کبسی د چنجی ډوله استطالی ایستل (appendectomy) د عملیات یوازنی شکل دی. دا عملیات په اکثره واقعاتو کبسی چی د جلد شحمی طبقه نازکه، اپنډیکس پر خپل طبیعی ځایبنت واقع او د ناروغی موده ځنډنی نه وی، په اسانتیا سره اجرا کیږی. اپنډیکتومی معمولاً په ماشومانو، زلمی ځوانانو تسمه او ډنګر اشخاصو او ځوانو ناروغانو کبسی چی شحمی قشر یی اکثرآ نری او د اپنډیکس موقعیت نسبتاً سطحی وی، په عادی حالت کبسی اسانه او ساده عملیات ګڼل کیږی،

مگر په ځينو نورو حالاتو لکه د زاره سين پولی موربيد حالت Polymorbid condition ، چاغ او شحمی ناروغان، ځنډنی وتیره او د اپنډیکس غیر وصفی موقعیت کښی بیا دا پروسیجر په یوه ډیر مغلقت عملیات سره تبدیلیږی، چی جراح صرف د خاص پوهنیز چمتووالی او مسلکی مهارت په لرلو سره کولای سی چی په بری سره عملیات سرته ورسوی او د مریض ژوند ته نجات ورکړی.

په هغه حالاتو کښی چی اپنډیکس غیر معمولی- تحت الکبدی (تراینی لاندی - Sub hepatic) ، ریتروخیکال retrocecal موقعیت ولری او یا داچی زروه او قاعده ئی لیزس سوی وی د اپنډیکس پیداینه ډیره مشکله چی بعضاً حتی څو ساعته په بر کی نیسی او ان ډیر مجرب جراحان هم پکښی سرگردانه وی.

په دی ډول د پورتنی توضیحاتو څخه لاندنیو نتایجو ته رسیږو:

- جراح باید هیڅکله اپنډیکتومی ته په تیب نظر ونه گوری او د هغه دپاره هم په تام دقت او مسولیت سره کوم چی دنس د نورو غړو او بطنی مغلقو عملیاتو دپاره لازم گڼل کیږی ځان چمتو کړی.
- جراح باید د عملیات نه مخکی د اپنډیکس د اتپیکو حالاتو شتون په نظر کی ولری او په هره واقعه کښی داسی فکر وکړی چی د اپنډیکس د غیر عادی موقعیت یا کوم بل مغلقت حالت سره مخامخیدونکی دی.
- عملیات نرس OT- nurse باید په عین وخت کښی د لویو او مغلقو عملیاتو لپاره چمتو او د ضرورت په صورت کښی لازمه سامان-آلات په اختیار کښی ولری.
- عملیات باید په مجهزه او عملیاتی سامان سنباله عملیاتخانه کښی د یوه یا دوو مرستندویو یا اسیستانتانو په گډون سره اجرا سی.

## **B - عملیات ته د ناروغ تیارونه:**

### **Patient's preparation for OP**

عملیات ته د مریض تیارون د یو سلسله تدابیرو څخه عبارت دی چی د حقوقی اصل د رعایت سربیره د مریض د حالت په څرگندونه، روحی (سایکولوژیکی) او فزیکي حمایه کی خورا ډیر مهم ارزښت لری چی د هغوی په نتیجه کښی د مریض وضع د عملیات دپاره چمتو او د عملیات د ناوړو تاثیراتو د تنقیص سبب کیږی. دا تدابیر عمدتاً په لاندی ډول دی:

- لومړی دا چی مریض ته د عملیات هدف په ساده او بسیطو الفاظو سره تشریح او هغه د عملیات په لزومیت باندی قانع کړل سی. د عملیات اختلاطات واضیح سی او هغه خطرونه چی بیله عملیاته

- ورته متوجه دی و نومول سی. باید هڅه وسی چی د مریض سایکولوژی حمایه او هغه په هراس کی وانه چول سی.
- مټانه باید د عملیات تر مخه تخلیه کرل سی.
- که چیری ناروغ په نژدی وخت کښی غذا خوړلی وی د گیدی تخلیه د نازوگاستریک سوند
- (NG-tube) د لاری حتمی گڼل کیږی.
- وروسته ناروغ ته ۱۰-۱۵ دقیقې د عملیات تر مخه یو سی سی (1ml) پانتاپونتهحتالجدی یا دیازپام وریدی Pantapone/Diazepam زرقیری(البته د ماشومانو په استثنا).
- هغه ناروغانو ته چی په وخیم حالت کښی واقع او یا د انتوکسی کیشن intoxication بارزی نښی ورسره وی د انتوکسی کیشن د رفعی او د قلبی وعایی وظایفو د تنظیم په خاطر د فیزیولوژیک یا 5% glucose گلوکوز د محلولاتو، قلبی منبهاتو تطبیق او د هایپوکسی Hypoxia په موجودیت کښی د اکسیجن توصیه یا O2- therapy حتمی شرط گڼل کیږی.

### C - دانستیزی یا بی خوړی د میتود انتخاب.

#### Choice the method of anesthesia

- په مخه تلو هیوادو کښی اپنډیکتومی صرف د عمومی بیهوبنی یا جنرال انستیزی (general anesthesia) په مرسته اجرا کیږی. خو په وروسته پاته هیوادو او هم زمور په گران وطن کښی د اقتصادی ناتوانی او متخصصینو د لږښت د کبله دا عملیات هم د موضعی بی خوړی او هم د عمومی بیهوبنی (نرکوزیس) Narcosis په مرسته سره سرته رسیږی.
- موضعی انستیزی معمولاً د ناروغی په ابتدایی مراحلو یعنی په لومړنی ساعتو کښی چی د اپنډیکس په چاپیریال کښی التهابی او التصاقی تغیراتو لا وده کړی نه وی او اپنډیکس د نس په جوف کښی په ازاده توگه پروت وی، اجرا کیږی. په دا شانته حالاتو کښی اپنډیکس معمولاً د عملیاتی ټپ وسطحی او د نس جدار ته نژدی په ازاده توگه واقع وی، چی ایستل ئی په اسانتیا سره صورت نیسی او د خاص درد د پیدایښت سبب نه گرځی. ځکه په دی حالاتو کښی موضعی یا لوکل انستیزی د عملیات بی خطر په بی خوړی تامینولای سی.
  - په هغه واقعاتو کښی چی د اپنډیسیت د یرغل څخه تر ۲۴ ساعتو ډیروخت تیر او اپنډیکس غیر معمولی، عمیق، ریتروڅیکال موقیعییت ولری او یا په التصاقاتو کښی نغښتی او محدود سوی وی، خصوصاً د منتشر پیریتونیت د علایمو د وجود په صورت کښی عمومی بی خوړی (نرکوزیس) د انستیزی مساعد او لازمی ډول تشکیلوی.
  - همدارنگه په ماشومانو، متهیج او عقلی ناروغانو کښی باید د عمومی انستیزی څخه استفاده وسی.

- د متممه امراضو د موجودیت په صورت کښی د انسټیزیا دمیتود غوره کول باید د داخله او انسټیزیا دمخصصینو سره په گډه صورت ونیسی.
- که چیری د عملیات شروع تر موضعی انسټیزیا لاندی پیل سوی وی او د عملیات په جریان کښی بی اټکله ستونزی را منځ ته سی (انفلترات، التصاقی وتیره او داسی نور) او یا د بطن د جوف دوسیع تفتیش ایجاب لازم وگڼل سی په دی صورت کښی باید موضعی انسټیزیا په نرکوز باندي مبدله کړل سی.
- د موضعی بی حسی د اجرایی طریقه د اپنډیکتومی دپاره د نس د جدار په څیرون یا شق باندي ارتباط نیسی چی د بعضی تیپیکو څیرونو او مداخلاتو موضعی بی حسی په مربوطه فصل او د مربوطه عملیات د تکنیک په حصه کښی نشر ته رسیری.

## لسم فصل

### د آپنډيکتومی مداخلتي تخنيک او ډولونه

#### Technic of appendectomy

د آپنډيکتومی د اجرائیې لپاره د نسپهني حرقفینا حیه کېد لاپراتومي د مختلف ډوله څیرونو یا شقونو (عمودی، مستعرض، منحرف) څخه استفاده کېږي، خو د Mc. Burney 1894 منحرفه څیرنه تر ټولو ډیر زیات او د Linander 1888 عمودی پاراریکتال شق په بعضی مشخصو مواردو کېښی عمومي رایج پیدا کړی دی چې وروسته به هر یو څیرون په مفصله توګه شرح کړسی.

#### د Mc. Burney څیرون:

##### Incision Mc. Burney's

داشقد **Mc. Burney** دخوا په 1894 کال کې اجرا کړ سو. د عملیات تخنيک نسبتاً بسیط، کمتر ضیضه mini traumatic کمضرره او د نس د عضلاتو د فزیولوژیکي وظایفو ساتونکی دی چې ددغو خواصو له کبله دنړۍ په ټولو هیوادو کېښی زیات پلویان لری. څرنګه چې لوړ وویل سول داشق د معینو استطباً با تو سره سم تر موضعی بیحسي یا عمومي بیخوري or general anesthesia (local) لاندی اجرا کېږي.

#### دمک بورنی شق دموضعی انستیزیا په مرسته:

د موضعی انستیزیا د پوره تاثیر او تقویې او همدا رنگه د مریض دروحي آرامتیا په خاطر مریض ته د ځینو نرکوټیک یا غیر نرکوټیک مسکناتو یا ترانکوئلیزرونو زرقیات د پرمیدیکیشن په حیث دانستیزیا حتمی او ضروري شرط ګڼل کېږي.

#### premedication

#### پرمیدیکیشن:

د عملیات تر مخه باید ناروغ ته یو سی سی پانتاپون Pantopon، پرومیدول Promedol او یا مورفین Morphine تر جلدلاندی subcutan او یا اسیسی Diazepam دیازیپام یا Dormicum دور میګوم د پرمیدیکیشن په حیث وریدی زرق کړل سی.

## موضعي انيستيزيا:

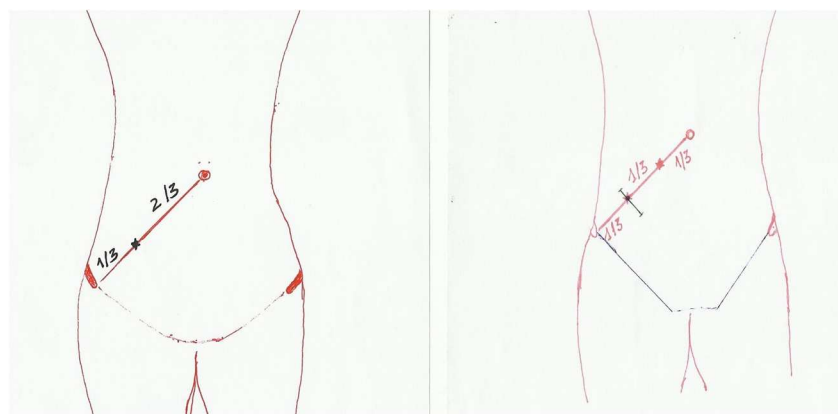
### local anesthesia

موضعي بي خوري د اټکل سوی ناحیې د جدارو په مختلفو طبقاتو کښې چې د شق ایجاب کوی د 0,5% د نوکائین محلول په زرق سره اجرا کیږی. په لومړی مرحله کښې د څیرنیز خط سیر باندی د جلد دننه انستیزی پیل کیږی چې پدی شکل د نوموړی خط جلد د لیمو یا نارنج د پوستکی په څیر دانه شکه ټیټه هسکي لرونکي سطح پیدا کوی. وروسته د نوموړی لیکی څلورو خواوو ته په څلورو نقطو کښې د عمیقه انساجو بیخوری په لوزی شکل سره اجرا کیږی. پدی ډول سره چې لومړی د نوکائین محلول د معین یا لوز د پورتنی او کښتنی نقطو څخه دمعین وحشی او اونسی لور ته اویا د بنی او کښی نقطو څخه د لوز و پورتنی او کښتنی لورو ته متوجه کیږی چې پدی ډول د شق د ناحیې د ټولو اعصابو بلاک تأمینیری. د نوکائین محلول د جدار په ټولو طبقاتو کښې (جلد، تحت الجلد، عضلی طبقه او د پیریتوان مخکی شحمی طبقه یا preperitoneal fat په ترتیب سره باید زرق کړسی. همدارنگه که چیری د بطن د جدار د شق په جریان کښې د کومی طبقی بی خوری کافی نه وی د نوکائین د محلول زرق د عملیات په بهیر کښې دوام پیدا کوی. د بی خوری په وروستی مرحلو کښې د اوردی ستنی پواسطه سره د حرقی لورنی مخکنی مشوکی (spina iliaca anterior superior) په داخلی سطح باندی نوکائین زرق او ستن ورو ورو دنس د جداره څخه تیریری اود حرقی عظم په داخلی سطح spatium retroperitonealis یعنی د پیریتوان په شاتنی جوف کي د ۵۰-۶۰ سیسی پوری د نوکائین محلول زرقیری.

دا دبی حسی مانیوره د سیکوم کښونه او جرحی ته را ایستنه ډیره آسانوی او دا مرحله په ارامی سره سپری کیږی. علاوه پردی که د نس د جدار د طبقاتو شق له درد او خوړ سره مخامخ وی د عملیات په بهیر کی نوموړی طبقات د نوکائین په واسطه سره په اضافی توگه بی حسه کیږی. سر بیره پردی د پیریتوان د څیرون وروسته باید موضعی انستیزی نور هم ادامه ومومی چې پدی شکل لومړی د څیکوم شاته تر جداری پیریتوان لاندی نوکائین زرقیری څو د څیکوم نیونه او را ایستل کاملاً بی درده کړل سی. وروسته د آپنډیکس په پیدا کولو سره په میزو آپنډیکس misoappendix کښې ۲-۳ سی سی نوکائین زرقیری چې ددی عمل په اجرا سره د آپنډیکس نیول او د هغه د قاعدی غوټه او ټرل دناروغ د ناراحتی سبب نه کیږی. همدارنگه بعضی جراحان د الیوسیکال د ناحیې په میزانتیریوم (misenterium) کښې هم د نوکائین بلوکاژ توصیه کوی چې جراح او ناروغ ته خاص سهولت بخښی. د انستیزی نه وروسته د عملیاتی شق د ناحیې د بیحسی درجه د ستنی په وهلو سره کنترول او د کافی انستیزی د شته والی په صورت کښې د جلدی شق په اجرا کولو سره پیل کیږی.

د Mc. Burney شق په بنی حرقی حفره کښې و مقبنی وترته موازی د لور مخکنی حرقی مشوکی (spina iliaca anterior superior) نه د ۲ عرضانی گوتو (په چاغو خلکو کی د ۳ گوتو) په فاصله جلدی شق د ۶-۸ سانتی مترو په طول اجرا کیږی. شق باید د Mc. Burney د نقطی نه چې د

الیو امبیلیکال د لیکي یا خط (linia ilio – umbilicalis) د مینځنی او خارجی  $1/3$  برخو د اتصال په ځای کی واقع ده په داسی ډول تیرسی چی د شق  $1/3$  د خط لوړ لور او  $2/3$  برخه ئی د خط لاندنی لورته واقع سی (شکل ۱۶، ۱۷).



(شکل-۱۷)

(شکل-۱۶)

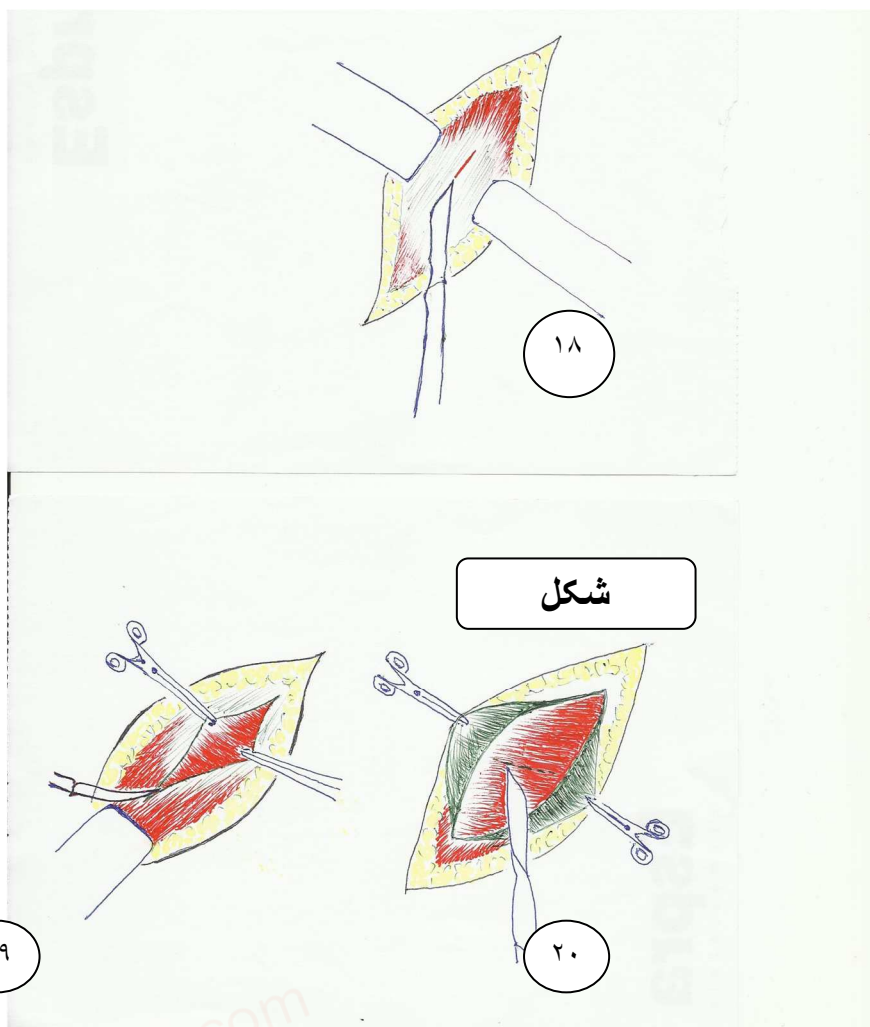
که څه هم د شق طول معمولاً د ۶-۸ سانتي متره پوری وی خو په چاغو خلکو کی باید د شحمی طبقی ضخامت په اندازه اوږد کړ سی. همدارنگه په هغه واقعاتو کښی چی التصاقی وتیره او یا د پیریتونیت علایم موجود وی باید د جلدی شق طول په کافی اندازه وسیع وی.

په ډنگرو اشخاصو او همدارنگه د آپنډیسیت په شروع کښی چی التصاقاتو لار وده نه وی کړی، کیدای سی چه د نسسبتاً واره شق څخه استفاده وسی. خو دا باید وویل سی چی د شق اندازه نه باید چه تر ۵ سانتي متره کمه وی، ولیچه تش په نامه کاسمیتیک cosmetic د ۳-۴ سانتي متره پهل طول شقونه د آپنډیکسپه لټونو او د سیکومپه رالاستته کی خاصی ستونځی ایجادوی چه اکثرأ دامعاؤو د ترضیض، اختناق، څیرنی، لاڅیریشین او حتی وسیع ریچر سبب گرزی، مجازنه گڼلکیری.

لومړی باید د جلد، تحتالجلد او وسطی یاسریبیرنی فاسخیاشق اجرا او د جلد او تحتالجلد او عیو وینتونیو اولدپانسپه نیولو او وروس ته د نری کتگوتپهغو ته کولو سر هو درولسی. دنومووری شقوروسته د نسدخارجی منحرفی عضلی (musculus obliquus externus abdominis) صفاق ظاهریری.

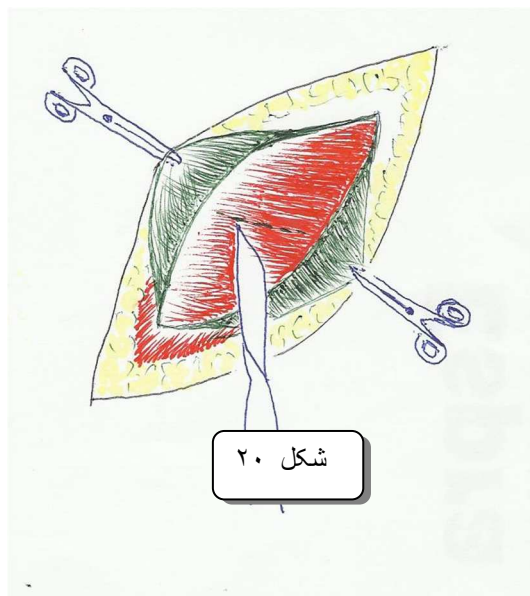
خنی جراحان لازمه اوبنه گنی چی د صفاق د خیرنی نه مخکی شحمی طبقه د گاز پواسطه سره چه دتحت الجلدي صفاق سره دڅوخیاطوپه ذریعه تثبیت او احاطه کړسی. چی دا مانیوره د شحمی طبقی د منتیدو د وقایوی گامو څخه شمیرل کیږی.

د صفاق په مینځنی حصه کی د الیافو د مسیر په امتداد کوچنی شق اجرا کیږی چی د صفاق آزاد کنارونه د پانس پواسطه پورته نیول کیږی (شکل ۱۸) او د صفاق پورتنی او کبنتی لورته صفاقی شق لوئیری (شکل ۱۹).

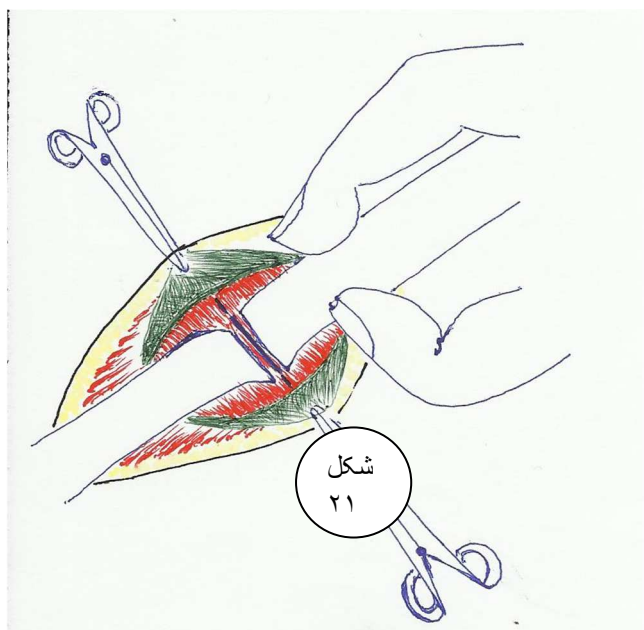




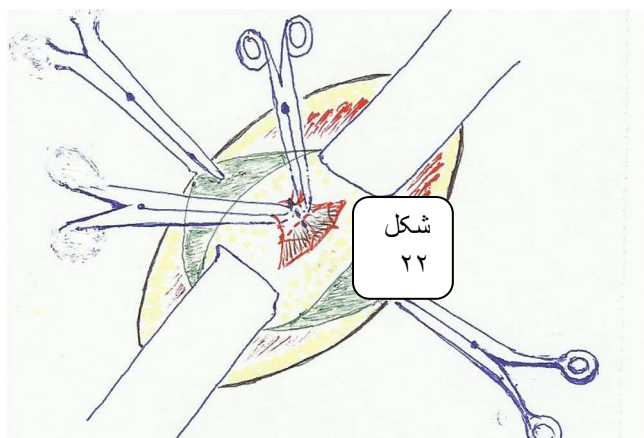
د صفاق پورته لورته شق معمولاً د نس دخارجی منحرفی عضلی د الیافوسره چی په د ټپ په لڅه سوی ناحیه کښی واقع دی یوځای اجرا کیږی. د صفاق د کامل څیرون وروسته تر هغه لاندی د بطن داخلی منحرفه عضله (musculus obliquus internus abdominis) چی د الیافو مسیر یی شق ته عمودی واقع دی لیدل کیږی. وروسته د صفاق ازادی ځندی دپانس دخوکوپه واسطه پورته نیول کیږی او د داخلی منحرفی عضلی لومړی فاسخیا او وروسته د عضلی الیافو شق د هغوی د مسیر پرجهت صورت مومي (شکل ۲۰).



د نس د مستعرضی عضلی الیاف چی مسیر یی پدی ناحیه کی تقریباً د داخلی منحرفی عضلی سره توافق لری په همدی شکل سره شق کیږی. وروسته د پارابیف د چنگکو پواسطه د شق سوی عضلاتو کنارونه پورته اولاندی خواووته بیلیری او جرحه د چنگکو د کشیدو په مرسته متوسع کیږی. په دی ډول اوس د ټپ په عمق کی د پری پیریتونیال شحم Preperitoneal fat او مستعرضه فاسخیا Fascia transversalis قرار نیسی. (شکل ۲۱)



د فاسخیا په شق اود پری پیریتونیا شحم په تسلیخ سره جداری پیریتوان په جرحه کبئی ظاهریری. د جداری پیریتوان نازکه صفحه په دقت سره د دوو خواوو څخه د پنسیت او یا هموستاتیکو نازک نوکه پانسو په واسطه سره نیول کیږی او پورته راکشیری چی پدی شکل د پیریتوان گونجه یا کوت (plica) تشکیلیری، وروسته د پانسیت د قاعدی په واسطه د کوت Plica ضخامت کنترولیری څو دهغی پهمینځ کبئی داخلی احشاوی موجودی نهوی. پهنیولسوی پیریتوانکی د داخلی احشاوو موجودی پیریتوان ته شفافا و نازک کشکلنه بلکته تاریکاو ډبل ډولورکوی چی پدی صورت کبئی باید پانس یاپانسیت پیریتوان څخه خلاص او پهمکرر ډول هڅوسی چی یوازی جداری پیریتوان نیولسی. صرفهغوختو د جراحنا عتیه کامله توگه حاصلسی چی په متشکلکوت یا گونجه (Plica) کبئی صرف جداری پیریتوان نیول سوی دی په مطمینه توگه پر پورته کش سوی پیریتوان وور شق اجرا او په جداری پیریتوان کبئی کوچنی سوری جوړیری (شکل ۲۲)



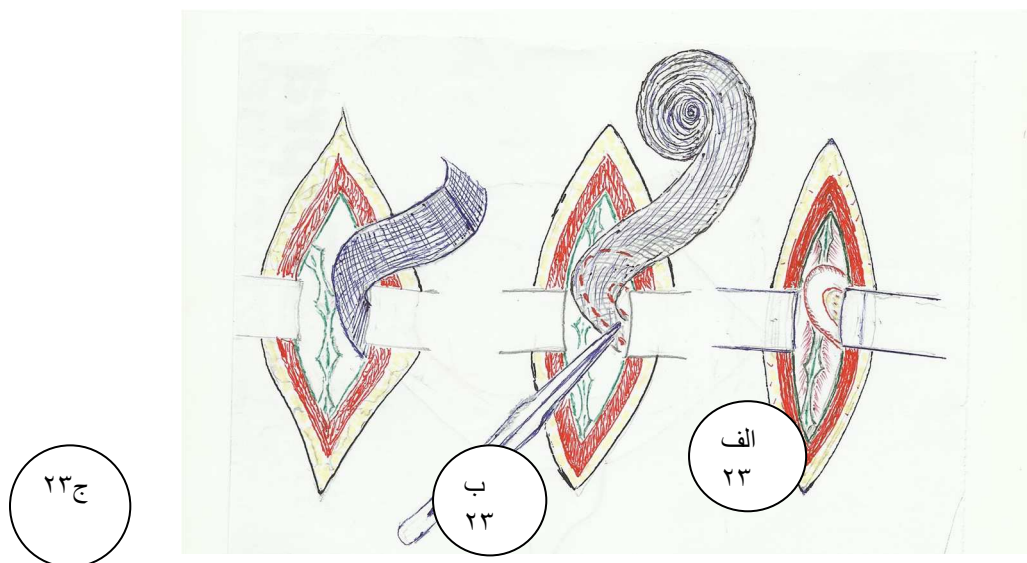
دڅیری سوی پیریتوان آزادی څنډی ددوارو خواوو څخه د میکولیچ Miculich د پانس په واسطه سره نیول سوی اودجوف نه بهرني لورته را پورته کیږی.

وروسته دپیریتوان د سوری سوی ځای بر او کوزخواوو ته د بیاتی یا قیچی پواسطه سره په لازمه اندازه شق اجرا اوڅنډي ئي د ۴-۶ اعدادو د میکولیچ پانسونو په ذریعه د جرحي داحاطوي گاز سره تثبیت او په دي ډول د نس جدارى طبقات دپتالوژيکي محتوياتواوانتاناتو د تاثیر څخه محفوظ پیاښیږی. وروسته د لاپراتوم جرحه د پارابیف د ایکاتورو پواسطه متوسع کیږی او د ناحیې تفتیش او څیرنه صورت نیسی.

- معمولاً په جرحه کښی سیکوم واقع وی چی د خپل شین وبره او سیانوتیک ډوله رنگ له کبله د نریو کولمو نه چی سوروبره او گلابی رنگ لری په اساني سره تفریقیدلای سی.

- همدارنگه سیکوم د مستعرض او سگموئیدو کولمو څخه چی بعضاً په دغه ناحیه کښی واقع وی د شحمی ځوراندو (appendici epiploici) پهنهلرلوسر هیلیدلای سی.

- په لاپراتومی ناحیه کښی د الیوم یا اثر بدموقعیت په صورت کښی هغوید تامپون یا لانگیت په واسطه سره دنس دجوف اونسي (داخلي) لورته تیلهاود تامپونپواسطه سره په پطنکښی غر صاوپتیری. (شکل ۲۳ الف، ب، ج)



- دسیکوم د غیر عادی تیټ موقیعیټ په صورت کښی معمولاً صاعده یا لوره تلونکی کولمه د جرحی په ساحه کښی واقع وی چی په دی صورت لوره تلونکی کولمه په تدریج او قراری سره جرحی ته نژدی کیری او پدی شکل سیکوم پیدا او راپورته کیری چی پدی وخت کښی د څیکوم په لومن کښی د مایع او غازاتو د حرکت یرغ (گور هاری) اوریدل کیری. مخکی تردی چی رنده کولمه د نس د جوف یا گوگڅخه راوایستل شی، لومړی باید گوته بطن ته داخله او د گوتی د تفتیش سره د چنجی ډوله استطالی موقیعیټ تثبیت او دهغه حالت معلوم کړشی چی آیا اپنډیکس په آزادانه توگه قرار لری او که د التصاقانو او پردو پواسطه سره د سیکوم، جداری پیریتوان یا نورو غرو سره نښتی دی.

که چیری د اپنډیکس زروه آزاده او د جدار سره وصل نه وی نود څیکوم جدار د گردی ډوله یا همورئیدال ایلاستیکی پانس پواسطه سره نیول کیری او جرحی ته را ایستل کیری.

- بعضی جراحان د څیکوم د جدار نیونه د پانس په ذریعه مجاز او خالی د خطر نه گنی خصوصاً که چیری د څیکوم جدار التهایی اوسخت شوی وی، ځکه نود سیکوم را ایستنه د گوتو نه په استفاده سره توصیه کوی.

د څیکوم درا ایستلو په تعقیب سره اپنډیکس هم په جرحه کښی راظاهراوپه تدریج سره را وزی (شکل ۲۴)



وروسته ددې څخه خپله داپنډیکس دغوڅون مرحله پیل کیږي.

د اپنډیکس غوڅونه په دوه ډوله اجرا کیږي:

1. اپنډیکتومی د انټی گراد په طریقه
2. اپنډیکتومی د رتروگراد په طریقه

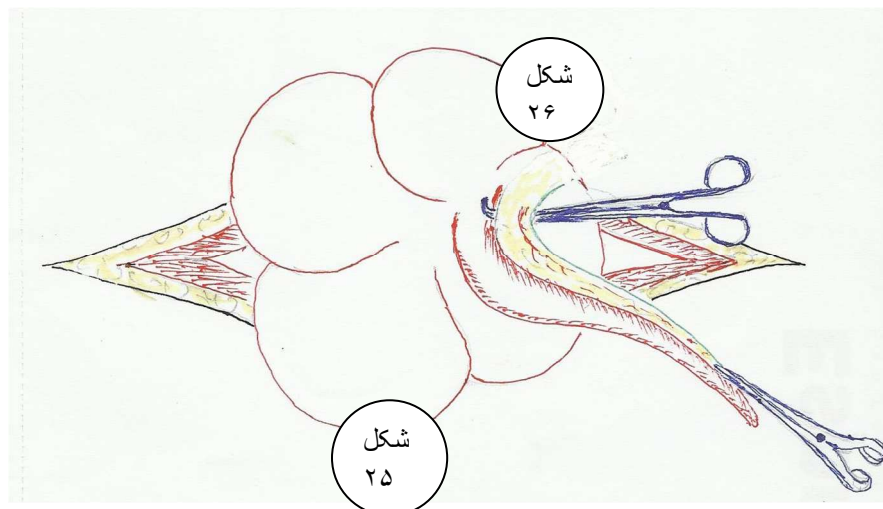
### 1- د اپنډیکس غوڅون د انټی گراد په طریقه:

دا ډول اپنډیکتومی د عملیات اساسی شکل تشکیلوی او په هغه واقعاتو کښی چی اپنډیکس آزاد واقع وی د اپنډیکس غوڅونی د همدې تکنیک څخه استفاده کیږی.

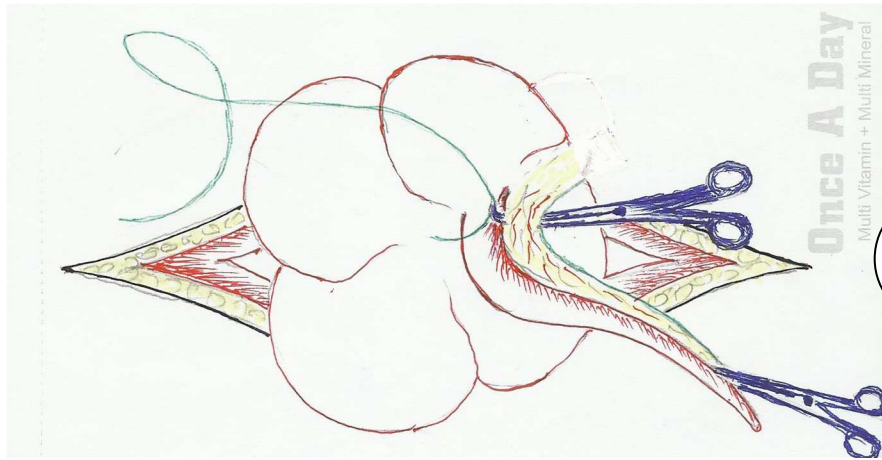
د عملیات بهیر په داسی توگه دی:

- لومړی د اپنډیکس دڅوکی سره میزواپنډیکس په پانس سره نیول کیږی. (شکل ۲۵)
- وروسته د اپنډیکس د قاعدی موقعیت تثبیت او د قاعدی سره چیکوم ته نژدی د اپنډیکس میزو د پیریتوان دواړه پردی د نازک نوکه پانس د دورانی حرکتو په واسطه سوری کیږی. (شکل ۲۶)

- دا کار باید په ډیر دقت سره صرف د میزو په ناحیه کېنې اجرا سی خو د سیکوم د جدار د تخریب سبب و نه گرځی.

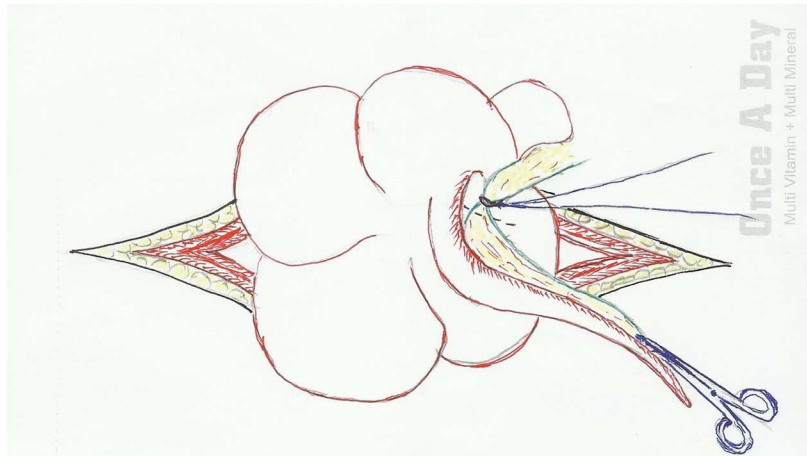


- دمیزواپنډیکس لیګیشن په دوه طریقو اجرا کیږي.
- په لومړۍ طریقه کې میزو کلامپ، قطع اولیګیشن کیږي. په دې ډول چه په میزو اپنډیکس کې د مخکې جورسوي سوری د لاری د هیموستاتیک پانسبرانچ یا څانګې داخلېږي او میزو اپنډیکس د اپنډیکولیر شریان سره یوځای د پانس په خوله کې نیول کیږي، چی وروسته د بیاتی پواسطه سره قطع کیږی.
- په دوهمه طریقه کې بیا ددې موخي دپاره ان د ابتدا څخه دایجاد سوي فوحي دطریقه دتیر سوي پانس په ذریعه لیګاتور تیر اود میزو لیګیشن ترسره کیږي، چه په تعقیب سره ئې دلیګاتور دیستال طرف ته دمیزو ترانس سیکشین سرته رسیري. (شکل ۲۷، ۲۸، ۲۹)

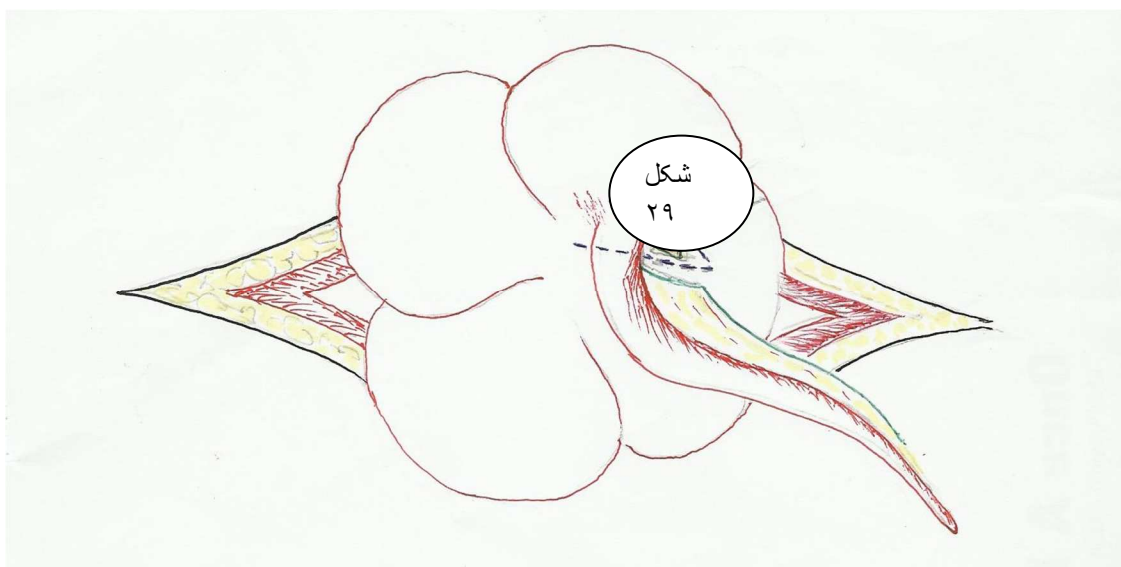


شکل  
۲۷

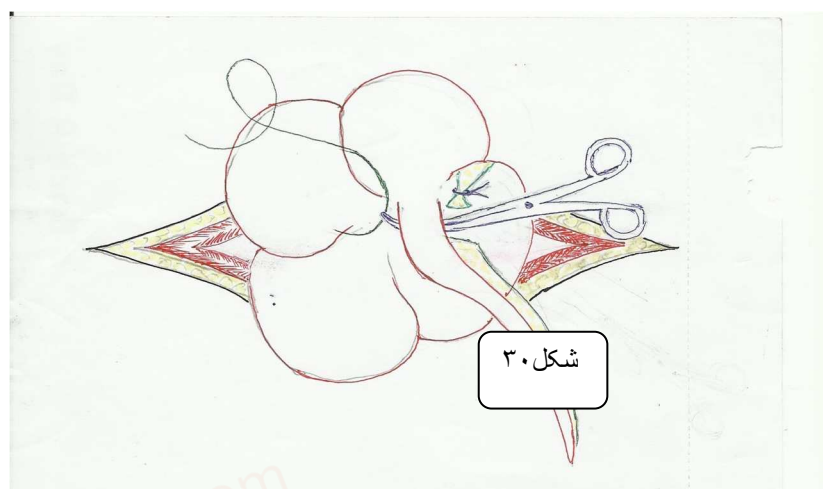
- په هر صورت کی د اینډیکس میزو او او عیه د سلک یا کاپرون په تار سره ټینگ تړل کیږی خو په مطمئینه توگه د وینتوئیز د خطر څخه مخنیوی سووی وی.



شکل  
۲۸

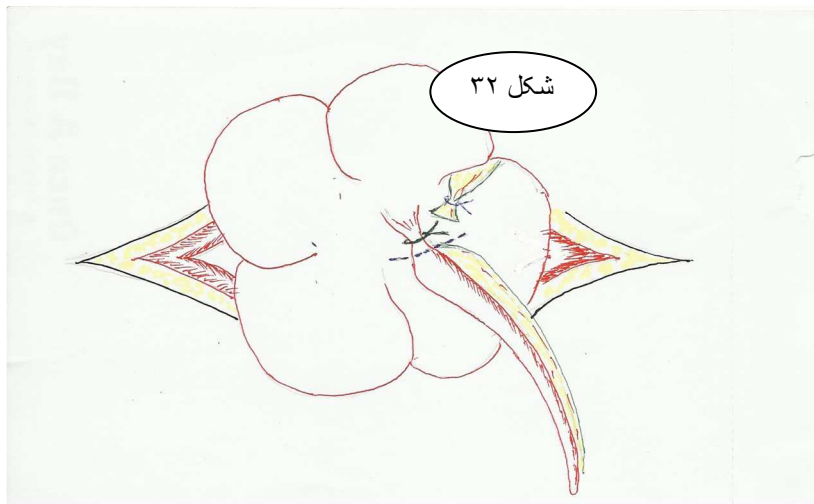
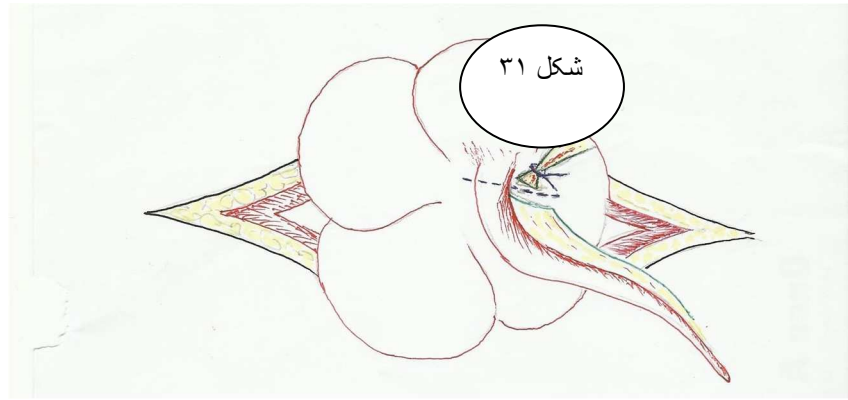


- تردینه وروسته دآپنډیکس قاعده سیکوم ته نژدې د ډبل کاتگوتی تار په واسطه سره تړل کیري. (شکل ۳۰، ۳۱)

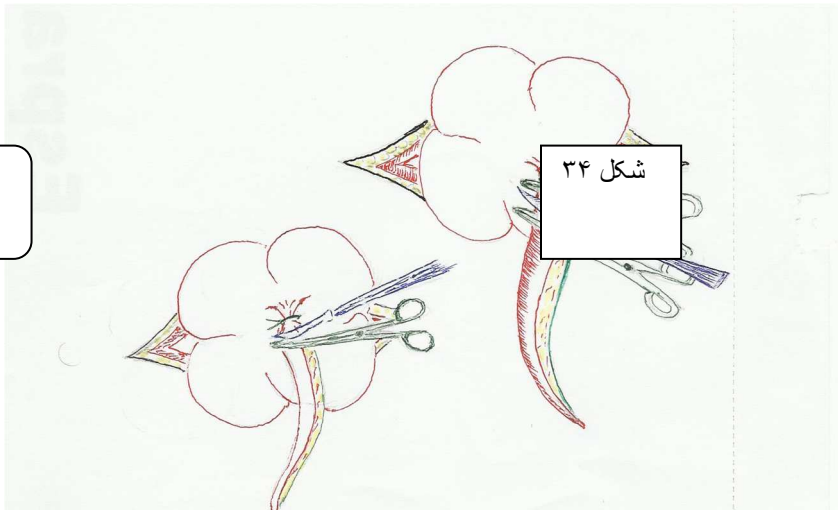


Ketabton.com

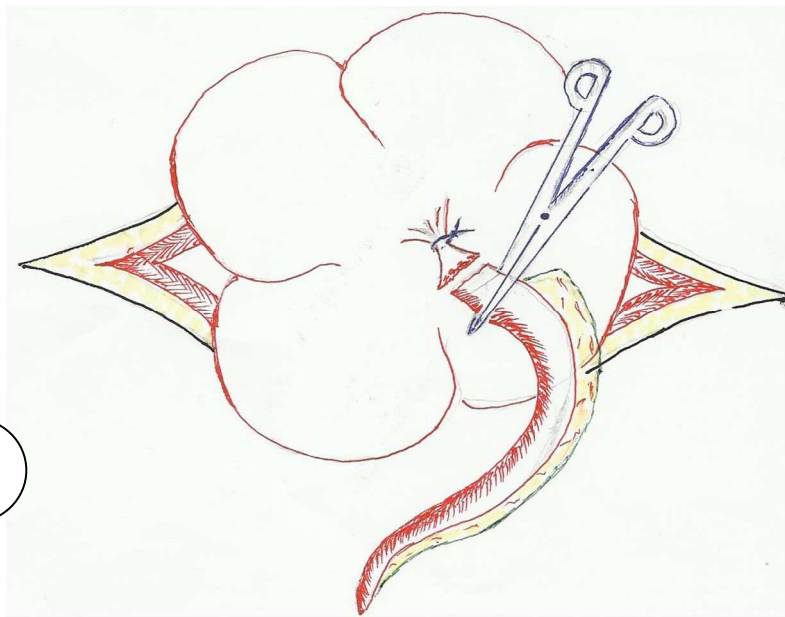




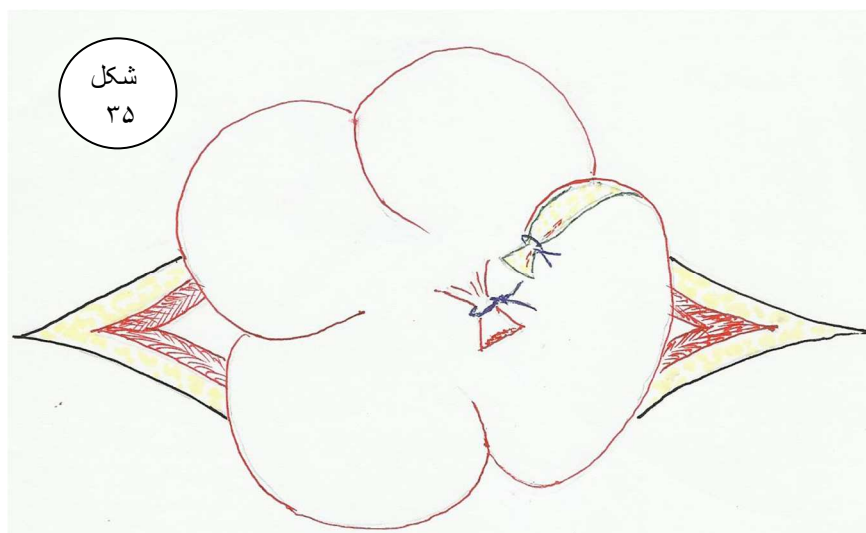
شکل  
۳۳



شکل  
۳۴

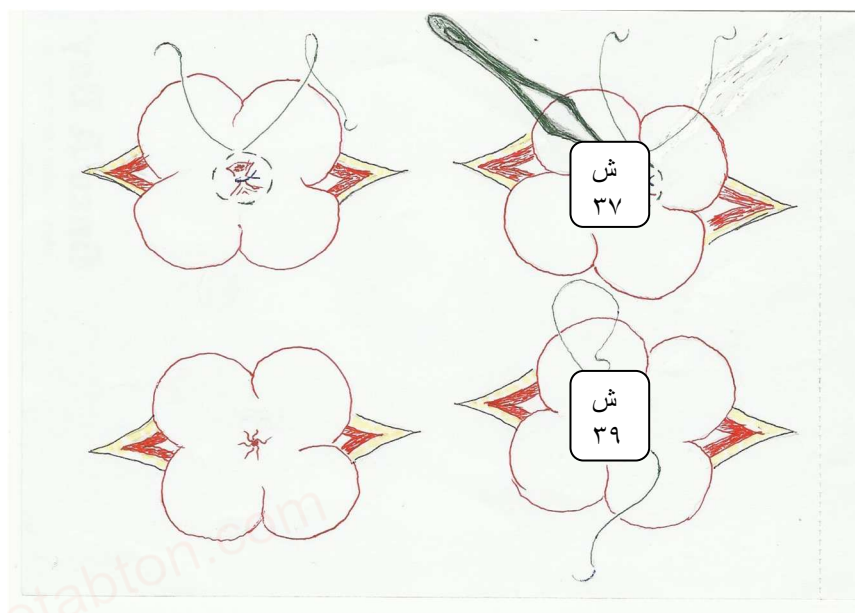


Ketabton.com



شکل  
۳۵

وروسته د اپنډیکس دساقی دغرضوولو (ډوبولو) لپاره یوه دایروی ډوله خیاطه (کیسیت) د څیکوم پر جدار باندی د اپنډیکس د قاعدی پر شاوخوا او دهغه څخه تقریباً د یونیمسانتی متر (1,5cm) په فاصله کبنی اجرا کیری. دا خیاطه باید د ۶-۱۰ کوکه څخه متشکله او د سیروموسکولیر-sero muscular په شکل وی. (شکل ۳۴)



ش  
۳۶

ش  
۳۷

ش  
۳۹

ش  
۳۸

د خیاطی د اجرا په وخت کبنی اعظمی کوبنښ وکرای سی څو ستن د څیکوم لومین ته داخله نسی، ځکه چی دا حالت بعضاً د عملیات نه وروسته د fistula فیستول یا پیریتونیت peritonitis د

تأسس سبب گرخی له دی کبله د سنتی حرکت د کولمی په جدار کښی باید سطحی او د سترگو د کنترول لاندی وی.

- خیاطه باید د نری کاپرون یا سیلک په واسطه اجرا سی.  
- د کیسیت یا دایروی خیاطی د اجرانه وروسته د اپنډیکس پر قاعده باندی د کاتگوتی تار دیستال لور ته د نیم سانتی متر (0,5cm) په فاصله پانس اینودل کیری او د پانس د غابنو پر سطح باندی په مماسی شکل اپنډیکس غوڅیری (شکل ۳۳، ۳۴، ۳۵) او د اپنډیکس مقطع د ټینچر یود پواسطه تطهیر کرل سی.

- بعداً اسیستانت د اپنډیکس مقطع د پانسیت په واسطه سره نیسی، جراح د کیست دایروی خیاطه په تدریجی ډول سره کشوی او اسیستانت د اپنډیکس قاعده په دقیقه توگه د خیاطی په مینځ کښی غرضوی او خیاطه ټرل کیری (شکل ۳۶، ۳۷، ۳۸).

- پسله دی ټول جراحی سامانونه چی پدی مرحله کښی استعمال سوی وه تبدیلیری.  
- وروسته د کیست د خیاطی د لا ټینگولو په خاطر د چیکوم جدار باندی بله Z ډوله خیاطه اینودل کیری چی په هغه کښی د قطع سوی میزواپنډیکس قاعده او او عیه هم پټیبری چی په دی توگه د یوی خوا هموستاز تقویه کیری او له بله پلوه د سیکوم دیسی روزی سوی برخه diserosal په خیاطه کښی ډوبیری (شکل ۳۹).

- وروسته په بطن کښی مخکینی اینودل سوی لانگیت دنس دجوف څخه بیرته رابهر او هموستاز کنترولیری.

- دهیموستاز د کنترول لپاره به ښه داوی چه د اپنډیکس د غرض سوی قاعدی سره د یوی یا دوو دقیقو لپاره موقتاً یو گاز کښینول سی، چی د وینتوئیز په صورت کښی به لوند او په وینو سور وی.

- د سیکوم ناحیه باید د تامپون پواسطه سره وچه سی، همدارنگه د عملیات په پای کښی باید تامپون د اورد پانس په واسطه سره د حوصلی لور ته یووړه سی او دا ناحیه وچه، پاکه او کنترول کره سی.

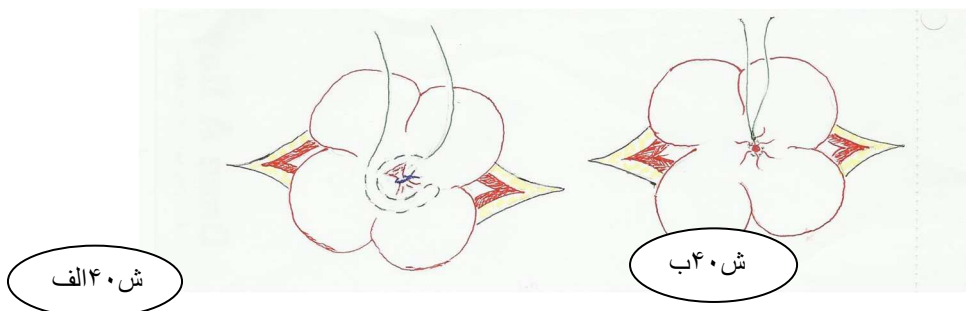
- باید وویل سی چی ځنی مولفین د اپنډیکس د قاعدی ددی ډول غرضولو سره په دی دلیل چی په بعضی واقعاتو کښی د اپنډیکس د قاعدی په چاپیرن جوف (گوگ) کښی د ابسی دودی دکبله د وخیمو اختلاطاتو سبب کیری، مخالفت ښکاره کوی. ددی کبله بعضی جراحان ددغه جوف د تشکل د مخنیوی په موخه د ځینو نورو تکنیکو څخه استفاده کوی.

د مثال په توگه Lexer په 1910 کال کښی د څیکوم په جدار کښی د جوف او ابسیس د نه تشکل په خاطر پر سیکوم باندی طولانی خیاطه توصیه کوی، چی په نتیجه کښی ئی د اپنډیکس قاعده بیله

دی چی لیگاتور کره سی د څیکوم په جدار کښی ډوبیږی. مگر دا میتود لکه نور هغه میتودونه چی په هغه کښی د اپنډیکس قاعده نه لیگاتور کیږی بعضاً د سیکوم په لومین کښی د خطر ناکه وینتوئیز سبب کیږی ځکه یی وسیع پلویان ونه موندل.

Zee ligue ددی مقصد په غرض توصیه کوی چی د اپنډیکس قاعده باید د ترنی او غوڅونی څخه وروسته د څیکوم په جدار کښی هیڅ ډوبه او پیریټونیزه نه کرل سی. مگر وروستی تجاربو داسی وښوول چی دا ډول تکنیک بعضاً د پیریټونیت د ودی زمینه مساعدوی.

ځکه اوس دا ډول عملیات صرف په هغه واقعاتو کښی چی د چیکوم جدار انفلتزی او کلک شوی وی او د خیاطی له کبله ئی د تخریب ، destructions ، چاودنی rupture او څیریدنی laceration خطرات موجود وی مجاز گڼل کیږی. یو د هغو میتودونو څخه چی د ذکر سوو نیمگرټیاوو نه ژغورنه کوی د A. Rusanov دمیتود څخه عبارت دی چی د نوموړی له خوا په ۱۹۵۴ کال کښی مفصلاً نشر سوی دی. ددی میتود په اساس پر څیکوم بانندی دوه یو جهته نیم دایروی یا S شکله خیاطی ایښودل کیږی (شکل ۴۰)



په دی شکل لومړی د اپنډیکس لور لور ته قوسی یا نیم دایروی خیاطه چی د ۵-۷ کوکو څخه متشکل وی د ښی نه کین لور ته لگول کیږی. وروسته ستن بیرته د چیکوم ښی لور ته ورل کیږی او داخل تر اپنډیکس لانندی د ښی نه کین لورته نیمقوسی خیاطه ایښودل کیږی چی په مجموع کښی د کیسیت خیاطه ځانته د S- حرف بڼه غوره کوی. وروسته بیا جراح په کین لاس سره د تار څوکی او په ښی لاس سره د پانسیت په واسطه د اپنډیکس قاعده د ډوبولو په حالت کښی نیسی چی

د تار دڅوګو په کښولو سره د اینډیکس قاعده دسیکوم په جدار کې غرصه او بیا غوټه یا ګنډه کیږي. دا ډول خیاطه د دایروي کيسیت په انډول یو سلسله بڼه والی لري:

1. د کيسیت دواړه قوسی خیاطی د بڼی نه چپ لور ته اجرا کیږی چی د جراح لپاره سهولت پینوی.
2. د قاعدی ډوبونه او د ګنډی ترنه د یوه نفر له خوا څخه اجرا کیدلای سی.
3. پدی ډول خیاطه کبڼی د چیکوم د جدار دواړی سطحی صمیمی تماس موندی چی د خالی کوگل د تشکل څخه مخنیوی کوی.
4. پدا ډول خیاطه کی داضافی Z- ډوله خیاطی چی دکيسیت دتینګښت په مقصد اجرا کیږی، ضرورت نه احساسیږی.

مور په خپل پراکتیک کبڼی خصوصاً په آخرو کلو کبڼی زیاتره له همدغه تکنیک څخه چی د اینډیکس د قاعدی بڼه هیرمیتزم تامینوی، استفاده کول.

د بطن د کنترول نه وروسته او د پوره هیموستاز د اطمینان په صورت کبڼی د عملیاتی تپ انساج طبقه په طبقه ګنډل کیږی. ددی هدف په غرض پیریتوان چی مخکی د گازاتو سره تثبیت سوی وو د گازاتو څخه آزاد او د پانسو په ذریعه سره په څو ځایه کبڼی نیول کیږي او په همدې حالت کې د ګنډنی لپاره تیاریږی.

پیریتوان په دوه ډوله ګنډل کیږی:

- 1 - که چیری د پیریتوان شق وور اجرا سوی وی په دی صورت کبڼی کیدای سی چی د پیریتوان د منځنی برخي نه د کاتګوت یو کوک اجرا لومړی پر مینځ باندی ګنډه او بیا په نوبت د پیریتوان سره یو ځل د پیریتوان د شق پورتنی او بیا لاندنی خوا په نوموری خیاطه کبڼی ګنډه او په دې ترتیب سره د پیریتوان جوف و تړل سی). څرنگه چی لیدل کیږي په دی میتود سره د پیریتوان شق یوازي دیوه تار په ذریعه سره تړل کیږی.
- 2 - که چیری د پیریتوان شق وسیع او طویل وی په دی صورت کبڼی پیریتوان د اورده کاتګوتی تار په واسطه سره په مداومه توګه (per continue) ګنډل کیږی.

- پسله دی د نس د جدار د مستعرضی او منحرفی داخلی عضلاتو په شق سوو ځنډوباندی ۲-۳ کاتګوتی کوکونه اجرا کیږی. مگر ګنډه باید پیر کش نه سی ځکه چی د عضلاتو پر کنار باندی د اختناق او اضافی فشار تولید د عضلاتو د نکروز او د بعدی ګزک یا تقیح سبب ګرځی.

- د خارجی منحرفی عضلی صفاق د خو مجردو سیلکی کوکو پواسطه سره گنډل کیری او وروسته جلدی خیاطی لگول کیری.

- که چیری د جلد شحمی طبقه ډیره ضخیمه وی د جلدی خیاطو تر مخه پر هغه باندی ۳-۴ کاتگوتی خیاطی اینښودل کیری خو پدی طبقه کښی د جوفو د تشکل مخنیوی سوی وی او د عملیات وروسته په دی طبقه کښی د وینو او افرازاتو د تجمع او د انتان د ودی او تکثر زمینه را مینځ ته نسی. خالی به د گتی نه وی چی پداسی واقعاتو کښی د بطن د جدار شحمی طبقه د لاس پتی یا دستکښ د توتی یاتراډی پواسطه د تپ د لاندنی کونج د لاری ډریناژ کړه سی.

- په هغه واقعاتو کښی چی د سیکوم په ساحه کښی شفاف، مکدر یا تقیحی ایکسودات موجود وی، لومړی باید ایکسودات د تامپون په واسطه سره وچ کړسی، وروسته بیا د موضعی پیریتونیت دساحی چاپیریال د پورتنی، کښتنی او داخلی خواوو څخه د موقتی تامپونو په واسطه سره محدوداو د اینډیکتومی د مرحلی نه وروسته بیرته را ایستل شی.

- باید وویل سی چی اینډیکس تقریباً په ۵۰٪ په سل واقعاتو کښی د نس په جوف کښی آزاد واقع نه، بلکي په محدودسوي شکل د فیرینی یا فیرینوز د التصاقاتو او پردو په واسطه د بطن د مختلفو احشاوولکه لوی ثرب، نری امعا، خلفی جداری پیریتوان او یا سیکوم سره نښتی وی. په داسی واقعاتو کښی څیکوم په آسانی د بطن څخه نه راوژی او یا د سیکوم د رایستلو وروسته اینډیکس د بطن په جوف کښی نښتی پاتی وی. په دی صورت کښی د اینډیکس موقعیت د شهادت د گوتی په واسطه سره تثبیت او په ډیر دقت او د گوتی په محتاطانه حرکاتو سره د اینډیکس تازه او سست التصاقات جلا کیری خو د اینډیکس او نورو داخلی احشاوو د چاودنی سبب ونه گرځی.

- په هغه واقعاتو کښی چی اینډیکس د سختو التصاقاتو په واسطه د بطنی احشاوو سره نښتی او جلاکول ئی د خطر سره مواجهه وی د ریتر وگراد د میتود څخه استفاده کیری. لومړی سیکوم جرحی ته رایستل کیری، وروسته د اینډیکس قاعده د سیکوم د درو تینیاوو(فیتو) د اتصال په نقطه کی پلټل او پیدا کیری. د اینډیکس د قاعدی سره میزواپنډیکس د دیسیکتور په واسطه تسلیخ او سوری کیری او نری گازی لانگیت ترینه تیریری. که چیری د اینډیکس د قاعدی التهابی تغیرات بارز نه او د اینډیکس جدار سخت او ماتیدونکی نه وی، ښه گنل کیری چی د هغه قاعده د گردی یا همورونیدال پانس (Loer's pans) پواسطه سره ونیول سی چی دا عمل د قاعدی په تسلیخ کښی مرسته کوی. وروسته د سوری نه د تیر سوی لانگیت په پورته کښولو سره اینډیکس و جرحی ته رانژدی کیری او په دی صورت کښی د اینډیکس التصاقات د مجاوروانساجو سره دسترگو د لید ترمستقیم کنترول لاندی تسلیخیری. وروسته په پورتنی شکل سره دوهم لانگیت د اینډیکس تر میزولاندی تیریری چی د هغه په

راکشولو سره نور هم د اپنډیکس د آزادیدو او تسلیخ زمینه مساعدیږی. په دغه ډول سره د پورتنیو تدابیرو په تکرار سره د اپنډیکس ټولی برخی د قاعدی نه ترڅوکی پوری په تدریجی ډول آزادیږی.

د اپنډیکس د ټولو قسمو د آزادیدو وروسته د اپنډیکتومی د عملیات بعدنی جریان د انتی گراد یا تیپیک اپنډیکتومی په څیر اجرا کیږی.

### د ریتروخیکال اپنډیکتومی میتود:

دا ډول اپنډیکتومی معمولاً په هغه واقعاتو کښی چی اپنډیکس ریتروسیکال retrocecal او ریتروپیریتونیل retroperitoneal موقعیت ولری، اجرا کیږی.

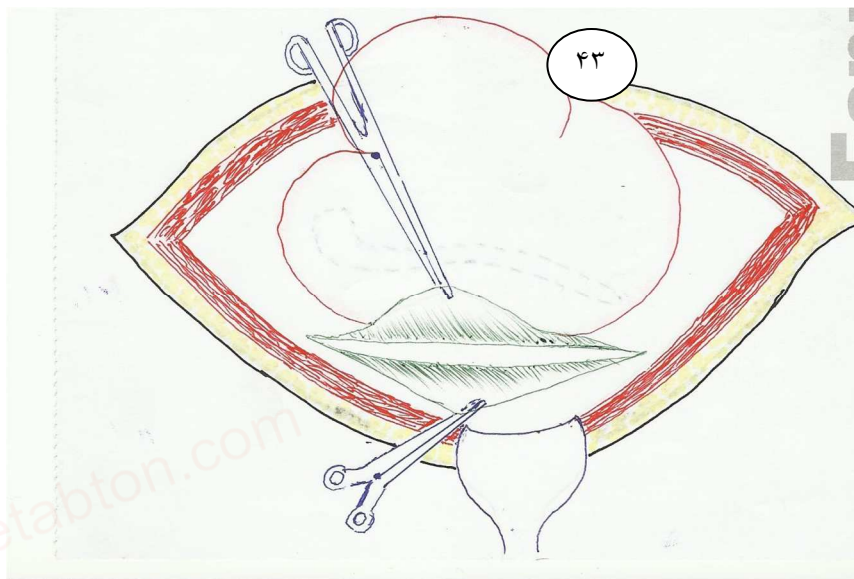
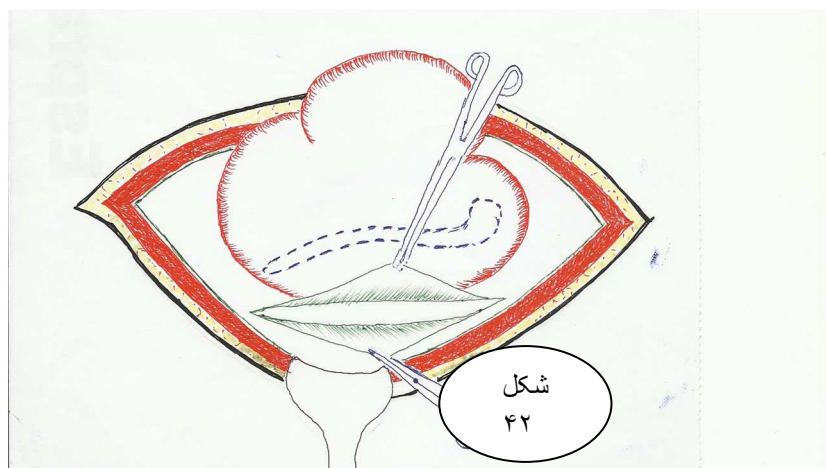
- ددی موخی لپاره لومړی سیکوم اونسی لورته ټیله او بیول کیږی، څو دسیکوم خارجي اړخ دهغه سره اړوند جداری پیریتوان د لید اومداخلی دپاره آزادکړسی.
- د شق خارجي څنډه و بهرنی لور ته د ایکاتور پواسطه سره په اعظمی توگه کشیږی څو د بطن بنی فلانک لوڅ کړسی.
- وروسته د سیکوم خارجي څنګ ته موازي د حشیوي اوجداري پیریتوان د عبوری خط پر امتداد جداری پیریتوان د پانس پواسطه سره راپورته او دجرحي لور ته را کشیږی.
- په نوموړی ناحیه کښی د څیکوم و خارجي کنارته پرداری پیریتوان باندي یوموازی شق اجرا کیږی (شکل ۴۱).

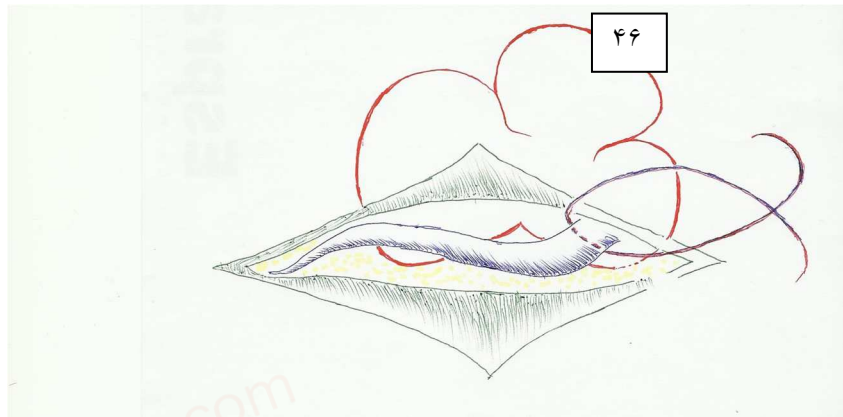
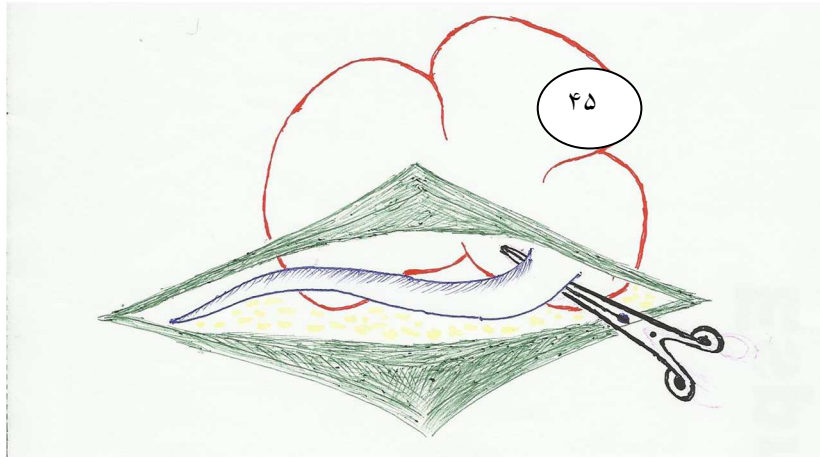
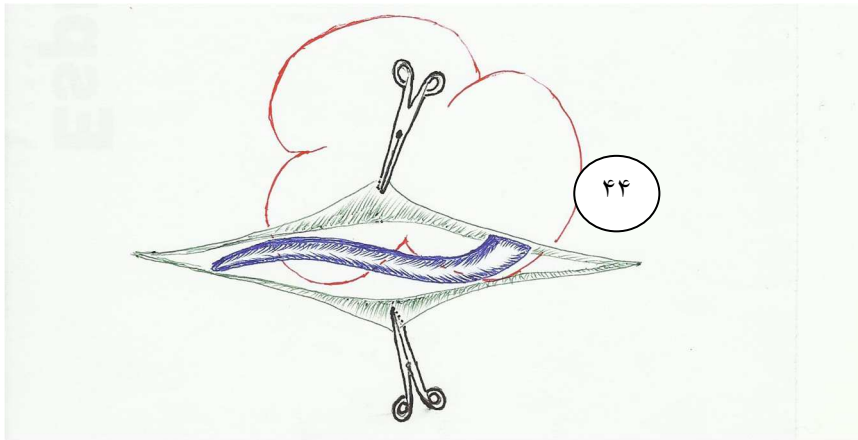


شکل ۴۱

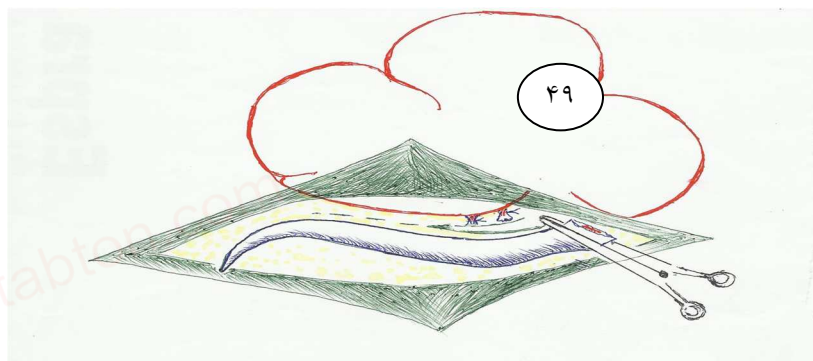
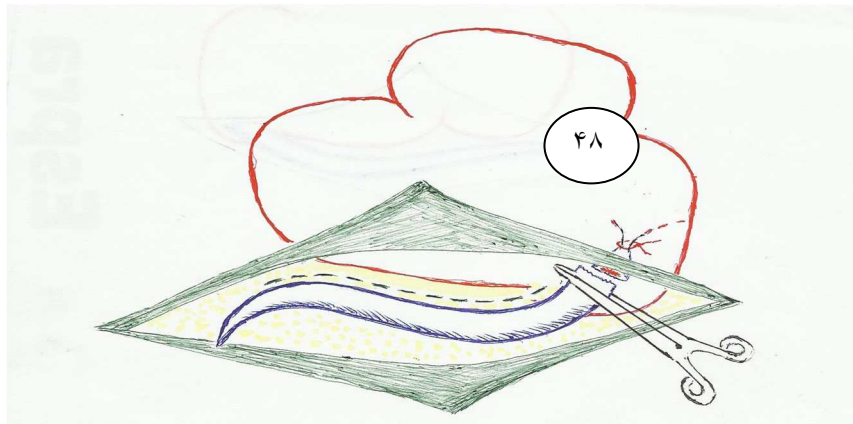
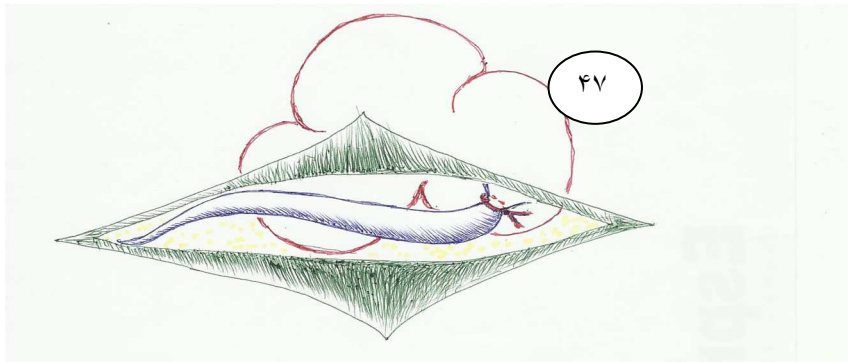


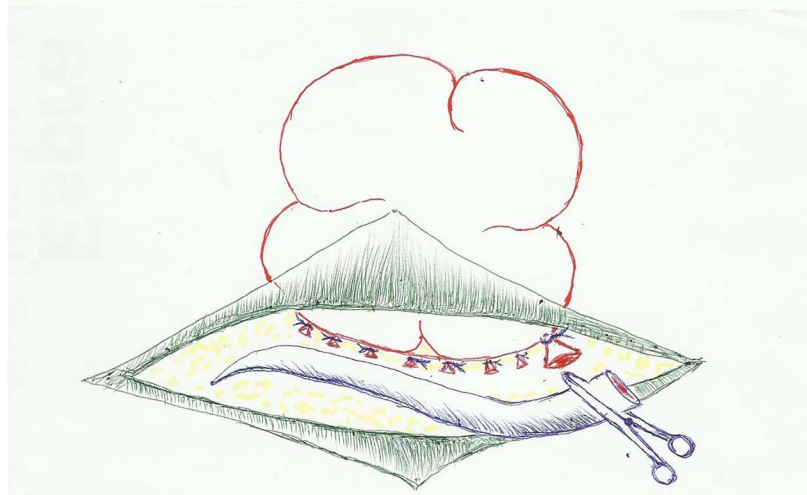
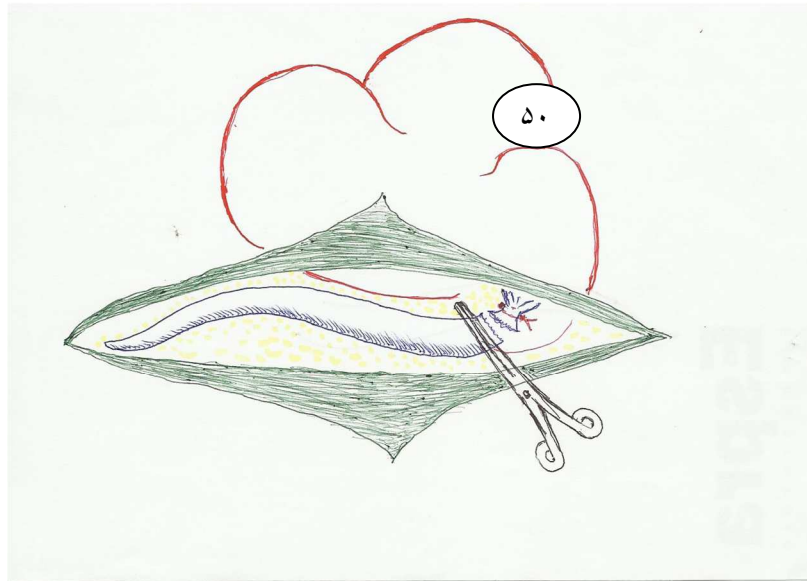
- وروسته باید چیکوم لور او میدیال لورته کش کړ سی چی د هغی په تعقیب د سیکوم پر شاتنی جدار نښتی ایندیکس د جرحی لور ته راوژی او په دی ډول د سیکوم شاتنی جدار او تر هغه لاندی ایندیکس کاملاً د مداخلی لپاره آماده کیری (شکل ۴۲) . باید وویل سی چی د پیریتوان د شق اندازه باید په کافی اندازه سره وی خو د چیکوم پوره تحرک تامین کړای سی. د ایندیکتومي بعدی بهیر د ۴۳- ۵۵ شکلونو کي په شیماتیک ډول ښودلسوی دی.

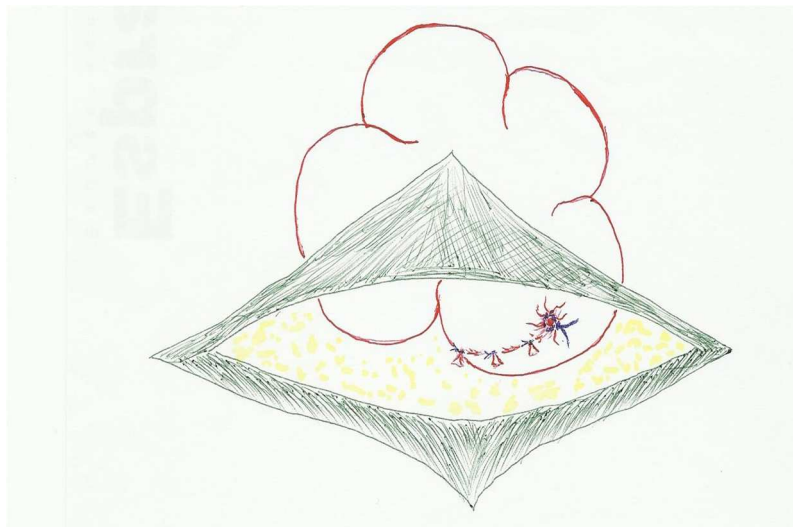
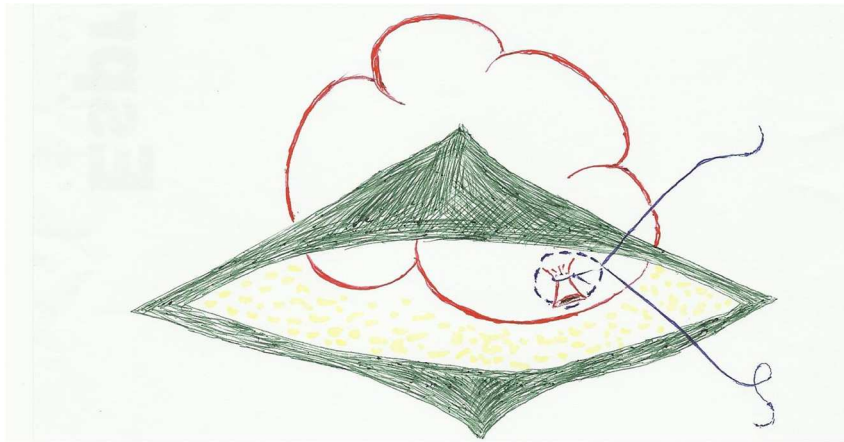




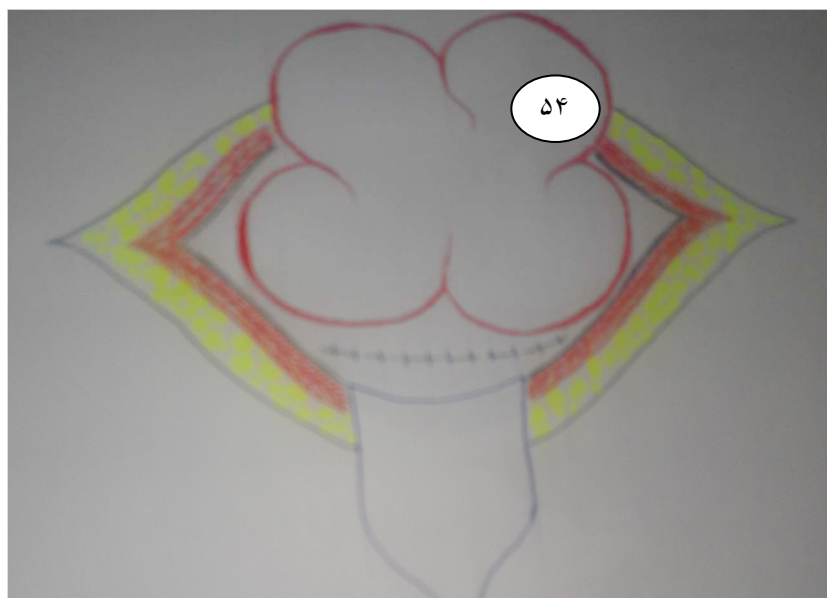
Ketabton.com







Ketabton.com



## 2 - د ریتروگراد اپنډیکتومی طریقه:

ریتروگراد اپنډیکتومی په هغه واقعاتو کې چې اپنډیکس د بطن د شاتنی جدار سره ټینګ نښتی وی او د سیکوم د آزادونې تسلیخ او رالیستنی امکان موجود نه وی اجرا کېږي.

- په دې صورت کې چې د سیکوم تحرک او رالیستنه یوازې د اپنډیکس د غوڅون وروسته ممکنېدلای سی.
- ددی مقصد پخاطر باید لومړی د اپنډیکس قاعده چې د ټینیاوو یا کولونی فیتو د اتصال په نقطه کې واقع وی پیدا او د میزو اپنډیکس په سوری کولو سره تر هغه یو پنډ کاتگوتی تار تیر او د اپنډیکس قاعده په تړل کېږي (شکل ۵۵-۵۷).
- د کاتگوت محیطی یا دیستال لورته تقریباً ۵- میلی میټرو په اندازه د اپنډیکس قاعده د پانس پواسطه نیول کېږي (شکل ۵۸-۵۹) او پانس ته موازی او مماس پر هغه باندې د جراحی چاقو یا سکالپیل په ذریعه سره غوڅیږي (شکل ۶۰-۶۱)
- ددی عملی نه وروسته د سیکوم تحرک زیاتېږي او د هغه په پورته بیولو سره د اپنډیکس دیستال قسمت او د هغه میزو د تفتیش او مداخلی لپاره آزادیږي.
- پسله دی د اپنډیکس د قاعدی مقطع د کاتگوت دتار یا تثبیت شوی پانس په ذریعه په کش سره نیول کېږي او د یوی خوا د نس د شاتنی جدار د انساجو او د بلی خوا د سیکوم د خلفی جدار څخه د اپنډیکس میزوپه تدریجی ډول سره جلا کېږي. په دې ډول د دیسیکتور په واسطه د میزو اپنډیکس

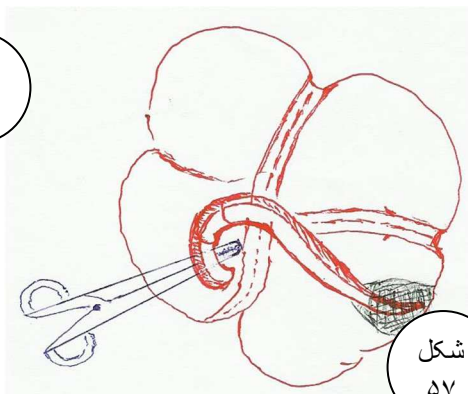
معین قسمت د سیکوم خخه جلا او د پانسو پواسطه نیول کیری چی وروسته هر تسلیخ سوی قسمت د تار پواسطه ټینگ ټزل کیری.

دا اساسی شرط د خاصی توجه وړ دی خکه چه د اپنډیکس اساسی شریان په همدې ساحه کښي عبور مومی .

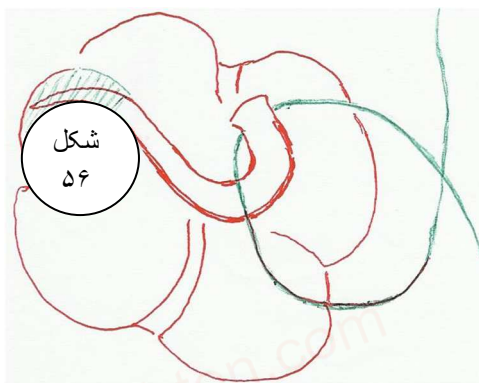
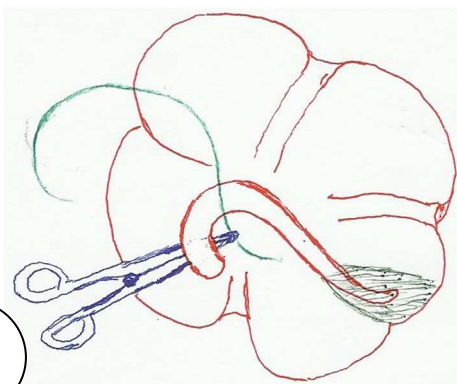
- صرف هغه وخت چی سیکوم په لازمه او کافی اندازه آزاد کړسی، د اپنډیکس د قاعدی په چا پیریال کښی پر سیکوم باندی د کیسیت (دائیروی) یا S- ډوله خیاطه اجرا او داپنډیکس قاعده پکښی ډوبیری. علاوتاً د لزوم په صورت کښی د Z- خیاطه هم اجرا کیری.

- وروسته د اپنډیکس د ټولو برخو تسلیخ ته ادامه ورکول کیری خو ټول اپنډیکس آزاد او وایستل سی. باید وویل سی چی د اپنډیکس د تسلیخ په جریان کښی پانس یا کاتگوتی خیاطه د ډیر سخت او شدید کشش خخه ډډه وشي، خو خیاطه یاپانس داپیندکس د جدار دتخریب سبب ونه گزري.

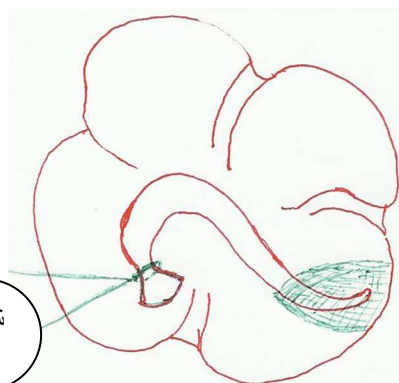
شکل  
۵۵

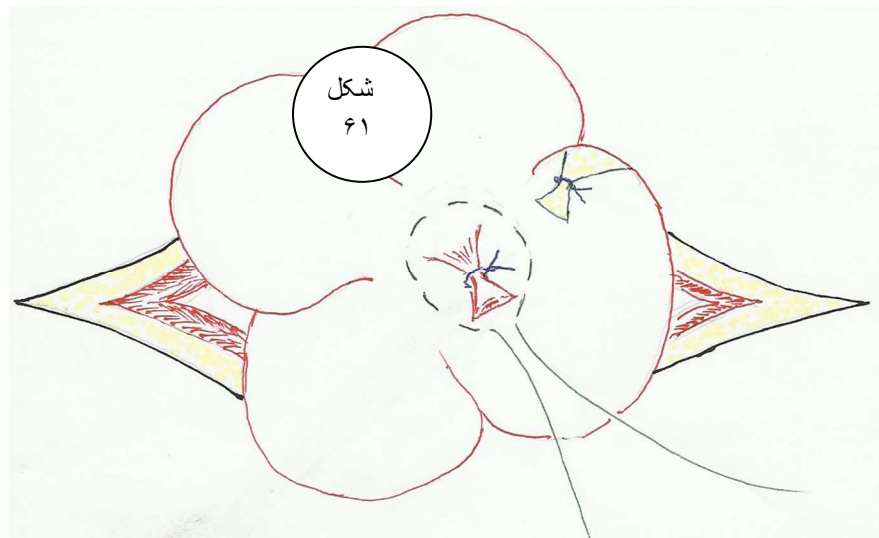
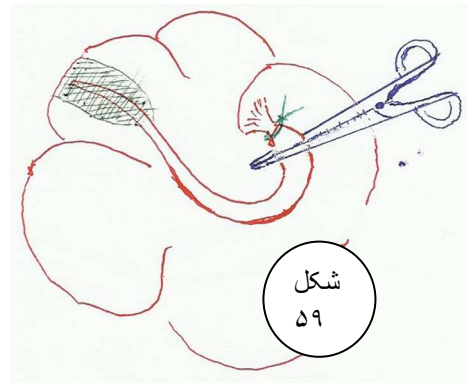
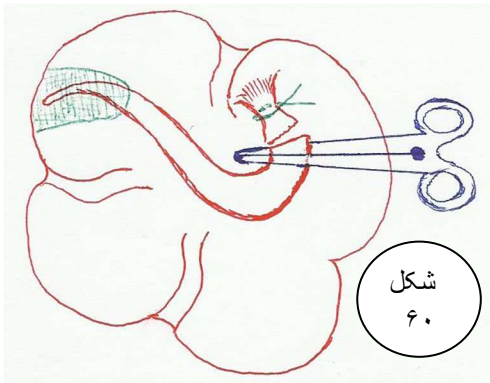


شکل  
۵۷



شکل  
۵۸





د اپنډيکتومي د تکميل نه وروسته لومړی بايد په بطن کښی وینتوئیز په دقیقه توگه سره کنترول کړل شی او صرف پسله هغه د بطن جدار لکه چی پورته وویل سول طبقه په طبقه گڼل کیږی.

په ځنی واقعاتو کښی د اپنډیکس چاپیریال التصاقات دومره ډیر او سخت وی چی د اپنډیکس د سالمی ایستنی امکانات ډیر محدودوی. ځکه په داسی واقعاتو کښی سب سیروزال (subserosal) اپنډيکتومی اجرا کیږی. ددی کار لپاره په التصاقی ناحیه کښی د سیروز پر طبقه یو شق اجرا کیږی او د اپنډیکس عضلی طبقه د سیروز څخه په دقت او احتیاط سره تسلیخ کیږی. چی پدی ډول اپنډیکس په لازمه ناحیه



حتی دهغه په ټول امتداد کښی د عضلی طبقی سره ایستل کیږی او سیروزی طبقه په التصاقاتو کښی پاتیری. په دابول تسلیخ کښی د وینو توئیز خطر نه لیدل کیږی ځکه هغه ډیره جزئی وی چی په خپل سر مستقل توقف مومی.

باید ویل سی چی نوموری شق اکثراً د اپنډیکتومی لپاره کافی مداخلوی ساحه تامینوی مگر بعضاً د اپنډیکس د اتیبیک موقعیت په صورت کښی چی اپنډیکس ډیر لور کښته او یا اونسی لورته واقع وی نوموری شق کافی نه گڼل کیږی، ځکه په داسی واقعاتو کښی باید د نس د جدار منحرف شق و لاندی یا پاس لور ته وسیع کړ سی. ددی قاعدی نه انحراف او سر لغرونه او د محدود او واره شق د لیاری د اتیبیک ډول اپنډیکس ایستنه اکثراً د اختلاطاتو د پیدایښت سبب گزری.

### Lenander's incision

### د پاراریکتال شق:

دا ډول مداخله چه په ۱۸۸۸ میلادی کال کی د لیناندر (lenander) دلوري وړاندي شوي ده دنس د بنی مستقیمی عضلی *rectus abdominis dexter musculus*

دبهرنی کنار اونسی لورته نه د ۵، ۰ - ۱ سانتیمتر په فاصله او د ۶ - ۸ سانتیمتر په طول عمودی شق په کولو سره چه لاندنی نقطه ئی د بی ایلیاک پر خط (*linia biiliaca*) توافق مومی اجرا کیږی. د جلد او تحت الجدی طبقاتو د شق وروسته د مستقیمی عضلی د شیت پر مخکنی جدار څیرنه اجرا کیږی. د عضلی بهرنی څنډه په پخ شکل سره تسلیخ او داخلی لورته د پارایبف د ایکاتور پواسطه سره کشیری چی په دی ډول د عضلی د شیت خلفی جدار ظاهریری (شکل ۳۶). بیا په همدا ډول د شیت پر شاتنی جدار باندی عمودی شق اجرا، پیریتوان کشف او د هغه په څیرنه سره لاپراتومی اجرا کیږی. باید ویل سی چی د مستقیمی عضلی د خلفی جدار د څیرنی په ترڅ کښی باید په ناحیه کښی د تیرشوو اعصابو *nervus iliohypogastricus, nervi intercostalis XI, XII*

د تردید او غوڅیدو څخه ډډه وسي، ځکه د نومورو اعصابو غوڅونه د مستقیمی عضلی د تعصیب دتشوشاتو او پاریز *parisis* سبب کیږی چی د عملیات نه وروسته د فتنونو *post operative hernia* د تشکل زمینه مساعدوي. د اعصابو سره موازی او که چیری شق په لاندنی حصو کښی اجرا سوی وی بعضاً هم لاندنی هایپوگاستریک شریان *arteria epigastrica inferior* باید لیگاتور (غوټه) کړل سی. د پیریتوان د شق نه وروسته د اپنډیکتومی بعدنی جریان د هغه سره چی د *Mc. Bourney* د شق په برخه کښی ذکر سو خاص تفاوت نلری. د عملیات په ختم کښی لومړی پیریتوان د کت گوت په ذریعه خیاطه، بیا د مستقیمی عضلی د شیت خلفی او قدامی جدارونه په ترتیب سره گڼدل کیږی او عضله پر خپل ځای قرار نیسی.

ددی شق پلویان دا شق په هغه واقعاتو کښی چی د اپنډیسیتس تشخیص مشکوک او یا دهغه اختلاطی یا وړانجن شکل په نظر کی وی توصیه کوی. ددوی په نظر دا شق په مشکوکه واقعاتو کښی لاندی یا پورتنی لور ته په ادامه سره د تشخیص او معالجوی مانورونو دپاره لکه د حوصلی د اعضاوو یا صفراوی لارو د تقیش او مداخلی په منظور وسیع شرایط مساعدوی. باید وویل سی چی دا نظر اکثره مولفینو ته د کامل تایید وړ ندی، ځکه څرنګه چی مخکی هم وویل سول پدی ناحیه کښی د عصبی رګونو د تیریدو د کبله چی عرضانی سیر لری او عمودی شق په حتمی توګه د هغوی د اسیب او یا غوڅونی سبب ګرځی ددی شق مانوری امکانات ډیر محدودوی. نو ځکه په خپل پرکټیک خصوصاً په آخرو کلونو کښی هم دداسی څیرنیزو مداخلو څخه استفاده نه کیري او یوازی د Mc. Bourney شق د استفادی وړ قبول سوی دی، خو د تشخیصی اشتباهاتو په وخت کښی یو بل اضافی شق چی د تشخیص سوی پنالوژی د موقعیت سره مساعدت ولری اجرا کیری.

دایپنډکس دلوژدتامپون استطببات:

په وروستیو کلونو کښی دنس دجوف دتامپوناد استطببات د هغو خطرناکو اختلاطاتو دتأسس د کبله چه دتامپون تطبیق دوجهی را پیدا کیری، ډیر محدود شویډی. دمثال په توګه د التصاقی مرض کچه په بطن کی دتامپون دتطبیق په صورت

کی دتامپون دنه تطبیق په پرتله څو ځلیز لوره تثبیت شویډه.

حاداپینډیسیت چه دبطنی عاجلی جراحی دواقعاتو اکثریت تشکیلوي هم بیله کومی استثنا ددی اصل تابع ګنل کیری.

ددی اصل په نظر لرون سره تامپوناد دایپنډیکومی په صورت

کی ځانته مشخص استطببات لري :

۱- دانثانی محراق اوسرچینی ناکامله ایستل (دایپنډکس په ساحه کی دایپنډکس دخوکی یا کومی بلی برخي اونکروتیکو انساجو پاته کیدنه).

۲- دایپنډیکس په لوژکی د دیفوز کاپیلیر وینتویون په صورت کی، دوینتویون دتوقف دپاره.

۳- دایپنډیکولیر نودنډ دخلاصیدو په صورت کی کله چه دایپنډکس ایستل (ایپنډیکتومی) ناممکنه وي.

۴- دخیکوم ډیرمختللی التهاب اوارتشاحی سختوالی په صورت کښی چه دایپنډکس دقاعدي غرض د لیکیز او د فیستول دتأسس دخطر سره مواجه وي.

تامپون معمولاً ددریناژ سره یوځای دکونترالپیرتور دلاری

دنس دجدار نه بهر ته ایستل کیږي.

### پوست او پیراتیف پیریود:

دایپنډیکتومی وروسته دمریض تداوی عمدتاً دانیستیزیا په نوعیت او په ایپنډیکس کښي په موندل سووتغیراتو باندې اړه لري.

- دموضعي انیستیزیا په صورت کي ناروغانو ته په بستر کي نیمه ناست وضعیت ورکول کیږي، چه ددر دتحمل په حدود کي ناروغان په بستر کي دفعالو حرکتو اجازه تر لاسه کوي.

- ددر په صورت کښي د درد د شدت مطابق اوپیوئید

paracetamol, metamizol یا غیر اوپیوئید pantapon, promedol tramal, depidurool, مسکنات دوریدی زرقیاتو یا انفوزیون په شکل توصیه کیږي.

- دشپي دخوا مریض ته دپلان مطابق او یا د ضرورت

په اساس د یادسوو انلجریکونو تجویز.

- دکاترال یا ساده ایپنډیسایتیس په حالت کي د عملیات په سبا د ولاری او حرکت اجازه ورکول کیږي.

- دمریض غذای رژیم په تدریج سره توسعه مومي.

- د عملیات په ورځ دمایعاتو دچسک تجویز (اوبه، چای).

- د عملیات په سبا بیسکیت، یخني، فیریني او نیمخامه هگی توصیه کیږي.

- د عملیات په دریمه ورځ په غذا کي کوچي، کیک او دسابونوروا زیاتیري.

- په څلورمه ورځ مستي، پنیر او یخني کوقته تجویز او

په بعدنیو ورځو کی عادی خورک بیرته شروع کیږي.

- د عملیاتي تپ کوکونه په نه اختلاطي واقعاتو کي د عملیات پر ۷ - ۸ ورځ اخیستل کیږي.

- په غیر اختلاطي واقعاتو کی ناروغ دهغه دکورنی خدماتی شرایطو سره سم د عملیات پر ۶ - ۸ ورځ خارجیري.

- د دیستر وکتیف یاورانجن اپیندیسایتیس په صورت کې
- دمریض حرکي رژیم دناروغ دعمومي وضعي او موضعی نښو پراساس (دقناعت ورعمومي حالت، دحرارت نورمله درجه، نورمال پیریستاتیک اودجرحي نه التهاب) تنظیم اومعمولاً دوی یا درې ورځې بعد د ولاري او گرزیدني اجازه ورکول کېږي.
- غذائي رژیم دکولمود کامل پیریستالیزم داعادي په صورتکي په پورته ذکر شوي تدریجي ډول سره پیل کېږي.
- ددیستر وکتیف اپیندیسیت په صورت کې چه انتاني وتیره داپیندکس دتخریب یا وړانتیا په نتیجه کې دجدار څخه بهرته منتشر اودموضعي پیریټونیت سبب سوی
- وي د حرارت اولابر اتوري تغیراتوترنورمالیدوپوري انتیبیوتیک تیراپي لومړی دپارینتیرال اوورسته بیا د خولي دلاري مجموعاً د ۵-۷ ورځو په موده کېږي
- لازم گڼل کېږي.
- دعملیات په جریان کې په منته ناحیه کې د مکرو ایرگاتور دتطبیق په صورت کې دکاتینر دلاري د انتیبیوتیکوموضعی اپلیکیشن دانتیبیوتیک د فارماکو دینامیک خواصوپراساس طرح سوی پلان دمخي د
- ۲-۳ ورځو په لړ کې صورت نیسي.
- په اپیندیکولیر ساحه کې دتامپون داینووني په صورت کې بایدلاندنی قواعد په نظر کې ونیول سي:
- دجرحي پانسماں اوکنترول هره ورځ اجراکېږي.
- دهیموستاز په موخه اینوول سوس تامپون ۴۸ساعتبعده ایستل کېږي.
- داپیندیکس دټوتي اوانتان دسرچیني دکامل نه ایستلوپه صورتکي تامپون دمریض دوضعي سره مطابق په ۶-۸ ورځو کې ایستل کېږي.
- په نورووقعاتو کې تامپون دعملیات پر ۴-۵ ورځ خارجېږي.

## دایپنډکس دلوژ دتامپون استطبابات:

په وروستیو کلونو کې د نس دجوف دتامپوناد استطبابات د هغو خطرناکو اختلاطو دتأسس د کبله چه دتامپون تطبیق دوجهي را پیدا کیري، ډیر محدود شویډي. دمثال په توگه د التصاقي مرض کچه په بطن کي دتامپون دتطبیق په صورت

کي دتامپون دنه تطبیق په پرتله خو خلیز لوره تثبیت شویډه.

حداپیډیسیت چه دبطني عاجلي جراحي دواقعاتو اکثریت تشکیلي هم بيله کومي استثنا ددي اصل تابع گڼل کیري. ددي اصل په نظر لرون سره تامپوناد دایپنډیکومي په صورت کی خائنه مشخص استطبابات لري :

۱- دانثاني محراق اوسرچیني ناکامله ایستل (دایپنډکس په ساحه کي دایپنډکس دڅوکي یا کومي بلي برخي اونکرو تیکو انساجو پاته کیدنه).

۲- دایپنډیکس په لوژ کي د دیفوز کاپیلیر وینتویون په صورت کي، دوینتویون دتوقف دپاره.

۳- دایپنډیکولیر نوډنډ دخلاصیدو په صورت کي کله چه دایپنډکس ایستل (ایپنډیکتومي) ناممکنه وي.

۴- دڅیکوم ډیر مختللي التهاب اوار تشاحی سختوالی په صورت کبني چه دایپنډکس دقاعدي غرض د لیکیز او د فیستول دتأسس دخطر سره مواجه وي. تامپون معمولاً ددریناژ سره یوځای دکونتر اپیورتور د لاریډنس دجدار نه بهر ته ایستل کیري.

## Conclusion:

As experience of surgeons of the whole world testifies, in acute appendicitis timely operation is the unique effective method of treatment.

Access for appendectomy must provide implementation of operation. For this goal McBurney's incision is more suitable, which is mini traumatic and typical.

When during operation the appendix without the special difficulties can be shown out , antegrade appendectomy is executed. On clamps its mesentery is cut off and ligated. Near the basis the appendix is ligated and cut. Stump is processed by solution of antiseptic and peritonized by a purse-string suture .

If only the basis of appendix is taken in a wound, and an apex is fixed in an abdominal cavity, more rationally retrograde appendectomy is performed. Thus the appendix near basis is cut between two ligatures. Stump is processed by antiseptic and peritonized. According to it the appendix is removed in the direction from basis to the apex.

According to indication operation is concluded by draining of abdominal cavity (destructive appendicitis, exudate in an abdominal cavity, capillary hemorrhage from the bed). In recent years the laparoscopy methods of appendectomy are successfully performed.

## یوولسم فصل

### د حاد اپنډیسیت اختلالات

#### Complications of acute appendicitis

که څه هم د ځینو ډاکټرانو خصوصاً ځوانو جراحانو په نظر حاد اپنډیسایټس یوه ډیره ساده او آسانه پټالوژی گڼل کیږي، خود بده مرغه دا وتیره بعضاً د ناوخته مراجعی، تشخیصی، تکتیکی او تخنیکي اشتباهاتو د امله د ډیرو خطرناکو اختلالاتو د تاءسس سبب گرځي، چی تشخیص او تداوی ئی په خپل وارسره لوی او مغلق پرابلمونه اجادوی او حتی بعضاً هم د ناروغ د مرگ لامل تشکیلوی. ددی ناروغی اختلالات اکثرآ په لاندی ډول وی:

Periappendicular mass	۱- اپنډیکولیر انفیلترات یا پلسترون
Peri appendicular abscess	۲- پیری اپنډیکولیر اسی
Douglass abscess	۳- دوگلاس د جوف یا حوصلی اسی
Subdiaphragmatic abscess	۴- سب دیافراگمال اسی
Inter intestinal abscess	۵- بین المعایی اسی
Diffuse or generalize peritonitis	۶- ډیفیوز او منتشر پیرتونیت
Phlebitis of portal vein and its branches	۷- د باب ورید او د هغه د بناخو التهاب

#### ۱- اپنډیکولیر انفلترات

#### Appendicular mass or appendicial infeltrate

appendicular mass یا پلسترون د اپنډیکس پر شاوخوا باندی دهغه کتلی یا حشیوی او غرینیز کانگومیرات څخه عبارت دی چی په هغه کي مجاور احشا (معمولاً ثرب او امعا) د فلیگمونوز اپنډیسایټس په چاپیریال کبید انتانی محراق دمحدودیت په موخه د احاطوي دیوال په څیر سره راټول اود فیبرینی التصاقاتو پواسطه سره نښتی وي، چه په دې ډول سره انفیلترات د یوه دفاعي میکانیزم په حیث د بدن د عمومي دفاعي سیستم په چوکاټ کي خپل موضعی محافظوي رول لوبوي.

څرنګه چی وویل سول دا وتیره هغه وخت چی التهاب د اپنډیکس د جدار ټول طبقات ماؤف او میکروبی حادثه د اپنډیکس نه بهر پیریتوان او نورو گاونډیو او مجاورو غړو ته انتشار وکړی، منځ ته راځی چی عمدتاً د فلیگمونوز او بعضاً هم د گانګرینوز او تنقبی اپنډیسایټس په صورت کبلی لیدل کیږی. دا ډول اختلاط په عمده توګه د ناروغ د ناوخته مراجعی، تشخیصی اشتباهاتو او ځنډنیز

تشخیص د وضعی په نتیجه کښی منځ ته راځی. د خارجی منابعو پر اساس اپنډیکولیر انفلترات د یوه نه ترپنځوپه سل واقعاتو کښی لیدل کیږی. خوز مور په هیواد کښی چی ناروغ معمولاً ډیر ناوخته ډاکټر او روغتون ته لاس رسی مومی دا واقعات په لوړه کچه لیدل کیږی نو ځکه زموږ په واقعاتو کښی ددی اختلاط رقم اته په سل کښی (۸٪) ځای درلود. که چیری دا هم په نظر کښی ونیسو چی اکثره هغه ناروغان چی روغتون ته یی د پیری اپنډیکولیر ابسی او یا منتشر پیریتونیتس په حالت کښی مراجعه کړی وی د همدی مرحلی نه تیر سوی دی، ذکر سوی رقم به نور هم لوړ وی.

اپنډیکولیر انفلترات معمولاً د حاد اپنډیسیتس د حملی پر 3-5 ورځ تأسس مومی. د انفلترات په تشکل سره د حاد اپنډیسیتس په کلینیکی لوحه کښی بدلون رامنځ ته کیږی. - د ناروغ عمومی وضع ښه والی مومی، د نس مستقیم دردونه آرامیږی او د بدن د تودوخی درجه راټیټه او معمولاً د سوب فبریل (37,5 C - 38) په حدود کښی وی. په فزیکي معایناتو کښی د نس د جدار عضلی سختیا یا دیفانس (defense) ډیر لږ او یا کاملاً معدوم او د پیریتوان حساسیت (response) موجود نه وی، خو پدی وخت کښی په ښی حرقی ناحیه کښی یوه نسبتاً سخته الاستیکی، دردمنه او کم حرکت کتله چی غیر معین او نامنظم سرحدات لری جس کیږی. د کتلی ابعاد اکثرأ واره چی معمولاً د متوسطی منی یا مالتي په اندازه او بعضاً هم ډیر غټ وی چی تقریباً د نس ټول ښی فلانگ احتواء کوی. همدارنگه د مریضانو سره بعضاً د روزینگ Rovzing او Sitkovski مثبتی ښی لیدل کیږی.

د تشخیص د وضع دپاره د حاد اپنډیسیت د کلینیکی لوحی سیر او انامیز ستر رول لوبوی. که د کتلی د پیدایښت نه مخکی د ناروغ سره بطنی دردونه، استراق او تبه موجود وه نو موجوده کتله د اپنډیکولیر انفلترات واضیح ښکارندوی ده.

- د اپنډیکولیر انفلترات بیلنیز تشخیص باید د سیکوم د توموری ناروغیو سره وکړل سی.

- د سیکوم په توموری واقعاتو کښی شدید درد او حاد کلینیک نه لیدل کیږی کتله په تدریجی توگه سره غټوالی مومی چی په لومړی مرحله کښی درد نلری، مگر په پلسترون یا اپنډیکولیر ماس کښی بطنی کتله معمولاً د بطنی دردونو او د حاد اپنډیسیت د وصفی لوحی د تیریدو وروسته پیدا کیږی.

- د اپنډیکولیر انفلترات کتله د وخت په تیریدو سره په تدریجی توگه کوچنی کیږی، حال دا چی توموری کتله د وخت په مرور سره وده کوی او لویږی چی کله بیا هم د کولمو د بندښت یا انسداد (intestinal obstruction) یا نیمه بندښت (sub occlusion) سبب گرځی، پداسی حال کی چی اپنډیکولیر انفلترات هیڅکله د کولمو بندښت یا سغل نه اجادوی.

- په وینه کښی په اعتدالی اندازه لیوکوسایتوز او د لوکوسیتار فرمول کین لوریزه تغیرات مینځته راځی.



- دمرض دتشخیص او تفریقی تشخیص دپاره د بطن اولتراسوند ultrasound او خصوصاً CT-scan معاینات دیر مهم مرستندویه رول لوبولای سي.

انفلترات د خپل کلینیکي سیر په لحاظ دوی مرحلی لري چی هره یوه یی خائته کلینیکي او درمليزي خائگر تیاوی لري:

۱ - د پاسته یا مراوی انفلترات مرحله Soft stage appendicular mass

۲ - د کلک یا سخت انفلترات مرحله Hard stage of appendicular mass

اوس به ددی مراحلو کلینیکي خصوصیات هریوپه مفصله توگه سره شرح کرل سي.

**الف - مراوی یا پوست انفلترات :** Soft appendicular mass

نرم یا پوستانفلترات د اپنډیکولیر انفلترات لومړی مرحله ده چی د درو ورخو نه تر یوی اونی پوری دوام کوي. په دی مرحله کبني د ناروغ تبه د اپنډیسیت د لومړیو ورخو په مقایسه کبته اود سوب فبریل په حدود کبني وی. عمومی وضع نسبتاً بڼه، مستقل دردونه او ډیسیپیتیک یا هضمی تشوشات او انتاکیسیکیشن چی د حملی په شروع کی په شدید توگه سره موجود وه، رفع اوصرف خفیف دردونه اوسوب فبریل تبه (37,5 - 38) ورسره ملگري وي. مگر پیری اپنډیکولیر کتله په جس سره دردناکه، قوام یی پوست او نامعین غیر منظم سرحدونه لری چی بعضاً د عضلی دیفانس له کبله په مشکل سره جس کیږی.

باید وویل سی چی د انفلترات حجم، اندازه، خابیت د نس د جدارونو د انساجو ضخامت او د پیریتوان عکس العمل مستقیماً د هغه پر تشخیص باندی تأثیر لري. لدی کبله کوچنی حجمه، ژور او عمیق انفلترات، د عضلی دیفانس موجودیت خصوصاً په چاغو ناروغانو کبني په مشکل سره د جس تابع کیږی. خکه په داسی حالاتو کبني د انفلترات تشخیص د عملیات تر مخه نا ممکنه او صرف د عملیات په وخت کبني تشخیصیږی. همدارنگه د ذکر ورده چی بعضاً پوست انفلترات تشخیص د عملیات په وخت کبني هم صورت نه نیسی ولی چی جراح په دی صورت کبني د مراوو التصاقاتي نښتو موجودیت چی په آسانی سره جلا کیږی، په نظر کبني

نه نیسی او هغه د عملیاتی ستونخو خخه گنی حال دا چی دی په حقیقت کبني د مرام انفلترات سره مخامخ وی. خنی جراحان په دی عقیده وی چی که چیری د اپنډیسیت ناروغان د مریضی په دریمه یا څلورمه ورخ مراجعه کوی نو حتماً ورسره اپنډیکولیر انفلترات موجود وی او پرته د دی چی د پیریتوان د عکس العمل نښی او علایم په نظر کبني ونیسی ناروغ د اپنډیکولیر انفلترات په تشخیص بی جهته تر محافظوی تاوی لاندی نیسی.

ددی ناروغانو د وینی په معایناتو کښی سپک لوکوسیتوز (10000-13000) خفیف کین لوریزه بدلون او یو څه لور سیدیمنتیشن ESR لیدل کیږی.

په دی مرحله کښی د ناروغانو بنسټیزه درمل په محافظوی شکل سره پیژندل سوی دی چی عمدتاً په لاندني ډول وړاندي کیږي

- د بستر استراحت
- انفوزین او مایعاتی رژیم
- سپک هضمه غذایی رژیم
- پرماؤفه ناحیه باندی سار ه تطبیقات
- انتی باکتریال او انتی انفلامیشن تداوی

که چیری په دی ډول ناروغی کښی د عملیات نه مخکښی د اپنډیکولیر د نه تشخیص له کبله مریض اشتباهاً عملیات او د عملیات په ترڅ کښی انفلترات تشخیص کړ سی، نود بعدنی جراحی تکتیک په حصه کښی مختلف تکتیکونه په کار اچول کیږی.

- ځنی جراحان په دی صورت کښی د انفلترات په هر حالت کښی که څه چی انفلترات سخت هم وی د انفلترات په تسلیخ او د اپنډیکس په ایستلو سره چی په هر قیمت هم وی بنا کوی. مگر باید وویل سی چی د سختو التصاقاتو موجودیت د اپنډیکتومی مطلق نه استطباب تشکیلوی ځکه په دی صورت کښی اکثرأ مختلف او خطرناکه اختلاطات لکه د کولمو د جدار تثقب، مخاطی فیستولونه، ابسی، پیریتونیت او وینتوئیز مینځ ته رآی. - بل تعداد جراحان د بطن په خلاصیدو او د انفلترات د تشخیص په تثبیت سره د عملیات د ادامی څخه صرف نظر او محافظه وی تداوی ته دوام ورکوی.

بعضی مؤلفین لکه (1976) M.I.Litkin, (1982) I.A.Erokhin د کلک انفلترات دپاره صرف محافظوی تداوی او د مړاوی انفلترات دپاره فعالانه جراحی تکتیک او اپنډیکتومی توصیه کوی.

باید وویل سی چی د عملیات په وخت کښی عملیاتی تکتیک او حجم د انفلترات د حجم قوام او دانساجو د پتالوژیکی تغیراتو د څرنګوالی پر اساس تعیینیری چی عمدتاً باید لاندی ټکی په نظر کښی و نیول سی:

- ۱ - د سخت انفلترات په تثبیت سره باید د اپنډیکتومی څخه صرف نظر وسی.
- ۲ - د مړاوی محجم انفلترات په صورت کښی د انفلترات د تسلیخ او د اپنډیکس د پلټني اقدام ونسی.

۳ - د انفلترات د مطمئني احاطي او محدوديت په صورت کېنې چه بطن ته د انتان د انتشارپوره مخنيوی

وګولای سي، د اپنډيکتومي نه صرف نظر وشي.

۴ - د کوچنی مرأوی انفلترات په صورت کېنې، چی اپنډيکس جرحی ته نژدی او واضح پروت او یا صرف د ثرب پواسطه احاطه سوی وی، اپنډيکتومي استطباب پيداګوی.

پدی ډول څرنګه چی وویل سوه، د اپنډيکولیر انفلترات تداوی د مرأوی یا پوست انفلترات په مرحله کېنې چی د انتانی محراق نه و بطن ته د مکروبی سرایت احتمالات موجود وی په شروع کېنې عمدتاً محافظوی ده چی تر جدی او ثابت متداوم کنترول لاندی اجرا کیږی. صرف د انفلترات د ذوب او ابسی د تشکل په صورت کېنې چی د موضعی او عمومی علایمو پر اساس پیژندل کیږی، د عملیات استطباب مطلقاً قانونیت موندی.

که چیری اشتباهاً بطن واز او انفلترات تشخیص کړ سی، نوپه دې صورت کې د عملیات بعدی تکنیک د موضعی تغیراتو تابع او دانساجو د پتالوژیکي وتیری د سیر، شکل او حجم سره مطابقتعینیري.

- سخت انفلترات، محجم انفلترات او همدارنګه د مطمئن محدود او احاطه سوی انفلترات د شته والی په صورت کېنې دهغه د تسلیخ او اپنډيکتومي د اجرا نه صرف نظر کیږی.

- وور انفلترات چی په هغه کې اپنډيکس عمدتاً د ثرب پواسطه سره احاطه سوی، خوانتانی محراق پوره محدود سوی نه وی او د بطن لور ته د مکروبی سرایت خطر موجود وی، په دې صورت کېنې داپنډيکس په تسلیخ او داپنډيکتومي په اجراینه باندی اقدام کیږی.

- ناروغان باید د محافظوی تداوی په ترڅ کېنې تر جدی کنترول لاندی وي، که چیری د ناروغ سره د انتوکسیکیشن عمومی علایم، د تبی لوړوالی، په بنی حرقی ناحیه کېنې د پیریتوان د عکس العمل نښی او یا فلوکتویشن Fluctuation، لور لوکوسایتوز او کین لوریزه تغیر چی د پیری اپنډيکولیر ابسی د علایمو څخه دی تثبیت سی په دی صورت کېنې د عملیات استطباب موجود دی.

### Hard appendicular mass

### ب - کلک یا سخت انفلترات

کلک انفیلترات داپنډيکولیرماس یا انفلترات دوهمه مرحله ده چی معمولاً دهغه دپیداایست نه وروسته پر 5-6 ورځ یعنی ددوهمی اوونی په پیل کېنې شروع او د دوو یا درو اونیو پوري دوام مومی. ددی دوری تر پایه پوری کتله په تدریجی توګه کاملاً رشفیري. د کلک انفلترات په دوره کېنې د ناروغ وضع کاملاً ښه او هیڅ ډول شکایات نلری. د بدن تودوخه نورماله وی. کتله په جس سره کلکه

غير حساسه واضح او منظم سرحدونه لری. د ناروغانو د وینو په معایناتو کېنې لوکوسیتوز یا کوم بل خاص تغیرات نه لیدل کېږی. په دی مرحله کېنې د انفلترات درملیز تکتیک یوازی د محافظوی تداوی څخه عبارت ده چی د ټولو مؤلفینو د خوا منل سوی ده. ځکه په دی مرحله کېنې د کلکو التصاقاتو تسلیخ او د اپنډیکتومی اجراینه د لویو خطراتو سره مواجهه وی.

په دی دوره کېنې د التصاقاتو د سریع رشف او د ناحیې د آزادیدو په خاطر باید تاوده تطبیقات لکه د مشکولی ټکور او فزیوتراپی توصیه سی چی عمدتاً د اولتراهای فریکانس (Ultra high frequency) او اولتراویولیت (Ultraviolet) دورانگو څخه استفاده کېږی.

### Conclusion:

Appendiceal mass or infiltrate is the conglomerate of organs and tissue not densely accrete round the inflamed vermiform appendix. It develops, certainly, on 3–5th day from the beginning of disease. Acute pain in the stomach calms down thus, the general condition of a patient gets better. Dense, not mobile, painful, with unclear contours, formation is palpated in the right iliac area. There are different sizes of infiltrate, sometimes it occupies all right iliac area. The stomach round infiltrate during palpation is soft and unpainful.

At reverse development of infiltrate (when resorption comes) the general condition of a patient gets better, sleep and appetite recommence, activity grows, the temperature of body and indexes of blood is normalized. Pain in the right iliac area calms down, infiltrate diminishes in size. In this phase of infiltrate physiotherapeutic procedure is appointed, warmth on the iliac area.

In two months after resorption of infiltrate appendectomy is conducted.

At abscessing of infiltrate the condition of a patient gets worse, the symptoms of acute appendicitis become more expressed, the temperature of body, which in most cases gains hectic character, rises, the fever appears. Next to that, pain in the right iliac area increases. Painful formation is felt there. In the blood test high leukocytosis is present with the acutely expressed change of leukocyte formula to the left.

In patients with appendiceal infiltrate it is necessary to perform conservative-temporizing tactic. Taking it into account, bed rest is appointed, protective diet, cold on the area of infiltrate, antibiotic therapy. According to resorption of infiltrate, in two months, planned appendectomy is executed.

## ۲- پیری اپنډیکولیر اَبسی

### Periappendicular abscess

پیری اپنډیکولیر اَبسی یا پیری اپنډیکولیر نوډنډ معمولاً د تخریبی یا وړانجن (destructive) اپنډیکس د چاپیریال په قیحی فبرینی التصاقاتو (نښتو) او گاونډی التهابی غروسره په محدود سوی جوف کبئی دقیقحی (نون) افرازاتو د تجمع او غونډیدون څخه عبارت دی. داډول اَبسیس عمدتاً په تالی ډول ډپلسترون دتأسس نه وروسته او دهغه دناقصی تداوی په نتیجه کي، خوبعضأهم په ابتدائی شکل سره ډپلسترون دنشتون په صورت کي مینځ ته راځي.

باید وویل سی چی په بعضو طبی آثارو کبئی د اپنډیکولیر انفلترات او پیری اپنډیکولیر اَبسی ترمنځ بیلنیز وضاحت نه لیدل کیږی، ځکه لازمه وگڼل شول چه دا پینډیسایتیس ددی دواړو اختلاطي پتالوژیو تر مینځ، چه دخپل کلینیکي سیر او معالجي طریقو په وجه سره بارز کیفی توپیر لری، دهغوی پرتفریقې اصل رونا واچول شي.

ددغه اصل پراساس په اپنډیکولیر انفلترات کبئی معمولاً فلگمونوز اپنډیکس دیوی مختلف النسجه کتلي په مینځ کي چه د بطنی التهابی غرو او انساجو له خوا په فبرینی التصاقاتو سره وصل سویوی، واقع اور احصاروي، چه په چاپیریال کي ئې نون افرازات وجود نه لری. مگر په پیری اپنډیکولیر اَبسی کبئی پر انفلترات او یا التصاقی احاطی سربیره د گانگریوزیا تثقی اپنډیکس په چاپیریال کبئی دقیقحی یا نون جوف موجودیت حتمی گڼل کیږی.

په بله عباره پیری اپنډیکولیر ماس معمولاً په یوازي توگه د اَبسی دنشکل دنشتون په حالت کي موجودیت لري، حال داچه ډیری اپنډیکولیر اَبسیس تأسس دا پینډیکولیر ماس په موجودیت کي صورت نیسي او د اَبسی سره انفیلترات هم مل وي، چی په دی حالت کبئی اَبسی د انفلترات نه وروسته په اپنډیکس کبئی د التهابی اوانتانی وتیری د بعدنی انکشاف، انتشار او تخریب په نتیجه کي مینځ ته راځي. لنډه داچه پیری اپنډیکولیر انفلترات د اَبسی څخه پرته وجود لری خو پیری اپنډیکولیر اَبسیس اکثرأد انفیلترات نه وروسته او دهغه دناقصی تداوی اومنفي سیر په صورت کیدا پینډیکس د دیستروکتیف تغیراتو ډیرمختگ اوتقیحی وتیری په وده سره مینځته راځي.

### Pathogenesis of periappendicular abscess

### د پیری اپنډیکولیر نوډنډ پاتوجنیز:

پیری اپنډیکولیر نوډنډ په دوه ډوله حالتو کبئی تشکل کوی:

۱- د اَبسی تشکل بیله مخکنی التصاقی محدودیته

۲- د اَبسی تشکل په پلسترون او یا مخکنی التصاقی احاطه کبئی

## ۱ – د اېسی تشکل بېله مخکنی التصاقاتو:

په دی ډول نوډنډ کښی د اېنډیکس د جدار تنقب د اېنډیسیت په شروع کښی چی په ناحیه کښی لالتصاقاتو وده نه وی موندلی صورت نیسی. په دی حالت کښی د احاطوی موانع د نشته والی له کبله د اېنډیکس د تنقب نه وروسته نون افرازات د بطن جوف ته خپریری او د عمومی پیریتونیت general peritonitis دتأسس سبب گزری.

مگر کله بیا هم د بدن د لوړدفاعی قدرت اودمکروب د نسبی تیټ ویرولانسی Virolancy د کبله د سوری سوی اېنډیکس اودهغه د جوف نه دأزادشووقیحی افرازاتو په چاپیریال کښی په چټکی سره د قیحی فبرینی التصاقاتو احاطوی دیوال یا کلا تشکیلیری او تقیحی وتیره صرف په حرقی حفره یا ډب کښی محدوده اودپیری اېنډیکولیر ماس Periappendicular mass په توگه وده مومی.

باید وویل سی چی د اېسی په شروع کښی هغه وخت چی التصاقات پاسته او سست وی د قیحی جوف په لونیډلو سره اکثرأ د هغو د جلاینی او چاودنی احتمالات موجود وی چی دا حالت بیا هم بطن ته د قیح د انتشار او عمومی پیریتونیت generalized peritonitis دتأسس سبب گرخی.

## ۲ – د اېسی تشکل په پلسترون کښی:

په دا ډول پیری اېنډیکولیر اېسی گانو کښی لومری فلیگمونوز اېنډیکس لان دتنقب نه مخکی د التصاقاتو او احشاوو په واسطه سره محدود سوی وی. وروسته بیاد اېنډیکس د جدار تخریب او تنقب چی د التهابی وتیری د بعدنی انکشاف او اروایی تشوشاتو نتیجه ده په احاطه سوی ساحه کښی صورت نیسی اوداېنډیکس د لومین قیحی افرازات په داسی واقعاتو کښی محدودسوی جوف کی اکثرأ دموضعی پیریتونیت local peritonitis یا اېسی دتشکل سبب کیږی.

باید وویل شی چه په دی صورت کی هم ځینی استثنآت وجودلری، چه دهغوی پراساس په هغسی حالاتو کښی چی د اېسی د جوف ارتباط د بطن سره موجود وی او یا د التصاقاتو د لیزیس او جوفی غشا د چاودنی د کبله د اېسی دجوف محتویات بطن ته انتشارومومی، د لوکال پیریتونیت نه بلکه د منتشر پیریتونیت دتأسس لامل گزری.

### Conclusion of abscess'es pathogenesis:

At abscessing of infiltrate the condition of a patient gets worse, the symptoms of acute appendicitis become more expressed, the temperature of body, which in most cases gains hectic character, rises, the fever appears. Next to that, pain in the right iliac area increases.

Painful formation is felt there. In the blood test high leukocytosis is present with the acutely expressed change of leukocyte formula to the left.

Local abscesses of abdominal cavity, mainly, develops as a result of the atypical placing of appendix or suppuration. More frequent from other there are pelvic abscesses. Thus a patient is disturbed by pain beneath the abcupula, there are dysuric disorders, diarrhea and tenesmus. The temperature of body rises to 38,0–39,0oC, and rectal — to considerably higher numbers. In the blood test leukocytosis, change of formula of blood is fixed to the left.

### د پیری اپنڈیکولیر اسی ویشون

د پیری اپنڈیکولیر اسی ویشون عمدتاً اسیس دموقیعت اوکلینیکي سیر او بهیر پر اساس چه هر یو په خپل وارسره د جراحي مداخلی خایینت او تکنیک تعینوي، په لاندی توگه سره صورت نیسي:

۱- د اپنڈیکولیر اسیس ویشون دموقیعت پر اساس

۲- د اپنڈیکولیر اسیس ویشون دکلینیکي سیر دمخي

اوس به دهر گروپ خصوصیات په مفصل ډول سرهمطالعہ کرل شي.

### A- اپنڈیکولیر اسی دموقیعت پر اساس

اپنڈیکولیر اسیس کله اپنڈیکس ته نژدی او جوغت دهغه ته جوغت پهه چاپیریال کي اوکله بیاد اپنڈیکس د موقیعت نه لیري واقع وي چه په دې اساس اسیس بر دوو عمده ډولو ویشل کیري:

I - د اپنڈیکس د چاپیریال نوډونه

II- د اپنڈیکس لیر خائیزه نوډونه

I - د اپنڈیکس په چاپیریال کښی مستقیم نوډونه:

دا ډول اسیس د اپنڈیکس دمختلفو موقیعتو په صورت کښی مستقیماً د اپنڈیکس په چاپیریال کي وجود لري، چه داهم په خپل نوبت د بطن د جدار سره د تماس اونژدیوالي دمخي په دوه ډوله ویشل کیري:

a. د نس دننه جداری نوډونه

b. د نس دننه نه جداری نوډونه

## a - دنس دننه جداری ابسی:

داډول ابسی که څه هم دنس په مختلفو حصوکي وجود لري، خومعمولاً دیوه لوري دبطن دجدار سره مستقیم تماس لري، چه دا عمل دابسی په دریناژ کي سهولت ایجادوي او په لاندني ډول دي:

### 1-رقفی یا الیاک ابسیس: iliac abscess

داډول ابسیس د نس د مخکنی جدار سره د حرقفی د پورتنی مخکنی شوک یا غابنی (spina iliaca anterior superior) او مقبني وتر (inguinal ligament or lig. inguinalis) په ساحه کبني موقعیت لري.

### 2- مخکنی جداری ابسی: anterio-lateral abscess

د نس د بنی مستقیم عضلی (rectus abdominis muscle or Muscle rectus abdominis) او مقبني وتر (inguinal ligament) په ساحه کبني د نس د مخکنی جدار شاته واقع دی. دا ډول ابسی د اپنډیسیت په هغه ځایبنت کبني چی د چیکوم و میډیال (مینځنی) او لاندنی (inferior) لورته واقع وی، لیدل کیږي.

### 3- الیولومبال ابسیس: ilio-lumbal abscess

د الیولومبال یا حرقفی- قطنی ابسی د اپنډیسیت په هغه موقعیت کبني چی د څیکوم و خارجی او لور لور ته واقع وی مینځ ته راځی.

### 4- تراینی لاندی نوډنډ: subhepatic abscess

دا ډول نوډنډ د بنی هایپوکوندریک په ناحیه کبني د نس د جدار تر شا او د هغه په تماس کبني د اینی د (right flexure of colon) لاندی د کولون د بنی زاویي (right hepatic lobe) بنی لوب یا فص نه پاس او د بنی پښتورگی په مخ ځای نیسی او د اپنډیسیت په هغه حالاتو کبني چی د سیکوم خارجی لورته تر اینی پوری دوام ولری او یا څیکوم تر اینی لاندی واقع سوی وی مینځته راځی.

## a. د نس دننه نه جداری نوډنډونه:

دا ډول ابسی معمولاً داپنډیکس داتیپیک موقعیت په صورت کي تشکل مومي. په نه جداری ابسیس کي قیحي افزات دیوي خواد اپنډیکس او دبل لوري دهغه د احاطه کونکو غړو تر مینځ بیله دی چی د نس د جدار سره تماس ولری تجمع کوی. او په هغه صورت کبني چی د اپنډیکس موقعیت د څیکوم انسي یا medial لورته واقع سوی وی مینځ ته راځی، چه په خپل وارسره په لاندني توگه تقسیمیري



## ۱- مساریقوی یا د مساریقی نوډنډ: Intramesenterial or mesocecal abscess

په دی ډول ابسی کبني د تقیحی افرازاتو تجمع د مساریقی د پردو تر مینخ صورت نیسی اود اپنډیسیت په بشپړیز یا نیمه بشپړیز مساریقوی موقعیت په حالت کبني مینخ ته راځي.

Interloop abscesses are not frequent complications of acute appendicitis. As well as all abscesses of abdominal cavity, they pass the period of infiltrate and abscess formation with the recreation of the proper clinic.

## ۲- ریتروپیریتونیاال ابسی Retroperitoneal abscess

دا ډول ابسیس معمولاً داپنډیکس د ریترو پیریتونیاال په موقعیت کبني مینخ ته راځي. په دی ډول ابسی کبني د قیحی افرازاتو تجمع د الیوپسوآس په عضلاتو باندي واقع او د وتیری د پرمختگ په صورت کبني د پښتورگی، دیاگرام او یا د فخذ و لورته نفوذ او انتشار پیدا کوي، چی په نومورو ناحیو کبني د مستقلو ابسی گانو د تشکل سبب گرځي.

## ۳- حوصلوی یا پیلویک ابسی: Pelvic abscess

دا ډول ابسی په هغه اتیبیک واقعاتو کبني چی اپنډیکس ډیر اوږد او د حوصلی په جوف کبني موقعیت ولری او یا چیکوم د خپل طبیعی حالت نه ډیر لاندی واقع سوی وی چی اپنډیکس بیا هم په حوصله کبني دننه موقعیت ځان ته غوره کوی مینخ ته راځي.

## II- لیرځائیزه نوډنډونه:

داډول ابسی گان داپنډیکس په چاپیریال کي نه بلکي دهغه د موقعیت نه بهراولیری واقع وي چه عمده اشکال ئی په لاندي ډول سره دي:

## ۱- ددوگلاس د جوف نوډنډ Douglass abscess

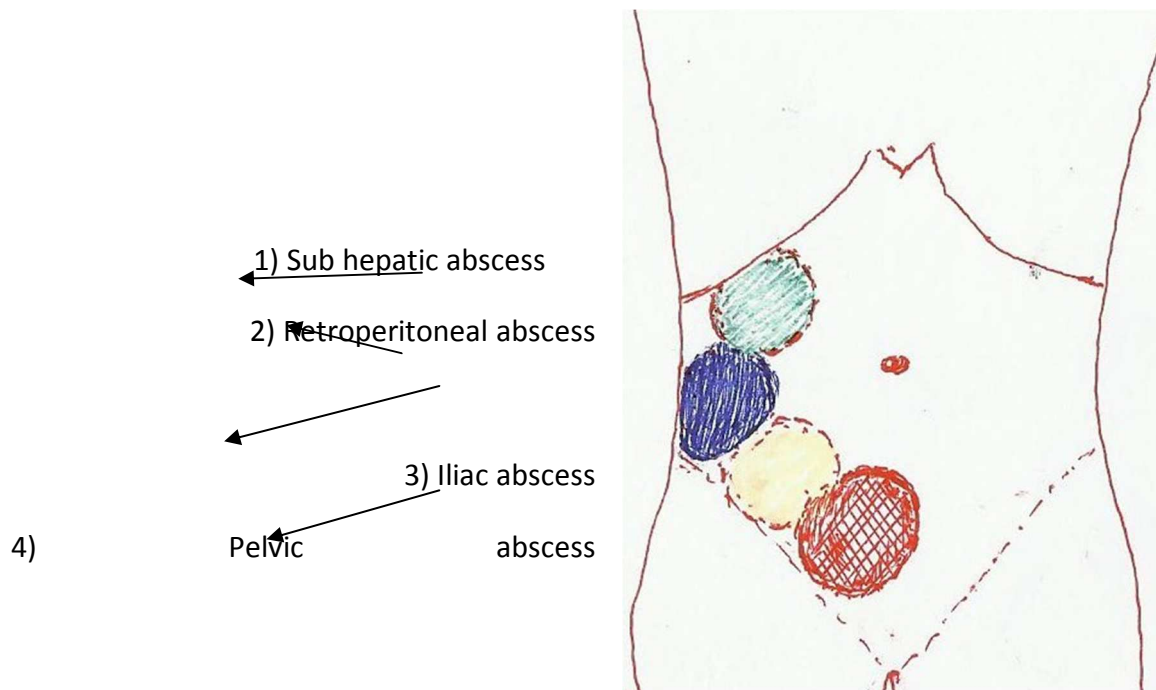
## ۲- تر اینی لاندی یا تحت الکبدي نوډنډ hepatic abscessSub

## ۳- د کولمودعرواؤ ترمینخ نوډنډ abscess intero intestinal

## ۴- تحت الحجاب حاجزی نوډنډ Sub diaphragmatic abscess

د مختلفو نودونو موقعیت په شمه ئیزه توگه په ۶۲ شکل کښی مشاهده کیدلای

(شکل - ۶۲)



**B- اپیندیکولیر اسیس د کلینیکي سیردمخي:**

اپیندیکولیر اسیس دخپل کلینیکي سیر پر اساس پر دوه ډوله دی:

Progressive path of abscess

۱ - د اسی انکشافی یا پروگریسیف سیر

Regressive path of abscess

۲ - د اسی تورپید یا ریگریسیف سیر

Ketabton.com

## د پیری ایندیکولیر اېسی کلینیکی لوحه:

د ایندیکولیر اېسیس تشخیص عمدتاً د مریضی د سیر، موضعی او عمومي علايمو د دقیقې ارزونې پر اساس صورت نیسي. څرنګه چې ویل سول پیری ایندیکولیر اېسی معمولاً د انفلترات د تشکل د مرحلې نه وروسته مینځ ته راځي. په دې صورت کې لومړی د ایندیسیت د حملې نه وروسته ناروغ نسبی بڼه والی مومي او د ایندیکولیر انفلترات په وده سره د ناروغی موضعی او عمومي علايم تخفیف پیدا کوي. د ایندیکولیر انفلترات د سلیم سیر په صورت کې کتله ورو ورو وړه او بالآخره د ناروغی په دریمه یا څلورمه اوونۍ کاملاً شفیري. مګر د انفلترات د نه سلیم او اختلاطی سیر په صورت کې دناروغ سره تکرار موضعی شدید دردونه، لوړه تبه، کانګی، خواګر زیدنه، د حرقی ناحیې او کتلی دردمنتیا، د پیریتوان د تخریش او حساسیت علايم، انتاکیکیشن اود وینو التهابی بدلونونه لکه لوکوسایټوز، د لوکوسایټر فورمول کین لوریز تغیر، لور سیدیمینیشن ESR او CRP د اېسی پر تشکل باندې دلالت کوي چې په داسې حالاتو کې باید په خپل وخت سره محافظوی درمل ختم او د عملیات استنباب کېښوول سي.

که څه هم په حاد ایندیسیت کې، په هر صورت سره که اېسی موجود وي یانه عاجل عملیات استنباب لري، خود اېسی په موجودیت کې د عملیات شق او پیریتوان ته مداخله یا ننوتنه ځنی ځانګړتیاوی لري. ځکه باید د عملیات تر مخه د اېسی دقیق تشخیص وضع او د عملیات په جریان کې دې اصل ته خاصه پاملرنه وسي.

په هغه واقعاتو کې چې د ایندیکولیر نوډنډ بيله انفلرته تاسس ومومي، د اېسی تشخیص نسبتاً مشکل وي.

د اېسی د تاسس موضعی او عمومي علايم په لاندې ډول دي:

### **الف- موضعی علايم:**

- د اېسی په ناحیه کې د شدید درد څخه شکایت،
- د اېنډکس د تنقب په وخت کې د پیر شدید ځنګرو هني یا نیشتر و هني ډوله درد حکایه،
- د جس پواسطه سره په ماؤفه ناحیه کې د درد شدت،
- د اېسی په ساحه کې محدود عضلي دیفانس،
- په درمنه حصه کې rebound tenderness د Bloomberg مثبت ساین.

## ب- عمومي علايم:

- د اپنډيکس تنقب بعضاً په حرقفې ناحیه کېنې د موقتي ډير شديد درد د پيداېښت سبب گزري چې د خنجر يا نيشتر وهنې ددرسه شباهت ورکول کېري او د مريض د خاصي نارامتيا سبب گزري.
- د ابسيس په وده سره د تودوخې درجه معمولاً د 38C درجو لوړه او تر 39C درجو پوري رسيري.
- د موضعي پيريټونيت او د پيريټوان د تخريش نېنې ډير بارز شکل غوره کوي.
- د ناروغ سره معمولاً tachycardia چې نبض د 100 په حدود کېنې وي تعينيري.
- ژبه وچه او د انتوکسيکيشن نېنې ډيري ښکاره معلوميږي. - لوکوسايتوز معمولاً تر 15000/cc لوړ د لوکوسايتوز فورمول متبارز کين پلويزه تغير نېنې او ډير جگ سيديمينيشن ERS ليدل کېري.

At abscessing of infiltrate the condition of a patient gets worse, the symptoms of acute appendicitis become more expressed, the temperature of body, which in most cases gains hectic character, rises, the fever appears. Next to that, pain in the right iliac area increases. Painful formation is felt there. In the blood test high leukocytosis is present with the acutely expressed change of leukocyte formula to the left.

A subdiaphragmatic abscess develops at the high placing of appendix. The pain in the lower parts of thorax and in a upper quarter of abcupula ofn to the right, that increases at deep inhalationis except for the signs of intoxication, is characteristic of it. A patient, generally, occupies semisitting position. Swelling in an epigastric area is observed in heavy cases, smoothing and painful intercostal intervals. The abcupula ofn during palpation is soft, although tension in the area of right hypochondrium is possible. Painfulness at pressure on bottom (9-11) ribs is the early and permanent symptom of subdiaphragmatic abscess (the Krukov's symptom).

Roentgenologically the right half of diaphragm can fall behind from left one while breathing, and there is a present reactive exudate in the right pleura cavity. A gas bubble is considered the roentgenologic sign of subdiaphragmatic abscess with the horizontal level of liquid, which is placed under the diaphragm.

Interloop abscesses are not frequent complications of acute appendicitis. As well as all abscesses of abdominal cavity, they pass the period of infiltrate and abscess formation with the recreation of the proper clinic.

During the rectal examination the weakened sphincter of anus is found. The front wall of rectum at first is only painful, and then its overhanging is observed as dense painful infiltrate.

### د پیری ایندیکولیر ابسی سیر:

څرنگه چه مخکي وویل شوه آپیندیکولیر انفیلترات دکلینیکي سیر دمخي پردوه ډوله ویشل کیري:

۱- پروگریسیف سیره ابسیس

۲- ریگریسیف سیره ابسیس

اوس به داپیندیکولیر ابسیس دهر یوه کلینیکي سیر اوخپریدون لاري په مفصله توگه وڅیرل سي.

د پیری ایندیکولیر ابسی کلینیکي سیر او بهیر په ډیرو عواملو لکه د عضویت عمومی او موضعی دفاعی قابلیت، د انتان ویرو لانسې، د ناروغ ممتعه امراض، د چاپیریال د ناوړو فاکتورونو تاثیرات او ځنی نورو اسبابو پوری اړه لری، چی په دی توگه سره د مرض سیر دوه حالته ځانته غوره کوی:

Progressive path of abscess

۱- د ابسی انکشافی یا پروگریسیف سیر

Regressive path of abscess

۲- د ابسی تورپید یا ریگریسیف سیر

۱- د ابسی پروگریسیف سیر:

د ابسیس د ادول انکشافی وده نیز یا پروگریسیف مسیر په هغه واقعاتو کښی چی د ماکروارگانیزم او میکروارگانیزم تر مینځ په مبارزه او سیالی کښی شرایط د میکروارگانیزم (microorganism) په گټه تمام سی. په دی صورت کښی تقیحی وتیره د نس مختلفو ځایونو ته دلمفوجینیک (lymphogene) هیموتوجینیک (hematogene) اویا پر پیریتوان باندی د انتان دمستقیم نشر (per-continuum) په شکل خپره اووډه مومي، چه په نتیجه کي په نوموړی ځایوکښی د موضعی پیریتونیت (ابسی) او بعضاً هم د منتشر پیریتونیت سبب گزري.

- په هغه واقعاتو کښی چی پیری ایندیکولیر نوډنډ د انفلترات په مینځ کښی مینځ ته راسی لږ ځله کیدلای سی چی د مجاوره امعائی عرواوو جدار چی اکثرأ د څیکوم څخه عبارت وی د قیحی افرازاتو په واسطه سره تخریب او د ابسی محتویات د امعاوو د لاری تخلیه کړل سی، چی په دی ډول د مریض په وضع کښی بنه والی مینځ ته راځی، د بدن تودوخه نورماله او دردونه رفع کیري. په دی وخت کښی د ناروغ سره اسهال د بدبویه قیحی افرازاتو په واسطه سره لیدل کیري.

- په هغه واقعاتو کېنې چې اپیندیکس ریتروپیریتونیاال شکل ولری د اپنډیکس تنقب لومړی د ریتروپیریتونیاال اسیس (retroperitoneal abscess) د تشکل سبب کیږی.

په دی حالاتو کېنې د مرض د انکشاف په صورت کېنې قیحی وتیره د صاعده کولون د چاپیریال شحمی طبقی ته نشر او د قیحی پاراکولیت (Para colitis) دتأسس لامل ګرزی. - وروسته دپتالوژیکې وتیری د مختګ او د کلیې داطراف دشحمی نسج دماؤفیدوپه صورت کی دتقیحی پارانفریت (Para nephritis) باعث ګرزی (شکل ۳۸).

- د تقیحی وتیری وروستنی انتشار د ریتروپیریتونیاال سب هپاتیک اسی sub hepatic abscess د تشکل زمینه مساعدوی چې هغه په خپل نوبت سره کیدای سی چې انتراپیریتونیاال سب هپاتیک ناحی ته خپور سی او نوموړی ناحیه کی د اسی د تشکل سبب وګرزی.

- علاوه پردی کیدلای سی چه د ریتروپیریتونیاال دجوف څخه نون بهیر او تقیحی پروسه د (psoas & iliac muscles) دحرقی او قطنی عضلاتود صفاق د الیافو تر مینځ تر مقبنی وتر ligamentum inguinalis or inguinal ligament لاندی، د عضلی شیلې (lacuna musculorum) د لاری د ورانه پر مخ ظاهر او هلته د نوډنډ femoral abscess د ودی سبب وګرزی.

- په ډیر لږو واقعاتو کېنې اپنډیکولیر اسیس د نس د مخکنی جدار رخوه انساجو ته نشر او شحمی طبقی یا وازګین نسج ته خپریری چې ددی ناحی دنوډنډ abdominal wall abs. په شکل تبارز مومی اوکله هم د جلد د طریقه سر کوی او بهر ته تخلیه کیږی.

- بعضاً کیدلای سی چې اسی په مطمئننه توګه سره محدود او احاطه سی چې موضعی علایم یی مخ پر بڼه والی روان او چپتیا مومی. مګر د ناروغ سره سپتیکی لوحه شروع او وده کوی چې پدی صورت کېنې په مختلفواحشاوو کېنې لکه اینه، سږی، توری او نورو غړو کېنې متعدده لیر ځانیزه اسی ګان مینځ ته راځی.

- په ځنی واقعاتوکېنې خاصتاًچی تقیحی وتیره دنس شاجوف (spacium retroperitonealis or retroperitoneal spacious) ته سرایت موندلی وی د میزینتریال وریډونه په انتانی وتیره سره مبتلا کیږی، چې په نتیجه کېنې میزینتریال ترومبوفلیبیت او وروسته په صاعده ډول د باب د ورید سپتیکی التهاب پیلوفلیبیت (Pilo-phlebitis) چې ډیر وخیم سیر او سپتیکی لوحه لری، تأسس مومی. پیلوفلیبیت په خپل نوبت سره نورډیر خطرناک اختلاطات چه اکثرأ د مرګ سبب کیږیمینځ ته راوړی.

## ۲- دابسی توریید یا ریگریسیف سیر:

بالآخره په بعضی ډیر لږو واقعاتو کښی کیدای سی چی پیری اپنډیکولیر ابسی ریگریسیف شکل ځانته غوره کړی او التهابی وتیره چوپتیا او خاموشی ومومی. د ناروغ تبه او دردونه رفع او عمومی وضع مخ پر ښه والی سی د نس په کوگل کښی کتله د وخت په تیریدنه سره وږه څو کاملاً ورکه سی. د ابسی دابول برخ لیک که څه هم ډیر لږ تصادف کوی خو بیا هم لیدل کیږی.

### د پیری اپنډیکولیر نوډنډ تداوی

د پیری اپنډیکولیر ابسی ناروغان باید د لاندنیو قواعدو په رعایت سره ژر تر ژره عملیات کړل سی:

- I. جلدی څیرنه باید حرقی هډوکی ته نژدی او د بطن د آزاد جوف څخه لیری اجرا کړه سی.
- II. د ابسی د جوف د ازولو په وخت کښی باید د ابسی د بهرنی جدار د لاری تسلیخ اجرا کړل سی.
- III. د نس د آزاد کوگل سره د ابسی د جوف ارتباطی احتمالات د تامپون په واسطه محدود کړ سی.
- IV. د ابسی جوف په مساعده توگه سره دریناژ کړ سی.
- V. د عملیات په ټولو مراحلو کښی و نس ته د انتان د انتشار څخه مخ نیوی وی.

### الیاک ابسی:

پیری اپنډیکولیر الیاک ابسی اکثر اډنس د بهرنی جدار څنګ ته (pre-parietal lateral abscess) په ښی حرقی قطنی حفره کی موقعیت لری، چه په دې ناحیه کی عمدتاً دسیکوم تر شا او یا د سیکوم او د نس د بهرنی جدار تر مینځ واقع وی، نوځکه باید جلدی شق د (Mc. Burney) د شق نه چی د اپنډیسیت په عادی حالت کښی اجرا کیږی، دموقعیت د نظره تفاوت ولری. دابسی په صورت کی جلدی شق که څه هم په عین استقامت سره وی خود نس د جدار بهرنی لور ته و حرقی هډوکی ته نژدی صورت نیسی څو د نس آزاد جوف ته د انتان د خپریدلو مخ نیوی سوی وی.

د ابسی په موجودیت کښی د پری پیریتونیال وازگینه یا شحمی طبقه معمولاً اذیمائی اوالتهابی بدلونونه لری او یا هم خفیف ایکسودات پکښی موجودوی. پیریتوان ډرپیریتونیال وازگینی طبقی نه په دقت سره تسلیخ او دڅیکوم و بهرنی لور ته وازیږی او ددی لاری د ابسی د جوف شق او دریناژ اجرا کیږی. د ابسی د جوف د شق نه وروسته د جوف محتویات آسپیری کیږی څو کاملاً پاک کړه سی. وروسته بیا متشکله جوف د لږ مقدار انتی سپتیک محلولاتو په واسطه سره په قسمی یا پارشیال ډول مکرراً لواژ او پریولل کیږی. د جوف لواژ او پریولنه باید په ډیر احتیاط سره دماعتو په لږ مقدار

سره ترسره شي، خودمايع دطريقه دنس آزاد جوف ته د انتان د انتشار زمينه مساعده نه كړل سي. بعضی جراحان بيا د جوف پریولنه حتمی نه گنی.

د عملیات په آخر کښی د اېسی په جوف کښی ډرن اېنډول کیری خو بڼه به وی چی د ډرن قوام ډیر سخت او کلک نه وی خو د کولمو د وړانتیا او تخریب سبب ونه گزی. ددی هدف په غرض معمولاً د سیلیکون نه جوړسوی ډرن نه چی ډیر پوست خاصیت لری اوکانال ئی نه بندیری، استفاده کیری.

په آخرو وختوکښی دوه کاناله ډرنو ستر اهمیت موندلی او په وسیع توگه سره استعمالیری خکه د ډرن د کوچنی کانال د لاری انتی بیوتیک او انتی سپتیک مواد جوف ته داخلیری. ډرن د اېسی په جوف کښی معمولاً د سیکوم او دنس د جدار تر مینځ اېنډول کیری او د لومبیرپه ناحیه کښی د بطن جدار ته د کونتراپیرتور *contra aperture* په شکل ایستل کیری.

باید وویل سی چی په هغه واقعاتو کښی چی اېنډیکس د اېسی په جوف کښی په آزاده توگه پروت وی باید حتماً اېنډیکتومی اجرا سی مگر په هغه واقعاتو کښی چی اېنډیکس د نوډنډ د جدار په انساجو کښی پټ او یا نوډنډ په جدار کښی سخت نښتی وی، د هغه ایستل حتمی نه گنل کیری، خکه چه په دې صورت کښی د پیری اېنډیکولیر اېسی د تداوی اساسی هدف نه د اېنډیکتومی بلکي د نوډنډ د اډیکوات او مساعد دریناژ خخه عبارت دی. اېنډیکتومی صرف په هغه واقعاتو کښی چی دنس د احشاوو د تالی تر ضیضاتو او څیرنی ریسک او خطر متصور نه وی، استطباب لری.

### ریټروپیریتونیل اېسیس:

د اېنډیکس دریتروپیریتونیل موقعیت په صورت کښی متشکله نوډنډ هم دریتروپیریتونیل په جوف اود اېنډیکس په چاپیریال کی حای نیسی. په دې صورت کی بیله دې چه ډیریتوان جوف وازکړشی، د اېسی دریناژ اجرا کیری. دې موخې ته درسیدلو دپاره جلدی شق لکه چه مخ کی هم ویل سول، د

Mc. Burney دکلاسیک شق وبهرنی لور یعنی حرقی هډوکی ته نژدی صورت نیسی، چه درخوه انساجود څیرون اوتسلیخ نه وروسته ډیریتوان په موندلوسره دهغه دشق نه صرف نظر کیری اوپه ډیر احتیاط سره ډیری پیریتونیل شحمی طبقی نه *preperitoneal fat tissue* جلا او اونسی لورته تیله کیری، څوپیریتوان سالم پاته اودریتروپیریتونیل جوف ته مداخله وشي. د اډول محتاطانه تسلیخ ته تر هغه

وخته پوری چه نوډنډ وازیږی، ادامه ورکول کیری.



## ميزوسیکال ابيسيس:

څرنگه چه مخکي هم وويل سول، داډول ابيسيس دنس د مخني اوجانبي جدارونوسره ارتباط نه لري اودنس دجوف په مينځکيني دڅيکوم اونسي لورته دمساريقي پرمخ واقع وي. ددي ډول نوډنډ وازول اودريناژ نسبتاً مشکل دی، ځکه چه ابيسي دنس دجدارونو سره ارتباط نه لري اوچاپيريال ئي دبطن دجوف سره مستقيم ارتباط لري. طبعي ده چه په دي صرت کي دابسي دجوف وازول اودريناژبطن ته دانتان داننتشارزمينه برابروي. ددي کبله دبطن دوازولو وروسته بايد لومړی حتماً دابسي ساحه دبطن دجوف څخه دتامپونو پواسطه احاطه او صرف پسله مطمینی احاطي څخه دابسيس دگوگ په وازونه پيل وسي. دوازونی په بهير کی بايد په نظر کي ولرو، چه دډول ابيسيس دکولمواونورواحشاووتر مينځ واقع او بهرنی جدار ئي دڅيکوم پواسطه سره تشکيل سویدی، نوځکه دتسليخ په وخت کي بايدد نومورو غړودتخريب نه ډډه وشي. ددي مقصد دپاره بايددڅيکوم د اونسي جدار پرمخ دجوف تفتيش او تسليخ دگوتي پواسطه سره اجرا اونوراحشا د څيکوم دجدار نه بيل شي. په دي ډول سره بايدد ابيسيس جوف په خاص دقت سره واز، وچ، ډريناژ اودامکان په صورت کي اپينديکتومي سرته ورسيري.

## سوب هيپاتيک اوسوب ديافراگماتيک ابيسيس:

داينی او ديافراگم لاندي دنوډنډ په صورت کي جلدي شقه راسته هايپوکوندریک ناحيه hypochondriac region کي دجس شوي کتلي دتميعي اهتزاز fluctuation په مرکزى برخه کي په عرضاني استقامت سره چه دپنډتيميخيز يابين الضلعي اعصابو دزيانمني څخه مخنيوی کوي، اجرا کيري. دلاپراتومي وروسته دعملیت بعدنی بهيردمخکی ذکرسووقواعدو پر بنسټ مخته بيول کيري.

## دډوگلاس دجوف ابيسيس:

دډوگلاس ابيسيس دکوچينی حوصلې په عمق کي دمثاني او ريکتوم ترمينځ ( په بنځو کي درحم اوريکتوم ترمينځ ) واقع دی، دخپل موقعيت دمخي ځيني کلينيکي ځانگړتياوي لري.

- دريکتوم دجداردتخريش دامله مريضان دتينيضم اواسهال څخه شاکي، چه اکثراً اوبلن او په مخاط ميشته مواد طرح کوي.

- دديزيوريا اوبلی تشوشاتو څخه شکايت.

- دنس په لاندنيو برخو کی ددرد نه حکايه.

- دتبی درجه دنورو بطني اېسیگانوپه څیر لوره (۳۸-۳۹) درجی، خود ریکتال او اکسیلرد حرارت ترمینځ توپیر ډیر جگ او معمولاً د ۱ تر ۱،۵ درجوه حدودکي وي.

- دجس پواسطه سره بطن نرم، یوزی په سوپر اېوبیک ناحیه کي دردمنتیا او خفیف حساسیت وجود لري.

- دناروغي په پیل کي بطن متنفخ اوبادن نه وي، مگر په وروستيو مراحلو کي دکولمپاریز را ظاهریږي.

د پیلویک اېسیس نور علایم د بطني اېسی دکلینیکي علایموسره چه مخکی ذکر شول مشابهت لري.

د دوگلاس اېسیس درمل په شروع کي محافظوي شکل لري. خو که چیری محافظوی تداوي دانتر اوینوز انتیبیوتیک په تطبیق سره مثبت نتیجه ورنکړي، دناروغ عمومي وضع مخ پر وخامت، انتاکسیکیشن پر ډیریدو او د توشی ریکتل په معاینه کي دموضعی التهابی وتیري او اېسیديال کتلي وسعت تثبیت کړ شی، نو د عملیاتی تداوی اتخا ذ حتمی گڼل کیږي.

د دوگلاس اېسیس ددریناز طریقہ:

- د دوگلاس دنوډنډ دریناز معمولاً ترموضعی انیستیزیا لاندی، دریکتوم دلاري اجرا کیږي.

- لومړی دریکتوم لومین ته دکین لاس دوهمه گوته داخله اودگوتی په کنترول سره دمقعدی سفینکتر په څلورونقظوکي چه د ساعت د (۳،۶،۹،۱۲) بجو دموقعیت سره تطابق لري، دموضعی انستیتیک محلول زرقیږي او په ترتیب سره لومړی د سفینکتر او بیا د تحت المخاطي طبقي بیحسي اجرا کیږي.

- د ریکتوم دلوکل انستیزیا معمولاً د (۲۵،۰٪) نوکائین، ۲۰ سی سی، (۲٪-۱) کسیلوکائین، ۱۵-۱۰ سی سی او یا دکوم بل موضعی انستیتیک محلول د معادل مقدار د زرق پواسطه سره سرته رسیږي.

- دانیستیزیا د تکمیل نه وروسته دریکتوم سپیکولوم ریکتوم ته داخل اومقعدی سفینکتر متوسع کیږي.

- په گوته سره د جس اوپلټني په مرسته دریکتوم پرمخکني جدار باندي دفلوکتیشن نقطه پیدا او دنری سنتي پواسطه نوموړی نقطه سوری اوقیح آسپیری کیږي.

- د قیح په پیدا کولو سره چه ستن په همغه ځای کښي پریښوول کیږي، دستنی تر څنگ پرمخطي غشا باندي دنیم څخه تریوه سانتیمتر په اندازه یوشق اجرا اودپخ نوکي پانس یا کورونڅانگ پواسطه سره دنوډنډ جوف واز اومتوسع کیږي، چه په دې وخت کي د ریکتوم لومین ته غلیظ اوبویناکه قیح راوړي.

- وروسته په قیچی جوف کی ربری یا سیلیکونی تیوب داخل اودعیجان په ناحیه کی دگنډي پواسطه تثبیتیری. په بنځینه ناروغانوکی ددوگلاس دجوف ابسیس دریناژدمهیل vagina دشاتني بام یا چتر posterior fornix of vagina دلاري صورت نیسي .

#### Conclusion of abscess treatment:

Treatment of appendiceal abscess must be only operative. Opening and drainage of abscess, from {retroperitoneal access}, is performed. To delete here the appendix is not necessary, and because of denger of bleeding, peritonitis and intestinal fistula — even dangerously.

### ۳- پیریتونیت

#### Peritonitis

پیریتونایتیس دورانجن یا تخریبی اپنډیسیت دخطرناکو اختلاطاتو او زیانمنیو څخه دی چه عمدتاً داپیندیکس د تثقب په نتیجه کی مینځ ته رځي او اکثرأ ددایول رنځورانو دمړینی سبب گرزي.

#### کلینیکي لوحه:

دمریضی کلینیکي بڼه معمولاً داپیندیسایتیس دننبو پر بنسټ په چټکتیا سره دوخامت پر لورمخته ځي، موضعي اوعمومي نښي سریع سیرغوره کوی. درنځور عمومي حالت د انتاکسیکیشن دشدت دکبله وخامت مومي، ناروغان آپاتیک کمزوره اوبیحرکته کیږي، خوا گرزیدنه اوڅو ځلیزه کانگی ورته پیدا کیږي. دنس دابتدائي تیز درد شدت که څه هم کمښت مومي، خووسعت ئي ډیریری.

دناروغ بڼه الوتي اوسپیره رنگه، ژبه وچه اوپوښلي وي.

نبض معمولاً ۱۱۰-۱۲۰ پوري په دقیقه کی اودبدن د تودوخي درجي سره تطابق نه لري.

تنفس صدري ډوله، سطحي او سریع وي.

دنس جدارد منتشر درد، دیفنس اوشختیا د کبله په تنفسي حرکاتو کی گډون نه لري. دښی حرققي اولنی درد دنس نوروبرخوته انتشارمومي اود(rebound tenderness (Blumberg sign) مثبت وصف پیداکوي.

دوینوپه معایناتو کی بارزه تغیرات لکه لور لوکوسایتوز (۲۰۰۰۰ او لازیات)، دلوکوسیتروفورمول کین لوریزتغیرات، خوراجک CRP او ESR لیدل کیری.

بایدوویل سی چه دناروغ د پیری ناوخته مراجهی په صورت کینی اکثرأد پیریتونیت داصلی سرچینی او اسبابو تعین او تشخیص پیری ستونزی رامخته کوی. حکه نو په داسی حالاتو کی معمولاً دپیریتونیت منشه د عملیات په وخت کی څرگندیږی.

## دپیریتونیت تدای

### Treatment of peritonitis

دپیریتونیت تدای یوه ډیره مقله او پبجلی وظیفه ده چه خأنه یووسیع مبحث تشکیلوی. دا تدای د دوو مهمو اصلو لکه موضعی مداخلاتی تدابیر او عمومی تدای څخه متشکله ده، چه دلته په لنډه توگه سره ددی تدای داساسی جهاتو یادونه کیری.

#### ۱- دپیریتونایتیس موضعی تدای:

دایپنډیکولیر پیریتونیت موضعی تداید عاجلی لاپروتومی داجراڅخه عبارت ده، چه دهغی په بهیرکید عملیات اساسی پروسیجرونه لکه دانسانی منشی ایستل، دنس د جوف لواژ او دریناژ اجرا کیری.

دمنتشر پیریتونیت په ټولو واقعاتو کی عموماً وسطی لاپراتومی یو منتخب او مساعد شق گنل کیری. دایپنډیکولیر پیریتونیت په صورت کی مشخصاً دمنخی لاندنی لاپراتومی څخه، چه د عملیاتی مداخلاتو دپاره ډیره ساحه تأمینوی، استفاده صورت نیسی.

دلایراتومی نه وروسته لومری باید نوڼ ایکسودات کاملاً اسپری او وروسته بیا ایپنډیکتومی اجرا کرل سی.

د عملیات نوری اجزای لکه دبطن دجوف لواژ، دریناژ، دیکمپریسیف انتیروستومی او دهغی دمخلفو ډولونو تطبیقه دتأدیریتونیت دوسعت او التهابی وتیری د ودی دمرحلو پر اساس تعینیری باید وویل سی چه دپیریتونیت په تدای کینی دهغه دمخلفو مرحلو (ریاکتیف، توکسیک او ترمینال) درست تعین او تشخیص د مریض په برخلیک کی اساسی رول لوبوی.

په دې کتاب کې چې اساسي هدف ئې د اپینديسیت تشخیص او تداوی تشکیلوي، دبیریتونیت درملته چې د جراحی یو وسیع مبحث تشکیلوي، صرف دیوي لنډې کتنې په اکتفا سره د تکتيکي خصوصیاتو او د مختلفو مراحلو د ډول ډولو معالجو میتودونو د تفصیلي شرحې څخه صرف نظر کېږي.

۲- دبیریتونیت د عمومي تداوي اساسي جهات:

باید وویل سي، چې دبیریتونایتیس په تداوي کې د عملیات ترڅنګه انتانسیف تداوي post operative intensive care چې د مختلفو حیاتي تشوشاتو د تنظیم اوداخلي هومیوسټاز د ثبات ساتنې پر لور وانه وي، د مریض په ژوند ژغورنه کې ډیر مهم رول لوبوي.

انتانسیف تداوی باید دبیریتونیت پر پاتوجینیتیک اصل باندې، چې د رامینځته شوو تشوشاتو او وړانتیاوو سمون پکښې مطرح وي، بناوي. د انتانسیف تداوی اساسي جهات په لاندې ډول دي:

- اوکسیجن تیراډي (۲-۶ لیتره اوکسیجن په دقیقه کې).

- د شدیدې هایپوکسیا او هایپوکسمیا په صورت کې د هایپرباریک اکسیجنیشن تطبیق.

- د دردموثر تسکین د مسکینو تزریقاتو او پیریډورال کاتیتر د لاری د لوکل انیسټیټیک د تطبیق په مرته.

- د ډیزینټاکسیکیشن تداوي (مایعاتي انفوژین، ترانسفوژین، پیریتونیال دیالیز، هیموسوربشین، هیمودیالیز، لمفوسوربشین، پلازموفیریز، لمفوفوریز، انټیروسوربشین اونور)

- د قلبی تنفسي تشوشاتو تنظیم.

- د کلیوي وظایفو، مایعاتو او ایلیکترولیتونو د بیلانس تنظیم

- د هیموډینامیکي تشوشاتو تداوي

- د پروټینی میتابولزم تنظیم.

- انتیباکټیریال تداوي (موضعی، عمومي) د انټیبیوگرام د نتایجو پر اساس.

- د کولموډپاریز سره مبارزه او ډیپریستالترزم اعاده.

- د ایمونیتي immunity اوبدن د دفاعی قواو لور تیا (انټی ستافیلوکوکال انوتوکسین anti staphylococcalanotoxine، د وینو ایمونواکتیف سیروم blood's immunoactive serum،

ایمونوگلوبولین immunoglobuline ، گاماگلوبولین gama globuline ، تیموجین thymogene ، انابولیک هورمونونه anabolic hormons ، هیموترانسفوزیون hemotransfusion (اونور).

- دویتامینو دبلانس سمون.

- دهایپودینامیکي هیمودینامیک اوانتوکسیکیشن داخلاقاطاتو وقایه (پنومونی یا سکاروی، حاد تنفسی دیستریس سیندروم، ترومبوزیس، فلیبیتیس، دیکوییتوس اونور)

ز مور په ناروغانو کي اپیندیکولیر بیریتونیت د ۱۱ کسوسره چه د ۴ ورځو وروسته ئی روغتون ته مراجعه کریوه، د بیریتونیت په مختلفو مراحلو کي (ریاکتیف فاز - ۳، توکسیک فاز - ۶ اوترمینال فاز - ۲ نفره وه) تشخیص کړسو. مریضان پسله لنډ مده وظيفوی کریکشین اودرملیزه تدابیرو عملیات ته چمتو اومینځنی لاندني لاپراتومي ورته اجرا کړل سوه. دپورته ذکر شوي پاتوجینیتیکي تداوی په نتیجه کی ۷ نفره معالجه او ۴ کسه دسیپتیسیمیا اوسپیتیک شاک دکبله مړه سوه.

#### Conclusion:

The poured festering peritonitis develops as a result of the timely unoperated appendicitis. Diagnostics of this pathology does not cause difficulties.

## ۴ - پیلیفلیبیت

### Pylyphlebitis

پیلیفلیبیت دباب ورید portal vein دسیپتیک ترومبوزیس څخه عبارت اوددیستروکتیف اپیندیسیتیس ددیرو خطرناکو سپیتیکي اختلاطاتو څخه شمیرل کیږي. چه دحاداپیندیسایتیس په ۰،۰۰۵٪ - ۳٪ واقعاتو کي مینځته راځي.

### پاتوجینیز:

د پیلیفلیبیت پاتوجینیتیک لامل داپیندکس د وریددالتهاب څخه منشه اخلي، چي التهابي وتیره لومړی دمیزینتیریوم ورید اووروسته دباب وریده انتشار مومي. پیلیفلیبیت اکثرأ دریتروسیکال ایندیسایتیس په موقعیت کي تأسس مومي.

### کلینیکي لوحه:

د پیلیفلیبیتیس دناروغانو عمومي وضع ډیره وخیمه اوسپیتیک شکل لري، تبه ئی ډیره جگه، معمولأ د ۴۰-۴۱ درجو پوري، هیکتیک ډوله چه په وقفه ئی توگه دریرد اولرز سره ملگري وي.

مريضان دعمومي کمزوري، د بطن په لوره ناحیه خصوصاً د بڼی هایپوکوندریک په ساحه کې درد، خوا گرزیدون، مکررو کانگی و هنی او اسهال څخه شاکي وي. دمرض په بعدي مراحلو کې سپکډوله ژیری مینځ ته راځي. د بطن په معاینه کې د بڼی هایپوکوندریک خصوصاً ۹-۱۱ اضلاعو په ساحه کې درد، اذیما، دپیریتوان دحساسیت ضعیف علایم او خفیف عضلي دیفینس تثبیتېري. اینه لویه سوي، حساسه او دردناکه وي.

دمرض سير معمولاً ډیروخیم شکل لری، چی اکثرأ دهیپاتورینال دحادی عدم کفائی دودي دکبله دمریضي په ۸ - ۱۰ ورځ دمریضانودمرگ سبب کیري.

دوینوپه معایناتوکی شدید لوکوسایتوز، CRP , ESR او هایپرکوواگولیشن موجودوي. دمرض په تشخیص کې سربیره پر کلینیکي معایناتود بطن اولتراسوند ultrasound او خاصتأ سی تی سکن CT-scan چه دباب ورید یا دهغه دڅانگو ilio- colic vein دبنډبنت، توسع، دجدار مقاومت uncompromability اودایلاستیکی دضیاع بشکارندوی دی، اساسي رول لوبوي.

#### تداوي:

د ناروغانو د تداوي اساسی جهات په لاندني ډول دي:

- ۱- دپیریتونیا او ریتروپیریتونیا داجوافود ډنډونوکامله تخلیه اودریناژ.
- ۲- انټیباکټیریا تیراپی چه د وسیع الساحة انټیبیوتیک په اعظمي دوزاژ اودموضعی او عمومي طریقہ تطبیقیري.
- ۳- انټیکواگولیا ن تداوي، چه دکواگولوگرام دورځنی کنترول لاندی دهیپارین اونیمه سینتیتیک هیپارین دلور دوزاژ په مرسته اجراکیري.
- ۴- دهغو ټول موجودو تشوشاتو او ناسمونتیانو تنظیم، چه دپیر یتونایتیس ددرمل به برخه کې مفصلاً شرح کرل شول.

Pylephlebitis is a complication of both appendicitis and after-operative period of appendectomy.

The reason of this pathology is acute retrocecal appendicitis. At it development the thrombophlebitis process from the veins of appendix, passes to the veins of bowels mesentery, and then on to the portal vein. Patients complain at the expressed general

weakness, pain in right hypochondrium, high hectic temperature of body, fever and strong sweating. Patients are adynamic, with expressed subicteritiousness of the scleras. During palpation painfulness is observed in the right half of abdomen and the symptoms of irritation of peritoneum are not acutely expressed.

In case with rapid passing of disease the icterus appears, the liver is increased, kidney-hepatic insufficiency makes progress, and patients die in 7-10 days from the beginning of disease. At gradual subacute development of pathology the liver and spleen is increased in size, and after the septic state of organism ascites arises.



## دوولسم فصل

### لاپروسکوپیک اپینډیکتومي

#### Laposcopic appendectomy (LA)

که څه هم لاپراسکوپي د شلمې پېړۍ په اواسطو کې د یوه مهم تشخیصیه میتود په حیث پیژندل سوې، خو د ځینو تخنیکي محدودیتونو د کبله دوسیع اوسیسټیماتیک استعمال ساحه ونه موندل، ځکه صرف په بعضو اختصاصي مراکزو کې د بطني پټالوژي دوضاحت دپاره داستفادي وړ گرزیدل. خود ۲۰ پېړۍ په آخرو لسيزو کې د فبرو او پټیک نظريفي تکنالوژي د انکشاف د برکته لاپروسکوپي نه یوازي د یوه ستاندارد

مؤثر تشخیصي میتود په حیث بلکه د یوه مقتدر عملیاتي میتود په صفت د تر او ما د اصغری حجم په لرلو سره minimal invasive surgery د بطني امراضو او ترضیضاتو په مختلفو ساحو منجمله دحاد اپینډیسیت په عملیاتونو کې خپله د تطبیق ساحه موندلې او نور هم مخ په وړاندې ځي.

لاپروسکوپیک مینیمال اینوازیف عملیاتونه د ۱۹۸۰ لسیزې په آخر کې شروع او په ډیره چټکتیا سره ئې وسعت وموند، چه نن سبا د بطن اکثره عاجل او ایلیکتیف عملیاتونه د ویدیو اسیسټید لاپروسکوپي پواسطه (VAL) video assisted laparoscopy سره اجرا کیږي، چه فوقالعاده تشخیصي او معالجوي سهولتونه ئې مساعد کړيدي.

څرگنده خبره ده چه مروجه اپینډیکتومي conventional appendectomy یوه شديده ترضیضي عملیه ده چې د حرقفي ناحیې په وسیع شق او د جداري انساجو په څیرنه، کشش او میخانیکي ترضیض سره ترسره کیږي، ځکه د غوښتنې وړده چه ځای ئې باید د یوه کمضرره میتود پواسطه تعویض او اشغال کړسي.

اکثراً جراحان د عملیات نه مخکې د تشخیصي مشکلاتو سره مخامخ وي. په داسې مشکوک او نامعلومه تشخیصي حالاتو کې مریض تر ډیره وخته پوري د وضعي دینامیک کنترول او مکرر معاینات ایجابوي چې بعضاً دوخت په ځنډیدا او مؤثره وخت په ضیاع سره د تخریباتو دوسعت او داخلاطاتو د تأسس سبب کیږي. دبل پلوه هم یو تعداد بنځینه مریضان د جینی کولوژیکي امراضو د موجودیت په صورت کې

دایپنډیسیت په تشخیص بیخایه عملیات اواسلي وتیرې ته پوره توجه نه اوري، چه داعمل په بطن کي دمقدمو یا مؤخرو اختلاطاتو سبب گزري.

لاپروسکوپي برعکس د عملیات دځنډ مخنیوی کوی اوحتی دمرض په مشکوک حالت کي عاجلاً اجرا او

په ۹۰-۹۵٪ واقعاتوکي دحادبطن مؤثق تشخیص وضع، چي دایپنډیسیت په صورت کي دایپنډیکتومي پرو سیجر په سهولت سره تأمینوي.

په پرمختللو هیوادوکي نن ورځ لاپروسکوپیک اپنډیکتومي کاملاً د عادي اپنډیکتومي ځای نیولی دی، اومعمولی اپنډیکتومي صرف دایپنډیسیت په اختلاطي واقعاتوکي لا تراوسه پوری داجراور گڼل کیري.

#### دلایروسکوپیک اپنډیکتومي بڼیگڼي:

#### Advantage of laparoscopic appendectomy (LA)

۱- داول اپنډیکتومي چه دکوچنیو شقوقو دلاري دظریفو سامانونو په واسطه اجرا کیري دنسدجار دانساجود وسیع څیرون څخه مخنیوی کوي اود تراوما اندازه تراصغري کچی پوری کمیري.

۲- د عملیات په وخت کي د بطن ټوله ساحه کنترول اولیدل کیري، چه پدی ډول سره په مشکوک حالاتو کی بیله دی چه اضافي شقونه اجرا کرل سي، دمریض دقیق تشخیص تثبیت اومتناسبه اوهدفمنده مداخله غوره کیري. (Semm K.,1983)

۳- دتراومادکمبنت دکبله دپوست اوپراتیفي دردونو شدت هم په فوق العاده ډول تنقیص مومي، چه دتسکین دپاره ئی دمسکناتو ډیر کم مقدارکافي گڼل کیري اود عملیات وروسته مریض ډیر ژر فعالیتي.

۴- د عملیات داجراوخت لنډیري.

۵- دمشکوک اونا معلوم تشخیص په صورتکی لاپروسکوپي په لومړی مرحله کي دتشخیصي میتود په حیث اود تشخیص د تعیین وروسته په دوهمه مرحله کي د عملیاتی لاپروسکوپي په صفت لازمه مداخله صورت نیسي.

۶- عملیاتی شقونه ډیر نازک، کوچني او دکاز میتیكي صفاتولرونکی دي، چه دمعیوبه او بد منظره ندباتو دتأسس څخه مخنیوی کوي، څه شی چه خصوصاً په بنځو اوخوانانوکي دجلد دزیبائی مهم اصل گڼل کیري.

۷- مريض ته دريهابيليتيشين او استراحت دلندي دوري ضرورت اودمريضانو دکاري قابليتاعاده په ډيره لنډه موده کي.

۸- په روغتون کي دمريض دنداوي او اقامت دوره ډيره لنډه او د ۲-۳ ورځو پوري رسيري، چه دا اصل دبستر دوران اودروغتون د کميتي ظرفيت سره مرسته کوي.

۹- دپوست او پيراتيبي ندباتي فتقونو تشکل چه د معمولي اپنډيکتومي وروسته په ندبه ئي ساحه کي منځ ته راځي، معمولا د لاپراسکوپيک اپنډيکتومي وروسته نه ليدل کيري.

۱۰- د عملياتي تراوما د کمښت او تخفيف د کبله پوست او پراتيف اختلافات لکه التصاقات، انسداد او تالي عقامت او ستريليتي د معمولي اپنډيکتومي پر خلاف خورا لږ ليدل کيري.

۱۱- ځيني مؤلفين ئي بيا دا ستره تکنولوژيکي بريا د اپنډيکولير ماس دمقدماتي مداخلي دپاره مطمئن او مؤثر معالجوي ميتود گني، چه دانتيروال اپنډيکتومي دضرورت په مخنيوي سره دمريض دبستر وخت لنډوي (Samapathi PSP , 1993).

### د لاپراسکوپيک اپنډيکتومي د اجرا طريقه يا مخنيون

## Conducting of Laparoscopic Appendectomy

۱- د مريض وضعيت: Position of patient

لاپراسکوپي د ظهري استجاع په وضعيت کي شروع او د پنومو پيريتونيوم Pneumoperitoneum د تکميل وروسته د اپنډيکتومي د اجرا ذپاره مريض ته د Trentelenburg وضعيت ورکول کيري، چه د عملياتي ميز د سر نهايت د ۳۰ درجو په اندازه کښته او ميز د ۲۰ درجو په حدود کي پر چه اړخ اړول کيري. د دي مانور په اجرا سره Amintum (سرب) او د امعاوو عروات ( Bowels loops) د بني حرقفي څخه ليري کيري په دي ترتيب سره د سيکوم او اپنډيکس ناحيه ظاهره او په ښکاره ډول سره د مستقيم ليد او تقنيس لاندي واقع کيري.

د جراح موقعيت امریکائي ميتود په اساس د مريض کين لور ته اسيستانت بني لورته، نرس د مريض د راسته پښي خوا ته ولاړ او مانيټور د چه پښي لور ته واقع وي.

## ۲- انیستیزیا:

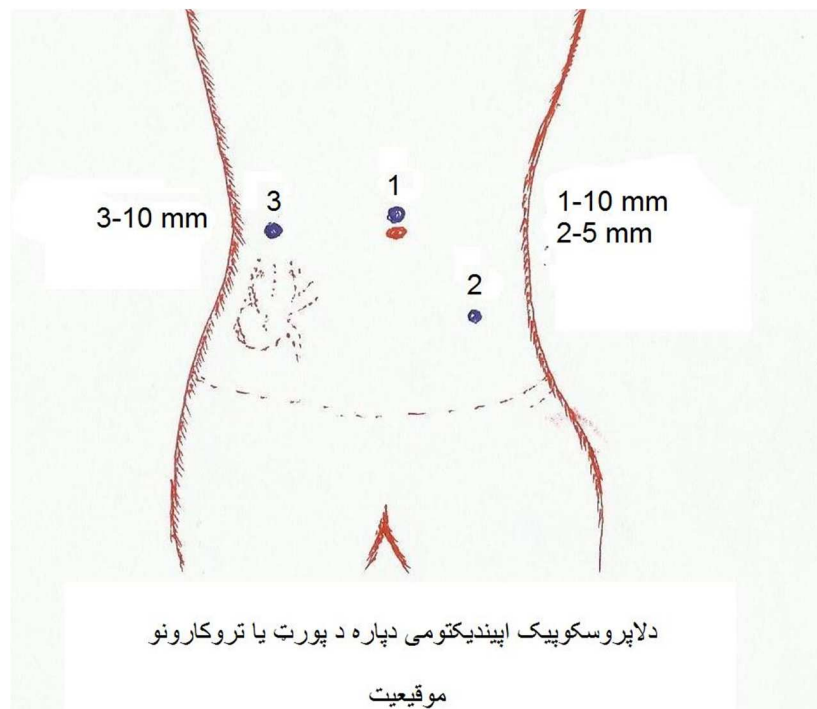
### Anesthesia

عملیات عمدتاً دجینرال انیستیزیا، انتوبیشن او مصنوعی تنفس په مرسته اجرا کیږي، ځکه چې یوای عملیات دا ډول انیستیزیا د بطن د جدار د عضلاتو کامله رخوه اوریلکسیشن چې دینوموپیریتونیوم د تطبیق دپاره حتمی گڼل کیږي، تأمینولای شي.

## ۳- مداخلوی نقطی :

### Access points

د اپیندیکتومی د اجرا دپاره معمولاً دلاندنیو درونقطوڅخه چې د پورټ یا تروکار trocar د تطبیق دپاره مداخلوی کانالونه تشکیلوي، استفاده کیږي. (شکل - ۶۳)



a- سوپرا اومبیلیکال نقطه (۱) : supra umbilical point

دانقطه چې دسری نه پاس واقع ده، د لاپروسکوپ د میکروکامری د دخول دپاره چې دلس ملیمتری توراکی په استفاده سره صورت نیسی، په کارځي.

b- دچپي حرقفي نقطه (۲) : left fossa iliac point

دانقطه چه دکيني حرقفي حفرې په وسطیبرخه کي واقع ده، د۵- ملیمتری مانیپولیاتور manipulator تورا کار دپاره په کارځي.

c- راسته میزوگاسترال نقطه (۳) right misogastral point:

دانقطه په بنی میزوگاسترال ناحیه کي دنامه دغوتی umbilicus پر برابری پر بنی میدیوکلایکولیر خط right medclavicular line باندي واقع ده، چه د ۱۰- لس ملیمتری تورا کار دتطبیق دپاره ټاکل سویده.

۴- دلایروسکوپي طریقه: laparoscopic technic

دلایروسکوپي دموقفانه اجرا دپار هلموری دپنوموپیریتونیوم عملیه چه دلایروسکوپي حتمي شرط گنل کیږي، په لاندني ډول سرته رسیږي.

دپنوموپیریتونیوم عملیه: pneumoperitonium's procedure

- لومری په سوپر او میلیکال په ناحیه کي د ۱-۲ سانتیمیترو په طول یو عرضاني یامنحني ډوله جلدي شق اجرا اوتر اپونیوروز پوري رسیږي.

- وروسته په داسی حال کي چه اپونیوروز د خیاطو یا پانس په ذریعه پورتنی لورته کشیږي، د Veress دستني پواسطه چه دجلد د سطحی سره ۶۰-۷۰ درجو پوري تشکیلوي اود حوصلی لورته متوجه وی دایلاستیکی حرکاتوپه نتیجه کي په ترتیب سره صفاق، پریپیریتونیال شحم اوپیریتون سور ی اوبطن ته داخلیری.

- دستني دنوک صحیح موقعیت دمایع په داخلولو سره تعینیری. دبطن جوف ته دمایع آزادانه ورود دستني دنوک پر صحیح موقعیت دلالت کوي.

- دستني ددرست موقعیت په صورت کي دکار بندای اوکساید گاز چه عمومي مقدار ئی دیونیم څخه تر دوه نیم لیتروپوري رسیږي په بطی شکل سره 1/1 (1L min) بطن ته داخل اوپنوموپیریتونیوم ایجادیری.

دپنوموپیریتونیوم د ایجاد وروسته مستقیماً دلایروسکوپي مرحله پیل کیږي. لومری د البا پر لاین باندي د

۵، ۱-۲ سانتيټروپوري د اپونيوروز طولاني شق اجرا او کنارونه ئي دخياطو پواسطه نيول کيږي او اسيستانته ته سپارل کيږي. جراح په دې وخت کې ۱۰-۱۱ مليمتري تروکار دوراني ايلاستيکي حرکاتو په مرسته بطن ته داخلوي. ځني جراحن بيا دلومري پورته دبيخپره تطبيق په موخه دسوبراومبيليکال دمیکرو لاپراتومي شق څخه استفاده کوي، چه په دې صورت کې صفاق د ۴-۵ سانتيټرو پوري شق او دسترگو تر کنترول لاندې په آساني سره دپيريتوان شق اجرا او تروکار بطن ته داخلوي. وروسته تردې ميکروويديوکامره دتطبيق سوي پورته دلاري بطن ته داخليري. وروسته جراح په همدې شکل دکمري د ديفونوسکوپيک کنترول لاندې دوهم ۵-۶ مليمتريزه پورته په چپه حرقفي ناحيه اودريم ۱۰-۱۱ مليمتريزه پورته په راسته ميزو گاسټريک ناحيه کې تطبيقوي. اوس نو د تشخيصي لاپروسکوپي مرحله اجرا کيږي او د معيني قاعدې دمخې دکبد د ساحې څخه شروع اود ساعت دستتي دجهت مطابق دبنې لور څخه دکين پرلور د بطن د جوف تفنيس او په بطن کې د موجوده تغيراتو ارزونه صورت نيسي. په مشکوکو حالاتو کې بايد نه يوازي اپينديکس بلکه مجاوره احشا او خصوصاً داخل حوصلي ارگانونه تر دقيق غور لاندې ونيول سي.

## ۵- د اپنديکټومي مراحل

### ۱- د اپنديکس تراکشن

د دې عمل د پاره د اپنديکس زروه د پانس په ذريعه، چه د دريم پورته د طريقه داخل سوي دي، نيول کيږي او د بطن د جدار لورته پورته کشيري. اپنديکس لومړی د التصاقاتو څخه آزاد او داسې نيول کيږي چه ميزو اپنديکس په فرونتال سطح کې قرار ونيسي.

### ۲- د ميزو اپنديکس غوڅول

الف: دکواوليشين طريقه :

ددې موخي دپاره د دوهم پورته د طريقه الکتروکاوټور يا الکتروديسيکتور د اپنديکس ميزو ته ورنږدې او ميزو په قسمي يا پورشيال ډول د ۲-۳ ملي مترو په عرض د اپنديکس د قاعدې په لور په تدريج سره کواگولي کيږي. په دې ترڅ کې بايد خاصه توجه د سيکوم لور ته متوجه وي خو هغه د الکتروټراوما سره مخامخ نه سي. د اپنديکس قاعده بايد کاملاً آزاده او د ليگيشن د پاره چمتو کړه سي.

کواگولیشن معمولاً د مونوپولیر یا بی پولیر کواگولیاترونو په واسطه اجرا کیږي. مونوپولیر کواگولیاترونه که څه هم ډیر مطمئن او قوي کواگولیاتوري او هیموستاتیک تاثیرات لري خو د تیز او شدید حرارتي خواصو د کبله بعضاً د مجاوره امعاوو خصوصاً د سیکوم د Thermotrauma (سوځون) سبب کیږي. بی پولیر کواگولیاترونه بیا د دې نقیصې څخه عاری گنل کیږي. مگر د بی پولیر کواگولیاتور تاثیرات اکثراً په التهابي او انیمائي میزو اپنډیکس کې کافي نه ښکاري، ځکه د دا ډول کواگولیاتور استعمال په التهابي انساجوکي د هغه د ظریف او نرمو تاثیراتو د کبله د خاصی توجه وړ او دقیق کنترول ضرورت ایجابوي، دهمدې کبله هیموستاز باید د کوچنیو او نازکو قطعو په نیولو سره اجرا سي.

### ب: دمیزو اپنډیکس لیگیشن:

دمیزو اپنډیکس لیگیشن د هیموستاز ډیره مطمینه طریقه گنل کیږي. ددې هدف دپاره لومړی دمیزو اپنډیکس قاعده د پاس پواسطه سره سورۍ او بیا دهمدې سوري دطریقه د لیگیشن تار (لیگاتور) تیر یږي، چی دواړه انجامونه ئې ددوهم تروکار دلاري بهر ته خارج او دایکسټراکورپورال په طریقه لومړی غوټه (گنده) او بیا دمخصوص کلامپ پواسطه بیرته په بطن کې ډوب او دمیزو پر قاعده تثبیت یږي. دمیزو د تثبیت وروسته د اپنډیکس میزو او لیگاتور د بیاتي پواسطه غوځیږي.

### ج: دمیزو اپنډیکس خیاطه:

په دې صورت کې میزو اپنډیکس او د اپنډیکس قاعده یوځای یا جلا جلا دمخصوص میخانیکي سوچر ایندو سر جیکال سوچر پواسطه خیاطهاو قطع کیږي. که څه دا طریقه ډیره آسانه او مطمینه طریقه ده، چی په اکثره غربي هیوا دونو کې ترینه استفاده کیږي، خود یوه لوري د اقتصاد د نظره لور مصرفه او ډبل پلوه د سوچر بکسونه ئې هم متداوم اکمالاتي ضرورت ایجابوي. واضح ده چه دواړه اصله د ناتوانو هیوادونو د اقتصاد سره لړسمون خوري.

### ۳- د اپنډیکس دقاعدي ترمیم:

د اپنډیکس دقاعدي ترمیم په لاندني اشکالو سره صورت نیسي.

- د لیگاتور پواسطه

- دکلیپس په ذریعه

- د ایندو سوچر پواسطه

الف دليگاتور پواسطه:

دميزواپينديکس دغوځيدو وروسته د دريم تروکار دطريقه ايکستراکورپورال تياره سوي ليگاتوري حلقه بطن ته داخله، لومړی په اپينديکس اغوستل کيږي او بيا دهغه پر قاعده غوټه او تثبتيږي. وروسته د ليگاتور دځای څخه د ۲-۳ مليمترو په فاصله اپينديکس غوځ او مقطع ئي دانتيسيپتيک محلول پواسطه تطهيرږي. اکثره جراحان بيا دلا اطمنان په خاطر داپينديکس پر قاعده باندي دوه ځليز يا ډبل ليگاتور ايردي.

ب - دکليپس پواسطه:

داپينديکس دمقطع د ترون او تثبیت دپاره نه يوازي ليگاتور بلکه مخصوص فازي مطمین کلیپسونه هم استعمالږي، چه داپليکاتور په ذريعه داپينديکس پر قاعده باندي ټينگ او مضبوط تثبیت اوپدي ډول سره داپينديکس مجرا تړل کيږي. دلته هم دليگاتور د ميتود په څير د قاعدې پروکسيمال لورته يو يادوه کلیپسه او ديستال لورته هم يو احتياطي کلیپس ايښوول کيږي او وروسته د ديستال او پروکسيمال کلیپسونو تر

مينځ اپينديکس د بياتي پواسه غچي کيږي.

ج - دايندو سوچر پواسطه:

ددې هدف دپاره ددريمي مداخلوی نقطې او ۱۲- مليمتريزه کانال دطريقه ايندوسيرجیکال سوچر بطن ته داخل endosurgical suture لومړی داپينديکس قاعده اوبيا ميزواپينديکس په جلا جلا شکل سره خياطه او قطع کيږي. په مشکلو واقعاتو کی بيا داپينديکس او دميزو قاعده يوځای او په يوه ځل سره خياطه او قطع کيږي.

دلاپروسکوپيک اپينديکسيکتومي وروسته داپينديکس قاعده اکثرأ لوڅه پاتيږي، خو ځيني جراحان بيا لکه په عادي اپينديکتومي کی دقاعدې ډوبول دسيکوم په جدار کې د کيسيت او زيډ ډوله Z خياطو په ذريعه سره لازم گڼي.

۴- داپينديکس رايستل:

دبطن څخه دغوځ سوي اپينديکس رايستل يوه مهمه مرحله ده، ځکه په دې وخت کې بايدڅه وسي چه دمنتن اپينديکس اخراج پر مجاورو احشاؤو او دبطن پر جدار باندي دانتان داننتشار سبب ونهگرزی. ددې دپاره بايد لوری اپينديکس دغوځيدو وروسته سمدستی وایستل سي اودوهم داچه اپينديکس بايد په مخصوصه خاټه يا کانټينر کې داخل اووپوبنل سي څو دبطن دجدار سره په تماس کې رانشي.



په هغه صورت کي چه پرسیدلي اپیندیکس قطر تر ۱۰- ملیمتره زیات او ددریم تروکار دلاري خارج نه کرای سي، په دې صورت کي باید یو لوی قطره تروکار تطبیق او دهغه دلاري اپیندیکس راوایستل سي.

۵- د عملیات آخرنی مرحله:

د اپیندیکس تر ایستلو وروسته د حرقی حفرې ناحیه د ۵۰۰ - ۷۰۰ ملیلیتر انتیسپیتیک محلول په واسطه لواژ کیري. مریض د ترینتیلینبورگ Trentelenburg د وضعیت څخه و عادی پوزیشن ته راانتقالیري. مایع د بطن څخه اسپیری کیري، بنوموپیریتونیوم دنس دهوا په اخراج سره تخلیه او تروکارونه خارجیري. په آخر کي مداخلوي فوحي یوخل کنترول اوداظمنان په صورت کي لومړی د صفاقونو جرحي اوبیا جلد په متناسب شکل سره خیاطه او پتی یا پانسمان کیري.

بريالي اوسی



## د مؤلف ژوندون ليک:

محمد شريف سروري د حاجي محمد موسى خان زوی په ۱۳۲۹ هجري کال کي دکندهار دبنار په څلورمه ناحیه کي په یوه منوره کورنۍ کي سترکي پرانیستي دي. لومړنۍ زده کړي ئې تر شپږمې ټولگۍ پوري دکندهار په تیمورشاهي ښوونځۍ (۱۳۳۴-۱۳۳۹) او وروسته د کابل نه د اعزام سوي هیئت د لوري د ذکي او زیارکښو متعلمینو په جمله کیکابل ته انتخاب او د کابل په حربي ښوونځۍ کي دبعدنو زده کړو دښپړیدا وروسته (۱۳۳۹-۳۴۶) د ۱۲ ټولگۍ څخه په ډیره ښه درجه سره فارغ سویدی. د سپیاري شریفی او قرآن مجید لوست ئې لا ټولگۍ ته دشاملیدو مخکي دخپل پلار تر لارښود لاندی تکمیل کړي وو، کومو چه د مکتب دمضامینو په زده کړه کي هم ور سره ډیره اغیزه منه مرسته کول اوددغه پوهي د برکته وو چه د مکتب په لومړۍ ورځ ئې د لیک اولوست په برخه کي د خاص لیاقت او استعداد په ښودلو سره ، دصنف دنگران دلوري ورته یوه کتابچه او یوینسل دانعام په توگه ورکړل سوه او هم د خپلي ټولگۍ دکپتان په حیث وټاکل شو. په حربي ښوونځۍ کي هم دخپل زیار او اهلیت دمخي پرخپلو استادانو ډیر گران وو، خپل نوټونه به ئې په ډیر شوق ، خاصه سلېقه او ښکلي لیک سره رسول، دهمدي کبله داتم او نهم صنفونو په ختم کي ددوی دکیمیا دمضمون کتابچه چه په خاصه علاقه سره دیزاین او مزینه سوي وه ، د استاد په غوښتنه دپادگار په توکه ځنی واخیستل شول اودبعدي صنفونود تشیق دپاره ئې دنموني په څیر وربنودل. دهغه طبعی استعداد دمخۍ چه خاصتاً په ساینسی مضامینو کي ئې ور په برخه سویوو ، په لوړو صنفو کی د فزیک، الجبر، مثلثاتو اوهندسي د استادانو داسیستانت په حیث داستاد په موجدیت یا غیابت کي د نوو درسي موضوعاتو تشریحات اودمشکلوقضیو او سوالونود حل دنده ورپه غاړه سویوه، چه دانوي درسي میتود په واقعیت کي دمعلمینو دځان باوري، اعتماد، تشویق اوروحياتو دتقویي دپاره یوه ځانگړي نوي مؤثره طریقه وه . د۱۳۴۶ دحوت په میاشت کي حربي پوهنتون ته شامل چه وروسته ددوه څلیزه کانکور دآزمویني وروسته دلومړي مقام په نیولو

سره بريالی چه دلومری په نتیجه کي طب ته کامیاب او بیا ئي خارج ته دبرس اخیستلو حق تر لاسه کړ.

سنبله ۱۳۴۷- جوزا ۱۳۵۴ د روسیې دپیتیربورگ دنظامي طب اکادمي کی عالی تحصیلات اوپه پیره بڼه درجه سره فراغت.

اسد ۱۳۵۴ - سنبله ۱۳۵۵- کابل، داردو مرکزي روغتون، دجراحی روغتون دډاکترپه حیث.

میزان ۱۳۵۵- سنبله ۱۳۵۶- کابل، ۴۰۰کتیزه (۴۰۰بستر) روغتون، دجراحی سرویس ډاکتر

دوي ۱۳۵۶داسد په میاشت کی روسیې ته د جراحی دتخصص او اسپیرانتری د تحصیلاتو دپاره د عسکري ډاکترانو تر مینځ دکانکورپه امتحان کي گډون وکړ اودلومري مقام په نیولو سره ئي د نوموړي بورس امتیاز تر لاسه کړ.

میزان ۱۳۵۶- میزان ۱۳۵۹- دپیتیربورگ دطبي علومو داکادمي دهسپیتال جراحی په دپارتمنت کي ئي د کلینیکي ډاکتر او اسپیرانتر په حیث د عمومی جراحی او انانسیف تیراپی په سرویسونوکی د تخصصی پروگرام مطابق وظایف اوپه صدري سرویس کښي ئي دسري دکانسر د مقدم تشخیص اوتداوي په برخه کي علمي څیړنیز پروگرام پر اساس دندي مخته بیولي.

د ۱۳۵۹ دمیزان په میاشت کي د اسپیرانتروري دورې د موفقانه ختمیدو وروسته د تخصص او پولې تراوماپ. ایچ. ډي دیپلوم په اخیستلو سره هیواد ته راستون او د ۴۰۰ کتیزه روغتون د د سرویس دشف په حیث وټاکل سو چه د ۱۳۷۱ کاله پوري ئي دا دنده د نورو علمي اوتدریسي دندو تر څنگ داساسی وظیفې په حیث په غاړه درلودل، چه په دې موده کي ئي دصدري جراحی اساسات ایجاد، ستر صدري اوقلبي عملیاتونه اجرا اوزیات شمیر صدري جراحان ئي په اردو، خاد اوڅارندوی کي وروزل، نو ځکه دوی داردو دصدري جراحی مؤسس گڼل کیري.

د ۱۳۶۱- ۱۳۶۴ دکابل ددولتي طب انستیتوت په چوکاټ کي د جدیدالتأسیسه حربي طب د آمادگي دپارتمنت د حربي جراحی د استاد په حیث چه دانستیتوت او عالی تحصیلاتو دوزارت دعلمي رتبو دلایحي پر اساس **دنامزد پوهنمل** دعلمي رتبي دعلمي شورا دلوري منظور او یو کال بعد ئي د **پوهنملي** رتبي ته ارتقا وموندل.

د ۱۳۶۴ - ۱۳۷۰ پوري دکابل ددولتي طب انستيتوت په چوکاټ کي جديدالتاً سيسه نظامي طب پوهنځي د علمي او تدريسي معاون په صفت چه دپوهنځي دمقرري طرحه، دديپارتمنتونو درسي پروگرامونو تهيه، دپوهنځي د عموي درسي پلان او درسي تقسيم اوقات ترتيب او د انستيتوت د عمومي پلان او تقسيم اوقات سره کوردينه کول، دنوو درسي کتابونو عاجل گستدر اود طباعتي هلولو محصول دي. همدارنگه دوی د استاد په صفت دپنځم صنف دجراحي لکچرونه مخته بيول. ددي کبله دوی دپروفيسور محمد موسی وردگ سره چه دپوهنځي درئيس دنده ئي په غاړه در لودل يو خای د نظامي طب پوهنځي د مؤسسينو دجملي څخه او يا په بله عباره اساسي مؤسس محسوبيري.

د ۱۳۶۶ دثور په مياشت کي دوی دخپلي نوبتي علمی رتبي دپاره دلار بنود استاد مرحوم پوهاند لودين تر نظر لاندي د حربي جراحي په نامه ترجمه کړی کتاب، دترفيه دنورو معيارونود تکميل سره علمي شورا ته وړاندي او دپوهندوي په رتبه نایل سو.

وروسته دوی د۱۳۶۶ دعقرب په مياشت کي په دپيارتمنت کي د منظور سوي علمي تحقيقاتي پلان د مخي د ډوکټورانټري ( هابيليتيشين ) دوه کلن دولتي برس تر لاسه کړ او د۱۳۶۸ د دلوپه مياشت کي ئي دپروفيسوري مکمل پروگرام تکميل او د مافوق پ.ا.ي.چ. ډي ډوکټورا (ډاکټر آف ميډيکل ساينس) ديپلوم ئي تر لاسه کړ، چه دادنړی تر ټولو لوړ علمي ديپلوم او دنیکه مرغه په افغانستان کي هم دوه طبي عالمان ددغه ديپلوم وياړ لري( پروفيسور صاحب محمد موسی وردگ او پروفيسور محمد شريف سروري).

هيواد ته دراستونيدو وروسته پروفيسور صاب دخپلو هم مسلکانو او همکارانوتر څنگ په ډيره دوستانه او صميمي فضا کي په خاص صداقتمندانه او عاجزانه چلند سره د پخوا په شان په خپلو معالجوي، تدريسي او علمي وظيفو بوخت وو، اوتول وخت ئي د مريض اورو غتون په خدمت کي تيراوه، دشخصي معاینه خاني درلودلومخالف اوحتی دجمعي او اخترونو په ورځو کي هم ده دخپلو وخيمو مريضانو ويزيت او مراقبت په حتمي توگه سره سر ته رساوه.

ددوی مهربانه او اخلاصمندانه کرکتر خصوصاً دمحصلينو او خوانو ډاکټر صاحبانو دپاره د تشويق وسيله او د مسلکي سرمشق نمونه وه. دوی دمسلکي او اجتماعي عادلانه اوبيطرفانه موقف په لرلو سره دخپلو هم مسلکانو د حقوقو په دفاع کي ولاړوو، ځکه نودوی دخپل عادلانه دريز دکبله دخينو مغرضانه اشخاصو اوناوړو اهدافو سره د مخالفت او ټکر په خاطر دخپلو حقوقي قربانيو او نورو ناخوالو سره مخامخ وو.

پروفیسور صاحب دعلمي فعالیت په ساحه کي دغنی علمي آثارو څښتن دیو چه مجموعاً ۱۱۳ علمي مقالې لري چه دهغه جملې څخه ۱۸ مقالې ئي هم په معتبرو خارجي ژورنالونو کي نشر ته سپارل سویدی. دوی همدارنگه د ۱۰ علمي نوښتونو لرونکی، درو طبي کتابونو لیکونکی اویوه درسي کتاب ژباړونکی دی. ۱۱ لکچره ئي د صدري او حربي جراحي د مختلفو موضوعاتو په هکله دمضامینو ددرسي پروگرام مطابق لیکلي دي، په مختلفو داخي او خارجي طبي کنفرانسونو کي ئي فعاله برخه نیولي او کنفرانسون ارائه کړيدي.

په ۱۹۹۴ م کال کي ئي دخپلي کورنی سره المان ته مهاجرت وکړ چه هلته ئي هم د خپلو هیواد والو په مقابل کي ئي خپل وظایف هیر نه کړل اود الماني ژبي دزده کړي وروسته ئي ډیر ژردالماني ژبي گرامر په پښتو ژبه ترتیب او طبع کړ.

دوی د ۱۹۹۹-۲۰۰۲ پوري د مونشین، فرانکفورت او د لیردبنار (هانوور) په روغتونونو کي دعمومي جراحي په سرویسونو کي وظیفه مخته وړل.

۲۰۰۳ - ۲۰۰۴ د ملي دفاع دوزارت په بلنه د ۴۰۰ بستر روغتون دجراحي شف په نامه هیواده راستون خو دراتگ وروسته دحالاتو د بلون دکبله ئي جبراً دارود صحبي ریاست دریسیرچ او تحقیقات داداري پرمديريت باندی ئي اکتفا وکړه اودهغه تر څنگه ئي د جراحی مشاوریت په فورمولیتي ماهیت سره ومانه.

۲۰۰۵ - ۲۰۰۶ دروغتیا دوزیر بنا غلي فاطمي صاحب په غوښتنه ددیرو وعدو په مقابل کي داروخه دروغتیا وزارت ته درتبي په تعدیل سره تبدیل او دابن سینا صدري روغتون د احیا اومسلکي اموراتو د تنظیم په غرض ددغه روغتون په ریاست اودجراحي دمسنول په صفت وټاکل سو. ددوی د توجه اودرست مانجمنت دبرکته په روغتون کي یو منظم اداري سیستم جوړ او نظم اودیسیپلین ئي اعاده کړ. د ورځني سهارني کنفرانسونو او تشریحاتو په ارائه سره ئي خصوصاً دجراحي دداکترانوتیوریتی کي ظرفیت لوړ چه حتی دداخله شعباتو داکترانو هم دخپلي علاقمندی دمخي په کښي گډون کاوه. د دیمونسترتیف اونمایشي صدري او اوعیوي عملیتونو په اجرا سره ئي د جراحي داکتران تشویق او دهغی دتریننگ پروسه په مؤثره توگه تنظیم کړه. دمودرنی کار دیولوژی او صدري جراحي دایجاد پلان ئي چه هیواد ورته اشد ضرورت درلود، په ۱۵ صفحه ئیزه وړاندیز کي د وزارت دمعالجي مقاماتو مسؤلینو ته وسپاره چه دده مرغه حتی تر نن ورځی پوري ئي هم عملی جنبه موندلی نه ده او حتی دوزیر حضور ته هم نه وه وړاندی سوې. د ۹ میاشتي ریاست وروسته بیله موجه عامله دوزیر په غیابت کي بیله دي چه دیوي ورځي عادی یا وعده سوی سوپرسکیل معاش ئي هم ترلاسه

کړی وي ، دببعتالتي یوه بله څپیره پر مخ وخورل او په ناڅاپي توگه په توطنوي شکل تبدیل کړسو.

د ۲۰۰۷ – ۲۰۱۱ کلونو پوري د جرمني دموونشین او لیر په بنارونوکي دعمومي او واسکولیر جراحي په سرویسونو کي دجراح په صفت وظایف مخته بیول.

د هغه خاصي میني او محبت دمخي چه دوی ئي دخپل هیواد اوخپلو خلگو سره لری دهغوی په وړاندي لا نور هم خپله دنده ختم نه گڼي او غواري چه دژوند آخرني نسبي فعال کلونه دخپلو وطنوالو په خدمت کي تیرکړي. نو ځکه په ۲۰۱۲ کال کي یو ځل بیا هیواد ته راستون ، کله په کابل اوکله هم په کندهار کي دخلگو په خدمت کي قرار لري، دمیرویس په روغتون اود ابن سینا په شفاخانه د مغلقو ناروغانو مشورې او عملیاتونه تر سره کوي اوداکتران ورباندي ویاړي.

د ۲۰۱۳ کال په شروع کي محترم پروفیسور صاحب دخپلو هغو نه هیږدونکوخدماتو د لری د ادامي په موخه کوم چي دوی دخپل ریاست په دوره کي د صدري جراحانو د مسلکي روزني په برخه کي سرته رسولي وه، یو ځل بیا هم دابن سینا صدري روغتون دمتخصصینو په غوښتنه او د ریاست دمقام دموافقي پر اساس د هغه ریاست دلوری د روغتون دصدری جراحي متخصصینو دمسلكي سويي دپیاوړتیا او ظرفیتي ارتقا دپاره دجراحي دمشاور په حیث د وزارت مقام ته وړاندي کړ سو، څو دیوه مناسب معاش مدرک ورته ولټول سي. خو دا وړانديز دیوه کال راهیسي په دغه وزارت کي دمالي ستونزو دکبله چي دوزارت مقامات ځان ورسره مخامخ ویني، تراوسه لا هم عملي جنبه نه ده موندلې. دی په دې باور لري چه په دې لار کي به هم د پخوا په شان ډیري ناخوالي ویني، خو دخپلو هیوادوالو دپاره به ئي حتمي بیا هم وزغمي.

په خاصه درناوي

ایمل آدرس: sarwary\_sharif@yahoo.de

شماره تماس: 0707250975

# Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past three years we have successfully published and delivered copies of 136 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

*“Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashtu. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state – of – the – art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashtu is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit. One approach is to mobilize Afghan scholars who are now working abroad to be engaged in this activity.”*

Students and lecturers of the medical colleges in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to updates and new teaching materials are the main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the situation of the country into consideration, we desperately need capable and professional medical experts who can contribute to improving the standard of medical education and Public Health throughout Afghanistan. Therefore enough attention should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 136 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

All published medical textbooks can be downloaded from [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)

The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It should be remembered that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

**I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to the medical colleges free of cost. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.**

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to German Aid for Afghan Children and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 40 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past four years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like to cordially thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Chancellor of Nangarhar University Dr. Mohammad Saber, Dean of Medical Faculty of Nangarhar University Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy of Nangarhar Medical Faculty Dr. Hamayoon Chardiwal, for their continued cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hekmatullah Aziz in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, February, 2014

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: [textbooks@afghanic.org](mailto:textbooks@afghanic.org)

[wardak@afghanic.org](mailto:wardak@afghanic.org)



## Message from the Ministry of Higher Education



In history books have played a very important role in gaining knowledge and science and they are the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields so that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students. Finally I am very grateful to German Committee for Afghan Children and all those institutions and individuals who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am confident that this project should be continued and textbooks can be published in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid

Minister of Higher Education

Kabul, 2014

Book Name Acute Appendicitis, Diagnosis, Complications & Treatment  
Author Prof Dr M Sharif Sarwary (PhD, Dr Med Science)  
Publisher Nangarhar Medical Faculty  
Website [www.nu.edu.af](http://www.nu.edu.af)  
No of Copies 1000  
Published 2014  
Download [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)  
Printed by Afghanistan Times Printing Press

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and Technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email [textbooks@afghanic.org](mailto:textbooks@afghanic.org)

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2014

ISBN 978 – 1234567897

[Ketabton.com](http://Ketabton.com)