

Ketabton.com

Downloaded from: www.ketabton.com



ننگر هارطب پوهنځی

د کولمو بندش اود پریطوان جراحی ناروغی

پوهاند دوکتور عبدالروف حسان

۱۳۹۰

د کتاب نوم	د کولموبندش اود پریطوان جراحی ناروغی
لیکوال	پوهاند دوکتور عبدالروف حسان
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ ځای	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ نېټه	۱۳۹۰
د کتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

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

لخوا تمويل شوی دی.

اداری او تخنیکي چاري بي د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوي دي.

د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځي پوري اړه لري. مرسته کوونکي

او تطبیق کوونکي ټولني په دي اړه مسولیت نه لري.

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

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان: ISBN: 978 993 640 0702

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

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

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

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

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

په درنښت

قانونپوه سرور دانش

د لوړو زده کړو د وزارت سرپرست، کابل ۱۳۹۰

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

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

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

”د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او محصلينو ته د نويو، 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 ریښورم لپاره له انګلیسي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او مجلو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او ښوونکي نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي“.

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

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

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

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

پوهنځيو ته لازياته پاملرنه وشي.

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

۱. درسي طبي کتابونه

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

۲. د نوي مېتود او پرمختللو وسايلو په کارولو سره تدريس

د ننگرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځي يوازې د يو پروجيکتور درلودونکې وو، چې په ټول تدريس کې به ترې ځکه اخیستل کېده او ډېرو استادانو به په تيوريکي شکل درس ورکاوه. په ۲۰۱۰ کې مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننگرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځيو ټولو تدريسي ټولگيو کې پروجيکتورونه نصب کړو.

۳. د هيدل برگ پوهنتون په نړيوال طب کې ماستري

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

۴. د اړتياوو ارزونه

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

۵. کتابتونونه

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

۶. لابراتوارونه

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

۷. کدري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

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

۸. ستراتيژيک پلان

دا به ډېره گټوره وي، چې د طب هر پوهنځي د اړونده پوهنتون د ستراتيژيک پلان په

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله كوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي،
وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چيپرونه اډېټ او د چاپولو لپاره
تيار کړي او بيا يې زموږ په واک کې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او بيا يې په وړيا توگه طب
پوهنځيو او د محصلينو په واک کې ورکړو.
همدارنگه د پورته يادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړانديزونه موږ ته په لاندې آدرس وسپاري،
څو په گډه مؤثر گامونه واخلو.
له گرانو محصلينو هيله كوم، چې په يادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مرستندوی شي.

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

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

ډاکټر يحيي وردگ، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

د دفتر تليفون : ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبايل تليفون : ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴۰

ايميل : wardak@afghanic.org

× × ×

ڊالی

د جراحی دیپارتمنت محترموا استادانو ته!

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

منن لیک

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

مخ	عنوان
الف	سريره
۱	د کلمو انسداد intestinal obstruction
۱	دکلمود انسداد اسباب او تصنيف:
۱	د ساده ميخانيکي انسداد انواع:
۲	داختناقی ميخانيکي انسداد انواع kinds of strangulated mechanical obstruction
۲	ولادي انسدادونه:
۲	د پيلور ولادي تنگوالی
۲	سريري تظاهرات
۳	تداوي
۳	د اثنا عشر ولادي بندوالی
۳	تداوي
۴	دجيجونوم – اليوم او کولون ولادي تنگوالی او تام انسداد
۴	سريري تظاهرات
۴	تشخيص
۴	تداوي Treatment
۵	Disorders of intestinal rotation
۵	په داخل رحمی ژوند کې دکلمي د غير نورمال تدور پټوژنيزيس او تصنيف
۶	سريري تظاهرات
۶	تداوي
۶	ميکونيم ايليوس
	سريري تظاهرات

۷

اختلاطات (Complications)

۷

تداوی

۷

انذار

۸

Anorectal Anomalies انورکتال انومالی گانی

۸

تصنیف

۸

سریری تظاهرات

۹

اختلاطات (Complications):-

۹

تداوی:-

۱۰

انذار:-

۱۰

فلجی انسداد Paralytic Ileus

۱۰

ادینامیک ایوس یا پارالتیک ایوس--Adynamic Ileus

۱۰

اسباب:

۱۰

پتورنیزیس Pathogenesis :

۱۱

سریری تظاهرات:-

۱۱

سریری اعرض

۱۱

سریری علایم

۱۱

تشخیص

۱۱

لابراتواری معاینات

۱۱

رادیوگرافییک علایم

۱۱

تداوی

مع

عنوان

۲۱

پتوژنیزیس

۲۲

Closed loop انسداد پتوژنیزیس

۲۲

د میخانیکی اختناقی انسداد انواع

۲۲

د وری کلمی تدور

۲۲

اسباب

۲۲

سریری تظاهرات

۲۳

تداوی

۲۳

د کولون تدور

۲۳

د سیکوم تدور

۲۴

سریری تظاهرات

۲۴

رادیوگرافی معاینی

۲۴

اختلاطات (Complications)

۲۴

تداوی

۲۴

سیگموئید تدور

۲۵

اسباب

۲۵

سریری تظاهرات

۲۵

رادیولوژیک معاینات

۲۶

تداوی

۲۷

تغلف

۲۷

تعریف

مخ

عنوان

۲۸

سریری تظاهرات

۲۸

تشخیص

۲۸

رادیوگرافیک معاینات

۲۹

اختلالات

۲۹

تداوی

۲۹

انذار

۳۰

د علوی مساریقی او سفلی مساریقی د شراینو حاد بندوالی

۳۰

اسباب

۳۰

پنالوژی

۳۱

سریری تظاهرات

۳۲

تشخیص

۳۲

تداوی

۳۳

د کلمی مزمن انسداد

۳۳

اسباب

۳۳

پتورنیزس

۳۳

سریری لوحه

۳۴

تشخیص

۳۴

تداوی

۳۶

دویمه برخه (د پریطوان جراحی ناروغی د پریطوان مختصر اناتومی)

۳۷

سرب یا (Omentum)

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

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

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

سریزه

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

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

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

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

د کلمو انسداد intestinal obstruction

تعريف:

دنورمال لاري څخه د کلمي دنورمال ترانزيت بندوالی د کلمي دانسداد په نامه يادېږي .

دکلمو د انسداد اسباب او تصنيف:

داسبابو له نظره د کلمي انسداد په دوه ډوله دی:

۱. ميخانيکی انسداد :- چه د کلمي خوله د يو ميخانيکی فشار پواسطه بندېږي.
۲. فلجی انسداد (Ileus): د کلمي د حرکيې عدم کفايې څخه عبارت دی چه خپل محتوي پر مخ نشي بيولای او دا حرکيې عدم کفايه زياتره عصبي منشاء لري.

ميخانيکی انسداد په دوه ډوله دی:

۱. ساده ميخانيکی انسداد (simple mechanical obstruction)
 ۲. اختناقی ميخانيکی انسداد (strangulated mechanical obstruction)
- فلجی انسداد هم په دوه ډوله دی.

۱. تشنجی فلجی اسناد (spastic Ileus)
۲. غير تشنجی فلجی انسداد (adynamic or paralytic Ileus)

د ساده ميخانيکی انسداد انواع:

۱. ولادي سو اشکال:

الف : congenital pyloric stenosis

ب: congenital duodenal obstruction

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

د: disorder of intestinal rotation

ه: Meconium Ileus

و- imperforated Anus

۲. انتانی عوامل:

الف: crohn, s مرض .

ب: tuberculosic Enteritis

۳. د کلمو د لومن بند والی د کلمو د لومن د داخلی ميخانيکی

فشار له کبله :

الف : غایطه تيره يا fecal impacta

ب: صفراوي تيره يا gallstone Ileus

ج: پرازيتی انسداد مثلاً د اسکرپس چينجي له کبله .

د : د کلمي سليم او خبيث تومورونه لکه د ورو کلمو ، غټو کلمو

او د رکتوم تومورونه.

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

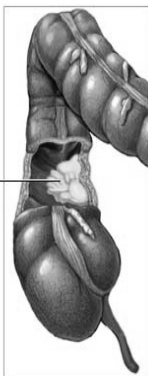
الف: داخل بطني ايسی گانی.

ب: داخل بطني تومورونه.

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

د: lymphadenitis mesenteric tuberculosis

ه: د کلمو دلومن بندوالی د راديشن radiation له کبله.



داختنای میخانیکي انسداد انواع

۱. داخلي او خارجي اختنای فتنه.

۲. دکلمو تدور - vulvulus

الف: د وړو کلمو تدور .

ب: دسیکم تدور .

ج: د سیگموئید تدور .

۳. تغلف - intussusception

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

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

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

۳. دگېډي په دننه یا د گېډي د باندې د غړو د کولیک حملاتو په وخت کې (مثلاً د کېډي یا د پینتورگو د کولیک په سیر).

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

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

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

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

۱. د مساریقی او عیبې په حاد بندوالی کې .

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

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

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

ولادی انسدادونه:

۱. د پیلور ولادی تنگوالی:

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

سریري تظاهرات :

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

په فزیکي معاينه کې دمعدې پیلور چه غټه شوي وي د يو تومور په شکل د گيدی دجدار په شرسوفي (Epigastric) ناحیه کې د متوسط خط څخه لږ چپ خوا ته جس کيږي. ددی ناروغی تشخیص دمعدی د راد يو گرافي پواسطه چه ماشوم ته کثيفه مواد ورکړی شویوی اجراکيږي . د راد يو گرافي په پاڼه کې دمعدی حجم او استداري حرکات زيات شوي او پیلوریک کانال د يو نری اوږد خط په شکل معلوميږي.

تداوي:

که دناروغی څخه څه موده تيره شوي وي د ماشوم په وجود کې حتماً د الکترولايت عدم موازنه موجوده وي ، مخصوصاً د کانگی له کبله ماشوم ميتابوليک الکولوز (Metabolic Alkalosis) لري ، او په سيروم کې هايپوکلوريميا (Hypo chloremia) او هايپوپتاسيميا (Hypo potachemia) موجود وي ، لدی کبله ماشوم ته سيروم فيزيو لوژيک ۲-۴ ملی اکوبولانت پتاسيوم په هر کيلوگرام وزن د بدن په ظرف د ۸-۱۲ ساعتو کې ورکول کيږي وروسته د الکترولايت دتوازن د برابرولو څخه بايد دماشوم گيډه خلاص (laparotomy) او د پیلور په سر د Ramstedt -Fredet په اصول pyloromyotomy اجرا شي او کوشش وشي چه دپیلورو س مخاطی غشاء څیړی نشي. وروسته دعملیات څخه ماشوم ته لږ لږ شيدی چه داوبو سره نری شوي وي ورکول کيږي اووروسته د شپږو ورځو څخه عادي شيدی رودلو ته پيل وکی.

۲. داثنا عشر ولادی بندوالی congenital duodenal obstruction:

د اثنا عشر تام انسدادی حالت هغه وخت مينځ ته راځي چه په اثنا عشر کې تام بند ش او Atresia موجود وي ، او د اثنا عشر ناتام انسدادی حالت د اثنا عشر دتنگوالی (stenosis) له کبله پيدا کيږي ، د اثنا عشر تنگوالی په لاندی حالاتو کې مينځ ته راځي.

۱. د اثنا عشر د لومن په منځ کې په ولادی صورت د پردی موجودیت.
۲. د Anular pancreas په حالت کې .
۳. د کولون په Malrotation حالت کې.

د سريري اعراضو له نظره د اثنا عشر په تام يا نا تام انسدادی حالاتو کې ماشوم صفرای کانگی کوي چه په ماشومانو کې د وري کلمې دانسداد مهمترين عرض دی داثنا عشر دناتام انسداد قطعی تشخیص راد يوگرافي پواسطه اجراء کيږي څرنگه چې دماشوم دگيدی څخه د ولاړی په وضیعت (ماشوم په پينو ودرول شي) واخستل شي په گيډه کې دوه غټه هوايي خيال چه د double bubble په نامه ياديږي معلوميږي د اثنا عشر په ناتام انسدادی حالت کې double bubble موجود اما ورکی وي.

تداوي Treatment:

دناروغ تداوي د جراحي عملیات پواسطه اجراء کيږي ، څرنگه چې مخکی دعملیات څخه دماشوم الکترولايتی تشوش اصلاح او وروسته لپروتومی کيږي او داثنا عشر د atresia په حالت کې duodeno-duodenostomy يا duodeno-jujenostomy اجراء کيږي . که د اثنا عشر ناتام انسداد د ولادی پردی له کبله پيدا شویوي نوموړی پردی بايد د Duodenotomy پواسطه قطعې اولری شي اوکه انولارپانقراس (Anular pancreas) داثنا عشر دناتام انسداد سبب شوي وي بايد د اثنا عشر داتريزيا (Atresia) دتداوی په شکل تداوي شي. وروسته د عملیات څخه دناروغ معده تر څو چه فعال استداري حرکات پيدا شي دمعدوي تيوب دتنبیولو او لدی لاري څخه دسکش (Suction) کولو پواسطه تش وساتل شي.

3. دجيجونوم – اليوم او كولون ولادي تنگوالی او تام انسداد:

پټوژنيزيس Pathogenesis:

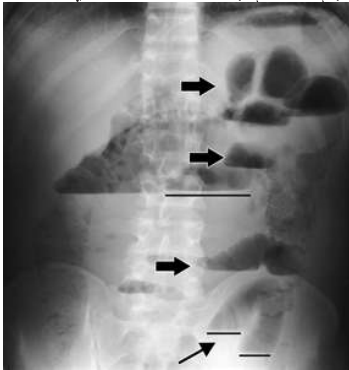
د جيجونوم ، اليوم او كولون ولادي تضيق او بندش هغه وخت مينځ ته راځي چه په داخل رحمي ژوند كي دكلمي ارواء په يوه برخه كي قطع يا مختل شي د كلمي ارواء په يوه برخه كي هغه وخت قطعه ياخر ابيري چي مربوطه مساريقه بي تر فشار لاندي راشي مثلاً كه پسه داخل رحمي (intra uterins) ژوند كي دجنين كلمي تدوروكري يا تغلف صورت ونيسي يا داچه د فتيقه سوري څخه كلمي دباندې لار شي مربوطه مساريقه تر فشار لاندي راځي او دكلمي ارواء په تام يانام ډول قطع كيږي په هغه حالاتو كي چه دكلمي ارواء په يوه برخه كي په ناتام ډول قطع شي د كلمي په هغه ناحيه كي اسكيميا منځ ته راځي او امكان لري چه په نوموري ځاي كي كلمي نورمال نشونما و نكري او كلمي نري، تنگ او متضيق پاتي شي چه دكلمي د stenosis په نامه ياديږي.

او كه دكلمي اروا د مساريقي فشار له كبله په تام ډول قطع شي مربوطه كلمي په اسپتيك نكروز اخته كيږي او ديو فيروزي نري مزي (حبل) په شكل چه هيڅ لومن نه لري ددوه نورمال كلمي په مينځ پاتي كيږي چه دكلمي د atresia په نامه ياديږي.

سريري تظاهرات:

ماشوم صفراوي كانگي كوي گيډه يي په مترقي ډول متوسع كيږي او دمقعد له لاري ميكونيم ډيرلر خارجيږي ، پاسني اعراض او علايم د كلمي په انسداد دلالت كوي.
تشخيص:

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



،ددي لپاره چه معلومه شي ايا په كولون كي هم كوم انومالي موجود دي يا داچه د گيډي په ساده راديوگرافي كي بنكاره شوي هوايي خيالونه كولون پوري ارتباط لري او كه نه ماشوم ته د باريوم اماله وركول كيږي او كولون دچوكاټ څخه راديوگرافي اخيستل كيږي البته كه په كولون كي كوم بندش يا تنگوالی موجود وي ددی معاييني پواسطه تشخيص كيږي.

تداوي Treatment:

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



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

که تضيق يا بندوالی د کولون په پروکسیمال برخه کې موقیعت ولري د کولون شدید متوسع برخه قطع او په لمړی مرحله ilioecolostomy اجرا شي که تضيق يا بندوالی په دیستال برخه کې موقیعت ولري ماوفه ناحیه قطع او لری کيږي.

اود ماوفه برخې څخه پورته او بنکته د کولون خوله د Micolitz په اصول اړخ په اړخ په لمړي مرحله کولوستومی کيږي او په دوهمه مرحله لږ تر لږه وروسته د دريو مياشتو څخه کولون دالیوم سره په انتخابی ډول خوله په اړخ او کولون دکولون سره خوله په خوله انستوموز ورکول کيږي.

۴. Disorders of intestinal rotation

په داخل رحمی ژوند کې دکلمې نورمال تدور:

دداخل رحمی ژوند په لسمه او نی کې د جنین کلمې دنامه څخه د بطن جوف خواته تپله کيږي او دشریان مساریقی علوي پرمحور باندې خلاف دعقرب ساعت په تدور پیل کوي څرنگه چې د کلمې duodenojujenal برخه ۲۷۰ درجې تدور کوي او دشریان مساریقی علوي تر شاه موقیعت نیسي اثنا عشر په خلاف د پریطوان او پاسنی برخې دجیجونوم Treitz رباط پواسطه تثبیتيږي.

دکلمې ceco – colic برخه د شریان مساریقی علوي په قدام وروسته د ۲۷۰ درجې خلاف د عقرب ساعت تدور څخه د گډی د جوف په محیطی برخو او د وړو کلمو په چارچاپیره پداسی حال کې موقیعت نیسي چه سیکم د گډی په بني بنکتنی کوادرنت (Quadrant) کې تثبیتيږي.

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

دکلمې غیر نورمال تدور او تثبیتیدل په لاندی ډول تصنیف کيږي:

۱. درحم په داخلی ژوند کې که کلمې هیڅ تدور ونه کړي (no rotation): کوم وخت چې کلمې هیڅ تدور ونه کړي پدی وخت وری کلمې د گډی په بني خوا کې د علوي مساریقی شریان تر څنګ زورند پاتی کيږي او غتی کلمې په کین خوا موقیعت نیسي چه دکلمې دا حالت د کلمې دتدور لپاره ډیرمساعده وي.

دا انومالی عموماً په هغه ماشومانو کې پیدا کيږي چه amphalocelle او ولادي حجاب حاجزي فنقونه هم ولري.

۲. Incomplete rotation: د کلمې duodeno-jujenal برخه يا ceco – colic

برخی تدورنکوي ، اما زیاتره سیکوکولیک برخه په تدور کې اشتراک نه کوي او په دی ډول ددی برخې مساریقه د یو برید په شکل د دودینو جیجونال پرمساریقی باندې عمل کوي او اختتافي انسدادمنځ ته راځي.

۳. Reversed rotation: په داخل رحمی ژوند کې کلمې برعکس د نورمال یعنی د

عقرب ساعت هم سمت دمساریقی علوي شریان پر محور باندې تدور کوي.

پدی ډول تدور کې سیکم دگډی په چپ طرف کې موقیعت نیسي او له هغه ځایه چې د کلمې سیکوکولیک برخه دمساریقی علوی شریان په خلاف موقیعت نیولی دی نو د بني کولون انسداد مینځ ته راځي.

۴. دمساریقی غیر نورمال تثبیتیدل:- دمساریقی دغیر نورمال تثبیتیدو له کبله د paraduodenal فنقونو او دسیکم د فوق العاده متحرک پاتی کیدو سبب گرځي ، (د سیکم مساریقه اوږده پاتی کيږي او د گډی په خلفی جدار نه تثبیتيږي) چه د اثنا عشر چارچاپیر فنقونه امکان لري اختتافي شي او که سیکم متحرک پاتی شي امکان لري تدور وکړی چه په دواړو حالاتو کې انسدادی حالت مینځ ته راځي.

سربري تظاهرات:

دکلمې د غیر ولادي طبيعي تدور له کبله دري پر څلور برخه ماشومان په کوچني توپ کې دکلمې په انسداد اخته کيږي او يو پر څلور برخه ماشومان امکان لري چه په ورکټوب کې په انسداد اخته نشي بلکه په مل اېزورپشن (Mal-absorption) او پېټيک قرحه اخته کيږي. يا داچه وروسته د ۱۰ يا ۱۵ کلني څخه په متناوب ډول تام يا نا تام انسدايي حالت د اثناء عشر يا د جيجونوم دتدور يا د مساريقي بريدو د جوړيدو له کبله مينځ ته راشي.

د سربري اعراضو له نظره ماشوم صفراوي کانگي لري که انسداد دتدور يا اختناق له کبله مينځ ته راغلی وي امکان لري چه دگيډي توسع موجود وي ،او که انسداد د بريدو له کبله پيدا شوی وي د گيډي توسع دومره موجوده نوی ،که ميلا نا او د پريټو نايټس (Peritonitis) اعراض موجود وي دکلمې په گانگرين دلالت کوي.

د گيډي په ساده راډيو گرافي کې double bobble يا Air Fluid level معلوميري دباريوم امالي څخه وروسته په راډيوگرافي پاڼه کې امکان لري دسيکم غير نورمال موقیعت تثبیت شي.

تداوی Treatment:

وروسته د تشخیص څخه ماشوم باید فوراً عملیات شي دنامه څخه پورته د يو مستعرض بطني شق پواسطه لپراتومي (Lepratomy) اجرا او د گيډي احشاء په دقيق ډول معاینه شي که کوم تدور موجود وي تدور باید د عقرب ساعت پر خلاف رد شي که کوم بريد يا التصاق داثنا عشر يا دکولون دپروکسيمال برخي او دگيډي دجنبي جدار ترمنځ موجود وي باید قطع او وروسته د اېنډکټومي څخه سيکم د گيډي په بنی نسکتني کواډرانت کې او اثنا عشر دگيډي په بنی جنبي علوي برخه کې تثبیت شي ، وروسته دعملیات څخه معده او کلمي په دوامدار ډول سکشن شي دتدور دارجاع څخه وروسته دناروغي انذار بيخي مساعده ده اما د التصاقاتو او دبريدونو د قطع کولو څخه وروسته انذار چندان مساعده نه دی. ځکه امکان لري بيا بريدونه تشکل وکړي او انسدايي حالت پيدا شي.

۵. ميکونيم اليوس:

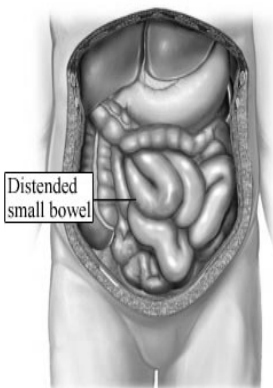
۲۰ فيصده ماشومان چه د پانقراس د فيبرو سيست سره تولد کيږي دمخاط غليظ او ټينگ افرازات دکلک ميکونيم سره يو ځای داليوم په اخرنی برخه کې پاتی کيږي او دانسداد سبب گرځي تر اوسه پوری معلومه شوی نه دی چه دپانقراس د فيبروسيست او دميکونيم دکلکوالي په مينځ کې کوم ارتباط موجود دی که نه . دميکونيم کلک کيدل امکان لري چه په جيجونوم ،اليوم او په کولون کې واقع شي.

ميکونيم اليوس دپانقراس دنورو ولادي امراضو سره يو ځای هم ليدل کيږي که ميکونيم اليوس تداوي نشي امکان لري چه دکلمې دنوسع له کبله تدور مينځ ته راشي چه په دی حالت کې کلمي کانگرين او سوري کيږي.

سربري تظاهرات:

وروسته د ولادت څخه دماشوم گيډه په مترقي ډول متوسع کيږي او دمقعد له لاري ميکونيم نه خارجيږي د گيډي دنوسع سره موازي ماشوم ته صفراوي گانگي هم پيدا کيږي د گيډي په ساده راډيوگرافي کې دوري کلمي يوه غټه عروه چه دگازاتو سره ډک وي د گيډي په بنی کواډرنت (Quadrant) کې د ليدوور وي او هيڅ وخت هايډروايریک خيالونه نه ليدل کيږي د باريوم د امالي څخه وروسته که دکولون چوکاټ څخه راډيو گرافي اجرا شي د راډيو گرافي په لوحه کې کولون ډير نری معلوميږي.

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



اختلاطات (Complications) :

د میکونیم عمده اختلاطات (Complications) عبارت دي له :

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

تداوي Treatment:

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

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

انذار –

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

۶ انورکتال انومالی گائی Anorectal Anomalies

دا انومالی په مذکر او مؤنث جنس کی برابر تصادف کیږی په ۲۰٪ زړو ژوند یو نور مال ولا دتونو کی یوه واقعہ ددی انومالی سره تولد کیږی

تصنیف-

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

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

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

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

۲- Intermediate Anomalies- پدی انومالی کی رکتوم درافعه عضلی څخه لږ بښکته راخی دپوستکی په سرالیوی التوات موجود وی اما مقعدی قنات موجود نوی درکتوم اخرنی برخه دیو فستول په شکل په نارینه کی په کھفی احلیل تمادی پیدا کوی او په انجونو کی دمھبل په بښکته برخه کی خوله بی خلاصیږی

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

او په انجونو کی درکتوم خوله په مټانه یادمھبل په پاسنی برخه کی خلاصیږی.

سریری تظاهرات -

وروسته د ولادت څخه دانومالی په تشخیص کی دماشوم مکمل فزیکي معاینه ډیر اهمیت لری په بښکتنی انومالی کی امکان لری دمقعدی قنات خوله په غیر طبیعی خای خلاصه شوی وی چه پدی ډول دصفن متوسط او بښکتنی برخه ،دمھبل خوله او همداسی الیوی التوات په پام سره معاینه شی. په بین البینی او پاسنی انومالی گانوکی امکان لری چه داخلیل په خوله یا په تشومتیازوکی یا دمھبل په خارجی فوچه میگونیم موجود وی ما شوم ته وروسته د ۲۰ ساعتو څخه کانگی اودگیډی توسع پیدا کیږی مقعدی تضیق عموماً په لمړی مرحله کی اعراض نه ورکوی لدی کیله اوله مرحله نه تشخیص کیږی اوروسته دڅو ورځو څخه چه په گیډه کی انتفاخ پیدا شو دمقعدی قنات د جس کولو په واسطه تشخیص تریوی اندازی پوری وضع کیږی.

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

۱- لږ تر لږه اته ساعته وروسته د ولادت څخه باید دماشوم دگیډی څخه راد یوگرافی اجرا شی ځکه پدی موده کی ماشوم ته اجازه ورکول کیږی چی کافی اندازه هوا تیره کړی.(بلع کړی) وروسته ددی مودی څخه چه په کلمو کی تیره شوی هوا داخل شود گیډی دراد یوگرافی څخه تر مخی دپنځه دقیقی لپاره دماشوم سر بښکته اوپنی پورته نیول کیږی ترڅو درکتوم په بښکتنی څوکه کی هوا ټوله شی.

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

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

۲- ددهضمی جهاز او د بولی تناسلی لاری دفتول دموجودیت په هکله دماشوم په احلیل او مهبل کی په رترو گراد (Retrograde) ډول کثیف مواد دکثیتر پواسطه اچول کیری. دکثیفه موادو دخط السیر څخه رادیوگرافی اجرا کیری که کثیفه مواد په هضمی جهازو دکلمی دگازاتو په مینځ داخل شوی وو دفتول د موجودیت د هضمی او بولی تناسلی جهازو په مینځ ثابتیږی.

اختلالات (Complications):

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

تداوی:-

۱- د ښکنتی انومالی تداوی :-

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

۲- inter mediated او پورتنی انومالی تداوی :-

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

ماشوم لږ تر لږه 9 kg وزن پېداکړدگیدی او عجان له لاری مداخله صورت نیسی او د کولون دېستال څوکه د رافعه عضلی د مینځ څخه تیر او په عجان کی خوله یی خلاصه او گنډل کیږی. په High او Intermediated انومالی کی د مقعد خارجی معصره چی د رافعه عضلی په بنکنتی برخه کی واقع شوی دی لږ وظیفوی عدم کفایه ښکاره کوی او د مقعد داخلی معصره موجود ندی لدی کبله د غایطه موادو بندش په رکتوم کی د رافعه عضلی په مقویت پوری اړه لری .

انذار:-

بی لدی څخه چی وخت ډیر تیر شی که عملیات صورت ونیسی د عملیات له کبله د مړینی خطر ډیر لږوی .
په بنکنتی انومالی کی وروسته د عملیات څخه په مقعدی قنات کی هیڅ تشوش نه پاتی کیږی اما په پورتنی انومالی کی یو زیات شمیر ماشومانو ته وروسته د عملیات څخه د غایطه موادو incontinence پاتی کیږی.

فلجی انسداد Paralytic Ileus

فلجی انسداد په دوه ډوله دی :

۱- Inhibitori Ileus or Adynamic Ileus

۲- Spastic Ileus

اډینامیک ایوس یا پارالیتیک ایوس--Adynamic Ileus

په دی نوعه انسداد کی دکلمی حرکات دکلمی دجدار عصبی عضلی جهاز دخراب والی له کبله یا کمیری یا داچه هیڅ موجودنه وی.

اسباب:

دپارالیتیک ایوس په پېداکیدوکی بر علاوه دهاییوپوتاسیمیا یوشمیر نور عوامل رول لری کوم چه دانسداد د تصنیف په برخه کی ذکر شول.

پتوژنیزیس Pathogenesis:

دکلمی په جدارکی د سمپاتیک اعصابو فعالیت اضافه اود پاراسمپاتیک اعصابو په ضد چی دکلمی دحرکاتو دزیاتوالی مسؤل دی عمل کوی. دکلمی دحرکاتو فلج له کبله دکلمو په مینځ کی زیاته اندازه مایعات تولیدی او کلمی په مترقی ډول سره توسع کوی کوم وخت چی دمایعاتوسویه یا اندازه تر معده پوری ورسیدپه دی وخت په جیجینوم او معده کی معکوس استنداری حرکات پیدا کیږی او ناروغ کانگی کوی.

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

لمړی:- دالکتروولایت تشوش دزیات اوبو او الکتروولایتودضایع کیدو له کبله دویم:-شدید توکسیمیا حالت : کوم میکروبوته چی دکلمی په مینځ رکودتی مایعاتو په وسط نشونما کوی دوی په خپله او ددوی توکسین پریطوان ته داخلیری او هلته جذبیری. دریم:- دگیدی دداخلی فشارجیگوالی دکلمو دتوسع له کبله چه پر حجاب باندي فشار وارد وی چی له یوی خونتنفسی ظرفیت کم او هایپو کسیا مینځ ته راځی اوله بلی خوا دسږو په فائده کی اتلکتنازیس اونمونیا پېداکیږی .

سریری تظاهرات:-

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

سریری عرض

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

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

۳_ دګازاتو او غایطه مواد نه خارجیدل دمقعد له لاری

۴_ که دفلجی انسداد منشا داخل پریطوانی یاخارج پریطوانی هیماتوم یاانذف وی تبه لږ موجود او دوینی درشف کیدو له کبله هم پیداکیری

سریری علایم

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

تشخیص:-

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

لابراتواری معاینات:-

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

رادیوګرافیک علایم

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

تداوی:-

دمرضی عامل دمنځه وړل دفلجی انسداد اساسی تداوی دی. کوم فلجی انسداد چی وروسته دعملیات څخه پیداکیری امکان لری چه یوه یادوه ورځی وروسته د مینځه و لاری اوکه دعملیات په وخت کی کلمو ته ډیرمانور ورکړ شوی وی امکان لری چه دڅو ورځو لپاره فلج انسداد پاتی او پدی وخت باید معدوی تیوب تطبیق اوهمیشه سکشن شی .دګیډی په سرتاوده تطبیقات اوناروغ ته په احتیاط پارسیمپا تیک منبه دواګانی تطبیق شی او ناروغ ته په کافی اندازه داخل وریدی مایعات اوپټاسیوم ورکړ شی. که پاسنی اهتمامات موثر واقع نشو امکان لری چی وروسته دعملیات څخه دپریطوان په جوف کوم موضعی اېسی تشکل کری یاداچه دانستوموزی ناحی لیکازپیداشوی وی یادکوم میخانیککی فشار له کبله دکلمی لومین په کوم ځای که بندشوی وی پدی حالا نو کی دالکترولایت عدم توازن دوینی معاینی په واسطه باید رد او وروسته دناروغ ګیډه دوباره خلاص اوپه دقیق ډول تفتیش اجراشی که کوم اېسی موجود وو باید تخلیه اودرناژشی که په انستوموزی ناحیه کی لیکاز موجود وی باید دوباره ترمیم اوکه په نوموری ځای التهاب مداخله درلو

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

۲- تشنجی انسداد --- spastic Ileus

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

سریري تظاهرات :-

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

ساده میخانیکي انسداد Simple Mechanical Obstruction

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

اسباب :-

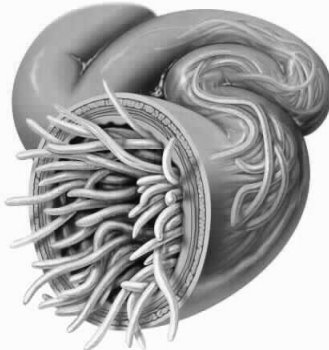
څرننگه چه دانسداد په تعریف کی تذکر ورکړ شود ساده

میخانیکي انسداد اسباب په لاندی ډول شرح کیږی

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

۲_ دکلمو دلومن بندالی دخارجی میخانیکي فشار له کبله: مثلاً دداخل بطني تومورونه، داخل بطني اسی گانی، توبرکلوزی برید ونه اودمساریقی لمفاوی غدواتو فشار .

۳_ دکلمو لومن بندوالی د رادیشن له کبله



پټوژنيزيس Pathogenesis:-

دورو کلمو په ساده ميخا نيکي انسداد کی چه اروا بي قطع شوی نوی دبند شوی ناحي څخه پورته دکلمو په مينځ کی گازات او مایعات راټوليری اودکلمو په حرکتو که تغیر پيدا کيری.

دالکتروولايټو او مایعاتو ضایع کيدل:-

په نورمال حالت کی کوم وخت چه غذایی مواد په وړوکمو کی داخليری په هر ۳۰ دقیقو کی پینځه نیم لیتره مایعات (غذایي مواد چه دمعدی معانی افزاتو سره یوځاي شوی دی دکلمو دلومن څخه وینی ته داخليری او برعکس پنځه لیتره دوینو څخه کلمو لومن ته راځی. دمعدی معانی افزاتوپه شکل) چه په نتیجه کی دکلمو جذب نسبت د کلمو افزاتو ته ۵۰۰ ملي لیتر (نیم لیتر) اضافه دي اما کوم وخت چي د کلمو د لومن په یوه برخه کي بندش پيدا کيری په لمري مرحله په هغه جریان کي چه د لومن څخه وینی خواته صورت نیسي کموالي پيدا کيری اما د وینی څخه لومن خواته جریان نورمال پاتي کيری یا په بل عبارت د جذب په عمل کي کموالی مینځ ته راځی چی په نتیجه کي یو مقدار مایع په تدریج سره د کلمو په لومن کي اضافه کيری او د مایع زیاتوالي له کبله کلمی په مترقی ډول توسع کوي وروسته د ۲۴ یا ۴۸ ساعتو د وینی څخه لومن خواته په جریان کي هم زیاتوالي پيدا کيری. (د کلمو د جدار اوعیه توسع کوي) او په کلمو کي نور هم مایعات اضافه کيری او پدي ډول دانسد ادی ناحیې څخه پورته د مایعاتو د ټولیدو له کبله د کلمو لومن ډک او په مترقی ډول توسع کوي او دکلمی د لومن داخلی فشار جکیري. دکلمی د لومن د داخلی فشار لا جگوالی د دی سبب کيری چی دکلمی د جدار وریدی جریان باندي فشار واردي شي او بالاخره وریدی جریان قطع او وریدی وینه د کلمی د جدار په مینځ د رکودت په حال پاتي شي چه په دي وخت اورده توسع کوي او جدار يي نري کيری او د اوردي د نري جدار څخه یوه اندازه مایعات د کلمو د جدار په مینځ یعنی په بین الحجروي مسافاتو کی داخليری او د کلمو د جدار دازیم سبب گرځي بله برخه يي دکلمی په لومن کي داخل او په دغه ځاي کي د فشار د لازیاتوالي سبب گرځي یوه برخه يي د یرطوان په ازاد جوف کي توییري.

کوم مایعات چي د کلمی په لومن کي داخليری ورو ورو سوبه يي پورته ځي او حتي معدي ته رسیري او معده ډکوي له هغه ځایه چي معده دا مواد بنکته خواته نشي تش کولاي نو د انتی پرستالیزم حرکتو او د حجاب حاجز او د کیدي د جدار د تقلصاتو پواسطه د کانگي په شکل خارجوي. پدي ډول په څلورو شکلو یعنی د کلمو د جدار په مینځ د ازیم په شکل، د یرطوان په ازاد جوف کي، د کلمی په لومن کي او بالاخره لدي لاري د کانگي په شکل مایعات ضایع کيری. (دمعدی معایي قنات افزات په ۲۴ ساعتو کي تر اته لیتره پوري په متوسط ډول رسیري چي لرونکي د مختلف انزایمونو او الکتروولايټو دي او دا مقدار افزات په انسدادی حالاتو کي نه جذبیري) باید وویل شي چي وروسته ددي څخه چي وریدی جریان قطع شود کلمی د لومن د فشار د مترقی زیاتوالي له کبله ورو ورو شریانی جریان هم تر فشار لاندي راځي او بالاخره شریانی جریان هم قطع کيری. چه پدي وخت مافه کلمی په نکروزو او گانگرین کیدو شروع کوي چي د گانگرین شوي ناحیې له لاري یوه اندازه وینه هم ضایع کيری.

د مایعاتو د ضایع کیدو له کبله خارج الحجروي مایعات هم کمیري او د دوران څخه پلازما خارج او نوموري ځاي کی تجمع کوي او په نتیجه کي هیموکونسنتریشن او هایپو والیمک شاک - د پستورگو عدم کفایه او بالاخره مرگ مینځ ته راځي له بله خوا کوم مایعات چي د رکودت په حال د انسدادی ناحیې څخه پورته ټول شوي دي د هغوي په مینځ کی باکتریاوي نشونما کوي او له هغه ځایه چه د کلمو جدار د زیات توسع له کبله ډیر نري شوي دي باکتریاگانی د کلمو د داخل څخه په

اسانی د کلمو جدار څخه تیریري او د پریطوان په جوف کی مهاجرت کوي او د انسدادی لوی په سر د پریطوان پټس لویحه هم اضافه کیري یا په بل عبارت د هایپو والیمک شاک ترڅنگ انتانی شاک هم ضمیمه کیري.

له یوي خوا د کلمی توسع او له بلی خوا د پریطوان په مینځ کی د زیاتو مایعاتو تولید ددی سبب کیري چه حجاب حاجز پورته خواته ټیله شي چه ددی په اثر سبری نورمال انبساط نه کوي او په نتیجه کی تنفسی ظرفیت لږ او د گازاتو تبادلله په صحیح صورت سرته نه رسیږي او ناروغ په انوکسیا (Anoxia) اخته کیري چی البته د انوکسیا په مقابل کی دماغ، ځیگر، پښتورگو او پانقراس ډیر حساس او په نومورو غړوکی حجروي میتابولیزم بنکته او په نتیجه کی دوي خپل وظایف په صحیح توگه سرته نشی رسولاي.

د کلمو په مینځ کی د گازاتو زیاتوالی:-

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

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

د کلمو د حرکاتو شدت:-

کوم وخت چه د کلمو لومن د یو میخانیکی فشار پواسطه بندیري د کلمو استداری حرکات شدید او کوشش کوي چه مانعه لري کړي د لږ وخت لپاره دوامدار استداري حرکات دوام کوي او ژر د شدید استداري حرکاتو په مینځ یو ارام صفحه مینځ ته راځي چی په دي ارام صفحه کی استداري حرکات موجود نوي.

د دوه ارامو صفحو فاصله د معدی معائی قنات په سیر د میخانیکی انسداد په موقعیت پوري اړه لري.

د جیجونوم او الیوم په برخه کی که کوم میخانیکی فشار موجود وي د دوو ارامو صفحو په مینځ ۳ تر ۵ دقیقه فاصله وي او که فشار د الیوم څخه بنکته موقعیت ولري د دوو ارامو صفحو فاصله د ۱۰ څخه تر ۱۵ دقیقو پوري اوږدیري.

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

د کولون دانسداد پټور نیزیس:-

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

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

۲ – له هغه ځايه چه کولون نسبت وړی کلمی ته مقاوم او قوي عضوه ده او نسبت وړي کلمی ته د جذب او افزايي خواص لږ دي نو په انسدادې حالاتو کې د اوبو او الکترولايتو توازن ډير ورو ورو خرابيږي .

ددې دوو دلالتو په اساس نه يواځې د کولون غيرتدوري انسداد يو غير عاجل واقعه جوړوي بلکه څرنگه چه د ورو کلمو په انسدادو کې د ناروغ عمومي حالت ژر خرابيږي د کولون په انسدادو کې ډير ژر نه خرابيږي

د کلمو مترقی توسع د کولون د انسدادو خطرناک عرض تشکيلوي که الیویسکال د سام عدم کفایه ولري ددې د سام له لاري د کولون محتوي الیوم ته ريفلکس کوي او د کولون د مترقی توسع څخه مخنيوي کوي اما که الیویسکال د سام عدم کفایه ونه لري او کولون په يوه بله برخه يو مانعۀ مثلاً يوکانسری کتله د هغه لومن بند کړي وي پدې وخت يو closed loop انسداد مينځ ته راځي چه اصلاً د کلمی او عيه په دی ځای تر فشار لاندی نه دی اما دکلمی لومن په مترقی ډول دکازاتو توليدوله کبله متوسع کيږي او داخلي فشار يي زياتيږي.

د کولون جدار باندي د وارده قوي فشار په هغه ځاي کې زيات وي چی زيات قطر ولري دلایلاس د قانون په اساس د هغه لازم قوه کموالي د يو مجوف یا تش جسم په دننه چه د هغه د جدار د توسع سبب وگرځي معکوساً متناسب دي د تش جسم د جدار د شعاع د لويوالي سره.

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

Tension= pressure × diameter

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

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

د پاسني فورمول په اساس په سيکم جدار باندي وارده شوي قوه په في سانتی متر مکعب سطح کې زيات دي او لږ کبله د سيکم جدار د کولون نسبت نورو برخو ته ژر ځيري کيږی.

سريري تظاهرات

په مختلف انسدادې حالاتو کې چه انواع يي د انسداد په اسبابو کې ذکر شوي دي خصوصی سريري تظاهرات فرق کوي اما د انسداد عمومي سريري تظاهرات په لاندې ډول شرح کيږي او خصوصی سريري تظاهرات د هر انواع انسداد په مبحث کې ذکر کيږي

سريري اعراض:-

۱ – درد (pain) :- چه منشاء يي دکلمو شديد استداري حرکات دي چه په پريودیک ډول مينځ ته راځي او د کرمپ وصف لري څرنگه چه د هر کرمپ ډوله درد حملی څخه وروسته يو خاموش يا بی درد صفحه مينځ ته راځي چې پدې صفحه کې ناروغ درد نه حس کوي که دکلمو پاسني برخه په انسداد اخته شوي وي درد په شروع د کيدې په پاسني برخه حس کيږي او که انسداد د الیوم په جدار کې وي ناروغ د نامه په چار چاپيره کې درد حس کوي اما د کولون مخصوصاً د سگموئيد په انسدادې حالاتو کې ناروغ د گيدې په بنکتی برخو کې د درد حس کوي که انسداد د کلمو په پاسني برخو کې وي خاموشه صفحه د ۵-۴ دقيقو پوری دوام کوی که انسداد د کلمو په اخري برخو کې واقع وي (يعني پرسگموئيد او کولون باندي) د دوه درد حملې فاصله تقريباً ۱۵ يا ۲۰ دقيقو وي

که انسدادی حالت دومداره شی درد خپل کرمپ یا تشخیص وصف ته تغیر ورکوي او کولیک په شکل دوامدار په ټول گڼده کې پاتی کیږي.

۲ - کانګي vomiting

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

ب:- عکسوي کانګي - reflexive vomiting :-

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

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

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

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

سریري علاج

۱ - تفتیش

الف - د ناروغ عمومي وضع د تفتیش له نظره:- د ساده میخانیکي انسداد په لمړي ۲۴ ساعتو کې د ناروغ عمومي حالت زیات تغیر نه کوي حیاتي علاج تقریباً نورمال او د بیهایدیشن چندان زیات موجود نه وي اما په ساده میخانیکي انسداد وروسته د ۲۴ ساعتو څخه او په اختناقی انسدادی حالاتو په لمړي ۲۴ ساعتو کې ناروغ توکسبک او شدید دیهایدروجن حالت لري او په پرمختلی واقعاتو کې ناروغ په شاک ځی.

څرنگه چې د ناروغ ژبه وچه - شدید تندی حس کوي - په تندې یخه خوله- هایپرترمیا - نبض سریع او ضعیف - د وینی فشار ښکته حتی غیر قابل اندازه او ناروغ فوق العاده ضعیف ښکاري ب- د گڼېدي تفتیش - که انسداد د معدې معاند جهاز په پاسني برخو کې واقع شوي وي یا داچه اختناقی انسداد موجود وي له هغه ځایه چه کلمي توسع نه کوي نوگڼده هم د دیستشن نه لري او د کلمو په مینځنی برخۍ یا په کولون انسداد واقع شوي وي گڼده په مترقی ډول دیستشن پیدا کوي په

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

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

مقعدی معاینه Rectal Examination

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

۳- **قرع (Percussion)**

په ساده میخانیکي انسداد کې په عمومی ډول دکلمی دتوسع له کبله په قرع سره په ټوله گيډه کې مخصوصاً په مرکزي برخو کې تمپانیک اواز موجود وي. باید وویل شي څومره چې میخانیکي انسداد بڼکته واقع شوی وي په هماغه اندازه دگيډی توسع زیاد او په قرع سره تمپانیک حالت زیات وي .

په اختناقي حالاتو کې او په هغه حالاتو کې چې انسدادی حالت پریطوان خوانه د مکروبودمهاجرت له کبله پریطونایتس (Peritonitis) لوحه پیدا کړی وي په ټول بطن کې د قرع سره اصمیت موجود وي

۴- **اصغاء (Auscultation)**

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

تشخیص:

دناروغی تشخیص د سربری تظاهراتو - لابراتواری معایناتو اورادیو گرافی بواسطه وضع کېږي.

لابراتواری معاینات -

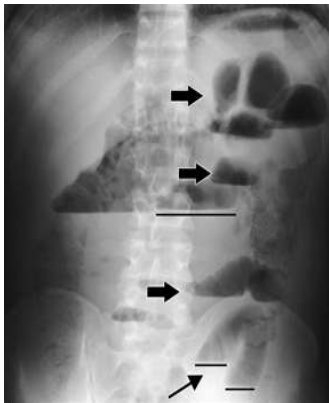
دانسداد په لمړیو مرحلو کې لابراتواری معاینات امکان لری چې نورمال اوسی اما دانسداد د پرمختگ سره څرنگه چې خارج الحجروي مایعات او الیکترولایت ضایع کېږي نوعصویت ددی ضایعاتو په مقابل کې دانتي دیوریزیس (Anti diuresis) او دسودیم داحتیاس په شکل عکس العمل بشکاره کوی دالکترولایت عدم توازن اود دیهایدریشن اندازه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

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

رادیو لوژیک معاینات :-

که دناروغ د گډی څخه د ولاری په وضعیت قدیمی خلفی را دیو گرافی واخیستل شی لاندی علایم او خیالونه به موجود وی .

۱- په ورو کلمو کی دگازاتو وضع :-
هایدروایریک (Hydro airc) خیالونه د لیدو وړ وی چی گازات دنیم دائروی خیالونو په شکل چی قبه یی پورته خواته متوجه وی معلومیږی .



۲- په کولون کی د گازاتو وضع :-

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

۳- دمایعاتو سویه :-

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

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

۵- دحجاب حاجز وضع :-

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

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

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

همدارنګه دینتورگو اوحالب تیری او دصفاوی لاروتیری مخصوصاً د درد په وخت هم د فلجی انسداد سبب ګرځی .

په هغه حالاتو کی چی داکتر دفلجی انسداد عامل د صفاوی یا د بولی لاری تیری فکرکوی داخل وریدی پیالوگرافی او کولی سیستوگرافی استطباب لری .

تفریقی تشخیص :-DDX

دکلمو انسداد دلاندی امراضو سره باید تفریق شی .

- ۱- دحاد ازیمایی او هیموارژیک پانکراتایتس سره: پدی نوع پانکراتایتس کی عموماً انسدادی لوحه پیداکیږی چی البته تقریبی یی دوینی او تشومتیازو دمعاینی پواسطه کیږی چی په پانکراتایتس کی دامیلان سویه په سیروم او تشومتیازو کی زیاته وی.
- ۲- دصفراوی کولیک - اپنډیکولر کولیک او دانترایتس سره :- چی په دی امراضو کی ناروغ انتانی حالت لری او د رادیو گرافی په لوحه کی هایډروایبریک (Hydro airc) خیالونه لیدل کیږی

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

تداوی Treatment:-

دانسداد د تداوی اساس عبارت دی له:-

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

دعملیات څخه دمخه اهتمامات :-

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

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

وروسته د پاسنی اهتماماتو څخه چی په ظرف د دوه ساعتوکی باید تکمیل شی که ناروغ په ساده میخانیکی انسداد اخته وی او د انسدادی حالت څخه یی ۲۴ ساعته تیر شوی وی نو باید عملیاتخانی ته نقل او عملیات شی دعملیات دمړینی خطر په داسی ناروغانو کی یو فیصد وی .

که دمیانیکی انسداد څخه ۲۴ ساعته تیر شوی وی یا دا چی انسداد اختناقی (closed loop) وی دناروغ عمومی حالت دالکترولایتونو دنتشوش او هایپو والیمیک شاک له کبله د اطمینان وړ نوی نو سر بیره د پاسنی اهتماماتو څخه په لاندی ډول نور اهتمامات هم ورته نیول کیږی .
دتحث الترقای ورید(Subclavian vein) له لاری یو کتیر سفلی اجوف ورید(I.V.C) ته دمركزی وریدی فشار د تعینولو په منظور داخلیری .

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

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

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

جراحی تداوی Surgical Treatment :-

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

۱- په لمړی کتگوری کی د کلمی لومن نه خلاصیږی بلکی که التصاقات موجود وی قطع کیږی . تغلف یا intussusception که اختناقی شوی نه وی او یا کوم بنده پاتی فشق موجوده وی ارجاع او که کوم تومور موجود وی ایستل کیږی.

۲- په دوهم کتگوری کی د کلمی لومن خلاصیږی (Enterotomy) او کوم انسدادی عامل چی د کلمی دلومن په مینځ کی موجود وی لکه پرازیتونه، صفرای یا غایطه تیږی ، پړدی اجسام (foreign body) او سلیم نومورونه ایستل کیږی اود انٹیروتومی (Enterotomy) (خای بیرته گنډل کیږی .

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

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

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

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

د عملیاتو څخه وروسته دناروغ یاملرنه :-

کوم اهتمامات او یاملرنه چی د عملیات څخه مخکی ناروغ لپاره نیول شوی وو عین اهتمامات باید وروسته د عملیات څخه هم و نیول شی.

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

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

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

میخانیکي اختناقي انسداد Strangulated Mechanical Obstruction

تعریف :- پدی انسداد کې دکلمی مساریقه تر فشار لاندی راځی په اوله مرحله د کلمی وریدی جریان او وروسته ډیر ژر شریانی جریان ئی قطع او کلمو ته وینه نه رسیری او په نتیجه کې کلمی گانگرن کیری .



اسباب

۱- داخلی او خارجی اختناقي فتقونه :- کوم وخت چې دغیر قابل ارجاع فتقیه محتوی اروا قطع شی مخصوصاً چې د فتق محتوی کلمی وی په نتیجه کې د کلمی انسدادی اعراض پیدا کیری

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

۳- تغلف یا Intussusceptions :- پدی انسداد کې د کلمی پروکسیمال برخه دکلمی دیستال برخې ته دهغه د طولانی محورپه امتدادننوی.

۴- دمساریقی دعلوی او سفلی شریانونو حادبندوالی :-چې د امبولی یا ترومبوز پواسطه بندیری.

پتوژنیزیس (pathogenesis)

دکلمی دیوی برخې ارواء قطع کیدل چې د کلمی د لومن دبندوالی سره یوځای وی یا نوی داختناقي انسدادسبب گرځی.

مثلاً دکلمی په تدورکې د فتقیه محتوی بند والی چې کلمی وی دفتقیه حلقي د فشار له کبله اودالتصافی بندونو اوبریدونوپه حالاتوکې له یوی خوا دکلمی مساریقه تر فشار لاندی راځی،اروایی قطع کیری او له بلی خوا د کلمی لومن بندیری ،دکلمی نورمال ترانزیت صورت نه نیسی.

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

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

د closed Loop انسداد پټورنيزيس :-

کوم وخت چې دکلمی دیوی برخی مو صله او مرسله عروات بند شی Closed Loop انسداد مینځ ته راځی چې داختناقی انسداد یو خطرناک سرپری شکل دی پداسی انسدادی پېښوکی دکلمی اوعیه شدیداً تر فشار لاندی واقع کیږی او مخکی لدی څخه چی د انسداد علایم لکه دکلمی او د گېدی توسع مینځ ته راشی کلمی گانگرین کیږی.
مثلاً که کلمی د ۳۶۰ درجه څخه زیات تدور وکړی دا حالت مینځته راځی.



دمیخانیکي اختناقی انسداد انواع :-

۱- داخلی او خارجی اختناقی فتقونه :

چې دفتقوپه مبحث کی په مفصل ډول تری بحث شویدی(مغبنی اوفخذی اختناقی فتقونه)

۲- دکلمی تدور یا Intestinal Vulvulus :-

الف- دوری کلمی تدور – Small intestine Vulvulus :-

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



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

۲- د وری کلمی مختلط یا compound تدور:

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

اسباب :-

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

۲- ولادی انومالی گانی :- لکه ولادی فیبروزی سره نژدی شی لکه بریدونه اود مساریقی ولادی اوږدوالی او دایور تیکول.

سرپری اعراض او علایم :-

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

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

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

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

تداوی Treatment:-

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

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

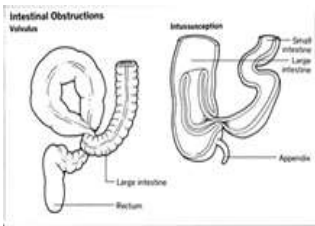
که کوم تومور موجود وی باید چی وایستل شی که دایور تیکول موجود وی Diverticulectomy اجراء شی دوری کلمی مساریقی اوږدوالی په صورت کی او همداسی ددی لپاره چی التصاقات بیا تشکل ونکړی دوری کلمی د Plication یا د Noble دعملیات څخه استفاده کیری تر څو په راتلونکی کی وری کلمی په خپل اوږد مساریقی محور باندی تدورونکری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

پ- دکولون تدور :-

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

دلومن اودمساریقی ارواء بندیدل د کولون د تدور په زیاتوالی پوری اړه لری

هرڅومره چی کولون زیات تاو شوی وی په هماغه اندازه لومن او مساریقی ارواءنی زیات بندیری.



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

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

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

دسیکم تدور Caecum Vulvulus

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

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

دسیکم تدور په دوه میخانیکته صورت نیسی :

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

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

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

انسدادمینخته راوری چی دانوع انسداد په بنفسي ډول ارجاع کيږي چی د مو لفينو له خواد intermittent Obstruction نوم ورکړل شويدي او له هغه ځايه چی مساريقي ارواونه قطع کيږي نو انزاري بنه دی .

سريري تظاهرات :

څرنگه چی د سيمک د تدور سره داليوم اخري برخه هم په تدورکی برخه اخلي نوددی انسدادسري تظاهرات دورو کلموانسدادی اعراضو او علايموته پيروته والی لری .
څرنگه چی د درد شروع ناڅاپه ، پريودیک او کرکمپ ډوله وی چی د گيډی په بنی اړخ مخصوصاً د بنی اړخ په بنکتني برخو کی پيدا کيږي پدی وخت امکان لری چی په عکسوی ډول د کولون د پاتی برخي استداري حرکات زیات شی او يو اندازه گاز او غايطه مواد دمقد له لاری خارج شی وروسته له هغه زره بد والی ، کانگی ، د گاز او غايطه موادو بندش ، کرکمپ ډوله درد سره ملگری کيږي دگيډی توسع ډيره شديده نوی او په بنی بنکتني کوادرانت (R.L.Q) کی په فر ع سره شديد تمپانیک اواز اوريدل کيږي .

رادیو گرافي معاینی :- دسيمک دتدور تشخیص بی درادیو گرافي څخه چندان امکان نه لری .

د گيډی په ساده رادیوگرافي کی متوسع سکيم چی سرحد نی تراپی گستريوم (Epigastrium) اوچپ پاسنی کوادرانت (L.U.Q) پوری رسيدلی وی تقريباً د گيډی په بنی اړخ کی بنکاری د تذکروردی چی متوسع سيمک د يو مایع هواني خیال (Hydro airic) پواسطه محدود شوی دی او ځینی وخت دمتوسع معدی سره مغالطه کيږي او که معدوی تيوب اسپيريته شی دا خیال په وروستی رادیوگرافي کی په خپل حال پاتی وی .

اختلالات (Complications) :-

که دسيمک دتدور په تشخیص یا تدای کی ځنډ پيښ شی دسيمک د جدار د سوری کيدلو خطرزیات وی چی د سوری کيدو څخه وروسته خطرناک پريطونایتس مينځ ته راځی .

تدای :-

د تشخیص څخه وروسته د سيمک تدور باید فوراً تدای شی دعمليات څخه مخکی اهمامات دنيولو څخه وروسته لپراتومی (lepratomy) اجراء اود سکيم تدور رد کيږي په هغه حالاتو کی چی ناروغ وضع د اطمینان ورنوی یا دا چی ډير زور او د اورد عمليات تحمل ونه لری اودسيمک رنگ وروسته د رد ولو څخه نور مال اوسی سيمک د گيډی په جدار دکوک پواسطه تثبيتيږي که د ناروغ وضع د اطمینان ورووی نودبني کولکتومی سره Iliotransvers Colectomy اجراء کيږي .
په هغه حالت کی چی سيمک گانگرين شوی وی د کلمی Exteriorisation او وروسته ریز کشن او الیوستومی (iliostomy) اجراء کيږي .

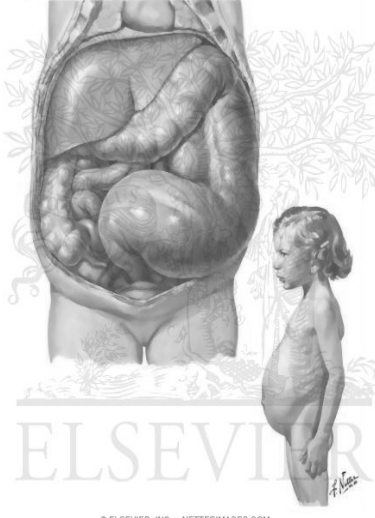
د سيمگوئيد تدور Sigmoid valvulus

تعريف :- که سيمگوئيد د خپل مساريقي محور په گرد چاپيره خلاف د ساعت د عقربی یا هم سمت د عقربی تدور وکړی او نظر په اندازه د تدور د سيمگوئيد خوله بند او د سيمگوئيد ارواء قطع شی دی حادثی ته د سيمگوئيد تدور ويل کيږي البته دماءوفی کلمی د ورانی خرابوالی او تشوش په اوله درجه دمساريقي جذر دتدور په اندازه او په دوهمه درجه دماءوف شوی کلمی په پرسوب اوزيماو په دريمه درجه د انسدادی حالت په تير شوی وخت پوری اړه لری .

۱- د سیگمونیدد مساریقی ا اوردوالی

۲- میگا کولون

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



ب -کسبي میگا کولون - چی د chagase

disease تریپانوسومیازیلی

په نامه یادیږي او زیاتره دغه ناروغی په برازیل کي پیدا کیږي.

۳- مزمن قبضیت:-دکولون اومخصوصاً

دسیگمونید د توسع اود مساریقی د اوردوالی سبب گرځی.

۴-دماغی عصبي ناروغي - په هغه خلکوکي زیات لیدل کیږي چی پارکینسون لري

۵-قلبي وعای عوامل:- د احصایی له نظره سیگمونید ند ورپدي خلکوکي زیات لیدل کیږي

۶-د سیگمونید د مساریقی مزمن التهاب :- دالتهاب له کبله د سیگمونید مسار بقیه غونډیږي

اود سیگمونید قوس د دوه میله توپک په شکل راځي او ژر تد ورکوي

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

سریري تظاهرات

۱-مقتطاع کرмп ډوله او پریودیک درد د گیدی په بنکتنی برخوکي.

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

۳-د گیدی مترقي او شدیدو توسع چی حتی پرحجاب حاجز فشار وارد وي اود عسرت تنفس سبب گرځي

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

رابو لوژیک معاینات:

د گیدی په ساده رادیوگرافی کي د گیدی د جوف په مینځ کی یو غټ -متوسع او پوکانه ماننده هوایی خیال چی د لوبیا ددانی په شکل معلومیږي دحوصلي څخه جیگه شوي او تر حجاب حاجز پوري رسیدلی وي او د توسع له کبله د مخاطی غشاء التوات او Haustra بی د مینځه تللی وي ددي لوبیا ډوله هوایی خیال محدیبت بی بنی خوانه او مقعریت یي چپ خوا ته متوجه دي.

که د باریوم اماله څخه وروسته د ناروغ د گیدی څخه راد یو گرافی اجرا شی د امبولا څوکه د پیچ یا حلزون په شکل قطع شوي بنکاري چی د دي ناحي څخه پورته غټ هوایی خیال د لیدو وړ وي

چی په هغه کي باریوم داخل شوي ندی.

ناروغ ته د کلمي د انسداد اهمتومات نیول کيږي وروسته د دي ناروغ ته د نیم لیتر په اندازه تخليوي اماله ورکول کيږي.

که د سیگمونید تدور لږ وي د امالی سره ارجاع کيږي که انسدادی حالت بیا هم پاتي شود سجدی په وضعیت (knee chest position) سیگمونید سکوپي اجرا کيږي که د کلمي اختناقی اعراض موجود وي د تخریباتو د مخنیوي لپاره په اړخیز وضعیت سیگمونید سکوپي باید اجراشي. که سیگمونید ډیر تدور کړي نوي د سجدې په وضعیت امکان لري چی تدوربي ارجاع او انسدادی حالت د مینځه لاره شي.

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

که پدی ناحیه کي مخصوصاً د تاو شوي کلمی په مرکزي برخه کي د مخاطی غشاء رنگ تغیر کړي وي او توربیننه ښکاره شي یا په بل عبارت په هغه ځای کی نذفی نقاط موجود وي د سیگمونید په کانگرین کیدودلالت کوی اوبایدفوراً لپراتومی شی .

د لپراتومی (lepratomy) څخه وروسته کانگرین شوي کلمی ټول قطع (resection) د امپولوانازله کولون خوله په چپ حرقفی حفره کي ډبل کولوستومی (double- colostomy) کيږي که دامپولا څوکه دگیدی جدار ته ونه رسیږي نو د هارتمن د عملیات څخه استفاده کيږي څرنگه چی دامپولاد خولی د گنډلو څخه وروسته د پریطوان په خلف کي اچول کيږي اود نازله کولون خوله یواځي دچپ حرقفی په حفره کي سینگل کولوستومی (single- colostomy) کيږي. که د سیگمونید سکوپ سره ولیدل شو چی دتاو شوي کلمی د مرکزي برخه مخاطي غشاء نورمال یا رنگ يي لږ تغیر کړي وی یورکتال نیوب (rectal-tube) چی ښه غور شوي وي په ډیر احتیاط د تاو ورکولو حرکتو سره بندی شوي ناحي ته ورداخلېږي او کوم وخت چی نیوب تیر شوپه دراماتیک ډول د سیگمونید تر فشار لاندې باد او گازات په شدت خارجيږي او د گیدی توسع د مینځه ځی رکتال نیوب په مقعد کي تثبیت او هر ورځ د رکتال نیوب له لاري سیگمونید پري مینخل کيږي.

ناروغ ته د خولي له لاري مایع رژیم د معایي انتی سپتیک دواگانو سره یو ځاي ورکول کيږي له بله خوا د ناروغ گپڼه د کلمی د گانگرین کیدو په هکله تر کتنی لاندې نیول کيږي ځکه امکان لري چی د سیگمونید یوه برخه د تاو شوي ناحیه څخه پورته گانگرین شوي وي د سیگمونید لواژ او پري مینخل د یو هفتي لپاره دوام ورکول کيږي

او له هغه ځایه چی د سیگمونید دبیا تدور امکان د ۸۰ څخه تر ۹۰ فیصده پوری دی نو وروسته دیوی هفتي لواژ څخه په انتخابی ډول بطن خلاص – سیگمونید قطع او د نازله کولون خوله د امپولا د خولي سره په لمړي مرحله انستموز ورکول کيږي که د سیگمونید سکوپ له لاري ډاکتر موفق نشو چی رکتال نیوب په بنده شوي ناحیه کي ور داخل کړي نو بیا هم باید د ناروغ گپڼه خلاصه او سیگمونید تفتیش شي که سیگمونید ډیر ازیمايي نوي وروسته د سیگمونید د ریزکشن څخه د نازله کولون اودامپولا خوله یو ډبل سره په لمړي مرحله انستموز ورکول کيږي او که سیگمونید ازیمايي وي نو انستموز ورکول استنباب نه لري او د گانگرین شوي کلمی په شان عملیات ته ادامه ورکول کيږي.

دسیگمونیدتور

تخلیوي اماله

سیگمونیدسکوپ

دکلمی مخاطی غشاءپه بندشوي خاي کی

گانگرین شوي نه بنکاري

گانگرین شوی بنکاري

رکتال تیوب نه تیریري

رکتال تیوب تیریري

لپراتومی lepratomy

لپراتومی lepratomy

کلمی لوازاو عملیات ته آماده کیری

ریزکشن دکلمی

کلمی
ازیمائی
د

کلمی
ازیمائی
ندي

عملیات، ریزکشن او په لومري مرحله انستومز

هارتمن عملیات

کولوستومی

کولوستومی
هارتمن
عملیات

ریزکشن او په لومري مرحله انستومز

Intussusception or Invagination یا تغلف

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

تغلف زیاتره د الیوم او سیکم په مینځ یعنی iliocolic intussusception واقع کیری. اما jejunocolic, Iliocolic, Jejunoilial, Colocolic او jejuno jejunal واقعات بی هم تصادف کیری.

اسباب

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

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

يو روغ ماشوم په ناخاپه ډول خپل پښي او زنگون د گيډي د شديد درد له کبله پر گيډي باندي قاطوي او نه غروي درد متقطع وي څرنگه چې درد په وخت ماشوم نارام او ژاري او د دوه درد د حملو په مينځ ماشوم آراميږي د دوه درد ازاده صفحه چې لمري وختو کي تقريبا (۵ يا ۲۰) دقيقې وي ورو ورو لنډيږي بايد وويل شي چې د درد د حملې په وخت ماشوم ډير خوله او د مخ رنگ يې سپينږي

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

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

تشخيص:

دناروغي تشخيص د سريري تظاهراتو اوراد يوگرافي معايئاتو پواسطه اجرا کيږي

راډيو گرافيک معايئات

دباريوم دامالي څخه وروسته د کولو ن د چوکات راډيو گرافي پواسطه بند شوي ځاي معلومږي پدي ډول چې دراډيوسکوپي لوحې په سر ليدل کيږي چې باريوم د کولون مخصوصا د صاعده کولون تړيوې برخې پوري رسږي اونور پرمخ نه ځي.

اود-intussuseptum څوکه د کولو ن په مينځ کي واضح کوي.

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

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

اما اوس پدي ماشومانو کي د Ultra sound او MRI پواسطه قطعي تشخيص وضع کيږي چې پاسني راډيوگرافي ته ضرورت نشته او په مشکوک حالاتو کي د باريوم راډيوگرافي څخه گټه اخيستل کيږي.

اختلاطات (Complications):

د زياتو کانگو او د کلمې د لومن او مربوطه مساريقي اروا د بند يدوله کبله ماشوم زياته اندازه مایعات له لاسه ورکوي او په شديد ديهایدريشن (Dehydration) اخته کيږي. د انسدادې حالت د و امداره پاتي کيدل د intussuseptum کلمې گانگرين کيدو سبب گرځي چې په نتيجه کې پريټو نايټس – سپټيسميا او مرگ مينځ ته راځي

تداوي:

په لمړي مرحله کې د ماشوم د بهيادريشن او هلايو و البيميا (Hypo ualemia) د پرمختگ د مخنيوي لپاره مایعات تطبيق شي او د لزوم په صورت کې ماشوم ته وينه بايد ورکړي شي که د کلمې دسوري کيد او گانگرين اعراض موجود نوي لمړي ماشوم ته يوه يا دوه ملي گرام په هر کيلو گرام وزن د وجود secobarbital ورکول کيږي.

وروسته څرنگه چې مخکې تذکر ورکړ شو د عملیات دمیزپه سرچې د عملیات اهتما مات نيول شوي وي ورته د باريوم اماله ورکول کيږي او د کلمې د ارجاع کيدو عملیه د فلور سکوپ په لوحه کې ليدل کيږي که د لمړي باريوم اماله پواسطه د کلمې تام ارجاع صورت ونه نيوه وروسته د لمړي امالی د تخليی څخه دوهم ځل اوحتي دريم ځل بيا اماله ورکول کيږي . او که د لمړی په واسطه intussuseptum هيڅ حرکت ونه کړي دنوراماله کولو څخه بايد ډډه وشي او عملیات ته اقدام وشي .

عملیات نه يوازې په پانسني حالت کې استطباب لري بلکې که د کلمې د گانگرين او پريټونايټس اعراض هم موجود وي بايد عملیات اجرا شي څرنگه چې د گيډي په بني بنکتني کوادرنټ کې ديو مستعرض شق پواسطه (lepratomy) اجراء او د کلمې تغلف تر کنتي لاندي نيول کيږي که د کلمې رنگ لږ تغير کړي وو او متغلف کلمې يو د بل سره التصاق کړي نه وو intussuseptum د څوکۍ د تيله کولو پواسطه ورو ورو تغلف ارجاع کيږي (متغلف کلمې بايد هيڅ وخت کش نه شي) مثلا که الیوم د سيکم په مينځ کې ننوتي وي د سيکم د جدار د پاسه د الیوم د متغلفی څوکۍ تيله کولو پواسطه ارجاع بايد صورت ونيسي په دې وخت کې که ناروغ ته دوريد له لاري گلوکاگون ورکړل شي د کلمې د عضلي طبقي د سست کيدو پواسطه ارجاع په اساني صورت نيسي.

په هغه صورت کې چې کلمې د پانسني مانور پواسطه ارجاع نه شي يا داچې کلمې گانگرين شوي وي ماوفه کلمې قطعه او الیوستومی اجراء شي.

وروسته د عملیات څخه ماشوم ته د اوو ورځو لپاره انټيبیوتیک (anti biotic) او داخل وريدي مایعات ورکړل شي او الیوستومی يې وروسته د دري مياشتو څخه ترميميزي څرنگه چې د الیوم څوکه د مستعرض کولون سره اناستوموز ورکول کيږي .

انذار –

وروسته د تداوي څخه دتغلف بيا مينځ ته راتلل څلور فيصده دي که عملیات د ناروغۍ په لمړيو مرحلو کې صورت نيولي وي او د کلمو د گانگرين کيدو څخه زيات وخت تير شوي نه وي د مړيني خطر لږ وي او د وخت په تيريدو سره د مړني خطر هم زياتيږي.

۱. امبولي :- د مسارقي علوي شريان حاد بندوالي د امبولي په واسطه نسبت مسارقي سفلي شريان ته ډير تصادف کوي ځکه چې مسارقي علوي شريان قلب ته نژدې دي قطر يې زيات دي او همداسې مسارقي علوي شريان نسبت مسارقي سفلي شريان ته په حاده زاويه د ابهر څخه جلا کيږي نوموړي امبولي عموماً قلبي يا ابهري منشاء لري .

قلبي منشاء: - ناروغ چې پخوا د چپ بطين احتشاء تير کړي دي يا داچې په ازيني فلبيريشن اخته دي په چپ بطين يا چپ ازين کې ترمبوز تشکل کوي او دا ترمبوز د هغه ځاي څخه جلا او امبولي په شکل مسارقي شريان بندوي.

ابهري منشاء :-

دويجياتيف اندوکارډايتس (Vegetative endocarditis) ياد انوريزم aneurism له کبله د ابهر په مينځ اتيروماتوز پلاکونه تشکل کوي او ددې پلاکو په سر ترمبوز پيداکيږي کوم وخت چې دا ترمبوز جلا شو د امبولي په شکل مسارقي شرايين بندولاي شي نوموړي امبولي گاني نظر په خپل غټوالي د مسارقي شرايينو يو عمده يا يو وړوکی جنبي شعبات بندوي

۲. ترمبوز :- د مسارقي شرايينو حاد بندوالي د ترمبوز د کبله هغه وخت پيدا کيږي چې مخکې نوموړي شرايين د اتيروسکلروزيس atherosclerosis په واسطه تنگي شوي وي

همداسې د مسارقي شريان ترمبوزد Trombo angitis obliterant fusiform , aneurism, Dissecting aneurism Periarteritis nodosa له کبله په لږ فيصدي هم مينځ ته راځي .

همداسې د زړه د هاني ناڅاپي کموالي مثلاً د مايوکارډ په احتشاء يا د زړه د احتقاني په عدم کفايه کې د مسارقي شرايينو په مينځ د ترمبوز د تشکل سبب گرځي .

پټالوژي :-

د مسارقي شريان د ناڅاپي او تام حاد بندوالي له کبله په لومړي مرحله کې اسکيمیک اينفارکشن (infarction) مينځ ته راځي څرنگه چې د اوعبي دسپزم (spasm) د پيداکيدو له کبله د کلمي رنگ سپينيږي او په مخاطي طبقه کې تقرحات مينځ ته راځي په دې مرحله کې کلمي هايپوتونیک (hypotonic) او متقلص حالت پيدا کوي. چې د يوه يا دوه ساعتو په مينځ کې د اوعبي سپزم له مينځ ځي او د کلمي دانوکسيک جدار په مينځ کې ټول شعريه اوعبي د ويني په واسطه ډکيږي او د ترمبوز شوي ناحيې بنکته احتشاء خوا ته د ټول اوعيو په مينځ نور ترومبوز تشکل کوي په دې وخت کې د کلمي جدار خپل ټول مقويت او تقاصی حالت له لاسه ورکوي.

د تقرحې او اسکيمیک مخاطي غشاء په مينځ کې بکتريا په فعاليت شروع کوي او حتي د ترمبوز شوي اوعيو په مينځ کې داخل او د کلمي د جدار ټول طبقات په نکروز او التهاب اخته کيږي.

د پريټوان په ازاد جوف کې وينه لرونکي مايع د کلمي د احتشايي او التهابي جدار له خوا ازاد کيږي چې دا مايع هم دکلمي د جدار د مکروبو په واسطه متنن او شديد پريټوانايتس مينځ ته راځي بلاخره د مکروبو د توکسين د جذب له کبله ناروغ په شديد انتاني شاک اخته او مړ کيږي.

که د مسارقي شراينيو جذر بند شي ټول وري کلمي او يا د کولون نيمايي برخه په اسکيميا او بيا په نکروز اخته کيږي او که امبولي وروکي وي د نوموړي شراينيو يو شعبه بنديږي چي مربوطه کلمي په نکروز اخته کيږي .

د مسارقي شراينيو په مينځ کي د ترمبوز ناڅاپي تشکل ددي سبب کيږي چي ټول وري کلمي يا د کولون نيمايي برخه احتشايي شي اما که ترمبوز د وخت په تيريدو ورو ورو تشکل وکړي جانبي دوران پيدا کيدو ته زمينه مساعد يږي نو په دي وخت کي کلمي په احتشاء نه اخته کيږي بلکي د اسکيمياک په حالت پاتي کيږي چي د کلمي داسکيميا سريري تظاهرات مينځ ته راځي .

سريري تظاهرات

عموميات:

مريضان زياتره نارينه وي او عموماً د ۵۰ او ۶۰ کلني په مينځ کي تسادف کيږي . معمولاً په هغه ناروغانو کي چي د زړه ناروغي او د مسارقي او عيبي اريټروسکلروزيس له کبله له ډيري مودي را په ديخوا د ډوډي خوړولو څخه وروسته د گيډي کرмп ډوله درد درلوده (د کلمي انويژن) دا ناروغي پيدا کيږي .

سريري اعراض

۱. درد :- ددي مرض درد فوق العاده شديد ثابت او دوامدار وي چي د نکروتيک دواگانو سره هم خواب نه وايي . د درد موقعيت د ماوفه کلمي په موقعيت پور اړه لري که د مسارقي علوي شريان جذر بنده شوي وي په شروع کي درد په ابي گسترياک ناحيه کي وي او کوم وخت چي کلمي په نکروز اخته شو درد په ټول گيډه کي انتشار کوي د مسارقي سفلي شريان د بند والي په صورت کي درد د گيډي په شکتني برخو کي وي او ډير شديد نه وي

۲. کانگي : ناروغ شديد کانگي کوي اود کانگو محتوي تور بخن ويڼه احتوا کوي د مسارقي سفلي شريان د بندوالي په صورت کي کانگي ډير وروسته پيدا کيږي

۳. د کلمي د ترانزيت خرابوالي- په شروع کي ناروغ اسهال لري او وروسته تام قبضيت او انسدادې حالت مينځ ته راځي په اسهال کي امکان لري په کتلوي ډول تور بخونه ويڼه راشي.

سريري علايم :-

تفتيش:- په يوپر پنځه ناروغانو کي د گيډي په جدار مخصوصاً په فلانک ناحيه کي پوستکي سيانوزي وي .

جس:- په ارادي يا غيري ارادي ډول عضلي کلکوالي د گيډي په جدار کي موجود وي اما د گيډي جدار لکه چي په پريطوانايتس کي د تختي په ډول کلک کيږي په دي ځاي داسي نوي اما تندرنس او (rebound tenderness) هغه وخت پيدا کيږي چي د کلمي احتشاء او پريطوانايتس مينځ ته راشي .

قرع :- په قرع کي کوم واضع علامه موجود نه وي .
اضغا :- په شروع کي د کلمي اوزونه شديد او کوم وخت چي دکلمي احتشايي شي دکلمي اوزونه بيخي له مينځه ځي .

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

اما کوم وخت چې د گيډي په مینځ او په کلمو کې انتان مداخله وکړي او کلمي گانگرين شي ډیر ژر نبض سریع او د ویني فشار ټنګته او ناروغ په شاک او تام دورانې کولېس خواته روانیږي . که شریان مسارقي سفلي ماوفه شوي وي د سیکمونید و سکوپي په ماینه کې د سیکمونید مخاطي غشاه په ازیمایي – سیانوزي او تقرحي معلومیږي .

تشخیص :-

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

په زیاتره ناروغانو کې د سیرم امیلاز سویه جیگه وي د گيډي په ساده رادیوگرافي کې وري او غټي کلمي مخصوصاً ماوفه شوي برخې لږ پراخه ټنګاري د ښي کولون او په مستعرض کولون یا په چپ کولون کې د کازاتو موجودیت او بي حرکت یا تي کیډل د کلمي په احتشاء دلالت کوي . همداسې د گيډي په پاراسنتس (Paracentesis) د پریطوان د جوف څخه وینه لرونکي مایع لاس ته راځي چې تشخیصی اهمیت لري .

تداوی :-

د مسارقي شریانو حاد بندوالي تداوي د عملیاتو په واسطه سرته رسیږي مخکې د عملیات څخه ناروغانو ته وینه او وسیع الساحة انتي باپوتیک او همداسې کافي مقدار اوبه او انتي کواګولانت یا هیپارین ۶۰۰۰ یونټ ورکول کیږي .

د عملیاتو څخه مخکې اهتمامات د نیولو څخه وروسته لپراتومی اجرا او د ناروغ کلمي تر کنتي لاندي و نیول شي . په هغه صورت کې چې وري کلمي اوبنی کولون گانگرين شوي وي باید په وسیع ډول ټول گانگرين شوي کلمي قطعه او ویستل شي . چې په دي صورت د مړني خطر فوق العاده زیات او حتی ۹۸ فیصده ته رسیږي . که یوه برخه د وري کلمي گانگرين شوي وي یا ډاکتر د هغه په هکله مشکوک وي نوموړي کلمي قطعه او پاتي برخه خوله په خوله انستموز ورکول کیږي . کلمي او مخصوصاً وري کلمي رنگ لږ تغیر کړي وي د مسارقي شریان نبض تعقیب او په هر ځای چې نبضان موجود نه وه مطلب یې دادي چې نوموړي ځای کې امبولي بندپاتي دي او د ارنیریوتومی طولاني شق په واسطه شریان خلاص او امبولي لري کیږي په هغه صورت کې چې ترمبوز تشکل کړي وي thromboendarterectomy باید اجرا شي وروسته د شریان د ترمبولو څخه ناروغ ته هیپارین تطبیق شي . او تر کنترول لاندي نیول کیږي تر څو چې بیا امبولي پیدا نه شي .

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

وروسته د عملیاتو څخه څرنګه چې مخکې د عملیاتو څخه اهتمامات نیول شوي وو باید بیا هم همغه تدابیر و نیول شي تر څو چې د کلمي ترانزیت نورمال وگرځی چې د انسداد په مبحث کې په مفصل ډول لیکل شوي دي دداسې ناروغانو مړني خطر وروسته د عملیاتو څخه ۸۵ فیصده بندول شوي دي .

د کلمې مزمن انسداد :-

د کلمو په مزمن انسداد کې د انسداد اعراض په خفیف او گزږي شکل همیشه مینځ ته راځي د انسداد اعراض پیدا کیدل امکان لري چې دتداوي یا بدون تداوي په بنفسي ډول د مینځ لار شي .

اسباب

دا نوعه انسداد زیاتره د کلمو په کار سینوما کې چې کلمې په تدریجی ډول بندیري مینځ ته راځي زیاتره صاعده په دوهمه درجه نازله کولون او په دریمه درجه وری کلمې په کار سینوما مبتلا کیږي . همداسې د کلمو مزمن انسداد د انترایتس توبرکلوز _ پریطوانایتس _ داخل پریطواني بریدونه او التصاقات او دگیدي د رادیشن څخه وروسته پیدا کیږي . باید و ویل شي چې د پاسني عواملو له کبله د کلمې لومن په نا تام ډول بندیري او د انسداد اعراض هم په ناتام ډول دحمل په شکل مینځ ته راځي .

پتورژنیس pathogenesis:

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

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

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

سریري لویه :-

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

تشخيص:

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

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

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

تداوی:

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

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

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

۲-د داخل پریطواني بریدونو او التصاقاتو په صورت کی :-

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

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

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

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

دویمه برخه

د پریطوان جراحی ناروغی

د پریطوان مختصر اناتومی

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

دا پریطوانی پانه دځیگر په علوی خلفی وجه کی او همداسی وروسته ددی څخه چه د حوصلی ځمکه او دگیدی د خلفی جداربنکتی برخه پوښ کری داثنا عشرپه حدا دوباره انعکاس کوی او د داخل بطنی اعضاؤ اوغروسطحه پوښوی.یا په بل عبارت د نومروو اعضاوسیروزاطبقه (Visceral Peritoneum) تشکیلی.

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

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

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

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

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

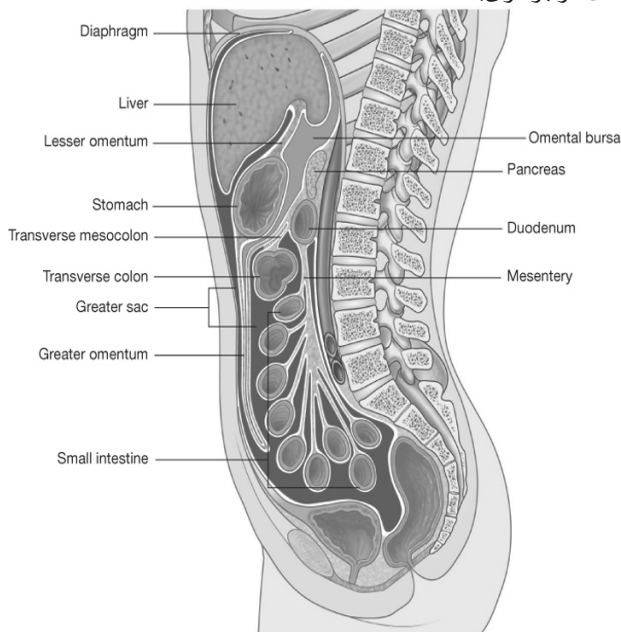
۲-- کوم داخل بطنی غری چی یوه برخه د هغود پریطوان پواسطه پوښل شویدی عبارت دی له: داثنا عشردوهمه اودریمه برخه،نازله کولون،صاعده کولون،درکتوم منحنی برخه،دمهبل پورتنی برخه او دمثانی دجدارخارجی خلفی برخه

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

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

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

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



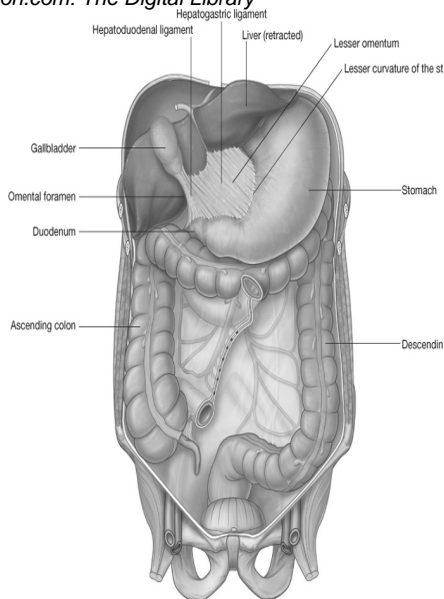
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.
Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

سرب یا (Omentum)

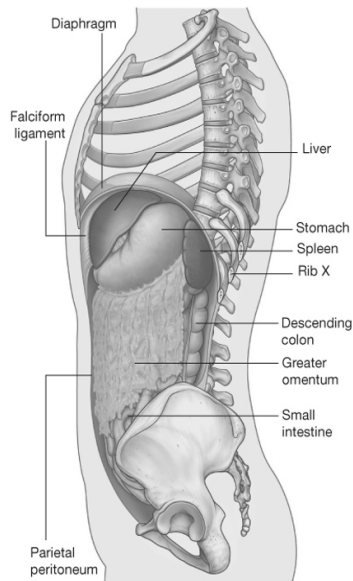
د پریطوان د دوه پانو څخه جوړ شوی دی دا دوه پریطوانی پانی چی یوه ئی دمعدی قدامی مخ او بل ئی دمعدی خلفی مخ پوښوی د معدی دلوی انحنأ په برخه کی سره یو ځای کیږی او د لمن په شکل ښکته په ازاد ډول د وړو کلمو په سطحه سیرکوی او بیرته دواړه پریطوانی پانی پورته جگړی او د کبیره سرب دجوړولو څخه وروسته د مستعرض کولون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

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

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



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



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

د یریطان تعصیب (Innervation):-

جداری یریطان د محیطی (somatic) او حشوی (visceral) اعصابو پواسطه تعصیب شوی دی نولدی کبله فوق العاده حساس وی او د پوستکی په شان د هر نوع تنبهاټو په مقابل کی ځواب وایی او د موضعی یا عمومی دردونو سبب گرځی. د جداری یریطان قدامی برخه یا په بل عبارت هغه برخه د جداری یریطان چی دگپدی د قدامی جدار سره په تماس دی فوق العاده زیات حساس دی او د جداری یریطان هغه برخه چی حوصله یی پوښه کړی نسبتاً لږ حساس دی د جداری یریطان د موضعی تنبهاټو او دهغه له کبله د موضعی عکس العمل د ښکاره کولو له مخی په سریریاتو کی د داخل بطنی امراضو په تشخیص کی زیات استفاده کیری. له هغه ځایه چی د جداری یریطان جروحات او التهابات د گاونډی او نژدی ارادی عضلاتو د شخوالی او سپزم سبب گرځی نو د دی عضلاتو عکس العملونه د نندرنس او (ریبواند نندرنس) په شکل نظاهر کوی او د دی نظاهراتو د موجودیت له مخی د داخل بطنی امراضو سیر او پرمختگ تعیینیری.

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

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

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

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

د پریطوان فیزیولوژی :-

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

په یو کاهل سری کی د پریطوان سطحه تقریباً د ۲ مترورمربع پوری پراخوالی لری یا په بل عبارت د پریطوان سطحه او د وجود د پوستکی سطح سره یو برابر وی یعنی پریطوان سطح د پینتورگو د گلوبیلورو (kidney Glumerule) د فلتر سطح به نسبت پراخه ده.

د پریطوان برخلاف د پوستکی یوه نیمه قابل نفوذ غشاء ده او په دواړو سمتونو کی د اوبو، الکترولایتو، پپنیدو او ورو کی پروتینی مالیکولو د انتقال سبب گرځی. یعنی د پریطوان جوف وجود خواته او د وجود څخه پریطون جوف ته د نوموړی موادو انتقال د پریطوان له لاری صورت نیولای شی.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۱—د انتان د محدودولو میخانیکیت

۲—د فاګوسایټوز د عملی په واسطه

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

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

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

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

۵ - د پریطوان د هایډرو استاتیک فشار :-

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

د پریطوان التهاب یا Peritonitis

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

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

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

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

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

۲- General Peritonitis :

د پریطونایتس تصنیف (Classification of peritonitis) :-

په عمومی ډول پریطونایتس په دوه عمده گروپو ویشل شوی دی

۱ - حاد پریطونایتس --- Acut peritonitis

۲- مزمن پریطونایتس Chronic peritonitis

۱- حاد پریطونایتس په دوه گروپو تقسیمیری

الف: حاد تقیحی پریطونایتس.

ب: حاد اسپتیک پریطونایتس (Acute aseptic peritonitis):

چی په لاندی گروپونو تقسیمیری:

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

✓ د پانقراس د عصارى له کبله

✓ د صفرا د عصارى له کبله

✓ د تشومتیازو له کبله

✓ حاد هیمو پریطونایتس

✓ میکونیم پریطونایتس

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

✓ موکوز پریطونایتس

✓ اندو توکسین پریطونایتس

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

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

۲- مزمن پریطونایتس په دوه گروپونو ویشل شوی دی:

الف: توبرکلوزی پریطونایتس

ب: غیرى توبرکلوزی یا گرانولوماتوز پریطونایتس

حاد تقیحی پریطونایتس Acute suppurative peritonitis

اسباب:-

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

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

۱ - د هضمی جهاز د التهابی یا غیرالتهابی قرحاتو سوری کیدل:- د اثنا عشر او د معدی قرحاتو سوری کیدل په اوله مرحله کی د اسپتیک (Aseptic) او وروسته د تقیحی حاد پریطونایتس سبب ګرځی. همداسی د محرقی د اختلاط په سیراو د کلمو په توبرکلوز او ګرانولوماتوز افاتو کی هم هضمی جهاز سوری کیږی او حاد تقیحی پریطونایتس منځ ته راوړی او Diverticulitis هم باعث کیداشی د Peritonitis .

۲ - حاد اپنډیسایتس (Acute appendicitis):-

د حاد تقیحی پریطونایتس عمده سبب مخصوصاً زمونږ په هیواد کی چی ناروغان ژر تر ژره ډاکتر ته مراجعه نه کوی جوړه وی. اما باید وویل شی چی مخکی لدی څخه چی حاد اپنډیسایتس عمومی پریطونایتس جوړ کړی لمړی موضعی دا ځکه چی Omentum د ساحی څخه را چاپیر کیږی (نظر په مقاومت د ناروغ او د مکروب ویرو لانس) پریطونایتس جوړه وی. او وروسته دا موضعی پریطونایتس په عمومی پریطونایتس بدلیری کوم وخت چی عمومی پریطونایتس منځته راځی معمولاً موضعی اعراض او علایم په ټول ګیډه کی انتشار کوی او په ظرف د څو ساعت به عمومی بطنی علایم بدلیری.

۳ - حاد سلپنجایتس (Acute salphangitis):-

منتشر درد په ټول ګیډه کی او بنکاره تندرینس، اسپازم او شخوالی د ګیډی به سفلی برخو کی د حاد سلپنجایتس په لمړیو مرحلو کی موجود وی او د نفیرو د التهاب د پرمختګ سره سم د عمومی پریطونایتس سریری اعراضو او علایم هم منځه ته راځی.

۴ - د مساریقی د او عیبی حاد بندوالی :-

د مساریقی او عیبی حاد بندوالی د ګیډی د شدید درد سبب ګرځی او د پریطونایتس سریری اعراض او علایم د کلمو د ګانګرین کیدو او د پریطون په جوف کی د ګانګرین شوی کلمی د انتان د انتشار له کبله منځته راځی.

۵ - حاد کولی سیستایتس :-

حاد کولی سیستایتس هغه وخت د عمومی پریطونایتس سبب ګرځی چی التهابی شوی صفراوی کڅوړی سوری شی او زوی یی په ټول ګیډه کی انتشار وکړی.

۶ - حاد دایورتیکولایتس :-

د اپنډیسایتس به شان هغه وخت د عمومی تقیحی پریطونایتس سبب ګرځی چی سوری شی. که دایورتیکول په کولون کی موقعیت ولری د دایورتیکولایتس د سوری له لاری زیات اندازه هوا پریطون جوف ته داخلیری او نه یواځی د پریطونایتس سریری تظاهرات منځه ته راځی بلکی ګیډه زیات توسع کوی.

۷ - د غټو او وړو کلمو په انسداد کی چی کلمی ډیر توسع کړی وی او د انسدادی حالت څخه زیات وخت تیر شوی وی د کلمی د لومن څخه مکرو بونه د کلمی د نری شوی جدار څخه تیریری او د پریطون په جوف کی ځان رسوی او حاد تقیحی پریطونایتس جوړه وی.

ب :- هغه پریطونایتس چی مکروبی عوامل د وینی له لاری پریطون جوف ته راځی او پریطونایتس جوړوی:-

په لږی فیصدی باکتریا د هیماتوژن له لاری د پریطون په جوف کی داخلیری او د عمومی پریطونایتس سبب ګرځی چی ځینی مولفین دا نوع پریطونایتس ته ابتدایی یا Primary پریطونایتس په نامه یادوی دانوع پریطونایتس په نفروتیک او اسپایتیک ناروغانو کی زیات تصادف کیږی.

ج - د پریطون د چار چاپیری اعضا اسی ګانی که په معین وخت تداوی او درناؤنشی امکان لری چی د پریطون په جوف کی به بنفسهی ډول تخلیه او د عمومی پریطونایتس د منځته راتلو

سبب گرخی. مثلاً د پښتورگو، د ځگر، د پانقراس د توری او د مساریقی د لمفاوی غدواتو اېسی گانی که په معین وخت او علمی ډول تداوی نشی امکان لری چی د پریطوان به جوف کی درناژ او عمومی پریطوانیتس جوړه کری.

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

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

کوم وخت چی باکتريا د پریطوان په جوف کی داخل شی عموماً په ټول پریطوان کی انتشار کوی او عمومی پریطوانیتس منځته راوړی. برخلاف پریطوان د خپل مدافعی میخانیکیت په اساس په زیاتو واقعاتو کی د باکتريا د انتشار څخه مخنیوی کوی او یو شمیر یی له منځه وری.

که د پریطوان مدافعی میخانیکیت د انتان د محدودولو په هکله په لمړی مرحله کی موفق شی او همداسی د باکتريا او عضویت د مدافعی عناصرو د مدافعی مقابلی په نتیجه کی انتان محدود پاتی شی پدی وخت کی د پریطوان په جوف کی په موضعی ډول منتن خایونه او اېسی گانی تشکیلوی. که د پریطوان او د عضویت لمړی مدافعی میخانیکیت د انتان په محدودولو کی موفق نشی پدی وخت کی انتان د پریطوان په جوف کی انتشار کوی او باکتريا د اکسوداتیف او ترانسوداتیف مایعاتو په منځ چی د پریطوان په جوف کی راټولیری وده او نشونما کوی او عمومی پریطوانیتس منځته راوړی. په حاد تقیحی پریطوانیتس کی چی باکتريا د پریطوان په جوف کی شدیداً فعالیت کوی د وجود عکس العملونه هم د انتان په مقابل کی شدید وی د انتان شدت او سرعت په حاد تقیحی پریطوانیتس کی په لاندی فکتورو پوری اړه لری.

۱ - د ملوث کونکی باکترياو په ویروالانس:-

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

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

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

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

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

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

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

۴ - غیرکافی تداوی او مؤخر تداوی :-

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

د پریطوان اناتومویتالوژیک تغیرات په حاد تقیحی پریطونایتس کی :

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

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

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

د پریطونایتس پتورنیزیس :-

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

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

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

۳ - **اندوکرینی تغیرات :-** پریطونایتس حالت پر یو زیات شمیر اندو کرینی اعضاؤ باندی تنبهی تاثیر لری. د ټولو اندوکرینی غړو څخه مخکی د پینتورګو د پاسه غدی مخ (Medulla) د پریطونایتس په مقابل کی ژر عکس العمل بسکاره کوی. څرنګه چی د (ایپی نفرین) او (نوراپی نفرین) د افراز پواسطه د وجود د اوعیی د تقبض تکی کاردیا او د خولی د زیات افراز سبب ګرځی.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

د حاد تقیحی پریطونایتس سریری تظاهرات :-

سریری اعراض :-

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

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

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

● تنده: ناروغ د تندی څخه شدیداً شکایت کوی.

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

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

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

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

سریری علایم :-

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

کوم کتله موجود وی تثبیتیری، سر بیره د پاسنی معلوماتو څخه په بنځو کی د مهبلې معاینې بواسطه تثبیتیری، چی ایا پریطونایتس د تناسلی داخلی اعضا څخه منشا اخیستی ده که نه.

د حاد تقیحی پریطونایتس تشخیص :

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

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

رادیو لوژیک معاینات :-

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

بطنی پاراسنتیزیس Abdominal paracentesis :-

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

تفریحی تشخیص :-

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

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

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

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

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

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

د پریطونایتس د څو اړخیز تداوی معاصر پرنسیپونه:-

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

B. جراحی تداوی

C. وروسته د عملیات څخه اهتمامات او تداوی.

A. د عملیات څخه مخکی اهتمامات او تداوی:-

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

(1) د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول.

(2) د انتی با یوتیک تطبیق

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

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

د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول:-

ناروغ ته په کافي اندازه مایعات باید ورکړل شي ترڅو چې د وینې حجم او تشو متيازو اطراح تقریباً نورمال سرحد ته ورسیري. په هغه ناروغانو کې چې د دوی مرکزی وریډی فشار د ۱۰ سانتی متر اوبو څخه لږ دی باید وریډی مایعات ډیر ژر او په سرعت سره تطبیق شي، اما کوم وخت چې دا فشار لس سانتی متر اوبو ته ورسید داخل وریډی مایعات باید ورو ورو تطبیق شي. یواځی کوم ناروغان چې د زړه په احتقانی عدم کفایه اخته وی په هغوی کې له اوله مایعات د وریډ له لاری ورو ورو ورکول کیږي. په غیر د دی که نور ناروغانو ته مایعات په سرعت تطبیق نشی امکان لری ناروغ د شاک څخه ونه وځی. ناروغانو ته عموماً باید کریستالونید مایعات ورکړل شي. ترڅو کوم اوبه او الکترولایت چې د کلمی او پریطوان په جوف کې راټول شویډی معاوضه شي. وینه تطبیقول یا یواځی د سره کریواتو تطبیق هغه وخت اسنطاب لری چې ناروغ انیمیک (Anemic) او سره ددی چې د وینې غلظت یی زیات وی ۳۰ تر ۳۵ فیصد هیما توکریب ولری.

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

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

د انتی بایوتیک تطبیقول:-

کوم مکروبونه چې د هضمی جهاز په منځ کې زیاتره موجود او پتوزن خاصیت لری او عموماً د پریطو نایتس سبب گرځی د E. coli او Bacteroides Fragilis څخه عبارت دی، د دی مکروبو په څنګ یوزیات شمیرنور مکروبونه هم مداخله لری، د دی مکروبو د فعالیت د کنترول لپاره مخکی د عملیات څخه باید موثر انتی بایوتیک د وریډ له لاری په مناسب او تیراپیوتیک مقدار (therapeutic dose) ناروغ ته تطبیق شي، کوم انتی بایوتیکونه چې هغه د فعالیت ساحه وسیع او پر نوموری مکروبو باندی موثر دی عبارت دی د Gentamycin او Clindamycin د E. Coli باندی موثر انتی بایوتیک Cephalosporin او Chloramphenicol او B. Fargili باندی Chleramphenicol، Clindamycin، Metronidazole او اریترومیس erythromycin دی.

اوکسیژن تطبیقول او Ventilatore :-

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

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

اینټوبیشن – کټیترچول او نور اهتمامات :-

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

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

استروئید (steroid) تطبیقول :-

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

Vasoactive دواگانې :-

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

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

د دیجیتال (Digital) تطبیق :-

په کاهل او زاره خلکو کی د دی لپاره چی د زره وضع معلومه شی عموماً باید الکترو کاردیوگرام اجرا شی. ناروغ ته باید د دیجیتال په عادی حالت کی تطبیق نشی. ځینی ناروغان چی د دوی عمر د ۴۵ کالو څخه زیات وی امکان لری چی په مخفی ډول د زره عدم کفایه ولری یا داچی د زره عدم کفایه په ابتدایی مراحلو کی وی چی د سریری له نظره شاید اعراض ورنکری او کوم وخت چی داسی ناروغان په شدید گرام منفی انتاناتو یا سپتیک شاک مبتلا شی د زره احتقانی عدم کفایه په هغوی کی ښکاره کیږی، پداسی ناروغانو کی دیجیتال په ډیر احتیاط باید تطبیق شی مخصوصاً چی هایپو کالیمیا (Hypo kalimia) هم موجود وی.

جراحی تداوی Surgical treatment :-

د جراحی مداخلی خصوصیات:

د حاد تقیحی پریطونایتس عمده او اساسی تداوی خصوصیات په لاندی ډول اجرا کیږی،
(1) گیده په وسیع ډول خلاصه شی.

(2) د پریطو نایتس اسباب ولټول شی او دپیدا کیدو څخه وروسته دهغه په ترمیم اقدام وشی، مثلاً که سبب د حاد تقیحی پریطو نایتس د معدی یا د اثنا عشر سوری شوی قرحه وی باید د جراحی د اصولو سره سم وگنډل شی.

که سوری شوی اپنډکس موجود وی اپنډکتومی (appendectomy) اجرا شی او په همدی ډول څرنگه چی د پریطونایتس په اسبابو تذکر ورکړ شو باید سببی تداوی اجرا او د هغه په جراحی تداوی اقدام وشی.

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

د پریطون جوف څخه مخصوصاً د تحت حجاب حاجز، تحت الکیدی، حوصلی او د پریطون د نورو ژورو ځایونو څخه زوی، کاذب غشا گانی، فبرینی علقات، اکسوداتیف مایعات او نکروزی انساج باید بیخی وایستل شی، وروسته د دی څخه د مساریقی د التواتو او د پریطون د ژورو ځایونو تفتیش صورت ونیسی، او د ابسی د تشکل په صورت کی نوموړی ابسی گانی درناژ (Drainage) شی، د کلمو د عرواتو او د سرب په امتداد ټول التصاقات مخصوصاً هغه التصاقات چی په راتلونکی کی د کلمی د انسداد سبب گرځی باید خلاصه شی، بلاخره کوم نکروزی اعضاء چی د پریطونایتس په پیدا کیدو کی اساسی رول لری باید لری شی. مثلاً نکروزی اپنډیکس، سوری شوی صفراوی کڅوړی، نکروزی شوی دایورتیکول، گانگرن شوی کلمی یا د مبیض سیست او داسی نور.
باید وویل شی چی پدی مرحله د عملیات د پریطون زوی گرام استین او کلچر لپاره لابراتوار ته ولیرل شی.

(4) د کلمو Decompression :-

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

5) د پریطوان جوف توالت او پریمینخل :-

وروسته د پریطوان د جوف د دبیرید منت څخه د سلین یا د رینگر لکتات محلول سره د پریطوان جوف پریمینخل شی، تجربو ښودلی ده که دا پریمینخل د انټی بایوتیک د محلول سره سرته ورسیري قناعت ښونکي نتیجه ورکوي، څرنګه چی د هر لیتر رینگر یا سلین سره دوه تر څلور ګرام کانامایسین(kanamycine or bacitracine) حل اوبیا پریطوان جوف ددی محلول سره پریمینخل شی .

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

6) د پریطوان جوف درناژ Peritoneal Cavity Drainage:-

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

7) د عملیاتی زخم تړل:-

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

وروسته د عملیات څخه اهتمامات:-

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

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

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

مقدم تشخیص او تداوی په هکله

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

← ناروغان ډیر ناوخته روغتون ته مراجعه کوی.

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

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

← د ناروغانو او د روغتون بودیجیو ضعیفوالی

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

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

۱— د ناروغ وینه او تشی میتیازی عادی معاینات اجرا شی.

۲— ناروغ ته معدوی تیوب، د احلیل کنتیر او رکتال تیوب تثبیت شی.

۳— ناروغ په یو ورید کی غټه ستنه تثبیت او لدی لاری څخه پنځه ملی لیتره وینه د کراس میچ لپاره واخیستل شی، او وروسته د همدی استنی پواسطه داخل وریدی مایعات تطبیق شی.

۴— داسی ناروغانو ته مخکی د عملیات څخه وسیع الساحه انتی بایوتیک ورکړل شی ځکه چی د عملیات څخه وروسته د انتان د تانسس د مخنیوی لپاره ښه مرسته کوی.

۵— وروسته د پاسنی اهتماماتو څخه بطنی پاراسنتیزس د قطعی تشخیص په منظور اجرا او ددی تست د مثبتوالی په صورت کی ناروغ عملیات خانی ته انتقال شی.

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

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

۳- سیروم د سنتی له لاری ۱۵ ملی لیتره وینه د هیماتوکریټ، سپینو کریواتو شمیر، د الکترولایت او د امایلیز د مقدار د تعیینولو لپاره واخستل شی.

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

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

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

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

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

موضعی پریطونایتس

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

د موضعی پریطونایتس اسباب

۱— وروسته د پریطونایتس د عملیات څخه د پریطوان د جوف ژورو ځایونه بڼه درناژ نشی یا داچی تثبیت شوی دردونه مخکی لدی څخه چی درناژ توقف وکړی وایستل شی موضعی پریطونایتس یا داخل بطنی ابسی گانی تشکیلوی.

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

۳— کلمی د انستموزی برخی لیکاز هم د موضعی پریطونایتس د تشکل سبب گرخی .

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

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

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

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

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

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

د موضعی پریطونایتس عمومی سریری اعراض

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

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

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

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

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

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

سریری علایم :-

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

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

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

۲- ښی تحت الکیدی موضعی پریطونایتس

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

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

تحت الكبدي ابسی عموماً د گيډی د نورو داخل بطني ابسی گانو سره يوځای وی، د نداوی له نظره ابسی باید د لپروتومی پواسطه درناژ او د ابسی په جوف بورابری درن تثبیت شی، او څرنگه چی بطن خلاصیری او د ابسی زوی په ټول پریطوانی جوف کی انتشار کوی نو د پریطونایتس په شکل د گيډی په نورو ژورو ځایونو کی لکه د دوگلاس په جوف کی هم باید درن د درناژ په منظور تثبیت شی.

۳— چپ تحت حجاب حاجزی ابسی :

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

۴— Lesser sac موضعی پریطونایتس

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

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

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

۵— بین المعایی ابسی Interloop Or Midabdominal Absces

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

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

د تداوی له نظره وروسته د لپروتومی څخه د ابسی جوف خلاص او زوی یی اسپیریتد شی د ابسی په جوف وروسته د دیبرید منت او پرپریمنخلو څخه پنزوزدرن تثبیت همداسی د وروستنی درناژ په منظور د پریطوان د جوف په ژورو ځایو کی نور پنزوز درنونه تثبیت شی او په اخر کی وروسته د تفتیش څخه د گیدی جدار ترل کیږی.

۶—حوصلی ابسی یا د دوگلاس جوف ابسی

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

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

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

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

توبرکلوزیک پریطونایتس Tuberculosic Peritonitis

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

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

د انتان د سرایت لاری:

توبرکلوز پریطونایتس معمولاً په ثانوی ډول مینځ ته راځي څرنگه چې لومړی په عضویت کی یو ابتدایی توبرکلوزی محراق پیدا کیږي او په دوهمه مرحله د دی محراق څخه د توبرکلوز بسیل پریطوان ته ځان رسوی او توبرکلوزیک پریطونایتس مینځته راوړی نو انتان د مختلفو لارو څخه ځان پریطوان ته رسوی.

۱—د ویني له لاری

۲—د مساریقی د یو توبرکلوزیک ابسی شوی لمفاوی غدی څخه

۳—د توبرکلوزیک نفیرو (Tuberculous uterine tube) زوی چې توبرکلوز بسیل احتوا کوی پریطوان جوف ته درناژ کیږي.

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

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

د توبرکلوز پریطونایتس تصنیف

د توبرکلوز پریطونایتس تصنیف د ناروغ د پتالوژی په اساس صورت نیسی.

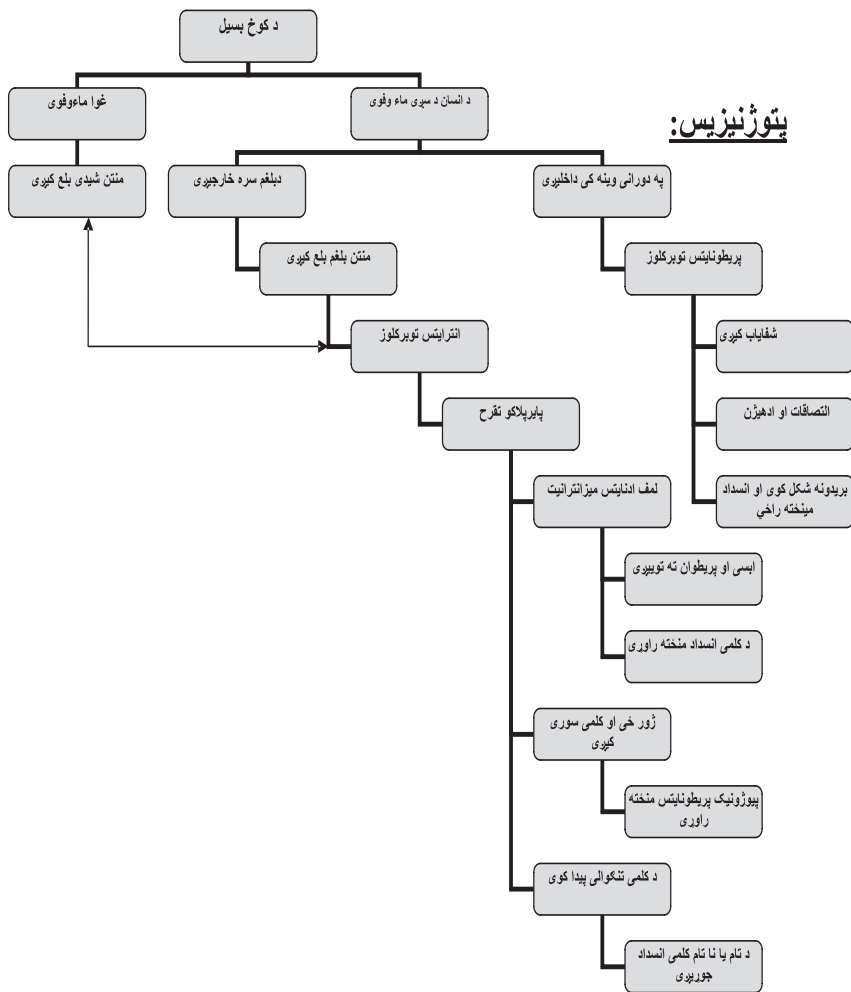
۱—لوند توبرکلوز پریطونایتس یا Wet Tuberculous peritonitis لوند توبرکلوزی پریطونایتس چې په مقدم ډول مینځ ته راځي د Subacute Stage په نامه هم یادېږي، پدی نوع پریطونایتس کی د پریطوان په جوف زیات اندازه ژیر رنگ مایع موجود وی چې پرند یا علفه کېدو ته میلان لری ځکه چې یو اکسودانثیف مایع دی او دهغه په مینځ کی د دري گرامو څخه زیاتره پروتین موجود وی. د پریطوان په ټول سطحه کی په زرهاو توبرکلونه موجود وی چې هر توبرکل د یوه یا دوه ملی مترو په اندازه قطر لری او ژیر رنگه وی.

۲—وچ توبرکلوز پریطونایتس یا Dry Tuberculous Peritonitis اصلاً لوند پریطونایتس په وچ پریطونایتس بدلېږي یا په بل عبارت وچ پریطونایتس د لوند پریطونایتس وروستی مرحله ده، څرنگه چې د پریطوان د اکسودانثیف مایع اوپه بی جذب او پروتینی مواد یی یو زیات شمیر لینی بندلونه جوړوی چې له بوی خوا د کلمو د عرواتو د التصاقاتو سبب گرځي یا داچې د لینی بندلونه د یو برید یا رسی په شکل د کلمو د عرواتو او د جداری پریطوان په مینځ کی ځای نیسی او د کلمو د انسداد سبب گرځي. چې دی شکل ته التصاقی توبرکلوزی پریطونایتس یا Adhesive Tuberculous Peritonitis نوم ورکړ شوی دی.

کله کله د پریطوان اکسودانثیف مایع د کلمو د التصاقی عرواتو په منځ کی راټولېږي او د سیست شکل غوره کوی چې د کیستیک توبرکلوز پریطونایتس (Cystic tuberculous peritonitis) په نامه یادېږي.

۳—د مساریقی ادنایتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculous د توبرکلوز بسیل په لمړی مرحله په Terminal Ilium کی Payer's Patche ماء وفوی او د هغه د تفرح سبب گرځي. وروسته لدی لاری لمفاوی قناتو ته داخل او د مساریقی په لمفاوی عقداتو ځای نیسی او د

نوموړی و عقدا تو د غټوالی او اېسی سبب گرځی چی د دی اېسی گانی زوی د بطن په جوف کی درناز او د متعدد موضعی تو برکلوز اېسی گانی منځته راوړی.



د تو برکلوز بسیل د انسان سپری یا غوا متنن کوی. د انسان د سپرو څخه متنن بلغم بلع او کلمی ته راځی او په تالی ډول تو برکلوز انترایتس مینځ ته راځی. همداسی د متنن غوا شیدی د ځکلو څخه وروسته مکروب کلمی ته راځی او په ابتدایی ډول د تو برکلوز انترایتس (Primary Tuberculous Enteritis) سبب گرځی. کوم وخت چی تو برکلوز انترایتس پیدا شو په نتیجه کی پایرپلاکونه تفرحی کیری چی پدی ځای دری امکان موجود وی:

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

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

۳—یا داچی د قرچی له لاری انتان لمفاوی قناتوته داخل او بلاخره د مساریقی لمفاوی غدواتو ته داخلیری او توبرکلوزی لمف ادنایتس میزانتریک منځته راوری چی د دی منتن شوی لمفاوی غده سیری دوه لاری غوره کوی.

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

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

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

توبرکلوز پریطونایتس د پریطوان په دننه کی د بریدو د تشکیل او د داخل بطنی اعضا د التصاقات (د لوند او وچ پریطونایتس د تشکل څخه وروسته) سبب گرځی. او په نتیجه کی میخانیکی انسداد پیداکییری.

د توبرکلوز پریطونایتس عمومیات

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

د توبرکلوز پریطونایتس سریری لوحه

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

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

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

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

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

تشخیص :-

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

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

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

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

تداوی :-

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

د مساریقی ادنایتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculosis

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

سریری اعراض او علایم :-

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

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

۱—د لمفاوی غدی د ډیر غتوالی له کبله میخانیکی انسداد مینځته راځی

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

تداوی :-

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

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

*

Reference

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

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