



# Ketabton.com

Downloaded from: [www.ketabton.com](http://www.ketabton.com)





ننګر ھار طب پوهنځی

# د کولمو بندش او د پريطوان جراحی نارو غني

پوهاند دوکتور عبدالرؤوف حسان

۱۳۹۰

د کولموبندش او د پريطوان جراحی ناروغری د کتاب نوم

پوهاند دوکتور عبدالرؤوف حسان لیکوال

نگرهاړ طب پوهنځی خپرندوي

www.nu.edu.af ویب پاڼه

سهرمطبعه، کابل، افغانستان چاپ خای

۱۰۰۰ چاپ شمېر

۱۳۹۰ د چاپ نېټه

www.ecampus-afghanistan.org د کتاب ډاونلود

دا کتاب د افغان ماسومنانو لپاره د جرمني کمپئي (www.Kinderhilfe-Afghanistan.de) لخوا تمويل شوی دي.

اداري او تخنيکي چاري بي د افغانيک موسسي لخوا ترسره شوي دي.

د کتاب د محتوا او ليکني مسوليت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځي پوري اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولني په دي اړه مسوليت نه لري.

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

پاکټر بحیی وردک، دلوډو زدکرو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبايل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بې 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 اوردو کې یو ډېر مهم رول درلودلی دی او د تحصیلی نصاب اساسی جز او د زده کړو د کیفیت په لوړولو کې خورا مهم رول لري. نو څکه باید په علمي معیارونو برابر او تازه مواد د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

زه د هغو محترمو استاذانو ستاینه او ورځخه منته کوم چې کلونه، کلونه یې زحمت ويستله دی، او کتابونه یې تأليف او ژبارلي دي او نورو بناغلو استاذانو ته بلنه ورکوم چې دوي هم په پلې رشتو کې درسي کتابونه برابر کړي، تر خوچاپ او د ګټې اخیستنې لپاره بېرته د محصلینو په واک کې ورکړل شي.

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

په پای کې د ټولو هغه ادارو او کسانو خڅه، په تېره بیا د Dr. Eroes او ډاکټر یحيی وردګ خڅه منته کوم، چې د طبی کتابونو د چاپ زمينه یې برابره کړي ده. هيله لرم چې دغه ګكتور کار ته ادامه ورکړل شي او هم د نورو برخو تدریسي کتابونه د چاپ په ګانه سمبال شي.

په درښت

قانونپوه سرور دانش

د لوړو زده کړو د وزارت سرپرست، کابل ۱۳۹۰

## د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره موسته

قدمنو استادانو او ګرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی يوه لویه ستونزه ګټل کيږي. د دې ستونزې د هواړولو لپاره مور په تېرو دوو ګلونو کې د طب پوهنځيو د درسي کتابونو د چاپ لپي پيل او تراوسه مو ۶۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان پهلو طب پوهنځيو ته ورکړل.

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

”د لوړو زده کړو او دښوونې د بهه کيفيت او محصلينو ته د نويو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړينه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلوا فرصنټ برابر شي، د تعليمي نصاب د ريفورم لپاره له انګلیسي ژې خخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او مجلو ژبارل اړین دی، له دې امکاناتو خخه پرته د پوهنتونونو محصلين اوښونکي نشي کولای عصرۍ، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي.“

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استادان له ډېرو ستونزو سره مخ دي. دوي په زاړه مېټود تدریس کوي، محصلين او استادان نوي، تازه او عصرۍ معلومات په واک کې نلري، دوي له کتابونو او هغه چېټرونونو خخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په تېټه کيفيت 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 خخه (۹ عنوانه)، د ننګرهار (۱۳ عنوانه)، کندهار (۷ عنوانه) او هرات (۴ عنوانه) طبي درسي کتابونه (تول ۳۳ عنوانه) راقول او چاپ کړل، چې يوه پېلګه ېې ستاسي په لاس کې همدا کتاب دي.

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

لكه خنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځيو ته لازیاته پاملننه وشي.

خرنگه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام یوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند خو تکي راوړم:

## ۱. درسي طبي کتابونه

دا کتاب چې ستاسو په لاس کې دی د درسي کتابونو د چاپ د لپي یوه برخه ده.  
مور غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چېټر او نوبت ورکولو دوران ختم شي.

## ۲. د نوي مېټود او پرمختللو وسایلو په کارولو سره تدریس

د ننګرهاړ او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځي یوازې د یو پروجیکټور درلودونکې وو،  
چې به ټول تدریس کې به تري ګټه اخیستل کېډه او چېړو استادانو به په تیوريکي  
شکل درس ورکاوه. په ۲۰۱۰ کې مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهاړ،  
خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځيو ټولو تدریسي ټولګیو کې پروجیکټورونه  
نصب کړو.

## ۳. د هېدل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماستري

په نظر کې ده چې د هېواد د طب پوهنځيو د عامې روغتنيا د خانګو استادان د جرمني  
هیدل برګ پوهنتون ته د ماستري لپاره ولپول شي.

## ۴. د اړتیاوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځيو روان وضیعت (اوښي ستونزې او راتلونکي چېلنځونه)  
وارزوول شي، او بیا ددې پر بنستې په منظمه توګه اداري، اکاډيمیک کارونه او  
پرمختیابې پروژې پلې شي.

## ۵. کتابتونونه

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

## ۶. لاړ او تارونه

په هر طب پوهنځي کې باید په بېلا بېلو برخو کې لاړ او تارونه موجود وي.

## ۷. ګدرۍ روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هېواد هره طب پوهنځي باید کادري روغتون ولري او یا هم په نورو روغتونونو کې  
د طب محصلينو لپاره د عملې زده کړو زمينه برابره شي.

## ۸. ستراتېژیک پلان

دا به ډېره ګټوره وي، چې د طب هر پوهنځي د اړوندې پوهنتون د ستراتېژیک پلان په  
رنا کې خپل ستراتېژیک پلان ولري.

له ټولو محتromo استادانو خخه هيله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وزبارې او یا هم خپل پخوانی ليکل شوي کتابونه، لکچر نوتونه او چېپترونه اودېت او د چاپولو لپاره تيار کړي او بیا یې زموږ په واک کې راکړي، چې په نښه کيفيت چاپ او بیا یې په وړیا توګه طب پوهنځيو او د محصلينو په واک کې وړکړو.  
همدارنکه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس وسپاري، خو په ګډه مؤثر ګامونه واخلو.

له ګرانو محصلينو هيله کوم، چې په یادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مستندوي شي.

په آلمان کې د افغانی ماشومانو سره د مرستى ټولنې (Kinderhilfe-Afghanistan e.V.) او د ټولنې مشر بناغلي Dr Eroes نه د زړه له کومي مننه کوم، چې تر او سه یې د دغه کتاب پر شمول ۱۳ کتابونو د چاپ لګښت په ورین تندی پر غایره واخیسته او له دې سربېره یې د لانورو مرستو وعده هم کړي ده. همداراز د افغانیک (Afghanic) موسسې خخه هم منه کوم، چې د کتابونو د چاپ تخنيکي او اداري کارونه یې تر سره کړي .

په افغانستان کې د کتابونو د چاپ په برخه کې د لوړو زده کړو وزارت سرپرست قانونبسو سرور دانش، علمي معین بونهال محمد عثمان باپري، ملي او اداري معین بونهاند صابر خويشكۍ، د پوهنتونو او پوهنځيو له ريسانو او درنو استادانو خخه یوه نېوي منه کوم، چې موږ یې تشویق کړي یو او د کتابونو د چاپ په برخه کې یې له موږ سره همکاري کړي .

د اکتر یحيی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت  
کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

د دفتر تليفون : ۷۵۶۰۱۴۶۴۰  
موبایل تليفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴  
ایمیل: wardak@afghanic.org

× × ×

هالى

د جراحى دىپارتمنت محترمو استادانو تە!

ھرييو محترم پوهنواں دوكتور عبدالاحد(حميد)، پوهندوى دوكتور فضل الرحيم (شگيوال)، پوهندوى دوكتور سيد شال(سيدي)، پوهندوى دوكتور صابر(سعيد)، پوهندوى دوكتور محمد افضل(اسم)، پوهنمل دوكتور برات گل (مهرزى)، پوهنمل دوكتور گل اقا (سادات)، پوهنمل دوكتور سيد بها(كريمى)، پوهنمل دوكتور عبدالبصير(منگل)، پوهنمل دوكتور خان مير(غىور)، پوهنمل دوكتور جمال عبدالناصر(غازى)، پوهىالى دوكتور احمد شكىب(زلمى).

چى پە ھىرو كمو امكاناتو او سختو شرايطو كى د گرانو هييوا د والو او محصلينو د مشكلاتو د حل لپاره ھلى ئىلى كوي.

## منن ليک

د محترم پوهیالی دوکتور احمد شکیب زلمی خخه دزره له کومی مننه کوم چې د دغه کتاب  
په ترتیب، تنظیم، کمپوز، دیزاين او موادو په راټیلو کی زیار ایستلی او زماټولی مشوری یې  
په عملی او نظری توګه په تالیف کی په نظر کی نیولی کامیابی، علمی پرمختګ او خوشحالی  
ورته د الله(ج) خخه غوبنتونکی یم

عنوان	مخ
سریزه	الف
د کلمو انسداد intestinal obstruction	۱
دکلمود انسداد اسباب او تصنیف:	۱
د ساده میخانیکی انسداد انواع:	۱
داختنافی میخانیکی انسداد انواع kinds of strangulated mechanical obstruction	۲
ولادی انسدادونه:	۲
د پیلور ولادی تنگوالي	۲
سریری ظاهرات	۲
تداوي	۳
د اثنا عشر ولادی بندوالی	۳
تداوي	۳
دجیجونوم - الیوم او کولون ولادی تنگوالي او تام انسداد	۴
سریری ظاهرات	۴
تشخيص	۴
Treatment	۴
Disorders of intestinal rotation	۵
په داخل رحمي ژوند کي دکلمي د غير نورمال دور پتوژنیزیس او تصنیف	۵
سریری ظاهرات	۶
تداوي	۶
میکوننیم ایلیوس	۶
سریری ظاهرات	۶

- ٧ اختلاطات( Complications)
- ٧ تداوي
- ٧ انذار
- ٨ انوركتال انو مالی گانی Anorectal Anomalies
- ٨ تصنيف
- ٨ سريري تظاهرات
- ٩ اختلاطات( Complications)-:-
- ٩ تداوي:-
- ١٠ انذار:-
- ١٠ فلجي انسداد Paralytic Ileus
- ١٠ اديناميک اليوس يا پاراليك اليوس-- Adynamic Ileus--
- ١٠ اسباب:-
- ١٠ پتوژنیزیس : Pathogenesis
- ١١ سريري تظاهرات:-
- ١١ سريري اعراض
- ١١ سريري عاليم
- ١١ تشخيص
- ١١ لاپراتواری معاینات
- ١١ رادیوگرافیک عالیم
- ١١ تداوى

۱۲	سریری تظاهرات
۱۲	ساده میخانیکی انسداد Simple Mechanical Obstration
۱۲	اسباب
۱۳	پتوژنیز پس -Pathogenesis
۱۳	دالکتروولایتو او مایعاتو ضایع کيدل
۱۴	د کلمو په مینځ کي د ګازاتو زیاتوالي
۱۴	دکولون دانسداد پتوژنیز پس
۱۵	سریری تظاهرات
۱۵	سریری اعراض
۱۶	سریری عالیم
۱۷	مقعدی معاینه
۱۷	تشخیص
۱۷	لابراتواری معاینات
۱۸	رادیو لوژیک معاینات
۱۸	تفریقی تشخیص
۱۹	تداوی
۱۹	دعملیات څخه دمخه اهتمامات
۲۰	جراحی تداوی
۲۰	د عملیات څخه وروسته د ناروغ پاملرنه
۲۱	میخانیکی اختناقی انسداد
	اسباب

۲۱	پتوژنیزیس
۲۲	انسداد پتوژنیزیس Closed loop
۲۲	د میخانیکی اختناقی انسداد انواع
۲۲	دوری کلمی تدور
۲۲	اسباب
۲۲	سریری تظاهرات
۲۳	تداوی
۲۳	د کولون تدور
۲۳	د سیکوم تدور
۲۴	سریری تظاهرات
۲۴	رادیوگرافی معایینه
۲۴	( Complications ) اختلالات
۲۴	تداوی
۲۴	سیگموید تدور
۲۵	اسباب
۲۵	سریری تظاهرات
۲۵	رادیولوزیک معایینات
۲۶	تداوی
۲۷	تغلف
۲۷	تعريف

۲۸	سریری تظاهرات
۲۸	تشخيص
۲۸	رادیوگرافیک معاینات
۲۹	اختلاطات
۲۹	تداوی
۲۹	انذار
۳۰	د علوي مساريقى او سفلى مساريقى د شراینو حاد بندوالى
۳۰	اسباب
۳۰	پتالولژى
۳۱	سریری تظاهرات
۳۲	تشخيص
۳۲	تداوی
۳۳	د کلمي مز من انسداد
۳۳	اسباب
۳۳	پتوژنيزس
۳۳	سریري لوحه
۳۴	تشخيص
۳۴	تداوي
۳۶	دويمه برخه (د پريطوان جراحى ناروغى د پريطوان مختصر انثومى)
۳۷	سرب يا (Omentum) د پريطوان تعصيب

۳۹	د پریطوان فیزیولوژی
۴۰	پریطوان د یو قابل نفوذ پرداز په صفت
۴۰	د پریطوان عکس عمل د جرحتو په مقابل کي
۴۱	د پریطوان انتانی ضد خاصیت
۴۱	د پریطوان د هایدرو ستاتیک فشار
۴۱	د پریطوان التهاب يا Peritonitis
۴۲	د پریطونایتس تصنیف
۴۲	حد تقيحي پریطونایتس Acute suppurative
۴۲	اسباب
۴۴	د گیاهی په جوف کي د انتان د انتشار خصوصیات
۴۵	د پریطوان اناتوموپتالوژیک تغیرات په حد تقيحي پریطونایتس کي
۴۶	د پریطونایتس پتوژنیزیس
۴۸	د حد تقيحي پریطونایتس سریری تظاهرات
۴۸	سریری اعراض
۴۹	سریری علایم
۵۰	د حد تقيحي پریطونایتس تشخیص
۵۰	رادیو لوژیک معاینات
۵۰	بطنی پارا سنتیزیس Abdominal paracentesis
۵۰	تفریقی تشخیص
۵۱	د پریطونایتس د دخو ارخیز تداوى معاصر پرنسیپونه

۵۲	د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول
۵۲	د انتی بایوتیک تطبيقول
۵۲	اوکسیژن تطبيقول او Ventilatore
۵۳	اپنټویشن - کنټرچول او نور اهتمامات
۵۳	استروئید(steroïd) تطبيقول
۵۳	دواگانی Vasoactive
۵۴	د دیجیتال(Digital) تطبيق
۵۴	جراحی تداوى
۵۵	وروسته د عملیات خخه اهتمامات
۵۶	د تداوى نتایج او د عاجل مرستی سازمان ورکول رول د پریطونایتس د مقام تشخیص او تداوى په هکله
۵۷	موضعی پریطونایتس
۵۸	د موضعی پریطونایتس اسباب
۵۸	د موضعی پریطونایتس عمومی سریری اعراض
۵۹	بې تحت حجاب حاجزی موضعی پریطونایتس يا ابسى
۵۹	سریری عالیم
۵۹	تداوى
۵۹	بې تحت الکبدی موضعی پریطونایتس
۶۰	چې تحت حجاب حاجزی ابسى
۶۰	د موضعی پریطونایتس Lesser sac
۶۰	بین المعاي ابسى

٦١	توبرکلوز یک پریطونایتس
٦٢	مکروبی عوامل
٦٢	د انثان د سرایت لاری
٦٢	د توبرکلوز پریطونایتس تصنیف
٦٣	پتوژنیزیس
٦٤	د توبرکلوز پریطونایتس عمومیات
٦٤	د توبرکلوز پریطونایتس سریری لوحه
٦٥	تشخیص
٦٥	نداوى
٦٦	د مساریقی ادنایتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculos
٦٦	سریری اعراض او علایم
٦٦	نداوى
٦٧	ماخذونه

## سریزه

خونگه چې زموږ هیواد د غریبو هیوادو په لپ کې تر ټولو غریب هیواد دی د خرابو  
صحی شرایطو له امله لکه د کلمو پرازیتی ناروغیو، محرقه او داسی نور چې د هیواد د  
وګرو د کلمود بندوالی او یا هم د پریطوان د جراحی ناروغیو سبب ګرئی او له بلی خوا د  
تپونو او جنګی شرایطو شتون دا ستونزه (د پریطوان جراحی ناروغی)، نور هم زیاته کړیده،  
د دی ترڅنګ د مجھزو کتابخانو نه موجودیت، د محصلینو نه عادت له کتابخانی سره،  
د محصلینو نا اشنایی له خارجی ژبو سره او هم په دغه برخه کې کوم موثر جراحی کتاب  
نه شتون د دی لامل شو چې د کلمود بندش او د پریطوان د جراحی ناروغیو تر عنوان  
لندی یو کتاب نوی تالیف کړم چې د دی رنځوری په هکله نوی نړیوال بشپړ معلومات  
ولري ترڅو چې د رنځوری عوامل، تداوى لاری چاری او وقايوی تګلاره وټاکل شي.

د کتاب ليکنه نړیوال معیار او سبک د پښتو ژبې د کړنلاري لمخي تالیف شوی او  
زما په عقیده د خوراتلونکو کلونو لپاره د طب علمي غنی پانګه ده.

د کتاب په ليکنه او تالیف کې داسی معقول لغتونه استعمال شوی چې هر لوستونکي  
تری په اسانه توګه ګتیه اخیستلای شي. د انټرنېټ او نشراتو، مجلاتو او ټکس بوکونو ډیر  
نوی او لابراتواری ازمونې ئای په ئای شوی دي.

زما هيله ده چې لوستونکي بې په غور او ميني سره ولولى اصلاحی لار که چيرى  
موجود وي د راتلونکي چاپ لپاره خرگند کړي ډيره منه به مو وي.

## الف

## د کلمو انسداد

**تعريف:**

دنورمال لاري خنه د کلمي دنورمال ترازنيت بندوالى د کلمي دانسداد په نامه ياديري.

**دکلمود انسداد اسباب او تصنيف:**

داسبابو له نظره دکلمي انسداد په دوه ډوله دی:

۱. ميخانيکي انسداد : - چه دکلمي خوله د ډيو ميخانيکي فشار پواسطه بنديري.

۲. فلجي انسداد (Ileus): دکلمي دحرجي عدم کفايي خنه عبارت دی چه خپل محتوي پر مخ نشي ببولاي او دا حرکيي عدم کفايه زياتره عصبي منشاء لري.

ميخانيکي انسداد په دوه ډوله دی:

۱. ساده ميخانيکي انسداد ( simple mechanical obstruction)

۲. اختناقی ميخانيکي انسداد ( strangulated mechanical obstruction )  
فلجي انسداد هم په دوه ډوله دی.

۱. شنجي فلجي انسداد ( spastic Ileus )

۲. غير شنجي فلجي انسداد ( adynamic or paralytic Ileus )

**د ساده ميخانيکي انسداد انواع:**

۱. ولادي سو اشكال:

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

ب: tuberculosic Enteritis

۳. دکلمو دلومن بند والى د کلمو دلومن دداخلی ميخانيکي

فسارله کبله :

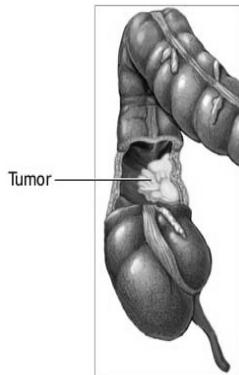
الف : غایطه تیره يا

ب: صفراوي تیره يا

ج: پرازيتی انسداد مثلاد اسکرپس چينجي له کبله .

د : دکلمي سليم او خبيث تومورونه لکه د ورو کلمو ، عنو کلمو

او دركتوم تومورونه.



۴. د کلمو دلومن بندوالى دخارجي ميخانيکي فشار له کبله :

الف: داخل بطني ابسی گانی.

ب: داخل بطني تومورونه.

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

د: lymphadenitis mesenteric tuberculosis

ه: دکلمو دلومن بندوالى د راديشن radiation له کبله .

## داختاقي ميختانيکي انسداد انواع kinds of strangulated mechanical obstruction

۱. داخلي او خارجي اختناقی فتقونه.

۲. دکلمو تدور - vulvulus

الف: دورو کلمو تدور .

ب: دسيکم تدور.

ج: د سیگموئید تدور.

۳. تغاف - intussusception

غير تشنجي فلچ انسداد (Paralytic ileus) په لاندي حالاتو کي مينځ ته راهي.

۱. د معدي معايی لاري د مسقیم تخریشاتو له کبله (مثلاً دعمليات په وخت چې په کلمو کي دير لاس و وهل شي)

۲. د پريطوان د انتانۍ او غير انتانۍ تخریشاتو له کبله (مثلاً داخل بطني ندف دکيمياوي پريطو نايتس په وروسته مرحلو کي- په سير داپنديسايتس په استثناد نکروزی شکل يې).

۳. دکيدي په دنهه یا د کيدي د باندي د غرو د کوليک حملاتو په وخت کي (مثلاً دکبدي یا د پشتورګو د کوليک په سير).

۴. د حرکي اعصابو دانحطاط په حالاتو کي (د ستون فقرات په کسرونو کي - د شمزی په ترضیصاتو کي او په خلف د پريطوان دهما توم د تشكيل په صورت کي حرکي اعصاب په انحطاط راهي).

۵. د میتابولیک امراضو په پرمختالی مراحلو کي (مثلاً دیابتیک او یوریمیک کوما په حالت کي).

۶. د پلورا او د سروپه حادانتانۍ حالاتو کي (مخوصاً دماشومانو په شديد او حاد قائدوي نمونيا کي).

تشنجي (spastic) فلچ انسداد په لاندي حالاتو کي مينځ ته راهي.

۱. د مسارېي او عبي په حاد بندوالۍ کي.

۲. د ټیني فلزانو د تسم په اثر مثلاً دسرپ دتسم په صورت کي.

۳. د پورفيرياد میتابولیزم د خرابوالۍ په حالاتو کي مخصوصاً په کبدي پورفيريا کي.

۴. ټیني وخت د یوریمیا په پرمختالی واقعاتو کي په عوض د فاجي غير تشنجي انسداد تشنجي انسداد مينځ ته راهي.

ولادي انسدادونه:

۱. د پیلور ولاي تنگوالۍ:

په دی ناروغانو کي پیلوريک معصره په ولاي دول هايپرتروفي کوي او دمعدي پیلوريک (Pyloric canal) کانال بندوي ، زياتره نارينه او مخصوصاً لمري ماشوم په پیلوريک ولاي هايپرتروفيک تنگوالۍ مصابيروي.

سريري ظاهرات:

دنولد د دريم يا لسمى اونى خخه وروسته ماشوم ته سمدستي پس د تى رو دلو خخه فوراني(توب و هوونکي) کانګي پيدا کيږي دکانګو محتوي بي خورل شوي شيدي وي او هیڅ وخت صفرانه احتوا کوي.

په فزيکي معانيه کي دممعدي پيلور چه غته شوي وي د یو تومور په شکل د گيدی دجدارې شرسوفى(Epigastric) ناحيې کي د متوسط خط څخه لبو چې خوا ته جس کيري. ددی ناروغرى تشخيص دممعدي د راد یو ګرافې پواسطه چه ماشوم ته کئيفه مواد ورکړي شوبيوی اجراكېري.

دراد یو ګرافې په پانه کي دممعدي حجم او استداري حرکات زيات شوي او پيلوريک کانال د یو نرى اورد خط په شکل معلومېري.

### تداوي:

که دناروغرى څخه څه موده تيره شوي وي د ماشوم په وجود کي حتما د الكترولايت عدم موازنې موجوده وي ، مخصوصا د کانګي له کبله ماشوم ميتابوليک الکلوز(Metabolic Alkalosis) (Hypo chloremia) او په سيروم کي هاپیوکلوریمیا(Hypo) او هاپیوپتاسیمیا(Hypo potachemia) موجوده وي ، لدی کبله ماشوم ته سيروم فیزیو لوژیک(4-2 ملی اکویولانت پتاسیوم په هر کیلوگرام وزن د بدن په ظرف د ۱۲-۸ ساعتو کي ورکول کېري وروسته د الكترولايت دتوازن د برابرولو څخه باید دماشوم ګیده خلاص(laparatomy) او د پيلور په سر د Ramstedt-Fredet په اصول pyloronyectomy اجرا شي او کوشش وشي چه دپيلورو س مخاطي غشاء خبری نشي.

وروسته د عملیات څخه ماشوم ته لر لر شیدي چه داوبو سره نرى شوي وي ورکول کېري اووروروسته د شپرو ورخو څخه عادي شیدي روډلو ته پیل وکي.

### ۲. داثناشر ولادي بنداولي : congenital duodenal obstruction

د اثناعشر تام انسدادي حالت هغه وخت مینځ ته راهي چه په اثناء عشر کي تام بند ش او Atresia موجوده وي ، او د اثنا عشر ناتام انسدادي حالت د اثناعشر تنگوالی(stenosis) له کبله پیدا کېري، د اثناء عشر تنگوالی په لاندی حالاتو کي مینځ ته راهي.

۱. د اثناء عشر د لومن په منځ کي په ولادي صورت د پردي موجودېت.
۲. د Anular pancreas په حالت کي.
۳. د کولون په Malrotation حالت کي.

د سرېري اعراضو له نظره د اثناعشر په تام يا ناتام انسدادي حالاتو کي ماشوم صفر او کانګي کوي چه په ماشومانو کي د وری کلمي دانسداد مهمترین عرض دي داثناشر دناتام انسداد قطعی تشخيص راد یو ګرافې پواسطه اجراء کېري څرنګه چې ماشوم د گيدی څخه دولاړي په وضعیت (ماشوم په پښو درول شي) واختنل شي په ګیده کي دوه غته هوايی خیال چه د double bubble په نامه یادېري معلومېري د اثناء عشر په ناتام انسدادي حالت کي bubble موجود اما ورکي وي.

### تداوي :Treatment

دناروغ تداوي د جراحې عملیات پواسطه اجراء کېري ، څرنګه چې مخکي د عملیات څخه دماشوم الكترولايې توش اصلاح او وروسته لپروتومي کېري او داثناه عشر د atresia په حالت کي duodeno-duodenostomy يا duodeno-jujenostomy دا اجراء کېري.

که د اثناء عشر ناتام انسداد د ولادي پردي له کبله پیدا شوبيو نوموري پردي باید د Duodenotomy پواسطه قطعه اولري شي اوکه انولار پانکراس(Anular pancreas) داثناشر دناتام انسداد سبب شوي وي باید د اثناء عشر داتریزیا(Atresia) دتاواي شي. وروسته د عملیات څخه دناروغ معده تر خو چه فعل استداري حرکات پیدا شي دمعنوې نیوپ دنتیبیتو او لدی لاري څخه دسکشن(Suction) کولو پواسطه تش وسائل شي.

### 3. دیجیجنوم - الیوم او کولون ولادی تنکوالی او نام انسداد:

پتوژنیزیس Pathogenesis

دیجیجنوم، الیوم او کولون ولادی تضيق او بندش هفه وخت مینخ ته راخي چه په داخل رحمي ژوند کي دكلمي ارواء په یوه برخه کي قطع يا مختل شي د کلمي ارواء په یوه برخه کي هفه وخت قطعه ياخراييري چي مربوطه مساريفه بي تر فشار لاندي راشي مثلا که په داخل رحми (intra uterins) ژوند کي دجيمن کلمي تدور وکري يا تغاف صورت ونيسي يا داچه د فتفقيه سوری خفه کلمي دباندي لار شي مربوطه مساريفه تر فشار لاندي راخي او دكلمي ارواء په تام ياناتام دول قطع کيري په هفه حالتونو کي چه دكلمي ارواء په یوه برخه کي په ناتام دول قطع شي د کلمي په هفه ناهييه کي اسيكيبا منخ ته راخي او مکان لري چه په نوموري خاکي کي کلمي نورمال نشونما و نکري او کلمي نري، تتگ او متضيق پاتي شي چه دکلمي د stenosis په نامه پادريري.

او که دکلمي ارواد مساريفه فشار له کله په تام دول قطع شي مربوطه کلمي په اسپتيک نکروز اخته کيري او ديو فبروزي نري مزي (حبل) په شکل چه هينچ لومن نه لري دده نورمال کلمي په مينخ پاتي کيري چه دکلمي د atresia په نامه پادريري.

#### سريري تظاهرات:

ماشوم صفراوي کانگي کوي گيده بي په مترقي دول متسع کيري او دمقدع له لاري ميکونيم ديرلر خارجيري، پاسني اعراض او عاليم دکلمي په انسداد دلالت کوي.

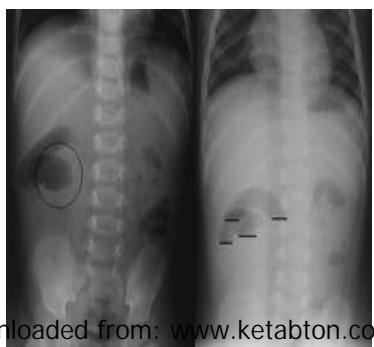
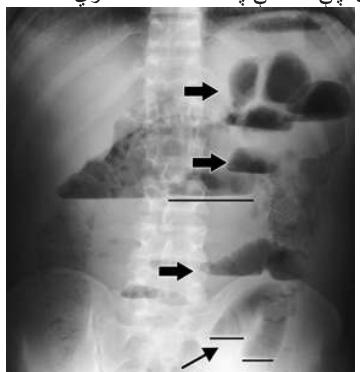
#### تشخيص:

قطعی تشخيص لپاره باید د گیوی خخه ساده رادیوگرافی اجرا شي چه په رادیوگرافی پانه کي خو (Air fluid levels) خیالونه لیدل کيري چه د کلمي په انسداد دلالت کوي، ددي لپاره چه معلومه شي ايا په کولون کي هم کوم انومالي موجود دي یا داچه د گيده په ساده رادیوگرافی کي بشکاره شوي هوایي خیالونه کولون پوري ارتباط لري او که نه ماشوم ته د باريوم اماله ورکول کيري او کولون چوکات خخه رادیوگرافی اخیستل کيري البته که په کولون کي کوم بندش يا تنکوالی موجود وي ددي معابني پواسطه تشخيص کيري.

#### تداوي:

وروسته د تشخيص دوضع کيدو خخه ماشوم باید فوراً عمليات شي ھكه که وخت دير تير شي د حجاب حاجز د جکوالی له کله د سري انتان، شديد دبهایدریشن او بالآخره دزره عدم کفايه دماشوم دمرگ سبب گرخي.

که تضيق يا بندوالی په جيجونوم يا الیوم کي موقعیت ولري دکلمي متضيقه برخه د کلمي د پروکسیمال شيد متسع برخی سره قطع او د قطع شوي برخی خخه د پروکسیمال او دیستال برخه خوله په خوله ( دیستال برخی خوله منحر او دپروکسیمال برخی خوله چه لر متسع دی عموداً باید قطع شي تر خود دوارو د لومن محیط مساوی شي) يا خوله په اړخ سره انستموز ورکول کيري.



که تضییق یا بندوالی د کولون په پروکسیمال برخه کی موقعیت ولری د کولون شدید متوجه برخه قطع او په لمري مرحله ilioecolostomy اجرا شي که تضییق یا بندوالی په دیستال برخه کی موقعیت ولری مافو ناحیه قطع او لری کیري.

اود ماوفه برخه خخه پورته او بنکته د کولون خوله Micolitz مه اصول ارخ په لمري مرحله کولوستومی کیري او په دوهمه مرحله لبر ترلبره وروسته د دریو میاشتو خخه کولون دالیوم سره په انتخابی دول خوله په ارخ او کولون سره خوله په خوله انستموز ورکول کیري.

#### 4. Disorders of intestinal rotation

په داخل رحمي ژوند کي دکلمي نورمال تدور:

دداخل رحمي ژوند په لسمه او نې کي د جنین کلمي دنامه خخه د بطن جوف خوانه تیله کیري او دشريان مساريقی علوی پرمور باندي خلاف دعقرب ساعت په تدور پيل کوي څرنګه چې د کلمي duodenojujenal برخه ۲۷۰ درجي تدور کوي او دشريان مساريقی علوی تر شاه موقعیت نیسي انشاعشر په خلاف د پریطوان او پاسني برخی دجیجونوم Treitz رباط پواسطه تشیتیري.

دکلمي ceco - colic برخه د شريان مساريقی علوی په قدام وروسته د ۲۷۰ درجي خلاف د عقرب ساعت تدور خخه د گېيدي د جوف په محیطی برخو او د ورو کلمو په چارچاپيره پداسي حال کي موقعیت نیسي چه سیکم د گېيدي په بنې بنکتنی کواردنت(Quadrant) کي تشیتیري.

#### په داخل رحمي ژوند کي دکلمي د غير نورمال تدور پتوؤژنیزیس او تصنیف:

دکلمي غير نورمال تدور او تشیتیدل په لاندی دول تصنیف کیري:

۱. درحه په داخلی ژوند کي که کلمي هیث تدور ونه کري ( no rotation ) : کوم وخت چې کلمي هیث تدور ونه کري پدي وخت وری کلمي د گېيدي په بنې خوا کي د علوی مساريقی شريان تر خنگ زورند پاتي کیري او غئي کلمي په کين خوا موقعیت نیسي چه دکلمي دا حالت د کلمي تدور لپاره پېرمساعد وي.

دا انومالي عموماً په هغه ماشومانو کي پيدا کيري چه amphalocelle او ولا دي حجاب حاجزي فتفونه هم ولري.

۲. Incomplete rotation: د کلمي duodeno-jujenal برخه يا ceco - برخی تدورنکوي ، اما زياتره سیکوکولیک برخه په تدور کي اشتراك نه کوي او په دی دول ددي برخی مساريقه د یو برد په شکل د دودینو جیجونال پرماريقي باندي عمل کوي او اختناقی انسدادمنځ ته راخي.

۳. Reversed rotation: په داخل رحمي ژوند کي کلمي بر عکس د نورمال یعنی د عقرب ساعت هم سمت دمساريقي علوی شريان پر محور باندي تدور کوي.

پدي ډول تدور کي سیکم د گېيدي په چې طرف کي موقعیت نیسي او له هغه خاچه چې د کلمي سیکوکولیک برخه دمساريقي علوی شريان په خلاف موقعیت نبولی دی نو د بنې کولون انسداد مینځ ته راخي.

۴. دمساريقي غير نورمال تشیتیدل:- دمساريقي دغير نورمال تشیتیدل له کله د paroduodenal فتفونو او دسیکم د فوق العاده متحرك پاتي کیدو سبب ګرخي ، ( د سیکم مساريقه اورده پاتي کیري او د گېيدي په خلفي جدار نه تشیتیري ) چه د انشاعشر چارچاپير فتفونه امكان لري اختناقی شي او که سیکم متتحرك پاتي شي امكان لري تدور وکری چه په دواړو حالاتو کي انسدادي حالت مینځ ته راخي.

**سریری نظاهرات:**

دکلمی د غیر ولادی طبیعی تدور له کبله دری پر خلور برخه ماشومان په کوچنی توب کی دکلمی په انسداد اخته کیری او یو پر خلور برخه ماشومان امکان لري چه په ورکتوب کی په انسداد اخته نشي بلکه په مل ابزورپشن(Mal-absorption) او پیتیک قرحة اخته کیری. يا داچه وروسته د ۱۰ یا ۱۵ کلنی خخه په متابوپ دول تام يا ناتام انسدادی حالت د اثناء عشر ياد جيچونوم دندور يا د مساريقی بريدو د جوريدو له کبله مينځ ته راشي.

د سریري اعراضو له نظره ماشوم صفراوي گانګي لري که انسداد دندور يا اختناق له کبله مينځ ته راغلي وي امکان لري چه د گيدي توسع موجود وي ، او که انسداد د بريدو له کبله پيدا شوي وي د گيدي توسع دومره موجوده نوي ، که ميلا نا او د پريطاو نايتس(Peritonitis) اعراض موجود وي دکلمی په گانګرين دلالت کوي.

د گيدي په ساده راديو گرافی کي double bubble Air Fluid level يا معلوميري دباریوم امالی خخه وروسته په راديوجرافی پایه کي امکان لري دسيکم غير نورمال موقعیت ثبتیت شي.

**تداوی Treatment:**

وروسته د تشخيص خخه ماشوم باید فوراً عملیات شي دنامه خخه پورته د یو مستعرض بطئی شق پواسطه لپراتومی(Leprotomy) اجرا او د گيدي احشاء په دقیق دول معاینه شي که کوم تدور موجود وي تدور باید دعقرب ساعت پرخلاف رد شي که کوم بريدي يا التصاق داشتعاشر يا دکولون دپروکسیمايل برخی او د گيدي دجنبي جدار ترمنځ موجود وي باید قطع او وروسته د اپندازکومي خخه سیکم د گيدي په بنې بنکتنی کوادرانت کي او اثناشر گيدي په بنې جنبي علوی برخه کي ثبتیت شي ، وروسته د عملیات خخه معده او کلمي په دوامدار دول سکشن شي دندور دارجاع خخه وروسته دناروغی انذار بيخي مساعده ده اما د التصاقاتو او د بريدونه د قطع کولو خخه وروسته انذار چنان مساعد نه دی. حکه امکان لري بیا بريدونه تشكی وکړي او انسدادی حالت پیدا شي.

**میکونیم الیوس:**

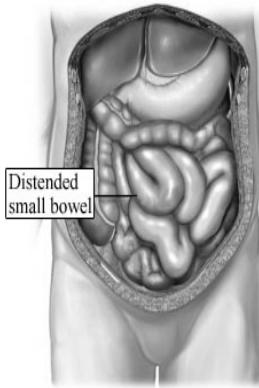
۲۰ فیضده ماشومان چه د پانقراس د فیبرو سیست سره تولد کیری دمختاخ غلیظ او تینګ افزارات دکلک میکونیم سره یو خای دالیوم په اخرنی برخه کي پاتی کیری او دانسداد سبب گرځی تر او سه پوري معلومه شوي نه دی چه د پانقراس د فیبرو سیست او د میکونیم دکلکوالی په مينځ کي کوم ارتباط موجود دی که نه . د میکونیم کلک کیدل امکان لري چه په جيچونوم ، الیوم او په کولون کي واقع شي.

میکونیم الیوس د پانقراس دنورو ولادی امراضو سره یو خای هم لیدل کیری که میکونیم الیوس تداوی نشي امکان لري چه دکلمی دتوسع له کبله تدور مينځ ته راشي چه په دی حالت کي کلمي گانګر او سوری کیري.

**سریری نظاهرات:**

وروسته د ولادت خخه ماشوم گيده په متفرقی دول متوجه کيری او د مقعد له لاري میکونیم نه خارجيري د گيدي دتوسع سره موازي ماشوم ته صفراوي گانګي هم پيدا کيري د گيدي په ساده راديوجرافی کي دوری کلمي یوه غته عروه چه د گازاتو سره ډک وي د گيدي په بنې کوادرانت(Quadrant) کي د لیدور وی او هیڅ وخت هايدروایریک خیالونه نه لیدل کیري د باریوم د امالی خخه وروسته که دکولون چوکات خخه راديو گرافی اجرا شي د راديوجرافی په لوحه کي کولون پېر نری معلوميري.

( ) Micro – colon که میکونیم الیوس اختلاطی( Complicated Colon ) شوی وی ( یا په بل عبارت وخت بیر تیر شوی وی ) د پریتو نایتس اعراض هم موجود وی.



### اختلالات( Complications )

دیکونینیم عده اختلالات( Complications ) عبارت دی له :

۱. دسری انتانات لکه مزمن برانکونومنیا ، برانشکتازیس او دسری آبس.
۲. نوموری اختلالات( Complications ) دکلک قصبه افزار اتو له کبله چه په قصباتوکی بند پاتی کیری او په اسانی نه خارجیری پیدا کیری.
۳. مل ابزوریشن د پانقراس عدم کفایی له کبله.
۴. دمقدع پرولاپس او نکلمو تناف.
۵. په داسی ماشومانو کی اکثرا د پزی پولیپ (Nasal polyp) او مزمن سینوزایتس (Chronic sinusitis) هم موجود وی.

### تداوی Treatment

مخکی ددی خخه چه کوم عملیات ماشوم باندی اجرا شی یوه معدوی تیوب ورته تطبیق او دوامدار سکشن اجراء کیری وروسته دفلورو سکوپیک کنترول لاندی ناورغ ته دمقدع له لاری د امالی په شکل ( گستروگرافین ) چه یو موکولتیک انزایم دی تطبیق کیری ، اما ددی مادی د تطبیق سره سم ماشوم ته په کافی اندازه مایعات د ورید له لاری ورکول کیری ، حکه چی وروسته د ( گستروگرافین ) د تطبیق خخه امکان لری کلک موکونینم رفیق او په بین دوبل د مقدع خخه خارج شی او په دی دوبل که ماشوم ته مایعات ورنکرل شی امکان لری چی په شدید دیهایدریشن اخته شی که دیکونینیم الیوس خخه وخت زیات تیر شوی وی پاسنی اهتمامات نتیجه نه ورکوی او امکان لری چه کلمی تدور وکری او دنتور له کبله کلمی سوری او کانگرین شی پدی حالتون کی باید لپروتومی اجرا او سوری شوی یا کانگرین شوی کلمی قطع او مأوفه ناحی خخه پورته او بنکته د نورمال کلمی خوله یو بل سره گنده کبری وروسته دعملیات خخه تر خو چه په کلمو کی فعال استداری حرکات پیدا شی معدوی تیوب تطبیق او سکشن شی. دیهایدریشن دمختنیوی لپاره کافی اندازه مایعات ترخوچه دخولی له لاری په تغذی شروع وکری دورید له لاری ورکرل شی وروسته دکلمی داستداری حرکاتو دیداکیدو خخه دپانقراس عدم کفایی لپاره ماشوم ته باید پانفراسی انزایمونه د شیدو سره بوخای ورکرل شی او دشیدو شحمی مواد باید لزوی دتنفسی جهاز دانتاناتو دمختنیوی لپاره انتی بیوتیک ورکول مفید دی اما په دوامدردوبل باید ورنکرل شی او ددی لپاره چه میکروا اور کانٹیزم ژرد هغه په مقابله کی مقاومت پیدا کوی وروسته د هرو پنحو ورخو خخه باید نوعیت دانتی بایوتیک تغیر ورکرل شی.

### انذار -

سره دنلو پاسنی اهتماماتو ، ۵ فیصد ماشومان دتنفسی جهاز دانتانی اختلاطاتو له کبله مره کیری.

## ۶ انورکتال انو مالی گانی Anorectal Anomalies

دا انومالی په منکراو مؤنث جنس کي برابر تصادف کيري په ۲۰ زورو ژوند یو نور مال ولا دتنونو کي یوه واقعه ددي انومالی سره تولد کيري  
تصنيف

۱- Low Anomalies - پدي انومالی کي رکتوم دماغدي رافعه عضلي خخه بشكته نشو نما کري وی اما مقعدي قنات امكان لري په لاندي چول په دری غير طبیعی شکلو نشو نما وکري.

الف - مقعدي قنات نورمال موقعیت لري اما امكان لري چي د یو پرده يا پانی بواسطه سوری بي بند شوي وی ياداچه مقعدي قنات تضيق ولري.

ب- مقعدي قنات نورمال موقعیت لري اما د پوستکي او تحت الجلد بواسطه دماغدي قنات خوله کاملا بنده وي

ج- مقعدي قنات سره لدی چي نورمال تشکل لري اما په غير نورمال حای کي خوله خلاصه شوي وی چي په نارينه کي امكان لري مقعدي قنات خوله په Perineum دصفن په متوسطه بر خه اوحتي په قانده د قضيب خلاصه شی په انجونوکي د مهميلدخولی په خنگ خلاصيری

۲- Intermediate Anomalies - پدي انومالی کي رکتوم درافعه عضلي خخه لبر بشكته راحي دپوستکي په سراليوي التوات موجود وی اما مقعدي قنات موجود نوي درکتوم اخرني برخه ديو فستول په شکل په نارينه کي په کهفي احليل تمادي پيدا کوي اوپه انجونو کي د مهميل په بشكته برخه کي خوله يي خلاصيری

۳- High Anomalies - پدي انومالی کي درافعه عضلي خخه بشكته رکتوم بشكته نشو نما نه کوي اوددي عضلي دپاسه موقعیت لري همداسي امكان لري چه مقعدي التوا هم موجود نوي درکتوم اخري برخه امكان لري بیخی بنده وي يادا چه په نارينه کي په مثانه يا پروستاتي احليل کي خوله ئي خلاصه شی .

او په انجونو کي درکتوم خوله په مثانه يادمهيل په پاسني برخه کي خلاصيری.

### سريري تظاهرات

وروسته دولadt خخه دانومالی په تشخيص کي دماشوم مکمل فزيکي معانيه بير اههيت لري په بشكته انومالی کي امكان لري مقعدي قنات خوله په غير طبیعی حای خلاصه شوي وی چه پدي بول دصفن متوسط او بشكته برخه ،د مهميل خوله او همد اسي الليوي التوات په پام سره معانيه شی . په بين البياني اوپا سنی انومالی گانوکی امكان لري چه داخلين په خوله يا په تشومتيازوکي يا د مهميل په خارجي فوحه ميکونيم موجود وي ما شوم ته وروسته ۲۵ ساعته خخه گانوکي او د گيديد توسع پيدا کيري مقعدي تضيق عموما په لمري مرحله کي اعراض نه وركوی لدی کبله اوله مرحله نه تشخيص کيري او روسته دخو ورخو خخه چه په گيده کي انتفاخ پيدا شو دماغدي قنات د جس کولو په بواسطه تشخيص تربوي اندازی پوري وضع کيري.

Imperforated دقطعي تشخيص اود تداوی دميتد دانانتخاب اود بولی تناسلی هضمی فستولو موجود يت له کبله ھيني راد یوگرافیک معانيات بайд اجرائي.

۱- لبر تر لبره اته ساعته وروسته دولادت خخه باید دماشوم د گيده خخه راد یو گرافی اجرا شی چکه پدی موده کي ماشوم ته اجازه ورکول کيري چي کافي اندازه هواتيره کيري.(بلغ کري) (وروسته ددي مودي خخه چه په کلمو کي تيره شوي هوا داخل شود گيده دراد یوگرافی خخه ترمخي دېنځه دقیقی لپاره دماشوم سربشكته اوپنی پورته نیول کيري ترڅو درکتوم په بشكته خوکه کي هوا ټوله شی.

او وروسته دکبیر تروخانتیر(Greater Trochanter) په حدا دماشوم دکبیدی او حوصلی خنچه جنبی را دیو کرافی اخستل کبیر ددی لپاره چه دمقدع په بند شوی برخی دیپوستکی پنده والی بنه تعین شی باشد دماشوم دالیوی التوا دیپوستکی له پاسه یو فلزی پارچه ثبتیت شی ترخو چه دراد یو گرافی په کلیشه کی ددی فلزی پارچی اودرکتوم دیسکتی خوکی هوایی جوف ترمینخ فاصله اندازه شی اما دانورکتال د انو مالی دنوع دتعینو لو لپاره دامیتود کافی ندی او باشد دلاندی میتودو خنچه استفاده وشی. خرنگه چه دماشوم درایوگرافی په پانه کی دعانی مفصل دیسکتی سرحدخه یو خط دعجزدابری فقری تر بنکتی سرحد پوری رسم کبیری چه داخلخ یعنی pubococcigeal در افعه مقدعی عضلی پاسنی سرحد سره موازی توافق کوی.

همداسی یوخط دورک دهلوکی (oss, ischium) (بنکتی سرحد په حذا د pubococcigeal خط سره موازی رسم کبیری چه داخلخ در افعه عضلی دسفلی سرفلی سرحد سره موازی توافق کوی. که درکتوم هوایی جیب دورکی خط (inter ischial line) خنچه پورته واقع وی انومالی امکان لری چه پورته وی اوکه درکتوم هوایی جیب دورکی خط (inter ischial line) خنچه بنکته واقع وی انومالی امکان لری چه بنکته وی. دا میتود امکان لری چی په ھینو وختونو کی غلط ثابت شی خکه چی هوا د رکتوم په بنکتی خوکه کی بنه خای پر خای شوی نه وی په هغه حالاتو که چه دمثانی په مینخ یعنی دعانی هدوکی په خلاف هوا موقعیت ولری درکتو ویزیکال فستول ثابتیو.

۲- دهضمی جهاز او د بولی تناسلی لاری دفستول دموجود په هکله دماشوم په احليل او مهبل کی په رترو گراد (Retrograde) دوبل کثیف مواد دکتیر پواسطه اچول کبیری. دکثیفه مواد د خط السیر خنچه رادیوگرافی اجرا کبیری که کثیفه مواد په هضمی جهاز او دکلمی دگازاتو په مینخ داخل شوی وو دفستول دموجویت دهضمی او بولی تناسلی جهازو په مینخ ثابتیو.

### اختلالات(Complications):

دانومالی په تشخیص یا تداوی کی خنبوالی د کلمی د زیات توسع له کبله د سیکم د سوری کیدو خطر موجود دی چی په نتیجه کی د میکونیم بريطونایتس مینخ ته راخی. درکتوم او د بولی لاری دفستول په موحدیت کی نش متیازی په رکتوم او کولون کی داخلیبری په نومورو ھایونو کی د امونیم کلوراید د جذب له کبله دماشوم په اسیدوزس اخته کبیری. برخلاف د کولون او رکتوم محتوی په بولی لاره کی داخل او د پیالونفراپتیس سبب گرئی. چی د نوموری اختلالات(Complications) د مخنیوی لپاره کولوستومی کول په مقدم مرحله کی انتخابی تداوی دی.

### تداوی:-

۱- د بنکتی انومالی تداوی :-  
د مقدعی پانی (پرده) باید شق شی که تضییق موجود وو د شپرو یا اتو میاشتو لپاره هره ورخ د مخصوص توسع ورکونکو سندو پواسطه مقدعی قفات ته توسع ورکرشی او که د مقدع خوله په غیر طبیعی خای خلاصه شوی وو د عجان له لاری مداخله صورت نیسی او د مقدعی قفات خوله د معصری سره یوخای قدام یا خلف ته راولر کبیری او په طبیعی خای کی شتیتیو.

۲- د inter mediated او پورتی انومالی تداوی :-

په لمی مرحله کی د صاعده کولون په حدا د کبیدی په بنی طرف کولوستومی اجرا کبیری. ترخوچی بولی لاری ته د کولون محتوی داخل نشی او انسدادی حالت رفع شی کوم وخت چی

ماشوم لړو تر لړو  $kg$  9 وزن پیداکړدګیدی او عجان له لاری مداخله صورت نیسي او د کولون دیستال څوکه د رافعه عضلى د مینځ څخه تیر او په عجان کي خوله یې خلاصه او ګندل کېږي.  
په High Intermediated انومالی کي د مقدع خارجی معصره چې د رافعه عضلى په بشكتني برخه کي واقع شوی دی لړ. وظيفوي عدم کفایه بشکاره کوئي او د مقدع داخلی معصره موجود ندي لدی کبله د غایطه موادو بندش په رکنوم کي د رافعه عضلى په مقویت پوری اړه لري.

**-اندازه-**

بې لدی څخه چې وخت دير تیر شی که عملیات صورت نیسي د عملیات له کبله د مړیني خطر دیر لړووی.

په بشكتني انومالی کي وروسته د عملیات څخه په مقدعي قنات کي هیڅ تنشوش نه پاتي کېږي اما په پورتنی انومالی کي یو زیات شمیر ماشومانوته وروسته د عملیات څخه د غایطه موادو incontinence پاتي کېږي.

**فلجي انسداد Paralytic Ileus**

فلجي انسداد په دوه بوله دی:

1- Inhibitory Ileus or Adynamic Ileus

2- Spastic Ileus

**اديناميک اليوس يا پاراليتك اليوس-- Adynamic Ileus**

په دی نوعه انسداد کي دکلمي حرکات دکلمي دجدار عصبی عضلى جهاز دخراښ والي له کبله يا کمپيرۍ يا داچه هیڅ موجودنه وي.  
اسباباً:

دپار الایتیک الیوس په پیداکړیوکی برعلاوه دهایپوپوتاسیمیا یوشمیر نور عوامل رول لري کوم چه دانسداد د تصنیف په برخه کي ذکر شول.

**پټوژنیزیس Pathogenesis**

دکلمي په جدارکي د سیپاتیک اعصابو فعالیت اضافه او د پاراسیپاتیک اعصابو په ضد چې دکلمي دحرکاتو دزیاتوالي مسول دی عمل کوي. دکلمي دحرکاتو فلنج له کبله دکلمو په مینځ کي زیاته اندازه مایعات تولیری او کلمي په متراقی ډول سره توسع کوي کوم وخت چې دمایغاتو سویه يا اندازه تر معده پوري ورسیدپه دی وخت په جیجینوم او معده کي معکوس استداری حرکات پیدا کېږي او ناروغ کانګي کوي.

همداسي رکونتی مایعاتو په مینځ کي زیات مقدار باکتریا نشونما کوي او ددي میکروبوب توکسین دکلمي دجادار څخه دپربیطوان جوف ته مهاجرت کوي او په هغه حاۓ کي جنښيري.

په خلاصه ډول نن معلومه شوی ده چې دپار الایتیک الیوس له کبله دری عده تنشوشات په عضویت کي پیدا کېږي چې دهله له کبله ناروغ مېکېږي:

لمری:- دالکترو لايت تنشوش دزیات او بوا او الکترو لايتوند ضایع کیدو له کبله دویم: شدید توکسیمیا حالت : کوم میکروبونه چې دکلمي په مینځ رکونتی مایعاتو په وسط نشونما کوي دوی او ددوی توکسین پربریطوان ته داخلیو او هله جنښيري.

دریم:- دکېیدی دداخلی فشار جیگوالي دکلمو توسع له کبله چې پر حجاب حاجز باندې فشار وارد وی چې له یوی خوتفسی طرفیت کم او هایپو کسیا مینځ ته راخئ او له بلی خوا دسرو په قاندنه کي اتلکتازیس اونمونیا پیداکېږي .

**سریری نظاهرات:**

Heghe Narouygi چه دفلجی انسداد سبب گرخیدلای وی امکان لری چی سریری اعراض بی بارزا دفلجی انسداد اعراض ترشعا لاندی نیولی وی یاداچه برخلاف دفلجی انسداد سریری اعراض بارزاو داصلی مرض اعراض پت پاتی شی.

**سریری اعراض**

۱ درد :- Narouy p خپل گیده کی خفیف درد په دوامد اره توگه حس کوی چه نقر بیا کولیکی وصف لری

۲ کانگی چه وروسته ددرد شروع خخه Narouy ته پیداکیری اوپه وروستنی وخت کی غایطی گانگی مینخ ته راخی ( دالیوسیکال دسام دفلج له کبله )

۳ دکازات او غایطه مواد نه خارجیل دمقدع له لاری

۴ که دفلجی انسداد منشا داخل پریطوانی یا خارج پریطوانی هیماتوم یانذف وی تبه لر موجود او دوینی درشف کیدو له کبله هم پیداکیری

**سریری علایم**

په نتفیش سره گیده متسع وی په جس سره په گیده کی تندرنس موجود وی په فرع سره په تول بطن کی تامپانیک حالت او په اضغاء کی دکلمی اوazonه دیر لر یاهیخ نه اوریدل کیری .

**تشخیص:**

دناروغی تشخیص د سریری نظاهرات او لابراتواری معایناتو اور ادیو گرافی سره وضع گیری لابراتواری معاینات:-

سریره پرخصوصی معایناتو چه داصلی مرض په هکله اجرا کیری او مختلف نتائج لاس ته راخی دفلجی انسداد له کبله دوینی په معاینه کی هیموکانسنتریشن او دالکترولایت عدم توازن موجود وی خصوصا دپتاسیوم مقدار دنور مال اندازی خخه دیر بشکته وی .

**رادیوگرافیک علایم**

په فلجي یا پارالیتیک انسداد کی وری کلمی دکازاتو خخه دک او دمخطی غشاء التوات واضح بشکاری همداسی په کولون کی زیات اندازه گازات موجود او دغتو کلمو التوات لری، لری په سکمنتل (segmental) بول معلومیری او هایدروایریک خیالونه هیث موجود نوی په فلجي یا پارالیتیک انسداد کی که دانسدادی حالت په سریرپریطونا یتس (Peritonitis) لوحه ضمیمه شوی وی دراد یو گرافی په پانه کی دگیدی بشکنی برخی سین بنکاری .

**تداوی:**

دمرضی عامل دمینخه ورل دفلجی انسداد اساسی تداوی دی. کوم فلجي انسداد چی وروسته د عملیات خخه پیداکیری امکان لری چه بیوه یادوه ورخی وروسته د مینخه و لار شی اوکه د عملیات په وخت کی کلمو ته دیرمانور ورکر شوی وی امکان لری چه دخو ورخو لپاره فلچ انسداد پاتی او پدی وخت باید معدوى تیوب تطبیق او همیشه سکشن شی دگیدی په سرتاوده تطبیقات اوناروغ ته په احتیاط پارسیپا تیک منبه دواکانی تطبیق شی او ناروغ ته په کافی اندازه داخل وریدی مایعات اوپتاسیوم ورکر شی. که پا سنی اهتمامات موثر واقع نشو امکان لری چی وروسته د عملیات خخه دپریطوان په جوف کوم موضعی ابسى تشكیل کری یاداچه دانستوموزی ناحی لیکاژ بیداشوی وی یادکوم میخانیکی فشار له کبله دکلمی لومین په کوم خای که بندشوی وی پدی حالا تو کی دالکترولایت عدم توازن دوینی معاینه په واسطه باید رد او وروسته دناروغ گیده دوباره خلاص اوپه دقیق بول نتفیش اجراشی که کوم ابسى موجود وو باید تخلیه اور درنازشی که په انستموزی ناحیه کی لیکاژ موجود وی باید دوباره ترمیم اوکه په نوموری خای التهاب مداخله درلو

د نگیدی دجدار سره د الیوستومی یا حیجنونو ستموی په شکل ارتباط ورکر شی که کوم میخانیکی فشار موجود وی هغه هم باید لری شی اوکه دنگیدی په مینځ کوم بنکاره انسداد ی عامل پیدانشو معد وی تیوب په عوض میلرابوت تیوب چه څوکه بی تر الیوستیکال دسام پوری ورسیزی دوری کلمی د Decompression په منظور تثبیت شی که فاجی انسداد په کولون کی موجود وی پدی وخت سیکوستومی باید اجراشی اوکوم وخت چه دکلمو نورمال حرکات شروع شوکه میلرابوت تیوب استعمال شوی وو باید ورو ورو واپسټل شی او که سیکوستومی اجراشوی وی وروسته دخومودی څخه بايدوتړل شی. که فاجی انسداد نورو عواملو له کبله چه دنارو غی په اسبابو کی شرح شوی دی پیداشوی وی باید سببی تداوی چه په جلا مباحثوکی شرحه کېږي اجراشی اوتداوی دسرته رسیدو څخه وروسته فاجی انسداد له مینه هی.

## ۲- تشنجی انسداد spastic Ileus

د اقسام انسداد پیر لبر تصادف کېږي او دکلمی دغیر منظم او غیر منسجم هاپیر اکتیف حرکاتو څخه عبارت دی. جي ددی حرکاتو په نتیجه کي غذایي مواد د کلمو په مینځ کي پرمخ نه هی دتشنجی انسداد اسباب د انسدادو په تصنیف کي ذکر شوی دی.

### سریزی تظاهرات :-

ناروغ په خپل کیده کي مقطوع شدید کرمب ډوله درد حس کوي چه دزره بدوالی او کانګو سره ملګری وی په ټینې حالاتو کي دنگیدی درد تر هغه اندازی پوری شدید وی چي داکتر یو حاد بطن او پر یطونایتس خواته فکر کوي اما باید وویل شی چي په وینه کي دسپین کریواتو شمیر نورمال او تبه هم موجوده نوي. دنداوی له نظره تشنجی انسداد باید سببی تداوی شی څرنګه چه کومی ناروغی چه دکلمو داستداری حرکاتو ضعیفوالي سبب کېږي باید هغه تداوی شی مثلاکه دسرب تسمم له کبله دانواع انسداد مینځ ته راغلی وی باید کوشش وشی چي دسرب تسمم تداوی شی چه ددی ناروغی دنداوی سره سم دنگیدی درد هم ورک کېږي همداسی یو ریمیا او دخکر پورفیریا تر څو چه تداوی شوی نوی تشنجی فاجی انسداد دمینه هه هی.

## ساده میخانیکی انسداد Simple Mechanical Obstruction

تعريف \_ پدی نوع انسداد کي دکلمو خوله بنديزې پرته ددی چه دنومورو دکلمو دویني جريان قطع شی. دند شوی ناحيې څخه پورته کلمی دکازاتو اومایعاتو دتجمع له کبله توسع کوي او دا توسع پر مخ هی اوختی دجیوجونوم او معده پوری رسیری دکلمو دلومن بند والی یا انسدادی سویه هر څومره چه پورته وی په هماغه اندازه سریزی تظاهرات شدید وی.

### اسباب :-

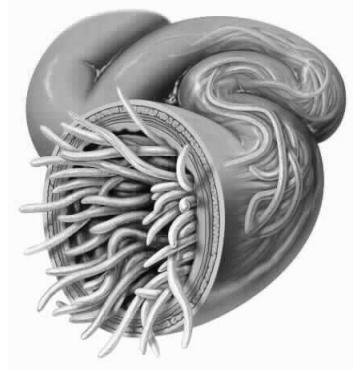
څرنګه چه دانسداد په تعريف کي تذکر ورکر شود ساده میخانیکی انسداد اسباب په لاندی ډول شرح کېږي

۱ \_ دکلمو دلومن بندوالی د داخل لومن دعواملو له کبله: مثلا دغایطي تیری، صفر اوی تیره، اسکریس چنجی،

انترانیس توپرکلوز، کرون ناروغی، دکلمو سلیم او خبیث تومورنه

۲ \_ دکلمو دلومن بندالی دخارجی میخانیکی فشار له کبله: مثلا داخل بطئی تومورونه، داخل بطئی ابسی ګانی، توپرکلوزی برید ونه او دمساریقی لمفاوی غدواتو فشار.

۳ \_ دکلمو لومن بندوالی درادیشن له کبله



## پتوئنیز میکروبا

دور و کلمو په ساده میخانیکی انسداد کی چه اروا یې قطع شوی نوی دبند شوی ناحی خخه پورته دکلمو په مینځ کی گازات او مایعات راتولیری او دکلمو په حرکاتو که تغیر پیداکړی.

### دالکتروولایتو او مایعاتو ضایع کیدل:-

په نورمال حالت کی کوم وخت چه غذایی مواد په وروکلمو کی داخلیږی په هر ۳۰ دقیقہ کی پینځه نیم لیتره مایعات (غذایی مواد چه دمعدى معانی افرازانو سره یوځای شوی دی دکلمو دلومن خخه وینی ته داخلیږی او بر عکس پنځه لیتره دوینو خخه کلمو لومن ته راځي. دمعدى معانی افرازانو په شکل) چه په نتیجه کی دکلموجذب نسبت د کلمو افرازانو ته ۵۰۰ ملی لیتر (نیم لیتر) اضافه دی اما کوم وخت چي د کلمو دلومن په یوه برخه کي بندش پیداکړيو په لمري مرحله په هغه جريان کي چه د لومن خخه وینی خواته صورت نیسي کمولی پیداکړيو اما د وینی خخه لومن خواته جريان نورمال پاتي کېږي یا په بل عبارت د جذب په عمل کي کمولی مینځ ته راځي چي په نتیجه کي یو مقدار مایع په تدریج سره د کلمو په لومن کي اضافه کېږي او د مایع زیاتولی له کبله کلمی په متفرقی دوں توسع کوي وروسته د ۲۴ یا ۴۸ ساعتو د وینی خخه لومن خواته په جريان کي هم زیاتولی پیداکړيو. (د کلمو د جدار او عیه توسع کوي) او په کلمو کي نور هم مایعات اضافه کېږي او پدې دوں دانسد ادي ناحی خخه پورته د مایعاتو د تولیدو له کبله د کلمو دلومن ډک او په متفرقی دوں توسع کوي یا او دکلمی دلومن داخلی فشار جکړيو. د کلمی دلومن د داخلی فشار لاجکولی د دی سبب کېږي چي دکلمی د جدار وریدي جريان باندي فشار واردشي او بالاخره وریدي جريان قطع او وریدي وینه د کلمی د جدار په مینځ درکودت په حال پاتي شي چي په دی وخت اورده توسع کوي او جدار بي نزي کېږي او د اوردي د نزي جدار خخه یوه اندازه مایعات د کلمو د جدار په مینځ يعني په بین الحجري مسافتونکي داخلیږي او د کلمو د جدار دازيم سبب ګرځي یوه برخه په دکلمی په لومن کي داخل او په دغه خائي کي د فشار د لازیاتولی سبب ګرځي.

کوم مایعات چي د کلمی په لومن کي داخلیږي ورو رو سویه یې پورته حي او حتی معدى ته رسپریدي او معده ډکوي له هغه خائيه چي معده دا مواد بنکته خواته نشي تش کولاي نو د انتى پریستالنیزم حرکاتو او د حجاب حاجز او د ګکیدي د جدار د تقاضاتو پواسطه د کانګي په شکل خارجوي. پدې دوں په څلورو شکلو يعني د کلمو د جدار په مینځ د ازيم په شکل ، د پربطوان په ازاد جوف کي، د کلمی په لومن کي او بالاخره لادي لاري د کانګي په شکل مایعات ضایع کېږي . (دمعدى مایعات افرازانات په ۲۴ ساعتو کي تر اته لیتره پوري په متوسط دوں رسپریدي چي لرونګي د مختلف انزايمونو او الکتروولایتو دي او دا مقدار افرازانات په انسدادي حالاتو کي نه جذبېږي) باید وویل شي چي وروسته ددي خخه چي وریدي جريان قطع شود کلمی دلومن د فشار د متفرقی زیاتولی له کبله ورو وروشريانی جريان هم تر فشار لاندي راځي او بالاخره شريانی جريان هم قطع کېږي. چه پدې وخت ماووه کلمی په نکروزاو کانګرین کيدو شروع کوي چي د کانګرین شوی ناحی له لاري یوه اندازه وینه هم ضایع کېږي.

د مایعاتو د ضایع کيدو له کبله خارج الحجري مایعات هم کمېږي او د دوران خخه پلازما خارج او نوموري خائي کي تجمع کوي او په نتیجه کي هیموکونسنتریشن او هاپیو والیک شاک - د پښتوريکو عدم کفایه او بالاخره مرگ مینځ ته راځي له بله خوا کوم مایعات چي درکودت په حال د انسدادي ناحی خخه پورته تول شوي دي د هغوي په مینځ کي باکتریا وي نشوننما کوي او له هغه خائيه چه د کلمو جدار د زیات توسع له کبله دير نزي شوي دي باکتریاکانی د کلمو د داخل خخه په

اسانی د کلمو جدار څخه تیریروی او د پریطوان په جوف کی مهاجرت کوي او د انسدادي لوحی په سر د پریطونایتس لوحه هم اضافه کپیري يا په بل عبارت د هاپيو واليمک شاك ترڅنګ افغانی شاك هم ضمیمه کپيري.

له یووي خوا د کلمی توسع او له بلي خوا د پریطوان په مینځ کي دزياتو مایعاتو تولیدل ددي سبب کپيري چه حجاب حاجز پورته خواته تیله شي چه ددي په اثر سبری نورمال انبساط نه کوي او په نتيجه کي تنفسی ظرفیت لر او د کازاتو تبادله په صحیح صورت سرتنه نه رسپیری او ناروغ په انوکسیا(Anoxia) اخته کپيري چې بتنه د انوکسیا په مقابل کي دماغ، خیگر، پښتوړ ګواو پانقراس دېر حساس او په نومورو غروکی حعروکی میتابولیزم بشکته او په نتيجه کي دوي خپل وظایف په صحیح توګه سرتنه نشي رسولای.

#### د کلمو په مینځ کي د ګازاتو زیاتوالي:-

د میخانیکي فشاري ناحيې څخه پورته د کلمی په مینځ کي یوازي د مایعاتو تولید د کلمو په توسع ورکولو کي رول نه لري بلکي د ګازاتو موجودیت هم نيدخل وي په کلمو کي د ګازاتو جنبیدل د هغو په قسمی فشار په کلمو کي، په پلازما کي او په تنفسی هوا پوري اره لري مثلاً د نایتروجن قسمی فشار په وينه، کلمواو په تنفسی اتموسفری هوا کي تقریباً مشابه وي نو د هغه جذب د کلمو له خوا پير لر دي.

برخلاف د کاربن ډاي اکساید جذب زیات دي ځکه چې قسمی فشار يې په کلمو کي فوق العاده زیات، په وینه کي متوسط او په اتموسفری هوا کي دير کم وي اما سره له دي هم د اوسني تحقیقاتو په اثر څرنګه چه د کلمو ګازات تجزیه شوي دی د هغه مقدار او فيصدي د اتموسفر هوا سره ورته والي لري نو فکر کپيري چې د کلمی ګازات په میخانیکي ساده انسداد کي زیاته اندازه يې د بل شوي څوی هوا څخه منشاء اخلي او هغه وخت چه انسدادي حالت دوامداره شي د باکتریاو د فعالیت له کبله هم یوه اندازه ګاز د کلمو په مینځ پیداکپيري او کوم وخت چه کلمی توسع کوي له هغه ځایه چه د ګازاتو قسمی فشار د کلمو د لومن په مینځ نسبت وینی ته بشکته دي نو پدي وخت د ویني څخه هم یوه اندازه ګازات د کلمو د لومن په مینځ داخليري.

#### د کلمو د حرکاتو شدت:-

کوم وخت چه د کلمو لومن د یو میخانیکي فشار پواسطه بنديري د کلمو استداري حرکات شدید او کوشش کوي چه مانعه لري کري د لر وخت لپاره دوامدار استداري حرکات دوام کوي او ژر د شدید استداري حرکاتو په مینځ یو ارام صفحه مینځ ته رائي چې په دي ارام صفحه کي استداري حرکات موجود نوي.

دوه ارامو صفحو فاصله د معدي معائي قنات په سير د میخانیکي انسداد په موقعیت پوري اره لري.

د ججوونم او الیوم په برخه کي که کوم میخانیکي فشار موجود وي د دوو ارامو صفحو په مینځ ۳ تر ۵ دقیقه فاصله وي او که فشار د الیوم څخه بشکته موقعیت ولري د دوو ارامو صفحو فاصله د ۱۰ څخه تر ۱۵ دقیقو پوري اور دېري.

دا شدید استداري حرکات چه د کلمو د عضلى طبقي د تفاصيلو له کبله مینځ ته رائي د کلمي جدار په ازیما کي بنه مرسته کوي او د هغه ازیما او توسع زیاتوی.

#### د کولون د انسداد پټؤز نېږيس:-

د کولون د انسداد تاثيرات پر ناروغ باندي نسبت ورو کلمو انسدادي تاثيراتو ته لر دي ځکه چه:

۱ - په استثناء د تدوری حالت کولون نورهیچ وخت د نورو انسدادی عواملو له کبله په اختناق نه اخته کيږي.

۲ - له هغه خایه چه کولون نسبت وری کلمی ته مقاوم او قوي عضوه او نسبت وری کلمی ته د جذب او افرازي خواص لېر دي نو په انسدادي حالاتو کي د او بوا او الکترولايتو توازن ډير ورو ورو خرابيري .

ددي دوو دلاتلو په اساس نه یواحی د کولون غیرتدوري انسداد یوغير عاجل واقعه جوروبي بلکه څرنګه چه د ورو کلمو په انسدادو کي د ناروغ عمومي حالت ژر خرابيري د کولون په انسدادو کي ډير ژر نه خرابيري

د کلمومترفي توسع د کولون د انسدادو خطرناک عرض تشکيلوي که اليويسکال د سام عدم کفایه ولري ددي د سام له لاري د کولون محتوي اليوم ته ريفلاکس کوي او د کولون د متفرق توسع څخه مخنيوي کوي اما که اليو سېکال د سام عدم کفایه ونه لري او کولون په یوه بله بر خه یو منعه مثلا یوکانسری کتله د هغه لومن بند کري وي پدي وخت یو closed loop انسداد مینځ ته راحي چه اصله د کلمي او عيه په دی ځاي ترفسار لاندی نه دی اما دکلمي لومن په متفرق ډول دگازاتو ټولیدوله کبله متوعه کيږي او داخلی فشار بي زياتيري.

د کولون جدار باندي د وارده قوي فشار په هغه خاي کي زيات وي چي زيات قطر ولري دلاپلاس د قانون په اساس د هغه لازم قوه کموالي د یو مجوف یا تش جسم په دنه چه د هغه د جدار توسع سبب وګرځي معکوساً مناسب دي د تشن جسم د جدار د شعاء د لوپوالي سره.

د کولون په هکله ددي قانون په اساس په ټول کولون کي داخلی فشار مساوي (په نورمال حالت د کولون دنه فشار ۲۵ سانتي متره داووبودي) یوبراير پاتي کيږي اما جدار باند ي د وارد شوی قوي ددي 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 سېکم جدار باندي وارده شوي قوه په في سانتي متر مکعب سطح کي زيات دي او لدی کبله د سېکم جدار د کولون نسبت نوروبرخوته ژر خيري کيږي.

### سريري تظاهرات

په مختلف انسدادي حالاتو کي چه انواع بي د انسداد په اسبابو کي ذکر شوي دي خصوصي سريري تظاهرات فرق کوي اما د انسداد عمومي سريري تظاهرات په لاندی ډول شرح کيږي او خصوصي سريري تظاهرات د هر انواع انسداد په مبحث کي ذکر کيږي

### سريري اعراض:-

۱ - درد(pain) :- چه منشاء بي دکلمو شديد استداري حرکات دي چه په پريوديك ډول مينځ ته راحي او د کرمپ وصف لري څرنګه چه د هر کرمپ ډوله درد حملی څخه وروسته یو خاموش يا بي درد صفحه مينځ ته راحي چي پدي صفحه کي ناروغ درد نه حس کوي که دکلمو پاسني برخه په انسداد اخته شوي وي درد په شروع د کيدي په پاسني برخه حس کيږي او که انسداد د اليوم په جدار کي وي ناروغ د نامه په چار چاپيره کي درد حس کوي اما د کولون مخصوصاً د سګمونيد په انسدادي حالاتو کي ناروغ د کيدي په بشكتني برخو کي د درد حس کوي که انسداد د کلمو په پاسني برخو کي وی خاموشه صفحه د ۴-۵ دقیقه پوری دواه کوي که انسداد د کلمو په اخري برخو کي واقع وي ( يعني پرسګموبيد او کولون باندي) د دوه درد حملی فاصله تقریباً ۱۵ یا ۲۰ دقیقي وي

که انسدادی حالت دومداره شی درد خپل کرمپ یا تشخیص وصف ته تغیر ورکوی او کولیک په شکل دومدار په تول گیده کی پاتی کیری.

## ۲ - کانگی vomiting

الف - غیر عکسوی کانگی یا non reflexive vomiting - کوم وخت چی د الیوسیکال د سام خخه پورته انسدادی حالت پیدا شی د ورو کلمو په مینځ کازات او مایعات تولیری او کوم وخت چی مایعاتو سویه تر معدی پوری ورسید د معدی د جدار د تنبه او تخریش له کله ناروغ کانگی کوی چه دا کانگی عموماً په لمری وختو کی لړ اسیدی یا صفرابوی وي وروسته د وری کلمی مواد احتوا کوی او په هغه حالاتو کی چه اختناقی انسداد موجود وي امکان لري وينه لرونکی مایع خارج شی.

### ب:- عکسوی کانگی - reflexive ometing :-

هغه وخت مینځ ته راهی چی انسدادی حالت د الیوسیکال د سام خخه بنکته واقع شوي وي او په نوموري د سام کي عدم کفایه موجود نوي (کوم وخت چه په نوموري د سام کي عدم کفایه موجود نه وی دکولون روکودتی مواد په وری کلمی او معدی ته رسیدای نشي او محتوى بي د کانگی په شکل د معدی خخه نه خارجيري) پدي وخت کوم کانگی چه ناروغ ته پیداکيری کولون د توسع له کله مینځ ته راهی چه د کولون توسع پر پریطوان او وری کلمو باندي فشار واردوي او د هغه د تنبه په اثر په عکسوی دول ناروغ ته کانگی پیداکيری.

په هغه حالاتو کی چی د الیوسیکال په د سام کي عدم کفایه موجود وي نو هر وخت چه انسداد له کله په تول کولون کي کازات او مایعات راتول شی د نوموري د سام له لاري چه خلاص پاتی دی وری کولمی ته راهی او د مایعاتو سویه هر وخت چه معدی ته ورسید ناروغ ته کانگی پیداکيری چی دا نوع کانگی عکسوی ندي او د کانگی محتوي غایطيه مواد وي.

### ۳ - د غایطيه مواد او ګازاتو نه خارجیدل د مقدد له لاری:

يو تشخيصي عرض دي اما د کلمی د توسع له کله داخل بطنی فشار جکيری او پدي وخت امکان لري د انسدادي ناحي خخه بنکته کوم کازات او غایطيه مواد چی موجود دي د مقدد له لاري خارج شي مخصوصاً انسداد ورو کلمو کي وی امکان لري چې ناروغ د پریودیک درد خخه حتی خو ساعت وروسته هم تغوط وکری د یو کرمپ ډوله شدید درد خخه وروسته په انفلاتي دول اسهال پیدا کيدل په ناتام انسدادی حالت دلالت کوي.

## سریری عالیم

### ۱ - تفتیش

الف - د ناروغ عمومي وضع د تفتیش له نظره:- د ساده میخانیکی انسداد په لمری ۲۴ ساعتو کي د ناروغ عمومي حالت زیات تغیر نه کوي حیاتي عالیم تقریباً نورمال او د بیهادریشن چندان زیات موجود نه وی اما په ساده میخانیکی انسداد وروسته د ۲۴ ساعتو خخه او په اختناقی انسدادی حالاتو په لمری ۲۴ ساعتو کي ناروغ توکسیک او شدید بیهادر و جن حالت لري او په پرمختنی واقعاتو کي ناروغ په شاک خي.

خرنگه چي د ناروغ ژبه و چه - شدید تندی حس کوي - په تندی يخه څوله - هلپرترمیا - نبض سریع او ضعیف - د وینی فشار بنکته حتی غیرقابل اندازه او ناروغ فوق العاده ضعیف بنکاری ب- د ګیوی تفتیش - که انسداد د معدی معاند جهاز په پاسنی برخو کي واقع شوي وي یا داچجه اختناقی انسداد موجود وي له هغه خایه چه کلمی توسع نه کوي نوګیده هم د دیستشن نه لري او د کلمو په مینځی برخی یا په کولون انسداد واقع شوي وي ګیده په مترقی دول دیستشن پیداکوي په

تفتیش سره د ساده میخانیکی انسداد په حالاتو کي د گئیدي جدار د پاسه مخصوصا چي ناروغه  
بنگروي د کلمو استداري حرکات په سترګو نه ليدل کيردي

۲ - چس بد درد په وخت کي چي د گئیدي عضلات د تقلص په حالت کي وي د گئیدي  
جدار شخواری لري اما کوم وخت چي د درد حمله د مینځه لار شي که بطن په غير اختناقی حالاتو  
کي د گئیدي په جدار کي تدرننس موجود وي کوم داخل بطني تومورد انسداد سبب شوي وي  
همداسي د یو پرازیتی متحرک کتلات او د تغافل يا instussusception تومورپه بنې بشکتني  
کوادرنت (Quadrant) يا د رحم او مبيض تورمونونه د جس ور وي په هغه حالاتو کي چي  
اختناقی انسداد پا د وخت په تيريدو کي انسدادي حالت پريطنایتس لوحه پيداکړي د گئیدي جدار د  
ختني په شان ګلک تندرننس او ريبوند تدرننس موجود وي په قول انسدادي حالاتو کي د یو قانون  
په حیث باید چي مغبني او فخذی سورې جس شی چي په نوموريو خابونو کي اختناقی فتق موجود  
نه وي

### مقعدی معاینه Rectal Examination

له هغه حایه چي یو شمير ولادي انومالي ګاني ركتوم امراضو لکه تومورنه د انسداد سبب گرځي  
نو دا معاینه د نومورو امراضو د تشخيص په هکله مهمه ده  
سرېبره ددي د داخل بطني تومورود موجودېت په هکله هم تربوي اندازی پوری د دی معاینه  
پواسطه معلومات لاس ته راھي .

### (Percussion) فرع

په ساده میخانیکي انسداد کي په عمومي ډول دکلمي دتوسع له کبله په قرع سره په ټوله گېډه کي  
مخصوصا په مر کزی بر خو کي تمپانيک اواز موجود وي. باید وویل شي څومره چي میخانیکي  
انسداد بشکته واقع شوي وي په هماغه اندازه د گئیدي توسع زیاد او په قرع سره تمپانيک حالت  
زیات وي .

په اختناقی حالاتوکی او په هغه حالاتوکی چي انسدادي حالت پريطنایتس خواهه د مکروبودمهاجرت  
له کبله پريطنایتس (Peritonitis) لوحه پیدا کړي وي په قول بطن کي د قرع سره اصمیت موجود  
وي

### (Auscultation) اصغاء

د درد د حملې په وخت کي شدید استداري حرکات د تند او بريښنا د اواز په شکل اورېدل  
کېږي. په فلجي انسدادونو کي داستداري حرکاتو اواز د لري څخه ضعيف، جلا جلا او وروسته د  
زیات وخت څخه اورېدل کېږي. په اضغا کي د استداري حرکاتو نه اورېدل پدی دلالت کوي چي  
کلمي ګانګرین شوي دي .

### تشخيص:

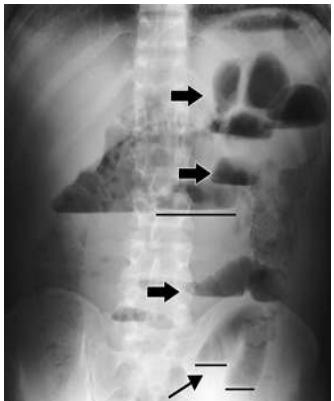
دناروغى تشخيص د سرېرى تظاهراتو - لاپراتوارى معایناتو اور انيو ګرافى پواسطه وضع  
کېږي.

### لاپراتوارى معاینات.

دانسداد په لمريو مراحلو کي لاپراتوارى معاینات امكان لري چي نورمال اوسي اما دانسداد د  
پرمختنگ سره څرنګه چي خارج الحجروي مایعات او الیکترولايت ضایع کېږي نو عضویت ددي  
ضایعاتو په مقابل کي دانتي دیوریزیس (Anti diuresis) او دسوذیم داحتباس په شکل عکس العمل  
بنکاره کوي دالکترولايت عدم توازن اود دیهابدريشن اندازه د انسدادي حالت په سویه او دوخت په  
تيريدو پوری اړه لري يعني هر څومره چي د انسداد څخه وخت زیات تير شوي وي او انسداد د  
وری کلمي په اخري برخه کي موقعیت ولري په هماغه اندازه هیموکانسنتريشن زیات وي د نشو

متیازو اندازه دیر لر او لدی کبله په وینه کی دوینی بوریا نایتروجن(Urea- Nitrogen) سویه جگیری په ساده میخانیکی انسداد کی د سپین کورویاتو شمیر (15000) پوری رسپیری .

اما په اختناقی انسدادو کی د سپین کورویاتو شمیر په یو ملي لیتر مکعب وینه کی د (15000) خخه زیات وی او په دورانی وینه کی خوان سپین کریوات په زیات اندازه موجود وی که د سپین کورویاتو شمیر په یو ملي لیتر مکعب وینه کی (60000، 40000) ته ورسپیری د کلمی د مسارتی او عبی په بند والی دلالت کوي.



#### رادیو لوژیک معاینات :-

که دناروغ د گیوی خخه دولاړی په وضعیت قدامی خلفی را دیو ګرافی واخیستل شی لاندی عالیم او خیالونه به موجود وی .

۱- په ورو کلمو کی دگازاتو وضع :-

هابروایریک(Hydro aircrc) خیالونه د لیدو ورو وی چي گازات نیم دائروی خیالونو په شکل چې قبه بی پورته خواهه متوجه وی معلومیږی .

۲- په کولون کی د گازاتو وضع :-

د ورو کلمود انسدادیه صورت، په کولون کی دنورمال خخه لر گازات موجود وی که د سیکم او سیگموئید کولون تدور موجود وی د سیکم او سیمگو ئید په حدا یو غتې بالون ډوله گاز چې د نوموره کلمو شکل ارائه کوي معلومیږی .

۳- دمایاتو سویه :-

خرنگه چې پورته ذکر شو په کلمو کی نیم دائروی هوائي خیالونه د یو افقی خط پواسطه د مایعاتو خخه جلاکیری .

۴- پریتوانی اکزودات(Peritoneal Exodat) :- پریتوانی اکزودات موجود نوي .

۵- دحاب حاجز وضع :-

په ساده میخانیکی انسداد کی د گیوی د توسع سره مو azi حجاب حاجز پورته جگ معلومیږی او په رادیو سکوبی کی حرکات بی ازاد وی رادیو ګرافی دباریوم د اماله سره هغه وخت استطباب لری چې په ساده رادیو ګرافی فلم کی د کولون انسدادی حالت بشکاره شی او ددی لپاره چې دانسداد خای اونواع تعین شی د دا نوع رادیو ګرافی خخه کار اخیستل کيری . همداسي د عملیات داهتمامون دنیولو سره په ماشمانو کی دغیر اختناقی تغلف د تداوى او تشخيص لپاره هم دباریوم د امالی خخه کار اخیستل کيری .

باید وویل شی چې که دباریوم محلول د امالی له لاری کولون ته داخل نشو باید دیر هخه ونشی چکه چې دباریوم د فشار پواسطه امکان لری کولون سوری شی .

همدارنګه دیسنتورګو اوحالب تییری او دصفر اوی لاروتییری مخصوصاً درد په وخت هم د فلجه انسداد سبب ګرځی .

په هغه حالاتو کی چې داکټر دفلجي انسداد عامل د صفر اوی یا د بولی لاری تییری فکر کوي داخل وریدی پیالو ګرافی او کولی سیستو ګرافی استطباب لری .

#### تفريقی تشخيص DDX :-

دکلمو انسداد دلاندی امراضو سره باید تفريقي شی .

۱- دحداد ازیمایی او هیموراژیک پانکراتایتس سره: پدی نوع پانکراتایتس کی عووماً انسدادی لوحه پیداکریزی چی البتہ تفرقی بی دوینی او نشومتیازو دمعاینی پواسطه کیری چی په پانکراتایتس کی دامیلزاز سویه په سیرروم او نشومتیازو کی زیاته وی.

۲- دصفراوی کولیک -اپنیدیکولر کولیک او دانترایتس سره :- چی په دی امراضو کی ناروغ انتانی حالت لری او درادیو گرافی په لوحه کی هایدرولایریک (Hydro airc) خیالونه لیدل کیری

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

### تداوی Treatment

دانسداد د دنداوی اساس عبارت دی له:-

۱- په وجود کی د اوپرو او الکترولاپتونو موازنه برابرول .

۲- دعملیات تر وخته پوری د کلمی د توسع د پرمختګ څخه مخنیوی .

۳- دامکان په صورت کی دکلمی اوګکیوی د توسع کمول .

۴- بلاخه دعملیات پواسطه دانسدادی عامل دمینځه ورل .

### دعملیات څخه دمکه اهتمامات:

هر څومره چی دانسدادی حالت څخه وخت دیر تیر شوی وی په هماگه اندازه مخکی دعملیات څخه اهتمامات زیات وخت نیسي .

۱- ناروغ ته فوراً معدوی یا معانی تیوب تطبیق او په دوامداره ډول سکشن شی تر څو چی له یوی خوا مده او کلمه نشه، دکلمی د داخلی فشار د زیاتوالی او د کانګی څخه مخنیوی وشی اوله بلی خوا بلع شوی هوا بیرته خارج شی .

۲- دناروغ دگیوی څخه ساده رادیو گرافی واخیستل شی .

۳- دناروغ وینه دهیما توکریت، هیموگلوبین، هیموکوئنتریشن، دسپینو کرویاتو شمیر، دوینی دبوریا نایتروجن مقدار او د الکترولاپت مقدار له نظره معاینه شی .

۴- ناروغ ته داخلیل کنیتر تثیت او دنشو متیازو افراغ بی په هر ۱۵ دقیقونکی اندازه او تشي متیازی بی د معانی پاره لباره لباراتوار ته ولبرل شی .

۵- ناروغ ته فوراً داخل وریدی کریستالوئید مایعات ورکړل شی .

وروسته د پاسنی اهتماماتو څخه چی په ظرف د دوه ساعتکو باید تكمیل شی که ناروغ په ساده میخانیکی انسداد اخته وی او د انسدادی حالت څخه بی ۲۴ ساعته تیر شوی وی نو باید عملیاتخانی ته نقل او عملیات شی دعملیات دمرېنی خطر په داسی ناروغانو کی پو فيصد وی .

که دمیخانیکی انسداد څخه ۲۴ ساعته تیر شوی وی یا دا چی انسداد اختناقی (closed loop) وی دناروغ عمومی حالت دالکترولاپتونو دنشوش او هایپو والیمیک شاک له کبله د اطمینان ور نوی نو سر بیره د پاسنی اهتماماتو څخه په لاندی ډول نور اهتمامات هم ورتنه نیوی کیوی .

دتحت الترقوی ورید (Subclavian vein) له لاری یو کتیر سفلی اجوف ورید (I.V.C) ته دمرکزی وریدی فشار د تعینولو په منظور داخليزی .

که یو ناروغ ۷۰ کیلو گرام وزن ولری او هیما تو کریت بی ۵۵ فيصد وی معنی بی داده چی تقريباً ۴۰ فيصده پلا زما او خارج الحجروی مایعات نی ضایع کریدی او له دی کبله ژرترزېر (۱۱۰۰) ملی لیتر پلازما او (۴۰۰۰ ملی لیتر کریستالوئید مایعات ورتنه ورکړل شی .

وروسته ددی څخه چی وریدی مرکزی فشار، هیماتو کریت، او دنشو متیازو افراغ نورمال و ګرځیده عملیات ته باید اقدام وشی دغه ناروغانو ته تر هغه وخته پوری باید پوتاشیم ورنکړل شی

تر خوجی دنشو متیازو افراغ بی نورمال گرخیلی نوی . پدی نارو غانو کی مخکی دعملیات خخه دمایعاتو سره یوخای وسیع الساحه انتی بیوتیک لکه امبی سلین یا تتراسکلمین که ورکرل شی بهتره ده .

په هغه حالت کی چی اختناقی انسداد موجود وی د بودیر عاجل واقعی په شکل د مایعاتو په عوض ناروغ ته وینه تطبيق او دناروغ د وضعیت دلبر بنه والی سره ژر تر ژره عملیات اجرا او اختناقی عامل د مینځه بورل شی .

په اختناقی انسدادو کی وروسته دعملیات خخه د مرینی خطر ۲۵ فیصده وی .

### جراحی تداوی :-Surgical Treatment

دانسدادی عامل د مینځه ورلو لپاره جراحی کرن لاره په پنځه ګنګوريو ويشل شویده

۱- په لمري ګنګوري کی د کلمي لومن نه خلاصېږي بلکي که التصاقات موجود وی قطع کېږي . تغلف یا intussusception که اختناقی شوی نه وی اویا کوم بنده پاتی فتق موجوده وی ارجاع او که کوم تومور موجود وی ایستل کېږي .

۲- په دوهم ګنګوري کی د کلمي لومن خلاصېږي(Enterotomy) اوکوم انسدادی عامل چی د کلمي دلومن په مینځ کی موجود وی لکه پرازیتونه ، صفر اویا کوم بنده پاتی فتق موجوده وی ارجاع اجسام(foreign body) اوسلیم تومورونه ایستل کېږي او د انتیروتومی(Enterotomy) خای بېرته ګندل کېږي .

۳- دوری کلمي یوه برخه چی د اختناق یا تدور له کبله خپل حیاتیت له لاسه ورکری وی یا حیاتیت یې داکتر ته مشکوک بنکاره شی دا برخه قطع او په لمري مرحله کي دماوفه برخی خخه نورمال پاسنۍ او پسکتنۍ کلمي خوله په خوله انسټوموز(anastomose) ورکول کېږي .

۴- په ورو کلمو کي دانسداد عامل دکلمي دلومن په داخل یا دلومن خخه دباندي یو تومور دی(سلیم یا خبیث ) چی دالتصاقاتو له کبله دهغه ایستل امکان نه لاری نوپدی صورت کی پرته ددی چی دانسداد عامل لری شی دتومور خخه پورته اوپښته د کلمي نورمال لومن یو بل سره خوله په خوله په اړخ په اړخ انسټوموز(anastomose) ورکول کېږي .

۵- که د دریم او خلور ګنګوري حالت دغتی کلمي په اوردو کی واقع شی پدی څای کي دماوفه ناخی خخه پورته په مستعرض ډول Single یا Double کولوستومی(Colostomy) یا سیکوستومی(Cecostomy) اجرا کېږي .

په هغه حالاتو کی چی د پریطوان په جوف کی وینه لرونکی مایع یا زوی موجود وی د پریطوان دجوف په ژورو څایونو کی پنزوونه درنوونه(Penrose Drain) د رنناژ په منظور باید ثبتیت شی .

### د عملیاتو خخه وروسته دناروغ پاملننه :-

کوم اهتمامات اوپاملننه چی د عملیات خخه مخکی ناروغ لپاره نیول شوی وو عین اهتمامات باید وروسته د عملیات خخه هم ونیول شی .

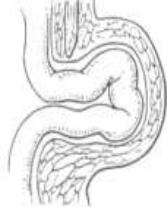
تر خو چې فعل استداری حرکات په کلمو کی پیدا کېږي باید په دوامداره توګه د معدوى تیوب بواسطه اسپایرېند(aspiration) شی .

ناروغ ته بر علاوه د ۲۴ ساعته اوپو او الکترو لاپتو، د نورمال خخه باید اضافه مایعات هم د ورید له لاری ورکر شی یعنی هر خومره مایعات چی د معدوى تیوب او د درنوونه(Drains) له لاری ضایع کړي وی باید معاوضه شی . ناروغ ته د ضرورت ور ویتا مینونه او انتی بیوتیک تطبيق شی د پوتاشیم او سودیم مقدار په وینه کی هره ورخ تعین او د نورمال په سویه وسائل شی د پوتاشیم او سودیم مقدار کموالی په وینه کی د فلنجی انسداد سبب ګرځی او په وینه کی د دوی د سویی د زیاتوالی په صورت کی داوبو د احتباس له کبله قابی تشوشات مینځ ته راځی .

پاسنی اهتمامات تر هغه وخته پوری باید ادامه ورکر شی چی په کلمو کی نورمال استداری حرکات پیدا شی او ناروغ دنورمال هضمی ترانزیت پیدا کولو له کبله په غذا خورلو پیل وکری .

## میخانیکی اختناقی انسداد

**تعريف :-** پدی انسداد کی دکلمی مساريقه تر فشار لاندی راخی په اوله مرحله د کلمی وریدی جریان او وروسته دیر ژر شریانی جریان ئی قطع او کلمو ته وینه نه رسیئری او په نتیجه کی کلمی گانگرین کیری .



### اسباب

۱- داخلی او خارجی اختناقی فتقونه :- کوم وخت چی دغیر قابل ارجاع فقیه محتوى اروا قطع شی مخصوصاً چی دفق محتوى کلمی وی په نتیجه کی د کلمی انسدادی اعراض پیداکرین کیری .

۲- دکلمو تدوریا Vulvulus :- دمساریقی د یوی ثابتی نقطعه او محورپه چاپیر د کلمی دتاویدو خخه عبارت دی .

۳- تظلف یا Intussusceptions :- پدی انسداد کی د کلمی پروکسیمال برخه دکلمی دیستال برخی ته دهغه د طولانی محورپه امتدادننخوی .

۴- دمساریقی دعلوی او سفلی شربانونو حادبندوالی :-چی د امبولی یاترومبوز پواسطه بندیری .

### پتوئنیزیس (pathogenesis)

دکلمی دیوی برخی ارواء قطع کیدل چی د کلمی د لومن بندوالی سره یوخاری وی یا نوی داختناقی انسدادسب گرخی .

مثلما دکلمی په تدورکی د فتقیه محتوى بند والی چی کلمی وی د فتقیه حلقوی دشار له کبله اودالتضافی بندونو اوبریدونوپه حالاتوکی له یوی خوا دکلمی مساريقه تر فشار لاندی راخی، ارواءی قطع کیری او له بلی خوا د کلمی لومن بندیری، دکلمی نورمال ترانزیت صورت نه نیسی .

پدی چو انسدادونو کی د گازاتو او مایعتو تولید دکلمی په لومن، دکلمی په حرکاتوکی تغیر، د کلمی داختناقی سگمنت د او عی دبندش تر شعاء لاندی راخی چرنگه چی د متوع شوی او عی خخه یوه اندازه وینه لرونکی مایع دکلمی په مینځ او دکلمی د جدار په ضخامت کی تولیپری او د گانگرین شوی کلمی خخه توکسیک مواد دپریطوان په جوف کی تیریزی، چی دا توکسیک مواد د مکرو یوند اندو توکسین، اکزو توکسین او تخریب شوی هیموگلوبین خخه عبارت دی .

او دهغه مکروبیو په واسطه تولیپری کوم چی د اختناقی شوی کلمی په لومن کی موجودوی باید وویل شی چی دا توکسیک مواد دماوفی کلمی د جدار له خوانه جذبیزی بلکی دماوفی کلمی د جدار خخه تیریزی او د پریطوان په ازاد جوف کی تونیری او د پریطوان له خوا جذب اود مربینه سبب گرخی داوسنی تحقیقاتو له مخی ددی لپاره چی د توکسیک موادو د تولید او جذب خخه مخنیوی وشی باید ژر تر ژر د عملیات پواسطه ما وفه کلمی لری او د پریطوان د جوف خخه وینه لرونکی مایع چی زیاته اندازه توکسیک مواد لری وایستل شی او انتی بایوتیک ورکول دناروغی اساسی تداوی نده .

**د closed Loop انسداد پتوئنیزیس :-**

کوم وخت چی دکلمی دیوی برخی مو صله او مرسله عروات بند شی Closed Loop انسداد مینځ ته راھی چی داختنافي انسداد بو خطرناک سریری شکل دی پداسي انسدادی پېښوکي دکلمی او یه شدیداً تر فشار لاندی واقع کيری او مخکی لدی څخه چی د انسداد عالیم لکه دکلمی او د ګیډی توسع مینځ ته راشی کلمی گانګرن کيری.  
مثالا که کلمی د ۳۶۰ درجه څخه زیات تدور وکړی دا حالت مینځته راھی.

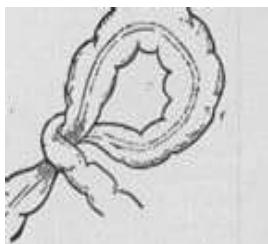
**دیځایکی اختناقی انسداد انواع :-****۱- داخلی او خارجی اختناقی فتفونه :**

چی دفتوري په مبحث کی په مفصل بول تری بحث شويدي(مغبني او فخذی اختناقی فتفونه)

**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 کيری د وړی کلمی تدور په دوه ګروپونو ويشن شويدي .

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

**۲- د وړی کلمی مختلف یا compound تدور:**

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

**اسباب:-:**

۱- میخانیکی عوامل :- لکه النصافات او تومورونه، دوری کلمی د استداری حرکاتو د بی نظمی کولو پواسطه تدور سبب ګرئي .

۲- ولادي انومالي ګانۍ :- لکه ولادي فيبروزي سره نژدی شی لکه بریدونه او د مساریقی ولادي او بردوالي او دايوړتنيکول .

**سریری اعراض او علامه :-**

د وړی کلمی تدور سریری تظاهرات دانسداد په عمومي مبحث کي ذکر شوی دی خو یواخی ځینې خصوصيتونه موجود دی چې پدی ځای کي تذکر ورکول کيری  
۱- په ګیډه کي یو پریوندیک درد په ناخاپه بول شروع کيری او هرڅومره چی دکلمو توزیات وی په هماګه اندازه دردهم شدید وی .

۲- څرنګه چی تدور د کلمی پر مساریقی محور باندی اجراء شویدی نو د کلمی ارواء قطع او د پریطوان په جوف کي زیاته اندازه وينه او یلاز ماتولیلیري او پدی بول ناروغ ژرپه هایپو والیک شاک (Hypo valuomic shock) اخته اومړ کيری

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

## تداوی :-Treatment

که ناروغ په هاپیووالمیک شاک (Hypo valuomic shock) اخته شوی نوی باید فوراً عملیات شی او که ناروغ په هاپیووالمیک شاک اخته وی لمري په ظرف دوه يا دری ساعتونو کي کافي اندازه مایعات ورکر شی تر خو د تشو متیازو اندازه (0,5) ملی لیتره په هر کیلو گرام وزن د بدن ورسیزی او وروسته عملیات اجراء شی .

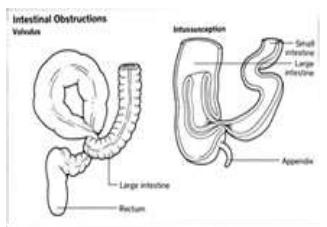
په عملیات کي لمري باید د کلمي اختناقی حالت لری شی يعني فوراً د کلمي تدور ارجاع او وروسته د تدور عامل باید ولنول شی که التصاق موجود وي باید چي التصاقات خلاص او ناحیه د پریطوان پواسطه پوبن شی .

که کوم تومور موجود وي باید چي وایستل شی که دایور تیکول موجود وي Diverticulectomy اجراء شی دوری کلمي مساریقی اوردوالی په صورت کي او همداسی ددي لپاره چي التصاقات بیا تشکل ونکری دوری کلمي د Plication Noble د عملیات خخه استفاده کيری تر خو په رانلونکی کي وری کلمي په خپ اورد مساریقی محور باندی تدورونکری يا داچی التصاقات مینخته رانشی .

### ب- دکولون تدور :-

عمومیات :- د کولون دیوی برخی تاوید دهغه پرمساریقی محور باندی ددي سبب کيری چي لومن بی بند او مساریقی ارواء نئی په نام يا ناتام بول قطع شی .

دلومن اودمساریقی ارواء بند یدل د کولون د تدور په زیاتوالی پوری اره لری هر خومره چي کولون زیات تاو شوی وي په هماگه اندازه لومن او مساریقی ارواءنی زیات بندیری .



باید ووبل شی چي دکلمی توسع اود وریدی جریان دقطع کیدو خخه وروسته پر مساریقی جذر باندی فشار زیاتری او د مساریقی ارواء دلزایات بندیدوسبب گرخی .

په عمومی بول د کولون د تدور د کولون په هغه برخو کي واقم کيری چي زیات متحرک او اورد مساریقه ولری او دکولون هغه برخی چي دا اوصاف لری په لمري درجه سیگمو ثید او په دوهمه درجه سیکم دی .

د مستعرض کولون تدور فوق العاده لرتصادف کيری اوکه واقع شی د میگا کولون د اختلالات (Complications) خخه به وي .

## دسيکم تدور Caecum Vulvulus

سيکم - ترمیناں الیوم او د صاعده کولون پروکسیمال برخه زیاته متحرکه ده بایه بل عبارت Hypo fixation پا اورده مساریقه دسیکم د تدور لپاره زمینه مساعدوی او دکلمو دنمومرو برخو ثابتوالی دسيکم د تدور خخه مخنيوی کوي . دسيکم تدور په دوه میخانیکه صورت نيسی :

۱- دسيکم تدور دهغه اورد مساریقی محور باندی چي اليوسيکال شريان (Iliocecal artery) په خپل مینخ کي لری د (۳۶۰ درجی خخه تر ۷۲۰ درجی) پوری صورت نيسی .

چي ددی تدور په اثر يو Closed Loop انسداد مینخ ته راهی د دی تدور په اثر د سیکم اروا په لمري مرحله کي دير ژر قطع کيری .

۲- په دوه میخانیکيت کي سیکم چي اورده مساریقه لری، دالیوم اخره برخه او د صاعده کولون پروکسیمال برخه تول په گده چپ پاسنی کوادرانت (L.U.Q) خوانه قاطیری او يو ناتام

انسدادمینخته را ویری چی دانواع انسداد په بنفسهی دول ارجاع کیزی چی د مو لفینو له خواه intermittent Obstruction نوم ورکرل شویدی او له هغه حایه چی مساربیقی ارواعنه قطع کیزی نو انزارابی بنده دی .

### سریری تظاهرات :

خرنگه چی د سیکم د تدور سره دالیوم اخري برخه هم په تدورکی برخه اخلي نوددي انسدادسیری تظاهرات دوره کلمونسدادی اعراض او علیموده پیرورته والي لری .  
خرنگه چی د درد شروع ناخاپه ،پریویدیک او کرمپ دوله وی چی د گیجیدی په بنی ارخ مخصوصاً د بنی ارخ په بستکتني برخو کی پیداکیری پدی وخت امکان لری چی په عکسوی دول د کولون د پاتی برخی استداری حرکات زیافت شی او يو اندازه گاز او غایطه مواد دماغه له لاری خارج شی وروسته له هغه زرده بد والي ، کانگی ، د گاز او غایطه موادوندش،کرمپ دوله درد سره ملگری کیزی د گیجیدی توسع پیره شدیده نوی او په بنی بستکتني کوادرانت (R.L.Q) کی په فرع سره شدید تماینیک اواز اوریدل کیزی .

### رادیو گرافی معاینی :- دسیکم د تدور تشخیص بی درادیو گرافی خخه چندان امکان نه لری .

د گیجیدی په ساده رادیوگرافی کی متوجه سیکم چی سرحد ئی تراپی گستریوم(Epigastrum) او چپ پاسنی کوادرانت (L.U.Q) پوری رسیدلی وی تقرباً د گیجیدی په بنی ارخ کی بنسکاری د تذکروردی چی متوجه سیکم د یو مایع هوائی خیال(Hydro airic) پواسطه محدود شوی دی او چینی وخت د متوجه معدی سره مغالطه کیزی او که معدوی نیوب اسپیریت دشی دا خیال په وروستی رادیوگرافی کی په خپل حال پاتی وی .

### اختلالات(Complications)::

که دسیکم د تدور په تشخیص یا تداوی کی حنده بین شی دسیکم د جدار د سوری کیدلو خطرزیات وی چی د سوری کیدو خخه وروسته خطرناک پریتونایتس مینځ ته راهی .

### تداوی:

د تشخیص خخه وروسته د سیکم د تدور باید فوراً تداوی شی د عملیات خخه مخکی اهتمامات دنیولو خخه وروسته لپراتومی(lepratomy) اجراء اود سکیم د تدور رد کیزی په هغه حالاتو کی چی ناروغه وضع د اطمینان ورنوی یا دا چې پیرزور او د اورد عملیات تحمل ونه لری او دسیکم رنگ وروسته د رد ولو خخه نورمال اوسي سیکم د گیجیدی په جدار دکوك پواسطه تثبیتیری که د ناروغه وضع داطمینان ورنوی نوبنې کولکتومی سره Coleostomy Iliotransvers او روسته ریز کشن او الیوستومی(ilostomy) اجراء کیزی .

### Sigmoid valvulus

تعريف :- که سیگموئید د خپل مساربیقی محور په گرد چاپیره خلاف د ساعت دعفری یا هم سمت د عفری تدور وکړی اونظر په اندازه د تدور د سیگموئید خوله بند او د سیگموئید ارواء قطع شی دی حادثی ته د سیگموئید تدور ویل کیزی البته دماعوافی کلمی د ورانی خرابوالی او توشو ش په اوله درجه دمساربیقی جذر د تدور په اندازه او په دوهمه درجه ماعوف شوی کلمی په پرسوب او زیماو په دریمه درجه د انسدادی حالت په تیر شوی وخت پوری اړه لری .

۱- د سیگموئید مساريقی ا اوږدوالي

۲- میگا کولون

الف - ولادي میگا کولون - د سیگموئید به برهه کي په ولادي ډول عقدوي عصبي حجرات چي د کلمي د استداري حرکا تو مسول دي موجود نوي او یو غير متحرکه برهه د ډوھ متحرکو برخو په مینځ کي وافع کيري او امکان لري چي د پاسني عروي استد اري حرکات دغیر متحرکي برخی د تاویدو سبب شي.



© ELSEVIER, INC. - NETTERIMAGES.COM

ب - کسي میگا کولون - چي د chagase

trypansomiasis disease

په نامه یاديرې او زیاتره دغه ناروغری په برازيل کي پيدا کيري.

۳- مزن قبضيت: د کولون او مخصوصاً

د سیگموئيد د توسع او د مساريقی د اوږدوالي

سبب ګرخي.

۴- دماغي عصبي ناروغری - په هغه خلکوکي

زيات ليدل کيري چي پارکينسون لري

۵- قلبي وعای عوامل: د احصائي له نظره

د سیگموئيد ته رپدي خلکوکي زيات ليدل کيري

۶- د سیگموئيد د مساريقی مزن التهاب:-

دالتهاب له کله د سیگموئيد مسار يقه غوندري

او د سیگموئيد قوس د ډوھ ميله توپک په شکل

راھي او ژر ته رکوي

۷- دمنتفقي له نظره ناروغری زياتره په مرکزي اسيا او جنوبی اروپاکي پيداکيري

### سريري تظاهرات

۱- منقطع کرمپ ډوله او پريوبيک درد د ګيدي په بشكتنې برخوکي.

۲- د غایطه مواد او گازاتو وروستتي بندش او همداسي وروسته زره بدواли او کانګي.

۳- ګيدي مترقي او شدیده توسع چي حتی پر حجاب حاجز فشار وارد وي او د عسرت تنفس سبب ګرخې

۴- د پاسني اعراضو سابقه تاريخچه چي ناروغ پخوا څخو څلي داسي اعراض تيره کري وي

### رايو لوژيک معاني:

د ګيدي په سader راديونګرافي کي د ګيدي د جوف په مینځ کي یو غت متتوسع او پوکانه ماننده هوائي خیال چي د لوبيا ددانۍ په شکل معلومېري دحوصلې څخه جيګه شوي او تر حجاب حاجز پوري رسيدلۍ وي او د توسع له کله د مخاطي غشاء التوات او Haustra بي د مینځه تللى وي ددي لوبيا ډوله هوائي خیال محدبېت بي بنې خواه او مقعرېت يې چې خواهه متوجه دي.

که د باريوم اماله څخه وروسته د ناروغ د ګيدي څخه راد یو ګرافې اجرا شوي د امبولا څوکه د پېچ يا حلزمون په شکل قطع شوي بنکاري چي د دی ناحي څخه پورته غت هوائي خیال د ليدو وړ وي چې په هغه کي باريوم داخل شوي ندي.

## تے داوی:

ناروغ ته د کلمي د انسداد اهتمامات نیول کېري وروسته د دي ناروغ ته د نیم لیتر په اندازه تخليوی امالة ورکول کېري.

که د سیگموئید تور لب وی د امالی سره ارجاع کیری که انسدادی حالت بیا هم پاتی شود سجدی په وضعیت (knee chest position) سیگموئید سکوپی اجرا کیری که د کلمی اختناقی اعراض موجود وی د تخریباتو د مخنیوی لپاره په ارخیز وضعیت سیگموئید سکوپی باید اجراشی.

که سیگموند بیر تدور کری نوی د سجدي په وضيعت امكان لري چي تدوربي ارجاع او  
انسانه همچنانچه می خواهد.

سیگموند سکوب په دیر احتیاط او فنی مانور پواسطه تر هغه خایه پوري په امپولاکي داخليري تر څوچي مانعه ولidel شي د سیگموند تاو شوي ځای د مخاطي غشاء تاو شوي التوات د مرکز په یوه نقطه ختما

که پدی ناحبیہ کی مخصوصاً د تاو شوی کلمی په مرکزی برخه کی د مخاطی غشاءونگ تغیر کری وي او نوربینه بنکاره شی یا په بل عبارت په هنځی کی نذفی نقاط موجود وي د سیگموئید په کانګن کیدو دلالت کوی او بایدېفر آلېراتومې شي.

د لپراتومی (lepratomy) خخه وروسته کانگرین شوی کلمی ټول قطع (resection) د امپولاونازله کولون خوله په چپ حررقی حفره کي دبل کولوستومي (double-colostomy) کيري که دامپولا خوکه جدار ته ونه رسیري نو د هارتمن د عمليات خخه استفاده کيري ځرنګه چې دامپولا خولي د ګندلو خخه وروسته د پريطاون په خلف کي اچول کيري او د نازله کولون خوله یواحی ډچپ حررقی په حفره کي سينګل کولوستومي (single-colostomy) کيري. که د سیگموئید سکوب سره ولیدل شو چې دتاو شوی کلمی د مرکزي برخه مخاطي غشائونرمال يا رنګ یې لړ تغیر کري وي بورکتال تیوب (rectal-tube) (چې بنه غور شوي وي په دیراحتیاط د تاو ورکولوحرکاتو سره بندی شوی ناحي ته ورداخليوي او کوم وخت چې تیوب تیرشويه دراماټيک دول د سیگموئيد تر فشارلاندي باد او ګازات په شدت خارجيري او د ګيدي توسع د مینځه خي رکتال تیوب په مفعد کي نثبتت اوهر ورخ درکتال تیوب له لاري سیگموئيد پري مينځل کيري.

ناروغ ته د خولي له راهي مایع رژیم د معلایي انتی سپتیک دواګانو سره يو خای ورکول کیريي له بله خوا د ناروغ گیده د کلمی د گانگرین کیدو یه هکله تر کتنی لاندی نبیول کیدي حکمه امکان لري چې د سیگموئید یوه برخه د تاو شوي ناحیه څخه پورته گانگرین شوي وي د سیگموئید لوائز

او پري مينخول ديو هفتني لپاره دوام ورکول کيري او له هغه حايه چي د سيمگونيد دبيا تدور امكان د ۸۰ خنه تر ۹۰ فيصده پوري دی نو وروسته ديوی هفتني لواز خنه په انتخابي ټول بطن خلاص - سيمگونيد قطع او د نازله کولون خوله د اميپولا د خولي سره په لمري مرحله استموز ورکول کيري که د سيمگونيد سکوب له لاري باکتر موفق شو چي رکتال ټيوب په بنده شوي ناهيجه کي ور داخل کوري نو بيا هم بايد د ناروغ ګېډه خلاصه او سيمگونيد تقنيش شي که سيمگونيد ديرازيمائي نوي وروسته د سيمگونيد د ريزكشن خنه د نازله کولون او داميپولا خوله ټول سره په لمري مرحله استموز ورکول کيري او که سيمگونيد ازيمائي وي نو استموز ورکول استطبان نه لاري او د گانگرين شوي کلامي په شان عمليات ته ادامه ورکول کيري.

سیگموئیدتور

تخلیوی اماله

سیگموئیدسکوب

## دکلمی مخاطی غشاء په بندشوی حای کی

گانگرین شوی نه بنکاری

رکتال تیوب نه تیرپری

رکتال تیوب تیرپری

lepratomy

کلمی لواز او عملیات ته اماده کیبری

کلمی ازیمانی د

کلمی ازیمانی ندی

عملیات، ریزکشن او په لومری مرحله انستموز

کولوستومی هارتمن عملیات

ریزکشن او په لومری مرحله انستموز

گانگرین شوی بنکاری

لپراتومی lepratomy

ریزکشن دکلمی

کولوستومی هارتمن عملیات

Invagination or Intussusception با تغلف

تعريف- پدي نوع انسداد کي دکلمي پروکسيمال برخه يا (intussusseptum) د کلمي ديسطال برخ( Intussuscepiens) کي ننوخ او د تغلف يا Intussusception په نوم ياديروي. دانوع انسداد زياتره په هغه ماشونوکي چي د دوه کا لو څخه لبر عمر لري پيدا کيري. هلکان نسيت انجونوته دري څلی زياتره پدي نارو غي مبتلا کيري. د تغلف انواع:

تغلف زياتره د الیوم او سېکم په مینځ يعني iliocolic intussusception اما ic ileocecal, Ilioileal, Iliocolic, Jejunoileal, Colocolic کيږي. اما jejunojejunal واقعات يې هم نصادف کړي.

اسباب

کوم خاص عامل چي د تغلف په پيدا کيدو کي عمه روں ولري تر او سه پوري معلوم ندي اما د کلمي پولیپ (polyp) - میکل دا یورتیکول Diverticule (mickle) - اینترامورال هیماتوم (intra-mural hematoma) او د کلمي لمفوما عمه امراض دی چي عموما تغلف د دي امراضو سره یو څاي تصادف کېږي.

پدي اخرو وختو کي دکلمي دادینوواپرس (adenovirus) (adino virus) انتانات او د تغلف تر مینځ مناسبت تر یوی اندازې پوري ثابتنه شوی دي څرنګه چي زياتره ماشومان چي دهغوي کلمي تغلف کوي دهغوي په الیوم کي لمفويد نسج او د پایر, patches لغت شوی او د الیوم په لومن کي تبارز کوي.

یو روغ ماشوم په ناخپه ډول خپل پښي او زنگون د ګېدي د شدید درد له کبله پر ګېدي باندي قاطوي او نه غزوی درد مقطع وي څرنګه چې درد په وخت ماشوم نارام او ژاري او د دوه درد دحملو په مینځ ماشوم اړاميري د دوه درد از اده صفحه چې لمري وختوکي تقریبا (۱۵ یا ۲۰ دقیقی) وي ورو ورو لندیروی باید وویل شي چې د درد د حملی په وخت ماشوم ډېرخوله او د مخ رنګ يې سپیننیرو.

د مقعد څخه وينه لرونکي مخاط خارجیدل د مرض ډير وروستي عرض دي. دانسداد په لمريو مرحلو کي یوه يا دوه واري ګانګي کوي چې عکسوی مشاء لري اما کوم کانګي چې د ګېدي د توسع سره یوځای پيدا کيري د ناروغرې په پرمختګ دلالت کوي. که ماشوم د تشخيص اونتاوی څخه پاتې شي د intussusception د اروا د قطع کيدو له کبله کلمي ګانګرين او د پریطونایتس (peritonitis) او سپتیسمیا (septicemia) سریري اعراض او علامې مینځ ته راحي.

په فزیکي معایني کي د ګېدي په بنې مینځني يا علوې برخو کي یوه کتله د کولون په امتداد د جس ور وي او برخلاف بنې بشکتني کوادرنت نش جس کيري همداسي په مقعدی معایني کي امپولا وينه لرونکي مخاط څخه ډک او که د ګېدي د پاسه داخل بطني کتله بشکته خوا ته تیله شي نه یوځاي کتله د جس ور وي بلکي د کتلې غنوالي او شکل هم تعینيرو.

#### تشخيص:

دناروغرې تشخيص د سریري نظاهراتو اوراد یوګرافې معایناتو پواسطه اجرا کيري

#### راديو ګرافيك معاینات

دباریوم دامالي څخه وروسته د کولون د چوکات راديو ګرافې پواسطه بند شوي څای معلوميري پدې ډول چې دراديوسکوپې لوځي په سر لیدل کيري چې باریوم د کولون مخصوصا د صاعده کولون تربوي برخې پوري رسیري اونورپرمخ نه څئي. اود intussusception کوکړکه د کولون په مینځ کي واضح کوي.

یوشمير ماشومان چې په هغوي کي د پریطونایتس اعراض او مقعدی ندف موجود نوي دباریوم د امالی سره امکان لري چې تغلې بې ارجاع شې څرنګه چې ماشوم ته د عملیات د میزې په سر پداسي حال کې د عملیات اهتمامات نیول کيري دباریوم امالة ورکړل شي اما د امالی کڅوره تقریبا یوه متر پا درې فټه د میز د سطحی څخه پورته نیول کيري که کلمي ګانګرين شوې نوي همدا فشار کافې دي چې تغلې ورو ورو ارجاع کړي د امالة کولو په جريان کي د فلو روکسکوب پواسطه کلمي تر کتنې لاندې نیول کيري که ولیدل شوچې تغلې ارجاع اوباریوم بنده شوي ناحيه ورو ورو تیله کړاود الیوم برخې ته تیرشو د عملیات څخه صرف نظر کيري.

او که دفلورسکوب په لوحه کي ولیدل شو چې کثيفه مواد بند پاتې دي او تغلف نه ارجاع کيري فورا عملیات ته اقدام کيري (که ناروغ فورا عملیات نشي امکان لري چې د باریوم فشار پواسطه کلمي سورې شي)

اما اوس پدې ماشومانوکي د sound Ultra او MRI پواسطه قطعی تشخيص وضع کيري چې پاسنۍ راديو ګرافې ته ضرورت نشه او په مشکوکحالاتو کي د باریوم راديو ګرافې څخه کته اخیستل کيري.

## اختلالات( Complications ):

د زیاتو کانگو او د کلمی د لومن اومربوطه مساريقي اروا د بند یدوله کبله ماشوم زیاته اندازه مایعات له لاسه ورکوي او په شدید ديهایدریشن (Dehydretion) اخته کيري.  
د انسدادي حالت د وامداره پاتي کيدل د intussusception کلمي گانگرین کيدو سبب گرخي چي په نتيجه کي پريطو نايتس - سپتيسيميا مرگ مينځ ته راخي

### داوى:

په لمري مرحله کي د ماشوم د بهایدریشن او هايپو واليميا (Hypo ualemia) دپرمتگ د مخنيوي لپاره مایعات تطبيق شي او د لزوم په صورت کي ماشوم ته وينه باید ورکري شي که د کلمي دسوري کيد و او گانگرین اعراض موجود نوي لمري ماشوم ته یوه يا دوه ملي گرام په هر کيلو گرا وزن موجود secobarbital ورکول کيري.

وروسته څرنګه چي مخکي تتكرو رونکر شودعملیات دمیزپه سرچي د عملیات اهتما مات نیول شوي وي ورته د باريوم اماله ورکول کيري او د کلمي د ارجاع کيدو عملیه د فلور سکوب په لوحه کي ليدل کيري که د لمري اماله باريوم اماله پواسطه د کلمي تام ارجاع صورت ونه نیوه وروسته د لمري امالی د تخلی خخه دو هم حل اوحتي درېم حل بيا اماله ورکول کيري . اوکه د لمري په واسطه intussusception هیڅ حرکت ونه کري دنور اماله کولو خخه باید بدده وشي او عملیات ته اقام وشي .

عملیات نه یوازي په پاسني حالت کي استطباب لري بلکي که د کلمي د گانگرین او پريطونايتس اعراض هم موجود وي باید عملیات اجرا شي څرنګه چي د ګيدي په بنې بشكتي کوادرانت کي ديو مستعرض شق پواسطه (lepratomy) اجراء او د کلمي تغلف تر کنتي لاندي نیول کيري که د کلمي رنګ لر تغيير کري وو او متغلف کلمي یو د بل سره التصاق کري نه وو د متغلف intussusception د څوکي د تيله کولو پواسطه ورو ورو تغلف ارجاع کيري ( متغلف کلمي باید هیڅ وخت کش نه شي ) مثلا که الیوم د سیکم په مینځ کي ننوتی وي د سیکم د جدار د پاسه د الیوم د متغلفي څوکي تيله کولو پواسطه ارجاع باید صورت ونیسي په دي وخت کي که ناروغ ته دوريد له لاري ګلوکاګون ورکړل شي د کلمي د عضلي طبقي د سست کيدو پواسطه ارجاع په اسانۍ صورت نیسي .

په هغه صورت کي چي کلمي د پاسني مانور پواسطه ارجاع نه شي يا داچي کلمي گانگرین شوي وي مأوفه کلمي قطعه او الیوستومي اجرا شي .  
وروسته د عملیات خخه ماشوم ته د اوو ورڅو لپاره انتیبیوتیک (anti biotic) او داخل وریدي مایعات ورکړل شي او الیوستومي بي وروسته د درې میاشتو خخه ترمیمیري څرنګه چي د الیوم څوکه د مستعرض کولون سره اناستوموز ورکول کيري .

### اندرا-

وروسته د تداوي خخه دتغلف بیا مینځ ته راتلل څلور فيصده دي که عملیات د ناروغې په لمريو مرحلو کي صورت نیولي وي او د کلمو د گانگرین کيدو خخه زیات وخت تير شوي نه وي د مرينې خطر لږ وي او د وخت په تيریدو سره د مني خطر هم زیاتيری .

۱. امبولی : - د مسارقی علوی شریان حاد بندوالی د امبولی په واسطه نسبت مسارقی سفلی شریان ته پېر تصادف کوي ځکه چې مسارقی علوی شریان قلب ته نژدي دي قطر بي زبات دي او همداسي مسارقی علوی شریان نسبت مسارقی سفلی شریان ته په حاده زاویه د ابهر څخه جلا کېري نوموري امبولی عموماً فلاني يا ابھري منشاء لري .

قلبي منشاء: - ناروغ چې پخوا د چپ بطين احتشاء تير کري دي يا داچي په ازیني فبليريشن اخته دي په چپ بطين يا چپ ترمبوز تشکل کوي او دا ترمبوز د هغه ځای څخه جلا او امبولی په شکل مسارقی شریان بندوي.

ابھري منشاء :-

دویجیانیف انٹوکارداپیس(Vegetative endocarditis) یاد انوریزم (aneurism) په مینځ اتیروماتوز پلاکونه تشکل کوي او ددي پلاکو په سر ترمبوز پیداکېري کوم وخت چې دا ترمبوز جلا شو د امبولی په شکل مسارقی شرائين بندوالۍ شي نوموري امبولي ګانی نظر په خپل غنوالي د مسارقی شرائينو ډعده يا ټروکي جنبي شعبات بندوي

۲. ترمبوز :- د مسارقی شرائينو حاد بندوالی د ترمبوز د کبله هغه وخت پیدا کېري چې مخکي نوموري شرائين د اتیروسکلروزیس atherosclerosis Trombo angitis oblitterant fusiform د مسارقی شریان ترمبوزد Periarteritis nodosa ، aneurism, Dissecting aneurism همداسي د زړه ده هانی ناخاپي کموالي مثلاً د مایوکارد په احتشاء يا د زړه د احتقاني په عدم

کفايې کي د مسارقی شرائينو په مینځ د ترمبوز د تشکل سبب گړي .

پتالوژی :-

د مسارقی شریان د ناخاپي او تام حاد بندوالی له کبله په لومړي مرحله کي اسکيميك اینفارکشن (infarction) مینځ ته راخي ځرنګه چې د اوعيي سپیزم(spasm) د پیداکړيو له کبله د کلمي رنګ سپینېري او په مخا طې طبقه کي نقرحات مینځ ته راخي په دې مرحله کي کلمي هاپیوتونیک(hypotonic) او منقصان حالت پیدا کوي. چې د ډوه يا دوه ساعتو په مینځ کي د اوعيي سپیزم له مینځ ځي اود کلمي دانوکسیک جدار په مینځ کي ټول شعریه او عېي د وېني په واسطه پکېري او د ترمبوز شوي ناحيې بشکته احتشاء خواه د ټول او عېي په مینځ نور ترمبوز تشکل کوي په دې وخت کي د کلمي جدار خپل ټول مقویت او تقاضي حالت له لاسه ورکوي.

د ترقري او اسکيميك مخاطي غشاء په مینځ کي بکتریا په فعالیت شروع کوي او حتی د ترمبوز شوي او عېي په مینځ کي داخل اود کلمي د جدار ټول طبقات په نکروز او التهاب اخنه کېري.

د پریطوان په ازاد جوف کي وېنه لرونکي مایع د کلمي د احتشامي او التهابي جدار له خوا ازاديري چې دا مایع هم د کلمي د جدار د مکروبو په واسطه متن او شدید پریطوانایتس مینځ ته راخي بلاخره د مکروبو د توکسین دجنب له کبله ناروغ په شدید انتانې شاک اخنه او مړ کېري.

که د مسارقی شرائينو جذر بندشي تول وري کلمي او ياد کلون نيمائي برخه په اسکيميا او بيا په نکروز اخته کيري او که امبولي وروکي وي د نوموري شرائينو يو شعبه بنديري چي مربوطه کلمي په نکروز اخته کيري .

د مسارقی شرائينو په مينځ کي د ترموز ناخاپي تشکل ددي سبب کيري چي تول وري کلمي يا د کلون نيمائي برخه احتشائي شي اما که ترموز د وخت په تيريدو ورو ورو تشکل وکري جانبي دوران پيداکيدو ته زمينه مساعديرې نو په دي وخت کي کلمي په احتشاء نه اخته کيري بلکي د اسکيميك په حالت پاتي کيري چي د کلمي داسکيميا سريري تظاهرات مينځ ته راخي .

### سريري تظاهرات عومويات:

مریضان زیاتره نارینه وي او عموماً د ۵۰ او ۶۰ کلنی په مينځ کي تсадف کيري . معمولاً په هغه ناروغانو کي چي د زره ناروغری او د مسارقی او عيي ارتيروسکلروزيس له کبله له ديري مودي را په دیخوا د بودي خورولو څخه وروسته د ګيدي کرمپ دوله درد درلوده ( د کلمي انویژن ) دا ناروغری پيداکيري .

### سريري اعراض

۱. درد :- ددي مرض درد فوق العاده شديد ثابت او دوامدار وي چي د نرکوتیک دوگانو سره هم څواب نه وايي . د درد موقعيت د ماوهه کلمي په موقعيت پور اړه لري که د مسارقی علوي شريان جذر بنده شوي وي په شروع کي درد په اپي ګسترياك ناحيه کي وي او کوم وخت چي کلمي په نکروز اخته شو درد په تول ګيدي کي انتشار کوي د مسارقی سفلی شريان د بند والي په صورت کي درد د ګيدي په بشكتې برخو کي وي او دير شديد نه وي

۲. کانګي : ناروغ شديد کانګي کوي او د کانګو محتوي تور بخ وينه احتوا کوي د مسارقی سفلی شريان د بندوالي په صورت کي کانګي دير وروسته پيداکيري  
۳. د کلمي د ترانزيت خرابوالی- په شروع کي ناروغ اسهال لري او وروسته تام قبصيت او انسدادي حالت مينځ ته راخي په اسهال کي امكان لري په ګلتوي ډول تور بخونه وينه راشي .

### سريري عاليم :-

نفتیش:- په یوپر پنځه ناروغانو کي د ګيدي په جدار مخصوصاً په فلانک ناحيه کي پوستکي سیانوزي وي .

جس:- په ارادي یا غيري ارادي ډول عضلي کلکوالي د ګيدي په جدار کي موجود وي اما د ګيدي جدار لکه چي په پريطوانايتس کي د تختني په ډول کلک کيري په دي ځای داسي نوي اما تندرننس او (rebound tenderness) هعه وخت پيداکيري چي د کلمي احتشاء او پريطوانايتس مينځ ته راشي .

قرع :- په قرع کي کوم واضح علامه موجود نه وي .

اضغا :- په شروع کي د کلمي او زونه شديد او کوم وخت چي د کلمي احتشائي شي د کلمي او زونه بيخي له مينځه خي .

په شروع کي د ناروغ نبض - درجه د حرارت او د ويني په فشار کي کوم واضح بدلون نه وي .

اما کوم وخت چي د گيدي په مينځ او په کلمو کي انتان مداخله وکري او کلمي گانګرين شې دير ژر نبض سريع او د ويني فشار بتکته او ناروغ په شاک او تام دوراني کولپس خواهه روانيري. که شريان مسارفي سفلي ماوفه شوي وي د سيگموئيد و سکوپي په ماینه کي د سيگموئيد مخاطي غشاء په ازيمائي - سيلونز ي او تقرحه معلوميري.

### تشخيص :-

يو کاهل ناروغ چي مخکي کوم قلبي واعي ناروغې تبره کري وي او اوس د گيدي شدید درد ورته پيدا شوي وي چي د تول انالجيزيك analgesic دوا گانو په مقابل کي حواب نه واي. دناروغې په تشخيص کي دير اهميت لري د ويني په معانيه کي د سپين کريواتو شمير په شروع کي نورمال او کوم وخت چي د کلمي احتشائي حالت تاسيس وکري تعداد يي د ۲۰۰۰۰ څخه زيات وي.

په زياتره ناروغانو کي د سيرم اميلاز سوبه جيگه وي د گيدي په ساده راديوجرافی کي وري او غشي کلمي مخصوصاً ماوفه شوي برخى لو پراخه بنکاري د بني کولون او په مستعرض کولون يا په چې کولون کي د کازاتو موجودت او بي حرکت پاتي کيدل د کلمي په احتشاء دلات کوي. همداسي د گيدي په پاراستنسis (Paracentesis) د پريطوان د جوف څخه وينه لرونکي مایع لاس ته راهي چي تشخيصي اهميت لري.

### تداوي :-

د مسارفي شرائينو حاد بندوالۍ تداوي د عملياتو په واسطه سرتنه رسيري مخکي د عمليات څخه ناروغانو ته وينه او وسیع الساحه انتي بايوتيک او همداسي کافي مقدار او بهه او انتي کواګولانت يا هيپارین ۶۰۰۰ یونت ورکول کيري.

د عملياتو څخه مخکي اهتمامات د نیولو څخه وروسته لپراتومي اجرا او د ناروغ کلمي تر کتنې لاندي و نیول شي. په هغه صورت کي چي وري کلمي اوبنی کولون گانګرين شوي وي بайд په وسیع یول ټول گانګرين شوي کلمي قطعه او ویستل شي. چې په دي صورت د مرني خطر فوق العاده زيات او حتی ۹۸ فيصده ته رسيري. که یوه برخه د وري کلمي گانګرين شوي وي يا داکتر د هغه په هکله مشکوك وي نوموري کلمي قطعه او پاتي برخه خوله په خوله انسټموز ورکول کيري. کلمي او مخصوصاً وري کلمي رنک لو تغير کري وي د مسارفي شريان نبض تعقیب او په هر ځاي چي نبضان موجود نه وه مطلب بي دادي چي نوموري ځاي کي امبولي بندپاتي دي او د ارتيریوتومي طولاني شق په واسطه شريان خلاص او امبولي لري کيري په هغه صورت کي چي ترمیوز تشکل کري وي thromboendarterectomy باید اجرا شي وروسته د شريان د ترمیمولو څخه ناروغ ته هيپارین تطبیق شي. او تر کنترول لاندي نیول کيري تر څو چي بیا امبولي پیدا نه شي.

د مسارفي سفلي شريان د حاد بندوالۍ په صورت کي نکروزې کلمي قطعه او د کلمي پروکسیمل برخه ( د مستعرض کولون بنې نیمائي برخه ) خوله کولو ستومي کيري. او دري میاشتني وروسته د کبد ی زاوېي د ازادولو څخه بېرته ترمیمیري.

وروسته د عملياتو څخه څرنګه چي مخکي د عملياتو څخه اهتمامات نیول شوي وو باید بیا هم همغه تدايبر و نیول شي تر څو چي د کلمي ترازیت نورمال وګرځي چي د انسداد په مبحث کي په مفصل یول لیکل شوي دي دداسي ناروغانو مرني خطر وروسته د عملياتو څخه ۸۵ فيصده بنودل شوي دي.

**د کلمی مزمن انسداد :-**

د کلمو په مزمن انسداد کي د انسداد اعراض په خفيف او گذري شکل هميشه مينځ ته راخي د انسداد اعراض پيداکيدل امكان لري چي دنداوي يا بدون دنداوي په بنفسه هي دول د مينځ لار شي .

**اسباب**

دا نوعه انسداد زياتره د کلمو په کارسينوما کي چي کلمي په تدریجي دولبنديري مينځ ته راخي زياتر صاعده په دوهمه درجه نازله کولون او په دريمه درجه وری کلمي په کارسينوما مبتلا گيري . همداسي د کلمو مزمن انسداد د انتراليتis توپرکلوز\_ پريوطانيتis \_ داخل پريوطاني بریدونه او التصافات او گكبيدي دراډيشن څخه وروسته پيدا گيري .  
بايد و ويل شي چي د پاسني عواملو له کبله د کلمي لومن په ناتام دول بنديري او د انسداد اعراض هم په ناتام دول دحمل په شکل مينځ ته راخي .

**يتؤزنيس :pathogenesis**

د کلمي انسداد د کلمي په کارسينوما کي د تومور په نشونما پوري اړه لري يعني هر خومره چي تومور نشونما وکري په هماګه اندازه د کلمي لومن دير بنديري او د انسداد اعراض او علامه بارزوی . د توپرکلوز په حالت کي دا ناروغری ۸۵% فیصد په الیوسکال ناحیه کي توضع کوي . دا توضع له دي کبله دي چي په دي ناحیه کي لمفاوي انساج فوق العاده زيات وي . او ۱۵% فیصد سیکم او کولون مخصوصاً صاعده کولون اشغالوي او توپرکلوزي قرحت مينځ ته راوري . د فرجي سير او پر مختک د کلمي د لومن په مينځ کي په حلقوي شکل صورت نيسني او په حلقوي دول د کلمي لومن متضيق گيري . همداسي فرجه ژور خواهه هم وده کوي او بالاخره د کلمي د سورې کيدو سبب گرخې چي په دي صورت کي پريوطانيتis مينځ ته راخي .

کوم فکتورنه چي د پريوطان په جوف کي د التصافات بریدونه په تشکل کي عده رول لري عبارت دي له ميخانېکي جروحات اسکيميا\_ بکتریایی فالعتونه\_ وریدي رکودت\_ د پريوطان په جوف کي هیماتوم\_ اجنبي اجسام لکه د نلک پودر او د ګاز پارچي او نور . د پاسني عواملو له کبله د پريوطان سطحه تخريش او تخربييري چي د تخريش له کبله حجروي فعالیت د پريوطان په سطحه اظافه گيري او نوي انساج په غيري منظم دول تشکل کوي او د بريدو او التصافاتو د مينځ ته راتلو سبب گرخې . بریدونه په کلموباندي ميخانېکي فشار او التصافات د کلمي دعرواتو د قاتليو او زاویه جورو لو سبب گرخې او په نتیجه کي د کلمي لومن بندوي يا متضيق کوي او د تام ياناتام انسداد ي حالت مينځ ته راوري .

داخل بطني خبيث تومورونه لکه رحم مثاني او پروسات د خبيث تومورونو د دنداوي په منظور د گكبيدي په سر شعاع تعبيقييري داشتعانه یوازي د کنسري نسج د تخريب سبب گرخې بلکي د کنسري نسج په څنګ د نورو غررو مخاطي طقه چي دراډيشن په مقابل کي دير حساس دي هم تخربييري او په نتیجه کي د نورو تخربياتو د شفا کيدو په اثر التصافات او تضيقات د کلمي په لومن پيدا او انسدادي اعراض مينځ ته راخي .

**سريري لوجه :-**

د کلمي مزمن انسداد د گكبيدي د متنابوپ پريوطېک دردونو سبب گرخې چي د در د سره یو خاي زره بدواي او کانګي هم موجود وي . که عامل د مزمن انسداد د کلمي توپرکلوزي وي ناروغ په متنابوپ دول اسهال او قبضيت لري اما په نورو حالاتو کي پر مختالي قبضيت موجود وي چي کله، کله د تام انسداد سبب گرخې نوموري انسدادي حالت امكان لري یوه يا دوه ورخې دوام وکري او د کلمي پروکسيمال برخه د نش کيدو سره ( د کانګي یاد معده توپو سره ) انسدادي حالت له مينځ څي په تقنيش کي گكبيده عموماً پرسيدلي او زياتره وخت د گكبيدي د جدار دپاسه د کلمي استداري حرکات په سترګو ليدل گكبيدي . په اصلغا سره د کلمي او ازونه دير شيدوي .

**تشخيص:**

قطعی تشخیص د ناروغ د تاریخچی لابراتوری معاینات او د راپیوگرافی په واسطه وضع کیری ناروغ په خپل تاریخچه کی امکان لري د توبر کلوز ساقه عملیات او یا د راپیشن د گیدی ترضیض څخه حکایه کوي .

د لابراتوری معایناتو له نظر ه عادي توبرکلوزی معاینات د مرض د تشخیص لپاره او همداسي د ترقیقی تشخیص په هکله مرسته کوي . اما کوم معاینه چي د کولون د کار سینونما سره دا ناورغی تشخیص او له بلی خوا د کلمو د کارسینوما د تشخیص په هکله مرسته کوي عبارت دی له carcinoembriogeinc antigenه چي په کنسری واقعاتو کي ددي انتیزن مقدار د لس (10ng)نانوگرام په یو ملي لیتر سیرم کي اضافه او په غیری کنسری واقعاتو مقدار یې لړ وي .

د مزمن انسداد قطعی تشخیص د راپیوگرافی په واسطه اجرا کیری چي البته د باریوم د خورلو یا دباریوم امالی څخه وروسته دوری کلمی او غنی کلمی یا د کولون ډجوكات څخه راپیوگرافی باید اجرا شي .

**تداوی:**

۱- د توبر کلوز په صورت کي :که تام انسدادي حالت پیدا شوي نه وي د ناتام انسدا د په صورت کي ناروغ ته معدوي نیوب تطبیق او کلمه یې په دوامدار دول سکشن کیری . د ورید له لاري مایعات ویتامینونه او انتی توبر کلوزیک دوا ګانی تطبیقیری . ددي تدواوی سره امکان لري چي د څو ورڅو لپاره انسدادي حالت رفع او وروسته انتی توبرکلوزیک دوا ګانی تر یو نیم کال پوري ورنه توصیه شي .

په هغه صورت کي چي تام انسدادي حالت موجود وي یادا چي محافظه کاره تدواي نتیجه ور نکری په دی وخت جراحی عملیات استطباب پیداکوي .

که په الیوسیکال ناحیه کي تام تضییق پیداشی کولکتومی او که ناتام ستینوز(stenosis) وي Iliocolic Bypass عملیه باید اجرا شي . او د جراحی تداوی په څنګ تر یو نیم کال پوري انتی توبرکلوزیک دوا ګانی باید تطبیق شي .

**۲- د داخل پریبطوانی بریدونو او التصالقاتو په صورت کي :**

په بطي عملیاتو کي یو بنه تخنیک څخه اسفلاده او د داخل پریبطوانی پنالولژیکی تغیراتو فني او علمي تداوی ترمیم او درناز د بریدو او التصالقاتو تشکل څخه مخنبوی کوي . د جداری او حشوی پریبطوان هغه برخی چي انتانی یا غیری انتانی عواملو له کبله تخریب شوي وي باید د سرب په واسطه پوبن شي . وروسته د عملیاتو څخه باید د پریبطوان دجوف څخه هیماتوم پردي اجسام او نکروزی انساج لري شي یادا د پریبطوان جوف د معقم سلين سره تل پریمینځل شي . د پریبطوانایتس په حالاتو کي یا په هغه حالاتو کي چي وروسته د عملیاتو څخه د پریبطوان په ازاد جوف کي د هیماتوم تشکل با د زوي د تولیدو خطر موجود وي باید په مخصوص او ژورو ځای کي درونه تثبیت او تر څو چي پریبطوانی درناز قطعه شوي نه وي باید درونه و نه ایستل شي او ددي لپاره چي درنو په چار چاپره کي بطي غرو التصالق ونه کري درن ته هره ورڅ حرکت ورکړل شي .

**۳- د راپیشن له کبله که مزمن انسداد پیدا شوي وي .**

په اوله مرحله کوشش وشي چي زیات شعاع تطبیق نه شي او همداسي ناروغان همیشه تر کنترول لاندی وي په هغه صورت کي چي وروسته د شعاع ورکولو خخه انسدادي حالت پیدا شي یواحېنې تداوی بې عملیات دي . د کلمی هغه برخی چي د راپیشن له کبله تنکوالی یا تضییق پیداکړي وي قطعه او د کلمی پاتي برخه په لمري مرحله خوله په خوله انسټوموزورکړل شي . او که د مافوه

کلمي قطعه کول يې امکان نه درلودل يا د کلمي پراخه برخه ماوفه شوي وو نو side to side by pass انسټوموز باید اجرا شي که انسټوموز په غتو کلمو کي اجرا شوي وي د انسټوموز خاي څخه پورته باید کولوستومى اجرا شي . د تذکر وړ دي چي باید په دي ناروغانو کي د عملیات په وخت د کلمي د ډير لاس و هلو او د غيري ضروري التصاقاتو د خلاصولو څخه باید جدا ډډه وشي په غير ددي بیا انسدادي حالت مینځ ته راهي .

۴- د کلمي د کارسينوما په حالاتو کي :

په هره برخه کي په مفصل ډول تشریح کيري .

## دویمه برخه

### د پریطوان چراحتی نارواغی

### د پریطوان مختصر انتومی

پریطوان دیوه طبقه میزوتیلیل یا اندولیل (Mesothelial or Endothelial) ( حجراتو خخه عبارت دی چی دا نزی طبقه په خپل تول امتداد دیوه طبقه نرم منظم نسج چی د تونیکا پر اپریا (Tonica propria) په نامه یادیزی په سر هموار شوی دی. یا په بل عبارت پریطوانی پانی دیولاندنی نرم منظم طبقی په واسطه تقویه شوی دی. بدی منظم طبقی په مینځ کی شحمی حجرات ، مکروفاژ او یو شمیر کولاجن او ایلاستیک الیاف موجود دی. پریطوانی پانی د گیگی د جوف داخلی سطحه پونسوی چی د پاریتل پریطونیم (Parital- peritoneum) په نوم یادیزی. دا پریطوانی پانه دخیگریه علوی خلفی وجه کی او همداسی و روسنه ددی خخه چه د حوصلی چمکه او د گیگیدی د خلفی جدار بنکتنکتی برخه پونس کری دانشاشر په هذا دوباره انعکاس کوی او. او د داخل بطنی اعضاء او غرس طحه پونسوی. یا په بل عبارت د نومورو اعضاسو سیروز اطبقه (Visceral Peritoneum) تشکیلوی.

په نارینه وکی پریطوان یو ترلی جوف جوروی، اما په بنخو کی دا ترلی جوف ددهو رحمی تیبونو پواسطه درحم او مهبل له لاری باندی محیط سره تماس پیدا کوی لدی کبله په بنخو کی یوترلی جوف ندي.

جداری پریطوان د گیدی دجدارنی سطحه دحجاب حاجز شکتني سطحه - د حوصلی داخلی مخ او د گیدی د خلفی جدار داخلی مخ پونسوی.

خشوی پریطوان (Visceral Peritoneum) د گیدی داخلی غرس طحه په لاندی دول پونسوی:

۱-- کوم داخلی بطنی غری چی توله سطحه یی د پریطوان پواسطه پونسل شوی دی الف: کوم اعضا چه پریطوان نوموری عضو ته کپسول جوروی عبارت دی له خیگر او توري خخه .

ب: کوم داخلی بطنی اعضاء چی سیروزا طبقة یی د پریطوان پواسطه جوره شویده عبارت دی د معده-ملمری برخه د دثناء عشر-جیجنوم-الیوم سیکم - مستعرض کولون - سیگموئید-درکتون پاسنی برخه - رحم او مبیضونه.

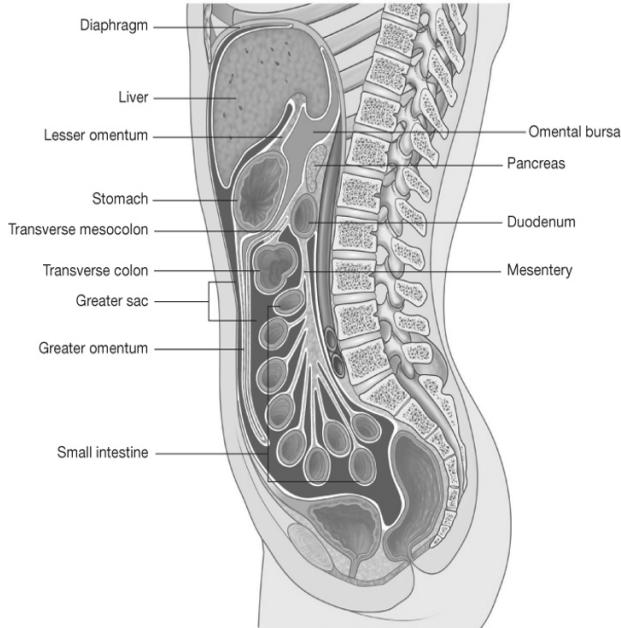
۲-- کوم داخل بطنی غری چی یوه برخه د هغود پریطوان پواسطه پونسل شویدی عبارت دی له دثناء عشر دو همه او دریمه برخه، نازله کولون، صاعده کولون، درکتون منخنی برخه، د مهبل پورتی برخه او دمثانی دجدار خارجی خلفی برخه

۳- کوم اعضا چی هیچ پریطوان د هغه په سرواقع شوی دی او دهه گی سره تماس لری عبارت دی د پیستور گو-بانپراص او د پیستور گی دباسه غده.

۴- کوم اعضا چی هیچ پریطوان سره تماس نه لری او کاملاً دپریطوان په خلف کی واقع شوی دی عبارت دی د ریکتون بنکتنکتی برخه ، دمثانی قاعده ، قدامی سطحه او غاره یی او د مهبل بنکتنکتی قدامی او خلفی جدارونه .

دپریطوان جوف دجداری او حشوی پریطوانی پانو په مینځ کی قرار لری چی په دوه واره او غبت پریطوانی جوفونو باندی ویشل شوی دی. پریطوانی ویوکی جوف یا (peritoneal cavity) دمعده په خلف کی قرار لری. پریطوانی غت جوف دمعده په قدام او د مستعرض کولون خخه بنکته واقع دی. دادوه جوفونه دیو سوری په واسطه چی د (foramen of epiploicum) یا (Foramen of winslow) په نوم یادیزی یو د بل سره ارتیباط پیدا کوی. دپریطوان سطح کاملاً بنویه دی ددی لپاره چی یوه طبقة پریطوانی پانی د بل پریطوانی پانی په

سطح باندی په اسانی سره و بنویسی د پریطوان په جوف کی معمولاً په یو کاھل سری کی ۱۲۰ ملی لیره مابع د سیروم په شکل موجود وي.



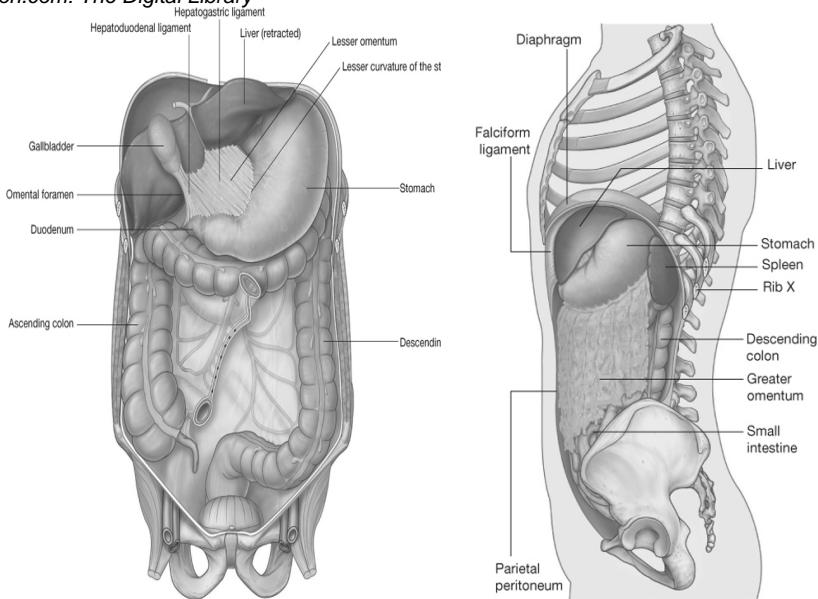
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.  
Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

### سرپ یا (Omentum)

د پریطوان د دوه پانو څخه جورشوی دا دوه پریطوانی پانی چې یوه ئی د معده قدامی مخ او بل ئی د معده خلفی مخ پوشنوي د معده دلوی اخنا په برخه کی سره بولو ځای کېږي او د لمن په شکل بنکته په ازاد دول د ورو کلمو په سطحه سیرکوی او بېړته دواره پریطوانی پانی پورتہ جکېږي او د کېږه سرب د جورولو څخه روسټه د مستعرض کولون قدامی او خلفی مخونه او د هغه د مسارېقی سطح پوشنوي او بلاخره د ګېډي د خلفی جدار په سطحه خپل سیر ته ادامه ورکوی.

پدې ډول کېږه سرب د دوه جوره (څلور طبقه) پریطوانی پانو څخه جوره شوی.  
د کېږه سرب شرائین: د چپ gastropiploic arteria چې یوه شعبه د طحالی شريان دی او د بنی Gastroepiploic artery چې یوه شعبه د Gastroduodenal artery دی او دا شريان یوه شعبه د کېډي شريان دی منشا اخلي.

او د سرب وریدی وینه په Splenic vein کی توئیزی او دا ورید په باب ورید ختمیزی.  
څرنګه چې د معده د اناتومی په مبحث کی ذکر شو چې سرب د التهاب د محدودولو وظيفه په غaire لری نو د پریطوان د جوف په هره برخه کی چې التهاب تائنس وکړي د سرب پواسطه محدودیزی او د هغه د انتشار څخه مخنیوی کوي.



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

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

### د پریطوان تعصیب (Innervation) :-

دجاری پریطوان د محیطی (somatic) او حشوی (visceral) اعصابو پواسطه تعصیب شوی دی نولدی کبله فوق العاده حساس وی او د پوستکی په شان د هرنونع تنبهاتو په مقابل کی خواب وای او د موضعی با عمومی دردونو سبب گرخی. دجاری پریطوان قدامی برخه با په بل عبارت هغه برخه د جداری پریطوان چې دگیدی د قدامی جدار سره په تماس دی فوق العاده زیات حساس دی او د جداری پریطوان هغه برخه چې حوصله بی پونه کړی نسبتاً لر حساس دی د جداری پریطوان د موضعی تنبهاتو او دهغه له کبله د موضعی عکس العمل د بشکاره کولو له مخی په سریریاتو کی د داخل بطني امراضو په تشخیص کی زیات استفاده ګیری. له هغه خایه چې د جداری پریطوان جروحات او تهابات د ګلوندی او نزدی ارادی عضلاتو د شخوالی او سپزم سبب گرخی نو دی عضلاتو عکس العملونه د تدرنس او (ربیاوند تدرنس) په شکل ظاهر کوي او د دی ظاهرا تو د موجودیت له مخی د داخل بطني امراضو سیر او پرمختګ تعینېږي.

حشوی پریطوان یواхи د اونتو نومیک اعصابو پواسطه تعصیب شوی دی او لدی کبله د فشاری او حرارتی تنبهاتو په مقابل کی پیر حساس ندی او د دی نوع تنبهاتو په مقابل کی داخل بطني اعضاء پیر لر د موضعی درد په شکل عکس العمل بشکاره کوي. حشوی اعصاب زیاتره د ترکشن (traction) او دیستشن (Distention) تنبهاتو په مقابل کی د کرمپ اوکولیک په شکل عکس العمل بشکاره کوي.

د ورو کلمو مساریقه او د صفراوی لارو تعصیب دیر به غنی دی او د تنبهاتو په مقابل کی د موضعی او د ګیدی د عمومی درد سبب گرخی. د مساریقه د شدید تنبهاتو په اثر مثلاً د مساریقه د زیات کشش له کبله عصبی عکس العمل د برادي کارڈیا (Brady cardia) او د هاپیو تشن (Hypotension) په دول بشکاره ګیری.

اما د ورو کلمو تعصیب په یواхи او جلا پول چندان بنه ندی او د ورو کلمو تنبهاتو په اثر یواхи د ګیدی په مینځنی برخو کې د لر مبهم درد په شکل عکس العمل بشکاره. د ورو کلمو د شدید

تبهاتو په اثر مثلاً د عملیات په وخت کي د کلمو د پير لاس و هلو سره يا د شدید التهابي تبهاتو په اثر حشوی عکسه د کلمو د فلچ په شکل تظاهر کوي.

### د پريطوان فيزيولوژي:-

#### ۱- پريطوان د یو قابل نفوذ پردي په صفت :-

په یو کاھل سري کي د پريطوان سطحه تقريباً ۲ متر و مربع پوري پراخواي لري يا په بل عبارت د پريطوان سطحه او د وجود د پوستکي سطح سره يو برابر وی یعنی پريطوان سطح د پښتوريکو د گلوميلور (kidney Glomerule) د فلتري سطح به نسبت پراخه ده. د پريطوان برخلاف د پوستکي یوه نيمه قابل نفوذ غشاء ده او په دوارو سمتونو کي د او بوه، الکترولايت، پينديو او ورو کي پروتئيني ماليکولو د انتقال سبب گرخي. یعنی د پريطوان جوف وجود خواهه او د وجود څخه پريطوان جوف ته د نوموري موادو انتقال د پريطوان له لاري صورت نيولاي شی.

په نورمال حالت د پريطوان په جوف کي تقريباً ۱۲۰ ملي لیتره په اندازه سيروم ډوله مایع موجود وي چې د مقدار مایع پواسطه د کلمو د عرواتو او د کلمو او د ګېيدی د جدار ترمنځ حرکات په اسانی صورت نيسی له هغه خایه چې پريطوان په دوه سمت مایعاتونه انتقال ورکولائي شی لدی کله پريطوان ته نيمه قابل نفوذ غشاء نوم ورکر شوي دي.

کوم مایع چې په نورمال حالت د پريطوان په جوف کي موجود دي د خارج الحجري مایعاتو یوه برخه جوروی د مایع اوسموتیک (osmotic) او هایدورلیک غلاظت د پريطوان د دوه سمت مایعاتو انتقال خاصیت کنترول په غاره لري. پدی دول کوم وخت چې د مایع غلاظت اضافه شی د وجود څخه پريطوان جوف ته مایعات کش کېږي او کوم وخت چې د پريطوان د مایع غلاظت کم شی د پريطوان د جوف څخه مایعات وجود خواهه داخليري.

د دی پسيف (passive) عملی په اساس د پريطوان په جوف کي د خیني داخل حجري او بین الحجري موادو فعل جذب ته زمينه مساعدېري او لدی لاري څخه یو شمير اضافه مواد د وجود څخه پريطوان جوف ته او له هغه خایه د باندي ايسټل کېږي او برخلاف کوم مواد چې د وجود په مینځ کي لړ دی پريطوان جوف ته اچول کېږي او د دی لاري وجود خواهه جذبېري د مثال په توګه یو مایع چې زیبات او به ولري او غلاظت یې لړ وی د پريطوان په جوف کي واجول شی دير ژر دههغه غلاظت بین الحجري مایعات یاد وینې د پلازم سره په تعادل راخی.

البومين، الکترولايت او بوری محولات په آزاد ډول د پريطوان د جوف څخه وینې ته او د وینې څخه پريطوان جوف ته تبادله کېږي. د پريطوان د پانۍ لخوا عموماً انتی بايونتیکونه جذبېري. (اندوژن او (اکسوزن) توکسیک موادو په شمول د باکتریا د توکسینو په اسانی سره د پريطوان له خوا جذبېري. او د عمومي اعراضو د منځته راتلو سبب گرخی له هغه خایه چې د پريطوان سطح وسیع او پراخه ده نو د موادو جذب او برخلاف د وجود څخه د موادو داخلیدل پريطوان جوف ته عموماً په کنټلوي ډول او په غشت حجم صورت نيسی.

د پښتوريکو د عدم کفایي په حالت کي چې د پتاسيوم او یوریا سویه په وینې کي دير جګ وی د مخصوص مایعاتو پواسطه چې پريطوان ته اچول کېږي او د پتاسيوم او د یوری غلاظت پدی مایعاتو کي دير لړ دی نو وروسته د څو ساعتو څخه د پتاسيوم او یوریا غلاظت چې په وینې کي زیبات دی پريطوان جوف ته داخل او له دی خایه څخه د باندي خارجېري چې دا عملیه د Peritoneal Dialysis په نوم یادېږي.

برخلاف د کلمو د اختناقی انسداد په حالاتو کي چې د کلمي د لومن او د نکروز شوي انساجو څخه توکسیک مواد پريطوان جوف ته داخليري ژر جذب او د عمومي اعراضو د منځته راتلو سبب گرخی. همداسې د پريطوان تبادلي په څنګ د حجاب حاجز لمفاوي قناتونه چې د پريطوان د جوف

په سقف کي قرار لري هم د او بيو او الکترولايتو په انتقال کي د وجود خخه پریطوان جوف ته او د پریطوان د جوف خخه وجود خواته مهم رول لوبيو او له همدي کبله ده کوم وخت چي د حجاب حاجز بنکته سطح د شدید التهابي حالت سره مخامخ کيري لر اندازه مایع د همدي لمفاوي قنانو له خوا پلوري اي جوف ته ازادي بر.

## ۲- د پریطوان عکس العمل د جروحاتو په مقابل کي :-

پریطوان وروسته د ژوبليو خخه دير ژر التيام کوي او د پریطوان وسیع ديفکت په طرف د خو ساعتو کي د مینځه ځي دا ځکه چي د پریطوان ترميم د پوستکي په شان چي د زخم د شوندي خخه مرکز خواته د اپېتل شونما صورت نيسی داسی ندي. بلکي یو شمير ميزوتيليل حجرات د پریطوان د نورمال سطح خخه مجروجه یا ديفکت ناهي ته مهاجرت کوي او حجروي شونما نه یواخي د پریطوان د جرحی د شوندي خخه شروع کيري بلکه کوم ميزوتيليل حجرات چي د جرحی په منځ او مخصوصاً د ديفکت ناهي په منځ کي ځاي په ځاي شوي دي وده او شونما کوي او پدي دول ځکه چي حجروي شونما دوه منښي لري نو پریطوانی زخم نسبت نورو زخمونو ته ژر التيام کوي. که د پریطوان نورمال التيام د التهاب له کبله په تاءخير واقچوں شي یا داچي ناتام التيام وکړي پدې وخت کي التصافات پيداکيردي. څرنګه چي د التهابي شوي ميزوتيليل حجراتو خخه فبرين افرازيري چي وروسته دا فبرين اکلوليتينشن کوي او فبريني التصافات مينځته راوري که دا فبريني التصافات ژر د منځه لارنشي او پاتي شي د هغه د منځ په طرف د پنځه تر لسو ورخو پوري فېربولاست حجرات تشکيل او د هغه په منځ او او عيه پرمختگ کوي او بالاخره اورګنایز کيري.

## ۳- د پریطوان انتانی ضد يا Anti-Infectieus خاصیت :-

په نورمال حالت پریطوان د انتاناتو به مقابل کي بنه مقاوم دی د مثال په توګه که یو مقدار باکتریا د پریطوان به جوف کي زرق شي دير ژر د فاگوسایتوزس د عملی په واسطه لمري محدود او بیا له منځه ځي او که عیني مقدار باکتریا پوستکي لاندي زرق شي حتماً ابسی جوروی یا داچي شدید سلولاپیش منځته راوري. د پریطوان باکتریابي التهاب هغه وخت منځه ته رائحي چي د پریطوان جوف په دوامداره توګه یا د یو شدید ویرولانس لرونکي باکتریا پواسطه ملوث شي. د پریطوان په جوف کي د انتان په مقابل په دوه میخانیکیت سره صورت نيسی.

### ۱- د انتان د محدودولو میخانیکیت

### ۲- د فاگوسایتوز د عملی په واسطه

۱- د انتان د محدودولو په منظور کوم ځاي کي چي انتان تاسيس شي د سرب حشوی او جداری پریطوان پواسطه نوموري انتان چاپيريري وروسته دهغه خخه د پریطوان د التهابي عکس العمل به اساس چي Vasodilatation صورت نيسی د او عيي د جدار خخه پلازما او فبرين خارج او د پریطوان به سطح مخصوصاً په هغه ځاي کي چي انتان محدود شوي دی یو فبريني سطح جوريري پدې دول له یوی خوا په څله پریطوان او له بلی خوا فبريني پاڼي انتان محدودوي.

۲- کوم وخت چي انتان محدود شو د پریطوان د جدار خخه د فبريني او د پلازما سره یوځای د ويني دفاعي عناصر هم خارجيري او د انتان د محدودولو خخه وروسته کوشش کيري چي د دی عناصر و پواسطه انتان فګوسیتی او د منځه لارشي.

د پریطوان په جوف کي د اجنبي اجسمو موجوديت د پریطوان د سطح د تخریش سبب ګرځي. او وروسته د تخریش خخه د پریطوان نورمال سطح څل طبیعي نسجي خاصیت له لاسه ورکوي یا په بل عبارت د اجنبي اجسمو د تخریش په اثر د پریطوان په سطح فبروزي نسج پيداکيردي او پدې وخت پریطوان نشي کولای چې څل انتانی ضد خاصیت او فعالیت په صحیح دول سرته رسوي.

۴ - مخکی تذکر و رکر شو چی د پریطوان په جوف کی یوه اندازه مایع موجود دی او دا مایع د حشوی او جداری پریطوان سطح بنوی کوی. پدی دول له یو خوا د کلمو استداری حرکاتو ته اسانیا برابرپری او له بلی خوا د گیبیدی جدار او حجاب حاجز حرکاتو ته د تنفس په وخت مرسته کوی. او دا دوه عضوی په اسانی سره د تنفس په حرکاتو کی اشتراک کوی.

### ۵ - د پریطوان د هایدرو استاتیک فشار :

په نورمال حالت د پریطوان داخلی فشار تقریباً انه سانتنی مترا او بونه رسیری. په هغه حالاتو کی چی د گیبیدی د جوف ظرفیت د حجاب حاجز یا د گیبیدی جدار د تقلس په اثر کم شدی د پریطوان جوف فشار زیاتیری. مثلاً کوم وخت چی سری و توخیری حجاب حاجز بشکته خواته راھی او د گیبیدی قدامی جدار تقلس کوی پدی وخت د پریطوان جوف فشار ۱۵۰ سانتنی مترا او بونه جگیری همداسی کوم وخت چی پریطوان التهابی شد گیبیدی په جدار کی شخوالی پیداکیری او داخل پریطوانی حجم کمیری او فشار یی جگیری.

### د پریطوان التهاب یا Peritonitis

تعريف :- د گیبیدی په جوف کی د جداری یا حشوی پریطوان سطح د تول یا د یوی برخی د التهاب خخه عبارت دی. دغه ناروغی ۲۵% د پریطوان ناروغی تشکلوي. په کلاسیک دول د پریطوان التهاب په ابتدایی یا primary او ثانوی Secondary ویشل شوی دی اما د رسیری او کلینیک له نظره دا تقسیمات چندان ارزښت نه لري ځکه کوم وخت چی جراح یو پریطونایتس ناروغ سره ماماخ کیری د حاد تفیحی پریطونایتس تر تشخیص لاندی خپل تداوی سرته رسوی او د پریطونایتس ابتدایی یا ثانوی حالت هغه ته کوم مفهوم نه لري.

د پریطونایتس تول واقعات له هره سببه چی وی د ناروغی په شروع کی پریطوانی پانی التهابی کیری او دهغه په تعقیب د هضمی جهاز ترانزیت او د عضویت د مایعاتو توازن خرابیری چی د دی دوه تغیراتو په اثر په ثانوی دول یو شمیر پنالوژیکی تغیرات په زړه، تنفسی جهاز، پیشورګو، اندوکراین غدوات او د عضویت د میتابولیکی په وظایفو کی منځ ته راھی.

د جراحی له نظره چی کومه طبقه بندی دیر ارزښت لري هغه په لاندی دول ده ۱ - local peritonitis:- البته په خاصه برخه کی تر یوه وخته دomentum باندی بدليږي. که پرختګ وکړی نو بیا په General Peritonitis ۲ - General Peritonitis :

### د پریطونایتس تصنیف (Classification of peritonitis)

په عمومی دول پریطونایتس په دوه عده ګروپو ویشل شوی دی

۱ - حاد پریطونایتس ---

۲ - مزمن پریطونایتس

۱- حاد پریطونایتس په دوه گروپو تقسیمیرو

الف: حاد تدقیقی پریطونایتس.

ب: حاد اسپتیک پریطونایتس(Acute aseptic peritonitis)

چې په لاندی گروپونو تقسیمیرو:

✓ د معده د عصاری له کبله (په لمري کي معقم مگر وروسته منتن کيروي)

✓ د پانکراس د عصاری له کبله

✓ د صفراء د عصاری له کبله

✓ د تشومتیازو له کبله

✓ حاد هیمو پریطونایتس

✓ میکونیم پریطونایتس

✓ Chylus پریطونایتس(دلمف دخارجیدو څخه د پریطوان جوف ته ددي باعث کيروي)  
Peritonitis

✓ موکوز پریطونایتس

✓ اندو توکسین پریطونایتس

✓ د معقم پردي اجسمو(foreign body) پریطونایتس: لکه د جراحی عملی نه وروسته د جراحی سامان او يا د ګاز د پارچې پاتی کيدل د پریطوان په جوف کي ددي ډول باعث کيروي peritonitis

✓ د باریوم پریطونایتس: که چېږي د رادیولوژیک معایناتو په وخت کي د باریوم اندازه زیاته شني نو د کلمو د باعث کيروي او دغه ډول peritonitis منځ ته راخي.

۲ - مزمن پریطونایتس په دوه گروپونو ويشل شوي دي:

الف : توبرکلوزی پریطونایتس

ب : غيری توبرکلوزی یا ګرانولوماتوز پریطونایتس

حاد تدقیقی پریطونایتس

اسباب:-

د حاد تدقیقی پریطونایتس اسباب په کلاسيک ډول په څلورو گروپونو کي ويشل شوي دي.

الف - هغه پریطونایتس چې د داخل بطني اعضاو د التهاب يا د ګانګرين په اثر يا داچي د کلمي د لومن څخه پریطوان جوف ته د مکروپونو د مهاجرت له کبله منځته راخي.

۱ - د هضمی جهاز د التهابی یا غیرالتهابی قرحتو سوری کیدل: - د اثناشر او د معدی قرحتو سوری کیدل په اوله مرحله کی د اسپتیک(Aseptic) او وروسته د تقيحی حاد پریطونایتس سبب گرخی. همداسي د محرقی د اختلاط په سیراو د کلمو په توبرکلوز او گرانولوماتوز افاتو کی هم هضمی جهاز سوری کیری او حاد تقيحی پریطونایتس منځ ته راوری او Diverticulitis هم باعث کیداشی د Peritonitis .

## ۲ - حاد اپنديسایتس (Acute appendicitis) :-

د حاد تقيحی پریطونایتس عمه سبب مخصوصاً مونبر په هیواد کی چې ناروغان ژر تر ژره داکتر ته مراجعيه نه کوي جوره وي. اما باید ووبل شی چې مخکی لدی څخه چې حاد اپنديسایتس عمومي پریطونایتس جور کری لمري موضعی دا څکه چې Omentum د ساحي څخه را چاپير کیری( نظر په مقاومت ناروغ او د مکروب وپرولانس) پریطونایتس جوره وي. او وروسته دا موضعی پریطونایتس په عمومي پریطونایتس بدليري کوم وخت چې عمومي پریطونایتس منځته راخي معمولاً موضعی اعراض او علامیم په تول کیده کی انتشار کوي او په ظرف د څو ساعت به عمومي بطني علامیم بدليري.

## ۳ - حاد سلپنجایتس (Acute salphangitis) :-

منتشر درد په تول کیده کي او بناکاره تندرنس، اسپازم او شخوالی د ګيدی به سفلی برخو کي د حاد سلپنجایتس په لمريو مرحلو کي موجود وي او د نفирه د التهاب د پرمختګ سره سم د عمومي پریطونایتس سريری اعراضو او علامیم هم منځته ته راخي.

## ۴ - د مساريقی د او عيي حاد بندوالی :-

د مساريقی او عيي حاد بندوالی د ګيدی د شديد درد سبب گرخی او د پریطونایتس سريری اعراض او علامیم د کلمو د ګانګرین کیدو او د پریطوان په جوف کي د ګانګرین شوی کلمي د انتان د انتشار له کبله منځته راخي.

## ۵ - حاد کولي سیستایتس :-

حاد کولي سیستایتس هغه وخت د عمومي پریطونایتس سبب گرخی چې التهابی شوی صفر اوی کثوري سوری شی او زوي يې په تول کیده کی انتشار وکړي.

## ۶ - حاد داپوريتیکولایتس :-

د اپنديسایتس به شان هغه وخت د عمومي تقيحی پریطونایتس سبب گرخی چې سوری شی. که داپوريتیکول په کولون کي موقعیت ولري د داپوريتیکولایتس د سوری له لاري زيات اندازه هوا پریطوان جوف ته داخليري او نه یوائحي د پریطونایتس سريری نظاهرات منځته ته راخي بلکي ګيده زيات توسع کوي.

۷ - د غتو او ورو کلمو په انسداد کي چې کلمي پير توسع کري وي او د انسدادي حالت څخه زيات وخت تير شوي وي د کلمي د لومن څخه مکروbone د کلمي د نري شوي جدار څخه تيريرې او د پریطوان په جوف کي خان رسوي او حاد تقيحی پریطونایتس جوره وي.

ب:- هغه پریطونایتس چې مکروبی عوامل د وينی له لاري پریطوان جوف ته راخي او پریطونایتس جوروی:-

په لوري فيصدى باكتيريا د هيماټونز له لاري د پریطوان په جوف کي داخليري او د عمومي پریطونایتس سبب گرخی چې ځینې مولفين دا نوع پریطونایتس ته ابتدائي يا Primary پریطونایتس په نامه یادوي دانوع پریطونایتس په نفروتیک او اسایتیک ناروغانو کي زيات تصادف کېږي.

ج - د پریطوان د چارچاپيری اعضاو ابسی ګانی که په معین وخت تداوى او درنائزنشی امکان لري چې د پریطوان په جوف کي به بنفسهی ډول تخليه او د عمومي پریطونایتس د منځته راتلو

سبب گرخی. مثلاً د پیتورگو، د څکر، د پانکراس د توری او د مساریقی د لفواوی غدواتو ابسى ګانی که په معین وخت او علمي بول تداوى نشي امکان لري چې د پریطوان به جوف کي درنائز او عمومي پریطونایتس جوړه کړي.

د -- هغه پریطونایتس چې د ګیډی د ترضیضاتو په مبحث کي په مفصل بول ذکر کېږي معمولاً وروسته د ګیډی د پېش یا تیره ترضیضاتو څخه د ګیډی د داخلی غړو ژوپلیدل او د دوى محتوي پریطوان جوف ته داخل او د حاد تقيحي پریطونایتس سبب گرخی.

### د ګیډی په جوف کي د انتان د انتشار خصوصیات:-

کوم وخت چې باکتریا د پریطوان په جوف کي داخل شی عموماً په بول پریطوان کي انتشار کوي او عمومي پریطونایتس منځته راوري. برخلاف پریطوان د خپل مدافوعی میخانیکیت په اساس په زیاتو وافعاتو کي د باکتریا د انتشار څخه مخنيوی کوي او یو شمیر یې له منځه وری. که د پریطوان مدافوعی میخانیکیت د انتان د محدودلو په هکله په لمړی مرحله کي موفق شی او همداسي د باکتریا او عضویت د مدافوعی عناصر او د مدافوعی مقابلي په نتيجه کي انتان محدود پاتې شی پدی وخت کي د پریطوان په جوف کي په موضعی بول منځ څایونه او ابسى ګانی تشکلوي. که د پریطوان او د عضویت لمړی مدافوعی میخانیکیت د انتان په محدودلو کي موفق شی پدی وخت کي انتان د پریطوان په جوف کي انتشار کوي او باکتریا د اکسوسداتیف او ترانسوسداتیف مایعاتو په منځ چې د پریطوان په جوف کي راتولیری وده او نشونما کوي او عمومي پریطونایتس منځته راوري. په حاد تقيحي پریطونایتس کي چې باکتریا د پریطوان په جوف کي شدیداً فعالیت کوي د وجود عکس العملونه هم د انتان په مقابل کي شدید وی د انتان شدت او سرعت په حاد تقيحي پریطونایتس کي په لاندی فکتروو پوری اړه لري.

#### ۱ - د ملوث ګونکی باکتریاو په ویرولانس:-

کوم وخت چې پریطوان جوف د معدی معایي لارو د منتن مادوو په واسطه ملوث شی یو داسي تقيحي پریطونایتس منځته راوري چې په هغه کي د پتوژن مکروبونو زیات انواع ( Mixed or (polymicorbial) مداخله لري کوم مکروبونه تو چې د حاد تقيحي پریطونایتس سبب گرخی په ترتیب عبارت دی له ، Aerobic coliform مکروبونه، انايروبیک Bacteroide استرپتوبکوک او كولستریديا.

په تقيحي پریطونایتس کي د مره کيدو خطر د پریطوان په جوف کي د پتوژن مکروبونو په شمیر او زیاتوالی پوری مستقیماً ارتباط لري. کوم وخت چې غایطيه مواد د پولی مکروبیال په شکل پریطوان ته داخل شود پریطوان په منځ کي مکروبونه د Synergistics په شکل فعالیت کوي او د دی مکروبیو مخصوص ویرولانس د هنر نوع مکروب د جلا جلا ویرولانس څخه زیات وی او دا ثابته شوی ده چې د پریطوان په منځ کي د انايروبیک مکروبیو موجودیت نه یواخی د ایروبیک مکروبیو د ویرولانس د زیاتوالی سبب گرخی بلکی د دی مکروب د موجودیت په اثر داسي زمينه مساعدیدري چې کوم ایروبیک مکروبونه چې په نورمال حالت یواخی د اسی د منځه ته راتلو سبب گرخی پدی حالت کي د عمومي پریطونایتس سبب گرخی د تقيحي پریطونایتس په حالاتو کي کوم وخت چې فکر کېږي انايروبیک مکروبونه مداخله لري که د عملیات په وخت د ګیډی جوف لپه تر لړه د دوه ساعتو لپا ه ازادي هوا سره په تماس کي پاتې شی وروسته د عملیات څخه د انايروبیک مکروبیو د بیبا مداخلی خطر بېر لړو وی.

#### ۲ - پریطوان د ملوث کيدو په ساحه او د ملوث کيدو په موده کي :-

هر څومره چې د پریطوان وسیع ساحه ملوث شوی او په هماغه اندازه انتان شدید سیر کوي او همداسي هر څومره چې د پریطوان جوف زیات وخت لپاره د انتان سره په تماس وی په هماغي

اندازی سره زیات ملوث کیری او انتان شدید سیر کوی د مکروبوونو د انتشار په برخه کی د پریطوان په منځ د کلمی حرکات او د ګیډی د جدار او د حجاب حاجز حرکات او د خمکی جاذبه قوه مهم رول لري. همداسي د پریطونایتس وختا او وسعت نه یواهی انتان د منبع په وسعت (د معدي معياري په لارو کي د سورکي پراخواли) پوري اره لري بلکي د معدي معياري په فقات کي د انتان د منبع په موقعیت پوري هم ارتباط لري. مثلا د کلمو د پاسني برخو محتوي نسبت د کلمي د بشكتني برخوته پير منتن ندي.

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

کوم وخت چې د پریطوان په جوف کي د مکروبو سره یوځای هیموگلوبین او موکوز موجود وي پریطونایتس په وخیم ډول سیر کوی ټکه چې د دی مواد موجودیت د مکروبو لپاره بهترینه زرعیه وسط دی. همداسي د پریطوان په جوف کي داجنبی اجسامو موجودیت مخصوصاً هغه اجنبي اجسام چې پروتئيني خاصیت ولري د التهاب د شدت او وختا سبب ګرځي. لکه همانوم، موکوز، مړ نسج او داسی نور.

### ۴ - غیرکافې تداوى او موئخر تداوى :-

په ټول بطني ترضیضاټو کي مخکي د دی خخه چې د پریطونایتس واضح سریري لوحة بنکاره شي باید جراحی عملیاتو ته افadam وشي. او د ځنډ په صورت پریطونایتس که موجود وي شدت پیداکوي. همداسي د پریطونایتس په حالاتو کي انتى بايوتنيک ورکول د انتان د محدودولو په منظور مخکي د عملیات خخه مخصوصاً هغه وخت چې ناروغ د مجھز روغتون خخه لري وي مفید دي اما د اساسی تداوى په منظور غلط دی بلاخره په داخل بطن کي ابسی ګانی باید حتماً په معین وخت درناڻ شي او د معابيني په وخت د زیات او شدید ماڼور ورکولو خخه ډډه وشي په غير د دی امكان لري چې ابسی وچوی او انتان په ټول پریطوان کي انتشار وکړي. همداسي د داخل بطني ابسی ګانو په موجودیت د قوی لکزاتیف دواکانو د تطبيق خخه باید ډډه وشي ټکه چې د لکتزاتیف دواکانو د تطبیق سره د کلمو استداري حرکات اضافه او د ابسی جدار به د کلمو د عرواتو پواسطه جور شوی دی تخریبېږي او د ابسی محتوى د پریطوان په جوف انتشار کوي.

### د پریطوان اناتومویتالوژیک تغیرات په حاد تدقیحی پریطونایتس کي :

د انتان او التهاب په اثر په پریطوان کي لمري هاپر ایمیا پیداکیری چې ترانسودیشن سره تعقیبېږي. د پریطوان په لاندی طبقاتو کي ازیما او احتفان فوراً منځ ته راهي د پریطوان له لاری د جذب عملیه خراپېږي او له هغه ځایه چې په پریطوان کي هاپر ایمیا موجود دي د نورمال په نسبت کوم شیان چې دیبر غشت مالیکول وزن لري هم د پریطوان د فلتل خخه تیرېږي. د خارج الحجروی مسافتونو خخه د مایعاتو ترانسو دیشن د لوړ اندازی پروتئین احتوا کوي پریطوان جوف خواته د زیات اندازه پولی مورفونوکلیبر لوكوسیتو سره یو څای صورت نیسي او د دی په مقابل کوم مکروبی توکسین او مواد به د پریطوان په جوف کي تول شوی دي د پریطوان له خوا جذب او دوران ته داخليږي نو پدې مرحله کي پریطوان دیو څلور لاری په شکل رول لوښو څرنګه چې یو شمیر مواد د دوران خخه د ګیډی جوف ته او یو شمیر مواد د ګیډی د جوف خخه د دوران خوانه انتقال ورکوي.

وروسته د ترانسودیشن د مرحلې خخه په پریطوان کي د اکسودیشن مرحله شروع کیري. څرنګه چې د التهابي پریطوان خخه چې التهاب بې پرمختګ ګرۍ ده یوه اندازه اکسودات مایع چې زیات اندازه پروتئین، فبرین او د پلازما نور پروتئيني مواد احتوا کوي خارج او د پریطوان به جوف کي توپېږي. دا مایع پرند کیدو ته میلان لري چې د دی مایع د پرند کیدو په اثر د کلمو

عروات یو بل سره یا نورو احساو سره یا د گیدی د جدار سره التصاق کوی او دا التصاقات د انتان د محدود و لو په هکله ډیر مرسته کوی د انساجو په منځ کي د ریبونوکلیک اسید(RNA) او دی. ریبونوکلیک اسید(DNA) نسبت او موجودیت د ډروتین د تولید د مشعریه صفت قبوله شوي ده. او د پریطونایتس په حالاتو کي د حجراتو په منځ دی دوه مادو مقدار د نورمال څخه کمیری او کوم وخت چې التهابی وتیره د ۲۴ ساعتو څخه زیات د پریطوان په منځ کي په فعل دوی پاتی شی د انساجو په منځ کي د دی دوی مادی مقدار کمیری. او څرنګه چې دا دوه مادی د حجراتو د تشکیل اساسی ماده ده نو پدی وخت د پریطوان ترمیمي فعالیت هم کمیری. دی وتیری په څنګ د حجراتو هایپوکسیا او د باکتریا له خوا د کولاژن او د پروکولنیک انزایمو افراز د کولاژن دستنیز څخه مخنیوی کوي.

#### د پریطونایتس پټژنیزیس :-

په پریطونایتس کي د عضویت په یو زیات شمیر اعضاو کي تغیرات منځ ته راخی چې دا تغیرات په هره عضوه کي به جلا جلا دوی تر مطالعی لاندی نیسو.

**۱- معایی تغیرات :-** د پریطوانی تخریش په مقابل کي د کلمو لمري عکس العمل د هغه د حرکاتو د زیاتولی په شکل ظاهر کوي. وروسته د یوی لندي مودی څخه د کلمو د حرکي فعالیت به انحطاط راخی او یو ادینامیک الیوس منځ ته راخی. چې دی الیوس په اثرکلمی توسع کوي او دهغه به منځ کي ګازات او مایعات تجمع کوي. تول شوی ګازات د هغه ګازاتو څخه عبارت دی چې ناروغ د خولی له لاری تیروی. کوم وخت چې الیوس منځ ته راغي د کلمی د لومن په منځ کي څرنګه چې میخانیکیت بی د انسداد په میث کي تشریح شوی دی د مایعاتو Exsorption زیاتیری. برخلاف د کلمی د لومن کي د مایعاتو جذب یا Insorption خرابی. او بلاخره د هضمی قنات په منځ کي د مایعاتو د سوی د جگوالی په اثر ناروغ ته ګانګی پیدا کیږي.

**۲ - هایپو والیمیا :-** څرنګه چې تذکر شو د التهاب پواسطه په پریطوان جوف کي هایپریمیا او د اویی توسعی منځ ته راخی. او د اویی د جدار څخه د پلازما په شان مایعات خارج او پریطوان جوف ته د اکسودات او ترانسودات به شکل توپیری. د مساریقی او دهغه د نرم منظم نسج په منځ کي چې د حشوی پریطوان لاندی واقع دی د خارج الحجروی د مایعاتو د نفوذ په اثر ازیما ئی کیږی. کوم خارج الحجروی مایعات چې د توسع کړی هضمی کانال په منځ کي راتولیزی د رکوکت په حال پاتی کیږي. په خلاصه دوی په ۲۴ ساعتو کي د پریطوان په جوف او د کلمو د لومن په منځ یا په بل عبارت د عضویت په دریمه فاصله کي (third-space) د څلورو څخه تر شپرو لیترو پوری او بو او الکترلایت او پروتین مواد تولیزی.

**۳ - اندوکرینی تغیرات :-** پریطونایتس حالت پر یو زیات شمیر اندو کرینی اعضو باندی تنبهی تائیر لري. د تولو اندوکرینی ګرو څخه مخکی د پیښتورو ګو د پاسه غدی مخ(Medulla) د پریطونایتس په مقابل کي ژر عکس العمل بنکاره کوي. څرنګه چې د (ایپی نفرین) او (نوراپی نفرین) د افراز پواسطه د وجود د اویی د تقبض تکی کارديا او د خولی د زیات افراز سبب ګرځی.

د پیښتورو ګو د پاسه غدی قشر د پریطوان د التهاب يا جرحي د تنبيه پواسطه د دوه یا دری ورڅو لپاره زیات مقدار کورتیکال هورمون افرازوی.

د پریطونایتس د هایپو والیمیا په مقابل کي د دلوسترون او انتی دایبورتیک هورمون افرازات هم زیاتیری. چې دی دوو هورمونون تر نا شیر لاندی د پیښتورو ګو څخه اوبو او سودیم زیات نه اطراف کیږی. اما له هغه ځایه چې د اوبو احتباس نسبت سودیم احتباس ته زیات دی نو د پلازما په منځ یو نسبی هایپوناتریمیا موجود وي. د درقی غدی میتابولیکی فعالیت نسبتاً اضافه کیږی او لدی کبله د پریطونایتس د تاسیس په وخت ناروغ زیات اترژی ضایع کوي او ډیر خولی کیږي.

**۴- د زره په وظایفو کی تغیرات:** - په زره باندی د پریطونایتس تاثیر د خارج الحجروی مایعاتو د کموالی او د اسیدوز د پرمختگ په اندازه پوری اره لري. د خارج الحجروی او د وینی د حجم کموالی د دی سبب کیری چی وریدی رجعت لړ شی یا په بل عبارت لړ مقدار وینه قلب ته مراجعت کوي او په همدي شکل لړ مقدار وینه د زره څخه خارجېږي. یا په بل عبارت زره دهانه یا کمپیری.

او د دی لپاره چی د عضویت د احتیاج ور وینه ژر ژر انساجو ته ورسیری د زره فعالیت اضافه کیری او تکی کارديا منځته راخی. د پریطونایتس په پرمختالی واقعو کی د زره ضربان شمير زیاتولی هم د عضویت د احتیاج ور وینه نشی رسولای او له بلی خوا نه اسیدوز د متفرقی سیر په اثر د زره تقاضی قفترت کمپیری او په نتیجه کی د زره دهانه نور هم بشکته راخی. چی د زره د دهانی د کموالی په اثر حیاتی انساجو لکه د دماغی نسج، حکر، پښتوګو، پانګراس او نوروځایوته کافی وینه نه رسیری او د دی اعضاو په وظایفو کی اختلال او کموالی منځته راخی.

**۵- تنفسی تغیرات:** - د ګیډی توسع دکلمو د فلجي انسداد له کبله د دی سبب کیری چی د حجاب حاجز او د بین الضلعی عضلاتو حرکات محدود شی. د دی دوی عضلاتو حرکات محدودېل د تنفس حجم د کموالی سبب ګرځی یا به بل عبارت سبری نه انقباض او انبساط نشی کولای نو لدی کبله د سپرو په قائدنه کی اتلکتازیس پیدا کیږي.

د پریطونایتس یه لمريو مراحلو کی د تنفس حرکاتو په شمير زیاتولی ليدل کیری. او دا زیاتولی د هغه تنبهاتو په اثر منځ ته راخی کوم چی د تنفس حجم د کموالی په اثر د عضویت په انساجو او وینه کی د کاربن دای اوکساید زیات مقدار تراکم کوي. باید و ویل شی چی د کاربن دای اوکساید تراکم نه یواځی د تنفس حرکاتو د زیاتولی سبب ګرځی بلکه اسیدوز هم منځته راوړي. او په نتیجه کی انايروبیک حجروی میتابولیزم منځته راخی.

**۶- د پښتوګو په وظایفو کی تغیرات:** - هایپواليمیا او د زره دهانه کموالی د انتی دیورتیک هورمون او د دسترونون د افراز د زیاتولی سبب ګرځی. د پریطونایتس په حالت کی نوموری تغیرات په سینېرژتیک ډول پر پښتوګو باندی تاثیر اچوی او د پښتوګو د ورانی وینه محدودېږي. چی د هغه په اثر د ګلومیرو لار فلتريشن او د توبولونو په منځ کی د تشومتیازو په جریان کی کموالی پیداکړۍ. له بلی خوا د اوپو او د سودینم به دوباره جذب کی لازیاتولی ليدل کیری. او زیات مقدار پتانسیوم ضایع کیري. په نتیجه کی د پښتوګو وظایف مختلف او د تشومتیازو اندازه کمپیری. چی دا حالت میتابولیکی اسیدوز ته چی د تنفس عکس العملو له کبله منځته راغلی وو نور هم تشديدو.

**۷- میتابولیک تغیرات:** - اوکسیژن ته د عضویت احتیاج د زیاتولی سره موازی د عضویت میتابولیک فعلیتونه هم اضافه کیري. د سرو او د زره د فعلیتو د تشوش په اثر په دورانی وینه کی د اوکسیژن مقدار کمپیری نولدی کبله په عضویت او نور محیطی انساجو کی انايروبیک حجروی میتابولیزم منځ ته راخی او دهغه محصول یعنی اسیدلکتیک د حراتو په منځ تراکم کړ په موضعی ډول شریانونه توسع کوي. په دی شرط چی هایپواليمیا موجود نه وی. د زره دهانه زیاتیری او په نتیجه کی په محیطی ارواء کی زیاتولی پیداکړۍ. او کوم اسیدی مواد چی د حراتو به منځ تولید شوی دی په دروان کی داخل او حرات ايروبیک میتابولیزم ته اماده کیري. کوم وخت چی د پریطونایتس په اثر هایپواليمیا منځته راشی پاسني نورمال وتیره سرته نه رسیری او کوم اسیدی مواد چی د حراتو 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 خرنگه چې مخکی ووبل شو په معاوضوی دول د اپی نفرین او نارایی نفرین د افراز له کبله عمومی Vasoconstriction منځته راخی. او پدی دول پوستکی، عضلات او بطنی او خارج بطنی احشاء ارواء کمیری. او لدی کبله هم اسیدی تولید شوی مواد د حجراتو په منځ کی خای پر خای پاتی کیږي.

همداسي د پیستورګو د خراب ارواء له کبله د پیستورګو کلیرانس د دی اسیدی موادو په مقابله کیږي. او یوه اندازه اسیدی مواد چې د حجراتو څخه په دوران کی د اطراح لپاره داخل شوی دی په دوران کی پاتی کیږي او بلاخره په نتیجه کی میتابولیکی اسیدوز په بیر شدت منځته راخی. د څکر د ګلایکوژن ذخیره د پریطونایتس په حالت کی په ناخاپې دول په مصرف رسیری. د انسولین افراز د Islet cell ډیاپسٹه زیاتیری. خو بیا هم د عضلاتو په منځ کی ګلکور نه ذخیره کیږي او عضویت د خپل احتیاج ور انرژی د تولید لپاره د خپل شحمی ذخایرو څخه استفاده کوي او بلاخره د دی ذخایرو د تمامیدو څخه وروسته پروتئین کتابولیزم مخصوصاً په عضلاتو کی شروع کمیری او پدی دول که ناروغ بی د تداوی پاتی شی په ظرف د خو ورخو کی خپل ۲۰ یا ۳۰ فیصده وزن کموی.

### د حد تقيحي پريطونايتس سريري ئظاهرات :-

#### سريري اعراض :-

۱—**ګلیدی درد :-** د ناروغی یوه بارزه او عده عرض دی درد امکان لری چې په ناخاپې دول شروع شی. مخصوصاً چې پریطونایتس د ګلیدی د داخلی غرو د څیری کیدو له کبله منځته راغلی وی. یا داچې درد په تدریجی دول اضافه کیږي. د پریطونایتس د تاعسیس په دوره کی درد ثابت، دوامدار، ګلک او د ورکی حرکت سره اضافه کیږي. د درد شدت زیات د ګلیدی په هغه ناحیه کی توضیع لری چې د هغه څای پریطوان شدیداً التهابی شوی وی. د درد شدت هغه وخت کمیری چې التهاب موضعی کیدو ته میلان ولری. برخلاف د درد د شدت هغه وخت نورهم زیاتیری چې التهاب د پریطوان په جوف کی انتشار ته میلان ولری.

- بی اشتہایی : د ټولو تبه لرونکی او التهابی امرا ضو په شان په پریطونایتس کی هم ناروغ شدیداً بی اشتہایی لری او هیچ دوچی خورلو ته میلان نه لری.

- زره بدواли او کانګی : دا عرض دیر عمومیت لری زره بدواли همیشه د کانګو سره ملګری وی.

- تنده : ناروغ د تندي څخه شدیداً شکایت کوي.

- تبه : تبه عموماً منقطع او د ریبیو سره شروع کیږي او وروسته بیا دوامدار تبه موجود وی، د وجود د حرارت درجه د سانتی گراد ۳۸ درجو څخه ۴۰ درجو پوری فرق کوي، په څوانانو کی تبه عموماً جګ وی برخلاف د زیرو، او کوم څلک چې بیا سو تغذی دی په متوضه اندازه تبه پیدا کوي.

- تکی کارديا : پدی ناروغانو کی عموماً نبض سريع او تش جس کیږي، او د نبض دا دوه خاصیت په هایپو والیمیا د لالټ کوي، او هر څومره چې هایپو والیمیا زیات وی به هماګه اندازه نبض سريع او تش جس کیږي. د ناروغانو د وینې فشار په شروع کی دیر لړ بشکته وی او د تأسیس په صفحه کی سره لدی چې مایعات زیات ضایع کیږي د محیطی او عی د

معوضی Vasoconstriction له کبله د وینی فشار بیا هم زیات بنکته نه راخی، اما کوم وخت چې اندو توکسین خپل اعظمی تاثیر بو عضویت باندی واجول او سپتیک شاک تاسیس کړ نبض غیر قابل د جس او د وینی فشار غیر قابل د اندازی وي.

- تنفسی وضع : په دیروصفی شکل د ناروغ تنفس سطحی او شمیر یې زیاتیری، د تنفس شمیر لدی امله زیاتیری چې د وجود ټول انساج په هاپیو کسیا اخته کیږی او سطحی لدی کبله چې که ناروغ ژور سا وباشی نو د ګیدی درد اضافه کیږی نو د درد د کموالی له کبله ناروغ سطحی تنفس اجرا کوي.

### سریری علایم :-

- تفتیش : د پریطو نایتس ناروغان آرام او بی حرکته په بستر کی ستون ستاخ پراته او ورنونه یې پر ګیدی باندی دقیص په حالت نیول او د درد له کبله د ګیدی جدار په تنفسی حرکاتو کی هیڅ ټول اشتراک نه کوي او ناروغ یواځی صدری تنفس لري، د ناروغ ګیده متوجه او د صدر د سوبی خخه امکان لري لړ جګ وي.
- جس: د جس پواسطه په ټول بدنه کی تترنس موجوده وي، تترنس زیاتر د ګیدی جدار په هغه ناجیه کی وي چې پریطوان زیا ترپه التهاب اخته شوی وي، د تترنس ترڅنګ (ناروغان ریبوند تترنس)(rebound tenderness) او ریفیرد تترنس (refer tenderness) هم لري، د ګیدی جدار تترنس او شخوالی هغه وخت رامنځته کیږی چې جداری پریطوان شدیداً التهابی شي او د نوموری التهاب له کبله په عکسوی ټول ګیدی جدار شخوالی پیدا کوي او داشخوالی تردی اندازی پوری رسیری چې په کلاسیک ټول د لرگی د تختی په شان ګلک کیږی.

- فرع: له هغه خایه چې د فلچ شوی او متوجه کلمی په منځ کی ګازات راتولیری نو د فرع پواسطه په ګیده کی مخصوصاً د ګیدی په اطرافوکی وضاحت یا Hyper resonance موجود وي، په هغو حالاتو کی چې د ګیدی تشن غری سوری شوی وي د سوری له لاری ازاد هوا پریطوان جوف ته داخل او حجاب حاجز مخصوصاً پدی طرف د حجاب حاجز او د جګر په منځ موقعیت لري او د جګر اصیلت د فرع پواسطه د مینځه تلى وي، همداسې د فرع په واسطه هم تترنس موجود وي چې د فرع تترنس د جس تترنس خخه په رسیراتو کی با اهمیته ده او د فرع تترنس د تشخیص پواسطه د ګیدی اعظمی التهابی ناجیه تعینېږي.

- اصغاً: د اصغا په واسطه پریطونایتس په شروع کی د کلمی آوازونه خفیف اور بدل کیږی، اما د پریطو نایتس د دوری د بنکاره ګیدو سره یوځای د کلمی آوازونه هم د مینځه ځی او تقریباً د فلچی انسداد په شان د کلمی آوازونه اور بدل کیږی،

- مقدی او مهبلی معاینه: د رسیری تشخیص لپاره اساسی معاینه ګنل شوی دي، د دی معاینه پواسطه دو کلاس جوف په جدارونو کی تترنس او د حوصلې په مینځ کی که

کوم کنله موجود وی تثبیتیری، سریره د پاسنی معلوماتو خخه په بنخو کی د مهلي معانيي  
پواسطه تثبیتیری، چې ايا پريطنونايتس د تناسلی داخلی اعضاو خخه منشا اخيستي ده که نه.

## د حاد تقيحي پريطنونايتس تشخيص :

د حاد تقيحي پريطنونايتس تشخيص د سريري اعراضو، لابراتواري او راديوكرافيك معانيانتو  
پواسطه اجرا کيرى، د ويني په معانيه کي لوکوسايتوزس عموماً موجود وی اما د حاد  
پريطنونايتس په ھيني واقعاتو کي یواھي سڀن کوروبيات بدون د Differential و شميرل شى  
داکتر ته غلطه لارښونه کوي د مثال په توګه د حاد سڀن پريطنونايتس په حالاتوکي د  
سڀن کوروبياتو شمير د نورمال چې د سڀن کوروبياتو زيد شمير په  
التهابي ناحيه کي په فعالitet بوخت وی او لر شمير يې په دوران کي پاتي کيرى، اما که پدي وخت  
ديفرنشيال اجرا شى ليدل کيرى چې د سڀن کوروبياتو ساختمان چې خوانه ميلان پيدا کوي دي، يا  
په بل عبارت خوان سڀن کوروبيات او پولی مورفو لوکوسايتونه په زياته اندازه دوراني ويني ته  
داخل شوي دي چې د عضويت په شديد التهابي حالت دلات کوي، سره لدی چې د سڀن کوروبياتو  
شمير د نورمال حالت خخه لر دي.  
همداسي په دی نارو غانو کي د شديد دېهايدريشن له کبله هيمو کونسنتريشن او ميتابوليک اسيدوز  
موجود وی.

## راديو لوژيک معانيات :-

د گيدهي په ساده راديوكرافى کي د فلجي انسداد لوحه بشكارى خرنگه چې د ورو او غنو کلمو  
خپالونه چې توسع کري او د گازاتو خخه ډک شوي دي او په ھيني ھابونوکي د گاز او مایع سویه  
پيدا شوي دي معلومميري، د پسواس داعضلى (psoas muscle) خيال امكان لري معلوم نشي لکه  
چې د پريطنون په جوف کي زوي توله شوي دي، حجاب حاجز د ھگر خخه د نوي سپورمى په  
شكل د ازاد هوا پواسطه جلا شوي بشكارى او دا علامه هفه وخت د ليدو ور وی چې د گيدهي یوه  
تشه عضوه لکه معده --- وری با غني کلمي سوری شوي دي، (راديو گرافى باید په ولار حالت  
کي واخيسن شى)

## بطنی پارا سنڌيزيس :- Abdominal paracentesis

د پريطنونايتس په مشکوکو واقعاتو کي مخصوصاً چې د گيدهي نافذه جرجه موضوع د بحث نوي  
يا د اچي ناروغ زور وی ( خکه چې په زاره خلکو کي د پريطنونايتس سريري اعراض دير  
وصفي نه وی) بطنی پاراستيز يا بطنی لواز د زوي د لاس ته راوستلو په منظور تشخيصي  
اهميت لري او باید اجرashi.

## تفرقې تشخيص:-

1. د کلمو انسداد :- د کلمو انسدادي دردونه په لمريو مراحلو کي عموماً پريوديك وی او د  
گيدهي جدار لکه چې په پريطنونايتس کي د تختي په شان ګلک وی د کلمو په انسداد کي دا  
وصف نه لري، اما د انسداد په ورستيو مراحلو کي چې کلمي گانګرين شوي وی درد  
دوامدار او په حقيقى دول د انسدادي لوحى په سر د پريطنونايتس لوحه هم ضميمه کيرى.

2. د نمونيا سره :- د سرود قاندي لوبار نمونيا (lobar pneumonia) درد عموماً گيدهي  
خواته انتشار کوي اما پدي نارو غانو کي ريباوند تدرنس او د گيدهي د جدار غير ارادى  
شخوالی موجود نوي، همداسي پدي مرض کي تنفس بطنی اما په پريطنونايتس کي تنفس

صدری وی بلاخره د سرو د فزیکی اور ادیوگرافیک معایناتو پواسطه نمونیا د پریطو نایتس خخه په ساده ډول تفرقی کیری.

3. یوریمیا (Uremia) :- دیوریمیا (Uremia) په سیرکی عموماً فاجی انسداد او د گیبید توسع پیدا کیری همداشی د پنستورګو مزمن عدم کفایه زیانره اپنڈ یسائیتس لپاره زمینه برابروی او د دی ناروغری د مینځ ته رانلو سبب ګرځی، او څرنګه چې په دا دوو حالاتو کی د گیبید منتشر درد موجود وي نو پدی حالاتو کی د حاد تقیحی پریطو نایتس سره په مشکل تفرقی کیری.

4. د خینی خزنده ګانو مخصوصاً د Black widow spider ډچېلوا خخه وروسته د حاد پریطو نایتس په شکل د گیبید منتشر دردونه پیدا کیری اما د ناروغری د تاریخچی پواسطه تشخیص په صحیح ډول وضع کیری.

5. حاد پانکراتایتس (Acute Pancreatitis) :- پدی ناروغری کی هم د گیبید منتشر شدید درد موجود وي خو پدی ناروغری کی درد په ناخاپه ډول پیدا کیږي او دوینې په سیروم او شتو متیازو کی د امیلیز سویه ډیره لوره وي چې د ناروغری د تشخیص او تفرقی تشخیص لپاره ډیر با اهمیت ده.

### د پریطونایتس د څو اړخیز تداوى معاصر پرنسيپونه:-

د پریطو نایتس تداوى په دری مرحلو کی ترسره کیری.  
A. د عملیاتو خخه مخکی اهتمامات او تداوى.

B. جراحی تداوى

C. وروسته د عملیات خخه اهتمامات او تداوى.

### A. د عملیات خخه مخکی اهتمامات او تداوى:-

مخکی له تداوى خخه اساسی اهتمامات په لاندی ډول نیوں کیری:

1) د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول.

2) د انټی با یوتیک تطبیق

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

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

**د عضویت د مایعاتو توازن برقرارول:**

ناروغ ته په کافی اندازه مایعات باید ورکړل شی ترڅو چې د وینې حجم او تشو متیازو اطراح تقريباً نورمال سرحد ته ورسيري. په هغه ناروغانو کي چې د دوي مرکزی وريدي فشار د ۱۰ سانتی متر او بوا خنه لر دی باید وریدي مایعات دير ژر او په سرعت سره تطبیق شی، اما کوم وخت چې دا فشار لس سانتی متر او بوا ته ورسيد داخل وریدي مایعات باید ورو ورو تطبیق شی. یواخی کوم ناروغان چې د زیره په احتقانی عدم کفایه اخته وی په هغوي کي له اوله مایعات د ورید له لاری ورو ورو ورکول کيری. په غير د دی که نور ناروغانو ته مایعات په سرعت تطبیق نشي امکان لري ناروغ د شاك خنه ونه وحی. ناروغانو ته عموماً باید کريستالوئيد مایعات ورکړل شی. ترڅو کوم او بوا او الکترولايت چې د کلامي او پرېټوان په جوف کي راټول شوېدي معاوضه شی. وينه تطبیقول یا یواخی د سره کريوانو تطبیق هغه وخت استطباب لري چې ناروغ انيميك (Anemic) او سره ددی چې د وینې غلطت یي زيات وي ۳۰ تر ۳۵ فيصد هیما توکريت ولري.

مخکي د عملیات خنه پرېټونايتس ناروغانو ته کلونېيد مایعات ورکول تر مناقشی لاندی دی دهه مایعاتو د ضایع کيدو په هکله چې د کلامي د لومن په منځ کي راټولېري تول مولفين په اتفاق عقيده له چې یواخی د کريستالوئيد مایعاتو سره ضایع شوی مایع معاوضه او ناروغ ته تطبیق شي، اما د ضایع شوی پلازما د معاوضي لپاره خيني مولفين عقيده له چې د کريستالوئيد او خيني نظر ورکوي چې د کلونېيد مایعاتو خنه استفاده وشي.

د وروستي تحفیقاتو په اساس په سپتيك پرېټونايتس کي ناروغانو ته باید په کتلوي دول کريستالوئيد مایعات ورکړ شی، او کوم ناروغان چې د پرېټونايتس په خنک کوم قلبی واعیي ناروغۍ له یا داچې قلبی واعیي ناروغۍ پیدا کيدو ته مساعده زمينه له چې د لپاره چې د کريستالوئيد مایعاتو زيات اندازه تطبیقول د سرو د ازیما سبب ګرځي کريستالوئيد او کلونېيد مایعات په ګوډ سره باید ورته ورکړشي.

**د انتي بايوتيک تطبیقول:-**

کوم مکروبونه چې د هضمی جهاز په منځ کي زياتره موجود او پتوژن خاصیت له چې او عموماً د پرېټونايتس سبب ګرځي د Bacteroides Fragilis E. coli او مکروبونه هم مداخله له چې، د دی لپاره مخکي د عملیات خنه باید موثر انتي بايوتيک د ورید له لاری په مناسب او تيرابيوتيک مقدار (therapeutic dose) ناروغ ته تطبیق شی، کوم انتي بايوتيکونه چې هغه د فعالیت سامحه وسیع او پر نوموری مکروبونه هم موثر دی عبارت دی د Gentamycine او Clindamycin د E. Coli باندی موثر انتي بايوتيک Cephalosporin او Clindamycin، Chleramphenicole B. Fargili او erythromycin Metronidazole او اربیترومايسن دی.

**اوکسیژن تطبیقول او Ventilatore :-**

د پرېټونايتس یه حالاتو کي د سرو تهويه په نورمال دول صورت نه نيسی او لدی کبله چې تنفس اسيدورس Acidosis او د عضویت د حجراتو هايپوكسيا مینځته راشنۍ باید ناروغانو ته اوکسیژن د جبری تنفس په شکل ورکړل شی، نو د دی منظور د لاس ته راوستلو لپاره په پزه کي د یو کښېر له لاری پنځه لېټره او کسېژن په یوه دقیقه کي د انسټیزی خنه د مخه تطبیقېږي. که د ناروغ په شريانی وينه کي د اوکسیژن فشار د ۷۰ ملی متر سیمات خنه بنکته وی ۴۰٪ اوکسیژن د مصنوعی تنفس په شکل ورکول کيری ځکه چې د سرو تهويه بنه ندي.

همداسی په التهابی حالاتو کي د سره کريوانتو اور گانيک فسفات سويه بشكته راخی او دا عمل د هيمو گلوبين او اوكسيژن په يو ځای کيدو او جلا کيدو کي مهم رول لری، نو کوم وخت چې د فسفات سويه په وينه کي د ۶۰ ملی ګرام په يو ليتر کي بشكته شی نو پدی وخت کي هم باید ناروغانو ته تر فشار لاندی اوکسیژن تطبيق شی.

### اینتوپیشن - کتیتر اپول او نور اهتمامات :-

لدي کبله چې د فلچ شوی کلمي په منځ کي د هوا د تولید او د کانګو څخه مخنيوي وشی یا په بل عبارت معده او کلمه نش پاتي شی بهتره ده چې معدوى تیوب ناروغ ته تطبيق او په دوامدار دول سکشن شی. همداسی د دی لپاره چې په یوه ساعت کي د تشو متیازو اطراح اندازه شی په احلیل کي یوه کتیتر باید ثبتیت شی، د مرکزی وریدی فشار تعینولو په منظور او د هغه له مخی د ناروغ د ضرورت وړ مایعات د تعینولو او تطبيقولو لپاره په تحت الترقوی ورید کي یو کتیتر یايد ثبتیت شی او که ناروغ مائشون وي بهتره ده چې دا کتیتر په وداجی ورید Jugular vein کي داخل شی د کتیتر د داخلولو څخه وروسته د صدر راد یو ګرافی باید اجرائي ترڅو چې داکتر و پوهيري چې ایا د کتیتر څوکه د ورید په منځ کي ځای په چاره ده کنه، او همداسی د دی رادیوگرافی پواسطه که کوم ھیموتورکس Hemothorax یا نومو تورکس pneumothorax موجود وي معلوم بیری، د ناروغ حیاتي عالیم لکه د حرارت درجه ، نبض، فشار، تعداد د تنفس هره دوہ ساعته وروسته کنترول او یاد داشت وشی.

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

### استروئید(steroide) تطبيقولو :-

د استروئید د فارمکولوژیک مقدار تطبيق په هغه ناروغانو کي چې د پریطوان په حد التهاب اخته دی ګټور ثابت شوی دی او ګلنیکي تجاربو بنویل ده چې د استروئید د زیات مقدار د تطبيق پواسطه کوم ناروغان چې د حد پریطوان نایس له کبله په مرگ محکوم وو شفایاب شوی دی، مخصوصاً که استروئید په هغه مرحله چې ناروغ شاک ته نوی تلی تطبيق شی ډير ګټور ثابتیوري، د استروئید ابتدایی مقدار باید د ورید له لاری په ظرف د ۵ یا ۱۰ دقیقون کي ناروغ ته ورکړل شی، د ۳۰ ملی ګرام متیل پرد نیزولون(methyl prednisolon) څخه عبارت دی، چې د لزوم په صورت کي هر دوہ یا دری ساعته وروسته بیا تکرار ورکول کېږي، او که په دوهم زرق کي د هغه تاثیر معلوم نشو نو زیات مقدار ورکول یې فایده نه لری او باید بیا تکرار ورنګړل شی.

### دوائیاتی: Vasoactive

په سپتیک شاک حالاتو کي د وازاکتیف دو اکانو د تطبيق څخه مخکی ناروغانو ته باید تریو اندازی پوری داخل وریدی مایعات ورکړل شی په غیرد دی د اوعيي د نقض پواسطه مخصوصاً د شعریه او عیوتنقبض په اثر د حجراتو اروا مختل کېږي، بهتره دوا پدی منظور Isopreterenole دی چې یوه یا دوہ ملی ګرام یې په پنځه سوه ملي لیتېر پنځه فيصده سیروم ګلوكوز منحل او ورو ورو د پروفژن (perfusion) په شکل د ورید له لاری تطبيقیوري.

که د نبض شمير د ۱۴۰ په حدود په یوه دقیقه کي ورسیروی یا ناروغ ته اریتمیا (arrhythmia) پیدا شی باید پروفژن قطع شی که د ایزوپوتربنول د تطبيق سره سره بې د دی چې اریتمیا پیداشی د وینی فشار بشكته پاتي شی دا معنی لری چې ناروغ ته په کافی اندازه مایعات مخکی د ایزپوتربنول څخه ورکړ شوی ندی.

**د دیجیتال (Digital) تطبیق :-**

په کاھل او زاره خلکو کي د دی لپاره چي د زره وضع معلومه شی عموماً باید الکترو کاربیوگرام اجرا شی. ناروغه ته باید دیجیتال په عادی حالت کي تطبیق نشي. حینی ناروغان چي د دوى عمر د ۴۵ کالو څخه زیات وی امکان لری چي په مخفی ډول د زره عدم کفایه ولری یا داچی د زره عدم کفایه په ابتدایی مراحلو کي وی چي د سریری له نظره شاید اعراض ورنکری او کوم وخت چي داسی ناروغان په شدید ګرام منفي انتانتو یا سپتیک شاک مبتلا شی د زره احتفانی عدم کفایه په هغوي کي بنکاره کيری، پdasی ناروغانو کي دیجیتال په دیر احتیاط باید تطبیق شی مخصوصاً چي هایپو کالیمیا (Hypo kalimia) هم موجود وي.

**جراحی تداوی Surgical treatment :-**

د جراحی مداخلی خصوصیات:

د حاد تقیحی پریطونایتس عده او اساسی تداوی خصوصیات په لاندی ډول اجرا کيری،

(1) ګیده په وسیع ډول خلاصه شي.

(2) د پریطونایتس اسباب ولنول شی او د پیدا کیدو څخه وروسته ده ګه په ترمیم اقدام وشی، مثلاً که سبب د حاد تقیحی پریطونایتس د معده با د اثنا عشر سوری شوی قرحة وی باید د جراحی د اصولو سره سه وکنبل شی.

که سوری شوی اپنڈکس موجود وی اپنڈکتومی (appendectomy) اجرا شی او په همدي ډول څرنګه چي د پریطونایتس په اسبابو نذکر ورکړ شو باید سببی تداوی اجرا او د هغه په جراحی تداوی اقدام وشی.

**(3) د پریطوان دجوف دیرید منت (Peritoneal Cavity Debridement)**

د پریطوان جوف څخه مخصوصاً د تحت حجاب حاجز، تحت الکبدی، حوصلی او د پریطوان د نور و ژورو څایونو څخه زوی، کاذب غشا کانی، فبرینی علقات، اکسوداتیف مایعات او نکروزی انساج باید بیخی وابستن شی، وروسته د دی څخه د مساریقی د التوانو او د پریطوان د ژورو څایونو تقییش صورت ونیسی، او د ابسی د تشكیل په صورت کی نوموری ابسی ګانی درنائز (Drainage) شی، د کلمو د عرواتو او د سرب په امتداد تول التصافات مخصوصاً هغه التصافات چي په راتلونکی کي د کلمی د انسداد سبب ګرځی باید خلاصه شی، بلخه کوم نکروزی اعضاء چي د پریطونایتس په پیدا کیدو کي اساسی رول لری باید لری شی. مثلاً نکروزی اپنڈیکس، سوری شوی صفر او کھوری، نکروزی شوی دایورتیکول، کانگرین شوی کلمی یا د مبیض سیست او داسی نور.

باید وویل شی چي پدی مرحله د عملیات د پریطوان زوی ګرام استین او کلچر لپاره لابراتوار ته ولېرل شی.

**(4) د کلمو Decompression :-**

که کلمی په کنلوی او شدید ډول توسع کړی وی. او د هغه په مینځ کي زیات مقدار مایعات تول شوی وی د معدوی تیوب یا د غنت استنی یا د Enterotomy پواسطه Decompression شی.

## 5) د پریطوان جوف توالت او پریمینخل :-

وروسته د پریطوان د حوف د دیرید منت څخه د سلین يا د رینگر لکنات محلول سره د پریطوان جوف پریمینخل شی، تجربو بنویلی ده که دا پریمینخل د انتی بایوتیک د محلول سره سرته ورسیبری قناعت بیلونکی نتیجه ورکوی، څرنګه چې د هر لیتر رینگر يا سلین سره دوه تر څلور ګرام کانامایسین(kanamycin or bacitracine) حل او بیبا پریطوان جوف ددی محلول سره پریمینخل شی.

هداسی په هغه حالاتو کي چې د پریطوان جوف فوق العاده منتن وی د پریطوان په جوف کي ساده پرفوژن سیت چې په څوڅو ځای کي سوری شوی وی ځای ورکول کېږي او د هغه له لاری په دوامداره ډول څاځکي څاځکي انتی بایوتیک لرونکی سلین محلول پریطوان جوف ته داخلېږي او پدی ډول په دوامداره شکل پریطوانی لوړ سرته رسیبری.

## 6) د پریطوان جوف درناڙ:-Peritoneal Cavity Drainage

په هغه حالاتو کي چې پریطوانی جوف ډيرمنن شوی نوی وروسته د پریطونایتس د عامل د منځه ورلو او د پریطوان جوف لوړ څخه درناڙ ته ضرورت نشت، درناڙ هغه وخت استطباب لري چې د پریطوان جوف فوق العاده منتن وی يا داچې فوق العاده زیات نکروزی انساج موجود وی او داکتر نشی کولایی چې پریطوان جوف په مطمئن ډول به پاک پریمینځی يا داچې ټول نکروزی انساج لري کول امکان ونه لري او د پریطوان جوف په ژورو ځایونو کي د ابسى د پیدا کیدو خطر موجودوي.

## 7) د عملیاتی زخم تړل:-

په عمومی ډول د پریطونایتس په ټولو حالاتو کي صفاق د سیم(wire) نیلون يا پرلون سره (چې نوموری مواد غیر قابل جذب مواد دی) باید وکنل شی. په هغه حالاتو کي چې پریطوان جوف ته درناڙ ضرورت نوی د صفاق په سر تحت الجد او پوستکی کنډل کېږي اما په هغه صورت کي چې پریطوان جوف دوامدار پریمینڅلوا يا درناڙ ته ضرورت ولري پوستکی نه کنډل کېږي او وروسته د ۴۸ ساعټو څخه که په زخم کي انتان مداخله نه درلود پوستکی تړل کېږي.  
وروسته د عملیات څخه اهتمامات:

وروسته د عملیات څخه ناروغه ته په کافی اندازه مایعات او انتی بایوتیک ورکرشی، ناورغ د خولی له لاری باید هیڅ شی ونه خوری، معدوى تیوب بی د دوامدار سکشن سره ارتباط ورکړشی، په وينه کي د الکترولايت توازن باید کنترول شی، د درد د کمولال په خاطر د انلジزکونو(Analgesic) څخه استفاده وشي، د مایعاتو د ضایع کیدو له کبله ناروغه هیموکونسنتریشن(Hemoconcentration) لري او د دی حالت د منځه ورولو لپاره ناروغه ته کافی اندازه مایعات ورکړشی، پدی وخت کي که د وینې په معانیه کي هیماتوکریت اینیما بنکاره شو نو ترانسفوژن باید اجرا شی يا په بل عبارت که هیماتوکریت د ۳۰ فیصده څخه سکته وی وینه ورکول ناروغه ته حتمی دي.

د تنفسی، قلبی او کلیوی عدم کفایی د مخنیوی لپاره باید د تنفسی هوا حجم، د تشو میتیازو حجم او د وینی گازات او د سیروم کراتینین (creatinine) تعین او که غیر نورمال وو د نوموری تغیراتو په مقابل کی لازم اهتمامات ونیول شی که د بیلریوبین په سویه کی وروسته د عملیات خخه زیاتوالی مینځته راشی دا معنی لری چی په داخل د بطن یاد پربرطوان په جوف کی په کوم ژوره خای کی ابسى تشکل کړی دی چی باید حتماً درنازش شی. کوم وخت چې دزوی انتی باپوګرام نتیجه لاسته راغد هغه له مخی معین شوی انتی باپوټیک ناروغه ته تطبیق شی، بلاخره کوم وخت چې کلمی استداری حرکات پیدا شو په تدریجی دول مایع رژیم او په کراره سره نورمال غذایی رژیم خواهه ورل کېږي.

## د تداوى نتایج او د عاجل مرستی سازمان ورکولو رول د پریطونایتس د

### مقم تشخیص او تداوى په هکله

خرنګه چې مخکی د عملیات خخه د اهتماماتو تر عنوان لاندی لیکل شوی دی د دی لپاره چې د تداوى نتایج بهتره شی او ناروغه د مرگ خطر بنکته راویل شی باید چې یو شمیر اهتمامات مخکی د عملیات خخه ونیول شی، مثلاً مخکی د عملیاتو خخه خرنګه چې ناروغه زیات مایعات ضایع کړیدی باید په کافی اندازه مایعات ورته ورکړ شی او له هغه خایه چې د ناروغه په وجود کی انتان مداخله لری او امکان لری چې سپتیک شاک ته لار شی نو مخکی د عملیات خخه دمایعاتو سره یو خای وسیع الساحه انتی باپوټیک تطبیق او همداسی نور اهتمامات باید ورته ونیول شی، خو سره لدی اهتماماتو د پریطونایتس د مرینی خطر مخصوصاً په وروسته پاتی هیوادو کی تقریباً ۴٪ په حود کی وی، چې البتہ دی غئی فیصدی په مورد کی دا لاندی ټیکی مهم رول لری.  
← ناروغان دیر ناوخته روغتون ته مراجعه کوي.

← حتی د ناروغی د پیدا کیدو په لمربو مراحلو کی ترڅو چې روغتون ته رسیروی د فنی او طبی تداوى په عوض غیر فنی او محلي تداوى ورباندی تطبیقیری.

← په روغتون کی د کافی تشخیص او تداوى وسائلو او پرسونل عدم موجودیت

← د ناروغانو او د روغتون بودیجوی ضعیفوالي

پاسنی تکو ته په پام کی نیولو سره ناروغه ته د ناروغی په مختلفو مراحلو کی په لاندی دول عاجل مرسته باید سازمان ورکړ شی.  
**الف**—په هغه ناروغانو کی چې د پریطونایتس سریری اعراض او علایم په وصفی دول تاسیس کړی نوی:-

- ۱--- د ناروغه وینه او نتشی میتیازی عادی معابینات اجرا شی.
- ۲—narوغه ته معدوی نیوب، داحلیل کتیر او رکتال نیوب ثبتیت شی.
- ۳—د ناروغه په یو ورید کی غئه ستنه ثبتیت او لدی لاری خخه پنځه ملی لیټره وینه د کراس میچ لپاره واخیستل شی، او وروسته د همدی استنی پواسطه داخل وریدی مایعات تطبیق شی.
- ۴—دادسی ناروغانو ته مخکی د عملیات خخه وسیع الساحه انتی باپوټیک ورکړل شی خکه چې د عملیات خخه وروسته د انتان د تائنس د مخنیوی لپاره بنه مرسته کوي.
- ۵—وروسته د پاسنی اهتماماتو خخه بطني پاراستنیز د قطعی تشخیص په منظور اجرا او ددی تست د مثبتوالی په صورت کی ناروغه عملیات خانی ته انتقال شی.

ب-په هغه صورت کي چي د پريطونايتس سريري اعراض او عاليم تاسيس کري وی:-  
ا-ناروغ ته فوراً معدوي نيوں تطبيق او په دوامدار ډول سکشن اجرا شی.

۲- ناروغ په اوله مرحله کي سيروم فيزيولوژيک واخلي او د پتاسيوم دورکولوڅخه ډډه وشي  
ځکه چي د پښتوګي افراغي وظيفه د سپتيک شاك او هاپيوالميك شاك له کبله کم شوي دي، او  
که پتاسيوم ناروغ ته ورکر شي د تشو متيازو اندازه نور هم کميږي. نو کوم وخت چي د تشو  
متيازو افراخ نورمال و گرځيد که لازم وو پتاسيوم لرونکي محلولات ورته ورکړې شي.

۳- د سيروم د ستني له لاري ۱۵ ملي ليتره وينه د هيماټوکريت، سپينو کريواتو شمير، د  
اكترولايت او د امايليز د مقدار د تعينولو لپاره واحستل شي.

۴- د ناروغ په احليل کي کتير تثبيت او د تشو متيازو مقدار په هرو ۱۵ دققيق کي د شاك د  
درجي د معلومولو لپاره اندازه شي، او د هغه له مخي داخل وريدي ماءيعات تنظيم شي.

۵- د مرکزي وريدي فشار معلومول، یو مخصوصه نري کتير د تحت الترقوی وريدي له لاري په  
وريدي اجوف سفلی (I.V.C) کي تثبيت او مرکزی وريدي فشار تعين شي، نورمال مرکزی وريدي  
فارش تقربياً ۶ تر ۱۰ سانتي متر د اوپو په مينځ کي دي، اما د شاك او مخصوصاً د سپتيک شاك  
په حالاتو کي تقربياً د دري سانتي متر اوپو څخه بنکته وي، پداسي حالاتو کي چي انتي بايوتيک  
سره ماءيعات تر هغه وخته پوري ناروغ ته ورکر شي چي مرکزی وريدي فشار د ۶ سانتي متر  
اوپو څخه جګ شي.

۶- انلژيک، وروسته د عمليات د موافقی اخیستلو څخه له هغه ځایه چي ناروغان درد لري  
بهتره ده چي مخکي د عمليات څخه انلژيک دواګانی د وريدي له لاري دوى ته تطبيق شي، پدي  
شرط چي ناروغ په کوما کي نه وي.

۷- انتي بايوتيک، مخکي د عمليات څخه چي د مکروب نوع تراوسه پوري تعين شوي ندي بهتره  
ده چي Cephalexine يا Ampicelline نقربياً دري ګرام د وريدي له لاري تطبيق شي، اما  
وروسته د عمليات څخه د پريطوان په زوي کي د مکروب نوع تعين شو د هغه له مخي مربوطه  
انتي بايوتيک بادی ناروغ ته ورکړې شي.

۸- اوکسيژن، خرنګه چي د مرض په اناتوموپتالوژۍ کي تذكر ورکر شو دي ناروغانو ته مخکي  
د عمليات څخه مخصوصاً مخکي د انسټيژن څخه کافي اندازه اوکسيژن ورکړې شي.  
د پاسني اهتماماتو د سازمان ورکولو سره نه ټولیدو او کافي د حاد تقيحي پريطونايتس په حالاتوکي مقدم  
تشخيص وضع کيږي بلکه د تداوي نتيجه په خپل بهترین شکل لاس ته رائي او د مريني خطر  
كمېږي.

### موضعي پريطونايتس

د پريطوان د جوف په ځينې ځایونو کي مخصوصاً په ژورو څایو کي د زوي د ټولیدو او دههه په  
منځ کي د مکروب وده د موضعی ابسی ګانی يا موضعی پريطونايتس جدار د جداري پريطوان، د  
کلمي عروات، د مسارېقى او د سرب داللهابي التصاقاتو پواسطه مينځ ته رائي، نوموري ابسی  
ګانی امكان لري یو يا خو داني وي يا په بل عبارت موضعی پريطونايتس امكان لري په یوه يا خو  
څایو کي تشکيل شي.

## د موضوعی پریطونایتس اسباب

۱—وروسته د پریطونایتس د عملیات خخه د پریطوان د جوف ژورو ځایونه بشه درناز نشی یا داچی ثبیت شوی دردونه مخکی لدی خخه چی درناز توقف وکړی وایستل شی موضعی پریطونایتس یا داخل بطنې ایسی ګانی تشکیلوی.

۲—وروسته د صفر اوی یا پانکراسی جراحی عملیاتو خخه که د نوموری غرو په لوژ کی رابری درن ثبیت نشی نو د نومورو غرو افزاری لیکاژ د موضوعی پریطونایتس د تشکل لپاره مساعده زمينه جوروی.

۳—د کلمی د انستموزی برخی لیکاژ هم د موضوعی پریطونایتس د تشکل سبب گرځی.

۴—کوم وخت چې یوه توموری منتن یا غیر منتن غری د داخل بطن خخه وایستل شی (مثلاً غټه توری، د انتان له کبله غټه شوی او خرابه شوی پینتوريکی او تدور کړی مبیضی سیستونه) او د نوموری غرو په لوژ هیماتوم ټول شی امکان لري چی د هماتوم په مینځ انتان مداخله وکړی او موضوعی پریطونایتس جور کړي.

۵—هداسی 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 خخه پریطوانی منتن مابع د پریطوان د جوف په ژورو ځایونو کی موضوعی پریطوانی التهابات تشکیلیږي.

۶—د پریطوان په جوف کی د پردي اجسامو (foreign body) پاتی کیدل (لکه کاز وبری وبری توتوی) نکروزی او مر انساج داخل پریطوان د ایسی په تشکیل کی عمه روں لري، داخل بطنی ایسی ګانی یا موضوعی پریطونایتس د پریطوان په هغه برخو کی زیات تر تشکیلیږي چی د ناروغ د ملاستی د وضیعت په نظر نیول سره ژوره وي، او دا ځایونه عبارت دی له:

۱—په بنی طرف :- حجاب حاجز لاندی، دھګر د علوی خلفی وجه په شا، ھکر لاندی، د ھکر د بشکتني مخ په خلفی برخو کی، د بنی حرقوی حرقوی ژوره.

۲—په چپ طرف کي :- حجاب حاجز لاندی د توری په خلفی او بشکتني برخو کی او د چپ حرقوی حرقوی ژوره.

۳—په متوسط خط کي :- په Lesser Peritoneal Sac او د وکلاس په جوف.

## د موضوعی پریطونایتس عمومی سریری اعراض

۱—وروسته د یوبطنه عملیاتو خخه ناروغ په دوامدار یا په متقطع ډول تبه کوي، څرنګه چې په لمريو وختوکي ناروغ عموماً متقطع او په حملوي ډول تبه کوي او کوم وخت چې ایسی یا زوي په تام صورت تشکیل شی تبه دوامدار او تبه پاتی کېږي، د تبی حملی عموماً د لرزه، یخنی او تکي کارديا سره شروع کېږي. او دا لدی کبله د چې د موضوعی پریطونایتس مینځ خخه مېکرو اور ګانین په متقطع ډول ویني دوران ته داخلېږي. او که په دوامدار ډول د ایسی خخه زیاته اندازه مېکرو اوړ ګانیزم دوران ته داخل شی نو نه یواحی دوامدار تبه مینځته راځی بلکه د سپتیسمیا (septicemia) د پیدا کیدو خطر هم موجود وي.

۲- فلچی یا میخانیکی انسداد: دتبی په خنگ د ابسی د تشكیل سره د ناروغ کیه توسع کوی د غایطه موادو او د گازاتو خارجیدل د مقدر له لاری توقف کوی او ناروغ ته زیره بدوالی او کانکی پیداکری، د سریری اعراضو پیدا کیدل او پرمختگ د انتی بایوتیک د ورکولو سره تغیر کوی او د داخل بطئی موضعی پریطونایتس سریری اعراض مغشوشی نولای کبله د هغه تشخیص حُندوی، باید وویل شی چی د انتی بایوتیک د ورکولو سره موضعی پریطونایتس له منخه نه خی اما تر یوی اندازی پوری هغه نور هم محدودوی او د ناروغ په وضع کی موقتی بنه والی مینچ ته راوری، پداسی حالاتو کی دی لپاره چی تشخیص په صحیح دول وضع شی باید انتی بایوتیک قطع او ژرتر ژره د سریری عالیم او لابراتواری معایناتو په واسطه موضعی پریطونایتس تشخیص او تداوی شی.

له هغه حایه چی د موضعی پریطونایتس سریری عالیم 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 پول تر مطالعی لاندی ونیسو.

## ۱- بنی تحت حجاب حاجزی موضعی پریطونایتس یا ابسی:-

د مردمی Cronary او Iig. Triangularis د پاسه د ھگر او د حجاب حاجز په منخ کی کوم فاصله چی موجوده ده د بنی تحت حجاب حاجزی د ابسی د تشكیل خای دی. د ھگر د ابسی او د پیتیک د فرحی د سوری کیدو څخه وروسته د معده یا د اثناشر محتوى پدی خای کی تولیری او د دی خای د ابسی د تشكیل سبب ګرځی، همداسي کله کله د عمومی پریطونایتس په سیرپدی ناحیه کی ابسی تشكیل کوي.

### سریری عالیم:-

ناروغ د بنی صدر په خلفی برقه او د ګیدی په بنی پاسنی برخه درد حس کوی چی ټینی وخت بنی اوری خواهه انتشار کوي.

د صدر په رادیوگرافی کی حجاب حاجز لاندی په ۳/۲ (دوه پر دری) ناروغانو کی Air Fluid Level معلومیږي، په زیات شمیر ناروغانو کی د پلورایپه مسافه کی مایع موجود وی او د یو شمیر ناروغانو په رادیو ګرافی پانه کی د بنی سری په فاندہ کی اتفاکنا زیس موجود وی.

تداوی:- بنی تحت حجاب حاجزی موضعی پریطونایتس د پیشته لاندی د ارخیز شق له لاری درنائز کیری، څرنګه چی د یولسم پیشته د څوکی څخه قدام خواهه د لسم پیشته د بشکتی خنڈی سره موازی د ګیدی چدار تر پریطوان پوری خیری کیری، وروسته بی لدی چې پریطوان خیری شی په خلف د پریطوان د ھگر علوی سطح سره موازی جراح خپل ګوته ابسی خواهه پرمخ بیاپی او ابسه درنائز کوي. وروسته د ابسی د درنائز څخه د ابسی په جوف یو رابری درن تثیتیږی، د جراحی عملیاتو سره یو خای ناروغ ته انتی بایوتیک ورکول کیری.

## ۲- د بنی تحت الکبدی موضعی پریطونایتس

بنی تحت الکبدی جوف ھگر لاندی واقع دی چې بشکته د مستعرض کولو نه د کبدی زاویې په منوسط کی د اثناشر او هیپاتودنال رباط (Hepato duodenal lig.) په بنی طرف د ګیدی د چدار پواسطه محدود شوی دی، د دی جوف خلفی برخه د Morison's pauch په نامه یادیری، د معده او د اثناشر د فرحی د سوری کیدو څخه وروسته او همداسي د صفراوی لاری د عملیاتو څخه وروسته پدی ناحیه کی موضعی پریطونایتس یا ابسی تشكیل کوي.

د سریری عالیمو له نظره ناروغ په بنی پاسنی کوادرنت کی درد حس کوی، دا درد مخصوصاً د توخی او د کلمی د حرکاتو سره مخصوصاً د مستعرض کولون د استداری حرکاتو سره زیاتیری.

تحت الکبدی ابسى عموماً د گىدې د نورو داخل بطنى ابسى گانو سره يوڭاي وي، د نداوى لە نظره ابسى باید د لپروتونى پواسطه درنائز او د ابسى پە جوف يورابرى درن تثبيت شى، او خرنگە چى بطن خلاصىرى او د ابسى زوي پە تول پرېطوانى جوف کى انتشار كوي نو د پرېطونايتس پە شكل د گىدې پە نورو ژورو خابىنو كى لكه د دوگلاس پە جوف کى هم باید درن د درنائز پە منظور تثبيت شى.

### **٣— چى تحت حجاب حاجزى ابسى :**

پە چپ طرف حجاب حاجز لاندى موضعى پرېطونايتس وروسته د Splenectomy او پانكراتايتس خە پىدا كىرى د سىرىرى اعراض او علايمۇ پە كين خوا د بىنكىتنى اضلاعو لاندى تندرنس او درد موجود وي چى درد بى اوپرى خواتە انتشار كوي، دراديو گرافى پە باھە كى د كين پلورابى پە مصافە كى مایع موجود او پە راديو سكۆپى كى حجاب حاجز بى حرڪە معلومىرى دا موضعى پرېطونايتس د دولىسم پىنتى د بىنكىتنى شوندى سره موازى د پوستكى شق پواسطه درنائز كىرى.

### **٤— د موضعى پرېطونايتس Lesser sac**

داناتومى لە نظره sac Lesser يوه بىرخە د گىنى تتح حجاب حاجزى مسافى دى د پانكراتايتس ابسى ياد پانقراس د كىستو د منقۇن كىدو له كېلە هەمداسى د معدى او د اثناعشر د لمرى قطعى د خلفى جدار د فرقى د سورى كىدو خە وروسته پدى خاي كى ابسى تشکل كوى. د سىرىرى اعراضو لە نظره د Lesser sac ابسى تشخيص بىر ستوزمن دى خەكە چى د دى جوف زياتە بىرخە بى پە قدام كى پە لمرى مرحلە د معدوى او وروسته د خەگر پواسطه پۈش شوی دى خو بىا هم د جس پواسطه پە اپى گستربىك پە ناخابى كى تندرنس موجود وي، د راديو گرافى معابىنى لە نظرە د كىنە موادو خورلو خە وروسته كە د معدى خە راديو گرافى اجرا شى معدە قدام خواتە تىلە شوی بىسكارى.

د ابسى يا موضعى پرېطونايتس د اناتومىك موقعىت پە نظر كى نىيولو سره د خلفى پرېطوان لە لارى درنائز بى امكان نە لرى نو بەتەر ده چى د متىوسط خط شق پە واسطە چى د نامە خە پورتە اجرا شوی دى د پرېطوان جوف خلاص او د معدى كولونى رباط د قطع كولو خە وروسته د معدى پە خلف ابسى درنائز او دھەمى لارى خە د ابسى پە جوف درن تثبيت شى.

### **٥— بين المعايير ابسى Interloop Or Midabdominal Absees**

دا ابسى د كلمو د عرواتو پە منچ كى پەداسى شكل سره تشکل كوى چى د مسارىقى، د گىدې جدار او د سرب پواسطه محدود شوى دى. مسنعرض كولون او د مسنعرض كولون مسارىقە د يو دىبورا پە حيث د دى ابسى د پرمختىگ خە د گىدې پە پاسنى بىرخو كى مخنىۋى كوى.

د اينترلوب ابسى تشخيص فوق العادە مشكىل دى حتى دا ابسى چى تقرىباً يو ليت زوي ولرى داسى بارز سىرىرى اعراض نە ورگوئى چى د هەغە لە مخى تشخيص وضع شى خو بىا هم باكتىر كە دىر پام سره ناروغ معابىنه كىرى د پرېطونايتس او د انسداد خفيف موضعى او عمومى اعراض موجود وي چى تشخيصى اهمىت لرى او دىگىدې پە منخنى وضع شى خو كى يو غېت، درد ناك او نرم(Fluctuant) كەلە چى حدود بىنە نە تعپىرى او لىشان امكان لرى متحرك وي جس كىرى د دا قسم ابسى امكان پە يوڭاي ياخو ئابى كى تشکيل شوى وي.

د تداوى له نظره وروسته د لپرتومى خخه د ابسى جوف خلاص او زوي يى اسپيريت د شى د ابسى په جوف وروسته د دېرىد منت او يېرپەنخۇ خخه پنزوزدىن ثېبىت هەماسى د وروستى درناز په منظور د پرېطوان د جوف په ژورو ھايىو كى نور پنزوز درنونە ثېبىت شى او په اخر كى وروسته د تقتىش خخه د كېلىي جدار تۈل كېرى.

## ٦- حوصلى ابسى ياد دوگلاس جوف ابسى

د حوصلى ابسى زىشى زيات عمومىت لرى. عمومى پرېطونايتىس او د كېلىي د غرو په جروحى او انتانى حالاتو كى چى د پرېطوان آزاد جوف تە د نومورو غرو انتان انتشار وکرى دا ابسى تشكى كولاي شى. دا ابسى عموماً دوگلاس په جوف يا Excuvative Retrovesiculis چى د پرېطوان د جوف ژوره ناحيە د تشكى كوى.

د سېرىرى اعراضو او عاليمو له نظره ناروغ د كېلىي په بىنكىتى بىرخە په موضعى ۋول درد حس كوى، له هەغە ئايىه چى د ركتوم او د مثانى جدار د انتان لە خوا تخرىش كېرى د تشنو مەتىازو فريكونسى او د كلمى د تىنىزىم سبب گرخى. كە انتانى حالت د دوگلاس په جوف كى شىدید او دوامدار پاتى شى امكان لرى چى د تشنو او ۈكۈ مەتىازو احتباس سبب وگرخى.

د گۇتى سره په مقدىي يا مەھلى معائىنە كى د ركتوم په قادىي جدار كى يوه درىنالكە او فلوكتوانت (نرم او متوج) كىتلە جس كېرىي چى پورتە او بىنكىتە نە ھى.

د تداوى له نظره ابسى بايد د مقدۇد يا د مەھل لە لارى درناز شى هەمارانگە لمرى په ركتوم يا مەھل كى انسكوب يا اسپىكولوم داخلىرى ترڅو چى د ابسى موقعيت معلومە شى وروستە پە هەغە ناحيە كى چى شىدید تموج يا فلوكتوشن موجود وى يوه غەنە ستنە داخل او د سرنج پواسطە اسپيريت د كېرىي پە هەغە صورت كى چى زوي خارج شى د ستنە ترڅنگ يو مستعرض شق اجرا او ابسى درناز كېرىي بايد ووپىل شى چى د ابسى د تشىكىل سره سەمدىستى بايد درناز عملىي اجرا شى بلکى دوھ يا درى ورخى انتظار ايسىتل كېرىي ترڅو چى د ابسى او د بطنى احتشاو ترمنچ يو بیوژنیك ممبران (pyogenic membrane) جور شى كە دا ممبران تشكى ونكرى او ابسى درناز شى امكان لرى چى د درناز دسورى له لارى خخه كلمى د باندى راشى. وروستە د زوي د درناز خخه د ابسى جوف، رېكتوم يا مەھل بايد د انتى سېتىك مھولاتو پواسطە پېرىمېنخىل شى او چىنگە چى دابسى په جوف كى رابرى درن نە ثېبىتىرى نو دى لپاره چى د ابسى خولە بىندە نشى هەرە ورخ د ابسى خولە د گۇتى سره خلاصە او جوف يى پېرىمېنخىل كېرىي ترڅوچى درناز كاملاً توقف وکرى.

## توبركلوزىك پرېطونايتىس

د جراحى له نظره د پرېطوان او د كلمى توبركلوزىك افات لدى كېلە تر مطالعى لاندى نى يول كېرىي چى:

- ١- دى ناروغى قطعى تشخيص د جراحى پواسطە اجرا كېرىي (د پرېطوان د بايوپسى پواسطە)
- ٢- د پرېطوان او د كلمى د توبركلوزى ناروغى اختلالات مخصوصاً انسدادى اختلالات بىي جراحى پورى اړه لرى.
- ٣- دى ناروغى په اختلالاتى حالاتو كى مخصوصاً په انسدادى حالت د تداوى له نظره د شيمو تراپى په چىنگ كى جراحى عمليات اساسى تداوى گئنل كېرىي.

## بارت دی له Mycobacteriu Bovis او Mycobacteriu Tuberculese

د انتان د سرایت لاری:

توبرکلوز پریطونایتس معمولاً په ثانوی دول مینځ ته راخي څرنګه چې لومړی په عضویت کې یو ابتدایی توبرکلوزی محراق پیداکیری او په دوهمه مرحله د دی محراق څخه د توبرکلوز بسیل پریطوان ته خان رسوی او توبرکلوز یک پریطونایتس مینځته راویری نو انتان د مختلفو لارو څخه خان پریطوان ته رسوی.

۱- د وېنی له لاری

۲- د مساریقی د یوی توبرکلوز یک ابسى شوی لمفاوی غدی څخه

۳- د توبرکلوز یک نفیرو (Tuberculosic uterine tube) زوی چې توبرکلوز بسیل احتوا کوي پریطوان جوف ته درنائز کیری.

۴- د کلمو د توبرکلوز یک محراق څخه د توبرکلوز بسیل پریطوان ته مهاجرت کوي (وروسته د انتربیت یا کولایتس توبرکلوز څخه)

۵- د پریطوان د مجاور اعضاو توبرکلوزی زوی پریطوان جوف ته درنائز او توبرکلوزی پریطونایتس مینځ ته راخي، مثلا د فقراتو یا د پیشورگو توبرکلوز یک ابسى پریطوان جوف ته که درنائز شی.

D توبرکلوز پریطونایتس تصنیف Classification of Tuberculosic Peritonitis

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

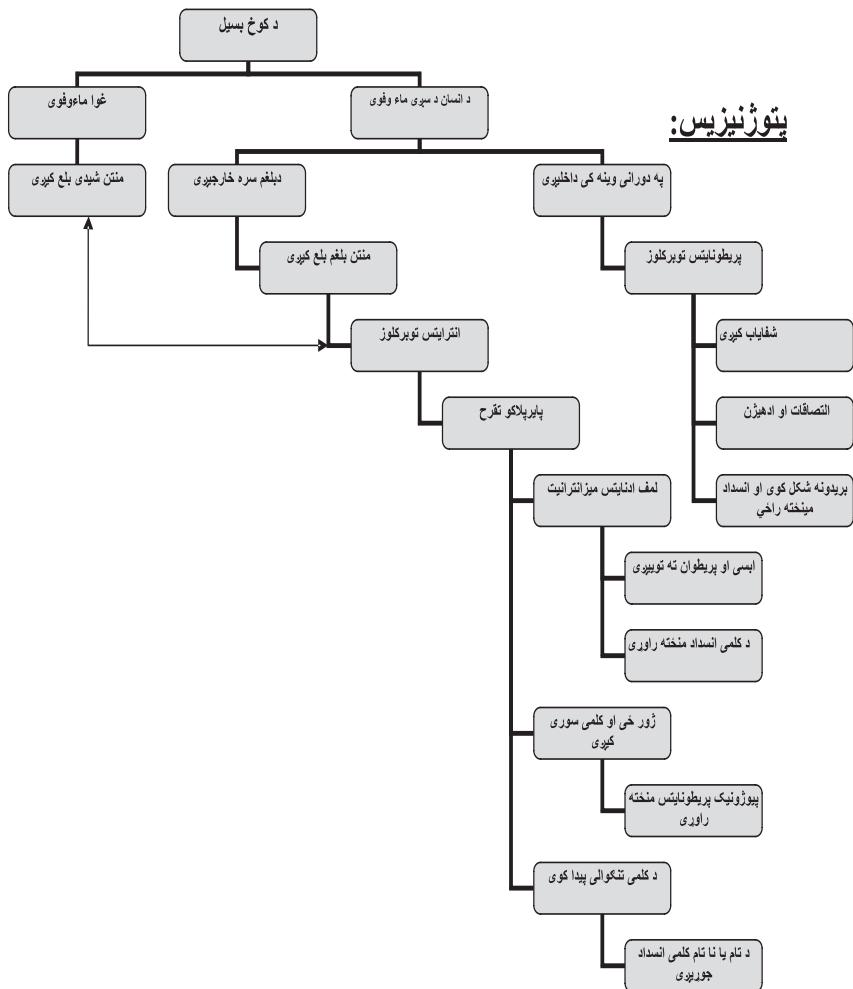
۱- لوند توبرکلوز پریطونایتس یا Wet Tuberculosis peritonitis Subacute Acitic Stage په نامه هم یادیری، پریطونایتس چې په مقنم دول مینځ ته راخي د پریطوان په جوف زیات اندازه ژیر رنګ مایع موجود وي چې پرند یا علقه کیدو ته میلان لري څکه چې یو اکسوداتیف مایع دی او دهغه په مینځ کي د دری ګرامو څخه زیاتره پروتین موجود وي. د پریطوان په ټول سطحه کي په زرهو توبرکلونه موجود وي چې هر توبرکول د یوہ یا دوه ملي مترو په اندازه قطر لري او ژیر رنګه وي.

۲- وج توبرکلوز پریطونایتس یا Dry Tuberculosis Peritonitis اصلاً لوند پریطونایتس په وج پریطونایتس بدیلوړی یا په بل عبارت وج پریطونایتس د لوند پریطونایتس وروستی مرحله ده، څرنګه چې د پریطوان د اکسو داتیف مایع اوپه یې جذب او پروتینی مواد یې یو زیات شمیرلیفی بنډلونه جوروی چې له یوی خوا د کلمو د عرواتو د التصاقاتو سبب ګرځی یا داچې دا لیفی بنډلونه د یو بربید یا رسی په شکل د کلمو د عرواتو او د جداری پریطوان په مینځ کي خای نیسي او د کلمو د انسداد سبب ګرځی. چې دی شکل ته التصاقی توبرکلوزی پریطونایتس یا Adhesive Tuberculous Peritenitis کله د پریطوان اکسوداتیف مایع د کلمو د التصاقی عرواتو په منځ کي راتلولیروی او د سیست

شکل غوره کوي چې د کیستیک توبرکلوز پریطونایتس (Cystic tuberculosis peritonitis) په نامه یادیری.

۳- د مساریقی ادنایتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculosis د توبرکلوز بسیل په لمري مرحله په Terminal Ilium کې Payer's Patche ماء وفوی او د هغه د تقرح سبب ګرځی. وروسته لدی لاری لمفاوی قناتوته داخل او د مساریقی په لمفاوی عقداتو خای نیسي او د

نوموری و عقداتو د غیولی او ابسى سبب گرخی چې د دی ابسى گانې زوي د بطن په جوف کې درنائز او د متعدد موضعی توبرکلوز ابسى گانې منځته راواي.



د توبرکلوز بسیل د انسان سیری یا غوا منتن کوي. د انسان د سیرو څخه منتن بلغم بلع او کلمی ته راځي او په تالی ډول توبرکلوز انترایتس مینځ ته راځي.  
 هډاوسی د منتن غوا شیدی د څکلو څخه وروسته مکروب کلمی ته راځي او په ابتدایی ډول د توبرکلوز انترایتس (Primary Tuberculosic Enteritis) سبب گرخی. کوم وخت چې توبرکلوز انترایتس پیدا شو په نتیجه کې پایرپلاکونه تقرحی کېږي چې پدی خای دری امکان موجود وي:

۱- پایر تقرحات و رسوته انتیام کوی او د فیروزی نسج د پیدا کیده له کبله د النیام کری نسج په سر د کلمی د لومن د تنگوالی یا بیخی بندش سبب گرخی. چې په نتیجه کی د کلمی تام یا ناتام انسدادی حالت مینځته راخي.

۲- یا داچې قرخه ژور خواته فعالیت کوی او تر سیروزا طبقی پوری رسیری او بالآخره سیروزا طبقه هم سوری کیری او د کلمی محتوى یعنی غایطه مواد پریطوان ازاد جوف ته توپیری او پیورژنیک پریطونایتس منځته راوري.

۳- یا داچې د فرقی له لاری انتان لمفاوی قناتونه داخل او بالآخره د مساریقی لمفاوی غدواتو ته داخلیوی او توپرکلوزی لمف اندانیتس میزانتریک منځته راوري چې د دی منتن شوی لمفاوی غده سیر یې دوه لاری غوره کوي.

الف- لمفاوی غده ورڅه په ورڅه غتیری او د مجاور کلمی په لومن باندی فشار واردوي او په نتیجه کی میخانیک انسداد مینځته راوري.

ب- منتن لمفاوی غدوات توپرکلوزی ابسی حوروی او دا ابسی پریطوان ازاد جوف ته درناڻ او په نتیجه کی عمومی پریطونایتس منځته راوري.

هماسی توپرکلوزی بسیل د سری د توپرکلوزی محراق څخه وینی ته داخل او په پریطوان کی خان رسوی او د توپرکلوز پریطونایتس سبب گرخی،

توپرکلوز پریطونایتس د پریطوان په دنه کي د بربدو د تشکيل او د داخل بطني اعضاو د التصافات (د لوند او وج پریطونایتس د تشکل څخه ورسوته) سبب گرخی. او په نتیجه کی میخانیکی انسداد پیداکیری.

### د توپرکلوز پریطونایتس عمومیات

دا ناروغری پخوا پېر عمومیت درلوهه اوس په پرمختلی هیوادو کی واقعات یې زیات نه لیدل کیری خو په ورسوته پاتی هیوادو کی مخصوصاً زموږ په هیواد کی د توپرکلوز پریطونایتس ناروغان دیر دی. او هغه څلک زیاتر پدی ناروغری اخته کیری چې په خراب تولنیزو شرایطو کی ژوند کوي او په سوء تغذیه مبتلا دي. د احساسی له نظره په هر سن کي پیدا کیری په ماشومانو کی د وفیاتو اندازه یې دیره لوره ده. او په بشو کی نسبت نارینو ته زیات لیدل کیری. هکه چې په بشو کی د نفیرو توپرکلوز پریطوان ته ژر انتقالیوی.

### د توپرکلوز پریطونایتس سریری لوجه

۱- سریری اعراض :- حاد لوند پریطونایتس توپرکلوز عموماً جګ سره لرونکی تېی سره شروع کیری چې دا تبه یا منقطع او یا په دوامداره دوول سیر کوي. ناروغ فوق العاده بي اشتها وي او لدی کبله ورڅه په ورڅه ضعیفه کیری او په سرعت خپل وزن له لاسه ورکوي. او د شبې خولی کیدل همیشه موجود وي.

د ناروغری د تاسیس په مرحله کي ناروغ ته زره بدوالی او کانګي هم پیدا کیری ناروغان کله قبضیت او کله اسهال پیدا کوي یا داچې دا دوه عرض په متناوب دوول تل موجود وي. د وج توپرکلوز پریطونایتس په حالت کي سریری اعراض په تدریجي دوول شروع کیری تبه دومره جګه نوي ناروغ ورو ورو خپل وزن کموی او بې اشتها کیری او هضمی تشوشتات د تام یا ناتام انسدادی حملاتو په شکل مینځته راخي.

۲- سریری علیم :- د لوند توپرکلوز پریطونایتس په حالت کي بطن متوع او په جس سره لړ سخت او حساس او د ګیډی په جوف کي اسایتس موجود وي او ناروغ همیشه په خپل ګیده کي مبهم منشر او خفیف درد حس کوي.

د وچ توبرکلوزی پریطونایتس په حالت کی که د انسداد اعراض موجود نوی گیده نرم دیر لبر حساس او متوجه نوی په هغه حالت کی چې د انسداد اعراض موجود وی گیده متوجه او ناروغ پریو دیک دردونه حس کوی او په جس سره پوه اندازه حساسیت هم موجود وی.

### تشخیص :-

د توبرکلوز پریطونایتس په تولو سریری اشکالو کي احتمالي تشخیص د سریری اعراض او د توبرکلوز د تاریخچې د درلودلو پواسطه اینسول کیږي اما قطعی تشخیص د لابراتواری معاینات او اندسکوپیک معاینی پواسطه وضع کیږي.

د توبرکلوز پریطونایتس په تولو حالاتو کی د توبرکولین تست مثبت وی او د غایطه موادو په معاینه کی امکان لری د توبرکلوز بسیل ثبت شی. د وینی په معاینه کی د سره کربیواتو ترسب(ESR) سرعت زیات وی. په لوند پریطونایتس حالت کی د توبرکلوز بسیل ۸۰٪ په اسایتیک مایع کی ثبتیری په دی شرط چې اضافه د یو لیتر اسایتیک مایع کلپر شی.

د توبرکلوز اسایتیک مایع زیات اندازه پروتین او لمفو سایتس احترا کوی او د ګلکوز اندازه ۳۰ ملی گرام په سل ملی لیتر مایع کی وی. پریطونیال بايوپسی د ستئی پواسطه ۶۰٪ فیصده مثبت نتیجه ورکوی اما په Peritoneoscopy او د دی الى پواسطه بايوپسی سل فیصده مثبت نتیجه ورکوی.

په وچ توبرکلوزیک پریطونایتس کی تشخیص د هغه بايوپسی پواسطه په قطعی توګه وضع کیږي کوم چې د پریطونوسکوپی پواسطه اخیستن کیږي. همداسي د رادیوگرافی په پانه کی چې د ګیډی خڅه اخیستن کیږي د ناتام یا تام انسدادی حالت خیالونه بنکاری چې د انسداد په مبحث کی تذکر ورکړ شوی دی.

### تداوی :-

د ناروغی په لمري مرحله کی مخصوصاً د اسایتیک په صفحه کی مطلق استراحت بنه غذا او د مختلف ویتامینو دورکولو په څنګ ګی Triple antituberculosic دوا ګانو څخه استفاده وشی او دا تداوی تر یونیم کال پوری ادامه ورکر شی چې دغه تداوی پیر بنه نتیجه ورکوی او پیر بنه وی. مخصوصاً چې د تداوی په اخرو وختو کی که د انتی توبرکلوزیک دوا ګانو سره پردنیزون هم یوځای شی د بريدو او التصاقاتو د تشكیل څخه مخنیوی کیږي. اما د اسایتیک په اخرو مرحلو کی یا کوم وخت چې لوند پریطونایتس په وچ پریطونایتس تبدیل شو له هغه ځایه چې فيبروزی التصاقات او بريدونه د کلمی ترمینځ او د پریطوان په جوف کی پیدا او د کلمی دانسداد د منځته رانلو سبب کیږي نو پدې حالت کی د انتی توبرکلوزیک دوا ګانو د تطبيق په څنګ ګی یواخینی تداوی عمليات دی چې د عملياتو پواسطه کوم بريدونه او التصاقات چې د میخانیکی انسداد سبب شوی دی قطع او خلاصېږي او د دی لپاره چې وروسته د عمليات څخه بیا بريدونه او التصاقات تشكیل ونکړي او انسدادی حالت بیا منځته راشنی د انتی توبرکلوزیک دوا ګانو په څنګ ناروغ نه پردنیزون او فيبرینولتیک دوا ګانو په موضوعی او عمومی دوں تطبيق شی(البهه په موضوعی دوں د عمليات په وخت او په عمومی دوں دزرق له لاری ناروغ نه ورکول کیږي)

## د مساريقي ادنائيتس توبرکلوز Mesenteric Adenitis Tuberculosis

په پرمختالی هيوادو کي دا ناروغى دير لبر واقع کېرى حکه چي له يوي خوا خلک شوی شيدي استعمالوي اوله بلی خوا شيموتراپي په ويسيع او فني ډول او په داسي Pasteurized حال کي چي ناروغ هميشه تر طبى مراقبت لاندى وي تطبيق کېرى دا مرض هغه وخت پيدا کېرى چي د Mycobacterius Bevins ډواسطه منتن شوي شيدي د انسان له خوا وڅل شى. نوموري بسيل په لمري مرحله کي د اليمون په اخري برخه کي پايرپلاكونه ماء وفوي او د هغه د ترقه سبب ګرخى وروسته لدی لاري لمفاوی فناتونه داخل او د مساريقي په لمفاوی عقداتو کي خاى نيسى او د نوموري عقداتو د غتوالى او ايسى سبب ګرخى.

### سريري اعراض او علائم:

ناروغ د خپل گېيدى په يوه ناحيhe کي ثابت درد حس کوي چي په جس سره په همدى ناحيhe کي تندرنس هم موجود وي او په عميق جس سره يوه يا خو ګلک، منظم، مدور، متحرك او په خينې د حالاتو کي فلوکتوانت کله موجود وي.

Tuberculos Mesenteric Adenitis مشکل دی که د سريري اعراضو او د دی په خنگ د لابراتواري معانيتو لکه سريع Sedimentation او لوکوسایتوز ډواسطه تشخيص وضع شى د شيموتراپي ډواسطه ناروغ شفایاب کېرى. په غير د دی مرض د دوه عمهه اختلالاتو سبب ګرخى.

- ۱- د لمفاوی غدي دير غتوالى له کبله ميانکي انسداد مينځته راخى
- ۲- ماماوفه لمفاوی غده ايسيدى کېرى او زوي بي پریطوان ازاد جوف ته درنائز او په نتیجه کي توبرکلوز پریطوانیتس او د داخل پریطوانی اعضاو د شدید التصاقاتو او بلاخره انسدادي حالت مينځته راوري.

### تداوي:

په داورو حالاتو کي د جراحى عمليات استطباب موجود دي. خرنګه چي په لمري حالت کي د امکان په صورت کي غېه شوي لمفاوی مساريقي غده ايستل کېرى او که یواحى د غدي ايستل امکان ته درلود مساريقه د مربوطه کلمي سره ريزکشن او Primary Anastomose ورکول کېرى. په دوهم حالت کي تقيق لمفاوی غده ايستل کېرى او هغه التصاقات چي د کلمي د انسداد سبب شوي دی قطع او د پریطوان په آزاد جوف کي کوم نکروزی انساج چي موجود دي لري کېرى.

البته د جراحى تداوى په خنگ انتى توبرکلوزيک دواکانى تر یونيم کالو پوري ناروغ ته باید ورکړي.

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*

\*\*\*

\*

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 "15<sup>th</sup> 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. Saundier'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.Saundier,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](http://www.ketabton.com)**  
**Ketabton.com: The Digital Library**