

اورتوپيډي

پوهندوی ډاکټر سيد شال سيدي

AFGHANIC



Pashto PDF
2013



Nangarhar Medical Faculty
ننگرهار طب پوهنځی

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Orthopaedics

Dr. Said Shal Sayedy

Download: www.ecampus-afghanistan.org



ننگرهار طب پوهنځی

اورتوپيډي



پوهندوی ډاکتر سيد شال سيدي

۱۳۹۲



اورتوپيډي

Orthopaedics

پوهندوی ډاکتر سيد شال سيدي



Nangarhar Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Said Shal Sayedy

Orthopaedics

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan



ISBN 978-9936-200-24-1



9 789936 200241 >

2013

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



ننگرہار طب پوهنځی

اورتوپیدی

پوهندوی ډاکټر سید شال سیدی

۱۳۹۲

اورتوويدي	د کتاب نوم
پوهندوی ډاکتر سيدشال سيدی	ليکوال
ننگرهار طب پوهنځی	خپرنډوی
www.nu.edu.af	ويب پاڼه
سهرمطبعه، کابل، افغانستان	چاپ ځای
۱۰۰۰	چاپ شمېر
۱۳۹۲ لومړی چاپ	د چاپ کال
www.ecampus-afghanistan.org	د کتاب ډاونلوډ

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمپنی (په جرمني کی د Eroes کورنی یوی خیریه ټولني) لخوا تمويل شوی دی. اداری او تخنیکي چاري يي د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او لیکنی مسولیت د کتاب په لیکوال او ارونده پوهنځي پوري اړه لري. مرسته کسونکي او تطبیق کونکي ټولني په دي اړه مسولیت نه لري.

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

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتري: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان: ISBN: 978 993 6200 241



د لوړو زده کړو وزارت پیغام

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

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

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

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

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

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۲

د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

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

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو دوو کلونو کې مونږ د طب پوهنځیو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پیل او تر اوسه مو ۱۱۲ عنوانه طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځیو ته استولي دي.

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

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

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

تراوسه پوري مونږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپيسا د طب پوهنځيو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۱۱۲ عنوانه مختلف طبي تدريسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننگرهار طب پوهنځی لپاره ۲۰۵ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د يادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هيواد ټولو طب پوهنځيو ته په وړيا توگه ویشل شوي دي.

ټول چاپ شوی طبي کتابونه کولای شوی د www.ecampus-afghanistan.org ویبپاڼی څخه ډاډونلو کړی.

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

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس په راتلونکی کی غواړو چې دا پروگرام غیر طبي برخوته لکه ساینس، انجنیري، کرهنې، اجتماعی علومو او نورو پوهنځيو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنځيو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

له ټولو محرمو استادانو څخه هیله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ایډېټ او د چاپ لپاره تیار کړي. زموږ په واک کې یی راکړي، چې په ښه کیفیت چاپ او وروسته یې د اړوندې پوهنځی، استادانو او محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنگه د یادو شویو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظریات زموږ په پته له مونږ سره شریک کړي، ترڅو په گډه پدې برخه کې اغیزمن گامونه پورته کړو.

له گرانو محصلینو څخه هم هیله کوو چې په یادو چارو کې له مونږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د یادونې وړ ده چې د مولفینو او خپروونکو له خوا پوره زیار ایستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتویات د نړیوالو علمی معیارونو په اساس برابر شوی

خو بيا هم كيداى شى د كتاب په محتوى كى ځينى تيروتنى او ستونزى وجود ولرى ، نو له دى امله له درنو لوستونكو څخه هيله مند يو تر څو خپل نظريات او نيوكى د مولف او يا زموږ په پته په ليكلې بڼه را وليږي ، تر څو په راتلونكي چاپ كى اصلاح شى .

د افغان ماشومانو لپاره د جرمنى كمىټې او دهغى له مشر ډاكتر ايروس څخه ډېره مننه كوو چى د دغه كتاب د چاپ لگښت يې وركړى دى . دوى په تيرو كلونو كى د ننگرهار طب پوهنځى د ۲۰ عنوانه طبي كتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود .

په ځانگړي توگه د جى آى زيت (GIZ) لــــه دفتر او CIM (Center for International Migration and Development) يا د نړيوالى پناه غوښتنى او پرمختيا مركز چې زما لپاره يې په تېرو دريو كلونو كې په افغانستان كې د كار امكانات برابر كړى دي هم مننه كوم .

د لوړو زده كړوله محترم وزير بناغلي پوهاند ډاكتر عبیدالله عبید ، علمى معين بناغلي پوهنوال محمد عثمان بابرى ، مالي او ادري معين بناغلي پوهنوال ډاكتر گل حسن وليزي ، د ننگرهار پوهنتون د رييس بناغلي ډاكتر محمد صابر ، د پوهنتونو او پوهنځيو له بناغلو رييسانو او استادانو څخه هم مننه كوم چى د كتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولى او مرسته يې ورسره كړى ده .

همدارنگه د دفتر له بناغلو همكارانو څخه هم مننه كوم چى د كتابونو د چاپ په برخه كې يې نه ستړى كيدونكى هلى ځلى كړى دي .

ډاكتر يحيى وردگ ، د لوړو زده كړو وزارت

كابل ، مارچ ۲۰۱۳

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۲۰۱۴۲۴۰

ايميل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

د تروماتیک او غیر تروماتیک اورتوپيډي مضمون د طب پوهنځي د پنځم ټولگي د لومړي سمسټر او دوهم سمسټر د تدریسي کيوريکولوم برخه ده . سره لدی چی پخواهم تروماتیک او غیر تروماتیک اورتوپيډي د قدر وړ استادان پدی برخه کی کتابونه لیکلي دي، خو پدی وروستبو دپرش کلونو کی د د جراحي تروماتیک او غیر تروماتیک اورتوپيډي څانگې پدی اړوند کوم څانگړی نوی درسی کتاب په واک کی نه درلود . د دغه تدریسي نیمگړتیا د پوره کولو په موخه د جراحي تروماتیک او غیر تروماتیک اورتوپيډي څانگي لخوا دنده راکړل شوه ترڅو د منل شوی کيوريکولوم مطابق د ننگرهار پوهنتون د طب پوهنځي د پنځم ټولگي محصلینو د پاره دغه درسی کتاب (تروماتیک او غیر تروماتیک اورتوپيډي) ولیکم . په کتاب کی هڅه شوی ترڅو هلوکو ناروغیو په اړوند چی ډیر عمومیت لري او زموږ په هېواد کی د هلوکو ناروغې لویه برخه جوړوي، زیات معلومات وړاندی شي. ترڅو محصلین او ځوان ډاکټران د نوموړو ناروغیو په هکله ډیر معلومات تر لاسه کړي .

د کتاب منځپانگه د منل شویو ، تازه روغتیایي سرچینو (ټکسټ بوکونه ، انټرنیټ ، ژورنالونه) څخه جوړه او بیاپه شویده. د موضوعاتو د پوره روښانه کولو او آسانه پوهاوي په موخه اړونده شکلونه ، په مناسبو ځایونو کی ځای پرځای شوي دي.

د کتاب د حجم د کمولو او د اصطلاحاتو د تکراری لیکلو د مخنیوی په موخه د کتاب په پای کی د اصطلاحاتو اختصار ته ځای ورکړل شویدی. د کتاب په متن کی ډیره هڅه شویده چی د پښتو ولسي او روانو کلمو او جملوڅخه گټه واخیستل شي تر څو لوستونکو ته ئی لوستل او پوهیدل آسانه شي . خو د ناچاری- له مخی ځینی انگلیسي او لاتینی اصطلاحات چی د هغوی لپاره مو سو چه پښتو ژباړه نه ده موندلی هم په متن کی راغلي دي .

پدی خای کی اړین بولم چی د جراحي خانگی د شف پوهاند دوکتور عبدالروف (حسان) او د خانگی د نورو تجربه لرونکو استادانو خدمتونه ته چی هریو د جراحي با ارزښته علمي آثار او تدریسی کتابونه لیکلي د قدر په سترگه وگورم . او هم ددی اثر په بیاینه کی د دوی مرستو او لارښونو څخه د مننی ترڅنگ د لوی خدای (ج) څخه ورته د لوی اجرغوبښتنه وکړم .
په پای کی که درنو لوستونکو ته د کتاب د لوستلو په وخت کی د املا او انشاء کومه ناسمی تر سترگو شي ، هیله مندیم چی رایه گوته ئی کړي .

په درنښت

پوهندوی دوکتور سید شال (سیدې)

- 1..... اول فصل
- 1..... دارتوپیدی اساسات
- 1..... History
- 1..... د تاریخچې نوري عمده برخي په لاندی ډول دي:
- 1.....:Chief complaint (CC)
- 1.....:Present illness
- 1.....:PastHistory
- 1.....:FamilyHistory
- 2..... فزیکي معاینه(Physical Examination)
- 2.....:General Appearance
- 2.....:Local Examination
- 3..... دوه ډوله حرکت وجود لري:
- 3.....:Symptoms اعراض
- 4..... deformity: ۴ سوء شکل
- 4..... د سوء شکل مختلف اشکال وجود لري لکه: د ملا د تیرسوء شکل
- 4..... په زنگانه کي سوء اشکال:
- 4..... د پښي يا foot د برخي سوء اشکال :
- 6.....:Fracture
- 6..... د کسرونو انواع د اینیالوژی له نظره :
- 6..... ۱: تروماتیک:
- 6..... ۲: د فشاري يا fatigue په بنفسيهي شکل پیدا کیري:
- 6..... ۳: پتالوژیک کسرونه:-
- 6..... کسر په دوه ډوله تصادف کوي:

- 7..... Gastolo Classification
- 7..... د کسرونو انواع د خط کسري له مخي بادکسري پارچي د بياځايوالي له مخي:
- 8..... B: د مکسوره پارچي د بياځای والي له مخي:
- 9..... Healing: د کسرونو
- 10..... د Healing مراحل او يا Healing څنگه تر سره کيږي:
- 10..... ۱: لمړی مرحله د hematoma تشکیل دي:
- 10..... ۲: د حجراتو د تکثر مرحله:
- 10..... ۳: د Callus مرحله:
- 11..... ۴: Consolidation يا د تحکيم مرحله:
- 14..... الف: Hypertrophic non union:
- 14..... ب: Atrophic non union:
- 14..... ۴- Remodeling stage يا د اصلاح مرحله:
- 15..... د کسرونو د التيام موده:
- 16..... د التيام معيارونه او تستونه:
- 16..... د کسرونو کلينيکي نظاھرات:
- 16..... Management of Fractures
- 16..... ۱: Reducation يا ارجاع:
- 16..... د ارجاع اهداف دادي چي:
- 17..... ۱: Bone traction:
- 18..... ب: Indirect bone traction:
- 19..... Skin traction:
- 19..... Skin traction په لاندي ډولونو دي:
- 19..... تثبيت يا Immobilization:
- 20..... تثبيتېته وسايل يا ميتودونه: لاندي تثبيتېته ميتودونه وجود لري.
- 20..... ۱: پلستر:

- 20..... د پلستر د استعمال طریقه:
- 20..... د پلستر اختلاطات:
- 21..... د پلستر اختلاطات په دوه ډوله دي:
- 21.....:Secondary complication :B
- 22.....:Brace :2
- 22.....:Traction :-: چي مخکي ولوستل شو دلته هم تري استفاده کيږي .
- 22.....:۴ Internal fixation :-: دا ډول fixation په هډوکو کي د لاندي اهدافو لپاره ترسره کيږي.
- 23..... د Internalfixation لپاره لاندي شيان پکاريږي:
- 23..... د Internal fixation استطبابات:
- 24.....Advantage & disadvantage of internal fixation
- 24.....:Advantage :A
- 24.....:Disadvantage :B
- 24..... د Ext.fixation استطبابات:
- 25..... Management of open frctures
- 25.....:B Secondary closure :-:
- 26..... Preservation of function
- 26.....:۱ Psychological بڼه .:
- 26.....:B Joint active mobalization :
- 26.....:C Against resistant exercise :
- 27..... دوهم فصل
- 27..... د اوږي د کمر بند ماتيدني
- 27..... اوږه او مټ (Shoulder and Upper arm)::
- 27..... د اوږي د بند او مټ د ماتيدنو په ډلو وپشنه:

- ۱: د اورې د کمر بند ماتیدني (Fractures of the shoulder girdle): 27.....
- الف: د Clavicle د هډوکي ماتیدنه. ب: د Scapula د هډوکي ماتیدنه. 27.....
- ۲: د اورې د بند او اړوند بندونو ترصیضات: 28.....
- الف: د Sterno-clavicular بند بی ځایه کیدنه. 28.....
- ب: د Acromio-clavicular بند سستیډنه او بی ځایه کیدنه. 28.....
- ج: د Sterno-clavicular بند کشیدل. 28.....
- د: د Acromio-clavicular بند کشیدل. 28.....
- ه: د اورې د بند بی ځایه کیدنه. 28.....
- و: د اورې د Rotator cuff د پلو (وترونو) شکیدل. 28.....
- ۳: د مت د هډوکو ماتیدنه (Fracture of Humerus): په لاندې ډول ډله بندی شوي دي. 28.....
- د اورې د کمر بند ماتیدني: 29.....
- ۱: د کتف (Scapula) د هډوکي ماتیدنه: 29.....
- د Clavicula د هډوکي ماتیدني: 32.....
- د رامنځته کیدو میخانیکیت: 33.....
- ۱: Type-I (Non displaced): 33.....
- ۲: Type-II (Displaced): 33.....
- ۳: Type-III: 33.....
- یادونه! د کلاویکل هډوکي ماتیدني په ماشومانو کې: 34.....
- کلینیکي بڼه: 34.....
- درملنه: 35.....
- ۱: د کلاس ای یا د دریمې انسي برخې د ماتیدني درملنه: 35.....
- ۲: کلاس بی یا د وحشي دریمې برخې ماتیدني: 36.....
- ۳: کلاس سی یا د انسي دریمې برخې ماتیدنه: 36.....
- په بدو اوښتنه (اختلاطات) 36.....

- 36..... وختي (په مقدم ډول) په بدو اوبښتنی:
- 37..... وروستی (په مؤخر ډول) په بدو اوبښتنه:
- 37..... د اورې د بند د اړوند بندونو تر ضیضات
- 37..... ۱: د sterno-clavicular بند بی ځایه کیدنه:
- 37..... د بی ځایه کیدو د رامنځته کیدو میخانیکیت:
- 38..... کلینیک:-
- 39..... تشخیص:
- 39..... درملنه:
- 39..... د شا خواته بی ځایه کیدنی درملنه:
- 40..... د اورې بند یا Shoulder Joint
- 40..... اناتومی (Anatomy)
- 40..... د اورې د بند مفصلي سطحی:
- 40..... د بند تینگونکی او ارتباتی وسیلی
- 42..... تعصیب:
- 42..... خروب (اروا) :
- 42..... خوځښتونه (حرکات) :
- 42..... د لورې او مت د کسرونو طبقه بندی:
- 42..... Fracture of the Scapula:
- 43..... په Scapula کې لاندی څلور ډوله کسرونه منځته راځي :
- 44..... تداوی بی په ډې ډول کیري چی:
- 44..... اختطالات :
- 45..... د رامنځته کیدو میخانیکیت :
- 46..... ۱_ (Non displaced) Type I :
- 46..... ۲_ (Displaced) Type II :
- 46..... ۳_ Type III :

- یادونه : د Clavicle کسرونه په ماشومانو کې : 46
- کلینیکي منظره : 46
- تداوی : 47
- 1_ Class A یا د Middle Third برخي کسرونه : 47
- 2_ Class B یا د Distal Third برخي کسرونه : 48
- 3_ Class C یا د Proximal Third کسرونه : 48
- اختلاطات : 48
- a_ مقدم اختلاطات : 48
- b_ موخر اختلاطات : 49
- 4_ Post-traumaticarthritis 49
- د اوږې د بند او اړونده مفصلونو توضیحات: 49
- کلینیک : 50
- تشخیص :- 50
- تداوي : 50
- _ قدامي خلع : 50
- _ خلفي خلع : 51
- Recurrent Dislocation : 51
- تداوی : 51
- Strain 52
- 2_ Acromioclavicular Joint Injuries 52
- Acromioclavicular Subluxation & dislocation 52
- پتالوژي : 53
- تداوي : 53
- 1_ نیمگری خلع : 53
- 2_ Complete Dislocation 53

55	دریم فصل
55	د اورې بند يا Shoulder Joint
55	اناتومي (Anatomy)
55	د اورې د بند مفصلي سطحې:
55	د بند ډول:
55	د بند ټینګونکي او ارتباتي وسیلې:
55	۱: کپسول:
56	۲: پلي (Ligaments):
56	۳: Synovial Membrane:
56	تعصیب:
56	خروب (اروا):
56	خوځښتونه (حرکات): ..
57	د اورې د بند بې ځایه کیدنه يا Shoulder Joint Dislocation
57	د نوموړي بند بې ځایه کیدو ته لاره برابره ونکې اړونه (فکتورنه):
57	د رامنځته کیدو کړن ډود (میخانیکیت):
58	کلینیک:
58	۱: د مخ خواته بې ځایه کیدنه: -
58	په فزیکي کتنه کې:
58	۲: دشا خواته بې ځایه کیدنه:
59	د شاتنی بې ځایه کیدنی ایکسری:
59	د شاته بې ځایه کیدنی ویشنه:
59	د شاخواته بې ځایه کیدنی پتالوژي:
60	د بې ځایه کیدنی درملنه:
60	۱: د مخ خواته بې ځایه کیدنی درملنه:

- 60.....:Modified Hippocratic Method :A
- 60.....:Stimson`s Method :B
- 60.....:Kocher`s Method :C
- 60.....:Physiologic Method :D
- 60.....:۲ د شاخواته بي خايه كيډني پرځای كونه:
- 61.....:په بدو اوښتنه (اختلاطات):
- 61.....:الف: مخ لورته د بي خايه كيډني په بدو اوښتنه:
- 61.....:ب: دشا خواته بي خايه كيډني په بدو اوښتنه:
- 62.....:Hill-Sachs lesion
- 62.....:Bankart Lesion
- 62.....:د Rotator Cuff د ونرونو څيري كيډل:
- 62.....:د Supraspinatus Syndrome مهم لاملونه عبارت دي له:
- 63.....:درملنه:
- 63.....:د مټ د هډوكي ماتيدنه:
- 64.....:۱: د پورتنی برخي ماتيدنی (Upper Part Fractures):
- 66.....:One Part Fractures يا Minimal Displaced ماتيدنی:
- 66.....:A: د Surgical Neck ماتيدنی:
- 66.....:۱: Impacted ماتيدنی:
- 67.....:كلينيك:
- 67.....:پيژندنه (تشخيص):
- 67.....:درملنه:
- 68.....:۲: Non Impacted ماتيدنی:
- 68.....:كلينيك:
- 68.....:پيژندنه:
- 68.....:درملنه:

- 69 په بدو اوښتنه (اختلاطات):
- 69 :C Greater Tubersity Fraction
- 69 پیژندنه:
- 69 درملنه:
- 69 په بده اوښتنه (اختلاطات):
- 70 :D Lesser Tubersity Fraction
- 70 د مټ د هډوکي د بدني (Shift) ماتیدني:
- 70 په ډلو ویشنه (Classification):
- 71 کلینیک:
- 71 پیژندنه:
- 71 درملنه:
- 72 ۱: ساتندویه درملنه:
- 72 الف: U-Slab Method
- 72 ب: Hanging Cost Method
- 72 ۲: دننی ټینگونه او عملیاتي پرخای کیدنه:
- 73 په بدو اوښتنه (اختلاطات):
- 73 ۱: د رادیل عصب گوزنک:
- 73 کیلي او ننبي:
- 73 :Tendon Transfer
- 74 :۲ Non-Union
- 74 د مټ د هډوکي د Condyles ماتیدني:
- 75 د ژوبلیدني ډول (د ترضیض میخاتیکیټ):
- 75 په ډلو ویشنه:
- 75 کلینیک:
- 75 درملنه:

- 76 په بده اوښتنه (اختلاطات):
- 76 د مټ د هډوکي د Epicondyle ماتیدني
- 76 د وحشي Epicondyle ماتیدني:
- 76 دا ډول ماتیدني د دوو لاملونو له کبله ډیري مهمي دي:
- 76 الف: شاید وده کوونکي کرپندوکي (غضروف) اغیزمن شي:
- 76 کلینیک:
- 77 پیژندنه:
- 77 درملنه:
- 77 الف: ساتندويه درملنه:
- 77 ب: ساتندويه درملنه:
- 77 په بدو اوښتنه (اختلاطات):
- 77 د انسي Epicondyle ماتیدني:
- 77 کلینیک:
- 78 پیژندنه:
- 78 درملنه:
- 78 په بدو اوښتنه (اختلاطات):
- 78 Fractures, Separation of the Entire Distal Epiphysis
- 78 ۱: لومړی ډول (Type 1):
- 79 ۲: دویم ډول (Type 2):
- 79 ۳: دریم ډول (Type 3):
- 79 ۴: څلورم ډول (Type 4):
- 79 ۵: پنځم ډول (Type 5):
- 79 ۶: شپږم ډول (Type 6):
- 80 د ځنگلي تپونه (Elbow Injuries)
- 81 ۱: تر زور لاندې ځنگله (Confused Elbow):

- ۲: کش یا تپله شوی ځنگل (Pulled Elbow): 81
- ۳: د ځنگلي بي ځايه كيدنه (Dislocation of the Elbow): 81
- په دلو وپشنه:- په دوه ډوله ده. 81
- نوي ډلوپشنه New Classification: 82
- Radio-ular Translocation :B: 82
- پيژندنه: 82
- توپيريزه پيژندنه (تفريقي تشخيص): 82
- درملنه: 83
- ۱: لاس په لاس كرنه (Hand to Hand Method): 83
- ۲: Parvin Method: 83
- په بدو اوښتنه (اختلاطات): 83
- د مټ د هډوكي د ليري برخي ماتيدني (Fractures of the Distal Humerus) 85
- ۱: Supra-Condylar Fraction:- چې دا ماتيدنه بيا په دوه ډوله ده. 85
- الف: پرانيستی ډول (Extention Type): 85
- ۴: د Condyles ماتيدني: 85
- د supracondylar برخي ماتيدني: 85
- ۲: پرانيستی ډول (Extention Type): 85
- ۱: راټول ډول (Flexion Type): 85
- ۲: پرانيستی ډول (Extention Type): 86
- كلينيك: 87
- پيژندنه: 87
- درملنه: 87
- الف: پرته له عمليات نه درملنه: 87
- ب: د عمليات په وسيله درملنه: 89
- ۱: ترلی عمليات: 89

- ۲: پرانیستی پرخای کونه (Open Reduction): 89.....
- ۲: د راتول (Flexion) ډول درملنه: 89.....
- الف: له عملیات نه پرته کړندود: 89.....
- ب: عملیاتی کړندود: 89.....
- په بدو اوښتنه (اختلاطات): 90.....
- د مروند ماتیدنی (Fractures of the Forearm) 90.....
- الف: د رادیوس د سر ماتیدنه: 90.....
- په ډلو ویشنه: 90.....
- کلینیک: 91.....
- پیژندنه: 91.....
- درملنه: 91.....
- ب: د رادیوس د غاړې ماتیدنه: 93.....
- کلینیک: 93.....
- پیژندنه: 93.....
- درملنه: 94.....
- ساتندویه درملنه: 94.....
- د عملیات په وسیله درملنه: 94.....
- ج: د Olecranon ماتیدنی: 94.....
- په ډلو ویشنه: 94.....
- درملنه: 95.....
- د: د Coronoid ماتیدنی: 96.....
- ه: د Mantaggia ماتیدنی: 96.....
- د رامنځته کیدو تگلاره: 97.....
- په ډلو ویشنه: 98.....
- درملنه: 98.....

- 99.....درملنه:
- 99.....ساتندویه درملنه:
- 100..... Manteggia ماتیدونو په بدو اوښتنه (اختلاطات):
- 100..... Galeazi ماتیدني او بی خایه کیدنی:
- 100.....درملنه:
- 101..... د مروند د ښکتنی برخی ماتیدني (Lower fore arm Fractures)
- 101..... ۱: د کالوس (Colles) ماتیدني:-
- 101..... د رامنځته کیدو کړن دود:
- 101..... کلینیک:
- 101.....درملنه:
- 101..... ۱: د هغو ماتیدنو درملنه چي بی خایه شوي نه وي:
- 101..... ۲: Displaced:- الف: ستندرد کړن دود:
- 102..... ۵: بیا جوړونه (Rehabilitation):
- 103..... د کالوس د ماتیدنو په بدو اوښتنه
- 104..... څلورم فصل
- 104..... Smith fracture
- 104..... داکسرونه دکسري خط له نظره په دري ډوله دي.
- 104..... تداوي:
- 105..... Injuries of the hand.
- 105..... Classification
- 106..... Seaphoid fracture.
- 107..... کلینک:
- 108..... تداوي:
- 108..... 1- غیر اختلاطي کسرونه:
- 108..... د اختلاطي cases:

- 109.....:conservative -a
- 109..... proximal segment وړوکی وي ویستل کیږي. operative: -b
- 109.....Fracture of tubule
- 109.....: اختلاطات:
- 110.....:Non-union -2
- 110.....: تداوي:
- 110.....:Avascular necrosis -3
- 111.....: درمنله:
- 112.....: پنځم فصل
- 112.....Carpal Bone Dislocation
- 112.....: دا خلعي عبارت دي له:
- 113.....: تداوي :
- 113.....:Complications
- 113.....: Avascular Necrosis _ 1
- 113.....: Osteoarthritis _ 2 : د Avascular Nearosis له کبله.
- 113.....: Median Nerve متضرر کېدنه : _ 3
- 113.....: Carpal د هډوکو Peri lunate خلع:
- 114.....:Metacarpophalangeal Injuries
- 114.....:Metacarpal Bones : A
- 114.....: کلینیک :
- 114.....: تداوي :
- 114.....:Undisplaced کسرونه: _ 1
- 115.....:Displaced کسرونه: _ 2
- 115.....:Open Reduction & Internal Fix _ 3
- 115.....: د لومړي میتاکارپ د قاعدې کسر:

115	پتالوژي:
115	a_ دا کسرونه دوه مشخص ډولونه لري:
116	کلینک
116	-II continous skintraction .:
116	-III- دریم سټیډر په precutancus ډول:
116	_b :Open Reduction
116	:Compication
117	میکانیزم:
117	کلینیک:
117	تداوی:
117	:Button Hole Injury
118	:Bouttoniers Deformity
118	:Swan Neck Deformity
118	:Mallet Finger
118	میکانیزم:
119	دري نوعي بي موجودې دي:
119	کلینیک:
119	تداوي:
119	د Phalanx کسرونه:
120	:Interphalangeal Joints Strain

- 121..... فصل شیرم
- 121..... د حوصلی کسرونه
- 121..... اناتومی:
- 122..... د حوصلی وظایف:
- 122..... د حوصلی کسرونو وقومات:
- 123..... د حوصلی د کسرو طبقه بندی:
- 123.....:Minor Pelvic Fracture
- 124.....:Major Pelvic Fracture
- 124..... هغه کسرونه چی د حوصلی Ring یا حلقه ماته شوی وي:
- 124..... همدارنگه په لاندی ډول هم طبقه بندی شوېده:
- 125..... اعراض او علایم:
- 128..... تداوي:
- 128.....:Emergency Treatment
- 129..... Minor fracture تداوي:
- 129.....:Major Pelvic Fracture
- 129..... (Stridal) Compression Type
- 131.....:Vertical Fracture (Malgagni)
- 131.....:Open book fracture
- 132.....:Severe mult le Fracture
- 133.....:Complications
- 133.....:Dislocation of the Hip
- 133.....:Anterior Dislocation
- 134.....:Physical and Radiographic Exams
- 134..... تشخیص:
- 134.....:Posterior Dislocation
- 134..... مېخانیکت:
- 135.....:Physical Examination

135.....	تداوي:
135.....	:Post Dislocation
136.....	په قدامي خلعو کې:
137.....	وروسته له ارجاع څخه تداوي:
137.....	Hip Joint Fractures
137.....	اناتومي:
138.....	Intra medulary پواسطه.
139.....	:Ossification Points
140.....	:Treatment
141.....	:Communitated and superior head fracture
141.....	:Fracture of the femoral neck
142.....	:Mechanism of injury
142.....	:Classification
142.....	:Stress Fracture
142.....	:Impacted Fracturs
142.....	:Displaced Fracture
142.....	:Comminuted Fracture
143.....	فيزيکي او راډيولوژيکي معاینات:
143.....	په فزيکي معاینې سره:
143.....	تداوي:
143.....	:Displaced Fracture
144.....	:Complication
144.....	تداوي:
144.....	:Intertrochantric fracture
145.....	:Mechanism of Injury
145.....	:Clinical feature
146.....	:Treatment

146.....	:Complication
146.....	:Fracture of the trochanters
146.....	:Sub trochanteric fracture
147.....	:Clinical feature
147.....	X-ray
147.....	:Treatment
148.....	Femoral shaft fracture
149.....	:Clinical feature
149.....	:X-ray
150.....	:Treatment
150.....	:Definitive treatment
150.....	Choice of method
150.....	Traction
151.....	۳ ترکشن او بیا د P.O.P پواسطه تداوي:
151.....	:Intra Medullary Rod
151.....	:Open fractures
152.....	Complication
152.....	:Early
152.....	:Late
153.....	:Children
153.....	:Supracondylar fracture
154.....	:Signs and symptom
154.....	X-ray
154.....	تداوي:
154.....	:Fracture separation of distal femoral Epiphysis
155.....	کلینیکي لوحه:
155.....	:Complication

156.....	:Femoral condyle fracture
156.....	كلينيكي لوحه:
156.....	تداوي:
157.....	:Patella fracture
158.....	:Treatment
159.....	:Communitated Fracture (stellate)
159.....	:Displaced Transverse Fracture
159.....	:Miniscus Tear
159.....	اناتومي:
160.....	Miniscus وظائف:
160.....	:Mechanism of the tear
160.....	:Lateral Minisc Teaar
161.....	تشخيص او كلينيكي اعراض او علايم:
162.....	:Inspection
162.....	تخنيك:
163.....	تداوي:
163.....	:Conservative Treatment
163.....	:Reduction of torn
163.....	تخنيك:
163.....	:Surgical Treatment
164.....	تغريفي تشخيص:
164.....	:After Operation
165.....	Dislocation of the Knee
165.....	:Treatment
165.....	:Tabial Platou fracture
166.....	:Special features
167.....	:Treatment

167	.....:Manually Displaced fractures
167	.....:Comminated Lateral Platou Fracture
168	.....:Fracture with a single Large Condylar Fragmen
168	..... د Tarction تخنیک:
170	..... پښه (قدم)
171	.....:Classification
171	..... د Talus کسرونه:
171	..... د Talus د غاري کسر:
171	..... تداوي:
172	.....:Complication
172	.....:Dlagnosis
172	..... تداوي:
173	.....:Osteo arghritis
173	..... د پوندي د هډوکي کسرونه:
173	..... د کسر میخانیکیت:
174	..... کلینیکي منظره:
174	..... تشخیص:
174	..... تداوي:
175	..... د پوندي د هډوکي فشاري کسرونه:
175	..... کلینیکي اعراض او علایم:
175	..... تشخیص (Diagnosis)
176	.....:Internal Fixation او خلاص عملیات
	د C.T.scanning د لارښوونې په اساس په دې وختو کې د وازې ارجاع په تخنیکونو کې
176	..... دېرې اسانتیاوې راغلي دي

177.....	اووم فصل
177.....	د هډوکو ابتدایي انتاني ناروغی.
177.....	:Acute Osteomyelitis
177.....	:Acute Haematogen Osteomyelitis
178.....	:Causes
178.....	وقوعات:
178.....	بټوفز بیلوژي:
179.....	۱. د دوه کلنی څخه په بنکته عمر کی:
179.....	۲. ۱۶-۲ کلنی عمر کی:
179.....	۳. په کاهلانو کی د ۱۶ کلنی څخه پورته:
179.....	تشخیص:
180.....	اعراض او علایم:
181.....	:X-Ray
181.....	:Anvalocrum
181.....	:Sequister
181.....	تفریقي تشخیص (DDX):
182.....	وقایه:
182.....	:Acute Stage- Rx
182.....	عمومي تداوي:
182.....	:Antibiotics
183.....	:Drainage
183.....	:Complication
184.....	:Sub acute osteomyelitis
184.....	:Chronic Osteomyelitis
184.....	:Residual Stage
185.....	:Brodies Abscess
185.....	پاملرنه:
185.....	:Septic Arthritis S.A

186.....	:Causes
186.....	کلینیکی لوحه:
186.....	۱. په نوزادو ماشومانو کې [In new born infant]:
186.....	۲. په اطفالو کې (In children):
187.....	{Diagnosis} :تشخیص
187.....	:Inverstigation
187.....	:تفریقي تشخیص (DDx):
188.....	:تداوي {Rx}:
188.....	:Complications
189.....	د مفاصلو اناتومي او فزیولوژی:
189.....	:Fibrous Joint. ۱
189.....	:Cartilaginous Joint. ۲
189.....	:Symphysis Joint. ۳
189.....	۱. مفصلي غضروف:
190.....	۲. S:ynovial membrane:
190.....	۳. Synovium:
191.....	مفصلي کیسول:
192.....	د هډوکو او بندونو توبرکلوز:
192.....	د مفصل د توبرکلوز پتالوژی:
193.....	د هډوکو توبرکلوز:
193.....	:Pott's disease
193.....	{Dx} :تشخیص: اعراض او علایم:
193.....	عمومي اعراض:
194.....	فزیکی علایم:
194.....	:Palpation

194.....:Special Investigation

194.....:X-ray

194.....:Histology

195.....:Bacteriology

195.....:RX: عمومي تداوي:

195.....: موضعي تداوي:

195.....:Anti Tuberclosic Drugs

196.....:Pott's paraplegia

196.....:Anti. Longitudinal lig. ۳

196.....:تداوي:

196.....:Osteoarthritis

196.....:Primary Osteoarthritis . ۱

196.....:Secondary Osteoarthritis . ۲

197.....:Causes

197.....:پتالوژي:

197.....:اساسي پتالوژيکي تغیرات عبارت دی له:

197.....:کلینیک لوحه:

198.....:X-Ray: وصفي تغیرات يي عبارت دی له:

198.....:Conservative treatment

198.....:حراحي تداوي:

199.....:Haemophilic Arthropathy

199.....:Acute Bleeding In to a Joint

199.....:Joint Degeneration

200.....:تداوي:

200.....:Bone Composition

200.....:Bone Matrix

200.....: عظمی حجرات په درې ډوله دي: Bone cells

201..... Regulation of Bone Formation and Calcium exchange

202.....:Bone Remodelling

202..... Age Related Change in Bone

203.....Primary osteoporosis or post Menopausal Osteoporosis

203.....:اعراض

203.....:Prevention and Treatment

204.....:Senil osteoporosis

204.....:RX

205..... Scurvy

205.....:پتالوژي

206.....:لابراتورې معاینات:

206.....:RX

206..... Amputation

207.....:Level of Amputation

208.....: Muscles

208.....: Nerves

208.....: Blood Vassels

208.....: د علوي طرف Amputation

209.....:Amputation د لاس

209.....:Below knee joint amputation

210.....: Boyd Amputation .۲

210.....: (Mid tarsal amputation) Choparts Amputation

211.....: Complication

211.....	:Neuroma
211.....	: Comportment syndrome
211.....	: Location
212.....	: Etiology
213.....	:Diagnosis :Pressure
213.....	:Pain .۲
213.....	:Pulsation .۳
214.....	بايد كوشش وشي چي د CS د پيدا كېدو څخه مخنيوی
215.....	اتم فصل.....
215.....	Non Traumatology
215.....	Congenital deformities of the foot
215.....	Club foot اته ډول سو شكل وركولای شي:
216.....	اسباب (Etiology):
216.....	پتولوژي:
216.....	ډولونه يا types:
217.....	د كلينيك له مخي هم د لاندي ډولونو لرونكي دي.
218.....	كلينيكي بڼه (Clinical Features):
219.....	د ولادي او كسبي Club Fott ترمنځ لاندي توپير موجود وي.
220.....	تشخيص:
220.....	تفريقي تشخيص يا Differential Diagnosis:
220.....	درملنه (Treatment):
220.....	۱: ساتندويه (Conservative) درملنه:
220.....	۲: جراحي درملنه:
223.....	Congenital Vertical Talus

- 223..... Incidence یا پېښي:.....
- 223.....:Clinical feature کلینیکي بڼه
- 224.....:(Treatment) درملنه
- 224.....: ۱ Conservative درملنه:
- 225.....: ۲ جراحي درملنه:
- 226.....: ۲ جراحي:- د دوه هدفونو لپاره ترسره کيږي.
- 226..... Osteogenesis imperfect
- 227.....: (Clinical Feature) کلینیکي بڼه
- 227.....: تفريقي تشخيص:
- 228.....: Types ډولونه
- 229.....: ۱ د محفوظي درملني په منظور:
- 229.....: ۲ د وځيمو ډولونو د درملني لپاره د جراحي څخه کار اخيستل کيږي.
- 229..... Post Polio Paralysis (Poliomyelitis)
- 229.....: اسباب (Etiology):
- 229.....: پتالوژي:
- 230.....: Diagnosis and Clinical Feature تشخيص او کلینیکي بڼه
- 231.....: درملنه:
- 233..... Cerebral palsy
- 233.....: اسباب (Etiology):
- 233.....: تشخيص او کلینیکي بڼه:
- 234.....: د کلینیکي اعراضو له نظره CP په شپږ ډوله ده.
- 235.....: ۱ Cerebral Cortex:
- 235.....: ۲ دماغي د قاعدی افت:
- 235.....: ۳ Cerebellum:
- 235.....: درملنه:

- 236.....Bone Tumors
- 237..... کلینیکی بڼه او اعراض او علایم:
- 237..... تشخیص (Diagnosis):
- 237..... تفریقي تشخیص (Defferential diagnosis):
- 238..... درملنه:
- 238..... Benign tumors of the bone
- 239..... Osteoma : ۱
- 239..... اعراض او علایم:
- 239..... تشخیص:
- 239..... درملنه:
- 239..... Chodroma : ۲
- 239..... درملنه:
- 239..... Osteoid osteoma
- 239..... Osteochondroma : ۳
- 240..... اعراض او علایم:
- 240..... تشخیص:
- 240..... درملنه:
- 240..... Osteoclastoma : ۴
- 241..... اعراض او علایم:
- 241..... تشخیص:
- 241..... درملنه:
- 241..... Malignant tumors of the bone د هډوکو خبیث تومورونه
- 241..... Osteosarcoma : ۱
- 242..... اعراض او علایم:
- 242..... تشخیص:

- 243.....درملنه:.....
- 243.....د درجو له نظره درملنه:.....
- 243.....:Classification and grading
- 243.....:درجي (Grades):.....
- 244.....کلینیکي بڼه:.....
- 244.....تشخيص:.....
- 244.....اسباب:.....
- 244.....درملنه:.....
- 245.....انزار:.....
- 245.....:fibrosarcoma :۳.....
- 245.....اسباب:.....
- 245.....اعراض او علایم:.....
- 246.....تشخيص:.....
- 246.....:Stage of tumor.....
- 246.....درملنه:.....
- 247.....شیموتراپي په څلورو لارو کېدای شي.....
- 247.....:Osteoblastoma.....
- 247.....:Gaint cell tumor.....
- 248.....کلینیکي اعراض او علایم:.....
- 248.....درملنه:.....
- 248.....:Ewing tumor.....
- 248.....کلینیکي اعراض او علایم:.....
- 248.....پتالوژي:.....
- 249.....رادیو گرافي:.....
- 249.....نفریقي تشخیص:.....

- 249..... درملنه:
- 250.....:Multiple myeloma
- 250..... کلینیکي اعراض او علایم:
- 251..... تشخیص:
- 251..... الف: رادیوگرافي:
- 251..... ب: لابراتواري کتنې:
- 251..... تفريقي تشخیص:
- 251..... اختلاطات:

په تل پاتي مینه

افغان آندیال (اعظمي)

اول فصل

د اورتوپيډي اساسات

اورتوپيډي د دوه يوناني کليمو څخه اخيستل شوي Ortho د سمولواو pedic د ماشومانو په معنی ده اورتوپيډي هغه علم دی چې د هډوکو، مفاصلو، عضلاتو، وترونو، او عيو او اعصابو څخه بحث کوي.

History

د اورتوپيډي ناروغ په تاريخچه کې بايد لاندی شيان وپوښتل شي.

د ناروغ نوم

د پلار نوم

عمر

وظيفه

د اوسيدوځاي

د تاريخچې نورې عمده برخې په لاندی ډول دي:

Chief complaint (CC): د ناروغ عمده شکایت دی چې ډاکتر ته يې مراجعه کړې ده. بايد د

Duration سره يوځای ذکر شي.

Present illness: پدې کې C.C څپړل کېږي. يعني د ناروغ څخه پوښتنه کوو چې:

ناروغي څنگه شروع شوه؟

د ناروغي پرمختگ څنگه دي؟

اوسنی حالت يې څنگه دی (د پخوا په مقايسه)؟

نورې ضميموي ناروغي شته او که نه؟

Past History: پدی برخه کې د ناروغ څخه د هغه د پخوانيو امراضو پوښتنه کوو. پدی برخه کې

وايرس او رکنسيایي امراض د اهميت وړ دي.

Family History: په فامیل کې د افرادو د هغوي د ناروغيو په هکله پوښتنې کېږي.

فزيکي معاینه (Physical Examination)

په فزيکي معاینه کې لاندې برخې شاملې دي:

General Appearance: پدې کې په عاجله توګه د ناروغ لاندې حالات مطالعه کوو:

Air Way: ګوروچی هوايي لاره يې خلاصه ده او که نه.

Breathing: ګوروچی تنفس څنګه دي.

C.V.S: قلبي وعايي سيستم په بېرني ډول ترنظر لاندې نيسو.

Depth of consciousness: د شعور عمق ګورو چی آیا ناروغ کامل شعور لري، په خويجن حالت

کې دی او که هيڅ شعور نه لري او دکوما په حالت کې دی.

Else: نور شيان په ناروغ کې ليدل کېږي چې وروسته به ذکر شي.

(د اسانتيا لپاره د A.B.C.D.E په ډول خلاصه کېږي).

Local Examination: دا معاینه د ناروغي په تشخيص کې مهم رول لري.

د معاینې په وخت کې بايد ناروغ په روښان اطاق کې وي او ټول اعضاء په مقاييسوي ډول معاینه کوو

(خصوصا په ماشومانو کې).

دامعاینه هم په پنځه حروفو خلاصه کېږي (L.F.M.X.T).

1: **Look** يا د ناروغ کتل په موضوعي ډول: مثلا يوناروغ د Tibia داخل مفصلي کسرولري نو د

Knee joint ګورو، پوستکي ګوروچی Echymosis شته او که نه، Scar شته او که نه، پړسوب او درنگ

تغييرات شته او که نه. اوس که د که يو ددوي څخه وي لکه د زنگانه د مفصل پړسوب مونږته زيات معلومات

راکوي کيدای شي وينه را ټوله شوي وي (Haemarthrose) او يا زوه وي (Pyoarthrose).

2: **Feel:** دجس کولو څخه عبارت دی. په جس سره د هماغې ساحې حرارت ګورو د لاس په ظهري

قسمت باندې همدارنگه توج يا Fluctuation، Tenderness، او بعضی نور Test چې وروسته به مطالعه

شي ګورو.

3: **Movement:** که د هډوکي کسرونه موجود وي يا نه وي مفاصلو ته حرکت ورکوو خوبايد ډير

احتياط وشي لکه که کسر موجود وي د اوغيو د پړيکيدو خطر موجود دی.

دوه ډوله حرکت وجود لري:

۱. Active: پدې معنی چې ناروغ ته وایو چې خپله عضوه پخپله و خوځوي دا حرکت په ماشومانو کې ډیر مهم دي.

۲. Passive: پدې کې د ناروغ ماوفه عضوي ته خپله حرکت ورکوو دا کار یوازې دا کار یواځې تر تداوی مخکې تر سره کېږي. وروسته د کسر دارجاع یا تداوي باید ونشي ځکه کیدای شي Myositis Ossificant منځ ته راشي.

۳. X-Ray: پدې کې د ناروغ څخه X-Ray اخیستل کېږي او په ماوفه ساحه کې علت یا تخریب لټول کېږي. X-Ray باید په مختلفو وضعیتونو کې واخستل شي لکه Anterior-Posterior ، Lateral او یا Oblique.

ځینې وخت د اعضاوو د مقایسي لپاره X-Ray اخیستل کېږي. په X-Ray کې د هډوکو وضعیت ، شکل، سرحدونه، کثافت ، مخ او Periostium مطالعه کوو او تغیرات یې نوټ کوو. په اوس وخت کې Modern معاینات (CT Scan ,MRI , etc) په اورتوپيډي کې ډیر د اهمیت وړ دي.

۴. Test of Pathology: د ماوفی ساحې څخه Biopsy اخلو او د پتالوژي لابراتوارته یې لیبرو ترڅو مرض په قاطع ډول تشخیص شي. ځکه ځینې وخت دداسې امراضو سره مخ کېږو چې د پورتنیو معایناتو سره کوم تشخیص لاسته نه راځي لکه ځینې تومورونه او سرطانونه چې که څه هم تخریبات یې کم وي باید عادي ونه گڼل شي.

اعراض Symptoms:

د اورتوپيډي ناروغ کیدای شي د لاندې اعراضو څخه یو یا څو ولري.

۱: درد:-- د عمده اعراضو څخه یو دي چې ډیر ارزښت لري خوباید په یاد ولرو چې درد فقط هروځت د پتالوژيکي ساحې څخه نماینده گڼي نشي کولای. د مثال په ډول یو ناروغ چې د Sciatic-N د (L4,L5,S2,S3) څخه وځي په مرض اخته وي او عصب په ستون فقرات کې تر فشار لاندې وي او ناروغ درد په پښو کې حس کوي. یاد یو ناروغ د Hip joint دردونه په زنگون کې موجود وي دا پدې خاطر چې ددوي امبریولوژيکي منشه سره یوډول ده.

۲: Lump: يا گودوالي.

۳: Swelling: د پرسوب علت بايد معلوم شي ، لکه ضربه، دوامداره درد او نور....

مسيږي بايد معلوم شي، وخت يې بايد معلوم شي ، ساحه يې بايد معلومه شي (يعني په Soft Tissue پوري مربوط دی، هاپو کو پوري مربوط دی، په پوستکي پوري مربوط دی او يا مفصل پوري مربوط دی).

نوټ: د هاپو کو پرسوب لکه Chondroma and Calus or bone cyste.

د منظم نسج يا رخوه اقسامو پرسوب لکه Lipoma and Abscess.

۴: deformity: سوء شکل : سوء شکل کيدای شي ولادي وي لکه Club foot ، Flat foot

يا کيدای شي کسي وي چې عوامل يې عبارت دي له ترضيض، عصبي امراض (يو طرفه فلج منځته راوړي او ماوف طرف مقابل طرف ته کش کيږي)، ميتابوليک امراض لکه د کلسيم د ميتابوليزم خرابوالي، استحاليوي امراض او نور(Rickets)....

د سوء شکل مختلف اشکال وجود لري لکه: د ملا د تير سوء شکل

Lardosis: قدام خواته د ملا د تير کړيدل.

Kyphosis: د ملا تير شاته وتلي وي.

Scoliosis: د ملا تير د وحشی خواته وتلي وي.

په زنگانه کې سوء اشکال:

Knock knee (Genu varum) (په نورمال حالت knee joint او بنسگري ډاږه يو د بل سره لگيږي)

خو په Knock knee کې knee joint يو د بل سره لگيږي خو بنسگري لريوالي کوي.

Bow leg (Genu varum) پدې حالت کې ډواږه knee joints يو د بل څخه لری وي خو

ډواږه med, malluli يو د بل سره نښتی وي.

د پښې يا foot د برخې سوء اشکال :

Club Foot

Flat Foot

Pes Caves

نوټ:— د Ankle Joint څخه لاندي برخې ته Foot وايي. او درې برخې لري:

Fore foot

Med foot

Hind foot

۵: Stiffness يا شخوالي: پوهيرو چي مختلف مفاصل په مختلفو محورونو حرکت کولی شي چي

عبارت دي له

Multi axial

Bi-axial

.Uniaxial

ځيني مفاصل multi، ځيني bi او ځيني uni محورونو باندی حرکت ترسره کولای شي.

د درد يا نورو پتالوژيکي حالاتو سره مفاصل شخوالي پيدا کوي. ځيني مفاصل دوامداره عدم تحرکيت يا prolonged immobilization قبلولای شي لکه Hip joint، Knee Joint او نور. خو ځيني نور يي نشي قبلولای لکه shoulder joint، inter phalangeal joint او نور.... شخوالي کيدای شي د اجنبي جسم له امله منځته راشي، يا هم د meniscus د تخریب له امله منځته راشي چي د مفصل په داخل کی غورځيري او شخوالي منځ ته راځي.

Loss of function: په مختلفو حالاتو کی منځ ته راتلای شي او کيدای شي د نورو اعراضو له کبله

وي. اويا ناروغ داسی شکایت ولري چي د ډيروخت لپاره نشم دريدلای او يا د گرځيدو په وخت کی د درد احساس کوم.

۶: loss of sensation: د حسيت نشتوالی د اعصابو د Damage له کبله پيدا کيږي. مثلاً د

سفلی اطرافو د حسيت د نشتوالي په صورت کی کيدای شي په ستون فقرات کی يا نخاع کی کوم مشکل پيداشوی وي. خو باید په دی پوه شو چي آیا رښتیا هم دا حالت د اعصابو د متضرر کيدو څخه منځته راغلی او که نه.

۷: Lax joint: د loss joint په معنی دی چي د Recurrent Dislocation لپاره يو فنکتور

دی پدی حالت کی مفصل ډير flexible وی چي د morphan's syndrome او Osteogenesis imperfectia په ناروغیو کی لیدل کيږي. په عادی ولادي ډول هم موجود وي چه په ښځينه ماشومانو کی يي واقعات ۵٪ دي.

۸: Bony lamp: د هډوکي برجستگي ته ويل کيږي. باید تفریق يي وشي چي د ماتيدو څخه منځته

راغلی (callus) اويا کيدای شي کومه مرضی برجستگي وي لکه (Osteoma) او نور....

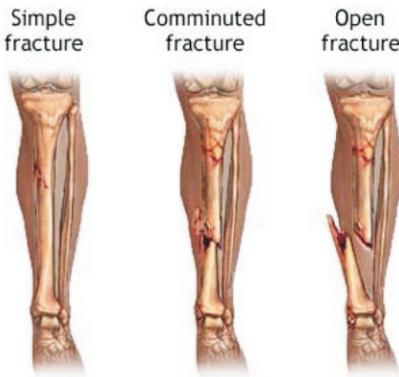
Fracture: - هډوکي یو سخت منظم نسج دی او سره له دې چې د فشار په مقابل کې مقاومت لري ماتیدونکی خواص هم لري. یاځې د هډوکي ماتیدل د کسر صحیح تعریف نه دی. ځکه کیدای شي په هډوکي کې پرستیوم ډیر ډبل دي نو هډوکوپه عوض ددی چې واضح کسر پکې ولیدل شي چېتیري او کوروالی پیدا کوي نو په دی لحاظ کسر داسی تعریفوو چې د هډوکي د طبعي جوړښت تغیر شکل ته ویل کیږي.

د کسرونو انواع د ایټالوژی له نظره: - ټول کسرونه چې پیدا کیږي د لاندی دری حالاتو څخه به خالي نه وي.

۱: **تروماتیک**: - په نورمال هډوکي کې دا کسرونه پیدا کیږي چې مستقیم اویا غیر مستقیم ډول وي.

۲: **د فشاري یا fatigue په بنفسيهي شکل** پیدا کیږي او کوم تروما یی نه وی لیدلې دا کسرونه په میتا تارس هډوکو، تیبیا او فیبولا کې ډیر پیدا کیږي لکه د مارش کونکو په پښو کې ډیر پیدا کیږي له همدی کبله د march fracture په نوم هم یادېږي او یا Lensfronse Fracture هم ورته ویل کیږي.

۳: **پتالوژیک کسرونه**: - دا کسرونه د امراضو په خط السیر کې پیدا کیږي. د هډوکو تورمورونه، ریکتس (د ویتامین ډي کمالی) Chronic osteomyelitis, osteogenesis imperfcta اوداسی نورو د دي کسرونو اسباب گڼل کیږي.



کسر په دوه ډوله تصادف کوي:

ADAM.

۱: **Close fracture**: - هغه کسردی چې مکسوره پارچه د آزادی هوا سره په تماس کې نه وي.

۲: **Open fracture**: - هغه کسرونه چې د ازادی هوا سره په تماس کې وي. خو باید په یاد ولرو

چې هر زخم د کسر یا خلاص کسر څخه نمایندگي نه شي کولای.

Gastolo Classification

Gastolo يو عالم دي هغه Open fracture په دريو کټگوريو ويشلي دي.

۱: type - په دی حالت کی جلد د يو سانتي متر په اندازه laceration لري خو زخم پاک دي او contaminated نه دي نو تداوي یی داسي ده لکه چي په close fracture ترسره کيږي. په دي معنی دا نه ده چي open fracture کی په مقدم ډول inter fixation استطباب نه لري خو دلته کولای شو هغه fix کړو.

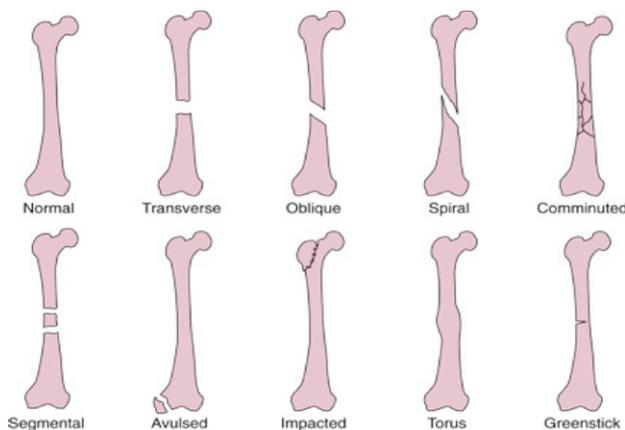
۲: type - په دي صورت کی د جلد laceration تر دوه سانتي متره پوري وي خو زخم پاک وي نو د لمړي ډول سره یی تفاوت يواخي په laceration کي دي. په دي حالت کي بعضي کتابونه ليکی چي بايد debride شي او يا interfix شي خو بعضي وايی چي لومړي ډول غوندي کولای شو هغه fix کړو.

3: type - په دی کي د جلد laceration تر لس سانتي متره پوري وي او contaminated وي، اوعیبی او اعصاب کيدای شي متضرر وي دا نوع بيا دري نور Sub types لري.
Type 3-A هډوکى د soft tissue په واسطه پوښل شوي او جرح لس سانتي متره وي او contaminated وي.

Type 3-B هډوکى لوخ دعضلاتو يا soft tissue په واسطه نه وي پوښل شوي.
Periostium هم د هډوکو د پاسه موجود نه وي جرح contaminated وي خو اوعیبی او اعصاب جوړ وي دا کسروسيع debridement ته اړتيا لري.

Type 3-C دلته هډوکى لوخ او پوښل شوي نه وي او عصبي وعايي نقص رامنځته شوی وي په دي حالت کي که د اعويو اناستموز امکان ولري نو اناستموز کوو خو که امکان ونه لري نو د طرف amputation يا قطع کول استطباب لري.

دکسرونو انواع دخط کسري له مخي يادکسري پارچي ديپخايوالي له مخي:



Transverse fractures: - چي خط کسري د یوې عرضاني خط په شکل وي.

Oblique fractures: - چي خط کسري یی مایل وي.

Segmental fractures: - یعنی یو پارچه بېله شوی وي.

Spiral fractures: - مار پیچي شکل.

Communitive fractures: - چي خو پارچي وي.

Butterfly fractures: - د شوپړک په شان بنسکاري.

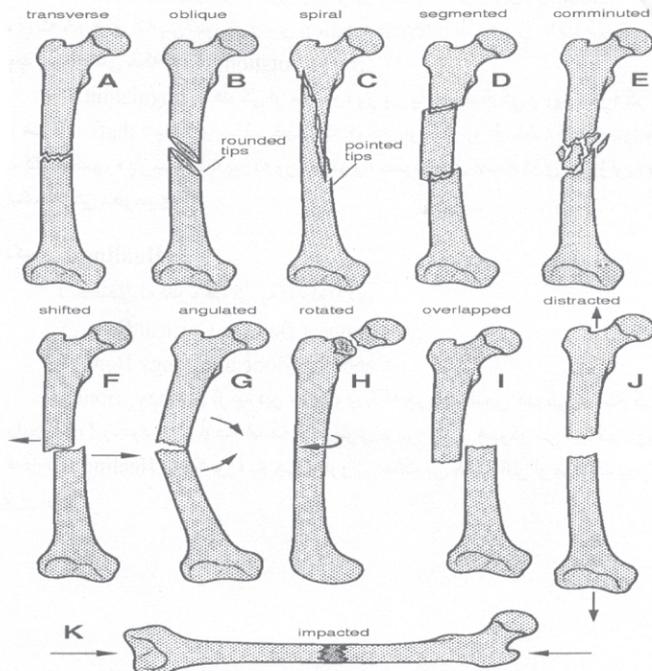
Evolsoin fractures: - دعضلاتو د ارتکازي ساحي یوه پارچه د هلوکو پورته کش کسري وي لکه

Olecranan یوه پارچه د triceps عضلي سره یو ځای پورته کيږي دا کسر اول باید fix شي او بیا تداوي شي یعنی ترلي شکل یی نه شو تداوي کولای.

Green stick fractures: - پدی حالت کي کسري خط واضح نه وي بلکي د شني لښتي په شان قات شوي وي.

B: د مکسوره پارچي د بېځای والي له مخي:

PATTERNS OF LONG BONE FRACTURE



Undisplaced یعنی مکسوره پارچه بیخای والی نه لري.

Impacted یعنی distal پارچه په proximal کی داخله شوی ده. Displaced مکسوره بیخایه

شوي دي او په دوه ډوله ده.

الف: over riding یو هډوکي په بل قسمت د هډوکي اوبنتی وي.

ب: destruction چی د هډوکي تخریبات موجود وي.

Overriding د فیصدی په حساب چی څومره فیصده بیخایه دي او destruction

دسانتي متر په حساب اندازه کيږي.

۴: Telt یا Rotation مکسوره پارچي یو ډبل دپاسه قرارلري خو rotation بي کړی وي که خارج

خواته بی تدور کړی وي internal rotation بلل کيږي. دا ډیره مهمه ده چی باید اصلاح شی ځکه هډوکي

rotation قبلوي.

۵: angulation :- هډوکي او مکسوره پارچي په خپل منځ کي زاویه جوړه کړی وي د هډوکي د

shaft د پاسه یو مستقیم خط بنکنه خواته راوړو او یو بل خط د لاندی خوا څخه د بنکنتي مکسوره پارچي

پاسه پورته وړو دا دواړه خطونه یو بل قطعه کوي چی زاویه یی په ایکسري کې معلوميږي.

دکسرونو Healing:

د ساختمان له نظره هډوکي په دوه ډوله دي.

۱: Compact Bone or Cortical Bone.

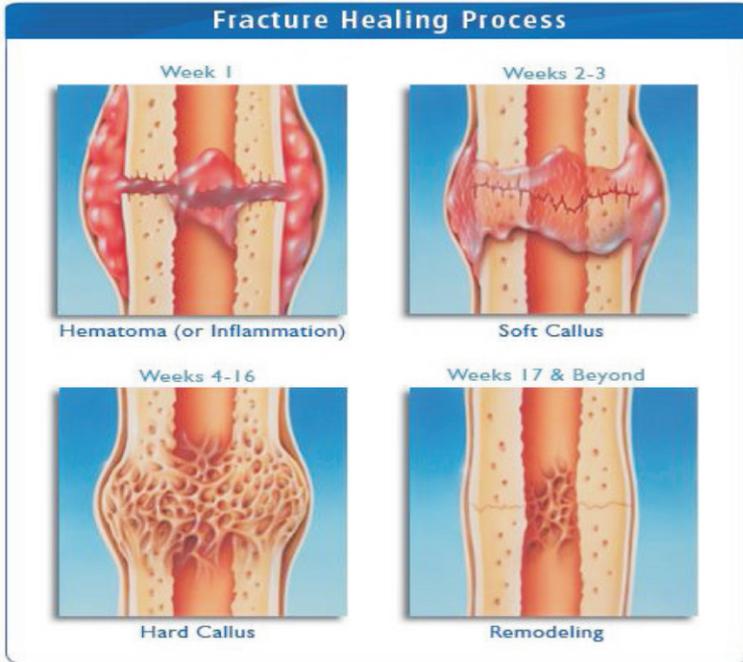
۲: Cancullus Bone or Spongy Bone

د Spongy Bone ترمیم ډیر سریع وي ځکه چی د اسفنجي هډوکي په منځ کی ډیر Trabecula

وجود لري او په اسانه ترمیميږي. د کورتیکل هډوکو ترمیم لږ وړو دی. همدارنگه Healing د مکسوره

پارچي په اروایی حالت بی خای والي او موقعیت پوري هم تړاو لري.

د Healing مراحل او يا Healing څنگه تر سره کېږي:



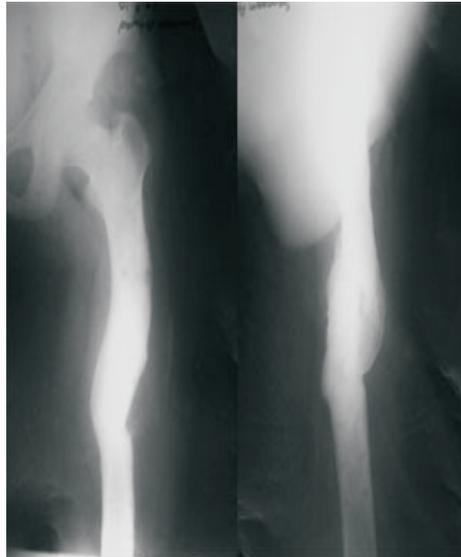
۱: لومړی مرحله د hematoma تشکیل دي څرنگه چې هډوکي او عي لري او همدا رنگه شاه او خوا نسج کي او عي موجودی دي. نود ماتیدو سره سم بي خونريزي داوعيو د متضرره کیدوله کبله منځ ته راځي او هيماتوم جوړیږي. پدی وخت کی د هډوکو د مکسوره پارچو د ځنډو بویا دوه ملي متره پوري برخه نکروز کوي.

۲: د حجراتو د تکثیر مرحله:- یو اندازه حجرات د دوران د لاري راځي او د همدې هيماتوم سره ځای په ځای کېږي د ۸ ساعتو څخه وروسته د دی حجراتو راتلل شروع کېږي او په ساحه کي تکثیر کوي. دا حجرات د میزودرم حجرات دي چې په دی ساحه کي د کیپلریو تاسس کوي.

۳: د Callus مرحله:- پوهیږو چې د هډوکي امبریونیک منشامیزودرم ده. میزانسیم حجرات چې له میزودرم څخه منشا اخلي بیا په chondroblast, fibroblast او osteoblast باندې بدلیږي. اوس چی ساحي ته میزانسیم حجرات راغلي دي اوستیو بلاست او کاندرو بلاست حجرات او کم اندازه اوستیو کلاست

حجرات په صحنه کې حاضرېږي. د osteoclast د تخریب شوي حجراتو بلع په غاړه لري. Osteobalast د هډوکي په تشکل او chondroblast غضروف جوړوي Osteobalast چې تکثر وکړي نو callus تشکیلوي چې په سترگو لیدل کېږي. د callus تشکل په ما شومانو کې نسبت کاهلانوته سریع وي یعنې که کسر منځ ته راشي په ظرف د ۶-۴ هفتو کې کاملاً جوړېږي او ۳-۲ هفتي وروسته د کسر څخه په اکسري کې د لیدلو وړ وي خو په هر صورت callus جوړیدل یواځې د وخت تابع نه دی نور عوامل چې وروسته به ذکر شي هم د هغه په جوړیدو او پخیدو کې رول لري.

۴: Consolidation یا د تحکیم مرحله: - په دی مرحله کې د callus د تشکل څخه وروسته هغه باید تحکیم او کلک شي ځکه بڼه پوښ نه وي د تحکیم څخه هدف د مکسوره پارچي کلکوالی دی داسې چې حرکت موجود نه وي په کسر کې. درد نه وي. ناروغ د مربوطه طرف بڼه حرکات کولای. consolidation باید د لاندی حالاتو سره تفریقي تشخیص شي:



دغه انځور له Consolidation څخه څرگندونه کوي.

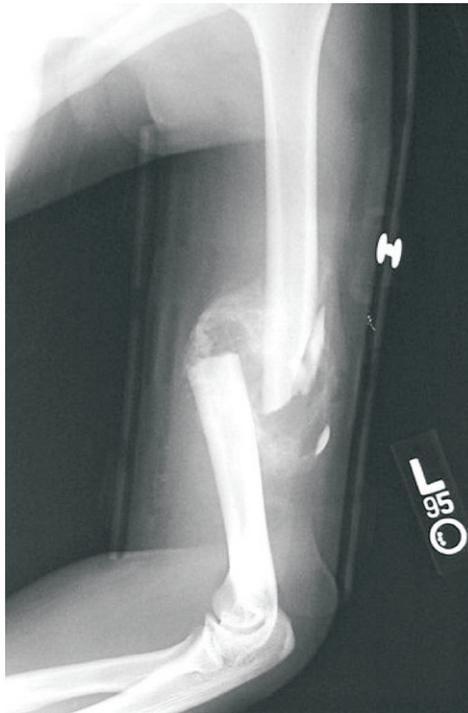
.Union

.Non-union

.Delayed union

.Mal union

- ۱: دا هغه وخت دی چې د مکسوره پارچو څنډی سره وصل شوی وي callus لري خو consolidation ته نه وي داخل شوی. په فشار سره ناروغ درد محسوسوي او مکسور ساحه کې حرکت موجود وي او په همدې اعراضو باندې له consolidation څخه تفریق کېږي.
- ۲: non-union :- callus وي خو union صورت نه وي نیولی یعنی مکسوره پارچې جوش نه وي کړي او دا په درې ډوله دي.



Hypertrophic non union



دغه انځور له Hypertrophic non union څخه څرگندونه کوي.

Atrophic non union



دغه انځور له Atrophic non union څخه څرگندونه کوي.

Oligotrophic non union

الف: Hypertrophic non union: - هغه دي چې د مکسور پارچي نهايت ډبل شوي وي

داسي منظره لري لکه دواړه لاسونه چې يوډبل د پاسه ونيسو دي ته elephant foot هم وايي.

ب: Atrophic non union: - چه مکسوره پارچي نهايت باريک شوی وي او دی ته parrot

shape وايي.

۳- پدي حالت کي union ځنډېني شکل صورت نيسي حتی د ۱۶-۱۴ هفتو پوري. هغه وخت په يو

کسر د non union اطلاق کيږي چې تر دي مودي وروسته بيا هم جوړ نه شي. که چيرته د هډوکي کسر

تثبیت شي د ترميم وخت ته زيات وخت ونيسي نو مونږ بايد څو مياشتي انتظار وباسو ځکه کيدلای شي callus

وروسته وليدل شي يعني Delayed به وي تر شپږ مياشتو پوري non union نه شوورته ويلای.

۴- **Remodeling stage** يا د اصلاح مرحله : دا مرحله په ماشومانو او کاهلانو کې د ليدلو

وړ ده . خو تفاوت يی دادی چې په ماشومانو کې سريع وي ځکه د هغوی د جوړيدو او ترميم قابليت زيات دی له

consolidation وروسته يو بد شکله کتله تشکل کوي ددی بد شکله کتلی اصلاح Remodeling په

واسطه ترسره کيږي. کله چي نوي جوړ شوی د هډوکو مسترکس تشکل کوي د قوي د محور سره موازي نه

وي او غير منظم وي يا کله چي immature هډوکي په mature بد ليږي نو هغه برخه د matrix چي بايد

تشکل وکړي او خاليگاوي ډک کړي او غیر منظم والی یا سوشکل نورمال حالت ته راولي دي remodeling وایي .

د کسرونو د التيام موده:

د کسرونو التيام د کوم قانون تابع نه دي او نه هم کوم معيار لري يعنی کوم معين وخت چي په مطلق ډول د هډوکو جوش خوړل تعين کړي تعين شوی نه دی. د کسرونو په التيام کي يو شمير فکتورونه رول لري لکه:

۱- عمر : په زړو خلکو کي د هډوکو التيام ډير بطي وي او په ځوانانو کي متوسط او په ماشومانو کي ډير ژر صورت نيسي يعنی وروسته تر دوه هفتو کيدای شي callus د ليدلو وړ وي او په ۶-۴ هفتو کي كاملا جوړېږي.

۲- Interpositoin : د دوه مکسوره پارچو تر منځ د رخوه انساجو داخلیدل دي . که چيرته داخل شي نو د التيام موده په تعويق غورځوي.

۳- Infection : د دوه مکسوره پارچو تر منځ د انتان مداخله هم بد تاثيرات لري.

۴- Tumors : نومورونه هم د هډوکو تخريبات رامنځ ته کوي او د callus formation مخه نيسي، نومورونه د هډوکو د جوړيدو دوهمي مرحلي يا د حجراتو تکثر مخه نيسي.

۵- Location (دمکسوره پارچي موقعيت): هغ کسرونه چي داخل مفصلي دي التيام په تعويق غورځوي ځکه چي Sinovial fluid د فبرينوجن څخه عاري ده نو ويني ته د علقه کيدو موقع نه برابريږي.

۶- مسافه : د دوه مکسوره پارچو په منځ کي مسافه د هډوکو التيام په تعويق غورځوي.

۷- د مکسوره پارچي اروايي حالت : لکه د tibia سفلي نهايت چي اروايی بنه نه ده نو ډيروخت نيسي چي کسر روغ شي . همدارنگه د اسفنجي هډوکو د callus جوړول ژر صورت نيسي ځکه چي اروايی حالت يي ډير بنه وي.

۸- د مکسوره پارچي حرکت : که په مکسوره پارچه کی حرکت وي داهم کسر جوړيدل په تعويق غورځوي.

۹- د هډوکو ډول : د Cortical هډوکو التيام وخت نيسي .

د التيام معيارونه او تستونه:

۱- Callusformation.

۲- د حرکت نشتوالي د مکسوره پارچو ترمنځ.

۳- د درد نشتوالي د فشار وار دولو په وخت.

۴- د حسيت نشتوالي.

د کسرونو کلينيکي تظاهرات: - ازیما، سوشکل، د حرکت محدود والی، درد، crepitation سوروالي،

د وظیفی ضیاع دا ټول حالات په یو ساحه کې په کسر دلالت کوي.

د تشخیص لپاره لومړي دقیقه تاریخچه د تروماتیک کسر په صورت کې او که پتالوژیک وي د مخکیني

امراضو تاریخچه به ولري. که کلينيکي اعراضو او علايمو او تاریخچي څخه تشخیص واضح نه شي نو بیا اکسري

اخيستل کېږي. قدامي خلفي (AP)، جنبی او مایل ډول موقعیتونه غوره دي او که په اکسري هم ونه شي نو

اوسني پرمختللی تشخیصیه لاري لکه MRI, CT-Scan, Bone scan او نور په کار اچوو.

Management of Fractures

Reduction

Immobilization

Preservation of function

Replacement

۱: **Reduction** یا ارجاع: - د عمومي یا Local انسټیزي لاندی او یا د muscle

relaxant د تطبیق څخه وروسته ترسره کېږي.

د ارجاع اهداف دادې چې:

الف: مکسوره پارچه نارمل اناتوميک موقعیت ته را وستل.

ب: د Rotation او Angulation څخه مخنیوي.

ج: هډوکي په یو خط یا Alignment را وستل.

ارجاع په دوه میتودونو ترسره کېږي:

۱: Closed method.

۲: Open method.

په تړلي ميتود ارجاع په دوه ډوله تر سره كېږي.

۱: Manipulation يعنې په تړلي شكل مانور وركول هلبو كو ته.

۲: Continuous traction.

۱: په closed ميتود كې كولای شوكسرونو Internal fixation لاندې په ډيره

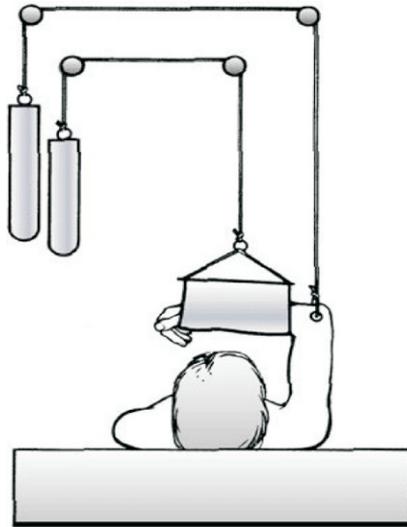
اساني او بڼه ډول تر سره كړو. مثلا: د femor هلبو كو په كسر كې لومړی يو pin يا راډ د Greater

trochanter په برخه كې برمه كوو البته Peri cutaneous هلبو كې په ارجاعي حالت نيول شوي وي. د

Pin داخلولوته امتداد وركوو ترڅو بالاخره د مكسوره پارچو څخه تير شي كله چې مكسوره پارچي د pin

يا rod پواسطه سره fix شي نو pin يا rod د screw يا پيچ په واسطه lock كوو (Sign interlock).

۲: Continuous traction: - په دې ډول كې ناروغ ته وزن اچول كېږي.



Traction په دوه ډوله تر سره كېږي:

۱: Bone traction.

۲: Skin traction.

۱: **Bone traction**: - په کاهلانوکي او په هغه ماشومانو کې چې تر دولس کلني زیات عمر ولري ترسره کېږي. دلته Pin په هډوکو کې داخلېږي خو په Skin traction کې د هډوکو سره سروکار نلري.

Bone traction په دوه ډوله دي چې عبارت دی له:

الف: Direct bone traction

ب: In direct bone traction

الف: په direct bone traction کې د ناروغ د هډوکو په ډ ستال برخه کې د مکسوره پارچې کې وزن اچول کېږي. مثلاً د فخذ هډوکي د شفټ په کسر کې په دی ډول تر سره کېږي چې لومړي د فخذ هډوکو په بنکتنې برخه کې patellar pouch څخه یوسانتي مترپورته د هډوکو په انسي خوا کې pin د پوستکي د لاري هډوکو کې داخلو او د وحشي خوا څخه یې خارجو دلته باید متوجه و اوسو چې شیریان ونه و هو او انسي خوا کې pin داخلولو.

ب: **Indirect bone traction**: - په دی ډول تر سره کېږي چې pin د مکسوره پارچې د مجاور هډوکو یا برخه کې تیروو لکه د فخذ د شفټ د علوي ثلث کسر کې چې over riding منخته راغلي pin د فخذ په مجاور هډوکو کې يعني tibia کې تیروو د tibia د هډوکو د tuberosity څخه دوه یا درې سانتي متره بنکته pin داخلوو او هغه په دي خاطر چې په tuberosity باندې د Quadriceps عضلي و تراتکاز کوي او باید متضرره نه شي ځکه هغه مهمه Extensor عضله ده دلته باید pin د وحشي څخه انسي ته داخل شي ځکه د fibula په رأس باندې peroneal nerve تیرېږي باید متضرر نه شي pin د fibula او tibia تر منځ فاصله جس او بیا داخلېږي د عصب د قطع کېدو په صورت کې پنبه drop وي ځکه عضلاتو وظیفه د لاسه ورکړي. وزن د وجود دوزن په حساب اندازه کېږي يعني ۱/۱۰ یا ۱/۷ د بدن وزن. مثلاً که د شخص وزن ۷۰ کیلوگرامه وي نو د ۱/۱۰ په حساب یې ۷ کیلوگرامه وزن ورپورې ځورندوو او که ۱/۷ په حساب وي نو ۱۰ کیلوگرامه.

که د کسر over riding وي زیات وزن کاروو نو د ۱/۷ په حساب وزن انتخابوو. Traction د څلوراو شپږو هفتو پوري ساتل کېږي خو په دي وخت کې د Quadriceps عضلي تمرينات ضرور دي ځکه atrophy کوي او په extensor میکانیزم کې ضعیفوالي راځي او بیا په جیگوساحونه شې ختلاي لکه زینه يعني په زنگون لاس ردي او بیا جیگېږي.

Skin traction: داچي په ماشومانو کي growth palate د نشونما په حال کي وي نو که bone traction ترسره شي متضرر کيږي نو د Skin traction څخه استفاده کوو يعني په غير مستقيم ډول دجلد دلاري وزن په مات شوي برخه پوري ځورندوو Skin traction په دي ډول وي چي adhesive leucoplast په واسطه يا بل مخصوص پلستر په واسطه د هلوکي يوطرف او بل طرف ته نښلول کيږي د هلوکي هغه برخه چی د پوستکي سره نږدي تماس لري هلته مالوچ اړدو ځکه که پلستر د پوستکي سره د هلوکوله پاسه اوښويږي نو پوستکي د ځان سره مړي اوزخموڼه جوړوي. په ماشومانو کي traction اکثره يواځي د تثبيت په خاطر کيږي ځکه که هلوکي مات شي او over riding هم وکړي تر يونيم سانتي متره پوري لنډوالي قبلولاي شي او دا لنډوالي معاوضه کوي خو که interfix شي يعني څوکه په څوکه شي نو د نورمال اندازي څخه زيات اوږديږي ځکه په دي حالت کي د هلوکو جوړيدل زيات تښه کيږي. وزن په skin traction کي بايد يو يا دري کيلو گرامه وي او ډير وخت دوام ونه کړي. معياري وزن دري کيلو گرامه دي.

Skin traction په لاندې ډولونو دي:

الف: Fixed skin traction.

ب: Sliding skin traction.

ج: Russel skin traction.

د: Gallous (vertical) traction.

په fixed skin traction کي وزن نه اچول کيږي يواځي د bed په پايو پوري fix کيږي په Sliding skin traction کي وزن اچول کيږي.

تثبيت يا Immobilization: وروسته له دي چي کسر ارجاع شي بايد بي حرکت شي ترڅو التيام په صحيح ډول ترسره شي نو تثبيت دلاندي اهدافو لپاره ترسره کيږي.

۱- د مکسوره پارچو تر منځ د زاويود منځته راتلومخنيوي.

۲- هغه کسرونه چي حرکت د هغوي د التيام د اختلال سبب کيږي لکه ulna ، د femur غاړه او

نور بايد تثبيت او بي حرکت شي خو بايد يادونه وکړو چي يو شمير هلوکي تثبيت ته اړتيا نه لري لکه:

الف: Clavicle fracture.

ب: Rib fracture.

د: Metatars & Metacarp.

د Hemorus هډوکي impacted کسرونه چې proximal برخي کي د distal برخي پارچي

ننوتلي وي.

:Phalanx

تثبيته وسايل يا ميتودونه : لاندي تثبيته ميتودونه وجود لري.

۱: Plaster .

۲: Brace .

۳: Traction .

۴: Internal fixtion .

۵: External fixtion .

۱: **پلستر** — د هيمي هايډرات کلسيم سلفات څخه عبارت دي چې د اوبو په مقابل کي عکس العمل بسايي په مختلفو سايزونو پيدا کيږي چې کوچنی سايز يي د دولسو سانتي مترو او لوي سايز يي تر پنځلسو سانتي مترو پوري وي کوچني سايز يي د ماشومانو لپاره اولوي سايز يي د غټانو لپاره وي.

د **پلستر استعمال طريقه**: — پلستر د دري څخه تر پنځه دقيقو پوري يا تر څو چي په اوبو کي Bubbles له منځه نه وي تللاي په اوبو کي اړدو وروسته يي را اخلو او کتر پري تثبیتوو چي د پلستر په واسطه دا تثبیت په دوه ډوله کيداي شي.

A: **Circulated**: — چي په هډوکي باندي تر مالوچ وروسته په حلقوي شکل تاو را تاو کړي.

B: **Slab**: — چي په دي شکل کي د کسر د تثبیت په خاطر د پلستر څخه يو ميزابه جوړيږي او

په هډوکي باندي د مالوچ په سر ايښودل کيږي کله چي پلستر تړو بايد لاندي نقاطو ته پام وکړو:

۱: مالوچ بايد خامخا تر پلستر لاندي په هډوکي کي تاو کړو.

۲: پورتنی او ښکتنی مفصل بايد تثبیت شي او حرکت ونه کړي.

۳: بايد د هډوکي position چي په کوم موقعيت کي پلستر شي په نظر کي وي.

۴: که اذيم او وي د ميزابي شکل څخه کار واخستل شي.

د **پلستر اختلاطات**: — کله چي ناروغ ته پلستر تړل کيږي بايد تعقيب شي تر شپږديرش ساعتونو پوري

بايد ناروغ تر مراقبت لاندي وي او ورته ميل کيږي چي که په دي موده کي پرسوب، درد، توروالي يا شينوالي تاسيس وکړي بايد مراجعه وکړي.

د پلستر اختلالات په دوه ډوله دي:

۱: Primary complication :

۲: Secondary complication :

۱: Primary complication عبارت دي له:

الف: Compartment syndrome: - يعنې د قدامي، خلفي، وحشي او انسي خواؤ او اجزاؤ يا انساجو د (compartment) اختلاط په دي ډول چې يا د پلستر د کلک تړلو په واسطه د اوعيو عدم كفايه راغلي وي يا عصب تر فشار لاندې وي يا نور چې پدې سندروم كې پنځه P اعراض وجود لري.

۱: Pain .

۲: Pale .

۳: parasthesia .

۴: Paralysis .

۵: Pulslessness يا د نبض نشتوالی .

که د لاس د اوعيو د پاسه د فشار له کبله دا اعراض په لومړيو ۲۴ ساعتونو کې را منځته شي نو پلستر فوراً لري کوو. ځينې وخت پرته له پلستر څخه هم د کسو په ساحه کې پرسوب را منځته کېږي چې په دې صورت کې د پرسوب له کبله عضلات تر فشار لاندې وي او په اوعيو فشار واردي نو په دې صورت کې بيا د fascia له پاسه Releasing شقونه اجرا کوو ترڅو عضلات له فشار څخه خلاص شي د Compartment syndrome انتخابي ځاي fore arm اوساق دي.

B: Secondary complication: - که چېرته پلستر په دوامدار ډول پاتې شي نو لاندې

اختلالات به ورکړي.

۱: Joint stiffness .

۲: Muscle atrophy .

۳: Pressure sores يا د جلد فشاري زخمو نه.

۴: Volkman's ischemic contracture .

۵: Deep vein thrombosis .

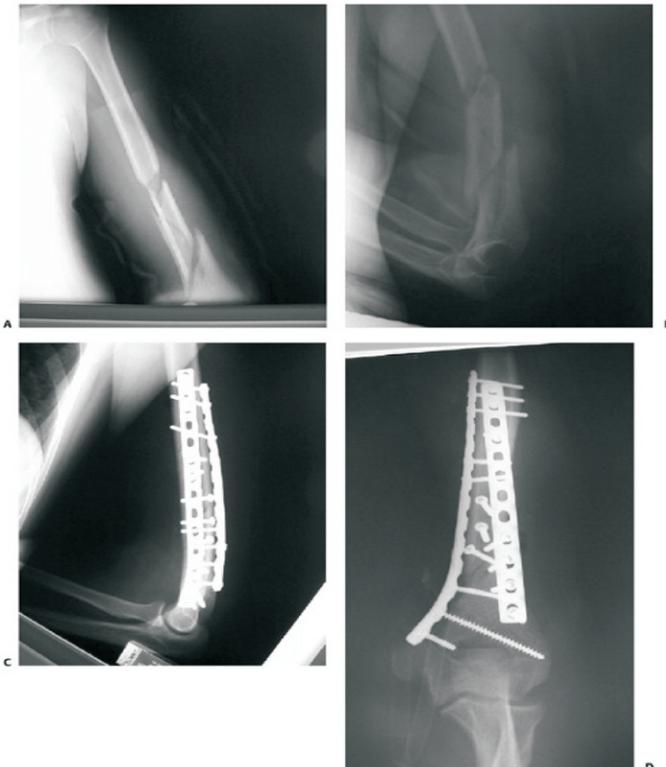
بعضي مفاصل نه شي کولای چې prolonged immobilization وزغمي لکه د گوتوفلنگس چې که درې هفتي تړلي وساتل شي Contracture او Stiffness کوي همدارنگه د اوږي مفصل هم دوامداره تثبيت نه شي زغمولاي او نور مفاصل کولاي شي Prolonged immobilization وزغمي.

2: Brace: - بعضي کسرونه دي چې د هغوي Callus formation بڼه نه وي نو بيا ددې عمليې څخه کار اخلو. Brace يو ډول پلاستيکي صفحي دی چې د proline څخه جوړيږي او په مربوطه مکسوره ساحي پوري نښلول کېږي د دي Brace څخه د هابو کو لپاره مختلف قالبونه جوړيږي.

3: Traction: - چې مخکي ولوستل شو دلته هم ترې استفاده کېږي.

4: Internal fixation: - دا ډول fixation په هابو کو کې د لاندې اهدافو لپاره ترسره

کيږي.



- ۱: که د هډوکو مناسب وضعیت د traction په واسطه صورت ونه نیسي.
- ۲: کله چې د ارجاع لپاره جراحي عملي ته اړتیا پېښه شي.
- ۳: کله چې conservative تداوي ناکامه شي.
- ۴: ژر تر ژره د ناروغ فعالیتدل.

د Internalfixtion لپاره لاندې شیان پکارېږي:

- ۱: Screw – پېچونه دي چې د بعضي کسرونو په تثبیت کې کارول کېږي.
- ۲: Plate – دا فلزي لوحې دي چې نظر د هډوکي جسامت ته یې انتخاب فرق کوي په مختلفو سایزونو کې کارول کېږي دوه سوري لرونکي، څلور، شپږ، اته، لس او دولس سوري لرونکي پلیټونه پیدا کېږي نوعیت د plates هم فرق کوي لکه Y-Plate او T-Plate. اوس په نړۍ کې داسې plates جوړېږي چې د هډوکي د Material څخه وي.
- ۳: Simplerod.
- ۴: Inter lock rodes – دا راډونه دوه سوري پورته او دوه سوري ښکته لري چې fix کېږي.

د Internal fixation استنباطات:

- الف: هغه وخت چې Closed مانوري ناکامه شي.
- ب: د Mentalretardation په ناروغانو کې.
- ج: بعضي کسرونه چې د میزایي او پلستر په واسطه نه ساتل کېږي.
- د: که متعدد کیرونه موجود وي او زموږ هدف داوي چې ناروغ ژر جوړ او وگرځي.
- ه: غټ رگونه چې کله په کوم ځای کې قطع شوي وي خو مونږ یې anastomose کړو نو دا د اناسټومز ساحې د تثبیت په خاطر ترسره کېږي.
- و: داخلي مفصلي کسرونه هم استنباب لري.

Advantage & disadvantage of internal fixation

:Advantage :A

- ۱: ددي په واسطه د مکسوره پارچي anatomic reduction ترسره کېږي.
- ۲: Psychologic تشویش د مريض رفع کوي.
- ۳: ډیرکو وخت په ناروغی تیرېږي او ناروغ ژرفعالیت ته ادامه ورکوي.
- ۴: په شفاخانه کې ډیر وخت تیروي د پلستر په صورت کې ډیر وخت او زیات مراقبت ته ضرورت لري.
- ۵: د بستر اختلاطاتو څخه خلاصیږي لکه د بسترزخموڼه، renal stone او نمونیا.
- ۶: په وسیع جروحاتو کې ددي لپاره چې ژر immobilize شي.
- ۷: اقتصادي وي.

:Disadvantage :B

- ۱: Infection: په دي حالت د مختلفو اسبابو له کبله لکه د تعقیم شرایط برابر نه وي، ازدحام وي، تخنیک غلط وي یا instruments غلط وي نو د انتان د رامنځته کېدو خطر موجود وي.
- ۲: Post operative fibrosis: چې د poor function سبب کېږي بعضي فايبروتیک انساج عضلات فعالیت ته نه پرېږدي.
- ۳: Surgical errors:
- ۴: د عملیات نور اختلاطات لکه عصب وهل شیریان قطع کول او داسي نور .
- ۵: External fixation: په دي عملیه کې اول د shan-screw په واسطه د مکسوره ساحي څخه دوه سانتي متره پورته او دوه سانتي متره بنکنه مکسوره پارچي تثبیتېږي او بیا خارجا shan-screw د clamp په واسطه له تي Rod يا pipe سره وصلیږي.

د Ext.fixation استعجابات:

- الف: منتن زخموڼه.
- ب: وسیع جروحات.

Preservation of function

د کسرونو په management کې د تثبیت څخه وروسته ډیر د اهمیت وړ د هډوکو او مفاصلو د وظایفو اعاده کول دي دا په دوه لارو صورت نیسي.

1: **Psychological** بڼه: مخکې له دې چې د وظایفو اعاده صورت ونیسي ناروغ په دې پوه شي چې مات شوي هډوکي بیرته جوړېږي اویا به نورمال وظایف ترسره کوي یعنی ناروغ په رواني لحاني لحاظ په دې برخه کې اطمینان ولري.

دې لپاره چې د مکسوره ساحي وظایف بیرته اعاده شي نو دوامداره فزیکي فعالیت ته ضرورت دی دا تمرینات یا د ډاکټرلخوا او یا د فزیوتراپست لخوا ترسره کېږي په دې کې د څوډوله تمریناتو څخه کار اخلو.

A: **Static exercise**: ناروغ چې د شفاخانې څخه رخصتېږي په کور کې د پلستر لاندې عضلاتو ته تمرینات ورکول کېږي ددې کتې په لاندې ډول دي.

الف: **muscle atrophy** څخه مخنیوي کېږي.

ب: د وینې د جریان د بڼه کېدو باعث گرځي.

ج: د مفصل **Pre articular & intra articular adhesion** څخه مخنیوي.

د: د عضلاتو په منځ کې (یعني قدامي او خلفي compartment ترمنځ) د هممهانګۍ ساتل.

B: Joint active mobilization: د دې ګټې د **myositis ossificant** څخه

جلوګیري کول دي خصوصا په ماشومانو کې که د زور څخه کار واخستل شي عضلاتو کې د تعظم د منځته راتلو خطر شته.

C: Against resistant exercise: د دردونو د ارامتیا د طرف **atrophy** څخه د مخنیوي

او د فعال مرکاتود ساتلو په خاطر د یو مکسوري برخي ته نژدې تړل کېږي او ناروغ ته ویل کېږي چې د ځمکې د جاذبي قوې په مقابل طرف کې پورته کړي په نتیجه کې پورتنې ګټې لاسته راځي.

– ګټه یې د درد ارامتیا ده په هغه صورت کې چې د عضلاتو تشنج یا **spasm** موجود وي همدارنګه د اروا د بڼه کېدو باعث گرځي.

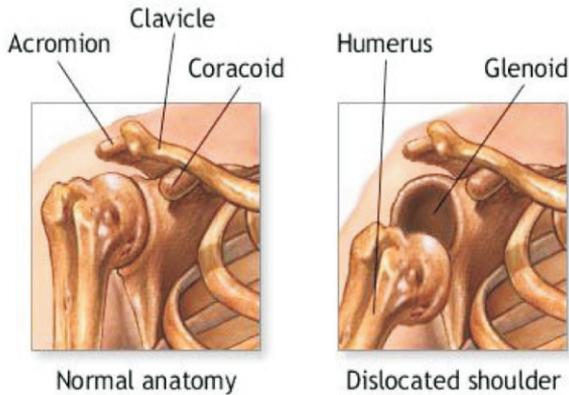
په تل پاتې مینه

افغان آنډیال (اعظمي)

دوهم فصل

د اوړې د کمربند ماتیدنې

اوړه او مټ (Shoulder and Upper arm): پدې برخه ډیر دودیز ترضیضات عبارت دي له د Scapula ماتیدنه، د اوړې د بند پې ځایه کیدنه، د مټ د هلوکي د بدنې ماتیدنه، په ماشومانو کې د مټ د هلوکي د بنکنتي سر ماتیدنې ډیرې دود دي او د بایرپو له کبله یې مهم بایرې د عضدي شریان او Median عصب زیانمن کیدل او د بند شخوالی دی.



adam.com

د اوړې د بند او مټ د ماتیدنو په ډلو ویشنه:

۱: د اوړې د کمربند ماتیدنې (Fractures of the shoulder girdle): پدې کې دوه

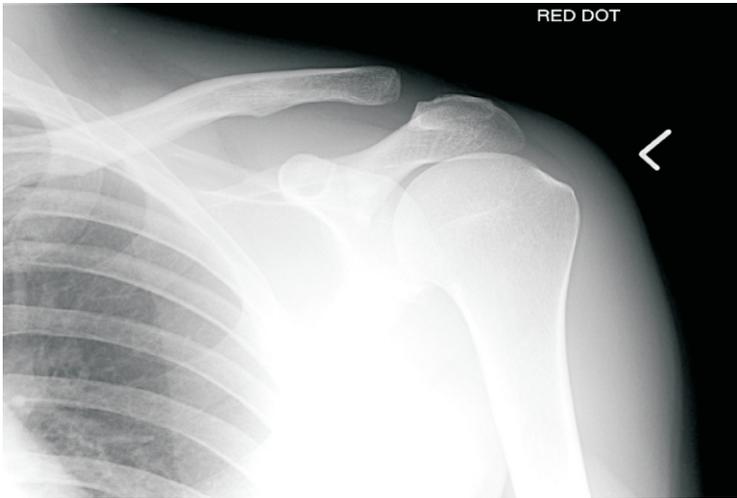
ډول ماتیدنې رانغښتي دي.

الف: د Clavicle د هلوکي ماتیدنه. ب: د Scapula د هلوکي ماتیدنه.

۲: د اوړې د بند او اړوند بندونو توضیحات: - پدې برخه کې لاندې حالات رانغښتي دي.

الف: د Sterno-clavicular بند بې ځایه کیدنه.

ب: د Acromio-clavicular بند سستیښته او بې ځایه کیدنه.



ج: د Sterno-clavicular بند کشیدل.

د: د Acromio-clavicular بند کشیدل.

ه: د اوړې د بند بې ځایه کیدنه.

و: د اوړې د Rotator cuff د پلو (وترونو) شکیدل.

۳: د مټ د هلوکو ماتیدنه (Fracture of Humerus): په لاندې ډول ډله بندي شوي دي.

الف: د مټ د هډوکي د غاړې ماتيدنه. ب: لويې Tuberculosis ماتيدنه. ج: د مټ د هډوکي د پورتنې سر پيچلي (Complex) ماتيدنې. د: د مټ د هډوکي د بدنې ماتيدنې. ه: د Supracondylar ماتيدنې.

و: د Condyle ماتيدنې. ر: د Epicondyle ماتيدنې.

د اورې د کمبرېنډ ماتيدنې: - پدې برخه کې د ترقوې او کتف د هډوکو ماتيدنې رانغښتي دي. د ترقوې د هډوکي ماتيدنه ډيره دود ده او د غير مستقيم وهنو (ضربو) له کبله رامنځته کيږي پداسې حال کې چې د کتف د هډوکي ماتيدنې دومره دود ندي او ډير کله د نيغ په نيغه وهنو له کبله رامنځته کيږي.

۱: د کتف (Scapula) د هډوکي ماتيدنه: - څرنگه چې نوموړې هډوکي د ډيرو غوښو (عضلاتو) لپاره يو ارتکازي ځای دی او د ډيرو غوښو په وسيله پوښل شوی دی نو ځکه يې ماتيدنې لږ پېښيږي. د نوموړې هډوکي ماتيدنې هغه وخت رامنځته کيږي چې له وهنې سره نيغ په نيغه مخ شي. د دې برخې ماتيدنې ډير کله د نورو برخو له ټپونو سره يوځای وي لکه د پښتو د ماتيدنو او د پلورا د ټپونو سره مل وي. د نوموړې هډوکي ماتيدنې ډيرې دردناکه دي او څرنگه چې د وينې پراخه بستر لري نو د Extravasation له کبله نسجونو ته ډيره وينه ننوځي او د بند د شخوالي لامل گرځي. که په اړوند غوښو کې Contusion رامنځته شوی وي نو په زياته اندازه وينه بهيدنه هم ورکوي چې د Hypovolumic shock د منځته راتلو لامل گرځي. په نوموړې هډوکي کې لاندې څلور ډوله ماتيدنې رامنځته کيږي.

الف: د کتف د هډوکي د بدنې ماتيدنه: ب: د کتف د هډوکي د غاړې ماتيدنه.

ج: د کتف د هډوکي د Acromian process ماتيدنه. د: د Coracoid process ماتيدنه.

د کتف د هډوکي د بدنې په ماتيدنه کې که څه هم هډوکي ټوټې، ټوټې شي خو، بيا هم يې ځايه کيدنه نه رامنځته کيږي ځکه چې د ډيرو غوښو په وسيله پوښل شوی دی او درملنه يې په لاندې ډول ده.

۱: لومړی ناروغ ته د لاس ناوه (Sling) په غاړه کې اچوو.

۲: باید هڅه وکړو ترڅو د اوږې دنده وساتو.

۳: کله چې درد آرام شي د اوږې د خوځښت سپارښتنه کوو ترڅو د اوږې بند شخ نشي.

د کشف د هلوکي د غاړې ماتیدني د Supraclavicular Noch په برخه کې رامنځته کېږي او کیدای شي چې د بند یوه بندیزه (مفصلي) سطحه لکه د گلینوبل یوه برخه رابیله شي خو، بې ځایه کیدل یې ډیر کم لیدل کېږي ځکه چې د رخو انساجو په وسیله کلک نیول شوي وي خو، بیا هم درملنې ته اړتیا لري چې په لاندې ډول ترسره کېږي.

۱: ناروغ ته ناوه اچول کېږي.

۲: د درد د آرامیدو وروسته د اوږې فعال خوځښت باید پیل شي.

د اکرومیون د بارزې ماتیدني هم کیدای شي رامنځته شي او کیدای شي چې ماتیدنه ساده او پرته له له بې ځایه والي څخه وي او یا کیدای شي بې ځایه والی رامنځته شوی وي. خو، درملنه یې په لاندې ډول ترسره کېږي.

۱: که بې ځایه والی نه وي رامنځته شوی نو ناوه اچول کېږي او وروسته د اوږې د بند فعال خوځښت او مشق باید ترسره شي ترڅو د بند له شخوالي څخه مخنیوی وشي.

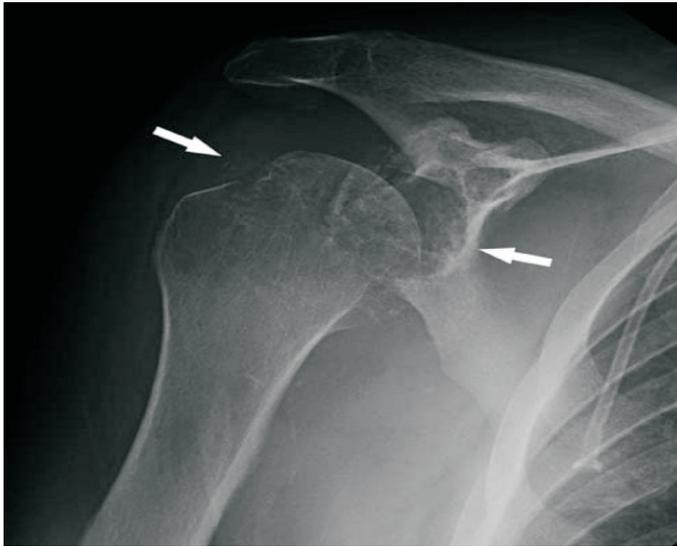
۲: که چیرې ماته شوې ټوټه بې ځایه شوې وي نو بیا Open reduction اړتیا پېښېږي. ماته شوې ټوټه باید وه ایستل شي او د Diltoid عضله د هلوکي د پاتي برخې سره ونښلول شي. وروسته ناروغ ته ناوه اچول کېږي او بیا د اوږې د بند د شخوالي د مخنیوي لپاره ناروغ ته د منظمو او فعالو خوځښتونو سپارښتنه کېږي.

د Coracoid بارزې ماتیدنه هم کیدای شي رامنځته شي چې پدې حالت کې به یا یواځې درز (Crack) رامنځته شوی وي او یا به هم کیدای شي د نوموړې بارزې بې ځایه کیدل رامنځته شي. درملنه یې په لاندې ډول ده.

۱: د ناوې په وسيله د بند يا برخې له خوځښته اچول (Immobilization).

۲: وروسته له يوې مودې ناروغ ته د اوږې د بند د فعالو خوځښتونو سپارښتنه کيږي.

د گلینويډ ماتيدنه يا Intra-articular ماتيدنې چې ډير کله د اوږې د بند د بې ځايه والي سره يوځای وي. کيدای شي يواځې ماتيدنه رامنځته شوې وي او يا بې ځايه والي رامنځته شي چې درملنه يې دوو برخو ته شامليږي.

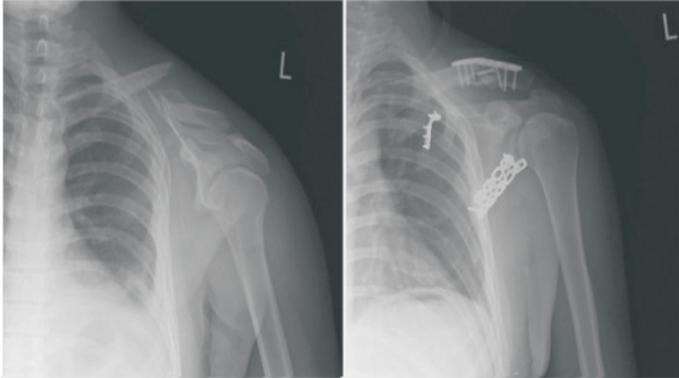


الف: که د دې تشي بې ځايه والی د ماتي شوي ټوټې څخه نه وي نو يواځې د ناوې په وسيله اوږه له خوځښت څخه اچول کيږي او وروسته ډير ژر فعال خوځښتونه پيلیږي.

ب: که چيرې له ماتيدنې سره ماته شوې ټوټه بې ځايه شوې هم وي نو پدې حالت کې بايد ماته شوې ټوټه د سکرو په وسيله ټينگه شي ځکه که ټينگه نشي نو Bone bridge جوړوي.

د Clavicula د هلوکي ماتیدني: - نوموړی هلوکې د اوږدو هلوکو له ډلې څخه دی او په سورور (عرضاني) ډول پروت وي. د اوږې د کمربند له تنې سره نښلوي. دا هلوکي جوړه دي او د ټیټر په منځکې برخه کې پراته دي.

د نوموړې هلوکي ماتیدني د اناټومي او د رامنځته کیدو د میخانیکیت پر بنسټ په درو برخو ویشل شوي دي.



۱: Class A (Middle Third) چې د ماتیدنو ۸۰ سلنه په رانغاړي.

۲: Class B (Distal Third) چې د ماتیدنو ۱۵ سلنه جوړوي.

۳: Class C (Proximal Third) چې د ماتیدنو ۵ سلنه جوړوي.

Class A ماتیدني یا د منځنۍ نیمايي برخې ماتیدني ډیر کله په هغو برخو کې مینځته راځي چېرته چې د Distal برخو سره د پیوست برخه ده (د Coraco-clavicular اړیکې په انسي برخه کې رامنځته کیږي). پدې ډول ماتیدنو کې Proximal برخه پورته خواته کشیږي ځکه چې Sternocleidomastoid عضله دلته ارتکاز لري او پورته خواته زور کوي.

د رامنځته کېدو میخانیکیت:

Class-A:-- نوموړي ماتیدني عموماً د نیغ په نیغه وهنې له کبله چې د اوړې په وحشي برخه واردي شي رامنځته کېږي.

۱: د لویدو له کبله چې د اوړې په همدې برخه ولگېږي.

۲: د موټرو په ټکر کې. او یا هم کیدای شي د غیر مستقیمو تروماگانو له کبله رامنځته شي لکه په پرائیستی لاس له لوړه ځایه رالویدل.

Class-B:-- دا ډول ماتیدني هغه وخت رامنځته کېږي چې د اوړې په ورتنې برخه باندې کومه نیغ په نیغه تروما وارده شي. نوموړي ماتیدني د Coraco-clavicular ligament په برخه کې یعنی د دې پلې په وحشي خوا کې رامنځته کېږي. نوموړي ماتیدني په خپل وار په درو برخو ویشل شوي دي.

۱: **Type-I (Non displaced):** پدې حالت کې د Coraco-clavicular ligament په خپل ځای پاتې وي او ماته شوې ټوټه یې ځایه شوې نه وي.

۲: **(Displaced) Type-II:** دلته نه یواځې ماته شوې ټوټه یې ځایه شوې وي بلکې Coraco-clavicular ligament هم Rupture کړی وي او همدارنگه د کلاویکل هډوکي Proximal برخه د Sternocleidomastoid عضلي په وسیله پورته خواته کش شوې وي.

۳: **Type-III:** پدې ډول ماتیدنو کې نه یواځې یې ځایه والی او د پلې خیري کیدنه رامنځته کېږي بلکې د Acromio-clavicular بند بندیزه برخه هم ورسره ماته شوې وي.

Class-C:-- نوموړي ماتیدني د کلاویکل هډوکي په Proximal برخه کې هغه وخت رامنځته کېږي چې د ټیر په مخکنۍ خوا تروما نیغ په نیغه ولگېږي. لدې ماتیدونو سره کیدای شي د ټیر د دیوال او د ټیر د دننیو غړو تخریبات هم یوځای وي ځکه نوموړي ماتیدني د ډیرې ځواکمنې وهنې په وسیله رامنځته کېږي (نوموړي ماتیدني د کلاویکل هډوکي په انسي سر کې رامنځته کېږي).

يادونه! د کلاويکل هډوکي ماتيدني په ماشومانو کې: - په ماشومانو کې دا تر ټولو دود او ډير پېښيدونکې ماتيدني دي. آن تردې کيدای شي د Newborn په پړاؤ کې هم رامنځته شوي وي په ځانگړي ډول د يوې ستونځمنې زېږيدنې څخه وروسته رامنځته شي. په اټکليز ډول د نوموړي هډوکي نږدې نيمايي ماتيدني تر اوه کلنۍ پورې منځته راتلاى شي. نوموړي ماتيدني د شپې لښتي (Green stick) له ډول څخه گڼل کېږي او ډيرى يې بې ځايه شوي نه وي. د نوموړو ماتيدنو درملنه په آسانۍ سره ترسره کېږي (د درملنې په مخه يواځې د دوه اونيو لپاره Sling اچول بس دي ځکه دلته يوځای والى (Union) او بيرته جوړيدنه (Remodeling) ډير ژر رامنځته کېږي خو، که چيرې يې ځايه والى رامنځته شوى وي نو بيا د Figur bandage او ناوې څخه کار اخيستل کېږي.

کلينکي بڼه:

کيلې: - ناروغ به په خپله تاريخچه کې په اوږه باندې د لگيدو، لويډو، ياهم په پرانيستي لاس د لويډو او يا به هم په کلاويکل هډوکي د نيغ په نيغه وهنې څخه بيان کوي.

پرسوب:

درد: - په ځانگړي ډول د پورتيو نهاياتو (لاسونو) د خوځښت سره به درد زيات وي.

ښي: - ناروغ به خپل خوږ شوى لاس تې ته نږدې او د ټټر په ديوال به يې د بل لاس په وسيله خوږ شوى لاس ټينگ او نږدې نيولى وي.

حساسيت، Crepitus، پرسوب، Deformity، د پوستکي د رنگ بدلون (Echemosis) او که د ټټر دنني تخريبات رامنځته شوي وي نو د Pneumothorax ښي (د تنفسي آوازونو نشتوالى) يا د رگونو د زيانمن کيدو له کبله به نبض هم کم شوى وي.

د عصبي ريشتو د زيانمن کيدو په حالت کې د اړوند برخو د خوځښت نشتوالى شتون لري.

X-Ray: - عموماً په AP وضعيت کې د X-Ray اخيستل مونږ ته ماتيدنه راپه گوته کوي. د منځنۍ

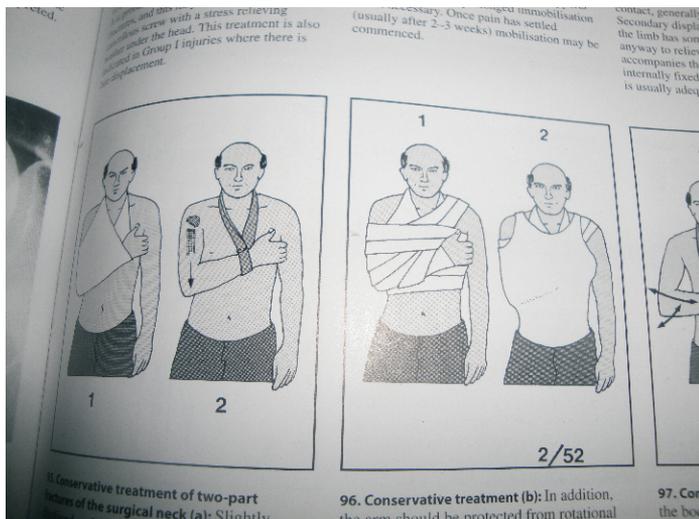
برخې ماتيدنه (Class-A) په AP وضعيت سره ډيره ښه معلومېږي. د کلاس بي ماتيدنه کيدای شي په AP

وضيعت کې ښه معلومه نشي نو پدې حالت کې بايد د بيلا بيلو وضعيتونو څخه ايکسرې واخيستل شي. Apical Lardotic وضعيت کيدای شي د بې ځايه کيدنې د اندازې د معلومولو لپاره ترسره شي.

درملنه:

۱: د کلاس ای یا د دریمې انسي برخې د ماتيدنې درملنه:— که چيرې نوموړې ماتيدنې بې ځايه شوي نه وي نو د ساده Sling څخه کار اخيستل کېږي، د اورې بند له خوځښته اچوؤ او وروسته له دوو اونيو څخه د اورې فعال خوځښتونه پيلېږي، د اتمې اونۍ څخه وروسته کولای شي ناروغ خپلو ورځنيو کړنو ته په عادي ډول دوام ورکړي خو، که ماتيدنه بې ځايه شوې هم وي او يا Communited وي پدې صورت کې لاندې پلسترونه کارول کېږي.

الف: Eight bandage چې اوږه د بنډاژ په وسيله د اته (8) په ډول له خوځښته اچويي او بې ځايه کيدل پرځای کوي. دوې اونۍ همدا سې ساتل کېږي وروسته ساده سلينگ ايښودل کېږي او بنډاژ ليري کېږي او وروسته له څلور اونيو څخه د اورې فعال خوځښتونه پيلېږي. داچې د نوموړي بنډاژ د Compartment syndrome زيات اختلالات لري نو دومره ډير نه کارول کېږي.



ب: Ring bandage: - نوموړی کړن دود (میتود) اوس ډیر کارول کیږي ځکه بابیری یې لږ دی. دلته یوه کړۍ (رینګ) جوړیږي او هرې اوږې ته اچول کیږي بیا دا کړۍ یو له بله سره تړل کیږي او د څلور اونیو لپاره ادامه ورکول کیږي او لدې سره یوځای تر دوو اونیو پورې سلینګ هم اچول کیږي خو، باید د اوږې د بند خوځښتونه له پامه ونه غورځول شي.

۲: کلاس بی یا د وحشي دریمې برخې ماتیدنی: - د Type-I او Type-III درملنه چې د

Coracoclavicular ligament په وسیله ټینګ وي، بې ځایه شوی نه وي او نوموړې پله هم نه وي خیري شوي نو، د ساده سلینګ په وسیله له خوځښته اچول کیږي. د Type-II په ډول کې چې پله خیري شوې وي او ماتي شوي ټوټې هم بې ځایه شوي وي نو Open Reduction ته اړتیا پېښیږي.

۳: کلاس سي یا د انسي دریمې برخې ماتیدنه: - دلته هم درملنه په ساتندویه (Conservtive) ډول او د

سلینګ په وسیله تقویي ته اړتیا پېښیږي. د کلاویکل په هډوکي کې یواځیني نیمګړتیا چې له روغیدو څخه وروسته د بنکالا له پلوه د هډوکي د بڼې خرابوالی دی چې که ناروغ د عملیات غوښتنه وکړي او زېږوالی یې لیري شي او یا په وختي (مقدم) ډول د Intramedullary nail څخه کار واخیستل شي په ځانګړي ډول په ځوانو انجونو کې نو بیا نوموړې نیمګړتیا نه پېښیږي.

په بدو اوښتنه (اختلاطات)

وختي (په مقدم ډول) په بدو اوښتنې:

۱: د Brachial plexus زیانمن کیدل.

۲: د رګونو زیانمن کیدل (د Subclavian رګ زیانمن کیدل).

۳: د پلورا ایفیوزن.

وروستی. (په مؤخر ډول) په بدواوښتنه:

۱: نه پیوست (Non-union): چې درملنه یې د هابو کي پیوند او Internal Fixation دی.

۲: په وړان ډول پیوند کیدل (Mal-union): په ماشومانو کې په آسانی سره سمیري خو، په لویانو کې گرانه ده چې سم شي.

۳: Pseudo-arthritis. ۴: Post traumatic arthritis.

د اوږې د بند د اړوند بندونو ترصیضات

۱: د **sterno-clavicular بند** یې **ځایه کیدنه**: د دې بند یې ځایه کیدنه د -Acromio-

clavicular بند د بې ځایه کیدني په پرتله لږ پیښیري ځکه چې دا بند ډیر خوځښت نه لري او بل داچې د

خو اکمنو اربطو په وسیله ټینګ ساتل شوی دی. هغه اربطي چې د نوموړې بند په کلک ساتلو کې ونډه لري

عبارت دي له **Posterior**. **Anterior Sternoclavicular**. **Interclavicular ligament**.

Sternoclavicular او د **Costo-clavicular** پلو څخه. د نوموړي بند یې ځایه کیدنه په دوه ډوله ده.

۱: مخې خواته بې ځایه کیدنه. ۲: شاخواته بې ځایه کیدنه. مخې خواته بې ځایه کیدنه د شاخواته بې ځایه کیدني په پرتله ډیره پیښیري (۹:۱).

د بې ځایه کیدو د رامنځته کیدو میخانیکیت: نیغ په نیغه او غیر مستقیمې تروماگانې کولای شي د دې بند د

بې ځایه کیدو لامل گرځي (هغه قوه چې په اوږه باندې واردیري). مخې خواته بې ځایه کیدنه ډیره پیښیري او

عموماً د غیر مستقیمې قوې یا تروما په وسیله چې د اوږې په بند واردیري او اوږې ته خلف او وحشي خواته

تدور ورکوي مینځته راځي او پدې ترتیب قوه نوموړي بند ته لیردیري او مخې خواته بې ځایه کیدنه رامنځته

کوي. شانتی. بې ځایه کیدنه هغه وخت رامنځته کیږي چې کومه تروما په ډیر شدت اوږه مخې خواته ټیله کړي

او یا هم هغه مستقیمې تروماگانې چې د کلاویکل په انسي نهایت واردیري او کلاویکل هابو کی دننه خواته ټیله

کیږي او د **Sternoclavicular** بند یې ځایه کیدنه رامنځته کوي. که څه هم شاخواته د بې ځایه

کیدني پیښی ډیرې کمې دي خو، که رامنځته شي نو د یو لږ بایرپو سره به یو ځای وي لکه په شرن (تراخیا)

باندې فشار او د تنفس د پروسې د خرابوالي او په غټو رگونو باندې د فشار راوړلو لامل ګرځي لکه
Superior Venacava او یا Subclavian Art/vein باندې فشار واردوي.

کلینیک:— د گیلو له مخې د ناروغ په تاریخچه کې د کومې تروما څخه چې ورسره چې مخ شوی حکایه کوي.
په اړوند برخه او د اوړې په بند کې د درد احساس کوي کومه چې د اوړې د حرکتو په وسیله ډیرېږي او
همدارنگه په Supine وضعیت باندې په اچولو یې درد زیاتېږي. دا درد په خلفي بې ځایه کېدنه کې ډیر زیات
دی. که چېرې خلفي خلع منځته راغلې وي نو امکان لري د اختلاطاتو سره یوځای وي او د اختلاطاتو اعراض
موجود وي لکه ساه لنډې، په تیروولو کې ستونځه او نور.

په فزیکي کتنه کې که وګورو نو د ناروغ سر مأوفه خواته نسبتاً کورې کړې وي او د مأوفه طرف لاس
یې د روغ لاس په وسیله نیول وي. په تفتیش سره که وګورو نو معلومه به شي چې په مربوطه ساحه کې د
کلاویکل انسي نهایت راوتلی ښکاري. په جس سره که وګورو نو په اړوند برخه کې به درد او حساسیت شته
وي او اوړې ته به په خوځښت ورکولو سره به درد زیاتېږي. که برخه حساسه شي نو د کلاویکل د هلوکي
انسي نهایت په واضح ډول د جس وړ وي. ځینې وخت په ځانګړې ډول د خلفي بې ځایه کېدنې په حالت کې
ناروغ د شاک او شدیدې ساه لنډۍ سره مخامخ کېږي او کیدای شي نورې ماتیدنې لکه د پښتو ماتیدنې ورسره
شته وي.

تشخيص:-- تشخيص يې د تاريخچه او فزيکي کتنې او راډيوگرافي په وسيله ترسره کيږي خو، اوس د CT Scan شتون د تشخيص تر ټولو غوره وسيله ده او کولای شو په ډيره آساني سره قدامي او يا خلفي بې خايه کيدنه معلومولای شو.



درملنه:

د مخې خواته بې خايه کيدنې درملنه:-- پدې حالت د کلاويکل هلوکي په انسي نهايت باندې په داسې حال کې فشار راوړي چې د اوږې بند مخې خواته تاؤ شوی وي يا قدامي قوس يې جوړ کړی وي او وروسته يو ټوکر د بند په قدام کې ايښودل کيږي او پلستر کيږي. وروسته د اوږې فعال خوځښتونه بايد پيل شي.

د شا خواته بې خايه کيدنې درملنه:-- شاه خواته بې خايه کيدنه ناخپه پيښه ده او په وختي ډول بايد د شاخواته بې خايه کيدنې د پرخای کيدو لپاره چمتوالی ونيول شي. په پيل کې ناروغ د شا په تخته اچول کيږي او د اوږو ترمخ يې د شگو کڅوړه ايښودل کيږي بيا ناروغ لاس ته د 90^0 په اندازه

Abduction او بیا 10-15⁰ په اندازه Extension ورکول کیږي او د ترکشن په وسیله تعقیبېږي او په دې وخت کې اوږوته د خمکې په لور فشار ورکول کیږي پدې وخت کې د بند د پرځای کیدو یو غږ اوریدل کیږي

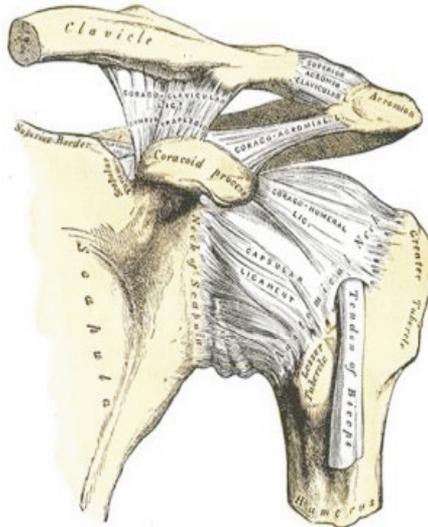
د اوږې بند یا Shoulder Joint

اناتومي (Anatomy)

د اوږې د بند مفصلي سطحې:

دا بند د Scapula هډوکي د Glnoid Cavity او د Humereus هډوکي د Caput په وسیله جوړ شوی دی. د بند دننۍ سطحه د هیالین غضروف په وسیله پوښل شوېده. د Fibro-cartilagenous خنډو د لرلو له کبله چې د Glnoid Labrium په نوم یادېږي نوره هم ژوره شوېده. د بند ډول: — نوموړی بند د Synovial Ball and Socket بندونو له ډلې څخه دی.

د بند ټینګونکي او ارتبایي وسیلې



۱: کپسول: - نوموړی کپسول د بند شاوخوا رانغاړي، چې په انسي کې د Glinoid تشي د ځنلې په باندنی. برخه او په وحشي کې د مټ د هلوکي په اناتوميک غاړه باندې ارتکاز لري. د مټ د هلوکي د جسم په انسي کې لږ ښکته خواته امتداد پیدا کوي چې دا یو سست کپسول دی نو د اوږي بند ته د پراخه حرکاتو اجازه ورکوي. کپسول په شا کې د یو شمیر فایبروزي جوړښتونو په وسیله تقویه شوی چې دا جوړښتونه د لاندې وترونو او غوښو څخه جوړ شوي دي.

۱. Sub-scapularis

۲. Supra-spinatus

۳. Infra-Spinatus

۴. Teres Minor

چې پورته یادې شوي غوښې د Rotator Cuff Muscles نوم یادېږي.

۲: پلې (Ligaments):

الف: Glino-Humeral Ligament: - دا پله بند په مخکنی. خوا کې ځواکمن کوي.

ب: Transvers Humeral Ligament: - دا پله هم نوموړی بند په مخکنی. کې ځواکمن کوي چې د مټ د هلوکي د دواړو توبرکلونو په منځ کې پرته دی.

ج: Coraco-Humeral Ligament: - نوموړې پله دغه بند په پورتنی. برخه کې ټینکوي او همدارنگه Coracoid Proces د Greater Tubersity خواته کش کوي.

پورتنی. درې واړه پلې د دې بند اصلي او بنسټيزې پلې بلل کېږي.

د: Accessory Ligaments یا زياتي پلې چې پدې ډله کې Coraco-Acromial پله یادېږي چې بند په پورتنی. برخه کې ټینکوي.

۳: Synovial Membrane -- نوموړې پرده له کپسول نه لاندې پرته ده او د بند ساتندویه (محفظه) له دننه خوا څخه پوښوي او د بند په کړپندو کو (غضروفونو) باندې ارتکاز کوي.

تعصیب: -- نوموړی بند د Axillary nerve، Supra-Scapularis Muscles او Musculucutaneous عصب په وسیله تعصیب شوی دی.

خړوب (اروا): -- نوموړی بند د Ant/Post Circumflex، Supra-Scapularis Art او د Humeral Art Sub-Scapular Art په وسیله خړوب شوی دی.

خوځښتونه (حرکات): -- دا بند د Flexion، Adduction، Abduction، Rotation، Extention او Circumduction خوځښتونه ترسره کولای شي. همدارنگه د دې خوځښتونو ځواکمن کیدل د هغو غوښو د ټون په وسیله کېږي چې خپله بند یې ځواکمن کړی دی او د Rotator Cuff Muscles پنوم یادېږي. د بیلگې په ډول کله چې بند لیري کړل شي نو د مټ د هابو کي سر د Triceps (دری سري غوښې) د اوږده سر په وسیله ساتل کېږي.

د لوړې او مټ د کسرونو طبقه بندې:

د اوږدې د کمبرند په کسرونو کې لاندې برخې شاملې دي.

۱_ Fractures of Scapula

۲_ Fractures of the Clavicle

Fracture of the Scapula:

Scapula د ډېرو عضلاتو لپاره یو ارتکازي محل دی، او د ډېرو عضلاتو په واسطه پوښل شوي، ځکه نو کسرونه یې ډېر نه واقع کېږي. هغه وخت په کې کسرونه منځته راځي چې د کومې مستقیمې تروما سره مخ شي. د دې برخې کسرونه عموماً له نورو جروحاتو لکه د افلاعو کسرونه او د یورا جروحاتو سره یوځای دي. د Scapula کسرونه ډېر دردناکه دي او دا چې د وینې پراخه بستر لري نو د extravagation له کبله

انساجو ته ډېره وینه داخلېږي او د بند شینوالی موجود وي. که په مربوطه عضلاتو کې Contusion منځ ته داخلي وي نو ډېره خونريزي هم ورکوي چې د Hypovolumic Shock د رامنځته کېدو سبب ګرځي.

په Scapula کې لاندې څلور ډوله کسرونه منځته راځي :

۱_ د کتف يا Scapula د جسم کسرونه.

۲_ د Scapula د Neck کسرونه.

۳_ د Scapula د Acromias Process کسرونه.

۴_ د Coracoid Process کسرونه.

د Scapula د جسم په کسرونو کې چې که څه هم څو ټوټې وي بې ځايه کېدل يا Displacement منځته نه راځي ځکه چې د ډېرو عضلاتو په واسطه پوښل شوي چې په خپل ځای کې ساتي. تداوی يې په دې ډول کېږي.

a_ اول ناروغ ته لاس Sling په غاړه کې اچوو.

b_ بايد هڅه وکړو د اوږدې دندې وساتو.

c_ کله چې درد رام شي، د اوږې حرکات توصيه کوو، ترڅو د اوږې بند Shift نه شي. د Scapula د غاړې يا Neck کسرونه د Supraclavicular Notch په برخه کې منځ ته راځي چې کيدای شي کله د مفصلي سطحې يوه برخه لکه د Glinid يوه برخه رابېله شي خو بې ځای والی يې ځکه نادر دی چې د رخوه انساجو پواسطه کلکه نيول شوي وي. تداوی بيا هم :

a_ ناروغ ته sling اچونه.

b_ د درد تر آرامېدو وروسته سمدستي د اوږدې فعال حرکات بايد پېل شي. د Acromias process کسرونه هم کيدای شي منځته راشي، چې يا به کسر ساده او پرته د بې ځای والي وي او يا به Displaced هم وي.

تداوی یې په دې ډول کیږي چې:

- ۱_ که Displacement په کې موجود نه وي، Sling اچوو او وروسته د اوږې د بند فعال حرکات او تمرینات باید ترسره شي، تر څو Joint شخوالي پیدا نه کړي.
- ۲_ که چېرته مکسوره پارچه Displaced وي، نو بیا Open reduction ته اړتیا پېښېږي. مکسوره پارچه باید وویستل شي او Deltoid عضلې ته د هابو کې د پاتې برخې سره اتصال ورکړل شي. وروسته Sling ناروغ ته اچول کیږي او بیا د اوږې د شخوالي څخه د مخنیوي په منظور فعال حرکات او تمرین توصیه کیږي.

د coracoid process کسرونه هم کیدای شي منځ ته راشي، چې په دې صورت کې به یا یواځې درز (crack) موجود وي او یا به د Coracoid Process Displacement سره یوځای وي. تداوی یې :

- ۱_ د Sling په واسطه Immobilization.
 - ۲_ وروسته له یو څه وخت څخه د اوږې د فعالو حرکاتو توصیه.
- د Glinoid کسرونه یا Intra-articular کسرونه چې عموماً د اوږې د معضل د خلقي سره یوځای وي، کیدای شي یواځې کسروي او یا Displacement هم ولري، چې تداوی یې دوه برخو ته شاملېږي.
- a_ که بې ځای والی د دې Cavity د کسري پارچې نه وي، یواځې د Sling پواسطه اوږده Immobilize کوو او وروسته ډېر ژر فعال حرکات پیلېږي.
 - b_ که چېرته د کسر سره د مکسوره پارچې Displacement موجود وي، نو په دې صورت کې باید د screw په واسطه fix شي، ځکه که Fix نه شي نو Bone Bridge جوړوي.

اختلالات :

۱_ د Brachial Plexus palsy.

۲: کله کله د ټټر د ترضیضاتو سره یوځای وي.

د Clavicle هابو کې کسرونه :

Clavicle چې دا وړدو هلبو کو د جملې څخه دي او په عرضاني ډول سره پروت دی د اوږې کمربند د تنې سره وصلوي. دا هلبو کي جفت دي، او دصدر په قدام کې موقعیت لري.

د Clavicle هلبو کي کسرونه چې د ټولو کسرونو 5% جوړوي، او د اوږې د کمربند تقریباً نیمایي کسرونه په برکې نیسي، په ماشومانو کې ډېر زیات عمومیت لري.

د دې هلبو کي کسرونه د اناټومي او د رامنځته کېدو د میخانیکیت په اساس په درېو برخو وېشل شوي دي :

۱_ Class A (Middle Third) چې 80% کسرونه په برکې نیسي.

۲_ Class B (Distal Third) چې 15% کسرونه جوړوي.

۳_ Class C (Proximal Third) چې 5% کسرونه جوړوي.

Class-A کسرونه یا د منځني نیمايي برخې کسرونه عموماً په هغه برخه کې منځته راځي چې د Distal برخې سره د اتصال ناحیه ده، یعنې د Coracoclavicular اړیلي په انسي برخه کې په دې کسرونو کې Proximal برخه پورته خوا ته کش کېږي. ځکه کله چې Sternocleidomastoid عضله (چې دلته ارتکاز لري) پورته خوا ته زور کوي.

د رامنځته کېدو میخانیکیت :

Class A: دا کسرونه عموماً د مستقیمې ضربې له کبله چې د اوږې په وحشي برخه کې واردېږي، منځته راځي. لکه :

— د غورځېدو له کبله چې د اوږې په همدې برخې ولگېږي.

— په خلاص لاس راغورځېدنه له پورته ځای څخه.

— د عراده جاتو په تصادم کې.

یا هم کیدای شي د غیر مستقیم تروماگانو له کبله رامنځته شي، لکه په خلاص لاس له پورته ځای څخه راغورځېدنه.

Class B: دا کسرونه هغه وخت منځته راتلای شي چې د اوږې په پورتنۍ برخه باندي کومه مستقیمه

تروما ورده شي، دا کسرونه Coracoclavicular lig په Distal برخه کې یعنې د دې lig په وحشي خوا

کې منځته راځي او بیا په خپل وار په درېو برخو وېشل شوي دي :

۱_ Type I (Non displaced): په دې صورت کې Coracoclavicular ligament

په خپل ځای ثابت پاتې وي او کسر بې ځای شوي نه وي.

۲_ Type II (Displaced): دلته نه یواځې مکسوره پارچې بې ځایه وي بلکې

Coracoclavicular او لیگامینټ هم Rupture کړي وي، او ورسره Proximal برخه د Clavicle د Stemocleidomastoid عضلې په واسطه پورته خوا ته کش شوي وي.

۳_ Type III: دلته نه یوازې بې ځای والی او Lig Rupture موجود وي، بلکې د

Acromioclavicular مفصل مفصلي سطح Articular Surface هم کسر لري.

Class C: دا کسرونه (د Clavicle د proximal برخې کسرونه) هغه وخت منځته راځي چې یوه

مستقیم تروما د صدر په قدام ولگيږي.

د دې کسرونو سره یوځای کیدای شي د صدر د دیوال او داخل صدري غړو تخریبات هم موجود وي،

ځکه دا عموماً ډېرې قوي ضربې وي چې د Clavicle د انسي نهایت کسرونه رامنځته کړي.

یادونه: د Clavicle کسرونه په ماشومانو کې:

په ماشومانو کې دا تر ټولو عام او ډېر واقع کېدونکی Fracture دی. کیدای شي حتی د

Newborn دوران کې هم موجود وي، خصوصاً د یو مشکل Delivery یا ولادت څخه وروسته منځته

راځي. د Clavicle تقریباً د ټولو نیمایي کسرونه تر اووه کلنۍ پورې منځته راتلای شي. دا کسر د Green

Stick له ډول څخه وي چې اکثرې Non-displaced وي، او په اسانۍ سره تداوی کېږي، یواځې د دوه

اونیو Sling ورته کافي وي، ځکه دلته Union او Remodeling ډېر ژر صورت نیسي. خو که چېرته

Displaced وي نو بیا figure bandage او sling څخه استفاده کېږي.

کلینیکي منظره:

اعراض: ناروغ په اوږه باندې د لگېدو یا غورځېدو، یا هم په خلاص لاس د غورځېدو او یا هم په

clavicle باندې د مستقیمې ضربې څخه حکایه کوي.

۱: پروسوب.

۲: درد خصوصاً د پورتنی نهایتاتو د حرکاتو سره.

علايم:

خوږ شوی لاس تنې ته نږدې، او په chest wall باندې د بل لاس په واسطه د Adducted په حال نیول شوي وي.

Tenderness

Grepitus

Edema

Defarmity

Echymosis یا د جلد د رنگ تغییرات.

که داخل صدري تخریبات موجود وي، نو د pneumothorax علایم (د تنفسي اوازونو نشتوالی) یا د اوږو د متضرر کېدو له کبله کم شوي Pulses.

د عصبي رشتو د متضرر کېدو په صورت کې په مربوطه برخه کې د تحرکیت نشتوالی.

: X-Ray

عموماً په AP وضعیت د X-Ray اخیستل مونږ ته کسر دا په گوته کوي.

د متوسطې برخې کسرونه (Class A) په AP وضعیت ډېر ښه معلومېږي.

د Class B کسرونه کیدای شي په AP وضعیت ښه معلوم نه شي نو په دې صورت کې باید د مختلفو

وضعیتونو څخه رډیوگرافي واخیستل شي.

Apical Tardotic وضعیت کیدای شي د displacement د اندازې د معلومولو لپاره ضرورت

ورته پیدا شي.

تداوی :

۱_ Class A یا د Middle Third برخې کسرونه :

که چېرته دوه کسرونه Displaced نه وي نو د ساده sling څخه په استفادې د اوږې بند

Immobilize کړو او تر دوه هفتو وروسته، د اوږې فعال حرکات پیلېږي، د اتمې هفتې څخه وروسته کولای

شي ناروغ خپل ورځني کارونه په عادي ډول ترسره کړي.

که کسر Displaced هم وي یا Communitated وي په دې صورت کې لاندې میتودونه کارول

کيږي :

Eight Bandage چې اوږه د Bandage په واسطه د (۸) په ډول Immobilize او Displacement یې ارجاع کیږي. دوه هفتي همداسې ساتل کیږي، وروسته ساده Sling اچول کیږي او بنډاژ لیرې کیږي او تر څلورو هفتو وروسته د اوږې حرکات پیلېږي. دا چې د Eight (8) Bandage میتود ډېر اختلالات د Compartment Syndrome لري، نو اوس دومره ډېر نه کارېږي.

Ring Bandage : دا میتود اوس ډېر کارول کیږي، ځکه اختلاط یې کم دی. دلته یو Ring جوړېږي، او هرې اوږې ته اچول کیږي، بیا دا Ring یو د بل سره تړل کیږي او د څلورو اونيو لپاره ادامه کوي، او ورسره یوځای تر دوه هفتو Sling هم په غاړه کې وي. د اوږې حرکات باید د پامه ونه غورځول شي.

۲_ Class B یا د Distal Third برخې کسرونه :

Type I او Type III تداوي چې Coracoclavicular lig په واسطه Fix وي، Displaced نه وي او د Lig پریکچر هم موجود نه وي نو د ساده sling په واسطه Immobilize کیږي.

Type II په ډول کې چې د Lig ریچر او Displacement موجود وي، Open Reduction

ته اړتیا ده.

۳_ Class C یا د Proximal Third کسرونه :

دلته هم تداوي Conservative او د Sling په واسطه Support په اړتیا ده.

Clavicles په کسرونو کې یواځینې نقص د التیام څخه وروسته د وجاهت له نظره د هابوکي د شکل خرابوالی دی، چې که د ناروغ غوښتنه وي، عملیات او زیږوالی یې لیری شي. او یا په مقدم ډول د Intramodullary Nail څخه کار واخیستل شي (خصوصاً په ځوانو نجونو کې).

اختلالات :

a_ مقدم اختلالات :

۱_ Brachial Plexus damage

۲_ (Subclavias) Vascular Damage

۳_ Pleural effusion

b_ موخړ اختلاطات :

۱_ Non-Union : چې تداوي يې Bone Graft او Internal fixation دي.

۲_ Mal-union : په ماشومانو کې په آسانی د اصطلاح وړ دي، خو په کاهلانو کې مشکل

دي.

۳_ Pscude-Arthrosis.

۴_ Post-traumaticarthritis.

د اوړې د بند او اړونده مفصلونو توضیحات:

۱_ Sternoclavicular Joint : د دې مفصل د خلع واقعات نسبت Acromioclavicular

Joint Dislocation خلع ته کم دي، ځکه چې دا Joint ډېر تحرکیت نه لري او بل دا چې د قوي رابطو په

واسطه ټینګ ساتل شوي دي، دا رابطې عبارت دي له Anterior Interclavicular ligament،

Sterneclavicular او Posterior Sternoclavicular Ligament او Costoclavicular Lig

څخه د دې مفصل خلع په دوه ډوله ده : قدامي خلع او خلفي خلع. د قدامي خلع نسبت خلفي خلعي ته ډېر زیات واقعات لري.

د خلع د رامنځته کېدو میخانیکیت :— مستقیمې او غیر مستقیمې تروماګانې کولای شي د دې مفصل

خلع منځته راوړي. (هغه قوي چې په اوړې باندې واردېږي).

قدامي خلع ډېر وقوعات لري، او عموماً د غیر مستقیم قوي یا تروما په واسطه چې د اوړې په قد

واردېږي، او اوړې ته خلف او وحشي خوا ته تدور ورکوي، منځته راځي او په دې ترتیب قوه نوموړي بند ته

انتقال مومي او د قدامي خلعي د رامنځته کېدو سبب ګرځي.

خلفي خلع هغه وخت منځته راځي چې کومه تروما په ډېر شدت اوږه قدام خوا ته ټیله کړي او یا هم

هغه مستقیمې تروماګانې چې د Clavicle په انسي نهایت واردېږي او Clavicle داخل خوا ته ټیله کوي او د

Sternoclavicular Joint خلع منځته راوړي.

که څه هم د خلفي خلعي واقعات يې ډېر کم دي خو که رامنځته شي نو د يو لړ اختلاطونو سره به

يوځای وي. لکه په Tracheas باندې فشار او د تنفس د پروسې خرابول، په غټو رگونو باندې فشار راوړل

لکه Superior Venacava، Subclavian Art Vein.

کلینیک: د اعراضو له مخې ناروغ په تاریخچه کې د کومې تروما څخه چې ورسره مخ شوي حکایه کوي. په مربوطه ساحه، او د اوړې په بند کې د درد احساس کوي، کوم چې د اوړې د حرکتو په واسطه ډېرېږي، او همدارنگه په Supine وضعیت باندې په اچولو کې درد زیاتېږي. دا درد په خلفي خلع کې ډېر زیات وي. که چېرته خلفي خلع منځته راغلی وي، نو امکان لري د اختلاطونو سره یوځای وي او د اختلاطونو اعراض موجود وي لکه Dysphagia، Dispenic او نور.

په فزیکي معاینه کې که وگورو ناروغ سر ماوفه خوا ته نسبتاً کور کړی وي او د باد څه طرف لاس یې د روغ لاس په واسطه نیولی وي.

په تفتیش سره که وگورو نو معلوم به شي چې په مربوطه ساحه د Clavicle انسي نهایت راوتلسی بنکاري.

په جس سره که وگورو نو په مربوطه ساحه کې به درد او Tenderness موجود وي او اوړې ته په حرکت ورکولو سره به درد زیاتېږي، که ساحه جس شي نو د Clavicle انسي نهایت په واضح ډول د جس وړ وي.

ځنې وخت خصوصاً د خلفي خلعي په صورت کې ناروغ د شک او شدید عسرت تنفس سره مراجعه کوي، او کیدای شي نور کسرونه لکه د پښتۍ کسرونه ورسره موجود وي.

تشخیص: — تشخیص یې د تاریخچه، فزیکي معاینې او رادیوگرافي په واسطه ترسره کېږي خو اوس د CT Scan موجودیت د تشخیص بهترینه وسیله ده او کولای شو په ډېره اسانۍ سره قدامي یا خلفي خلع پری معلومه کړو.

تداوي:

— **قدامي خلع:** په دې صورت کې Clavicle هلبو کي په انسي نهایت باندې په داسې حال کې فشار راوړو چې اوږه یا Shoulder Joint قدام خوا ته تاو شوی وي، یا قدامي قوس یې جوړ کړی وي. وروسته یو

توکر د مفصل په قدام کې اېښودل کېږي او پلستر کېږي او لاس د Sling په واسطه د دوه هفتو لپاره په غاړه کې اچول کېږي او وروسته د اوړې فعال حرکات باید پیل شي.

— **خلفي خلع** : خلفي خلع یوه عاجله پېښه ده او په مقدم ډول باید د خلعي د ارجاع تدابیر ونیول شي. په ابتدا کې ناروغ د شا په تخته اچول کېږي او د ویلو ترمنځ یې د شگې کڅوړه اېښودل کېږي. بیا د ناروغ لاس ته د 90% په اندازه Abduction او بیا $10-15^\circ$ په اندازه extension ورکول کېږي او د traction په واسطه تعقیبېږي. او په دې وخت کې اوږو ته د ځمکې په لور فشار ورکول کېږي. په دې وخت کې د مفصل د ارجاع کېدو یو آواز اورېدل کېږي.

که دا مانوره ناکامه شي، نو په دې صورت کې د Clavicle انسي نهایت د Bone forceps په واسطه قدام ته کش کېږي، او په عین وخت کې Traction ته ادامه ورکول کېږي او لاس د Abduction په حال کې ساتل کېږي. که دا مانوره هم ناکامه شي، بیا نو د Open Reduction څخه کار اخیستل کېږي لاس په بنداز کې د درې هفتو لپاره ساتل کېږي.

: Recurrent Dislocation

په ډېرو واقعاتو کې د Sternoclavicular معضل خلع دوباره منځته راځي، یا هم پخوانی خلع دوامداره پاتې کېږي (سره له دې چې د ارجاع هڅه یې شوی وي) په دې حالت کې د Clavicle هډوکي د یو فنر په ډول کار کوي. په دې معنی چې کله په اوږه زور راشي او خلف خوا ته کش شي، نو Clavicle قدام خوا ته بې ځایه کېږي، او قدامي خلع یې منځته راځي او کله چې اوږه بېرته قدام خوا ته تاو شي، نو Clavicle بېرته ځای ته ورځي.

تداوی :

اکثراً دلته ناتواني خنيفة وي، او تداوی ته ضرورت نه وي خو که بې ځای والی وخیم وي، نو بیا جراحي عملیې ته اړتیا پیدا کېږي. په دې عملیاتو کې مفصل د نوي جوړو شویو اربطو ligaments په واسطه چې د subclavias عضلې او یا هم د Fascia lata څخه جوړ شوی وي، تثبیت کېږي.

Strain

د Sternoclavicular مفصل په strain کې موضعي درد او حساسیت موجود وي. د مفصل ساحه پرسېدلې او په جس سره حساسیت لري، خو پخپله Clavicle بې ځای والی نه لري. دا حالت پرته له کومې ځانگړې تداوی څخه په خپله بڼه والی پیدا کوي

۲_ Acromioclavicular Joint Injuries :

د دې مفصل جروحات نسبتاً Sternoclavicular مفصل جروحاتو ته ډېر معمول دي. د A.C مفصل د جروحاتو رامنځته کېدنه داسې وي چې کله مستقیمه ضربه پخپله په Acromion واردېږي، خصوصاً کله چې ناروغ د اوړي په څوکه خصوصاً د Adduction په حال غورځیدلي وي.

د ضربې یا تروما د شدت له مخې د دې مفصل جروحات په دريو Grades ویشل شوي دي.

Grade I : خفیف sprain په Acromioclavicular اړبني کي منځ ته راغلی وي او د معضل کپسول سالم وي. همدارنگه د دې معضل بل عمده ligament چې coracoclavicular lig دي هم روغ وي، او ورسره یوځای Deltoid او trapeziuse هم سالم پاتې وي.

Grade II : دلته د A.C. Lig څیرې کیدنه منځته راغلې وي، او همدارنگه کپسول د مفصل هم څیري شوي وي، خو C.C lig یواځې په sprain اخته شوي وي.

د Deltoid او Trapezius پر _____

Grade III : دلته د A.C lig ریچر، د کپسول ریچر او همدارنگه د coraco-clavicular lig ریچر موجود وي. په دې وخت کې د Clavicle بې ځای والی هم منځته راغلی وي. چې یا پورته خوا ته یا خلف ته او یا هم د Biceps او corachebrachialis عضلاتو د ترونو شا ته بې ځایه شوې وي.

Acromioclavicular Subluxation & dislocation

طبقه بندۍ کې گورو په دریمه درجه جروحاتو کې د دې معضل خلع په نیمگړي ډول Subluxation او یا په پوره ډول خلع منځته راغلی وي (Dislocation) دا ډول خلعي او جروحات د فوتبال په لوبغاړو کې ډېر معمول دي.

پنالوژي :

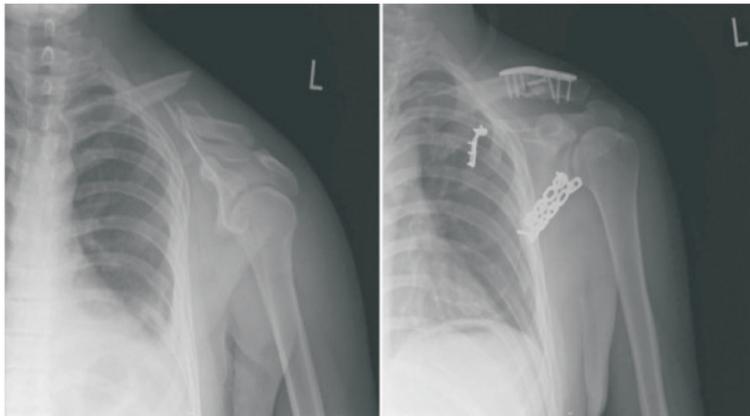
۱_ Subluxation : د نیمگړې خلعي په صورت کې د مفصل Capsule څیري کیږي، او Acromion د تر قوي (Clavicle) د وحشي نهایت څخه په خفیه اندازه بڼکه خوا ته بې ځایه کیږي. دلته Coracoid او Trapezius د اړبطو په واسطه د شدید بې ځای والي څخه مخنیوی کیږي، کوم چې د Clavicle او Coracoid process خوا ته کش کوي.

۲_ Dislocation : کله چې غیر مفصل بشپړ خلغ کیږي، نو میکانیزم یې په عین ډول وي مگر وارده شوې قوه شدیدې وي او coracoid او trapezius اړبطو د څیري کیدو او د Acromion د بڼکاره بڼکه خوا ته د بې ځای والي سبب پیدا کیږي. (یا Clavicle پورته خوا ته ځي).

تداوي :

۱_ نیمگړی خلغ : د A.C Joint د خفیف بې ځای والي له کبله ناتواني معمولاً بې عرضه او ممکن ومنل شي. که درد شدید وي، یواځینې تداوی چې توصیه کیږي هغه د دوه اونيو لپاره غاړې ته د خوا د لاس اچول دي، او وروسته د اوږې فعال تمرینات باید تر ژره شروع شي.

۲_ Complete Dislocation : له هغه ځایه چې بشپړه خلغ کنترول کول د خارجي سیزایي په واسطه مشکل دي، نو له همدې کبله معمولاً عملیات توصیه کیږي. په ډېر ساده ډول د برمي په واسطه د سوري د ایستلو څخه وروسته Clavicle په خپل موقعیت کې د Screw په واسطه په Coracoid Process کې تثبیت کیږي.



بل Alternative دوهمي ميتود په واسطه د ارجاع د ادامې لپاره د کلک سيم په واسطه چې په عرضاني ډول د Acromion د څوکې څخه د Acromioclavicular مفصل په لوري Clavicle کلک نیول کېږي، هم تثبيت اجراء کېږي. پیچ یا سیم (Wire) به وروسته د ۱۰ څخه تر ۱۲ اونيو بیرته ویستل کېږي، چې په دې وخت کې به ممکن څیري شوی اړیطي الیتام وکړي.

: په هغه پېښو کې چې ډېر وخت ورباندې تېر شوي وي او د Clavicle وحشي نهایت ډېر جگوالی ولري نو د سره جوړول یې توصیه کېږي.

ښه تخنیک یې چې په اوسني وخت کې ورڅخه استفاده کېږي، د weaver and dunn په واسطه تشریح شوي. په دې طریقه کې د Coracoacromial اړیبه د Acromion د باندې څخه بېلېږي او وروسته له دې چې د Clavicle وحشي نهایت ایستل کېږي، د Clavicle د پاتې هډوکي سره گڼول کېږي. (البته Coracoid او Trapezius اړیبه د ارتکازاتو په Distal برخې ک).

د عملیاتو څخه وروسته د ثابتوالي د مطمئن کیدو لپاره په پورته ډول Clavicle د Coracoid Process سره د پیچ په واسطه تینګېږي.

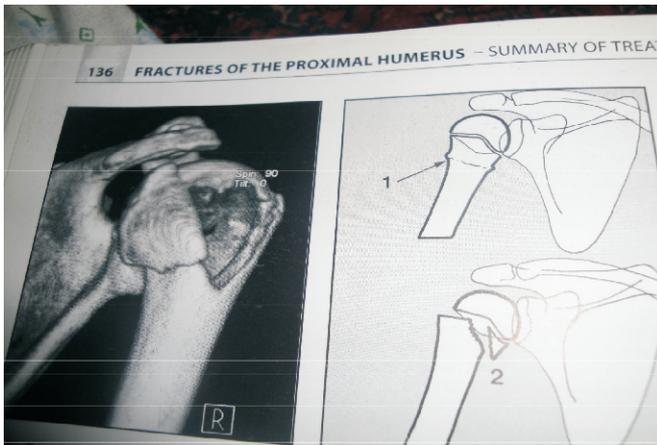
دریم فصل

د اوږې بند یا Shoulder Joint

اناټومي (Anatomy)

د اوږې د بند مفصلي سطحې:

دا بند د Scapula هابو کي د Glinoid Cavity او د Humereus هابو کي د Caput په وسیله جوړ شوی دی. د بند دننې سطحه د هیالین غضروف په وسیله یونسل شوې ده. د Glinoid تشه د Fibro-cartilagenous خنایو د لرلو له کبله چې د Glinoid Labrium په نوم یادېږي نوره هم ژوره شوې ده. د بند ډول: - نوموړی بند د Synovial Ball and Socket بندونو له ډلې څخه دی.



د بند ټینګونکي او ارتباتي وسیلې:

۱: کپسول: - نوموړی کپسول د بند شاوخوا رانغاړي، چې په انسي کې د Glinoid تشي د څنډې په باندنۍ برخه او په وحشي کې د مټ د هابو کي په اناټوميک غاړه باندې ارتکاز لري. د مټ د هابو کي د جسم په انسي کې لږ ښکته خواته امتداد پیدا کوي چې دا یو سست کپسول دی نو د اوږې بند ته د پراخه حرکتو اجازه ورکوي. کپسول په شا کې د یو شمیر فایبروزي جوړښتونو په وسیله تقویه شوی چې دا جوړښتونه د لاندې وترونو او غوښو څخه جوړ شوي دي.

۱. Sub-scapularis :

۲. Supra-spinatus :

۳. Infra-Spinatus :

۴. Teres Minor :

چې پورته یادې شوي غوښې د Rotator Cuff Muscles پنوم یادېږي.

۲: پلي (Ligaments):

الف: Glnio-Humeral Ligament: - دا پله بند په مخکنۍ خوا کې خواکمن کوي.

ب: Transvers Humeral Ligament: - دا پله هم نوموړی بند په مخکنۍ کې خواکمن کوي

چې د مټ د هډوکي د دواړو توبرکلونو په منځ کې پرته دی.

ج: Coraco-Humeral Ligament: - نوموړې پله دغه بند په پورتنۍ برخه کې ټینګوي او

همدارنگه Coracoid Proces د Greater Tubersity خواته کش کوي.

پورتنۍ درې واړه پلي د دې بند اصلي او بنسټيزې پلي بلل کېږي.

د: Accessory Ligaments يا زياتي پلي چې پدې ډله کې Coraco-Acromial پله يادېږي

چې بند په پورتنۍ برخه کې ټینګوي.

۳: Synovial Membrane: - نوموړې پرده له کپسول نه لاندې پرته ده او د بند ساتندويه

(محفظه) له دننه خوا څخه پوښوي او د بند په کرپندو کو (غضروفونو) باندې ارتکاز کوي.

تعصیب: - نوموړی بند د Axillary nerve، Supra-Scapularis Muscles او

Musculucutaneous عصب په وسيله تعصیب شوی دی.

خړوب (اروا): - نوموړی بند د Supra-Scapularis Art، Ant/Post Circumflex،

Humeral Art او د Sub-Scapular Art په وسيله خړوب شوی دی.

خوځېښتونه (حرکات): - دا بند د Abduction، Adduction، Flexion، Extention،

Rotation او Circumduction خوځېښتونه ترسره کولای شي. همدارنگه د دې خوځېښتونو خواکمن

کیدل د هغو غوښو د ټون په وسيله کېږي چې خپله بند يې خواکمن کړی دی او د Rotator Cuff

Muscles پنوم یادېږي. د بیلګې په ډول کله چې بند لیري کړل شي نو د مټ د هاپو کې سر د Triceps (دری سري غوښې) د اوږده سر په وسیله ساتل کېږي.

د اوږدې د بند بې ځایه کیدنه یا Shoulder Joint Dislocation

د دې بند بې ځایه کیدنه په ځوانانو کې ډیره لیدل کېږي. نوموړې بې ځایه کیدنه په دری ډولونو ویشل شوېده. (په ځینو کتابونو کې په دوه ډوله ده).

۱: د مخي خواته بې ځایه کیدنه (Anterior Dislocation) چې ډیره زیاته پیښېږي په ځانګړي ډول سره په ځوانانو کې.

۲: د شا خواته بې ځایه کیدنه (Posterior Dislocation) چې ډیره نادره ده.

۳: Subluxed-Erectus Dislocation چې دا ډول هم ډیر نادر دی.

د نوموړي بند بې ځایه کیدو ته لاره برابره ونکي اړونه (فکتورونه):

۱: د Glinoid د تشي د خنډو کموالی.

۲: د Glinoid د تشي Dysplasia.

۳: د پلو سستوالی.

۴: ناسم خوځښتونه.

۵: د کپسول پراخوالی.

د رامنځته کیدو کړن دود (میخانیکیت):

که چیرته وګرې په پرانستي او یا غځیدلي لاس وه غورځیږي نو بې ځایه کیدنه رامنځته کېږي او کله کله بې ځایه کیدنه له ماتیدنې سره مل وي. دا بې ځایه کیدنه په هغو خلکو کې چې سپورټ کوي ډیره دود ده په ځانګړي ډول سره مخې خواته بې ځایه کیدنه. هغه وخت چې د بند ساتندویه او پلې ډیرې سستې وي نو بې ځایه کیدنه او بیرته پر ځای کیدنه دواړه په اسانۍ سره ترسره کېږي.

که چیري د شا خواته بې ځایه کیدنه رامنځته شوې وي نو هرو مرو به د مخکني خوانه د زور او وهلو تاریخچه شته وي. پدې ډول بې ځایه کیدنه کې کیدای شي د مټ د هاپو کې سر د اکرومیون شاته، د سپیناسکیولا شاته او یا به هم د گلینوید تشي شاته بې ځایه شوی وي. دغه ډول بې ځایه کیدنه ډیر کله په

میرګي (Epilepsy)، Electric Shock او الکولیک وګړو کې رامنځته کېږي. همدارنگه کیدای شي په ولادي ډول پلې سستي وي چې د شا خواته د بیا بیا بې ځایه کیدنې لامل ګرځي. مخې خواته بې ځایه کیدنه د اوږې په برخه د راغورځیدو له کبله او یا په پرانیستي لاس د راغورځیدو له کبله مینځته راځي. دلته د مټ د هډوکي سر ډیر کله د سکيولا څخه وځي او د کوراکیوید پراسیس لاندې په Infra-Clavicular Fossa کې ځای نیسي ځکه نو دغه ډول وهنې (ترصیض) ته د Sub-Coracoid بې ځایه کیدنې نوم ورکړل شوی دی. کیدای شي د مټ د هډوکي سر د کلاویکولا شاته او یا هم د کلینوید شاته بې ځایه شي.

کلینیک:

۱: د مخ خواته بې ځایه کیدنه: - شدید خوږ شته وي او ناروغ نه غواړي چې خپلې اوږې ته خوځښت ورکړي. همدارنگه بې ځایه شوی لاس یې د بل لاس په وسیله نیولی وي او ډاکټر ته راځي.

په فزیکي کتنه کې: - په لیدو سره د اوږې روغ محدبیت چې د مټ د هډوکي او اکرومیون په وسیله جوړېږي له منځه تللی وي او د اکرومیون یوه زیره راوتلې برخه جس کېږي. همدارنگه په جس سره به د مټ د هډوکي سر په InfraClavicular Fossa کې جس کړو. همدارنگه پدې ډول بې ځایه کیدنه کې به لاس د Abduction او External Rotation په حال کې وي.

هغه خلک چې چاغ وي نو د ډیرو رخو انساجو د شتون له کبله به مونږ د کلینیک او فزیکي کتنې په وسیله وه نشو کړای ترڅو بې ځایه کیدنه وه پیژنو(تشخیص کړو) نو پدې وخت باید د ایکسري سپاربنسټه وکړو. په ایکسري کې به ولیدل شي چې د مټ هډوکي او د کلینوید تشې بندیزې برخې (مفصلي سطحې) یو له بله برابرې ندي.

۲: دشا خواته بې ځایه کیدنه: - څرنگه چې د دې ډول بې ځایه کیدنې نښې ډیرې ښکاره ندي نو ډیر کله پټه پاته کېږي. ډیر کله ناروغ خپل لاس نیولی وي او کتنځي ته راځي پداسې حال کې چې:

۱: لاس د Adduction او Internal Rotation په حال کې وي.

۲: لاس دلته External Rotation نشي ترسره کولای.

۳: Abduction هم نیمګړی وي.

۴: په شاتني لیدنه کې اوږه د روغ اکر (حالت) په پرتله لږ راوتلې ښکاري.

۵: په مخکنۍ لیدنه کې اوږه هواره ښکاري.

۶: کوراکیویدپراسیس د روغ حالت په پرتله ښکاره لیدل کېږي.

د شاتنی بې ځایه کیدنې ایکسروې: - په AP کې بې ځایه کیدنه ښه نه ښکاري نو باید اړخیزه (Lateral) یا اگزیل ایکسروې واخیستل شي. که بیا هم شکمن اوسو نو پکار ده چې د CT-Scan سپارښتنه وشي.

د شاته بې ځایه کیدنې ویشنه:

د لاملونو له پلوه په دوو ډولونو ویشل کېږي.

۱: Traumatic چې لاندې لاملونه پکې رانغښتي دي.

.Sprains to Posterior part of the Joint :A

.Acute Subluxation of the Joint :B

.Acute Posterior Dislocation :C

.Recurrent Posterior Dislocation :D

.Un-reducible Dislocation (locked or Fixed) :E

:Non-Traumatic :۲

.Voluntary or Habitual Dislocation :A

.Congenital or developmental Dislocation :B

د اناتومیک پوزیشن له پلوه شاخواته بې ځایه کیدنه په درې ډوله ده.

.Sub-Acromial :۱

.Sub-Glenoidal :۲

.Sub-Spinous :۳

د شاخواته بې ځایه کیدنې پتالوژي:

۱: لوی او اوږد شاتنی کپسول.

۲: په هغو حالاتو کې چې کپسول د گلینویډ له شاتنی مخ سره اړیکه نلري.

۳: د گلینویډ د شاتنی برخې ماتیدنه (Fracture of post Glenoid).

۴: د گلینویډ د شاتنی ریم هواروالی.

۵: د Supra-Scapularis غوښې د وتر اوږدوالی.

۶: که چیرې د Supra-Scapularis غوښې وتر د وړې توپریزۍ نه شکیدلی وي.

۷: کله چې د وړۍ توپریزۍ یوه Avulsion ماتیدنه شته وي.

د بې ځایه کیدنې درملنه:

۱: د مخ خواته بې ځایه کیدنې درملنه - درملنه د لاندې کړن دودونو په وسیله ترسره کېږي.

A: Modified Hippocratic Method: - پدې کړن دود کې رنځورپوه خپله پښه د ناروغ

په تخرگ برخه کې اړېدي او بیا د ناروغ لاس ته په اوږدو کش ورکوي او په همدې وخت کې لاس ته External Rotation ورکوي. پدې ډول سره د مټ د هلو کي سر د گلینویډ تشي ته ننوځي او بې ځایه کیدنه پر ځای کېږي. وروسته تر دې د درو یا څلورو اونيو لپاره Sling اچول کېږي او وروسته د فعالو خوځښتونو سپارښتنه کېږي. د دې کړن دود نیمگړتیا پدې کې ده چې کیدای شي Axillary Art/Vien او عصب زیانمن شي.

B: Stimson's Method: - پدې کړن دود کې ناروغ د کټ لپاسه پرمخې (Prone) اچول

کېږي او لاس د کټ یا میز څخه ښکته ځوړند کوو. لاس ته ښکته خواته کش ورکوو. د کش کولو لپاره کیدای شي له وزن څخه کار واخلو (۵-۳ کیلو گرامه وزن اچولای شو).

C: Kocher's Method: - پدې کړن دود کې ناروغ د کټ لپاسه ستوني ستنځ (Supine)

اچول کېږي. لومړی څنگله 90⁰ راتولوو، وروسته ورو، ورو د مټ د هلو کي په اوږدو شکنه خواته کش ورکوو، اوس مټ ته د 75⁰ په کچه Lateral Rotation ورکوو، وروسته مټ تې ته نږدې کوو او په پای کې مټ دننۍ خواته تاوو ترڅو لاس د سینې لپاسه ځای ونیسي. له پرځای کیدو نه وروسته ناروغ ته د څارني په مخه د ایکسري سپارښتنه کوو او د دوو اونيو لپاره لاس په غاړه کې اچول کېږي. د گوتو او اوږې خوځښت له پیله پیلېږي. وروسته د دوو یا درو اونيو ناروغ ته د لیړکولو او وحشي خوځښتونو سپارښتنه کېږي.

D: Physiologic Method: - په دې کړن دود کې د ناروغ مټ په Passive ډول پورته

کېږي (Passive Forward Elevation) او رنځورپوه د بل لاس په وسیله د مټ د هلو کي سر ته تاوول (مانور) ورکوي ترڅو خپل ځای ته دننه شي.

۲: د شاخواته بې ځایه کیدنې پرځای کونه: - دلته بې ځایه کیدنه د عمومي بې هوښۍ لاندې پرځای

کېږي مټ ته د ابلکشن په حالت کې په پرلپسې ډول کشش ورکول کېږي او په همدې وخت کې د مټ د هلو کي سر مخې خواته تیله کېږي او بیا مټ ته وحشي گرځنده خوځښت ورکول کېږي. که پدې سره بې ځایه

کیدنه پر ځای او ثابت حالت یې غوره کړې نو لاس په غاړه کې اچول کېږي خو که پر ځای نشي نو لاس په لیري او وحشي گرځنده حالت کې پلستر کېږي.

یادونه: - د پرلپسې بې ځایه کیدنې لپاره عملیاتونه ترسره کېږي چې دوه غوره یې عبارت دي له Bankar's Operation او Palti Patate Method څخه.

په بدو اوښتنه (اختلالات):

الف: مخ لورته د بې ځایه کیدنې په بدو اوښتنه:

۱: د تحریک د عصب گوزن (Axillari nerve Palcy): - د دې په پایله کې ناروغ د ډیپلویډ غوښې ته خوځښت نشي ورکولای او اړوند برخه یې حسه وي. البته دا حالت څو میاشتې وروسته په خپله ښه کېږي.

۲: Brachial Plexus Palsy: - دغه باپیږي دومره دود ندی. په نیمگړي افت کې یې برخلیک (انزار) ښه دی او بیرته د رغیدو په لور درومي.

۳: Damage to Axillary Artry: - دا باپیږي ډیر خطرناکه دی که چیرې افت وي باید ځانگړې پاملرنه او څارنه ورته وشي.

۴: کله کله د Greater Tubersity او د مټ د هډوکي د اناټومیکې غاړې له بې ځایه کیدو سره یوځای وي.

۵: د اوږې د بند شخوالی: - په هغو ناروغانو کې چې د Rotator Cuff د غوښو څیږي کیدل رامنځته شوي وي لیدل کېږي.

۶: پرلپسې بې ځایه کیدنه (بیا بیا بې ځایه کیدنه هم دودیزه ده).

ب: دشا خواته بې ځایه کیدنې په بدو اوښتنه: - پورتي ټول حالتونه په ځان کې رانغاړي. همدارنگه که بې ځایه والی پاتې شي نو ناروغ خپل لاس ته ابلو کښن نشي ورکولای (70-80⁰ څخه ډیر ابلو کښن نشي ورکولای).

که ناروغ ځوان وي نو د همدې افت له کبله نارامه وي. که چیرته اته اونۍ هم پرې تیري شوي وي نو د عملیات په وسیله باید پر ځای شي پداسې حال کې چې پنخوانی بې ځایه والی په ځانگړي ډول سره په زړو خلکو کې باید په خپل حال پریښودل شي او پر ځای یې د فیزیوتراپی سپارښتنه وشي.

یادونه: - کله کله د بې ځایه والي سره ماتیدنه هم مل وي چې دا ماتیدنې یاپه لویه توبرزیتی کې او یاپه Main Cup lesion او یا به هم په Hill Sach Lesion کې وي او یا هم Bankart lesion لیدل کېږي.
Hill-Sachs lesion: - مخ لورته د بې ځایه کیدنې په حالت کې رامنځته کېږي. پدې افت کې د مټ د هلو کې د سر شاتنې برخه د گلبینوید تشي د ځواکمنې څنډې سره د لگیدو له کبله په ماتیدنه یا Impaction اخته کېږي.

Bankart Lesion: - په مخ خواته بې ځایه کیدنې کې چې په بیا ډول رامنځته کېږي منځته راځي او پدې لیژن کې د بیا بیا بې ځایه کیدو له کبله د گلبینوید د څنډو ماتیدنه منځته راځي.
د دې آفاتو پیژندنه کیدای شي د ساده AP راډیوگرافي په مټ په سم ډول وه نه شي نو غوره ده چې د پیژندلو لپاره یې د Axillary او یا داسې مخکنۍ-شاتنې راډیوگرافي څخه کار واخیستل شي چې مټ د Internal Rotation په حالت کې وي.

که چیرې دا افت ډیر پراخه نه وي نو درملنه یې ساتندویه ده. د بې ځایه والي له پرځای کیدو څخه وروسته پلستر کېږي خو که افت پراخه وي او یا ساتندویه درملنه اغیزمنه نوي نو بیا Open Surgery کوو او ماتي شوي پارچې ټینګوو.

د Rotator Cuff د وترونو څیري کیدل:

د Rotator Cuff د غوښو د وترونو څیري کیدنه ډیره پېښېږي لدې ډلې څخه د Supraspinatus د وترونو څیري کیدنه ډیره دود ده چې ناروغ به پکې د شدید خوږ څخه گیله من وي او د وهنې (تروما) تاریخچه به لري او دا حالت د Supraspinatus syndrome پنوم یادېږي.

د Supraspinatus Syndrome مهم لاملونه عبارت دي له:

۱. Tendonitis . ۲. Subacromial Bursitis.

۳. Calcification . ۴: د لویې توبرزیتی ماتیدنه.

۵: د وتر څیري کیدنه: - د وتر څیري کیدنه کیدای شي Partial وي او هم کیدای شي بشپړ وي.

په بشپړه څیري کیدنه کې د Supraspinatus غوښه خپله دنده له لاسه ورکوي او ځانگړې کلینیکې بڼه لري داسې چې ناروغ د خپلې اورې لیري والی نشي پیل کولای ځکه د لیري کیدو پیل د Supraspinatus د غوښې په وسیله او د ډیلتیوید غوښې په وسیله چې د مټ د پورته کیدو لامل گرځي

منځته راځي. پدې حالت کې ناروغ نشي کولای ترڅو ابدکشن پیل کړي. که په Passive ډول لاس ته ليري والي ورکړل شي نو ناروغ کولای شي هغه د ډیپلویډ غوښي په مټ د ليري والي په حالت کې وساتي.

درملنه: - که ناروغ زوړ وي داچې په غوښو کې Degenerative بدلونونه منځته راغلي نو عملیات کومه پایله نه لري خو یواځې ساتندویه درملنه ترسره کېږي. دا ناروغان کولای شي د ډیپلویډ عضلې په وسیله تریوه بریده دا دنده ترسره کړي.

که ناروغ ځوان وي پدې حالت کې باید عملیاتي رغونه ترسره شي، عملیاتي برخه د پورته خوا څخه پرونیستل کېږي او وتر د مټ د هابوکي په حدبه کې گنډل کېږي. وروسته باید ناروغ د اوږدې مودې لپاره تر څارنې لاندې وي او باید د بند مشق ترسره شي ترڅو د اوږدې د بند ټول خوځښتونه بیرته راژوندي او پرځای شي.

په Partial څیري کیدنه کې د مټ دنده د ليري کیدو لپاره له منځه ځي خو کله چې مټ دليري والي منځني حالت ته ورسېږي نو څرنگه چې د Coraco-acromial ligament اخته شوی وتر تر فشار لاندې راځي نو ناروغ درد احساسوي. د Partial څیري کیدنې درملنه هم ساتندویه ده. ناروغ ته باید د آرامتیا، Short wave diathermy او لږ، لږ مشق سپارښتنه وشي. همدارنگه باید د Supraspinatus Syndrome د لاملونو درملنه هم ترسره شي.

۱: د وتر د گزک په شتون کې باید سټیرایډ لکه M.Prednisolone د لیبوکاین سره یوځای د بند په دننه کې پیچکاري شي.

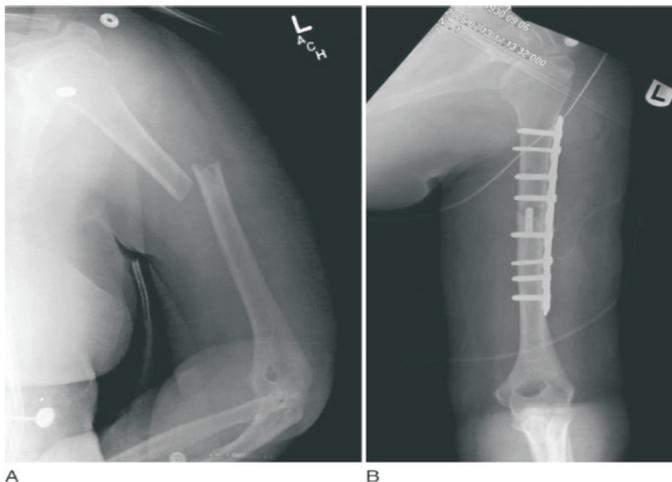
۲: د Sub-acromial Bursitis په شتون کې هم باید پورته درملنه ترسره شي.

۳: که کلسیفیکیشن منځته راغلی وي نو که ستنه ورسره وه لگېږي نو له منځه ځي.

۴: د لويې توپرزيتي د ماتیدو درملنه باید ترسره شي.

۵: د څیري شوي وتر درملنه باید ترسره شي لکه څنگه چې پورته یادونه ترې وشوه.

د مټ د هابوکي ماتیدنه: - د مټ د هابوکي ماتیدنه په درې برخو ویشل شویده.



۱ : د پورتنۍ برخې ماتېدنه (Upper or Proximal Part Fractures):

۲ : د منځنۍ برخې ماتېدنې:



۳: د بښکتۍ برخې ماتیدنې چې د دې برخې ماتیدنې بیا په درو ډلو ویشل کېږي.

الف: Supra-Condylar Fractures.

ب: Condylar Fractures.

ج: Epicondylar Fractures.

۱: د پورتنۍ برخې ماتیدنې (Upper Part Fractures):-- که چیرته د مټ د هلوکي د پورتنۍ

برخې اناتومي ځیر شو نو د لاندې برخو څخه جوړه ده.

A: Anatomical Neck (Articulating surface).

B: Greater Tubersity.

C: Surgical Neck.

D: Lesser Tubersity.

د مټ د هلوکي د پورتنۍ برخې د ماتیدنې بڼه ویشنه له NEER ویشنې څخه عبارت ده چې په لاندې

ډول سره بنودل کېږي.

۱: Greater Tubersity.

۲: Lesser Tubersity.

۳: Humeral Head.

۴: Humeral Sheft.

د NEER په آند یوه ماتیدن هغه وخت بې ځایه ده چې لږ تر لږه ماته شوې برخه له نورو برخو څخه د یو سانتي په اندازه لیري شوي وي او همدارنگه د مټ د هلوکي او ماتي شوي ټوټې ترمنځ د 45° په اندازه زاویه رامنځته شوې وي.

دلته بې ځایه کیدنه په دودیز ډول د غوښو د کشش له کبله رامنځته کېږي پدې ډول چې Greater Tubersity د Supracondylar غوښو په وسیله پورته خواته بې ځایه کېږي. همدارنگه Lesser Tubersity د Sub-Scapular غوښو په وسیله انسي خواته بې ځایه کېږي او د مټ د هلوکي بدننه د Pectoralis Major په وسیله انسي خواته نږدې کېږي.

نوموړې پورته يادي شوي ماتیدنې په درو ډلو ویشلي دي.

۱: Tow Part Fractures:

. Three Part Fractures : ۲

. Four Fractures : ۳

۱ : Tow Part Fractures هغه ماتیدنې دي چې د پورته یادو شوو څلورو برخو څخه یوه له نورو

درو برخو څخه بېله شوې وي.

۲ : Three Part Fractures هغه ماتیدنې دي چې د نوموړو څلورو برخو څخه دوې ماتي شوي

برخې بې ځایه شوي وي. پدې ډول ماتیدنو کې ډیر کله د Surgical Neck بې ځایه والی د Greater Tubersity او یا هم د Lesser Tubersity سره منځته راځي.

۳ : Four Part Fractures پدې ډول ماتیدنو کې پورته یادې شوي څلور برخې یو له بله بېلې وي

پدې معنی چې ماتیدنه او بې ځایه والی د Surgical Neck په برخه کې، د Greater Tubersity په برخه کې او د Lesser Tubersity په برخه کې منځته راغلي وي او په دې ډول سره Head او نورې برخې یو له بله بېلې وي.

One Part Fractures یا Minimal Displaced ماتیدنې: - د NEER پورتنۍ ویشنه د هغو

ماتیدنو لپاره وه چې بې ځایه والی لري. شونې ده داسې ماتیدنې هم رامنځته شي چې له بې ځایه والی څخه پرته وي او یا ډیر لږ بې ځایه والی ولري او باید له پامه وه نه غورځول شي.

A: د Surgical Neck ماتیدنې: - د مټ د هډوکي د غاړې ماتیدنې ډیر کله د هډوکو د

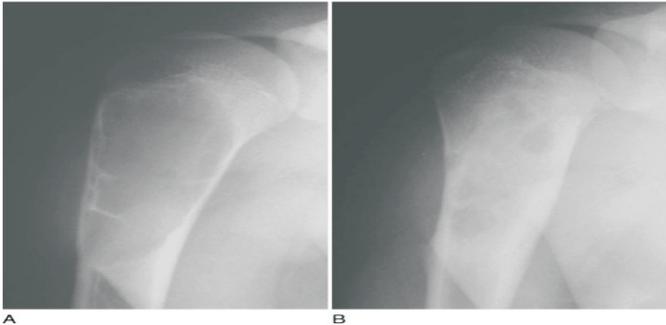
چنگاښي(سرطاني) پېښو له کبله او یا د هغو چنگاښي پېښو له کبله چې دلته یې میناستازیس ورکړی وي رامنځته کېږي. همدارنگه د دې برخې ماتیدنه په زړو خلکو کې لدې کبله چې هډوکي یې په Osteoprosis اخته شوي وي د ماشومانو په پرتله زیاته لیدل کېږي. همدارنگه په ماشومانو کې دغه ډول ماتیدنې د نیغ په نیغه غورځیدو او تروما له کبله رامنځته کېږي. د دې برخې ماتیدنې په همدې خوا د غورځیدو له کبله منځته راځي. ښایې نوموړې ماتیدنې One Part وي او هیڅ بې ځایه والی ونلري او یا ډیر لږ بې ځایه والی ولري او همدارنگه ښایې د Tow Part یا Three Part او یا Four Part ماتیدنو په ډول رامنځته شي. دا ډول ماتیدنې بیا په خپل وار په دوو ډلو ویشل شوي دي چې عبارت دي له:

۱. Impacted: او ۲. Non Impacted. چې د دې دواړه ډوله ماتیدنو کلینیک او درملنه یو له

بله توپیر لري.

۱: Impacted ماتیدنې: - د هغه ماتیدنو څخه عبارت دي چې ماتي شوي ټوټې یو په بل کې ننوتې، کلکې او سره ورغلي وي نو ځکه د یوې ټوټې په ډول خوځېږي چې دا ځانگېر نه بې د درملنې له پلوه ارزښت لري.

کلینیک: - د Neck په Impacted ماتیدنو کې درد ډیر لږ او یا هیڅ نه وي خو Echemosis وي. همدارنگه ښايي په دې برخه پر سوب او د خوځښتونو نیونه (محدودوالي) شته وي. پیژندنه (تشخیص): - د دې ډول ماتیدنو پیژندنه د کلینیک په وسیله لکه څنگه چې ورڅخه یادونه وشوه او همدارنگه د X-Ray په وسیله کېږي. همدارنگه ښايي د پرمختللو رادیوگرافیکو پیژندیزو کړنو لکه MRI او CT Scan څخه هم گټه اخیستل کېږي.



درملنه: - په Impacted ماتیدنو کې له ساتندویه (محفوظي) درملنې څخه گټه اخیستل کېږي. درملنیز کړن دود په ټاکنه کې باید لاندې ټکي په پام کې ونیسو.

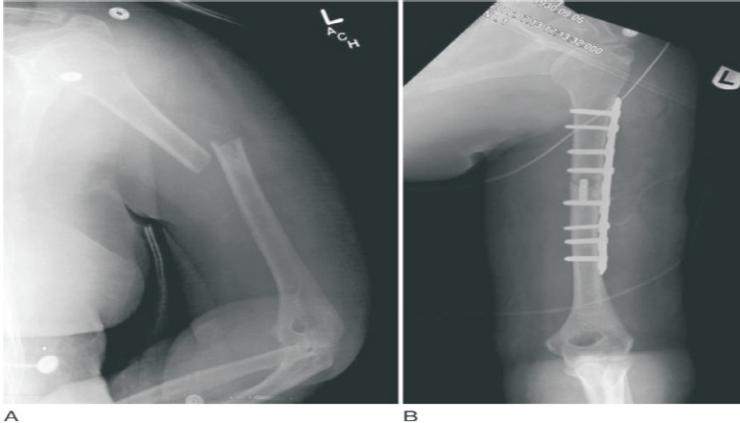
- ۱: په زړو خلکو کې د ښکاره بې ځایه والي سره، سره دندې په بشپړ ډول بیرته راگرځي.
- ۲: له پراخه پلستر او عملیات څخه پرته شونې ده چې د هلوکو ماتي شوي ټوټې خپل ځای ته راولو.
- ۳: د اوږدې مودې لپاره د اوږې د بند د خوځښت بندیدنه (ترنه) په ځانگړي ډول په زړو خلکو کې د بند د شخوالي لامل گرځي.

کله چې د دې ډول ماتیدنو سره مخ کېږو نو د ماتي شوي خوا ترپه ترسره کولو وروسته باید د خوا خوځښتونو ته په ټینګه پاملرنه وکړو. که چیرته Impaction لږ وي نو آن د خوځښت بندیدلو (تثبیت) ته اړتیا نشته او کولای شو د لومړۍ ورځې څخه د اوږې خوځښتونه پیل کړو او هره ورځ دوام ورکړو او د خوځښتونو په ترمنځ وخت کې لاس په غاړه کې واچوو.

۲: Non Impacted ماتیډنې:-- پدې ډول ماتیډنو کې ماتي شوي ټوټې یو په بل کې نه وي نسوتي بلکې یو له بله لیري او بې ځایه وي. همدارنگه شونې ده څو ټوټه ایزې ماتیډنې رامنځته شوي وي.

کلینیک:-- خوځښتونه په شدت سره محدود وي، د اخته خوا خوځښت د اوږې د شدید خور لامل ګرځي. همدارنگه په اخته برخه کې پړسوب وي او شونې ده ایکموزیز هم وي.

پېژندنه:-- د دې ډول ماتیډونو پېژندنه د کلینیک او راډیولوژی په وسیله ترسره کېږي.



درملنه:-- که چیرې **Over-Riding** منځته راغلی وي نو باید پړ ځای شي. د پړ ځای کیدو لپاره عمومي او یا ځایي بې هوښۍ ته اړتیا ده ځکه په همدې برخه کې د خوځښت له کبله شدید خور منځته راځي. د خوځښت ورکولو په وسیله د هډوکو ماتي شوي پارچې څوکه په څوکه کوو. که چیرې د دې کار پایله ښه نوه نو باید پړانیستې پړ ځای کیدنه (**Open Reduction**) ترسره کړو.

په پړانیستې پړ ځای کیدنه کې کولای شو د بیلا بیلو لارو څخه کار واخلو لکه: ۱: **Intra Medullary Pin**. ۲: **Rod**. ۳: **Rushnile**. او نورو څخه چې د ماتیډو د ډول پر بنسټ وړ او اړوند کړن دود غوره کوو. باید یادونه وکړم چې که چیرې ماتیډنه د **Avulsion** په ډول هم وي نو پړانیستې پړ ځای کیدنه ترسره کوو او وروسته د **Screw** په وسیله بې ځایه شوې ټوټه هم تینګوو.

په بدو اوښته (اختلاطات):

۱: د بند شخوالي.

۲: رگونو ژوبلیدنه یا تاوانی کیدل.

۳: د تخرگ د عصب او سوررگی ژوبلیدنه.

۴: د Brachial Plexus ژوبلیدنه.

Greater Tubersity Fraction: - دا ډول ماتیدني ډیر کله په اوږه د راغورخیدو له کبله

رامنځته کېږي. دغه ډول ماتیدني په هر منگ کې رامنځته کېږي په ځانگړي ډول په زړو خلکو کې ډیرې رامنځته کېږي.

greater Tubersity د ماتیدني کیدای شي One Part ماتیدني وي يعنې هيڅ بې خايه کیدنه نه

وي او يا هم کیدای شي Tow Part وي يعنې د غاړې ماتیدني هم ورسره يوځای وي. څرنگه چې د Rotator Cuff غوښې په لويه توبرزيتي ارتکاز کوي نو په دوديز ډول سره د Avulsion په ډول ماتیدنه رامنځته کېږي.

پيژندنه: - دا ډول ماتیدني د راډيوگرافي په وسيله پيژندل کېږي.

درملنه: - که چېرې بې خايه والی ونلري نو د ماتیدني درملنه په ساتندويه ډول ترسره کوو او اوږې

خوځښتونه د پيل نه پيل کوو. که چېرې يوه لويه ټوټه بيله شوې وي نو په تړلي ډول درملنه ناشونې ده نو پدې حالت (حالت) کې پرايستي پرځای کونه او دننه ټينگونه (internal-Fixation) ترسره کوو. دغه دننه ټينگونه د Screw په وسيله ترسره کېږي خو، د اوږې خوځښتونه بايد د عمليات له ورځې په پام کې وي ترڅو د بند د شخوالي لامل نشي.

په بده اوښته (اختلاطات):

۱: Supra-Spinatus Syndrome or Painful Arch Syndrome.

۲: ځينې وخت کله چې د لويې توبرزيتي ماتيدن پرځای شي نو د رغيدو څخه وروسته يې پيروالی زيات

او ناسموالی پکې رامنځته کېږي او کله چې مټ ليري کوو نو لويه توبرزيتي د اکروميون پراسيس او يالسه Coraco-Acromail Ligament سره لگېږي او ناروغ ته خوږ پيدا کېږي چې دغه حالت ډير کله د ليري

کولو په منځني پړاؤ کې پېښېږي. کيدای شي د دې پېښې درملنه ورو، ورو د برلېسې خوځښتونو په وسيله ترسره شي خو، که گيلې شديدې او د ډير وخت لپاره وي نو Acromiun ایستل کېږي.

Lesser Tubersity Fraction: D: د دې برخې ماتيدنه ډيره لږ پېښېږي او ډير کله پټه پاته کېږي. که د اوږې د بند بې ځايه کيدنه رامنځته شوې وي نو په ځای ته وروستې سره Tow Part ماتيدنه په One Part ماتيدنه بدلېږي. درملنه سانتودويه ده او په ډيرو لږ پېښو کې عمليات ته اړتيا پيدا کېږي.

په پای کې د مټ د هلوکې د نږدې برخې ماتيدنه ډير کله د لږ بې ځايه کيدنې په ډول او يا هم د One Part په ډول وي چې درملنه يې هم آسانه ده خو، که Three Part او يا Four Part ماتيدنه رامنځته شوې وي نو درملنه يې اورتويديست ته يو گواښ او سيالي ده. همدارنگه پدې ډول ماتيدنو کې ځينې وخت رغيدنه ناشونې وي او اړکيرو چې د نوموړې بند Total Arthroplasty ترسره کړو ځکه چې دا يو ډير ارزښتناکه بند دی په ځانگړې ډول سره په ځوانانو کې او دندې يې بايد بيرته راژوندۍ شي.

د مټ د هلوکې د بدنې (Shift) ماتيدنې: دغه ماتيدنې په لوی والي کې ډيرې ليدل کېږي خو، په ماشومتوب کې لږې دي. کله چې وگړی (شخص) د يوې غير مستقيمي وهنې سره مخ شي لکه په برانستي لاس غورځيدنه نو دا ډول ماتيدنه په ځانگړې ډول Spiral ماتيدنه رامنځته کېږي. او يا هم کله چې په همدې برخه نيغ په نيغه وهنه رامنځته شي نو شونې ده چې د مټ د بدنې ماتيدنه رامنځته شي.

که چيرته ماتيدنه د بدنې په پورتنۍ دريمه برخه کې رامنځته شي نو د Pectoralis Major غوښې د کش کول د دې لامل گرځي چې هلوکې دننه خواته نژدې شي او که ماتيدنه په منځنۍ دريمه برخه کې رامنځته شي نو د Deltoid غوښې د کش کولو له کبله د هلوکې پورتنۍ ټوټه ليری والی غوره کوي. رامنځته شوي ماتيدنه کيدای شي transverse، Oblique، او يا Spiral وي.

په ډلو ويشنه (Classification):

د دې برخې ماتيدنې په درې ډلو ويشل شوي دي چې هره ډله يې بيا په درې نورو ډلو ويشل کېږي. A ډله: - هغه ډول ماتيدنې دي چې هلوکې يواځې په يوه برخه کې مات شوی وي. دا ډله هم په درې نورو ډلو ويشل کېږي چې عبارت دي له:

1: A1 — Spiral، 2: A2 — Oblique، 3: A3 — transverse.



B ډوله: - پدې ډول ماتيدنو کې د هډوکي يوه ماته شوې برخه (Segment) د پتنگ (Butterfly) په ډول ورڅخه بيله شوې وي. دا ډله هم په درو نورو ډلو ويشل شوې ده چې عبارت دي له:

۱: B1 - Spiral wage (as a result of twisting stress).

۲: B2 - Bending wage (as a result of bending stress).

۳: B3 - دوه ټوټې د Bending wage + Wage دلته برخه بيله او ماته شوې برخه بيله

ده.

C ډوله: - پدې ډول ماتيدنه کې هډوکي په گڼ شمير ټوټو ويشل شوی وي. دا ډول ماتيدنه هم په نورو درو برخو ويشل شوې ده چې عبارت دي له:

۱: C1 - Complex Spiral.

۲: C2 - Complex Segmental.

۳: C3 - complex Irriguler Fractures.

کلينیک: - فزيکي گيلپي او نښي لکه خوږ(درد)، پرسوب، د بڼې وړانسی (سؤ شکل)، د خوځښت نيمگړتيا، حساسيت او ناسم خوځښتونه په ماته شوې برخه کې ليدل کيږي.

پيژندنه: - راډيوگرافي د نوموړي برخې ماتيدنه مني او پيژني.

په ټولو حالتونو کې بايد د Radial nerve گوزنگ يا خوړند مړوند وکتل شي چې په همدې برخه

کې کيدای شي د حيسيت خرابوالی هم وي.

درملنه: - د دې ماتيدنو درملنه په دوو کړن دودونو سره ترسره کيږي.

۱: که بې ځایه والی نوي او یا لږ وي نو درملنه یې په ساتندویه ډول سره ترسره کېږي.

۲: که بې ځایه والی ډیر وي او یا څو ټوټه ایزه ماتیدنه یا segmental وي نو د عملیاتي کړن دود څخه کار اخیستل کېږي.

۱: ساتندویه درملنه: - دا درملنه په دوه ډوله ده.

الف: U-Slab Method: - ساده او سینګل ماتیدنو درملنه کولای شو د دې کړن دود په وسیله ترسره کړو. که چیرته Angulation لږ وي نو هیڅ بې هوښۍ ته اړتیا نشته خو که چیرته Angulation زیات وي نو د بې هوښۍ څخه وروسته لاسته لږ کش ورکوو ترڅو Angulation له منځه لاړ شي او بیا U-Plaster د پخوا په شان تړل کېږي.

ب: Hanging Cost Method: - د دې کړن دود پر بنسټ پدې کړن دود کې په خوا کې د وزن اچولو او پلستر په وسیله ماتیدنه پرځای کوو او پرځای کیدنه پر خپل ځای پاته کېږي او وروسته له ۳-۲ اونيو څخه پلستر په یواځي Sling یا غاړه اچونه بدلېږي چې د Sling sermientو پنوم یادېږي او د ماتیدني تر بشپړه رغیدو پورې په خپل حالت سره پرېښودل کېږي. (نږدې نهه اونۍ) وروسته لدې څخه که څه هم Sling د احتیاط لپاره دوې نورې اونۍ هم په خپل حالت پرېږدو خو، د مټ خوځښتونه باید پیل شي او وروسته بیا د فیزیوتراپي سپارښتنه کوو.

۲: دننۍ ټینګونه او عملیاتي پرځای کیدنه: - نوموړې درملنه په لاندې حالتونو کې ترسره کېږي.

A: Soft Tissue Interposition.

B: که Non-union او یا Delayed Union او یا Bone graft ته اړتیا وي.

C: که چیرته گڼ شمیر ماتیدني رامنځته شوي وي.

D: که چیرته د دواړو متیو ماتیدنه رامنځته شوې وي.

E: که چیرته پتالوژیک ماتیدني رامنځته شوي وي.

F: که چیرته د راوېیل عصب گوزنگ رامنځته شوی وي. گ

په دننه ټینګونه کې له لاندې شیانو نه کار اخیستل کېږي.

۱: Plate: چې شاتني مخ ته تړل کېږي او د سکرو په وسیله ټینګېږي.

۲: Intramedullary Nail: هم کولای شو د Inter locking Screw سره یوځای وکاروو.

همدارنگه کولای شو نوموړی میخ په Retrograde ډول (د بنکته لورې نه) هم تطبیق کړو.

که څه هم په ماشومانو کې ساتندویه درملنه ډیره ښه ده خو، که چیرته گڼ شمیر ماتیدنې شته وي او یا هم ساتندویه درملنه پاتې راشي نو کولای شو دننې ټینگونه پدې ډول ترسره کړو چې دمټ د هدوکي د بدني په نږدې او یا منځنۍ دریمه برخه کې دوه Flexible Intramedullary Nail نښاسو. باید د میخ د ننه ایستو لپاره دوه بیلې برخې شته وي ترڅو میخ دننه کړو. که ماتیدنه په ډیره لیرې برخه کې وي نو د میخ د ننه ایستو برخه د ډیلنویډ غوښې د ارتکاز برخه ټاکو. وروسته لدې ډیر ژر او په لږ وخت کې خوځښتونه مینځته راتلای شي او رغیدنه ژر رامنځته کیږي.

باید یادونه وکړو چې که چیرې ماتیدنه ککړه (منته) او یا ډیره پرانیستې وي نو بیا پرانیستې ټینگونه (External Fixation) ترسره کوو.

په بدو اوښته (اختلاطات):

۱: د راډیل عصب گوزنگ: - څرنګه چې له براخیل صفیرې څخه درې څانګې بیلېږي چې عبارت دي له Ulnar، Radial، او Median عصب څخه خو، څرنګه چې راډیل عصب شاخواته تاوېږي نو ځکه به ماتیدنو کې کیدای شي ژویل شي. کله چې لدې ماتیدنو سره مخ کېږو نو هر ورو باید عصبي کتنه ترسره کړو او وروسته بیا درملنه ترسره کړو ترڅو یاده شوې نیمګړتیا پټه پاته نشي. که عصب پرې وي باید ورغږې خو، که ښه پایله ونه لري نو بیا د Tendon Transfer ترسره کوو.

گیلې او نښې: - دودیزه څرګندونه یې خوځښتي ده چې د گوتو او د غټې گوتي د پرانیستونکو غوښو گوزنگ، د Wrist drop او د Brachio radialis او Spinatus غوښو گوزنگ رامنځته کیږي. همدارنګه حسي بدلونونه یې یواځې په یوه کوچنۍ برخه (دلاس د راډیل برخې په شاتني مخ کې) مینځته راځي. Tendon Transfer: - پدې کړنه کې لاندې پلانونه را ګڼو ډیري.

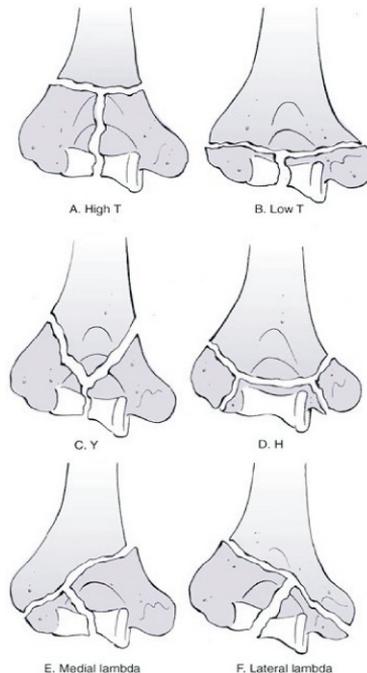
۱: د Brevespronator teres لپاره د Extensor carpiradialis لیردیري ترڅو مړوند پرانیزي.

۲: Flexor carpi ulnaris او Flexor carpi radialis د Extensor digitirom لپاره لیردیري ترڅو غټې گوتي پرانیزي.

۳: Plamaris Longus د Abductor pollicis longus ته لیردیري ترڅو د غټې گوتي ته د لاس د ورغوي څخه لیري شي.

۲: Non-Union:-- ځینې وخت کېدای شي رامنځته شي په ځانگړي ډول سره د مټ د هلوکي د بدنې د منځنۍ برخې ماتیدني پرې ډیرې اخته کېږي. درملنه یې د جراحي کړنې په وسیله ترسره کېږي چې د Non-Union په درملنه کې لوستل کېږي. ځینې وخت د رغیدني د هڅونې لپاره د بریښنايي هڅونې (Electrical Stimulation) څخه گټه اخیستل کېږي.

د مټ د هلوکي د Condyles ماتیدني:-- دغه ماتیدني دومره دود ندي خو، گواښونکې (وخیمې) دي چې ډیر کله په ماشومانو کې پیدا کېږي. وحشي کونډیل د انسي په پرتله ډیر برابر دی. د وحشي کونډیل ماتیدنه د Copitulum له برخې څخه په مایل ډول پورته او دباندي خواته غځېږي. په ځوانو ماشومانو کې کېدای شي بې ځایه شوي ماته ټوټه غټه وي خو، په ایکسري کې ډیره وړه ښکاري ځکه چې ډیره برخه یې تر اوسه غضروفي وي او په هلوکي نه وي بدله شوې. په دې ډول ماتیدنو کې بې ځایه والی ډیر لږ وي خو، څرنګه چې دغه ډول ماتیدني د بندیزې مخې (مفصلي سطحې) را نغاړي نو لږ بې ځایه والی هم ډیر ارزښت لري. د یادونې وړ ده چې دا ډول ماتیدني په زړو خلکو کې هم لیدل کېږي چې د T او Y بڼه لري.



د ژوبلیدني ډول (د ترضیض میخانیکیت): - که چیرته ناروغ وغورځیري او څنگله یې په 90^0 قبض حالت کې وي نو د اولیکرانون پراسیس د مټ د هډوکي بنکتنی برخه د کونډیل په منځ کې د پاني په ډول ننوځي او کونډیل ماتوي.

په ډلو ویشنه:

- ۱: لومړی ډول (Type-1): - دلته یواځي یوه گریډنه (Crack) رامنځته شوی وي.
 - ۲: دویم ډول (Type-2): - پدې ډول کې د ۲ سانتي متره په اندازه بې ځایه والی رامنځته شوی وي.
 - ۳: دریم ډول (Type-3): - پدې ډول کې بې ځایه والی د ۴-۲ سانتي متره په اندازه وي.
 - ۴: څلورم ډول (Type-4): - پدې ډول کې بشپړه بې ځایه کیدنه رامنځته شوې وي.
- کلینیک: - پرسوب، دیني وړانی (سؤ شکل)، څنگله پراخه بنکاري، خوځښتونه تنگ وي او د پوستکي رنگ بدلون موندلی وي او په راډیوگرافي کې ماتیدنه په بنکاره ډول سره بنکاري.

درملنه:

- ۱: که ساده گریډنه رامنځته شوې وي او بې ځایه والی ونلري نو درملنه یې په پلستر کې د څو اونیسو لپاره په ساتندویه ډول سره ترسره کیږي خو، که چیرته بې ځایه والی رامنځته شوی وي نو درملنه یې باید په ډیر غور سره ترسره شي ځکه چې تل پاتي نیمگرتیا (معیوییت) رامنځته کوي. لومړی ناروغ ته عمومي بې هوښی ورکوو، وروسته د خوځښت په وسیله بې ځایه والی پرځای کوو، وروسته لاس په 90^0 راټول شوي حالت کې تر څو اونيو پورې تړو او وروسته د فعالو خوځښتونو سپارښتنه کیږي. که چیرته پورته درملنه بریالی نشي نو اړ یو چې پړانستی درملنه او دننۍ ټینگونه د K-Wire او Screw په وسیله ترسره کړو.

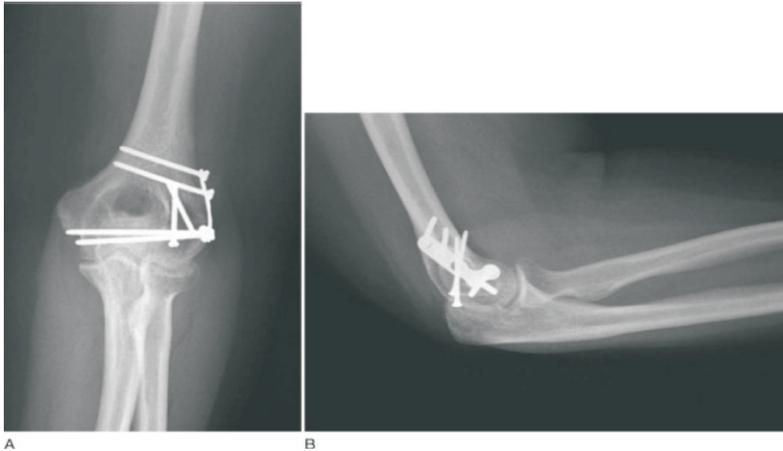
که چیرته گډوډه (Comminated) ماتیدنه رامنځته شوې وي د Olecranon Skeletal Traction ترسره کولای شو چې پدې کړنې سره 90^0-45 خوځښتونه بیرته ترسره کیدای شي. دغه ډول ماتیدني تر ۸-۶ اونيو پورې رغیږي.

په بده اوبښتنه (اختلاطات):

۱. Non-Union : ۲. Deformity : ۳. د Median او ulner عصب د ژوبلیدو لامل ګرځي.
 ۴. Osteoarthritis : ۵. Myositis Osificant : ۶. د بند شخوالی.

د مټ د هډوکي د Epicondyle ماتیدني

د وحشي Epicondyle ماتیدني: - دغه ډول ماتیدني د لویانو په پرتله په ماشومانو کې ډیرې پېښېږي او همدارنگه د انسي اېي کونډیل په پرتله یې پېښې لږ دي. د ژوبلیدو رامنځته کیدنه یې په همدې اړخ د نیغ په نیغه وهنې له کبله چې د اېي کونډیل د پرانیستونکو غوښو د کش کیدو له کبله چې په همدې برخه نښتي وي یو Avulsion ماتیدنه رامنځته کېږي چې په دودیز ډول سره د بشپړې او نیمګړې بې ځایه کیدنې سره یوځای وي.



دا ډول ماتیدني د دوو لاملونو له کبله ډیرې مهمې دي:

الف: شاید وده کوونکي کرپندو کي (غضروف) اغیزمن شي: - د اناټومي له مخې پوهېږو چې د وحشي Epicondyl د Epiphysis برخه په یو کلی. کې په تعظم پیل کوي او ۱۶-۱۲ اونۍ وروسته یې تعظمي برخې تړل کېږي.

ب: څرنګه چې دغه ډول ماتیدني د بند په دننه کې وي نو بشپړې پرځای کیدنې ته اړتیا لري.

کلینیک: - څنګله پړسیدلې وي خو د بڼې وړانې نوي. په جس سره برخه دردناکه او حساسه وي.

پېژندنه: - د ماتیدني پېژندنه د ایکس رې په وسیله ترسره کېږي او باید د دواړو څنگلې په پرتله ایز ډول سره وه کتل شي.

درملنه:

الف: سانتدویه درملنه: - که ماتیدنه بې ځایه والی ونلري او یا ډیر لږ بې ځایه والی ولري نو څنگلې ته 90° قبض، مروند د Pronation په حال کې او د لاس بند د Extension په حالت کې راوړو او د شاتنې میزایې په وسیله تړل کېږي او لاس په غاړه کې اچول کېږي. میزابه د دوو اونیو لپاره وي وروسته لیري کېږي او فعال خوځښتونه پیلېږي.

ب: سانتدویه درملنه: - که بشپړه بې ځایه کیدنه رامنځته شوې وي نو باید په بشپړ ډول سره پرځای او دننۍ ټینګونې ته اړتیا پېښېږي. د خوځښت په وسیله څنگل د قبض حالت ته راوستل کېږي، په ماته شوې برخه فشار اچول کېږي او څنگله بیرته ورو، ورو د پرانیستو په لور وړل کېږي ترڅو پرځای کیدنه رامنځته شي او ټینګونه (تثبیت) یې د Percutaneous Pin په وسیله ترسره کېږي. که دغه کرڼه بریالی نشي نو اړ یو چې له پرانیستې پرځای کیدنې نه کار واخلو او اړوند برخه د Krishin Wire په وسیله ټینګېږي

په بدو اوښتنه (اختلالات):

۱: Mal-Union (Valgus Deformity).

۲: Non-union.

۳: کله کله د ulner nerve د ګوزن لامل ګرځي.

۴: پرلپسې بې ځایه کیدنې چې درملنه یې د هاپوګي د وحشي برخې د پستو نسجونو رغونه ده.

د انسي Epicondyle ماتیدنې: - که چیرته د ناروغ د لاس او څنگلې بند پرانیستي وي او ناروغ په پرانیستي لاس راوه غورځېږي نو د لاس د بندیدونکو غوښو د کش کیدو له کبله ایې کوندیل را کش کېږي او دا ډول ماتیدنه رامنځته کېږي. همدارنګه نیغ په نیغه وهنه چې په انسي ایې کوندیل ترسره کېږي هم ماتیدنه رامنځته کېږي.

کلینیک: - په ژوبله شوې برخه کې خوږ وي خو، که بې ځایه والی ورسره یوځای وي نو د بڼې وړانې هم ورسره وي، خوږ برخه پړسیدلې او د څنگلې خوځښتونه تنګ وي. د اولنر عصب د ژوبلیدو د معلومولو لپاره دي د لاس وروستۍ ګوتې وکتل شي.

پیژندنه: - پیژندنه یې د ایکس رې په وسیله ترسره کیږي. په مخکني-شاتي حالت کې د انسي Epiphysis د Epicondyle برخه بنسټه خواته تپله شوې وي او یا تاوه شوې بنکاري. که بند یې ځایه وي نو اېي فیزیز د مټ د هلوکي په بنسټي. برخه کې ځای نیسي. په Lateral حالت کې اېي فیزیز د بیگانه جسم په ډول د بند په منځ کې پروت وي.

درملنه: - که بې ځایه والی لږ وي نو په خپل حال پریښودل کیږي خو، که اېي کونډیل په بند کې بند پاتې وي نو په تړلي ډول څنگله Valgus حالت ته او د لاس بند Hyper-Extention حالت ته راوړل کیږي. که دا کړنه د ماتیدني په پرځای کیدو کې پاتې راغله نو عملیات ترسره کیږي او دننۍ ټینگونه دي ترسره شي.

په بدو اوښتنه (اختلاطات): - په دوه ډول دیر

الف: ژر رامنځته کیدونکي لکه د اولتر عصب ژوبلیدنه ځکه چې نوموړی عصب د زیرو هلوکو لپاسه سوږيږي.

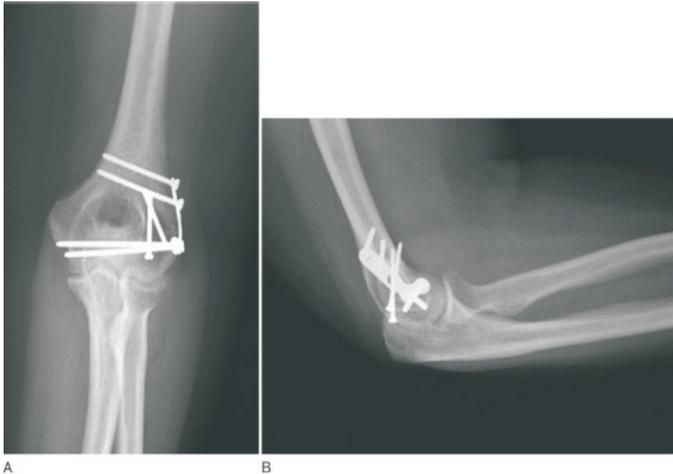
ب: وروسته رامنځته کیدونکي لکه د بند شخوالي.

Fractures, Separation of the Entire Distal Epiphysis

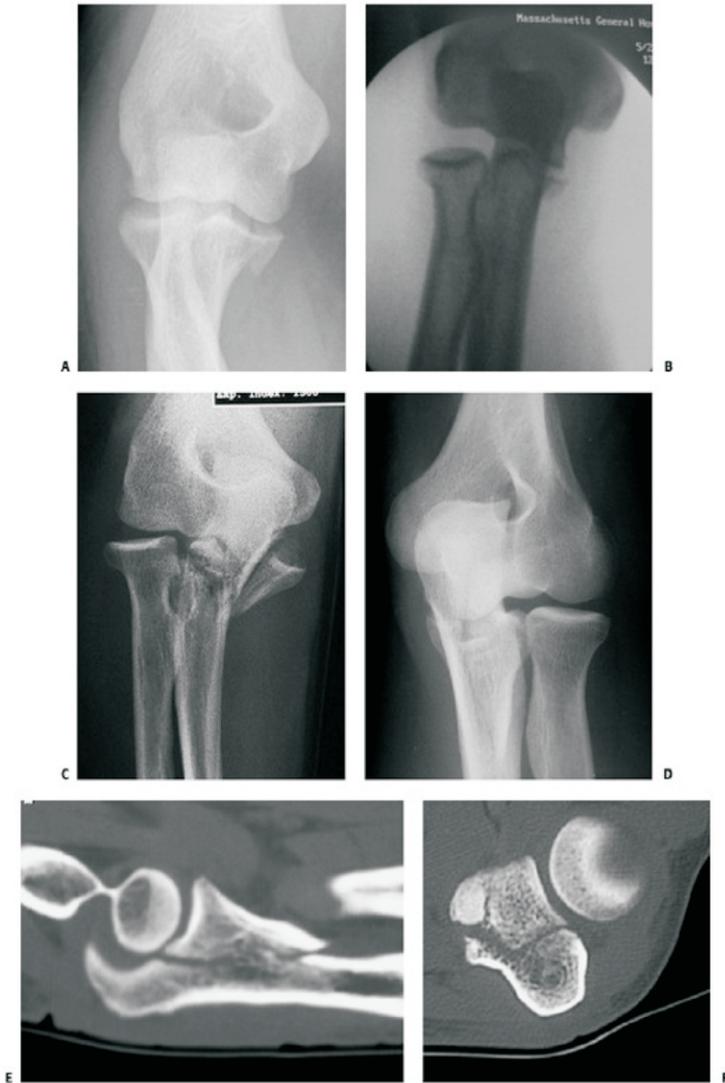
(د ليري اېي فیزیز بشپړه بیلیدنه او ماتیدنه)

دو پوهانو (Harris او Salter) د Epiphysial Plate زیانونه په شپږو ډولونو ویشلي دي.

۱: لومړی ډول (Type 1): - دلته اېي فیزیز د هلوکي له بدنې څخه بیل وي او یا لږ بنسویدلې وي خو، بله ماتیدنه ورسره نه وي. کیدای شي په ماشومانو کې د وهنې، انتان، ریکیتس او یا سکاروي له کبله منځته راشي. د دې ښویدني پرخلیک (انزار) ښه دی او د خوځښت په وسیله یې درملنه ترسره کیږي.



- ۲: دویم ډول (Type 2): پدې ډول کې د ابي فيزیز د بنويدو او يا بيليدو سره يوځای د ميتافيزيز يوه وړه مثلثي ټوټه هم بيله شوې وي. د دې ډول پيښي په شپږ کلنۍ کې ډوږې دي چې د دې ډول زخمونو ډير دوديز ډول دی. پرځای کيدنه يې ساتندويه ده او POT پلستر په وسيله تړل کيږي او ساتل کيږي.
- ۳: دريم ډول (Type 3): پدې ډول کې د ابي فيزيز يوه برخه بيله شوې وي کيدای شي ماتيدنه د بند په دننه کې وي چې ځانگړي پرځای کيدنې ته اړتيا لري. د دې ډول ماتيدنې پرځای کيدل د پرانيستې پرځای کيدنې او دنني ټينگښت په وسيله ترسره کيږي.
- ۴: څلورم ډول (Type 4): پدې ډول ماتيدنه کې د ابي فيزيز يوه برخه د ميتافيزيز له يوې برخې سره يوځای بيله شوې وي. پدې ډول کې د مټ د هلو کې د وحشي ابي کونديل بيليدنه ډيره دود ده. دلته هم د پرانيستې پرځای کيدنې او دنني ټينگښت څخه کار اخيستل کيږي.
- ۵: پنځم ډول (Type 5): پدې ډول ماتيدنه کې د گروت پليټ يوه برخه د گريډنې او يا فشار سره مخ شوې وي. دا هم پرانيستې پرځای کيدنې ته اړتيا لري.
- ۶: شپږم ډول (Type 6): پدې ډول ماتيدنو کې د ابي فيزيز يوه برخه په بشپړ ډول پرې شوې وي چې په پايله کې د يو هلو کين Bridge د جوړيدو له کبله Angular Deformity رامنځته شي.



د څنگلي تپونه (Elbow Injuries)

د څنگلي په ژوبليدو کې لاندې شيان را نغښتي دي.

۱: تر زور لاندې څنگله (Confused Elbow):-- کله کله ناروغ د شدید زور څخه وروسته د څنگلي په بند کې د پړسوب او شدید خوړ څخه گيله من وي خو، په ایکس رې کې کوم بدلون د لیدلو وړ نه وي.

غوره درملنه یې د یوې اونۍ آرام او شاتۍ ناوه (میزابه) ده او بیا دې لاس په غاړه کې واچول شي چې وروسته د فعالو خوځښتونو سپارښتنه کېږي.

۲: کش یا تپله شوې څنگل (Pulled Elbow):-- دا په هغه حالت کې منځته راځي چې لاس بنکته خواته کش شي او د مټ هډوکي د anular Ligament څخه بنکته وه ښوئېږي. نوموړی حالت ډیر کله په هغو ماشومانو کې چې ۶-۲ کلن وي او د مور یا پلار له خوا په زوره کش شي رامنځته کېږي.

پیژنده یې د تاریخچې له مخې کېږي. په همدا برخه حساسه وي او د مړوند Supination نیمگړی وي.

درملنه یې پدې ډول کېږي چې یا خو لاس په بشپړ ډول د Radial Diviation په حالت کې راوستل شي او زوره مړوند Supination ته یوړل شي. او یا هم ژر، ژر مړوند په واریز ډول سره Supination او Pronation ته یوړل شي. که چیرته پورته درملنه پاتې راشي نو لاس د ۴۸ ساعتونو لپاره په غاړه کې اچول کېږي او په خپله یې ځایه کیدنه پرځای کېږي.

۳: د څنگلي بې ځایه کیدنه (Dislocation of the Elbow):-- دا حالت هم په ماشومانو کې او هم په لویانو کې ډیر دود دی چې په پرانیستي لاس غورځیدو له کبله منځته راځي. په ډلو ویشنه:-- په دوه ډوله ده.

۱: مخي خواته بې ځایه کیدنه. ۲: شاخواته بې ځایه کیدنه چې ډیره دود ده. چې دا بیا په خپل وار سره په دوو ډولونو ویشل شوې ده.

الف: شاتۍ وحشي (Posterior lateral).

ب: شاتۍ انسی (Posterior Medial).

۳: وحشي. ۴: انسي او ۵: Divergent.

نوې ډلوېشنه New Classification:

۱: لومړی ډول: -- نږدې يا Proximal: Radio-Ulnar بند ثابت يا Intact وي. او په لاندې ډولو ویشل شوي دي.

A: شاتنی چې دایا په انسي او وحشي ویشل شوی دي.

B: مخې خواته.

C: انسي.

D: وحشي.

۲: دویم ډول: -- پدې ډول کې د ځنگلي د بند نږدې بې ځایه والی لري او په لاندې ډولونو ویشل شوي دي.

A: Divergent چې دا بیا په دوه ډول دي.

الف: Anterior Posterior چې راډیوس مخې خواته او اولنا شاته بې ځایه شوی وي.

ب: transvers چې اولنا انسي خواته او راډیوس وحشي خواته بې ځایه شوی وي.

B: Radio-ulnar Translocation: -- پدې ډول کې د راډیوس هلوکی انسي خواته او د اولنا هلوکی وحشي خواته بې ځایه شوی وي.

C: Isolated dislocation of the Radial head:

گیلې او نښې: -- خوږ، پرسوب او د دندو نیمګړتیا شته وي.

پیژندنه: -- پیژندنه د ایکسري په وسیله ترسره کیږي.

توپیریزه پیژندنه (تفریقي تشخیص): -- د دې ماتیدني توپیریزه پیژندنه باید د Supracondylar ماتیدني سره وشي پدې ډول چې یوه نیغه کرښه د وحشي او انسي ابي کونډیل ترمنځ رسموؤ او د کرښې دواړې ځنډې بنکته د اولیکرانون سره نښلوؤ په بایله کې یو دری اړخه (مثلث) چې ټولې خواي یې سره برابرې وي لاسته راځي (په روغ حالت کې) خو د Supracondylar د ماتیدنو په شتون او بې ځایه کیدنه کې نوموړی دری اړخه سم نه جوړیږي یعنې خواي یې یو له بله سره توپیر لري.



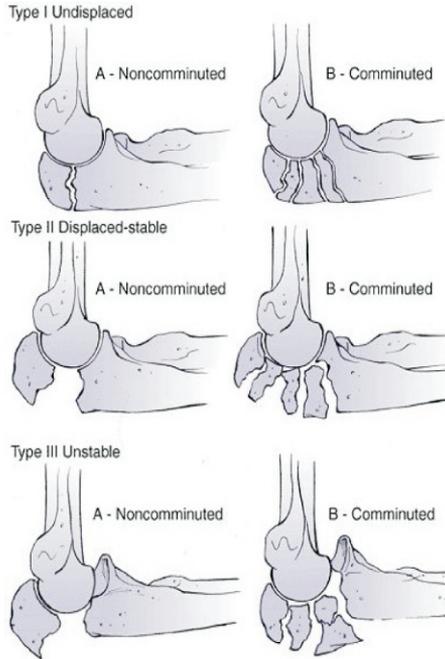
درملنه: - درملنه د عمومي بې هوښۍ لاندې ترسره کېږي او په دوو کړندودونو پرځای کېدنه کولای شو.

۱: لاس په لاس کپنه (Hand to Hand Method): - د ناروغ لاس په Supine حالت کې ایښودل کېږي او لاس ته کش ورکوؤ کله چې مونږ د پرځای کېدنې نه وروسته غږ واورو او یا بې احساس کړو نو لاس په 90° ټول (قبض) حالت کې تړو او پا غاړه کې بې اچوؤ، لاس د درې اونيو پورې همداسې ساتل کېږي او وروسته د فعالو خوځښتونو سپارښتنه کوؤ.

۲: Parvin Method: - ناروغ پرمخې اچول کېږي او د مټ هلوکي په ميز باندې آرام پروت وي اوس نو ۱۰-۵ کيلوگرامه وزن په مړوند ايردو. پدې ډول د څو دقيقو په موده کې چې غوښتي پستې (استرخاو کړي) شي پرځای کېدنه رامنځته کېږي.

په بدلو اوښتنه (اختلاطات):

- ۱: د انسي ابي کونديل ماتيدنه.
- ۲: د رگونو او اعصابو ستونځې لکه د ميډين او اولتر عصب او براخيل سوررگي (شريان) ژوبليدنه.



۳: د بند شخوالی.

۴: هلوکین کیدنه (Ossification).

۵: پولپسی او بیا، بیا بې ځایه کیدنه.

۴: د Capitulum ماتیدنی: - کله چې وگړی په پرانیستی لاس وه غورځیږي نو کیدای شې د دې

برخې ماتیدنه رامنځته شي همدارنگه کله، کله د رادپوس د سر له ماتیدو سره یوځای وي.

پېژندنه یې د ایکسری په وسیله کېږي. که لویه ټوټه بېله شوې وي نو باید پرځای شي او د میخ (pin)

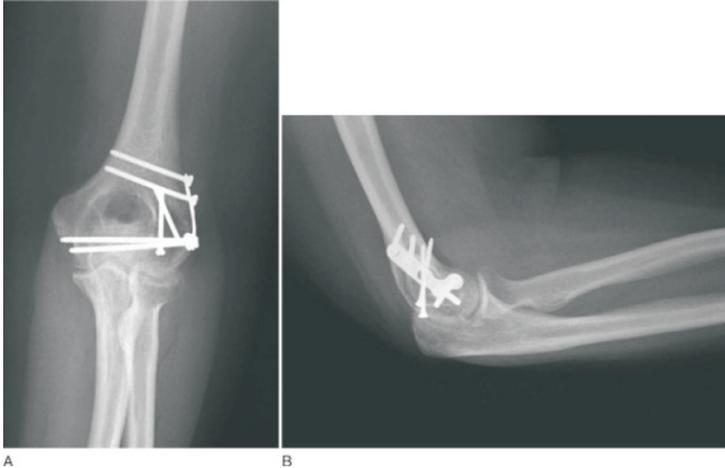
په وسیله ټینګه شي.

۵: د مټ د هلوکي د بنددې ماتیدنی چې مخکې مو وه لوستلې.

د مټ د هلوکي د ليري برخې ماتيدنې (Fractures of the Distal Humerus)

د مټ د هلوکي د ليري برخې ماتيدنې ډيرې دود دي او په ماشومانو کې ډيرې پېښېږي. د دې برخې د ماتيدنو په ډلو ويشنه په لاندې ډول ده.

۱: supra-condylar Fracture: -- چې دا ماتيدنه بيا په دوه ډوله ده.



الف: پرانيستی ډول (Extention Type): -- دا ډول بيا په دوو ډولونو ده لکه له تې څخه ليري ډول (Abduction Type) او تې ته نږې ډول (Adduction type).

ب: راټول ډول (Flexion type).

۲: transcondylar Fractures

۳: Inter Condylar Fractures (Dicondylar Form Fractures)

۴: د Condyles ماتيدنې: -- چې دا بيا په دوه ډوله دي لکه د انسي او وحشي کونډيل ماتيدنې.

۵: يواځې د بنديزو برخو ماتيدنې (Fractures of Articular Surface only): -- چې دا بيا په دوه ډول دي لکه د Capitulum ماتيدنې او د Trochia ماتيدنې.

۶: د ايي کونډيل ماتيدنې چې دا هم په دوه ډوله دي لکه د انسي او وحشي ايي کونډيل ماتيدنې.

۷: د کونډيل څخه د پورته راوتنو ماتيدنه (Fractures of supra-condylar Process).

د supracondylar برخې ماتيدنې: -- د دوو جراحانو له خوا چې د Kelly او Robert پنوم

يادېږي دا ماتيدنې په لاندې ډول دي.

۱: راتول ډول (Flexion Type).

۲: پرانیستی ډول (Extention Type): - چې دا بیا په خپل وار سره په دوه ډول دي چې عبارت

دي له:

.Adduction Type :A .Abduction Type :B

۱: راتول ډول (Flexion Type) :- دا ډول ماتیدني لږ دي او یواځې په دوه سلنه پینسو کې

رامنځته کیږي. پدې ډول کله چې د ځنگلې بند راتول وي او په بند د شا له خوا نیغه وهنه رامنځته شوي نو ماتیدنه رامنځته کیږي. پدې ځای کې لیري ټوټه مخ ته بې ځایه کیږي، شاتنی پیروست څیري شوی وي پداسې حال کې چې مخکینی پیروست روغ وي.

۲: پرانیستی ډول (Extention Type): - دغه ډول ماتیدني په هغو ماشومانو کې رامنځته کیږي

چې د ۱۵ کلنۍ څخه په لږ منگ لري یعنې شپيته سلنه پینسي لري او هغه وگړي چې د ۲۰ کلنۍ نه زیات منگ لري دغه ډول ماتیدني پکې لږ وي. دغه ماتیدني په ماشومانو کې ځکه ډیرې دي چې مخکینی کپسول او Collatral Ligament یې د هډوکي په پرته ځواکمن وي.

د رامنځته کیدو کړنډود یې پدې ډول دی چې: کله چې ماشوم په پرانیستی لاس پداسې حال کې چې د ځنگلې بند پرانیستی وي وغورځیري نو د کونډیل څخه د پورته برخې ماتیدنه رامنځته کیږي چې لیري ټوټه یې شاخواته بې ځایه کیږي. که چیرې د ځنگلې بند پرانیستی وي نو همدا بې ځایه شوې ټوټه انسي خواته تاویري. داچې د نږدې برخې ټوټه غابوره ده نو پاسته نسجونه ژوبلوي چې کله، کله د مسټ سوررگی او Median عصب په افت اخته کوي.

یادونه: - دا ډول ماتیدني د ماتوشوؤ ټوټو د بې ځایه والي له مخې په درې ډولونو ویشل شوي دي.

۱: لومړی ډول: - پدې ډول کې د Supracondylar په برخه کې یو درز رامنځته شوی وي او ماته

شوې ټوټه هیڅ بې ځایه والی نلري. د دې ډول ماتیدنو درملنه ساتندویه ده، لاس په غاړه کې اچول کیږي او وروسته د فعالو خوځښتونو سپارښتنه کیږي.

۲: دویم ډول: - دغه ماتیدني بیا په دوه ډول دي:

الف: Type-2A :- دغه ډول ماتیدنه د یوې لنډې لښتي په ډول ده. پدې ډول ماتیدنه کې مخې خواته

زاویه او شاخواته Telt شته وي.

ب: type-2B: - پدې ډول کې مخې خواته زاویه له ګرځیدنې (Rptation) سره یوځای وي او دا ګرځیدنه کیدای شي دبانډې او دننه خواته وي.

۳: دریم ډول: - پدې ډول ماتیدنو کې ماتي شوي ټوټې په بشپړ ډول بې ځایه شوي وي.

کلینیک:

۱: پرانیستی ډول: - د لویډو څخه وروسته د ناروغ په څنګله کې خور، پرسوب او د بیې وړانسی رامنځته کیږي. د څنګلې خوځښتونه نیمګړي وي چې پدې حالت کې د عصابو او رګونو کتنه اړینه ده.

۲: راټول ډول: - د څنګلې په برخه کې د وهنې تاریخچه مثبت وي، په څنګله کې خور، پرسوب، د بې وړانې او دنده له منځه تللې وي. همدارنګه په کتو او جس سره شاتنې-راوتنه (بارزه) له منځه تللې وي.

پیژندنه: - پیژندنه یې د ساده ایکسري په مټ ترسره کیږي. پدې ډول چې په اړخیزه ایکسري کې ماته شوې ټوټه مخې اویا شا خواته بې ځایه شوې ښکاري. که چیرته مخکنۍ-شاتنۍ ایکسري ته اړتیا پیدا شي او ناروغ د شدید خور له کبله چمتو نه وي نو باید د عمومي بې هوښۍ لاندې ترسره شي.

درملنه: - لومړی باید ماتیدنه د ډول له مخې څرګنده او بیا درملنه ترسره شي.

۱: پرانیستی ډول: - لومړی باید د رګ او عصابو ژوبلیدنه په پام کې ونیسو او له روغوالي څخه یې ځان ډاډه کړو بیا د ماتیدنې درملنه په دوه ډول ترسره کیږي.

الف: پرته له عملیات نه درملنه: - که ماته شوې ټوټه بې ځایه نوي نو یواځې لاس په غاړه کې اچول کیږي او ۲-۳ اونۍ وروسته فعال خوځښتونه ورو، ورو پیلېږي. خو که چیرته ماتي شوي ټوټې بې ځایه وي نو د لاندې خوځښتونو په وسیله تړلې پرځای کیدنه ترسره کوو.

۱: مټ ته باید د عمومي بې هوښې لاندې خوځښت ورکړو پدې ډول چې مرستیال مټ ټینګ نیسي او مټ ته Counter Traction ورکول کیږي یعنې مټ د ځان خواته کشوي او په همدې وخت کې رنځورپوه مړوند ته پداسې حال کې چې د څنګلې بند 20^0 راټول وي د ۲-۳ دقیقو لپاره مخ ښکته کش ورکوي.

۲: وروسته مړوند ته چې کش شوی دی ورو، ورو راټولولو او مخ ته یې قاتوو ترڅو 80^0 ته ورسېږي.

۳: په همدې وخت کې د اړخونو د بې وړانې اویا Epiphysal Complex د لاس په وسیله ځای ته

ورولو او سموو یې.

۴: دشا څخه لیرې وتلې ټوټه هم د گوتو په زور خپل ځای راولو. وروسته لدې خوځښتونو څخه مړوند او څنگله ټینگوړو.

یادونه: - له څنگه چې په پورته خوځښتونو کې د څنگلې د راټولیدو څخه یادونه وشوه د triceps غوښې د قات کیدو څخه عبارت ده چې ماتیدنې لپاسه ترسره کېږي او په دې ډول سره ماته شوې برخه بڼه Splint کوي.

له څنگه چې مخکې مونږ یادونه وکړه کله چې مونږ لاس 80° راټول کړ نو باید دزړه وهنه (نبض) شته او که نه؟ که وهنه وي نو د څنگلې راټولیدل نور هم زیاتوړ ترڅو وهنه له منځه لاړه شي (ځکه دلته براخیل سورگي په بشپړ ډول تر فشار لاندې راځي). پدې وخت کې څنگله بیرته ورو، ورو پرانیزو تر 10° پورې البته وروسته له هغه چې د راټول سورگي وهنه بنده شوې وه ترڅو وهنه په خپل حالت پاته شي. دا هغه حالت او کچه ده چې کولای شو د څنگلې بند په پرلپسې ډول راټول وساتو. اوس چې د څنگلې د راټولیدو کچه وټاکل شوه نو نوموړې وهنه بیا گورو ترڅو بڼه ډاډه شو نو څنگله لومړی په مالوچو پټه او بیا پلستر کېږي. باید یادونه وکړم چې باید په بشپړ ډول ونه شي بلکې پلستر یواځې د شا له خوانه نیول کېږي پداسې حالت کې چې مخه یې لڅه پاته کېږي ترڅو د وینې تگ گډوډ نشي. د دې لپاره چې د همدې برخې والگوس او یا واروس ناسمي رامنځته نشي نو پکار ده چې مړوند ته یو وړ حالت ورکړو پدې ډول چې:

۱: که چیرې مخکې والگوس ناسمي رامنځته شوې وي (وحشي Telt او Angulation) نو مړوند باید د Supination په حالت کې پلستر شي.

۲: که چیرې مخکې د واروس ناسمي رامنځته شوې وي نو مړوند باید د Pronation په حالت کې پلستر شي.

۳: که هیڅ ډول ناسمي نه وي رامنځته شوې نو مړوند باید په خپل طبعي حالت کې پلستر شي. له پلستر نه وروسته باید د ډاډ لپاره یو ایکسري واخیستل شي او بیا لاس په غاړه کې تر درو اونيو پورې اچول کېږي او وروسته په راټول حالت کې د فعالو خوځښتونو سپارښتنه کېږي او درې اونۍ نور هم صبر کوو ترڅو څنگلې ته د پرانیستو خوځښتونه ورکړو.

د پرځای کیدنې نه وروسته د کونډیلونو روغه زاویه کتل کېږي که چیرته زاویه له 40° درجو څخه لږ وي او ناروغ په اسانۍ سره د راټولیدو خوځښت ترسره کولای شي او لاس خولې ته پورته کولای شي نو د منلو

وړ ده خو، که چیرته زاویه له ۲۰ درجو څخه زیاته وي نو باید کوم خوځښتونه چې مخکې مویاد کړل بیا ترسره شي او سمونه ترسره کړي او د POP په وسیله د ۶-۴ اونيو پورې ټینګه وساتل شي.

ب: د عملیات په وسیله درملنه: - دا درملنه هم په دوه ډول ترسره کېږي.

۱: تړلې عملیات: - پدې کړنه کې لیري پوټه د Krishna wire په وسیله په تړلې ډول ټینګېږي. سمیت د K-W په وسیله ټینګونه او د اولیکرانون کش کول په لاندې حالتونو کې د ترسره کولو وړ منلې دي.

A: که په تړلې ډول خوځښت ورکونه پاتې راشي او ماتیدنه پرځای نشي.

B: که د پرځای کیدنې نه وروسته څنګله 90^0 راټوله شي او وهنه (نیضان) جس نشي.

C: که چیرې Volkman's Contracture رامنځته شوی وي.

D: که Comminated ماتیدنه رامنځته شوې وي او یا دنورو برخو ژوبلیدنه رامنځته شوې وي.

۲: پړانېستي پرځای کونه (Open Reduction): - کله چې دننۍ ټینګونه ترسره شي او د خوځښتونو د ورکولو نه وروسته په لومړیو ۲۴ ساعتونو کې Compartment Syndrome رامنځته شي نو لدې کړنې نه کار اخیستل کېږي.

۲: د راټول (Flexion) ډول درملنه:

الف: له عملیات نه پرته کړندود: - څنګله په نیم ټول حالت وي او کش ورکول کېږي پدې کړنه سره ماتي شوي ټوټې له Impaction څخه خلاصیږي. په ماته شوې برخه له مخې نه شاته زور راوړو او وروسته لاس ورو، ورو پړانېزو ترڅو زاویه له منځه لاړه شي، پړانېستو ته تر هغه دوام ورکړو چې ترڅو څنګله لس درجې ټوله پاته شي اوس څنګه په همدې ډول د شاتنې ناوې په وسیله تر درې اونيو پورې ساتل کېږي وروسته له درې اونيو څخه د راټولونکو خوځښتونو اجازه ورکول کېږي.

ب: عملیاتي کړندود: - لدې کړنې نه هغه وخت کار اخیستل کېږي چې کله د تړلو خوځښتونو په وسیله پرځای کیدنه بریالی نشي. او په لادې ډول ترسره کېږي.

۱: Percutaneous pin Fixation: - پدې ډول کې یو میخ د انسي نه او بل د وحشي نه تیروو او

باید د اولتر عصب سره پام وشي او یا ددې لپاره چې ډیر پام وکړو نو دواړه میخونه د وحشي خوانه تیروو.

۲: پړانېستي پرځای کونه او دننۍ ټینګونه چې د شاتنې Approach برخې څخه پړانېستل کېږي او

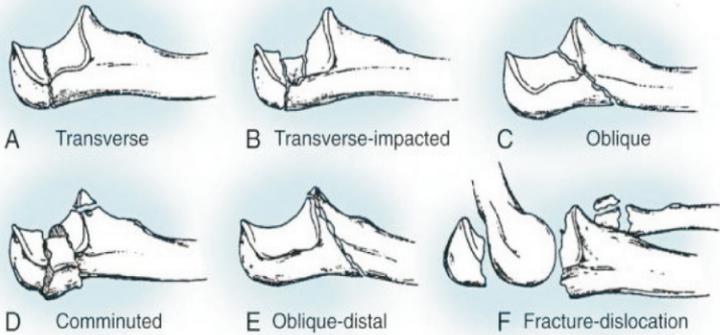
پرځای کیدنه ترسره کېږي.

په بدو اوښته (اختلاطات):

- الف: ژر رامنځته کیدونکي: - ۱: د براخیل سوررگي ژوبلیدنه.
 ۲: د Meddian Nerve ژوبلیدنه چې ډیر کله تیریدونکې وي او ۸-۶ اونۍ وروسته رغیږي.
 ب: وروسته رامنځته کیدونکي:
 ۱: Myositis Ossificant.
 ۲: د بندد شخوالي.
 ۳: Mal-union (Varus or Valgus Deformity).
 ۴: د ځنگلې د بند Disability چې په لاندې حالتونو کې رامنځته کیږي.
 A: د خوځښتونو نیمگړتیا.
 B: د بڼې وړانې (زاویه او یا لنډیدنه (Contracture) رامنځته کیدنه).
 C: خوږ. D: کم ځواکي او بې ثباته کیدنه (دغوښو د اتروپي له کبله).

د مړوند ماتیدني (Fractures of the Forearm)

- مړوند په درې برخو ویشل شوی دی.
 ۱: پورتنۍ برخه. ۲: منځنۍ برخه. ۳: ښکتنۍ برخه.
 په پورتنۍ برخه کې لاندې ماتیدني رانغښتي دي.
 الف: د راډیوس د سر ماتیدنه. ب: د راډیوس د غاړې ماتیدنه.
 ج: د اولیکرانیون د پراسیس ماتیدنه. د: د کوراکوئید پراسیس ماتیدنه.
 الف: د راډیوس د سر ماتیدنه: - کله چې وگړی په پیرانیسټي لاس ولویږي او وهنه د راډیوس په وسیله د راډیوس سر ته ولیدږي او سر د کپیچولم سره ټکر شي نو د راډیوس د سر ماتیدنه رامنځته کیږي.
 په ډلو ویشنه: - دا ډول ماتیدني په درو ډولونو ویشل شوي دي.



۱: لومړی ډول: - دلته د درز په ډول ماتیدنه رامنځته شوې وي.

۲: دویم ډول: - پدې حالت کې Tow Part ماتیدنه رامنځته کیږي او ماتي شوي ټوټې یې ځایه شوي

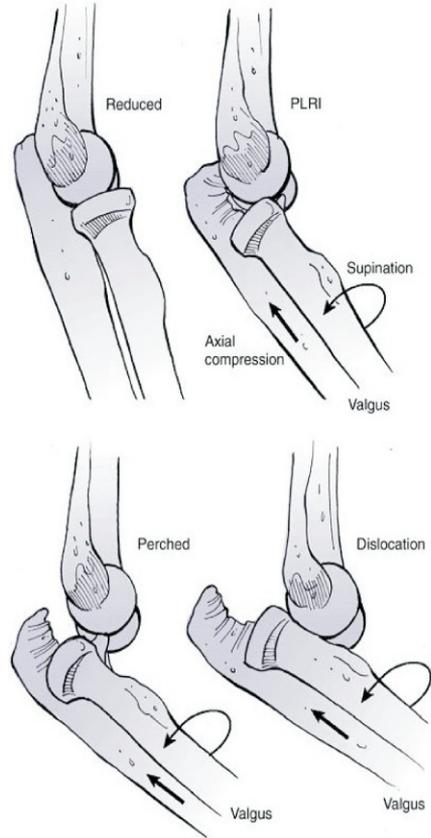
وي.

۳: دریم ډول: - Communated ماتیدنه رامنځته شوې وي.

کلینیک: - په ژوبله شوي برخه کې خوږ، پرسوب او Bruising (شین والي) نښې لیدل کیږي.

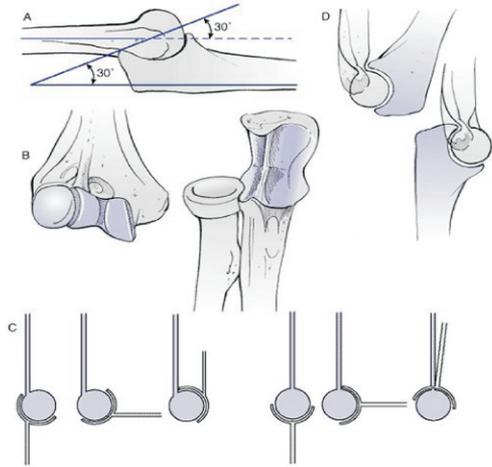
پیژندنه: - د دې ډول ماتیدنو پیژندنه د ایکس رې په وسیله ترسره کیږي.

درملنه:



۱: لومړی ډول: - پدې حالت کې یواځې ساتندویه درملنه ترسره کېږي. د پلستر په وسیله خوځښت بندوؤ او لاس په غاړه کې اچول کېږي. تر دوو اونيو پورې پلستر ساتل کېږي او وروسته د حلقوي بند (Sling) سره خوځښت پیلوؤ.

۲: دویم ډول: - پدې حالت کې د پراښتې پرځای کېدنې او دننۍ ټینګونې په وسیله درملنه ترسره کېږي.



۳: دریم ډول: - څرنګه چې دلته ټوټې (Comminuted) ماتیدنه رامنځته شوې وي نو ډیر کله ټینګونه ناشونې وي او د لاس پرې کولو ته اړتیا پېښېږي خو، په ماشومانو کې د راډیوس لویدنه له پورتنۍ خوا څخه ده نو ځکه د Avascular Necrosis رامنځته کېدنه پکې لږ ده او باید لاس وساتل شي.

یادونه: - له پرې کونې نه وروسته کولای شو Prosthesis واچوو.

ب: د راډیوس د غاړې ماتیدنه: - دلته هم که چیرته وګړی په پرائیستي لاس ولوپړي نو د راډیو د غاړې ماتیدنه رامنځته کېږي. پدې ماتیدنه کې څنګله د واګوس حالت ته راځي. په ځوانانو کې د راډیوس د غاړې له ماتیدنو سره د راډیوس د سر ماتیدنې هم یوځای وي خو، په ماشومانو کې یواځې د غاړې ماتیدنه رامنځته کېږي. دا ماتیدنې هم په درو ډلو ویشل شوي دي.

۱: لومړی ډول: - پدې حالت کې د وینبته په شان ماتیدنه او یا درز لیدل کېږي.

۲: دویم ډول: - پدې حالت کې لږ اندازه بې ځایه والی او telt رامنځته شوی وي.

۳: دریم ډول: - دلته د لیدلو وړ Telt او بې ځایه والی لیدل کېږي.

پدې ډول ماتیدنو کې په ماشومانو کې تر 30^0 زاویه د منلو وړ ده خو، په لویانو کې تر شل درجو پورې زاویه د منلو وړ ده خو، له دې نه زیاته د زغمل کېږي.

کلینیک: - گیلې بې په اړوند برخه کې خوږ او د چورلیدونکو خوځښتونو نشتوالی دی.

پیژندنه: - پیژندنه یې د ایکس رې په وسیله ترسره کېږي چې کله، کله د ودوې له غضروف څخه ښکته د

ماتیدو کربښه د یوه دری اړخه (مثلث) په ډول لیدل کېږي.

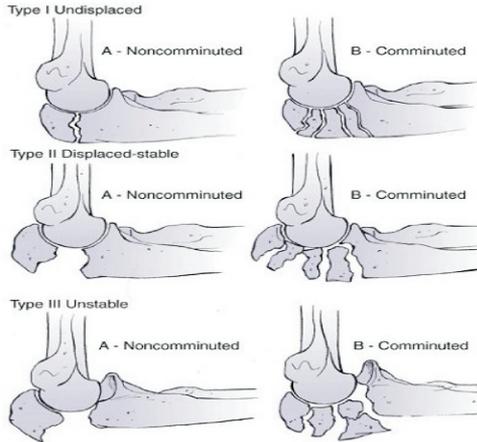
درملنه:

ساتندویه درملنه:— که چیرې کوروالی (tilting) د 20° څخه او په ماشومانو کې د دیرش درجو څخه لږ وي نو پرځای کیدو ته اړتیا نشته بلکې یواځې د فشار ورکونکې بنډاڅ په وسیله تړل کېږي او په غاړه کې اچول کېږي او له یوې اونۍ وروسته خوځښتونه پیلېږي. خو، که چیرته زاویه له پورته اندازې نه زیاته وي نو د خوځښت په وسیله ماتیدنه پرځای کوو. پدې ډول چې لومړی څنگله پړانیزو او اوږه د وروس په حالت کې راکش کوو او دگوتو د زور په وسیله ماتیدنه پرځای کېږي. اویا هم د کش ورکولو څخه وروسته مړوند ته Supination او Pronation ورکوو پداسې حال کې چې د گوتو په وسیله ماتیدنه پرځای کوو، وروسته لاس د بنډاڅ په وسیله تړل کېږي او په غاړه کې اچول کېږي.

د عملیات په وسیله درملنه:— که چیرې پورته درملنه پاتې راشي نو بیا اړ یو چې پړانیستی پرځای کیدنه او دننۍ ټینگونه ترسره کړو. یعنې د Elastic Nail او Nancy Nail په وسیله. Posteriolateral عصب باید ژوبل نشي. د عملیات څخه وروسته د څنگلې بند په 90° راټول حالت کې پلستر کوو او په غاړه کې اچول کېږي.

ج: د Olecranon ماتیدنې:— کله چې کس نیغ په نیغه د څنگلې د بند په لاندنۍ برخه وغورځېږي نو ماتیدنه رامنځته کېږي. پدې ماتیدنو کې کیدای شي د دری سري (Triceps) غوښې د تقلص په وسیله بې ځایه والی هم رامنځته شي. هم دارنگه ځینې وخت کیدای شي د همدې یادي شوي غوښې د ځواکمن تقلص له کبله هم دا ډول ماتیدنه رامنځته شي.

په ډلو وینښنه:— دا ماتیدنې هم په دری ډوله دي.



۱: لومړی ډول (Type-1): - پدې ډول ماتیدنه کې یواځې یوه کرښه یا درز رامنځته شوی وي، بې ځایه والی نه لري.

درملنه: - پدې حالت کې د لاس او ځنگلي د بندونو ځوښت داسې چې ځنگله په راټول (Flexion) په حالت کې د شاتۍ ناوې (میزابې) په وسیله بندوؤ . ماشومانو ته ۴-۳ اونۍ او لویانو ته ۸-۶ اونۍ وروسته د فعالو خوښتونو سپارښتنه کوؤ .

۲: دویم ډول (Type-2): - پدې ډول کې له ماتیدنې سره بې ځایه والی هم شته وي. د دې ډول ماتیدنې د درملنې لپاره د دنۍ ټینګونې اړتیا ده او په لاندې کړنډونو سره ترسره کېږي.

الف: Zuelzer Plate or Hook Plate & Screws.

ب: Dynamic Compression او Locked Plate.

ج: croll or Other Pattern lag screw.

د: Tension band wiring لکه Krishna wire.

ه: Rush pin.

که چیرې د Olecranon یوه وړه ټوټه ماته شوې وي نو د هغې ټوټې ایستل (Excision) هم ښه پایله لري.

۳: دریم ډول (Type-3): - پدې ډول ماتیدنه باید هڅه وشي ترڅو د دری سري غوښي خوښتونه زیانمن نه شي.

د: د Coronoid ماتیدني:-- دا ماتیدني هم په دري درجو ويشل شوي دي.

۱: لومړۍ درجه (Grade-1):-- پدې ډول ماتیدنه کې يوه وړوه پورته کیدنه (Avulsion) رامنځته

شوی وي.

۲: دویمه درجه (Grade-2):-- پدې ډول کې د Corocoid د نیمايي برخې ماتیدنه رامنځته شوې

وي.

۳: دریمه درجه (Grade-3):-- پدې ډول کې د Corocoid ماتیدنه له نیمايي نه زیاته وي.

درملنه:-- که چیرته ماتیدنه لږ بې ځایه والی ولري نو د وړ خوځښت (مانور) په وسیله یې درملنه ترسره

کيږي او همدارنگه هغه خلک چې په طبي ډول عملیات ته چمتو ندي هم د ساتندويه درملنې سپارښتنه ورته

کيږي.

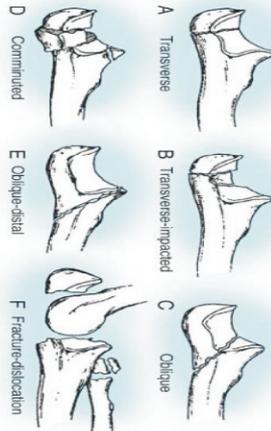
د دې ماتیدونو لپاره ټاکنیزه او غوره درملنه عملیاتي درملنه ده چې ماته شوې برخه ټینګيږي.

ه: د Mantaggia ماتیدني:-- دغه ډول ماتیدني دود ندي. پدې ډول ماتیدونو کې د Ulna ماتیدنه د

راډیوس د بې ځایه والی سره یوځای وي.



د رامنځته کیدو تگلاره:-- کله چې وگړی په پرانیستي لاس پداسې حالت کې وغورځیږي چې مړوند د Pronation په حالت کې وي نو ماتیدنه او بې خایه کیدنه رامنځته کیږي.



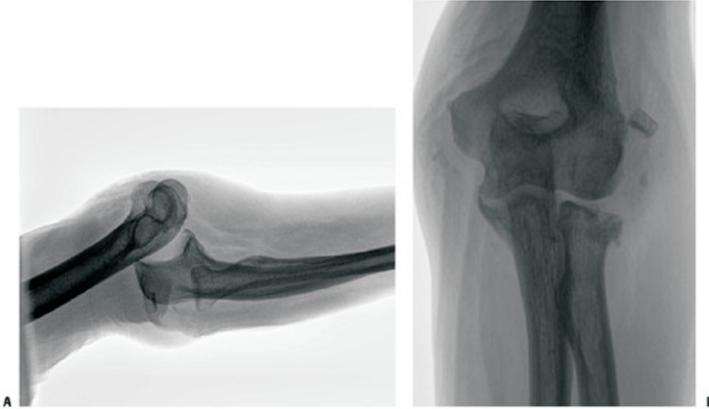
په ډلو ویشنه: - نوموړې ماتیدنې په پنځو ډولونو ویشل شوي دي.

۱: ماتیدنه چې له مخې خواته بې ځایه والی سره مل وي.

۲: ماتیدنه چې له شاته خواته بې ځایه والی سره مل وي (۵ سلنه پینډیري).

۳: هغه ماتیدنه چې له وحشي خواته بې ځایه والی سره مل وي (۲۵ سلنه پینډیري).

۴: د راډیوس او اولنا هلوکو ماتیدنه چې د راډیوس د سر له بې ځایه والی سره مل وي.



۵: چې یواځې د راډیوس سر بې ځایه شوی وي.

درملنه: - د دې ډول ماتیدونو درملنه د عمومي بې هوښۍ لاندې د وړخوځښت ورکولو په وسیله ترسره کېږي پدې ډول چې: لاس ته په Supine حالت کې کش ورکوو او بیا لاس د مړوند په بند کې 90^0 راټولوو او پلستر کوو یې. که چیرې ماتیدنه په پورتنۍ برخه کې وي نو مړوند په Supination حالت کې، که چیرته ماتیدنه په منځنۍ برخه کې وي نو مړوند په طبعي حالت کې او که چیرته ماتیدنه په ښکتنۍ برخه کې وي نو لاس د Pronation په حالت کې پلستر کېږي. دا تگلاره په لومړي او دریم ډول کې ترسره کېږي. پداسې حال کې چې په دویم ډول کې (چې بې ځایه کیدنه شاخواته رامنځته شوې وي) لاس په Prone حالت کې او څنگله په غځیدلي (Extension) حالت کې پلستر کېږي. که چیرته تړلي تگلارې پاتي راغلې نو بیا پراښتی پرځای کونه او دنۍ ټینگونه (OR-IF) ترسره کېږي. دا ډول درملنه یا د Rush nail او یا پلیټ په وسیله ترسره کېږي.

یادونه: - داسې ماتیدنې هم شته چې یواځې په راډیوس او یا اولنا کې رامنځته شوي وي چې د

Isolated ماتیدونو پنوم یادېږي. دا ډول ماتیدنې د غیر مستقیمو وهنو لکه په برانښتی لاس لویدنه او یا هم په

همدې برخه باندې د نیغ په نیغه وهنې له کبله رامنځته کېږي. لدې ډول ماتیدنو سره کیدای شي بې خایه والی مل وي او یا نه وي.



درملنه: - د دې ډول ماتیدنو پرځای کیدنه باید په ښه ډول ترسره شي ځکه که لږ بې خایه والی هم ولري نو کیدای شي د دې دوو هډوکو خوځښتونه راکم کړي.

ساتندویه درملنه: - د دې ډول ماتیدنو درملنه د عمومي بې هوښۍ لاندې د وړ خوځښتونو په وسیله د ماتې شوي برخې پرځای کول دي او له پرځای کیدو وروسته څنګله په ۹۰ درجې راټول حالت کې او مړوند په خپل طبیعي حالت کې د ۱۲-۱۰ اونيو لپاره پلستر کېږي. که چیرته ترلې پرځای کیدنه ناشونې وي نو باید پرانیستې پرځای کونه او دننۍ ټینګونه (OR-IF) ترسره شي.

د Manteggia ماتیدونو په بدو اوښته (اختلاطات):

۱. Mal-union . ۲. Non-union . ۳. Delayed union . ۴. دعصب زیانمن کیدل .

د Galeazi ماتیدنې او بې ځایه کیدنې: - دا ډول ماتیدنه د راپیوس د ماتیدنې او د Radio-ulnar بند د بې ځایه والي څخه عبارت ده. د راپیوس ماته شوې ټوټه د اولنا مخې او انسي خواته بې ځایه کیږي. نوموړي ماتیدنې په ورغوي باندې د لویدو له کبله رامنځته کیږي او د مانیجو د ماتیدنو په پرتله زیاتې دود دي. د دې ډول ماتیدنو په ښکارندویه څرگندونو کې گورو چې د اولنا ښکتنی سر په ښکاره ډول سره ښکته خواته وتلی وي. دا ډول ماتیدنې او بې ځایه کیدنې د ایکسری په وسیله په څرگند ډول سره لیدل کیږي. درملنه: - په لویانو کې د بې ځایه کیدنې لپاره وړ خوځښت ورکول ترڅو ښکتنی Radio-ulnar بند پر ځای شي او همدارنگه د راپیوس بې ځایه کیدنه هم سمیږي پداسې حال کې چې د ماتیدنې د پرځای کیدنې لپاره پرانیستې پرځای کونه او دننۍ ټینگونه (OR-IF) مهم دي او باید ترسره شي. که چیرې ښکتنی Radio-ulnar بند په بې ځایه حالت کې پاته شي نو د K-wire څخه کار اخیستل کیږي ترڅو ټینگ شي.



په ماشومانو کې ډیر کله Green stick ماتیدنه شته وي نو کیدای شي درملنه یې یواځې د وړوڅښت ورکولو په وسیله ترسره شي او وروسته په پلستر کې ساتل کېږي.

د مړوند د ښکتنۍ برخې ماتیدنې (Lower fore arm Fractures)

۱: د کالوس (Colles) ماتیدنې: - نوموړې ماتیدنې د لومړي ځل لپاره د Braham Colles په وسیله پیژندل شوي دي نو ځکه د هغه پنوم یادېږي. که چیرته د Distal Radius یوه برخه د د لاس د بند څخه ۲.۵-۳ سانتي متره پورته ماته شي نو پدې نوم سره یادېږي. پدې ډول ماتیدنو کې نږدې پارچه مخې خواته او او لیرې برخه شاخواته بې ځایه کېږي.

د رامنځته کیدو کړن دود: - که چیرته وکړی په پړانستی لاس په ځمکه وه لویږې نو دا ډول ماتیدنې رامنځته کېږي. دا ډول ماتیدنې ډیر کله په Osteoprostic هډوکو کې رامنځته کېږي. نوموړې ماتیدنې ډیر کله په زړو خلکو او ښځو کې منځته راځي (هغه ښځې چې منگ یې له ۴۰ کلو څخه زیات وي).

کلینیک:

۱: په پړانستی لاس د لویدو تاریخچه.

۲: پرسوب، خور او د خوڅښت لړیدل.

۳: د بڼې د روانې د ځانگړې ډول شتون چې د Dinner Fork پنوم یادېږي.

۴: ایکسړې بې پیژندنه څرگندوي. پدې ډول که چیرې په ایکسړې کې په روغ حالت کې که د لاس د بند په برخه کې د راډیوس د ښکتنې سر د styloid څخه یوه کرښه رسم کړو نو اولنا له راډیوس څخه یو سانتي پورته ځای لري خو، که چیرته دواړه هډوکي سره برابر وي نو د اولنا په ماتیدنه دلالت کوي.

درملنه:

۱: د هغو ماتیدنو درملنه چې بې ځایه شوي نه وي: - پدې حالت درملنه یواځې د کالوس پلستر په وسیله او یا هم د پلستر بک سلب په وسیله تثبیت کېږي.

۲: Displaced: - الف: ستندرد کړن دود: - پدې صورت کې خواته وړ خوڅښت ورکول کېږي او بیا لاس ته د خوڅښت ورکولو څخه د مخنیوي سپارښتنه کېږي. ځینې د عمومي بې هوښۍ لاندې لاس ته خوڅښت ورکوي او د لاس بند د مړوند سره یوځای له خوڅښته بندېږي.

۱: په ساده ډول د Disimpaction لپاره د غځې کونکې په اوږدو لاس پداسې ډول کش کولو چې مرستیال لاس په مخالف لوري د څنگلي څخه پورته کش نیولی وي. پدې وخت کې لاس په ۹۰ درجې زاویه راټولېږي.

۲: Reposition: - د لاس د روغ اناتوميک حالت بیرته رامنځته کونه د Thinar grip خوځښت په وسیله ترسره کېږي.

الف: د یوه لاس د تینار په وسیله د لیرې ټوټې شاته ټیله کول (د بڼې لاس تینار غوښي د کین لاس لپاره او د کین لاس د بڼې لاس لپاره).

ب: د لیرې برخې ټیله کول مخې خوا ته د بل لاس د تینار په وسیله (د بڼې لاس تینار د بڼې لاس لپاره او کین لاس تینار د کین لاس لپاره).

۳: نه خوځول (immobilization): - له پرځای کېدنې څخه وروسته نوموړي پارچې د څنگلي لاندې د پلستر په وسیله له خوځښته پاته کېږي پداسې حال کې چې لاس په طبعي حالت کې پلستر کېږي. د پلستر په وخت کې خوا یا غړې د Full Pronation، Full ulnar 10⁰ Palmer Flexion او د deviation په حالت کې وي پدې وخت کې چې کله پلستر وتړل شي نو د تینار خوځښت د Final Moulding په مخه یو ځل بیا ترسره کېږي.

۴: د کتنې یا څارنې ایکسري: - د څارنې لپاره ترسره کېږي ترڅو له پرځای کېدنې څخه ډاډه شو.

۵: بیا جوړونه (Rehabilitation):

الف: تر هغه وخته چې خوا (غړې) په پلستر کې وي نو د اوږې د بند، د څنگلي د بند او د گوتو د فعالو خوځښتونو سپارښتنه کېږي.

ب: POP تر ۶-۴ اونيو پورې بیرته خلاصیږي او غوښو د فعالو ځواکمن ونکو خوځښتونو سپارښتنه کېږي او همدارنگه د گوتو او مروند خوځښتونه ورسره یوځای ترسره کېږي.

که چیرته د پلستر او وړ خوځښت ورکولو سره پرځای کېدنه بریالی نه شي او یا داسې احساس وشي چې په اړوند برخه کې بې ثباتي پاته ده نو پدې صورت کې ماتي شوي ټوټې او بې ځایه شوي بند د k-wire په وسیله ټینګوړو.

که چیرې هلموکی په وړ، وړ پارچو بدل شوی وي (Comminution) نو پدې حالت کې کولای شو د باندني ټینګوني (External Fixator) څخه کار اخیستلای شو.

د کالوس د ماتیدنو په بدو او بنسټه

الف: هغه چې ژر رامنځته کیږي.

۱: د ulnar، Median او Radial nerve تر فشار لاندې راتلل او کوتل (Contusion).

۲: compartment syndrome.

۳: د Tendon زیانمن کیدل (د Polices logus و تر څیري کیدل چې دلته د Extensor

indicies و تر لیریدل همدې برخې ته ترسره کیږي).

ب: هغه چې لږ وروسته او وروسته رامنځته کیږي:

۱: د راپوس لنډیدنه او کړیدنه (Angulation).

۲: د هغو پردو Contracture چې د هلموکو په منځ کې ده.

۳: arthrosis.

۴: Shoulder-hand syndrome (په اوږه او لاس کې خوږ او سوروالی).

۵: Radio carpal Arthritis.

۶: Non-union. ۷: Mal-union. ۸: delayed union.

(د مړوند په هلموکی کې اتروفیک بدلونونه رامنځته کیږي). کیدای شي د خوا (غږي) پورته کونه او فعال مشق لدې حالت څخه مخنیوی وکړي.

په تل پاتي مینه

افغان آندیال (اعظمي)

څلورم فصل

Smith fracture

دا کسرونه دومره معمول ندی پدې کې د colles کسرونه معکوس سؤشکل یا Reverse deformity شتون لري. پدې ډول چې دلته distal مکتوره پارچه د colles برخلاف مقدمه خواته بې مای شوي وي.

دا کسر داسې مینځ ته راځي چې لاس دشا څخه ضربه ووينی.

داکسرونه دکسري خط له نظره په درې ډوله دي.

1- Transverse.

2- oblique.

3- obliq intracapsular.

تداوي :- 1,2 typ محافظوي، په ټولی شکل د مانور پواسطه تداوي کېږي.

اول مټ ته traction ورکوو په supination وضعیت ترڅو Disimpation ترسره شي.

اوس په مکسوره پارچو باید فشار واردوو ترڅو بې شاته Dorsally کړو.

اوس بې د دهيليز پواسطه تثبيت کوو ، داسې چې :

لاس په Dorsiflexion او full supination حالت راوړل کېږي .

اوس مړوند او forearm او Long arm پلستر په واسطه تړل کېږي .

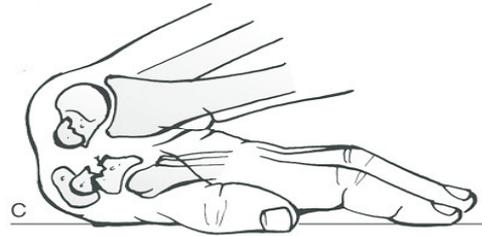
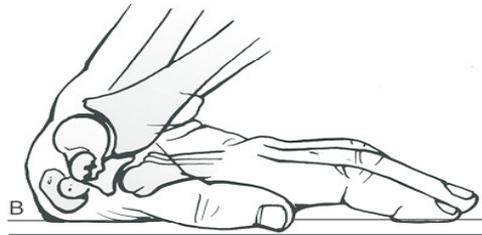
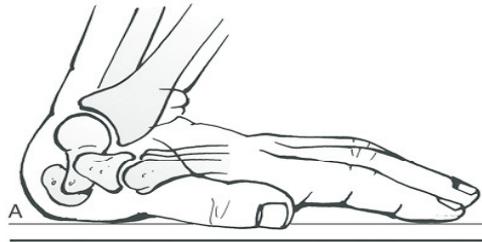
Type 3 بې دخلاص او باغ په واسطه د قدامي Approrh څخه ترسره کېږي. د هم volar يا

Ellis Glate په واسطه داخلي تثبيت ترسره کېږي .

3- Barton's fracture (fracture dislocation of wrist)

پدې حالت کې مړوند لږ قدام خواته بې خايه شوي وي او ورسره يوځاي او Radius دمفصلی سطحی

او steloid process يو chper fracture موجود وي .



تداوي يې دخلقی approach څخه دخلاص ارجاع په منظور مداخله کيږي او د يو plate په واسطه چې Ellis +shape plate په نوم ياديږي ، داخلي تثبيت کيږي .

Injuries of the hand.

Classification

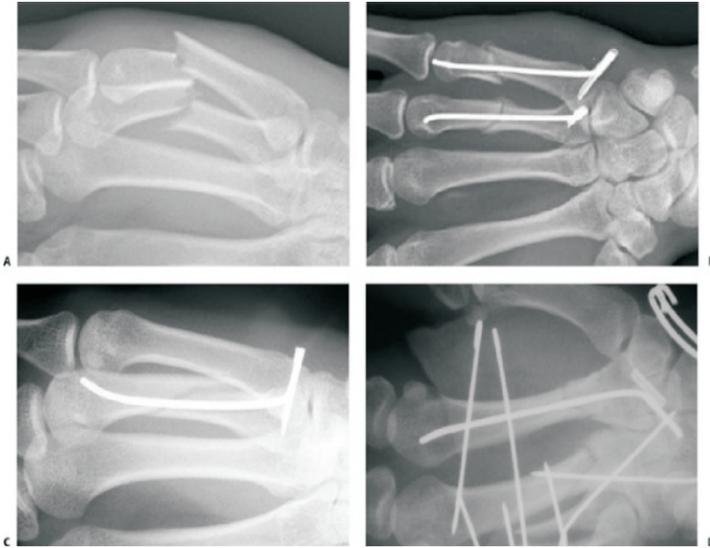
A- carpal کسرونه او خلعي.

1- scaphoid کسرونه.

2- د نورو کارهیل هاپو کو کسرونه

3- د کارپل هېوکو خلعی

Metacarpal د Phalangeal هېوکو کسرونه او خلعی (injuries)



1- د لومړي Metacarpal د قاعدی کسر.

2- دمیتا کارهل هېوکو نور کسرونه

3- دگوتو دهېوکو کسرونه

4- د Metacarpophalangeal او interphalangeal مفاصلو خلعی

5- د Interphalangeal مفصلونو strain او sprain

Seaphoid fracture. - دا کسرونه د carpal هېوکو تر ټولو عام کسرونه دي چې په

کاهلانو کې نسبت ماشومانو ته ډیر عمومیت لري او 95% په نارینه و کې پېښېږي. او اکثراً په ښي لاس کې رامینځ ته کېږي.

د کسرونو میکانیزم په دوه ډوله دي.

1- په خلاص لاس غورځېدنه،

2-Kick back: د جزاتور يا نورو هڼايي ، شين الاتود short کولو په وخت.

Blood supply :scaphaid نه شراين دظهري برخه څخه داخليږي. اساسي شريان يې د wrist په

برخه کې او بل يې د Distal برخې سره Seaphaid ته داخليږي .

Proximal برخه يې دهغه شراينو په واسطه اروا کېږي چې د mid position له لاري ورته

داخليږي.

کلينک :

په ساحه کې درد ، پړسوب ، حساسيت او دوظيفي ضياع موجود وي مهمه علامه يې په

anatomical snuff box کې چې د scaphoid هلووکی لباسه قرار لري . د درد موجوديت وي .

د scaphoid دبرخو کسر وقوعات

Distal _ 5% , 12

Middle part _ 50%

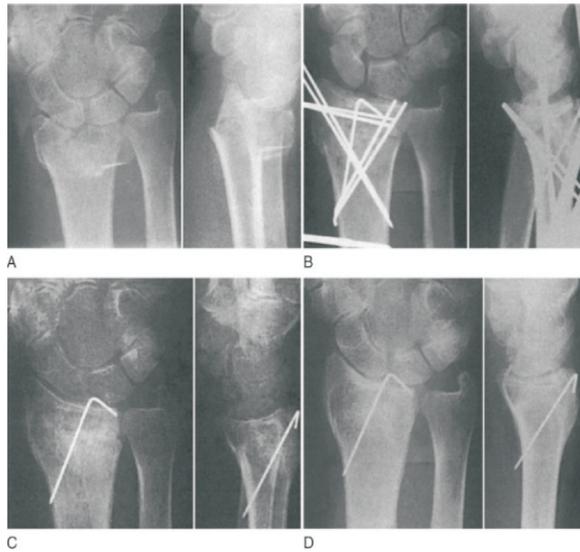
Proximal port _ 5% , 37

Radiography :

X_ray کسر بنکاروي که شکمن حالت موجود وي د دوه اونيو په فاصلو تکرارېږي.

X-Ray گامز اخيستل کېږي ، ځکه پدې موده کې Resorption او Sclerotic تغيراتي هلووکی

مينځ ته راځي هميشه بايد Lt Obliques, Pt. obliques, obliques, and AP اکسري گامز واخيستل شي.



ځينې وخت په غلطې سره Bipartite يا دوه ټوټه يې scaphoid د scaphoid كسر په حيث تشخيص كېږي چې بايد تغير شي . په Bipartite هميشه منظمې ځنډې او همواره سطحه لري حال دا چې مكسوره seysherid يا د ا چې غير منظم ځنډې لري او Demenralization شواهد موجود وي.

تداوي:

1- غير اختلاطي كسرونه: دا چې ډير Displacement موجود نه وي نو پدې صورت كې دمړند Immobilization د scaphoid پلستر پواسطه تر هغه ساتل كېږي چې union صورت ونيسي ، دا كار كيدای شي 6 مياشتې وخت ونيسي. دپلستر كولو وسعت د Radius د بنكنتي نهايت دكسرونو څخه عموماً زيات وي چې بنكته خواته دغتي گوتې د Interphalngcal مفصل پورې او دلومړۍ ميتاكارپ هډوكې په اور كلک قات كېږي. دلاس ورغوي دي دپوستكې دپورتنې التوا څخه ازاد پاتې شي ترڅو دگوتو Metacarpophaiarged او دغتي گوتې Interpholargeal مكممل حرکات اجرا كړي.

د اختلاطي cases : پدې حالت كې به كسرونه يا Displaced او يا هم comminuted وي . او يا به هم د scaphoid د خلعې سره يوځاي وي .

پدې حالاتو کې انزار خراب وي ځکه کېدای شي Proximal segment په Avascular necrosis اخته شي لاندې پروسیجرونه په کار اچولای شو:

-a conservative: د کسرونو ارجاع د image intensifier تر کنترول لاندې دمانور په واسطه ترسره کېږي او بیا مړوند splint کېږي.

-b operative: که proximal segment وړوکی وي ویستل کېږي.

او که مکسوره پارچه غټه وي او په close مکسور نه ارجاع کېږي نو OR.IF څخه کار اخلو .

scaphoid featuresد یوه بله طبقه بندي هم شته چې د Herbert طبقه بندي په نوم یادېږي.

Distal -A1 برخه کې یو Crack موجود وي محافظوي تداوي کېږي.

Fracture of tubule

A2- د waist یا منځني برخې crack یا hairline fracture _ محافظوي تداوي.

B1- د distal 1/3 برخې oblique کسرونه (ارجاع + پلستر)

B2- د wasit برخې بې خایه شوی کسرونه (ارجاع + پلستر)

B3- د proximal برخې کسرونه (ارجاع + پلستر)

B4- هغه کسرونه چې carpal dislocalim سره یوځای وي (ارجاع + پلستر)

B5- OR-IF _ comminuted fractures

اختلاطات:

1- Dellyed union دا چې د scaphoid هلوکې ډیر ورو union کوي نو دا پېښه پکې عموماً

مینځ ته راځي کېدای شي تر 6 میاشتو پورې وخت ونیسي. په دې حالت کې پلستر خلاصوو او گورو که ناروغ

درد ونلري او حرکات محدود نه وي همداسې یې پریږدو او که درد او حرکات محدود وي نو بیا د OR-IF

پواسطه د فشار بیج دلاری تثبیت کوو .

کېدای شي Bone grating ته هم اړتیا پېښه شي.

2- Non-union: دا ختلاط هم يو د scaphoid کسرونه په 50% پېښې کې دليدو وړ وي او

دوردنه هلوکې دغاړې د کسر په پرتله وروسته دنورو هلوکو څخه زيات مبتلا کېږي.

د scaphoid هلوکې دجوش نه خوړلو علت کيدای شي ناقصه تثبيت يا امکان لري دهغه ځايه چې کسر داخل مفصلي وي نو دمفصلي مابع موجوديت چې د ماتو ټوټو ترمنځ ابتلايي فبريني پلونه جوړوي او يا يو د ماتو ټوټو د بونی د کموالی له سببه وي. که چيرې non-union د اوږدې مودې لپاره ادامه پيدا کړي مسکوره سطحې گرد او کمالاً مشخص حدود پيدا کوي. داسې لکه چې ترمنځ يې مفصل جوړ شوې همدارنگه کيدايشي cystic تغيرات په يو يا دواړو ټوټو کې رامینځته شي په وروستی مراحلو کې مکمل په راديو گرافي کې د osteoarthritis علايم وليدل شي.

تداوي:

د scaphoid هلوکې non-union تداوي اکثراً دناکامی سره مخ او دايمي معيوبيت مينځ ته راځي که چيرته راديو گرافیک علايم خفيف او ناتوانايي ضعيفه وي نو درملنه لازمه نده يواځې بايد مړوند له درندو کارونو څخه وساتل شي.

که ناروغ درد ولري او دظيفی ضياع موجوده وي او په X-Ray کې د Degenerative Arthrities تظاهر موجود نه وي تداوي يې داخلي تثبيت دفشار بيچ او دهلوکې د graft څخه عبارت ده. که چيرې د ماتې ټوټې يې ځای والی هم موجود وي ، دهلوکې نسبي جذب صورت موندلی وي او يا هم avascular تغيرات پيدا شوی وی او يا هم پرمختللی Degenerative Arthritis چې دکاربل نورو مفاصلو ته يې هم وسعت موندلی وی درد ، شخوالی او دوظيفی ضياع شديده وي نو پدې صورت کې داخلي تثبيت او دهلوکې پيوند کومه گټه نلري ، بايد osteoarthritis ته تداوي ترسره شي.

3-Avascular necrosis:

دا چې scaphoid ته لروا دښکتي قسمت څخه کېږي نو ددې برخې کسر دپورتنی برخو داروو د خرابوالی او avascular necrosis سبب گرځي.

تشخيص يې د راديو گرافي په واسطه او Radio-istop scanning په واسطه ترسره کېږي.

osteoarthritis هم د پورتنی برخی د Non-union او د هډوکي د

د رامینځ ته کیدو سبب گرځي.

درمنله:

دا چې د مړوند بیرته طبیعي حالت ته نشی راتلای، نو یو اندازه ناتوانی باید ومنل شي. له هغه ځایه چې د مړی شوی ټوټی غیر منظم سطحه د osteoarthritis د پیدا کیدو سبب گرځي نو دغه برخه باید وویشل شي. کیدای شي په عوض یې دلیکان رابر یا فلزی ساختمنی سامان پواسطه هډوکي عوض شي که دا هم نتیجه ورنکړی arthoclesis عملیه اجراء کوو.

a- osteoarthritis دایر هم د موخرو اختلالاتو څخه دی.

carpa د نورو هډوکو کسرونه.

د Triquetral هډوکي ورقي کسرونه.

یو ړوکی کسر دی چې د triquetral هډوکي څخه یوه نری پارچه دپارنی په ډول جدا کیږي دغه کسر درالویدلو له کبله رامینځته کیږي دلاس دمړوند په ظهري وجه کې درد موجود وي او په رادیو گرافي کې یو ړوکی پارچه دپانی په ډول ددې هډوکي دخلفی سطحی څخه جدا شوی وی مگر زیات یې ځایه رسی موجود نه وي lateral وضعیت ددې کسر دمشاهدی لپاره د X-Ray لپاره ښه دی.

د درد د ارامتیا لپاره ددري هفتو لپاره پلستر کول کافی دی او ددې څخه وروسته په چټکی سره بشپړه وظیفه لاس ته روځي.

په تل پاتي مینه

افغان آندبال (اعظمي)

پنجم فصل

Carpal Bone Dislocation

دا خلعي عبارت دي له:

۱_ د Lunate د هډوکي خلغ.

۲_ د کارپ هډوکو Perilunar خلغ.

۱_ د Lunate خلغ :

دا ډبره حيرانوونکې وي، چې دغه هډوکي د نورو هډوکو ترمنځ په ډبر محفوظ ډول قرار لري او د قوي اربطي ارتکاز څخه برخمن دي خو بيا هم د رالويدو په وخت خلعي ته تمايل لري.



د Lunate هډوکي د wedge شکل لري، چې قاعده يې په قدام کې قرار لري په ورغوي باندې راغورځېدل چې لاس په سبط حال کې وي، ممکن د Capitate او د Radius هډوکي له منځ څخه د دې هډوکي دخارج کېدو سبب شي بې ځای والی يې وصفي وي، چې د Lanate هډوکي د مړوند په منځ کې قرار نيسي او تقريباً د ۹۰ درجو په حدودو او يا د دې څخه زيات د افقي محور په اوږدو Rotation کوي، په دې ډول چې بنسکتی معضلي سطحه يې مځامخ خوا ته يا قدام ته تمايل پيدا کوي. په دې حالت کې د Lanate هډوکي د خلفي اربطي ارتکاز شلېږي او يواځې قدامي اربطي پاتې کېږي.

تداوي :

د انستيزي لاندې دې هڅه وشي چې د مانور ورکولو په واسطه ارجاع صورت ونيسي. په شروع کې د لاس په واسطه بايد ډېر Traction يا لنگر واچول شي، ترڅو د لونېټ لپاره يوه ساحه خلاصه شي. وروسته دې مړوند ربط شي او بيا په Lanate فشار وارد شي ترڅو خپل ځای ته راشي. وروسته په Moderate قبض حالت کې پلستر شي او ۲ اونيو پورې همداسې وساتل شي. وروسته دې پلستر داسې نوی شي چې لاس مړوند په Neutral وضعيت وي او بيا هم د دوه نورو اونيو لپاره همداسې وساتل شي. هره اونۍ بايد تعقيبي يا کنترولوي X-ray واخيستل شي، ترڅو مؤخر Subluxation که رامنځته شوی وي وکتل شي چې همدا د K-wire ثبت لپاره يو indication دی.

که هلوکي په مانور سره ځای په ځای نشي او يا موخر Subluxation منځته راشي، په دې صورت کې داخلي تثبيت د krishner wire په واسطه ترسره کيږي.

که چېرته ډېر وخت په خلع تېر شوي وي، نو د ارجاع څخه بهتره دا ده چې Lunate بيخي وويستل شي چې په دې صورت کې به د مړوند وظيفوي کموالی په دايمي صورت پاتې کيږي.

:Complications

۱_ **Avascular Necrosis** : ځکه چې د بې ځايه شوي lanate اروا خرابيږي.

۲_ **Osteoarthritis** : د Avascular Necrosis له کبله.

۳_ **Median Nerve متضرر کېدنه** : د دې عصب د ټپي کېدو علت د اوي چې د lanate د

بې ځای شوي هلوکي او Flexor Retiraculum ترمنځ بند پاتې کيږي چې حسي او حرکي تغييرات په تعصيب شوي ناحیه کې منځته راوړي. د دې تداوي بايد ژر تر ژره د لونېټ د هلوکي د ارجاع يا ايستلو په واسطه اجراء شي.

د Carpal هلوکو Peri lunate خلع:

په دې صدمه کې د lunate پرته نور ټول carpal هلوکي خلف ته بې ځايه شوي وي، نو ځکه د radius سره اړيکه په ځای وي.

دا چې د lunate هډوکي او د کارب د نورو هډوکو ترمنځ اړیکي موجودې دي نو د نورو هډوکو د صدمې او د Lanate د خلعي ترمنځ کوم توپیر موجود نه وي، کله چې هڅه وشي د carpal perilanate خلع ارجاع شي د lunate د هډوکي په خلع تعویض کیږي.

تداوي : کوشش دې وشي چې د مانور په واسطه خلع ارجاع شي، که چېرته امکان ونه لري نو د عملیات په واسطه دې ارجاع ترسره شي.

Metacarpophalangeal Injuries

Metacarpal Bones : A

د دې کسرونو معمول سبب د هغه ضربه څخه عبارت دی چې د لاس په ورغوي د راغورځېدو له کبله واردیږي، او یا هم دسوک وهلو په وخت کې وارد شوې ضربه.

د ماتېدو د ساحې په اساس دا کسرونه په لاندې ډول وېشل شوي دي :

- ۱_ هغه کسرونه چې د میتاکارپ په قاعده کې منځته راځي.
- ۲_ هغه کسر چې د میتاکارپ په جسم کې په مایل او یا مستعرض ډول منځته راځي.
- ۳_ هغه کسرونه چې د میتاکارپ په غاړه یا Neck کې په مستعرض ډول منځته راځي.

کلینیک :

په ساحه کې درد، پړسوب، سؤ شکل او د وظیفې ضیاع موجود وي.

د X-Ray په واسطه تشخیص تائیدیږي.

تداوي :

۱_ Undisplaced کسرونه:

Dorsal Plaster میز دبه د درې اونيو لپاره تطبيق او وروسته له هغه د گوتو فعال حرکات توصیه

کيږي.

۲_ Displaced کسرونه:

- a_ د عمومي بې هوشۍ لاندې د مانور ورکولو په واسطه بې ځای والی لرونکي کسرونو ارجاع ترسره کېږي چې په مناسب splint په واسطه تثبیت کېږي.
- b_ د میتاکارپ هېوکو د غاړې کسرونه په لاندې ډول ارجاع کېږي:
- i_ Metacarpophalangeal معضل په قايم زاويه Flex کېږي.
- ii_ په قبض شوي گوتې فشار راوړل کېږي او په عين وخت کې د مقابل لوري څخه د کسر په ساحه فشار واردېږي.
- iii_ وروسته گوته د Malleable Aluminium پواسطه تثبیت کېږي.

۳_ Open Reduction & Internal Fix

- هغه کسرونه چې ماتې ټوټې يې د مانور په واسطه نه ارجاع کېږي، له دې ميتود څخه کار اخيستل کېږي او د فوري K-Wine پواسطه تثبیتېږي.
- د لومړي ميتاکارپ د قاعدې کسر:**
- دغه کسر معمولاً هغې ضربې له کبله چې د هېوکي په طولاني محور ولوېږي، رامنځته کېږي لکه سوک وهلو په وخت کې چې ضربه واردېږي.

پتالوژي:**a_ دا کسرونه دوه مشخص ډولونه لري:**

- ۱_ که کسر داخل د مفصل خارج وي او د خلعي سره يوځای وي، او کسر د مایل يا مستعرض ماتوالي په ډول دې د Bennett,s Fracture Dislocation په نوم يادېږي.
- ۲_ که کسر د معضل داخل کې وي په دې معنی چې د میتاکارپ هېوکي ماتوالی د corpometracarpal معصل د منضمې سطحې وسطې برخه کې مفصل نه داخلېږي او يا له ډوله کرونه نيخ ته راوړي چې د rolando farctunes نوم يادېږي.

Benneits fraelure dislocation کې کوچني قريبه شلنر شکه مسکوره پارچه په خپل ځای وي پداسې حال کې چې بعيده مسکوره پارچه خلف او پورته بې څه په شوې وي.

کلینک

۱- غټه گوته نوږه ښکاري.

۲- درناکه پړسوب د لومړي ميتاکرپ په قاعده کې موجود وي.

۳- د غټې گوټې د carpometacarpal joint د وظيفې يا حرکاتو ضياع موجوده وي.

۴- په نوموړي برخه کې د مکسوره پړجو crepitus موجود وي.

0- closed reduction د اکسر او ضلع د گوټې د کش کولو تجددور کولو روابط ورکولو په ورسطه ارجاع کېږي. مشکل پدې کې وي هم اوجاع شوي حالت څنگه همدرسې ثابت او برخسره وساتل شي.

درې محفورونه موجود دي چې splintage ترسره کېږي.

i- planteo splintage : پدې کې گوته د غير ديناب په واسطه په abducted او extended حالت کې تړل کېږي.

II- **continous skintraction** : دا د يو قوي wire پوست چې پليز کې پټ وي ترسره کېږي.

III- دريم ستیډر په precutancus ډول په tarpexuim کې د يوې دوه گوټې wires تيرول د تمبليت منظور ترسره کېږي.

:Open Reduction_b

مات شوي مکسوره ټوټې ښايي د کوچني Screw په واسطه او يا د K.wine په واسطه تثبيت کړو.

:Compication

Osteoarthritis يې تر ټولو مهم ترين اختلاط دی، خصوصاً هغه وخت چې ارجاع يې په صيح ډول ترسره شي او يواځې د وظيفوي تداوی لپاره پرېښودل شي. دا چې کله کله د درندو کارونو په ترسره کولو سره

وخیم ناتواني پیدا کیږي، نو بیا یې عملیات ترسره او Trapeziu metacarpal Joint لپاره Arthrodesis ترسره کیږي او یا Trapezium ایستل کیږي.

Dislocation of Metacarpophalangeal and Interphalangeal Joint -- د دې

مفاصلو خلعي د هغو ضربو یا قوو په واسطه چې د گوتو د Hyper Extension سبب گرځي منځته راځي.



میکانیزم: بعیده یا Distal هډوکي شاته د قریبه Phalangeal هډوکي د پاسه بې ځایه کیږي.

کلینیک:

a_ په ساحه کې درد، سؤ شکل او د وظیفې ضیاع موجوده وي.

b_ X-Ray د هغه ساحې د خلعي ښودنه کوي.

تداوی:

ارجاع بیاد هر څومره چې ژر وي ترسره شي. داسې چې Distal برخه کش کوو او په عین وخت کې

د همدې Distal برخې په قاعدې باندې فشار واردېږي.

د هماغه ابتدایي مراحلو څخه د مفاصلو فعال حرکات اجراء کیږي.

:Button Hole Injury

دا injury د Metacarpo phalangeal هډوکو د خلعي څخه منځته راځي.

د میتاکارپ راکش د خیري شوي کپسول څخه قدام ته بې ځایه او په عین وخت کې د گوتې

Phalanx خلف خوا ته بې ځایه کیږي. دا حالت ډېر دردناکه وي.

تداوی یې د مانور ورکولو په واسطه عموماً نتیجه نه ورکوي، ځکه کپسول یې څیري شوي دي. دکپسول سوری باید د عملیات په وخت په کافي اندازه لوی شي، ترڅو د میتاکارپ سرته بیرته داخلېدو اجازه ورکړي.

:Bouttoniers Deformity

په دې سؤ شکل کې د منځني مفصل Flexion deformity او په بعیده یا Distal interphalangeal مفصل کې Hyper extension منځته راغلی دی. دا حالت ځکه منځته راځي چې د extensor tendon مرکزي برخه د منځني Phalanx د پاسه ریچر کړي دي.

:Swan Neck Deformity

کله چې په Proximal Interphalangeal مفصل کې Hyper extension منځته راشي نو د Valar Capsule د Palmer یا ورغوي طرف څیری کیدنه منځته راځي. Flexur Profundus وتر بعید یا distal فلنکس ځان ته کشوي او په Flexion حالت یې راوړي، چې په نتیجه کې Proximal Extension او Distal Flexion د مربوط گوتې منځته راځي او داسې بڼکاري لکه د Swan مرغه غاه ځکه نو په دې نوم یادېږي. تداوي یې عملیاتي ده چې تخریب شوي برخې بیرته ترمیمېږي.

:Mallet Finger

: میکانیزم :

د Injury عموماً هغه وخت منځته راځي چې د گوتې په څوکه یا (Distal Phalanx) یا سر داسې قوه وارده شي چې گوتې ته آتي Flexion ورکړي. په دې حالت کې Extensor Tendon د خپلې ارتکازي نقطې څخه څیري کیږي. څیري شوې برخه کیدای شي کله کله یوه پارچه د هلوکي هم د ځان سره کش کړي.

درې نوعي يې موجودې دي:

Type I: يواځې يو قسمت د tendon څيري وي او د Distal Phalanx مفصلي سطحې د خان سره کش کړي نه وي.

Type II: extensor وتر قطع وي او يوه وړه ټوټه هډوکي د ان سره کش کړي وي او گوته نور Extension نه شي کولای.

Type III: داخلي مفصلي injury ده په دې معنی چې ۲۰٪ داخل مفصلي کسر د خان سره بنسخته کوي. په دې نوع کې د Distal phalanx د ۲۰٪ څخه زياته مفصلي سطحه ماته شوې وي يا د Tendon په واسطه Avulsion ترمخ ته راغلی وي. کله کله کيدای شي تداوی يې Sub laxation هم منځته راوړي.

کلينیک:

۱_ درد او سؤ شکل (Mallet Deformity چکسي سؤ شکل) موجود وي.

۲_ عيب، Interphalangeal مفصل نه شي کولای چې ربط وکړي.

۳_ X-Ray په واسطه وکولای شو Avulsed tendon وگورو.

تداوي:

۱_ Type I,II : Conservative : په دې ډول تداوي کيږي چې د splint په واسطه خصوصاً (Abuna Splint) په مرسته داسې پښت کيږي چې Distal Phalanx په extension حالت کې راوړل کي راوړل کيږي او تر ۶ اونۍ پورې ثابت ساتل کيږي او دوه اونۍ وروسته بيا ورنگ وشي د همدې Splint په مرسته تثبيت ساتل کيږي.

۲_ Type III : Operative : عموماً د عملياتي تداوي په مرسته ارجاع _____ کې ماته شوې برخه د فيل اصلي موقعيت او پاتې برخې سره د K.Wine په مرسته تثبیتوو او extensor وتر هم تقويه کوو.

د Phalanx کسرونه :

دا کسرونه چې د فلنکس په قاعده، جسم، غاړه او يا Intercondylor ساحه کې منځته راځي، کيدای شي مستعرض، Obligue او يا Comminuted وي. که کسر وړوکی او Displaced نه وي، په

ساده ډول نوموړې گوته د مجاورې گوټې سره Splint کوو (Buddy Strapping) او تر ۳-۴ اونيو پورې يې ساتو. خو بايد ژر ژر يې حرکات پيل شي ترڅو Stiffness ورنکړي.

که کسر Comminated وي، په دې صورت کې کولای شو د Screw، K.Wire او يا هم کله کله د Plate څخه استفاده وکړو ترڅو مکسوره ټوټې تثبیت کړو او کسر ارجاع کړو. د عملياتو لپاره شق د جنوب نه د S Shape په ډول اجراء کېږي.

ډېر احتیاط باید وشي چې Flexor او extensor عضلي او تار قطع او متضرر نه شي. کولای شو د External Fixation په واسطه هم Comminated کسرونه ارجاع کړو. او تثبیت يې وساتو. داسې چې Shan Screw د ميتاکار په Bare کې او يو Pin په Distal Phalanx کې داخل او بيا د پایپ په واسطه چې نوموړی پایپ د کلمپ په واسطه د Pin او Shan Screw سره تړل شوي، تثبیت ترسره شي.

:Interphalangeal Joints Strain

دگوتو ترمنځ Strain نظر مزمن والی ته ظاهرېږي. وروسته ديوه واره ټپ څخه کيدای شي د اوږدې مودې لپاره مثلاً ۹-۶ میاشتو لپاره معضل پرسیدلی او دردناک وي، د معضل حرکات په کمه اندازه او يا هيڅ محدودیت نلري.

سببي عامل يې عموماً هغه قوه وي چې د کوروالي په ډول عمل کوي، چې د معضلي محفظي يا capsule او يا هم د وحشي او انسي رباطونو د نامکمل خبری والی سبب کېږي. د دې په نتیجه کې د مفصل چارچاپير ضخامت ډېرېږي، چې د مفصل د وضعې Fusiform پروسوب سبب کېږي. په راديوگرافي کې ممکن د هډوکي ټپ ونه لیدل شي، مگر کله کله کيدای شي، چې يوه نری-هډوکي پارچه د پاني په ډول د محفظي د اتصال په نقطه کې جدا شي.

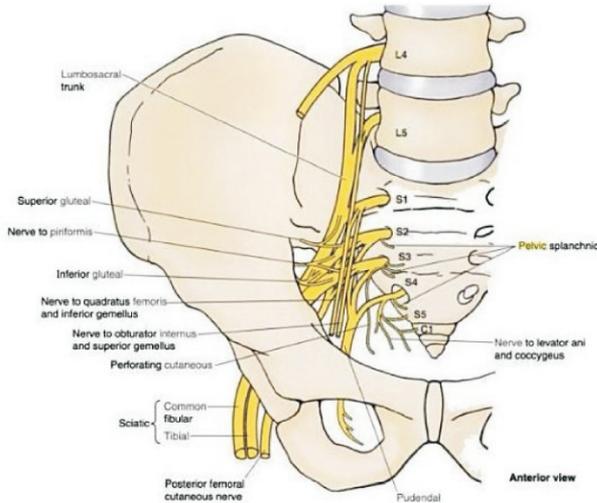
په خفيفو پېښو کې درملنې ته اړتیا نه شته، که چېرې درد شديد وي، نو گوټې کيدای شي د بنډاژ او يا وړې ميزابې په واسطه د يوې هفتې لپاره محافظه شي، وروسته د دې فعال حرکات بايد شروع شي، همدارنگه ناروغ پوه کړای شي چې جرعه نسبتاً په ورو ډول د ښه والي خوا ته ځي.

-شپږم فصل

د حوصلې كسرونه

اناتومي:

حوصله د دوه حرقفي (inoment coxia) هډوكي د Sacrum او Coccygeus عظامو څخه خور شوي چې لومړی حرقفي هډوكي په خلف کې د Sacrum سره قوي مفصل جوړوي. چې د Sacroiliac join په نوم يادېږي. او په قدام کې په خپل منځ کې مفصل کېږي چې د Symphysis په نوم يادېږي.



د حوصلې Ligaments عبارت دی له Post Sacroiliac ligament چې د الیوم او Sacrum په خلف کې واقع دی. او په وجود کې قوي ترين ليگامنت دی.

Ant. Sacroiliac Ligament خو الیوم او Sacrum په قدام کې تقويه کوي Ilio lumber لگامنت چې الیوم او د lumbar فقراتو Transversus Process سره وصلوي همدارنگه -Sacro- tuberosity چې سکروم د Tuber ischiodius سره او Sacro spinas لگامنت چې Spina

Ischiadica سره وصلوي حوصلې يوه كلکه حلقه يا Ring جوړ كړی چې علوي طرف ته د سفلي طرف ته ارتباط وركوي.

د حوصلې وظيف:

د احشاوو او هغه ساختمانونو چې د حوصلې په منځ كې دي محافظوي رول لري.

د علوي طرف څخه سفلي طرف ته د قوي انتقال د حوصلې له طريقه صورت نيسي.

د حوصلې عظام د وينې په جوړولو كې ستر رول لري همدارنگه د Bone graft لپاره معمولاً د حرقې د هاوكي څخه استفاده كېږي.

د حوصلې كسرونو وقومات:

په شديدو ترافیکي پېښو كې ۷۵% د حوصلې كسرونه موجود وي. د ټولو كسرونو ۳% تشکيلوي.

۱۰% د حوصلې ټرلي كسرونه مرگ واقعات لري چې د حوصلې د وازو كسرونو د وفياتو انازه تر دې لوړه ده قحف د كسو څخه وروسته په دوهمه درجه د حوصلې كسرونه د مرگ سبب كېږي.

د حوصلې له كسرونو سره (Major Pelvic fracture) د وجود نورو برخو جروحات موجود وي

چې ډېر اهميت لري چې فيصدي يې په لاندې ډول ده.

85%	Musculoskeletal
60%	Respiratory
40%	CNS
30%	Abdominal
12%	Genetourinary
6%	Cardiovascular



د حوصلې د كسرو طبقه بندي:

د حوصلې كسرونه په څو ډوله طبقه بندي شوي دي چې د هغې له جملې څخه:

Minor Pelvic Fracture: دا كسرونه د حوصلې هغه نوعه كسرونه په بر کې نيسي كوم چې د حوصلې integrity (تمامين) او Stability (ثبات) له منځه تللي وي معمولاً دا كسرونه د ضعيفې تروما پواسطه منځته راځي چې د حوصلې avulsion (لکه Iliaca ant. Sup Spina، iliaca ant inferior، Ramus Ischiodies، spina) كسرونه. Lilac wing (Duverm's) د Ramus Pubis يا Ramus Ischiadicus كسرونه پدې كسرونو کې حسابېږي.



: Major Pelvic Fracture

هغه كسرونه چې د حوصلې Ring يا حلقه ماته شوې وي او د حوصلې Integrity يا تماميت له منځه تللي وي د Major Pelvic Fracture په نوم يادېږي. د حوصلې عمده وظيفه چې د علوي طرف څخه سفلي طرف ته د وزن انتقال دی، نشي ترسره كولى چې دا معمولاً د شديدې ضربې له كبله منځته راځي چې فشاري كسرونه له Straddle يا خلعې، لكه كسر يا خلع چې د حوصلې هډوكو كې موجود وي. لكه Malagagni، Sridle يا Hinge type كسر د حوصلې (چې يو طرف حوصله ماته شوې وي لكه د چپ و رانس په شان) يا Open book كسرونه چې دواړو طرفه حوصله ماته او د كتاب پشان وازه شوې وي.

همدارنگه په لاندې ډول هم طبقه بندي شويده:

Type I: individual bone fracture (avulsion fracture, sacrum fracture, coccygeus fracture)



- Type II: single break in the pelvic ring
 Type III: double break in the pelvic ring
 Type IV: the Acetabular ring fracture
 a: Displaced
 b: Indisplaced

اعراض او علايم:

د حوصلې په كسرو كې اعراض او علايم نظر د كسر په نوع او هم دا چې د حوصلې كسرونو سره نور آفات شته او كه فرق كوي، نه كه Manor Pelvic fracture وي او نور آفات لكه ترضيض قحف د بطن ترضيضات ورسره نه وي نو د ناروغ عمومي حالت به هم ښه وي.



که *Ramus pubis* او *Ramus ischiadicus* مات شوی وي ممکن مارفه ساحه کې موجود وي. چې د حرکت په واسطه به ازدیاد کوي که *Sacrum* او یا *Coccygeus* مات شوی وي د حوصلې په خلف کې په درد او حساسیت، پړسوپ، *Echymosis* ولیدل شي. ممکن سوء شکل موجود دی. د مربوطه عصبي رشتو وظیفه به مختل شوي وي.

د Sacrum او Coccygeus هډوکو د ترضيض تاريخچه به موجوده وي.

که Avulsion کسر موجود وي نو مربوطه ساحو کې به درد موجود وي چې درد به د ماوفه عضلاتو د حرکاتو پواسطه زياتېږي.

که Major pelvic fracture موجود وي تکېدای شي نور آفات لکه ترضيد، قحف، د بطن احشاو ماوف کېدل، Urogenital آفات هم ورسره وي کېدای شي ناروغ Shock او حتی کوما کې وي په نارينخچه کې د حادثې وخت، د حادثې نوع (چې موټر يا موټر سایکل ټکر دی، موټر ټاير پرې ختلی همدرانگه د کومې ارتفاع څخه غورزېدلی او يا نور څه) بايد ياد داشت شي. تشخيص کې خاص اهميت لري که ناروغ شعوري حالت ولري د شديد درد څخه به شاکي وي حرکت به نه شي کولی په فزيکي معاینې سره بايد د حوصلې سوء شکل، د حوصلې په برخه کې خراشیده گي، Echymosis، Hematum مشاهده شي د Pubic:Crista iliac او د Ischiodica هډوکي چې تحت الجلدي واقع وي بايد جس شي چې سؤ شکل او حساسيت موجود وي او که نه.

او هم بايد حوصلې ته له جنب څخه په کم زور سره فشار ور کړی شي او بيا د قدام له خوا په دواړه Iliaca spina ant sup فشار وارد شي. که Cripitation، د درد زيات والی او يا حرکت محسوس شي د حوصلې په کسر دلالت کوي.

بايد Destot's Sign (کوم چې په Inguanal او عجان ناحیه کې هماتوم او Echymosis موجود وي)، Earle's sign (چې په مقعدي معاینه کې Hematum، عظمي تبارز او حتی په کسري خط حساسيت موجودېدل)

باید مشاهده شي د موجودیت په صورت کې د حوصلې په کسر دلالت کوي.

Patrick test یا Faber test اجرا شي چې د مثبت والي په صورت کې به د حوصلې کسر موجود وي خصوصاً په هغه صورت کې چې Ip l Lateralis د Pubic ramus کسر ولري (Faber test) باید د ماوف طرف د پښې پونده د نورمال طرف په Patella کېنودل شي چې په دې حالت کې که کسر موجود وي نو ماوف طرف ته به دا حرکت دردناکه وي. پدې حالت کې ماوف طرف Flexion، Hip، Abduction او External rotation اختیاري، چې دا یو Synonium د هغه لپاره دی

Diagnosis: د حوصلې کسرونو تشخیص معمولاً په تاریخچه، کلینیکي لوحه، X-ray او مشکوکو حالاتو کې په C.T scan وضع کېږي.

تداوي:

:Emergency Treatment

لکه د نورو وخیمو حادثو پشان باید Airway ventilation تر ټولو لومړی په نظر کې ونیول شي همدارنگ Shock او د وینې ضیاع باید کنترول شي که د وینې په ورکولو بیا هم فشار پورته نه شو نو Peripheral Respiration باید اجرا شي تر څو داخل بطني خوټرېزي معلومه شي.

Minor fracture تداوي: دا چې د حوصلې د کومې برخې کسر موجود دی تداوي هم فرق کوي مثلاً د حوصلې د Ramus Pubis (زيات عمومي لري) او يا Ramus ischidic کسر موجود دی ناروغ تر هغه وخته بستر کې ساتل کېږي چې يې درده شي بيا ناروغ ته ودرېدل او گرځېدل توصيه کېږي.

که Avulsion کسر موجود وي (Spina Ischiadica, Spina iliaca Ant Sup, Ant inf) ارجاع ته يې ضرورت نه شته. خو ورځي ناروغ ته استراحت ورکول کېږي. په هغه وضعيت چې ماوفه عضلات په استرخايي حالت کې وي. تر څو ناروغ ارام وي او درد احساس نه کړي وروسته له هغه پورته نارمل حرکات شروع شي.

که Sacrum کسر موجود وي معمولاً Transverse کسر به وي په X-ray کې شه تشخيص کېږي که Displace وي نو معمولاً د Rectal per. له لارې په احتياط سره ارجاع صورت نيسي. (بايد تړلی کسر په واز کسر تبديل نشي) دا Stable کسرونه چې ارجاع نه وروسته بېرته نه يې ځايه کېږي تثبيت ته ضرورت نه شته صرف استراحت توصيه کېږي اوبس.

که Coccygeus هېوکي کسر موجود وي ناروغ به شديد درد د ناستې په وخت کې احساس کړي او هغه د مربوط عصبي عضلې ريشې به ماوفې شوې وي. تداوي يې کوم تثبيت ته ضرورت نه لري ناروغ خپله شفا حاصلوي. که دوامداره درد پاتې شي بهتره ده چې نوموړی عظم وويشل شي.

Major Pelvic Fracture

(Stridal) Compression Type

ارجاع يې نه ممکنه او نه ضروري ده. ناروغ بايد صرف تر درې هفتو پورې استراحت بشپړ کړي. Hip مفاصلو او ستون فقرات تمريناتو ته بايد تشويق شي. وروسته له درې هفتو دې ناروغ ته د گرځېدو اجازه ورکړل شي، ځکه چې فشار کسري ساحې ته انتقالېږي.



Hinge Type: (کله چې د حوصلې یو طرف په مکمل ډول مات وي)

ناروغ باید په روغ طرف استراحت وکړي او کسر باید او جاع شي البته دا کسرونه Stable دي (وروسته له ارجاع څخه له بې ځایه کېږي او یا د حوصلې په علوي نیمایي کې یو کمربند چې دوه انچه بر ولري تړل کېږي او که ارجاع صورت ونه نیسي او یا بطن د مټانې یا بل پرابلم لپاره خلاصېږي. وایر پواسطه

Internal Fixation اجرا شي چې وایر یا په Obturator کې داخلېږي او یا برمی پواسطه مکسوره نهایت برمه کېږي او ییا د وایر پواسطه تثبیت اجرا کېږي. ناروغ باید تر درې هفتو پورې د بستر استراحت وکړي بعد له هغې ګرځېدو ته تشویق شي البته Crutch سره تر شپږ هفتو دی فعالیت شروع کړي او کمربند دي درې میاشتې وروسته لري کړي.

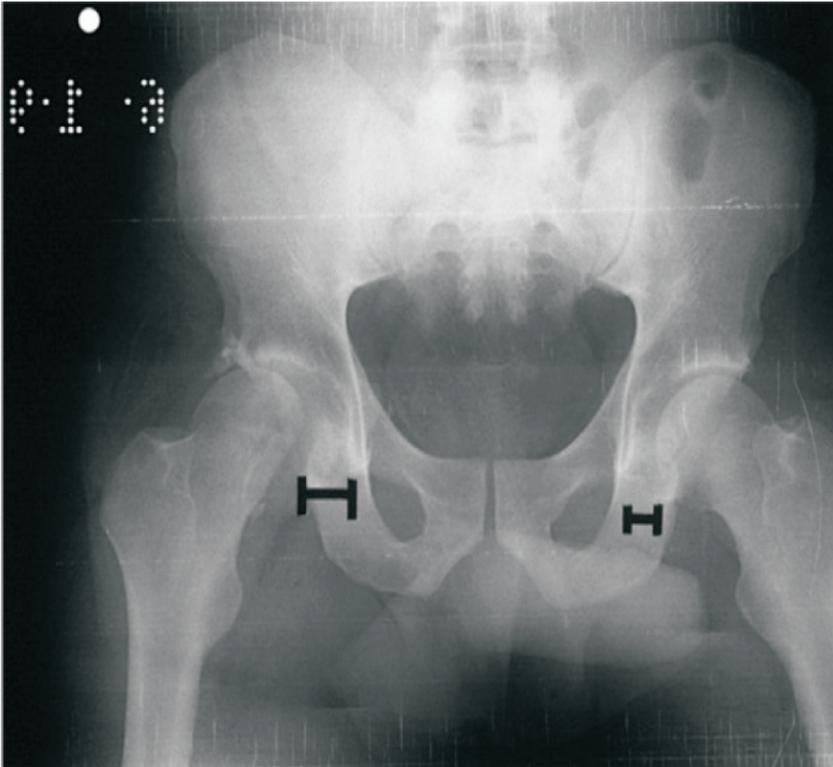
:Vertical Fracture (Malgagni)

بدې حالت کې د حوصلې یو طرف په Vertical شکل پورته تللي وي چې باید د عمومي بې لاندې په قوت سره ارجاع شي بیا د تثبیت په شکل پورته تللی وي چې بیا د د عمومي بې هوشی لاندې په قوت سره ارجاع شي Traction اجرا شي البته تر ۴ هفتو پورې. وروسته له هغه باید Crutch سره وګرځي خو تر درې

میاشتو پورې باید په مافه طرف وزن را نه وړي د ارجاع لپاره باید درې ورځې وزن واچول شي بیا X-Ray واخیستل شي که ارجاع صورت نیولی وي د تثبیت په منظور دې Traction اجرا شي او بیا پلستر تطبیق شي.

:Open book fracture

دا کسرونه لکه له نوم څخه بې چې افاده کېږي باید Open book په Close book تبدیل شي چې د دې لپاره باید Traction داسې اجرا شي چې دواړه coxae یو بل ته نږدې کېږي. $\frac{1}{4}$ د بدن وزن باید Traction تطبیق شي.



د حوصلې په كسرو كې د Internal Fixation او External Fixation څخه هم كار اخيستل كېږي (خصوصاً كه كسر خلاص وي)

:Severe mult le Fracture

نومړي كسرونه د قوي (ټكر) Crashing په واسطه منځته راځي. دا كسرونه ډېر شديد او متعدد وي دلته و حوصلې حلقه په مكمل ډول خلاصه شوې وي او د حوصلې ثبات په مكمل ډول له منځته تللي وي. دې كسرو كې Hemorrhage، د احشاو شديد جروحات، Neurovascular آفات، د بولي تناسلي محدود جروحات ډېر زيات وي.

تداوي:

په ابتدا کې كلك سيټ کې Bedrest او بيا د Binder (كمر بند) څخه استفاده كېږي.

:Complications

اختلاط په Major Pelvic Fracture کې معمولاً موجود وي لکه Shock داخلي حوصلې Hemorrhage او Paralytic Eleus، همدارنگه په هر نوعه د كسرو کې ممكن خاص اختلاط موجود وي لکه په Stridal كسرو کې Urogenital افات، په Hiage Fracture کې Sacroiliac مزمن دردونه (چې معمولاً Anthrodis ته ضرورت پېښېږي) او درد له منځه ځي: Vertical يا Malgagni كسونو کې د sciatic عصب افات همدارنگه د ارجاع نه كېدل Traumatic Arthritis، Malunion، Non-union، Delayed and، Thrombophelibitis معمول اختلاطات دي.

هغه افات چې د حوصلې د كسونو سره يوځای وي.

Major Arterial، Hemorrhage، Urinary tract injury of the lower، افات، Gynecological، جروح، Rectal injuries، Testicular injuries، وغيره.

:Dislocation of the Hip

Hip Dislocation: درې قسمه دی:

Ant Dislocation: چې عبارت دی له:

Obturator Dislocation، Iliacus Dislocation او Pubic Dislocation.

Posterior dislocation کېدای شي په پورته خلع پرته له كسر څخه وي. او يا كسر هم ورسره

دی. (د فخذ د رانس او د Acetabulum) د برخې.

Central Dislocation: چې د حوصلې په كسرو کې ورڅخه يادونه شوېده.

:Anterior Dislocation

د Hip د خلعو، %۱۵-۱۰ جوړوي، معمولاً دا خلعې د موټر او يا موټر سايكل د accident له امله

او د لوړې ارتفاع څخه دلويدو له امله، او يا د شديدې ضربې ليدل په ملا چې Squating وي. ميخانېكت يې

دا دی چې د وړانه د یو قوي Abduction له امله منځته راځي. چې Collum او یا د Trochanter د قوي ترضیض له کبله په Acetabulum کې سبب کېږي چې (Lever) لکه د رافعې په شان رول لوبوي او د Acetabulum د Caput، د Capsul د خیري کېدو څخه وروسته خارج شي. که Hip په Flexion حالت کې وي نو Obturator خلع او که Hip، Extension، د په حالت وي نو Pubis یا Iliacus خلعي منځته راځي.

:Physical and Radiographic Exams

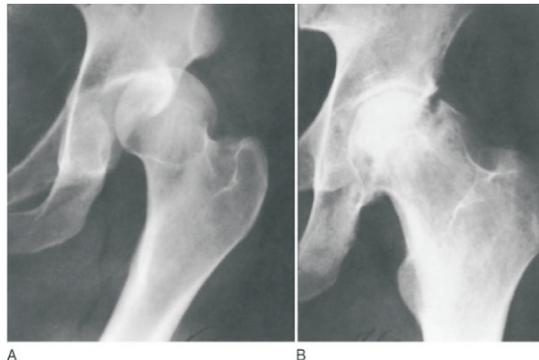
په فزیکي معاینې سره لنډوالی به په نهایت سره ولیدل شي، Obtaintor dislocation کې به Abduction، Ext rotation، Flexion ولیدل شي. په Iliacus & Pubis Dislocation کې چې هم Abduction، Ext Rotation، Flexion په ځای به Extension موجود وي. Lilac کې به spina Iliaca and supra caput femoris برخه کې او په Pubis شکل کې به په Gyorin کې پس شي په ټولو حالاتو کې باید امعالي او عصبي تشوشات دفتناً ارزیابي شي.

تشخیص:

په X-Ray سره واضح بنکاري چې د فخذ راس په Acerabulum کې نه وي.

:Posterior Dislocation

مېخالیکت:



کله چې Hip د قبض حالت ولري او يوه قوه د Knee مقابل کې وارده شي (مثلاً کله چې شخص د موټر سيټ کې ناست وي او د موټر د ټکر په واقعه کې د زنگانه برخه په مخامخ اصابت کوي. که Abduction، Hip او يا Neutral حالت ولري نو په اسانۍ سره Posterior Dislocation واقع کېږي خو که Hip، Abduction، حالت ولري ممکن Acetabulum برخې کسر هم ورسره منخته راځي.

Physical Examination:

په فزيکي معاینه کې به Lig په Abduction، Internal Rotation، Flexion او Shortenint حالت ولري. د Sciatic عصب، وفيدل 14yts-10 کې وي چې مستقیماً د فخذ رانس د فشار لاندې راځي چې معمولاً Common perinial شعبه Sciatic عصب کې ماوډېږي.

لداوي:

Post Dislocation:

د Hip په خلغو کې باید عمومي او يا Spinal Anesthesia واخلي، د ناروغ عضلات باید ښه استرخاء وکړي.

تر څو د يوې خوا په اسانۍ ارجاع صورت ونيسي اول بل دا چې د caput او Acetabulum د ډې اسطکاک څخه مخنيوی وشي. دوه طريقې پکار وړل کېږي. يوه Allis او بل Stimson طريقه ده چې په Allis طريقه کې باید په احتیاط او قوي کشش سره پداسې حالت کې چې ناروغ Supin وضعیت ولري د قوي اسپستانت پواسطه حوصله کلکه نیول شوې وي او هم چې Hip لږ قبض حالت ولري او بل Internal Rotation او يا External Rotation ور کول کېږي او په اسانۍ سره به Hip ارجاع شي.



د Steimson په میتود کې باید ناروغ په پستر کې په Prone حالت کې واچول شي چې ماوف Leg یې د بستر په څنډه راشي. د ناروغ حوصله د استنبات پواسطه کلک نیول کېږي. ماوف طرف په داسې حال کې چې Hip او Knee 90% درجې قبض حالت ولري Traction اجرا او عین پورتنۍ مانورې internal او External تدور ور کول کېږي) اسپستان باید د فخذ په رانس هم په یو لاس فشار راوړي تر څو خپل موقیعت ته لاړ شي.

په قدامي خلعو کې:

په Obturator Dislocation کې چې طرف Flexion حالت لري باید په احتیاط او قوت سره Traction اجرا بیا Internal Rotation او بالاخره Abduction ور کړل شي. خو په Iliac او Pubic کې باید Traction اجرا په ډېر احتیاط Flexion او بیا Internal Rotation اجرا شي (بعضې وایي چې Adduction اجرا کېږي او بعضې وایي Adduction مه ورکوي) وروستیو دوو حالاتو کې که تړلې ارجاع صورت و نه نیسي باید تکراري مانورې اجرا نه شي او وازه ارجاع صورت ونیسي.

(Post Reduction Treatment):

وروسته له ارجاع څخه تداوي:

باید ناروغ ته Skin traction او يا Skeletal traction واچول شي ترڅو ناروغ د درد احساس و نه کړي او بل کپسول ترميم شي. البته Hip باید قبض حالت ولري. معمولا تر دوه هفتو پورې traction اجرا کېږي. بيا د Crutch سره گرځېدل توصيه کېږي، تر هغې چې درد بالکل ورک شي ناروغ ته بدون له Crutch څخه گرځېدل شروع کېږي (بعضې علما حتی تر ۱۲ هفتو Weight Bearing ته اجازه ورکوي). اختلاط يې د Sciatic عصب، مافيدل او Necrosis Avasclar دی.

په Posterior Dislocation کې د Avascular Necrosis چانس نسبت Ant. Dislocation ته زيات دی (مېخانيکيت يې Caput د اروا خرابوالی، کپسول کش او بيا د او عبي کش او هم د هغه او عي شکيدل کوم چې رانس کې داخلېږي.

د مقدمې ارجاع سره سره بيا هم Avascular Necrosis د 5-15% پورې چانس وي خو که ځنډ شي نو ۴۸% ته رسېږي او که د ۴۸ ساعتو پورې بيا هم ارجا نشي نو Avascular Necrosis چانس ډېر زياتېږي. (په ماشومانو کې Avascular Necrosis چانس %۱۰-۸ پورې دی)

همدارنگه کېدای شي ارجاع په تړلي شکل وشي، Internal Position موجود وي، د عظم عضلي يا وتر او يا دا چې Button hole شکل يې غوره کړی وي. Capsul د څيرې کېدو نه وروسته کپسول ازیما شوې فوچه تنگه شوې او دوباره Capsul را ونه وځي.

Hip Joint Fractures

اناتومي:

Hip joint د فخذ د علوي نهايت او اسيتابولم پواسطه جوړېږي. اسيتابولم چې دوه برخې لري چې مفصلي او غير مفصلي برخو څخه عبارت دی.

مفصلي برخه يې Lunate Surface او غير مفصلي برخه يې Acetabular Fossa په نوم يادېږي.

د فخذ علوي نهايت د رانس (Caput) او عنق (Collum) پواسطه جوړ شوی دی. رانس يې مکرراً داخل مفصلي او د fovea vapitus څخه پرته د رانس نورې برخې د مفصلي غضروف پواسطه پوښل شوي دي.

Lig. Teres کې Fovea capitis ارتکاز کوي.

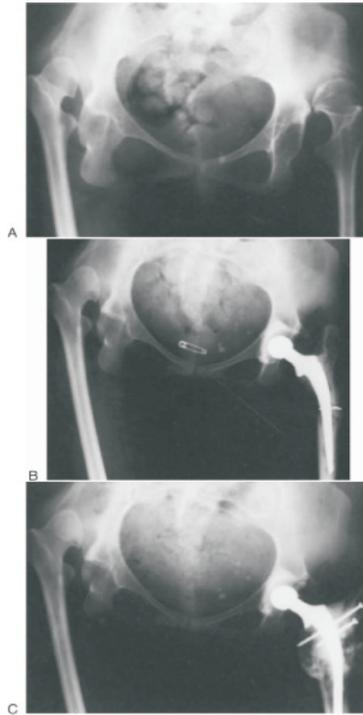
عنق (Collum) چې د هېوکي د جسم سره ۱۳۵ درجې زاويه جوړوي. د رانس په خوا کې علوي، انسي او فدام ته متوجه دی. مفصلي کپسول په انسي کې اسيتابولم په ځنډو او په وحشي کې د فخذ په عنق باندې ارتکاز کوي. پداسې حال کې چې فدام کې تر Linea intertrochantrica پواسطه او خلف کې $\frac{1}{3}$ برخه د کپسول څخه د پاندې قرار لري او د ټول کپسول داخلي مخ Synovial membrane پواسطه پوښل شوی دی.

کله چې Synovial د کپسول تر طبيعي اتصالي نقطې ته ورسېد Reflex کوي. او د فخذ د رانس تر قاعدې پورې رسېږي، يعني په حقيقت کې ټول Collum پوښوي.

Caput Femuris ته د دريو لارو څخه وينه راځي.

Intra medulary پواسطه.

يو کم مقدار وينه چې په حقيقت کې د Obturator او عيو څخه وريد او شريان د Acetabular foramen له لارې Acetabulum fossa، Obturator ته داخلېږي او له هغه ځايه يو شعبه Lig. Teres د لارې Fovea capitis ته رسېږي.



يو زيات مقدار وينه د هغه او عيو له لبارې F.caput ته رسېږي كوم چې د Collum د Peroist او Synovial غشا تر منځ لري او دا او عيو د ۶-۲ عددده وي. چې د هغه شرياني حلقې څخه كوم چې د فخذ د عنق په قاعدوي برخه كې Med ant lat. Circumflex شريانو په واسطه جوړېږي منشا اخلي.

:Ossification Points

د فخذ هابوكې پنځه تعظمي نقطې لري چې نوموړې نقطې په جسم، رانس، Trochantor Major، Trochantor minor او Extermites inferior كې قرار لري. د نشونما په وخت كې څلور Groeth Plate لري چې په لاندې برخو كې قرار لري. د Caput قاعدوي برخې.

Trochanter Major
Trochanter Minor

او په سفلي كې Supra Chondyl

Fractures of the Femoral Head

د فخذ د رانس كسرونه چې معمولا د خلعي له امله منځته راځي او يا د شديد ضربې له كبله منځ ته

راځي. نوموړي كسرونه د تداوي له مخې په دوه گروپونو ويشل شوي دي.

هغه كسرونه چې يو غټ Fragment جلا شوی وي.



هغه كسرونه چې Multi fragments ولري.

Treatment:

د Single Fragment كسرونو تداوي:

د Hip په خلعو كې كېدای شي د فخذ د رانس څخه يو Fragment جلا شي كه Fragment غټ

وي يعنې د Caput $\frac{1}{3}$ ، $\frac{1}{2}$ برخه وي او يا د Weight Bearing برخه په برکې نيولي وي نو پدې حالت

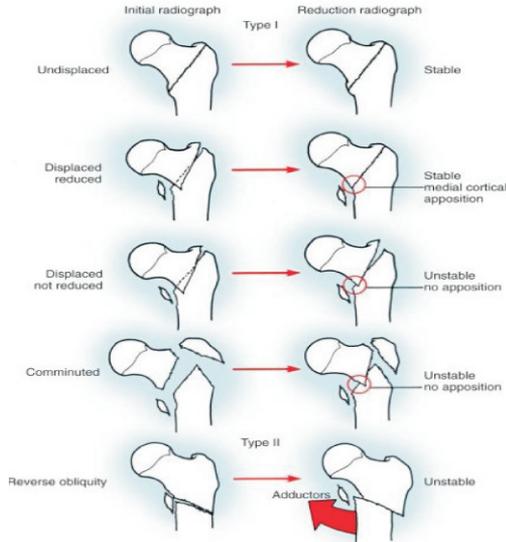
كې بهتره تداوي د Internal Fixation څخه عبارت ده.

د نوموړي Fragnmet د ويستل استتباب نلري ځكه نتيجه يې هم ډېره بڼه نده بعضي اوقات

Prosthese اچول كېږي خو كه پارچه وړه وي، او داخل مفصلي وي ويستل يې استتباب لري.

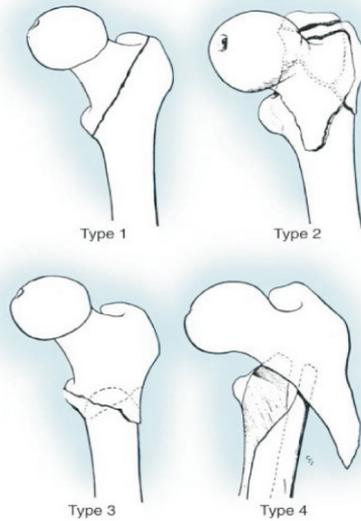
:Communited and superior head fracture

Communited وي او يا د رانس د علوي برخې د Weight bearing برخه ماوفه شوي وي نو Internal fixation استطاب نلري، Prosthese واچول شي او كه Acctabullum هم تخریب شوی وي بهتره چې Total hip-arthroplasty اجرا شي.



:Fracture of the femoral neck

د فخذ د عنق كسرونه معمولاً زړو خلكو او زياتره په بنڅو كې ليدل كېږي دا افات په بعضې امراضو كې چې عظم ضعيفه كېږي او يا عظمي كتله په كې له منځه زيات ليدل كېږي لکه Osteo malasia، Alcoholism، Diabete او بعضې نور چې په بعضې د دې افاتو كې د ناروغ د غورځېدو چانس زياتېږي او د Neck كسر منځته راځي.



:Mechanism of injury

معمولاً د وليدو له كبله يا په Trochonlar major د لگېدو له كبله دا آفت منځته راځي يا په زړو بنڅو كې ممكن د هغوي پښه په فرش كې بندې او وغور څېرې او Hip په كې په External rotation حالت كې تاو شي او د كسر سبب شي.

Classification: د كسري خط له مخې هر څومره چې كسري خط افقي وي انراز يې ښه وي او هر څومره چې كسري خط عمودي وي انراز يې خراب وي دغه راز د فخذ د عنق كسرونه د كلينيك له نظره په څلورو برخو وېشل كېږي.

Stress Fracture: چې معمولاً په پورتنۍ برخه كې يوه كمه انداز كسري خط ليدل كېږي.

Impacted Fracturs: چې معمولاً د سفلي Fragment نهايت په علوي Fragment كې

داخل شوي وي.

Displaced Fracture: هغه كسرونه چې بې ځايه شوي وي.

Comminuted Fracture: هغه كسرونه چې څو پار چې شوي وي.

فزیکي او رادپولوژیکي معاینات:

هغه ناروغان چې Stress، او Impact کسرونه ولري ممکن په Grain ناحیه کې خفیف درد احساس کړي د دوی گرځېدلي شي خو کوروالی ورسره مل وي چې اکثراً د عضلي پرابلمونو خواته فکر کېږي. په فزیکي معاینې سره:

X-ray باید قدامي خلفي او مایل Obligne واخستل شي چې تشخیص کې مرسته کوي همدارنگه ناروغان چې Displaced Intra capsule F.N.F لري نو په ټول Hip کې به درد احساس کړي او طف به په Shortening (لنډوالی) Abduction او Rotation Ext. حالت ولري که حرکت ورکړل شي Crepitation به احساس شي چې دا کسرونه هم د اکسري په واسطه پوره تشخیص کېږي. بهتره به وي چې د درد د مخنیوي په منظور د Hip څخه وینه تخلیه او Local anesthetic مواد داخل مفصلي زرق شي.

تداوي:

Stress fracture: دا کسرونه په ځوانانو کې عام دي د تداوی- لپاره باید طرف Weight Bearing ونکړي او په طرف باندې باید زور رانشي. پنبه باید مستقیماً پورته نه کړي باید Crutches استعمال کړي او وروسته له شپږو هفتو باید Practical Weigh Bearing وکړي او وروسته د دولسو هفتو Full weight Bearing وړي.

Impacted fracture دا کسرونه په دوه ډوله تداوي کېږي.

په Cose شکل چې ناروغ ته د طرف محافظه یا Bed rest توصیه کېږي.

او بعضي وايي چې کېدای شي کسر يې ځایه شي. نو باید Traction تطبیق شي چې دواړو پورتنیو حالاتونو کې باید لکه د Stress fracture په شان د شپږو هفتو وروسته د Crutches سره د Physical weight Bearing او وروسته له دولسو هفتو څخه Full weight bearing توصیه شي.

:Displaced Fracture

دې ناروغانو کې باید Rig internal fixation او مقدم حرکات اجرا شي او کوشش باید وشي چې Fluoroscopic کنترول لاندې Internal fixation اجرا شي چې مختلف انواع د Inernal fixation شته لکه Multiple، Fixed nailing، Sliding nail serew fixation خو په ډېرو زړو

خلکو کې لکه د ۷۰ کلنۍ څخه وروسته بهتره ده چې Prosthese ته تجویز ونیول شي. خو په ځوانانو کې باید هېڅکله Prosthese استعمال نه شي او Arthrodesis په وځینو حالاتو کې بهتر وي نظر Prosthese ته. خو هر څومره چې مقدمه تداوي وشي بهتره ده. که په ظرف د دولس ساعتو کې جراحي مداخله وشي د Avascular necrosis چانس به ۲۵ فیصده وي که جراحي مداخله ۱۳-۲۴ ساعتو کې وشي نو Avascular necrosis چانس ۳۰ فیصده وي. که جراحي مداخله د ۲۵-۴۸ ساعتو کې وشي د Avascular necrosis چانس به ۴۰ فیصده وي او که جراحي مداخله تر یوې هفتې څنډ شي نو د Avascular necrosis چانس په ۱۰۰ فیصده وي.

:Complication

Infection, Avascular necrosis, Non-union

Femoral neck fractures in the children: په ماشومانو کې د کسرونه نادر دي د قوي Trauma له امله لکه Accident له کبله منځته راتلای شي. په ماشومانو کې تداوي ته زیاته توجه پکار ده ځکه چې د نشورنما مرحله وي. تداوي:

Undisplaced کسرونه باید د شپږو هفتو لپاره په plaster Spica کې تثبیت شي او که Displaced کسر وي باید Internal fixation اجرا شي. د Internal fixation په منظور بهرنه ده چې د رخدار Pins پواسطه وشي ځکه چې Groeth-plate خراب نشي.

:Intertrochantric fracture

Interteochantric کسرونه Extrcapsular کسرونه دي لکه د Femoral neck کسرونو په شان دا هم معمول زړو او Osteoporotic خلکو کې منځته راځي مخصوصاً په ښځو کې په اتمه لسیزه د عمر کې زیات تصادف کوي مگر نظر د Femoral neck کسر نه ښه تعظم کوي او په کمو واقعاتو کې Avascular necrosis منځته راځي.

Intra capsular كسرونه يو دا چې Capsul اروا له منځه ځي Column لري Perioste لري خو په Periost كې عضلات ارتكاز نلري نو Periostal تعظم ښه صورت نه نيسي بله دا چې د مفصلي مايع چې د وينې لخته كېدو منځه نيسي او د وينې علقې په تعظم كې خاص رول لري. مگر د Extra capsular كسرونو اروا ډېره نه خرابېږي په Periost يې عضلات تماس لري او هم د وينې علقې په كې موجود وي.

:Mechanism of Injury

دا كسرونه معمولاً د وليدو له كبله چې مستقيماً Greater trochanter اصابت وكړي او يا په غير مستقيم ډول فشار چې د طرف تاوېدل په كې منځته راشي. پدې كسرو كې معمولاً د Trochanter major او Trochanter minor تر منځ يو درز پيدا كېږي خو كيدای شي څو پارچه يې كسر هم منځته راشي. په عمومي ډول دا كسرونه په Unstable او Stable كسرونو وېشل شوي Stable كسرونه هغه كسرونه دي چې انسي Cortex كې يې Communion موجود وي. عموماً يوه غټه پارچه د انسي Cortex چې Minor Trochanter يې هم په بر كې نيولې وي يې ځايه شوي وي دا كسرونه په مشكل سره د Internal Fixation پواسطه كلکېږي.

:Clinical feature

ناروغ معمولاً زور او ډنگر وي د وليدو نه وروسته د جگيدو توانا يې نلري Leg به لنډ External Rotation حالت ولري (معمولاً) X-ray: Undisplaced stable كسرونه به يو نازك درز په Intertrochantric ناحيه كې ولري چې حتی يو شكمن حالت به وليدل شي چې آيا كسر شته او كه نه، غالباً به كسر يې ځايه شوی وي او څو پارچه يې كسر Communion به موجود وي. كه چېرې Minor trochantric جدا شوی وي او انسي Cortex څو پارچې شوی وي نو Internal fixation، Stable، نه وي نو په طرف بايد وزن اچول وځپېدل شي.

:Treatment

دا ناروغان د دې لپاره چې ښه پوزېشن سره ارجاع شي او هم زر وگر خېدلې شي او د بستر د اختلافاتو څخه جلو گيري وشي. بهرته ده چې همېش په مقدم شکل Internal fixation وشي چې معمولاً بايد ساحه وازه ارجاع اجرا او د Sliding nail يا Jewel nail پواسطه تثبيت شي.

:Complication

Early complication: چې د هر عمليات نه وروسته پيدا کېدای شي لکه تر مېوس، امبولای، نمونيا، Bed Sore، Infection، علاوه له دې څخه late اختلافات لکه واروس، External Deformity: rotation ممکن منع ته راشي. خوشبختانه چې دا ډېر خطرناک نه دي او نادراً په کې وظيفه منځته کېږي، Non-union دا اختلافات غير معمول دی که تر شپږ مياشتو پورې تعظم صورت و نه نيسي نو بل عمليات ته منکن ضرورت پېښ شي چې Internal fixation بايد ښه مطمئن او Bone graft هم اجرا کړی شي.

:Fracture of the trochanters

د Major trochanter كسرونه: د مستقيمي شربي نه وروسته كېدای شي چې منځته راشي او يا دا چې د Abductor د عضلاتو پواسطه يوه برخه په Avulsion كسرو اخته شي همدارنگه Minor trochanter كسرونه كېدای شي د Eliopsoas د عضلي د قوي تقلص له كبله يې خايه شي. چې په اول حالت کې Trochanter د يوه Screw پواسطه تثبيت شي او مكممل وزن څخه شپږالي اته هفتې جلو گيري وشي. او كه Aulsion كسرونه په Minor trochaner او يا Partial Fracture په Major trochanter کې منځته راشي نو بايد دوه دري ورځې استراحت وكړي او بيا د Cruchs پواسطه وگرځي.

:Sub trochanteric fracture

دا كسرونه د trochanter minor د لاندې څخه تر ۵ سانتي مترو پورې حسابېږي دا كسرونه معمولاً په ځوانانو کې منځته راځي البته په زياتو واقعاتو کې د قوي ضربي كبله منځته راځي او هم نسبتاً زيات په

Trivel injuries كې راځي. په زړو خلكو كې Osteoporose، Osteomalalcia او يا دا چې په ثانوي ډول د بل كوم واقعاتو له كبله منځته راځي د وينې ضياع نظر د Neck او Trochanrer كسرونو ته زياته وي. علوي Fragment به Flexion، Abduction او Ext.rotation حالت ولري او سفلي Fragment به Abduction حالت ولري.

:Clinical feature

طرف په لڼاو او وحشي تدور په لري او ورون په فوق العاده پړسيدلي وي حرکات به ډېر اساس وي.

X-ray

كسر به د Trochanter minor په سويه يا د هغه نه لاندې وي كيدای شي Oblique، Spiral، Transverse او په بعضو واقعاتو كې به Communited وي علوي Fragment به قبض، تبعد او وحشي تدور ولري او سفلي Fragment به Abduction او پورته خوا بې ځايه شوی وي.

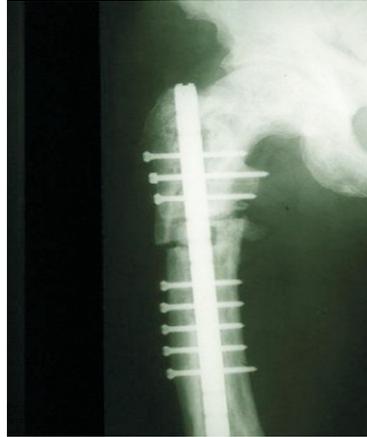
:Treatment

Open reduction او Internal fixation يوه انتخابي تداوي ده كه كسر د Lesser trochanter په سويه وي بهتره ده چې يو Compression Hip screw او پليټ تطبيق شي، او كه كسر د Trochanter minor څخه لاندې وي او د عظم حلقه جوړوي. (درزونه لري) نو بهتره ده چې Locking Screw يا Pins پكې هم تر Collum پورې تېر شي حتی كه د انسي Cortex برخه كې Cammunion موجود وي نو Bone graft هم استطباب لري وروسته له عمليات څخه Partial weight bearing توصيه كېږي تر څو تعظم صورت ونيسي. البته تر دولسو اونيو پورې تعظم صورت نيسي. Closed reduction په هغو ناروغانو كې چې Communition ډېر وي چې Internal Fixation ممكن عظم ښه Fixed و نه شي كړی او يا واز كسر موجود وي، نو Skeletal Tracdon بايد د فخذ په سفلي برخه كې تېر شي او د Knee joint ازادو حرکاتو ته تازه وركول كېږي Traction ته بايد تر دې مياشتو ادامه وركړي او Knee او Hip بايد ۹۰ درجې وسي.

اختلالات Mal Union او Non union عام اختلالات دي چې باید دویاره عملیات پواسطه اصلاح او Bone graft اجرا شي.

Femoral shaft fracture

د فخذ د هډوکي جسم چې په قوي عضلاتو کې پټ دی ښه والی یې دا دی چې عزم محافظه کوي او د فشارونو څخه یې ساتي مگر ضرر یې دا دی چې د کسر په صورت کې د دې قوي عضلاتو په اثر عظمي پار چې (Fragment) ډېرې یې ځایه کوي بیا د ارجاع لپاره یې قوي ترکشن ته ضرورت دی تر څو ارجاع صورت ونسي دا کسرونه اساساً په ځوانانو کې پیدا کېږي که چېرې دا کسرونه په زړو خلکو کې منځته راشي کېدای شي پتالوژیک کسر وي.



هغه ناروغان چې د فخذ د جسم کسر لري باید د حوصلې او قصبې پورې ماوفه طرف معاینه شي پدې ناروغانو کې د زنگانه مفصل د اربطو زیات افاته هم عام وي خو هغه د عمومي بي هوښۍ لاندې کله چې د مخد کسر تثبیت شو وروسته د Knee د اربطو افات تفتیش کېږي د فخذ په کسرونو کې دعایي افات نادر و خو په سفلي ثلث کې دا چې فخذی شریان د قدامي Compartment څخه سفلي Compartment ته د عظم سره نږدې سیر کوي نو د سفلي ثلث په کسرونو کې د دې شریان د وهلو خطر زیات دی. همدارنگه په Floaten Knee کې (کله چې د فخذ د جسم او د همدې طرف قصبې د جسم کسر موجود وي په Popliteal کې د فخذ شریان Tibial Nerver او Peronial Nerve زیاتره ماوفه کېږي.

:Clinical feature

دا چې په دې ناروغانو کې حتی په ټولو کسرونو کې د 1-2 liters وینه ضایع کېږي کیدای شي ناروغ د Shock حالت ولري (Hypovolemic یا Neurogenic) کېدای شي شحمي امبولاً منځته راغلې وي (د مخي قنات شحمي کنلات د خیرې شوو وریدونو د لارې دوران ته ځي) او ته ځي کسري ساحه کې به سوء شکل، پړسوب موجود وي طرف او تدور به ولري.

X-ray: کسر د Shift په هر قسمت کې منځته راتلې شي مگر ۷۰ فیصده په توسط ټلث کې منځته راځي همدارنگه کسر نظر د قوي په محور سره کیدای شي په Transverse، Oblique، Spiral، (Butterfly) triangular، Segmental یا Comunion موجود وي. د اکسري په کلیشه کې باید همپشه Hip راشي. ترڅو د Hip کسرونه پټ پاتې نه شي.



:Treatment

Emergency treatment: مخکې له دې چې ناروغ انتقال شي بايد د Accident په محل کې Shock تداوي او کسر په Splint کې تثبيت شي. تر ټولو ښه Splint د Thomas سپلینټ دی. (چې د يوې خلفي او دوه اهني فرېمونو څخه جوړ شوي دی) خلقه يې په Ischiadic کې اصابت کوي نو کولای شو چې پښه يې په ترکشن حالت کې د Frame سره تثبيت کړو که Splint نه وي نو ماوفه طرف د سالم طرف سره تثبيت کيدای شي کله چې ناروغ Hospital ته انتقال شو د عمومي بې هوشي لاندې ورڅخه Splint لري او قطعي تداوي اجرا شي.

:Definitive treatment

Choice of method

د فخذ د جسم په تړلو کسرو کې د څلورو لاندینیو میتودو څخه یو میتود انتخاب کېږي.

Traction

Traction followed brace or spica

Open reduction with intramedullary nailing

Close intramedullary nailing

تړلي تداوي يې خطر مگر اوږده او تحمل يې گران وي خو وازه تداوي زر اجرا کېږي مريض ته قابل تحمل وي مگر يې خطر نه وي.

:Traction

ترکشن بواسته کسر ارجاع اوپه مناسب صورت ماتل کيدای شي همدارنکه د بندونو حرکات په ترکشن کې اجرا کيدای شي (Active excise) خو غټ مشکل د ډېر وخت ضياع ده بستر کې د -10 14W پورې يو کاهل ته ضرورت دی.

۳ تر كشن او بيا د P.O.P پواسطه تداوي:

پورتنۍ اوږد وخت د تر كشن څخه وروسته د تر كشن څخه وروسته د Function bricing او يا Spica پواسطه لنډپېرې چې په كاهل كې 5-6W تر كشن بيا Function brace يا Spica ده په پورتنيو دوه طريقو كې كېدای شي سوء اشكال منځته راشي.

دوه سانتي متره لنډوالی، لس درجې Angulation بېدون له دې څخه چې په وظيفو كې نيمگړتيا پيدا شي تحمل كېدای شي.

Intra Medullary Rod: د فخذ د كسرو لپاره ډېره مناسبه طريقه ده، خصوصاً د علوي ثلث په كسرو كې، Transvere كسرو كې، په هغه كسرو كې چې تړلې تداوي مشكله وي همدارنگه نور استطببات يې عبارت دي له: Fracture with Multiple Fracture، Pathologic Fracture، Vascularizing او نور. په نږدې وختو كې په تړلې شكل د I.M.R تطبيقول او ځني د Locking screws استعمال حتی په Cominuted او Unstable يا د سلفي ثلث په كسرو كې ډېره موثره طريقه ده. Open fractures

د فخذ واز كسرونه بايد د جلدي ضياع، د جراحي د ملوثوالي، د عضلي اروا اود اوغيو او اعصابو حجراتو په نظر كې ليولو سره تداوي شي، واز كسرونه په عمومي شكل په لاندې درجو ويشل شوي دي. G_1 : چې جرحه له يو سانتي متر څخه كمه وي او د انساجو كم تخريب او يا هيڅ تخريب موجود نه وي.

G_2 : چې د جرحې اندازه د يو سانتي متر څخه زياته وي او د انساجو تخريب په متوسطه اندازه وي.

G_3 : پدې كې كېدای شي جرحه په لويه اندازه وي. د انساجو تخريب او يا ضياع پكې دي، د عظم ضياع هم په كې وي او بنسكاره ملوثوالی موجود وي.

G_3a : چې هلووکی كېدای شي په رخوه اقسامو پټ شي.

G_3b : چې عظم كېدای شي پټ نشي.

G_3c : چې وعایي جروحات هم مزجود وي.

په هر ترتيب اوله او دوهمه درجه كسرونه چې جروحات واره او د رخوه اقسامو تخريب هم ډېر زيات نه وي وخت پرې نه وي تېر شوی او ملوثوالی هم كم وي، كولای شو لكه د تړلي كسر په شان تداوي شي. او وقايبوي انتي بيوتيك ور كړل شي. خو كه كله وخت پرې ډېر تېر شوی وي او يا ملوثوالی موجود وي يا په پشرفته درجه كې وي اوليه مومك لكه د تړلي كسر په شان مېزابه كې تثبيت او بيا د ښه Debredment او پاكولو څخه وروسته External Fixation كې تثبيت كېږي چې وروسته د جرحې له ښه كېدو څخه IMR تصميم كېدای ونيول شي. په فخذ هډو كې كې د زياتو عضلاتو د موجوديت له كبله چې عظم يې پټ كړی دی د External Fixation تطبيق هم مشكل دی. او ډېر موثر هم نه دی. (كوم چې په قصبه كې موثر او اسانه دی) په عمومي صورت د فخذ كسرونه بايد په ۲۰-۱۰۰ ورځو كې جوړ شي كه كسر له دې وخت څخه وروسته جوړ شي Non-union يا Delayad Union ته فكر كېږي.

Complication

:Early

Shock د وينې د فشار له كبله

Fat Embolism (د شحمي كتلو داخلېدل په څېرې شويو اوعيو كې خصوصاً په تړلو كسرو كې)

Vascular Injury: د اوعيو وهل

Trombo embolism د ساق د Culf په برخه كې.

Infection خصوصاً په خلاصو كسرونه كې او وروسته له Intenal Fixation څخه د منتن كېدو

چالس موجود وي.

:Late

Delayed and Non-union

Mal-union

Joint Stiffness

د فخذ د كسرونو تداوي په ماشومانو كې:

كه د خو هابو كو كسرونه منځ ته راشي او يا د جوړېدو مرحله كې تكراري كسر منځ ته راشي بايد پتالوزيكو كسرونو ته فكر وشي لکه Osteogenesis imperfecta، Spinal Bifedia يا عظمي سيست او يا تومورونه.

په عمومي شكل بايد ماشومان په ترلي شكل سره تداوي شي. او په واز شكل تداوي نادراً استطباب لري.

Infant: يو دوه هفتو تر كشن او بيا درې څلور هفتې Spica شي.

Angulation تر ۳۰۰ درجو كېدای شي قبول شي ځكه Remodelling ډېر سريع وي.

Children: (2-10yrs) كولاى شو دوه درې هفتو تر كشن او د نورو څلورو هفتو لپاره Spica يا

په مقدم شكل Reduction او Spica cast.

Teenagers: دا ناروغان 4-6weeks تر كشن ته ضرورت لري. او كه عمريې له 15 كلو څخه

زيات وي Bone Traction او وزن به يې هم زيات وي. (د تر كشن وزن) خو كله چې كسري ساحه كې كلكوالي پيدا شو بيا Spica يا Cast brace تطبيق كېدای شي چې د راتلونكو شپږو هفتو لپاره تطبيقېږي. پدې ناروغانو كې قابل قبول زاويه په Ap كې 15 درجې او Lat كې 25 درجې قبلېدای شي.

:Supracondylar fracture

Supracondylar برخه د Cordyles څخه تر د Meraphys او Diaphysis د اتصالي برخي

پورې ناحيې ته وايي په كاهلانو كې هر عمر كې منځته ته راتلی شي. عموماً د مستقيمي قوې په اثر منځته راځي كله چې كسر منځته راشي د Gastricnimus عضلې د كشن له كبله سفلي Flexion، Fragment، كوي دا كسرونه په درې گروپونو ويشل شويدي.

Impacted

Undisplaced

Displaced

چې بيا Displaced كسرونه هم كېدای شي Transverse، Oblique او بعضي اوقات

Comminated كسرونه وي.

:Signs and symptom

د تروما تاريخچه موجوده وي چې له هغې وروسته په Supracondylar ناحیه کې دردناک پړسوب او غالباً سوء شكل منځ ته راځي كېدای شي كاذب حرکات او Crepitis په ساحه کې احساس شي، په غير د Impact او Undisplaced كسرونو څخه.

X-ray

يوازې AP او Lat كلیشي پوره تشخیص کولای شي. باید مکمل فخذ او Hipjoint په کلیشه کې راشي ترڅو که Hip dislocation او یا د عنق کسر موجود وي له نظره پاتې نه شي.

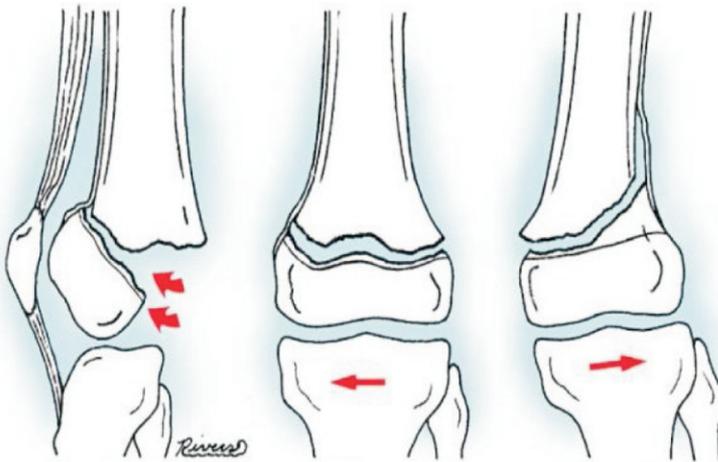
تداوي:

په Impacted او Undisplaced كسرو کې باید Lohg leg cast (د پښې څخه د وړانه تر علوي برخې پورې) يا Spica تطبيق شي.

Displaced كسرونه باید 4-6w Traction او وروسته د Calus د جوړېدو څخه Spica يا Long leg cast شي البته Traction هم باید Tibia Tuberosity لاندې او بل سيخ په سفلي Fragment کې تیر شي او Knee باید معمولاً د قبض شکل ولري تر څو Gastricnimus د استرخاء حالت ولري په زړو ناروغانو کې او په هغه ناروغانو کې چې کسر Displace او په تړلي شکل ارجاع نه شي د Internal fixation تطبيق ضرور دی تر څو په زړو خلکو کې ژر Mobilization اجرا شي او د لا زیات Osteoporosis څخه جلوگیری وشي. په Inernal fixation کې په ښه وي چې I.M.R او یا بهتره ده چې Blood plate تطبيق شي.

:Fracture separation of distal femoral Epiphysis

د نشونما په مرحله کې د supra-condylar كسرونه علاوه له هغې نه epiphysial displacement ممکن موجود وي سفلي Fragment كېدای شي قدام او يا انسي يا وحشي ته بېخايه شي. معمولاً وحشي ته بېخايه کېږي. دا كسرونه معمولاً Salter harris Type II كسرونه دي چې د Epiphysial Separation د ميتافيز يو غټ Fragment.Triangular موجود وي.



كلينيكې لوحه:

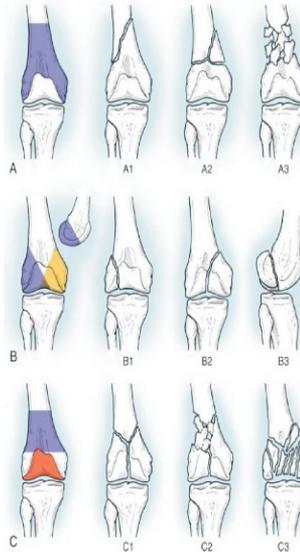
Knee joint به پرسېدلې. سوء شكل به ولري، دپېنې Palse بايد جس شي، كېدای شي په فخذې شريان د Fragment بې ځايه كېدو له كبله فشار راغلي وي او د سفلي طرف اروايي مختلفه كړي وي. تداوي: بايد په تړلي شكل پوره ارجاع صورت ونيسي او ارجاع د پلستر بواسطه تثبيت وساتل شي يوه هغه بعد له ارجاع څخه هم بايد اكسري واخيستل شي تر څو كسر بېځايه شوی نه وي كه بېځايه كېدونكي وي بايد د Kreshnair Wire پواسطه تثبيت شي. معمولاً د څلورو هفتو څخه وروسته پلستر لرې كېږي او يو خلفي مېزابه د پوره تعظم پورې اېښودل كېږي.

:Complication

Early: كېدای شي د Leg gangrin ورور د خرابوالي له كبله منځ ته راشي.
 Lat: د Valgos او Varus سوء اشكال او لنډوالي معمول اختلالات دي چې د نشونما د غضروف د Partial او يا مكملې نشونما خرابوالي له كبله منځته راځي چې بايد د Osteotomy او يا Lengthening (امدول) پواسطه اصلاح شي.

Femoral condyle fracture

د مستقيمي ضربي له كبله يا د غير مستقيمي ضربي له كبله لكه د لوړي ارتفاع څخه او ليدو په صورت كې د Tibia Condyle په Femur Condyl فشار راوړي كېدای شي يو Condyl د فخذ مات شي يا دواړه Condyls مات او سره جدا شي.



كلينكي لوحه:

زنگون پرسېدلي او سوء شكل به ولري Hemoarthrosis به موجود وي د حرکت پواسطه به زنگون فوق العاه حساس وي چې بايد د پښې حيسيت او حرکت د عصبي افتاتو لپاره معاینه شي...
X-ray كېدای شي يو كوندیل مات او پورته تللی وي يا دواړه كوندیلونه سره جدا شوي.

تداوي:

Closed reduction: ترلي ارجاع به غالباً کامیابه وي چې تر كشن د Tibia علوي برخه كې اجرا كېږي او 4-6w دوام وركول كېږي او بيا PoP (پلستر) PoP كېږي.

وازه ارجاع: وازه ارجاع هغه وخت اجرا کېږي چې تړلې ارجاع ناکامه شي همدارنگه په ځوانانو او هغه ناروغان چې باید ژر Mobile شي وازه ارجاع ضرور ده چې باید د وحشي شق پواسطه Blade او يا د Plate او Dynamic Condyl Screw پواسطه تثبيت شي ناروغ وگرځي خو دې کم وزن په طرف راوړلې شي تر څو چې تعظم صورت ونسي.

نوب: ټول مفصلي كسرونه باید په انانوميك شكل ارجاع شي تر څو د مفصل Integnty له منځه لاړه نه شي او د سوء اشكالو او Drgenerative Arthritis څخه جلو گيري وشي.

:Patella fracture

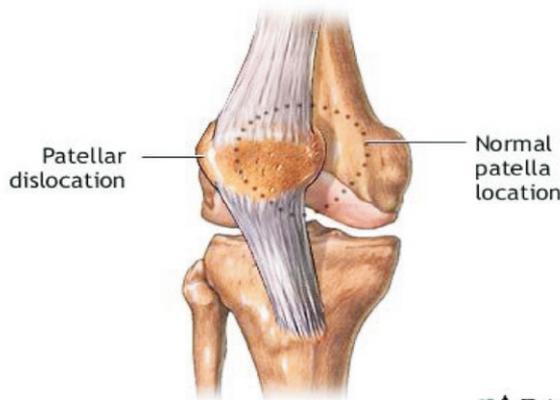
د Patella كسرونه په عمومي ډول په درې ډوله دي.

Undisplaced كسرونه: دا هغه كسرونه دي چې په Patella کې يو درز پيدا کېږي چې ممکن د

يوې مستقيمي ضربې له كبله منځته راشي.

Comminated (stellate) كسرونه چې معمولاً د وليدو او يا د مستقيمي ضربې له كبله منځته

راځي.

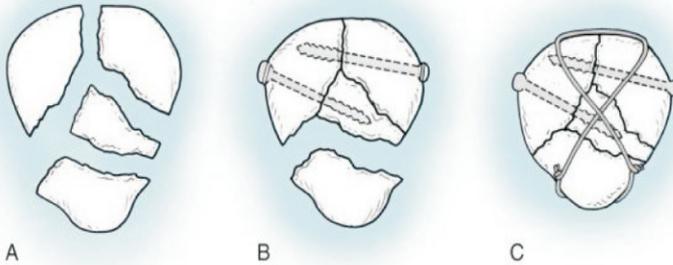


مستعرض كسرونه چې د دواړو عظمي پارچو تر منځ مسافه موجوده وي.

دا كسرونه معمولاً هغه وخت منځته راځي چې كله Quadriceps عضلات تقلص حالت ولري او زنگون په Extention حالت كې وي په فوق سره Passive flexation اجرا شي نو مكمل extensor ميكانيزم (Patella او Retinacular) په عرضاني شكل شكېږي او Knee extnsion ناممكنېږي. زنگون په پرسېدلی او درد ناکه وي بعضې اوقات د عظمي پارچو ترمنځ مسافه هم جس کېدای شي په مفصل کې معمولاً وینه موجوده وي. د تداوی- انتخاب د زنگانه د بست کولو په اساس چې په اکتيف شکل اجرا کېږي او که نه صورت نيسي.

:X-ray

په اكسري كې درې واړه قسمه كسرونه ښه تشخيصېږي. مگر بايد (Undisplaced) Crack Frature كسرونه د Congenital bipartite patella سره فرق وشي (په كوم كې چې د Supralateral زاويه كې يو مايل خط موجود وي).



:Treatment

Undisplaced or Manimal Displaced Fractures: که Hemoarthrosis موجود وي بايد تخليه شي د Syringe پواسطه (Aspirated) پدې حالت كې كه Extensor ميكانيزم ټول قطع نه وي بايد محافظوي تداوي اجرا شي چې يو Cylindar plaster تطبيقېږي تر څو Knee Joint په Exension شكل كلك وساتل شي 4-6weeks بايد دوام وركول شي. او دې وخت كې بايد د Quadriceps exercise هره ورځ اجرا شي.

:Communitated Fracture (stellate)

پدې حالت كې په Extensorexpanansion مكممل قطع نه وي ناروغ كولاى شي خپل زنگون ته Extension ور كړي مگر د Patella داخلي مخ به غير منظم وي او د Patella femoral joint د تخریب خطر ډېر وي. پدې لحاظ اكثره خلك د Patellotomy طرفداران دي كه پرچې دېرې بېخايه شوي نه وي بايد Patella ونه ويستل شي مېزابه كې طرف تثنيت او هره ورځ مېزابه لرې او حرکات توصيه شي. ترڅو پارچې خپل ځاى ته راشي. كه د Patella يوه پارچه چې اقلًا % ۵۰ وي. (Partial Patella Fracture) كه وساتل شي نوبنه به وي.

Displaced Transverse Fracture: پدې كسرونو كې معمولاً Extensor-expansion

مكممل قطع شوى وي بايد د Patella دواړه پارچې سره په اناتوميك موقيعت راوړل شي. Inernal Fixation اجرا شي او Extensor Mechanism ټول ترميم شي ناروغ ته مېزابه كېرودل شي او محافظه شي.

:Miniscus Tear

اناتومي:

Semilunar غضروفونه دي) عبارت له دوه ليفي غضروفي ساختمانونو څخه دي چې د قصبې د

هېوكي په كوندېلو نو باندې پراته دي، چې په Knee joint كې مهم وظيفې لري او دوه دانې دي.

۱. Medial Miniscus ۲. Lateral Miniscus

انسې Miniscus د قصبې او د وړانه د هېوكي د انسې كوندېلونو ترمنځ او وحشي Miniscus د قصبې او د وړانه د هېوكي د وحشي كوندېلونو ترمنځ موقيعت لري. انسې Miniscus نسبت وحشي Miniscus ته زيات دى. دليل يې دا دى. چې انسې Miniscus ثابت دى او وحشي Miniscus متحرک دى د انسې minisc ۳/۵ برخه د هغه د سايز محيطي Attachment د هغه د قدامي او خلفي Horn (شاخ) سره يوځاى لري. درېيمه محيطي خارجي برخه يې Vascularize ده. كه چېرې په همدغه قسمت كې Tear واقع شي. بېرته د ترميمېد و قابليت لري او د كلينيك له نظره همدا قسمت زيات اهميت لري.

انسې Minisc د شكل له نظره wedge-shaped چې قطر يې نرۍ او باريكه جسم لري او د وحشي Miniscus په نسبت Large دی. Cruciate Lig. سره تماس نه لري. په محيط كې د Tibial Collateral lig سره تماس لري. وحشي Minisc هم په محيطي قسمت كې Vascularized دی. محيطي Vascular قسمت يې په Politeus Tendon Heatus كې قرار لري. د شكل له نظره وظيفوي اهميت لري چې پورتنۍ سطحه يې محدبه، مجوفه او سفلي قسمت يې هموار دی. وحشي منيسك نسبت انسې Minisc ته وړوکی دی. قطر يې عريض او ضخيم دی. او د دواړو Cruciate Lig. سره تماس لري او په خلف كې د Popliteus عضلې سره په تماس كې دی. چې د همدې بواسطه له Fibula Collateral Lig. څخه جدا كېږي.

د Miniscus وظيفې:

Both Force Transmission (د ټول وزن دوطرفه انتقال او Stability of Knee joint)

په Knee joint كې د Hyaline cartilage او د Capsul محافظه.

د Femur او Tibia په منځ كې د Abnormal حرکاتو مخنيوی.

د مفصل په سطحه كې د Synovial Fluid په توزيع كې رول لري.

كه چېرې د Cruciate Lig. Rupture موجود وي او Miniscus وويستل شي نو د Tibia قدامي حرکت به د Femur له پاسه زيات شي.

Mechanism of the tear:

مريض په پخه وزن اچوي په داسې حال كې چې زنگون قات وي (Flexion حالت ولري) پدې وخت كې په ډېر قوت سره د Femur هډوکی د Tibia هډوکی له پاسه Inrernal Rotation اجرا كوي. د وړانه د هډو كې د داخلي تدور په اثر د قصبې د هډو كې له پاسه Miniscus مفصل ته كش كېږي. پدې وخت كې د وړانه هډو كې ددې سبب كېږي چې Minisc د قصبې او وړانه هډو كې تر منځ ر و كاري، او Minisc څېري شي.

:Lateral Minisc Teaar

په ډېر قوت سره د وړانه هلوکي د خارجي تدور په اثر د قصبې د هلوکي له پاسه په داسې حال کې چې Knee joint قسمي Flexion ولري. Lateral Minisc Tear واقع کېږي.

:Classification of the Tear

Minic Tear په لاندې ډول تصنيف بندي کېږي:

Tear of the body

Longitudinal Tear or classic Bucket Handle Tear

Transverse Tear

Obligie Tear

Tear of the Peripheral Attachment

Tear at the Posterior horn

Tear at the middle

Tear at the anterior horn

Combine Tear of the peripheral Attachment and body
shaped or pedunculatde tear of the body

Frying or shredding of the conqured edge or flap Tear

وقوعات:

زياتره په ځوانان او سپور تمينانو کې پيدا کېږي چې دې ته Sport injury هم وايي چې د انسي Minisc Tear واقعات نسبت وشحي Minisc ته زيات دي. Bucket Handle Tear ۳۰ فيصده په انسي Minisc Tear کې ليدل شوی دی. وحشي Minisc چون Mobile دی نو د Tear واقعات په کې کم ليدل کېږي.

تشخيص او کلينيکي اعراض او علايم:

گڼه تشخيص کې د مريض تاريخچه مهم رول لري مريض په خپله تاريخچه کې د سپورت په وخت کې د زنگانه د بند ناڅاپي تدوي حرکت او د لوبدو څخه شکاي وي. همدارنگه ناروغ د زنگانه د بند د انسي وجهې د شديد درد چې خوځېدو ته اجازه نه ورکوي شکايت لري. او د مفصل د قسمي Flexion په حالت د

Locking څخه شاكي وي او څو ساعته وروسته پړسوب رابكاره كېږي. Arthroscopy او Arthrography پواسطه هم تشخيص وضع كولى شو.

:Inspection

په جس سره د Medial Minic Tear په حالاتو كې درد په joint line كې موضعي وي او په Lateral Minic Tear كې علاوه له دې څخه چې په وحشي كې درد ولري په جس سره د وړانه په اوني او د قصي د كونديلونو تر منځ ساحه حساسه وي. د زنگانه بند په تام ډول سره بسط اجرا كولى نه شي حال دا چې نارمل بسط 190 درجې دى اما دې حالت كې 170 درجې بست وركولى شي. او د تام بست په سورت كې ناروغ په بند كې درد احساسوي اما قبض نارمل وي. د Tear په حالاتو كې په جس سره Tenderness او Eifusion په انسي او وحشي كې او د Lateral lig. د Tear په حالاتو كې په خلف كې موجود وي. د Tear لپاره معمول تيسټ Mic merry Test دى.

تخنيك:

كه چېرې ماوفه زنگون ته په تام ډول سره قبض وركړل شي وروسته پښې ته وشحي تدور او بسط وركړل شي. د Medial Minisc Tear په حالاتو كې يو Click اواز د انسي Minisc له پاسه جس يا اورېدل كېږي. نو وايو چې دا تيسټ مثبت دى او د Lateral Minisc Tear لپاره زنگون ته Flexion او پشې ته Internal rotarion او Hyperextension وركول كېږي. كه چېرې Click اواز د lat. Minisc له پاسه وړېدل شي او يا جس شي د Lateral Minisc Tear باندې د لالت كوي كه چېرې كسري پارچه ازاده او متحرکه وي د Knee joint د Flexion او Extension په وخت كې د خپل نارمل موقيعت څخه بېخايه كېږي. كه چېرې Ant. Post Cruciate Lig. قطع وي نو مفصل Subluxation ته اجازه وركوي. كه چېرې د Collateral Lig. په قدام كې حساسيت موجود وي په Patella Femoral Disorder باندې دلالت كوي.

تداوي:

Conservative Treatment: که چېرې د Knee joint lock موجود نه وي په مکمل ډول سره بسط وکولای شي د درېو ورځو لپاره مکمل استراحت او درته جلدي (5-7pounds) Traction او Effusion وويستل شي که چېرې Lock موجود وي محافظوي تداوي استطباب نه لري. وروسته له درې ورځو د Knee joint حرکت او Quadriceps عضلې فعال حرکات او د درد لپاره N.S.A.I.D. وړ کول کېږي. که چېرې اعراض او علايم ۴-۶ هفتو پورې ادامه پيدا کړي يا که چېرې Tear نا تامه وي نو يابد ترميم شي. خصوصاً په ځوانانو کې.

Arthroscopy په واسطه جلدي Traction اجرا کېدای شي او چې ترميم صورت ونيولو نو د څلورو هفتو لپاره مريض Weight bearing نه کوي مگر حرکات ژر بايد شروع شي.

Reduction of torn: که چېرې Displaced، Minisc Tear وي د مانورې په واسطه کولی

شو چې ارجاع يې کړو.

تخنیک:

که چېرې مريض کومک وکړي بيدون له پېهوشۍ څخه Knee joint ته Complete Flexion وړ کول کېږي. د يوه لاس په واسطه Ankle joint نيول کېږي او Knee joint ته Valgosity په شکل البته Medial minisc لپاره د بلې گوتې په واسطه Medial Minisc باندې فشار روارل کېږي. پنبې ته اهنسته Internal Rotation او Extension وړ کول کېږي د Lateral Minisc لپاره صرف knee joint varsity وروسته د خلفي مېزابې په واسطه د يو څو ورځو لپاره يې حرکت ساتل کېږي. تر څو چې Ministorny اجرا شي.

:Surgical Treatment

که چېرې Bucket handle tear کلاسيک اعراض او علايم موجود وي او ورسره Locking يو ځای وي. او يا که تر درېو ورځو لپاره Conservative تداوي ځواب ورته کړي. نو Minisctomy استطباب لري.

په رجعي حالاتو كې چې Knee joint په ترديد معروض شوي وي مگر Locking موجود نه وي او مريض له درد څخه شاكي وي. په استكشافي شكل سره rthrotomy اجرا كېږي. مفصل چېك شي كه چېرې Minisc tear موجود وي بايد Miniscotomy اجرا شي.

تغريقي تشخيص:

a. Med and lat minisc tear ترمنځ فرق.

چې درد او حساسيت په وحشي او انسي مفصلي سطحه كې موجود وي.

په وحشي كې بسط ته كمېږي.

Mic merry test په وحشي كې د click اواز د جس وړ وي.

b. كه د تام پست په وخت كې غير نورمال حرڪات موجود وي د Cruciate lig په آفت د لالت

كوي.

c. كه چېرې Knee joint د Flexion په حالت كې غيرنورمال حرڪات موجود وي د

Collateral Lig. په Tear باندې دلالت كوي.

:After Operation

وروسته له جراحي څخه د Quadriceps muscle تمرينات يو ورځ وروسته له عمليات څخه

شروع شي. 4-7 ورځو پورې مفصل بې حركته ساتل كېږي وروسته له لسو ورځو كه چېرې

Hemoarthrosis موجود نه وي فعال حركت د مفصل شروع كېږي Weight Bearing وروسته له

مكمل ترميم څخه 4-6 هفتې وروسته شروع كېږي.

:Complication of Miniscotomy

Sever Hemoarthrosis

Chronic Synovitis

Traumatic Arthritis

Dislocation of the Knee

Machanism: د زنگانه د مفصل سطحه ډېره نادره ناروغۍ ده چې د يو قوي (Force) چې د يو نوي پواسطه منځته راځي لکه Road accident معمولاً Cruciate Lig. او يو يا دواړه Lateral Ligament پکې قطع کېږي.

په عمومي ډول خلعه قدامي او خلفي منځته راځي کيدای شي جنبي خلع جمه منځته راشي. د Lig. Cracial او Colateral هم کيدای شي منځته راشي.

Look: د پېښې اروا بايد کنترول شي ځکه کيدای شي Popliteal شريان ماوفه شوي وي.

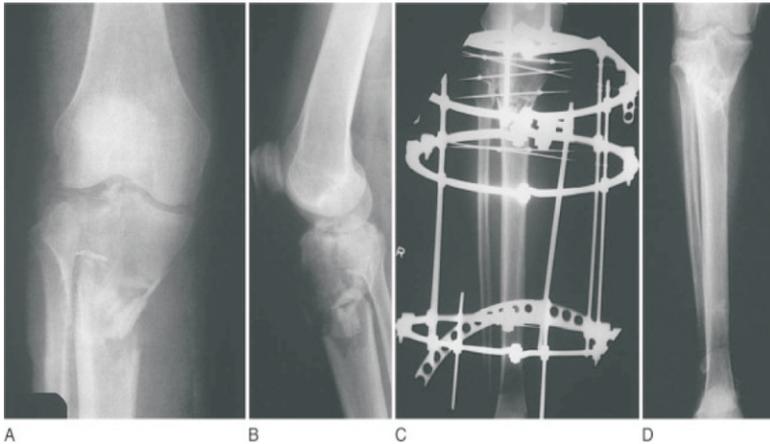
X-ray: په اکسرې کې ممکن علاوه له خلعي څخه Avulsion کسر وليدل شي.

:Treatment

بايد په عاجل ډول ارجاع صورت ونيسي البته د عمومي Arthrosis لاندې بايد رجاع وشي پدې ترتيب چې په مستقيم صورت Leg کش شي او يو Assistant پواسطه Connor traction هم جرا شي او مانور ورکړل شي. که په تړلي شکل ارجاع صورت و نه نيسي بايد په واز ډول ارجاع صورت ونيسي طرف بايد پلستر شي د ورانه د علوي برخې څخه تر قدم پورې د ۱۲ هغو بلستر له دوام ورکول کېږي او ناروغ ته د Quadriceps تمرينات توسيه کېږي. کله چې خلع په Patila کې صورت نيسي د Paptlital شريان يا Forar شريان باندې فشار راشي.

:Tabial Platou fracture

دا ډول كسرونه د Tibia علوي مفصلي سطحې په بر کې نيسي دغه كسرونه معمولاً په هغه خلكو کې چې پياده وركي مزل كوي او د موتر پواسطه ووهل شي منځته راځي نو ځکه ورته bumper fracture هم وايي يا د يوې ارتفاع څخه د لويډو له كبله په كوم کې چې په Knee joint باندې فشار راشي او varus يا د Vlgus حالت اختيار كړي په زړو خلكو کې خصوصاً په هغو کې چې هابو كې يې Osteoporatic وي. دغه قاطونكې قوه هابو كې تخريبيوي او يا يې جلا كوي لاکن په ځوانانو کې چې د هغوي هابو كې قوي وي د قصبې مفصل سطحې ممکن جدا نشي لاکن ممکن چې Colatral lig قطع شي.



په اکثرو واقعاتو کې وحشي Condyl او بعضاً انسي Condyl کله کله دواړه Condyles ماوفېږي. د دې کسرونو درې عمده يا معمول ترين انواع عبارت دي له:

د وحشي Comunate Condyl کسرونه.

پدې حالت کې د Condyl يوه موضعي برخه چې مفصلي سطحه احتوا کوي فشار لاندې راشي او نښته شي او باقي مفصلي سطحه په تماس پاتي شي.

د يو Condyl څخه د يوې غټې پارچې جلا کېدل.

:Special features

ناروغ تقريباً همېشه يو کاهل شخص وي مفصل پړسېدلی او Hemoarthrosis به موجود وي. مارغه ساحه حساسه او په هغه صورت کې چې Ligament هم ماوفه شوي وي په مقابل کې طرف کې به هم حساسيت موجود وي.

X-ray: اکسرې بايد په څو منظرو واخيستل شي (د AP، lat، او Oblique او نور) او بعضاً د دې لپاره چې د مکسوره ساحي د قيق حدود معلوم شي بايد Tomography اجرا شي. که چېرې Ligament د قطع کېدو اشتباه موجوده وي بايد د عمومي بې هوشۍ لاندې واخستل شي د عمومي بې هوشۍ لاندې ناروغ ته Varus يا Valgus نه د راوړلو په منظور فشار ورکول کېږي او په عين وخت کې اکسرې اخستل کېږي که

چېرې وحشي Ligament خپرې شوی وي نو Varus شکل اختیاري او که انسي Ligament خپرې شوی وي د زنگانه مفصل Varus شکل اختیاري.

Treatment:

Traction پواسطه تداوي كول اسانه او معمولاً د زنگانه مفصل يو وظيفوي حالت ته راگرخوي مگر كيدای شي چې خفيف Angulation پاته شي د بله پلوه د جراحي عمليې پواسطه يوه همواره مفصلي سطحه منځته راوړي شي چې د X-ray د نظره به هم ښه وي خو مفصل كيدای شي شخ پاتې شي.

Manually Displaced fractures:

Hemoarthrosis بايد تخليه شي او فشاري بنداژ تطبيق شي، فعال تمرينات لاکن بايد شروع شي لاس وزن اچول بايد د 6-8w پورې وځنډول شي.

Comminuted Lateral Platou Fracture:

دا يو ډېر معمولي شکل د دې كسرونو دي بايد Hemoarthros تخليه Compression Bandage تطبيق شي او د Tibia په Tuberosity کې د Traction په منظور سيخ تير شي په يو كاھل شخص کې بايد ۵ كيلو گرام وزن تطبيق شي او فعال تمرينات اجرا شي د حرکاتو پواسطه د فخذني Condyl د تماس له كبله دغه عظمي مڪسوره پارچې Moulds کېرې يا همواره سطحه اختیاري په 6w کې (حتی د دې څخه مخکې په هغه صورت کې چې Cost bracing استعمالېرې) بايد Pin وويستل شي او ناروغ ته د Crotch پواسطه گرځيدل توصيه کېمي خو بايد د ۶ نورو هفتو لپاره په ماوفه طرف وزن وانه چول شي.

Depressed Fractures With Partaf Surface intact

(فشاري كسرونه چې يوه برخه د ښکي سطحې په تماس کې وي)

پدې حالت کې د تداوي مقصد دا دی چې ښکته شوی يا ننوتې پارچه دوپاره خيل نارمل حد ته راوړل شي د دې مقصد لپاره بعضي اوقات کولای سو په ترلی شکل په وحشي Condyl باندې د قوي فشار له کبله پارچه پورته کړو او بيا Traction تطبيق کړو لکه په Comminuted كسرونو کې لاکن که چېرې ترلې تداوي ناکامه شي بايد وازه مداخله صورت ونيسي چې Reduction او Fixation صورت

ونيسي دا پدې ډول اجرا كېږي چې د وازې مداخلې پواسطه عظمي ننوتې پارچې پورته تېله شي او پاتې شوې خاليگاه چې د پارچې د جگولو د كبله منځته راځي د Bone graft پواسطه ډكه شي او ټول Condyl Plates او Screw پواسطه تقويه شي. وروسته له عمليات څخه فعال تمرينات څومره ژر چې امکان لري صورت ونيسي.

Fracture with a single Large Condylar Fragmen

د دې كسرونو په تداوي كې بايد مكسوره لويه پارچه دوباره خپل ځای ته راوړل شي او د Screw يا نړي Bolt پواسطه تثبيت شي. فعال تمرينات بايد شروع شي لاند 6-8w پورې بايد ماوفه مفصل د Cast brace پواسطه محافظه شي.



د Tarction تخنيك:

Traction د كسرونو د تداوي لپاره عمده تخنيك دی چې ډېر انواع لري. Balance Suspension، Well leg، Dunlop، Split Russel's، Russel's، Neuofeldroler، Perkin's 90-90 او نور. خو په ساده شكل تركشن د عظم او يا د رخوه اقسامو د ككش له كبله چې د مكسوره نهاياتو لنډوالي د منځه يوځي او ثابت يې وساتي اجرا كېږي.

Skin Traction چې لږ وزن په کې تطبيق کېږي معمولاً په ماشومانو کې ترې کار اخيستل کېږي. خو Bone Traction څخه په کاهلانو کې چې زيات وزن تحمل کولای شي استعمالېږي.

Bone Traction لپاره معمولاً Stenmin څخه کار اخيستل کېږي چې دا Pain بايد نری نه وي چې قات نه شي، خو که يې تېره وي، دا Pin بعضې صاف او بعضې رخداده استعمالېږي خو د صاف Pin داخلول اسانه وي مگر دا چې په عظمي سوري کې به يو خوا او بل خوا خوځېږي او د Infection احتمال زياتوي او د ترکشن توازن هم خرابوي.

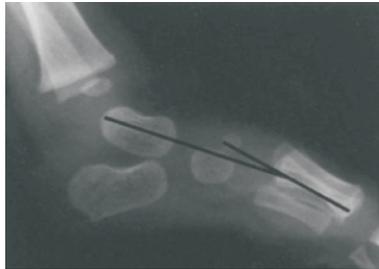
که Pin رخداده وي داخلولو او ويستل شي مشکل دي خو عظم بڼه تثبيت ساتي خو مناسب Pin د Hybrid pin دی چې منځنۍ برخه يې (کوم چې عظم کې تثبيت وي) رخداد او دواړه نهايتونه يې صاف وي. د Pin د داخلېدو وخت کې بايد ساحه پاکه او ويښته يې وخريل شي، Antiseptic استعمال شي، که ناروغ د عمومي بې هوشي نه وي اخيستي، د موضعي بې هوشي څخه استفاده کېږي چې جلد، وه اقسام او Periost ته بې هوشي ورکول کېږي. البته د عظم، دواړو خواو ته په عين ترتيب وړو کي جلدي شق په وړانه کې چې شف بايد لوي نه وي. فقط چې Pin په کې داخل شي د فشار پواسطه پيدون د تاوولو د جلد څخه تر عظم پورې ورسېږي بيا د Pin څوکه د عظم سره په تماس کې کړي. په عظم کې Pin د ننه کولو په واسطه داخل او کله چې د مقابل طرف جلد، د جلد ساحې ته ورسېده، بيا وړو کي جلدي شق اجرا او سپيڅ ويستل کېږي.

د Pin تېره څوکه بايد د Cup پواسطه پته کړي شي. اوسنۍ برمي د تېرو برقي برمو څخه بڼې دي. څکه چې Speed يې کم او نه گومېږي. عظم Necrosis نه کوي. برقي برمي د Speed له کبله عظم په کمه اندازه په نکرروز اخته کوي Pin بايد د خطري ساحې څخه بې خطرته ساحې ته داخل شي په هغه طرف کې اول داخل شي چې د اوعيو او اعصابو وهلو خطر زيات وي لکه په Tibia کې د Tibia tubers څخه - 1 3cm سفلي کې د وحشي نه انسي ته داخل شي (که د انسي نه وحشي ته داخل شي کېدای شي Perineal عصب ووهل شي) په فخذ کې د Condyls څخه پورته دانسي نه وحشي ته داخل شي (که د وحشي نه انسي ته داخل شي کېدای شي فخذې شريان ووهل شي) همدارنگه په Olecranon کې د زندې عصب د ويري د انسي څخه وحشي ته په Calcanus کې Tibial post شريان د ويري د انسي نه وحشي ته. (کله چې pin داخلېږي په کنترول کې وي. کله چې pin د عظم څخه خارجېږي کېدای شي کور ووهي).

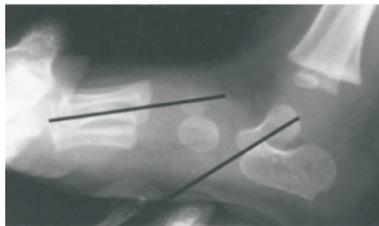
وزن معمولاً د ناروغ وزن او عضلاتو د قوت پورې مربوط وي كه كسر Proximal برخه كې وي ډېر وزن ته ضرورت لري نظر هغه كسرو ته چې Distal كې واقع وي معمولاً Acetabulum او Pelvis كسرونو لپاره ۲۰-۳۰ پونډو، په Femur fracture كې ۱۵-۲۰ پونډو، Tibia fracture لپاره ۱۰-۲۰ پونډو وزن اچول كېږي. كه وزن اول كم او بيا د څو دقيقو په اوږدو كې تدريجاً زيات شي بنه به وي، X-ray بايد ۸-۱۲ ساعتو كې اجرا شي دې وخت كې عضلي استرخا منځ ته راځي كله چې ارجاع صورت وموند وزن د تثبيت په منظور لږ كمېږي او كه ارجاع صورت نه وي موندلي وزن زياتېدای شي.

پنبه (قدم)

د بڼگړې د ټپونو په پرتله په جبرانونكي ډول د پنبې ترضيضاات غير معمول دي د پنبې په ترضيضااتو كې چې ډېر واقع كېږي هغه د پوندې د هلبو كې (Calcaneus) كسرونه دي چې په پوندې باندې د رالويدو له كبله منځته راځي چې اكثرأ د مقيوبيت يا ناتواني د پاتې كېتدو سبب كېږي او همدارنگه ميتاتارسال (Metatarsals) او د پنبو د گوتو د فلانگسونو كسرونه دي چې دا معمولاً سليم سير لري.



A



B

:Classification

د تارسل (Tarsus) ټپونه

د Talus (كعب) كسرونه

د بونډې د هلو کي كسرونه

او تارسل (Tarsul) د نورو هلو کو كسرونه

د Metatarsal او د پنبو د گوتو د فلانكسونو د هلو کو كسرونه

د Metatarsal او د پشو د گوتو د فلانكسونو د هلو کو كسرونه

د پنبې د گوتو د Phalanges كسرونه

د Talus كسرونه:

ډېر كسرونه يې د پنبې په تلي بانډې له يوې ارتفاع څخه د رالويدو له كبله رامنځته كېږي او په اكثر حالاتو كې د بونډې د هلو کي كسر موجود وي د Talus كسرونه غير معمول دي وځييم كسرونه هغه وخت پيدا كېږي چې يوه وړه پارچه د هلو کي څخه خپل تماس د لاسه وركړي چې معمولاً يو د مفصلي سطحي د څنډې څخه وي.

د Talus د غاړې كسر:

دغه ډول كسر زياتره د ترافيكي حادثاتو له كبله پيدا كېږي د تالوس هلو کي د مختلفو شريانو څخه اروا كېږي خو زياته برخه يې د هغه شريان بواسطه اروا كېږي چې له غاړې څخه تېرېږي نو له دې كبله د تالوس د غاړې په بې ځايه شويو كسرونو كې د تالوس د جسم د necrosis احتمال ډېر زيات دی له سريري نظره پنبه پوسېدلي او سوء شكل لري كېدای شي چې ناحيوي پوستکی جلا شي او ډېر ژر نكروز وکړي.

تداوي:

په هغه صورت كې چې بې ځايه والی موجود نه وي د زنگانه نه لاندې د پلستر بواسطه بايد تثبيت شي او په هغو حالاتو كې چې بې ځايه والی موجود وي داخلي تثبيت بواسطه (پيچ) او وروسته د هغه د (۱۰) الي

(۱۲) هفتو لپاره زنگانه نه لاندې پلستر توصیه كېږي. ناروغ ته د گړخېدو اجازه وركول كېږي البته د Crutches سره مگر بايد په اولو (۶) هفتو كې طرف پاندې وزن رانه وړي.

:Complication

جوش نه خوړل او Avascular Necrosis:

د تالوس د غاړې د كسر دغه اختلاط د اكسافويد د هېوكي د كسر سره مشابه دي او دا هغه وخت منځته راځي چې د ټپ په واسطه هغه شرياء، چې دا روا وظيفه په غاړه لري ټپي شي او د Avascular نكروزس سبب شي چې دا د عدم اليتام سبب كېږي.

او د دې په نتيجه كې چې هېوكي جوش ونه خوري نو د Avascular برخه نكروزس كوي او په تدريج سره هېوكي غونجېږي (Collpase كوي)

:Dlagnosis

غیناً د Scaphoid د هېوكي غونډې د تالوس Avascular نكروزس ترضيض څخه يو يا دوه مياشتي وروسته د هغه كثافت له مخې چې مصابه شوي ماته ټوټه اخلي چې دا كثافت نسبت مجارو نژدې هېوكي ته زيات وي چې دا osteoporosis څخه فرق شي ځكه په Osteoporosis كې د پښي ټول هېوكي په منتشر صورت مصاب وي.

همدارنگه تشخيص د radio isotop bone scanning له مخې هم كېږي.

تداوي:

كله چې كسر تعظم ونه كړي او Avascular نكروزس په ډاكه شي نو عمليات لازمي وي نو پدې حالت كې Peri Talar مفاصل (قدم Talo Arthrodesis navicular sub Talar) اجرا كېږي كه چېرې Avascular نكروزس په بارز ډول غنچ Collapase شوی وي نو پدې حالاتو كې كيدای شي نوموړي برخه وويشل شي او قضيه د پوندې د هېوكي له علوي سطحې سره يو ځای (Fuse) شي.

:Osteo arghritis

د تالوس د جسم د برخې د Avascular نكروزس په تعقيب د بننگري او Sub Talar مافاصلو كې د osteo arthritis د پيدا كېدلو خطر موجوده وي همدارنگه بدون د Avascular نكروزس څخه كله چې د ترضيض پواسطه مفصلي سطحه ټپي شوي وي هم پيدا كېږي كله چې Arthritis د ناتواني سبب شي نو يواځي درملنه يې د Arthrodesis څخه عبارت دی.



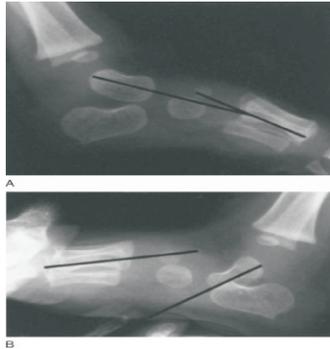
د پونډې د هډوكي كسرونه:

د پونډې د هډوكي كسر كېدای شي په يواځيتوب سره د درز په ډول يا ډېر کوچني كسر بيله بې ځايه والي څخه وي چې معمولاً د Tubersity په ساحه كې پېښېږي فشاري ترضيض په ډول چې هډوكي د پورته څخه لاندې خواه غنچ كوي موجود وي ډېر زيات وخيم فشاري ډول ټپونه يې بدبختانه ډېر معمول دی.

د كسر ميخانيكيت:

تقريباً د Calcaneus ټول كسرونه هغه وخت پيدا كېږي چې ناروغ د يو لور ځای څخه لاندې د پښو په پوندو راولېږي كېدای شي چې د دواړو پښو پونډې په غين زمان كې ټپي شي د كسر ډول د هغې وار دی شوي قوي په وخامت پورې تړاو لري د وزن قوه د نالوس څخه د پونډې د هډوكي پونتي مفصلي سطحې ته منتقل كېږي او د دې ځای څخه Tubersity په لور انتقال كوي چې ممكن د جدا والي يا درز سبب شي.

بې له فشار څخه د پوندې د هلوکي وړوکی کسر:



کلینیکي منظره:

ناروغ د پښې په پوندې باندې د راوړلو تاریخچه لري چې د څو فوټو څخه ډېر اضافه نه وي د پوندې په برخه کې شدید موضعي درد موجود وي او ناروغ نه شي کولای چې د خپل بدن وزن د پښې په پوندې راولي په معاینه کې د نرمو انساجو پړسوب د پوندې په برخه کې وي او د جس پواسطه د پوندې د هلوکي د ruberosity په ناحیه کې حساسیت موجود وي او په وروستیو مراحلو کې د پښې په تله کې سنین والی هم لېدل کېږي د An smallec sub Talar او Mld rarsal مفاصلو د حرکاتو محدودیت موجود نه وي.

تشخیص:

که چېرې کافي درسته راډیو گرافي اجرا نه شي نو کېدای شي کسر پاتې شي باید جنبي او محوري (Axial) کلېشي واخیستل شي.

تداوي:

د ډېرو وځیمو فشاي کسرونو برعکس د پوندې هغه کسرونه چې بې ځایه والی نه لري نو په تداوی کې یې ډېر کم مشکلات موجود وي ټول یې د څلور هفتو لپاره د زنگانه څخه لاندې د پلستر پواسطه باید تثبیت شي چې په لومړنیو وختو کې ګرځېدل کېدای شي شروع شي د پورتنی تداوی څخه ډېره ښه نتیجه اټکل کېدای شي او اختلالات یې استثنایي وي.

د پونډې د هډوكي فشاري كسرونه:

د پونډې د هډوكي فشاري كسر د وځيمو تپونو څخه چې ډېرې محتاطانه درملې با وجود د وظيفي د دايمي كموالي باعث ځي.

كلينيكې اعراض او علايم:

اكثراً له يوې مناسبې ارتفاع څخه په پونده د رالېډو تاريخچه موجوده وي كېدای شي دواړه پونډې يو ځای تپي شوي وي ناروغ نه شي كولاى چې په خپل وزن د پښې د پونډې په برخه راوړي په معاینه كې په عرضاني ډول د پښې د پونډې وسعت زيات شوی وی او د malleoli او د پښې د پونډې د تلي ترمنځ مسافه كمه شوي وي د جس په واسطه د پونډې هډوكي حساسيت موجود وي وروسته له يوې يا دوه ورځو څخه شين والی د پښې د پونډې په لاندې او دواړو خواو كې منتشر كېږي چې ډېره وصفي ده د بنسگري (Ankle) حرکاتو محدودیت موجود نه وي اما د Sub talar او Mid Tarsal مفاصلو Inversion او Eversion حرکاتو شديد محدودیت موجود وي چې دغه حرکات تقريباً هميشه متضرر شوي وي.

په ډېرو پېرو كې د پونډې د هډوكي د فشاري كسر سره يو ځای د فقراتو د جسم فشاري كسر هم موجود وي معمولاً د لاندیني صدمي يا پورتنی قطني ناحیې خاصتاً يو لور ځای څخه د رالېډو له كبله دغه دوه كسرونه سره يوځای كېدی شي منځته راشي.

تشخيص (Diagnosis)

دواړو درزي كسرونو برخلاف فشاري كسر د پونډې د هډوكي جنبي راډيو گرافي پواسطه په اسانۍ تشخيص كېږي (كه چېرې د هډوكي نورمال شكل تغير خوړلی وي) د پونډې پورتنۍ سطحه همواره وي. له هغه ځايه چې Sub talar مفصل د Tuberosity پورتنۍ سطحې سره تقريباً يو مستقيم خط جوړوي دغه Tuberosity joint Ankle (نورمالو حالاتو كې تقريباً تر ۳۵-۴۰ پورې وي) د فشار په وخامت پورې ارتباط لري په شديدو حالاتو كې دغه زاويه صفر ته راکمېږي يا حتی ممکن معكوسه شي.



مختلفې لارې د دې نوع مشکل کسر لپاره موجودې دي بعضې ناتواني چې دايمي پانېکېري معمولا د قبلېدو وړ وي ډېر عمده ستونمه د Subtalar مفصلي سطحې مات والی په متعددو پارچو باندې دی کوم چې لاندې Concelous هېوکي کې ښکته وي نو له دې کبله دا تقریباً نا ممکنه وي چې دواړه هم د هېوکي عمومي شکل او هم په تام ډول ښوی مفصل سطحه محافظه شي.

با وجود د دې مشکلاتو په اوسنیو کلونو کې بې ځايه شوي پارچې د صحیح ارجاع لپاره خلاص عملیات ته ترجیح ورکول وړکول کمي يا د Semi closed مانورو څخه چې د شانتی خوا څخه د Steinmann پواسطه تثبيت اجرا کېږي ښه نتیجه لاس ته راځي.

خلاص عملیات او Internal Fixation:

د C.T.scanning د لارښوونې په اساس په دې وختو کې د وازې ارجاع په تخنیکونو کې ډېرې اسانتیاوې راغلي دي. د عملیات پواسطه د پوندې هېوکي د وحشي خوا څخه Exposed کېږي وروسته د دې چې اصلي ماته پارچه شاوخوا ته خپل نورمال ځای ته راوستل شوه او په عین زمان د Cancellous هېوکي پيوند هم تطبیق شي نو ماته یارچه د

(Waddle 1985, Ross and soeberby 1995 Eastwood 1993) پواسطه کلک کېږي په اوسنیو

وختو کې د درملنې دغه میتود که حالات مناسب وي ډېره ترجیح ورکول کېږي.

اووم فصل

د هډوکو ابتدایي انتاني ناروغی.

د هډوکو او بندونو انتانات معمولاً د Pyogenic Infections او Tuberclose پواسطه منځته راځي د هډوکو انتانات د Osteomyelitis په نوم او د مفصل Pyogenic انتان د Septic arthritis په نامه یادېږي لکن د هډوکو او مفاصلو انتان چې د Tuberclos bacill په واسطه منځته راځي د هډوو او مفاصلو توبرکلوز ورته وایي.

همدانگه د هډوکو Virus، Fungus او Parasitic انتان هم په نادر صورت سره لیدل کېدای شي.

:Acute Osteomyelitis

Acute Osteomyelitis د هډوکو حاد التهاب ته چې د Pyogenic میکروبونو پواسطه منځته راځي. ویل کېږي دا Pyogenic انتان یا د وینې له لارې هډوکي ته ځان رسوي چې Acute haematogen osteomyelitis ورته وایي چې په ماشومانو کې عام دي او یا د هډوکو د واز کسر په اثر هډوکو ته ځان رسوي چې Post traumatic osteomyelitis ورته وایي او یا د عظیم د جراحي عملیات له کبله عظیم ته ځان رسوي چې Post Operative Osteomyelitis ورته ویل کېږي.

:Acute Haematogen Osteomyelitis

د پوستکي، URT، Gus Infection او یا د نورو ساحو د انتاناتو په سیر کې Bacterimia، Septicemia او بالاخره Acute Haematogen Osteomyelitis منځ ته راځي. بعضې اوقات کېدای شي د نورو ساحو انتانات شفا یاب شوي وي خو Acute Osteomyelitis به کلینیکي شکل موجود وي بعضې اوقات د تنفسي طرق انتان او Acute Osteomyelitis یو ځای موجود وي چې ډېره توجه د تنفسي سیستم ته کېږي او عظمي انتان د نظره غورځول کېږي خو که د عظمي انتان تداوي ورسره یوځای صورت ونه نیسي نو یوازې د تنفسي طرق په شکل سږو ته راځي. دا چې ژوندی نسج د انتان مقابل کې مقاومت لري او د وینې انتانات د وجود د دفاعي سیستم په واسطه د منځه ځي. نو هغه ناروغان چې په Bacterimia او Septicemia اخته وي ممکن یو کم مقدار یې په Osteomyelitis هم اخته شي.

:Causes

د Acute haematogenesis سبب 80-85% Staphylococcus aureus او 8-10% Streptococcus دی. همدارنگه H-Influenza، Phylococcus، E.Coli، Proteus او Salmonella (خصوصاً په Sca،lanimia اخته خلکو کې) او همدارنگه نور انتانات د دې سبب کیدای شي.

:وقوعات

معمولاً په ماشومانو کې منځ ته راځي په هلکانو کې نسبت جینکو ته 4-2 جنده زیات تصادف کوي. **پوفزپولوزي**: کله چې انتان عظم ته ورسېږي د عظم په Metaphys کې ځای نیسي او عضلي اېسي منځ ته راوړي ځکه انتان په metaphys کې ځای په ځای کیږي چې: هغه اوعیې چې Metaphysis څخه تر Growth Plate پورې رسېږي فوراً بېرته راگرځي او د Growth Plate څخه عبور نه کوي او یو Looping ساختمان جوړوي چې دې Loop کې د وینې د جریان سرعت ضعیف او انتان نشونما ته مساعد وي. دا ځکه چې دلته نشونما سریع ده اوعیې نازکې دي د تروما پواسطه هیماتوم منځ ته راځي چې دا هیماتوم هم د انتان د نشونما لپاره مساعد ځای وي. دلته نشونما سریع ده او اکثره حجرات خام دي مقاومت یې کم دی دا ځکه حتی د یوه هډوکي په هر حالت کې چې نشونما ډېره وي هلته انتان ډېر منځ ته راځي لکه د فخذ د سفلي نهایت G چې 70% د نظر علوي نهایت ته چې G 30% ده ډېر تصادف کوي همدارنگه د Tibia علوي میتافز انتان نظر سفلي میتافز ته ډېر تصادف کوي ځکه چې د Tibia په علوي نهایت کې نظر سفلي نهایت ته نشونما ډېره ده. جون metaphys ته نظر نورو برخو ته ډېره وینه راځي نو د ډېر انتان د راتلو چانس هم زیات وي په هر صورت کله چې انتان په metaphys کې ځای په ځای شو نو وخامت یې د انتان په مقدار، ویرولاس او د مریض په مقاومت پورې اړه لري. کله چې انتان منځ ته راځي نو موضعي التهابي عکس العمل یې مقابل کې منځ ته راځي چې عبارت دی له: Odema، Hyperimia او WBC تجمع څخه (PMN)، که پدې مرحله کې انتان د phagocytosis او بیا د تخریب او Tissue Supuration سبب او اېسي به منځ ته راشي په ساحه

کې به Thrombophelebitis او Thrombahitis انکشاف وکړي چې وریډي او شریاني بندش به د انتان په موضعي کېدو کې مرسته وکړي خو د عظمي نسج موضعي Ischemic Necrosis به هم بېل شي او علاوه له دې ساحې نه به د Antibiotic Antibody او دفاعي حجراتو انفلټرېشن به هم محدود شي. او بالاخره د ابسې حجم به په زیاتېدو شي دا چې عظمي نسج د توسع قابلیت نه لري نو د عظم داخل کې به فشار لا زیات چې د اوغیو بندش او د عظم Ischemia به لا پسې زیاته کړي. ابسې ممکن د عظم د منځ څخه د Crotex د تخریب له کبله خارج او Periost به عظم څخه جلا کړي او Sub periosteal abscess به جوړه کړي همدارنگه مخي قنات ته به انتشار وکړي او د وعایي قناتو د Haversion and volkmuro، د لارې به جریان پیدا کړي چې دا حادثه د عظم اروء نوره هم خرابوي چون د دې افت سیر په ماشومانو کې نظر په عمر فرق کوي نو په لاندې ډول یې مطالعه کوو.

۱. د دوه کلنۍ څخه په بسکته عمر کې:

دې ماشومانو کې Metaphys نازکه وي. او هم Periost سست وي او ژر انفجار کوي نو دې ناروغانو کې به Abscess او د Metaphys cortex څخه د نري cortex د تخریب او انفجار له کبله Subperiosteal ساحې ته راشي او Periost به د عظم څخه جلا کړي خو عظمي قنات ته به په ډېرو کمو واقعاتو کې انتشار وکړي چې دا حادثه د عظم Necrosis چانس کموي صرف د Cortex یوه برخه به د Periost د اروا د قطع کېدو له کبله Necrosis وکړي مگر Growth plate ارواء نه لري یوه مانعه ده د چرک مقابل کې، (چرک نه پرېږدي چې مفصل ته لاړ شي)، خو پدې عمر کې بیا هم کېدای شي Growth plate تخریب او مفصل ته زوې لاړې شي مگر مجاور مفصل ته که څه هم زوې تللي وي خو Sympathetic یا Sterile effusion به معمولاً موجود وي چې د Reactive hyperemia له کبله منځ ته راځي.

که Growth plate تخریب شي نو Logitudinal نشونما به خرابه کړي او که یو قسمت یې تخریب شي نو Angulation به ورکړي. هغه مفاصل چې Metaphys یې داخل مفصلي وي Septic arthritis ورڅخه منځ ته راځي لکه Hip د حرقفي، مفصل چې اکثراً د caput د تخریب او dislocation سبب کېږي پدې عمر کې چې caput غضروفي دی نو په اکسرې یې تشخیص هم مشکل دی او هم هغه

مفاصل چې metaphys يې داخل مفصلي وي دا چې پدې عمر کې Periost ډېر نازک وي ژر انفجار کوي او septic arthritis مينځ ته راوړي.

۲. ۱۶-۲ کلنی عمر کې:

پدې عمر کې له يوې خوا Periost کلک وي ژر انفجار نه کوي او د بلې خوا د metaphys cortex هم محجم وي نو انتان اکثراً مخي قنات ته انتشار کوي د Growth plate له لارې Epiphysis او يا مفصل ته معمولاً نه شي. بلکه زوې په زياته اندازه مخي قنات ته انتشار کوي او که Subperiosteal ساحې ته ځان ورسوي نو ممکن ډېر Periost د عظم څخه جلا کړي (پريوست پدې عمر کې کلک وي). او ډېر عظم به نکروز وکړي او لوی Sequester به جوړ کړي.

۳. په کاهلانو کې د ۱۶ کلنی څخه پورته:

په دې عمر کې Periost په عظم کلک نښنی وي د Pdiost د ډېر جلا کېدو سبب کېږي بنا وړوکی Sequester او Avalocrum منځ ته راوړي چې اکثراً broad abscess منځته راځي او همدا چې عظم ډېر dens وي انتشار يې هم مشکل وي. خو په کاهلانو کې ممکن چرک د Epiphys د لارې (دا چې مانعه نشته) مستقیماً مفصل ته Drainage شي.

تشخيص:

مقدم شخيص ډېر اهميت لري د تداوی- نتيجه هم هغه وخت ښه وي چې مقدم تشخيص او Antibiotic ناروغ ته شروع شي.

اعراض او علايم: ناروغ په خپله تاريخچه کې د ماوفه ناحيې د ترضيب څخه حکايه کوي دا چې آفت په کومه مرحله کې وي نو اعراض او علايم هم فرق کوي. ابتداءً درد خصوصاً د حرکت په وخت کې بالاخره سوروالی، پړسوب، موضعي حساسيت شديدې تبه لړزه، خستگي، تخرشيت به موجود وي که حساسه نقطه بدله شي (Aspiration) په تشخيص او تداوی- کې ډېره مرسته کوي او د بدل شوي مايع د کلچر په صورت کې د انتان نوعه پېژندل کېږي. لابراتواري معایناتو کې Leukocytosis او Anemia هم موجوده وي ماشوم په پرمتللي حالت کې گود او طرف ته حرکت نه کوي. معمولاً مجاور مفصل به هم Irritable وي.

X-Ray: ابتدا کې ممکن یوازې د رخوه اقسامو پروسوب په کمه اندازه د هډوکو د کثافت کموالی خو په عظم کې د 10-12 ورځو پورې کوم تغیر نه لیدل کېږي خو وروسته په عظم کې Patchy Refraction او هم د Periost Reaction (معمولاً د Periost د لاندې نرۍ کثافت چې د عظم سره موازي وي) ولیدل شي په تدریج سره به Sequester او Anvalocrum هم مشاهده شي.

Anvalocrum: هغه نرۍ هډوکي چې د Periost پواسطه جوړېږي.

Sequester: هغه مړ هډو، کې دی چې د ارواء د قطع کېدو له کبله منځ ته راغلي حجم به یې یا ډېر کم یا ډېر زیات وي چې ټول Metaphyse او Diaphyse ممکن Sequister شي کثافت به یې زیات وي نظر بل عظم ته ځکه نور عظم د نه استعمال له کبله کثافت کموي خو Sequister ارواء نه لري چې وزن یې (کثافت) کم شي او نه خو ممکن کثافت یې د Lyse کېدو له کبله او یا د نورمال عظم د استعمال له کبله نظر نورمال عظم ته کم شي د Sequister په چار چاپېره د granulation نسج د موجودیت له کبله د نورمال عظم څخه جلا ښکاري چې په تشخیص کې Radionuclide bon scan ډېره مرسته کوي حتی د Infection د شروع څخه 24hrs وروسته هم Bone scan مثبت کېدای شي او MRI پواسطه ساحه کې حتی د وینې او قیخ فرق کېدای شي.

تفریقي تشخیص (DDX):

1. Cellutitis: دا حالت چې اکثراً د Osteomyelitis سره مغالطه کېږي خو دلته وسیع سور والي او Lymphoanginitis معمولاً موجود وي.
2. septicemia: حساسیت په ساحه کې منتشر وي د مفصل حرکات به بلکل محدود وي او په تشخیص کې د مفصل بدل ډېره مرسته کوي خو په Infant ماشومانو کې ممکن Osteomyelitis او Septic arthritis دواړه موجود وي.
3. Rheumatic Fever Arthritis: دې وخت کې د مفصل درد او پروسوب مهاجروي وصف لري او هم نور علائم لکه Rh. Nodule، Erythema margins او Carditis ممکن موجود وي.

۴. Sick cell crisis: عظمي Infarction ممکن د Osteomyelitis څخه په سختۍ سره تفریق شي خصوصاً هغه ځای کې چې د Endemic، Salmonella موجود وي خو لابراتواري معاینات په تشخیص کې مرسته کوي.

۵. Thrombophlebitis: معمولاً د ساق په عمیقو وریډو کې منځ ته راځي د Tibia د جسم د Osteomyelitis سره په مشکل تفریق کېږي خو یو شی چې مهم دی هغه دا چې د Tibia په قدامي وجه کې حساسیت موجود نه وي.

۶. د هډوکو د خبیث تومورو سره: په خبیثه تومورو کې آفت په تدریج سره شروع کوي او سره لدې چې د عظم تخریب په دواړو کې صورت نیسي خو نو ی هډوکي د Periost پواسطه په خبیثه واقعاتو کې منځ ته راځي.

۷. Fracture: په کسرونو کې به هم درد او پرسوب موجود وي لاکن تودوالی او سوږوالی موجود نه وي.

وقایه:

دا چې انتان عظم ته د بل انتان محراق څخه نقل کېږي نو باید ټول انتاني حالات لکه Otitis، Skin Infection، Tonsilitis او نور د وجود انتانات باید ژر او مناسب تداوي شي.

Acute Stage- Rx

څومره چې تداوي مقدمه شروع شي نو نتیجه به یې ډېر ښه وي او د افت د پرمختګ څخه به مخنیوی وشي که Antibiotic او تداوي د مرض د شروع څخه تر پنځو روځو پورې پیل شي نتیجه به یې ډېر ښه وي او که تداوي وروسته له پنځو روځو څخه شروع شي او انتان د Antibiotic مقابل کې مقاوم وي افت په Dramatic شکل پرمختګ کوي او نتیجه یې Poor وي.

عمومي تداوي:

دا ناروغان خصوصاً ماشومان چې شدید Toxic حالت لري Analgesic، استراحت، د طرف تثبیت په Splint کې. طرف ته تاوده او مرطوب تطبیقات او Elevation توصیه شي.

Antibiotics: Staphylococcus 50-70% د Pencillin مقابل کې مقاوم وي خو بیا هم Pencillin ښه تاثیر لري باید په لوړ دوزو ورکړل شي. 250.000 Iu په Kg وزن د بدن په شپږو

کسري دوزونو تطبیق شي البته د وینې او یا د ساحې څخه د بدل مایع د کلچر تر نتیجې پورې باید Pencilin او ورسره Sulfonamid. Resistant Pencilinase پنسلین لکه Oxacil 300.000 Iu/Kg په 3week ورکړل شي ترڅو کلینیکي نه وای منځته راشي او بیا په 3-4 فمي ورکړی شي بعضې مولفین وايي چې 3-4 week Antibiotic وخورل شي او کله چې د کلچې نتیجه راوړسېده نو مناسب Antibiotic بیمار ته پیل کړی که انتاني عامل Salamella فکر وشي بنه به وي چې Ampicillin او یا Chloramphenicol ورته ورکړل شي که ناروغ Anemic وي باید وینه ورکړل شي البته دا ناروغان چې Toxic حالت لري د توکسینو له کبله RBC تخریب کېږي او هم د پروتینو او شحمو د کمبود له کبله RBC بنه جوړېږي ځکه د یوې خوا ناروغ بې اشتها وي نو کافي غذايي رژیم نه شي اخیستی او د بلې خوا د انتان سره مجادلې له کبله ډېرې انرژۍ ته ضرورت لري او هم ممکن څه RBC د انرژۍ لپاره په مصرف ورسېږي نو ځکه انیمیا پدې ناروغانو کې بارزه وي.

Drainage: دا چې Osteomyelitis کې معمولاً ګاونډي مفصل کې په عکسوي شکل مایع جمع کېږي نو تر لومړی باید مفصل بدل شي او وکتل شي چې Pus پکې شته او که نه او همدارنگه د ماوفه عظم د پاسه حساسه ناحیه بدل شي که مفصلي مایع شفافه او په عظم کې د بدل پواسطه چرک رانشي نو مطلق په Osteomyelitis دلالت کوي چې باید په عظم کې Window جوړه شي بومه به وي چې د 1.5x2.5 په اندازه Window جوړه شي که د عظم د بدل څخه چرک را نه غی باید اقلأ دوه Hole جوړ شي. که بیا هم چرک نه وي نو بیا د عظم څخه چې کومه وینه خارج شوی لابراتوار نه د کلچر لپاره ولېږل شي که Culture منفي وي نو Antibiotic قطع او که مثبت وي Antibiotic ته ادامه ورکړل شي. د شق څخه وروسته جلد ګندال کېږي او په عظم کې Irrigation تثبیت کړي او بعضې جرحه خلاصه پرېږدي او بانسمان اجراء کوي.

:Complication

Septic Emboli
Pathologic Fracture
Septic Arthritis
Septic
Starvation

:Sub acute osteomyelitis

بعضې اوقات ناروغ په اوله مرحله کې روغتون ته مراجعه نه کوي (هغه مرحله چې چېک په داخل د عظم کې په پیدا کېدو وي) ممکن هغه وخت راشي چې Sub periosteal Abscess جوړه کړي ممکن عظم هم یو څه Necrosis کړی وي چې دې مرحلې ته Sub acute osteomyelitis وایي چې تداوي په عمومي شکل ممکن ذکر شوي وي خو بعضې مولفین وایي کله چې د مرض شدت کم وي او یا د وجود مقاومت زیات وي او یا د انتان Virulance کم وي Sub acute osteomyelitis ورته وایي.

:Chronic Osteomyelitis

پدې مرحله کې Systemic اعراض خاموشه وي. مگر په عظم کې به انتاني محراق Sinus drainage، Cavity، Sequester، متن Granulation، اکثراً ضخیم او غیر وعايي Periosteum معمولاً موجود وي. Cellulitis او Abscess هم ممکن موجود وي. شاید دا حالت د ډیرو کلونو لپاره خاموشه شي (وي) او یا فعال شي چې Systemic اعراض هم پکې منځ ته راځي چې دې حالت ته Acute Exacerbation وایي دا ناروغان چې مزمن التهاب د هیلوکي لري باید که Sinus drainage موجود وي باید چرک د Culture لپاره ولېږل شي او دوه ورځې مخکې د عملیات څخه باید Antibiotic پیل او همدارنگه عملیات یې اجراشي چې د عملیات هدف د Sequester ویستل او د Cavity، Curtagement او د ساحې Irrigation کول تر څو هغه متن ندې نسج چې ساحه کې موجود دی ویستل شي د امکان په صورت کې Cavity چې یوه Dead Space ده ممکن هغه انتان چې د Antibiotic مقابل کې حساس هم وي پکې ژوند وکړل شي نو باید د عضلې پواسطه ډک شي او یا حتی Parapinograph وشي چې پدې طریقه کې Concellus عظم یو څه Antibiotic یوځای او جوف ډک کېږي او هغه برخه چې عضلات نه لري لکه د ساقو سفلي برخې باید Peridial Musculo cutaneous graft اجرا شي. د دوه هغه یا زیات وخت لپاره Antibiotic د عملیات نه وروسته توصیه کېږي.

:Residual Stage: پدې مرحله کې د ماوفه برخې عظم کثافت زیات شوی وي عظم نسبت نورمال حالت ته غټ وي جلد غالباً په عظم نښتی وي په سطحه کې ندې نسج موجود وي ممکن عظم لنډ وي

Angulation ولري چې تداوي يې فقط که agulated وي اصلاح شي که لنډولی ولري د عظم اوږدول که ندبي نسج موجود وي باید Skin graft شي.

localized type یو chr Osteomyelitis د Brodies Abscess: **Brodies Abscess**

دی چې معمولاً د اوږدو هډوکو په میناښ کې منځته راځي اکثراً په Tibia، Humerus او Femur کې منځ ته راتلاى شي نارینه و کې نظر ښځو ته زیات واقع کېږي پدې حالت کې یا د میکروب د مرض د تولیدېدو قدرت کم وي او یا د مریض د وجود مقامت زیات وي په تاریخچه کې اکثراً د Osteomyelitis cute څخه حکایه کوي کېدای شي تر ډېرو کلونو غیر فعال پاتې شوی وي چې Bone cyste سره اکثراً مغالطه کېږي خو که اعراض منځ ته راغلي وي عملیات باید باید اجراء شي چې هدف د اېسې تخلیه او د عظم Curtage او هم د Antibiotic ورکول دي.

پاملرنه:

Osteomyelitis په لاندنيو حالاتو کې Amputation استېباب لري.

۱. هر هغه وخت چې انتان دومره وسیع وي چې د Antibiotics او جراحي عملیات پواسطه شفا حاصله نه شي.

۲. هغه وخت چې که طرف قطع شي نو د Prostase پواسطه نظر ماوفه عظم ته ښه وظیفه اجراء کوي. هغه وخت چې د ماوف طرف د انتان له کبله ژوند د خطر سره مواجه وي.
مگر په علوي طرف کې د Amputation استېباب ډېر نادر دی.

:Septic Arthritis S.A

د مفصل Pyogenic التهاب ته S.A وايي او يو مفصل کېدای شي د لاندې لارو منتن شي.

۱. مستقیماً د انتان داخلیدل د جرحې، مفصلي زرقیاتو يا Arthroscopy پواسطه.

۲. د عظمي اېسې د تخلیې له امله مفصل ته.

۳. د وینې د جریان له لارې د کوم بل انتاني محراق څخه په عضویت کې

:Causes

معمول سبب یې Staphylococcus دي مگر په Infant کې H-Influenza مهم سبب گڼل شوی دی بعضې وخت نور انتانات لکه Streptococcus، E. Cell او Proteus هم سبب کېدای شي. انتان معمولاً په Synovial کې شروع کوي چې د Synovial membrane د Hyperimia او Synovial fluid د زیات افراز سبب کېږي. مفصلي غضروف په تخریب پیل کوي چې د انتان پواسطه Proteolytic انزایمونه تولیدېږي او Synovial څخه افراز کېږي او هم د Pus cell د تخریب په صورت کې منځ ته راځي او هم د غضروف ارواء چې د Synovial مایع سره ارتباط لري نو د مایع ترکیب خرابوالی په اثر د غضروف ارواء هم خرابېږي په Infant کې چې ټول Epiphys غضروفي دي ممکن مکمل تخریب شي او په غټو ماشومانو کې د اوغیو د خرابوالي له کبله چې Epiphys خراب شي د شفا په مرحله کې ممکن لاندې حالات منځ ته راشي.

۱. مکمله شفا او نارمل حالت ته راکرځیدل
۲. قسمي تخریب د مفصلي غضروف او د مفصل فایبروز
۳. د مفصلي غضروف ضیاع او عضلي Ankylosis
۴. عظمي تخریب او د عظم دایمي علوي سويي شکل.

کلینیکي لوحه:

۱. په نوزادو ماشومانو کې [In new born infant]:- پاملرنه Septicemia ته زیاته کېږي نظر د مفصل آفت ته. ماشوم مخرش وي، شیدې نه خوري، نبض یې سریع او تبه موجوده وي چې معمولاً انتاني حالت ته فکر کېږي. مفاصل باید په احتیاط سره معاینه شي که S.A موجود وي د مفصل لپاسه گرموالی، سوروالی، حساسیت او د حرکت مقابل کې به مقاومت ولري معمولاً Umblical cord باید تفتیش شي ترڅو منتن نه وي.

۲. په اطفالو کې (In children):

معمولاً په یوه مفصل کې درد موجود وي چې اکثراً په Hip کې وي طرف ته د حرکت مقابل کې مقاومت ورکوي (Pseudo pares) د ماشوم نبض سریع، تبه، سوروالی او Superficial مفاصلو پړسوب

ممکن مشاهده شي چې قابل ملاحظه حساسیت په ناحیه کې موجود وي ټول مفصلي حرکات به محدود او حتی له منځه تللي وي. د درد او Spasm پواسطه حرکات محدود کېږي.

۳. په کاهلانو کې: غالباً په Superficial مفاصلو کې Knee، Ankle او Wrist اخته کېږي. مفصل دردناکه، پړسیدلی او التهایی وي حرکات به محدوده او حساسیت به قابل د ملاحظې وي.

تشخيص {Diagnosis}:

په ډېر مقدم حالت کې په اکسري کې کوم تغیرونه لیدل شي مگر که Effusion منځ ته راغلی وي نومفصلي ساحه د مایع له کبله ډېر شوي وي خفیف Sub luxation ممکن ولیدل شي د مفصل پړسوب به ولیدل شي که E.Coli له کبله وي بعضې اوقات په به gas هم په مفصل کې وي وروسته په Osteoporosis او هم به مفصلي مسافه کمه او غیر منظم وي (د سفلي سطحو د تخریب له کبله Imaging او Ultrasound په مقدم تشخیص کې مرسته کولای شي.)

Inverstigation:

WBC او ESR به لوړ وي د وینې کلچر به هم مثبت وي او مفصل Aspirate کول ډېره مرسته کوي ممکن مایع (Frankly Purulent) وي خو په ډېرو ابتدایي حالاتو کې ممکن مایع شفافه وي همدارنگه د مایع WBC باید اندازه شي او Gramstain باید وشي همدارنگه یو مقدار مایع د کلچر او Antibiogram په منظور لابراتوار ته ولېږل شي.

تفریقي تشخیص (DDx):

۱. Rheumatic fever Arthritis په RFA کې موضعي شکل درد د یو مفصل څخه بل مفصل ته مهاجرت کوي. مگر ماشوم کې د Septicemia علايم نه وي او د RF نور علايم ممکن موجود وي.
۲. Acute Osteomyelitis: حساسیت په هډوکو کې زیات وي د مفاصلو د حرکاتو محدودیت به نظر SA ته کم وي خو په young children کې ممکن دواړه موجود وي.
۳. Haemarthrosis سره: د Traumatic Synovitis یا Haemarthrosis سره ممکن چې درد او پړسوب یو ځای وي خو تاریخچه او د مفصل بدل تشخیص وضع کوي. (وینه مفصل څخه راځي.)

۴. Tuberclosic arthritis: د مفاصلو TB ډېر معمول دی خو د مرض پیل په حاد ډول نه وي Systemic اعراض موجود وي.
۵. Hemoph: یو حاد Haemoarthrosis د SA سره ډېر ورته والی لري لاکن تاریخچه او د مفصل بدل پوره تشخیص وضع کوي.
۶. Gout and Psudogout: په کاهلانو کې د SA سره ډېر شباهت لري خو د Aspiration سره به مایع Turbid وي د High White Cell Count سره مگر د مایع معاینه د Polarized light سره کرسټلو نه په وصفی شکل ښيي.

تداوي {Rx}:

ناروغ ته Analgesic ورکول د درد په منظور، مایع ورکول، وسیع الساحه Antibiotics ورکول تر هغه چې د کلچر نتیجه راشي او بیا د تشخیص څخه وروسته مشخص Antibiotics توصیه شي Splin ایښودل مفصل ته ترڅو مفصل ته استراحت ورکړل شي. Hipjoint شي ترڅو د فلج نه مخنیوی وشي.

Drainage: بعضی تکراري Aspiration توصیه کوي د 24-48hrs لپاره مگر په Hip مفاصلو کې او هم Infant ماشومانو کې او یا په هغه حالت کې چې مفصلي مایع غلیظه وي Arthrotoomy اجرا شي مفصل پاک شي او Continuous Irrigation ورته تطبیق شي Antibiotic د Instillation لپاره غیر لا زمي دی ځکه چې د یوې خوا د مفصل د تخریش سبب کېږي او بله دا چې د زرق له لارې Antibiotic ورکول په کافي Level مفصل ته داخلېږي که مفصلي غضروف او خړیش شوی نه وي نو ناروغ باید په احتیاط تدریجي زیاتېدونکي حرکتونو ته تشویق شي او که مفصلي غضروف تخریب شوي وی نو باید مفصل پلستر کې وساتل شي ترڅو Ankalosis منځ ته رانه شي.

:Complications

۱. د مفصل تخریب عمده اختلاط دی.
- پتالوژیک خلع: د داخل مفصلي فشار زیاتوالی د مفصلي غضاریفو تخریب اهم د اړیو سستوالی او د عضلا تو د Spasm له کبله منځ ته راځي.
۲. د نشوونما خرابوالی:

نوټ: Traction د مېزابې څخه بڼه دی ځکه چې عضلي Spasm کموي د Contracture څخه جلوگيري کوي مفصلي سطحې د فشار څخه ساتي، بذل او فزيکي معاینه په اسانۍ صورت نیسي.

د مفاصلو اناتومي او فزيولوژي:

مفاصل له د هغه نسج له مخې چې د دوو هډوکو ترمنځ قرار لري په درې نوعه ویشل شوي.

۱. **Fibrous Joint:** پدې نوعه مفاصلو کې د هډوکو مفصلي سطحې د فايبروزي نسج پواسطه يوځای شوي چې ډېر کم حرکات پدې نوعه مفاصلو کې موجود وي د حرکت درجه د Collagen Fiber د اوردوالی پورې اړه لري کوم چې عظام يې سره يو کړي دي د قحف Sutura او سفلي Tibio fibular مفصل يې بڼه مثال دی.

۲. **Cartilaginous Joint:** پدې نوع مفاصلو کې د مفصلي سطحو ترمنځ Fibrocartilagenous plate موجود وي او مفصلي سطحې د يوې نرۍ طبقې Hyalin Cartilage پواسطه پوښل شوی دی. چې بڼه مثالونه يې د فقراتو ترمنځ مفاصل، Symphysis pubis دی چې کم مقدار حرکات لري.

۳. **Symphysis Joint:** دا قسم مفاصل لرونکي د Synovial membrane, Capsul او Synovial Fluid دي د هډوکو مفصلي سطحې د Hyalin Cartilage د يوې نازکې طبقې پواسطه پوښل شوی دی دا قسم مفاصل کافي اندازه حرکات لري په وجود کې د سفلي او علوي اطرافو مفاصل د فقراتو د Articular Process ترمنځ د قحف او Atlas فقرې ترمنځ مفاصل د دې نوعې څخه دي البته Sarcroiliac ابتداء کې Synovial خو وروسته فايبروزي بالاخره Osteofid کېږي. لکه چې مخکې وويل شوه د بدن اکثره مفاصل د Synovial مفاصلو د نوعې څخه دي چې لرونکي د مفصلي غضروف، مفصلي کپسول، Synovia membrane او Synovial fluid څخه دي چې په جلا ډول مطالعه کېږي.

۱. **مفصلي غضروف:** مفصلي غضروف د يوې نرۍ طبقې د Hyalin Cartilage څخه دی چې عظمي نهايت يې پوښ کړی او مفصلي سطحه يې جوړه کړېده په ماشومانو کې ټول Epiphysis غضروف وي، چې نوموړی Epiphysis ته اوعیې داخلېږي په عظمي نسج تبدلېږي خو مفصلي غضروف تر اخره يې

او عیو او بې اعصابو پاتې کېږي د هر غضروف بېرونی طبقه Perichondrium لري. (لکه د عظم بېرونی برخه چې پرویوست {Preiost} لري)

خو د مفصلي غضروف بېرونی برخه Perichondrium نه لري مفصلي غضروف یو خاص الاستیکیت او Comprisable character (خاصیت) لري د کم مقدار O_2 سره توافق لري. تغذي يې Sub chondral bone, Synovium او همدارنگه محیط کې د Synovial membrane پواسطه صورت نیسي. که مفصل Imobile پاتې شي نوموړی غضروف اتروفي کوي (ممکن ښه تغذیه نشي) البته Exercise د غذایی موادو د Pumping وظیفه اجرا کوي او که مفصل کې Exercise صورت ونیسي نوموړی غضروف نه تغذي کېږي.

۲. **Synovial membrane**: د Synovial membrane چې د مفصل چوف يې پوښ کېدی یوه نازکه د او عیو څخه غني طبقه ده د بېرون له خوا د مفصلي کپسول پواسطه پوښ شوی دی. Synovial membrane یو مایع افرازي چې د Synovium په نوم یادېږي Synovial membrane یوه نیمه قابل نفوذه غشا ده هغه پروتینونه چې مالیکولي وزن يې زیات وي د دې غشاء څخه نه فلتر کېږي خو هغه پروتینونه چې مالیکولي وزن يې کم وي د دې غشاء څخه فلتر کېږي لکه Fibrinogen چې مالیکولي وزن يې ډېر دی د دې غشا څخه فلتر کېږي همدا علت دی چې Synovial Fluid نه لخته کېږي.

۳. **Synovium**: Synovial Fluid چې د Synovial membrane پواسطه افرازي یوه شفافه او یا ژېړېخنه مایع ده چې حجم يې په هر مفصل کې فرق کوي د مثال په ډول که Knee joint بدل شي، صرف 0.55cc مایع به ورڅخه خارج شي د Synovial Fluid ترکیب البته د وینې څخه فلتر شوی مایع ده په هر 200cubic meter حجرات لري چې Granulocyte يې د 25% څخه کم وي lymphocyte, monocyte او Plasma دی همدارنگه Mucaين او Hyalurinic Acid لري چې د دې موادو له کبله دا مایع یو خاص لزوجیت لري چې د فصل مفصلي سطحې مرطوبې او ښویه {Lubricant} ساتي چې مفصلي سطحې د اصطکاک څخه ساتي او هم د مفصل حرکت آسانوي په کمه اندازه کلوي Ph لري که د دغه مایع ترکیب خراب شي او یا PH يې تغیر وکړي د مفصلي سطحو اصطکاک په منځ ته راشي او هم به د مفصلي غضروف تغذي خرابه شي.

مفصلي کپسول: مفصلي کپسول یو کلک لیفي نسج دی چې مفصل یوښوي معمولا په Sub chondral bone مفصلي غضروف ته نژدې ساحه کې ارتکاز کوي خو بعضې مفصلو کې د مفصلي غضروف څخه لږې په Metaphyse کې ارتکاز کوي حتی د Metaphyse یوه زیاته برخه داخل مفصلي وي او یا لکه Shoulder joint چې Anatomical Neck چې Metaphyse دی خو داخل مفصلي وي نوموړی کپسول د ارتکاز څخه وروسته شا او خوا ته لږ څه دوام پیدا کوي او یو Fold جوړي نو همدا علت دی چې کله مفصل حرکات اجرا کوي مفصلي کپسول د حرکاتو مانع نه گرځي او کافي وسعت لري د نوموړي کپسول داخلي مخ د Synovial membrane پواسطه پوښل شوی دی بعضې اوقات لیگامنټ او ځنې نور غضروفي ساختمانونه هم داخل مفصلي وي لکه په Knee uoint کې چې Cruciat lig، Miniscus چې غضروفي ساختمانونه دي داخل مفصلي قرار لري. او یو مفصل Immobile شي هغه تغیرات چې په کې منځ ته راځي د Immobility د وخت پورې اړه لري هر څومره چې Immobility زیاته شي د Musculoskeletal سیستم لاندې غیرات زیات منځ ته راځي. Dipic bonn.

۱. د عضلاتو اتروفي

۲. Myostatic contractor

۳. Decreased joint motion

۴. د مفصلي مایع د PH زیاتوالي

۵. په کپسولي ساختمان کې د منظم نسج Proliferation

۶. داخل مفصلي Adhesion

۷. غضروفي degeneration

۸. Bone atrophy

۹: که د طرف پلستر او یا External supporter لري شي نو د وعایي تغیراتو له کبله په ساحه کې ازیما پیدا کېږي. البته باید وویل شي چې مقدم حرکات او تمرین د پورتنیو تغیراتو څخه مخنیوي کوي.

د هډوکو او بندونو توبرکلوز:

توبرکلوز یوه مزمنه ناروغي ده چې د Granulomatous عکس العمل سبب کېږي کوم چې د انساجو نکروز او caseation ورسره وي. توبرکلوز د اورتویډي ناروغ عمده پرابلم دی د بندونو توبرکلوز چې معمولاً د نژدې عظم د Metaphys انتان ورسره ملګري وي. ډېر مولفين پدې عقیده دی چې انتان د عظم څخه مفصل ته انتشار کوي لکن بعضې مولفين معکوس فکر کوي انتان معمولاً د بل انتاني محراق څخه د وینې د لارې ځان مفصل او یا عظم ته رسوي جلد هم ابتدایي محراق وي. په عمر کې منځ ته راتلای شي خو Pubert عمر کې زیات تصادف کوي همدارنګه خرابه حفظ الصحه سوء تغذي د نورو ناروغيو موجودیت لکه شري، محرقة او یا نور ورته زمينه مساعدوي د فقراتو ترمنځ مفاصل د ټولو څخه زیات ماوفه کېږي خو په دوهمه او دریمه درجه Hip او Knee اخته کېږي (هر څومره چې د Synovial membrane وسعت زیات وي)

د مفصل د توبرکلوز پاتالوژي:

انتان ابتداء کې Synovial membrane ته ځان رسوي بیا د هغه لارې د مفصل جوف او هم د عظم هغه برخې ته کوم چې محفظې او Synovial ورسره اتصال وکړي رسېږي یا Subchondral هډوکي ته ځات رسوي د Subchondral هډوکي د تخریب او نکروز سبب کېږي په نتیجه کې د مفصلي غضروف ارتباط د عظم څخه قطع کېږي. او مفصلي غضروف ازاد پاتې کېږي د ماوفه غضروف پار چې د خپله ځایه جدا او د مفصل جوف کې لوېږي او هم کېدای شي انتان Metaphyse څخه مخکې له دې چې مفصلي غضروف تخریب شي Cortex تخریب او وروسته مفصلي جوف ته داخل شي. د مفصلي محفظې د تخریب سبب او د رنځوه اقسامو ابسي {Cold Abscess} جوړې کېدای شي جلد هم سوري کړي او Sinus drainage منځ ته راوړي.

د دې آفت مقابل کې Granulomatous عکس العمل منځ ته راځي چې نتیجه کې Tubercle پیدا کېږي چې د توبرکل دورا دور Granulation نسج منځ ته راځي. د هر توبرکل مرکز کې غټې مونو نوکلیر حجرې چې د Epitheloid حجرې پنوم یادېږي د دې حجرې تر منځ نورې غټې حجرې {Giant cell} چې محیط کې Lymphocyte او لڼفي نسج موجود وي) کېدای شي د توبرکلوز پاسیل د Tubercle یواسطه د منځه لاړ شي او په تدریج سره توبرکل هم د منځه لاړ شي او که باسیل غالب نو د Epitheloid حجرات تخریبوي او د توبرکل مرکز کې نکروز منځته راځي.

د هډوکو توپر کلوز:

د اوږدو هډوکو د Metaphys برخه معمولاً ماوفه کېږي چې د مفصل ماوف کېدل هم ورسره وي خو د اوږدو هډوکو جسم په کمه اندازه ماوفه کېږي او ژر هم بنه کېږي او د Pyogenic Osteomyelitis په شان غټ Sequester نه ورکوي خو په زیاته پیمانه Spin ماوفه کېږي چې د Spin توپر کلوز ته Pott's disease وايي.

:Pott's disease

د فقراتو توپر کلوز ډېر عمومیت لري چې معمولاً د ظهري ناحیې سفلي قسمت او د قطني ناحیې علوي قسمت ماوفېږي خو کېدای شي نور فقرات هم ماوفه شي انتان د وینې پواسطه راځي او د فقراتو د جسم د قدامي قسمت بین الفقري Disc ته نژدې برخه کې ځای نیسي نشونما کوي او د فقراتو جسم تخریبوي څرنگ چې د Disc اروا د فقراتو څخه صورت نیسي نور فقرات disc ته نژدې برخې تخریبېږي او د disc اروا له منځه ځي او د Cortex او Disc د تخریب په نتیجه کې Flexed deformity یا Kyphosis منځته راځي همدارنگه کله چې د فقراتو قدامي قسمت تخریب کړي اېسې جوړه کړي اېسې د Ant. Longitrdinal لاندې سیر کوي او هم د Psoas عضلې د Sheet لاندې د الیافو په سیر بڼکته راځي کېدای شي Spina Iliaca Ant Supd څخه پورته تخلیه شي او یا وړانه کې تخلیه شي او حتی کېدای شي دلته Sinus draiage جوړ کړي. که انتان د فقراتو خلفي Cortex تخریب کړي نو خلې رباط ته ځان رسوي او د دې رباط لاندې اېسې جوړوي چې دا اېسې اکثره وخت د نخاع په حیل او عصبي ریشو فشار راولي او حتی کېدای شي انتان د دې رباط څخه تیز او Dura ته ورسېږي او د دې څخه نور هم پرمختګ وکړي.

تشخیص {DX}: اعراض او علایم:**عمومي اعراض:**

د مرض پیل تدریجي وي بې اشتهايي، د وزن ضیاع، خفیفه تبه د شپې لخوا خوله، د ماوفه بند درد او که Spin ماوف شوی وي نو د ماوفه برخې درد خصوصاً د حرکاتو پواسطه د درد زیاتوالی موجود وي بعضي

وخت د ناروغ مهم شکایت د سفلي طرف ته ضعیفوالی وي تایخچه کې د ناروغ نژدې نمانس د توبرکلوزیک ناروغانو سره نښي.

فزیکي علایم:

Super facial Joint ماوف شوی وي نو مفصل کې به Effusion او د Synovial membrane ضخیم والی مشاهده شي ماوفه مفصل پورې مربوط عضلات ضعیف شوي وي سوروالی به ونه لري که hip یا Knee ماوف شوی وي نو د قبض حالت به ولري کېدای شي Sinus drainage ولري کېدای شي ابسې په ماوفه ناحیه کې یا Groin او Petit کې ولیدل شي کېدای شي Kyphosis ولیدل شي.

:Palpation

په جس سره به هم Effusion او د Synovial ضخامت جس شي مفصل به په کمه اندازه حساس او په کمه اندازه ګرموالی ولري که ابسې جوړه شوي هم وي. (ځکه توبرکلوزیک ابسې ته Cold Abscess وایي) فعال او غیرفعال حرکات به د مفصل د درد له کبله محدود شوی وي که Spine ماوف شوی وي د ماوفه فقراتو د Process spinus دپاسه په فرعي سره حساسیت موجود وي او په کمه اندازه د حرکاتو محدودیت موجود وي.

:Special Investigation

Hematology and immunology: Anemia د Mantox ازموینې مثبت والی موجود وي.

:X-ray

په ابتداء کې د رخوه اقسامو swelling وروسته د مفصل مسافې کموالی او عظمي تخریبات ولیدل شي په spine کې بین الفقري مسافه نری- کېږي د مجاورو فقراتو په قدامي قسمت کې تخریبات په پیشرفته حالت کې د رخوه اقسامو Calcification همدارنگه ساحه کې ممکن عظمي پارچې ولیدل شي د سینې X-ray باید همیشه واخیستل شي او اکثراً مثبت وي.

Histology: په مقدم حالت کې ممکن اکسري د وینې معاینات او په کلینیکي معایناتو ښه تشخیص

ونه شي نو د ښه تشخیص لپاره باید Biopsy وشي.

Bacteriology

د مفصل مایع Sputum، Urine او حتی د ماوفه نسج کلچر تشخیص وضع کوي.

RX: عمومي تداوي:

تغذیه د انیما مخنیوي او نور.

موضعي تداوي:

د synovial stage په ابتدایي مرحله کې راځي عملیات استطباب نه لري باید Anti Tuberclosic دوا توصیه شي او مفصل باید تثبیت شي خو کله چې Synovial membrane ضخیم شوی وي باید Arthrotomy او Synovictom اجراء شي او Anti Tuberclosic دوا ته دوام ورکړل شي که مفصلي غضروف تخریب شوی وي نو تخریب شوې برخې لري او Arthrodis اجرا شي او Anti Tuberclosic دوا ته ادامه ورکړل شي. د ملا د توبرکلوز د تداوی- هدف هم عمومي تداوي د Anti Tuberclosic تداوي Immobilization، Drainage، او Fusion څخه دی. که اوږده هډوکې ماوف شوي وي او د Anti tuberclosic دوا ورکول او حتی بعضې ماوفه عظام ویستل کېږي لکه اضلاع، Fibula، Tarsus هډوکي او نور.

Anti Tuberclosic Drugs

Side Effects	Adult	Child	Drug
Peripheral Neuritis	300mg/day	5 mg/Kg	INH
Hepatotoxic	600mg/day	10mg/Kg	Rifampicin
	1500-2000mg.day	15mg/Kg	Pyrazinamid
			or
			Ethambutol

د اولو دوه یا درې میاشتو لپاره بیا وروسته د شپږو میاشتو پورې یوازې Rifampicin او INH باید

ورکړل شي.

Pott's paraplegia — Pott's paraplegia د ظهري فقراتو د توبرکلوز له کبله منځ ته

راځي چې د نخاع حبل د توبرکلوزیک ابسي پواسطه د فشار لاندې راځي. د دواړو پښو ضعیف والی یا مطلق فلج ورکوي دا چې ولې د ظهري فقراتو د توبرکلوز پواسطه منځ ته راځي؟

۱. د ظهري فقراتو توبرکلوز زیات واقع کېږي

۲. د ملا د تیر نخاعي کانال په ظهري برخه کې تنگ دی لږې زوې په نخاع ډېر فشار راوړي.

۳. Anti. Longitudinal lig: په ظهري برخه کې ابسي ته اجازه نه ورکوي چې بلې خوا ته

تخلیه شي بلکه راسا خلف ته نخاع خوا ته تخلیه کېږي.

۴. په ظهري برخه کې نخاع او قطني برخه کې عصبي ریشتي وي چې نخاع نظر عصبي ریشو ته ژر تر

فشارو لاندې لاندې راځي.

تداوي:

انتي توبرکلوزیک دوا

فشار لږې کول د نخاع د حبل څخه

د Paraplegia له اختلاطونو څخه جلوگیری.

Degenerative Joint Diseases or

Osteoarthritis

Osteoarthritis: د مفصلي امراضو یو ډېر معمول شکل دی چې خصوصیات یې د مفصلي

غضروف Degeneratio، د فصل په څنډو کې د نوو هډوکو هایپر تروفی (ostephyte) د کپسول

فایروزي کېدل دي خو د دې افت له کبله Systemic اعراض نه پیدا کېږي. Osteoarthritis په دوه ډوله

دي.

۱. Primary Osteoarthritis

۲. Secondary osteoarthritis

۱. Primary Osteoarthritis: پدې نوعه OA کې اصلي سبب معلوم نه دی معمولاً DIP

joint ماوفوي nodes (Heberdon's) او په کمو واقعاتو کې PIP Joint (Bauchards node)،

MPJ اول CMJ، MTJ رقي او قطني فقرات ماوفوي.

۲. Secondary Osteoarthritis: پدې OA کې هر مفصل کې په ثانوي ډول د بل

مخکیني آفت په تعقیب منځ ته راتلی شي چې دا مخکې آفت یا داخل مفصلي یا خارج مفصلي کېدای شي لکه کسرونه، مینابولیکي او انتاني ناروغي او نور. دا آفت د عمر زیاتوالي سره زیات تصادف کوي په نارینه و کې نظر ښځو ته زیات واقع کېږي مگر په Post menopause ښځو کې هم زیات تصادف کوي.

Causes: OA د یو عدم توازن له کبله د مفصلي سطحو مقاومت او د هغه فشار او قوه چې په

مفصلي سطحو راځي په نورمال حالت کې چې وزن په مفصلي سطحو راځي د مفصل په ټولو متعلقه سطحو تقسیمېږي (سبب کېږي نو هغه حالاتو کې چې فشار په مفصلي سطحو ډېر شي لکه Coxvalgi، Genovargin، Genovaron یا هغه حالاتو کې چې مفصلي سطحه کوم چې فشار تحمل کوي ډېره وړه شي. لکه Congenital Hip Subluxation د مفصل څخه بېرون پاتې شي او یا دواړه فکتورونه یو ځای شي. د مفصلي سطحو مافیدل د جروحاتو، التهابي او میتابولیکي ناروغيو له کبله د Sub chondral هډوکو د ماوف کېدو له کبله (چې مفصلي غضروف ښه سپورت کولای نه شي) منځ ته راځي.

پتالوژي:

اساسي پتالوژیکي تفرات عبارت دی له: د مفصلي غضروف زیاتېدونکي تخریبات، Sub articular

برخه کې د Cyst جوړېدل، Capsular Fibrosis او د Osteophyte منځ ته راتلل اولنی تغیر په مفصلي غضروف کې د مفصلي غضروف نرمېدل نورماله: ښویه او پرسیدونکي سطحه یې زیږه او Fibrerelated کله چې مفصلي غضروف Fissure پیدا کړي او څېره شي) کېږي.

په مایکروسکوپیک شکل کې به د مفصلي غضروف وړې پارچې په مفصل کې آزادي ولیدل شي بالاخره ټول مفصلي غضروف تخریب او د هغه لاندې عظم به لوڅ شي Sub articular bone ساحه کې چې ډېر فشار تحمل کوي Cyst منځ ته راځي. Sclerosis او په Mirrow کې Vacular congestion ته راځي. مفصلي غضروف په ځنډو کې نشونما کوي او Osteophyt جوړي همدارنگه هغه وړې مفصلي غضروفي پارچې چې جدا شوي وي په Synovial غشاء کې تثبیت کېږي او Synovial عکس العمل منځ ته راځي او پارچې حتی مفصلي کپسول ته ځي او هلته Fibrosis او ضخیموالی منځ ته راځي.

کلینیک لومحه: معمولاً ناروغ په متوسط عمر کې مراجعه کوي ممکن آفت 10-20year مخکې

شروع کړي وي بعضې ناروغان مخصوصاً ځوانانو کې د مخکې مفصلي ترضیض تاریخچه مثبت وي د درد په

تدریج سره په میاشتو او کلو کې زیاتېږي د تمرین سره زیات خو د استراحت سره کمېږي پیشرفت حالت کې درد دوامداره کېږي حتی ناروغ د شپې له خوا د خوب څخه بیداره وي.

Stiffness پیدا کېږي او حتی دوامداره استراحت سره Stiffness نور هم زیاتېږي (همدارنگه په همدارنگه په سطحې مفاصلو کې) همدارنگه په سطحې مفاصلو کې موضعي حساسیت، Effusion نور هم زیاتېږي همدارنگه په سطحې مفاصلو کې موضعي حساسیت، Effusion د حرکاتو کموالی او حسي حرکات د Crepitation سره، عضلي ضعیفي او په پیشرفته حالت کې سوء شکل منځ ته راتلای شي خو د نورو التهابي مفصلي ناروغیو سره یې فرق دا دی چې System اعراض ورسره نه وي.

X-Ray: وصفي تغيرات یې عبارت دی له:

۱. د مفصلي مشافې کموالی.

۲. Subarticular Sclerosis

۳. Bone Cyst

۴. Osteophyte

Conservative treatment:

په مقدم حالت کې درې اساسات باید په نظر کې ونیول شي.

۱. د درد کموالی د دې نظر لپاره Anagesic او Non steroid Agent anti inflammatory ممکن د ډېر وخت لپاره درد ورک کړي. مگر د ډېرو قوي ضد التهابي دواګانو څخه هم جلوگیری وشي گرم او مرطوب تطبیقات او استراحت مفید واقع کېږي.

۲. Mobilization: تمرین د Stiffness د منیوي او شخوالي د کموالی لپاره ضروري دی.

۳. Load Reduction: په مفصل د وزن کموالی ضرور دی که د ناروغ وزن زیات وي باید وزن

کم کړي Walking stick باید استعمال کړی فعالیت باید اجراء کړي په مفاصلو ډېرو وزن رانه شي.

حراحي تدایي: Osteotomy، Arthrodesis، او Arthroplasty په پرمخ تلو حالاتو کې اجراء

کېدای شي.

Haemophilic Arthropathy

کله چې د Plasmi clotting factor سویه 40% څخه کم شي نو وروسته د یوې جرحې یا عملیات څخه د اوږدې خونړیزې خطر پیدا کېږي خو که د اندازه د 5% څخه کمه شي نو ممکن بدون د Trauma څخه په خپل سر د وینې جریان صورت ونیسي.

:Acute Bleeding In to a Joint

د یوې ضعیفې Trauma پواسطه ممکن مفصل په سرعت د وینې څخه ډک شي درد، گرموالي، پړسوب او حساسیت د حرکاتو محدودیت برجسته لوحه جوړوي. Inflammatory Arthritis ته شباهت لري مگر تاریخچه لوحه تشخیصی اهمیت لري.

مناسب Clotting Factor باید د ورید د لارې ورکړل شي او که چېرته Clotting Factor نوی یا په لاس رانه شي نو تازه پلازما باید وکړل شي.

Aspiration باید اجراء نه شي تر هغه پورې چې شدید پړسوب موجود نه وي او یا د Infection احتمال موجود نه وي. طرف باید په مېزابه کې تثبیت شي او کله چې حاده مرحله کنترول شوه باید ناروغ حرکاتو ته تشویق شي.

Joint Degeneration

د متکرر داخل مفصلي خونړیزې په نتیجه کې به Chr synovitis او د مفصلي غضروف Degeneration ولیدل شي په X-ray کې په Periarticular Osteoprosis او پېشرفته مفصلي تخریبات ولیدل شي چې د خونړیزې د کنترول په واسطه باید د پېشرفت څخه جلوگیری وشي په پرمختللو حالاتو کې Joint Replacement ممکن دی.

Acute Bleeding Into Muscle: ممکن په ساق او مټ کې یو درد ناک پړسوب تظاهر وکړي او د Compartment syndrome او Volkman's Ischemia خطر به موجود وي Decompression باید ونه شي او که وشي بې تاثیر وي.

تداوي:

ماوف طرف ته د مېزایې اېښودل او په مقدم شکل د Clotting Factor ورکول دي او وروسته د طرف Physiotherapy توصیه کېږي.

:Bone Composition

هډوکي په خپل ترکیب کې په زیاته پیمانه Matrix په کوم کې چې منرالي مالګي او حجرات ځای پرځای شوي دي لري.

Bone Matrix: اساسي ماده یې د Mucopoly sacharide څخه ده چې لرونکی د کولاجن الیافو وي همدارنګه یو کم مقدار غیر کولاجني پروټینونه لکه Osteocalcin هم لري د Matrix هغه برخه چې منرالونه پکې ځای پرځای شوي نوي د Osteod پنوم یادېږي.

Bone Menral: د هډوکو تقریبا نیمایي برخه جوړوي کوم چې اساسا د Calcium او Phosphate د مالګو یواسطه یې ترکیب موندلي په یوڅ هډوکي کې د Ca او Phosphate نسبت ثابت دی او مالیکولونه یې په کلک شکل د کولاجن سره نښتي دي (Demineralization) هغه وخت صورت نیسي چې ټول Motrix تجزیه شي).

Bone cells: عظمي حجرات په درې ډوله دي:

Osteoblast A: دغه مکعبی شکله حجرات دي چې Mesenchymal منشه لري د Trabeculae او Haversion system په آزادو سطحو کوم ځای کې چې نوي هډوکي جوړېږي قرار لري Alkaline Phosphatase څخه غني وي د عظمي Matrix او هغه Mineralization مسئولیت په غاړه لري.

Osteocyte B: کله چې Osteoblast حجرې Matrix جوړ کړي او خپله پکې احاطه شي د Osteocyte پنوم یادېږي وظیفه یې د عظمي Matrix د میتابولیزم تامین او ادامه ده او هم د هډوکو په تجزیه او د C2 په ترانسپورت کې هم رول لري کوم وخت چې osteocyte تخریب شي عظمي Matrix یې هم تخریبېږي.

Osteoclast C: دا حجرې غڼې حجرې دي متعدد نوات لري اصلاً څو osteocyte حجرې سره یو ځای کېږي او یوه osteoclast حجره جوړوي وظیفه یې د عظمي Matrix تجزیه ده د تجزیې نتیجه کې یو ډول مسامات منځ ته راځي چې Howship's lacunae بلل کېږي دغه مسامات په هستولوژیکي مقطع کې مور سره د تجزیه شوو سطحو جوړېدونکو سطحو او جوړو شوو سطحو ترمنځ توپیر کولو کې مرسته کوي.

Regulation of Bone Formation and Calcium exchange

د عظم د جسم نیمایي برخه د منرالونو څخه جوړه شویده چې د دې منرالو زیات مقدار د کلسیم او فاسفیټ څخه عبارت دی د وجود %98 کلسیم او د وجود %85 فاسفورس په عظم کې ځای پرځای دی البته د کلسیم او فاسفورس غلظت په وینه کې د امعاوو د جذب او پښتورگو د اطراح پورې مربوط دی که په موقتي ډول Ca او فاسفورس په وینه کې کم شي د پښتورکو د تیوبولو پواسطه یې جذب په سرعت سره زیاتېږي.

کلسیم او فاسفورس {Calcium and Phosphorus} د حجرو په نورمالو وظیفو او فریولوژیکي عملیو لکه Muscle contraction او Nexve Conduction کې اساسي عنصر دی د کلسیم نورمال غلظت په خارج الحجر وي مایع کې د 4, 8-10, 4 ملي گرامه په ره دیسي لیتر کې دی چې زیات مقدار یې د پروتین سره Band لري تقریباً نیمایي مقدار یې دا یون په شکل دی د کلسیم روزانه intake د 800-400 mg پورې دي چې نیمایي مقدار یې دوراني سیستم نه داخلېږي او معایي جذب یې د Vitamin D پواسطه تقویه کېږي بولي اطراح یې 4h-100 کې ده که م جذب یې کم شي نو بولي اطراح یې کمېږي د تیوبولونو پواسطه یې دوباره جذب زیاتېږي که د Ca غلظت په مداوم شکل کم شي نو Ca د عظم څخه د Bone Resorption پواسطه راوځي دا معاوضوي Shitt (د تغیر او تبدیل) معایي جذب، د پښتورگوز اطراح Bone Remodeling دپارا تایروید هورمون او Vitamin D پواسطه منظم کېږي.

۲. Phosphorous فاسفورس هم د مهمو میتابوکیلي پروسو لپاره ضروري دی د پلازما غلظت یې غالباً په تقریبی شکل 2, 8 D 4, 0, g-lit کې د فاسفورس په غذایی موادو کې زیات وي جذب یې په وړو امعاوو کې صورت نیسي جذب یې د Anti acid موجودیت کې کمېږي لکه Almunecum hydroxid) فاسفورس د Antacid سره Band جوړوي او نه جذبېږي (په کافي اندازه اطراح کېږي خو د Proximal

Tubules پواسطه 90% دوباره جذبېږي د پاراتايرونيد هورمون پواسطه يې په پښتورگو کې دوباره جذب کېږي.

Bone Remodelling: بر خلاف د پخوانۍ نظريې چې هډوکي ثابت او غير متغير فکر کېدو هډوکي د يوه دوامداره تشکل او تجزيې (په يوه قسمت کې تشکل او بل قسمت کې تجزيه) په حالت کې قرار لري چې دغه تشکل او تجزيه د Bone Remodelling يا Turnover په نوم يادېږي چې پدې طريقې هډوکي ټول عمر د ترميم او دوباره نوي کېدو په حال دي پدې ترتيب چې د osteoclast حجرات په يوه سطحه کې راټولېږي او هلته مسافات منځته راوړي بيا دوی غايېږي او خای يې osteoblast حجرات نيسي دوی دغه مسافات د نوي هډوکي پواسطه ډکوي هر دغه عظمي سايکل 4-6 مياشتې دربر نيسي د عظمي حجراتو هغه گروپ چې پدې تغير کې برخه اخلي په مجموعي توگه د Remodelling پنوم يادېږي.

Age Related Change in Bone

عظمي بدلون او يا Remodelling په ټول ژوند کې جريان لري خو د دې بدلون اندازه د نشوونما ميخانیکي فشار او بيوشيميکي تغيراتو پورې مربوط دي. د نشوونما په وخت کې ټول عظم غټېږي سايز کې يې غټوالی راځي او Shape کې يې تغير راځي.

هر عظم د Physis پواسطه Endochondrial ossification پکې صورت نيسي اوږدېږي او د Sub periosteal ossification پواسطه پلټېږي، Cavity Endosteal، Medullary توسع کوي البته د Endosteal Bone Resorption پواسطه د 20-40 کلونو په عمر کې د عظم Cortex اعظمي ضخامت ته رسېږي يعنې عظم اعظمي قوت او وزن ته رسېږي چې عظم پدې عمر کې يو بيک د عظمي کتلي اختياروي چې هر فرد کې نظر بل ته فرق کوي.

د 40 کلونو څخه وروسته په منظم او مسلسل ډول عظمي ضياع شروع کېږي Trabecula نازکه کېږي Haversian مسافي لوبېږي او همدارنگه مخې فئات توسع کوي او کتله کال په کاله Poreous کېږي چې په نارينه و کې هر کا 0.3% عظمي کتله کېږي مگر په ښځو کې فرق کوي په Menopause او 50-70 کاله وروسته عظمي ضياع په زياته اندازه سرعت پيدا کوي چې دې حالت ته Post meno pausal

osteoporosis وایي چې دا اصلاً د گوناډ هورمونو د ضیاع له کبله وي په 70 کلنۍ عمر کې البته دغه چټیکه ضیاع سټېري او بعد له دې په نارینه او ښځو کې په عین Rate یعنی 0.5%/yr دوام پیدا کوي چې دغه عظمي ضیاع ته Senilosteoporosis وایي.

Primary osteoporosis or post Menopausal Osteoporosis

ښځې د Minopaus او د هغې څخه وروسته لسو کلونو کې په چټیکۍ سره عظمي کتنله کموي {3%} چې دا د استروجن هورمون د کموالي له کبله دې چې د عظم Resorption په چټیکۍ سره صورت نیسي د Osteoclast حجراتو فعالیت زیاتېږي البته دا آفت په اسیایانو او قفقازیانو کې نظر تور بوستانو ته زیات دی په ډنگرو ښځو کې نسبت چاقو ښځو ته زیات لیدل کېږي هغه ښځې چې ډېر شراب او سگرت څکي زیات په آفت اخته کېږي پدې ناروغانو کې د کلسیم کموای ډېر مهم دی چې په غذا کې د کلسیم که اخیستل او د کلسیم کم جذب خاص تاثیر لري.

اعراض:

عمولاً دا ښځې د مفاصلو د درد څخه شکایت لري چې د Menopalgia پنوم یادېږي اکثراً اعراض په فقرانو کې منځته راځي چې تقریباً که تداوي نشي 60% څخه زیاتي ښځې چې پدې مرحله کې استروجن وانه خلي Compressive Fracture د فقراتو پیدا کوي همدارنگه د نورو عظامو لکه د Radirs سفلي برخه یا د نورو اوږدو هډوکو د نهایاتو ماتوالي منځ ته راځي راولي.

Prevention and Treatment: دغه ماوفه ښځې باید تشویق شي چې په کافي اندازه

فزیکي فعالیت وکړي نورماله غذا او اقلأ د ورځې 1500mg کلسیم واخلي د سگرتو او الکلو څکلو څخه ډډه وکړي علاوه د دې څخه په شدید واقعاتو کې استروجن ورکول پدې ناروغانو کې په تداوي کې مرسته کوي خصوصاً هغه ناروغان چې د جراحي عمليې یواسطه Ovarictomy یا Histriectomy اجراء شوي وي {Sargical induced menopaus}.

د هورمونو ورکول د خونېزي باعث گرځي وروسته د menopause څخه د تډیو په کمه اندازه غتیدل د اوږده کورس تداوي په نتیجه کې د رحم Cancer هم امکان شته په لاندې ناروغانو کې استروجن ورکول استطب نلري.

د ځگر امراضو کې هغه ناروغانو کې چې Thrombophelebitis یا Thromboembolism ولري. نیوپلازم چې د استروجن پواسطه یې نشوونما سریع کېږي، Vaginal bleeding چې علت یې معلوم نه وي د استروجن بنه مستحق Primerin دي 1.25mg Tab هره ورځ په دوامداره شکل باید ورکړل شي یا درې درې هفتې ورکړل شي چې وروسته د هرو دريو هفتو څخه یوه هفته توقف ورکړل شي.

Senil osteoporosis: د Menopaus نه تقریباً ۱۵ کاله وروسته او عین عمر په نارینه وو کې په اومه او اتمه لسیزه کې د عظامو کتله په ثابت ډول 0.5% په هر کال کې کموالی کوي چې د دې کموالی له کبله په بعضو اضخاصو کې خصوصاً بنڅو کې عظام دومره ضعیفه کېږي چې د کمې تروما پواسطه په بعضې عظامو کې کسر پیدا کېږي لکه د عنق فخذ کسرونه، Trochinteric Sub کسرونه، Coles Fracture د فقراتو Compressice Fractor او نور البته دغه کسرو کې مزمن ناروغي، د عضلا تو اتروفي، غذائي نیګړتیاوي، لمر شعاع ته کم مواجه کېدل او هم د غورځیدلو چانس زیاتېدل پکې رول لري د وینې او ادرار په معاینه کې ممکن کیمیاوي معاینات نورمال وي X-ray کې به یواځي د عظامو د کثافت کموالی ولیدل شي.

RX: که کسر منځ ته راغلی وي باید فوراً تداوي شي اکثراً Internal Fixation اجراء کېږي ترڅو ژر په حرکت شروع وکړي په عمده شکل باید غذا لمر وړانګو ته مواجه کېدل، Exercise باید توصیه شي سوډیم فلوراید د Osteoblast فعالیت تنبه کوي چې د 60-80 mg/ day ورکول کېږي البته د کلسیم او Vitamin D سره یو ځای ترڅو د نوو هډوکو minralization تقویه شي خو که سوډیم فلوراید استعمالېږي باید په دقت سره عظمي حالت د X-ray او iliac crest څخه د Biopsy او Biochemical تستونو سره ارزیايي شي همدارنګه د تداوي په منظور په بنڅو کې د استروجن هورمون او نارینه وو کې د Androgen هورمون تطبیق کېږي.

نوب: د یوه عظم د کتلې او کثافت اندازه د X-ray له مخې په فخذ، کعبه، او عضد میتاکارپ کې اندازه کېدای شي چې باید په نورمال حالت کې د نوموړو عظامو په وسطي برخه کې د دواړو کورتکسو پلنوالي د عظم د ټول قطر اقل 50% وي.

Scurvy

نوموړي ناروغي په غذايي موادو کې د Vitamin C د فقدان له کبله منځ ته راځي.

Causes: هغه ماشومان چې مصنوعي شیدي خوري پدې افت اخته کېږي خصوصاً چې عمر یې د ۶ میاشتو او یو کال تر منځ وي چې د مور شیدي تازه میوې او سابه هم نه خوري همدارنگه کاهالان خصوصاً چې اوږد سفر لري او تازه میوې او سابه نه خوري پدې افت اخته کېدای شي.

پاتالوژي: دا چې د Vitamin C موجودیت د منظم نسج د فعالیت لپاره ضروري دی نو د Vitamin C د فقدان په صورت کې Osteoblast حجرې نشي کولای د هډوکو Matrix جوړ کړي او د Fibroblast حجرې نشي کولای کولاجن نسج جوړ کړي په نتیجه کې له یوې خوا عظمي ماترکس نه جوړېږي د بلې خوا د Capillary لپاره چې یواځې Endothelial حجرات لري او د کولاجن نسج یواسطه سره یو ځای شویدي د کولاجن نسج د نه جوړیدو له کبله د نوموړو حجراتو تقویه له منځه ځي او خونریزي پیدا کېږي.

د osteoblast حجرو د فعالیت له کبله نوي هډوکي بنه نه جوړېږي حال دا چې د هډوکو امتصاص دوام لري بالاخر هډوکي خپل ضخامت د لاسه ورکوي (Concelus او کورتکس خپل پنډوالي د لاسه ورکوي) چې په نتیجه کې هډوکي نازکه کېږي خصوصاً د کسر اخته او Epiphysial separation منځ ته راځي.

د اوغیو د مقاومت د کموالي له کبله خونریزي پیدا کېږي خصوصاً په وریو Sub periostal پر خو کې چې د فخذ په سفلي او د قصبې علوي نهایت کې زیات تصادف کوي.

تشخیص د تاریخچې، سریري اعراضو او علایمو لابراتواري معایناتو او X-ray یواسطه وضع کېږي. تاریخچه کې د تازه مېوې، تازه سبو او تازه شیدو د نه خوړو تاریخچه موجوده وي ماشوم اکثراً په مصنوعي شیدو تغذیه شوی وي.

فزیکی معاینات په فزیکی معاینې کې مریض خصوصاً ماشوم ضعیفه او ناتوانه وي که Sub periostal hematum پیدا شوی وي ساحه کې پرسوب او درد موجود وي وری به یې پرسیدلې Spongy او ژر به وینې کېږي.

X-ra: د وجود د هډوکو کثافت کم شوی وي او د هډوکو قشر هم خپل پندوالی له لاسه ورکړی وي
 Metaphys او Epiphys په حذا کې کیدای شي یو کثیف خط ولیدل شي چې دا خط د هغه غضروف د
 Calcification له کبله منځ ته راغلی وي کوم چې په عظم نه وي بدل شوی ممکن Epiphysial
 Seperation هم ولیدل شي

لابراتوري معاینات: دې ناروغانو کې د Vitamin غلظت په وینه کې کم وي.

RX: وقایه او تداوي د ویتامن سي محلولاتو او تازه مېوو او سبو پواسطه کېږي کوم سويي اشکال چې
 په دوکي کې پیدا شوي وي د Remodling پواسطه اصلاح شي.

Amputation

د وجود یوه غړی پرېکولو ته Amputation وايي البته disarticulation هم تر دې عنوان لاندې
 مطالعه کېږي. د احصایي له مخې 87% Amputation په کاهلانو کې په سفلي اطرافو کې او بیا په نارینه و
 کې 75% وقوعات بنودل شويدي په اطفالو کې په زیاته فیصدي په علوي اطرافو کې Amputation صورت
 نیسي.

Indication: د Amputation استنباطات په عامیانه ډول په درې D افاده کېدای شي چې عبارت

دي له:

۱. Damn nuisance .

۲. Dangerous .

۳. Dead .

۱. Dead limb: یو غړی (طرف) کېدای شي د شديې تروما له کبله خپلې اوغي د لاسه ورکړي او
 مړ شي او یا د Arteriosclerosis، Embolism، Trombosis، Diabetus له کبله گانگرين تاسيس
 وکړي.

۲. Dangerous: بعضې واقعاتو کې ویه عفوه ماوفه شوې وي او که قطع نشي کېدای شي ناروغ

ترې مړ شي لکه په خبيثه تومورو کې وروسته د شديد انتاني حالت څخه لکه گاز گانگرين او داسې نور.

۳. Damnnuisance: د یوه ماوفه طرف ته د موجودیت څخه د هغه نه موجودیت بهتر وي لکه که یو طرف (غړی) دردناکه، بې استفادې، منتن او نه ښه کېدونکی وي بهتره ده چې طرف قطع شي او د هغه طرف نه prothesه ډېر چې. یی درده وي او ناروغ ترې ښه استفاده کولای شي همدارنگه بعضې واقعاتو کې Congenital Abnormility موجوده وي چې قطع کول یې اتطباب لري.

Surgical Principle of Amputation

معمولاً په انتخابي واقعاتو کې Amputation په Close ډول اجراء کېږي یعنې د غړي د قطع څخه وروسته عضلات او جلد په Primary شکل گڼلې کېږي مگر په Teumatic یا هغه وخت چې صرف منتن وي قطع شوي غړي Stump په Secondary شکل گڼلې کېږي (خو ورځې وروسته د قطع څخه).
Tourniquet: په غیر د ischemic واقعاتو څخه په نورو ټولو واقعاتو کې د Tourniquet تړل ضرور دي د tourniquet د تړلو څخه مخکې په غیر د انتاني او سرطاني حادثي څخه بنداژ د غړي څخه تاوېږي (د سفلي څخه علوي ته) او په انتاني او خبیثه واقعاتو کې صرف طرف ته د ۵ دقیقو لپاره elevation ور کولو چې تر څو د غړو وریډي وینه تخلیه شي.
Tourniquet باید په سرعت سره وتړل شي ترڅو شریاتونه ژړبند شي او وریډونه بیا د ویني څخه ډک نشي.

:Level of Amputation

Skin flaps: دا ډېره مهمه ده چې کوم جلد د Stump په سر راوړل کېږي باید بدون د کشش څخه stump ښه پوښ کړي جلد باید د stump د پاسه ښه متحرک اوسي او نارمل څیښت او اروا ولري همدارنگه د جلد Scar (علمیات) که په هر قسمت کې وي ډېره مهمه نده خو د عظم د پاسه باید رانشي خصوصاً د عظم سره باید کلک نښتي نه وي چې د prasthes د استعمال وخت کې تخریش کېږي جلد باید Scar په دواړو غاړو کې لکه د Dogears په شان اوږد پاتې نشي د جلد معمولاً قدام او خلفي flap مساري پرېښودل کېږي خو په leg کې خلفي flap زیات پرېښودل کېږي (د خلفي flap پواسطه چې عضاء او صفاق هم ورسره وي عظم پټیږي او جلد گڼلې کېږي).

Muscles : عضلات باید د عظم د پرې کېدونکي برخي څخه 5 cm ښکته قطع شي تر څو د عظم په نهایت Antagonist عضلات سره وگنډل شي او عظمي نهایت پرې پټ شي که د عظم په Level قطع شي عضلات تقلص کوي لنډېږي او د عظم مخ نه پټوي که عضلات ډېر اوږده پاتې شي د stump د نهایت به غټ جوړ شي د prothes د تطبیقولو په وخت کې به مشکل پیدا کړي.

Nerves : عصب باید لږ کش او دجرحي څخه لږ پورته قطع شي باید ډیرکش نشي چې د یوه دردناکه stump باعث به شي غټ اعصاب لکه scitic باید Ligate شي او په تېره شکل قطع شي د lidocain زرق عصب ته د قطع کولو په وخت کې ضرور نه وي (بعضي مولفینو به ویل که مریض عمومي بې هوشه هم وي د غیر اعصابو قطع کولو په وخت کې ورته موضعي Lignacain ورکړي).

: Blood Vassels

اوعبي باید سره جلا او Ligat شي غني اوعبي باید دوه ځایه غوټه شي او واړه شراین او وریدونه یواځي یو ځای کفایت کوي بېرته ده چې باید په Ovonab Sorbale باندې Ligat څخه د Ring Sequister د پیدا کېدو چانس زیاتوي. په Tibia هډوکي کې ۰.۶cm باید periost قطع شي (ممکن په نورو غیر عظامو کې هم تطبیق شي) او که periost اوږد پاتې شي د Exostos سبب په شي عظمي نهایت باید ښه ښویه شي (د سوان پواسطه یې باید کنارونه سوان شي) د عضلاتو دگنډولو نه مخکې باید تونیکت خلاص هیموستاز کنترول او بیا عضلات په عظمي نهایت وگنډل شي Drain کینودل شي او کلک پانسماڼ شي همدارنگه طرف باید جگ کېنودل شي تر څو د هیماټوم څخه مخنیوي وشي.

: د علوي طرف Amputation

Disarticulation of the shoulder : د امکان تر حده باید Caput پرېښودل شي او که یو انچ د Caput څخه لاندې عظم پاتې شي نو د prothes اچولو امکان شته.

Below elbow: که Stump څومره اوږد پرېښودل شي بېتره به وي که تر یو انچ پاتې شي البته که چېرې Elbow قبض وي او په قدام کې یو انچ فاصله ولري هم prothes او حتی که د دې څخه لنډ شي او طرف قبض صورت ونیسي نو ناروغ هم لکه د Hook په شان ترې کار اخلي باید Stump ډېر اوږد

هم پرېښودل شي ځکه چې بیا pronation او Supination او prosthesis لپاره باید Standard د سفلي او متوسط ثلث سرمنح قطع صورت ونیسي)

اندازه پرېښودل شي په علوي طرف کې څومره چې امکان لري باید محافظه شي که Trans carpal Disarticulation of the wrist یا amputation صورت ونیسي نو د ساعد سفلي یا متویط مثلث د قطع څخه بهتر دي ځکه چې د Radius یا ulna سفلي نهایت پاتې کېږي او په prosthesis کې % ۵۰ pronation او sapination اجراء کولای نشي همدارنگه په Trans carpal amputation کې Extension هم د prosthesis سره امکان شته.

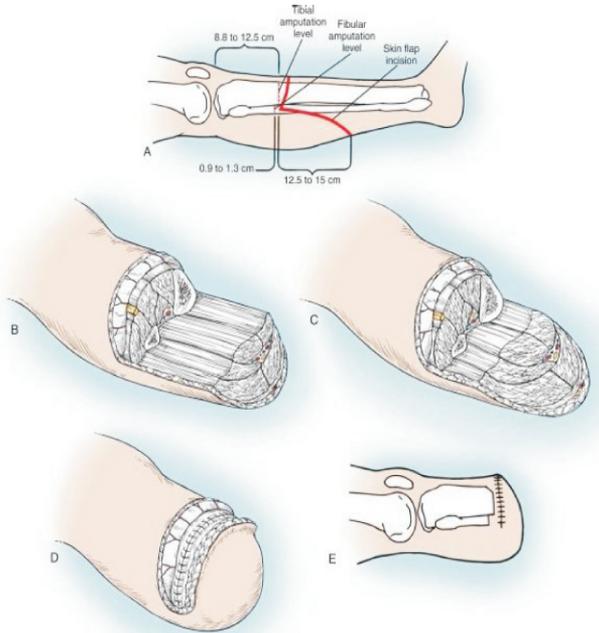
د لاس Amputation: د Metacarpus او گوتو قطع کېدل ډېر احتیاط او دقت غواړي څومره چې امکان لري باید د عظم اوږد والي د مفصل Mobility او د جلد حسیت باید محافظه شي د څو گوتو په Amputation کې باید pinch او Grasp چې ډېره عمده وظیفه د گوتو ده باید محافظه شي د امکان تر حده باید نهایی کوشش وشي تر څو د گوتو اوږد والي محافظه کې او هغه وخت چې نورې کې چې غټه گوته په بنځو کې، ماشومانو کې او هغه چې نورې گوتې ماوږې وي باید مجروحو گوته حتی که جلد او تحت الحلد یې هم نه وي او خپله لوڅ وي باید محافظه شي او د Skin Flap پواسطه پټ شي د Metacarpus اوږدوالي او خاصاً Heads ډیر اهمیت لري د امکان تر حده باید محافظه شي.

Disarticulation of the hip Lower limb : په Hip disarticulation کې د prosthesis اچول مشکل وي خو که Neck caput او Trochanter پرېښودل شي د prosthesis اچولو امکان شته.

Thigh که څومره stump اوږد وي په هماغه اندازه بهتر دی او prosthesis ښه کنترول کېدای شي خو اقلأ باید ۱۲ cm اوږدوالی ولري همدارنگه که knee joint سالم وي او Trans knee amputation اجراء شي بهتره به وي.

Below knee joint amputation: د Tibia اوږدوالی باید . ۱۲.۵ cm ۱۷.۵ cm پوري وي یا نظر په قد د ناروغ باید د هر ۳۰ cm قد سره ۲.۵ cm د stump اوږدوالی پرېښودل شي خو مناسب stump ۱۵ cm دي البته د Tibia دانسي مفصلي سطحې څخه د ۵ cm پورې هم که stump وي د

prothes امکان شته خو دهغه څخه به کم موثر نه وي د Tibia قدامي کنار باید پخ شي او ۱.۹ مقطوعه نهایت څخه نور هم لڼه شي او Fibula باید ۳cm د Tibia څخه لنډ قطع شي.



دقدم برخه کې symes Amputation (د Anklejoint څخه ۰.۶ cm پورته Tibia او Fibula او د بونډې پوستکي په قطع شوي نهایت راوړل کېږي).

۲. **Boyd Amputation**: (چې د Calcaneus مخکې روارل کېږي د Tibia سره مخامخ کېږي او Talus ویستل کېږي) برخه قطع او لږې کېږي پاتې شوي برخه تاوېږي او د tibia د سفلي نهایت سره مخامخ کړي اجراء کېدای شي همدارنگه په قدم کې د Lis from Amputation د Metatarsal او Tarsal څخه.

Choparts Amputation (Mid tarsal amputation): اجراء کېدای شي په ماشومانو کې باید کوشش وشي چې مفصلي غضاريف په نظر کې ونیول شي تر څو یو لنډ stump په اینه کې

جوړ نشي او disarticulation به بهتر وي چې د پوې خوا د exostos مخنیوی وشي او بل دا چې د نشوونما عضروف محافظه شي.

: Complication

Hematom : په اختیاط Haemostas او drain اینډول د هیماتوم څخه مخنیوی کوي.

necrosis.Infection (که کمه اندازه نکرو په ناحیه کې وي باید موضعي تداوي شي او که نکروز زیات وي باید دوباره Amputation : اجراء شي).

Neuroma: د عصب د قطع څخه وروسته عصب لمو کوي او Neuroma منځ ته راوړي چې د stump حساسیت پیدا کېږي باید عصب دوباره د Neuroma څخه پورته قطع شي.

Phantom sensation : ناروغ احساس کوي چې قطع شوی طرف یې اوس هم شته ناراحتي او درد په طرف کې احساسوي چې د فزیو تریایي په موضعي شکل د Lignocain د زرق او prosthesa دوامداده استعمال پواسطه اصلاح کېږي .

نوب: په لاس کې د غټه گوته (Thumb) ډیر اهمیت لري نو که غټه گوته، د ماشومانو گوتي یا هغه وخت چې نورې گوتي هم قطع او یا مجروح وي او یوه یا دوه گوتي پاتي وي حتی که د قطع کولو استیجاب ولري باید بیا هم چانس ورته ورکړل شي او صبر ورته وشي داسې نه چې فوراً قطع شي ترڅو د امکان تر حده محافظه شي.

Cs: **Compartment syndrome** په یوه Compartment کې د نرف، ازیما او تناني حادثي له کبله فشار پورته شي وړو اوعیو کې وینه نه شي د انساجو پر فیوژن خراب او انساج نکروز خواته شي volkrmanns ischernic contracture پیدا (کله چې عضلات مکرروز وکړي په فیروزي نسج بدلېږي او contractur کوی) او وظیفه نه اجراء کوي.

Location : هر څومره چې دیوه compartment صفاقي سرحدونه شخ (tight) وي په هماغه اندازه به compartment ډیر تصادف وکړي کله fore او leg همدارنگه په لاسو، پښو، ورنو اومتوکې هم compartment منځ ته راتلای شي.

Etiology : د تروما، کسرونو، د اوغیو Laceration د عضلي الیافو شکیدل او د نورو افاتو له کبله لکه Haemophilia په یو compartment کې خورپزې یا ازیما پیدا کېږي همدارنگه پلستریا دینداژ تاوول هم په یو طرف د compartment syndrome سبب کېدای شي Saturday night syndtome عموماً دالکولو یا نورو نشه یي موادو داستعمال له کبله په ساعتوساعتو په یوه پوزیشن استراحت کوي چې دهغې له کبله یو طرف چې د وجود فشار ورباندې وي د وریدي رکودت له کبله د syndrome compartment سبب کېدای شي.

همدارنگه په یوه طرف کې د toyrniqyet د تړلو نه وروسته کله چې toyrniqyet خلاصیږي طرف ته ډیره وینه راځي او د post isehemic oedema سبب کېږي که toyrniqyet درې ساعته وتړل شي او بیا خلاص شي نو 50% دعضلاتو په وزن کې د ډیرې وینې راتګ له کبله زیاتوالي راځي او که د یوه ساعت څخه کم وخت وتړل شي 10% دعضلاتو په حجم کې زیاتوالي راځي وریدي بندش د ترومپوزیا حارثي له کبله د compartment synd سبب کېدای شي همدارنگه دمارزهر، دلړم زهر،هم ازمه پیدا کوي او د compartment syndrome سبب کېدای شي.

Phathophysiology نورمال حالت کې دمایعاتو تبادلې په داخل د capillary کې filtration (hydrosteric pressyre) او osmotic pressure دې پوري مربوط دې په شریاني نهایتو کې filtration pressure نظر osmotic فشارته زیات دي نومایع داخل داوعیي څخه بین النسجي مایع ته ځي او په وریدي نهایتو کې ازموټیک فشار نظر filtration pressure ته زیات دي بناء مایع دبین النسجي مسافي څخه داخل وعایي (داخل وریدي) مسافي ته داخلیږي خو کله چې په یو compartment کې فشارپورته شي وریدي نهایت چې کم فشار لري بندیږي مایع دشریاني نهایتو څخه راووځي خو بیرته وریدونوته نه داخلیږي دېلې خوایه compartment کې د فشار زیاتوالي اوهم Anoxia ددې سبب کېږي چې په capillary کې چې یواځي endothelial لري بین الحجروي مسافي زیاتي شي او زیات مقدار transoda مایع د اوعی څخه راووځي او په امساجو کې تراکم وکړي ددې colloidal مایع زیاتوالي په بین النسجي مایع کې دازموټیک فشارپورته ځي اونتیجه کې په وریدي نهایتو کې معکوسا مایع داوعی دمنځ څخه بین النسجي مایع ته راځي چې په ساحه کې فشار نور هم زیاتیږي د انساجو پرفیوژن د منځه ځي وروسته د څلورو ساعتو په عضلاتو کې او وروسته د ۱۲ ساعتو اعصابو کې د Anoxia له کبله یو غیر رجعي Damage واقع کېږي بالاخره په مربوطه

Compartment کې ټول انساج مړه کېږي د عضلاتو د نګرونه وروسته عضلات په فیبروتیک نسج تبدیلېږي او Volkmann's ischemic contracture منځ ته راځي چې VIC به یا خفیف وي چې د طرف وظیفه به محدوده شي او یا به شدید وي چې طرف په مکمله وظیفه د لاسه ورکړي او یو بې حرکتته contracted طرف به منځ ته راشي خو سفلي نهایت چې د مغذي شریان پواسطه تغذي کېږي چون فشار پدې شریان کې ډېر وي د Compartment ټول انساج نګروز هم وکړي خو مغذي شریان چې د دې ماوفه Compartment څخه تېرېږي سفلي نهایت ته به وینه ورسوي.

Diagnosis: Pressure: مریض به Tensely swollen compartment ولري

به یې پورته وي (په نورمال حالت کې 0-4 mm Hg) د فشار اندازه او د وخت اوږدوالی ډېر اهمیت لري مثلاً که د ۸ ساعتو لپاره په یوه Compartment کې فشارو د ۳۰ دقیقو لپاره پاتې شي نو ساحه کې به Irreversible damage منځ ته راشي.

۲. Pain: د یوې خوا د تروما او کسر او د بلې خوا د Ischemia له کبله ناروغ په طرف کې

شدید درد احساسوي ناروغ طرف ته Passive او Active حرکت نشي ورکولای هغه عضلات چې د ماوفه Compartment څخه تېرېږي د سفلي طرف حرکت په اثر نوموړي عضلات د کشش لاندې راځي او ساحه کې شدید درد احساسوي عضلات نسبت عصبي ریشو ته د anoxia مقابل کې ډېر حساس وي نو عضلي دردونه په مقدم شکل شروع شي او Numbness او Parasthesia به روسته شروع شي Numbness او Parasthesia به په هغه ساحه کې احساس شي کوم چې د دې ساحې عصب د ماوفه Compartment څخه تېرېږي.

۳. Pulsation: نبض معمولاً په سفلي قسمت کې موجود وي Compartment syndrome

باید د عصبي افت څخه تفریق شي که عصب contusion ولري یا قطع شوي وي په ساحه کې به فشار پورته نه وي بل د حرکت سره به دردونه زیات شي او که شریان قطع شوی وي نو په سفلي ترین قسمتونه لکه ګوتې به حساس او دردناکي وي د ګوتو ارواء به فقیره وي سفلي قسمتونه به یخ او تغیر د رنگه به ولري.

باید کوشش وشي چې د CS د پیدا کېدو څخه مخنیوی وش که کسر موجود وي باید فوراً ارجاع او تثبیت شي ترڅو عضلي خونريزي توقف وکړي همدارنگه که د شریان ترمیم د قطع کېدو څخه وروسته صورت ونیسي او 4-6hrs ساحې ته وینه تللې نه وي د Post ischemic oedema مخنیوي لپاره باید په وقایوي ډول Faciotomy اجراء شي همدارنگه که طرف پلستر شوی ی او یا بنداز تاو شوی وي او د CS اشتباه موجوده وي باید بنداز خلاص او پلستر قطع شي حتی د پلستر لاندې مالوچ هم باید قطع شي طرف ته Elevation ورکړل شي خو طرف دې د 10 inch څخه زیات جگ نشي ترڅو د ماوفه ساحې Circulation خراب نشي که فشار تېټ وي باید نورمال حالت (حد) ته ورسېږي په ادامه ترڅو ساحه کې Filtration خراب نشي که د پورتنیو احتمالاتو سره سره اعراض ښه نه شو او فشار یې پورته وي د 10-30 mm Hg نو فوراً باید Faciotomy اجراء شي.

اتم فصل

Non Traumatology

Congenital deformities of the foot

Congenital club foot or congenital talipes equines varus

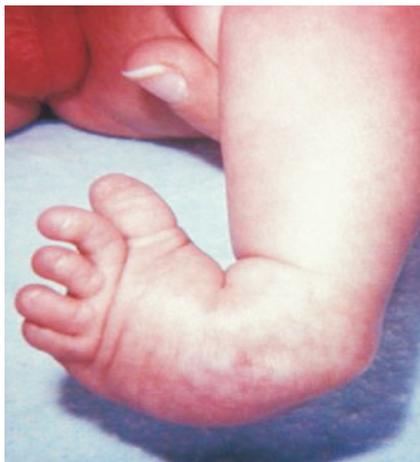
دا يو ولادي سؤ شکل دی چې په کسبې ډول سره هم پیدا کیږي. دا سؤ شکل لکه څنگه چې د نوم څخه یې ښکاري یعنی Talepes چې د Tal د Ankel joint په معنی او Pes د قدم په نامه یادشوی او ویلای شو چې دا د قدم او Ankel هډوکو د سؤ شکل څخه عبارت دی.

Incidence یا پېښي: - دا سؤ شکل په ۱/۱۰۰۰ او یا ۱/۲۰۰۰ ماشومانو کې د لیدلو وړ وي. نارینه ۹۰٪ او ښځینه جنس ۳۰٪ پدې ناروغۍ اخته کیږي. کله کله دا ناروغی د Spina bifedia، Cleft lip او سره یوځای وي. ۵۰-۶۰٪ پېښي یې Bilateral وي.

Club foot اته ډول سؤ شکل ورکولای شي:

۱. Varus : ۲. Valgus : ۳. Equinus : ۴. Calcanus : ۵. Combination : Calcanu

(valgus, calcanu varus, Equinu valgus, Equinu varus) څخه عبارت دي.



اسباب (Etiology): - د دې ناروغۍ اصلي لامل معلوم ندی مگر مؤلفین لاندې فکتورونه پکې

دخیل گڼي.

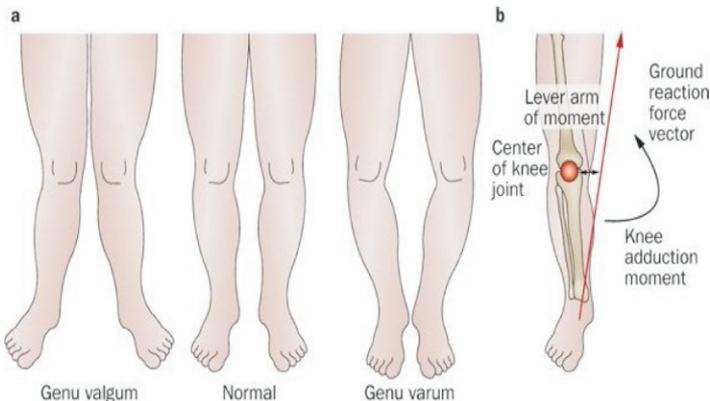
۱: ارثیت یا جنیټیک. ۲: اقلیم. ۳: Malposition. ۴: داخل الرحمي ترضیضات. ۵: په Club foot باندې اخته مور او پلار. ۶: د Cortisone پواسطه تداوي شوي میندي. ۷: میتابولیک افت لرونکي میندي.

پتولوژي: - د پتولوژي له نظره اصلي افت د پښې په Tarsal او Metatarsal برخه کې موجود وي یعنې د Hind foot په برخه کې د talus او calcaneus او د Fore foot په برخه کې پیدا کېږي. د پوښۍ او د پښې د انسي برخې پوستکي او نرم انساج لنډ شوي وي او نورماله نشونما نه لري که دا حالت اصلاح نه شي په هډوکي کې واضحاً تالي بدلونونه پیدا کېږي ان د درملنې سره سره هم پښه لنډه پاتې کېږي او پوښۍ باریکه وي.

ډولونه یا types: - د لاملونو له مخې club foot لاندې ډولونه لري.

۱: Idiopathic چې لامل یې هیڅ معلوم نه وي.

۲: muscular: - په عضلي ډول کې نیمگړتیا په عضله کې وي (د عضلاتو انډول خرابیږي) او عضلات contracture ورکوي. همدارنگه خپل مقویت یا ټون د لاسه ورکوي او نهایات یې صفاقي کېږي. بنه بیلگه یې Arthrogenis دی.



۳: Neural یا عصبي:- د اعصابو د فلج له کبله سو شکل مینځ ته راځي مثلاً spina bifedia او poliomyelitis.

۴: Osseus یا په عظمي شکل کې په ولادې ډول یو هډوکي نه وي موجود (Hemimelia) او یا د هډوکي یوځای کیدل د بل هډوکي سره وي.



د کلینیک له مخې هم د لاندې ډولونو لرونکي دي.

۱: rigid type : ۲. Non-rigid type : ۳. Resistance type.

په Club foot کې سو اشکال مونږ په پنځو درجو (Grades) باندې ویشو.

۱: لومړۍ درجه: Fore foot adduction.

۲: دویمه درجه: Inversion, adduction.

۳: دریمه درجه: Varus, Equinus, inversion, adduction.

۴: څلورمه درجه: Valgus, Equinus, inversion, adduction.

۵: پنځمه درجه: Valgus, Equinus, inversion, adduction.

کلینیکي بڼه (Clinical Features): -- ماشوم د تولد سره سم سؤ شکل لري. پښه انسي او يا وحشي خواته تاوه شوي وي او د مأؤفه طرف ساق د نورمال طرف په پرتله کوچنی وي او په پښه کې لاندې بدلونونه لیدل کېږي.

1: Fore foot : adduction . 2: Mid foot : Varus heel . 3: Hind foot : Equinus .

Club foot یو مغلق او یا Complex ناروغي ده چې لرونکې د لاندې بدلونونو وي.

Secondary deformity	Primary Deformaty
1: د پښې ساینز د % ۵۰ په اندازه کمېږي.	1: Equinus.
2: د پښې انسي کنار مقعر او وحشي کنار یې محدب وي.	2: Varus.
3: Fore foot د Hind foot له پاسه Planter flex وي.	3: Fore foot adduction.
4: Callusitis موجود وي.	4: internal tidial rotation.
5: Stumbling gait .	
6: قدامي tibial شریان Hypertrophy کړې وي.	
7: د Leg د قدامي او خلفي عضلاتو اتروفی.	
	مؤخر یا Late changes:
	1: د بندونو استحاله.
	2: د بندونو fusion یا سره نښتل.

د ولادي او کسي Club Fott ترمنځ لاندې توپير موجود وي.

Congenital talepes equines varus (CTEV)	Aquired talepes equines varus (ATEV)
۱: د ولادت څخه وروسته موجود وي.	۱: د ولادت نه وروسته موجود نه وي.
۲: د Spina bifedia سره يوځای وي.	۲: علت يې پوليو او يا Cerebral palsy وي.
۳: معمولاً دوه طرفه وي.	۳: معمولاً يو طرفه وي.
۴: پوستکي، تحت الجلدي نسج او عضلات نارمل وي.	۴: د پوستکي تروفیک بدلونونه موجود وي او عضلات نرم وي.
۵: Transverse creases د تلي په انسي کې ليدل کېږي.	۵: no transverse creases.
۶: هلوکي پکې نارمل او يا ډېل وي.	۶: هلوکي پکې نرم وي.



تشخيص:- بنه تشخيص يې د كلينيك پواسطه صورت نيسي مگر، د Follow up لپاره بايد X-ray اجرا شي. X-ray په دوه ډول اجرا كيږي.

۱: AP-X-ray 30° planter flexion - چې په نورمال حالت کې د تالوس د اوږده محور او د کالکانوس د اوږده محور ترمنځ زاويه د ۵۵-۳۰ درجو په اندازه وي خو، د Club foot په حالت کې نوموړې زاويه صفر ته تقرب کوي.

۲: PA-X-ray - Dorsiflexion: د دواړو محورونو ترمنځ زاويه 40° ده، کله چې د 20° څخه کمه شي په Club foot دلالت کوي.

تفريقي تشخيص يا Differential Diagnosis:

۱: Spina bifida. ۲: Poliomyelitis.

درملنه (Treatment):- د Club foot درملنه درې برخې لري.

۱: Conservative درملنه.

۲: جراحي درملنه.

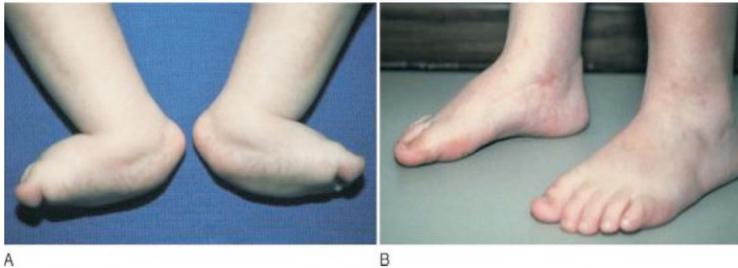
۳: Allizarive درملنه.

۱: ساتندويه (Conservative) درملنه:- پنبه بايد په عاجل ډول او کاملاً اصلاح شي او د ودي

او نشونما د توقف تر مرحلې بايد په اصلاحي ډول وساتل شي.

Non-rigid ډول يې ډير کله د ساتندويه درملنې په وسيله او Rigid او Resistance ډولونه يې بيا

د جراحي درملنې په وسيله سميرې.



په ساتندويه درملنه کې مليري Manipulation دی. مانور ورکول بايد لاندې فورمول په پام کې نيولو سره ترسره کېږي (ADVERB).

AD: يعنې Adduction د Fore foot په برخه کې.

V: Varus د Mid foot په برخه کې.

E: Equinus د hind foot په برخه کې اصلاح شي.

RB: د Rocker bottom پښې د رامنځته کېدو څخه مخنيوی وشي.

که لومړی Mid foot سم شي امکان لري په پښه کې ماتيدنه رامنځته شي. د اصلاح نه وروسته دواړو پښو ته يو ډول Foot bar اچول کېږي چې پښې يو د بل څخه په مسلسل ډول په 40° abduction حالت کې وساتي. دا فوټ بار تر درو مياشتو پورې په پښو کې ساتل کېږي. درې مياشتې وروسته تر شپږو مياشتو پورې بيا د ورځې ۱۶ ساعته اچول کېږي او باقي وخت ليري کېږي او بيا د شپږ مياشتو څخه تر درې کالو پورې يواځې د شپټ له خوا اچول کېږي او د ورځې له خوا ايستل کېږي. که د ساتندويه درملنې په وسيله تر اته اوښو پورې هيڅ پایله ترلاسه نه شي نو بايد جراحي اجراء شي.

۲: جراحي درملنه: - جراحي استتبابات په Club foot کې په لاندې ډول دي (5R).

۱: no respond د ساتندويه درملنې په وړاندې.

۲: Rigid type Club foot.

۳: relapse (چې بیرته نوموړی حالت راوگرځي).

۴: Recurrent (په دوامداره ډول پاتې وي).

۵: د Club foot مقاوم (Resistance) ډول.

د عمر له نظره د Club foot درملنه په لاندې ډول صورت نیسي.

۱: د ۵-۰ کلنو ماشومانو ته خلفي انسي Release+ conservative درملنه ترسره کیږي.

۲: د ۱۰-۵ کلنو ماشومانو لپاره خلفي release+wedge osteotomy درملنه ترسره کیږي.

۳: د ۱۰ کلنۍ څخه د زیات عمر لرونکو ماشومانو لپاره Osteotomy+Triple arthrodesis

ترسره کیږي.

۳: د Allizarove درملنه: د club foot د مقاوم ډول د درملنې لپاره کارول کیږي. هغه درې

بندونه چې د arthrodesis (د بند د بې حرکت کولو) صورت نیسي په لاندې ډول دي.

۱: Talocalcaneal مفصل یا Subtalar joint.

۲: Talonavicular.

۳: Calcaneocuboidal مفصل.

نوټ! په Club foot ناروغانو کې لاندې ټسټونه د ارزښت وړ دي.

۱: د نوټ تولد شوو ماشومانو پښه قات کړو یعنې Toes د Tibia سره وه لگېږي نارمل او که نه نو

ابنارمل گڼل کیږي.

۲: Plumblin test: - دا ټسټ هغه وخت اجرأ کیږي چې ناروغ د چوکۍ په څنډه ناست وي نو

یو شاقل را اخلو او د Patella څخه لاندې پښې طرفته خوړندوؤ که شاقل لومړی Metatarsal سره سر

وخوري نارمل او که انحراف وکړي نو ابنارمل دی او دا د Tibia په Torsion دلالت کوي.

Congenital Vertical Talus

يو غير معمول ولادي سؤ شکل دی. د نوم خخه یې معلومیږي چې تالوس هابو کی په عمودي حالت کې واقع کیږي او هم پښه Calcaneovalgus حالت تع راغلې وي. یواځینی بند (Ball ang socket joint) دی چې یې ځایه کیږي Talonavicular بند دی. دا حالت په مختلفو نومونو سره یادېږي.

۱. Congenital convex pes planus :

۲. Congenital flat foot with talonavicular joint dislocation :

۳. Congenital rigid rocker bottom foot :

Incidence یا پیښي: - په هلکانو کې نسبت انجونو ته زیات واقع کیږي. دا افت زیاتره دوه طرفه وي. د دې افت سره نور هغه حالات چې یوځای وي عبارت دي له: Arthrogyriposis او Spinabifidia. هغه عضلات چې په دې افت کې Contracture کوي او د سؤ شکل د منځته راتگ سبب گرځي عبارت دي له:

۱. Tibialis anterior :

۲. Peroneus logus :

۳. Extensor hallucis logus :

۴. Extensor digitorum logus :

۵. Achilus tendon :

Peroneal tendon د وحشي Maleolus قدامي خواته او Tibialis posterior tendon د انسي Maleolus قدام خواته بې ځایه شوي وي او هم د Talonavicular او Subtalar مفصلونه بې ځایه شوي وي. همدارنگه Equinovarus Cacaneus په حالت کې مینځته راځي.

کلینیکي بڼه :Clinical feature

۱. د پښې لاندینی برخه Convex وي چې د Rocker bottom foot پنوم یادېږي.

۲: د تالوس سر د Equinus په حالت کې وي.

۳: Fore foot د Abduction او Dorsiflexion په حالت کې وي.

۴: Hind foot د Equinovarus په حالت کې وي.

۵: د تالوس سر د پښې په انسي او سفلي برخه کې جس کېږي چې د Callositis په نامه يادېږي.

۶: ماشوم په Clamey gait ولري يعنې گډوډ گرځيدل.

۷: په Fore foot کې Push up ډير کم وي.

پورتنۍ شاتې برخه د ځمکې سره صحيح نه لگيږي او د بلوغت په مرحله کې درد او شخوالي زياتيږي.

درملنه (Treatment): - په ابتدايي مسلسل مانور ورکولو او Plaster cast ډيره ښه نتيجه

ورکوي او په اخير کې وړې جراحي ته ضرورت موجود وي مگر، هغه مريضان چې ډير وخت پرې تير شوي وي او تداوي يې په ابتدا کې نه وي حاصل شوې د هغه لپاره دغه امکانات محدودېږي او غني جراحي ته ضرورت لري. کله چې ناروغ په صحيح ډول تداوي شي نو صحيح Follow up ته اړتيا لري. درملنه يې دوې برخې لري.

۱: Conservative درملنه:

الف: Manipulation.

ب: Plaster cast.

ج: Talonavicular joint pinfixation.

د: Tinotomy اجراً کول.

۲: جراحي درملنه: - په ساتندويه درملنه کې له ټولو نه منځکې مانور ورکول کېږي. پښې ته په لاندې

Position کې مانور ورکول کېږي. يعنې د پښې Dorsiflexion حالت د پښې درجې Plantar flexion وضعيت ته راولو او د Fore foot د Abduction حالت د Adduction وضعيت ته راولو.

هغه ماشومان چې عمر يې د ۶ مياشتو څخه کم وي POP پلستر د 5cm په اندازه تهيې کېږي او هغه ماشومان چې عمر يې د ۶ مياشتو څخه زيات وي د هغو لپاره POP پلستر 7.5cm په اندازه تهيې کېږي.

Padding (مالوچ تاوول) بايد ډير زيات ډبل نه وي يعنې دوه بوبنه مالوچ کافي دي. د پلستر د اجواو په وخت کې مرسته کوونکي د خپل لاس د دوو گوتو په وسيله د ناروغ د پښې گوتي نيسي او پلستر د مرسته کوونکي د گوتو له باسه راځي د دې لپاره چې پلستر د گوتو په برخه کې ډير ټينگ را نه شي او مرسته کوونکي د بل لاس په وسيله د ناروغ د هماغه پښې ورون نيسي او هم زنگون ته ۹۰ درجې فليکشن ورکوي. پلستر د ډيستبل څخه پيل او پروگريمبل خواته د ورون تر نيمايي برخې پورې تاوېږي. پلسار بايد ښه Mold (ښه هوارول او ښه قالبي شکل ورکول) شي. که چيرې تاسي پښې ته اساسي پلسار ورکړئ امکان لري تر شپږ پلسترونو پورې د ناروغ پښه صحيح وضعيت ته راولي.

d talonavicular بند د ارجاع ساتلو لپاره د عمومي انستيزي لاندې د Krishner wir fixation عمليات اجرا کېږي. چې پدې وخت کې پښه بايد د پښې درجې Plantarflexion حالت کې وي. که چيرې Talonavicular بند د Pinfixation په وسيله تثبيت شو نو ښه تر ښه که نه نو بيا د دې څخه وروسته Tibialis anterior او Peroneal tendon اوږدولو ته اړتيا ده ترڅو اوږدوالی ترسره شي. او ورپسې Tinotomy هم کېږي.

د عملياتونو په اخير کې چې پلستر کېږي نو پښه د پنځوس درجې Dorsiflexion په حالت کې شپږ اونۍ ساتل کېږي او د Ankle foot orthosis (AFO) لپاره پلستر د دري اونيو څخه زيات شي. AFO بايد 50° Plantarflexion او 150° adduction حالت کې تهيې شي او هم ورته Foot bar د Neutral په حالت کې جوړ شي چې AFO د ورځي د گرځيدو لپاره استعمالېږي او فوټ بار د شپې لپاره استعمالېږي او هم ناروغ ته سپارښتنه وشي چې Plantarflexion او adduction تمرينات ورکړل شي.

والیدینو ته توصیه وشي چې Plantarflexion او د Adduction تمرینات ورکړل شي. په لومړي کال کې د ۳ میاشتو لپاره او په دویم کال کې د ۶ میاشتو وروسته Follow up اجرا شي.

۲: جراحي: - د دوه هدفونو لپاره ترسره کېږي.

الف: که چېرې تالوس هلوکي پورته نه شي Osteotomy اجرا کوؤ.

ب: که د عضلاتو نرموالي (Release) مو هدف وي نو جراحي عملیه ترسره کېږي.

Osteogenesis imperfect

دا یوه ولادي ارثي ناروغي ده. پدې ناروغۍ کې د وجود هلوکي زیات ضعیف او نرم شوي وي. له همدې کبله په آسانی سره ماتېږي چې د Fragile bone او یا هم د Britle bone پنوم یادېږي. هلوکي د Woren bone یا دخامو هلوکو په مرحله کې نشونما ته توقف ورکوي چې علت یې د Osteoid حجراتو د تولید نقیصه بلل کېږي چې په نتیجه کې متعدد کسرونه په عظامو کې پیدا کېږي.

پتالوژي: - د پتالوژي له نظره د هلوکي د Osteoid حجراتو اندازه کمېږي. د هلوکو متراکس چې خومره امتصاص کېږي په هماغه اندازه بیرته نه جوړېږي. علاوه د هلوکو څخه لیگامینتونه، Tendon، Sclera او غابونه هم مصابوي. زیاتره ماشومان د متعددو کسرونو سره پیدا کېږي او وروسته د ولادت څخه مړ پیدا کېږي. د قصبي او ورانه هلوکي نظر نورو هلوکو ته ډیر مصابوي.

د Osteogenesis imperfect (O.I) بڼه تشخیصیه نقطې په لاندې ډول دي.

۱: Osteopenia .

۲: Spontenous Fractures .

۳: Luxity of joints and ligaments .

۴: Otosclerosis (Defness) .

۵: Blue sclera .

۶: د غابونو د رنگ بدلون (Dentogenesis imperfect).

کلینیکي بڼه (Clinical Feature): د کلینیکي اعراضو له نظره په څلور ډولونو ویشل شوي.

۱: Mild (type I Osteogenesis imperfect): د O.I. ۵۰٪ واقعات جوړوي. د نورو

ډولونو په پرتله بارز ډول دی. ۲-۳ کلنۍ کې ماشومان د کسرونو لرونکې وي، سکلیرا ابي او مفاصل Hyper mobile وي.

۲: Lethal (Type II Osteogenesis imperfect): د ۱۰-۵٪ واقعاتو کې لیدل کېږي. د

التراسونډ په واسطه داخل د رحم کې تشخیص کېږي. ماشومان د تولد په وخت کې کسرونه لري او سؤ شکل سره زیرېږي.

۳: Sever deformity (Type III Osteogenesis imperfect): د پیر زیات معمول ندی.

ماشوم د تولد په وخت کې او تر ۶ کلنۍ پورې متعدد کسرونو ته لیوالتیا لري او د شدیدو سؤ اشکالو د پیدا کیدو سبب ګرځي. ماشوم په Kyphosis, Scoliosis، د پښتو کسرونه او خاکسترا لرونکي وي.

۴: Moderately Sever (Type IV Osteogenesis): لکه د Type I غونډې د ناروغ

سکلیرا شنه او یا خاکستري وي او کله چې د کهولت دورې ته ورسیږي بیرته نارمل کېږي.

تفریقي تشخیص:

۱: د مور او پلار تاریخچه د هلوکو د کسرونو چې د لږ قوې په واسطه ماتېږي.

۲: مخکیني ذکر شوي تشخیصیه ټکي.

۳: د ناروغۍ انتقال په ارثي ډول.

۴: په تفتیش سره معلومېږي چې د ماشوم پښې لڼې او مختلف الزاویوي سؤ شکل لري.

د X-Ray له نظره لاندې بڼه تشخیصیه ټکي لیدل کېږي.

۱: په هلوکو کې زاویه (Angulation) لیدل کېږي.

۲: د هابو کي د ميتافيز برخه پراخه وي.

۳: د هابو کي کاتيکس نری وي.

۴: په پيشرفته حالت کې په هابو کي کې سيست ليدل کېږي.

ډولونه Types:-- د عمر له نظره لاندې ډولونه لري.

۱: Fetal type:-- دا ډول نسبت نورو حالاتو ته شديد وي. جمجمې تشکل نه وي کړي، ناروغ دنيا ته مړ راځي او د مرگ عمده علت په دې ماشومانو کې Intracranial Hemorrhage دی.

۲: Infantyl type:-- دا ډول نسبتاً لږ شديد شکل دی. ماشومان د کسرونو سره پيدا کېږي او تر دوه کلنۍ پورې ژوند کولای شي او بيا مړه کېږي.

۳: Adolescent Type:-- نسبتاً پورته دوو ډولونو ته يې انزار ښه دي. ناروغ چې دنيا ته راځي کسر نه لري خو، وروسته کسر ته ليوالتيا ښيي او مختلف ډوله Angulations پيدا کوي. پدې ناروغانو کې په Hip joint کې Coxa vara, Coxa valgus يا Coxa Planus ليدل کېږي.

۱: Coxa vara:-- Femoral head او Femoral shaft ترمنځ زاويه ۱۳۵ درجو څخه کمه وي.

۲: Coxa valgus:-- د Femoral head او femoral shaft ترمنځ زاويه له ۱۳۵ درجو څخه زياته وي.

۳: Coxa Planus:-- پدې حالت کې Caput femoris ډير پراخه وي.

د زنگانه په بند کې Boe leg او يا Knock Knee ورکوي. پښتې هم کړې وي، د Elbow په بند کې رادپوس خلعه ورکوي. همدارنگه په داخل د عضلاتو کې خونريزي ورکوي چې په تفريقي تشخيص کې ډيره مرسته کوي.

په O.I کې په منځته راغلو کسرونو کې درد موجود نه وي ځکه اکثراً Subperiostal وي، کارتيکس ماتېږي خو، پيريوسټ نارمل وي.

درملنه Treatment:

۱: د محفوظي درملنې په منظور: - sodium fluoride او Anabolic steroid د هډوکو نارمل راوستلو کې لږ مرسته کوي. د سؤ شکل د مخنيوي په خاطر د ناروغ مراقبت حتمي دی. کسرونه باید میزابه شي د Callipar او Frame پواسطه په ډیرو حالاتو کې د Intra medullary nail د استعمال څخه ناروغ ته گټه رسیږي.

۲: د وځیمو ډولونو د درملنې لپاره د جراحي څخه کاراخیستل کېږي. جراحي عملیات ۵-۴ کلنې کې شروع کېږي. بنه تداوي يې Osteotomy ده (Shish Kebab عملي په نامه یادېږي). پدې عملیه کې هډوکي ټوټه، ټوټه، ټوټه کېږي او د سؤ شکل د اصلاح لپاره د هډوکي په داخل کې راډ تیرېږي.

Post Polio Paralysis (Poliomyelitis)

Poliomyelitis د کوچنیانو د فلج په نامه هم یادېږي خو، کله کله لویان هم مصابوي چې د پولیو وایرس په ذریعه منځته راځي. درې ډوله وایرسونه دلته رول لوبوي او یواځې انسان مصابوي.

۱: Type I (Leon)

۲: Type II (Lancing)

۳: Type III (Branhild)

اسباب (Etiology): - د ناروغي د پولیومیالیټ د وایرس پواسطه مینځ ته راځي. وایرس د ناروغو او صحتمندو منتنو اشخاصو د پوزې په افزاتو، غایطه موادو او مچانو کې موجود وي. وایرس د انفي بلعومي یا معدي معاني قنات له لارې وجود ته داخلېږي او سمپاتیک سیستم پواسطه اعصابو او نخاع ته انتشار کوي. د نخاع په قدامي قرن کې ځای پر ځای کېږي او تخریبات شروع کوي. ځینې کتابونه کې یادونه شویده چې د وینېد جریان له لارې هم د ناروغی خپریدل صورت نیولای شي.

پتالوژي: - پدې ناروغی کې لومړی وایرس حرکي حجرې د نخاع په قدامي قرن کې او یا د دماغ په Brain stem کې مآؤفه کوي. په هغه صورت کې چې حرکي عصبي حجرې د نخاع په جیل کې مآؤفه شي

د لاس او پښو او تنې د عضلاتو د نرم فلج (Flaccid paralysis) سبب کېږي. که چېرې د نخاع د حبل علوي قسمت مأؤفه شوی وي د تنفسي عضلاتو فلج هم موجود وي خو، که چېرته عصبي حجرې د Brain stem په خوا مأؤفه شوي وي د بلعومي عضلاتو د فلج سبب کېږي.

وايرس د مرکزي عصبي سيستم په حرکي حجراتو کې کله چې ځای ونيسي په ناحیه کې احتقان، اذیما او په نقطوي ډول هیمورج پیدا کېږي چې د تام نرم فلج سبب کېږي. د وخت په تیریدو سره اذیما تدریجاً له منځه ځي او کومې حجرې چې نه وي تخریب شوي نورمال حالت ته راگرځي او فلج اصلاح کېږي. د ورمېږ او قطني ناحیې نخاع زیاته مأؤفه کېږي. مأؤفیت یې په نقطوي ډول سره وي له همدې کبله په عین عضوه کې ځینې عضلات مصاب او ځینې سالم وي. دوخت په تیریدو سره مأؤفه عضلات اتروفي کوي، فیبروتیک کېږي او مصافونه لڼاپېرې او د هلوکو نشونما په تأخر اخته کېږي او سؤاشکال منځته راځي.

تشخیص او کلینیکي بڼه Diagnosis and Clinical Feature:-- د کلینیک له نظره د پولیو

ناروغي څلور مرحلې لري.

۱: Preparalytic stage:-- پدې مرحله کې یواځې د سحایاؤ د تخریش اعراض لکه سر درد، تبه او تخریشیت موجود وي. د غاړې شخې او Brudzinsky sign مثبت وي. دا مرحله درې ورځې ادامه مومي.

۲: acut Paralytic stage:-- د سحایاؤ د تخریش د اعراضو او علایمو څخه ۳-۲ ورځې وروسته یو طرفه عضلاتو فلج مینځته راځي. کیدای شي یو طرف عضلات فلج او مقابل طرف کې سپزم او Constructure واقع شي لکه د زنگانه د بند قابضه عضلات شخ او څلور سرې عضله فلج موجودوي نو پخ Knee joint کې به یو Flexion Contraction لیدل کېږي. د تنفسي او بلعومي عضلاتو د فلج له کبله مړینه رامنځته کیدای شي.

۳: Recovery stage:-- ۶-۲ میاشتي وروسته د وایرس پواسطه اخته حجرات مجاورو حجرې اذیما او د هغوی مربوطه تعصیب شوي عضلات بیرته ورو، ورو خپله وظیفه اعاده کوي او خپل ټون ترلاسه کوي. پدې صفحه کې اکثراً بندونه اخته کېږي او Flial joints منځته راوړي.

۴: Residual stage:-- پدې مرحله کې په وایرس اخته حجراتو کې مربوطه عضلاتو کې

Permanent Paralysis واقع کېږي.

درملنه: - د پوليو ناروغي دوه ډوله درملنه لري.

۱: د Early stage درملنه . ۲: د Late stage درملنه.

الف: Early Stage:

۱: د دې ناروغي د فعال معافيت د پيدا كولو لپاره بايد د خولې له لارې واكسين استعمال شي او پدې ترتيب ماشومان د نوموړي ناروغي څخه وځايه كيږي.

A: Silk vaccine (په فورملين كې مې واكسين) د تحت الحلدي زرقياتو پواسطه تطبيق كيږي. اول زرق يې درې مياشتي كې، دويم په څلورمه مياشت او دريم زرق يې په شپږمه مياشت كې صورت نيسي.

B: Sabin Vaccine: (تغير وركړل شوی ژوندي وایرس) چې هره مياشت كې درې څاڅكي د خولې له لارې وركول كيږي او اخيري دوز يې يو كال وروسته وركول كيږي.

۲: په ناروغي مصاب كسان بايد تجريد شي.

۳: په مشتركو حوضونو كې له لمبا څخه بايد مخنيوی وشي.

۴: منظم تمرينات بايد اجرا شي.

۵: د Tranquilizer درملو څخه د درد د آراميدو په خاطر بايد استفاده ونه شي يواځې اسپرين گټه لري.

۶: بايد مایع غذايي رژیم واخلي او كه تنفسي مشكلات موجود وي تداوي يې صورت ونيسي.

ب: Late stage: - د اورتويدي له نظره داهميت وړ ده او بايد لاندې اقدامات صورت ونيسي.

۱: كه چيرته عضله قسماً فلج وي خو، سؤ شكل مينځته نه وي راغلی نو بڼه تداوي د Splint او يا Brace تطبيقول دي.

۲: که چیرته عضلات په بشپړ ډول فلج وي او سؤ شکل یې هم مینځته راوړی وي نو باید Tendontransfer اجراً شي. هغه عضلې چې باید ترانسفر پرې اجراً شي باید تون یې وکتل شي چې د - ۰ ۵ درجو پورې ولري.

الف: که ناروغ د ډیر فشار په مقابل کې پښه پورته کړي دا ۵ نومرې حسابیږي.

ب: که ناروغ د لږ فشار په مقابل کې پښه پورته کړي دا ۴ نومرې حسابیږي.

ج: که ناروغ په خپله پښه پورته کړي دا ۳ نومرې حسابیږي.

د: که ناروغ د جاذبې د قووې په مقابل کې پښې ته اهتزاز ورکړای شي نو ۲ نومرې حسابیږي.

۵: که ناروغ هسې معمولي اهتزاز ورکړي ۱ نومره او که هیڅ حرکت ونه لري نو صفر (۰) نومره حسابیږي.

د جراحي عملیات ټاکل د درجو یا نومرو په پام کې نیولو سره صورت نیسي.

که مونږ ۵ نومرې عضلې تون لرونکې عضله انتقال کړو د هغې تون ۴ ته رابښکته کیږي او مونږ یواځې ۴ او ۵ تون لرونکې عضلات انتقالولای شو ۳ درجې عضله ځکه نشو انتقالولای چې هغه ۲ ته رابښکته کیږي او دوه کومه خاص گټه نه لري.

۳: که چیرته Bony fixation موجود وي نو بیا Osteotomy اجراً کوؤ.

۴: په هغه صورت کې چې Flial joint موجود وي نو Arthrodesis باید صورت ونیسي.

۵: د فلج او سؤ شکل له کبله د یو طرف لنډوالی او یا اوږدوالی مینځته راځي چې تداوي یې د Bone lengthening او یا Shortning په وسیله صورت نیسي.

په Hip joint کې Sartoris, Tensor, Sauther operation صورت نیسي چې پکې د Sartoris, Tensor, او Gluteuos Maximus وترونه قطع کیږي.

Cerebral palsy

Upper Spastic paralysis د Cerebral palsy (CP) څخه عبارت دی چې اصلاً د Upper motor neuron نقيصه ده. د عضويت د عضلاتو يوه ابتدايي غير مترقي وظيفوي احتلال دی. د Upper Motor neuron (UMN) د افت له کبله Lower Motor Neuron (LMN) کنترول د لاسه ورکوي او LMN په خپل سر غير ارادي حرکات او اوامر صادروي. آفت د کارتيکس او Cerebellum څخه منشأ اخلي.

اسباب Etiology:

الف: Prenatal and natal causes:

۱: د ولادت په دوران کې د Forceps غلط استعمال چې د ماشوم د قحف د ترضيض او Intracranial hemorrhage باعث گرځي.

۲: د ولادت په وخت کې زيات Analgesic او Anesthetics استعمالول.

۳: د جنين له غاړې څخه د Umbilical cord تاويدل چې د دماغي انوکسيا لامل گرځي.

۴: Rh-incompatibility (Erythroblastosis fetalis) چې د ژړې باعث گرځي او د بيليروبين سويه له خپل حد څخه زياتېږي او په دماغ توکسيک تائير لري.

۵: Congenital brain defect.

ب: Post natal causes:

۱: Encephalitis. ۲: Meningitis. ۳: Head trauma. چې د جنين د Cerebral cortex د ماؤفه کيدو او د CP لامل گرځي.

تشخيص او کلينيکي بڼه:

۱: تاريخچه: - د ناروغ وده متضرره شوې وي مثلاً ماشوم په دوه مياشتو کې سر نه شي نيولای. په شپږمه مياشت کې نه شي کښيناستلای. په يو کلنۍ کې نه شي گرځيدلای او په دوه کلنۍ کې خبرې نه شي

کولای. همدارنگه په تاریخچه کې د خولې څخه د لارو بهیدل او د سترگو او مخ د غیر نورمالو حرکتو حکایه هم موجوده وي.

۲: Physical Exam -- چون CP په عمومي شکل په دوه ډوله دی نو هغه هر یو فزیکي معاینه فرق کوي.

الف: سپاسټیک افت په Cerebral cortex کې موجود وي. معمولاً یو طرف لاس او پښه مآؤفه شوې وي او د عضلاتو د غیر نورمال تقلص له کبله په بندونو کې سؤ شکل موجود وي مثلاً علوي طرف لاس، څنگله او گوتې به د قبض په حالت کې وي. مروند د Pronation په حالت کې وي.

په سفلي طرف کې به په Hip او Knee کې د قبض په حالت کې وي او د Ankle په بند کې Equinus حالت موجود وي. په هغه صورت کې چې افت دوه طرفه وي نو ناروغ د دواړو پښو د تقرب له کبله نه شي گرځیدلای مگر، نور عکسات او Babenski علامه مثبت وي.

ب: Athetoid -- پدې حالت کې د ناروغ په مخ، لاسونو او پښو کې دوامداره، ثابت او غیر ارادي حرکات موجود وي مگر د ناروغ ذکاوت نه مختل کیږي.

د کلینیکي اعراضو له نظره CP په شپږ ډوله ده.

۱. Spastic paralysis :

۲. Athetosis :

۳. Tremor :

۴. Rigidity :

۵. Anoxia :

۶. Mixed type :

CP د Topography (د افت مویعت) له نظره په څلور ډوله ده.

۱: Cerebral Cortex: -- که په Cerebral cortex کې Premotor area مصاب وي نو Spastic او که Motor ساحه مصابوي نو Flaccid paralysis ورکوي او که دواړه مصاب وي نو يو بين البيني حالت مينځته راځي.

۲: دماغې د قاعدې افت: -- چې معمولاً د Athetosis او Tremor سبب گرځي. ناروغ به د سفلي او علوي اطرافو غير ارادي ثابت حرکات ولري چې د خوب په وخت کې له منځه ځي. (په پنځو ځي او لاسونه يې تاؤ شوي وي مگر زکاوټ يې نارمل وي.

۳: Cerebelum: -- ناروغ به nystigmus، گنگسيټ او غير منظم رفتار لري. منتشر افت: -- چې د طولاني انوکسيا، منتشري خونريزي او Encephalitis له کبله منځته راځي. الف: د عضلاتو نورمال الاستيکيت له منځه ځي.

ب: په ماؤفه مفصل کې Passine حرکات سره Land pipe sign مثبت وي.

درملنه: -- ۱/۳ ناروغان د Sever CP ناروغان دي چې قابل تداوي ندي. ۱/۳ يې بدون د تداوي هم بنه کيږي او ۱/۳ ناروغان د منظم تعليمي تمريناتو ته اړتيا لري.

د اور توپيډي مداخله داده چې دغه ناروغان بايد وگرځي او خپل ژوند په درست ډول سره تير کړي. د دې لپاره بايد د Constructures څخه مخنيوي وشي او که مينځته راغلي وي بايد د جراحي درملنې پوسيله اصلاح شي.

د Constructures د مخنيوي لپاره بايد ميزابه، بريس، او Caliper څخه کار اخيستل کيږي او درملنه يې د مختلفو ميتودونو پواسطه ترسره کيږي چې په لاندې ډول دي.

۱. Aschillis tendon lengthening.

۲. Apponeurectomy.

۳. Myomectomy (Myomectomy) او Quadrecepts او Gastrscneumus عضلاتو V-Plasty اجراً کيږي.

۴: Tenotomy (Hip joint).

په CP ناروغانو کې د جراحي مداخلې Indications:

۱: Fixed deformity.

۲: چې Conservative درملنه نتیجه ورنه کړي.

۳: Secondary complications.

۴: Bone deformity.

Bone Tumors

د هډوکو تومورونه په دوه ډوله دي:

۱: د هډوکو سلیم تومورونه (Benign Tumors).

۲: د هډوکو خبیث تومورونه (Malignant Tumors).

سلیم تومورونه زیاتره په ماشومانو او ځوانو خلکو کې لیدل کېږي ولي خبیث تومورونه زیاتره په زړو او سپین ږيرو خلکو کې لیدل کېږي. یواځې Osteosarcoma او Ewing خبیث تومورونه دي چې په ماشومانو کې لیدل کېږي. په لاندې جدول د تومورونو تقسیم بندي درج شوېده.

Cell type	Benign	Malignant
1: Bone.	1: Osteoma.	1: Osteosarcoma.
2: Cartilage.	2: Chondroma.	2: Chondrosarcoma.
3: fibrous tissue.	3: osteochondroma.	3: Fibrosarcoma.
4: Marrow.	4: fibroma.	4: angiosarcoma.
5: uncertain.	5: haemangioma.	5: malignant cell tumor.
	6: gaint cell tumor.	

کلینیکی بڼه او اعراض او علائم: - په توموري پېښو کې درد هغه وخت مینځته راځي چې کله تومور بڼه نشونما وکړي او شاوخوا عصبي نسج باندې فشار راوړي. خپله تومور د تروما له کبله مینځته نه راځي مگر د تروما سره کوم تومور مخ شي نو ډیره سریع نشونما کوي. همدا وجه ده چې ورته ویده لږه ویل کېږي او هیڅکله هم زیات تماس ورسره ونه شي.

په هلوکو کې د تومور له کبله تمرینات زیات او کورټیکس نری کېږي نو ځکه د عادي تروما سره یا بغیر د تروما نه Spontaneous fractures مینځته راتلای شي.

تشخیص (Diagnosis):

۱: تاریخچه: - بڼه تاریخچه مونږ د تومور تشخیص ته رسولای شي.

۲: فزیکي معاینه (Physical Examination): - په فزیکي معاینې سره د تومور موقعیت، قوام، خنثای، تحرکیت، جسامت او سطحه کتل کیدای شي. همدارنگه د ساده ایکسری، CT scan او Bone scanning او MRI هم د تومور په هکله ډیر معلومات راکولای شي. د MRI پواسطه د تومور Metastatic برخې هم په نښه کېږي. قطعي تشخیص یې د Biopsy پواسطه اجرأ کېږي چې په څو طریقو سره اجرأ کېږي.

الف: Needle biopsy.

ب: Incisional Biopsy.

ج: Excisional biopsy.

تفریقي تشخیص (Defferential diagnosis):

۱: Hematome.

۲: Infection لکه Chronic osteomyelitis - Non Bone formation موجود وي یعنی

Sequester لري.

۳: Myositis ossificans - په ماشومانو کې د Active فشار پواسطه په عضلي نسج کې عظمي

نسج مينځته راځي.

۴: Stress Fractures لکه March fractures.

۵: Reckits.

۶: Gouty arthritis او نور.

درملنه: - د تومورونو جذري درملنه په درو مرحلو کې څيړل کېږي.

۱: لومړۍ مرحله Low grade sarcoma چې پدې کې Intracompartment او

Extracompartment ډولونه شامل دي.

دويمه مرحله High grade sarcoma.

دريمه مرحله چې پدې مرحله کې Sarcoma ميتاستازيس ورکړی وي.

اوس پوښتنه داده چې په کومه مرحله کې بايد جراحي عمليه ترسره شي؟

لومړۍ مرحله مونږ Excision کولای شو يعنې تومور ايستلای شو. په دويمه مرحله کې د طرف قطع

کول Ampotiation استطاب لري او په دريمه مرحله کې چون تومور ميتاستازيس ورکړی وي نو نه

Excision او نه هم امپوتيشن استطاب لري.

Benign tumors of the bone

د هډوکو څلور سلیم تومورونه په لاندې ډول دي.

۱: Osteoma . ۲: Osteochondroma . ۳: Chondroma . او ۴: Osteoclastoma .

۱: Osteoma -- د هېلو کو یو مدور سلیم تومور دی چې زیاتره په اوږدو هېلو کو کې مینځته راځي خو، کیدای شي چې په پلنو هېلو کو کې هم مینځته راځي لکه د قحف هېلو کي. قوام یې کلک او منشأ یې کورټیکل او یا Concellious (اسفنجي) هېلو کي دي.

اعراض او علایم:-- دوامداره درد او دهماغي ناحیې پړسوب موجود وي.

تشخیص:-- د ساده راډیوگرافي پواسطه ترسره کیږي.

درملنه:-- د جراحي عملیات پواسطه د تومور جذري ایستل دي.

۲: Chondroma -- دا تومور غضروفي منشأ لري او زیاتره د پښو او لاسونو ترمنځ په

Phalanges کې لیدل کیږي او په دوه ډوله دی.

الف: Ecchondroma -- زیاتره د هېلو کو په خارج طرف کې نشونما کوي او زیاتره په لاسونو،

پښو او پلنو هېلو کو کې لیدل کیږي لکه Scapula او Iliacum.

ب: Enchondroma -- په داخل د هېلو کو کې یعنی د هېلو کو په میلو لا کې نشونما کوي. دا

تومور د پښو او لاسونو په هېلو کو کې لیدل کیږي او سبب د دې کیږي چې وه پرسیږي او کارټیکس نوی

کیږي. پدې ډول تومور کې پتالوژیک کسرونه ډیر لیدل کیږي. دا تومورونه کله کله په

Chondrosarcoma تحول کوي. په غیو هېلو کو کې نسبت وړو هېلو کو ته زیات لیدل کیږي.

درملنه:-- درملنه یې د تومور ایستل دي او پاتي ساحه د Bone graft او یا Cement په نامه د

یوې مادې پواسطه ډک کیږي.

Osteoid osteoma -- یو سلیم تومور دی د Skull نه علاوه په نورو هېلو کو کې هم لیدل

کیږي.

۳: Osteochondroma -- دا د وړکتوب د دورې معمولترین سلیم تومور دی. د Epiphysis

شخه منشأ اخلي او د هېلو کي د نشونما سره سم تومور هم نشونما کوي. او د یوې ساقې په ډول خارج او په

هېو کي کې وځي. کله کله نوموړی تومور Osteosarcoma ته تحول کوي. دا تومور د Multiple Exostose په شکل او يا هم د Single Exostose په شکل ليدل کېږي.

اعراض او علايم:— د کلينیک له نظره درد او د هېو کي پړسوب تر بندونو پورې موجود وي همدارنگه پتالوژيک کسرونه هم ليدل کېږي.

تشخيص:— د ساده راډيوگرافي پواسطه او لاندې نښې پکې ليدل کېږي.

الف: غير نورماله وده او يا Exostose موجود وي.

ب: دغه غير نورماله برخه په هېو کو کې نسبت غضاريفو ته زياته بارزه وي.

درملنه:— د ضرورت په وخت کې تومور ايستل کېږي.

۴: Osteoclastoma:— د کهولت د دورې سليم تومور دی خصوصاً هغه ښځې چې عمر يېد

۲۰-۴۰ کلنۍ ترمنځ وي زيات عموميت لري. ډير وخت خيبت شکل اختياري وي، دوپې له لارې نورو ځايونو

ته ميتاستازيس ورکوي. په لاندې برخو کې ډير عموميت لري.

۱: د فيمور په سفلي نهايت کې.

۲: د تيبيا په علوي نهايت کې.

۳: د راډيوس په سفلي نهايت کې.

۴: د هيموروس په علوي نهايت کې.

دا تومور د ميتافيزيس څخه منشأ اخلي او په اخر کې بند ته ځان ته رسوي. لومړی د ميتاستازيس مرکز

يې سړي دي.

اعراض او علايم:- درد او پړسوب د تومور په ساحه کې حس کېږي. همدارنگه پتالوژيک کسرونه هم ليدل کېږي.

تشخيص:- په ايکسرې کې د هډوکو تخريبات او د کورټيکس تخريبات ليدل کېږي او تخريبات تر بند پورې د ليدلو وړ دي.

درملنه:- مه چيرې د کلاويکل او يا ټيبيا هډوکي اخته شوي وي نو يو قسمت د هډوکي او يا مکمل هډوکي بايد Resection شي.

که هډوکي لکه فيمور چې د هغه ايستل ناتوانايي رامنځته کوي نو Bone graft او Curretage بايد يوځای اجرا شي. د عود چانس زيات دی نو امپوتيشن ته کله کله ضرورت پېښېږي. که بند له منځه تللی وي نو د فلزي Prosthesis څخه بايد کار واخيستل شي. راډيوټراپي او شيموټراپي هم کله کله گټه لري.

د هډوکو خبيث تومورونه Malignant tumors of the bone

د هډوکو خبيث تومورونه عبارت دي له:

۱. Osteosarcoma

۲. Chondrosarcoma

۳. fibrosarcoma

۴. Ewing tumor

۵. Multiple myloma

۶. secondary metastatic tumors

۱. Osteosarcoma:- د ماشومتوب او کهولت د دورې معمول تومور دی خصوصاً هغه ماشومان

چې عمر يې د ۱۰ کالو په شاوخوا کې وي ليدل کېږي. او په لاندې ځايونو کې عموميت لري.

الف: د هيموروس او ټيبيا په علوي نهايت کې.

ب: د فيمور او رادپوس په سفلي نهايت کې.

د ميتافيزيس د قسمت څخه شروع، د وينې د دوران له لارې سږو او بعضې وخت نورو هډوکو ته انتشار کوي.

اعراض او علايم:

۱: درد او پړسوب موضعي وي او تدريجاً اضافه کېږي.

۲: منتشر ضخيموالی د بند په مجاورت او د هډوکو په سفلي نهايت کې ليدل کېږي.

۳: پوستکی د تومور د پاسه تور وي نسبت نورو ځايونو ته ځکه چې د تومور د پوستکي د پاسه Vascularization موجود وي.

تشخيص:- بڼه تشخيصيه ټکی د ايکسري له نظره عبارت دي له:

الف: د ميتافيزيس د تخريب له کبله د هډوکي نامنظموالی.

ب: د کارټيکس تخريب په يو يا څو ځايونو کې.

ج: د Codman`s triangle په شکل کې مثلث ډوله تخريبات.

د: Sun rays burst په نامه شعاعي ترسبات په هډوکي کې ليدل کېږي.

۲: Ct, MRI او بايوپسي پواسطه هم تشخيص وضع کېږي.

که چيرته تشخيص مشکوک وي نو لاندې ټکي تشخيص تأيدوي.

۱: په جلد کې د رنگ بدلون.

۲: د ساحي له پاسه Vascularization ليدل کېږي. بايد ووايو چې که چيرته په ساحه کې پورته ياد شوي نقاط وليدل شي نو کتله تومور دی.

درملنه:

۱: که تومور میتاستازیس نه وي ورکړی نو انتخابي تداوي يې امپوتیشن دی (Disarticulation) یعنی د مفصل سره د هډوکي ليري کول دي.

۲: که تومور میتاستازیس ورکړی وي نو بيا د امپوتیشن سره سره راډیوترابي او شیموتراپی هم باید تر سره شي.

د درجو له نظره درملنه:

۱: A-1 یعنی Low grade باید Excision ترسره شي.

۲: A-II یعنی High grade باید پدې حالت کې Excision+Amputation ترسره شي.

۳: B-II یعنی Metastatic stage پدې حالت کې باید Disarticulation ترسره شي.

۲: Chondrosarcoma – دا د هډوکو خبیث تومور دی چې د غضاريفو څخه منشأ اخلي. %۲۵ په پښو کې اسکلیټي سیستم اخته کوي. د هر عمر خلک متأثره کولای شي خو، نسبت ماشومانو ته په لویانو او زړو خلکو کې زیات عمومیت لري او زیاتره محوري هډوکي یا Axial skeleton زیات اخته کوي.

Classification and grading – Chondroma دوه ډوله لري.

الف: مرکزي کاندروسارکوما چې په داخل د هډوکي کې پیدا کېږي لکه د تیښا، فیمور او نورو.

ب: محیطي کاندروسارکوما: – هغه تومور چې د هډوکو د قشر څخه منشأ اخلي لکه د هیپ او سکروم هډوکي.

تومور اساساً د عضلاتو او اوتارو په ارتکازي ساحه کې تشکیل کوي.

درجي (Grades):

۱ – Grade I – ورو وده کوي او د میتاستازیس لږ او یا هیڅ وړتیا نه لري.

۲: Grade –II and III: – سریع وده کوونکی او لږ تفریق پذیر دی. دا هم کله کله مجاورو غړو ته میتاستازیس کوي.

۳: Grade-IV: – د غیر تفریق پذیره حجراتو لرونکی دی او په شدید ډول باندي د میتاستازیس وړتیا لرونکی دی.

نوموړی تومور په عمومي ډول په حوصله او اوږه کې وده او نشونما کوي. همدارنگه نور ځایونه د بازو (مټ) او پښې د هلوکو د میتافیزیس او ډیافیزیس څخه عبارت دي. همدارنگه ځینې وخت د قحف قاعده هم پرې مصابېږي.

کلینیکي بڼه: – ناروغ متوسط عمر لري، ناروغ درد او د همدغه تومور په ساحه کې د پړسوب څخه شکایت کوي. د پتالوژي له نظره په تومور کې Cystic نقاط او Calcification لیدل کېږي چې د همدې اوصافو له مخې د نورو تومورونو څخه تفریق تشخیص کېږي.

تشخیص:

۱: راډیوگرافي.

۲: CT scan and MRI.

۳: Biopsy.

۴: د High anaplastic tumor د معلومولو لپاره د Immunohistochemistry ته اړتیا پېښېږي.

اسباب: – اکثرًا سبب یې معلوم نه وي خو، ناروغ شاید د Enchondroma او یا هم د

Osteochondroma تاریخچه ولري. په لږ تعدا خلکو کې په ثانوي ډول Chondrosarcoma د Maffuci syndrome او Ollier disease څخه وروسته مینځته راځي.

درملنه: – د نوموړي تومور درملنه په دوو فکتورونو پورې اړه لري.

۱: د تومور موقیعت.

۲: د تومور تهاجمي قدرت.

که چيرې تومور ناروغ په تکليف کړي نو radical incision او Bone graft بايد ورته اجرأ شي. د طرف قطع کولو څخه ډډه وشي. انتخابي درملنه يې امپوتيشن دی. اوس که تومور حوصله په افت اخته کړي نو د حوصلې د هډوکو امپوتيشن اجرأ کوؤ چې د Hemi pelvectomy په نوم يادېږي او دوه ډوله لري.

الف: external hemipelvectomy: - نیمایي حوصله د ليگ سره قطع کېږي دا د Hind quarter amputation نوم هم يادېږي.

ب: Internal Hemi pelvectomy: - نیمایي حوصله ليري کيږي خو ليگ سالمه پاته کيږي.

انزار: - د ناروغۍ انزار په دې پورې اړه لري چې تومور څومره ژر کشف شوی او تداوي شوی دی.

نسبتاً Low grade غیر تهاجمي تومورونو لرونکي خلک د ۵ کالو څخه زیات عمر لري او د High grade تهاجمي تومورونو لرونکي خلک څلورمه برخه د ۵ کالو څخه زیات عمر لري. په راتلونکي کې تومور د عود زیات چانس لري.

۳: fibrosarcoma: - د هډوکو یو خبیث تومور دی چې د Fibrous connective انساجو

څخه منشأ اخلي. د نورو تومورونو سره فرق لري. دا تومور یو Infantile fibrosarcoma دی چې له کلنی نه په کم عمر کې لیدل کېږي او چټکه وده کوي. او بل adult fibrosarcoma دی چې د ۵-۱ کلنی په عمر کې لیدل کېږي او ډیره بطي وده کوي. زیاتره په Lower leg او arm کې لیدل کېږي.

اسباب: - سبب يې معلوم ندی خو، جنیټیک فکتورونه پکې رول لري.

اعراض او علایم: - د کتلې په ساینز او انتشار پورې اړه لري.

۱: درد هغه وخت منځته راځي چې د تومور د عصب د فشار لاندې راوستو مرحله وي.

۲: گودیدل (Limipness) چې په مټ او لینگیو، پنبو او لاسونو کې تومور منځته راغلی وي.

تشخيص:

۱: ساده رادیوگرافي د تومور موقیعت، د هلبوکي تخریبات، انتشار او وسعت ښکاره کوي. همدارنگه په رادیوگرافي کې Osteocytic lesion لیدل کیږي او New bone formation هیڅکله موجود نه وي چې د همدې اوصافو له مخې د Osteosarcoma سره په تقریقي ډول تشخیص کیږي.

۲: MRI: - دا د تومور موقیعت، انتشار او وسعت رانیسي.

۳: Ct scan: - دا په افقي او عمودي ډول اخیستل کیږي.

۴: Bone scanning: - دا هم کتله ښيي خو، د کسر او انتان فرق نه شي کولای.

۵: Biopsy: په دوو طریقو ترسره کیږي. یو په Incisional ډول او بل په Radical ډول.

۶: Compleat blood count: - دا معاینه په خپل ځان کې Blood chemistry رانغاړي.

Stage of tumor: - دوه ډوله سټیجونه لري.

۱: Localized stage: چې په هماغه ساحه کې وي.

۲: Metastatic stage: چې د بل ځای څخه راغلي وي.

درملنه: - د تومور درملنه په لاندې شیانو پورې اړه لري.

۱: عمر.

۲: د ناروغۍ پراختیا.

۳: د ماشوم په زغم.

۴: ستاسو په نظر او څرگندونه.

۵: How your child physician expects the disease may progress

انتخابي درملنه يې امپوتيشن دی. د بعضي غړو امپوتيشن نه کيږي د هغې په Complete Excision کورؤ او وروسته يې د راډيوتراپي او شيموتراپي لاندې نيسو.

شيموتراپي په څلورو لارو کيدای شي.

۱: Pills چې بلع کيږي.

۲: Injections (IV/IM).

۳: IV.

۴: Intra thecally.

Rehabilitation: - ناروغ ته روحي، فزيکي او وظيفوي شرايط برابرول ځکه دغه کسان هميشه

متاثيره وي.

Supportive care: - له انان، د درملني له اختلاطاتو او د جانبي اغيزو څخه مخنيوی کول.

انزار: - د ناروغۍ انزار د ماشوم په عمر، د کتلې په سايز، وسعت، انتشار، د تداوی په مقابل کې ځواب او په تداوی کې د نوو اکشافاتو پورې اړه لري.

Osteoblastoma: - دا هم د Osteoid ostema په شان دی مگر سايز يې غټ دی او انزار

يې خراب دي. معمولاً په ۲۹-۱۰ کلنۍ کې منځته راځي. که په فقراتو کې منځته راشي Paraplegia

ورکوي او تشخيص يې د Bone scan پواسطه کيږي.

Gaint cell tumor: - د هډوکو يو سلیم تومور دی چې علت يې معلوم ندي. دا تومور د هډوکو

په Epiphysis کې ليدل کيږي او يو نادر تومور دی. نوموړی تومور په لاندې هډوکو کې ډير ليدل کيږي.

۱: منځ (Femor).

۲: د تيبيا علوي برخه.

۳: د هيموروس علوي برخه.

نوموړی تومور په خيانت باندې د بدلیدو لیوالتیا لري.

کلینیکي اعراض او علايم: - درد، پرسوب، Crepitation.

راډیوگرافي: - په ایکسري چي د صابون د څگ يا بالون په شکل خیال ورکوي يعنې As a ballon
or bubble swab.

درملنه:

۱: Swab resection.

۲: Bone cement or bone graft.

۳: که شاوخوا ته يې ميتاستازيس ورکړی وي نو امپوتيشن اجراً کيږي.

Ewing tumor: - دا يو خبيث تومور دی چي د هډوکي د مغز څخه منشأ اخلي او زیاتره

Tibia، Femur او Humeros کې لیدل کيږي.

د اوسټیوسارکوما په خلاف Ewing تومور د هډوکي د ډیافیزيس په برخه کې مينځته راځي. دغه تومور نرم او پوست وي او د تومور په اطرافو کې Vascularization لیدل کيږي. نوموړی تومور په تدريجي ډول غيږي او د هډوکي تخریب مينځته راځي. د وينې د جريان پواسطه سږو او ځینې نورو هډوکو ته انتشار کوي.

کلینیکي اعراض او علايم:

الف: موضعي درد او پرسوب د اوږدو هډوکو له پاسه (په ځانگړي ډول د هډوکي په تنه کې).

ب: د تومور د پاسه د جلد تودوالی د نورو برخو په پرتله زیات وي.

پتالوژي: - دغه تومور پخپله ځمکه نښتی وي، Lobulated وي، د هډوکي د مغز د نسج په شان

سنجايي يا Gray رنگ لري او که وينه بهیډنه پیدا شي نو سوربخن Jelly ته ورته رنگ غوره کوي.

راډيو گرافي:

۱: د هابو کي تخريب.

۲: Onion peel Appearance يا د پياز د پوستکي پشانه منظره (د پيروست لاندې د نوو

هابو کو جوړيدل د پياز د پوستکي په شان بڼه لري).

۳: د سرو په راډيوگرافي کې ميتاستاتيک برخې ليدل کېږي.

۴: د هابو کو راډيو ايزوتوپ CT scan کې د توموري برخې د پاسه د ايزوتوپ مادې جذب زيات

وي.

تفريقي تشخيص:

۱: څرنگه چې پدغه تومور باندې اخته ناروغان تبه لري نو بايد نوموړی تومور د Acute

osteomyelitis سره تفريقي تشخيص شي.

۲: نوموړی تومور د انتان او هيماتوما سره بايد تفريقي تشخيص شي.

درملنه:

۱: انتخابي درملنه يې د امپوتيشن او Radiotherapy and chemotherapy څخه عبارت ده.

۲: که چيرې يې ميتاستازيس نه وي ورکړي نو امپوتيشن د منلو وړ دی.

۳: راډيوتراپي هم د امپوتيشن په پرتله اغيزمنه ده او ځينې وختونه د امپوتيشن په پرتله په ځوانانو کې

ورته ترجيح ورکول کېږي.

۴: شيموتراپي هم گټوره ده.

انزار: په دغه تومور اخته ناروغان د مرگ لپاره نومانده وي که چيرې سرو ته يې ميتاستازيس ورکړی نه

وي نو د درملني پوسيله يو څو کاله ژوندي پاتي کېدای شي.

Multiple myeloma: - د هلوکو د مغزو یو وژونکی تومور دی چې په ځوانانو کې زیات

پېښېږي. د هلوکو د مغز د پلازما Plazma څخه سرچینه اخلي. د وینې د دوران له لارې د هلوکو نورو برخو ته خپریږي. کله چې ناروغ ډاکټر ته راځي نو پتالوژیک ماتیدني یې ورکړي وي په ځانگړي ډول د ملا په فقراتو کې.

هغه هلوکو چې په دې تومور ډیر اخته کیږي په لاندې ډول دي.

۱:Skull.

۲:Vertebra.

۳:Ribs.

د نورو تومورونو سره یې توپیر دادی چې پدغه تومور کې د نوو هلوکو جوړیدنه نه رامنځته کیږي.

کلینیکي اعراض او علائم:

۱: ډیر کله تومور په ځوانانو کې په منځني منگ کې رامنځته کیږي.

۲: ناآرامی، عمومي او موضعي درد په یو او یا څو ځوانانو کې موجود وي.

۳: په ناروغانو کې د ملا درد او د قص یا سټرنوم د هلوکو درد موجودوي.

۴: ناروغ ځانف او انیمیک وي.

۵: د اخته هلوکو د پاسه حساسیت موضعي وي خو، پرسوب او deformity ترڅو چې پتالوژیک

ماتیدني نه وي رامنځته شوي نه لیدل کیږي.

تشخيص:

الف: راډيوگرافي:

۱: Trans radiance په گڼ شمير ډيرو کمو ځايونو کې په ځانگړي ډول په هغو هلوکو کې چې red marrow لري ليدل کيږي (د حوصلي هلوکي، د سر هلوکي، د فخذ د هلوکي علوي نهايت او د هيمورس هلوکي).

۲: د توموري هلوکي دپاسه د ايزوتوپ مادې جذب زيات وي.

۳: د هلوکو د زيانمن کيدو په صورت کې د کارټيکس نري کيدل.

۴: که چيرې تومور د ملا په فقراتو کې وي نو د Pedicle يوه سترگه به ړنده بنسکاري چې د پدانه Pedicle sign positive وايي.

ب: لابراتواري کتنې:

۱: Microcytic anemia.

۲: د ESR لوړيدل او د Ca^{++} زياتوالی او د Alkaline phosphatase کموالی موجود وي.

۳: په تشومتيازو کې به Bence Jones protein موجود وي.

تفريقي تشخيص:

۱: د اوسټيوسارکوما سره (د نوو هلوکو جوړيدنه پکې وي).

اختلاطات:

۱: پتالورژيک ماتيدنې.

۲: Pancytopenia.

۳: Amyloidosis.

۴: د اعصابو تر فشار لاندې راوستل.

تداوی: Rx

۱: راډيوټراپي.

۲: شيموټراپي.

۳: Bone Cement

اخذ ليكونه (Reference)

- 1- Churchall livingstone Clinical orthopedic examination Ronald merae fifth edition (2004) chapter 5 pp- 74- 87
- 2- Churchill Livingstone Elsevier M cre Ronald Esser Max Practical fracture treatment 5edition Chapter (2008) 7pp-153-160.
- 3- J.C: Outline Adams of fracture including joint injuries 8 edition church inn Livingston. (2007 Chapter 11 pp-85.
- 4- Journal of Arthroplasty and Arthroscopic Surgery Vol.13 No.3 2002 pp-153-157.
- 5- Lawrence W.WAY Current surgical Diagnosis and Treatment Edited By Edition (10) M chill raw. Hill Medical Publishing .Division 1994 chapter 43 pp-10075.
- 6- Louis Solomon Agarhm Apleys concise system of orthopedics and fruetor butter worth heimann ltd Linacre house jordel hill oxford ox2 first edition 1994 Louis Solomon David J. Warwick selvadurai Nayagam. (EICHTH) EDITINN Chapter 24-pp 596-604
- 7- Loves and Bailey shart practice of surgery Mann. Rrsell edition 21th (ELBS) 1988 chapter 14 ppp-308-311.
- 8- Michael k.d Benson Children is Orthopedics and fractures edied by john afixsen Malcolm fmaclicol Klaus parsch (churchall Livingstone) second edition. 2004 chapter 34 pp-616-619
- 9- Mihran.o. Tachdjien. M.S.D pediatric orthopedic W.B.S Aunder company Philadelphia-Loldon.Toranto Valume2 chapter8 (1974) pp-1566.
- 10- Principles of fractures and Dislocation illustrated 2 Edition chapter 4 (2000) pp-110.
- 11- Rock wood and green fractures volume1 1994 pp-509-511.
- 12- Snell Richards MD PHD Emeritus professor of Anatomy George Washington university school of medicine and health sciences Washington DC 1995 fifth edition chapter9 pp-454

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to German Committee for Afghan Children and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,
Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2013

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 116 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective

subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the situation of the country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and Public Health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 116 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It is to be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

All published medical textbooks can be downloadable from www.ecampus-afghanistan.org

The book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is mentionable that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or authors to in order to be corrected in the future.

We are very thankful to German Aid for Afghan Children its director Dr. Eroes, who has provided funds for this book. To be mentioned in Past two years he also Provided funds for 20 medical textbooks which are being used by the students of Nangarhar and others medical colleges of the country.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past three years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy

Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai as well as the chancellor of Nangarhar University Dr. Mohammad Saber for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published. At the end I appreciate the efforts of my colleagues in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, March, 2013

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

Book Name Orthopaedics
Author Dr. Said Shal Sayedy
Publisher Nangarhar Medical Faculty
Website www.nu.edu.af
Number 1000
Published 2013, First Edition
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children (www.kinderhilfe-Afghanistan) a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affairs of this publication have been supported by Afghanic (www.afghanic.org). The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 6200 241