حاد اپنديسايتيس
تشخيص، اختلاطات او تداوي

پروفيسور دکتور محمد شريف سروري
(PhD, Dr Med Science)

Afghanic

نګرهار طب پوهنځی

Pashto PDF
2014

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

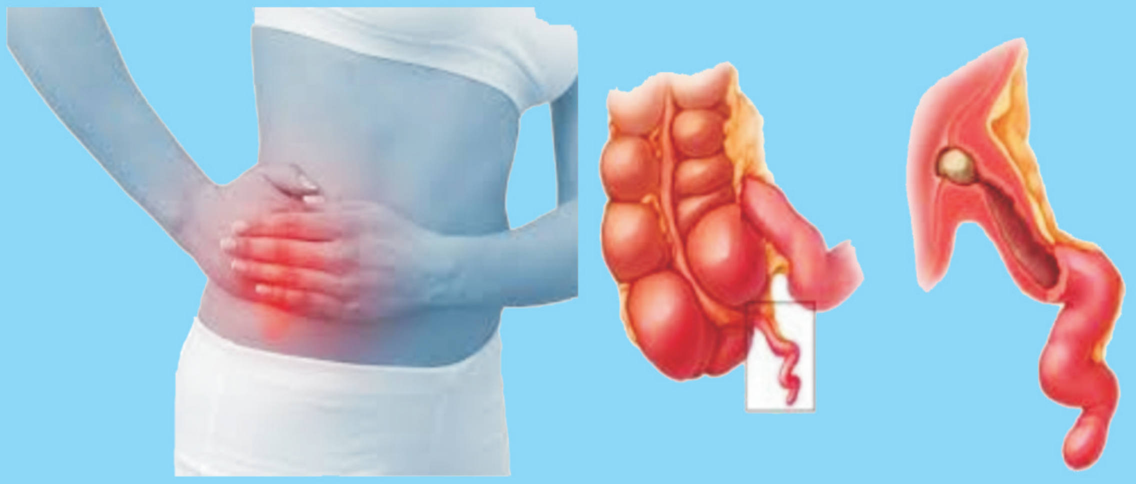
Acute Appendicitis
Diagnosis , Complications & Treatment

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

Download: www.ecampus-afghanistan.org

ننگرهار طب پوهنځی

حاد اپندیسایتیس
تشخیص، اختلاطات او تداوي



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

۱۳۹۳

حاد اپندیسایتیس
تشخیص، اختلاطات او تداوي

Acute Appendicitis
Diagnosis , Complications & Treatment

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

۱۳۹۳

Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

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

Acute Appendicitis
Diagnosis , Complications & Treatment

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

ISBN 978-1234567897
9 781234 567897 >

2014

بسمه تعالی

حاد اپندیسـایتیس

تشخیص، اختلاطات او تداوي

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

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

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ يوې خيريه ټولنې لخوا تمويل شوی دی.

اداري او تخنيکي چارې يې په آلمان کې د افغانيک لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤليت نه لري.

د تدريسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړيکه ونيسئ:
ډاکتر يحيی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل
تيليفون ۰۷۵۶۰۱۴٦٤۰
ايميل textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي

ای اس بي ان ۱۲۳٤٥٦۷۸۹۷ ــ ۹۷۸

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډیر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پیژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولنې 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 کومې مننه کوم چې ډېر زيار يې ايستلی او د کلونو په اوږدو کې يې په خپلو اړوندو څانګو کې درسی کتابونه تألیف او ژباړلي دي. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړی څو تر چاپ وروسته د ګرانو محصلينو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د ګرانو محصلينو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معياري او نوي درسی مواد برابر کړي.

په پای کی د افغان ماشومانو لپاره د جرمنی کمیټی او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې يی هر اړخيزه همکاري کړې ده.

هیله مند یم چی 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، ۱۳۹۳

د درسي کتـابـونـو د چـاپ پـروسه

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو!

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

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

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

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

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

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

ټول چاپ شوی طبي کتابونه کولای شي د www.ecampus-afghanistan.org ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کړي.

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

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس په راتلونکې کې غواړو چې دا پروګرام غیر طبي برخو لکه ساینس، انجنیري، کرهنې، اجتماعي علومو او نورو پوهنځیو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

له ټولو محترمو 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 ایډیټ او د چاپ لپاره تیار کړي. زمونږ په واک کې یې راکړي، چې په ښه کیفیت چاپ او وروسته یې د اړوندې پوهنځۍ استادانو او محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د یادو شویو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظریات زمونږ په پته له مونږ سره شریک کړي، تر څو په ګډه پدې برخه کې اغیزمن ګامونه پورته کړو.

له ګرانو 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 علمي معیارونو په اساس برابر شي، خو بیا هم کیدای شي د کتاب په محتوی کې ځینې تیروتنې او ستونزې وجود ولري، نو له درنو لوستونکو څخه هیله مند یو تر څو خپل نظریات او نیوکې مولف او یا مونږ ته په لیکلې بڼه را ولیږي، تر څو په راتلونکې چاپ کې اصلاح شي .

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې او د هغې له مشر ډاکتر ایروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لګښت یې ورکړی دی دوی په تیرو کلونو کې هم د ننګرهار د طب پوهنځی د ۴۰ عنوانه طبي کتابونو د چاپ لګښت پر غاړه درلود.

په ځانګړي توګه د جي آی زیت (GIZ) له دفتر او Center for International Migration (CIM & Development چې زما لپاره یې په تېرو څلور کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو له محترم وزیر ښاغلي پوهاند ډاکترعبیدالله عبید، علمي معین ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معین ښاغلي پوهنوال ډاکتر ګل حسن ولیزي، د ننګرهار پوهنتون رییس ښاغلي ډاکتر محمد صابر، د ننګرهار طب پوهنځی رییس ښاغلي ډاکترخالد یار، د ننګرهار طب پوهنځی علمي مرستیال ښاغلي ډاکتر همایون چاردیوال، د پوهنتونو او پوهنځیو له ښاغلو رییسانو او استادانو څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړی یې هڅولې او مرسته یې ورسره کړې ده.

همدارنګه د دفتر له همکارانو احمد فهیم حبیبی، سبحان الله او حکمت الله عزیز څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړې کیدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکتر یحیی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، فبروري ۲۰۱۴

د دفتر ټیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

تـقـريــظ

په وروستيو څو کلونو کې په هېواد کې د پوهې او علم پـه برخـه کې يوڅـه پرمختګونـه شوي دي، چې ورسره د ښونځيو، مسلکيي انستيتونو، پوهنتونونـو او محصـلينو پـه کميت کې زياتوالى راغلى دى.

که له يوې خوا پوهنتونونه د کميت په لحاظ ډېر شوي دي، نو لـه بل پلوه اړينـه ده چې د لوړو زده کړه کيفيت ته زياته توجه وشي.

ز مونږ په وطن کې علمى او نوى آثار لاتـر اوسـه هم ډېر کم دى، خداى وکړى چې د داسى تدريسي کتابونوليکل او چاپول بـه دغـه تشـه يو څـه ډکه کړى. هيلـه مند يوو چې زمونږ نور استادان هم تشويق شى، تر څو په خپلو مسلکي برخو کې نـوي علمـي کتابونـه وليکي.

دغه کتاب د ننګرهار د طب پوهنځى لخوا وکتل شو، ښـه معيـارى او د محصـلينو لپـاره ګټور کتاب دى.

مونږ د ليکوال دغـه زيـار ستـايو، د لوى خداى ج لـه در بـار څخـه نوموړي تـه د نـورو برياوو هيله کوو.

د ننګرهار د طب پوهنځى

لړلیک (فهرست)

موضوع	پاڼه
لومړی فصل : داپيندکس اناتوميکي خانګړتياوي	1
جلدی طبقه	2
داپيندکس او څيکوم د موقيعيت خصوصات..................................	11
د سيکوم موقيعيت	11
داپينديکس موقيعيت	11
دوهم څپرکی: دمريضانو مشخصات او تشخيصی- معالجويطرزالعمل...................	**20**
دمريضانو مشخصات	21
نتايج	33
دريم څپرکی: دحاداپينديسايتيس ايتيوپاتولوژي.................................	**35**
تعريف	35
لاملونه او پاتوجينيز..	35
انتاني تيوري	36
نيرووواسکولير تيوري	39
څلورم څپرکی: دحاد اپينديساتيس ويشون..	**42**
ساده يا سطحی اپينديسايتيس	45
فليګمونوز اپينديسايتيس	46
ګانګرينوز آپينديسايتيس	47
پيرفوراتيف اپينديسايتيس	47
اپينډيکولير کوليک	47

پنځم څپرکی: دحاد اپینډیساتیس تشخیص.. **49**

سبجکتیف علایم.............................. 49

ابجیکتیف اعراض........... 52

لابراتوري معاینات 59

اولترا سوند 60

شپږم فصل: داپینډیساتیس آتیپیک حالات.. **63**

ریتروپیریتونیال اپینډیسایتیس 63

انترا پیلویک اپیندیسایتیس 64

داپیندیکس میدیال حالت 64

حاد اپیندیسایتیس په ماشومانو کي 65

حاد اپیندیسایتیس پ زاړه سن کي.. 65

حاد اپیندیسیت په حاملوکي 66

کیڼ لوری اپیندیسیت 67

اووم فصل: دحاد اپیندیسیت تفریقي تشخیص **69**

حاد ګاستروانتیرایتیس... 69

دمعدې اواثناعشر د قرحاتو تثقبات.. 69

حاد کولیسیستایتیس... 70

دکولمو حاد انسداد 71

دکرون مرض Crohn disease... 73

مایکل ډیویرتیکولیټ Mikel diverticulitis 73

حاد مثارقوي لمفوادینیت 73

کولیک رینال 74
حاد ادنکسیت 74
دنفیر حمل 77
دمبیض اومبیض د سیستونو ریپچر.. 79
دمبیض دسیست تدور.. 81
نومونیا او پلریزي.. 83
اتم فصل:مزمن اپیندیسیت.. 85
کلینیکي لوحه 86
مزمن ریزیدوال اپیندیسیت.. 86
مزمن نکسي اپیندیسیت.. 86
ابتدائي مزمن اپیندیسیت.. 87
نهم فصل : داپیندیسیت درملیز تکتیک.. 88
دتداوي تاریخچه.. 88
داپیندیکتومي اساسی شرایط 93
دجراحي ټیم مانجمینت 93
عملیات ته دناروغ تیارونه 94
د بیخوبي یا انیستیزیا دډول انتخاب 95
لسم فصل: داپیندیکتومي مداخلاتي تخنیکونه 97
د مک بورني څیرون Mc. Burney's incision 97
انتیګراد اپینډیکټومي 105
دریتروسیکل اپینډیکټومي طریقه 116

دپاراریکتال شق Lenander’s Incision……………..... ………………… 125
پوست اوپیراتیف پیریود ...………… ………………...……………………… 127
یوولسم فصل: دحاد اپیندیسیت اختلاطات ....…… 131
اپیندیکولیر ماس ……………. ……..……...……………………… 131
پوست یا نرم ا.م..………………. ……..…....……………………… 133
کلک یا سخت ماس ...………...……...………………………… …… 135
پیري اپیندیکولیر ابسیس ……………………...……………………… 137
د اپیندیکولیر ابسیس ویشون یا کلاسیفیکیشین ..………………… ……...…… 139
قدامی ابسیس ...……………………. ……...…. ……………………… 140
الیولومبال ابسیس ...…………………… ……………...…………… 140
مثارقوي ابسیس ……………………………………………………… 141
پیلویک ابسیس ....………………………………………………… 198
داپیندیکولیر ابسیس کلینیکي لوحه……………...………………………… 143
دپیری اپیندیکولیر ابسیس تداوي……………………..……………………… 147
الیاک ابسیس……………........…..………………………..……………… 147
ریتروبیریتونیال ابسیس ………………………………………………… 148
میزوسیکال ابسیس ……………………...…………………………… 149
سوب هیپاتیک ابسیس .……..……………………………………………… 149
دوګلاس ابسیس.…………...................……………………………… 149
پیریتونایتیس………………..……………………………………………… 151
دپیریتونایتیس تداوي………………………………………………………… 152

پیلیفلیبیتیس ………………………...………………. ………….. 154
د پیلیفلیبیت تداوي …...………………………...…...………………… 155
دوولسم فصل: لاپروسکوپیک اپینډیکټومي………………………………… 157
د لاپروسکوپیک ا.پ ښیګنې .. ………………………………………… 158
پنوموپیریتونیوم او دهغه داجرا طریقه …………………………………… 159
دلاپروسکوپي طریقه ………… ……………………………...…...…… 161
د اپیندیکتومي مراحل ...……….… ………………………...………… 162

مقـــدمـــه

حاد اپینډیسیت یوه ډیره عامـه او منتشره نـاروغي ده، چـه دنړۍ پـه هرګوټ کـي پـه کثرت سـره لیدل کیږي اودحـاد بطـن ۷۰ سلین تشـکیلوي. دا اصـل چـي پـه مجمـوع کـي ٪۷ خلـک دژونـد پـه اوږدو کـي عمـدتأ دژونـد لـومړۍ نیمـائي کـي پـه حاداپینډیسـایتیس اختـه کیـږي، ددې پتـالوژي دتشخیص اوتداوي اهمیت پـه ښکاره توګه ثابتوي.دامرض عمدتآ پـه ځوان سن کـي لیدل کیږي اواکثرأ د مکتب شاګردان اوځوانان مصابوي.

که څه هم دحاد اپینډیسیت اودهغه بیلابیل ډولونـه او اختلاطـات پـه نړیوالـه سطحه پـه پوره اندازه سره تدقیق سوي اوڅیړل کیږي. خوکلـه ناکلـه بیاهم لیدل کیږي چـه د ننـي عصـرد تکنـالوژیکي پرمختیـاوو سـربیره ددې نـاروغي پـه پیژندنـه اودرملیـز تکتیـک کـي لا اوس هـم ځنـي اشـتباهات صـورت نیسـي، ځکـه چـه داپینـدکس د مختلفـو ځایښـتونو کلینیکـي لوحـه د نـس د غړو خصوصـأ دنسـائي اوبعضـأ یورولـوژۍ دحـادو نـاروغیو سـره چـي تـداوي ئـې پـه محـافظوی شـکل سـره منـل سویده، دمشابهو علایمو پـه لړلـو سره تبـارز کـوي. څرنګه چـي دبین المللـي تحقیقـاتو دمخـي ثابتـه سویده تشخیصي اشتباهات پـه نارینهوو کـي ٪۲۰ اوپـه ښځو کـي تر ٪۴۰ تشکیلوي. د دې نـاروغي تشخیص خصوصآ د مریض دناوخته مراجعې پهصـورت کـي ، دهغـه د خاصـوکلینیکي علایمـو د تغیر او اختلاطـاتو دتأسس دکبلهد معاینه کونکی ډاکتر پـه وړاندي نوي ستونزي را مخته کوي.

زموږپه ګران هیواد کـي چـه دیوې خوا اکثره هیواد وال دلومړنیو طبـي پـوهي اومعلومـاتو څخـه محرومه اوبی برخي پاته دي او دبل پلوه دصحي پرسـونل او ډاکتـرانو کمښت، دروغتیـائي چـارو نیمګړتیاوي، اقتصادي ستونځي ، دامنیتي خنډونو اوبعضأ د انتقالاتي امکاناتو دنشتون دکبله اکثره مریضـان پـه خپـل وخـت سره ډاکتـر خصوصـأ جراح او سـاحوي روغتـون تـه دتخصصـي مرسـتو دپـاره نـه سـي رسـیدلای. داډول اوږد مودتـه وختنیـزه فاصـلـه اکثـرأ د اپینـدیکس دتخریـب، او داختلاطـاتو دودي د کبلـه دمرض د وصفي کلینیکي لوحې تغیر لامل ګرزي، چي پدې ډول سره تشخیصـي مشـکلات ایجـاد اوداختلاطیډولـه اپینډیسـیت دمغلقومعـالجوي مـداخلو ضـرورترامینځته کیږي.داحالات په خپل وارسره اکثرأد تداوي د بی قناعته نتایجو، معیوبیت اومړینـي سبب کیږي.
دبل لوري څرنګه چه محترمو مسلکوالو ته څرګندهده دبده مرغـه زموږ پـه هیـواد کـي زموږ پـه ملي ژبو(پښتو او فارسي) باندي هیڅډول آثار چه د جراحـانو دقناعـت وړاو دهغـوی ضـرورترفع کړای سي وجود نلري. ددې کتاب دلیکلو په وخت کي کوشش وکړ سو څـو پـه هیوادکي دشته وو منابعو څخـه چـه مشخصـأ داپینډیسـایتیس پـه هکلـه لیکل سوی او یـا ژبـاړل سویوي څـه ناڅـه ګټـه

واخيستل سي، خوبدمرغانه موجوده ليکني صرف دمحصلينوپه درسي کتابونوکی دطب دپوهنځيو دپروګرامونومطابق په ډيره لنډه توګه وجود لري، چه دډاکټرانو دپراکتيکي ضرورت اوخصوصاً دجراحانودعلمي اومسلکي سطحي د پياوړتيا دپاره دقناعت وړنه ګڼل کيږي.

نوځکه دياد سوو ستونزواوضروريتونو پر اساس مي دا خپله علمي وجيبه وګڼل چه پهدېبرخه کي د يوه داسي ګټورعلمي اثر په ليکنه لاس پوري کړم ، چه په هغه کي نه يوازي دبهرنيو ليکنو څخه ګټه شويوی بلکه زموږ خپلو داخلي تجاربو هم پکښي واضح انعکاس موندلئ وي، څو د هغوی په مرسته زموږ د محترمو مسلکوالو مسلکي پياوړتيا لوړه او د دې مرض دتشخيصي اومعالجوي اشتباهاتو دمخنيوي دلاري د محترمو وطنوالو صحت ساتني ته لازم خدمت سويوي.

ددې هدف دپاره د ۱۳۸۳د حاد اپينديسيت په ناروغی اخته کسانو دتداوي نتايج چه ۱۱۳ واقعې شخصاً زما دخوا دهيواد په داخل اوبهر کی عمليات او تداوي سويدي او ۲۷۰ واقعاتچه دطبی علومو اکادمي

د جراحي سرويس دکوليکتيفدزحماتو نتيجه اوپه غير مستقيم ډول ئي زه هم په تداوي کي سهيم ګڼل کيږم،دخپلي مسلکي پوهي او علمي مهارت په مرسته تحليل اودبين ا لمللي معتبرو علمی نشرياتواو اړونده آثارو دمطالعيپه رڼا کيدحاد اپينديسيت ترعنوان لاندی داکتاب ديوه مصوره مونوګراف په حيث ترتيب او په خاصه مينه اودرناوی سره ډيروپتمنومينه والوته وړاندي کيږی.

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

کتاب په (۱۲) فصلو کی ليکل سوی چه په هغه کي د اپينديسيت تشخيص (پيژندون) اوتفريقی تشخيص (بيلنتشخيص) ته خاصه پاملرنه سويده اوحتی ځنيداهميت وړ جزئيات(واړه ګوني) هم پکښی مطرح سويدي. دليتيراتور په مرسته داپينديسيت ايتيولوژی ،پاتوجينيز او د هغه پر بنسټ طرح سوې او عام منل سوئ کلاسيفيکيشين (ويشون) چه عملي جنبه لری په عميقه توګه اووسيع ابعادو سره شرح سويدي. داپينديسيت او دهغه داختلاطي اشکالودتداوي تکتيک او عملياتي

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

داپیندیسیت پر مروجه یا کانوینشیونال conventional جراحي سربیره داپیندیسایتیس د تشخیص اوتداوي نوی میتود- لاپروسکوپیک اپیندیکتومي laparoscopic appendectomy چه زموږ په هیواد کي ئي نوی قدم ایښی دی هم په مفصل ډول سره شرح سویده.

کتاب د علمي اوتدریسي محتوا ترڅنګه دپښتو ژبي دطبي ادب دپاره یوه ستره غنا ګڼل کیږي، چه په سلیس اوروان ادبي طرزلیکل سویدی، په هغه کي د مروجه ژبو (لاتین، انګلیسي،فارسي او عربي) دطبي اصطلاحاتو سربیره دپښتو ژبي زاړه اواصیل لغاتونه او هم نوي ترکیبونه په کار لګیدلي دي.

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

یادوني:

داکتاب چه لیکنه ئي اصلاً دطبي علومو داکادمي اوداردو دجراحانو په خاصه توګه داکادمي دتخصصي کورس دپاره دیوه لارښود په حیث په نظر کي نیول سویوه، په ۱۹۹۱ (۱۳۷۰ هجري) کال کي پیل او د۱۹۹۲ دجنوري (۱۳۷۰ جدي) په میاشت کي بشپړه کړل سوه.دکتاب لیکنه ان دابتداڅخه ترأخره پوري دیو سلسله ستونزو سره مخامخ وه.

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

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

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

کتاب بالأخره د۱۳۷۰ دجدي په میاشت کی دقانوني مراحلو څخه د تیریدو وروسته دملي دفاع د وزارت دمربوطه ذیصلاح مقاماتو دهدایاتو سره سم داردو مطبعي ته د چاپ دپاره وسپارل سو.

بدبختانه کتاب په خپل وخت سره چاپ نه کړ سو بلکه په هیواد کي د بعدنیو ناوړو پیښو دکبله،کله چه

د خارجي توطئو اوداخلي کودتا په نتیجه کي د ډاکټر نجیب الله دولت نسکور او دولتي نظمدکودتاچپانو

دلوري برهم کړ سو. وروسته کله چه بیا دولتي واک مجاهدینوته وروسپارل سو، په کابل کي د تنظیمي جګړو اونښتو دکبلهدولتي اداري دسقوط سره مواجه اومنجمله نوموړی کتاب هم د محوي سره مخامخ سو.

اوس چه څورلس کاله وروسته دکتاب زړې اوشوړیدلي قلمي نسخې ددوستانو په همت سره زما لاس ته راورسیدلې، بیامي هم دا تصمیم ونیو چه طبابت دنوو علمي لاسراوړنو په رونا کي دځینو تغیراتو په راوړلو سره کتاب د سره څخه ترتیب اوبشپړ کړم. ګوندي د پاک الله(ج)په لطف او مرحمت او با غیرو او پتمنو دوستانود همت په مرسته بالآخره دا ځل کتاب ددرنو اوقدرمنو مسلکوالو خدمت ته وړاندي کړشي.

په درنښت

تقـريـظ

د لوی څښتن تعالی په سپیڅلي نامه

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

داکتاب داپیندیسیت تر عنوان لاندي لیکل سوی دی، چې مؤلف (لیکوال) ئې ډیر کوښښ کړیدی، چي ددې ناروغۍ هغه ستونزي ، چي دانسان د معیوبیت او یا مرګ سبب کرزي راپه ګوته کړي.

واقعأ اپیندیسیت د حادبطن دناروغیو لوړه سلینه تشکیلوي او دا مرض باید دډیرو ناروغیو سره تفریقي تشخیص او بیلنتوب وسي، چي ډیر اوږد فهرست لري. ددغه دلیل پر استناد سره ویلای سو، چي ددې مرض تشخیص هم بعضأ ستونزمن اوداشتباهات سره مخامخ کیږي اودمعیوبیت اومرګ سبب ګرزي. ددې کتاب په لوستلو او عملی کولو سره زه یقین لرم چي یو جراح او یا په عامه کلمه کښي ویلای سو، چې یو ډاکټر به ډیره کمه اشتباه وکړي او ددوي کتاب په برکت سره او خدای تعالی په کمک سره به د محتاجو انسانانو معیو بیت اومرګ کم سي. دا کتاب په پوره توګه دطب پو هنځۍ دزده کونکو، د تخصص پروګرام ، ټولو جراحانو او علاقمندو ډاکټرانو ته به ډیر ګټمن واوسي.

داکتاب یو تحقیقي اثر دئ او لیکوال په خپله ډیر زیار ایستلی دئو چی اړینه انځورونه ئې په خپل ښایسته لاس او قلم رسم کړیدي هغه لاس چه زرونو انسانانو ته ئې روغتیا ور په نصیب کړې او خوشحالي ور بخشلي ده.په دې کتاب کي په ډیرزیار ایستنه سره زمږ دګرا ن هیواد د موادو اوآثاروڅخه او هم دبین المللي مأخذونو څخه ډیره ژوره استفاده سویده او د اوسني عصر د تقاضی سره د **لاپروسکوپیکاپیندیکټومي** په هکله هم روڼا اچول سویده.

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

زموږ قدرمن استاد د حربي جراحي (حبي تراوماتولوژي) په برخه کی هم ډیر زیار ګاللی دی، چي ددغه دسیپلین دنورو استادانو سره یو ځای ئې ددغه مسلک تهداب ټینګ کړی اودحربي جراحي په انکشاف کي ئې ډیري ښې لارښووني پرې ایښي دي.

زما په اند دا اثر یو ډیر ښه دلاربنوونې او استفادې وړاثر دی. زه د پاک الله څخه دوی ته دروغ صحت دوعاکوم.

پوهندوی دوکتور محمد یعقوب نورزی

دشهید محمدداؤد خان دروغتون سرجراح

تقریــــظ

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

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

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

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

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

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

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

با عرض احترام

پوهنوال دوکتور غلام بهاوالدین "نجرابی"

پروفیسور جراحی

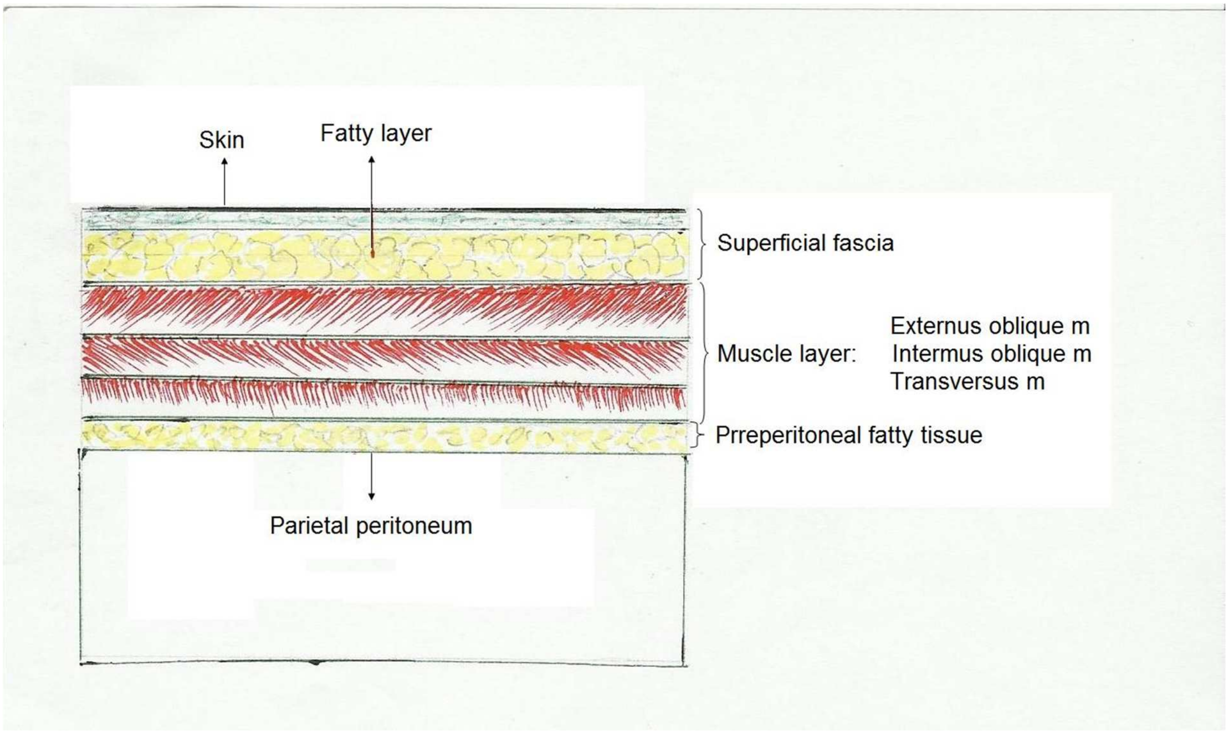
لومړی فصل

داپینډیکس اناتومکي ځانګړتیاوي

Anatomipcal property of appendix

په دې مبحث کي دحرقفي حفرې iliac fossa ، اپیندکس appendix(چنجیډوله کولمه) اود ځیکوم cecum (ړنده کولمه) اناتومي اوځني اناتومیکي خصوصیات چه داپیندیسایتیس ددقیق تشخیص اوجراحي تکتیک داتخاذ دپاره داهمیت وړاوپرکتیکي رول لوبوي، ترکتني لاندي نیول کیږي، ځودهغه په مرسته داپیندیسایتیس دتشخیصي اشتباهاتواو مداخلوي اختلاطاتو څخه لازم مخنیوی سوی وي.

ځیکوم او اپینډکس معمولاً دنس په حرقفي حفره (right iliac fossa) fossa iliaca dextra کي قرارلري. ددې ناحیې دجداراناتومیکي جوړښت دقدام څخه خلفی لورته په ترتیب سره دلاندنیو طبقاتو څخه متشکل دی: (شکل- ۱)



شکل ۱- دبطن د قدامي جدار جوړښت

- جلدي طبقه -skin(cutis)

- سطحي فاشيا : -superficial fascia:

- شحمي طبقه -fatty layer

- فيبروتيک طبقه -fibrotic layer

- عضلاتي طبقه -muscle layer

- دبطن عرضاني صفاق -fascia transversalis abdomenis

- پريپيريتونيال شحمي طبقه -preperitoneal fat tissue

- جداري پيريتوان - parietal peritoneum

اوس به دهرقشرجوړښتيزخصوصيات په مفصله توګه وڅيړل سي.

دنس جلد:

جلددنس پدې برخه کې ډيرنازک، متحرک اوډيرو نريو اونازکوويښتانولرونکی دی، چې دعمليات دپاره دناحيې دپريپ ياخريلو ضرورت نه ليدل کيږي.

تحتاجلدی شحمي طبقه:

دجلد لاندي شحمي طبقه دبدن دنورو حصو پرخلاف د دوو شحمي طبقو څخه چه يوه سطحي او بله ئې عميق موقيعيت لري متشکله اود صفاقي پردې پواسطه سره بيله شويده.

Superficial fatty layer -

Deep fatty layer -

د پوستکي لاندي لومړیشحمی يا وازګينه طبقهچه د دوو صفاقي پردو تر مينځ واقع ده، ډيره نازکه او دجلد تحرک تأمينوي.

عميقه شحمي طبقه چه دسطحي شحمي طبقي څخه د فاشيا پواسطه بيله سويده نسبتآ پنډه اوضخيمه ده. ددې قشر ضخامت او پنډوالی چی په چاغوخلګوکي تر څوسانتيميتروپوري رسيږي، اکثرأدعمليات پرجريان او نتايجو ناوړه اغيزي لري، ځکه ديوې خوا دعمليات په وخت کي د ساحي دتنګوالي اوتخنيکي ستونزوداېجاد دکبلهدعملياتی شق د لويولواو اوږدولو ضرورت پيدا کيږي اودبل

لوري دعمليات وروسته په عملياتي تپ كي دميكروبونودنمو اوتكثر زمينه برابره اودانتاني اختلاطاتو اوتقيح سبب كيږي.

دبطن دجدار صفاق:

دنس پدې برخه كي دنس سطحي صفاق fascia superficialis په خپل وار سره پر دوو نازكو پردو چې يوه ئې سطحي ياسربيرنه پرده lamina superrficialis fascii superficialis ياد fatty superficial layer (Camper's fascia) اوبله ئېژوره يا عميقه فيبروتيكه سخته پرده membraneus deep layer يا lamina profunda fascii superficialis چې د Scapa's fascia اويادThompson په نامه هم ياديږي، ويشل سوېده. پدې ډول سره نوموړې فاشيا دنس دجدار شحمي طبقه هم پردوو صفحولكه نازكه سطعي او عميقه ضخيمه طبقو باندي سره بيلوي.

ددې فاشيا سربيرنه پرده ډيره نازكه اوعميقه پرده چې ډيره پنډه اوضخيمه ده، چې دخپل ضخامت دكبله كله هم دعضلي صفاق سره شباهت مومي. داپرده دنس په لاندنۍ برخه كي دمقبني وتريا ingvinal ligament سره وصليږي.

ديادي سوي فاشيا وروسته ددې ناحيې ځانګړې يا اختصاصي فاشيا fascia propria واقع ده چي دنس دخارجي منحرفي عضلې M. Obliqus externus abdomenis سره نښتې او په جلا توګه نه ليدل كيږي.

دنس دجدارعضلاتي جوړښت:

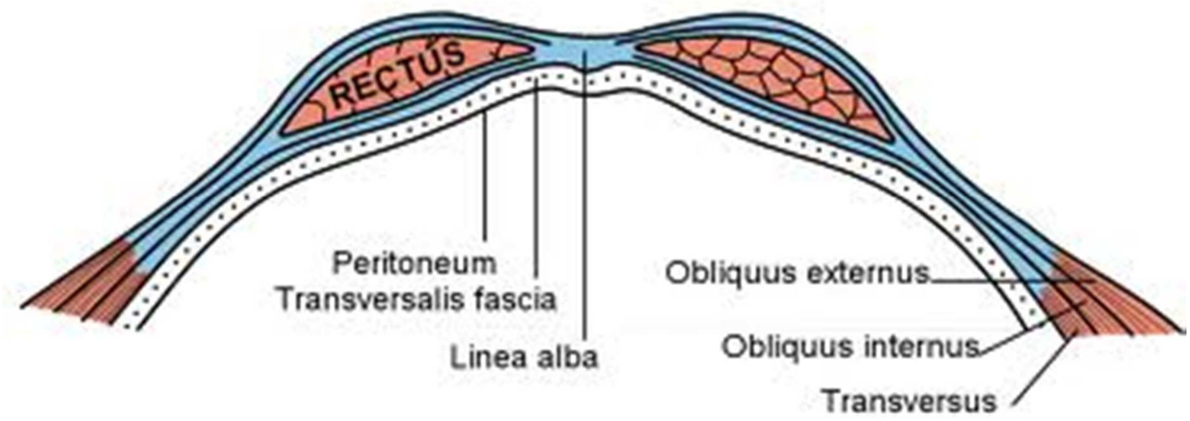
دنس ددې ناحيې دمخني ياقدامي جدارعضلاتي طبقه عمدتأدنس دلاندنيو عضلاتو څخه متشكله ده:

- دنس خارجي منحرفه عضله

- دنس داخلي منحرفه عضله

- دنس مستعرضه عضله

دېوره پوهيدني اووضاحت دپاره دنس عضلاتي جوړښت په دوهم نمبرشكل كي ښودل كيږي.



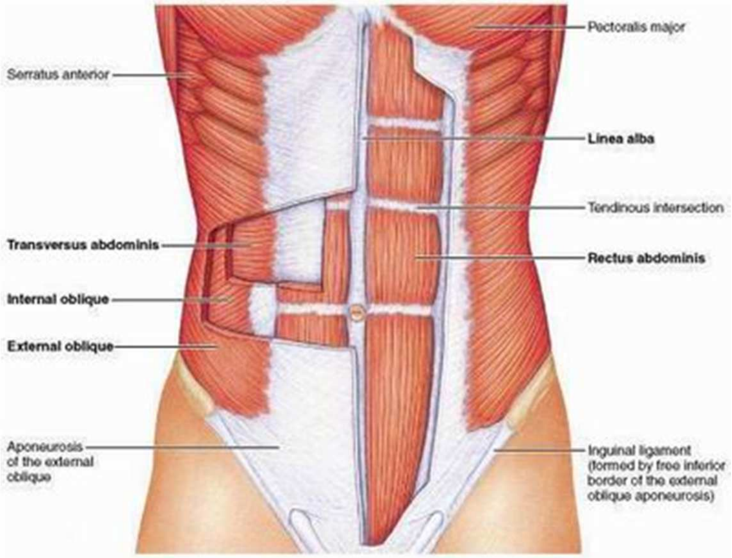
شکل ۲- دنس دجدار عضلاتیجوړښت

۱- دنس خارجي منحرفه عضله:

Musculus oblicus externus abdominis

Abdomen’s external oblique muscle

داعضله دلاندنیواتو (۵-۱۲)اضلاعودخارجی سطحوڅخه شروع، الیاف ئي لاندنی او داخلي لورته غزیږي اودنس دمستقیمي عضلې د پوښ یا شیت دصفاقی الیافوسره وصلیږي. دعضلې لاندنۍ برخه دحرقفی هډوکي د برج یاقنزعې crista iliaca سره اتصال مومي. دحرقفی هډوکي دقدامي علوی مشوکي spina iliac anterior superiorیا(iliac anterior superior spine(IASS و اونسي اولاندنی لورته دا ناحیه یوازي دعضلي صفاق یا اپونیروز پواسطه سره پوښل سویده چې الیاف ئي دمقبنی وترد الیافوسره موازي سیرلري.(رسم ۳)



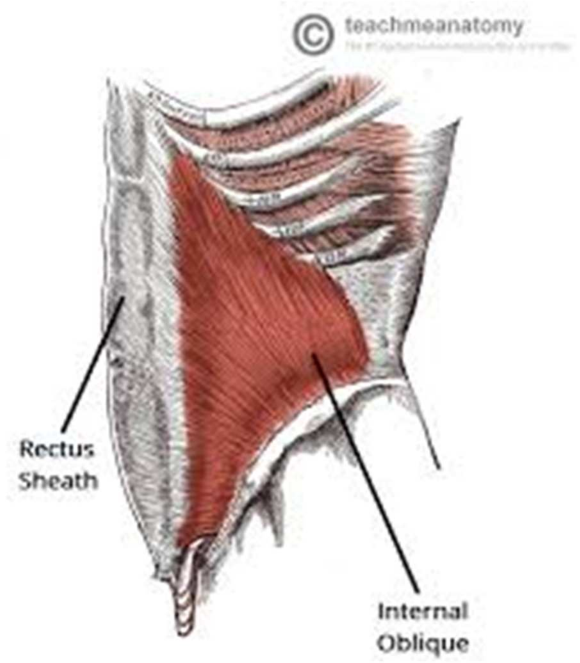
شکل ۳: د بطن د قدامي جدار د عضلاتو جوړښت

۲- دنس داخلي منحرفه عضله:

Musculus oblicus internus abdominis

Abdomen’s internal oblique muscle

ددې عضلي الياف دحرقفی هډوکي دتيغي اودمقبنی وترد باندني (۳/۲) څخه شروع، پورتني او اونسی لورته دپيک ډوله حرکت په شان په لاندنيو درو پښتيووصل کيږي. د دې عضلې الياف لومړی دنس د مينځني خط پرلور روانو وروسته عضلاتی الياف په صفاق سره تبديل اودنس دمستقيمي عضلې د څنډي يا کنار سره پردوو صفحو چي يوه ئي د مستقيمی عضلي دشيټ مخنی جدارا و بله ئي شاتنی جدارتشکيلوي، يشل کيږي. داډول تقسيمات صرف د نامه ترغوټی پورته ځای لری اوترنامه لاندي دصفاق دواړی صفحېدمستقيمي عضل پر مخنی سطح تيريږي. (شکل۳او۴)



شکل ۴- داخلي منحرفه عضله

۳- دنس مستعرضه عضله:

Musculus transverses abdomenis

Abdomen’s transversal muscle

ددې عضـلې اليـاف دلانـدنيو شـپږو پښـتيودداخلي سـطحو، دقطنــي فاشـيا دعميقـه پـردې lamina profunda

fascii lumbalis يا deep layer of lumbal fascia اودحرقفي هډوکی دبرج دداخلی سطحي څخه شروع اودمينځنی خط لورته ادامه لري، جی دمستـقيمې عضلې باندنی څنډي ته نژدي ديومنحني خط په ساحه کښي چی دسپيجيل دهلال يا نيمه مياشت)(Spiegle line په نوم ياديږي په صفاق بانديتبديليږي. ددغه خط داناتومي پوهه ډيره مهمه ګڼل کيږي،ځکه چي په دې ناحيه کي بعضأ دنس د مخنی جدارفتقونه تشکل کوي. ددې عضلې صفاق دنامه تر غوتۍ پورته دمستقيمې عضلې د صفاقي پوښ شاتنی جدار اوترغوتۍ لانديئې مخنی جدارتشکيلوي.(شکل۳)

باید وویل سي چي سربیره پر پورتنیو درو عضلوباندی چي مستقیمأ ئي دحرقفي حفرې ساحه پوښلې

ده دځیني نورو مجاورو عضلاتو داناتومیکي جوړښت دقیقه پیژندنه چیخصوصأ داپیندیسایتیس په اختلاطي واقعاتوکی د تشخیص او مداخلوي پروسیجرونودپاره مهم رول لوبوی، حتمی ګڼل کیږي اودلاندنیو عضلاتو څخه عبارت دی:

۴- دنس مستقیمه عضله:

Musculus rectus abdomenis

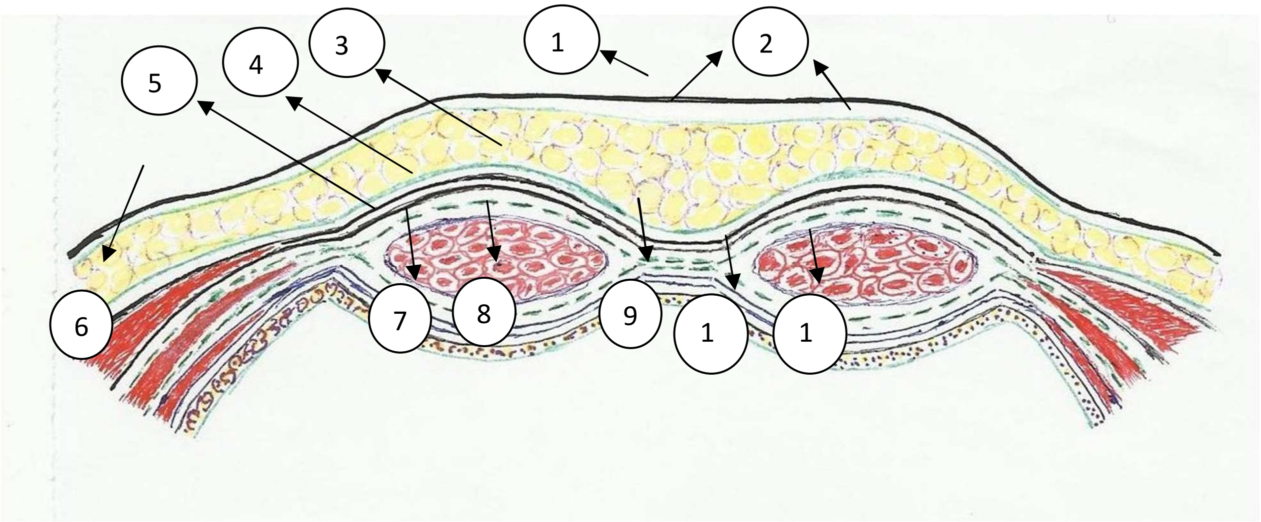
Abdomen's rectus muscle

دا عضله یوه اوږده مستطیل ډوله عضله چی دنس په منځنی حصه کي دوسطي خط دواړو خواوو ته

واقع ده. عضله د خنجری نتویا زیل processus xiphoideus او درو وسطي اضلاعو(۵-۶-۷) دغضروفی برخونه پیل اودعاني پر لوړوښاخونو cornua superiores osses pubis باندي ختمیږي. عضله په یوه صفاقی یا اپونویروزال شیټ یاپوښ aponeurosal sheat کي واقع اوپه خپل مسیر کیی د درو (۳) وتري پلونو intersectiones tendinosis لرونکي ده چه د بین الضلعي یا پښتیمینځیز اوعیه اواعصاب intercostals nervs and vessels پکښی تیریږي.

<u>دعضلی دصفاقي پوښ جوړښت</u>- ددې عضلي صفاقی پوښ دنس دیادوشوو درو جنبي عضلودصفاقونو د یوځاینی اودوام په مرسته تشکل مومي. څرنګه چه مخکي یادونه وسوه صفاقي شیټ جوړښت دنامه تر غوټۍ په لاندنی اوپورتنی برخو کي یو شانته نه بلکه توپیر لري.پدې ډول چي دنامه ترغوټۍ پاس دعضلي دصفاقي شیټ دمخني او شاتني جدارونوپه جوړښت کیدواړو خواوو ته دنس دلاتیرال یاجنبي عضلاتویوه نیمه صفاقي پرده ګډون لري چی پدې توګه دشیټ قدامي جدارد خارجي منحرفي عضلي دواړه صفاقي پردې اوداخلي منحرفي عضلي دصفاق دمخني پردې څخه متشکل دی، پداسي حال کي چي دشیټ شاتنی جدارداخلی منحرفي عضلي دصفاق دشاتنی پردې او دمستعرضي عضلي ددواړوصفاقي پردوپواسطه سره تشکیل شویدي.(شکل ۵)

شکل – ۵: د ریکتوس د عضلې د شیت جوړښت د نامه تر غوټۍ پورته



Posterior wall **Anterior wall**

1- Skin

2- Superficial fascia

3- Obliquus externus fascia

4- Obliquus externus fascia

5- Obliquus internus fascia

6- Obliquus internus fascia

7- Transverus muscle fascia

8- Transverus muscle fascia

9- Transversal fascia

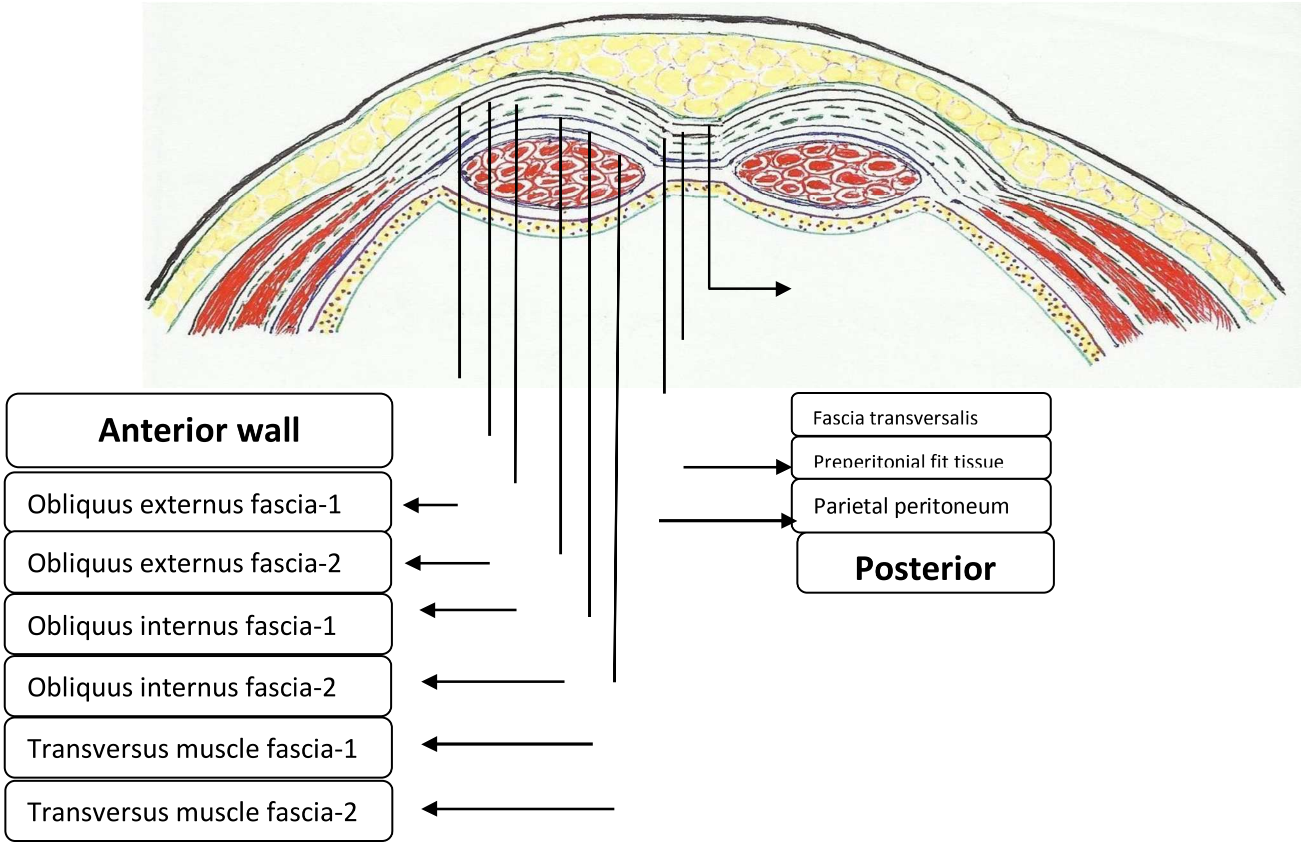
10- Preperitonial fat tissue

11- Parietal peritoneum

دنس پر منځنی خط باندی د مستقیمو عضلاتو د انسی کنارونو سره د شیت دواړه جدارونه په خپل منځ کښی سره وصل او د نس د جدار سپین لاین یاابیض خط (linia alba) تشکیلوی چه دوسطي لاپراتومي د اجرا دپاره دهمدغه خط دشق (incision(څخه استفاده کیږي.

د نو تر غوټی یا ثری (umbilicus) لاندی د نس د عضلاتو ټولی صفاقی پردی د مستقیمی عضلی پر مخکنی سطحباندي تیریږي چی په دی اساس د نس په لاندنی برخه کښی خلفی صفاقی جدار

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



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

د مستقیمی عضلی په شیت کي د عضلي ترشا پورتني او کښتني اپیګا ستریک شریانونه (aa.epigastrica superior and inferior) **اپیګاستریکا سوپریور**او**اپیګا سترکا انفریور**

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

۵-د پسوآس لویه عضله :

Musculus psoas maior or major psoas muscle

د نس د حرقفی په ساحه او د بطن په خلفی جدار کښي د سیکوم (cecum) تر شا لویه قطنـی عضـله واقع ده چي پوهه ئي د اپندسایتیز او د هغه د اختلاطاتو د تشخیص لپاره حتمی ګڼلکیږی.

دا عضـله د دولسمی ظهری فقرې او قطنـي فقراتـو د مستعرض نتوګـانو څخـه او پـه حوصـله کښـی د حرقفي عضـلې (m. iliacus or iliac muscle) لـه طریقـه د فخذ یـا ورانـه سـاحې تـه خارجـه او د فخذ د هډوکی د توبرکولوم مینوز سره وصل کیږي چـی پدېډول د دې عضـلې تقلصـات د فخـذ د قبض (flexion) او خـارجی تدور (external rotation) سبب ګرزي.

۶- قطنی مربع ډوله عضله:musculus quadratus lumborum:

قطنــی مربــع ډولــه عضــلع د لــوي قطنــی عضــلي ترشــا د دولســمي ضــلعي او حرقفــي هډوکــو د تیغــــــــــــــي

(crista iliaca) تـر مینځ واقـع ده. د لوي قطنـی عضـلي سطحه د یوي سـختی صـفاقی پـردې پـه واسطه چی د بطن د مستعرضـی فاشیا (fascia transversalis abdomenis) ادامـه ده، پوښـل شوي ده چي په لاندني حصو کښی په یوه ضـخیمه او سـخته پـرده مبدلـه او د حوصـلي د سـرحدی خـط (linia arquata) سـره وصـل کیـږي. دا پـرده د صـفاق لانـدی جمـع شـوې ایکسـودات (exudat) محدود او د نشر څخه یی مخ نیوي کوي.

د دې نـاحیې د انسـاجو اروا یـا وینوبتیـا د (art. cercumflexa ilium superficialis, a. epigastrica superficialis, a. epgastrica superior a. epigastrica inferior, rami perforantes aa. intercostales and lumbales) د شـعباتو پـه واسـطه سـر تـه رسیږي.

د نـاحیی تعصـیب د لانـدنیو پوښـتي مینځیـزه اعصـابو (بـین الضـلعی اعصـابو) د مخنــي (قـدامي)او اړخنــي (جنبــي) پوسـتکیزه یـا جلـدي ریښــو او شـعباتو (rami cutanii anteriores and laterale) پـه واسـطه چـي اساسـي اعصـاب یـی د داخلـي او مستعرضـو عضـلاتو تـرمینځ واقـع دي صورت نیسي.

د اپندکس او ځیکوم د موقعیت خصوصیات

(appendix and cecum property of location)

۱- ځیکوم ــ cecum:

ځیکوم یا ړنده کولمه په (۸۰٪ سلین) واقعاتو کښي په ښي حرقفي حفره (fossailiaca)کښی ځاینت لري چي دا موقیعت د ځیکوم تیپک موقیعت ګڼل کیږي.

مګر په بعضو واقیعاتوکښي ځیکوم په غیر تیپیک ځاینت کښي قرار لري چي د خپل تیپیک حالت څخه کښته او حتی په کوچني حوصله کښی شتون لري او یا دا چي ډیر لوړ موقیعت لري چي حتیمستقیماً تر کبد یا اینې لاندي واقع وي.(شکل -۷)

په ماشومانو کښی ځیکوم معمولاً ډیر لوړ وي چه د زیږیدنی په وخت کښی تر اینې لاندی واقع خو د وخت په تیریدلو سره په تدریجی توګه را کښته او په حرقفی حفره کښی خپل اصلی ځای اشغالوي.

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

ځیکوم او اپندیکس تقریبا په (۹۵٪)سلین واقعاتو کښی کاملا په سیروزل (serosal) پرده یا حشیوي پیریتوان سره پوښل سوی دي چه دا حالت د ځیکوم او اپندیکس تحرکیت تامینوي. د ځیکوم دا خصوصیت مجاز ورکوي چه ځیکوم د عملیات په وخت کښي دعملیاتی جرحي د طریقه د نس د جدار څخه بهر لور ته را وایستل سی او د اپندیکتومی عملیه په آسانی سره اجرا کړه سی.علاوتا ځیکوم لس په سل(۱۰٪) واقعاتو کښی د ترمینال الیوم سره ګډه او یا مستقله مثارقه(miso) لري چه دا حالت نور هم د ځیکوم او اپندیکسد تحرک د زیاتوالي سبب کیږي.

 باید په نظر کی ولرو چه د ځیکوم تحرکیت د هغه د التهابی واقعاتو په نتیجه کښی بعضا شدیدا محدود او د اپندیکتومی عملیه د یو لړ اضافی مشکلاتو سره مخامخ کیږي.

د صاعده کولون شاتنی سطح د سیروزل غشاء څخه محرومه ده ولی چه په دی برخه کښی د جداري پیریتوان (parietal peritoneum) غشاء د بطن د جدار څخه مستقیما د صاعده کولون پر

اړخونو را اوړي او د هغی پر مخکنۍ سطح باندی د حشیوي پیریتوان په حیث ادامه مومی چه په دی ډول سره د امعاء شاتنی جدار بیله پیریتوانی پوښښ څخه لوڅ،او د نس پر شاتنی جدار نښتی او تثبیت پاته کیږي ځکه نو د کولون د دی برخی تحرکیت فوق العاده محدود او بی حرکته وي.

د ړندې کلمې په خالی او نیمه خالي حالت کښی د کلمې مخکنۍ جدار د نریو امعاوو د عرواتو په واسطه او شاتنۍ جدار ئی د جداري پیریتوان د هغې برخې له خوا چه د حرقفې قطنې عضلی(m.iliolumbalis) مخ پوښی،احاطه کیږي. د کلمې د ډک حالت،انتفاخ او پړسوب په صورت کښې کله چه د څیکوم حجم توسعه مومی د نریو امعاوو عروات د څیکوم د مخکنۍ جدار څخه د بطن انسی لور ته خوځیږي، چه په دی ډول سره د څیکوم مخکنۍ جدار مستقیما د بطن د قدامی جدار سره په تماس کې راځی او هم د حوصلی لور ته کوزیږي.

په حاملو ښځو کښې د حمل د دورې په دوهمه نیمه ئی کښې څیکوم د لوی شوې رحم په واسطه سره د بطن ښی یا راسته او لوړی خواته ټیله کیږي چه په نتیجه کښې څیکوم د رحم د ښی اړخ تر شا او پورته تر کبد لاندی ځای نیسی.

۲- اپنډیکس -- Appendix:

اپنډیکس یا چنجۍ ډوله کلمه (**a**ppendix vermicularis **)** معمولا د څیکوم د شاتنۍ ــ داخلي قطعې (posteriorrmedial segment of cecum) څخه په هغه ځای کښې چه د څیکوم درې سره نواره یا فیتې (tenia)سره وصل کیږي،شروع او څوکه ئی معمولا د نس د کوګل یا جوف د داخلی او لاندنی لور تهتوجیه ویځرنګه چه د اپنډیکس نوم څخه څرګندیږي د دی کولمې ظاهري شکل چنجی ته شباهت لري چه پنډه قاعده ئی د څیکوم د جدار څخه شروع او جسم ئی په تدریج سره د نرۍ او تیزې څوکي پر لور د کمښت په حالت کښې دوام مومي.د دی کولمې اوږدوالي په متوسط ډول سره د (۷ ــ ۱۰سانتي متره)پورې خوپه مختلفو اشخاصو کښې کله هم ډیر لنډ حتید (۱) سانتی متره په حدود کښیاو کله بیا ډیراوږد چه تر(۲۰) سانتی مترهاو ندرتاً حتی تر (۳۰) سانتی متره پورې رسیږي اوقطر ئی د(۴ــ ۵) ملي مترو پورې پسور لری.چنجییډوله کولمه معمولاپهحشیوي پیریتوانیپوښلی اود**میزواپنډیکس**(misoappendix)لرونکی ده چه داپنډکس اوعیه پکښی قرارلري. د اپنډیکس قاعده معمولا د نیم څخه تر پنځو (۰،۵ ـــ ۵) سانتي مترو په اندازه د الیوسیکل(iliocecal) تر زاویې لاندې واقع ده او کله هم د څیکوم د تحتاني نقطې څخه شروع کیږي ـ (Treves, 1885).

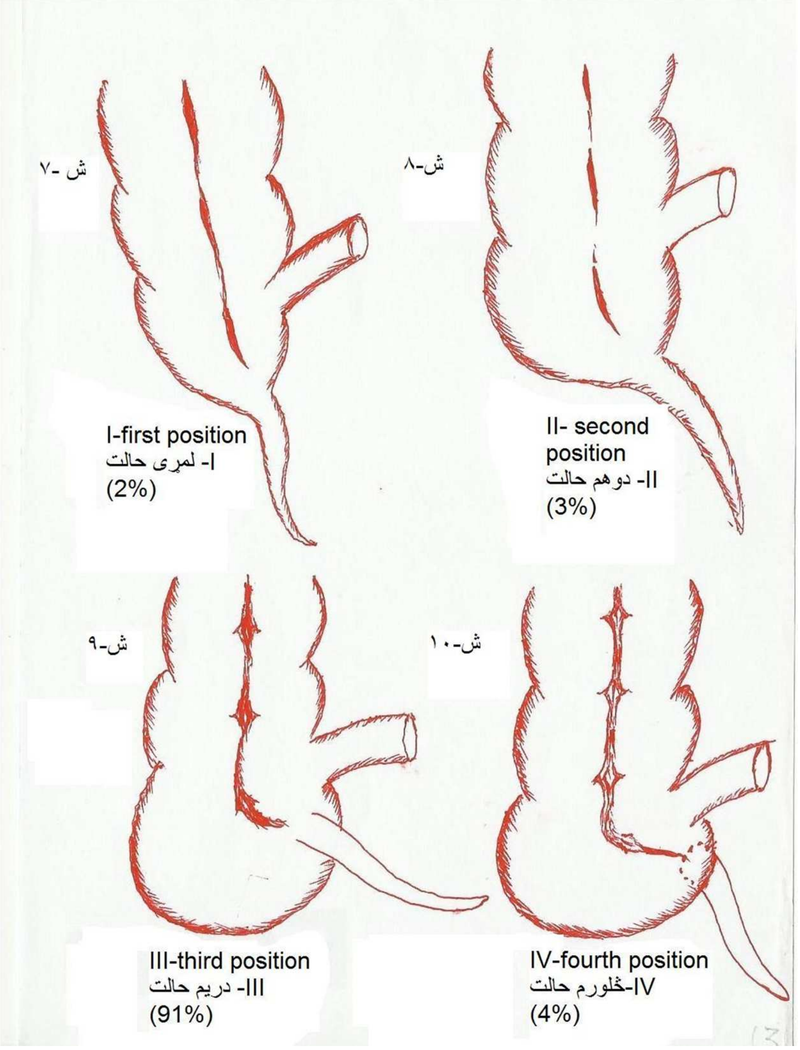
د اپنډیکس د قاعدې موقیعت په لاندنیو څلور مختلفو حالاتو سره لیدل کیږي:

۱ــ لومړۍ ډول : په دی ډول موقیعت کښې ړنده کلمه د قیف په شکل تدریجا نرۍ او د راس په حصه کې په اپندیکس تبدیلیږي چه خپله اپندیکس د څیکوم د ادامې شکل لري. دا ډول اپندیکس په (۲٪) واقعاتو او معمولا په ماشومانو کښې لیدل کیږي.(شکل ــ۷)

۲ــ دوهم ډول: په دی ډول حالت کښې څیکوم استوانه ئی شکل لري. اپندیکس لکه په لومړۍ ډول کښې د څیکوم د څوکې څخه پیل کیږي خو سمدلاسه نرۍ او کوږ مسیر پیدا کوي. دا ډول اپندیکس په (۳٪) سلین واقعاتو کښې مشاهده کیږي. (شکل ــ ۸)

۳ــ دریم ډول: دا ډول اپندیکس په (۹۱٪) سلین اشخاصو کښې لیدل کیږي. څیکوم معمولا د یوې کڅوړې په څیر شکل لري. د اپندیکس قاعده د څیکوم د راس یا زروې څخه شروع او جسم ئی لومړۍ شاتتی او انسی لور ته د ترمینال الیوم په لوراو وروسته لاندنی لور ته توجیه او دوام مومي(۹ - شکل).

۴ ـ څلورم ډول : په دا ډول اپندکس کښي داپندکس قاعده دالیوم اوڅیکوم دتوصلي نقطي ترشا واقع ده چه جسم يئ لومړی لاندني لورته متوجه اوزروه يئ بیا انسي لورته دوام پیداکوي (۱۰ــ شکل). داډول اپندکس په(۴٪) سلین واقعاتوکي لیدل کیږي.



داطبقه بندی اوس هم داهمیت وړاودعملیات په وخت کښی داپندکس دقاعدې دپیداکولودپاره مرسته کوي.بایدوویل سي چه داپندکس دقاعدې په هرډول موقیعیت کښي دهغه دقاعدې دپیدا کولو د پاره پلټنه باید د ځیکوم د آزادي فیتي په تعقیب سره شروع کړه سي چه دهمدې فیتي په ختم کښی معمولا داپندکس قاعده واقع وي.

داپندکس کانال دیوه کوچنی سوری (orifice) په واسطه چه قطرئي دکانالل دقطرپه مقایسه ډیرووړدی دځیکوم جوف ته خلاصیږي. په دې حصه کښی دالیوماو سیکوم ترمینځ دمخاطي غشا یوچین یاکوت (plica) موجوددئ چه دوالووظیفه اجراکوي اود باوهیني دوالو(valveBauhine) په نامه یادیږي.

اپندکس لکه ځیکوم دټولوخواووڅخه په سیروزال غشا یا پیریتوان سره پوښل سوی دی.ددې کولمې عضلاتي جدارلکه دامعاووپه نوروبرخوکي ددووطبقوڅخه متشکل دئ.اوله طبقه ئې طولاني عضلاتي طبقه ده چه دځیکوم دنواری یا پټه ئی(tenia) برخودوام ګڼل کیږی. دطولاني طبقې لاندي دوهمه عضلاتی طبقه چه دورا نې سیرلری اوسرکولیرطبقه نومیږی واقع ده. بعضأهم دادواړه طبقې یودبل سره ګډې اوالیاف ئې داسې سره اوبدل شویوي چه دیوې طبقې فکروربانـدي کیږي . په واقیعیت کی دادواړه طبقې دځیکوم د عضلاتی طبقاتو ادامه ده.

داپندکس مخاطی غشا داستوانه ئې ډوله یا سلیندریک اپیتلیال حجراتو پواسطه چه په غنی اندازه سره د لمفاوی فولیکولونو لرونکی دي،پوښل شوی ده. د مخاطي غشاء پر سطح باندې د استوانه ئی ډوله غدواتو د اجوافو متعددې فوحې یا سوري را خلاصیږي. د لمفاوي فولیکولونو تعداد د اپندیکس په جدار کښې بعضا دومره ډیر او متراکم وي چه په یوځای کیدو سره ئی د جدار په مختلفو ځایو کې وسیع او محجم لمفاتیک پلکونه (plugs) تشکیلیږي.

د اپندیکس د جدار د عضلي او مخاطي طبقاتو تر منځ د اپندیکس یو ضخیم قشر چه د **تحت المخاطي** یا **سوب موکوز**(submucouse) په نامه یادیږي واقع ده. په دی طبقه کښې په لمفاوي حجراتو ډیر غني منضم نسج چه دموی او لمفاوي اوعیه پکښې تیریږي ځاینت لري.

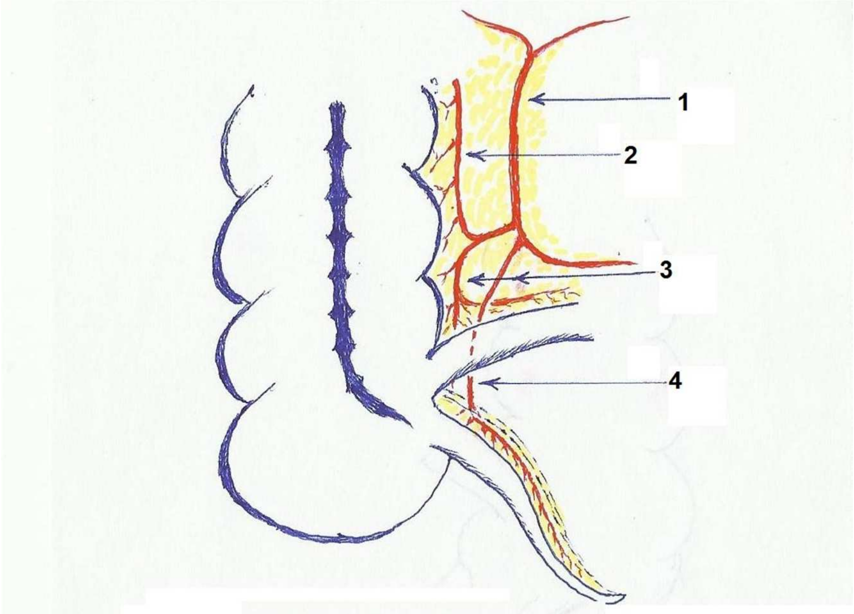
د اپندیکس په انسي جدار کښې د حشیوي پیریتوان دواړه پردی سره یو ځای او د اپندیکس مثارقه (miso)تشکیلوي چه په دی شکل د اپندیکس مثارقه د دوه پوړیزه حشیوي پیریتوان څخه چه په منځ کښې شحمي نسج او اپندیکولیر اوعیه واقع دي متشکله ده چه اکثراد اپندیکس تر څوکې پورې نهرسیږي نو ځکه اپندیکس کوږ مسیر اختیاروي. بعضا هم داسې واقع کیږي چه د اپندیکس مثارقه وجود و نه لري چه په دې صورت کښې اپندیکولیر شریان مستقیما د اپندیکس پر جدار باندې نښتې تیریږي.

د اپندیکس اروا د **اپندیکولیر شریان**(appendiculiar arteria) په واسطه چه د الیوسیکل شریان څخه منشا اخلي صورت مومي. د **الیوسیکل شریان**(iliocecal arteria) پر درو څانګو (پورتنی،منځنی او لاندنی) باندې تقسیمیږي. پورتنی څانګه د صاعده کولون او لاندنی شعبه د ترمینال الیوم اروا تامینوي.

منځنی څانګه د الیوسیکل په زاویه کښې پر دوو برخو (مخکنی او شاتنی) ویشل کیږي.مخکنی شریان د الیوم او ځیکوم د اتصال په نقطه کی د ځیکوم په جدار کی منشعب او په دی حصه کی خپل اروائی دندې تر سره کوي.

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

حيث د اپنديکس ميزو يا مثارقي ته داخله او د هغه جدار ته موازي تيريږي چه په خپل مسير کې د اپنديکس جدار ته مستقيم شراين ورکوي.(شکل ـ۱۱)



1-Arteria ilio-colica
2-Ramus ascendens arterii iliocolica
3-Ramus descendens
4-Arteria appendicularis

بعضا د اپنديکس د مثارقې د نه ودی د کبله اپنديکولير شريان مستقيما د اپنديکس په جدار کښې نښتي سير لري.

د اپنديکس وريدونه د اپنديکس د شريان سره تطابق او موازي سير لري. د اپنديکس لمفاوي جريان د اپنډيکس د لمفاوي اوعيو په واسطه د اليوسيکل لمفاوي عقداتو ته صورت نيسی چه د اليوسيکل د زاويی په مثارقه کې واقع دي.وروسته لمف د دې عقداتو څخه د اليوکوليک عقداتو ته او بيا د هغه ځای څخه د کولون عقداتو ته چه د کولون د مثارقې په جذر کې واقع دي رسول کيږي.

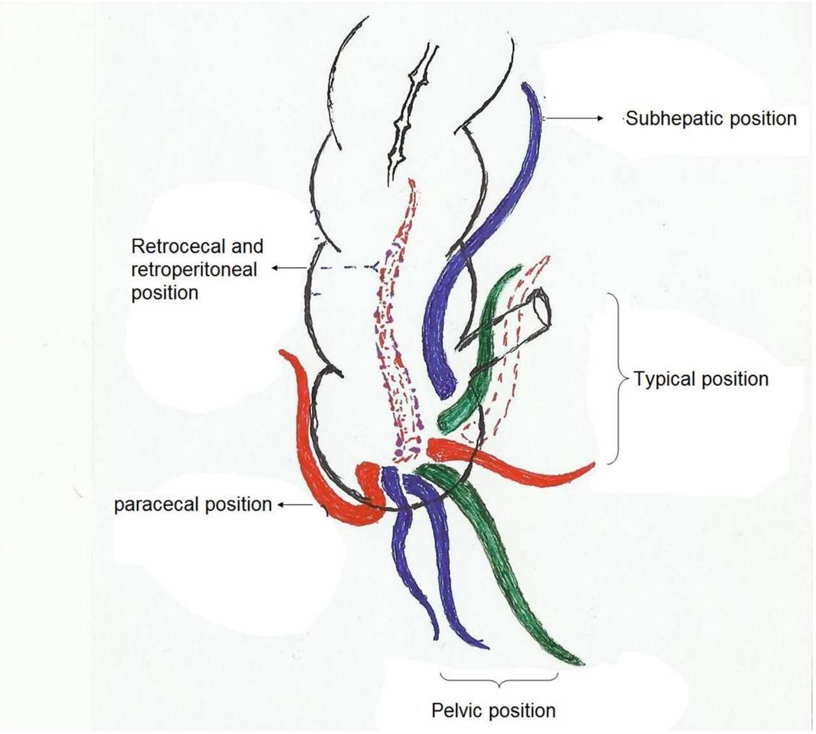
د اپنديکس تعصيب د اليوسيکل د عصبي ذفيرې (plexus iliocecalis) په واسطه سره چه د اليوسيکل د شريان د تشعب په حصه کې واقع دي اجرا کيږي. د اليوسيکل عصبی ذفيره د لوړې مثارقوي ذفيرې (plexus mesentericus superior) څخه منشا اخلي او په خپل نوبت سره د صاعده کولون،ترمينال اليوم،څيکوم او اپنديکس ته عصبی ځانگې ورکوي. د اپنديکس عصبی رگونه

د هغه په مثارقه کښي شراینو ته موازي او د هغوی په چاپیریال کښي واقع او اپندیکس تعصیبوي.

داپیندیکس موقیعیت:

د اپندیکس ځاینت او موقیعت د څیکوم په اندول خورا مختلف حالات لري.اپندیکس اکثرا د ځیکوم انسي لور ته واقع او اونسي لورته دوام مومي چه دا حالت د اپندیکس د موقیعت تیپیک حالت (typic position) ګڼل کیږي او د اپندیکس د موقیعت اکثریت تشکیلوي.

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

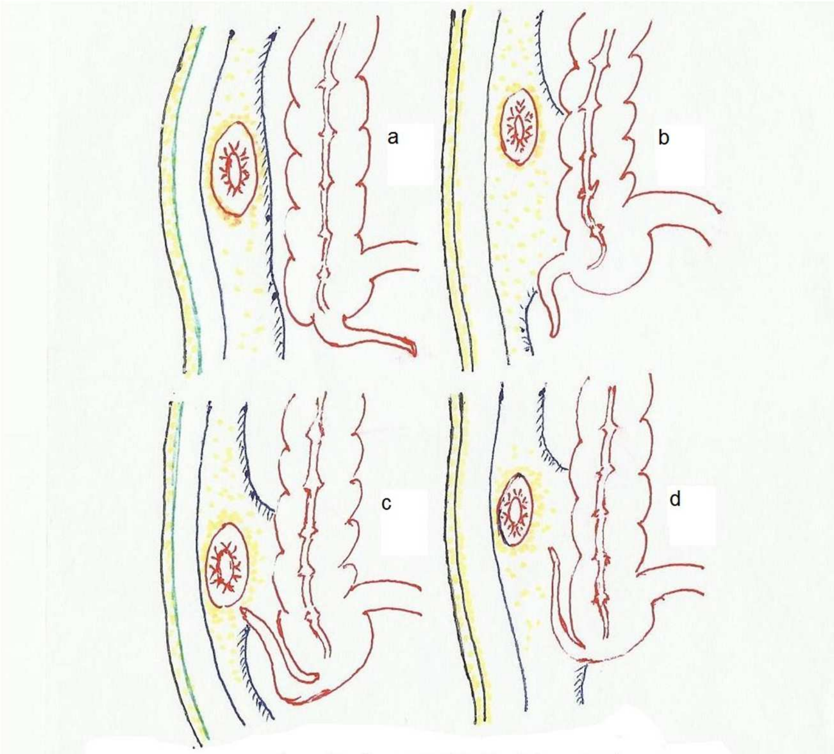


شکل - ۱۲

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

صاعده کولون تر شا واقع وي چه بعضا د اوږده طول په لرلو سره حتی تر کبد پورې رسيږي. په آخرني صورت کښې اپنديکس بعضا د حشيوي او جداري پيريتوان د التصاقي نښوتو د تشکل د کبله د پيريتوان د جوف څخه کاملا مجزا واقع وي چه د عمليات په وخت کې صرف د خلفي جدار څخه د ځيکوم په تسليخ اوبيلولو سره د ځيکوم شاته د اپنديکس پيداينت ممکنيدلای سی. دا حالت د اپنديکس د ريترو سيکال موقيعت (retrocecal position) په نامه ياديږي. بعضا دا حالت د اپنديکس د ريترو پيريتونيال (retroperitoneal position) په نامه هم يادوي. خو په اصل کښې د ريتروپيريتونيال موقيعت ډير نادر او د ځيکوم د انومالياوو په ډله کې راځي ځکه چه په دې صورت کښې اپنديکس او ځيکوم د پيريتوان په خلف کښې واقع او شاتنی سطح ئې د حشيوي پيريتوان څخه محرومه او بهر وي – (Tonkov V. N., 1953).

اپنديکس،ځيکوم او د هغوی د پوښونکې پيريتوان انډول او تناسب په ۱۱ـ رسم کښې ښودل سوي دي. (۱۳ـ شکل:a,b,c,d) .



a-اپنديکس و خيکوم کاملا انتراپيريتونيال ځايښت لری
b-داپنديکس قاعده ريتروپيريتونيال ځايښت لری
c-داپنديکس زروه ريتروپيريتونيال ځايښت لری
d-اپنديکس کاملا ريتروپيريتونيال واقع دی

بعضأڅیکوم دیوپډیري اوږدې مثاریقې لرونکېوي چه پهدې صورت کښې څیکوم ډیر آزاد،محرک اوخوځیدونکی وي چه حتی تر کینی حرقفی ناحیې پوري رسیږي چه داحالت هم تشخیصی ستونځې رامینځ ته کوي.همدارنګه کیدلای سی چه دڅیکوم داوږدې مثارقې اوخوځنده څیکوم په صورت کیبعضآکیدلای سی چه داغږی دښې خوادمقبنی فتق محتویات تشکیل کړي. په فتقیه کیسه یاکڅوړه کی دالتهابي اپندکس (اپندیسایتیس)موجودیت دډیرونادراتودجملې څخه دئ خوددې نادرې بتالوژی دوقوع په صورت کی داډول ناروغان معمولأدمختنق فتق په تشخیص عملیاتیږي.

دیادنی وړده چه څیکوم اواپندکس په ډیرونادروواقعاتوکی دنس کینې لورته واقع وی چه داحالت معمولأ

دداخلی غړود سرچپه موقیعت(situs vescerum inversum) په صورت کی چه یوه نادره انومالی ده دنوروانمالیاؤ سره یو ځای لیدل کیږی چه د دا ډول اپند یسایتیس تشخیص دفوق العاده ستروستونزوسره مخامخ وی نوځکه دکینې لورداپندیسایتیس وصفي لوحې په موجودیت کی باید دصدراوبطن دغړو(زړه، کبد، معده اونور) موقیعیت ته خاصه پاملرنه وسي.

دوهم فصل

د مریضانو مشخصات، اوتشخیصی- معالجوي طرزالعملونه

د ۱۹۷۵- ۱۹۹۲ میلادی کاله پوری د حاد اپندیسیټ د ۳۸۳ عملیاتی مریضانو دوسیې تر تحقیق او څیړنی لاندی نیول سویدی. ددی جملی څخه ۱۱۳ مریضان مستقیماً د مؤلف او مربوطه گروپ دخوا څخه د قوای مرکز اود طبی علومود اکادمی په مرکزی روغتون کي(د شهید محمد داؤدخان روغتون) عملیات کړه سویدی او ۲۷۰ نفره د همدې روغتون د جراحی سرویس د کولکتیف او زما د محترموهمکارانو د زحماتو او عملیاتونو نتیجه چی زه یی هم داکټرو په تداوی کښی سهیم ګڼل کیږم، شامل دی.

روغتون ته د مریضانو ددخول او معایناتي پروسیجر په لاندیډول وو:

ـ دقیداوقبول په سرویس کي مریضان لومړی دجراح نوکریوال دخواڅخه مفصلاً معاینه کیدل.

ـدکیلینکی معایناتووروسته دوینو او ادرارروتین معاینات (WBC,RBC,Hb, ESR, TC, TS) په حتمی ډول سره اجراکیدل.

ـ ښځینه مریضانوته دنسائي متخصص معاینه دمریض دتشخیص دپاره یو ضروري امر ګڼل کیدی.

ـهمدا رنګه مریضانو تهد Renger lactate یانورمال سالین سیروم تطبیق اودNPO په حالت کي ساتل کیدل.

ـ دابتدائي معایناتو د تکمیل وروسته مریض دجراحي گروپ دآمر دخوا چه دعمومي جراحي تکړه متخصص وو، معاینه اودلزوم په صورت کي اضافي معاینات لکه دداخله یا یورولوژي یاهم نور لابراتوري معاینات توصیه کیدل.

ـ داپیندیسایتیس د تشخیص دپاره نوي ممده سهولتونه لکه **اولتراسوند،** CT اوبالأخره تشخیصي **لاپراسکوپي**چه په پخواني وخت کي ممکن نه وه، خو اوس

دهغوي په مرسته تشخیصي امکانات ډیر وسیع سویدي اوباید چه دا سهولتونه په وسیع پیمانه سره داستفادې وړ وګرزي.

د معایناتودتکمیل وروسته دمریضانوتصنیف دبعدي پروسیجرو په اساس په لاندنیو جهاتو کي صورت

نیوي:

- دتشخیص د تائید په صورت کي مریضان مستقیماً عملیاتخانې ته نقل اوعاجلاً

عملیاتیږي.

ـ مریضـانوته چـه دعملیـات استطباب ایښـوول سـوی، مگـر د مجروحینـو د کتلـوي واقعـاتو دکبلـه پـه عملیاتخانه کي دبیکاره عملیاتي ټیم یامیز د نشتون په خـاطر مجبوراً عملیات مؤقتـاً پـه تعویق لویدی ، خومریض تـه د درد دتسـکین دپاره دانـالجزیکونو تطبیـق مجاز گڼل کیـدی، خـو دعملیـاتي شـرایطود تامینیدو په سورت کي مریض ته عاجلاً اپینديکتومي اجرا کیدل.

ـ داپینديسایتیس دتشخیص دنه تائید په وخت کي مریضان رخصت یا دضرورت

په وخت کي داخله سرویس ته معرفي کیدل.

ـ مشکوک مریضان د یوه معین وخت دپاره معمولاً تر۶ ساعتو یا تر سهاره پوري تر مشـاهدې لانـدي نیـول کیـدل، چـه پـه دې وخـت کـي هـر سـاعت بعـد مکـرر فزیکـي معاینـاتـاودلزوم پـه صـورت کـي لابراتوري معاینات هم تر سره کیدل.

ـ ترمشاهدې لاندي مریضانوتهدمشاهدې په جریان کي د انـالجزیکونو تطبیق مطلقاً غیرمجـاز اومضـاد استطباب ټاکل سویوه.

دمریضانو مشخصات

د مریضانو سن د ۹ کالو څخه تر ۴۰ کلنی پوری ووچی متوسط سن یی۲۳کاله وو. مریضان د سن د په لحاظ پر مختلفو کتگوریو باندي تقسیم چه مفصلاً په لاندنی جدول کښی ښوول کیږی:

جدول ۱-   د مریضانو ویشون د سن په لحاظ

(N=383)

د مریضانو سن(کال)	مطلق تعداد	سلین (٪)
۹-۱۰	**۱۱**	**۲،۹**
۱۰-۱۵	**۶۴**	**۱۶،۷**

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

د مریضانو د جملې څخه ۲۹۷ (٪۷۳،۵) نارینه او ۸۶ (٪۲۲،۵) د ښځینه جنس څخه وه.

د اپنډیسیت د لمړنی علایمو د شروع اوروغتون ته د مریضانو د مراجعی تر مینځ وختنیز توپیرپه لاندنی جدول کښی ښوول کیږی

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

وختنیزه فاصله(د ساعت په حساب)

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

تول(مجموعه)	۳۸۳	۱۰۰

څرنګه چی د جدول څخه مـالومیږی ۳۲،۹٪ مریضـان یعنـی هر دریم مریض د مرض د پیل نـه ۲۴ ساعته وروسته روغتون ته مراجعه کړېده او حتـی یو مریض د مریضـی پـه اوومـه ورځ روغتـون تـه را انتقال سویدی. دا اصل د مریضـی د پرمختګ او د اختلاطـاتو د تاسس بنووندوی دی.

روغتون ته دناروغانو ناوخته مراجعه دلاندنیو اسبابو دکبله وه:

-مریضان او دهغه دکورنی غړي اکثرأ داپینډیسیت پـه هکلـه کـافي معلومـات نـه لري اوزیـاتره دغذائي تسمم په فکر دکورنی ادویه جاتو څخه استفاده کوي او یا په دې امید چه ګوندی درد په خپله ښه سي.

- دمریضانو د انتقال او تخلیې شرایط د اقلیمي، امنیتـي یـا ترانسپورتي ستونزو دکبلـه وجود نـه لـري. مثال ئي په ۱۳۶۴ کي یوه خانمه دګردیز په روغتون کي

چه لائې ترهغه وخته جراحي خدمات فعال نه وو اوتخلیه ئېدجوي اوامنیتي ستونزو دکبلـه ناممکنـه وه، دحاد بطن دسببه اووه ورځي په روغتون کي تر کنسرواتیفي تـداوي لانـدي اوپـه اوومـه ورځ دمتعددو اختلاطاتو سره روغتون ته په ډېر وخیم حالت کي راانتقال سوه.

- بعضأ هم دډاکټرانو د غفلت دمخي چه په معاینـه خانـه کـي مریضـان ترډېره وختـه پوری پـه غلط تشخیص (ګاستریت اونور) بیلـه دې چـه روغتـون یـا جراحي تـه ئـي معرفـي کـړي، تر تـداوي لانـدي نیسي.دمثال به توګه په ۱۳۵۴ کال کي یونفر ۲۲ کلن عسکر دوخت دیوه ډېر مشهور ډاکټر دخوا څخه دګاستریت په تشخیص تر تداوي لاندي نیول سوی وو، دمریضـی په څلورمـه ورځ داپینـډیکس د پیرفوریشـین، پیریتونیت او سیپتیک شـوک پـه لوحـه کـی د قـوای مرکز روغتـون تـه راوړل سـو،چه متأسفانه لاپراتومي او بعدي انتینسیف تداوي چه کیفیت ئـې هم ټیټ وو دځوان سرتیر ژونـد تـه نجـات ورنکړ سوای.

همدارنګه په ۱۳۶۱ کال کي ددولت دحاکمانو دفامیل یوه ځوانه میرمن چه د څو ورځوپـه جریـان کـي د ګاستریت په تشخیص دیوه ډېر نـامتو ډاکټر ترتداوي لانـدي وه، چـه وروسته بیا دجراحي دمشـاور دخوا څخـه پـه کورکي معاینـه اود اپینـډیکس دپیرفوریشین اوموضـعي پیریتونیت پـه حالت کـي دطبي علومو داکادمي مرکزي روغتون(مشـهور پـه ۴۰۰بستر) تـه رانقل اوعملیات او ۳ اونـی بعد رخصت کړل سوه.

باید وویل سی چی موږ پخپل پراکتیک کی د مریض انامنیز، سیر او کلینیکي معایناتو(سوبجیکتیف او ابجیکتیف علایمو) خصوصآ د بطنی دردمنو نقاطو موجودیت ته ډېر زیات اهمیت قایل وو.

لابراتواری معاینات که څه هم داپیندیسیت په تشخیص کي مهم ممده رول لري او د وینو د التهابي پارامیترونو لوړه کچه د التهاب پر موجودیت دلالت کوی، خو د اپندیسیت وصفی علایم نه ګڼل کیږي او موجوده تغیرات کیدای سي، چه دنورو غړو دالتهاب نتیجه وي. دموجوده تغیراتو تشخیصي ارزش باید دمرض د کلینیکي علایمو سره یو ځای صورت ونیسي.

روغتون ته دمراجعي اسباب اود دخول په وخت کی دمریضانو شکایات په لاندني جدول کي (جدول ۳) ښوول کیږي.

جدول ۳- د مریضانوشکایات او سبجکتیف علایم (subjective signs)

(n= 383)

%	دمریضانوتعداد (patients count)	علایم(sign)
100	383	بطنی درد Abdominal pain
100	383	بی اشتهایی Anorexea
60,5	232	خواګرزیدون Nausia
34,9	134	کانګی Vomittin
7	27	Disuria دیزیوریا
4,7	18	Diarrhia اسهالات

څرنګه چه دجدول څخه ښکاري، بطنی درد او بی اشتهائي په ټولو مریضانو کي، خواګرزی په اکثره واقعاتو (60,5%)اواستفراق تقریبأ دپه دریمه برخو واقعاتو کي (34,9%) دمریضانو عمده شکایات تشکیلول. دیزیوریا او اسهل په کمه کچه او عمدتأ په هغه واقعاتو کي چه اپینديکس **ریترو سیکال،سوب څیکال اویا پیلویک** موقیعیت درلود وجود درلود.

باید وویل سي چه بطني درد د۹۲(٪۲۴) مریضانو سره لومړی په **اپیګاستریک**یا **پیری اومبیلیکال** ناحیو کي پیل او د لنډ مدت وروسته ئي (۳۰- ۵۰دقیقې) د **الیاک ناحیې** ته انتقال مونډ. دا علامه چه دKocher په نامه یادیږي عمدتأ ئې په ماشومانو اوتر ۲۰ کلنوځوانانوپوري ځای درلود.

دحرارت درجه ناروغتون ته ددخول په وخت کی یوازی په ۸۶ مریضانو کي ثبت سوې، چه په لاندي ډول وه (۴- جدول).

جدول ۴- دمریضانو تقسیمات دحرارتددرجي په اساس

(n=86)

دحرارت درجه	دمریضانو تعداد	سلین ٪
۳۶ - ۳۷	۱۸	۲۰,۹
۳۷-۳۸	۴۱	۴۷,۷
۳۸- ۳۹	۲۵	۲۹
۳۹<	۲	۲,۴

هغه مریضان چه دحرارت درجه ئې تر ۳۸سانتیګرید درجې لوړه وه د عملیات په وخت کي اکثرأ**دیستروکتیف** اپینديسایتیس ځای درلود، خودا **پارالیلیزم** په ټولو واقعاتو کي قانونیت نهدرلود اوځني مریضان د ډیستروکتیف اپینديسایتیس په حالت کي دنورمال یا **سوبفیبریل** حرارت لرونکي وه.

دنبض فریکانسي ددخول په وخت کي د ۳۰۰ مریضانو سره تعینه او په لاندني جدول کي ښوول

کيږي(۵ – جدول).

<u>جدول۵ـ</u> دمريضانو ويشون د نبض دفريکانسي پر اساس

(N= 300)

نبض (په دقيقه کې)	دمريضانو تعداد	٪
تر ۸۰	-	-
۸۰ـ ۹۰	۳۰	۱۰
۹۰ ـ ۱۰۰	۱۰۸	۳۶
۱۰۰ـ ۱۱۰	۱۰۲	۳۴
۱۱۰ـ ۱۲۰	۴۵	۱۵
۱۲۰ او لوړ	۱۵	۵

دمرض ځني ډير مهم موضعي ابجيکتيف اعراض چه داپيندیسايتيس په تشخيص کي اساسي رول لوبوي، په ۲۰۰مريضانو کي دقيقأ تعين او په لاندني جدول کښی ښوول کيږی: (جدول-۶)

جدول۶-د مريضانو ابجکتيف اعراض

(n= 200)

ابجکتيف علايم **Objective sign**	تعداد **count**	سلين٪ **%**
Pain in iliac fossa (Sherren triangle)	183	91,5

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

د پورتنیو ارقامو څخه لاندنی نتایج په لاس راځی:

- د اپنډیسیټ د پورتنیو علایمو څخه هیڅ یوه علامه هم سل په سل کی مطلقیت نلری نو ځکه باید د اپنډیسیټ تشخیص یوازی د یوی علامی پر اساس صورت و نه مومي بلکه د مختلفو علایمو مجموع په نظر کښی ونیول سی.
- داپیندیسیت په تشخیص کي دحرقفي حفري درد،د **بلومبیرګ** او **سیتکوفسکي** علایم او همدارنګه د عضلاتو **دیفینس** تر ټولو ډیر تشخیصي ارزښت لري.
- **د پسواس او آبتوراتور ساینونه** چې په کښته کچه لیدل کیږيمعمولآ د اپنډیکس په سبسیکال او پیلویک موقعیتونو کښی ئي تبارز درلود.

مریضـان د اپنډیکس د تشخیص وروسته عملیاتخـانی تـه انتقال او د لازمـی تیـاری ، چمتـون او پـری میډیکېشن او مطابقی انستیزیا وروسته اپنډیکټومی اجرا کېدل.

:Premedication

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

:Anesthesia

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

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

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

پدې ډول سره دټولو مریضانو دجملې څخه ۲۷۸ (۷۲,۶٪) په موضعي انیستیزیا باندي او ۱۰۵(۲۷,۴٪) د جینرال انیستیزیا په مرسته عملیات سویدي.

موضعي انیستیزي:

لوکال انیستیزیا معمولأد ۰,۲۵٪ یا ۰,۵٪ نوکائین دمحلول پواسطه سره د انفیلتریشین په شکل طبقه په طبقه اجراکیدل او دبطن په خلاصولو سره لومړی دجداری پیریتوان لاندي اووروسته پهmesoappendixیو اضافي مقدار نوکائین هم زرقیدل، څو اپیندیکس اود الیاک دناحیې پیریتوان

په کافي اندازه بیحسه کړل سي.

جینرال انیستیزیا:

د جینرال انیستیزی دپاره معمولاً دTheopental اویا Ketamine دداخل وریدي تطبیق څخه استفاده کیدل.

<u>دعملیات شق:</u>

دعملیات دپاره معمولاً دMc. Burney مروج شق دستاندارد په حیث قبول سوی وو چه په ۳۷۳(۹۷,۳٪) واقعاتوکی ترینه استفاده سویده.

دعملیت دپاره د ۵-۷ سنتیمیترو او په ماشومانو کي د ۴سانتي په اندازه اوبلیک شق د Mc. Burneyپه نقطه کي چه ۳/۱ ئي تر نقطي لوړ او ۳ /۲ ئي دنقطي کښته واقع وي، اجراکیدی، چه دضرورت په وخت کي پورتني یا کوزني لور ته توسعه ورکول کیدل.

په ۷ واقعوکي د Linander پاراریکتال دشق څخه دپیریتوان د وسیع تخریش د علایمو په صورت کي استفاده وسول چه البت دا په ابتدائي مرحله کي وه، مگر بعداً ددغه شق څخه صرف نظر وسو.

په درو ۳ واقعاتو کی دمنتشر پیریتونیت دعلایمو دموجودیت په صورت کي سفلی میدیان لاپیراتومي inferior medial laperatomy اجراکړل سوه، چه په ۲ واقعو کي جینرال پیریتونیت اوپه یوه واقعي موضعي پیریتونیت ځای درلود.

زموږ دنظره په ټولو هغه واقعاتو کي چه جینرال پیریتونیت وجود ونلري، د

Mc. Burney شق دهغه دتوسعي په صورت کید اپیندیکتومي دپاره کافی

گڼل کیږي.

پدې ډول زموږ په واقعاتو کي اپیندیکتومي داپیندیکس دموقیعیت او التهابي وتیرې د نوعیت دمخي پهلاندنیو ډولونو سره صورت نیوی:

انتیگراد اپیندیکتومي:

داډول اپیندیکتومي په ۲۰۲ (۵۲,۸) مریضانوکي داپیندیکس په هغه وا قعاتو چه داپیندیکس جسم یا زروه دآزاد موقیعیت په صورت کي په کوم کي چه اپیندیکس یا مستقیماً دجرحي په ساحه کي واقع اویا دڅیکوم درااېستلو وروسته د Teniaپه تعقیب سره پیدا اودگوتو په ذریعه په أساني سره په

جرحه کي ظاهریدل اجراکیدی.

ریتروګراد اپینديکتومي:

داپول اپینديکتومي په ۱۵۸(٪۴۱,۲) واقعاتو کي کله چه اپینديکس یا دهغه زروه آزاده نه، بلکه په التصاقاتو کي نښتي اوپته وه، اجرا کړل سو. پدې صورت کي د اپینديکس قاعده د کولون د أزادي **تینیا** په تعقیب سره پیدا اوغوځیدل، وروسته د قاعدې دلوري څخه داپینديکس تسلیخ او راایستنه separation & extractionسرته رسیدل. دریتروګراد اپینديکتومي دا لوړه کچه زموږ دنظره دالتهابی و تیرې د پرمختګ اوالتصاقاتو دتأسس دکبله چه د مریضانود ناوخته مراجعې نتیجه ده، توضیح کیدلای سي.

ریتروپیریتونیال اپینديکتومي:

دریتروپیریتونیال اپینديسایتیس په صورت کي په ۱۳(٪۳,۴) واقعاتوکي اپینديکتومي د جداري پیریتوان پّه شق او د ریتروپیریتونیال جوف دوازیدو او تسلیخ دطریقه اجرا کړل شوه.

اپینديکولیرماس:

داپینديکولیر ماس په ۱۸ واقعاتوکي ۱۵مریضانوته کانسیرواتیف تداوي اتخاذ او ۳ نفره چه اپینديکولیر ماس ئې دعملیات د مخه د واضح جس وړ نه وو، عملیات کړل سوه. مریضان د عمومي وضعې، موضعي علایمو او د وینو د التهابي پارامترونو مطابق د ۲-۳ ورځو پوري د NPOپه حالت کې د لاندني شیمې پر اساس تداوي کیدل.

ـ پارینترال تغذي (د مایعاتو انفوژین د مریض د وزن پر اساس د ۲,۵ـ ۴ لیتره پورې).

ـ د وریدي وسیع الساحه انتي بیوتیکو تطبیق په لوړ دوزاژ سره.

ـ د سیستمیک انلجزیکونو او سیداتیف مستحضراتو تطبیق (Paracetamol , Novalgine ,Baralgine,Diazepam او نور).

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

ـ د مریضې په لومري دوو ورځو کې معمولا موضعي ساړه تطبیقات (یخه مشکوله) د اذیما او التهابي وتیرې د توقف او کمښت په خاطر توصیه کیدل، خو د دریمې، څلورمې ورځې وروسته د التهابي وتیرې د رشف د پاره دتودې مشکولې تطبیق او فزیوتراپي حتمي ګڼل کیدل.

صرف په درو واقعاتو کې چه اپینديکولیرماس د عملیات تر مخه د هغه د عمیق موقیعیت او کوچني جسامت د کبله تشخیص سوې نه وو، د عملیات په وخت کې نرم انفلترات تشخیص کړ شو. په دوو واقعیو کې پاسته التصاقاتو دا مجاز ورکړ چه په آساني سره بې له دې چه مجاور احشاء تخریب کړل سي، سره بیل، اپنديکس تسلیخ، آزاد او د ریتروګراد په شکل قطع کړ شي. په یوه واقعه کې چه اپنديکس د سختو التصاقاتو په مینځ کې پټ او نغښتې وو، د ناحیې په درېناژ او د پوست اوپراتیف موضعي انتي باکتریال ایریګیشن د پاره د میکروکاتیتر په تطبیق سره اکتفاء وکړل سوه.

پیریاپینديکولیر ابسیس:

پیری اپینديکولیر ابسیس په ١١(٪٢،٨) واقعاتوکي ځای درلود. داپینديکس ددا ډول اختلاط تشخیص په حرقفي حفره کې (٩) واقعې او لومبال ناحیه کی(٢) واقعې دنرمي کتلې دجس اوفلوکتویشین Fluctuationپه مرسته صورت نیوي.په أخرني ګروپ مریضانو کې شدیده دیزیوریا Disuria اوپه ادرارکې التهابي علایم(Leucocyturia اومیکروهیماچوریا Microhematuriaهم موجودوه.

دابسیس درېناژ معمولاً د دشق په مرسته اجرا کیدی. دعضلاتو د شق وروسته د فلوکتویشین ناحیه دګوتي په جس سره تثبیت اود ریتروپیریتونیال دطریقه دپیریتوان شق ددوو هیموستاتیک پانسونو ترمینځ اجرا اود قیحي افرازاتواسپیریشین او تخلیه اجراکیدل. وروسته دسیلیکون دوه کانالهدرېناژ دابسې په جوفته داخل اوتر جرحې لاندي دعلیحیده کانال دطریقه خارجیدی. دعضلاتوتر ترمیم وروسته جلد او تحت الجلد مؤقتاً واز پریښودل کیدی. جلدي جرحه دالتهاب د التیام وروسته دسیکوندیر سوچر پواسطه سره ترمیمیدل.

دعملیات په وخت کې داپینديسیت تثبیت سوی موقیعیت په لاندني جدول (٧ - جدول) کې ښوول کیږي:

<u>٧- جول -</u> دآپینديسایتیس دموقیعیت خصوصیت

(N=383)

داپینديکس موقیعیت Position of appendix	تعداد count	سلین (٪) %
Typical position(medial position)	218	56,9

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

داپینډیسایتیس په غیر اختلاطي واقعاتو کي مریض دعملیات په سبا ورځ دځایه څخه ولاړ، لمړی ئې څو قدمه په احتیاط سره دطبي پرسونل ترکنترول لاندي اخیستل او دکامل اطمنان وروسته په اطاق کی دآزادانه ګرزیدا اجازه ورکول کیدل. دعملیات په سبا مریض ته اورال مایعاتي رژیم لکه اوبه، چای،بسکیټ

او یخني سوپ توصیه کیدئ اوپه بل سبا کي دشیدو، فرني، شولې او مستو په خورک شروع کول.

انتی باکتیریال تیراپیمعمولأ په روغتون کي دهغه وخت دلاسرسو انتیبیوتیکو پواسطه (پینیسلینکریستال، بینسیلین پروکاین، امپیسلین، ستریپتومایسین او جینتومایسین) پواسطه داپینډیکس دتغیراتومطابق د۳ -۷ورځو پوري تطبیقیدل.

دعملیات په نتیجه کي دراایستل سوي اپینډیکس ټول واقعات دپاتوهستولوژیکي معایناتو په غرض پاتواناتومي لابراتوارته لیږل کیدل، چه د۲۹۴ مریضانو ثبت سوي نتایج په لاندي ډول دي:

۸- جدولداپینډیکس مورفولوژیکي تغیرات

٪ **%**	**تعداد** **Patients count**	**پاتوهستولوژیکي تغیرات** **Morphologicalchanges**
۷,۸	۲۳	نورمال اپینډیسیت

کاترال اپینديسيت	۶۳	۲۱,۵
فليگمونوز اپينديست	۱۳۹	۴۷,۴
گانگرينوز اپينديسيت	۵۲	۱۷,۶
پيرفوراتيف اپينديسيت	۱۷	۵,۷
ټول	۲۹۴	۱۰۰

څرنګه چه دجدول حخه معلوميږي، په ۷,۸٪ واقعاتو کي په ايستل سوي اپينديکس کي پتالوژيکي تغيرت وجود نلري. زموږ دنظره داحالت کيدلاي سي چه داپينديکولير کوليک دکبله وي چه داپينديکس عضلاتتي سبازم داپينديسايتيس د وصفي لوحې دتأ سس سبب گرزي، خودد پريميديکيشين او عمليات په جريان

کي دسيداتيف اوسپازموليتيک مستحضراتودتطبيق دکبله سپازم رفع او په ايستل شوي پريپارات کي تغيرت نه ليدل کيږي، چه داحالت په ليتيراتور کي هم تر ۱۵٪ پوري دقبول وړ منل سويدی.

دپورتني تحقيقاتو دوهم خصوصيت داپينديکس دتخريباتي واقعاتو خصوصاً فليگمونوز اپينديسايتيس لوړه کچه ده، چه دخارجي منابعو برعکس د کاتيرال اپينديسايتيس په نسبت دوه ځليز لوړ سلين ۴۷,۴٪ بنئي. دالوړه کچه زموږ د نظره دمريضانو دناوخته مراجعې او ديستروکتيف تغيراتو دودي د کبله د وضاحتوړ گڼل کيږي.

نتايج:

دپورتني تشخيصي - معالجوي طرزالعمل په نتيجه کي د ۳۸۲ مريضانودجملي څخه ۲۷۲(۷۱,۲ ٪) مريضانو مکمل معاينات د۱-۲ساعتو په جريان کي تکميل، تشخيص وضع او د عمليات داستطباب په صورت کي عمليات خانې ته اويا د کانسيرواتيف تداوي دضرورت په صورت کي (اپينديکولير ماس) دجراحي مربوطه سرويس ته انتقال کړل سوه.۷۳(۱۹,۱٪) مريضانوته ددې هدف دپارهد۲-۴ساعتو پورى اوپه ۳۷(۹,۷٪) مريضانو کيد۴-۷ ساعتو پوري د تشخيص پروسې دوام وموند.

ټول ۳۸۲مريضان دعمليات وروسته يا دکانسيرواتيف تداوي په نتيجه کي صحتياب اودروغتون څخه خارج کړل سوه.

دعمليات اختلاطات دعملياتي جر حې د تقيح او ليگاتور فيستول دتأسس څخه عبارت وو.دجرحې

قسمي ياوسيع تقيح پـه ۶۹(۱۸٪) واقعـاتو کـي او ليګـاتور فيستول پـه ۴۷ (۱۲,۳ ٪) واقعـاتوکي ځـای درلـود. دجرحې تقيح عمـدتأ دجرحې پـه اديکـوات ډرينـاژ او سيسـتماتيک پانسـمان پـه مرسـته تـداوي صرف بعضأ ئې د ديبريدمان اوتالي سوچړ ضرورت پيدا کيدی.

يـوه مريضـه چـه د پيلويـک موقيعيتـه ګـانګرينوز پيرفوراتيـف اپينديسـايتيس او فيبرينـوز سـوپوراتيف پيريتونيت دکبله د اووه ورځني کانسيرواتيف تداوي

وروسته روغتون ته راانتقال سويوه، دمرض دآتيپيک سيراوتشخيصـي مشـکلاتو دکبلـه صـرف ددخول پـه ځلرمه ورځ آريکتيف پيريتونيت تشخيص اومريضـه لاپراتومي کړه سوه. بعدأ دالتصـاقي مـرض او مکررالتصاقي انسداد د ودي او مکررو مداخلاتواوسيپسيس داملـه ديوې مياشتي په جريان کـي مريضـه وفات سوه.

دریم فصل

دحاد اپنـد یسا یتیس ایتیولوژی او پاتوجینیز

Etheology and pathogenese of acure appendicitis

حاداپندیسایتیس یا داپندکس حادالتهاب دخپل کثرت دنظره دنس د ټولوحادوپتالوژیوپه مقایسه لومړی مقـــــــام لـــــــری. دننیواحصـــــــــایودمخي دحاداپندیســـــــایتیس مریضـــــــان دجراحـــــــی سرویســـــونودټولوعاجلونارو غانونیمائي واقعـــات یـــا (۵۰٪ ســـلین) اواپنـــدکتومی دبطـــن د عاجلوعملیـاتودجملې څـه د(۸۵٪ ـــ۸۰) سـلین تشکیلوي.اپندیسـاتیس عمـدتأ پـه ځوانـانو اواکثـره پـه ښځوکی لیدل کیږي.

داپندیسایتیس ایتیولوژي اولاملونه: Etheology of acute appendicitis :

داپندکس دالتهاب مستقیم لامل داپنـدیکس پـه جدارکی دانتـان اوجراسیمو نفوذ،تکثراو نومحسوبیږی. داپند یسا یتیس په پاتوجینیزکی مختلف غوامل لکه :

- دغذاتیټ کیفیت اونابرابرترکیب (low quality and unbalancedfood)
- دامعا د محتویاتوستازیس او انسداد (appendicular obstraction and stasis)
- دامعا آتونی (appendiculiar atonia)
- داپندکس په جوف کی دډبري یاتیږی اواجنبی اجساموموجودیت

(Intraluminal stones or foreign body of appendix)

- دامعا ترضیضات (intestinal trauma)
- دامعا انومالیا اوسؤشکلونه (intestinal anomalia and defects)
- داپند کس اروائی تشوشات (microcirculatory disorders of appendix)
- دنس داخلی التصاقات (intraabdominal adhesions)

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

ـ اوداسی نورعوامل چه داپندکس په جدارکی دمکروب دنمواوانکشاف دپارهزمینه مساعدوی، رول لوبوي.

د مثال په توگه هغه اشخاص چه عمدتا د غوښو څخه استفاده کوي نسبت و هغه کسانو ته چه د نباتي غذائی موادو څخه گټه اخلي د اپندیسایتس ناروغي پکښې څو ځله لوړه لیدل کیږي.

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

Factors which promote the origin of appendicitis, are the following:
a)change of reactivity of organism; b) constipation and atony of intestine;
c)twisting or bends of appendix; d) excrement stone in its cavity;
e)thrombosis of vessels of appendix and gangrene of wall as a substance of inflammatory process (special cases).

داپيندیسایتیس پاتوجینیز:

د اپنډیسیت په پیدا کیدو کې به عمومي توکه سره دوه ډوله نظریې او تیوري موجودي دي:

١ـ انتاني تیوري (infection theory)

٢ـ نیروځرکولور تیوري (neurocerculator theory)

په لاندې توگه به د هرې تیوري او د هغې د واقیعت په مورد لنډ بحث وکړو:

الف ـ انتانـــــــي تیـــــــوري: Infection theory

دا تیوري په (١٩٠٨) کال کښې د آشوف (Ashoff) له خواه وراندې شوې ده چه د هغې په اساس د اپنډیکس د جوف د مکروبونو د ویرولانس لوړ والې د اپنډیسیت په تاسیس کښې اساسی رول لوبـــــوي. غیر وصفي مختلف ډوله مکروبونه د انتروجن (enterogen) او بعضا د هماتوجن (hematogen) او لمفوجن (lymphogen) د طریقه د اپنډیکس جدار ته نفوذ او

د تکثر ځخه وروسته په دې غړي کښې د التهابي وتيرې سبب ګرځي.

د مـرض مکروبـي عوامـل د امعـا د مختلفـو پتوجينيـک (pathogenic) او يـا فعـال شـوو ساپروفايتونو () saprophit د مختلف آيروب او انـايروب مکروبونـو ځخـه چـه عمده برخـه ئـې اينتيروکوکوس (enterococcus) او ايشيريشيا (esherichia) تشـکيلوي عبـارت دی.د دی تيوري د پلويـانو پـه عقيـده (Talman,1982; Reclus, 1902) د مکروب د ويرولانس لوړ والي چه د اپنديکس د امعـا د ستازس (stasis) په نتيجه کښـي منځ تـه راځـي د مرض اساسي سبب بلل کيږي.د امعا ستازس د مختلفو عواملو له کبله لکه د اپنديکس غير طبيعی انخنا او تدود التصاقاتو په نتيجه کښې د امعا تضاقات،د اپنـديکس د مسير حاد زاويوي انحـراف،د اپنـديکس انسداد د اجنبـي اجسامو،غايطي ډبـرو او کتلاتـو پـه واسطه او همدارنګـه د ځينـي نـورو مشابهو فکتورونو په نتيجه کښي منځ ته راځي. **آشوف** (Ashoff) د نظره د اپنديکس د محتويـاتو ستازس د هغـه د ټول کانـال پـه امتداد کښـي حتمـي نـه دي بلکـه کـافي ده چـه لـومړی پتـالوژي د مخـاطي غشـاء (tonica mucosa) د يـو کـوچني ديفيکـت پـه شـکل چـه د منتشـرې حجـروي ارتشاح په ذريعه احاطه شوي وي ځای پيدا کړي او بيـا وروسته التهابي وتيره په لمفوجن ډول د امعـا تحـت المخـاطي يـا سبموکوز tonica submucosaاو سبسيروزtonicaserosa طبقـاتو تـه انتشـار کـوي چـه پـه دې توګـه سره فلګمونوز اپنديسياتس phlegmonosis appendicitis تاسس مومي.

د دې مؤلفينو په عقيده که چيرې التهابي وتيره د اپنـديکس اوعيو تـه سرايت و مونـدي د هغوی د ترومبوز thrombosis پـه نتيجـه کښـي د امعـا جدار پـه قسمي نکـروز(necrosis) بانـدې مصـابيږي چـه پـه دې ډول ګـانګرينوز(appendicitis gangrenosis) اپنديسـاتس تشـکل مومي.

د نيکروزي قسمت تخريب او تحزن د تثقبي اپنديسايتس(appendicitis perforance) سبب کيږي.

پـه دې ډول سره د نومـوړو مؤلفينـو پـه نظـر اپنديسـايتس د خپل پيل او لـومړنی مرحلـي ځخـه يـو انتاني وتيره محسوبيږي چـه د انتـان ويرولانس پـه تـدريجي توګـه سره لوړيږي. د دې تيـوري پر اساس د اپنديسايتس د ناروغي په سير کښي د لاندنيو مراحلو تسلسل حتمي ګڼل کيږي:

الف ــ د **لومړني انتاني محراق** مرحله primery infection’s herd

(ساده يا کاتيرال اپنديسايتيسس) simplex appendicitis

ب ـ **فلگمونوزس** یا تقیحي اپندیسایتس phlegmonose or appostomatose app.

ج ـ **گا نگر ینوزس** یا تفسخي اپندیسایتس gangrenose appendicitis

د ـ تثبقـــــــي یا **پیرفوراتیف** اپندیساتس perforative appendicitis

د مؤلفینو د نظرپراساس داپیندیسایتیس د مختلفو مراحلو انکشاف د ناروغی دپیل اوتیرسوي وخت سره مستقیم اومعین ارتباط لري چه په دې توگه د ناروغي د پیل څخه تر ۱۲ ساعتو پورې د **لومړني محراق** مرحله د ۱۲ څخه تر ۲۴ ساعتو پورې د **فلگمونوز اپندیسایتس** د ۲۴څخه تر ۴۸ ساعتو پورې د **گانگرینوز اپندیسایتس** او وروسته **د تثبقي اپندیسایتس** مرحلې وخت گڼل کیږي.

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

۱ـ د اپندیسایتس د ناروغي سیر او بهیر اکثرآ د دې تیوري پر شمه باندې مطابقت نه لري. ډیر وخت لیدل کیږي چه ناروغ د مریضي په لومړیو ساعاتو کښي عملیاتیږي مگر د اپندیکس مورفولوژیکي تغیرات د ابتدائی محراق په شکل نه بلکه د گانگرینوز په مرحله کښي وي او برعکس بعضا د ناروغي په دوهمه یا دریمه ورځ د عملیات په وخت کښي صرف د لومړنی مرحلې تغیرات لیدل کیږي.

۲ ـ په دې تیوري کښي علل او معلول پوره معلوم نه دي او همدارنگه په دې کښي د مایکرو او میکرو ارگانیزم تر منځ متقابله اړیکې او ارتبا طات نه دي منعکس شوي،ځکه چه د اپندیکس ډېرې د اپندیسایتس سبب نه بلکه د ډېرو تشکل د اپندیکس د التهاب په نتیجه کښي چه د امعا د وظیفوي فعالیت د تشوشاتو سبب کیږي منځ ته راځي.

۳ ـــ بعضا حتی د اپندیکس د پرمخ تللي او متبارزې وتیرې په صورت کښي د امعا د محاتویاتو ستازس نه لیدل کیږي او د اپندیکس لومن خالي او آزاد وي. ځکه نو ویل شو چه د اپندیسایتس د تشکل او میکروب د ویرولینسي د لوړتیا د پاره د امعاوو د محتویاتورکودت یا ستازس اساسي شرط نه گڼل کیږي.

۴ ـــ د میکروب د ویرولینسي لوړوالي په لومړۍ مرحله کښي اساسي رول نه لري. ځکه د میکروبونو د پاتوجینیک فعالیت د پاره د اپندیکس په جدار کښي ځینې وظیفوي تشوشات او مورفولوژیکي تغیرات چه د هغه د حیاتي قابلیت د --ټیټوالي سبب کیږي او د انتاتي وتیرې د

انکشاف د پاره زمینه مساعدوي،حتمي ګڼل کیږي.

ب ــ نیرووواسکولیر تیوري: Neurovascular thory

دا تیوري د (I.Davidofsky,1951 ; Ricker,1927;Cott,1890) د خوا وړاندې سوې ده. د دې تیوري په اساس د اپندیسایتس لومړنی مرحله د اروائی تغیراتو له کبله چه هغه په خپل نوبت د عصبي کنترول د میکانیزم د برهم خوړولو په اساس د اپندیکس د جداري انساجو **د تروفیکي** (trophic disorders) تشوشاتو په ځیر تبارز مومي، منځ ته راځي. د عصبي تنظیم د میکانیزم بی نظمي معمولاً د مختلو اسبابو د کبله چه د هغه د اناتومیکي-عصبي جوړښت سره معین ارتباطات لري، پیل کیږي. اپندیکس نه یوازې د مجاوره غړو سره لکه اعور یا ځیکوم او الیوم بلکه د بطن د لیرو احشاوو سره لکه صفراوي کڅوړه (gall bladder)،پیلور(pylorus) او اثناءعشر (duodinoum) د عصبي شبکي په ډول صمیمي اړیکي لري. ځکه د پورتنیو غړو اناتومیکي او وظیفوي نه سمون په انعکاسي توګه خپلې ناوړي اغیزې مستقیما د اپندیکس د عصبي سیستم پر تنظیم او اداره واردوي چه لومړی د اپندیکس د وظیفوي او بیا اناتومیکي تغیراتو سبب ګرځي. ځکه د اپندیسایتس ناجوري اکثرا د **ګاسترایتیس،کولیځیستایتیس،انتیروکولایتیس** د ناروغیو سره یو ځای لیدل کیږي. همدارنګه د اپندیکس عصبي او اروائي تشوشات کیدلای سي چه د هغه د مخاطي غشاء د تخریش په اثر چه د اجنبي اجسامو،غایطي سختو ډبرو او کتلو او یا د اپندیکس د تخلیوي مشکلاتو په واسطه صورت نیسي را ایجاد سي.

په همدې ډول د دې تیوري په اساس کیدلای سي لومړنی تشوشات او نه سمونتیا د **ویجیتاتیف سیستم** (vegetative system) په عقدو کښې خاصتا د **سلیاکوس** په ذفیره یا **پلیکسوس سلیاکوس** (plexus ciliacus) کښې منځ ته راشي نو ځکه اکثرا د اپندیسایتس د حملې په پیل کښې درد په شرصوفي (epigastic region) ناحیه کښې موقیعت موندي او وروسته ښي حرقفي ناحیې ته انتقال مومي. وروسته بیا شروع سوي تغیرات د اپندیکس عصبي عقداتو او دموي سیستم ته انتقال کوي. پیل سوي نیروریګولاتوري تشوشات د اپندیکس د جدار د اوعیوؤ د شدید سپازم، اذیما او ایسکیمي سبب کیږي. شروع سوی اوعیوي سپازم او د مخاطي غشاء هایپوکسي وروسته د ایپیتیل په یوه یا متعد ده محراقو کښې د محدود نیکروز سبب کیږي او **ابتدائي تخریبي محراق یا دیفیکت** مینځ ته راځي. صرف په دې صورت کښې د **ابتدائي نکروز** په تأسس سره چه ماؤفه او مړه سوي انساج د میکروب په مقابل کښې خپل دفاعي خواص د لاسه ورکوي د کلمو د لومین میکروبونه د کلمي جدار ته نفوذ کوي او په مساعد شوو شرایطو کښې رشد مومي. د **ابتدائي محراق** په چاپیریال کښې د فبرین ترسبات او د لوکوسایتونو ارتشاح پیدا او

نکروتیک محراق د مخاطي غشاء د **کاترال یاساده التهاب** په واسطه احاطه کیږي چه هایپیریمیک او اذیمائي پرسیدلې حالت ځانته غوره او د مخاطي یا موکوزال مایع په ترشح سره پیل کوي. د اپنډیکس اذیمائي او متورمه مخاطي عشاء د هغه د لومن د بندښت او انسداد سبب ګرځي. د اپنډیکس د محتویاتو تدریجي ډیرښت او تجمع د هغه د توسع او پر جدار باندې د میخانیکي فشار باعث کیږي. دا عمل د جدار د انساجو اروا او تغذي نور هم د ستونځو سره مخامخ کوي او د هغوی مقاومت د میکروبونو د نفوذ او ودي په مقابل کښې په انحطاط منجروي چه په نتیجه کښې التهابي وتیره نور هم انکشاف مومي.

دا مرحله د **ابتدائي محراق یا سطحي اپنډیسیت** (catarrhal or simplex appendicitis) مرحله بلل کیږي. د مایکروسکوپي د نظره په دې مرحله کښې د اپنډیکس د جدار د اوعیؤو توسع او مخاطي غشاء په ځینو برخو کښې پرسیدلې او اذیمايي حالت لري چه د امعا په جوف کښې په لږ یا ډیره اندازه مخاطي یا موکوزل مایع موجوده وي. خو کله هم مایکروسکوپیک تغیرات په سترګو نه معلومیږي نو ځکه د هغوی د تثبیت د پاره د میکروسکوپیک معاینـاتواجرا حتمي ګڼل کیږي.

د **لومړني محراق** دتشکل څخه وروسته **لوکوسایتري** ارتشاح ډیر ژر د جدار نورو طبقو ته انتشار مومي چه بعضا د اپنډیکس ټول طول او بعضا صرف د هغه څوکه یا دیستال نهایت په بر کښې نیسي. په نتیجه کښې د مخاطي غشاء پر سطح قرحات تشکیل او د مخاطي غشاء افرازات تقیحي شکل غوره کوي. د اپنډیکس د تخلیې د تشوش په صورت کښې د هغه جوف د قیحي افرازاتو څخه ډک او متوسع کیږي چه سخت او شخ قوام اختیاروي،جدارئي شد یدا هایپریمیک او په فبرین پوښل کیږي.دا مرحله د **فلګمونوز اپنډیسایتس** (appendicitis phelegmonosis) د مرحلې پیل شمیرل کیږي. د اپنډیکس د جدار د عمیقه طبقاتو التهاب او ارتشاح په دې مرحله کښې لامیکروبي منشاء نه بلکه توکسیکي منشاء لري ځکه په نوموړو طبقو کښې میکروبیولوژي څیړنې په دې مرحله کښې د میکروب موجودیت نه دي ثابت کړې. وروسته د انساجو د **هایپوکسیکي** تغیراتو د پرمختګ سره سم میکروبونه د جدار ټولو طبقو ته سرأیت مومي او د هغوی د منتشره تقیحي وتیرې او یا دمتعدده ، وړواومجردوابسې ګانودتشکل سبب ګرځي چه دا مرحله د **اپوستوماتوز(تقیحي یا ابسیدیال) اپنډیسیت** (appendicitis apostomatosis) په نامه یادیږي. د دې وتیرې په سیر کښې کیدلای سي چه د جدار متعدد **میکروابسیس**microabscess سره یوځای او په جدار کښې د ننه د یوه یا څو غټو جوفونو سبب وګرځي،چه ځینې اوقات بیا د اپنډیکس جوف او یا د بطن جوف ته تثقب کوي. بعضا تثقبیه فوحه ډیره وړه چه د سترګو د لید په واسطه د تشخیص وړ نه وي یعنې د **میکروپیرفوریشن** microperforation حالتلري چه صرف د

pathohistologicپاتوهستولوژیکي معایناتو په ذریعه سره تثبیتیدلای سي.

د اپنديکس د جدار تثقبات اکثرآ د هغه د **تاليگانگرين**secondary gangrenد کبله وي. تالي گانگرين د امعا د اروائي تشوشاتو په نتيجه کښي چه مربوطه اوعيه ئي د التهابي وتيرې په اثر **ترومبوز** موندلی وي مينځ ته راځي.داپندکس دجدار تروفيکی تغيرات اود تالي گانگرين ساحه په **سيگمينتير**ډول دجدار د ماؤفه اوعيؤودمربوطه اواړوندي اروائی ناحيې سره مطابق اووسعت ئې د اوعيوپه قطراو د **ترومبوس** په موقيعت اړه لري، نو ځکه کله محدوده او کله هم ډيره وسيع چه حتی د اپنديکس په ټول امتداد کښي ځای لري. د عصبي رسيپتوري تخريش(receptoral irritation) او تنبهاتو (stimulation) شدت دوام او انتشار د اپنديکس د جدار د تشوشاتو سرعت،حجم او وسعت تعينوي. ځکه د شديدې عصبي تنبه يا تخريش په نتيجه کښي حتی د لنډې مودې په جريان کښي ژور تروفيکي تغيرات منځ ته راتلای سي همدارنگه د عين وخت په تيريدو سره د اپنديکس پتالوژيکي بدلون کله په ډير جزوي شکل حتی بی له مورفولوژيکي تغيراتو او کله هم ډير متبارز چه ان د گانگرين په مرحله کښي وي. د مثال په توگه د اپنديکس د جدار د شرائينو ترومبوز کولای سي چه حتی د ناروغۍ په پيل او لږه موده کښې د امعا د جدار د نيکروز او گانگرين سبب وگرځي. په دې صورت کښي د **گانگرينوز اپنديسيت** دانکشاف د پاره د **آشوف**(Ashoff)د تيوري پر خلاف د نورو مرحلو تسلسلي سير حتمي پروسه نه ګڼل کيږي.

څرنگه چه مخکي هم وويل سوه په ځيني مواردو کښې لومړني اروائي تشوشات دومره شديد وي چه حتی مخکی ترهغه چه انتاني وتيره پيل سي دجداري انساجودبارزي **هايپوکسيا** دکبله گانگرين توليديږی چه داحالت دلومړنی گانگرينوزاپنديسايتيس primery gangrenose په نامه يادېږي.

د ذکر وړ ګڼل کيږي چه د اپنديکس د التهابي وتيرې وسعت د مرض د شدت او وصف سره حتمي تطابقت نه لري. التهابي وتيره کله ټول اپند يکس او کله هم د هغه يوه محدوده برخه چه اکثرا د ديستال لورې ته واقع وي په بر کښي نيسي. په وروستني حالت کښي د اپنديکس په نورو حصو کښي بعضا حتی ميکروسکوپيک تغيرات هم نه موندل کيږي د دې کبله د پتالوژيکي د دقيق تشخيص په خاطر بايد د اپنديکس د مختلفو ځايونو با لخاصه د مايکروسکوپيک تغيراتو په ساحه کښي څيړني تر سره سي.

د اپنديکس د جدار تروفيکي تشوشات په سيگمينتر شکل د امعا د جدار د اوعيؤو د مربوطه اروايي ناحيې سره تطابق لري.

په دې ډول اپنديسيت په لومړۍ مرحله کښي انتاني وتيره نه بلکه د اپنديکس د جدار د **نيروسيرکولاتوري** او **تروفيکي** تشوشاتو وتيره ده چه د اروائي او خاصتا عصبي نه سمون او

عدم انتظام لـه کبلـه منځ تـه راځـي او پـه بعدي سیر کښـي د **ابتدائي نـکروز** څخـه وروسته **انتاني وتیره** په تالي ډول ورسره یوځای کیږي.

که چیرې انتان د امعا د جدار ټولو طبقاتو تـه انتشار ومومي پـه دې صورت کښـي د اپنډیکس مجاوره انساج او اعضا هم خپل عکس ا لعمل ښکاره کوي، پیریتوان پـه موضعي شکل سره **هایپیریمیا**hyperemia موندي او پـه سرعت سره پـه مختلف مقدار **سیروزال اکسودات** چـه پـه شروع کښـي ستیریل او وروسته میکروبي او تقیحي وصف پیدا کوي،تولیدیږي. پـه دې ترتیب سره لمړی موضعي یا **لوکال** اووروسته بیا منتشر یا **دیفوزپیریتونیت** مینځ ته راځي.

د نیکـه مرغـه بایـد وویـل سـي چـه د بطنـي اعضـاؤو مخصوصـاً major omentum **امینتوم**ماجوریا **کبیره ثرب** دفاعي رول او د **فبـــرین** fibrin سریښناکه محدودونکي فعالیت بعضا بطني داخلي التصقاتوته سلیمه سیر ورکوي او نـه پریږدي چه تقیحي وتیره پـه بطن کښـي انتشار ومومي . پـه دې ډول لومړی دایکسودات څخـه دماؤفه اعضاؤواود ثرب پررانژدې سوو سطحوباندی ترسب کوی ځودهغوی دوصل اونښلېدوزمینه برابره اووروسته اپندکس اوتقیحی وتیره دثرباوامعاؤدعرواؤ

دخواچه دیوي کتلـي یاکونګلومیرات پـه شـکل سره نښتي وي احاطـه کیږی، څـو تقیحـي وتیـره **داپنـدیکو لیرانفیـــلترات** appendicular infiltrate یـا**پلســ--ترون**palastrone پـه حیث تشکل وکړي چه نسبتآسلیم سیر لری اودخپل وخت سره دپیل سوې انتی باکتیریال تداوی پـه مقابل کې ډیرښه نتایج ترلاسه کوي.

خوپه ځینې واقعاتوکي کله چه اپندیکس د پرمختللې تخریبي تغیراتو خصوصآ د اپندیکس د تثقبي وتیـرې سـره مخـامخ وی پـه دې صـورت کښـي دانتـان د لـوړ **ویــرولانس**virulence او د **ماکروارګـانیزم** macroorganism د ټیټ دفـاعي او **ایمونولـوژیکي** سیستم پـه نتیجـه کښـي پورتنی محـافظوي میکانزم خپل رول سم نـه سي لوبولای، د تقیحي محراق محدودیت پـه کافي اندازه سره سرته نه رسیږي او تقیحي وتیره پر پیریتوان انتشار او وسعت مومي چه پـه دې توګـه د **دیفوذ یا منتشر پیریتونیت** diffuse or generalise peritonitis د تأسس سبب ګرځي.

بعضآ په بطن کی دانتان دانتشاراودالتصاقاتودتآ سس پـه نتیجـه کي ځینی تقیحی اختلاطا ت دبطن په مختلفه قسمتونوکښي دمحدودو محراقي تقیحاتو- abscess(**ابسي یا ابسیس**)پـه شـکل لـکه **ددوګلاس دجوف ابسي--** Douglas-abscess، **بین ا لمعائی**interintestinal absces او **تحتالحجاب الحاجزي** یا subdiaphragmal**سوب د یا فراګمال ابسیس** مینځ ته راځي.

څلورم فصــل

دحاداپنديسايتيس ويشــون ياطبقه بندي

Classification of acute appendicitis

داپنديســايتيس دډول اووصــف د څرنګـوالی پــه موخــه دحاداپنديســايتيس مختلفــی طبقــه بنـدی وړانـدی ســـويدي. دعملـــی براکتيـــک اوعلمـــی څيړنـــو دپـــاره داســـی طبقـــه بنـــدي چـــه دکلينيکـــی او مورفولوژيکياوصـــافوانعکا س کـــونکې وی، ضـــروري ګڼـــل کيـــږي. دبورتنيـــو ايتيوپـــاتوجينيکي توضيحاتوپه رڼاکي دتثبيت شوو مورفولوژيکی تغيراتوبراساس دحاداپنديسيت ويشون په۱۹۴۶ کی د **ابريکوسوف آ. اي** ( ) Abricosov A. I.,1946دخوا په لاندی ډول وړاندي سوېدی:

۱- سطحي ياکاتارال اپنديست	1- superficial or catarrhal ppendicitis
۲ ـفليګمونوزيا اپوستوماتوزاپنديسايتيس	2- phelegmonose appendicitis
الف - ساده ياسطحي فليکمونوز اپينديسايتيس	a- simple or superficial phelegmonos
ب - تقرحي فليکمونوز اپينديسايتيس.	b- ulcerative phelegmonose app
ج - ابسيديال يااپوستوماتوزاپينديسايتی	c- abcedial phelegmonose app.
- غير تثـقبی شکل-	–non perforative
- تـثـقـبی شکل	-perforative form
۳ – ګانګرينوزاپينديسايتيس	gangrenose appendicitis
الف ـ ابتدائي ګانګرينوزاپينديسايتيس.	- a-primary gangrenose app
ـ غيرتثـقبی شکل	–non perforative form
- تثــقـبي شکل-	-perforative form
ب ـ تـالي ګـانګر ينوزاپنديسـايتيس- غيرتثـقبی شکل	–-secondary gangrenose app. non perforative form

- تشـــقبي شکل perforative form

دا طبقــه بنــدي د اپنديســيت موضــعي جزئيــات پــه پــوره ډول ســره منعکســوي ځکــه د ډيــرو اناتوموپتالوجيستانو د خوا د اساس پـه حيث منل سـوې ده.بايد وويل سي چـه د عمليات تـر مخـه د مورفولوژيکي تغيراتو اټکل او تعين ډير مشکل او نا ممکنه ګڼل کيږي.

(Elanski N. N. (1951 په ۱۹۵۱ کال کښې کلينيکي طبقه بندي وړاندې کړې ده چه د هغې په اساس حاد اپنديسيت په لاندني شکل ويشون مومي.

۱ ـ اپنديکوليرکوليک: appendiculiar colic

په دې حالت کښې د اپنديکس په جدار کښې تغيرات موجود نه وي.

۲ ـ کاترال اپنديسيت: catarrhal appendicitis

په دې ډول اپنديسيت کښې التهابي تغيرات صرف په مخاطي غشاء کښې موقيعت لري.

۳ ـ حادديستروکتيف اپنديسيت: acute distructive appendicitis

په دې نوع اپنديسيت کښې التهابي او نکروتيک تغيرات د اپنديکس په عميقه طبقو کښې ځای لري.

- غير تثقبي شکل non perforative form
- تثقبي شـــــکل perforative form
- انفلتراتي يا ارتشاحي شک infiltrative form
- اپنديکولير ابسې appendicualr abscess
- منتشر پيريتونيت diffuse peritonitis

د کلينيک د نظره اکثره جراحان او همدارنګه موږ هم په خپل پراکتيک کښې د لاندنی طبقه بندي سره چه د اپنديکس او پيريتوان د التهابي او نکروتيک تغيراتو پر وصف بناء او په عملي ساحه کښې آسانتياوې برابروي،استفاده کوو:

۱ ـ ساده حاد اپنديسيت **simple acute appendicitis**

۲ ـ ديستروکتيف اپنديسيت **distructive appendicitis**

الف ـ فلگمنوز اپندیسیت	phlegmonose appendicitis
ـ غیر تثقبي فلگمنوز اپندیسیت.	non perforative phlegmonose app
ـ تثقبي فلگمنوز اپندیسی	perforative phlegmonose app
ب ـ گانگرینوز اپندیسیت	gangrenose appendicitis
ـ غیر تثقبي گانگرینوز	non perforative gangrenose
ـ تثقبي گانگرینوز	perforative gangrenose
۳ ـ اختلاطي اپندیسیت	**complicated appendicitis**
الف ـ اپندیکولیر ماس یا انفلترات	appendicular mass
ب ـ اپندیکولیر ابسیس	appendicular absce
ج ـ اپندیکولیر پیریتونیت	appendicular peritonitis
۴-- ریتــروپـیـریتـونیال فلیـبـیتـیس	**phlebitis retroperitonialis**
۵ ـ سیپســـیس	**septicopyema**

پـورتنی ویشـون دیـوې خواپرمورفولـوژیکی تغیراتوبانـدي بنـااودبلي خـوادجراحي تاکتیـک داتخـاذ دپاره ډیرمناسب گڼل کیږي.

۱--سـاده یاسطحی اپیندیسـا یتیـس: **1-**simplex appendicitis

په دي ډولاپیندیسایتیس کی اپندکس اذیمائی، ټند اومتشنج وی،سیروزال غشا هایبیریمیکه(سوربخونه) اوبعضـاً هـم مکـد ره وی دامغـا **میــزو** همـداډول احمراری.اوبلنـه اواذیمـائي وی. ابینـدکس دجـس پـه واسطه سخت اومتشنج وی چه به لومین کی ئې اکثرأغایطي سختی کتلي دجس وړوی.دامعادجدارپه شق سره دهغه په لومین کی مغمولاً مخـاط ،نری غایطـه مواد ،اکثرآ سوررنگه مـایع اوبعضـأغایطي تیري اوواړه اجنبی اجسام ظاهریږی. داپندکسدجدار ټولي طبقي پنډی اوضخیمی اود **کاپیلـیرونو** capiliars د توسـع، **پیرمـابیلیتی**permabilityاو **ایکسودیشین**exudationدکبلـه دبنـکاره تفریـق وړوی.

مخـــاطي غشـــا دنوروطبقاتوپـــه مقایســـه ســـوربخونه، اذیمـــائي اوپـــه بعضـــی حـــالاتوکی نـــذفي

وی.دمیکروسکوپی دنظره په مخاطي غشا کی دیفکتونه اوبعضآ حجراتي نکروتیک تغیرات لیدل کیږي چه دفیبریني پردو او لوکوسیتیري ارتشاحاتوبه واسطه پوښل سویوی. **دپریپارات** په بعضی مقطعوکی اولیه دیفکت چه دمخاطی غشادحجراتوددیفکت په شکل دی دسیروزال جداربرلوردوام مومي. په سیرووزی غشا اومثارقه کی اوعیهدیرمتوسع وی چه په دې دول په دا نوع اپندیسیت کی وازوموتور تغیرات په عمده توگه سره تبارزمومی.

داپندیسیت په دې مرحله کی دحرقفي ناحیي په جداري پیریتوان کښي معمولآ تغیرات وجودنه لری خوصرف په ځینوواقعاتوکي هغه څه ناڅه احمراري او نذفي وی. په بطن کی ایکسودیشین یا هیڅ وجود نه لري اویا ډیر لږمقدارسیروزیتیک ایکسودات لیدل کیږي. دناوختی مراجعې به صورت کی ښا يي چه سرب داپندکس په ناحیه کي په نرمو او پاستو التصاقاتوسره چه په اساني سره بیلیدلای سي نښلیدلی وي.

۲- فلیگمونوزاپندیساتیس :- 2phlegmonose appendicitis

التهابی و تیره پدی ډول اپندیسیت کښی ډیره متبارزه وي چهبهمحدود یا منتشروسعت سره تقریبآ د جدار ټول طبقات په بر کی نیسی اونژدی په ۵۰٪ واقعاتو کښی د بطن په جوف کښی عمدتآ ایکسودات موجود چه وصف ئي آکثرأ سیروزي -- تقیحیشکل لری. د ښی البیوی ناحیی جداری پریتوان او ځیکوم سیروزی غشاء احمراری، ضخیمه، سپیره او په بعضی ځایو کښی هم نذفی وي چه په آسانی سره په ریپچر، لاسیریشن او لیکاژ اخته کیږي.

اپندکس، التهابی، ضخیم، پړسیدلی او بعضاً په جوف کښي د قیحی افر ازاتو د تجمع د کبله-- empyema of appendix (**داپندکس امپیم**) ټند او متشنج وي چه اکثراً د ثرب او یا ځیکوم سره نښتی وي.

سیروزی غشا هایپریمیکه او په بعضی ځایو کښی د پردو په واسطه چه دفیبرین اولوکوسیتو څخه متشکلي وی پوښل شوی وی.د اپندکس په لومین کښی تقریبآ همیشه قیحی محتویات او بعضآ امعاوی یا مخاطي تقیحي افرازات موجود وي.مخطي غشا ضخاموي ،هایپریمیکه ،اذیمائي، خوړینهاوسیانوزي رنگه ده چه په لږتماس سره څیری اوشکیږي .د اپندکس د ضخامویجدارد مختلفو طبقاتو تفریق مشکل وي.د میکروسکوپی له نظره لوکوسیتري ار تشاح ، د لمفاوي فولیکونو په مرکز کښی دمتعددو میکروابسی گانو موجودیتاو دمخاطي غشا نکروزی تغیرات یا lysis **لیزس** شویاو ټوټه شوي انساج مشاهده کیږي.

۳-ګانګرینوز اپینديسا یټـیس   3-gangrenose appendicitis

داډول ابینديســيت دجدار دوسـیعوتغیراتوڅخه چــه د ژوروقرحـــاتو اومحدودویامنتشــرونکروتیکی تغیراتوڅخه چه بعضاحتی ټول اپنډیکس په برکی نیسی عبارت دی. اپنډیکس اذیمائي، پړسیدلی اوشوړیدلی خوږین قوام لري چه دلږفشارپه اثر څیري اوتخریبیږي. نکروتیک اومړشوی قسمت زرغون وبره خړرنګ لري. داپنډکس په**توکسیکی**toxic اووخیم سیرکی دټول اپنډکس اوحتی د ځیکوم نکـروزمینخ تـه راځـي. د**میزواپنـدکس** شـراین اکثـرأ بـي نبضــانه اووریدونــه ئــي **پــه ترومبـوزیس** thrombosis سـره معـروض وي. التهـابی وتیـره معمـولأ پیریتـوان تـه منتشـره اودهغـي عکســالعمل موجـودوي. داپنـدکس محـدوده التهـابی وتیـره یـوازي دبیریتـوان داوعیـو **هایپیریمیا** اودپیریتوان بـه جوف کی **کاپیـلیری** ایکسودیشین مینځ تـه راوړي چه په شروع کی سیروزال وصـف لـری اودمنفرده لوکوسایتونو او ایروتروسایتونو لرنکی اومعمولأ ستیریل وي. دوتیـري پـه پـر مختللـي اومنتشـرووا‌قعاتو کـی مکـدره اوخړ رنګـه مـایع چـه اکثـرأ تقیحـي وصـفه اودفبـرین دمقدارپـه لحـاظ ډیـره غنـی، سریښــناکه اومعمـولأ دجراسـمولرونکي وی موجـوده وي. دمایع سریښناکه خواص اکثرأدکولمودعرواتوترمینځ دالتصاقاتودتشکل سبب کیږي.

دتقیحی پیریتونیت په تأسس سرهپه بطن کی زیاد مقدار فیبرینـی التصـاقات اوپردې چه د کولمو د **سیروزي** طبقي او **مثاریقي** سره صمیمي پیوند اونښتونونه لری موجوددي . داپینډکس په لومین کي تعـفني تقیح خـای لـری، مخـاطي غشـا ویلـي او لایزیس سوې او و د جدار مختلفي طبقې دتفریـق وړنــه وی. پــه میکروســکوپیکي معاینــاتو کــي دجـدار **نیکـروز** او **لوکوسـایتري** ارتشـاح تثبیـتیږي.

۴- تثــقبي اپـینـد یسـا یـتـیس :   4-perforative appendicitis

دا پنـدیکس دجدارتشــقب پــه فلیګمونوزاپنديسـيت کـي دجداردتقـیحي ویلـتیـا یـا **لایزیــس**اوپــه ګـانګرینوز اپنډیسیت کـی دجـدارد مړینـي یـا **نیکـروز**پـه نتیجـه کـي مینځتـه راځـی. تثقبـی سـوری کیدلای سي چه ډیر ووړ(**میکروبیرفوریشین)** او یا لوی وی چه اکثرأدهغه دځوکي یا قاعدې په حصه کی ځایښت لري چه معمولأ غایطه کتلات د فوحي دلاري دبطن جوف تـه داخل اودهغوی به ذریعه سره پټ سویوی. داپنډکس متباقي تغیرات معمولأ د فلیګمونوز یا ګانګرینوز اپنډیسیت دتغیراتوسره ورته حالت لري خوصرف په یوه یا څو ځایونو کی ئي سوري موجودوی. داپنـدکس په چاپیریالواورګانوکیاذیما، هایپیریمیا، درنګ تغیر او فیبریني التصاقات لیدل کیږی.

ځني مؤلفین په یاده سوې طبقه بندي کی د **اپینـدیکـولیر کولـیک**داصطلاح یادونه کوي.

۵- اپینـدیـکولـیر کولیک :   5-appendiculer colic

اپنديکولير کوليک داپيندکس دجدارداوعيواوعضلاتودمؤقتى **سپازمڅخه** غبارت دئ چه داپندکس دداخلي اويا خارجي عواملوپه واسطه به انعکاسي دول مينځته راخي خو په خپله په اپندکس کی التهابی تيره موجوده نه وي، صرف دهغه په جداري انساجوکي څه ناڅه اذيما ليدل کيږی. داوتيره داپينديسيت ډوله دردونوپه ځير تبارز مومی مګر پسله لنډي موديې په خپله رفع کيږی. ځکه نودا اصطلاح په پورتني مورفولوژيکی ويشون کی نه ده شامله سوې.

Conclusion:

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

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

پنځم فصــل

د حاد اپنديسيت تشخيص او کلينيکي علايم

Clinical feature and diagnostic of acute appendicitis

داپيندیسیت تشـخيص او پیژنـدون دلانـدنيوابجيکتيفوياعينی اوسـوبجيکتيفويا هنـي علامـواو نښـو پـه مرسته ممکينيږي:

I - سبجيکتيف علايم:- subjective signs

داپيندیسیت سبجيکتيفی نښي په عمده ډول سره دلاندنيوموضعئ اوعمومي علايموځخه تشکيليږي:

الف – موضعي علايم - local sign

١- درد - :pain

دحاد اپندسيت لمړني اوثابت سيمپټوم د درد څخه عبارت دی چه د حملی په پيل کښـي د **ثروی** (umbilical) او يا **شرصوفی** (hypogastric) پـه نـاحيوکی او کلـه هم پـه ټول بطـن کښـي پـه منتشره توگـه شروع او ورسـته د وخت پـه تيريـدو سره د ښـي حرقفـي لـور تـه خوځيږی او پـه نوموړی ځای کښي ثابت موقيعت اشغالوي.

دکوخيرنښه يا ساين: Kocher's sign

که څه هم داپيندیسایتيس ددرد وصفي موقيعيت عمدتأ دراسته الياک ناحيه کښل کيږي،خو پـه ځينـي واقعاتو کـي ددرد موقيعيت داپينـديکس د انـاتوميکی خصوصـيت اود التهـاب دمرحلـي مطـابق دنس په مختلفو برخو کي پيدا يا انتقال مومي.

- **هغه** مهاجردرد چی لومړی په شرصـوفی(epigastric) يـا ثـروي(umbilical) ناحيـه کـي پيـدا اووروسته ښي حرقفي(right iliac)ناحيې ته انتقال ومومي ، د **کوخر**دعلامې()Kocher sign

په نامه يادېږي.

- د اپندکس د **آتيپيک** موقيعت په صورت کښي درد د اپندکس د موقيعت مطـابق د بطـن پـه مختلفـو قسمتونو کښي لکه دښی تحت ا لضلعيياهايپوکوندريک hypochondricناحيه (د اپنـدکس

تحت الکبدی موقیعت)، د ښي قطني ناحیه retrocecal (ریتروڅیکال موقیعت) کی ځای اختیاروي.

- اکثراً بیا درد ان دابتدائخه په ښی حرقفی ناحیه کی پیل او د حملی د شروع نه تر اخیره پورییوازي په حرقفي ناحیه کښي ثابت پاته اودوام مومي.

-درد اکثراً په حاد او تیز شکل سره، خو بعضاً هم پڅ شکل لري. د درد خواص اکثراً متداوم کشوونکي وصف لري خو کله هم په وقفه ئی متناوبه شکل سره دوام پیدا کوي. که څه هم د درد شدت اکثراً دیر شدید نه وي خو بیا هم ډیر ناروغان کوشش کوي چه په بستر کښي آرام او بی حرکته پاته او پر ښي اړخ باندي پروت وضعیت غوره کړي. یو تعداد مریضان د ظهری استجاع وضع اختیاروي او صرف یو لږ تعداد ناروغان پر کیڼ اړخ پریوزي. بعضاً درد نبضانی وصف لري.

- د ځینی ناروغانو سره درد په ډیره شدیده توګه چی دیوه آرام وضعیت دموندلو دپاره هغوی دپیچ اوتاو اود بی اختیاره حرکاتو په حالت کي وي.د ا دبې طاقته دردحالت معمولاً په هغه صورت کي وي، کوم چی د اپندکس د انسداد د کبله دهغه په لومین کی د محتویاتو د تجمع او د هغه پر جدار باندی د لوړ فشاردتولید په نتجه کښي مینځ ته راځی.

- داپندکس دجدار د ګانګرین په صورت کی درد معمولاً کموالی مومی او مریض مؤقتاً ظاهري آرامش حاصلوی. په دې ډول مریضانو کی ددرد مکررشدت معمولا د پیریتوان پر تخریش یعني د **پیروتونیت** پر ابتدائي مرحله باندې دلالت کوي چه دا علامه دیوه خطرناکه حالت ښکارندویه ده. - که چیرې د ناروغ درد په آني توګه تغیر وکړي او متوسط الشدته درد دفعتا په شدید القوته درد بدل شي دا حالت اکثرا د اپندیکس دتثقب یا **پیرفوریشین** علامه ګڼلکیږي.

بایدوویل سي چه ددرد وصف اوشدت اوداپندکس دمورفولوژیکوتغیراتو تر مینځ موازی او متناسب

ارتباطات حتمی نه ګڼل کیږي.

ب - عمومي نښي اوعلامي: general signs

دناروغی دپرمختیاسره سم د مرض عمومي نښي لکه بی اشتهائي، خواګرزیدنه، کانګي ، **سستی، کسالت ، تبه اودتودوخی احساس چه بعضآ هم دبدن درېږدون سره مل وی** ، دانتاکسیکیشین اودبدن دعمومی عکس العمل په نتیجه کی مینځ ته راځی چه دمریضانودعمومي وضعي دانحطاط سبب کیږی اوناروغ پروتي ته مجبوروي.

۱- بی اشتهائي - anorexia:

بي ا شتهائي هم ددرد په شان دحاداپينديسايتيس يوه ثابته علامه ده چی تقریباً په ټولومريضانو کي وجود لري اوناروغان ان دمرض دشروع څخه بي اشتها اودخورک سره بي علاقه کيږي.

۲- خواګرزید نه اوکانګی : nausea and vomiting

دناروغي دوهمه علا مه يا سيمپتوم دخواګرزيدني(زړه بدی) او کانګو(استفراق) څخه عبارت دی.

خواګرزيدنه دير ژر پس له درده شروع اوتقريباً د ټولو مريضانو سره ليدل کيږي. مګر کانګی پهکاهلانو کي په۵۰٪ او ماشومانو کی په ۹۰٪ واقعاتو کی شتون لري چه په پرمخ تللی تخريبی واقعاتو کښي کانګی په مکرره توګه د ناروغ دخاصينا راحتی او وخامت آسباب تشکيلوی.بايدوويل سی چه د اپندکس د **ريتروچيکال** په موقعيت کښيمعمولاً کانګی نه ليدل کيږي، خو امعا اکثرأ انتفاخي او د ګازاتو او غايطی موادو توقف به بارزه توګه ليدل کيږي. د اپندکس په دننه حوصلی يا**انتراپيلويک** پهموقعيت کښي د ريکتوم د جدار د تخريش له کبله اکثراُ د تغوط د فعل رفلکس او**تينيزم**چه بعضأ داسهال سره توام او**دانتيروکوليت** سره مغالطه کيدلای شي وجودلري.

که چيري التهابی اپندکس د مثانی د جدار سره تماس ولري د هغی تخريش په نتيجه د ادرارسوزش يا **ديزيوريا** او دمکرر تبول حالات مينځ ته راځی.

۳ــتبــهاو دتودوخي احساس: fever

داپنديسيت مريضان اکثرأد مرض په شروع کي د تبي دموجوديت څخه ديوسبجيکتيف سيمپتوم په حيث شکايت نه کوي اوددرداو**ديسپيپتيک**dispepticتشوشاتو دشدت دکبله دا علامه دمريض دتوجه وړنه ګرزي اوپه ډير لږواقعاتوکي دسړوياريږداحساس موجودوي. خوداعلامه ديوابجکتيف ساين په حيث خصوصآدمرض په اختلاطي صفحه کی دتشخيص سره مرسته کولای سي.

دمرض په پيل کی دبدن دتودوخي درجه معمولاً لږلوړه اود َ۳۸ درجو په حدودکی ا وصرف په بعضوواقعاتوکي تر ۳۹ درجو پوري رسيږي چي داپنديسيت دنورو علامويه نسبت متبارزه نه وی. خو دپيريتونيت دودي په صورت کی دحرارت درجه اکثرأ ترنورمالسرحد پوری راکښته کيږي،چه دموضيعی تقيحاتودتأسس په صورت کيدتبی درجهديره لوړه ، نامنظم اونوسانی شکل غوره کوي اود۳۹تر ۴۰ درجوپوری رسيږي.داپندکس دريتروپيريتونيال دموقيعيت په صورت کي دريتروبيريتونيال دشحمي نسج دعکسالعمل دکبله دبدن دتودوخي درجه دمرض دشروع څخه

ډيره لوړه وي.

بايدوويل سی چه داپينديسيت به تشخيص كي دابطي ناحيي اوانتراريكتال دحرارت درجي توبير چه په نورمال حالت کی نيمه درجه اوداپينديسيت په تأسس سره تر ۱درجي لوړوی مهم تشخيصی ارزش لري.

II - ابجيكتيف اعراض – objective signs

جلداومخاطي غشاوي -- skin and mucous:

دمريض چلد ، بنه اود**منضمه غشاوو** رنګ دبدن دتودوخي دلوړتيا دکبله سوربخن او **هيپيريميک** وی.شونډان عادي ګلابی رنګه اوپه لومړيوڅو ساعتو کی مرطوب خودوخت په تيريدوسره خصوصأ دمكرراستفراق اودانتكسيكيشين دزياتوالی په نتيجه كي وچ اوسپيره رنګ غوره کوی.

ژبه بوښلي او بار لرونكي وي چه په شروع کی لنده مګرد انتاكسيكيشين په پرمختګ اودپيريتونيت دعلايموبه وده سره وچه اوكلكه سی.

نبـض : - puls

نبض په شروع كي لږ سريع او دبدن دتودوخی سره متناسب وی خو د وخت په تيريدو اوخصوصآ دپيريتونيت او تقيحی اختلاطاتو په تأ سس سره متبارزه **تاشيكارديا** مينځ ته راځي.

بطـن – abdomen:

بطن په تنفس كښي ګډون کوي خو اكثراً معلوميږي چی د بطن د ښی نيمائی حرکات نظرکيڼ نيمائی ته خصوصاً د هغه په لاندنی حصه کښي ډير بطی او محدود په نظر ښکاري. بعضاً د بطن ښی خواته د بطن د عضلاتو د شديد عكس العمل او تقلص له كبله خصوصاً په ډنګرو خلکو کښی د عضلاتو دکنارونو مسير ليدل کيږي.

همدا رنګه په دقيق ځير سره معلوميږی چه د ناروغانو ثوره(Umbilicus)خپل موقيعت ښی لور ته تغير وركوي او يوغيرمتناظريا **آسيميتريک حالت**مينځ ته راوړی. دا حالت كيدلای شي چه د اندازی نيونی په ذريعه تثبيت کړه شي.

سطحی جس: superficial palpation

د بطن د جدار د سطحي جس يا **پالپيشن** په نتيجه كي معمولاً لاندني تغيرات څرګنديږي:

۱- هایـپـیریسـتیـزیا: hyperesthesia

د اپندیسـت پـه سـاحه کښـي د جلـد داحسـاس تیزوالـه یـا **هایپـــیریستیزیا** د دی نـاروغی یـوه بلـه نښـه تشکیلوی.

د احساس د تیزی ساحه معمولاً د دیفانس د ناحیی سره تطابق کوي. د یادونی وړ ده چی جس باید پـه معینـه طریقـه او توګـه سره یعنـی د بطـن د سـالمی نیمـائی څخـه شـروع او د نـاروغی نیمـائی لـور تـه اوهمدارنګه دردمنی ناحیی د محیط څخه و مرکزی لور ته اجرا شي.

که چیری دا قاعده په نظر کښي و نه نیول شی امکـان لـری چی د دردمنـی نـاحیی د جس نـه ورسته د درد د بیری له امله ارادی عضلی دیفانس په نورو ساحو کښي هم تولید شي او دا پـیښــه د تشخیصـی اشتباهاتو سبب وګرځی.

۲- دحرقفي ناحیې دردی احساس: pain of iliac region

دسطحی جس په مرسته د ښی حرقفی دردمنتیا چی کله د مقبـنی ناحیی اوځنـی وقت هم د بطـن کیڼ لور ته انتشار مومی، احساس اوتثبیتیږي.

۳- عضلی دیفانس یامقاومت: defence musculorum

همدارنګـه د دردمنـــی نـــاحیی پـــه ســـاحه یعنـــی پـــه ښـــي حرقفـــه کښـــی پـــه مختلـــف تبـــارز ســـره د عضلاتومقاومتیا عضلی **دیفـانـس** چه دعضلاتود سختی او شخی په حیث تبارزمومي اوپـه لاس سره ددی نـــاحیی قـــوام نظـــر نـــورو ســـاحوته ســـخت او مقـــاوم معلومیږیموجـــود وی. د **عضــــلی دیفانس**muscular tenderness د ساحی ځای او وسعت معمولاً د اپندکس په موقیعت بانـدي اړه لري. مثلاً د اپندکس په تحتالکبدی موقیعت کښي دیفانس په ښی **هایپوکونـدریک** hypochondric کي او**دریتروپرینونیال** په حالت کښي د ښی قطنی ناحیی د عضلاتو شخی موجوده وي.

دلاروک سیمپتوم: larouck sign

په نارینه وو کښی اکثراً دناحیې التهاب په نتیجـه کـی د ښـی **کریماستر**cremaster دعضلېدتخریش او تقلص له کبله ښی خصیه د کینی خصیی پـه نسبت لوړه واقع وي چی داعمل دصفن د **اسیمیتری** سبب کیږي او د **لاروک د علامی**larouck signپه نامه یادیږي.

د عضلاتو شخی یامقاومت معمولاً دوه ډوله چی یوئی ارادی یا قصدی او بل ډول ئی غیرارادی دی. غیر ارادی **عضلی دیفانس**یامقاومت دنس دجداری عضلاتودتقلص څخه عبارت دی چه پـه ریفلکتـور ډول د داخلـی افـاتو پـه سـاحه کښـي د هغـوی د میخـانیکی دفـاع پـه خـاطر تولید اودنـاروغ پـه خپـل

اختیارکی نه وي.

ارادی **عضلی دیفانس** چی د نشخص په خپل اختیار سره مینحته راځي چه هد ف ئې تمارز او یا په ناروغانوکي د دردد شدت د بیری ښخه یوارادی عمل وی خو په دبصورت کي دیفانس د دردمنی ناحیی نه بهر اودیفانس ساحه ډیره وسیع چی په نیمائی ا ویا ټول بطن کښي موقیعت لری.بایدوویل سیچی د تنفسی حرکاتو په وقت کی د جدارد شخی درجه هم توپیر مومی. همدارنګه د ناروغ د توجه په جلب او مصروفولو سره دبطن جدارنرم او دیفانس له مینځه ځی.باید هڅه وسي چهدپورتنیو اصولو په نظرکي نیولو سره **دارادي دیفانس** موجودیت داپیندسیت دمریضانوپه ارزونه کي داشتباهاتوسبب ونه ګرزي.

عمیق جس: deep palpation

د ښی حرقفی عمیق جس د عضلی دیفانس دشتوالی له کبله د اپندکس او ځیکوم د جس او د هغه د قوام څرنګوالی د ممانعت سبب ګرزي. صرف په هغه ناورغانو کښي چی عضلی جدار ئې په اتروفي معروض اویائې کافي وده نه وی موندلې، عضلي**تونوس** ئې ضعیف،شخی او کلکتیا پکښی نه او یا ډیره کمه وی د نوموړو غړو جس ممکنیدلای شي. له دی کبله د ناورغی تشخیص په لاندینو غیر مستقیم اعراضو باندی بنا لري:

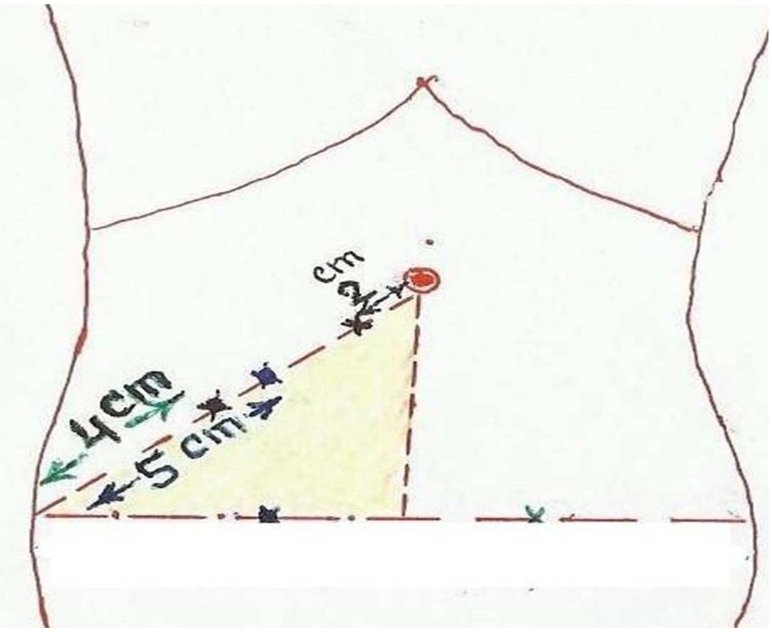
۲-دحرقفي ناحیې درد: pain of iliac region:

دځیکوم او یا د هغی د ساحی ژور جس د درد دډیرښت اوشدت سبب ګرځی چه دا دردعمدتأ د **شیرین دمثلث**Sherren triangleدلاندنیوڅلورونقطوپه ساحه کي تمرکزاووضاحت لري:

- دماک بورني نقطه Mc. Bourney point
- دلانځ نقـــــــطه Linz’s point
- دکیـومیـل نقطه Koemel’s point
- دموریس نقطه Morris point

د شیرین مثلثSherren triangleاودهغه په ساحه کي اپینډیسایتیس ته وصفي دردمني نقطي په

(۱۴او ۱۵- شکلونو) کي ښوول کیږي.



)

شکل – ۱۴)

Appendiculiar points in Sherren triangle

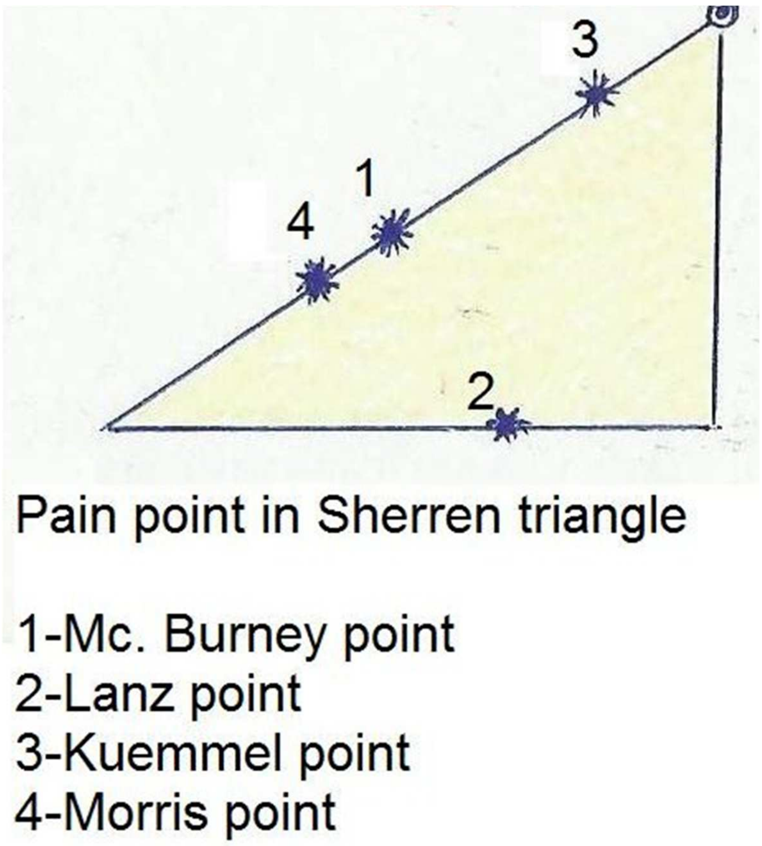
اپینډیکولیرنقطي دشیرین په مثلث کي

- Mc. Bourney point -د spinaumbilical line سپینااوبیلیکالدخارجي اووسطي دریمي ۳/۱ سرحدي نقطه

- Lanz point -د biiliac line الیاک خط دراسته اووسطي دریمي سرحدي نقطه.

- Kuemmel point -پر spinaumbilica line سپینا اومبیلیکال خط دنو دغوتۍ څخه د ۲ سانتیمیترو په فاصله.

- Morrispoint- spinaumbilical line -سپینا اومبیلیکال پرخط باندي دښي نتو spina iliacaڅخه د۴ سانتیمیترو په فاصله.



(شکل – ۱۵)

۲- بلومبیرګ ساین : داساین د اپندیست د لمړنیو او ثابتو اعراضو څخه اود بطن انعکاسی درد (rebound tenderness) دي چی د بلومبرګ دعلامی (Blumberg sign) په نامه یادیږي.

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

ددردعلت دالتهابی پیریتوان تخریش اویا ترهغه دتأسس مخکي داپندکس په تموج سزه مینځته راځي. دا علامه داپندیسیت دپاتوګمونیکواعراضوڅخه چه صرف داپیندیسیت پرستون دلالت وکړي نه ګڼل کیږي بلکه کیدلای سي چه د بطن د نورو غړو په حادو التهاباتو کښي هم موجود وي. د مرض شته والي باید په مجموع کښي د نورو علایمو سره یوځای ارزښتنه وومي.

۳-د روفزینګ علامه : Rovsing sign

د دې نښې د معلومولو د پاره ځیرونکې د کیڼې حرقفي ناحیې پر جدار باندې د ګوتو په واسطه فشار واردوي. په دې کښې په ښي حرقفي ناحیه کښې د درد شدت د اپندیسایتس پر تأسس باندې دلالت کوي. د درد د شدت اساسي میکانیزم د سګموئید کولون (پیچې ډوله کلمه) د جوف څخه د ځیکوم لور ته د ګازاتو برعکسه جریان او په ځیکوم کښې د فشار لوړتیا ګڼل کیږي. مګر امکان لري چه د درد په شدت کښې د اپندیکس او ځیکوم تموج چه د بطن د جدار او د داخلي اعضاؤو د لارې ورته انتقال مومي ځای ولري.

۴- د وسکریسینسکي نښه : Voskresinski or Mossouh sign

دا نښه د لاس د ګوتو د څوکو په چټک حرکت سره چه د **هایپوکاندریک** د ناحیو (تحت الغضروفي) څخه د **انګوینال** ناحیو (د سپوخځی یا مقبني ناحیې) لورته صورت نیسي اجراکیږي.د اپندسایتس د شته والي په صورت کښې نوموړي حرکت د بطن ښي خواته د درد د شدت سبب ګرزی مګر کیڼې خواته د بطن د شدید عکس العمل سبب نه کیږي.

۵- د رازدولسکي نښه (سیمپتوم) : Razdolski sign

دا نښه د بطن د مخکنی جدار په قرع سره تعینیږي. د اپندیسایتس شته والي د ښي حرقفي په ناحیه کې د درد د تولیداویادهغه دشدت سبب کیږي. دا نښه کله حتی په ځیني واقعاتو کښې چه د نوموړې ناحیې عمیق جس دردمن هم نه وي مثبت نتایج ورکوي.

۶- د سیتکوفسکي نښه :sign Sitkofsky(Rosenstein's)

دا نښه پر کیڼ اړخباندې د وضعیت په اختیاریدو سره تعینیږي. نوموړې وضعیت د التهابي اپندیکس او ځیکوم د کشیدو سبب ګرځي او د دې کبله د موجوده درد خواص شدت مومي نو ځکه ناروغان اکثرا پر ښي اړخ باندې پروت وضعیت اختیاروي،څو اپندیکس او ځیکوم د بطن پر خارجي جدار په آرامي سره قرار ونیسي. باید وویل سي چه دا مریضان کله هم د شا پر تخته یا ظهري استجاع او ډیر لږ پر کیڼ اړخ باندې پروت وضعیت اختیاروي

۷- د بولډویګ یا اوبراسوف نښه (Bold Wig's Obrazsov's) or psoas sig:

د دې نښې د معلومولو د پاره مریض دشا پرتخته پروتد ځیرونکی لاس د ښي حرقفي پر جدار باندې د ځیکوم د ژور جس په حالت کښې واقع او ناروغ ته دپښې د غزونې هدایت ورکوي. وروسته دغزول سوي پښې په پورته کولواودهانش مفصل hip joint په قاتولو سره په تر لاس لاندې

حرقفي ناحيه کښي درد شدت مومي. د درد دا رنګه شدت د پسوآس يا قطني عضلي د تقلص او کشش د کبله چه د التهابي کلمو د تحرک او تخريش سبب ګرځي،منځ ته راځي، ځکه **نودپسوآس دسيمپتوم** په نامه هم يادېږي.

۸- د دونفي نښه : Dunphy's sign

د ټوخي دفعل د اجرا په صورت کي په ښي حرقفي ناحيه کي د درد پيدايښت اويادموجوده درد شدت **دونفي** پر مثبته علامه اوداپينديسايتيس پر شتون دلالت کوي.

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

د دې نښي د معلومولو د پارهلاس په ښي حرقفي ناحيه او د عميق جس په حالت کښي ايښودل کيږي. او په دې وخت کښي ناروغ پر کيڼ اړخ اوړي چه د درد د شدت زياتوالي د اپنديسايتس پر موجوديت دلالت کوي.

۱۰- د کريموف نښه : Krimov's sign

دا علامه د مقبني کانال د خارجي فوحې په جس سره چه د ګوتي په واسطه اجرا کيږي،سرته رسيږي. چه ځيني اوقات د اپنديسيت د تأسس په حالت کښي د حرقفي ناحيې درد شدت مومي. داعلامه معمولأ د اپينديکس په پيلويک موقيعيت کي مثبت شکل لري.

۱۱- د اکراموف نښه : Ikramov's sign

د ښي فخذ پر فخذي شريان باندې د ګوتي په واسطه فشار واردول د اپنديسيت په صورت کښي بعضا د درد د شدت باعث ګرځي،چه د اپنديسيت پر موجوديت باندې دلالت کوي.

۱۲- د کاپ نښه : Cop's sign

د هانش يا حرقفي-فخذي په مفصل کښي د فخذ تدوري حرکات د اپنديسيت د شته والي په صورت کښي په حرقفي ناحيه کښي د درد د شدت سبب ګرځي ولي چه د اليوپسوآس د عضلي کشش د التهابي امعاؤو د تخريش ايجادوي.

۱۳- دګوينارد نښه : Guinard's sign

د هانش ياحرقفي-فخذي (hip goint) دبسط اوقبض په اجراسره دمفصل دبسط په وخت کي ددرد احساس چی دپسوآس دعضلي دحرکت اودسيکوم دتخريش دکبله توليديږي، مينځ ته راځي.

۱۴- دابتوراتور نښه : Obturator sign

په پیلویک موقیعته اپینډیکس کي چه دالتهابي اپینډیکس څوکه دداخلي ابتوراتور سره په تماس کي وي د فخذ داخلي تدور internal rotation د داخلي ابتوراتورعضلي دکشش دکبله ددرد دتولید سبب کیږي.

۱۵- د اوری – روزانوه علامه : Aure- Rosanova sign

دراسته لوري**پیتیت** **د**مثلث Petit triangleright ساحه کی دعمیق جسpalpation په نتیجه کي د درد پیداینښت یا زیاتولیدAure--Rosanova د مثبت ساین ښکارندوی اود **ریتروسیکال** اپیندیساتیس پرموجودیت باندي دلالت کوي.

همداډول دریتروسیکال اپینډیساتیس دموجودیت په صورت کي د Blumberg sign هم اکثرأ په نومورړ ناحیه کي مثبت وي.

باید وویل سي چه آخیرنی شپږ علامي (۱۲،،۱۳،۱۴، ۱۱ ،۱۰،۹) ثابت وصف او عمومیت نه لري ځکه یوازي په آتیپیکو حالاتو کی مثبت اود استفادې وړ ګرزي. داپینډیساتیس دتیپیکوحالاتوډپاره ددې علامې تشخیصي اهمیت نسبتا ضعیف رول لوبوي.

د اپنډیکس د ډیر تیټ موقیعیت په صورت کښي چه څوکه یي کوچنۍ حوصلي ته رسیدلي وي او یا التهابي وتیره د حوصلې پیریتوان مصاب کړي په دې صورت کښي د ناروغ پهمقعدي یا ریکتل معاینه(toshe rectal --**توشي ریکتل**) کښي د ریکتوم قدامي جدار د ګوتي په جس سره حساس او دردناک ثابتیږي.

خو په ښځو کښي دا ډول حالتتشخیص د **واجینال**یا **مهبلي معاینې**toshe vaginal) (په مرسته سره چه داپنډیساتیس په صورت کی د مهبل راسته چتر حساس او ووجعناک وي،صورت نیسي.

د اپنډیساتس د تشخیص د پاره د تشخیصي نښو تشخیصي ارزش په منفردانه توګه سره بعضا ډیر ټیټ وي، ځکه د دقیق او مؤثق تشخیص د وضعې د پاره باید د ناروغ عمومي وضع،شکایات او خصوصا موضعي نښي په مجموع کښي وارزول سي.

لابراتواري معاینات : laboratory tests

د اپنډیسیت د تشخیص د پاره د مریض د وینو ځینې معاینات چه د التهاب پر موجودیت دلالت کوي د دي مرض په تشخیص کښي اکثرا مهم ممده رول لوبوي. داپینډیسیت په مریضانوکی معمولأ په مختلفه اندازه سره لوکوساتوزمینځته راځي ،چه اندازه ئې دمرض په سیرپوري اړه لري. دناروغي

په پيل کي دلوکوسايتوزاندازه خفيفه او د۱۱۰۰۰څخه تر ۱۵۰۰۰ پورياودلوکوسيتيرفورمول خفيف کيڼ لورى تغير يا شفت shift ورسره مل وي چه دالتهابي وتيرې په پرمختګ سره لوړه اود ۱۵۰۰۰څخه تر ۲۰۰۰۰ پورى رسيږي. دالتهابى وتيرې درفعي اوآراميدوپه صورت کى لوکوسايتوزبيرته راکښته کيږي. بايد وويل سي چه د لوکوسيتوزراتيتوالى داپينديسيت په وخيم سيرکى هم ليدل کيږي.داپيڼډ يسيت په ديستروکتيف حالاتو کى معمولاً شديد لوکوسايتوز، د لوکوسيتيرفورمول کيڼ لورئ تغيردا**يوزينوفيليا**eosinophylia سره يوځاى ليدل کيږي.

دابنديسيت په تشخيص کي د دوو نوروپاراميترو لکه**اير يتروسيتيرسيديمينتيشين** (ERS) او**سي رياکتيف پروتيين**c--reactive protine (CRP)تشخيصي رول ډير مهم بلل کيږي،خصوصاً سي رياکتيف پروتيئين چه دالتهبي وتيرې په مقابل کى ډير حساس اوخورا ژرمتطابق عکس العمل ښکاره کوي.

داپينديسيت تشخيص دهغه په عادي موقيعيت اوتيپيک کلينيکي شکل کي که څه هم ډيرمشکل کارنه ګڼل کيږي، خودهغه پهآتيپيک موقيعيت او غيرو صفي واقعاتوکي ددې ناروغي تشخيص ديولړستونزواواشتباهاتوسره مخامخ وي . ددې اشتباهاتوڅخه د خلاصون په خاطردلاندنيوخصوصياتو پوهه يوضروري امرګڼل کيږي.

اولتراسونډ : Ultrasound

اولتراسوند که څه هم اکثراً داپيڼډيسايتيس په تشخيص کي وصفي اوپاتوګنومونيک رول نه شي لوبولاى، خود دې أساني اوبيضرر همعايني اجرا اکثراً ډير ګټور ارزښت لري اوخالي دفايدې هم نه ګڼل کيږي. ځکه چي اولتراسوند ديوې خوا بعضاً داپينديسيت په موجوديت کي دالتهاب مستقيم علايم تثبيتيږي اودبلي خواد حاد بطن په بيلنيزتشخيص کي دنوروامراضو دتأئيد يا رد دپاره مهم اصل ګڼل کيږي.

په نورمال حالت کي داپيڼډکس مجراد echo rich قشر په شکل اوجدارد echo poor قشر په شکل سره ظاهريږي.

داپيڼډيکس دنورمال قطر اندازه په اعظمي ډول سره تر ۶ مليمترو اود جدارضخامت ئي تر ۲ مليمترو پورى رسيږي.

دالتهاب په صورت کي دجدارد اذيمائي حالت دکبله دجدارپسور زياتوالى غوره کوي.په هغه صورت کي چيد اپينديکس دجداردضخامت اندازه ۳مليمتره او قطرئي ۷مليمتره اويا لانورهم زيا ت وي، موجوده وضع داپيڼډکس پر پتالوژيکي حالت اوالتهاب باندى دلالت کوي.

unhomogen conglomerate دابسیدیال اپیندیسایتیس په صورت کي معمولأيو غيرمتجانس کونګلومیرات لیدل کیږي.

Conclusion:

Symptoms and clinical features

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

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

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

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

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

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

The Voskresensky's symptom.

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

The Bartomier's symptom

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

The Sitkovsky's symptom.

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

The Rovsing's symptom.

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

The Obrazcov's symptom.

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

The Rozdolskyy's symptom.

At percussion there is painfulness in a right iliac area.

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

شپږم فصل

داپینديسایټیس دآتیپیک حالاتوکلینیکي ځانګړتیاوي

Property of atypical appendicitis

په مخکني مبحث کي داپینديسایټیس ذکر شوي نښي او علامي عمدتأ داپینډیکس دطبعي موقیعیت په صورت کي ځای لري. خود اپینډیسایټیس په هغه واقعاتو کي چه اپینډیکس په خپل اصلي ځای کي واقع نه وي، د اپینډیکس دموقیعیت مطابق ځانګړي نښي او نښاني تبارز مومي چه پوهوی ئې دهر جراح دپاره حتمي ګڼل کیږي. اوس به دا ډول خصوصیات په مفصله توګه سره بیان کړل سي.

۱-ریټرو څیکال اوریټروپیریټونیال اپینډیسایټیس : Retrocecal or retroperitoneal position

داپینديسیت پهریټروپیریتونیال یادپیریتوان شاته موقیعیت کیچه په (۸-۲۰٪) واقعاتو ځای لري ، موضعي نښې معمولا وصفي بڼه نه ښیي. د دردو موقیعیت اکثرا په قطني lumbal(لومبال) ناحیه او د راسته الیاک عظم پر وزر crista ilica dextra باندي واقع وي ځکه چه د پیریتوان د عکس العمل علامې ډیري وروسته ظاهریږي، عضلي دیفانس یا کلکتیا شتون نه لري او کانګي هم نه لیدل کیږي. د حرارت درجه ډیره لوړه (۳۹-۴۰ درجې) چه اکثرا د لرزې او ریږدون سره توأم وي. د ملا راسته خوا یا لومبال ناحیه د جس پواسطه سره دردمنه او عضلي مقاومت په کښې موجود وي ، د Pti triangle خاصتأ دردمن وي. د ناجوړي د ودې او پرمختګ سره د **ریټروپیریټونیالابسیس** retroperitoneal abscess یا phlegmone **فلګمون** مینځ ته راځي.

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

۲- انتراپیلویک موقیعیت : Intrapelvic position

د اپندیکس په حوصلي یا پیلویک ځاینت کی چه معمولاً په % 11-30واقعاتو کي لیدل کیږي، د نس د عضلاتو کلکوالي او دیفانس په ښی حرقفي ناحیه کي تر ډیره پورې موجود نه وي. صرف د ناجوري په بعدي مراحلو کښي لوږ لور ته د وتیرې په انتشار سره د عضلاتو عکس العمل را منځ ته کیږي. درد د نس په لاندني حصو کښي وجود لري،دردمنه ناحیه د ښي مقبني او سوپراپوبیکل (فوق العانه) لور ته موقیعیت لري. د ګاونډي غړو تخریش د **تینیزم** (د مقعد درد او تشنج) همدارنګه د **فریکانسیا** یا ژر ژر سوځونکي تبول او د میتیازو د سیدیمینتیشن او پتالوژیکي بدلون سبب ګرځي. د ریکتوم معاینه یا مقعدي معاینه (**توشی ریکتل**) او په ښځو کي **ترانس واجینل** یامهبلي معاینات په دا ډول مریضانو کښي ډیر مهم تشخیصي رول لري چه باید اجرا کړه سي.

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

۳- د اپندیکس میدیال یا وسطي موقیعیت : Medial position of appendix

په دې صورت کښي چه اپندیکس د **الیومد عرواتو**او د هغه د مثارقي په ګاونډیتوب کي واقع شوې وي،التهابي وتیره د اپندیکس څخه و نومړو غړو ته په انتشار سره د هغوی د تخریش او تشوشاتو سببګرځي،ځکه نو دا حالت د کلمو د شدید درد او **پاریزي** سبب ګرځي چه په دې صورت کښي بطني درد او عضلاتي دیفانس منتشر شکل غوره کوي اود **پیریتونیزم** لوحه په صحنه کي حاکمیتومي چه بعضاً هم مریضان اشتبهاً د **پیریتونایتیس** په تشخیص دوسطي لاپراتومي دطریقه عملیاتیږي.

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

۴- حاد اپنډيسيټ په ماشومانو کې Appendicitit in children:

حاد اپنډيسيټ په نوزيږه (د ځلويښتي سن) او شيدي رودونکو ماشونو کې lymphatic system د لمفاوي سيستم د نه رشد د کبله چه اپنډيکس هم يو د هغو غړو څخه دی ډير کم ليدل کيږي. په ماشومانو کې دا ناروغي د د وه کلنی وروسته ډيريښت مومي،د مرض کلينيکي لوحه ډير شديد او خطرناکه سير لري،ځکه چه په ماشومانو کې د ميکروبي ضد ټيټ مقاومت،کوچنی او نا تکميله لنډ ثرب او د پيريتوان د ضعيف پلاستيکي خراصو د کبله چه اکثرا د اپنډيکس د تخريبي تغيراتو سبب ګرځي او همدارنګه په نس کښې د محدوديدونکي ميکانيزم د نه شتون په خاطر **پيريتونيت** منځ ته راځي. په کوچنيانو کې د درد موقيعيت اکثرا د **پارااومبيليکال** په ناحيه کښې وي،کانګي په مکرره توګه او د تودوخې درجه ډيره لوړه وي چه په نتيجه کښې د ماشوم عمومي وضع د وخامت او انحطاط سره مواجه وي.

Acute appendicitis in children.

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

۵- حاد اپنډيسيټ په زاړه سن کښې Appendicitis in old age:

حاد اپنډيسيټ په زړو او بوډا خلګو کې ډير لږ ليدل کيږي. په دې سن کښې د اپنډيسيټ ناروغي د اپنډيسيټ د ټولو مريضانو څخه (۳-۵٪) سلين پورې تشکيلوي. د سن په تيريدو سره د اپنډيکس د جدار عضلي طبقه او **فوليکولير** سيستم folicular systemپه اتروفي atrophy (ضمور) سره اخته کيږي. د اپنډيکس د کانال تخليه د هغه د لنډيدو د کبله په آسانتيا سره صورت نيسي او يا دا چه کانال کاملا **اوبليتيرې**،مسدود او بنديږي. مرض اکثرا په غير وصفي او يا **آرياکتيف** areactive شکل سره سير کوي. درد عضلي کلکتيا اود پيريتوان تخريشي علايم معمولآ خفيف عکس العمل ښکاره کوي. بعضا د نورو اعضاؤو لکه زړه،سږی او نورو احشاؤو د ناروغيو اعراض د دې مرض تشخيص نور هم د

مشکلاتو سره مخامخ کوي،ځکه دا ډول ناروغان معمولاً روغتون ته ناوخته مراجعه کوي چه اکثرا د **اپنډیکولیر ماس** یا **انفلترات** د تشکل او یا نورو اختلاطاتو په مرحله کښې واقع وي. همدارنګه د التهابي محراق په چاپیریال کې د احاطوي التصاقاتو د تشکل د کبله د کلمو د انسداد وتیره وده کوي،چه کولای سي د اپنډیسیت لوحه تر خپل شعاع لاندې راولي او د تشخیص د مغالطي او اشتباهاتو سبب وګرځي.

Acute appendicitis of the people of declining and old ages:

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

۶- حاد اپنډیسیت په حاملو کښې : appendicitis in pregnant women

د مختلفو احصایو د مخې د اپنډیسیت ناروغي په حاملو یا امیدوارو ښځو کې په هرو (۱۵۰۰-۳۵۰۰) تنو ښځو کښې یوه واقعه لیدل کیږي.د ناروغی کلینیکي د حاملګي په لومړۍ نیما ئې دوره کښې په عادي توګه وي مګر په دوهمه نیما ئې دوره کښې د رحم د لوئیدو او د اپنډیکس د بیځایه کیدو د کبله ځینې ځانګړ تیاوي مینځ ته راځي. د درد موقیعیت په غیر طبیعي ځای کښې د رحم څخه پورته یا ښي خواته او کله هم د ثوري په ناحیه کښې قرار لري.د نس د عضلاتو کلکتیا او د پیریتوان تخریشي نښې اکثرا وجود نه لري،ځکه د یوې خوا د نس پر قدامي جدار باندې د رحم نښته او تماس هغه ته د التهابي وتیرې د انتشار مخنیوئ کوي اود بلې خوا د نس د جدار د کش شوو او ضعیفو عضلاتو تقلصي قدرت لږوالي مومي. د دې کبله د حاملګي په دوهمه نیمائي دوره کښې د اپنډیسیت تشخیص باید په عمده توګه د عمومي علایمو، فیزیکي، نسائي ،لابراتواري ، اولتراسونیک او نورو ممکنه معایناتوپراساس باندې استوار وي،او هڅه وشي چه د شک وړ مریضان ژر تر ژره عملیات کړل سي.

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

۷- کيڼ لوراپينډيساټيس — left side appendicitis:

داپينډيکس دکيڼ ياچپ لور موقيعيت دماشوم **دکونجينيټال** (ولادي) ياداخل رحمي دورې دنيمګړي ودي دکبلـه دداخلي غړودبرعکسـه ياسـرچپه موقيعيـت situs viscerum inversum (**سـيـتوس ويسځيروم اينـويرزوم**)په نتيجه کي مينځته راځی. داانوماليا چه خورالږ اوپه ندرت سره ليدل کيږي، دناروغي ټولي نښي خپل ذکرسوی اوصاف ساتي خو صرف دموضعيعلايمو موقيعيت دښي حرقفي په عوض چپ لورته په نوموړيناحيه کښې ځای نيسي.

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

۸- سوب هيپاټيک اپينډيساټيس:

داپينډيکس داډول موقيعيت کـه څـه هم ډير لږ د(۰,۱- ٪۰,۲) پوري ليدل کيږي، خو داپينډيساټيس داډول غير عادي موقيعيت د حاد کوليسيستيت د ټيپيک موقيعيت اومشابه کلينيکي علايمو د کبلـه ستري ستونزي را مختـه کـوي. ددرد موقيعيـت او عضـلاتي ديفـانس پـه ښـي هـايپو کونـدريک ناحيـه کـي ، خواګرزيدنه اومکرر استفراق اکثرأ د ځيرونکي توجه د حاد کوليسيستيت يا کوليک پرلور اړوي. خو کـه مريض دقيق او پـه مکرره توګـه سره وليدل سي، ځنـی علايم د اپينديسـاټيس پـه ګټـه ليدل کيږي. مريضـان د آپينډيسـاټيس پـه حالـت کـی غيـر محـرک او آرام وضـعيت اشـغالوي چـه دکوليسيسـتيت اوصفراوي کوليک په صورت کي نا ارامه او خوځيدونکي وی. د اپينډيسيت د درد شدت دکوليسيستيت اوبيليار کوليک پـه مقايسه خفيف حالت لري. پـه کوليسيتيت کـي استفراقات مکرر او صـفراوي شـکل لری. په کوليسيستيت کي ددرد انتشار اکثرأ دراسته اوږې پر لور خوپـه سوب هيپاټيـک اپينډيسايت کـي د درد انتشار بيا هم لاندني لورته د**الياک فوسه** خواته متوجه وي. په هر صورت دا**ولټراسوند** معاينات په داسي حالاتو کي دحل لار اومهم تشخيصي رول اداکوي.

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

په آخرکی بایدوویل سي چه داپیندیسیت تشخیصي اشتباهاتاوس هم په کثرت او ډیرون سره لیدل کیږي او دمختلفواحصایودمخي د ۲۵ څخه تر ۵۰ سلین پوري تشکیلوی . داپندیسیت داشتباووعوامل عمدتأ لاندني لاملونه لکه داپیندیکس آتیپیک موقیعیت، غیرعادی سیر، دناروغانوناوخته مراجعه اوهمدارنګه دځینوامراضوسره مشابه علایم تشکیلوي. ځکه دهغوناروغیوچه داپیندیسیت سره شبیه نښي لري اودتشخیصي مغالطې سبب ګرزی، د تفریقیه تشخیص یادونه ئې حتمي ګڼل کیږي.

اووم فصل

دحاداپيندیسيت تفریقي تشخيص

Defferencial diagnosis of acute appendicitis

دحاداپيندیسایتیس تشخیصیه تفریق بایددهغوامراضوسره چه داپيندسيت سره د مشابهواعراضولکه د نس درد، خواګرزیدنه، کانګي اوځیني نوروعلایمولرونکی وي، ترسره سي :

۱ - غذائي تسمم اوحادګاسترو‌انتيريت : Food poisoning and acute gastroenteritis

د خوړنیز اوغذائي تسمم په نتیجه کي**ګاسترو‌انتيريت یا** دګیډی اوکولمو حادالتهاب دهغوعلایمودکبله لکه بطنی درد، خواګرزیدنه اوکانګیکیدلای سي چه اشتباهأ د اپيندیسيت سره مغالطه کړل سي.ددارنګهاشتباهاتودخلاصون دپارهباید په نظرکي ولرو چه دګاسترو‌انتيريت ددرد سیرپه حملوي شکل سره به بطن کي منتشر ، مهاجراو خوځیدونکی وصف لری. دادرد معمولأ دکولمو د **tenism** **تينيزم** (مقعدي تشنجي درد) ، پیچ اوتاواو اسهال یا اوبلن تغوط سره توام وي. کانګی په مکرره توګه او په انامتیز کی دناوړو خوراکی موادوخوړون ته اشاره کیږي. دنس دجداردیفانس اودپیریتوان دتخریشي علایمو نه شتون ددې مرض دتشخيصي علایمو څخه ګڼل کیږي. دناروغی دقطعي تشخيص دپاره دمریض دینامیک کنترول او مراقبت مهم شرط ګڼل کیږي.

Food toxicoinfection.

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

۲ - دمعدې اواثنا عشر دقرحاتوتثقب Gastro-duodenal ulcer perforation:

دمعدې یا ګیډي او اثناعشر یا دوولس ګوتیزي کولمې دقرحاتودتثقب په صورت کی په لس

سلین٪۱۰کي اشتباهاً د اپینديسیت تشخیص وضع کیږي، چه علت ئې‌اکثرأ دناروغ ناوخته مراجعه اوقرحوي

انامنیزته نه پاملرنه محسوبیږي، خصوصاً دپوښل سوي تثقب لوحه چه معمولاً اتیپیک شکل لري داپینديسیت سره مغالطه کیږي. دتثقب پهدې صورت کي دمعدی محتویات نس جوف ته آزادانه جریان نه مومي بلکه په تدریج سرهد **وینسلوی دفوحې یا فورامین وینسلوی foramen Winsloe** دطریقه دمستعرض کولون دمثاریقي misocolon پر سردښی فلانک دلاری حرقفی ناحیي ته انتشارکوي او په دې ناحیه کی ددیستروکتیف اپندیسیت لوحه تمثیلوی ، په داسی حال کي چه دنس په لوړه ناحیه کي نسبي ارامي حاکمه وي.بایدوویل سي چه ددې پیښی دمخنیوي دپاره ددقیق انامنیزحصول بنستیز رول لوبوي. دخنجرډوله دردناګهاني پیل ، دقرحې‌انامنیز، دکانګو نه شتون ، دتودوخي نورماله درجه اودنس په جوف کی دازاد غاز موجودیت عمدتاً د معدیپرتثقب دلالت کوي. په دا ډول حالاتو کي باید دتشخیصي موءثقیت دپاره د**نس داکسریز، اولتراسوند، کمپیوتید توموګرافيCT-scan** اوبالآخره حتی د**تشخیصی لاپروسکوبي**دامکاناتو څخه استفاده‌وسي.

داپینديسیت په مشکوک حالت کی کله چه دتشخیصي لاپروسکوپي امکانات وجودونه لري، لومړی د **ماکبورني** شق Mc. Bourney incision اجرا اوصرف داپندکس دنورمال حالت او په بطن کي دمعدې دمحتویاتودموجودیت په صورت کیدتثقب په تشخیص سره وسطي لاپراتومي اجرا کیږي.

Perforative peptic and duodenum ulcer.

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

۳- حادکولیسیستیت — Acute cholecystitis:

دصفراوی کڅوړي یاکیسي gall bladder (تریخي) د حادالتهاب (ګزک) کلینیکي لوحه دحاد اپندیسیت دهغه حالت سره چه تر اینې لاندی subdiaphragmal position (تحت الکبدي) موقیعیت ولري، شباهت ترلاسه کوي. دکو لیسیستیت اوصفراوي تیږو سابقه،ددردانتشاردراسته اوږې او کتف پرلور، مکرری کانګي ، دژیړي یایرقان ا نامنیزیا فعلی ستون دحاد کولیڅیستیت په نفع شوا هد ګنل کیږي.بایدوویل سی چه په مشکوکوحالاتوکي دنس دجوف **اولتراسوند،** دبطن **ساده رادیوګرافي** اودامکان په صورت کي **کمپیوترتوموګرافي** CT-scan دمرض د تفریقی تشخیص

دپاره مهم اطلاعات ارايه کوي.

Acute cholecystitis.

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

حاد پانکرياتيت:

دآپينډيکس پر خلاف درد دبطن په علوي قسمت کی(اپيګاستريک ناحيه) ډير شديد اوبيطاقته وصف لري چه د ملاويستون په شکلدملا دتير پرلور په دوراني ډول انتشار مومي. مريض په متواتره توګه سره استفراقات لري چه دناروغ په وضع کي سهولت هم نه راولي. دناروغانو په انامنيز کي معمولاً دالکولو داستعمال او دصفراي ډبرو څخه حکايت ځای لري.مريضان معمولاً د درد دتسکين په خاطردمخ پرلور ځان خم نيسي. عمومي وضع وخيم اوانتکسيکيشين په چټکتيا سره زياتيږي. شديده تاشيکارديا اوبعضاً هايپوتونيا تبارز مومي ، جلد خاتف او بعضاً هم خفيف سوب ايکتريک رنګ غوره کوي ، دبطن جدار منتشر درد او ديفانس لري. دا ټول هغه علايم دي کوم چه په اپيديسيت کي تبارز نه لري. په لابراتوري معايناتوکي **دليپاز، اميلاز**دانزايمونو لوړيدا او هايپو کالسيميا دپانکراس پر التهاب دلالت کوي.

دبطن اولتراسوند او دضرورت په صورت کيCT- Scan دتشخيص په وضاحت کي عمده رول لوبوي.

Acute pancreatitis.

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

۴- دکولموحادانسداد Acute intestinal obstruction:

د حادانسداد يا سغل تشخيص که څه هم اکثراً دتيپيکی کلينيکي لوحې په لرلو سره اسانه اوساده

ښکاریخوبعضأ دخاصو ستونزو سره مخا مخ او توپیرئي دځيني نورو امراضو خا صتأ اپنديسيت سره خصوصأ په واړه اوزاړه سينونوکي خورا مشکله وجيبه ګڼل کيږي. دمريضانو عمده شکايات دبطني تشنجي درد، ديستينشين distention ،خواګرزيدني، کانګو، قبضيت اوحتى د ګازاتو او تغوط دکامل توقف څخه عبارت دی. استفراقي مواد په شروع کي خوړل سوي مواد، معدوي افرزات اويا صفراوي محتويات او په بعدي مراحلو کي فيکولينت (غايطي) ددمريضانو سره عمومي علايم لکه **تبه، تاشيکارديا** او **هايپوتونی** هم وجود لري. د امعا پيريستالتيک هايپير اکتيف hyperactive يا تيزږغ لرونکی high-pitched شکل لری، چه په وروستنی مرحله کي هايپواکتيف hypoactiveشکل غوره کوي.

په ماشومانوکي حاداپنديسيت معمولأداليوڅيکال د**انواجينيشين** iliocecal invagenation سره مغالطه کيږي.دنس حملهئي ډوله دردونه ، انتفاخ (دنس باد) ، دليدوړشديد پيريستالتيک يا استداری حرکات ، دنس دجدار عدم تناظراو نه برابرتياچه د **وال دعلامی**ياد **وال دساين**Wall signپه نامه يادیږی ، دګازاتواوغايطی موادوتوقف، دعضلي ديفانس نه ستون، دنس په ښی خواکي د اوږدې اوښويي کتلي دجس احساس، دژرژر رفع حاجت احساس چه ددردحملات د اوبلنو وين رنګه سوربخونوغايطي موادوپه اخراج سره ختميږي ، **دانواجينيشين** پرموجوديت دلالت کوي.

په مسينو اوزړو اشخاصوکي دالتهابي اپيندکس په چاپيريال کي متعدد التصاقات تشکيليږي چه بعضأ دکولمو دانسداد يا سغل سبب کيږي.په داسي حالت کي دانسدادنښی دمرض په لومړي قدم کيدمعالج ډاکتر توجه ځانته جلبوي او په دې ډول داپنديسيت علايمدنظره څخه نهام پاته اوصرف دعمليات په

وخت کي تشخيصيږي.په مشکلو واقعاتو کي د صحيح تشخيص دوضع دپاره دمريض قبلي عملياتي انامنيزاو مکمل فزيکي معاينات خصوصأ دندباتو او احتمالي فتقونو دموقيعيت تفتيش اوهمدارنګه د ريکتوم دتومور داشتباه په خاطر د توشي ريکتال معاينه حتمي ګڼل کيږي.

د نس د راديوګرافي په ساده کليشه کښې په کولمو کښې د مايعاتو سويې Cloiber cups)air-fluid level) ، دغازاتو تجمع او د کولمو توسع ليدل کيږي.

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

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

۵- دکرون مرض یا کرون دیزیز: Crohn disease

دا ناروغي چه د کرون په نامه یادیږي د نرې کلمو د نهائي برخي د التهاب څخه عبارت دی چه په حرقفي ناحیه کښې د درد په پیل د پیریتوان د تخریشي اعراضو په وده او خواګرزیدني کانګو او د تودوخي په لوړیدو سره د اپندیسیت د ناروغۍ په شان تبارز مومي.

۶- مایکل دیورتیکولایتس : Mikel’s diverticulitis

مایکل دیورتیکولایتس د خپلو کلینیکي نښو په اساس د اپندیسیت د ناروغي سره څه توپیر نه لري صرف په دې ناروغي کښې دردونه زیاتره د پاره **اومبیلیکال** په ناحیه کښې ځایښت لري او د لوړ **انتوکسیکیشن**intoxicationسبب ګرځي.معمولاً دمریضانو سره علاوه پر پاراومبیلیکال درد خواګرزیدون، کانکی او لوړه تبه هم موجود وي. د دې مرض تشخیص معمولا د عملیات په وخت کې د الیوم په تفتیش سره تثبیتیږي. باید وویل سي چه که چیرې د عملیات په وخت کې د اپندیکس تغیرات د ناروغ د کلینیکي علایمو د وخامت سره تطابقت ونه لري په دې صورت کښې د **الیوم**ilium تفتیش او کتنه حتمي ګڼل کیږي.

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

۷- حاد مثارقوي لمفوادینیت : Acute misoadenitis

حاد مثارقوي لمفوادینیت misenterial lymphoadenitis یا میزوادینیتس misoadenitis زیاتره په وړکتوب او د هلکني په سن کښې لیدل کیږي. اکثرا د مریضي تر مخه ناروغ په زکام سره اخته وي،تبه د (۳۹-۴۰) درجو پورې وي. درد معمولا د مصاب سوي لمفاوي عقدې یا مرغري د موقیعیت په مطابقه ناحیه کښې او د الیوسیکال د میزوادینیت په صورت کښې په ښۍ حرقفي ناحیه کښې ځایښت لري. په جس سره د مثارقوي خط پر امتداد باندې د در د موجودیت د Sternberg sign **(شترنبیرګ ساین یا علامه)** او د مستقیمي عضلي د کنار دردمنتیا چه د **ماک فیدین** Mc. Fedenد ناحیي په نامه یادیږي،موجود وي.د عضلاتو شخي او پیریتوان تخریشي علایم معمولا ځای نه لري.

۸- د پښتورګي بریښدرد یا کولیک رینال :   Colic renal

د بني پښتورګي**بریښدرد** یا کولیک چه د **کولیک رینال** په نامه یادیږي د اپندیسیت د حملي سره د شکل او ځایښت په اساس دا ډول مشابهت ښئي چه په تفریقي تشخیص کې بعضاً ډیري ستونزې پيښوي. د پښتورګي **بریښدرد** د اپندیسیت په خلاف دمکرر حملوي درد په شکل سره دشدت لوړا وټيټ نوسان لري. درد دحملي دصعود په مرحله کي ډیرشدیدوي چه ناروغ ډیر نا آرامه او د درد د شدت د لاسه په دایمي تحرک اوخوځیدنه کي دارامتیا دحصول دپاره لټ په لټ اوړي. د درد د انتشار په عمده توګه د ورانه انسي مسطحي اودعیجان لور ته صورت مومي. دراسته تشي او دوولسمي پوښتۍ جس اوقرع په قطني ناحیه کي ددرد اونارامتیا دایجادسبب کيږي اوداپیندکس پرخلاف د Pasternadsky sign**پاستيرنادسکي** سیمپټوم چه دقطني ناحيي په وهلوسره دپښتورګي په لوژکیددرد شدت ډیرښت مومي مثبت وي. د پښتورګي په بریښدرد کي **دیزیوریا**   disiuria (سوځنده او دردناکه تبول) او **فریکنسي** frequency یادژرژر تبول احساساو ځیني وخت د بولو بندښت یا **احتباس** چه په اپندیسیت کي نادر او صرف د **پاراویزیکال**د موقیعیت په صورت کښي موجود وي د مریض شکایات تشکیلوي. د پښتورګي په بریښدرد کي د اپندیسیت مخالف معمولاژبه لنده او برادیکاردیا موجوده وي. د پښتورګي د کولیک په آتیپیک او اپندیسیت ډوله واقعاتو کښي باید دروتین معایناتو،اولتراسونداودضروت په صورت کي دبطن کمپیوټري توموګرافي سربیره د ځني یورولوژی اختصاصي معایناتو څخه لکه یوروګرافي او کروموځیستو ګرافي څخه په عاجلو واقعاتو کښي په وسیع توګه استفاده وشي چه د هغو په اساس معمولا د ښي پښتورګي حالت او وظیفوي تشوشات کاملاً څرګندیږي.

Right-side kidney colic.

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

دداخلي تناسلياحشاووحادالتهاب: Intrapelvic inflammatory disease

په ښځوکیدداخلي تناسلي احشاوخصوصأدراسته خوانـاروغۍ اکثرأدبطن په لاندي حصه کي شدیددردچه دخواګرزیدني اوکانګوسره توام وی بعضأ دحاد اپیندیسیت سره کلینیکي شباهت ښئي

اودتشخیصــی اشــتباهاتو ســبب گرزي،نوځکهــددې ناروغیوداساســي کلینیکــي علایمــو پیژندنــه چــه داپیندیسیت سره په تفریقی تشخیص کی مرسته کوي،حتمي ګڼل کیږي.

۸- حادادنکسیت : Acute adnexitis

دښـی خـوا حادادنکسیت دحـاد اپنددیسـایتیس خصوصـاً دهغـه دداخـل حوصـلي ځایښـت سـره دمشـابهو علایمودلرلــو پــه وجــه (دنــس پــه لانــدی حصــه کــی **ثابــت متوسطالشــدته درد،خواګرزیدنــه اوکانګي،دپیریتواندتخریش علایم، لوړه تبه اولوکوسایتوز**) په تشخیصبیلون یاتفریقی تشخیص کي ستونزیرامخته کوي. دتشخیصبیلون په خاطر بایددښخو جینیکولوژیک انامنیزاوښځمنی خصوصیات لکه واقع سوی سقط، artificial abortetion مصنوعي ابورتیشین، menstruationdisorder ofد مینسترووېشیندسایکل تشوشات، دداخلي تناسلي غړوالتهابات ا ومهبلي پتالوژیکي افرازات په دقت سره وڅیرل سي. بایدوویل سي چه دادنکسایتیس په صورت کي درد د عیجان،مهبلي،قطني او عجزي ناحیو ته انتشار مومي. دردمنتیا معمولا د فوق العانوي یا سوپراپوبیک او ښي مقبني ناحیو کښي ځای لریاو د مهبل څخه بوی ناکه مخاطي یا تقیحي افرازات خاریجیږي. د تبې درجه لوړه او نظر اپندیسیت ته ډیره جګه وی چه تر (۳۹-۴۰) درجو پورې رسیږي.په ښځو کي داپیندیسیت دتشخیصبیلون دپاره دتناسلي غړودتغیراتواوامراضودځرنګوالي په خاطرجینیکولوژیکي معاینات لکه مهبلي معاینه یا toshe vagina توشي واجینال او په نجونوکیمقعدی معاینه یا توشي ریکتال toshe rectal دتشخیص مهم او حتمي جزءګڼل کیږي.

په جینیکولوژي معاینه کښي لوی سوی،ضخاموي او دردمن **مبیض اونفیر** او**دپونسیر** Ponser's **مثبت ساین**د مبیض پر التهاب دلالت کوي.

طریقه: د **پونسیر** ساینPonser's signد جینیکولوژي د معاینې په جریان کښي د ګوتو په واسطه د رحـم د غــاړې پــه اهتــزازي حرکــت ســره د بطــن پــه **ســوپراویزیکال** ناحیــه کښــي د درد پیدابښت**دپونسیرد ساین** مثبته نتیجه ګڼل کیږی.

دڅیرونکي ګوتي د **سوپراپوبیک** په ناحیه کښي د منځني خط ښي لور ته د جس په حالت کښي ایښودل کیږي. لومړۍ د فشار قوه د حوصلېلور ته متوجه کیږي،چه **دادنکسایتس** په صورت کښي درد شدت مومي او د اپندیسایتس په حالت کښي نوموړې حرکت د درد د شدت سبب نه ګرځي. باید وویل سي چه د داخل حوصلي اپندیسا یتیس په صورت کښي هم دا ډول مانور د درد د شدت لامل کیږي،خو د حاد اپندیسیت په حوصلي موقیعیت کښي د **ادنیکسایتس** پر خلاف د ناروغانو سره اکثرا د اوبلن غایطي موادو کثرت او **تینیزم** هم لیدل کیږي. د مانور په دوهمه مرحله کي د جس د فشار قوه لوړ او راسته لور ته متوجه کیږي چه دا مانور په اپندیسایتس کي د درد شدت ډیروي او د ادنکسایتس په حالت کښي د درد په وصف کښي تغیر نه راځي. باید وویل سي چه په داخل حوصلي

اپنډیسیت کښې حوصلې لور ته د فشار په واردولو سره د اپنډیکس قاعده او ځیکوم د موقیعیت د تغیر د کبلـه هم د درد ډېرېښت سبب ګرځي . په دې صورت کښې د ناروغانو سره د **اسهال علایم ، مقعدي درد او تشنج او دیزوریک تشوشات** چه په**ادنکسا یتیس** کښې وجود نه لريموجودوي.

دپورتنیو بیانونو د وضاحت او پراکتیکي اهمیت دپاره دلاندني مثال ذکر لازم ګڼل کیږي.

په ۱۳۶۴ کال کي دحمل پر ځلورمه یوه ۳۲ کلنه میرمند اوو ورځني (۷) بطني درد دکبله دګردیز ځخه روغتون ته را انتقال سوه. اووه ورځ مخکي ناروغي ته دبطن دلاندنیو برخواو د حوصلې دجوف دردونه بی اشتهائي، خواګرزیدون، کانګي پیدا اود راسته ادنکسایتیس په تشخیص باندي تر تداوي لاندي ونیول شول، ناروغي ته په قوي دوزسره انتی باکتیریال تیراپي، انلجزیکونه او مایعاتی انفوژین تجویز کړ سو، چه په نتیجه کي دمریضـي وضع په تدریج سره مخ پر ښه توب اودانتاکسیکیشین علایم مخ پرټیتیدا سولې. صرف اووه ورځي بعد کله چه کابل ته د مریض دهوائي تخلیي شرایط مساعد سول، سمدستي ناروغه روغتون ته راانتقال کړل سوه. د مریضـي دمعاینې په وخت کي دمتوسط الحالي عمومي وضعي په لړلو سره د درې میاشتني امینوریا (دمیاشتني عادت وقفه) ځخه حکایه او خفیف سوپراپوبیک درد پرته نور هیڅ ډول شکایات نه ظاهرول، په ابجکتیف معایناتو کي صرف جلدي خثافت او خفیفي تاشیکاردیا(۹۰ـ ۹۵) او سوبفیبریلیتی (دحرارت درجه ۳۷،۸) ځای درلـود، ژبه لنده او په عمیقجس سرهبطن نرم، پیریستالتیک موجوداو یوازي د سوپراپوبیک دناحیې ډېر خفیف درد دتثبیت وړ او نور حیاتي علایم دنورمال حدودو په چوکاټ کی وه.دوینوعمومي معاینات د خفیفو التهابي علایمو ښکارندوی، بیوشیمیک اود ادرارمعاینات په نورمال سرحد کي وه (Hb-11,9 ، لوکوسایتوز,-leucocytosis-14500سیدیمینتیشین 21 -ESR) .

د جینینیکولوژیکي معاینې په نتیجه کي چه دنسائي د متخصصینو دخوا ځخه اجراکړل سوه ، د راسته مبیض او نفیر تورم، غټواله، حساسیت اودردمنتیا تثبیت کړل شوه او مریضي ته د راسته اډنکسایټیس تشخیص وضع اوتر تداوي لاندي ونیول سوه.

ځلور ورځي بعد مریضي ته ځوځلیزاستفراق پیدا کیږي،چه جینیکولوژیکی معاینه تکرار او بیا هم پر پخواني تشخیص باندی تینګار کیږي. مریضه داځل دجراحي متخصصینو دکانسیلیوم دخوا ځخه په ګډه سره لیدل کیږي. مریضه فعاله او پر خپلو پښو باندي د معاینې اطاق ته حاضره سول او غیرلـه استفراقه بل هیڅ بطني شکایت نه ځرګندوي.په ابیکتیف معایناتو کي ژبه وچه اوپوښلي، نبض ۱۲۰-۱۳۰پوریبطن متنفخ مګر نرم،یوازي د سوپراپوبیک په ناحیه کي د حوصلي لور ته دفشار په صورت کي دخفیف درد احساس او Rebound tenderniss وجود درلود.**پیریستالتیزم** دبطن په سفلي قسمت کي نسبتاً شدید وو.

دبطن په رادیولوژیکي کلیشه کي دکولمو توسع ، انتفاخ اودپاریزي علایم موجود وه.

بالأخره مریضه دآریاکتیف په تشخیص عملیات اوسفلي وسطي لاپراتومي ورته اجرا کړل سوه. دبطن په تفتیش سره تقیحي فبرینز پیریتونیت او په حوصله دنریو کولمو یو محجم کونګلومیرات چه تثقبي ګانګرینوز اپیندیسیت ئې په مینځ کې نغښتی وو، تثبیت کړ سو.

غیررحمي حمل : Ectopic pregnancy

غیررحمـي یـا درحـم دبانـدي حمـل دکـوچنۍ حوصـلې پهمختلفـو قسـمتوکي احتمـال لري،خـو اکثر أپهنفیرونواوخاصتأپه ښی نفیرکي ځای لري.

۹- دنفیرحمل Tubal pregnancy

دنفیرحمل په لاندنیودرې ډوله سیرکوي:

ـ دنفیربې اختلاطه حمل،
ـ دنفیری حمل سقط ،
ـ دنفیرچاودون یاریپچر

دنفیری حمل د سقط اوچاودون یا تمزق په نتیجه کي معمولأ په بطن کي منتشر یا سوپراپوبیک وقفه ئـی درداو دداخلي وینتوی یاهیموراجي علایم چه د**سرڅرخی، هایپوتوني، د سنکوپ حالت، سریع اوخطي نـبض، پـه بطن کـي داصـمیت اومـایع دموجودیـت علایـم اود هیموګلـوبین او هیموتوکریـت دټیټوالي** په څیرسره، چه دااعراض داپیندیسایتیس دپاره وصفي نه ګڼل کیږیمینځته راځی.
دنفیري حمل اواپیندیسایتیس تفریقي تشخیص په هغه واقعاتوکی چه د نفیري حمل تشوشات دنفیر دتمزق سره مل نه اودبطن یارحم دجوف وینتویون یا هیموراژيbleeding په لږمقدارسره چه دناروغ دعمومي وضعي دوخامت سبب ونه ګرزي مشکله دنده ګڼل کیږي، ځکه چه پهدې صورت کـي نفیـري حمـل اواپیندیسـایتیس دځنـي ګـډو علامـو پـه لرلوسـره لکـه دبطـن دښـی لـوردرد، خواګرزیدون nausia، کانګيvomiting، **سوبفیبریل تبه** subfebrile fever، سریع اوسطحي تنفس tachypnia ، بعضأ دبطني عضلاتوشخي defence of abdominal muscles اومثبت**ریباونډ تیندیرنیس** rebound tendernisاکثرأ دمشابهکلینیک لرونکي وي.
دتشخیصي اشتباهاتودمخنیوي په خاطرباید دناروغانوجینیکولوژی انامنیزته پوره دقت اوځیروسي.

د Elkin,M.E. 1974,**یلـکین م. ای (۱۹۷۴)** داحصائې په اساس په نفیري حمل کي صرف په ۳/۱ حصه ښځوکي د**مینسترویشین** د ځیکل کامل توقف لیدلکیږی، په نورو ۳/۲ ښځو کښی معمولاً د ځیکل ۶ تر ۷ ورځنی ځنډ یا معطلی چی ورسته د ډیر کم مقدار وینو یا سوربخونو افرازاتو په خارجیدلو سره چه د ښځو د عادی میاشتنی عادت سره شباهت ونلری، ظاهریږی. که چیری د ښځی

په انامنيز او يا موجوده حالت کښی دا رنګه اعراض ځای ولری، د نفير پر حمل او د هغه پر تشوشاتو يا تهديدی سقط باندی دلات کوي.

همدا رنګه د نفيری حمل دردونه زيادتره وقفه ئی وصف لری او د عيجان perineum(پيرينيوم) مستقميی کولمی (rectum)اوبعضاً د اوږې لور ته انتشار کوي چه د اپنديسيت په مختلفو موقعيتو کښي د درد دا رنګه وصف نه ليدل کيږي. هغه بطنی وقفه ئی شديد دردونه چه د بطن په لاندی حصه کښي - suprapubic (سوپراپوبيک يا فوق العانوی) ځايښت ولري، د جلد خثافت، د بدن نورمال يا ټيټ حرارت، سريع خالی نبض، هايپوتونی يا ټيټ فشاراودبطن په فلانکونو کي دمايع موجوديت - Querven sign (دکويروين مثبت ساين) پرخارج رحمی حمل باندی دلالت کوی.

د ناروغانو د جينيکولوژيک انامنيز پوره غونډونه او دقيق تحليل د صحی تشخيص د چانس په لوړيدو کښی خاص ارزښت لري. د M.S. Alexandrov,1961 م. س.الکساندروف(۱۹۶۱) دڅيرني په اساس د **کويروين مثبت ساين** يا نښه Quervain's sign (د قرع په واسط سره د بطن په فلانګونو کښي د اصميت تثبيت) دنفيري حملپه 24,5% (۲۴,۵ ٪)واقعاتوکي ليدل لکيږي.

د خارجی احشاوؤ په مشاهده سره د وينو او سوربخونو افرازاتو خارجيدل تثبيتيږي. د مهبلی معايناتو په اساس د رحم لويوالی، دمهبل د چتر vaginal fornix ځوړنده حالت او درد منتيا او همدارنګه د Promtov **پرومتوف مثبت ساين**پر خارج رحمی حمل باندی دلالت کوی.

دمهبل د خلفی چتر (fornix posterior) بذل د ناروغی په تفريقی تشخيص کی د اکثرو مؤليفينو له خوا د حتمی او ګټوری معاينی په صفت توصيه کيږي.

خو(1972),V.I.Kolisov,**و.ای.کوليسوف (۱۹۷۲)** بيا دا معاينه خطرناکه اوبېلزومه ګڼي. پدی توګه د خارج رحمی حمل او اپنديسايتيس تر مينځ تفريقی تشخيص بايد په هغه واقيعاتو کښي چه دحادی آنيميا پيدايښت مطرح نه وی، په نظر کښی ولرو. په دی صورت کښي لاندنی ټکوته پاملرنه د خارج رحمی حمل د صحيح تشخيص په وضع کښی خاصه مرسته کوي:

۱- د نس په لاندنيو حصوکښي د نا **څاپه شديده درد** پيدايښت.

۲- په نس کښي دتوی شوی وينی د کبله بعضاً د ديافراګم د تخريش او د **فرينيکوس ساين**ايجادsignfrenicus.

۳- د حملی په شروع کښي اکثراً د **سر ګرځی** څخه شکايت.

۴- د حملی تر مخه د مياشتنی عادت -menistruation **(منيستروېشن)** توقف او يا د هغه د

وصف تغیر- dismenorrhia (دڅیکل ځنډیز او ټال)

۵- دجلد خصوصاً د نس د جدار **خثافت.**

۶- دنس د دیوار د عضلاتو **ډیرخفیف دیفانس** یاهم نشتون.

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

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

۱۰- دمبیض اومبیضي کیستونو ریپچر(ovarean cyst repture(ovarean apoplexy

دمبیض دکیست ریپچر(**اویریان څیست ریپچریا اویر اپوپلیکسی**)اکثراً په ځوانوښځواوپیغلانو کې ډیرلیدل کیږي،اومعمولاً ددوډولواعراضو په ایجادسره تبارض مومي:

۱لف- بطني درد ؛ abdominal pain

ب - داخلي وینتویون یا هیموروژي : Internal hemorrhagia

څرنګه چه لیدل کیږي، داډول اعراض د خارج رحمی حملکلینیکي لوحې ته خاص شباهت لري.

- دبطني درد خصوصیات:

دا ناروغي په ناڅاپي ډول دنس په لاندنیو حصوکي دمختلف الوصفه دردونوپه پیدایښت سره پیل کیږي. که چیري د وینتویون(bleeding) اندازه لږ اود حادی آنیمیا اوهیموروژیک شاک

hemorrhagic shock سبب ونه ګرزي، نودمريضي په صحنه کښي موضعي دردونو او ريفليکتوري تشوشاتو لوحه متبارزه اوحاکمه وي چي دحاد اپينډيسايتيس سره دمشابهدرداونورو علايمودکبله داپينديسايتيس کلينيکي لوحه تمثيل او تشخيصبيلون ئي ضروری ګڼل کيږي.

د مبيض دسيست درپيچر دردونه په ناڅاپي توګه دنس په لاندنيو حصوکي چه عمدتآ پڅ، خنجري اووقفهئی خواص لري، شروع اواکثرأ دعيجان، ريکتوم ، فخذاوبعضأهم دديافراګم دتخريش دکبله دغاړی اوکتفلورته انتشارمومي.دمبيض درپيچر په نتيجه کي د شديد درداو په بطن کي دپتالوژيکي محتوياتودموجوديتد کبله دپيريتوان او داخلي احشاؤودتخريشی عکس العمل په جواب کي راايجاد سوي تشوشات اکثرآد موضعي او عمومي علايمو لکهخواګرزيدون، کانګی، دتغوط دفعل کاذب تمايل اوديزيوريا دپيداينت سبب ګرزي.

- دداخلي وينتويون کلينيکي نښي : Internal bleeding

دوينتون د ډير مقداراوشديدي هيموروژيا په صورت کي اکثرأ سرڅرخي بعضأهمسينکوپ، تاشيکارديا، خطي نبض ،تاشيپنيا، هايپوتيرميا او هايپوتونيا مينځته راځي. بطن متحرک او په تنفس کي فعالانه ګډون مومی. په جس سره دنس لاندنۍ حصي دردناکه،خو ديفانس اود پيريتوانتخريشي علايم وجود نه لري. دبطن په قرع سره دفلانکونو اصميتچه دآزادي مايع يا وينوپرتجمعدلالت کوي،تثبيتيږي. پورتني اعراضوته خاصه پاملرنه داپينديسايتيس په تفريقي تشخيص کي ډيرګټوررول لوبوي.

بايد وويل سي چه دوخت په تيريدو سره دمرض ابتدائي لوحه تغير مومي،په بطن کی دوينو موجوديت دپيريتوان دتخريش اودعضلي ديفانس دپيداينت اودرد په حرقفه کي تمرکزمومي. چه داحالت داپينديسايتيس په تشخيصبيلون کي دنوومشکلاتودايجادسبب ګرزي.

په مهبلي معايناتوکي دمهبل دفورنيکس ياخول راځړيدنه اودردناکه احساس ځای لري اومعمولأکوم پتالوژيک افرازات نه ليدل کيږي.

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

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

۱۱- دمبيض دكيست تدور: Ovarian cyst tortion

دا ناروغي هم دتيري ناروغي په څير معمولاً په پيغلو نجونواو ځوانو ښځوكي ليدل كيږي. دښى مبيض دكيست دتدورتفريقي تشخيصي دحوصلي موقيعيته اپينديسايتيس او اپينديكوليرانفلترات يا ماس (پلسترون) سره چه مشابه نښى لري، ضروري امر ګڼل كيږي. دكيست دقاعدې تدورپه ناڅاپي توګه زياتره د نس په لاندې حصو كښي د شديد درد په پيل سره شروع كيږي. د كيست تدور لومړۍ د درد او وروسته د هغه د قاعدې د اوعيو د تخنق د كبله د شرياني او وريدي اروا اختلال منځ ته راځي،چه په نتيجه كښي د نسج هايپوكسيا او وريدي ستازيس منځ ته راځی. كه چيرې د كيست د قاعدې تدور تر ۱۸۰ درجې زياد شي دا حالت د كيست په جوف كښي د اوعيوي بارز اختناق د كبله د هيموراژيک اكسودات او وينو د تجمع په نتيجه كې د كيست د داخلي فشار د لوړيدو او د كيست د توسع سبب ګرځي او په دې دول سره د درد شدت نور هم زيات،چه ختى د دردي شاک په تأسس سره ختميږي. د درد شدت د وخت په تيريدلو سره تخفيف مومي خو كاملا نه رفع كيږي. د بدن حرارت په شروع كښي نورمال مګر د شاک په حالت كې حتى كښته وي،خو وروسته د نكروتيک انساجو د رشف په نتيجه كې سوبفبريل تبه پيدا كيږي. د نس په جس سره د بطن په لاندې حصه كښي مدوره كتله چه د صاف او برابرو منظمو كنارونو او سطحي لرونكې او په حركت وركولو سره دردناكه وي،وجود لري، چه د كتلې په ساحه كښي د عضلاتو سختي او كلكتيا تثبيتيږي. د وينو په معايناتو كښي خاص تغيرات نه ليدل كيږي.

د كيست د محتوياتو د منتنيدو او عفونيت په صورت كښي د انتاني وتيرې نښي لكه لوړه تبه بعضا ريږد او لرزه،سريع نبض او تنفس همدارنګه په وينو كښي لوكوسايتوز،د لوكوسيتار فورمول كيڼلوري تغيرات،د سيديمينتيشن او سی- رياكتيف پروتين لوړوالي مينځ ته راځي.

د كيست د جدار د نكروز په صورت كې د هغه د چاودنې د كبله بطن ته د كيست د محتوياتو د داخيليدو او انتشار په نتيجه كې **پيريتونايتيس**تأسس مومي.

د كيست د چاودني تر مخه د كيست فزيكي تشخيصي علايم د دردناكه كتلې چه دنس د جدار او مهبلي معايناتو د طريقه د جس وړ ده، او د **پرومتوف**Promtov د مثبت نښي څخه عبارت دي.

بايد وويل سي چه دردناكه كتله د بطن په ښي حرقفي او يا سوپراپوبيک په ناحيه كښي د اپينديكوليرماس په طبيعي موقيعيت او يا حوصلي موقيعيته اپنديساتيس كښي هم موجود وي چه په

دې صورت کښې د **پلسترون**یا **اپنډیکولیر ماس** او تدوري کیست تفریقي تشخیص مشکل کار ګڼل کیږي.
لاندني مقایسوي تابلو د دغو ناروغیو په بیلنیز تشخیص کې د لوړ اهمیت وړ ګڼل کیږي.

شماره	د کیست تدور Ovarian cyst tortion	اپنډیکولیر انفلترات (پلسترون) Appendiculiar mass
۱	د ناروغي حمله په ناڅاپي توګه د**شدیدوتیزو** دردو په شکل سره شروع کیږي. د درد موقیعت دنس په **لاندنیو حصو** کښې وي.	د ناروغي حمله په ناڅاپي توګه د**پڅو** یا **کشونکو** ثابتو دردو په ډول سره شروع کیږي. د درد موقیعت په **ښي حرقفه** کښې وي.
۲	د بدن د تودوخي درجه د ناروغي په شروع کښې **نورمال او یا ټیټه** وي.	د بدن حرارت حتی د درد په شروع کښې **لوړه** وي.
۳	سریع نبض او د کیست په جوف کښې د وینو په تولیدو سره **هایپوټونی** منځ ته راځي.	نبض او فشار په اکثره ناروغانو کښې خاص **تغیرات نه لري**.
۴	د بطن د جدار سختي یا دیفانس صرف د کیست په ناحیه کښې په ضعیف او محدوده توګه لیدل کیږي او یا هیڅ وجود نه لري. د پیریتوان د تخریش علایم (ریبوندتندرنیس) **منفي** وي.	د بطن د جدار سختي او ریجیدیتي د ښي حرقفي په ساحه کښې موجوده او د پیریتوان د تخریش نښاني **مثبتي** وي.
۵	مدور شکله دردناکه کتله چه د **هوارو برابروکنارونو او صافي** سطحي لرونکي وي،په **مقبني** ناحیه کې ځاینست لري.	**غیر منظمه** دردناکه د **نا برابرو کنارونو** او نا **هموارہ سطحي** لرونکي کتله ده چه په **ښیحرقفي حفره** کښې ځاینست مومي.
۶	د ناروغي په شروع کښې د وینې په معایناتو کښې بدلون نه موندل کیږي.	په وینو کي التهابي تغیرات لکه متوسط لوکوسایتوز، د لوکوسیتر فورمول کینلوری تغیر او د سیدیمینتیشن او سی-ریاکتیف پروتین لوړتیا موجوده وي.

باید وویل شي چه د پورتنیو ناروغیو د تفریقي تشخیص د تکمیل د پاره علاوه پرفزیکیاو کلینیکي معایناتو د ټولو ممکنه ممده معایناتو لکه اولتراسوند،بطني رادیوګرافي او کمپیوتري توموګرافي

CT- scan دامکان په صورت کې په کار واچول سي. که چیرې د ناروغی په لنډ مدته کنترول او مراقبت کښې د ټولو ممکنه اختصاصي معایناتو د اجرا وروسته بیا هم د مریض تشخیص واضح نه وي او د پلسترون او تدوري کیست تر منځ تفریقي تشخیص د مشکل سره مخامخ وي په دې صورت کښي عملیاتي مداخلې ته ترجیح ورکول کیږي.

۱۲- پونومونیا او پلوریزۍ : Pneumonia and pleuritis

د صدرد جوف ځینې ناروغی لکه **پلوروپونوماني**pleuropneumonia، **لوبيرنوماني**

lober pneumonia **وچه پلوريزي**pleuritis siccaد صدر ښي خوا ته په التهابي وتيره کې د **ديافراګماتيک پلورا** په اخته کيدو سره دthoracoabdominal syndrom توراکوابدومينال سندروم د پیدایښت سبب ګرځي.

توراکوابدومينال سندروم د هغه بطني موقيعيته درد څخه عبارت دی چه د ناروغي اصلي وتيره د صدر په لاندنۍ حصه کښې واقع، مګر درد په انعکاسي يا ريفليکتوري ميکانيزم سره د ښي خوا د بطن نيما ئي لور ته انتشار پيدا کوي. د ښي طرف د توراکوابدومينال سندروم کيدای سي چه د حاد اپنديسايتس،حاد کوليسيستايتس او يا کوليکرينال د کلينيکي لوحي په شکل تبارز ومومي او د دې غړو د اشتباهي تشخيص سبب وګرځي.

دبازال پنوماني ياپلوريزي اواپينديسايتيس ترمينځ بعضاً ځنی مشابه علايم لکه دبطن په علوی يا ښيحرقفي حفره کي دحاددرداو عضلی ديفانس موجوديت، لوکوسايتوز،دلوکوسيتيرفورمول کينلوريزحرکت،دسيديمينتيشين او سی - رياکتيف پروتين لوړتيا،او دصدردراديوګرافي په کليشه کي

محدود تکاثفي محراق، منتشره ارتشاح consolidation اويا پلورائي ايفوژين effusionوجودلري.

بايد په يادولروچه دداډول ناروغانوسطحي اونامکل سريري، فزيکي،اولتراسونيک اوراديولوژيکي معايناتاودهغوی دنتايجونادرسته ارزونه دغلط تشخيص سبب ګرزی چه په نتيجه کی دسږوپه التهابي امراضومصاب مريضان داپيندیسايتيس په تشخيص دبې اساسه عمليات سره مواجه کيږي.

د نومړو اشتباهاتو د مخنيوی په خاطر بايد غير له بطنی دردو څخه د ناروغانو ټول شکايات لکه توخی، نفستنګی یا سالنډی، سردردی، د بدن ريږد او د صدر درد ته خاصه پاملرنه جلب او د هغوی دقيق کلينيکی تحليل وکړل سی.

د دغه ډول شکايات لرونکو ناروغانو سره بايد دتنفسی جهاز فزيکی معاينات، التراسوند او د صدر راديوګرافی اجرا شی.

په توراکوابدومينال سندروم کښی د حاد اپنديسيت پر خلاف دپورتنيو شکاياتو موجوديت، په انامنيز کښي د يخنی او ذکام علايم، لوړه تبه تر(۳۹-۴۰) درجو پوری، د مخ سورتيا، تاشيکارديا، سطحی او

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

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

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

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

اتم فصل

مزمن اپنديسـايتيس

Chronic appendicitis

مزمن اپنديسيت معمولاً د حاد اپنديسايتيس د يرغل نه ورسته د هغو تغيراتود دواماوتحول په نتيجه کښي چی د حاد اپنديسايتيس په بهيرکښي ئي وده موندلي وي، مينځ ته راځی. د مزمن اپنديساتيس په

تأ سس کښي صفحوی نازک او هم زښت، پنډ او فبروتيک التصاقات fibrotic adhesions تشکل مومی. فيبروتيکه وتيره کله دمحدودومحراقاتوپه ځير او کله بياهم د اپندکس دجدار ټول عمق او طول په برکی نيسي او متعاقباً داپنديکس دکانال دقسمي بندښتيا اوبليتيريشين portial obliteration ياټول کانال دبندښت او **اوبليـــتريشـــن**total obliteration سبب ګرزي، چه په نتيجه کښي اپنديکس په يوه سخت او بی جوفه وتری ډوله غړي تبديليږي.

که چيری داپندکس د جوف بندښتصرف د هغه د قاعدې په حصه کښي صورت ونيسی نو د اپنديکس په ديستال قسمت کښي د تخليی د اختلال د کبلهدمخاطی مايعsirosal fluid او يا قيحی افرازاتوpurulent exudatغونډيزاوتجمع په لومړی حالت کښي د اپنديکس د**هيدروپس** appendiculiar hydropsاو په دوهم صورت کښي د appendiculiar empyema اپنديکس د**ايمپيما**سبب کيږي. په دې وتيره کي په يو محدودسوي جوف کيدمخاطي مايع تجمع داپينديکس دکيست يا سيست appendiculiar cyst شکل ځانته غوره کوي، چه کولای سی حتی دډيرومحجمو کيستونو په ځيرتبارزوکړي. دځيست محتويات معمولأدجلي ډوله سريښناکه غليظي مايع ځخه چه کله هم په بعضي ځايوکي کوچيني کلک ايږدن ډوله دانه ئی شکل لري **اودميکسوګلوبولوز**mixoglobulose په نامه يادېږي، عبارت دي.

ددغو کيستونوپه چاودنه سره دکيست مايع په بطن کي انتشارمومي. چه دعمليات په وخت کي به بطن کښي دغليظی ذجاجي مايع موجوديت اشتباهأ دپيريتوان پر **مکسوم** mixome چه د**پسودومکسوم** pseudomixome ځخه عبارت ده فکر کيږي. علاوه پر دې بعضأ دمزمن اپينديسايتيس **فبروپلاستيک** fibroplastic شکل چه داپندکس په جدارکي منضم انساج په کثرت سره رشد اودهغه دضخامت اوسختي سبب ګرزي، موجوددی (**لېوين**،۱۹۴۲ , Levin,1942).

ديادوني وړ ګڼل کيږي چه **التهابي** او **پروليفيراتيفه** وتيره بعضأ داپينډيکس ځخه ځيکوم او صاعده

کولون ته هم انتشارکوي، چه ماکروسکوپیک لوحه ئي اکثرأد**توبرکلوز**،**اکتینوموکوز** او**تومورونو (tuberculosis, actinomucosis and tumors) سره د** شباهت په لحاظ د اشتباهاتو سبب گرزي.

کلینیکي لوحه: Clinical feature:

دمزمن اپینديساتیس **کلینیکي لوحه** په مختلفو ډولواوغیروصفي اشکالوسره تبارزمومي. اکثرأ ناروغان په ښي حرقفي ناحیه کیددرد څخه چه کله متداوم ثابت وصف لري اوکله هم دلنډ مدتهیرغلونواوحملوپه شکل ظاهریږي، شکایت کوي.همدارنگه په ډیروواقعاتوکي دناروغ اساسي شکایات دکولمو دفعالیت د بېنظمیوڅخه چه کله دقبضیت او کله داسهال په شکل چه دنس په لاندنی حصه کي دبي وصفه دردونوسره توام وی، عبارت دي.

ددردیرغل په مختلفو حالاتوکي مینځ ته راځي چه کله د نامساعد خورک یا فزیکی فشار نه وروسته،خوکله بیا هم بیله کوم مشخص لامله پیدا کیږي.

دمزمن اپینډیسایتیس دصحیح تشخیص دوضعی په خاطربایددناروغ انامنیز ته خاصه پاملرنه وسي.

مزمن اپندیسیت دکلینیکي سیر دمخی پر درو ډوله ویشل کیږي:

١ - مزمن ریزیدوال اپینډیسایتیس chronic residual appendicitis

٢ ـ مزمن نکسی ابینډیسایتیس chronic recidival appendicitis

٣ – ابتدائي مزمن اپینډیسایتیس primery chronic appendicitis

١- مزمن ریزیدوال ابیندیسیت:

په دي ډول ابندیسیت کی داپینډیکس دجدار التهاب د یوځل تیرسوی ابیندیسیت په نتیجه کي مینځ ته راځي او دمرض بعدی بهیردپورته ذکرسوي کلینیکی لوحط به شکل کله کله تکراریږي.

٢- مزمن نکسی اپیندیسیت:

دمزمن اپندیسیت په دې صورت کي دمزمن ابندیسیت دلوحي نه سربیره کله کله دحاد اپندیسیت کلینیکي لوحهپهتکراري ډول سره لیدل کیږی. دهمدې کبله دتکراری حملو او دهغوی دکانسرواتیف تداوي په نظر کی نیولوسره دمرض حاده مرحله دنظره لیري پاته کیږي.

۳- ابتدائي مزمن اپنډیسیت:

په دې ډول ابینډیسیت کي د حملې انامنیز موجود نه وي اومرض په تدریجي توګه سره وده کوي چه په خورا لږواقعاتوکي لیدل کیږي. بایدوویل سي چه ځني عالمان دداډول مزمنی وتیرې موجودیت کاملاًردوي اومزمن اپینډیسیت صرف دحادی التهابي وتیرې نتیجه بولي. مګر په عمل کیداسی لیدل کیږی، چه ددې کتګوری مریضانو سره بیله دی چه په انامنیز کی ئې حتی دضعیفډوله حادي حملې شتون ځای ولري، دایستل سوی اپینډیکس په پاتوهیستولوژیکي معایناتوکي مزمنه التهابي وتیره تثبیتیږي. نوځکه دمرض د کلینیکي لوحې دنظره دداډول مزمن ابینډیسیت بیلول پرمنطقي بنست بنا ګڼل کیږي.

ددې ډول ابینډیسیت تشخیص نسبت نورواشکالوته مشکله دنده وي، ځکه چه دناروغ به انامنیزکی دحاداپینډیسیت دحملې یادونه ځای نلری، اودهغه کلینیکي بڼه صرف دنس په لاندني حصه کی دخفیف درد احساس او په ښي حرقفي ناحیه کي معمولاً د ماک بورنی په نقطه کی دخوږمني نقطې موجودیت چه داپینډیکس دقاعدې دموقیعیت سره تطابق لری دناروغي اساسی نښی تشکیلوي، چه دارنګه علایم دنوموړي ناحیې به اکثرو مزمنو ناروغیو کي لیدل کیږي.

څرنګه چه ولیدل سول، دمزمن اپینډیسیت خصوصأ دابتدائي مزمن سوي اپینډیسیت تشخیص یوه مغلقه کلینیکي دنده ګڼل کیږي. ځکه دامعاوو رادیولوژیکی معاینات دکثیفه موادو (باریوم سلفات) په مرسته د تشخیص اساسی جزء ګڼل کیږي. په مزمن اپنډیسیت کښي اکثراً کثیفه مواد د اپنډیکس د لومین د بندښت او یا تنګوالی له کبله د هغه کانال ته یا کاملاً نه داخلیږی او یا په ډیر لږ مقدار سره د معایناتو په دوهمه یا دریمه ورځ تثبیتیږی. باید وویل سی چی د اپنډیکس لومین بعضاً داپنډیکس په نورمال حالت کښي هم امکان لري چی د کثیفه موادو پواسطه ډک نه کړل سی.

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

همدارنګه دمزمن اپنډیسیت د تشخیص په مشکلو اومشکوکو واقیعاتو کښي اولتراسوند او اختصاصی رادیولوژیکی معاینات لکه سی- تی- سکنCT- Scan **(کمپوتري توموګرافی)**او ایم.آر.آی MRI **(مګنت ریزونانس ایمیجینیشن)**ډیر مهم تشخیصی رول لوبولی سی.

نهم فصل

د اپنډیسیټ جراحي درملیز تکتیک او تاریخچه

Surgical treatment of acute appendicitis

تر ۱۹ پیړی پوري اوهم دهغي په جریان کښی کوم وخت چی بطنی جراحی لا خاص انکشاف نه وو موندلی او په مشخص ډول د حاد اپنډیسیټ جراحی تداوی عام رسمیت او پیژندنه نه وه حاصل کړی، دحاد اپینډیسایتیس تداوي یوازي په کانسرواتیف شکل سره وه، چه دتداوي داډول مطلقیت اکثر أدمریضانو دلوړي کچي اختلاطاتو اووفیاتو سبب گرزید. د ۱۹ پیړۍ په آخروکلونو کي د حاد اپنډیسیټ د محافظوی درمل وفیات د(9-10%) سلین پوری تشکیلاوه. مثلاً (1892) Sahli د ۶۷۴۰ ناروغانو د محافظوی تداوی په نتیجه کښی صرف 8,8 په سل کښی د مړینی واقعات ذکر کړیدی چی په دی توگه تقریباً تر ۹۰ په سل کښی ناروغان د محافظوی تداوی په نتیجه کښی صحت تر لاسه کاوه. دا ارقامو په خپل وخت کښی ډاکټرانو ته دا اجازه ورکول چی د حاد اپنډیسیټ ناروغانو ته صرف محافظوی تداوی اتخاذ کړی.

خوبعدأ ولیدل سول چه په پاته سوو (۹۰٪) ناروغانو کي د بعدي اختلاطاتو لکه د مزمن اپینډیسایتیس او التصاقي امراضو دودي د کبله ددرد مکرري حملي دمریضانو دځنډنیزونارمیو اوستونځولامل گرزیدل، چي نورنوداډول تداوی ډاکټرانوته دقناعت وړنه گڼل کیدل . نوځکه په دې وخت کښي جراحان ددې مرض دجراحي تداوي اواکتیف میتود په لټه کي سول، څووکلای سي د نوي تداوي په مرسته سره دمرض دمړیني اویادول سوواختلاطاتوکچه راټیټه کړي. په دې ډول د۱۹پیړۍ په اواخروکي جراحانو د اپینډیکتومی پرلور خپل لومړني گامونه واخیستل چه ثبت شوي واقعات ئې په لاندني ډول سره دذکروړگڼل کیږي.

په دې ډول دوخت په رسالوکي لومړۍ درج سوې اپینډیکتومي په ۱۸۸۰میلادي کال کي دبرطانوی جراح Robert Lawson Tait دخوا څخه اجراکړل سوه.

کاناډائي جراح Abraham Groves د۱۸۸۳ دمای پرلسمه نیټه په کاناډا کي لومړنۍ موفقانه اپینډکټومي ترسره کړه چه دکاناډا په **اینسیکلوپیدیا** کي درج لري.

دامریکاپه متحده ایالاتو کي لومړنی اپینډکتومي د ۱۸۸۵ دجنوري پر ۸ نیټه د Davenport په Mercy Hospital کي د Dr. William Grant دخوا څخه پر ۲۲کلنې Mary Gartside باندي په بري سره اجراکړل سوه.

باید وویل سي چه اصلاً لومړی اپینډیکتومي لانور هم ډیر پخوا اند ۱۷۳۵کال د دیسیمبر دمیاشتي پر ۶ نیټه د فرانسوی ډاکټر Claudius Aymand دخوا دلندن په St. George Hospital کي اجرا کړل سوې وه، مګر دا اپینډیکټومي پلان سوې نه بلکه په تصادفي اوآتیپیک شکل سره وه، پدې ډول چي ۱۱ـ کلن هلک ته دمیخ دتیرولو دکبله **انومال اپینډیکس** چی په فتقیه کیسه herneal sackکي ئې موقیعیت درلود او پیرفوریشین شوی وو، په غیر عادي توګه دهیرنیو تومی دطریقه اپینډیکتومي کړ سو.

همدارنګه په دی وخت کښی یو تعداد جراحانو هڅه کول چی د اپنډیسیټ د ناروغی معالجه او درمل پر محافظوی یاکانسرواتیف او عملیاتی یا اوپراتیف برخو سره وویشی اودهرمیتود دپاره دتداوي معین استطبابات مشخص کړی. مګردوی دا کار دپاتوجینیتیک د واضح او مقنع معیارونو د نشتون دکبله انجام نه کړای سوای، ولیچي پدې وخت کي د جراحی مداخلی یوازنی استطباب د درد او کلینیکی لوحی شدت اساسي فاکتور ګڼل کیدی.

په حاضر وخت کښی ثابته سویده چی د اپنډیسیټ یوازنی تداوی د جراحی مداخلي څخه عبارت ده. ټول ناروغان چی حاد اپنډیسیټ ورته تشخیص سوی وی د هغه د کلینیکی لوحی د وصف او شدت په نظر کی نه لرلو سره باید د عاجل عملیات طابع وګرزي. دهمدې کبله نن سبا اپینډیکټومي نه یوازي په ښاری روغتونونو بلکه ساحوي کلینیکونو کي اودمجبوریت په وخت کي حتی په ډیرونامناسبو شرایطو کی هم اجراکیږي، چه په دې هکله لاندني مثالونه د ذکر وړ ګڼل کیږي.

Evan O’Neill Kane په ۱۹۲۱ کال کي په نامساعدوشرایطو کیدمجبوریت دمخي پرخپل ځان باندي داپینډیکټومي عملیات پیل کړ، چه وروسته دهغه داسیستانت دلوري تکمیل کړسو.

Leonid Ivanovich Rogozov د ۱۹۶۱کال د اپریل پر ۳۰ نیټه په جنوبي منجمد سیند یا جنوبي قطب (آرتیکا Artica) کي د تحقیقاتي سفر (expidetion) د اجرا په وخت کي دحاداپینډیسیت په حمله اخته سو، مجبور سو چه دعمومي ډاکټرـ جراح په صفت په یوازي سرسره داپینډیکټومي عملیات پرخپل ځان باندي سرته ورسوي.

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

کیږی. ځکه چې داسی تشخیصی میتود چې د اپنډیسیټ دکلینیکی انزارو اتکل وکړی،لاتراوسه پوري وجود نه لري.

بعضاً کیدای سی د اپنډیسیټ هغه حالات چې په ډیره شدیده کلینیکی لوحی سره تبارز ولری، سلیم سیر پیدا کړی او د محافظوی معالجی پواسطه ناروغ تداوی کړ سی.خوځیني اوقات بیا برعکس دمریض ډیره خفیفډوله کلینیکی لوحه کیدلای سي چه د مهلکو او خطرناکه اختلاطاتو سبب وګرزی. له دی کبله د حاد اپنډیسیټ ټول کلینیکی اشکال (البته بیله اپنډیکولیر پلسترون چې داپنډیسیټ ډول نه بلکه د هغه یو اختلاطي شکل دی)عاجلاً دعملیات او appendectomyاپینډیکټومي استطباب ګڼل کیږي.

همدارنګه په دی وخت کښی یو تعداد جراحانو هڅه کول چې د اپنډیسیټ د ناروغی معالجه او درمل پر محافظوی یاکانسرواتیف او عملیاتی یا اوپراتیف برخو سره وویشی اودهرمیتود دپاره دتداوي معین استطبابات مشخص کړی. مګردوی دا کار دپاتوجینیتیک د واضح او مقنع معیارونو د نشتون دکبله انجام نه کړای سوای او د جراحی مداخلی یوازنی استطباب د درد او کلینیکی لوحی شدت اساسي فاکتور ګڼل کیدی.

په حاضر وخت کښی ثابته سویده چې د اپنډیسیټ یوازنی تداوی د جراحی مداخلې څخه عبارت ده. ټول ناروغان چې حاد اپنډیسیټ ورته تشخیص سوی وی د هغه د کلینیکی لوحی د وصف او شدت په نظر کی نه لرلو سره باید د عاجل عملیات طابع کړل سی.

 که څه هم امکان لری د څنی ناروغانو سره د حاد اپنډیسیټ حمله پخپله او یا د محافظوی درمل پواسطه خاموشی ومونډی خو پورتنی قاعده د ټولو جراحانو دپاره اوسپنیز او بنسټیز قانون شمیرل کیږی. ځکه چې تر اوسه پوری داسی تشخیصی میتود چې د اپنډیسیټ دکلینیکی انزارو اټکل وکړی،لاتراوسه پوري وجود نه لري. بعضاً کیدای سی د اپنډیسیټ هغه حالات چې په ډیره شدیده کلینیکی لوحی سره تبارز ولری، سلیم سیر پیدا کړی او د محافظوی معالجی پواسطه ناروغ تداوی کړ سی.خوځیني اوقات بیا برعکس دمریض ډیره خفیفبنه کلینیکی لوحه کیدلای سي چه د مهلکو او خطرناکه اختلاطاتو سبب وګرزی. له دی کبله د حاد اپنډیسیټ ټول کلینیکی اشکال (البته بیله اپنډیکولیر پلسترون چې داپنډیسیټ ډول نه بلکه د هغه یو اختلاطي شکل دی)عاجلاً دعملیات او appendectomyاپینډیکټومي استطباب ګڼل کیږي.

خوڅرنګه چې پورته وویل سول د اپنډیسیټ د کلینیکی لوحی او د هغه د انزار تر مینځ مستقیمه رابطه نه لیدل کیږی او اکثراً د اپنډیسیټ د کلینیکی بڼه د ایسټل سوی کولمی د مورفولوژیکی تغیراتو سره تطابق نه ښئی. ددی اصل په نظر کی نه لرل اکثراً د تشخیصی او تکتیکی اشتباهاتو سبب کیږی.

د تیرو کلوپه موده کښې په ځینې کلینیکو کښې د عملیات د مخه د اپنډیسیټ په تشخیص کښې د هغه د مورفولوژیکی د ډول یادونه او اټکل حتمی ګڼل کیدل، خو وروسته دا ثابته سول چی ډیر ځله په هغه واقعاتو کښې چی کلینیکی بڼه سپکه او د کاترال اپنډیسیټ شکل ته ورته وه په اپنډکس کښې پرمختللی تخریبی اوډستروکټیف تغیرات حتی د ګانګرین په توګه موجود وه او برعکس په هغه واقعاتو کښې چی د ناروغ وضع ډیره وخیمه لیدل کیدل او د کلینیکی لوحې د وخامت دارزون او ارزیابی په تیوروتیکی او منطقی لحاظ د اپنډیکس پر ژورو مورفولوژیکی morphologic او جوړښتیزو بدلونونو پر شتون دلالت کوی، په حقیقت کښې د پتالوژیکی څیړنو په نتیجه کښې د اپنډکس جوړښتیزه تغیرات ډیر جزئی او سطحی وه. دا هم باید وویل سی چی د تشخیص نه تطابق نه یوازی د ځوانو جراحانو بلکه د مجربو جراحانو په کار کښې هم لیدل کیږی. د (Platonov O.N., 1974) د احصائي په اساس د کلینیکی او مورفولوژیکی تشخیصونو تر منځ تطابق او یو ډولون په 31,3 په سل او د (Rusanov A.A., 1979) د احصائيي پر بنسټ 41,6 په سل کی ځای لری.

د بلی خوا د ناروغی په پیل کی اکثرآ د مرض نښی نښاني په ساده سیره او وخیم السیره واقعاتو کښې سره ورته او مشابه وی چی دا اټکل درست نه شی کیدای چی د ناروغی بهیر کوم لورته روان او څه ډول(اسانه او که وخیم) سیر تعقیبوی.

په دی صورت د کلینیکی بڼی په اساس د اپنډکس او په بطن کښې د مورفولوژیکی بدلونونو د درجی تعین همدارنګه د موجوده تغیراتو د راتلونیز بهیر د سیر او انزارو اټکل اکثرآ د ناممکنو وظایفو څخه محسوبیږی او په هره واقعه کښې د مرض د تراجیدیک او غمجن سیر ردونه هم محال نه وی.

نو ځکه په حاضر وخت کښې د اپندیسیتس د خطرناکو اختلاطونو د مخنیوی په خاطر د حاد اپنډیسیت پخپل وخت سره عملیات یو حتمی امر ګڼل کیږی، چی دا اصل په خپل وار سره د بعدی اختلاطاتو او عملیات د خطر د کموالی سبب ګرځی.

په دې ډول په آخرو کلو کښې داپنډیکټومی اجراینه د اپنډیسیت په ابتدائی مراحلو او لومړیو ساعتو کښې د پوسټ اپراټیف (post- operative) وفیاتو او مړینی کچه ډیره راټیټه کړی او د 0,38 -0,5 سلین په حدود کښې قرار لری.

د (U.S. Gelevicth, 1976) د احصائيي په اساس په هغه صورت کښې چی عملیات په لومړیو ۲۴ ساعتو کښې اجرا سوی وی وفیات 0,1 په سل کی او تر 42 ساعتو وروسته 1,1 په سل کښې یعنی یوولس (۱۱) ځله لوړ تر هغه تعین سویدی. همدارنګه د اپنډیکټومی نه د مړینی او وفیاتو کچه د اپنډکس او د هغه د چاپیریال په مورفولوژیکی تغیراتو باندی هم مستقیمه اړیکه لری.

د Verebely د ارقامو په اساس په کاترال یا ساده ډوله اپنډیسیت کی وفیات خورا لږ او تقریبآد (0-0,01) په سل کی لیدل کیږی، حال داچی په پیری اپنډیکتولیر ابسی کښی 5%، په منتشر پیریتونیت کی د 50-40 سلین او د ځنډنی تقیحی اختلاطاتو په صورت کښی حتی تر 80% پوری رسیږي.

O.I. Elickaya (1959) داسی ارقام ذکروی چی د (301) ناروغانو د جملی نه چی د اپنډیسیت د خفیفو علایمو د لرلو د کبله تر محافظوی تداوی لاندی نیول سوي وه د (177) نفرو سره په ډیر ژر وخت کی د حاد اپنډیسیت حمله تکرار چی دوه نفره ئي د پیریتونیت د ودی د کبله فوت او متباقی تر عملیات لاندی ونیول سول.

زموږ په عملیات سوی ناروغانو کی په همدا شکل (13,5%) هغه کسان وه چی د عملیات نه مخکی د یوې میاشتی په جریان کی د نس دخفیفو مشکوکو دردونو او اپنډیسیتس ته د مشابه علایمو په لرلو سره یو یا څو ځله روغتون ته مراجعه کړی وه مگر د مشکوکی کلینیکی لوحې د کبله د کولیت یا colitis او یا اسکریدوز ascaridosis په تشخیص رخصت سوی وه. په دې توگه پر خپل وخت سره اجرا سوی عملیات د رادیکال معالجوی میتود په حیث د مریض د ژوند د نجات او اختلاطاتو د مخنیوی سبب کیږی او نه پریږدی چی ناروغان د بعدی تهدید لاندی او حتی په هر ډول نامصاعدو شرایطو کښی د گواښ سره مخامخ وی.

باید وویل سی چی بعضآ د حملی په پیل کی په ایستل سوی اپنډکس کښی ښائی مورفولوژیکی تغیرات و نه موندل سی. د لیتیراتوری ارقامو په اساس (Rusakov A.V., 1957) د حاد اپنډیسیت په تشخیص سره د ایستل سوی اپنډکسو نورمال مورفولوژیکی حالت د 40%-15 په سل ناروغانو کښی تثبیت سوی دی. داځکه چی په دی گروپ ناروغانوکښی عملیات ډیروختی یعني د وظیفوی تشوشاتو په مرحله کښی چی اناټومیکی تغیرات لا منځ ته نه وی راغلی اجرا سوی دی. زموږ سره په عملیات سوی ناروغانو کښی د مورفولوژیکی تغیراتو نه موجودیت صرف په 6 واقعو کښی (1,9%) ځای درلود. ددې ټیټ ارقامو اساسی علت زموږ د نظره د ناروغانو ناوخته مراجعه فکر کیږی، چی پدی موده کښی اکثرآ د اپنډیکس په جدار کښی التهابی تغیرات وده مومی.

ځنی وخت د حاد اپنډیسیت د وصفی لوحی لرونکو ناروغانو د عملیات په وخت کښی په اپنډکس کی حتی جزئي ماکروسکوپیک تغیرات هم نه لیدل کیږي چی دا توپیر اکثرآ د تشخیصی اشتباهاتو سبب گرزي. مثلآ

I.D. Jutnik په 1954 کال کی پدی ارتباط نشروی چی مریض د اپنډیسیت د لوحی په لرلو سره OT ته نقل، خو تر اشتباه لاندی ناروغ سره د عملیات په وخت کی د اپنډیسیت د ماکروسکوپیک د روغ

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

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

د اپنډیکتومی د اجراینی اساسی شرایط:

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

دا لازم شرایط په لاندی ډول دی:

- د جراحی ټیم مقدماتی چمتون او منجمنټ
- عملیات ته د ناروغ تیارون
- د انستیزیا اهتمامات او د میتود انتخاب

A- د جراحی ټیم مقدماتی چمتون او منجمنټ:

Primary preparation and management of operation’s team

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

مګر په ځینو نورو حالاتو لکه د زاړه سین پولی موربید حالت Polymorbid condition ، چاغ او شحمي ناروغان، ځنډني وتیره او د اپنډیکس غیر وصفي موقعیت کښي بیا دا پروسیجر په یوه ډیر مغلق عملیات سره تبدیلیږي، چې جراح صرف د خاص پوهنیز چمتووالي او مسلکي مهارت په لرلو سره کولای سی چي په بری سره عملیات سرته ورسوي او د مریض ژوند ته نجات ورکړي.

په هغه حالاتو کښي چي اپنډکس غیر معمولي- تحت الکبدی (تراینی لاندي - Sub hepatic)، ریتروڅیکال retrocecalموقیعیت ولري او یا داچې زروه او قاعده ئې لیزس سوی وی د اپنډکس پیداینه ډیره مشکله چې بعضاً حتی څو ساعته په بر کی نیسی او ان ډیر مجرب جراحان هم پکښي سرګردانه وی.

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

- جراح باید هیڅکله اپنډیکټومی ته په ټیټ نظر ونه ګوری او د هغه دپاره هم په تام دقت او مسولیت سره کوم چي دنس د نورو غړو او بطني مغلقو عملیاتو دپاره لازم ګڼل کیږی ځان چمتو کړی.
- جراح باید د عملیات نه مخکی د اپنډیکس د اتپیکو حالاتو شتون په نظر کی ولری او په هره واقعه کښي داسی فکر وکړی چی د اپنډیکس د غیر عادی موقیعیت یا کوم بل مغلق حالت سره مخامخیدونکی دی.
- عملیات نرس OT- nurse باید په عین وخت کښي د لویو او مغلقو عملیاتو لپاره چمتو او د ضرورت په صورت کښي لازمه سامان-آلات په اختیار کښي ولري.
- عملیات باید په مجهزه او عملیاتی سامان سنباله عملیاتخانه کښي د یوه یا دوو مرستندویو یا اسیستانتانو په ګډون سره اجرا سی.

B - عملیات ته د ناروغ تیارونه:

Patient’s preparation for OP

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

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

ورته متوجه دی و نومول سی. باید هڅه وسی چې د مریض سایکولوژی حمایه او هغه په هراس کی وانه چول سی.

- مثانه باید د عملیات تر مخه تخلیه کړل سی.
- که چیری ناروغ په نژدی وخت کښی غذا خوړلی وی د ګیډی تخلیه د نازوګاستریک سونډ
- (NG-tube) د لاری حتمی ګڼل کیږی.
- وروسته ناروغ ته ۱۰-۱۵ دقیقی د عملیات تر مخه یو سی سی (1ml) پانتاپونتحتالجلدي یا ډیازیپام وریدي Pantapone/Diazepam زرقیږی(البته د ماشومانو په استثنا).
- هغه ناروغانو ته چې په وخیم حالت کښی واقع او یا د انتوکسی کیشن intoxication بارزی نښی ورسره وی د انتوکسی کیشن د رفعی او د قلبی وعایی وظایفو د تنظیم په خاطر د فیزیولوژیک یا 5% glucose ګلوکوز د محلولاتو، قلبی منبهاتو تطبیق او د هایپوکسی Hypoxia په موجودیت کښی د اکسیجن توصیه یا O2- therapy حتمي شرط ګڼل کیږی.

C - دانستیزی یا بی خوږی د میتود انتخاب.

Choice the method of anesthesia

په مختـه تللو هیـوادو کښـی اپنـډیکتومی صـرف د عمومی بیهوښـی یـا جنـرال انستیزی(general anesthesiaپه مرسته اجرا کیږی. خو په وروسته پاته هیوادو او هم زموږ په ګران وطن کښی د اقتصادی ناتوانی او متخصصینو د لږښت د کبله دا عملیات هم د موضعی بی خوږی او هم د عمومی بیهوښی (نرکوزیس)Narcosis په مرسته سره سرته رسیږی.

- موضـعی انسـتیزی معمـولآ د نـاروغی پـه ابتـدایی مراحلـو یعنـی پـه لـومړنی سـاعتو کښـی چـی د اپنـډیکس پـه چاپیریـال کښـی التهـابی او التصـاقی تغیراتـو لا وده کړی نـه وی او اپنـډیکس د نـس پـه جـوف کښـی پـه ازاده توګـه پـروت وی، اجـرا کیـږی. پـه دا شـانته حـا لاتـو کښـی اپنـډیکس معمـولآ دعملیاتی ټیپ وسطحی او د نس جدار تـه نژدی پـه ازاده توګـه واقـع وی، چـی ایسـتل ئـې پـه اسـانتیا سره صورت نیسي او د خاص درد د پیداینبت سبب نه ګرځی. ځکه په دی حالاتو کښی موضعی یا لوکل انستیزی د عملیات بی خطره بی خوږی تامینولای سی.
- پـه هغـه واقعـاتو کښـی چـی د اپنډیسـیت د یرغـل څخـه تـر ۲۴ سـاعتو ډیروخـت تیـراو اپنـډیکس غیرمعمولی، عمیق، ریتروڅیکال موقیعیت ولری او یا په التصاقاتوکښی نغښتی اومحدود سوی وی، خصوصـآ د منتشـر پیریتونیـت د علایمـو د وجـود پـه صـورت کښـی عمـومی بـی خـوږی (نرکوزیس) د انستیزی مساعد او لازمی ډول تشکیلوی.
- همدارنګه په ماشومانو، متهیج او عقلی ناروغانو کښی باید د عمومی انستیزی څخه استفاده وسی.

- د متممه امراضو د موجودیت په صورت کښی د انستیزیا دمیتود غوره کول باید د داخله اوانستیزیا دمتخصصینو سره په ګډه صورت ونیسی.
- که چیری دعملیات شروع ترموضعی انستیزیا لاندی پیل سوی وی او د عملیات په جریان کښی بی اتکله ستونزی را منځ ته سی (انفلترات، التصاقی وتیره او داسی نور) او یا د بطن د جوف دوسیع تفتیش ایجاب لازم وګڼل سی په دی صورت کښی باید موضعی انستیزی په نرکوز باندي مبدله کړل سی.
- د موضعی بی حسی د اجراینی طریقه د اپنډیکټومی دپاره د نس د جدار په څیرون یا شق باندی ارتباط نیسی چی دبعضی تیپیکوڅیرنو او مداخلاتوموضعی بی حسی په مربوطه فصل او دمربوطه عملیات د تکتیک په حصه کښی نشر ته رسیږی.

لسم فصل

د آپنډیکټومی مداخلاتي تخنیک او ډولونه

Technic of appendectomy

د آپنډیکټومی د اجرایني لپاره د نسپهښي حرقفیناحیه کې د لاپراتومي د مختلف ډوله څیرونو یا شقونو (عمودی، مستعرض، منحرف) څخه استفاده کیږی، خو د 1894 Mc. Burney منحرفه څیرنه تر ټولو ډیر زیات او د 1888 Linander عمودی پاراریکتال شق په بعضی مشخصو مواردو کښی عمومی رایج پیداکړی دی چی وروسته به هر یو څیرون په مفصله توګه شرح کړسی.

<u>د Mc. Burneyڅیرون:</u>

IncisionMc. Burney’s

داشقد **Mc. Burney**دخوا په 1894کال کی اجراکړ سو. دعملیات تخنیک نسبتآ بسیط ، کمترضیضهmini traumaticکمضرره او د نس د عضلاتو د فزیولوژیکي وظایفو ساتونکی دی چی ددغو خواصو له کبله دنړۍ په ټولو هیوادو کښی زیات پلویان لری. څرنګه چی لوړ وویل سول داشق د معینو استطبا با تو سره سم تر موضعی بیحسي یاعمومي بیخوږي or general anesthesia)(local لاندی اجرا کیږی.

<u>دمک بورني شق دموضعي انستیزیایه مرسته:</u>

د موضعي انیستیزیادپوره تاثیراوتقویي اوهمدا رنګه دمریض دروحي ارامتیا په خاطرمریض ته د ځینو **نرکوتیک** یا**غیرنرکوتیک** مسکناتویا **ترانکویلیزرونو** زرقیات د**پریمیدیکیشین** په حیث دا**نیستیزیا**حتمي اوضروري شرط ګڼل کیږي.

پریمیدیکیشین: **premedication**

د عملیات تر مخه باید ناروغ ته یو سی سی پانتاپون Pantopon، پرومیدول Promedol او یا مورفین Morphine تر جلدلاندی subcutan او یا ۱سیسي Diazepam دیازیپام یا Dormicum دورمیکوم د پریمیدیکیشین په حیث وریدي زرق کړل سی.

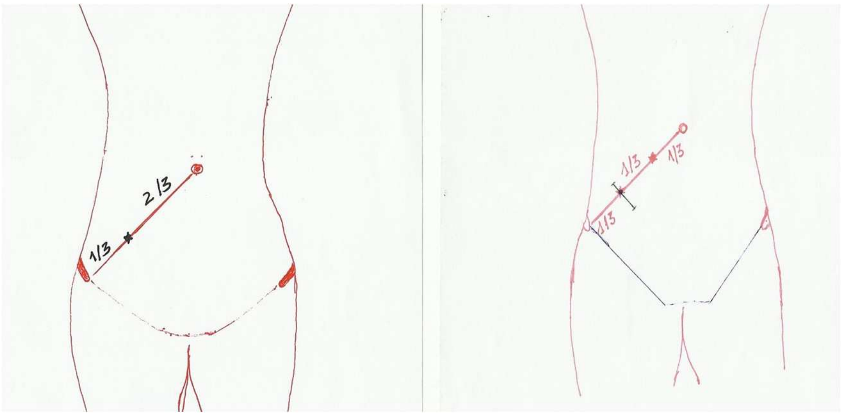
موضعي انیستیزیا: local anesthesia

موضعي بی خوړی د اټکل سوی ناحیی د جدارو په مختلفو طبقاتو کښی چی د شق ایجاب کوی د 0,5% د نوکائین محلول په زرق سره اجرا کیږی. په لومړی مرحله کښی د ځیرنیز خط سیر باندی د جلد دننه انستیزی پیل کیږی چی پدی شکل د نوموړی خط جلد د لیمو یا نارنج د پوستکی په څیر دانه شکله ټیټه هسکي لرونکي سطح پیداکوی. وروسته د نوموړی لیکی څلورو خواوو ته په څلورو نقطو کښی د عمیقه انساجو بیخوړی په لوزی شکل سره اجرا کیږی. پدی ډول سره چی لومړی د نوکائین محلول د معین یا لوز د پورتنی او کښتنی نقطوڅخه دمعین وحشی او اونسی لور ته اوبیا د ښی او کینی نقطو څخه د لوز و پورتنی او کښتنی لورو ته متوجه کیږی چی پدی ډول دشق د ناحیی د ټولواعصابو بلاک تأمینیږی. د نوکائین محلول دجدار په ټولو طبقاتوکښی (جلد، تحت الجلد، عضلی طبقه او د پیریتوان مخکی شحمی طبقه یاpreperitonial fat په ترتیب سره باید زرق کړسی. همدارنګه که چیری د بطن د جدار د شق په جریان کښی د کومی طبقی بی خوړی کافی نه وی د نوکائین د محلول زرق د عملیات په بهیر کښی دوام پیداکوی. د بی خوړی په وروستی مرحلوکښی د اوږدی ستنی پواسطه سره د حرقفی لوړنی مخکنی مشوکی(spina iliaca anterior superior) په داخلی سطح باندی نوکائین زرق او ستن ورو ورو دنس د جداره څخه تیریږی اود حرقفی عظم په داخلی سطح spatium retroperitonealis یعنـــي د پیریتوان په شاتني جوف کي د ۵۰- ۶۰ سیسي پوری د نوکائین محلول زرقیږی.

دا دبی حسی مانیوره د سیکوم کشونه او جرحی ته را ایستنه ډیره آسانوی او دا مرحله په ارامی سره سپری کیږی. علاوه پردی که د نس د جدار د طبقاتو شق له درد او خوږ سره مخامخ وی د عملیات په بهیر کی نوموړی طبقات د نوکائین په واسطه سره په اضافی توګه بی حسه کیږی. سربیره پردې د پیریتوان د ځیرون وروسته باید موضعی انستیزی نور هم ادامه ومومی چی پدی شکل لومړی دځیکوم شاته تر جداری پیریتوان لاندی نوکائین زرقیږی څو د ځیکوم نیونه او را ایستل کاملاً بی درده کړل سی. وروسته د آپنډیکس په پیدا کولو سره په میزوآپنډیکس misoappendix کښی ۲-۳ سی سی نوکائین زرقیږی چی ددی عمل په اجرا سره د آپنډیکس نیول او د هغه د قاعدی غوټه او تړل دناروغ د نـاراحتی سـبب نـه کیـږی. همدارنګـه بعضـی جراحـان د الیوسـیکال د نـاحیی پـه میزانتیریـوم (misenterium) کښی هم د نوکائین بلوکاژ توصیه کوی چی جراح او ناروغ ته خاص سهولت بخښی. د انستیزی نه وروسته د عملیاتي شق د ناحیی د بیحسي درجه د ستنی په وهلو سره کنترول او د کافی انستیزی د شته والی په صورت کښی د جلدی شق په اجراکولو سره پیل کیږی.

د Mc. Burney شق په ښی حرقفی حفره کښی و مقبنی وترته موازی د لوړ مخکنی حرقفی مشوکی (spina iliaca anterior superior) نه د ۲ عرضانی ګوتو (په چاغو خلکو کی د۳ ګوتو) په فاصله جلدی شق د۶- ۸ سانتی مترو په طول اجرا کیږی. شق باید د Mc. Burney د نقطی نه چی د

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



(شکل-۱۷) (شکل -۱۶)

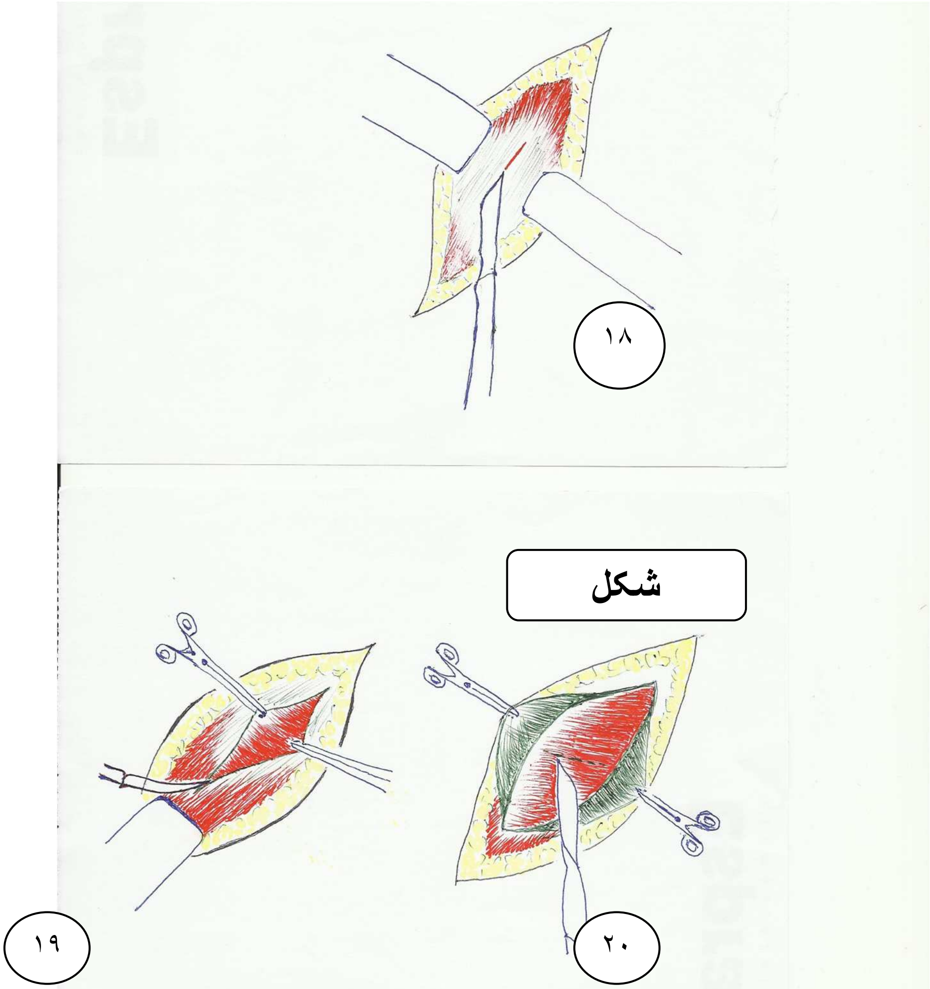
که څه هم د شق طول معمولاً د ۶- ۸ سانتی متره پوری وی خو په چاغوخلکو کی باید د شحمی طبقی دضخامت په اندازه اوږد کړ سی. همدارنګه په هغه واقعاتو کښی چی التصاقی وتیره او یا د پیریتونیت علایم موجود وی باید د جلدی شق طول په کافی اندازه وسیع وی.

په ډنګرو اشخاصو او همدارنګه د آپنډیسیت په شروع کښی چی التصاقاتو لا وده نه وی کړی، کیدای سی چه د نسبتاً واړه شق څخه استفاده وسی. خو دا باید وویل سی چی دشق اندازه نه باید چه تر ۵ سانتی متره کمه وی، ولیچه تش په نامه کاسمیتیک cosmeticد۳-۴سانتی متریطول شقونهدآپنډیکسپهلټونهاودسیکومپه راایستنهکی خاصی ستونځی ایجادوی چه اکثرآ دامعاؤو د ترضیض، اختناق، څیرني، لاڅیریشین اوحتی وسیع ریپچر سبب گرزي،مجازنه ګڼلکیږی.

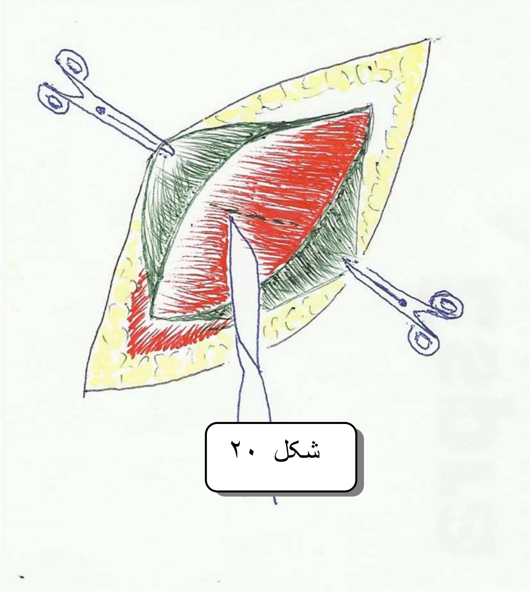
لومړی بایددجلد،تحتالجلداوسطحی یاسربیرنی فاسځیاشق اجرااودجلداوتحتالجلدداوعیو وینتوئیزاولدپانسپهنیولواوروستهدنری کتګوتپهغوټهکولوسرهودرولسی. دنوموړی شقوروستهدنسدخارجی منحرفی عضلی (musculusobliqus externusabdominis)صفاق ظاهریږی.

ځنی جراحان لازمه اوښه ګڼی چی د صفاق د څیرنی نه مخکی شحمی طبقه د ګاز پواسطه سره چه دتحت الجلدي صفاق سره دځوخیاطوپه ذریعه تثبیت اواحاطه کړسی. چی دا مانیوره د شحمی طبقی د منتنیدو د وقایوی ګامو څخه شمیرل کیږی.

د صفاق په مینځنی حصه کی د الیافو د مسیر په امتداد کوچنی شق اجرا کیږی چی د صفاق آزاد کنارونه د پانس پواسطه پورته نیول کیږی (شکل ١٨) او د صفاق پورتني او ښکتني لورته صفاقی شق لوئیږی (شکل ١٩).

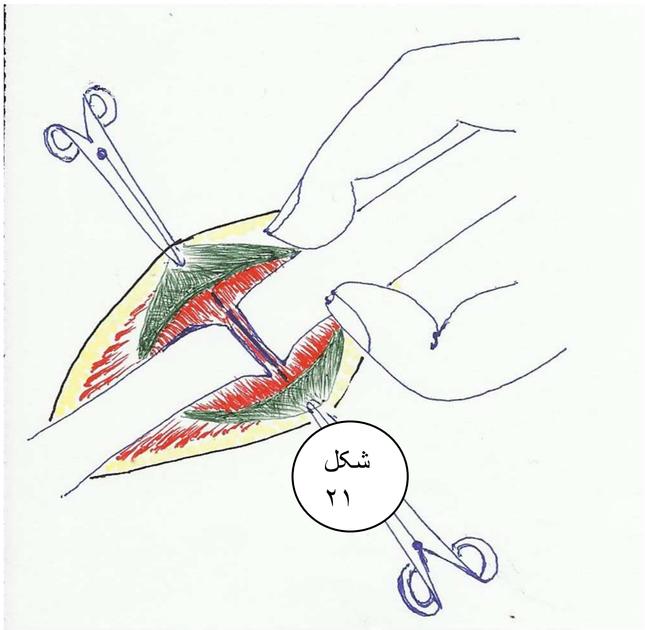


دصفاق پورته لورته شق معمولآ د نس دخارجی منحرفی عضلی د الیافوسره چی په د تپ په لڅه سوی ناحیه کښی واقع دی یوځای اجرا کیږی. دصفاق د کامل څیرون وروسته ترهغه لاندی دبطن داخلی منحرفه عضله (musculus obliqus internus abdominis) چی دالیافو مسیر یی شق ته عمودی واقع دی لیدل کیږی. وروسته د صفاق ازادی څنډی دپانس دڅوکوپه واسطه پورته نیول کیږی او د داخلی منحرفی عضلی لومړی فاسځیا او وروسته د عضلی الیافو شق د هغوی د مسیر پرجهت صورت مومي (شکل ۲۰).

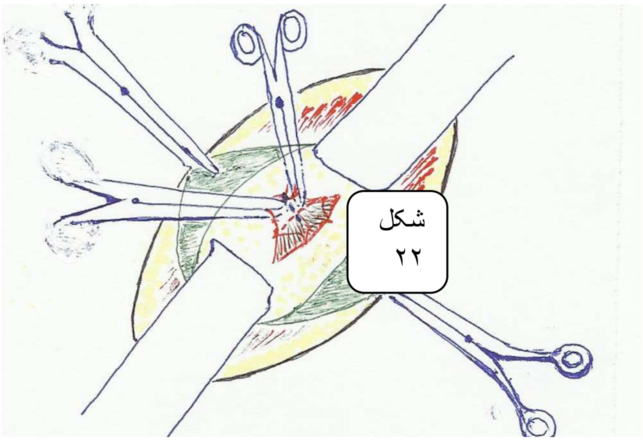


شکل ۲۰

دنس د مستعرضی عضلي الیاف چی مسیر یی پدی ناحیه کی تقریبآ دداخلی منحرفی عضلی سره توافق لری په همدی شکل سره شق کیږی. وروسته د پارابیف د چنګکو پواسطه د شق سوی عضلاتو کنارونه پورته اولاندی خواووته بیلیږی او جرحه د چنګکو د کشیدو په مرسته متوسع کیږی. په دی ډول اوس د تپ په عمق کی د پری پیریتونیال شحم Preperitonial fat او مستعرضه فاسځیا Fascia transversalisقرار نیسی. (شکل ـ۲۱)



د فاسځيا په شق اود پرى پيريتونيال شحم په تسليخ سره جدارى پيريتوان په جرحه کښى ظاهريږى. د جدارى پيريتوان نازکه صفحه په دقت سره د دوو خواوو څخه د پنسيت او يا هموستاتيکو نازک نوکه پانسو په واسطه سره نيول کيږى او پورته راکشيږى چې پدى شکل د پيريتوان گونجه ياکوت (plica) تشکيليږى، وروسته د پانسيت د قاعدى په واسطه د کوت Plicaضخامتکنترولیږى ځودهغى پهمينځ کښى داخلى احشاوى موجودى نه وى. پهنيولسوى پيريتوانکى دداخلى احشاوموجوديتپيريتوانتهشفافاونازکشکلنهبلکهتاريکاو ډبل ډولورکوى چې پدى صورتکښى بايدپانس ياپانسيتدپيريتوان څخهخلاصاوپهمکرر ډولهځهوسى چې يوازى جدارى پيريتوانونيولسى. صرفهغهوختڅودجراحقناعتپهکاملهتوګهحاصلسى چې پهمتشکلهکوت يا گونجه(Plica) کښى صرف جدارى پيريتوان نيول سوى دى په مطمينه توګه پر پورته کش سوى پيريتوان ووړ شق اجرا او په جدارى پيريتوان کښى کوچنى سورى جوړيږى (شکل ۲۲)



شکل
۲۲

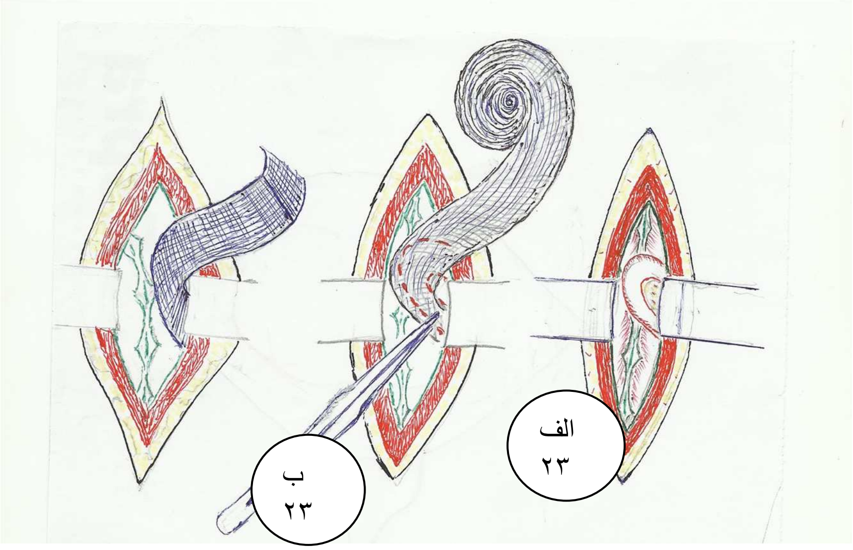
دځیری سوی پیریتوان آزادی څنډی ددواړو خواوو څخه د میکولیچ Miculich د پانس په واسطه سره نیول سوی اودجوف نه بهرني لورته را پورته کیږی.

وروسته دپیریتوان د سوری سوی ځای بر او کوزخواوو ته د بیاتی یا قیچی پواسطه سره په لازمه اندازه شق اجرا اوڅنډي ئي د ۴-۶ اعدادو د میکولیچ پانسونو په ذریعه د جرحي داحاطوي ګاز سره تثبیت او په دې ډول د نس جداری طبقات دپتالوژیکي محتویاتواوانتاناتو د تاثیر څخه محفوظ پپاتیږږیي. وروسته د لاپراتوم جرحه د پارابیف د ایکاتورو پواسطه متوسع کیږی او د ناحیی تفتیش او ځیرنه صورت نیسی.

- معمولآ په جرحه کښی سیکوم واقع وی چی د خپل شین وبره او سیانوتیک ډوله رنګ له کبله د نریو کولمو نه چی سوروبره او ګلابی رنګ لری په اساني سره تفریقیدلای سي.

- همدارنګه سیکوم د مستعرض او سګموئیدو کولمو څخه چی بعضآ په دغه ناحیه کښی واقع وی د شحمی ځوړاندو (appendici epiploici)پهنهلرلوسرهبیلیدلای سی.

-پهلاپراتومی ناحیهکښی د الیوم یاثربدموقعیت پهصورت کښی هغوید تامپون یالانکیتپهواسطهسره دنس دجوف اونسي (داخلي)لورته تیلهاود تامپونپواسطهسرهپهبطنکښی غرصاوپتیږی.(شکل ۲۳ الف، ب، ج)



الف ۲۳

ب ۲۳

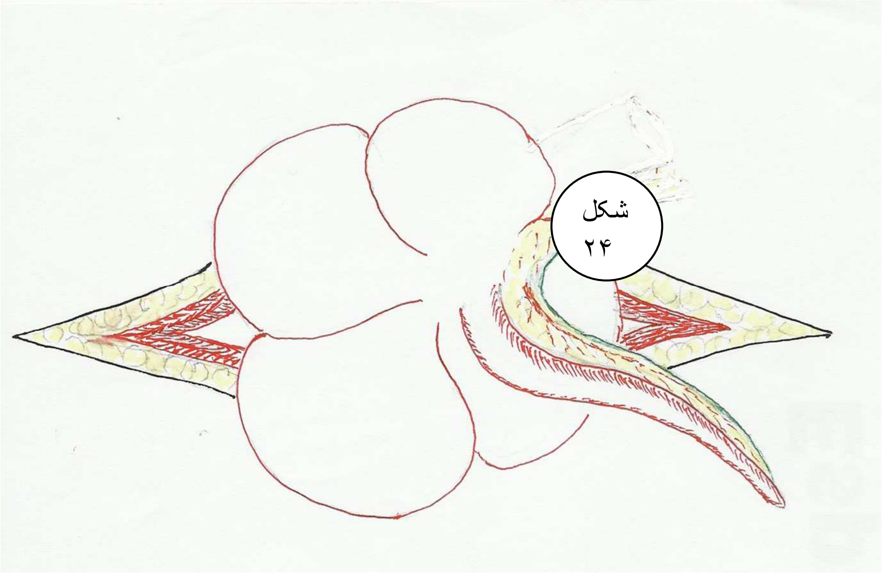
ج۲۳

- دسیکوم دغیرعادی ټیټ موقیعیت په صورت کښی معمولاً صاعده یا لوړه تلونکی کولمه د جرحی په ساحه کښی واقع وی چی په دی صورت لوړه تلونکی کولمه په تدریج او قراری سره جرحی ته نژدی کیږی او پدی شکل سیکوم پیدا او راپورته کیږی چی پدی وخت کښی د څیکوم په لومن کښی د مایع او غازاتو د حرکت بږغ (ګوړهاری) اوریدل کیږی. مخکی تردی چی ړنده کولمه د نس د جوف یاګوګخخه راوایستل شی، لومړی باید ګوته بطن ته داخله او د ګوتی د تفتیش سره د چنجی ډوله استطالی موقیعیت تثبیت او دهغه حالت معلوم کړشی چی آیا اپنډیکس په آزادانه توګه قرار لری او که د التصاقانو او پردو پواسطه سره د سیکوم، جداری پیریتوان یا نورو غړو سره نښتی دی.

که چیری د آپنډیکس زروه آزاده او د جدار سره وصل نه وی نود څیکوم جدار د ګردی ډوله یا هموروئیدال ایلاستیکی پانس پواسطه سره نیول کیږی او جرحی ته را ایستل کیږی.

- بعضی جراحان د څیکوم د جدار نیونه د پانس په ذریعه مجاز او خالی د خطره نه ګڼی خصوصاً که چیری د څیکوم جدارالتهابی اوسخت شوی وی، ځکه نود سیکوم را ایستنه د ګوتو نه په استفاده سره توصیه کوی.

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



وروسته ددې څخه خپله داپيندیکس دغوڅون مرحله پیل کیږي.

د اپنډیکس غوڅونه په دوه ډوله اجرا کیږی:

1. اپنډیکټومی د انتی ګراد په طریقه
2. آپنډیکټومی د رتروګراد په طریقه

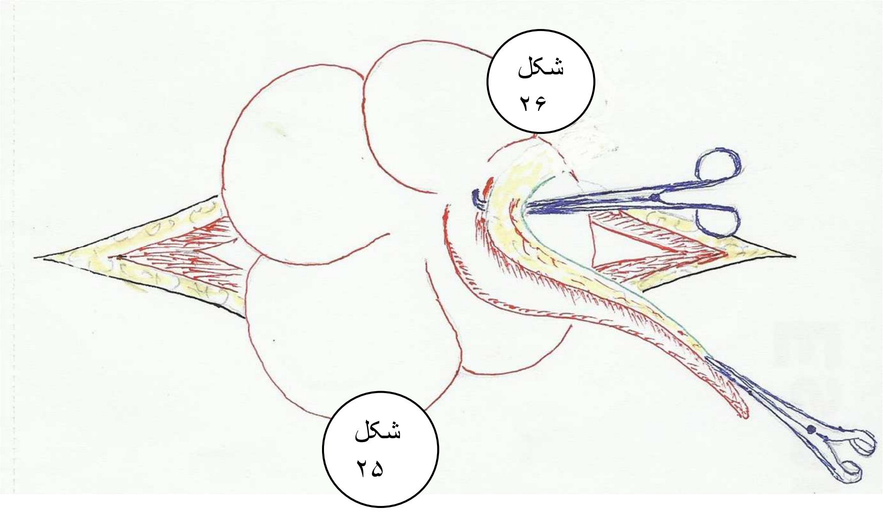
1- د آپنډیکس غوڅون د انتی ګراد په طریقه:

دا ډول اپنډیکټومی د عملیات اساسی شکل تشکیلوی او په هغه واقعاتو کښی چی آپنډیکس آزاد واقع وی د آپنډیکس غوڅونی د همدې تکتیک څخه استفاده کیږی.

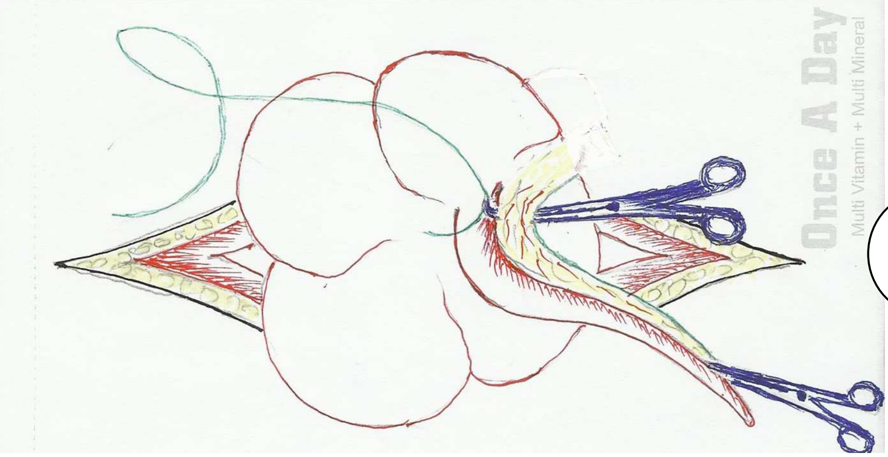
د عملیات بهیر په داسی توګه دی:

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

- دا کار باید په ډیر دقت سره صرف د میزو په ناحیه کښی اجرا سی څو د سیکوم د جدار د تخریب سبب و نه ګرځی.



- دمیزواپیندیکس لیګیشین په دوه طریقه اجراکیږي.
- په لومړۍ طریقه کي میزو کلامپ، قطع اولیګیشین کیږي. په دې ډول چه په میزواپنډیکس کي د مخکي جوړسوي سوری د لاری د هیموستاتیک پانسبرانچ یا څانګی داخلیږي او میزواپنډیکس د اپنډیکولیر شریان سره یوځای د پانس په خوله کی نیول کیږي،چی وروسته د بیاتی پواسطه سره قطع کیږی.
- په دوهمه طریقه کي بیا ددې موخي دپاره ان د ابتدا څخه دایجاد سوي فوحي دطریقه دتیر سوي پانس په ذریعه لیګاتور تیر اود میزو لیګیشین ترسره کیږي، چه په تعقیب سره ئې دلیګاتور دیستال طرف ته دمیزو ترانس سیکشین سرته رسیږي. (شکل ۲۷،۲۸،۲۹)
-

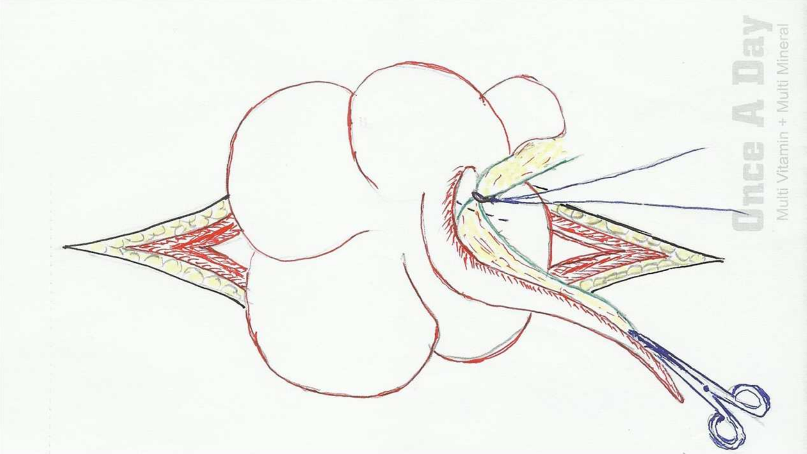


شکل
۲۷

-

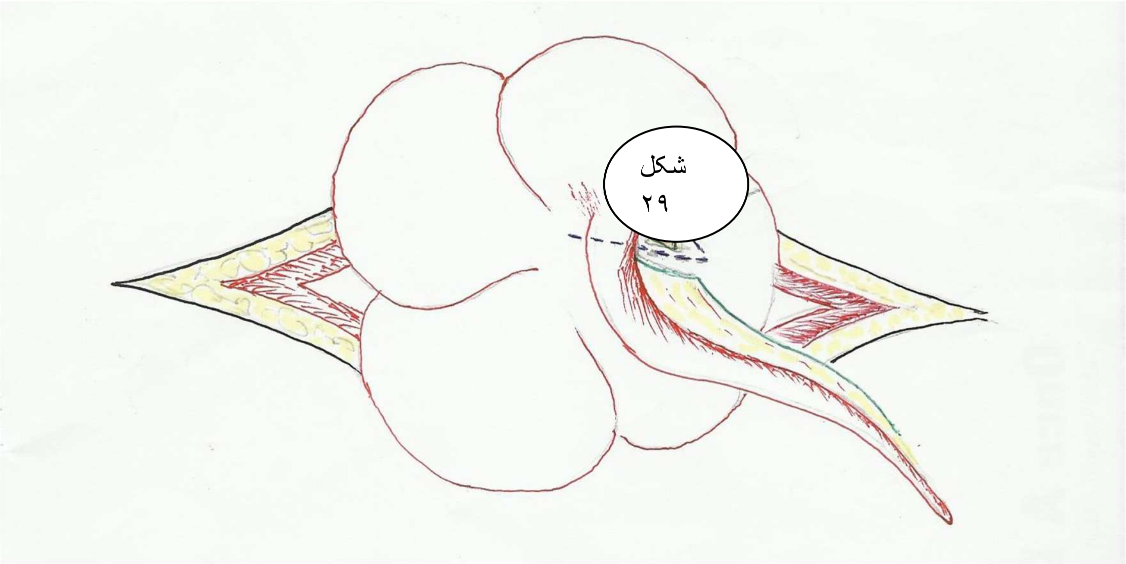
- په هر صورت کی د اپنډیکس میزو او اوعیه د سلک یا کاپرون په تارسره ټینګ تړل کیږی څو په مطمئینه توګه د وینتوئیز دخطرڅخه مخنیوی سووی وي.

-

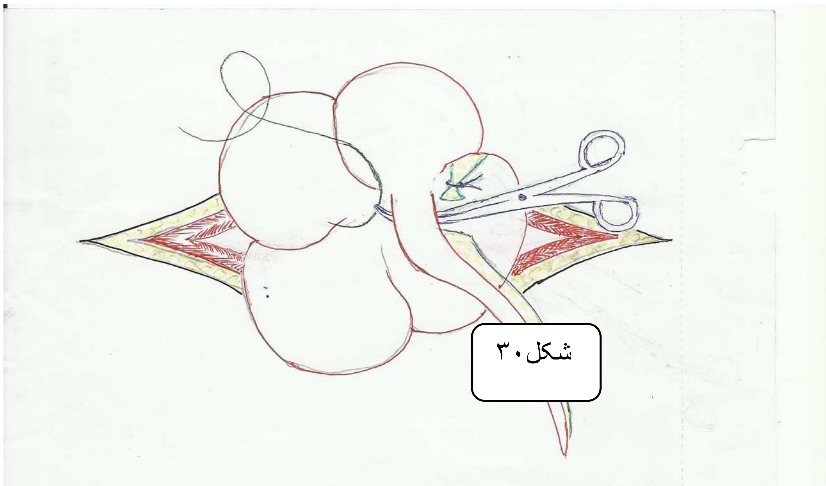


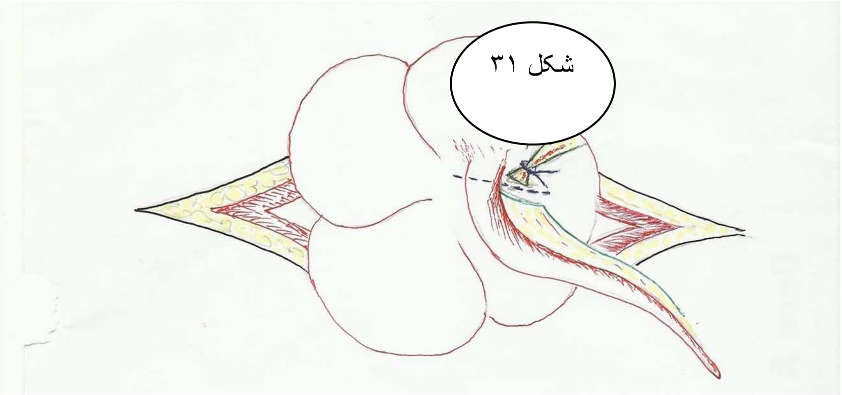
شکل
۲۸

-

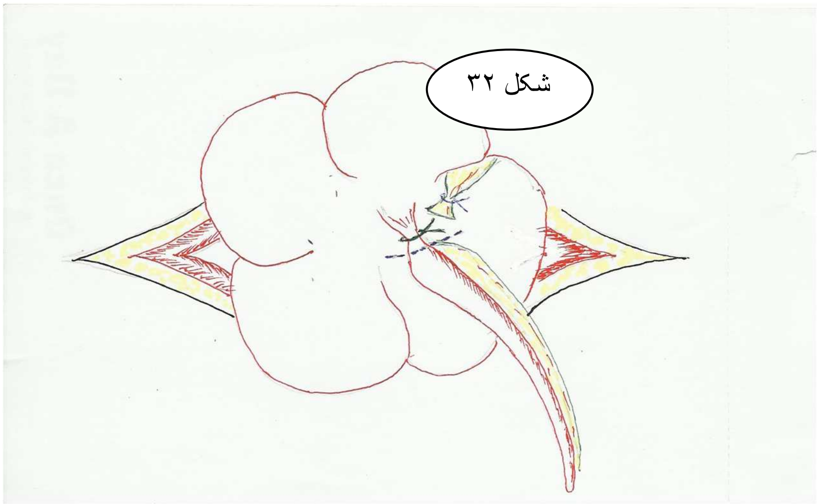


ـ ترديـنـه وروسـتـه دآپـنـډيـکس قـاعـده سـيکـوم تـه نـژدې د ډبـل کـاتـګـوتـی تـار پـه واسـطـه سـره تـړل کيږي.(شکل ۳۰،۳۱)



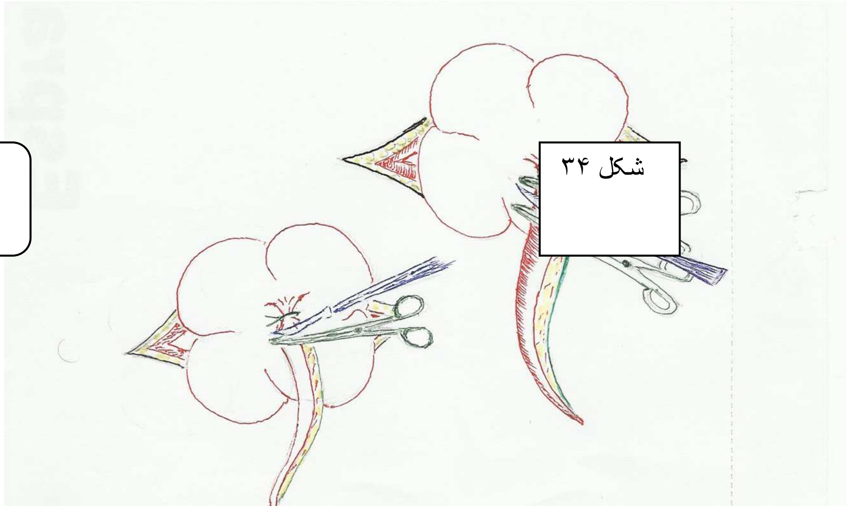


شكل ٣١

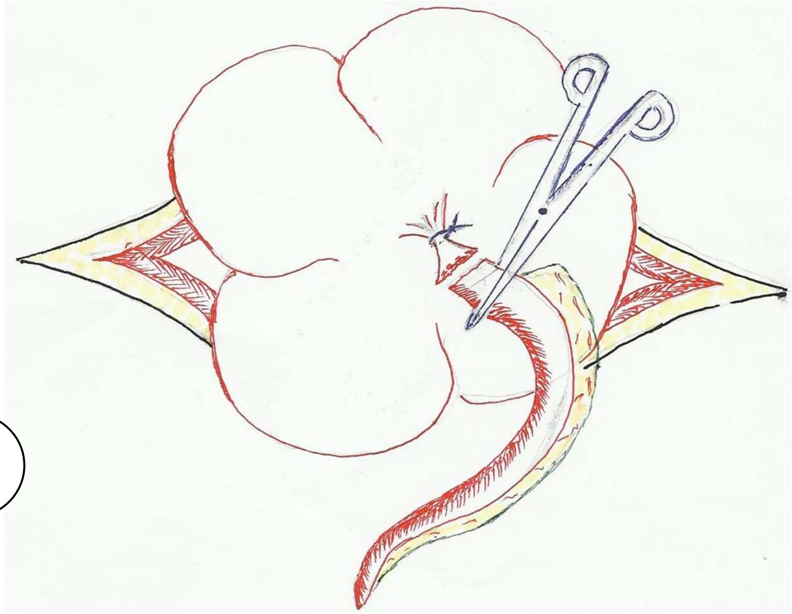


شكل ٣٢

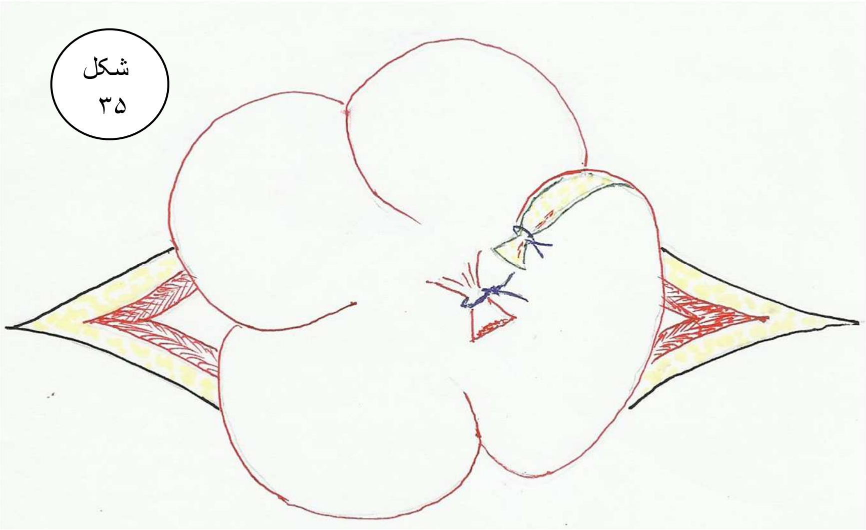
شکل ۳۳



شکل ۳۴



شکل ۳۴



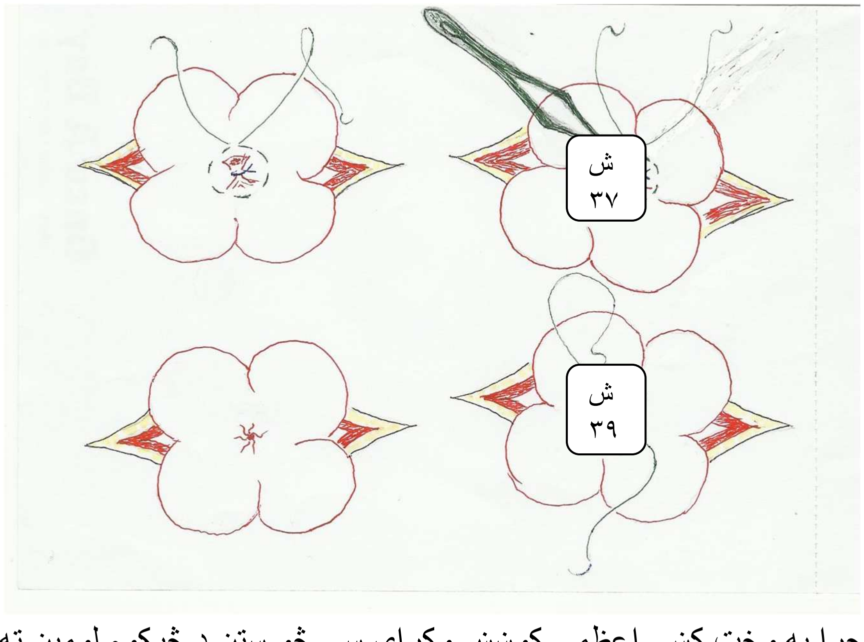
-

-

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

-

ش
۳۶



ش
۳۸

-

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

تأسس سبب ګرځی.له دی کبله د ستنی حرکت د کولمی په جدار کښی باید سطحی او د سترګو د کنترول لاندی وی.

- خياطه بايد د نری کاپرون یا سیلک په واسطه اجرا سی.
- د کیسۍت یا دایروی خیاطی د اجرانه وروسته د اپنډیکس پر قاعده باندی د کاتګوتی تار دیستال لور ته د نیم سانتی متر (0,5cm) په فاصله پانس اینودل کیږی او د پانس د غاښو پر سطح باندی په مماسی شکل اپنډیکس غوځیږی (شکل ۳۳،۳۴،۳۵) او د آپنډیکس مقطع د ټینچر یود پواسطه تطهیر کړل سی.
- بعداً اسیستانت د اپنډیکس مقطع د پانسیت په واسطه سره نیسی ، جراح د کیست دایروی خیاطه په تدریجی ډول سره کشوی اواسیستانت د آپنډیکس قاعده پهدقیقه توګه د خیاطی په مینځ کښی غرصوی او خیاطه تړل کیږی (شکل۳۸،۳۷،۳۶).
- پسله دی ټول جراحی سامانونه چی پدی مرحله کښی استعمال سوی وه تبدیلیږی.
- وروسته د کیست د خیاطی د لا ټینګولو په خاطر د چیکوم جدار باندی بله Z ډوله خیاطه اینودل کیږی چی په هغه کښی د قطع سوی میزواپنډیکس قاعده او اوعیه هم پټیږی چی په دی توګه د یوی خوا هموستاز تقویه کیږی او له بله پلوه د سیکوم دیسیٖروزی سوی برخه diserosal په خیاطه کښی ډوبیږی (شکل ۳۹).
- وروسته په بطن کښی مخکینی اینودل سوی لانګیت دنس دجوف څخه بیرته رابهراو هیموستاز کنترولیږی.
- دهیموستازد کنترول لپاره به ښه داوي چه د آپنډیکس دغرص سوی قاعدی سره د یوی یا دوو دقیقو لپاره موقتاً یو ګاز کښیښول سی، چی د وینتوئیز په صورت کښی به لوند او په وینو سور وی.

- د سیکوم ناحیه باید د تامپون پواسطه سره وچه سی، همدارنګه د عملیات په پای کښی باید تامپون د اوږد پانس په واسطه سره د حوصلی لور ته یووړه سی او دا ناحیه وچه، پاکه اوکنترول کړه سی.

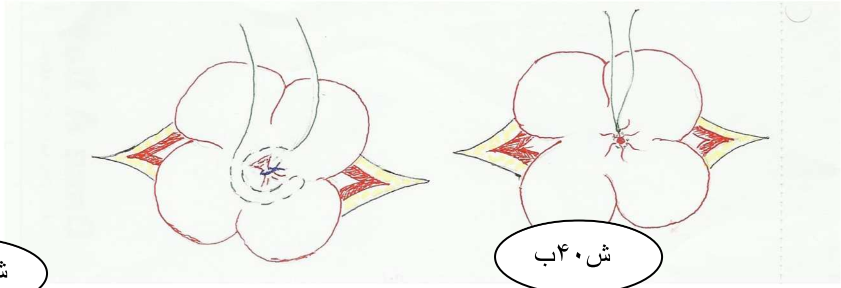
- باید وویل سی چی ځنی مولفین د اپنډیکس د قاعدی ددی ډول غرصولو سره په دې دلیل چی په بعضی واقعاتو کښی د اپنډیکس د قاعدی په چاپیرن جوف (ګوګ) کښی د ابسی دودي دکبله د وخیمو اختلاطاتو سبب کیږي، مخالفت ښکاره کوي. ددی کبله بعضی جراحان ددغه جوف د تشکل د مخنیوی په موخه د ځینو نورو تکتیکو څخه استفاده کوی.

د مثال په توګه Lexer په 1910 کال کښی د ځیکوم په جدار کښی د جوف اوابسیس د نه تشکل په خاطر پر سیکوم باندی طولانی خیاطه توصیه کوی، چی په نتیجه کښي ئې د اپنډیکس قاعده بیله

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

Zee ligue ددی مقصد په غرض توصیه کوی چی د اپنډیکس قاعده باید د ترنی او غوڅونی څخه وروسته د څیکوم په جدار کښی هیڅ ډوبه او پیریتونیزه نه کړل سی. مګر وروستنی تجاربو داسی وښوول چی دا ډول تکتیک بعضاً د پیریتونیت د ودی زمینه مساعدوی.

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



ش۴۰الف

ش۴۰ب

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

د تار دځوکو په کشولو سره د اپنډیکس قاعده دسیکوم په جدارکي غرصه او بیا غوټه یا ګنډه کیږی. دا ډول خیاطه د دایروی کیسیت په انډول یو سلسله ښه والی لري:

1. د کیسیت دواړه قوسی خیاطی د ښی نه چپ لور ته اجرا کیږی چی د جراح لپاره سهولت پیښنوی.
2. د قاعدی ډوبونه او د ګنډی ټړنه د یوه نفر له خوا څخه اجرا کیدلای سی.
3. پدی ډول خیاطه کښی د چیکوم د جدار دواړی سطحی صمیمی تماس موندی چی د خالی کوګل د تشکل څخه مخنیوی کوی.
4. پدا ډول خیاطه کی داضافی Z- ډوله خیاطی چی دکیسیت دټینګښت په مقصد اجرا کیږی، ضرورت نه احساسیږی.

موږ په خپل پراکتیک کښی خصوصآ په آخرو کلو کښی زیاتره له همدغه تکتیک څخه چی د اپنډیکس د قاعدی ښه هیرمیتزم تامینوی، استفاده کول.

د بطن د کنترول نه وروسته او د پوره هیموستاز د اطمنان په صورت کښی د عملیاتی ټپ انساج طبقه په طبقه ګنډل کیږی. ددی هدف په غرض پیریتوان چی مخکی د ګازاتو سره تثبیت سوی وو د ګازاتو څخه آزاد او د پانسو په ذریعه سره په څو ځایه کښی نیول کیږي اوپه همدې حالت کي د ګنډنی لپاره تیاریږی.

پیریتوان په دوه ډوله ګنډل کیږی:

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

- پسلهدی د نس د جدار د مستعرضی او منحرفي داخلی عضلاتو په شق سوو څنډوباندی ۲-۳ کاتګوتی کوکونه اجرا کیږی. مګر ګنډه باید ډیر کش نه سی ځکه چی د عضلاتو پر کنار باندی د اختناق او اضافی فشار تولید د عضلاتو د نکروز او د بعدی ګزک یا تقیح سبب ګرځی.

- د خارجي منحرفی عضلی صفاق د څو مجردو سیلکی کوکو پواسطه سره ګنډل کیږی او وروسته جلدی خیاطی لګول کیږی.

- که چیری د جلد شحمی طبقه ډیره ضخیمه وی د جلدی خیاطوترمخه پر هغه باندی ۳-۴ کاتګوتی خیاطی ایښودل کیږی څو پدی طبقه کښی د جوفو د تشکل مخنیوی سوی وی اود عملیات وروسته په دی طبقه کښی د وینواو افرازاتو د تجمع او د انتان د ودی او تکثر زمینه را مینځ ته نسی. خالی به د ګټی نه وی چی پداسی واقعاتو کښی د بطن د جدار شحمی طبقه د لاس پټی یا دستکښ د ټوټی یاترادې پواسطه د ټپ د لاندنی کونج د لاری ډریناژ کړه سی.

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

- باید وویل سی چی اپنډیکس تقریباً په ۵۰٪ په سل واقعاتو کښی د نس په جوف کښی آزاد واقع نه، بلکي په محدودسوي شکل د فبرینی یا فبرینوز د التصاقاتو او پردو په واسطه د بطن د مختلفو احشاولکه لوی ثرب، نری امعا، خلفی جداری پیریتوان او یا سیکوم سره نښتی وی. په داسی واقعاتو کښی څیکوم په آسانی د بطن څخه نه راوزی او یا د سیکوم د راایستلو وروسته اپنډیکس د بطن په جوف کښی نښتی پاتی وی. په دی صورت کښی د اپنډیکس موقیعیت د شهادت د ګوتی په واسطه سره تثبیت او په ډیر دقت او د ګوتی په محتاطانه حرکاتو سره د اپنډیکس تازه او سست التصاقات جلا کیږی څو د اپنډیکس او نورو داخلی احشاوو د چاودنی سبب ونه ګرځی.

- په هغه واقعاتو کښی چی اپنډیکس د سختو التصاقاتو په واسطه د بطنی احشاوو سره نښتی او جلاکول ئی د خطر سره مواجه وی د ریتروګراد د میتود څخه استفاده کیږی. لومړی سیکوم جرحی ته راایستل کیږی، وروسته د اپنډیکس قاعده د سیکوم د درو تینیاوو(فیتو) د اتصال په نقطه کی پلټل او پیدا کیږی. د اپنډیکس د قاعدی سره میزواپنډیکس د دیسیکتور په واسطه تسلیخ او سوری کیږی او نری ګازی لانګیت ترینه تیریږی . که چیری د اپنډیکس د قاعدی التهابی تغیرات بارزنه او د اپنډیکس جدار سخت او ماتیدونکی نه وی، ښه ګنل کیږی چی د هغه قاعده د ګردی یا هموروئیدال پانس (Loer’s pans) پواسطه سره ونیول سی چی دا عمل د قاعدی په تسلیخکښی مرسته کوی. وروسته د سوری نه د تیر سوی لانګیت په پورته کشولو سره اپنډیکس و جرحی ته رانژدی کیږی او په دې صورت کښې د اپنډیکس التصاقات د مجاوروانساجو سره دسترګو د لید ترمستقیم کنترول لاندی تسلیخیږی. وروسته په پورتنی شکل سره دوهم لانګیت د اپنډیکس تر میزولاندی تیریږی چی د هغه په

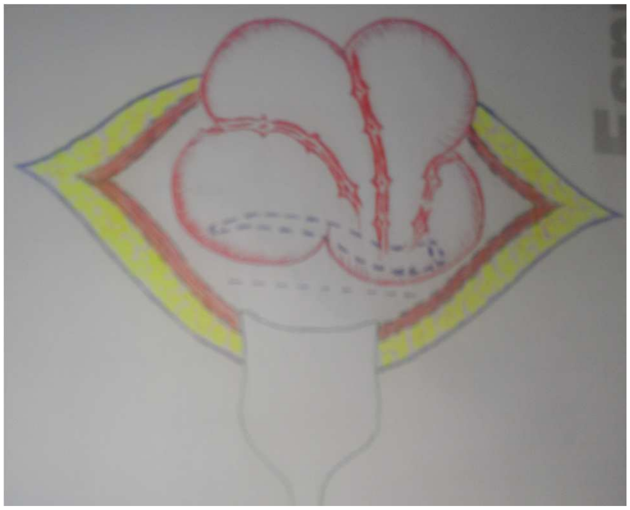
راکشولو سره نور هم د اپنډیکس د آزادیدو او تسلیخ زمینه مساعدیږی. په دغه ډول سره د پورتنیو تدابیرو په تکرار سره د اپنډیکس ټولی برخی د قاعدی نه ترڅوکی پوری په تدریجی ډول آزادیږی.

د اپنډیکس د ټولو قسمتو د آزادیدو وروسته د اپنډیکټومی د عملیات بعدنی جریان د انتی گراد یا تیپیک اپنډیکټومی په څیر اجراکیږی.

د ریتروڅیکال اپنډیوکټومی میتود:

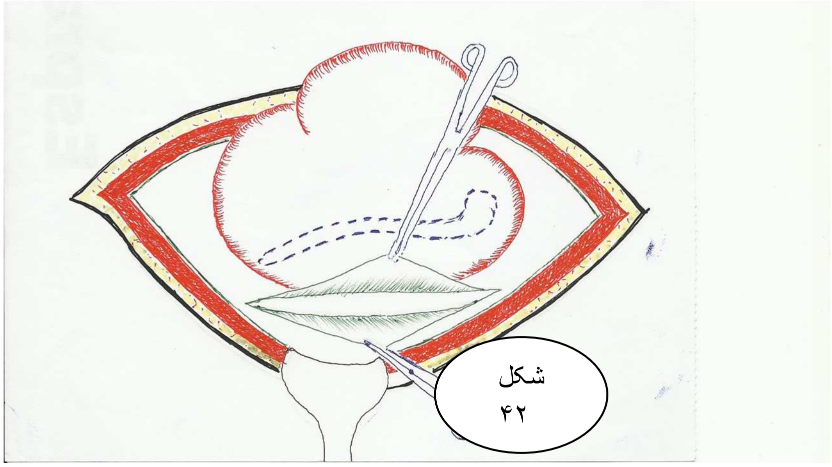
دا ډول اپنـډیکټومی معمـولاً پـه هغـه واقعـاتو کښـی چـی اپنـډیکس ریتروسـیکال retrocecal او ریتروپیریتونیالretroperitonial موقیعیت ولری، اجراکیږی.

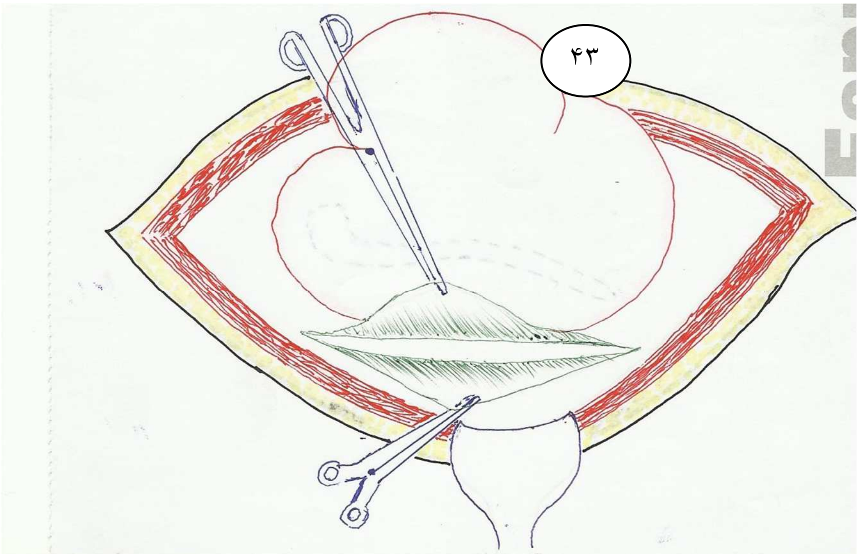
- ددی موخی لپاره لومړی سیکوم اونسی لورته ټیله او بیول کیږی، څودسیکوم خارجي اړخ دهغه سره اړوند جداری پیریتوان د لید اومداخلې دپاره آزادکړسي.
- د شق خارجی څنډه و بهرنی لور ته د ایکاتور پواسطه سره په اعظمی توگه کشیږی څو د بطن بنی فلانک لوڅ کړ سی.
- وروسته د سیکوم خارجی څنگ ته موازي د حشیوي اوجداري پیریتوان د عبوری خط پر امتداد جداری پیریتوان د پانس پواسطه سره راپورته او دجرحې لور ته را کشیږی.
- په نوموړی ناحیه کښی د څیکوم وخارجی کنارته پرجداری پیریتوان باندی یوموازی شق اجرا کیږی (شکل ۴۱).

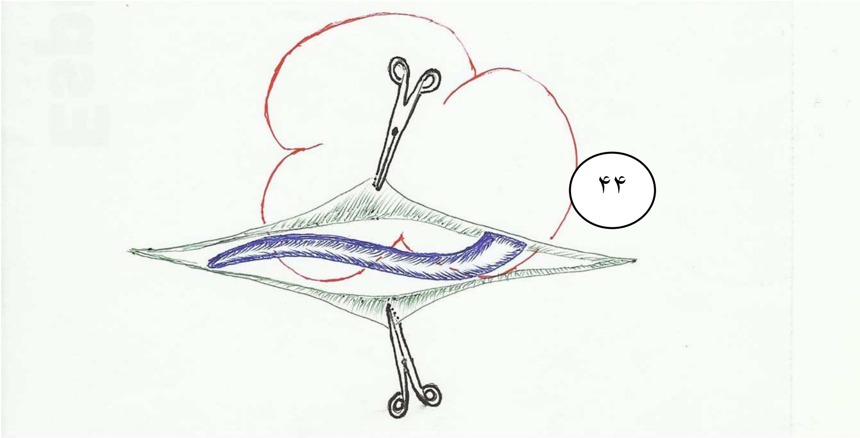


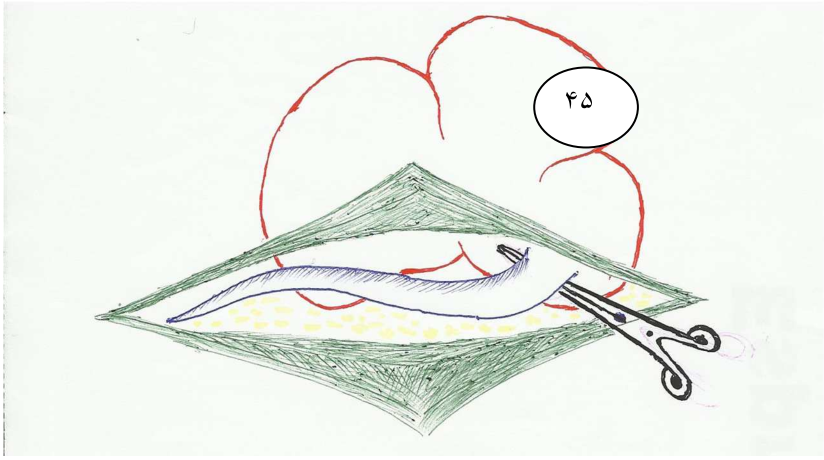
شکل۴۱

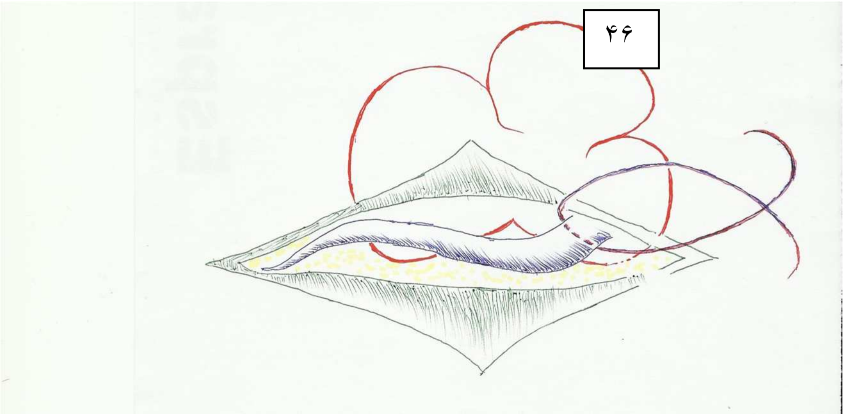
- وروسته باید چیکوم لوړ او میډیال لورته کش کړ سی چی د هغی په تعقیب د سیکوم پر شاتنی جدار نښتی اپنډیکس د جرحی لور ته راوزی او په دی ډول د سیکوم شاتنی جدار او تر هغه لاندی اپنډیکس کاملاً د مداخلی لپاره آماده کیږی (شکل ۴۲) . باید وویل سی چی د پیریتوان د شق اندازه باید په کافی اندازه سره وی څو د چیکوم پوره تحرک تامین کړای سی. داپینډیکتومي بعدي بهیر د۴۳- ۵۵ شکلونو كي په شيماتيک ډول ښودلسوی‌دی.

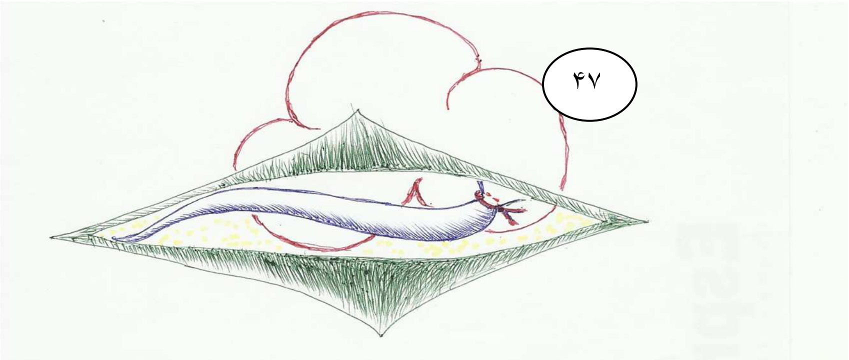


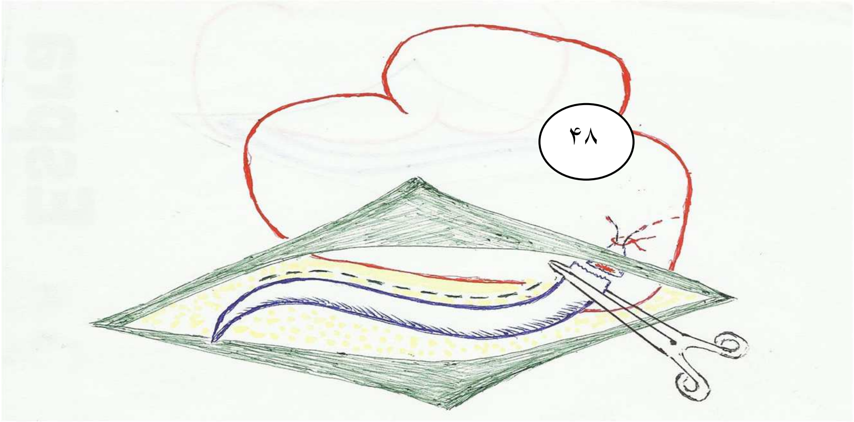


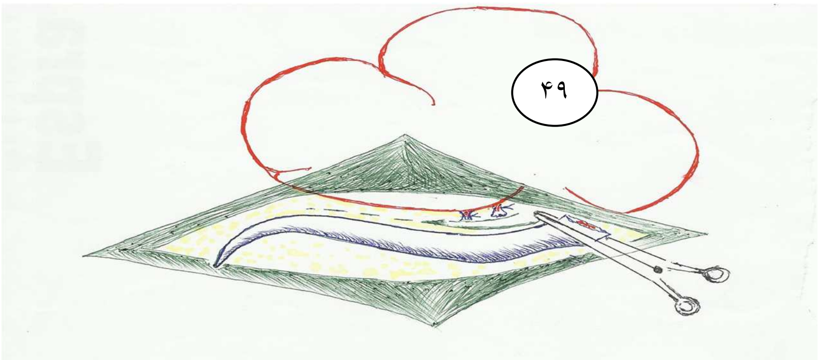

۴۴

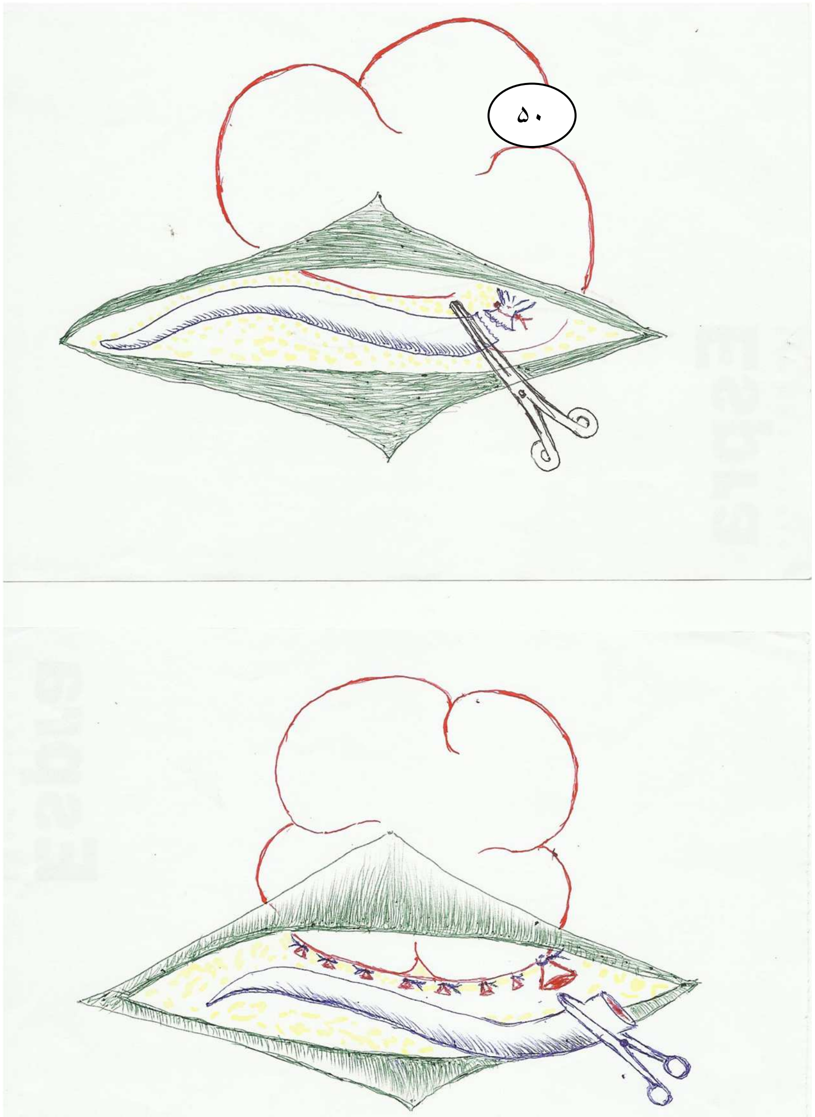

۴۵

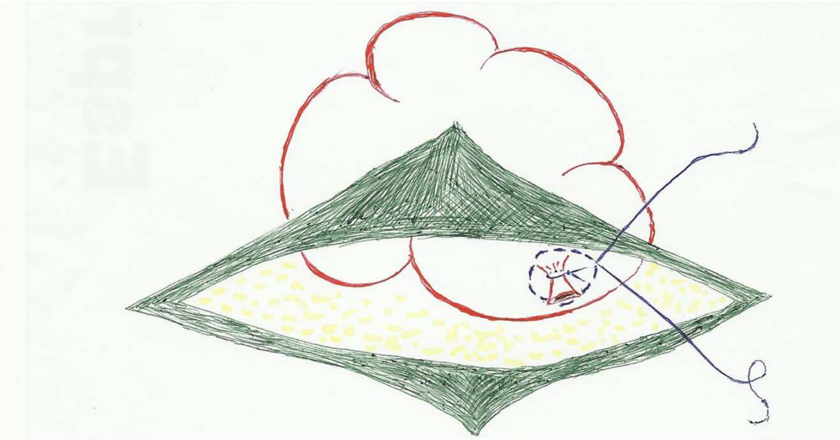

۴۶

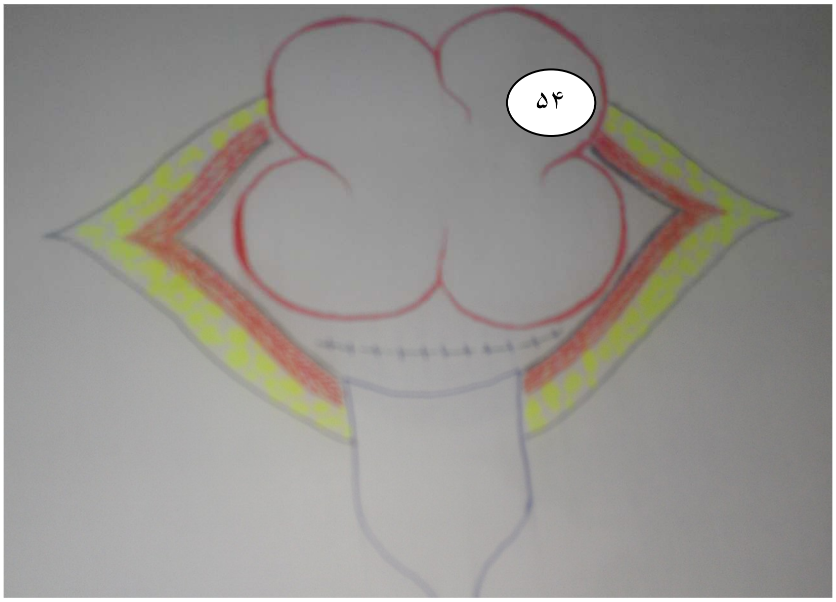

۴۷


۴۸


۴۹


٥٠





2 - **د ریتروګراد اپنډیکتومی طریقه:**

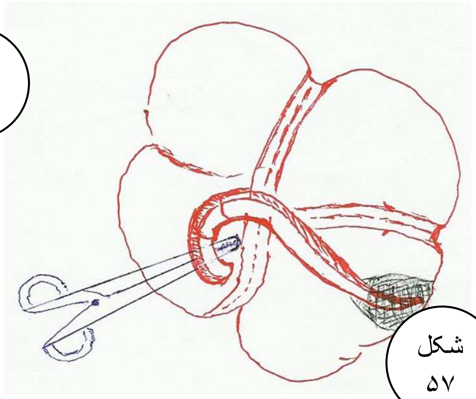
ریتروګراد اپنډیکتومی په هغه واقعاتو کښی چی اپنډیکس د بطن د شاتنی جدار سره ټینګ نښتی وی او د سیکوم د آزادونی تسلیخ او راایستنی امکان موجود نه وی اجرا کیږی.

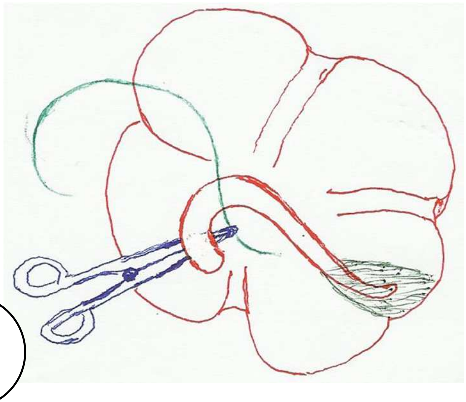
- په دی صورت کښی د سیکوم تحرک او راایستنه یوازی د اپنډیکس د غوڅون وروسته ممکنیدلای سی.
- ددی مقصد پخاطر باید لومړی د اپنډیکس قاعده چی د تینیاوو یا کولونی فیتو د اتصال په نقطه کښی واقع وی پیدا او د میزواپنډیکس په سوری کولو سره تر هغه یو پنډ کاتګوتی تار تیراو د اپنډیکس قاعده په تړل کیږی (شکل ۵۵-۵۷).
- د کاتګوت محیطی یا دیستال لورته تقریبأد ۵- میلی میترو په اندازه داپنډیکس قاعده د پانس پواسطه نیول کیږی (شکل ۵۸-۵۹) او پانس ته موازی او مماس پر هغه باندی دجراحي چاقو یا سکالپیل په ذریعه سره غوڅیږی (شکل ۶۰-۶۱)
- ددی عملیي نه وروسته دسیکوم تحرک زیاتیږي او د هغه په پورته بیولو سره د اپنډیکس دیستال قسمت او د هغه میزو د تفتیش او مداخلی لپاره آزادیږی.
- پسله دی داپنډیکس د قاعدی مقطع د کاتګوت دتار یا تثبیت شوی پانس په ذریعه په کش سره نیول کیږی او د یوی خوا د نس د شاتنی جدار د انساجو او دبلی خوا د سیکوم د خلفی جدار څخه داپنډیکس میزوپه تدریجی ډول سره جلا کیږی. په دی ډول د دیسیکتور په واسطه د میزواپنډیکس

معین قسمت د سیکوم څخه جلا او د پانسو پواسطه نیول کیږی چی وروسته هر تسلیخ سوی قسمت د تار پواسطه ټینګ تړل کیږی.
دا اساسی شرط د خاصی توجه وړ دی ځکه چه د اپنډیکس اساسی شریان په همدې ساحه کښي عبور مومی .

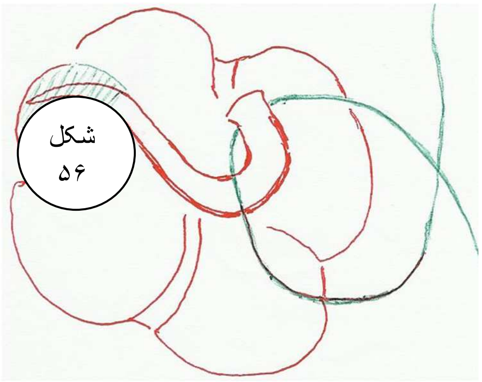
- صرف هغه وخت چی سیکوم په لازمه او کافی اندازه آزاد کړسی، د اپنډیکس د قاعدی په چا پیریال کښی پر سیکوم باندی د کیسیت (دائیروی) یا S- ډوله خیاطه اجرا او داپنډیکس قاعده پکښی ډوبیږي. علاوتاً د لزوم په صورت کښی د Z- خیاطه هم اجرا کیږي.
- وروسته د اپنډیکس د ټولو برخو تسلیخ ته ادامه ورکول کیږی څو ټول اپنډیکس آزاد او وایستل سی. باید وویل سی چی د اپنډیکس د تسلیخ په جریان کښی پانس یا کاتګوتی خیاطه د ډیر سخت او شدید کشش څخه ډډه وشي، څوخیاطه یاپانس داپیندکس دجدار دتخریب سبب ونه ګرزي.

شکل ۵۵

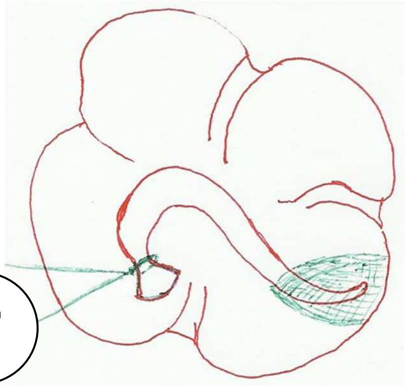




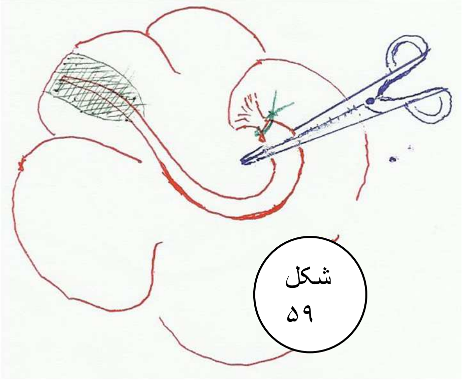
شکل ۵۷



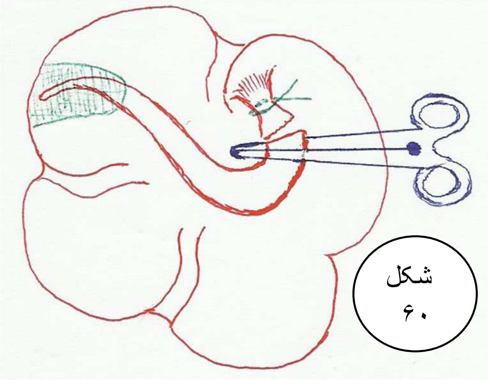
شکل ۵۶



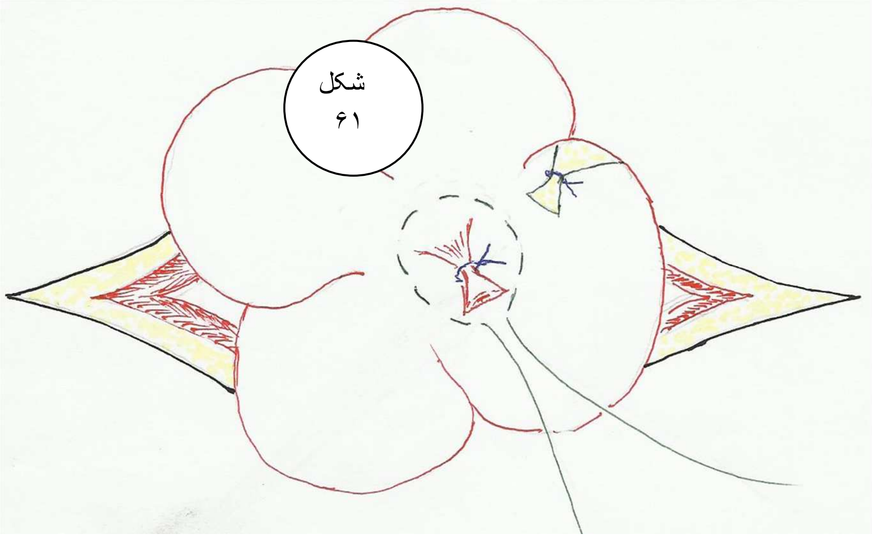
شکل ۵۸



شکل
۵۹



شکل
۶۰



شکل
۶۱

د اپیدیکتومي دتکمیل نه وروسته لومړی بایدپه بطن کښی وینتوئیز په دقیقه توګه سره کنترول کړل شی او صرف پسله هغه د بطن جدار لکه چی پورته وویل سول طبقه په طبقه ګنډل کیږی.

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

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

باید وویل سی چی نوموړی شق اکثرآ د اپنډیکتومی لپاره کافی مداخلوی ساحه تامینوی مګر بعضآ د اپنډیکس د اتیپیک موقیعیت په صورت کښی چی اپنډیکس ډیر لوړ کښته او یا اونسی لورته واقع وی نوموړی شق کافی نه ګڼل کیږی، ځکه په داسی واقعاتو کښی باید د نس د جدار منحرف شق و لاندی یا پاس لور ته وسیع کړ سی. ددی قاعدی نه انحراف او سر لغړونه او د محدود او واړه شق د لیاری د آتیپیک ډول اپنډیکس ایستنه اکثرآ د اختلاطاتو د پیدایښت سبب ګرزی.

د پاراریکتال شق: Lenander’s incision

دا ډول مداخله چه په ۱۸۸۸ میلادي کال کي د لینانډر (lenander) دلوري وړاندي شوې ده دنس د ښی مستقیمی عضلیrectus abdominis dexter musculsu

دبهرني کنار اونسی لورته نه د ۰،۵ - ۱ سانتیمیترپه فاصله اود ۶- ۸ سانتیمیتروپه طول عمودی شق په کولو سره چه لاندنی نقطه ئې د بی ایلیاک پرخط (linia biiliaca) توافق مومی اجرا کیږی. د جلد او تحت الجلدی طبقاتو د شق وروسته د مستقیمی عضلی د شیت پر مخکنی جدار څیرنه اجرا کیږی. د عضلی بهرنی څنډه په پڅ شکل سره تسلیخ او داخلی لورته د پارابیف د ایکاتور پواسطه سره کشیږی چی په دی ډول د عضلی د شیت خلفی جدار ظاهریږی (شکل ۳۶). بیا په همدا ډول د شیت پر شاتنی جدار باندی عمودی شق اجرا، پیریتوان کشف او د هغه په څیرنه سره لاپراتومی اجرا کیږی. باید وویل سی چی د مستقیمی عضلی د خلفی جدار د څیرنی په ترڅ کښی باید په ناحیه کښی د تیرشوو اعصابوnervus iliohypogastricus, nervi intercostalis XI,XII

د تردید او غوڅیدو څخه ډډه وسي، ځکه د نوموړو اعصابوغوڅونه د مستقیمی عضلی د تعصیب دتشوشاتو او پاریز paresis سبب کیږی چی د عملیات نه وروسته د فتقونو post operative hernia د تشکل زمینه مساعدوي. د اعصابو سره موازی او که چیری شق په لاندنی حصو کښی اجرا سوی وی بعضآ هم لاندنی هایپوګاستریک شریان arteria epigastrica inferior باید لیګاتور (غوټه) کړل سي. د پیریتوان د شق نه وروسته د اپنډیکتومی بعدنی جریان د هغه سره چی د .Mc Bourney د شق په برخه کښی ذکر سو خاص تفاوت نلری. د عملیات په ختم کښی لومړی پیریتوان د کت ګوت په ذریعه خیاطه، بیا د مستقیمی عضلی د شیټ خلفی او قدامی جدارونه په ترتیب سره ګنډل کیږی او عضله پر خپل ځای قرار نیسی.

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

داپیندکس دلوژدتامپون استطبابات:

په وروستیو کلونوکښي دنس دجوف دتامپوناد استطبابات د هغو خطرناکو اختلاطاتودتآسس د کبله چه دتامپون تطبیق دوجهي را پیداکیږي، ډیرمحدود شویدي. دمثال په توګه د التصاقي مرض کچه په بطن کي دتامپون دتطبیق په صورت

کي دتامپون دنه تطبیق په پرتله څو ځليز لوړه تثبیت شویده.

حاداپیندیسیت چه دبطني عاجلي جراحي دواقعاتو اکثریت تشکیلوي هم بیله کومي استثنا ددې اصل تابع ګڼل کیږي.

ددې اصل په نظرلرون سره تامپوناد داپیندیکومي په صورت

کی ځانته مشخص استطبابات لري :

۱- دانتاني محراق اوسرچینې ناکامله ایستل (داپیندکس په ساحه کي داپیندکس دڅوکي یا کومي بلي برخي اونکروتیکو انساجو پاته کیدنه).

۲- داپیندیکس په لوژکي د دیفوزکاپیلیر وینتویون په صورت کي، دوینتویون دتوقف دپاره.

۳- داپیندیکولیر نوډنډ دخلاصیدو په صورت کي کله چه داپیندکس ایستل (اپیندیکتومي) ناممکنه وي.

۴- دڅیکوم دپرمختللي التهاب اوارتشاحی سختوالی په صورت کښي چه داپیندکس دقاعدې غرص د لیکیژاو د فیستول دتآسس دخطرسره مواجه وي.

تامپون معمولاً ددرېناژسره یوځای دکونتراایپرتوردلاري

دنس دجدارنه بهر ته ایستل کیږي.

پوست اوپیراتیف پیریود:

داپینـدیکتومی وروسـته دمـریض تـداوي عمـدتآ دانیسـتیزیاپه نوعیـت اوپـه اپینـدیکس کښـي پـه مونـدل سووتغیراتوباندي اړه لري.

- دموضعي انیستیزیا په صورت کي ناروغانوته په بستر کي نیمه ناست وضعیت ورکول کیږي، چه ددرد دتحمل په حدود کي ناروغان په بسترکي دفعالوحرکاتواجازه تر لاسه کوي.

- ددرد په صورت کښي د درد دشدت مطابق اوپیوئید

paracetamol, metamizol یاغیراوپیئیـد pantapon, promedol tramal, depidurol, مسکنات دوریدي زرقیاتو یا انفوزیون په شکل توصیه کیږي.

- دشپې دخوا مریض ته دپلان مطابق اویا دضرورت

په اساس د یادسوو انلجزیکونو تجویز.

- دکاترال یا ساده اپیندیسایتیس په حالت کي دعملیات په سبا د ولاړي او حرکت اجازه ورکول کیږي.

- دمریض غذائي رژیم په تدریج سره توسعه مومي.

- دعملیات په ورځ دمایعاتودچښک تجویز(اوبه، چای).

- دعملیات په سبا بیسکیټ، یخني، فیریني او نیمخامه هګۍ توصیه کیږي.

- دعملیات په دریمه ورځ په غذا کي کوچي، کیک او دسابوښوروا زیاتیږي.

- په څلورمه ورځ مستې، پنیراویخنی کوفته تجویز او

په بعدنیوورځو کی عادی خورک بیرته شروع کیږي.

- دعملیاتي ټپ کوکونه په نه اختلاطي واقعاتوکي د عملیات پر ۷ - ۸ ورځ اخیستل کیږي.

- په غیراختلاطي واقعاتوکی ناروغ دهغه د کورنی خدماتی شرایطوسره سم دعملیات پر ۶- ۸ ورځ خارجیږي.

- د دیستروکتیف یاورانجن اپیندیسایتیس په صورت کي

دمریض حرکي رژیم دناروغ دعمومي وضعي او موضعی نښو پراساس (دقناعت وړعمومي حالت، دحرارت نورمله درجه، نورمال پیریستاتیک اودجرحي

نه التهاب) تنظیم اومعمولاً دوې یا درې ورځی بعد د ولاړې او ګرزیدني اجازه ورکول کیږي.

- غذائي رژیم دکولمود کامل پیریستالتیزم داعادې په صورتکي په پورته ذکر شوي تدریجي ډول سره پیل کیږي.

- ددیستروکتیف اپیندیسیت په صورت کي چه انتاني وتیره داپیندکس دتخریب یا ورانتیا په نتیجه کي دجدار ځخه بهرته منتشراودموضعي پیریتونیت سبب سوی

وي د حرارت اولابراتوري تغیراتوترنورمالیدوپوري انتیبیوتیک تیراپي لومړی دپارینتیرال اووروسته بیا د خولې دلاري مجموعاً د ۵- ۷ ورځو په موده کښي

لازم ګڼل کیږي.

- دعملیات په جریان کي په منتنه ناحیه کي د مکرو ایرګاتور دتطبیق په صورت کي دکاتیتر دلاري د انتیبیوتیکوموضعی اپلیکیشین دانتیبیوتیک د فارماکو دینامیک خواصوپراساس طرح سوی پلان دمخي د

۲-۳ ورځو په لړ کي صورت نیسي.

- په اپیندیکولیر ساحه کي دتامپون داینووني په صورت کی بایدلاندنی قواعد په نظر کی ونیول سي:

- دجرحي پانسمان اوکنترول هره ورځ اجراکیږي.

- دهیموستاز په موخه ایښوول سوس تامپون ۴۸ساعتهبعد ایستل کیږي.

- داپیندیکس دڅوټي اوانتان دسرچینې دکامل نه ایستلوپه صورتکي تامپون دمریض دوضعي سره مطابق په ۶-۸ ورځو کی ایستل کېږي.

- په نوروواقعاتو کی تامپون دعملیات پر۴-۵ ورځ خارجیږي.

داپیندکس دلوژدتامپون استطبابات:

په وروستیو کلونوکښي دنس دجوف دتامپوناد استطبابات د هغو خطرناکو اختلاطاتودتآسس د کبله چه دتامپون تطبیق دوجهي را پیداکیږي، ډیرمحدود شویدي. دمثال په توگه د التصاقي مرض کچه په بطن کي دتامپون دتطبیق په صورت

کي دتامپون دنه تطبیق په پرتله څو ځلیز لوړه تثبیت شویده.

حاداپیندیسیت چه دبطني عاجلي جراحي دواقعاتو اکثریت تشکیلوي هم بیله کومي استثنا ددې اصل تابع ګڼل کیږي.ددې اصل په نظرلرون سره تامپوناد داپیندیکومي په صورت کی ځانته مشخص استطبابات لري :

۱- دانتاني محراق اوسرچینې ناکامله ایستل (داپیندکس په ساحه کي داپیندکس دڅوکي یا کومي بلي برخي اونکروتیکو انساجو پاته کیدنه).

۲- داپیندیکس په لوژکي د دیفوزکاپیلیر وینتویون په صورت کي، دوینتویون دتوقف دپاره.

۳- داپیندیکولیر نوډند دخلاصیدو په صورت کي کله چه داپیندکس ایستل (اپیندیکتومي) ناممکنه وي.

۴- دڅیکوم دپرمختللي التهاب اوارتشاحی سختوالی په صورت کښي چه داپیندکس دقاعدې غرص د لیکیژاو د فیستول دتآسس دخطرسره مواجه وي. تامپون معمولاً ددریناژسره یوځای دکونترااپیرتورد

لاریدنس دجدارنه بهر ته ایستل کیږي.

Conclusion:

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

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

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

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

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

یوولسم فصـل

د حاد آپنډیسیټ اختلاطات

Complications of acute appendicitis

که څه هم د ځینو ډاکټرانو خصوصاً ځوانو جراحانو په نظر حاد آپنډیسـایټس یوه ډیره ساده او آسانه پتالوژی ګڼل کیږی، خود بده مرغه دا وتیره بعضاً د ناوخته مراجعی، تشخیصی، تکتیکی او تخنیکی اشتباهاتو د امله د ډیروخطرناکو اختلاطاتو د تاءسس سبب ګرځي، چی تشخیص اوتداوی ئی په خپل وارسره لوی او مغلق پرابلمونه اجادوی او حتی بعضاً هم د ناروغ د مرګ لامل تشکیلوی. ددی ناروغی اختلاطات اکثراً په لاندی ډول وی:

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

۱- اپنډیکولیر انفلترات

Appendiculiar mass or appendicial infeltrate

appendiculiar mass یا پلسترون داپینډیکس پرشاوخواباندي دهغه کتلي یا حشیوی او غړینیز کانګلومیرات څخه عبارت دی چی په هغه کي مجاور احشا (معمولاً ثرب اوامعا) د فلیګمونوز اپنډیسایټس په چاپیریال کښید انتاني محراق دمحدودیت په موخه داحاطوي دیوال په څیرسره راټول اود فیبرینی التصاقاتو پواسطه سره نښتي وي، چه په دې ډول سره انفیلترات د یوه دفاعي میکانیزم په حیث دبدن دعمومي دفاعي سیستم په چوکاټ کي خپل موضعی محافظوي رول لوبوي.

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

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

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

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

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

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

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

- په وینه کښی په اعتدالی اندازه لیوکوسایتوز او د لوکوسیتار فرمول کیڼ لوریزه تغیرات مینځته راځي.

- دمرض دتشخیص اوتفریقی تشخیص دپاره دبطن اولتراسوند ultrasound اوخصوصاً CT-scan معاینات ډیرمهم مرستندویه رول لوبولای سي.

انفلترات د خپل کلینیکی سیر په لحاظ دوی مرحلی لري چی هره یوه یی ځانته کلینیکی او درملیزي ځانګړتیاوی لري:

١ – د پاسته یا مړاوی انفلترات مرحله Soft stage appendicular mass

٢ – د کلک یا سخت انفلترات مرحله Hard stage of appendicular mass

اوس به ددې مراحلوکلینیکي خصوصیات هریوپه مفصله توګه سره شرح کړل سي.

الف - مړاوی یا پوست انفلترات : Soft appendicular mass

نرم یاپوستانفیلترات د اپنډیکولیر انفلترات لومړی مرحله ده چي د درو ورځو نه تر یوی اونی پوری دوام کوي. په دی مرحله کښی د ناروغ تبه د اپنډیسیت د لومړیو ورځو په مقایسه کښته اود سوب فبریل په حدود کښی وی. عمومی وضع نسبتاً ښه، مستقل دردونه او ډیسپیپتیک یا هضمی تشوشات او انتاکیسیکیشن چی د حملی په شروع کی په شدیده توګه سره موجود وه، رفع اوصرف خفیف دردونه اوسوب فبریل تبه (38 - 37,5) ورسره ملګري وي. مګر پیری اپنډیکولیر کتله په جس سره دردناکه، قوام یی پوست او نامعین غیر منظم سرحدونه لری چی بعضآ د عضلی دیفانس له کبله په مشکل سره جس کیږی.

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

نه نیسی او هغه دعملیاتی ستونځو څخه ګنی حال دا چی دی په حقیقت کښی د مړام انفلترات سره مخامخ وی. ځنی جراحان په دی عقیده وی چی که چیری د اپنډیسیت ناروغان د مریضی په دریمه یا څلورمه ورځ مراجعه کوی نو حتماً ورسره اپنډیکولیر انفلترات موجود وی او پرته د دی چی د پیریتوان د عکس العمل نښی او علایم په نظر کښی ونیسی ناروغ د اپنډیکولیر انفلترات په تشخیص بی جهته تر محافظوی تداوی لاندی نیسی.

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

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

- د بستر استراحت
- انفوزین اومایعاتی رژیم
- سپک هضمه غذایی رژیم
- پرماؤفه ناحیه باندی ساړه تطبیقات
- انتی باکتریال اوانتی انفلامیشین تداوی

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

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

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

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

۱ – د سخت انفلترات په تثبیت سره باید د اپنډیکټومی څخه صرف نظر وسی.

۲ – د مړاوی محجم انفلترات په صورت کښی د انفلترات د تسلیخ او د اپنډیکس د پلټني اقدام ونسی.

۳ – د انفلترات د مطمئنـي احـاطې او محـدوديت پـه صـورت کښـی چـه بطـن تـه د انتـان د انتشـارپوره مخنيوی

وکولای سي، د اپنډيکټومی نه صرف نظر وشي.

۴ – د کوچنی مړاوی انفلترات په صورت کښی، چی اپنډيکس جرحی تـه نژدی او واضـح پـروت او يـا صرف د ثرب پواسطه احاطه سوی وی، اپنډيکټومی استطباب پيداکوی.

پدی ډول څرنګه چی وويل سوه، د اپنډيکولير انفلترات تداوی د مړاوی يا پوست انفلترات پـه مرحلـه کښی چی د انتانی محراق نه و بطن ته د مکروبی سرايت احتمالات موجود وی په شروع کښـی عمـدتاً محـافظوی ده چـی تـر جـدی او ثابـت متـداوم کنتـرول لانـدی اجـرا کيـږی. صـرف د انفلتـرات د ذوب او ابسی د تشکل په صورت کښی چی د موضعی او عمومی علايمو پر اساس پيژنـدل کيـږی، د عمليـات استطباب مطلقاً قانونيت موندی.

که چيری اشتباهأ بطن واز او انفلترات تشخيص کړ سی، نوپه دې صورت کي دعمليات بعدي تکتيـک د موضعي تغيراتوتابع اودانساجو د پتالوژيکی وتيری د سير، شکل او حجم سره مطابقأتعينيږي.

- سخت انفلترات، محجم انفلترات او همدارنګه د مطمئن محدود او احاطـه سوی انفلترات د شته والـی په صورت کښی دهغه د تسليخ او اپنډيکټومی د اجرا نه صرف نظر کيږی.

- ووړ انفلترات چی په هغه کي اپينډيکس عمدتاً د ثرب پواسطه سره احاطـه سوی، خوانتـانی محـراق پوره محدود سوی نه وی اود بطن لور ته د مکروبـی سرايت خطـر موجـود وی، پـه دې صـورت کښـي داپينډيکس په تسليخ او داپنډيکټومی په اجراينه باندی اقدام کيږی.

- ناروغان بايد د محافظوی تداوی په ترڅ کښی تر جدی کنترول لاندی وي، که چيری د نـاروغ سـره د انتوکسيکيشن عمومی علايم، د تبی لوړوالی، په ښی حرقفی ناحيه کښی د پيريتوان د عکس العمل نښی او يا فلوکتويشن Fluctuation، لوړ لوکوسايتوز او کيڼ لـوريزه تغير چـی د پيری اپنډيکولير ابسـی د علايمو څخه دی تثبيت سی په دی صورت کښی د عمليات استطباب موجود دی.

ب - کلک يا سخت انفلترات Hard appendicular mass

کلک انفيلترات داپينديکوليرماس يا انفلترات دوهمه مرحلـه ده چـی معمـولا دهغـه دپيداښـت نـه وروسـته پر5-6 ورځ يعنی ددوهمی اوونی په پيل کښی شروع او د دوو يا درو اونيو پوري دوام مومی. ددی دوری تـر پايـه پوری کتلـه پـه تـدريجی توګـه کـاملاً رشـفيږی. د کلـک انفلترات پـه دوره کښـی د نـاروغ وضـع کـاملاً ښـه او هيڅ ډول شـکايات نلـری. د بـدن تودوخـه نورمالـه وی. کتلـه پـه جـس سـره کلکـه

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

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

Conclusion:

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

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

In two months after resorption of infiltrate appendectomy is conducted.

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

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

۲- پیری اپنډیکولیر آبسې Periappenduculiar abscess

پیری اپنډیکولیر ابسی یا پیری اپنډیکولیر نوډنډ معمولأد تخریبی یا ورانجن (destructive) اپنډیکس د چاپیریال په قیحی فبرینی التصاقاتو(نښتو) اوګاونډي التهابی غړوسره په محدود سوی جوف کښی دقیحي (نون) افرازاتو د تجمع اوغونډیدون څخه عبارت دی. داډول ابسیس عمدتأ په تالي ډول دپلسترون دتآسس نه وروسته اودهغه دناقصي تداوي په نتیجه کي، خوبعضأهم په ابتدائي شکل سره دپلسترون دنشتون په صورت کي مینځ ته راځي.

باید وویل سی چی په بعضوطبی آثاروکښی د اپنډیکولیر انفلترات اوپیری اپنډیکولیرابسی ترمنځ بیلنیز وضاحت نه لیدل کیږی، ځکه لازمه وګڼل شول چه داپینډیسایتیس ددې دواړواختلاطي پتالوژیوترمینځ ،چه دخپل کلینیکي سیر اومعالجي طریقوپه وجه سره بارز کیفی توپیر لری، دهغوی پرتفریقي اصل روښا واچول شي.

ددغه اصل پراساس په اپینډیکولیرانفلترات کښی معمولاً فلګمونوز اپنډیکس دیوې مختلف النسجه کتلې په مینځ کي چه د بطنی التهابی غړو او انساجو له خوا په فبرینی التصاقاتوسره وصل سویوی، واقع اوراحصاروي،چه په چاپیریال کي ئې نون افرازات وجود نه لری. مګر په پیری اپینډیکولیرابسی کښی پر انفلترات او یا التصاقی احاطی سربیره د ګانګرینوزیا تثقبی اپنډیکس په چاپیریال کښی دقیحي یا نون جوف موجودیت حتمی ګڼل کیږی.

په بله عباره پیری اپینډیکولیرماس معمولأپه یوازي توګه دابسی دتشکل دنشتون په حالت کي موجودیت لري، حال داچه دپیری اپینډیکولیرابسیس تآسس داپینډیکولیرماس په موجودیت کي صورت نیسي اود ابسي سره انفیلترات هم مل وي، چی په دی حالت کښی ابسی د انفلترات نه وروسته په اپنډیکس کښی د التهابی اوانتاني وتیری د بعدنی انکشاف، انتشاراوتخریب په نتیجه کي مینځ ته راځی. لنډه داچه پیری اپینډیکولیرانفلترات دابسی څخه پرته وجود لری خوپیری اپینډیکولیرابسیس اکثرأد انفیلترات نه وروسته اودهغه دناقصي تداوي اومنفي سیرپه صورت کیداپینډیکس د دیستروکتیف تغیراتو دپرمختګ اوتقیحی وتیری په وده سره مینځته راځی.

د پیری اپنډیکولیر نوډنډ پاتوجنیز: Pathogenesis of periappendicular abscess

پیری اپنډیکولیر نوډنډ په دوه ډوله حالتو کښی تشکل کوی:

۱ – د ابسی تشکل بیله مخکنی التصاقی محدودیته

۲ – د ابسی تشکل په پلسترون او یا مخکنی التصاقی احاطه کښی

١ – د ابسی تشکل بیله مخکنی التصاقاتو:

پـه دی ډول نوډنـډ کښـی د اپنـډیکس د جـدار تثقـب د اپنډیسـیټ پـه شـروع کښـی چـی پـه ناحیـه کښـی لاالتصاقاتو وده نه وی موندلی صورت نیسي. په دی حالت کښی د احاطوی موانع د نشته والـی لـه کبلـه د اپنـډیکس د تثقب نـه وروسـته نـون افـرازات د بطـن جـوف تـه خپریـږی او د عمـومی پیریتونیـت general peritonitisدتأسس سبب گرزی.

مګر کلـه بیـاهم د بـدن د لوړدفـاعی قدرت اودمکروب د نسبی تیټ ویرولانسی Virolancy د کبلـه د سوری سوی اپنډیکس اودهغه د جوف نه دأزادشووقیحی افرازاتو په چاپیریـال کښـی پـه چټکـی سـره د قیحی فبرینی التصاقاتو احاطوي دیوال یاکلا تشکیلیږی او تقیحی وتیره صـرف پـه حرقفـی حفـره یـا ډب کښی محدوده اودپیری اپنډیکولیر ماس Periappendicular mass په توګه وده مومي.

باید وویل سی چی دابسی په شروع کښی هغه وخت چی التصاقات پاسته او سست وی د قیحی جوف په لوئیدلو سره اکثراً د هغو د جلاینی او چاودنی احتمالات موجود وی چی داحالت بیـاهم بطـن تـه د قیح انتشار او عمومی پیریتونیت generalized peritonitis دتأسس سبب ګرځي.

٢ – د ابسی تشکل په پلسترون کښی:

پـه دا ډول پیـری اپنـډیکولیر ابسـی ګـانو کښـی لـومړی فلیګمونـوز اپنـډیکس لاان دتثقـب نـه مخکـي د التصاقاتو او احشاوو په واسطه سره محدود سوی وی. وروسـته بیـاد اپنـډیکس د جدار تخریـب او تثقب چی د التهابی وتیری د بعدنی انکشاف او اروایی تشوشاتو نتیجه ده په احاطه سوی ساحه کښی صـورت نیسی اوداپیندکس د لومین قیحي افرازات په داسی واقعاتو کښی محدودسوي جوف کي اکثراً دموضـعی پیریتونیت local peritonitis یا ابسی دتشکل سبب کیږي.

بایدوویل شـي چـه پـه دې صـورت کـي هم ځیني استثناآت وجودلري، چـه دهغوی پراسـاس پـه هغسـي حالاتو کښی چی د ابسی د جوف ارتباط د بطـن سـره موجود وی او یـا د التصـاقاتو د لیزیس او جوفی غشـا د چـاودنی د کبلـه د ابسـي دجوف محتویات بطـن تـه انتشـارومومی،د لوکـال پیریتونیـت نـه بلکـه د منتشـرپیریتونیت د تأسس لامل ګرزي.

Conclusion of abcess'es pathogenese:

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

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

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

د پیری اپنډیکولیر ابسی ویشون

دپیری اپنډیکولیرابسی ویشون عمدتأد ابسیس دموقیعیت اوکلینیکي سیراوبهیرپراساس چه هریوپه خپل وارسره د جراحي مداخلي ځاینت اوتکتیک تعینوي، په لاندی توگه سره صورت نیسي:

١- داپینډیکولیرابسیس ویشون دموقیعیت پراساس

٢- داپینډیکولیرابسیس ویشون دکلینیکي سیردمخي

اوس به دهر گروپ خصوصیات په مفصل ډول سرهمطالعه کړل شي.

A- اپینډیکولرابسي دموقیعیت پراساس

اپینډیکولیرابسیس کله اپینډکس ته نژدې اوجوغت دهغه ته جوغت پهه چپیریال کي اوکله بیاداپینډکس د موقیعیت نه لیري واقع وي چه په دې اساس ابسیس بر دوو عمده ډولوویشل کیږي:

I - داپنډیکس د چاپیریال نوډندونه

II- داپیندکس لیرځائیزه نوډندونه

I – د اپنډیکس په چاپیریال کښی مستقیم نوډندونه:

داډول ابسي داپینډیکس دمختلفو موقیعیتو په صورت کښي مستقیمأداپینډیکس په چاپیریال کی وجودلري، چه داهم په خپل نوبت دبطن دجدار سره دتماس اونژدیوالي دمخي په دوه ډوله ویشل کیږِي:

---

a. د نس دننه جداری نوډنډونه

b. دنس دننه نه جداري نوډندونه

- a -دنس دننه جداري ابسې:

داډول ابسې که څه هم دنس په مختلفو حصوکي وجود لري، خومعمولاً ديوه لوري دبطن دجدار سره مستقيم تماس لري، چه داعمل دابسې په دريناژ کي سهولت ايجادوي او په لاندني ډول دي:

1-رقفی یا الیاک ابسیس: iliac abscess

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

2- مخکنی جداری ابسی: anterio-lateral abscess

د نس د ښی مستقیمی عضلی (rectus abdominis muscle or Muscle rectus abdominis) او مقبنی وتر (inguinal ligament) په ساحه کښی د نس د مخکنی جدار شاته واقع دی. دا ډول ابسی د اپنډیسیټ په هغه ځاینت کښی چی د چیکوم و میډیال (مینځنی) او لاندنی (inferior) لورته واقع وی، لیدل کیږي.

3 -الیولومبال ابسیس : ilio-lumbal abscess

د الیولومبال یا حرقفی- قطنی ابسی د اپنډیسیټ په هغه موقیعیت کښی چی د ځیکوم و خارجی او لوړ لور ته واقع وی مینځ ته راځی.

4- ترایني لاندی نوډنډ: subhepatic abscess

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

a. د نس دننه نه جداری نوډنډونه:

:دا ډول ابسې معمولأداپينډيکس داتيپيک موقيعيت په صورت کي تشکل مومي. په نه جداري ابسيس کي قيحي افرازات ديوې خواد اپنډيکس او دبل لوري دهغه د احاطه کوونکوغړو تر مينځ بيله دی چی د نس د جدار سره تماس ولری تجمع کوی. او په هغه صورت کښی چی د اپنډيکس مو قیعیت د ځیکوم انسي یا medial لورته واقع سوی وی مینځ ته راځي، چه په خپل وارسره په لاندي توګه تقسيميږي

۱- مساریقوی یا د مساریقي نوړند: Intramesenterial or mesocecal abscess

په دی ډول ابسی کښی د تقیحی افرازاتو تجمع د مساریقی د پردو تر مینځ صورت نیسی اود اپنډیسیټ په بشپړیز یا نیمه بشپړیز مساریقوی موقیعیت په حالت کښی مینځ ته راځي.

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

۲- ریتروپیریتونیال ابسی Retroperitoneal abscess

دا ډول ابسیس معمولاً داپنډیکس د ریترو پیریتونیال په موقیعیت کښی مینځ ته راځی. په دی ډول ابسی کښی د قیحی افرازاتو تجمع د الیوپسوآس په عضلاتو باندی واقع او د وتیری د پرمختګ په صورت کښی د پښتورګی، دیافراګم او یا د فخذ و لورته نفوذ او انتشار پیدا کوي، چی په نوموړو ناحیو کښی د مستقلو ابسی ګانو د تشکل سبب ګرځی.

۳- حوصلوی یا پیلویک ابسی: Pelvic abscess

دا ډول ابسی په هغه اتیپیک واقعاتو کښی چی اپنډیکس ډیر اوږد او د حوصلی په جوف کښی موقیعیت ولری او یا چیکوم د خپل طبعی حالت نه ډیر لاندی واقع سوی وی چی اپنډیکس بیا هم په حوصله کښی دننه موقیعیت ځان ته غوره کوی مینځ ته راځی.

II– لیرځائیزه نوړندونه:

داډول ابسي ګان داپینډکس په چاپیریال کي نه بلکي دهغه د موقیعیت نه بهراولیري واقع وي چه عمده اشکال ئې په لاندي ډول سره دي:

۱- ددوګلاس د جوف نوړند Douglass abscess

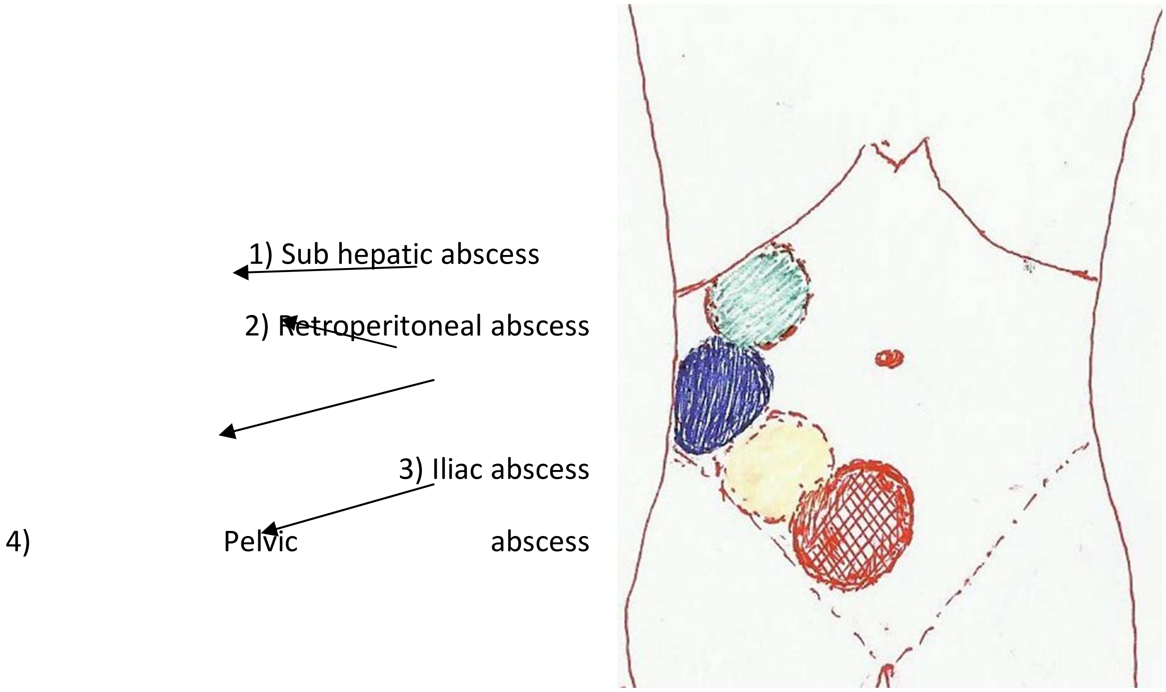
۲- تر اینی لاندی یاتحت الکبدي نوړند hepatic abscessSub

۳- د کولمودعرواؤ ترمینځ نوړند abscess intero intestinal

۴- تحت الحجاب حاجزی نوړند Sub diaphragmatic abscess

د مختلفو نوړنډونو موقیعیت په شمه ئیزه توګه په **۶۲** شکل کښی مشاهده کیدلای

(شکل – ۶۲)



B- اپینديکوليرابسیس دکلینیکي سیردمخي:

اپینديکوليرابسیس دخپل کلینیکي سیرپراساس پردوه ډوله دی:

۱ – د ابسی انکشافی یا پروګریسیف سیر — Progressive path of abscess

۲ – د ابسی تورپید یا ریګریسیف سیر — Regressive path of abscess

د پیری اپنډیکولیر ابسې کلینیکی لوحه:

داپينډيکوليرابسيس تشخيص عمدتاً د مريضي دسير،موضعي اوعمومي علايموددقيقي ارزوني پراساس صورت نيسي. څرنګه چې وويل سول پيری اپنډيکولير ابسی معمولاً د انفلترات دتشکل د مرحلی نه وروسته مينځ ته راځی. په دی صورت کښی لومړی د اپنډيسيټ د حملی نه وروسته ناروغ نسبی ښه والی مومی او د اپنډيکوليز انفلترات په وده سره د ناروغی موضعی او عمومی علايم تخفيف پيدا کوی. د اپنډيکوليز انفلترات د سليم سير په صورت کښی کتله ورو ورو وړه او بالآخره د ناروغی په دريمه يا څلورمه اونۍ کاملاً رشفيږی. مګر د انفلترات د نه سليم او اختلاطی سير په صورت کښی دناروغ سره تکرارموضعی شديد دردونه، لوړه تبه، کانګی، خواګرزيدنه، د حرقفی ناحيی اوکتلی دردمنتيا، دپيريتوان د تخريش اوحساسيت علايم،انتاکسيکيشن اود وينوالتهابی بدلونونه لکه لوکوسايتوز، د لوکوسايتر فورمول کينې لوريز تغير، لوړ سيديمينيشن ESR اوCRP دابسی پرتشکل باندی دلالت کوی چی په داسی حالاتو کښی بايد په خپل وخت سره محافظوی درمل ختم او د عمليات استطباب کښيښوول سی.

که څه هم په حاد اپنډيسيټ کښی، په هرصورت سره که ابسی موجود وی يانه عاجل عمليات استطباب لری، خود ابسی په موجوديت کښی د عمليات شق او پيريتوان ته مداخله يا ننوتنه ځنی ځانګړتياوی لری. ځکه بايد د عمليات ترمخه دابسيس دقيق تشخيص وضع اودعمليات په جريان کي دې اصل ته خاصه پاملرنه وسی.

په هغه واقعاتو کښی چی د اپنډيکوليز نوډنډ بيله انفلتراته تاسس ومومی، دابسی تشخيص نسبتاً مشکل وی.

دابسيس دتأسس موضعي او عمومي علايم په لاندي ډول دي:

الف- موضعي علايم:

- دابسيس په ناحيه کي دشديددرد څخه شکايت،

- داپيندکس دتثقب په وخت کي دډيرشديد خنجروهني يا نيشتروهني ډوله درد حکايه،

- دجس پواسطه سره په ماؤفه ناحيه کي ددردشدت،

- دابسيس په ساحه کي محدودعضلي ديفانس،

- په دردمنه حصه کي rebound tenderness د Bloomberg مثبت ساين.

ب- عمومي علایم:

- د اپنډیکس تثقب بعضاً په حرقفی ناحیه کښی د موقتی ډیر شدید درد د پیداینبت سبب ګرزی چی د خنجریا نیشتر وهنی ددردسره شباهت ورکول کیږی اودمریض دخاصي ناارامتیاسبب ګرزي.

- دابسیس په وده سره د تودوخی درجه معمولاً د 38C درجو لوړه او تر 39C درجو پوری رسیږی.

- د موضعی پیریتونیت او د پیریتوان د تخریش نښی ډیر بارز شکل غوره کوی.

- د ناروغ سره معمولاً tachycardia چی نبض د ۱۰۰ په حدود کښی وی تعینیږی.

- ژبه وچه او د انتوکسیکیشن نښی ډیری ښکاره معلومیږی. - لوکوسایتوز معمولاً تر 15000/cc لوړ د لوکوسایتوز فورمول متبارز کیڼ پلویزه تغیر ښئی او ډیر جګ سیدیمنیشن ERS لیدل کیږی.

At abscessing of infiltrate the condition of a patient gets worse, the symptoms of acute appendicitis become more expressed, the temperature of body, which in most cases gains hectic character, rises,

the fever appears. Next to that, pain in the right iliac area increases. Painful formation is felt there. In the blood test high leukocytosis is present with the acutely expressed change of leukocyte formula to the left.

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

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

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

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

د پیری اپنډیکولیر ابسی سیر:

څرنګه چه مخکي وويل شوه آپینډیکولیر انفیلترات دکلینیکي سیر دمخي پردوه ډوله ویشل کیږي:

۱- پروګریسیف سیره ابسیس

۲- ریګریسیف سیره ابسیس

اوس به داپینډیکولیرابسیس دهر یوه کلینیکي سیراوخپریدون لاري په مفصله توګه وڅیړل سي.

د پیری اپنډیکولیر ابسی کلینیکی سیر او بهیر په ډیروعواملو لکه د عضویت عمومی او موضعی دفاعی قابلیت، د انتان ویرولانسی، د ناروغ متممه امراض، د چاپیریال د ناوړو فاکتورونو تاثیرات او ځنی نورو اسبابو پوری اړه لری، چی په دی توګه سره د مرض سیر دوه حالته ځانته غوره کوی:

۱ – د ابسی انکشافی یا پروګریسیف سیر Progressive path of abscess

۲ – د ابسی تورپید یا ریګریسیف سیر Regressive path of abscess

۱ – دابسې پروګریسیف سیر:

دابسیس داډول انکشافی وده ئیز یا پروګریسیف مسیر په هغه واقعاتو کښی چی د ماکروارګانیزم او میکروارګانیزم تر مینځ په مبارزه او سیالی کښی شرایط د میکروارګانیزم (microorganism) په ګټه تمام سی. په دی صورت کښی تقیحی وتیره د نس مختلفو ځایونو ته دلمفوجینیک (lymphogene),هیموتوجینیک (hematogene) اویا پر پیریتوان باندی د انتان دمستقیم نشر -per) continuum) په شکل خپره اووده مومي، چه په نتیجه کي په نوموړی ځایوکښی د موضعی پیریتونیت (ابسی) او بعضاً هم د منتشر پیریتونیت سبب ګرزي.

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

- پـه هغـه واقعـاتو کښـې چـې اپینـدیکس ریتروپیریتونیـال شـکل ولـری د اپنـډیکس تثقـب لـومړی د ریتروپیریتونیال ابسیس (retroperitoneal abscess) د تشکل سبب کيږی.

پـه دی حـالاتو کښـې د مرض د انکشـاف پـه صـورت کښـې قیحـی وتیـره د صـاعده کولـون د چاپیریـال شـحمی طبقـې تـه نشـر او د قیحـی پاراکولیـت (Para colitis) دتأسـس لامـل گـرزي. - وروسـته دپتالوژیکی وتیرې د مختگ اود کليې داطراف دشحمي نسج دماؤفيدوپه صورت کی دتقیحی پارانفریت (Para nephritis) باعث گرزي (شکل ۳۸).

- د تقیحی وتیری وروستنی انتشار د ریتروپیریتونیال سب هپاتیک ابسی sub hepatic abscess د تشکل زمینه مساعدوی چی هغه په خپل نوبت سره کیدای سی چی انتراپیریتونیال سب هپاتیک ناحیی ته خپور سی او نوموړی ناحیه کی د ابسی د تشکل سبب وگرزی.

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

- په ډیر لږو واقعاتو کښی اپنډیکولیر ابسیس د نس د مخکنی جدار رخوه انساجو ته نشر او شحمی طبقې یا وازگین نسج ته خپریږی چی ددی ناحیی دنوډنډ abdominal wall abs. پـه شـکل تبـارز مومی اوکله هم د جلد د طریقه سر کوی او بهر ته تخلیه کیږی.

- بعضاً کیدلای سي چی ابسی په مطمئنه توگه سره محدود او احاطه سی چی موضعی علایم یی مخ پر ښه والی روان او چپتیا مومي. مگر د ناروغ سره سپتیکی لوحه شروع او وده کوی چی پدی صورت کښی په مختلفواحشاوو کښی لکه اینه، سږی، توری او نورو غړو کښی متعدده لیر ځائیزه ابسی گان مینځ ته راځی.

- په ځنی واقعاتوکښی خاصتاًچی تقیحی وتیره دنس شاجوف (spacium retroperitonealis or retroperitoneal spacious)ته سرایت موندلی وی د میزینتریال وریدونـه پـه انتـانی وتیره سره مبتلا کیږي، چی پـه نتیجـه کښـی میزنتیریـال ترومبوفلیبیت او وروسته پـه صـاعده ډول د بـاب د ورید سپتیکی التهاب پیلوفلیبیت (Pilophlebitis) چی ډیر وخیم سیر او سپتیکی لوحه لری، تأسس مومي. پیلوفلیبیت په خپل نوبت سره نورډیر خطرناک اختلاطات چه اکثراً د مرگ سبب کیږیمینځ ته راوړی.

۲- دابسی توريید یا ریگریسیف سیر:

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

د پیری اپنډیکولیر نوډنډ تداوی

د پیری اپنډیکولیرابسي ناروغان بایددلاندنیو قواعدو په رعایت سره ژر تر ژره عملیات کړل سی:

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

الیاک ابسیس:

پیری اپنډیکولیر الیک ابسی اکثراًدنس د بهرنی جدار څنګ ته (pre-parietal lateral abscess) په ښي حرقفی قطنی حفره کي موقیعیت لری، چه په دې ناحیه کي عمدتاً دسیکوم تر شا او یا د سیکوم او د نس د بهرنی جدار تر مینځ واقع وی، نوځکه بایدجلدی شق د (Mc. Burney) د شق نه چی د اپنډیسیټ په عادی حالت کښی اجرا کیږی، دموقیعیت د نظره تفاوت ولري. دابسي په صورت کي جلدی شق که څه هم په عین استقامت سره وي خود نس دجداربهرني لور ته وحرقفی هډوکی ته نژدی صورت نیسی څو د نس آزاد جوف ته د انتان د خپریدلو مخ نیوی سوی وی.

د ابسی په موجودیت کښی د پری پیریتونیال وازګینه یا شحمی طبقه معمولاً اذیمائی اوالتهابی بدلونونه لری او یا هم خفیف ایکسوډاټ پکښی موجودوی. پیریتوان دپریپیریتونیال وازګینی طبقی نه په دقت سره تسلیخ او دڅیکوم وبهرني لور ته وازیږی او ددی لاری د ابسی د جوف شق او دریناژ اجرا کیږی. د ابسی د جوف د شق نه وروسته د جوف محتویات آسپیری کیږی څو کاملاً پاک کړه سی. وروسته بیا متشکله جوف دلږ مقداره انتی سپتیک محلولاتو په واسطه سره په قسمي یا پارشیال ډول مکرراً لواژ او پریولل کیږی. د جوف لواژ او پریولنه باید په ډیراحتیاط سره دمایعاتو په لږ مقددار

سره ترسره شي، څودمایع دطریقه دنس آزاد جوف ته د انتان د انتشار زمینه مساعده نه کړل سی. بعضی جراحان بیا د جوف پریولنه حتمی نه ګڼی.

د عملیات په آخر کښی د ابسی په جوف کښی ډرن اینودل کیږی خو ښه به وی چی د ډرن قوام ډیر سخت او کلک نه وی څو د کولمو د ورانتیا او تخریب سبب ونه ګرزی. ددی هدف په غرض معمولاً د سیلیکون نه جوړسوی ډرن نه چی ډیرپوست خاصیت لری اوکانال ئی نه بندیږی،استفاده کیږی.

په آخرو وختوکښی دوه کاناله ډرنو ستراهمیت موندلی او په وسیع توګه سره استعمالیږی ځکه د ډرن د کوچنی کانال د لاری انتی بیوتیک او انتی سپتیک مواد جوف ته داخلیږی. ډرن د ابسی په جوف کښی معمولاً د سیکوم او دنس د جدار تر مینځ ایښوول کیږی او د لومبیرپه ناحیه کښی د بطن جدار ته د کونترااپیرتور contra aperture په شکل ایستل کیږی.

باید وویل سی چی په هغه واقعاتو کښی چی اپنډیکس د ابسی په جوف کښی په آزاده توګه پروت وی باید حتماً اپنډیکټومی اجرا سی مګر په هغه واقعاتو کښی چی اپنډیکس د نوډنډ د جدار په انساجو کښی پټ او یا نوډنډ په جدار کښی سخت نښتی وی، د هغه ایستل حتمی نه ګڼل کیږی، ځکه چه په دې صورت کښي د پیری اپنډیکولیرابسی د تداوی اساسی هدف نه د اپنډیکټومی بلکي د نوډنډ د اډیکوات او مساعد دریناژ څخه عبارت دی. اپنډیکټومی صرف په هغه واقعاتو کښی چی د نس د احشاوو د تالی ترضیضاتواوڅیرنی ریسک او خطر متصور نه وی، استطباب لری.

ریتروپیریتونیل ابسیس:

داپینډکس دریتروپیریتونیال موقیعیت په صورت کښي متشکله نوډنډ هم دریتروپییرتونیال په جوف اوداپیندکس په چاپیریال کي ځای نیسي. په دې صورت کي بیله دې چه دپیریتوان جوف وازکړشي، دابسي دریناژ اجراکیري. دې موخې ته درسیدلو دپاره جلدي شق لکه چه مخ کي هم وویل سول، د

Mc. Burney دکلاسیک شق وبهرني لور یعني حرقفي هډوکي ته نژدې صورت نیسي، چه درخوه انساجود څیرون اوتسلیخ نه وروسته دپیریتوان په موندلوسره دهغه دشق نه صرف نظرکیږي اوپه ډیر احتیاط سره دېري پیریتونیال شحمي طبقې نه preperitoneal fat tissue جلا او اونسي لورته ټیله کیږي، څوپیریتوان سالم پاته اودریتروپیریتونیل جوف ته مداخله وشي. داډول محتاطانه تسلیخ ته ترهغه

وخته پوري چه نوډنډ وازیږي، ادامه ورکول کیږي.

میزوسیکال ابسیس:

څرنګه چه مخکي هم وويل سول، داډول ابسيس د نس د مخني اوجانبي جدارونوسره ارتباط نه لري اودنس دجوف په مينځکښي دڅيکوم اونسی لورته دمساريقي پرمخ واقع وي. ددي ډول نوډنډ وازول اودريناژ نسبتأ مشکل دی، ځکه چه ابسي دنس دجدارونو سره ارتباط نه لری اوچاپريال ئي دبطن دجوف سره مستقيم ارتباط لري. طبعي ده چه په دې صرت کي دابسي دجوف وازول اودريناژبطن ته دانتان دانتشارزمينه برابروي. ددي کبله دبطن دوازولو وروسته بايد لومړی حتمأدابسي ساحه دبطن دجوف څخه دتامپونو پواسطه احاطه او صرف پسله مطمينی احاطې څخه دابسيس دګوګ په وازونه پيل وسي. دوازونی په بهير کی بايد په نظر کي ولرو، چه دډول ابسيس دکولمواونوروا‌حشاووتر مينځ واقع او بهرنی جدار ئي دڅيکوم پواسطه سره تشکيل سويدی، نوځکه دتسليخ په وخت کي بايدد نوموړو غړودتخريب نه ډډه وشي. ددې مقصد دپاره بايددڅيکوم د اونسي جدار پرمخ دجوف تفتيش او تسليخ دګوتي پواسطه سره اجرا اونوراحشا د څيکوم دجدار نه بيل شي. په دې ډول سره بايدد ابسيس جوف په خاص دقت سره واز، وچ، دريناژ اودامکان په صورت کي اپينديکتومي سرته ورسيږي.

سوب هيپاتيک اوسوب ديافراګماتيک ابسيس:

دايني او ديافراګم لاندي دنوډنډ په صورت کي جلدي شقپه راسته هايپوکوندريک ناحيه hypochondriac region کي دجس شوي کتلې دتميعي اهتزاز fluctuation په مرکزی برخه کي په عرضاني استقامت سره چه دپښتيمينځيز يابين الضلعي اعصابو دزيانمني څخه مخنيوی کوي، اجرا کيږي. دلاپراتومي وروسته دعمليت بعدنی بهيردمخکی ذکرسووقواعدو پر بنسټ مخته بيول کيږي.

ددوګلاس دجوف ابسيس:

ددوګلاس ابسيس دکوچينی حوصلي په عمق کي دمثاني او ريکتوم ترمينځ (په ښځو کي درحم اوريکتوم ترمينځ) واقع دی، دځپل موقيعيت دمخي ځينی کلينيکي ځانګړتياوي لري.

- دريکتوم دجداردتخريش دامله مريضان دتينيزم اواسهال څخه شاکي، چه اکثرأ اوبلن او په مخاط ميشته مواد طرح کوي.

- دديزيوريا اوبلی تشوشاتو څخه شکايت.

- دنس په لاندنيو برخو کی ددرد نه حکايه.

- دتبی درجه دنورو بطني ابسيګانوپه څير لوړه (۳۸-۳۹) درجې، خود ريکټال اواکسيلردحرارت ترمينځ توپيرډيرجګ اومعمولاً د ۱ تر۱،۵ درجوپه حدودکي وي.

- دجس پواسطه سره بطن نرم، يوزی په سوپراپوبيک ناحيه کي دردمنتيا اوخفيف حساسيت وجودلري.

- دناروغي په پيل کي بطن متنفخ اوبادن نه وي، مګر په وروستنيو مراحلو کي دکولموپاريز را ظاهيريږي.

د پيلويک ابسيس نورعلايم دبطني ابسې دکلينيکی علايموسره چه مخکی ذکرشول مشابهت لري.

ددوګلاس ابسيس درمل په شروع کي محافظوي شکل لري. خو که چيری محافظوی تداوي دانتراوينوز انتيبيوتيک په تطبيق سره مثبته نتيجه ورنکړي، دناروغ عمومي وضع مخ پر وخامت، انتاکسيکيشين پر ډيريدو او د توشي ريکتل په معاينه کي دموضعی التهابی وتيرې اوابسيديال کتلې وسعت تثبيت کړ شی، نو د عملياتی تداوی اتخا ذ حتمی ګڼل کيږي.

ددوګلاس ابسيس ددريناز طريقه:

- ددوګلاس دنوډنډ دريناژمعمولاً ترموضعی انيستيزيا لاندی، دريکتوم دلاري اجرا کيږي.

- لومړی دريکتوم لومين ته دکيڼ لاس دوهمه ګوته داخله اودګوتی په کنترول سره دمقعدی سفينکتر په څلورونقطوکي چه دساعت د (۱۲،۹،۶،۳) بجودموقيعيت سره تطابق لري، دموضعی انستيتيک محلول زرقيږي او په ترتيب سره لومړی دسفينکتراو بيا دتحت المخاطي طبقې بيحسي اجراکيږي.

- د ريکتوم دلوکل انستيزيا معمولاًد (۰،۲۵٪) نوکائين، ۲۰سی سی، (۲٪-۱) کسيلوکائين، ۱۵-۱۰ سيسی اويا دکوم بل موضعي انيستيتيک محلول د معادل مقدارد زرق پواسطه سره سرته رسيږي.

- دانيستيزيا دتکميل نه وروسته دريکتوم سپيکولوم ريکتوم ته داخل اومقعدی سفينکترمتوسع کيږي.

- په ګوته سره د جس اوپلټني په مرسته دريکتوم پرمخکني جدار باندي دفلوکتيشين نقطه پيدااو دنری ستني پواسطه نوموړې نقطه سوری اوقيح آسپيرې کيږي.

- د قيح په پيداکولو سره چه ستن په همغه ځای کښي پريښوول کيږی، دستنی ترڅنګ پرمخطي غشا باندي دنيم څخه تريوه سانتيمترپه اندازه يوشق اجرا اوديڅ نوکي پانس ياکورونځانګ پواسطّه سره دنوډنډ جوف واز اومتوسع کيږي،چه په دې وخت کي د ريکتوم لومين ته غليظ اوبويناکه قيح راوزي.

- وروسته په قيحی جوف کی ربړی يا سيليکوني تيوب داخل اودعيجان په ناحيه کي دګنډي پواسطه تثبيتيږي. په ښځينه ناروغانوکی ددوګلاس دجوف ابسيس دريناژدمهبل vaginaدشاتني بام يا چتر posterior fornix of vagina دلاري صورت نيسي .

Conclusion of abscess treatment:

Treatment of appendiceal abscess must be only operative. Opening and drainage of abscess, from {retroperitoneal access}, is performed. To delete here the appendix is not necessary, and because of denger of bleeding, peritonitis and intestinal fistula — even dangerously.

۳-پيريتـونيت

Peritonitis

پيريتوناتيس دورانجن يا تخريبی اپنديسيت دخطرناکو اختلا طاتو او زيانمنيو څخه دی چه عمدتأ داپينديکس د تثقب په نتيجه کی مينځ ته راځي اواکثرأ ددادول رنځورانو دمړيني سبب ګرزي.

کلينيکي لوحه:

دمريضی کلينيکی بڼه معمولأ داپينديسايتيس دښو پر بنسټ په چټکتيا سره دوخامت پر لورمخته ځي، موضعي اوعمومي نښي سريع سيرغوره کوی. درنځور عمومي حالت د انتاکسيکيشين دشدت دکبله وخامت مومي، ناروغان آپاتيک کمزوره اوبيحرکته کيږي، خوا ګرزيدنه اوځو ځليزه کانګي ورته پيدا کيږي. دنس دابتدائي تيز درد شدت که څه هم کمښت مومي، خووسعت ئي ډيريږي.

دناروغ بڼه الوتې اوسپيره رنګه، ژبه وچه اوپوښلې وي.

نبض معمولأد ۱۱۰-۱۲۰ پوري په دقيقه کي اودبدن د تودوخي درجې سره تطابق نه لري.

تنفس صدري ډوله، سطحي او سريع وي.

دنس جدارد منتشر درد، ديفنس اوشختيا د کبله په تنفسي حرکاتو کي ګډون نه لري. دښی حرقفې اولنی درد دنس نوروبرخوته انتشارمومي اود(Blumberg sign) rebound tenderness مثبت وصف پيداکوي.

دوينوپه معايناتو كي بارزه تغيرات لكه لوړ لوكوسايتوز (۲۰۰۰۰ اولازيات)، دلوكوسيترفورمول كيڼ لوريزتغيرات،خوراجگ CRP او ESR ليدل كيږي.

بايدوويل سی چه دناروغ د ډيري ناوخته مراجَعي په صورت كښي اكثرأد پيريتونيت داصلی سرچيني اواسبابو تعين او تشخيص ډيري ستونزي رامخته كوي. ځكه نو په داسي حالاتو كی معمولأ دپيريتونيت منشه دعمليات په وخت كي څرگنديږي.

دپيريتونيت تداوي

Treatment of peritonitis

دپيريتونيت تداوي يوه ډيره مغلقه اوپيچلې وظيفه ده چه ځانته يووسيع مبحث تشكيلوي. دا تداوي د دوو مهمو اصلو لكه **موضعي مداخلاتي تدابير**او **عمومي تداوي** څخه متشكله ده ، چه دلته په لنډه توگه سره ددې تداوي داساسي جهاتو يادونه كيږي.

۱- دپيريتونايتيس موضعي تداوي:

داپيندیكولير پيريتونيت موضعي تداويد عاجلی لاپروتومي داجراڅخه عبارت ده، چه دهغي په بهيركيدعمليات اساسي پروسيجرونه لكه دانتانی منشې ايستل، دنس د جوف لواژ او دريناژ اجرا كيږي.

دمنتشرپيريتونيت په ټولوواقعاتو كی عمومأ وسطي لاپراتومي يو منتخب اومساعد شق گڼل كيږي. داپيندیكولير پيريتونيت په صورت كي مشخصأ دمنځنی لاندنی لاپراتومي څخه، چه د عملياتي مداخلاتودپاره ډيره پراخه ساحه تأمينوي، استفاده صورت نيسی.

دلاپراتومی نه وروسته لومړی بايد نوّن ايكسودات كاملأ اسپرې او وروسته بيا اپينديكتومي اجرا كړل سي.

دعمليات نوری اجزاوی لكه دبطن دجوف لواژ، دريناژ، ديكمپريسيف انتيروستومي اودهغي دمختلفو ډولونوتطبيقعمدتأدپيريتونيت دوسعت اوالتهابی وتيرې د ودی دمرحلو پر اساس تعينيږی.بايد وويل سی چه دپيريتونيت په تداوی كښی دهغه دمختلفومراحلو (رياكتيف،توكسيک اوترمينال)درست تعين اوتشخيص د مريض په برخليک کی اساسيرول لوبوی.

په دې کتاب کې چه اساسي هدف ئې د اپينديسيت تشخيص اوتداوی تشکيلوي، دپيريتونيت درملته چه دجراحی يووسيع مبحث تشکيلوی، صرف ديوې لنډې کتنې په اکتفا سره دتکتيکي خصوصياتواود مختلفو مراحلودډولاډولومعالجويميتودونودتفصيلی شرحي څخه صرف نظرکيږي.

۲- دبيريتونيت دعمومي تداوي اساسي جهات:

بايد وويل سي، چه دپيريتونايتيس په تداوي کې دعمليات ترڅنګه انتانسيف تداوي post operative intensive care چه دمختلفوحياتي تشوشاتو دتنظيم اوداخلي هوميوستازد ثبات ساتني پرلور وانه وي، دمريض په ژوند ژغورنه کې ډيرمهم رول لوبوي.

انتانسيف تداوی بايددپيريتونيت پر پاتوجينيتيک اصل باندی ، چه درامينځته شووتشوشاتو اوورانتياوو سمون پکښي مطرح وی، بناوي.دانتانسيف تداوی اساسي جهات په لاندي ډول دي:

- اوکسيجينتيراپي (۲-۶ ليتره اوکسيجين په دقيقه کې).

- دشديدی هايپوکسيااوهايپوکسيميا په صورت کښي دهايپيرباريک اکسيجينيشين تطبيق.

- د دردموَثر تسکين دمسکينوتزريقاتو اوپيريدورال کاتيتر دلارې دلوکل انيستيتيک دتطبيق په مرته.

- دديزينتاکسيکيشين تداوي(مايعاتي انفوزين، ترانسفوزين، پيريتونيال دياليز، هيموسوربشين، هيموديالیز، لمفوسوربشين، پلازموفيريز، لمفوفوريز، انتيروسوربشين اونور)

- دقلبي تنفسي تشوشاتوتنظيم.

- دکليوي وظايفو، مايعاتو اوايليکترولیتونو دبلانس تنظيم

- دهيموديناميکي تشوشاتو تداوي

- دپروتينی ميتابولزم تنظيم.

- انتيباکتيريال تداوي(موضعی،عمومي) دانتيبيوګرام دنتايجو پراساس.

- دکولموډپاريزسره مبارزه اودپيريستالتزم اعاده.

- د ايمونيتي immunity اوبدن ددفاعی قواوولوړتيا (انتی ستافيلوکوکال انوتوکسين anti staphylococcalanotoxine، دوينوايمونواکتيف سيرومblood’s immunoactive serum،

ایمونوکلوبولین immunoglobuline ، گاماګلوبولینgama globuline ، تیموجین thymogene ، انابولیک هورمونونه anabolic hormons ،هیموترانسفوزیون hemotransfusion اونور).

- دویتامینو دبلانس سمون.

- دهایپودینامیکي هیمودینامیک اوانتوکسیکیشین داختلاطاتو وقایه (پنومونی یا سکاروی، حاد تنفسی دیستریس سیندروم، ترومبوزیس، فلیبیتیس، دیکوبیتوس اونور)

زموږ په ناروغانوکي اپینديکولیربیریتونیت د ١١ کسوسره چه د۴ورځووروسته ئي روغتون ته مراجعه کړیوه، د بیریتونیت په مختلفومراحلوکي (رياکتیف فاز- ٣، توکسیک فاز- ۶ اوترمینال فاز- ٢ نفره وه) تشخیص کړسو. مریضان پسله لنډ مدته وظیفوی کریکشین اودرملیزه تدابیرو عملیات ته چمتو اومینځنی لاندني لاپراتومي ورته اجراکړل سوه. دپورته ذکرشوي پاتوجینیتیکي تداوی په نتیجه کی ٧نفره معالجه او ۴ کسه دسیپتیسیمیا اوسیپتیک شاک دکبله مړه سوه.

Conclusion:

The poured festering peritonitis develops as a result of the timely unoperated appendicitis. Diagnostics of this pathology does not cause difficulties.

۴- پیلیفلیبیت

Pyliphlebitis

پیلیفلیبیت دباب ورید portal vein دسیپتیک ترومبوزیس څخه عبارت اوددیستروکتیف اپیندیسیتیس دډیروخطرناکو سیپتیکي اختلاطاتو څخه شمیرل کیږي. چه دحاداپیندیسایتیس په ٠،٠۵٪ – ٣٪ واقعاتوکي مینځته راځي.

پاتوجینیز:

د پیلیفلیبیت پاتوجینیتیک لامل داپیندکس د وریددالتهاب څخه منشه اخلي، چي التهابي وتیره لومړی دمیزینتیریوم ورید اووروسته دباب وریدته انتشارمومي. پیلیفلیبیت اکثرأ دریتروسیکال ایندیسایتیس په موقیعیت کي تآسس مومي.

کلینیکی لوحه:

د پیلیفلیبیتیس دناروغانوعمومي وضع ډیره وخیمه اوسیپیتیک شکل لري، تبه ئي ډیره جګه، معمولأد ۴٠-۴١ درجوپوري،هیکتیک ډوله چه په وقفه ئي توګه دریږد اولرز سره ملګری وي.

مریضان دعمومي کمزوري، دبطن په لوړه ناحیه خصوصاً دښی هایپوکوندریک په ساحه کي ددرد، خوا ګرزیدون، مکررو کانګی وهنی اواسهال څخه شاکي وي. دمرض په بعدي مراحلوکی سپکډوله ژیړی مینځ ته راځي. دبطن په معاینه کي د ښي هایپوکوندریک خصوصاًد ۹-۱۱ اضلاعو په ساحه کي درد، اذیما، دپیریتوان دحساسیت ضعیف علایم اوخفیف عضلي دیفینس تثبیتیږي. اینه لویه سوې، حساسه اودردناکه وي.

دمرض سیرمعمولاً ډیروخیم شکل لری، چی اکثراً دهیپاتورینال دحادی عدم کفائي دودي دکبله دمریضي په ۸ - -۱۰ ورځ دمریضانودمرګ سبب کیږي.

دوینوپه معایناتوکی شدید لوکوسایتوز، ESR , CRP او هایپر**کوواګولیشین** موجودوي.
دمرض په تشخیص کي سربیره پر کلینیکي معایناتو د بطن اولتراسوند ultrasound او خاصتاً

سی تی سکن CT-scan چه دباب ورید یا دهغه دڅانګو ilio- colic vein دبندښت، توسع، دجدار مقاومتuncompromabilityاودایلاستیکیت دضیاع ښکارندوی دی, اساسي رول لوبوي.

تداوي:

دناروغانود تداوي اساسی جهات په لاندني ډول دي:

۱- دپیریتونیال اوریتروپیریتونیال داجوافود ډنډونوکامله تخلیه اودریناژ.

۲- انتیباکتیریال تیراپی چه د وسیع الساحه انتیبیوتیک په اعظمي دوزاژ اودموضعی اوعمومي طریقه تطبیقیږي.

۳- انتیکواګولیانت تداوي، چه دکواګولوګرام دورځنی کنترول لاندي دهیپارین اونیمه سینتیتیک هیپارین دلوړ دوزاژ په مرسته اجراکیږي.

۴- دهغو تولوموجودو تشوشاتو او ناسمونتیاوو تنظیم، چه دپیر یتونایتیس ددرمل به برخه کي مفصلاً شرح کړل شول.

Pylephlebitis is a complication of both appendicitis and after-operative period of appendectomy.

The reason of this pathology is acute retrocecal appendicitis. At it development the thrombophlebitis process from the veins of appendix, passes to the veins of bowels mesentery, and then on to the portal vein. Patients complain at the expressed general

weakness, pain in right hypochondrium, high hectic temperature of body, fever and strong sweating. Patients are adynamic, with expressed subicteritiousness of the scleras. During palpation painfulness is observed in the right half of abcupula ofn and the symptoms of irritation of peritoneum are not acutely expressed.

In case with rapid passing of disease the icterus appears, the liver is increased, kidney-hepatic insufficiency makes progress, and patients die in 7-10 days from the beginning of disease. At gradual subacute development of pathology the liver and spleen is increased in size, and after the septic state of organism ascites arises.

دوولسم فصل

لاپيروسکوپيک اپينډيکتومي

Laperoscopic appendectomy (LA)

که څه هم لاپراسکوپي د شلمي پیړۍ په اواسطو کي دیوه مهم تشخيصيه ميتود په حيث پیژندل سوېوه، خو د ځینوتخنیکي محدودیتونو دکبله دوسیع اوسیستیماتیک استعمال ساحه ونه موندل، ځکه صرف په بعضو اختصاصي مراکزوکي د بطني پتالوژی دوضاحت دپاره داستفادې وړ گرزيدل. خود ۲۰ پیړۍ په أخرو لسيزوکي دفبرواوپتیک دظریفي تکنالوژی د انکشاف د برکته لاپروسکوپي نه يوازی دیوه ستاندارد

مؤثر تشخيصي ميتود په حيث بلکه دیوه مقتدر عملیاتي ميتود په صفت دتراوما داصغری حجم په لرلو سرهminimal invasive surgery د بطني امراضو اوترضيضاتو په مختلفو ساحومنجمله دحاد اپينديسيت په عملیاتونوکي خپله دتطبيق ساحه موندلي اونور هم مخ په وړاندي ځي.

لاپروسکوپيک مینيمال اینوازیف عملیاتونه د۱۹۸۰لسيزي په آخر کي شروع او په ډیره چټکتیا سره ئي وسعت وموند، چه نن سبا دبطن اکثره عاجل او ايليکتيف عملیاتونه دویدیو اسیستیډ لاپروسکوپی پواسطه vedio assisted laparoscopy (VAL) سره اجراکيږي، چه فوقالعاده تشخيصي اومعالجوي سهولتونه ئي مساعد کړيدي.

څرگنده خبره ده چه مروجه اپينډيکټوميconventional appendectomy يوه شديده ترضيضي عمليه ده چي دحرقفي ناحيي په وسيع شق اودجداري انساجو په څيرنه، کشش او ميخانيکي ترضيض سره ترسره کيږي، ځکه دغوښتني وړده چه ځای ئي بايد ديوه کمضرره ميتود پواسطه تعويض اواشغال کړسي.

اکثرأ جراحان دعملیات نه مخکي دتشخيصي مشکلاتو سره مخامخ وي. په داسي مشکوک اونامعلومه تشخيصي حالاتوکي مريض ترډيره وخته پوري دوضعي ديناميک کنترول اومکرر معاينات ايجابوي چي بعضأ دوخت په ځنډيدا اومؤثره وخت په ضياع سره دتخريباتو دوسعت اوداختلاطاتو دتأسس سبب کيږي. دبل پلوه هم يوتعداد ښځينه مريضاندجينيکولوژيکی امراضو دموجوديت په صورت کی

داپینديسیت په تشخیص بیځایه عملیات اواصلي وتیرې ته پوره توجه نه اوړي، چه داعمل په بطن کې دمقدمو یا مؤخرو اختلاطاتو سبب گرزي.

لاپروسکوپي برعکس دعملیات دځنډ مخنیوی کوی اوحتی دمرض په مشکوک حالت کي عاجلاً اجرا او

په۹۰ـ ۹۵ ٪ واقعاتوکي دحادبطن مؤثق تشخیص وضع، چې داپینديساتیس په صورت کې داپینډیکتومي پرو سیجرپه سهولت سره تأمینوي.

په پرمختللو هیوادوکي نن ورځ لاپروسکوپیک اپینډیکتومي کاملاً د عادي اپینډیکتومي ځای نیولی دی، اومعمولی اپینډیکتومي صرف داپینديسیت په اختلاطي واقعاتوکي لا تراوسه پوری داجراوړ گڼل کیږي.

دلاپروسکوپیک اپینډیکتومي ښیگڼي:

Advantage of laparoscopic appendectomy (LA)

۱ـ داډول اپینډیکتومي چه دکوچنیو شقوقو دلاري دظریفو سامانونو په واسطه اجرا کیږي دنسدجدار دانساجود وسیع ځیرون څخه مخنیوی کوي اود تراوما اندازه تراصغري کچې پورې کمیږي.

۲ـ د عملیات په وخت کي دبطن ټوله ساحه کنترول اولیدل کیږي،چه پدې ډول سرهپه مشکوکو حالاتو کی بیله دې چه اضافي شقونه اجراکړل سي، دمریض دقیق تشخیص تثبیت اومتناسبه اوهدفمنده مداخله غوره کیږي.(Semm K.,1983)

۳ـ دتراومادکمښت دکبله دپوست اوپراتیفي دردونو شدت هم په فوق العاده ډول تنقیص مومي، چه دتسکین دپاره ئي دمسکناتو ډیر کم مقدارکافي گڼل کیږي اودعملیات وروسته مریض ډیرژر فعالیږي.

۴ـ دعملیات داجراوخت لنډیږي.

۵ـ دمشکوک اونامعلوم تشخیص په صورتکی لاپروسکوپي په لومړۍ مرحله کي دتشخیصي میتود په حیث اود تشخیص د تعین وروسته په دوهمه مرحله کي دعملیاتی لاپروسکوپی په صفت لازمه مداخله صورت نیسي.

۶ـ عملیاتی شقونه ډیرنازک، کوچني او دکازمیتیکي صفاتولرونکی دي، چه دمعیوبه او بد منظره ندباتو دتأسس څخه مخنیوی کوي، څه شی چه خصوصاً په ښځو اوځوانانوکي دجلد دزیبائي مهم اصل گڼل کیږي.

۷ـ مریض ته دریهابیلیتیشین اواستراحت دلندي دورې ضرورت اودمریضانو دکاري قابلیتاعاده په ډیره لنډه موده کي.

۸ـ په روغتون کي دمریض دتداوي اواقامت دوره ډیره لنډه اود۲ـ۳ورځو پوري رسیږي، چه دا اصل دبستر ددوران اودروغتون د کمیتي ظرفیت سره مرسته کوي.

۹ـ دپوست اوپیراتیفي ندباتي فتقونو تشکل چه د معمولي اپینديکتومی وروسته په ندبه ئې ساحه کي منځ ته راځي، معمولا د لاپراسکوپیک اپنديکتومي وروسته نه لیدل کیږي.

۱۰ـ د عملیاتی تراوما د کمښت او تخفیف د کبله پوست اوپراتیف اختلافات لکه التصاقات، انسداد او تالي عقامت او ستریلیتی د معمولي اپنديکتومي پر خلاف خورا لږ لیدل کیږي.

۱۱ـ ځیني مؤلفین ئې بیا دا ستره تکنولوژیکي بریا د اپینديکولیر ماس دمقدماتي مداخلې دپاره مطمئین او مؤثرمعالجوي میتود ګڼي، چه دانتیروال اپینديکتومي دضرورت په مخنیوی سره دمریض دبستر وخت لنډوي(Samapathi PSP , 1993).

د لاپراسکوپیک اپنديکتومي د اجرا طریقه یا مخبیوون

Condacting of Laperoscopic Appendictomy

۱ـ د مریض وضعیت: Position of patient

لاپراسکوپي د ظهري استجاع په وضعیت کي شروع او د پنومو پیریتونیوم Pneumoperitoneum د تکمیل وروسته د اپنديکتومي د اجرا ذ پاره مریض ته د Trentelenburg وضعیت ورکول کیږي، چه د عملیاتي میز د سر نهایت د ۳۰ درجو په اندازه کښته او میز د ۲۰ درجو په حدود کي پر چپه اړخ اړول کیږي. د دې مانور په اجرا سره Amintum (سرب) او د امعاوو عروات (Bowels loops) د ښي حرقفي څخه لیرې کیږي.په دې ترتیب سره د سیکوم او اپنديکس ناحیه ظاهره او په ښکاره ډول سره د مستقیم لید او تفتیش لاندې واقع کیږي.

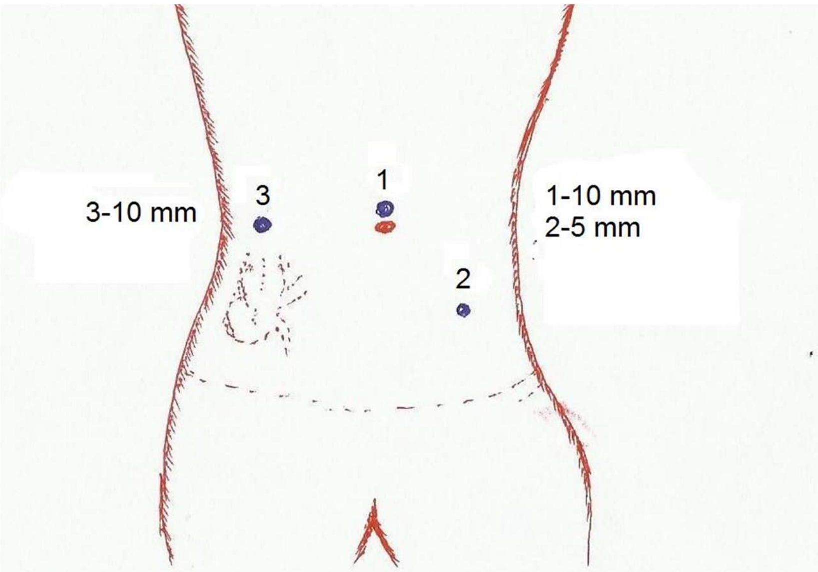
د جراح موقیعیت امریکائي میتود په اساس د مریض کیڼ لور ته اسیستانت ښي لورته،نرس د مریض د راسته پښي خوا ته ولاړاو مانیتور د چپه پښي لور ته واقع وي.

۲- انیستیزیا: Anesthesia

عملیات عمدتاً دجینرال انیستیزیا،انتوبیشین او مصنوعي تنفس په مرسته اجرا کیږي، ځکه چه یوازې دا ډول انیستیزیا دبطن دجدار دعضلاتو کامله رخوه اوریلکسیشین چه دپنوموپیریتونیوم دتطبیق دپاره حتمي ګڼل کیږي، تأمینولای شي.

۳- مداخلوی نقطي : Access points

داپینډیکتومي داجرا دپاره معمولاً دلاندنیو درونقطوڅخه چه دپورټ port یا تروکار trocar دتطبیق دپاره مداخلوي کانالونه تشکیلوي، استفاده کیږي. (شکل - ۶۳)



دلاپروسکوپیک اپینډیکتومی دپاره د پورټ یا تروکارونو موقیعیت

a- سوپرا اومبیلیکال نقطه (۱) : supra umbilical point

دانقطه چه دسرې نه پاس واقع ده، دلاپروسکوپ دمیکروکامرې ددخول دپاره چه دلس ملیمیتري توراکار په استفاده سره صورت نیسی، په کارځي.

b- دچپي حرقفي نقطه (۲) : left fossa iliac point

دانقطه چه دکيني حرقفي حفرې په وسطيبرخه کي واقع ده، د۵- مليمتري مانيپوليـاتور manipulator توراکاردپاره په کارځي.

c- راسته ميزوګاسترال نقطه (۳) right misogastral point:

دانقطه په ښی ميزوګاسترال ناحيه کي دنامه دغوټیumbilicusپربرابری پر ښی ميديوکلاويکوليرخط right medclavicular line بانـدي واقع ده، چـه د ۱۰- لس مليمتري توراکـاردتطبيق دپـاره ټاکل سويده.

۴- دلاپروسکوپی طريقه: laparoscopic technic

دلاپروسکوپي دموفقانه اجرا دپارهلومړی دپنوموپيريتونيوم عمليـه چـه دلاپروسـکوپي حتمـي شرط ګڼل کيږي، په لاندني ډول سرته رسيږي.

دپنوموپيريتونيوم عمليه: pneumoperitonium's procedure

- لومړی په سوپرااومبيليکال په ناحيه کي د ۱-۲سانتيميترو پـه طـول يـو عرضـاني يـامنحني ډولـه جلـدي شق اجرا اوتر اپونيوروز پوري رسيږي.

- وروسته پـه داسـی حـال کـي چـه اپونيـوروزد خيـاطو يـا پـانس پـه ذريعـه پـورتني لورتـه کشـيږی، د Veressدستني پواسطه چـه دجلد د سطحي سره ۶۰-۷۰ درجو پوري تشـکيلوي اود حوصـلي لورتـه متوجـه وی دايلاسـتيکي حرکاتوپـه نتيجـه کـي پـه ترتيـب سـره صـفاق، پرېپيريتونيـال شـحم اوپيريتـوان سوری اوبطن ته داخليږي.

- دستني دنوک صـحيح موقيعيت دمـايع پـه داخلـولـو سره تعينيږي.دبطن جوف تـه دمـايع آزادانـه ورود دستني دنوک پر صحيح موقيعيت دلالت کوي.

- دستني ددرست موقيعيت په صورت کي دکاربندای اوکسايد ګاز چه عمومي مقدار ئي ديونيم څخـه تـر دوه نـيم ليتروپـوري رسـيږي پـه بطـي شـکل سـره (1L /1 min)بطـن تـه داخـل اوپنوموپيريتونيـوم ايجاديږي.

دپنومـو پيريتونيـوم د ايجـاد وروسـته مستقيماً دلاپروسـکوپی مرحلـه پيـل کيږي. لومړی د البـا پـر لايـن بانـدي د

۲.۱،۵سانتیمتروپوري د اپونیوروز طولاني شق اجرا او کنارونه ئي دخیاطو پواسطه نیول کیږي او اسیستانت ته سپارل کیږي. جراح په دې وخت کې ۱۰- ملیمتري تروکارددورانی ایلاستیکي حرکاتو په مرسته بطن ته داخلوي. ځني جراحان بیا دلومړي پورت دبیخطره تطبیق په موخه دسوبرااومبیلیکال دمیکرو لاپراتومي دشق څخه استفاده کوي، چه په دې صورت کې صفاق د۴- ۵سانتیمیترو پوري شق اودسترګو تر کنترول لاندي په آساني سره دپیریتوان شق اجرا اوتروکار بطن ته داخلوي. وروسته تردې میکروویدیوکامره دتطبیق سوي پورت دلاري بطن ته داخلیږي.وروسته جراح په همدې شکل دکمرې د دیافونوسکوپیک کنترول لاندي دوهم ۵- ملیمتریزه پورت په چپه حرقفی ناحیه اودریم ۱۰- ملیمتریزه پورټ په راسته میزو ګاستریک ناحیه کې تطبیقوي. اوس نو د تشخیصي لاپروسکوپی مرحله اجرا کیږیاو د معیني قاعدې دمخي دکبد د ساحې څخه شروَع اودساعت دستني دجهت مطابق دبنی لور څخه دکیڼ پرلوردبطن د جوف تفتیش اوپه بطن کي دموجوده تغیراتوارزونه صورت نیسي. په مشکوکو حالاتو کیباید نه یوازی اپیندکس بلکه مجاوره احشا او خصوصاً داخل حوصلي ارګانونه تر دقیق غور لاندې ونیول سي.

۵- د اپندیکتومي مراحل

۱- د اپندیکس تراکشن

د دې عمل د پاره د اپندیکس زروه د پانس په ذریعه، چه د دریم پورت د طریقه داخل سوي دي، نیول کیږي او د بطن د جدار لورته پورته کشیږي. اپندیکس لومړۍ د التصاقاتو څخه آزاد او داسې نیول کیږي چه میزو اپندیکس په فرونتال سطح کې قرار ونیسي.

۲- د میزو اپندیکس غوڅول

الف: دکواګولیشین طریقه :

ددې موخي دپاره د دوهم پورټ د طریقه الکتروکاوتور یا الکترودیسیکتور د اپندیکس میزو ته ورنږدې او میزو په قسمي یا پورشیال ډول د ۲-۳ ملي مترو په عرض د اپندیکس د قاعدې په لور په تدریج سره کواګولي کیږي. په دې ترڅ کې باید خاصه توجه د سیکوم لور ته متوجه وي څو هغه د الکتروترا وما سره مخامخ نه سي. د اپندیکس قاعده باید کاملا آزاده اود لیګیشن د پاره چمتو کړه سي.

کواګولیشن معمولا د مونوپولیر یا بی پولیر کواګولیاترونو په واسطه اجرا کیږي. مونوپولیر کواګولیاترونه که څه هم ډیر مطمئن او قوي کواګولیاتورې او هیموستاتیک تأثیرات لري خو د تیز او شدید حرارتي خواصو د کبله بعضأ د مجاوره امعاوو خصوصأ د سیکوم د Thermotrauma (سوځون) سبب کیږي. بي پولیرکواګولیاتورونه بیا د دې نقیصې څخه عاری ګڼل کیږي.مګر د بي پولیرکوکولیاتور تاثیرات اکثرأ په التهابي او اذیمائي میزو اپندیکس کې کافي نه ښکاري، ځکه د دا ډول کواګولیاتوراستعمال په التهابي انساجوکي د هغه د ظریف او نرمو تأثیراتو د کبله د خاصې توجه وړاوددقیق کنترول ضرورت ایجابوي، دهمدې کبله هیموستاز باید د کوچنیو او نازکو قطعو په نیولو سره اجرا سي.

ب: دمیزواپیندیکس لیګیشین:

دمیزواپیندیکس لیګیشین دهیموستاز ډیره مطمینه طریقه ګڼل کیږي. ددې هدف دپاره لومړی دمیزواپینډکس قاعده دپاس پواسطه سره سورۍ اوبیا دهمدط سوري دطریقه د لیګیشین تار (لیګاتور) تیریږي، چی دواړه انجامونه ئي ددوهم تروکار دلاري بهر ته خارج اودایکستراکورپورال په طریقه لومړی غوټه (ګنډه) او بیا دمخصوص کلامپ پواسطه بیرته په بطن کې ډوب اودمیزو پر قاعده تثبیتیږي.دمیزو دتثبیت وروسته د ا پیندیکس میزو او لیګاتور دبیاتي پواسطه غوځیږي.

ج: دمیزو اپیندیکس خیاطه:

په دې صورت کې میزو اپیندیکس اوداپیندیکس قاعده یوځاي یا جلا جلا دمخصوص میخانیکي سوچر ایندو سرجیکال سوچرپواسطه خیاطهاو قطع کیږي. که څه دا طریقه ډیره آسانه اومطمینه طریقه ده، چی په اکثره غربي هیوا دونو کي ترینه استفاده کیږی، خود یوه لوري داقتصاد د نظره لوړمصرفه او دبل پلوه دسوچربکسونه ئي هم متداوم اکمالاتي ضرورت ایجابوي. واضح ده چه دادواړه اصله د ناتوانو هیوادونو داقتصاد سره لږسمون خوري.

۳- داپیندیکس دقاعدې ترمیم:

داپیندیکس دقاعدې ترمیم پهلاندني اشکالوسره صورت نیسي.

- دلیګاتور پواسطه
- دکلیپس پهذریعه
- د ایندوسوچر پواسطه

الف دلیگاتور پواسطه:

دمیزواپینديکس دغوڅیدو وروسته د دریم تروکار دطریقه ایکستراکورپورال تیاره سوې لیگاتورې حلقه بطن ته داخله، لومړی په اپینډیکس اغوستل کیږي او بیا دهغه پر قاعده غوټه اوتثبیتیږي. وروسته د لیگاتور دځای څخه د ۲ـ ۳ ملیمیترو په فاصله اپیندکس غوڅ اومقطع ئې دانتیسیپتیک محلول پواسطه تطهیریږي. اکثره جراحان بیا دلا اطمنان په خاطر داپینديکس پر قاعده باندي دوه ځلیز یا ډبل لیگاتور ایږدي.

ب ـ دکلیپس پواسطه:

داپینديکس دمقطع د ترون او تثبیت دپاره نه یوازي لیگاتور بلکه مخصوص فلزي مطمین کلیپسونه هم استعمالیږي، چه داپلیکیتور په ذریعه داپینديکس پر قاعده باندي ټینگ اومضبوط تثبیت اوپدې ډول سره داپینديکس مجرا تړل کیږي. د لته هم دلیگاتورد میتود په څیر د قاعدې پروکسیمال لورته یو یادوه کلیپسه او دیستال لورته هم یو احتیاطی کلیپس ایښوول کیږي او وروسته د دیستال او پروکسیمال کلیپسونو تر

مینځ اپینديکس د بیاتي پواسه غچي کیږي.

ج ـ داینډو سوچر پواسطه:

ددې هدف دپاره ددریمي مداخلوی نقطې او۱۲ـ ملیمیتریزه کانال دطریقه اینډوسیرجیکال سوچر بطن ته داخل endosurgical suture لومړی داپینديکس قاعده اوبیا میزواپینديکس په جلا جلا شکل سره خیاطه اوقطع کیږي. په مشکلو واقعاتو کی بیا داپینديکس او دمیزو قاعده یوځای او په یوه ځل سره خیاطه اوقطع کیږي.

دلاپروسکوپیک اپینديکسیکتومي وروسته داپینديکس قاعده اکثراً لوڅه پاتیږی، خو ځینی جراحان بیا لکه په عادي اپینډیکتومي کی دقاعدې ډوبول دسیکوم په جدار کي د کیسیت او زیډ ډوله Z خیاطو په ذریعه سره لازم گڼي.

۴ـ داپینديکس راایستل:

دبطن څخه دغوڅ سوي اپیندکس راایستل یوه مهمه مرحله ده، ځکه په دې وخت کي بایدهڅه وسي چه دمنتن اپینديکس اخراج پر مجاورو احشاؤو او دبطن پر جدار باندي دانتان دانتشار سبب ونهگرزی. ددې دپاره باید لوړی اپیندکس دغوڅیدو وروسته سمدستی وایستل سي اودوهم داچه اپینديکس باید په مخصوصه خلطه یا کانتینر کي داخل اووپوښل سي څو دبطن دجدار سره په تماس کي رانشي.

په هغهصورت کي چه پرسيدلي اپينډيکس قطر تر ۱۰۔ مليمتره زيات او ددريم تروکار دلاري خارج نه کړای سي، په ديصورت کي بايد يو لوی قطره تروکار تطبيق او دهغه دلاري اپينډکس راوايستل سي.

۵۔ دعمليات آخرنۍ مرحله:

داپينډکس تر ايستلو وروسته دحرقفی حفرې ناحيه د ۵۰۰ ـ ۷۰۰ مليليتر انتيسيپتيک محلول په واسطه لـواژ کيـږي. مـريض د ترينتيلينبـورگ Trentelenburgدوضـعيت څخـه وعـادی پوزيشـين تـه راانتقـاليږي. مـايع دبطـن څخـه اسـپيرې کيـږي، بنوموپيريتونيـوم دنـس دهـوا پـه اخـراج سـره تخليـه اوتروکارونه خارجيږي. په آخر کي مداخلوي فوحې يوځل کنترول اوداطمنـان پـه صـورت کـي لـومړی دصفاقونو جرحې اوبيا جلد په متناسب شکل سره خياطه او پټۍ يا پانسمان کيږي.

بريالي اوسۍ

د مؤلف ژوندون لیک:

محمد شریف سروري د حاجي محمد موسی خان زوی په ۱۳۲۹ هجري کال کي دکندهار دښار په   څلورمه ناحیه کي په یوه منوره کورنۍ کي سترکي پرانیستي دي. لومړنۍ زده کړي ئې تر شپږمي ټولګۍ پوري دکندهار په تیمورشاهي ښوونځی (۱۳۳۴- ۱۳۳۹) او وروسته د کابل نه د اعزام سوي هیئت د لوري د ذکي او زیارکښو متعلمینو په جمله کیکابل ته انتخاب او د کابل په حربي ښونځۍ کي دبعدنیو زده کړو دبشپړیدا وروسته (۱۳۳۹-۳۴۶) د ۱۲ تولګۍ څخه په ډیره ښه درجه سره فارغ سویدی. د سیپارې شریفي او قرآ ن مجید لوست ئې لا ټولګۍ ته دشاملیدو مخکي دخپل پلار تر لارښود لاندي تکمیل کړي ؤو، کومو چه د مکتب دمضامینو په زدهکړه کي هم ور سرهډیره اغیزه منه مرسته کول اوددغه پوهي د برکته وو چه د مکتب په لومړۍ ورخ ئې د لیک اولوست په برخه کي د خاص لیاقت او استعداد په ښودلو سره ، دصنف دنګران دلوري ورته یوه کتابچه او یوپنسل دانعام په توګه ورکړل سوه او هم د خپلي ټولګۍ دکپتان په حیث وټاکل شو. په حربی ښوونځۍ کي هم دخپل زیار او اهلیت دمخي پرخپلو استادانو ډیر ګران وو، خپل نوټونه به ئې په ډیر شوق ، خاصه سلیقه او ښکلي لیک سره رسول، دهمدې کبله داتم او نهم صنفونو په ختم کي ددوی دکیمیا دمضمون کتابچه چه په خاصه علاقه سره دیزاین او مزینه سوې وه ، د استاد په غوښتنه دیادګار په توکه ځنی واخیستل شول اودبعدي صنفونود تشیق دپاره ئې دنمونې په څیر ورښودل. دهغه طبعی استعداد دمخی چه خاصتأ په ساینسی مضامینو کي ئې ور په برخه سویوو ، په لوړو صنفو کی د فزیک، الجبر، مثلثاتو اوهندسې د استادانو داسیستانت په حیٍث داستاد په موجدیت یا غیابت کي د نوو درسي موضوعاتو تشریحات اودمشکلوقضیو او سوالونود حل دنده ورپه غاړه سویوه، چه دانوي درسي میتود په واقیعیت کي دمتعلمینو دځان باوري، اعتماد، تشویق اوروحیاتو دتقویې دپاره یوه ځانګړي نوې مؤثره طریقه وه . د۱۳۴۶ دحوت په میاشت کي حربي پوهنتون ته شامل چه وروسته ددوه ځلیزه کانکور دآزمویني وروسته دلومړي مقام په نیولو

سره بريالی چه دلومړی په نتيجه کي طب ته کامياب او بيا ئې خارج ته دبرس اخيستلو حق تر لاسه کړ.

سـنبله ۱۳۴۷ - جـوزا ۱۳۵۴ د روسـيې دپيتيربـورګ دنظـامي طـب اکـادمي کـی عـالی تحصيلات اوپه ډيره ښه درجه سره فراغت.

اسد ۱۳۵۴ - سنبله ۱۳۵۵ - کابل ، داردو مرکزي روغتون، دجراحي روغتون دډاکټرپه حيث.

ميزان ۱۳۵۵ - سنبله ۱۳۵۶ - کابل ، ۴۰۰کټيزه (۴۰۰بستر) روغتون، دجراحی سرويس ډاکټر

دوي د۱۳۵۶داسد په مياشت کی روسيې ته د جراحي دتخصص اواسپيرانتری د تحصيلاتو دپاره د عسکري ډاکټرانو تر مينځ دکانکورپه امتحان کي ګډون وکړاودلومړي مقام په نيولو سره ئې د نوموړي بورس امتياز ترلاسه کړ.

ميزان ۱۳۵۶ - ميزان ۱۳۵۹ - دپيتيربورګ دطبي علومو داکادمي دهسپيتال جراحي په ديپارتمنت کي ئې د کلينيکي ډاکټر او اسپيرانتور په حيث دعمومی جراحي او انتانسيف تيراپی په سرويسونوکی د تخصصی پروګرام مطابق وظايف اوپه صدري سرويس کښې ئې دسږي دکانسرد مقدم تشخيص اوتداوي په برخه کي علمي څيړنيز پروګرام پر اساس دندي مختـه بيولی.

د ۱۳۵۹ دميزان په مياشت کي د اسپيرانتوري دورې د موفقانه ختميدو وروسته د **تخصص** او او پولي تراوماپ**. ايچ .ډي** ديپلوم په اخيستلو سره هيواد ته راستون او د ۴۰۰ کټيزه روغتون د د سرويس دشف په حيث وټاکل سو چه د ۱۳۷۱ کاله پوري ئې دا دنده د نوروعلمي اوتدريسي دندو تر څنګ داساسی وظيفي په حيث په غاړه درلودل، چه په دې موده کي ئې دصدري جراحي اساسات ايجاد، ستر صدري اوقلبي عملياتونه اجرا اوزيات شمير صدری جراحان ئې په اردو ،خاد اوځارندوی کي وروزل، نو ځکه دوی داردو دصدري جراحي مؤسس ګڼل کيږي.

د ۱۳۶۱- -۱۳۶۴ دکابل ددولتي طب انستيتوت په چوکاټ کي د جديدالتأسيسه حربي طب د آمادګي ديپارتمنت د حربي جراحي د استاد په حيث چه دانستيتوت اوعالی تحصيلاتو دوزارت دعلمي رتبو دلايحي پر اساس **دنامزد پوهنمل** دعلمي رتبې دعلمي شورا دلوري منظور او يو کال بعد ئی د **پوهنملي** رتبې ته ارتقا وموندل.

د **۱۳۶۴ – ۱۳۷۰** پوري دکابل ددولتي طب انستیتوت په چوکاټ کي جدیدالتأ سیسه نظامي طب پوهنځی دعلمي اوتدریسي معاون په صفت چه دپوهنځی دمقررۍ طرحه، ددیپارتمنتونو درسي پروګرامونو تهیه، دپوهنځی د عموي درسي پلان او درسی تقسیم اوقات ترتیب او د انستیتوت دعمومي پلا ن اوتقسیم اوقات سره کوردینه کول، دنوو درسي کتابونو عاجل ګستدنر اود طباعتي هلوځلو محصول دی. همدارنګه دوی د استاد په صفت دپنځم صنف دجراحي لکچرونه مختـه بیول . ددې کبلـه دوی دپروفیسور محمد موسی وردګ سره چه دپوهنځی درئیس دنده ئې په غاړه در لودل یو ځای د نظامي طب پوهنځی د مؤسسینو دجملې څخه او یا په بله عباره اساسي مؤسس محسوبيږي.

د **۱۳۶۶** دثور په میاشت کي دوی دخپلي نوبتي علمی رتبې دپاره دلار ښود استاد مرحوم پوهاند لودین ترنظرلاندي د حربي جراحي په نامه ترجمه کړی کتاب، دترفیع دنورو معیارونود تکمیل سره علمي شورا ته وړاندي او د**پوهندوي** په رتبه نایل سو.

وروسته دوی د۱۳۶۶ دعقرب په میاشت کي په دیپارتمنت کي د منظورسوي علمي تحقیقاتي پلان د مخي د ډوکتورانتري (**هابیلیتیشین**) دوه کلن دولتي برس تر لاسه کړ او د۱۳۶۸ د دلوپه میاشت کي ئې دپروفیسوري مکمل پروګرام تکمیل او **د مافوق پ.ایچ. ډي دوکتورا (ډاکټر آف میډیکل ساینس)** دیپلوم ئي ترلاسه کړ ، چه دادنړی تر ټولو لوړ علمي دیپلوم او دنیکه مرغه په افغانستان کي هم دوه طبي عالمان ددغه دیپلوم وياړ لري(پروفیسور صاحب محمد موسی وردګ او پروفیسور محمد شریف سروري).

هیواد ته دراستونیدو وروسته پروفیسور صاب دخپلو هم مسلکانو او همکارانوتر څنګ په ډیره دوستانه او صمیمي فضا کي په خاص صداقتمندانه اوعاجزانه چلند سره د پخوا په شان په خپلو معالجوي، تدریسي اوعلمي وظایفو بوخت وو، اوټول وخت ئې د مریض اوروغتون په خدمت کي تیراوه، دشخصي معاینه خاني درلودلومخالف اوحتی دجمعي اواخترونو په ورځو کي هم ده دخپلو وخیمو مریضانو ویزیت اومراقبت په حتمي توګه سره سر ته رساوه.

ددوی مهربانه او اخلاصمندانه کرکتر خصوصاً دمحصلینواو ځوانو ډاکټرصاحبانو دپاره د تشویق وسیله او د مسلکي سرمشق نمونه وه. دوی دمسلکي او اجتماعي عادلانه اوبیطرفانه موقف په لرلو سره دخپلو هم مسلکانو د حقوقو په دفاع کي ولاړوو، ځکه نودوی دخپل عادلانه دریز دکبله دځینو مغرضانه اشخاصو اوناوړو اهدافو سره د مخالفت اوټکر په خاطر دخپلو حقوقي قربانیو او نورو ناخوالو سره مخامخ وو.

پروفیسورصاحب دعلمي فعالیت په ساحه کي دغنی علمي آثاررو څښتن دی٘و چه مجموعاً ۱۱۳ علمي مقالي لري چه دهغه جملي څخه ۱۸ مقالي ئي هم په معتبرو خارجي ژورنالونو کي نشر ته سپارل سویدي. دوی همدارنګه د ۱۰ علمي نوښتونو لرونکی ، درو طبي کتابونو لیکونکی اویوه درسي کتاب ژباړونکی دی. ۱۱ لکچره ئي د صدري اوحربي جراحي د مختلفو موضوعاتو په هکله دمضامینو ددرسي پروګرام مطابق لیکلي دي، په مختلفو داخي اوخارجي طبی کنفرانسونو کي ئي فعاله برخه نیولي او کنفرانسون ارائه کړیدي.

په ۱۹۹۴ م کال کي ئي دخپلي کورنۍ سره المان ته مهاجرت وکړ چه هلته ئي هم د خپلو هیواد والو په مقابل کي ئي خپل وظایف هیر نه کړل اود الماني ژبي دزده کړي وروسته ئي ډیر ژر**دالماني ژبي ګرامر په پښتو ژبه** ترتیب او طبع کړ.

دوی د**۱۹۹۹- ۲۰۰۲** پوري د مونشین، فرانکفورت او د **لیر**دبنار (هانوور) په روغتونونو کي دعمومي جراحي په سرویسونو کي وظیفه مخته وړل.

۲۰۰۳ - ۲۰۰۴ د ملي دفاع دوزارت په بلنه د۴۰۰بستر روغتون دجراحي شف په نامه هیوادته راستون خو دراتګ وروسته دحالاتو د بلون دکبله ئي جبراً داردود صحيي ریاست دریسیرچ او تحقیقات داداري پرمدیریت باندی ئي اکتفا وکړه اودهغه تر څنګه ئي د جراحۍ مشاوریت په فورمولیتي ماهیت سره ومانه.

۲۰۰۵- ۲۰۰۶ دروغتیا دوزیر ښا غلي فاطمي صاحب پّه غوښتنه دډیرو وعدو په مقابل کي داردوڅخه دروغتیا وزارت ته درتبې په تعدیل سره تبدیل او دابن سینا صدري روغتون د احیا اومسلکي اموراتو د تنظیم په غرض ددغه روغتون په ریاست اودجراحي دمسئول په صفت وټاکل سو. ددوی د توجه اودرست مانجمنت دبرکته په روغتون کي یو منظم اداري سیستم جوړ او نظم اودیسیپلین ئي اعاده کړ. د ورځني سهارني کنفرانسونو او تشریحاتو په ارائه سره ئي خصوصاً دجراحي دډاکترانوتیوریتیکي ظرفیت لوړ چه حتی دداخله شعباتو ډاکترانو هم دخپلي علا قمندي دمخي په کښي ګډون کاوه. د دیمونستریتیف اونمایشي صدري او اوعیوي عملیتونو په اجرا سره ئي د جراحي ډاکټران تشویق او دهغی دترینڼګ پروسه په مؤثره توګه تنظیم کړه. دموډرني کاردیولوژی او صدري جراحي دایجاد پلان ئي چه هیواد ورته اشد ضرورت درلود، په ۱۵ صفحه ئیزه وړاندیز کي د وزارت دمعالجي مقاماتو مسؤلینو ته وسپاره چه دبده مرغه حتی ترنن ورځی پوري ئي هم عملی جنبه موندلي نه ده او حتی دوزیر حضور ته هم نه وه وړاندي سوی. د ۹میاشتني ریاست وروسته بیله مؤجه عامله دوزیر په غیابت کي بیله دې چه دیوې ورځي عادی یا وعده سوی سوپرسکیل معاش ئي هم ترلاسه

کړې وي ، دبیعدالتي یوه بله ځپیره پر مخ وخوړل او په ناخاپي توګه په توطئوي شکل تبدیل کړسو.

د۲۰۰۷ ــ ۲۰۱۱ کلونو پوري د جرمني دمونشین او لیر په ښارونوکي دعمومي او واسکولیر جراحي په سرویسونو کي دجراح په صفت وظایف مخته بیول.

د هغه خاصي میني او محبت دمخي چه دوی ئې دخپل هیواد اوخپلو خلګو سره لری دهغوی په وړاندي لا نور هم خپله دنده ختم نه ګڼي او غواړي چه دژوند أخرني نسبي فعال کلونه دخپلو وطنوالو په خدمت کي تیرکړي. نو ځکه په ۲۰۱۲ کال کي یو ځل بیا هیواد ته راستون ، کله په کابل اوکله هم په کندهار کي دخلګو په خدمت کي قرار لري، دمیرویس په روغتون اود ابن سینا په شفاخانه د مغلقو ناروغانو مشورې او عملیاتونه تر سره کوي اوډاکټران وربانديوياړي.

د ۲۰۱۳ کال په شروع کي محترم پروفیسور صاحب دخپلو هغو نه هیریدونکوخدماتو د لړۍ د ادامي په موخه کوم چي دوی دخپل ریاست په دوره کي د صدري جراحانو د مسلکي روزني په برخه کي سرته رسولي وه، یو ځل بیاهم دابن سینا دصدري روغتون دمتخصصینو په غوښتنه او د ریاست دمقام دموافقي پر اساس د هغه ریاست دلوری د روغتون دصدری جراحي متخصصینو دمسلکي سویې دپیاوړتیا او ظرفیتي ارتقا دپاره دجراحي دمشاور په حیث د وزارت مقام ته وړاندي کړ سو، څو دیوه مناسب معاش مدرک ورته ولټول سي. خو دا وړاندیزدیوه کال راهیسي په دغه وزارت کي دمالي ستونزو دکبله چي دوزارت مقامات ځان ورسره مخامخ ویني، تراوسه لا هم عملي جنبه نه ده موندلې. دی په دې باور لري چه په دې لار کي به هم د پخوا په شان ډیري ناخوالي ویني، خو دخپلو هیوادوالو دپاره به ئې حتمي بیاهم وزغمي.

په خاصه درناوي

ایمل آدرس: sarwary_sharif@yahoo.de

شمارهٔ تماس: 0707250975

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past three years we have successfully published and delivered copies of 136 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

"Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashtu. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state – of – the – art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashtu is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit. One approach is to mobilize Afghan scholars who are now working abroad to be engaged in this activity."

Students and lecturers of the medical colleges in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to updates and new teaching materials are the main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the situation of the country into consideration, we desperately need capable and professional medical experts who can contribute to improving the standard of medical education and Public Health throughout Afghanistan. Therefore enough attention should be given to the medical colleges.
For this reason, we have published 136 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

All published medical textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org

The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It should be remembered that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to the medical colleges free of cost. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to German Aid for Afghan Children and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 40 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past four years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like to cordially thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Chancellor of Nangarhar University Dr. Mohammad Saber, Dean of Medical Faculty of Nangarhar University Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy of Nangarhar Medical Faculty Dr. Hamayoon Chardiwal, for their continued cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hekmatullah Aziz in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, February, 2014
Karte 4, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

Message from the Ministry of Higher Education

In history books have played a very important role in gaining knowledge and science and they are the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields so that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.Finally I am very grateful to German Committee for Afghan Children and all those institutions and individuals who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am confident that this project should be continued and textbooks can be published in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid

Minister of Higher Education

Kabul, 2014

Book Name Acute Appendicitis, Diagnosis, Complications &Treatment

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

Publisher Nangarhar Medical Faculty

Website www.nu.edu.af

No of Copies 1000

Published 2014

Download www.ecampus-afghanistan.org

Printed by Afghanistan Times Printing Press

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and Technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2014

ISBN 978 – 1234567897