



طب پوهنځی

د کبډې د ملحقانو
د جراحي ناروغۍ

د کبډې د ملحقانو د جراحي ناروغۍ



General Abdominal
& Accessory Surgery



Sheikh Zayed University, Khost, Medical Faculty

Afghanic

Prof Dr Badsha Zar Abdali

General Abdominal & Accessory Surgery



Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

پوهنوال دوکتور بادشاه زار عبدالی
۱۳۹۵

پوهنوال دوکتور بادشاه زار عبدالی



ISBN 978-9936-620-17-9



9 789936 620179

۱۳۹۵

خرځول منع دی

Not For Sale

2016

د کبډې د ملحقاتو د جراحي ناروغۍ

پوهنوال دوکتور بادشاه زار عبدالي

Afghanic



Pashto PDF
2016



Sheikh Zayed University, Khost, Medical Faculty
طب پوهنځی

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

General Abdominal & Accessary Surgery

Prof Dr Badsha Zar Abdali

Download: www.ecampus-afghanistan.org

بسم الله الرحمن الرحيم

د گېډې د ملحقاتو د جراحي ناروغی

پوهنوال دوکتور بادشاه زار عبدالي

لومړی چاپ

دغه کتاب په پي ډي ایف فارمت کې په مله سي ډي کې هم لوستلی شئ:



د کتاب نوم	د گیدې د ملحقاتو د جراحي ناروغۍ
لیکوال	پوهنوال دوکتور بادشاه زار عبدالی
خپرندوی	شیخ زاید پوهنتون، طب پوهنځی
وېب پاڼه	www.szu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
چاپ کال	۱۳۹۵، لومړی چاپ
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	سهر مطبعه، کابل، افغانستان



دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمویل شوی دی. اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځي پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤلیت نه لري.

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

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تیلیفون ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمېل textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان ۹-۱۷-۶۲۰-۹۹۳۶-۹۷۸ ISBN

د لوړو زده کړو وزارت پیغام



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

له ښاغلو استادانو او لیکوالانو څخه د زړه له کومې مننه کوم چې دوامداره زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانگو کې درسي کتابونه تالیف او ژباړلي دي، خپل ملي پور یې اداء کړی دی او د پوهې موتور یې په حرکت راوستی دی. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او درسي مواد برابر او چاپ کړي، چې له چاپ وروسته د گرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي او د زده کړو د کیفیت په لوړولو او د علمي پروسې په پرمختگ کې یې ښک گام اخیستی وي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره د علومو په مختلفو رشتو کې معیاري او نوي درسي مواد برابر او چاپ کړي. په پای کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې او زموږ همکار ډاکټر یحیی وردک څخه مننه کوم چې د کتابونو د خپرولو لپاره یې زمینه برابره کړېده.

هیله منده یم چې نوموړې گټوره پروسه دوام وکړي او پراختیا ومومي تر څو په نیردې راتلونکې کې د هر درسي مضمون لپاره لږ تر لږه یو معیاري درسي کتاب ولرو.

په درنښت

پوهنوال دوکتور فریده مومند

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۵

د درسي کتابونو چاپول

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

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

تر اوسه پورې مور د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ، کاپیسا، کابل او کابل طبي پوهنتون لپاره ۲۲۳ عنوانه مختلف درسي کتابونه د طب، ساینس، انجنیري، اقتصاد او زراعت پوهنځیو (۹۶ طبي د آلمان د علمي همکاریو ټولني DAAD، ۱۰۰ طبي سره له ۲۰ غیر طبي د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې Kinderhilfe-Afghanistan او ۴ نور غیر طبي د آلماني او افغاني پوهنتونونو ټولني DAUG) په مالي مرسته چاپ کړي دي.

د یادوني وړ ده، چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هېواد ټولو اړونده پوهنځیو ته په وړیا توگه وېشل شوي دي. ټول چاپ شوي کتابونه له www.afghanistan-ecampus.org ویب پاڼې څخه ډاډنلود کولای شئ.

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

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

مونږ غواړو چې د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه نا څه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ شي.

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

د مؤلفينو او خپروونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتويات د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بيا هم کيدای شي د کتاب په محتوی کې ځينې تيروتنې او ستونزې وليدل شي، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو تر څو خپل نظريات او نيوکې مؤلف او يا مونږ ته په ليکلې بڼه راوليږي، تر څو په راتلونکي چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او د هغې له مشر ډاکټر ايروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لگښت يې ورکړی دی، دوی په تېرو کلونو کې هم د ننگرهار پوهنتون د ۱۰۰ عنوانه طبي او ۲۰ عنوانه غيرطبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود.

په ځانگړې توگه د جې آي زيت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration & Development) چې زما لپاره يې په تېرو پنځو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي دي، هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو له وزيرې پوهنوال دوکتور فريده مومند، علمي معين پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين پوهنوال ډاکټر گل حسن وليزي، د ننگرهار پوهنتون د پوهنځيو رييسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده. د دغه کتاب له مؤلف څخه ډېر منندوی يم او ستاينه يې کوم، چې خپل د کلونو-کلونو زيار يې په وړيا توگه گرانو محصلينو ته وړاندې کړ.

همدارنگه د دفتر له همکارانو هر يو حکمت الله عزيز، احمد فهيم حبيبي او فضل الرحيم څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه سترې کيدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکټر يحيی وردک، د لوړو زده کړو وزارت سلاکار

کابل، اپريل ۲۰۱۶

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

اييميل: textbooks@afghanic.org

تقریظ

د شیخ زاید پوهنتون د طب پوهنځي د جراحي د پیاوړتیا د استاد پوهنوال دوکتور بادشاه زار "عبدالي" دا اثر مې چې د گېډې د ملحقانو د جراحي ناروغی تر عنوان لاندې یې تالیف کړی و مې لوست. دا کتاب چې د طب پوهنځي د څلورم ټولگي د جراحي د درسي نصاب او کوریکولم مطابق د نویو خارجي کتابونو څخه په گټه اخیستنه برابر شوی دی، په شپږو څپرکو او ۲۴۱ پاڼو کې په پښتو ژبه په ډېر ښه ډول ترتیب او لیکل شوی دی. چې لومړۍ څپرکۍ یې د ځیگر ناروغۍ، دوهم څپرکۍ یې د صفرا کڅوړه او د یوې څخه د باندې صفراوی سیستم، دریم څپرکۍ یې د پانکراس د جراحي ناروغۍ، څلورم څپرکۍ یې توری، پنځم څپرکۍ یې د پریټوان د جراحي ناروغۍ او شپږم څپرکۍ یې د گېډې د جدار چوری تر عنوان لاندې ترتیب کړی دی. د کتاب لړلیک او محتویات، د هر څپرکي موخې، مهم ټکي، شکلونه او جدولونه ډیر په ښه ډول پکې ترتیب شوي دي چې د طب پوهنځي د محصلانو او لوستونکو لپاره ځانگړې اسانتیاوې دي او خورا اهمیت لري.

د دې کتاب ماخذونه هم ډېر نوي او اخري چاپ شوي خارجي اشار دي چې ورڅخه گټه پورته شوې ده. د دې کتاب په چاپ سره به نه یواځې زموږ د محصلانو نیمگړتیاوې چې د درسي کتابونو د نه شتون له امله یې لري پوره شي بلکه د طب ځوان ډاکتران هم کولای شي چې د جراحي په څانگه کې کار کوي ورڅخه گټه پورته کړي.

زه محترم پوهنوال دوکتور بادشاه زار "عبدالي" ته په راتلونکي علمي ژوند کې د لاسونو نورو بریاوو غوښتونکی يم.

په درنښت

پوهندوی دوکتور جهان شاه تڼی

د شیخ زاید پوهنتون د طب پوهنځي د عقلي او عصبي د پیاوړتیا مشر

د لوی څښتن په سپېڅلي نامه

تقریفاً

اوس مهال چې د هیواد په گوټ گوټ کې پوهنتونونه جوړ شوي دي، نو په کار ده چې زموږ درانه استادان د یوې خوا د خپلو بچیانو د ښې روزنې لپاره او د بل لوري د خپلې علمي سطحې د لوړېدو لپاره شپه او ورځ نه ستړي کېدونکي کار وکړي، تر څو ټولني ته ښه کادرونه وړاندې کړي او وطن مو اباد او سمسور شي، دې موخې ته د رسېدو لپاره د ښه درسي نصاب درلودل او د نویو خارجي کتابونو څخه گټه اخستل اړین دي او نوموړي اثار باید خپلې ژبې ته راوړوو، تر څو محصلان په اسانۍ ورڅخه گټه پورته کړي.

پدې ډگر کې ما د شیخ زاید پوهنتون د طب پوهنځي استاد پوهنوال دوکتور بادشاه زار "عبدالي" په پښتو ملي ژبه نوی تالیف شوی کتاب چې د طب پوهنځي د څلورم ټولگي لپاره یې ترتیب کړی دی ولوست. نوموړی کتاب چې په ټولیز ډول شپږ څپرکي او ۲۴۱ پاڼې لري او په ډېر ساده او روان ډول لیکل شوی دی. د کتاب د هر څپرکي رسمونه، جدولونه او مهم ټکي په لنډه او ښه ډول سره لیکل شوي دي چې محصلان به ورڅخه ډېر په ساده ډول گټه پورته کړي. د دې کتاب ټول څپرکي د څلورم ټولگي د جراحي د درسي نصاب او کوریکولم مطابق ترتیب شوي دي او د دې کتاب په چاپ کېدو سره به د طب پوهنځي محصلین به وکولای شي چې ورڅخه سالمه گټه پورته کړي.

په پای کې وایم چې محترم استاد باید نور هم زیار وگالي تر څو په راتلونکي کې ورته کتابونه په پښتو ملي ژبه د طب پوهنځي د محصلانو لپاره گټي اخیستنې ته تیار کړي. یو ځل بیا محترم پوهنوال دوکتور بادشاه زار "عبدالي" ته د نورو بریاوو هیله کوم.

په درنښت

پوهاند دوکتور بری "صدیقي"

د کابل طبي پوهنتون استاد

د لوی څښتن په سپېڅلي نامه

تقریظ

د شیخ زاید پوهنتون د طب پوهنځي د جراحي د پيارتمنت د استاد پوهنوال دوكتور بادشاه زار "عبدالي" دا اثرمي چې د گيډي د ملحقانو د جراحي ناروغی تر عنوان لاندی یی تالیف کړی ومی لوست. دا کتاب چې د طب پوهنځی د څلورم ټولگي د جراحي د درسي نصاب او کوریکولم مطابق د نویو خارجي کتابونو څخه په گټه اخیستنه برابر شوی دی، په شپږو څپرکو او ۲۴۱ پاڼو کې په پښتو ژبه په ډېر ښه ډول ترتیب او لیکل شوی دی. د کتاب لړلیک او محتویات، د هر څپرکي موخې، مهم ټکي، شکلونه او جدولونه ډیر په ښه ډول پکې ترتیب شوي دي چې د طب پوهنځي دمحصلاوو اولوستونکو لپاره ځانگړې اسانتیاوې دي او خورا اهمیت لري.

د دې کتاب مأخذونه هم ډېر نوي او اخري چاپ شوي خارجي اشار دي چې ورڅخه گټه پورته شوې ده. د دې کتاب په چاپ سره به نه یواځې زموږ دمحصلاوو نیمگړتیاوې چی د درسي کتابونو د نه شتون له امله یې لري پوره شي بلکه د طب ځوان ډاکتران هم کولای شي چې د جراحي په څانگه کې کار کوي ورڅخه گټه پورته کړی.

زه د محترم پوهنوال دوكتور بادشاه زار "عبدالي" چی زه له نږدې یې پیژنم واقعاً هم ډېر زحمت کش او د کار پابند استاد دی، په راتلونکي کې نوموړي ته په دې ساحه کې د لازیاتو نورو بریاوو غوښتونکی یم.

په درنښت

پوهنوال دوكتور گل سلیم شرافت

د شیخ زاید پوهنتون د بیولوژی د پيارتمنت مشر

لومړۍ څپرکۍ

عنوان..... صفحه

د ځيگر ناروغی ۱

د ځيگر اناتومي او فزيولوژي ۱

صفراوي قنويات ۴

د ځيگر فزيولوژي ۴

د يني وظيفوی تيستونه ۶

د يني ترضيصات ۱۰

د ناروغی پتالوژي ۱۱

کلينيکي نښې نښانې ۱۳

تشخيص ۱۳

تداوي ۱۴

د يني ضخامه ۱۵

فزيکي علايم ۱۵

زيری ۱۸

د زيری تصنيف بندي ۱۸

د ځيگر پيوژنيک اېسی ۲۰

کلنيکی منظره ۲۱

تداوي ۲۳

د يني اميبیک اېسی ۲۴

پتالوژي ۲۴

کلينيکی لوحه ۲۶

د ناروغی مقدم اعراض ۲۶

د يني هيداتیک کيسست ۲۸

د انتان منشاء ۲۸

د پرازيت د ژوند دوران ۲۹

پتالوژي ۳۰

لړليک	د گيډي د ملحقاتو د جراحي ناروغۍ
۳۲	کلينیکي منظره
۳۳	د هيډاټيک کيسټ د ناروغۍ سير
۳۴	د کيسټ خيري کيدل
۳۵	تداوي
۳۵	OPERATION
۳۷	د يني سيروز
۳۸	د سيروز اسباب په نويو زيريدلو ماشومانو کې
۳۹	د CHIRRHOSIS مورفولوژيک ډولونه
۴۲	پتالوژي
۴۳	اعراض او علايم
۴۳	SPIDER NAEVI
۴۴	LIVER FUNCTION TESTS
۴۶	جبن
۴۷	تشخيص
۴۸	تداوي
۴۹	د باب فشار لوړوالی
۵۰	د يني څخه د مخه PREHEPATIC
۵۰	د يني داخلي انسداد يا HEPATIC
۵۱	پتالوژيک تاثيرات
۵۲	SPLENOMEGALY
۵۳	د ځيگر د عدم کفايي تاثيرات
۵۳	کلينیکي نښې نښانې
۵۴	معاینات
۵۷	د جراحي تداوي
۵۸	د يني تومورونه
۶۰	د ځيگر سلیم تومورونه
۶۳	د يني خبيث تومورونه
۶۸	PROGNOSIS

۲۸.....	LIVER METASTATIC TUMORS
۲۹.....	TREATMENT
۷۰.....	REFERENCE

دوهم څپرگی

صفحه.....	عنوان.....
۷۲.....	د صفرا کڅوړه او له يني څخه د باندی صفراوی سیستم.....
۷۲.....	د صفرا د کڅوړی اناتومي.....
۷۳.....	COMMON BILE DUCT.....
۷۲.....	د صفرا د کڅوړی فزیولوژی.....
۷۸.....	د صفرا د کڅوړی تیري.....
۷۹.....	د صفرا د تیرو ترکیب.....
۸۰.....	د صفرا د تیرو جوړښت.....
۸۳.....	د صفراوی تیرو سیرا او اختلاطات.....
۸۴.....	ACUTE CALCULUS CHOLECYSTITIS.....
۸۵.....	د ACUTE CHOLECYSTITIS کلینیکي لوحه.....
۸۶.....	درملنه.....
۸۸.....	کلینیکي نښی نښانی.....
۸۹.....	تداوی.....
۹۲.....	CHOLECYSTECTOMY AND CHONECYSTOSTOMY.....
۹۴.....	د CHOLECYSTECTOMY څخه وروسته ناروغی.....
۹۵.....	د صفراوی قنویاتو تیری.....
۹۷.....	تشخیص.....
۹۸.....	CHOLEDOCHOTOMY.....
۹۹.....	د صفراوی اساسی قنات تضیقات.....
۱۰۱.....	د جراحي عملیات.....
۱۰۲.....	CARCINOMA د صفرا د کڅوړی.....
۱۰۵.....	د يني د صفراوی قنویاتو کار سینوما.....
۱۰۷.....	د صفراوی فستولونه.....

دویم څپرکی

عنوان.....	صفحه.....
د پانکراس د جراحي ناروغی.....	۱۱۰.....
شریانی سیستم.....	۱۱۲.....
د پانکراس هستولوژی.....	۱۱۴.....
د پانکراس فزیولوژی.....	۱۱۵.....
د پانکراس خصوصى معاینات.....	۱۱۸.....
د پانکراس ولادی انومالی.....	۱۱۸.....
د پانکراس ترضیضات او جروحات.....	۱۱۹.....
د پانکراس د ترضیضاتو کلینیکي لوحه او تداوی.....	۱۲۰.....
د ناروغي انذار.....	۱۲۰.....
د عملیاتو پیه وخت کې د پانکراس جرحې.....	۱۲۱.....
د پانکراس فستول.....	۱۲۲.....
تداوی.....	۱۲۲.....
د پانکراس التهابات.....	۱۲۳.....
ایتیولوژی.....	۱۲۴.....
پتالوژی.....	۱۲۶.....
د پیریتوان جوف.....	۱۲۷.....
متممه پتالوژی.....	۱۲۸.....
سریری اعراض او علایم.....	۱۲۸.....
خصوصى معاینات.....	۱۳۱.....
توپیری تشخیص.....	۱۳۳.....
محافظه کارانه تداوی.....	۱۳۳.....
د ناروغی اختلاطات.....	۱۳۴.....
د ناروغی.....	PROGNOSIS ۱۳۵.....
.....	CHRONIC PANCREATITIS ۱۳۶.....
اسباب او پتالوژی.....	۱۳۶.....

لړليک	د گيډيې د ملحقاتو د جراحي ناروغۍ
۱۳۹	درملنه.....
۱۴۰	PANCREATIC CYST.....
۱۴۳	TREATMENT.....
۱۴۴	د پانکراس تومورونه.....
۱۴۶	تداوي.....
۱۴۶	INSULINOMA.....
۱۴۷	د پانکراس کارسينوما.....
۱۴۸	د ناروغۍ انتشار.....
۱۴۹	اعراض او علايم.....
۱۵۲	REFERENCE.....

څلورم څپرگۍ

صفحه.....	عنوان.....
۱۵۴	تورۍ.....
۱۵۲	د تورۍ اناتومي.....
۱۵۲	اضافې تورۍ.....
۱۵۹	د تورۍ ضخامه.....
۱۶۰	CLASSIFICATION OF SPLENOMEGALY.....
۱۶۱	INDICATION OF SPLENECTOMY.....
۱۶۲	RAPTURE OF THE SPLEEN.....
۱۶۳	ايتيولوژي.....
۱۶۴	عمومي علايم.....
۱۶۶	خصوصي معاينات.....
۱۶۷	TREATMENT.....
۱۶۹	د تورۍ تومورونه.....
۱۷۰	CYSTS OF SPLEEN.....
۱۷۱	REFERENCE.....

پنځم څپرگی

عنوان.....	صفحه
د پريتوان د جراحي ناروغی.....	۱۷۳
د جراحي فزيولوژي.....	۱۷۴
د پريتوان التهاب.....	۱۷۶
ايتيولوژي.....	۱۷۶
د ACUTE DIFFUSED PERITONITIS پتوفزيولوژي.....	۱۷۸
ANATOMOPATHOLOGY.....	۱۸۰
د پريتوانايتيس پتالوژيک تاثيرات.....	۱۸۱
ABDOMINAL PAIN.....	۱۸۲
قبضعيت.....	۱۸۲
لابراتواری معاینات.....	۱۸۴
د ناروغی سريري اشکال.....	۱۸۵
درملنه.....	۱۸۶
د حاد منتشر پريتونيټ انذار.....	۱۸۷
ACUTE LOCALIZED PERITONITIS.....	۱۸۸
د ناروغی سريري مطالعه.....	۱۹۰
د ناروغی تشخيص.....	۱۹۱
تداوی.....	۱۹۲
CHRONIC PERITONITIS.....	۱۹۲
د توبرکلوزيک PERITONITIS شکلونه.....	۱۹۴
تداوی.....	۱۹۶
REFERENCE.....	۱۹۷

شپږم څپرگی

عنوان.....	صفحه
د گيډي د جدار چوري.....	۱۹۸
ايتيولوژی.....	۲۰۰
اناتوموپتالوژي.....	۲۰۱

لړليک	د گيډي د ملحقاتو د جراحي ناروغی
۲۰۲	د چورې ډولونه.....
۲۰۲	د ارجاع وړ چورې.....
۲۰۴	غیر قابل ارجاع چورې.....
۲۰۵	مختنفي چورې.....
۲۰۹	مختنقه RICHTER چوره.....
۲۱۰	انسداد چورې.....
۲۱۰	التهابی چورې.....
۲۱۱	د چوره گانو توپوگرافیک ډولونه.....
۲۱۴	غیر مستقیمې مغبنې چورې.....
۲۱۶	مغبنې مستقیمې چورې.....
۲۱۸	تداوی.....
۲۲۰	بڼو بڼونکي چورې.....
۲۲۲	فخذی چوره.....
۲۲۶	د فخذی چورې ډولونه.....
۲۲۷	د جراحي تداوی.....
۲۲۷	په نوی زبیریدلو ماشومانو کې ثروی چورې.....
۲۲۸	تداوی.....
۲۳۱	VENTRAL چوره.....
۲۳۲	د عملیاتو وروسته چوره.....
۲۳۴	د عملیاتو پرنسیپونه او اساسات.....
۲۳۴	د گيډي د جدار نادري چورې.....
۲۳۶	قطنی چوره.....
۲۳۷	عجانی چوره.....
۲۳۸	سدادی چوره.....
۲۳۹	اليوي او سياتيک چوره.....
۲۴۰	REFERENCE.....

سريزه

گرانو محصلينو او هم مسلکانو!

لکه څه ډول چې پوهيږو پدی اخيره لسيزه کې نړي د زيات پرمختگ په حال کې ده او ورسره طبي تکنالوژي هم عصری شوی او د هغی په برکت د طب په ساحه کې هم مهم پرمختگونه شوی دی پدی لړ کې د جراحي د علومو په برخه کې هم زيات پرمختگونه د طبيانو په نصیب شوی دی او ډیر اوږده او مشکل عملياتونو لکه د اعضاوو پيوند او هم دا ډول د لاپراسکوپ په مرسته د جراحي ډول ډول عملياتونه بدون له دی چې وازه مداخله وشي سرته رسيږي. همدا ډول د ليري واټن څخه د جراحي د ډول ډول عملياتونو اجرا د ويډيو او انټرنیټ پوسيله هم د اجرا وړ دی.

طبي لیتراچر ته په کتون ورځ د کمپيټر او انټرنیټ په مرسته طبي کتابونه ډیر په نسه ول ډيزاين او مکمل شوی دی. دا دی موږ هم تر خپله و سه په دی لړی کې ځانونه شریک کړی دی او د کابل طبي پوهنتون د فدرمنو استادانو د تالیف شویو نسخو او لکچرنو ټونو او د جهانی معتبرو تدریسی کتابونو څخه په گټه اخیستنې سره موږ هم په دی وتوانیدو چې دا کتاب د طب پوهنځی د محصلینو د څلورم ټولگی د دوهم سمسټر د درسی مفرداتو مطابق تالیف او گټی اخیستنې ته چمتو کړو. دا چې انسان خالی د سهو و نه دی کیدای شی موږ هم د کتاب په تالیف کې تیروتنی کړی وی. د قدرمنو لوستونکو څخه می هیله ده چې د کتاب د لوستلو په وخت کې که کومی تیروتنی شوی وی هغه زموږ سره شریکی کړی ترڅو په راتلونکي چاپ کې یی اصلاح کړو. خدای د وکړی چې د طب پوهنځي محصلین او د جراحي د څانگي ځوان ډاکټران ددی کتاب څخه سالمه گټه پورته کړي. په اخير کې د محترم ډاکټر اشرف عبدالي څخه یوه نړی مننه کوم چې زما سره یی د دی کتاب په کمپوز او ډيزاين کې مرسته کړی ده. په درنښت

پوهنوال دوکتور بادشاه زار عبدالي

د شیخ زاید پوهنتون د طب پوهنځی د جراحي ډیپارټمنت مشر

لومړۍ څپرکۍ

د ځيگر ناروغۍ (Liver Disease)

د زده کړې موخې

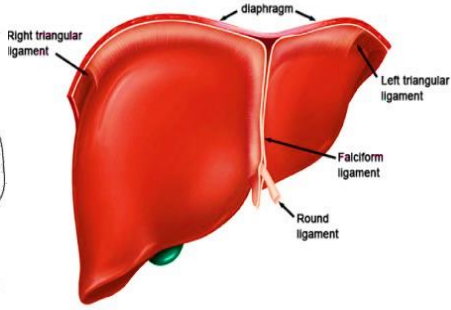
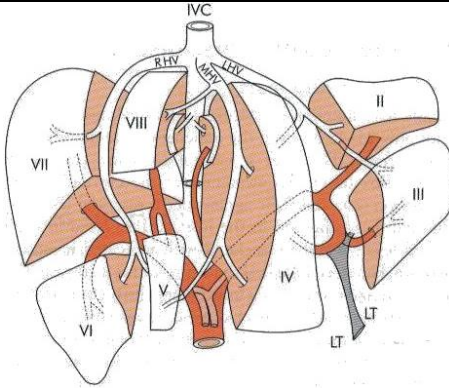
- د دې لپاره چې د ځيگر په اناتومي او فزيولوژي پوهه شو.
- د ځيگر د ناروغيو په صورت کې د لابراتواري معایناتو په اهميت او ارزيايي پوهه شو.
- د ځيگر د ضحامي په معمولی اسبابو د پوهی حاصلول.
- د زيړی په ډولونو، اسبابو او د هغی په تشخيص او تد اوي پوهه شو.
- د ځيگر په ترضيضاتو، تشخيص او تد اوي د پوهي حاصلول.
- د ځيگر په اېسی، سيست او تومورونو باندی د پوهي حاصلول.
- د صفرا د کڅوړي او صفراوي قنوياتو په تيرو باندی د پوهي حاصلول.
- د ځيگر د نارغيو په صورت کې د فزيکی معاینی د مهارتونو لوړول.

د ځيگر اناتومي او فزيولوژي

ينه د هضمي سيستم له ملحقاتو څخه يوه مهمه او تر ټولو غټه عضوه ده، چې د گېډې په علوي او بنسي طرف کې د Diaphragam لاندې پرته ده، چې د اناتومي له مخې د Falciform Lig په واسطه په دوو برخو ويشل شوې، چې يوه ته يې بنسټ او بل ته يې چپ لوب ويل کيږي. بنسټ او چپ لوب بيا هريو د څلورو سگمنتونو لرونکي دي، چې په لاندې شکل کې بنودل شوي دي.

د يني اروا د دوو سيستمونو په واسطه چې يو يې د يني شريان (Hepatic Artery) او دوهم يې د باب ورید (Portal Vein) په نوم ياديږي صورت نيسي.

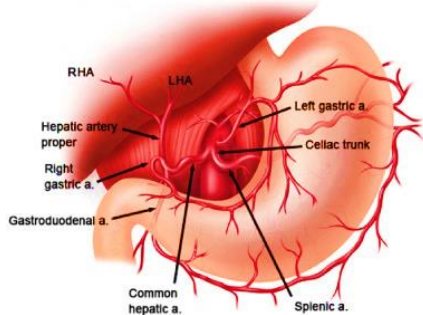
چې په نورمال صورت کې د وينې د عمومي دوران %40 وينه يني ته رسېږي، يعنې په يوه دقيقه کې 1500ml وينه يني ته جريان لري. وينه د يني داخلي Sinusoid ته د دوؤ لارو داخليږي.



(شکل ۱) د ځيگر د جراحي فصونه او سيگمينتونه

۱. **Portal Vein له لارې:** چې تقريباً د يني د اروا 75% تشکيلوي او نوموړې وريدي وينه د هضمي لارې جذب شوي موادو او د معدې، پانکراس او کولمو اندو کراين افرازاتو لرونکي هم ده او Portal Vein د Inf.Mesenteric Vein، Sup.Mesenteric Vein او Spleenic Vein څخه تشکيل شوي دي، چې د Portal Vein اوږدوالی 6.5cm او سوريې 0,8cm دي چې د 1/5 portal vein حصه وينه Spleenic Vein څخه منشاء اخلي.

۲. **Common Hepatic Art:** 25% د يني اروا د يني د شريان په واسطه ترسره کيږي او دا وينه لرونکي د اکسيجن ده. د يني په داخل کې شريان او د باب وريدي سېستم د يوه مناسب فشار په واسطه تنظيم او د يني په مختلفو فصيصاتو کې د وينې جريان تنظيموي او د يني په داخل کې د فشار ارتباط په لاندې ډول دی.



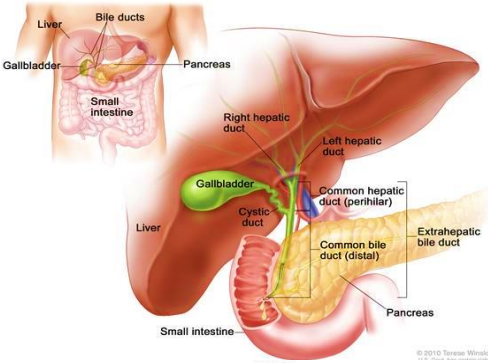
(شکل ۲) د ځيگر د او عيو اناتومي

د ښي د شريان فشار 100-150mm Hg د باب د وريد فشار 8-12mm Hg او

د ښي د وريد فشار 1-4 mm Hg څخه عبارت دی.

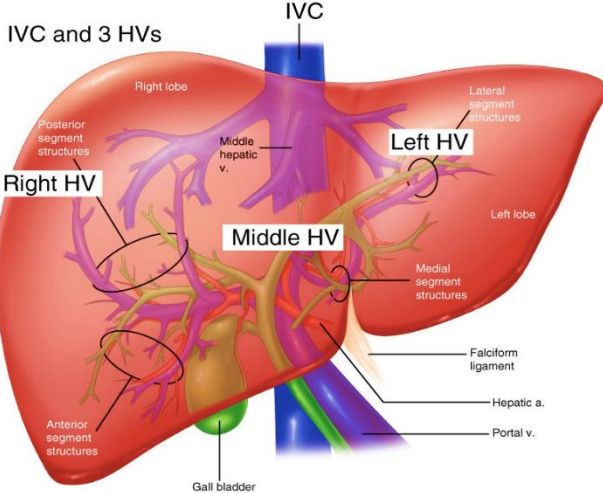
څرنگه چې ښي ته د وښي د عمومي دوران 40% وینه رسېږي او د فزيکي فعاليت او تمرين په وخت کې د زړه، دماغو او عضلاتو ضرورت وښي ته زياتېږي نو پدې حالت کې ښي ته د وښي مقدار کمېږي.

د ښي څخه وینه د دريو لويو وريدو په واسطه چې بيا لوی متوسط وريد يا Middle Hepatic Vein جوړوي او په Major Fissure کې موقعيت لري را جمع کېږي او په Inf. Vena Cava کې تويږي.



۳ شکل) د ځيگر وريدي

جوړښت



صفاوي فنويات

د يني په داخل کې صفاوي فنويات د Segmental ویش پر اساس د شراينو او باب وريدي سيستم تعقيب کوي او صفاوي قنات د يني د سويق په قدامي او وحشي طرف کې قرار لري.

د ځيگر فزيولوژي

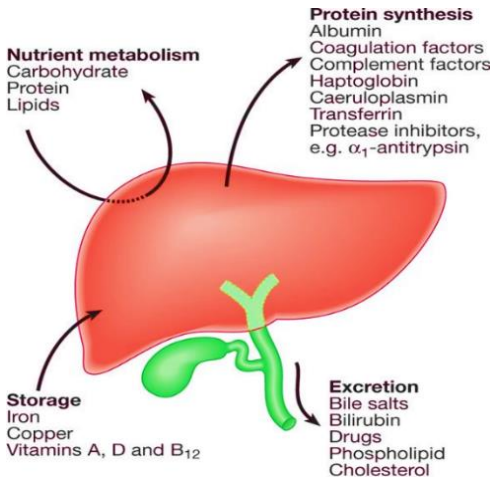
ځيگر يو زيات شمير وظيفي لري چې ددې وظيفو له جملې څخه يو شمير يې معلومي او يو شمير نورې يې لابسي معلومې نه دي. د يني موجوديت د ژوندي پاتې کېدو لپاره حتمي او ضروري دي. که چيرې ينيه وايستل شي، ناروغ د 10 يا 12 ساعتو په موده کې د Hypoglycemia له کبله مړ کېږي. ينيه د Regeneration فوق العاده زيات قدرت لري. د يني د زياتو وظيفو له جملې څخه يو شمير ډيرې مهمې يې په لاندې ډول سره دي:

- د کاربوهايډریت يا قندی موادو ميتابوليزم: د گلوکوز او نورو قندی موادو بدلول په Glycogen او د هغه ذخيره، برعکس کله چې په وينه کې گلوکوز کم شي، د ذخيره شوی Glycogen بدلول په گلوکوز او انرژي باندې د يني وظيفه ده. همدا ډول د شحمې او پروتني موادو يوه برخه په Glycogen بدلوی او ذخيره کوي يې.

- د صفا توليد، د بيلرويين او صفاوي مالگو ميتابوليزم.
- د Albumin، Fibrinogen او Prothrombin توليد.
- د Phospholipids او Cholesterol توليد او د Carbohydrats څخه د شحمي اسيدو سنتيز او د شحم د ميتابوليزم نور مراحل.
- د ویتامينو ميتابوليزم په ينيه کې ویتامين A د Carotene څخه جوړېږي او (Cyanocobalamin) يا Vit-B12 په ينيه کې ذخيره کېږي.

- د ريتيکولو انډوتيليل سيستم فعاليت دنده هم په غاړه لري.
- Blood Cell Production: د وينې سره کړويات په رشيمي حيات کې په ينه کې جوړېږي. همدارنگه په کاهلانو کې چې د هډوکي ماغده تخریب شوی وي، ينه د وينې د سروکړيو اتو په جوړولو پيل کوي.
- Detoxification يا Detoxifacation: ينه يو شمير توکسيک او مضر مواد په غير Toxic موادو بدلوي او د وجود استفادې لپاره يې تياروي.
- د انرژي او حرارت توليدول: چې د عضويت په ميتابوليزم کې ور څخه کار اخېستل کېږي يعنې ATP په ADP بدلوي او يو مقدار انرژي او حرارت توليدوي.
- د باکټرياوو تخریب خصوصاً گرام مثبت مکروبونه چې د باب د وريد په واسطه يني ته داخلېږي يو مقدار زيات يې په ينه کې له منځه ځي.
- د اوسپنې او مس ذخيره.
- د پروتين ميتابوليزم: په ينه کې د پروتيني موادو ميتابوليزم صورت نيسي امينو اسيد په ډېر اساني Deaminize کوي، يوريا جوړه او يوريک اسيد

تخریبوي.



(شکل ۴)

د ځيگر عمده وظيف

Important Liver Functions

د يني وظيفوي ټيسټونه

د يني د ناروغيو د تشخيص لپاره يو زيات شمير وظيفوي ټيسټونه موجود دي، خو بيا هم د ټولو ټيسټونو د موجوديت سره سره نشو کولای چې په صحيح صورت او په لازم وخت کې د يني ناروغي تشخيص کړو، دا ځکه چې په يو شمير حالاتو کې ټيسټ مثبت او ينيه بيخي روغه رمتيه وي او يا دا چې ينيه ناروغه خو د يني وظيفوي ټيسټونه نور مال او يا منفي وي.

پروټين

کله چې د يني حجرات ماوف شي په ينيه کې د پروټين اندازه کميږي يعنې ينيه د البومين، فيبرينوجن، پروټرومبين او د وينې د علقه کېدو نورو فکتورونو د توليد مسؤل ده.

Albumin

د سيروم البومين کموالی د يني په مزمونو ناروغيو کې نسبت حادو ناروغيو ته زيات لېدل کيږي او عموماً د يني د ترکيبي قدرت په خرابوالي دلالت کوي څرنگه چې د البومين سويه په سيروم کې د يني د پراشيمايي حجراتو له وظيفوي حالت سره موازي سير کوي. نو لدې کبله د يني د ناروغيو په تشخيص کې ډېر ښه رهنما بلل کېدای شي. په يو شمير نورو حالاتو کې سره لدې چې په ينيه کې افت موجود وي لاکن د سيروم په البومين کې کوم تغير نه وي راغلی يعنې که چيرې د البومين د سيروم اندازه $2,5\text{gr}/100\text{ml}$ څخه په وينه کې کم شي دا د يني په شديد افت باندې دلالت کوي.

Gluboline

د يني په حادو او مزمونو ناروغيو کې د Gamma Gluboline اندازه لوړه ځي او په بعضې حالاتو کې د α او β گلوبولين اندازه هم لوړيږي.

Prothrombine

پروټرومبين د يني د حجراتو په واسطه جوړيږي کله چې ينيه ماوفه او د هغې حجرات خپله وظيفه اجرا نکړي، نو د پروټرومبين سنتيز هم په ينيه کې نه ترسره کيږي.

د گېډې د ملحقانو د جراحي ناروغۍ د ځيگر ناروغۍ
او د پروترومبين Time تيسته اجرا کوو (چې د ښي حجراتو ماوف والی او روغ والی
ښکاره کوي).

د سيروم بيلروبين مقدار: د سيروم بيلروبين اندازه که چيرې د
Conj. Bilirubine اندازه د 7mg/100ml لږه او يا 0,4mg/100ml څخه کمه شي
او دا حالت د ښي د حجراتو په ماوف والي او يا د صفراوي لارو په بندش دلالت کوي.

د ښي انزايمي سېستم: درې مهم انزايمونه دي چې د ښي يا ځيگر دناروغيو په
تشخيص کې زموږ سره کومک کوي.

- Serum Glutamic Oxylactic Transaminase (SGOT)
- Serum Glutamic Pyruvic Transaminase (SGPT)
- Alkaline Phosphatase

Serum Alkaline Phasphatase

نورمال مقدار يې King Armstrang (KA) 3-13 او يا 5-30U/Lit يا واحد د
Brodensky دي که چيرې ددې انزايم مقدار د 100U/L او يا 40 K.A Unite څخه
لوړ شي نو دا د ښي په يرقان چې Cholestatic شکل ولري او يا Hepatitis باندي
دلالت کوي د (SGPT, SGOT) انزايمونه د ښي په حجراتو او قلبي عضله کې موجود
وي. که چيرې ددې انزايمو سويه د 100K. A Unite څخه لږه شي. نو دا د ښي په
احتباسي مزمن يرقان باندي دلالت کوي.

د پلازما د پروترومبين سويه

د پروترومبين تيټوالي د ښي د حجراتو د ماوف کېدو په واسطه منخته راځي. که
چيرې دا سويه تيټه وي نو ناروغ ته د عملياتو څخه د مخه د Vit K توصيه کوو.

α -Feto Protein

دا يو غير نورمال پروټين دی که چيرې ددې پروټين سويه ډېره لوړه وي نو فکر کيږي چې په يني کې Hepatoma موجوده ده.

Lipids: څرنگه چې پوهېږو په يني کې له يوې خوا د Phospho Lipid سنتيز صورت نيسي او له بلې خوا د کولسترول د سنتيز Esterification او Excretion وظيفه په غاړه لري، لدې کبله په هغه حالاتو کې چې يني ناروغي وي پورته وظيفي په صحيح صورت نشي اجرا کولی يعني په هغه حالاتو کې چې د يني پرانسيما ماوفه شي له يوې خوا د مجموعي کولسترول اندازه کميږي اوله بلې خوا د Esterified شوي کولسترول اندازه ښکته ځي

Liver Needle Biopsy: د ايوه معمولي معاينه ده چې ډيره با ارزښته ده او تشخيص واضح کوي يعني د ستنې په واسطه يوه پارچه د يني څخه اخستل کيږي او قطعي تشخيص واضح کيږي په هغه حالاتو کې چې د ويني بهيدني خطر ډېروي، بايد دا معاينه اجرا نشي او ددې معاينې اختلاطات عبارت دي له ويني بهيدني او Bile Peritonitis څخه دا معاينه په ښي خوا او يا Epigastric ناحيه کې اجرا کيږي او د يني په منتشر و افاتو کې ډېر زيات تشخيصيه ارزښت لري لکه (Cirrhosis، Hepatitis او Reticulosis)

د يني په ځيني موضعي افاتو کې لکه تومور، گرانولوما چې محراقي موقعيت ولري ممکن ددې معاينې په واسطه تشخيص صورت ونيسي، چې ددې معاينې اجرا د Peritonoscope او يا د Ultra Sound او CT-Scan په همکارۍ مونږ ته اجازه راکوي، چې په مستقيم ډول د ماوفه ناحيې څخه Biopsy اجرا او تشخيص وضع کړو.

د بطن ساده راډيو گرافي په ولاړې باندې تشخيصيه ارزښت يې کم دی، خوبيا هم ممکن يو تکلس مثلاً په Hydatid Cyst کې په نظر راشي.

Scintillation Scanning

ددې عمليې په واسطه د يني شکل، حجم او Position په ډېر ښه صورت بدون لدې چې گېډه خلاصه شي معلوم کېدای شي. همدارنگه ددې عمليې په واسطه د يني د کوم موضعي افت تخریب او تومورال کتله په ښه صورت ښکاره او معلوم کېدای شي. البته ابتدايي او مېتاستاتیک تومورونه چې ډېر واره وي. ددې عمليې په واسطه دومره ښه نشي تشخيص کېدای، بلکې د جراحي عمليې او او توپسي په واسطه ښه تشخيص کېږي.

د Radioactive Scanning د اجرا په وخت کې د گاما د شعاع انتشار کوونکی Isotope لکه $^{99\text{Tc}}$ Colloidal 198, Technetium د ريتيکلوم اندو تليل سيستم (RES) په واسطه جذب او د يني د محراقي افاتو په تشخيص کې گټور ثابت شوی د Rose Bengal چې نشاني شوی وي د ايودين (^{131}I) په واسطه چې د يني د پرانثيم په واسطه جذب او متاسفانه د هغه تراکم په حويصل صفر کې د يني د څنډې په واسطه مغشوش ښکاري.

د يني نورمال فعاليت په ټولو ناحيو کې مساويانه وي. د يني يو تعداد افات لکه اېسي، Cysts او تومورونه چون راديو اکتيف مواد نه جذب کوي او د Scan په معاینه کې په شکل ديوي خاليگاه ناحیه مغشوش ښکاري. د موادو په جذب کې عمومي تنقيص د يني د حجراتو په عمومي تشوش باندې دلالت کوي. لکه Cirrhosis دا معاینه د ډېرزيات تشخيصي ارزش سره سره بيا هم نسبت التراساوند او CT-Scan ته کمه د استفادې وړ ده.

Ultra Sound: يوه بې ضرره او ساده معاینه ده او د تشخيص له نظره د التراساوند معاینه ډېره با اهميته ده. ددې معاینې په واسطه د يني ابتدايي او ثانوي تومورونه، Cysts، اېسي او د صفر د کڅوړې تيږې او توسع او نوره تشخيص کېږي.

Computer Axial Tomography: دا معاینه د تومورو او Cysts دقیق

موقعیت تعینوي او د هغوی ارتباطات مونږ ته واضح کوي، چون دا معاینه ډېره با اهمیته او قیمتي ده، نو ځکه دا معاینه هلته اجرا کيږي چې تومور اول د التراساوند په واسطه تشخیص او بیا نوموړی معاینه ورته اجرا کيږي.

Angio Graphy: چې Coeliac Axis ارتريوگرافي اجرا کيږي او د علوی

مسارقی شریان له لاري کثیفه مواد زرق او د اوعیو تغیرات په ځيگر کې همدا راز د کېستو، اېسې او یا تومور سره د اوعیو نږدېوالی مونږ ته واضح ښکاره کوي چې د عملیاتو لپاره دامسئله ډېره مهمه ده.

Magnetic Resonance Cholangio-Pancrentography

(MRCP): یوه بی ضرره معاینه ده او د صفراوی لارو ښه تصاویر راته برابروي.

Percutaneous Trans Hepatic Cholangiography: د ښی د ښی طرف

په 7-8 او یا 8-9 بین الضلعي مسافه کې جلد او تحت الجلد ته Novocain ورکوو او د مخصوص Needle په واسطه د جلد او تحت الجلد له لاري ښی او بالاخره د ښی متوسط قسمت او د ښی داخل قینواتو ته رسېږو او دا معاینه اجرا کوو.

Endoscopic Retrograde Pancreato Cholangiography

Gastrofibroscope د خولي له لاري معدي او د اثناي عشر دوهمي برخي ته رسېږي او د Papila Oddi د معصري له لاري رنگه گرافي اجرا کوو.

د ښې ترضيضات

ښه د گېډې د احشاوو يوه د غټ حجم درلودونکې عضوه ده او وروسته د تورې څخه په ترضيضاتو اخته کيږي په سابقه کې د ښې د ترضيضاتو زياته برخه نافذه جرحو تشکيل کوله. اما په اوسني عصر کې د ترافيکي حادثاتو د زياتوالي له امله د ښې د ترضيضاتو اندازه مخ په زياتيدو ده د ښې د ترضيضاتو واقعات چې روغتون ته راوړل کيږي. اکثراً د نورو بطني احشاوو او د سينې احشاوو د ترضيضاتو سره يو ځای منځته راځي او بايد زياته کړو چې د ښې ترضيضاتو پر په ماشومانو کې منځته راځي.

د ښې په ابتدايي Carcinoma (د ښې سلیم Adenomia) او د حمل د وخت د Toxemia کې کله کله ښه په بې نفعي ډول ځيرې کيږي او د گېډې د وښې بهيدنې سبب کيږي او په همدې ډول Post Matur ماشومان چې وزن يې زيات وي د ولادت د وخت د ترضيض په واسطه کله کله ښه په ترضيض او Rupture اخته کيږي.

د ناروغۍ پتالوژي

د پتالوژي له نظره د ښې ترضيضي افات په عمومي ډول په دوه گروپو جلا شوي دي.

د ښې تيره ترضيضات (Sharp Injuries)

چې د ښې د نافذه جرحو يا Penetrating Trauma په نامه هم ياد يږي دا جرحې د وجود د نورو جرحو په شان کېدای شي قاطعه يا ناريه وي همدارنگه کېدای شي واحدې يا متعددې، سطحې او يا عميقي وي او يا دا چې د ښې يوه برخه حتی يولوب بيخي قطع شوی وي، همدارنگه کېدای شي چې د نوموړو جرحو پواسطه يوازې ښه ماوفه شوې وي او يا دا چې د ښې سره د گېډې او سينې د قفس احشاء هم ماوف شوي وي يعنې نوموړي جرحې د ځيگر او گېډې او يا د ځگير او د سينې د قفس وي.

د افت له نظره د ناروغ وضع له يوې خوا د ځيگر جرحو په اندازه او موقعيت پورې اړه لري او له بلې خوا د انتان په مداخلې د گېډې او سينې په قفس د بطني او صدري افاتو او تداوي پورې مربوط دي په نوموړو حالاتو کې يوه اندازه صفرا د پريتوان په جوف کې توثيرې چې په نتيجه کې له يوې خوا د Peritonitis اعراض لکه د گېډې حساسيت، درد او Rigidity پيدا کېږي او له بلې خوا د Bleeding او Hypo Volemia اعراض منخته راځي، خو کېدای شي په ځينو حالاتو کې د ناروغ وضع د Hypovolemia او Bleeding له کبله ډېره خرابه وي او د Peritonitis اعراض دومره شديد نه وي.

د يني پخ ترضيحات يا Contusion يا (Blunt Trauma)

د يني Contusion د يني د ترضيحاتو مهمه برخه تشکيلوي او په درې قسمه ده. Sub Capsular، Trans Capsular او Central.

په Trans Capsular ترضيحاتو کې د Glisson's Capsule څېرې او افت د يني پرانشيما ته انتشار کوي، چې پدې صورت کې وينه او صفرا د پريتوان جوف ته خالي او د کيمياوي Peritonitis سبب کېږي.

په Sub Capsular شکل کې د يني محافظه سالمه ليکن د يني پرانشيما څيرې کېږي چې پدې قسم حالاتو کې وينه او صفرا د يني د Capsule او پرانشيمايي نسج ترمنځ ټوله او د Sub Capsular Hematoma او Abscess سبب کېدای شي چې امکان لري وروسته د زيات فشار او يا د Capsule د تخريب له کبله د پريتوان جوف ته څيرې شي او وځيم Bleeding او Peritonitis منخته راوړي.

درېم شکل يې Central Hepatic Injury دی، چې پدې شکل کې د يني Capsule او محيطي پرانشيمايي نسج سالم او مرکزي برخه يې ماوفه شوې وي چې پدې قسم حالاتو کې عموماً Intra Hepatic Cyst، Intra Hepatic Abscess او Intra Hepatic Hematoma بالآخره Hematobilia يا Hemobilia يوه اندازه

وينه د يني څخه د صفراوي قناتو په واسطه هضمي جهاز ته داخل او د Melana په شکل له مقعد او يا د Hematemesis په شکل د خولې څخه خارجيږي، منځته راځي.

پدې قسم حالاتو کې په هغه صورت کې چې د گېډې احشاوې له يني سره يو ځای ماوفي يا متضررې شوې نه وي د Peritonitis اعراض نه لېدل کيږي، بلکې يوازې د يني پورته يني Quadrant کې درد او يوه اندازه زړه بدوالی موجود وي، چې کله کله له پورته اعراضو سره زيری هم لېدل کيږي.

زيری د صفراوي قناتو د انسداد له امله منځته راځي، ځکه چې وينه په نوموړو قناتو کې علقه کيږي او د هغوی د انسداد سبب کيږي، دا هم بايد په ياد ولرو چې د يني په ترضيضاتو کې د هغه مجاورې اعضاء لکه اضلاع، سږي، اثناعشر، Pancreas، بنی پښتورگی او V Cava Inf ماوف کېدای شي، چې بايد نوموړې برخې په دقت معاینه او ولټول شي.

کلينيکي نښې نښانې

مريض د ترضيض په تعقيب د گېډې درد لري او په معاینه سره د بطن منتشر حساسيت او د Bleeding يا داخلي خونريزی اعراض او علايم موجود وي. CT- Scanning د درست تشخيص لپاره ډېره دقیقه معاینه ده او د افت د موقعيت په تعين، توپيري تشخيص او توري د Rupture په تشخيص کې زموږ سره کومک کوي.

تشخيص

د تاريخچې، فزيکي معاینې، لابراتواري او راديو لوژيک معایناتو په واسطه اېښودل کيږي او په تاريخچه کې د گېډې د علوي قسمت او يا د بنې طرف سينې د سفلي قسمت ترضيض څخه حکايه کوي هغه ناروغان چې شعوري حالت يې خراب وي او د ښکاره Peritonitis علايم موجود نه وي بايد د Lapara Scopy او پريتوان د لواژ پواسطه تشخيص وضع شي.

لابراتواري معاینات

د HB او هماتو کریت اندازه کمیږي د SGOT او SGPT اندازه لوړیږي د Bile اندازه هم تریوې اندازې پورته درومي د ښه تشخیص لپاره باید د گېډې ساده رادیو گرافي هم اجرا شي.

تداوي

که چیرې د ناروغ حیاتي علايم ثابت پاتې وي په هغه صورت کې د جدي مراقبت سره یو ځای د وینې نقل الدم په واسطه محافظ کارانه تداوي اجرا کیږي.

چون ددې ناروغانو سره د گېډې او سینې د قفس د نورو احشاو وافات او همدارنگه داخلي وینه بهیدنه موجوده او ادامه لري نو باید ډېر ژر Lapratomy ورته اجرا شي یعنی یوه متوسط Lapratomy او یا Throraco. Abdominal Lapratomy اجرا کیږي او د ینې جرحه گنډل کیږي.

په بعضې حالاتو کې د موقتې Packing څخه چې د Hemostasis سبب کیږي استفاده کیږي او په ځینې حالاتو کې د ځيگر د یوې شعبي Ligator چې وینه ورکوي گنډل او کله کله د ینې Resection اجرا کیږي د ینې مجروحین انتاناتو ته مساعده زمينه لري. باید انتي بیوتیک هم ورته ورکړل شي همدا ډول د مایعاتو او الکترولايتو موازنه باید وساتل شي.

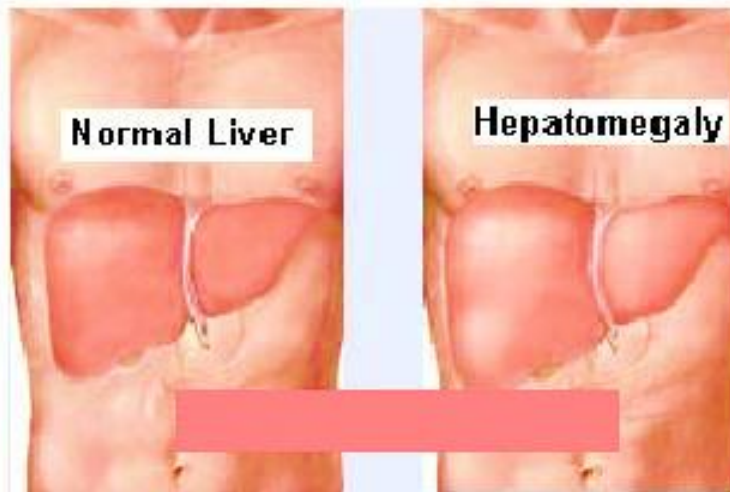
د ښې ضخامه

Hepetomegaly

فيزيکي علايم

د شيدو خوړونکو ماشومانو يڼه په نورمال صورت کې دوه ګوتې د ښې طرف د اضلاعو د څنډې څخه لاندې جس کيږي او په همدې ډول په ډنگرو کسانو کې د کهولت په وخت کې د عميق يا ژور شهيق په حالت کې د جس وړ ده.

که چيرې يڼه غټيږي، نو يڼه د اضلاعو د څنډې څخه لاندې خواته تمايل کوي او ممکن په Epigastric او يا چپ Hypochondrium کې هم جس شي، د ښې ضخامه يوه کتله جوړه وي، چې د تنفسي حرکاتو په وخت کې متحرکه وي او د قرع په واسطه اصميت لري او دا اصميت د ښې د اصميت سره امتداد لري او د ښې ضخامې په صورت کې يڼه پورته خواته هم غټيږي، يعنې د پنځمې بين الضلعي مسافې څخه تجاوز کوي.



(۵ شکل) نورمال ځيگر او لوی شوی ځيگر

ايتولوژي

د يني د ضخامې اسباب په لاندې ډول سره دي چې عبارت دي له:

ولادي

- Riedel's Lobe
- Liver Poly Cystic Disease

التهابي

- Infective Hepatitis
- Portal Pyaema
- Leptospirosis
- Actinomycosis

پرازيتيک

- د يني اميبیک ابسې
- Hydatid Cyst

نيوپلاستيک

- د يني ابتدايي تومورونه
- د يني ميتاستاتيک او ثانوي تومورونه

Cirrhosis

- Portal
- صفراوي
- قلبي
- Hemochromatosis

Reticulosis او Hoemopoitic Disease

- د Hodgkins ناروغی
- لمفوما بیدون د Hodgkins څخه
- Leukemia
- Polycythemia

Metabolic disease

- Amyloid
- Gaucher's Disease

هر کله چې په یوه ناروغ کې یڼه د جس وړه نو سمدستي باید ناروغ د Splenomegaly او Lymphadenopathy له امله معاینه کړو.

که چېرې توری هم قابل د جس وو، باید یو تعداد ناروغی لکه Polycytemia او Cirrhosis په نظر کې ونیسو او که چېرې ورسره د لمفاوي عقداتو ضخامه هم موجوده وه، نو تشخیص په اغلب گمان لمفوما وي.

زېړی

(Icterus)

زېړی په حقيقت کې د بدن د پوستکي او د سترگو د صليبي زېروالي ته وايي چې دا زېروالی د بيلروبين د تراکم له کبله منځته راځي يعنې کوم وخت چې د سيروم د بيلروبين اندازه ډېره شي يعنې $2-3\text{mg}/100\text{cc}$ ته ورسېږي بيلروبين د شعريه او عيو پواسطه انساجو ته تير او په انساجو کې د تراکم له کبله د هغو د رنگ د زېروالي سبب گرځي. دا ځکه چې بيلروبين يو Tetrapyrol صباغ ده، نو د نوموړي صباغ تراکم په انساجو کې د هغو د رنگ د زېروالي سبب کېږي.

زېړی ممکن د سروکړيو اتو د زيات تخريب په واسطه (Pre Hepatic Jaundice) او يا د يني د حجراتو د ماوف کېدو پواسطه (Hepatic Jaundice) او يا د صفراوي لارو د انسداد په واسطه (Post Hepatic Jaundice) منځته راشي.

Hepatic Jaundice او د يني څخه وروسته (Post Hepatic. Jaundice) زېړی اکثراً يو ځای سره ليدل کېږي، مثلاً د صفراوي لارو د اساسي قنات تيرې چې اول د صفرا د بندش له امله چې د تيرې په واسطه رامنځته کېږي راځي او وروسته د يني حجرات ماوف کېږي يعنې په ثانوي ډول (صفراوي سيروز) زېړی منځته راوړي او په همدې ډول د يني ميتاستاتيک تومورونه او سيروز په حالاتو کې ممکن زېړی د يني د حجراتو د ماوف کېدو له کبله او يا د تومور فشار په صفراوي قينواتو باندې منځته راولي.

ويشنه

د زېړي تصنيف بندي په لاندې ډول سره ترسره کېږي:

1. Pre Hepatic Jaundice: لکه د وينې Hemolytic Disorders مثلاً Spherocytosis, Pernicious Anemia او د وينې نامناسب Transfusion.

2. د ښې زېرې (Hepatic cellular Jaundice)

- Leptospirosis, Glandular Fever ، Viral Hepatitis
- Cirrhosis
- Cholestasis (د صفرا په اطراح کې ځنډ واقع کېدل يا بندښت) د يو تعداد دواگانو د استعمال په واسطه لکه Chlorpromazin
- د ښې تسممات د فاسفورس کاربن تتراکلورايد کلوروفارم او يو مقدار دواگانو د استعمال له امله لکه پاراسيتامول
- د ښې تومورونه

3. Post Hepatic Jaundice

- د صفراوي قنات د داخلي لومن انسداد (د صفراوي تېرو پواسطه)
- د صفراوي قناتو د جدار افات
- د صفراوي قناتو د لارې اتريزي
- د ترضيضاتو په واسطه د صفراوي قناتو تضيق
- د صفراوي قناتو تومورونه
- د خارج څخه د صفراوي لارو تر فشار لاندې راتلل.
- د پانقراس د راس تومورونه
- د امپول و اتر تومورونه
- Pancreatitis

د زېرې توپيري تشخيص

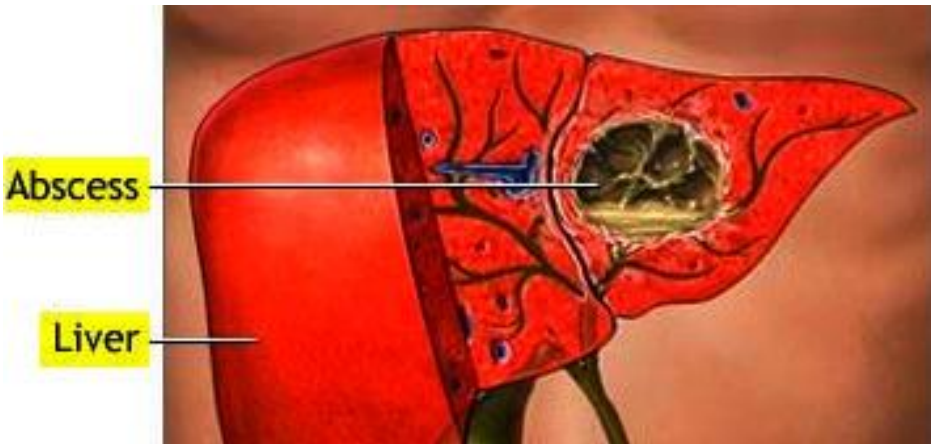
چې البته DD_x د درستي تاريخچې او د ناروغ د مکملې فزيکي معاینې او د يو تعداد مخصوصو معایناتو د اجرا کولو څخه وروسته وضع کېږي.

د ځيگر پيوژنيک اېسي

(Pyogenic Liver Abscess)

ايتولوژي

د پيښې د Pyogenic اېسي اسباب په اکثرو واقعاتو کې معلوم او تشخيص کيږي د باکټريالوژي له نظره په 50% واقعاتو کې د ناروغۍ عامل E.Coli په 30% واقعاتو کې Staphylococcus او په 20% واقعاتو کې نوره Bacteriod مکروبونه دي



(شکل ۲) د ځيگر اېسي

د پيښې اېسي گانې د عمر په مختلفو لسيزو کې په دواړو جنسو کې په مساوي ډول ليدل کيږي. د سريري له نظره اېسي واحده او يا متعددې وي او ډېرزيات د پيښې ښي لوب مصابوي او انتان د لاندې پنځو لارو پيښې ته رسيږي.

۱. د Portal Vein له لارې

مثلاً د Diverticulitis, Acut Appendicitis او د کولون د کارسينوما د عملياتو او ريزکشن په حالت کې کله چې عمليات منتن شي منع ته راځي په

Typhoid او د Hemorrhoid، Actinomycosis، د التهابي Ulcerative Colitis يا Para Typhoid په سیر کې هم د يني اېسې گانې رامنځته کېږي.

۲. د صفراوي لارو

چې د ناروغۍ د انتشار تر ټولو معمولي لاره ده يعنې کله چې تيرېه د يني په اساسي قنات کې بنده شي او د هغه د پاسه د کوم سلیم او خبث تومور په واسطه تضيق رامنځته شي او انتان صاعده سیر اختيار کړي او د يني اېسې سبب گرځي.

۳. د يني د شريان په واسطه

چې انتان د Septicemia او يا Pyaemia او د منتن Hydatid cyst څخه ځيگر ته رسېږي.

۴. د Umbilical له لارې

د نويو زيريدلو ماشومانو د نامه (ثروي) ورید له لارې او يا د Para Umbilical ورید له لارې يني ته رسېږي.

۵. د مستقيم انتشار پواسطه

د حجاب حاجز لاندې اېسې او يا د سينې د قفس د Emphyema او يا د نافذه جروحاتو په واسطه انتان يني ته رسېږي.

کلينيکي منظره

چون د يني اېسې د يو تعداد وځينو ناروغيو په سیر کې منځ ته راځي نو د هغې کلينيکي لوحه په جدا ډول مشکله ده او عموماً د يني د اېسې اعراض او علايم د ابتدايي ناروغۍ د اعراضو او علايمو سره په مشترک ډول مشاهده کېږي چې عبارت دي له:

Fever

چې اکثرآد ابتدايي ناروغۍ له کبله منځته راځي اما کله چې ابسي تاسس کوي دا تبه شديده کيږي او د لږزې او خولو په واسطه همرايي کيږي.

Pain

د ناروغ سره د تبې څخه خو ورځې وروسته د يني درد منځته راځي او د ځيگر ناحيه فوق العاده حساسه کيږي او دا درد د حرکت په واسطه زياتيږي او د بڼي اوږې خواته سير کوي.

Hepatomegaly

چې په 30-60% سلنه وقايعو کې د يني ضخامه موجوده وي.

Jaundice

چې دا عرض د ابسي د لوييدو په صورت کې او يا په هغه صورت کې چې متعددې ابسي موجودې وي مشاهده کيږي زړه بد والی، استفراق او بې اشتهايي هم موجودې وي.

لابر اتواري او تشخيصه معاينات

د وينې په معاينه کې Leukocytosis د 20000-18000 پورې وي او په اکثرو ناروغانو کې کمخوني تشبیت کيږي د وينې کلچر په 30% واقعاتو کې مثبت وي د يني وظيفوي تيستونه کوم حاصل تشخيصه ارزښت نلري خو Alkaline Phosphatase لوړيږي او Hypoalbuminemia او د سيروم د بيلروبين اندازه لوړيږي په X-Ray کې د بڼي طرف د حجاب حاجز د زاويي سويه نسبت طبعي حالت ته پورته خواته ځي او په تنفسي حرکاتو کې اشتراک نه کوي او په 30% واقعاتو کې د بڼي طرف د پلورا انصباب منځته راځي که چيرې د ناروغۍ عامل هغه مکروبوڼه وي، چې گاز توليدوي نو په همدې ساحه کې به د گاز او هوا سويه هم موجوده وي د يني Scanning او CT-Scan او Ultra Sound او Angiography د مهمو تشخيصه

د گیدې د ملحقانو د جراحي ناروغی
د ځیگر ناروغی
معایناتو څخه دي که چیرې اوسې 2,5cm قطر ولري نو د اوسې موقعیت هم واضح
کوي.

تداوي

د Pyogenic Liver اوسې تداوي عبارت ده له یوه مناسب انټي بیوتیک د تطبیق
څخه لکه د Aminoglycoside د ډلې Clindamycine یا Metranidozole او د
اوسې دریناژ د جراحی د عملیې په واسطه البته په نوموړي ناروغانو کې د Fine
Needle Aspiration په واسطه چې د Ultra Sounography او CT-Scan په
واسطه اجرا کیږي یوه اندازه قیچ د مستقیمې معاینې او کلچر لپاره اخیستل کیږي
او وروسته له هغه یو مناسب انټي بیوتیک ناروغ ته شروع کیږي.

که چیرې یوه واحد غټه اوسې وي او یا خو ګوني غټې اوسې موجودې وي. مونږ
کولای شو چې د Ultra Sound او CT-Scan تر کنټرول لاندې نوموړې اوسې د
پوستکي د لارې څخه تخلیه او دریناژ کړو. که چیرې اوسې د ګیدې د داخلي افاتو
پواسطه په ینه کې منځته راغلی وي نو په هغه صورت کې Lapratomy اجرا کوو او
ابتدایي افت او د ینې اوسې دواړه تداوي کوو او د ینې اوسې د تیوب په واسطه
دریناژ کوو او د اوسې سیر او پرمختګ د Ultra Souno Graphy او CT-Scan په
واسطه تعقیب کوو.

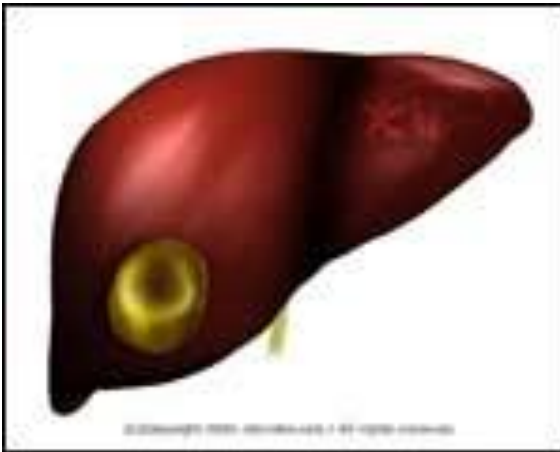
Complication and Prognosis

د ینې د واحدې اوسې ناروغان سربیره د تداوي بیا هم %24 وفيات لري او که
چیرې اوسې خوداني وي د وفياتو اندازه %70 ده او که چیرې دریناژ او تداوي نه شي
نو وفيات %100 ته رسیږي.

د يني اميبک اېسي

Liver Ameobic Abscess

اميب چې يو واحد الحجروي پرازيت دي او تقريباً %10 د جهان خلک يې منتن کړي دي. اميبک Hepatitis د هغه اخيرنی مرحله ده چې د يوه اميبک پيچش د اختلاط په ترڅ کې اميب په يڼه کې د Hepatitis او وروسته د يني د اېسي سبب ګرځي. د يني اميبک اېسي واقعات د 40-30 کلنۍ پورې زيات مشاهده کيږي او سړي نسبت ښځو ته زيات پدې ناروغۍ اخته کېږي (1:9).



(شکل ۷) د ځيگر اميبک اېسي

پتالوژي

د کولون د جدار د قرحې څخه *E. A. Histolytica* د کوچنی وريدي شعبي له لارې *Inf Mesenteric Vein* ته اوله هغه ځايه *Portal Vein* ته رسيږي. چې بيا د *Portal Vein* پواسطه يني ته رسيږي او اکثراً د يني په علوي او خلفي ښي فص کې ځای نيسي او په تکثر شروع کوي او په موضعي ډول د يوې نکروزي مايع د توليد سبب ګرځي او د يني د تخريب اندازه مستقيماً متناسبه ده د اميبک کالوني په غټوالي او د ميزبان په مقاومت او ثانوي انتاناتو پورې د يني اميبک اېسي %80 واحدې او

په 30% واقعاتو کې خوگونې وي د ینې امیبیک ابسې په داخل کې تقیح چاکلیتی او یا گلابی رنگ (Anchovy Sauce) لري.

امیبیک ابسې د ینې د تخریبي حجراتو، Leukocytes او د وینې د سرو کرویاتو څخه منځ ته راځي او په ځینې حالاتو کې نوموړی تقیح شین رنگ لري او پدې صورت کې صفرا د نوموړي تقیح سره مخلوط وي او په نېمایی واقعاتو کې په نوموړي تقیح کې برعلاوه E.A.Histolytica څخه نوره مکروبو نه لکه E.Coli, Streptocococug, Staphycococenug هم موندلی شو او په متباقي واقعاتو کې (د مزمنې ابسې په استثنا چې د هغې د جدار د مینځلو وروسته کېدای شي چې ژوندي او حرکت لرونکي امیب پکې ولیدل شي) نوموړې تقیح معقم وي د ینې ابسې د Peri Hepatitis د حادثی له امله ینه له Diaphragam او یا د گیدې د جدار سره نسلوی او د التصاقاتو سبب گرځي.

د ینې د امیبیک ابسې سیر

دا ابسې کولای شي چې مختلف سیرونه ولري.

کېدای شي چې ناروغ د امیبیک Hepatitis په ابتدائي مرحله کې د Metronidazole د تداوی په واسطه تداوی او کامل شفایاب شي او بعضې مؤلفین د امیبیک Hepatitis په مرحله کې با وجود د تداوی ممکن د ابسې د رشف او یا د ورو اوسو سبب شي.

کېدای شي چې د ینې ابسې د یوه کپسول په واسطه احاطه شي او تر دې پرته وخته هېڅ اعراض ورنکړي. نوموړې ابسې اکثرأ ینه علوي یا پورته خواته غټوي.

د تشخیص د غلط کېدو او یا د نه تداوی په صورت کې ابسې کېدای شي لاندې ناحیو ته رپچر وکړي.

- بڼي سرې ته.
- د پرتيوان داخل جوف ته.
- د بڼي پلورا جوف ته.
- په نادر ډول يو د مجوفو احشاوؤ ته، استثناء د پوستکي لاندې مسافې ته.

بايد ووايو کله چې اوسې بڼي سرې ته لاره پيدا کړي او ناروغ چاکلېتي بلغم اطراح کړي ممکن ناروغ کامل شفایاب شي د Amoebic اوسې اختلاط د اوسې منتن کېدل دي. د مکروبو پواسطه چې دا وخيم اختلاط دی که چيري د بڼې واحده اوسې درسته تداوي او دريناژ شي ممکن ناروغ ښه شي، ليکن د څوگونو اوسو انذار خراب دی.

د بڼي دامبيک اوسې کلينيکي لوجه

په حاره او تحت الحاره سيمو کې د يوه امبيک پېچش په تعقيب د بڼي امبيک اوسې ظاهرېږي او کله کله په مؤخر ډول يعنې څو مياشتې وروسته د پېچش څخه ظاهرېږي په نادر ډول دا ناروغي کله کله په صحت مندو ناقلو کې او يا په هغه اشخاصو کې چې خفيف اسهال ولري او اميب تشخيص او تداوي شوی نه وي هم مشاهده کېږي او دا ناروغي زياتره په ځوانو نارينه وو کې منځته راځي.

د ناروغي مقدم اعراض

د وزن بايلل، کمخوني او درنگ خاسفوالي او خر کېدل د ابتدايي اعراضو له جملې څخه دي تبه $38C^0$ او يا لوړه وي چې د لرزې سره يو ځای وي او د شپې د طرفه خولې کېدل اکثراً موجود وي.

درد چې په ثابت ډول د بڼي په ناحیه کې وي او بعضاً بڼی اوږې ته انتشار کوي د حرکت په واسطه درد زياتېږي له همدې کبله ناروغ غټه يڼه د لاس په واسطه محکمه نيسي، حساسيت او Regidity چې د ناروغي په حاده مرحله کې د حاد

Cholecystitis سره قابل د مقاييسې ده او د ناروغۍ په مزمن صورت کې ممکن حساسيت موجود نه وي Hepatomegaly ممکن و موندل شي بايد په ياد ولرو چې د Perihepatitis حادثې له امله يينه د مجاورو احشاوو سره لاندې نه غټيږي.

دا چې په داخل د يني کې اېسي موجوده ده الټراساوند او CT-Scan د اېسي موقعيت او اندازه تعينوي په قرع سره اصميت موجود وي، Leakocytosis تقريباً په ټولو واقعاتو کې موجود وي، د PMN تعداد %75 ته رسيږي.

کمونې که چيرې موجوده وي ډېره شديده نه وي غايطه مواد د اميب د پيدا کولو لپاره خو ځله بايد معاينه شي که چيرې اميب پيدا نشو نو د يني اميبک اېسي رد کولای نشو، د گېډې ساده راديوگرافي په ولاړې حالت د حجاب حاجز قبه په ښي طرف کې لوړه او تثبیت شوې ښکاره کوي Sigmoidoscopy د يني اميبک قرحې د کولون په جدار کې تثبیت کوي.

د يني هيداتيک کيسټ

Liver Hydatid Cyste

Echinococcus يا د يني هيداتيک کيسټ د يوه کيسټيک (Cystic) تومور څخه عبارت دي چې د Tinea Echino Coccus پواسطه منع ته راځي او د جهان په ټولو ملکونو کې لږ يا ډير ليدل کېږي نوموړی پرازيت په کاهل ډول د سپي په کولمو کې ژوند کوي او د هغه تخمونه د ملوټو او بو او يا سبزيجاتو په خوړلو سره انسان اخته کوي.

د Tenia Echinococcus لارو د بدن په مختلفو اعضاوو کې ځای په ځای کېږي، لاکن 80% سلنه د هغه واقعي په ينه کې (اکثره په بني لوب کې) توضع کوي او بعضاً په ترتيب سره 20% سپري، 5% عضلات، 1% دماغ، 2% توري، 1% پښتورگي 5% فقرات او نوره احشاوی اخته کوي.

د Hydatid Disease دوه شکله په انسان کې موجود دي:

1. Echinococcus Granulosis: د انسان د هيداتيک د ناروغۍ سبب گرځي.
2. Echino Coccus Alveolaris يا Multi Loculars چې د ناروغۍ نادر شکل دي.

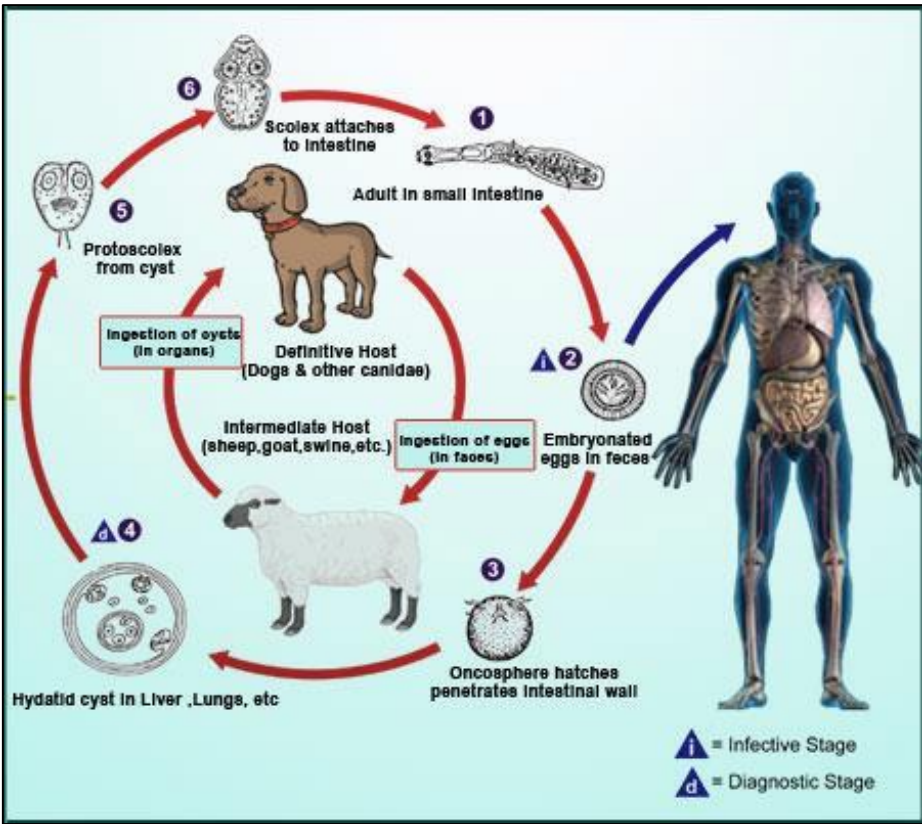
د انتان منشاء

د ناروغۍ د انتقال مهمه منبع سپي دي او انسان د سپي سره د مستقيم تماس له امله او يا د ملوټو او بو او سبزيجاتو له امله په ناروغۍ اخته کېږي حيوانات خصوصاً ميريې په عين ډول په دې ناروغۍ اخته کېږي او هر کله چې د پرازيت لارو د معدې داخل ته ورسېږي د هغه څخه تخمونه ازادېږي او د کولمو جدار ته نفوذ کوي او د باب د وريد پواسطه يني ته رسېږي او هلته په کيسټ تحول کوي او سپي د ميريې د احشاوو د خوړلو له امله چې لرونکي د هيداتيک کيسټ وي په ناروغۍ اخته کېږي او نوموړی کيسټونه د سپي په کولمو کې په کاهل پرازيت بدلېږي د همدې کبله ده

چې ناروغۍ په هغه مناطقو کې چې د ميرو تربيه پکې زياته ده لکه استراليا، جنوبي امريکا، يونان، ترکيه، عراق او د انگلستان بعضې ناحيو کې ډيره ليدل کېږي او د افغانستان په شمالي ولايتونو کې د ناروغۍ پيښې زياتې دي.

د پرازيت د ژوند دوران

اصلي ميزبان لکه چې د مخه مويادونه وکره سپي، ليوه، گيډره او شغال دي او پرازيت په کاهل ډول د دی خيواناتو په کولمو کې ژوند کوی او تخمونه د ميزبان د غايطه موادو په واسطه اطراح کوي او به، سبزيجات او بوټي ملوث کوي. بين البيني ميزبان د پرازيت انسان، ميره، غوا، وزه، اس دي او اصلي ميزبان د بين البيني ميزبان د منتو احشاوو د خوړلو په واسطه په پرازيت اخته کېږي نومړي پرازيت ۲-۲ ملی متره اوږدوالی او د ۳ ملی متره سورلري او د يوه راس او دري سگمنتونو لرونکې دي او راس د څلور چوشکونو درلودونکې دي او اخيري سگمنت د پرازيت د تخمونو درلودونکې دی د پرازيت لاروا چې په کېسک شکل وي لرونکي د لونیو حويصلاتو چې د يوې شفاف مايع په داخل کې لامبو وهي موجود دي لکه څرنګه چې د مخه مو وويل *tenia echino coccus* د يوه معين ژوند دوران لرونکی دي او په لاندې شکل کې دا سيکل واضح کېږي.



(شکل ۸) د ځيگر د هيداتيک کيسټ د ژوند دوران

پتالوژي

د *Echinococcus 2* *Arnulosis* لاروا کولای شی چې د بدن په مختلفو قسمتونو کې انکشاف وکړي. خو په اکثره واقعاتو کې په ځيگر کې دا حادثه منځ ته رادرومي او هلته په يوه لوي کيسټ باندې چې د مايع ډک وی او اکثر د يني بني فض اخته کوي رامنځ ته کېږي.

هيډاتيډ كيسټ د لاندې ساختمانو څخه جوړ شوي دي:

۱- Advantitia طبقه:

(Pseudocyst) چې د ليفي او فبروزي انساجو لرونکی ده او د يني د عکس العمل له امله د پرازيت په مقابل کې منځته راځي او د ځاكي رنگ لرونکی او د يني سره صميمي التصاق لري او د يني څخه د هغه جلا کول مشکل دي.

۲- Laminated Membrane طبقه

(Ectocyst) دا طبقه په خپله د پرازيت په واسطه منځته راځي او الاستيکي او سپين رنگ لري او د هغه په داخل کې د هيډاتيک مايع قرار لري او دا طبقه د يوه سپين بالون سره چې د اوبو ډک وي مشابهت لري او د انتان د نه موجوديت په صورت کې د هغه جدا کول د Advantitia د طبقې څخه اسان دي.

د هيډاتيک مايع سپينه او شفافه او مخصوصه کثافت يې 1,005-1,009 او بیدون د البومين ده او که چيرې د Cyst څخه ډېر وخت نه وي تير شوی لرونکي د خورگانو يا لوڼو حويصلاتو (دختري حويصلات) او Scoliosis وي او نوموړی Cyst په ډېره اسانۍ نشونما کوي.

۳- Germinal Epithelcum Membrane (Endocyst): دا غشا د يوې

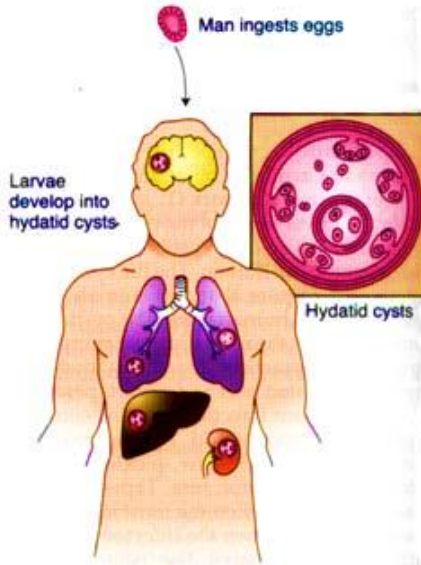
طبقې واحدو حجراتو څخه جوړه شوي او د Cyst يو ازينی ژوندي قسمت دی او دا طبقه د داخل په طرف د هيډاتيک مايع افرازي او د خارج خواته Laminated Memb جوړوي او نوموړی طبقه د خورگانو حويصلات هم توليدوي چې د يوه سويق په واسطه د Cyst د داخلي طبقې سره ارتباط لري که چيرې Laminated Memb په ترضيض اخته شوه، البته د لورگانو حويصلات ازادېږي او پدې صورت کې پورته ساختمانونه د Cyst په واسطه نه توليدېږي او د هيډاتيک مايع او محتوی صرف د Advantitia د طبقې په واسطه احاطه کېږي.

کلينيکي منظره

کله چې انسان د پرازيت په واسطه منتن شوو ممکن د ډېرو کالو لپاره بېدون د اعراضو وي او بالاخره د يوه وخت يا کالو تېرېدو څخه وروسته يوه کتله د گېډې په بڼې علوي قسمت کې يا په بڼې Hypochondrium کې منځته راوړي ترڅو چې هيداتيک Cyst يوه لويه کتله جوړه نه وي ترهغه د وځيمو تشوشاتو سبب نه گرځي کله چې کتله لويه شوه ناروغ د بطن په علوي حصه کې د ناراحتۍ له امله او يا د Cyst د فشار له امله په مجاورو احشاوو باندې ډاکترته مراجعه کوي.

په تفتيش سره د ځيگر په ناحيه کې يو سوي شکل او پرسوب مشاهده کيږي. R.U.Q نسبت چپ L.U.Q ته لوړ معلومېږي چې په جس سره نوموړي تورم بڼوي او بېدون د درد وي نوموړي تومور Fluctuant نه وي بلکې Resistant وي که چيرې د قرعي څخه وروسته اصغاء شي نو د تومور په داخل کې يو اهتزاز په نوم د Hydatid Thrill اوريدل کيږي ترڅو پورې چې هيداتيک Cyst په اختلاطونو نه وي اخته شوی ترهغو پورې د بڼې وظيفوي تشوشات نه توليدوي.

د ناروغ عمومي وضع بڼه وي، يرقان موجود نه وي تشخيص په هغه صورت کې چې ناروغ په هغه مناطقو کې اوسېږي چې د هيداتيک Cyst واقعاتو شيعو زياته وي اسان دي، که چيرې Cyst رېچر نه وي ورکړی ممکن په ساده X-Ray کې يو مدور او متکلس خيال مشاهده شي ultra Sounography او CT.Scan د Cyst موقعيت تعينوي او ERCP د Cyst ارتباطات د صفر او لارو سره مونږته واضح کوي او د Trancus Celiacus د لارې انځور گرافي مونږته د کبست ارتباطات د اعيو سره واضح کوي. د پوستکي Casoni Test په 75% واقعاتو کې (+) وي لېکن په 40% واقعاتو کې Indirect Test په غلط ډول مثبت وي غير مستقيم Echino Coccus Haemaglutination تېست اگر چې مغلق اما ډېر دقيق دی چې د Echino Coccus په واقعاتو کې (+) وي.



(شکل ۹) د ځيگر، سرو، پوښتورگو او دماغو هيداتيک کيسټ

د هيداتيک Cyst د ناروغي سير

په نادرو حالاتو کې پرازيت مړ کيږي او د Cyst مايع رشف کيږي که چيري د Cyst څخه ډېر وخت تېر شي ممکن د هغه ديوالونه متکلس يا Calcify کيږي.

اکثرًا Cyst په تدريج سره لوټيږي او بالاخره په شکل د يوې کتلې ظاهر يږي که چيري Cyst لرونکی د سويق وي نو د پرتيوان په جوف کې لامبو وهي چې پدې صورت کې د پانقراض د مساريقي او کليوي Cyst سره مغالطه کېدای شي.

ممکن د يني هيداتيک Cyst په اختلاطو اخته شي او دا اختلاط عبارت دي له:

يرقان چې د Cyst د فشار له وجې په صفراوي قنيواتو او يا د Cyst د موجوديت له امله په صفراوي قنيواتو کې منځته راځي.

د Cyst څيري کېدل

چې کېدای شي لاندې ناحيو ته څيري شي:

- د پريتوان داخلي جوف ته
- د پلورا جوف ته
- د هضمي جهاز داخلي لارو ته
- د صفراوي قنيواتو داخل ته (چې دناروغی معمول اختلاط دي)

کله چې Cyst د پريتوان جوف ته څيري شي نو پدې صورت کې د Anaphylactic Shock او د حاد منتشر Peritonitis سبب گرځي او د ناروغ سره علاوه د Anaphylactic شاک د بدن عمومي Urticaria منځ ته راځي.

نوپه دې اساس بايد نوموړو ناروغانو ته Hydrocortision يوه ورځ دمخه تر عملياتو او يوه ورځ وروسته تر عملياتو تطبيق شي بايد نوموړی ناروغان عاجل عمليات او د پريتوان جوف پاک او پرې مېنځل شي او ناروغ د شاک څخه وژغورل شي.

سره ددې عاجلې تدابي د ناروغی انذار نېه نه دی يعنې په اينده کې سره د پاکولو د پريتوان په جوف کې د څو دانو Cysts سبب گرځيدلي شي، کله چې Cyst هضمي لارو ته رپچر وکړي د گيډي د يوه شديد درد سره چې څيري کوونکی وصف لري يوځای وي د حرارت درجه لوړه او په غايطه موادو کې لونی حويصلات مشاهده کيږي او د بطن په داخل کې کتله کوچنې کيږي.

د Cyst رپچر د پلورا جوف ته نادراً صورت نيسي که چيرې قصباتو ته رپچر وکړي ناروغ به په ټوخي کې مایع او لونی حويصلات اطراح کوي د Cyst رپچر د

صفاوي قينو اتو داخل ته د جراحي له نظره مهم او اکثراً صورت نيسي او پدې صورت کې د Cyst محتوی د صفاوي قينو اتو په داخل کې د يني د کولیک باعث گرځي او که چيرې لوني حويصلات د صفاوي اساسي قنات د بندش سبب وگرځي نو پدې صورت کې د احتباسي يرقان سبب گرځي.

د Cyst تقيح يا Suppuration د ناروغي د وقاعاتو د کثرت له نظره په دوهمه درجه نوموړی اختلاط واقع کيږي او مختلف اتانان کولی باسيل او Anaerobic اتانان کولای شي چې Cyst منتن کړي، د صفاوي قينو اتو د لارې Cyst منتن کيږي، کله چې Cyst منتن شي نو Cyst د منځه ځي او په شکل د Pyogenic Abscess بدليږي.

تداوي

واړه کېستونه د خاصې تداوي ايجاب نه کوي لاکن غټ کېستونه چې د طبي تداوي سره ځواب نه ورکوي او د جراحي مداخلې ته ضرورت لري، پدې اخيرو کې Albendazole، Mebendazole او يا Vermox د ورځې درې ځله (400-600mg) د 21-30days ورځو پورې ناروغانو ته گټور واقع شوي دي او د لږو جانبي عوارضو لرونکي او دا دوا Toxic هم نه ده.

Operation

د جراحي د عملياتو لپاره اول د يوه درست شق انتخاب کول مهم دي چې د Cyst د موقعيت له نظره په يڼه کې انتخابيږي په جراحي کې ښه شق هغه دي چې دهغه د لارې جراح د عملياتو ساحه ښه وويني او په ازاد ډول عمليات پکې تر سره کړي او تر عملياتو وروسته لنډ او اوږده اختلاطات ونلري د بطن تر خلاصيدو وروسته د Cyst اطراف بايد د کمپريس په واسطه چې د 23-Hyper Tonic Sodium Chloride 30% او يا 0.5% Hypo Tonic Sodium Chloride او يا د نارمل ساليڼ 0.5% د محلول په واسطه مرطوب وي احاطه کوو او بيا Cyst د Trocard په واسطه تخليه

کوو او د Cyst داخل ته Scolicidol محمول (د فورمالین محلول 0.5% او یا Hypo/Hyper Tonic) تطبیق کوو، ترڅو چې د $\frac{3}{4}$ Cyst برخه ډکه شوه که چیرې Cyst د صفراوي قینواتو سره ارتباط ولري، نو باید دا محلولات توصیه نه شي ځکه چې د صفراوي قینواتو د تخریش او ماوف کېدو سبب گرځي.

د 10-5 دقیقو انتظار وروسته نوموړی تطبیق شوی محلول تخلیه کوو او بیا یو شق د cyst د پاسه اجرا کوو او د Advantitia طبقه خلاصوو نو دلته د Laminaled Membrane طبقه مشاهده کېږي او د Sponge Forceps په واسطه نوموړې طبقه په ډېر احتیاط نېول کېږي دا عملیه په هغه Cysts کې چې د مخه منتن شوی نه وي اجرا کېږي او په اختلاطي Cysts کې نوموړي طبقه د پارچې پارچې په شکل را اېستل کېږي وروسته لدې چې د L.Membrane طبقه په سالم ډول خارج شوه د یې باقی مانده جوف کولای شو، په کامل ډول بسته کړو او په یو تعداد نامطلوبو واقعاتو کې کله کله چې د Cyst د منتن کېدو او یا د صفراوي قینواتو فستول او یا په هغه صورت کې چې په کامل ډول Cyst تخلیه نه شي نو پدې صورت کې باید د Cyst جوف خارج ته دریناژ شي. (Marsnplisation) باید کوشش وشي چې د Cyst د تخلیې په صورت کې د پریتوان جوف او د گیدې جدارونه د Cyst د محتوي په واسطه منتن نه شي، که چیرې د ناروغ په تاریخچه کې یرقان موجود وي او یا د Cyst پواسطه صفراوي قینوات اشغال شوی وي باید اساسي صفراوي قنات ولټول شي او که چیرې Cysts ډېر غټ وي نو په هغه صورت کې Partial Hepatectomy توصیه کېږي، د ناروغی د نکس د مخ نیوي په خاطر د عملیاتو څخه وروسته تردوو میاشتو پورې Mebendazole توصیه کېږي.

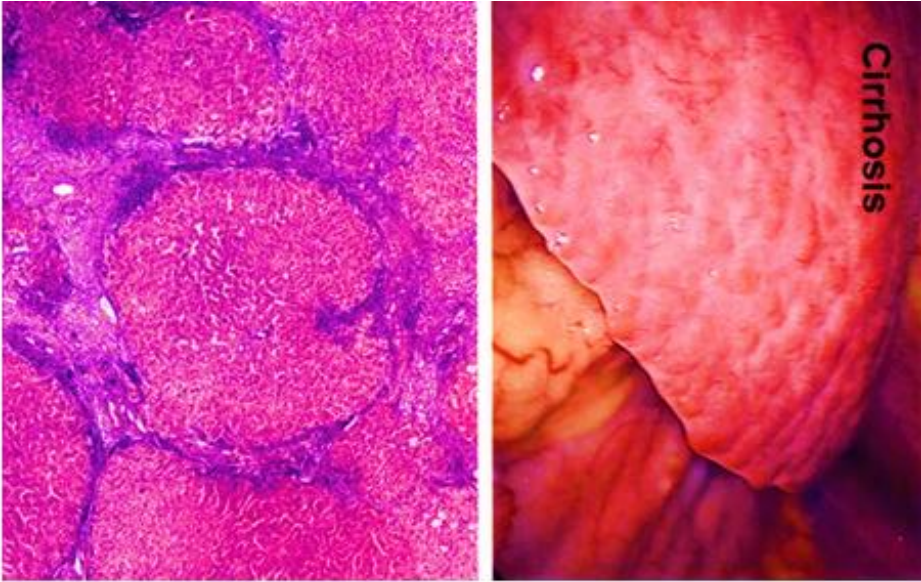
د ښې سټروژ

Liver Cirrhosis

سيروز د ښې د حجراتو د نكروز څخه عبارت دی چې د نكروز په تعقيب فيبروز او د ښې د حجراتو Regeneration منځته راځي او ټوله ښه نيسي. (شكل)

Etiology

د Liver Cirrhosis سببي فكتورونه په دوو برخو ويشل شوي دي، د ماشومتوب دوخت فكتورونه او د كهولت دوخت فكتورونه بايد په ياد ولرو، چې يو تعداد فكتورونه د ژوند په لومړيو كالونو كې ښه ماوفه كوي او څو كاله وروسته سيروز څرگنديږي احتباسي زيږي د سيروز د معمولي اسبابو، له جملې څخه دي چې په هر عمر كې د سيروز سبب كېدای شي.



(شكل ۱۰) د ځيگر سيروز

د سيروز اسباب په نويو زيږيدلو ماشومانو او شيدې خوړونكو كې

• **د صفراوي قنيواتو اتريزي:** په شيدې خوړونكو ماشومانو كې د صفراوي قنيواتو اتريزي د سيروز د معمول ترينو اسبابو له جملې څخه شميرل كيږي. چې د هغه اصلاح د جراحي د عملياتو په واسطه مشكل دي، د امكاناتو په صورت د كلمو عروه د يني د قنيواتو سره تفم وركول كيږي كه چيري په ځوانو ناروغانو كې د صفراوي قنيواتو د اتريزي اصلاح كول ناممكن وي غوره ده چې د يني Transplantation ورته اجرا شي او په نوموړو ماشومانو كې چې يرقان لري، ډېر ژر د Splenomegaly، Hepatomegaly، حبن او مري د Varices علايم مشاهده كيږي. اكثرأ نوموړي نوي زيږيدلي ماشوم څو مياشتې ژوندی وي ممكن يو تعداد كم يې درې كاله او يا د هغه زيات عمر ولري.

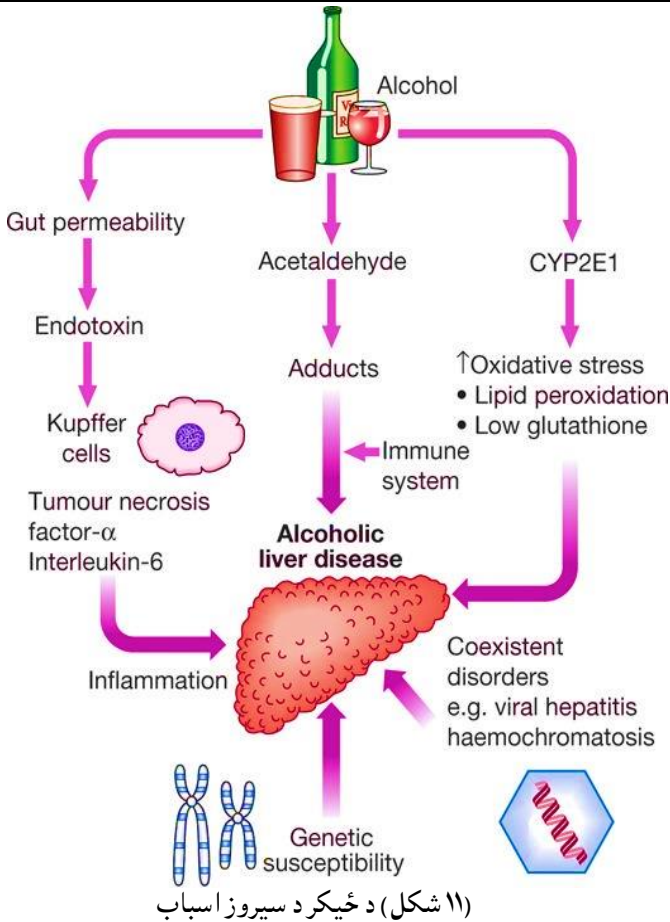
• **Nutrition (تغذي):** د هند په ماشومانو كې سيروز په هغه هندوانو كې مشاهده كيږي چې Vegeteriane وي (دانرژي او پروتين كم مصرف كول) دا سيروز ډېر په چابكي سره وړاندې ځي او ژر د مرگ سبب گرځي او داسې فكر كيږي چې د نوموړو ماشومانو ينه مساعده ده، ځكه چې د پروتينو څخه خالي غذا مصرف كوي او كله چې دوی په ويروسي Hepatitis اخته شي، نو په دوي كې دينې د حجراتو وسيع نكروز منع ته راځي.

• **Kawashiorkor:** دا ناروغي هم د پروتين د كمبود له امله منځته راځي په افريقا كې دينې دغټوالي او د اطرافو د اذيماسره يو ځای وي او اكثرأ ماشومان چې د 6-18 مياشتو عمر ولري او دمور د شيدو څخه جدا كيږي، پدې ناروغۍ اخته كيږي او د نوموړو ماشومانو سره عمومي اذيماسره د پوستكي تشوشات، بې علاقه گي او د نشونما توقف منځته راځي.

- **Galactosemia**: چون دا ناروغان دميتا بولېزم انومالی لري او د دوامداره لکتوز د مصرف له امله په سيروز اخته کېږي.
- **Infection**: د شديد يرقان تاريخچه د ماشومتوب په وخت کې مونږ ته داسې نتيجه راکوي چې د سپروز په رامنځ ته کېدو کې ويروسي Hepatitis رول لري.
- **د دينې ولادي فيروز**: چې د پښتورگي د مخ د اسفنجي کېدو سره يو ځای يوغير نورمال حالت لري او دينې نورمال فصيصات د فيروز ډوله شرايطو په واسطه نېول کېږي او د دينې وظيف نورمال وي په دې حالت د باب فشار لوړ وي او نوموړي ناروغان د خونريزي په صورت کې د شنت د عملياتو لپاره ښه کانديدان شميرل کېږي.
- **Erythro Blastosis Fetalis**: په انفرادي ډول دا واقعات ليدل کېږي.

د سيروز اسباب په کاهلانو کې

- **Alchole**: په غرب کې د سيروز د معمول ترينو اسبابو څخه د ډېرو شرابو څښل دي او د اروپا او امريکا په متحده ايالتو کې 90% د ناروغۍ اسباب الکول تشکيلوي.



• **Viral Hepatitis:** د سيروز د وقوعاتو سلنه د Viral Hepatitis څخه وروسته

درسته معلومه نه ده او نظر په مناطقو فرق کوي.

• **د صفراوي لارو مزمن انسداد:** (جراحي) د صفراوي ثانوي سيروز باعث ګرځي

چې بايد د صفراوي ابتدايي سيروز څخه توپيري تشخيص شي او صفراوي ابتدايي سيروز يو معافيتي ناروغۍ دي په هغو بنځو کې چې متوسط عمر ولري

او په 98% سلنه واقعاتو کې د Mitochondrial immunofluoresence ټيسټ (+)

وي

• **د غذايي موادو فقدان:** په حاره مناطقو کې د سيروز د معمول ترينو اسبابو له جملې څخه د غذايي موادو کمبود دی او په لاندي ډول عمل کوي د يوه نورمال شخص لپاره چې درسته تغذي کوي خفيف انتانات او بعضي Toxic مواد بې ضرره دي اما د هغه اشخاصو او يا ځيگر لپاره چې د غذايي پروتيني موادو په فقدان اخته وي مضر او بد تاثيرات لري بنا پر دې د غذايي موادو فقدان د سيروز لپاره په غير مستقيم ډول رول لري او د سيروز سبب گرځي.

- Hemochromatosis (Bronzed Diabetas)

- د Hepatolenticalar استحاله (Wilson’s Disease)

- د کيمياوي موادو تسمم لکه کاربن تتراکلورايد، اريسنيک او کلوروفورم

- نامعلوم (Cryptogenic) اسباب لکه په يو تعداد زياتو واقعاتو کې د

سيروز سبب درست معلوم نه دی.

- Schistosomiasis: دا ناروغي د حقيقي سيروز برخلاف د يني د فيبروز

سبب گرځي او د يني د شراينو او وريدو د ماوف کېدو سبب گرځي Schistosomiasis

په مصر او افريقا، جاپان، چين او جنوبي امريکا کې يو لوی پرابلم جوړوي او تقريباً

د نيمايي همدې ناروغانو سره Hepatitis هم موجود وي.

د Cirrhosis مورفولوژيک ډولونه

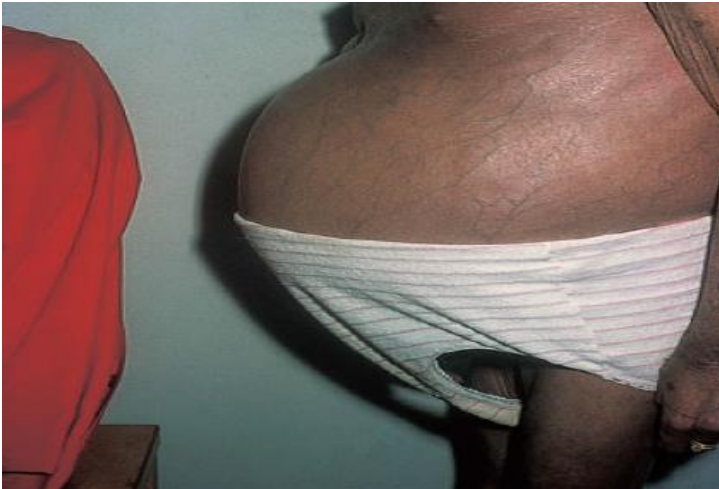
Micro Nodular: چې د وارو نودولو او د غير منظم او ضخيمو ليفي انساجو

په واسطه چې قطريې د 3mm په اندازه وي همرايي کېږي او اکثراً د هغه کسانو سره

چې زيات الکول مصرف کوي موجود وي.

Macro Nodular: د نودولو قطر غټ، يعنې د 3mm څخه لوی دی او د مختلفو ليفي انساجو په واسطه احتواوي او دا شکل په نوم د Post Necrotic Cirrhosis يا ډيريپري يعنې د دينې د انساجو د نکروز څخه وروسته دا شکل منځته راځي.

Mixed: پدې صورت کې دينې انساج د میکرو نودولو او ماکرو نودولو درلودونکی وي.



(۱۲ شکل) په يوه سپين زېري سړی کې د ځيگر سيروز او حبن

Pathalogy

د دينې په سيروز کې دينې د پرانشيم وسيع تخريب او د هغه څخه وروسته د ليفي انساجو د زيات نشونما په نتيجه کې د دينې د پاسه Fibrosis منځته راځي او د هغه په نتيجه کې د Portal vein واړه شعبات او د دينې د وريدو واړه شعبات تر فشار لاندې راځي او په بعضې واقعاتو کې د Portal Vein Spasm منځته راځي. Arterioles تريوه وخته پورې د نوموړي فشار په مقابل کې مقاومت کوي او پدې صورت کې سيروتیک ځيگر دينې د شريان په واسطه اروا کيږي او پدې مایوس کننده حالت کې د دې لپاره چې دينې په داخل کې دوينې دوران ثابت او محافظه شي يو تعداد

Collaterals دينې د شريان، Portal Vein او دينې د وريدو په منځ کې جوړېږي، د دينې د داخلي شنډو سره يو ځای د دينې خارجي پورتا سيستيمک Collaterals جوړېږي، ترڅو وکولای شي چې د Portal Vein وپه بېدون د دې چې دينې داخل ته ولاړه شي بايد د وينې عمومي دوران ته راوگرځي يعنې منحرف يې کړي پدې ترتيب دينې باقي مانده حجرات د Portal Vein يعنې وريدي وينې څخه محروم کيږي پدې ناروغۍ کې اکثراً د دينې په داخل کې نازک فيبروز چې د وړو نوډلو لرونکي وي موجود وي (سيروز Leannec's او يا Hob Nail ينه) ليکن دينې خشن فصيصات ممکن دينې دغټو نوډولو د جوړښت سبب وگرځي.

اعراض او علايم

د سيروز ابتدايي مرحله کېدای شي اوږده او بېدون د اعراضو وي ينه غټيږي او په بعضې واقعاتو کې د يرقان (زيږي) متکرر حملات چې د Epigastric ناحيې درد او استفراق هم موجود وي منځ ته راځي.

د ناروغۍ په هره حمله کې دينې يو تعداد قسمتونه تخريبيږي او د Fibrous نسج په واسطه معاوضه کيږي او متباقي قسمتونه ضخامه کوي، دينې سيروز د درو مهمو حوادثو سبب گرځي، دينې د حجراتو عدم کفايه، د Portal Vein د فشار لوړوالي او د مايعاتو احتباس. تر هغه وروسته ينه اتروفي کوي او توري ضخامه کوي، بايد ووايو چې دينې سيروز د توري د ضخامې يو مهم سبب شميرل کيږي، چې د باب د فشار د لوړوالي سره په کاهلانو کې موجود وي پدې مرحله کې په تدريج سره دينې حجرات تخريبيږي او دينې د حجراتو د عدم کفايي سبب گرځي او پدې مرحله کې په هغه اشخاصو کې چې الکول مصرف کوي ممکن دوه علامې رامنځته شي.

Spider Naevi

چې اکثراً په مخ، عنق او د شانې په قسمتو کې او د بازو په علوي قسمتو کې موقعيت لري او دهستولوژی له نظره د وارو او عيه شعريه وو دزياتي نشونما په نتيجه کې منځته راځي.

Palmar Erythema

چې د لاس راځي وجه سره او شنه او گرمه وي د مری د Varicess وینه بهیدنه تقریباً په %40 واقعاتو کې مشاهده کېږي او ممکن د ناروغی اوله علامه وي، په نادر ډول سطحی وریدونه په شعاعي ډول د نامه په اطرافو کې متوسع کېږي او د Caput Meduasa پنوم بلل کېږي مخ په زیاتوالی حین منځته راځي د خصیو اتروفي او Gynecomastia د سیروز په ناروغانو کې معمول دي، چې ممکن د هغه علت په وینه کې د Estrogen د هورمون زیاتوالی له امله وي، ځکه چې ماوفه وینه نشي کولای چې هغه خنثي کړي، بنځي تمایل لري، چې نارینه خواص په ځان کې پیدا کړي او ممکن (Depyrtrens-Contractare) یا د لیپیدو شخي منځته راشي، پدی ناروغانو کې که چیري د مری د Varicess وینه بهیدنه ئي کنترول هم شي، بالاخره د یني د حجراتو د عدم کفائي له امله ډیر هغه کسان چې د الکولو مصرف ته ادامه ورکوي مړه کېږي.

د یني د سیروز سره مترافقي پتالوژي

د یني سیروز چې د هر ډول څخه وي د سریري او پتولوژي له نظره د یو تعداد مرضي حوادثو سره همرايي کېږي، لکه د توری ضخامه، Pancreatitis، د معدې معائي وینه بهیدنه، د مری Varicess له امله وینه بهیدنه، Peptic Ulcers یا د معدې Erosion، د یني ابتدائي کانسرونه او اتاناتو ته زمینه مساعده وی.

Liver Function Tests

په معاوضوي سیروز کې کیدای شی د یني وظیفوي تپستونه نورمال وي، خو په غیر معاوضوي مرحله کې Urobilinogen په ادرار کې موجود وي او د Plasma د Albumin سویه ټیټېږي.

Liver Biopsy

د سیروز د تشخیص لپاره ښه معاینه گڼل کېږي او کیدای شي د ناروغی انذار هم مونږ ته څرگند کړي.

Treatment

کله چې سيروز تاسس کړي وي نو کومه خاصه تداوي نه لري، خو د لاندې اهماتو نيول گټور دي.

- د گلوکوز زيات مصرف کول.
- د الکلو څخه پرهېز.
- که چيرې د يني د حجراتو د عدم کفائي شواهد موجود نه وي د پروټيني غذا ورکول.
- په فعال او مزمن Hepatitis کې د Steroid توصيه کول.

حېن

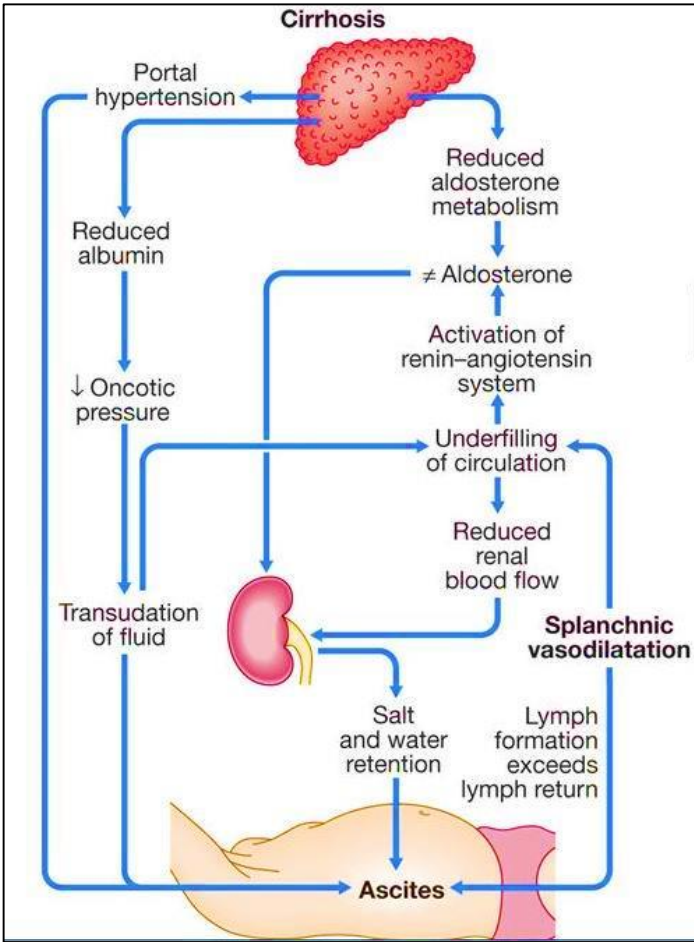
Ascitis

Etiology

د Ascitis د منځ ته راتلو میکانیزم د ځيگر په ناروغیو کې مشکل دي او
قسماً په لاندې عواملو پورې ارتباط نیسي.

- د ینې په لمفاوي تولید کې زیاتوالي.
- د پلازما د البومین کچې کموالي.
- د اوبو او مالگو احتباس د پوښتورگو پواسطه (د ینې په ناروغیو کې د
الدوسترون زیاتوالي).

باید په یاد ولرو چې د Portal Vein د فشار زیاتوالي پخپله د مایعاتو
Transudation د پریتوان په جوف کې زیاتوي او په تنهایی ډول نشي کولای چې
Ascitis منځته راوړي له همدې کبله په Prehepatic انسداد کې Ascitis منځته نه
راځي.



(شکل ۱۳) د حین ایتبولوژي

Diagnosis

د سريري له نظره Ascitis د گېډې د توسع او د دواړو Flanks نواحيو اصمت او د نامه يعني Umbilicus برآمدگي (Shifting dullness) پواسطه تشخيص کيږي، هغه Ascitis چې د سيروز پواسطه منځته راځي بايد د هغه Ascitis سره چې د زړه او پښتورگو ناروغيو او يا د گېډې خبيثه ناروغيو او د سوتغذي له امله منځته راځي،

بايد توپيري تشخيص شي چې د دې مقصد لپاره بايد د تدوي د شروع څخه د مخه يو مقدار سيروتېک مايع د Para synthesis پواسطه د پريتوان جوف څخه وايستل شي او په نوموړي مايع کې د ويني سپين کرويوات او يو تعداد مکروبو نه بايد معاینه شي، ترڅو باکټريائي Peritonitis چې د سريري له نظره خاموش وي، بايد ولټول او رد کړای شي.

په اسيتيک مايع کې سرطاني حجري هم بايد ولټول شي که چيري په اسيتيک مايع کې د Amylase مقدار زيات وي نو د پانقراض په ناروغيو د لالت کوي، که چيري د شيدو په شان مايع د Para Synthesis پواسطه خارج شي نو په Chylous چې د سرطاني ناروغيو په نتيجه کې منحنه راځي د لالت کوي.

تداوي

په مروجو تدوي کې ناروغ ته د بي مالگي او کم مالگي رژيم توصيه او د پوتاشيم د جبران په خاطر هغه مواد چې د پوتاشيم لرونکي وي توصيه کيږي، د مايعاتو اخیستل ضرور نه دي چې کم کړای شي، اکثراً Diuretic توصيه کيږي، چې ډير بنه Diuretic د ورځي 200MG Spironolacton دي د لزوم په وخت کې Furseamide هم اضافه کيږي، د Ascitis اکثراً اشکال د جدي تدوي په نتيجه کې ځواب ورکوي او د حين په تدوي کې د پورتا سيستمیک شنتونو په کارول په تنهائي ډول ځاي نلري د حين ځيني شکلونه د درولاندو عمليو پواسطه تدوي کيږي.

۱. د اسيتيک مايع دوباره دوران ته داخلول د Dialysis د غشاء څخه وروسته چې د سوډيم ايون د اسيتيک مايع څخه د Dialysis پواسطه ليري کيږي او پاتي مايع دوباره د ورید داخل ته زرق کيږي.

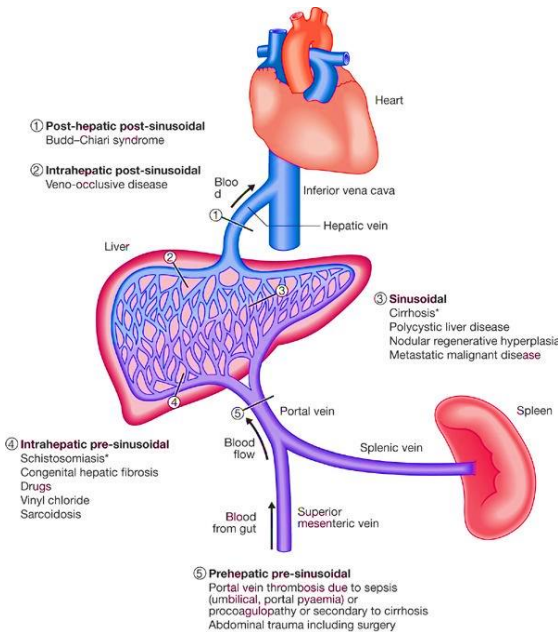
۲. د اسيتيک مايع دريناژ او په هغه کې د کم مالگي لرونکي البومين اضافه کول او دوباره په داخل دورید کې تطبيق کول.

۳. **Peritoneal Jugular shunt**: چې د دې عمليې پواسطه د پرېټوان مایع په Jugular Vein کې د یوه تیوب (Silastic تیوب) پواسطه انتقال کېږي د پرېټوانی وداجي شنتو مختلف شکلو نه موجود دي، چې د Ascitis په ناروغانو کې کله کله د دغو شنتو څخه گټه پورته کېږي او ممکن نوموړي شنتونه په هغه ناروغانو کې چې خبیثه ناروغيو له کبله Ascitis لري هم استعمال شي.

د پرېټوانی وداجي شنتونو اختلالات عبارت دی له Disseminated Intra Vascular Coagulation او اثانات څخه دي او د Shunt ترومبوز د عمده پرابلمو څخه دي او د عوض کیدو ایجاب کوي.

د باب فشار لوړوالي (Portal Hypertension)

د باب د وریدي سیستم د فشار لوړوالي د Portal Hypertension په نوم



یادېږي باب (Gate) یا دروازي باب د ننوتلو لاري ته وائي او د باب وریدي سیستم له هغه وریدو څخه عبارت دي، چې د نوموړو وریدو وینه ځيگر ته رسیږي، د باب وریدي سیستم فشار په نورمال صورت کې -80 $150\text{mmH}_2\text{O}$ څخه عبارت دي او د باب د فشار لوړوالي په صورت کې نوموړي فشار تر $500\text{mmH}_2\text{O}$ او یا دهغه څخه لوړېږي.

(شکل ۱۴) د باب وریدي فشار لوړوالی او جوړښت

Etiology

د باب د وريدي سيستم د فشار لوړوالي د نوموړي وريدو د انسداد او يا د هغه د شعباتو په نتيجه کې منځته راځي او د افت د موقعيت له نظره چې نوموړي انسداد په کوم قسمت کې منځته راځي په لاندې ډول تقسيم کيږي.

د يني څخه د مخه Prehepatic

هغه انسداد چې د باب د وريدي سيستم د جريان مخه ځيگر ته ونسي، تقريباً 20% ناروغان پدې گروپ پوري اړه لري او دا ناروغان اکثراً ماشومان او ځوانان تشکيلوي او دا ناروغان د عمومي ستريا او وينې بهيدنې له امله ډاکتر ته مراجعه کوي، په معاينه کې ځيگر غير قابل د جس وي، ليکن توری په واضح ډول ضخاموي وي، کمخوني اکثراً د مري د Varicess د وينې بهيدنې له کبله موجود وي او په شکل د Oozing موجوده وي، ليکن په ځينو حالاتو کې د Hyper Splenism له کبله کمخوني منځته راځي، چون ځيگر نورمال او يا د نورمال په حدود کې وي نو د يني وظيفوي تېستونه د ناروغی د پرمختگ تر مهاله نورمال وي Ascitis د باب د وريد د فعال التهاب تر مهاله پوري موجود نه وي، Prehepatic انسداد په لاندې ډولونو منځته راځي.

- د Portal Vein انومالي او ولادي عدم موجوديت.
- د نويوز پريډلو ماشومانو د Umbilical التهابات چې انتان د Umbilical Vein له لاري داخليږي او ترومبوز منځته راوړي.
- د Pancreatitis او يا د پانکراس د تومور په واسطه د باب وريد انسداد.

د يني داخلي انسداد يا Hepatic

چې 80% د باب د وريدي سيستم د فشار لوړوالي په همدې گروپ پوري اړه لري او د هغه علت اکثراً Schistosomiasis او Cirrhosis تشکيلوي، چې د يني

داخل ته د وينې انسداد سبب گرځي او پدې شکل کې ډېر Collaterals د پورتا سسټيمېک د وريدو تر منځ جوړېږي وينه بهيدنه د مري د Varicess څخه منځته راځي او د مري Varicess د Esophagoscopy پواسطه تشخيص کولای شو او د وينې وظيفوي ټيسټونه تر هغه وخته پورې نور مال وي، چي د وينې د انساجو Hypertrophy او د حجراتو تخريب د Cirrhosis په واسطه معاوضه کېږي.

د وينې څخه وروسته انسداد يا Post Hepatic: چه ډير نادر ليدل کېږي او ممکن

د هغه سبب د Tricuspid Valve عدم کفايه او Constrictive Pericarditis

تشکيلوي، د وينې د وريدو انسداد او Budd-Chiary د سندروم سبب گرځي او د لاندي عواملو پواسطه منځته ته راځي.

د ځيگر د وريدو Idiopathic ترومبوز په ځوانو کاهلانو کې په دواړو جنسو کې چې ممکن د حمل د ضد دواگانو د استعمال له امله چې د خولې له لاري مصرف کېږي منځته راشي او د اکثر دغو ناروغانو سره د وينې نيوپلازم لکه Polycythemia يا Immuno Gamaglobulinopathy موجود وي.

• ولادي انسداد

• د نومورته هاجم له امله د وينې وريد انسداد.

بايد ووايو چې تراوسه پورې د باب وريدي فشار لوړوالي مهم سبب Cirrhosis تشکيلوي تردی دمه د وينې ناروغيو او د باب د وريدي فشار د لوړوالي ترمنځ کومه ثابته رابطه موجوده نه ده، يا په بل عبارت د وينې وريدي فشار لوړوالی تنها دمخانيکي انسداد په واسطه پورته نه درومي.

پتالوزيک تاثيرات

د باب وريدي فشار لوړوالي څلور لاندي تاثيرات رامنځته کوي:

• د باب وريد او د سفلي اجوف د وريدو ترمنځ د Collaterals منځته راتلل.

- Spleenomegaly
- Ascitis (صرف د باب وريدي فشار لوړوالي له امله چې يني او يا د يني څخه وروسته فشار لري) سبب گرځي.
- د يني د عدم کفائي تظاهرات (په وځيم سيروزس ناروغانو کې).

د Collaterals جوړښت: د باب وريد د انسداد له امله يو تعداد Collaterals د

باب د وريد او سفلي اجوف د وريد ترمنځ منځته راځي چې عبارت له: د مری د وريدو او د معدې د چپ طرف وريدو ترمنځ د کولاترالونو جوړښت چې د مری د Varices سبب گرځي او د لويو Collaterals څخه عبارت دي د سريري له نظره زيات د ارزښت وړ دي.

د Rectal د علوي او سفلي وريدو ترمنځ د کولاترالونو جوړښت چې د Hemorrhoid سبب گرځي چې دا حقيقي Varices دي.

د Epigastric د علوي او سفلي وريد او د Umbilical د شاو خوا وريدو ترمنځ د Collaterals جوړښت چې د Caput Medusa په نوم ياديږي.

د Diaphragm او خلفي پریتوان په منځ کې وريدي تفمات.

د مری Varices او تريوي کمې درجي Hemorrhoid ممکن د وينې بهيدنی سبب گرځي چې دا وينه بهيدنه کيدای شی د باب د فشار د لوړوالي وځيم ترين اختلاط تشکيل کړي.

Spleenomegaly

په تدريج سره توري غټيږي او د توري د Hyper Trophy سبب گرځي چې د Portal Vein د احتقان په واسطه منځته راځي او د توري دا ضخامه په اکثره ناروغانو کې د وينې د تغيراتو سبب گرځي چې د Hypersplenism په واسطه لکه:

Leukopenia او Thrombocytopenia منع ته راځي کمخوني اکثراد
Splenomegaly سره يو ځای وي او د توري د ضخامې له امله منځته نه راځي بلکه
کاملاً د معدي معايي د خونريزی له کبله منځته راځي.

د ځيگر د عدم کفایي تاثيرات یرقان (Jaundice)

په مرکزي عصبي سیستم باندي د باب د فشار د لوړوالي تاثيرات: چې د روحي
او رواني اختلاطاتو، لرزش (Flaping Tremor) او په پای کې د يني کوما منځته
راځي د کولمو خځه جذب شوي مواد چې د ازوت او امونيا لرونکي دي او بايد په ينه
کې تجزيه او د هغه سمیت (Toxicity) کم شي د باب د وريدي فشار د لوړوالي په
صورت کې نوموړي مواد سم د لاسه د کولاترالونو د لاری د سفلی اجوف په وريدو
کې توييږي او د همدې کبله Encephalopathy رامنځته کيږي.

يو تعداد نوره کلينيکي اعراض چې تر اوسه يې ميخانيکت درست معلوم نه دی
لکه Gynoeconomastia, Spider Nevea, Amenorrhea, Testes Atrophy-
گوتو Clubbing او Palmar Eyrthemia (يا د لاس او ورغوي سره کيدل) هم پدې
ناروغانو کې منع ته راځي.

کلينيکي نښې نښانې (Clinical Sign\Symptoms)

د Portal Vein فشار لوړوالي د جراح لپاره د درو پرابلمو په ډول ظاهر يږي:

- د زيږي او Hepatomegaly د توپيري تشخيص په عنوان.
- د معدي معايي د وينې بهيدنې په شکل.
- د Ascitis د علتونو په شکل.

معاینات

د Portal Vein د فشار د لوړوالي په صورت کې د یوې دقیقې تاریخچې په اړه معلومات او د ناروغ دقیقه معاینه (چه دا شامل ده د یوې د ناروغیو د علایمو د قیقه معاینه او علایم) برعلاوه د هغه څخه باید لاندې معاینات هم توصیه شي. د مری او معدې معایې گرافي د کثیفه موادو پواسطه تر څو د مری Varicess تشخیص شي.

Endoscopic معاینه چې د Gastro Fibro scope په واسطه اجرا کېږي او د مری او معدې Varicess او د مری د Varicess څخه وینه بهیدنه او د Peptic Ulcer او د معدې معایې د زخمونو ارزونه او تشخیص لپاره رول لري چې دا دواړه حالتونه د Cirrhosis په ناروغانو کې ډیر عمومیت لري او باید توپیری تشخیص پکې صورت نیسي.

د یوې وظیفوي تیسټونه باید اجرا شي او د لزوم په صورت کې د Liver Biopsy معاینه ورته اجرا شي.

سپلینو پورتو گرافي (Splenic Venogram) او یاد وریدی مرحلي ارتريو گرام چې د Trancus Celiacus دلاري کثیفه مواد زرق کېږي او تشخیص او انسدادی ناحیه مونږ ته واضح کوي.

Treatment

کله چې مونږ د کثیفه موادو د گرافي څخه وروسته او یا د Gastro Fibro Scopy په تعقیب تشخیص وکړو چې د مری Varicess موجود دي نو باید سمدستي د جراحي په تدایي لاس پوري نه کړو اول باید هغه فکتورونه چې د Portal Vein د فشار د لوړوالي او دمري د Varicess سبب گرځي باید د طبي کومکو او مرستو په واسطه تدایي کړو مثلاً که چیرې علت یې Cirrhosis وو نو اول باید ناروغ ته متعادل دزیاتي کالوري رژیم او کافي پروټین ورکړو تر څو د ناروغ سو تغذي تدایي شي په دې شرط چې د یوې د حجراتو عدم کفایه موجوده نه وي او هغه فکتورونه چې د

Cirrhosis د پرمختګ سبب ګرځي لکه د الکول څخه پرهيز بايد وشي د جراحي په تداوي بايد هلته لاس پوري کړو چې د Varices څخه وينه بهيدنه جريان ولري.

د مری د Varices د وينې بهيدنی تداوي

په هغه ناروغانو کې چې د وينې افت ولري د مری د Varices څخه وينه بهيدنه ډير وځيم سیرلري په دې صورت کې ځيگر د دوامدارې وينې بهيدني له امله او د فشار د تیتوالي له امله نور هم ماوف کيږي او د کولمو د لارې هغه ازوت داره مواد چې د Hematoma له امله چې د مری Varices څخه په معده او کولمو کې منع ته راځي جذب کيږي يعنې Toxic ازوت داره مواد چې د Hematoma د تخريب په واسطه په کولمو کې موجود او د وينې دوران ته جذب کيږي او له دې څخه پرته چې په يڼه کې يې سمیت کم شي د V.C.I له لارې سيستمیک دوران ته ځي او د Encephalopathy سبب ګرځي يو تعداد کم ناروغان چې د Pre Hepatic انسداد له امله شي د Portal Vein د فشار لوړوالي منع ته راغلي وي يو څه ښه انذار لري د تشخيص د تاييد په خاطر بايد کوشش وشي چې د وينې افت او سپلینوميگالي سره د مری Varices تثبیت شي يعنې بايد دا واضح شي چې د خونريزی سبب حتماً د مری Varices جوړوي ځکه چې نوموړي ناروغان د معدي وينې بهيدنی ته چې د Gastric Erosion څخه منځته راځي هم ښه کاندیدان دي او اکثراً د معدي په زخمونو هم مبتلا وي.

د ښه تشخيص په خاطر بايد د Gastric Fibroscopy څخه ګټه پورته شي او د معدي د زخمونو Gastric Erosion او د مری د Varices د خونريزی ترمنځ بايد فرق وشي که څه هم د فعالې وينې بهيدنی په صورت کې چې د مری د Varices څخه منځته راځي د درستي معاینې موافق ګرځي.

خو سره د دې هم د نوموړې دستگاه له لارې د Sclerosant محلول هم د مری په Varices کې پيچکاری کيږي. د مری د Varices عاجل کمک عبارت له فعال

Transfusion او نقل الدم څخه دی، يعنې کوم وخت چې ناروغ د مری د Varies فعاله وينه بهيدنه ولري بايد عاجل ئې د وينې گروپ تعين او تازه وينه بايد ناروغ ته تطبيق شي.

د وينې ازوت لرونکو موادو د جذب لپاره چې په کولمو کې جذب نشي د تخليوي امالي استعمالول مفيد او گټور ثابت شوي دي او هم د خولې د لارې ناروغ ته د Neomycin د تابليتو استعمال چې د کولمو د داخل مکروبوونه وژني گټور ثابت دي.

پروټين بايد د غذائي رژيم څخه کم کړی شي. د کالوري مقدار د گلوکوز پواسطه د وريد او يا د خولې له لارې بايد پوره شي، که چېرې وينه بهيدنه دوام وکړي بايد جدي عمل وشي او د تصميم نيول ډير دقيق دقت او توجه غواړي، که چيرې د ناروغ وضع وخيمه وه يعنې ناروغ د يني عدم کفايه، پرمخ تلونکې زيړې، Ascites د سيروم البومين کموالي د وينې د تحتر فکتور و ماوفيت، Thrombocytopenia او د کوما او د Pre Coma حالت ولري په دی صورت کې د ناروغ د ژوندي پاتې کېدو لپاره د وينې بهيدنی په صورت کې د تداوی هېڅ امکان نشته او هر ډول اقدامات د ناروغ د زياتې ناراحتي سبب گرځي.

او بايد دا ناروغان چې د مرگ په حالت کې دي بايد په خپل حالت پريښودل شي او د هر ډول تداوی څخه ډډه وشي، هغه ناروغان چې عمومي وضع ئې ښه ده بايد د مري د Varicess وينې بهيدنی بايد يو د لاندي اشکالو سره توقف کړای شي.

- Tamponade يعنې د Sengstaken Tube استعمالول چې د مری د Varicess او د معدي د Cardiac قسمت د Varicess وينه بهيدنه کنترولوی.
- د Vasopressin دواگانو استعمالول.
- Endoscopic Sclerotherapy

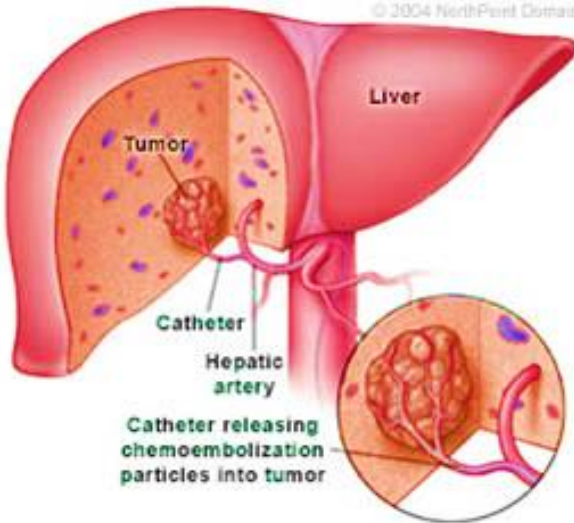
د جراحي تداوي

- د سينې د قفس خلاصول يا Trans Thoracic عمليات او د مری د Varicess تړل.
- Porto Cavals Anastomose.
- د Portal Vein او د Azygoos د ارتباطاتو قطع كول (Porto Azygoos Disconnection).
- د Portal Vein او سفلي اجوف د وريد ترمنځ ډول ډول عملياتونه لکه Spleno Renal Anastomosis يا Porto Renal Vein Shunt (باب وريد او اجوف سفلي اجوف وريد ترمنځ Shunt).

د يني تومورونه

Liver Tumors

د يني تومورونه په دوو دستو ويشل شوي چې په لاندې ډول ترې يادونه کوو.



(۱۵ شکل) د ځيگر تومور

د يني سليم تومورونه

دا تومورونه په نادر ډول سره ليدل کيږي او عبارت دي له Hemangioma، Adenoma او Hamartoma.

د يني خبيث تومورونه

د يني خبيث تومورونه بيا په خپل نوبت سره په دوو برخو تقسيم شوي دي.

- د يني خبيث ابتدايي نومورونه: نادر ليدل کيږي او په انگلستان کې عبارت دي له Hepatoma ،Cholangio Carcinoma او Mixed لکه Hepato Cholangio Carcinoma.

- د يني خبيث ثانوي نومورونه

چې معمول دي او د لاندي اعضاوو څخه يني ته ميتاستاز ورکوي:

- د هضمي جهاز څخه د Portal Vein د لارې.
- د سږي، Breast, Testes, ميلانوما او نوره چې د وينې د دوران په واسطه يني ته رسېږي.
- د صفرا د کڅوړي، معدې او د Hepatic Flexure د کولون څخه د مستقيم انتشار په واسطه.

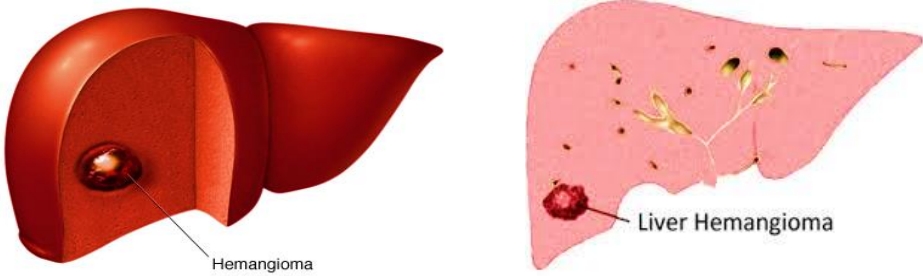
د ځيگر سليم تومورونه

Liver Benign Tumors**Hamangioma**

Liver د معمول ترينو سليمو تومورو له جملې څخه دي او نسبت ټولو داخلي احشاوو ته يې زياته اخته کوي، ناروغي په بنځو کې نسبت نارينه وو ته پنځه چنده زيات ليدل کېږي چې د هغه ممکنه علت ممکن هورموني تعيرات وي.

دوه ډوله Hamangioma ليدل کېږي. Capillary شکل او Cavernous شکل چې د يني ټولې Hamangioma د Cavernous د ډول څخه دي او اکثراً مترافق د Nodular Hyperplasia او Liver Cysts سره او يا د پانکراس د سيست سره همرايې کېږي، دا Hamangioma خبيثه استحالته نه ورکوي، بايد د Hamangioma Endothelium او د Hamangiomatosis څخه توپيري تشخيص شي، چې اخيرين دوه شکله منتشر و سيع او خو مرکزي او د پوستکي و عائي افاتو په واسطه همرايې کېږي او د ژوند په اوله هفته کې سريري اعراض د ماشومانو سره موجود وي.

هيمانجيوما اکثراً کوچنی وي او سريري اعراض نه ورکوي، کتله نادراً مشاهده کېږي او په استثنائي حالاتو کې Bruit په اصغاء سره اوريدل کېږي، د يني Artherio Graphy تشخيصيه ارزښت لري او د يني Biopsy د ستنې په واسطه مضا د استطباب ده ځکه چې وينه بهيدنه رامنځته کېږي، د Hamangioma لومړنۍ غټ اختلاط د تومور Rupture او د پريتوان داخلي وينه بهيدنه ده چې دا اختلاط په ماشومانو او حامله ميندو کې ډېر ليدل کېږي او د 80% څخه زيات وفيات لري.



(شکل ۱۲) د ځيگر هيمانجومه

په لويو ماشومانو کې اساسي تداوي Liver Resection او يا د يني د شريان Ligatore څخه عبارت ده چې د بطن د داخلي خون ريزی په وخت کې هم همدا تداوي کيږي، د شعاع پواسطه تداوي په کاهلانو کې د 2000 Rad په واسطه د 15 ورځو لپاره او په ماشومانو کې 600 Rad په همدې موده کې ممکن د تومور جسامت کوچنی کړي.

Adenoma او محراقي Nodular Hyperplasia

دا په نادر ډول ليدل کيږي او بنځي نسبت نارينه وو ته ډيرې پری اخته کيږي، په کال 1973 م کال کې مؤلف Baum په احتمالي ډول د دی ناروغی ارتباط د اميدواری ضد دواگانو سره وښود چې تر اوسه د مناقشې لاندې دی او داسې فکر کيږي چې د حاملگی ضد دواگانو ارتباط د Adenoma د بي نفسهي Rupture او د داخلي پريتوان د ويني بهيدنی سره ارتباط لري چې دا اختلاط په محراقي Nodular Hyperplasia کې نه ليدل کيږي.

CT-Scan او Arterio Graphy د ناروغی په تشخيص کې رول لري، د ويني بهيدنی او Lymphomatic افاتو په موجودیت کې د تومور Resseccion استطباب لري، بي غير له دې د تومور د تداوی څخه ډډه وکړی.

Hamartoma

د ځيگر د نورمالو انساجو څخه چې په غير طبيعي ډول ترتيب شوي وي منشاء اخلي او د يوه کوچني نوډول څخه تر يوه غټ تومور پورې جسامت لري، د کلينیک له نظره دا تومورونه دومره اهميت نه لري او د يني د سطحي لاندې تومور موقعيت لري او په شکل د Nodular تشبیت کيږي، دا تومور واحد او يا متعدد وي او په مقطع کې نسواري خاكي رنگ لري او مرکزي قسمت يې د يوه منظم ستاره يې نسج څخه تشکيل شوی دی.

د جراحي تدابي صرف په هغه صورت کې چې تومور د سريري له نظره د اهميت وړ وي استطباب لري، که چيرې تومور عميق او د يني په داخل کې او هم د هستولوژي له نظره د مخه تشخيص شوی وي بايد تومور په خپل حال پر بنسودل شي، ځکه دا تومورونه په ډيره اساني سره نشونما کوي او غټيږي.

د يني خبيث تومورونه

Liver Malignant Tumors

د يني خبيث ابتدايي تومورونه

وقوعات

د يني خبيث ابتدايي تومورونه په غربي خلکو او د شمالي امريکا په خلکو کې په نادر ډول ليدل کيږي، لېکن د افريقا او د اسيا په خلکو کې د ناروغی شيوع ډيره ده.

هغه احصائيه چې د مرگ څخه وروسته په انسانانو اجرا شوې ده دا تومورونه په امريکا کې %0.27 او په افريقا کې %1.1 دي او د %33-17 د ټولو کانسري واقعاتو صرف د يني کارسينوما تشکيلوي، د يني ابتدايي تومورونه په نارينه وؤ کې زيات ليدل کيږي، د قفقاز په خلکو کې دا ناروغي د 40 کلني څخه د مخه په ندرت ليدل کيږي، اما د افريقا او اندونيزيا په خلکو کې د 40 کلني څخه د مخه د ځواني په موسم کې هم دا ناروغي ليدل کيږي.

د نوموړي ناروغی وقوعات د چين په خلکو کې ډير ليدل کيږي، د يني Carcinoma په ماشومانو کې د دوه کلنۍ څخه د مخه نسبت ټولو تومورونو ته زيات ليدل کيږي او د دوه کالو څخه د مخه د ناروغی اولني تظاهرات په سترگو کيږي.

Etiology

د يني د ابتدايي Carcinoma په سببي فکتورونو کې مختلف فکتورونه رول لري او په لاندې ډول ترېنه يادونه کوؤ.

Aflatoxin: د افريقا او اسيا د خلکو غذايي مواد چې د **Aspergillus Flavus** د سمارق په واسطه ملوث کيږي، نو په دې خلکو کې د **Hepato Cellular** د Carcinoma وقوعات زيات ليدل کيږي.

د گېډې د ملحقانو د جراحي ناروغۍ

د ځيگر ناروغۍ

د غير پروټيني رژيم مصرف: په دوامداره ډول د Kwashiorkor سبب گرځي او د يني د ابتدائي کانسر لپاره مساعده زمينه برابروي او په دې اشخاصو کې د يني ابتدائي کانسرونه ډير ليدل کېږي.

Liver Cirrhosis: د **Liver Cirrhosis** او د **Cancer** ترمنځ واضح ارتباط موجود دی او ټول د سيروز اشکال په اخير کې د يني د **Carcinoma** باعث گرځي او په نوموړو ناروغانو کې اکثراً **Hepato Cellular Carcinoma** ليدل کېږي. (يعني په هغه کسانو کې چې **Post Necrotic Cirrhosis** ولري) يعنې په 60% واقعاتو کې د يني **Carcinoma** د سيروز په ناروغانو کې مشاهده کېږي.

Hemochromatosis: چه د ناروغۍ وقوعات پدې ناروغانو کې مخ په زياتيدو دي. د يني پرازيتي انتانات: لکه **Clonorchis Sinesis** چې د **Cholangio Carcinoma** لپاره د سببي فکتور بلل کېږي، د يني د **Carcinoma** وقوعات د ويروسي **Hepatitis** وروسته زيات نه ليدل کېږي، اما په ماشومانو کې نادراً نوموړ د **Cirrhosis** سره ارتباط لري.

Pathology

د حجراتو له نظره د يني carcinoma په درې ډوله پيژندل شوي ده.

(1) Liver Cell Carcinoma يا Hepato Cellular Carcinoma: د

يني د پرانشيم د حجراتو څخه منشاء اخلي.

(2) Bile Duct Carcinoma يا (Cholangio Cellular): چې د ناروغۍ

حجرات د صفراوي قنويات د ايپي تيليوم څخه منشاء اخلي.

(3) Mixed: چې د دواړو پورته څخه په مختلط ډول جوړ شوي دي.

Embryoma يا Blastoma: د **Immature** يا نه رسيدلي

Hepato Cellular Ca څخه عبارت ده او د **Gross** له نظره يا په شکل د يوه واحد

Nodule چې غټوي او يا د متعددو منتشر و نوډولو چې ټوله يينه يې احتوا کړي وي بنکار يري. Hepato Cellular Ca د او عيو څخه غني او د Trabecular ساختمان لري او اکثراً د Portal Vein او يا د يني د وريد شعبات اشغالوي او د ناروغی د تظاهراتو څخه د Gaint Cell تشکيلول دي او د ناروغی په توپيري تشخيص کې د يني د ثانوي Carcinoma څخه کمک کوي. Bile Duct Ca د استوانوي حجراتو لرونکي دي او د Microscopic له نظره د د صفرا کڅورې د Carcinoma او د يني د خارج الصفراوي Carcinoma څخه جوړه شوی ده او د صفرا په Acini کې نه مشاهده کيږي او مخاط جوړوي.

د يني تومورونه په لاندې څلورو شکلونو پرمختگ کوي چې عبارت دي له:

(1) Centrifugal نشوونما: د مرکز څخه محيط ته لکه د نوډولو غټيدل چې د يني په انساجو کې د فشار سبب گرځي.

(2) د تومور Para Sinosoidal توسعه: چې پدې صورت کې تومور په محيطي پرانشيم او يا په ماين د Sino Soidal کې پيشرفت کوي.

(3) د تومور انتشار د وريد له لارې: چې پدې صورت کې تومور په Retrograde ډول د Portal Vein د وړو شعباتو څخه د هغه غټو شعباتو ته او د هغه ځايه Portal Vein ته انتشار کوي. د Portal Vein د شعباتو اشغال کول ډير کم معمول دي. ليکن کيدای شي چې تومور تر سفلي اجوف وريد او د هغه ځايه تر Right Atrium پورې وسعت پيدا کړي.

(4) په فاصله Metastasis: پدې صورت کې د لمفاوي او دموي لارو انتشار کوي او ډير ليري لمفاوي ناحيو عقدات او سږی اشغالوي او په 73-48% واقعاتو کې ميتاستاز مشاهده کيږي.

کلينيکي تظاهرات

عمومي ضعيفي او د وزن بايلل په 80% ناروغانو کې ليدل کيږي. د گيډي دردونه په نيمایي ناروغانو کې موجود وي او د گيډي د درد وصف گنگ او دوامدار دي او د گيډي ناڅاپي درد د پريټوان په داخلي ويني بهيدنی دلالت کوي. چې د موی او عيو او يا د يوه غټ نيکروټيک نوډول د Rapture په واسطه منځته راځي. وینه بهيدنه د مري د Varices په واسطه غير معمول ده. ليکن د مخبره اعراضو او يا په اخير کې د هزيانانو رامنځته کيدل د ناروغی نهائي مرحله مونږ ته رانښيي. په معاييني سره اکثراً يوه غټه او غير حساس وي. د توری ضخامه په 1/3 واقعاتو کې مشاهده کيږي. زيږي په 70-85% واقعاتو کې او Ascites په 1/2 يا 3/4 ناروغانو کې پيدا کيږي.

Cirrhosis او Hemochromatosis په ناروغانو کې د اعراضو او علايمو شدت د ناروغی بدلیدل په Carcinoma دلالت کوي. د Diabetes اصلاح او يا بعضاً د Hypoglycemia د حالت رامنځته کيدل هم پدې دلالت کوي چې ناروغی د Neoplasm خواته درومي.

تشخيصه معاینات

Hepatoma سره Erythrocytosis موجود وي. Alkaline phosphatase او BSP تغير کوي. د سيروم د بيلوروبين اندازه اکثراً نورمال وي. د يني انتخابي Arteriography د او عيو زياتوالي د تومور په داخل کې مورته رانښيي.

Computer Tomography د ډيرو حساسو معایناتو له جملې څخه ده. Liver Biopsy د ستنې په واسطه چې د پوستکي له لارې اجراء کيږي البته تشخيص په دقيق ډول مورته واضح کوي.

Treatment

د يني د ابتدائي Cancer يوازيني تداوي د جراحي د عملياتو پواسطه د تومور ليري کولو څخه عبارت دی، چې بايد د تومور د لري کولو څخه د مخه لاندې نقطې په نظر کې ونيسو:

- تومور بايد واحد او موضعي وي.
- د تومور پواسطه بايد لمفاوي عقدا، د وينې دوران او صفراوي لاري نه وي اشغال شوي.
- په فاصله ميتاستازي نه وي ورکړي.

آخريني پرمختگونه د يني د اناتومي Segmental پيژندنه، د جراحي تخنيکونه، د انستيزي او د وينې مناسب نقل الدم مور ته اجازه راکوي چې د يني Resection په مصون ډول اجراء کړو او وفيات په کې %5 دي او د Cirrhosis په ناروغانو کې چون ترميم صورت نه نيسي او وفيات يې زيات وي او پدې ناروغانو کې د يني ريزيکشن استطباب نلري. بايد اضافه کړو چې د يني Total Hepatectomy او Transplantation نتايج تر اوسه پورې د خاصې دلچسپي وړ ندی گرځيدلي او شعاعي تداوي هم د کم اهميت درلودونکي ده او د زياتې شعاع تطبيق کول د يني د ماوف کيدو او د ابسي د جوړښت او Suppurative Cholangitis سبب گرځي. Systemic Chemotherapy د ناروغ ژوند اوږدوي او Hepato Blastoma د يوې مختلطي تداوي په واسطه يعنې ريزيکشن او Chemotherapy او د شعاع په واسطه تداوي ناروغ تريوي اندازې کنترولوي. د شريان په داخل کې د دوا زرق کول په موقتي ډول په %25 ناروغانو کې نتيجه ورکوي او د يني د شريان ليگاتور هم د کم وخت او کمو بنو نتايجو درلودونکي دي.

Prognosis

د يني د ابتدائي Carcinoma نتايج که چيري ناروغ تد اوي نشي ډير خراب دي او د ژوند عمر کله چې ناروغی څرگنده شي د 4 مياشتو څخه زيات نه وي. پرمخ تلونکي ډنگرتوب، د يني عدم کفايه، د Portal Vein ترومبوز او د پريتوان داخلي وينه بهيدنه او ميتاستاز د مړيني سبب گرځي. د عملياتو څخه وروسته د ژوند موده په اوسط ډول 5 کاله ده او په ورو ماشومانو کې چې د دوه کلني څخه کم عمر ولري البته تر 53 مياشتي پورې تعين شوي ده.

Liver Metastatic Tumors

د يني ميتاستاتيک تومورونه 20 مرتبې نسبت د يني ابتدائي تومورونو ته زيات ليدل کيږي او نوموړی ميتاستاز په 75% واقعاتو کې د تيونو د کانسر، د سرپو، پانقراس، معدې، کولمو، پښتورگي، مبيضو او د رحم څخه ځيگر ته رسيږي. نوموړي ميتاستاز د وينې د دوران يا د Portal Vein په واسطه او په يو تعداد کمو واقعاتو کې د لمفاوي لارو سرايت کوي. سيروتیک ينه چې په هغه کې د يني ابتدائي تومورونه زيات وي د يني د ميتاستاز لپاره نسبت نور مالي يني ته نه ده مساعده. کله چې په ينه کې ميتاستاتيک تومور منځته راځي په 90% واقعاتو کې د بدن په نورو قسمو کې هم ميتاستاز موجود وي او د يني سره مترافق په 30% واقعاتو کې ريه يا سرپي ته هم ميتاستاز ورکوي او په 10% واقعاتو کې د Lapratomy په وخت کې تومور نه جس کيږي. ليکن د يني په مقطع کې د يني ميتاستاز موجود وي.

سرپي لوجه

د وزن بايلل، عمومي کسالت او ستومانتيا او د اشتها له منځه تلل د ناروغ د عمومي شکاياتو له جملي څخه دي. درد په Right Hypochondrium کې، Ascites او Jaundice د ناروغی معمولي اعراض تشکيلوي. په 15% واقعاتو کې د نوموړو ناروغانو سره تبه بدون د کوم واضح اتناني محراق څخه موجوده وي. په فزيکي معاينه کې په 60% واقعاتو کې د يني ضخامه يا ميتاستاتيک تومور په Right

Hypochondrium کې حساس او قابل د جس دي. په ځيني حالاتو کې د Portal Vein د فشار لوړوالي او ورسره د Collaterals جوړښت د بطن په وريدونو او د توري ضخامه ظاهرېږي او په ځيني حالاتو کې د يني د پاسه Friction Rub اوريدل کيږي.

تشخيصه معاینات

په عمومي ډول نوموړي ناروغان د وينې کمښت لري هيماتوکريټ (30-36%) وي او د وينې د سيروم بيلوروبين اندازه 4mg/100ml ته لوړيږي. د Alkaline Phosphatase اندازه په وينه کې لوړيږي. د Fine Needle Biopsy په ذريعه د پوستکي له لارې دقيق تشخيص واضح کېږي. دا معاینه د CT-Scan او يا Ultra Sound په واسطه د يني ماوفي ناحيې څخه اخستل کيږي.

Treatment

د يني د ميتاستاتيک تومور تدابي د جراحي د عمليې په واسطه په لاندي حالاتو کې امکان لري.

- کله چې ابتدائي تومور قابل د تدابي، کنترول او معالجي وړ وي.
- سسټميک ميتاستاز او بطني داخلي ميتاستاز بايد موجود نه وي.
- ناروغ د غټو عملياتو تحمل ولري.
- د يني ميتاستاتيک تومور چې د وسعت له نظره قابل د لري کېدو وي.

د جراحي نتايج چندان قناعت بخش نه وي. د يني د شريان ليگاتور د درد د آرام کيدو لپاره يوازيني تدابي ده او د سايتو توکسيک دواگانو استعمال صرف موقتي ژوند اوږدوي.

Reference

1. Azizi Mohammad Masoum. Abdominal Surgery, 2nd ed. Kabul Medical University. 2012. P. 195-231.
2. Alan Hemming and Steven Gallinger. Liver. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical Evidence: USA: Springer; 2003. P. 199-218.
3. Brain R. Davidson. The Liver. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMS, CHRISTOPHER J.K. PRACTICE OF SURGERY. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1080-1100.
4. F. CHARLES BRUNCICARDI; DANA-K, ANDERSEN et al. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY. Volume 2. 2005. P. 1139-1182.
5. HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011.
6. HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004.
7. Lawrence W. Way. Liver. In: Lawrence W. Way, editor, CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLENTION & LANGE; 2004. P. 459-70.
8. Micheal D. Angelica and Yuman Fong. The Liver. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. Editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P. 1513-74.
9. Muhammad Shamim. ESSENTIALS of Surgery. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011.
10. Myrddin Rees. Surgery of the Liver. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 385-76.
11. Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Liver. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER

SURGICAL TRAINING IN GENERAL SUGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 321-74.

12. Steven A. Curley and Timothy D, Sielaff. Liver. In: F. Charles Brunicards, Dana K. Anderson et al, editors Schwatz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRRAW-HILL; 2006. P. 800-20.
13. STEPHEN-J McPHEE MAKINE A PAPADAKIS; CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS & TREATMENT. 2012. P. 644-647.
14. TOWNSEND BETUCHAMP EVERS MATTOX; Sabistan Text Book of Surgery, 18th ed. 2008. P. 1463-1546.

دوهم څپرکی

د صفرا کڅوړه او له یني څخه د باندي صفراوی سیستم

د زده کړې موخې

- د صفراوی لارو د جراحي د اناتومي زده کړه.
- د صفراوی لارو د ناروغيو د معایناتو ارزیابي.
- د صفراوی لارو د تېرو د اسبابو، کلینیکي نښو نښانو، اختلاطاتو او تداوي زده کړه.
- د صفراوی لارو غیر معمولي گډوډی.
- د صفراوی لارو د خبیثه ناروغيو زده کړه.
- د فزیکي معاینې د مهارتونو لوړوالي.

د صفرا د کڅوړې اناتومي (Anatomy of Ductus Cysticus)

د صفرا کڅوړه د ناک شکل لری چې 7.5-12.5cm اوږدوالی لري او د 50ml په

اندازه ظرفیت لري.

د اناتومي له نظره څلور برخې احتوا کوي چې عبارت دي له:

1. د صفرا د کڅوړې غوریا (Fundus)

2. جسم یا (Corpus) body

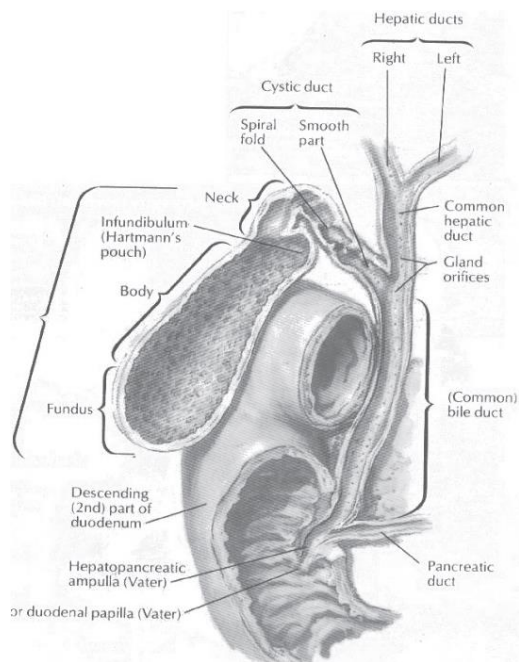
3. Infundibulum

4. Neck

د صفرا کڅوړې جدار د ملساء عضلاتو او فیبروزی نسج څخه جوړ شوي او مخاطي غشاء یې د استوانوي اپیتیل په واسطه پوښل شوي. د صفرا د کڅوړې اروا د Cystic Artery په واسطه صورت نیسي او دا شریان د ځیگر د ښي شریان یوه برخه

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یې څخه د باندي صفراوی سیستم

ده. Cystic Duct د 2.5-4cm اوږدوالي لري. د صفرا کڅوړه ناک ماننده بیضوي شکل او لرونکي د Heister Valve ده. د یې اساسي قنات Common Hepatic Duct اکثرأ د 2.5 cm څخه کم اوږدوالي لري او د یې د بڼې او چپ قناتو څخه جوړ شوي دي.



۳۷ شکل) د صفراوي کڅوړې او صفراوی لارو د جراحي اناتومي.

Common Bile Duct

تقریباً 7.5cm اوږدوالي لري، چې د Ductus Cysticus او Common Hepatic Duct د یو ځای کیدو څخه جوړ شوي دي او د څلورو قسمتونو درلودونکي دي.

1. Supra Duodenal Portion: 2.5cm اوږدوالي لري او د صغیره تړب په څنډه

کې سیر لري.

2. Retro Duodenal Portion: یا د اثناعشر د خلف برخه

3. Infra Duodenal Portion: چې په یوه میزابه کې موقعیت لري او بعضأ د

Pancreas په خلفي وجه کې په یوه تونل کې موقعیت لري.

4. Intra Duodenal Portion: د اثنا عشر د دوهمي قطعي په جدار کې مایل سیر

لري او د Oddi Sphincter په واسطه اخاطه او د Papilla Vater په واسطه په یوه

سوري کې خاتمه پیدا کوي.

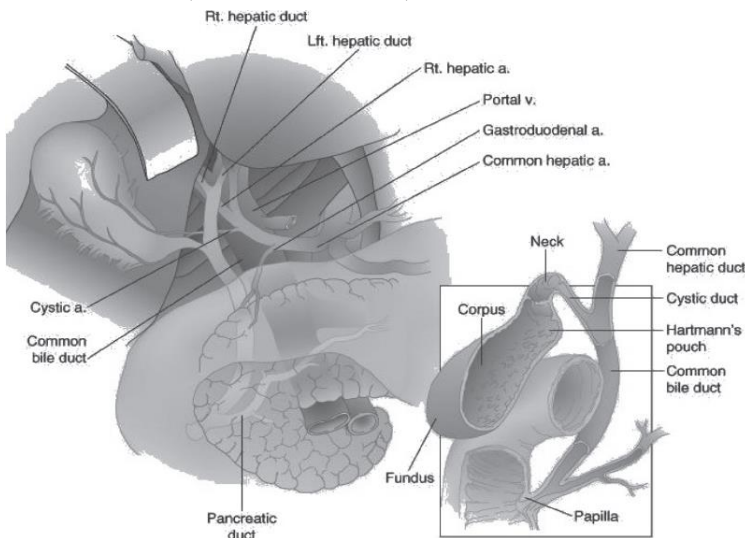
د صفرا کڅوړه د Cystic Artery په واسطه اروا کيږي. نوموړي شریان د ځيگر د

بڼی شریان یوه څانگه ده د صفرا د کڅوړې ناپاکه وینه قسماً د یوه شمیر وریدو په

واسطه مستقیماً په یښه کې تښیږي او باقي پاتې برخه د یوه لوی ورید په واسطه د

Portal Vein په بڼی څانگه کې تښیږي. د صفرا د کڅوړي اعصاب له Vagus Nerve

او Celiac Plexus څخه راځي او لمف یې مستقیماً په یښه کې تښیږي.



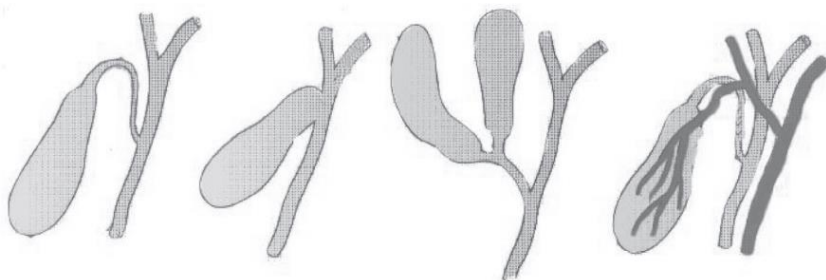
۳۸ شکل) د صفرا د کڅوړي اروا

د صفرا کڅوړي قنات کوم ثابت اناتوميک ساختمان نه دي او مختلف شکلونه

یې لیدل شوي دي چې ډیر مهم یې په لاندي ډول دی:

د گيډي د ملحقا تو د... د صفرا کڅوړه او له يني څخه د باندي صفراوی سيستم

1. Cystic Duct له صفراوي مشترک قنات سره موازي سير لري او بلاخره ډير بڼکته په نوموړي قنات کې تشيږي.
2. Cystic Duct په يوه مسافه کې بيخي له صفراوي مشترک قنات سره وصل او وروسته په نوموړي قنات کې تشيږي.
3. Cystic Duct ډير پورته په صفراوي مشترک قنات کې تشيږي.
4. Cystic Duct د دي په عوض چې په صفراوي مشترک قنات کې تش شي د نوموړي قنات له قدام څخه تير او بڼکته سير لري بلاخره د اثنا عشر په خلف کې په صفراوي مشترک قنات کې تشيږي.
5. Cystic Duct قطعاً موجود نه وي او د كيسه صفرا محتوی مستقيماً په صفراوي مشترک قنات کې تشيږي.
6. Cystic Duct ډير اوږد او د صفراوي مشترک قنات له قدام څخه تير او بيا بيرته تاوېږي او د صفراوي مشترک قنات په خلف کې تشيږي.
7. Cystic Duct د صفراوي مشترک قنات له خلف څخه تيرېږي او بيا قدام ته تاوېږي او بلاخره د صفراوي مشترک قنات په قدام کې تشيږي.



(۳۹ شکل) د صفرا د کڅوړی ولادی انومولی.

د صفرا د کڅوړي يو بل ډير خطرناک شکل دا دي چې يو شمير صفراوي اضافي قناتونه مستقيماً د صفرا په کڅوړه کې تشيږي چې پدې قسم حالاتو کې د Cholecystectomy په وخت کې نوموړی اضافي صفراوي قناتونه بايد غوټه کړل

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندي صفراوی سیستم

شي او که نوموړي قناتونه د صفرا د کڅوړې د ایستلو په وخت کې غوټه نشي په دوامداره ډول ددې قناتو په ذریعه صفرا د پریټوان په جوف کې تویبې او د صفراوي Peritonitis سبب گرځي. د صفرا کڅوړه هم مختلف اناتوميک اشکال لري چې عبارت دي له:

1. د صفرا دوه کڅوړي چې د یوه واحد Cystic Duct په واسطه له صفراوي مشترک قنات سره وصل کیږي.
2. دوه لرونکي صفراوي کیسې چې د یوه واحد Cystic Duct په واسطه له صفراوي مشترک قنات سره یوځای شوي وي.
3. Intra Hepatic Gallbladder څرنګه چې له نوم څخه یې پوهیدلي شي د صفرا د کڅوړې یوه برخه او یا دا چې د صفرا ټوله کڅوړه د یښې په نسج کې دننه پټه وي.
4. د صفرا کڅوړه ددې په عوض چې په ښي طرف کې واقع وي په چپ طرف کې موقعیت لري.

د صفرا د کڅوړي نور شکلونه هم شته پدې ترتیب د صفرا یوه اصلي کڅوړه په ښي طرف او بله اضافي په چپ طرف کې موجوده وي چې د چپ طرف د صفرا د کڅوړې Cystic Duct یا دا چې په صفراوي مشترک قنات کې تشیږي او یا دا چې د یښې په چپ صفراوي قنات کې خپل مختوي تشوي. پدې قسم حالاتو کې لیدل شوي چې د صفرا یوه کڅوړه بیخي نورمال او بله په حاد یا مزمن التهاب اخته دي. په یو شمیر نورو حالاتو کې لیدل شوي چې دوه صفراوي کڅوړې موجودې چې هره یوه یې جدا جدا Cystic Duct لري او د هرې یوې قنات جدا جدا د صفراوي مشترک قنات په بیلا بیلو برخو کې تشیږي. د صفراوي کڅوړې نور شکلونه هم موجود دي چې دومره عمومیت نلري. له دې کبله له ذکر څخه یې صرف نظر کوؤ.

د صفرا د کڅوړې فزیولوژي

کله چې صفرا د یښې څخه راووزي او دا صفرا په خپل ترکیب کې د 97% اوبه، 1-2% صفراوي مالګي او 1% صفراوي صباغات، کولسترویل او شحمي اسیدو نه لري. یښه په یوه ساعت کې 40ml صفرا اطراح کوي. د صفرا د کڅوړې نورمال وظایف عبارت دي له

۱. د صفرا ذخیره کول: د لوړې په وخت کې د Oddi معصرې مقاومت د صفرا د اطراح په مورد زیات دي. د همدې کبله صفرا د صفرا په کڅوړه کې جمع کیږي. د ډوډي د خوړلو وروسته د Oddi معصرې مقاومت د صفرا لپاره کمیږي او دا حرکتی عکس العمل د یوې خوا د Cholecystokinin د هورمون په واسطه زیاتیري چې ددې په نتیجه کې د کولمو د مخاط عکس العمل د شحمي غذا په مقابل کې د نوموړي هورمون آزادیدو سبب ګرځي.

۲. د صفرا غلیظ کول: صفرا چې د یښې څخه د صفرا کڅوړې ته رسیږي د فعال جذب د عملیې په واسطه اوبه، سوډیم کلوراید (NaCl) او باي کاربونیټ (Hco3) د صفرا د کڅوړې د مخاطي غشاء په واسطه 10-5 مرتبې غلیظ کیږي او ورسره یو ځای صفراوي مالګي، صفراوي صباغات، کولسترویل او کلسیم د صفرا په کڅوړه کې زیاتیري.

۳. د مخاط افراز: چه د صفرا کڅوړه په ۲۴ ساعتونو کې 20ml مخاط افرازوي.

د صفرا کڅوړې تیرې

Gall stone (Cholelithiasis)

د صفرا د کڅوړې او صفراوي لارو تیرې د ماشوم له پیداکیدو څخه د مرگ تر وخته پورې پیدا کیدای شي.

د ناروغۍ وقوعات یې د هرې لسيزې په تیریدو سره زیاتیرې په انگلستان کې هغه ښځې چې د ۴۰ کالو عمر لري نوموړې تیرې په 10% ښځو کې لیکېن په ۶۰ کلني عمر کې دا رقم 30% ته رسیرې. سړي نسبت ښځو ته نیمایې فیصدي جوړوي.

وقوعات

د صفرا د کڅوړې او صفراوي لارو تیرې له عمر، جنس، حاملگي، چاغي او د صفراوي سیستم له التهاباتو او ناروغیو سره کلک ارتباط لري یعني د صفراوي سیستم تیرې په هغو کسانو کې چې د 5f خصوصیات ولري ډیر مشاهده کیرې چې دا عبارت دي له:

- Fifty
- Femal
- Flatulent
- Fertility
- Fat

مثلاً په عمومي ډول د انسانانو په اتوپسي کې چې له ۴۰ کالو لږ عمر لري د صفرا د کڅوړې او صفراوي قنډواتو تیرې ډیرې زیاتې نه لیدل کیرې هر څومره چې د عمر اندازه له ۴۰ کالو څخه زیاتیرې په هماغه اندازه د تیرو اندازه زیاتیرې چې په دې حساب ویلي شو چې د صفراوي تیرو جوړښت له عمر سره مستقیماً متناسب دي.

جنس

د صفرا د کڅوړې تیرې په چاغواشخاصو کې ډیر عمومیت لري.

بارواری

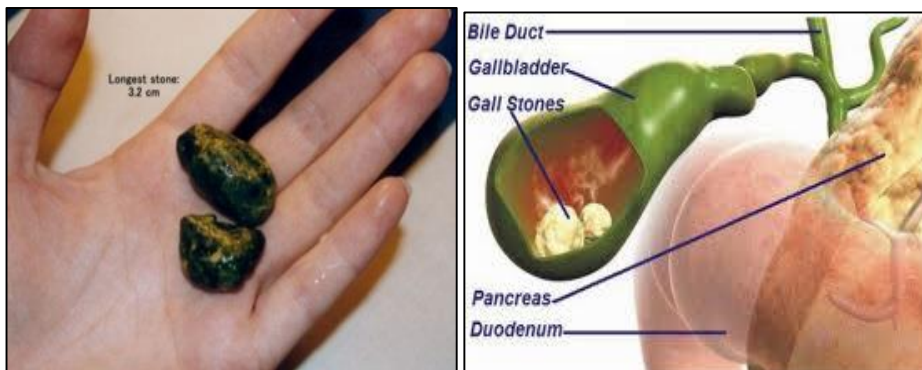
حاملگي د صفرا د کڅوړې له تیرو سره کلک ارتباط لري په هغه بنځو کې چې حاملې شوي نه وي د صفرا د کڅوړې تیرې بې د نارینه وؤ سره تقریباً مساوي لیکېن په هغه بنځو کې چې څو ځله حاملې شوي وي د صفرا د کڅوړې د تیرو اندازه یې ډیره لوړه تللي وي که په ساده ډول ووايو چې د صفرا د کڅوړې د تیرو لپاره ډیر مساعد شخص څوک دي. نو کولای شو چې ووايو یوه ډیره چاغه زړه بنځه چې څو وارې حامله شوي وي. همدارنگه غذايي رژیم او د صفراوي لارو مزمن التهاب، جغرافیایي موقعیت او نور هم تریوې اندازې د صفراوي سیستم د تیرو په جوړیدو کې برخه لري.

د صفراوي تیرو ترکیب

د صفراوي تیرو په جوړښت کې په عمومي صورت کلسیم، کولسترول او صفراوي صباغات (بلیروبین) ډیر زیات رول لري او په ډیره لږه اندازه او سپنه، فاسفورس، کاربونات، پروتین، کاربوهایدریت، مخاط او حجروي تفلسات هم د نوموړو تیرو په ترکیب کې پیدا کیږي. خو پدې هم باید پوهه شو چې صفراوي تیرې کوم ثابت جوړښت نه لري کله د کلسیم اندازه ډیره زیاته او لږ کولسترول او بیلروبین محتوا کوي او کله د بیلروبین اندازه او یا د کولسترول اندازه لوړه وي. هرڅومره چې د کلسیم اندازه زیاته وي په هماغه اندازه نوموړي تیرې Radio-Opaque وي او هر څومره چې د کلسیم اندازه کمه وي په هماغه اندازه یې کثافت هم کم وي هغه تیرې چې یوازي د کولسترول څخه جوړې شوي وي ډیرې غټې، واحدي او بنوی مخ لري. چې په ډیر ندرت سره لیدل کیږي د بیلروبین صباغ تیرې هم ډیرې نادرې وي نوموړې تیرې بنوی ځلیدونکې مخ لري چې رنگ یې شین یا تور وي خو کله کله د بیلروبین

د گیدې د ملحقا تو د... د صفرا کڅوړه او له یښی څخه د باندي صفراوی سیستم

خالصې تیرې هم جوړېږي چې دا ډول تیرې اکثرأ له Hemolytic Jaundice سره یوځای وي د هغه احصایو له مخې چې نیول شوي د Calcium Bilirubinate تیرې په آسیا کې بیخي ډیرې لیدل کیږي چې تقریباً د ټولو تیرو د (30%-40%) تشکیلوي د کلسیم بیلیروبین په تیرو کې له (3%-26%) پورې کولسترول هم موجود دي.



(شکل ۴۰) د صفرا د کڅوړې تیرې

د صفراوي تیرو جوړښت

د صفراوي تیرو د جوړیدو میخانیکیت تر اوسه پورې په صحیح صورت معلوم نه دي اما یو شمیر تیوري پدې برخه کې ذکر شوي چې د کولسترول د ترسب په باب ولاړې دي.

1. Metabolic Factors

د کولیسترول تیرې او (Mixed): کولیسترول په اوبو کې غیره منحل ماده ده چې د صفراوي اسیدو او Phospho Lipids په موجودیت کې په منحل ډول په صفراوي موادو کې حفظ کېږي که چېرې د کولیسترول مقدار په صفراوي موادو کې زیات شي په نتیجه کې مشبوع صفرا یا Lithogenic منخ ته راځي چې د کولیسترول او کرسټلو باعث گرځي دا حادثه په هغو بنڅو کې مشاهده کېږي چې د Clofibrate

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یني څخه د باندې صفراوی سیستم

دواپه واسطه د وینې شحم کموي او صفراوی لارو ته سم عبور کوي او به همدې ډول د حاملگي ضد دواگانو په استعمال او د عمر په زیاتوالي سره د کولسترول اندازه په صفراوي موادو کې زیاتېږي او د حویصل صفرا د تیرو سبب گرځي.

2. Infectios Factors: انتاني تیوري داسې تشریح کېږي چې کوم وخت چې د صفرا د کڅوړې جدار منتن او ماووف شو **Permeability** یې تغیر پیدا کوي په نتیجه کې صفراوي مالگې او **Liethium** دوراني سیستم ته انتشار کوي او غلظت یې په صفرا کې کمیږي چې د نوموړو موادو تنقیص په صفرا په کڅوړه کې د کولسترول ترسب آسانوي یعنې پدې صورت کې کولسترول په آسانی سره د صفرا په کڅوړه کې ترسب کوي او د صفرا کڅوړې د تیږې لمړنۍ یا اساسي محراق منځته راوړي چې وروسته د نوموړي محراق له پاسه کلسیم، پروتین حجروي تفلسات صباغات او مخاط تراکم کوي او صفراوی تیږې منځته راوړي ددې تیوري د تثبیت لپاره مولفین داسې نظر ښکاره کوي چې دوی هغه مکروبوڼه چې د صفرا په کڅوړه کې تثبیت کېږي د صفراوي تیږو په مرکز کې هم تثبیت کړي خصوصاً **E.Coli** او **Strepto Coccus** په اساني د صفرا د کڅوړې په جدار او په هغه تیږو کې چې په نوموړي کیسه کې موجود دي تثبیت شوي لیکن ددې تیوري د وړاندې کولو لپاره داسې نظر وړاندې کېږي چې په یو شمیر حالاتو کې ممکن د صفرا په کڅوړه کې بدون له کوم التهاب څخه هم تیږه پیدا کېږي چې دا موضوع واضح کوي چې د انتان په څنګ کې کوم بل عامل هم شته چې د صفراوي تیږو د جوړیدو سبب گرځي.

3. خلطي فکتورونه: (صباغي تیږي) هغه ناروغان چې په **Hemolysis** اخته وي لکه **،Malaria ،Sickle Cell Anemia ،Hereditary-Spherocytosis** او **Thalassemia** او د سرو کرباتو میخانیکي تخریب د زړه د مصنوعي د ساماتو په واسطه دوي وینې د بیلوین سویه لوړه وي او د بیلوین د تراکم په وجه د صفرا په کڅوړه کې د صباغي تیږو سبب گرځي چې د صباغي تیږو جوړښت د **Cirrhosis** په ناروغانو کې معمول وي.

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندې صفراوی سیستم

4. د رکودات او Stasis تیوري: ددې تیوري طرفداران داسې عقیده لري چې د صفراوي قینواتو بندش په هر قسمت کې او له هر سببه چې وي د صفرا د تیرو د پیدا کېدو سبب کېږي یعنې هره مانعه چې اجازه ورنکړي چې صفرا ازاده کولموته تشه شي د صفراوي تیرو د جوړیدو سبب ګرځي مثلاً د Oddi د معصرې سپزم، ولادي تضیق، د صفراوي قینواتو فیبروز، التهاب، ناحیوي تومورونه او نور ټول حالات چې په میخانیکي ډول د صفرا دریناژ متاثره کړي د صفرا د Stasis او رکودات سبب کېدای شي همدارنگه یو شمیر نور غیر میخانیکي عوامل هم شته چې د صفرا د کڅوړې د وظیفوي تشوش سبب ګرځي یعنې د صفرا کڅوړه نشي کولای چې په په صحیح ډول تقلص وکړي او خپله محتوی د صفراوي مشترک قنات خواته تیره کړي او یا دا چې هورموني تشوشات مثلاً د Cholecystokinin کموالی یا غیر موثر کېدل او عصبی تشوشات مثلاً د Vagotomy وروسته او نور ټول د صفرا په کڅوړه کې د رکودات او دمې سبب کېدای شي. چې په نتیجه کې صفراوي مالګې او Phospholipids د صفرا په کڅوړه کې دمه او د نوموړي دمه کېدل او زیاتیدل د کولسترول د انحلال د کموالی سبب کېږي نو کوم وخت چې د کولسترول انحلال کم شو ورو ورو د صفرا په کڅوړه کې ترسب کوي او د صفرا د تیرو د لمړني محراق د جوړیدو سبب کېږي علاوه لدې څخه چې انتان او د صفرا رکودات د صفراوي تیرو په جوړیدو کې رول لري یو شمیر نور عوامل شته چې په مطلق صورت د صفراوي تیرو په جوړیدو کې رول لري لکه نژاد، غذایی رژیم، جنس، عمر او نور پتالوژیک تحولات. په هر صورت کوم وخت چې د تیرو لمړني محراق د صفرا په کڅوړه کې جوړ شو نه تنها دا چې د وخت په تیریدو سره ورو ورو غټیږي بلکه تعداد یې هم زیاتېږي.

د صفراوي تیرو سیر او اختلالات

د صفرا تیروي اکثر د صفرا په کڅوړه کې موجودي وي او ممکن په صفراوي لارو کې هم پیدا شي او د نوموړو تیرو سیر او اختلالات په لاندې ډول دي.

A. د صفرا د کڅوړې تیري

1. Asymptomatic gall stones (د صفرا د کڅوړې خاموشې تیري)

2. Acute Cholecystitis

- Gangrene
- Perforation
- Empyema

3. Chronic Cholecystitis

B. د صفراوي لارو تېري

- Muco Cele
- Carcinoma
- احتباسي زيږي
- Cholangitis
- Acute Pancreatitise

C. د کولمو تېري

- د کولمو حاد انسداد (Gall Stones Ileus)

د صفرا د کڅوړې خاموشي تېري (Asymptomatic Gall Stones)

په یوشمیر حالاتو کې د صفرا په کڅوړه کې تېري موجود وي لیکېن هیڅ اعراض نه ورکوي او عموماً په تصادفي صورت په هغه رادیوگرافي کې چې د نورو ناروغیو لپاره اجرا کېږي پیدا او یا دا چې د هغو ناروغانو په اتوپسي کې د صفرا په کڅوړه کې تېري پیدا کېږي چې د نوموړو ناروغانو په دوسیه کې د صفرا د کڅوړي د تېرو هیڅ اعراض او علایم نه وي ذکر شوي نوموړي تېري ترهغي د جراحي د عملیاتو ایجاب نه کوي چې ترڅو اعراض او علایم یی نه وي ورکړي نو باید پخپل حال پریښودل شي او کله چې ناروغی اعراض او علایم ورکړي بیا دې تداوي ورته وشي.

Acute Calculus Choleicystitis

په حاد Cholecystitis د صفرا کڅوړه چې د مخه په مزمن التهاب اخته وي په حاد

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندې صفراوی سیستم

ډول په التهاب اخته کېږي او په 95% واقعاتو کې تیره د صفراوي قنات یا Ductus Cysticus په Hartman's Pouch کې بندېږي، د صفراوی موادو په کلچر کې اکثراً باکتریاوي موندل کېږي او دا بکتریاوی عبارت دي له E.Coli او Strepto Coccus Fecalis څخه په ځینې حالاتو کې Anaerobe میکروبونه او Bacteroids هم موندل کېږي په ځینو نادرو حالاتو کې هغه باکتریاوي چې گاز تولیدوي لکه Clostridium کیسه صفرا د کڅوړې د التهاب سبب ګرځي چې پدې صورت کې د صفرا په کڅوړه کې گاز مشاهده کېږي او هم چنان د Typhoid باسیل کولای شي چې د کیسه صفرا د حاد التهاب او Perforation سبب شي.

د Acute Cholecystitis حمله ممکن د لاندې حوادثو باعث کېدای شي چې عبارت دي له:

1. هغه وخت چې د التهاب په وجه د صفرا کڅوړه توسع وکړي د صفرا د کڅوړې د مخاطي غشا څخه تیره جدا او دوباره تیره د صفرا کڅوړې ته لویږي او مخاطي او تقیحتی محتوي چې د کیسه صفرا په داخل کې موجود وي د Cystic Duct په واسطه تخلیه کېږي.
2. په یو تعداد حالاتو کې تیره په خپل موقعیت کې باقی پاتې کېږي او د صفرا د کڅوړې په داخل کې تقیح رامنځ ته کوي.
3. په یو تعداد واقعاتو کې چې د صفرا متوسع کڅوړه چې په التهاب اخته ده Perforation کوي چې یو نادر اختلاط دي. د مزمن Cholecystitis او د صفرا د کڅوړې جدار د دوامدار التهاب له امله ضخیم کېږي.
4. د صفرا د کڅوړې پرفوریشن: د صفرا کڅوړه د Fundus په قسمت کې چې اروا یې خرابه ده او یا هم د غاړې په قسمت کې چې د تیرې له امله دوامداره فشار پدې ناحیه کې رامنځته کېږي او د غاړې د نکروز سبب کېږي او بلاخره د Perforation سبب ګرځي او لاندې حوادث پکې منځ ته راځي.

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندې صفراوی سیستم

- Local Abscess: چې د دوامداره Leukocytes له امله په ساحه کې د صفرا د کڅوړې، کبیره ثرب او جداري پریتوان تر منځ التصاقات موجود دي چې پدې صورت کې کله چې د صفرا منتنه کڅوړه Perforation کوي په نتیجه کې د موضعي اېسې سبب گرځي.

د صفرا د کڅوړې Perforation د پریتوان جوف ته

دا اختلاط په هغه ناروغانو کې چې د حاد Cholecystitis له امله د محافظه کاري تداوي لاندې قرار ولري لیدل کېږي او اکثراً دا ناروغان سړي وي که چېرې صفرا منتنه وي نو ډیر ژر د عمومي Peritonitis سبب گرځي او 50% وفيات لري

د Acute Cholecystitis کلینیکي لوحه

ناروغی شروع انې وي په R/hypochonder کې درد موقعیت لري زړه بدوالی او کانگی موجود وی تبه موجوده وي ۳۸ درجې سانتی گرید او یا لوړه وی او اکثرأ Neutrophilia موجود وي په فزیکي معاینه کې د ښې طرف Hypochonder حساسیت او شخی موجودې وي که چېرې ناروغ ته ووايو چې گېده تشه او استرخا ته راوړي ممکن یوه کتله جس کړو او دا کتله د صفرا د کڅوړې چې په التهاب اخته ده او د کبیره ثرب د التصاقاتو څخه جوړه شوی ده جس کوو.

Boas's Sign همیشه مثبت وي یعنی یو Hyperesthesia د 9-11 د بین الفلعي برخه کې د ښې طرف په خلف کې موجود وي چې دا علامه په توییری تشخیص کې د Acute Cholecystitis د نورو ناروغیو سره ډیر کومک کوي.

Diagnosis

د گیدې او سینې ساده رادیوگرافي د Acute Cholecystitis په توییری تشخیص کې د نورو ناروغیو سره کومک کوي او په ځینو واقعاتو کې د رادیو او پک تیرې چې په کیسه صفرا کې وي تشخیص کېږي د خولې د لارې Cholecystography په Acute

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندې صفاوی سیستم

Cholecystitis کې قابل د اعتماد نه ده باید په تعویق و غورځول شي ترڅو چې حاده حمله تداوي او شفا شي که چېرې ناروغ عاجل عملیات کېږي نو Ultra Sono Graphy او یا HIDA-Scan د ناروغۍ تشخیص تاییدوي.

د Acute Cholecystitis توپيري تشخیص

باید د یو تعداد ناروغیو سره چې مشابه لوجه لري باید DDx شي لکه Acute Pancreatitis، Perforation of Peptic Ulcer، Appendicitis او د ښي طرف Acute Pyelonephritis د سفلي فص Pneumonia سره باید توپيري تشخیص شي.

درملنه

محافظه کارانه طبي تداوي او په اخير کې Cholecystectomy. عملي تجارېو بنودلي ده چې په 90% واقعاتو کې د ناروغۍ حاد حملات د طبي تداوي په واسطه خاموش شوي ده چې د محافظي کارانه تداوي اساس څلور ټکي تشکیلوي.

(a) د N.G. Tube تطبیق او د هغې دوامداره سکشن او د معدې معایي د افزاتو تخلیه کول د هغې سره ضمیمه د ورید له لارې د مایعاتو تطبیق کول.

(b) Analgesic: د درد دواگانو استعمال.

(c) Broad Spectrum Antibiotic: انتی بیوتیک لکه Cephazoline، Gentamycin او نورو استعمال.

(d) وروستی اهتمامات کله چې د حرارت درجه، نبض او نوره فزیکي علايم وښيي چې ناروغي خاموشی شوه (اکثراً د دريو ورځو په جريان کې) نو پدې صورت کې N.G. Tube باید وایستل شي او مایع غذا چې د شحم څخه خالي وي باید د خولې دلارې ناروغ ته ورکړل شي د تشخیص د تایید کیدو وروسته کله چې حاده حمله خاموش شوه ۲-۳ ورځې وروسته باید د Cholecystectomy عملیات ورته

محافظه کارانه تد اوي: که چېرې تشخيص مشکوک وي يعنې اشتباه د ريترو سيکال اپنډيسټ او هغه Appendicitis چې علوي موقعيت ولري او يا د معدې معايي قرحاتو Perforation موږ د نه کړای شو بايد د محافظه کارانه تد اوي څخه لاس واخلو او بايد د جراحي عاجله مداخله وشي که چېرې درد او د گېډې حساسيت او شخي په ټول بطن کې موجود وو او Pulse سريع شو نو بايد په داسې حالاتو کې هم عاجل Cholecystomy اجرا کړو که چېرې د ناروغ وضع ډيره وخيمه او يا ډير مسن وو بايد د پوستکي د لارې د راديو لوژي په کومک Percutaneous Cholecystostomy چې يوه مصنونه او قابل د اعتماد عملیه ده بايد ورته اجرا کړو او کله چې د ناروغ عمومي وضعيت بڼه شوو بايد بيا ورته جذري عمليات اجرا شي.

Chronic Calculous Cholecystitis

د صفرا کڅوړه چې د تيرو څخه ډکه وي د هغې جدار د دوامدار تخريش او انتان پواسطه ضخيم او Fibrotic گرځي او په 30% واقعاتو کې د صفرا د کڅوړې په جدار او يا په صفرا کې مختلف ميکرو بونه موندلي شو، که چيرې بکترياوې و نه موندل شوې نو د کيمياوي او صفراوي تخريشاتو په وجه لمړي د صفرا کڅوړي په جدار کې التهابي تغيرات منځته راځي، د صفرا د کڅوړې مزمن التهاب ممکن په تصادفي صورت سره د Laparotomy په وخت کې او يا په اوټوپسي کې تشخيص شي، چې دمخه يې هيڅ ډول اعراض او علايم نه وو ورکړي او يا دا چې اعراض او علايم يې ورکړي وو، په مختلفو درجو سره او نوموړي اعراض او علايم د صفرا د کڅوړې د جدار د التهاب په نتيجه کې کله چې تيره د صفرا د کڅوړې په عنق او يا Hartman's Pouch کې بنده شي، منځته راځي.

کلینیکي نښې نښانې

د مزمن Cholecystitis ناروغۍ په ترتیب سره په لاندې ډول کلینیک ورکوي:

1. Pain in Rt.Hypochondrium: ټول ناروغان چې مزمن Cholecystitis ولري، د نښې Hypochondrium، د درد څخه حکایه کوي، په یو تعداد حالاتو کې د یوې ناراحتې په شکل یعنې خفیف او په یو تعداد حالتو کې درد شدید وي او اکثراً د درد انتشار د دواړو اوږو مابین ته او درد د زړه بدوالي او کانگو پواسطه همرايي کیږي او درد څو ساعته وروسته د غوړې غذا په تعقیب شروع کیږي، که چیرې د درد دوام د ۱۲ ساعتو څخه زیاتېږي باید د Acute Cholecystitis سره توپيري تشخیص شي.

د ناروغۍ د حملې په صورت کې د نښې طرف Hypochondrium حساسیت زیاتېږي او د Murphy's sign مثبت وي، یعنې پدې علامه کې لمس د Rt.Hypochonder (یعنې د نښې Rectus عضلې وحشي څنډې په امتداد د اعضاوو لاندې په نښې طرف کې) کیږدو او ناروغ ته وایو چې عمیق شهیق وکړه، ناروغ د درد په وجه د عمیق شهیق د ختم څخه وړاندې خپل تنفس قید کوي، که چیرې تبه موجوده وي نو د Leukocytes د زیاتوالي په صورت کې د Acute Cholecystitis سره توپيري تشخیص وشي.

2. Flatulent Dyspepsia: د غذا د خوړلو په تعقیب ناروغ احساس د ډکوالي او دروندوالي کوي او د سلگۍ او د زړه د سوي سره همراي وي، اعراض او علائم د ډیرې ډوډۍ د خوړلو په صورت کې او یا د غوړې غذا د خوړلو وروسته منځته راځي، که چیرې ناروغ په Hiatus Hernia، Chronic Pancreatitis او Peptic Ulcer نه وي اخته نو نوموړي اعراض د Cholecystectomy څخه وروسته له منځه درومي.

Diagnosis

د خولې د لارې Cholecystography او Ultra Sound یوازینۍ د صفرا کڅوړې

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندې صفراوی سیستم د تشخیص لپاره با ارزښته معاینات دي، د صفرا د کڅوړې د تیرې په ټولو واقعاتو کې باید د صفراوي قنات یعنی Common Bile Duct تیرې ولټول شي او ددې منظور لپاره اکثرأ Preoperative Cholangiogram څخه گټه اخستل کیږي، سره له دېرو کونښنونو بیا هم په ټولو هغو کسانو کې چې دوي ته Cholecystectomy په روټین ډول اجرا کیږي، په ۱۰٪ حالاتو کې د صفراوي قناتو تیرې هم موجودې وي.

Treatment Analgesic .1

د درد د لیرې کیدو په خاطر تطبیق کیږي، که چیرې درد شدید وي، د Morphine د مشتقاتو څخه هم گټه اخیستل، چون دا دوا د oddi معصري د سپزم سبب گرځي، باید ورسره یو ځای Hyocinbutyle Bromide تطبیق شي.

- ناروغ باید د عملیاتو تر وخته پورې د شخمي او غوړې غذا څخه پرهیز وکړي.
- د کانگو په صورت کې د کانگو د ضد دوا دې هم استعمال شي.

2. وروستي تداوي

د تشخیص د وضع کیدو څخه وروسته که چیرې د ناروغ وضعیت ښه وو باید د صفرا کڅوړه د جراحي عملیې پواسطه وایستل شي، په نادرو حالاتو کې Cholecystostomy استطباب لري.

3. د صفراوي تیرو تجزیه

صفراوي اسیدونه، Ursodeoxycholic Acid او Chenodeoxycholic acid د خولې د لارې توصیه کوو او ممکن د تیرې د تجزیه کیدو سبب وگرځي او دا تداوي ترهغه پورې ادامه ورکوو، ترڅو د تیرې خیال په گرافي کې ورک او د صفرا کڅوړې وظیفې چې نورمال شي، څرنګه نوموړي تداوي اوږده او ترشپرو میاشتو پورې دوام

د گیدې د ملحقاتو د... د صفرا کڅوړه او له یښی څخه د باندې صفاوی سیستم لري او په اکثر ناروغانو کې د اسهالاتو سبب گرځي او هم ددې تداوي پواسطه ټولې تیرې له منځه نه شي او د تداوي څخه وروسته بیا رامنځ ته کېږي، ښه داده چې نوموړې تداوي د Lithotripsy سره په یوخت کې اجرا شي.

د صفرا د کڅوړې تقیح یا Empyema of Gallbladder

پدې صورت کې د صفرا کڅوړه د قیح څخه ډکه وي، خو سره له دې هم د نیمایي څخه په اضافه واقعاتو کې د بکتریا لوزي له نظره د کلچر نتیجه منفي وي، البته د Acute Cholecystitis د اختلاطاتو په وجه او یا د Mucocele د منتن کیدو په صورت کې Empyema منځته راځي، چې پدې صورت کې د Rt.Hypochondrium Pain زیاتیري او په همدې ډول په Rt.Hypochondrium کې شخي هم زیاتیري، د حرارت درجه لوړیږي او Leukocyte هم ۸۰۰۰ ته رسیږي، په بعضې واقعاتو کې د صفرا کڅوړه د مجاورو احشاوو لکه د کبیره ثرب او معدې پواسطه په التصاقاتو اخته کیږي، چې د محافظه کاري تداوي، انټي بیوتیک تیراپی او سړو تطبیقاتو پواسطه ورو ورو د سفلي خوا څخه رشف کیږي او د صفرا د کڅوړې د تقیح اساسي تداوي هم Cholecystectomy ده.

Mucocele of Gall Bladder

هغه وخت منځته راځي چې د صفرا د کڅوړې عنق او Cystic duct د تیرې پواسطه بند شي او د صفرا د کڅوړې صفا معقمه وي چې پدې صورت کې صفا جذب کیږي او د صفرا کڅوړه د مخاط پواسطه چې د مخاطي غشاء د Epithelium څخه افرایږي، ډکیږي، د صفرا کڅوړه په مختلفو جسامتو جس کیږي، چې د تنفس د فعل سره حرکت کوي او کیداي شي، چې په انتان او یا خیری کیدو باندې اخته شي، باید په یاد ولرو چې Mucocele د صفرا د کڅوړې په خبیثه ناروغیو کې چې د Cystic duct د بندیدو سبب کیږي هم منځته راتلای شي.

Acalculous cholecystitis

د صفرا د کڅوړې د حاد او مزمن التهاب بدون لدی چې د صفرا په کڅوړې کې تیرې وی هم منځته راتلاي شي او د حاد Calculous Cholecystitis سره د مشابه ناروغيو سبب گرځي، بعضې ددې ناروغانو د صفرا د کڅوړې د جدار یو غیر وصفي التهاب لري او یو تعداد یې د Cholecystosis یو حالت لري، هغه ناروغان چې مزمنی ناروغۍ لري د تشخیص لپاره د خولې د لارې Cholecystography نسبت Ultra Sound ته با ارزښته ده او د حادو ناروغيو د موجودیت په صورت کې Radioisotopy Scanning یوه با ارزښته معاینه ده او په همدې ډول د کولسترول د کرسټلو موجودیت د اثناعشر په عصاره کې د تشخیص سره مرسته کوي، د تیرې پرته Acute Cholecystitis په هغو کسانو کې چې د جراحي کبیره عملیات یې تیر کړي وي او یا په ترضیض او سوختګي مبتلا وي مشاهده کړي چې اکثراً تشخیص په ښه ډول نه اجرا کېږي او 20% وفيات لري.

یو تعداد نور ناروغۍ لکه کولی سیستوزیس (Cholesterosis, Polyposis, Adenomyomatosis او Cholecystitis Glandular Proliferation) هم د صفرا د کڅوړې د التهاب سبب گرځي، چې پدې صورت کې مزمن التهابي تغیرات د ټولو انساجو د Hyperplasia سره مشاهده کېږي.

(Straw Berry Gall Blader Syn) Cholesterosis

چې پدې صورت کې د صفرا د کڅوړې داخلي جدار مشایع د ځمکې د توتانو په شان (Straw berry) مشاهده کېږي، چې د کرسټلو او د کولسترول د استرو تجمع او رسوب شاته د تحت المخاطي په طبقه کې واضح کوي او ممکن د کولسترول د تیرو سره مترافق وي.

Cholecystectomy and Cholecystostomy

1. د عملیاتو څخه د مخه تدابیر

د وسیع الساحة انتي بیوتیک استعمالول د وقایې په ډول چې اکثر د Cephalosporine د گروپ څخه گټه اخستل کېږي چې د جرحې د انتاناتو څخه مخنیوي کوي او باید د Premedication سره یوځای استعمال شي د Preoperative Cholangiography لپاره باید د عملیاتو د میز د پاسه لازم تدابیر و نیول شي او Cholangiography باید په روټین ډول په انتخابي واقعاتو کې اجرا شي.

2. Laparatomy

یوه متوسطه لاپراتومي یا د ښي طرف Paramidline شق او یا د ښي طرف مستعرض شق اجرا کېږي، ترڅو ټولې بطني احشا او کیسه صفرا د هغه د لارې د عملیاتو وړوگرځي.

Cholecystectomy

د بطني Compresses پواسطه ناحیه جلا کېږي، که چیرې د صفرا کڅوړه ډیره متوسع وه په هغه صورت کې د تروکارډ پواسطه چې په Suction پورې وصل وي، اول د غور څخه د صفرا کڅوړه تخلیه کوو او بیا د Sponge Holding Forceps پواسطه د صفرا د کڅوړې عنق نیول کېږي او بیا دقیق تسلیخ اجرا کوو، ترڅو د قنات Cystic د اتصال نقطه د صفراوي اساسي قنات سره پیدا شي او د همدې تسلیخ په وخت کې د صفرا د کڅوړې شریان هم پیدا او دهغې ارتباط د ښي کېدي شریان سره معلوم شي اول نوموړي شریان ۵ ملي متر لیري د ځیگر شریان څخه لیگاتور او قطع کوو. بیا وروسته Cystic Duct د صفراوي اساسي قنات سره نږدې د 0.5cm په فاصله قطع کوو. پدې مرحله کې د صفراوي اساسي قنات تیري د تشخیص او پلټلو په خاطر Cholangiography اجرا کوو. چې کثیفه مواد باید بدون د معطلې څخه

د گیلې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندې صفراوی سیستم
اثنا عشر ته ولویږي. صفراوي قنات هلته قطع کيږي. چې د اناتومي او رادیولوژي له
نظره نورمال وي او په دې ترتیب صفراوي قنات بسته کيږي او وروسته د Forceps
د تطبیق څخه د صفرا د کڅوړې په طرف نوموړې قنات یعنی Cystic Duct قطع کيږي
او د صفرا کڅوړې د پورته اولاندې څخه د خپل بستر څخه د پریټوان دلیري
کولو وروسته تسلیح کوو او Hemostasis اجرا کوو او یو عدد Drain په همدې طرف
کې ږدو او وروسته د بطن جدارونه دوباره تړل کيږي او د جرحي پانسماں اجرا کيږي.

Cholecystomy

دوي خیاطي د صفرا د کڅوړو په دواړو طرفونو کې وهل کېږي او د صفرا کڅوړه
تثیبت کيږي او د صفرا د کڅوړې محتوي اسپري کيږي بیا د حویصل صفرا غور
خلاصیږي او د صفرا د کڅوړې تیري ایستل کيږي او یا Milking او د گوتي په
کومک تیره د Hartmann's Pouch څخه ایستل کيږي او وړي تیري د صفرا
د کڅوړې څخه دیوه کوچني وچ گازپه واسطه رایستل کيږي او بیا یو عدد Folly
Catheter چې غټ سایز ولري د صفرا په کڅوړه کې کینودل کيږي او دهغه بالون
د مایع څخه ډک کيږي او د صفرا کڅوړې د پاسه د ثرب یو ټوټه راوړل کيږي او د گیلې
د جدار په یوه علیحده نقطه کې بیدیا را ایستل کيږي. د ۷-۱۰ ورځو وروسته د نوموړي
Catheter د لاري کثیفه مواد زرق او د صفرا کڅوړه او د کثیفه موادو جریان مطالعه
کوو که چېرې په صفراوي قناتو کې انسداد موجود نه وي Catheter ایستل کيږي او
نوموړي فستول دیوي هفتي په جریان کې بندیږي.

د Cholecystectomy په واقعاتو کې د Choledochotomy استنباطات

په هغه مناطقو کې چې د تشخیص Modern وسایل او د Preoperative
Cholangiography امکانات موجود نه وي بهتره ده چې د Choledochotomy
استنباطات په یاد ولرو چه هغه عبارت دي له:

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښی څخه د باندې صفراوی سیستم

۱- که چیرې په صفراوي قناتو کې تیرې جس شي.

۲- دزیرې موجودیت او یا دزیرې تاریخچه چې د لرزي سره مترافقه وي.

۳- که چیرې صفراوي اساسي قنات متوسع وي (قطريي د ۱۰ ملي متر او یا

زیات) او هم Cystic Duct متوسع وي.

۴- کله چې د ښي وظیفوي تستونه غیر نورمال وي. بالخصوص چې Alkaline

Phosphatase ډیر لوړ وي.

د Cholecystectomy څخه وروسته اعراض

په 15% واقعاتو کې یو تعداد اعراض او علایم رامنځته کیږي چې د Post

Cholecystectomy Syn په نوم سره یادېږي. د دې سندروم تشخیص باید په ډیر

احتیاط سره اجراشي. ځکه چې دا اعراض چې د کیسه صفرا د لري کولو وروسته

منځته راځي. په یو تعداد نورو ناروغيو کې لکه Hiatus Hernia، د اثنا عشر قرحات،

Pancreatitis، Diverticulitis او یا د Irritable Bowel Syndrome کې هم ورته

اعراض منځته راځي. چې باید توپیري تشخیص شي که چیرې پورته ناروغی رد

شوي نو د صفراوي قنیواتو په لاندې ناروغيو ممکن دلالت وکړي.

- د صفراوي اساسي قنات تیرې چې په اول عملیات کې موله نظره ایستلي دي.

- د Cystic Duct اوږده قطع کیدل یا (اورد Stump) چې دا حادثه د صفراوي قنات

د نښلولو له امله د صفراوي اساسي قنات سره چې سفلي موقعیت ولري صورت

نیسي.

- د صفراوي اساسي قنات پوښل د عملیاتو په وخت کې چې د نوموړي قنات د

تضیق سبب گرځي. یعنی د نوموړو ناروغانو په ۱۵% واقعاتو کې عیناً اعراض او

علایم لکه د مخه د عملیاتو چې موجود وي را څرگندېږي.

Treatment

داخل وریدي Cholangiography او یا ERCP د تشخیص لپاره باید اجرا شي او نظر په تشخیص او سببي عامل باید ورته لازم تداوي وشي.

د صفراوي قنيواتو تیري

تیري برعلاوه د صفرا د کڅوړي کيداي شي د يني په داخل او خارج صفراوي قنيواتو کي جوړې شي او دا تیري اکثراً د صفرا د کڅوړي څخه منشا اخلي او د صفراوي قنات څخه لاندي مهاجرت کوي او په بعضي مواردو کې په داخل د صفراوي قنات کې تیري جوړېږي چې د قنات د ابتدائي تېرو په نوم ياديږي. دا تیري اکثراً په حاره مناطقو کې کله چې صفراوي قنيوات د *Ascaris Lumbricoids* او يا *Clonorchis Sinesis* په واسطه منتن کيږي او په ثانوي ډول تیري مشاهده کيږي او په همدې ډول کله چې صفراوي لاري په دوامدار صورت سره بنديږي هم تیري منع ته راځي. د صفراوي قنيواتو تیري د صفرا د جريان د انسداد او هم د میکروبي *Cholangitis* باعث گرځي او دا تیري د صفرا کڅوړي د تېرو په مقایسې سره اکثراً د منتني صفرا سره په 80% واقعاتو کې همراي کيږي.

اعراض

ممکن ناروغ بدون د اعراضو وي ليکن اکثر يو يا ډير اعراض چې عبارت دي له درد، زيږي، او تبه درد يي د *Cholecystitis* درد سره مشابه وي. زيږي ممکن متقاطع او يا دوامدار وي دا چې نوموړي زيږي د انسداد ي شکل څخه دي. هميشه د تشو ميتيازو رنگ تياره وي او د غايطه موادو رنگ خاسف او يا سپين او بي رنگه وي او پوستکي هميشه خاربت لري. تبه او لړزه په *Acute Cholangitis* دلالت کوي او په *Acute Cholecystitiis* کې لړزه نه وي.

Charcot's Tried

دا درې علامې عبارت دي له درد، زیږي او تبې څخه چې په حاد Cholangitis دلالت کوي.

علامې

په Right Hypo Chondrium او Epigastric Rigion کې حساسیت ممکن موجود وي. د صفرا کڅوړه غیر قابل جس وي او د زیږي ناروغانو سره د Courvoisier's قانون مفید دي. دا قانون داسې حکم کوي که چیرې د زیږي ناروغانو سره زیږي د صفراوي اساسي قنات د تیږو له امله منځته راغلي وي نو په هغه صورت کې د صفرا کڅوړه نه جس کیږي. که چیرې زیږي د پانکراس دراس د Cancer او یا د Ampula Vater د تومور په واسطه رامنځته شوي وي په هغه صورت کې د صفرا کڅوړه د جس وړ وي. دا ځکه چې په اول صورت کې د صفرا کڅوړه د دوامداره انتاني حادثې له امله په Fibrosis مبتلا کیږي چې د توسع قابلیت نه لري او په دویم صورت کې چون خبیثه ناروغۍ وي او تام انسداد رامنځته کیږي نو ځکه د صفرا کڅوړه متوسع کېږي او د جس وړ وي او د تیږو په واسطه انسداد هم قسمي وي. دا قانون دوه استثنا لري.

- که چیرې یوه تیږه د Hartmann's په رتج کې او بله د کولې دوک په قنات کې موقعیت ولري. پدې صورت کې د Mucocele د تشکل په وجه د صفرا کڅوړه قابل د جس ده.
- د پاتفراس دراس په Cancer کې د صفرا کڅوړه متوسع وي لیکېن که چیرې د صفرا کڅوړه د یښې د ښې لوب لاندې موقعیت ولري نو بیا غیر قابل د جس ده.

Diagnosis

د تشخیص لپاره Ultra Sound یا ERCP او PTC گټور شمیرل کیږي. د یښې

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندې صفراوی سیستم وظیفوي تستونه په تنه‌ای ډول د یښې داخلي کولي ستاز د صفراوي اساسي قنیواتو د انسداد سره په مشکل توپیری تشخیص کوي.

توپیری تشخیص

د صفراوي قنیواتو انسداد د زیات ترینو اسبابو له جملې څخه د جراحي په پراکتیک کې شمیرل کیږي. چې توپیری تشخیص په مابین د صفراوي اساسي قنیواتو د انسداد او د یښې داخلي کولي ستاز کې چې د صفراوي قنیواتو د انسداد په نتیجه کې او یا Cholangites له امله چې مینخته راځي مهم دي اولني حالت د تیرې او د پانکراس د کنسر پواسطه منخته راځي او د عملیاتو ایجاب کوي. اما د یښې داخلي کولي ستاز د Viral Hepatitis او یا بعضي دواگانو په واسطه زیږي او د صفرا ابتدایي سیروز مینخته راځي او د جراحي مداخلې ایجاب نه کوي.

Complication

1. د صفراوي قنیواتو د واداره انسداد د یښې د وظایفو د خرابیدو سبب کیږي او په بعضي واقعاتو کې د صفراوي سیروز خواته ممکن پرمختگ وکړي. سپینه صفرا ممکن د عملیاتو په جریان کې مشاهده شي.
2. **تقیحی Cholangitis**: ممکن صفراوي قنات د قیح څخه ډک وي او د هغه په نتیجه کې Liver Abscess او Septicemia مینخته راځي.

White Bile

دا حالت د لویو صفراوي قنیواتو د انسداد څخه وروسته مینخته راځي او اساساً د مخاط درلودونکي وي. چې د قنیواتو د فرش د اپیتیل پواسطه مینخته راځي.

Treatment

که چیري د یښې عدم کفایه موجوده وي باید تداوي شي. د یښې د Glycogen

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندې صفراوی سیستم
ذخیرې لپاره باید په کافي اندازه Glucose ناروغانو ته ورکړل شي. که چیرې د تحشر
فکتورونو ګډوډي یا تشوشات موجود وي. نو دا د Vitamin K د خراب جذب په وجه
دي (باید ناروغ ته 100mg Vitamin K3 د عضلي دلاري ورکړل شي) د ویني
کلچر باید اجرا شي. که چیرې Cholangitis تشخیص شو (تبه او د WBC لوړوالي
یعني Leukocytosis) نو باید چې ناروغ ته انتي بیوتیک چې وسیع الساحة تاثیر
ولري توصیه شي. هغه د احتباسي زیرې لرونکي ناروغان چې د جراحي عملیاتو ته
ضرورت لري دوی د پښتورگو عدم کفایي ته مساعد دی نو باید چې د Dehydration
مخنیوي وشي او د دي منظور لپاره باید Diuresis تامین شي. یعنی 30ml/1h
مایعات د ورید له لارې 5%Dextros 12h. د عملیاتو د مخه شروع شي او یا
Mannitol د ورید له لارې ورکړل شي. Endoscopic Papillotomy چې د تیرېد
رایستلو په خاطر اجرا کیږي او یا د پوستکي له لارې د صفراوي قنیواتو دریناژ بهر
ته او یا (Percutaneous Removal of Stone) هغه طریقي دي چې په یو تعداد
ناروغانو کې استطب لري.

Choledochotomy

که چیرې تیره په صفراوي اساسي قنات کې موجوده وي نو پدې صورت کې
نوموړې تیرې نسبت Cholecystectomy ته باید په مقدم ډول تری وایستل شي.

د صفراوي اساسي قنات تضیقات

ممکن سلیم او یا خبیث وي. د صفراوي اساسي قنات سلیم تضیقات 80%
تشکیلوي. چې د عملیاتو څخه وروسته د یوه اختلاط په شکل رامنځته کیږي او
20% خبیث تضیقات ممکن التهابي او یا خبیث وي.

د عملیاتو وروسته تضیقات

دا تضیقات اکثرأ صفراوي اساسي قنات او یا د یښی اساسي قنات او په یو تعداد کمو واقعاتو کې د یښی ښی قنات ماوفوي او دا تضیقات د Cholecystectomy د اجرا په صورت کې د جراح د اشتباهاتو په وجه مخ ته اړخي لکه:

1. د وینې بهیدنې په صورت کې کله چې په رانده ډول د وینې بندولو لپاره شیریان گیر استعمال کوو یعنی کله چې د Cystic شیریان د وینې بهیدنې په صورت کې او یا د اضافي Cystic Art او یا د یښی ښی شیریان د وینې بهیدنې له امله جراح شیریان گیر استعمالوي چې پدې صورت کې جراح باید د گوتي په مرسته د Win Slow د فوهي سره Gastro Hepatic Omentum باید محکم ونیسي او د اشاري گوتي په واسطه وینه بهیدنه باید تر کنترول لاندې راوستل شي او ورو ورو وینه ورکونکي شیریان پیدا او لیگاتور دي شي.

2. د Cholecystectomy د اجرا په صورت کې کله چې د کیسه صفرا د غور څخه تسلیح اجرا کوو یعنی (Fundus First Operation) او د صفرا کڅوړې زیات کش کول ددې سبب کیږي چې یوه زاویه جوړه کړي چې ددې په عوض چې قنات Cystic قطع کړو. صفراوي اساسي قنات قطع کیږي.

3. د مزمنو التهاباتو په نتیجه کې چې د Calot's په مثلث کې نورماله اناتومي له منځه ولاړه شوی وي چې په دې صورت کې صفراوي اساسي قنات د Cystic Duct په عوض بسته کیږي.

4. د انومالي په صورت کې چې په Cystic Duct کې موجود وي او مورځه خبرتیا ونه لرو.

5. د صفراوي اساسي قنات Laceration د تیرې د پیدا کیدو له پاره.

6. په 30% واقعاتو کې کله چې د Gastrectomy عملیات اجرا کوو یعنی په هغه صورت کې چې قرحه په اثنا عشر کې وي او د Gastrodoudenal Hepatic Lig ته ئي

نفوذ کړي وي.

د صفراوي قنیاو تو جروحات په 15% واقعاتو کې د عملیاتو په وخت کې تشخیص کيږي او 85% نوموړي جروحات کله چې د اختلاطاتو په شکل ظاهر شي تشخیص کيږي.

1. د Drain له لارې د زیاتو صفراوي موادو خارجیدل او د هغه دوامداره راتلل که چیرې درین مونه وي تطبیق کړي د صفراوي Peritonitis جوړښت.
2. مخ په زیاتوالي زیږي که چیرې بندش ناتام وي زیږي ترهغه وخته چې د قنات په لومن کې فیبروس مینځ ته راځي په تاخر لویږي.

رادیولوژیک معاینات

1. Ultra Sound
2. Cholangiography د T.Tube په واسطه.
3. ERCP
4. Tran's Hepatic Cholngiography چې دانتان په وجه مینځته راځي صرف د عملیاتو په وخت کې اجرا کوو.

Treatment

هغه ناروغان چې عمومي وضعې ښه نه وي د پوستکي او یښې له لارې په کې یو Catheter په Intra Hepatic Duct کې د لنډ وخت لپاره تثبیت کوو او صفرا بهر ته دریناژ کوو او یا د ERCP په واسطه چې د Gastro Fibroscope په واسطه Catheter د متضیق ساحي څخه تیرووو او صفرا د خولي له لارې بهر ته دریناژ کوو. ترڅو چې د ناروغ عمومي وضع ښه شي او زیږي کم شي او د وینې د تحشر فکتورونه نورمال شي او بیا ورته انتخابي عملیات اجرا کوو. د پورته دوو لارو څخه د کتیتر تطبیق کېدل کېدای شي د Cholangitis سبب وگرځي. نو د همدې امله په ټولو ناروغانو کې نه توصیه کيږي. کله چې سلیم تضیقات او یا قنات قطع شوی وي په هغه صورت کې تر

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښې څخه د باندې صفراوی سیستم ټولو ښه عملیات عبارت دی له Jejunostomy Rouxey Chodechotomy څخه په هغه صورت کې باید د مجربو جراگانو له خواه نوموړي عملیات عاجل اجرا شی. بله تداوي په هغه صورت کې چې تازه تضیقات منځته راغلي وي او ښه Endoscopist ولرو د یوه Wire تیریدل د همدې متضیقي ناحیې څخه او د هغه توسع د بالون په واسطه او د یوه Stent تطبیق په همدې متضیقه ناحیه کې.

جراحی عملیات

په یو تعداد کمو خبیثه تضیقاتو کې (د صفراوي قنیواتو Carcinoma او یا د پانکراس د راس تومورونه) چې د ریزکشن ایجاب کوي. البته خبیث او سلیم تضیقات چې غیر قابل د لیري کولو وي نو په دی صورت کې یا د Bypass عملیات ورته اجرا کوو او یا هم Stente ورته تطبیق کوو.

1. Cholecysto-Jejunostomy: دا عملیات په هغه صورت کې اجرا کیږي چې د صفرا کڅوړه او Cystic Duct موجود وي او تضیق د یښې په اساسي قنات کې د Cystic Duct څخه لاندې موجود وي اجرا کیږي او د صفرا د دریناژ لپاره یوه عروه د Jejunum او د صفرا کڅوړي ترمنځ منځته راځي او صفرا دریناژ کیږي. دا عملیات په سلیمو تضیقاتو کې د انتاناتو د خطر له امله باید هیڅکله اجرا نشي.

2. Choledojejenostomy: پدې عملیاتو کې د صفراوي قنات علوي نهایت د Jejunum د عروي د څنگ سره تفمم ورکوو او په ځینو حالاتو کې چې د یښې د صفراوي اساسي قنات په تضیق اخته وی د یښې سویق سره نژدې هم اجرا کولای شو.

3. Choledochoduodenostomy: دا انتخابي عملیات دي د صفراوي اساسي قنات په سفلي تضیقاتو کې اجرا کیږي.

4. د Stent تطبیق کول: په هغه صورت کې چې د Bypass امکانات موجود نه وي

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یني څخه د باندي صفراوی سیستم

Stent د گیدې د جدار د وازولو په واسطه او لاپراتومی د اجرا وروسته او یا د

PTC او ERCP په واسطه په متضيقه ناحیه کې تطبیق کوو.

Sclerosing Cholangitis

کله چې د صفراوی قنیاو جدار ضخیم او لیفي مانده کیږي نو اکثرآ د تضیقاتو سبب کیږي چې دا تضیقات په یوه او یا څو ساحو کې منځته راځي او ممکن د یني داخلي او یا خارجي قنیاو مصاب شي. د Sclerosing Cholangitis په نوم یادېږي. ممکن په ثانوي ډول د صفراوی قنیاو د تیرو په واسطه او یا ولادي تضیقاتو او یا د عملیاتي تضیقاتو په وجه چې په صفراوی قنیاو کې مشاهده کیږي او په یو تعداد کمو واقعاتو کې مساعد کوونکي فکتورونه چې پورته ذکر شول نه پیدا کیږي او په دي صورت نوموړې ناروغی د ابتدائي Sclerosing Cholangitis په نوم یادېږي. په 1/3 واقعاتو کې د قرحو یا Cyst سره یوځای پیدا کیږي او په یڼه کې د سونو گرافي پواسطه یو تعداد متعدد تضیقات چې د نورمالو قطعاتو په واسطه جدا کیږي ملاحظه کیږي او د تسبیح دانو په شکل مشاهده کیږي. د ناروغی انداز مختلف دي یو تعداد ناروغان د تشخیص څخه وروسته د یني د عدم کفایي له امله څو میاشتي وروسته مړه کیږي او یو تعداد کیدای شي د کالونو لپاره بیدون د اعراضو ژوندي پاتي شي. د ناروغی مناسبه تداوي تر څیړنې لاندې ده او که چیري یولي تضیق د یني څخه باندي موجود وي. د Bypass عملیه مفیده ثابتې شوي ده او په یو تعداد واقعاتو کې د یني دریناژ بهرته د T.Tube په واسطه یوه کامیابه تداوي شمیرل کیږي. اکثرآ نوموړي تداوي د Steroid د لوړ او لنډ دوز په واسطه اجرا کیږي او د ۱۰ ورځو لپاره د عملیاتو څخه وروسته د Steroid تداوي گټوره ثابتې شوي ده.

د صفرا د کڅوړې Carcinoma

د صفراوي کڅوړې Carcinoma په غربي ملکونو کې په ندرت سره لیدل کېږي خو کیدای شی د جهان په بعضي ملکونو کې (هندوستان) او په هغه کسانو کې چې مزمن Cholecystitis ولري او تداوي شوي نه وي زیات لیدل کېږي. هغه کسان چې د صفرا کڅوړې عملیات ورته شوي وي 1% د صفرا د کڅوړې په Carcinoma باندي مبتلاوي او تقریباً په 90% واقعاتو کې د ناروغ د صفرا په کڅوړې کې تیرې هم موجودې وي. د صفرا د کڅوړې Carcinoma په ښځو کې نظر نارینه وو ته زیات عمومیت لري. ناروغان اکثرأ د ۷۰ کالو څخه پورته عمر لري. تومور اکثرأ د Scirrhous Ca د ډول څخه وي مگر Squamous Cell او Adeno Carcinoma او Mixed Squamous شکل هم لیدل کېدای شي. د ناروغی انتشار مستقیماً د یښې سویق ته دي. چې د لمفاوي سیستم په واسطه د سویق لمف ته انتشار ورکوي او د ورید پواسطه یښې ته صورت نیسي چې په فاصله میتاستاز یې غیر معمول دي.

Clinical Feature

څرنګه چې اکثرأ د صفرا د کڅوړې Carcinoma له Cholecystitis او یا Cholelithiasis سره یوځای وي له دې کبله د نوموړي ناروغیو اعراض په صحنه کې حاکم وي د صفرا د کڅوړې په Carcinoma کې اکثرأ د ځیګرد ناحیې فشار او ناراحتی او د پورته ښي Quadrant یا شرفوښي ناحیې درد موجود وي. په یوشمیر واقعاتو کې زړه بدوالي او کانګی هم لیدل کېږي. په 60-70% واقعاتو کې تومور په صفراوي قناتو فشار راوړي او د هغو د انسداد سبب کېږي او یا دا چې تومور د یښې انساجو ته انتشار کړي وي. امکان لري زیږي هم ولیدل شي.

لابراتواري معاینات د تشخیص لپاره کومک نشي کولای. د یښې وظیفوي تستونه د انسدادی زیږي د تشخیص لپاره کومک کولای شي. د صفرا کڅوړه اکثرأ د

د گیدې د ملحقاتو د... د صفرا کڅوړه او له یښی څخه د باندې صفراوی سیستم
Cholecystography په واسطه نه ښکاره کیږي. قطعي تشخیص مشکل او یواځې په
20% واقعاتو کې کېدای شي او بس. په یو شمیر حالاتو کې سریري او فزیکي
اعراض او علایم موجود نه وي او تومور یواځې په تصادفي صورت د نورو عملیاتو
په وخت کې کشف کیږي. په اوس وخت کې د دي افت د تشخیص لپاره CT.Scanning
او Ultra Sound ډیر رول لري.

Treatment

د دې ناروغۍ تداوي د جراحي مداخله او د تومور لري کول دي. په جذري صورت
خود عملیاتو څخه وروسته د ناروغ وضع ښه نه وي. یو شمیرې د درو میاشتو په
موده کې او یو شمیر نورې د یوه کال په موده کې مړه کیږي او یو شمیر نورې امکان
لري تر 5 کالو خپل ژوند ته ادامه ورکړي.

د جراحي مداخلې څخه مقصد دادي چې د صفرا کڅوړه د تومور سره یو ځای
وايستل شي او همدارنگه ناحیوي لمفاوي عقدات او Partial Right Hepatectomy
باید اجرا شي او صفراوي مشترک قنات د یښې او صفراوي لارو قنیوات د باب ورید
او یښې شریان. باید Skeletorized شي. یعنی ټول شاوخواه لمفاوي عقدات د تومور
میتاستاز او یو شمیر خوه اقسام ئي لري او وایستل شي. زیږي د Stenet د تطبیق په
واسطه له منځه ځي.

دینی د صفراوي قنیواتو کارسینوما

(Carcinoma of Intra Hepatic Bile Duct)

دا تومور په نارینه وؤ کې نسبت ښځو ته زیات لیدل کیږي. تومور عموماً په زړو
اشخاصو کې چې د 50-70 کالو تر منځ عمر ولري ډیر لیدل کیږي.

Pathology

تومور کلک قوام او څړرنگ لري. چې په اکثر حالاتو کې د قنات د تام انسداد

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښی څخه د باندې صفراوی سیستم

سبب کیږي. پدې ترتیب چې نوموړ د قنات ټول جدار اشغال او د قنات د جدار پنډوالي له کبله د قنات جوف بندېږي. د یو شمیر احصایو له مخې چې نیول شوي ده. نوموړ 35% په صفراوي مشترک قنات کې او د Cystic Duct د اتصال په ناحیه کې او 10% په Cystic Duct کې پیدا کیږي.

د هستولوژي له نظره د صفراوي قینواتو ټول کانسرونه د Adeno Carcinoma له ډلې عبارت دي. نوموړ خپلو مجاورو لمفاوي عقداو او یښی ته زیات میتاستاز ورکوي. همدارنگه خپلو نورو مجاورو اولیري احشاو ته هم میتاستاز ورکولي شي. زیږي او د یښی دانې او Supporative Cholangitis ددې نوموړ مهم اختلالات دي.

Clinical Feature

زیږي یو ثابت عرض دي او په ټولو واقعاتو کې لیدل کیږي. ډنگرتوب هم ډیر عمومیت لري. خود گیدې درد یواځې په 50% واقعاتو کې لیدل کیدای شي. خارښت (Pruritis) موجود او یښه په 80% واقعاتو کې د جس وړوي. یښه په جس سره غیر حساسه او کله کله نودولروي.

Tran's Hepatic او عملیاتي Cholangiography له تشخیص سره تریوي اندازي کومک کولای شي.

Diagnosis

د ERCP، CT.Scanning، Ultra Sound او T.H.C څخه گټه پورته کیږي. ددې نوموړ انذار ډیر خراب دي. د جراحي تداوي هم چندان نتیجه نه ورکوي. ځکه چې د یو شمیر احصایو له مخې ثابت شوي چې ناروغ فقط ۴ میاشتي وروسته د عملیاتو ژوندي پاتي کیدای شي. د جراحي عملیات د دوه مقاصدو و لپاره اجرا کیدای شي. یو افت دا اختلاط د مخنډوي په خاطر او بل د نوموړ د لیري کولو لپاره استعمالیږي. چې د صفرا دریناژ ته لاره پیدا کړي. په هغه صورت کې چې نوموړ په صفراوي

د گیدې د ملحقانو د... د صفرا کڅوړه او له یښی څخه د باندي صفراوی سیستم
مشترک قنات یا د یښی مشترک قنات په بنسخته برخه کې وي. ماوف قسمت قطع او
پاتي څو کي د امکان په صورت کې خوله په خوله گنډل کيږي او یا دا چې د قنات
متوسع قسمت له Jejunum سره Anastomosis کيږي. خصوصاً له Roux.Y طريقي
څخه گټه اخستل کيږي. اما په هغه حالاتو کې چې نومور د ځيگر مشترک قنات په
علوي برخه کې موقعیت ولري. د نومور Resction او د قنات Anastomosis د کولمو
سره ډير مشکل دي. پدي صورت کې Jejunum د یښی چپ لوب له قدامي سطحي سره
Anastomosis کيږي. پدي صورت کې صفراوي معائني فستول منخته راځي او یا دا
چې له Hepato Jejunostomy څخه گټه پورته کيږي.

چون اکثره دا ناروغان د Laparatomy لپاره مساعد نه دي. نو په دي اساس
Endoscopic Stent ته ترجیح ورکوي ترڅو موقتي صفرا دریناژ شي. که چيري
نومور د ځيگر بنی یا چپ قنات نیولي وي. په متوسط ډول ژوند 18 هفتي کيداي
شي.

صفراوي فستولونه

صفراوي فستولونه په دوه ډوله دي:

۱. داخلي فستولونه.

۲. خارجي فستولونه.

۱. داخلي فستولونه

پدې صورت کې تيره د صفرا د کڅوړي په جدار کې د قرحي سبب گرځي او د صفرا د کڅوړي د جدار او معدې يا اثنا عشر او يا د کولون تر منځ چې د دوامداره التهاباتو په نتيجه کې التصاقات موجود وي د فستول سبب گرځي او د گيډي په ساده گرافي کې په صفراوي قنيواتو کې گاز مشاهده کيږي. که چيري نوموړي فستول په کافي اندازه غټيږي او تيره ممکن وړو يا غټو کولمو ته ولوږي او په نتيجه کې د Ileus Gall Stone د وړو کولمو د لومن د بندښت او يا د کولون د انسداد سبب گرځي.

۲. خارجي فستولونه

د ټولو عملياتو په تعقيب چې د صفراوي قنيواتو او يا د صفرا په کڅوړه او اثنا عشر کې مداخله صورت نيسي ممکن دا فستولونه رامنځته شي. بعضي د جراحي مداخلې چې په کوليدوک کې صورت نيسي هم نوموړي فستولونه رامنځته کوي او د صفرا نورمال تيريډل کولمو ته محدود کوي او خارج د بطن ته د Drain له لاري صفرا تويږي او بايد چې د صفرا نورمال جريان کولمو ته برقرار شي او د عملياتو جريان د ERCP او يا د Sinograme په واسطه کنټرولويږي. پاتي د نه وي چې د اثنا عشر فستولونه د پانکراس د عصاري لرونکي هم دي. نو جدي مراقبت ته ضرورت لري.

Reference

1. Azizi Mohammad Masoum. Abdominal Surgery, 2nd ed. Kabul Medical University. 2012. P. 232-256.
2. Frank H. Netter. Atlas of Human Anatomy, 3rd ed. USA: Icon Learning Systems. Teterboro, New Jersey; 2003.
3. F. CHARLES BRUNCICARDI; DANA-K, ANDERSEN et al. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY. Volume 2. 2005. P. 1187-1218.
4. HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011.
5. HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004.
6. Hobart W. Harris. Biliary System. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 219-34.
7. J.N Thompson. Acute Gallbladder Disease: Acute Cholecystitis and Biliary Colic. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PARERSON-BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P. 773-83.
8. Lawrence W. Way. Biliary Tract. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLENTON & LANGE; 2004. P. 487-516.
9. Margret Oddstottir and John G. Hunter. Gallbladder and Extra Hepatic Biliary System. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson.....et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRRA; 2011.
10. R.C.G Russell. The Gallbladder and Bile Ducts. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SUGERY. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1111-1129.

11. Rowan Parks and Fenella Welsh. Gallbladder and Biliary Surgery. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 317-38.
12. Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Biliary Tract. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. SURGICAL TRAINING IN DENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 375-452.
13. Steven A. Ahrendt and Henry A. Pitt. Biliary Tract. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. Editors. Sabastian Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P. 1597-1642.
14. STEPHEN-J McPHEE MAKINE A PAPADAKIS; CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS & TREATMENT. 2012. P. 647-683.
15. TOWNSEND BETUCHAMP EVERS MATTOX; Sabistan Text Book of Surgery, 18th ed. 2008. P. 1547-1588.

دریم څپرکی

د پانکراس د جراحي ناروغی

- د زده کړې موخې
- د پانکراس د اناتومي او فزیولوژي زده کړه.
- د پانکراس د ناروغي په صورت کې د معایناتو د ارزیابی زده کړه.
- د پانکراس ولادی انومالي گانو زده کړه.
- د پانکریاتیتیس د اسبابو، کلینیک، تشخیص، توپیري تشخیص او تداوی زده کړه.
- د پانکراس د کانسر د کلینیکي علایمو، تشخیص او تداوی زده کړه.
- د فزیکي معاینې د مهارتونو لوړول.

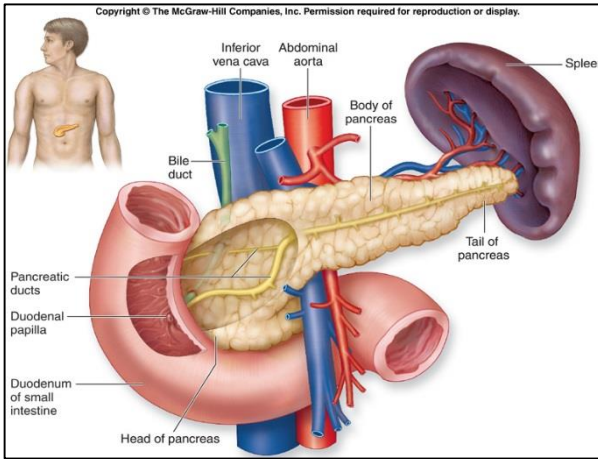
پانکراس (Pancreas)

پانکراس د گیدې په علوي برخه کې په مستعرض صورت د پریټوان په خلف کې پروت دي او د سر، غاړې، تنې، لکۍ او Uncinate Process (د سریوه وتلي برخه) ده او د یوناني کلمې Pan (یعني ټول یا All) او Creas (معني نرم نسج یا Flesh) څخه جوړ شوي ده او په ابتدا کې فکر کیدو چې د معدي د بستر په قسم عمل کوي. پانکراس د دوهمي قطني فقري په خدا کې واقع اوږدوالي یې 12-15 cm او سوریې 2-3 cm دي او تقریباً 80-120gr وزن لري. د تنفس په وخت کې علوي، سفلي، خلف او قدام ته د ابهر د نبضان پوسيله حرکت کوي. د پانکراس د غدې عنق هغه قسمت دي چې د خلف و خواته د مساریقي د علوي او عیو سره مجاورت لري. د پانکراس د راس د سفلي او چپ خوا څخه یوه استطاله منشا اخلي. چې د بڼي خوا څخه چپې خواته سیر لري او په قسم د یوه چنگک په چپ طرف کې او د علوي مساریقي د علوي

او عیولاندې تیریرې او په نوم د Uncinate Process یادیرې. دواړه وریدونه چې د Pancreatectomy د عملیاتو په وخت کې باید وتړل شي د Uncinate Process د تیریدو څخه وروسته په مساریقي علوي ورید کې توییرې. د پانکراس په خلف کې او په علوي سرحد کې د توري ورید د مساریقي د علوي ورید سره یوځای کیرې او Portal Vein جوړوي. پانکراس د دوو جوانو په ډول (ظهري Dorsal او بطني Ventral) د ابتدایي اثنا عشر څخه انکشاف کوي. د پانکراس اضافي قنات (Santorini) د ظهري جواني قنات دی چې د پانکراس د جسم او لکۍ اساسي قنات تشکیلوي او د پانکراس د راس څخه قدام ته عبور کوي او د اضافي Papilla په سرحد کې د اثنا عشر په دوهمه قطعه کې ځان خلاصوي. د بطني جواني قنات چې د پانکراس د راس اساسي قنات جوړوي. اکثراً د ظهري جواني د قنات سره د پانکراس په راس کې یوځای کیرې او وروسته خلفي او سفلي ته سیرلري ترڅو د صفراوي اساسي قنات سره د امپول و اتر په خدا کې یوځای شي. کله کله د پانکراس د راس اساسي قنات د پانکراس د اضافي (ظهري جواني) د قنات سره نه یوځای کیرې. چې په دې صورت کې ظهري او بطني جواني نه سره وصل کیرې او د پانکراس جسم او لکۍ د یوه اضافي قنات په واسطه په Papilla Accessory کې په اثنا عشر کې دریناژ کیرې چې دا حالت د Pancreas Division په نوم یادیرې او په 5% اشخاصو کې مشاهده کیرې، کله کله د اضافي Papilla تضیق د پانکریاتیت سبب ګرځي.

شرياني سيستم

د پانکراس اروا د قدامي او خلفي Pancreatic Duodenal Art مساريقي علوي شريان او د توري شريان د څانگو په واسطه صورت نيسي. پدي ترتيب چې پانکراسي اثنا عشري خلفي او قدامي شريانونه د پانکراس د قدامي او خلفي برخو اروا په غاړه لري او د پانکراس په علوي او سفلي برخه کې سره يو ځای کېږي. د توري شريان د پانکراس له علوي څنډې سره موازي سیر او يو شمير شعبي پانکراس ته ورکوي.

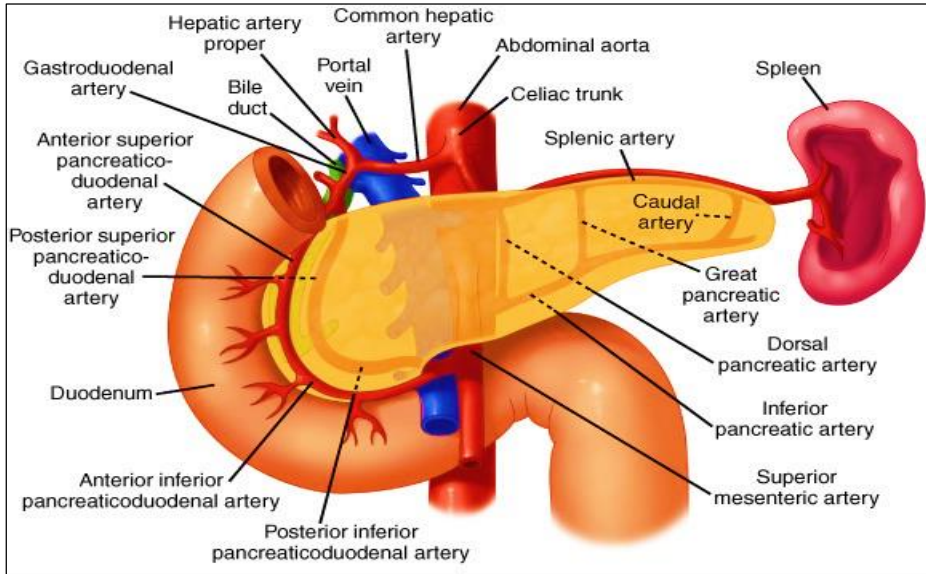


(شکل ۲۱) د پانکراس اناتومي.

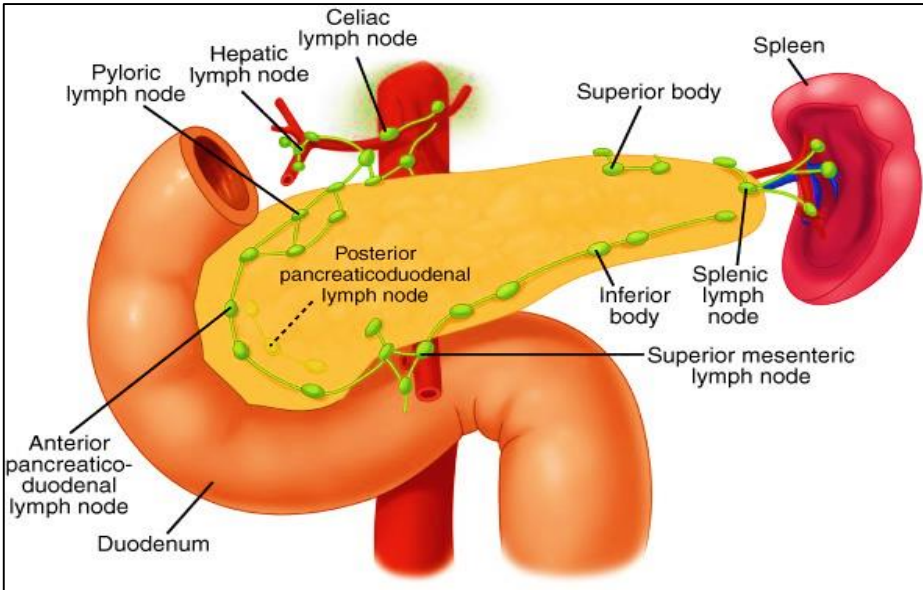
د پانکراس ظهري شريان له Celiac Artery څخه منشأ اخلي او د پانکراس په اروا کې لويه برخه اخلي. همدارنگه د مساريقي علوي شريان څخه يوه لويه شعبه جدا او پانکراس ته رسېږي. د پانکراس وريدي سيستم په عمومي صورت له شراينو سره سم او د هغو په قدام کې سیر کوي.

د پانکراس سمپاتيک اعصاب حسي او Vaso Motor الياف احتوا کوي چې د نوموړو اعصابو بلاک معمولاً د پانکراس د رد له منځه وړي. د پانکراس د سردرد معمولاً د گيډې په R.U.Q او د پانکراس د غاړې درد عموماً د گيډې په Epigastric ناحیه کې ځان څرگندوي. اما د پانکراس د لکۍ درد معمولاً د گيډې په ټول چپ طرف

كې بنكاره كيږي. د ټول پانكراس د رد د كمربند په شكل د گيډي ټوله پورته برخه اشغالي او د ملا د تير قطني دوهمي فقرئ تر سرحده پورې رسيږي. په قرعي سره د ملا د تير دوهمه قطني فقره هم حساسه وي. د پانكراس پارا سمپاتيک اعصاب له بني او چپ Lesser Splanchnic اعصابو څخه پانكراس ته رسيږي، د پانكراس پارا سمپاتيک اعصاب د Vagus د عصب د خلفي شعبي څخه پانكراس ته رسيږي. نوموړي اعصاب Secretory وظيفه لري.



(شکل ۲۲) د پانكراس د اوښو اناتومي.



(شکل ۲۳) د پانکراس اناتومي.

د پانکراس هستولوژي

څرنګه چې پوهېږو پانکراس د وه قسمه افرازات لري يو خارجي يا Exocrine او بل داخلي يا Endocrine. خارجي افرازات د Rasemose د غدواتو په واسطه چې د قنات او Acini لرونکی دي او لعابي غدواتو ته ډیر ورته دي صورت نیسي. Acini بیضوي شکل لري. چې له استوانايي حجراتو څخه جوړ شوي. Acini یو له بل څخه د منظمو حجاباتو په واسطه جلا شوي. د پانکراس Endocrine قسمت د Langarhans له جزیرو څخه عبارت دي. چې د دي جزیرو شمیر له 200,000 څخه تر 2000,000 پورې رسیږي. پدې جزیرو کې دري قسمه حجرات موجود دي.

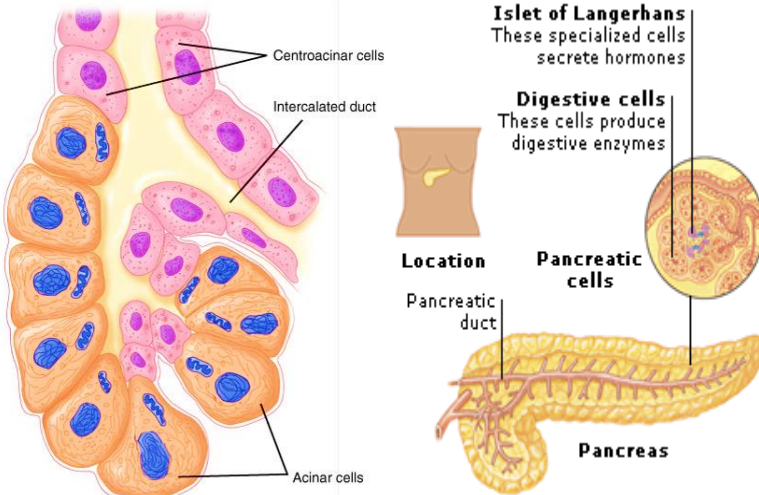
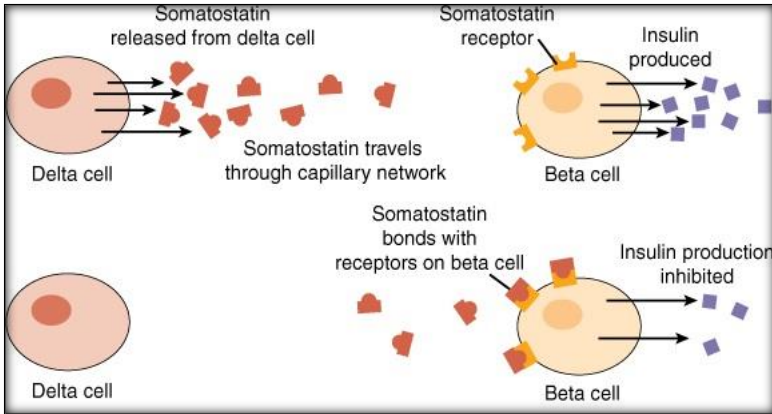
(1) α .Cell چې د Glucagon افرازوي.

(2) β .Cell چې د Insuline افرازوي.

Delta Cell چې Somatostatin افرازوي او یو تعداد کم حجرات یې د Poly

Peptid تولید کونکي دي. د Langarhans پانکراسي جزيري د پانکراس په لکۍ

کې نظر نورو برخو ته زیاتي دي.



۲۴) شکل) د پانکراس هستولوژي.

د پانکراس فزيولوژي

د پانکراس فزيولوژي د خارجي او داخلي افرازاتو په واسطه تامين کيږي.

1) د پانکراس خارجي افراز

د پانکراس Exocrine Portion د Abdominal Salivatory Gland په نوم هم یادېږي. چې د Rasemose غدواتو په واسطه اطراح کېږي. د پانکراس خارجي افراز له Amylase، Lipase او یو شمیر Proteolytic انزایمو څخه عبارت دي. نوموړي افرازات د Sanatorni او Wirsung قناتو په واسطه د اثنا عشر په دوهم قسمت کې تشیږي. د پانکراس خارجي افرازات په 24h ساعتو کې تقریباً 1500cc ته رسیږي. نوموړي عصاره قلوي او PH يې 8.3 دي. د پانکراس عصاره د Vagus عصب، Pancreozymin او Secretin هورمونو په واسطه تنبه کېږي. د Vagus عصب تنبه د پانکراس د عصاري په حجم کې د کوم زیاتوالي سبب نه کېږي. یوازې د عصاري د انزایمو اندازه لوړه بیایي. د Secretine هورمون د پانکراس د عصاري د حجم او د انزایمو اندازه لوړه بیایي او په هغه حالاتو کې چې غذايي مواد مخصوصاً پروتیني مواد اثنا عشر ته ورسیږي ازادېږي. د پانکراس انزایمونه ډیر زیات دي چې ډیر مهم یې Amylase, Lipase, Trypsine او Chemotrypsine دي.

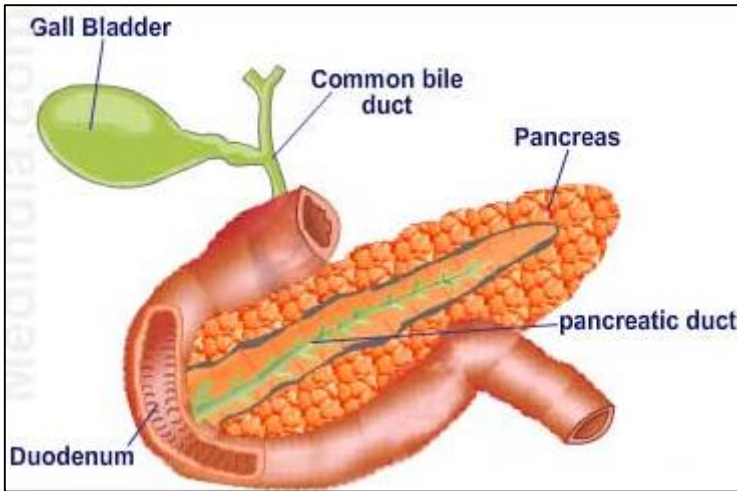
2) د پانکراس د اخلي افرازات

څرنگه چې مخکې مو وویل د Langarhans جزیري د α ، β او Delta حجري محتوا کوي. پدې ترتیب چې د α حجري Glucagon افرازوي چې نوموړي هورمون د Glycogen میتابولیزم تنبه کوي. یعنې د ینې ذخیره وي Glycogen په گلوکوز بدلوي. د β حجري Insuline افرازوي چې د انسولین وظيفه د اخلي په درسو کې مطالعه کوو. دلته ور څخه بحث نه کوو. د پانکراس اندوکرین قسمت یعنې د Langorhans جزیري د پانکراس د قناتو په انسداد کې د اتروفی سره نه مخامخ کېږي. حال دا چې Exocrine قسمت د نوموړو قناتو د انسداد په صورت کې په اتروفی نه اخته کېږي. د پانکراس غده د ورځي 1500cc افرازات لري او د نوموړي

افرازاتو 5-8gr لرونکي د پروتین دي چې د انزایم په شکل وي. د Pancreozymin افراز د اثنا عشر د مخاط څخه چې د شحم او Peptides په وجه کله چې اثنا عشر ته ورسېږي ترسره کېږي او د پانکراس انزایمونه شدیداً تنبه کېږي. د پانکراس او کولمو د داخلي هورمونونو لکه Vasoactive Intestinal Peptide او Gastrine په واسطه نهې کېږي. د پانکراس انزایمونه چې شامل د Cephalic مرحلي دي او فکر کېږي چې د غذايي موادو په واسطه د هغوي شروع کېږي. معدوي مرحله چې د غذا د موجودیت په وجه په معده کې شروع کېږي او په معايي مرحله کې يعني کله چې غذايي مواد اثنا عشر او Jejunum ته رسېږي. نو د Secretine او يا Pancreozymin په واسطه پانکراس خپل انزایمونه افرازي. د پانکراس انزایمونه د 100 په حدود کې دي او مهم بي لکه چې د مخه مو ورته اشاره وکړه په لاندې ډول دي.

Proteolytic انزایمونه لکه Trypsin، Lipolytic انزایمونه لکه Lipase، د

نشایستي يا پروتین پارچه کوونکي انزایمونه لکه Amylase او د اسید Nucleic پارچه کوونکي انزایمونه لکه Ribonuclease څخه عبارت دي.



(۲۵ شکل) د پانکراس اناتومي

د پانکراس خصوصي معاینات

د پانکراس د ناروغيو د معلومولو په خاطر لاندې معاینات باید اجرا شي.

(۱) د پانکراس په ترضیضاتو او ناروغيو کې د انزایمونو د سويي د اندازې

تعینول لکه Amylase چې سويه بې لوريږي.

(۲) د پانکراس په عصاره کې د Bicarbonates او انزایمو سويه چې د پانکراس د

وظایفو د ارزيايي لپاره ضروري دي.

(۳) د CT-Scan، Ultrasound او ERCP اجرا چې د پانکراس د ساختمان

انومالي او د پرانثیم ساختمان او د پانکراس د قنيواتو د ناروغيو د تشخیص لپاره

اجرا کيږي.

د پانکراس ولادي انومالي

د پانکراس ولادي انومالي څخه په لاندې ډول یادونه کوو.

1. حلقوي پانکراس یا Annular Pancreas

د پانکراس د وي ابتدایي جوانې د جنین د انکشاف په جریان کې د یوي حلقې په

شان د اثنا عشر دوهمه قطعه احاطه کړي وي او دا افت ډیر نادر لیدل کيږي او د

پانکراس د خارجي انسداد سبب گرځي او د ولادت څخه وروسته سريري اعراض

منځته راځي لکه د گيډي درد، گانگې او د گيډي توسع رامنځ ته کيږي او د تشخیص

څخه وروسته ښه تداوي يې Duedeno Jejunostomy ده. که چيرې دا عملیه اجرا

نشي Gastro Jejunostomy هم ډیره ښه عملیه ده.

2. Ectopic پانکراس یا Aberrant Pancreas

دا د اضافي جوانو څخه منځته راځي او پدې ناروغي کې د پانکراس نسج د

پانکراس څخه لرې د عضويت په نورو اعضاوو کې لیدل کيږي او په 1% اشخاصو

کې ليدل کيږي. د سريري له نظره ډير لږ اعراض ورکوي. په دې انومالي کې د پانکراس د نسج يو نو ډول ممکن په معده، اثناعشر او يا Jejunum کې پيدا شي او کله کله د انسدادې اعراضو او يا سوي هضم سبب گرځي.

3. د پانکراس سيستیک ولادي ناروغي يا Fibrocytic Pancreas

دا ناروغي يا انومالي بعضا د پينستورگو او ځيگر د ولادي ناروغيو سره يو ځای منع ته راځي.

د پانکراس ترضيضات او جروحات

پانکراس هم د گيډې د نورو احشاوو په شان له تيرو او پخو ترضيضاتو او يا د ناربه جرحو او نافذه ترضيضاتو په واسطه په زخمونو اخته کيږي. د پانکراس نافذه جروحات د گولي، چاقو، تورې او يا نيزې پواسطه منع ته راځي چې په دې قسم جروحاتو کې اکثراً له پانکراس سره د گيډې د نورو احشاوو زخمو نه هم موجود وي او د پانکراس پخ ترضيضات هغه وخت پيدا کيږي چې يوه پخه ضربه د گيډې په شر صوفي ناحيه کې ولگيږي او يا دا چې ناروغ د يوه جگ ځاي څخه پر مخ په ځمکه ولوړيږي او په کومه تيره، لرگي يا کوم بل وتلي شي برابر شي. د پانکراس د پخو او تيرو ترضيضاتو تشخيص او تداوي د هغه عمومي پرنسيپونو په اساس اجرا کيږي. چې د گيډې د پخو او تيرو جروحاتو لپاره موجود دي. د پانکراس په ترضيضاتو کې معمول ترين ناحيه چې متضرره کيږي د پانکراس غاړې څخه عبارت ده. چې د دوهمي قطني فقري او ابهر د پاسه قرار لري او د گيډې د بني طرف په ترضيضاتو کې د پانکراس راس او اثناعشر څيري کيږي. د پانکراس نافذه جروحات چې پانکراس ماؤفوي اکثراً معده، اثناعشر، کولون، ځيگر او يا Spleen هم متضرر کوي.

د پانكراس د ترضيضاتو كلينيكې لوحه او تداوي

د پانكراس د پخو ترضيضاتو معمول ترينه كلينيكې لوحه د Epigastric ناحيې له درد څخه عبارت ده. د سيروم Amylase د سويي تعينول په تشخيص كې كومك كوي چې په 90% واقعاتو كې لوړېږي. د Ultra Sound په معاينه كې ممكن ازما، هيماتوم او يا د پانكراس كاذب cyst تشخيص شي. د گيډې دوامدار درد او د ويني د سيروم Amylase لوړوالي د يوه دوامدار وخت لپاره او د فزيكي علايمو پيشرفت د Laparatomy استطباب موږ ته واضح كوي. د Laparatomy او عملياتو د اجرا په وخت كې د پانكراس د محيط د وسيع هيماتوم په وجه د پانكراس د جرحي وسعت نه ښكاره كيږي. كه چيري واضحه، وينه بهيدنه موجوده نه وي نو پانكراس په خپل حال پريښودل كيږي او Drain په ناحيه كې كينسودل كيږي او يوه دوره محافظه كارانه تداوي او د ناروغ تقويه د وريد له لارې (Parenteral) او د خولې د لارې د غذا نه وركول (N.P.O) په واسطه تعقيب كيږي.

كه چيري د پانكراس جسم قطع شوي وي او د ناروغ عمومي حالت ښه وي، نو بايد د پانكراس د Distal قسمت Resection ترسره شي. د ناحيې د ترميم په خاطر كوششونه اكثر د اثناعشر د جروحاتو او ماوف كيدو او د اختلاطاتو سبب گرځي. په همدې ډول د پانكراس د قنات ترميم د Stent د پاسه د دواړو نهايتو Anastomos او يا د يوه نهايت د څيري كيدو او يا د Rouxe.Y د عروي سره تفمم او يا د Sphincterotomy د عملياتو اجرا كول اكثر ښه نتايج نلري. كه چيري كاذب Cystes منځته راغلي وي بايد د Cystogastrostomy عمليات اجرا شي.

د ناروغي انذار (Prognosis)

د مرگ معمول ترين سبب د پانكراس په جروحاتو كې د څيري شوي ناحيې څخه خونريزي يا وينه بهيدنه ده. د پخو ترضيضاتو وفيات د نورو افاتو په صورت كې د

16-28% پورې وي او د پانکراس د نافذه جروحاتو وفيات د مترافقه احشاو د جروحاتو سره 50% ته رسېږي.

د عملیاتو په وخت کې د پانکراس جرحې (**iatrogenic Injury**) د عملیاتو په وخت کې د پانکراس جرحې په څلورو شکلو منځته راځي.

1. د پانکراس د لکۍ جرحې
چه د Splenectomy په وخت کې منځته راځي او د پانکراس د فستولو سبب ګرځي.

2. د پانکراس د اضافي قنات جرحې (**Santorini**)
د معدي د عملیاتو په وخت کې چې د Billroth II په میتود اجرا کېږي دا جرحې منځته راځي لکه څنګه چې مخکې مو وویل د پانکراس اضافي قنات په 5% خلکو کې اساسي قنات تشکیلوي په دې اساس د Pancreatogramه اجرا کول د Canulation پواسطه د نوموړي قنات لیګاتور او یا قطع کول موږ ته واضح کوي. که چیرې بل قنات چې دریناژ کوي مشاهده نه شي نو باید چې نوموړي قنات ته په اثنا عشر کې تفمم ورکړل شي.

3. د پانکراس د Islete د حجرو په خاطر د Enucleation د عملیاتو په وخت کې د پانکراس فستولو نه منځته راځي.

4. د اثنا عشر او Ampulla Vater څخه وینه بهیدنه د Sphincterotomy د عملیاتو د اجرا په وخت کې چې دا حالت د Duodenectomy ایجاب کوي ترڅو چې وینه ودرول شي او کنترول شي.

د پانکراس فستول

د پانکراس فستولونه د عملیاتو په وخت کې د ترضیض په نتیجه کې منخته راځي چې په ابتدا کې د نظر څخه مخفي پاتي کېږي.

Treatment

هغه مشکلات چې د پانکراس د فستول په تدوي کې موجود دي عبارت دي له:

1. د الکترولایتو او مایعاتو ضایعات

د فستول د موجودیت په صورت کې پانکراس په خپلو افرازاتو کې زیاتوالي راولي او ممکن په 24h ساعتو کې 2Lit ضایعات ولري. چې د مایعاتو او الکترولایتو د ضایع کیدو په وجه ممکن د ناروغ ژوند تهدید شي. نو پدې اساس ضروري ده چې د مایعاتو او الکترولایتو ضایعات د خولي او یا ورید له لاري بیرته پوره کړو، چې باید د ورځې پدې صورت کې د مایعاتو او الکترولایتو Balance تعیین کړو. که چیرې نوموړی ضایعات زیات وو. باید د پانکراس عصاره هره ورځ د خولې له لاري توصیه کړو. د پانکراس زیات افرازات باید د خولې دلاري د Somatostatin د مشابه دواگانو پواسطه په انحطاط معروض کړو او د ناروغ رژیم باید د زیات مقدار پروتین او کم مقدار کاربوهایدریت لرونکي وي او اکثراً پدې صورت کې لازمه ده چې ددې ناروغانو تغذي په مکمل ډول د Paranteral دلاري صورت ونیسي.

2. د پوستکي او گېډې د دیوال بې نفسي هضم

د پوستکي د محافظي په خاطر باید د Ointment څخه چې په کې د HCL 1% او د اکساید Zinc کریم وي باید اجرا شي. د پانکراس عصاره په تنهایی ډول د پوستکي انساج زیات نه تخریش کوي. اما که د پانکراس عصاره لرونکي د اثنا عشر د عصاري وي. نو پوستکي زیات تخریش کوي ځکه چې په اول صورت کې د پانکراس

انزایمونه د اثنا عشر د محتوي پواسطه نه وي فعال شوي.

3. Drainage

د پانکراس په چار چاپیره باید د مایعاتو د جمع کیدو په هکله د التراساوند او CT-Scan په واسطه معلومات ترلاسه کړو. که چیرې د پانکراس په چار چاپیره مایعات جمع وي باید د پوستکي له لاري د Imaging د کنترول لاندې دریناژ اجرا شي. که چیرې د پانکراس قنات سالم وي. ممکن فستول پخپله بسته شي برخلاف که چیرې قنات مکمل قطع وي افرازات ادامه پیدا کوي. د Pancreatogram اجرا کول په تداوي کې ډیر زیات کومک کوي او که چیرې قنات تام قطع وي. نو پدې صورت کې د مافو قسمت Resection توصیه کیږي.

د پانکراس التهابات (Pancreatitis)

د پانکراس التهابات په دوه ډول تقسیم شوي دي.

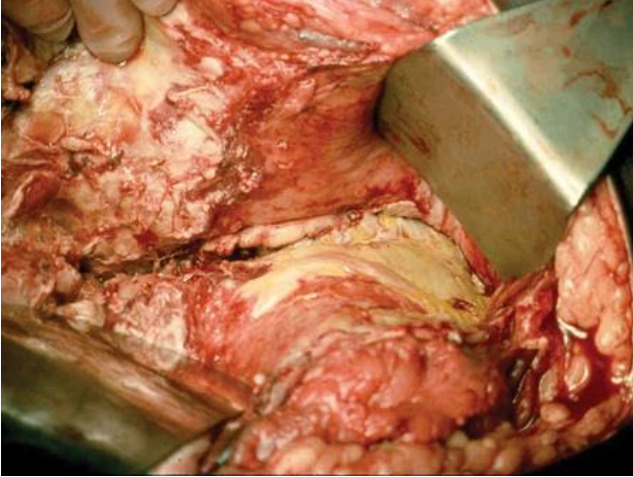
A. Acute Pancreatitis

- Acute Odematous Pancreatitis
- Acute Hemorrhagic Pancreatitis
- Acute Necrotizing Pancreatitis

B. Chronic Pancreatitis

1. Acute Pancreatitis

دا یوه ډیره خطرناکه او وژونکي ناروغي ده چې په ناڅاپي ډول شروع او په ډیره چټکي سره د ناروغ عمومي حالت خراب او د مرگ سبب گرځي. یا په بل عبارت په حاد ډول د گیدې دوامداره درد چې اکثرا د پانکراس د انزایمونو د سویي د زیاتوالي سره په وینه او ادرار کې چې د التهابي پانکراس په وجه منځته راځي همراڼي کیږي. ممکن حاد Pancreatitis دوباره نکس وکړي چې دا یوه وخیمه او وژونکي ناروغي ده او تقریبا 20% وفيات لري خود خوشبختي ځای دي چې دا ناروغي په هرو



(شکل ۲۲) حاد پانکریاتاییتیس

Etiology

ددې ناروغي اسباب تراوسه پوري په صحيح ډول معلوم نه دي خو په اغلب گمان دا خادشه د Auto Digestion له امله کومه چې د پانكراس د انساجو په منع کې د ازادو شوو انزايمو له کبله خصوصاً د Trypsin په واسطه منخته راځي او هغه فکتورونه چې ددې حادثي سبب گرځي عبارت دي له:

- 1) د صفراوي لارو افات 50%
- 2) ترضيضي افات 5%
- 3) الکلوليزم 1%
- 4) اتنانات 1%
- 5) ميتابوليک اسباب 1%
- 6) وعايي تشوشات 1%
- 7) Idiopathic فکتورونه 35%

1) د صفاوي لارو افات

د حاد Pancreatitis او صفاوي لارو د افاتو (د صفا د کڅوړې تیرې) ترمنځ په 55% واقعاتو کې واضح ارتباط موجود دي چې د هغه ممکنه علت د صفا د کڅوړې د توسع له منځه تلل دي کوم چې د التهاباتو او تیرې پواسطه د کڅوړې په جدار کې منځته راځي او دا حادثه د صفاوي لارو د فشار د زیاتوالي سبب ګرځي بالاخره د منځني صفا بیرته راګرځیدل د زیات فشار په وجه د پانکراس قنات ته تیریري او د Pancreatitis سبب ګرځي.

2) ترضیضات

چې ممکن دا ترضیضات د Crush Injury په شکل او یا د عملیاتو د وخت ترضیضات مثلاً د Gastrectomy د عملیاتو په وخت کې کله چې د پانکراس سر ډیر تسلیخ شي او د هغه او عیه قطع شي او یا د جراحي مداخلې په صفاوي اساسي قنات باندې او یا د T-Tube استعمالول چې نوموړي تیوب د Oddi په معصره کې د بندش سبب وګرځي. نو د پانکراس د حاد التهاب سبب ګرځي.

3) الکولیزم

هغه خلک چې په دوامداره ډول په الکولو معتاد وي د Pancreatitis مکرري حملي په هغې کې زیاتي مشاهده کیږي او په شمالي امریکا او فرانسه کې ددې ناروغی یو مهم سبب الکول تشکیلوي.

4) انتانات

د یو تعداد انتاناتو لکه Mumps یا کله چرک (Mumps)، محرکه (Typhoid) او د Coxsackie انتاناتو د اختلاطو په وجه شونې ده چې حاد Pancreatitis رامنځته شي.

5) میتابولیک اسباب

هغه کسان چې د درقې (تایرائید) د غدي په فرط فعالیت باندي اخته وي ممکن په حاد Pancreatitis باندي اخته شي او د حاد Pancreatitis د مکررو حملاتو په صورت کې باید د Thyroid غدي معاینه اجرا شي. یو تعداد نورې ناروغی لکه چاغی او یا شحمي امبولي هم د Acute Pancreatitis سبب گرځي. د یو تعداد دوگانو استعمال کول لکه ACTH، Steroids، Diuretic، Chlorthiazide او Ostrogen هم د حاد Pancreatitis سبب گرځي.

6) وعایي تشوشات

په هغه ناروغانو کې چې د ویني خبیث فشار او یا Poly Arthritis Nodosa ولري د ناحیوی احتشاء په وجه د پانکراس د غدي حاد التهابات رامنځته کوي.

7) Idiopathic فکتورونه

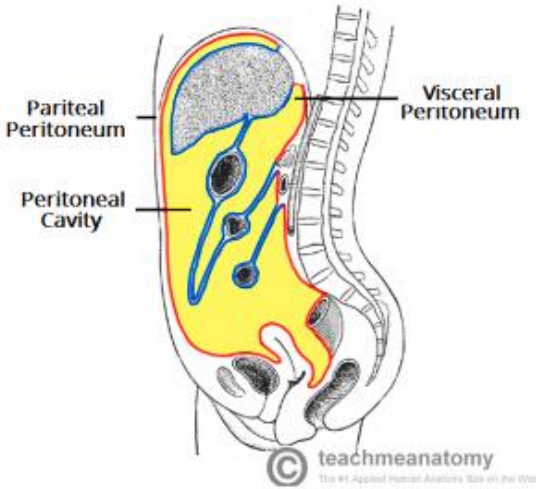
د پورته عواملو څخه هیڅ یو یې د ناروغی په جوړښت کې سببي عامل نه تشکیل کوي او په یو تعداد واقعاتو کې ارثي عوامل د ناروغی په پتوژینیس کې داخل بلل کیږي. د همدې کبله په یو تعداد واقعاتو کې د ناروغی عوامل په واضح په ډول معلوم نه دي.

Pathology

د پریټوان په جوف کې او د پانکراس په نسج کې پتالوژیک تغیرات د پانکراس د انزایمو په وجه خصوصاً د Lipase او Trypsin د افراز کېدو په واسطه منځته راځي او د Amylase انزایم د پریټوان د جوف څخه جذب کیږي او د ویني دوران ته داخلېږي.

د پریټوان جوف (Peritoneal Cavity)

د پريتوان جوف په نورمال ډول د مصلي او مصلي دموي مايع لرونکي دي او په يو تعداد واقعاتو کې د کبیره ثرب، شحمي نسج، د وړو کولمو ميزو او د پانکراس د سر جداري پريتوان د سپينو نقاطو لرونکي وي، چې د Fate Necrose يا Cyto Steato Necrose پنوم يا ډيري، چې د آزاد شوي Lipase د تاثير په وجه په شحمي انساجو کې شحمي اسيدونه ازادېږي او په نتيجه کې د هغه يو ځای کېدل د کلسيم سره د غير منحل صابون د جوړيدو سبب گرځي.



(شکل ۲۷) د بطن جنبي شکل او د پريتوان اناتومي

Pancrease

په شکل د اذيمائي، نزفي (Hemorrhagic) او نکروتیک وي، چې په خفيف شکل کې يو قسمت يا ټول پانکراس اذيمائي وي، اما په شديدو شکلونو کې په مکمل ډول نزفي يا هيموراجیک وي او په وخيمو واقعاتو کې ټول پانکراس په نکروز باندې بدلېږي او د پانکراس د محيط انساج او خلفي پريتوان د يوي وينه لرونکي مايع په واسطه اشغال کېږي، په نادر ډول Pancreatitis په تقیحي يا

Purnleid هم اخته کیږي چې پدې شکل کې یوه او یا خوا بسی جوړیږي.

متممه پتالوژي

منتنه صفرا او یا صفراوي تیري معمولاً موجودي وي که چیري د صغیره پريتوان جوف دریناژ کړو او ناروغ شفایاب شي، ممکن د دریناژ له لاري مړه شوي د پانکراس انساج او د هغه مجاور احشاوو نسجونه د تقيحي موادو په شکل دریناژ کیږي چې دا مواد عبارت دي د کلسیم د ترسباتو څخه.

سریري اعراض او علایم

ناروغان اکثرأ شحمي او یا چاق وي د ناروغی ووقوعات په نارینه او ښځو کې تقریباً مساوي دي، په نارینه وو کې د ناروغی ووقوعات د ۳۰-۴۰ کلني په عمر کې خو په ښځو کې مساعد عمر ۵۰ کلني دي د ناروغي حمله د یوي ثقيلي غذا د خوړلو وروسته او یا د الکولي مشروباتو تر څښلو وروسته منځ ته راځي.

Subjective اعراض

چې دلته وظیفوي او عمومي ناروغی مطالعه کوو.

الف) وظیفوي اعراض

1. د گیدې درد

ناروغ په Epigastric ناحیه کې له ډیر کلک او ثابت درد څخه شکایت کوي او دا درد دومره شدید وي چې د مسکناتو په واسطه نه آرام کیږي. د درد مرکز د ملا تیر خوا ته متوجه وي کله چې ناروغ د شا په تخته څملي درد نوره هم وخامت پیدا کوي، له دې کبله ناروغ کوبښن کوي چې د ناستی په حالت او یا پراخ څملي د کیناستو په حالت کې خپل د ملا تیر قدام ته د قبض په حالت کې ساتي په نرفي او نکروزي Pancreatitis کې د Hypovoleamic شاک حالت موجود وي د درد موقعیت نظر په

دې چې د پانکراس لکي او یا سر په افت مبتلا وي کیدای شي چې په نښي او یا چې Hypochondrium کې موقعیت ولري، د Pancreatitis درد د څو ساعتو په موده کې خپل اعظمي سرحد ته رسیږي او ناروغ په خپله د مرگ احساس کوي ناروغ Cyanotic وي او د حرارت درجه یې د نورمال څخه ښکته وي، کېدای شي چې ناروغ د څو ساعتو په موده کې مړ شي، مرگ د نرف او د Extracellular مایعاتو د ضایع کېدو له کبله منع ته راځي، Extracellular Fluid د اذیما او د Exudates د جوړیدو له کبله کمیږي، نور فکتورونه د پوستکي لاندې شحمي انساج او د هډوکي د مغز د شحمي نسج نکروز او د Brady Kinine, Amylase, Lipase ازادیدل دي، بعضي ناروغان د ادرینال د غدواتو د دوامداره عدم کفایي له کبله مړه کیږي، چې سبب یې د دواړو طرفو د Adrenal غدواتو وینه بهیدنه او د Coronary او عیو ترومبوز دي.

2. زړه بد والی او کانګې

کانګې مقدماتي، تکراري او شدیدې وي او د ناروغی ثابت عرض شمیرل کیږي.

3. قسمي انسداد

د گاز او غایطه موادو توقف ثابت نه وي او د کلمو د اشتداری حرکاتو فلج په لومړیو ساعتو کې په اثنا عشر او د Jejunum په علوي قسمتو کې محدود وي او د گیدې په X-Ray کې د کولمو عروات د گاز څخه ډک وي د کولمو د فلج وروسته اشتداری حرکات کمیږي. البته د N.G.T د تطبیق وروسته کچیری تیوب په دوامداره ډول اسپایریشن او تخلیه نه شی. نو پدی صورت کې د کولمو اشتداری حرکات نور هم کمیږي او د گیدې انتفاح نور هم زیاتېږي.

(ب) عمومي اعراض

شاک، د حرارت درجي تغیر، خفیف زیږي، Tetanus.

1. شاک

د Acute Pancreatitis ناروغان اکثرأ د Shock په حالت کې قرار لري. ناروغ سیانوزي او نبض یې سریع وي (دوراني سیستم د کولایس په وجه)، عمیق Shock تقریباً په 10% ناروغانو کې مشاهده کیږي او د دې ناروغانو پرمخ سپړې خولې او د Collapse حالت لري او د ویني فشار نې ډیر ټیټ وي.

2. د حرارت د درجي تغیرات

د حاد Pancreatitis ناروغانو د حرارت درجه اکثرأ د نورمال څخه ټیټه وي او یا بعضأ د حرارت درجه لوړه مشاهده کیږي.

3. خفیف زیږي

په 30% واقعاتو کې د صفراوي اساسي قنات د بندیدو له امله چې د پانکراس د سرد اذیما په وجه منځته راځي مشاهده کیږي او دا زیږي د ناروغی په دوهمه ورځ مشاهده کیږي.

4. Tetani حملات

دا حملات د Para Thyroid غدواتو د تخریب له کبله چې د پانکراس د Proteolytic انزایمو په وجه او د کلسیم د کمبود او د Fate Necrose د جوړښت په وجه مشاهده کیږي.

ج Objective علایم

په تفتیش سره د Pancreatitis د حادي حملي څخه وروسته 2-3 ورځې وروسته بنفشوي لکی د نامه په اطرافو او یا قطني ناحیو کې مشاهده کیږي، چې د سیروزیتي وینه لرونکي افرازاتو د راټولیدو له کبله چې د پانکریاتیت له امله د

پريټوان په خلفي انساجو کې جمع کېږي (Grey Turner's Sign) او يا په مستقيم ډول د يني د مدور رباط او نامه په اطرافو کې (Collen's Sign) منځته راځي، د جس په صورت کې په گيډه کې منتشر حساسيت د گيډې د جدار د عضلاتو د مقاومت له امله موجود وي. د درد دا مقاومت په قراري سره انکشاف کوي او وروسته ټول بطن ته انتشار کوي او د پانکراس د عميق جس په وخت کې دا حساسيت او د گيډې درد بڼه احساس کولاي شو او درد د پښتورگو په چپه ساحه کې چې پانکراس د لته سطحې موقعيت لري هم حس کېږي.

خصوصي معاينات

۱: Amylase

د سيروم Amylase مقدار (نورمال ۱۵۰ واحد Somogyi په ۱۰۰ ملي لیتري کې) د طبيعي حد څخه لوړېږي او په حاده مرحله کې کېدای شي تر ۵۰۰ واحد، Somogyi په 100ml کې ورسېږي په ۲-۳ ورځو کې کېدای شي دوباره طبيعي حالت ته را وگرځي او نادراً د Pancreatitis په شديده حمله کې چې عده وسيع تخريب شي، ممکن د Amylase اندازه طبيعي وي بايد په ياد ولرو چې د سيروم د Amylase اندازه د معدي د قرحاتو په تشقب او د Coronary شراينو د ترومبوز او د کولمو د انسداد په وخت کې هم تر ۴۰۰ واحدو پورې لوړېږي او همدا ډول د Amylase سيروم اندازه د Morphine او Codine د استعمال په وخت کې د Oddi معصري د سپزم په وجه هم لوړېږي.

۲: Leukocytosis په متوسطه اندازه لوړېږي.

۳: Glucose Urea په 50% ناروغانو کې موجود وي.

۴: د سيروم بيلروبين مقدار په اکثرو ناروغانو کې لوړېږي.

۵: د سيروم د کلسيم مقدار کېدای شي ټيټ وي چې پدې صورت کې د ناروغ

انذار خراب وي.

۶: په E.C.G کې د T موجي سقوطي کول چې د هغه علت نا معلوم دي چې د E.C.G تغیرات د ناروغی د بهبودي په صورت کې له منځه ځي او د ناروغی د حملې د دوباره منځ ته راتللو په صورت کې بیا منع ته راځي.

۷: د بطن د رادیو گرافي اجرا کول په مستقیم ډول کومک نه کوي لیکپن د توپيري تشخیص په خاطر په گرافي کې د مایع او ګاز سویه نه ښکاره کیږي او یا د آزاد ګاز نه موجودیت د حجاب حاجز لاندې ممکن د ناروغی په توپيري تشخیص کې د معدي اثنا عشري قرحاتو تثقب او د انسداد رد کول مورې ته واضح کوي او په بعضي واقعاتو کې د Proximal، Jejunum قسمت متوسع معلومېږي او په نادر ډول د پانکراس رادیو Opaque تیرې هم مشاهده کیدای شي.

۸: Ultra Sound او CT-Scan ښه معاینه ده چې ممکن صفراوي مترافقه تیرې او د غدې ضخامه مورې ته واضح کوي او ناروغی په اخرو حالاتو کې ممکن نکروتیک پانکراس، اېسي او یا کاذب Cysts مشاهده کړو، چې په دي دوه معایناتو کې CT-Scan ډیره با اهمیتته او با ارزښته معاینه ده، ځکه چې د ګاز موجودیت په علوي معدي معائني لارو کې واضح کوي او د Ultra Sound نتایج مبهم کوي.

۹: د ویني ګازات چې د ناروغی په شدیدو شکلونو کې Hypoxia بر ملا کوي.
NOTE: باید په یاد ولرو چې د پانکراس د ري وار په انزانونه چې د پانکراس څخه آزادېږي د Acute Pancreatitis د ظاهري او سریري لوجي په ایجادولو کې رول لري

1. Trypsine: چې د پانکراس د بي نفسهي هضم سبب گرځي.
2. Lipas: چې دشحمي نکروز سبب گرځي.
3. Amylase: چې د پريتوان د جوف څخه جذب او د سيروم Amylase د لوړیدو سبب گرځي او د تشخیص په خاطر یو ښه تیسټ بلل کېږي.

توپيري تشخيص

اکثراً دلاندي ناروغيو سره غلط کېدای شي او په ځيني حالاتو کې DDx مشکل دي. د معدې او اثنا عشر د قرحاتو تثقب، د هضمي جهاز د پورتنې قسمت بندښت، صفراوي کولیکونه د تېرو له کبله د اکليلي او عيو بندښت، د مساريقي او عيو ترومبوز، د بطني انيوريزم څيري کيدل او نورو سره بايد وشي.

لکه څه ډول چې مخکي مو وويل د Pneumoperitoneum او د Hydroaeric خيال د گيدې په ساده X-Ray کې د ناروغی په توپيري تشخيص کې د Peptic Ulcer د Perforation او د کولمو په انسداد کې زموږ سره مرسته کوي.

Treatment

که چيري Acute Pancertitis په درست ډول تشخيص کړو نو دهغه تداوي محافظه کارانه او طبي ده که چيري تشخيص واضح نه وي نو په هغه صورت کې بهتره ده چې Laparatomy اجرا شي او بايد وکتل شي چې ايا حاد Pancertitis موجود دي او کنه او بايد واضح شي چې د Laparatomy اجرا د معدې اثنا عشرې قرحاتو د تثقب او د مساريقي د او عيو د ترومبوز او ميخانيکي انسداد په حالاتو کې د ناروغ د نجات سبب گرځي.

محافظه کارانه تداوي

د نوموړي تداوي اساس د درد تسکين کول او د پانکراس استراحت تشکلوي او ددي منظور په خاطر لاندي تداوي اجرا کوو.

1. درد د Pethedine د تطبيق په واسطه تسکين کيږي (Morphin د Oddi دمعصري د سپزم په وجه بايد تطبيق نه شي) که چيري درد نه تسکين کيږي د حشوي عصب بلاک بايد اجرا شي.

2. شاک بايد دويني Transfusion په واسطه تداوي شي او د Diuresis په خاطر

باید Mannitol توصیه شي.

3. د مایعاتو او الکترولیتو ضایعات باید دوریدي لاري معاوضه شي.

4. انتي بیوتیک د ثانوي انتاناتو دمخ نیوي په خاطر باید په پریټوانی Exodate

کې تطبیق شي.

5. د پانکراس افرزات باید د Probadheline او Atropine د تطبیق په واسطه را

کم شي او ناروغ ته باید NGT تطبیق شي او دوامداره Suction باید اجرا شي ترڅو د

Secretine او Pancreozymin هورمونونه چې د پانکراس د افرازاتو د تنبیه سبب گر

خي کم شي.

6. Calcium Gluconate د کلسیم د معاوضي لپاره چې د Fat Necrose په وجه

کمیري باید معاوضه شي.

7. د شدید شاک په حالت کې باید Cortison توصیه شي.

جراحي تداوي

دا تداوي هغه وخت استطباب لري چې د ناروغي تشخیص واضح نه وي او یا دا

چې د تداوي منظور د ابسي او Cyst دریناژ وي که چیري د ناروغ بطن خلاص شي او

کله چې A.Pancreatitis و موندل شي نو د غدي د پاسه باید ډول مانورې اجرا نه شي

کچیري د کیسه صفرا تیږي او یا زیږي موجود وي نو باید چې Cholecystostomy او

یا Choledochostomy اجرا شي او د پانکراس د دریناز او د بطن دریناز څخه

وروسته باید عملیاتي شق دوباره ترمیم شي.

د ناروغی اختلاطات

1. د ابسي جوړښت: دا یو نادر اختلاط دي او د دریمي هفتي څخه وروسته تاسیس

کوي او د یوې کتلي په شکل په چپ Flunk کي ظاهریږي او په دې حالت کې د

حرارت درجه لوړیږي د ابسي ظاهریدل په بعضي حالاتو کې د انتي بیوتیک د

استعمال په وجه د نظر څخه پټ پاتې کېږي د ابسي تداوي د جراحي مداخله او د ابسي د ریناژ څخه عبارت ده.

2. د پانکراس کاذب Cyst: په پنځه فیصده واقعاتو کې مشاهده کېږي او معمولاً د ناروغی په دوهمه هفته کې Cyst مینځ ته راځي
3. د ناروغی وروسته مکرري حملې (Relapsing Pancreatitis)
4. د دايمي Diabetes Mellitus مینځته راتلل
5. د پښتورگو عدم کفایه چې د شاک او پانکراس د نکروز سره یو ځای منځ ته راځي.
6. تنفسي عدم کفایه چې په غالب گومان سره د سږو د انساجو دضایعاتو په وجه منځ ته راځي.

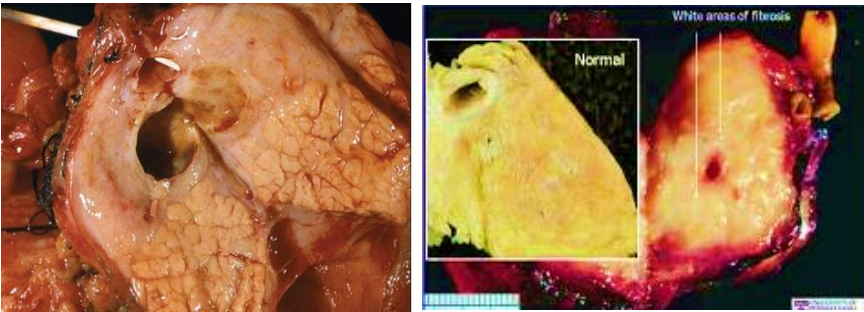
د ناروغی Prognosis

د Acute Pancreatitis انذار د ناروغی د شدت په وجه فرق کوي. اذیمایي Pancreatitis 3-10% وفيات لري او د نکروتیک پانکرتیایټس وفيات 40-50% او د تام نکروز په صورت کې سل فیصده وفيات لري هغه ناروغان چې د صفراوي تیږو له امله په Pancreatitis اخته شوي وي کچیري شفا شي نو باید چې ورته Cholecystectomy عملیات او یا صفراوي قنیواتو تیږي د جراحي د مداخلې او Endoscopic مداخلې په واسطه وایستل شي او باید یو میاشت مخکې د دوهمې حملې د تکرار څخه باید دا کار ترسره شي. ځیني مولفین وايي چې کله ناروغ د Acute Pancreatitis څخه شفا یاب شو مخکې له دې چې دروغتون څخه یې رخصت کړي باید د صفراوي قنیواتو او د صفرا د کڅوړې د تیږو په وجه ورته د جراحي مداخله ترسره شي او ځیني مولفین مقدمه د جراحي مداخله د اختلاطاتو د خطر په وجه خصوصاً د پانکراس د کاذبو Cysts په وجه نه توصیه کوي د ناروغی د شفا څخه وروسته د ناروغی نور اسباب لکه Hyper-Parathyroidism ولټول شي او د

موجودیت په صورت کې تداوي شي هغه ناروغان چې په الکولو عادت لري باید د الکولو د مشروباتو څخه د بعدي حملاتو د تکرار په وجه پرهیز وکړي.

Chronic Pancreatitis

د پانکراس دوامداره التهاب څخه عبارت دي چې د پانکراس د غدي د غیر قابل ارجاع او مورفولوژیک تغیراتو په وجه درد او د غدي وظیفوي عدم کفایي سره یو ځای وي ناروغی د سیر له نظره کله کله دوخامت خواته درومي لکین افت کله کله کاملاً بدون د درد څخه وي مزمن Panereatitis په هرو سلو زرو کسانو کې په دري سوه نفرو کې دا توپسي په وخت کې موندل شوي دي په کلینک کې پورته رقم کم وي دا ناروغی په نارینه وو کې نسبت بنځو ته زیات عمومیت لري (1:4) او د ناروغ متوسط عمر 40 کاله دي او د ناروغی وقوعات په بنځینه وو کې مخ په زیاتیدو دي.



سباب او پتالوژي (شکل ۲۸) د پانکراس مزمن التهاب

د ناروغی معمول ترین سبب د زیاتو مشروباتو استعمال کول او ورسره د پروتین او شحمي غذا استعمال کول دي چې میخانیکت یې تراوسه معلوم نه دي لیکن داسي معلومېږي چې د الکولو استعمالول د پانکراس د عصاري په مقدار او محتوي کې تغیر راولي او په نتیجه کې یو پروتیني کتله جوړوي چې د پانکراس د قنویاتو د بندش سبب ګرځي د ناروغی نور اسباب د پانکراس د قنویاتو بندش د تضیقاتو په وجه مثلاً د ترضیض وروسته د پانکراس د قنات انسداد،

Cystic Fibrosis، Hyper Thyroidism د ماشومانو سوي تغذي او يو تعداد زيات Idiopathic حالات د Chronic Pancreatitis د اسبابو څخه شميرل کيږي کله کله دامپولا و اتر تضيق دمزمن Pancreatitis سبب گرځي کله کله چې ظهري او بطني جوانه سره وصل نه وي او د اضافي Papilla تضيق ممکن د Pancreatitis سبب وگرځي اما په دي حالت کې د پانکراس سر سالم وي د ناروغی په شروع کې ترڅو چې ناروغي تاسيس کوي ممکن پانکراس کاملاً نورمال وي او وروسته پانکراس غټيږي او د Sclerosis له کبله سخت کيږي او د پانکراس قنويات معوج او متوسع کيږي او دهغه په داخل کې متکلسي تيري چې د څوملي گرامو څخه تر ۲۰۰ ملي گرامو پورې په هغه کې تشکل کوي او په نتيجه کې د پانکراس د قنوياتو د بندش په وجه يو جلاتيني پروتين داره مايع او يو تعداد نکروتیک مواد د پانکراس د Cysts سبب گرځي دهستو لوژي له نظره دا افت مخصوص فصيصونه مبتلا کوي او په نتيجه کې د قنوياتو د Meta Plasia د Acini د ضمور او د قنوياتو د اپيتليوم Hyper Plasia او د فصيصاتو ترميخ د فيبروز سبب گرځي په هغه واقعاتو کې چې مهم کلينيکي تشوشات موجود وي نوموړي تغيرات د پانکراس يو زيات قسمت او يا ټول پانکراس مصابوی او پانکراس په Sclerosis باندې بدلېږي او هم کېدای شي د شريانونو، لمفاوي عقداو Portal Vein، Spleen د صفراوي قنوياتو او کولون د تضيق سبب هم شي.

اعراض او علايم

د Epigastric ناحي درد په 93% سلنه ناروغانو کې موجود وي چې دا درد په 29% سلنه واقعاتو کې په چپ طرف او په 44% سلنه واقعاتو کې په ښي Hypochondrium کې او په 56% سلنه واقعاتو د خلف خواته انتشار کوي نوموړي درد ځينې وخت د الکولو د څښلو وروسته شدت مومي او په نتيجه کې بي اشتهايي

مینځ ته راځي د درد په وجه سوي هضم رامینځ ته کيږي چې نوموړي سوي هضم د وزن بایللو سبب گرځي، شدید سوي جذب او Diabetes Mellitus د موخو تظاهراتو له جملې څخه دي. درسته فزيکي معاینه د ناروغ د تشخیص سره اکثرا کومک نه کوي، لیکېن په 30% واقعاتو کې زيږي د پانکراس د خلف د صفراوي قنيواتو د تضيق په وجه مشاهده کيږي د يوي سختي او حساسي کتلي موجودیت د Epigastric په ناحیه کې د پانکراس په Cyst او Cancer باندي دلالت کوي.

خصوصي معاینات

1. د سيروم Amylase د سويي تعینول چې د حملي په وخت کې لوړيږي.
2. د بطن ساده X-Ray چې ممکن په 65% سلنه واقعاتو کې يو Calcification مورډ ته راوښيي.
3. التراسونډ چې د پانکراس ضخامه، Cyst، معوج او متوسع او معوج قنيوات مورډ ته واضح کوي.
4. CT-Scan چه د ناروغی توپيري تشخیص د نورو دردونو سره واضح کوي يعني د پريتوان خلفي Lympho-Adenopathy او Sarcoma رانښي.
5. ERCP چه د قنيواتو او Papilla تضيق مورډ ته واضح کوي چې دا معاینه هم د Pancreatitis سبب گرځيدای شی، د قنيواتو انومالي او وسعت هم مورډ ته واضح کوي او په همدې ډول دا معاینه د جراحي د استتباباتو او د عملیاتو د ډول سره هم کومک کوي، خو بيا هم باید په یاد ولرو چې د ناروغی توپيري تشخیص د پانکراس د Carcinoma سره صرف د Laparatomy د اجرا وروسته واضح کيږي.

درملنه

ناروغانو ته د شحمیاتو او الکولو څخه پرهیز ورکول توصیه کيږي، د پانکراس د انزایمو توصیه، که چيري Steatorrhea موجود نه وي د Vit-D او

Triglyceride ورکول ضروري دي، شديد دردونه د انالجزیک په استعمال سره کميږي او کله کله د عصب حشوي بلاک د درد څخه مخنيوی کوي، درد د الکولو د پرهيز په وجه اکثرا له منځه ځي، که چيري Diabetes Mellitus منځته راغلي وي په ابتدا کې د خولي له لارې د Anti Diabetic Drugs په واسطه کنترول کيږي او کله د انسولين د تطبيق کولو په واسطه کنترول کيږي.

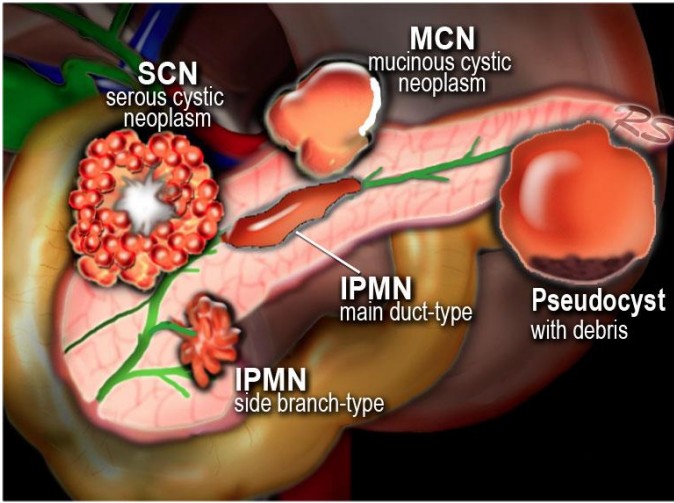
طبي اهتمامات او تدابي اکثر د ناروغ د شفا سبب گرځي د جراحي مداخله په هغه وخت کې ضرور ده چې د الکول د پرهيز سره هم ناروغی کنترول نشي او د جراحي مداخله د Pancreatogramme او CT-Scan د اجرا څخه وروسته صورت مومي، که چيري د پانکراس سر په قسمي ډول سالم وو د Distal قسمت ريزکشن تر Portal Vein پوري استطباب لري، برخلاف که چيري د پانکراس سر ماوف وؤ Pancreatoduodenectomy اجرا کيږي په نادر ډول د پانکراس قنات ډير متوسع وي چې پدي صورت کې اوږده Pancreatojejunostomy اجرا کيږي.

د ناروغی Prognosis

هغه ناروغان چې د جراحي ايجاب کوي په 75% سلنه کې د Excision او دريناژ څخه وروسته درد له منځه درومي او ناروغ شفا کيږي ليکن Steatorhea او Diabetes ممکن منځته راشي په يو تعداد ناروغانو کې درد ادامه پيدا کيږي او د Total Pancreatectomy ايجاب کوي او نوموړی ناروغان د بنوؤ نتايجو د لاس ته راوړلو په خاطر بايد د الکولي مشروباتو د څښلو څخه ډډه وکړي.

Pancreatic Cyst

د پانکراس سيستونه په عمومي ډول په دوه گروپو ويشل شوي دي چې يو يي حقيقي يا True او بل يي کاذب يا Pseudo Cyst دي.



شکل (۲۹) د پانکراس کیستونه

True Pancreatic Cyst

(20%) عبارت له دغې سیستو څخه دي چې د یوې مایع څخه ډک وي او د اپتیلیل غشا پواسطه احاطه شوي وي او په دوه ډوله دي چې عبارت دي له:
الف: ولادي سیستونه:

۱: واحد یا Single Cyst

۲: متعدد یا Multiple یا د Pancreatic Cyst ناروغي

۳: سیسیت درمویډ

۴: د پانکراس فیبروتیکه ناروغي

ب: کسبي سیستونه:

۱: احتباسي یا Retention Cyst

۲: Parasitic Cyst

۳: نیوپلاستیک سیستونه

الف: Adenoma Cyst سلیم یا (سلیم Admona سیست)

Adeno Carcinoma Cyst ب:

د پانکراس ولادي سيستونه ډیر نادر دي او د پانکراس پرازيتي سيستونه د امریکا په متحده آیالاتو کې راپور نه دي ورکړل شوي د پانکراس د التهاب په وجه چې اکثر د پانکراس د قینواتو توسع رامنځته کوي او د Retention Cyst سبب ګرځي او دا هم په ندرت سره لیدل کیږي او د پانکراس Neoplastic Cyst هم لږ لیدل کیږي.

Pseudo Pancreatic Cysts

د پانکراس کاذب سيستونه عبارت له هغه سيستو څخه دي چې د یوې ليفي یا Fibrotic غشاء لرونکې دي او د سيست محتوي د پانکراس د عصاري څخه ډک (د وينې علقې سره او یا علقې نه وي) او لرونکي د پانکراس د نکروتیک او یا التهابي حجراتو وي. دا سيستونه اکثراً یو وي او د پريتوان په Lessar Sac کې موقعیت لري. لیکېن کله کله د پانکراس په داخل کې د مستعرض کولون په مساریقه، کبیره ثرب او په نادر ډول د پانکراس په خلف او یا منصف یعنی Mediastinum کې منځ ته راځي. د پانکراس د Pseudo Cysts رنګ شفاف او یا بدون د رنګ وي اما نظر په دې چې څومره مقدار د پانکراس د وينې او یا د نکروتیک حجراتو پکې شتون لري کیدای شي نسواري او یا شین تیاره رنګ ولري.

Etiology

د پانکراس د Pseudo Cysts اسباب عبارت دي له:

1. د پانکراس د حاد التهاب څخه وروسته 75% سلنه.
2. د ترضیضاتو څخه وروسته 25% سلنه.

باید ووايو چې نیوپلازم، پرازیتونه او د معدې د خلفي قرحاتو تثقب هم د ناروغي د اسبابو څخه شمیرل کیږي او دا ناروغي ډیره په نارینه وو کې د ژوند په

خلورمه او پنځمه لسيزه کې مشاهده کيږي او د ناروغۍ په منځ ته راتگ کې Pancreatitis چې د مشروباتو (الکولو) په واسطه منځته راځي. نظر د صفراوي قنيواتو تېرو ته ډير رول لري.

اعراض او علايم

د پانکراس د Pseudo Cysts اعراض عبارت دي له د گيډې دوامدار دردونه، تبه او د کولمو فلج Ileus څخه چې دوي يا درې هفتې وروسته د پانکراس د حادې حملې او يا ترضيض څخه ظاهريږي. درد په Upper Quadrant کې او يا Epigastric ناحيه کې موقعيت لري او بعضاً د خلف خوا ته انتشار کوي او د ناروغۍ د مهمو اعراضو څخه شميرل کيږي. په 20% ناروغانو کې زړه بدوالی، کانگې، بې اشتهايي او د وزن بايلل موجود وي او په نادر ډول د کتلې د فشار له امله په Portal Vein او د مري د Varices د جوړيدو په وجه د معدی معايی وینه بهيدنه منځته راځي. که چيرې په صفراوي قنيواتو فشار موجود وي زيرې هم ظاهريږي.

په فزيکي معايينه سره په 75% سلنه ناروغانو کې يوه غټه کتله چې مدوره او ثابته وي. د گيډې په علوي قسمت کې موندل کيږي. چې اکثراً بدون درد څخه وي. د کتلې حرکت نظر په التهابي عکس العمل د سيست د مجاورو احشاوو سره او د هغه تشبیت د هغوي سره فرق کوي. د کتلې جسامت کله کله تغير کوي. چې ممکن سيست دريښاد د پانکراس قنيواتو ته راوښيي او کله کله کتله کاملاً رشف کيږي. چې دا حادثه د مايع د رشف کيدو په وجه په کبيره ثرب او د پانکراس د ضخامې د ورکيدو په وجه کله چې التهابي وتيره خاموشه شي منځته راځي.

متممه معاينات او لابراتواري تيستونه چې د تشخيص لپاره ورڅخه گټه پورته کېږي عبارت دي له:

1. د سيروم Amylase سويي لوړوالي.

2. د Barium Meal اجرا چې د دې معاینې په اجرا سره معده د یوې کتلې په ذریعه علوي او قدام ته تیله کیږي او که چیرې Pseudo Cyst په علوي کې موقعیت ولري. د معدې صغیره انحناء همواره او پلنه معلومیږي. که چیرې سیست د پانکراس په سر کې موقعیت ولري. د اثنا عشر چوکاټ متوسع بنکاري او د مستعرض کولون چوکاټ به بې ځایه او سفلي ته تیله بنکاره شي.
3. Ultra Sound چې د ناروغی په تشخیص کې یوه با ارزښته معاینه ده.
4. د پانکراس قنات Retrograd Indoscopic Canulation چې ممکن د پانکراس د قنات بندښت او یاد وایرسونگ د قنات بندش او Extra Vasation د ملوټه موادو د سیست داخل ته ننوزي.
5. Computerised Axial Tomography د سیست د موقعیت لپاره یو ښه تشخیصه میتود دي.
6. د وینې معاینه چې اکثراً Leucocytosis پکې موجود وي.

Treatment

د پانکراس د حقیقي سیستو تداوي د جراحي مداخلې او د سیست د لیرې کولو څخه عبارت ده. د پانکراس د Pseudo Cysts تداوي نظر پدې چې سیست حاد او یا مزمن دي فرق کوي. چې د پانکراس حاد سیستونه د Acute Panceatitis په تعقیب منځته راځي او د (20-40%) سلنه پورې په خپله رشف کیږي. نو د همدې کبله که چیرې منتن نه وي. د تشخیص څخه وروسته په اولو هفتو کې باید هیڅ ډول د جراحي مداخله باید اجرا نشي او د التراساوند تکراري معاینات د دې لپاره چې ناروغي زیاته شوي ده او که رشف شوي اجرا کېږي. د جراحي تداوي هغه وخت استطباب لري چې سیست منتن شي او یا سیست د 2-3 میاشتو پورې موجود وي او یا د سیست قطر د ۲ سانتي متر څخه زیات او غټ شي او دا تداوي عبارت ده له:

- خارجي دریناژ یا Marsuplisation External Drainage
- داخلي دریناژ یا Internal Drainage چې شامل د Cystogastrostomy ، Cysto Duodenostomy او یا Cysto Jejunostomy Rouxy څخه دي.
- د پانکراس د یوه قسمت Resection چې سیست په بر کې نیسي.

باید ووايو چې که چیرې د پانکراس Pseudo cysts تداوي نشي کيداي شي د ثانوي انتاناتو په وجه د صفراوي قنيواتو (اساسي صفراوي قنات) او یا اثنا عشر د انسداد ، شدیدې وینه بهیدني او د سیست انشقاق په وجه مجاورو احشاوو ته او یا د پريتوان جوف ته اختلاطات ورکړي.

د پانکراس تومورونه

دا تومورونه په دوو گروپو ويشل شوي دي سليم او خبيث.

د پانکراس سليم تومورونه

1. Adenoma

2. Cyto Adenoma

3. د پانکراس د جزایرو د حجراتو تومورونه چې عبارت دي له:

• (Non β Cell) Zollinger Ellison Tumor

• (β Cell Tumor) Insulinoma

د پانکراس خبيث تومورونه

دا په خپل نوبت سره په دوو گروپو ويشل شوي دي.

الف) ابتدايي خبيث تومورونه

(a) Carcinoma

(b) Cysto adeno Carcinoma

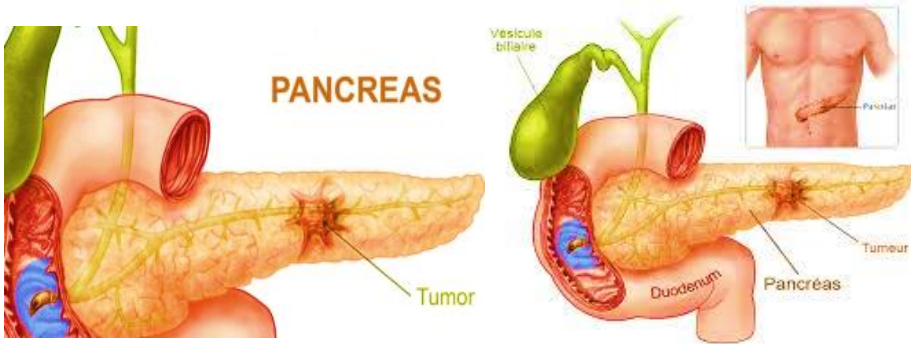
(c) د پانکراس د جزایرو د حجراتو خبيث تومورونه

(ب) ثانوي خبيث تومورونه

چه د معدې او صفاوي قنيواتو د تومورو څخه منشاء اخلي.

د پانکراس د جزایرو د حجراتو تومورونه یا Islet Cell Tumors:

دا تومور سره لري چې نادر دي. اما د میتابولیک تاثیراتو په وجه د هغه مطالعه کول په زړه پورې دي. کله کله دا تومور د متعددو Adenoma پواسطه چې د نخامیې غدې قدامي قسمت او پاراتايراید غدوات هم پري اخته کیږي یو ځای لیدل کیږي.



(۳۰ شکل) د پانکراس تومورونه

Zollinger Cell Tumor

دا تومور په غالب گمان د الفاد حجراتو څخه منشاء اخلي. ممکن سلیم او یا خبيث وي، چې خبيث تومورونه ډیره بطنی یا په ورو سره نشونما کوي. اما ینې ته میتاستاز ورکوي. دا تومور یوه ماده چې د گاسترین سره مشابهت لري افرازي او پکې د گاسترین مقدار زیاتیري او په نتیجه کې د معدې HCL زیات افرازيږي او د دې ناروغانو سره اسهال موجود وي. چې د هغه علت واضح نه دي او ممکن اسید د امعاوؤ د تنبه سبب وگرځي او همدا ډول پدې ناروغانو کې د معدې حاد قرحات منځته راځي. چې د Gastrectomy او Vagotomy او د دریناژ سره سره ناروغي بیا بیرته راگرځي.

Treatment

د ناروغی تدای د تومور لیبرې کول دي د جراحي د مداخلې سره او که چیرې ناممکن وي. د معدوي اسیدوزیات افرازیدل د Histamin H₂ Receptor Antagonist سره لکه (Ranitidine, Cimetidine) په واسطه باید کنترول شي او که چیرې دا تدای مؤثره واقع نه شوه باید چې Total Gastrectomy اجرا شي.

Insulinoma

(د پانکراس د بیتا حجراتو د جزایرو تومور) په 90% واقعاتو کې دا تومور سلیم او په 10% واقعاتو کې خبیث دي او په 10% ناروغانو کې متعدد وي او پدې ناروغانو کې د انسولین د زیات افراز په وجه دوه گروپه د هایپوگلاسیسیمیک اعراض مشاهده کیږي.

1. د CNS تظاهرات

(CNS Phenomena) چې عبارت دي له ضعیفې، خولې، لرزه، میرگې، د شعور گډوډې، Hemiplegia او بالاخره کوما چې ممکن د مرگ سبب وگرځي.

2. معدي معائې تظاهرات

(Gastro Intestinal Phenomena) چې عبارت دي له لوږې، د گیدې درد او اسهالاتو څخه او دا ناروغی هغه وخت چې ناروغ وږي وي ظاهریږي او اکثرأ د سهار د ناشتې څخه د مخه ظاهریږي او د غذا تر خوړلو وروسته دا اعراض رفع کیږي او درې گونې علائم (Whipple Tried) چې د اعراض لپاره وصفی دی عبارت ده له:

- د ناروغی حمله د لوږې څخه وروسته ظاهریږي.
- د ناروغی د حملې په وخت کې هایپوگلاسیسیمیا موجوده وي.
- د ناروغی حمله د غذا او یا شکرې تر خوړلو وروسته او یا د ورید له لارې د گلوکوز د ورکولو وروسته له مینځه درومي.

د ناروغي تشخیص د گلوکوز د تحمل د Test د اجرا پواسطه (Glucose

Tolerance Test) چې Hypoglycemia مورته څرگندوي وضع کيږي او دا Test

باید څو ساعته ادامه پیدا کړي، ځکه چې 8-10 ساعته لوړه لازمه ده، ترڅو چې

Hypoglycemia منځته راشي.

Treatment

د ناروغي تدابي د جراحي د عملیاتو په واسطه د تومور لیرې کول دي.

د پانکراس کارسینوما

په انگلستان کې د هرو ۵ کانسري واقعاتو له جملې څخه یوه د پانکراس کانسر

تشکیلوي، چې په هرو سلو زرو کسانو کې په کال کې ۱۲ نفره پدې ناروغي اخته

کېږي او په اخيرو شلو کالو کې د ناروغي وقوعات دوه چنده شوي دي. چې د ناروغي

دا زیاتوالي ممکن د یوې خوا د درست تشخیص په وجه او د بله طرفه د ناروغي په

زیاتوالي دلالت کوي. نارینه او نسځې مساوي اخته کېږي او اکثراً په زړو او مسنو

اشخاصو کې مشاهده کیږي او نیمايي د ټولو ناروغانو چې عمر یې له ۷۰ کلنۍ څخه

پورته وي پرې اخته کېږي.

اسباب او پتالوژي

د پانکراس Carcinoma په 60% سلنه واقعاتو کې د پانکراس سر، 25% سلنه

جسم او 15% سلنه د پانکراس لکۍ اخته کوي. د تومور ۱/۳ برخه چې د پانکراس سر

پرې اخته کیږي. د Peri Ampullary ناحیه تشکیلوي او یا د اساسي صفراوي قنات

د سفلي نهایت څخه منشاء اخلي او ۳/۴ پاتې برخه په خپله د پانکراس په سر کې قرار

لري.

د مایکروسکوپ له نظره تومور ارتشاحي (Infiltrating) سخت او غیر منظم وي

او د مایکروسکوپ له نظره په لاندې ډول دي.

- د مخاط افرازونکي تومور چې قناتي منشاء لري (Mucus Secreting)
- Non Mucus Secreting چې Acinar منشاء لري
- غیر قابل تفریق کونکي تومور یا Un Differentiated
- Cysto Adeno Carcinoma چې نادر دي (1%)

د اپیدیمولوژي له نظره یو ضعیف ارتباط د سگرټو او د پانکراس د Cancer تر منځ موجود دي، چې نظر د سرود کانسرو او سگرټو مقایسې ته کم دي او په همدې ډول غربي غذاگانې چې د پروتین او شحم څخه غني دي. ممکن د ناروغي په تولید کې رول ولري او همدا ډول د ناروغي شیوع په هغو خلکو کې ډیره زیاته ده چې زیات الکول مصرفوي. او ناروغي په هغه کسانو کې ډیره وي چې په مزمن پانکریاتیت اخته وي.

د ناروغي انتشار

1. مستقیم انتشار

کله چې د ناروغۍ په واسطه صفراوي اساسي قنات (CBD) اشغال شي. احتباسي زیرې منځ ته راځي او کچېری د ناروغي په واسطه اثنا عشر اشغال شي. د مخفي او یا څرگندې وینه بهیدنی سبب گرځي او که د ناروغي په وجه که د Portal Vein اشغال شي. د Portal Vein د فشار د لوړوالي او Ascitis منځ ته راځي او که چیرې د سفلي اجوف ورید د ناروغي په واسطه اشغال شي نو د سفلي اطرافو د اذیما سبب گرځي.

2. د لمفاوي لارې انتشار

پدې صورت کې تومور کولاي شي چې مجاورو لمفاوي عقدا تو او د ښې د سوبق (Hilus) لمفاوي عقدا تو ته انتشار وکړي.

3. د وینې د لارې انتشار

د وینې د دوران په واسطه تومور کولای شي چې ینه او وروسته سږي ته انتشار وکړي.

4. د تومور Trans Coelomic انتشار

پدې صورت کې تومور په پریټوان کې غرس کیږي او د حین سبب گرځي.

اعراض او علایم

د پانکراس کارسینوما په لاندې مختلفو اشکالو تظاهر کوي.

1. مخ په زیاتیدو احتباسي زیرې (Progressive)

چې بدون درد څخه دي او په کلاسیکو کتابو کې د هغه څخه ذکر شوي دي او د ناروغي دا شکل په نسبي ډول غیر معمول دي او د صفراوي مالگو د تراکم په وجه په وینه کې د څارښت سبب گرځي. زیرې دومره پرمخ درومي. چې د ناروغ پوستکي شین رنگ ځانته غوره کوي او د ناروغی دا شکل د Pri Ampullary د تومور په واسطه منځته راځي او صفراوي قنات په مقدم ډول مخکې له دې څخه چې مجاور انساج وسیعاً اشغال کړي او درد سبب وگرځي ماوف کوي.

2. Pain

په 50% واقعاتو کې یو مبهم او گنگ درد د Epigastric په ناحیه کې موجود وي او دا درد د زیرې څخه د مخه موجود وي او خلف خوا ته انتشار کوي او درد موقعیت د تومور د ماؤفیت په اساس په بني او یا چپ Hypochonder او یا Epigastric ناحیه کې موقعیت لري. د درد موقعیت په خلف کې د تومور د اشغال په وجه چې د پانکراس خلفي اعصاب اشغالي او همچنان د پانکراسي قنات د انسداد او رکودت له امله منځته راځي.

3. Jaundice

په ۲/۳ ناروغانو کې چې د پانکراس د سر کانسرو لري، موجود وي. ممکن د

د گیدې د ملحقاتو د جراحي ناروغی

د پانکراس د جراحي ناروغی

تومور د اشغال په واسطه په جسم او یا لکۍ کې او هم د لمفوي عقداتو د اشغال په واسطه چې مجاور عقدات احتوا کوي او یا يني ته ميتاستاز ورکوي هم د زيرې سبب گرځي او بايد په ياد ولرو چې زيرې په استثنایې ډول د تومور د نکروز له امله کله کله کميرې او په کامل ډول له منځه ځي.

Diabetes 4

د گلوکوز ظاهریدل په ادرار کې په يوه سپين ږيري سړي کې ممکن د پانکراس د تومور په واسطه منځته راشي.

Thrombo Phlebitis Migrans (مهاجرتي)

چې د پانکراس په کانسر دلالت کوي. چې په بي نفسهي ډول په سطحي وريدو کې مشاهده کيږي او دا Thrombo phlebitis کله چې د بدن په نورو ناحيو کې ظاهرېږي. په خپله له منځه ځي او د هغه علت نا معلوم دي.

6. د خبيثه ناروغيو عمومي تظاهرات چې عبارت دي له بي اشتهايي او د وزن بايللو څخه، په معاینه سره اکثراً ناروغان زيرې لري او په 50% کسانو کې د صفرا کڅوړه د جس وړوي. (Courvoisier's Law) او د تومور د غتوالي په صورت کې ممکن يوه کتله په Epigastric ناحیه کې قابل د جس ده. ينه اکثراً ضخاموي وي، چې د هغه علت د صفرا د احتباس په وجه چې صفراوي لارې بندې وي منع ته رادرومي.

خصوصي او متممه معاینات

مخکې له دې څخه چې خصوصي معاینات مطالعه کړو. بايد ووايو چې بعضاً دا معاینات د ناروغۍ په پيشرفته مراحلو کې چې تومور د پانکراس جسم او لکۍ اشغال کړي وي منفي وي.

1. Barium Meal: پدې معاینه کې د اثنا عشر د چوکاټ وسعت او د ډکيدو

نقیصه او یا د اثناعشر غیر منظم کیدل چې د پانکراس په اشغال باندي د تومور په واسطه دلالت کوي ممکن موجود وي (The Reversed 3 Sign).

2. په وینه کې د سیروم Amylase لوړیدل.

3. د زیړي د موجودیت په صورت کې ممکن د وینې بیوشمیک معاینات تغیر وکړي او احتباسي زیړي تشخیص کيږي.

4. CT-Scan او Ultra Sound ممکن تومور واضح کړي.

5. Fine Needle Biopsy: چې د Imaging د کنترول لاندې اجرا کيږي او د

Ampulla Vater د تومور څخه هم د Gastro Fibro Scope په واسطه بیوپسي اخیستل کيږي.

توپيري تشخیص

دا ناروغي باید د نورو یرقاناتو او د گیدې د علوي قسمت د دردو څخه باید توپيري تشخیص شي او باید په یاد ولرو چې د جسم او لکۍ کارسینوما د زیړي د نه موجودیت په وجه په مشکل سره تشخیص کيږي او اکثراً لابراتواري معاینات او X-RAY هم منفي وي.

Reference

1. Azizi Mohammad Masoum. Abdominal Surgery, 2nd ed. Kabul Medical University. 2012. P. 257-283.
2. Abdool Rahim Moosa, Miceal Bouvet and Reza A. Gamagami. Disorders of the Pancreas. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOSSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P.477-526.
3. F. CHARLES BRUNCICARDI; DANA-K, ANDERSEN et al. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY. Volume 2. 2005. P. 1221-1296.
4. HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011.
5. HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004.
6. Howard A. Reber, Lawrence W. Way. Pancreas. In: Lawrence W. Way, editor CURRENT: Surgical diagnosis & Treatment. USA: APPLENTON & LANGE; 2004. P. 517-40.
7. J.N. Thompson. Acute Pancreatitis. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON-BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P. 784-92.
8. Micheal L. Sler. Exocrine Pancreas. In: TOWNSEND Beauchamp. Evers. Mattox. Editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P. 1643-78.
9. Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF SURGERY. 7th ed. Karachi, Pakistan; Khuram & Brothers, Karachi; 2011.
10. R.C.G. Russell. The Pancrease. In: R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1130-53.

11. Rowan Parks and James Powell. Surgery of the Pancreas, Spleen and Adrenal Glands. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 339-58.
12. Sean J. Mulvihill. Pancreas. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 199-218.
13. STEPHEN-J McPHEE MAKINE A PAPADAKIS; CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS & TREATMENT. 2012. P. 683-691.
14. TOWNSEND BETUCHAMP EVERS MATTOX; Sabistan Text Book of Surgery, 18th ed. 2008. P. 1589-1623.
15. William E. Fisher, Dana K. Anderson, Richard H. Bell. Pancreas. In: F. Charles Brunnicarde, Dana K. Anderson.....et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW-HILL; 2006. P. 845-78.

څلورم څپرکی**توری****(Spleen)****د زده کړې موخي**

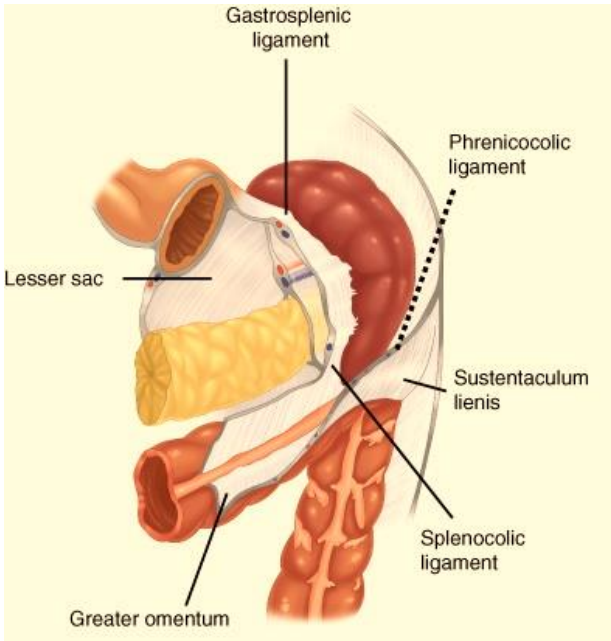
- د توري د جراحي اناتومي زده کړه.
- د توري د فزيولوژي د زده کړه.
- د توري د ضخامي د معمولی اسبابو زده کړه.
- د توري د ترضيضاتو د اسبابو، کلينيکي علايمو، تداوی او اختلاطاتو زده کړه.
- د توري د تومورو او سيستونو زده کړه.
- د فزيکي معاييني د مهارتونو لوړول.

توري په يوه کاهل شخص کې له ۱۵۰ څخه تر ۲۰۰ گرام وزن لري او په چپ طرف کې د ۹، ۱۰ او ۱۱ پوښتنيو لاندې واقع دي او په نورمال حالت کې د جس وړنه دي او دوالي يې تقريباً 11 cm، قطر يې 7 cm او پنډوالي يې 4 cm دي. توري يوه انسي مقعره سطح لري چې دمعدې له کبيري انحناسره مجاورت لري او حتي علوي قطب يې دمعدې له لوي انحناسره په تماس کې دي. دتوري بله جنبه سطح چې د چپ لوي انحناسره په تماس کې دي. توري د خپل شريان او وريد او يو شمير اربطو په واسطه په خپل ځاي کې کلک شوي دي. چې نوموړې اربطې عبارت دي له:

1. Spleno Phrenic Ligament
2. Spleno Renal Ligament
3. Spleno Colic Ligament
4. Gastro Splenic Ligament

چې نوموړې اړبڼې جراحي له نظره خاص اهميت لري او ددې اړبڼو په قطع كولو سره جراح كولاى شي چې په ډير آسانۍ سره توري د عمليا تو په وخت كې آزاد او د رايستلو لپاره يې تر كنترول لاندې راولي. توري يو فوق العاده وعايې عضوه ده چې د يوې ليفي محفظې چې يو يا دوه ملي متره پنډوالي لري پوښ شوي دي. دنوموړې محفظې پنډوالي له التهاباتو او انتاناتو څخه وروسته زياد او له مجاورو احشاؤو سره التصاقات پيدا كوي.

دتوري شريان چې د Celiac Axis يوه لويه څانگه ده. د پانكراس د علوي حافي په سرحد كې په معوج صورت سير كوي او د توري Hilus ته رسيږي. دتوري وريد هم له شريان څخه لږښكته سير كوي او توري ته ځان رسوي. دتوري وريد د Portal Vein يوه لويه څانگه ده او په خپل سير كې دپانكراس په نسج كې اكثرأ پټ وي.



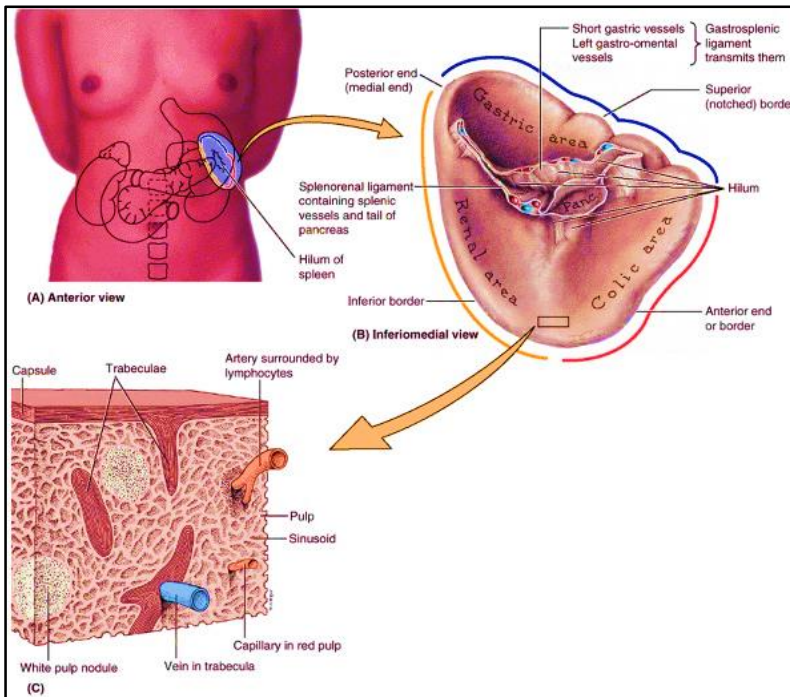
(شکل ۳۱) د توري اناتوميک موقعيت

د توري اناتومي

پرته له Accessory Spleen څخه د توري نورې انومالي گانې بيخي لږ دي. د توري ولادي نشتوالي او د زيات شمير لوب لرونکي توري واقعات ليدل شوي دي. د سريري له نظره کوم اهميت نه لري.

اضافي توري

دا يوه ولادي ناروغي ده او په هغه ناروغانو کې چې په هغوي کې Splenectomy اجرا شوې د 18% څخه تر 30% اضافي توري ليدل کېدای شي. اضافي توري د زيات د توري په سر، د پانکراس په لکۍ، معده، ثرب، معدې او د توري رباط، چپ پښتورگي او حتي په يو شمير حالاتو کې په جنين کې ليدل شوي.



۳۲ شکل) د توري هستولوژي

Physiology of Spleen

توري د ژوندانه لپاره ضروري او اساسي عضوه نه گنل کېږي خو سره له دې هم په وجود کې یو زیات شمیر وظایف سرته رسوي چې نوموړي وظیفې عبارت دي له:

۱: توري وینه فلتر کوي او په ۲۴ ساعتو کې ۳۵۰ لیتره وینه له توري څخه فلتر او تیرېږي یعنې توري د وینې د فلتر کولو مهمه وظیفه په غاړه لري او د وینې ټولې هغه حجرې چې ماوې وي شکل یې تغیر کړي وي او یا دا چې نور عناصر وروپورې نښتي وي او اجنبي اجسام احتوا کوي له دوراني سیستم څخه جلا کوي لکه د غنمو د پاکولو په وخت کې چې غنم د غل بیل پذیرعه تیرې، خاورې او نور خش او خاشاک له غنمو څخه جلا کوي.

۲: توري د وینې زړې او خرابې حجرې تخریب او له منځه وړي یعنې د وینې د Destruction وظیفه په غاړه لري.

۳: توري په انسانانو کې د وینې د ذخیرې وظیفه په غاړه لري چې نوموړې ذخیره شوي وینه د ضرورت په وخت کې لکه Bleeding او داسې نورې پېښې آزاد او د انیما سره مجادله کوي.

۴: توري په رشیمي ژوند کې د وینې د جوړولو وظیفه په غاړه لري. چې البته دا وظیفه وروسته له ولادت څخه توقف کوي. صرف په یو شمیر حالاتو کې امکان لري پورته وظیفه له ولادت څخه وروسته قسماً اجرا کړي یعنې توري د Extra Medollary Hematopoisis وظیفه هم په غاړه لري.

۵: توري د RES سیستم یوه مهمه عضوه ده او د Phagocytosis وظیفه وړاندې بولی شي.

۶: توري د عضویت په دفاع کې لویه برخه لري. α.Globulin جوړ او دوران ته وړاندې کوي.

۷: توري د هډوکي د مغزو د کنترول او تنظیم وظیفه هم په غاړه لري. پدې ترتیب

چې د توري د عصارې یوه برخه د هډوکي د مغزو فعالیت نهې او بله برخه یې د هډوکي د مغزو فعالیت تنبه کوي.

۸: یو شمیر مؤلفین وایي چې د فشار او Stress په وخت کې یو قسم Vasodilator اقسام له توري څخه آزادېږي چې دا و عیود توسع سبب گرځي چې دا مواد د Splenin په نوم یادېږي یعنې توري علاوه له پورته وظایفو څخه هورموني وظیفه هم اجرا کوي.

۹: د Platelete د ذخیره کولو او Erythrocyte د تولید وظیفه په غاړه لري.

د توري ضخامه (Splenomegaly)

د توري لویوالي ته Splenomegaly وایي.

فزيکي علايم

د دې لپاره چې توري د سريري له نظره د جس وړ شي بايد د طبيعي حالت څخه درې ځله غټ او لوي شي چې په دې صورت کې توري يوه گرده کتله جوړوي چې د تنفس په حالت کې حرکت کوي او د چپ طرف د پښتيو څخه بنسټه جس کېږي او په قرع سره اصمیت موجود وي. د توري ضخامه بايد د يو تعداد ناروغيو څخه توپيري تشخيص شي.

- ۱: د چپ طرف پښتورگي د غټوالي سره: که چېرې پښتورگي ډير غټ نه وي دا چې پښتورگي قدام ته کولون موقعيت لري او په قرعې سره طبليت موجود وي.
- ۲: دمعدې د Cardia او يا علوي قسمت د Carcinoma سره: که چېرې د معدې تومور قابل د جس وي دمعدې د انسداد اعراض به موجود وي.
- ۳: د پانکراس تومور او Cyst سره هم بايد توپيري تشخيص وشي.
- ۴: د توپيري تشخيص لپاره له فزيکې، راديولوژيک او لابراتواري معایناتو او التراساوند څخه گټه اخستل کېږي.

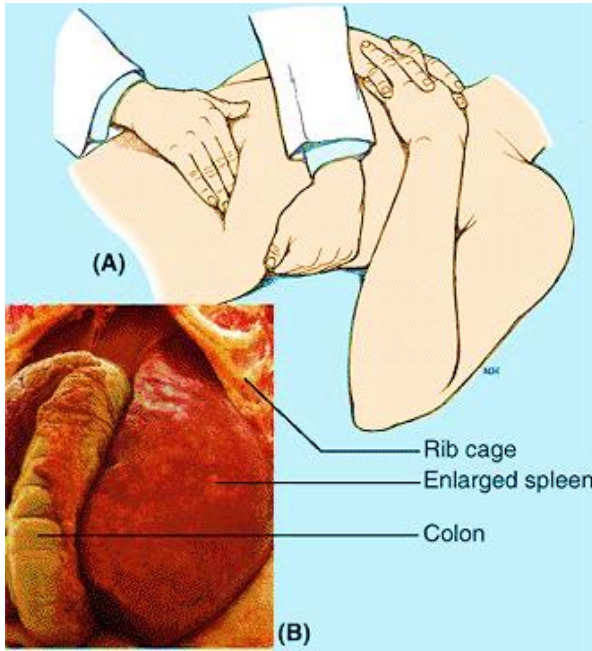


Normal spleen



Splenomegaly

(شکل ۳۳) د توري ضخامه



(۳۴ شکل) د توري ضخامه

Classification of Splenomegaly

I. انتانات: ویروسونه لکه Glandular Fever

• باکتریاوي لکه Typhoid, Typhus, Septicemia (Septic Spleen)

• پروتوزواله کله Kalazar, Egyptian Splenomegaly, Schistosomiasis

• پرازیتي لکه Hydiatic Cyst

II. Hemopoitic ناروغۍ لکه Leukemia, Hodgkins Disease, Pernicious

Acholuric Polycythemia, Lymphoma, Jaundice, Anemia او

Myelosclerosis

III. د Portal Vein فشار لوړوالي یعنی Portal Hypertention

IV. Collagen او میتابولیک ناروغۍ لکه Gauchers Disease, Still's

Disease, Amyloid and Falty Syndrome

.V. Cysts، Abscess او د توري نومورچه دا ډول ناروغي ډير نادر دي.

لاندې دوه نقطې د سريري له نظره ډير د اهميت وړ دي.

- ۱: په انگلستان کې Splenomegaly پرمخ تللي او کتلوي ضحامه ممکن ديو تعداد ناروغيو لکه Polycythemia، Reticulosis، Leukemia او يا د Portal Hypertension څخه منځته راغلي وي.
- ۲: هر کله چې توري غټ او د جس وړوي بايد د يني د ضخامې او Lymphadenopathy ته هم خاصه توجه وشي.

Indication of Splenectomy

په لاندې حالاتو کې استطببات لري.

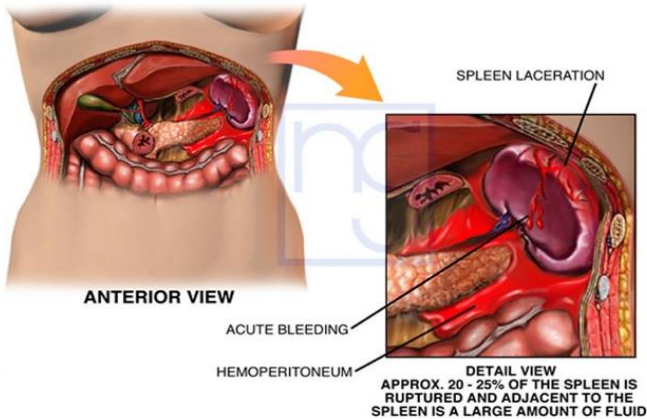
- ۱: د خلاصو او بسته ترضيضاتو پواسطه چې توري Rapture وکړي او يا د توري ماوف کېدل د جراحي د عملياتو په وخت کې په تصادفي ډول.
- ۲: د Splenectomy اجرا کول ديو تعداد ناروغيو په صورت کې چې د عملياتو يو جز تشکېلوي مثلاً د معدې Carcinoma د جذري عملياتو په وخت کې او يا د Splenorenal Anastomosis په وخت کې.
- ۳: د وينې د ناروغيو په صورت کې مثلاً Hemolytic Anemia، Thrombocytopenic Purpura
- ۴: د توري نومورونه او سيستونه.

د splenectomy د اجرا څخه وروسته د وجود مقاومت دانتاناتو په مقابل کې بنکته راځي. نو د همدې کبله د splenectomy اجرا ته د ترضيضاتو په وخت کې بايد ډير دقت او توجه وکړو او ډير محافظه کارانه عمل بايد وشي. په ماشومانو کې د splenectomy د اجرا څخه وروسته د ماشومانو مقاومت د pneumococcus په مقابل کې ډير بنکته راځي. نو په دې اساس نومورېو ماشومانو ته د pneumococcc

ضد واکسین او په لوړ دوز penicillin استعمالیږي.

د توري خیري کیدل (Rupture of the Spleen)

د گیدې په جروحاتو او ترضیضاتو کې توري زیات په Rupture اخته کېږي. یعنې د گیدې په بسته ترضیضاتو کې چې مسقیماً ضربه په Left Hypochondar واردیږي دا Rupture مینخته راځي. د توري خیري کیدل (Rupture) اکثرأ په تنهایی ډول لیدل کېږي. لیکن کېدای شي د پوښتیو د کسرونو. دینې د Rupture د چپ پښتورگی او حجاب حاجز د Rupture او د پانکراس د لکۍ د خیري کېدلو سره یو ځای هم منخته راځي.



(شکل ۳۵) د توري خیري کیدل

Etiology

ت تیرو او پخو ترضیضاتو او ترافیکی حوادثو په ذریعه په څیرو کیدو اخته

کیري.

۱: نافذه جروحات یا Penetrating Trauma

چې کېدای شي دا تروما Trans Abdominal او یا Trans Thoracic وي.

۲: غیر نافذه جروحات یا Non Penetrating Trauma

چې دا قسم ترضیضات په یو زیات شمیر حالاتو کې فقط له ترضیض سره سم د توري د چاودیدو سبب کېږي. چې د Imediat Rapture په نوم یادېږي او په یو شمیر نورو حالاتو کې له ترضیضاتو څخه وروسته ناروغ د توري د Rapture هیڅ اعراض نه ښکاره کوي. دا ځکه چې د توري Rapture ډیر وروسته صورت نیسي چې د Delayed Rapture په نوم یادېږي.

۳: د توري بنفسي څېرې کېدل یا Spontaneous Rapture

۴: د توري هغه جروحات چې د گیدې د عملیاتو په وخت کې مینځ ته راځي.

سریري اعراض او علایم

د توري Rapture چې هر قسم او له هره سببه وي یو شمیر اعراض منځته راوړي. چې د اعراض د Bleeding او توري د زخم په اندازې پورې اړه لري. یعنی چې هر څومره توري ډیر زخمی شوي وي او یا Bleeding شدید وي په هماغه اندازه اعراض شدید او په هره اندازه چې وینه بهیدنه کمه وي د توري زخم وړوکی اعراض هم کم وي. همدارنگه د ناروغ وضع او سریري اعراض د نورو احشاو په جروحاتو پورې مربوط وي. خو له پورته تشریحاتو سره سره بیا هم د توري د جروحاتو اعراض ډیر فرق کوي چې کله ډیر شدید او حتی ترڅو چې ناروغ ځان روغتون ته رسوي له منځه ځي او مړ

او کله هم بيخي لږ او حتي هېڅ اعراض موجود نه وي. لکن په عمومي صورت کوم وخت چې توري زخمي شي دا لاندې اعراض او علايم پيدا کوي. که چېرې توري د سويق څخه جدا يا مکمل توري پرې شوي وي د کتلوي وينې بهيدنې او ناخاپي مړينې سبب کېږي او په خو د قيوقې د ناروغ د مړينې سبب کېږي. چې خوشبختانه په نادر ډول دا حالت ليدل کېږي او که چېرې د وينې ضايع کېدو اعراض او علايم په تدريج سره مينځ ته راشي او د پريتوان د تخريش په وجه اعراض او علايم ظاهرېږي چې خو ساعته د ترضيض څخه وروسته دا حالت ظاهرېږي.

عمومي علايم

د گډېدې داخلي وينې بهيدنې مهم اعراض عبارت دي له د مخ خاسف کېدل او سرې خولې او دنبض سريع کېدل او د وينې فشار ټيټيدل او د Shifting Respiration او ناراحتي حالت چې ليدل کېږي.

موضعي علايم

الف: د گډېدې درد، حساسيت او تقلصيت چې په 50% سلنه واقعاتو کې موجود وي او درد د گډېدې په Left Upper Quadrant کې منځ ته راځي.
ب: Echymosis او د گډېدې حساسيت په Left Upper Quadrant کې موجوده وي

ج: د گډېدې انتفاح چې درې ساعته د ترضيض څخه وروسته منځته راځي. البته دا انتفاح د پريتوان د تخريش او د Paralytic Ileus له امله چې د پريتوان داخلي وينې بهيدنې په واسطه منځته ته راځي.

د: د Kehrs Sign چې تقريباً د ۱۵ څخه تر ۷۵ سلني پوري د توري په Rapture کې مثبت وي بايد ولتول شي. د دې علامې د پيدا کولو لپاره ناروغ د شا په تخته په بستري کې ځملي چې دبستري سر لږ ټيټه وي يعني د Trendelen Burg Position

ورکول کېږي او د څو دقيقو لپاره ناروغ پدې حالت کې ساتل کېږي او په عين وخت کې په ډيره احتياط د گېډې په علوي کېن طرف فشار وارديږي چې دا حادثه د Diaphragm د تخريش سبب او په نتيجه کې د کېنې اوږې درد پيدا کېږي.

ه: د Shifting Dullness علامه د Flank په ناحيه کې موجوده وي او Ballances علامه په 25% سلنه واقعاتو کې مثبت وي يعنې د توري د Rapture په صورت کې اصميت په دواړو فلانکو کې موجود وي. چې دا اصميت د وينې د حرکت په وجه په بني طرف کې تغير کوي او په کېن Flank کې د وينې د علقه کېدو په وجه چې د توري د Rapture په واسطه منځ ته راځي هميشه موجود وي او ثابت پاتي وي.

ر: په T.R سره د دوگلاس جوف حساس او متورم وي ځکه چې د دوگلاس جوف هم د وينې څخه ډک وي. د پورته علایمو سره سره که چېرې وينه کمه او په دوامدار ډول سره چې د توري د څيرې کېدو په وجه د گېډې جوف ته درومي او تشخيص مشکل وي نو بايد چې ناروغ تر کنترول لاندې ونيول شي. د ترضيضاتو وروسته د گېډې دردونه او حساسيت چې د Cardiac Out Put د کموالي او Oliguria سبب گرځي. نو بايد د توري Rapture په نظر کې ونيول شي. په ځينو حالاتو کې توري په مؤخر ډول Rapture او تمزق ورکوي. چې ممکن څو ساعته يا څو ورځې (۱۵ ورځې او يا زيات) وروسته د ترضيض څخه مشاهده کېږي. پدې شکل کې د ترضيض څخه وروسته د Left Upper Quadrant درد موجود وي چې دا درد ژرله منځه ځي او يوه خاموشه بدون د اعراضو دوره تيريږي او وروسته بيا د توري د Rapture اعراض او علایم ظاهرېږي. د وينې تجمع چې د توري د څيرې کېدو څخه وروسته د توري د کپسول لاندې موجود وي منځته راځي. په هغه کې Hemolysis منځ ته راځي د توري حجم زياتيږي او د توري د کپسول د چيرې کېدو وروسته د توري څخه آني او شديده وينه بهيدنه د گېډې په جوف کې منځ ته راځي. په همدې ډول توري د يو تعداد ناروغيو په موجوديت کې لکه ملاريا، Glandular Fever او Leukemia او نور په

بنفسهې ډول Rapture ورکوي او کله کله د ډیر خفیف ترضیض په وجه د توري څخه داخلي خون ريزي او Rapture رامنځته کېږي.

خصوصي معاینات

د توري Rapture ممکن د سریري معایناتو په واسطه تشخیص شي. که چېرې تشخیص مشکل وي او یا مترافقه آفات موجود وي نو دلاندې معایناتو څخه استفاده کېږي.

۱: Ultra Sound

د توري د Rapture د تشخیص لپاره یوه انتخابي معاینه ده او په معاینه کې د توري د کپسول لاندې او د توري په محیط کې هیما توم مشاهده کېږي. که چېرې د توري د کپسول لاندې هیما توم موجود وي په تکراري معایناتو کې د توري جسامت فرق کوي.

۲: Radiography

په ساده کلیشه کې د گېډې په علوي قسمت کې توري چې نورمال وي یو منظم خیال چې حدود یې منظم وي مشاهده کېږي. که چېرې توري خیري شوی وي نو د رادیولوژی علایم عبارت دي له:

A: د توري خیال په کلیشه کې له منځه ځي.

B: د psoas د عضلې خیال په کلیشه کې له منځه ځي.

C: د معدې د هوایي حباب دنداننه دار کېدل د چپ حجاب حاجز لاندې.

D: د چپ طرف د لاندینيو پښتیو کسرونه (چې ممکن په ۲۷% واقعاتو کې

مشاهده شي).

E: د چپ طرف حجاب حاجز لوړوالي.

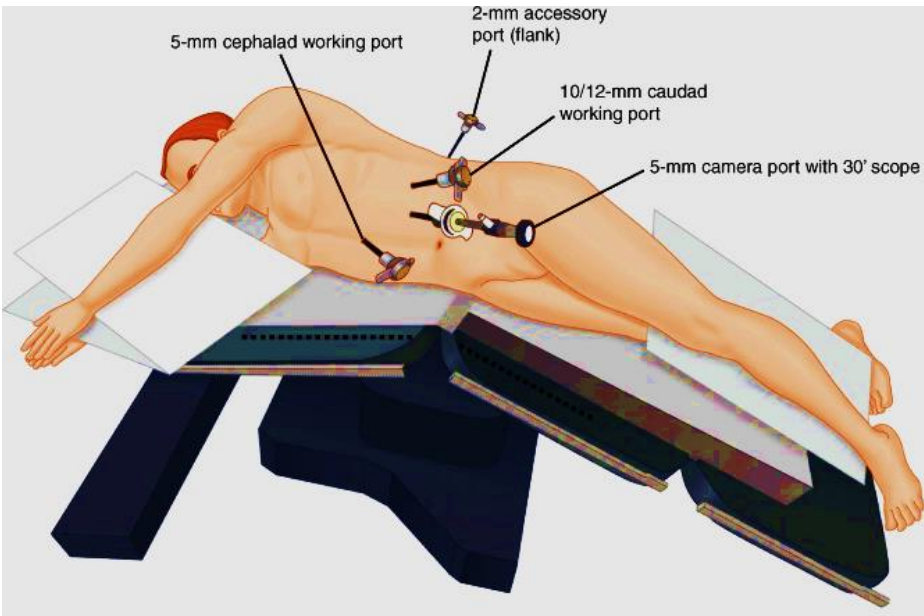
F: د کولمو په داخل کې د مایع او آزادي هوا خیالونه.

CT-Scan: ۳

چې د توري د رېچر په حالاتو کې یوه دقیقه معاینه ده. پدې معاینه کې د توري ډیر کوچني رېچر چې د ۵ ملي متر په اندازه وي هم مشاهده کېږي.

۴: Urin معاینه

که چېرې Hematuria موجود وي د پښتورگي په ترضيض دلالت کوي.



(شکل ۳۲) د توري د عملیاتو په وخت د ناروغ وضعیت

Treatment

د توري Rapture په حالاتو کې ناروغ ته عاجل دوینې نقل الدم یا Transfusion اجرا کېږي او عاجله Laparotomy استطباب لري. که چېرې توري څیري شوي وي او یا د سوق څخه جلا وي ایجاب د عاجلي Splenectomy کوي. که چېرې Rapture ډیره

کوچني وي بايد د ظریفو خیاطو او هیموستاتیک گازو (Surgicalls) څخه چې قابل د جذب وي گټه اخستل کېږي او توري بايد محافظ شي ځکه چې په ماشومانو کې د Splenectomy څخه وروسته د Septicemia خطرات زیات دي. یعنی په ماشومانو، کاهلانو او ځوانانو کې باید په کوچنیو ترضیضاتو کې توري محافظه او د Splenectomy څخه ډډه وشي.

د Hemostasis د کنترول څخه وروسته باید د گېډې نورو آفاتو دقیق تفتیش اجرا شي ترڅو مترافقه آفات د نظر څخه پټ پاتې نشي. انټي بیوتیک باید تریوې مودې پورې استعمال شي.

د توري تومورونه

Spleen Tumors

۱: د توري سليم تومورونه

د توري سليم تومورونه د توري له وعائي، لمفاوي او نورو ټولو عناصرو څخه منشا اخيستي شي. خصوصاً وعائي تومورونه لکه hemangioma او endothelioma زيات ليدل کېږي چې نوموړي تومورونه خباثت ته ورته وي. همدارنگه د توري تومورونه کله کله د hyper spleenism سبب گرځي او د وړو ترضيضاتو په واسطه د توري Rapture منځته راوړي. د توري تومورونه کله کله د گېډې په left upper quadrant کې يو کتله منځ ته راوړي. خو کله کله هيڅ اعراض نه ورکوي او د نورو عملياتو په وخت کې په تصادفي صورت کشف او تشخيص کېږي. د تداوي لپاره يې بايد توري له تومور سره يو ځاي خارج او وايستل شي.

۲: د توري خبيث ابتدائي تومورونه

د توري خبيث ابتدائي تومورونه عموماً Sarcomatous وي چې په ډير چټکۍ سره وده کوي. د گېډې په Left Upper Quadrant کې د حساسيت او درد سبب کېږي. ناروغ ورځ په ورځ خپل وزن له لاسه ورکوي او په ډيره چټکۍ د پانکراس لمفاوي عقداتو او Liver ته ميتاستاز ورکوي. ناروغ وزن بايلي او ورسره Ascitis هم مشاهده کېږي ددې ناروغي تداوي ډيره مشکله ده. د توري د ايستلو سره هم ناروغ درست نه تد اوي کېږي ځکه تومور ډير ژر نورو احشاو ته ميتاستاز ورکوي. د توري ميتاستاتيک خبيث تومورونه ډير نادر دي حتي پخوا داسې فکر کېده چې توري ته ميتاستاز په هيڅ صورت نه نيسي. خو اوس بنسکاره شوه چې يو شمير خبيث تومورونه توري ته هم ميتاستاز ورکوي د توري د خبيث تومورونو تشخيص د درد حساسيت او د توموري کتلې د موجوديت په واسطه ايښودل کېدای شي او کله کله په

لابراتوار کې تشخیص کېږي. د توري د خبیثو تومورونو تداوي داده چې تومور په مناسب وخت کې مخکې له دې چې میتاستاز ورکړي تشخیص او وروسته له تشخیص څخه توري او تومور دواړه وایستل شي.

Cysts of Spleen

د توري سیستونه دومره زیات عمومیت نه لري او په دوه ګروپونو ویشل شوي دي. یو د توري Parasitic Cysts او بل Non Parasitic Cysts چې بیا Non Parasitic په دوه جلا ګروپونو چې یوئي حقيقي او بله ئي کاذب سیستونو ویشل شوي. د حقيقي سیستونو ډیر ښه مثالونو عبارت دي له: Dermoid Cysts او Epidermoid Cysts او بله یې Endothelial Cysts د توري کاذب سیستونه اکثراً د توري Trauma څخه وروسته پيدا او توري اختوا کوي. د توري د ټولو سیستونو ډیره ښه تداوي داده چې توري له Cysts سره یو ځای وایستل شي.

Reference

1. Azizi Mohammad Masoum. Abdominal Surgery, 2nd ed. Kabul Medical University. 2012. P. 285-291.
2. Adrian E. Park and Rodrich Mc Kinlay. Spleen. In: F. Charles Brunicards, Dana K. Anderson.....et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW-HILL; 2006. P. 879-96.
3. Alan T. Lefor and Edwards and Edward H. Phillips. Spleen. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 325-34.
4. David C. Hohn. Spleen. In: Lawrence W. Way, editors. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 541-55.
5. F. CHARLES BRUNCICARDI; DANA-K, ANDERSEN et al. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY. Volume 2. 2005. P. 1297-1315.
6. HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011.
7. HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004.
8. Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF SURGERY. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011.
9. O. James Garden. The Spleen. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Baily & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 1101-10.
10. R. Daniel Beauchamp, Michael D. Holzman and Timothy C. Fabian. Spleen. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P. 1679-1710.
11. Rowan Parks and James Powell. Surgery of the Pancreas, Spleen and Adrenal Glands. In: Margreat Farquharson, Brendan Moran,

- editors Farquharson's Textbook of Operative of General Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 353-55.
12. Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Spleen and Lymphnodes. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 435-76.
13. TOWNSEND BETUCHAMP EVERS MATTOX; Sabistan Text Book of Surgery, 18th ed. 2008. P. 1624-1652.

پنځم څپرکی

د پريتوان د جراحي ناروغی

د زده کړې موخې

- د دی لپاره چې د پريتوان د جراحي پراناتومی پوهه شوو.
- د موضعی او منتشر پريتونایتیس د ناروغی د اسبابو او کلینیکي تظاهراتو زده کړه.
- د پريتونایتیس د ناروغانو د جراحي پر تداوي پوهه حاصلول.
- د مزمن پريتونایتیس (توبرکلوزیک پريتونایتیس) په کلینیکي لوحه د پوهی حاصلول.
- د فزیکي معاینې د مهارتونو لوړول.

پريتوان

پريتوان د التهاب په صورت کې (Peritoneum)

پريتوان یوه نازکه غشاده او د گېډې د جدار، خلف، جوانب او هم ټولی بطني احشاوی یې پوښلی دي.

پريتوان په دوه قسمو تقسیم شوي دي

یو حشوي پريتوان او بل جداري پريتوان. حشوي پريتوان ټولی بطني احشاوي پوښلي دي او د گېډې د جوف متبقي قسمتونه د جداري پريتوان په واسطه پوښل شوي دي، جداري پريتوان د اعصابو څخه غني دي او د جداري پريتوان تخریش د شدید درد سبب گرځي، یعنی ماوفه ناحیه په موضعي ډول په شدید درد اخته کېږي او حشوي پريتوان د اعصابو څخه فقیر دي او د حشوي پريتوان درد نامعلوم او په

د جراحي فزيولوژي

د پريتوان جوف د گېډې يو لوي جوف دي او هغه غشا چې د پريتوان جوف يې پوښ کړيدې تقريباً د پوستکي سره مساوي سطح لري، پريتوان يوه مصلي شبکه ماننده غشا ده، چې د يوې طبقې سطحې جراتو (Polyhydral) څخه چې د Fibro Elastic انساجو د نازکې طبقې د پاسه قرار لري تشکېل شويدي او پدې ترتيب دا دوه طبقې جرات پريتوان جوړوي او دا غشا په لاندېني قسمت کې د يوه کم مقدار Areolar Tissue په واسطه تقويه شويدي، چې پدې ناحیه کې يوه شبکه د لمفاوي او عيو او يو تعداد زياتو د وينې د ثعريو وړی حجری پکې قرار لري او د هغه څخه جذب او Exudation صورت نيسي.

او د نوموړې غشا څخه يوه چسپناکه مايع چې زير خاسف رنگ لري او لرونکې د لمفوسايتونو او Polymorpho Nuclear ده افرازېږي او د بطني احشاو وښويدنه د گېډې په داخل کې آسانه کوي او د نوموړي مايع مخصوصه کثافت تقريباً ۱۰۰۰ دي او د گېډې احشا چې د گاز څخه ډکې وي علوي خواته حرکت کوي او د گېډې په جوف کې آزاد گاز هم د گېډې په علوي قسمت کې قرار لري.

د ولاړې په حالت کې که چېرې د پريتوان په جوف کې آزاده مايع موجوده وي د گېډې د علوي قسمت فشار نسبت سفلي ته کمېږي، که چېرې گاز د پريتوان جوف ته داخلېږي هغه پورته درومي او اجازه ورکوي چې ټولې بطني احشا ښکته خواته راشي.

د گېډې د فشار ټيټوالي د ديافراگم د حرکت علوي خواته يعنې د ذفير په حالت کې د شعريه وؤ د جذب سره کومک کوي او په دوامدار ډول افرازات علوي خواته سير کوي او تجربو ښودلې ده چې واړه رنگه مواد او باکتریاوې ډير ژر د پريتوان د

لمفاوي شبكې په واسطه جذب او د خو دقيقو په جريان كې نوموړي مواد د حجاب حاجز لمفاوي او عيو ته رسېږي او د مايعاتو حركت د پريتوان په داخل كې علوي ته ددې سبب كېږي چې د قيع تجمع د گېډې په داخل كې د ډيافراگم لاندې انتشار وكړي، هركله چې د گېډې په داخل كې يو مقدار زيات مايع د گېډې د احشاوو د ماوف كېدو له امله مثلاً د معدې او د اثنا عشر د تثقاتو په وجه د پريتوان داخل ته توييږي او نوموړې مايع سره د التصاقاتو چې يو قسمت ډير د هغې څخه د پريتوان نارمل التصاقات دي د گېډې سفلي خواته را درومي.

كه چيري Defect په جداري پريتوان كې ايجاد شي د Defect التيام د هغه د ځنډې څخه صورت نه نيسي بلكه دا ناحيه د Metamorphosis د عمليې په واسطه د Mesenchymal د حجراتو په واسطه ترميمېږي او يو لوي Defect د يوه كوچني Defect په شكل ترميم كېږي، د پريتوان غشا د آزموتيك د قانون په اساس يوزيات مقدار مايع جذب او افرازوي چې د پريتوان نوموړي خاصيت له امله د پريتوان د Dialysis د عمليې څخه د پښتورگو د عدم كفايې د تداوي په منظور استفاده كېږي.

د پريتوان التهاب

(Peritonitis)

Peritonitis د پريتوان د غشا د التهاب څخه عبارت دي او په اکثراً مواردو کې مکررونه د دې ناروغی سبب کېږي، د جراحي له نظره peritonitis په دوو برخو ویشل شوي دي.

1. Acute Peritonitis
2. Chronic Peritonitis

Acute Peritonitis

عبارت له هغه peritonitis څخه دي چې ناروغ په چابکی سره د پريتوان په التهاب اخته کېږي او د پريتونايتس اعراض او علايم په حاد ډول تظاهر کوي او دا په خپله په دوه ډوله دي:

1. Acute diffused peritonitis
2. Acute localized peritonitis

(Peritonitis حاد منتشر) Acute Diffused Peritonitis

حاد منتشر پريتونيت نسبت ټولو نورو شکلونو ته ډیر تصادف کېږي او د دې ډول peritonitis اعراض او علايم ډیر څرگند وي او د سير او انذارو له نظره که ژر تداوي نشي د مرگ سبب گرځي او دهغه تداوي په اکثراً واقعاتو کې د جراحي مداخلې څخه عبارت ده.

Etiology

د حاد پريتونايتس د ناروغی په ټولو حالاتو کې د پريتوان غشا د مرضي مکررونو په واسطه په التهاب اخته کېږي او دا باکتریاوي کېدای شي د څلورو لارو څخه د پريتوان د غشا د التهاب سبب وگرځي.

۱: د خارج څخه مثلاً د بطن نافذه زخمونه او د لاپراتومي وروسته انتانات.

۲: د بطني احشاوو د آفاتو په واسطه.

الف: د بطني احشاوو گانگرين مثلاً د حاد Appendicitis، حاد Cholecystitis، Diverticulitis او يا د کولمو د احتشا څخه وروسته.

ب: د بطني احشاوو تثقبات مثلاً د اثنا عشر او معدي قرحاتو تثقبات، د کولمو تثقبات، د اپنډکس تثقبات او يا د بطني احشاوو تثقبات د ترضيضاتو څخه وروسته.

ج: د کولمو د اناستوموز په ساحه کې د خياطو شکيدل د جراحي عملياتو وروسته هغه عوامل چې د سريري له نظره ډير مشاهده کېږي عبارت دي له د اپنډکس تثقب، د محرقې څخه وروسته د کوچنيو کولمو تثقب، د Peptic Ulcer (معدي او اثنا عشر) تثقب څخه وروسته او بلاخره د وړو او غټو کولمو تثقبات د بطن د نافذه جروحاتو څخه وروسته.

۳: د دموي لارې څخه د Septicemia په تعقيب (Staph-Coccus، Pneumococcus يا Streptococcus) چې په غلط ډول د ابتدايي Peritonitis اصطلاح هغه ته ورکړل شويده او په حقيقت کې دا ډول Peritonitis هم ثانوي د يوه ابتدايي انتاني منبع وروسته منع ته راځي.

۴: په بنځو کې د تناسلي مجرا له لارې وروسته د Salphangitis او يا د نفاسي دورې د انتاناتو څخه بايد ووايو چې په کاهلانو کې پريتوناتيس د جراحي د عملياتو وروسته د هغه اختلاطاتو په وجه 30% واقعات، 20% د حاد Appendicitis څخه او 20% د Peptic Ulcer د تثقب په وجه منځته راځي او پدي ترتيب اعظمي قسمت د Peritonitis د پورته دريو عواملو په واسطه منځته راځي.

هغه مکروبوته چې د Acute Peritonitis سبب گرځي مختلف دي او اکثراً E-Coli، ايروبيک او اين ايروبيک Streptococci او Bacteroids څخه عبارت دي، Clostridium-welchi هم موندل کېږي او نادراً Staph-Cocci او يا Pnumococci

او Klebsilla د ناروغی سبب گرځي او په اکثراً حالاتو کې څو مکروبونه د Peritonitis سبب گرځي.

د Acute Diffused Peritonitis پتو فزولوژي

که چيرې د مکروبونو تعداد او د هغه ويرو لانس کم وي نو پريتوان ته د داخليدو په صورت کې د Diffused Peritonitis سبب نه گرځي او تجربو ثابتته کړې ده چې نورمال پريتوان نسبت د وجود ټولو انساجو او حجراتو ته د زيات دفاعي قدرت او مقاومت لرونکي دي نو پدې اساس د Peritonitis د جوړيدو لپاره بايد د مکروبونو تعداد زيات او د قوي ويرو لانس درلودونکي وي او هر څومره چې د پريتوان په داخل کې د انصبايي مايع مقدار زيات وي د Peritonitis په منځ ته راتگ کې کومک کوي. هغه تغيرات چې د عضويت په داخل کې د پريتونايتيس له امله منځته راځي په دوو دستو تقسيم شويدي:

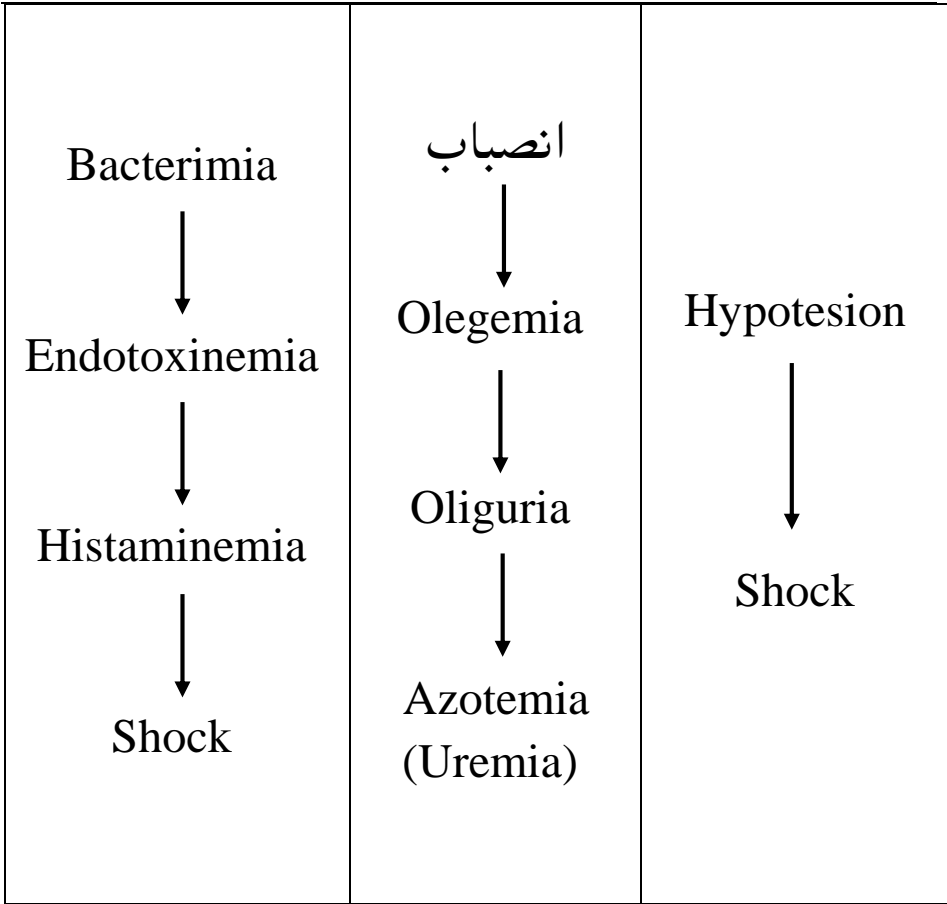
• موضعي تغيرات

د بطني احشاوو محتوي لکه د معدي او کولمو او نوره چې د پريتوان جوف ته تويه شي نو دا مواد چې هر څه وي د پريتوان د تخريش سبب گرځي او د پريتوان شعريه او عيهه تخريب او پارچه کوي او د پريتوان په داخل کې يو تعداد Exudate مايع آزادېږي چې د Peritonitis په منځ ته راتگ کې ډير کومک کوي او انتان گېډې ټول جوف ته منتشر کوي، دا مايع د Microbocidal خفيف خواص لري او تريوي اندازې د مرضي مکروبونو د تخريب سبب گرځي او د بله طرفه نوموړې مايع لرونکې د Fibrin ده چې د Agglutination خواصو درلودونکې ده او د پريتوان داخل قيح په ورو ورو جوفو کې محدود وي، کولمې او شرب په خپل مابين او حتي د جداري پريتوان سره التصاق کوي او پدې ترتيب د کولمو، شرب او د گېډې د جدار ترمنځ التصاقات جوړېږي.

• عمومي تغيرات

انصبايي مايع چې د پريتوان د شعريه او عيو د تخريب له امله د پريتوان په جوف کې منځته راځي، د گېډې په جوف کې پاتې کېږي او د بله طرفه يو مقدار مايع په هغه ناحيو کې چې په التهابي تخريش او اذيما اخته وي د انساجو په منځ کې راټولېږي. د پريتوان د شعريه او عيو تخريب د يوې خوا او د پريتوان د خلف او اړخونو د انساجو اذيما او التهاب د بله طرفه د عضويت د مايعاتو د ضياع کېدو سبب گرځي او په نتيجه کې د عضويت د پلازما د کميدو سبب گرځي، که چيرې نوموړې وتيره دوام پيدا کړي ټوله وريدي وينه چې نسي زړه ته رسېږي د حجم له نظره کمېږي او د قلبي دهانې د کميدو (Cardiac Output) سبب گرځي او نوموړې حادثه د Oliguria سبب گرځي او دا حادثه د وينې د فشار د راټيټولو سبب گرځي او په کافي اندازه وينه پښتورگو ته نه رسېږي او په نتيجه کې Oliguria او وروسته د Anuria سبب گرځي او د ازوتي مواد د احتباس له امله Uremia تاسس کوي، چون د وينې فشار ټيټ دي او دا ناروغان د Shock په حالت کې قرار لري که چيرې نوموړي ناروغان ډير وروسته تداوي شي او يا کافي مقدار مايعات ورنکړل شي نو د وينې د دوران د توقف سبب گرځي.

د پريتوان جوف ته يو تعداد زيات مکروبونه داخليږي او د هغه څخه Endotoxin ازادېږي چې دا اندوتوکسين د پريتوان په واسطه جذب کېږي او د وينې دوران ته داخليږي او په نتيجه کې د Bacteremia او Endotoxemia سبب گرځي چې Endotoxemia په خپل نوبت سره Histamine ازادوي او د شاک د وځيم کېدو سبب گرځي د بله طرفه ناروغ د پريتوان د تخريش او د گېډې د درد له امله خپل تنفس په سينه کې راباسي او ډير سطحي، لنډ او تيز تنفس کوي چې دا په خپل نوبت سره د شاک په جوړښت کې کومک کوي او عمومي تحولات په لاندې ډول خلاصه کوو.



Anatomopathology

د Laparatomy په حالاتو کې مشاهده کېږي چې:

۱. د پريتوان د جوف څخه مايع (انصباب) خارجيږي چې مختلف ډوله منظره لري که چيري Hyper Septic، Peritonitis وي نوموړې مايع تورنگه او يا زير مايل رنگ لري او که چيري د Peritonitis څخه ډير وخت تير شوي وي، نوموړې مايع Sero Purulent او يا Purulent وي که چيري د بطني احشاوو تثقب هم موجود وي د بطن په داخل کې د نوموړو احشاوو محتوي هم موجوده وي.

د گیدې د ملحقاتو د جراحي ناروغی

د پريتوان د جراحي ناروغی

۲. د پريتوان هغه ناحیه چې افت ته نږدې وي دهغه رنگ تور او بعضا کاږي غشا

ګانې د پريتوان د پاسه جوړېږي او په وړو وړو جوفونو ويشل شوي او پکې اېسې ګانې موجودې دي

۳. په ماوفه ناحیه کې التصاقات منځ ته راځي ترڅو ابتدايي آفت له منځه یوسي او پدې منظور ثرب او کولمې د آفت په چارچاپیره را ټولېږي او د التصاقاتو سبب ګرځي.

د پريتوان تيس پتالوژیک تاثیرات عبارت دي له:

۱. د پريتوان د لويې سطحې څخه د زیاتو توکسينو جذب.

۲. د پريتوان تيس په وجه د فلجې انسداد تاسيس چې دلاندې حادثو سبب ګرځي:

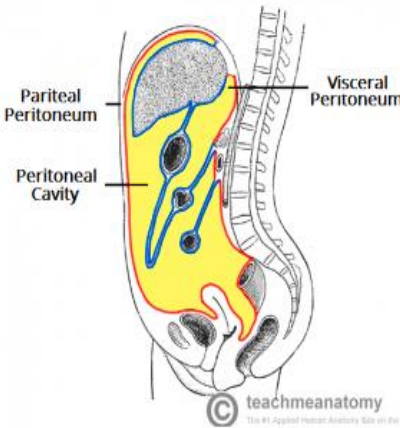
الف: د مايعاتو ضايع

ب: د الکترولايتو ضايع

ج: د پروتين ضايع

۳. د بطن توسع او انتفاح چې حجاب حاجز پورته تيله کوي او د سږو د کولاسپس

او Phenmonia سبب ګرځي.



د حاد منتشر Peritonitis

سرېري او کلینکې لوجه

د حاد منتشر Peritonitis

ناروغی په دوو مرحلو کې (Initial

and Terminal) کې مطالعه کوو.

(شکل ۳۷) د پريتوان اناتومي

۱: د ناروغی د تاسی مرحله (Initial)

پدې مرحله کې د ناروغ Subjective اعراض عبارت دي له:

- د گېډې درد.
- زړه بدوالي.
- کانگې.
- قبضیت.
- د نبض گړندي کېدل.
- د حرارت درجې لوړوالي.

Abdominal Pain

په ناڅاپي ډول شروع کوي او د گېډې شديد درد دفعتاً شروع کېږي، د بطن د درد تيزوالي متحول وي او د درد وصف خلغ مانند وي او درد د گېډې په يوه ناحیه کې نسبت نورې گېډې ته زیات وي او پدې حالت کې درد دوامداره وي او د انسداد په خلاف وی او د Appendicitis په حالت کې ناروغ په بستر کې آرام پروت وي. زړه بدوالی او کانگې په اکثراً واقعاتو کې موجود وي او هېڅ کله کتلوي کانگې لکه په انسداد کې په Peritonitis کې موجود نه وي. د حرارت درجه او نبض متحول وي په بعضې حالاتو کې د حرارت درجه نورماله او یا د نورمال څخه بنکته مشاهده کېږي اما نبض په اکثر واقعاتو کې سریع وي او د نبض ډیر سرعت د ناروغی په وخامت دلالت کوي.

قبضیت

د اعراض د انسداد د ناروغانو په شان واضح نه وی او کله کله اسهلات هم موجود وي.

د معاینې په حالت کې گېډه په تنفس کې اشتراک نه کوي او د گېډې سويه د

سينې څخه لاندې موقعيت لري، د جس په حالت کې د بطن د عضلاتو شخې يا تقلصيت (Contracture) يا Rigidity موجود وي او بايد ډير په ورو ورو د گېډې د عضلاتو شخې د جس په واسطه معاينه کړو د بطن د عضلاتو شخې متحوله وي، مثلاً د Peptic د قرحاتو د تثقب په حالت کې د گېډې د عضلاتو تقلصيت اعظمي حد ته رسيږي چې هغه ته حشوي بطن يا (Board Like) وايي، بعضاً د گېډې د عضلاتو تقلصيت کم وي او صرف د گېډې په يوه ناحيه کې عضلي مقاومت (Defense Muscular) موجود وي او د گېډې د عضلاتو تقلصيت په شروع کې په ماوفه ناحيه کې موجود وي کله چې Peritonitis منع ته راشي نو بيا ټول بطن ته انتشار کوي، بايد ووايو چې نوموړي شخې په ډنگرو کسانو کې او يا د محرقي د تثقب څخه وروسته ممکن هيڅ موجود نه وي.

د قرع په صورت کې که چيري Peritonitis د مجوفو احشاوو د تثقب له امله منځته راغلي وي د يني اصميت د ۲، ۷، ۸ پوښتيو په مابين مسافه کې په متوسط قدامي ابطني خط کې له منځه ځي او پدې معاينه کې بايد ناروغ په چپ جنبي وضيعت بیده شي ترڅو گازات د يني په ناحيه راجمع شي.

بلاخره د گېډې په ټولو دردو کې بايد د بطن اصغا هيره نه شي چې د Peritonitis په حالاتو کې د اصغا په صورت کې د کولمو آازونه نه اوريدل کېږي چې د کولمو د فلجي انسداد په وجه منع ته راځي په TR (مقعدی معاينه) سره د دوگلاس جوف ډک وي.

۲. اخرنی يا Terminal مرحله

که چيري د حاد منتشر Peritonitis ناروغان ۳-۴ ورځې د تداوي پرته پاتې شي بلاخره Terminal مرحلې ته داخلېږي چې پدې مرحله کې د نوموړي ناروغ وجه سريبي يا Cyanotic معلومېږي او تکراري کانگې (اول صفاوي او بيا غايطي) او سلگي د

گازاتو او غايطه موادو تام توقف هم منخته راځي، نبض سريع او خطي کېږي د ناروغ بطن منتفخ کېږي او Dyspnae منخته راځي او په معاینه سره گېډه به يوشان سخته او متقلصه وي او د ناروغ مخ د هیپوکرات منظره نيسي او پدې مرحله کې د ناروغ د بڼه والی چانس ډیر کمېږي.

لابراتواري معاینات

دا معاینات لږ تشحیصیه ارزښت لري او تشخيص د سریري لوجي په اساس کېښودل کېږي.

۱: د ویني په معاینه کې اکثرا Leukocytosis موجود وي.

۲: د پريتوان د جوف Aspiration ممکن د تشخيص په منظور گټور وي لیکېن اکثرا ضروري نه شمیرل کېږي پدې معاینه کې د موضعي انستيزي څخه وروسته چې پوستکي ته ورکول کېږي د گېډې د جوف هره مربع (Quadrant) د ستنې په واسطه اسپري کېږي چې د صفراوي مایعاتو موجودیت د Peptic Ulcer په تشباتو دلالت کوي او د قیح موجودیت په باکتریايي Peritonitis باندي دلالت کوي او که چیري وینه د ستنې په واسطه راغله نو بیا کله چې یو مقدار سیروم فزیولوژیک د بطن داخل ته تطبیق کوو او وروسته له څو دقیقويی دوباره اسپري کوو چې ممکن مایع به خارج شي او د تشخيص د وضاحت په مورد زموږ سره مرسته کوي.

۳: د گېډې ساده رادیوگرافي د ولاړې په حالت باندي چې ممکن په تشخيص کې کومک وکړي یعنی که چیري د مجوفو احشاوو تشقب موجود وي ممکن د Diaphragm لاندي په ښې طرف کې آزاده هوا ولیدل شي چې په نوم د Pneumo Peritoneum يا Free Air یادېږي، د آزادي هوا لیدل د Diaphragm لاندي په چپ طرف کې د معدي د آزادي هوا له امله تشحیصیه سیميولوژیک ارزښت نلري او په همدې ډول د Peritonitis ناروغانو په کلیشه کې د کولمو عروات د هوا او مایعاتو

څخه ډک بڼکارېرې چې متعددې سويې موجودې وي که چيرې د ناروغ وضعیت وځم وو او په ولاړې X-Ray ته نه شو دريداي نو په جنبي بيده وضعیت د اکسيري اجرا کول هم د بطن د تشخيص زمونږ سره مرسته کوي. CT-Scan د گازاتو په تشخيص کې يوه ارزښتناکه ماینه ده او اکثراً د پريتوانیتيس سبب واضح کوي.

۴: د سيروم Amylase د سويې تعينول چې ممکن د هغه لوړوالي د حاد Pancreatitis په تشخيص کې زمونږ سره مرسته کوي اما د سيروم Amylase د سويې لوړوالي په يو تعداد نورو ناروغيو او يا د اثنا عشر د قرحاتو د تثقب په وجه هم لوړېږي.

د ناروغی سرېري اشکال

د ناروغی مخفي او يا غولونکی شکل چې پدې صورت کې د مکروبونو تعداد او ويرو لانس کم وي او د گېډې د جدار تقلصیت کم وي د ناروغی پرمخ تللی او شدید شکل چې فوق الحاد او توکسيک وي او د ۲۴ او يا ۴۸ ساعتو په وخت کې د ناروغ د مرگ سبب گرځي، د ناروغی يو بل شکل چې د تداوي او انذارو له امله مهم دي عبارت دي له Pneumococcus Peritonitis څخه چې عموماً په ځوانو انجونو کې چې د ۵-۱۰ کالو عمر ولري مشاهده کېږي او مرضي مکروبونه د تناسلي لارې په تعقيب د Valvo Vaginitis څخه پريتوان ته نفوذ کوي.

د حاد منتشر Peritonitis توپیری تشخيص

دا بايد د کولمو د انسداد، صفراوي او حالي کولیک سره توپير شي چې پدې درې واړه حالاتو کې د کولیک په وجه ناروغ په بستر کې ډير نارآمه وي په همدې ډول بايد د Basal Pneumonia د Myocard د احتشا او هم د پريتوان د داخلي وينه بهيدنې او د ابهر د Aneurysm د Rapture سره هم بايد توپير شي چې د Peritonitis سره غلط کېدای شي.

درملنه

د حاد منتشر Peritonitis تداوي عبارت ده له جراحي د عملیاتو څخه او هرڅومره چې نوموړي ناروغان په مقدم ډول تشخیص او تداوي شي البته انذار يې ښه وي باید ووايو چې که چېرې د حاد منتشر Peritonitis ناروغان په ډیرو پرمخ تللو مراحلو کې روغتون ته مراجعه کوي نو پدې صورت کې د جراحي عملیات هم کومه گټه نلري.

د Acute Diffused Peritonitis تداوي د درو برخو څخه شامله ده:

۱: د ناروغ عمومي مراقبت

۲: د ناروغی د منشا له منځه وړل

۳: د پریټوان د جوف لواژ او پریمنخل

۱. د ناروغ عمومي مراقبت عبارت دي له:

الف: د درد تسکین د Morphine په واسطه

ب: د NGT په واسطه د معدوي محتویاتو Aspiration البته دا عملیه د کانگو د موادو عبور څخه په تراخیا کې د انسټیزي په حالت کې او هم دا ډول د بطن د انتفاخ څخه مخنیوي کوي.

ج: د ورید له لارې د مایعاتو او الکترولایتو تطبیق کول که چیري ناروغ د شاک په حالت کې وي باید ناروغ ته تازه وینه او یا د وینې معاوضه کونکي مایعات ورکړل شي.

۲. د ناروغی د منشا له منځه وړل

که چیري د Peritonitis عامل د اپنډیکس Diverticulitis، Perforation، د پیپټک قرحاتو Gaugrenous Cholecystitis، Perforation او نادراډ وړو کولمو Perforation وي، چې د جراحي د مداخلې ایجاب کوي باید هرڅومره ژر چې ناروغ د

انستيزي او جراحي مداخلې توان ولري بايد عمليات شي، ناروغ د عملياتو لپاره تيارېږي او د څو ساعتو په موده کې بايد عمليات اجرا شي او نوموړي ناروغانو ته د عمومي انستيزي لاندې بايد Laparatomy اجرا او د بطن چرک او يا مایعات بايد اسپري شي او د ناروغی د عامل د پيدا کېدو لپاره د معدې څخه تر رکتوم پورې بايد د بطن تفتيش اجرا شي او د جراحي مداخلی پواسطه درملنه یی وشي او که چيري د حاد منتشر Peritonitis سببي عامل Salphangitis، Pancreatitis او يا ابتدايي Pneumococcus او Streptococcus وي او تشخيص واضح وي نو پدې صورت کې بايد د محافظه کارانه میتود څخه گټه پورته شي او دا د ناروغی د انتخابي تداوي څخه شميرل کېږي.

۳. د پريتوان د جوف لواژ او پريمنخل

د حاد منتشر پيريتونايټيس سببي عامل کله چې له منځه یوړل شي بايد د ناروغ د پريتوان جوف د فزيولوژيک سيروم د گرم محلول په واسطه پريمنخل شي او د ټول اگزودیت او مایعاتو د اسپري څخه وروسته بايد د سيروم فزولوژيک محلول چې په انتي بيوتيک مشبوع وي (۱ څخه تر ۲ لیتر) خصوصاً کرسټال پنسلین د گیدې جوف ته اچول کېږي او ډیر موثر واقع کېږي او وروسته له هغه د گیدې جوف دریناژ او دوباره بسته کېږي او د عملياتو څخه په وروسته مرحله کې هم بايد ناروغانو ته مایعات الیکترولایټ او انتیبیوتیک او د لزوم په صورت کې کورټیکوید ورکول کېږي.

د حاد منتشر پريتونيټ انذار

سره له جدي مراقبت او عصري تداوي حاد منتشر پيريتونايټيس لس فیصده وفيات لري او هغه فکتورونه چې د ناروغ د مړینې سبب گرځي عبارت دي له:

۱. Bacterial Toxemia

۲. Paralytic Ileus

۳. Broncho Pneumonia

۴. Disorder of Electrolytes Balance

۵. Renal Failure

۶. دقیق نادرست دریناژ

۷. د هډوکي دمخ انحطاط

۸. د متعددو اورگانونو تحریب او عدم کفایه

Acute Localized Peritonitis

عبارت له هغه ناروغي څخه دي چې التهاب د پریټوان په ټول جوف کې منتشر نه وي بلکې د گیدې په یوه موضعي ناحیه کې التهابي پروسه موجوده وي مثلاً Appendicular Abscess د ډیافراگم لاندې ابسي او یا د ځیگر لاندې او یا د حوصلي ابسي، د کولمو د عرواتو په منع کې ابسي (Inter Loop Abscess)، د پانقراس ابسي او نوره چې په دي صورت کې بطني احشاً، کبیره ثرب، وړي کولمي او غټي کولمي او د بطن د نورو احشاو په واسطه ابسي تحدید کیږي او د التهاب د پرمختگ څخه مخنیوی کوي او التهاب موضعي کوي دلته د مثال په ډول Diaphragm لاندې او د ښې لاندې ابسي گاني مطالعه کوؤ.

د Diaphragm او Liver لاندې ابسي گاني

هغه ابسي گاني چې د ډیافراگم او ځیگر لاندې رامنځته کیږي.

Etiology

دا ابسي گاني ډیري په کاهلانو کې مشاهده کیږي چې د حاد منتشر Peritonitis په تعقیب، د اپنډاکس د التهاب د معدي او اثنا عشر د آفاتو (قرحي او د معدي کنسر) د ښي او صفراوي لارو د آفاتو (د ښي ابسي او د صفراوي لارو تیږي) د

صفاوي او معدي عمليات دليگاژ څخه وروسته، د پانکراس آفاتو، د پښتورگو ناروغي، د سينې افاتو (ديوي ابسي او يا متيقح Pleurisy) په تعقيب رامنځته کيدای شي.

Anatomy Pathology

د نوموړي ابسي گانو موقعيت تغير کوي او شيما تیک دول يې عبارت دی له:

الف: د بني طرف Inter Hepatico Diaphragmatico (د Hepatico Lig Teres په بني طرف کې وي).

ب: د چپ طرف Inter Hepatico Diaphragmatico لوژ (د يني مدور ليگامينټ چپ طرف ته قرار لري).

ج: د يني لاندي د بني طرف ابسي گانې (د Morison په جوف کې).

د: د توري جوف (د معدي دصغيري انحنا خلف ته قرار لري).

و: د معدي د خلف ابسي گانې (د Epiplon په جوف کې).

د پريتوان خلف ته د قطنی فقراتو علوی ناحیه اشغال کوي د ابسي شکل او منظره د سببي عامل له کبله فرق کوي او د بطني احشاوو لکه: ثرب، امعا او ميزو کولون په واسطه احاطه شوي وي او د ابسي محتوي يوه قيحي تور رنگه مایع او بعضا گازات تشکيلوي.

د ابسي اناتوميک سير يو د لاندي اشکالو په ډول وي: نوموړي ابسي گانې د ډياگرام لاندي سينې ته ځان خلاصوي او د قيحي Pleurisy سبب گرځي او کله کله قصباتو ته خلاصيري او د هغه د لاري خارج ته تخليه کيږي او يا دا چې نوموړي ابسي گانې د بطن جوف ته پرمختگ کوي او بطني احشاوو ته ځان خلاصوي او يا کله کله د پوستکي خواته انتشار کوي او يا د پريتوان جوف ته خلاصيري او د منتشر پيريتونايټيس سبب گرځي.

د ناروغی سريري مطالعه

نوموړي افت په دوو مرحلو کې مطالعه کوؤ د ناروغی شروع او تاسس.

۱: د ناروغی د شروع مرحله

د Diaphragm او يني لاندي ابسي معمولاً د عمومي پريتونايتيس څخه د لسو نه تر يووشت (۲۱) ورځي وروسته رامنځته کېږي. که چيري ناروغ انتي بيوتیک اخستي وي ممکن دا ابسي تر ډيره وخته پته پاتي شي البته د ناروغی شروع د گيډي درد او حرارت درجي د لوړوالي سره په ناڅاپي ډول شروع کېږي او ډير ژرد ناروغ عمومي وضع خرابېږي او په نادر ډول افت د سيني اعراضو درلودونکي وي لکه Cough، Dyspnea او د سيني جنبي دردونو په شکل شروع کېږي چې پدي صورت کې افت د حجاب عاجز سره په تماس او د يني په علوي کې قرار لري.

۲: د ناروغی د تاسيس مرحله

پدي مرحله کې د يوانتاني افت اعراض په صحنه کې حاکم وي او د حرارت درجه (۳۸ څخه تر ۳۹ درجي سانتي گراډ) پوري لوړېږي د ناروغ نبض سريع او تشې ميتيازي کمېږي او ناروغ ډير زر ډنگر کېږي البته فزيکي او وظيفوي اعراض د ناروغی په موقعيت پوري تړلي او فرق کوي که چيري ابسي د ډيا فراگم لاندي او يا د يني په علوي کې موقعيت ولري نو د سيني اعراض لکه د سيني د جنب درد، Cough، Dyspnea او حتی سلگی د حجاب عاجز عصب د تخريش څخه منځ ته راځي او په يوه فزيکي معاینه کې اعراض د يوه Pyopneumothorax په شکل موندل کېږي که چيري ابسي د يني لاندي موقعيت ولري په دي صورت کې درد په Right Hypochondrium او يا په Epigastric ناحیه کې موقعيت لري او د جس په واسطه د گيډي جدار حساس او متقلص وي او په قرعه سره که چيري په نوموړو ابسي گانو کې گاز موجود نه وي اصمیت (Tympani) به موجود وي او د گيډي نوري ناحیې

د گېډې د ملحقاتو د جراحي ناروغی
د پريتوان د جراحي ناروغی
ازادي او نرم جس کيږي که چيري ابسي د بطن په خلف کې موقعيت ولري نو په دي
صورت کې د پښتورگو د محيط ابسي گانو اعراض ورکوي او درد د پښتورگو او
قطني ناحيو کې موقعيت نيسي.

خصوصي معاينات

۱: د سپينو کرويياتو تعداد له 15000-20000 لوړيږي او يو Leuko Cytosis او
Polymorpho Nucleosis لوه موجوده وي.

۲: مهم ترينه خصوصي معاينه عبارت ده له د سيني راډيو گرافي څخه چې تقريباً
په ټولو واقعاتو کې يو انومالي مورته واضح کوي او د ناروغی مهم ترينه
راډيولوژيک علامه عبارت ده له:

الف: د ماوف طرف د حجاب حاجز پورته تلل.

ب: د حجاب حاجز د حرکاتو کموالی او يا په کلی ډول له منځه تلل.

ج: د پلورا انصباب (Pleural Effussion) او د سږي د قاعدې کولپس.

د: د حجاب حاجز لاندي مایع او د گاز موجودیت.

ه: د ناروغی دقیق موقعیت د التراساوند او CT-Scan په واسطه تعین کيږي.

د ناروغی پشرفت او سير

که چيري ناروغ په خپل حال پريښودل شي د يوه سلسله وځيمو اختلاطاتو سبب
گرځي دا ابسي په سينه او وروسته قصباتو کې خلاصيري او د Vomique په شکل
خارجيږي او يا د بطن ازاد جوف ته خلاصيري او د منتشر پيريتونايټيس سبب گرځي
نادراً پوستکي ته خلاصيري او استثناً مجوفو احشاوو ته خلاصيري.

د ناروغی تشخيص

که چيري ناروغی د گېډې د درد په واسطه شروع وکړي په دي صورت کې

د گیدې د ملحقاتو د جراحي ناروغی
د پریټوان د جراحي ناروغی
تشخیص اسان دي تنها د ناروغی پوپیری تشخیص دینې د منتن هیداتیک سیستم
سره مشکل دي که چیری ابسی د سینې په درد سره تظاهر وکړي تشخیص مشکل دي
او ایکسیري او بذل د ناروغی د تشخیص سره مرسته کوي او باید د حادي
متقیحي Pleursy یا Empyema سره توپیری تشخیص شي.

Treatment

د ناروغی په مقدمو مراحلو کې چې مایع او گاز په ایکسیري کې خیال نه وي
ورکړي باید یو وسیع الساحه انتی بیوتیک ناروغ ته توصیه شي که چیری ناروغی په
سرعت سره قناعت بخش ځواب وویلو معنی دا چې یو Cellulitis د ډیافراگم یا یښي
لاندي جوړ شوي دي که چیری د ایکسیري او سریري له نظره د ابسی موضعي اعراض
او علایم موجود وي او Chemotherapy د ناروغی درشف سبب ونه ګرځي نو په دي
صورت کې د الټراساوند او CT-Scan تر کنترول لاندي دي پوستکي له لاري ډریناژ
کیږي که چیری د دي تداوي سره جواب نه ویل کیږي او یا څو جوفه ابسی موجودي
وي نو باید چې د ابسی تداوي د جراحي د مداخلې په واسطه اجرا شي جراحي مداخله
د ابسی د موقعیت له نظره فرق کوي که چیری بطني اعراض موجود وي د بطن له لاري
ابسی ډریناژ کیږي او که چیری ابسی د حجاب لاندي او سینې اعراض موجود وي
باید د پریټوان خارج خلف خواته ډریناژ شي.

Chronic Peritonitis

په ټولو مزمنو Peritonitis کې د توبرکلوزیک Peritonitis افت ډیر په کثرت
سره لیدل کیږي او د وفياتو د کثرت له نظره وروسته له ریوي توبرکلوز څخه په
دوهمه درجه کې قرار لري مخکي له دي څخه چې د مزمن توبرکلوزیک
پیریټونایتیس څخه یادونه وکړو باید چې ووايو چې کله کله توبرکلوزیک
پیریټونایتیس په حاد شکل هم مشاهده کیږي او د ناروغی شروع ډیره د حاد

پريتونائيتيس مشابه دي هر کله چې بطن واز شي يو زير رنګه مايع د بطن د جوف څخه خارجيږي او دکبيره ثرب او پريتوان د سطحې د پاسه منتشر تو برکل مشاهده کيږي چې بايد يو مقدار مايع بکتريالوژي ته د نهايي تشخص او د مکروب د نوعيت لپاره وليږل شي او د هستو لوژيک تشخص لپاره بايد يوه پارچه د ثرب څخه واخستل شي او د گيډي جرحه بدون د ډريناژ څخه بسته کيږي په يو تعداد واقعاتو کې باوجود د دي چې د حاد بطن اعراض او علايم موجود وي ليکېن د حبن (Ascitis) موجوديت د حاد تو برکلوزيک Peritonitis تشخص تريوي اندازي اسانه کړي دي.

Chronic Tuberclosie Peritonitis

په انگليستان کې د ناروغی واقعات نادر دي اما د اسيا په يو تعداد مملکتونو او زموږ په وطن کې چون درست تدابير د ناروغی دمخنيوي په خاطر په حيواناتو کې نه دي نيول شوي نود ناروغي واقعات مشاهده کيږي.

د ناروغی اسباب او پتالوژي

Tuberclosie Peritonitis ډير په ځوانانو کې او مخصوصاً د بلوغ په دوره کې مشاهده کيږي او اناث نسبت هلکانو ته په دې ناروغی زيات اخته کيږي ناروغي اکثراً په هغه اشخاصو کې چې په سوي تغذيي اخته وي او يا په اميدوارو ميندو کې او يا هم په هغه اشخاصو کې چې زيات په الکولو معتاد وي مشاهده کيږي او دکوخ باسيل د لاندي ناحيو څخه پريتوان ته رسيږي

۱: د تو برکلوزيک مساريقي عقدا تو له لاري

۲: د Ileoceccal د ناحي د تو برکلوز څخه

۳: د Pyosalpinx تو برکلوز څخه

۴: د دموي لاري يعني دريوي تو برکلوز څخه چې Miliary-TB وي او کله هم د

Caviting د شکل څخه

د توبرکلوزیک Peritonitis څلور شکله موجود دي:**۱) Ascitic شکل**

پدې صورت کې پريتوان د Tubercle په واسطه اشغال کېږي او د پريتوان جوف د يوې زيرې خاسفي مايع په واسطه ډک وي د ناروغی شروع يو ناڅاپي وي او د ناروغ سره د انرژي ضياع د وجهي خسافت او د وزن نسبي بايلل موجود وي او ناروغ د گيډي د لويوالي له امله ډاکتر ته مراجعه کوي بعضاً د گيډي درد کاملاً وجود نلري او په يو تعداد نورو واقعاتو کې د گيډي درد او ناراحتی چې د قبضيت او يا اسهال په واسطه يی ملگرتيا کېږي موجود وي په تفتيش سره د گيډي د پوستکي لاندې سطحې وريدونه متوسع معلومېږي Shifting Dullness په اساني پيدا کېږي په نارينه ماشومانو کې چې Procesus vaginalis خلاص وي نو Tunica Vaginalis د خصيو پريتوان د Ascitis د مايع په واسطه ډکېږي او ولادي Hydrocele منځ ته راځي او د گيډي د فشار د زياوالي په وجه اکثراً د نامه فتن مشاهده کېږي د گيډي په جس سره بعضاً يوه سخته مستعرضه کتله جس کېږي چې عبارت له ارتشاحي تکمشي کبیره ثرب څخه، چې لرونکي د Tubercle وي د ناروغی تشخيص په هغه صورت کې چې د ناروغی شروع په حاد او يا د اول ځل لپاره په يو کاهل کې ظاهر شي ډيره مشکله ده او بايد چې د ناروغی دنورو شکلونو او يا د خبيثه ناروغيو څخه چې ميتاستاتيک وي بايد توپيري تشخص شي د Mantou Test مثبتوالي په يو ماشوم کې چې Ascites ولري دلالت په توبرکلوزیک Peritonitis کوي کله چې توبرکلوزیک Peritonitis تشخص شو بايد نوموړي ناروغی د بدن په نورو قسمتمو کې لکه سږي هم ولټول شي او په بنځو کې بايد توبرکلوزیک Salphingitis په نظر کې ونيول شي او د Laparatomy څخه دمخه بايد د سيني راديوگرافي اجراشي په دي ناروغي کې د پريتوان جوف مايع خاسفه او زير رنگه وي او اکثراً شفافه او دلمفوسايتونو څخه غنی وي د مايع مخصوصه کثافت نسبتاً لوړ او اکثراً په حدودو

۱۰۲۰د او ياد هغي خخه زيات وي دمابع د Centrifuge خخه وروسته اکثراً Mycobacterium Tuberculosis موندل کيږي ليکن دهغه موجوديت دکلچر په واسطه څرگند کيږي او په خنځير کې د تلقیح خخه وروسته تشيبت کيږي

۲: د ناروغي encysted (loculated) شکل

د پورته شکل مشابه وي ليکن پدي صورت کې د بطن يو قسمت پدي افت اخته کيږي او د بطن په داخل کې يو تورم په موضعي شکل جوړيږي او د تشخيص له نظره مشکلات منځته راوړي که چيري يوه بنځه د بلوغ د مرحلي خخه وروسته د حوصلي ديو تورم له امله ډاکترته مراجعه کوي ممکن د مبيض cyst تشخيص شي او د ناروغي تشخيص په ماشومانو کې د مسارقي د cyst خخه مشکل وي بناً laparotomy بعضاً اجرا کيږي او په هغه صورت کې چې يوه مايع چې محدودده شوي وي پيداشي نوموړي مايع تخليه او د گيډي جوف دوباره بسته کوي او طبي تداوي توصيه کوو او د نوموړي تداوي په مقابل کې ځواب اکثراً سريع وي دکولمو موخر انسداد دمرض داختلاطاتو له جملي خخه دي

۳: د ناروغي (Plastic) Fibrotic شکل

پدي شکل کې ناروغ ته وسيع التصقات پيدا کيږي او د اخرنی اليوم او د کولمو د عرواتو ترمنځ د التصاقاتو او د هغي د توسع سبب گرځي او نوموړي عروات په شکل د Blind Loop عمل کوي او د Steatorrhea سبب گرځي دوزن دضايع کيدو او د گيډي د درد د حملاتو سبب گرځي په معاينه سره چون دکولمو ثرب او مساريقي تر منځ دالتصاقاتو په وجه ضحيمه کنله قابل د جس وي او ممکن ناروغي د تحت الحاد او حاد انسداد په شکل ظاهره شي چې بعضاً سبب د انسداد چې د Band پواسطه همرايي کيږي په اساني سره رفع کيږي او د عروي له امله ديو سندروم په وجه دجنبي Anastomosis ايجاب کوي دمتو سع عرواتو ترمنځ بدون له دي خخه چې کولمي

د گیدې د ملحقانو د جراحي ناروغی د پریټوان د جراحي ناروغی
تخلیه شي په هغه صورت کې چې التصاقات د الیوم د تضیق سره یو ځای تشکل کوي
باید د الیوم ترمینال او کولمو قسمي Resection اجرا شي یعنی پدې صورت کې
کولمي ډیري لږ Resection شي.

۴: د ناروغی، تقیحي (Purulent) شکل

د ناروغی د اشکل نادر دي او اکثراً د تو برکلوزیک Salphangitis په تعقیب
منځته راځي او د یوي کتلي په منځ کې چې شدید التصاقات د کولمو او ثرب ترمنځ
جوړېږي منځ ته راځي تو برکلوزیک تقیح موجود وي عادتاً ډیر ځلي ابسي تشکل
کوي چې د ثري نژدي سطحې ته سیر کوي او یا د کولمو داخل ته خلاصیږي او د
جراحي د عملیاتو باوجود د طبی او ږدي تداوي په منظور د ابسي تخلیه او یا د کولمو
دانسداد په وجه ایجاب کوي که چیري ناروغ دیوي او ږدي مودي لپاره ژوندي پاتي
شي او د اتان په مقابل کې غلبه پیدا کړي نو پدې صورت کې ممکن غایطي
فستولونه پخپله بسته شي بغیر له دي د کولمو د سفلی قسمت د بندښت په وجه
فستول ممکن د دایم لپاره باقي پاتي شي دنوموړي ناحیې بسته کیدل باید متوافق
د کولمو د Anastomosis سره یو ځای د افت د علوي او سفلي قسمت د فستول د ناحیې
باید اجرا شي دنو موړي شکل انذار ډیر خراب دي.

Treatment

د تو برکلوزیک پیرټونایتیس تداوي ترڅو پورې چې په اختلاطونه وی اخته
شوي طبی ده او د تداوي د انتي تو برکلوزیک دواگانو په واسطه 300mg INH،
600mg Refampicin، Ethambutol 25mg/kg/b/Weight صورت نیسي.
د جراحي تداوي په هغه وخت کې استطباب لري چې ناروغي په اختلاط (د کولمو
انسداد د غایطي فستول، یا باردي ابسي او نوره) اخته شي اجرا کیږي.

Reference

1. Azizi Mohammad Masoum. Abdominal Surgery, 2nd ed. Kabul Medical University. 2012. P. 292-309.
2. F. CHARLES BRUNCICARDI; DANA-K, ANDERSEN et al. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY. Volume 2. 2005. P. 1317-1328.
3. HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011.
4. HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004.
5. Jeremy Thompson. The Peritoneum, Omentum, Mesentery and Retroperitoneal space. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Baily & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 25th ed. Great Britain: hodder Arnold; 2008. P. 991-1008.
6. John H. Boey. Peritoneal cavity. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P 404-20.
7. Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF SURGERY. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011.
8. Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Abdominal Wall and Peritoneal Cavity. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEELE, ABDOL RAHIM MOOSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 148-56.
9. S. Paterson-Brown. Laparotomy and Intraoperative Sepsis. In: BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P. 307-26.
10. William P. Schecter. Peritoneum and Acute Abdomen. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer, 2003. P. 147-56.

شپږم څپرکي

د گيډي د جدار چورې

(Abdominal Wall Hernia)

د زده کړې موخې

- د دې لپاره چې د گيډي د جدار د چورې معمولی ناحیې وپيژنو.
- د دې لپاره چې د گيډي د جدار د چورو پراناتومی اسبابو، کلينيکي لوحه، او اختلاطاتو پوه شوو.
- د دې لپاره چې د گيډي د جدار د چورو ډولونه زده کړو او د هغوی پر اناتومو پیتالوژي پوهه شوو.
- د دې لپاره چې د چورې د ناروغانو تشخیص، توپيري تشخیص او تداوي زده کړو.
- د فزيکي معاینې د مهارتونو لوړول.

سريزه

د عمومی جراحي د وقوعاتو څخه يو هم د گيډي د جدار چورې دی چې د امريکا په متحده ايالاتو کې په کال کې د 600'000 د شپږولکو څخه زیات د چورې واقعات ترميم کيږي او د جراحي د معمولی عملیاتو په ډله کې راځي چې د عمومی جراح گانو پواسطه صورت نیسی او د عملیاتو په ترڅ کې ډول ډول اختلاطات لکه د عملیاتو وروسته د گنډل شوی ناحیې دردونه، د اعصابو ونبل، د انتاناتو مداخله او د چورې دوباره رامنځ ته کيدل جراحن د یوی ننگونی سره مخامخ کړي دی.

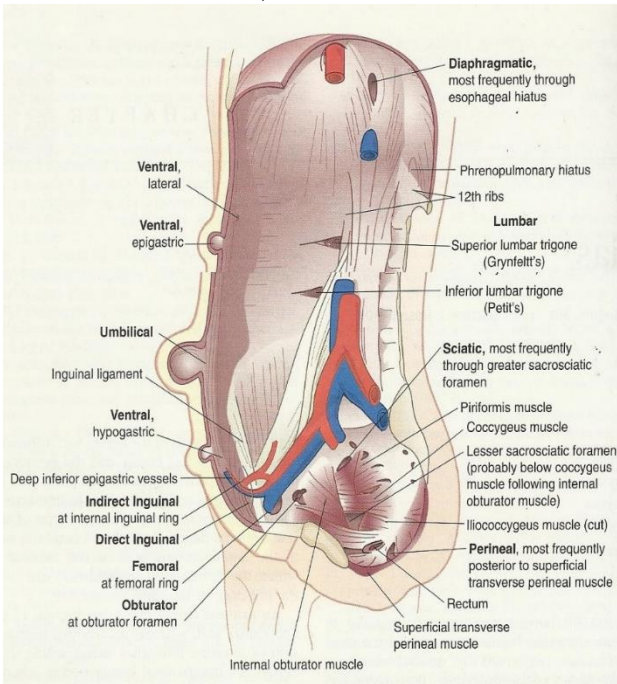
تعريف

د گيډي د دیوال د طبیعي او غیر طبیعي سوریو څخه د بطن د احشاوؤ د یوه قسمت او یا کامل راوتلو ته چې د پوستکي لاندی ظاهري بړی چوره ویل کيږي. چې دا

چوره د پريتوان د جوف د يوه ډيورتيكول په قسم ظاهريري او د يوي كيسی لرونکی وی چی د جداري پريتوان څخه جوړه شوی وی.

د گيډي د جدار چورې د اوصافو، ايتيولوژي، اناتوموپتالوژي، اعراضو، اختلاطاتو او سير له نظره سره مشابه دی او د وقوعاتو د کثرت له نظره د گيډي د جدار معمولی چورې په لاندی ډول دی:

- مغبني چورې (مستقيم او غير مستقيم)
- قخذي چورې
- ثروي چورې او Paraumbilical
- د عملياتو د شق چورې (Incisional)
- Ventral او Epigastria چورې



(۳۸ شکل) د گيډي د جدار چورې د وقوعاتو له نظره

Ethiology

چورې د گيډي د جدار په کمزورو ناحيو کې رامنځ ته کېږي چې دا ضعيفی ناحیې يا په ولادی ډول موجودی وی مثلاً د حصیو د Processes Vaginalis دوام او یا د ثری د ندبې د نه بسته کیدو په صورت کې د مغبنی او ثروی چورو سبب گرځي، او یا په کسبې ډول منځ ته راځي لکه د گيډي د جدار د کمزوری په وجه لکه مغبنی چورې او یا هم د عملیاتی ندبې په تعقیب (Incisional Hernia) چې د انتاناتو د مداخلې په وجه ترمیم صورت نه نیسی یا د جراحي د خراب تخنیک په وجه او یا د عصب د ونبلو په وجه چې د گيډي د جدار د عضلاتو د فلج سبب گرځي منځ ته راځي. همدا ډول د یو تعداد ناروغیو د یوه عرض په ډول کله چې د گيډي د داخلی فشار د لوړیدو سبب گرځي هم رامنځ ته کېږي.

د گيډي د جدار د چورې اسباب په لاندی ډول خلاصه کوؤ:

1. د گيډي د داخلی فشار د لوړیدو له امله:

• د گيډي د جدار د عضلاتو زیاد فعالیت د درندو وزنو د پورته کولو وروسته.

• مزمن ټوخی.

• د تغوط او تبول په وخت کې ډیر زور وهل.

• چاغی.

• حمل اخیستل.

2. د بطن حبیشی ناروغی.

3. د ترضیضاتو وروسته کسبې کمزوری.

4. اناتومیکی کمزوری په ځینو ناحیو کې.

• د گيډي د جدار څخه د بعضی ساحتمانونو تیریدل.

• د عضلاتو د انکشاف ناخیر.

- د عضلاتو نه موجودیت او د تندې نسج موجودیت لکه په ثره کې.
- 5. په څگر تو عادت (چې د کولاژن د کسبې کمیدو سبب ګرځي).
- 6. د پريتوان دوامداره دياليزيس.

اناتوموپتالوژي

يوه چوره د درو قسمتونو جوړه شوی ده:

1. فتیقيه کيسه (Sac)
2. د چورې پوش يا مسير (Covering of Sac)
3. د چورې د کيسې محتوی (Content of Sac)

1. فتیقيه کيسه

يو پريتوانی ديورتیکول دی چې د يوی خولی، عنق، جسم او غور لرونکی وی. چې د کيسی عنق بنه پیژندل کیږی. کیدای شی چې د مغبنی مستقیمې چورې او Incisional Hernia په صورت کې د کيسی عنق هیڅ موجود نه وی. د کيسی د عنق قطر ډیر مهم دی. کچیری هغه ډیر وړوکی وی (لکه د ثروی او فخذی چورو په صورت کې) نو هغه ډیر ژر په اختناق اخته کیږی چې دا د چورې ډیر مهم اختلاط دی.

2. د چورې پوش يا مسير

دا چې د چورې کيسه د گیلې د جدار د عضلاتو څخه عبور کوی نو د هغه ديوالونه يا پوش د همدی عضلاتو جوړ شوی دی. نو پدی اساس د چورې مسير يو لینی فوهه جوړوی (ثروی چورې)، او یا دا چې د چورې مسير د گیلې د جدار عضلات او صفاق جوړی (لکه مغبنی او فخذی چورې).

3. د چورې محتوی

د گیلې داخلی ټولی احشای بدون دینی او پانقراض څخه ممکن د چورې محتوی شی او په اکثر حالاتو کې د چورې محتوی لاندی ساختمانونه جوړوی.

۱. مایع (Fluid): چې د چورې معمولی محتوی ده او د پريتوانی اکزودات څخه جوړه شوی ده او یا دا چې د حبن د یو قسمت لرونکی وی.

۲. کبیره ثرب یا Omentocele.

۳. کولمی چې د Enterocelc په نوم یادېږي او اکثراً وړی کولمی وی خو په بعضی حالاتو کی کیدای شی غټی کولمی او اپنډیکس د چورې محتوی جوړه کړي.

۴. د کولمو د جدار یو قسمت چې د Richiter's Hernia په نوم یادېږي.

۵. د ډیورتیکول د نسج یو قسمت او یا د مثانی جدار، د گيډي د نورو احشاوؤ علاوه ممکن د کیسی محتوی جوړه کړي لکه په مستقیم مغبنی Sliding چورو کې او یا په فخذی چورو کې.

۶. مبیضونه د نفیرو سره او یا د هغوی پرته.

۷. د میکل رتج چې د Littre's Hernia په نوم یادېږي.

۸. التهابی اپنډیکس (Amayand's Hernia)

د چورې ډولونه

چورې چې په هر ځای کی وی کیدای شی په لاندی ډول وی:

• د ارجاع وړ چورې (Reducible Hernia)

• غیر قابل د ارجاع چورې (Irreducible Hernia)

• اختناقی چورې (Strangulated Hernia)

• انسدادی چورې (Obstructed Hernia)

• التهابی چورې (Inflamed Hernia)

د ارجاع وړ چورې

هغو چورو ته ویل کیږي چې محتوی یی ازاده او سالمه وی او د استراحت په وخت کی په کلی ډول د چورې محتوی د گيډي داخل ته درومي.

کچيري د چورې محتوی کولمی وی د ارجاع په وخت کی د Gurgles او ازوریدل کيږي. چې په اول کی د چورې ارجاع کول یو څه مشکل او وروسته اسانه وی. کچيري محتوی یی کبیره ثرب دی نو پدی صورت خمیر ماننده قوام لری چې ارجاع کی په اول کی اسانه ولی په اخیر کی مشکله وی. (د کبیره ثرب د التصاقاتو له امله د فتيقه کی سره).

دا چورې د ټوخي په حالت کې په شکل د یوی توسع او Impulse ظاهریږي.

کلینيکي لوجه

تر هغه چې دا چورې په اختناق نه وی اخته بدون د درد او وظیفوی اعراضو وی او ناروغ ممکن په شکل د یوی ناراحتی، د دروندوالی احساس کوی او د فزيکي کار په صورت کی د یوی کتلی ظاهریدلو حکایه کوی او په فزيکي معاینه سره دا ناروغان د ولاړی او ځملاستی په حالاتو کی معاینه کوی. د ولاړی په صورت کی کله چې ناروغ ټوخي کوی نو د چورې په ناحیه کی یو کتله را ظاهریږي چی مختلف جسامتونه لری او د ټوخي سره Impulse د جس وړوي.

د جس پواسطه نرم او الاستیکی قوام لری او د فشار پواسطه د گيډي جوف ته داخلېږي او ارجاع کيږي. د قرع پواسطه کچيري د چورې محتوی کولمی وی طبليت او کچيري محتوی یی ثرب وی نو اصمیت پیدا کيږي.

کچيري د چورې محتوی کولمی وی د اصغاء پواسطه د کولمو اشتداری حرکات اوریدل کيږي. د ځملاستی په صورت کې د چورې محتوی په خپله ارجاع کيږي او د ټوخي او فزيکي کار په صورت کې دوباره پیدا کيږي. تر ارجاع وروسته د اشاری گوتی (Index Finger) پواسطه د چورې فوهه جس کیدای شی او که چيري ناروغ په دی صورت کې ټوخي وکړی د گيډي احشاد گوتی د نوکی پواسطه جس کيږي.

د چورې سپر

ولادي چورې ممکن په راتلونکو مياشتو او کالونو کې په بې نفسي ډول يا پخپله له منځه ولاړې شي، خو کسبې چورې د نه تداوي په صورت کې په تدريجي ډول غټېږي او يا په اختلاطونو ممکن اخته شي.

تداوي

ولادي چورې په راتلونکو مياشتو او يا کالونو کې کيداي شي په بې نفسي ډول بسته او بڼې شي او بغير لډې د يو کلني وروسته بايد فتقيه کيسه د جراحي د عمليې پواسطه وگنډل شي او عنق يې بسته شي (Herniotomy) ورته وشي. د کسبې چورو تداوي هميشه جراحي ده او د چوره بند او بند او تطبيق کول صرف د لنډوخت لپاره کله چې د عملياتو مضاد استطببات او يا د ناروغ خالت خراب وي لکه د قلبي او تنفسي افاتو په صورت کې اجرا کېږي.

د عملياتو د اجرا څخه هدف

- د فتيقه کيسې د محتوي ارجاع کول د گيډي داخل ته.
- د فتيقه کيسې تسليح کول د هغه د عنق پورې او د هغه بسته کول.
- د گيډي د جدار تقويه او گنډل.

غير قابل ارجاع چورې

د هغه چورو څخه عبارت دي چې د کيسې محتوي د گيډي داخل ته د ارجاع وړ نه وي او د هغه ممکنه علت د کيسې د ديوالونو سره د هغه د محتوي التصاقات او يا هم د محتوي د خپل منځي التصاقاتو په وجه په هغه صورت کې چې د محتوي جسم نسبت د چورې عنق ته غټ وي جوړ وي، او په نادر حالاتو کې د گيډي داخل ته د کولمې د عروې په داخل کې د فضله موادو کتله د نوموړي عروې د مانع کيدو سبب کېږي.

په غیرې قابل ارجاع چوره گانو کې د محتنقو او انسدادې چوره گانو اعراض او علایم موجود نه دی او د وقوعاتو د کثرت له نظره اکثراً په فحذې او ثروي ناحیو کې Omentocell وی. باید یادونه وشي چې په غیر قابل ارجاع چوره گانو کې احتناق ډیر لیدل کیږي.

مختنقي چورې

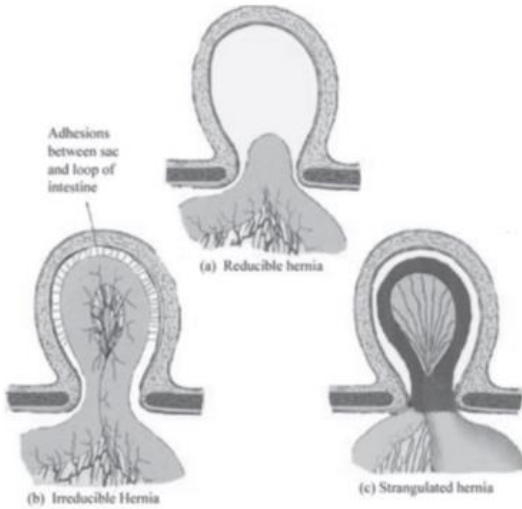
کله چې د کیسي په عنق کې د هغه محتوي په آني او دوامداره ډول ترفشارلاندی راشی او په احتناق اخته شي نو د کیسي د محتوي د اروا د خرابوالي سبب گرځي او د 5-6 ساعتو په ترڅ کې د هغه د محتوي د گانگرين سبب کیږي اگر چې مغبني چورې نسبت فحذې چورو ته د وقوعاتوله اړخه ډیري دی خو فحذی چورې زیاتې په احتناق اخته کیږي. دا ځکه چې د هغه د کیسي عنق ډیر کوچني وی او د هغه دیوالونه ډیر سخت وی.

د پتوفزیولوژی له نظره د چورې د عنق احتناق د لاندې حادثو سبب گرځي:

۱. د کولمو انسداد

۲. د ناحیې د رکودت له امله مکروبي کیدل.

۳. اسکیمی چې وروسته د کولمو د نکروز او تشقاتو سبب گرځي.



(شکل ۳۹)

A: قابل ارجاع چوره

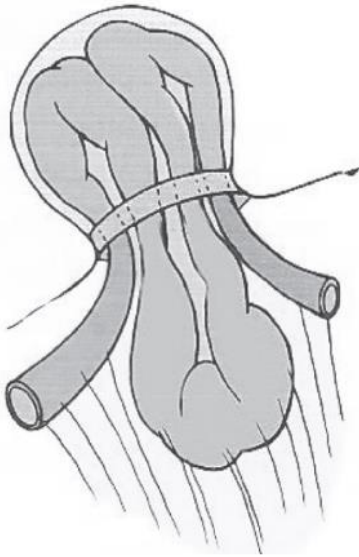
B: غير قابل ارجاع

C: محتنقه چوره

اناتوموپتالوژي

کچيري د کيسی محتوی کولمی وی او په انسداد اخته شی (بدون د Richter's Hernia څخه) او د کولمو اروا محتله شی په اوله مرحله کې د وریدی وینی د بیرته راگرځیدو مانع کیږي او د کولمو جدار سور او شین رنگ احتیاری وی او احتقانی کیږي او یو مقدار مصلی مایع د کيسی په داخل کې جمع کیږي خو د ناروغی د پرمختگ په صورت کې شریانی دوران هم متضرر کیږي او د کولمو د مصلی غشا لاندی او د کولمو دلومن په داخل کې وینه خارج کیږي او د کيسی داخلی مایع خون لوده کیږي او د کولمو جدار شکننده کیږي او باکتریای په اسانی سره د هغه د جدار څخه د کيسی مایع ته تیریدای شي.

د اختناقی خلقی په ساخه کې لومړی گانگړین رامنځ ته کیږي او وروسته انتی میزانتريک جدار ته پرمختگ کوی. که اختناق له منځه یو نه وړل شی. نو د اختناق په ساحه کې د کولمو جدار او د کولمو محدب قسمت په تثقب اخته کیږي او انتان د کيسی د داخل څخه د گيډي داخلی جوف ته انتشار کوی او د پیریتونایتیس سبب ګرځي.



(۴۰ شکل) د W په شکل مختلفه چوره يا Maydl's

په ځيني حالاتو کې کولمې په Retrograde ډول اختناق کوي. د فتقيی کيسی په ناحیه کې د کولمو بعضی ناحیې نورمالی وی خو د گيډی په داخل کې په گانگرين اخته وی (لکه د W د شکل چورې يا Maydl's Hernias) نو په دي اساس د عملیاتو په وخت کې د اختناق د ناحیې څخه په 50-100cm فاصله باید د کولمو Proximal او Distal قسمتونه تفتیش شي.

کلينکي نښي نښاني

کله چې اختناق رامنځ ته شی نو ناروغ د چورې په ساحه کې د يوه شديد او کولیکي درد څخه حکايه کوی چې د گيډي مرکزی برخي ته هم انتشار کوی او د کولمو د انسداد نوره اعراض لکه زړه بدوالي، د گيډي انتفاح او د گازاتو او مواد غايظه کامل بندښت يا قبضيت رامنځ ته کيږي. په معاینه سره د چورې په ساحه کې يوه حساسه کتله چې سخته او غير قابل د ارجاع وی او د ټوخي سره Impulse پکی نه ظاهريږي موندل کيږي. د اختناقی کتلې د پاسه پوستکی التهابی او ازیمايي وی او

د کولمو د انسداد علايم او انتفاح، د گيډې حساسيت او د کولمو اشتداری او ازونه پکې تيزيزې ليدل کېږي. که چيرې د کيسې محتوی ثرب وی نو پورتنی تظاهرات په کې کم ليدل کېږي.

د ناروغۍ سير

که چيرې مختنقی چورې عمليات نه شي نو انسدادی اعراض پرمختگ کوي او په اختناقی ناحیه کې يوفلگمون ليدل کېږي او بلاخره کولمی په تثقب اخته کېږي او د نه عملياتو په صورت کې د ناروغ د مرگ سبب کېږي.

تشخيص

د اعراضو او علايمو پواسطه مختنقی چورې تشخيص کېږي او بايد چې د پوستکی د حادی او باردی اېسی او د ناحیې د فلگمون څخه يې توپيری تشخيص صورت ونیسی چې په دی حالاتو کې موضعی درد او انسدادی اعراض موجود نه وی. همدا ډول مختنقی چورې بايد د ناحیوی لمفاوی عقداتو د التهاباتو لکه د Groin او Colquit د ناخيود لمفاوی عقداتو د التهاباتو څخه بايد صورت ونیسی.

تداوی

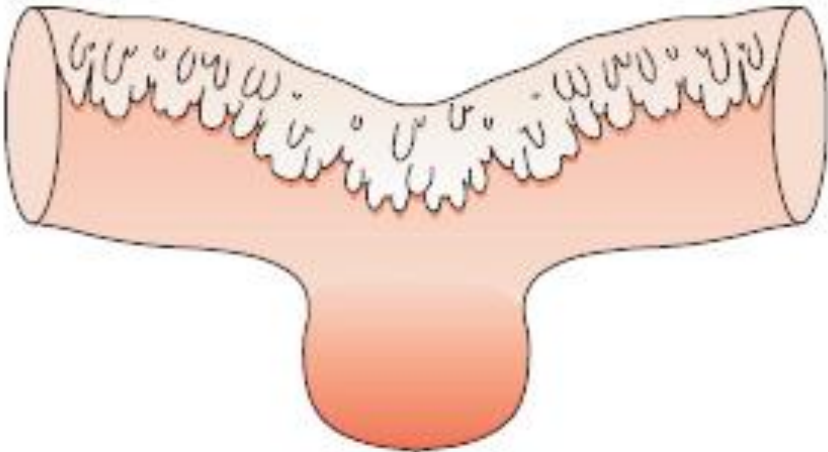
د مختنقی چورې ترټولو بڼه تداوی د جراحي بېړنی او عاجله مداخله ده ترڅو د کولمو مساریفه د فشار او اسکیمی څخه وژغورل شي. دا ډول ناروغان د موضعی او یا عمومی انیستیزی لاندی عمليات کېږي. چې د ناحیې د خلاصیدو وروسته د اختناق تر رفع کیدو وروسته د کيسې محتوی تفتیش کېږي. که چيرې محتوی نورماله او سالمه وی نو د گيډې داخل ته اچول کېږي او که چيرې په گانگرين اخته وی نو د ناحیې ریزکشن اجرا کېږي او اناستوموز کېږي او بیا د گيډې داخل ته ارجاع کېږي او د چورې ترميم صورت نیسی.

که چيرې د مختنقی چورې څخه د 5-6 ساعتونو زیاته موده تیره شوی وه نو په دی صورت کې په خاص ډول په ماشومانو کې د لاس د فشار څخه بايد ډډه وشی (د

Taxis عملیه) ځکه چې د دې عمل په ترڅ کې د کولمو د خیري کیدو خطر شته او همدا ډول ممکن گانگرین شوی کولمی د گيډي داخل ته ټیله کیږي، چې بیا به د ناروغ د مړینې سبب وگرځي.

مختنقه Richter چوره

دا ډول مختنقي چورې فوق العاده وخیمې وی. ځکه چې د کولمو یو جدار په اختناق اخته کیږي او نسدادی لوجه پکې موجوده نه وی او د تشخیص او عملیاتو د څنډ په وجه اختلاطات رامنځ ته کیږي. دا ډول چورې ډیرې په فحذی چورو کې منځ ته را درومي او په چاغو بنځو کې د شخمی انساجو د زیاتوالی په وجه د اختناق موضعی علایم نه ښکاري. ممکن ناروغان کانگی ونه کړي او یا یو او دوه ځلی کانگی وکړي. د کولمو کولیکي دردونه موجود دی خو د کولمو ترانزیت نورمال وی او کیدای شی چې اسهال موجود وی. دد فلجی انسداد وروسته ممکن کامل قبضیت هم رامنځ ته شی. نو په دی اساس په مختنقه ساحه کې گانگرین او پیریتونایتیس د عملیاتو وړاندي تاسیس کړی وی.



(۴۱ شکل) Richter چوره د فحذی مختنقي چورې په وجه گانگرین

Strangulated Omentocale

د هغه ابتدایی اعراض ممکن د کولمو د انسداد مشا به وی خو کیدای شی زړه بدوالی او قبضیت موجود نه وی. کبیره ثرب د کولمو برخلاف ممکن د کمی اروا سره سره خپل حیاتیات و ساتی نو په دی اساس گانگرین وروسته او په موخر ډول تاسس کوی او په اول کې د شخمی کتلی په داخل یعنی مرکزی برخه کې تاسیس کوی که چیری اختناق له منځه یونه وړل شی نو په گانگرین شوی ناحیه کې انتانات مداخله کوی او د یوه وخته پوری د کیسی په داخل کې پاتی کیږی چی د مغبنی ناحیې د احتناق په صورت کې ممکن د سفن د ابسی او یا د پریټونایتیس سبب وگرځی.

انسدادی چورې (Obstructed Hernia)

دا غیرې قابل ارجاع چورې دی چې د کیسی محتوی کولمی وی خو په دی توپیر چې د هغه اروا نه وی مختله شوی خو د خارج او یا داخل لخوا کولمی په انسداد اخته شوی وی د هغه اعراض (د گیدې کولیکې دردونه او د چورې د کیسی حساسیت) چې لږشدید وی او د هغه شروع د مختنقو چورو به نسبت تدریجی وی. د دې ډول چورو تشخیص د کلینیک له نظره د مختنقو چورو سره مشکل دی نو په دی اساس د هغه تدای د مختنقو چورو په ډول ده.

Incarcerated Hernia: دا اصطلاح هم ډیر ځله په غیر دقیق ډول د انسدادی او

اختناقی چورو په عوض استعمالیږی او د هغه استعمال هغه وخت درست دی چې د غټو کولمو لومن د غایطی کتلی له امله په بندبنت اخته شوی وی.

التهابی چورې (Inflamed Hernia)

ممکن دا ډول چورې د هغه د کیسی د محتوی د التهاب له کبله لکه اپنډیسیت، سلفائزیت او یا هم د خارجي اسبابو له امله لکه تروفیک قرحات چې په لویو ثروی چورو او یا Incisional چورو کې تاسس کوی منځ ته راغلي وي. دا ډول چورې اکثر احساسی وی سحتی وی خو د فشار لاندی نه وی. چې د هغه پوستکی سور ازیمايي وی او د هغه تدای نظر سببی عامل ته صورت نیسی.

د چوره گانو توپوگرافيگ ډولونه

مغبنی چوره (Inguinal Hernia)

دا ډول چورې په لاندی ډولو ویشل کیږی:

- غیر مستقیمه مغبنی چوره: دا ډول چورې مغبنی عمیقی فوهی ته داخلېږی او دمغبنی قنات څخه تیرېږی.
- مستقیمه مغبنی چوره: دا ډول چورې د مغبنی قنات خلفی جدار لږ انسی ته د عمیقه مغبنی فوهه قدام ته تیله کوی.

د دې ډول چورو د ښه پوهیدلو لپاره د مغبنی کانال اناتومي تر مطالعی لاندې نیسو:

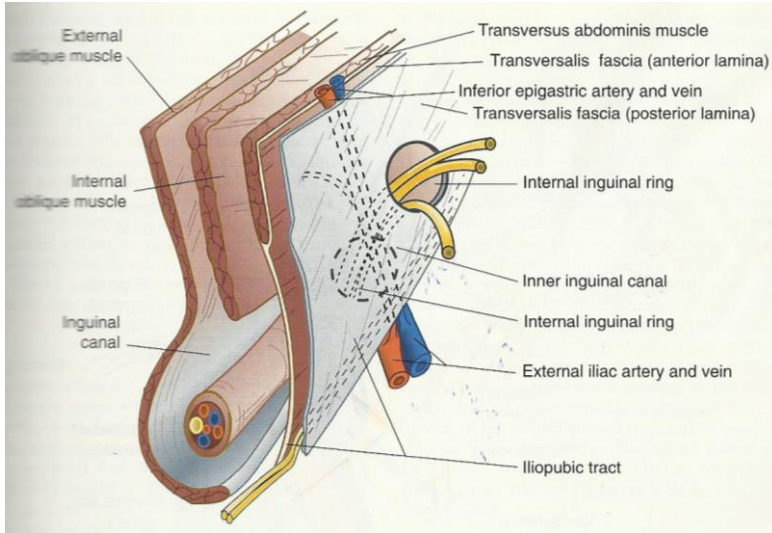
د مغبنی کانال اناتومي

نوموړی کانال د گيډي د جدار په سفلی برخه کې موقعیت لری او مایل سیر لری د هغه محتوی کوردون، N.Ilioinguinal او د Genital د عصب خانگه Genitefemoral په نارینه وو کې او مدور رباط د حبل منوی په عوض په ښځینه وو کې جوړوی. د هغه اوږدوالي 4cm او د علوی څخه سفلی خوا ته او د وحشی څخه انسی خواته او د عمیقی فوهی څخه د سطحی فوهی خوا ته موازی د مغبنی رباط سره لږ شاتنه پورته موقعیت لری.

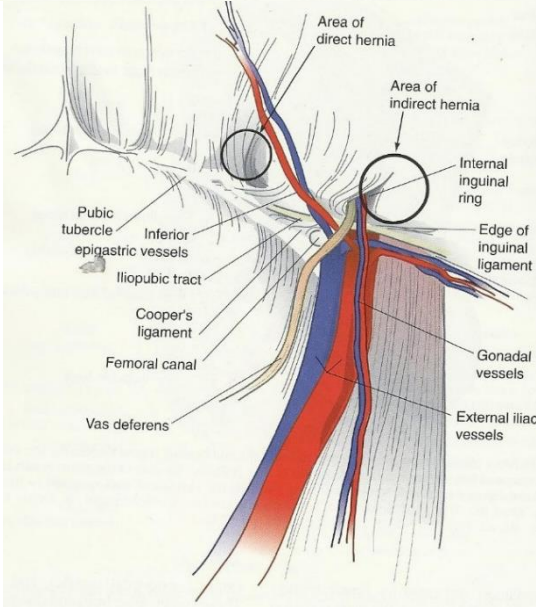
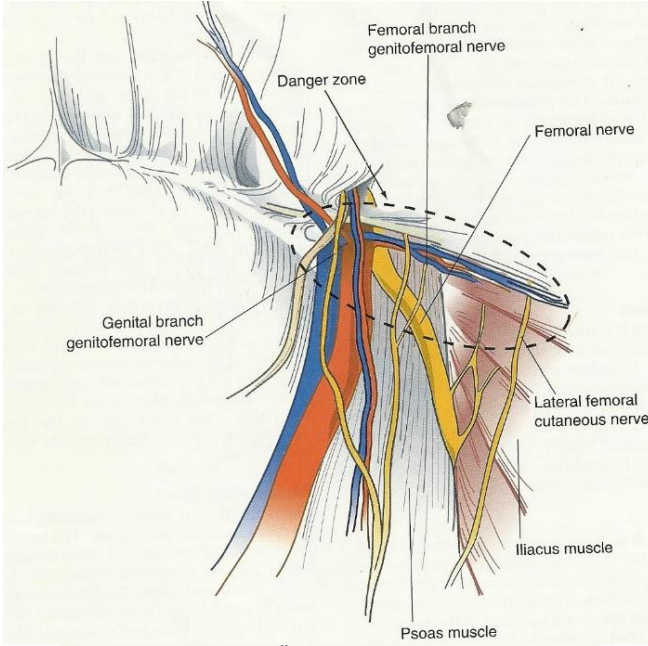
د هغه قدام ته پوستکی، سطحی صفاق او Extermel Oblique Aponeurosis د کانال ټول اوږدوالی پو ښلی دی او د هغه علوی دریمه برخه د Oblique internal عضلی په وسیله پو ښل کیږی. د هغه حلف ته مزدوج رباط (Conjoint Tendon) چې د صغیره منخرفه عضلی الیاف او د گيډي منخرفه عضلي الیاف چې د کانال خلفی جدار په انسی کې جوړوی او د مستعرضی عضلی په وحشی کې قرار لري. په علوی کې د هغه جدار د Int oblique او مستعرضی عضلی تر ټولو سفلی ترین الیاف جوړوي.

په سفلی کې مغبنی رباط قرار لری.

د مغبنی کانال عمیقه فووه هغه نقطه ده چې د هغی څخه منوی خبل د مستعرض صفاق د مابین څخه خارجیری او د هغه په انسی کې د سفلی Epigastric او عیسی چې د حرقفی او عیو څخه منشا اخلی ظاهریری او علوی خوا ته سیر کوی.



(شکل ۴۲) د مغبنی کانال اناتومي



(۴۳ شکل) الف او ب د مغبني کانال اناتومي

د مغبنی کانال سطحی فوهه د V شکل په شان يو Defecte کې بنکته قرار لری او داد منخرفه کبیره عضلی په صفاق کې قرار لری چې د Pubic Tubercle په علوی او انسی کې قرار لری.

غیر مستقیمې مغبنی چورې

دا ډول چورې د عمیقی فوهی د لاری مغبنی کانال ته داخلیری او د منوی خبل په قدام کې قرار لری. که چیری چوره غټه وی نو د سطحی فوهی څخه عبور کوی او صفن ته داخلیری. غیر مستقیمې مغبنی چورې نسبت ټولو نور وچورو ته زیاتی لیدل کیږی. کله چې چوره د ارجاع وړ وي د اشاری گوتی د څوکی د فشار پواسطه په عمیقه فوهه کې د چورې د خارجیدو څخه مخه نیول کیږی چې دا فوهه یو او یا دوه سانتی متره پورته ترد هغی ناحیې څخه چې فحذی شریان د مغبنی رباط څخه تیری قرار لری او د مغبنی ناحیې په وسط کې دا نقطه یا د حرقحفی شوک د قدامی علوی نقطی څخه تر اتفاق عانی په وسط نقطه کې جس کیږی.

مغبنی غیر مستقیمې چورې یا په ولادی ډول وروسته د ولادت او یا د بلاغت په وخت کې ظاهیری. کسبی شکل یی په کاهلانو کې په هر عمر کې مشاهده کیږی او کیسه د هغه پریوتانی رتج جوړوي. د مغبنی قنات داخلی تنگه فوهه د دوه مهمو خصوصیاتو په اساس د غیر مستقیمو مغبنی چورو لرونکی ده.

اول کله چې ناروغ ودریری یا د ولاړی په وخت نو چوره خپل کامل جسامت اختیار کوی او کله چې ناروغ خملی چوره دوباره د گيډي داخل ته نه ارجاع کیږی ځکه چې دیوی تنگی فوهی څخه د چورې د محتوی د عبور لپاره یوه وخت ته ضرورت دی او دویم دا چې د تنگی داخلی فوهی دلرلو له امله احتناق ته زیاته زمینه مساعده ده.

د غیر مستقیمې مغبنی چورو دری شکله موجود دي:

۱. Bubonoel شکل: چې په دي صورت کې چوره صرف په مغبنی قنات پوری

تراو لری.

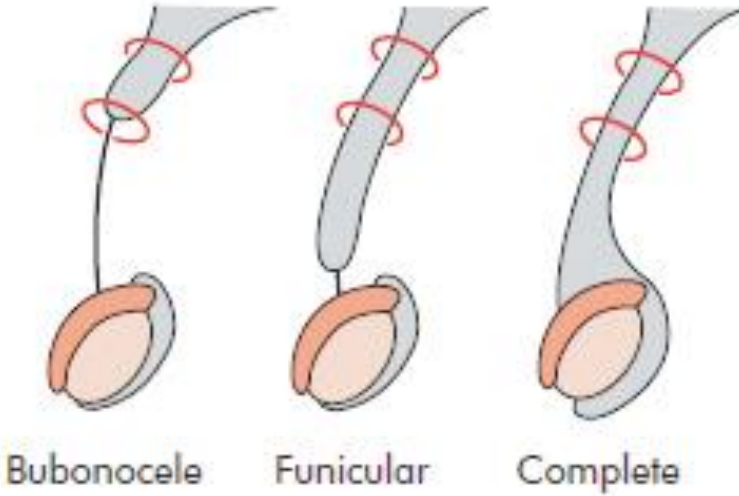
۲. Funicular شکل: په دی صورت کې Processus Vaginalis د بربخ په مافوق

کې قرار لری او د چورې محتوی علیده د حصی د پاسه جس کیږی.

۳. Scrotal شکل: په ندوت سره د ولادت په وخت کې موجود وی کیدای شی

په شیدو خوړونکو ماشومانو کی معمولاً مشاهده کیږی. همدا ډول په کاهلانو او

بالغو کسانو کې مشاهده کیږی او حصیه د چورې په سفلی کې قرار لري.



(۴۴ شکل) د مغبني غیر مستقيمي چورودری ډولونه

سریري لوحه

مغبني غیري مستقيم چورې په هر عمر کې منځ ته راتلی شی او نارینه ۲۰ ځله نسبت ښځو ته زیات په دی ناروغی اخته وی. دا ناروغان د درندو کارونو او فزیکي فعالیت په وخت کې د Groin Region د کسالت او یا د حصیو د راجعه دردو څخه شاکی وی او د ټوخی پر مهال د کتلی موقتي راڅرگندیدل او یا Impulse د مشاهدی وړ وی او جس کیږی. که فتيقيه کیسه په مغبني قنات پوری مختصر وی پرسوب او Bulging د مغبني ناحیې د مشاهده کیدو په صورت کې کله چې طیب د مربوطه شانی په حلف کې قرار ولری د حبت او علوی خوا څخه مشاهده کیږی.

کله چې غیر مستقیمې مغبنې چورې لویې وی د ټوخي په وسیله واضح مشاهده کیږي او کله چې ناروغ ودریږي نو لاندې خوا ته رادرومي او ناروغ د دروندوالی احساس کوی او د کولمو د مساریقی د کشش له امله ناروغ په اپی گاستریک ناحیه کې د درد احساس کوی. کله چې چوره ارجاع شوه د جس پواسطه مغبنې وسیع کانال معلومیږي په ماشومانو کې د ژړا په صورت کې د چورې کتله ظاهریږي. چې په نويو زیږیدلو او شیدي خوړونکو کې Translucent وی خو په لویانو کې دا وصف موجود نه وی. په بنځینه وؤ کې چې حوصله یی متوسع نه وی ممکن د کیسی محتوی تخمدانونه وی.

توپیری تشخیص D#

په نارینه وؤ کې

- Vaginal Hydrocele
- د کوردون کیست
- Spermatocele
- فحذي چورې
- د مغبنې ناحیې Undescended Testis چې اکثرآد چورې سره همرائی کیږي.
- د کوردون لپوما چې د هغه توپیری تشخیص مشکل او د عملیاتو په وخت وضع کیږي.
- په بنځینه وؤ کې
- د Nuke د قنات هیدروسل چې د توپیری تشخیص له اړخه یو لوی پرابلم دی.
- فحذي چورې

مغبنې مستقیمې چورې

دا ډول چورې مستقیماً مغبنې قنات قدام ته تیله کوی او د مغبنې عمیقی فوهی انسی خوا ته قرار لری او د گوتی د فشار پواسطه کله چې په عمیقه مغبنې فوهه فشار واردیږي د فحذي شریان علوی ته کنترول کیدای نه شی. په تفتیش سره چوره

مستقيماً اقدام خوا ته راوتلی بنسکاري په داسې حال کې چې په غير مستقيم مغبني چوره کې د کورون متخرف سير تعقيب کوي او د سفن داخل ته درومي.

يو تعداد نور ټکي چې مغبني مستقيمي چورې د مغبني غير مستقيمي چورې څخه توپير وي دا دي چې مستقيمي مغبني چورې هميشه کسبي وي نو په دې اساس په ماشومانو او ځوانانو کې ډير په ندرت سره ليدل کيږي چون په دې ډول چوره کې داخلي فوډه لويه وي نو د ولاړې په حالت کې په اني يا ناڅاپي ډول ظاهرېږي او د ځملاستي په حالت کې ژر د گيډې جوف داخليږي او له منځه ځي او په دې ډول چورو کې د فوډې د لويوالي له امله ډير کم په احتناق اخته کيږي. مستقيمي مغبني چورې په بنځو کې هېڅ نه ليدل کيږي.

سره له دې چې په ډيره ناروغانو کې مغبني غيري مستقيم چورې د مغبني مستقيمي چورو سره د سريري له نظره توپيري تشخيص کيږي خو اخيرنۍ تشخيص د عملياتو په وخت کې اجرا کيږي او د سفلي اپي گاستريک او عيبي د داخلي فوډې په انسي کې قرار لري نو په دې اساس د غير مستقيمي مغبني چورې کيسه د دې او عيو په وحشي کې عبور کوي په داسې حال کې چې مستقيمي مغبني چورې د دې اعيو په انسي کې عبور کوي.

مغبني مستقيمي او غير مستقيمي چوره گاني

مستقيمي مغبني چورې	غيري مستقيمي مغبني چورې	
د مغبني قنات د خلفي جدار او د سفلي اپي گاستريک اعيو انسي خوا ته عبور کوي.	د مغبني قنات د عميق فوډې څخه د سفلي اپي گاستريک او عيو وحشي خوا ته عبور کوي.	منشا.
هميشه کسبي وي د ماشومتوب او بلوغ په وخت کې ناروغي نه شي کنترول کيداي.	کيدای شي ولادي وي.	ولادې يا کسبي.
نه شي کنترول کيداي.	کنترول کيداي شي.	د فشار په واسطه په عميقه مغبني فوډه

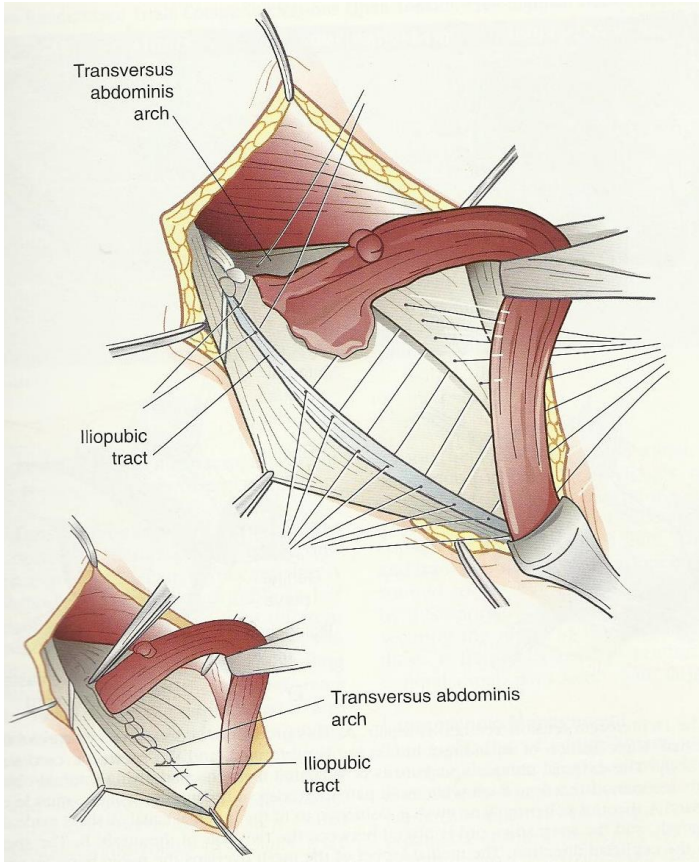
کې تر کنترول لاندې رادرومي.		
اختناق.	د عنق د تنگیدو له امله (عمیقه فوهه) معمولی ده.	د عنق د همیشه توسع له امله نادروي.
د چورې وسعت تر سفن پورې.	اکثرأ لیدل کیږي.	نادراً لیدل کیږي.
د خملاستي په حالت کې د چورې ارجاع.	په اساني سره صورت نیسي.	په بي نفسي ډول صورت نیسي.
د جراحي د عملیې وروسته د چورې نکش.	غير معمول وي.	ډیر معمول وي.

جدول: هغه ټکي چې مغبنی غیري مستقيمي چورې د مستقيمي مغبنی چوره گانو سره نسي توپير کوی.

په ډيرو حالاتو کې مستقيمي مغبنی چورې د غیري مستقيمي مغبنی چوره گانو سره يو ځای منځ ته رادرومي او د تنبان د دوو پنبو (Pantaloons) په ډول د اپي گاستریک د سفلی اعبو خخه بیدیا ته راووزی چې د (Saddle Bag) Dual Hernia يا (Pantaloons) په نوم یادېږي. مغبنی چورې په 60% واقعاتو کې په نسی طرف کې، په 20% واقعاتو کې په چپ طرف کې او په 20% نورو کې دوه طرفه منځ ته رادرومي.

تداوي

په ماشومانو کې ولادی چورې په بي نفسي ډول له منځه نه ځي نو په دی اساس په يو کلنی کې باید خلاصه Processes Virginals وتړل شی او کیسه لیری شی. (Herniotomy) په لویانو کې همیشه د جراحي عملیات توصیه کیږي او دا عملیات عبارت دی له د کیسی لیری کول او د ضعیف مغبنی کانال گنډل جوړوي، چې معمولاً د مستعرض صفاق د حلفی جدار سره د نیلون په واسطه د گنډلو په ذریعه (Should Ice Repair) او یا د خلفی جدار تقویه د Nylon Mesh يا Polypropylene (Lichtenstein Repair) په واسطه صورت نیسي.

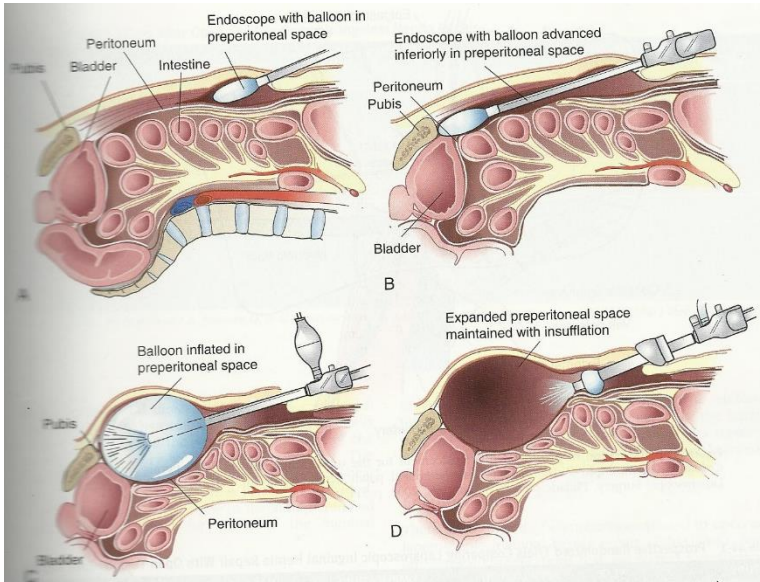


(شکل ۴۵) د چورې ترمیم

د لاپراسکوپیک جراحي په واسطه د Mesh د اچولو سره د بطن له لاری ده. ترڅو د چورې فوهم بسته شی. چې دا اخیرنی تخنیک بالخصوص د نکس کوونکو چوره گانو د تداوی لپاره تر ټولو غوره لاره ده. د مغبنی چوره گانو گنډل د Basini او Farquhar Son په تخنیکونو د زیاتی مودی راپدی خوا مروج دي.

د چوره بند استعمال کول صرف په هغه ناروغانو کې جواز لری چې د عملیاتو لپاره کوم مضاد استتباب وجود ولری او دا ناروغان د چوره بند د صحیح اجرا کولو سره د ستونزی سره مخامخ وی، او د چورې درد ناکه کیدو له امله چې ممکن پکې

احتقاق رامنځ ته شي نو د هغه گنډل د موضعي انستيزي لاندې د يوې عاجلې انتحابې واقعي په ډول بايد پکې صورت ويني نظر دې ته چې په احتقاق اخته شي.

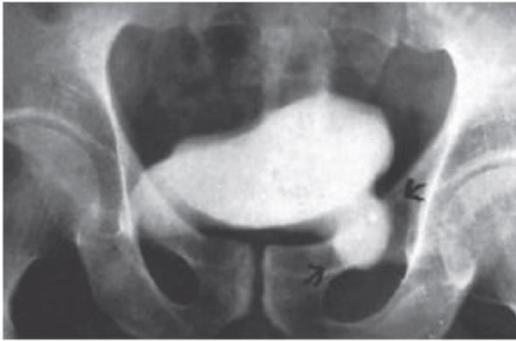


(۴۲ شکل) د بطن له لارې د لاپراسکوپ په مرسته د مغبني چورو ترميم.

بنويدونکي چورې يا (Sliding Hernia يا Hernia-en-Glissade)

په دې ډول چورو کې د خلفي جداري پريتوان د بنويديو له امله چې د پريتوان خلفي احشا پوښي د کيسې خلفي جدار د پريتوان په واسطه نه دی پوښل شوی لاکن په چپ طرف کې تر کولون او د هغه مساريقه او په بنسي طرف کې د سکيم په واسطه جوړ شوی دی، په بعضی حالاتو کې د کيسې خلفي جدار په دواړو طرفو کې د کولون د يو قسمت په واسطه چې په کامل ډول د چورې د کيسې په داخل کې قرار لري او Sliding Hernia سبب نه گرځي صحيح معلومات حاصلېږي. د وړو کولمو Sliding چورې يو د ۲۰۰۰ واقعو او د کيسې پرته يو د ۸۰۰۰ واقعاتو کې مشاهده کېږي.

(a)

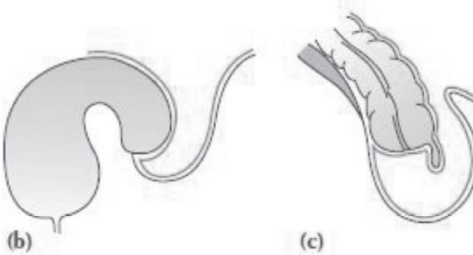


(شکل ۴۷)

A: په مغبنې چپ
بنسويدونکې چورو کې
سيستوگرافي.

B: پورتنې ورته شکل.

C: په بنسويدونکې چورو کې
سيکون او اپنډيکس.



کلینیکي لوجه

Slidding چورې تقریباً په نارینه وو پورې محدودې دي او د هرو شپږو چورو څخه پنځه يې په چپ طرف کې موقعیت لري. او دوه طرفه Slidding چورې په ندرت سره لیدل کېږي. د اناروغان دشل کلني پورته عمر لري او د عمر په زیاتیدو کې وقوعات زیاتېږي. د Slidding چورو لپاره کوم ځانگړي Pathognomonic کلینیکي نښې موجودې نه وي، خو په مغبنې لویو چورو کې د دې ډول چورو د منځ ته راتگ احتمال شته غټې کولمي (سیکم او اپنډکس په نښې طرف کې) اکثراً په بنسويدونکو چورو کې موجود وي.

غټې کولمي په ندرت سره په اختناق اخته کېږي او اکثراً غټې کولمي چې په اختناق نه وي اخته د کیسې په خلف کې دوو کولمو محتوي چې په اختناق اخته وي موقعیت لري.

تداوي

د Slidding چورو کنترول او تداوي د چوره بند په واسطه ناممکن دي، او په عمومي ډول د زیاتې ناراحتې سبب کېږي نو پدې اساس د جراحي تداوي او عملیات

دنبو نتائجو ښودونکي دي، د عملیاتو په وخت کې کله چې کیسه د گيډي د جدار او د کولون څخه په کامل ډول آزاده شي نو پدې صورت کې د کیسې لري کولو ته د چورې ضرورت نشته او د مستعرض صفاق لاندې چې ترمیم کیږي ځای په ځای کیږي په بعضی حالاتو کې د ښه ترمیم لپاره اړینه ده چې خصیه هم لري یا Resection شي. د سیکم او یا کولون د ازادولو لپاره د پیریتوان څخه باید هڅې ونه شي ځکه چې پداسې حالاتو کې د پیریتونایتیس او غایطې فستول رامنځ ته کیدل د کولمو دهغو ځایو څخه چې اروایې مختله وي کیدای شي منځ ته راشي.

فخذي چوره یا Femoral Hernia

کله چې د گيډي احشاوې دفخذي کانال څخه عبور وکړي او د Scarpa په مثلث کې د پوستکي لاندې را څرگندی شي نو ورته فخذي چوره ویل کیږي دوقوعاتو دزیاتوالي له امله فخذي چوره دریم مقام لري (Incisional چورې دویم مقام لري) او 20% په ښځو کې او 5% په نارینه وو کې منځ ته راځي دا ډول چورې د چوره بند پواسطه نه کنترول کیږي په همدې ډول د کیسې د عنق د تنگوالي او دفخذي فوهي د سخت والي له امله نسبت ټولو چوروته زیاتی په اختناق آخته کیږي او دا د زیات اهمیت لرونکي دي.

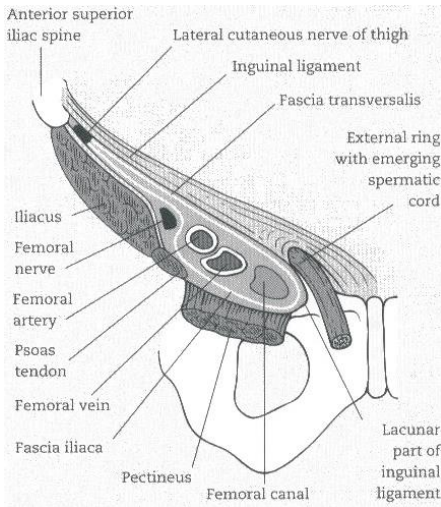
د دي چورې 40% ټي په لومړي ځل په اختناقي ډول راڅرگندېږي.

اناتومي

فخذي قنات تقریباً 1.5 سانتي متره اوږوالي لري او صرف د کوچني گوتي څوکې ته د عبور اجازه ورکوي دا قنات دفخذي شیت انسی خواته چې په هغه کې فخذي ورید او شریان سیر لري موقعیت لري او دهغه څنډي عبارت دي له:

- په قدام کې مغبني رباط
- په انسي کې د مغبني رباط Pectineal قسمت تیزه چاره مانده څوکه چې د

Lig lacunar یا Gimbernat په نوم یادېږي.



- په وحشي کې فخذی وريد.
- په خلف کې Cooper Lig چې دا ليگامنت دعاني د هډوکي د پنډپريو ست په امتداد علوي خواته تشکيلوي چې په انسي کې دمغبنې Pectineal رباط سره ادامه پيدا کوي. فخذی قنات دشحمې انساجو او لمفوي عقداتو (لمفوي Cloquet عقده) لرونکي دي.

(شکل ۴۸) د فخذی کانال اناتومي او د مجاورو ساختمانونو سره دهغه دارتباطات

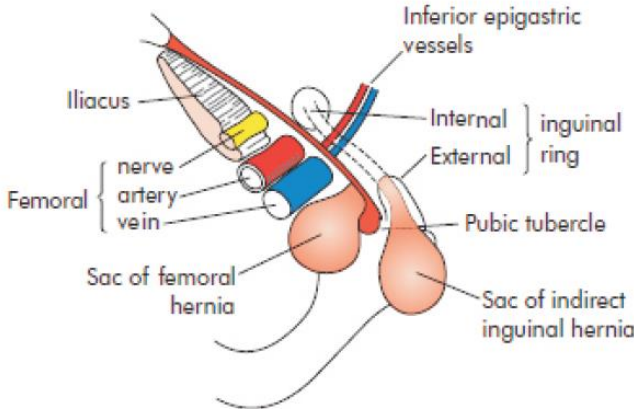
پتالوژي

داچوره کله چې د فخذی کانال څخه تيريريې او تر Saphenous فوهې پوري لاندي درومي دا چې دا ډول چورې د فخذی قنات د سختو ديوالونو څخه تيريريې چې دهغه ديوالونه د انبساط قابليت نلري او کوچنی دي، خو کله چې د Saphenous فوهې څخه تير شي او د وړانه د Areolar سستو انساجو ته ورسيريې او بعضاً د ليدلو وړ غټ بنکاري او ډيري لوي شوي چورې گرد شکل لري او دهغه پورتنې سرحد مغبنې رباط تشکيلوي او دوخت په تيريدو سره د چورې محتوي دهغه دمعوج سير له امله چې نيمه قابل دارجاع ده نو ځکه په اختناق اخته کيږي.

کلينکي لوحه

فخذی چورې په بنځينه وو کې (دوسيع خوصلي دلرلو له امله) نسبت نارينه وو ته ډير ليدل کيږي په ياد بايد و لرو چې فخذی چورې په بنځو کې نسبت مغبنې چورو

ته معمول دي دا چورې هميشه كسبي وي په ماشومانو كې په ندرت ليدل كيږي، او
اکثراً په متوسط عمر لرونکو او زړو خلکو کې ليدل كيږي.



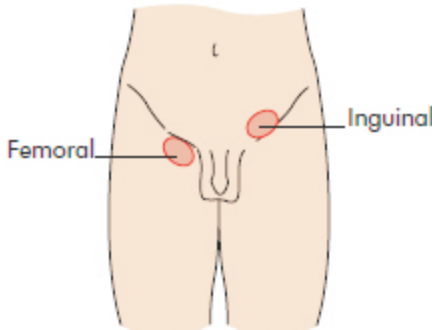
(۴۹ شکل) په مقایسوي ډول د مغبني غیري مستقيمي چورې نږدوالی د فخذی چورو سره:
مغبني چورې د Pubic Tubercle علوي او انسي خواته سير لري په داسی حال کې چې فخذی چورې
سفلی او وحشی خواته قرار لري.

نیمه اختناقي فخذی چورې د یوه گرد پرسوب په شکل د Tuberculum Pubicum
په سفلی وحشي کې موجود وي او د ولاړي او توخې په حالاتو کې غټیږي او
دخملاستي په حالت کې له منځه درومي او ورکي كيږي، خو سره لري هم په اکثره
واقعاتو کې د خارج پريتواني شحمو د موجودیت له امله د چورې د کیسي د محیط
په ساحه کې د کاملې ارجاع وروسته هم یو پرسوب په ساحه کې جس كيږي.

کله چې چوره غټیږي او د Saphenous فوهی عمیق صفاق خڅه تیريږي او بعضاً
علوي خواته تدور کوي او په علوي کې مغبني رباط قرار لري نو پدې صورت کې په
تو پيري تشخص کې د مغبني او فخذی نیمه قابل ارجاع چورو کې باید مشکل ایجاد
نه شي، ځکه چې د فخذی چورې عنق هميشه د Pubic Tubercle په سفلي او وحشي
کې قرار لري. پداسې حال کې چې غیر مستقيمي مغبني چورې په علوي او انسي کې
امتداد لري د فخذی قناب عنق تنگ وي او دهغه انسي خنډه ډیره تیزه وي نو په همدې
دلیل غیر قابل ارجاع او په اختناق د اخته کیدو چانس زیات وي.

توپيري تشخيص

1. د مغبني چورې سره: مغبني چورې د مغبني ليگامنت په علوي انسي کې چې د Tuberculum Pubicum سره التصاق لري موقعيت لري پداسې حال کې چې فخذی چورې دهغه په سفلي کې قرار لري په ياد بايد ولري چې کله ناکله د فخذی چورې کيسه د مغبني رباط په علوي کې هم موقعيت نيولي شي.



(۵۰ شکل) د مغبني او فخذی چورو د توپيري تشخيص اساسات

2. د Saphena Varix سره: چې دوريدونو کيسه ماننده توسع يا (Vena Saphena Magna) وي او د Varicose Vein زياتره علايم لري د خملاستي په حالت کې د شاپه تخته دا وريدي کتله په کامل ډول له منځه درومي پداسې حال کې چې فخذی چوره پدي صورت کې بيا هم د جس وړ وي، په دواړو حالاتو کې د ټوخي Impulse موجود وي د Saphena Varix په حالاتو کې د ټوخي او يا دوريد دلاندي ساحې د تړلو په صورت کې ممکن Fluid Thrillc جس شي او بعضاً ممکن يو وريدي غوږ (Venuos Hum) دستاتسکوپ د کينودلو په واسطه په Saphena Varix کې واوريدل شي.

3. د فخذی لمفاوي عقداو د ضخامي سره: کچيري لمفاوي عقداو هم غټ شوي وي اسان دي خو کچيري صرف د Cloquet لمفاوي عقده لويه شوي وي، او د طرف خراشیده گي او يا د پوستکي جرحه او يا د عجان منتنه ناحیه هم په عين طرف کې چې پيدانه شي نو مشکل دي او د شک په حالاتو کې بايد د جراحي مداخله صورت ونيسي.

4. د لپيوما سره
5. د فخذی شريان دانو ريزم سره.
6. د Pasoas د ايسې سره: پدې صورت کې کتله متورمه او د حرقفي ايسې موجوده وي چې د فقراتو د معاینې او گرافي پوسيله تشخيص اجرا کيږي.
7. د متوسع psoas Bursa سره: چې دا کتله د حرقفي مفصل د قبض سره وړوکی کيږي او د نوموړي مفصل Osteoarthritis موجود وي.
8. د Adductor Longus د عضلې د څيري کيدو سره چې د همتوم سره يو ځای وي.

د فخذی چورې ډولونه

- 1) د فخذی چورې د کيسې هايډروسيل (Hydrocell of fecoral sac): پدې صورت کې د کيسې عنق د ثرب پواسطه او بيا د التصاقاتو پواسطه بند شوي وي او د کيسې د هيډروسيل سبب گرځي.
- 2) Lauger's Femoral Hernia: پدې شکل کې چوره د Lacunar درباط (Gimbernat's) د فوهې دلارې منځ ته راځي او چوره په غير معمول ډول انسې ته قرار لري او اکثراً اختناقې وي.
- 3) فخذی Narath چوره: دا ډول فخذی چورې په هغه ناروغانو کې چې حرقفي فخذی مفصل په ولادي خلع اخته وي او Psoas عضله وحشي موقعيت ولري مشاهده کيږي او چوره د فخذی او عيو په خلف کې پته پاتې کيږي.
- 4) Cloquet's Hernia: د چورې کيسه دهغه صفاق لاندې چې د Pectineus عضله پوشي قرار لري او کيداي شي په اختناق اخته شي.

تداوي

دا چې فخذی چورې اکثراً په اختناق اخته کيږي نو پدې اساس بايد ژر عمليات شي، پدې چورو کې د چوره بند استعمالول مضاد استطباب دي.

د جراحي تداوي

دا ډول چورې د Look wood د سفلي لارې يا د (MC Evedy) د علوي لارې او يا د مغبنې Lotheissen د لارې عمليات كيداى شي او د عملياتو وړاندې بايد معده او مثانه خالي شي چې د پوستكې او پوستكې لاندې شق وروسته د چورې كيسه پيدا كيږي او تر عنق پورې تسليخ كيږي د كيسې تر خلاصيدو وروسته دهغه محتوي د گيډي جدار د Ilio Pectineal رباط (Cooper Lig) د گندلو په وسيله د مزدوج رباط سره او يا د مغبنې رباط د عميق پلان او د كبيره منخرفې عضلې د صفاق د Pectineal د عضلې د صفاق سره د پاسه تقويه كيږي د عملياتو په وخت كې د بايد فخذى وريد د ونبلو څخه بايد مخنيوي وشي.

ثروي چوره

دا عبارت دهغه چورې څخه ده چې چورې محتوي د ثروي فوهې څخه عبور كوي او د پوستكې لاندې ظاهيريږي په نويو زيږدلو ماشومانو كو چنپانو او كاھلانو كې مشاهده كيداى شي چې دا دري واړه چورې داناتومي، پتوجينريس، سير او انزارو او بالاخره د تداوي له نظره يو ډبل څخه توپير لري.

په نوي زيږدلو ماشومانو كې ثروي چورې

Exomphalos يا Omphalocele

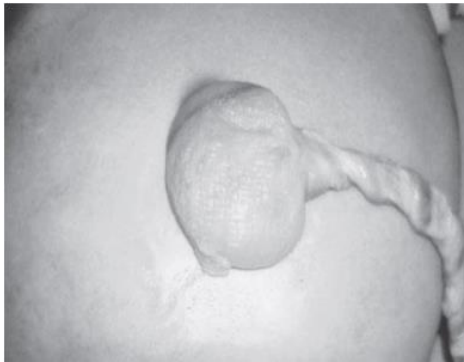
دا چورې په ندرت سره ليدل كيږي او په هرو شپږو زرو ولادتونو كې يوه واقعه ليدل كيږي. چې په دې صورت كې د جنيني ژوند په وخت كې د Midgut ټول يا يو قسمت د گيډي جوف ته نه رادرومي او په دې صورت كې كولمي د يوى نازكې Semitranslucent كيسې په داخل كې قرار لري او د دوو طبقو څخه جوړ شوى وى چې د خارج څخه داخل ته عبارت دي له امينيوتيك غشاء او پريتوان.

دا ډول چورې د گيډي د قدامي جدار د يوه Defect له لارې د بطن په خارج كې قرار لري چې د نه تداوي په صورت كې نوموړى كيسه خيږى كيږي او د وژونكى

پيريتونايټيس سبب گرځي چې کله کله د ولادت په وخت کې خيري کيدل صورت نيسي.

د Exomphalus دوه شکلو نه وجود لري.

(1) **Exomphalus Minar**: پدې شکل کې ديفکت د ۴ سانتي متر په اندازه کوچني وي د چورې کيسه کوچنې او دکولمو ديوه لوب او يا دمیکل درتج لرونکي وي د هغه د زروى سره التصاق لري او دنه توجه په صورت کې د ثروى جبل د تړلو په وخت کې د قاعدې په حذاء کې سهواً دا حشاوو د تړلو سبب کيږي.



(۵۱ شکل) ولادي ثروي چوره (Exmphalus Minor)

(2) **Exomphalus Major**: بدې شکل کې صفاقي ديفکت د ۴ سانتي متر څخه لوي وي او ثروى جبل د چورې دکيسې په سفلي وجه کې التصاق لري د هغه محتوي وړي کولمې، غټې کولمې او دينې يو قسمت، توري، معده، پانکراس، او يا کيداي شي مثانه وي.

تداوي

1. **Exomphalus Minor**: پدې شکل د چورې دکيسې دمحتوي ارجاع ديوې کوچنې ثروى فوهې دلارې دگيډې داخل ته دکوردون د تدور پواسطه صورت

نيسي او دارجاع د ساتلو لپاره د يوه بنډاژ څخه گټه پورته کوو او نوموړي بنډاژ تر څوارلسو ورځو پورې دمصلي قيحي افزاژاتو دلرلو سره ساتل کيږي.

2. Exomphalus Major: د کيسې د سلامتيا په صورت کې (چې څيرې

شوي نه وي) د چوره کيسه هره ورځ دانتي بيوتیکو د محلولو په واسطه وچيږي او تلويڼ کيږي کچيرې تداوي موثره تمامه شي د کيسې د پاسه يو Eschar جوړيږي او بالاخره Granulation د محیط شمز د مرکز وخوا ته صورت نيسي او Ventral چوره چې دهغه څخه باقي مانده پاتې کيږي وروسته ترميم کيږي.

د ماشومانو او شيدې خورونکو ثروي چوره

دا ډول چورې دنويو زيردلو ماشومانو د ثروي نډبې ديوي خفيفې نقطې څخه کله چې انتانات مداخله وکړي منځ ته رادروي چې د دې جملې څخه تقريباً 90% ټي په اولو پنځو کالونو کې کله چې په نوموړي نډبه کې ضخامت او تکميش رامنځ ته شي پخپله بڼه کيږي دا ډول چورې اکثراً بدون د اعراضو وي کيداي شي د ماشوم د ژړا سره د چورې حسابمات غټيږي او د درد سبب گرځي کوچني چورې کروي شکل لري خو کله چې لويه شي نو مخروطي شکل ځانته غوره کوي او بدون د ژړا هم رامنځ ته کيږي پدې چورو کې انسداد او اختناق د څلور کلنۍ دمخه ډير نادر وي.

تداوي

تر دوه کلنۍ پورې بايد دا ډول چورې د جراحي د عمليې پواسطه وگنډل شي او د دې ماشومانو والدينو ته بايد ډاډ گيرنه ورکړل شي چې د دې چورو اکثراً تر دوه کلنۍ پورې بڼه کيږي. د لوکوپلاست او الاستيک چوره بند تړل صرف د والدينو د تشوش لپاره توصيه کيږي.

(Supra or Infra Umbilical Hernia) Para Umbilical Hernia

دا کسبې چورې دي چې راساً د ثری د پاسه او یا لاندي منخ ته را درومي په چاغو بنخو کې او د متوسط عمر لرونکو بنخو کې چې ژر ژر ولادتونه ئي کړي وي د دې چورو ووقوعات مخ په زیاتیدو دي د دې چورو عنق هم کوچني وي نو پدې اساس دفخدی چورو په شان نیمه قابل ارجاع او اختناق ته مساعد دي. د دې چورو محتوي اکثرأ کبیره ثرب وي خو بعضاً مستعرض کولون او وړې کولمې هم کیداي شي

کلینیکي لوجه

Para Umbilical چورې په بنخو کې نسبت نارینه وو ته پنځه چنده زیاتې لیدل کیږي. ناروغان اکثرأ چاغ وي او د ۳۵-۵۰ کلنۍ عمر لري. مخ په زیاتوالي چاغی او دعضلاتو سستوالي د ژر ژر حمل اخستل هغه مهم فکتورونه دي چې دا چورې رامنخ ته کوي دچورې دکیسې سره دثرب التصاق دغیر قابل ارجاع سبب گرځي او لویې چورې دهغه دوزن له امله د درد سبب گرځي او دمعدې او مستعرض کولون دکشش په وجه دمعدې معائني اعراضو سبب گرځي او دتحت الحاد انسداد او گذري کولیکونو سبب گرځي په پرمخ تللو حالاتو کې دگيډي دجلد دالتوا په قسمت کې Intertrigo یو مهم اختلاط جوړوي چې د ناروغ د تکلیف سبب گرځي.

تداوي

د نه تداوي په صورت کې داچورې غټیږي او دهغه محتوی نیمه قابل د ارجاع کیږي او بالاخره په اختناق اخته کیږي په چاغو کسانو کې چې چوره بدون دااعراضو وي دناروغ دوزن دبايللو پوري عملیات په خنډ غورځول کیږي، په عملیاتو کې فتقیه کیسه لیري کیږي او د Rectus دعضلې صفاق او شیت د چورې په علوي او سفلي کې یو دبل دپاسه را وړل کیږي او گنډل کیږي (Mayo عملیات).

Ventral چوره

دا چورې د متوسط خط په امتداد د عضلاتو د کمزورتیا په وجه د Rectus په عضلاتو کې منځ ته راځي او په زړو او ضعیفو کسانو کې منځ ته را درومي (Divarication of the Recti) او په ډیرو حالاتو کې ایجاب د تداوي نه کوي.

د شرفی چوره**(Fatty Hernia of the Linea Alba) Epigastric Hernia**

دا د Ventral چورې یو مخصوص ډول دي چې د ابيض د خط د یوه ديفکت د لارې منځ ته را درومي او د Processus Xyphoid څخه تر ثری پورې په هره ناحیه کې منځ ته راتللي شي او اکثراً په وسط د دې ناحیې کې منځ ته را درومي دا ډول چورې د خارج پريتواني شحمو بنویدو له امله د ابيض په خط کې شروع کیږي او لکه څنگه چې پوهیږو دا خط د کوچنیو او عیو په واسطه سوري وي او کله کله کیدای شي چې څو چورې پکې رامنځ ته شي.

کله چې د چورې جسامت د نخود د دانې په اندازه کوچني وي نو ورته د ابيض د خط شحمی چوره ویل کي او دهغه د لویدو په وجه د پريتوان رتج په کبنسب اخته کیږي او داپې گسټریک د حقیقي چورې سبب گرځي پدې ډول چورو کې دهغه د عنق د کوچني والې له امله مجوفې احشاي نه شي کولي چې د کیسي داخل ته ولاړې شي نو پدې اساس د چورې کیسه خالي او یا د کبیره ثرب یو کوچني قسمت پکې داخل کیږي او په نادر و حالاتو کې کله چې چوره غټیږي د مجوفو احشايو یو قسمت په کیسه کې ورداخلیږي. کیدای شي چې د یوه ناخاپي منډې له امله دا ډول چورې رامنځ ته شي او دا ناروغان اکثراً د لاس کارگران وي چې د ۳۰-۴۵ کالو عمر لري.

کلینکي لوجه

1. بدون د اعراضو شکل: د ابيض د خط واري چورې بدون د اعراضو وي چې د جس پواسطه نسبت تفتیش ته بنې تشخیص کیږي اکثر د بطن دروتین جس پواسطه تشخیص اجرا کیږي.

2. درد ناکه شکل: بعضاً دا ډول چورې د موضعي دردو سبب گرځي او د شاقه کارونو سرته رسول د دې چورو درامنځ ته کيدو عمده علت دي او د تماس او د تنگ لباس داغوستو سره حساس وي او ممکن دهغه ممکنه علت په قسمي اختناق دهغه دشحمي محتوي اخته کيدل دي.

3. راجعه دردونه د اناروغان د Peptic دقرحاتو مشابه دردونه لري بدون د دې چې د شرفو چورې ته متوجې وي.

باوجود د دې چې دا چورې غير عرضي دي خو په اکثرو مواردو کې د معدې معائې افاتو د اعراضو د رد کولو پرته اعراض هغوي ته نسبت بايد ور نکړل شي.

تداوي

د اعراضو موجوديت په صورت کې بايد چوره عمليات شي.

د عملياتو وروسته چوره

Incisional Hernia (Post Operative Hernia)

عبارت له هغه چورو څخه دي چې د سابقه جراحي عملياتو د ندبې او يا د گيډيې د جدار د ترضيضا تو د ندبې د پاسه په کسبې ډول منځ ته رادرومي.

ايتولوژي

دا ډول چورې ډيرې په چاغو اشخاصو کې منځ ته را درومي دوامداره ټوخي او د گيډيې انتفاخ د دې چورو په منځ ته راتللو کې عمده رول لري البته د جراحي د عملياتو وروسته د جرحي انتان خصوصاً د پريتونايتيس په حالاتو کې بل مساعد فکتور دي چې د Incisional Hernia د منځ ته راتللو سبب گرځي د دريناژ د تيوبونو ايسټل د جراحي عملياتې شق بغير په بله ساخه کې د چورې د وقوعاتو د کموالي سبب گرځي.

Incisional چورې د علمياتو وروسته په مقدمه مرحله کې د لاپراتومي وروسته د عميقي طبقي دريچر په نتيجه کې چې بدون د اعراضو وي پاتې کيږي د Serosanguineous يا مصلي دموي افرازا تو راتلل د جرحي دلارې چې د عملياتې شق د پاسه را درومي چې په يوه Dehiscence حادثه باندي دلالت کوي پداسې حالاتو کې

د عميقه طبقاتو له پاسه د خياطو کيښودل تر ډيره بريده د Incisional چورو د رامنځ ته کيدو سبب گرځي چې په آينده کې دهغه ترميم کول مشکل دي ترڅو د غټو چورو مخه ونيول شي.

کليکي لوحه

دا چورې د غټوالي له نظره په مختلفو جسامتو وي او د يوې وړو کې چورې څخه نيولې بيا تريوې غټې چورې پورې د گيډي په نسکتني برخه کې راڅرگند يري کله چې چوره د ثري دلاندي دندې دندې د پاسه منځ ته راځي نو په تدريجي ډول د عملياتو نديې په ساحه کې غټيږي او دهغه د محتوياتو زيات قسمت غير قابل د ارجاع کيږي او دهغه د پاسه پوستکې ضموري او نازک کيږي چې دهغه لاندي د کولمو اشتدادي حرکات په سترگو ليدل کيږي انسدادی تحت الحاد حملات معمول دي.

او د کيسې په کوچني عنق او يا د يو لويې کيسې په داخل کې اختناق رامنځ ته کيږي سره لدې هم د Incisional چورو يو تعداد زياتې ئي بدون د اعراضو وي او د وسيع عنق د درلودلو له امله د کومې خاصې تداوي ايجاب نه کوي.

تداوي

1. محافظه کارانه تداوي: د گيډي د کمربند استعمال کول په هغه چورو کې چې چوره د ثري په پورته ناحيه کې وي گټور او کافي دي.
2. جراحي تداوي: د چورې د ښه ترميم لپاره د عملياتو د مخه اهتمامات ضروري دي کچيري ناروغ چاغ وي د هغه وزن د پرهيز پواسطه بايد کنترول شي، البته بغير د دې کار څخه د گيډي د محتوي ارجاع د چورې د کيسې څخه چې د څو کالو راپدې خوا بهر ته راوتلې وي د خطراتو څخه خالي نه ده علاوه پردې د چورې نکس د فلجي انسداد احتمال د احشاوو د پاسه د فشار په وجه موجود وي او کيداي شي د حجاب حاجز د لوړ فشار له امله د تنفسي اختلاطاتو سبب وگرځي.

د عملیاتو پرنسیپونه او اساسات

د عملیاتې ندبې د لیرې کولو وروسته د چورې کیسه تسلیخ کیرې او وروسته کیسه خلاصیرې او محتوي د گیدې داخل ته ارجاع کیرې او د کیسې د دهانې د خرگندیدو د مخه باید د کولمو التصاقات او د ثرب التصاقات خلاص شې او د پوستکې طبقات باید د نیمه قابل رشف د تارو پواسطه وگنډل شې.

پریتوان

د صفاق طبقات: د صفاق وحشې خنډې دهغه د عضلاتو خخه چې د پاسه پرې قرار لري باید جلاشی او د جرحې د اوږدوالي په امتداد د متقاطع خیاطو په ذریعه وگنډل شې.

د عضلاتو او قدامې صفاق طبقات سره نږدې کیرې او د کنبس او فشار دله منځه وړلو لپاه ایجاب کوي د ساحې خخه لیرې شق اجراء شې (Tension Relaxing Incision) پدې او خیرو د فشار دله منځه وړلو لپاره د مخصوصو سنتیتیک موادو خخه په گټه اخستنه کې لکه: Tantalum Gauze، Mesh، او Net د نیلون او Dacron سره ترمیم کیرې.

د گیدې د جدار نادري چورې

بین الجداري چورې (Interstitial Hernia): د دې چورې فتقیه کیسه د گیدې د قدامې جدار په طبقاتو کې قرار لري کچېرې فخذی او یا مغبني چورې په یوه وخت کې همزمانه موجودې وې ممکن فتقیه کیسه دهغوي دفتقیه کیسې سره په یوځای وي او دهغې سره په ارتباط کې وي باید یادونه وشې چې د دې ډول چورې خخه د معلوماتو نه لري داشتباهاتو سبب گرځي.

د بین الجداري چورو نور ډولونه

1. Preperitoneal (20%): پدې ډول چورو کې فتقیه کیسه دیوه رتج په شکل

د مغبني او یا فخذی چورې خخه منشاء اخلي.

2. Inter Muscular (60%): پدې ډول چورو کې فتقیه کیسه د گیلې د قدامې جدار په عضلاتو کې (اکثراً محذفه کبیره او صغیره عضله کې) قرار لري او فتقیه کیسه دوه جوفی او دمغبنی شق سره یو ځای وي.
3. Inguino-Super Ficial (20%): پدې ډول کې فتقیه کیسه د گیلې د جدار د سطحې صفاق لاندې یا دوران سره تمادي لري او دا چورې په کامل ډول خصیو ته نه بنکته کیږي.

کلینکي لوحه

دا ناروغان اکثراً نارینه وي او دا ختناق له امله د کولمو دیوې انسدادې لوحې په شکل مراجعه کوي، چې د Preperitoneal په ډول کې د ملاحظې وړ کتله نه په سترگو کیږي او د تشخیص د تاخیر یا ځنډ سبب گرځي نو پدې اساس و فیات ئې لوړ دي.

تداوي

دانسداد دمخنیو لپاره د جراحي عملیات اجرا کیږي.

اشپیگل چورې (Spigelian Hernia) د ایو ډول جداری چورې دي چې د Linea Arcuata په خذاء کې منځ ته رادرومې او ډیرې نادری دي او صرف په طبی لیترا تور کې د ۱۰۰ واقعاتو راپور ورکړل شوي دي پدې ډول چورو کې د کیسې غور د پریټوانې شحم پواسطه پټ شوي دي او دمخرقه صغیره عضلې لاندې قرار لري او قابل د جس نه وي او په اکثر حالاتو کې دا چورې دنوموړي عضلې تیریرې او منحرف کیږي او د صغیره عضلې لاندې دیوه سمارق په ډول منځ ته رادرومې په چاغو اشخاصو کې د ۵۰ کلنۍ وروسته منځ ته را درومی سړي او ښځې مساویانه اخته کیږي پدې ناروغانو کې د ثري لاندې د Rectus د عضلې په وحشې کې یوه وصفی کتله چې نرمه او نیمه قابل دارجاع وي څرگندیږي دهغه تشخیص د CT-Scan او التراساوند او Scanning پوسیله صورت نیسې او اخیرنې معاینه په هغه صورت کې چې چوره د څملاستی په

حالت کې نه څرگندېږي دولاړې په حالت کې هم ترجیح ورکول کېږي داچې پدې چورو کې د کیسې عنق د سخت صفاق په واسطه پوښل شوي نو ممکن په اختناق اخته شي.

تداوي

کچېرې ديفکت دجس وړوي او عضلې سره ليری کوو (Muscle Splitting Approach) او وروسته کیسه ازادېږي او د هغه محتوي د گیدې داخل ته ارجاع کېږي او کیسه د عنق تر قسمت پورې قطع او تړل کېږي مستعرفی کبیره او صغیره عضلې سره نږدې کېږي کچیرې کیسه دجس وړنه وي. د Paramedian شق څخه گټه پورته کېږي او کیسه د پريتوان تر خارجې سرحده لټول کېږي او فتق گنډل کېږي، د بطن دلاړې د هغه لایراسکوپیک ترمیم هم اجرا کېږي.

قطنی چوره (Lumbar Hernia)

دا چورې په ابتدايي ډول یعنی د قطنی سفلی مثلث (Petit) د لاړې صورت نیسې او دا مثلث په سفلی کې د حرقفې فخذی په التواء یا فرورفتگی کې په وحشې کې د منحرفه کبیره عضلې په واسطه او په انسي کې د Latissimus Dorsi د عضلې پواسطه احاطه شوي دي په یو تعداد کمو واقعاتو کې علوي قطنی مثلث د لاړې (Grynfelt) مینځ ته را درومي چې دا مثلث په علوي کې د ۱۲ ضلعې پواسطه، په انسي کې د Sacro Spinalis پواسطه او په وحشې کې د منحرفه صغیره عضلې پواسطه احاطه شوي دي.

ابتدائي قطنی چورې ډیرې نادري دي او صرف د ۳۰۰ واقعاتو ئې راپور ورکړل شوي دي په اکثره واقعاتو کې د پښتورگو د عملیاتو وروسته دا چورې منځ ته را درومي او ممکن د یوې وسیع کیسې لرونکې وي.

توپيري تشخيص

دا چورې باید دلاندې افاتو سره توپيري تشخيص شي:

- Lipoma
- باردي ابسي (توبرکلوزیک ابسي).

• د قطنې ناحیې د خیالي چورو (Phantom) سره چې د عضلاتو د موضعي فلج له امله کله چې د مربوطه عضلاتو اعصاب ماوف وي او تر تشخیص وروسته باید وگنډل شي لکه په (Poliomyelitis).

تداوي

قطنې ابتائي چورې چې کوچني وي په اسانې سره تداوي کيږي ځکه دا چورې دوخت په تيريدو سره لويږي نو ځکه تر تشخیص وروسته باید ژر وگنډل شي د قطنې ناحیې د عملیاتو وروسته بعضاً ډيری لوي Defet موجود وي او بدون د Flap د استفادې څخه د صفاق ترميم امکان نلري او د Poly Propylene Mesh څخه په گټه اخستنه باید تقويه شي.

عجاني چورې (Perineal Hernia)

دا ډول چورې ډيرې نادري وي او عبارت دي له:

1) تر عملیاتو وروسته د عجاني ناحیې د ندبې د ناحیې چورې چې درکتم ډيري کولو وروسته منع ته راځي.

2) Median Sliding Perineal Hernia: چې درکتم یو تام prolapses دي.

3) Antero Latral Perineal Hernia: چې په بنځو کې د کبيره شفتان د تورم په

شکل مشاهده کيږي.

تداوي

دا ډول چورې د Combind د عملیاتو پواسطه بنی تداوي کيږي پداسې ډول چې یو شق د کتلي د پاسه اجراء کيږي او کيسه دهغه د مجاورو ساختمانونو څخه جدا کيږي او عملیاتي جرحه بسته کيږي او ناروغ ته Semi Trendlenburg وضعیت ورکول کيږي گیده خلاصیږي او دهغې د عنق د پیدا کولو وروسته کيسه چپه کيږي او د عنق څخه بسته کيږي او دهغه اضافي قسمت ليري کيږي په آخر کې د حوصلې ځمکه

د عضلاتو د نږدې كيدلو پواسطه ترميم كيږي او دلزوم په صورت كې د Prosthetic Mesh پواسطه تقويه كيږي.

سدادي چوره (Obturator Hernia)

دا ډول چورې د سدادي كانال د لارې مخته را درومې او په ښځو كې نسبت نارينه وو ته شپږ ځلې زياتې منځ ته را درومې داناروغان د ۲۰ كالو پورته عمر لري، او د چورې كتله د Pectineous د عضلې په واسطه پټه كيږي نوځكه د ليدلو وړ نه وي او په نادرو حالاتو كې د سكارپا په مثلث كې د يوې كتلې درامنځ ته كيدو باعث گرځي كه چيرې نوموړي طرف ته د قبض تباعد او وحشي تدور وركړل شې نو چوره ځان راڅرگندوي او داناروغان خپل طرف دنيمه قبض په حالت كې ساتي او هر ډول حركت درد د زياتيدو سبب گرځي د 50% سلنه په زياتو حالاتو كې دمختنق سدادي چورې دردونه د Obturator عصب Geniculate د شعبي په واسطه د زنگانه خواته انتقال مومي په مقعدي او مهلي معانيه كې دې Obturator فورامين په ساحه كې د يوې حساسې په شكل جس كيږي، دا ډول چورې هغه وخت را څرگنديږي كله چې په اختناق اخته شوي وي او داختناق په اكثر و واقعاتو كې د Richter له ډلې څخه وي چې دې CT-Scan په واسطه تائيد او تشبيت كيږي.

تداوي

پدې ډول چوره كې د جراحي عمليات ترسره كيږي او سفلي لاپراتومي اجرا كيږي (دواړه طرفو دمعلوماتو په خاطر) او د تشخيص تر تائيد كيدو وروسته Trendleberg وضعيت مريض ته وركول كيږي پدې ډول چورو كې د كيسې اختناقي حلقه د Obturator د عضلي صفاق جوړوي پداسي حال كې چه د كيسې د منتنې مابح څخه د گيډې د پريتوان جوف ته مخنيوي كيږي د سدادي صفاق په داخل كې د صفاق د ليري كولو په خاطر مناسب فورسپ استعماليري او د چورې د كيسې محتوي ارجاع كيږي او د ضرورت په صورت كې نوموړي صفاق داو عيو او اعصابو په مسير موازي شق كيږي او د فتقيه كيسې محتوي تفتيش كيږي او لازمه تداوي پكې اجراء كيږي او د

چورې د نکس يا دوباره پيدا کيدو د مخنيوي په خاطر مستعرض رباط د فوهې له پاسه گنډل کيږي.

اليوي او سياتيک چوره Gluteal and Sciatic Hernias

دا چورې د کبيره سياتيک فوهې له لاري د Periformis پورته او يا لاندي عبور کوي او نوموړي چورې د صغيره سياتيک فوهې له منځه تيرئيرې په توپيري تشخيص کې نوموړي چورې بايد دلاندي افاتو سره توپيري تشخيص شي.

- د Gluteous Maximus د عضلي لاندي د لايپوما او يا فيبرو سرکوما سره
- د توبرکلوزيک باردی ابسي سره.
- د اليوی انيوريزم سره.

بايد يادونه وشي چه دنوموړی ناحيي ټولي مشکوکې کتلې بايد د جراحي د عمليې پواسطه تشخيص او تداوي شي.

Reference

1. Azizi Mohammad Masoum. Abdominal Surgery, 2nd ed. Kabul Medical University. 2012. P. 311-342.
2. B. W. Ellis. Hernia and other conditions of the Abdominal Wall. In: BRAIN W. ELLIS, SIMON PATERSON-BROWN, editors. HAMILTON Baily's EMERGENCY SURGERY. 13th ed. Great Britain: Arnold; 2000. P. 333-42.
3. F. CHARLES BRUNCICARDI; DANA-K, ANDERSEN et al. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY. Volume 2. 2005. P. 1357-1381.
4. Daniel J. Scott and Daniel B. Jones. Hernia and Abdominal Wall Defects. In: Jeffrey A. Norton, R. Randal Ballinger, Alfred E. Chang.....et al, editors. Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA: Springer; 2003. P. 335-54.
5. David H. Bennett and Andrew N. Kingsnorth. Hernias, Umbilicus and Abdominal Wall. In; R.C.G. RUSSEL, NORMAN. WILLIAMMS, CHRISTOPHER J.K. BULSTRODE, editors. Bailey & Love's SHORT PRACTICE OF SURGERY. 25th ed. Great Britain: Hodder Arnold; 2008. P. 969-90.
6. HAROLD ELLIS, SIR ROY CALNE, CHRISTOPHER WATSON. LECTURE NOTES ON General Surgery. 12th ed. Great Britain: Blackwell publishing; 2011.
7. HATLE T. DEBAS. Gastrointestinal Surgery: Pathophysiology and Management. USA: Springer; 2004.
8. Karen E. Deveny. Hernia & other Lesions of the Abdominal Wall. In: Lawrence W. Way, editor. CURRENT: Surgical Diagnosis & Treatment. USA: APPLINGTON & LANGE; 2004. P. 649-60.
9. Mark A. Malangoni and Raymond J. Gagliardi. Hernia. In: TOWNSEND. Beauchamp. Evers. Mattox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. USA: Sander; 2004. P. 1199-1218.
10. Muhammad Shamim. ESSENTIALS OF SURGERY. 7th ed. Karachi, Pakistan: Khuram & Brothers, Karachi; 2011.
11. ROBERT BENDAVID, JACK ABRAHAMSON MAURICE E. ARREGUI, JEAN BERNARD FLAMENT EDWARD H.

- PHILLIPS. ABDOMINAL WALL HERNIAS: Principles and Management. USA: Springer-Verlag; 2001.
12. Robert J. Fitzgibbons, Jr. and Hardeep S. Ahluwalia. Inguinal Hernia. In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson.....et al, editors Schwartz's MANUAL OF SURGERY, 8th ed. USA: McGRAW-HILL; 2006. P. 920-42.
13. Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Abdominal Wall and Peritoneal Cavity. In: SIR ALFRED CUSCHIERI, ROBERT J.C. STEEL, ABDOOL RAHIM MOSSA, editors. ESSENTIAL SURGICAL PRACTICE: HIGHER SURGICAL TRAINING IN GENERAL SURGERY 4th ed. UK: Arnold; 2002. P. 167-79.
14. www.emedicine.com

ومن الله توفيق

Message from the Ministry of Higher Education

In history, books have played a very important role in gaining, keeping and spreading knowledge and science, and they are the fundamental units 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 today's requirements and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be provided and published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers and authors, and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks in their fields. They have offered their national duty, and they have motivated the motor of improvement.

I also warmly welcome more lecturers to prepare and publish textbooks in their respective fields so that, after publication, they should be distributed among the students to take full advantage of them. This will be a good step in the improvement of the quality of higher education and educational process.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and standard learning materials in different fields in order to better educate our students.

Finally I am very grateful to German Aid for Afghan Children and our colleague Dr. Yahya Wardak that have provided opportunities for publishing textbooks of our lecturers and authors.

I am hopeful that this project should be continued and increased in order to have at least one standard textbook for each subject, in the near future.

Sincerely,
Prof. Dr. Farida Momand
Minister of Higher Education
Kabul, 2016

Publishing 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. For this reason, we have published 223 different textbooks of Medicine, Engineering, Science, Economics and Agriculture (96 medical books funded by German Academic Exchange Service, 100 medical with 20 non-medical books funded by German Aid for Afghan Children and 4 non-medical books funded by German-Afghan University Society) from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh, Kapisa, Kabul and Kabul Medical universities. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical and non-medical colleges of the country for free. All the published textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-2014) states:

“Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashto. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of-the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this 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.”

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.

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 Afghan universities free of charge. 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 **Kinderhilfe-Afghanistan** (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 100 medical and 20 non-medical textbooks in the past.

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 five years in Afghanistan.

In our ministry, I would like to cordially thank Minister of Higher Education Prof Dr Farida Momand, Academic Deputy Minister Prof M Osman Babury, Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof Dr Gul Hassan Walizai, and lecturers for their continuous cooperation and support for this project.

I am also thankful to **all** those lecturers who 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 Hekmatullah Aziz, Ahmad Fahim Habibi and Fazel Rahim in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert & Advisor at the Ministry of Higher Education

Kabul, Afghanistan, April, 2016

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

Abstract

This book is written by Prof.Dr.Badshazar Abdali for Sheikh Zayed University Faculty of Curative Medicine students under title of Abdominal Surgery which contains 6 chapters and describes the Surgical Pathology of abdominal parenchymal organ (Liver, Gall Bladder, Pancreas, Peritoneum and Abdominal Wall Hernia).

This book is written for under graduate students of medical faculty according to their curriculum that's why surgical treatment has described briefly according to students knowledge with fluent Pashto language, the contents of this book is taken from update Kabul Medical University and international text books with illustrated images.

This is very useful for undergraduates and fresh graduated medical doctors who are interested in surgery.

Regards

Prof.Dr.Badshazar Abdali

Head of Surgery Department of Sheikh Zayed University
Medical Faculty

Founder of Ahmad Shah Abdali Institute of Higher Education

د پوهنوال دوكتور بادشاه زار عبداللي لنډه پيژندنه !



پوهنوال دوكتور بادشاه زار عبداللي د عبد الله خان زوی د خوست ولايت اوسيدونکی او په قوم تهي دی. نوموړي په ۱۳۳۷ هـ ش کال کې د خوست ولايت د مرکز مربوط د کوټي شمل په کلي کې نړۍ ته سترگې پرانستي دي. بناغلي په ۱۳۴۳ هـ ش کال کې د خوست ولايت د مرغښت

په عالي لېسه کې شامل او په ۱۳۵۵ هـ ش کال کې د يادې لېسې څخه په عالي درجه فارغ شو. په ۱۳۵۲ کال کې د کانکور د ازموينې وروسته د کابل طبي پوهنتون د معالجوي طب په پوهنځۍ کې شامل شو. په ۱۳۶۲ هـ ش کال کې د نوموړي پوهنځۍ څخه د کادری نمر و په اخيستلو سره فارغ شو. تر فارغيدو وروسته نوموړي د کابل په علي آباد روغتون، د ابن سینا په صدي روغتون او د پوليسو په مرکزي روغتون کې دندې تر سره کړې دي. د مسلحو قواو په مرکزي څلور سوه بستريز روغتون (د طبي علومو په اکاډمۍ) کې يې د عصبي جراحي په څانگه کې تخصصي زده کړې تر لاسه کړې دي. چې په ۱۳۶۷ کال کې يې د پخواني شوروي اتحاد د ازبکستان جمهوريت د تاشکند ښار د دويم طبي انستيتوت د عمومي جراحي په څانگه کې د دوکتورا (PhD) د اخستلو لپاره شامل شو. نوموړي په پوره برياسره په ۱۳۷۰ هـ ش کال د دوکتورا په کچه د عمومي جراحي په څانگه کې تحصيلات سرته ورسول. نوموړي د عصبي او عمومي جراحي په څانگو کې په اخبرو دوو لسيزو کې خپلو هيوادولو ته د قدر وړ طبي خدمتونه او د جراحي ډول ډول عملياتونه تر سره کړي دي. ده د لومړي ځل لپاره د خوست په ولايت کې د خصوصي سکتور په چوکاټ کې ۳۰ بستريز شخصي روغتون (دمتون بابا روغتون) رسماً ايجاد کړ. کله چه خوست ولايت ته افغان

پوهنتون د پاکستان د پېښور څخه راوليسرډول شو، دی د طب پوهنځی د جراحي په
ديپارتمنت کې د استاد په حيث وگمارل شو. پوهنوال دوکتور بادشاه زار عبدالی ۱۵
علمي اثار لری، پنځه جلده يي د جراحي کتابونه دي چې دا اثر يی وروستی علمي اثر
دی. برسیره پردی نوموړي په ۱۳۹۱ هـ ش کال کې د خوست میشتو او د سهیل ختیځې
حوزې د خویندو او وروڼو لپاره د احمد شاه ابدالی د لوړو زده کړو موسسه او په هغې
کې د معالجوی طب پوهنځی چې د ټولو خوست میشتو یو لوی ارمان و و تاسیس او
همدا اوس پکې په سلگونو ځوانان او انجونې په زده کړو بوخت دي. اوس مهال د
منځینیو طبی زده کړو انستیتیوت د پرانیستنی کارونو په درشل کې دي.

په خورا درنښت

د اړیکې شمیره: +93 (0) 799152022

برېښنالیک پته: Badshazarabdali@yahoo.com

Book Name General Abdominal & Accessary Surgery
Author Prof Dr Badsha Zar Abdali
Publisher Sheikh Zayed University, Khost, Medical Faculty
Website www.szu.edu.af
Copies 1000
Published 2016, First Edition
Download www.ecampus-afghanistan.org



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 2016

Sahar Printing Press

ISBN 978-9936-620-17-9