



ننگرهار طبي پوهنځی



Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Prof Dr Saifullah Hadi

Differential Diagnosis of Internal Diseases I



Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan



د داخله ناروغيو تفريقي تشخيص
(لومړۍ ټوك)

Differential Diagnosis
of Internal Diseases I

پوهاند دوكتور سيف الله هادي
۱۳۹۷

د داخله ناروغيو تفريقي تشخيص (لومړۍ ټوك)



پوهاند دوكتور سيف الله هادي

۱۳۹۷

پلورل منع دی

Not For Sale

2018

د داخله ناروغيو تفريقي تشخيص

(لومړۍ ټوک)

پوهاند دوکتور سيف الله هادي

افغانیک
Afghanic



Pashto PDF
2018



Nangarhar Medical Faculty
ننگرهار طبي پوهنځی

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Differential Diagnosis of Internal Diseases I

Prof Dr Saifullah Hadi

Download:

www.ecampus-afghanistan.org

بسم الله الرحمن الرحيم

د داخله ناروغیو تفریقي تشخیص (لومړی ټوک)

لومړی چاپ

پوهاند دوکتور سيف الله هادي

دغه کتاب په پي ډي ايف فارمټ کې په مله سي ډي کې هم لوستلی شئ:



د کتاب نوم د داخله ناروغيو تفريقي تشخيص (لومړی ټوک)

ليکوال پوهاند دوکتور سيف الله هادي

خپړندوی ننگرهار پوهنتون، طب پوهنځی

ويب پاڼه www.nu.edu.af

د چاپ کال ۱۳۹۷، لومړی چاپ

چاپ شمېر ۱۰۰۰

مسلسل نمبر ۲۶۵

ډاونلوډ www.ecampus-afghanistan.org

چاپ ځای افغانستان تاييز مطبعه، کابل، افغانستان



دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ يوې خيريه ټولنې لخوا تمويل شوی دی. اداري او تخنیکي چارې يې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځي پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤليت نه لري.

د تدريسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړيکه ونيسئ:

ډاکتر يحيی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تيليفون ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل textbooks@afghanic.de

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان ۸-۱۴-۶۳۳-۹۹۳۶-۹۷۸

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 ټولنې 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 ډاکتر یحیی وردک څخه مننه کوم چې د دی کتاب د خپرولو لپاره یې زمینه برابره کړې ده.

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

په درنښت

پوهنمل دوکتور نجیب الله خواجه عمری

د لوړو زده کړو وزیر

کابل، ۱۳۹۷

د درسي کتابونو چاپول

قدردمنو 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 ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

تر اوسه پورې موږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ، البیروني، کابل، کابل طبي پوهنتون او کابل پولي تخنیک پوهنتون لپاره ۲۷۸ عنوانه مختلف درسي کتابونه د طب، ساینس، انجنیري، اقتصاد، ژورنالیزم او زراعت پوهنځیو (۹۶ طبي د آلمان د علمي همکاريو ټولنې DAAD، ۱۶۰ طبي او غیر طبي د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې Kinderhilfe-Afghanistan، ۷ کتابونه د آلماني او افغاني پوهنتونونو ټولنې DAUG، ۲ کتابونه په مزار شریف کې د آلمان فدرال جمهوري جنرال کنسولګري، ۲ کتابونه د Afghanistan-Schulen، ۱ د صافی بنسټ لخوا، ۱ د سلواک اېډ او ۸ نور کتابونه د کانراډ اډناور بنسټ KAS) په مالي مرسته چاپ کړي دي.

د یادونې وړ ده، چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هېواد ټولو اړونده پوهنتونونو او یو زیات شمېر ادارو او مؤسساتو ته په وړیا توګه وېشل شوي دي. ټول چاپ شوي کتابونه له www.afghanistan-ecampus.org ویب پاڼې څخه ډاډولود 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 انګریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي."

موږ غواړو چې د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونونو سره مرسته وکړو او د چپتر 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 محترمو 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 چپيرونه ايډيټ او د چاپ لپاره تيار کړي، زموږ 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 وړانديزونه 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. له 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 تر دې مهاله د ننگرهار پوهنتون د ۱۶۰ عنوانه طبي او غيرطبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه اخيستی دی.

د جې آي زيت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration & Development) څخه، چې زما لپاره يې له ۲۰۱۰ نه تر ۲۰۱۶ پورې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي وو، هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو له وزير پوهنمل دوکتور نجيب الله خواجه عمری، علمي معين پوهنمل ديپلوم انجنير عبدالنواب بالاكرزی، مالي او اداري معين ډاکټر احمد سير مهجور، مالي او اداري رئيس احمد طارق صديقي، په لوړو زده کړو وزارت کې سلاکار ډاکټر گل رحيم صافي، د پوهنتونونو رئيسانو، 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 او فهيم حبيبي 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، مارچ، ۲۰۱۸

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: textbooks@afghanic.de

لړلیک

د لومړۍ ټوک محتویات

۲	تاریخچه.....
۲	 Introduction and consent:
۲	 Confirm patient details:
۲	 Presenting complaint(PC)chief complian(CC):
۳	 Presenting complaint(PC):.
۳	 SOCRATES'
۵	 Past medical history (PMHx):
۶	 Drug history(DHx):
۸	 Family history(FHx)(ask following questions)
۸	 Social history.(SHx) ask following questions
۹	 Smoking
۹	 Alcohol
۹	 Systems enquiry (SE)
۹	 Cardiovascular system (CVS)
۱۰	 Respiratory
۱۰	 Gastrointestinal
۱۰	 Genitourinary (GU)
۱۱	 Neurological
۱۱	 Musculoskeletal
۱۳	لومړۍ څپرکی.....
۱۳	د سینې درد.....
۱۵	:Myocardial Infarction
۱۶	:Decubitus Angina
۱۶	 Localization of infarction
۱۷	د سینې په درد کې د ECG بدلونونه.....
۱۷	د زړه د اسکمیک ناروغیو د خطر فکتورونه.....
۱۷	:Unstable Angina
۱۷	:Unstable Angina
۱۹	Exophageal Disease
۱۹	Pleurisy

۲۰	 Musculoskeletal Chest Pain
۲۱	 Dissection of the Aorta
۲۲	 :Non Specific Chest Pain
۲۲	 :Precordial Catch
۲۳	 :Disease of the spine
۲۴	 :Herpes Zoster
۲۴	 :Complication of Myocardial Infarction
۲۵	د زړه اسکیمیک ناروغیو لپاره پلټنې:
۲۷	دویم څپرکی.....
۲۷	 Acute Dyspnea
۲۸	 اعراض
۲۸	 نښې:
۲۸	 پلټنې
۲۹	د Bronchial Asthma د شدیدو حملو کلینکي بڼه:
۳۱	 Acute Respiratory Distress Syndrome
۳۲	 :Pneumonias
۳۲	 :Pulmonary Embolism
۳۳	 :Pneumothorax
۳۵	 Massive Pleural Effusion
۳۵	 Airway Obstruction
۳۵	 Metabolic Acidosis
۳۶	 Psychogenic Dyspnea
۳۷	درېیم څپرکی.....
۳۷	ځنډنۍ ساه لنډې.....
۳۷	 لاملونه:
۳۷	د کین زړه عدم کفایه:
۳۸	د کین زړه عدم کفایه:
۴۰	د ښي زړه عدم کفایه:
۴۱	د ښي زړه عدم کفایه:
۴۱	د زړه عدم کفایه ته مساعد کوونکي فکتورونه:

۴۱	Pulmonary Emphysema/ Chronic Bronchitis
۴۲	:Chronic Bronchitis
۴۳	:Pulmonary Emphysema
۴۴	د Emphysema فزیکي نښې
۴۵	:Chronic Bronchial Asthma
۴۶	:Interstitial Lung Disease
۴۹	Cardiomyopathy
۵۰	:Obstructive Cardiomyopathy
۵۰	:Myocarditis
۵۱	:Pneumoconiosis
۵۲	خلورم خپرکی
۵۲	د زړه ولادی ناروغی
۵۲	:Ventricular Septal Defect(VSD)
۵۳	:Persistent Ductus Atriosus (PDA)
۵۴	:Coaractation of the Aorta
۵۴	:Fallot's Tetralogy
۵۵	:Transposition of the Great Arteries
۵۶	Eisenmeger's Syndrome
۵۶	:Pulmonary Hypertension
۵۸	:Systemic Hypertension
۶۲	د Secondary Hypertension د منځته راتلو کلنیکي بڼه
۶۵	د زړه د سامونواو ولادی ناروغی
۶۵	:Mitral Stenosis
۶۷	Mitral Regurgitation
۶۸	:Tricuspid Stenosis
۶۸	:Tricuspid Regurgitation
۶۹	:Aortic Stenosis
۷۰	:Aortic Regurgitation
۷۱	:Pulmonary Stenosis

۷۱	Pulmonary Regurgitation
۷۲	پنځم خپرکی
۷۲	د پلورا تشه کې د مایع راټولېدنه
۷۲	لاملونه:
۷۲	Exudate مایع به د لاندې درېیو Criteria درلودونکی وي
۷۳	په پلورايي مایع کې د X-Ray موندنې
۷۳	د پلورا په تشه کې د مایع د راټولېدو فزیکي نښې
۷۴	2. Malignancy:
۷۵	3. Para Pneumonic:
۷۷	Empyema Thorax
۷۹	شپږم خپرکی
۷۹	ټوخی
۷۹	Cough
۷۹	Pharyngitis:
۷۹	Laryngitis:
۷۹	Laryngeal Paralysis
۸۴	اووم خپرکی
۸۴	Hemoptysis
۸۴	لاملونه:
۹۲	8. Pneumonia:
۹۳	Typical Pneumonia
۹۴	Atypical Pneumonia
۹۲	اتم خپرکی
۹۲	د سږو نوډولونه
۹۲	Pulmonary Nodules
۱۰۰	Dysphagia
۱۰۰	لاملونه:
۱۰۴	Achalasia:

۱۰۵.....	Scleroderma (Systemic Sclerosis)
۱۰۶.....	Pulmonary Vinson Syndrome
۱۰۷.....	Compression of the Esophagus from out Side
۱۰۸.....	Infectious Esophagitis
۱۰۸.....	Candida Esophagitis
۱۰۹.....	لسم خپرکی
۱۰۹.....	Pain Epigastrium
۱۱۰.....	Duodenal Ulcer
۱۱۱.....	Gastric Ulcer
۱۱۴.....	Acute Pancreatitis
۱۱۶.....	Chronic Pancreatitis
۱۱۷.....	Worm Infestation
۱۱۷.....	Hook Worm
۱۱۸.....	د گېډې درد لاملونه
۱۲۰.....	پرلپسې او بيا راگرځېدنکې کانگې
۱۲۰.....	Persistent/ Recurent Vomiting
۱۲۸.....	دولسم خپرکی
۱۲۸.....	په کانگو کې وينه / په غايطه موادو کې وينه
۱۲۸.....	Hematemesis/ Melena
۱۳۲.....	ديارلسم خپرکی
۱۳۲.....	له مقعد څخه د وينې راتگ
۱۳۲.....	Bleeding Per Rectum
۱۳۲.....	لاملونه
۱۳۲.....	اعراض:
۱۳۳.....	نښې:
۱۳۳.....	پلټنې:
۱۳۴.....	اعراض:
۱۳۴.....	نښې:
۱۳۴.....	پلټنې:

۱۳۷	خوارلسم خپرکی
۱۳۷	حاد نس ناستی
۱۳۷	Acute Diarrhea
۱۴۲	وینه لرونکی نس ناستی
۱۴۲	Diarrhea with Blood
۱۴۲	خوړیز تسمم:
۱۴۲	بکتریایی انتانات
۱۴۳	Dysentery
۱۴۴	Bacillary Dysentery
۱۴۵	Crohn's Disease/ Ulcerative Colitis
۱۴۵	Pseudomembranous Colitis
۱۴۵	Yersna Enterocolitica Colitis
۱۴۶	Constipation قبضیت
۱۴۷	پنځلسم خپرکی
۱۴۷	خڼډنی نس ناستی
۱۴۷	Chronic Diarrhea
۱۴۷	لاملونه
۱۴۷	Diarrhea with Blood
۱۵۰	Crohn's Disease
۱۵۲	Diarrhea without Blood
۱۵۳	Ileocecal Tuberculosis
۱۵۴	Irritable Bowel Syndrome
۱۵۵	شپاړسم خپرکی
۱۵۵	زېړی
۱۵۵	Jaundice
۱۵۹	د ځیگر حجراتو دندو خرابوالي لاملونه:
۱۶۰	Hepatocellular Jaundice
۱۶۱	Chronic Liver Disease

۱۶۵.....	Autommune Chronie Hepatitis
۱۷۰.....	Post Hepatic Jaundice
۱۷۰.....	د پلټنې Post Hepatic Jaundice
۱۷۱.....	Stone in Common Bile Duct
۱۷۲.....	STRICTURE OF the Bile Duct
۱۷۸.....	اولسم خپرکی
۱۷۸.....	حبن
۱۷۸.....	Ascitis
۱۷۸.....	لاملونه يې:
۱۷۸.....	Cirrhosis of Liver.1
۱۸۴.....	Bacterial Peritonitis
۱۸۴.....	Chemical Peritonitis
۱۸۵.....	Acute Pancreatitis
۱۸۵.....	Primary Biliary Cirrhosis
۱۸۶.....	Hemochromatosis
۱۸۸.....	Wilson,s Disease
۱۸۸.....	Spontaneous Bacterial Peritonitis
۱۸۹.....	Hepatorenal Syndrome
۱۹۰.....	اتلسم خپرکی
۱۹۰.....	د ځيگر غټوال
۱۹۰.....	Hepatomegaly
۱۹۰.....	Acute Hepatitis
۱۹۰.....	د ځيگر د غټېدو عام لاملونه
۱۹۰.....	Chronic Liver Disease
۱۹۱.....	Chronic Hepatitis
۱۹۱.....	Cirrhosis of Liver
۱۹۱.....	Congestive Hepatomegaly
۱۹۱.....	د حساس (Tender) ځيگر د غټوالي لاملونه:
۱۹۱.....	Parasitic Infections
۱۹۲.....	Hydatid Cyst

۱۹۳.....	:Pyogenic Liver Abscess
۱۹۴.....	:Miliary Tuberculosis
۱۹۴.....	:Malignancy
۱۹۴.....	:Hepato Cellular Carcinomo
۱۹۶.....	Leukemias
۱۹۶.....	Metabolic Disease
۱۹۶.....	Diabetes Mellitus
۱۹۷.....	:Glycogen Storage Disease
۱۹۸.....	نولسم خیرکی
۱۹۸.....	د توري غتوالی
۱۹۸.....	Splenomegly
۱۹۸.....	لاملونه:
۱۹۹.....	Enteric Fever.2
۱۹۹.....	د توري د بې کچې غتوالی لاملونه
۱۹۹.....	Hodgkin,s Lymphoma
۱۹۹.....	Non Hodgkin,s Lymphoma
۲۰۰.....	Acute Lymphoblastic Leukemia.1
۲۰۲.....	:Chronic Lymphocytic Leukemia.3
۲۰۳.....	Polycythemia Vera
۲۰۴.....	:Myelofibrosis
۲۰۵.....	:Miliary Tuberculosis.9
۲۰۵.....	Systemic Lupus Erythematosis(SLE).
۲۰۵.....	Infective Endocarditis.11
۲۰۶.....	:InfectiveMononucleosis.12
۲۰۶.....	Kala Azar.
۲۰۷.....	شلم خیرکی
۲۰۷.....	Lymphadenopathy
۲۰۸.....	Tuberculosis.2
۲۰۸.....	Hodgkin's Lymphoma(a
۲۰۹.....	Stages of Hodgkin,s Lymphoma
۲۱۰.....	:Sarcoidosis.6

۲۱۱.....	:Infectious Mononucleosis
۲۱۴.....	یوویشتیم خپرکی
۲۱۴.....	وینه لږي
۲۱۴.....	Anemia
۲۱۷.....	:Reticulocyte Index
۲۱۸.....	Chronic Disease.A
۲۱۸.....	:Microcytic Anemia
۲۱۹.....	Iron Deficiency Anemia
۲۲۰.....	:Microcytic Anemia
۲۲۰.....	:Megaloblastic Anemia
۲۲۰.....	:B ₁₂ Difficiency
۲۲۱.....	:Folic Acid Deficiency
۲۲۲.....	Hemolytic Anemia
۲۲۳.....	Worm Antibody Autoimmune Hemolytic Anemias
۲۲۴.....	:Hemolytic Diseases of the Newborn (Rhesus Incompatibility)
۲۲۴.....	:Hemoglobinopathy
۲۲۵.....	:Sickle Cell Anemia
۲۲۵.....	:Thalassemias
۲۲۶.....	د هیموگلوبین ډولونه:
۲۲۶.....	:Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency
۲۲۷.....	Congenital Spherocytosis
۲۲۷.....	Hypersplenism
۲۲۹.....	دوه ویشتیم خپرکی
۲۲۹.....	د وینې گډوډي
۲۲۹.....	Bleeding Disorders
۲۲۹.....	لاملونه:
۲۳۰.....	:Von Willebrand's Disease
۲۳۰.....	:Vitamin K Deficiency
۲۳۰.....	:Anticoagulant Therapy

٢٣٦.....	Advanced Liver Disease
٢٣٦.....	:Disseminated Intravascular Coagulation(DIC)
٢٣٧.....	:Thrombotic Thrombocytopenia Purpura (TTP)
٢٣٧.....	Hemolytic Uremic Syndrome
٢٣٧.....	:Proxysmal Nocturnal Hemoglobinuria

دلوي او بخښونکي الله په نامه

سرليکنه

دلوي او مهربان څښتن تعاليٰ څخه شکر ادا کوم چې د دواخله ناروغيو تفريقي
تشخيص کتاب د ليکلو توان يې را په برخه کړ. څرنگه چې الله (ج) لومړي ځل انسان
(ادم ع) دنسيان او سهوي سره پيدا کړي نو هيله کوم که په دې کتاب کې کوم املاي
، انشايي غلطۍ وي راته په گوته کړي (saifullah.hadi@yahoo.com) ترڅو په مستقبل
کې دهغي د تکرار څخه مخنيوي وشي. انشا الله اميد لرم چې د دې کتاب په ليکلو
الله (ج) راته ښه اجر را کړي او دا بدله دخپل پلار مور ته مي ډالي کووم.

والسلام

پوهاند دوکتور سيف الله هادي

دننگرهار پوهنتون طب پوهنځي قلبي هضمي خانگي استاد

تاریخچه

Introduction and consent:

For example:

'Hello, Mr/Mrs/Ms . . . ; my name is . . .

I am a (medical student/doctor/etc.).

May I ask you some questions?'

Confirm patient details:

1. Name

2. Gender

3. Age

4. Date of birth

5. Religion: څرنگه چې مسلمانان او يهودان د قضايب راس

سنتوی نو د سرطان پيښی يي کمی دی.

6. ادرس: ځینی ناروغی په ځینو ځایونو کی زیات او ځینو کی

کم وی.

7. مسلک: ځینی ناروغی مسلک سره اړه لری.

Presenting complaint(PC)chief complian(CC):

لومړی هغه لومړنی او شدید اعرض تشریح شی چی ناروغ

یي ډاکترته يي راوستی وی. دا عرض سره صفت او

د راتلو وخت يي (chronology) وویل شی. د مثال په ډول

ناروغ د سره لرونکی تبي له کبله چې پنځه ورځی کیږی

ورته پیدا شوی مراجعه کړی.

Presenting complaint(PC):.

په دی برخه کی دری پاراگرافه شامل دی.

لومړی پاراگراف:

په دی پاراگراف کی د زمان (کرونولوژی) په پام کی نیولو سره هغه اعرض بڼه تشریح شی چی لومړی پیل شوی څرنگه چی ناروغ تخنیکي پوهه نه لری نو معاینه کونکی په داسی ترتیب پوښتنه وکړی چی ناروغ اعرض بڼه تشریح کړی او ناروغ ته د اعرض د تشریح لپاره اجازه ورکړل شی. کله چی تاریخچه اخلی لاندی دوه شیان باید په پام کی ونیول شی.

لکه د اسهال په اړوند:

1. د څومره مودی راهیسی دی؟

2. دورخی څو ځله دی؟

3. ایا وینه لری؟

4. ایا تبه ورسره شته؟

5. ایا سفر یی کړی؟

۱- هیڅ کله داسی پوښتنه مه کوی چی ناروغ ته لارښونه وشي.

۲- تخنیکي اصطلاحات مه کاروی د ناروغ دخولی خبری ولیکی.

SOCRATES'

د درد په اړنود لاندی پوښتنی وکړی.

1. Site: درد کوم ځای کی دی.

2. Onset: ناڅاپه پیل شو که تدریجی ډول.

3. Character: درد تیز دی ، سوزیدونکی دی او که دروند .

4. Radiation: درد انتشار لری .

5. Associated symptoms: درد سره نور کوم اعراض

یوځایي دی لکه ساه لنډی ، زړه بدوالی ، کانگی او تبه.

٦. Timing: خومره موده دوام کوی.

٧. Exacerbants/relievers: کوم شیان درد ډیروی او کوم

شیان یی آراموی.

8. Severity: ایا درد دومره شدید دی چی دکوم کار کولو خخه

منع کړی.

د ناروغ اشاری (gesture of the patient):

1. کله چی درد ناروغ په سینه کی وی په دی ډول چی ناروغ خپل لاس یی په سینه کی موټی کړی وی یا د زیښلولو اشاره کوی دا د زړه درد ښودونکی دی لکه انجینا یا د زړه انفارکشن.

2. که ناروغ خپل لاس په فلانک ساحه کی ایږدی او یا همدغه ځای ته فشار ورکوی د renal colic ښودونکی دی.

3. که ناروغ د سینی هډوکی مښی د زړه په سوزیدو باندی دلالت کوی چی په gastroesophageal reflux disease کی وی.

4. که ناروغ خپل کوناتی او یا ورون مښی د sciatic درد ښودونکی دی.

5. که ناروغ خپل بازو گډی کی راتا وکړی وی د midgute colic ښودونکی دی.

دویم پاراکراف:

د ناروغ خخه هغه پوښتنی وشی چی د ناروغ خخه پاتی وی او دلومړنی اعرض سره ارتباط ولری. لکه که ناروغ ډیر

تشی متیازو کولو له کبله مراجعه کړی وی نو معاینه کونکی دناروغ څخه د زخم د ځنډ جوړیدو ، متکرر انتانات ، وزن کمیدلو ، روئیت تشوشاتو او دمهبلی خاړښت په اړوند پوښتنی وکړی . که چیری نوموړی اعراض موجود وی دشکری په ناروغی دلالت کوی او د ډیر تشی متیازو کول نور اسباب ردیږی .

دریم پاراگراف (drugs history)

په دی پاراگراف کی دناروغ څخه دمخکینی دواگانو داستعمال په اړوند پوښتنه کیږی لکه دکلوروکین چی دملاریا لپاره کارول کیږی .

- ددواگانو د حساسیت په اړوند پوښتنه کیږی لکه دپنسیلین له کبله .

Past medical history (PMHx):

په پخوانی تاریخچه لاندی پوښتنی باید دناروغ څخه وشی .

1. د پخوانی ناروغیو په اړوند لکه دمعدی زخم ، روماتیک تبه ، توره ټوخله ، شری ، ممپس او دسږو لومړنی تبرکلوز .

2. Accident

3. Trauma

4. Surgery

5. admissions to hospital

6. operations

7. medical problems

8. Do you see your GP regularly for any reason

9. Ask specifically about 'MJ THREADS PD'

- a. myocardial infarction
- b. jaundice
- c. tuberculosis
- d. Hypertension
- e. rheumatic fever
- f. epilepsy
- g. asthma
- h. diabetes
- i. stroke
- j. pulmonary embolus
- k. deep vein thrombosis

Drug history(DHx):

- 1. Drug allergies
- 2. intolerances
- 3. ‘What happens when you take the drug?’
- 4. Current medications
- 5. Includes prescriptions (including the oral contraceptive pill),
- 6. over-the-counter medicines and herbal
- 7. drug name
- 8. dose and route
- 9. date started
- 10. Do you actually take all of the regular
- 11. medications prescribed for you

12. Have you recently changed, started or stopped any medications

Personal history :

1. Occupation of patient
 - a. Anthrax due to animal
 - b. Asthma due to working in factories
 - c. Skin diseases(exposed to radiation ,chemical and irritant material)
 - d. Silicosis of lung (working in mining industry)
 - e. Farmer lung due to dust
 - f. Carcinoma of lung due to industry in rubber and chemical .
2. Hours and regularity of meal
3. Alcohol
4. Smoking(diseases due to smoking)
 - a. Bronchogenic carcinoma
 - b. Vascular disorder(buerger's diseases)
 - c. IHD
 - d. Liver diseases
 - e. Neuropathies
 - f. Pancreatitis
 - g. psychoneurosis
5. Sleep(ask about following).
 - a. Restfull sleep
 - b. Refreshing sleep
 - c. Or not
 - d. Dream
 - e. Nightmares

- f. Intake of hypnotics
- g. Sleep disturbance due to anxiety, psychosis
6. Sexual history(married/ unmarried/sexual transmitted diseases, spouse contact, menstruation)
7. Travelling history(AIDS, Leishmania(bangladesh, yellow fever in africa)
- 8.

Family history(FHx)(ask following questions)

1. Are there any illnesses in the family?"
2. Ask specifically about heart attacks,
3. diabetes
4. malignancy.
5. If there is an extensive family history, you might want to draw a family tree.
6. Number of family
7. About female/male
8. About family member health
9. Familial diseases (haemophilia, mental retardation, myopathies, HTN, DM, epilepsy, CVD, RF, TB, jaundice

Social history.(SHx) ask following questions

1. current occupations
2. former occupations
3. his/her behavior with his/her friend, family, relatives,
4. Living situation and care needs
5. 'What type of house do you live in (e.g.
6. does it have stairs)?"
7. 'Who do you live with?"
8. .Is the patient themselves a carer? washing, dressing,

etc.?

9. Do they have a package of care? Mobility:

10. do they require walking /aids/a wheelchair?

Smoking

1. 'Do you smoke?' and (if not) 'Have you ever smoked?'
2. 'How many years did you smoke in total?'
3. is a useful question.
4. Quote smoking history in 'pack-years'
5. (20 cigarettes per day for 1 year = 1 'pack-year').

Alcohol

1. If there is a significant alcohol history,
2. ask if they have ever tried stopping completely,
3. if they have had seizures related to alcohol,
4. or if they have been admitted to the hospital with complications of their alcoholism.

Systems enquiry (SE)

General

1. Fever,
2. unintentional weight loss (how much, over what time period),
3. night sweats,
4. change of appetite,
5. fatigue/ lethargy/malaise.

Cardiovascular system (CVS)

1. Chest pain,
2. palpitations,
3. ankle swelling
- 4., orthopnoea,

5. paroxysmal nocturnal dyspnoea.

Respiratory

1. Hoarseness
2. cough
3. chest pain
4. sputum
5. shortness of breath
6. haemoptysis
7. wheeze.

Gastrointestinal

1. Dysphagia,
2. reflux,
3. heart burn
4. nausea,
5. vomiting,
6. change in bowel habit,
7. blood or mucus in stool.
8. Abdominal pain
9. Hematemesis(blood in vomiting)
10. Melana(black coloured stool due to blood in upper GI tract)
11. Jaundice
12. Diarrhea
13. constipation

Genitourinary (GU)

1. Frequency
2. urgency

3. dysuria
4. nocturia
5. haematuria.
6. Pyurea
7. Flank pain
8. Men: hesitancy, terminal dribbling, poor stream, impotence.
9. Women: discharge, itch, timing and character of menses
10. Difficulty in micturition (stoppage, dribbling)
11. Poly urea(in creased in urine amount)
12. Oliguria(decreased urine amount)
13. Passage of stone in urine
14. Irritative voiding symptoms(urgency,frequency, dysuria)
15. Obstructive voiding symptoms(slow stream dribbling, hesitancy)

Neurological

1. 'Fits/faints/funny turns
2. falls
3. numbness
 4. tingling
 5. weakness
 6. unusual headaches
 7. visual disturbances.
 8. Headache
 9. Unconsciousness
 10. dizziness

Musculoskeletal

1. Joint or muscle aches,

2. joint swelling or stiffness
rashes.

لومړۍ څپرکي

د سينې درد

Chest Pain

د سينې دردونه بنائې چې په حاد يا هم په ځنډني بڼه رامنځته شي.
ځينې وختونه دردونه دومره شدت بيا مومي، چې د ناروغ واټن تر روغتون پورې
رسوي. ژوند گواښوونکي حالتونه کي يې د Ischemic Heart Disease،
Dissection of the aorta او pulmonary embolism څخه يادونه کولای شو.

لاملونه:

1. Ischemic Heart Disease.
 - a. Angina
 - b. Myocardial infarction.
2. Pericarditis.
3. Esophageal disease.
 - a. Reflux esophagitis.
 - b. Diffuse esophageal spasm.
4. Pleurisy.
5. Spontaneous pneumothorax.
6. Pulmonary embolism.
7. Musculoskeletal Pain.
8. Dissection of the aorta.
9. Nonspecific chest pain.
10. Percordial catch.
11. Disease of the spine.
12. Herpes zoster.

د سينې د مرکزي برخې د درد لاملونه:

1. Ischemia Heart Disease.
 - a. Angina.

- Myocardial infarction. .b
- Pericarditis. .2
- Esophageal Disease. .3
- Reflux esophagitis. .a
- Diffuse esophageal spasm. .b
- Pulmonary embolism. .4
- Musculoskeletal chest pain. .5
- Dissection of the aorta. .6

1. Ischemia Heart Disease :

به منځني عمر درلودونکی وگړو کی د سيني درد تر ټولو عام لامل Ischemia Heart Disease جوړوی. شونې ده، چی د سيني دردونه د Angina یا infarction له کبله هم منځته راشی.

د زړه اسکیمیک ناروغی ډیرې په تاریخچه ولاړي دي، بنایي کلینیکي کتنې نورمال وي، خود ECG پرمته د infarction, Angina او نوري ستونزې په روښانه ډوله په گوته کولای شو.

Angina pectoris:

د مایوکارډ دویم ځلي راگرځېدونکي اسکیمیا ته وايي. دا ستونزه هغه مهال منځته راځی، چی کرونري شریان د تنگښت له کبله مایوکارډ ته پوره وینه ونه رسیږی. د دی ناروغی پر مهال به ناروغ سگریټ ځکونکی، Hypertensive او په شکر اخته وی، د 50 کلنۍ عمر یې مناسب عمر دی. د اسکیمیک ناروغیو کورنی تاریخچه ډیره اړینه ده.

اعراض:

1. ناروغ به د سترنوم شاوخوا کي نیوونکی، Gripping، خیري کوونکی درد لري، دا درد بنایي چی کین بازو خواته هم وغځیږی.
2. د درد په شتون به ناروغ ډیر خولې شوی وي.
3. له تمرین سره درد ډیريږي او له دمې سره کمښت مومي، خو یاده دې وي، چي د ژبي لاندی Nitrates کولای شي په پنځو دقیقو درد آرام کړی.

4. ځينې وختونه د پرله پسې تمرين سره درد نه وي.
5. درد له 30 دقيقو څخه کم دوام کوی، بنایي چی تر 5-1 دقيقو پوري وغځیږي.

ننښې:

1. ځينې وختونه د زړه څلورم اواز هم اوریدلی شو.
2. د وینې فشار لوړوالی، په گوتو کی د Nicotinic رنګونو شتون ننښې هم ولیدل شي.
3. Angina د کرونري شریان ناروغيو څخه پرته هم منځته راتلای شی. یعنی بنایي ناروغ د ابهر تنګوالی، د ابهر عدم کفایه Hypertrophic Obstructive Cardiomegaly شته وی.

پلټنې:

1. په ECG کې به د ST Segment Depression پرته له دې شته وي، چی د T سرچپه وي، د حملو تر منځ به ECG نور مال وي.
2. ETT (Exercis Tolerance Test) به د ST Segment Depression ونښي.
3. CT (Coronary Angiography) به د تنګ شوي کرونري شریان اصلی ځای په نښه کړي.
4. Cardiovascular MRI (Magnetic Resonance Imaging) کولای شي چې د کونري شریان د هرې برخې دنده، بندښت په ډیر روښانه ډول ونښي.

Myocardial Infarction

د مایوکارډ مړینې ته وایي، کله چی په کرونري شریان کې ترمیوز منځته راشی د مایوکارډ عضله مړه کیږی. ترمبوزس بنایي په نورو برخو کې هم ماته شوی وی او کرونري شریان ته ځان ورسوي.

اعراض:

1. د MI درد Angina ته ورته ده خو دوام یې تر 30 دقيقو پوري وي.

2. د MI دردونه د دمې پرمهال هم منځته راتلای شي، خود S/L Nitrates په وسیله درد ارامښت نه کوی.

3. خوږې، د زړه ټکان او ساه لنډې بې عامه نښې دي.

4. په ناروغ کې د انفارکشن اختلاطات هم شوني دي.

پلټنې:

1. Leukocytosis به شته وي.

2. ECG به ST Segment Elevation ولري.

3. Cardiac Enzymes (CTnI, C TnT , SGOT, MB, CK) به لوړ وي.

4. Myoglobin به لوړ وي.

5. Echocardiography به د غیر نورمال وضعیت ښودنه وکړي.

6. د Angina او انفارکشن ترمنځ توپیري تشخیص په Table-1 کې وگورئ.

(Variant Angina) Prinzmetal's Angina :

په دې ډول Angina کې درد د دمې پرمهال منځته راځي، په ECG کې به ST segment لوړوالی ترسترگو شي، خود لته د زړه انزایمونه نه پورته کېږي، دا نښه زموږ سره مرسته کوی چی څنگه Prinzmetal's Angina له Infarction سره توپیر شي.

Variant Angina د کرونري شریانو د Spasm له کبله منځته راځي.

Decubitus Angina

په دې ډول Angina کې د سینې درد د ملاستې پرمهال منځته راځي. له خوب سره ډیرښت مومی، د کرونري شریان د شدید ناروغیو ښودنه کولای شي، په وروستیو کې ښایي د Vasospasm منځته راشي.

Localization of infarction

Table-1

Wall Affected	Leads Showing Changes
Anterior	V ₂ to V ₆

Inferior	II, III, Avf
Lateral	I, aVL, V ₆

د سینې په درد کې د ECG بدلونونه:

Angina Pectoris:

- ST Depression.
- T Wave Inversion.

Acute Myocardial Infarction:

- ST Elevation (Convexity up Ward).
- T Wave inversion.
- Q Wave.

Pericarditis:

- ST elevation (Convexity up Ward).
- T Wave inversion.
- Low Voltage (Pericardial Effusion).

د زړه د / سکیمیک ناروغیو د خطر فکتورونه:

1. Smoking.
2. Hypertension.
3. Hyperlipidemias.

Unstable Angina

نوي پیل شوي Angina چې له یوې میاشتې کم وخت پری تیر شوی وي، د Angina دمې پر مهال ډیره منځته راځي.

Unstable Angina

کرونري شریان نوما ل وي او د Angina تاریخچه مثبت وي.

Pericarditis

د پریکارډ التهاب ته وایي.

لاملونه:

1. Tuberculosis.
2. Viral infection.
3. Bacterial Infection.
4. Acute Myocardial Infarction.
5. Post myocardial Infarction Syndrome.
6. Rheumatic Fever.
7. Uremia.
8. Connective Tissue Disorders.
9. Idiopathic.

اعراض:

1. تيز خيرې کوونکی درد د سترنوم شاوخوا پيلیږ، کوم چي به غاړې، اوږې او ملا خواته هم خپور شي، د دواړو متونو خواته هم لیږدیدی شي، خو دا حالت یې له M.I سره توپیرول یو څه گران کار دي.
2. په هوار خملاستو سره ډیریرې، خو مخ پر وړاندې تیت ځوړند حالت کې کمښت مومي.
3. کله چې پلورا اخته کړي، نو درد نور هم شدیت مومي.

نښې:

1. په قرع کې به Pericardial Rub واوریدل شي، کله چې د سینې له پاسه ستاټسکوپ کینښودل شي، سطحي او Pericardial Effusion ولیدای شي.
2. د Pericardial Effusion نښې به هم تر سترگو شي.

پلټنې:

3. په ECG کې به ST Elevation او T Inversion شته وي.
4. د سینې په ایکسرې کې به د زړه غتوالی او Pericardial Effusion ولیدای شي.
5. Echocardiography کې به د پریکارډ ډبل والی تر سترگو شي.

Exophageal Disease

د مری ناروغۍ د Reflux Esophagitis یا خپور شوی مری Spasm له کبله منځته راځي.

Reflux Esophagitis:

د سترنوم شاوخوا کې به په عمودي ډول سره درد احساسیږي.

د سترنوم د شاوخوا برخو دردونو لاملونه:

1. Cardiac Pain:
2. Ischemic Heart Disease.
3. Pericarditis.
4. Esophageal Pain:
5. Esophagitis.
6. Reflux.
7. Corrosive Intake.
8. Paraesophageal Hiatus Hernia.
9. Diffuse Esophageal Spasm.
10. Tracheitis.
11. درد به ژور او سوځیدونکې بڼه لري.
12. د مخ پر وړاندې ټیټیدو سره درد ډیریري. خو له انتی اسید سره کمښت مومي.

Diffuse Exophageal spasm

دلته هم د سترنوم شاوخوا نیونکی درد شته وي، چې ل M.I سره غلطیدای شي، د خوړو په تیرولو سره درد ډیریري.

Pleurisy

د پلورا التهاب ته وایي.

لاملونه:

1. Pneumonia.
2. Tuberculosis.
3. Pulmonary Infarction.
4. Connective Tissue Disorders.

اعراض:

1. درد به سینې په یوې خوا کې شته وي.
2. درد په ژور ټوخي او سا اخیستلو سره ډیر نبت مومي.

نښې:

1. Pleural Rub به اوریدل کیږي، د زفیر په وروستی برخه کې به Scratchy اواز اوریدل کیدای شي، د ټوخي په کولو سره د Crepitation څخه بیلیدای شي.

پلټنې:

1. د ګوګل ایکسری به پتالوژیک افت را په ګوته کړي؛ لکه Pleural Effusion او Consolidation.
2. U/S کې به د پلورا ډبل والی، د پلورا مایع او consolidation شته وي.

Spontaneous Pneumothorax

خپلسری نمو تورکس به د سینې شدید درد او سالنډی سره ملګری وي.

Pulmonary Embolism

په ډیره کچه د سږو امبولی به د شدید سټرنوم شاوخوا درد سره میګری وي، دا ستونزه به ښايې چې د ښي بطین اسکیمیا له کبله منځته راغلی وي.

Musculoskeletal Chest Pain

د Musculoskeletal سینې دردونه د یو شمیر حالتونو؛ لکه Costochondritis له کبله وي.

اعراض:

1. درد د سترنوم هډو کي په یو اړخ کي وي.
2. د سینې خوځښت، سا اخیستلو او ټوخي سره درد ډیریري.
3. درد به د څو ثانيو تر څو ساعتونو وغځیري.
4. له تمرین سره تړاونه لري.
5. ناروغ به د دوا یروسي انتاناتو عمومي اعراض لري.

نښې:

1. د سترنوم هډو کي په یو اړخ کي به څرگند حساسووی یعنې په Chostochondral برخو کي شتون لري.

پلټنې:

نورمال وي.

Dissection of the Aorta

وینه د ابهر په دیوالونو کي دننه کیږي او د ابهر لومڼ خرابوي، لنډه دا چي د ابهر خیري کیدلو له کبله نورې ستونزې منځته راځي.

اعراض:

1. په ناروغ کي ناڅاپي شدید او خیري کوونکي دردونه منځته راځي، دا درد د وروستنۍ دواړو Interscapular برخو ته ولیږدیري.
2. Carotid او Radial Pluses به نه وي.
3. په دواړو اوږو کي به د وینې فشار توپیر مومي.
4. په ناروغ کي نیورولوژیک افتونه منځته راتلی شي.
5. په ناروغ کي د ابهر Regurgitation شته وي.

پلټنې:

1. د M.I لپاره باید ECG تر سره شي، همدا راز به د کین بټین هایپرترفي د فشار

- لوړوالي سره یو ځای وي.
2. د سینې ایکسری به پراخ حجاب عاجز وښي.
3. Transesophageal ایکو کارډیو گرافي به د ابهر خیري کیدنه وښي.
4. MRI/CT او انجیو گرافي به وروستی تشخیص غوره کړي.

Non Specific Chest Pain

ځینې وختونه دردونه د نامعلومو لاملونو له کبله منځته راځي، ناروغان نه پوهیږي چې درد د زړه ده او کنه؟

اعراض:

1. ناروغ منځنۍ عمر لري، خود اسکیمیک ناروغیو کورنۍ تاریخچه به لري.
2. درد به خیرې کوونکی وي، خویوازي شو دقیقې دوام کوي.
3. درد به تمرین پوري اړه نه لري.
4. په یخ او بادي هوا پوري درد اړیکه نه لري.
5. د ژبې لاندې نایتريت درد وروسته له 20-30 دقیقو څخه ارام کړي.

نښې:

1. ځانکړې نښې د ازموینو پر مټ پیدا کوي.

پلټنې:

1. ECG به نورمال وي.
2. ETT ته د اسکیمیک ناروغیو د شتون پر مهال اړتیا موندل کیږي.

Precordial Catch

د سینې درد عام ډول دی، چې ناروغ د زړه د ناروغیو د شک له کبله روغتون ته راځي، سبب یې نامعلوم دی.

اعراض:

1. درد به تیز (Sharp)، شدید او کین ثدیه خواکې وي.
2. د درد دوام له خوشانیو ترڅو دقیقو وي.
3. درد په تمرین او تنفسي خوځښتونو پورې اړه نه لري.
- 4.

نښې:

1. ازموینې به نورمال وي.

پلټنې:

1. تشخیص په ټولنیزه توګه د کلینیکي نښو په وسیله کوو.

Disease of the spine

لاملونه:

1. Tuberculosis of spine.
2. Metastases.
3. Trauma.
4. Extradural Tumors of Spinal Cord.

اعراض:

1. درد د یو عصب په مسیر له شاخه د سینې مخې خواته لیرېږي.

نښې:

1. د Spine حساسیت او بد شکلي به شتون لري.

پلټنې:

1. په ایکسری کې به د فقراتو غیر نورمال حالت ولیدای شي.

Herpes Zoster

د وایرس په وسیله د Dorsal Root Ganglion منتن کیدو ته وایي.
Chicken Pox ته ورته وایروس دی، چې ماشومان اخته کوي.

اعراض:

1. بی حسه کیدل، خاربنت، سوئیدل، یا درد به د عصب په سیر وجود ولري.
2. یو یوې اوښی وروسته به Rash ډوله بڼه سرراپورته کړي.

نښې:

1. په سیروم کې به د Varicella Zoster پروړاندې انټي باډي شتون ولري.

Complication of Myocardial Infarction

په دوه برخو ویشل شوي دي.

1. Early Complications
2. Late Complications.

Early Complications.

1. Arrhythmias.
 - a. Sinus Bradycardia.
 - b. Atrial Tachycardia.
 - c. Atrial Fibrillation.
 - d. Ventricular Tachycardia.
 - e. Ventricular Defects.
2. Conductive Defects.
 - a. Third Degree Heart Block, Second, First.
 - b. Pulmonary Edema.
 - c. Cardiac Shock.
 - d. Pericarditis.
 - e. Thrombo Embolism.

Late Complications.

1. Heart failure.
2. Recurrent **arrhythmia**.
3. Ventricular aneurysm.
4. Post Myocardial Infarction Syndrome.

د زړه / سکیمیک ناروغیو لپاره پلټنې:

:Myocardial Infraction

د وینې ازموینې:

1. ESR به لوړوي.
2. Leukocytosis به شته وي.

ECG موندنې:

1. ST Segment Elevation.
2. T Wave are Inverted.
3. There are Q Waves.

:Cardiac Enzymes

CK (Creatinine Kinase): د مایوکارډ عضلې د تخریباتو په ښودلو کې رغنده رول لري. په لوکړیو 6 ساعتونو کې پورته کیږي او تر 72 ساعتونو وروسته نورمال حالت ته راځي.

AST (Aspartate Amino Transferase): په 12 ساعتو کې وروستی برید ته لوړوالی رسوي او په دویمه ورځ نورمال حالت ته راځي. په ځیگر کې هم شته.

LHD (Lactate Dehydrogenase): په لومړیو 12 ساعتو کې پیلیږي او تر 2-3 ورځو خپل وروستی برید ته ځان رسوي.

:Chest X-ray

د زړه کچه نورمال وي، خو که زړه غټ شوی وي، د پخواني انفارکشن Pericardial Effusion، اوږد مهاله وینې لوړ فشار څخه ښودنه وکړي.

دویم څپرکی

حاده ساه لنډي

Acute Dyspnea

هغه تنفسي ستونزې چې په حاد ډول د ورځې په اوږدو کې له خو ساعتو تر څو ورځو دوام وکړي. د زړه او رگونو، تنفسي سیستم ناروغۍ د حادې ساه لنډۍ اصلي لاملونه بلل شوي دي. په حاد ساه لنډي کې دواړه سیستمونه باید ښه تر کتنې لاندې ونیول شي.

لاملونه:

1. Acute Attack of Bronchial Asthma.
2. Acute Pulmonary Edema Due to:
 - a. Cardiac Disease (Mitral Stenosis, Acute Left Ventricular Failure).
 - b. Non cardiac Disease (Acute Respiratory Distress Syndrome).
3. Pneumonia.
4. Pulmonary Embolism.
5. Spontaneous Pneumothorax.
6. Massive Pleural Effusion.
7. Airway Obstruction.
8. Metabolic Acidosis.
9. Psychogenic.

1. Acute Attack of Bronchial Asthma

د مختلفو تنبهاټو پروړاندې د Bronchial Tree فرط حساسیت چې د ځنډنيو التهابي ناروغيو له کبله منځته راشي، د سږو استما ورته وایي. پتوفیلوژي یې د هوايي لارو د ښوی عضلاتو Spasm، د مخاطي غشا پر سوب په ډبل والی او سړیخناکو افرازاتو پر شتون باندې څرخېږي. په کلنیک کې به ناروغ پر له پسې Dyspnea، ټوخی او Wheezing لري.

اعراض:

1. په ناروغ کې ناڅاپي د ساه لنډۍ حملې منځته راځي، خو ساه لنډي په تمرين پورې اړه نه لري.
2. Wheezing شتون لري.
3. له حملې سره سم ټوخی، لومړی وچ وي، خو وروسته د سريخناکو او نه وتونکو بلغمو سره ملگری کيږي.
4. له درملنې سره ورو ورو کمښت مومي.
5. که شديدو حملو له ورځو تر اوونیو دوام وکړ، (Acute attack of Bronchial Asthma Acute Severe) ورته وايي.
6. Nocturnal Awakening د ساه لنډۍ، ټوخي او Wheezing سره يو ځای وي، چې د شپې له مخې يې پيښي ډېرې وي.
7. نورو الرژيکو افتونو تاريخچه؛ لکه: Urticarial Eczema, Rhinitis به شتون لري.
8. ناروغي، کورنۍ تاريخچه هم له ياده ونه ايستل شي.

نښې:

1. نبض او تنفس رېټ چټک وي.
2. Pulses Paradoxes به شته وي.
3. Central Cyanosis به شته وي.
4. له تنفس سره د نورو مرستندويه عضلاتو برخه اخيستل.
5. د تنفس اواز به Vesicular وي، شهيق به اوږد وي، همدا شان- Expiratory Ronchia به هم اوريدل کيږي.
6. که حمله ډيره شديده وي، تنفسي اوازونه نه اوريدل کيږي.
7. EET (Forced Expiratory Time) به اوږد وي، پ نورمال حالت کې له ۱۰ ثانيو هم کم وي.

پلټنې:

1. د وینې معاینات به Eosinophilia وښي.
2. د سینې ایکسری نورمال یا به Hyperinflation وي.
3. په بلغم کې به Eosinophilia شته وي، یعنې Crystals Charcot-Leyden ښه ولري.
4. PEFR (Peak Expiratory Flow Rate) به ټیټ وي، نورمال کچه یې تر 400-600lit/min ټاکل شوی دي.

د **Bronchial Asthma** شدیدو حملو کلینکي ښه:

1. Heart > 110 L/min.
2. Pulses Paradoxes.
3. Respiratory rate > 28 L/min
4. Active Accessory Muscle of Expiration.
5. Patient is Unable to Speak in sentences.
6. Silent Chest.
7. Central Cyanosis.
8. PEFR < 150 L/min.
9. Low paO_2 & Normal or High $pa\ CO_2$.

1. **Acute Pulmonary Edema.**

د کین زړه حاده کفایه د حاد سږو پړسوب اصلی لامل جوړوي، د سږو وریدي فشار لوړیږي، معایعات ډیریري او نه شي کولی چې لمفاوي ډریناژ ترسره کړي. که د سږو حاد پړسوب له زړه څخه سرچینه واخلي، ځینې وختونه دې ډول ته (Cardiac Asthma) هم وایي.

اعراض:

1. ناروغ به شدیدې ساه لنډې او د زړه ټکان لري.
2. ساه لنډې په ملاستې حالت کې ډیریري، چې دې ډول ته Orthopnea وایي.
3. له بد بویه سرېخناکه بلغمو شتون سره یو ځای توخی وی.
4. ناروغ به د ساه لنډۍ تاریخچه هم لري.

نښې:

1. Tachycardia.

2. Pulsus Alternans به شته وي، نبض به قوي او د يو کمزوري بل نبض په تعقيب منځته راځي.

3. Central Cyanosis به شته وي.

4. د زړه دريم او څلورم اوازونه به اوریدل کيږي، يعنې Gallop Rhythm يا Triple Rhythm به شته وي.

5. Creptitation ښايي واوریدل شي.

6. ښايي چې د لاندې ناروغيو نښې هم وليدای شي،

Congenital Heart , Valvular Heart Disease , Hypertension Disease.

پلټنې:

د سينې په ايکسري کې لاندې ګڼوډۍ په ګوته شي.

1. Cardiomegaly د کين بطين د عدم کفايې له کبله.

2. Mitral Valve په ناروغيو کې د زړه کين سرحد نيغ وي.

3. سږو په پورتنۍ برخه کې د غښتلي وريدونو نښې.

4. Acute Pulmonary Edema.

5. Kerley's B Lines (لمفوي غوټې غټې ښکاري).

6. Bat Wing Appearance (غښتلي وريدونه) Prominent Vascular

Marking.

7. ECG به کين اذيني هايپر تروفي، کين بطين هايپروفروفي راوښي.

Diffrentail Diagnosis of Bronchial Asthma & Acute Pulmonary Edema of Cardiac Origin.

د حادې ساه لنډۍ دوه اړين لاملونه د برانکيل استما شديد حملې او د سږو حاد برسوب جوړوي.

ددې دواړو لاملونو ترمنځ توپير کول د درملنې په موخه ډير اړين دی، خو ځينې وختونه يو څه ستونزمن کيږي.

Bronchial Asthma و Acute Pulmonary Edema(Cardic asthma)

تفریقي تشخیص

history	Bronchial Asthma	Cardic asthma
عمر	زیاتره ماشومانو کی پیل کوی او خوانانو کی هم وی	متوسط عمر څخه وروسته او ځوانانو کی هم وی په تیره دزړه ولادی ناروغی او روماتیک ناروغی
توخی	بارزوی	بارز نه وی
بلغم	لږ، چسپناکه او پلن وی	نری، ځگ لری او وینه لری
ویزینگ	معمولا بارزوی	غیر معمول وی
دناروغ وضعیت	ناروغ کښینی او دلاسونو په تکیه سره قدم خواته خم شوی وی او اضافی تنفسی عضلاتو کار زیات وی	ناروغ دملاستی وضعیت خوبوی خو نفس تنگی ورسره زیاتېږی
پخوانی تاریخچه	دعین حملی مخکینی تاریخچه لری او پوسټکی او پوزی دالرژی تاریخچه لری	د جهدی نفس تنگی، د PND, chest, pain, IHD, HTN تاریخچه لری
کورنی تاریخچه	دالرژی او داستما تاریخچه مثبت وی	د IHD, HTN تاریخچه مثبت وی
Examination		
Pulse	Tachycardia in sever state Pulsus paradoxus	Tachycardia and pulsus alternance
Respiratory system	Expiratory rhonchi and silent chest in grave state	
CVS	Normal	Gallops rhythm and underlying diseases
Investigation		
Blood examination	Eosinophilia , leukocytosis	Normal
CHX	Normal , bronchovascular marking , hyper inflation	Cardiomegaly, kerly's B line, Bat wing sign
ECG	RVH, RAD	LAH, LVH , IHD, LAD
ECHO	Normal, RV enlargement	LV enlargement , LV dysfunction , underlying heart diseases
PCWP	Normal	High

Acute Respiratory Distress Syndrome

د سږو دا ډول پر سږو د زړه له لاملونو څخه نه وي، خو د شریانونو نفوذیه قابلیت او
Alveoli ته د مایع له Leakage څخه منځته راتلای شي.

لاملونه:

1. Severe Sepsis.
2. Major Trauma.
3. Aspiration of Gastric Contents.
4. Acute Pancreatitis.

اعراض:

په ناروغ کې ښکاره ډول سره د افت شتون او د ساه لندۍ شدت ډېرېږي.

نښې:

1. ناروغ به Cyanosed وي.
2. تنفسي ریټه به ګړندی وي.
3. سینه کې به Crepitation شته وي.
4. زړه به نورمال وي.

پلټنې:

په ګوګل ایکسری کې به دوه اړخیز خپور شوی Patchy Opacities ترسترګو شي.
د سپرو Wedge فشار به لوړ وي.

Pneumonias

د سینه بغل ښودونکي نښه ښايي نمونیا جوړه کړي.

Pulmonary Embolism

د ژورو وريدونو ترمبوزس د Embolism اصلی سرچینه جوړوي، په هغه ناروغانو کې ډېر منځته راځي، چې په بستر محکوم وي.
نور مساعد کونکي فکتورونه يې د حوصلې عملیاتونه، د لګن خاصرې انتانات، اوږد مهاله سفرونه، د حمل ضد درملونه او Pregnancy بللی شو.

اعراض:

1. ناروغي به د شديدې ساه لنډۍ سره پيل شي، بڼايي پرله پسې هم شي.
2. د ستړنوم شاوخوا نارامي، درد به د ښي بطن د اسکيميا او د کروني شريانو د وينې د حرکت د کمښت له کبله منځته راتلاي شي، او له M.I سره توپير کيدای شي.

نښې:

1. ناروغ به په ويره کې وي.
2. ناروغ به Tachycardia, Tachypnea او Hypotension ولري.
3. JVP لږه د (a) خپې پلوروالي سره وليدای شي.
4. د ښي بطن Heave به حس شي، Gallop Rhythm اوريدل کيدای شي.
5. د ژورو وريدونو ترمبوزس به شته وي.

پلټنې:

1. د سينې ايکسري به نورمال وي.
2. په ECG کې به Right Bundle Branch, Right Axis Diversion Block او د سږو امبوليزم تغيرات ترسترگو شي، يعنې (S₁, Q₃, T₃ يا S_{1,2,3} په تغير وي).
3. وينې ازموينې به تيت PO₂ او PCO₂ وښي.
4. د Plasma D-Dimer کچه به لوړه وي.
5. Echocardiography ډيره اړينه ده.
6. MRI , CT , Pulmonary Angiography به د بند شوي برخې اصلي ځای په گوته کړي.

Pneumothorax

د پلورا په تشه کې د هوا شتون ته وايي، لاملونه يې مختلف دي، چې لاندې به ترې يادونه وشي.

1. د نامعلوم علت له کبله پيدا کېږي

2. کیدای شي چې د apical sub-pleural bleb د څيري کیدو له امله وي.
3. د ویمې نمو توراکس د COPD، استما، کیستیک فیروزس د حیض په وخت کې catamenal نمو توراکس په نوم یادېږي.
4. کاویتی افت.
5. د سږو کیست.
6. نوماتوسیل.

اعراض:

1. ناڅاپي درد سره به ناروغ د په سینه کې د نیوونکي درد، ساه لنډۍ، څخه یادونه وکړي.
2. د سینې پلوراي درد د فکتا پیل کوي.
3. ساه لنډۍ.
4. تکیپنیا.
5. تکی کارډیا.
6. د سینې تناظر خراب وي (ماوف طرف بلج وي).
7. ماوفه طرف کې تنفسي اوازونه نښته وي.

نښې:

1. تراخیا مقابل ته بیځایه کیږي.
2. Percussion Note به Hyperresonant وي.
3. سڼې خوځښت، Vocal Fremitus، د سینې اوازونه به په افت اخته شوي اړخ کې ټیټ وي، د تنفس اواز به Amphoric وي.
4. Coin test به مثبت وي.

د Pneumothorax ډولونه:

1. Spontaneous Pneumothorax: چې پرته له ضربې پ سینه کې نمو تورکس

جوړ شي.

2. Primary Spontaneous Pneumothorax: په ځوانو وگړو کې د Pleura له

څيرې کيدو څخه منځته راځي.

3. Secondary Spontaneous Pneumothorax: د سږو د ناروغيو له کبله منځته

راځي.

4. Traumatic Pneumothorax: د Line CVP , Pleural Aspiration د اختلاط

له کبله منځته راځي.

5. Tension Pneumothorax: د پلورا په تشه فشار راتلو ته وايي.

په بېرني ډول درملني ته اړتيا لري، په دويمې بين الضلعي مسافه کې يو غټ Needle

سينې ته داخل او د تشخيص لپاره هوا ايستل کيږي.

پلټنې:

1. د سينې د ايکسري پ وسيله تشخيص ايښودل کيږي.

2. د سينې په ايکسري کې د سږو له نښو پرته به Hypertranslucency شته وي.

Massive Pleural Effusion

له حادثې ساه لنډۍ سره يو ځای به په ډيره کچه پلورا کې مايع راټوله شوې وي.

Airway Obstruction

1. د غټو هوايي لارو د بندښت اصلي لامل د Laryngeal پرسوب او Foreign Body

جوړوي.

2. ساه لنډي، Stridor او Cyanosis به هم ترسترگو شي.

3. بېړنۍ Tracheostomy ته اړتيا موندل کيږي.

Metabolic Acidosis

د کاربن ډای اکسايډ د منځه وړلو لپاره به ناروغ ژور او چټک تنفس کوي.

لاملونه:

1. Renal Failure.

2. Diabetic Ketoacidosis.

Lactacidosis. 3.

Salicylate Poising. 4.

Psychogenic Dyspnea

1. ناروغ به ويره او Hyperventilates وي، د ionized کلسيم د کمښت له کبله به ناروغ کې تنفسي Alkalosis او تيتاني منځته راتلای شي.
2. د خوب پر مهال به ساه اخيستل نورمال وي.
3. کتنې به نورمال وي.

درېم څپرکی

ځنډنۍ ساه لنډې

Chronic Dyspnea

په ځنډنۍ استما کې ناروغان په اوږد مهاله ډول سره له مياشتو تر کلونو پورې ساه لنډې لري.

په ځينو وختونو کې ځنډنۍ Bronchial Asthma د ناروغۍ په شدت کې ونډه اخلي.

لاملونه:

1. Heart failure.
2. Chronic Bronchitis, Emphysema.
3. Chronic Bronchial Asthma.
4. Interstitial Lung Disease.
5. Severe Anemia.
6. Obesity.
7. Psychogenic.

Heart Failure 1

د نورمال دندې د خرابوالي له کبله زړه نه شي کولای، چې ټول بدن ته له اړتیا سره سم وینه ولیږدوي، ددې افت په منځته راوړلو کې د کین او ښي زړه عدم کفایه ډیر رول لري.

د وخت په تیریدو سره دوه اړخیز بطني عدم کفایه پرمختګ کوي. د زړه احتقاني عدم کفایه بله ستونزه ده، چې د زړه عدم کفایې ته لار هواروي.

د کین زړه عدم کفایه:

لاملونه:

1. Hypertension.

2. Ischemic Heart Disease.
3. Mitral Stenosis (There is failure of left atrium only, Left Ventricle is normal).
4. Mitral Regurgitation.
5. Aortic Stenosis.
6. Aortic Regurgitation.
7. Ventricular Septal Defect.
8. Cardiomyopathy.

اعراض:

1. ناروغ له تمرین سره یوځای ساه لنډې لری.
 2. د کین زړه په خفیفه عدم کفایه کې کمه اندازه ساه لنډې وي، یعنی یوازې د منډۍ وهلو او په زینه پورته کیدلو کې.
 3. په شدید کین بطن عدم کفایه ناروغ د عادي قدم وهلو سره هم ساه لنډې لري.
 4. ساه لنډې له هوار ځملاستو سره ډیرېږي، چې Orthopnea ورته وایي، لامل یې داده چې په نسکتني اطرافو، گیده کې راټوله شوې مایه د سینې خواته راپورته کیږي او ساه لنډې منځته راوړي.
 5. ځینې وختونه د شپې ناوخته ناروغ له خوب را پاڅي او د شدیدې ساه لنډۍ څخه رنځ گالي، کله چې له خوب راوینښ شي، په وینو ککړ شوی بلغم به په ټوخي کې تر سترگو شي، له خوبه ویښېدل او یادې ستونزې ته Paroxysmal Nocturnal Dyspnea وایي.
 6. د زړه د عدم کفایې نور کلینیکي اعراض ستړیا، کمزوري، بې اشتهايي، د وزن پایل او Nocturia بللی شو.
- د کین زړه عدم کفایه:

اعراض:

1. Exertional Dyspnea.
2. Paroxysmal Nocturnal Dyspnea.
3. Orthopnea.

نښې:

1. Tachycardia
2. Pulsus Alternans
3. Gallop Rhythm
4. Basal Crepitation

پلټنې:

د سينې ايكسري:

1. Cardiomegaly
2. Other Features of Acute Pulmonary Edema

:ECG

1. Heart Disease Left Atrial, left Ventricular Hypertrophy Ischemic

:Echocardiography

1. Abnormalities of Function and Structure of the Heart
2. Catheterization
3. Pulmonary Capillary Wedge Presssure is Raised

نښې:

1. په خفيف حالت کې کومه نښه نه شو ليدلې، تشخيص د ساه لنډۍ په تاريخچه او د زړه ناروغيو ټاکلې شو.
2. ناروغ به Tachycardia لري.
3. Pulsus Alternanse
4. Apex Beat به ښکته خواته بياځايه شوی وي.
5. Gallop Rhythm (درېم او څلورم د زړه اواز) به واوريدل شي.
6. د شهيق په وروستۍ برخه کې به Crepitation واوريدل شي.
7. د Pleural Effusion نښې هم ښايې شته وي.

8. Congenital Heart Disease او Valvular Heart Disease, Hypertension د نښې به تر سترگو شي.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری به ټولې یا یو څو غیر نورمال حالتونه او نښې چې په Pulmonary Edema کې ترې یادونه وشوه ولري.
 2. په ECG کې به کینې بطنین غټوالي، Ischemic Heart Disease خپلې نښې راوښيي.
 3. Echocardiography به پراخ زړه او (Ejection Fraction) سره وښيي.
- د نښې زړه عدم کفایه:

لاملونه:

1. Secondary to Left heart Failure.
 2. Ischemic heart Disease.
 3. Cor-pulmonale.
 4. Cardiomyopathy.
 5. Pulmonary Stenosis.
 6. Atrial septal Defect.
 7. Tricuspid Stenosis/ Regurgitation.
- د نورمال کینې زړه سره د نښې زړه عدم کفایې لاملونه:

1. Cor-Pulmonale.
2. Right Ventricular Infarction.
3. Pulmonary Stenosis.
4. Atrial Septal Defect.
5. Tricuspid Stenosis/ Regurgitation.

اعراض:

1. ناروغ به د تمرین پر مهال ساه لنډې او د پښو پرسوب لري.
2. زړه بدوالی به عام وي.
3. د گڼېدې د نښې پورتنۍ برخې درد، چې ښایي د Hepatomegaly له وجې وي.

نښې:

1. JVP به لوړ وي، د غاړې وريد به نبضاني وي.
2. ځيگر به غټ او حساس وي.
3. د Sacrum او ښنگري په ساحه کې به Pitting Edema شته وي.
4. حېن او Pleural Effusion به پرمختللو ناروغيو کې عام وي.

پلټنې:

1. د سينې په ايکسري کې به پراخ ښي دهليز ترسترگو شي.

د ښي زړه عدم کفايه:

د زړه عدم کفايه ته مساعد کوونکي فکتورونه:

1. Anemia.
2. Infection.
3. Excess Salt & Fluid Intake.
4. Thyrotoxicosis.
5. Pregnancy.
6. Infective Endocarditis.
7. Arrhythmias.
8. Physical Overexertion.
9. ECG به د ښي بطين عدم کفايه، د ښي دهليز غټوالی او Right Bundle Branch را به گوته کړي.
10. Echocardiography به پراخ زړه وښيي.
11. په Catheterization کې به CVP (Central Venous Pressure) لوړ وي.

Pulmonary Emphysema/ Chronic Bronchitis

Chronic Obstructive Pulmonary/ (COPD of COAD) Airway Disease د دې

دواړو حالتونو لپاره کارول کېږي.

د دې ناروغيو ښودنه د هوا په محدوديت پورې تړلې ده، د سگريټ څکول يې ترټولو

عام لامل بلل شوی، خو نور لاملونه یې هم شته لکه د هوا ککړتیا، د محیط ناپاکوالي او نور.

د ځنډني Bronchitis ناروغان د وخت په تیریدو سره په Emphysema اخته کیږي، چې دا په خپله د هوا بې لارو د بندښت ښودنه کوي.

د Pulmonary Emphysema/ Chronic Bronchitis تفریقي تشخیص

feature	Emphysema	Chronic bronchitis
Exertional dyspnea	It is sever and main symptoms	Mild
cough	After dyspnea	Befor dyspnea
sputum	Scanty, mucoid	Copious , mucoid, mucopurulent,
infection	Less frequent	Very frequent
Respiratory failure	In terminal event	Repeatedly , frequently
cyanosis	In terminal event	Frequently, commonly
Pul HTN	In late event, mildly	In early, commonly
Cor pulmonal	Rarely, pinkpuffer, polycythemia, breathlessness	Common, cyanosis, blue bloater
CXR	Hyperinflation , hyperlucence, wide intercostal space, small heart, bullous seen	Bronchovascular marking is seen, cardiomegaly,
Gas transfer factor	Reduced	Normal or mildly reduced

Chronic Bronchitis

هغه ناروغان چې د دوه کالو پورې هر کال درې میاشتې بلغم لرونکی ټوخی ولري، په Chronic Bronchitis اخته شوي، پدې شرط چې نور لاملونه لکه نری رنځ او Bronchiectasis ته وی.

دا ناروغان به هوایی لارو په تنگوالي برسېره مخاطي پړسوب او د مخاط ډېر افراز سره مخ وي.

اعراض:

1. د بلغم لرونکي ټوخي پرله پسې حملې به شته وي، په وروستیو کې ټول کال

ټوخی شته.

2. بلغم به مخاطي، قیحي مخاطي او ځینې وختونه په وینو ککړوي.
3. ساه لنډې له Wheezing سره ډیره عام وي.
4. خپلسری ټوخی (یعني د شپې له خوا خپلسري ټوخی)، د بلغم به وتلو سره سمه کیږي.

نښې:

1. د تنفس او ازیه نورمال وي، یعنی اوږد زفیر به موجود وي.
2. د Emphysema فزیکي نښې به شته وي.
3. په شدیدو حالتونو کې ناروغ Cyanosed کیږي.

پلټنې:

1. د ګوګل ایکسری به نورمال وي، Broncho vascular نښې به غښتلې وي.
2. د سږو د نډیز تستونه به تنګښت را په ګوته کړي.
3. په لومړیو وختونو کې د Gas تبدېدل نورمال وي، په وروستیو کې PO_2 ټیټ وي، خو PCO_2 لوړ وي.
4. دویمي Polycythemia به شته وي.

Pulmonary Emphysema

د سږو په Emphysema کې به غیر نورمال پراخوالی د انساجو په منع کې شته وي.

اعراض:

1. ناروغ به له تمرین سره یو ځای ساه لنډې لري.

نښې:

لاندې نښې په Emphysema کې پرمختګ کوي.

1. Purse Lip Breathing
2. د سيني د مرستندويه عضلاتو کارونه زيات وي.
3. د تراخيا کچه کميږي.
4. Indrawing of Intercostal Space
5. د سيني مخکينۍ او وروستنې قطر ډيريږي.
6. د سيني خوځښتونه او د سيني توسع، کمښت مومي.
7. Percussion Note به نور مال وي، د زړه او ځيگر Dullness کميږي.
8. زفير اوږدېږي او په وروستيو کې Cyanosis منځته راځي.

پلټنې:

1. د سيني ايکسري د Emphysema نښې ښودلې شي.
2. دويمې Polycythemia عامه وي.
3. د سږو دنديزې ازموينې بندښت رانښودلې شي.
4. د Gas Transfer Factor به کمښت کوي.
5. د وينې ګازات نور مال وي.

د Emphysema فزيکي نښې:

ساه لنډې دامفيزيما لومړنۍ اعراض دي چې ورو ورو زياتيږي، لومړۍ د تمرين سره وي وروسته د استراحت په وخت هم وي. ټوخي نه وي او يا وروسته په لږه اندازه وي.

pink puffer د امفيزيما شديد ډول دي چې لاندي اوصاف لري

1. expiratory pursed-lip breathing په ترلي شونډ و زفير کول
2. دښه ساه اخيستلو لپاره ناروغ کيښيږي قدام خواته ټوخ شوي وي او په دواړو لاسو نو تکيه کوي
3. شديد ساه لنډي وي
4. بلغم لږ او يا نه وي
5. د استراحت په حالت کې لږها پيو کسيميا وي
6. سږي خاموشه وي اضافي اوازونه نه اوريدل کيږي
7. وزن کم وي

8. د پنبو پرسوپ نه وي
9. مخلوط ډول بلو بلا تر او پنگ پفر سره يو ځاي وي
10. RV, FRC, TLC نارمل يا لږ زيات وي

د Emphysema راډيولوژيک نښې:

د سږو اکسري (سږی hyperlucence او hyperinflation وي او بولا ښای موجود، vascular marking کم شوی وی او TLC (total lungs capacity) زيات وی زړه کوچنی ښکاري. که چيري د (RV) residual valium او total lung capacity (TLC) نسبت زيات وي (RV/ TLC ratio) د هوا په بنديد و (امفيزيما) باندي دلالت کوي.

د COPD اختلاطات:

1. Pulmonary Bullae.
2. Spontaneous Pneumothorax.
3. Respiratory Failure.
4. Cor-Pulmonale.
5. Secondary Polycythemia.
- 6.

Chronic Bronchial Asthma

حملوي او ځنډني بڼې سره برانکيل استما منځته راتلاى شي، حملوي ډول سره بندښت ښه والى مومي او ناروغ اصلي حالت ته گرځي، په ځنډني حالت کې هوايي لارې تنگيږي او د ژوند تر وروستې برخې پورې انسان نه ښه کيږي. ډيروخت ناروغانو کې بلغم لرونکى ټوخى هم موجود وي، توپيري تشخيص د Chronic Bronchial asthma او Chronic Asthmatic Bronchial د تاريخچې له مخي کوو.

په Chronic Asthmatic Bronchial کې د بلغم لرونکي ټوخى اوږده تاريخچه، چې په وروستيو Wheezing ورسره ملگرى وي منځته راځي، خو په Chronic

Wheezing Bronchial Asthma کې د اورېدې تاريخچې سره چې په وروستيو کې بلغم لرونکې ټوخی منځته راځي، بڼه توپير کولای شو.

Interstitial Lung Disease

يو شمير بيل بيلې ناروغې دي، چې په خپور ډول د سږو پرانکميل اخته کوي.

اعراض:

1. Exertional Dyspnea شتون.
2. د دوه اړخيز شهيقې Crepitation شتون، چې له ټوخي سره اړيکه نه لري.

لاملونه:

1. Environmental lung diseases or pneumoconiosis
2. Interstitial pneumonia
3. Drugs(antibiotics, amiodarone)
4. Radiation
5. Connective tissue diseases
6. sarcoidosis

پلټنې:

1. د مچيو د ځالو په څير سوري لرونکي جوړښتونه به په ايکسري کې وليدای شي.
2. CT سکين د تشخيص په ټاکلو کې مرسته کوي.
3. FEV₁ او FVC به اوږد وي.

Anemia

1. د هيموگلوبين غلظت په وینه کې د اکسيجن ليږد کثافت رانښودلی شي.

Obesity: په چاقو وگړو کې د ساه لنډۍ پېښې ډيرې وي.

Psychogenic Dyspnea

ځينې ناروغان پرته له دې چې نورې ناروغۍ ولري، له ساه لنډې څخه يادونه کوي، دلته ښه ده، چې بشپړه او سمه تاريخچه واخيستل شي.

د ښي زړه عدم کفايه توپيري تشخيص:

1. Pericardial Effusion.
2. Constrictive Pericarditis.

1. Pericardial Effusion:

لاملونه:

1. Tuberculosis.
2. Pyogenic Infection.
3. Viral Infection.
4. Malignancy.
5. Uremia.
6. Connective Tissue Disorders.
7. Myxedema.
8. Idiopathic.

اعراض:

1. د پريکارډ التهاب له کبله به د سينې درد موجود وي.
2. ساه لنډي به عام عرض نه وي، ناروغ به Orthopnea ولري.

نښې:

1. نبض به د کم حجم درلودونکي وي.
2. Pulsus Paradoxus به شته وي.
3. د غاړې ورید به غښتلی وي.
4. ځيگر به غټ او حساس وي.
5. د پښو پر سوب به تر سترگو شي.

6. Abex Beat به نه جس کيږي.

پلټنې:

1. په سينې ايکسري کې به د زړه د سيوري نښې به ډيرې غښتلي ښکاري.
2. ايکو کارډيگرافي به د مايع شتون را په گوته کړي.
3. د مايع را ايستل او د هغې کتنه.

:Constrictive Pericarditis: 2

لاملونه:

1. Tuberculosis.
2. Pyogenic Pericarditis.
3. Viral Pericarditis.
4. Rheumatoid Arthritis.
5. Hemopericardium.
6. Idiopathic.

اعراض:

1. ناروغ د گيډې پرسوب، پښو پرسوب، کمزوری، ستړيا څخه يادونه کوي.
2. تاريخچه کې به د Pericarditis له کبله د Precordial Pain شتون ولري.

نښې:

1. د نبض حجم به کمزوری وي.
2. Pulsus Paradoxus به شته وي.
3. JVP به لوړه وي.
4. Kussmaul's Sign به شتون لري.
5. Apex Beat به هم څه کمزوری وي.
6. Pericardial Knock به اوریدل کيږي.
7. ځيکر به غټ او حساس وي.
8. تورې به غټ شوي وي.
9. حېن به د پښو له پرسوب سره يو ځای وي.

پلټنې:

1. د ګوګل ایکسری کې به زړه کوچنی وي، د پریکارډ کلسفیکشن به ترسترګو کیږي.
2. ECG به د Twave ټیټه څپه وښي.
3. ایکوکارډیوګرافي به د پریکارډ ډبل والی وښي، CT scan /MRI د ډبلې پلورا سره تشخیص وروستي برید ته ورسوي.

Cardiomyopathy:

هغه ناروغي ده، چې نیغ په نیغه د زړه مایوکارډ د حملې لاندې نیسي، خودا ناروغي د Hypertension، ولادی، رګونو، کروني شریانو یا پریکارډ ناروغيو له کبله منځته نه راځي.

Dilated Cardiomyopathy:

کله چې مایوکارډ ونه شي کولای په برابر ډول وینه پمپ کړي، نو په معاوضي ډول سره زړه پراخېږي، دې ډول ته Remodeling وايي، چې له امله یې د زړه عدم کفایې ته لار هوارېږي.

اعراض او نښې:

1. د سینې په ایکسری به زړه غټ شوی وي.
2. ECG به Arrhythmias, Sinus Tachycardia او Conductive Defects را په ګوته کړي.
3. ECHO به پراخ شوی زړه را وښيي.

Restrictive Cardiomyopathy:

د بطن دیوالونه به شخ شوي وي، او زړه به نه شي کولای د Diastole په صفحه کې پراخ شي، ځکه نو بطنات نه ډکېږي. د کلینیک له مخې لاندې برخو ته پام کوو:

1. Apex Beat به اسانۍ سره جس شي.
2. د مایترل عدم کفایې مرمر به واوریدل شي.
3. Pericordial Calcification او ډبلوالی به د سینې ایکسری او ECHO پرمخ

وگورو.

4. وروستی تشخیص د Endomyocardial Biopsy په وسیله کوو.

Obstructive Cardiomyopathy

دې ته Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy هم وايي، ناروغان به Septal هايپرتروفي لري.

اعراض:

1. په ماشومانو او ځوانانو کې د مړينې ناڅاپي سبب جوړوي.
2. نور اعراض لکه: Syncope, Angina او ستريا.

نښې:

1. نبض به Jerky وي.
2. Apex Beat به ډبل وي.
3. د زړه څلورم اواز به واوريدل شي.
4. Ejection Systolic Murmur به شته وي.

پلټنې:

1. په ECG کې د کين بطين هايپرتروفي، ژور Q Wave ، Arrhythmias
2. په ECHO کې به Septal Hypertrophy وليدای شي.

Myocarditis

1. دا افت د انتاناتو په تېره وایروسي انتاناتو له کبله منځته راځي.
2. ناروغ به د زړه عدم کفایه یا Arrhythmias لري.
3. ناڅاپي مړینه شونې ده.
4. څرگنده فزیکي نښه نه تر سترگو کیږي، Pericordial Rub به شتون ولری.

5. د نورو ناروغيو د نه شتون پر مهال به ښه تشخيص په ځوانانو کې د arrhythmias په شتون ورکړل شي.
6. ناروغ په سمه توګه له روغتيا برخمن کيدلی شي.

Pneumoconiosis

د منرالي مواد له انشاق څخه وروسته پورته افت منځته راځي.

اعراض:

د ساه لنډۍ، ډيروالۍ او ځنډنۍ توخي يې عام اعراض دي.

نښې:

1. د Pneumoconiosis کومه ځانګړې نښه نه تر سترګو کيږي.
2. Scattered Crepitation او Ronchi به واوريدل کيدای شي.

پلټنې:

1. د ګوګل ایکسری به Micronodular Opacities په خپور شوي شکل سره وښيي په وروستيو کې په ډېره کچه نوډول ته ورته جوړښتونه او Fibrosis منځته راتلای شي.
2. Egg Shell Calcification د Hilar Nodes به وليدای شي.
3. د پلورا Calcification به شتون ولري.

خلورم خپرکی

د زړه ولادی ناروغۍ

Congenital Heart Disease

د مرکز سیانوزس ته په کتو د زړه زیږونې ناروغۍ په دوه ډلو ویشل شوي دي.

A. Acyanotic Congenital Heart Disease.

1. Ventricular Septal Defect.

2. Atrial Septal Defect.

3. Persistent Ductus Arteriosus.

4. Coarctation of The Aorta.

B. Cyanotic Congenital Heart Disease.

1. Fallot's Tetralogy.

2. Transposition of The Great Arteries.

درې اړینې کړنلارې چې له مخې یې د زړه زیږونې ناروغۍ په اسانۍ سره څرگندولی شو.

1. MRI.

2. Angiocardiology.

3. Echocardiography.

Ventricular Septal Defect(VSD)

د بطنانو ترمنځ د پردې سوري والي ته وايي، په کین بطن کې به فشار د ښي بطن څخه لوړ وي، یعنې د وینې لیږد (Blood Flow) به له کین څخه ښي خواته ډېروي. اعراض:

1. که VSD کچه ډېره وي، په 3-6 اوونیو کې د زړه عدم کفایه پرمختګ کوي، په کوچني VSD کې له کوچنیوالي تر ځوانۍ کم اعراض نه وي.

نښې:

1. د نبض کچه به ډېره وي.

2. د زړه څوکه (Apex Beat) ټکان به کين خواته بيخايه شوي وي.
3. Systolic Thrill به په کين سترنوم سرحد کې جس شي.
4. لومړی اواز به نورمال يا يو څه لوړ شوی وي.
5. Pansystolic Murmur به د سترنوم په کين اړخ څلورمه بين الضلعي مسافه کې واوريدل شي.

د VSD نښې:

1. Apex Beat Shifted to The Left.
2. Systolic Thrill at Parasternal Border.
3. Normal S₁.
4. Pan Systolic Murmur in Forth Inter Costal Space.

پلټنې:

1. د سينې په ايکری کې به Cardiomegaly وليدای شي.
2. ECG به د کين بطين غټوالی وښيي.
3. ECHO وروستی او سم تشخيص را په گوته کولای شي.

Persistent Ductus Atriosus (PDA)

د رحم په دننه کې د ژوند پر مهال سږي دنده ترسره کوي، نو وينه د سږو شريان څخه د Ducuts له لاري ابهرته ځي، په نورمال حالت کې Ductus د زيږون وروسته بنديږي، خو ځينې وختونه خلاص پاتې شي. په ابهر کې د سږو شريان (pulmonary Artery) په پرتله فشار لوړوي، ځکه پرله پسې Shunting له ابهر څخه د سږو شريان ته دوام مومي.

اعراض:

1. د ماشوم وده ځنډنې وي.
2. په ناروغ کې د زړه عدم کفايه منځته راځي.

نښې:

1. يو Systolic Thrill به د کينې دويمې پښتۍ په سترنوم برخه کې واوریدل شي.
2. پرله پسې (Machinery) مرمربه له Systolic Accentuation سره يوځای واوریدل شي.

پلټنې:

1. سینې به د سږو شریان پراخیدل را به ګوته کړي.
2. ECG به نورمال وي.
3. ECHO به اخته شوي د سام برخه راوښيي.

Coaractation of the Aorta

ناروغ به Systolic Hypertension ولري.

نښې:

1. Femoral نبض به د Radial نبض په پرتله کمزوری یا وروسته اوریدل کیږي (Radio-Femural Delay).
2. پورتنې اطراف کې به فشار لوړ په ښکتنې اطراف کې ټیټ یا نورمال وي.

پلټنې:

1. سینې ایکسری به د پښتو آره ډوله (Notching) جوړښتونه وښيي.
2. په ECG کې به کین بطن غټوالی تر سترگو شي.

Fallot's Tetralogy

د زړه ډېره عامه زیږونې ده، چې زړه به لاندې جوړښتیزې ستونزې لري.

1. Pulmonary Stenosis.
2. Ventricular Septal Defect.
3. Overriding of Aorta.
4. Right Ventricular Hypertrophy.

اعراض:

1. Cyanosis د زیږون پرمهال نه وي، خو وروسته له یوې اوونۍ یا میاشتې پرمختګ کوي.
2. په ماشومانو کې ساه لنډې، ستریا منځته راځي.

نښې:

1. مرکزي سیانوزس.
2. په کین دریمه، څلورمه بین الضلعي مسافه کې به Systolic Thrill اوریدل کېږي.
3. P₂ به نرم یا نه اوریدل کېږي.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری کې نورمال د سږو انحنه تر سترګو کېږي.
2. ECG د کین بطن غټوالی ښيي.
3. د وروستي تشخیص لپاره ECHO ډیره اړینه ده.

Transposition of the Great Arteries

ابحر له ښې بطن سره نښې او د سږو شریان د کین بطن سره نښتی، کله چې د دهلیزونو تر منځ یا هم د بطناتو تر منځ غټ سوری (Defect) منځته راغلی وي، نو پاکه وینه (Oxygenated Blood) د کین زړه څخه ښي زړه او ابحر ته تیریږي، چې دې ستونزې ته Transposition Great arteries وایي.

اعراض:

1. د ساه بندوالي او Blue Discoloration یې عام اعراض دي.

نښې:

1. مرکزي سیانوزس (Central Cyanosis) به له زیږون ورځې راهیسې شته وي.
2. نورې نښې د ASD او VSD د افت په شتون پورې اړه لري.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری او ECG به د افت پوره ښودنه وکړي.
2. ECHO به تشخیص وروستي برید ته ورسوي.
3. Venography به د زړه د رگونو اناتومي او ستونزې راوښيي.

Eisenmenger's Syndrome

هغه ناروغان چې Ventricular Septal Defect ، Atrial Septal Defect او Ductus Atreiosus لري.

هغوی کې په تدریجی ډول Pulmonary Hypertension منځته راځي، کله چې د سږو فشار لوړ شي وینه واپس راگرځي دلته نو وینه له کین څخه ښي او بیا له ښي څخه کین زړه ته ځي یعنی سره ګډوډه کیږي. د ستونزې په پایله کې Cyanosis منځته راځي چې دې حالت ته Eisenmenger's Syndrome وايي.

Pulmonary Hypertension

د سږو د شریان نورمال منځنی فشار 25/10 (Mean 15mm) ده، که د فشار 30/15 (Mean 20mmHg) ته پورته شي Pulmonary Hypertension ورته وايي. لاملونه:

د سږو لومړنۍ هايپرټنشن لامل د زړه او سږو ناروغۍ نه دي. په ځوانانو او متوسط عمر ښځينو کې وی چې د ښي زړه د عدم کفایي لامل کیږي. د سږو د ثانوي هايپرټنشن اسباب عبارت دي له:

1. د سږو مزمن ناروغۍ
 - a. مزمن برانکایټس
 - b. امفزیما
 - c. د سږو فیروزس
2. د سږو دویني جریان زیاتوالی
 - a. Left to right shunt (ASD,VSD,PDA)

3. د سږو وړیدي فشار زیاتوالی
- a. مترال د سام تنګوالی
- b. کین زړه عدم کفایه
- c. مترال د سام عدم کفایه
- d. د سږو ترومبو امبولیزم

4.

اعراض:

1. د ښي زړه د عدم کفایې ښې ډیرې غښتلي وي.
2. نور اعراض یې د سږو لوړوالي پورې اړه لري؛ لکه Syncope، د سینې درد او پر له پسې Hemoptysis.

ښې:

1. د غاړې وړید جس کیدل او غښتلی (a) خپه د ښي بطن غټوالی له کبله.
2. P_2 به د جس وړوي.
3. کین Parasternal Heave به د ښي بطن د غټوالي له امله واوریدل شي.
4. د سږو په ساحه کې Ejection غږ واوریدل شي.
5. P_2 به لوړوي.
6. د زړه دوهم غږ (S_2) به Split وي.
7. Diastolic Murmur به Pulmonary Regurgitation له کبله واوریدل شي، چې دې ډول مرمر ته Graham-Steel Murmur هم وايي.

پلټنې:

1. ECG به د ښي بطن او ښې دهلیز غټوالی را په گوته کړي.
2. Echocardiography به د ښي بطن غټوالی را وښي.
3. د Catheter په وسیله نیغ د سږو شریان فشار ټاکلی شو.

Systemic Hypertension

د روغتيايي ستونزو يوه اړينه برخه جوړوي، د عمر په ډيريدو سره فشار هم لوړېږي پ هتيره Systolic Pressure په نارينه وو کي.

د وينې نورمال فشار له 130/85mmHg څخه کم دی، که د وينې فشار 140/90mmHg يا له دې پورته شو Hypertension ورته وايي.

د 130-139mmHg سيستوليک او 85-89mmHg ډياستوليک ترمنځ فشار ته لوړ نورمال فشار وايي.

د نورو خطر فکتورونو په پام کې نيول؛ لکه د کرونري شريان ناروغۍ، د سکرېټ څکول، Hyperlipidemia، Ischemia Heart Disease او Diabetes Mellitus سره کابو شي.

د لوړ فشار به څرنگه تشخيص کوو:

د فشار کتلو دمخه بايد ناروغ دمه وي، د وينې فشار به دواړو متونو کې وکتل شي، نورمالې کچې په نظر کې ونيول شي، خو که په ځينو وگړو فشار تر 210/120 وي، نو Target Organ Damage به شتون لري.

:Labile (borderline) Hypertension

د وينې فشار ځينې وختونه لوړ وي، خو هر وخت نه وي.

:Malignant Hypertension

دې ډل وينې فشار لوړوالي سره به ناروغ Papilledema هم لري.

:Accelerated Hypertension

په 85-90 سلنه وگړو کې ددې ډول فشار لوړوالي لامل نه وي څرکند.

Hypertensive Crisis: پدې حالت کې اکسلرېټد هايپرتنشن د زړه او رگونو د ستونځو (Sequel) سره يوځاي وي

White Coat Hypertension: پدی حالت کي د ویني فشار داکتر ته د مراجعي په وخت کي د سترس له کبله لوړېږي.

Mask hypertension

هغه حالت ته وايي چي د ویني فشار په کور کي زیات شی.

Hypertensive Urgency & Emergency

Hypertensive Urgency په پېښو کي فشار باید د څو لږو ساعتونو په موده کي باید کنترول شي، چي په دی کي شدید بی عرضه هایپر تنشن ($SBP > 220$ او $DBP > 125$) د Optic disc edema او Sever Perioperative HTN گډون لري. په دی حالت کي زرقي درملنی ته اړتیا نشته.

Emergency Hypertensive کي د مړیني او معیوبیت د کمولو په موخه فشار باید د یو ساعت څخه په لږه موده کي کنترول کړای شي. په دی حالت کي دیاسټولیک فشار د 130 څخه لوړ وي. په ایمرجنسی کي هایپر تنسیف Encephalopathy، هایپر تنسیف نفروپتي، intracranial hemorrhage، aortic dissection، preeclampsia-eclampsia، myocardial infarction او unstable angina شامل دي.

په هایپر تنسیف کي ایمرجنسی معمولا زرقي درملنی توصیه کیږي په تېره بیا چي انسفالوپتي موجود وي. د ایمرجنسی د درملنی لومړنۍ موخه داده چي د دقیقو او یا یو الودو ساعتو موده کي د ویني فشار د 25% څخه زیات ټیټ نه شي او وروسته د 6-2 ساعتو موده کي فشار

160/100 حدودو ته راوستل شي. د فشار ډېر ټيټول د قلبي، دماغي او کليوي اسکيميا د تشديد سبب کيږي.

:Classification of Blood Pressure for Adults:

Classification (JNC7)	Systolic pressure	Diastolic pressure
	mmHg	mmHg
Normal	90-119	60-79
High normal or prehypertension	120-139	80-89
Stage 1 hypertension	140-159	90-99
Stage 2 hypertension	≥160	≥100
<u>Isolated systolic hypertension</u>	≥140	<90

:Secondary Hypertension

په 10-15 سلنه ناروغانو کې د څرکندو ناروغيو له کبله فشار لوړيږي، چې دې ډول فشار لوړوالي ته secondary Hypertension وايي.

د Secondary Hypertension لاملونه:

۱. Coarctation of aorta
۲. Renal disease
۳. Endocrine disorders
۴. Neurologic disorders

Primary Hypertension

Contributing factors

- SNS activity .١
- Diabetes mellitus .٢
- Sodium intake .٣
- Excessive alcohol intake .٤

Risk Factors for Primary Hypertension

Age (> 55 for men; > 65 for women) .١

Alcohol .٢

Cigarette smoking .٣

Diabetes mellitus .٤

Elevated serum lipids .٥

Excess dietary sodium .٦

Gender .٧

Family history .٨

Obesity (BMI >30) .٩

Ethnicity (African Americans) .١٠

Sedentary lifestyle .١١

۱۲. Socioeconomic status

۱۳. Stress

اعراض:

1. په شديد فشار لوروالي کې ناروغان د سهار له مخې د Occipital ناحيې درد لري، چې د څو ساعتو لپاره دوام کوي.
2. ناروغ به گنگسيټ، زړه ټکان، Impotence ژر سترې کيدو څخه سر ټکوي.
3. ناروغ به د فشار اوړوالي اختلاطات؛ لکه Vision ، Hematuria ، Epistaxis ، Blurring ، Angina ، Heart failure او Transient Ischemic Disease .

د Secondary Hypertension د منځته راتلو کلنيکي بڼه:

نښې:

1. Puffiness of Face.
2. Edema Feet.
3. Fundoscopy for Retina.
4. Palpation & Auscultation of Carotid for Narrowing.
5. Heaving Apex Beat, Loud A₂ . 3rd , 4rd Heart Sound.
6. Basal Crepitation.

پلټنې:

1. Urine Analysis (Proteins, Red Cell, Costs).
2. Hemoglobin.
3. Fasting Glucose.
4. Potassium, Sodium, Serum Creatinine, Blood Urea.
5. Fasting Lipid Profile.
6. ECG.

Effect of Hypertension

1. Effects on the Heart.

- Concentric Hypertension. .1
- Heart Failure. .2
- Ischemic on the Heart Disease. .3
- Effects on the Nervous System. .2
- Retinopathy. .1
- Cerebral Infarction. .2
- Hypertensive Encephalopathy. .3
- Effects on the Kidney. .3
- Arteriolar Nephrosclerosis & Renal Failure. -

:Hypertensive Encephalopathy

د وینې فشار شدید لوړوالي سره یوځای د شعور له منځه تلل، Retinopathy،
Papilledema او احتلاج شتون ته وايي.

د سیسټیک فشار لوړوالي اختلالات:

- Cronary Artery Disease. .1
- Cerebrovascular Disease. .2
- Peripheral Vascular Disease. .3
- Chronic Renal Failure. .4
- Hypertensive Retinopathy.

Main complications of persistent
High blood pressure

Brain:

- Cerebrovascular accident (*strokes*)
- Hypertensive encephalopathy:
 - confusion
 - headache
 - convulsion

Retina of eye:

- Hypertensive retinopathy

Blood:

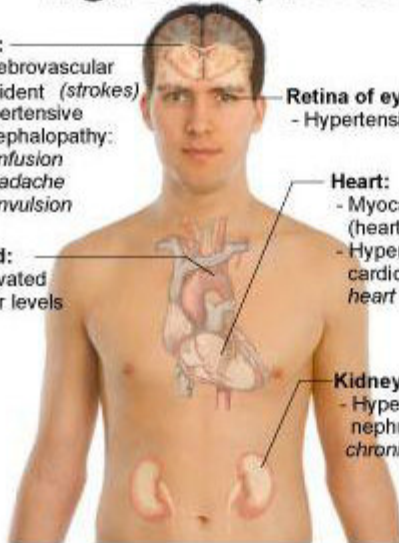
- Elevated sugar levels

Heart:

- Myocardial infarction (*heart attack*)
- Hypertensive cardiomyopathy:
heart failure

Kidneys:

- Hypertensive nephropathy:
chronic renal failure



پنځم څپرکی

د زړه د سامونواو ولادی ناروغۍ

Valvular & Congenital Heart

Valvular Heart Disease

د زړه والونه داسې جوړ شوي چې کولای شي یوازې یو اړخ ته وینه ولیږدوي، یعنې له دهلیزونو څخه بطنیناتو ته Mitral, Tricuspid په وسیله او له بطنیناتو څخه غټو شریانو ته د (Aortic, Pulmonary) له لارې وینه لیږدوي. ځینې وختونه والونه تنگیږي (Stenosis) چې نه شي کولای وینه په کې جیریان ومومي. د دې افتونو تر ټولو عام لامل د والونو تخریب او Rheumatic Fever بلل شوي.

Mitral Stenosis

د مایټرال د سام تنگوالي ته وايي، چې د Rheumatic تبه یې مهم لامل دی. د وخت په تیریدو سره د سام تنک او فایبروزس په کې منځته راځي.

اعراض:

1. ناروغ به Exertional Dyspnea یا د دمې پر مهال د سږو د پړسوب له کبله شدیدې ساه لنډې.
2. Hemoptysis په نږدې وختونو کې.
3. په وروستیو مرحلو کې د سږو Hypertension له کبله پ ناروغ کې د ښې زړه عدم کفایه منځته راځي.
4. په تیرو وختونو کې به د بندونو له درد سره یو ځای تبه (Rheumatic Fever) تاریخچه شته وي.

نښې:

1. نبض به Irregular Irregular (Atrial Fibrillation) وي.

2. Apex Beat به Tapping وي.
3. Diastolic Thrill به د زړه په قاعده کې جس کيږي.
4. د زړه لومړنې اواز به لوړ وي.
5. د زړه دويم اواز پسې به څيرمه Opening Snap اوریدل کيږي.
6. د زړه په قاعده کې به Mid Diastolic Murmur د Pre-Systolic Accentuation سره واوریدل شي.
7. د سږو د فشار لوړوالی نښې به شتون ولري.

پلټنې:

1. د سينې په ايکسري کې به زړه کين سرحد نيغ ښکاري.
2. ECG به P-Mitral (P-Bifid Wave) ښکاري، د ښي بطين هايپروهروفي هم تر سترگو کيږي.

د Pulmonary Hypertension نښې:

1. Prominent "O" Wave in the Jugular Venous pulse.
2. Palpable P2.
3. Left Parasternal Heave.
4. Loud P2.
5. Closely Split S2.
6. Graham-Steel Murmur.

د Mitral Stenosis نښې:

1. Tapping Apex Beat.
2. Diastolic Thrill ay Apex.
3. Loud First Heart Sound.
4. Opening Snap.
5. Mid Diastolic.

د Mitral Stenosis اختلاطات:

1. Acute Pulmonary Edema.
2. Pulmonary Hypertension Due to Right Heart Failure.
3. Atrial Fibrillation.

4. Thrombo-Embolism.
5. Infective Endocarditis.
6. Hemoptysis.
7. Dysphagia Due to Compression of Esophagus.

د Atrial Fibrillation لاملونه:

1. Mitral Stenosis.
2. Ischemia Heart Disease.
3. Thyrotoxicosis.
4. Hypertension.

Mitral Regurgitation

Rheumatic Fever يې غوره لامل دی، د Papillary عضلاتو اسکیمیا او د کین بطن پراخوالی هم د مایترال د سام عدم کفایه منځته راوړي. اعراض:

1. د مایترال د سام تنگوالي ته ورته اعراض ورکوي.

نښې:

1. نبض به High Volume وي.
2. د زړه څوکه (Apex Beat) کین اړخ ته لیږدېږي.
3. د زړه په قاعده کې Systolic Thrill اوریدل کېږي.
4. S₁ د زړه لومړنۍ اواز به ټیټ اوریدل کېږي.
5. Pan Systolic Murmur به هم تر غوږو کېږي.

د Mitral Regurgitation نښې:

1. Apex Beat Shifted To The Left.
 2. Systolic Thrill at The Apex.
 3. Soft S₁.
 4. Pan systolic Murmur at The Apex.
1. د سینې په ایکسری کې به کین بطن غټوالی او د زړه کین سرحد نیغ والی تر سترگو شي.

2. ECG به P-Mitral ، د کین د هلیز او کین بطنین غټوالی وښيي.
3. وروستی تشخیص د ECHO په وسیله کوو.

Tricuspid Stenosis

Tricuspid د سام هر وخت د Mitral د سام تنګوالي له کبله تنګیږي، د مرمربڼه یې د Mitral د سام تنګوالي سره توپیر نه لري.

Tricuspid Regurgitation

د ښي بطنین پراخوالی یې اصلي لامل جوړوي.

اعراض:

1. د ښي زړه عدم کفایه سره ورته اعراض کوي.

نښې:

1. د غاړې ورید حس کې به اوږد Systolic خپه جس شي.
2. ځیگر به Pulsatile وي.
3. د ښي بطنین Heave به شته وي.
4. Pan Systolic مرمراوریدل کیدای شي.

Tricuspid Regurgitation د نښې:

1. Large Systolic Wave in The Jugular Venous Pulse.
2. Pulsatile Liver.
3. Right Ventricular Heave.
4. Pansystolic Murmur.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری به د ښي بطنین غټوالی وښيي.
2. ECG کې به د ښي بطنین غټوالی وښيي.
3. وروستی تشخیص په ECHO ښایو.

Aortic Stenosis

د ابحر عدم کفایه بنایي چې زیږوني یا هم د Rheumatic Fever له کبله منځته راشي، په ابحر د سام کې استحالوي تغیرات یې بل لامل ګڼل شوي.

Stenosis هر وخت لپاره د سامي وي، خم ځینې وختونه د سام پورتنۍ او نېکتنۍ برخه هم په افت/خته کېږي.

اعراض:

1. د کین زړه د عدم کفایې امراضو سره یو ځای به وګرځي Angina, Syncope یا Arrhythmias لري.

نښې:

1. نبض به ورو ورو پورته غورځي.
 2. د نبض فشار به کم وي.
 3. د زړه څوکه به بیځایه شوی وي، په غاړه کې Thrill هم بنایي واوریدل شي (Carotid Shudder).
 4. د ابحر په ساحه کې Systolic Thrill اوریدل کېږي.
 5. Ejection Systolic Murmur به د اوریدو وړ وي، غاړې ته خپریږي له زفیر سره لوړوالی مومي.
 6. په د سامي ابحر تنګوالي کې Systolic Click هم اوریدلی شو.
- د ابحر تنګوالي نښې:

1. Slow Rising Pulse.
2. Well Sustained Heave.
3. Systolic Thrill at The Aortic Area.
4. Carotid Shudder.
5. Ejection Systolic Murmur.
6. Soft A2.

پلټنې:

1. د سينې په ايكسري به كين بطين غټ شوى ښكاري.
2. ECG به د كين بطين غټوالى وښيي.
3. ECHO وروستى تشخيص ټاكي.

Aortic Regurgitation

د ابحر عدم كفايه د Infection ، Congenital Bicuspid Valve ، Rheumatic fever او Endocarditis او Marfan's Syndrome له كبله منځته راځي.

اعراض:

1. د كين زړه عدم كفايي او Angina په څېر اعراض لري.

نښې:

1. نبض به collapsing وي، يعنې Pistol Shot اواز به په Femoral Artery كې اوريدلى شو.
2. د نبض فشار به پراخ وي.
3. د زړه څوكه به كين خواته بيځايه شوى وي.
4. A₂ به يو څه لوړ وي.
5. يو Early diastolic Murmur به اوريدل كيږي خو په كينه دريمه بين الضلعي مسافه كې.

د ابحر عدم كفايي نښې:

1. Collapsing Pulse.
2. Soft A₂.
3. Early Diastolic Murmur.

پلټنې:

1. د سينې ايكسري به د كين بطين غټوالى وښيي.

2. ECG کې به د کینې بطنین غټوالی څرگند شي.

3. ECHO به تشخیص وروستی کړي.

Pulmonary Stenosis

اعراض:

1. ځینې وختونه ناروغان بې اعراضو وي.
2. په شدید سږو ورید تنګوالی کې ناروغ د شدیدې ساه لنډۍ او Syncope څخه ښه ورځ نه لري.

نښې:

1. د ښې بطنین Heave به جس شي.
2. د Pulmonary ساحه کې به Systolic Thrill جس شي.
3. P₂ به کمزوری وي.
4. Systolic Click به اوریدل کیږي.
5. Ejection Systolic Murmur به اوریدل شي، چې کین اوږې خواته هم خپریږي.

پلټنې:

1. د سینې ایکسری د پلمو نري د سام تنګوالی او د شریان پراخوالی ښيي.
2. په ECG کې به د ښې دهلېز او ښې بطنین غټوالی وښيي.
3. ECHO به تشخیص وروستی کړي.

Pulmonary Regurgitation

په Pulmonary ساحه کې به Early Diastolic Murmur اوریدلی شي. هغه مهال ښه اوریدل کیږي، چې ناروغ ساه اخلي او مخې خواته تپت شي، ډیرې پیښې ونکې لامل یې د سږو د سام پراخوالی د Pulmonary Hypertension له کبله ده، دې ډول مرمر ته چې د سږو د ورید د عدم کفایې سبب شي، Grahamsteel Murmur ورته وايي.

پنځم څپرکی

د پلورا تشه کې د مایع راټولېدنه

Pleural Effusion

Pleural Effusion مانا د پلورا په تشه کې د مایع راغونډېدل، خو Empyema (Pus) د پلورا په تشه کې) او Hemothorax (وینه د پلورا په تشه کې) په دې برخه کې ګډون نه لري. د پلورايي مایع او د هغه د پروټین غلظت ته په کتو سره په دوه برخو وېشل شوی.

لاملونه:

- A. Exudate (More Than 3 Grams Proteins/dl).
 - 1. Tuberculosis.
 - 2. Malignancy.
 - 3. Para Pneumonie.
 - 4. Pulmonary Infarction.
 - 5. (Rheumatoid Arthritis. SLE) Connective Tissue Disorder.
 - B. Transudate (Less Than 3 Grams Proteins/dl)
 - 1. Congestive Cardiac Failure.
 - 2. Hypoproteinemia Including Nephrotic Syndrome.
 - 3. Hypothyroidism.
 - 4. Meig's Syndrome (Can Be Exudate Too).
5. Exudate: چې د پروټین کچه له 3grams/dl څخه ډېره وي.
6. Transudate: د پروټین کچه به له 3grams/dl څخه لږه وي.

Exudate مایع به د لاندې درېیو **Criterias** درلودونکی وي:

- a. د پلورايي مایع د پروټین او سیروم پروټین نسبت به له 0.5 > څخه ډېروي.
- b. د پلورايي مایع، LDH او سیروم LDH نسبت به له 0.6 > څخه ډېروي.

c. د پلورايي مايع LDH به درې برابره له پورتنی سیروم مچې څخه ډېر وي.

په پلورايي مايع کې د **X-Ray** موندنې:

د سږو په قاعده او Costophrenic زاويه کې به سپين رنگه کثافت وليدای شي، پورتنی سرحد به بې يو څه محدب وي.

د مايع کچه به ډېره وي، چې له امله به بې منصف (Mediastinum) بې ځايه شوی وي. Ultrasound تر ټولو ښه معاینه ده، چې په کمه کچه مايع هم څرگندولی شي.

د پلورا په تشه کې د مايع د راټولېدو فزیکي نښې:

1. په افټ ککړ شوی اړخ به Bulging لري.
2. د سینې خوځښتونو به کمښت کړی وي.
3. تراخیا او Apex Beat به مقابل خواته بېځايه شوی وي.
4. Vocal Frematus به کمښت کړی وي.
5. Percussion Note به Stony Dull وي.
6. Breath Sound به له منځه تللی وي.
7. Vocal Resonance به ښکته شوی وي.

1. Tuberculosis

توبرکلوز (نری رنځ) کولای شي، چې پلورا او د هغه مايع اخته کړي.

اعراض:

د سږو نورې رنځ کلنيکي ښه يې د يادولو وړ ده، چې ناروغ به Dyspnea او د سینې پلوریتیک دردونه لري.

نښې:

په فزیکي معاینه کې به يو اړخيز د مايع راټولېدنې ټولې نښې شته وي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي.

2. Tuberculine تست به مثبت وي.
3. د ګوګل په X-Ray کې به د سږو د څوکې په برخه کې Infiltration د سږو د توبرکلوز په څېر نښې ورکړي.
4. د مایع ایستل او د هغې بېلا بېلې ازموینې د تشخیص وروستی برید راته ټاکلی شي.
5. (توبرکلوزیک مایع کې به مایع بوس رنگه (Strew Color) وي، چې Exudative او لمفوسایتيک حجرات به ولري.
6. په پلورايي مایع کې به لوړه کچه Markers of Tuberculosis شته وي، چې Adenosine Deaminas به له 45IU/L څخه لوړ او Gamma Interferon به له 140pg/ml > څخه لوړ وي.
7. په بلغم کې به Tubercle Bacilli په کرنه او رنگ (Staining) کې شته وي.
8. د پلورا Biopsy به وروستی تشخیص وټاکي.

Malignancy 2

اعراض:

ناروغ به د پلورال له درد سره یو ځای یا پرته له درده د اشتها کموالی، وزن بایلل، ټولیزه کمزوري او ساه لنډي ولري.

لاملونه:

1. Bronchial Carcinoma.
2. Metastases.
3. Lymphoma.
4. Leukemia.
5. Mesothelioma.

نښې:

1. ناروغ به په افت ککړ او کمزوری ښکاري.

2. ناروغ کې به د Pleural Effusion ټولې نښې شته وي.
3. که افت خپور شوی وي، د بدن نورو برخو کې هم نښې رابرسېره کولی شي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي.
2. د ډگول X-Ray کې به د Pleural Effusion څرگندې نښې پرتې وي.
3. د پلورا مايع به په وينه کې شوی (Blood Stain) رنګ ولري، چې په خبيثو پېښو کې به پلورايي مايع کې د RBCs کچه ډېره غښتلې وي.
4. د پلورا Biopsy به وروستی تشخیص غوره کړي.

وينه لرونکي پلورايي مايع د منځته راتلو لاملونه:

1. Tuberculosis.
2. Malignancy.
3. Pulmonary Infarction.

Para Pneumonic 3

اعراض:

- ناروغ به د ساه لنډۍ، سينې درد سره يو ځای په لوړه درجه تبه ولري.

نښې:

- د يو اړخيز Pleural Effusion نښې به پرتې وي.
- Bronchial Breath Sound به د پلورايي مايع لپاسه تر غوږو شي.

پلټنې:

1. د TLC د وينې سپينو حجراتو کچه به وړه وي.

2. د مایع د راتولېدو له کبله به دواړه خواوو کې د Consolidation مشابه نښې ولیدای شي.

3. پلورا مایع به Straw Color ولري.

اکزو د اتیف مایع اوصاف:

• *Light's criteria*

1. د پلورا د مایع پروتین اوسیروم پروتین نسبت د 0.5 څخه زیات وي

2. د پلورا د مایع LDH اوسیروم LDH نسبت د 0.6 څخه زیات وي

3. د پلورا د مایع ال ډي . ایچ د سیروم د نارمل لوړ اندازي څخه $\frac{3}{2}$ په اندازه لوړ وي

4. د پلورا د مایع کولسترول 60mg/dl څخه زیات وي .

5. د سیروم البومین او پلورا مایع البومین نسبت د 1.2mg/dl څخه کم یا مساوي وي

ترانسوداتیف پلورال ایفوژن اوصاف:

1. د اکزو د اتیف پلورال ایفوژن د لابراتواري مایعاتو برخلاف وي

2. گلوکوزي د سیروم سره مساوي وي

3. پي ایچ يي د 7.40 او 7.55 تر مینځ وي

4. د سپینو حجراتو شمیر يي په یومایکرولیتر کې د $10^5 \times 10^6$ څخه کم وي چي زیاتره يي مونو نیوکلییر حجرات وي

Indication of Tube Thoracostomy:

1. Frank Pus.
2. Recurrence After Two Therapeutic Aspirations.
3. Organisms Seen on Staining/ Culture of Fluid.
4. Loculated Fluid (Decortication Maybe Required).

4. Pulmonary Infarction:

1. په کمه کچه به Pleural Effusion شتون ولري.
2. مایع به په وینو ککړه شوې وي.
3. د نورو ناروغیو د تشخیصولو پرمهال تشخیص کېږي.

5. Connective Tissue Disorders:

1. د ډېرو سيستمونو گډه ناروغي ده، چې د SLE، Rheumatoid Arthritis په څېر کلينيکي بڼه لري.
2. مايع راتولېدنه به دوه اړخيزه وي.
3. بڼه تشخيص د کلينيک له مخې کولای شو.

Hypoproteinemia:

په Hypoproteinemia کې دوه اړخيز Pleural Effusion شتون لري.

Meig's Syndrome:

- په ځينو ناروغانو کې د تخمدانونو سلیم Fibroma پرمختګ کوي او له مخې يې په ناروغ کې Pleural Effusion او حبن منځته راځي.
- د پلورا مايع او د حبن مايع به Transudate وي، خو بڼايي چې Exudate هم وي.
- د تخمدانونو کتلې په التراسونډ معاینه کې ليدل کېدای شي.

Empyema Thorax

د پلورا جوف (تشه) کې د Puss راتولېدلو ته وايي.

اعراض:

ناروغان به تبه لري، چې د میکروب ضد (Antibiotic) درملو سره به ځواب نه وایي. د نمونيا اعراض دوامداره کيږي د تداوي سره اعراض له مینځه نه ځي

نښې:

سمه او پرځای کلينيکي کتنه د تشخيص وروستی برید ټاکلی شي.

پلټنې:

لومړي وخت کي مایع روښانه وي $\text{WBC} > 500 \text{ cell}/\mu\text{L}$ ، protein ، $\text{gravity} > 1.08$ ،

$\text{LDH} 1000 \text{ IU/L}$ ، $\text{ph} < 7.2$ ، $> 2.5 \text{ g/dL}$ څخه لوړ وي

وروسته مایع خیرن کیږي $\text{WBC} 15000$ ، LDH ، $\text{glucose} < 50 \text{ mg/dL}$ ، $\text{ph} < 7.0$ ، $> 1000 \text{ IU/L}$

1. ESR به لوړ وي.

2. Leukocytosis به شته وي.

3. په X-Ray کې د Plueral Effusion نښې څرگندې وي.

4. د پلورا مایع به زوې لرونکي، ډبله او Polys درلودونکی وي.

5. که د پلورا مایع توبرکلوزیک وي، نو Leukocytes به شتون لري.

شپږم خپرکی

توخی

Cough

د تنفسي ناروغيو له عامو ستونزو څخه دی، چې د ناروغۍ بڼې ته په کتو به توخی بلغم لرونکی (Productive) یا هم وچ (Dry) اوسي. د توخي غځېدنه د ناروغۍ په بڼه پورې اړه لري، د حاد Pharyngitis توخی له درې اوونيو څخه لږ او د ساه لنډۍ (Asthma) او ځنډني Bronchitis توخی له درې اوونيو څخه ډېر غځېږي.

Pharyngitis

توخی به وچ او پرله پسې وي، چې ناروغ نه د ستوني د خاړښت او پوزې بهېدنې څخه هم سرتکوي.

Laryngitis

وچ او دردناکه توخی به د اواز له خپلوالي سره يو ځای شته وي.

Laryngeal Paralysis

توخی به اوږدمهاله او د نورمال په پرتله Low Pitch وي، چې دې ډول ته Bovin Cough وايي. (د اواز خپوالی هم شته وي)

Dry (No Sputum is Produced)

1. Pharyngitis.
2. Laryngitis.
3. Laryngeal Paralysis.
4. Fibrosing Alveolitis.
5. Angiotensin Converting Enzyme.

Dry Initially, Productive Later

1. Tracheitis.
2. Obstruction of Trachea.
3. Acute Bronchitis.
4. Bronchial Asthma.
5. Pneumonia.
6. Tuberculosis.
7. Lung Abscess.
8. Bronchial Carcinoma.

Productive (Sputum is Produced)

1. Chronic Bronchitis
2. Bronchiectasis.
3. Acute Pulmonary Edema.

Acute (Less Than 3 Weeks)

1. Upper Respiratory Infection.
2. Pneumonia.
3. Pulmonary Embolism.
4. Heart Failure.

Chronic (More Than 3 Weeks)

1. Chronic Bronchitis.
2. Bronchial Asthma.
3. Bronchial Carcinoma.
4. Gastroesophageal Reflux.
5. Post Nasal Drip.

:Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors

دا عام درملونه دي، چې په 10 سلنه ناروغانو کې وچ تخریش کوونکې ټوخی منځته راوړي.

:Tracheitis

د ټټر شاوخوا برخو د درد سره یو ځای به ناروغ وچ، Harsh او بلغم لرونکې ټوخی لري.

:Obstruction of Trachea

د ترخیا نیمایي بندښت د تومور او د ابحر د انیورېزم له کبله منځته راتلی شي، چې له امله یې ټوخی او Stridor اورېدل کېږي.

:Acute Bronchitis

د سینې له شخوالي سره یو ځای به ناروغ وچ ټوخی لري.

:Bronchial Asthma

د ساه لنډۍ، ښه عرض ټوخی دی، سريځناکه او په کمه کچه به بلغم شتون ولري. ځینې وختونه په کوچنیو ماشومانو کې د Wheez، Dyspnea سربېره خپلسرې ټوخی د اعراضو د ډېرښت سبب ګرځي. د شپې د وروستۍ برخې ټوخی له Dyspnea سره یو ځای د (Proxysmal Nocturnal PND) Dyspnea او د کین زړه د حادثې عدم کفایې سره توپیر شي.

:Pneumonias

ټوخی لومړی وچ وي، خو د Cavitation په جوړېدو سره بلغم قیچي کېږي.

:Lung Abscess

ټوخی به وچ او وروسته به بلغم لرونکې ټوخی له قیحي او بدبوییه بلغمو سره یو ځای وي.

:Bronchial Carcinoma

توخی یې پیلیز عرض دی، چې وچ او لنډ مهاله به وي، هغه وخت ډېر شدید او بلغم لرونکی وي، چې د تومور په وسیله برانکس بند او انتاني شوی وي.

:Chronic Bronchitis

د برانکسونو په ځنډني التهاب کې ناروغان د شپې ویده کېدو او سهار له خوبه د راپاڅېدو پرمهال د ډېرو بلغمو له شتون څخه سرته کوي. بلغم به سرېڅناک او قیحي بلغمي وي، چې Wheezing او Dyspnea به ورسره ملګری وي.

:Bronchiectasis

بلغم لرونکی توخی به له وضعیتي بدلونو سره یوځای وي، چې ناروغ به هڅه کوي، په افت اخته اړخ ډېر ځملي، ناروغ به د سهار له مخې په پاڅېدو کې د ډېرو بد بویو بلغمو له شتون څخه ډېر ستونزمن وي.

:Acute Pulmonary Edema

دا ناروغان به لنډ مهاله، قیحي، اوبیز، بدبویه او په وینو کې بلغم لري.

:Gastro Esophageal Reflux Disease

په ډېره کچه ناروغان له معدې څخه د مری خواته د محتویاتو د راګرځېدو له کبله خپلسری توخی پیدا کوي، چې دا ستونزه د ساه لنډۍ او سینه بغل په توپیري تشخیص کې ډېره پاملرنه وشي.

:Sputum

د بلغمو د کتنې لپاره لاندې ټکي ډېر اړین دي، چې له پامه ونه ایستل شي.

Amount کچه:

د بلغمو د کچې د ټاکلو لپاره تر ټولو ښه لار دا ده، چې ناروغ بېه 24 ساعتو کې خپل

بلغم په يوه قطۍ (Can) کې راغونډ او وټاکي، ياده دې وي، چې په ساه لنډۍ کې بلغم لږ په Bronchiectasis او Lung Absces کې ډېروي.

Character بڼه:

Serous: شفاف او بد بويه، بلغم د سږو په حاد پړسوب کې منځته راځي، بسايي چې بلغم په وينه کې شوی هم وي.

Mucoid: سپين رنگه يا خاورو ته ورته رنگ لرونکی بلغم د ځنډني Bronchitis بنودنه کوي.

Purulent: ژېړ رنگه او شين ته ورته بلغم د سږو په انتاناتو دلالت کوي، لکه (Bronchiectasis, Pneumonia, Lung Absce).

Mucopurulent: د مخاطي او قيحي بلغمو ټوليزه ده، چې په ځنډني Bronchitis او دويمې انتاناتو کې د ليدو وړ وي.

Viscosity: بلغم به نری او اوبيزه بڼه ولري، مخاطي به يو څه سربخناکه وي.

Taste odour: د سږو اوسې، Bronchiectasis، د An Erohic بکټريايي انتاناتو سره يو ځای به ډېر بد بويه بلغم د ناروغانو عامه ستونزه ده.



اووم خپرکی

Hemoptysis

وینه لرونکي ټوخي ته Hemoptysis وايي چې وینه به روښانه سور رنګه وي، ښايي بلغم سره ګډه شوې اوسي، له ناروغ څخه د Hemoptysis د ډول، درجې، Frequency او دوام په هکله پوښتنې وشي.

لاملونه:

1. Pulmonary Tuberculosis.
2. Chronic Bronchitis.
3. Brochiectasis.
4. Lung Abscess.
5. Bronchial Carcinoma.
6. Pulmonary Infarction.
7. Mitral Stenosis.
8. Pneumonias.
9. Adenoma.
10. Bleeding Disorders.
11. Arteriovenous Malformation.
12. Good Pasture's Syndrome.

Pulmonary Tuberculosis 2

يو اسيد فاسټ سيل ډی (AFB) دی، چې د Mycobacterium Tuberculosis په وسیله منځته راځي، ښه ښودونه يې د انتاني انساجو په منځ کې د Granulomas شتون دی، سږي يې تر ټولو عام ځایونه دي، خو د بدن نورې برخې هم اخته کولی شي. لومړنۍ توبرکلوز Asymptomatic وي.

اعراض:

1. ناروغ د ماښام له خوا له تپې درجې تپې څخه یادونه کوي، چې د شپې له

خوا ورسره سره خوله هم پو ځای وي.

2. په ځنډنۍ بڼه له ټوخي سره بلغم وي، بلغم، په غیر قیحي یا ژېړ/شین ته ورته بڼه لري.

3. Hemoptysis د کرنې ډوله وینو سره شونې دی.

4. د زړه بدوالی، بې اشتهايي او وزن بایللو تاریخچه به هم شته وي.

5. د کورنۍ په دننه کې د توبرکلوز تاریخچه هم تر سترگو کېږي.

نښې:

1. ناروغ به خاسف ویی، په افت اخته شوی ښکاري.

2. په لومړیو وختونو کې گوگل نورمال وي.

3. په سینه کې یوازینی ښه نښه د Past- Tussive Crepitation بلل شوې ده.

4. د Fibrosis پرمهال ترخیا مقابل خواته بې ځایه کېږي.

5. په وروستیو کې د Cavitation له کبله Bronchial Breating اورېدلی شو.

د Hemoptysis ډولونه:

1 - frank hemoptysis: ټول بلغم وینه وی لکه تبرکلوز، برانکیکتازس او د سږو انفارکشن

2 - blood stained sputum: بلغم د وینې په واسطه رنګ شوی وی.

لکه د برانکسونو سرطان

3 - blood streaked sputum: وینه په بلغم کې د لیکې په شان وی.

تبرکلوز او د برانکسونو سرطان

4 - rusty sputum: رنګ وهلی بلغم لکه په نمونیا کې.

پلټنې:

- ESR به لوړ وي.

- Tuberculin آزموینه به مثبت وي، په تېره هغه وگړو، چې د BCG واکسین ورته نه

وي تطبیق شوی.

په ځوانانو کې د تیسټ مثبتوالی دا مانا، چې ناروغ له فعال توبرکلوز څخه سر ټکوي.

ځینې وختونه Tuberculin تیسټ منفي وي، چې دا په دې مانا نه دی گواکې ناروغ په افته نه دی اخته، ولې دا بنایي چې ناروغ معافیت ځپلی، ناروغ ډوله وي، همدا راز د Tuberculin تیسټ د Miliary Tuberculosis په پېښو کې هم منفي کېدای شي. - د سینې په ایکسری کې به د سربې په څوکه کې Apical Infiltration منځته راغلی وي.

- که Tubercle Bacills ایزولیت وي، تشخیص سم دی، بسیل په بلغم کې موندلی شو، بلغم باید د سهار له خوا راټول او لابراتوار ته واستول شي. که بلغم نه و، نو په نهارې دې له معدې څخه مواد، Laryngeal Swab، Bronchial Lavago واخیستل شي.

د بسیل لیدنه د Ziehl-Neelsen تگلارې په ډول ډېر په اسانۍ سره کېږي. - په AFB مثبت پېښو کې د CSF، Ascitic Fluid/Pleural لپاره PCR ډېر اړین دی، خو په AFB منفي پېښو کې اړتیا نه لیدل کېږي. - سیرالوژیک ازموینې د انتي باډي پروړاندې ډېرې حساسې نه دي.

2. Chronic Bronchitis

د ناروغۍ په اني منځته راتلو سره د بلغم ښه قیحي او دینو سره ګډه شوې وي، Hemophilus Influenzae یې تر عام افت تولیدوونکی لامل دی.

3. Bronchiectasis

د برانکس غیر نورمال او پرله پسې پراخوالي ته وایي، چې د التهاب له کبله د برانکسونو د ډوال تخریب منځته راځي. دا مهال به برانکس کې د دویمې ډول انتان مداخله په ډېره اسانۍ سره کېږي، بنایي په وروستیو کې د سږو څنځو (Lung Abscess) ته هم لاره جوړه شي.

اعراض:

1. اوږد مهاله او پرله پسې بلغم لرونکي ټوخي تاریخچه پرته وي.

2. بلغم به په ډېره کچه او بد بويه وي، کچه يې د سهار له خوا ډېرېږي.

لاملونه:

1. Viral Infections. Particularly Measles. Whooping Cough & Influenza.
2. Severe Bacterial Infections. Particularly Staphylococcus Aureus Klebsiella.
3. Pulmonary Tuberculosis.
4. Recurrent Respiratory Infection in Patients with Cystic Fibrosis.
5. Primary Ciliary Dyskinesia (Kartagener's Syndrome).
6. Allergic Bronchopulmonary Aspergillosis.
7. Foreign Body.

- د سرو د ټولو انساجو د اخته له کبله Febrile Illness التهاب ته لار هواروي.

نښې:

1. Clubbing به تر سترگو شي.
2. Coarse Crepitation سره يو ځای به Rhonchi به اورېدل کېږي.

پلټنې:

1. د سينې په ايکسري کې گرد سيوري لرونکي جوړښتونه يا د مچيو ځالې ته ورته جوړښتونه رانښکاره شي.
2. په Bronchography به د برانکس پراخوالی وليدای شي، خو په CT کې به له پراخ شوي برانکس سره يو ځای د برانکس پنډ شوی د ټوال هم وليدای شي.

Lung Abscess 4

د سږو اوسې بڼه تشخیص د خالیګاه په جوړېدو سره کولای شو. تر ټولو عام لامل یې د موادو خپلسري تېرېدل (Aspiration) دی، خو ښایي چې نوموړونه د برانکس بندښت هم په سږو کې اوسې منځته راوړي. د سږو اوسې د اختلاطاتو له ډلې څخه نمونيات چې د Staphy Pyogenes او Klebsiell Pneumonia له کبله منځته راځي، د یادولو وړ ده.

اعراض:

1. ناروغ به د لوړې درجې تبې سره یوځای خولې او لږزه لري.
2. بلغم لرونکی ټوخی، چې بلغم به ډېر وینه لرونکی او بد بویه وي.

ښې:

1. د ګوتو Clubbing تر سترګو کېږي.
2. په سږو کې د Consolidation یا Cavitation ښې شته وي.

پلټنې:

1. Leukocytosis به شته وي.
2. ESR به لوړ وي.
3. د ګوګل ایکسري کې به ګرد اوبه ته ورته خاورین ډوله کثافت ولیدای شي، خو اوسې خپرې شوې وي، په ټولو برخو کې ورته بڼه ښکاري.

Bronchial Carcinoma 5

د نورو وګړو په پرتله په سګریت څکونکو کې 40 سلنه ډېر عامه پېښېږي، ناروغان له 40 کلنۍ ډېر عمره وي.

اعراض:

1. لومړنۍ عرض یې ټوخی دی.
2. که دویمي انتان او Cavitation منځته راغلی وي، بلغم به قیحي ډوله وي.
3. په پرلپسې ډول به Hemoptysis شته وي.

4. د پلورا په اخته کېدو یا نه اخته کېدو سره سره د سینې درد شته وي.
5. په ځنډني Bronchitis کې Dyspnea هم منځته راتلی شي.
6. د اشتها له لاسه ورکول.

نښې:

1. ناروغ به په افت اخته شوی او کمزوری ښکاري.
2. د ګوتو Clubbing به شته وي.
3. Supraclavicular لمفوي غوټې به غټې شوې وي.
4. په لومړنيو وختونو کې سينه د کلينيکي نښو له مخې نورمال وي.
5. د Pleural Effusion نښې ډېرې عامې ليدلې شو.
6. Stridors او Wheeze به د Bronchus د بندوالي له وجې واورېدل شي.

کلينيکي لوحه

اعراض او علايم	
توخی	8-75%
وزن بايلل	0-68%
نفس تنگی	3-60%
د سينې درد	20-49%
وينه لرونکی بلغم	6-35%
دهدو کو درد	6-25%
د ګوتو کلايينګ	0-20%
تبه	0-20%
ضعيفی	0-10%
دسفاژ يا	0-2%
ويزينګ او سترایدور	0-2%

س. هادی

6

د Bronchial Carcinoma کلنیکي اختلاطات:

د سږو کنسر نور وېر څو ته میتاستاس:

۱. Esophageal compression (dysphagia)
۲. Laryngeal nerve paralysis (hoarseness)
۳. Symptomatic nerve paralysis Horner's syndrome (enophthalmos, ptosis, miosis, and anhidrosis)
۴. Cervical/thoracic nerve invasion(Pancoast syndrome)
۵. pleural effusion(Lymphatic obstruction)
۶. Vascular obstruction SVC syndrome
۷. Pericardial/cardiac extension effusion, tamponade

سندرومونه Paraneoplastic:

1. Secretion inappropriated of antidiuretic hormon(SIADH) Hyponatremia
2. PTH – Squamous cell – Hypercalcemia
اعراض (زړه بد والي , کانګي , د ګیډي د رد , قبضیت , پالي یوریا , تنده , شعوري حالت خرابوالي
3. Calcitonin زیاتوالي
4. Gonadotropin زیاتوالي
5. Serotonin زیاتوالي

Skeletal- اختلاطات:

1. Clubbing - 30%
2. Hypertrophic primary osteoarthropathy - 1–10% adenocarcinomas).
3. Periostitis
- د پوستکي تظاهرات :
- a. Dermatomyositis
- b. Acanthosis nigricans
- c. polymyositis
- عصبي تظاهرات :
1. Myopathic syndromes
2. Myasthenic Eaton-Lambert syndrome and retinal blindness .
3. Peripheral neuropathies
4. Subacute cerebellar degeneration
5. Cortical degeneration
6. Polymyositis

د ويني تظاهرات :

- 1 -Migratory venous thrombophlebiti (Trousseau'ssyndrome),
- 2 -Nonbacterial Thrombotic (marantic) endocarditis with arterial emboli,
- 3 -Disseminated intravascular coagulation
- 4 -Thrombotic disease complicating cancer is usually a poor prognostic sign.
- 5-Hypocalcemia

د پښتورگو تظاهرات :

1 - Nephrotic syndrome

2 - Glomerulonephritis

د سږو د کنسر میتاستازس:

1. Adrenals - ~50% of cancers

2. Liver – 30-50%

3. Brain – 20%

4. Bone – 20%

پلټنې:

1. Leukcytosis به شته وي.

2. د سینې په ایکسری کې به محیطي کثافت تر سترگو شي، د پلورا مایع به وینه لرونکی او Exudative وي.

3. Plasma D-dimer کچه به لوړه وي.

4. د لینګي Doppler کتنه به DVT را په گوته کړي.

5. وروستی او بشپړ تشخیص د MRI/CT په وسیله ترسره کوو.

Mitral Stenosis 7

د Mitral تنګوالی یوه عامه نښه په پرله پسې ډول د Hemoptysis شتون دی.

Pneumonia 8

د سږو التهاب ته نمونیا وايي، په Lobar Pneumonia کې یو څو لوبونه اخته کېږي. په Bronchopneumonia کې دواړو سږو کې پراخ Patchy ډوله التهابي نښې تر سترگو کېږي.

نښايي چې Typical (عام پتوجن یې S.Pneumonia او H.Influenza دی) یا Atypical (عام پتوجن یې Mycoplasma Pneumonia یا Legionella Pneumophilig دی).

Typical Pneumonia

اعراض:

1. ناروغ کې به په اني ډول شديده او په لوړه درجه تبه منځته راشي.
2. تېوځي به وچ او په وروستيو کې بلغم لرونکی شي.
3. بلغم به قیحي وي.
4. پلوریتیک سینې دردونه، چې درد به شدید، ژور او د تېوځي یا ساه اخیستلو سره ډېرېږي.
5. ناروغ به ساه لنډې لري.

نښې:

1. په Lobar نمونیا کې به د تکاثف Consolidation نښې ښکاري.
2. Pleural Rub به شتون لري، که پلورا اخته شوی وي.
3. په Bronchopneumonia کې دواړو سږو کې پراخ ډول Coarse Crepitation اورېدلی شي.

د Consolidation نښې:

1. Chest Movement are Decreased.
2. Trachea is Normal.
3. Vocal Frematus is Increased.
4. Percussion Note is Impaired or Dull.
5. Breath Sound are Bronchial in Character.
6. Vocal Resonance is Increased.
7. Whispering Pectoriloquy is Present.
8. Coarse Crepitations Maybe Present.

پلټنې:

1. Leukocytosis به شته وي.
2. ESR او CRP (C-Reactive Protein) به لوړ وي.

3. د سینې په ایکسری کې به په ډېره کچه یو شان کثافت ترسترگو شي، که نمونیا وي، نو دوه اړخیز Patchy ډوله جوړښتونه رابښکاري.
4. سببي ارگانېزموڼه د بلغم په کلچر کې موندلې شو.

Atypical Pneumonia

اعراض:

1. د ناروغۍ اعراض تدریجي وي.
2. ټوخی به وچ وي.
3. د ناروغ تنفس به لنډ وي.
4. له سږو څخه بهر اعراض، لکه سردرد، درونه، زړه بدوالی، کانګې او نس ناستی ډېر احساسېږي.

نښې:

- د سږو د اخته کېدو نښې په روښانه توګه ښکاري.

پلټنې:

1. Leukocytosis به شته وي.
2. د سینې په ایکسری په Labor Pneumonia ترسترگو شي.
3. سیرالوژیک ازموینې د انتي باډي ټایټر راته په ګوته کولی شي.

Adenoma

په ځوانو وګړو کې ډېره پېښېدونکې ناروغي ده، ناروغ به پرلپسې Hemoptysis لري، د سینې ایکسری او Bronchoscopy وروستی تشخیص غوره کولی شي.

Bleeding Disorders

د Hemoptysis د وینې بهېدنې یوه ښه کلینیکي نښه ده.

Arteriovenous Malformaions

په دې ناروغۍ کې د Hemoptysis برسېره ناروغ د Epistaxis او Hematemesis

تاریخچه لری.

:Goodposture's Syndrome .12

په دې ډول سندروم کې ناروغ په پرلپسې ډول سره Hemoptysis او
Glomerulonephritis (Azotemia ، Hypertension ، Hematuria) لري.



اتم خپرکی

د سږو نوډولونه

Pulmonary Nodules

د سږو یو یا څو هغه افتونه، چې کابو 2-6cm قطر ولري او په X-Ray کې ښکاره شي، د سږو نوډولونه ورته وايي.

لاملونه:

1. Bronchogenic Carcinoma.
2. Metastases.
3. Granuloma.
4. Adenoma.
5. Lung Absces.
6. Hydatid Cyst.
7. Arteriovenous Malformation.
8. Hamartoma.

1. Bronchogenic Carcinoma:

د سږو د سرطان لپاره تر ټولو ښه کلینیکي ښه د نوډولونو منځته راتلل دي، پېښې یې له 35 کلنۍ څخه په ډېر عمره وگړو کې د Fine Needle Aspiration Biopsy) FNAB او Bronchoscopy په وسیله ښه ټاکلې شو.

2. Metastases:

- a. سیوري یې څو ځایونو کې ښکاري.
- b. د لومړني Neoplasm پېښې یې ډېر تر سترگو شي.
- c. که یوه سیوره (Shaeow) د لیدلو وړ وي، نو تشخیص د بشپړ کولو لپاره ښه معاینات Biopsy او Bronchoscopy بلل شوی.

3. Granuloma:

ښايي چې توبرکلوزیک او فنگسي سرچينه ولري.

4. Tuberculous Granuloma:

دلته عامه ښه Calcification ده، چې د سږو د توبرکلوز سره ورته کلنیک ښه لري.

5. Fungal Granuloma Aspergilloma:

تر ټولو ډېر عام فنگسي انتان چې سږي په افت اخته کوي Aspergillosis. دا فنگس ډېر کله د بدن بېلا بېلې تشې اخته کوي، چې په پایله کې یې یوه کتله چې Aspergilloma یې بولي منځته راځي. اعراض:

1. ناروغ به پرلپسې ډول Hemoptysis (په خړاسکو کې وینه) لري.
2. د وزن بایلل او cachexia ولري.

ښې:

موضعي Crepitation او Bronchial Breathing به شتون لري.

پلټنې:

1. د X-Ray ښه یې ځانگړې شکل لري، یانې داسې چې له تشې (Cavity) سره په یوه تور رنګه هوايي خیال تر سترگو شي.
2. په سیروم کې به هر وخت Precipitins شته وي.

4. Adenoma:

په ځوانو وگړو کې یې پېښې ډېرې موندل کېږي.

اعراض:

تر ټولو ښه او پېژندونکې ښه یې تخریشي ټوخی، د پرلپسې Hemoptysis سره یو ځای وي.

نښې:

یو اړخیز Wheeze او هم به د برانکس د لومن د بندوالي پرمهال به Collapse نښې هم شته وي.

پلټنې:

1. په X-Ray کې به د سږي د کولپس نښه ډېره روښانه پرته وي.
2. وروستی تشخیص یې Bronchoscopy او Biopsy په وسیله کولای شو.

5. Lung Abscess:

د سږو خنځې (Absce) چې له برانکس سره اړیکه ونه لري او گرد جوړښتیز بڼه یې تر سترگو شي، له نورو افتونو سره یې توپیر یو څه ستونزمن کېږي، خو ښايي چې یو څو دانې اووسي، تشخیص یې د CTscan په وسیله کوو.

6. Hydatid Cyst:

سږي په دویمه ډله کې د Hydatid Cyst د جوړېدو لپاره ټاکلی ځای دی.

اعراض:

1. په روښانه توګه کوم ځانګړی عرض نه ورکوي.
2. که Cyst د برانکس خواته خپرې شوی وي، ناروغ به پرلپسې بلغم لرونکی ټوخی لري.
3. تبه، د اشتها کمښت او د وزن بایلل به ناروغ کې منځته نه راځي.

نښې:

کومه ځانګړې فزیکي نښه نه تر سترگو کېږي.

پلټنې:

1. په X-Ray کې به روښانه گرد جوړښت، چې ځنډې به یې روښانه ښکاري تر سترگو شي.
2. التراسونوګرافي به ځانګړې انځور د تشخیص لپاره وړاندې کړي.

3. Casoni's او Agglutination آزموینه به مثبت وي.

7. Arteriovenous Malformations

په AV Malformation کې Hemoptysis نه لیدل کېږي، خو ښايي Telangiectasis شتون ولري، په تېره په پوستکي، ژبه او د پوزې په مخاطي برخه کې. د Shunt د شتون پرمهال د سینې لپاسه د Bruit اواز اورېدل کېږي، چې له کبله به یې ښايي ناروغان Cyanosis او Clubbing هم ولري. - د سینې په ایکسۍ کې به Round Opacity ښکاره شي. د Calcification د ستون پرمهال وروستی تشخیص د سږو د Angiography په وسیله ترسره کوو.

8. Hamartoma

دا یوه زېږونې ستونزه ده، چې د یو غړي نورمال جوړښتونه او ترکیبي مواد تخریب شوي وي. ځانګړي اعراض نه ورکوي، خو د ګوګل په X-Ray کې به Round Opacity د کلسیم ترسترګو شي، د سم او وروستي تشخیص لپاره غوره آزموینې CTscan او Bronchoscopy ده.



نهم خپرکی

Dysphagia

په ستونزمن ډول سره د خوړو بلغ کولو ته Dysphagia وايي، Dysphagia د ستوني د تنگوالي او د دندې د خرابوالي له کبله منځته راتلی شي. په جوړښتیز خرابوالي کې کلک مواد نه تېرېږي، په داسې حال کې چې د ستوني دندې په خرابېدو سره نرم مواد هم نه شي تېرېدای، د بلع کولو دردناک حالت ته Odynophagia وايي.

لاملونه:

A. Structural Dysphagia.

1. Painful Conditions of Oral Cavity.
2. Reflux Esophagitis.
3. Benign Esophageal Stricture.
4. Carcinoma Esophagus.
5. Scleroderma.
6. Plummer Vinson Syndrome.
7. Compression of the Esophagus from out side.

B. Paralytic Dysphagia.

1. Bulbar/Pseudobulbar Palsy.
2. Myasthenia Gravis.
3. Polymyositis & Dermatomyositis.
4. Achalasia & Other Motility Disorders.
5. Oculo-Pharyngeal Myopathy.

C. Globus Hystericus.

1. Painful Condition of Oral Cavity.

1. د خولې هر درد ډوله لامل (Stomatitis. Tonsillitis) کولای شي Dysphagia منځته راوړي.
2. د خولې په کتنه کې افت ښه لیدلی شو.

2. Reflux Esophagitis:

له معدې څخه په غیر نورمال ډول سره د محتویاتو راگرځېدل د ستوني په لور د Reflux Esophagitis سبب ګرځي، په تېره هغه وګړو کې چې مزي او سګريټ څکونکي وي.

دا ډول Dysphagia د مری تنګوالی او یا نورو لاملونو پرته هم منځته راتلی شي. د Reflux Esophagitis په اختلاطونو کې د مری تنګوالی Aspiration Pnumonia، وینه بهېدنه او Barret's Esophagits د یادولو وړ دي.

اعراض:

1. ناروغ په خپله تاریخچه کې د ستړنوم شاوخوا درد څخه یادونه کوي، کوم چې مخې خواته په ټیټېدو سره ډېرښت کوي.
2. له Antacids سره کمښت مومي.
3. د Esophageal دردونه په سختۍ سره د Angina Pictoris دردونو سره توپیر پرې.
4. خولې د تروش ډوله او بوراپورته کېدل هم د یاده ونه ایستل شي (Regurgatation).
5. په معدده کې د اسیدو له ډېرښت سره سم په خولې کې د لارو غدوات خپل فعالیت ډېروي.
6. Bitter ازموڼه د سهال له خوا ډېره اړینه ده.
7. له معدې څخه خپلسري مواد خولې خواته راتلل او هغه بېرته تېرول د Laryngitis سبب ګرځي، همدا راز Aspiration Pneumonia وېره هم له یاده ونه ایستل شي.

نښې:

- کومه ځانګړې نښه نه ترسترګو کېږي، خو یوازې ناروغ خاسف ښکاري.

پلټنې:

1. د Barium بلع به Reflux او ټپ په هکله مالومات راکړي.
2. اندوسکوپي به Hyperemic مخاطي غشاله ټپ سره یا پرته له ټپه را په گوته کړي.

د پلټنو استطباب:

1. Age >40.
2. Atypical Chest pain.
3. Anemia.
4. Dysphagia.
5. Weight Loss.

Benign Esophageal Stricture 2

د Fibrosis له کبله د ستوني تنګوالي ته وایي، تر ټولو عام لامل یې Reflux Esophagitis بلل شوی.

اعراض:

1. د Reflux Esophagitis مخکینی تاریخچه.
2. د نیم جامدو موادو له تېرولو سره یو څه ستونزه حس کول.
3. د خوړیزو پارچو پاتې کېدل په ستوني کې، چې د اوبو په وسیله تېر او معدې ته تېر شي.

نښې:

1. د ناروغۍ کومه ځانګړې نښه په سترگو نه لیدل کېږي.
2. ناروغ به خاسف او سوء تغذیه وي.

پلټنې:

1. د Barium په بلع کولو سره به د مری تنګوالی ښکاره شي، په داسې حال کې چې د تنګوالي څنډې به ښوې وي.

2. اندوسکوپي هم د مری تنګوالی راپه ګوته کولای شي، د ستوني لپاره میکوزا به سوررنګه وي، د خباثت لپاره Biopsy اړینه ده.

4. Carcinom Esophagus:

د زړو وګړو ناروغي ده، چې مساعد کوونکي فکتورونه یې سګریت څکول، Barret's Esophagus او Achalasia بلل شوی.

په Barret's Esophagus کې د ستوني نورمال Squamous Epithelium په Columnar Epithelium اوړي، چې دا پېښه د Reflux Esophagitis د یو اختلاط په ډول رامنځته کېږي.

اعراض:

1. د جامدو موادو په تېرېدو سره بندښت.
2. ښايي د ستوني لار په بشپړ ډول بند شي.
3. د وزن څرګند بایلل.

ښې:

1. ناروغ به خاسف وي.
2. ناروغ به په څرګند ډول کمزوری ښکاري.

پلټنې:

1. د Barium بلع کول به د ستوني تنګوالی د غیر منظمو څنډو په درلودلو سره وښيي.
2. اندوسکوپي به تنګوالی، کتله د ټپ یا پرته له ټپه وښيي، وروستی تشخیص د Brush Cytology او Multiple Biopsy په وسیله کولای شو.

B. Paralytic Dysphagia:

د Pharyngeal عضلاتو د کمزوری له کبله پورته ستونزه منځته راځي.

لاملونه:

1. Bulbar/Pseudobulbar Palsy.
2. Myasthenia Gravis.
3. Polymyositis & Dermatomyositis.
4. Oculo-Pharyngeal Myopathy.

اعراض:

1. د مایع موادو په تېرېدلو سره هم Dysphagia احساسېږي.
2. Nasal Regurgitation تاریخچه به شته وي.

نښې:

- د لسم قحفي عصب د فلج نښې به شتون لري، یانې نرم تالو به خپل خوځښت له لاسه ورکړی وي، ناروغ به (ah) نه شي تلفظ کولای.

Achalasia

د ټول مری Motility کمښت مومي، د مری ښکتنۍ معصره نه شي کولای چې د څه تېرولو پروړاندې غبرگون وښيي. یو زېړوني ناروي ده، چې د مري یو شمېر Ganglion Cell خپله دنده له لاسه ورکوي، ورته کلنیکي بڼه په (Chagas Disease) کې منځته راځي.

اعراض:

1. د جامدو او مایع موادو په تېرولو کې د ستونزې اوږده تاریخچه موجوده وي.
2. کانګې هم شوني دي، چې د څو ورځو پاتې شوي بد بویه خواړه به له کانګو سره یو ځای راوړي.
3. ناروغ به د سږو پرلپسې انتاناتو تاریخچه لري.

نښې:

- کلنیکي کتنې به نور مال وي.

پلټنې:

1. د سینې په ایکسری کې به منصف پراخه ښکاري.
2. د Barium په بلع سره به پراخ ستونی تر سترگو شي.
3. په انډوسکوپي کې پراخ مری دې نرم Mucosa سره.
4. د مری حرکتونه ټاکونکي ازموینو کې به د ستوني حرکتونه خراب وي.

Scleroderma (Systemic Sclerosis)

د منظم انساجو ټولیزه ستونزه، چې پوستکی او داخلي غړي اخته کوي.
Degeneration او Fibrosis د کولمو د حرکتونه کمیږي .

اعراض:

1. د Reflux Esophagitis او Dysphagia اعراض عام دي.
2. پرلپسې گېډې دردونه، د گېډې پرسوب او قبضیت سره یو ځای وي، ځکه چې د کولمو خوځښت کم شوی.
3. گوتې پرسېدلې، شخې او د گوتو څوکې ټپي ډوله وي.
4. په پوستکي Calcinosis.
5. د خولي خلاصول گرانېږي.
6. په ناروغ کې Raynaud's Phenomenon (گوتې یخ کېږي، بیا گوتې خاسفوالی مومي، چې په وروستیو کې Cyanosis او سوروالی منځته راځي) شته وي.
7. د عضلاتو سستوالی.
8. د پښتورگو عدم کفایه.

نښې:

1. گوتې به پرسېدلې او له خوځولو سره به درد کوي.

2. د ګوتو په څوک کې به ټپونه روښانه ښکاري.
3. پوستکي به ډبل، نه غونجېدونکي وي.
4. د پوستکي صباغات او Telangiectasis به شته وي.

پلټنې:

1. ESR به نورمال وي.
2. د اوسپنې او Vitamin B₁₂ د کموالي انيميا به وي.
3. Anti Nuclear Antibody به مثبت وي.
4. د پوستکي لاندې برخو کې Calcinosis خو په ايکسري کې.
5. Barium بلع سره به مری پراخوالی تر سترگو شي.
6. Motility کتنې به د حرکت کمښت راوښيي.
7. د پوستکي Biopsy وروستی تشخيص راښيي.

Pulmonary Vinson Syndrome

د Raynaud's Phenomenon لاملونه:

1. Collagen Vascular Disorders' Particularly Scleroderma.
2. Thrombo Angitis Abliterans.
3. Cervical Rib.
4. Trauma (Vibrating Machine Operators).
5. Circulating Cryoglobulins, Cold Agglutinins.
6. Drugs (Ergotamine. Propranolol).
7. Primary Pulmonary Hypertension.
8. Occult Carcinoma.
9. Primary (Also Called Raynaud's Disease).

د دې سندروم د کلينيکو نښو څخه Iron Deficiency Anemia، dysphagia او Glossitis د يادولو وړ دي.

:Compression of the Esophagus from out Side

لاملونه:

1. Retrosternal Thyroid.
2. Enlarged Mediastinal Lymph Nodes due to Lymphomas, Leukemias & Mestastase.
3. Enlarged left Atrium due to Mitral Stenosis.

اعراض:

1. ناروغ جامد مواد نه شي بلع کولی.
2. که Superior Vena Cava تنگه شوې وي، د ناروغ مخ به سور رنگه وي.

نښې:

1. Thyroid به غټه شوې وي.
2. Pemberton's Sign (retrosternal goiter) کی به مثبت وي. (ناروغ ته ویل کیږي چی لاسونه دخپل سر څخه پورته کړه په دی وخت کی دناروغ مخ احتقانی کیږي ، ناروغ ته سترائیدو ر پیدا کیږي او دغاړی ورید برجسته کیږي خو نبضانی به نه وی.
3. د Superior Vena Cava د تنگوالي نښې به شته وي.
4. د Mitral Stenosis نښې هم دیادولو وړ دي.

پلټنې:

1. د ګوګل ایکسری به پراخ منصف راوښيي.
2. Barium Swallow به د مری تنگوالی راوښيي.
3. اندوسکوپي به د مری افتونه را په ګوته کړي.
4. CTscan ، Bronchoscopy ، Mediastinoscopy او Biopsies به وروستی تشخیص راته غوره کړي.
5. د superior venacava obstruction علایم به مثبت وی (مخ ، علوی

اطراف او غاړه به پرسیدلی وی، ناروغ به ټوخی او تنفسی زجرت لری، اواز به خپ، ژبه پرسیدلی او د سفاژیا به لری (اعراض هغه وخت زیاتېږی چی ناروغ قدام خواته ټوغ شی او یا ستون ستاخ پریوزی.

6. د Mitral Stenosis د تشخیص لپاره لومړی څپرکی وگورئ.

Globus Hystercus .C

1. ناروغ به په ستونی کی داسې احساسوي، چې یو څه شته، خو چې کله د تېرولو عملیه ترسره کوي، څه نه وي.
2. Dysphagia نه وي.
3. ناروغ له Anxiolytic درملو سره ښه ځواب وایی.

Infectious Esophagitis

په دوه ډوله دی:

1. Viral Esophagitis:

یو شمېر وایرسونه، لکه Herpes Simplex Virus ستونی په التهاب اخته کوي. د ناروغ په حاد اخته کېدو سره لومړی په سینه کې درد، د بلع سره درد او Dysphagia منځته راځي.

Candida Esophagitis

ناروغ به له Odynophagia او Dysphagia څخه سر ټکوي، د خولې Thrush هم شونې ده. په اندوسکوپي کې به سوروالي سره یو ځای په ستوني کې ژېړ سپین Plagues تر سترگو شي.



لسم خپرکی

Pain Epigastrium

د GI سیستم تر ټولو عام عرض د گېډې د پورتنۍ برخې درد دی، چې د بڼې خپرني لپاره له ناروغ څخه سمه تاریخچه او سمې فزیکي کتنې ته ډېره اړتیا لیدل کېږي. بشپړې پلټنې کله التراساوند، Barium Studies او اندوسکوپي ډېرې اغېزمنې تمامېدای شي.

ډېر وختونه اړتیا موندل کېږي، چې په افت اخته شوې برخې څخه Biopsy واخیستل شي، دې کړنې د ترسره کولو لپاره اندوسکوپي تر ټولو ښه لار ده.

لاملونه:

1. Peptic Ulcer.
2. Gastritis.
3. Worm Infestation.
4. Carcinoma Stomach.
5. Esophagitis.
6. Cholecystitis.
7. Hepatitis.
8. Pancreatits.
9. Carcinoma Pancrease.
10. Myocardial Infarction.
11. Basal Pleurisy.

Peptic Ulcer.1

دا ډول تپ د معدې په هغه برخو کې منځته راځي، چې له Acid سره په اړیکه کې وي، همدا راز اثنا عشر او معدې یې تر ټولو عام اخته کېدونکي ځایونه دي، یاده دې وي، چې د ستوني لاندینۍ برخه هم اخته کولای شي.

د معدې تپ ښایي د اسیدود ډېرښت (Duodenal Ulcer) او یا هم د معدې د مخاطي برخې د افرازاتو د کمښت له کبله منځته راشي.

ترتولو عام لاملونه چې معده په تپ اخته کوي، د Helicobacter Pylori انتان او د NSAID درملو کارول دي، خو Zolinger Elison سندروم ډېر د یادولو وړ نه دی، یانې 1/3 برخه جوړوي.

د H-Pylori په هکله بېلا بېلې تیورۍ موجودې دي، چې څه ډول د معدې تپ منځته راوړي.

د معدې تپ ناروغان به د معدې التهاب لري، چې له مخې یې د معدې نورمال افرازات کمښت مومي او د معدې تپ (Peptic Ulcer) منځته راوړي.

د اثنا عشر په تپ کې به د Antrum د برخې التهاب شتون لري، چې له مخې یې د Somatostatin D Cell کمښت او د معدې افرازات له منځه ځي او اثنا عشر په تپ اخته کېږي.

بل مېکانیزم دا دی، چې Gastric Metaplasia د اثنا عشر په مخاطي برخه کې منځته راځي، نېغ په نېغه د H-Pylori انتان په وسیله منتن او ځایي تپ ته لار هواروي.

د NSAID درملو له کارولو سره د معدې د نورمال مخاطي افرازېدو مخه نیول کېږي او د معدې تپ ته لار هوارېږي.

د معدې تپ دردونه په Epigastrium کې احساسېږي، ناروغ خپله گوته نېغ په نېغه د تپ له پاسه نیسي او درد ځای په گوته کوي.

Duodenal Ulcer

دا ډول تپ د هروخت لپاره د اثنا عشر په لومړنۍ برخه کې منځته راځي. اعراض:

1. درد د معدې په تشېدو سره ډېرېږي، چې د خوړو او Antacid سره له منځه ځي.
2. ځینې وختونه ناروغان د شپې په نیمایي برخه کې له خوبه وینښېږي او د درد احساس کوي (Nocturnal Pain).
3. هغه دردونه چې د سهار له خوا په معده کې احساسېږي، د معدې تپ ورته نه شو ویلي.

نښې:

د معدي Epigastrium برخه کې ځايي حساسوالی (Localized Tenderness) شته وي.

پلټنې:

1. Barium Meal د اثنا عشر بد شکلي او ټپونه را په گوته کولای شي.
2. اندوسکوپي شته ټپ په گوته کولای شي.

Gastric Ulcer

1. خوړو پورې تړلي دردونه احساسېږي.
2. ښايي له خوړ سره ډېر يا هم له منځه لاړ شي.
3. Nocturnal دردونه عام نه وي.

نښې:

- د Epigastrium د برخې حساسوالی ډېره ښه نښه ده.

پلټنې:

1. Barium Meal د ټپ ښودنه کولای شي.
2. اندوسکوپي د ټپ ښودنه کولای شي.
3. د خباثت د څرگندولو لپاره Biopsy ډېره اړينه ده.

د معدي ټپ اختلاطات:

1. Bleeding.
2. Porforation.
3. Chronicity.
4. Gastric Outlet Obstruction.

Gastritis 2

د معدي التهاب تر ټولو عام افت دی، چې معدي اخته کوي، د دې افت په منځته

راوړلو کې Helicobacter Pylori ډېره برخه اخلي.

اعراض:

1. د خوړو له خوړلو وروسته ناروغ د Epigastrium درد څخه سرټکوي.
2. درد ځایي او څرگندوي.

نښې:

- له خفیف تر شدید پورې حساسوالی به Epigastrium کې شته وي.

پلټنې:

1. اندوسکوپي کولای شي التهابي مخاطي برخه را په گوته کړي.
2. Biopsy به د معدې التهاب او H.Pylori د شتون تشخیص تر وروستي بریده ورسوي.

3. تر ټولو ښه ازموینه په غایطه موادو کې د H.Pylori موندل دي، چې د درملنې وروسته بیا هم ازموینه له سره کېدای شي.

3. Worm Infestation:

د چینجیانو پېښې په بېلا بېلو وگړو کې ډېرې لیدل شوي، چې د دې چینجیانو ډېر لاملونه د گېډې درد منځته راوړي. د Hook Worm چینجیانو ډېر دردونه معدې ټپ ته ورته ښه لري، ناروغ په روښانه توگه کمخونه ښکاري.

ښه تشخیص یې د غایطه موادو په لابراتواري ازموینو کولای شو.

4. Carcinoma Stomach:

له 40 کلنۍ وروسته یې پېښې ډېرې تر سترگو کېږي، د Pernicious Anemia ناروغان د معدې په سرطاني حالت ډېر اخته کېږي. د معدې سرطان پېښې د Partial Gastricctomy او Gastroenterostomy څخه وروسته ډېرې منځته راځي.

اعراض:

1. له 40 کلنۍ وروسته لومړۍ ناروغ کې له خوړو وروسته د اشتها کمښت او زړه بدوالی منځته راځي.
2. د وزن بایلل یې ډېر څرګند اعراض دي.
3. د ډوډۍ خوړلو وروسته د معدې پرسوب.

نښې:

1. ناروغ به خاسف وي.
2. د Epiastric برخه کې د کتلې جس کېدل.
3. په وروستیو حالتونو کې د لمفاوي غوټو غټوالی، د ځیګر غوټې او خښ د Metastasis له کبله.

پلټنې:

1. د Iron Deficiency کمخوني.
2. Barium Meal کې به د Filling Defect شته وي.
3. اندوسکوپي به د کتلې او ټپ ښودنه وکړي، د تشخیص د وروستي کولو لپاره Biopsy تر ټولو ښه لار ده.

6. Esophagitis:

درد د سټرنوم شاوخوا (Retrosternal) یا د Sternum هلوکي په ښکتنۍ برخه کې احساسېږي، همدا راز درد د Epigastrium په برخه کې هم ځای په ځای کېدلی شي.

7. Cholecystitis:

د صفراوي کڅوړې التهاب ته Cholecystitis وايي، ښايي حاد او یا ځنډنۍ بڼه ولري، چې د صفرا تیږو سره یو ځای منځته راځي.

اعراض:

1. په ښي Hypochondrium او Epigastrium کې شدید درد، کولیکي ډوله وي، لږ ښه شدي یې ډېر ښه مومي، چې په وروستیو کې د ګېډې په ښي

- پورتنی برخه کې ځای په ځای کېږي.
2. درد اوږې او د Scapula د څوکې خواته خپریږي.
3. کانګې، تبه، نارامي او خولې کېدل.

نښې:

1. ښايي ناروغ د زېري تاريخچه ولري.
 2. Murphy's Sign به مثبت وي.
 3. په حاد صفرا التهاب کې به د صفرا کڅوړه ښه حس کېږي.
- په ځنډني صفرا التهاب کې صفرا کڅوړه فايبروزس راټوله شوې او نه جس کېدونکې وي.

پلټنې:

1. TLC به لوړه وي.
2. په Plain ایکسری کې به 10 سلنه د Radio-Opague تیرې ولیدای شي.
3. USG د صفرا تیرو او د صفرا کڅوړې د ډبلوالي په اړوند مالومات راکولی شي.
4. HIDA سکن کی د صفرا د دندې د خرابوالي په هکله مالومات راکولی شي.

7. Hepatitis:

د پانکراس التهاب ته وايي، چې ښايي حاد او يا ځنډنی ښه ولري.

Acute Pancreatitis

د صفرا تیرو او الکولو سره ډېرښت مومي.

اعراض:

1. په Epigastrium کې شدید درد احساسېږي، چې د ملا خواته هم خپریږي.
2. درد ټولې گېډې ته هم خپریږي.

3. درد په Supine بڼه خملا ستو سره ډېرېږي.
4. د زړه بدوالي او کانګې عامې وي.
5. د گېډې پر سوب د Chemical Peritonitis شونې شته کوي.

نښې:

1. ناروغ به په وېره او خپګان کې وي.
2. تر 1-3 ورځو پورې د سيروم امایلز کچه لوړه پاتې کېږي، چې نورماله کچه يې (60-180U/L) ښه تشخیص غوره کوي.
3. د سيروم لایپېز (Lipase) کچه تر 1-2 اوونيو لوړه پاتې کېږي، چې د Lipase او Trypsin د کچې لوړوالی ښه تشخیصي نښه ده.
4. د سيروم کلسیم کچه ټيټېږي.
5. په لومړيو څو ورځو کې Hyperglycemia عامه وي.
6. د حېن مايع به Exudative وي، د حېن مايع د Amylase فعالیت به ډېر لوړ وي، يانې تر (20.000U/L) وي.
7. په نیمایي ناروغانو کې تر ټولو ښه تشخیص د Plain ایکسری په واسطه کولی شو.
8. په USG کې د پانکراس غټوالی، حېن، د صفرا تېرې، کاذب سیستونه، اېسې او وینه بهېدنه ډېر ښه مالومېږي.
9. CTscan تر ټولو ښه ازموینه ده، چې د پانکراس التهاب را په ګوته کړي.

د پانکراس حاد التهاب ته مساعد کونکي فکتورونه:

1. Gallstones.
2. Alcohol.
3. Hyperlipidemia.
4. ERCP.
5. Fulminant Hepatic Failure.
6. Abdominal Trauma.
7. Hyper calcemia.

د پانکراس حاد التهاب اختلاطات:

1. Shock & Renal Failure.
2. Adult Respiratory Distress Syndrome.
3. GI Hemorrhage from Gastric Erosions.
4. Pancreatic Phlegmon, Necrosis, Abscess.
5. Pseudocyst of Pancrease.

Chronic Pancreatitis

پانکراس د حاد التهاب له حاد پرله پسې حملو وروسته ځنډنی پانکراس التهاب سر راپورته کوي، په 25 سلنه ناروغانو کې د الکولو څښلو وروسته پانکراس په ځنډني التهاب اوږي.

اعراض:

1. د Epigastric د برخې پرلپسې دردونه، چې هره اوونۍ هره میاشت یې په ځانگړنو کې تغیر منځته راتلی شي.
2. د الکولو او خوړو له خوړلو وروسته دردونه ډېرېږي.
3. درد له ورځو تر اوونیو غځېږي.
4. درد د ملا خواته هم خپرېږي.
5. درد په ملا د ځملا ستو وروسته یو څه ارامښت کوي.
6. درد له Antacid سره کمښت نه کوي.
7. ناروغ به شکر یا Malabsorption لري.

نښې:

1. ناروغ به سوء تغذیه وي.
2. په گېډه به خفیف خپور شوی حساسوالی شته وي.
3. د Common Bile Duct د بندښت له کبله به ناروغ زېړی لري.

پلټنې:

1. د سيروم امايلېز او Lipase کچه ډېر نېټ نه کوي.
2. په کمو ناروغانو کې به د پانکراس Calcification ترسترگو شي.
3. ERCP به د Pancreatic Duct او Psdudocyst ښودنه وکړي.
4. CT/USG به د غونډې شوې او کوچنۍ شوې پانکراس کڅوړې ښودنه وکړي.
5. په ځينو ناروغانو کې د وينې گلوکوز، Serum Bilicubin Serum Alkaline Phosphatase او Malabsorption ازموينې غير نورمال وي.

Carcinoma Pancrease 9

درد په Epigastrium کې وي، چې د ملا خواته هم خپرېدای شي، په څرگند ډول به د اشتها کمښت او د وزن بایلل ترسترگو کېږي. په CT او الټراساوند کې د پانکراس کتلې ليدلې شو.

Myocardial Infarction 10

Inferior Wall - مړينه به د Epigastrium په دردونو کې د کومو څرگندو کلينيکي نښو پرته احساسېږي.
- که کوم بل ځانگړی او په سترگو ليدلی افت نه ترسترگو کېده، ناروغ ته ECG ډېره اړينه ده.

Basal Pleurisy 11

- درد د ساه اخيستلو او توخي سره ډېرېږي.
- Pleural Rub به شته وي.
- د هوگل ايکسري به د Consolidation او Effusion ښودنه وکړي.

Worm Infestation

Hook Worm

Ancylostom Duodenale په اثنا عشر او Jejunum کې ژوند کوي، 1cm اوږدوالی لري، چې هگۍ يې له غايطه موادو سره د باندې اوځي.

اعراض:

1. د ناروغ د گېډې د پورتنۍ برخې درد لري.
2. کانگې او نس ناستی.
3. د کمخونۍ اعراض.
4. ناروغ به خاسف وي.
5. د گېډې د پورتنۍ برخې حساسوالی.

پلټنې:

1. Hypochromic او Microcytic کمخوني به شته وي.
2. Eosinophile کچه به $5000/mm^3 <$ وي.

د گېډې درد لاملونه:

- 1 Gastrointestinal
 - a Gastroenteritis
 - b Appendicitis
 - c Intestinal obstruction
 - d Peritonitis
 - e Irritable bowel syndrome
 - f Mesenteric vascular obstruction
- 2 Renal
 - a Renal pain
 - i Pyelonephritis
 - ii Hydronephrosis
 - b Urteric colic
- 3 Obstetric/gynecologic
 - a Dysmenorrhea
 - b Pelvic inflammatory disease
 - c Salphangitis
 - d Threatened abortion

Rupture ectopic pregnancy (e
Endometriosis (f
Others (4
DKA (a
Herpes zoster (b
Addisonian crisis (c



یوولسم خپرکی

پرلپسی او بیا راگرځېدنکې کانګې

Persistent/ Recurent Vomiting

کانګې یو عام او نه څرګندېدونکی عرض ده، چې د ناڅرګندو لاملونو له کبله هم منځته راتلی شي، که کانګې پرلپسې اوسي، په هکله یو پلټنې ډېرې اړینې دي. د کانګو ځینې لاملونه په لاندې ډول یادوو:

لاملونه:

1. Chronic Renal Failure.
2. Raised Intra Cranial Pressure.
3. Labyrinthine Disorders.
4. Gastric Outle Obstruction.
5. Subacute Intestinl Obstruction.
6. Pregnancy.
7. Postgastric Surgery.
8. Achalasia.
9. Food Allergy.
10. Psychogenic.

Chronic Renal Failure .1

د پښتورګو د نورمال دندو له منځه تللو ته وایي، د پښتورګو د دندو د خرابوالي له کبله به بدن کې نور بېلا بېل اعراض هم منځته راځي. Uremia یو کلینیکي او لابراتواري سندروم دی، چې د پښتورګو د عدم کفایې د درملنې له کبله ډېر پېښېږي.

لاملونه:

1. Chronic Glomerulonephritis.
2. Bilateral Chronic Pyelonephritis.
3. Diabetic Nephropathy.

4. Hypertension.
5. Obstructive Uropathy.
6. Drugs (Heavy Metals. Analgesics).
7. Systemic Lupus Erythematosus.
8. Polyarteritis Nodosa.
9. Scleroderma.
10. Polycystic Kidney Disease.
11. Hypercalcemia.

اعراض:

1. بي اشتهايي او کانگې بي ځانگړي اعراض دي.
2. ناروغ به د شپې له مخې Polyuria لري (Nocturia).
3. ځينو ناروغانو کې Oliguria او Puffy مخ هم شته وي.
4. د Renal Colic، ادرار سوځېدنې او Hematuria نښې هم شته وي.
5. Pruritus.
6. د فشار لوړوالی او شکر.
7. د Hemostasis د خرابېدو له کبله د بدن له بېلا بېلو برخو وینه بهېدنه شته وي.

نښې:

1. ناروغ به خاسف وي.
2. د ناروغ مخ به Puffy وي.
3. Uremic Smell (ياني متيازو ته ورته بوی).
4. د وينې فشار لوړوالی.
5. د پښتورگو کتله جس کېدای شي.
6. Pericardial Rub هم اورېدل کېدای شي.

پلټنې:

1. هيموگلوبين به ټيټ وي، کمخوني به Normochromic او Norocytic وي.
2. په متيازو کې به RBCs، Proteinuria، Puss Cell او Cast شته وي.

3. د وینې یوریا او سیروم Creatinine به لوړه وي.
 4. کلسیم به ټیټه، فاسفیټ او Alkaline Phosphatase به لوړ وي.
 5. په Radionuclide ازموینې به د پښتورگو کچه او دنده روښانه کړي.
 6. په USG کې به د پښتورگو او د قشر کچه څرگنده شي.
- همدا راز د Hydronephrosis، پښتورگو تیرې، پښتورگو کنلې، مثانې تیرې هم لیدلې شي.
- د گېډې په Plain ایکسری کې به uretric Stones هم ولیدای شي.
- هغه فکتورونه چې د پښتورگو عدم کفایې له کبله کمخوني منځته راوړي:

1. Decreased Erythropoiesis Due to
 - a. Affect to Retained Toxins.
 - b. Diminished Synthesis of Erythropoietin by the Diseased Kidndys.
2. Hemolysis.
3. Iron Deficiency Due to.
 - a. Poor Intake.
 - b. Impaired Intestinal Absorption of Iron.
4. Blood Loss Due to Increased Tendency.

د پښتورگو د ناروغیو وروستی کلنیکي بڼه:

1. Vomiting.
2. Hicough.
3. Pruritis.
4. Kismaul's Respiration.
5. Uremic Smell in the Breath.
6. Pericardial Rub.
7. Muscular Twitching.
8. Fits.
9. Drowsiness.
10. Coma.
11. Hypotension.

2. Raised Intra Cranial Pressure

د کوپړۍ د ننني فشار لوړوالي عمده لاملونه Tumor، Abscess او Hematoma بلل شوی.

اعراض:

1. د سر خوږد تر ټولو بارز عرض دی، چې د کوپړۍ د فشار په لوړوالي کې منځته راځي، خو د خوږد سهار له مخې ټوخی، سرتیتولو او په لوړ اواز خبرو کولو کې ډېرښت مومي.
2. پرته له دې چې زړه بدوالی احساس شي، اني ډول سره کانګې منځته راځي؛ ځکه چې د دماغ په Medula کې د کانګو مرکز تنبه شوی وي.
3. ناروغ کې به د میرګي او نیورولوژیک ستونزې هم منځته راشي.

نښې:

1. د Cushing reflex نښې، لکه Bradycardia، Hypertension او غیر منظم ساه اخیستل.
2. Papilledema عامه ده.
3. د هوش کچه زیانمنېږي.
4. د شپږم عصب د فلج نښې هم راڅرګندېدای شي.

پلټنې:

1. د کوپړۍ ایکسری به د Calcification نښې را په ګوته کړي، د Pituitary تشه به یو څه لویه شوې وي.
2. د CT او MRI په وسیله د افت اصلي ځای ټاکلی شو.

3. Labyrinthine Disorders

لاملونه:

1. Vestibular Neuronitis.

2. Acoustic Neurome.
3. Meniere's Disease.
4. Head Injury.
5. Drugs (Streptomycin, Salicylates).

اعراض:

1. کانګې د سربېرالی، ګنګسیت او وضعیت له توپیر سره یو ځای وي.
2. Tinitus او کونوالی بنایي شتون ولري.

نښې:

1. ګنګسیت، زړه بدوالی، کانګې له سر خوځولو سره ډېرېږي.
2. ناروغ به کون وي.
3. Positional nystagmus بنایي موجود وی.

پلټنې:

د وضعیت د دندې څرنګوالی د Caloric تیست په مټ کوو.

Gastric Outlet Obstruction 4

ځانګړي لاملونه یې د اشنا عشر ځنډني ټپونه او Carcinoma بللی شو.

د معدې ټپ (Peptic Ulcer) پېښو کې د Pyloric Canal بندښت د پرسوب Spasm او فایبروزس له کبله منځته راځي.

اعراض:

1. د پرلپسې کانګو تاریخچه به شته وي.
2. د کانګو کچه به ډېره او بد بویه وي.
3. له کانګو وروسته ناروغ یو څه آرامښت احساسوي.
4. ناروغ خپل وزن له لاسه ورکوي.
5. په تېرو وختونو کې د اشنا عشر د ټپ تاریخچه شته وي.

نښې:

1. ناروغ به کمزوری او Dehydrated وي.
2. په Epigastrium کې له کینې څخه ښي اړخ ته Peristaltic خوځښتونه شته وي.
3. Succussion Splash به شته وي.

پلټنې:

1. د سهار له مخې د معدې محتویاتو ایستلو پرمهال کچه له 100ml څخه نه ډېرېږي.
2. Barium Meal به د پراخې معدې ښې را په گوته کړي.
3. اندوسکوپي د اثنا عشر د تنګوالي ښودنه کولای شي.

5. Subacute Interstitial Obstruction:

1. ناروغ به په پرلپسې ډول د گېډې پرسوب، کانګې او قبضیت لري.
2. د کولمو خوځښتونه به Stepladder ډول وي.
3. د کولمو اوازونه ډېر ښت مومي.
4. د گېډې په Plain ایکسری کې به Air-Fluid Levels او د گېډې پرسوب تر سترگو شي.

6. Pregnancy:

1. د Amenorrhea تاریخچه به شته وي.
2. د سهار له مخې ناروغ کانګې لري.
3. د حاملګۍ ازموینه او USG او وروستی تشخیص ټاکي.

7. Postgastric Surgery:

1. د معدې له جراحي عملیات وروسته ناروغ کې کانګې منځته راځي.
2. ښه تشخیص له تاریخچې وروسته ټاکلی شو.

8. Achalasia:

که څه هم Dysphagia یې عام عرض دی، خو په ناروغ کې کانګې ډېرې وي.

9. Food Allergy:

1. کانګې له ټاکلو خوړو وروسته منځته راځي.
2. له نورو الرژیکو غبرګونونو وروسته لکه Asthma ، Rhinitis ، Urticaria.

10. Psychogenic Vomiting

1. له وزن بایللو پرته په ناوړغ کې تر ډېر وخته د کانګو تاریخچه شته وي.
2. کلنیکي کتنې به نورمال وي، خو ناوړغ به هیجاني او احساساتي ډوله وي.

RENAL OSTEODYSTROPHY

1. د پښتورګو په عدم کفایه کې د فاسفت اطراح خرابیږي او سیروم کچه لوړیږي او د کلسیوم سره وصلیږي د هایپو کلسیمیا لامل کیږي.
2. د پښتوګو په عدم کفایه کې ویتامین ډی په فعال شکل باندې نه بدلېږي Dihydrochlecalciferol خرابیږي چی ددی د خرابوالی دلاری د کولمو څخه کلسیوم نه جذبېږي د هایپو کلسیمیا لامل کیږي.
3. هایپو کلسیمیا پارا تائیروئید هورمون افراز تنبه کوی چی د ثانوی هایپر پارا تائیرودیزم لامل کیږي.
4. په renal osteodystrophy کی د هډوکو بدلونونه

- a. Osteomalacia (due to low Dihydrochlecalciferol)
- b. Oseitis fibrosa cystica (due to secondary hyperparathyroidism)
- c. Osteosclerosis

Causes of renal failure due to obstructive uropathy

1. Renal stone
2. Tumor
3. Prostat hypertrophy
4. Bladder neck obstruction

د Hypercalcemia لاملونه:

1. Primary Hyperparathyroidism.
2. Bone Metastase.
3. Multiple Myeloma.

4. Over Dosage with Vitamin D.
5. Hyperthyroidism.

پښتورگي په لاندې حالتونو کې جس کېږي:

1. Hydronephrosis.
2. Pyonephrosis.
3. Renal Cell Carcinoma.
4. Polycystic Kidneys.

Diabetic nephropathy

۱. د ديابېتيک رېټينو پاتې سره يوځايي وي
۲. مهم کلينيکي څرگندونې يې microalbuminurea دی (۲۴ ساعته راتول شوی تشو متيازو کی البومين ۳۰-۳۰۰ مليگرامه يا 30-300µg/ 1mg of urine creatinin
۳. څو کاله وروسته overt albuminurea بدلېږي.



دولسم څپرکی

په کانگو کې وینه / په غایطه موادو کې وینه

Hematemesis/ Melena

Hematemesis مانا وینه لرونکې کانگې، چې د معدې له اسیدو سره یو ځای تور رنګه، تیاره رنګ لري، ښايي چې له خوړو سره هم ګډې وي.

کله چې د یو وخت لپاره په معدده کې خواړه پاتې شي هضمېږي او نښواري رنګ اختیاري وي، چې ښه یې قهوه رنګه یا (Coffee Grounds) په څېر وي.

د Hematemesis وینه بهېدنه د GI سیستم د پورتنیو برخو پاتې له Lig Treitz څخه پورته برخو Esophagus، معدده او اثنا عشر څخه وي.

Melena مانا تور رنګه، بدبویه غایطه مواد، چې په کولمو کې له 14 ساعتو څخه ورباندې ډېر وخت تېر شوی وي.

ډېر وختونه داسې هم شونې ده، چې د Hematemesis له کبله وګړي پر Melena اخته شي.

ښايي چې ناروغ د شاک په حالت کې اوسي، د دماغي Anaxia له کبله ناروغ نارامه، خپه او ځای نه پېژندونکی شوی وي.

د وینې بهېدنې له کبله د وینې فشار، نبض او د ادرار اطراح تر ټولو ښه کلینیکي تشخیص ایښودلی شي، چې Tachycardia، د وینې فشار ټیټوالی او د ادرار کمښت د وینې بهېدنې په ډېرښت دلالت کوي.

دې لپاره چې وروستي او بشپړ تشخیص ته ځان ورسوو، ناروغ ته د GI Endoscopy د 24 ساعتو په اوږدو کې ترسره کوو، چې له مخې یې کوچني افتونه، د معدې قرحات، د معدې خیرې کېدنه او نور را په ګوته کولای شي.

لاملونه:

1. Peptic Ulcer.

2. Esophageal Varices.
3. Fundal Varices.
4. Erosive Gastritis.
5. Esophagitis.
6. Mallory Weiss Syndrome.
7. Carcinoma Stomach.
8. Hereditary Hemorrhagic Telangiectasis.
9. Bleeding Disorder.

1. Peptic Ulcer:

د معدې ټپونه په نړۍ کې تر ټولو ډېرې پېښې د Melena او Hematemesis جوړوي.

2. Esophageal Varices:

د هضمي سیستم د پورتنیو برخو د وینې بهېدنې ډېرې پېښې د Esophageal Varices جوړوي، چې په مری کې د رگونو د پرسوب له کبله منځته راځي. د پورټل سیستم او سیستمیک وریدونو ترمنځ ګډې اړیکې د دې رگونو د پراخه کېدو سبب ګرځي او Portal Hypertension منځته راوړي. د Portal Hypertension تر ټولو عالم لامل د ځیګر Cirrhosis دی. د Varices د معدې په Fundus کې هم منځته راځي، چې ډېره شديده وینه بهېدنه به لري.

اعراض:

1. Hematemesis به ډېر او پرلپسې وي.
2. د ناروغ ګېډه به د خښ (Ascitis) له کبله پرسېدلې وي.
3. ناروغ په تېر عمر کې د زېري Jaundice تاریخچه ولري.
4. Hematemesis ښايي، چې د Cirrhosis لومړنۍ کلنیکي عرض وي.

نښې:

د Cirrhosis نښې به شتون ولري.

پلټنې:

1. وروستی تشخیص د Endoscopy په وسیله کولای شو.
2. د Hematemesis پرمهال د گېډې جس کول د معدې او اثنا عشر د ټپونو لپاره ډېر اړین او پرځای گام دی، د معدې د Fundus د برخې Varices هم له پامه ونه ایستل شي.

Erosive Gastritis 3

دا مهال به د معدې له التهاب سره یوځای د معدې د مخاطي طبقې ډېرې برخې په Erosion اخته شوې وي.

اعراض:

1. ناروغ به د Epigastric ناحیې له درد سره یوځای یا پرته له درده Hematemesis ولري.
2. د درملو د کارولو تاریخچه به مثبت وي.

نښې:

- د Epigastrium په برخه کې به حساسوالی شتون ولري.
لاملونه:

A. Drug.

1. Aspirin / NSAIDs.
2. Theophylline.
3. Potassium Chlorid.

B. Stress.

1. Head Injury.
2. Shock.
3. Trauma.
4. Burns.
5. Sepsis.
6. Hepatic Encephalopathy.

پلټنې:

په اندوسکوپي کې به د مخاطي غشا له پاسه تازه وینه بهېدونکي کوچني، افتونه تر سترگو شي.

4. Esophagitis:

وینه بهېدنه د Esophagitis تر ټولو عام اختلاط دی، چې Melena يې عامه نښه ده.

5. Mallory Weiss Syndrome:

په ناروغانو کې د پرلپسې شديدو کانگو له کبله د معدې او مری (Gastro-Esophageal) ګډ تړون ځای (Junction) خیري کېږي، چې دې حالت ته Mallory Weiss Syndrome وايي.

اعراض:

له Hematemesis څخه دمخه به ناروغان د پرلپسې کانگو تاریخچه ولري.

نښې:

– په Epigastrium ناحیه کې به روښانه حساسوالی پروت وي.

پلټنې:

– اندوسکوپي کولای شي، چې وروسته تشخیص وټاکي.

6. Carcinoma Stomach:

د معدې په سرطان کې Hematemesis کوم ځانګړی رول نه ښکاري.

7. Hereditary Hemorrhagic Telangiectasis:

په دې افت کې Hematemesis رول لري، چې وروستی تشخیص يې د اندوسکوپي په وسیله ترسره کوو.

8. Bleeding Disorder:

که ناروغ د بېلا بېلو برخو څخه وینه بهېدنه درلودله، تشخیص په خپله روښانه او وټاکل شي، یانې د اړونده پلټنو له مخې ځان تشخیص ته ورسوو.



ديارلسم خپرکی

له مقعد څخه د وينې راتگ

Bleeding Per Rectum

کله چې يو ناروغ له مقعد څخه تازه وينه بهېدنه ولري، نو تاسو له هغه څخه وپوښتئ، چې وينه له تغوط څخه وړاندې او که وروسته منځته راغلې دا هم پوښتنه وکړئ، چې وينه د غايطه موادو سره ګډه شوې او که د غايطه موادو له پاسه پرته وي. **لاملونه:**

1. Carcinoma Colon.
2. Polyp.
3. Hemorrhoids.
4. Anal Fisure/ Fistula.
5. Ulcerative Colitis / Corhn's Disease.
6. Arterio Venus Malformation.
7. Ischemic Colitis.
8. Bleeding Disorder.
9. Rapid Transit of Upper Gastrointestinal Bleeding.

Carcinoma Colon 1

په هغه ډېر عمر لرونکو وگړو کې د کولون د سرطان پېښې ډېرې وي، چې د اوږد مهاله Ulcerative Colitis او Familial Polyposis تاريخچه ولري، خود ځينو Adenomatous Polyps پېښې په ځوانو وگړو کې ډېرې منځته راځي.

اعراض:

1. د مقعد سرطان به له مقعد څخه د وينې بهېدنې او Tenesmus سره يو ځای وي.
2. د کيڼ کولون (Left Colon) سرطاني پېښې په حاد او تحت حاد بندښتونو،

لکه قبضیت، کولیکي دردونه او نورو له کبله د وینې بهېدنې سره یو ځای پېښېږي.

3. د بڼي کولون (Right Colon) سرطانونه د کمخونۍ، وزن بایللو، نس ناستي او قبضیت له کبله منځته راتلای شي.

4. د پورته ټولو ستونزو درلودونکي کسان په تېره هغه چې له 40 کلنۍ ډېر عمر ولري، پوره وپلټل شي، ترڅو چې بشپړ او پرځای تشخیص غوره کړل شي.

نښې:

1. ناروغ به ډېر خاسف ښکاري او په وروستیو کې کمزوري ډېرېږي.
2. د مقعد په Digital Examination کې به تومور د جس وړ وي.

پلټنې:

1. Hemoglobin به ټیټ یا نې کمخوني او د اوسپنې کمښت شتون ولري.
2. ESR به لوړ شوی وي.
3. Barium Enema کې به Filling Defect موجود وي.
4. که د وروستي تشخیص لپاره د لاندې کړنلارو په وسیله Biopsy واخیستل شي، نو تشخیص به بالکل وټاکل شي.
5. Colonoscopy/ Singmoids/ Procto.
6. Occult Blood په غایطه موادو کې د بېلا بېلو ازموینو په وسیله ولیدای شي، له 10 سلنې څخه لږو پېښو کې د Occult Blood مثبتې پېښې پر کولون سرطان ښودنه کولای شي.

2. د کولون Polyp

په اروپا کې له مقعد څخه د وینې راتگ ډېره پېښې د Polyp له کبله منځته راځي، چې Poly له سلیم حالت څخه خبیث حالت ته اوږدلی شي. په کورني تاریخچه لرونکو Polyps Colon کې 100 سلنه پېښې خباثت ته اوږي.

اعراض:

- ناروغان ځوانان وي، چې له مقعد څخه وينه بهېدنه لري، بنايي چې وينه بهېدنه لري، بنايي چې وينه بهېدنه پرلپسې وي.

نښې:

کومه ځانگړې فزيکي نښه د ليدلو وړ نه وي، خو يوازې به ناروغ خاسف (Pale) رنگ ولري.

پلټنې:

- ښه تشخيص يې د Sigmoido / Procto، Barium Enema او Colonoscopy په وسيله کولای شو، خو د خباثت (Malignancy) د څرگندولو لپاره Biopsy ته ډېره اړتيا موندل کېږي.

Hemorrhoids 3

د مقعد په شاو خوا کې به غښتلي رگونه منځته راغلي وي، په ډېر عمره وگړو کې د بواسيرو پېښې له وينې بهېدنې سره ډېرې وي.

اعراض:

1. له مقعد څخه وينه بهېدنه هغه مهال ډېرښت مومي، چې کلک غايطه مواد له مقعد څخه تېر شي.
2. د غايطه موادو په يوه برخه د وينې خيال ښکاري، ځينې وختونه له تشناب کاغذ سره هم وينه نښتې او په ځينو وختونو کې د وينې کچه ډېرښت مومي.

نښې:

- د مقعد فزيکي معاینه به نورمال وي، خو د بواسيرو د شتون پرمهال جس کېدلی شي.

پلټنې:

- بواسير (Hemorrhoids) په ډېر اسانۍ سره د Proctoscope په وسيله ليدای کېږي.

Anal Fissure/ Fistula 4

اعراض:

- ناروغ د تغوط پرمهال له درد څخه سرتکوي، چې غايطه موادو سره به د وينې څرگند خيالونه وليدای شي.

نښې:

- افت په ډېر اسانۍ سره د Proctoscopy په وسيله ليدای شو، خو ډېره هڅه وکړئ، چې د Proctoscopy کړنه ډېر په احتياط ترسره شي، ځکه ساحه دردناکه وي.

Ulcerative Colitive/ Crohn's Disease 5

د کولمو التهابي ناروغۍ هم هغه حالت ته وايي، چې نس ناستی له وينې سره يوځای وي، دلته به په روښانه توگه له مقعد څخه وينه ځي.

Arteriovenous Malformation 6

Angiodysplasia د کوچنيو او عيو يوه استحاليوي گډوډي ده، چې د کولون هره برخه اخته کولای شي.

وينه بهېدنه له مقعد څخه په پرلپسې توگه شته وي، خو له ياده ونه ايستل شي، چې Barium Enema او Colonoscopy معاینات بالکل نورمال وي، يوازې د Angiography په وسيله ښه تشخيص ايښودلی شو.

Ischemic Colitis 7

دا ستونزه په ځوانو وگړو، په تېره هغو کې چې Atherosclerosis ولري ډېرې منځته راځي، ډېر Splenic Flexure او Descendig Colon اخته کوي.

اعراض:

1. ناروغ به د گېډې د ښکتنۍ برخې شديد دردونه لري.

2. زړه بدوالی او کانګې عام دي.
3. اعراض يې نس ناستی او وینې بهېدنې سره غښتلي کېږي.

نښې:

1. د وینې فشار ټیټېږي.
2. په کین Iliac خالیگاه کې څرګند حساسوالی.

پلټنې:

1. د گېډې Plan X-Ray به Thumb Printing نښه د Splenic Flexure او Decending Colon په برخه کې د پړسوب او Submucosal وینې بهېدنې له کبله موجود وي.
2. Barium Enema هم د Thumb Printing نښه را په ګوته کولای شي.
3. Colonoscopy ښايي چې Ulceration وښيي، چې د Submucosa د برخې وینه بهېدنه هم په اسانۍ ټاکل کېږي.

8. Bleeding Disorders

ځینې وختونه یوازې له مقعد څخه وینه بهېدنه یې پیلیزې نښې جوړوي.

9. Rapid Transit of uppr Gastrointestinal Bleeding

د کولمو د پورتنۍ برخې وینه بهېدنه په ډېرو حالتونو کې د Melena په ډول راڅرګندېږي، وینه باید 14 ساعته وروسته د Melena په نوم وپېژندل شي، خو که وینه بهېدنه په چټکتیا سره له کولمو څخه را روانه شوې وي، وینه به تازه او سور ښکاري.

خوارلسم خپرکی

حاد نس ناستی

Acute Diarrhea

د تغوط د شمېر کچه په بېلا بېلو وگړو کې توپیر لري، خو نورمال حالت به وگړو کې د نس ناستي یا هم قبضیت له کبله توپیر مومي.

لاملونه:

A. Diarrhea Without Blood.

1. Viral Gastroenteritis.
2. Food Poisoning Except Bacterial Infection.
3. Giardia Lamblia.
4. Cholera.
5. Traveller's Diarrhea.
6. Spurious Diarrhea.

B. Diarrhea with Blood.

1. Food Poisoning (Bacterial Infection).
2. Bacterial Dysentery.
3. Amebic Dysentery.
4. Ulcerative Colitis/ Crohn's Disease (First Attack).
5. Pseudomembranous Colitis.
6. Yersinia Enterocolitica Colitis.
7. Ischemic Colitis.

نس ناستی په دې مانا چې نورمال غایطه مواد خپله بڼه نرم او اوبیز ډول ته واړوي، په اوونۍ کې له 2 څلو څخه کم نس ناستي ته حاد نس ناستی وايي، په اوونۍ کې 4-2 څلو پورې نس ناستي ته پرله پسې نس ناستی وايي، خو که له څلورو څلو څخه هم په اوونۍ کې د نس ناستي شمېره ډېره شوه، دې ډول ته ځنډنی نس ناستی وايي. له مقعد څخه کلکو غایطه موادو تېرېدو ته قبضیت وايي.

شدید نس ناستی (له کانگو سره یو ځای یا پرته کانگو) Dehydration منځته راوړي، همدارنگه له کولمو څخه د افرازېدونکو مایعاتو ضیاع، چې په ډېره کچه سره پوتاشیم لري، هم سبب گرځي، چې په ناروغ Hypokalemia منځته راوړي. که په خپل وخت سره ناروغ ته مایعات او الکترولیت ورنه کړل شي، نو فشار ټیټېږي او د پښتورگو د عدم کفایه منځته راوړي.

له وینې څخه پرته نس ناستی / **Diarrhea without Blood**:

Viral Gastroenteritis

په ماشومانو کې د حاد نس ناستي ځانگړی لامل جوړوي، خپله ښه کېدونکې ناروغي ده، چې په 48 ساعتو کې له منځه ځي.

اعراض:

1. ناروغ به کانگې او نس ناستی لري.
2. غایطه مواد به اوبیزوي.
3. تبه شتون نه لري.

نښې:

له Dehydration څخه پرته کومه بله نښه نه تر سترگو کېږي.

Dehydration نښې:

1. Rapid, Low volume pulse.
2. Low Blood Pressure.
3. Sunken Eyes.
4. Dry Tongue.
5. Decreased Skin Elasticity.
6. Decreased Urine Output.

پلټنې:

1. غایطه موادو کې به اوبیز ټوټه ډوله ښه تر سترگو کېږي.

2. وینه، مخاط او Puss Cell به شته وي.

3. Leukocyte شمېر به نورمال وي.

Food Poisoning خوريز تسمم:

يو ډله گېوډی دي، چې له نس ناستي او کانگو سره يو ځای د Gast Enteritis له کبله په 48 ساعتو کې منځته راځي. ځينې وختونه په غايطه موادو کې وینه او ځينو وختونو کې پرته له وينې نس ناستی د خوريز تسمم سبب گرځي. د تسمم پېښې په ټوليزه توگه په هوټلونو، کورونو او بازارونو کې د ناپاکه او ملوثو خوړو له خوړلو وروسته منځته راځي.

لاملونه:

1. (Unripe Fruit. Shellfish) Allergy to Certain Foods.
2. (Arsenic) Chemical Poisons.
3. Bacterial Toxins.
 - a. Staphylococcus Aureus.
 - b. E.Coli (Enterotoxigenic).
 - c. Clostridia Perfringens.
 - d. Clostridia Botulinum.

اعراض:

Allergy to Food & Chemical Poisons:

1. له خوړو خوړلو کابو 30 دقيقې وروسته نس ناستی او کانگې.
2. تر 24 ساعتو وروسته رغېدنه منځته راځي.

Bacterial Toxins

1. په هغه خوړو کې دا توکسين ډېر موندل شوی، چې سريې بند وي.
2. له Staphylococcus Aureus تسمم وروسته ښه عرض کانگې دي.
3. د Clostridia Perfringens له کبله په تسمم شوو وگړو کې د گېډې درد او

نس ناستي سره يو ځاي کنگې هم شته وي.
4. له Clostridia Botulinum څخه منځته راغلي تسمم ته (Botulism) وايي،
پرته له کنگو په ناروغ کې کمزوري، عضلاتو سستوالی، دسترگو او
حنجرې عضلاتو کمزوري او نس نه اعراض دي.

نښې:

ناروغ Dehydrated ښکاري.

پلټنې:

- د خوړيزو الرژيکو موادو، کيمياوي موادو او بکټريايي توکسين له کبله نس
ناستی په غايظه موادو کې مخاط او Puss Cell نه لري.

Giardiasis:

له Giardia Lamblia نومې پروتوزوا څخه منځته راځي، ډېره عامه ناروغي ده، چې د
خولې او غايظه موادو له لارې لېږدي، حاده او ځنډنۍ ښه لري.
اعراض:

1. نس ناستی، د گېډې درد، Belching او نفع به شته وي.
2. زړه بدوالی او کنگې عام اعراض دي.

نښې:

1. ناروغ به Dehydrated وي.
2. کومه بله ځانگړې او ترسترگو کېدونکې نښه نه شته.

پلټنې:

په غايظه موادو کې Cysts د مايکروسکوپ لاندې ليدلی شو.

Cholera

د Vibrio Cholerae د Enterotoxins له کبله منځته راځي، په Epidemic ډول

خپرېږي، چې د غايطه او خولې لېږيې د يادولو وړ ده.
د تفرېح دوره يې له څو ساعتو تر پنځو ورځو پورې ده.
اعراض:

1. شديد نس ناستی، د گېډې له درد پرته شته وي، د غايطه موادو بڼه سپين رنگه يانې وريجو ته وي.
 2. کانگې به شديدې وي.
 3. تبه نه وي.
- نښې:

1. ناروغ به Dehydrat وي.
 2. کومه بله نښه نه ترسترگو کېږي.
- پلټنې:

1. غايطه مود په بېړني ډول سره لابراتوار ته واستول شي او د Vibrio بسيل په کې څرگند شي.
2. د ارگانېزم کتنه په اسانۍ سره د کرنې (Culture) له لارې کېدلی شي.

:Traveller's Diarrhea

1. د نس ناستي يوه لنډه دوره منځته راځي.
2. 2-5 ورځو هم غځېدای شي.
3. د گېډې دردونه، کانگې او د اشتها نه شتون.
4. تبه هم ښايي شته وي.
5. E.coli او Shigella يې د ياد وړ ارگانېزمونه دي.

:Spurious Diarrhea

د نس ناستي په دې ډول د ناروغ د گېډې له پاسه د جس او يا هم د مقعد د معاینې له لارې کلکې ټوټې د غايطه موادو جس کېږي.

وینه لرونکی نس ناستی

Diarrhea with Blood

خوړیز تسمم:

بکتریايي انتانات:

په بکتریا ککړ شوي خواړه په اني توگه کولای شي نس ناستی رامنځته کړي. ډېرې عام بکتریاگانې یې *Campylobacter* *Jejuni*، *Salmonella* *Typhimurium*، *Enterohemorrhagic* او *E.coli* دي. له تسمم څخه 12-48 ساعته وروسته اعراض منځته راځي، چې ناروغ د څو ورځو پورې همدا سې ناروغ ډوله ښکاري.

اعراض:

1. نس ناستی به کم یا ډېروي، خو وینه به ورسره وي.
2. کانگې به شته وي.
3. تبه او د گېډې درد عام اعراض دي.
4. د *Salmonella* *Typhimurium* انتاناتو له کبله ناروغ کې *Septicemia* منځته راځي، چې له مخې یې ښايي *Arthritis*، *Osteomyelitis* او *Meningitis* ته هم لاره هواره شي.
5. په *Campylobacter* *Jejuni* کې د سرخوډ عام عرض دی.

ښې:

1. ناروغ به *Dehydrated* وي.
2. د تودوخي درجه لوړېږي.

پلټنې:

1. په بکټريايي انتاناتو کې غايطه مواد وينه او مخاط لري، خو Puss Cell نه لري، په داسې حال کې چې په Bacillary Dysentery کې په ډېره کچه Puss Cell شتون لري.
2. په غايطه موادو کې د مايکروسکوپ لاندې خوځنده Campylobacter تر سترگو کېږي.
3. په اسانۍ سره د غايطه موادو په کرڼه کې Salmonella او Campylobacter تر سترگو کېدای شي.
4. په شديدو پېښو کې له وينې هم کلچر اخيستل کېږي.

Dysentery

د Entamba Hisolytica له کبله منځته راځي.

اعراض:

1. تدريجي منځته راځي (ځينو وختونو کې حاد هم وي).
2. ورو تر شديد پورې دردونه گېډه کې منځته راتلی شي.
3. ناروغ 4-6/day ځلې تغوط کوي، بدبويه، وينه او مخاط به له غايطه موادو سره گډ شوی وي.
4. تبه عامه نه ده، خو که وي هم ټيټه درجه سره به وي.
5. Dehydration عام نه دی.

پلټنې:

1. په مايکروسکوپ کې به د غايطه موادو منځ کې Puss Cell شتون يا هم کم وي.
2. تر ټولو غوره ده، چې تازه او وگرم غايطه مواد لابر اتوار ته ولېږدول شي.
3. په Sigmoidoscopy کې به خوځو ځايه د کولمو له پاسه ټپونه تر سترگو

شي، كه د ټپ له برخې څخه Biopsy واخيستل شي، نو په روښانه ډول به
Trophozoit تر سترگو شي.
4. ELISA ټيسټ به مثبت وي.

Bacillary Dysentery

لامل يې Shigella بلل شوی، څلور ډولونه لري:

1. S.Dysenteriae.

2. S.Flexneri.

3. S. Boydii.

4. S.Sonnei.

اعراض:

1. په بېړني ډول پيلېږي.
2. د گېډې کولیکي دردونه موجود وي.
3. په ورځ کې له 10 څلو ډېر تغوط.
4. غايطه مواد به اوبيز وي.
5. په شديدو پېښو کې وينه او مخاط له غايطه موادو سره گډېږي.
6. تبه شتون لري.
7. کانگې هم منځته راتلی شي.

نښې:

1. د گېډې په کيڼ Iliac خاليگاه کې حساسيت ډېروي.
2. Dehydration به عام وي.

پلټنې:

1. په مايکروسکوپ کې به په ډېره کچه سره Puss Cell پراته وي.
2. وروستی تشخيص له کرنې وروسته د بسيل د پېژندنې په مټ کوو.

Crohn's Disease/ Ulcerative Colitis

دواړه ځنډونۍ ناروغۍ دي، خو د لومړي ځل پېښېدونکي حادثې ناستې څخه وروسته يې بايد توپيري تشخيص وشي. د تشخيص په وروستي کولو کې وينه لرونکې ناستې، د غايطه موادو کرڼه او Colonoscopy ډېره مرسته کوي.

Pseudomembranous Colitis

له میکروب ضد درملنې څخه وروسته منځته راځي، په تېره د Clindamycin او Ampicillin له کارولو وروسته چې يو ځانگړی توکسين توليدوي او دا توکسين د نېغ افت جوړولو سبب گرځي.

اعراض:

کله چې ناروغ میکروب ضد درمل وځوري، اوبیزنس ناستې د وينو او يا پرته له وينو منځته راځي.

نښې:

- له Dehydration پرته بله نښه نه تر سترگو کېږي.

پلټنې:

1. د غايطه موادو په ازموینه کې RBCs او Puss Cell پراته وي.
2. په غايطه موادو کې د Clostridium Difficile موندل تشخيص وروستي بريد ته رسوي.
3. په Colonoscopy کې به هم Adherent (سرېڅناکه) پرده کولمو کې تر سترگو شي.

Yersna Enterocolitica Colitis

1. څرگند عرض يې د گېډې له شديد درد سره يو ځای د نس ناستې شتوالی دی.

2. په 5 سلنه پېښو کې وینه او مخاط شته وي.
3. تبه عامه نه ده.
4. د بندونو درد ښايي رامنځته شي.

نښې:

1. د Dehydration پرته کومه ځانگړې نښه نه لري.
2. Arthritis او Erythema Nodosum ښايي شته وي.

پلټنې:

د تشخیص لپاره د غایطه موادو کرڼه او Serological ازموینې اړینې دي. په ډېر عمره وگړو کې د کین Iliac تشې له درد سره یو ځای ناروغانو کې کانگې هم منځته راځي.

Constipation قبضیت:

کله چې غایطه مواد کلک، سخت شي او په سختۍ سره له مقعد څخه تېر شي، قبضیت ښايي حاد او هم ځنډنۍ بڼه ولري.

لاملونه:

په ډېرو عمره وگړو کې د قبضیت ډېرښت له پامه ونه غورځول شي.



پنخلم خپرکی

خندنی نس ناستی

Chronic Diarrhea

هغه نس ناستی، چې له اوونیو تر میاشتو وغځېږي، خندنی نس ناستی ورته وایي، ډېره اړینه داده، چې څرگنده شي، ناروغ په غایطه موادو کې وینه لري او که نه؟
لاملونه:

A. Diarrhea with Blood.

1. Amebic Dysentery (Recurent).
2. Ulcerative Volitis.
3. Crohn's Disease.
4. Carcinoma Colon.

B. Diarrhea without Blood.

1. Malabsorption.
2. Ileocecal Tuberculosis.
3. Irritable Bowel Syndrome.
4. Diabetic Diarrhea.
5. Laxative Diarrhea.
6. Zollinger Ellison Syndrom.
7. Carcinoid Syndrome.

Diarrhea with Blood

Amebic Dysentery

خندنی Amebic Dysentery د نس ناستي له پرله پسې حملو سره یو ځای منځته راځي.

د غایطه موادو په لابراتواري ازموینه کې به Entameba Histolytica ولیدای شي.

Crohn's Disease / Ulcerative Colitis

د پورته دواړو ناروغيو ټوليزې ته Inflammatory Bowel Disease وايي، دواړه د نس ناستي پرله پسې حملې منځته راوړي، چې غايطه مواد به د وينې او مخاطو سره گډ وي.

Ulcerative Colitis يوازې په کولون کې افت منځته راوړي، خو Crohn's ناروغي دواړه يانې کولون او کوچنۍ کولمې اخته کوي. Inflammatory Bowel Disease تشخيص د Barium او Colonoscopy په وسيله کولای شو.

Ulcerative Colitis:

ځنډنۍ ناروغي ده، چې يوازې کولون اخته کوي، افت لومړی مقعد بيا Rectosigmoid او په وروستيو کې ټول کولون اخته کوي. په 20 سلنه پېښو کې د Colitis التهاب تر 1-2cm رسي، خو افت د Terminal Ileum خواته پروت وي.

اعراض:

1. نس ناستی د وينې، مخاط او زوې سره يو ځای يې عام عرض دی، د ناروغۍ هره دوره په هره اوونۍ او هره مياشت کې توپير مومي.
2. د گېډې Cramps ډوله دردونه، چې ناروغ به دروغجونۍ تغوط لري.
3. پرله پسې نس ناستی هغه مهال منځته راځي، چې د ځنډنې Ulcerative Colitis له کبله د کولمو Epithelium تخريب او له مخې يې مايعات جذب نه شي.
4. د ناروغۍ له شدت سره به ناروغ کې د زړه بدوالی، بې اشتهايي، کانگې، تبه او د وزن بايلل منځته راشي.

نښې:

1. ناروغ به خاسف او Dehydrated وي.
2. د گېډې په کيڼ Iliac خاليگاه کې به خفيف حساسيت موجود وي.

پلټنې:

1. د Hemoglobin کچه به ټيټه وي، ESR به لوړ وي، CRP به لوړ وي، Leukocytosis به شته وي.
2. د غايطه موادو په ازموينه کې به سرې حجرې او Puss Cell شته وي.
3. په شديدو پېښو کې د الکتروليت توپيرونه او Hypoalbuminemia وي.
4. Perinuclear Anti Neutrophil Cytoplasmic Antibodies (PANCA) به مثبت وي.
5. US کې به د کولون ډبلوالی تر سترگو شي.
6. Colonoscopy به خپور شوی التهابي مخاطي غشاد Hyperemia، Edema او ټپونو سره يو ځای وليدای شي، ډېرو پېښو کې مقعد اخته کېږي.
7. بنيايي ځينې وختونه د Dysplasia او د کولون د سرطان پېښې هم سر راپورته کړي.
8. Biopsy يوازې د Mucosa او Sub Mucosa طبقې له اخته کېدو څخه ښودنه کولای شي، د Crypts Epithelium له اخته کېدو سره يو ځای ناروغ کې د Crypt خنځې هم منعته راتلی شي.

د Ulcerative Colitis اختلاطات:

1. Hemorrhage.
2. Toxic Dilation of Colon.
3. Perforation of Colon.
4. Septicemia.
5. Carcinoma of Colon.

Toxic Dilatation of Colon

د Ulcerative Colitis شديد اختلاطي حالت دی، چې ناروغ به Tachycardia لوړه درجه تبه، د گېډې پرسوب او حساسيت لري. د ايکسري په Plain بڼه کې به د کولون پراخوالی تر سترگو شي.

له کولمو څخه بهر د Ulcerative Colitis کلنیک:

1. Pyoderma Gangrenosum.
2. Episcleritis.
3. Iridocyclitis.
4. Arthritis.
5. Cholangitis.
6. Clubbing of Fingers.

Crohn's Disease

ځنډنۍ ناروغي ده، چې له کولمو څخه معدې او مقعد ته خپرېدای شي، ډېر عام ځایونه یې کولون او Ileum دي.

اعراض:

1. له تغوط سره یو ځای د گېډې په ښکتنۍ برخه درد یې عام عرض دی.
2. د تحت حاد کولمو بندښت له کبله د گېډې په منځنۍ برخه کې کولیکي دردونه د زړه بدوالي او کانگو سره یو ځای منځته راتلل یې بل عرض دی.
3. نس ناستی، خفیف تریپرني حالت وي، د Malabsorption له کبله Steatorrhea عام وي.
4. ټیټه درجه تبه.
5. د وزن بایلل او د ودې نه شتون یې بل عرض دی.

نښې:

1. په بڼي Iliac تشه کې د حساسیت او کتلې شتون یې ښه نښه ده.
2. د مقعد شاو خوا د Fistula شتون، اېسې او د Anal تنگوالی یې عام وي.
3. په شدیدو حالتونو کې Dehydration هم منځته راځي.

پلټنې:

1. کم خوني (Normocytic, Normochromic)، ESR، CRP او Leukocytosis به لوړ وي، د اوسپنې او فولیک اسید کمښت هم ترسترگو کېدای شي، خو

Megaloblastic کم خوني عامه نه ده.

2. PANCA به منفي وي.

3. US به د مخاطي غشا ډبلوالی وښيي.

4. Barium Enema به د ژورو ټپونو شتون را په گوته کوي.

5. Sigmoidoscopy او Colonoscopy د کمو يا ډېو ژورو ټپونو ښودنه وکړي،

په Ulcerative Colitis کې دروغجونې Polyps هم منځته راتلی شي.

6. CT/MRI د کولمو ډېوال ډبلوالی او د لمفاوي غټوالی را په گوته کړي.

7. د B₁₂ د جذب خبروالی د Schilling Test په وسیله کوو.

د Crohn's Disease اختلاطات:

1. Abscess

2. (Ileovesical, Ileocolic, Perianal) Fistula

3. Strictures Leading to Intestinal Obstruction

4. (Particularly Vitamin B₁₂) Malabsorption

5. د Crohn's Disease او Ulcerative Colitis توپيري تشخيص په لاندی

جدول کې وگورئ

شدید	منځنی	لږ	
> ۲	۲-۴	< ۴	د نس ناستي شمیر په ورځ کې
زیات	متوسط	لږ	په ډکو متيازو کی د وینی شتون
> ۱۰۰	۱۰۰-۹۰	< ۹۰	د نبض شمیر په یوه دقیقه کې
۳۷،۵ > ساتني گريد	۳۷،۵ < ساتني گريد	نشته	د تودوخی درجه
≤ ۷۵٪	> ۷۵٪	لږ وي	انیمیا
۴۲ ملي متر >	-	۴۲ ملي متر <	ESR mm/hr
> ۱۰٪	۱-۱۰٪	نشته	وزن بایلل
ټپونه وي، په خپل سر وینه بهیري	سوروالی ډیروي وعایي حالت نه وي ټپ نه وي	سوروالی، د وعایي حالت کموالی، خفیف گرانولیشن	اندوسکوپي
< ۴۲	۴۲-۴۰	نارمل	دهیما توکريت سلنه
< ۳	۳،۵-۳	نارمل	البومین (گرام)

:Carcinoma Colon

له قبضيت سره يو ځای د پرله پسې نس ناستي منځته راتلل، چې د کولون د سرطانې حالت ښودنه کوي، په تېره د ښي کولون ښايي غايطه مواد وينه ولري. هر 40 کلن وگړی، چې په تغوط کې يې د عادت خرابوالی رامنځته شو، نو د ازموينو له مخې د سرطانې حالت په هکله بېلا بېلې لارې ولټوي.

:Diarrhea without Blood

:Malabsorption

د جذب خرابوالی د ځينو ځانگړو ناروغيو له کبله، لکه د معدې، پانکراس، Biliary سيستم او کوچنيو کولمو ناروغيو څخه منځته راځي. لاملونه:

1. Celiac Disease.
2. Tropical Sprue.
3. Lactose Intolerance.
4. Bacterial Colonization of small Intestine.
5. Chronic Pancreatitis.
6. Giardiasis.
7. Crohn's Disease.
8. Ileocecal Tuberculosis.
9. Gut Resection.

اعراض:

1. ناروغ به صحتمند نه ښکاري او د تمرکز ساتلو ځواک به يې له لاسه ورکړی وي.
2. ماشومانو کې د ودې خرابوالی ډېره عامه ستونزه ده.
3. سرېخناکه اوبيز ډوله غايطه مواد، چې Steatorrhea ورته وايي.
4. خپور شوي کوليکي دردونه.
5. د وزن بايلل، د ښې اشتهاس سره سره.
6. د ویتامينونو او منرالونو د کمښت ښې به غښتلې وي.

نښې:

1. ناروغ به کمځونه وي.
2. ناروغ به ډنگر او کمزوری وي.
3. گېډه به پر سپډلی وي.
4. ناروغ کې به د پرسوب نښې تر سترگو شي.

پلټنې:

1. له نورمال خوړیز رژيم سره به په ناروغ کې د هېموگلوبين، سيروم، پروټين او کلسيم کچه ټيټه وي، په جذب خرابوالي (Malabsorption) کې د ځيگر او پښتورگو دندې نورمال وي.
2. د خوړیز جذب خرابوالی د ټاکلو لپاره ځانگړي ټيسټونه شته.

Ileocecal Tuberculosis

اعراض:

1. ناروغ له نس ناستي وروسته په قبضيت اخته کېږي.
2. د گېډې خپور شوی درد.
3. ناروغ به د تحت حاد ډول کولمو بندښت درد لري.
4. د بې اشتهايي، لوړې درجې تبې او شپې له خوا د خولې کېدو تاريخچه به هم شته وي.
5. د سږو د توبرکلوز تاريخچه به هم شته وي.

نښې:

1. به ښي Iliac تشه کې به جس کېدوونکې کتله پرته وي.
2. د کولمو د بندښت نښې هم سرراپورته کوي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ وي.
2. Tuberculin ټیسټ به مثبت وي.
3. گوگل ایکسری به د سږو د توبرکلوز نښې وښيي.
4. په الټراساوند ازموینه کې به د ښي Iliac تشه یو څه ډبله ښکاري.

Irritable Bowel Syndrome

ډېر عام سندروم دی، چې په ځوانانو کې ډېرې پېښې ترسترگو شوي.

اعراض:

1. ناروغ به پرله پسې سره د گېډې په لاندینۍ برخه کې درد احساسوي.
2. د تغوط په شمېر کې ډېر توپیر پېښېږي (ډېرښت، یا کمښت)، ناروغ به د تغوط احساس کوي، خو دروغجونۍ تگ به وي، ښايي غایطه مواد به مخاط هم لري، غایطه مواد به وینه نه لري.
3. له روحي فشارونو سره په ناروغ کې اعراض ډېرښت مومي.
4. سیستمیک افتونه، لکه تبه او د وزن بایلل منعته نه راوړي.

نښې:

د کولون له پاسه به یو څه حساسیت شتون ولري.

پلټنې:

ټولې ازموینې نورمال وي.



شپاړسم خپرکی

زېړی

Jaundice

د سیروم بیلوروبین کچې د لوړوالي له کبله د ناروغ پوستکي زېړرنګه او وختو ته Jaundice وایي، د زېړي ښه فزیکي لیدنه په ورځنۍ روښنایي کې د سترګو په Sclera او د ژبې په لاندینۍ سطحه کې لیدلې شو.

که د Bilirubine کچه ډېره لوړه شي، پوستکي هم زېړرنګه ښه غوره کوي. د Heme میتابولېزم وروستی تولید بیلوروبین جوړوي، د هیموګلوبین کابو 85 سلنه د Reticulo Endothelial سیستم، ځیګر، توري او هډوکو مغز په وسیله ماتېږي، پاتې برخه یې د Heme په ډول کتابولېزم کوي او د Myoglobin پروتین په څېر زېړمه کېږي.

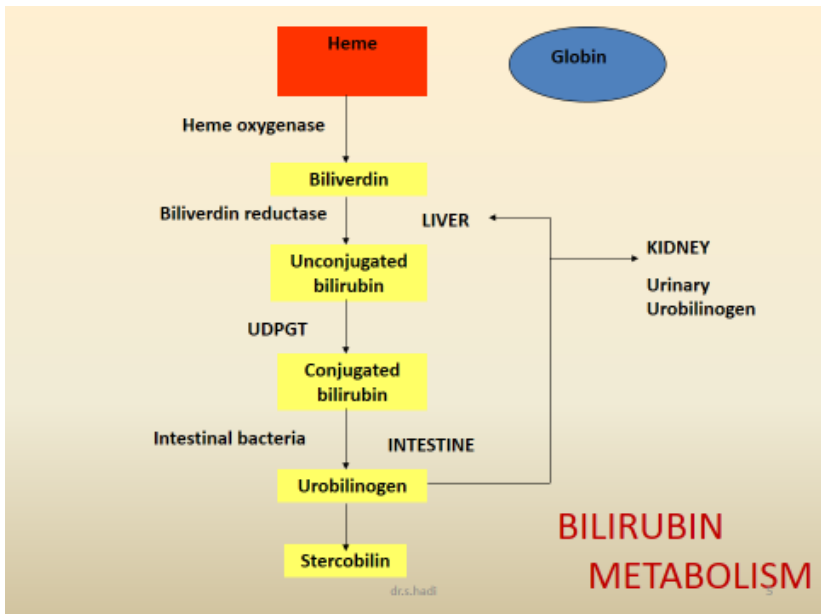
Conjugated پروتین به له البومین سره باندې لري، په اوبو کې نه حلېږي، همدا راز په ادرار کې هم نه شي تېرېدلې، د ځیګر حجراتو په وسیله اخیستل کېږي او د Glucuronyl Transferase انزایم نه زور له Glucuronic Acid سره یو ځای کېږي. کله چې پورته پروسه سرته ورسېده، نو بیا د صفرا د قناتونو له لارې کولمو ته لېږدېږي.

Conjugated بیلوروبین په اوبو کې حلېږي؛ ځکه په ادرار کې هم تېرېدلې شي. په کولمو کې د یو شمېر بکتریاګانو په وسیله ماتېږي، چې ډېره برخه یې له غایطه موادو سره یو ځای د Stercobilinogen په ډول اطراح کېږي.

ځینې یې بیا د Enterhepatic دوران له لارې ځیګر ته ځي، چې د سیستمیک دوران له لارې په متیازو کې د Urinobilinogen په څېر اطراح کېږي.

په نورمال ډول سره سیروم بیلوروبین Unconjugated وي، په ادرار کې بیلوروبین نه وي، خو یوازې Traces Urobilinogen په کې دي.

زېړی په درې ډول منځته راځي.



TYPES OF JAUNDICE

<i>PRE HEPATIC</i>	<i>HEPATIC</i>	<i>POST HEPATIC</i>
<i>Excessive amount of bilirubin is presented to the liver due to excessive hemolysis</i>	<i>Impaired cellular uptake, defective conjugation or abnormal secretion of bilirubin by the liver cell</i>	<i>Impaired excretion due to mechanical obstruction to bile flow</i>
<i>Elevated unconjugated bilirubin in serum</i>	<i>Both conjugated and unconjugated bilirubin may be elevated in serum</i>	<i>Elevated conjugated bilirubin in serum</i>

TYPES OF JAUNDICE

<i>PRE HEPATIC</i>	<i>HEPATIC</i>	<i>POST HEPATIC</i>
<i>Hemolytic Anemia</i>	<i>Hepatitis, cirrhosis, Crigler- Najjar Syndrome, Dubin-Johnson Syndrome, Rotor's Syndrome</i>	<i>Gallstone, malignancy, inflammation</i>

drs.hadi

8

TYPES OF JAUNDICE

<i>TYPE</i>	<i>PRE HEPATIC</i>	<i>HEPATIC</i>	<i>POST HEPATIC</i>
<i>Urine color</i>	<i>normal</i>	<i>dark</i>	<i>dark</i>
<i>Stool color</i>	<i>normal</i>	<i>normal</i>	<i>acholic</i>
<i>Pruritus</i>	<i>no</i>	<i>No</i>	<i>yes</i>

drs.hadi

10

Table of diagnostic tests

Function test	Pre-hepatic Jaundice	Hepatic Jaundice	Post-hepatic Jaundice
Total bilirubin	Normal / Increased	Increased	
Conjugated bilirubin	Normal	Increased	Increased
Unconjugated bilirubin	Normal / Increased	Increased	Normal
Urobilinogen	Normal / Increased	Increased	Decreased / Negative
Urine Color	Normal	Dark (urobilinogen + conjugated bilirubin)	Dark (conjugated bilirubin)
Stool Color	Normal	Normal/Pale	Pale
Alkaline phosphatase levels	Normal	Increased	
Alanine transferase and Aspartate transferase levels		Increased	
Conjugated Bilirubin in Urine	Not Present	Present	
Splenomegaly	Present	Present	Absent

1. Pre Hepatic Jaundice

ترتولو عام لامل يې بدن کې په ډېره کچه د RBCs ماتېدل (Hemolysis)، چې له کبله يې ډېر بيلوروبين جوړېږي، خو دا ټول د ځيگر په وسيله نه شي Conjugate کېدلی، دې وجهې يو څه وينه کې پاتې کېږي او د Unconjugated Hyper Bilirubinemia لامل گرځي.

Unconjugated بيلوروبين په اوبو کې نه حلېږي؛ ځکه په ادرار کې هم نه وځي. Urinobilinogen په ادرار کې ډېرېږي؛ ځکه ډېر بيلوروبين کولمو ته ننوځي، له دې امله د Urinobilingen کچه کولمو کې ډېرېږي او ځيگر ته ځي (ځيگر له خپله نورمال بريد څخه ډېر بيلوروبين نه اخلي)، پاتې برخه يې د سيستمیک دوران له لارې ادرار ته ځي او بهر وځي.

2. Hepatocellular Jaundice

که ځيگر په افت اخته شوی وي، نو نه شي کولای چې د بيلوروبين نورمال مقدار هم

جوړ کړي.

Conjugated بیلورو بین د ځیگر حجراتو (Hepatocytes) په وسیله نه لېږدېږي، له دې امله واپس سیستميک دوران ته ځي، د سیروم بیلورو بین کچه لوړېږي، یانې دواړه Conjugated او Unconjugated بیلورو بین لوړېږي.

لاملونه:

Conjugated بیلورو بین په اوبو کې نه حلېږي، ادرار کې بهر ته وځي، کله چې Urinobilinogen له کولمو څخه ډېر جذب شي، وینې دوران ته ځي، دا چې د ځیگر حجرات (Hepatocytes) په افت اخته وي، نو نه شي کولای جذب یې کړي.

د ځیگر حجراتو دندو خرابوالي لاملونه:

3. Posthepatic Jaundice:

که د صفراوي سیستم په اوږدو کې بندښت شته وي، نو بیلورو بین په صفرا کې نه شي لېږدېدلی، Conjugated بیلورو بین لوړېږي، دلته به په ادرار کې هم د بیلورو بین کچه لوړه شي، کله چې صفراوي لارې ندې شوې، Urinobilinogen بالکل له منځه ځي.

Prehepatic Jaundice:

سیروم بیلورو بین به Conjugated وي، په ادرار کې به هم بیلورو بین نه وي، خو Urinobilinogen به لوړ وي.

Hemolysis:

Unconjugated Hyperbilirubinemia اصلي کلینیکي بڼه جوړوي.

Infective Erythropoiesis:

د ویتامین B₁₂ او فولیک اسید په کمښت کې RBCs د وینې سرې حجرې په سم ډول نه پخېږي او له پخېدو دمخه تخریبېږي، دې حالت ته Infective Erythropoiesis

وايي.

د دې ستونزې په پايله کې بيلوروبين ډېرېږي او ناروغ په Jaundice (زېړی) اخته کېږي.

Unconjugated Hyperbilirubinemia لا ملونه:

1. Hemolysis.
2. Infective Erythropoiesis.
3. Gilbert's Syndrome.
4. Crigler-Najjar Syndrome.
5. Neonatal Physiological Jaundice.

Hepatocellular Jaundice

Active Viral Hepatitis

پنځه وایروسونه دي، چې په لومړني ډول سره ځيگر اخته کوي، Hepatotropic Viruse ورته وايي، چې نومونه يې A، B، C، D (Delta) او E دي.

اعراض:

1. ناروغ به بې اشتهايي (Anorexia)، Nausea او کانگې لري.
2. په ښي Hypochondrium کې به درد ډېروي.
3. د ناروغۍ له پيل سره ښايي ناروغ د انجکشن، وينې لېږد (Blood Transfusion) تاريخچه ولري.

نښې:

- ناروغ زېړ وي (Jaundiced).
- ځيگر به غټه او حساس وي، سطحه به يې ښويه او نرمه وي، په شديد Hepatitis ځيگر سره راټولېږي، چې له امله يې ځيگر کې Dullness منځته راځي.

پلټنې:

د سيروم بيلورويين کچه لوړېږي.

Serum Glutamic, (Aspartate Aminotransferase) AST- (Alanin, Oxaloacetic Transaminase) SGOT (Serum Ghutamic pyruvic, Aminotransferasc) ALT.

Transaminase SGPT کچه به لوړه وي.

د Amino Transferase د کچې لوړوالی د ځيگر په شديد تخريب پورې اړه نه لري.

Prothrombin Time اوږدېږي، چې دا د ځيگر ناروغۍ ډېره حساسه نښه ده.

Chronic Liver Disease

د ځيگر ځنډنۍ ناروغۍ Hepatitis او Cirrhosis بللې شو.

Chronic Hepatitis

د ځنډنې ځيگر تخريب (Hepatitis) د تشخيص بڼه لاره دا ده، چې ناروغ کابو شپږ

مياشتې د ځيگر ناروغي تېره کړې وي.

Biopsy په مټ يې د نکروزس او Fibrosis درجه څرگندولی شو.

Grade (Necroinflammatory Activity):

لاندې حالتونه به تر سترگو کېږي:

1. Portal Inflammation.
2. Periportal Necrosis.
3. Piecemeal Necrosis.
4. Bridging Necrosis.

Stage (Degree of Fibrosis)

Nofibrosis = 0

Mild Fibrosis= 1

Moderate Fibrosis =2

Severe Fibrosis Including Including Bridging Fibrosis =3

Cirrhosis =4

د ځنډني ځيگر التهاب د افت منځته راتلو کلنيک په څلور ډوله ده:

1. ځنډنی وایروسي ځيگر التهاب د Hepatitis B virus (HBV).

2. **Autoimmune (Lupoid) Hepatitis**

3. د درملو له کبله منځته راغلی ځنډنی ځيگر التهاب.

4. Cryptogenic Chronic Hepatitis.

:Chronic Viral Hepatitis

:Chronic Hepatitis B

پرتله له دې، چې ناروغ د پخوانۍ وایروسي ځيگر التهاب تاریخچه ولري، په ځنډني Hepatitis اخته کېږي.

اعراض:

سترېيايي عام عرض دی.

intermittent Jaundice

نښې:

1. کم زېړی به ښکاري.

2. د ځيگر غټوالی: Hepatomegaly

3. د توري غټوالی: Splenomegaly.

پلټنې:

1. د سيروم بيلورويين کچه هم لوړېږي.

2. Prothrombin Time ډېرېږي.

3. د سيروم البومين د کچې لوړوالی د ناروغۍ په شدت پورې اړه لري.

4. د ځيگر Biopsy ډېره اړينه ده.

د ځنډني Hepatits B درملنې استطببات:

. د CHB د دتاوي سپارښتنه په لاندې ډول دي:

درملنه	Liver biopsy	Serum HBV DNA	ALT/AST	Anti HBe	HBe antigen	د CHB ډول
هر ۳ میاشتو کي ALT/AST مانیتورشي	اړتیا نشته	لوړ	<2*upper normal limit(UNL)	-	+	HBeAg+ CHB
تداوي شي	متوسط شدید CHB کي لوړ وي	لوړ	>/=2*UNL	-	+	
هر ۶ میاشتو کي ALT/AST مانیتورشي	ضرورت نشته	کم		+/-	-	غیر فعال CHB ناقل
تداوي شي	متوسط شدید CHB کي لوړ وي	لوړ/کم	>UNL	+/-	-	HBeAg- CHB
هر ۲-۳ میاشتو کي ALT/AST مانیتورشي	خفیف CHB	لوړ/کم	>UNL	+/-	-	

د ALT اندازي له مخی د ځنډني هیپاتیتس بی د تداوي ستراتیژي:

الف: ALT اندازه لوړ وي:

۱- ALT اندازه لوړ وي او HBe Ag مثبت وي: درملنه د نیوکلیوسید یا انترفیرون سره پیلیږي.

۲- ALT اندازه لوړ وي او HBe Ag منفي وي: ۱- که (PCR) HBV DNA مثبت وي (DNA >105copies/ml) درملنه پیل کیږي ۲- که (PCR) HBV DNA منفي وي درملنه نه پیل کیږي نورو اسبابو ته کتل کیږي او یا بیا (PCR) HBV DNA تکراریږي

ب: که ALT اندازه نارمل وي: که ALT نارمل وي او HBe Ag مثبت وي ۲ میاشتو لپاره انتظار ایستل کیږي که ۱- که ALT لوړ شو درملنه پیلېږي ۲- که ALT لوړ نه شو نارمل پاتي شو دځیگر څخه بایوپسي د هستولوژیک معایناتو لپاره اخیستل کیږي که په هستولوژیک معایناتو کې که Histologic Activity Index (HAI) ددریو څخه کم و نه تداوي کیږي او که ددریو څخه لوړ و تداوي کیږي.

که چیري ALT اندازه نارمل وي، (HBV DNA (PCR مثبت وي او په سیروم کې anti HBe Antibody مثبت وي (HBe Ag منفي وي) دځیگر څخه بایوپسي د هستولوژیک معایناتو لپاره اخیستل کیږي که HAI ددریو څخه لوړ و تداوي پیلېږي او که HAI ددریو څخه کم و نه تداوي کیږي.

ج: که معاوضوي سیروزس د $HBV\ DNA > 2000iu/l$ سره وي تداوي شي. او که $HBV\ DNA < 2000iu/l$ وي او که ALT لوړ وي تداوي کیږي.

د: که سیروزس غیر معاوضوي وي ناروغ تداوي کیږي خو د ځیگر پیوند ضرور دي.

Chronic Hepatitis: D

له Hepatitis D سره د نورو اتاناتو یو ځای کېدل د Hepatitis په شدت کې ډېرښت منځته راوړي، نوریې لابراتواري او کلنیکي بڼه د (CHB) په څېر ده. تشخیص یې د HDV RNA. HDV په وړاندې د سیروم انټي باډي شتون په مټ کوو.

Chronic Hepatitis: C

په ډېرو ناروغانو کې د حاد Hepatitis تاریخچه شتون نه لري. ناروغي ډېره ورو پرمخ ځي، ښایي د 20 کالو په اوږدو کې ناروغ په Cirrhosis اخته کړي. اعراض:

1. ستړتیا او درد.

2. لږ زېږوالی.

3. تشخیص یې د Routine Screening پر مهال راوړاندې شي.

نښې:

Cirrhosis په منځته راتلو پرته نور هېڅ نښه نه لري.

پلټنې:

1. Aminotransfease کچه به لوړه وي.
 2. Anti HCV به مثبت وي.
 3. د ځيگر Biopsy به د افت درجه په نښه کړي.
 4. USG به د ځيگر او توري غټوالي په هکله مالومات راکړي.
- د CHC د تداوي ستراتيژي

فکتورونه	اول ګروپ	دویم ګروپ	دریم ګروپ	څلورم ګروپ
Anti- HCV	+	+	+	-
HCV RNA (PCR)	=	+	+	+
ALT	نارمل	نارمل	لوړ	نارمل
تداوي	نه تداوي کيږي	تعقيب کيږي	انترفرون +ريباوايرين	د ځيگر بايوپسي اجرا کيږي

Autoimmune Chronic Hepatitis

يو Autoimmune افت ده، په يوه ډله ناروغانو کې LE Cell مثبت وي، دې ډول افت ته Chronic Lupoid Hepatitis هم وايي، پېښې يې په ځوانو ښځو کې عامې وي، د ډېرو سيستمونو ناروغي ده، چې ښايي لاندې افتونه هم ورسره ملګري.

1. Lymphadenopathy.
2. Hemolytic Anemia (Coombs positive).
3. Thyroid. Disorder (Myxedema. Thyrotoxicosis. Thyroiditis).
4. Polyarthritis-

5. Pleurisy او Pulmonary Infiltration.

6. Ulcerative Colitis.

7. Glomerulonephritis.

اعراض:

1. سترييا، بي اشتهايي او زېري.

2. تبه او د بندونو درد.

3. Amenorrhea.

نښې:

1. له کم تره پر Jaundice.

2. Spider Nevi.

3. Hypatosplenomegaly.

پلټنې:

1. سيروم بيلو روئين به لوړ وي.

2. د سيروم Aminotransferase کچه به لوړه وي.

3. Prothrombine Time ډېر پري.

4. سيروم البومين به ټيټ وي.

5. Globulins به لوړ وي، چې په تشخيص کې ښه رول لري.

6. ANA (Antinuclear Antigen) به مثبت وي.

7. د رووستي تشخيص لپاره Biopsy.

Cirrhosis:

زېري به له خفيف څخه تر شديد پورې وي؛ خو ناروغۍ د شدت د سره تړاو نه لري. سيروزس د ځيگر د حجراتو د ځنډنې او نه رغيدونکې ناروغي ته وايي چې د ځيگر په پرانښم کې پراخه فبروزس او ريچينير اټيف (توليدي) نوډولونه مينځته راځي. سيروزس کلک، ژير او نارنجي ځيگر ته وايي. د ځيگر حجري نکروز او کولاپس

کوي. په ځيگر کې منظم نسج ځای په ځای کېږي او د رگونو بستر خرابېږي. د ځيگر د فبروزس له کبله پورتل هايپر تنشن او دهغه اختلاطات لکه گاسترو ازوفازيل واريږس، توري لويوالی، هايپر سپلینيزم، اسايټس، د ځيگر انسفالوپاتي او د ځيگر د ژونکو بی وسي مینځته راځي.

Alcholic Liver Disease

الکولیک ځيگر ناروغۍ درې ډولونه لري.

1. Fatty Liver

2. Alcoholic Hepatitis

3. Cirrhosis

اعراض:

1. د Fatty Liver ناروغان بڼايي، چې کوم اعراض ونه لري او په ځينو کې د بڼي Hypochondrium برخې درد سره يو ځای زړه بدوالی او زېړۍ شته وي.
2. د الکولیک ځيگر ناروغان به تبه، زېړۍ او د بڼي Hypochondrium د برخې درد لري.

نښې:

1. په Fatty ځيگر کې د ځيگر غټوالی او زېړۍ بڼه نښه ده.
2. د الکولیک ځيگر ناروغ به زېړۍ، Spider Nevi او حساس ځيگر غټوالی لري.

پلټنې:

1. Alcoholic fatty liver

1. سيروم Aminotransferases به يو څه لوړ وي.
2. Hypertrigly ceridemia او Hypercholstrolema به شته وي.

3. Bilirubin به نور مال وي

2. په الکولیک ځيگر کې التهاب:

1. Serum Amino Transferases به څرگند ډول سره لوړ وي، د ALT,AST تر

منځ نسبت به له يو (1) څخه لوړ وي.

2. Bilirubin او Alkaline Phosphatase به لوړ وي.

3. Gamma glutamyl transpeptidase is markedly elevated

:Non-Alcoholic Fatty Liver Disease

د نړۍ 3-6 سلنه وگړي يې اخته کړي، چې Cirrhosis منځته راوړي، شديد حالت ته

يې Steatohepatitis وايي.

مساعدة کوونکي فکتورونه يې Diabetes مزيتوب او Hyperlipidemia بلل شوي

دي.

اعراض:

ډېر ناروغ څرگند اعراض نه لري؛ خو يوازې په ښي Hypochondrium کې درد حس کوي.

ښې:

1- Hepatomegaly په Fatty Liver وگړو کې ډېره وي.

پلټنې:

1. سيروم Aminotransferase په خفيف لوړ وي.

2. Bilirubin به نورمال وي.

3. US په وسيله Fatty Liver ښه تشخيص کېږي.

:Drugs

درملو ته ډېر په ځيگر کې ميتابولايز کېږي. ځينې وختونه د درملود کارولو وروسته هم په ناروغانو کې د ځيگر دندې خرابېږي، چې لاندې ښې لري.

Idiosyncratic.1

په کمه کچه درمل هم کولای شي، ځيگر په افت اخته کړي، د بېلگې په ډول:

- a. INH.
- b. Rifampicin.
- c. Pyrazinamide.
- d. Chlorpromazine.

:Dose Related .2

د درملو زهریت هغه مهال منځته راتلای شي، چې د درمل نورمال ډوز ډېر کړل شي، د بېلگې په ډول.

1. Paracetamol ډوز ډېرول سره زهریت ډېرېږي، په لوېديزو سيمو کې د زړه عدم کفایې لوړه کچه جوړوي.

2. Tetracycline: د ډوز نسبت يې د Fatty Liver سبب گرځي.

اعراض، نښې او پلټنې يې Viral Hepatitis ته ورته دي، تشخيص يې د تاريخچې په مټ ښه ټاکلې شو.

:Malignancy of the Liver

د خباثت نښه جوړېدونکې او خپرېدونکې ځای ځيگر دی، دواړه ديانې لومړنۍ او دويمې ډول ځيگر خباثت سره يو ځای به زړه بدوالی، د اشتها کمښت، زېړی، د گېډې ښې Hypochondrium درد او Hepatomegaly ملگرې وي.

:Congenital Hyperbilirubinemias

1. Unconjugated hyper bilirubenemia :

a. Crigler Najjar syndrome ،

b. (Gilbert's Syndrom)

.Conjugatedhyper bilirubenemia

c. Dubin Johnson's Syndrome

d. Rotor Syndrom—Roter Syndrome

د بیلورو بین د میتابولیزم د خرابېدو اصلي برخه جوړوي.
په لومړیو کې ناروغ خفیف لري، زېړیو بیا شدید خواته میلان مومي.

:Cholestasis of pregnancy

د حمل په وروستي Trimeser کې پېښېږي، چې Pruritis یې لومړنۍ عرض دی، له Steatorrhea سره یو ځای به ناروغ خفیف زېړی هم لري، له زېړون څخه 1-2 اوونۍ وروسته ناروغ ښه کېږي.
په ناروغ کې به Alkaline phosphatase او Time Protheombin د ویتامین k کمښت له کبله اوږد شي.

:Reys,s Syndrome

په ماشومانو کې کم پېښدونکې ناروغي ده، د Influenza له اعراضو سره یو ځای به ماشوم کانګې، نارامي، گڼګڼیت او کوما لري.
د ځیګر د ندیز تستونه به غیر نورمال وي، چې د مرګ لامل یې Cerebral Edema او Coning جوړوي.

Post Hepatic Jaundice

د **Post Hepatic Jaundice** پلټنې:

1. USG
2. CT scan
3. MRCP
4. ERCP
5. Percutaneoustranshepatic cholangiopancreatography

Stone in Common Bile Duct

ځېنې وختونه تېرېده د صفرا قنات ته تېرېږي، قنات بند وي او ناروغ په زېږي اخته کوي.

اعراض:

1. د گېډې د پورتنۍ برخې درد.
2. د صفرا دردونو شتون تاريخچه.
3. د Cholangitis له کبله د تبې منځته راتلل.
4. ټوليز بدن خاربنت (د صفرا د مالگې د راتولېدو له کبله).
5. غايطه مواد خاورين رنگ ولري.

نښې:

1. ناروغ به ژور زېږي لرونکی ښکاري.
2. مثانه به جس کېږي، (ځکه د صفرا بندښت له کبله پراخوالی نه کوي).

پلټنې:

1. سيروم بيلوروبين او Alkaline phosphatase به لوړ وي.
2. USG به د صفرا قنات پراخوالی وښيي، که تېرې شته وي؛ نو اصلي موقعيت به يې راپه گوته کړي.
3. په Plain گېډې ايکسري کې تېرې ښه ښکاري.
4. MRCP, ERCP CAholangiography او percutaneous Transhepatic ته اړتيا موندل کېږي.

: Carcinoma of the Head of the panras

د پانکراس دا ډول افت په زېږنت او سگريټ ځکوونکو وگړو کې ډېر پېښېږي.

اعراض:

1. د Epigastric درد به شتون لري، ښايي، چې د ملا خواته هم خپور شي، په مخې خواته پېښېدو سره کمښت مومي.
2. اشتها به کمزوری وي.
3. وزن بایلل.
4. د بدن ټوليز خارش پې پېژندل شوی عرض دی.
5. ناروغ به د سترگو زېړ والی لري.

نښې:

1. ناروغ به ژور زېړی ښکاري.
2. د صفرا کڅوړه ده، جس وړ وي.
3. حبن Ascites به هم شته وي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ وي.
2. سيروم Bilirubin او Alkaline phosphatase به لوړ وي.
3. د وينې شکر به لوړ وي.
4. USG به پراخ شوې صفرا کڅوړه او صفرا قنات وښيي.
5. CT سکن هم ورته نښې ښيي، په ERCP به د پانکراس او صفرا قناتو نه بند شوی مالومېږي.

STRICTURE OF the Bile Duct

ښايي چې خبيث يا هم سليم حالت ولري.

اعراض:

1. ناروغ به زېړی لري.
2. د گېډې پورتنې برخې درد.
3. د صفرا کڅوړې د عمليات تاريخچه.

4. د اشتها کمښت او وزن بايلل په خباثت کې عام وي.

نښې:

ژور زېړی به شتون لري.

پلټنې:

1. سيروم بيلوروبين او Alkaline phosphatas به لوړ وي.
 2. (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography) (Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography), ERCP PTC, MRCP به ښه تشخيص غوره کړي.
- د ژيري توپيري تشخيص جدول

پوست هيپاتيک ژيري	هيپاتيک ژيري	پري هيپاتيک ژيري	
لوړ	لوړ	نارمل/لوړ	ټوټل بيلوروبين
نارمل	نارمل	لوړ	کنجوگيټيد بيلوروبين
نارمل	نارمل/لوړ	لوړ	ان کنجوگيت بيلوروبين
ښکته / منفي	نارمل/لوړ	لوړ	يورو بيلنوجن
تياره	روښانه	تياره	تشو متيازو رنگ
سپين	نارمل	تياره	ډکو متيازو رنگ
لوړ	لوړ	نارمل	الکالين فاسفتايز
لوړ	لوړ	نارمل	امينوترانس فيريز
+	+	-	خارښت
+	+	-	زړه بدوالی او کانگی
+	+	-	وزن کميدل
+	+	-	درد
+	+	-	بي اشتهايي
+	+	-	دځيگر جس

:Chronic Pancreatitis

کله چې د صفرا قنات لاره د بند شوي او پړسیدلي پانکراس سر(Head) په وسیله بنده شي، زیری زېږوي.

:Hepatitis A

د وایروسي (Hepatitis) سلیم حالت دی.

د خپرېدو لار: د خولې او غایطه موادو له لارې خپرېږي، له یو سړي څخه بل سړي ته خپرېدنه یې ډېره عامه ده، چې Infective Hepatitis هم ورته وايي. ناروغ له زېږي څخه ۲ دوه اوونۍ د مخه او یوه اوونۍ وروسته په انتان اخته وي. د تفریح دوره: 3-5 اوونۍ.

پېښې: زموږ په هېواد او ماشومانو کې ډېرې پېښې لري. انداز ناروغ په پشپړ ډول رغېږي، له ځیگر خنډنې التهاب او cirrhosis پېښې کمې وي. واکسين: په بازار کې موندل کېږي او ګټوره ده، ماشومان باید واکسين شي.

:Hepatitis B

د وایروسي Hepatitis وېروونکی ډول دی، Fulminant Hepatic Failure، Chronic Active Hepatitis، Cirrhosis او Hepatocellular Carcinoma پېښې منځته راوړلی شي.

د خپرېدو لار:

وینه او د وینې اجزای همداراز عامې لارې یې لاندې دي:

1. Transfusion: د وینې لېږد او د وینې اجزای کولای شي چې Virus B انتقال کړي.

2. د سیرونجو ګډ کارول:

3. د غوږ، پزې سوري کول يو منتن توکو. (د روغتيايي کار کوونکو و خزہ کېدل د Needle، چاقو او نورو سره)
4. د سلمايي دوکاندارانو د ملوټو توکو په وسيله.
5. د تولد پر مهال له مور څخه ماشوم ته.
6. د غاښونو جراحي او نوره غټ جراحي عملياتونه.
7. په (HBV) اخته ډاکټران ناروغ ته د وایروس کېږدول.
8. IV Drug User ډېره کچه جوړوي.
9. Hemodialysis ډېره وېروونکي دی.
- د تفریح دوره: له 6 اوونیو تر 6 میاشتو پورې.

پېښې:

لس (10) سلنه ځوانان، 90 سلنه ماشومان تر 6 میاشتو پورې ویروس لېږدولی شي.

Hepatitis C

د وینې د لېږدونې وروسته منځته راتلونکې ناروغي ده (Transfusional Hepatitis Post -) (HBV) ۸۰ سلنه پېښې له حاد اتان سره ملګرې وي، خو ۵۰ سلنه وګړي ښايي د Cirrhosis خواته د تشخیص پر مهال تللي وي.

Hepatitis D

یو نا پوره شوی ویروس دی، چې (HBsAg) Hepatitis B Antigen ته اړتیا لري. یوازې هغه وګړي په افت ککړولی شي، چې B Virus د دوی په بدن کې شته وي. ناروغانو کې ځنډنۍ ځیګر التهاب، حاد او ځنډنۍ ځیګر ناروغۍ راژوندی کولای شي.

Viral Markers

بېلا بېل سیرالوژیک ټسټونه شته، چې Causative ویروس ښودلی شي، چې اړین بې په لاندې ډول دي:

Antigen: Ag

Hepatitis B Surface Antigen: Hb Ag

Hepatitis B “e” Antigen: HBe Ag

Hepatitis B Core Antigen: HB_c

HBe, HB_c, HB_s Ag: Hepatitis B Virus درې انتي جن لري:

دهیپاتیتس بی وایروسی انتان سیرولوژیک اوصاف او دهغه تعبیر

HBS-Ag	Anti-HBS	Anti-HBC	HBe Ag	Anti-HBe	تعبیر
+	-	Igm	+	-	حاد هیپاتیتس بی
+	-	IgG	+	-	ځنډنی هیپاتیتس بی وایرل تکثري حالت
+	-	IgG	+	+	ځنډنی هیپاتیتس بی او خفیف وایرل تکثري حالت
+	+	IgG	- یا +	- یا +	ځنډنی هیپاتیتس بی د هیتروتیپ Anti HBS
-	-	IgM	- یا +	-	حاد هیپاتیتس بی
-	+	IgG	-	- یا +	دهیپاتیتس څخه ښه کیدل (معافیت)
-	+	-	-	-	واکسین (معافیت)
-	-	IgG	-	-	کاذب مثبت ډیرل معمول

Hepatitis E

دا د ملوټو اوبو په وسیله لېږدېدونکی ویروس دی، له یو وګړي څخه بل وګړي ته نه لېږدېږي، تشخیص یې Anti HEV انتي باډي په وسیله کوو، په حاملګۍ کې د Fulminant Hepatic Failure له کبله د مړینې کچه ډېره ده. واکسین او ځنډني حالت ته تګ نلري.

Hepatitis B اختلاطات

1. Acute Fulminant Hepatic Failure
2. Chrronic Active Hepatic
3. Chirrrosis
4. Hepatocellular Carcinoma

Hepatitis B Vaccination

د B – Virus واکسین شونې ده، محفوظ او ګټوره ده، وړاندې له دې چې وګړي ته واکسین وشي، HB_s Ag یې وکتل شي.

HBs Ag ته واکسین نه تطبیق کېږي، ځکه دوی په خپله د انتان سرچینه جوړوي، وینه نه شي ورکولای، ماشومان او کورنۍ ته دې معاینات وکړي، چې دوی پرافت نه وي اخته شوي.

HBs Ag Negative ناروغان باید د Anti HBs لپاره وکتل شي، که چیرې دوی انتي باډي درلوده، نو واکسین ته اړتیا نشته، هغوی چې انتي باډي نه لري، واکسین ته یې اړتیا شته دی.

که Anti HBs ونه کتل شي، نو ټولو HBs Ag Negative وگړو ته د واکسین اړتیا شته.

Vaccination Schedule

درې عضلي ډوزونه لري:

1. Zero days
2. after One Month
3. after 6 Month

20Mg: Adults په Deltoid عضله کې.

10Mg: Children په وحشي ورون برخه کې.

یادونه:

1. ټول HBs Ag ناروغان وینه نه شي ورکولای.
2. که Anti HBs ټیسټ نه شي، نو ټول (-) HBs Ag باید واکسین شي.
3. لاندې وگړي باید حتماً واکسین شوي وي:
4. - ډاکټران: لابراتوار ټیکنیشن.
5. - ماشومان چې میندې یې HBs Ag وي.
6. - نرسان: ماشومان او کورنۍ چې HBs Ag سره مخ وي.
7. ټولې حاملې میندې.

اولسم خپرکی

حبن

Ascitis

په پريتونيم کې د اضافي مايع راتوليدو ته حبن وايي، حبن په دوه ډوله دی:
1. Transudative: پروټيني محتويات يې له 2.5 gm/dl څخه کم وي.
2. Exudative: پروټيني محتويات يې له 2.5 gm/dl څخه ډېر وي.

لاملونه يې:

A Transudative:

1. Cirrhosis
2. Pericardial Effusion, Constrictive Pericarditis, Right Heart Failure) Cardiac Disease
3. (Starvation, Nephrotic Syndrome) Hypoproteinemia
4. Meigs' Syndrome

B Exudative:

1. Tuberculosis
2. Malignancy
3. Bacterial Peritonitis
4. Chemical Peritonitis
5. Acute Pancreatitis

Cirrhosis of Liver.1

Cirrhosis هغه حالت ته وايي، چې په ځيگر کې نكروزس د فايبروزس او Nodular Regeneration سره يو ځای منځته راشي.

لاملونه:

۱. الکول.
۲. دځيگر ځنډنی وایروسي هیپاتیتس لکه بی اوسي
۳. دځيگر غیر الکولي ناروغۍ
۴. - او تو امیون ناروغۍ لکه پرایمري اسکلیروزینګ کولانجیتس
۵. صفراوي ناروغۍ لکه لومړنی او دویمي صفراوي سیروزس.
۶. جنتیک ناروغۍ (هیموکروماتوزس، ویلسن ناروغي، د الفایوانتي تریسین لېوالی)
۷. - کریتوجنیک

اعراض:

۱. - ټولیزه کمزوري، د ګېډې پرسوب، په کانګو کې وینه (Hematemesis) او سترګو زېړوالی یې عام اعراض دي.
۲. - ناروغ به د Libido له کموالي څخه یادونه کوي.
۳. - ناروغ به د زېړي تاریخچه لري.
۴. - ناروغ به الکولیک وي.
۵. - ناروغ به وینې بهېدنې ته ډېر میلان لري.

نښې:

۱. - ناروغ به زېړ ښکاري.
۲. - پرسوب هم تر سترګو کېدای شي.
۳. - Gynecomastia،
۴. - د خصیو کوچنیوالی
۵. د وېښتانو تویېدل.
۶. Palmar Erythema.

7. Dupuytren's Contracture
8. Spider Angiomas
9. -د Parotid غدي پړسوب هم ترسترگو کېږي.
10. -د گېډې د ډېوال وريدونه غښتلي کېږي.
11. -ځيگر به غټ او راټول شوی وي.
12. -توري (Spleen) به جس کېدای شي.
13. -کله چې ناروغي يو څه پرمختگ وکړي، خښ هم منځته راتلی شي، Fluid Thrill او Shiffting Dullness به مثبت وي.

د ځيگر د ځنډنۍ کفایي نښې:

1. Palmar Erythema.
2. Dupuytren's Contracture.
3. Jaundice.
4. Spider Angiomas.
5. Parotid Swelling.
6. Gynecomastia (Alcohol or Spiranolactone Related).
7. Loss of Hair.
8. Testicular Atrophy.
9. Signs of Portal Hypertension.
10. Ascites.
11. Hemorrhagic Tendency.

د Portal Hyper Tension نښې:

1. Prominent Abdominal Veins.
2. Splenomegaly.
3. Esophageal Varices.

هغه فکتورونه چې د Cirrhosis له کبله Ascitis ته لار هواروي:

1. Low Serum Albumin (Reduced Plasma Oncotic Pressure).
2. Portal Hypertension.
3. Increased Central Sympathetic Outflow.
4. Increased Hepatic Lymph Weeping From the Surface of Cirrhotic Liver Due to Tortion and Obstruction of Sinusoids and Lymphatics.

پلټنې:

1. - سيروم Bilirubin او Aminotranferases به نورمال او يا يو څه لوړ وي.
2. - Prothrombin Time به اوږدوي.
3. - Serum Albumin بنځته وي، البومين په ځيگر کې جوړيږي، ځکه نو د ځيگر په تخريباتو کې البومين نه جوړيږي.
4. - Serum Globulins به لوړ وي.
5. - د خېن (Ascitis) مايع به زيږنګه، يانې Transudative به وي.
6. - MRI\CT به غير نورمال حالت په ګوته کړي.

Model for Endstage Liver Disease (MELD):

MELD د ځيگر د دندو د ټاکلو او د ځيگر د Transplant کولو ډېره ښه لاره ده، يو رياضيکي موډل دی، چې Bilirubin ، Prothrombin Time ، يې د INR او Creatinine په شکل وجود لري.

د Child's Turcotte Pugh ویشني له مخې د سيروزس انزار:

جدول ددې ویشني پواسطه د ځيگر د ناروغيو شدت او انزار څرګندېږي.

نمبری	۱	۲	۳
اسايتس	نه وي	لږ	منځنۍ کچه
انسفالوپاتي	نه وي	لږ	شدید
$\mu\text{mol/L}$ بيلروبين	> 34	$34-50$	> 50
البومين (gm/L)	> 35	$35-38$	< 38
پروترومبين تايم په ثابته	< 4	$4-6$	> 6

د پورتنۍ نېمرو د جمع کيدو څخه د ناروغ د ژوند پاتې کيدو د مودې فيصدي معلومېږي

د Cirrhosis اختلاطات:

1. Ascites.
2. Spontaneous Peritonitis.
3. Hematemesis (Variceal Bleed).
4. Hepatoma.
5. Hepatorenal Syndrome.
6. Hepatic Encephalopathy.

:Cardiac Disease.2

د ښې زړه عدم کفایه Constrictive Pericarditis او Pericardial Effusion هم د خښ (Ascitis) سبب گرځیدلی شي.

:Hypoproteinemia.3

د Hypoproteinemia له کبله ټولیز پړسوب او خښ منځته راتلی شي.

Meigs Syndrome.4

ددې سندروم کلینک د Ovarian Fibroma ، Pleural Effusion او خښ سره یو شان دی.

:Budd – Chiari Syndrome.5

د ځیگر د وریدونو بندښت ته وایي، یا Vena Cava د ځیگر ورید او ښي دهلیز ترمنځ بندښت ته وایي.

لاملونه:

1. Polycythemia Vera (Thrombosis).
2. Oral Contraceptive (Thrombosis).
3. Invasion by a Fumor (Hepatic Renal).
4. Congenital Web.

اعراض:

د ښي Hypochondrium په برخه کې شدید درد د گېډې له پړسوب یو ځای ډېرېږي.

نښې:

- ځيگر به غټ او حساس (Tender) وي.
- Tense Ascites (Fluid Thrill\ Shifting Dullness) به مثبت وي.

پلټنې:

1. د حېن مايع به Exudative يا Transudative وي.
2. VSG به د ځيگر نور مال وريد نه شي ښودلی، د ځيگر د وريدونو احتقان به شته.
3. Venography به د بندښت اصلي برخه په گوته کړي.

Tuberculous Ascites

د پريتوان توبرکلوز د دې ډول حېن سبب گرځي.

اعراض:

1. د ناروغ گېډه به په تدريجي ډول سره پرسوب کوي.
2. له خفيف تر شديد خپور شوي گېډې درد به شتون لري.

نښې:

1. ناروغ به کمزوری ښکاري.
2. حېن به سخت او تنفسي ستونزې به يې هم راولاړې کړې وي.
3. ډېرې کتلې ښايي، په گېډه کې جس شي.

پلټنې:

1. د حېن (Ascitic) مايع به وينه لرونکې وي يانې Exudative بڼه به لري.
2. د خبائت د مالو مولو لپاره Cytology ازموينې بڼه لاره ده.
3. وروستی تشخيص د پريتوان د Biopsy په وسيله کوو.

Bacterial Peritonitis

دا افت د کولمو د سوري کېدو يا هم Appendicitis او Enteric Fever له کبله منځته راځي.

اعراض:

1. د گېډې شديد درد به شتون لري.
2. تبه به په لوړه درجه کې وي.
3. د گېډې پرسوب، کانگو او فبضيت تاريخچه به شته وي.

نښې:

1. ناروغ به په ټوليزه توگه روغ نه ښکاري.
2. گېډه به کلکه شوې وي.
3. حساسيت او Rebound Tenderness به شته وي.
4. د کولمو او ازونه له منځه ځي.

پلټنې:

1. د گېډې Plain ايکسري به د گېډې پرسوب را په گوته کړي، که د حجاب جاجز لاندې هوا را ټوله شوې وي، د کولمو د سوري کېدو نښه ده.
2. د حن مايع به قيچي، Exudative او $\text{Polymorphs} > 1000/\text{mm}^3$ وي.

Chemical Peritonitis

لاملونه يې ښايي چې:

(A) Acid (د معدې ټپ څيري کېدل)

(B) Bile (د صفرا له جراحي عملياتو وروسته د صفرا کڅوړې څيري کېدل).

اعراض:

1. ناروغ به د معدې ټپ، حاد Cholecystitis، د صفرا قنات جراحي تاريخچه لري.

2. نوراعراض يې Bacterial Peritonitis ته ورته دي.

Table -10 Diffrential Diagnosis of Acsitic Fluid:

نښې:

TABLE 6.1 Causes of ascites	
Fluid imbalance (arterial vasodilatation theory)	Exudative
Cirrhosis – common	Exudate-secreting tumours (peritoneal carcinomatosis)
Congestive heart failure – common	Infections (e.g. TB)
Myxoedema	Inflammatory disease (e.g. SLE)
Budd–Chiari syndrome	
Chylous	Nephrogenic
Obstruction (e.g. malignant lymphoma)	Haemodialysis
Iatrogenic (e.g. transection of the lymphatics)	Nephrotic syndrome
Retroperitoneal lymph node dissection	

Bacterial Peritonitis ته ورته نښې لري.

پلټنې:

1. د گېډې Plain ایکسري به د حجاب حاجز په لاندینی برخه کې د هوا ښودنه وکړي، که لامل یې د معدې ټپ خیري کېدنه وي.
2. که د پړیتوان مایع را وایستل شي، د صفرا به ورسره گډه وي.
3. په لومړنیو مرحلو کې د کلچر لپاره کوم ارگانیزم نه دی پېژندل شوی.

Acute Pancreatitis

وینه بهېدونکې څښ د شدید پانکراس التهاب کلنیکي گډه نښه ده. ستونزه ده، چې د منځني عمر ښځې اخته کوي.

Primary Biliary Cirrhosis

د ځیگر په دننه کې د صفراوي لارو د Canaliculi گډه ستونزه ده، چې د منځني عمر ښځې اخته کوي.

اعراض:

1. د بدن ټوليز خاربنت يې د پيل عرض دی، چې په وروستيو کې نښايي ناروغ له زيږي سره هم مخ شي.
2. د شحم د جذب خرابوالي له کبله نس ناستې.
3. د Osteomalacia له کبله د هډوکو دردونه او د هډوکو ماتېدنه، لامل يې د Vitamin D د جذب خرابوالی دی.

نښې:

1. Scratch Marks- به شتون لري.
2. په وروستيو کې زېږی هم منځته راتلی شي.
3. لومړنۍ کلنيکي برخه کې يې د ځيگر غټوالی دی.
4. که د باب ورید فشار لوړوالی (Portal Hypertension) منځته راشي، د ناروغ تورى هم غټوالی کوي.

پلټنې:

1. سيروم الکالين فاسفاتېز کچه به ډېره لوړه شي.
2. د سيروم Bilirubin کچه لوړېږي.
3. 1gM به لوړ وي.
4. Antimitochondrial انتي باډي به مثبت وي.
5. USG به له ځيگر څخه بهر د صفراوي لارو بندښت را په گوته کړي.
6. د Lupoid Hepatitis د توپير ولولپاره د ځيگر Biopsy واخيستل شي.

Hemochromatosis

لاملونه يې:

1. Primary.
2. Secondary.
 - a. Chronic Hemolytic Disorders.

b. Sideroblastic Anemia

c. Multiple Blood Transfusions.

په پورته حالاتو کې د بدن په اوسپنه کې ډېر توپیر منځته راځي يانې د بدن په بېلا بېلو برخو کې لکه ځيگر، زړه او پانکراس کې ځای په ځای کېږي. د Hepatoma پېښې ډېرې تر سترگو شوي.

Primary.1

د جنټيک افتونو د شتون له کبله اوسپنه ډېره جذبېږي.

Secondary.2

ځيني حالتونه سبب کېږي، چې بدن کې د اوسپنې زېرمې ډېرې کړي لکه:

1. Chronic Hemolytic Disorders

2. Sideroblastic Anemia

3. Multiple Blood Transfusions

اعراض:

1. Cirrhosis-، زړه عدم کفايي او شکر اعراض.

2. د Lipido کمښت او شنډوالی هم شونی دی.

نښې:

1. Cirrhosis او زړه عدم کفايي نښې به شتون لري.

2. د پوستکي د زېړوالي نښې.

3. د خصيو کوچنيوالی.

پلټنې:

1. -د اوسپنې سيروم لوړوالی.

2. د سيروم Ferritin لوړوالی.

3. د ځيگر Biopsy تشخيص وروستی بولي ته رسوي.

Wilson,s Disease

یوه Autosomal Recessive ستونزه ده، Ceruplasmin یو مس لرونکی پروتین دی، چې په Bile کې مس افرازوي او د Homeostasis دنده په غاړه لري.

اعراض:

-د ځیگر افتونه له حاد Hepatitis څخه ځنډني خواته ځي، دا ځنډنۍ بڼه د ځیگر Cirrhosis ته لاره هواروي.

نښې:

1. د ځیگر د ناروغیو نښې به شته وي.
2. غیر ارادي خوځښتونو شتون.
3. تر ټولو مهمه نښه یې (Kayser – Fleischer Ring) ده.
4. سیروم Ceruloplasmin به ټیټ وي.
5. د سیروم Copper کچه به ټیټه وي.
6. په ادرار کې د Copper اطراح ډیريږي.
7. د ځیگر په Biopsy کې د Copper کچه ډیره لوړیږي.

Spontaneous Bacterial Peritonitis

لومړنۍ پریټونایتس هم ورته وایي، په هغه ناروغانو کې منځته راځي، چې د Cirrhosis له کبله په کې حین سر را پورته کړی وي.

اعراض:

1. تبه.
2. د گېډې دردونه او د خښ د کچې ډیرښت.
3. د زېړي ډیریدل.

نښې:

1. -د گېډې حساسوالی.

پلټنې:

1. -د خښ مایع کې د Polymorphonuclear Leucocytes کچه به له ۲۵۰ څخه لوړه وي.

Hepatorenal Syndrome

ناروغان به د Azotemia او Oliguria او سوډیم لېدنې سره یو ځای په داسې حال کې منځته رشي، چې ناروغ به Cirrhosis او خښ هم لري.

اتلسم خپرکی

د ځيگر غټوال

Hepatomegaly

د ډېرو ناروغيو د شتون تر ټولو ښه فزیکي نښه د ځيگر غټوالی دی، چې د کتنې پر مهال لاندې برخې له پامه ونه غورځول شي.

1. Liver Size

2. د ځيگر سطحه (ښويه يا غوټه لرونکې).

3. مقويت (نرم، سخت، گردې).

4. ځنډې (تېره، گردې).

5. حساسوالی Tenderness.

6. Pulsations نبضان.

7. Friction Rub\Bruit

Acute Hepatitis

د ځيگر د غټيدو عام لامل دی، چې د ځيگر په حساس، سطحه به يې ښويه او مقويت به يې نرم وي.

د ځيگر د غټيدو عام لاملونه:

1. Acute Hepatitis.
2. (Cirrhosis, Chronic Hepatitis) Chronic Liver Disease.
3. (Right Heart Failure) Congestive Hepatomegaly.
4. Amebic & Pyogenic Liver Abscess.
5. Enteric Fever.
6. Malignancy.

Chronic Liver Disease

ښايي چې د ځيگر ځنډنی التهاب يا Cirrhosis وي.

Chronic Hepatitis

د ځنډني ځيگر التهاب تر ټولو ښه کلينيکي نښه Hepatomegaly ده، چې د ځيگر په نرم، ښوی او حساس نه وي.

Cirrhosis of Liver

د Cirrhosis په لومړيو کې ځيگر غټيږي، چې کلک او غوټه لرونکی به وي، خو په وروستيو کې ځيگر سره راټوليږي يا نې غونجیږي (Shrunken).
لاملونه:

Congestive Hepatomegaly

د ځيگر حساس غټوالی، د ښې زړه د عدم کفايي تر ټولو ښه او اړينه فزيکي نښه ده.

د حساس (Tender) ځيگر د غټوالي لاملونه:

1. Hepatitis.
2. Congestive Hepatomegaly.
3. Liver Abscess (Amebic , Pyogenic).
4. Hepato – Cellular Carcinoma.

Parasitic Infections

Amebiasis or Amebic Liver Abscess

له کولمو څخه بهر د Amebiasis لپاره تر ټولو عام ځای ځيگر دی، چې په ځيگر کې ډېر ښې برخه (Right Lobe) اخته کوي، لومړی ځايي التهاب او وروسته په هماغه ساحه کې خنځه (Absce) جوړيږي.

اعراض:

ناروغ به د لوړه درجه تبې سره يو ځای د ښي (Hypochondrium) په برخه کې درد لري.

ناروغ به په تېره شوې تاريخچه کې (Amebic Dysentery) لري، خو ډېره اړينه نه ده. Jaundice شته وي.

نښې:

ځيگر به غټ او حساس وي، چې سطحه يې ښويه او نرمه وي.
د حجاب حاجز د پورته کېدو له کبله به د ښي سرې قاعده Dull وي، همدا راز د
Atelectasis د تشون پر مهال به Crepitations هم اورېدل کېږي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي.

2. Leukocytosis به شته وي.

3. په ایکسري کې به حجاب حاجز ښې ګنېده پورته شوې وي.

4. په اوبو کې به VCG نورمال وي، خو چې کله Abscess جوړه شوه، بيا به د Cystic
افتونو نښې ډېرې غښتلې کېږي، چې په تشخيص کې ښه برخه اخلي.

5. د ابسي مايع ښه به چاکليت ته ورته وي.

6. Serological ازموينې په ۹۰ سلنه ناروغانو کې د ځيگر ابسي ټاکلی شي.

Hydatid Cyst

Hydatid سيستمونه Tapeworm او Echinococcus Granulosus د لاروا مرحله ده.
د بدن په هره برخه کې منځته راتلی شي، خو ځيگر يې ځانګړی ځای دی، بالغ شوي
چينجيان يې په سپيانو کې وي، چې هګۍ يې په غايطه موادو کې ايستل کېږي او
اوبو او نورو توکو د ملوث کېدو څخه وروسته انسان ته لېږدېږي.

اعراض:

په ښي Hypochondrium ساحه کې به ناروغ د بې درده کتلې د شتون تاريخچه
بيا نوي.

نښې:

ځيگر به په څرگند ډول غټ شوی وي، سطحه به يې نرمه، بې حساسيته او Cyst ډوله وي Hydatid Thrill (١) به د جس وړوي.

پلټنې:

په Plain ايکسري کې به Cyst په ډيوال کې Calcification وليدای شي.
VCG کې به Cystic افتونه وليدای شي.
Agglutination Test او Casoni Test به مثبت وي.

Bacterial Infections

په ځېنو بکتريايي انتاناتو کې ځيگر غټيږي.

Enteric Fever

په Enteric Fever کې د ځيگر يو کمه کچه غټوالی عام وي.

Septicemia

تبه او د فشار ټيټوالی يې عام کلنيک دی، ښايي چې ځيگر يو څه لوی شوی وي،
Leukocytosis او د وينې کلچر يې تشخيص وروستی پولي ته رسولی شي.

Pyogenic Liver Abscess

د باب وريد انتان د Appendicitis له کبله په ځوانو وگړو کې د Pyogenic Liver Abscess تر ټولو عام کلينیک دی، نور لاملونه يې لکه Amebic Abscess, Infection of Biliary Tree معافيت خپلي وگړي هم د يادولو وړ دي.

١د پرسوب له پاسه درې گوتې اېښودل کېږي، د منځنۍ گوتې په وسيله قرع اجرا کېږي، د قرع سره سم په دواړو گوتو کې Thrill جس کېږي

اعراض:

1) ناروغ به په لوړه درجه تبه Hypochondrium درد او که د حجاب حاجز په لاند پنی برخې تخریش ولري، نو به درد ښي اوږې ته هم ولېږدېږي.

نښې:

ځيگر به غټ شوی او حساس وي.

Jaudice عام نه وي.

پلټنې:

(a) Leukocytosis به شته وي.

(b) ESR به لوړ وي.

(c) Alkaline Phosphatase به لوړ وي.

(d) UCG کې به د خنځو شتون وروستی شي.

(e) د پرمختللي افت د شتون سم د Puss ایستل.

(f) د وینې کرڼه به مثبت وي.

Miliary Tuberculosis

د ځيگر غټوالی د Miliary نري رنځ يو عام کلينیک دی.

Malignancy

د خباثت خپریدنه هم له ځيگر څخه شونې ده، (Hepato Cellular Carcinomo) او ښايي Metastasis سرچینه هم جوړه کړي.

Hepato Cellular Carcinomo

د ځيگر اړين لومړنی خبیث حالت دی، چې په نارینه وو کې ډېر عام وي.

په سیروټیک ځیگر کې ۳ سلنه وېره ده، چې خباثت ته لارښی، خو په ځنډني
Hepatic B او Hepatic C کې ۱۰۰ سلنه خباثت ته ځي.

اعراض:

۱. له درد سره یو ځای به جس کېدونکې کتله په بني Hypochondrium کې وده وکړي.
۲. زړه بدوالی او د وزن بایلل ډېر عام وي.
۳. د Jaudice تېره شوې تاریخچه به شته وي.

نښې:

۱. په وروستیو کې Jaudice زیږی منځته راځي.
۲. ځیگر به غټ او د کلک غیر منظم مقویت لرونکی وي، حساس او Bruit به نه د اوریدلو وړ وي، Friction Rub هم ښایي چې واوریدل شي.
۳. په نیمایي ناروغانو کې خبن Ascitic منځته راځي، چې لامل یې Cirrosis ښودل شوی.

پلټنې:

۱. Alkaline Phosphatase به لوړ شي.
۲. Bilirubin به لوړ شي.
۳. Australia Anitigen مثبت وي، که په ځېنو ناروغانو کې Australia Anitigen منفي وي، نو Ant HBc Antibodies به مثبت وي.
۴. Alpha Fetoproteins به لوړ وي ($>400\text{mg/ml}$) خود ځیگر په Metastasis او Hepatitis پېښو کې یې کچه ښکته کېږي.
۵. USG به د جامدې کتلې ښودنه وکړي.
۶. که افت تر ۲ سانتي متر پورې رسېدلی وي او رادیولوگ نښې یې نه شوې ښودلی، اړتیا ده، چې ناروغ ته Biopsy توصیه شي.
۷. Metastasis ناروغیو کې د خبن مایع وینه لرونکې وي، چې ورسره یو ځای ډېره کچه Proteins هم لري، خبیث حجرات هم مثبت وي.

هغه حالتونه چې Hepatocellular Carcinoma ته لار هواروي:

1. Cirrhosis Due to Any Cause.
2. Hepatitis B and C.
3. Hemochromatosis.
4. Alcohol.
5. NASH (Non Alcoholic Steato Hepatitis).
6. Aflatoxin.

:Metastasis

ځيگر تر ټولو ډېر عام خپريدونکى ځاى دى، چې Metastasis ته اماده ده، په تېره له GUT (Stomach ,Colon) څخه.

اعراض:

۱. ژوز زيرى به شته وي.
۲. ځيگر به کلک او غوټه لرونکى وي.

پلټنې:

۱. سيروم بيلوروبين او Alkaline Phosphatase به لوړ شوى وي.
۲. په VCG کې به ډېرې جامدې کلکې ساحې وليداى شي.
۳. Biopsy تشخيص وروستى پولى ته رسوي.

:Leukemias

ځيگر به په کمه کچه غټ شوى وي.

: Metabolic Disease

Metabolic Disease او گلايکوجن زېرمه کوونکې ناروغۍ په وگړو کې د ځيگر غټوالي سبب گرزي.

:Diabetes Mellitus

شحمي ځيگر (Fatty liver) د Hepatomegaly اصلي لامل دى، چې ځيگر به نرم، بنوى او غير حساس وي، په کمه کچه نا ارامښت په بني Hypochondrium کې Fatty liver له کبله د Diabetes Mellitus د کلينيکي نښو ښودنه کوي.

Glycogen Storage Disease

Glycogen مرحله کې پېښېدونکې ناروغۍ دي، ښايي چې ناروغ Hypoglycemic حملې ولري، ځيگر به په روښانه توگه غټ شوی وي.

نولسم خپرکی

د توري غتوالی

Splenomegly

د توري غتوالی د بېلا بېلو ناروغيو د تشخيص لپاره ښه فزيکي ښه ده، که دوه نیم ځله له خپل نورمال حالت ډېر پر توري غټ شوی وي، Horizontal افقي جس کېدای شي، په داسې حال کې چې که توري اعظمي غټ شوی وي، جس يې Vercal ډول سره کېدای شي.

لاملونه:

1. Malaria.
2. Enteric Fever.
3. Portal Hypertension.
4. Viral Hepatitis.
5. Lymphomas.
6. Leukemias.
7. Myeloproliferative Disorders.
8. Hemolytic Anemia.
9. Miliary Tuberculosis.
10. Systemic Lupus Erythematosus.
11. Infective Endocarditis.
12. Infective Mononucleosis.
13. Kala Azar.

1. Malaria

په کمه کچه د توري غتوالی په ملاریا کې عام دی، خو په ځندنۍ ملاریا کې توري بې کچې غتوالی مومي.

Enteric Fever.2

د توري غټوالی د Enteric Fever یوه عامه کلینیکي نښه ده.

د توري د بې کچې غټوالی لاملونه:

توری بنایي تر ۸ سانتي متر ښکته د پښتو له څنډو څخه جس شي.

1. Chronic Malaria

2. Chronic Myeloid Leukemia

3. Polcythemia Vera

4. Myelofibosis

5. Kala Azar

Portal Hypertension .3

د توري غټوالی د Portal Hypertension تر ټولو بارزه فزیکي نښه ده.

.4 Viral Hepatitis

په وایروسي ځیگر التهاب کې هم توری غټوالی مومي.

Lymphomas 5

Hodgkin,s Lymphoma

د توري اخته کېدل په دې مانا چې افت خپور شوی دی، (Stage IV, Stage III) د Splenctmy او هستالوزیکو ازموینو په مټ باید وختونه د لمفوما پرته هم توری غټوالی مومي، یانې له خپل اصلي اندازې لویوالی کوي، چې دا ډول پېښې په خبیث حالت کې ډېرې وي.

Non Hodgkin,s Lymphoma

د Hodgkin,s لمفوما د اخته کېدو څخه دمخه توری اخته کېږي.

5. Leukemias

Hematopoietic سیستم خبیث حالت ته Leukemias وایي، چې له مخې یې معافیتي سیستم، وینه او هډوکو مغز او د هغوی حجرات په Neoplastic Cells اوږي، په دوه برخو یانې حاد (Rapidly Fatal) اوږي.

په دوه برخو یانې حاد (Rapidly Fatal) او ځنډني (Slowly Growing) کې ویشل کېږي.

1. Acute Lymphoblastic Leukemia

2. Acute Myeloid Leukemia

3. Chronic Lymphocytic Leukemia

4. Chronic Myeloid Leukemia

1. Acute Lymphoblastic Leukemia

په ماشومانو کې ډېره یوه عامه ناروغي ده.

اعراض:

1. د بدن له بېلا بېلو برخو څخه وینه بهېدنه او تبه یې تر ټولو ښه عرض دی.
2. ناروغ د کمخونۍ له اعراض و سره یو ځای پرله پسې تبه لري (لمفاوي غوټې غټې شوې وې).

نښې:

1. ناروغ کمخونه وي.
2. Lymphadenopathy او Hepatosplenomegaly به شته وي.
3. په پوستکي کې Bruises او Petechiae شته وي.
4. د بیضو غټوالی ښايي ولیدای شي.
4. د CNS ځېنې نښې هم د لیدلو وړ وي.

پلټنې:

1. هیموگلوبین کچه به ټیټه وي.
2. ESR به لوړ وي.

3. TLC به لوړه وي.
4. Platelet كچه به ټيټه وي.
5. د هډوكو له مغز څخه په سلايد جوړولو كې به Lymphoblasts وليدای شي.
6. د سحايا ډېره اخته كوي او CSF بايد Leukemic حجراتو وپلټل شي.

Acute Myeloid Leukemia 2

په ځوانانو كې يې پېښې ډېرې وې، چې د عمر په ډېرېدو سره ډېر نښت مومي.

اعراض:

1. ستړيا، زړه بدوالی، دوزن بايلل يې عام اعراض دي.
2. تبه، د بدن له بېلا بېلو برخو وينه بهيدل، خولې كېدل، د هډوكو درد او سردرد.

نښې:

1. Splenomegaly (دتوري غټوالی) Hepatomegaly (د ځيگر غټوالی)، د لمفوايي غوټو غټوالی (Lymphadenopathy)
2. د ستروم هډوكي شخوالی يې هم يوه نښه ده.
3. ناروغ به د هضمي سيستم د پورتنیو برخو او ښکتنیو برخو وينه بهيدنه لري، ښايي د سږو په منځ، كوپړۍ دننه او Retina څخه وينه بهيدنه ولري.
4. Retina Infiltration, Papilledema د Cranial اعصابو فلج.
5. په Monocyteleikemia كې د پوستكي نوډولونه او د Gum (وريو) نوډولونه غټوالی مومي.

پلټنې:

1. ناروغ به Normocytic او Normo Chronic كمخوني لري.
2. TLC كچه به له $15.000/mm^3$ څخه ډېره وي، خو شونې ده له $5.000/mm^3$ څخه كمه هم شي.
3. Thrombocytopenia به شته وي.
4. په ۹۵ سلنه پېښو كې غير نورمال Leukemic حجرات پراته وي.

5. د هلو کو په مغز کې Myloblasts شتون به تشخیص تر وروستی بریده ورسوي.

Chronic Lymphocytic Leukemia.3

په زړو وگړو او منځني عمر خلکو کې یې پېښې ډېرې وي.

اعراض:

1. ناروغ به په کین Hypochondrium ساحه کې د یوې کتلې د شتون احساس کوي.
2. په کین Hypochondrium ساحه کې د توري د مړینې (Infarct) له کبله ناروغ شدید درد احساسوي.
3. د میتابولیک ریت بنسټه کېدو له کبله ناروغ کې خولې کېدل، تبه، د وزن له لاسه ورکول ډېر عام اعراض دي.

نښې:

1. ناروغ به خائف وي.
2. توري به یې کچې غټ شوی وي.
3. ځیگر به هم غټ شوی وي.
4. لمفوي غوټې ډېرې نه اخته کېږي.
5. د میتابولیک ریت د لوړیدو له کبله ښايي، ناروغ کې جاغور را منځته شي.
6. د ناروغ په بېلا بېلو برخو کې د Thrombosis نښې ښايي ولیدای شي.

پلټنې:

1. د هیموگلوبین کچه بنسټه کېږي، کمخوني به Normocytic Normocytic وي.
2. TLC به ډېره لوړه شوې وي، Blast Cell به له ۱۰ سلنې څخه کم وي.
3. Platelet کچه به نورمال یا لوړه شوې وي.
4. Leukocyte Alkaline Phosphatase به ډېر ټیټ شوی وي.
5. B12 Binding Protein او Serom B12 به لوړ شوی وي.
6. د سیروم Uric Acid کچه به لوړه شوې وي.

7. د سيروم LDH کچه هم لوړېږي.

Myeloproliferative Disorders

د وينې جوړونکو عناصرو د يو يا څو برخو د ډېرښت ستونزه ده، چې لاندې برخې لري:

1. Chronic Myeloid Leukemia
2. Polycythemia Vera
3. Essential Thrombocythemia
4. Myelofibrosis

Chronic Myeloid Leukemia.4

1. Accelerated phase

- a. Increase degree of anemia due to bleeding and chemotherapy
- b. Blood or bone marrow blast 10-20%
- c. Blood or marrow basophil >20%
- d. Platelet count <100,000/mm³

2. Blastic crisis

- a. It is acute leukemia feature
- b. Bone marrow blast >20%

Polycythemia Vera

يو Myeloproliferative گډوډي ده، چې ناروغ به Erythroctosis هم لري.

اعراض:

1. ناروغ به سرخوږ، سرگيدل، د غوږ بنگېن او د ليدلو گډوډي لري.
2. جاغور او د معدې تپ اعراض.
3. د وريدي او شيرياني ترومبوزس اعراض.

نښې:

1. سيسټوليک فشار لوړوالی.
2. د توري يې کچې غټوالی.

3. د ترومبوزس او جاغور نښې.

4. د Epigastric د حساسیت عامې نښې.

پلټنې:

1. د سرو حجرو ډېرښت.

2. Hemoglobin او Hematocrite لوړوالی.

3. د توري د غټوالي پرته ښه تشخیص ښه Leucocytosis او Thrombocytosis بلل شوی.

4. د سیروم Erythropoietin کچه به نه وي لوړه شوې.

نورې لابراتواري موندنې: لکه Leukocte Alkaline Phosphatase ، Serum Uric Acid او Vitamin B₁₂ کچې به هم لوړې شوې وي.

د Erythroctosis د لوړوالي لاملونه:

1. Poly Cythemia Vera.
2. Hypoxin (Lung Disease).
3. Increased Autonomous Production of Erythroctosis.

Myelofibrosis

په ځیگر، توري او توري غټوالي کې Myeloid Metplasia ، Marrow Fibrosis او Extra Medullary شته وي.

اعراض:

1. ناروغ د کمخونۍ له اعراضو سره یو ځای په گین Hypochondrium ساحه کې د کتلې د شتون حس کوي.
2. د توري د مړینې Infarct له کبله شدید درد احساسیږي، چې د ساه اخیستلو سره ډېرښت مومي.
3. ناروغ به تبه لري.

نښې:

1. ناروغ به خاسف وي.
2. د ناروغ تورۍ به بې کچې غټ شوی وي.

پلټنې:

1. د هیموگلوبین کچه به ټیټه وي.
2. د TLC او Platelet کچه به تغیره یانې یا به لوړه یا به ټیټه وي.
3. Philadelphia کروموزوم به شتون نلري.
- Leukocyte Alkaline Phosphatase به نورمال یا ډېر شوی وي.

Hemolytic Anemias.8

د توري په غټوالي کې Hemolytic وینه لږې عامه وي، ښايي چې د Coombs Test هم مثبت وي.

Miliary Tuberculosis.9

په Miliary نري رنځ کې توري غټوالی مومي، ناروغ به زړه بدوالی، د وزن بایلل او تبه هم لري، د ګوګل په ایکسۍ کې به Miliary Mottling نښې روښانه لیدای شي، همداراز د ځیګر په Biopsy کې به Caseating Granuloma نښې شته وي.

Systemic Lupus Erythematosus(SLE).10

د توري کوچنیوالی پېښې په SLE کې ډېرې وي، نورې کلینیکي نښې: لکه د محاطي غشا ټپونه، د پوستکي Rash، د بندونو التهاب او ANF مثبتوالی هم د یادولو وړ دي.

Infective Endocarditis.11

په تبه او د زړه او رګونو ناروغیو د شتون پر مهال د انتاني Endocarditis تر ټولو ښه نښه د جس کېدونکيې توري شته والی دی، د وینې کرنه به هم مثبت وي.

Infective Mononucleosis.12

کوچنی جس کپدونکی Infective Mononucleosis تر ټولو ښه کلینیکي ښه ده، ناروغ به حاده لږه تبه او د ستوني درد لريو Paul – Bunnel او Monospot Test به مثبت وي.

Kala Azar.13

دې ډول ته جداري لښمانیا هم وايي، په هند او بنگله دیش کې عهامي ناروغۍ دي او لامل یې Leishmania Donovanی دی، چې توری تر وروستي بریده غټوالی مومي.

شلم خپرکی

Lymphadenopathy

کله چې لمفاوي غوټې غټې شوې وي، د هماغې غوټې لاندې ښې په نظر کې ونيول شي.

1. Site (ساحه)
 2. Size (کچه)
 3. Number (شمېر)
 4. Tenderness (حساسیت)
 5. Discrete or Matted Together
 6. Consistency
 7. Overlying Skin
 8. Any Discharge Sinus
- نورې لمفاوي غوټې د ځيگر، توري او نورو برخو هم جس شي.

لاملونه:

1. Infection
2. Tuberculosis
3. Leukemias
4. Lymphomas
5. Viral Hepatitis
6. Sarcoidosis
7. Infection Mononucleosis

1. انتانات او خبيث حالت:

1. غټه شوې لمفاوي غوټه به جس کېږي، لمفاوي غوټه بايد د خباثت لپاره وکتل شي.
2. که د Cervical د برخې لمفاوي غوټې غټې شوې وي، د خولې تشه او د Scalp برخه هم وکتل شي.

3. که د ترڅرگ د برخې لمفاوي غوټې غټې شوې وي، د بازو او ثډيو (Breast) برخې دې هم وکتل شي.
4. که Pararrtic برخې لمفاوي غوټې غټې شوې وي، په نارینه وو کې د بيضې (Testes) وکتل شي.

Tuberculosis.2

د Cervical د برخې لمفاوي غوټې د افت د اخته کېدو عام ځايونه دي، چې نورې برخې هم اخته کولای شي.

اعراض:

1. د ناروغ د غټې شوې لمفاوي غوټه له يو Sinus څخه افرازات لري.
2. تبه، د شپې له خوا خولې کېدل به شتون ولري.

نښې:

1. لمفاوي غوټې به حساسې او يو له بل سره نښتې وي.
2. له لمفاوي غوټې څخه د افرازاتو او Scar جوړيدنې تاخيچه به شته وي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ وي،
2. Tuberculin ټيسټ به هم مثبت وي.
3. په X _ Ray کې به د سږو توبرکلوز نښې موجودې وي.

Leukemias.3

Lymphomas.4

دوه ډولونه لري:

- 1 Hodgkin's Lymphoma
- 2 Non - Hodgkin's Lymphoma

Hodgkin's Lymphoma(a

دا ډول لمفوما په ځوانانو کې ډېر وي.

اعراض:

- 1) پر غاړه کې د کتلې شتون يې ښه عرض دی.
- 2) سيستماتيک اعراض: لکه ستړيا، کمزوري، بې اشتهايي، د وزن بايلل، تبه، د شپې لخوا خولې کېدل او عمومي خرابنت به شتون ولري.

نښې:

1. اول د Cervical لمفاوي غوټې اخته کېږي، چې ښايي نورې غوټې اخته کړي.
2. ځيگر او تورې (Spleen) به غټ شوی وي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي او Normocytic او Normochromic کمخوني به موجوده وي.
2. Eosinophilia به موجوده وي.
3. د ځيگر په اخته کېدو سره به LFTs غير نورمال وي.
4. د ډوگمل X-Ray او CT Scan کې د Mediastinal Lymphadenopathy ښه تر سترگو کېدای شي.
5. د گېډې د برخې د لمفاوي غوټې د اخته کېدو پرمهال د VCG په وسيله ښه تشخيصيږي.
6. د لمفاوي غوټو په Biopsy کې به Read – Sternberg حجرات وليدای شي.
7. د هډوکو مغز کې به لمفاوي حجرات وليدای شي.

Stages of Hodgkin,s Lymphoma

Non - Hodgkin,s Lymphoma (b

دا ډول لمفوما په ډېر عمره وگړو کې ډېر را منځته کېږي.

اعراض:

1. د کتلې جس په افت ککړ غوټه کې ډېر عام عرض دی.
2. کمزورتيا، د وزن بايلل او تبه هم شونې ده.

3. څارښت نه وي.
د لمفوما اختلاطات:

1. Dysphagia.
2. Respiratory Distress.
3. Superior Vena Cava Obstruction.
4. Inferior Vena Cava Obstruction.
5. Intestinal Obstruction.
6. Ascitis.
7. Paraplegia.
8. Bone Pain.

نښې:

1. ناروغ به کمخونه (Anemic) وي.
2. ټوليزه Lymphadenopathy او Hepatosplenomegaly به موجوده وي.
3. په وروستيو کې د گېډې لمفاوي غوټې هم اخته کوي.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي.
2. کمخوني به Normocytic ، NormoChronic يا هم Hemlytic وي.
3. د ځيگر په اخته کېدنه LFTs غير نورمال وي.
4. Mediastinal Lymphadenopathy په ايکسري کې نه ليدل کېږي.
5. USG کولای شي، چې د گېډې د لمفاوي غوټو نويوالي را په گوته کړي.
6. له لمفاوي غوټې څخه Biopsy اخيستل تشخيص وروستی کوي.

:Viral Hepatitis

***Sarcoidosis* 6**

ځنډنۍ سيستماتيکه Granulomatous ناروغي ده، چې ډېر سږي او لمفاوي غوټې اخته کوي.

اعراض:

1. وچ ټوخي يې پيليز عرض دی.
2. تبه او د بندونو درد هم ډېروي.
3. د سترگو درد يې هم ښه عرض جوړوي.

نښې:

1. په روښانه توگه لمفاوي غوټې غټې شوې وي.
2. Erythema Nodosum به وي.
3. بندونه به پرسيدلي او Iridcyclits به شتون ولري.

پلټنې:

1. ESR به لوړ شوی وي.
2. د سيروم کلسيم لوړيږي.
3. د ACE سويه لوړيږي.
4. ښه ځانگړنه يې دوه اړخيز Hilar Lymphade Nopathy ده.
5. Tuberculin ټيسټ به مثبت وي.
6. Kveim ټيسټ به مثبت وي. (سارکوئيد انټی جن به 0.1ml داخل د پوستکي کی زرق شى په مثبت حالت کی د ۴ هفتو لپاره به ساحه پرسيدلى وى او په بايوبسى کی به سارکوئيد افت مثبت وى. نن ورځ نه کارول کيږي.
7. د سږو د بين الخلايې ناروغۍ له کبله سږې خپله سمه دنده له لاسه ورکوي.
8. د لمفاوي غوټو Biopsy به Non - Caseating Granuloma ښودنه وکړي.

Infectious Mononucleosis

په ځوانو وگړو کې د EP (Epstein Bar) وایروس له کبله منځته راځي.

اعراض:

لوړه درجه تبه د حادې ناروغۍ له پيل سره يو ځای ناروغ د ستوني درد هم لري.

نښې:

1. Periorbital Ederma.

2. Cervical لمفاوي غوټې غټوالی.

3. د توري غټوالی (Splenomegely)

4. Petechiae د نرم تالو او سخت تالو د یو ځای کېدو په برخه کې د لیدو وړ وي.

5. د ستوني درد په درملنه کې د Ampicillin له توصیې څخه وروسته په ناروغ کې

Maculop;uar Rash منځته راځي.

پلټنې:

1. د وینې په سلايد کې د Atypical Mononuclear Cells ټیسټونه به مثبت وي.

2. Paul – Bunel او Monospot ټیسټونه به مثبت وي.

3. LFTs به غیره نورمال وي.

Hilar Lymph Nodes د غټوالي لاملونه:

1. Primary Pulmonary Tuberculosis

2. Hodgkin,s Lymphoma

3. Sarcoidosis

4. Metastases

Evaluation of a Patients with Lymphadenopathy

په ډېرو وختونو کې سلیمو پېښو کې له کبله لمفاوي غوټې غټیږي، چې Biopsy ته

یې اړتیا نه لیدل کېږي.

خو په لاندې حالتونو کې Biopsy ته اړتیا لیدل کېږي.

1. د ۴۰ کلنۍ څخه ډېر عمره وگړي.

2. کله چې افت د Clavícula هډوکي په پوتنۍ برخه کې وي.

3. د لمفاوي غوټې کچه له 2cm² څخه ډېره وي.

4. غوټه سخته وي.

5. غوټه دردناکه نه وي

په لاندې حالتونو کې Biopsy څخه مخنیوي وشي:

1. له ۴۰ کلنۍ څخه ټیټ عمر لرونکي وگړي.

2. کله چې د غوټې کچه 1cm^2 څخه کمه وي.

3. غوټه به سخته نه وي.

4. غوټه به دردناکه او حساسه وي.

یو ویشتم څپرکی

وینه لږي

Anemia

که د اړتیا وړ Hb هیموگلوبین کچه په نظر عمر، نظر جنس ته بسنه ونه کړي، وینه لږي (Anemia) ورته وایي.

په نوي زېږېدلو ماشومانو کې د Hb نورماله کچه 20gm/dl وي، چې په ناڅاپي ډول د ژوند په لومړي کال 10gm/dl ته راټنګته کېږي، وروسته بیا تر ځوانیدو پورې په تدریجي ډول په ټنځو کې تر $(14 \pm 2)\text{gm/dl}$ په نارینه وو کې تر $(16 \pm 2)\text{gm/dl}$ ته رسېږي.

وینه لږي به ځکه وي، چې:

1. وینه بهیدنه به شته وي.
2. د RBCs تولید (جوړیدو) کمښت.

3. Hemolysis

د انیمیا پورې اړوند اصطلاحات:

1. MCV(mean corpuscular volume) د وینې د سړی حجری سایز ښیي.

a. Normocyte(MCV80-100FL)

b. Microcyte< MCV80L

i. IDA

ii. Thalassemia

iii. Sidroblastic anemia

c. Macrocyte> MCV100FL

i. Vit-B12 defficiency

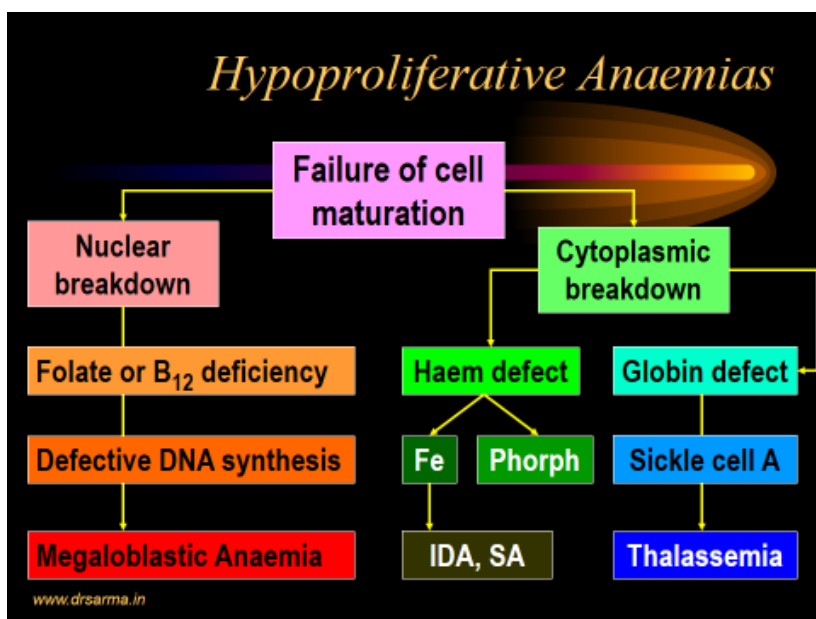
ii. Folate deficiency

2. RBC indices

3. Mean corpuscular hemoglobin(MCH)

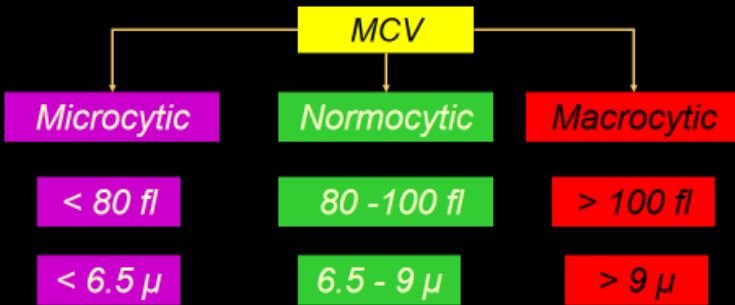
4. Mean corpuscular hemoglobin concentration(MCHC

5. Normochromic anemia د سری حجری د هیموگلوبین غلظت MCH او MCHC نارمل وی.
6. Hypochromic anemia د سری حجری MCHC او MCH کم وی.
7. Anisocytosis په محیطی فلم کی د سری حجری سایز یو دبل سره توپیر لری.
8. Poikilocytosis په محیطی فلم کی د سری حجری شکل یو دبل سره توپیر لری.
9. Reticulocyte (young RBC) په نارمل حالت کی د سری حجری په محیطی فلم کی شمیر یی ۲٪ دی که شمیر یی زیات وی دمخ عظم فعالیت زیاتوالی ښئی.



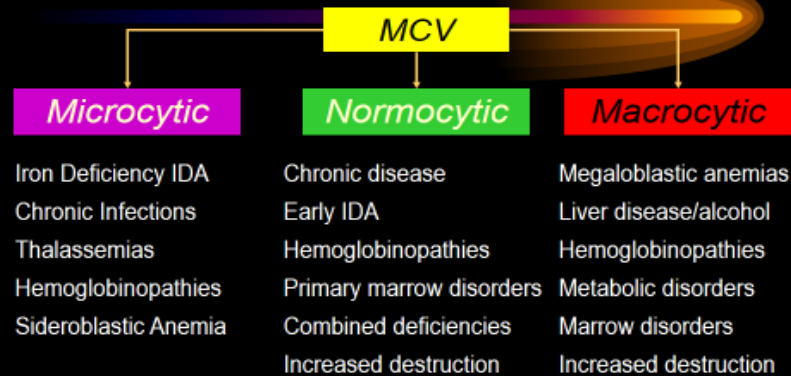
Mean Cell Volume (MCV)

- RBC volume (rather) is measured by
- The Mean Cell Volume or MCV and RDW



www.drarma.in

Anaemia Workup - MCV



www.drarma.in

د وینه لږې، اعراض:

د وینه لږې، اعراض د وینې د کمښت په پرمختګ او شدت پورې اړه لري، که هیموګلوبین کچه په ورو ورو ټیټیږي، اعراض هم ورو وي، خو که د هیموګلوبین

کچه په بیره سره ټیټیږي، اعراض یې هم ژر ځان رامنځ ته کوي.

1. ناروغ به د بدن ټولنیزه کمزوري او زړه ستړیا لري.

2. د زړه ټکان او سایندي هم شته وي.

3. بې اشتهايي.

د وینه لږې نښې:

1. خاثفوالی یې اصلي نښه ده، د کتنې ښه ځایونه یې د نوکانو بستر، پوستکی

(ورغوی) او د ژبې لاندې سطحه.

2. نبض گړندی وي.

3. د نبض فشار به پراخ وي (Wide Pulse Pressure)

4. په پولنمو نري ساحه کې به د نډیز Ejection Systolic Murmur او وریدل شي.

5. Koilonychia د اوسپنې کمښت وینه لږې کې لیدل شي.

6. Hemolytic Anemia کې خفیف زیری تر سترگو کېږي.

7. د هډوکو بد شکلي په Thalassemia وگړو کې منځته راتلی شي.

8. د هډوکو بد شکلي په Thalassemia وگړو کې منځته راتلی شي.

9. د لینگو (Legs) ټپونه د Sickle Cell Anemia یوه کلینیکي نښه ده.

د وینه لږې **Anemia** لپاره اړینې پلټنې:

1. د هیموگلوبین ټاکل یې لومړنی گام دی او معاینه ده.

2. په دوهم قدم کې به Reticulocyte شمېر وټاکل شي.

Reticulocyte ځوانې حجرې دي، چې د هډوکو مغز په وسیله جوړیږي، نورماله

کچه، $0.5\% (1-2)$ ده.

Reticulocyte Index

Normocytic Anemia

د وینې سرو حجرو RBCs نورمال اندازې ته وایي، په دې مانا چې د (Mean

Corpuscular Volume)MCV کچه به نورمال ده.

دوه ډوله ناروغۍ دي، چې Normocytic Anemia سبب گرځي.

Chronic Disease.A

Bone Marrow Problem.B

Chronic Disease.A

نږدې ټولې ځنډنۍ سرچینه لرونکي ناروغۍ د وینه لږي سبب کېږي.

لاملونه:

1. Chronic Infection.
2. Connective Tissue Disorders.
3. Malignancies Without Infiltration the Bone Marrow.
4. Chronic Renal Disease.

پلټنې:

1. هیموگلوبین کچه به ټیټه وي.
2. سرې حجروي به Normocytic او Normo Chronic.
3. د سیروم اوسپنې کچه به نورمال یا ټیټه وي.
4. د هډوکو مغز کتنه به د Paplasia اړوند مالومات راکړي.

Microcytic Anemia

په دې مانا چې RBCs له نورمال کچې څخه کوچني دي، د هروخت لپاره Microcytic

وي، خو Normocytic هم کېدلی شي.

ددې ډول وینه لږي اصلي لامل د اوسپنې کمښت جوړوي.

لاملونه:

1. Iron Deficiency Anemia.
2. Thalassemia.
3. Chronic Inflammation.
4. Sideroblastic Anemia.

Iron Deficiency Anemia

د وینه لږي عام ډول دی.

لاملونه:

1. Menorrhagia.
2. Repeated Pregnancy.
3. Malabsorption.
4. Nutration.
5. Blood Loss Due to.
 - i) Hook Worm Infestation.
 - ii) Hemorrhage (Traumatic, Epistaxis, Hemoptysis, Hematemesis, Melana).

اعراض، نښې يې نورو وینه لږي په شان دی، خود اوسپنې په کمښت د خولې چاودیدل د خولې التهاب او Koilonychia یا ده ونه ایستل شي.

پلټنې:

- (1) هیموگلوبین کچه به ټیټه وي.
- (2) سرې حجرې به Microcytic او Hypochromic وي.
- (3) د اوسپنې سیروم کچه به ټیټه وي.

د اوسپنې د کمښت کچې تشخیصونه:

- (1) TIBC (Total Iron Binding Capacity) به ډېره شوې وي.
- (2) Serum Ferritin به ټیټه وي.
- (3) Stainable Iron به په هډوکو مغز کې نه وي.

Thalassemia 2

وینه لږي به Microcytic وي، دا به Hemoglobinopathy لرونکي Hemlysis وي، په هکله یې Hemolytic Anemia به کې نور مالومات ورکړل شوي.

Microcytic Anemia

دا په دې مانا چې سرې حجرې (MCV) به له نورمال څخه ډېر شوي وي.
Megaloblastic Anemia يې اصلي لامل جوړوي.

لامل:

- 1) Megaloblastic Anemia (B12 Folic Acid Dificiency).
- 2) Hemolytic Anemia.
- 3) Liver Disease.
- 4) Alcoholism.
- 5) Hypothyroidism.
- 6) Aplastic Anemia.

Megaloblastic Anemia

Vit B₁₂ او فولیک اسید د کمښت له کبله افت منځته راځي.
د DNA جوړېدنه ځنډېږي، ډېر وده کوونکي حجرې زیانمنېږي، لکه د Hematopoietic او په کولمو کې د Epithelial حجرې.
Cell Division ورو وي، خو Cytoplasmic پرمختګ نورمال وي، حجرې غټې وي،
د DNA په پرتله RNA نسبت ډېر وي، دې حالت ته Megaloblastic Anemia وايي.

B₁₂ Difficiency

B₁₂ ویتامین له حیواني خوړو څخه ډېر لاسته راځي، کمښت یې ځکه ورو په بدن کې منځته راځي، چې د درې کلونو پورې بدن کې زېرمه کېدای شي.
د پېښیدو پرمهال کمخوني شديده وي، د خوړو له کبله یوازې هغه وخت B₁₂ ویتامین کمښت منځته راځي، چې تازه میوې او سبزیجات په رښتیني او پرله پسې ډول ونه خوړل شي، نور اصلي د کمښت یې Malabsorption بېل شوي.
لاملونه:

1. Nutritional Dificiency.
2. Pernicious Anemia.

3. Total Gastrectomy.
4. Bacterial Overgrowth.

اعراض:

1. د وينه لږې عام اعراض.
2. په لينگو کې parasthesia منځته راتلل.
3. ناروغ به پښو او لينگو کې کمزوي احساسوي.

پلټنې:

1. MCV به ډېره شوې وي.
2. نيوتروفيل به Hypersegmented هستې ولري.
3. سيروم B₁₂ کمښت.
4. د Schilling آزموينې په د B₁₂ ویتامين کمښت لامل مالومول.

Folic Acid Deficiency

د سبزيجاتو او حيواني سرچينې يې دواړه د يادولو وړ دي، فولیک اسيد په کمه کچه بدن کې زېرمه کېږي.

لاملونه:

1. Nutritional Deficiency.
2. Malabsorption.
3. Increased Requirement (Pregnancy, Hemolytic Anemia)
4. Drugs (Pyrimethamine, Methotrexate).

اعراض او نښې يې د کمخونۍ عامې نښې او اعراض جوړوي، خو په ځېنو وگړو کې د ژبې التهاب (Glossitis) لږې پېښې او Neurological يو څه پېښې ليدل شوي.

پلټنې:

1. وينه لږې به macrocytic وي.

2. سيروم RBC او فولیک اسيد کچه به ټيټه وي.
3. Megaloblasts په هډوکو مغز کتنه کې ليدلی شو.

Macrocytic Anaemias

A. Megaloblastic Macrocytic – B12 and Folate ↓

B. Non Megaloblastic Macrocytic Anaemias

1. Liver disease/alcohol
2. Hemoglobinopathies
3. Metabolic disorders, Hypothyroidism
4. Myelodystrophy, BM infiltration
5. Accelerated Erythropoiesis - ↑ destruction
6. Drugs (cytotoxics, immunosuppressants, AZT, anticonvulsants)

www.dr.sarma.in

Hemolytic Anemia

د وينې سرو حجراتو ډېر تخريب شته وي، بنسايي چې Intravascular (هيموگلوبين وينې ته ازاديږي) وي، يا هم Extravascular (سرې حجري د ماکروفاژونو په وسيله اخيستل کېږي، په تېره ځېگر او توري کې).

د Extravascular Hemolysis لاملونه:

1. Spherocytosis.
2. Hemoglobinopathies.
3. Hypersplenism.
4. Trauma.

د Requirement د شمېر لوړوالي لاملونه:

1. Hemolysis.
2. Hemorrhage.

:Autoimmune Hemolytic Anemias

په دې وینه لږې د RBC په وړاندې په خپله انتي باډي جوړوي.

:Coomb's Test

د IgG یا C₃ (Complement) شتون د RBCs په سطحه مالوموي.

:Worm Antibody Autoimmune Hemolytic Anemias

بدن د تودوخې درجه کابو 37°C ټاکل شوي، ځېنې وختونه انتي باډي گانې د بدن په یاده تودوخه کې په خپله غیر فعالې کېږي، پېښې یې په ځوانانو او ښځو کې ډېرې تر سترگو شوي.

لاملونه:

1. Idiopathic.
2. Chronic Lymphocytic Leukemia.
3. Lymphoma.
4. Systemic Lupus Erythematosus.
5. Methyldopa.

اعراض:

۱. د وینې لږې ټول اعراض به شته وي.

نښې:

1. ناروغ به خائف وي.
2. ښايي زېړی هم شته وي.
3. تورۍ د جس وړوي.

پلټنې:

1. وینې لږې به Macrocytic وي.
2. د Hemolysis Test به مثبت وي.
3. Coomb's Test به مثبت وي.

Hemolytic Diseases of the Newborn (Rhesus Incompatibility)

که مور (-Rh) وي او پلار (+Rh) وي، کابو ۵۰ سلنه ماشومانو (+Rh) پيدا کېږي. د مور په لومړني زېږون کې د جنين سرې حجرې د مور وينې جريان ته وردننه کېږي او مور ورسره حساسيت ټيپي.

د مور وينه يې په وړاندې Rh(D) انتې باډي جوړوي، کله چې مور د دوهم ځل لپاره حمل اخلي، د مور دې Rh(D) جوړ کړل شوې، انتې باډي د جنين وينې ته لېږدول کېږي، نو په جنين کې Hemolysis منځته راځي.

اعراض:

1. ماشومان به خائف او زېړی لري، (په ماشومانو کې Kericterus هم شونې ده).
2. پړسوب Edema هم شونې ده
3. Hepatosplenomegaly به هم شونې وي.

نښې:

1. Hemoglobin به ټيټ وي.
2. د سرو حجرو غټې حجرې به مايکروسکوپ کې تر سترگو شي.
3. Unconjugated Hyperbilirubinemia به وي.
4. Direct comb,s Test به مثبت وي.

Hemoglobinopatheis

د گلوبين د زنځير جوړيدو پر وړاندې خنډ ته وايي، دوه گروهه لري:

1. د امينو اسيد جوړيدل په ټولي پيپتايد زنځير کې د گلوبين غير نورمال والی (Sickle Cell Anemia)
2. د ټولي پيپتايد گلوبين زنځير زيانميدل (Thalassemias)

Sickle Cell Anemia

په گلوبین زنځیر کې د امینو اسیدو غیر نورمال سلسله چې Hemoglobinopatheis سره یو ځای وي، Sickle Cell Anemia منځته راوړي، په Sickle Cell Anemia کې (S) هیموگلوبین شته وي، خو یوازې یو امینو اسید په β زنځیر کې غیر نورمال وي.

اعراض:

1. د حادو دردونو، حساسیت، تبې، Tachycardia او وېرې پرله پسې حملې.
2. د کمخونۍ اعراض.
3. د ودې وروسته پاتې کېدل.
4. دردناک Hematuria
5. د لینگو ځنډني تپونه.

نښې:

1. د لینگو ځنډ یو تپونو شتون نښې.
2. گوتې او د پښو غټه گوته به پرسیدلې او حساسه وي.
3. راوتلي غاښونه.
4. توری او ځیگر به غټ شوی او حساس وي.

پلټنې:

Peripheral Film به په څرگند ډول Sickle Cell وښيي.

Thalassemias

په هیموگلوبین کې څلور ډوله زنځیرونه پراته وي.

Alpha (a)

Beta (b)

Gamma (c)

Delta (d)

Thalassmias ناروغي يو Inheritid گډوډ ده، چې Alpha زنځير نيمايي يا بشپړ جوړيدنه پکې نه وي (که الفا زنځير نه وي α – Thalassmias او که β- Thalassmias ورته وايي).

د هيموگلوبين ډولونه:

α – Thalassmias

د زنځير په جوړيدنه کې افت وي.

β- Thalassmias

β زنځير په جوړيدنه کې به افت منځته راغلی وي.

Glucose-6-Phosphate Dehydrogenas Dificiency

دا انزايم د وينې په سرو حجرو RBCs کې شتون لري، د داخل الحجروي گلوکوز په ميتابوليزم کې برخه اخلي، کوم چې د RBCs لپاره د انرژۍ سرچينه جوړوي. کمښت يې X – Linked Recessive گډوډ ده، چې ځېنې اتانات او درملونه د افت په وړاندې بيولو کې لوی لاس لري.

- 1.(Pyrimethamin Chloroquin,Quinine,Premaquin)Antimalarials
- 2.(Phenacein,Aspirin)Analgesies
- 3.(Ciprfloxacin,Nitrofluration,Chloramphenicol,Sulfonamides)Antibiotie
s
- 4.(Depsona,Vitamin K,Quinidin)Miscellaneos

اعراض:

- 1) ناروغ به کمخونی وي.
- 2) ناروغ به خفيف زېړی وي.

پلټنې:

1. د Hemolysis پېښې به تر سترگو کېږي.
2. په RBCs کې به د انزايم فعاليت څرگندول ښه تشخيص را په گوته کړي.

: *Congenital Spherocytosis*

يو Autosomal Dominant حالت دی، و ويني سرې حجرې گردوال (Spherical) منحنی ډوله بڼه غوره کړي.

اعراض:

1. ناروغ به د زېرون پر مهال يو څه وروسته په زېري اخته شي.
2. د کمخونۍ اعراض به څرگندوي.
3. د زېري، کمخونۍ او صفرا تيږو کورنۍ تاريخچه به شته وي.

نښې:

1. ناروغ به خائف وي.
2. زېري هم خپلې نښې نښي.
3. د توري غټوالی.

پلټنې:

1. د Hemolysis پېښې.
2. Gallstones به په USG کې را ښکاره شي.
3. په Peripheral Film کې به SPehrocytes را ښکاره شي.

: *Malaria*

کله چې د ملاريا پرازيت د ژوند دوره په RBCs کې بشپړ شوه، نو هغوی ماتېږي او د Hemolysis سبب گرځي.

د Falciparum ملاريا پر مهال Hemolysis ډېر شديد وي، ارار تياره بڼه د Hemoglobinuria له کبله اختياړوي، چې دې حالت Block Water Fever هم وايي، په ناروغانو کې يې Acute Tubuler Necrsis هم پرمختگ کوي.

: *Hypersplensim*

د Hypersplensim درې کلينيکي بڼې شته:

1. Splenomegaly.
2. Anemia or Pancytopenia.
3. Hypercellular.

Schilling Test

هغه آزمويڼې ته وايي، چې د B12 ویتامین د کمښت لامل مالوموي، B12 د
Intrinsic فکتور باندې جوړوي او د معدې د Partial Cell د مخاط په وسیله افرازیږي،
چې وروسته بیا د Terminal Ileum له لارې بدن ته جذبیږي.
د ویتامین B12 د کښت حالتونه:

1. Nutritional Deficiency
2. Pernicious Anemia
3. Total Gastrectomy
4. Bacterial Overgrowth

دوه ويشتم خپرکی

د وينې گډوډي

Bleeding Disorders

په نورمال حالت کې وينه په لاندې ډول کابو کېږي.
۱. د رگونو راټولېدل يا Spasm کول.

لاملونه:

A. Defects of Blood Vessels:

1. (Scurvy, Henocochonlein Purpura, Stpticemio, Mening Coccal Infection) Vasclar Purpura
2. Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia

B. Platelets Disorders

1. Thromocytpenia.
2. Idiopathic (Immune).
3. Secndry.
4. Thrombocythenia.
5. Thromboasthenia.

C. Clotting Disorders

- 1) Hereditary.
 - i) Hemophilia.
 - ii) Christmas disease.
 - iii) Von Willebrand Disease.
- 2) Acquired
 - (1) Vetamin K Deficeincy.
 - (2) Oral Anti Coagulant Therapy.
 - (3) Advanced Liver Disease.

.Consumption Coagulopathy.D

Disseminated Intravascular Coagulation. (1

Platelets Plugs. (2

Coagulation & Fibrin Formation. (3

لومړي دوه گامونه کولای شي، چې د شعريه عروقو څخه وينه بهېدنه په بشپړ ډول سره وړودوي، درېيم گام بيا له دوهم گام څخه يو څه اغېزمن هغه په دې ډول چې درېيم گام د شعريه عروقو څخه د لويو رگونو د وينې دودولو ځواک لري. Platelets او Capillary Dysfunction له کبله به د پوستکي او مخاطي غشا او لوي، جراحي عملياتو پر مهال د وينې بهېدنې کچه ډېره وي. که د وينې د علقه کېدو ستونزې وليدای شي، کله هم ناروغ ته د لارو چارو سنجولو پرته جراحي عمليات نه شي ترسره کېږي.

.Bleeding Time

د شعريه عروقو (Capillary) او Platelets د گډو ډيو شتون پر مهال Bleeding Time اوږدېږي، خو د علقه کېدو Clotting Time د وينې د برن کېدو ستونزو پر مهال اوږدېږي.

هغه ناروغان چې دوينې گډو ډي لري، لاندې ستونزو سره به لاس او گرېوان وي.

Petechia (1

Purpura (2

Echymosis (3

همدارنگه د ډېرې کمې ضربې وروسته بيايي، ناروغ د وينې بهېدنې له اوريو وينه بهېدنه له پوزې وينه بهېدنې Epistaxis کانگو کې وينه Hematuria, Hemoptysis, (Hematemesis) (ادراکي وينه) او Menorrhagia د

دوه خصيو و ترمنځ وين بهېدنه.

تعريفونه:

Petechia.1

داغ ته ورته جوړښت دی، چې کچه يې له $1m <$ څخه لږه وي د وينې کوچنۍ.

Purpura.2

د یو غټ داغ لرونکي جوړښت په څېر ښکاري، چې له 1mm یا له دې څخه یو څه ډېر پراخوالی لري.

Echymosis.3

په غټه کچه وینه بهېدنه چې د پوستکي لاندې په روښانه ډول ښکاري. د وینې د رگونو د دیوالونو د کمزورتیا له کبله د وینې رگونه په ټولیزه توګه زیانمنیږي.

:Vascular Purpura

د Purpura پېښې ډېرې د پښتورگو په عدم کفایه Meningococcal سحایا التهاب او Septicmia پر مهال منځته راځي.

:Henoch – Schonlein Purpura

معافیتي ستونزه ده، چې د تنفسي لارو په پورتنیو برخو کې منځته راځي، ښايي چې Vasculitis هم موجود وي.

کلینیکي نښې یې Arthritis, Skic Rash , Purpura, Glumerolonephritis او د ګېډې د رگونو د اخته کېدو له کبله به نارغ د ګېډې دردونه هم ولري.

: Scurvy

دا ناروغي د Vit – C د کمښت له کبله منځته راځي، چې له کبله یې وری (Gums) پړسیدلې، Spongy او په اسانۍ سره وینې کېږي.

همداراز ښايي، چې د وینښتانو د فولیکلو شاوخوا هم د وینې بهېدنې نښې ولیدای شي، چې ډېری مهال د پښو، لینگیو (Ligs) برخه کې د Echymous نښې هم رامنځته شي.

په ناروغانو کې د پلازما Ascorbate کچه ښکته وي.

:Hereditary Hemorrhagic Talangiectasia

دا ناروغي د Autosomal Dominant په څېر لېږدېږي، وینه د هغه شعریه عروقو

څخه بهېږي، چې تقبض په کې منځته نه وي راغلی. ناروغان په پرله پسې ډول سره Hemoptysis, Epistaxis لري. شونې ده، چې Talangiectasia په مخ، لاس، د خولې مخاطي غشا، پوزه، د خولې تشه او د کولمو برخه کې ولیدای شي.

:Platelets Disorders

Platelets کېدای شي، چې د کچې له مخې یا د ځواک له مخې کمزوری وي.

:Thrombocythenia

د Platelets د تولید د کمښت له کبله منځته راځي، چې Megacaryocyte به د هډوکو د مغز په وسیله لږ یا بالکل تولید نه شي. همدارنگه د Platelets د تخریب له کبله هم یاده ستونزه منځته راځي، Megacaryocyte به د هډوکو په مغز کې نورمال یا هم ډېر شوی وي. خپلسري وینه بهېدنه تر هغه منځته نه راځي، چې د Platelets کچه تر $30.000/mm^3$ څخه ښکته شوې نه وي.

:Immune Thrombocythenia Purpura

دا مهال په دوراني Platelets کې شدید کمښت شتون لري، داسې انگېرل کېږي، چې د Platelets له انتې باډي گانو سره د تماس د کمښت له کبله د مکرو فاژونو په وسیله خاصې حجرې د Platelets له منځه وړل کېږي، په تیرو وختونو کې ورته Idiopathic Thrombocythenic Purpura ویل کېدل.

:اعراض:

۱. ناروغ به له Platelets سره یو ځای له پوزې، خولې، هضمي او بولي سیستم څخه وینه بهېدنه لري.

نښې:

1. Purpura او د بدن له بېلا بېلو برخو وینه بهېدنه.

2. تورې (Spleen) نه جس کېږي.

پلټنې:

1. Bleeding Time به اوږد شوی وي.
2. Clotting Time به نورمال وي.
3. Platelet Count به ټيټه وي.
4. Megakaryocytes به نورمال يا ډېر شوی وي.
5. Secondary Thrombocythenic Purpura

لاملون:

1. Marrow Hypoplasia.
2. Marrow Infiltration.
3. Hypersplenism.
4. Megaloblastic Anemia.
5. Systemic Lupus Erythematosus.
6. Disseminated Intravascular Coagulation.
7. Drugs (Cytotoxic, Heparins, Sulfonamides)

کلینیکي بڼه یې له Idiopathic Thrombocythenic Purpura سره یو شان ده، خو بشپړ تشخیص یې د هډوکو د مغز د کتنې او نور معایناتو په واسطه کوو.

:Thrombocytopenia

د Platelet کچه ډېره شوې وي، یانې تر $10.000/mm^3$ پورې رسېدلی شي.

دواړه یانې Hemorrhagic او Thrombotic حملې شونې دي.

وینه بهېدنه دې ته لار جوړوي، چې د اوږدو په دننه کې کوچني Thrombotic علقې جوړې شي، چې له کبله یې ښايي، ناروغ د (Transient Ischemic Attack) TIA, Migrain او نورې ستونزې رامنځته شي، خو د یادولو وړ ده، چې ناروغ به Splenomegaly هم لري.

:Thrombocytopenia

Platelet د تعداد له مخې نورمال وي، خو ستونزه د هغې په دننه کې منځته راغلې وي، چې Glanzmann, s ناروغۍ یې د یادولو وړ ده، ځنډنۍ Myeloid

Leukemios هم د دندې له مخې زیانمنه شوې وي.

Clotting Disorders:

یو یا څو علقه کوونکي فکتورونه به زیانمن شوي وي.

Hemophilia:

دا یوه X – Linked Recessive ناروغي ده، دا مهال په ناروغانو کې VIII یا اتم فکتور کمښت موجود وي، ناروغي یوازې په نارانو کې منځته راځي او ښځینه کې یوازې د لېږدونکي (Carrier) دنده لري. په بندونو او نرمو انساجو ته د وینې میلان ډېرښت مومي.

اعراض:

ناروغان به د بندونو شدید درد سره یو ځای د زنگون (Joint knee) له درد څخه ډېر سرتېکوي. (له کمې ضربې سره ډېره وینه بهېدنه منځته نه راځي). نور اعراض یې له لږې ضربې وروسته وینه بهېدنه، د نرمو انساجو دردناک پړسوب، د عضلاتو Hematoma او د کولمو وینه بهېدنه بللې شو.

نښې:

په افت ککړ شوی بند به پړسېدلی او حساس وي. پړسوب او حساسیت به په نورو برخو کې هم موجود وي. په عضلاتو کې به د Hematoma او عصب تخریبات د لیدو وړ وي.

پلټنې:

Bleeding Time به نورمال وي.
Clotting Time به اوږد شوی وي.
Platsetlet شمېر به نورمال وي.
د اتم فکتور د (Factor VIII) ټاکل د تشخیص وروستی برید ټاکي.

: Christmas Diseases

د (XI) نهم فکتور کمښت ته وايي، چې Hemophilia ته ورته ناروغي ده. دې ناروغي ته Hemophilia A يا Hemophilia B هم وايي.

: Von Willebrand's Disease

يوه Autosomal Dominant ناروغي ده، چې دواړه نارینه او ښځينه اخته کولای شي، د Platslet عدم کفايي او علقه کېدنې افتونو سره يوځای ناروغان د VIII فکتور د کمښت سره مخ وي.

اعراض:

ښايي، برسېرن او ژور وینه بهېدنه شتون لري.
پلټنې:

1. د وینې بهېدنې وخت (Bleeding Time) ډېرښت مومي.
2. د وینې د علقې کېدو وخت (Clotting Time) ډېرښت مومي.
3. د Platslet کچه به نورمال وي.
4. د Platslet دندې لکه Adherence او Aggregation به غیر نورمال وي.
5. VIII فکتور به کمزوری وي.

: Vitmin K Deficiency

ویتامین په ځیگر کې د II, VII, IX او X فکتور لپاره ډېر اړین دی، د Vit K کمښت هم مهال منځته راځي، چې په بدن کې د شحمو جذب زیانمن شوی وي، ناروغ به د ۲۴ ساعتونو په اوږدو کې له ډېرې وینې بهېدنې Prothrombin وخت ډېرېدنې څخه هدف هغه مهال رمت شي، چې د غوښې له لارې یې ډوز Vit K واخلي.

: Anticoagulant Therapy

د Heparin يا هم د خولې له لارې د Anticoagulant د ډوز د ډېرښت له کبله په ناروغ کې ډېره وینه بهېدنه منځته راځي، چې ښه تشخیص یې د ناروغ د تاریخچې په مټ کېږي.

:Advanced Liver Disease

د وینې د علقه کېدو د ډېر فکتیورونه د ځیگر په وسیله جوړېږي، نو د ځیگر په پرمختللو نارغیو کې د وینې بهېدنې پېښې هم د ډرېنت مومي.

Disseminated Intravascular Coagulation(DIC)

هغه حالت ته وايي، چې د وینې د علقه کېدو او د Fibrin د Lysis پروسه په وینه کې یو شان پرمختګ کوي.
لاملونه:

1. (Dead Fetus in Utero,Eclampsia,Abruptio Placenta ,Amniotic Fluid Embolism) Obstrical Conditions.
2. Malignancy.
3. Sever Truma.
4. Septicemia.

اعراض:

په ټولیزه توګه وینه بهېدنه ډېره وي.

نښې:

1. په مخاطي غشا کې به وینه بهېدنه، Purpura، Echymoses شتون لري.
2. ناروغ به په څرګند ډول ناروغ ښکاري (مړي ته ورته څېره).

پلټنې:

Prothrombin Time، Clotting Time، Bleeding Time به اوږد وي

Table – 12 Diffrential Diagnosis of Platelet Disorder & Clotting Disorder

feature	Platelet disorders	Clotting
Bleeding site	Supperfacial (skin,mucose membrane,)	Deep(subcutaneous tissue ,muscle,joints,body cavities
Relation with injury	Immediated after injury	Hour to days after injury
Effect of local therapy	Bleeding usually stops	No effect
Bleeding time	Prlongged	Normal
Clotting time and other test of clotting	Normal	Prolong

Thrombotic Thrombocytopenia Purpura (TTP)

په نوي بالغو شويو جينکو کې ډېره عامه ناروغي ده، چې د بېلا بېلو غړيو په رگونو کې Platelet Thrombi منځته راځي.

1. ناروغان به Hemolytic Anemia، د سپينو کړيو اتو Thrombocytopenia، Fragmentation ځايي هم خپاره عصبي زيانونه، د پښتورگو اخته کېدنه او تبه لري.
2. د علقه کېدو اړوند ازموينې به نورمال وي.

Hemolytic Uremic Syndrome

1. دا سندروم TTP ته ورته ده، خو دلته په پښتورگو پورې اړونده ستونزې منځته راوړي، پېښې يې په ماشومانو کې ډېرې موندل کېږي.
2. ناروغان به Hemolytic کمخوني Thrombocytopenia او Oliguric Acute Rental Failure لري.
3. لابراتواري موندنې يې TTP ته ورته وي.
4. Platelet شمېر به ټيټ وي.
5. Fibrinogen کچه به ښکته وي.

Proxysmal Nocturnal Hemoglobinuria

1. ناروغان به Hemolytic Anemia، Venous Thrombosis او د Hematopoiesis (Thrombocytopenia او Granulocytopenia) لري.
2. Ham's Test او Sucrose ازموينې ښه تشخيص غوره کوي.
3. Hemoglobinuria به په Intermittent ډول وي، خو Hemosider Inuria به شته وي.

References

1. Essential of differential diagnosis .muhammad inaythullah shaber ahmad naser . paramount Books(pvt) Ltd
2. Respiratory system diseases and cardiac rheumatismal disease . pro.Dr Saifullah Hadi.
3. Digestive system and renal diseases . pro.Dr Saifullah Hadi.
4. Cardiovascular diseases .prof.Dr del aqa del.



دپوهاند دوکتور سيف الله هادي لنډه پيژندنه:

محترم پوهاند دوکتور سيف الله هادي دمرحوم هدايت الله ځوي

او دمرحوم حبيب الله لمسي د لغمان ولايت د گمين په کلي کي په ۱۳۴۲ لمريز کال کي زيږدلي دي خپل لومړني زده کړي يي د مهترلام بابا بنار سراجة العمارت په لومړني ښونځي کي تر سره کړي دي او په ۱۳۶۰ لمريز کال کي د مهترلام بابا د ښار د روښان د ليسې څخه فارغ شوي دي. په ۱۳۶۴ لمريز کال کي دننگرهار پوهنتون د طب پوهنځي د داخلي په د پيارتمنت کي دازمويني دلاري د علمي کد ر غړي په توگه ومنل شو چي تر اوسه پوري په همدې د پيارتمنت کي داستادي مقدسه دنده پر مخ بيايي. ۱۸ علمي اثار لري چي دننگرهار پوهنتون د پوهي په مجله کي طبع او نشر شوي، په ۱۳۸۹ لمريز کال کي د پوهنوالي علمي رتبي ته دلور تيا لپاره دهضمي سيستم ناروغيو او د پښتورگو ناروغيو تر سرليک لاندي کتاب د طب مينه والو ته تاليف کړ چي تر اوسه پوري دهيواد په دولتي او خصوصي پوهنتونونو کي تدريس کيږي. په ۱۳۹۳ لمريز کال کي دپوهاند علمي رتبي ته دلور تيا لپاره يو علمي تحقيقي څيړنه (دشکري په مشکو کو ناروغانو کي د A1C د Hb ارزښت) تر سرليک لاندي په دي ترتيب چي د لوږي شکري شکمنو ناروغانو کي د سيروم گلايکيټيد هيموگلوبين اندازي له مخي دشکري ناروغي تائيد يا رديد کړي او بيا په دي دواړو گروپونو کي دشکري ناروغي د خطري فکتورونو مطالعه او مقايسه کړي) تر سره کړي چي د عالي تحصيلاتو دانسجام کميټي او وزير له خوا او دافغانستان داسلامي دولت ولس مشر له خوا منظور شوی. په ۱۳۹۵ کال کي د تنفسی سيستم او دزړه روماتيزمل ناروغي تاليف کړ، په ۱۳۹۵ کال کي دهضمی سيستم او دپښتورگی ناروغي ريواييز کړ او ۱۳۹۶ کي دداخله ناروغيو تفريفي توضيخ تاليف کړ.

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 278 different textbooks of Medicine, Engineering, Science, Economics, Journalism and Agriculture (96 medical textbooks funded by German Academic Exchange Service, 160 medical and non-medical textbooks funded by German Aid for Afghan Children, 7 textbooks funded by German-Afghan University Society, 2 textbooks funded by Consulate General of the Federal Republic of Germany, Mazar-e Sharif, 2 textbooks funded by Afghanistan-Schulen, 1 textbook funded by SlovakAid, 1 textbook funded by SAFI Foundation and 8 textbooks funded by Konrad Adenauer Stiftung) from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh, Al-Beroni, Kabul, Kabul Polytechnic and Kabul Medical universities. The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. It should be mentioned that all these books have been distributed among all Afghan universities and many other institutions and organizations 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 ".

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 160 medical and non-medical textbooks so far.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me from 2010 to 2016 in Afghanistan.

In our ministry, I would like to cordially thank Minister of Higher Education Dr. Najibullah K. Omary (PhD), Academic Deputy Minister Prof Abdul Tawab Balakarzai, Administrative & Financial Deputy Minister Prof Dr. Ahmad Seyer Mahjoor (PhD), Administrative & Financial Director Ahmad Tariq Sediqi, Advisor at Ministry of Higher Education Dr. Gul Rahim Safi, Chancellor of Universities, Deans of faculties, 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 and Fahim Habibi in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
Advisor at the Ministry of Higher Education
Kabul, Afghanistan, March, 2018
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.de

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 this book.

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,
Dr. Najibullah K. Omary (PhD)
Minister of Higher Education
Kabul, 2018

Book Name	Differential Diagnosis of Internal Diseases I
Author	Prof Dr Saifullah Hadi
Publisher	Nangarhar University, Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
Published	2018, First Edition
Copies	1000
Serial No	265
Download	www.ecampus-afghanistan.org
Printed at	Afghanistan Times Printing Press, Kabul



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.de

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2018

ISBN 978-9936-633-14-8