

اورتوپیدی

بوهندوی داکټر سید شال سیدی

AFGHANIC



Pashto PDF
2013



Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Orthopaedics

Dr. Said Shal Sayedy

Download: www.ecampus-afghanistan.org



ننگرهار طب پوهنځی

اورتوپیدي



بوهندوی داکټر سید شال سیدي

۱۳۹۲



اورتوپیدي Orthopaedics

بوهندوی داکټر سید شال سیدي



Nangarhar Medical Faculty

Dr. Said Shal Sayedy

Orthopaedics

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan



ISBN 978-9936-200-24-1



2013

بسم الله الرحمن الرحيم



ننگهار طب پوهنځی

اور توبیدی

پوهندوی داکتر سید شال سیدی

۱۳۹۲

د کتاب نوم	اور تو پیدی
لیکوال	پوهنده داکتر سید شال سیدی
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
رویب پانه	www.nu.edu.af
چاپ خای	سهر مطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۲ لومړی چاپ
د کتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمبې (په جرمني کى د Eroes کورنی یوی خیریه تولني) لخوا تمویل شوي دي.

اداري او تخنيکي چاري بي د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوي دي.

د کتاب د محتوا او لیکنی مسؤولیت د کتاب په لیکوال او اړوندې پوهنځی پوري اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي تولني په دي اړه مسؤولیت نه لري.

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

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زدکپو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بې ان: ISBN:978 993 6200 241



د لوروزده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راولو کې ډیر مهم رول لو بولی دی او د درسي نصاب اساسی برخه جوروی چې د زده کړې د کیفیت په لورولو کې مهم ارزښت لري. له همدي امله د نړیوالو پیژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوروزده کړو د مؤسسو د بناغلو استادانو خخه د زړه له کومي منه کوم چې ډېر زيارې ایستلى او د کلونو په اوږدو کې ېې په خپلواړوندو څانګو کې درسي کتابونه تأليف او ژبارلي دي. له نورو بناغلو استادانو او پوهانو خخه هم په درنښت غوبښته کوم ترڅو په خپلواړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړي خو تر چاپ وروسته د ګرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوروزده کړو وزارت دا خپله دنده بولی چې د ګرانو محصلینو د علمي سطحې د لورولو لپاره معیاري او نوي درسي مواد برابر کړي.

په پای کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمنی کميتي او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو خخه منه کوم چې د طبی کتابونو د چاپ په برخه کې ېې هر اړخیزه همکاري کړې ده.

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

په درنښت
پوهاند داکتر عبید الله عبید
دلوروزده کړو وزیر
کابل، ۱۳۹۲

د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو !

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لويو ستونزو خخه ګنيل کېږي. یوزيات شمير استادان او محصلين نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري ، په زاره میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو خخه ګته اخلى چې زاره دي او په بازار کې په تیټه کیفیت فوتو کاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تپرو دوو کلونو کې مونبد طب پوهنځيو د درسي کتابونو د چاپ لړي پیل او تراوسه مو ۱۲ عنوانه طبی درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته استولي دي.

دا کړنې په داسي حال کې ترسره کېږي چې د افغانستان د لورو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتېژیک پلان کې راغلي دي چې:

«د لورو زده کړو او د نبوونې د نښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبود درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابرشي د تعليمي نصاب د ريفورم لپاره له انګريزى ژبې خخه دري او پښتو ژبوده د کتابونو او درسي موادو ژبارل اړين دي، له دې امکاناتو خخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استادان نشي کولاي عصری، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي».

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامندي. نویو درسي مواد او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترونو خخه کار اخيستل چې په بازار کې په ډېر تیټه کیفیت پیدا کېږي د دې برخې له ځانګړو ستونزو خخه ګنيل کېږي. له همدي کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا یکل شوي دي باید راټول او چاپ کړل شي. د هیواد د اوسني حالت په نظر کې نیولو سره مونږلا یقو ډاکترانو ته اړتیا لرو ترڅو و کولاي شي په هیواد کې د طبی زده کړو په نښه والي او پرمختګ کې فعاله ونده واخلي. له همدي کبله باید طب پوهنځيو ته زیاته پاملننه وشي.

تراو سه پوري مونبر د ننگرهار، خوست، کندھار، هرات، بلخ او کاپيسا د طب پوهنخيو او کابل طبی پوهنتون لپاره ۱۱۶ عنوانه مختلف طبی تدریسي کتابونه چاپ کري دي. د ننگرهار طب پوهنخی لپاره د ۲۰۰ نورو طبی کتابونو د چاپ چاري روانې دي. د يادونې وړ ده چې نوموري چاپ شوي کتابونه د هيوا د ټولو طب پوهنخیو ته په وړيا توګه ويشل شوي دي.

ټول چاپ شوي طبی کتابونه کولای شى د
وېب پانۍ www.ecampus-afghanistan.org څخه ډاونلوډ کړي.

کوم کتاب چې ستاسي په لاس کې دی زمونبر د فعالیتونو یوه بېلګه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دواړ ورکړو ترڅو وکولای شود درسي کتابونو په برابرولو سره د هيوا د له پوهنتونونو سره مرسته وکړو او د چېټراو لکچر نوبت دوران ته د پای تکي کېږدو. د دې لپاره دا اړينه ده چې د لورو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه ناخه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

دلورو زده کرو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلينو د غونښتنې په اساس په راتلونکي کي غواړو چې دا پروګرام غیر طبی برخوته لکه ساينس، انجنيري، کرهني، اجتماعي علوم او نورو پوهنخیو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنخیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولکي، وزباري او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوقونه او چېټرونې ايدېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زمونږ په واک کې يې راکړي، چې په بشه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندي پوهنخی، استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنګه د يادو شويو تکو په اړوند خپل وړاندېزونه او نظریات زمونږ په پته له مونږ سره شريک کړي، ترڅو په ګډه پدې برخه کې اغیزمن ګامونه پورته کړو.

له ګرانو محصلينو څخه هم هيله کوو چې په يادو چارو کې له مونږ او بشاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د يادونې وړ ده چې د مولفینو او خپروونکو له خواپوره زيار ايستل شوي دې، ترڅو د کتابونو محتويات د نړيوالو علمي معیارونو په اساس برابر شی

خوبیا هم کیدای شی د کتاب په محتوی کی حینی تیروتنی او ستونزی وجود ولری، نوله دی امله له درنو لوستونکو خخه هیله مند یو تر خو خپل نظریات او نیوکی د مولف او یا زمونې په پته په لیکلی بنه را ولیزې، تر خو په راتلونکی چاپ کی اصلاح شی.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمنی کمیتی او ده ګنډی له مشرداکتر ایروس خخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لګښت بی ورکړی دی. دوی په تیرو کلونو کی د تنگه هار طب پوهنځی د ۲۰ عنوانه طبی کتابونو د چاپ لګښت پر غاره درلود.

په ئانګري تسوګه د جي آي زيت (GIZ) له دفتر او (Center for International Migration and Development) CIM یا د نړيوالی پناه غونښتنی او پرمختیا مرکز چې زما لپاره بې په تېرو دریو کلونو کې په افغانستان کې د کارامکانات برابر کړی دی هم مننه کوم.

د لوړو زده کړوله محترم وزیر بساغلي پوهاند ډاکتر عبید الله عبید، علمي معین بساغلي پوهنواں محمد عثمان بابری، مالي او ادری معین بساغلي پوهنواں ډاکتر ګل حسن ولیزې، د تنگه هار پوهنتون د ریس بساغلي ډاکتر محمد صابر، د پوهنتون او پوهنځيو له بساغلو ریسانو او استادانو خخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړی بې هڅولي او مرسته بې ورسه کړی ده.

همدارنګه د دفتر له بساغلو همکارانو خخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې بې نه ستړی کیدونکی هلى حلی کړی دي.

ډاکتر یحيی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت

کابل، مارچ ۲۰۱۳

د دفتر تيليفون: ۰۷۵۲۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

د تروماتيک او غير تروماتيک اور توپيدي مضمون د طب پوهنخي د پنهم تولگي د لومپي سمستر او دوهم سمستر د تدرسي کيوريکولوم برخه ده . سره لدی چې پخواهم تروماتيک او غير تروماتيک اور توپيدي د قدر ور استادان پدي برخه کي كتابونه ليکلی دي، خو پدي وروستيو دېرش ګلونو کي د د جراحې تروماتيک او غير تروماتيک اور توپيدي خانګې پدي اړوند کوم ئانګړي نوي درسي كتاب په واک کي نه درلود . د دغه تدرسي نيمګرتيا د پوره ګولو په موخه د جراحې تروماتيک او غير تروماتيک اور توپيدي خانګې لخوا دنده راکړل شوه ترڅو د منل شوي کيوريکولوم مطابق د ننګرهار پوهنتون د طب پوهنخي د پنهم تولگي محصلينو د پاره دغه درسي كتاب (تروماتيک او غير تروماتيک اور توپيدي) ولیکم . په كتاب کي هڅه شوي ترڅو هډوکو ناروغيو په اړوند چې ډير عموميت لري او زمونږ په هپواد کي د هډوکو ناروغي لویه برخه جوروی، زييات معلومات وړاندی شي. ترڅو محصلين او خوان ډاکټر ان د نومورو ناروغيو په هکله ډير معلومات تر لاسه کړي .

د كتاب منځانګه د منل شويو ، تازه روغتیائی سرچينو (ټکست بوکونه ، انټرنیټ ، ژورنالونه) خخه جوره او بدایه شويده. د موضوع عاتو د پوره روښانه ګولو او آسانه پوهاوي په موخه اړونده شکلونه ، په مناسبو خایونوکی خای پرخای شوي دي.

د كتاب د حجم د کمولو او د اصطلاحاتو د تکراری ليکلو د مخنيوی په موخه د كتاب په پاي کي د اصطلاحاتو اختصار ته خای ورکړل شويدي. د كتاب په متن کي ډيره هڅه شويده چې د پښتو ولسي او روانو کلمو او جملو خخه ګته واخيسټل شي ترڅو لوستونکو ته ئي لوستل او پوهيدل آسانه شي . خو د ناچاري له مخی خيني انګليسي او لاتيني اصطلاحات چې د هغوي لپاره مو سو چه پښتو ژباره نه ده موندلی هم په متن کي راغلي دي .

پدی خای کی اړین بولم چې د جراحې خانګۍ د شف پوهاند دوکتور عبدالروف (حسان) او د خانګۍ د نورو تجربه لرونکو استادانو خدمتونه ته چې هريو د جراحې با ارزښته علمي آثار او تدریسي کتابونه ليکلې د قدر په سترګه وګورم . او هم ددی اثر په بداینه کی د دوى مرستو او لارښونو خخه د منی ترڅنګ د لوی خدای (ج) خخه ورته د لوی اجرغونښته وکړم . په پای کی که درنو لوستونکو ته د کتاب د لوستلو په وخت کی د املا او انشاء ټوګه ناسمي تر سترګو شي ، هيله منديم چې راپه ګوته ئی کړي .

په درنبندت

پوهندوی دوکتور سید شال (سیدې)

1.....	اول فصل.....
1.....	دارتوبیدی اساسات.....
1.....	History.....
1.....	د تاریخچی نوري عمهه برخی په لاندی چول دي:.....
1.....	:Chief complaint (CC).....
1.....	:Present illness.....
1.....	:PastHistory.....
1.....	:FamilyHistory.....
2.....	فزيکي معاینه (Physical Examination).....
2.....	:General Appearance.....
2.....	:Local Examination.....
3.....	دوه چوله حرکت وجود لري:.....
3.....	:Symptoms.....
4.....	:سوء شکل deformity.....
4.....	د سوء شکل مختلف اشکال وجود لري لکه: د ملا د تيرسوء شکل.....
4.....	:په زنگانه کي سوء اشکال:.....
4.....	:د پیني يا foot د برخی سوء اشکال :.....
6.....	:Fracture.....
6.....	د کسر و نو انواع د ايتيلالوژي له نظره :.....
6.....	:تروماتيک:.....
6.....	:د فشاري يا fatigue په بنفسويه شکل پيداکيري:.....
6.....	:پتالوژيک کسر و نه:.....
6.....	کسر په دوه چوله تصادف کوي:.....

7	.....Gastolo Classification
7	دکسرونو انواع د خط کسری له مخی یادکسری پارچي د بیخایوالي له مخی:.....
8	B: د مکسوره پارچي د بیخایوالي له مخی:.....
9	دکسرونو :Healing
10	د Healing مراحل او یا Healing څنګه تر سره کېږي:.....
10	1: لمري مرحله د تشکيل دي: hematoma
10	2: د حجراتو د تکثر مرحله:.....
10	3: د Callus مرحله:.....
11	4: Consolidation یا د تحکيم مرحله:.....
14	الف: ..Hypertrophic non union
14	ب: ..Atrophic non union
14	4 - Remodeling stage یا د اصلاح مرحله : ..
15	د کسروند التیام موده:.....
16	د التیام معیارونه او ټیستونه:.....
16	د کسرونو کلینیکی تظاهرات:.....
16	Management of Fractures
16	1: يا ارجاع: Reducation
16	دارجاع اهداف دادي چې:.....
17	1: Bone traction
18	ب: Indirect bone traction
19	19: Skin traction
19	19: په لاندي دولونو دي: Skin traction
19	19: Immobilization يا تثبیت
20	20: تثبیته وسائل يا میتودونه : لاندي تثبیته میتودونه وجود لري.
20	1: پلستر: ..

- 20..... د پلسترد استعمال طریقه:
- 20..... د پلستراختلات:
- 21..... د پلستراختلات په دوه ډوله دي:
- 21.....:Secondary complication :B
- 22.....:Brace :2
- 22.....:Traction :3 - چي مخکي ولوستل شو دلته هم تري استفاده کيري.
- 22.....:Internal fixation :۴ - دا ډول دا لاندي اهدافو کي د هدوکو په ترسره کيري.
- 23..... د Internalfixtion لپاره لاندي شيان پکاري:
- 23..... د Internal fixation استطبابات:
- 24..... Advantage & disadvantage of internal fixation
- 24.....:Advantage :A
- 24.....:Disadvantage :B
- 24..... د استطبابات: Ext.fixation
- 25..... Management of open frctures
- 25.....:Secondary closure :B
- 26..... Preservation of function
- 26.....: Psychological بنه :
- 26.....: Joint active mobalization :B
- 26.....:Against resistant exercise :C
- 27..... دوهم فصل
- 27..... د اوږي د کمربند ماتيدني
- 27..... اوږه او منټ (Shoulder and Upper arm)
- 27..... د اوږي د بند او منټ د ماتيدنو په ډلو ويشه:

1: د اوږي د کمربند ماتېدني	27.....:(Fractures of the shoulder girdle)
الف: د هدوکي ماتېدنه.	27.....Scapula د هدوکي ماتېدنه. ب:
2: د اوږي د بند او اړوند بندونو ترضیضات:	28.....
الف: د Sterno-clavicular بند بي ځایه کیدنه.	28.....
ب: د Acromio-clavicular بند سستیدنه او بي ځایه کیدنه.	28.....
ج: د Sterno-clavicular بند کشیدل.	28.....
د: د Acromio-clavicular بند کشیدل.	28.....
ه: د اوږي د بند بي ځایه کیدنه.	28.....
و: د اوږي د د پلو (وترونو) شکيدل.	28.....Rotator cuff د پلو (وترونو) شکيدل.
3: د مت د هدوکو ماتېدنه	28.....:(Fracture of Humerus) په لاندي چول ډله بندی شوي دي
د اوږي د کمربند ماتېدني:	29.....
1: د کتف (Scapula) د هدوکي ماتېدنه:	29.....
د هدوکي ماتېدني:	32.....Clavicula
درامنځته کیو میخانیکت:	33.....
:Type-I (Non displaced) :	33.....
Type-II :	33.....:(Displaced)
Type-III :	33.....
یادونه! د کلاویکل هدوکي ماتېدني په ماشومانو کي:	34.....
کلینيکي بنه:	34.....
درملنه:	35.....
1: د کلاس ای یا د دريمې انسې برخې د ماتېدني درملنه:	35.....
2: کلاس بي یا د وحشي دريمې انسې برخې ماتېدني:	36.....
3: کلاس سی یا د انسې دريمې انسې برخې ماتېدنه:	36.....
په بدو اوښته (اختلالات)	36.....

36.....	وختي (په مقدم ډول) په بدو اوښتنې:.....
37.....	وروستني (په مؤخر ډول) په بدو اوښته:.....
37.....	د اوري د بند د اړوند بندونو ترضیضات.....
37.....	۱: د بند بي خایه کیدنه: sterno-clavicular
37.....	د بي خایه کيدو د رامنځته کيدو میخانیکیت:..
38.....	کلینیک:-.
39.....	تشخيص:.....
39.....	درملنه:.....
39.....	د شا خواته بي خایه کیدني درملنه:.....
40.....	د اوري بند یا Shoulder Joint
40.....	(Anatomy)
40.....	د اوري د بند مفصلی سطحي:.....
40.....	د بند ټینګونکي او ارتباتي وسیلی ..
42.....	تعصیب:.....
42.....	خربوب (اروا) :.....
42.....	خوحبستونه (حرکات) : ..
42.....	د لورې او مت د کسر وونو طبقه بندی:.....
42.....	:Fracture of the Scapula
43.....	په Scapula کي لاندي څلور ډوله کسر وونه منځته راخې : ..
44.....	تداوي یې په دې ډول کېږي چې:.....
44.....	اختطلاطات: ..
45.....	د رامنځته کبدو میخانیکیت : ..
46.....	: (Non displaced) Type I _ ۱
46.....	: (Displaced) Type II _ ۲
46.....	. Type III _ ۳

46.....	: د کسرونه په ماشومانو کي Clavicle	پادونه
46.....	: کلينيكي منظره	.....
47	: تداوى	.....
47	: Class A _ ۱	برخي کسرونه
48	: Class B _ ۲	Distal Third بري کسرونه
48	: Class C _ ۳	Proximal Third بري کسرونه
48	: اختلاطات	.....
48	: a مقدم اختلاطات	.....
49	: b مآخر اختلاطات	.....
49	: Post-traumaticarthritis _ ۴	.....
49	: د اوږدي د بند او اړوندې مفصلونو توضیحات	.....
50	: کلينيک	.....
50	: تشخيص	-
50	: تداوي	.....
50	: _ قدامي خلع	.....
51	: _ خلفي خلع	.....
51	: Recurrent Dislocation	.....
51	: تداوي	.....
52	: Strain	.....
52	: Acromioclavicular Joint Injuries _ ۲	.....
52	: Acromioclavicular Subluxation & dislocation	.....
53	: پتالوژي	.....
53	: تداوي	.....
53	: _ نيمگرۍ خلع	.....
53	: Complete Dislocation _ ۲	.....

.....55	دريم فصل
.....55	د اورې بند يا Shoulder Joint
.....55	اناتومي (Anatomy)
.....55	د اورې د بند مفصلی سطحي:
.....55	د بند ډول:
.....55	د بند تینګونکي او ارتباتي وسيلي:
.....55	۱: کپسول:
.....56	۲: پلي (Ligaments)
.....56	۳: Synovial Membrane
.....56	تعصیب:
.....56	خروب (اروا):
.....56	خوختنونه (حرکات) :
.....57	د اورې د بند بي ځایه کیدنه يا Shoulder Joint Dislocation
.....57	د نوموري بند بي ځایه کیدو ته لاره برابره ونكی ارونه (فکتورنه):
.....57	د رامنځته کيدو کړن دود (میخانیکیت):
.....58	کلینیک:
.....58	۱: د مخ خواته بي ځایه کیدنه:-
.....58	په فزیکي کتنه کي:
.....58	۲: دشا خواته بي ځایه کیدنه:
.....59	د شاتتى بي ځایه کیدني ایکسری:
.....59	د شاتنه بي ځایه کیدني ويشنې:
.....59	د شاخواته بي ځایه کیدني پتالوژي:
.....60	د بي ځایه کیدني درملنه:
.....60	۱: د مخ خواته بي ځایه کیدني درملنه:

60.....	:Modified Hippocratic Method :A
60.....	:Stimson`s Method :B
60.....	:Kocher`s Method :C
60.....	:Physiologic Method :D
60.....	۲: د شاخوته بی خایه کیدنی پرخای کونه:.
61.....	په بدو اوښتنه (اختلالات):
61.....	الف: مخ لورته د بی خایه کیدنی په بدو اوښتنه:
61.....	ب: دشا خواته بی خایه کیدنی په بدو اوښتنه:
62.....	:Hill-Sachs lesion
62.....	:Bankart Lesion
62.....	د وترونو خیری کيدل: Rotator Cuff
62.....	د مهم لاملونه عبارت دي له: Supraspinatus Syndrome
63.....	در ملنه:.....
63.....	د مت د هدوکي ماتيدنه:.....
64.....	۱: د پورتنى برخى ماتيدنى (Upper Part Fractures):.....
66.....	۶۶:Minimal Displaced ماتيدنى با One Part Fractures
66.....	۶۶: د Surgical Neck ماتيدنى:.....
66.....	۱: د Impacted ماتيدنى:.....
67.....	کلينيك:.....
67.....	پيرزندنه (تشخيص):.....
67.....	در ملنه:.....
68.....	۲: د Non Impacted ماتيدنى:.....
68.....	کلينيك:.....
68.....	پيرزندنه:.....
68.....	در ملنه:.....

69	په بدو اوښته (اختلالات):
69	:Greater Tuberity Fraction :C
69	پیژندنه:
69	در ملنه:
69	په بده اوښته (اختلالات):
70	:Lesser Tuberity Fraction :D
70	د متب د هدوکي د بدني (Shift) ماتيدنی:
70	په ډلو ويشهه (Classification)
71	کلينيك:
71	پیژندنه:
71	در ملنه:
72	: سانتدویه در ملنه:
72	الف: U-Slab Method
72	ب: Hanging Cost Method
72	: دننى تېنگونه او عملياتي پرخاى کيده:
73	په بدو اوښته (اختلالات):
73	: دراډيل عصب گوزنګ:
73	گيلي او نبني:
73	:Tendon Transfer
74	:Non-Union :۲
74	د متب د هدوکي د Condyles ماتيدنی:
75	د ژوبليني ډول (د ترضيض ميخانېکيت):
75	په ډلو ويشهه:
75	کلينيك:
75	در ملنه:

76	په بده اوښته (اختلالات):
76	د مت د هپوکی د Epicondyle ماتیدنی
76	د وحشی Epicondyle ماتیدنی:
76	دا چول ماتیدنی د دوو لامونو له کله ډیری مهمی دي:
76	الف: شاید وده کوونکی کرپندوکی (غضروف) اغیزمن شي:
76	کلینیک:
77	پېژندنه:
77	درملنہ:
77	الف: ساتندویہ درملنہ:
77	ب: ساتندویہ درملنہ:
77	په بدو اوښته (اختلالات):
77	د انسي Epicondyle ماتیدنی:
77	کلینیک:
78	پېژندنه:
78	درملنہ:
78	په بدو اوښته (اختلالات):
78	Fractures, Separation of the Entire Distal Epiphysis
78	۱: لومری چول (Type 1)
79	۲: دویم چول (Type 2)
79	۳: دریم چول (Type 3)
79	۴: خلورم چول (Type 4)
79	۵: پنځم چول (Type 5)
79	۶: شپږم چول (Type 6)
80	د څنګلی تپونه (Elbow Injuries)
81	۱: تر زور لاندی څنګله (Confused Elbow)

۸۱	: کش پا ټیله شوی څنګل (Pulled Elbow)
۸۱	: د څنګلې بې ځایه کینه (Dislocation of the Elbow)
۸۱	په ډلو ويشه:- په دوه ډوله ده
۸۲	نوی ډلو ويشه :New Classification
۸۲	:Radio-ulnar Translocation :B
۸۲	پېژندنه:
۸۲	توبیریزه پېژندنه (تفريقی تشخيص):
۸۳	درملنه:..
۸۳	: لاس په لاس کرنه (Hand to Hand Method)
۸۳	:Parvin Method :۲
۸۳	په بدومې اونسته (اختلالات):
۸۵	د مت د هدوکي د ليري برخې ماتيدنې (Fractures of the Distal Humerus)
۸۵	: چې دا ماتيدنې بیا په دوه ډوله ده .Supra-Condylar Fraction :۱
۸۵	الف: پرانیستی ډول (Extention Type)
۸۵	: د ماتيدنې Condyles
۸۵	د supracondylar برخې ماتيدنې:
۸۵	: پرانیستی ډول (Extention Type) :۲
۸۵	: راتقول ډول (Flextion Type) :۱
۸۶	: پرانیستی ډول (Extention Type) :۲
۸۷	کلينيك:
۸۷	پېژندنه:
۸۷	درملنه:..
۸۷	الف: پرته له عمليات نه درملنه:..
۸۹	ب: د عمليات په وسیله درملنه:..
۸۹	: ترلى عمليات:..

89.....	: پرانیستی پرخای کونه (Open Reduction) :
89.....	: د راچول (Flexion) دوں درملنه:
89.....	الف: له عملیات نه پرته کرنود:
89.....	ب: عملیاتی کرنود:
90.....	په بدو اوښته (اختلالات):
90.....	د مروند ماتیدنی (Fractures of the Forearm) :
90.....	الف: درادیوس د سر ماتیدنه:
90.....	په ډلو ويشه:
91.....	کلینیک:
91.....	پیژنده:
91.....	درملنه:
93.....	ب: درادیوس د غاری ماتیدنه:
93.....	کلینیک:
93.....	پیژنده:
94.....	درملنه:
94.....	ساتندویه درملنه:
94.....	د عملیات په وسیله درملنه:
94.....	ج: د Olecranon ماتیدنی:
94.....	په ډلو ويشه:
95.....	درملنه:
96.....	د: د Coronoid ماتیدنی:
96.....	ه: د Mantaggia ماتیدنی:
97.....	د رامنځته کیدو تګلاره:
98.....	په ډلو ويشه:
98.....	درملنه:

99.....	در ملنې:
99.....	ساتندويه در ملنې:
100.....	د Manteggia ماتيدينو په بدو اوښته (اختلاطات):
100.....	د Galeazi ماتيدينی او بي ځایه کينې:
100.....	در ملنې:
101.....	د مروند د بنکتنی برخی ماتيدينی (Lower fore arm Fractures)
101.....	۱: د كالوس (Colles) ماتيدينی:-
101.....	د رامنځته کيدو کړن دود:
101.....	کلينيك:
101.....	در ملنې:
101.....	۱: د هغه ماتيدينو در ملنې چې بي ځایه شوي نه وي:
101.....	۲: - الف: سترندرد کړن دود: Displaced
102.....	۵: بیا جورونه (Rehabilitation):
103.....	د كالوس د ماتيدينو په بدو اوښته
104.....	خلورم فصل
104.....	Smith fracture
104.....	داکسرونې دکسري خط له نظره په درې ډوله دي.
104.....	تداوی :
105.....	Injuries of the hand.
105.....	Classification
106.....	:Seaphoid fracture.
107.....	کلينك :
108.....	تداوی:
108.....	1- غير اختلاطي کسرونې:
108.....	د اختلاطي cases

109.....	:conservative -a
109.....	که operative: -b وروکی وی ویستل کیدی proximal segment
109.....	.Fracture of tubule
109.....	اختلاطات:
110.....	:Non-union -2
110.....	تداوی:
110.....	:Avascular necrosis -3
111.....	در منله:
112.....	پنخ فصل
112.....	Carpal Bone Dislocation
112.....	دا خلعي عبارت دي له: دا خلعي عبارت دي له:
113.....	تداوي :
113.....	:Complications
113.....	: Avascular Necrosis _ ۱
113.....	د له کبله Avascular Nearosis _ ۲ : Osteoarthritis _ ۳
113.....	د متضرر کبدنه Median Nerve _ ۳
113.....	د هموکو Peri lunate Carpal خلع:
114.....	:Metacaropohalangeal Injuries
114.....	:Metacarpal Bones : A
114.....	:کلینیک :
114.....	تداوي :
114.....	:کسرونه Undisplaced _ ۱
115.....	:کسرونه Displaced _ ۲
115.....	:Open Reduction & Internal Fix _ ۳
115.....	د لومري ميتاكارپ د قاعدي كسر:

115.....	پتالوژی:
115.....	_a دا کسرونه دوه مشخص چولونه لري:
116.....	کلینیک
116.....	:: continous skintraction -II
116.....	-III دريم ستير په precutancus دول:
116.....	:Open Reduction _b
116.....	:Compication
117.....	میکانیزم :
117.....	کلینیک :
117.....	تداوی :
117.....	:Button Hole Injury
118.....	:Boutoniers Deformity
118.....	:Swan Neck Deformity
118.....	:Mallet Finger
118.....	میکانیزم :
119.....	دري نوعي بي موجودي دي:
119.....	کلینیک:
119.....	تداوي:
119.....	د کسرونه Phalanx:
120.....	:Interphalangeal Joints Strain

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

135.....	تداوی:
135.....	:Post Dislocation
136.....	په قدامی خلую کي:
137.....	وروسته له ارجاع خخه تداوی:
137.....	Hip Joint Fractures
137.....	اناتومي:
138.....	پواسطه Intra medulary
139.....	:Ossification Points
140.....	:Treatment
141.....	:Communited and superior head fracture
141.....	:Fracture of the femoral neck
142.....	:Mechanism of injury
142.....	:Classification
142.....	:Stress Fracture
142.....	:Impected Fracturs
142.....	:Displaced Fracture
142.....	:Comminuted Fracture
143.....	فزيکي او رادپولوژيکي معاینات:
143.....	په فزيکي معاني سره:
143.....	تداوی:
143.....	:Displaced Fracture
144.....	:Complication
144.....	تداوی:
144.....	:Intertrochantric fracture
145.....	:Mechanism of Injury
145.....	:Clinical feature
146.....	:Treatment

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

156.....	:Femoral condyle fracture
156.....	کلینیکی لوحہ:
156.....	تداوی:
157.....	:Patella fracture
158.....	:Treatment
159.....	:Communited Fracture (stellate)
159.....	:Displaced Transverse Fracture
159.....	:Miniscus Tear
159.....	اناتومی:
160.....	د وظایف: Miniscus
160.....	:Mechanism of the tear
160.....	:Lateral Minisc Tear
161.....	تشخیص او کلینیکی اعراض او علایم:
162.....	:Inspection
162.....	تخنیک:
163.....	تداوی:
163.....	:Conservative Treatment
163.....	:Reduction of torn
163.....	تخنیک:
163.....	:Surgical Treatment
164.....	تغیریقی تشخیص:
164.....	:After Operation
165.....	Dislocation of the Knee
165.....	:Treatment
165.....	:Tabial Platou fracture
166.....	:Special features
167.....	:Treatment

167	:Manually Displaced fractures
167	:Comminated Lateral Platou Fracture
168	:Fracture with a single Large Condylar Fragmen
168	د تختنیک Tarction:
170	پښه (قدم)
171	:Classification
171	د کسر وونه Talus:
171	د غاری کسر Talus:
171	تداوی:
172	:Complication
172	:Diagnosis
172	تداوی:
173	:Osteo arghritis
173	د پوندي د هدوکي کسر وونه:
173	د کسر میخانیکیت:
174	کلینیکي منظره:
174	تشخيص:
174	تداوی:
175	د پوندي د هدوکي فشاري کسر وونه:
175	کلینیکي اعراض او علایم:
175	تشخص (Diagnosis)
176	خلاص عمليات او Internal Fixation
	د C.T.scanning د لارنسونی په اساس په دی وختو کي د واژي ارجاع په تختنیکونو کي
176	دېبرې اسانټیاواي راغلي دی

177.....	اووم فصل
177.....	د هدوکو ابتدایی انتانی نارو غی
177.....	:Acute Osteomylitis
177.....	:Acute Haematogen Osteomylitis
178.....	:Causes
178.....	:وقوعات
178.....	:پوفزیولوژی
179.....	۱. د دوه کلنی خخه په بشکته عمر کي:
179.....	۲. ۱۶-۲ کلنی عمر کي:
179.....	۳. په کاهلانو کي د ۱۶ کلنی خخه پورته:
179.....	:تشخيص
180.....	:اعراض او علایم
181.....	:X-Ray
181.....	:Anvalocrum
181.....	:Sequister
181.....	:تفریقی تشخیص (DDX)
182.....	:وقایه
182.....	:Acute Stage- Rx
182.....	:عمومی تداوی
182.....	:Antibiotics
183.....	:Drainage
183.....	:Complication
184.....	:Sub acute osteomylitis
184.....	:Chronic Osteomylitis
184.....	:Residual Stage
185.....	:Brodies Abscess
185.....	:پاملرنه
185.....	:Septic Arthritis S.A

186.....	:Causes
186.....	کلینیکی لوحه:
186.....	۱. په نوزادو ماشومانو کی [In new born infant]
186.....	۲. په اطفالو کی (In children)
187.....	:{Diagnosis}
.187.....	:Inverstigation
187.....	تفریقی تشخیص (DDx)
188.....	:{Rx}
188.....	:Complications
189.....	د مفاصلو اناتومي او فزیولوژي:
189.....	:Fibrous Joint. ۱
189.....	:Cartilaginous Joint. ۲
189.....	:Symphysis Joint. ۳
189.....	۱. مفصلی غضروف:
190.....	:Synovial membrane . ۲
190.....	:Synovium . ۳
191.....	مفصلی کپسول:
192.....	د هدوکو او بندونو توبرکلوز:
192.....	د مفصل د توبرکلوز پتالوژي:
193.....	د هدوکو توبرکلوز:
193.....	:Pott's disease
193.....	تشخیص { Dx } : اعراض او علایم:
193.....	عمومي اعراض:
194.....	فزیکي علایم:
194.....	:Palpation

194.....	:Special Investigation
194.....	:X-ray
194.....	:Histology
195.....	:Bacteriology
195.....	: عمومی تداوی : RX
195.....	: موضعی تداوی :
195.....	.Anti Tuberclousic Drugs
196.....	:Pott's paraplegia
196.....	.:Anti. Longitudinal lig. ۳
196.....	: تداوی :
196.....	:Osteoarthritis
196.....	:Primary Osteoarthritis . ۱
196.....	.:Secondary Osteoarthritis . ۲
197.....	:Causes
197.....	: پتالوژی :
197.....	: اساسی پتالوژیکی تغیرات عبارت دی له :
197.....	: کلینیک لوحه :
198.....	: وصفی تغیرات یی عبارت دی له : X-Ray
198.....	:Conservative treatment
198.....	: حرایی تداوی :
199.....	. Haemophilic Arthropathy
199.....	:Acute Bleeding In to a Joint
199.....	.Joint Degeneration
200.....	: تداوی :
200.....	:Bone Composition

200.....	:Bone Matrix
200.....	: عظمی حجرات په دری ډوله دي: :Bone cells
201.....	Regulation of Bone Formation and Calcium exchange
202.....	:Bone Remodelling
202.....	Age Related Change in Bone
203.....	Primary osteoporosis or post Menopausal Osteoporosis
203.....	اعراض:
203.....	:Prevention and Treatment
204.....	:Senile osteoporosis
204.....	:RX
205.....	Scurvy
205.....	:پتالوژي:
206.....	:لابراتواری معاینات:
206.....	:RX
206.....	Amputation
207.....	:Level of Amputation
208.....	:: Muscles
208.....	:: Nerves
208.....	: Blood Vessels
208.....	: Amputation د علوي طرف
209.....	:Amputation د لاس
209.....	:Below knee joint amputation
210.....	: Boyd Amputation .۲
210.....	: (Mid tarsal amputation) Chopart's Amputation
211.....	: Complication

211.....	:Neuroma
211.....	: Compartiment syndrome
211.....	: Location
212.....	: Etiology
213.....	:Pressure :Diagnosis
213.....	:Pain .۲
213.....	.۳ :Pulsation
214.....	باید کوشش وشی چی د CS د پیدا کېدو څخه مخنیوی
215.....	اتم فصل
215.....	Non Traumatology
215.....	Congenital deformities of the foot
215.....	اته ډول سو شکل ورکولای شي: Club foot
216.....	اسباب :(Etiology)
216.....	پټولوژي:
216.....	:types ډولونه يا
217.....	د کلینیک له مخي هم د لاندي ډولونو لرونکي دي.
218.....	کلینیکي بنه :(Clinical Features)
219.....	د ولادي او کسبي Club Fott ترمنځ لاندي توپیر موجود وي.
220.....	تشخيص:.....
220.....	:Differential Diagnosis يا تفریقی تشخيص يا
220.....	درملنه :(Treatment)
220.....	: سانتدویه (Conservative) درملنه:
220.....	: جراحی درملنه:
223.....	Congenital Vertical Talus

223.....	Incidence پا پینی:
223.....	:Clinical feature کلینیکی بنه
224.....	:(Treatment) درملنه
224.....	: Conservative درملنه
225.....	: جراحی درملنه
226.....	: جراحی:- د دوه هدفونو لپاره ترسره کیری
226.....	Osteogenesis imperfect
227.....	:((Clinical Feature) کلینیکی بنه
227.....	: تشخیص تفریقی
228.....	:Types چولونه
229.....	: منظور د محفوظی درملنی په
229.....	: د و خیمو چولونو د درملنی لپاره د جراحی څخه کاراخیستل کیری
229.....	Post Polio Paralysis (Poliomylitis)
229.....	:Etiology اسباب
229.....	: پتالوژی
230.....	:Diagnosis and Clinical Feature تشخیص او کلینیکی بنه
231.....	: درملنه
233.....	Cerebral palsy
233.....	:Etiology اسباب
233.....	: تشخیص او کلینیکی بنه
234.....	: CP په شپږ دوله د د کلینیکی اعراضو له نظره
235.....	:Cerebral Cortex ۱
235.....	: دماغي د قاعدي افت
235.....	:Cerebelum ۳
235.....	: درملنه

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

243.....	در ملنے:.....
243.....	د درجو له نظره در ملنے:.....
243.....	:Classification and grading
243.....	درجی (Grades).....
244.....	کلینیکی بنه:.....
244.....	تشخیص:.....
244.....	اسباب:.....
244.....	در ملنے:.....
245.....	انزار:.....
245.....	:fibrosarcoma ۳
245.....	اسباب:.....
245.....	اعراض او علایم:.....
246.....	تشخیص:.....
246.....	:Stage of tumor
246.....	در ملنے:.....
247.....	شیمومترایپی په څلورو لارو کیدای شي.
247.....	:Osteoblastoma
247.....	:Gaint cell tumor
248.....	کلینیکی اعراض او علایم:.....
248.....	در ملنے:.....
248.....	:Ewing tumor
248.....	کلینیکی اعراض او علایم:.....
248.....	پتالوژی:.....
249.....	رادیو گرافی:.....
249.....	تفریقی تشخیص:.....

249.....	در ملنہ:
250.....	:Multiple myeloma
250.....	کلینیکی اعراض او علایم:
251.....	تشخیص:
251.....	الف: رادیوگرافی:
251.....	ب: لابراتواری کتنی:
251.....	تفریقی تشخیص:
251.....	اختلاطات:

په تل پاتي منه

افغان آنڈیال (اعظمی)

اول فصل

دارتوپېدي اساسات

ارتوبېدي د دوه یونانی کلیمو خخه اخیستل شوي Orthopedic د سمولو او pedic د ماشومانو په معنی ده ارتوبېدي هغه علم دی چې د هډوکو، مفاصلو، عضلاتو، وترونو، اوعيواواعصابو خخه بحث کوي.

History

دارتوپېدي ناروغ په تاریخچخه کي باید لاندی شیان و پښتل شي.

د ناروغ نوم

د پلار نوم

عمر

وظيفه

د اوسييدو خاي

د تاریخچې نوري عمدہ برخې په لاندی چول دي:

Chief complaint (CC): د ناروغ عمدہ شکایت دی چې داکترته بي مراجعيه کړي ده. باید د

سره یوځای ذکر شي Duration

Present illness: پدي کي C.C خیل کېږي. یعنی د ناروغ خخه پښتنه کوو چې:

ناروګي خنګه شروع شوه؟

د ناروګي پرمختګ خنګه دي؟

او سنی حالت بي خنګه دي (د پخواپه مقایسه)؟

نوري ضميموي ناروګي شته او که نه؟

PastHistory: پدي برخه کي د ناروغ خخه د هغه د پخوانيو امراض پښتنه کوو. پدي برخه کي

وايرس او ركتسيائي امراض د اهميت ورددي.

FamilyHistory: په فاميل کي د افرادواود هغري د ناروګي په هکله پښتنې کېږي.

فزيکي معاينه(Physical Examination)

په فريكي معاينه کي لاندي برخي شاملی دي:

General Appearance: پدي کي په عاجله توګه د ناروغ لاندي حالات مطالعه کوو:

گوروچي هوائي لاره يي خلاصه ده اوکه نه. Air Way

گوروچي تنفس څنګه دي. Breathing

C.V.S: قلبي وعائي سистем په بېړني ډول ترنظر لاندي نيسو.

Depth of consciousness: د شعور عمق گورو چي آيا ناروغ کامل شعور لري، په خويجن حالت کي دی اوکه هیڅ شعور نه لري او د کوما په حالت کي دی.

Else: نور شيان په ناروغ کي ليدل کېږي چي وروسته به ذکر شي.

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

Local Examination: دا معاينه د ناروغې په تشخيص کي مهم رول لري.

د معايني په وخت کي باید ناروغ په روښان اطاق کي وي او ټول اعضاء په مقاييسوي ډول معاينه کوو (خصوصا په ماشومانو کي).

ダメاعينه هم په پنهه حروفو خلاصه کېږي (L.F.M.X.T).

1: Look یا د ناروغ کتل په موضوعي ډول: مثلا یوناروغ د Tibia داخل مفصلی کسرولوي نو د گورو، پوستکي گوروچي Echymosis شته او که نه، پرسوب او درنگ Knee joint تغیرات شته او که نه. او س که د که یو ددوی خخه وي لکه د زنگانه د مفصل پرسوب مونږ ته زيات معلومات راکوي کيدا شي وينه را توله شوي وي (Haemarthrose) او یا زوه وي (Pyoarthrose).

2: Feel: د جس کولو خخه عبارت دي. په جس سره د هماغي ساحي حرارت گورو د لاس په ظهوري قسمت باندي همدارنګه تموج يا Fluctuation او بعضی نور Test چي وروسته به مطالعه شی گورو.

3: Movement: که د هلوکي کسرولونه موجود وي يا نه وي مفاصلو ته حرکت ورکوو خوباید پير احتیاط وشي لکه که کسر موجود وي د او یو د پريکيدو خطر موجود دي.

دوه ډوله حرکت وجود لري:

1 . Active : پدي معنى چي ناروغ ته وايو چي خپله عضوه پخپله و خوځوي دا حرکت په ماشومانو کي ډير مهم دي.

2 . Passive : پدي کي د ناروغ ماوفه عضوي ته خپله حرکت ورکوو دا کار یواخي دا کار یواخي
تر تداوى مخکي تر سره کيري. وروسته د کسر دارجاع يا تداوي باید ونشي څکه کيدا شي Myositis
Ossificant منځ ته راشي.

3 : X-Ray : پدي کي د ناروغ څخه X-Ray اخيستل کيري او په ماوفه ساحه کي علت يا تحریب
لټول کيري. X-Ray باید په مختلفو وضعیتونوکي و اخستل شي لکه Anterior-Posterior او یا Lateral
. Oblique

4 : X-Ray اخيستل کاري. په X-Ray کي د هپوکرووصعیت ،
شکل، سرحدونه، کنافت، مخ او Periostium مطالعه کوو او تغیرات يې نوبت کوو.
په اوس وخت کي Modern معاینات (CT Scan ,MRI ,etc) په اورتوبیدی کي ډير د اهمیت
وردي.

5 : Test of Pathology : د ماوفي ساحي څخه Biopsy اخلو او د پتلوزي لابراتوارته يې ليبرو
تروڅو مرض په قاطع ډول تشخيص شي. څکه ځيني وخت د داسې امراضو سره مخ کېرو چي د پورتنيو معایناتو سره
کوم تشخيص لاسته نه راخې لکه ځيني تو مرؤونه او سراطانونه چي که خه هم تحریبات يې کم وي باید عادي ونه
کنبل شي.

Symptoms : اعراض

د اورتوبیدی ناروغ کيدا شي د لاندي اعراضو څخه يو يا خو ولري.
1 : درد: - د عمهه اعراضو څخه يو دي چي ډير ارزښت لري خوبайд په ياد ولرو چي درد فقط
هروخت د پتلوزي کي ساحي څخه نماینده ګئي نشي کولاي.
د مثال په ډول يو ناروغ چي د Sciatic-N (L4,L5,S2,S3) څخه وئي په مرض اخته وي او عصب په
ستون فقرات کي تر فشار لاندي وي او ناروغ درد په پنسوکي حس کوي. ياد يو ناروغ د Hip joint دردونه په
زنگون کي موجود وي دا پدي خاطر چي ددوی امبریولوزيکي منشه سره یو ډول ۵۵.

۲: Lump : یا گوډوالی.

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

مسيرېي باید معلوم شي، وخت بي باید معلوم شي ، ساحه بي باید معلومه شي (يعني په Soft Tissue پوري مربوط دی، هدوکو پوري مربوط دی، په پوستکي پوري مربوط دی او یا مفصل پوري مربوط دی).

نوبت: د هدوکو پرسوب لکه Chondroma and Calus or bone cyste

د منضم نسج یا رخوه اقسامو پرسوب لکه Lipoma and Abcess

۴: Club foot ، Flat foot : سوء شکل کيداۍ شي ولا دي وي لکه deformity

يا کيداۍ شي کسي وي چې عوامل يې عبارت دی له ترضيض، عصبي امراض (يوطرفة فلح منځته راوري او ماوف طرف مقابله طرف ته کش کېږي)، ميتابوليک امراض لکه د کلسیم د ميتابولیزم خرابولي، استحالوي امراض او نور (Rickets).....

د سوء شکل مختلف اشكال وجود لري لکه: د ملا د تیرسوء شکل

قدام خواته د ملا د تیر کېيدل. Lardosis

د ملاتيرشاته وتلي وي. Kyphosis

د ملاتيرد وحشی خواته وتلي وي. Scoliosis

په زنگانه کې سوء اشكال:

(په نورمال حالت knee joint او بنګري داره یو د بل سره لګېږي) Knock knee (Genu varum)

خو په knee joint کي یو د بل سره لګېږي خوبنګري لريوالي کوي.

پدي حالت کي دواړه knee joints یو د بل خخه لري وي خو

دواړه med, malluli یو د بل سره نښتي وي.

د پښي يا foot د برخى سوء اشكال :

Club Foot

Flat Foot

Pes Caves

نوبت:— د Ankle Joint خخه لاندی برخى ته Foot وايي. او دری برخى لري:

Fore foot

Med foot

Hind foot

5: Stiffness یا شخوالی: پوهیرو چې مختلف مفاصل په مختلفو محورونو حرکت کولی شي چې عبارت دي له

Multi axial

Bi-axial

.Uniaxial

ئینی مفاصل bi او ئینی uni محورونو باندی حرکات ترسره کولای شي. د درد يا نورو پالوژیکی حالاتو سره مفاصل شخوالی پیداکوي. ئینی مفاصل دوامداره عدم تحركیت يا قبولاي شی لکه Knee Joint، Hip joint prolonged immobilization او نور. خو ئینی نور يې نشی قبولاي لکه shoulder joint ، inter phalangial joint او نور.... شخوالی کیدایي شی د اجنبی جسم له امله منحثه راشی، يا هم د meniscus د تخریب له امله منحثه راشی چې د مفصل په داخل کی غورخیری او شخوالی منځ ته راشی.

Loss of function: په مختلفو حالاتو کی منځ ته راتلای شي او کیدایي شی د نورو اعراضو له کبله وي. اويا ناروغ داسی شکایت ولري چې د دیروخت لپاره نشم دریدلاي او يا د ګرځيدو په وخت کسی د درد احساس کوم.

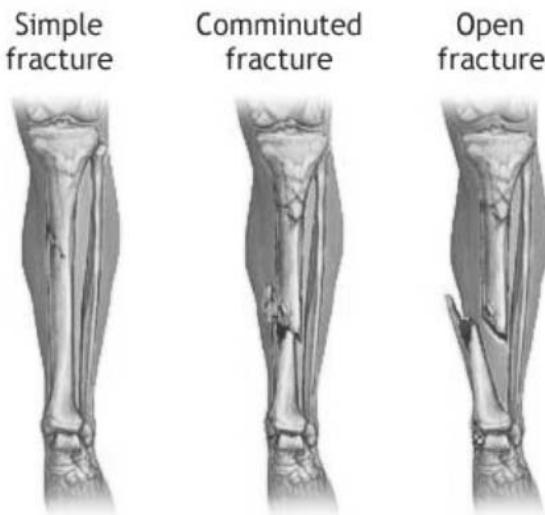
loss of sensation: د حسیت نشتوالي د اعصابو د Damage له کبله پیداکړي. مثلاً سفلی اطرافو د حسیت د نشتوالي په صورت کی کیدایي شی په ستون فقرات کی يا نخاع کی کوم مشکل پیداشوی وي. خو باید په دی پوه شوچۍ آیا ربستیا هم دا حالت د اعصابو د متضرر کیدو خنځه منحثه راغلی او که نه.

Lax joint: د loss joint لپاره یو فکتور Recurrent Dislocation په معنی دی چې د دی پدی حالت کی مفصل پیر flexible وی چې د Osteogenesis morphan's syndrome او imperfectia په ناروغیوکی لیدل کېږي. په عادی ولادي ډول هم موجود وي چه په بنسینه ماشومانوکی يې واقعات ۵% دی.

Bony lamp: د هلهوکی بر جستگی ته ویل کېږي. باید تفریق يې وشي چې د ماتیدو خنځه منحثه راغلی (callus) اويا کیدایي شی کومه مرضی بر جستگی وي لکه (Osteoma) او نور....

Fracture هډو کې یو سخت منضم نسج دی او سره له دی چې د فشار په مقابل کې مقاومت لري ماتيدونکي خواص هم لري. ياخې د هډو کې ماتيدل د کسر صحیحتعريف نه دی. حکه کیدای شي په هډو کې کې پرسټیوم ډیربن په عوض ددي چې واضح کسر پکی ولیدل شي چېټیوی او کوړوالی پیداکوي نو په دی لحظ کسر داسی تعريفو چې د هډو کې د طبی جوړښت تغیرشکل ته ویل کېږي. د کسرونو انواع د ایتیالوژۍ له نظره :- ټول کسرونه چې پیداکېږي د لاندی دری حالاتو خخه به خالي نه وي.

- ۱: تروماتیک:- په نورمال هډو کې کې دا کسرونه پیداکېږي چې مستقیم اویا غیرمستقیم ډول وي.
- ۲: د فشاری یا fatigue په بنفسیه شکل پیداکېږي او کوم تروما بی نه وي لیدلی دا کسرونه په میتا تارس هډو کو، ټیبیا او فیبولا کې ډیربن پیداکېږي لکه د مارش کونکو په پنسو کې ډیربن پیداکېږي له همدی کبله د march fracture Lensfronse Fracture هم ورته ویل کېږي.
- ۳: پنالوژیک کسرونه:- دا کسرونه د امراضو په خط السیر کې پیداکېږي. د هډو کو تورمورونه، ریکتس (د ویتامین ڈی کموالی) Chronic osteomyelitis، osteogenesis imperfecta او داسی نورو د دی کسرونو اسباب ګنډل کېږي.



کسر په دوه ډوله تصادف ګوي:

ADAM.

- ۱: Close fracture - هغه کسردي چې مکسوره پارچه د آزادی هوا سره په تماس کې نه وي.
- ۲: Open fracture - هغه کسرونه چې د آزادی هوا سره په تماس کې وي. خو باید په یاد ولرو چې هرزخم د کسر یا خلاص کسر خخه نمایندګي نه شي کولای.

Gastolo Classification

يوعالم دی هغه Open fracture په دريو کټگوريو ويشيلى دی.

1 : type:- په دی حالت کي جلد د یو سانتي متر په اندازه laceration لري خو زخم پاک دی او contaminated نه دی نو تداوي بي داسي ده لکه چې په close fracture ترسره کېږي. په دی معنی دا نه ده چې open fracture کي په مقدم ډول استطباب نه لري خو دلنه کولای شو هغه fix کړو.

2 : type:- په دی صورت کي د جلد تر دوه سانتي متره پوري وي خو زخم پاک وي نو د لمړي ډول سره یې تفاوت یواخي په laceration کي دی. په دی حالت کي بعضی کتابونه لیکي چې بايد debride شي او یا interfix شی خو بعضی واي چې لمړي ډول غوندي کولای شو هغه fix کړو.
3 : type:- په دی کي د جلد laceration تر لس سانتي متره پوري وي او contaminated اواعي او اعصاب کيداي شي متضرر وي دا نوع بيا دري نور Sub types لري.

Type 3-A هدوکي د soft tissue په واسطه پونسل شوي او جرح لس سانتي متره وي او contaminated.

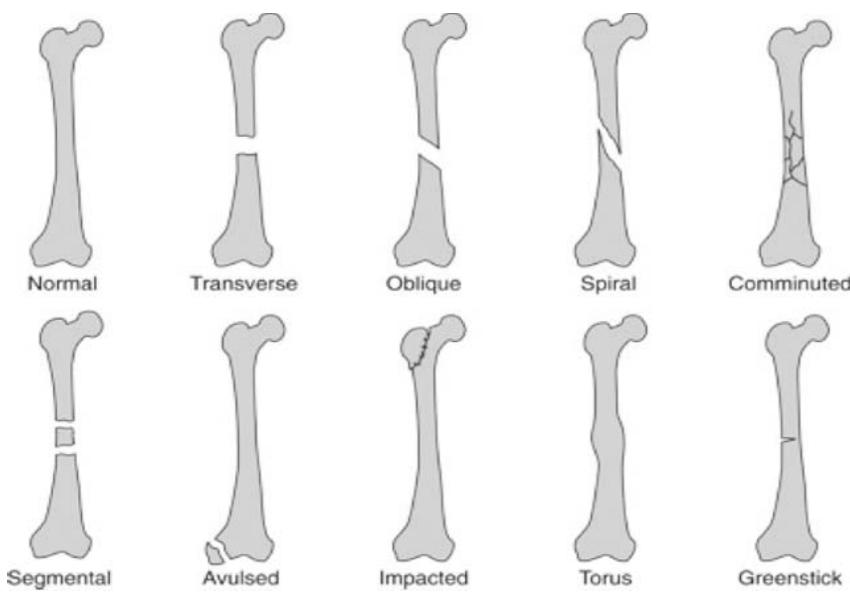
Type 3-B هدوکي لوح دعضلاتو يا soft tissue په واسطه نه وي پونسل شوي.

هم د هدوکو د پاسه موجود نه وي جرح Periostium contaminated وي خو اواعي او اعصاب جور وي دا کسروسیع debridement ته اړتیا لري.

Type 3-C دلته هدوکي لوح او پونسل شوي نه وي او عصبي وعابي نقص رامنځنه شوي وي په دی حالت کي که د اعيو اناستموز امکان ولري نو اناستموز کوو خو که امکان ونه لري نو د طرف amputation يا قطع کول استطباب لري.

د کسرونو انواع د خط کسري له مخې پادکسري پارچې دېڅایوالی له مخې:

A: د خط کسري له مخې:



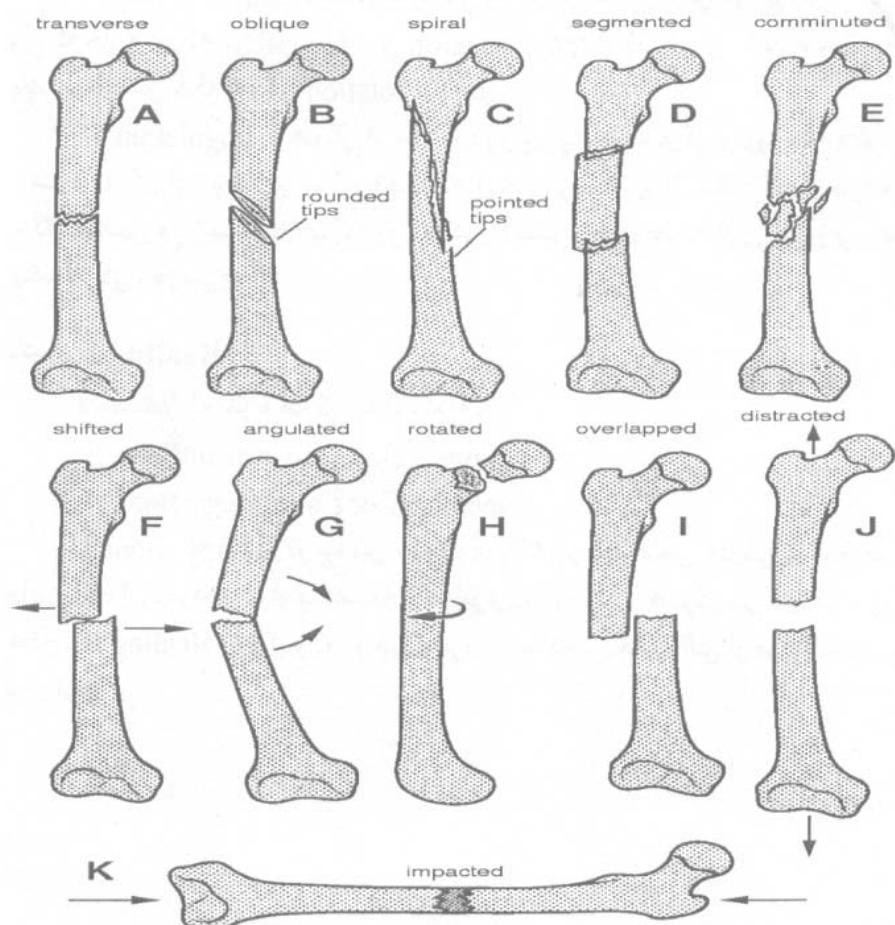
- چې خط کسری د یوی عرضانی خط په شکل وي. Transverse fractures
 - چې خط کسری بی مایل وي. Oblique fractures
 - یعنی یو پارچه بیله شوی وي. Segmental fractures
 - مار پیچې شکل. Spiral fractures
 - چې خو پارچې وي. Communitive fractures
 - د شوپرک په شان بنکاری. Butterfly fractures

- د عضلاتو د ارتکازی ساحی یوه پارچه د هلپوکو پورته کش کړي وي لکه Evolsoin fractures
 یوه پارچه د triceps عضلي سره یو خای پورته کېږي دا کسر اول باید fix شي او بیا تداوي
 شي یعنی ترلي شکل بی نه شو تداوي کولای.

- پدی حالت کې کسری خط واضح نه وي بلکې د شنی لبستي په شان قات Green stick fractures
 شوی وي.

B: د مکسوره پارچې د بیخاں والی له مخې:

PATTERNS OF LONG BONE FRACTURE



Undisplaced یعنی مكسوره پارچه بیځای والي نه لري. Displaced یعنی مكسوره پارچه په proximal کي داخله شوي ده. Impacted یعنی مكسوره پارچه په distal شوي دي او په دوه ډوله ده.

الف: over riding یو هېوکي په بل قسمت د هېوکي اوښتی وي.

ب: destruction چې د هېوکي تخریبات موجود وي.

Overriding د فيصدى په حساب چې خومره فيصده بیځایه دي او destruction دسانشي متر په حساب اندازه کيږي.

Rotation یا Telt : ۴ مكسوره پارچي یو دبل دپاسه قرارلري خو rotation بې کړي وي که خارج خواهه بې تدور کړي وي internal rotation بلل کيږي. دا ډيره مهمه ده چې بايد اصلاح شی خکه هېوکي rotation قبلوي.

angulation : ۵ هېوکي او مكسوره پارچي په خپل منځ کي زاویه جوړه کړي وي د هېوکي د shaft د پاسه یو مستقيم خط بشکته خواهه راړو او یو بل خط د لاندی خوا خخه د بشکتنې مكسوره پارچي پاسه پورته وړو دا دواړه خطونه یو بل قطعه کوي چې زاویه بې په ایکسړې کې معلومېږي.

د کسرونو : Healing

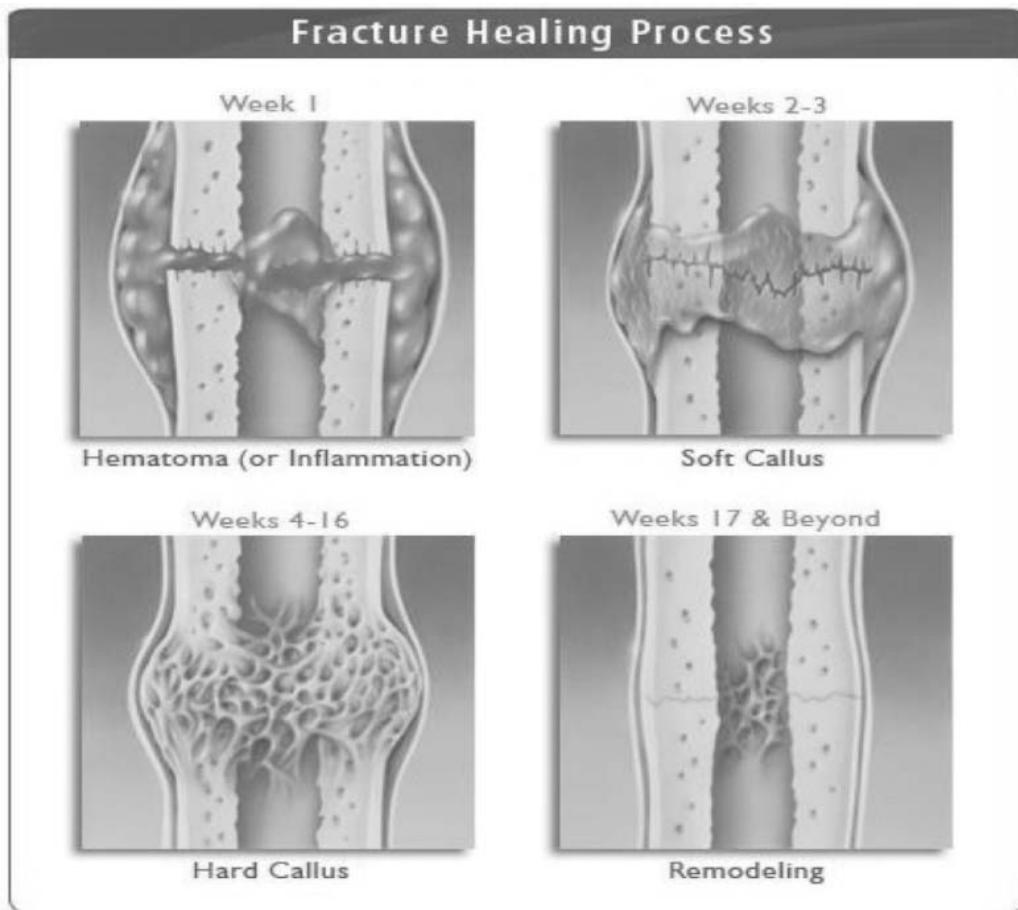
د ساختمان له نظره هېوکي په دوه ډوله دي.

۱: Compact Bone or Cortical Bone .

۲: Cancullus Bone or Spongy Bone .

Spongy Bone Trabecula ترميم ډير سريع وي خکه چې د اسفنجي هېوکي په منځ کي ډير وجود لري او په اسانه ترميمېږي. د کورتيکل هېوکو ترميم لې ورو دي. همدارنګه Healing د مكسوره پارچي په اروابي حالت بې خاى والي او موقعیت پوري هم تړاو لري.

د Healing مراحل او پا خنګه تر سره کېږي:



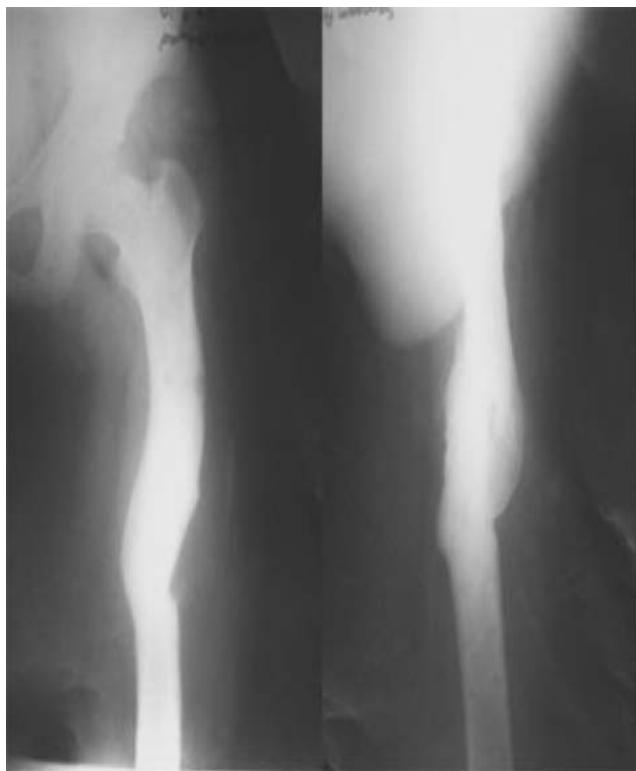
۱: لومړی مرحله د **hematoma** تشكیل دي خرنګه چي هډو کي اوعي لري او همدارنګه شاه او خوا نسج کي اوعي موجودي دی. نود ماتيدو سره سم یې خونریزی داویو د متضروره کیدوله کبله منځ ته راخي او هیماتوم جورېږي. پدی وخت کي د هډو کو د مکسوره پارچو د څنډو یویا دوه ملي متنه پوري برخه نکروز کوي.

۲: د حجراتو د تکثر مرحله:- یو اندازه حجرات د دوران د لاري راخي او د همدي هیماتوم سره ځای په ځای کېږي د ۸ ساعتونه وروسته د دی حجراتو راتلل شروع کېږي او په ساحه کي تکثر کوي. دا حجرات د میزودرم حجرات دی چي په دی ساحه کي د کپیلریو تاسس کوي.

۳: د **Callus** مرحله:- پوهېړو چي د هډو کي امبریونیک منشامیزودرم ده. میزانشیم حجرات چي له میزودرم څخه منشا اخلي بیا په osteoblast, chondroblast, fibroblast او باندی بدلېږي. او س چي ساحي ته میزانشیم حجرات راغلي دی اوستیو بلاست او کاندرو بلاست حجرات او کم اندازه اوستیو کلاست

حجرات په صحنه کي حاضريو. د تخریب شوي حجراتو بلع په غاره لري. osteoclast د هدوکي په تشکل او chondroblast غضروف جورو Osteoblast چي تکش و کري callus تشکيلوي چي په سترکو ليدل کيري. د callus تشکل په ما شومانو کي نسبت کاهلانوته سريع وي يعني که کسر منخ ته راشي په ظرف د ۴-۶ هفتونو کي کاملا جورو. او ۲-۳ هفتني وروسته د کسر خخه په اکسري کي د ليدلورو. خو په هر صورت callus جوري. د وخت تابع نه دی نور عوامل چي وروسته به ذکر شي هم د هغه په جوري. او پخيدو کي رول لري.

پا د تحکيم مرحله: - په دی مرحله کي د callus د تشکل خخه وروسته هغه باید تحکیم او کلک شي خکه بنه پوبن نه وي د تحکیم خخه هدف د مکسوره پارچي کلکوالی دی داسی چي حرکت موجود نه وي په کسر کي. درد نه وي. ناروغ د مربوطه طرف بنه حرکات کولاي. consolidation باید د لاندی حالاتو سره تفریقی تشخیص شي:



دغه انخور له Consolidation خخه خرگندونه کوي.

.Union

.Non-union

.Delayed union

.Mal union

۱: دا هغه وخت دی چې د مکسوره پارچو خنډۍ سره وصل شوي وي callus لري خو consolidation ته نه وي داخل شوي. په فشار سره ناروغ درد محسوسوي او مکسور ساحه کي حرکت موجود وي او په همدي اعراضو باندي له consolidation خخه تفريقي کېږي.

۲: union وي خو callus -:non-union صورت نه وي نيولى يعني مکسوره پارچي جوش نه وي کري اودا په درې ډوله دي.



Hypertrophic non union



دغه انخور له Hypertrophic non union خخه خرگندونه کوي.

Atrophic non union



دغه انخور له Atrophic non union خجھه خر ګندونه کوي.

Oligotrophic non union

الف: Hypertrophic non union - هغه دی چې د مکسور پارچي نهايټ ډبل شوي وي

داسي منظره لري لکه دواړه لاسونه چې یو ډبل د پاسه ونيسو دي ته elephant foot هم واي.

ب: Atrophic non union - چه مکسوره پارچي نهايټ باريک شوي وي او دی ته parrot

shape واي.

-۳- پدي حالت کي union خنلواني شکل صورت نيسی حتی د ۱۶-۱۴ هفتونه پوري. هغه وخت په یو کسر د non union اطلاق کېږي چې تر دی مودی وروسته بیا هم جوړ نه شي. که چېرته د هليوکي کسر تثبیت شي د ترمیم وخت ته زیات وخت ونيسي نو موټر بايد خو میاشتی انتظار وباسوځکه کیدلای شي callus وروسته ولیدل شي يعني Delayed non union به وي تر شپر میاشتو پوري دی شورته ويلاي.

Remodeling stage -۴ يا د اصلاح مرحله : دا مرحله په ماشومانو او کاهلانو کي د لیدلو

وړ ده . خو تفاوت بی دادی چې په ماشومانو کي سریع وي خکه د هفوی د جو پیدواو ترمیم قابلیت زیات دی له consolidation وروسته یو بد شکله کتله تشکل کوي ددی بد شکله کتلی اصلاح Remodeling په واسطه ترسره کېږي. کله چې نوي جوړ شوي د هليوکو مستركس تشکل کوي د قوي د محور سره موازي نه وي او غیر منظم وي يا کله چې immature هليوکي په matrix mature بد لېږي نو هغه برخه د چې باید

تشکل و کړي او خالیګاواي ډک کړي او غیر منظم والی یا سو شکل نورمال حالت ته راولي دي
ته remodeling واي .

د کسرونو د التیام موده:

د کسرونو د التیام د کوم قانون تابع نه دي او نه هم کوم معیارلري يعني کوم معین وخت چې په مطلق ډول
د هلوکو جوش خورل تعین کړي تعین شوي نه دي . د کسرونو په التیام کې یو شمیر فکتورونه رول لري لکه:
۱ - عمر : په زړو خلکو کې د هلوکو التیام ډېر بطی وي او په څوانانو کې متوسط او په ماشومانو کې
ډېر ژر صورت نیسي يعني وروسته تر دوه هفتو کیدای شي callus د ليدلو وړ وي او په ۴-۶ هفتو کې کاما
جورېږي .

شي نو د التیام موده په تعویق غورځوي .
۲ - Interpositoin : د دوه مکسوروه پارچو تر منځ د رخوه انساجو داخلیدل دي . که چيرته داخل

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

۴ - Tumors : تو مورونه هم د هلوکو تخریبات رامنځ ته کوي او د callus formation مخه
نیسي ، تو مورونه د هلوکو د جو ډېر دو همي مرحلې يا د حجراتو تکثر مخه نیسي .

۵ - Location (دمکسوروه پارچي موقعیت) : هغ کسرونه چې داخل مفصلی دی التیام په تعویق
غورځوي خکه چې Sinovial fluid د فبرینوجن خخه عاري ده نو ويني ته د علقه کيدو موقع نه برابرېږي .
۶ - مسافه : د دوه مکسوروه پارچو په منځ کې مسافه د هلوکو التیام په تعویق غورځوي .

۷ - د مکسوروه پارچي اروايی حالت : لکه د tibia سفلې نهایت چې اروايی بهه نه ده نو ډېروخت
نیسي چې کسر روغ شي . همدارنګه د اسفنجي هلوکو د callus جورول ژر صورت نیسي خکه چې اروايی
حالت یې ډېر بهه وي .

۸ - د مکسوروه پارچي حرکت : که په مکسوروه پارچه کې حرکت وي دا هم کسر جورېدل په تعویق
غورځوي .

۹ - د هلوکي ډول : د Cortical هلوکو التیام وخت نیسي .

د الیام معیارونه اوستونه:

Callusformation - ۱

۲- د حرکت نشتوالي د مکسوروه پارچو تر منځ.

۳- د درد نشتوالي د فشاروار دلو په وخت.

۴- د حسیت نشتوالي.

د کسرونو ګلینیکي تظاهرات:- ازیما، سوشکل، د حرکت محدود والي، درد، cripitation سوروالي،

د وظيفي ضياع دا ټول حالات په یو ساحه کي په کسر دلالت کوي.

د تشخيص لپاره لومړي دقیقه تاریخچه د تروماتیک کسر په صورت کي او که پتالوزیک وي د مخکینې امراضو تاریخچه به ولري. که ګلینیکي اعراضو او علايمواو تاریخچي خخه تشخيص واضح نه شي نوبيا اکسري اخیستل کېږي . قدامې خلفي (AP)، جنبي او مايل ډول موقعیتونه غوره دي او که په اکسري هم ونه شي نو او سنې پرمختللي تشخيصيه لاري لکه MRI, CT-Scan, Bone scan او نور په کار اچوو.

Management of Fractures

Reduction

Immobilization

Preservation of function

Repalcement

۱: Reducation با ارجاع:- د عمومي يا Local انسټيزي لاندی او یا د muscle

د تطبيق خخه وروسته ترسره کېږي relaxant

دارجاع اهداف دادي چې:

الف: مکسوروه پارچه نارمل اناتومیک موقعیت ته را وستل.

ب: د Angulation او Rotation خخه مخنیوی.

ج: هېوکي په یو خط يا Alignment را وستل.

ارجاع په دوه میتو دونو ترسره کېږي:

۱: Closed method

.Open method : ۲

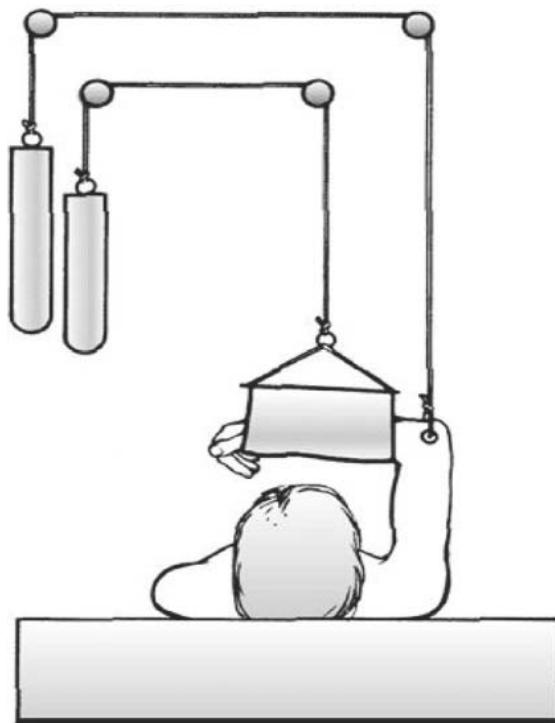
په تړلي میتود ارجاع په دوه ډوله تر سره کېږي.

۱ : Manipulation یعنی په تړلي شکل مانور ورکول هډوکو ته.

.Continuous traction : ۲

۱ : په closed میتود کي کولاۍ شود کسر ونو Imagings Internal fixation لاندی په ډیره اسانی او بنه ډول تر سره کړو. مثلا: د femor کي کسر کي لومړی یو pin یا راډ Greater trochanter په برخه کي برمه کوو البته Peri cutaneous ډله کې په ارجاعي حالت نیول شوي وي. د Pin داخلو له امتداد ورکوو ترڅو بالاخره د مکسوره پارچو خخه تير شي کله چې مکسوره پارچي د pin یا ډول پواسطه سره fix شی نو screw یا ډول pin یا ډول rod کوو lock (Sign interlock).

۲ : Continuous traction :- په دی ډول کي ناروغ ته وزن اچول کېږي.



په دوه ډوله تر سره کېږي: Traction

.Bone traction : ۱

.Skin traction : ۲

1 : Bone traction : په کاهلانو کې او په هغه ماشومانو کې چې تر دولس ګلنی زیات عمر ولري ترسره کېږي. دلته Pin په هډوکو کې داخلیوی خو په Skin traction کې د هډوکو سره سروکار نلو.

په دوه ډوله دی چې عبارت دی له: Bone traction

.Direct bone traction

.In direct bone traction

الف: په direct bone traction کې د ناروغ دهډوکې په د ستپاں برخه کې د مکسوره پارچې کې وزن اچول کېږي . مثلا د فخذ هډوکې د شفت په کسر کې په دی ډول تر سره کېږي چې لومړي د فخذ هډوکې په بستکنې برخه کې patellar pouch څخه یوسانتي متريپورته دهډوکې په انسې خوا کې pin د پوسټکې د لاري هډوکې کې داخلوو او د وحشي خوا څخه یې خارجوو دلته بايد متوجه واوسو چې شيريان ونه وهو اوانسي خوا کې pins داخلولو.

ب: - په دی ډول تر سره کېږي چې pin د مکسوره پارچې د over riding ومجاور هډوکې یا برخه کې تیروو لکه د فخذ د شفت د علوی ثلث کسر کې چې سانتي متره راغلي pin د فخذ په مجاور هډوکو کې يعني tibia کې تیروو د هډوکې د tuberosity څخه دوه یا دری Qudraceps عضلي سانتي متره بستکنې pin داخلوو او هغه په دی خاطرچې په tuberosity باندۍ د وحشي څخه انسې وترارتکازکوي او بايد متضرره نه شي ځکه هغه مهمه Extensor عضله ده دلته بايد pin د وحشي څخه انسې fibula pin ده داخل شي ځکه د fibula په رأس باندۍ peroneal nerve تبرېږي بايد متضرر نه شي tibia او tibia تر منځ فالسله جس او بیا داخلیوی د عصب د قطع کیدو په صورت کې پښه drop وي ځکه عضلاتو وظیفه د لاسه ورکړي . وزن د وجود دوزن په حساب اندازه کېږي يعني $1/10$ یا $1/7$ د بدنه وزن. مثلا که د شخص وزن 70 کيلوګرامه وي نو د $1/10$ په حساب بیا 7 کيلوګرامه وزن ورپوري خورندوو او که $1/7$ په حساب وي نو 10 کيلوګرامه.

که د کسر over riding زیات وي زیات وزن کاروو نو د $1/7$ په حساب وزن انتخابوو. Traction د خلور او شپرو هفتو پوري ساتل کېږي خوپه دی وخت کې د Qudraceps عضلي تمرينات ضرور دي ځکه atrophy کوي او په extensor ميكانيزم کې ضعيفوالی رائحي او بیا په جيګوساحونه شي ختلاي لکه زينه يعني په زنگون لاس بدی او بیا جيګيرې.

— داچې په ماشومانو کې growth palate د نشوونما په حال کې وي نو که bone traction ترسره شي متضرر کېږي نود Skin traction خخه استفاده کورو يعني په غیر مستقيم ډول دجلد دلاري وزن په مات شوي برخه پوري خورندوو adhesive په دی ډول وي چې Skin traction leucoplast په واسطه يا بل مخصوص پلستر په واسطه د هليوکې يو طرف او بل طرف ته نسلول کېږي د هليوکې هغه برخه چې د پوستکي سره نبدي تماس لري هلتنه مالوچ ابدو ځکه که پلسترد پوستکي سره د هليوکوله پاسه او بنویښري نو پوستکي د ځان سره مړي او زخمونه جوړوي. په ماشومانو کې traction اکثره یواحی د تثبيت په خاطر کېږي ځکه که هليوکې مات شي او over riding هم وکړي تر یونیم سانتي متراه پوري لنډوالی قبلوالي شي او دا لنډوالی معاوضه کوي خو که interfix شي يعني خوکه په خوکه شي نو د نورمال اندازی خخه زيات او بدیبوی ځکه په دی حالت کي د هليوکو جورېدل زيات تنبه کېږي. وزن په skin traction کي باید یو یا دری کیلو ګرامه وي او چېر وخت دوام ونه کړي. معیاري وزن دری کیلو ګرامه دي.

په لاندې ډولونو دي: Skin traction

الف: Fixed skin traction

ب: Sliding skin traction

ج: Russel skin traction

د: Gallous (vertical) traction

په fixed skin traction کي وزن نه اچول کېږي یواحی د bed په پایو پوري fix کېږي په Sliding skin traction کي وزن اچول کېږي.

تثبيت يا immobilization: — وروسته له دی چې کسر ارجاع شي باید بي حرکته شي ترڅو

التيام په صحيح ډول ترسره شي نو تثبيت دلاندي اهدافو لپاره ترسره کېږي.

۱- د مکسورة پارچوتړ منځ د زاویو د منځته راتلو مخنيوی.

۲- هغه کسرونه چې حرکت د هغوي د اختلال سبب کېږي لکه ulna ، د femur غاره او

نور باید تثبيت او بې حرکته شي خو باید یادونه وکړو چې یو شمیر هليوکې تثبيت ته اړتیا نه لري لکه:

الف: Clavicle fracture

ب: Rib fracture

د: Metatars & Metacarp

د هډو کي Hemorus impacted proximal چي د برخی پارچي distal کسرونه د د نوتلي وي.

:Phalanx

تشبيه وسائل يا ميتودونه : لاندي تشبيه ميتودونه وجود لري.

.Plaster : ۱

.Brace : ۲

.Traction : ۳

.Internal fixtion : ۴

.External fixtion : ۵

۱: پلستر:— د هيامي هايدرات کلسيم سلفات خخه عبارت دي چي د اوبو په مقابل کي عکس العمل
نسائي په مختلفو سايزونو پيداکيردي چي کوچني سايز يي د دولسو سانتي مترو او لوسي سايز يي تر پنځلسو سانتي
مترو پوري وي کوچني سايز يي د ماشومانو لپاره او لوسي سايز يي د غټانولپاره وي.

د پلسترد استعمال طریقه:— پلستر د دري خخه تر پنځه دقیقو پوري يا تر خو چي په اوبو کي
Bubbles له منځه نه وي تللاي په اوبو کي اړدو وروسته يي را اخلو او کثر پري تشبيتوو چي د پلستريه واسطه
دا تشبيت په دوه ډوله کيدای شي.

Circulated : A : چي په هډو کي باندي ترمالوچ وروسته په حلقوي شکل تاو را تاو کري.

Slab : B : چي په دې شکل کي د کسر د تشبيت په خاطر د پلستر خخه یو ميزابه جورېږي او
په هډو کي باندي د مالوچ په سر اينښو دل کېږيکله چي پلستر تړو باید لاندي نفاطو ته پام وکړو:

۱: مالوچ باید خامخا تر پلستر لاندی په هډو کي کي تاو کړو.

۲: پورتني او بشكتني مفصل باید تشبيت شي او حرکت ونه کړي.

۳: باید د هډو کي position چي په کوم موقعیت کي پلستر شي په نظر کي وي.

۴: که اذیما وي د ميزابي شکل خخه کار و اخستل شي.

د پلستراختلالات:— کله چي ناروغ ته پلستر تړل کېږي باید تعقیب شي تو شپږدېرش ساعتونو پوري
باید ناروغ تر مراقبت لاندي وي او ورته میل کېږي چي که په دې موده کي پرسوب، درد، توروالي يا شینوالی
تasisis وکړي باید مراجعه وکړي.

د پلستر اختلالات په دوه دوله دي:

:Primary complication : ۱

:Secondary complication : ۲

: عبارت دي له Primary complication : ۱

الف:- يعني د قدامي، خلفي، وحشى او انسى خواو او اجزاو یا انساجو د (compartment) اختلالات په دې ډول چې یا د پلستر د کلک تړلو په واسطه د اوعيو عدم ګفایه راغلي وي یا عصب تر فشار لاندي وي یا نور چې پدې سندروم کې پنځه P اعراض وجود لري.

.Pain : ۱

.Pale : ۲

.paresthesia : ۳

.Paralaysis : ۴

.Pulslessness يا د نبض نشتولی. ۵

که د لاس د اوعيو د پاسه د فشار له کبله دا اعراض په لومړبو ۲۴ ساعتونو کې را منځته شي نو پلستر فورا لري کوو. څیني وخت پرته له پلستر خخه هم د کسر په ساحه کې پېسوب را منځته کېږي چې په دی صورت کې د پېسوب له کبله عضلات تر فشار لاندي وي اوپه اوعيو و فشار واردوی نو په دی صورت کې بیا د Compartment شقونه اجرا کوو ترڅو عضلات له فشار خخه خلاص شي د fascia Releasing syndrome fore arm او ساق دي.

- که چيرته پلستريه دوامدار ډول پاتي شي نو لاندي Secondary complication :B

اختلالات به ور کړي.

.Joint stiffness : ۱

.Muscle atrophy : ۲

.Pressure sores يا د جلد فشاري زخمونه. ۳

.Valkman's ischemic contracture : ۴

.Deep vein thrombosis : ۵

بعضی مفاصل نه شي کولای چې prolonged immobilization وزغمي لکه د ګوتوفلنگس چې که دری هفتی تپلي وساتل شي Contracture او Stiffness کوي همدارنګه د اوري مفصل هم دوامداره تثیت نه شي زغمولای او نور مفاصل کولای شي Prolonged immobilization وزغمي.

Brace : 2 :- بعضی کسرونه دی چې د هغوي Callus formation بنه نه وي نوبیا ددي عملی خخه کار اخلو. Brace یو ډول پلاستیکی صفحی دی چې د prolline خخه جوړېږي او په مربوطه مکسوره ساحي پوري نسلول کېږي د دي Brace خخه د هدوکو لپاره مختلف قالبونه جوړېږي.

Traction : 3 :- چې مخکي ولوستل شو دله هم تري استفاده کېږي.

Internal fixation : 4 :- دا ډول په هدوکو کي د لاندي اهدافو لپاره ترسره

کېږي.



۱: که د هپوکو مناسب وضعیت د traction په واسطه صورت ونه نیسي.

۲: کله چي د ارجاع لپاره جراحی عملیي ته ارتیا پینه شي.

۳: کله چي conservative تداوي ناکame شي.

۴: ژرترزره د ناروغ فعالیدل.

د لپاره لاندی شیان پکاربی: Internalfixtion

۱: Screw:- پیچونه دی چي د بعضی کسرونو په تثیت کی کارول کېږي.

۲: Plate:- دا فلزي لوحي دی چي نظر د هپوکي جسامت ته یې انتخاب فرق کوي په مختلفوسایزونو کی کارول کېږي دوه سوری لرونکی، خلور، شپر، اته، لس او دولس سوری لرونکی پلیتیونه پیداکړي نوعیت plates هم فرق کوي لکه Y-Plate او T-Plate . او س په نړی کی داسې جوربېري چي دههورکي د Material خنځه وي.

۳: Simplerod

۴: Inter lock rodes:- دا راډونه دوه سورې پورته او دوه سورې بسکته لري چي fix کېږي.

د استطبابات: Internal fixation

الف: هغه وخت چي Closed مانوري ناکame شي.

ب: د Mentalretardation په ناروغانو کي.

ج: بعضی کسرونه چي د میزابی او پلستر په واسطه نه ساتل کېږي.

د: که متعدد کیرونه موجود وي او زمونې هدف داوي چي ناروغ ژر جوراو و ګرځي.

ه: غټه رګونه چي کله په کوم خای کي قطع شوي وي خو موښې anastomose ګرو نو دا د Anastomoz ساحي د تثیت په خاطر ترسه کېږي.

و: داخلي مفصلي کسرونه هم استصباب لري.

Advantage & disadvantage of internal fixation

:Advantage :A

- ١: ددي په واسطه د مکسوره پارچي anatomic reduction ترسره کېږي.
- ٢: Psychologic تشویش د مريض رفع کوي.
- ٣: ډيرکو وخت په ناروځي تيرېږي او ناروځ ژرفعاليت ته ادامه ورکوي.
- ٤: په شفاخانه کي ډير وخت تيروي د پلستر په صورت کي ډير وخت او زيات مراقبت ته ضرورت لري.
- ٥: د بستر اختلاطاو څخه خلاصېري لکه د بسترزخمونه، renal stone او نمونا.
- ٦: په وسیع جروحاتو کي ددي لپاره چي ژر immobilize شي.
- ٧: اقتصادي وي.

:Disadvantage :B

- ١: په دی حالت د مختلفو اسبابو له کبله لکه د تعقیم شرایط برابر نه وي، ازدحام وي، تخنیک غلط وي يا غلط وي نو د انتان د رامنځته کيدو خطر موجود وي.
- ٢: چي د poor function سبب کېږي بعضی فایروتیک انساج عضلات فعالیت ته نه پریوردي.
- ٣: Surgical errors
- ٤: د عملیات نور اختلاطات لکه عصب و هل شیریان قطع کول او داسي نور .
- ٥: External fixation: په دی عملیه کي اول د shan-screw په واسطه د مکسوره ساحي څخه دوه سانتي متره او دوه سانتي متره بشکته مکسوره پارچي تبیتېږي او بیا خارججا د shan-screw په واسطه له تی pipe Rod یا clamp سره وصلیږي.

د استطبابات: Ext.fixation

الف: منتن زخمونه.

ب: وسیع جروحات.

ج: د دی لپاره چې مفصل یا کسر inclosed شی.

د: که غټه رګونه لکه femoral art قطع شوي وي نو ساحي تشیت ساتو.

Management of open fractures

بعضی وخت مونږ د خلاصو کسرونو سره هم مخکیو د دی درمنی لپاره اول د gastelo طبقه بندی ته مراجعه کوو او د کسر نوع تاکو بیا وروسته لاندی کارونه ترسره کوو.

۱: احیا مجدد Resuscitation — په دی کی لومړی د ناروغ عمومي حالت ته گورو او د

له مخې بی احیا مجدد کوو. A,B,C,D,E

۲: Wound care : په دی کی لاندی مراحل شامل دي.

Wound disinfection : A دوه برخې لوي.

۳: wound toilit : په دی پروسه کی جرمه debridement کېږي، د جلد خخه شروع کړو او بشکته ئو ورپسي تحت الجلدي نسج، صفاق او بیا عضلات تول پاکوو که واړه رګونه په ساحه کي قطع شوي وي ligate کووې او که غټه وي اناستموز کووې. کله چې هلوکې ته ورسیرو نو د هلوکې ازادي پارچې وباسو کومې چې له perostiaum سره ارتباط نه لري او که پاتي شي د اجنبي جسم حیثیت به لري، او زخم خلاص پرېړدو.

۴: Antibiotic ورکړه: ناروغ ته وسیع ساحوي انتیبیوتیک ورکول کېږي همدارنګه باید ناروغ ته ATS او A,T,T د تیتانوس مخنيوی لپاره ورکوو.

۵: Secondary closure : B کوچني نقطوي جروحات باید پېړې نظر کې ونیول شي ځکه که

خوله بې بنده شي نو anaerobic انتاناتو ته د ودی زمينه برابرېږي ځکه نو اکشرا لومړی جرمه خلاص پرېړدو درې یا خلور ورڅي وروسته بیا د جرحي حالت ګورو که انتان مداخله نه وي ګړي یا کوم اختلالې يې نه وي ورک رې ن secondary closure و.

(پخوا داسي نظر موجود وه چې که جرمه په شبې ساعتونوکې منځته راغلي وي او شبې ساعته بېړي نه وي تیرشوي که پاک شي ګنډل کیدای شي خواوس تول جروحات په secondary closure ډول ګنډل کېږي) خود جرحي د خلاص پرېښو دلو معنی دا نه وي چې د هغه د پاسه ګاز نه اېړدو.

نوبت:— په زخم کي جینجيان necrotic انساج خوري او کله چې سالم نسج ته رسپرې مرې .

Preservation of function

د کسرونو په management کي د ثبیت خخه و روسته دیر د اهمیت وړ د هلوکو او مفاصلو د وظایفو اعاده کول دي دا په دوه لارو صورت نیسي.

1: Psychological بهه : مخکي له دی چې د وظایفو اعاده صورت ونیسي ناروغ په دی پوه شي چې مات شوي هلوکي بيرته جو پېږي او بیا به نورمال وظایف ترسره کوي يعني ناروغ په روانی لحاني لحاظ په دی برخه کي اطمینان ولري.

دي لپاره چې د مکسوره ساحي وظایف بيرته اعاده شي نو دوامداره فزیکي فعالیت ته ضرورت دی دا تمرینات يا د پاکټرلخوا او يا د فربیتر اپست لخوا ترسره کېږي په دی کي د خوچوله تمریناتو خخه کار اخلو. **Static exercise : A** تمرینات ورکول کېږي ددي کتي په لاندي ډول دي.

الف: muscle atrophy خخه مخنيوي کېږي.

ب: د ويني د جريان د بهه کيدو باعث ګرخي .

ج: د مفصل خخه مخنيوي. **Pre articular & intra articular adhesion**

د: د عضلاتو په منځ کي (يعني قدامي او خلفي compartment ترمنځ) د هماهنگي ساتل.

B **Joint active mobilization**: myositis ossificans کول دي خصوصا په ماشومانو کي که د زور خخه کار و اخستل شي عضلاتو کي د تعظم د منځته جلو ګيری کول دي خصوصا په ماشومانو کي که د زور خخه کار و اخستل شي عضلاتو کي د تعظم د منځته راتلو خطر شته.

C **Against resistant exercise**: د دردونو د ارامتیا د طرف atrophy د فعال مرکاتود ساتلو په خاطر د یو مکسوری برخی ته نژدي تړل کېږي او ناروغ ته ویل کېږي چې د ځمکي د جاذبي قوي په مقابل طرف کي پورته کړي په نتیجه کي پورتني ګتي لاسته راخي.

- ګنه یې د درد ارامتیا ده په هفه صورت کي چې د عضلاتو تشنج يا spasm موجود وي همدارنګه د اروا د بهه کيدو باعث ګرخي.

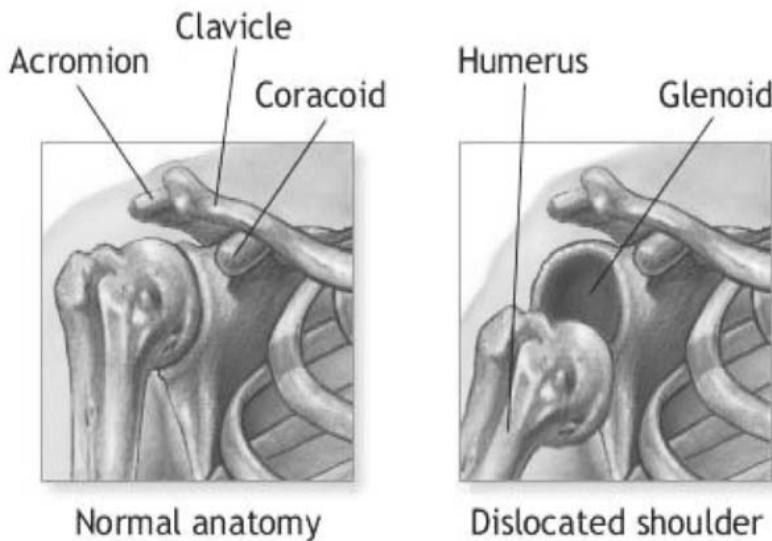
په تل پاتي مينه

افغان آندیال (اعظمي)

دو هم فصل

د اوږي د کمربند ماتیدنې

اوړه او مت (Shoulder and Upper arm) :- پدې برخه چېر دودیز ترضیضات عبارت دي له د Scapula ماتیدنه، د اوږي د بند بې ځایه کیدنه، د مت د هلپو کي د بدنه ماتیدنه، په ماشومانو کې د مت د هلپو کي د نسکتني سر ماتیدنې ډیرې دود دي او د باپړيو له کبله بې مهم باپړۍ د عضدي شريان او عصب زيانمن کيدل او د بند شخوالی دي. Median



adam.com

د اوږي د بند او مت د ماتیدنو په ډلو ويشه:

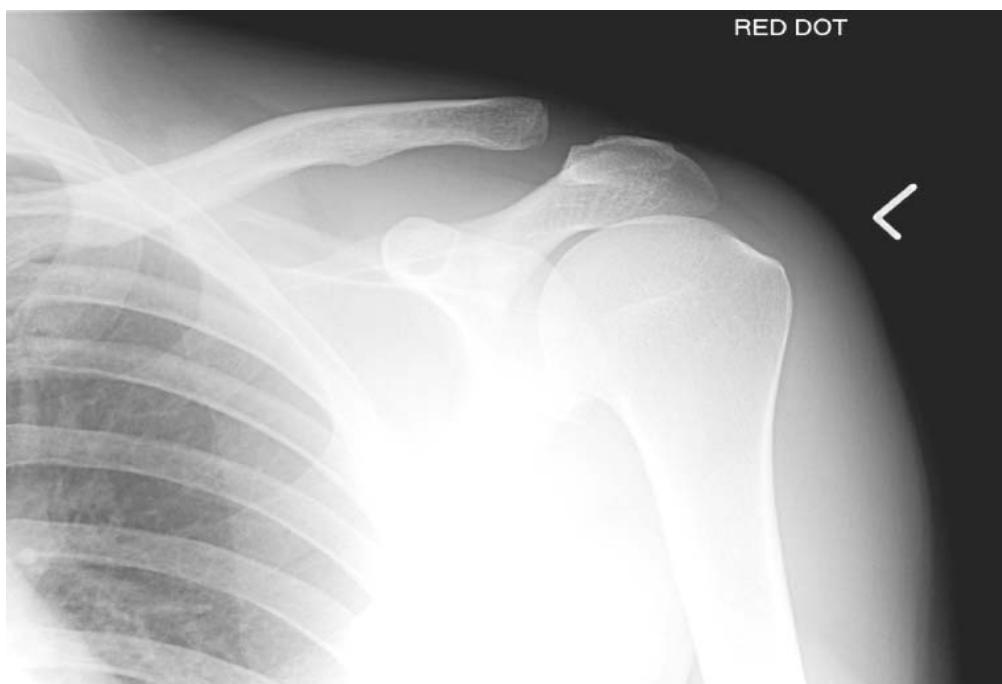
۱: د اوږي د کمربند ماتیدنې (Fractures of the shoulder girdle) :- پدې کې دوه ډول ماتیدنې رانګښتی دي.

الف: د Clavicle د هلپو کي ماتیدنه. ب: د Scapula د هلپو کي ماتیدنه.

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

الف: د بند بي خایه کیدنه. Sterno-clavicular

ب: د بند سستیله کیدنه او بې خایه Acromio-clavicular.



ج: د بند کشیدل. Sterno-clavicular

د: د بند کشیدل. Acromio-clavicular

ه: د اوړې د بند بي خایه کیدنه.

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

۳: د مت د هډوکو ماتېدنه (Fracture of Humerus): په لاندې ډول ډله بندی شوي دي.

الف: د مت د هلپوکی د غارې ماتیدنه. ب: لوپي Tuberosity ماتیدنه. ج: د مت د هلپوکی د پورتني سر پیچلي (Supracondyler Complex) ماتیدنی. د: د مت د هلپوکی د بدنبی ماتیدنی. ه: د ماتیدنی.

و: د Condyle ماتیدنی. ر: د Epicondyle ماتیدنی.

د اوپوی د کمبربند ماتیدنی:- پدې برخه کې د ترقوې او کتف د هلپوکو ماتیدنی رانځښتی دي. د ترقوې د هلپوکی ماتیدنه ډیره دود ده او د غير مستقيمو وهنو (ضربو) له کبله رامنځته کېږي پداسي حال کې چې د کتف د هلپوکی ماتیدنی دومره دود ندي او ډير کله د نیغه په نیغه وهنو له کبله رامنځته کېږي.

۱: د کف (Scapula) د هلپوکی ماتیدنه:- خرنګه چې نوموري هلپوکی د ډیرو غونبسو (عضلات) پاره یو ارتکازی خای دی او د ډیرو غونبسو په وسیله پونسل شوی دی نو څکه بې ماتیدنې لپ پینښېږي. د نوموري هلپوکی ماتیدنی هغه وخت رامنځته کېږي چې له وهنې سره نیغه په نیغه مخ شي. د دې برخې ماتیدنی ډير کله د نورو برخو له ټیپونو سره یوځای وي لکه د پښتيو د ماتیدنو او د پلورا د ټیپونو سره مل وي. د نوموري هلپوکی ماتیدنې ډيرې دردناکه دي او خرنګه چې د وينې پراخه بسته لري نو د Extravasation له کبله نسجونو ته ډيره وينه ننوخي او د بند د شخواли لامل ګرځي. که په اړوند غونبسو کې Contussion رامنځته شوی وي نو په زياته اندازه وينه بهيدنه هم ورکوي چې د Hypovolumic shock د منځته راتلو لامل ګرځي. په نوموري هلپوکی کې لاندې خلور ډوله ماتیدنې رامنځته کېږي.

الف: د کتف د هلپوکی د بدنبی ماتیدنه: ب: د کتف د هلپوکی د غارې ماتیدنه.

ج: د کتف د هلپوکی د Coracoid process Acromian process ماتیدنه. د: د ماتیدنه.

د کتف د هلپوکی د بدنبی په ماتیدنه کې که خه هم هلپوکی توټي، توټي شي خو، بیا هم بې خایه کیدنه نه رامنځته کېږي څکه چې د ډیرو غونبسو په وسیله پونسل شوی دی او درملنه بې په لاندې ډول ده.

۱: لوړۍ ناروغ ته د لاس ناوه (Sling) په غاړه کې اچوئ.

۲: باید هڅه و کړو ترڅو د اوږي دنده و ساتو.

۳: کله چې درد آرام شي د اوږي د خوځښت سپارښته کوئ ترڅو د اوږي بند شخ نشي.

د کشف د هليوکي د غارې ماتیدنې د Supraclavicular Nock په برخه کې رامنځته کېږي او کیداۍ شي چې د بند یوه بنديزه (مفاصلي) سطحه لکه د ګلينوید یوه برخه راييله شي خو، بې ځایه کيدل ېې ډير کم ليدل کېږي څکه چې د رخوه انساجو په وسileه کلک نیول شوي وي خو، بيا هم درملنې ته اړتیا لري چې په لاندې ډول ترسره کېږي.

۱: ناروغ ته ناوه اچول کېږي.

۲: د درد د آراميدو وروسته د اوږي فعال خوځښت باید پیل شي.

د اکرومیون د بارزې ماتیدنې هم کیداۍ شي رامنځته شي او کیداۍ شي چې ماتیدنې ساده او پرته له له بې ځایه والي خخه وي او یا کیداۍ شي بې ځایه والي رامنځته شوي وي. خو، درملنې ېې په لاندې ډول ترسره کېږي.

۱: که بې ځایه والي نه وي رامنځته شوي نو ناوه اچول کېږي او وروسته د اوږي د بند فعال خوځښت او مشق باید ترسره شي ترڅو د بند له شخوالی خخه مخنيوي وشي.

۲: که چېږي ماته شوي توټه بې ځایه شوي وي نو یا Open reduction اړتیا پېښېږي. ماته شوي توټه باید وه ایستل شي او د Diltoid عضله د هليوکي د پاتي برخې سره ونبسلول شي. وروسته ناروغ ته ناوه اچول کېږي او بيا د اوږي د بند د شخوالی د مخنيوي لپاره ناروغ ته د منظمو او فعالو خوځښتونو سپارښته کېږي.

د Coracoid بارزې ماتیدنې هم کیداۍ شي رامنځته شي چې پدې حالت کې به یا یواځې درز (Crack) رامنځته شوي وي او یا به هم کیداۍ شي د نوموري بارزې بې ځایه کيدل رامنځته شي. درملنې ېې په لاندې ډول ده.

۱: د ناوی په وسیله د بند یا برخی له خوئښته اچول (Immobilization).

۲: وروسته له یوپ مودې ناروغ ته د اوپری د بند د فعالو خوئښتونه سپارښته کېږي.

د ګلینویله ماتیدنه یا Intra-articular ماتیدنی چې پېرکله د اوپری د بند د بې خایه والی سره یوځای وي. کیدای شي یواحی ماتیدنه رامنځته شوې وي او یا بې خایه والی رامنځته شي چې درملنه یې دوو برخو ته شاملېږي.



الف: که د دې تشي بې خایه والی د ماتې شوي توټې خخه نه وي نو یواحی د ناوی په وسیله اوپه له خوئښت خخه اچول کېږي او وروسته پېر ژر فعال خوئښتونه پیلېږي.

ب: که چیرې له ماتیدنی سره ماته شوې توټه بې خایه شوې هم وي نو پدې حالت کې بايد ماته شوې توټه د سکرو په وسیله ټینګه شي څکه که ټینګه نشي نو Bone bridge جوړوي.

د هلپوکي ماتیدنې: - نوموري هلپوکي د اوږدو هلپوکر له ډلي خخه دي او په سورور (عرضاني) ډول پروت وي. د اوږي د کمبرښنډ له تني سره نښلو. دا هلپوکي جوره دي او د تېټر په مخکنۍ برخه کې پراټه دي.

د نوموري هلپوکي ماتیدنې د اناتومي او د رامنځته کيدو د میخانیکیت پر بنست په درو برخو ويسل شوي دي.



چې د ماتیدنو ۸۰ سلنډ په رانګاري. (Middle Third) Class A : ۱

چې د ماتیدنو ۱۵ سلنډ جورو. (Distal Third) Class B : ۲

چې د ماتیدنو ۵ سلنډ جورو. (Proximal Third) Class C : ۳

ماتیدنې يا د منځنې نيمائي برخې ماتیدنې ډير کله په هغه برخو کې مينځته راخي چېړته چې د برخو سره د پيوست برخه ده (Coraco-clavicular اربطي په انسې برخه کې رامنځته کېږي). Distal پدې ډول ماتیدونو کې Proximal برخه پورته خواته گشېږي خکه چې Sternocleidomastoid عضله دلته ارتکاز لري او پورته خواته زور ګوي.

د رامنځته کیدو مینځانیکیت:

- نوموری ماتیدنی عموماً د نیغ په نیغه وهنی له کبله چې د اوپوی په وحشی برخه واردی شي Class-A رامنځته کیږي.

۱: د لويدو له کبله چې د اوپوی په همدې برخه ولګۍږي.

۲: د موټرو په تکر کې. او یا هم کیدای شي د غیر مستقیمو ترومماګانو له کبله رامنځته شي لکه په پرانیستی لاس له لوره خایه رالویدل.

- دا ډول ماتیدنی هغه وخت رامنځته کیږي چې د اوپوی په ورتني برخه باندې کومه نیغ په نیغه ترومما وارده شي. نوموری ماتیدنی د Coraco-clavicular ligament په برخه کې یعنی د دې پلې په وحشی خوا کې رامنځته کیږي. نوموری ماتیدنی په خپل وار په درو برخو ويشنل شوي دي.

۱: Type-I (Non displaced) - پدې حالت کې د Coraco-clavicular ligament په خپل خای پاتي وي او ماته شوې توټه بې خایه شوې نه وي.

۲: (Displaced) Type-II - دلته نه یواخې ماته شوې توټه بې خایه شوې وي بلکې Coraco- Rupture هم Proximal clavicular ligament برخه د کلاویکل هدوکې Sternocleidomastoid عضلي په وسیله پورته خواته کش شوې وي.

۳: Type-III - پدې ډول ماتیدنو کې نه یواخې بې خایه والي او د پلې خیري کیدنه رامنځته کیږي بلکې د بند بندیزه برخه هم ورسره ماته شوې وي.

- نوموری ماتیدنی د کلاویکل هدوکې په Proximal برخه کې هغه وخت رامنځته کیږي Class-C چې د پتیر په مخکنۍ خوا ترومما نیغ په نیغه ولګۍږي. لدې ماتیدونو سره کیدای شي د پتیر د دیوال او د پتیر د دنیو غړو تخریبات هم یوځای وي خکه نوموری ماتیدنی د دېږي خواکمنې وهنې په وسیله رامنځته کیږي (نوموری ماتیدنی د کلاویکل هدوکې په انسې سر کې رامنځته کیږي).

يادونه! د کلاوريکل هدوکي ماتيدنې په ماشومانو کې: - په ماشومانو کې دا تر ټولو دود او ډير پينيدونکې ماتيدنې دي. آن تردي کيداي شي د Newborn په پراو کې هم رامنځته شوي وي په ځانګړي ډول د یوې ستونځمنې زېږيدنې خخه وروسته رامنځته شي. په اټکلیز ډول د نومورې هدوکي نېډي نيمایي ماتيدنې تر اوه ګلنۍ پورې منځته راتلاي شي. نومورې ماتيدنې د شنې لښتني (Green stick) له ډول خخه ګنبل کېږي او ډيرې بې بې خایه شوي نه وي. د نومورو ماتيدنو درملنه په آسانې سره ترسره کېږي (د درملنې په مخه یواځې د دوه اونيو لپاره Sling اچول بس دی ځکه دله یوځای والي (Union) او بېرته جوریدنه Figur (Remodeling) ډير ژر رامنځته کېږي خو، که چېږي بې خایه والي رامنځته شوي وي نو بیا د bandage او ناوې خخه کار اخیستل کېږي.

کلينيکي بهه:

ګکيلې: - ناروغ به په خپله تاریخچه کې په اوړه باندې د لګيدو، لويدو، یاهم په پرانیستی لاس د لويدو او یا به هم په کلاوريکل هدوکي د نیغه په نیغه وهنې خخه بیان کوي.

پېسوب:

درد: - په ځانګړي ډول د پورتنيو نهاياتو (لاسونو) د خوځښت سره به درد زیات وي.

نبني: - ناروغ به خپل خور شوي لاس تني ته نېډې او د ټېټو په دیوال به بې د بل لاس په وسیله خور شوي لاس ټینګ او نېډې نیولي وي.

حساسیت، Crepitus، پېسوب، Deformity، د پوستکي د رنگ بدلون (Echemosis) او که د تېټر دنې تخریبات رامنځته شوي وي نو د Pneumothorax نبني (د تنفسی آوازونو نشتولالي) یا د رګونو د زیامن کيدو له کبله به نبض هم کم شوي وي.

د عصبي ریشتو د زیامن کيدو په حالت کې د اړوند برخو د خوځښت نشتولالي شتون لري.

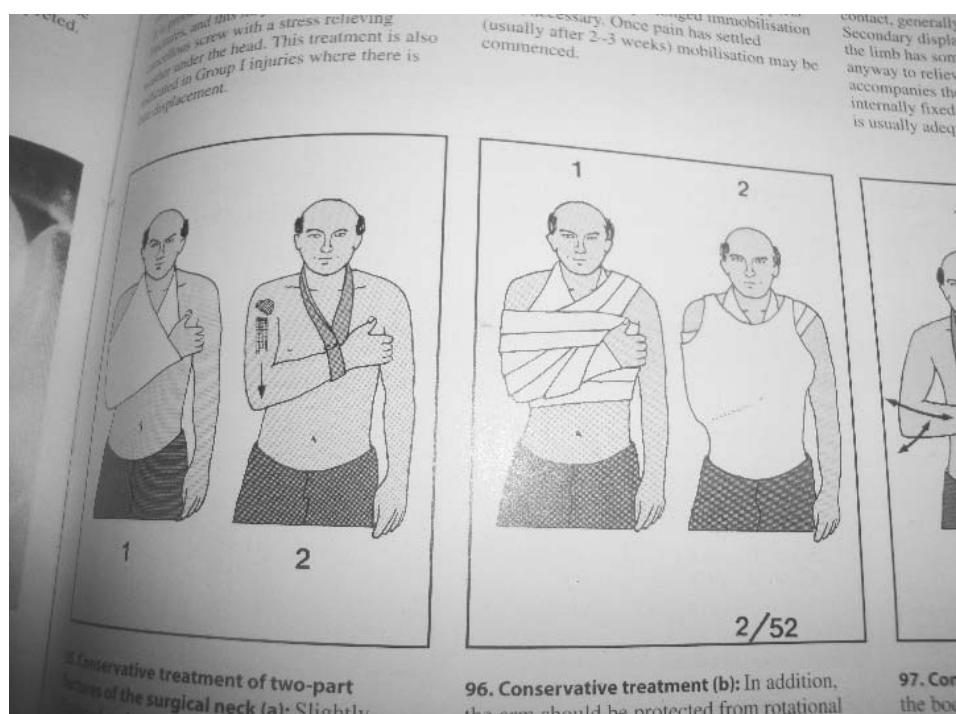
X-Ray: - عموماً په AP وضعیت کې د X-Ray اخیستل مونږ ته ماتيدنې راپه ګوته کوي. د منځنۍ برخې ماتيدنې (Class-A) په AP وضعیت سره ډيره بنه معلومېږي. د کلاس بي ماتيدنې کيداي شي په AP

وضیعت کې نه معلومه نشي نو پدې حالت کې باید د بیلا بیلو وضعیتونو خخه ایکسرسی و اخیستل شي. وضعیت کیدای شي د بې خایه کیدنې د اندازې د معلومولو لپاره ترسوه شي. Apical Lardotic

درملنه:

۱: د کلاس ای یا د دریمې انسی برخې د ماتیدنې درملنه:- که چیرې نومورې ماتیدنې بې خایه شوي نه وي نو د ساده Sling خخه کار اخیستل کېږي، د اوږې بند له خوختنسته اچوؤ او وروسته له دوو او نیو خخه د اوږې فعال خوختنسته پیلېږي، د اتمې او نی خخه وروسته کولای شي ناروغ خپلو ورخنیو کړونو ته په عادي ډول دوام ورکړي خو، که ماتیدنې بې خایه شوې هم وي او یا Communitied وی پدې صورت کې لاندې پلسترونې کارول کېږي.

الف: Eight bandage چې اوږد د بنداز په وسیله د اته (8) په ډول له خوختنسته اچوېي او بې خایه کیدل پرخای کوي. دوې او نی همداسې ساتل کېږي وروسته ساده سلینګ اینسودل کېږي او بنداز ليري کېږي او وروسته له خلور او نیو خخه د اوږې فعال خوختنسته پیلېږي. داچې د نومورې بنداز د Compartment syndrome زیات اختلالات لري نو دومره چېر نه کارول کېږي.



ب: - نوموری کړن دود (میتود) اوس ډیر کارول کېږي ځکه باېړی پې لړ دی.
دلته یوه کړۍ (رینګ) جوړېږي او هرې اوږې ته اچول کېږي یا دا کړۍ یو له بله سره تپل کېږي ا د خلور
او尼يو لپاره ادامه ورکول کېږي او لدې سره یوځای تر دوو او尼يو پورې سلینګ هم اچول کېږي خو، باید د اوږې
د بند خوځښتونه له پامه ونه غورخوول شي.

۲: ټلاس بي یا د وحشی دریمي برخې ماتېدني:- د Type-I او Type-III د رملنه چې د Coracoclavicular ligament په وسیله ټینګ وي، بي ځایه شوی نه وي او نومورې پله هم نه وي
څېږي شوي نو، د ساده سلینګ په وسیله له خوځښته اچول کېږي. د Type-II په ډول کې چې پله څېږي
شوې وي او ماتې شوي ټوټې هم بي ځایه شوي وي نو Open Reduction ته اړتیا پېښېږي.

۳: ټلاس سی یا د انسی دریمي برخې ماتېدنه:- دلتہ هم درملنه په ساندویه (Conservative) ډول او د سلینګ په وسیله تقویي ته اړتیا پېښېږي. د کلاویکل په هلوکې کې یواخینې نیمګړتیا چې له روغیدو څخه
وروسته د بنکلا له پلوه د هلوکې د بې خرابوالی دی چې که ناروغ د عملیات غونښته وکړي او زیروالی بي
لېږي شي او یا په وختي (مقدم) ډول د Intramedullary nail څخه کار واخیستل شي په ځانګړې ډول
په څوانو انجونو کې نو بیا نومورې نیمګړتیا نه پېښېږي.

په ډلو اوښتنه (اختلالات)

وختي (په مقدم ډول) په ډلو اوښتنې:

۱: د Brachial plexus زیانمن کیدل.

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

۳: د پلورا ایفیوژن.

وروستى. (په مؤخر ډول) په بدلو او بسته:

۱: نه پیوست (Non-union): - چې درملنه بې د هلهوکي پیوند او Internal Fixation دی.

۲: په وران ډول پیوند کيدل (Mal-union): - په ماشومانو کې په آسانى سره سمېرىي خو، په لويانو کې گرانه ده چې سم شي.

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

د اوپي د بند د اروند بندونو ترضیضات

۱: د sterno-clavicular بند بې خایه کیدنە: - د دې بند بې خایه کیدنە د Acromio-clavicular بند د بې خایه کیدنې په پرتله لو پېښېري حکه چې دا بند ډير خوختن نه لري او بل داچې د خواکمنو اربطو په وسیله ټینګ ساتل شوی دی. هغه اربطي چې د نومورې بند په کلک ساتلو کې ونده لري Posterior Anterior Sternoclavicular Interclavicular ligament عبارت دي له د Costo-clavicular او د Sternoclavicular. ۲: شاخواته بې خایه کیدنە. مخې خواته بې خایه کیدنە د شاخواته بې خایه کیدنې په پرتله ډيره پېښېري (۹:۱).

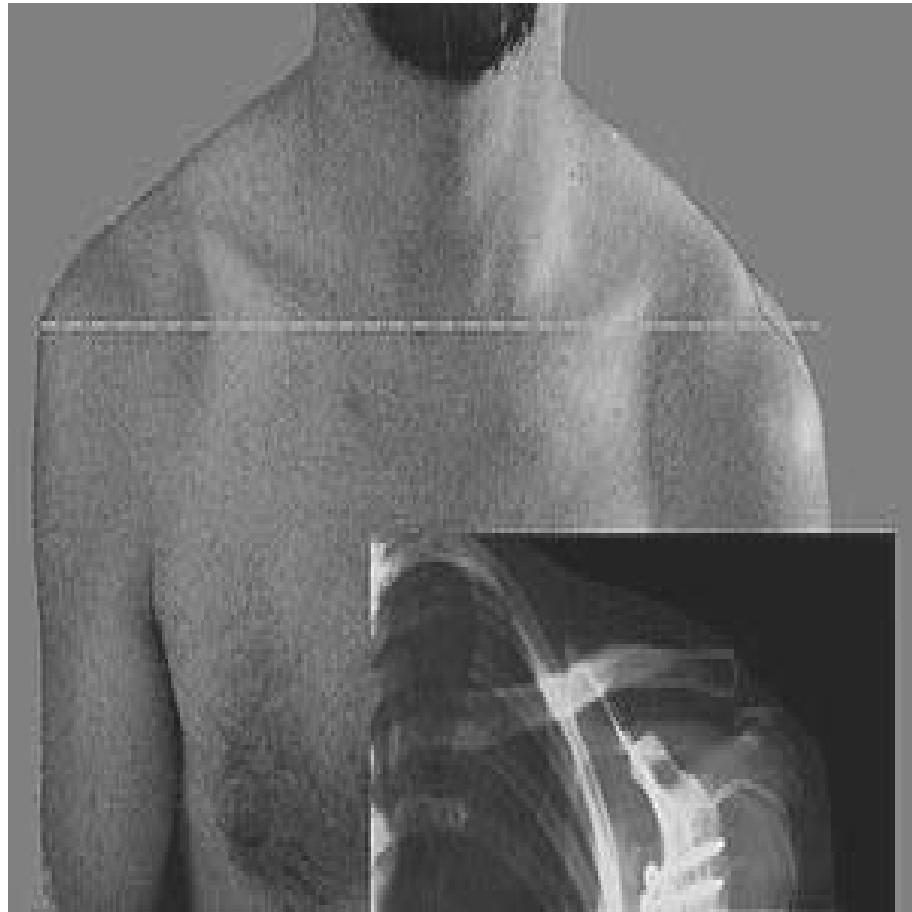
د بې خایه کيدو د رامنځته کيدو ميخانیکیت: - نیغ په نیغه او غیر مستقیمي تروماګانې کولای شي د دې بند د بې خایه کيدو لامل ګرځي (هغه قوه چې په اوړه باندې واردېږي). مخې خواته بې خایه کیدنە ډيره پېښېري او عموماً د غیر مستقیمي قووې یا تروما په وسیله چې د اوړې په بند واردېږي او اوړې ته خلف او وحشي خواته تدور ورکوي مینځته راخي او پدې ترتیب قوه نوموري بند ته لېردېږي او مخې خواته بې خایه کیدنە رامنځته کوي. شاتني بې خایه کیدنە هغه وخت رامنځته کېږي چې کومه تروما په ډير شدت اوړه مخې خواته تیله کړي او یا هم هغه مستقیمي تروماګانې چې د کلاویکل په انسي نهايت واردېږي او کلاویکل هلهوکي دنه خواته تیله کېږي او د Sternoclidemastoid بند بې خایه کیدنە رامنځته کوي. که خه هم شاخواته د بې خایه کیدنې پېښې ډيرې کمې دی خو، که رامنځته شي نو د یو لر باېړې یو سره به یو خای وي لکه په شزن (تراخيا)

باندي فشار او د تنفس د پروسې د خرابولي او په غيو رکونو باندي د فشار راوبو لامل ګرئي لکه Subclavian Art/vein او يا Superior Venacava باندي فشار واردوی.

کلينيک: - د ګيلو له مخي د ناروغ په تاريچه کې د ګومې تروما خخه چې ورسه چې مخ شوي حکایه کوي. په اړوند برخه او د اوږي په بند کې د درد احساس کوي کومه چې د اوږي د حرکاتو په وسیله ډيرېږي او همدارنګه په Supine وضعیت باندې په اچولو بې درد زیاتېږي. دا درد په خلفي بي ځایه کیدنه کې ډير زیات دی. که چېږي خلفي خلع منحثه راغلي وي نو امکان لري د اختلاطاو سره یوځای وي او د اختلاطاو اعراض موجود وي لکه ساه لنډي، په تیرولو کې ستونځه او نور.

په فريکي کته کې که وګورو نو د ناروغ سر مأوفه خواهه نسبتاً کوب کړي وي او د مأوفه طرف لاس ې د روغ لاس په وسیله نیول وي. په تفتیش سره که وګورو نو معلومه به شي چې په مربوطه ساحه کې د کلاويکل انسې نهايت راوتلى بنکاري. په چس سره که وګورو نو په اړوند برخه کې به درد او حساسیت شته وي او اوږي ته به په خوختن ورکولو سره به درد زیاتېږي. که برخه حساسه شي نو د کلاويکل د هلهوکي انسې نهايت په واضح ډول د جس وړ وي. ځینې وخت په ځانګري ډول د خلفي بي ځایه کیدني په حالت کې ناروغ د شاک او شدیدي ساه لنډي سره مخاخنځ کېږي او کيداي شي نورې ماتیدنى لکه د پښتيو ماتیدنى ورسه شته وي.

تشخيص:- تشخيص بې د تاریخچې او فزیکي ګتنې او راډیو ګرافی په وسیله ترسره کېږي خو، اوس د CT شتون د تشخيص تر ټولو غوره وسیله ده او ګولاۍ شو په ډیره آسانې سره قدامي او یا خلفي بې ځایه کیدنه معلومولای شو.



درملنه:

د مخي خواته بې ځایه کیدنې درملنه:- پدي حالت د کلاویکل هپوکي په انسې نهایت باندې په داسې حال کې فشار راوړي چې د اوږي بند مخي خواته تاؤ شوی وي یا قدامي قوس بې جوړ کړي وي او وروسته یو توکر د بند په قadam کې اینسودل کېږي او پلستر کېږي. وروسته د اوږي فعال خوختښتونه باید پیل شي.

د شا خوانه بې ځایه کیدنې درملنه:- شاه خواته بې ځایه کیدنه ناخاپه پېښه ده او په وختي ډول باید د شاخواته بې ځایه کیدنې د پرڅای کيدو لپاره چمتوالی ونيول شي. په پیل کې ناروغ د شا په تختنه اچول کېږي او د اوړو ترمنځ بې د شګو کڅوړه اینسودل کېږي بیا ناروغ لاس ته د 90° په اندازه

او یا 15^0 په اندازه Extension ورکول کېږي او د ترکشن په وسیله تعقیبېري او په دې وخت کې اوړوته د ځمکې په لور فشار ورکول کېږي پدې وخت کې د بند د پرخای کيدو یو غږ اوریدل کېږي

د اوږې بند یا Shoulder Joint

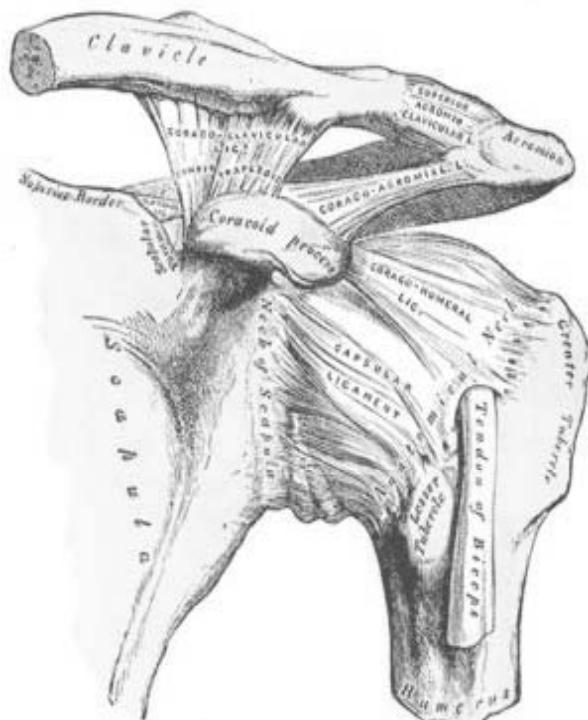
(Anatomy) اناتومي

د اوږې د بند مفصلې سطحي:

دا بند د هپوکې د Caput Humereus او د Glinoid Cavity په وسیله Fibro-Glinoid تشہ د جور شوي دي. د بند دنۍ سطحه د ھیالین غضروف په وسیله پوبنل شوېده. د Glinoid cartilagenous څنډو د لرلو له کبله چې د Glinoid Labrium په نوم یادېږي نوره هم ژوره شوېده.

د بند ډول: - نومورې بند د Synovial Ball and Socket بندونو له ډلي خخه دي.

د بند یېنګونکي او ارتیاتې وسیلې



۱: کپسول:- نوموری کپسول د بند شاوخوا رانګاري، چې په انسی کې د Glinoid تشي د خنډې په باندنه برخه او په وحشی کې د مت د هلپوکي په اناتوميك غاره باندې ارتکاز لري. د مت د هلپوکي د جسم په انسی کې لې بنسکته خواته امتداد پیدا کوي چې دا یو سست کپسول دی نو د اوږي بند ته د پراخه حرکاتو اجازه ورکوي. کپسول په شا کې د یو شمیر فایبروزي جوربنتونو په وسیله تقویه شوي چې دا جوربنتونه د لاندې وترونو او غوبنو څخه جور شوي دي.

.Sub-scapularis : ۱

.Supra-spinatus : ۲

.Infra-Spinatus : ۳

.Teres Minor : ۴

چې پورته يادي شوي غوبنې د Rotator Cuff Muscles پنوم يادېږي.

۲: پلې (Ligaments) :

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

ب: Transvers Humeral Ligament:- دا پله هم نوموری بند په مخکنی کې خواکمن کوي چې د مت د هلپوکي د دواړو توپر کلونو په منځ کې پورته دی.

ج: Coraco-Humeral Ligament:- نوموری پله دغه بند په پورتنۍ برخه کې ټینکوی او همدارنګه Greater Tubersity Coracoid Proces خواته کش کوي.

پورتنۍ درې واړه پلې د دې بند اصلې او بنسټیزې پلې بلل کېږي.

د: Accessory Ligaments يا زیاتې پلې چې پدې ډله کې Coraco-Acromial پله يادېږي چې بند په پورتنۍ برخه کې ټینګوی.

۳: Synovial Membrane :- نوموري پرده له کپسول نه لاندي پورته ده او د بند ساتندو یه (محفظه) له دنه خوا خخه پونبو ی او د بند په کپندو کو (غضروفونو) باندي ارتکاز کوي.

تعصیب: - نوموری بند د Supra-Scapularis Muscles، Axillary nerve و Musculocutaneous عصب په وسیله تعصیب شوی دی.

خروب (اروا) :- نوموری بند د Supra-Scapularis Art، خروب (اروا) :- نوموری بند د Sub-Scapular Art او د Humeral Art په وسیله خروب شوی دی.

Flexion، Adduction، Abduction (حرکات) :- دانه د خویشتنه

خوختنونه ترسره کولای شی. همدارنگه د دی Circumduction او Extention، Rotation

خو^نجښتونو خواکمن کیدل د هغه غونبسو د ټون په وسیله کېږي چې خپله بندې خواکمن کړي دی او د

پنوم یادیری. د بیلگی په ډول کله چې بند لیری کول شي نو د مېت د Rotator Cuff Muscles

هليوکي سر د Triceps (دری سری غونبی) د اوږد ه سر په وسیله ساتل کيري.

د لوري او مت د کسرونو طبقه بندې:

د اور دی د کمپرنڈ په کسرونو کی لاندی برخی شاملی دی.

Fractures of Scapula

.Fractures of the Clavicle _ ۲

:Fracture of the Scapula

Scapula د ډپرو عضلاتو لپاره یو ارتکازی محل دی، او د ډپرو عضلاتو په واسطه پونسل شوي، څکه نو کسرونه پې ډپر نه واقع کېږي. هغه وخت په کې کسرونه منځته راخي چې د کومې مستقيمي تروما سره مخشي. د دې برخې کسرونه عموماً له نورو جروحاتو لکه د افلاعو کسرونه او د ډیورا جروحاتو سره یوځای دی. د Scapula کسرونه ډپر دردناکه دی او دا چې د وینې پراخه بستړۍ لري نو د extravagation له کبله

انساجو ته ډېره وينه داخلیوی او د بند شینوالی موجود وي. که په مربوطه عضلاتو کې Contusion منځ ته داخلی وي نو ډېره خونریزی هم ورکوي چې د Hypovolumic Shock د رامنځته کېدو سبب گرخي.

په Scapula کې لاندې خلورډوله کسرونه منځته راځي :

۱_ د کتف يا Scapula د جسم کسرونه.

۲_ د Neck د Scapula کسرونه.

۳_ د Acromias Process د Scapula کسرونه.

۴_ د Coracoid Process د کسرونه.

د Scapula د جسم په کسرونو کې چې که خه هم خو توتی وي بې خایه کېدل يا Displacement منځته نه راځي خکه چې د ډېرو عضلاتو په واسطه پونبل شوي چې په خچل خای بې ساتي. تداوی بې په دې ډول کېږي.

a_ اول ناروغ ته لاس Sling په غاره کې اچوو.

b_ باید هڅه وکړو د اوردي دندې وسانو.

c_ کله چې درد رام شي، د اورپی حرکات توصیه کوو، ترڅو د اورپی بند Shift نه شي. د Neck کسرونه د Supraclavicular Notch په برخه کې منځ ته راځي چې کیدای شي کله د مفصلې سطحې یوه برخه لکه د Glinid یوه برخه رابله شي خو بې خای والي بې خکه نادر دی چې د رخوه انساجو پواسطه کلکه نیول شوي وي. تداوی بیا هم :

a_ ناروغ ته sling اچونه.

b_ د درد تر آرامېدو وروسته سملدستي د اوردي فعال حرکات باید پیل شي. د Acromias process کسرونه هم کیدای شي منځته راشي، چې یا به کسر ساده او پرته د بې خای والي وي او یا به Displaced هم وي.

تداوی بې په دې دول کېږي چې:

- ۱_ که Displacement په کې موجود نه وي، Sling اچوواو وروسته د اوږي د بند فعال حرکات او تمرینات بایدتر سره شي، تر خو Joint شخوالی پیدا نه گړي.
- ۲_ که چېرته مکسوره پارچه Displaced وي، نو یا Open reduction ته اړتیا پېښېږي. مکسوره پارچه باید وویستل شي او Deltiod عضلي ته د هېډوکې د پاتې برخې سره اتصال ورکړل شي. وروسته Sling ناروغ ته اچول کېږي او بیا د اوږي د شخوالی خڅه د مخنيوي په منظور فعال حرکات او تمرین توصيه کېږي.

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

- ۱_ د Sling په واسطه Immobilization.
 - ۲_ وروسته له یو خه وخت خڅه د اوږي د فعالو حرکاتو توصيه.
- د Glinoid کسرونه يا Intra-articular کسرونه چې عموماً د اوږي د معضل د خلقې سره یوځای وي، کيدای شي یواحې کسر وي او یا Displacement هم ولري، چې تداوی بې دوه برخو ته شاملېږي.
- a_ که بې ځای والي د دې Cavity د کسروي پارچې نه وي، یواحې د Sling په واسطه اوږده کوو او وروسته ډېر ژر فعال حرکات پېليلېږي.
 - b_ که چېرته د کسر سره د مکسوره پارچې Displacement موجود وي، نو په دې صورت کې بايد د screw په واسطه fix شي، څکه که Fix نه شي نو Bone Bridge جوړوي.

اختطالات :

۱: د Brachial Plexus palsy

۲: کله کله د ټېټر د ترضيضاټو سره یوځای وي.

د Clavicle هېډوکې کسرونه :

چې دا وردو هلوکو د جملې خخه دي او په عرضاني ډول سره پروت دی د اوږي کمربند Clavicle د تې سره وصلوي. دا هلوکي جفت دي، او د صدر په قدام کي موقعیت لري.

د Clavicle هلوکي کسرونه چې د ټولو کسرونو ۵٪ جوروی، او د اوږي د کمربند تقریباً نیمايی کسرونه په برکي نیسي، په ماشومانو کي په زیات عمومیت لري.

د دې هلوکي کسرونه د انایومي او د رامنځته کېدو د میخانیکیت په اساس په دریو برخو وېشل شوي

دی:

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

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

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

کسرونه يا د منځني نیمايی برخې کسرونه عموماً په هغه برخه کي منځته راخې چې د Class-A
برخې سره د اتصال ناحیه ده، یعنې د Coracoclaviculars اربطي په انسی برخه کي په دې
کسرونو کي Proximal برحه پورته خوا ته کش کېږي. لکه کله چې Sternocloidomastoid عضله
(چې دلته ارتكاز لري) پورته خوا ته زور کوي.

د رامنځته کېدو میخانیکیت :

Class A: دا کسرونه عموماً د مستقیمي ضربې له کبله چې د اوږي په وحشي برحه کي واردېږي، منځته راخې. لکه:

— د غورڅېدو له کبله چې د اوږي په همداړې برخې ولګېږي.

— په خلاص لاس راغورڅېدنه له پورته ئای خخه.

— د عراده جاتو په تصادم کې.

یا هم کیدای شي د غیر مستقیم ترومماګانو له کبله رامنځته شي، لکه په خلاص لاس له پورته ئای خخه راغورڅېدنه.

Class B: دا کسرونه هغه وخت منځته راتلای شي چې د اوږي په پورتنۍ برحه باندي کومه مستقیمه ترومما وارده شي، دا کسرونه Coracoclavicular lig په Distal برحه کي یعنې د دې lig په وحشي خوا کي منځته راخې او یا په چېل وار په درېو برخو وېشل شوي دي:

Coracoclavicular ligament کې (Non displaced) Type I _ ۱

په خپل خای ثابته پاتې وي او ڪسر بې خای شوي نه وي.

Coracoclavicular ligament (Displaced) Type II _ ۲

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

Type III _ ۳

Acromioclavicular مفصل مفصلي سطح Articular Surface هم ڪسر لري.

دا ڪسرونه (proximal Clavicle برعخي ڪسرونه) هغه وخت منځته رائخي چې یوه

مستقیم تروما د صدر په قدام ولګېری.

د دې ڪسرونو سره یو خای کیدا شی د صدر د دیوال او داخل صدری غړو تخریبات هم موجود وي،

څکه دا عموماً ډېرې قوي ضربې وي چې د Clavicle د انسې نهايټ ڪسرونه رامنځته کړي.

يادونه : د ڪسرونه په ماشومانو کې :

په ماشومانو کې دا تر تولو عام او ډېر واقع ګډونکي Fracture دی. کیدا شی حتی د Newborn دوران کې هم موجود وي، خصوصاً د یو مشکل Delivery یا ولادت خخه وروسته منځته Green رائخي. د Clavicle تقریباً د تولو نیمایي ڪسرونه تر اووه ګلنې پورې منځته راتلای شی. دا ڪسرو د Stick له ډول خخه وي چې اکثر یې Non-displaced وي، او په اسانۍ سره تداوى کېږي، یو اخخي د دوه او نیو Sling ورته کافي وي، څکه دله Union او Remodeling ډېر ژر صورت نیسي. خو که چېرته Displaced وي نو یا sling او figure bandage استفاده کېږي.

کلینیکي منظره :

اعراض : ناروغ په اوړه باندې د لګډو یا غورڅډو، یا هم په خلاص لاس د غورڅډو او یا هم په clavicle باندې د مستقیمي ضربې خخه حکایه کوي.

۱: پېسوب.

۲: درد خصوصاً د پورتنې نهاياتو د حرکاتو سره.

عاليم :

خور شوی لاس تې ته نړدې، او په Adducted chest wall باندې د بل لاس په واسطه د حال نیول شوي وي.

Terdorness
Grepitus
Edema
Defarmity
Echymosis

يا د جلد د رنگ تغییرات.

که داخل صدری تخریبات موجود وي، نو د pneumothorax عالیم (د تنفسی اوازونو نشتوالي) يا د اوعيو د متضرر کېدو له کبله کم شوي Pulses.

د عصبی رشتہ د متضرر کېدو په صورت کې په مربوطه برخه کې د تحرکیت نشتوالي.

: X-Ray

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

د متوسطې برخې کسرونه (Class A) په AP وضعیت ډېر به معلومیوي.

د Class B کسرونه کیدای شي په AP وضعیت به معلوم نه شي نو په دي صورت کې باید د مختلفو وضعیتونو خخه ردیوگرافی واخیستل شي.

Apical Tardotic displacement وضعیت کیدای شي د معلومولو لپاره ضرورت

ورته پیدا شي.

تداوی :

Middle Third Class A _ ۱

که چېرته دوہ کسرونه Displaced نه وي نو د ساده sling خخه په استفادې د اوړې بند کوو او تر دوہ هفتو وروسته، د اوړې فعال حرکات پیلېږي، د اتمې هفتې خخه وروسته کولای Immobilize شي ناروغ خپل ورځني کارونه په عادي ډول ترسره کړي.

که کسر Displaced هم وي يا Communitied وي په دي صورت کې لاندې میتدونه کارول

کېږي :

او Immobilize چې اوړه د Bandage په واسطه د (۸) په ډول Eight Bandage _
او Displacement ې ارجاع کېږي. دوه هفتې همداسې ساتل کېږي، وروسته ساده Sling اچول کېږي او
بنداڙ لېږي کېږي او تر خلورو هفتو وروسته د اوپوی حرکات پېلېږي. دا چې د Eight (8) Bandage
ډېر اختلالات د Compartment Syndrome لري، نو اوس دومره ډېر نه کارېږي.

Ring Bandage _ : دا میتود اوس ډېر کارول کېږي، خکه اختلالات ې کم دی. دلته یو جورېږي، او هرې اوړې ته اچول کېږي، بيا دا Ring یو د بل سره تپل کېږي او د خلورو اونيو لپاره ادامه کوي، او ورسه یو خای تر دوه هفتو Sling هم په غاره کې وي. د اوړې حرکات باید د پامه ونه غورخول شي.

برخې کسرونه : Distal Third Class B _۲

د ا Type III او Type II تداوي چې د Coracoclavicular lig Fix په واسطه د Displaced Lig ډېرکچر هم موجود نه وي نو د ساده sling په واسطه Immobilize کېږي.
د II Type د Open Reduction په ډول کې چې د Lig ریچر او Displacement موجود وي،
ته اړتیا ده.

کسرونه : Proximal Third Class C _۳

دلته هم تداوي Conservative او د Sling په واسطه Support په اړتیا ده.
د Clavicles په کسرونو کې یواخینې نقص د الیام خخه وروسته د وجاهت له نظره د هبوکې د شکل
خرابوالی دی، چې که د ناروغ غوبښته وي، عملیات او زبروالی ې لیری شي. او یا په مقدم ډول د
Intramodullary Nail خخه کار واخیستل شي (خصوصاً په څوانو نجونو کې).

اختلالات :

a _ مقدم اختلالات :

Brachial Plexus damage _۱

(Subclavias) Vascular Damage _۲

Pleural effusion _۳

b_ موخر اختلاطات :

Non-Union _۱ : چې تداوي بې Internal fixation Bone Graft او دی.

Mal-union _۲ : په ماشومانو کې په آسانې د اصطلاح وړ دي، خو په کاهلانو کې مشکل

دي.

Pscude-Arthrosis _۳

.Post-traumaticarthritis _۴

د اوپري د بند او ارونده مفصلونو توضیحات:

Acromioclavicular Joint _۱ : د دې مفصل د خلع واقعات نسبت Sternoclavicular Joint

Joint Dislocation خلع ته کم دي، ظکه چې دا Joint ډېر تحرکيت نه لري او بل دا چې د قوي رابطو په واسطه ټینګ ساتل شوي دي، دا رابطي عبارت دي له Anterior Interclavicular ligament، Costoclavicular Ligament او Posterior Sternoclavicular Ligament او Sterneclavicular خخه د دې مفصل خلع په دوه ډوله ده: قدامي خلع او خلفي خلع. قدامي خلع نسبت خلقي خلعي ته ډېر زيات واقعات لري.

د خلع د رامنځته کېدو میخانیکیت: — مستقیمي او غیر مستقیمي تروماګانې کولاۍ شي د دې مفصل خلع منځته راوري. (هغه قوي چې په اوپري باندي واردېږي).

قدامي خلع ډېر وقوعات لري، او عموماً د غیر مستقیم قوي يا تروما په واسطه چې د اوپري په قد واردېږي، او اوپري ته خلف او وحشي خوا ته تدور ورکوي، منځته راخې او په دې ترتیب قوه نومورې بند ته انتقال مومني او د قدامي خلعي د رامنځته کېدو سبب گرځي.

خلفي خلع هغه وخت منځته راخې چې کومه تروما په ډېر شدت اوړه قدام خوا ته ټيله کړي او يا هم هغه مستقیمي تروماګانې چې د Clavicle په انسي نهايت واردېږي او Clavicle داخل خوا ته ټيله کوي او د Sternoclavicular Joint خلع منځته راوري.

که خه هم د خلفي خلعي واقعات بې ډېر کم دي خو که رامنځته شي نو د یو لماختلاتو سره به یوځای وي. لکه په Tracheas باندي فشار او د تنفس د پروسې خرابول، په غنو رګونو باندي فشار راول لکه Subclavian Art Vein، Superior Venacava

کلينيك :— د اعراضو له مخې ناروغ په تاريچجه کې د کومې تروما خخه چې ورسره مخ شوي حکایه کوي. په مربوطه ساحه، او د اوپري په بند کې د درد احساس کوي، کوم چې د اوپري د حرکاتو په واسطه ډېربې، او همدارنګه په Supine وضعیت باندې په اچولو کې درد زیاتيرې. دا درد په خلفي خلع کې ډېر زیات وي. که چېرته خلفي خلع منځته راغلې وي، نو امکان لري د اختلاطاو سره یوځای وي او د اختلاطاو اعراض موجود وي لکه Dysphagia، Dispenic او نور.

په فريکي معاینه کې که وګورو ناروغ سر ماوافه خوا ته نسبتاً کور کړي وي او د باد خه طرف لاس ې د روغ لاس په واسطه نيولى وي.

په تنفيش سره که وګورو نو معلوم به شي چې په مربوطه ساحه د Clavicle انسي نهايیت راوتلي بنکاري.

په جس سره که وګورو نو په مربوطه ساحه کې به درد او Tenderness موجود وي او اوپري ته په حرکت ورکولو سره به درد زیاتيرې، که ساحه جس شي نو د Clavicle انسي نهايیت په واضح ډول د جس وړ وي.

خنې وخت خصوصاً د خلفي خلعي په صورت کې ناروغ د شاک او شدید عسرت تنفس سره مراجعيه کوي، او کيداي شي نور کسرونې لکه د پښتې کسرونې ورسره موجود وي.

تشخيص :— تشخيص يې د تاريچې، فريکي معاینه او راديوجرافۍ په واسطه ترسره کېږي خو اوس د CT Scan موجوديت د تشخيص بهترینه وسیله ده او کولای شو په ډېره اسانې سره قدامي يا خلفي خلع پرې معلومه کړو.

تداوي :

قدامي خلع : په دي صورت کې Clavicle هدوکې په انسي نهايیت باندې په داسي حال کې فشار راورو چې اوده يا Shoulder Joint قدام خوا ته تاو شوي وي، يا قدامي قوس ې جوړ کړي وي. وروسته یو

ټوګر د مفصل په قدام کې اپنسودل کېږي او پلستر کېږي او لاس د Sling په واسطه د دوه هفتونو لپاره په غاره کې اچول کېږي او وروسته د اوږې فعال حرکات باید پېل شي.

ـ خلفي خلع : خلفي خلع یوه عاجله پېښه ده او په مقدم ډول باید د خلعي د ارجاع تدايېر و نیول شي.

په ابتدا کې ناروغ د شا په تخته اچول کېږي او د ولیو ترمنځ پې د شگې کھوړه اپنسودل کېږي. بیا د ناروغ لاس ته د 90% په اندازه Abduction او بیا $10-15^{\circ}$ په اندازه extension ورکول کېږي او د traction په واسطه تعقیبېږي. او په دې وخت کې اوږو ته د ځمکې په لور فشار ورکول کېږي. په دې وخت کې د مفصل د ارجاع کېدو یو آواز اورېدل کېږي.

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

: Recurrent Dislocation

په ډېرو واقعاتو کې د Sternoclavicular معضل خلع دوباره منځته راخې، یا هم پخوانۍ خلع دوامداره پاتې کېږي (سره له دې چې د ارجاع هڅه پې شوی وي) په دې حالت کې د Clavicle هېوکې د یو فنر په ډول کار کوي. په دې معنی چې کله په اوږد زور راشې او خلف خوا ته کش شي، نو قدام خوا ته پې خایه کېږي، او قدامي خلع پې منځته راخې او کله چې اوږد بېرته قدام خوا ته تاو شي، نو Clavicle بېرته خای ته ورځي.

تداوى :

اکثراً دلته ناتوانی خنیفه وي، او تداوى ته ضرورت نه وي خو که پې خای والي وخیم وي، نو بیا جراحی عملیه ته اپتیا پیدا کېږي. په دې عملیاتو کې مفصل د نوي جوړو شویو اربطو ligaments په واسطه چې د Fascia lata عضله او یا هم د subclavias تثبیت کېږي.

Strain

د مفصل ساحه strain کي موضعی درد او حساسیت موجود وي. د مفصل ساحه پرسپدلي او په جس سره حساسیت لري، خو پخپله Clavicle بې خاي والي نه لري. دا حالت پرته له کومې خانگري تداوى خخه په خپله بنه والي پيدا کوي

: Acromioclavicular Joint Injuries _۲

د دي مفصل جروحات نسبتاً Sternoclavicular مفصل جروحاتو ته ډېر معمول دي. د A.C مفصل د جروخاتو رامنځته کېدنه داسي وي چې کله مستقيمه ضربه پخپله په Acromion وارديري، خصوصاً کله چې ناروغ د اوږي په خوکه خصوصاً د Adduction په حال غورځيدلوي وي.

د ضربې يا تروما د شدت له مخي د دي مفصل جروحات په دريو Grades ويشل شوي دي.
I Grade : خفيف sprain په اربطي کي منځ ته راغلي وي او د معضل کپسول سالم وي. همدارنګه د دي معضل بل عمدہ coracoclavicular lig چې ligament هم روغ وي، او ورسره یوځای trapeziuse او Deltoid هم سالم پاتې وي.
Grade II : دله د A.C. Lig خيرې کیدنه منځته راغلي وي، او همدارنګه کپسول د مفصل هم خيرې شوي وي، خو C.C lig یوځاي په sprain اخته شوي وي.
Grade III : دله د A.C lig رېچر، د کپسول رېچر او همدارنګه coraco-clavicular lig د

رېچر موجود وي. په دي وخت کي د Clavicle بې خاي والي هم منځته راغلي وي. چې يا پورته خوا ته يا خلف ته او يا هم د corachebrachialis او Biceps عضلاتو د وترونو شا ته بې خايه شوي وي.

Acromioclavicular Subluxation & dislocation

طبقه بندی کي گورو په دريمه درجه جروحاتو کي د دي معضل خلع په نيمګري ډول Subluxation او يا په پوره ډول خلع منځته راغلي وي (Dislocation) دا ډول خلعي او جروحات د فوتبال په لوڳارو کي ډېر معمول دي.

پتالوژي :

۱ Subluxation : د نیمگړی خلعي په صورت کې د مفصل Capsule خیری کېږي، او د تر قوي (Clavicle) د وحشي نهايت خخه په خفيفه اندازه بنسکته خوا ته بې خایه کېږي. دلته او اربطه په واسطه د شدید بې خای والي خخه مخنيوی کېږي، کوم چې او اربطه د شدید بې خای والي خخه مخنيوی کېږي، کوم چې د Coracoid process د Clavicle خوا ته کش کوي.

۲ Dislocation : کله چې غير مفصل بشپړ خلع کېږي، نو میکانیزم بې په عین ډول وي مګر وارده شوې قوه شدیده وي او trapezius او coracoid اربطه د خیری کیدو او د Acromion د بنسکاره بنسکته خوا ته د بې خای والي سبب پیدا کېږي. (یا Clavicle پورته خوا ته خي).

تداوي :

۱ نیمگړی خلعي : د A.C Joint د خفيف بې خای والي له کبله ناتوانی معمولاً بې عرضه او ممکن ومنل شي. که درد شدید وي، یواخینې تداوى چې توصیه کېږي هغه د دوه اونیو لپاره غارې ته د خوا د لاس اچول دي، او وروسته د اوږدي فعال تمرينات باید ژر تر ژره شروع شي.

۲ Complete Dislocation : له هغه خایه چې بشپړه خلع کنترول کول د خارجي سیزابې په واسطه مشکل دي، نو له همدي کبله معمولاً عمليات توصیه کېږي. په ډېر ساده ډول د برمې په واسطه د سورې د ایستلو خخه وروسته Clavicle په خپل موقعیت کې د Screw په واسطه په کې تشیت کېږي.



بل Alternative دوهمي ميتوه په واسطه د ارجاع د ادامې لپاره د ګلک سيم په واسطه چې په عرضاني ډول د Acromion د خوکې خخه د مفصل په لوري Clavicle ګلک نيوں کېږي، هم تثبيت اجراء کېږي. پیچ يا سيم (Wire) به وروسته د ۱۰ خخه تر ۱۲ اوئليو بيرته ويستل کېږي، چې په دې وخت کې به ممکن خيري شوي اربطي الیتمام وکړي.
په هغه پېښو کې چې ډېر وخت ورباندي تېر شوي وي او د Clavicle وحشی نهايت ډېر جګوالی ولري نو د سره جورول یې تووصيه کېږي.

بنه تخنيک پې چې په اوسيني وخت کې ورڅخه استفاده کېږي، د weaver and dunn د طریقه کې د Coracoacromial اربطه د Acromion د باندي خخه بېلېږي او وروسته له دې چې د Clavicle وحشی نهايت ایستل کېږي، د د پاتې هلهوکې سره ګنډل کېږي.
(البته Coracoid او Trapezius اربطه د ارتکازاتو په Distal برخې ک).

د عملیاتو خخه وروسته د ثابتولي د مطمئن کيدو لپاره په پورته ډول د Clavicle سره د پیچ په واسطه تینګېږي Process.

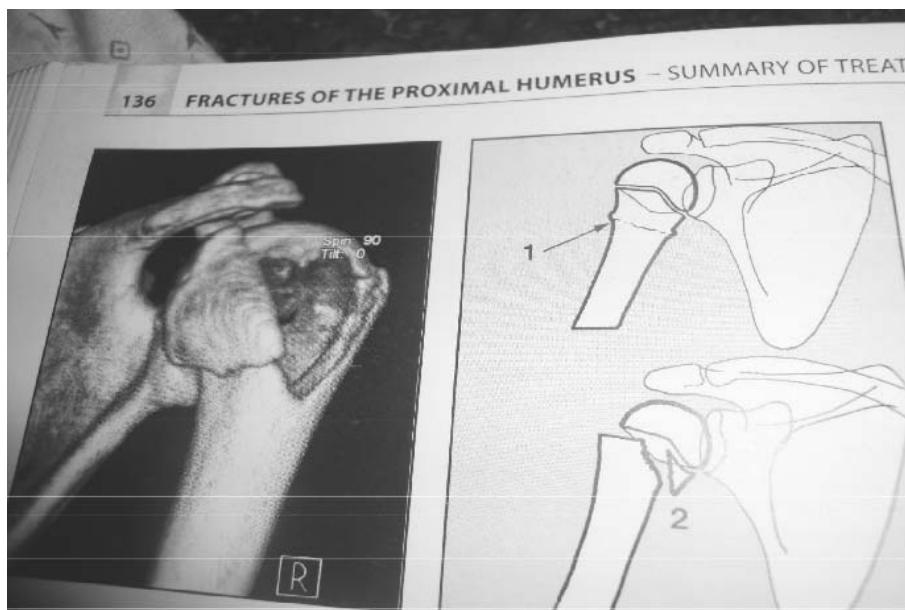
دریم فصل

د اوپړی بند یا Shoulder Joint

(Anatomy) اнатومي

د اوپړی د بند مفصلی سطحی:

دا بند د هپوکی د Caput Humereus Cavity او د Glinoid Scapula په وسیله Fibro-Glinoid تشه د- خنپو د لرلو له کبله چې د Glinoid Labrium په نوم یادیږي نوره هم ژوره شوېده. د بند ډول:- نوموری بند د Synovial Ball and Socket بندونو له ډلی خخه دی.



د بند تینګونکي او ارتباتي وسیلي:

۱: کپسول:- نوموری کپسول د بند شاوخوا رانګاري، چې په انسی کې د Glinoid تشي د خنپو د هپوکی په باندنۍ برخه او په وحشی کې د مت د هپوکی په اناټوميک غاره باندي ارتکاز لري. د مت د هپوکی د جسم په انسی کې لړ بنسکته خواته امتداد پیدا کوي چې دا یو سست کپسول دی نو د اوپړی بند ته د پراخه حرکاتو اجازه ورکوي. کپسول په شا کې د یو شمير فايبروزي جورښتونو په وسیله تقویه شوي چې دا جورښتونه د لاندې وترونو او غونبنو خخه جور شوي دي.

.Sub-scapularis : ۱

.Supra-spinatus : ۲

.Infra-Spinatus : ۳

.Teres Minor : ۴

چې پورته يادې شوي غونبې د Rotator Cuff Muscles پنوم يادېږي.

: ۲: پلي (Ligaments)

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

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

چې د مت د هلپوکې د دواړو توږ کلونو په منځ کې پرته دي.

ج: Coraco-Humeral Ligament:- نوموري پله دغه بند په پورتني برخه کې تینکوی او همدارنګه Coracoid Proces خواته کش کوي.

پورتني درې واړه پلي د دي بند اصلې او بنسټېزې پلي بلل کېږي.

د: Accessory Ligaments يا زياتي پلي چې پدې دله کې Coraco-Acromial پله يادېږي چې بند په پورتني برخه کې تینګوی.

۳: Synovial Membrane:- نوموري پرده له کپسول نه لاندي پرته ده او د بند ساتندويه (محفظه) له دنه خوا خخه پونسوی او د بند په کړپندوکو (غضروفونو) باندي ارتکاز کوي.

تعصیب:- نوموري بند د Supra-Scapularis Muscles، Axillary nerve و Musculocutaneous عصب په وسیله تعصیب شوي دي.

خروب (اروا):- نوموري بند د Ant/Post Cercumflex، Supra-Scapularis Art او Sub-Scapular Art په وسیله خروب شوي دي.

خوختښتونه (حرکات):- دا بند د Extention، Flexion، Adduction، Abduction، Rotation او Circumduction خوختښتونه ترسره کولای شي. همدارنګه د دي خوختښتونو خواکمن کیدل د هفو غونبو د ټون په وسیله کېږي چې خپله بند یې خواکمن کړي ده او د Rotator Cuff

Muscles پنوم يادیېږي. د بیلګې په ډول کله چې بند لیری کړل شي نو د مت د هلاپوکې سر د Triceps (دری سري غونښې) د اوږده سر په وسیله ساتل کېږي.

د اوږې د بند بې خایه کیدنه يا Shoulder Joint Dislocation د دې بند بې خایه کیدنه په څوانانو کې ډېره لیدل کېږي. نومورې بې خایه کیدنه په دری ډولونو ويشل شوېده. (په ځینو ڪتابونو کې په دوه ډوله ده).

۱: د مخې خواته بې خایه کیدنه (Anterior Dislocation) چې ډېره زياته پیښېږي په ځانګړې ډول سره په څوانانو کې.

۲: د شا خواته بې خایه کیدنه (Posterior Dislocation) چې ډېره نادره ده.

۳: Sublaxed-Erectus Dislocation چې دا ډول هم ډیر نادر ده.

د نومورې بند بې خایه کیدو ته لاره برابره ونکې ارونه (فکتورنه):

۱: د Glinoid د تشي د خندو کموالي.

۲: د Glinoid د تشي Dysplasia.

۳: د پلو سستوالی.

۴: ناسم خوځښتونه.

۵: د ټپسول پراخوالی.

د رامنځنه کیدو ټپن دود (میخانیکیت):

که چيرته و ګکړي په پرانستي او یا غرځیدلي لاس وه غورځیې نو بې خایه کیدنه رامنځنه کېږي او کله کله بې خایه کیدنه له ماتیدنې سره مل وي. دا بې خایه کیدنه په هفو خلکو کې چې سپورت کوي ډېره دود ده په ځانګړې ډول سره مخې خواته بې خایه کیدنه. هغه وخت چې د بند ساتندویه او پلې ډېري سستې وي نو بې خایه کیدنه او بېرته پر خای کیدنه دواړه په اسانۍ سره تو سره کېږي.

که چيرې د شا خواته بې خایه کیدنه رامنځته شوې وي نو هرو مرو به د مخکنې خوانه د زور او وهلو تاریخچه شته وي. پدې ډول بې خایه کیدنه کې کیدای شي د مت د هلاپوکې سر د اکرومیون شاته، د سپیناسکیپولا شاته او یا به هم د ګلینوید تشی شاته بې خایه شوې وي. دغه ډول بې خایه کیدنه ډیر کله په

میرگی (Epilepsy) او الکولیک و گرو کی رامنحته کیبری. همدارنگه کیدای شی په ولادی ډول پلی سستی وي چې د شا خواته د بیا بیا بې خایه کیدنې لامل ګرځی. مخی خواته بې خایه کیدنې د اورپی په برخه د راغورخیدو له کبله او یا په پرانیستی لاس د راغورخیدو له کبله مینخته راخی. دله د مټ د هلوکی سر ډیر کله د سکبیولا خخه وختی او د کوراکوید پراسیس لاندې په Infra-Clavicular Fossa کی خای نیسي خکه نو دغه ډول وهنې (ترضیض) ته د Sub-Coracoid بې خایه کیدنې نوم ورکړل شوی دی. کیدای شی د مټ د هلوکی سر د کلاویکولا شاته او یا هم د ګلینوید شاته بې خایه شي.

کلینیک:

۱: د مخ خواته بې خایه کیدنې:- شدید خور شته وي او ناروغ نه غواړي چې خپلی اوږپی ته خوخښت ورکړي. همدارنگه بې خایه شوی لاس یې د بل لاس په وسیله نیولی وي او ډاکټر ته راخی. په فریکی کتنه کې:- په لیدو سره د اوږپی روغ محدبیت چې د مټ د هلوکی او اکرومیون په وسیله جوړېږي له منځه تللى وي او د اکرومیون یوه زیوه راوتابی برخه جس کیبری. همدارنگه په جس سره به د مټ د هلوکی سر په InfraClavicular Fossa کی جس کرو. همدارنگه پدې ډول بې خایه کیدنې کې به لاس د هفه خلک چې چاغ وي نو د ډیرو رخوه انساجو د شتون له کبله به موښ د کلینیک او فزیکی کتنې په وسیله وه نشو کړای ترڅو بې خایه کیدنې وه پیژنو(تشخیص کرو) نو پدې وخت باید د ایکسری سپارښته وکړو. په ایکسری کې به ولیدل شي چې د مټ هلوکی او د ګلینوید تشې بندیزې برخې (مفصلی سطحي) یو له بله برابري ندي.

۲: دشا خواته بې خایه کیدنې:- خرنګه چې د ډول بې خایه کیدنې نبني ډیپری بسکاره ندي نو ډیر کله پته پاته کیبری. ډیر کله ناروغ خپل لاس نیولی وي او کتختي ته راخی پداسي حال کې چې:

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

۲: لاس دله External Rotation نشي ترسره کولای.

۳: هم نیمگړی وي Abduction.

۴: په شاتنۍ لیدنې کې اوږه دروغ اکر (حالت) په پرتله لپ راوتابی بسکاري.

۵: په مخکنۍ لیدنې کې اوږه هواره بسکاري.

۶: کوراکوید پراسیس دروغ حالت په پرتله بسکاره لیدل کیبری.

د شاتنی بې خایه کیدنی ایکسیری: - په AP کې بې خایه کیدنه بنه نه بشکاری نو باید ارخیزه (Lateral) یا اگزیل ایکسیری واخیستل شي. که بیا هم شکمن اوسو نو پکار ده چې د CT-Scan سپارښته وشي.

د شاته بې خایه کیدنی ویشنه:

د لاملونو له پلوه په دوو چولونو ویشل کېږي.

۱: Traumatic چې لاندې لاملونه پکې رانغښتی دی.

.Sprains to Posterior part of the Joint :A

.Acute Subluxation of the Joint :B

.Acute Posterior Dislocation :C

.Recurrent Posterior Dislocation :D

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

:Non-Traumatic :۲

.Voluntary or Habitual Dislocation :A

.Congenital or developmental Dislocation :B

د انایومیک پوزیشن له پلوه شاخواته بې خایه کیدنه په دری چوله ده.

۱: Sub-Acromial

۲: Sub-Glinoidal

۳: Sub-Spinous

د شاخواته بې خایه کیدنی پتالوژی:

۱: لوی او اوبرد شاتنی کپسول.

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

۳: د ګلینوید د شاتنی برخې ماتیدنه (Fracture of post Glinoid).

۴: د ګلینوید د شاتنی ریم هواروالی.

۵: د Supra-Scapularis غوبنې د وتر اوپرداوالي.

۶: که چیرې د Supra-Scapularis غوبنې وتر د وړې توبرزیتی نه شکیدلی وي.

۷: کله چې د وړې توبرزیتی یوه Avulsion ماتیدنه شته وي.

د بې خایه گیدنې درملنه:

- ۱: د مخ خواته بې خایه گیدنې درملنه:- درملنه د لاندې کړن دودونو په وسیله توسره کېږي.
- Modified Hippocratic Method :A
په تخرګ برخه کې ایېردي او بیا د ناروغ لاس ته په اوردو کش ورکوي او په همدې وخت کې لاس ته ورکوي. پدې ډول سره د مت د هلپوکې سر د ګلینوید تشی ته نوخي او بې خایه گیدنې پر خای کېږي. وروسته تر دې د درو یا خلورو اونیو لپاره Sling اچول کېږي او وروسته د فعالو خوځښتونو سپارښته کېږي. د دې کړن دود نیمګړ تیا پدې کې ده چې کیدای شي Axillary Art/Vien او عصب زیانمن شي.
- Stimson's Method :B
کېږي او لاس د کېت یا میز خخه بشکته خورند کوؤ. لاس ته بشکته خواته کش ورکوؤ. د کش کولو لپاره کیدای شي له وزن خخه کار واخلو (۳-۵ کیلو ګرامه وزن اچولاۍ شو).
- Kocher's Method :C
اچول کېږي. لوړی خنګله 90° راتولوؤ، وروسته ورو، ورو د مت د هلپوکې په اوردو شکته خواته کش ورکوؤ، اوس مت ته د 75° په کچه Lateral Rotation ورکوؤ، وروسته مت تې ته نبدي کوؤ او په پاي کې مت دنۍ خواته تاوؤ ترڅو لاس د سینې لپاسه خای ونیسي. له پرخای کيدو نه وروسته ناروغ ته د خارني په مخه د ایکسرسی سپارښته کوؤ او د درو اونیو لپاره لاس په غاره کې اچول کېږي. د ګوتو او اورپې خوځښت له پیله پیلېږي. وروسته د درو یا درو اونیو ناروغ ته د لیرکولو او وحشی خوځښتونو سپارښته کېږي.
- Physiologic Method :D
په دې کړن دود کې د ناروغ مت په ډول پورته او رنځورپوه د بل لاس په وسیله د مت د هلپوکې سر ته تاولو کېږي (Passive Forward Elevation) (مانور) ورکوي ترڅو خپل خای ته دننه شي.
- ۲: د شاخواته بې خایه گیدنې پرخای کونه:- دلته بې خایه گیدنې د عمومي بې هوښي لاندې پرخای گېږي مت ته د ابلوکشن په حالت کې په پرلپسې ډول کشش ورکول کېږي او په همدې وخت کې د مت د هلپوکې سر مخې خواته تیله کېږي او بیا مت ته وحشی ګرځنده خوځښت ورکول کېږي. که پدې سره بې خایه

کيدهنه پر خاى او ثابت حالت بي غوره کړ نو لاس په غاره کې اچول کېږي خو که پرخاى نشي نو لاس په ليري او وحشى ګرځنده حالت کې پلستر کېږي.

يادونه:- د پرلپسي بي خايه کيدهنه لپاره عملياتونه ترسره کېږي چې دوه غوره بي عبارت دي له Palti Patate Method او Bankar's Operation

په بدو اوښته (اختلالات):

الف: مخ لورته د بي خايه کيدهنه په بدو اوښته:

۱: د تخرګ د عصب ګوزن (Axillari nerve Palcy):- د دې په پايله کې ناروغ د ډيلټويد غوبني ته خوڅښت نشي ورکولای او اپوند برخه بي حسه وي. البته دا حالت خوميانشي وروسته په څلهه بنه کېږي.

۲: Brachial Plexus Palsy :- دغه بايپري دومره دود ندي. په نيمګري افت کې يې برخليک(انزار) بنه دی او بيرته د رغيدو په لور درومي.

۳: Damage to Axillary Artry : دا بايپري ډير خطرناکه دی که چيرې افت وي باید ځانګړې پاملننه او خارنه ورته وشي.

۴: کله کله د هليوکي د اناتوميکي غارې له بي خايه کيدو سره یوځاي وي.

۵: د اوږې د بند شخوالی:- په هفو ناروغانو کې چې د Rotator Cuff د غونبو څيرې کيدل رامنځته شوي وي ليدل کېږي.

۶: پرلپسي بي خايه کيدهنه (بيا بيا بي خايه کيدهنه هم دوديزه ۵۵).

ب: دشا خواته بي خايه کيدهنه په بدو اوښته:- پورتنې ټول حالتونه په ځان کې رانغارې. همدارنګه که بي خايه والي پاتي شي نو ناروغ خپل لاس ته ابله کشن نشي ورکولای ($70-80^{\circ}$) خنه ډير ابله کشن نشي ورکولای).

که ناروغ څوان وي نو د همدي افت له کبله نآرامه وي. که چيرته اته اوئي هم پري تيرې شوي وي نو د عمليات په وسیله باید پرخاى شي پداسي حال کې چې پخوانى بي خايه والي په ځانګړې ډول سره په زړو خلکو کې باید په خپل حال پرینسودل شي او پرخاى بي د فیزیوتراپي سپارښته وشي.

يادونه: - کله کله د بې خایه والي سره ماتیدنه هم مل وي چې دا ماتیدنې ياهه لویه توبرزیتی کې او ياهه اويا به هم په Hill Sach Lesion کې وي اويا هم Main Cup lesion ليدل کېږي. Hill-Sachs lesion: - مخ لورته د بې خایه کیدنې په حالت کې رامنخته کېږي. پدې افت کې د مت د هلوکې د سر شاتنې برخه د ګلينوید تشې د څواکمنې خندې سره د لکیدو له کبله په ماتیدنې يا اخته کېږي Impaction.

Bankart Lesion: - په مخ خواته بې خایه کیدنې کې چې په بیا بیا ډول رامنخته کېږي منخته راخي او پدې لیژن کې د بیا بیا بې خایه کیدو له کبله د ګلينوید د څنبو ماتیدنې منخته راخي. د دې آفاتو پېژندنه کیدای شي د ساده AP رابیوگرافی په مت په سم ډول وه نه شي نو غوره د چې د پېژندلو لپاره بې د Axillary او يا داسې مخکنې-شاتنې رابیوگرافی خخه کار واخیستل شي چې مت د Internal Rotation په حالت کې وي.

که چېږي دا افت ډير پراخه نه وي نو درملنه بې ساتندويه د. د بې خایه والي له پرخای کیدو خخه وروسته پلستر کېږي خو که افت پراخه وي او يا ساتندويه درملنه اغیزمنه نوي نو بیا Open Surgery کوو او ماتي شوي پارچې تینګوو.

د Rotator Cuff د وترونو خيري کيدل: د Rotator Cuff د غونسو د وترونو خيري کیدنې ډيره پښیرې لدې ډلي خخه د Supraspinatus د وترونو خيري کیدنې ډيره دود ده چې ناروغ به پکې د شدید خور خخه ګيله من وي او د وهني (تروما) تاریخچه به لري او دا حالت د Supraspinatus syndrome پنوم يادېږي.

د Supraspinatus Syndrome مهم لاملونه عبارت دي له:

.Subacromial Bursitis : ۲ .Tendonitis : ۱

۳ : Calcification .D لويه توبرزیتی ماتیدنې.

۵: د وتر خيري کیدنې: - د وتر خيري کیدنې کیدای شي Partial وي او هم کیدای شي بشپړ وي. په بشپړه خيري کیدنې کې د Supraspinatus غونبه خپله دنده له لاسه ورکوي او خانګرې ګلينیکې بهه لري داسې چې ناروغ د خپلې اوږي ليري والي نشي پیل کولای ځکه د ليري کیدو پیل د Supraspinatus د غونبې په وسیله او د ډیلتويد غونبې په وسیله چې د مت د پورته کیدو لامل ګرځي

منځته راخي. پدي حالت کې ناروغ نشي کولاي ترڅو ابډکشن پيل کړي. که په Passive ډول لاس ته ليري والي ورکړل شي نو ناروغ کولاي شي هغه د ډیلتوبید غونبني په مټ د ليري والي په حالت کې وساتي.

درملنه:- که ناروغ زور وي داچې په غونسو کې Degenerative بدلونونه منځته راغلي نو عمليات کومه پايله نه لري خو یواخۍ ساتندويه درملنه ترسره کېږي. دا ناروغان کولاي شي د ډیلتوبید عضلي په وسیله تریوه بریده دا دنده ترسره کړي.

که ناروغ خوان وي پدي حالت کې بايد عملياتي رغونه ترسره شي، عملياتي برخه د پورته خوا خنخه پرانیستل کېږي او وتر د مټ د هلوکې په حدبه کې ګنډل کېږي. وروسته بايد ناروغ د اوږدي مودې لپاره تر خارني لاندې وي او بايد د بند مشق ترسره شي ترڅو د اوږپ د بند ټول خوڅښتونه بيرته راژوندي او پرځای شي.

په Partial خيري کیدنه کې د مټ دنده د ليري کيدو لپاره له منځه ئې خو کله چې مټ د ليري والي منځني حالت ته ورسيري نو خرنګه چې د Coraco-acromial ligament اخته شوی وتر تر فشار لاندې راخي نو ناروغ درد احساسوي. د Partial خيري کیدنې درملنه هم ساتندويه هد. ناروغ ته بايد د آرامتیا، Supraspinatus او لې، لې مشق سپارښته وشي. همدارنګه بايد د Short wave diathermy د لاملونو درملنه هم ترسره شي.

۱: د وتر د ګزک په شتون کې بايد ستيرائيه لکه M.Prednisolone د ليپوکاين سره یو ځای د بند په دنه کې پیچکاري شي.

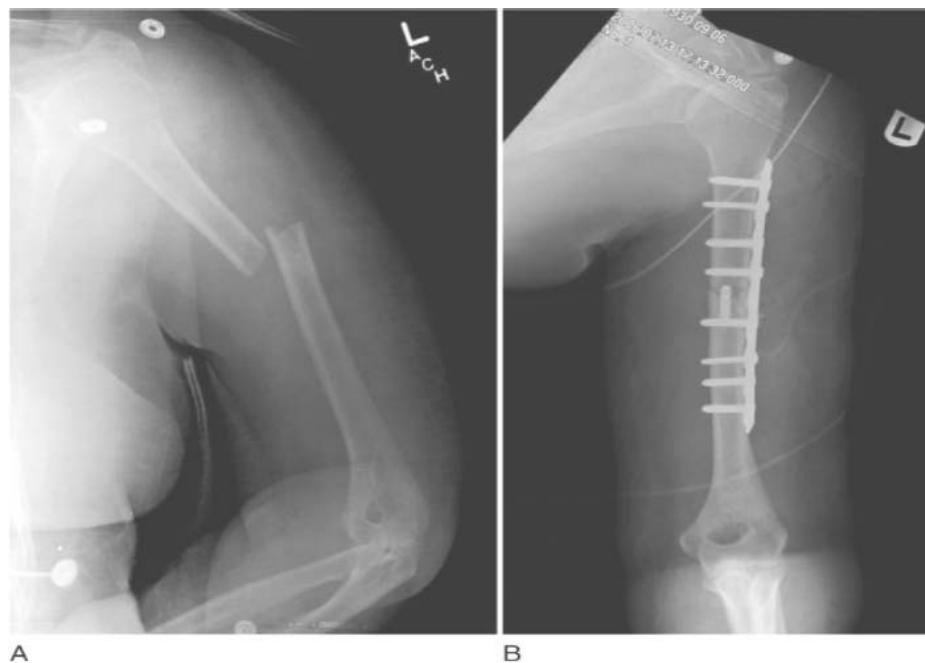
۲: د Sub-acromial Bursitis په شتون کې هم بايد پورته درملنه ترسره شي.

۳: که کلسيفيکيشن منځته راغلي وي نو که ستنه ورسره وه لکېږي نو له منځه ئې.

۴: د لوبې توپرزیتی د ماتیدو درملنه بايد ترسره شي.

۵: د خيري شوي وتر درملنه بايد ترسره شي لکه خنګه چې پورته یادونه ترپ وشوه.

د مټ د هلوکې ماتیدنه:- د مټ د هلوکې ماتیدنه په درې برخو ويشل شویده.



۱: د پورتی برقی ماتیدنه (Upper or Proximal Part Fractures)

۲: د منحني برقی ماتیدنی:



۳: د نسکتني برخې ماتيدنې چې د دې برخې ماتيدنې بیا په درو ډلو ويشل کېږي.

الف: Supra-Condylar Fractures

ب: Condylar Fractures

ج: Epicondylar Fractures

۱: د پورتنى برخې ماتيدنې (Upper Part Fractures): - که چيرته د مېت د هليوکي د پورتنى
برخې انټرومی خير شو نو د لاندې برخو خخه جوړه ۵۵.

Anatomical Neck (Articulating surface) :A

.Greater Tubersity :B

.Surgical Neck :C

.Lesser Tubersity :D

د مېت د هليوکي د پورتنى برخې د ماتيدنې بنه ويشه له NEER ويشهي خخه عبارت ده چې په لاندې
پول سره بنسو دل کېږي.

.Greater Tubersity :۱

.Lesser Tubersity :۲

.Humeral Head :۳

.Humeral Sheft :۴

د NEER په آند یوه ماتيدن هغه وخت بې خایه ده چې لې تر لې ماته شوي برخه له نورو برخو خخه د
يو سانتي په اندازه ليري شوي وي او همدارنګه د مېت د هليوکي او ماتي شوي توټې ترمنځ د 45° په اندازه
زاویه رامنځته شوي وي.

دلته بې خایه کیدنه په دودیز ډول د غونبو د کشش له کبله رامنځته کېږي پدې ډول چې

Lesser Supracondyler Tubersity غونبو په وسیله پورته خواته بې خایه کېږي. همدارنګه

Sub-Scapular Tubersity غونبو په وسیله انسی خواته بې خایه کېږي او د مېت د هليوکي بدنه د

Pectoralis Major په وسیله انسی خواته نړدې کېږي.

نوموري پورته يادي شوي ماتيدنې په درو ډلو ويشلي دي.

Tow Part Fractures: ۱

.Three Part Fractures :۲

.Four Fractures :۳

۱ : Tow Part Fractures هغه ماتیدنې دی چې د پورته يادو شوو خلورو برخو خخه یوه له نورو

درو برخو خخه بیله شوې وي.

۲ : Three Part Fractures هغه ماتیدنې دی چې د نومورو خلورو برخو خخه دوې ماتي شوي

برخې بې خایه شوي وي. پدې ډول ماتیدنو کې ډیر کله د Surgical Neck بې خایه والى د Lesser Tubersity سره منخته راخي.

۳ : Four Part Fractures پدې ډول ماتیدنو کې پورته يادي شوي خلور برخې یو له بله بیلي وي پدې معنی چې ماتیدنه او بې خایه والى د Greater Tubersity په برخه کې، د Surgical Neck په برخه کې او د Lesser Tubersity په برخه کې منخته راغلي وي او په دې ډول سره Head او نورې برخې یو له بله بیلي وي.

ماتیدنې لپاره وه چې بې خایه والي لري. شونې ده داسې ماتیدنې هم رامنخته شي چې له بې خایه والي خخه پرته

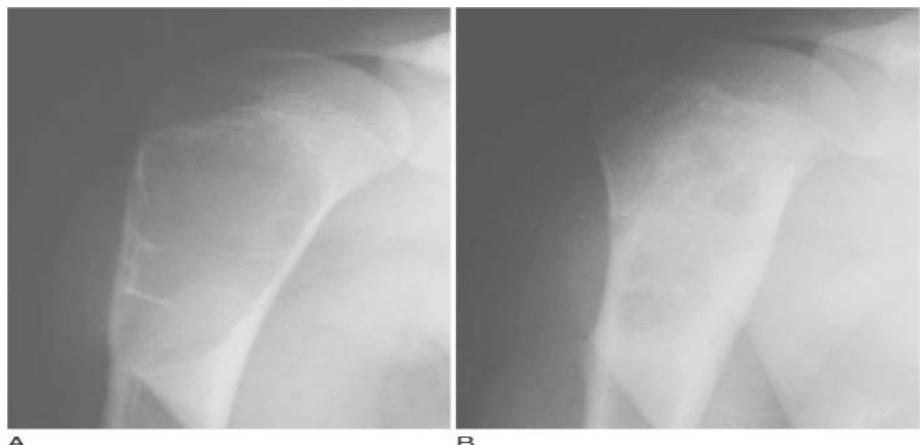
وي او يا ډير لب بې خایه والي ولري او بايد له پامه وه نه غورخول شي.

A : د Surgical Neck ماتیدنې:- د مې ډول کې د غاري ماتیدنې ډير کله د هدوکو د چنګابني(سرطاني) پېښو له کبله او يا د هفو چنګابني پېښو له کبله چې دلته بې میتاستازيس ورکړۍ وي رامنخته کېږي. همدارنګه د دې برخې ماتیدنه په زړو خلکو کې لدې کبله چې هدوکي بې په Osteoporosis اخته شوي وي د ماشومانو په پرتله زياته لبدل کېږي. همدارنګه په ماشومانو کې دغه ډول ماتیدنې د نېغه غورخيدو او ترومما له کبله رامنخته کېږي. د دې برخې ماتیدنې په همدې خوا د غورخيدو له کبله منخته راخي. بساې نومورې ماتیدنې One Part وي او هیڅ بې خایه والي ونلري او يا ډير لب بې خایه والي ولري او همدارنګه بساې د همداړنګه د ډول رامنخته شي. دا ډول ماتیدنې بيا په خپل وار په دوو ډلو ويشل شوي دي چې عبارت دي له:

۱ : Non Impacted. او ۲ : Impacted. چې د دې دواره ډوله ماتیدنو کلینيك او درملنه یو له بله توپير لري.

Impacted ماتیدنې: - د هغه ماتیدنو خخه عبارت دي چې ماتي شوي توپي يو په بل کې نتوسي، کلکي او سره ورغلې وي نو خکه د ټوپي توپي په ډول خوځېري چې دا خانګيرنه بې د درملني له پلوه ارزښت لري.

کلينيك: - د Neck په Impacted ماتیدنو کې درد ډير لب او يا هیڅ نه وي خو Echemosis وی. همدارنګه بنايې په دې برخه پرسوب او د خوځښتونو نيونه (محدودوالی) شته وي. پیژندنه (تشخيص): - د دې ډول ماتیدنو پیژندنه د کلينيك په وسیله لکه خنګه چې ورڅخه یادونه وشه او همدارنګه د X-Ray په وسیله کيږي. همدارنګه بنايې د پرمختللو راديوګرافیکو پیژندیزو کړنو لکه MRI او CT Scan خخه هم ګټه اخيستل کيږي.



درملنه: - په Impacted ماتیدنو کې له ساتندويه (محفظوی) درملني خخه ګټه اخيستل کړي. درملنيز کړن دود په تاکنه کې باید لاندې تکي په پام کې ونيسو.

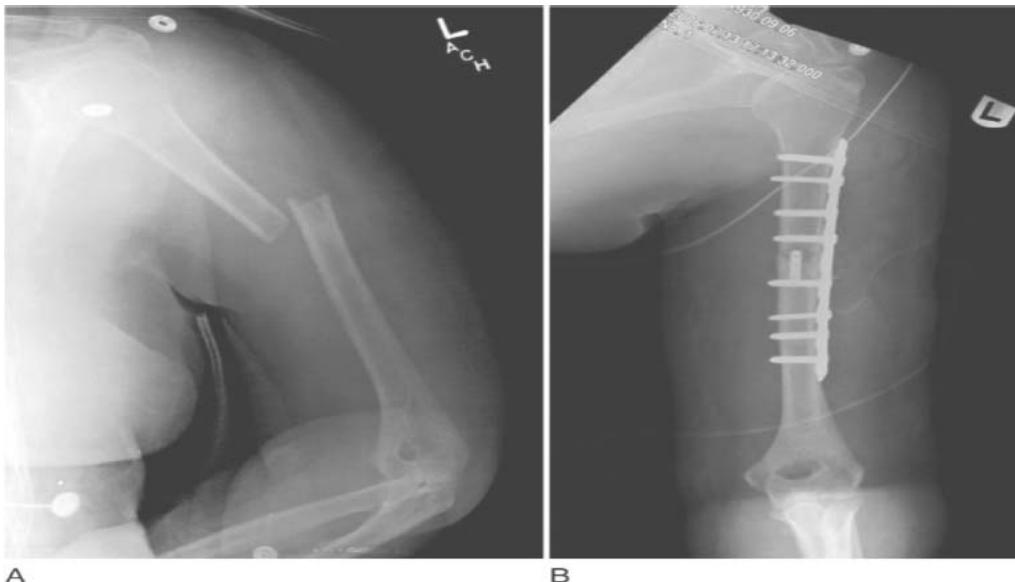
- ۱: په زړو خلکو کې د بسکاره بې خایه والي سره، سره دندې په بشپړ ډول بېرته راګرځي.
- ۲: له پراخه پلستر او عمليات خخه پرته شونې ده چې د هلبوکو ماتي شوي توپي خپل خای ته راولو.
- ۳: د اوږدي مودې لپاره د اوږدي د بند د خوځښت بندیدنه (ترنه) په خانګري ډول په زړو خلکو کې د بند د شخوالي لامل ګرځي.

کله چې د دې ډول ماتیدنو سره مخ کېرو نو د ماتي شوي خوا ترنه ترسره کورو خو باید د خوا خوځښتونو ته په ټینګه پاملنې وکړو. که چيرته Impaction لب وي نو آن د خوځښت بندیدو (تشیت) ته اړتیا نشته او کولای شو د لوړۍ ورځي خخه د اوږدي خوځښتونه پیل کړو او هره ورڅ دوام ورکړو او د خوځښتونو په ترمنځ وخت کې لاس په غاره کې واچوؤ.

Non Impacted ماتیدنی: - پدې ډول ماتیدنو کې ماتي شوي ټوټې یو په بل کې نه وي ننوتی بلکې یو له بله ليري او بې خايه وي. همدارنګه شونې ده څو ټوټه ایزې ماتیدنی رامنځته شوي وي.

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

پیژندنه: - د دې ډول ماتیدونو پیژندنه د کلینیک او راډیولوژۍ په وسیله ترسره کېږي.



درملنه: - که چیرې Over-Riding منځته راغلی وي نو باید پر خا شې. د پرخا کیدو لپاره عمومي او یا خاچي بې هوښي. ته اړتیا ده خکه په همدې برخه کې د خوځښت له کبله شدید خور منځته راخې. د خوځښت ورکولو په وسیله د هلپوکو ماتي شوي پارچې خوکه په خوکه کوؤ. که چیرې د دې کار پایله بنه نوه نو باید پرانیستې پرخا کیدنه (Open Reduction) ترسره کرو.

په پرانیستې پرخا کیدنه کې کولاۍ شو د بیلا بیلو لارو خخه کار واخلو لکه: ۱: Intra Rushnile Rod. او نورو خخه چې د ماتیدو د ډول پر بنسټ وړ او اړوند کړن دود غوره کوؤ. باید یادونه وکړم چې که چیرې ماتیدنې د Avulsion په ډول هم وي نو پرانیستې پرخا کیدنه ترسره کوؤ او وروسته د Screw په وسیله بې خايه شوي ټوټه هم تینګکوؤ.

په بدرو اوښته (اختلالات):

۱: د بند شخوالي.

۲: رګونو ژوبليدانه يا تاواناني کيدل.

۳: د تمرگ د عصب او سوررگي ژوبليدانه.

۴: د Brachial Plexus ژوبليدانه.

دا ډول ماتيدنې ډير کله په اوږد د راغورخيدو له کبله Ramenخته کيږي. دغه ډول ماتيدنې په هر منګ کې رامنخته کيږي په ځانګړي ډول په زپو خلکو کې ډيرې رامنخته کيږي.

د greater Tuberity Fraction ماتيدنې کيدائ شي One Part ماتيدنې وي يعني هیڅ بې خایه کيده نه وي او يا هم کيدائ شي Tow Part وي يعني د غارېي ماتيدنې هم ورسره یوځای وي. څرنګه چې د Avulsion غونسي په لویه توبرزیتی ارتکاز کوي نو په دودیز ډول سره د Rotator Cuff رامنخته کيږي.

پیژندنه:- دا ډول ماتيدنې د راديوګرافۍ په وسیله پیژندل کيږي.

درملنه:- که چيرې بې خایه والي ونلي نو د ماتيدنې درملنه په ساتندويه ډول ترسره کوؤ او اوږدې خوچښتونه د پیل نه پیل کوؤ. که چيرې يوه لویه ټوپه بیله شوې وي نو په تړلي ډول درملنه ناشونې ده نو پدې حالت (حالت) کې پرانیستې پرڅای کونه او دنه تینګونه (internal-Fixation) ترسره کوؤ. دغه دنه تینګونه د Screw په وسیله ترسره کيږي خو، د اوږدې خوچښتونه باید د عملیات له ورځې په پام کې وي ترڅو د بند د شخوالي لامل نشي.

په بدرو اوښته (اختلالات):

۱. Supra-Spinatus Syndrome or Painful Arch Syndrome :

۲: ئينې وخت کله چې د لوبي توبرزیتی ماتيدن پرڅای شي نو د رغیدو څخه وروسته بې پیروالي زيات او ناسموالي پکې رامنخته کيږي او کله چې مت ليري کوؤ نو لویه توبرزیتی د اکرومیون پراسیس او یاله سره لګېږي او ناروغ ته خور پیدا کيږي چې دغه حالت ډير کله د ليري Coraco-Acromail Ligament

کولو په منځني پرأؤ کې پیښېږي. کیدای شي د دې پیښې درملنه ورو، ورو د برلپسې خوخښتونو په وسیله ترسوه شي خو، که ګیلې شدیدي او د ډیر وخت لپاره وي نو Acromiun ایستل کېږي.

Lesser Tuberosity Fraction :D کېږي. که د اوږدي د بند بې خایه کیدنه رامنځته شوې وي نو په خایه ته وروستې سره Tow Part ماتیدنه په One Part ماتیدنه بدليږي. درملنه ساتندويه ده او په ډیرو لوړ پیښو کې عملیات ته اړتیا پیدا کېږي.
په پای کې د مېت د هډوکې د نړدې برخې ماتیدنه ډير کله د لې بې خایه کیدنې په ډول او یا هم د One Part په ډول وي چې درملنه بې هم آسانه ده خو، که Three Part او یا Four Part ماتیدنه رامنځته شوې وي نو درملنه بې اور تو پیدیست ته یو ګواښ او سیالی ده. همدارنګه ډول ماتیدنو کې ځینې وخت رغیدنه ناشونې وي او اړکېرو چې د نوموري بند Total Arthroplasty ترسوه کړو ځکه چې دا ډیرو ارزښتاکه بند دی په ځانګړي ډول سره په څوانانو کې او دندې بې بايد بېرته راژوندې شي.

د مېت د هډوکې د بدنې (Shift) ماتیدنې:- دغه ماتیدنې په لوی والي کې ډېرې لیدل کېږي خو، په ماشومتوب کې لېږي دي. کله چې وګړۍ (شخص) د یوې غیر مستقیمي وهنې سره مخ شي لکه په برانیستی لاس غورځیدنه نو دا ډول ماتیدنه په ځانګړي ډول Spiral ماتیدنه رامنځته کېږي. او یا هم کله چې په همدې برخه نیغ په نیغه وهنې رامنځته شي نو شونې ده چې د مېت د بدنې ماتیدنه رامنځته شي.

که چېرته ماتیدنه د بدنې په پورتنې دريمه برخه کې رامنځته شي نو د Pectoralis Major غونبې د کش کول د دې لامل ګرځي چې هډوکې دنه خواهه نژدې شي او که ماتیدنه په منځني دريمه برخه کې رامنځته شي نو د Deltoid غونبې د کش کولو له کله د هډوکې پورتنې ټوټه لېږي والي غوره کوي. رامنځته شوې ماتیدنه کیدای شي transverse، Oblique او یا Spiral وي.

په ډلو ويشه (Classification)

د دې برخې ماتیدنې په درې ډلو ويشه شوې دې چې هره ډله بې بیا په درې نورو ډلو ويشه کېږي.

A ډله: - هغه ډول ماتیدنې دې چې هډوکې یواځې په یوه برخه کې مات شوې وي. دا ډله هم په درې

نورو ډلو ويشه کېږي چې عبارت دي له:

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



B دله: - پدې ډول ماتیدنو کې د هلپو کې یوه ماته شوې برخه (Segment) د پتگ (Butterfly) د ډول ورڅخه بیله شوې وي. دا ډله هم په درو نورو ډلو ويشل شوې ده چې عبارت دي له:

- .Spiral wage (as a result of twisting stress) -B1 : ۱
- .Bending wage (as a result of bending stress) -B2 : ۲

Wage : دله او ماته شوې برخه بیله او ماته شوې برخه بیله دوه تورې د Wage + Wage -B3 : ۳

.د

C دله: - پدې ډول ماتیدنه کې هلپو کې په ګن شمیر توبو ويشل شوې وي. دا ډول ماتیدنه هم په نورو درو برخو ويشل شوې ده چې عبارت دي له:

- .Complex Spiral -C1 : ۱
- .Complex Segmental -C2 : ۲

.complex Irriguler Fractures -C3 : ۳

کلینیک: - فزیکي ګیلې او نبې لکه خود(درد)، پرسوب، د بنې ورانۍ (سؤوشکل)، د خوځښت نیمگرتیا، حساسیت او ناسم خوځښتونه په ماته شوې برخه کې لیدل کېږي.

پیژندنه: - راډیو ګرافی د نوموري برخې ماتیدنه مني او پېژني.
په ټولو حالتونو کې باید د Radial nerve ګوزنګ یا خورند مروند وکتل شي چې په همدې برخه کې کیدای شي د حیسیت خرابوالی هم وي.

درملنه: - د دې ماتیدنو درملنه په دوو ګرن دودونو سره ترسوہ کېږي.

۱: که بې خایه والى نوي او يالبوي نو درملنه بې په ساتندويه ډول سره ترسره کېږي.

۲: که بې خایه والى ډپر وي او ياخو توته ايزه ماتیدنه يا Segmental وي نو د عملیاتي کرن دود

څخه کار اخيستل کېږي.

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

الف: U-Slab Method:- ساده او سینګل ماتیدنو درملنه کولای شو د دې کرن دود په وسیله Angulation کړو. که چیرته Angulation لبوي نو هیڅ بې هوبنۍ. ته اړتیا نشته خو که چیرته زیات وي نو د بې هوبنۍ څخه وروسته لاسته لبکش ورکوټ ترڅو Angulation له منځه لارشي او بیا -U Plaster د پخوا په شان تړل کېږي.

ب: Hanging Cost Method:- د دې کرن دود پر بنسټ پدې کرن دود کې په خواکې د وزن اچولو او پلستر په وسیله ماتیدنه پرخای کوټ او پرخای کیدنه پر خپل خای پاته کېږي او وروسته له ۲-۳ او نیو څخه پلستر په یواحی Sling یا غاړه اچونه بدليېري چې د sermiento Sling پنوم یاديږي او د ماتیدنې تر بشپړه رغيدو پوري په خپل حالت سره پريښو دل کېږي. (نړدې نهه اوئي) وروسته لدې څخه که خه هم د احتیاط لپاره دوي نوري اوئي هم په خپل حالت پريښو ده، د مې خوځښتونه باید پیل شي او وروسته بیا د فizioterapi سپارښته کوټ.

۲: دنې ټينګونه او عملیاتي پرخای کیدنه:- نوموري درملنه په لاندې حالتونو کې ترسره کېږي.

.Soft Tissue Interposition :A

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

C: که چیرته ګن شمير ماتیدنې رامنځته شوي وي.

D: که چیرته د دواړو متور ماتیدنه رامنځته شوي وي.

E: که چیرته پتالوژيک ماتیدنې رامنځته شوي وي.

F: که چیرته د راجيل عصب ګوزنګ رامنځته شوي وي. ګ

په دنې ټينګونه کې له لاندې شيانو نه کار اخيستل کېږي.

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

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

همدارنګه کولای شو نوموري ميخ په Retrograde ډول (د بسکته لوري نه) هم تطبق کړو.

که خه هم په ماشومانو کې ساتندويه درملنه ډيره نهه ده خو، که چيرته ګن شمير ماتيدني شته وي اویا هم ساتندويه درملنه پاتي راشي نو کولای شو دنني ټينګونه پدې ډول ترسره کړو چې دمت د هدوکې د بدنه په نړدې او یا منځي دریمه برخه کې دوه Flexible Intramedullary Nail نیباسو. باید د میخ د نهه ایستو لپاره دوه بیلی برخې شته وي ترڅو میخ دننه کړو. که ماتیدنه په ډيره لیری برخه کې وي نو د میخ د نهه ایستو برخه د ډیلتoid غونبی د ارتکاز برخه ټاګو. وروسته لدې ډير ژر او په لې وخت کې خوختښونه مینځته راتلای شي او رغیدنه ژر رامنځته کېږي.

باید یادونه وکړو چې که چيری ماتیدنه کړه (منتنه) او یا ډيره پرانیستې وي نو بیا پرانیستې ټینګونه باید یادونه وکړو چې که چيری ماتیدنه کړه (منتنه) او یا ډيره پرانیستې وي نو بیا پرانیستې ترسره کوؤ. (External Fixation)

په بلو اوښته (اختیارات):

۱: د راډیل عصب ګوزنګ:- خرنګه چې له براغیل ضفیرې خخه دری خانګې بیلیری چې عبارت دي له Radial، Ulnar او Median عصب خخه خو، خرنګه چې راډیل عصب شاخواته تاویږي نو ځکه به ماتیدنو کې کیدای شي ژوبل شي. کله چې لدې ماتیدنو سره مخ کېږو نو هرومرو باید عصسي کتنه ترسره کړو او وروسته بیا درملنه ترسره کړو ترڅو یاده شوې نیمګرتیا پته پاته نشي. که عصب پړې وي باید ورغیري خو، که نهه پایله ونه لري نو بیا د Tendon Transfer ترسره کوؤ.

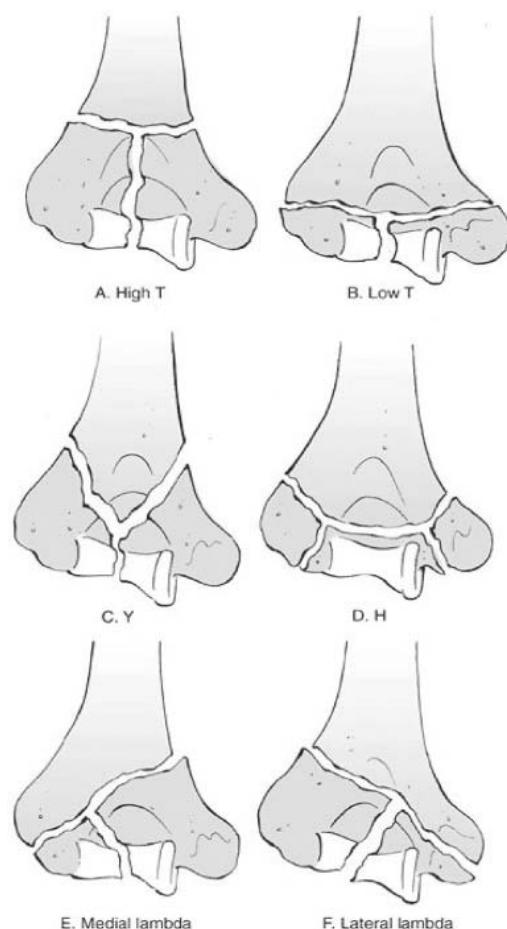
ګیلې او نبني:- دودیزه خرګندونه پې خوختښی ده چې د ګوټو او د غنې ګونی د پرانیستونکو غونسو ګوزنګ، د Spinatus او د Brachio radialis Wrist drop ده. همدارنګه حسي بدلونونه پې یواځې په یوه کوچنۍ برخه (دلاس د راډیل برخې په شاتني مخ کې) مینځته راخي. - پدې کونه کې لاندې پلانونه را ګډ دېږي. Tendon Transfer

۲: د Extensor carpiradialis لپاره د Brevespronator teres لیږدېږي ترڅو مروند پرانیزې.

۳: د Extensor digitirom د Flexor carpi radialis اویا Flexor carpi ulnaris او Extensor pollicis longus لپاره لیږدېږي ترڅو غنې ګوتې پرانیزې. Abductor pollicis longus د Plamaris Longus ته لاس د ورغوي خخه لیري شي.

Non-Union : ۲ - خینې وخت کیدای شي رامنځته شي په ځانګړي ډول سره د مې د هليوکي د بدنه د منځني برخې ماتيدنې پرې ډېري اخته ټېږي. درملنه يې د جراحۍ ټېږي په وسیله ترسره ټېږي چې د Non-Union په درملنه کې لوستل ټېږي. خینې وخت د رغيدنې د هخونې لپاره د برينښاني هخونې (Electrical Stimulation) خخه ټېه اخيستل ټېږي.

د مې د هليوکي د Condyles ماتيدنې: - دغه ماتيدنې دومره دود ندي خو، ګواښونکي (وخيمنې) دې چې ډېر کله په ماشومانو کې پیدا ټېږي. وحشي ټونډيل د انسې په پرتله ډېر برابر دی. د وحشي ټونډيل ماتيدنې د Copitulum له برخې خخه په مايل ډول پورته او دباندې خواته غڅېږي. په ځوانو ماشومانو کې کیدای شي بې ځایه شوې ماته توټه غټه وي خو، په ايکسپې کې ډېر وړه بسکاري ځکه چې ډېر برخه يې تر او سه غضروفې وي او په هليوکي نه وي بدله شوې. په دې ډول ماتيدنو کې بې ځایه والي ډېر لو وي خو، څرنګه چې دغه ډول ماتيدنې د بنديزې مخې (مفاصلي سطحي) را نغارې نو لېږي بې ځایه والي هم ډېر ارزښت لري. د یادونې وړ ده چې دا ډول ماتيدنې په زړو خلکو کې هم لیدل ټېږي چې د T او Y بنه لري.



د ژوبلیدنی چول (د ترضیض میخانیکیت): - که چیرته ناروغ وغور ځیږي او خنگله په 90^0 قبض حالت کې وي نو د اولیکراون پراسیس د مت د هډو کې سکتنی برخه د کونډیل په منځ کې د پانې په چول نتوخي او کونډیل ماتوي.

په چول ویشنہ:

- ۱: لوړی چول (Type-1): - د لته یواحی یوه ګریدنه (Crack) رامنځته شوی وي.
 - ۲: دویم چول (Type-2): - پدې چول کې د ۲ سانتی متره په اندازه بې ځایه والی رامنځته شوی وي.
 - ۳: دریم چول (Type-3): - پدې چول کې بې ځایه والی د ۴-۶ سانتی متره په اندازه وي.
 - ۴: څلورم چول (Type-4): - پدې چول کې بشپړه بې ځایه کیدنه رامنځته شوې وي.
- کلینیک: - پرسوب، دبنې ورانی (سوشکل)، خنگله پراخه بسکاري، خوختښونه تنگ وي او د پوستکي رنگ بدلون موندلی وي او په رادیو ګرافی کې ماتیدنه په بسکاره چول سره بسکاري.

درملنه:

۱: که ساده ګریدنه رامنځته شوې وي او بې ځایه والی ونلي نو درملنه په پلسټر کې د خو اونیو لپاره په ساتندويه چول سره ترسره کېږي خو، که چیرته بې ځایه والی رامنځته شوی وي نو درملنه په باید په ډېر غور سره ترسره شي ځکه چې تل پاتي نیمګرتیا (معیوبیت) رامنځته کوي. لوړی ناروغ ته عمومي بې ھونبې ورکوئ، وروسته د خوختښت په وسیله بې ځایه والی پرڅای کوئ، وروسته لاس په 90^0 راپول شوي حالت کې تر خو اونیو پوري ترؤ او وروسته د فعالو خوختښونو سپارښته کېږي. که چیرته بورته درملنه بریالی نشي نو اړ یو چې پرانیستې درملنه او دنۍ ټینګونه د Screw K-Wire او Traction په وسیله ترسره کړو.

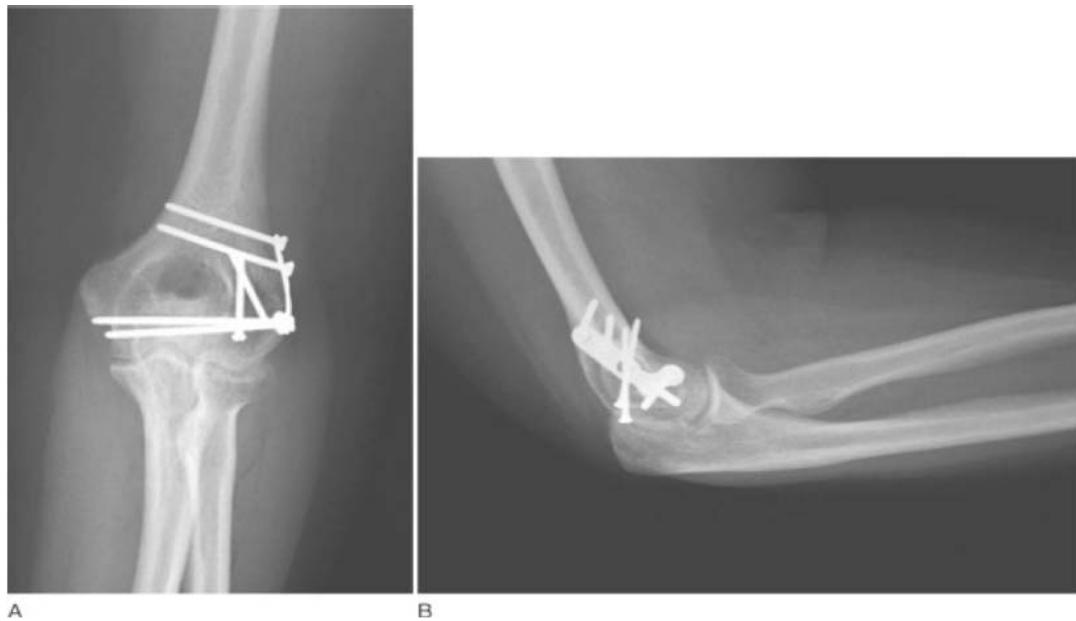
که چیرته ګډوډ (Comminated) ماتیدنه رامنځته شوې وي د Olecranon Skeletal ترسره کولای شو چې پدې کړنې سره $45-90^0$ خوختښونه بيرته ترسره کیدای شي. د ګه چول تر ۸-۶ اونیو پوري رغیري.

په بدنه اوښته (اختلاطات):

١. Non-Union : د ژوبليدو لامل گرځي.
٢. Deformity : د ulnar او Median عصب د ژوبليدو.
٣. Myositis Osificant : د Osteoarthritis . د بند شخوالي.

د مت د هډوکي د Epicondyle ماتيدنې

د وحشی Epicondyle ماتيدنې: - د غه ډول ماتيدنې د لويانو په پرتله په ماشومانو کې ډيرې پېښېري او همدارنګه د انسی ابي کونديل په پرتله پې پېښې لړ دي. د ژوبليدو رامنځته کیدنه يې په همدي اړخ د نیغ په نیغه وهنې له کبله چې د ابي کونديل د پرانیستونکو غونبسو د کش کيدو له کبله چې په همدي برخه نښتي وي یو Avulsion ماتيدنې رامنځته کېږي چې په دودیزډول سره د بشپړي او نیمګړي بې خایه کیدنې سره یوځای وي.



دا ډول ماتيدنې د دوو لاملونو له کبله ډيرې مهمي دي:

الف: شايد وده کونکي کړپندوکي (غضروف) اغیزمن شي: - د اناتومي له مخې پوهېرو چې د وحشی Epiphysis d Epicondyl برخه په یو ګلنۍ کې په تعظم پیل کوي او ۱۶-۲۱ اونۍ وروسته بې تعظمي برخې تړل کېږي.

ب: څونګه چې دغه ډول ماتيدنې د بند په دنه کې وي نو بشپړي پرځای کیدنې ته اړتیا لري.
کلینیک: - څنګله پرسیدلې وي خو د بې ورانی نوي. په جس سره برخه دردناکه او حساسه وي.

پېژندنه: - د ماتیدنې پېژندنه د ایکسروپه وسیله ترسره کېږي او بايد د دواړو خنګلې په پرتله ایز ډول سره وه کتل شي.

درملنه:

الف: ساتندويه درملنه: - که ماتیدنې بې خایه والي ونلري او يا ډير لب بې خایه والي ولري نو خنګلې ته ۹۰° قبض، مړوند د Pronation په حال کې او دلاس بند د Extension په حالت کې راورو او د شانتۍ میزابې په وسیله تړل کېږي او لاس په غاره کې اچول کېږي. میزابه د دوو او نیو لپاره وي وروسته لیري کېږي او فعال خوځښتونه پیلېږي.

ب: ساتندويه درملنه: - که بشپړه بې خایه کیدنه رامنځته شوې وي نو بايد په بشپړ ډول سره پرڅای او دنې تینګونې ته اړتیا پېښېږي. د خوځښت په وسیله خنګل د قبض حالت ته راوستل کېږي، په ماته شوې برخه فشار اچول کېږي او خنګله بېرته ورو، ورو د پرانیستو په لور وړل کېږي ترڅو پرڅای کیدنه رامنځته شي او تینګونه (تشیت) بې د Pin Percutaneus په وسیله ترسره کېږي. که دغه کړنه بریالی، نشي نو اړ یو چې له پرانیستې پرڅای کیدنې نه کار واخلو او اړوند برخه د Krishin Wire په وسیله تینګکېږي

په بدرو اوښتنه (اختلالات):

Mal-Union (Valgus Deformity) : ۱

Non-union : ۲

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

۴: پرلپې بې خایه کیدنې چې درملنه بې د هلوکې د وحشی برخې د پستو نسجونو رغونه ده. د انسی د انسي Epicondyle ماتیدنې: - که چيرته د ناروغ دلاس او خنګلې بند پرانیستې وي او ناروغ پع پرانیستې لاس راوه غورڅېږي نو د لاس د بندیدونکو غوبنو د کش کیدو له کبله ابي کوندیل را کش کېږي او دا ډول ماتیدنې رامنځته کېږي. همدارنګه نیغ په نیغه وهنه چې په انسی ابي کوندیل ترسره کېږي هم ماتیدنې رامنځته کېږي.

کلينیک: - په ژوبله شوې برخه کې خود وي خو، که بې خایه والي ورسره یوځای وي نو د بې ورانی هم ورسره وي، خود برخه پرسیدلې او د خنګلې خوځښتونه تنګ وي. د اولنر عصب د ژوبليدو د معلومولو لپاره دي د لاس وروستې ګوتې وکتل شي.

پیژندنه: - پیژندنه بې د ایکسرسی په وسیله ترسره کېږي. په مخکنې-شاتني حالت کې د انسې برخه نسکته خواته تیله شوې وي او یا تاوه شوې نسکاري. که بند بې خایه وي Epiphysis د Epicondyle نو ابي فیزیز د مت د هدوکې په نسکتني برخه کې خای نیسي. په Lateral حالت کې ابي فیزیز د بیگانه جسم په ډول د بند په منځ کې پروت وي.

درملنه: - که بې خایه والي لې وي نو په خپل حال پرینبودل کېږي خو، که ابي کوندیل په بند کې بند پاتي وي نو په تېلي ډول خنګله Valgus حالت ته او د لاس بند Hyper-Extention حالت ته راولر کېږي. که دا کړنه د ماتیدنې په پرخای کيدو کې پاتې راغله نو عملیات ترسره کېږي او دنۍ ټینګونه دی ترسره کېږي. که دا کړنه د ماتیدنې په دو هول دې شي.

په بدومې اونستنه (اختلالات): - په دو هول دې

الف: ژر رامنځته کیدونکي لکه د اوسلر عصب ژوبليدنه ځکه چې نوموري عصب د زیرو هدوکو لپاسه سولیري.

ب: وروسته رامنځته کیدونکي لکه د بند شخوالی.

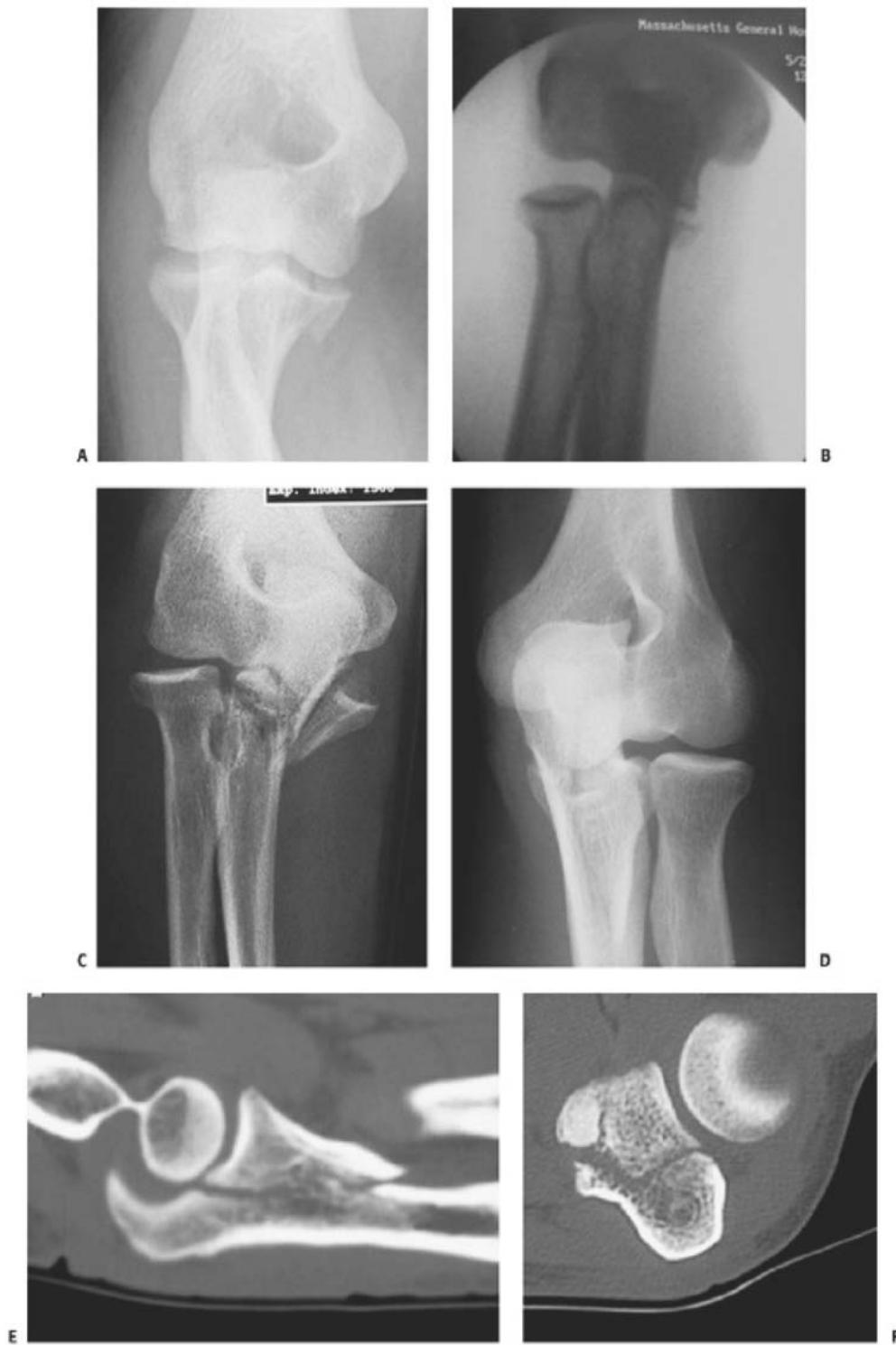
Fractures, Separation of the Entire Distal Epiphysis

(د لیري ابي فیزیز بشپړ بیلیدنه او ماتیدنې)

دورو پوهانو (Harris) او Salter د Epiphyseal Plate زیانونه په شپړ ډولونو ويشهلي دي. ۱: لوړۍ ډول (Type 1): - دله ابي فیزیز د هدوکې له بدنې څخه بیل وي اویا لې نسويدلې وي خو، بله ماتیدنې ورسره نه وي. کیدای شي په ماشومانو کې د وهني، انتان، ریکیټس او یا سکاروي له کبله منځته راشي. د دې نسويدلې برخليک (انزار) بنه دی او د خوختې په وسیله بې درملنه ترسره کېږي.



- ۲: دويم ډول (Type 2):** - پدې ډول کې د ابي فيزيز د بنويدو او يا بيليدو سره یوځای د ميتافيزيز یوه وره مثلشي ټوته هم بيله شوې وي. د دې ډول پښني په شپږ ګلنۍ کې ډيرې دې چې د دې ډول زخمونو ډير دوديز ډول دې. پرڅای کيدهنه یې سانندويه ده او Pot پلسټر په وسیله تړل کېږي او ساتل کېږي.
- ۳: دريم ډول (Type 3):** - پدې ډول کې د ابي فيزيز یوه برخه بيله شوې وي کيдаي شي ماتيدنه د بند په دنه کې وي چې خانګړي پرڅای کيدهنې ته اړتيا لري. د دې ډول ماتيدنې پرڅای کيدل د پرانيسټي پرڅاي کيدهنې او دنې ټينګښت په وسیله ترسره کېږي.
- ۴: څلورم ډول (Type 4):** - پدې ډول ماتيدنه کې د ابي فيزيز یوه برخه د ميتافيزيز له یوې برخې سره یوځای بيله شوې وي. پدې ډول کې د مې د هډوکې د وحشې ابي کوندیل بیلیدنه ډيره دود ده. دله هم د پرانيسټي پرڅای کيدهنې او دنې ټینګښت څخه کار اخیستل کېږي.
- ۵: پنځم ډول (Type 5):** - پدې ډول ماتيدنه کې د ګروت پليت یوه برخه د ګريډنې او يا فشار سره مخ شوې وي. دا هم پرانيسټي پرڅای کيدهنې ته اړتيا لري.
- ۶: شپږم ډول (Type 6):** - پدې ډول ماتيدنو کې د ابي فيزيز یوه برخه په بشپږ ډول پرې شوې وي چې په پايله کې د یو هډوکین Bridge Angular Deformity رامنځته شي.



د څنګلې ټپونه (Elbow Injuries)

د څنګلې په ژوبليدو کې لاندې شيان را نغښتني دي.

۱: تر زور لاندې خنګله (Confused Elbow):- کله کله نارو غ د شدید زور خخه وروسته د خنګلې په بند کې د پرسوب او شدید خور خخه ګیله من وي خو، په ایکسرې کې ګوم بدلون د لیدلو ورنه وي.

غوره درملنه يې د یوې اونې آرام او شاتنى ناوه (میزابه) ده او بیا دی لاس په غاره کې واچول شي چې وروسته د فعالو خوځښتونو سپارښته کېږي.

۲: کش يا ټیله شوې خنګل (Pulled Elbow):- دا په هغه حالت کې منخته رائۍ چې لاس بسکته خواته کش شي او د مې ھلبوکې د anular Ligament خخه بسکته وه بنوئیوري. نومورې حالت ډیر کله په هغو ماشومانو کې چې ۶-۲ کلن وي او د مور یا پلار له خوا په زوره کش شي رامنځته کېږي. پیژنده يې د تاریخچې له مخې کېږي. په همدا برخه حساسه وي او د مړوند Supination نیمگړی وی.

درملنه يې پدې ډول کېږي چې یا خو لاس په بشپړ ډول د Radial Diviation په حالت کې راوستل شي او زوره مړوند Supination ته یوړل شي. او یا هم ژر، ژر مړوند په واریز ډول سره او Pronation ته یوړل شي. که چيرته پورته درملنه پاتي راشي نو لاس د ۴۸ ساعتونو لپاره په غاره کې اچول کېږي او په خپله بې خایه کیدنه پرڅای کېږي.

۳: د خنګلې بې خایه کیدنه (Dislocation of the Elbow):- دا حالت هم په ماشومانو کې او هم په لویانو کې ډیر دود دی چې په پرانیستی لاس غورځیدو له کبله منخته رائۍ. په ډلو ویشه:- په دوه ډوله ده.

۱: مخې خواته بې خایه کیدنه. ۲: شاخواته بې خایه کیدنه چې ډېره دود ده. چې دا بیا په خپل وار سره په دوو ډولونو ویشل شوې ده.

الف: شاتنى وحشی (Posterior lateral)

ب: شاتنى انسي (Posterior Medial)

۳: وحشی. ۴: انسي او ۵: Divergent

نوې ډلېشنې :New Classification

۱: لوړۍ ډول: - نړدې یا Radio-Ulnar Intact -: Proximal بند ثابت یا اړوي. او په لاندې ډولو ويشل شوي دي.

A: شاتنى چې دایا په انسي او وحشي ويشل شوي دي.

B: مخې خواته.

C: انسي.

D: وحشي.

۲: دويم ډول: - پدې ډول کې د خنګلي دبند نړدې بې خایه والي لري او په لاندې ډولونو ويشل شوي دي.

A: چې دا بیا په دوه ډول دي Divergent.

الف: Anterior Posterior چې راډيوس مخې خواته او اولنا شاته بې خایه شوي وي.

ب: transvers چې اولنا انسي خواته او راډيوس وحشي خواته بې خایه شوي وي.

B: Radio-ulnar Translocation - پدې ډول کې د راډيوس هلوکى انسي خواته او د اولنا هلوکى وحشي خواته بې خایه شوي وي.

C: Isolated dislocation of the Radial head

گیلې او نبې: - خور، پرسوب او د دندو نیمګړتیا شته وي.

پېژندنه: - پېژندنه د ایکسرې په وسیله ترسره کېږي.

توپیریزه پېژندنه (تفريقی تشخيص): - د دې ماتیدنې توپیریزه پېژندنه بايد د Supracondylar ماتیدنې سره وشي پدې ډول چې یوه نیغه ګربنه د وحشي او انسي ابې ګوندیل ترمنځ رسموؤ او د ګربنې دواړې خنډې بستکته د اوليکرانون سره نښلوؤ په بايله کې یو درې اړخه (مثلث) چې ټولې خواوي بې سره برابرې وي لاسته راخي (په روغ حالت کې) خو د Supracondylar د ماتیدنو په شتون او بې خایه کیدنه کې نوموري درې اړخه سم نه جو پېږي یعنې خواوي بې یو له بله سره توپير لري.



درملنه:- درملنه د عمومي بې هوښي لاندې ترسره کېږي او په دورو ګرندودونو پرخای کیدنه کولای شو.

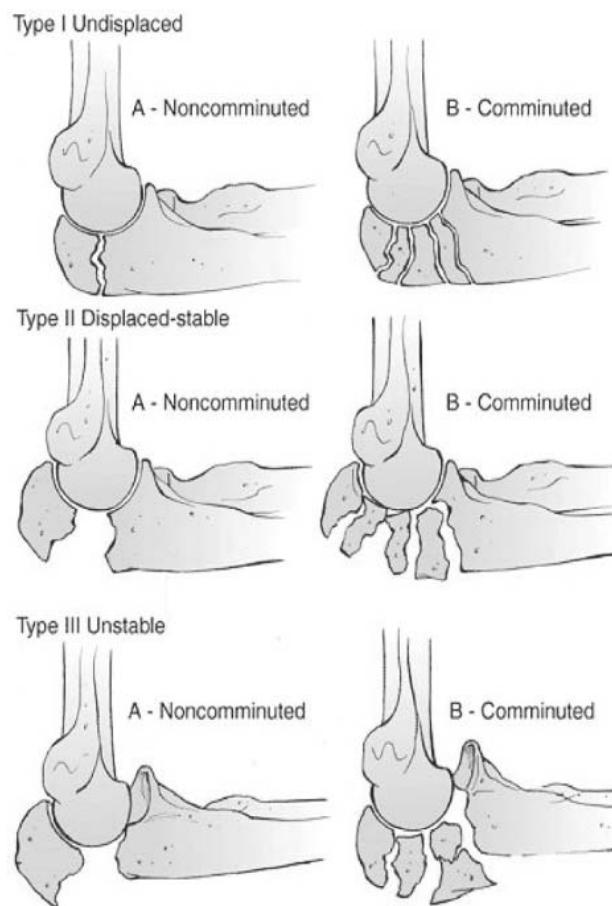
۱: لاس په لاس کړنه (Hand to Hand Method):- د ناروغ لاس په Supine حالت کې اينبودل کېږي او لاس ته کش ورکوؤ کله چې مونږ د پرخای کیدنې نه وروسته غږ واورو او يا بې احساس کړو نو لاس په 90° تول (قبض) حالت کې تړو او پا غاره کې بې اچوؤ، لاس د دری او نيو پوري همداسي ساتل کېږي او وروسته د فعالو خوځښتونو سپارښته کوؤ.

۲: Parvin Method:- ناروغ پرمخي اچول کېږي او د مت هلووکي په ميز باندې آرام پروت وي اوس نو ۱۰-۵ کيلوګرامه وزن په مړوند اړيدو. پدې ډول د خو دقیقو په موده کې چې غوبسي پستې (استرخاؤ کېږي) شي پرخای کیدنه رامنځته کېږي.

په بلو اوښتنه (اخنیلاطات):

۱: د انسی اېي کوندیل ماتیدنه.

۲: د رګونو او اعصابو ستونئي لکه د میدين او اولتر عصب او براخیل سورګي (شریان) ژوبليدنه.



۳: د بند شخوالي.

۴: هپوکین کیدنه (Ossification).

۵: پرپسی او بیا، بیا بې خایه کیدنه.

۶: د Capitulum ماتیدنې:- کله چې وګړی په برانپستي لاس و ه غور خېږي نو کیدای شي د دې

برخې ماتیدنې رامنځته شي همدارنګه کله، کله د راډیوس د سره له ماتیدو سره یوځای وي.

پیشندنه بې د ایکسروپ په وسیله کېږي. که لویه ټوټه بیله شوې وي نو باید پرڅای شي او د میخ (pin)

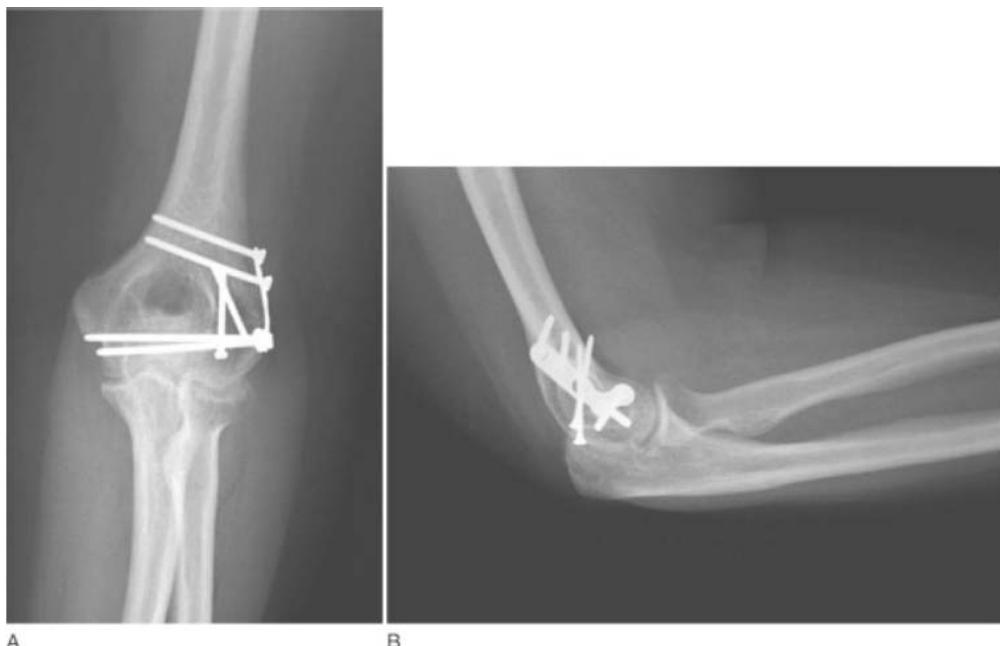
په وسیله تینګه شي.

۷: د مت د هپوکی د بدندي ماتیدنې چې مخکي مو و ه لوستلي.

د مت د هلپوکې د لیري برخې ماتیدنې (Fractures of the Distal Humerus)

د مت د هلپوکې د لیري برخې ماتیدنې چيرې دود دي او په ماشومانو کې چيرې پیښېږي. د دې برخې د ماتیدنې په ډلو ويشهه په لاندې ډول ده.

۱: Supra-Condylar Fraction :- چې دا ماتیدنې بیا په دوه ډوله ده.



الف: پرانیستی ډول (Extention Type) :- دا ډول بیا په دوه ډولونو ده لکه له تني خخه لیري ډول (Adduction type) او تني ته نېړۍ ډول (Abduction type).

ب: راقول ډول (Flexion type).

۲: transcondylar Fractures

۳: Inter Condylar Fractures (Dicondylar Form Fractures)

۴: د Condyles ماتیدنې :- چې دا بیا په دوه ډوله دی لکه د انسی او وحشی کوندیل ماتیدنې.

۵: یوائې د بندیزو برخو ماتیدنې (Fractures of Articular Surface only) :- چې دا بیا په دوه ډول دی لکه د Capitulum ماتیدنې او د Trochia ماتیدنې.

۶: د اې کوندیل ماتیدنې چې دا هم په دوه ډوله دی لکه د انسی او وحشی اې کوندیل ماتیدنې.

۷: د کوندیل خخه د پورته راونو ماتیدنې (Fractures of Supra-condylar Process).

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

یادېږي دا ماتیدنې په لاندې ډول دی.

۱: راټول ډول (Flexion Type)

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

دي له:

.Abduction Type :B .Adduction Type :A

۱: راټول ډول (Flexion Type): - دا ډول ماتیدې لړ دي او یواځې په دوه سلنې پینسو کې رامنځته کېږي. پدې ډول کله چې د خنګلې بند راټول وي او په بند د شا له خوا نیغه ونه رامنځته شي نو ماتیدنه رامنځته کېږي. پدې څای کې لیري ټوټه مخ ته بې څایه کېږي، شانتۍ پیریوست څیري شوي وي پداسي حال کې چې مخکیني پیریوست روغ وي.

۲: پرانیستی ډول (Extention Type): - دغه ډول ماتیدنې په هفو ماشومانو کې رامنځته کېږي چې د ۱۵ کلنۍ خخه په لړ منګ لري یعنې شپیته سلنې پینښي لري او هغه وګړي چې د ۲۰ کلنۍ نه زیات منګ لري دغه ډول ماتیدنې پکې لړوي. دغه ماتیدنې په ماشومانو کې حکه ډیړې دي چې مخکنی کپسول او Collateral Ligament بې د هلبوکې په پرتله څواکمن وي.

۳: رامنځته کيدو کړندود بې پدې ډول دی چې: کله چې ماشوم په پرانیستی لاس پداسي حال کې چې د خنګلې بند پرانیستی وي وغور څیري نو د کونډیل خخه د پورته برخې ماتیدنه رامنځته کېږي چې لیري ټوټه بې شاخرواته بې څایه کېږي. که چېړې د خنګلې بند برانیستی وي نو همدا بې څایه شوې ټوټه انسی خواته تاوېږي. داچې د نېډې برخې ټوټه غابنوره ده نو پاسته نسجونه ژوبولوی چې کله، کله د مټ سورګي او Median عصب په افت اخته کوي.

یادونه: - دا ډول ماتیدنې د ماتوشوؤ ټوټو د بې څایه والي له مخې په دری ډولونو ويشنل شوي دي.

۱: لوړۍ ډول: - پدې ډول کې د Supracondylar په برخه کې یو درز رامنځته شوي وي او ماته شوې ټوټه هېڅ بې څایه والي نلوړي. د دې ډول ماتیدنو درملنه ساتندویه ده، لاس په غاره کې اچول کېږي او وروسته د فالالو خوځښتونو سپارښتنه کېږي.

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

الف: Type-2A: - دغه ډول ماتیدنه د یوې لنډې لنډي په ډول ده. پدې ډول ماتیدنه کې مخې خواته زاویه او شاخرواته Telt شته وي.

ب: type-2B:- پدې ډول کې مخې خواته زاویه له ګرځیدنې (Rptation) سره یوځای وي او دا ګرځیدنې ګيدای شي دباندي او دنه خواته وي.

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

کلینیک:

۱: پوانيستي ډول:- د لويدو خخه وروسته د ناروغ په خنګله کې خور، پرسوب او د بهې ورانۍ رامنځته کېږي. د خنګلې خوځښتونه نيمګړي وي چې پدې حالت کې د عصابو او رګونو کتنه اړينه ده.

۲: راټول ډول:- د خنګلې په برخه کې د وهنې تاریخچه مشت وي، په خنګله کې خور، پرسوب، د بهې ورانۍ او دنده له منځه تللي وي. همدارنګه په کتو او جس سره شاتني راوته (بارزه) له منځه تللي وي.

پېژندنه:- پېژندنه يې د ساده ایکسربې په مت ترسوه کېږي. پدې ډول چې په اړخیزه ایکسربې کې ماته شوې ټوټه مخې او يا شا خواته بې خایه شوې بنکاري. که چيرته مخکنۍ-شاتني ایکسربې ته اړتیا پیدا شي او ناروغ د شدید خور له کبله چمتو نه وي نو بايد د عمومي بې هونبې لاندې ترسوه شي.

درملنه:- لومرۍ بايد ماتیدنه د ډول له مخې خرگنده او بیا درملنه ترسوه شي.

۱: پوانيستي ډول:- لومرۍ بايد د رګ او اعصابو ژوبلیدنه په پام کې ونيسو او له روغوالې خخه يې خان ډاډه کرو بیا د ماتیدنې درملنه په دوه ډول ترسوه کېږي.

الف: پرته له عملیات نه درملنه:- که ماته شوې ټوټه بې خایه نوي نو یواځې لاس په غاره کې اچول کېږي او ۲-۳ اونې وروسته فعال خوځښتونه ورو، ورو پیلېږي. خو که چيرته ماتي شوي ټوټې بې خایه وي نو د لاندې خوځښتونه په وسیله تړلې پرڅای ګيدنه ترسوه کوؤ.

۱: مت ته بايد د عمومي بې هونبې لاندې خوځښت ورکړو پدې ډول چې مورستیال مت ټینګ نیسي او مت ته Counter Traction ورکول کېږي یعنې مت د خان خواته کشوي او په همدې وخت کې رنځورې په مروند ته پداسي حال کې چې د خنګلې بند^۰ ۲۰ راټول وي د ۳-۲ دقیقو لپاره مخ بسکته کش ورکوي.

۲: وروسته مروند ته چې کش شوي دی ورو، ورو راټولوؤ او مخ ته بې قاتوؤ ترڅو^۰ ۸۰ ته ورسیږي.

۳: په همدې وخت کې د اړخونو د بهې ورانۍ اويا Epiphysal Complex د لاس په وسیله خای ته ورولو او سموؤ بې.

۴: دشا خخه ليري و تلي ټوته هم د ګوتو په زور خپل خای راولو. وروسته لدې خوختښتونو خخه مړوند او خنګله ټينګکوئ.

يادونه: - له خنګه چې په پورته خوختښتونو کې د خنګلې د راتولیدو خخه يادونه وشهو د triceps عوبني د قات کيدو خخه عبارت ده چې ماتیدنې لپاسه ترسره کېږي او په دې ډول سره ماته شوي برخه بسه Splint ګوي.

له خنګه چې مخکې مونږ يادونه وکړه کله چې مونږ لاس^۰ ۸۰ راتول کړ نو باید دزړه وهنه (بض) شته او که نه؟ که وهنه وي نو د خنګلې راتولیدل نور هم زیاتر ترڅو وهنه له منځه لاره شي (ځکه دلته برڅيل سوررګي په بشپړ ډول تر فشار لاندې راخې). پدې وخت کې خنګله بيرته ورو، ورو پرانيزو تر^۰ ۱۰ پورې الته وروسته له هغه چې د رادیل سوررګي وهنه بند په پرلپسي ډول راتول وساتو. اوس چې د خنګلې د راتولیدو کچه وتاکل شوه نو نوموري وهنه بیا ګورو ترڅو بنه ډاډه شو نو خنګله لوړۍ په مالوچو پته او بیا پلستر کېږي. باید يادونه وکړم چې باید په بشپړ ډول ونه شي بلکې پلستر یواخي د شا له خوانه نیول کېږي پداسي حالت کې چې مخه بې لڅه پاته کېږي ترڅو د وینې تگ ګډوډ نشي. د دې لپاره چې د همدي برخې والګوس او یا واروس ناسمي رامنځته نشي نو پکار ده چې مړوند ته یو وړ حالت ورکړو پدې ډول چې:

۱: که چېږي مخکې والګوس ناسمي رامنځته شوي وي (وحشی Telt او Angulation) نو مړوند باید د Supination په حالت کې پلستر شي.

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

۳: که هیڅ ډول ناسمي نه وي رامنځته شوي نو مړوند باید په خپل طبعي حالت کې پلستر شي. له پلستر نه وروسته باید د ډاډ لپاره بوه ایکسرې واخیستل شي او بیا لاس په غاره کې تو درو او尼يو پورې اچول کېږي او وروسته په راتول حالت کې د فعالو خوختښتونو سپارښته کېږي او دری اونۍ نور هم صبر کوئ ترڅو خنګلې ته د پرانیستو خوختښتونه ورکړو.

د پرڅای کیدنې نه وروسته د کونډیلونو روغه زاویه کتل کېږي که چیرته زاویه له ۲۰ درجو خخه لبر وي او ناروغ په اسانۍ سره د راتولیدو خوختښت ترسره کولاۍ شي او لاس خولي ته پورته کولاۍ شي نو د منلو

ور ده خو، که چیرته زاویه له ۲۰ درجو خخه زیاته وي نو بايد گوم خوختنونه چې مخکې مویاد گړل بیا ترسره شي او سمونه ترسره کړي او د POP په وسیله د ۴-۶ او نیو پوري ټینګه وساتل شي.

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

۱: تړلی عملیات:- پدې کړنې کې لیری توهه د Krishner wire په وسیله په تړلی ډول ټینګېږي. سمیت د K-W په وسیله ټینګونه او د اولیکارانون کش کول په لاندې حالتونو کې د ترسره کولو وړ منلي دي.

A: که په تړلی ډول خوختنست ورکونه پاتي راشي او ماتیدنه پرڅای نشي.

B: که د پرڅای کیدني نه وروسته خنګله 90^0 راټوله شي او وهنه (نبضان) جس نشي.

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

D: که Comminated ماتیدنه رامنځته شوي وي او یا دنورو برخو ژوبليده رامنځته شوي وي.

۲: پرانیستې پرڅای کونه (Open Reduction):- کله چې دننې ټینګونه ترسره شي او د خوختنونو د ورکولو نه وروسته په لوړیو ۲۴ ساعتونو کې Compartment Syndrome رامنځته شي نو لدې کړنې نه کار اخیستل کېږي.

۲: د راټول (Flexion) ډول درملنه:

الف: له عملیات نه پرته کړنود: - خنګله په نیم ډول حالت وي او کش ورکول کېږي پدې کړنې سره ماتي شوي تويی له Impaction خخه خلاصېږي. په ماته شوي برخه له مخي نه شاته زور راورو او وروسته لاس ورو، ورو پرانیزو ترڅو زاویه له منځه لاره شي، پرانیستو ته تر هغه دوام ورکوؤ چې ترڅو خنګله لس درجې ټوله پاته شي او سخنګه په همدي ډول د شاتني ناوې په وسیله تر دری او نیو پوري ساتل کېږي وروسته له دری او نیو خخه د راټولونکو خوختنونو اجازه ورکول کېږي.

ب: عملیاتي کړنود: - لدې کړنې نه هغه وخت کار اخیستل کېږي چې کله د تړلو خوختنونو په وسیله پرڅای کیدنه بريالي نشي. او په لادې ډول ترسره کېږېږ.

۱: - پدې ډول کې یو میخ د انسی نه او بل د وحشی نه تیروؤ او باید د اولنر عصب سره پام وشي او یا ددې لپاره چې ډیر پام وکړو نو دواړه میخونه د وحشی خوانه تیروؤ.

۲: پرانیستې پرڅای کونه او دننې ټینګونه چې د شاتني Approach برخې خخه پرانیستل کېږي او پرڅای کیدنه ترسره کېږي.

په بدرو اوښته (اخحلاطات):

- الف: ژر رامنځته کیدونکي:- ۱: د براخيل سورر ګي ژوبليده.
- ۲: د Meddian Nerve ژوبليده چې ډير کله تيريدونکي وي او ۶-۸ اوئي وروسته رغبي.
- ب: وروسته رامنځته کیدونکي:
- ۱: Myositis Ossificant
- ۲: د بند شخوالي.
- ۳: Mal-union (Varus or Valgus Deformity)
- ۴: د خنگلې د بند Disability چې په لاندي حائلونو کې رامنځته کېږي.
- A: د خوختنونو نيمگړتیا.
- B: د بني ورانۍ (زاويه او یا لنويده) (Contracture) (رامنځته کیدنه).
- C: خوب. D: کم خواکي او بي ثباته کیدنه (د غونبسو د اتروبي له کبله).

د مړوند ماتيدنې (Fractures of the Forearm)

مړوند په درې برخو ويشل شوي دي.

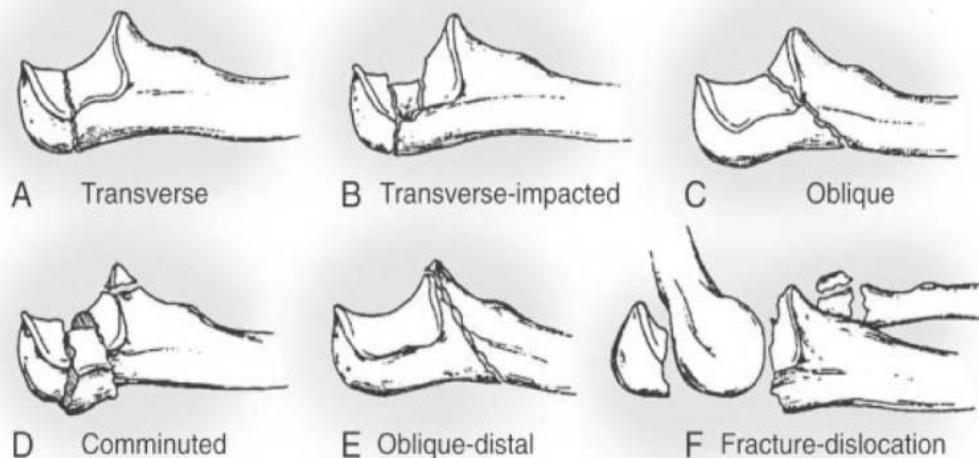
۱: پورتى برخه. ۲: منځنۍ برخه. ۳: نسكتنۍ برخه.

په پورتى برخه کې لاندې ماتيدنې رانګښتي دي.

الف: د راډيوس د سر ماتيدنه. ب: د راډيوس د غاري ماتيدنه.

ج: د اوليکرانيون د پراسيس ماتيدنه. د: د کوراکوئيد پراسيس ماتيدنه.

الف: د راډيوس د سر ماتيدنه:- کله چې وګړي په پرانیستې لاس ولوږي او ونه د راډيوس په وسیله د راډيوس سره ولیدېږي او سر د کېچولم سره تکر شي نو د راډيوس د سر ماتيدنه رامنځته کېږي.
په ډلو ويشه:- دا ډول ماتيدنې په درو ډولونو ويشل شوي دي.



۱: لوړۍ ډول: - د لته د درز په ډول ماتیدنه رامنځته شوې وي.

۲: دویم ډول: - پدې حالت کې Tow Part ماتیدنه رامنځته کېږي او ماتې شوي ټوټې بې خایه شوي

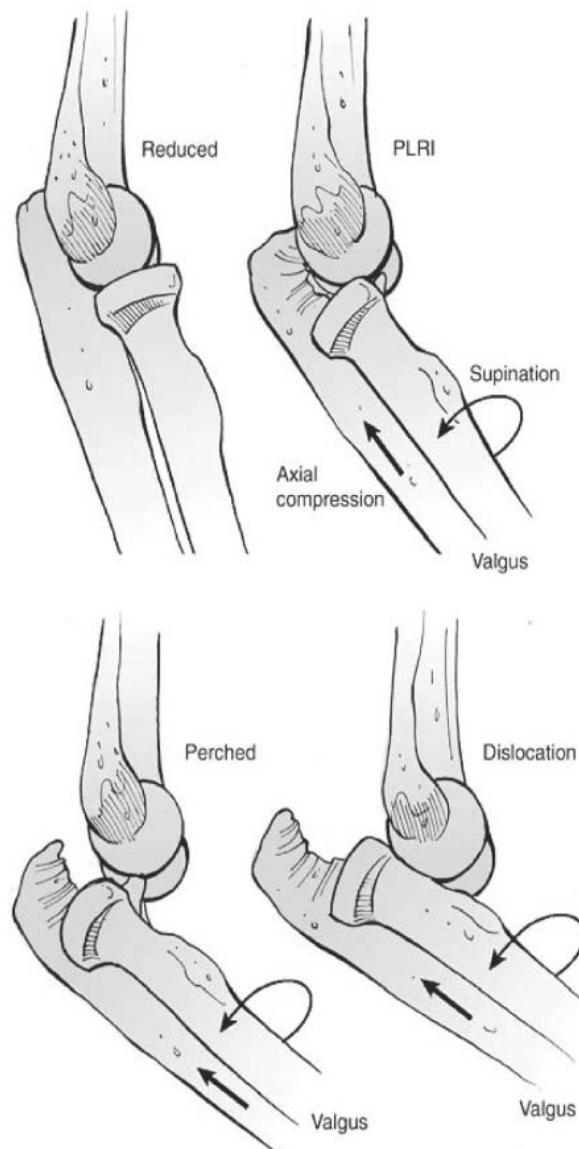
وې.

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

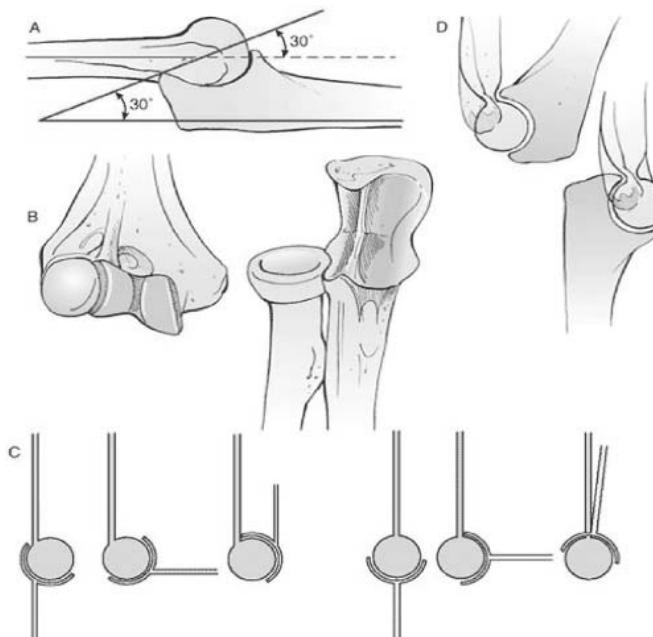
کلینیک: - په ژوبله شوې برخه کې خور، پېسوب او د Bruising (شین والي) نبې ليدل کېږي.

پیژندنه: - د دې ډول ماتیدنو پیژندنه د ایکسرو په وسیله ترسره کېږي.

درملنه:



- ١: لوړۍ ډول:- پدې حالت کې یو اخي ساتنديویه درمانه ترسره کېږي. د پلستر په وسیله خوڅښت بندوؤ او لاس په غاره کې اچول کېږي. تر دوو اونيو پورې پلستر ساتل کېږي او وروسته د حلقوی بند سره خوڅښت پیلوؤ.
- ٢: دویم ډول:- پدې حالت کې د پرائیستې پرڅای کیدنې او دنۍ ټینګونې په وسیله درمانه ترسره کېږي.



۳: دریم چول: - خرنگه چې د لته توټئي (Comminuted) ماتیدنه رامنځته شوې وي نو ډیر کله تینګونه ناشونې وي او د لاس پړی کولو ته ارتیا پیښېږي خو، په ماشومانو کې د راډیوس لوېدنه له بورتني خوا خخه ده نو خکه د Avascular Necrosis رامنځته کیدنه پکې لې ده او بايد لاس وساتل شي.
یادونه: - له پړی کونې نه وروسته کولای شو Prosthesis واچوؤ.

ب: د راډیوس د غارې ماتیدنه: - د لته هم که چيرته وګړي په پرانیستی لاس ولوېږي نو د راډیوس د غارې ماتیدنه رامنځته کېږي. پدې ماتیدنه کې خنګله د واګوس حالت ته راخې. په خوانانو کې د راډیوس د غارې له ماتیدنو سره د راډیوس د سر ماتیدنې هم یوځای وي خو، په ماشومانو کې یواځې د غارې ماتیدنه رامنځته کېږي.
دا ماتیدنې هم په درو ډلو رویشل شوي دي.

۱: لوړۍ چول: - پدې حالت کې د ویښته په شان ماتیدنه او یا درز لیدل کېږي.

۲: دویم چول: - پدې حالت کې لې اندازه بې خایه والي او tell رامنځته شوې وي.

۳: دریم چول: - د لته د لیدلو ور Tell او بې خایه والي لیدل کېږي.

پدې چول ماتیدنو کې په ماشومانو کې تر 30° زاویه د منلو ور ده خو، په لویانو کې تر شل درجو پورې زاویه د منلو ور ده خو، له دې نه زیاته د زغمل کېږي.

کلینیک: - ګیلې بې په اړوند برخه کې خور او د چورلیدونکو خوځښتونو نشتولی دي.

پېژندنه: - پېژندنه بې د ایکسړې په وسیله ترسره کېږي چې کله، کله د ودوي له غضروف خخه بنکته د ماتیدو کربنه د یوه دری اړخه (مثلث) په چول لیدل کېږي.

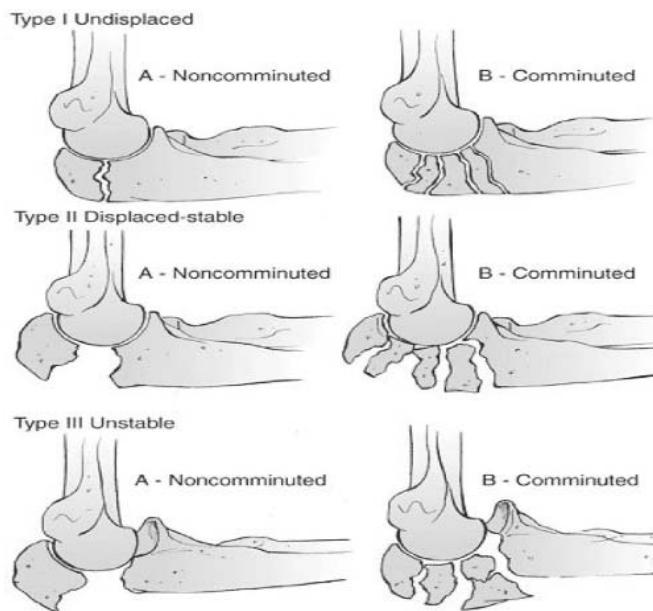
درملنه:

ساتندويه درملنه: - که چيرې کوبوالي (tilting) د 20° خخه او په ماشومانو کې د ديرش درجو خخه لې وي نو پرخای کيدو ته اړتیا نشيته بلکې یواخي د فشار ورکونکي بنداز په وسیله تپل کېږي او په غاره کې اچول کېږي او له یوې اونۍ وروسته خوختښونه پیلېږي. خو، که چيرته زاویه له پورته اندازې نه زیاته وي نو د خوختښت په وسیله ماتیدنه پرخای کوؤ. پدې ډول چې لوړۍ خنګله پرانیزو او اوږد د واروس په حالت کې راکش کوؤ او د ګټونه د زور په وسیله ماتیدنه پرخای کېږي. اویا هم د کش ورکولو خخه وروسته مړوند ته Pronation او Supination ورکوؤ پداسې حال کې چې د ګټونه په وسیله ماتیدنه پرخای کوؤ، وروسته لاس د بنداز په وسیله تپل کېږي او په غاره کې اچول کېږي.

د عملیات په وسیله درملنه: - که چيرې پورته درملنه پاتي راشي نو بيا او یو چې پرانیستې پرخای کيدنه او دنۍ تینګونه ترسره کړو. یعنی د Posterolateral Elastic Nail او Nancy Nail په وسیله عصب بايد ژوبل نشي. د عملیات خخه وروسته د خنګلې بند په 90° راټول حالت کې پلستر کوؤ او په غاره کې اچول کېږي.

ج: د Olecranon ماتیدنې: - کله چې کس نیغه په نیغه د خنګلې د بند په لاندنۍ برخه وغورڅېږي نو ماتیدنې رامنځته کېږي. پدې ماتیدنې کې کیدای شي د دری سري (Triceps) غونبې د تقلص په وسیله بې خایه والی هم رامنځته شي. هم دارنګه ځینې وخت کیدای شي د همدي یادي شوي غونبې د ځواکمن تقلص له کبله هم دا ډول ماتیدنې رامنځته شي.

په ډلو وینښه: - دا ماتیدنې هم په دری ډوله دي.



۱: لوړۍ ډول (Type-1): - پدې ډول ماتیدنه کې یواچې یوه ګربه یا درز رامنځته شوی وي، بې خایه والي نه لري.

درملنه: - پدې حالت کې د لاس او خنګلي د بندونو څوبت داسې چې خنګله په راټول (Flexion) په حالت کې د شاتني ناوې (میزابې) په وسیله بندوؤ. ماشومانو ته ۴-۳ او尼 او لویانو ته ۸-۶ اوني وروسته د فعالو خوبنښونو سپارښته کوئ.

۲: دویم ډول (Type-2): - پدې ډول کې له ماتیدنې سره بې خایه والي هم شته وي. د دې ډول ماتیدنې د درملني لپاره د دنې ټینګونې اړتیا ده او په لاندې ګډودونو سره ترسوه کېږي.

الف: Zuelzer Plate or Hook Plate & Screws

ب: Dynamic Compression او Locked Plate

ج: Croll or Other Pattern lag screw

د: Krishner wire لکه Tension band wiring

ه: Rush pin

که چېږي د Olecranon یوه وره توټه ماته شوې وي نو د هغې توټې ایستل (Excision) هم بسه پایله لري.

۳: دریم ډول (Type-3): - پدې ډول ماتیدنه باید هڅه وشي ترڅو د دری سري غوبني خوبنښتونه زیامن نه شي.

د: د Coronoid ماتیدنې:- دا ماتیدنې هم په دری درجو ويشل شوي دي.

۱: لوړۍ درجه (Grade-1):- پدې ډول ماتیدنې کې یوه وروه پورته کیدنه (Avulsion) رامنځته شوې .

۲: دویمه درجه (Grade-2):- پدې ډول کې د Corocoid نیمايی برخې ماتیدنې رامنځته شوې .

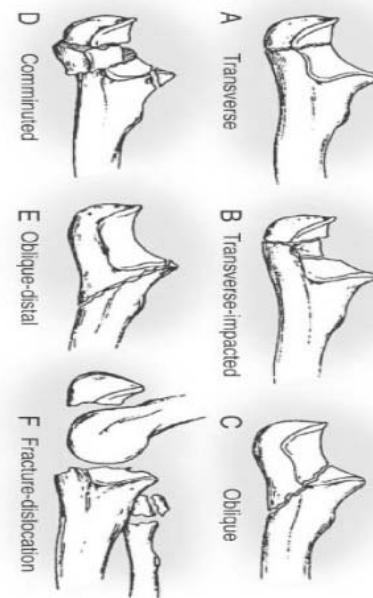
۳: دریمه درجه (Grade-3):- پدې ډول کې د Corocoid ماتیدنې له نیمايی نه زیاته وي .
درملنه:- که چیرته ماتیدنې لبرې خایه والي ولري نو د وړ خوڅښت (مانور) په وسیله بې درملنه ترسره
کېږي او همدارنګه هغه خلک چې په طبی ډول عملیات ته چمتو ندي هم د ساتندویه درملنې سپارښتنه ورته
کېږي .

د دې ماتیدونو لپاره تاکنیزه او غوره درملنه عملیاتي درملنه ده چې ماته شوې برخه ټینګیږي .

۵: د Mantaggia ماتیدنې:- دغه ډول ماتیدنې دود ندي . پدې ډول ماتیدنو کې د Ulna ماتیدنې راډیوس د بې خایه والي سره یوڅای وي .



د رامنځته کیدو تګلاره:— کله چې وکړي په پرانیستې لاس پداسي حالت کې وغور خېږي چې مړوند د په حالت کې وي نو ماتیدنه او بې حایه کیدنه رامنځته کېږي. Pronation



په چلو ويشه: - نوموري ماتيدنې په پنځو ډولونو ويشل شوي دي.

۱: ماتيدنې چې له مخې خواهه بي خايه والي سره مل وي.

۲: ماتيدنې چې له شاته خواهه بي خايه والي سره مل وي (۵ سلنې پیښېږي).

۳: هغه ماتيدنې چې له وحشي خواهه بي خايه والي سره مل وي (۲۵ سلنې پیښېږي).

۴: د راډيوس او اولنا هليوکور ماتيدنې چې د راډيوس د سر له بي خايه والي سره مل وي.



۵: چې یواخي د راډيوس سر بي خايه شوي وي.

درملنه: - د دې ډول ماتيدونو درملنه د عمومي بي هوښي لاندي د وړخوختست ورکولو په وسیله ترسره کېږي پدې ډول چې: لاس ته په Supine حالت کې کش ورکوئ او بیا لاس د مړوند په بند کې 90° راټولوؤ او پلستر کوئې. که چېږي ماتيدنې په پورتني برخه کې وي نو مړوند په Supination حالت کې، که چېږته ماتيدنې په منځني برخه کې وي نو مړوند په طبعي حالت کې او که چېږته ماتيدنې په نسكتني برخه کې وي نو لاس د Pronation په حالت کې پلستر کېږي. دا تګلاره په لوړۍ او دريم ډول کې ترسره کېږي. پداسي حال کې چې په دویم ډول کې (چې بي خايه کیدنې شاخوته رامنځته شوې وي) لاس په Prone حالت کې او خنګله په غھيدلې (Extension) حالت کې پلستر کېږي. که چېږته تړلي تګلاري پاتي راغلې نو بیا پرانیستې پرځای کونه او دنۍ تینګونه (OR-IF) ترسره کېږي. دا ډول درملنه يا د nail Rush nail او یا پلیت په وسیله ترسره کېږي.

يادونه: - داسي ماتيدنې هم شته چې یواخي په راډيوس او یا اولنا کې رامنځته شوي وي چې د Isolated ماتيدنو پنوم ياديږي. دا ډول ماتيدنې د غیر مستقيمو وهنو لکه په برانيستې لاس لويدنې او یا هم په

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



درملنه: - د دې ډول ماتیدنو پرڅای کیدنه بايد په بنه ډول ترسره شي ځکه که لبرې خایه والي هم ولري نو کیدای شي د دې دوو هابوکو خوختښونه راکم کړي.

ساتندويه درملنه: - د دې ډول ماتیدنو درملنه د عمومي بي هوښي لاندې د وړ خوختښونه په وسیله د ماتې شوي برخې پرڅای کول دي او له پرڅای کيدو وروسته خنګله په ۹۰ درجې راټول حالت کې او مړوند په خپل طبعي حالت کې د ۱۰-۱۲ اونيو لپاره پلستر کېږي. که چيرته تړلي پرڅای کیدنه ناشونې وي نو بايد پرانیستې پرڅای کونه او دنۍ تینګونه (OR-IF) ترسره شي.

د Manteggia ماتیدونو په بدرو اورنسته (اختلالات):

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

د Galeazi ماتیدنی او بې خایه کيدنې:- دا ډول ماتیدنه د رادیوس د ماتیدنی او د Radio-ulnar بند د بې خایه والي خنخه عبارت ده. د رادیوس ماته شوې ټوته د اولنا منځ او انسی خواته بې خایه کېږي. نوموري ماتیدنی په ورغوي باندې د لويدو له کبله رامنځته کېږي او د مانيجو د ماتیدنو په پرتله زياتې دود دي. د دې ډول ماتیدنو په بسکارندویه خرګندونو کې ګورو چې د اولنا بسکتنۍ سر په بسکاره ډول سره بسکته خواته وتلي وي. دا ډول ماتیدنې او بې خایه کيدنې د ایکسری په وسیله په خرګند ډول سره لیدل کېږي. درملنه:- په لویانو کې د بې خایه کيدنې لپاره وړ خوختښت ورکول ترڅو بسکتنۍ Radio-ulnar بند پر ځای شي او همدارنګه د رادیوس بې خایه کيدنې هم سمیرې پداسي حال کې چې د ماتیدنې د پر ځای کيدنې لپاره پرانیستې پر ځای کونه او دنې. ټینګونه (OR-IF) مهم دي او باید ترسره شي. که چیوې بسکتنۍ Radio-ulnar بند په بې خایه حالت کې پاته شي نو د K-wire خنخه کار اخیستل کېږي ترڅو ټینګ شي.



په ماشومانو کې ډیر کله Green stick ماتیدنې شته وي نو کیدای شی درملنه یې یواخی د وړ خوختښت ورکولو په وسیله ترسره شي او وروسته په پلستر کې ساتل کېږي.

د مروند د بسکتني، بونځي ماتیدنې (Lower fore arm Fractures)

۱: د کالوس (Colles) ماتیدنې:- نوموري ماتیدنې د لومړي څل لپاره د Braham Colles په وسیله پیژنډل شوي دي نو ځکه د هغه پنوم یادېږي. که چیزته د Distal Radius یوه برخه د لاس د بند څخه ۲-۴ سانتي متره پورته ماته شي نو پدې نوم سره یادېږي. پدې ډول ماتیدنو کې نبودې پارچه مخې خواته او او لېري برخه شاخوته بې ځایه کېږي.

د رامنځته کيدو کړن دود:- که چیزته وکړي په پرانیستی لاس په ځمکه وه لویېږي نو دا ډول ماتیدنې رامنځته کېږي. دا ډول ماتیدنې ډیر کله په Osteoprosthetic ھلوبوکو کې رامنځته کېږي. نوموري ماتیدنې ډیر کله په زړو خلکو او بنټو کې منځته راخي (هغه بنټې چې منګ بې له ۴۰ کلو څخه زیات وي).

کلينیک:

۱: په پرانیستی لاس د لویدو تاریخچه.

۲: پرسوب، خوب او د خوختښت لږیدل.

۳: د بنې د وراني د ځانګړي ډول شتون چې د Dinner Fork پنوم یادېږي.

۴: ایکسرې یې پیژنډنې خرګندوی. پدې ډول که چیزې په ایکسرې کې په روغ حالت کې که د لاس د بند په برخه کې د راډیوس د بسکتني سر د Styloid څخه یوه کربنه رسم کړو نو اولنا له راډیوس څخه یو سانتي پورته ځای لري خو، که چیزته دواړه ھلوبوکې سره برابر وي نو د اولنا په ماتیدنې دلالت کوي.

درملنه:

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

۲: -الف: ستندرد کړن دود:- پدې صورت کې خواته وړ خوختښت ورکول کېږي او بیا لاس ته د خوختښت ورکولو څخه د مخنیوی سپارښته کېږي. ځینې د عمومي بې هوښۍ لاندې لاس ته خوختښت ورکوي او د لاس بند د مروند سره یو ځای له خوختښته بندېږي.

۱: په ساده ډول د Disimpaction لپاره د غتی ګوتي په اوړدو لاس پداسي ډول کش کوؤ چې مرستيال لاس په مخالف لوري د خنگلي خخه پورته کش نيولى وي. پدې وخت کې لاس په ۹۰ درجې زاویه راټولبوري.

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

الف: د یوه لاس د تینار په وسیله د ليري توټې شاته ټيله کول (د نېي لاس تینار غونبی د کېن لاس لپاره او د کېن لاس د نېي لاس لپاره).

ب: د ليري برخې ټيله کول مخي خواته د بل لاس د تینار په وسیله (د نېي لاس تینار د نېي لاس لپاره او کېن لاس تینار د کېن لاس لپاره).

۳: نه خوځول (immobilization):- له پرڅای کيدني خخه وروسته نوموري پارچې د خنگلي لاندې د پلستر په وسیله له خوځښته پاته کېږي پداسي حال کې چې لاس په طبی حالت کې پلستر کېږي. د پلستر په وخت کې خوا یا غړۍ د Full ulnar Flexion، Full Pronation، Palmer ۱۰° او د Final deviation په حالت کې وي پدې وخت کې چې کله پلستر وترل شي نو د تینار خوځښت د Moulding په مخه یو ئخل بیا ترسره کېږي.

۴: د ګتنې یا خارنې ایکسرې:- د خارنې لپاره ترسره کېږي ترڅو له پرڅای کيدني خخه ډاده شو.

۵: یا جورونه (Rehabilitation)

الف: تر هغه وخته چې خوا (غړۍ) په پلستر کې وي نو د اوږې د بند، د خنگلي د بند او د ګتوو د فعالو خوځښتونو سپارښته کېږي.

ب: POP تر ۶-۴ اوئيو پوري بيرته خلاصېږي او غونبسو د فعالو څواکمن ونکو خوځښتونو سپارښته کېږي او همدارنګه د ګتوو او مړوند خوځښتونه ورسره یوځای ترسره کېږي. که چېرو ته د پلستر او وړ خوځښت ورکولو سره پرڅای کيدنه بریالۍ نه شي او یا داسي احساس وشي چې په اړوند برخه کې بې ثباتي پاته ده نو پدې صورت کې ماتي شوي توټې او بې ځایه شوي بند د k-wire په وسیله ټينګرو.

که چېري ھلپو کي په ور، ور پارچو بدل شوي وي (Comminution) نو پدې حالت کې ڪولای شو د باندني ٽينگونې (External Fixator) څخه کار اخيستلاي شو.

د کالوس د ماتيدينو په بدلو اوښته

الف: هغه چې ژر رامنځته کېږي.

۱: د Radial nerve او ulnar nerve تر فشار لاندې راتلل او ڪوټل (Contusion) . د Median compartment syndrome : ۲

۳: د Extensor Polices logus Tendon زيانمن ڪيدل (د چې دلته د وتر لېړدیدل همدې برخې ته ترسره کېږي).

ب: هغه چې لې وروسته او وروسته رامنځته کېږي:

۱: د راډيوس لنډينه او ڪېډنه (Angulation)

۲: د هغو پردو Contracture چې د ھلپو کو په منځ کې ۵۵ .arthrosis : ۳

۴: د Shoulder-hand syndrome (په اوږه او لاس کې خور او سوروالی). Radio carpal Arthritis : ۵

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

(د مړوند په ھلپو کي کې اتروفيک بدلونونه رامنځته کېږي). ڪيداي شي د خوا (غړي) پورته کونه او فعال مشق لدې حالت څخه مخنيوی وکړي.

په تل پاتي مينه

افغان آندیال (اعظمي)

خلورم فصل

Smith fracture

دا کسرونه دومره معمول ندي پدي کي د colles کسرونه معکوس سؤشكيل يا Reverse colles مكتوره پارچه د deformity شتون لري. پدي چول چي دله distal بخلاف مقدم خواته بي ماي شوي وي. دا کسر داسي مينع ته رائي چجي لاس دشا خنه ضربه وويني.

دا کسرونه دکسري خط له نظره په دري چوله دي.

.Transverse -1

.oblique -2

.oblique intracapsular -3

تداوي : typ 1,2 - محفاظوي، په تولي شکل د مانور پواسطه تداوي کيري.

اول مت ته traction ورکو په supination وضعیت ترخو Disimpation ترسره شي.

اوسم په مکسوره پارچو باید فشار وارد و ترخو بي شاته Dorsally کرو.

اوسم بي د دھيليز پواسطه ثبیت کوو ، داسي چي :

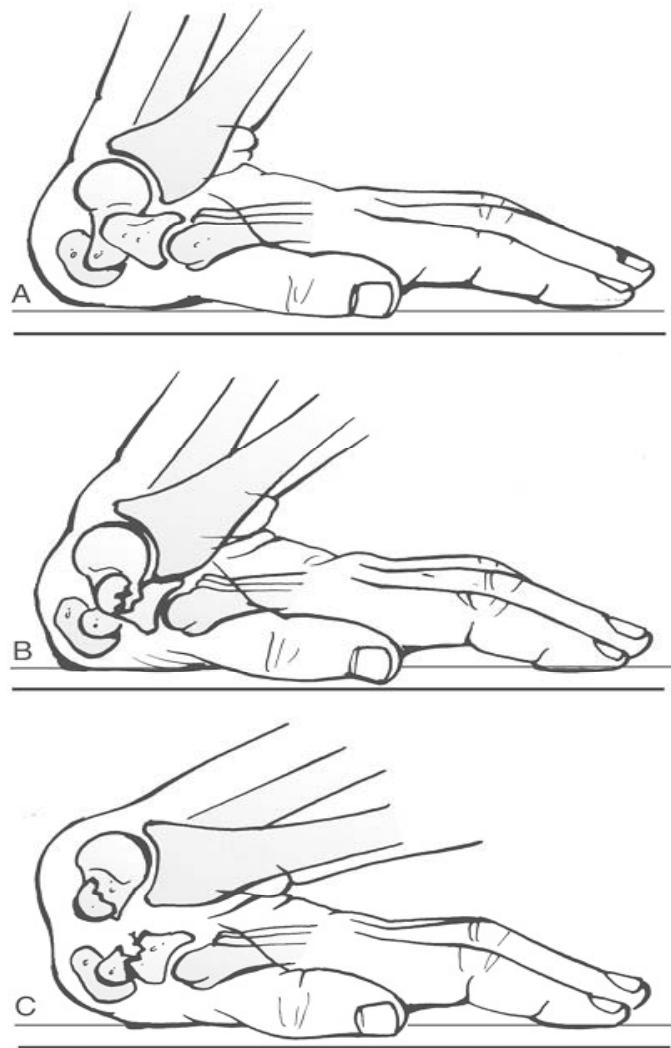
لاس په Dorsiflexion او full supination حالت راول کيري.

اوسم مروند او Long arm forearm او foream پلستر په واسطه تپل کيري.

Type 3 بي دخلاص او باغ په واسطه د قدامي Approrh خنه ترسره کيري. د هم يا Ellis Glate په واسطه داخلی ثبیت ترسره کيري.

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

پدي حالت کي مروند لب قدام خواته بي خايه شوي وي او ورسره يوخاري او Radius دمفصلی سطحی او chper fracture يو steloid process موجود وي .



تداوی بې دخلفی approach خخه دخلاص ارجاع په منظور مداخله کېږي او د یو په Ellis -+shape plate واسطه چې نوم یادېږي ، داخلي تثبیت کېږي .

Injuries of the hand.

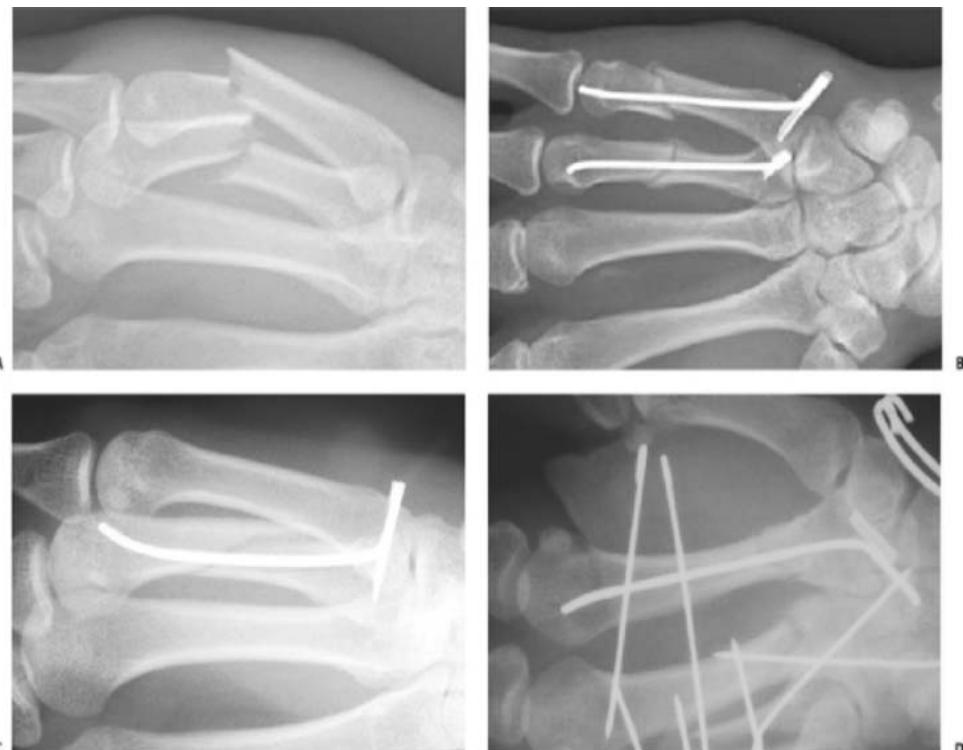
Classification

-A هدوکو کسرونه او خلعي carpal.

-1 دا هدوکي کسر scaphaic.

-2 د نورو کارهله هدوکو کسرونه

3- د کارپل هډو کو خلعی
 (injuries) هډو کو کسرونه او خلعی Phalangeal Metacarpal د



1- د لومړی Metacarpal د قاعدي کسر.

2- د میتا کارهل هډو کو نور کسرونه

3- د ګوټو د هډو کو کسرونه

4- د اور Metacarpophelangeal interphalangeal مفاصلو خلعی

5- د sprain strain Interphalangeal اور مفصلونو

:- دا کسرونه د carpal هډو کو تر ټولو عام کسرونه دی چې په Seaphoid fracture.

کاهلانو کې نسبت ماشومانو ته ډیئر عمومیت لري او 95% په نارینه و کې پښیری. او اکثراً په بني لاس کې رامینځ ته کېږي.

د کسرونو میکانیزم په دوه ډوله دی.

1- په خلاص لاس غور خیانه،

Kick back -2 : د جزاتور یا نورو هنلیبی ، شین الاتود short ګولو په وخت .
 scaphoid :Blood supply نه شراین دظهري برخه خخه داخلیبی . اساسی شریان بې د wrist په
 برخه کې او بل بې د Seaphaid Distal سره ته داخلیبی .
 Proximal دا لاری ورته mid position بې دهه شراین په واسطه ارووا کېږي چې د داخلیبی .
 داخلیبی .

کلینک :

په ساحه کې درد ، پرسوب ، حساسیت او دووظیفی ضیاع موجود وي مهمه علامه بې په
 scaphoid کې چې د anatomical snuff box هلوکی لباسه قرار لري . د درد موجودیت وي .
 د scaphoid دبرخو کسر وقوعات

12, 5% _ Distal

50% _ Middle part

37, 5% _ Proximal port

:Radiography

X-ray ګامز بسکاروی که شکمن حالت موجود وي د دوه او尼yo په فاصلو تکراریبی .
 X-Ray ګامز اخیستل کېږي ، خکه پدې موډه کې Resorption او Sclerotic تغیراتی هلوکی
 اکسری ګامز Lt Obliques, Pt. obliques, and AP اخیستل شی . مینځ ته رائی همیشه باید



ئىنې وخت په غلطى سره Bipartite یا دوھ توپه يې scaphoid گسر په حيث تشخيص کېرى چې باید تغیر شي . په Bipartite ھميشه منظمي خنلي او ھمواره سطحه لري حال دا چې مكسوره seysherid یا د ا چې غير منظم خنلي لري او Demenralization شواهد موجود وي.

تداوي:

1- غير اختلاطي گسرونە: دا چې دير Displacement موجود نه وي نو پدې صورت کې دمرنند پلستر پواسطه تر هفه ساتل کېرى چې union صورت ونيسي ، دا کار کيداي شي 6 مياشتى وخت ونيسي. دپلستر كولو وسعت د Radius بىكتى نهایت د گسرونۇ خخه عموماً زييات وي چې بىكتە خواتە دغىتى گوتى د Interphalangcal مفصل پوري او دلومرى ميتاكارپ هليوکى په اور گلک قات کېرى. دلاس ورغوي دي دپوستكى دبورتى التوا خخه ازاد پاتى شي ترخو د گوتۇ او د اكتلاطي Metacarpophaiarged او دغىتى گوتى Interpholargeal مكمل حرکات اجرا کرى.

د اختلاطي cases : پدې حالت کې به گسرونە يا Displaced او يا هم comminuted .

او يا به هم د scaphoid د خلعي سره يوخاي وي .

پدې حالاتو کې انزار خراب وي خکه کیدای شي Proximal segment په Avascular اخته شي لاندې پروسیجرونه په کار اچولای شو: necrosis تر کنترول لاندې دمانور په image intensifier: conservative -a واسطه ترسره کېږي او بیا مروند splint کېږي.

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

او که مکسوره پارچه غټه وي او په proximal segment وروکې وي ویستل کېږي.operative: -b

او که مکسوره پارچه غټه وي او په Herbert طبقة بندی هم شته چې د scaphoid features بلوه بله طبقة بندی هم شته چې د طبقة بندی په نوم یادېږي.

برخه کې یو Crack موجود وي محافظوی تداوی کېږي Distal -A1

.Fracture of tubule

-A2 د waist یا منځنۍ برخې hairline fracture crack یا _ محافظوی تداوی.

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

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

-B3 د proximal برخې کسرونه (ارجاع + پلستر)

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

-B5 OR-IF _ comminuted fractures

اختلاطات:

-1 دا چې د scaphoid دا چې د Delleyed union هیوکې ډیر ورو union کوي نو دا پېښه پکې عموماً مینځ ته رائې کیدای شي تر 6 میاشتو پوري وخت ونیسي. په دې حالت کې پلستر خلاصوو او ګورو که ناروغ درد ونلي او د حرکات محدود نه وي همداسي بې پرېړدو او که درد او حرکات محدود وي نو بیا د OR-IF پواسطه دفشار پیچ دلاري ثبت ګوو .

کیدای شي Bone grating ته هم اړتیا پېښه شي.

Non-union -2: دا ختلاط هم یو د scaphoid کسرونه په 50% پښې کې دلیدو وړوي او

دوردنه هډوکې دغاري دکسر په پرتله وروسته دنورو هډوکو خخه زيات مبتلا کېږي.

د scaphoid هډوکې دجوش نه خورلو علت کیدای شي ناقصه تثبيت يا امکان لري ده ګه خایه چې کسر داخل مفصلی وي نو د مفصلی مایع موجودیت چې دماتو ټوټو ترمینځ ابتلائي فبرینی پلونه جورپوي او یا یو دماتو ټوټو دوینی دکموالی له سببه وي. که چېږي non-union د اوږدي مودي لپاره ادامه پیدا کړي مسکوره سطحی ګرد او کملاً مشخص حدود پیدا کوي. داسې لکه چې ترمنځ بې مفصل جور شوې همدارنګه کیدا یشي cystic تغیرات په یو یا دواړو ټوټو کې رامینځته شي په وروستي مراحلو کې مکمل په راديو ګرافې کې د osteoarthritis علايم ولیدل شي.

تداوي:

د scaphoid هډوکې non-union تداوي اکثراً دناکامي سره مخ او دائمي معیوبیت مینځ ته راخې که چيرته راديو ګرافېک علايم خفيف او ناتواناني ضعيفه وي نو درملنه لازمه نده یواخي بايد مړوند له درندو کارونو خخه وسائل شي.

که ناروغ درد ولري او دظيفي ضياع موجوده وي او په X-Ray کې د Arthritis ظاهر موجود نه وي تداوي بې داخلی تثبيت دفسار پیچ او دهډوکې د graft خخه عبارت ده. که چېږي دماتي ټوټې بې خای والي هم موجود وي ، دهډوکې نسبې جذب صورت موندلې وي او یا هم avascular تغیرات پیدا شوي وي او یا هم پرمتللې Degenerative Arthritis چې د کاربل نورو مفاصلو ته بې هم وسعت موندلې وي درد ، شخوالۍ او دوظيفي ضياع شدیده وي نو پدې صورت کې داخلی تثبيت او دهډوکې پیوند کومه ګټه نلري ، بايد ostcoarthrities ته تداوي ترسره شي.

:Avascular necrosis -3

دا چې scaphoid ته لروا دنسکتى قسمت خخه کېږي نو ددې برخې کسر دبورتنې برخو داروو د خرابولي او avascular necrosis سبب ګئي.

تشخيص بې د راديو ګرافې په واسطه او Radio-isotope scanning په واسطه ترسره کېږي.

osteoarthritis هم د پورتني برخى د Non-union او دهپوکي د Avascular necrosis

د رامينځ ته کيدو سبب ګرخي.

درمنله:

دا چې د مړوند بيرته طبیعی حالت ته نشی راتلاي، نو یو اندازه ناتوانی باید و منل شي. له هغه خایه چې د مرۍ شوي ټوقنۍ غیر منظم سطحه د osteoarthritis د پیدا کيدو سبب ګرخي نو دغه برخه باید وویشل شي. کیداړ شي په عوض بې دليکان را بر یا فلنۍ ساختګي سامان پواسطه هډوکي عوض شي که دا هم نتيجه ورنکړي arthoclesis عملیه اجراء کوو.

داير هم د موخرو اختلافاتو خخه دي osteoarthritis -a

د نورو هډوکو کسرونه carpas.

د Triquetral هډوکي ورقى کسرونه.

يو ړوکي کسر دی چې triquetral هډوکي خخه یوه نږي پارچه دپارني په ډول جدا کېږي دغه کسر درالویدلو له کبله رامینځته کېږي دلاس دمړوند په ظهري وجه کې درد موجود وي او په راديو ګرافی کې يو ړوکي پارچه دپانی په ډول ددې هډوکي دخلفي سطحی خخه جدا شوي وي مګر زيات بې خایه رسی موجود نه وي lateral وضعیت ددې کسردمشاهدی لپاره د X-Ray لپاره بنه دي.

د درد د ارامتیا لپاره ددری هفتو لپاره پلستر کول کافي دي او ددې خخه وروسته په چټکي سره بشپړه وظیفه لاس ته روځي.

په تل پاتي مينه

افغان آندیال (اعظمي)

پنځم فصل

Carpal Bone Dislocation

دا خلعي عبارت دي له:

۱_ د Lunate د هليوکي خلع.

۲_ د کارپ هليوکو Perilunar خلع.

۳_ د Lunate خلع :

دا ډېره حیرانونکي وي، چې دغه هليوکي د نورو هليوکو ترمنځ په ډېر محفوظ ډول قرار لري او د قوي اربطي ارتکاز خخه برخمن دي خو بيا هم د رالويدو په وخت خلعي ته تمایل لري.



د هليوکي د Lunate شکل لري، چې قاعده بي په قدام کي قرار لري په ورغوي باندي راغوره جدل چې لاس په سبط حال کي وي، ممکن د Capitate او د Radius هليوکي له منځ خخه د دې هليوکي دخارج کېدو سبب شي بي ئاي والي بي وصفي وي، چې د Lanate هليوکي د مووند په منځ کي قرار نيسې او تقریباً د ۹۰ درجو په حدودو او يا د دې خخه زيات د افقي محور په اوړدو Rotation کوي، په دې ډول چې بستنی معضلي سطحه بي مخامخ خوا ته يا قدام ته تمایل پیدا کوي. په دې حالت کي د هليوکي د خلفي اربطي ارتکاز شلېږي او يواخي قدامي اربطي پاتې کېږي.

تداوی :

د انستیزی لاندی دی هخه وشی چې د مانور ورکولو په واسطه ارجاع صورت ونيسي. په شروع کې د لاس په واسطه باید ډېر Traction يا لنگر واچول شي، ترڅو د لونټ لپاره یوه ساحه خلاصه شي. وروسته دی مړوند ربط شي او بیا په Lanate فشار وارد شي ترڅو خپل ځای ته راشي. وروسته په قبض Moderate ډېر مړوند کې پلستر شي او ۲ او尼يو پوري همدادسي وساتل شي. وروسته دی پلستر داسي نوي شي چې لاس مړوند په Neutral وضعیت وي او بیا هم د دوه نورو او尼يو لپاره همدادسي وساتل شي. هره اونۍ باید تعقیبی يا ګټرولي X-ray واخیستل شي، ترڅو مؤخر Subluxation که رامنځته شوی وي وکتل شي چې همدا د ډېر K-wire ثبت لپاره یو indication دی.

که هدوکې په مانور سره ځای په ځای نشي او یا موخر Subluxation منځته راشي، په دی صورت کې داخلی تشیت د krishner wire په واسطه ترسره کېږي.

که چېرته ډېر وخت په خلع تبر شوي وي، نو د ارجاع خخه بهتره دا ده چې Lunate یخې وویستل شي چې په دی صورت کې به د مړوند وظیفوی کموالی په دائمي صورت پاتې کېږي.

Complications

Avascular Necrosis _۱ : ځکه چې د بې ځایه شوي lanate اروا خرابېږي.

Osteoarthritis _۲ : د Avascular Nearosis له کبله.

Median Nerve _۳ د متضرر کېدنه : د دې عصب د تېي کېدو علت د او وي چې د lanate د بې ځای شوي هدوکې او Flexor Retiraculum ترمنځ بند پاتې کېږي چې حسي او حرکي تغییرات په تعصیب شوي ناحیه کې منځته راوبري. د دې تداوی باید ژر تر ژره د لونیټ د هدوکې د ارجاع یا ایستلو په واسطه اجراء شي.

د Peri lunate Carpal هدوکو خلع:

په دې صدمه کې د lunate carpal هدوکې خلف ته بې ځایه شوي وي، نو ځکه د radius سره اړیکه په ځای وي.

دا چې د lunate هلپوکې او د کارب د نورو هلپوکو ترمنځ اړیکې موجودې دی نو د نورو هلپوکو د
صدمي او د Lanate د خلعي ترمنځ کوم توپیر موجود نه وي، کله چې هڅه وشي د carpal perilamate
خلع ارجاع شي د lunate د هلپوکې په خلع تعويض کېږي.

تداوي : ګوشش دې وشي چې د مانور په واسطه خلع ارجاع شي، که چېرته امکان ونه لري نو د
عملیات په واسطه دې ارجاع ترسره شي.

:Metacaropohalangeal Injuries

:Metacarpal Bones : A

د دې کسرونو معمول سبب د هغه ضربو خخه عبارت دی چې د لاس په ورغوي د راغورڅدو له کبله
وارديږي، او یا هم دسوک وھلو په وخت کې وارد شوې ضربه.

د ماتېدو د ساحې په اساس دا کسرونه په لاندې ډول وپشنل شوي دي :

۱_ هغه کسرونه چې د میتاکارپ په قاعده کې منځته راخې.

۲_ هغه کسر چې د میتاکارپ په جسم کې په مايل او یا مستعرض ډول منځته راخې.

۳_ هغه کسرونه چې د میتاکارپ په غاره يا Neck کې په مستعرض ډول منځته راخې.

کلینیک :

په ساحه کې درد، پرسوب، سوژ شکل او د وظيفي ضياع موجود وي.

د X-Ray په واسطه تشیخيص تائیدېږي.

تداوي :

۱- کسرونه: Undisplaced

میز دبه د درې اونیو لپاره تطبيق او وروسته له هغه د گوتونو فعال حرکات توصیه
کېږي.

کسرونه: Displaced _۲

a _ د عمومي بې هوشى لاندې د مانور ورکولو په واسطه بې خای والي لرونکي کسرونو ارجاع ترسره کېږي چې په مناسب splint په واسطه تثبيت کېږي.

b _ د میتاکارپ هډوکو د غارې کسرونه په لاندې ډول ارجاع کېږي:

i _ معضل په قايم زاویه Metacarpophalangeal Flex کېږي.

ii _ په قبض شوې گوتې فشار راول کېږي او په عین وخت کې د مقابل لوري خخه د کسر په ساحه فشار واردېږي.

iii _ وروسته گوته د Malleable Aluminium پواسطه تثبيت کېږي.

:Open Reduction & Internal Fix _۳

هغه کسرونه چې ماتې توتې بې د مانور په واسطه نه ارجاع کېږي، له دې میتوود خخه کاراخیستل کېږي او د قوي K-Wine پواسطه تثبيتېږي.

د لوړۍ میتاکارپ د قاعدي کسر:

دغه کسر معمولاً هغې ضربې له کبله چې د هډوکې په طولاني محور ولوېږي، رامنځته کېږي لکه سوک وهلو په وخت کې چې ضربه واردېږي.

پتانلوزي:

- a _ دا کسرونه دوه مشخص ډولونه لري:
- ۱ _ که کسر داخل د مفصل خارج وي او د خلعي سره یوڅای وي، او کسر د مايل يا مستعرض ماتوالې په ډول دې د Bennett,s Fracture Dislocation په نوم يادېږي.
 - ۲ _ که کسر د معضل داخل کې وي په دې معنی چې د میتاکارپ هډوکې ماتوالې د corpometrcarpal معضل د منضمې سطحې وسطې برخه کې مفصل نه داخلهږي او يا له ډوله کرونې نیخ ته راوري چې د rolando farctunes نوم يادېږي.

کې گوچني قريبه شلز شكه مسکوره پارچه په خپل خاي وي Benneits fraelure dislocation
پداسي حال کې چې بعيده مكسوره پارچه خلف او پورته بي خه يه شوي وي.

كلينك

- ۱- غېه گوته نوره بسكاري.
 - ۲- درناکه پؤسوب د لومړي ميتاکرپ په قاعده کې موجود وي.
 - ۳- د غې گوتي د carpometacarpal joint د وظيفي يا حرکاتو ضياع موجوده وي.
 - ۴- په نوموري برخه کې د مكسوره پروچو crepitus موجود وي.
- o ورسه از جاع کېږي. مشکل پدې کې وي هم اوجاع شوي حالت خنګه همدرسي ثابت او بخرسره وسائل شي.

درې محفورونه موجود دي چې splintage ترسره کېږي.
-i extended abducted : پدې کې گوته د غير ديناب په واسطه او planteo splintage
حالت کې تړل کېږي.
-II : دا د یو قوي wire پوسته چې پليز کې پت وي ترسره کېږي.

-III - دريم ستيلر په tarpexuim ډول په precutancus wires تيرول د تمبليت منظور ترسره کېږي.

:Open Reduction _b

مات شوي مكسوره ټوټي بنائي د گوچني Screw په واسطه او يا د K.wine په واسطه تثبيت کړو.

:Compication

Osteoarthritis بې تر تولو مهم ترين اختلالات د، خصوصاً هغه وخت چې ارجاع بې په صيح ډول ترسره شي او یواخي د وظيفوي تداوى لپاره پربنودل شي. دا چې کله د درندو کارونو په ترسره کولو سره

و خیم ناتوانی پیدا کېږي، نو بیا یې عمليات ترسره او Trapeziu metacarpal Joint لپاره ترسره کېږي او يا Arthrodesis ایستل کېږي.

د دی:- Dislocation of Metacarpophalnangeal and Interphalangeal Joint

مفاصلو خلعي د هفو ضربو يا قورو په واسطه چې د گونو د Hyper Extension سبب ګرخي منځته راخي.



مېکانیزم : بعيده يا Distal هدوکې شانه د فرييhe Phalangeal هدوکې د پاسه ې خايه کېږي.
كلينيك :

a _ په ساحه کې درد، سؤ شکل او د وظيفي ضياع موجوده وي.

b _ X-Ray د هفه ساحې د خلعي بسونه کوي.

تداوي :

ارجاع بیاد هر خومره چې ژر وي ترسره شي. داسي چې Distal برخه کش کوو او په عین وخت کې د همدي Distal برخې په قاعدي باندي فشار واردېږي.

د هماګه ابتدائي مراحلو خخه د مفاصلو فعال حرکات اجراء کېږي.

Button Hole Injury

دا د injury Metacarpo phalangeal هدوکو د خلعي خخه منځته راخي.

د میتاکارپ راکش د خیری شوي کپسول خخه قدام ته بې خايه او په عین وخت کې د گونه.

Phalanx خلف خوا ته بې خايه کېږي. دا حالت ډېر دردناکه وي.

تداوی يې د مانور ورکولو په واسطه عموماً نتیجه نه ورکوي، خکه کپسول بې خيري شوي دي. د کپسول سورى باید د عملیات په وخت په کافي اندازه لوی شي، ترڅو د میتاګارپ سرته بېرته داخلېلدو اجازه ورکړي.

Boutoniers Deformity

په دې سؤ شکل کې د منځني مفصل Flexion deformity او په بعیده يا Hyper extension منځته راغلي دی. دا حالت خکه منځته راخې چې د extensor tendon مرکزي برخه د منځني Phalanx د پاسه ریچر کړي دي.

Swan Neck Deformity

کله چې په Hyper extension مفصل کې Proximal Interphalangeal منځته راشي نو د Flexur Profundus يا ورغوي طرف خيري کیدنه منځته راخې. Palmer Valar Capsule وتر بعيد يا Proximal فلسکس ځان ته کشوي او په distal Flexion حالت ېي راوري، چې په نتیجه کې Swan Extension او Distal Flexion مرغه غاه خکه نو په دې نوم یادېږي.

تداوی يې عملیاتي ده چې تخریب شوي برخې بېرته ترميميرې.

Mallet Finger

میکانیزم :

دا Injury عموماً هغه وخت منځته راخې چې د گوتې په خوکه يا (Distal Phalanx) يا سر دasic قوه وارده شي چې گوتې ته آتي Flexion ورکړي. په دې حالت کې Extensor Tendon د خپلې ارتکازې نقطې خخه خيري کېږي. خيري شوې برخه کیدای شي کله یوه پارچه د هلوکې هم د ځان سره کش کړي.

دری نوعی بې موجودى دى:

Type I: يواحى يو قسمت د tendon خىري وي او د Distal Phalanx مفصلىي سطحي د خان سره كش كپرى نه وي.

Type II: extensor وتر قطع وي او يوه ورە ټوته هلپوكى د ان سره كش كپرى وي او گوته نور نه شي كولاي Extension.

Type III: داخلى مفصلىي injury ده په دې معنى چې ۲۰٪ دا خال مفصلىي كسر د خان سره بىكته كوي. په دې نوع کې د Distal phalanx د ۲۰٪ خخه زياته مفصلىي سطحه ماته شوي وي يا د Tendon Sub laxation په واسطه Avulsion ترمنځ ته راغلى وي. كله كله كيداى شي تداوى بې منځته راوري.

كلينيك:

۱_ درد او سؤ شكل (Mallet Deformity) چكسي سؤ شكل موجود وي.

۲_ عبيد، Interphalangeal مفصل نه شي كولاي چې ربط و كپرى.

۳_ X-Ray په واسطه و كولاي شو Avulsed tendon و گورو.

تمداوى:

Type I,II : Conservative _۱ په دې چول تداوى كپرى چې د splint په واسطه خصوصاً

Abuna Splint) په مرسته داسي پشيت كپرى چې extension Distal Phalanx په حالت کې راول Splint) کي راول كپرى او تر ۶ اونى پوري ثابت ساتل كپرى او دوه اونى وروسته بيا ورتگ وشي د همدي په مرسته تثبيت ساتل كپرى.

Type III : Operative _۲ عموماً د عملياتي تداوى په مرسته ارجاع _____ کې ماته شوي

برخه د فيل اصلې موقعىت او پاتې برخې سره د K.Wine extensor او وتر هم تقويه گوو.

د Phalanx گسرونە:

دا گسرونە چې د فلنكس په قاعده، جسم، غاره او يا Intercondylor ساحه کې منځته راخي، كيداى شي مستعرض، Obligue او يا Displaced Commminated وى. كه كسر وروکى او

ساده ډول نوموری گوته د مجاوري گوتی سره Splint کوو (Buddy Strapping) او تر ۳-۴ اوانيو پوري بې ساتو. خو باید ژر ژر بې حرکات پیل شي ترخو Stiffness ورنکري. کله د Plate څخه استفاده وکړو ترخو مكسوره ټوټي ثبیت کړو او کسر ارجاع کړو. د عملیاتو لپاره شق د جنوب نه د S Shape په ډول اجراء کېږي.

ډبر احتياط باید وشي چې extensor عضلي او تار قطع او متضرر نه شي. کولاي شو د کسرونه ارجاع کړو. او ثبیت بې وساتو. داسې چې External Fixation د میتاکار په Distal Phalanx کې او یو Pin په Shan Screw چې نوموری پاپ د کلمپ په واسطه د Pin او Shan Screw سره تپل شوي، ثبیت ترسره شي.

:Interphalangeal Joints Strain

د ګتو ترمنځ Strain نظر مزمن والي ته ظاهريې. وروسته ديوه واړه تپ څخه کيداي شي د اوردي مودې لپاره مثلاً ۶-۹ میاشتو لپاره معضل پرسيدلى او دردناک وي، د معضل حرکات په کمه اندازه او یا هیڅ محدوديت نلري.

سبېي عامل بې عموماً هغه قوه وي چې د کوروالي په ډول عمل کوي، چې د معضلي محفوظي يا capsule او یا هم د وحشى او انسې رباطونو د نامکمل خېرى والي سبب کېږي. د دې په نتیجه کې د مفصل چارچاپر ضخامت ډېږي، چې د مفصل د وضعی Fusiform پرسوب سبب کېږي. په راديوجرافۍ کې ممکن د هلپوکېي تپ ونه ليدل شي، مګر کله کله کيداي شي، چې یوه نرۍ هلپوکنې پارچه د پانې په ډول د محفوظي د اتصال په نقطه کې جدا شي.

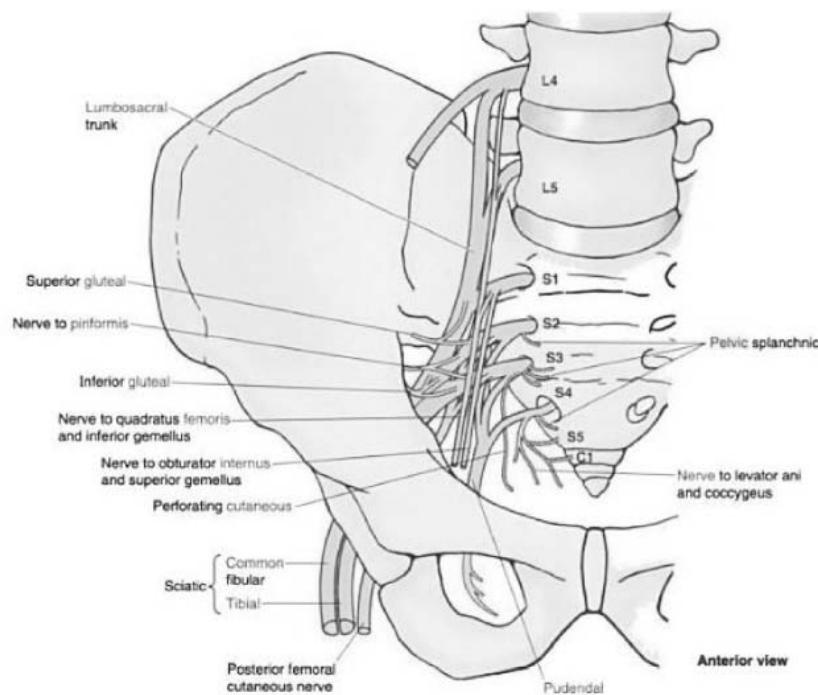
په خفيفو پېښو کې درمنې ته اړتیا نه شته، که چېږي درد شديد وي، نو گوتی کيداي شي د بنداز او یا وري ميزابې په واسطه د یوې هفتې لپاره محافظه شي، وروسته د دې فعال حرکات باید شروع شي، همدارنګه ناروغ پوه کړا شي چې جرحه نسبتاً په ورو ډول د بهه والي خوا ته خي.

شپږم فصل

د حوصلې کسرونه

اناتومي:

حوصله د دوه حرقي (inoment coxia) هليوکي د Sacrum او عظامو خخه (Coccygeus) هليوکي د دوه حرقي (inoment coxia) سره قوي مفصل جوروسي. چې د خور شوي چې لومړۍ حرقي هليوکي په خلف کې د Sacrum سره قوي مفصل جوروسي. چې د Symphysis Sacroiliac joinr په نوم يادېږي. او په قدام کې په خپل منځ کې مفصل کېږي چې د Sacroiliac joinr په نوم يادېږي.



د حوصلې Sacrum عبارت دی له Post Sacroiliac ligament چې د الیوم او Ant. Sacroiliac Ligament چې واقع دی. او په وجود کې قوي ترین لیگامنت دی.

Ilio lumbar Ligament چې قدام کې تقویه کوي Sacrum او Ant. Sacroiliac Ligament چې قدرت دی. او د Transversus Process lumber فراتو سره وصلوي همدارنګه لیگامنت چې الیوم او د Sacro spinas سره او Tuber ischiadicus چې سکروم د لیگامنت چې tuberosity Spina

Ischiadica سره وصلوي حوصلې یوه کلکه حلقة يا Ring جوړ کړي چې علوی طرف ته د سفلې طرف ته ارتباط ورکوي.

د حوصلې وظایف:

د احشاوو او هغه ساختمانونو چې د حوصلې په منځ کې دی محافظوی رول لري.

د علوی طرف خخه سفلې طرف ته د قوي انتقال د حوصلې له طریقه صورت نیسي.

د حوصلې عظام د وینې په جوړولو کې ستراول لري همدارنګه د Bone graft لپاره معمولاً د حرقبې د هلپو کې خخه استفاده کېږي.

د حوصلې کسرونو وقومات:

په شدیدو ترافیکي پېښو کې ۷۵% د حوصلې کسرونه موجود وي. د ټولو کسرونو ۳% تشكيلوي.

۱۰% د حوصلې تړلي کسرونه مرګ واقعات لري چې د حوصلې د وازو کسرونو د وفیاتو انازه تر دي لوړه ده قحف د کسرو خخه وروسته په دوهمه درجه د حوصلې کسرونه د مرګ سبب کېږي.

د حوصلې له کسرونو سره (Major Pelvic fracture) د وجود نورو برخو جروحات موجود وي

چې ډېر اهمیت لري چې فیصدی بې په لاندې ډول ده.

85%	Musculoskeletal
60%	Respiratory
40%	CNS
30%	Abdominal
12%	Genitourinary
6%	Cardiovascular



د حوصلې د کسرو طبقه بندی:

د حوصلې کسروونه په خو ډوله طبقه بندی شوي دي چې د هغې له جملې خخه:

دا کسروونه د حوصلې هغه نوعه کسروونه په بر کې نیسي کوم چې د حوصلې integrity (تمامین) او Stability (ثبت) له منځه تللي وي معمولاً دا کسروونه د ضعيفې تروما iliaca ant inferior, Iliaca ant. Sup Spina avulsion (لکه) د حوصلې چې د حوصلې راخې چې د حوصلې Ramus Pubis (Duverm's) کسر (Lilac wing) کسروونه، spina Ramus lschioidies، Ramus lschiadicus يا کسروونه پدې کسروونو کې حسابېږي.



: Major Pelvic Fracture

هغه کسرونه چې د حوصلې Ring یا حلقة ماته شوې وي او د حوصلې Integrity یا تمامیت له منځه تللى وي د Major Pelvic Fracture په نوم یادېږي. د حوصلې عمده وظیفه چې د علوی طرف خخه سفلې طرف ته د وزن انتقال دی، نشي ترسره کولی چې دا معمولاً د شدیدې ضربې له کبله منځته راخي چې فشاري کسرونه له Straddle کسرونه یا خلعي، لکه کسر یا خلع چې د حوصلې هډوکو کې موجود وي. لکه کسر د حوصلې Hinge type Sridle Malagagni یا کسر د حوصلې Open book یا کسر د حوصلې ماته شوې وي لکه د چېرۍ و رائس په شان) یا همداړنګه په لاندې ډول ھم طبقه بندې شوېدہ: شوې وي.

همدارنګه په لاندې ډول ھم طبقه بندې شوېدہ:

Type I: individual bone fracture (avulsion fracture, sacrum fracture, coccygeus fracture)



Type II: single break in the pelvic ring

Type III: double break in the pelvic ring

Type IV: the Acetabular ring fracture

a: Displaced

b: Indisplaced

اعراض او علایم:

د حوصلې په کسرو کې اعراض او علایم نظر د کسر په نوع او هم دا چې د حوصلې کسرونو سره نور

آفات شته او که فرق کوي، نه که Major Pelvic fracture وي او نور آفات لکه ترضیض قحف د بطن

ترضیضات ورسه نه وي نو د ناروغ عمومي حالت به هم بنه وي.



که مات شوی وي ممکن ماوقة ساحه کې موجود وي. چې د حرکت په واسطه به ازدیاد کوي که Sacrum او يا Coccygeus مات شوی وي د حوصلې په خلف کې په درد او حساسیت، پرسوپ، Echymoisis ولیدل شي. ممکن سوء شکل موجود دي. د مربوطه عصبی رشتو وظیفه به مختل شوي وي.

د هلوکو د ترضیض تاریخچه به موجوده وي. Coccyeus Sacrum او کسر موجود وي نو مربوطه ساحو کي به درد موجود وي چې درد به د ماوفه عضلاتو که Avulsion حركاتو پواسطه زیاتېري.

که موجود وي تکبدای شي نور آفات لکه ترضید، قحف، د بطن احشاو ماوف کېدل، Major pelvic fracture آفات هم ورسه وي کبدای شي ناروغ Shock او حتی کوما کي وي په ناریخچه کي د حادثې وخت، د حادثې نوع (چې موټر یا موټر سایکل تکر دی، موټر ټایر پرې ختلی همدرانګه د کومې ارتفاع خنځه غورزېدلی او یا نور څه) باید یاد داشت شي. تشخيص کي خاص اهمیت لري که ناروغ شعوري حالت ولري د شدید درد خنځه به شاکې وي حرکت به نه شي کولې په فزيکي معاینه سره باید د حوصلې سوء شکل، د حوصلې په برخه کي خراشیده گې، Echymosis Hematum مشاهده شي د

او د حوصلې شکل، د حوصلې په برخه کي خراشیده گې، Echymosis Hematum مشاهده شي د او حساسیت موجود وي او که نه.

او هم باید حوصلې ته له جنب خنځه په کم زور سره فشار ور کړي شي او بیا د قدام له خوا په دواړه فشار وارد شي. که Criptation Iliaca spina ant sup حوصلې په کسر دلالت کوي.

باید Destot's Sign (کوم چې په Ingualal او عجان ناحیه کي هماتوم او Echymosis) موجود وي، Earle's sign (چې په مقعدی معاینه کي Hematum، عظمي تبارز او حتی په کسري خط حساسیت موجودېدل)

باید مشاهده شي د موجودیت په صورت کې د حوصلې په کسر دلالت کوي.

اگرا شي چې د مثبت والي په صورت کې به د حوصلې کسر موجود وي خصوصاً په هغه صورت کې چې Pubic ramus 1 Lateralis د Faber test ګسر ولري (Faber test) ماوف طرف د پښې پونده د نورمال طرف په Patella کېښو دل شي چې په دې حالت کې که کسر موجود وي نو ماوف طرف ته به دا حرکت دردناکه وي. پدې حالت کې ماوف طرف Hip, Flexion, Abduction او اختیاروی، چې دا یو Synonimum د هغه لپاره (External rotation) د حوصلې کسرونو تشخیص معمولًا په تاریخچه، کلینیکي لوحه، X-ray او مشکوکو Diagnosis حالاتو کې په C.T scan وضع کېږي.

تداوې:

Emergency Treatment

لکه د نورو وخیمو حادثو پشان باید Airway ventilation تر تولو لومړی په نظر کې ونیول شي همدارنګ Shock او د وینې ضیاع باید کنترول شي که د وینې په ورکولو بیا هم فشار پورته نه شو نو باید اجرا شي تر خو داخل بطني خوتوبزی معلومه شي Peripheral Respiration.

تداوی: دا چې د حوصلې د کومې برخې کسر موجود دی تداوی هم فرق کوي Minor fracture مثلاً د حوصلې د Ramus Pubis (زیات عمومیت لري) او يا Ramus ischadic کسر موجود دی ناروغه تر هغه وخته بستر کې ساتل کېږي چې یې درده شي بیا ناروغه ته ودرېدل او ګرځبدل توصیه کېږي. که Spina lschiadica, Spina iliaca Ant Sup,Ant Avulsion کسر موجود وي (inf ارجاع ته یې ضرورت نه شته. خو ورځي ناروغه ته استراحت ورکول کېږي. په هغه وضعیت چې ماوه عضلات په استرخایی حالت کې وي. تر خو ناروغه ارام وي او درد احساس نه کړي وروسته له هغه پورته نارمل حرکات شروع شي.

که کسر موجود وي معمولاً Transverse کسر به وي په X-ray کې شه تشخيص کېږي که Displace وي نو معمولاً د Rectal per. له لارې په احتیاط سره ارجاع صورت نیسي. (باید تپلي کسر په واز کسر تبدیل نشي) دا Stable کسرونه چې ارجاع نه وروسته ببرته نه ې خایه کېږي ثبیت ته ضرورت نه شته صرف استراحت توصیه کېږي او بس.

که د Coccygeus هډو کې کسر موجود وي ناروغه به شدید درد د ناستې په وخت کې احساس کې او هغه د مربوط عصصي عضلي ریشې به ماوې شوې وي. تداوی یې کوم ثبیت ته ضرورت نه لري ناروغه خپله شفا حاصلوي. که دوامداره درد پاتې شي بهتره ده چې نومورې عظم وویشل شي.

:Major Pelvic Fracture

(Stridal) Compression Type

ارجاع یې نه ممکنه او نه ضروري ده. ناروغه باید صرف تر درې هفتونه پوري استراحت بشپړ کړي. Hip مفاصلو او ستون فقرات تمريناتو ته باید تشویق شي. وروسته له درې هفتونه دی ناروغه ته د ګرځبدو اجازه ور کړل شي، څکه چې فشار کسری ساحې ته انتقالېږي.



(کله چې د حوصلې يو طرف په مکمل ډول مات وي) Hinge Type
 ناروغ باید په روغ طرف استراحت وکړي او کسر باید او جاع شي البته دا کسرونه Stable دي (وروسته له ارجاع خنځه له بې خایه کېږي او يا د حوصلې په علوی نیمایې کې يو کمرښد چې دوه انچه بر ولري تړل کېږي او که ارجاع صورت ونه نیسي او يا بطن د مثاني يا بل پرابلم لپاره خلاصېږي . واير پواسطه

اجرا شي چې واير يا په Internal Fixation کي داخليې او يا برمه پواسطه مکسوره نهايت برمه کېري او ييما د واير پواسطه تثبيت اجرا کېري. ناروغ بايد تر درې هفتو پوري د بسته استراحت وکړي بعد له هغې ګرځدو ته تشویق شي الته Crutch سره تر شپږ هفتو دی فعالیت شروع کړي او ګمرښد دي درې میاشتې وروسته لري کړي.

Vertical Fracture (Malgagni)

ېډي حالت کي د حوصلې یو طرف په Vertical شکل پورته تللى وي چې بايد د عمومي بې لاندي په قوت سره ارجاع شي بیا د تثبيت په شکل پورته تللى وي چې بیا د د عمومي بې هوشي لاندي په قوت سره ارجاع شي Traction اجرا شي الته تر ۶ هفتو پوري. وروسته له هغه بايد Crutch سره وګرځي خو تر درې میاشتو پوري بايد په ماافه طرف وزن را نه وړي د ارجاع لپاره بايد درې ورځي وزن واچول شي بیا X-Ray واخیستل شي که ارجاع صورت نیولی وي د تثبيت په منظور دی Traction اجرا شي او بیا پلستر تطبيق شي.

Open book fracture

دا کسرونه لکه له نوم څخه بې چې افده کېري بايد Close book Open book تبدیل شي چې د دې لپاره بايد Traction داسې اجرا شي چې دواړه coxae یو بل ته نړدې کېږي. $\frac{1}{4}$ د بدن وزن بايد Traction تطبيق شي.



د حوصلې په کسرو کې د Fixation External او Internal Fixation خخه هم کار اخيستل کېږي (حصوصاً که کسر خلاص وي)

:Severe multiple Fracture

نومړي کسرونه د قوي (تکر) Crashing په واسطه منځته رائخي. دا کسرونه ډېر شدید او متعدد وي دلته و حوصلې حلقه په مکمل ډول خلاصه شوي وي او د حوصلې ثبات په مکمل ډول له منځته تللي وي. دې کسرو کې Hemorrhage، د احشاو شدید جروحات، Neurovascular آفات، د بولي تناسلی محدود جروحات ډېر زيات وي.

تداوی:

په ابندا کې گلک سیت کې Binder او بیا د Bedrest (کمرښند) خخه استفاده کېږي.

:Complications

اختلاط په Major Pelvic Fracture کې معمولاً موجود وي لکه Shock داخلی حوصلی او Paralytic Eleus Hemorrhage، همدارنګه په هر نوعه د کسرو کې ممکن خاص اختلاط موجود وي لکه په Sacroiliac Fracture کې Stridal Urogenital افات، په Anthrodis دردونه (چې معمولاً ضرورت پیښېږي) او درد له منځه ئې: Malgagni Vertical یا sciatic عصب افات همدارنګه د ارجاع نه کېدل Traumatic Arthritis، Malunion، Non-union، Delayed and، Thrombophelitis معمول اختلاطات دي.

هغه افات چې د حوصلی د کسرونو سره یوځای وي.

Urinary tract injury of the lower Major Arterial، Hemorrhage Rectal injuries، Testicular injuries جروحات، Gynecological وغیره.

:Dislocation of the Hip

:Hip Dislocation درې قسمه دي:

:Ant Dislocation چې عبارت دي له:

Pubic Dislocation، Iliacus Dislocation، Obturator Dislocation کېډاۍ شي په پورته خلع پورته له کسر خخه وي. او یا کسر هم ورسره دی. (د فخذ د رائس او د Acetabulum) د برخي. Posterior dislocation

:Central Dislocation چې د حوصلی په کسرو کې ورڅخه یادونه شوېدله.

:Anterior Dislocation

د Hip د خلعا، ۱۰-۱۵% جوروی، معمولاً دا خلعي د موږ او یا موږ سایکل د accident له امله او د لوړې ارتفاع خخه دلوېدو له امله، او یا د شدیدې ضربې ليدل په ملا چې Squating وي. میخانېکت بې

دا دی چې د ورانه د یو قوي Abduction له امله منځته راخي. چې Collum او يا د Trochanter د قوي ترضيض له کبله په Acetabulum کې سبب کېږي چې (Lever) لکه د رافعي په شان رول لوبي او Flexion د خيري کېدو خنډه وروسته خارج شي. که په Capsul د Acetabulum Caput حالت کې وي نو Obturator خلع او که Hip Extension، Pubis یا Iliacus خلعي منځته راخي.

Physical and Radiographic Exams

په فزيکي معاني سره لنډوالۍ به په نهايت سره وليدل شي، کې به Obtaintor dislocation او Flexion Ext rotation،Abduction & Pubis Dislocation کې چې هم هم bstension خو د Flexion Ext Rotation،Abduction په خاي به موجود وي. Lilac کې به Gyordin شکل کې او په Pubis spina lliaca and supra caput femoris شي په ټولو حالاتو کې باید امعائي او عصسي تشوشات دفعتناً ارزیابي شي.

تشخيص:

په X-Ray سره واضح بسکاري چې د فخذ راس په Acerabulum کې نه وي.

Posterior Dislocation

مېخانېکت:



کله چې Hip د قبض حالت ولري او یوه قوه د Knee مقابله کړي وارده شي (مثلاً کله چې شخص د موږ سیټ کې ناست وي او د موږ د تکر په واقعه کې د زنگانه برخه په مخامنځ اصابت کوي. که Neutral Abduction،Hip Posterior Dislocation او یا سره اسانۍ خو که Hip،Abduction Acetabulum برخې کسر هم ورسره منځته راخې.

Physical Examination

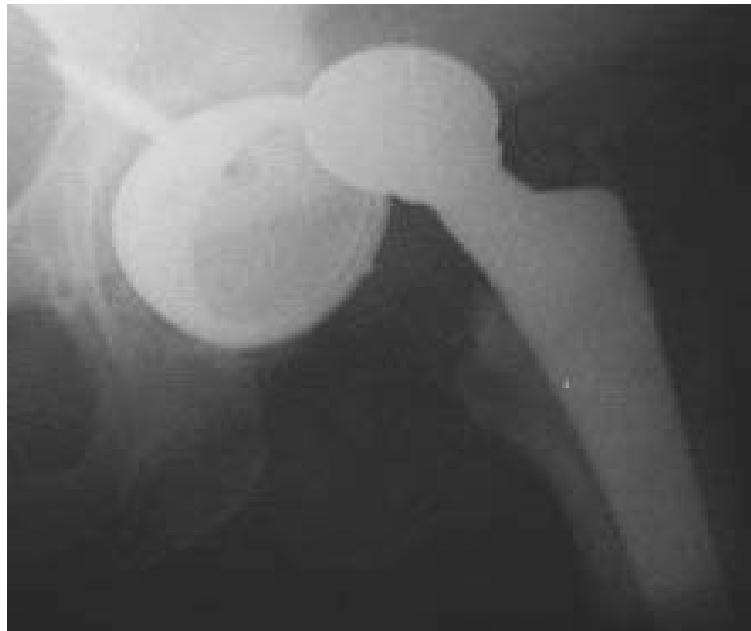
په فريکي معاینه کې به په Lig Flexion،Internal Rotation،Abduction او Sciatic عصب،وفيدل ۱۰-۱۴yts Shortenint حالت ولري. د فخذ رائس د فشار لاندي راخې چې معمولاً Common perinial عصب کې ماوېږي.

تداوي:

Post Dislocation

د Hip په خلوع کې باید عموي او یا Spinal Anesthesia واخلي، د ناروغ عضلات باید به استرخاء وکړي.

تر خو د یوې خوا په اسانۍ ارجاع صورت ونيسي اول بل دا چې د caput او د ډې اسطکاک خخه مخنيوي وشي. دوه طریقې پکار ورپل کېږي. یوه Stimson او بل Allis طریقه ده چې په Alliss طریقه کې باید په احتیاط او قوي کشش سره پداسي حالت کې چې ناروغ Supin وضعیت ولري د قوي اسيستانت پواسطه حوصله کلكه نیول شوې وي او هم چې Hip لې قبض حالت ولري او بل Internal Rotation او یا External Rotation ور کول کېږي او په اسانۍ سره به Hip ارجاع شي.



د Steimson په میتود کې باید ناروغ په پستر کې په Prone حالت کې واچول شي چې ماوف Leg یې د بستر په خنده راشي. د ناروغ حوصله د استنبات پواسطه کلک نیول کېږي. ماوف طرف په داسې حال کې چې Hip او Knee 90% درجې قبض حالت ولري Traction اجرا او عین پورتنې مانوري او External (تدور ور کول کېږي) اسیستانت باید د فخذ په رائس هم په یو لاس فشار راوري تر خو چېل موقعیت ته لار شي.

په قدامي خلمو کې:

په Obturator Dislocation کې چې طرف Flexion حالت لري باید په احتیاط او قوت سره اجرا یا Internal Rotation او بالاخره Abduction ور کړل شي. خو په Iliac او Pubic کې باید Traction اجرا په ډېر احتیاط Internal Rotation او یا Flexion اجرا شي (بعضی وايی چې Adduction اجرا کېږي او بعضی وايی Adduction مه ورکوي) وروستیو دوو حالاتو کې که تړلې ارجاع صورت و نه نیسي باید تکراری مانوري اجرا نه شي او واژه ارجاع صورت و نیسي.

(Post Reduction Treatment)

وروسته له ارجاع خخه تداوي:

باید ناروغ ته Skin traction او يا واچول شي ترڅو ناروغ د درد احساس و نه کړي او بل کپسول ترميم شي. الته Hip باید قبض حالت ولري. معمولاً تر دوه هفتونه traction اجرا کېږي. بیا د Crutch سره ګرځبدل توصیه کېږي، تر هغې چې درد بالکل ورک شي ناروغ ته بدون له اجرا کېږي. Weight Bearing Crutch خخه ګرځبدل شروع کېږي (بعضې علما حتی تر ۱۲ هفتونه اجازه Weight Bearing Crutch ورکوي). اختلاط بې د عصب، مافيدل او Necrosis Avasclar دی.

Ant. Avascular Necrosis په چانس نسبت کې د Posterior Dislocation Dislocation ته زیات دی (مېخانیکیت بې Caput د اروا خرابوالی، کپسول کش او بیا د او عیي کش او هم د هغه او عیي شکیدل کوم چې رائس کې داخلېږي.

د مقدمي ارجاع سره سره بیا هم Avascular Necrosis د ۵-۱۵% پورې چانس وي خو که خنده شي نو ۴۸% ته رسپری او که د ۴۸ ساعتو پورې بیا هم ارجا نشي نو Avascular Necrosis چانس ډېر زیاتېږي. (په ماشومانو کې Avascular Necrosis چانس ۱۰-۸% پورې دی) همدارنګه کېدای شي ارجاع په تړلي شکل وشي، Internal Position موجود وي، د عظم عضلې يا وتر او يا دا چې Capsul شکل بې غوره کړي وي. Capsul د خیرې کېدو نه وروسته کپسول ازیما شوې فوچه تنګه شوې او دوباره Capsul را ونه وئي.

Hip Joint Fractures

اناتومي:

Hip joint د فخذ د علوی نهايت او اسيتابولم پواسطه جورېږي. اسيتابولم چې دوه برخې لري چې مفصلي او غير مفصلي برخو خخه عبارت دی. مفصلي برخه بې Acetabular Fossa او غير مفصلي برخه بې Lunate Surface په نوم يادېږي.

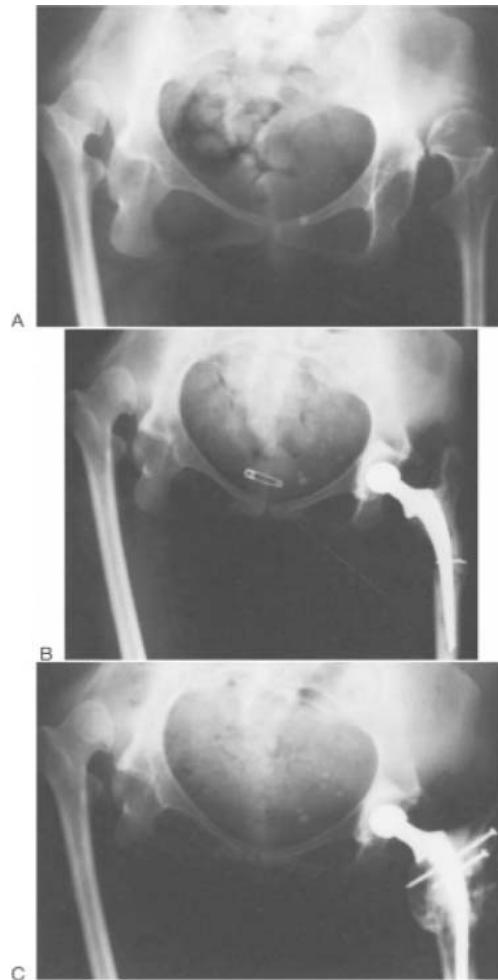
د فخذ علوی نهایت د رائس (Caput) او عنق (Collum) پواسطه جوړ شوي دی. رائس یې مکراراً داخل مفصلی او د fovea capitus څخه پرته د رائس نوري برخې د مفصلی غضروف پواسطه پونبل شوي دي.

کې Lig.Teres Fovea capitus ارتکاز کوي.

عنق (Collum) چې د هلبوکي د جسم سره ۱۳۵ درجې زاویه جوړوي. د رائس په خوا کې علوی، انسی او قدام ته متوجه دي. مفصلی کپسول په انسی کې اسیتابولم په ځندو او په وحشی کې د فخذ په عنق باندې ارتکاز کوي. پداسي حال کې قدام کې تر Linea intertrochantrica پواسطه او خلف کې $\frac{1}{3}$ برخه د کپسول څخه د پاندې قرار لري او د ټول کپسول داخلی مخ Synovial membrane پواسطه پونبل شوي دي.

کله چې Synovial د کپسول تر طبیعی اتصالی نقطې ته ورسبد Relflex کوي. او د فخذ د رائس تر قاعدي پورې رسپېري، یعنې په حقیقت کې تول Collum پونسوی. Caput Femuris ته د دریو لارو څخه وينه راخې. Intra medulary پواسطه.

یو کم مقدار وينه چې په حقیقت کې د Obturator او عیو څخه ورید او شريان د Acetabulal ته دا خلپري او له هغه خایه یو شعبه Lig. Obturator، Acetabulum fossa foramen له لا رې د لارې Fovea capitis Teres ته رسپېري.



یو زیات مقدار وينه د هغه اوعيو له لياري F.caput ته رسپوي کوم چي د Collum او Synovial غشا تر منئ لري او دا اوعيو د ۶-۲ عدده وي. چي د هغه شرياني حلقي خخه کوم چي د فخد د عنق په قاعدي برخه کي Med ant lat. Circumflex شريانو په واسطه جورېري منشا اخلي.

Ossification Points

د فخد هپوکي پنځه تعظمي نقطې لري چي نوموري نقطې په جسم، رائس، Trochntor Major او Trochntor minor کي قرار لري. Extermites inferior او Groeth Plate لري چي په لاندي برخو کي قرار لري. د نشونما په وخت کي خلور Caput د قاعدي برخې.

Trochanter Major
Trochanter Minor

او په سفلی کې Supra Chondyl

Fractures of the Femoral Head

د فخذ د رائس کسروونه چې معمولاً د خلعي له امله منځته رائي او یا د شدید ضربې له کبله منځ ته رائي. نوموري کسروونه د تداوى له مخې په دوه ګروپونو ويشنل شوي دي. هغه کسروونه چې یو غټه Fragment جلا شوي وي.



هغه کسروونه چې Multi fragments ولري.

:Treatment

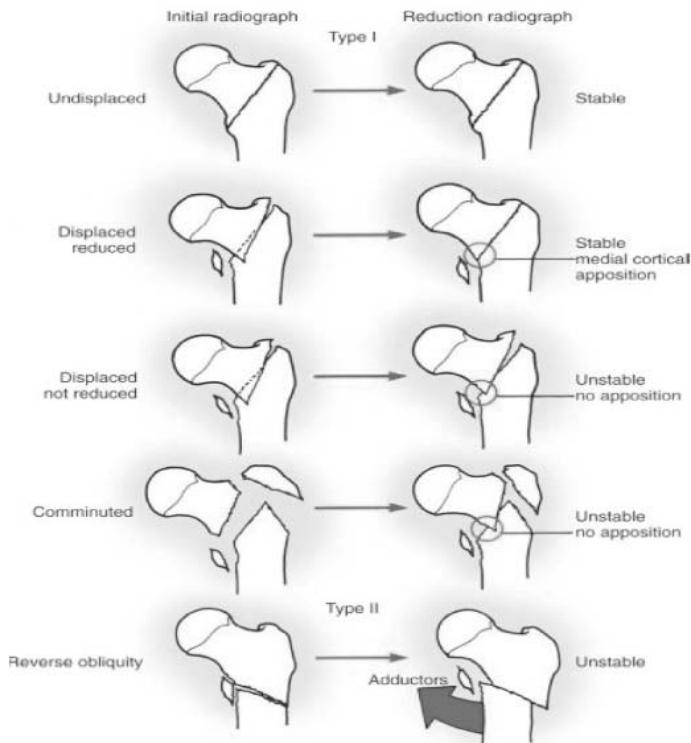
د کسروونو تداوى: Single Fragment

د Hip په خلую کې کېدای شي د فخذ د رائس خخه یو Fragment جلا شي که غټه Fragment د Caput یعنې د Weight Bearing برخه په برکې نیولی وي نو پډی حالت کې بهتره تداوى د Internal Fixation خخه عبارت ده.

د نوموري Fragmnet د ویستل استطباب نلري ځکه نتيجه یې هم ډېره نسه نده بعضي اوقات اچول کېږي خو که پارچه وره وي، او داخل مفصلې وي ویستل یې استطباب لري. Prosthesis

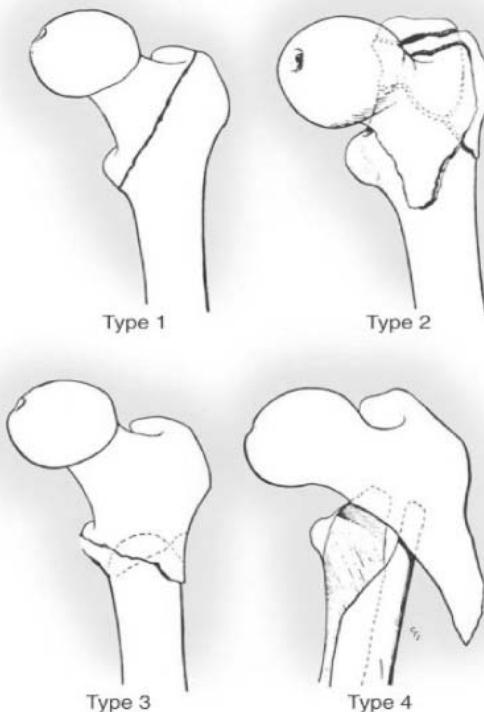
:Communited and superior head fracture

که کسر Weight bearing وي او یا د رانس د علوی برخې د برحه مارووه شوي وي نو استطباب نلري، Prosthese واقحول شي او که Acctabulum Internal fixation هم تخریب شوي وي بهتره چې Total hip-arthroplasty اجرا شي.



:Fracture of the femoral neck

د فخذ د عنق کسرونه معمولاً زرو خلکو او زیاتره په بنخو کې لیدل کېږي دا افات په بعضې امراضو کې چې عظم ضعیفه کېږي او یا عظمي کتله په کې له منځه زیات لپدل کېږي لکه Osteo malasia او بعضې نور چې په بعضې د دې افاتو کې د ناروغ د غورڅدو چانس زیاتېږي او Alcoholism، Diabete د Neck کسر منځته رائې.



Mechanism of injury

معمولًا د وليدو له کبله يا په Trochonlar major د لکبدو له کبله دا آفت منخته راخېي يا په زړو بسخو کې ممکن د هغوي پښه په فرش کې بندي او وغور خېري او Hip په کې په حالت کې تاو شي او د کسر سبب شې.

Classification: د کسری خط له مخې هر څومره چې کسری خط افقی وي انراز بې نسه وي او هر څومره چې کسری خط عمودې وي انزار بې خراب وي دغه راز د فخذ د عنق کسرونه د کلینيك له نظره په څلورو برخو ويسل کېږي.

Stress Fracture: چې معمولًا په پورتنۍ برخه کې یوه کمه انداز کسری خط ليدل کېږي.

Impacted Fractures: چې معمولًا د سفلې Fragment نهايت په علوې Fragment کې دا خل شوي وي.

Displaced Fracture: هغه کسرونه چې بې ځایه شوي وي.

Comminuted Fracture: هغه کسرونه چې خو پار چې شوي وي.

فریکی او رادیولوژیکی معاینات:

هغه ناروغان چې Stress، او Impet Gran ناحیه کې خفیف درد احساس کړي د دوى ګرځدلې شي خو کوبډوالۍ ورسه مل وي چې اکثراً د عضلي پرابلمونو خواته فکر کېږي.

په فریکی معایني سره:

X-ray باید قدامې خلفي او مایل Obligine و اخستل شي چې تشخيص کې مرسته کوي همدارنګه ناروغان چې. Displaced Intra capsule F.N.F. لري نو په ټول Hip کې به درد احساس کړي او طف به په Shortening (لنبوالۍ) Rotation Ext. او Abduction حالت ولري که حرکت ورکړل شي به احساس شي چې دا کسرونه هم د اکسرې په واسطه پوره تشخيص کېږي. بهتره به وي چې د درد د مخنيوي په منظور د Hip خخه وينه تخلیه او Local anesthetic مواد داخل مفصلي زرق شي.

تداوي:

Weight Stress fracture: دا کسرونه په خوانانو کې عام دي د تداوى. لپاره باید طرف Crutches Bearing ونکړي او په طرف باندې باید زور رانشي. پنه باید مستقيماً پورته نه کړي باید استعمال کړي او وروسته له شپړو هفتو باید Practial Weigh Bearing وکړي او وروسته د دولسو هفتو Full weight Bearing وړي.

Impacted fracture دا کسرونه په دوه ډوله تداوى کېږي.

په Cose شکل چې ناروغ ته د طرف محافظه يا Bed rest توصیه کېږي.

او بعضي واپي چې کېدای شي کسرې څایه شي. نو باید Traction تطبيق شي چې دواړو پورتنيو حالاتونو کې باید لکه د Stress fracture Crutches سره د په شان د شپړو هفتو وروسته د Full weight bearing او وروسته له دولس هفتو خخه weight Bearing توسيه شي.

:Displaced Fracture

دې ناروغانو کې باید Rig internal fixation او مقدم حرکات اجرا شي او کوشش باید وشي چې Inrernal کنټرول لاندې Internal fixation Flouroscoptic اجرا شي چې مختلف انواع د Sliding nail serew fixation، Fixed nailing، Multiple fixation شته لکه.

خلکو کې لکه د ۷۰ کلني خخه وروسته بهتره ده چې Prosthesis ته تجویز ونیول شي. خو په ئوانانو کې بايد هېڅکله Prosthesis استعمال نه شي او Arthrodesis په وخيمو حالاتو کې بهتر وي نظر ته. خو هر خومره چې مقدمه تداوي وشي بهتره ده. که په ظرف د دولس ساعتو کې جراحی مداخله وشي د Avascular necrosis چانس به ۲۵ فيصده وي که جراحی مداخله ۲۴-۱۳ ساعتو کې وشي نو د Avascular necrosis چانس ۳۰ فيصده وي. که جرا چې مداخله د ۴۸-۲۵ ساعتو کې وشي د Avascular necrosis چانس به ۴۰ فيصده وي او که جراحی مداخله تر يوې هفتې خند شي نو د Avascular necrosis چانس په ۱۰۰ فيصده وي.

:Complication

Infection ،Avascular necrosis ،Non-union

په ماشومانو کې د کسرونه نادر دي د قوي Femoral neck fractures in the children: له امله لکه Accident له کبله منځته راتلای شي. په ماشومانو کې تداوى ته زیاته توجه پکار ده خکه چې د نشورنما مرحله وي.

تداوى:

کسرونه بايد د شپړو هفتو لپاره په plaster Spica کې تثیت شي او که Undisplaced کسر وي بايد Internal fixation اجرا شي. د Displaced Internal fixation په منظور بهنره ده چې د رخدار Pins پواسطه وشي خکه چې Groeth-plate خراب نشي.

:Intertrochantric fracture

کسرونه دی لکه د Femoral neck کسرونه په Intertrochantric Extrcapsular شان دا هم معمول زړو او Osteoporotic خلکو کې منځته راخي مخصوصاً په بسخو کې په اتمه لسيزه د عمر کې زيات تصادف کوي مګر نظر د Femoral neck کسر نه به تعظم کوي او په کمو واقعاتو کې Avascular necrosis منځته راخي.

کسرونه يو دا چې Capsul ارواله منځه خي Perioste Column لري Intra vapsular خو په Periost کي عضلات ارتکاز نلري نو تعظم بشه صورت نه نيسی بله دا چې د مفصلې مایع چې د ويني لخته کېدو مخه نيسی او د ويني علقي په تعظم کي خاص رول لري.
مګر د Extra capsular کسرونو ارواله دېره نه خرابېږي په Periost يې عضلات تماس لري او هم د ويني علقي په کې موجود وي.

Mechanism of Injury

دا کسرونه معمولاً د ولیدو له کبله چې مستفیماً Greater trochonter اصابت وکړي او يا په غیر مستقیم ډول فشار چې د طرف تاوېدل په کې منځته راشي.
پدې کسرو کې معمولاً د Trochontor minor او Trochontor major تر منځ يو درز پیدا کړي خو کیدای شي خو پارچه يې کسر هم منځته راشي. په عمومي ډول دا کسرونه په Unstable او کسرونو ویشل شوي Stable کسرونه هغه کسرونه دی چې انسی Cortex کې يې Communition موجود وي.

عموماً يوه غټه پارچه د انسی Minor Trochantor چې هم په بر کې نیولی وي يې خایه شوي وي دا کسرونه په مشکل سره د Internal Fixation پواسطه کلکېږي.

Clinical feature

ناروغ معمولاً زور او ډنګر وي د ولېدو نه وروسته د جګکیدو توانا يې نلري Leg به لنډ External Rotation
حالت ولري (ممولاً)

کسرونه به يو نازک درز په Intertrochantric Undisplaced stable :X-ray
ولري چې حتی يو شکمن حالت به ولیدل شي چې آیا کسر شته او که نه، غالباً به کسر بې خایه شوي وي او خو پارچه يې کسر Communintion به موجود وي. که چېږي Minor trochantric جدا شوي وي او انسی Cortex خو پارچې شوي وي نو Stable Internal fixation نه وي نو په طرف باید وزن اچول وڅنډول شي.

:Treatment

دا ناروغان د دی لپاره چې بنه پوزېشند سره ارجاع شي او هم زر و ګر خبدلي شي او د بستر د اختلالاتو خخه جلو ګيري وشي. بهره ته د چې همبش په مقدم شکل Internal fixation وشي چې معمولاً بايد ساحه واژه ارجاع اجرا او د Sliding nail یا Jewel nail پواسطه تثبیت شي.

:Complication

چې د هر عملیات نه وروسته پیدا کېدای شي لکه تر میوس، امبولای، نمونیا، External Bed Sore، Infection علاوه له دې خخه late اختلالات لکه واروس، Deformity، rotation ممکن منع ته راشي. خوشبختانه چې دا ډېر خطرناک نه دی او نادرًا په کې وظيفه مختلفه ګپري، Non-union دا اختلالات غیر معمول دی که تر شپږ میاشتو پورې تعظم صورت و نه نیسي نو بل عملیات ته منکن ضرورت پېښ شي چې Internal fixation باید بنه مطمئن او Bone graft هم اجرا کړي شي.

:Fracture of the trochanters

د Major trochantor کسرونه: د مستقیمي شربی نه وروسته کیدای شي چې منځته راشي او يا دا چې د Abductor کسرو Avulsion ټروکانتر د عضلاتو پواسطه یوه برخه په کسرو اخته شي همدارنګه Minor trochanter کسرونه کیدای شي د عضلي د قوي تقلص له کبله پې خایه شي. چې په اول حالت کې Trochanter Screw د یوه پواسطه تثبیت شي او مکمل وزن خخه شپږالي اته هفتې جلو ګپري وشي. او که Aulsion کسرونه په Minor trochanter او يا Partial Fracture په Major trochanter کې منځته راشي نو باید دوه دري ورځي استراحت وکړي او بیا د Cruchs پواسطه و ګرځي.

:Sub trochanteric fracture

دا کسرونه د trochanter minor د لاندې خخه تر ۵ سانتي مترو پورې حسابېږي دا کسرونه معمولًا په خوانانو کې منځته راخې البته په زیاتو واقعاتو کې د قوي ضربی کبله منځته راخې او هم نسبتاً زیات په

Trivel injuries کې رائې. په زړو خلکو کې Osteomalacia، Osteoporose، Trochanteric Neck او Trochanter اور کسرونو ته زیاته وي. علوی Ext.rotation، Flexion، Abduction، Fragment به اړتی او سفلی Abduction به Fragment حالت ولري.

Clinical feature:

طرف په لنډ او وحشی تدور په لري او وروون په فوق العاده پرسیدلي وي حرکات به ډېر اساس وي.

X-ray:

کسر به د Trochanter minor، Oblique او په سویه یا د هغه نه لاندې وي کیدای شي Communited Fragment، Spiral، Transverse او په بعضو واقعاتو کې به علوی تبدیلوي او پورته خوا بې خایه شوی وي.

Treatment:

Lesser Internal fixation او Open reduction یوه انتخابي تداوي ده که کسر د trochanter په سویه وي بهتره ده چې یو Compression Hip screw او پلیت تطبق شي، او که کسر د Trochanter minor خخه لاندې وي او د عظم حلقة جوړوي. (درزونه لري) نو بهتره ده چې Pins Locking Screw باشد کې هم تر Collum استطباب لري وروسته له عمليات خخه Partial Bone graft م وجود وي نو Cammunion weight bearing توصیه کېږي تر خو تعظيم صورت ونیسي. البته تر دولسو اونیو پوري تعظيم صورت نیسي. Closed reduction په هغو ناروغانو کې چې Internal Communition ډېر وي چې ممکن عظم بسه Fixed و نه شي کړي او یا واز کسر موجود وي، نو Skeletal Tracdon ته باید د فخذ په سفي برخه کې تبر شي او د Knee joint ازادو حرکاتو ته تازه ورکول کېږي Traction ته باید تر دې میاشتو ادامه ورکړي او Hip او Knee درجې وسی.

اختلالات Non union او Mal Union عام اختلالات دی چې باید د دویاره عملیات پواسطه اصلاح او Bone graft اجرا شي.

Femoral shaft fracture

د فخذ د هدوکي جسم چې په قوي عضلاتو کې پت دی بهه والي بي دا دی چې عزم محافظه کوي او د فشارونو خخه بي ساتي مګر ضرر بي دا دی چې د کسر په صورت کې د دې قوي عضلاتو په اثر عظمي پار چې (Fragment) ډېري بي خایه کوي بنا د ارجاع لپاره بي قوي ترکشن ته ضرورت دی تر خو ارجاع صورت ونسی دا کسرونه اساساً په خوانانو کې پیدا کړوي که چېري دا کسرونه په زړو خلکو کې منځته راشي کېدای شي پتالوزبک کسر وي.



هغه ناروغان چې د فخذ د جسم کسر لري باید د حوصلې او قصې پوري ماوفه طرف معاینه شي پدې ناروغانو کې د زنگانه مفصل د اربطه زيات افاته هم عام وي خو هغه د عمومي بي هوښي لاندي کله چې د مخد کسر تشییت شو وروسته د Knee د اربطه افات تفتیش کېږي د فخذ په کسرونو کې دعایي افات نادر و خو په سفلې ثلث کې دا چې فخذی شريان د قدامي Compartment خخه سفلې Compartment ته د عظم سره نړدې سير کوي نو د سفلې ثلث په کسرونو کې د دې شريان د وهلو خطر زيات دی. همدارنګه په Floaten Knee کې (کله چې د فخذ د جسم او د همدي طرف قصې د جسم کسر موجود وي په Popliteal فخذ شريان Tibial Nerve او Peronial Nerve زیاتره ماوفه کېږي.

:Clinical feature

دا چې په دې ناروغانو ګې حتی په تړلو ګسرونو ګې د 1-2 liters ضایع ګېږي ګیدای شي ناروغ د حالت ولري (Neurogenic Hypovolimic Shock) ګیدای شي شحمي امبولا منځته راغله وي (د مخي قنات شحمي کتلات د خیرې شوو وریدونو د لارې دوران ته ئې) او ته ئې کسري ساحه ګې به سوء شکل، پرسوب موجود وي طرف او تدور به ولري.

کسر د Shift X-ray: کسر د هر قسمت کې منځته راتلي شي مګر ۷۰ فیصده په توسط ثلت کې منځته راخي همدارنګه کسر نظر د قوي په محور سره کیدای شي يه Transverse، Oblique، Spiral، Comunition يا Segmental، (Butterfly) trianguler همېشه Hip راشي. ترڅو د Hip کسرونه پت پاتې نه شي.



:Treatment

Emergency treatment مخکي له دې چې ناروغ انتقال شي باید د Accident په محل کې تداوي او کسر په Splint کې تثیت شي. تر تولو بنه Thomas Splint د سپلینټ دی. (چې د Shock یوې خلفي او دوه اهني فربمونو خخه جوړ شوي دی) خلقه بې په Ischiadic کې اصابت کوي نو کولای شو چې پښه بې په ترکشن حالت کې د Frame سره تثیت کړو که Splint نه وي نو ماوفه طرف د سالم طرف سره تثیت کیدا شي کله چې ناروغ Hospital ته انتقال شو د عمومي بې هوشي لاندې ورڅخه Splint لري او قطعي تداوي اجرا شي.

:Definitive treatment

Choice of method

د فخذ د جسم په ترلو کسرو کې د خلورو لاندینیو میتودو خخه یو میتود انتخاب کېږي.

Traction

Traction followed brace or spica

Open reduction with intramedullary nailing

Close intramedullary nailing

ترلي تداوي بې خطره مګر اوږده او تحمل بې ګران وي خو واژه تداوي زر اجرا کېږي مریض ته قابل تحمل وي مګر بې خطره نه وي.

:Traction

ترکشن بواسطه کسر ارجاع اوپه مناسب صورت ماتل کیدا شي همدارنکه د بندونو حرکات په

ترکشن کې اجرا کیدا شي (Active excise) خو غټ مشکل د ډېر وخت ضیاع ده بستر کې د 10-14W پوري یو کاهل ته ضرورت دی.

۳ ترکشن او بیا د P.O.P پواسطه تداوی:

پورتني او بد وخت د ترکشن خخه وروسته د ترکشن خخه وروسته د Function bracing او يا Spica پواسطه لندهبوري چې په کاهل کې 5-6W ترکشن يا Function brace ده په پورتنيو دوه طريقو کې کبدای شي سوء اشكال منحثه راشي.

دوه سانتي متره لنبوالي، لس درجي Angulation بيدون له دې خخه چې په وظايفو کې نيمگړ تيا پيدا شي تحمل کيداي شي.

Intra Medullary Rod: د فخذ د کسرو لپاره ډبره مناسبه طريقه ده، خصوصاً د علوی ثلث په کسرو کې، په هغه کسرو کې چې تپلي تداوي مشكله وي همدارنګه نور استطبابات Fracture with Multiple Fracture، Pathologic Fracture: بې عبارت دي له Locking او نور. په نپدې وختو کې په تپلي شکل د I.M.R تطبيقول او خني د Vascularizing استعمال حتی په Unstable Cominuted screws او اد سلفي ثلث په کسرو کې ډبره موثره طريقه ده.

:Open fractures

د فخذ واز کسرونه باید د جلدی ضياع، د جراحی د ملوثوالی، د عضلي اروا اود اوغيو او اعصابو حجراتو په نظر کې ليولو سره تداوي شي، واز کسرونه په عمومي شکل په لاندې درجو ويшел شوي دي. G₁: چې جرحه له یو سانتي متر خخه کمه وي او د انساجو کم تخریب او یا هېڅ تخریب موجود نه وي.

G₂: چې د جرحې اندازه د یو سانتي متر خخه زياته وي او د انساجو تخریب په متوسطه اندازه وي. G₃: پدې کې کبدای شي جرحه په لویه اندازه وي. د انساجو تخریب او یا ضياع پکې دي، د عظم ضياع هم په کې وي او بسکاره ملوثوالی موجود وي.

G_{3a}: چې هلهوکې کبدای شي په رخوه اقسامو پت شي.

G_{3b}: چې عظم کبدای شي پت نشي.

G_{3c}: چې وعائي جروحات هم موجود وي.

په هر ترتیب اوله او دوهمه درجه کسرونه چې جروحات واره او د رخوه اقسامو تخریب هم ډېر زیات نه وي وخت پړی نه وي تېر شوی او ملوثالي هم کم وي، کولای شو لکه د تړلی کسر په شان تداوی شي. او وقایوی انتی بیوتیک ور کړل شي. خو که کله وخت پړی ډېر تېر شوی وي او يا ملوثالي موجود وي يا په پېشرفته درجه کې وي اولیه مومک لکه د تړلی کسر په شان مېزابه کې تثبتت او بیا د بنه Debredment او پاکولو خخه وروسته External Fixation کې تثبتت کېږي چې وروسته د جوړی له بنه کېدو خخه IMR تصمیم کېدای ونیول شي. په فخذ هېو کې د زیاتو عضلاتو د موجودیت له کبله چې عظم بې پټ کړی دی د External Fixation تطبيق هم مشکل دی. او ډېر موثر هم نه دی. (کوم چې په قصبه کې موثر او اسانه دی) په عمومي صورت د فخذ کسرونه باید په ۲۰-۱۰۰ ورخو کې جوړ شي که کسر له دې وخت خخه وروسته جوړ شي Delayed Union Non-union ته فکر کېږي.

Complication

:Early

Shock د وینې د فشار له کبله

(د شحمي کتلو داخلېدل په خېږي شویو او عیو کې خصوصاً په تېلو کسرو کې) Fat Embolism

Vascular Injury د اوعيو وهل

Trombo embolism د ساق د Culf په برخه کې.

Infection خصوصاً په خلاصو کسرونه کې او وروسته له خخه د منتن کېدو Intenal Fixation

چالس موجود وي.

:Late

Delayed and Non-union

Mal-union

Joint Stiffness

د فخذ د کسرونو تداوی په ماشومانو کې:

که د خو هلپوکو کسروونه منع ته راشي او يا د جورپدو مرحله کې تکراری کسر منع ته راشي باید پتالوزیکو کسروونه ته فکر وشي لکه Osteogenesis imperfecta، Spinal Bifida يا عظمي سیست او يا توموروونه.

په عمومي شکل باید ماشومان په تړلي شکل سره تداوي شي. او په واز شکل تداوي نادرأً استطباب لوي.

Infant : یو دوه هفتو ترکشن او بیا درې خلور هفتی Spica شی. Remodelling ۳۰۰ درجو کېدای شي قبلوں شي ځکه Angulation ۲-10yrs : Children کولای شو دوه درې هفتو ترکشن او د نورو خلورو هفتو لپاره Spica په مقدم شکل Reduction او Spica cast.

Teenagers : دا ناروغان 4-6weeks ترکشن ته ضرورت لري. او که عمرې له ۱۵ کلو خخه زیات وي Bone Traction او وزن به یې هم زیات وي. (د ترکشن وزن) خو کله چې کسري ساحه کې ګلکروالی پیدا شو پیا Cast brace یا Spica تطبیق کېدای شي چې د راتلونکو شپروم هفتو لپاره تطبیقېږي. پدې ناروغانو کې قابل قبول زاویه په Ap کې ۱۵ درجې او Lat کې ۲۵ درجې قبلېدای شي.

Supracondylar fracture

Supracondyler برخه د Cordyles او Meraphys د اتصالي برخي پورې ناحيې ته وای په کاهلانو کې هر عمر کې منځته ته راتلى شي. عموماً د مستقیمي قوې په اثر منځته راخي کله چې کسر منځته راشي د Gastricnimus عضلي د کشش له کبله سفلې Fragment، گروپونو ویشل شویدی.

Impacted
Undisplaced
Displaced

چې بیا Displaced کسروونه هم کېدای شي Transverse، Oblique او بعضی اوقات Comminuted کسروونه وي.

:Signs and symptom

د تروما تاریخچه موجوده وي چې له هغې وروسته په Supracondyl ناحیه کې دردناک پرسوب او عالیاً سوء شکل منځ ته راخې کپدای شي کاذب حرکات او Crepitis په ساحه کې احساس شي، په غیر د Undisplaced کسرونو خخه.

X-ray

یوازی AP او Lat کلیشی پورہ تشخیص کولای شی۔ باید مکمل فخذ او Hip joint په کلیشہ کې راشی ترڅو که Hip dislocation او یا د عنق کسر موجود وي له نظره پاتی نه شی.

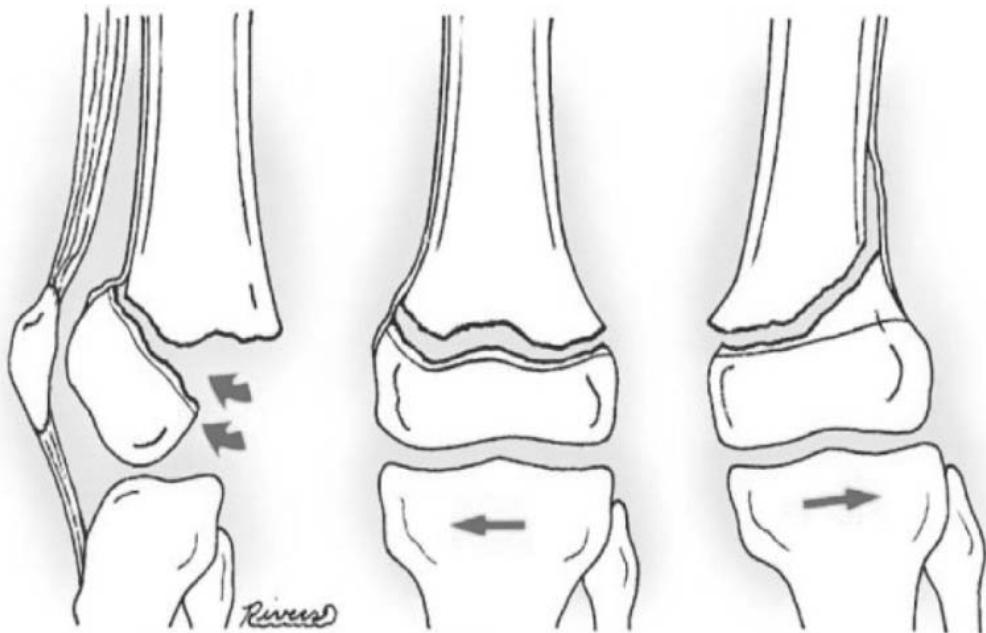
تداوی:

په Undisplaced او Impacted کسرو ڪي باید Lohg leg cast (د پنې څخه د ورانه تر علوی برخی پورې) یا Spica تطبيق شي.

Spica یا Calus Displaced کسونه باید Traction 4-6w او وروسته د جوریدو خخه Displaced یا Tibia Tuberosity شی البته Traction هم باید لاندی او بل سیخ په سفلی Long leg cast گپتی کی تیر شی او Knee باید معمولاً د قبض شکل ولري تر خو Gastricnimus Fragment استرخاء کی زپو ناروغانو کی او په هغه ناروغانو کی چې کسر Displace او په ترلي شکل ارجاع نه شی د حالت ولري په زپو ناروغانو کی او په هغه ناروغانو کی چې کسر Internal fixation تطبيق ضرور دی تر خو په زپو خلکو کی ژر Mobilization اجرا شی او د لا زیات Osteoporosis خخه جلوگپری وشی. په Inrernal fixation کی په نسه وي چې I.M.R او يا بهتره ده چې Blood plate تطبيق شی.

:Fracture separation of distal femoral Epiphysis

د نشونما په مرحله کې د Supra-condylar کسرونه علاوه له هغې نه epiphysial displacement ممکن موجود وي سفلی Fragment کیدای شي قدام او يا انسی يا وحشی ته بېخایه شي. معمولًاً وحشی ته بېخایه کېږي. دا کسرونه معمولًاً Salter harris Type II کسرونه دی چې د Fragment, Triangular Epiphysial Separation د میتاپیز یې غت موجود وي.



کلینیکی لوحه:

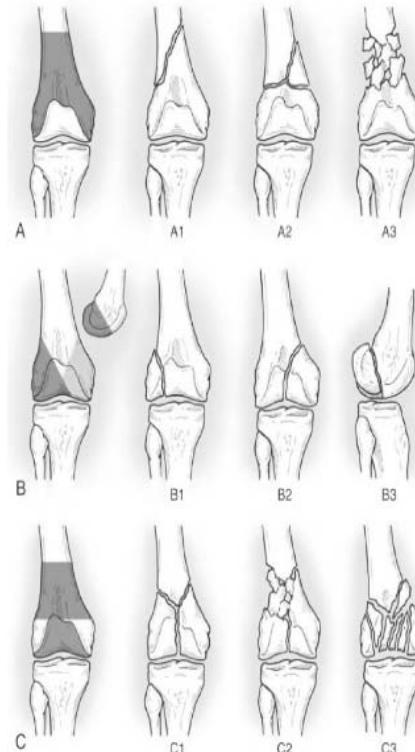
Knee joint به پرسپدلى سوء شکل به ولري، دپني Palse باید جس شي، کيداي شي په فخذدي شريان د Fragment بې خايه کيدو له کبله فشار راغلي وي او د سفلې طرف اروايي مختلفه کړي وي. تداوي: باید په ترلي شکل پوره ارجاع صورت ونيسي او ارجاع د پلستر پواسطه ثبيت وساتل شي یوه هغته بعد له ارجاع خنخه هم باید اكسري واخيسنل شي تر خو کسر بېخايه شوي نه وي که بېخايه کېدونکي وي باید د Kreshnair Wire پواسطه ثبيت شي. معمولاً د خلورو هفتونو خنخه وروسته پلستر لري کېري او یو خلفي مېزابه د پوره تعظم پوري اينسودل کېږي.

:Complication

Early Leg gangrin: کيداي شي د ورور د خرابولي له کبله منځ نه راشي. Lat Varus او Valgos: د سوء اشكال او لنډوالۍ معمول اختلالات دي چې د نشونما د غضروف د Partial او یا مكملي نشونما خرابولي له کبله منځته راخي چې باید د Osteotomy او یا Lengthening (امدول) پواسطه اصلاح شي.

:Femoral condyle fracture

د مستقیمي ضربی له کبله يا د غير مستقیمي ضربی له کبله لکه د لوري ارتفاع خخه او ليدو به صورت کي د Femur Condyl په فشار راوري کبدي شي يو Condyl د فخذ مات شي يا دواوه Condyls مات او سره جدا شي.



کلينيکي لوحه:

زنگون پرسپيدلي او سوء شکل به ولري Hemoarthrosis به موجود وي د حرکت پواسطه به زنگون فوق العاه حساس وي چې باید د پښي حیسیت او حرکت د عصبي افتو لپاره معاینه شي... کيداي شي يو کوندیل مات او پورته تللی وي يا دواوه کوندیل یلونه سره جدا شوي. X-ray

تداوي:

ترلي ارجاع به غالباً کاميابه وي چې ترکشن د Tibia علوی برخه کي اجرا کبوري او 4-6w دوام ورکول کبوري او ييا PoP (پلستر) PoP کبوري.

وازه ارجاع: وازه ارجاع هغه وخت اجرا کېمي چې تېلې ارجاع ناکامه شي همدارنګه په خوانانو او هغه ناروغان چې باید ژر Mobile شي وازه ارجاع ضرور ده چې باید د وحشی شق پواسطه Blade او یا د Dynamic Condyl Screw او Dynamic Condyl Plate راولې شي تر خو چې تعظم صورت ونسی.

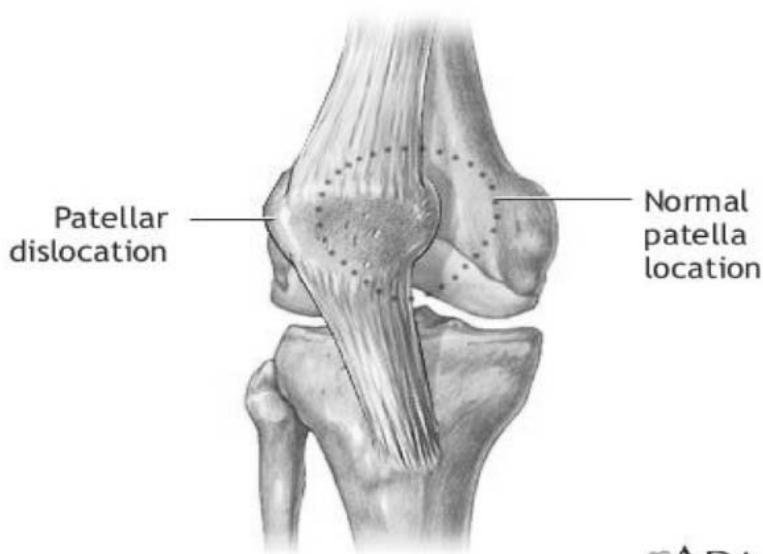
نوټ: ټول مفصلي کسرونه باید په انانوميک شکل ارجاع شي تر خو د مفصل Integnty له منځه لاره نه شي او د سوء اشکالو او Drgenerative Arthritis څخه جلو گيري وشي.

:Patella fracture

د Patella کسرونه په عمومي ډول په درې ډوله دي.

کسرونه: دا هغه کسرونه دي چې په Patella کې یو درز پیدا کېږي چې ممکن د یوی مستقيمي ضربې له ګبله منځته راشي.

کسرونه چې معمولاً د ولیدو او یا د مستقيمي ضربې له ګبله منځته (stellate) Comminated راخي.



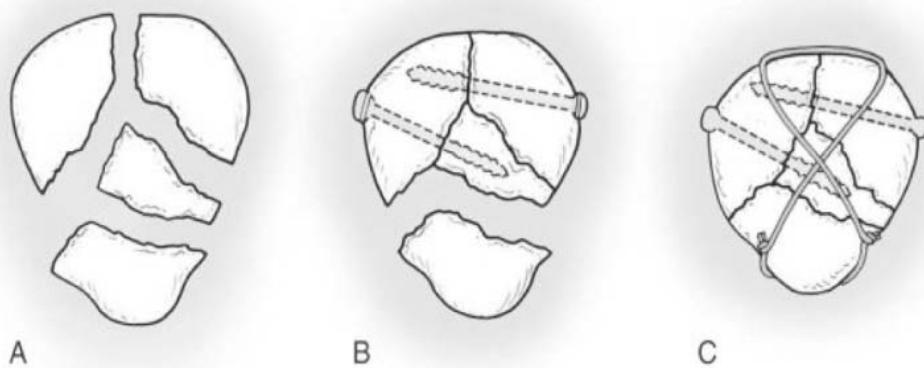
مستعرض کسرنه چې د دواړو عظمي پارچو تر منځ مسافه موجوده وي.

دا کسرونه معمولاً هغه وخت منځته راخي چې کله Quadriceps عضلات تقلص حالت ولري او زنگون په Extention حالت کې وي په فرق سره Passive flexation اجرا شي نو مکمل میکانېزم (Retinacular Patella) په عرضاني شکل شکېږي او Knee extnsion ناممکنېږي. زنگون په پرسپدلي او درد ناكه وي بعضې اوقات د عظمي پارچو ترمنځ مسافه هم جس کېدای شي په مفصل کې معمولاً وينه موجوده وي.

د تداوى انتخاب د زنگانه د بست کولو په اساس چې په اكتيف شکل اجرا کېږي او که نه صورت نيسی.

:X-ray

په اكسري کې درې واره قسمه کسرونه بهه تشخيصېږي. مګر بايد (Undisplaced) Crack Crack Congenital bipartile patella Frature کسرونه د زاویه کې یو مايل خط موجود وي).



:Treatment

که Hemoarthrosis موجود Undisplacedo or Manimal Displaced Fractures وي باید تخلیه شي د Syringe پواسطه Aspirated Extensor که میکانېزم تول قطع نه وي باید محافظتی تداوى اجرا شي چې یو Cylindar plaster تطبیقېږي تر خو Knee Joint په شکل کلك وساتل شي 4-6weeks Exrensiion باید د دوام ورکړل شي. او دې وخت کې باید د Quadraceps exercise هره ورڅ اجرا شي.

:Communited Fracture (stellate)

پدې حالت کې په Extensorexpansion مکمل قطع نه وي ناروغ کولای شي خچل زنگون ته د Patella femoral joint Extension ور کړي مګر د Patella داخلي مخ به غیر منظم وي او د Patella femoral joint تخریب خطر ډبر وي. پدې لحاظ اکثره خلک د Patellectomy طرفداران دي که پرچې ډبرې بېځایه شوي نه وي باید Patella ونه ویستل شي مېزابه کې طرف تثیت او هوه ورڅه مېزابه لوې او حرکات توصیه شي. ترڅو پارچې خچل ځای ته راشي. که د Patella یوه پارچه چې افلاً ۵۰% وي. (Partial Patella Fracture) که وسائل شي نوبنې به وي.

Exrenson-expansion: پدې کسرونو کې معمولاً Displaced Transverse Fracture مکمل قطع شوي وي باید د Patella دواړه پارچې سره په اناتومیک موقعیت راول شی. Inrernal Extensor Mechanism اجرا شي او تول ترمیم شي ناروغ ته مېزابه کېټو دل شي او محافظه شي.

:Miniscus Tear

اناتومی:

Semilunar عضروفونه دي) عبارت له دوه ليفي عضروفي ساختمانو نو خخه دي چې د قصبي د هډو کي په کوندېبلونو باندي پراته دي، چې په Knee joit کې مهم وظایف لري او دوه داني دي.

Lateral Miniscus . ۲

Medial Miniscus . ۱

انسي Miniscus د قصبي او د ورانه د هډو کي د انسي کوندېبلونو ترمنځ او وحشي Miniscus د قصبي او د ورانه د هډو کي د وحشي کوندېبلونو ترمنځ موقعیت لري. انسي Miniscus نسبت وحشي Miniscus ته زيات دي. دليل بي دا دي. چې انسي Miniscus ثابت دي او وحشي Miniscus متحرک دي د انسي ۳/۵ minisc برخه د هغه د سايز محیطي Attachment د هغه د قدامي او حلفي Horn (شاخ) سره یوځای لري. درېیمه محیطي خارجي برخه بي Vascularize ده. که چېږي په همدغه قسمت کې Tear واقع شي. بېرته د ترمیمېد وقابلیت لري او د کلینیک له نظره همدا قسمت زيات اهمیت لري.

انسي Minisc د شکل له نظره wedge-shaped چې قطر بې نری او باریکه جسم لري او د Tibial Cruciate Lig. سره تماس نه لري. په محیط کې د Miniscus Large Collateral lig سره تماس لري.

وحشي Minisc هم په محیطي قسمت کې دی. Vascularized

وحشي Miniscus هم په محیطي قسمت کې دی. Politeus Tendon Heatus کې قوار لري. د شکل له نظره وظيفوي اهميت لري چې پورتنۍ سطحه بې محدبه، مجوفه او سفلې قسمت بې هموار دی.

وحشي Miniscus نسبت انسي Minisc ته وړوکي دی. قطر بې عريض او ضخيم دی. او د دواړو وحشي Miniscus سره تماس لري او په خلف کې د Popliteus عضلي سره په تماس کې دی. چې د همدي پواسطه له Fibula Collateral Lig. خنځه جدا ګېږي.

د Miniscus وظایف:

(Stability of Knee joint د تول وزن د وطرفه انتقال او Both Force Transmission په Capsul کې د Hyaline cartilage او د Knee joint محافظه.

د Tibia او Femur په منځ کې د Abnormal حرکاتو مخنيوی.

د مفصل په سطحه کې د Synovial Fluid په توزيع کې رول لري.

که چېږي د Tibia Rupture، Cruciate Lig. موجود وي او وویستل شي نو د Femur له پاسه زیات شي. قدامي حرکت به د Tibia

Mechanism of the tear

مریض په پخه وزن اچوي په دا سې حال کې چې زنگون قات وي (حالت ولري) پدې وخت کې په ډېر قوت سره د Tibia هلبوکي د Internal Rotation اجرا کوي. د ورانه د هلبوکي د داخلې تدور په اثر د قصبي د هلبوکي له پاسه Miniscus مفصل ته کش ګېږي. پدې وخت کې د ورانه هلبوکي د ددې سبب ګېږي چې Miniscus د قصبي او ورانه هلبوکي تر منځ روکاري، او Miniscus څېږي شي.

:Lateral Minisc Tearar

په ډېر قوت سره د ورانه هېوکي د خارجي تدور په اثر د قصبي د هېوکي له پاسه په داسي حال کې چې قسمی Knee joint Flexion ولري. Lateral Minisc Tear واقع کېږي.

:Classification of the Tear

په لاندي ډول تصنيف بندی کېږي: Minic Tear

Tear of the body

Longitudinal Tear or classic Bucket Handle Tear

Transverse Tear

Obligued Tear

Tear of the Peripheral Attachment

Tear at the Posterior horn

Tear at the middle

Tear at the anterior horn

Combine Tear of the peripheral Attachment and body

shaped or pedunculated tear of the body

Frying or shredding of the conquered edge or flap Tear

وقعات:

زياتره په خوانان او سپور تمینانو کې پیدا کېږي چې دې ته Sport injury هم وايي چې د انسی واقعات نسبت وشحي Minisc Tear ته زياده د ۳۰ Bucket Handle Tear. انسی Minisc Tear کې ليدل شوي دي. وحشی Mobile Minisc Tear چون د نو د Tear واقعات په کې انسی Minisc Tear کې ليدل کېږي.

تشخيص او ګلينيکي اعراض او عاليم:

ګپه تشخيص کې د مريض تاريخه مهم رول لري مريض په خپله تاريخه کې د سپورت په وخت کې د زنگانه د بند ناخابي تدوی حرکت او د لوپدو خنخه شاكۍ وي. همدارنګه ناروغ د زنگانه د بند د انسی وجهي د شدید درد چې خوچدو ته اجازه نه ورکوي شکایت لري. او د مفصل د قسمی Flexion په حالت د

Locking خخه شاکي وي او خو ساعته وروسته پرسوب رابسکاره کېږي. Arthroscopy او Arthrography پواسطه هم تشخيص وضع کولی شو.

Inspection:

په جس سره د joint line کې درد په موضعی وي او په Lateral Minic Tear کې علاوه له دې خخه چې په وحشي کې درد ولري په جس سره د ورانه په اونسي او د قصبي د کونديلونو تر منځ ساحه حساسه وي. د زنگانه بند په تام ډول سره بسط اجرا کولی نه شي حال دا چې نارمل بسط 190 درجي دی اما دې حالت کې 170 درجي بست ورکولی شي. او د تام بست په سورت کې ناروغ په بند کې درد احساسوي اما قبض نارمل وي. د Tear په حلالتو کې په جس سره Tenderness او Eifusion په انسی او وحشي کې او د Tear د Lateral lig. لپاره معمول ټیست Mic merry Test دی.

تحنيک:

که چېړي ماوې زنګون ته په تام ډول سره قبض ورکړل شي وروسته پښې ته وشحي تدور او بسط ورکړل شي. د Medial Minisc Tear په حالاو کې یو Click او از د انسی Minisc له پاسه جس يا اورپدل کېږي. نو وايو چې دا ټیست مثبت دی او د Lateral Minisc Tear لپاره زنګون ته Flexion او Internal rotation پشې ته Hyperextension ورکول کېږي. که چېړي Click او از د lat. Minisc له پاسه وارپدل شي او یا جس شي د Lateral Minisc Tear باندې د لالت کوي که چېړي کسرۍ پارچه ازاده او متحرکه وي د Extension او Flexion joint د Knee که چېړي Ant. Post Cruciate Lig. قطع وي نو مفصل نارمل موقعیت خخه بېڅایه کېږي. که چېړي Subluxation Collateral Lig. په قدام کې حساسیت موجود وي په Patella Femoral Disorder باندې د لالت کوي.

تداوی:

که چېري د Knee joint lock موجود نه وي په مکمل چول سره بسط و کولاي شي د دربو ورخو لپاره مکمل استراحت او درته جلدي Traction (5-7 pounds) او Effusion وویستل شي که چېري Lock موجود وي محافظوي تداوي استطباب نه لري. وروسته له درې ورخو د Knee joint حرکت او Quadriceps عضلي فعال حرکات او د درد لپاره N.S.A.I.D. ور کول ګېري. که چېري اعراض او عاليم ۶-۴ هفتو پوري ادامه پیدا ګړي يا که چېري Tear نا تameه وي نو یايد ترميم شي. خصوصاً په څوانانو کې.

د Arthroscopy اجرا کېدای شي او چې ترميم صورت ونیولو نو د خلورو هفتو لپاره مریض Weight bearing نه کوي مگر حرکات ژر باید شروع شي. که چېري Displaced Minisc Tear د مانورې په واسطه ګولی Reduction of torn شو چې ارجاع بې کړو.

تخنیک:

که چېري مریض کومک وکړي بیدون له پیهوشی خخه Knee joint ټه ور Complete Flexion ور کول ګېري. د یوه لاس په واسطه Valgosity Knee joint نیول ګېري او Medial Minisc باندې فشار رواړل ګېري. پنسې ته البته Lateral Minisc Extension او ور کول ګېري د Intenal Rotation لپاره صرف knee وروسته د خلفي مېزابې په واسطه د یو خو ورخو لپاره بې حرکته ساتل ګېري. تر خو چې joint varsity Ministorny اجرا شي.

Surgical Treatment

که چېري Bucket handle tear ګلاسيک اعراض او عاليم موجود وي او ورسه Locking Minisctomy تداوي خواب ورته کړي. نو او یا که تر دربو ورخو لپاره Conservative استطباب لري.

په رجعي حالاتو کې چې Locking Knee joint په تردید معروض شوي وي مګر موجود نه وي او مريض له درد خخه شاکي وي. په استکشافي شکل سره arthroscopy اجرا کېږي. مفصل چېک شي که چېږي موجود وي باید Minisctomy Minisc tear اجرا شي.

تغريقي تشخيص:

ترمنځ فرق. Med and lat minisc tear .a

چې درد او حساسیت په وحشي او انسی مفصلي سطحه کې موجود وي.

په وحشي کې بسطه کمېږي.

Mic merry test په وحشي کې د click اوواز د جس وړ وي.

که د تام پست په وخت کې غير نورمال حرکات موجود وي د Cruciate lig .b. که د آفت د لالت کوي.

که چېږي Flexion Knee joint د .c. که چېږي غيرنورمال حرکات موجود وي د Tear Collateral Lig. په باندي دلالت کوي.

:After Operation

وروسته له جراحی خخه د Quadriceps muscle تمرینات يو ورخ وروسته له عمليات خخه شروع شي. 4-7 ورخو پوري مفصل بي حرکته ساتل کېږي وروسته له لسو ورخو که چېږي موجود نه وي فعال حرکت د مفصل شروع کېږي Weight Bearing Hemoarthrosis مکمل ترميم خخه 4-6 هفتوي وروسته شروع کېږي.

:Complication of Minisctomy

Sever Hemoarthrosis

Chronic Synovitis

Traumatic Arthritis

Dislocation of the Knee

د زنگانه د مفصل سطحه ډپره نادره ناروغی ده چې د یو قوي (Force) چې د یو نوي پواسطه منځته رئي لکه Road accident معهولاً Cruciate Lig. او یو يا دواړه Lateral Ligament پکې قطع کېږي.

په عمومي ډول خلעה قدامي او خلفي منځته رائۍ کيدای شي جنبي خلужمه منځته راشي. د آفات لکه Colateral او Cracial هم کيدای شي منځته راشي.

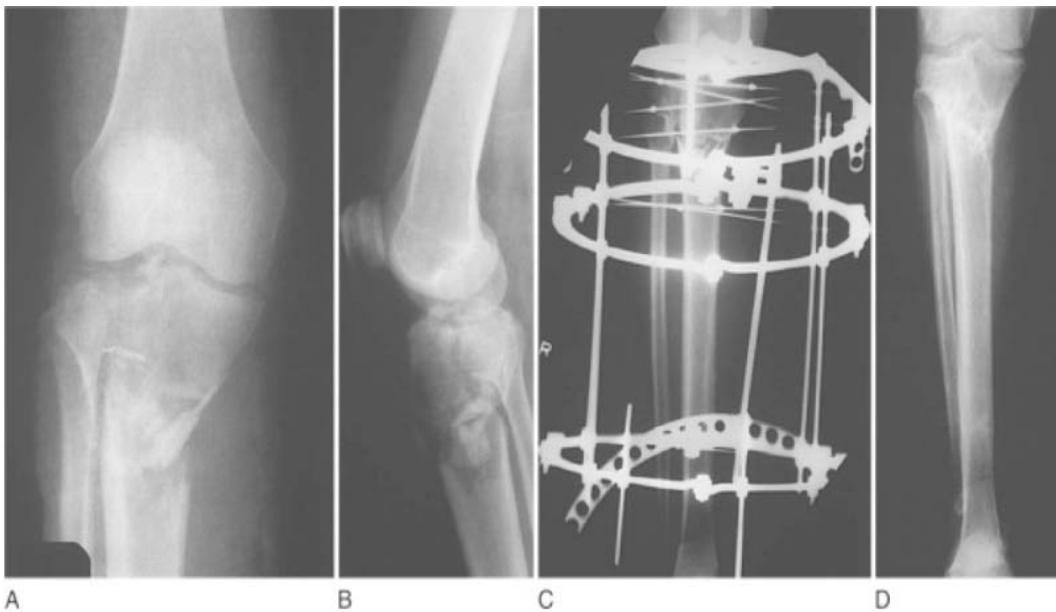
Look: د پښې اروا باید ګنترول شي څکه کيدای شي Popliteal شريان ماوشه شوي وي.
X-ray: په اکسروپي کې ممکن علاوه له خلعي خخه Avulsion کسر ولیدل شي.

:Treatment

باید په عاجل ډول ارجاع صورت ونيسي البهه د عمومي Arthrosis لاندي باید رجاع وشي پدې ترتیب چې په مستقیم صورت Leg کش شي او یو Conrro traction پواسطه Assistant هم جرا شي او مانور ورکړل شي. که په ترلي شکل ارجاع صورت و نه نيسی باید په واز ډول ارجاع صورت ونيسي طرف باید پلستر شي د ورائي د علوی برخې خخه تر قدم پوري د ۱۲ هغتو بلستر له دوام ورکول کېږي او ناروغه ته د Quadraceps تمرینات توسيه کېږي. کله چې خلעה په Patila کې صورت نيسی د Shriyan يا Forar شريان باندي فشار راشي.

:Tibial Platou fracture

دا ډول کسرونه د Tibia علوی مفصلي سطحې په بر کې نيسی دغه کسرونه معهولاً په هغه خلکو کې چې پیاده ورکې مزل کوي او د موټر پواسطه ووهل شي منځته رائۍ نو څکه ورته bumper fracture هم varus يا د وایي يا د یوی ارتفاع خخه د لويدو له کبله په کوم کې چې په Knee joint باندي فشار راشي او valgus حالت اختيار کړي په زړو خلکو کې خصوصاً په هفو کې چې هلوکې بي Osteoporotic وي. دغه قاطونکې قوه هلوکې تخریبوی او یا پې جلا کوي لakan په خوانانو کې چې د هفوی هلوکې قوي وي د قصبي مفصل سطحې ممکن جدا نشي لakan ممکن چې Colatral lig قطع شي.



په اکشو واقعاتو کې وحشي Condyl او بعضاً انسی Condyl کله کله دواړه ماوېږي. د دې کسرونو درې عمده یا معمول ترین انواع عبارت دي له: د وحشي Comunatel Condyl کسرونه.

پدې حالت کې د Condyl یوه موضعی برخه چې مفصلی سطحه احتوا کوي فشار لاندې راشي او بنسکته شي او باقي مفصلی سطحه په تماس پاتي شي.
د یو Condyl خخه د یوی غتي پارچې جلا کيدل.

:Special features

ناروغ نقریباً همېشه یو کاهل شخص وي مفصل پرسپدلي او Hemoarthrosis به موجود وي. ماوافه ساحه حساسه او په هغه صورت کې چې Ligament هم ماوافه شوي وي په مقابل کې طرف کې به هم حساسیت منوجود وي.

X-ray: اکسرې باید په خو منظرو واخیستل شي (د AP، lat او Oblique او نور) او بعضاً د دې لپاره چې د مکسوره ساحي دقيق حدود معلوم شي باید Tomography اجرا شي. که چېږي د Ligament قطع کیدو اشتباه موجوده وي باید د عمومي پې هوشي لاندې واخستل شي د عمومي بي هوشي لاندې ناروغ ته
Varus یا Valgus نه د راړولو په منظور فشار ورکول کېږي او په عین وخت کې اکسرې اخسل کېږي که

چېړي وحشی Ligament خیرې شوی وي نو Varus شکل اختیاروي او که انسی Ligament خیرې شوی وي د زنگانه مفصل Varus شکل اختیاروي.

:Treatment

Traction پواسطه تداوي کول اسانه او معمولاً د زنگانه مفصل یو وظيفوي حالت ته راګرځوي مګر کیدای شي چې خفيف Angulation پاته شي د بله پلوه د جراحی عملی پواسطه یوه همواره مفصلي سطحه منخته راوړي شي چې د X-ray د نظره به هم بهه وي خومفصل کیدای شي شخ پاتې شي.

:Manually Displaced fractures

Hemoarthrosis باید تخلیه شي او فشاری بنداز تطبيق شي، فعال تمرینات لامکن باید شروع شي لاس وزن اچول باید د 6-8W پورې وختنډول شي.

:Comminuted Lateral Platou Fracture

Compression Hemoarthros تخلیه کسرونو دی باید د دې شکل د دې کسرونه چې د Bandage Traction کې د Tibia په منظور سیخ تیر شي په یو کاهل شخص کې باید 5 کیلو ګرام وزن تطبيق شي او فعال تمرینات اجرا شي د حرکاتو پواسطه د فخذی Condyl د تماس له کبله دغه عظمي مکسوره پارچې Moulds کېږي يا همواره سطحه اختیاروي په 6W کې (حتی د دې خخه مخکې په هغه صورت کې چې Cost bracing استعمالېږي) باید Pin وویستل شي او ناروغ ته د Crotch پواسطه ګرځیدل تو صيه کېمي خو باید د 6 نورو هفتولپاره په ماووه طرف وزن وانه چول شي.

Depressed Fractures With Partaf Surface intact

(فشاری کسرونه چې یوه برخه د بنکي سطحې په تماس کې وي)

پدې حالت کې د تداوى مقصد دا دی چې بنکته شوی يا نتوټي پارجه دوباره خیل نارمل حد ته راول شي د دې مقصد لپاره بعضی اوقات کولای سو په ترلى شکل په وحشی Condyl باندې د قوي فشار له کبله پارچه پورته کړو پورته کړو او بیا Traction تطبيق کړو لکه په Comminuted کسرونو کې لاکن که چېړي تړلې تداوى ناکame شي باید واژه مداخله صورت ونيسي چې Reduction او Fixation صورت

ونیسي دا پدې ډول اجرا کېږي چې د واژې مداخلي پواسطه عظمي نتوې پارچې پورته تېله شي او پاتې شوې خالیګاه چې د پارچې د جګولو د کبله منځته رائې د Bone graft پواسطه ډکه شي او تول Condyl Plates او Screw پواسطه تقویه شي. وروسته له عملیات خنځه فعال تمرینات خومره ژر چې امکان لري صورت ونيسي.

:Fracture with a single Large Condylar Fragment

د دې کسرونو په تداوى کې بايد مکسوره لویه پارچه دوباره خپل خای ته راول شی او د Screw یا نری Bolt پواسطه ثبیت شي. فعال تمرینات بايد شروع شي لاکند W-8 6 پوري بايد ماوفه مفصل د Cast brace پواسطه محافظه شي.



د تختنک: Tarction

د کسرونو د تداوى لپاره عمده تختنک دی چې ډېر انواع لري. Traction, Balance Suspension, Well leg, Dunlop, Split Russel's, Russel's, Perkin's 90-90, Neuofeldroler خو په ساده شکل ترکشن د عظم او يا د رخوه اقسامو د کشش له کبله چې د مکسوره نهاياتو لنډوالۍ د منځه بوئي او ثابت بې وساتي اجرا کېږي.

Skin Traction چې لې وزن په کې تطبيق کېږي معمولاً په ماشومانو کې ترې کار اخیستل کېږي. Bone Traction خونه په کاهلانو کې چې زیات وزن تحمل کولای شي استعمالېږي. Stenmin لپاره معمولاً Bone Traction چې قات نه شي، خو که یې تېره وي، دا بعضې صاف او بعضې رخداره استعمالېمي خو د صاف Pin داخلوں اساله وي مګر دا چې په عظمي سورې کې به یو خوا او بل خوا خوچېږي او د Infection احتمال زیاتوي او د ترکشن توازن هم خرابوي.

که Pin رخداره وي داخلوں او ویستل شي مشکل دي خو عظم بنه ثبیت ساتي خو مناسب د Hybrid pin دی چې متحنۍ برخه یې (کوم چې عظم کې ثبیت وي) رخدار او دواړه نهايتونه یې صاف وي. د Pin د داخلېدو وخت کې باید ساحه پاکه او وښته یې وخریل شي، استعمال شي، که ناروغ د عمومي یې هوشي نه وي اخيستي، د موضعې یې هوشي خونه استفاده کېږي چې جلد، وه اقسام او Periost ته یې هوشي ورکول کېږي. البته د عظم، دواړو خواو ته په عین ترتیب ورو کې جلدی شق په ورانه کې چې شف باید لوی نه وي. فقط چې Pin په کې داخل شي د فشار پواسطه پیدون د تاولو د جلد خونه تر عظم پورې ورسېږي یا د Pin خوکه د عظم سره په تماس کې کړئ. په عظم کې Pin د نه کولو په واسطه داخل او کله چې د مقابل طرف جلد، د جلد ساحې ته ورسېده، یا ورو کې جلدی شق اجرا او سیخ ویستل کېږي.

د Pin تېره خوکه باید د Cup پواسطه پته کړئ شي. او سنې برمه د تېرو برقي برمو خونه بې دی. ځکه چې Speed یې کم او نه ګرمېږي. عظم Necrosis نه کوي. برقي برمه د Speed له کبله عظم په کمه اندازه په نکروز اخته کوي Pin باید د خطری ساحې خونه بې خطره ساحې ته داخل شي په هغه طرف کې اول داخل شي چې د اوعيو او اعصابو وهلو خطر زیات وي لکه په Tibia tubers کې د Tibia خونه - 1 3cm سفلې کې د وحشی نه انسي ته داخل شي (که د انسي نه وحشی ته داخل شي کېدای شي Perineal عصب ووهل شي) په فخذ کې د Condyls خونه پورته دانسي نه وحشی ته داخل شي (که د وحشی نه انسي ته داخل شي کېدای شي فخذی شريان ووهل شي) همدارنګه په Olecranon کې د زندې عصب د ویري د انسي خونه وحشی ته په Tibial post Calcanus کې د شريان د ویري د انسي نه وحشی ته. (کله چې pin د داخلېږي په ټنټرول کې وي. کله چې pin د عظم خونه خارجېږي کېدای شي کوب ووځي.)

وزن معمولاً د ناروغ وزن او عضلاتو د قوت پوري مربوط وي که کسر Proximal برخه کې وي ټېبر وزن ته ضرورت لري نظر هغه کسرو ته چې Distal کې واقع وي معمولاً Acetaulum او Pelvis اور کسرونو لپاره ۲۰-۳۰ پونډوه، په Femor fracture کې تدریجاً زیات شي بنه به وي، ۱۵-۲۰ پونډه وزن اچول کېږي. که وزن اول کم او پیا د خو دقیقو په اوږدو کې تدریجاً زیات شي بنه به وي، ray X- بايد ۸-۱۲ ساعتو کې اجرا شي دي وخت کې عضلي استرخا منځ ته رائحي کله چې ارجاع صورت وموند وزن د تشیت په منظور لې کمیري او که ارجاع صورت نه وي موندلې وزن زیاتېداي شي.

پښه (قدم)

د بښگري د ټپونو په پرتله په ځېرانونکي ډول د پښې ترضیضات غیر معمول دي د پښې په ترضیضاتو کې چې ډېر واقع کېږي هغه د پوندي د هلپوکي (Calcaneus) کسرونه دي چې په پوندي باندي د رالویدو له کبله منځته رائحي چې اکثراً د مقیوبیت یا ناتوانی د پاتې کېټلو سبب کېږي او همدارنګه میتاتارسل او د پښو د ګونو د فلانګسونو کسرونه دي چې دا معمولاً سليم سیېر لري (Metatarsals).



Classification:

د تارسل (Tarsus) تیپونه

د کعب (Talus) کسرونه

د پوندي د هلپوکي کسرونه

او تارسل (Tarsul) د نورو هلپوکو کسرونه

د Metatarsal او د پښو د ګوتو د فلانکسونو د هلپوکو کسرونه

د Metatarsal او د پښو د ګوتو د فلانکسونو د هلپوکو کسرونه

د پښي د ګوتو د Phalanges کسرونه

د کسرونه: Talus

ډېر کسرونه يې د پښي په تلي باندي له يوي ارتفاع خخه د رالويدو له کپله رامختنه کېږي او په اکثرو حالاتو کې د پوندي د هلپوکي کسر موجود وي د Talus کسرونه غير معمول دي وخيم کسرونه هغه وخت پيدا کېږي چې يوه وړه پارچه د هلپوکي خخه خپل تماس د لاسه ورکړي چې معمولاً يو د مفصلې سطحي د خنډي خخه وي.

د غاري کسر: Talus

دغه ډول کسر زياتره د ترافيكى حادثاتو له کبله پيدا کېږي د تالوس هلپوکي د مختلفو شريانو خخه اروا کېږي خو زياته برخه يې د هغه شريان پواسطه اروا کېږي چې له غاري خخه تبرېږي نو له دي کپله د تالوس د غاري په بې خايه شويو کسرونو کې د تالوس د جسم د necrosis احتمال ډېر زيات دی له سريري نظره پښه پړسېدلې او سوء شکل لري کېداي شي چې ناحيوی پوستکي جلا شي او ډېر ژرنگروز وکړي.

تداوي:

په هغه صورت کې چې بې خايه والي موجود نه وي د زنگانه نه لاندي د پلستر پواسطه بايد ثبیت شي او په هفو حالاتو کې چې بې خايه والي موجود وي داخلې ثبیت پواسطه (پیچ) او وروسته د هغه د (۱۰) الی

(۱۲) هفتو لپاره زنگانه نه لاندې پلستر توصیه کېږي. ناروغ ته د ګرځدو اجازه ورکول کېږي الته د سره مګر باید په اولو (۶) هفتو کې طرف پاندې وزن رانه وړي. Crurches

:Complication

:Avascular Necrosis

د تالوس د غارې د کسر دغه اختلال د اکسافوید د هلپو کې د کسر سره مشابه دي او دا هغه وخت منځته رائۍ چې د تپ په واسطه هغه شرياء، چې دا روا وظیفه په غاره لوی تېي شي او د Avascular تکرورس سبب شي چې دا د عدم الیتام سبب کېږي.

او د دې په نتیجه کې چې هلپو کې جوش ونه خوري نو د Avascular برخه تکروزس کوي او په تدریج سره هلپو کې غونجېږي (Collpase کوي)

:Diagnosis

غیناً د Scaphoid هلپو کې غونډې د تالوس Avascular نکروزس ترضیض خخه یو یا دوه میاشتی وروسته د هغه کثافت له مخې چې مصابه شوي ماته ټوټه اخلي چې دا کثافت نسبت مجارو نژدې هلپو کې ته زیات وي چې دا osteoporosis خخه فرق شي ځکه په Osteoporosis کې د پښی ټول هلپو کې په منتشر صورت مصاب وي.

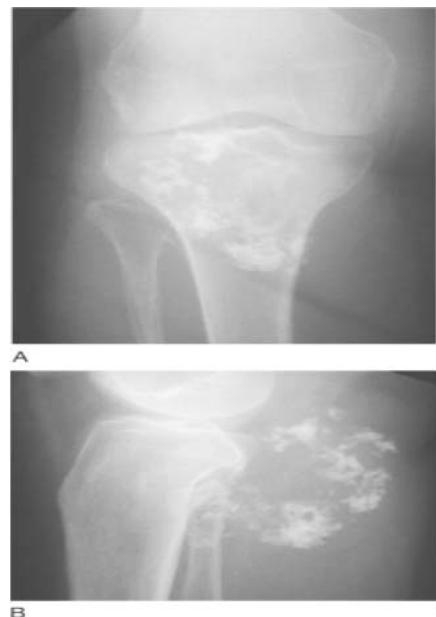
همدارنګه تشخیص د radio isotop bone scanning له مخې هم کېږي.

:Tداوی:

کله چې کسر تعظم ونه کړي او Avascular نکروزس په ډاکه شي نو عملیات لازمي وي نو پدې حالت کې Peri Talar مفاصل (قدم Talo Arthrodesis navicular sub Talar) اجرا کېږي که چېږپ Avascular نکروزس په بارز ډول غنج Collapsee شوي وي نو پدې حالاتو کې کیدای شي نومړي برخه وویشل شي او قضیه د پوندې د هلپو کې له علوی سطحی سره یو ځای (Fuse) شي.

:Osteo arghritis

د تالوس د جسم د برخې د Avascular تکروزس په تعقیب د بنګری او Sub Talar مافاصلو کې د osteo arthritis د پیدا کېدلو خطره موجوده وي همدارنګه بېدون د Avascular نکروزس خخه کله چې د ترضیض پواسطه مفصلی سطحه تي شوي وي هم پیدا کېږي کله چې Arthritis د ناتوانی سبب شي نو یواخې درملنه بې د Arthrodesis خخه عبارت دي.



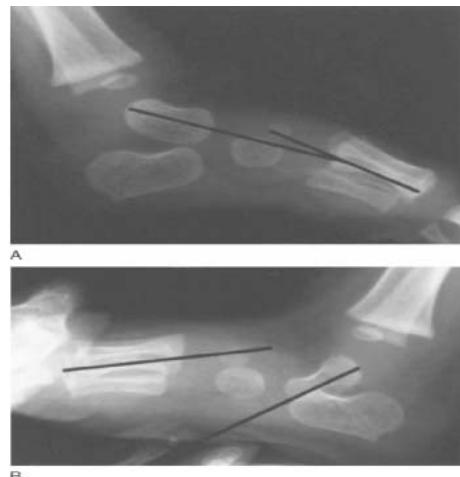
د پوندي د هلپو کې کسرونه:

د پوندي د هلپو کې کسر کېدای شي په یواختیوب سره د درز په ډول يا ډېر کوچنی کسر بیله بې خایه والي خخه وي چې معمولاً د Tuberosity په ساحه کې پینپېري فشاري ترضیض په ډول چې هلپو کې د پورته خخه لاندې خواه غنج کوي موجود وي ډېر زیات و خیم فشاري ډول ټپونه بې بدیختانه ډېر معمول دي.

د کسر میخانیکیت:

تقریباً د Calcaneus ټول کسرونه هغه وخت پیدا کېږي چې ناروغ د یو لور خای خخه لاندې د پښو په پوندو راولپېري کیدای شي چې د دواړو پښو پوندې په غین زمان کې تېي شي د کسر ډول د هفې وار دي شوي قوي په وختامت پوري تراو لري د وزن قوه د نالوس خخه د پوندې د هلپو کې پوتني مفصلی سطحي ته منتقل کېږي او د دې خای خخه Tuberosity په لور انتقال کوي چې ممکن د جدا والي يا درز سبب شي.

بې لە فشار خخه د پوندي د هلبوکي وړوکي کسر:



کلینيکي منظره:

ناروغ د پښي په پوندي باندي د راولېدو تاريچه لري چې د خو فويتو خخه دېر اضافه نه وي د پوندي په برخه کې شدید موضعی درد موجود وي او ناروغ نه شي کولای چې د خچل بند وزن د پښي په پوندي راولي په معاینه کې د نرمو انساجو پرسوب د پوندي په برخه کې وي او د جس پواسطه د پوندي د هلبوکي د rubberosity په ناحيې کې حساسیت موجود وي او په وروستیو مراحلو کې د پښي په تله کې سنین والي هم لېدل کېږي د Mld rarsal او An smallec sub Talar مفاصلو د حرکاتو محدودیت موجود نه وي.

تشخيص:

که چېږي کافي درسته راديو ګرافی اجرا نه شي نو کېداي شي کسر پاتې شي باید جنبي او محوري (Axial) گلیشي واخیستل شي.

تداوي:

د ډېر و خيمو فشاي کسرونو برعکس د پوندي هغه کسرونه چې بې خایه والي نه لري نو په تداوى کې بې ډېر کم مشکلات موجود وي ټول بې د څلور هفتول پاره د زنگانه خخه لاندي د پلستر پواسطه باید ثبیت شي چې په لومړنيو وختو کې ګرځدل کېداي شي شروع شي د پورتني تداوى خخه ډېر به نتیجه اړکل کېداي شي او اختلالات بې استثنائي وي.

د پوندي د هلبوکي فشاري کسرونه:

د پوندي د هلبوکي فشاري کسر د وخيمو تیپونو خخه چې ډبوري محتاطانه درمنلي با وجود د وظيفي د دايمي کمولالي باعث ګرځي.

کلينيکي اعراض او عاليم:

اکثراً له یوې مناسي ارتفاع خخه په پونده د رالوبدو تاریخچه موجوده وي کډای شي دواړه پوندي یو
څای تېي شوي وي ناروغ نه شي کولای چې په خپل وزن د پښې د پوندي په برخه راوري په معابنه کې په
عرضاني ډول د پښې د پوندي وسعت زيات شوي وي او د پښې د پوندي د تلي ترمنځ مسافه
کمه شوي وي د جس په واسطه د پوندي هلبوکي حساسیت موجود وي وروسته له یوې يا دوه ورخو خخه شين
والی د پښې د پوندي په لاندې او دواړو خواو کې منتشر کېږي چې ډبره وصفي ده د بنسکري (Ankle)
حرکاتو محدوديت موجود نه وي اما د Eversion Inversion او Mid Tarsal مفاصلو Sub talar او

حرکاتو شدید محدوديت موجود وي چې دغه حرکات تقریباً همبشه منضر شوي وي.

په ډېرو پېرو کې د پوندي د هلبوکي د فشاري کسر سره یو څای د فقراتو د جسم فشاري کسر هم
موجود وي معمولاً د لاندیني صدری یا پورتنی قطنی ناحيې خاصتاً یو لوړ څای خخه د رالوبدو له کبله دغه دوه
کسرونه سره یو څای کډي شي منځته راشي.

تشخيص (Diagnosis)

دواړو درزي کسرونو برخلاف فشاري کسر د پوندي د هلبوکي جنبي راديور ګرافۍ پواسطه په اسانې
تشخيص کېږي (که چېږي د هلبوکي نورمال شکل تغير خورلى وي) د پوندي پوتني سطحه همواره وي. له هغه
څایه چې Sub talar مفصل د Tuberosity پورتنی سطحې سره تقریباً یو مستقیم خط جوروی دغه
Tuberosity joint Ankle (نورمالو حالاتو کې تقریباً تر ۳۵-۴۰ پوري وي) د فشار په وختام پوري
ارتباط لري په شدیدو حالاتو کې دغه زاویه صفر ته راکمېږي یا حتی ممکن معکوسه شي.



مختلفی لاری د دې نوع مشکل کسر لپاره موجودی دی بعضی ناتوانی چې دائمي پانپکېري معمولاً د قبلېدو وړ وي ډېر عمده ستونمه d Subtalar مفصلی سطحي مات والي په متعددو پارجو باندي دی کوم چې لاندې Concelous هلوکې کې سکته وي نو له دې کله دا تقریباً نا ممکنه وي چې دواړه هم د هلوکې عمومي شکل او هم په تام ډول بسوی مفصل سطحه محافظه شي.

با وجود د دې مشکلاتو په اوسنیو کلونو کې بې خایه شوي پارچې د صحیح ارجاع لپاره خلاص عمليات ته ترجیح ورکول کمي يا د Seml closed مانورو خنخه چې د شاتني خوا خنخه د پواسطه تثبیت اجرا کېږي بنه نتیجه لاس ته رائي Steinmann.

خلاص عملیات او :Internal Fixation

د C.T.scanning د لارښونې په اساس په دې وختو کې د واژې ارجاع په تخنیکونو کې ډېرې اسانټیاوې راغلي دي. د عملیات پواسطه د پوندې هلوکې د وخشی خوا خنخه Exposed کېږي وروسته د دې چې اصلی ماته پارچه شاوخوا ته خپل نورمال ئای ته راوستل شوه او یه عین زمان د Cancellous هلوکې پیوند هم تطبيق شي نو ماته یارچه د

(Waddle 1985, Ross and soeberby 1995 Eastwood 1993) وختو کې د درملې دغه میتود که حالات مناسب وي ډېره ترجیح ورکول کېږي.

اووم فصل

د هپوکو ابتدائي انتاني ناروغى

د هپوکو او بندونو انتانات معمولًا د Pyogenic Infections او Tuberclose پواسطه منخته راخي د هپوکو انتانات د Pyogenic arthritis او Osteomyritis په نوم او د مفصل انتان د Pyogenic arthritis په يادېږي لاکن د هپوکو او مفاصلو انتان چې د Tuberculosis bacill په واسطه منخته راخي د هپوکو او مفاصلو توبرکلوز ورته واي.

همنانګه د هپوکو Parasitic Fungus او Virus انتان هم په نادر صورت سره ليدل کيداي شي.

:Acute Osteomyitis

د هپوکو حاد التهاب ته چې د Pyogenic Acute Osteomyitis ميكروبونو پواسطه منخته راخي. ويل کېږي دا Pyogenic انتان يا د وينې له لاري هپوکي ته خان رسوي چې Acute haematogen osteomyitis ورته واي چې په ماشومانو کې عام دي او يا د هپوکو د واز کسر په اثر هپوکو ته خان رسوي چې Post traumatic osteomyitis ورته واي او يا د عظيم د جراحي عمليات له کبله عظيم ته خان رسوي چې Post Operative Osteomyitis ورته ويل کېږي.

:Acute Haematogen Osteomyitis

د پوسټکي، URT، Gus Infection او يا د نورو ساحو د انتاناتو په سير کې Bacteremia او بالاخره Septicemia منځ ته راخي. بعضې اوقات کيداي شي د نورو ساحو انتانات شفایاب شوي وي خو Acute Osteomyitis به کلينيکي شکل موجود وي بعضې اوقات د تنفسی طرق انتان او Acute Osteomyitis يو خای موجود وي چې دېره توجه د تنفسی سистем ته کېږي او عظمي انتان د نظره غورخول کېږي خو که د عظمي انتان تداوي ورسه يو خای صورت ونه نيسې نو يوازې د تنفسی طرق په شکل سېرو ته راخي. دا چې ژوندي نسج د انتان مقابل کې مقاومت لري او د وينې انتانات د وجود د دفاعي سистем په واسطه د منځه خي. نو هفه ناروغان چې په Bacteremia او Septicemia اخته وي ممکن يو کم مقدار بې په Osteomyitis هم اخته شي.

Causes

د هدوکو ابتدائي انتانی ناروغى 8-10% Staphylococcus aureus 80-85% Acute haematogenesis د Proteus، E.Coli، Phylococcus، H-Influenza دى. همدارنگه Streptococcus (خصوصاً په Sce,lanimia) او همدارنگه نور انتانات د دې سبب کيداي شي.

وقوعات:

معمولًا په ماشومانو کې منځ ته رائحي په هلکانو کې نسبت جينکو ته 2-4 جنده زيات تصادف گوي.
پتوفریولوژی: کله چې انتان عظم ته ورسیبری د عظم په Metaphys کې ئای نبی او عضلي ابسى منځ ته راوري خکه انتان په metaphysic کې ئای په ئای کېري چې:
هغه اوعيي چې Metaphysis خخه تر Growth Plate پوري رسپري فوراً بېرته راگرخى او د Loop ساختمان جوروی چې دې Growth Plate د جريان سرعت ضعيف او انتان نشونما ته مساعد وي.
دا خکه چې دلته نشونما سريع ده اوعيي نازکې دی د ترومما پواسطه هيماتوم منځ ته رائحي چې د هيماتوم هم د انتان د نشونما لپاره مساعد ئای وي.

دلته نشونما سريع ده او اکثره حجرات خام دی مقاومت يې کم دی دا خکه حتى د یوه هلوکې په هر حالت کې چې نشونما ډېره وي هلتنه انتان ډېر منځ ته رائحي لکه د فخذ د سفلی نهايت G چې 70% د نظر علوی نهايت ته چې 30% ده ډېر تصادف کوي همدارنگه Tibia علوی میتاپز انتان نظر سفلی میتاپز ته ډېر تصادف کوي خکه چې د Tibia په علوی نهايت کې نظر سفلی نهايت ته نشونما ډېره ده.

جون metaphys ته نظر نورو برخو ته ډېره وينه رائحي نو د ډېر انتان د راتلو چانس هم زيات وي په هر صورت کله چې انتان په metaphys کې ئای په ئای شو نو و خامت يې د انتان په مقدار، ويرولاس او د مريض په مقاومت پوري اړه لري. کله چې انتان منځ ته راغي نو موضعی التهابي عکس العمل يې مقابل کې منځ ته رائحي چې عبارد دی له: Odema، Hyperimia او WBC تجمع خخه (PMN)، که پدې مرحله کې انتان د phagocytosis او بيا د تخريب او Tissue Supuration سبب او ابسې به منځ ته راشي په ساحه

کي به انکشاف و کري چي وریدي او شرياني بندش به د انتان په موضعی کېدو کي مرسته و کري خود عظمي نسج موضعی Ischemic Necrosis به هم بېل شي او علاوه له دې ساھي نه به د Antibiotic Antibody او دفاعي حجراتو انفلترېشن به هم محدود شي. او بالاخره د ابسې حجم به په زياتېدو شي دا چې عظمي نسج د توسع قابلیت نه لري نو د عظم داخل کي به فشار لا زيات چې د اوعيي بندش او د عظم Ischemia به لا پسي زياته کري. ابسې ممکن د عظم د منع خخه د Sub periostal abscess به Crotex د تخریب له کبله خارج او Periost به عظم خخه جلا کري او Haversian and volkmuro د جوره کري همدارنگه مخي قنات ته به انتشار و کري او د وعایي قناتو د لاري به جريان پدا کري چې دا حادته د عظم اروءه نوره هم خرابوي چون د دې افت سير په ماشومانو کي نظر په عمر فرق کوي نو په لاندې ډول پې مطالعه کورو.

۱. د دوه کلنی خخه په بېكته عمر کې:

دې ماشومانو کي Metaphys نازکه وي. او هم Periost سست وي او ژر انفجار کوي نو دې ناروغانو کي به Abscess او د cortex Metaphys cortex د تخریب او انفجار له کبله ساھي ته راشي او Periost به د عظم خخه جلا کري خود عظمي قنات ته به په ډپرو کمو واقعاتو کي انتشار و کري چې دا حادته د عظم Necrosis چانس کموي صرف د Cortex يوه برخه به د داروا د قطع کېدو له کبله Necrosis و کري مګر Growth plate ارواء نه لري يوه مانعه ده د Periost چرک مقابله کي، (چرک نه پرېږدي چې مفصل ته لار شي)، خو پدې عمر کي بيا هم کېدای شي Growth plate تخریب او مفصل ته زوي لاري شي مګر مجاور مفصل ته که خه هم زوي تللي وي خو dislocation به معمولًا موجود وي چې د Reactive hyperemia يا Sympathetic منع ته راخي.

که Growth plate تخریب شي نو Logitudinal نشونما به خرابه کري او که يو قسمت پې Septic Angulation به ورکري. هغه مفاصل چې Metaphys پې داخل مفصلي وي dislocation arthritis ورخخه منع ته راخي لکه Hip د حرقوې، مفصل چې اکثراً caput د تخریب او سبب کېږي پدې عمر کي چې caput غضروفې دی نو په اکسرې پې تشخيص هم مشکل دی او هم هغه

مفاصل چې metaphys یې داخل مفصلی وي دا چې پدې عمر کې Periost دېر نازک وي ژر انفجار کوي او septic arthritis میخ ته راوري.

۲. ۱۶-۲ ګلنی عمر کې:

پدې عمر کې له یوې خوا Periost ګلک وي ژر انفجار نه کوي او د بلې خوا د cortex هم محجم وي نو انتان اکثراً مخي قنات ته انتشار کوي د Growth plate له لاري او یا مفصل ته معمولاً نه حي. بلکه زوي په زباته اندازه مخي قنات ته انتشار کوي او که Subperiostal ساحې ته خان ورسوي نو ممکن دېر Periost د عظم خخه جلا کړي (پريوست پدې عمر کې ګلک وي). او دېر عظم به نکروز وکړي او لوی Sequister به جوړ کړي.

۳. په کاهلانو کې د ۱۶ ګلنی خخه پورته:

په دې عمر کې په عظم ګلک نښتی وي د Pdriost د دېر جلا کبدو سبب کېږي بناً وروکې Sequester او Avalocrum منځ ته راوري چې اکثراً broad abscess منځته راخي او همدا چې عظم دېر dens وي انتشار یې هم مشکل وي. خو په کاهلانو کې ممکن چرک د Epiphys د لاري (دا چې مانعه نشته) مستقیماً مفصل ته Drainage شي.

تشخيص:

مقدم شخيص دېر اهمیت لري د تداوى. نتیجه هم هغه وخت به وي چې مقدم تشخيص او ناروغ ته شروع شي. Antibiotic

اعراض او علایم: ناروغ په خپله تاریخچه کې د ماوافه ناخېي د ترضیض خخه حکایه کوي دا چې آفت په کومه مرحله کې وي نو اعراض او علایم هم فرق کوي. ابتداءً درد خصوصاً د حرکت په وخت کې بالاخره سوروالی، پرسوب، موضعی حساسیت شدیده تبه لرزه، خستگی، تحرشیت به موجود وي که حساسه نقطه بدله شي (Aspiration) په تشخيص او تداوى کې ډېره مرسته کوي او د بدل شوي مایع د کلچر په صورت کې د انتان نوعه پېژندل کېږي. لاپراتواری معایناتو کې Anemia او Leukocytosis د هم موجوده وي ماشوم په پرمتللي حالت کې ګود او طرف ته حرکت نه کوي. معمولاً مجاور مفصل به هم Irritable وي.

X-Ray: ابتدا کې ممکن يوازی د رخوه اقسامو پرسوب په کمه اندازه د هیوکو د کشافت کموالی Patchy خو په عظم کې د 10-12 ورخو پوري کوم تغیر نه لیدل کېږي خو وروسته په عظم کې Periost Reaction او هم د Refraction معمولاً د Periost لاندې نری کشافت چې د عظم سره موازي وي) وليدل شي په تدریج سره به Anvalocrum او Sequester هم مشاهده شي.

Anvalocrum: هغه نری هیوکی چې د Periost پواسطه جوړېږي.

Sequister: هغه مړ هله، کې دی چې د ارواء د قطع کېدو له کبله منځ ته راغلی حجم به ېې يا ډېر کم يا ډېر زیات وي چې ټول Diaphyse او Metaphyse ممکن Sequister شی کشافت به ېې زیات وي نظر بل عظم ته څکه نور عظم د نه استعمال له کبله کشافت کموي خو Sequister ارواء نه لري چې وزن بې (کشافت) کم شي او نه خو ممکن کشافت بې د Lyse کېدو له کبله او يا د نورمال عظم د استعمال له کبله د نظر نورمال عظم ته کم شي د Sequester په چار چاپره د granulation نسخ د موجودیت له کبله د نورمال عظم خنځه جلا بنکاري چې په تشخيص کې Radionuclide bon scan ډېره مرسته کوي حتی د 24hrs د شروع خنځه Bone scan مثبت کېدای شي او MRI پواسطه ساحه کې Infection حتی د وینې او قیئ فرق کېدای شي.

تفریقی تشخيص (DDX):

۱. دا حالت چې اکثراً د Osteomyelitis سره مغالطه کېږي خو دلته وسیع سور والی او معمولاً موجود وي Lymphoangitis.
۲. Septicemia: حساسیت په ساحه کې منتشر وي د مفصل حرکات به بلکل محدود وي او په تشخيص کې د مفصل بدل ډېره مرسته کوي خو په Infant ماشومانو کې ممکن Osteomyelitis او Septic arthritis دواړه موجود وي.
۳. Rheumatic Fever Arthritis: دې وخت کې د مفصل درد او پرسوب مهاجروي وصف لري او هم نور عالیم لکه Rh Carditis Erythema margines Nodule او ممکن موجود وي.

۴. عظمي Osteomyritis ممکن د Infarction سره خخه په سختي سره تفریق شي خصوصاً هغه ئاي کې چې د Endemic Salmonella موجود وي خو لابراتواري معاینات په تشخیص کې مرسته کوي.

۵. معمولاً د ساق په عميقو وریدو کې منځ ته رائحي د Tibia د جسم د Thrombophlebitis. سره په مشکل تفریق کېري خو يو شى چې مهم دی هغه دا چې د Tibia په قدامى وجه کې حساسیت موجود نه وي.

۶. د هدوکو د خبیث تومورو سره: په خبیثه تومورو کې آفت په تدریج سره شروع کوي او سره لدې چې د عظم تخریب په دواپرو کې صورت نیسي خو نوی هدوکو کې د Periost پواسطه په خبیثه واقعاتو کې منځ ته رائحي.

۷. Fracture: په کسرونو کې به هم درد او پرسوب موجود وي لاکن تودوالى او سوروالى موجود نه وي.
وقایه:

دا چې انتان عظم ته د بل انتان محراق خخه نقل کېري نو باید قول انتاني حالات لکه Otitis او نور د وجود انتانات باید ژر او مناسب تداوي شي. Skin Infection، Tonsilitis

Acute Stage- Rx

خومره چې تداوي مقدمه شروع شي نو نتیجه به يې چېر بنه وي او د افت د پرمختگ خخه به مخنیوی وشي که Antibiotic او تداوي د مرض د شروع خخه تر پنھو روخو پوري پیل شي نتیجه په يې چېر بنه وي او که تداوي وروسته له پنھو روخو خخه شروع شي او انتان د Antibiotic مقابله کې مقاوم وي افت په شکل پرمختگ کوي او نتیجه يې Poor Dramatic وي.

عمومي تداوي:

دا ناروغان خصوصاً ماشومان چې شدید Toxic Analgesic حالت لري اسراحت، د طرف تثبیت په کې. طرف ته تاوده او مرطوب تطیقات او Elevation توصیه شي.

Pencillin 50-70% Staphylcococcus :Antibiotics
هم بنه تاثیر لري باید په لور دوزو ورکړل شي. Kg 250.000 Iu په وزن د بدنه په شپږو

کسری دوزونو تطبیق شي البته د وینې او ياد ساھي خخھه د بدل مایع د کلچر تر نتیجي پوري باید
او ورسه Resistant Pencillinase، Sulfonamid، Oxacil 300.000 Iu/Kg په پنسلين لکه 3week وريدي ورکړل
کلورو کسری دوزونو شروع شي تر خو کلينيکي بنه والي راشي Antibiotic باید 3-4 week
شي تر خو کلينيکي نه واي منخته راشي او بیا په 3-4 فمي ورکړي شي بعضې مولفين وايي چې
Antibiotic و خورل شي او کله چې د کلچې نتیجه راورسیده نو مناسب Antibiotic بیمار ته پیل کړي که
انتاني عامل Salamella فکر وشي بنه به وي چې Ampicillin او يا Chloramphenicol ورته ورکړل
شي که ناروغ Anemic وي باید وينه ورکړل شي البته دا ناروغان چې Toxic حالت لري د توکسینو له کبله
RBC تخریب کېږي او هم د پروتینو او شحمو د کمبود له کبله RBC بنه جورپېري خکه د یوې خوا ناروغ
بي اشتها وي نو کافي غذايی رژيم نه شي اخيستي او د بلې خوا د انتان سره مجادلي له کبله ډېري انرژۍ ته
ضرورت لري او هم ممکن خه RBC د انرژۍ لپاره په مصرف ورسپېري نو خکه انيميا پدې ناروغانو کې بارزه وي.

Drainage: دا چې Osteomyelitis کې معمولاً گاوندی مفصل کې په عکسوي شکل مایع جمع کېږي نو تر لوړۍ باید مفصل بدل شي او وکتل شي چې Pus پکې شته او که نه او همدارنګه د ماوافه عظم د پاسه حساسه ناحیه بدل شي که مفصلي مایع شفافه او په عظم کې د بدل پواسطه چرک رانشي نو مطلق په دلالت کوي چې باید په عظم کې Window جوره شي برمه به وي چې د 1.5x2.5 په Osteumyelitis جوره شي که د عظم د بدل څخه چرک را نه غى باید اقلًا دوه Hole جور شي. که بیا هم اندازه Window جوره شي د عظم خنځه چې کومه وينه خارج شوی لابراتوار نه د کلچر لپاره ولیبل شي که چرک نه وي نو بیا د عظم خنځه چې Culture منفي وي نو Antibiotic قطع او که مثبت وي Irrigation ته ادامه ورکړل شي. د شق خنځه وروسته جلد ګنډل کېږي او په عظم کې شتیت کړي او بعضی جرحه خلاصه پېړودي او پانسمان اجراء کوي.

:Complication

Septic Emboli

Pathologic Fracture

Septic Arthritis

Septic

Starvation

:Sub acute osteomyritis

بعضی اوقات ناروغ په اوله مرحله کې روغتون ته مراجعه نه کوي (هغه مرحله چې چېک په داخل د عظم کې په پیدا کېدو وي) ممکن هغه وخت راشي چې Sub periostal Abscess جوره کړي ممکن عظم هم يو خه Necrosis کړي وي چې دې مرحلې ته Sub acute osteomyritis وایې چې تداوي په عمومي شکل ممکن ذکر شوي وي خو بعضی مولفین وایې کله چې د مرض شدت کم وي او يا د وجود مقاومت زیات وي او يا د انتان Virulence Sub acute osteomyritis کم وي ورته وایې.

:Chronic Osteomyritis

پدې مرحله کې Systemic اعراض خاموشه وي. مګر په عظم کې به انتاني محراق Sinus، منت Granulation، اکثراً Sequester، Cavity، drainage، Periost معولاً موجود وي. شاید دا حالت د ډیرو کلونو لپاره خاموشه شي Abscess او Cellulitis (وي) او يا فعال شي چې Systemic اعراض هم پکې منځ ته راخې چې دې حالت ته Acute وایې دا ناروغان چې مزمن التهاب د هدوکي لري باید که Sinus drainage موجود وي Exacerbation باید چرک د Culture لپاره ولېټل شي او دوه ورخې مخکې د عملیات خخه باید Antibiotic پیل او همدارنګه عملیات بې اجراشي چې د عملیات هدف د Sequester ویستل او د Curtage، Cvity او د ساحې Irrigation کول تر خو هغه منت ندبې نسج چې ساحه کې موجود دی وویستل شي د امکان په صورت کې Dead Space چې يوه Cavity ده ممکن هغه انتان چې د Antibioic مقابل کې حساس هم وي پکې ژوند و کړل شي نو پاید د عضلي پواسطه ډک شي او يا حتی Parpinograph وشي چې پدې طریقه کې Antibiotic عظم يو خه Concellus یوڅای او جوف ډک کېږي او هغه برخه چې عضلات نه لري لکه د ساقو سفلې برخې باید Peridal Musculo cutaneus graft اجرا شي. د دوه هفعې يا زیات وخت لپاره Antibiotic د عملیات نه وروسته توصیه کېږي.

Residual Stage: پدې مرحله کې د ماوې برخې عظم ګناخت زیات شوي وي عظم نسبت

نورمال حالت ته غټ وي جلد غالباً په عظم نښتی وي په سطحه کې ندبې نسج موجود وي ممکن عظم لنډ وي

ولري چې تداوي ېي فقط که agulated اصلاح شي که لنهولی ولري د عظم اوړدول که ندبي نسج موجود وي باید Skin graft شي.

localized type chr Osteomyritis Brodies Abscess :Brodies Abscess

دی چې معمولاً د اوړدو هدوکو په میتافیز کې منځته راخي اکثراً په Femur او Tibia او Hrmerus، کې منځ ته راتلای شي نارینه و کې نظر بېخو ته زيات واقع کېږي پدې حالت کې يا د میکروب د مرض د توګلیدېدو قدرت کم وي او یا د مریض د وجود مقامت زيات وي په تاریخچه کې اکثراً cute Osteomyritis د خخه حکایه کوي کېدای شي تر ډېرو کلونو غیر فعال پاتې شوی وي چې Bone cyste سره اکثراً مغالطه کېږي خو که اعراض منځ ته راغلي وي عمليات باید باید اجراء شي چې هدف د ابسې تخلیه او د عظم Curtage او هم د Antibiotic ورکول دي.

پاملونه:

د Osteomyritis په لاندنسو حالاتو کې استطباب لري.

۱. هر هغه وخت چې انتان دومره وسیع وي چې د Antibiotics او جراحی عمليات پواسطه شفا حاصله نه شي.

۲. هغه وخت چې که طرف قطع شي نو د Prostase پواسطه نظر ماوونه عظم ته بنه وظيفه اجراء کوي. هغه وخت چې د ماوونه طرف د انتان له کبله ژونند د خطر سره مواجه وي. مگر په علوی طرف کې د Amputation استطباب ډېر نادر دي.

:Septic Arthritis S.A

د مفصل Pyogenic التهاب ته S.A وايي او یو مفصل کېدای شي د لاندې لارو منتن شي.

۱. مستقيماً د انتان داخليل د جرجې، مفصلې زرقیاتو يا Arthroscopy پواسطه.

۲. د عظمي ابسې د تخلیې له امله مفصل ته.

۳. د وينې د جريان له لاري د ڪوم بل انتاني محراق خخه په عضويت کې

:Causes

معمول سبب يې Staphylococcus دی مګر په H-Influenza کې Infant چې د Staphylococcus سبب ګڼل شوی دی بعضی وخت نور انتانات لکه E. Cell, Streptococcus او Proteus هم سبب ګډای شي. انتان معمولاً په Synovial membrane کې شروع کوي چې د Hyperimia د Synovial fuid او Synovial fluid د زيات افراز سبب ګړي. مفصلی غضروف په تخریب پیل کوي چې د انتان پواسطه Enzyme تولیديږي او Synovial خنخه افراز ګړي او هم د Pus cell د تخریب په صورت کې منځ ته رائۍ او هم د غضروف ارواء چې د Synovial مایع سره ارتباط لري نو د مایع ترکیب خرابوالی په اثر د غضروف ارواء هم خرابېږي په Infant کې چې ټول Epiphys غضروفی دی ممکن مکمل تخریب شي او په غتیر ماشومانو کې د اوعيو د خرابوالی له کبله چې Epiphys خراب شي د شفا په مرحله کې ممکن لاندې حالات منځ ته راشي.

۱. مکمله شفا او نارمل حالت ته راګرځیدل
۲. قسمی تخریب د مفصلی غضروف او د مفصل فایروز
۳. د مفصلی غضروف ضیاع او عضلي Ankylosis
۴. عظمي تخریب او د عظم دائمي علوی سوبی شکل.

:کلینيکي لوجه

۱. په نوزادو ماشومانو کې [In new born infant] :- پاملننه ته زياته Septicemia د مفصل آفت ته. ماشوم مخوش وي، شیدې نه خوري، نبض بې سريع او تبه موجوده وي چې معمولاً ګړي نظر د مفصل آفت ته. مفاصيل بايد په احتیاط سره معاینه شي که S.A موجود وي د مفصل لپاسه ګرمولى، انتانې حالت ته فکر ګړي. مفاصيل بايد په احتیاط سره معاینه شي که S.A موجود وي د مفصل لپاسه ګرمولى، سوروالى، حساسیت او د حرکت مقابل کې به مقاومت ولري معمولاً Umbilical cord بايد تفییش شي ترڅو منتن نه وي.

۲. په اطفالو کې (In children)

معمول په یوه مفصل کې درد موجود وي چې اکثراً په Hip کې وي طرف ته د حرکت مقابل کې مقاومت ورکوي (Pseudo pares) د ماشوم نبض سريع، تبه، سوروالى او Superficial مفاصيل پرسوب

ممکن مشاهده شي چې قابل ملاحظه حساسیت په ناحیه کې موجود وي ټول مفصلی حرکات به محدود او حتی له منځه تللي وي. د درد او Spasm پواسطه حرکات محدود کېږي.

۳. په کاهلانو کې: غالباً په مفاصلو کې Knee، Ankle او Wrist اخته کېږي. مفصل دردناکه، پرسیدلی او التهایي وي حرکات به محدوده او حساسیت به قابل د ملاحظې وي.

تشخيص {Diagnosis}

په ډېر مقدم حالت کې په اکسرې کې کوم تغیرونه لیدل شي مګر که Effusion منځ ته راغلی وي نومفصلي ساحه د مایع له کبله ډېر شوي وي خفیف Sub luxation ممکن ولیدل شي د مفصل پرسوب به ولیدل شي که E.Coli له کبله وي بعضې اوقات په به gas هم په مفصل کې وي وروسته په هم به مفصلي مسافه کمه او غیر منظم وي (د سفلی سطحو د تخریب له کبله Osteoporosis او Ultrasound په مقدم تشخيص کې مرسته کولای شي). Imaging

Inverstigation

ESR او WBC به لور وي د وینې کلچر به هم مثبت وي او مفصل Aspirate کول ډېره مرسته کوي ممکن مایع (Frankly Purulent) وي خو په ډېر ابتدائي حالاتو کې ممکن مایع شفافه وي همدارنګه د مایع WBC باید اندازه شي او Gramstain باید وشي همدارنګه یو مقدار مایع د کلچر او Antibiogram په منظور لابراتوار ته ولپېل شي.

تفريقی تشخيص (DDx):

۱. RFA کې موضعي شکل درد د یو مفصل خخه بل مفصل Rheumatic fever Arthritis. ته مهاجرت کوي. مګر ماشوم کې د Septicemia علايم نه وي او د RF نور علايم ممکن موجود وي.
 ۲. Acute Osteomyelitis: حساسیت په هلوکو کې زیات وي د مفاصلو د حرکاتو محدودیت به نظر SA کم وي خو په young children کې ممکن دواړه موجود وي.
 ۳. Synovitis: د سره Traumatic Haemoarthrosis یا Haemoarthrosis سره: د سره
- ممکن چې درد او پرسوب یو خای وي خو تاریخچه او د مفصل بدل تشخيص وضع کوي. (وينه مفصل خخه راخې).

۴. د مفاصلو TB ډېر معمول دی خو د مرض پیل په حاد ډول نه وي اعراض موجود وي Systemic.

۵. یو حاد سره ډېر ورته والي لري لاکن تاریخچه او د مفصل بدل پوره تشخيص وضع کوي.

۶. Aspiration Gout and Psudogout: په کاهلانو کې د SA سره ډېر شبات لري خو د سره به مایع Turbid وی د High White Cell Count سره کرستلو نه په وصفي شکل بنبي.

تداوي :{Rx}

ناروغ ته Analgesic ورکول د درد په منظور، مایع ورکول، وسیع الساحه Antibiotics ورکول تر هغه چې د کلچر نتیجه راشي او بیا د تشخيص خخه وروسته مشخص Antibiotics توسيه شي Splin اینبودل مفصل ته ترڅو مفصل ته استراحت ورکړل شي. Hipjoint شي ترڅو د فلچ نه مخنيوی وشي. بعضی تکاري Aspiration توسيه کوي د 24-48hrs Drainage کې او هم Infant ماشمانو کې او يا په هغه حالت کې چې مفصلي مایع غلیظه وي Arthroscopy اجرا شي مفصل پاک شي او Continuous Irrigation ورته تطبيق شي Instilation Antibiotic د لپاره غیر لا زمي دی ئځکه چې د ډیوپ خوا د مفصل د تخريش سبب کېږي او بله دا چې د زرق له لارې Antibiotic ورکول په کافي Level مفصل ته داخلېږي که مفصلي غضروف او خريش شوی نه وي نو ناروغ باید په احتیاط تدریجي زیاتېدونکي حرکاتو ته تشويق شي او که مفصلي غضروف تخريب شوي وي نو باید مفصل پلستر کې وسائل شي ترڅو Ankalosis منځ ته رانه شي.

Complications

۱. د مفصل تخريب عمده اختلاط دي.

پتالوژیک خلع: د داخل مفصلي فشار زیاتوالی د مفصلي غضاريفو تخريب اهم د اربطو سستوالی او د عضلا تو د Spasm له کبله منځ ته رائخي.

۲. د نشوونما خرابوالی:

نوټ: د مېزابېي خخه بنه دی ئىگە چې عضلي Spasm کموي د Contracture خخه جلوگيري کوي مفصلي سطحې د فشار خخه ساتي، بذل او فزيکي معاینه په اسانۍ صورت نيسی.

د مفاصلو اناټومي او فزيولوژي:

مفاصل له د هغه نسج له مخې چې د دوو هپوکو ترمنځ قرار لري په درې نوعه ويشل شوي.

Fibrous Joint.۱: پدي نوعه مفاصلو کې د هپوکو مفصلي سطحې د فايبروزي نسج پواسطه يو خاى شوي چې ډېر کم حرکات پدي نوعه مفاصلو کې موجود وي د حرکت درجه د Collagen Fiber او بدواي پوري اره لري کوم چې عظام په سره یو کړي دي د قحف Tibio fibular Sutura او سفلې مفصل پې بنه مثال دي.

Cartilaginous Joint.۲: پدي نوع مفاصلو کې د مفصلي سطحه ترمنځ Hyalin Cartilage موجود وي او مفصلي سطحې د یوې نرى طبقي Fibrocartilagenous plate پواسطه پونسل شوي دي. چې بنه مثالونه پې د فراتو ترمنځ مفاصل، Symphysis pubis دی چې کم مقدار حرکات لري.

Symphysis Joint.۳: دا قسم مفاصل لرونکي د Capsul او Synovial membrane، دی د هپوکو مفصلي سطحې د Hyalin Cartilage د یوې نازکې طبقي Synovial Fluid پونسل شوي دي دا قسم مفاصصل کافي اندازه حرکات لري په وجود کې د سفلې او علوي اطرافو مفاصل د فراتو د Articular Process ترمنځ د قحف او Atlas فقرې ترمنځ مفاصل د دې نوعې خخه دي البهه Sarcroiliac ابتداء کې Synovial خو وروسته فايبروزي بالاخره Osteofid کېږي. لکه چې مخکې وویل شوه د بدن اکثره مفاصل د Synovial مفاصلو د نوعې خخه دي چې لرونکي د مفصلي غضروف، مفصلي کپسول، Synovia membrane او Synovial fluid چې په جلا ډول مطالعه کېږي.

۱. مفصلي غضروف: مفصلي غضروف د یوې نرى طبقي د Hyalin Cartilage خخه دي چې عظمي نهايت په پونس کړي او مفصلي سطحه په جوره کړبده په ماشومانو کې تول Epiphysis غضروف وي، چې نومورې Epiphysis ته اوعيې داخلېږي په عظمي نسج تبدلېږي خو مفصلي غضروف تر اخره پې

اویو او بې اعصابو پاتې کېرى د هر غضروف بېرونی طبقه Perichondrum لري. (لکه د عظم بېرونی برخه چې پرویست { Preiost } لري)

خو د مفصلی غضروف بېرونی برخه Perichondrium نه لري مفصلی غضروف يو خاص الاستیکیت او Comprisable character (خاصیت) لري د کم مقدار O_2 سره توافق لري. تغذیي بې Synovial membrane او همدارنگه محیط کې د Sub chondral bone, Synovium صورت نیسي. که مفصل Imobile پاتې شي نوموری غضروف اتروفی کوي (ممکن بنه تغذیه نشي) الته د غذایي موادو د Pomping وظیفه اجرا کوي او که مفصل کې Exercise صورت ونیسي نوموری غضروف نه تغذیي کېرى.

Synovial membrane . ۲

کېرى دی يوه ناز که د اویو خخه غني طبقه ده د بېرون له خوا د مفصلی کپسول پواسطه پونش شوی دی. Synovial membrane يو مایع افرازوی چې د Synovium په نوم یادېری Synovial membrane يوه نیمه قابل نفوذه غشا ده هغه پروتینونه چې مالیکولی وزن بې زیات وي د دې غشاء خخه نه فلتر کېرى خو هغه پروتینونه چې مالیکولی وزن بې کم وي د دې غشاء خخه فلتر کېرى لکه Fibrinogen چې مالیکولی وزن بې ڈېر د دې غشاء خخه فلتر کېرى همدا علت دی چې Synovial Fluid نه لخته کېرى.

Synovium . ۳

شفافه او يا ژېربخنه مایع ده چې حجم بې په هر مفصل کې فرق کوي د مثال په ڈول که بذل Knee joint شی، صرف 0.55cc مایع به ورخخه خارج شي د Synovial Fluid ترکیب الته د وینې خخه فلتر شوی مایع ده په هر 200cubic meter حجرات لري چې Granulocyte بې د 25% خخه کم وي دی موادو له گله دا مایع يو خاص لزوجیت لري چې د فصل مفصلی سطحی مرطوبې او بنویه { Lubricant } ساتې چې مفصلی سطحی د اصطکاک خخه ساتې او هم د مفصل حرکت آسانوی په کمه اندازه قلوی Ph لري که د دغه مایع ترکیب خراب شي او يا PH بې تغیر وکړي د مفصلی سطحه اصطکاک په منځ ته راشي او هم به د مفصلی غضروف تغذیي خرابه شي.

مفصلي ڪپسول: مفصلي ڪپسول يو ڪلڪ ليفي نسج دی چې مفصل یوبنوي معمولاً په Sub chondral bone مفصلي غضروف ته نئڏي ساحه کې ارتکاز ڪوي خو بعضي مفاصلو کې د مفصلي غضروف څخه لپري په Metaphyse کې ارتکاز ڪوي حتی د Metaphyse یوه زياته برخه داخل مفصلي وي او يا لکه Shoulder joint چې Anatomical Neck چې Metaphyse دی خو داخل مفصلي وي نوموري ڪپسول د ارتکاز څخه وروسته شا او خوا ته لپرخه دوام پيدا گوي او یو Fold جوري نو همدا علت دی چې ڪله مفصل حرڪات اجرا ڪوي مفصلي ڪپسول د حرڪاتو مانع نه هڪري او ڪافي وسعت لري د نوموري ڪپسول داخلی منځ د Synovial membrane پواسطه پونسل شوی دی بعضي اوقات ليگامنت او ڇني نور غضروفي ساختمانونه هم داخل مفصلي وي لکه په Knee uoint کې چې Cruciat lig. چې غضروفي ساختمانونه دي داخل مفصلي قرار لوی. او یو مفصل Immobile Miniscus چې په کې منځ ته راهي د Immobility د وخت پوري اره لري هر څومره چې Immobility زياته شي د Dipic bonn. Musculoskeletal سистем لاندي غيرات زيات منځ ته راهي.

۱. د عضلاتو اتروفي

Myostatic contractor . ۲

Decreased joint motion . ۳

۴. د مفصلي مایع د PH زیاتوالی

5. په ڪپسولي ساختمان کې د منظم نسج Prliferation

6. داخل مفصلي Adhesion

7. غضروفي degeneration

8. Bone atrophy

9: که د طرف پلستر او یا External supporter لري شي نو د وعائي تغيراتو له ڪبله په ساحه کې ازيمما پيدا ڪبري. البته باید وویل شي چې مقدم حرڪات او تمرين د پورتنيو تغيراتو څخه مخنيوي گوي.

د هدوکو او بندونو توبرکلوز:

توبرکلوز يوه مزمنه ناروغى ده چې د Granulomatous عکس العمل سبب کېري کوم چې د انساجو نکروز او caseation ورسه وي. توبرکلوز د اورتوبیپیدي ناروغ عمده پرابلم دی د بندونو توبرکلوز چې معمولاً د نېټدي عظم د Metaphys انتان ورسه ملګري وي. دېر مولفین پدې عقیده دی چې انتان د عظم خخه مفصل ته انتشار کوي لاکن بعضی مولفین معکوس فکر کوي انتان معمولاً د بل انتانی محراق خخه د وينې د لاري خان مفصل او يا عظم ته رسوی جلد هم ابتدائي محراق وي. په عمر کې منځ ته راتلای شي خو Pubert عمر کې زيات تصادف کوي همدارنگه خرابه خفظ الصحه سوء تغذیي د نورو ناروغیو موجودیت لکه شري، محرقه او يا نور ورته زمينه مساعدوي د فقراتو ترمنځ مفاصل د ټولو خخه زيات ماوفه کېري خو په دوهمه او دريمه درجه Hip او Knee اخته کېري (هر خومره چې د Synovial membrane وسعت زيات وي)

د مفصل د توبرکلوز پتالوژي:

انتان ابتداء کې Synovial membrane ته خان رسوی بیا د هغه لاري د مفصل جوف او هم د عظم هغه برخې ته کوم چې محفوظ او Synovial ورسه اتصال وکړي رسپری يا Subchondral هدوکي ته ځات رسوی د Subchondral هدوکي د تخریب او نکروز سبب کېري په نتیجه کې د مفصلي غضروف ارتباط د عظم خخه قطع کېري. او مفصلي غضروف ازاد پاتې کېري د ماوفه غضروف پار چې د خپله ځایه جدا او د مفصل جوف کې لوپوري او هم کېدای شي انتان Metaphyse خخه مخکې له دې چې مفصلي غضروف تخریب شي Cortex تخریب او وروسته مفصلي جوف ته داخل شي. د مفصلي محفوظي د تخریب سبب او د رخوه اقسامو ابسي {Cold Abscess} جوري کېدای شي جلد هم سوری کېري او Sinus drainage منځ ته راوري.

د دې آفت مقابله کې Granulomatous عکس العمل منځ ته راخي چې نتیجه کې Tuberclه پیدا کېري چې د توبرکل دورا دور Granulation نسج منځ ته راخي. د هر توبرکل مرکز کې غتې مونو نوكلير حجري چې د Epitheloid حجره پنوم یادېږي د دې حجره تر منځ نورې غتې حجري {Giant cell} چې محيط کې Lymphocyte او ليفي نسج موجود وي) کېدای شي د توبرکلوز پاسيل د Tuberclه پواسطه د منځه لار شي او په تدریج سره توبرکل هم د منځه لار شي او که باسیل غالب نو د Epitheloid حجرات تخریبوی او د توبرکل مرکز کې نکروز منځته راخي.

د هېوکو توبركلوز:

د اوپردو هېوکو د Metaphys برخه معمولاً ماوفه کېرى چې د مفصل ماوف کېدل ھم ورسره وي خو د اوپردو هېوکو جسم په کمه اندازه ماوفه کېرى او ژر ھم بنه کېرى او د Pyogenic Osteomylitis په شان غېت Pott's Spin سېمانه ماوفه کېرى چې د Sequester Spin توبركلوز ته disease وای.

:Pott's disease

د فقراتو توبركلوز ڈېر عمومیت لري چې معمولاً د ظهری ناحي سفلی قسمت او د قطنی ناحي علوي قسمت ماوفېرى خو کېداش شي نور فقرات ھم ماوفه شي انتان د وینې پواسطه راخي او د فقراتو د جسم د قدامي قسمت بین الفقري Disc ته نژدې برخه کې خای نیسي نشونما کوي او د فقراتو جسم تخریبوي خونگ چې د Disc اروا د فقراتو خخه صورت نیسي نور فقرات disc ته نژدې برخې تخریبېرى او د disc اروا له منځه ئې او د Disc او Cortex د تخریب په نتیجه کې Flexed deformity يا Kyphosis Ant. راخي همدارنگه کله چې د فقراتو قدامي قسمت تخریب کړي ابسې جوړه کړي ابسې د لاندې سیر کوي او ھم د Longitrdinal Psoas عضلي Sheet لاندې د الیافو په سير بسته راخي ګډاي شي د Spina lliaca Ant Sups خخه پورته تخلیه شي او با ورانه کې تخلیه شي او حتی ګډاي دلته Sinus draiage جوړ کړي. که انتان د فقراتو خلفي Cortex تخریب کړي نو خلې رباط ته خان رسوی او د دې رباط لاندې ابسې جوړوي چې دا ابسې اکثره وخت د نخاع په جبل او عصبي ریشو فشار راولي او حتی ګډاي شي انتان د دې رباط خخه تېز او Dura ته ورسېرى او د دې خخه نور ھم پرمختګ وکړي.

تشخيص {Dx}: اعراض او علایم:**عمومي اعراض:**

د مرض پيل تدریجي وي بې اشتہایي، د وزن ضیاع، خفیفه تبه د شې لخوا خوله، د ماوفه بند درد او Spin ماوف شوی وي نو د ماوفه برخې درد خصوصاً د حرکاتو پواسطه د درد زیاتوالی موجود وي بعضی

وخت د ناروغ مهم شکایت د سفلی طرف ته ضعیفوالی وي تایخچه کې د ناروغ نزدې نماس د توبر کلوزیک ناروغانو سره بنې.

فزیکي عالیم:

که ماوف شوی وي نو مفصل کې به Super facial Joint او د Synovial membrane ضخیم والی مشاهده شي ماوفه مفصل پورې مریبوط عضلات ضعیف شوي وي سوروالی به ونه لري که hip یا Knee ماوف شوی وي نو د قبض حالت به ولري کبدای شي Sinus drainage ولري کبدای شي ابسې په ماوفه ناحیه کې یا Groin او Petit کې ولیدل شي کیدای شي Kyphosis ولیدل شي.

:Palpation

په جس سره به هم Effusion او د Synovial ضخامت جس شي مفصل به په کمه اندازه حساس او په کمه اندازه ګرمولی ولري که ابسې جوره شوي هم وي. (خکه توبر کلوزیک ابسې ته Cold Abscess وایي) فعال او غیرفعال حرکات به د مفصل د درد له کبله محدود شوی وي که Spine ماوف شوی وي د ماوفه فقراتو د Process spinus دپاسه په فرعی سره حساسیت موجود وي او په کمه اندازه د حرکاتو محدودیت موجود وي.

:Special Investigation

Mantox د Anemia :Hematology and immunology ازموینی مشبت والی موجود وي.

:X-ray

په ابتداء کې د رخوه اقسماومو Swelling وروسته د مفصل مسافي کمولی او عظمي تخریبات ولیدل شي په spine کې بین الفقري مسافه نری. کېږي د مجاورو فقراتو په قدامی قسمت کې تخریبات په پیشرفته حالت کې د رخوه اقسماومو Calcification همدارنگه ساحه کې ممکن عظمي پارچې ولیدل شي د سینې - ray باید همېشه واخیستل شي او اکثراً مشته وي.

Histology: په مقدم حالت کې ممکن اکسرې د وینې معاینات او په کلینیکي معایناتو بنې تشخيص ونه شي نو د بنې تشخيص لپاره باید Biopsy وشي.

Bacteriology

د مفصل مایع Urine، Sputum او حتی د ماوافه نسج کلچر تشخیص وضع کوي.

RX: عمومي تداوي:

تغذیه د انيما مخنيوي او نور.

موضعی تداوي:

د synovial stage Anti ابتدائي مرحله کې راخي عملیات استطباب نه لري باید دا تووصیه شي او مفصل باید ثبیت شي خو کله چې Synovial membrane ضخیم Tuberclotic شوي وي باید Arthrotomy او Synovictom اجراء شي او Anti Tuberclotic دوا ته دوام ورکړل شي که مفصلی غضروف تحریب شوي وي نو تحریب شوې برخې لري او Arthrodis اجرا شي او Anti Tuberclotic دوا ته ادامه ورکړل شي. د ملا د توبرکلوز د تدواي هدف هم عمومي تداوي د Fusion او Drainage او Arthrodes تدواي Tuberclotic ته ده هدف کې ماؤف شوي وي Anti tuberclosic او د Curtage دوا ورکول او حتی بعضی ماوافه عظام ویستل کېږي لکه اضلاع، Fibula، Tarsus هدوکو او نور.

.Anti Tuberclotic Drugs

Side Effects	Adult	Child	Drug
Peripheral Neuritis	300mg/day	5 mg/Kg	INH
Hepatotoxic	600mg/day	10mg/Kg	Rifampicin
	1500- 2000mg.day	15mg/Kg	Pyrazinamid or Ethambutol

د اولو دوه يا درې میاشتو لپاره بیا وروسته د شپرو میاشتو پوري یوازې Rifampicin او INH باید ورکړل شي.

Pott's paraplegia — Pott's paraplegia

رائي چې د نخاع حبل د توبرکلوزیک ابسي پواسطه د فشار لاندي راخي. د دواړو پښو ضعيف والي يا مطلق فلچ ورکوي دا چې ولې د ظهری فقراتو د توبرکلوز پواسطه منځ ته راخي؟

۱. د ظهری فقراتو توبرکلوز زيات واقع کېږي

۲. د ملا د تير نخاعي کانال په ظهری برخه کې تنګ دی لږې زوې په نخاع ډېر فشار راوري.

۳. Anti. Longitudinal lig: په ظهری برخه کې ابسي ته اجازه نه ورکوي چې بلې خوا ته

تخلیه شي بلکه راسا خلف ته نخاع خوا ته تخلیه کېږي.

۴. په ظهری برخه کې نخاع او قطني برخه کې عصبي ريشتې وي چې نخاع نظر عصبي ريشو ته ژر تر

فشارو لاندي لاندي ارخي.

تداري:

انتي توبرکلوزیک دوا

فشار لري کول د نخاع د حبل خخه

د اختلالاتو خخه جلو گيري. Paraplegia

Degenerative Joint Diseases or
Osteoarthritis

د مفصلي امراضو یو ډېر معمول شکل دی چې خصوصيات بې د مفصلي Osteoarthritis

غضروف Degeneratio، د فصل په خنڊو کې د نوو هدوکو هايپر تروفي (ostophyte) د کپسول

فايوروزي کېدل دي خو د دې افت له کبله Osteoarthritis اعراض نه پيدا کېږي.

دی.

Primary Osteoarthritis . ۱

Secondary osteoarthritis . ۲

DIP: پدي نوعه OA کې اصلي سبب معلوم نه دی معمولاً Primary Osteoarthritis . ۱

(Bauchards node) PIP Joint او په کمو واقعاتو کې (Heberdon's) nodes joint ماوفوي

اول CMJ، MTJ، MPJ رقي او قطني فقرات ماوفوي.

۲. **Secondary Osteoarthritis:** پدي OA کي هر مفصل کي په ثانوي ډول د بل مخکيني آفت په تعقيب منځ ته راتلي شي چې دا مخکي آفت يا داخل مفصلي يا خارج مفصلي کېداي شي لکه کسرونه، مينابوليکي او انتاني ناروغری او نور. دا آفت د عمر زياتوالی سره زيات تصادف کوي په نارينه و کي نظر بسحومه زيات واقع کېري مگر په Post menopause بسحومه کي هم زيات تصادف کوي.

Causes: OA د یو عدم توازن له کبله د مفصلي سطحومه مقاومت او د هغه فشاور او قوه چې په مفصلي سطحومه راخي په نورمال حالت کي چې وزن په مفصلي سطحومه راخي د مفصل په ټولو متعلقه سطحومه تقسيميږي) سبب کېري نو هغه حالاتو کي چې فشار په مفصلي سطحومه ډبر شي لکه Coxavalgi، Genovalgin، Genovaron يا هغه حالاتو کي چې مفصلي سطحومه کوم چې فشار تحمل کوي ډبره وړه شي. لکه Congenital Hip Subluxation د مفصل خخه بپرون پاتې شي او يا دواړه فكتوروونه یو خای شي. د مفصلي سطحومه مافيدل د جروحاتو، التهابي او مينابوليکي ناروغریو له کبله د Sub chondral هدوکو د ماوف کېدو له کبله (چې مفصلي غضروف بنه سپورت کولای نه شي) منځ ته راخي.

پتالوژي:

اساسي پتالوژيکي تغيرات عبارت دی له: د مفصلي غضروف زياتدونکي تخریبات، Sub articular برخه کي د Cyst جوريدل، او د Capsular Fibrosis منځ ته راتلل اولني تغير په مفصلي غضروف کي د مفصلي غضروف نرمېدل نورماله: بنويه او پرسيدونکي سطحه ېي زيره او Fibrelated کله چې مفصلي غضروف Fissure پيدا کري او خېړه شي) کېري.

په مايكروسكوبیک شکل کي به د مفصلي غضروف وړي پارچې په مفصل کي آزادي ولیدل شي بالاخره ټول مفصلي غضروف تخریب او د هغه لاندي عظم به لوح شي Sub articular bone ساحه کي چې ډبر فشار تحمل کوي Cyst منځ ته راخي. او په Mirrow او په Sclersis کي Vacular congestion مفصلي غضروف په خندو کي نشونما کوي او Osteophyt جوري همدارنګه هغه وړي مفصلي غضروفې پارچې چې جدا شوي وي په Synovial غشاء کي تثبېت کېري او عکس العمل منځ ته راخي او پارچې حتی مفصلي کپسول ته خي او هلته Fibrosis او ضخجموالی منځ ته راخي.

کلينيک لوحه: معمولاً ناروغ په متوسط عمر کي مراجعيه کوي ممکن آفت 10-20year مخکي شروع کړي وي بعضې ناروغان مخصوصاً خوانانو کي د مخکي مفصلي ترضيضاً تاریخچه مثبت وي د درد په

تدریج سره په میاشتو او کلو کې زیاتېرى د تمرین سره زیات خو د استراحت سره گمپېرى پیشرفت حالت کې درد دوامداره گېرىي حتى ناروغ د شبې له خوا د خوب خنخه بیداره وي.

Stiffness پېدا گېرىي او حتى دوامداره استراحت سره Effusion نور ھم زیاتېرى (ھمدارنگه په ھمدارنگه په سطحى مفاصلو کې) ھمدارنگه په سطحى مفاصلو کې موضعی حساسیت، Effusion د حرکاتو کموالی او حسی حرکات د زیاتېرى ھمدارنگه په سطحى مفاصلو کې موضعی حساسیت، Crepitation سره، عضلي ضعيفي او په پیشرفتە حالت کې سوء شکل منئ ته راتلای شي خو د نورو التهابي مفصلی ناروغیو سره بې فرق دا دی چې اعراض ورسره نه وي.

X-Ray: وصنفي تغيرات بې عبارت دی له:

۱. د مفصلی مشافې کموالی.

Subarticular Sclerosis . ۲

Bone Cyst . ۳

Osteophyte . ۴

:Conservative treatment

په مقدم حالت کې درې اساسات باید په نظر کې ونيول شي.

۱. د درد کموالی د دې نظر لپاره Non steroid Agent anti Anagesic او inflammatory ممکن د ډېر وخت لپاره درد ورک گېرى. مګر د ډېر وقىي ضدر التهابي دواګانو خنخه ھم جلوگیري وشي گرم او مرطوب تطبيقات او استراحت مفید واقع گېرى.

۲. Mobilization: تمرین د Stiffness د منيوی او شخوالی د کموالی لپاره ضروري دی.

۳. Load Reduction: په مفصل د وزن کموالی ضرور دی که د ناروغ وزن زیات وي باید وزن

کم گېرى Walking stick باید باید استعمال گړي فعالیت باید اجراء گړي په مفاصلو ډېر و وزن رانه شي.

حرافي تداوي: Arthroplasty او Arthrodesis په پرمخ تللو حالاتو کې اجراء

کېدای شي.

Haemophilic Arthropathy

کله چې د Plasmi clotting factor سويه 40% خنه کم شي نو وروسته د یوې جرجې يا عمليات خنه د اوړدې خونرېزې خطر پیدا کېږي خو که د اندازه د 5% خنه کمه شي نو ممکن بدون د خنه په خپل سر د ويني جريان صورت ونيسي. Trauma

:Acute Bleeding In to a Joint

د یوې ضعيفې Trauma پواسطه ممکن مفصل په سرعت د ويني خنه دک شي درد، ګرمولاي، پرسوب او حساسيت د حرکاتو محدوديت برجسته لوحه جوروي. Inflammatory Arthritis ته شباته لري مګر تاریخچه لوحه تشخيصي اهمیت لري.

مناسب Clotting Factor بايد د ورید د لاري ورکړل شي او که چېرته نوي

يا په لاس رانه شي نو تازه پلازما بايد وکړل شي.

Infection بايد اجراء نه شي تر هغه پوري چې شدید پرسوب موجود نه وي او يا د احتمال موجود نه وي. طرف بايد په مېزابه کې تثبيت شي او کله چې حاده مرحله کنترول شوه بايد ناروغ حرکاتو ته تشویق شي.

Joint Degeneration

د متکرر داخل مفصلي خونرېزې په نتيجه کې به Chr synovitis او د مفصلي غضروف وليدل شي په X-ray کې په Degeneration Periarticular Osteoprosis او پیشرفت مفصلي تخرييات وليدل شي چې د خونرېزې د کنترول په واسطه بايد د پیشرفت خنه جلوگیري وشي په پرمحتللو حالاتو کې Joint Replacement ممکن دي.

Acute Bleeding Into Muscle: ممکن په ساق او مت کې یو درد ناک پرسوب تظاهر وکړي او د Volkmans Ischemia او Compartment syndrome خظر به موجود وي Decompression بايد ونه شي او که وشي بې تاثيره وي.

تداوی:

ماوف طرف ته د مېزابې اينسودل او په مقدم شکل د Clotting Factor ورکول دي او وروسته د طرف Physiotherapy توصيه کېږي.

:Bone Composition

هېوکي په خپل تركيب کې په زياته پیمانه Matrix په کوم کې چې منralي مالگي او حجرات خاي پرخاى شويدي لري.

Bone Matrix: اساسی ماده بې د Mucopoly sacharide خخه ده چې لرونکي د کولاجن اليافو وي همدارنګه یو کم مقدار غير کولاجني پروتیونه لکه Osteocalsin هم لري د Mattrix هغه برخه چې منralونه پکي خاى پرخاى شوي نوي د Osteod پنوم يادېږي.

Bone Menral: د هېوکو تقریبا نیمايی برخه جورووي کوم چې اساسا د Calcium او Phosphate د مالگو بواسطه بې تركيب موندلی په پوخ هېوکي کې د Ca او Phosphate نسبت ثابت دی او مالیکولونه بې په کلک شکل د کولاجن سره نښتی دي (Demineralization) هغه وخت صورت نیسي چې تول Motrix تجزیه شي).

:Bone cells

Osteoblast A: دغه مکعبي شکله حجرات دي چې Mesenchymal منشه لري د Haversion system او Trabeculae او هرمه Mineralization او هغه Alkaline Phosphatase مسئولیت په غاره لري.

Osteocyte B: کله چې Osteoblast جور کري او خپله پکي احاطه شي د Matrix د میتابولیزم تامین او ادامه ده او هم د هېوکو په تجزیه پنوم يادېږي وظيفه بې د عظمي Matrix او د C2 پهransport کې هم رول لري کوم وخت چې osteocyte تخریب شي عظمي Matrix یې هم تخریبېږي.

دا حجرې غې حجرې دی متعدد نوات لري اصلًا خو osteoclast سره یو څای کېږي او یوه osteo clast حجره جوروی وظيفه بې د عظمي Matrix تجزيه ده د تجزيء نېړجه کې یو ډول مسامات منځ ته راخي چې Howship's lacunae بلل کېږي دغه مسامات په هستولوزېکي مقطع کې موره سره د تجزيء شو سطحو جوریدونکو سطحو او جورو شوو سطحو ترمنځ توپیر کولو کې مرسته کوي.

Regulation of Bone Formation and Calcium exchange

د عظم د جسم نیمایی برخه د منزالونو خخه جوره شویده چې د دې منزالو زیات مقدار د کلسیم او فاسفیت خخه عبارت دی د وجود 98% کلسیم او د وجود 85% فاسفورس په عظم کې څای پرخای دی الته د کلسیم او فاسفورس غلظت په وينه کې د امعاود جذب او پښتوريکو د اطراح پوري مربوط دی که په موقعي ډول Ca او فاسفورس په وینه کې کم شي د پښتوريکو د تیوبولو پواسطه بې جذب په سرعت سره زیاتېږي.

کلسیم او فاسفورس {Calcium and Phosphorus} د حجره په نورمالو وظيفه او فزیولوژېکي عملیو لکه Muscle contraction او Nexve Conduction کې اساسی عنصر دی د کلسیم نورمال غلظت په خارج الحجر وي مایع کې د 8,8-10,4 ملي ګرامه په ره دیسي لیتر کې دی چې زیات مقدار بې د پروتین سره Band لري تقریبا نیمایی مقدار بې دا یون په شکل دی د کلسیم روزانه intak د Vitamin 400-800 mg پوري دی چې نیمایی مقدار بې دوراني سیستم نه داخلېږي او معايي جذب بې د D پواسطه تقویه کېږي بولي اطراح بې 400-100 h کې ده که م جذب بې کم شي نو بولي اطراح بې کېږي د تیوبولونو پواسطه بې دوباره جذب زیاتېږي که د Ca غلظت په مدامن شکل کم شي نو د عظم خخه د Bone Resorption پواسطه راوخي دا معاوضوي Shitt (د تغیير او تبدیل) معايي جذب، د پښتوريکو اطراح Bone Remodeling د پارا تایرویید هورمون او Vitamin D پواسطه منظم کېږي.

۲. Phosphorous فاسفورس هم د مهمو میتابوکیلی پروسو لپاره ضروري دی د پلازما غلظت بې غالبا په تقریبی شکل 4,0, g-lit 2,8 D کې د فاسفورس په غذایي موادو کې زیات وي جذب بې په وړو امعاود کې صورت نیسي جذب بې د Anti acid موجودیت کې کېږي لکه Almuncum hydroxid فاسفورس د سره Anteacid جوروی او نه جذبېږي) په کافي اندازه اطراح کېږي خود

پواسطه 90% دوباره جذبېري د پاراتايرونيد هورمون پواسطه بې په پنستورگو کې دوباره جذب Tubules کمېري.

Bone Remodelling: بر خلاف د پخوانی نظریي چې هدوکي ثابت او غير متغير فکر کېدو هدوکي د یوه دوامداره تشکل او تجزيې (په یوه قسمت کي تشکل او بل قسمت کي تجزيې) په حالت کې قرار لري چې دغه تشکل او تجزيې د Turnover Bone Remodling يا یادېري چې پدې طریقې هدوکي تول عمر د ترميم او دوباره نوي کېدو په حال دي پدې ترتیب چې د osteoclast حجرات په یوه سطحه کې راقولېږي او هله مسافت منخته راوري یا دوي غایېږي او خای بې osteoblast حجرات نيسی دوي دغه مسافت د نوي هدوکي پواسطه ډکوي هر دغه عظمي سايکل 4-6 میاشنې دربر نيسی د عظمي حجراتو هغه ګروپ چې پدې تغير کې برخه اخلي په مجموعي توګه د Remodling پنوم یادېري.

Age Related Change in Bone

عظمي بدلون او با Remodling په تول ژوند کې جريان لري خو د دې بدلون اندازه د نشوونما میخانیکي فشار او بیوشیمیکي تغيراتو پوري مربوط دي. د نشوونما په وخت کې تول عظم غتیرې سایز کې بې غنوالي راخی او Shape کې بې تغير راخی.

هر عظم د Physis پواسطه Endochondrial ossification پکي صورت نيسی او ردېږي او د Medullary Cavity Endosteal توسع کوي الته Sub periostal ossification پواسطه ډکلونو په عمر کې د عظم Cortex اعظمي Endosteal Bone Resorption ضخامت ته رسپړي یعنې عظم اعظمي قوت او وزن ته رسپړي چې عظم پدې عمر کې یو پیک د عظمي کتلې اختیاروي چې هر فرد کې نظر بل ته فرق کوي.

د 40 ډکلونو خخه وروسته په منظم او مسلسل ډول عظمي ضياع شروع ګېږي Trabeculae نازکه Haversian مسافي لوړۍ او همدارنګه مخې قنات توسع کوي او کتلې کال په کاله Porous ګېږي چې په نارينه و کې هر کا 0.3% عظمي کتلې ګېږي مګر په بشو کې فرق کوي په Menopause او 50 Post meno pausal 70 کاله وروسته عظمي ضياع په زياته اندازه سرعت پیدا کوي چې دې حالت ته

Osteoporosis واي چې د اصلا د گوناډ هورمونو د ضياع له کبله وي په 70 کلنۍ عمر کې البهه دغه چټکه ضياع سټپري او بعد له دې په نارينه او بسخو کې په عين Rate یعنی $0.5\%/\text{yr}$ دوام پیدا کوي چې دغه عظمي ضياع ته Senilosteoprosis واي.

Primary osteoporosis or post Menopausal Osteoporosis

بسخي د Minopaus او د هېڅ خخه وروسته لسو کلو کې په چټکي سره عظمي کتله کموي $\{3\%\}$ چې د استروجن هورمون د کمولی له کبله دې چې د عظم Resorption په چټکي سره صورت نيسی د Osteoclast حجراتو فعالیت زیاتېږي البهه دا آفت په اسيایانو او قفقازيانو کې نظر تور پوستانو ته زيات دی په ډنګرو بسخو کې نسبت چاقو بسخو ته زيات ليدل کېږي هغه بسخې چې ډبر شراب او سکرټ خکي زيات په آفت اختنه کېږي پدې ناروغانو کې د کلسیم کمواي ډبر مهم دی چې په غذا کې د کلسیم که اخيستل او د کلسیم کم جذب خاص تاثیر لري.

اعراض:

معمولًا د بسخي د مفاصلو د درد خخه شکایت لري چې د Menopalgia پنوم یادېږي اکثراً اعراض په فقرانو کې منئته راخي چې تقریباً که تداوي نشي 60% خخه زیاتي بسخې چې پدې مرحه کې استروجن وانه خلی د فقراتو پیدا کوي همدارنګه د نورو عظامو لکه د Radirs سفلی برخه يا د نورو اوړدو هليوکو د نهاياتو ماتوالی منځ ته راخي راولي.

Prevention and Treatment

فریکي فعالیت وکړي نورماله غذا او اقلًا د ورځي 1500mg کلسیم واخلي د سکرټو او الکولو خکلو خخه ډډه وکړي علاوه د دې خخه په شدید واقعاتو کې استروجن ورکول پدې ناروغانو کې په تداوي کې مرسته کوي خصوصاً هغه ناروغان چې د جراحی عملی پواسطه Hysterectomy یا Ovaricectomy اجراء شوي وي . {Surgical induced menopaus}

د هورمونو ورکول د خونرېزی باعث ګرځي وروسته د menopause خخه د ثديو په کمه اندازه غتیدل د اوړده کورس تداوي په نتیجه کې د رحم Cancer هم امکان شته په لاندې ناروغانو کې استروجن ورکول استطباب نلري.

د ځګر امراضو کې هغه ناروغانو کې چې Thromboembolism یا Thrombophelebitis وولري. نيوپلازم چې د استروجن پواسطه ېې نشونما سريع کېږي، Vaginal bleeding چې علت ېې معلوم نه وي د استروجن بنه مستحق Primerin 1.25mg Tab دی هره ورخ په دوامداره شکل باید ورکړل شي یا درې درې هفتې ورکړل شي چې وروسته د هرو درېو هفتو خڅه یوه هفته توقف ورکړل شي.

Senil osteoporosis: د Menopaus نه تقریباً ۱۵ کاله وروسته او عین عمر په نارینه وو کې په اومه او اتمه لسیزه کې د عظامو کتله په ثابت ډول ۰.۵% په هر کال کې کموالي کوي چې د دې کموالي له کبله په بعضو اضخاصو کې خصوصاً بنسخو کې عظام دومره ضعيفه کېږي چې د کمې تروما پواسطه په بعضې عظامو کې کسر پیدا کېږي لکه د عنق فخذ کسرونه، Sub Trochinteric Coles کسرونه، Fracture Compresice Fractor او نور البه دغه کسرو کې مزمن ناروغې، د عضلا تو اتروفي، غذائي نیګړتیاوي، لمړ شعاع ته کم مواجه کېدل او هم د غورځيدلو چانس زیاتېدل پکې رول لري د وینې او ادرار په معاینه کې ممکن کیميابي معاینات نورمال وي X-ray کې به یواخي د عظامو د کثافت کموالي ولیدل شي.

RX: که کسر منځ ته راغلي وي باید فوراً تداوي شي اکثرأ Internal Fixation اجراء کېږي ترڅو ژر په حرکت شروع وکړي په عمده شکل باید غذا لمړ وړانګو ته مواجه کېدل، Exercise باید توصیه شي سودیم فلوراید د Osteoblast فعالیت تنبه کوي چې د 60-80 mg/day ورکول کېږي البه د کلسیم او Vitamin D سره یو څای ترڅو د نوو هلپو کو minralization تقویه شي خو که سودیم فلوراید استعمالېږي باید په دقت سره عظمي حالت د X-ray او iliac crest Biopsy او تستونو سره ارزیابي شي همدارنګه د تداوي په منظور په بنسخو کې د استروجن هورمون او نارینه وو کې د هورمون تطبيق کېږي.

نوب: د یوه عظم د کتلې او کثافت اندازه د X-ray له مخې په فخذ، کعبه، او عضد میتاکارپ کې ادازه کیدای شي چې باید په نورمال حالت کې د نوموره عظامو په وسطي برخه کې د دواړو کونکسو پلنواли د عظم د ټول قطر اقلأً 50% وي.

Scurvy

نوموري نارو غي په غذائي موادو کې د Vitamin C د فقدان له کبله منځ ته رائي.

Causes: هغه ماشومان چې مصنوعي شيدي خوري پدي افت اخته کېري خصوصاً چې عمر يې د ۶ میاشتو او یو کال تر منځ وي چې د مور شيدي تازه ميوې او سابه هم نه خوري همدارنګه کاهالان خصوصاً چې اورد سفر لري او تازه ميوې او سابه نه خوري پدي آفت اخته کيдаي شي.

پتالوژي: دا چې د Vitamin C موجوديت د منظم نسج د فعالیت لپاره ضروري دی نو د Vitamin C د فقدان په صورت کي Osteoblast حجري نشي کولای د هدوکو Matrix جوړ کري او د Fibrablast حجري نشي کولای کولاجن نسج حوړ کري په نتيجه کې له یوې خوا عظلي ماتركس نه جوړبېري د بلې خوا د Capillary لپاره چې یواخي Endothelial حجرات لري او د کولاجن نسج پواسطه سره یو خای شويدي د کولاجن نسج د نه جوريدو له کبله د نومورو حجراتو تقويه له منځه ئي او خونربزې پيدا کېري.

د osteoblast: حجره د فعالیت له کبله نوي هدوکي بنه نه جوړبېري حال دا چې د هډ، کو امتصاص دوام لري بالاخر هدوکي خپل ضخامت د لاسه ورکوي (Conclusus او کورتكس خپل پنپروالي د لاسه ورکوي) چې په نتيجه کې هدوکي نازکه کېري خصوصاً د کسر اخته او Epiphysial separation منځ ته رائي.

د اوعيو د مقاومت د کموالي له کبله خونربزې پيدا کېري خصوصاً په وريوو Sub periostal پرخو کې چې د فخذ په سفلې او د قصې علوې نهايټ کې زيات تصادف کوي.

تشخيص د تاریخچې، سريري اعراضو او عالیمو لابراتواري معایناتو او X-ray پواسطه وضع کېري. تاریخچه کې د تازه مېوې، تازه سبو او تازه شيدو د نه خوره تاریخچه موجوده وي ماشوم اکثراً په مصنوعي شيدو تعذیله شوي وي.

فریکي معاینات په فریکي معاینې کې مریض خصوصاً ماشوم ضعیفه او ناتوانه وي که Sub periostal hematum پيدا شوي وي ساحه کې پرسوب او درد موجود وي وری به یې پرسیدلې Spongy او ژر به وینې کېري.

X-ra: د وجود د هېوکو کثافت کم شوي وي او د هېوکو قشر هم خپل پندوالى له لاسه ورکړي وي
د Epiphys او Metaphys په حدا کې کيدای شي یو کشیف خط ولیدل شي چې دا خط د هغه غضروف د
Epiphysial Calcification له کبله منځ ته راغلي وي کوم چې په عظم نه وي بدل شوي ممکن
هم ولیدل شي Seperation

لاپراتواري معایبات: دې ناروغانو کې د Vitamin غلطت په وينه کې کم وي.
RX: وقایه او تداوي د ویتامن سی محلولاتو او تازه مېوو او سبو پواسطه کېږي کوم سوبی اشكال چې
په دوکې کې پسدا شوي وي د Remodling پواسطه اصلاح شي.

Amputation

د وجود يوه غړی پربکولو ته Amputation وايی البته disarticulation هم تر دې عنوان لاندې
مطالعه کېږي. د احصائي له مخې 87% Amputation په کاهلانو کې په سفلی اطرافو کې او بیا په نارینه و
کې 75% وقوفات نبودل شویدی په اطفالو کې په زیاته فیصدی په علوی اطرافو کې Amputation صورت
نيسي.

د استطبابات په عاميانه ډول په درې D افاده کېدای شي چې عبارت

دي له:

Damn nuisance . ۱

Dangerous . ۲

Dead . ۳

۱. د یو غړی (طرف) کېدای شي د شدې تروما له کبله خپلې اوعيي د لاسه ورکړي او
مر شي او یا د Diabetus، Trombosis، Embolism، Arterosclerosis تاسیس
وکړي.

۲. د بعضی واقعاتو کې ويه عفوه ماوشه شوې وي او که قطع نشي کېدای شي ناروغ
ترې مر شي لکه په خبيثه تومورو کې وروسته د شدید انتاني حالت خخه لکه ګاز ګانګريں او داسې نور.

د يوه ماوفه طرف ته د موجوديت خخه د هغه نه موجوديت بهتر وي لكه که د يوه طرف (غري) دردناکه، بي استفادې، متن او نه بنه کپدونکي وي بهتره د چې طرف قطع شي او د هغه طرف نه prothes ډېر چې بي درده وي او ناروغ تري بنه اتفاده کولاي شي همدارنگه بعضي واقعاتو کې موجوده وي چې قطع کول يې اتطاب لري.

Surgical Principle of Amputation

معمولانه انتخابي واقعاتو کې Close Amputation په اجراء کېږي يعني د غري د قطع خخه وروسته عضلات او جلد په Teaumatic شکل ګنډل کېږي مګر په Primary یا هغه وخت چې صرف متن او قطع شوي غري Stump شکل ګنډل کېږي (خورخي وروسته د قطع خخه).
په غير د ischamic واقعاتو خخه په نرورو ټولو واقعاتو کې د Tourniquet ضرور دي د tourniquet د ټولو خخه مخکې په غير د انتاني او سرطاني حادثي خخه بنداز د غري خخه تاوربوري (د سفلي خخه علوی ته) او په انتاني او خبيشه واقعاتو کې صرف طرف ته د ۵ دقیقو لپاره elevation ور کړو چې تر خو د غړو وریدي وينه تخليه شي.

بايد په سواعت سره وټول شي ترڅو شرياتونه ژربند شي او وریدونه بيا د ويني خخه Tourniquet ډک نشي.

:Level of Amputation

دا ډېره مهمه د چې کوم جلد د Stump په سر راول کېږي بايد بېدون د کشش خخه stump بنه پوښ کړي جلد بايد د stump د پاسه بنه متحراک اوسي او نارمل خيسیت او اروا ولري همدارنگه د جلد Scar (علميات) که په هر قسمت کې وي ډېره مهمه نده خو د عظم د پاسه بايد رانشي خصوصاً د عظم سره بايد کلک نبشي نه وي چې د prasthes د استعمال وخت کې تحریش کېږي جلد بايد په دواړو غارو کې لکه د Dogears Scar په شان اوړد پاتې نشي د جلد معمولانه flap او خلفي flap مساوي پېښوډل کېږي خو په leg کې خلفي flap زيات پېښوډل کېږي (د خلفي flap پواسطه چې عضاء او صفاق هم ورسه وي عظم پېږي او جلد ګنډل کېږي).

Muscles : عصلات باید د عظم د پری کپدونکی برخی خخه ۵ cm بسته قطع شي تر خو د عظم
په نهايات Antagonist عضلات سره و گنبدل شي او عظمي نهايتي پري پت شي که د عظم په Level قطع
شي عضلات تقلص کوي لنډپوري او د عظم مخ نه پتوي که عضلات ډبر او رده پاتې شي د stump د نهايتي به
غټ جور شي د prosthes د تطبيقولو په وخت کې به مشکل پیدا کري.

Nerves : عصب باید لپ کش او د جرجحي خخه لپ پورته قطع شي باید ډيرکشن نشي چې د یوه
دردناكه stump باعث به شي غټ اعصاب لکه scitic Ligate شي او په تپه شکل قطع شي د
زرق عصب ته د قطع کولو په وخت کې صرور نه وي (بعضی مولفینو به ویل که مریض عمومي بې
هوشه هم وي د غټ اعصابو قطع کولو په وخت کې ورته موضعی lignacain ورکري).

: Blood Vassels

اوسيي باید سره جلا او Ligat شي غتي اوسيي باید دوه خايه غوته شي او واړه شراین او وريدونه
يوواخي يو خاى کفایت کوي بهره ده چې باید په Ovonab Sorbable باندي Ligat خخه د Ring
د پیدا کپدو چانس زياتوي. په Tibia هدوکي کې ۰.۶cm باید periost قطع شي (ممکن په
نورو غټو عظامو کې هم تطبيق شي) او که او بد پاتې شي د Exostos سبب په شي عظمي نهايتي
باید نسه بسویه شي (د سوان پواسطه پې باید کنارونه سوان شي) د عضلاتو د ګنبدلو نه مخکي باید تونیكت خلاص
هيموستاز کنترول او بیا عضلات په عظمي نهايتي ګنبدل شي Drain کېښودل شي او کلک پانسمان شي
همدارنګه طرف باید جګ کېښودل شي تر خو د هیماتوم خخه مخنيوي وشي.

: Amputation

د علوي طرف : د امکان تر حده باید Caput پرینسودل شي او که يو
انج د Caput خخه لاندې عظم پاتې شي نو prosthes اچولو امکان شته.
کله چې Elbow قبض وي او په قدام کې يو انج فاصله ولري هم prosthes او حتی که د دي خخه لنډ
شي او طرف قبض صورت ونيسي نو ناروغ هم لکه د Hook په شان ترې کار اخلي باید Stump ډبر او بد

هم پربنودل شي ځکه چې یا Standard pronation او Supination لپاره باید د سفلی پرېښودل شي ځکه چې یا prosthes او ځکه چې یا prosthes او متوسط ثلث سرمنج قطع صورت ونيسي)

اندازه پربنودل شي په علوی طرف کې خومره چې امکان لري باید محافظه شي که Trans carpal Disarticulation of the wristly amputation صورت ونيسي نو د ساعد سفلی يا متويط مثلث د قطع خخه بهتر دي ځکه چې د ulna يا Radius سفلی نهايات پاتې کېږي او په prosthes کې ۵۰٪ کې Trans carpal amputation sapination او اجراء کولای نشي همدارنګه په pronation هم د prosthes سره امکان شته.

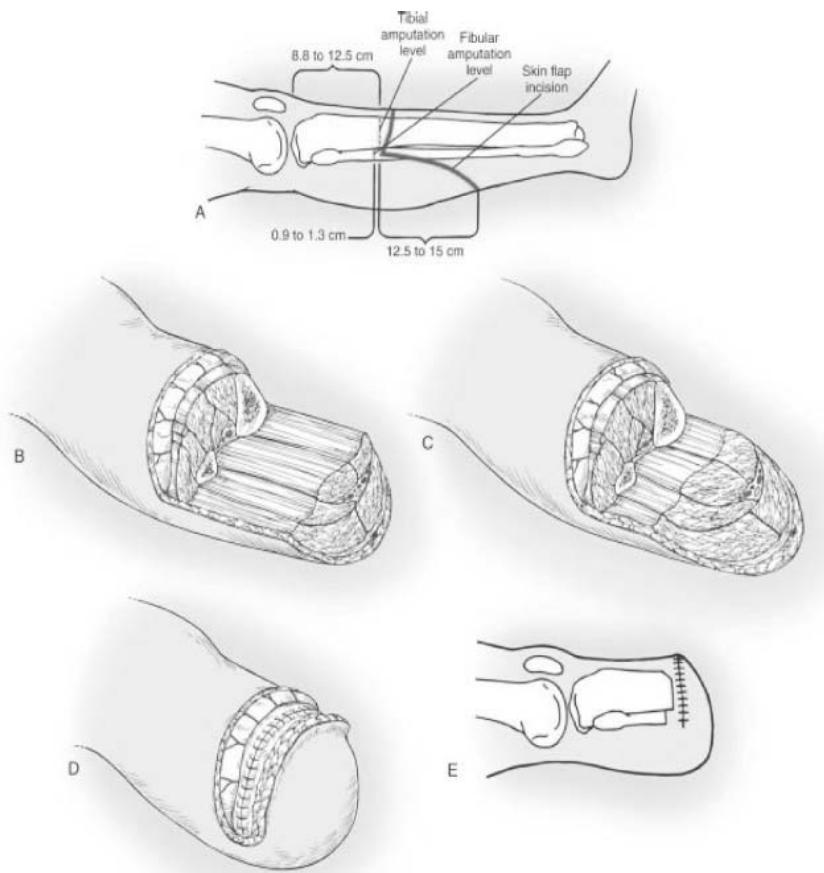
د لاس Amputation او ګوتو قطع کبدل ډبر احتیاط او دقت غواړي خومره چې امکان لري باید د عظم او بد والي د مفصل Mobility او د جلد حسیت باید محافظه شي د خو ګوتو په کې بايد Grasp pinch او Amputation چې ډېره عمده وظیفه د ګوتو ده باید محافظه شي د امکان تر حده باید نهايې کوشش وشي تر خو د ګوتو او بد والي محافظه کې او هغه وخت چې نوري کې چې غنه ګوته په بسخو کې، ماشومانو کې او هغه چې نوري ګوتې ماوفي وي باید مجموعه ګوته حتی که جلد او تحت الحلدې هم نه وي او خپله لوح وي باید محافظه شي او د Skin Flap پواسطه پت شي د Metacarpus او بد والي او خاصا Heads دير اهمیت لري د امکان تر حده باید محافظه شي.

په Hip disarticulation کې د Disarticulation of the hip Lower limb : د prosthesis او چول مشکل وي خو که Trochanter Neck caput د پربنودل شي د prosthesis اچولو امکان شته.

که خومره stump او بد وي په هماګه اندازه بهتر دي او prosthes به کنترول کېدای شي خو اقلأ ۱۲ cm او بد والي ولري همدارنګه که knee joint سالم وي او Trans knee amputation چوله شي بهتره به وي.

د Below knee joint amputation Tibia او بد والي باید . ۱۲.۵ cm ۱۷. cm ۵ پوري وي يا نظر په قددذ نارو غ باید د هر ۳۰ cm قد سره ۲.۵ cm د stump او بد والي پربنودل شي خو مناسب ۱۵cm دی البه د Tibia دانسي مفصلی سطحي خخه د ۵ cm پوري هم که stump د

امکان شته خو دهغه خخه به کم موثر نه وي د قدامی کنار باید پخ شي او ۱.۹ مقطوعه prosthes نهايit خخه نور هم لنده شي او ۳cm د Fibula خخه لنده قطع شي.



دقدم برخه کې د Tibia symes Amputation (Anklejoint) د خخه ۰.۶ cm پورته او Fibula او د پوندې پوستکى په قطع شوي نهايit راول کېري. (چې د Calcanus مخکي راول کېري د Tibia سره مخامخ Boyd Amputation .۲ کېري او Talus ویستل کېري) برخه قطع او لېری کېري پاتې شوي برخه تاولېري او د tibia د سفلې نهايit سره مخامخ کړي اجراء کیداي شي همدارنګه په قدم کې د Lis from Amputation او Metatarsal Tarsal خخه.

(Mid tarsal amputation) Choparts Amputation

ماشومنو کې باید کوشش وشي چې مفصلی غضاريف په نظر کې ونيول شي تر خو یو لنډ stamp په اينده کې

جور نشي او disarticulation به بهتر وي چي د پوي خوا د exostos مخنيوي وشي او بل دا چي د نشونما غضروف محافظه شي.

: Complication

په اختياط drain او Haemostas او اينسولد د هيماتوم خخه مخنيوي کوي. (که کمه اندازه نکرو په ناحيه کې وي باید موضعی تدادوي شي او که نکروز زيات وي باید دوباره Ampotation : اجراء شي.)

Neuroma: د عصب د قطع خخه وروسته عصب لمو کوي او Neuroma منځ ته راوري چي د Neuroma حساسیت پیدا کېري باید عصب دوباره د stump خخه پورته قطع شي. درد په طرف کي احساسوي چي د فرييو ترايي په موضعی شکل د Lignocain د زرق او د prostheses دوامده استعمال پواسطه اصلاح کېري .

نوب: په لاس کي د غته گوته (Thumb) چير اهميت لري نو که غته گوته، د ماشومانو گوتی يا هغه وخت چي نوري گوتی هم قطع او يا مجروح وي او يوه يا دوه گوتی پاتي وي حتی که د قطع کولو استطباب ولري باید بيا هم چانس ورته ورکړل شي او صبر ورته وشي داسي نه چي فوراً قطع شي ترڅو د امکان تر حده محافظه شي.

حداثي له کبله فشار پورته ئي وړو او عيو کي وينه نه ئي د انساجو پر فيوزن خراب او انساج نکروز خواته ئي volkrmanns ischernic contracture کله چي عضلات مکروز وکړي په فبروزي نسج بدليږي او comtractur کوي) او وظيفه نه اجراء کوي.

Location : هر خومره جي ديوه compartment صفاقې سرحدونه شخ (tight) وي په هماماغه اندازه به compartment ديرتصادف وکړي کله fore leg همدارنګه په لاسو، پښو، ورنو او مته کې هم منځ ته راقلاي شي.

Etiology : د تروما، کسرونور، د اوعيو Laceration د عضلي اليافو شکيدل او د نورو افاتو له

کبله لکه Haemophilia په يو compartment کي خوربزې يا ازيما پيدا کيري همدارنگه پلستريا دبنداز Saturday night syndrome سبب کيدياي شي compartment syndrome عموما دالکولو يا نورو نشه يي موادو داستعمال له کبله په ساعتو ساعتو په يوه پوزيشن استراحت کوي چي دهفي له کبله يوطرف چي د وجود فشار ورياندي وي د وريدي رکودت له کبله د syndrome fcomportment سبب کيدياي شي.

همدارنگه په يوه طرف کي د toyrniqyet دتللو نه وروسته کله چي خلاصېري طرف te diere وينه راخې او د post isehemic oedema سبب کيري که toyrniqyet دري ساعته وتړل شي او بيا خلاص شي نو 50% د عضلاتو په وزن کي د دېري ويني راتګ له کبله زياتولي راخې او که ديوه ساعت خخه کم وخت وتړل شي 10% د عضلاتو په حجم کي زياتولي راخې وريدي بندش د ترومپوزيا حارثي له کبله د syndrome سبب کيدياي شي همدارنگه دمارزه، دلرم زه، هم ازمه پيدا کوي او د compartment syndrome سبب کيدياي شي.

Phathophysiology نورمال حالت کي دمایعاتو تبادله په داخل د capillary کي osmotic pressure او پوري مربوط دي په شرياني نهاياتو (hydrosteric pressyre) filtration کي filteration pressure نظر فشارته زيات دي نومایع داخل داوعي خخه بين النسجي مایع ته خي او په وريدي نهاياتو کي ازموتيك فشار نظر filteration pressure ته زيات دي بناء مایع دبين النسجي مسافي خخه داخل وعائي (داخل وريدي) مسافي ته داخليري خوكله چي په يو compartment کي فشارپورته شي وريدي نهاياتو کي کم فشارلري بنديري مایع دشرياني نهاياتو خخه را ووخي خو بيرته وريدونره نه داخليري دبلي خواپه capillary کي د فشار زياتولي او هم Anoxia ددي سبب کيري چي په compartment کي دا زموتيک چي بواخي endothelial لري بين الحجري مسافي زياتي شي او زيات مقدار transoda مایع د اوعي خخه را ووخي او په امساجو کي تراكم وکړي ددي colloidal مایع زياتولي په بين النسجي مایع کي دا زموتيک فشارپورته خي او نتيجه کي په وريدي نهاياتو کي معکوسا مایع داوعي دمنځ خخه بين النسجي مایع ته راخې چي په ساحه کې فشار نور هم زياتيري د انساجو پرفيژن د منځه ئې وروسته د خلورو ساعتو په عضلاتو کې او وروسته د ۱۲ ساعتو اعصابو کې د Anoxia له کبله یو غير رجعي Damage واقع کېږي بالاخره په مربوطه

کې ټول انساج مړه کېږي د عضلاتو د نکرونه وروسته عضلات په فيبروتیک نسج تبدیلېږي Compartment او منځ ته رائی چې VIC Volkman's ischemic contracture به یا خفيف وي چې د طرف وظيفه به محدوده شي او یا به شدید وي چې طرف په مکمله وظيفه د لاسه ورکري او یو بې حرکته contracted طرف به منځ ته راشي خو سفلې نهايت چې د مغذي شريان پواسطه تغذی کېږي چون فشار پدې شريان کې ډېر وي د Compartment ټول انساج نکروز هم وکړي خو مغذي شريان چې د دې ماووه Compartment څخه تېربېري سفلې نهايت ته به وينه ورسوي.

Pressure :Diagnosis Tensly swollen compartment مريض به

به بې بورته وي (په نورمال حالت کې 0-4 mm Hg) د فشار اندازه او د وخت او بدوالي ډېر اهمیت لري مثلاً که د ۸ ساعتو لپاره په یوه Compartment کې فشارو د ۳۰ دقیقو لپاره پاتې شي نو ساحه کې به Irrversible damage منځ ته راشي.

Pain .۲ د یوې خوا د تروما او کسر او د بلې خوا د Ischemia له کبله ناروغ په طرف کې شدید درد احساسوي ناروغ طرف ته Active او Passive حرکت نشي ورکولاي هغه عضلات چې د ماوافه څخه تېربېري د سفلې طرف حرکت په اثر نوموري عضلات د کشش لاندې رائی او ساحه Compartment کې شدید درد احساسوي عضلات نسبت عصبي ریشو ته د anoxia مقابله کې ډېر حساس وي نو عضلي دردونه په مقدم شکل شروع شي او Numbness او Paresthesia به روسته شروع شي او Paresthesia به په هغه ساحه کې احساس شي کوم چې د دې ساحې عصب د ماوافه څخه تېربېري.

Pulsation .۳ نبض معمولًا په سفلې قسمت کې موجود وي Compartment syndrome بايد د عصبي افت څخه تفریق شي که عصب comtusion ولري یا قطع شوي وي په ساحه کې به فشار پورته نه وي بل د حرکت سره به دردونه زیات شي او که شريان قطع شوي وي نو په سفلې قسمتونه لکه ګوتې به حساس او دردناکي وي د ګوتو ارواء به فقيره وي سفلې قسمتونه به يخ او تغير د رنګه به ولري.

باید گوشش وشي چې د CS د پیدا کېدو خخه مخنيوي وش که کسر موجود وي باید فوراً ارجاع او ثبیت شي ترڅو عضلي خونریزی توقف و کړي همدارنګه که د شريان ترميم د قطع کېدو خخه وروسته صورت ونيسي او 4-6hrs ساحې ته وينه تللي نه وي د Post ischemic oedema مخنيوي لپاره باید په وقایوی د پول اجراء شي همدارنګه که طرف پلستر شوی ی او یا بنداز تاو شوی وي او د CS اشتباه موجوده وي باید بنداز خلاص او پلستر قطع شي حتى د پلستر لاندې مالوچ هم باید قطع شي طرف ته Elevation ورکړل شي خو طرف دې د 10 inch خخه زيات جګ نشي ترڅو د ماووه ساحې Circulation خراب نشي که فشار تېټ وي باید نورمال حالت (حد) ته ورسېږي په ادامه. ترڅو ساحه کې Filteration خراب نشي که د پورتنيو احتمالاتو سره سره اعراض نه شو او فشار بې پورته وي د 10-30 mm Hg نو فوراً باید Faciotomy اجراء شي.

اتم فصل

Non Traumatology

Congenital deformities of the foot

Congenital club foot or congenital talipes equines varus

دا یو ولادي سؤ شکل دی چې په کسپې چول سره هم پیدا کيږي. دا سؤ شکل لکه خنګه چې د نوم
څخه بې بنکاري يعني Tal joint چې Taleps Pes د قدم په نامه يادشوی او ويلاي
شو چې دا د قدم او Ankel هپوکو د سؤ شکل څخه عبارت دی.

Incidence یا پیبني: - دا سؤ شکل په ۱/۱۰۰۰ او ۱/۲۰۰۰ ماشومانو کې د لیدلو وړ وي.
نارینه ۹۰٪ او بنهینه جنس ۳۰٪ پدې ناروغری اخته کيږي. کله کله دا ناروغری د Spina bifida
او Cleft lip سره یوځای وي. ۵۰-۶۰٪ پیبني بې Bilateral Meningomyelocele وي.

اته چول سؤ شکل ورکولای شي: Club foot

(Calcanu :Combination :۵ .Calcanus :۴ .Equinus :۳ .Valgus :۲ .Varus :۱
. valgus, calcanu varus, Equinu valgus, Equinu varus) څخه عبارت دي.



اسباب (Etiology): - د دې ناروځي اصلی لامل معلوم ندي مګر مؤلیفين لاندې فکتورونه پکې د خیل ګنني.

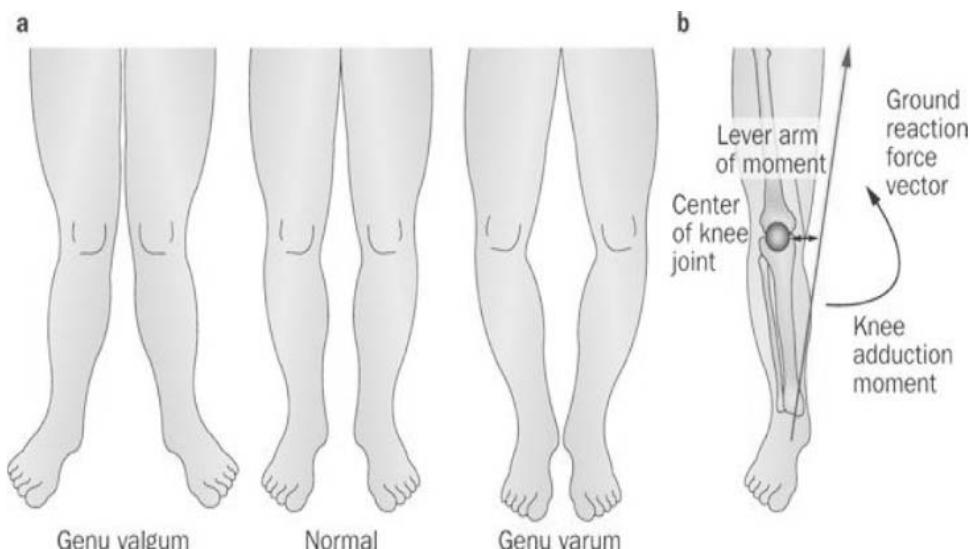
۱: ارثیت یا جنیتیک. ۲: اقلیم. ۳: Malposition. ۴: داخل الرحمي ترضیضات. ۵: په foot باندې اخته مور او پلار. ۶: د Cortisone پواسطه تداوي شوي میندي. ۷: میتابولیک افت لرونکی میندي.

پتولوژی: - د پتالوژی له نظره اصلی افت د پښې په Metatarsal او Tarsal برخه کې موجود وي یعنې د Hind foot په برخه کې د talus او calcanus او Fore foot یعنې د پښې په برخه کې پیدا کيري. د پونډۍ او د پښې د انسې برخې پوستکي او نرم انساج لنه شوي وي او نورماله نشونما نه لري که دا حالت اصلاح نه شي په هډوکې کې واضحًا تالي بدلونونه پیدا کيري ان د درملنې سره هم پښه لندې پاتې کيري او پونډۍ باریکه وي.

ډولونه یا club foot types: - د لاملونو له مخې club foot لاندې ډولونه لري.

۱: Idiopathic چې لامل یې هیڅ معلوم نه وي.

۲: muscular:- په عضلي ډول کې نیمگړ تیا په عضله کې وي (د عضلاتو انډول خرابېږي) او عضلات contracture ورکوي. همدارنګه خچل مقویت یا ټون د لاسه ورکوي او نهايات یې صفائی کيري. بنه بیلګه یې Arthrogenesis دی.



۳: Neural یا عصبی:- د اعصابو د فلچ له کبله سؤ شکل مینځ ته راخی مثلاً spina bifida او .poliomyelitis

۴: Osseus یا په عظمي شکل کې په ولادي ډول یو هپورکي نه وي موجود (Hemimelia) او یا د هپورکي یو خای کيدل د بل هپورکي سره وي.



د ګلينیک له مخې هم د لاندې ډولونو لرونکي دي.

۱. rigid type : ۲. non-rigid type : ۳. Resistance type :

په کې سؤ اشکال موږ په پنځو درجو (Grades) باندې ويشهو.

۱: لوړۍ درجه: Fore foot adduction

۲: دویمه درجه: Inversion, adduction

۳: دریمه درجه: Varus, Equinus, inversion, adduction

۴: خلورمه درجه: Valgus, Equinus, inversion, adduction

۵: پنځمه درجه: Valgus, Equinus, inversion, adduction

کلینیکي بنه (Clinical Features) :- ماشوم د تولد سره سم سو شکل لري. پنهانه انسی او یا وحشی خواته تاوه شوي وي او د مأوفه طرف ساق د نورمال طرف په پرتله کوچنی وي او په پنهانه کې لاندې بدلونونه لیدل کېږي.

.Equinus :Hind foot :۳ .Varus heel :Mid foot :۲ .adduction :Fore foot :۱

Club foot یو مغلق او یا ناروغی د چې لرونکې د لاندې بدلونونو وي. Complex

Secondary deformity	Primary Deformaty
۱: د پښې سایز د ۵۰٪ په اندازه کمیرې. ۲: د پښې انسی کنار مقرع او وحشی کنار بې محدب وي. Planter Hind foot د Fore foot :۳ flex وي. Callusitis :۴ .Stumbling gait :۵ ۶: قدامی tibial Hypertrophy کړې وي. ۷: د Leg قدامی او خلفي عضلاتو اتروفي.	1: Equinus. 2: Varus. 3: Fore foot adduction. 4: internal tidal rotation.
	مؤخر یا Late changes
	۱: د بندونو استحاله. ۲: د بندونو fusion یا سره نښتل.

د ولادي او کسيي Club Fott ترمنج لاندي توپير موجود وي.

Congenital talipes equines varus (CTEV)	Aquired talipes equines varus (ATEV)
۱: د ولادت خخه وروسته موجود وي.	۱: د ولادت نه وروسته موجود نه وي.
۲: د Spina bifedia سره يوخاري وي.	۲: علت يې پوليوا او يا Cerebral palsy وي.
۳: معمولاً دوه طرفه وي.	۳: معمولاً يو طرفه وي.
۴: پوستکي، تحت الجلدي نسج او عضلات نارمل وي.	۴: د پوستکي تروفيك بدلونونه موجود وي او عضلات نرم وي.
۵: Transeverse creases د تلي په انسې کې ليدل کېږي.	۵: no transverse creases هليوکې پکې نرم وي.
۶: هليوکې پکې نارمل او يا چبل وي.	



تشخيص:- بهه تشخيص په د کلينيک پواسطه صورت نيسې مګر، د Follow up لپاره بايد X-ray اجرأ شي. X-ray په دوه ډول اجرأ کيږي.

۱ : AP-X-ray -:30° planter flexion کالکانوس د اوړده محور ترمنځ زاویه د ۳۰-۵۵ درجو په اندازه وي خو، د Club foot په حالت کې نومورې زاویه صفر ته تقرب کوي.

۲ : PA-X-ray -:Dorsiflexion دلته بیا د دواړو محورو نو ترمنځ زاویه 40° ده، کله چې د 20° خخه کمه شي په Club foot دلالت کوي.

: Differential Diagnosis يا تفريقي تشخيص

. Poliomyelitis :۱ . Spina bifedia :

درملنه Club foot -:(Treatment) درملنه دری برخې لري.

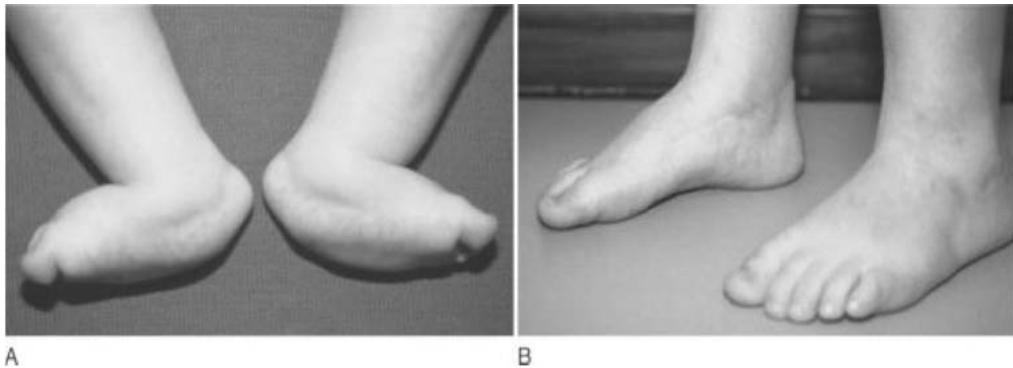
۱ : Conservative درملنه.

۲ : جراحي درملنه.

۳ : Allizarine درملنه.

۱ : ساتندويه (Conservative) درملنه:- پښه بايد په عاجل ډول او کاملاً اصلاح شي او د ودي او نشونما د توقف تر مرحلې بايد په اصلاحي ډول وساتل شي.

Non-rigid ډول په چير کله د ساتندويه درملني په وسیله او Rigid او Resistance ډولونه په بیا د جراحي درملني په وسیله سمپری.



په ساتندويه درملنه کې مليري Manipulation دی. مانور ورکول باید لاندي فورمول په پام کې نیولو سره ترسره کېږي (ADVERB).

يعني Fore foot د Adduction په برخه کې.

Mid foot د Varus :V په برخه کې.

hind foot د Equinus :E په برخه کې اصلاح شي.

Rocker bottom د :RB پښي د رامنځته کيدو خخه مخنيوي وشي.

که لوړۍ Mid foot سم شي امکان لري په پښه کې ماتیدنه رامنځته شي. د اصلاح نه وروسته دواړو پښو ته يو ډول Foot bar اچول کېږي چې پښې يو د بل خخه په مسلسل ډول په 40° abduction حالت کې وساتي. دا فوبت بار تر درو میاشتو پوري په پښو کې ساتل کېږي. دری میاشتی وروسته تر شپږو میاشتو پوري بیا د ورځي ۱۶ ساعته اچول کېږي او باقي وخت ليري کېږي او بیا د شپږو میاشتو خخه تر دری کالو پوري یواځي د شپېټ له خوا اچول کېږي او د ورځي له خوا ایستل کېږي. که د ساتندويه درملنه په وسیله تر اته او尼يو پوري هیڅ پایله ترلاسه نه شي نو باید جراحی اجرأ شي.

۲: جراحی درملنه:- جراحی استطبابات په Club foot کې په لاندي ډول دي (5R).
۱: no respond د ساتندويه درملنه په ورلاندي.

.Rigid type Club foot :۲

۳: relapse (چې بېرته نوموری حالت راوګرځي).

۴: Recurrent (په دوامداره ډول پاتي وي).

۵: د مقاوم Club foot ډول.

د عمر له نظره د Club foot درملنه په لاندي ډول صورت نيسني.

۱: د ۵-۰ کلنو ماشومانو ته خلفي انسې Release+conservative درملنه ترسره کېږي.

۲: د ۱۰-۵ کلنو ماشومانو لپاره خلفي release+wedge osteotomy درملنه ترسره کېږي.

۳: د ۱۰ کلنۍ خخه د زيات عمر لرونکو ماشومانو لپاره Osteotomy+Triple arthrodesis

ترسره کېږي.

۴: د درملنه:- د مقاوم ډول د درملني لپاره کارول Allizarove

بندونه چې د arthrodesis (د بند د بې حرکته کولو) صورت نيسني په لاندي ډول دي.

۱: Subtalar joint يا Talocalcaneal مفصل.

۲: Talonavicular مفصل.

۳: Calcanocuboidal مفصل.

نوب! په Club foot ناروغانو کې لاندي تېستونه د ارزښت وړ دي.

۱: د نوؤ تولد شوؤ ماشومانو پښه قات کړو یعنې Toes سره وه لګېږي نارمل او که نه نو

ابنارمل ګټل کېږي.

۲: Plumblime test:- دا تېست هغه وخت اجرأ کېږي چې ناروغ د چوکۍ په خنده ناست وي نو

يو شاقل را اخلو او د Patela خخه لاندي پښې طرفته خورنڊوؤ که شاقل لوړۍ Metatarsal سره سر

وڅوري نارمل او که انحراف وکړي نو ابنارمل دي او دا د Tibia په Torsion دلالت کوي.

Congenital Vertical Talus

یو غیر معمول ولادي سؤشكل دی. د نوم خخه بې معلوميري چې تالوس هلوکى په عمودي حالت کې (Ball and socket joint) حالت تع راغلي وي. يواحني بند Calcaneovalgus دی چې بې خايمه کېري Talonavicular بند دی. دا حالت په مختلفو نومونو سره ياديو.

.Congenital convex pes planus : ۱

.Congenital flat foot with talonavicular joint dislocation : ۲

.Congenital rigid rocker bottom foot : ۳

Incidence يا پينسي:- په هلکانو کې نسبت انجونو ته زيات واقع کېري. دا افت زياتره دوه طرفه وي. د دې افت سره نور هغه حالات چې يوځای وي عبارت دي له: Arthrogryposis او Contracture. هغه عضلات چې په دې افت کې Spinabifida سبب ګرځي عبارت دي له:

.Tibialis anterior : ۱

.Peroneus logus : ۲

.Extensor hallucis logus : ۳

.Extensor digitorum logus : ۴

.Achilus tendon : ۵

Tibialis posterior tendon د وحشی Peroneal tendon او Maleolus قدامي خواته او د انسی Maleolus قدام خواته بې خايمه شوي وي او هم Subtalar او Talonavicular مفصلونه بې خايمه شوي وي. همدارنګه Equinovarus Cacaneus په حالت کې مینځته راخې.

:Clinical feature بهه کلينيكي

۱: د پښي لاندېنۍ برخه Convex د چې Rocker bottom foot وي پنوم ياديو.

۲: د تالوس سر د Equinus په حالت کې وي.

۳: د Dorsiflexion او Abduction د Fore foot په حالت کې وي.

۴: د Equinovarus د Hind foot په حالت کې وي.

۵: د تالوس سر د پښې په انسی او سفلی برخه کې جس کېږي چې د Callositis په نامه يادېږي.

۶: ماشوم په Clamey gait ولري یعنې ګلپوډ ګرڅيدل.

۷: په Push up کې دیر کم وي.

پورتنی شانتې برخه د ځمکې سره صحيح نه لکېږي او د بلوغت په مرحله کې درد او شخوالی زیاتېږي.

درملنې (Treatment): - په ابتدائي مسلسل مانور ورکولو او Plaster cast ډيره بهه نتجه ورکوي او په اخير کې وړې جراحۍ ته ضرورت موجود وي مګر، هغه مریضان چې ډير وخت پرې تیر شوی وي او تداوي بې په ابتدأ کې نه وي حاصل شوې د هغه لپاره دغه امکانات محدود دېږي او غتني جراحۍ ته ضرورت لري. کله چې ناروغ په صحيح ډول تداوي شي نو صحيح Follow up ته ارتيا لري. درملنې بې دوې برخې لري.

۱: درملنې Conservative:

الف: Manipulation

ب: Plaster cast

ج: Talonavicular joint pinfixation

د: Tinotomy اجرأ کول.

۲: جراحی درملنه: - په ساتندویه درملنه کې له ټولو نه مخکی مانور ورکول کېږي. پښې ته په لاندې Position کې مانور ورکول کېږي. یعنې د پښې Dorsiflexion حالت دیروش درجې Fore foot flexion وضیعت ته راولو او د Adduction حالت د flexion هغه ماشومان چې عمر بې د ۶ میاشتو خنځه کم وي POP پلستر د 5cm په اندازه تهیه کېږي او هغه ماشومان چې عمر بې د ۶ میاشتو خنځه زیات وي د هغه لپاره POP پلستر 7.5cm په اندازه تهیه کېږي.

(مالوچ تاول) باید ډیر زیات ډبل نه وي یعنې دوه پونه مالوچ کافي دي. د پلستر د اچواو په وخت کې مرسته کونکی د خپل لاس د دوو ګونو په وسیله د ناروغ د پښې ګوتی نیسي او پلستر د مرسته کونکی د ګونو له باسه راخې د دې لپاره چې پلستر د ګونو په برخه کې ډیر ټینګ را نه شي او مرسته کونکی د بل لاس په وسیله د ناروغ د هماګه پښې ورون نیسي او هم زنگون ته ۹۰ درجې فلیکشن ورکوي. پلستر د ډیستل خنځه پیل او بروګزیمل خواته د ورون تر نیمایې برڅې بورې تاوېږي. پلسار باید بهه Mold (بهه هوارول او بهه فالې شکل ورکول) شي. که چېړې تاسې پښې ته اساسی پلسار ورکړئ امکان لري تر شپږ پلسترونو پورې د ناروغ پښه صحیح وضیعت ته راولې.

Krischner wir talonavicular د ارجاع ساتلو لپاره د عمومي انسټیزی لاندې د fixation عملیات اجرأ کېږي. چې پدې وخت کې پښه باید دیروش درجې Plantarflexion حالت کې وي. که چېړې Talonavicular بند د Pinfixation په وسیله تثبیت شو نو بهه تر بهه که نه نو بیا د دې خنځه وروسته Peroneal tendon او Tibialis anterior او ورپسی Tinotomy هم کېږي.

د عملیاتونو په اخیر کې چې پلستر کېږي نو پښه د پنځوس درجې Dorsiflexion په حالت کې شپږ اونې ساتل کېږي او د (AFO) Ankle foot orthosis لپاره پلستر د درې اونیو خنځه زیات شي. بايد 50° او 150° adduction Plantarflexion د Foot bar د Neutral په حالت کې جوړ شي چې AFO د ورځې د ګرځیدو لپاره استعمالېږي او فوټ بار د شپې لپاره استعمالېږي او هم ناروغ ته سپارښته وشي چې Plantarflexion او adduction تمرینات ورکړل شي.

واليدينو ته توسيه وشي چې Adduction او د Plantarflexion تمرینات ورکړل شي. په لومړی کال کې د ۳ میاشتو لپاره او په دویم کال کې د ۶ میاشتو وروسته Follow up اجرأ شي.

۲: جراحی:- د دوه هدفونو لپاره ترسره کېږي.

الف: که چیرې تالوس هډوکې پورته نه شي Osteotomy اجرأ کوئ.

ب: که د عضلاتو نرمولی (Release) مو هدف وي نو جراحی عمیله ترسره کېږي.

Osteogenesis imperfect

دا یوه ولادي ارثي ناروغي ده. پدي ناروغي کې د وجود هډوکې زيات ضعيف او نرم شوي وي. له همدي کبله په آسانې سره ماتيرې چې د Brittle bone او يا هم d Fragile bone پنوم يادېږي. هډوکې د Woren bone يا دخامو هډوکو په مرحله کې نشونما ته توقف ورکوي چې علت بې د Osteoid حجراتو د تولید نقیصه بلل کېږي چې په نتجه کې متعدد ګسروننه په عظامو کې پیدا کېږي.

پتالوژي:- د پتالوژي له نظره د هډوکې د Osteoid حجراتو اندازه کمېږي. د هډوکو متريکس چې خومه امتصاص کېږي په هماغه اندازه بيرته نه جوړېږي. علاوه د هډوکو خخه ليگامينتونه، Tendon او غابښونه هم مصابوي. زياتره ماشومان د متعددو ګسرونونو سره پیدا کېږي او وروسته د ولادت خخه مړ پیدا کېږي. د قصبي او ورانه هډوکې نظر نورو هډوکو ته دير مصابوي.

د Osteogenesis imperfect (O.I) بنه تشخيصي نقطې په لاندې ډول دي.

.Osteopenia : ۱

.Spontenous Fractures : ۲

.Luxity of joints and ligaments : ۳

.Otosclerosis (Defness) : ۴

.Blue sclera : ۵

٦: د غابښونو د رنګ بدلون (Dentogenesis imperfect)

کلینیکي بنه (Clinical Feature): - د کلینیکي اعراضو له نظره په خلور چولونو ويشل شوي.
 ١: د ۰.۱% - ۵% واقعات جوروی. د نورو چولونو په پرته باز چول دی.
 ٢-٣ ګلنۍ کې ماشومان د کسرونو لرونکې وي، سکليرا اي او مفاصل Hyper mobile وي.

٤: Lethal (Type II Osteogenesis imperfect) :- د ۱۰% - ۵% واقعاتو کې ليدل کېږي. د التراسونه پواسطه داخل د رحم کې تشخيص کېږي. ماشومان د تولد په وخت کې کسرونه لري او سؤشكـل سره زېږېږي.

٥: Sever deformity (Type III Osteogenesis imperfect) :- چير زيات معمول ندي.
 ماشوم د تولد په وخت کې او تر ٦ ګلنۍ پوري متعدد کسرونو ته ليواليا لري او د شدیدو سؤاشڪـالو د پيدا کيدو سبب گرئي. ماشوم په Kyphosis, Scoliosis د پښتيو کسرونه او خاکسترا لرونکې وي.

٦: Modrately Sever (Type IV Osteogenesis) :- لکه د ١ غونډي د ناروغ سکليرا شنه او يا خاکستري وي او کله چې د کهولت دورې ته ورسېږي بيرته نارمل کېږي.

تفریقی تشخيص:

١: د مور او پلار تاریخچه د هپوکو د کسرونو چې د لې قوي پواسطه ماتېږي.

٢: مخکیني ذکر شوي تشخيصیه تکي.

٣: د ناروغۍ. انتقال په اړئي چول.

٤: په تفتقیش سره معلومېږي چې د ماشوم پښې لنډي او مختلف الزاویوی سؤشكـل لري.

د X-Ray له نظره لاندې بنه تشخيصیه تکي ليدل کېږي.

٥: په هپوکي کې زاویه (Angulation) ليدل کېږي.

۲: د هلپو کي د میتافیز برخه پراخه وي.

۳: د هلپو کي کاتیکس نری وي.

۴: په پیشرفته حالت کې په هلپو کي کې سیست لیدل کېږي.

چولونه د عمر له نظره لاندې چولونه لري. Types

۱: Fetal type:- دا ډول نسبت نورو حالاتو ته شدید وي. جمجمې تشکل نه وي کړي، ناروغ دنیا ته مړ راخي او د مرګ عمده علت په دې ماشومانو کې Intracranial Hemorrhage دی.

۲: Infantyl type:- دا ډول نسبتاً لړ شدید شکل دی. ماشومان د کسرنو سره پیدا کېږي او تر دوه کلنۍ پوري ژوند کولای شي او بیا مړه کېږي.

۳: Adulescent Type:- نسبتاً پورته دوؤ ډولونو ته ې انزار بنه دي. ناروغ چې دنیا ته راخي کسر نه لوی خو، وروسته کسر ته لیوالیا بنېي او مختلف ډوله Angulations پیدا کوي. پدې ناروغانو کې په Coxa Planus، Coxa vara، Coxa valgus کې Hip joint لیدل کېږي.

۱: Coxa vara:- Femoral shaft او Femoral head ترمنځ زاویه ۱۳۵ درجو خخه کمه وي.

۲: Coxa valgus:- femoral shaft او Femoral head ترمنځ زاویه له ۱۳۵ درجو خخه زیاته وي.

۳: Coxa Planus:- پدې حالت کې Caput femoris ډیر پراخه وي.

د زنگانه په بند کې Knock Knee او یا Boe leg ورکوي. پښتې هم کړې وي، د Elbow په بند کې رادیوس خلעה ورکوي. همدارنګه په داخل د عضلاتو کې خونریزی ورکوي چې په تفریقی تشخیص کې ډیره مرسته کوي.

په ۰.۱ کې په منحثه راغلو کسرنو کې درد موجود نه وي څکه اکثراً Subperiostal وي، کارٹیکس ماتیبوي خو، پیریوست نارمل وي.

درملنه Treatment

۱: د محفظوي درملني په منظور: Anabolic steroid او sodium Fluride د هدوکو نارمل راوستلو کې لپه مرسته کوي. د سؤ شکل د مخنيوي په خاطر د ناروغه مراقيت حتمي دی. ڪسونه بايد ميزابه شي د Intra medullary nail او Frame Callipar د استعمال خخه ناروغه ته گنهه رسپري.

۲: د وخيمو ډولونو د درملني لپاره د جراحی خخه کاراخيسټل کېږي. جراحی عمليات ۴-۵ ګلنې کې شروع کېږي. بهه تداوي يې Osteotomy ده Shish Kebab عملي په نامه يادېږي). پدي عملیه کې هاډوکي توتله، توتله کېږي او د سؤ شکل د اصلاح لپاره د هدوکي په داخل کې راډ تيرېږي.

Post Polio Paralysis (Poliomyelitis)

Poliomyelitis د کوچنيانو د فلچ په نامه هم يادېږي خو، کله کله لويان هم مصابوي چې د پوليوب وايرس په ذريعه منځته راخي. دری ډوله وايرسونه دلهه رول لوبيوي او یواخي انسان مصابوي.

Type I (Leon) : ۱

Type II (Lancing) : ۲

Type III (Branhild) : ۳

اسباب (Etiology): - د ناروغې د پوليوماليت د وايرس پواسطه مينځ ته راخي. وايرس د ناروغو او صحمندو منتنو اشخاصو د پوزې په افرازاتو، غایطه موادو او مچانو کې موجود وي. وايرس د انفي بلعومي يا معدي معائي قنات له لاري وجود ته داخليېږي او سمپاتيک سيسټم پواسطه اعصابو او نخاع ته انتشار کوي. د نخاع په قدامي قرن کې خاي پر خاي کېږي او تخريبات شروع کوي. خينې كتابونه کې يادونه شوپده چې د وينېد جريان له لاري هم د ناروغې خېریدل صورت نيولاي شي.

پتانژي: - پدي ناروغې کې لومړۍ وايرس حرکي حجري د نخاع په قدامي قرن کې او يا د دماغ په کې مأۋهه کوي. په هغه صورت کې چې حرکي عصبي حجري د نخاع په جبل کې مأۋهه شي Brain stem

د لاس او پنسو او تني د عضلاتو د نرم فلچ (Flaccid paralysis) سبب کيږي. که چيرې د نخاع د حبل علوی قسمت مأۋه شوي وي د تنفسی عضلاتو فلچ هم موجود وي خو، که چيرته عصبي حجري د Brain stem په خوا مأۋه شوي وي د بلعومي عضلاتو د فلچ سبب کيږي.

وايرس د مرکزي عصبي سيسitem په حرکي حجراتو کې کله چې خاى ونيسي په ناحيه کې احتقان، اذيمما او په نقطوي ډول هيمورج پيدا کيږي چې د تام نرم فلچ سبب کيږي. د وخت په تيريدو سره اذيمما تدریجاً له منځه ئې او گومې حجري چې نه وي تحریب شوي نورمال حالت ته راګرځي او فلچ اصلاح کيږي. د ورمېر او قطنې ناحيي نخاع زياته مأۋه کيږي. مأۋفيت بې په نقطوي ډول سره وي له همدي کبله په عين عضوه کې خينې عضلات مصاب او خينې سالم وي. د وخت په تيريدو سره مأۋه عضلات اتروفې کوي، فيبروتېک کيږي او مصافونه لنډېرۍ او د هليوکو نشوننما په تأخیر اخته کيږي او سؤاشکال منځته رائحي.

تشخيص او کلينيکي بهه Diagnosis and Clinical Feature :- د کلينيک له نظره د پوليوباروغى خلور مرحلې لري.

۱:- پدې مرحله کې يواخي د سحایاۋ د تخریش اعراض لکه سر درد، تبه او تخریش موجود وي. د غاري شخي او Brudzinsky sign مشتب وي. دا مرحله دری ورځي ادامه مومي.

۲:- د سحایاۋ د تخریش د اعراض او عاليمو خنځه ۲-۳ ورځي وروسته يو طرفه عضلاتو فلچ مينځته رائي. کيداي شي يو طرف عضلات فلچ او مقابل طرف کې سېزم او Contracture واقع شي لکه د زنگانه د بند قابضه عضلات شخ او خلور سري عضله فلچ موجودوي نو پخ کې به يو Flexion Contraction Knee joint ليدل کيږي. د تنفسی او بلعومي عضلاتو د فلچ له کبله مرپينه رامنځته کيداي شي.

۳:- ۶-۲ مياشتى وروسته د وايرس پواسطه اخته حجرات مجاورو حجري اذيمما او د هغوي مربوطه تعصیب شوي عضلات بيرته ورو، ورو خپله وظيفه اعاده کوي او خپل ټون ترلاسه کوي. پدې صفحه کې اکثراً بندونه اخته کيږي او Flial joints منځته راوري.

۴:- پدې مرحله کې په وايرس اخته حجراتو کې مربوطه عضلاتو کې Residual stage Permanent Paralysis واقع کيږي.

درملنه: - د پولیو ناروغری دوه ډوله درملنه لري.

۱: د Early stage درملنه . ۲: د Late stage درملنه.

الف :Early Stage

۱: د دې ناروغری د فعال معافیت د پیدا کولو لپاره باید د خولي له لارې واکسین استعمال شي او پدې

ترتیب ماشومان د نوموري ناروغری خخه وقایه کېږي.

Silk vaccine :A (په فورملین کې مړ واکسین) د تحت الحلدي زرقياتو پواسطه تطبيق کېږي. اول

زرق یې دری میاشتی کې، دویم په څلورمه میاشت او دریم زرق یې په شپږمه میاشت کې صورت نیسي.

Sabin Vaccine :B (تغیر ورکړل شوی ژوندی وايرس) چې هره میاشت کې دری خاخکي د خولي

له لارې ورکول کېږي او اخيري دوز یې يو کال وروسته ورکول کېږي.

۲: په ناروغری مصاب کسان باید تجرييد شي.

۳: په مشترکو حوضونو کې له لمبا خخه باید مخنيوی وشي.

۴: منظم تمرینات باید اجرأ شي.

۵: د Tranquilizer درملو خخه د درد د آراميدو په خاطر باید استفاده ونه شي یواحې اسپرین ګټه

لري.

۶: باید مایع غذایي رژیم واخلي او که تنفسی مشکلات موجود وي تداوي یې صورت نیسي.

ب :Late stage:- د اورتوپيدي له نظره داهمیت وړ ده او باید لاندې اقدامات صورت نیسي.

۱: که چيرته عضله قسمًا فلح وي خو، سؤشكل مینخته نه وي راغلې نو بنه تداوي د Splint او یا Brace تطبيقول دي.

۲: که چيرته عضلات په بشپړ ډول فلچ وي او سؤشكل بې هم مينځته راوري وي نو بايد Tendontransfer اجرا شي. هغه عضلي چې بايد ترانسفر پرې اجرا شي بايد ټون بې وکتل شي چې د ۰ ۵ درجو پوري ولري.

الف: که ناروغ د ډير فشار په مقابل کې پښه پورته کړي دا ۵ نومري حسابېږي.

ب: که ناروغ د لې فشار په مقابل کې پښه پورته کړي دا ۴ نومري حسابېږي.

ج: که ناروغ په خپله پښه پورته کړي دا ۳ نومري حسابېږي.

د: که ناروغ د جاذبي د قووې په مقابل کې پښې ته اهتزاز ورکړاي شي نو ۲ نومري حسابېږي.

ه: که ناروغ هسي معمولي اهتزاز ورکړي ۱ نومره او که هیڅ حرکت ونه لري نو صفر (۰) نومره حسابېږي.

د جراحې عمليات تاکل د درجو يا نومرو په پام کې نيلو سره صورت نيسې.

که مونږ ۵ نومري عضلي ټون لرونکي عضله انتقال کړو د هېټي ټون ۴ ته رابنكته کېږي او مونږ یواځې او ۵ ټون لرونکي عضلات انتقالولای شو ۳ درجي عضله خکه نشو انتقالولای چې هغه ۲ ته رابنكته کېږي او دوه کومه خاص ګټه نه لري.

۳: که چيرته Osteotomy موجود وي نو بيا Bony fixation اجرا کوئ.

۴: په هغه صورت کې چې Flial joint موجود وي نو Arthrodesis باید صورت ونیسي.

۵: د فلچ او سؤ شکل له کبله د یو طرف لنډوالۍ او یا اوړډوالۍ مينځته راځي چې تداوي بې د Bone lengthening او یا Shortning په وسیله صورت نیسي.

په Sartoris, Tensor, Sauther opreration صورت نیسي چې پکې د Hip joint کې او Gluteos Maximus facialata وترونه قطع کېږي.

Cerebral palsy

Upper Spastic paralysis د Cerebral palsy (CP) خخه عبارت دی چې اصلاً د
Upper motor neuron نقيصه ده. د عضويت د عضلاتو یوه ابتدائي غير مترقي وظيفوي احتلال دی. د
Lower Motor Neuron (LMN) د افت له کبله Motor neuron (UMN) کنټرول د لاسه
ورکوي او LMN په خپل سر غير ارادي حرکات او اوامر صادروي. آفت د کارتيکس او Cerebellum
خخه منشأ اخلي.

Etiology

الف: Prenatal and natal causes

- ۱: د ولادت په دوران کې د Forceps غلط استعمال چې د ماشوم د قحف د ترضيض او
Intracranial hemorrhage باعث گرخي.
- ۲: د ولادت په وخت کې زيات Anesthetics او Analgesic استعمالول.
- ۳: د جنين له غاري خخه د Umblical cord تاویدل چې د دماغي انوكسيا لامل گرخي.
- ۴: د جنين له غاري خخه د Rh-incompatibility (Erythroblastosis fetalis) او د
بيليروبين سويه له خپل حد خخه زياتيري او په دماغ توکسيك تاثير لري.

.Congenital brain defect :۵

ب: Post natal causes

- ۱: Cerebral trauma .Head trauma :۳ .Meningitis :۲ .Encephalitis :۱
د ماؤ فه کيدو او د CP cortex لامل گرخي.

تشخيص او کلينيكي بهه:

- ۱: تاريخه:- د ناروغ وده متضرره شوي وي مثلاً ماشوم په دوه مياشتو کې سر نه شي نيولاي. په
شپړمه مياشت کې نه شي کښيانستلاي. په یو کلنۍ کې نه شي گرځيدلاي او په دوه کلنۍ کې خبرې نه شي

کولای. همدارنگه په تاریخچه کې د خولې خخه د لارو بهیدل او د سترګو او مخ د غیر نورمالو حرکاتو حکایه هم موجوده وي.

۲: Physical Exam : چون CP په عمومي شکل په دوه چوله دی نو هغه هر یو فزيکي معاینه فرق کوي.

الف: سپاستيک افت په Cerebral cortex کې موجود وي. معمولاً یو طرف لاس او پښه ماؤ فه شوې وي او د عضلاتو د غیر نورمال تقلص له کبله په بندونو کې سؤ شکل موجود وي مثلاً علوی طرف لاس، خنگله او گوتی به د قبض په حالت کې وي. مروند د Pronation په حالت کې وي.

په سفلی طرف کې به په Hip او Knee کې د قبض په حالت کې وي او د Ankle په بند کې حالت موجود وي. په هغه صورت کې چې افت دوه طرفه وي نو ناروغ د دوارو پښو د تقرب له کبله نه شي ګرځیدلای مګر، نور عکسات او Babinski علامه مثبت وي.

ب: - پدې حالت کې د ناروغ په مخ، لاسونو او پښو کې دوامداره، ثابت او غیر ارادي حرکات موجود وي مګر د ناروغ ذکاوت نه مختل کېږي.

د کلینيکي اعراضو له نظره CP په شپږ دوله ده.

۱: Spastic paralysis :

۲: Athetosis :

۳: Tremor :

۴: Rigidity :

۵: Anoxia :

۶: Mixed type :

Topography د CP (د افت موقعیت) له نظره په خلور ډوله ده.

۱: Cerebral Cortex مصاب وي نو کې Premotor area کې او که په Motor ساحه مصابوي نو Flaccid paralysis ورکوي او که دواړه مصاب وي نو یو بینالبیني حالت منځته راخي.

۲: دماغي د قاعدي افت: - چې معمولاً د Tremor او Athetosis سبب ګرئي. ناروغ به د سفلې او علوې اطرافو غیر ارادې ثابت حرکات ولري چې د خوب په وخت کې له منځه خې. (په پنجو خې او لاسونه یې تاؤ شوي وي مګر زکاوت یې نارمل وي.

۳: Cerebelum ناروغ به، nystagmus، ګنګسيت او غير منظم رفتار لري. منتشر افت: - چې د طولاني انوكسيا، منتشرې خونريزې او Encephalitis له کبله منځته راخي.

الف: د عضلاتو نورمال الاستيکيت له منځه خې.

ب: په مأۋه مفصل کې Land pipe sign حرکات سره Passine مشت وي.

درملنه: - ۱/۳ ناروغان د Sever CP ناروغان دي چې قابل تداوي ندي. ۱/۳ یې بدون د تداوي هم نسه کېږي او ۱/۳ ناروغان د منظم تعليمي تمریناتو ته اړتیا لري.

د اورتوبېیدي مداخله داده چې دغه ناروغان باید وکړئ او خپل ژونډ په درست ډول سره تير ګړي. د دي لپاره باید د Contractures خخه مخنيوي وشي او که منځته راغلي وي باید د جراحې درملنې پوسيله اصلاح شي.

د Contractures د مخنيوي لپاره باید ميزابه، بريس، او Caliper خخه کار اخیستل کېږي او درملنه یې د مختلفو میتودونو پواسطه ترسره کېږي چې په لاندې ډول دي.

.Aschillis tendon lengthening : ۱

.Apponeurectomy : ۲

۳: Myomectomy او Quadreiceps) V-Plasty او Gastricneumus عضلاتو اجرأ کېږي).

.Tenotomy (Hip joint) :۴

:Indications په CP ناروغانو کې د جراحی مداخلې

.Fixed deformity :۱

. ۲: چې Conservative درملنې نتجه ورنه کړي.

.Secondary complications :۳

.Bone deformity :۴

Bone Tumors

د هډوکو تومورونه په دوه ډوله دي:

۱: د هډوکو سليم تومورونه (Benign Tumors)

۲: د هډوکو خبيث تومورونه (Malignant Tumors)

سليم تومورونه زياتره په ماشومانو او خوانو خلکو کې ليدل کېږي ولي خبيث تومورونه زياتره په زړو او سپین بېرو خلکو کې ليدل کېږي. یواځۍ Ewing Osteosarcoma او خبيث تومورونه دي چې په ماشومانو کې ليدل کېږي. په لاندې جدول د تومورونو تقسيم بندې درج شوېده.

Cell type	Benign	Malignant
1: Bone.	1: Osteoma.	1: Osteosarcoma.
2: Cartilage.	2: Chondroma.	2: Chondrosarcoma.
3: fibrous tissue.	3: osteochondroma.	3: Fibrosarcoma.
4: Marrow.	4: fibroma.	4: angiosarcoma.
5: uncertain.	5: haemangioma.	5: malignant cell tumor.
	6: gaint cell tumor.	

کلینیکي بنه او اعراض او عالیم:- په توموري پېښو کې درد هغه وخت مینځته راخی چې کله تومور بنه نشونما وکړي او شاوخوا عصبی نسج باندې فشار راوړي. خپله تومور د تروما له کبله مینځته نه راخی مګر د تروما سره ګوم تومور مخ شي نو دیره سریع نشونما کوي. همدا وجه ده چې ورته ویده لیوه ویل کېږي او هیڅکله هم زیات تماس ورسره ونه شي.

په هدوکو کې د تومور له کبله تمرینات زیات او کورتیکس نری کېږي نو خکه د عادی تروما سره يا بغیر د تروما نه Spontenousfractures مینځته راتلای شي.

تشخيص (Diagnosis)

۱: تاریخچه:- بنه تاریخچه مونږ د تومور تشخيص ته رسولای شي.

۲: فریکي معاینه (Physical Examination):- په فریکي معاینه سره د تومور موقعیت، قوام، خلپی، تحرکت، جسامت او سطحه کتل کیدای شي. همدارنګه د ساده ایکسراپی، Bone CT scan او Metastatic MRI او MRI scanning هم د تومور په هکله پېر معلومات راکولاي شي. د MRI پواسطه د تومور برخې هم په نښه کېږي. قطعی تشخيص پې د Biopsy پواسطه اجرأ کېږي چې په خو طریقو سره اجرأ کېږي.

.الف :Needle biopsy

.ب :Incisional Biopsy

.ج :Excisional biopsy

تفريقی تشخيص (Defferential diagnosis)

.۱.Hematome :

لکه Infection : ۲ Non Bone formation :-Chronic osteomelitis

لري Sequester

Myositis ossificans : ۳
په ماشومانو کې د Active فشار پواسطه په عضلي نسج کې عظمي
نسج مینځته راخې.

.March fractures لکه Stress Fractures : ۴

.Rekits : ۵

: ۶ Gouty arthritis او نور.

درملنه:- د تومورو نو جذری درملنه په درو مرحلو کې خپل کېږي.
۱: لوړۍ مرحله Low grade sarcoma او Intracompartmen چې پدې کې
ډولونه شامل دي. Extracompartment

.High grade sarcoma دویمه مرحله

دریمه مرحله چې پدې مرحله کې Sarcoma میتاستازیس ورکړی وي.

او س پوبنته داده چې په کومه مرحله کې باید جراحی عملیه ترسره شي؟

لوړۍ مرحله مونو Excision کولای شو یعنې تومور ایستلاي شو. په دویمه مرحله کې د طرف قطع
کول Ampotation استطباب لري او په دریمه مرحله کې چون تومور میتاستازیس ورکړی وي نو نه
او نه هم امپوتیشن استطباب لري. Excision

Benign tumors of the bone

د هیوکو خلور سليم تومورو نه په لاندې ډول دي.

۱.Osteoma : ۲.Osteochondroma : ۳.Chondroma : ۴.Osteoclastoma .

Osteoma : ۱- د هډوکو یو مدور سليم تومور دی چې زیاتره په اوږدو هډوکو کې مینځته راخي خو، ګيدای شي چې په پلنو هډوکو کې هم مینځته راخي لکه د قحف هډوکي. قوام بي کلک او منشائی کورتیکل او یا Concellious (اسفنجي) هډوکي دي.

اعراض او علايم: دوامداره درد او ده ماغي ناحيې پرسوب موجود وي.

تشخيص: د ساده راډيوګرافۍ پواسطه ترسره کېږي.

درملنه: د جواحي عمليات پواسطه د تومور جذري ايسټل دي.

Chondroma : ۲- دا تومور غضروفې منشائلي او زیاتره د پښو او لاسونو ترمنځ په کې لیدل کېږي او په دوه ډوله دي. Phalanxes

الف: **Ecchondroma:** - زیاتره د هډوکو په خارج طرف کې نشوونما کوي او زیاتره په لاسونو، پښو او پلنو هډوکو کې لیدل کېږي لکه Illiacum او Scapula.

ب: **Enchondroma:** - په داخل د هډوکو کې يعني د هډوکو په مېډولا کې نشوونما کوي. دا تومور د پښو او لاسونو په هډوکو کې لیدل کېږي او سبب د دې کېږي چې وه پرسېږي او کاريکس نري کېږي. پدې ډول تومور کې پتالوژيك کسرونه ډير لیدل کېږي. دا تومورونه کله کله په تحول کوي. په غتو هډوکو کې نسبت ورو هډوکو ته زيات لیدل کېږي. **Chondrosarcoma**

درملنه: - درملنه یې د تومور ايسټل دي او پاتي ساحه د Cement او یا Bone graft په نامه د یوې مادي پواسطه ډکېږي.

Osteoid osteoma : ۳- یو سليم تومور دی د Skull نه علاوه په نورو هډوکو کې هم لیدل کېږي.

Osteochondroma : ۴- دا د وړکتوب د دورې معمولترین سليم تومور دی. د Epiphysis څخه منشائلي او د هډوکي د نشوونما سره سم تومور هم نشوونما کوي. او د یوې ساقې په ډول خارج او په

هليوکي کې وئي. كله كله نوموري تومور Osteosarcoma ته تحول گوي. دا تومور د Exostose په شكل او با هم د Single Exostose په شكل ليدل گيري.

اعراض او علايم:- د كلينيك له نظره درد او د هليوکي پرسوب تر بندونو پوري موجود وي همدارنگه پتالوژيک كسرونه هم ليدل گيري.

تشخيص:- د ساده راديويگرافى پواسطه او لاندى نبىي پكى ليدل گيرى.

الف: غيرنورماله وده او يا Exostose موجود وي.

ب: دغه غير نورماله برخه په هليوکو کې نسبت غضاريفو ته زياته بارزه وي.

درملنه:- د ضرورت په وخت کې تومور ايستل گيرى.

٤: Osteoclastoma:- د كھولت د دورى سليم تومور دى خصوصاً هغه بسخى چى عمر يېد ٢٠-٤٠ كلى ترمنځ وي زيات عموميت لري. دير وخت خبيث شكل اختياروي، دويىي له لاري نورو ځایونو ته ميتاستازيس ورگوي. په لاندى برحبو کې دير عموميت لري.

١: د فيمور په سفلې نهايت کې.

٢: د تيبيا په علوى نهايت کې.

٣: د راديوس په سفلې نهايت کې.

٤: د هيموروس په علوى نهايت کې.

دا تومور د ميتافيزيس خخه منشأ اخلى او په اخر کې بند ته خان ته رسوي. لومپى د ميتاستازيس مرکز يې سېرى دى.

اعراض او علايم: - درد او پپ سوب د تومور په ساحه کېي حس کېي. همدارنگه پتالوژيک کسرونه هم ليدل کېي.

تشخيص: - په ايسکرسې کېي د هليوکو تخرييات او د کورتيكس تخرييات ليدل کېي او تخرييات تر بند پوري د ليدلو وړ دي.

درملنه: - مه چېږي د کلاويکل او یا تيبيا هليوکي اخته شوي وي نو یو قسمت د هليوکي او یا مکمل هليوکي باید Resection شي.

که هليوکي لکه فيمور چې د هغه ايستل ناتواناني رامنځته کوي نو او Bone graft Curretage بايد یوځاي اجرا شي. د عود چانس زيات دی نو امپوتيشن ته کله کله ضرورت پېښېري. که بند له منځه تللى وي نو د فلزي Prosthesis خخه باید کار واخنيستل شي. راديوترابي او شيموترابي هم کله ګټه لري.

د هليوکو خبيث تومورونه Malignant tumors of the bone

د هليوکو خبيث تومورونه عبارت دي له:

.Osteosarcoma : ۱

.Chondrosarcoma : ۲

.fibrosarcoma : ۳

.Ewing tumor : ۴

.Multiple myloma : ۵

.secondary metastatic tumors : ۶

Osteosarcoma : ۱ - د ماشومتوب او کھولت د دورې معمول تومور دی خصوصاً هغه ماشومان چې عمر يې د ۱۰ کالو په شاوخوا کې وي ليدل کېي. او په لاندې څایونو کې عموميت لري.
الف: د هيمازوس او تيبيا په علوې نهايت کې.

ب: د فیمور او راپیوس په سفلی نهایت کې.

د میتاfibزیس د قسمت خخه شروع، د وینې د دوران له لارې سرو او بعضی وخت نورو هډوکو ته انتشار کوي.

اعراض او علایم:

۱: درد او پېسوب موضعی وي او تدریجاً اضافه کېږي.

۲: منتشر ضخیموالی د بند په مجاورت او د هډوکو په سفلی نهایت کې لیدل کېږي.

۳: پوستکی د تومور د پاسه تور وي نسبت نورو څایونو ته ځکه چې د تومور د پوستکی د پاسه موجود وي. Vascularization

تشخيص:- بهه تشخیصیه تکی د ایکسرې له نظره عبارت دي له:

الف: د میتاfibزیس د تخریب له کبله د هډوکی نامنظموالی.

ب: د کارٹیکس تخریب په یو یا خو څایونو کې.

ج: د Codman's triangle په شکل کې مثلث ډوله تخریبات.

د: Sun rays burst په نامه شعاعی ترسیبات په هډوکی کې لیدل کېږي.

۲: او بایوپسی پواسطه هم تشخيص وضع کېږي.

که چیرته تشخيص مشکوک وي نو لاندې تکی تشخيص تأیدوی.

۱: په جلد کې د رنګ بدلون.

۲: د ساحي له پاسه Vascularization لیدل کېږي. باید ووايو چې که چیرته په ساحه کې پورته یاد شوي نقاط ولیدل شي نو ټکله توموردي.

درملنه:

۱: که تومور میتاستازیس نه وي ورکپی نو انتخابی تداوی یې امپوئیشن دی (Disarticulation) یعنی د مفصل سره د هلهوکی لیری گول دي.

۲: که تومور میتاستازیس ورکپی وي نو بیا د امپوئیشن سره سره رادیوتراپی او شیمودرایبی هم باید تر سره شي.

د درجو له نظره درملنه:

۱: A-1 یعنی Excision Low grade باید ترسره شي.

۲: A-II یعنی Excision+Ampotation High grade باید ترسره شي.

۳: B-II یعنی Disarticulation پدې حالت کې باید Metastatic stage ترسره شي.

۲: Chondrosarcoma :- دا هلهوکو خبیث تومور دی چې د غضاریفو خنده منشأ اخلي. ۲۵٪ په پښو کې اسکلیتی سیستم اخته کوي. د هر عمر خلک متأثیره کولای شي خو، نسبت ماشومانو ته په لویانو او زړو خلکو کې زیات عمومیت لري او زیاتره محوري هلهوکی یا Axial skeleton زیات اخته کوي.

Chondroma -:Classification and grading دوه ډوله لري.

الف: مرکزی کاندروسارکوما چې په داخل د هلهوکی کې پیدا کیږي لکه د تیبيا، فیمور او نورو.

ب: محیطي کاندروسارکوما:- هغه تومور چې د هلهوکو د قشر خنده منشأ اخلي لکه د هیپ او سکروم هلهوکی.

تومور اساساً د عضلاتو او اوتارو په ارتکازی ساحه کې تشکل کوي.

: (Grades) درجي

۱: Grade - اور وده کوي او د میتاستازیس لړ او یا هیڅ وړتیا نه لري.

Grade-II and III : ۲:- سریع وده کونوکی او لې تفریق پذیر دی. دا هم کله مجاورو غرو ته میتاستازیس کوي.

Grade-IV : ۳:- د غیر تفریق پذیره حجراتو لرونکی دی او په شدید ډول باندې د میتاستازیس ورتیا لرونکی دی.

نوموری تومور په عمومي ډول په حوصله او اوړه کې وده کې او نشونما کوي. همدارنګه نور خایونه د بازو (مت) او پښې د هلوکو د میتافیزیس او ډیافیزیس خخه عبارت دي. همدارنګه خینې وخت د قحف قاعده هم پړې مصاپیری.

کلینیکي بهه:- ناروغ متوسط عمر لري، ناروغ درد او د همدغه تومور په ساحه کې د پرسوب خخه شکایت کوي. د پتالوزي له نظره په تومور کې Calcification Cystic نقاط او لیدل کېږي چې د همدې او صافو له مخې د نورو تومورونو خخه تفریق تشخیص کېږي.

تشخیص:

۱: رادیوگرافی.

.CT scan and MRI : ۲

.Biopsy : ۳

۴: د اړتیا High anaplastic tumor د معلومولو لپاره د Immunohistochemistry پېښېږي.

اسباب:- اکثراً سبب یې معلوم نه وي خو، ناروغ شاید د Enchondroma او یا هم د Chondrosarcoma تاریخچه ولري. په لړ تعداد خلکو کې په ثانوي ډول Osteochondroma او Ollier disease Maffuci syndrome خخه وروسته مینځته راخي.

درملنه:- د نوموری تومور درملنه په دوو فکتورونو پوري اړه لري.

۱: د تومور موقعت.

۲: د تومور تهاجمي قدرت.

که چېري تومور ناروغ په تکلیف کړي نو radical incision او Bone graft باید ورته اجرأ شي. د طرف قطع کولو خخه ډډه وشي. انتخابي درمنه بې امپوئيشن دی. اوس که تومور حوصله په افت اخته کړي نو د حوصللي د هډوکو امپوئيشن اجرأ کوؤز چې د Hemi pelvectomy په نوم یادېږي او دوه ډوله لري.

الف: external hemipelvectomy نيمائي حوصله د ليګ سره قطع کېږي دا د Hind quarter amputation پنوم هم یادېږي.

ب: Internal Hemi pelvectomy نيمائي حوصله ليري کېږي خو ليګ سالمه پاټه کېږي.

انزار: د ناروغۍ انزار په دې پوري اړه لري چې تومور خومره ژر کشف شوي او تداوي شوي دي. نسبتاً Low grade غیر تهاجمي تومورونو لرونکي خلک د ۵ کالو خخه زيات عمر لري او د High grade تهاجمي تومورونو لرونکي خلک خلورمه برخه د ۵ کالو خخه زيات عمر لري. په راتلونکي کې تومور د عود زيات چانس لري.

۳: Fibrous connective tissue tumor انساجو د هډوکو یو خبيث تومور دی چې د Fibrosarcoma څخه منشأ اخلي. د نورو تومورونو سره فرق لري. دا تومور یو Infantile fibrosarcoma دی چې له کلنۍ نه په کم عمر کې ليدل کېږي او چټکه وده کوي. او بل adult fibrosarcoma دی چې د ۱-۵ کلنۍ په عمر کې ليدل کېږي او ډيره بطی وده کوي. زياتره په Lower leg او arm کې ليدل کېږي.

اسباب: سبب بې معلوم ندي خو، جنيتيك فكتورونه پکې رول لري.

اعراض او علايم: د کتلې په ساizer او انتشار پوري اړه لري.

۱: درد هغه وخت منځته رائخي چې د تومور د عصب د فشار لاندې راوستو مرحله وي.

۲: ګوپیدل (Limipness) چې په مې او لينګيو، پښو او لاسونو کې تومور منځته راغلي وي.

تشخيص:

۱: ساده راډیوگرافی د تومور موقعیت، د هپوکی تخریبات، انتشار او وسعت بسکاره کوي. همدارنگه په راډیوگرافی کې New bone formation لیدل کېږي او هیڅکله موجود نه وي چې د همدې او صافو له مخې د Osteosarcoma سره په تفریقی ډول تشخيص کېږي.

۲: MRI:- دا د تومور موقعیت، انتشار او وسعت رابسي.

۳: Ct scan:- دا په افقی او عمودي ډول اخیستل کېږي.

۴: Bone scanning:- دا هم کتله بنېي خو، د کسر او انتان فرق نه شي کولای.

۵: Biopsy:- دوو طریقو ترسره کېږي. یو په Incisional ډول او بل په Radical ډول.

۶: Complet blood count:- دا معاینه په خپل خان کې Blood chemistry رانګاري.

Stage of tumor:- دووه ډوله ستیجونه لري.

۱: Localized stage چې په هماګه ساحه کې وي.

۲: Metastatic stage چې د بل خای خخه راغلي وي.

درملنه:- د تومور درملنه په لاندې شیانو پوري اړه لري.

۱: عمر.

۲: د ناروځۍ پراختیا.

۳: د ماشوم په زغم.

۴: ستاسو په نظر او خړګندونه.

۵: How your child physician expects the disease may progress.

انتخابي درملنه بې امپوتيشن دی. د بعضي غرو امپوتيشن نه کېږي د هغې به کوؤ او وروسته بې د راډيوترابي او شيموتراپي لاندې نيسو.

شيموتراپي په خلورو لارو کيداي شي.

Pills : ۱

Injections (IV/IM) : ۲

. IV : ۳

. Intra thecally : ۴

- ناروغ ته روحي، فزيکي او وظيفوي شرایط برابرول خکه دغه کسان هميشه متأثريه وي.

- له انتان، د درملني له اختلاطاو او د جانبي اغيزو څخه مخنيوي کول.

انزار:- د ناروغني انزار د ماشوم په عمر، د کتلي په ساينز، وسعت، انتشار، د تداوى په مقابل کې خواب او په تداوى کې د نوو اكتشافاتو پوري اړه لري.

- دا هم د Osteoid ostema په شان دی مګر ساينز بې غټه دی او انزار پې خراب دي. معمولاً په ۱۰-۲۹ کلنۍ کې منځته راخي. که په فقراتو کې منځته راشي Paraplegia ورکوي او تشخيص بې د Bone scan پواسطه کېږي.

- د هدوکو يو سليم تومور دی چې علت بې معلوم ندي. دا تومور د هدوکو په کې ليدل کېږي او يو نادر تومور دی. نوموري تومور په لاندې هدوکو کې ډير ليدل کېږي.

۱ : مخذ (Femor)

۲ : د ټبیا علوی برخه.

۳ : د هیموروس علوی برخه.

نوموری تومور په خباثت باندې د بدليدو ليواليا لري.

كلينيکي اعراض او عاليه:- درد، پرسوب، Crepitation.

راديوگرافی:- په ايڪسروپ چې د صابون د خګ يا بالون په شکل خيال ورکوي يعني As a ballon or bubble swab.

درملنه:

.Swab resection : ۱

.Bone cement or bone graft : ۲

۳: که شاخوا ته يې ميتاستازيس ورکړي وي نو امپوتيشن اجرأ کېږي.

- دا یو خبيث تومور دی چې د هډوکې د مغز خخه منشاً اخلي او زياتره Ewing tumor کې ليدل کېږي. Humeros Femor

د اوستیوسارکوما په خلاف Ewing تومور د هډوکې د ډيافيزيس په برخه کې مينځته راخي. دغه تومور نرم او پوست وي او د تومور په اطرافو کې Vascularization ليدل کېږي. نوموری تومور په تدریجی ډول غتیږي او د هډوکې تخریب مينځته راخي. د وینې د جريان پواسطه س BRO او حینې نورو هډوکو ته انتشار کوي.

كلينيکي اعراض او عاليه:

الف: موضعي درد او پرسوب د اوپدو هډوکو له پاسه (يه خانګړي ډول د هډوکې په تنه کې).

ب: د تومور د پاسه د جلد تودوالۍ د نورو برخو په پرتله زيافت وي.

پتالوژي:- دغه تومور پخپله څمکه نبستي وي، د هډوکې د مغز د نسج په شان Lobulated وي، د هډوکې د مغز د نسج Jelly ته ورته رنګ غوره کوي. سنجابي يا Gray رنګ لري او که وينه بهيدنه پیدا شي نو سوراخن

رادیو گرافی:

۱: د هپو کی تخریب.

۲: Onion peel Appearance یا د پیاز د پوستکی پشانه منظره (د پیربوست لاندی د نوو هاپو کو جوریدل د پیاز د پوستکی په شان بنه لري).

۳: د سبرو په رادیو گرافی کې میتاستاتیک برخې لیدل کېږي.

۴: د هپو کو رادیو ایزوتوب CT scan کې د توموري برخې د پاسه د ایزوتوب مادې جذب زیات وی.

تفريقی تشخيص:

۱: خرنګه چې پدغه تومور باندې اخته ناروغان تبه لوي نو باید نوموري تومور د Acut osteomyelitis سره تفريقي تشخيص شي.

۲: نوموري تومور د انتان او هیماتوما سره باید تفريقي تشخيص شي.

درملنې:

۱: انتخابي درملنې یې د امپوتيشن او Radiotherapy and chemotherapy څخه عبارت ده.

۲: که چيرې یې میتاستازيس نه وي ورکړي نو امپوتيشن د منلو وړ دي.

۳: رادیوتراپي هم د امپوتيشن په پرتله اغيزمنه ده او څینې وختونه د امپوتيشن په پرتله په څوانانو کې ورته ترجیح ورکول کېږي.

۴: شیمومترابي هم ګټوره ده.

انزار: - په دغه تومور اخته ناروغان د مرګ لپاره نوماند وي که چيرې سبرو ته یې میتاستازيس ورکړي نه وي نو د درملنې پوسیله یو خوکاله ژوندي پاتي کیدای شي.

- د هلپو کو د مغزو یو و ژونکی تومور دی چې په ځوانانو کې زیات پیښیږي. د هلپو کو د مغز د پلازما Plazma خخه سرچینه اخلي. د وينې د دوران له لارې د هلپو کو نورو برخو ته خپرېږي. کله چې ناروغ ډاکټر ته راخېي نو پتالوژیک ماتیدنې بې ورکړې وي په ځانګړې ډول د ملا په فقراتو کې.

هغه هلپو کې چې په دې تومور ډیر اخته کېږي په لاندې ډول دی.

.Skull : ۱

.Vertebra : ۲

.Ribs : ۳

د نورو تومورونو سره بې توپیر دادی چې پدغه تومور کې د نورو هلپو کو جوړیدنه نه رامنځته کېږي.

کلینیکي اعراض او علايم:

۱: ډېر کله تومور په ځوانانو کې په منځني منګ کې رامنځته کېږي.

۲: نآرامي، عمومي او موضعی درد په یو اویا خو ځوانانو کې موجود وي.

۳: په ناروغانو کې د ملا درد او د قص يا ستئنوم د هلپو کې درد موجودوي.

۴: ناروغ خائف او انيميک وي.

۵: د اخته هلپو کو د پاسه حساسیت موضعی وي خو، پرسوب او deformity ترڅو چې پتالوژیک

ماتیدنې نه وي رامنځته شوي نه ليدل کېږي.

تشخيص:

الف: راديوگرافی:

۱: Trans radiance په ګن شمير دېرو کمو خایونو کې په خانګړي ډول په هغه هډوکو کې چې
د خخذ د هډوکي علوی نهایت او د هیمورس هډوکي).

۲: د توموري هډوکي د پاسه د ایزوتوپ مادې جذب زیات وي.

۳: د هډوکو د زیانمن کیدو په صورت کې د کارٹیکس نري کيدل.

۴: که چیرې تومور د ملا په فقراتو کې وي نو د Pedicle یوه سترګه به ړنده بنکاري چې دیته Pedicle sign positive

ب: لاپراتواري ګتنې:

۱: Microcytic anemia .

۲: د ESR لورېدل او د Ca^{++} زیاتوالی او د Alkaline phosphatase کموالی موجود وي.

۳: په تشومتیازو کې به Bence jones protein موجود وي.

تفريقی تشخيص:

۱: د اوستیوسارکوما سره (د نوو هډوکو جورېدنه پکې وي).

اختلالات:

۱: پتالوژیک ماتیدنې.

۲: Pancytopenia .

۳: Amyloidosis .

۴: د اعصابو تر فشار لاندې راوستل.

تداوی: Rx

۱: رادیوتراپی.

۲: شیمودرایپی.

Bone Cement :۳

اخذ لیکونه (Reference)

- 1- Churchill livingstone Clinical orthopedic examination Ronald merae fifth edition (2004) chapter 5 pp- 74- 87
- 2- Churchill Livingstone Elsevier M cre Ronald Esser Max Practical fracture treatment 5edition Chapter (2008) 7pp-153-160.
- 3- J.C: Outline Adams of fracture including joint injuries 8 edition church inn Livingston. (2007 Chapter 11 pp-85.
- 4- Journal of Arthroplasty and Arthroscopic Surgery Vol.13 No.3 2002 pp-153-157.
- 5- Lawrence W.WAY Current surgical Diagnosis and Treatment Edited By Edition (10) M chill raw. Hill Medical Publishing .Division 1994 chapter 43 pp-10075.
- 6- Louis Solomon Agarhm Apleys concise system of orthopedics and fruetor butter worth heimann ltd Linacre house jordel hill oxford ox2 first edition 1994 Louis Solomon David J. Warwick selvadurai Nayagam. (EICHTH) EDITINN Chapter 24-pp 596-604
- 7- Loves and Bailey shart practice of surgery Mann. Rrssell edition 21th (ELBS) 1988 chapter 14 ppp-308-311.
- 8- Michael k.d Benson Children is Orthopedics and fractures edied by john afixsen Malcolm fmaclicol Klaus parsch (churchall Livingstone) second edition. 2004 chapter 34 pp-616-619
- 9- Mihran.o. Tachdjien. M.S.D pediatric orthopedic W.B.S Aunder company Philadelphia-Loldon.Toronto Valume2 chapter8 (1974) pp-1566.
- 10- Principles of fractures and Dislocation illustrated 2 Edition chapter 4 (2000) pp-110.
- 11- Rock wood and green fractures volume1 1994 pp-509-511.
- 12- Snell Richards MD PHD Emeritus professor of Anatomy George Washington university school of medicine and health sciences Washington DC 1995 fifth edition chapter9 pp-454

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to German Committee for Afghan Children and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,
Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2013

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 116 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

"Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge"

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective

subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the situation of the country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and Public Health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 116 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It is to be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

All published medical textbooks can be downloadable from www.ecampus-afghanistan.org

The book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is mentionable that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or authors to in order to be corrected in the future.

We are very thankful to German Aid for Afghan Children its director Dr. Eroes, who has provided funds for this book. To be mentioned in Past two years he also Provided funds for 20 medical textbooks which are being used by the students of Nangarhar and others medical colleges of the country.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past three years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy

Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai as well as the chancellor of Nangarhar University Dr. Mohammad Saber for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published. At the end I appreciate the efforts of my colleagues in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, March, 2013

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

د لیکوال لنډه پیژندنه



پوهندوې دوكتور سید شال (سیدې) په ۱۳۴۱ لمریز کال د ننګرهار ولايت د سرخود ولسوالي د میرانو په کلې کې زیرېدلې دي.
لومړني منځني او ثانوي زده کړي یې سرخود ولسوالي د چارباغ صفا په مکتب او ننګرهار لیسه کې ترسره کړي دي.
په ۱۳۶۰ لمریز کال کې د ننګرهار پوهنتون د معالجوي طب پوهنځي ته د کانکور دلاري داخل شو.

په ۱۳۶۶ لمریز کال کې د نوموري پوهنځي خخه فارغ شو او د فراغت خخه وروسته تر ۱۳۶۷ لمریز کال د ننګرهار پوهنتون د طب پوهنځي په اناټومي دیپارتمنت کي د استاد په حیث مقرر شو.

وروسته په ۱۳۷۵ کال د کدر د ازمونې په بريالي توب سره په جراحی دیپارتمنت کي د نامزاد پوهنيار په حیث کدر کي شامل شو. نامزادی دوری په بريالي تيرودو خخه وروسته پوهنياری علمي رتبې ته ارتقا وکړه.

په ختیځ زون کي د اوږدي د بند د خلعي تداوى میتودونه د علمي خیړنۍ د سرته رسولو له امله پوهنملی رتبې ته ارتقا کړي. او بیا په ختیځ زون کي د عضد دهه وکړي د سفلې نهايې *Cross pining* *super Condalar* *ULNAR NERVES PALSY* د اخطلاطې پیښو فيصدې د علمي خیړنې د سرته رسولو له امله پوهندوې رتبې ته ارتقا وکړه.

فعلاً د پوهندوې علمي رتبه لري او د پوهنوالي علمي رتبې لپاره کاندید دي.

Book Name	Orthopaedics
Author	Dr. Said Shal Sayedy
Publisher	Nangarhar Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
Number	1000
Published	2013, First Edition
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children (www.kinderhilfe-Afghanistan) a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affaires of this publication have been supported by Afghanic (www.afghanic.org). The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 6200 241