Afghanic

Nangarhar Medical Faculty

Prof Dr Sharifullah

Physical Diagnosis & History Taking

ISBN 978-9936-633-01-8

Not For Sale

Physical Diagnosis & History Taking

فزيکي تشخيص او د تاريخچې اخيستنه

پوهاند داکتر شريف الله

١٣٩٦

نګرهـار طب پـوهنځی

فزيکي تشخيص او د تاريخچې اخيستنه

پوهاند داکتر شريف الله

پلورل منع دی

١٣٩٦

DVD's Version

فزيکي تشخيص او
د تاريخچې اخيستنه

پوهاند داکتر شريف الله

افغانيک
Afghanic

Pashto PDF
2017

Nangarhar Medical Faculty
ننګرهار طب پوهنځی

Physical Diagnosis & History Taking

Prof Dr Sharifullah

Download:
www.ecampus-afghanistan.org

بسم الله الرحمن الرحیم

فزیکي تشخیص او د تاریخچې اخیستنه

پوهاند داکتر شریف الله

د کتاب نوم فزیکي تشخیص او د تاریخچې اخیستنه

لیکوال پوهاند داکتر شریف الله

خپرندوی ننگرهار پوهنتون، طب پوهنځی

ویب پاڼه www.nu.edu.af

د چاپ کال ۱۳۹۶

چاپ شمېر ۱۰۰۰

ډاونلوډ www.ecampus-afghanistan.org

چاپ ځای افغانستان تایمز مطبعه، کابل، افغانستان

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

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تیلیفون ۰۷۵٦۰۱٤٦٤۰

ایمیل textbooks@afghanic.de

ای اس بي ان ۹۷۸-۹۹۳٦-٦۳۳-۰۲-۵

مننه

زه د ټولو ځآمنو د خاصی مینی له کبله چه د وطن د پوهنتونونو د طبي شاګردانو د علمي سویه د پورته کیدو او د ملي ژبې د لارزیاتې پیاوړتیا د پاره یې ښودلی ده، د زړه له کومې مننه کوم.

د وطن غریبو او بیوزلو افغاني خویندو او رونو په خدمت کې د زیاتو مرستو هیله مندیم

پوهاند ډاکتر شریف الله

د ۱۳۹۵ کال

د عقرب میاشت

ډالۍ (Didicated)

خپلې مېرمنې ته چې خپل ټول ژوند يې د کورنۍ په خدمت او د بچيانو په روزنه کې تیر کړي اهدا کوم.

To my wife who has spent all her time towards extension of services to home and in nurturing of the children

سريزه

په دي کتاب کي طبي زده کونکو ته لاربنونه شوي ده چي په څه ډول د ناروغانو سره ځان نژدي کړي او په زړه پوري طبي معلومات ورڅخه په لاس راوړي. او هم په کي د بيمارانو د خبرو اترو پروګرام. ورپسي بدني سيستمونو ته نظر اچول، د سيستمونو د اناتومي او فيزيالوژي او ورپسي د فزيکي معاينو د طريقو څخه ذکر راغلي په اخيره کي کلينيکي قضاوت او د ناروغانو د ريکارد او ترتيب څخه يادونه شوي ده.

له بلي خوا څخه مونږ په دي فکر کي يو چي طبي شاګردان تر دي وخته پوري د اناتومي او فيزيالوژي په برخه کي داساسي معلوماتو خاوندان دي او دا کتاب د معلوماتو په برخه کي شاګردانو سره د مرستي په څير چي په څه ډول طبي اعراض سره ربط کړي او د بدن د معايني په وخت کي د فزيکي علامو په پوهيدنه ځان سمبال کړي.

په لومړي کي د طب زده کوونکي اکثره خپلي کلينيکي تجربي يو د بل پسي اجرا کوي او په دي شان خپل کلينيکي مهارت او پريکټس مخکي د مخکي څخه پر مخ بيايي.

له وطن نه د مهاجرت په وخت کي کله چي خپل ګران وطن ته راغلم د طب د پوهنځي د شاګردانو درسي حالت ډير مايوسه کړم او د ځان سره مي فيصله و کړه چي د پوهنتون د طب د پوهنځي د شاګردانو د درسي معيار د ښه کيدو په خاطر به داسي درسي کتابونه چي شل کاله د مخه چاپ شوي وو د دنيا د نوي درسي کتابونو د مرستي په وسيله د خپلي وسي او قدرت په اندازه ترتيب او چاپ کړم او په اخر کي به يي په وړيا توګه طبي شاګردانو ته وويشم.

په دي عزم کي مي يوه اندازه کاميابي په نصيب شوه يعني په 1380 هجري (2001 عيسوي) کال کي د طبي فيزيالوژي يو کتاب چي 519 مخونو کي چاپ شوي د چاپ د شخصي مصرف څخه مي وروسته د کتابونو يوه اندازه زياته برخه د ننګرهار د طب

پوهنځي او يو شمير نور د طبي فيزيالوژي کتابونه مي د کابل د طب د پوهنځي دويم صنف او په پيښور کي د افغان پوهنتون د طب زده کوونکو ته په وړيا توګه وويشل که خداي پري رضا شوي وي دا سلسله به د شرايطو او د بدن د انرژي تر وسه پوري روانه وي.

د مهاجرتي ژوند په دوره کي مي د طبي فيزيالوژي څخه وروسته يو بل درسي کتاب چي فيزيکي معايني او د تاريخچي اخيستنه په نوم ياديږي چاپ کړلو که خداي کول په دي نژدي وختو کي به يي د بل کتاب په څير په مجاني شکل افغاني طبي شاګردانو ته وويشم.

پوهاند شريف الله د ننګرهار د طب

پوهنځي او د فيزيالوژي پخواني شف

لړلیک

بسم الله الرحمن الرحيم

لمړی څپرکې

(CHAPTER 1)

د معاینه کوونکي پوښتنې

(THE INTERVIEWS QUESTIONS)

عمومي اساسات (Basic Principles): د ناروغانو د ښې ستاتنې او طبي تدبيرونو د پاره د ناروغ سره د علمي او په زړه پوري رابطې پيدا کولو اساسي او ضروري کار دي دا يو منل شوي حقيقت دي چي د ناروغ سره د ښې او نژدې اړيکې ټينګول د هغوي د اعراضو په کميدو او هم يي د روحي فشار او خفګان د کميدو سبب کيږي چي د دې ښې اړيکو په ساتلو سره معاينه کوونکي يا ليدونکي د يو څو دقيقو په تيريدو په زړه پوري معلومات تر لاس کوي يعني معاينه کوونکي د ناروغ د مريضې په شاوخوا او د هغې د څرنګوالي په هکله رڼا اچوي چي د راتلونکي ناروغانو د تداوي او تعقيب په برخه کي ورڅخه په زړه پوري معومات په لاس راځي معاينه کوونکي د خپلې ليدني او کتني پر وخت د ناروغ د اجتماعي اقتصادي او کلتوري فکتورنو په اړه سم معلومات و لري او د ناروغ سره د هغه د مريضۍ او د تداوي په پلان او يا که چيري د هغوي د خوي يا مزاج د تغيراتو په اړه د بل فني شخص سره د مشوري (Counseling) ضرورت وي تر سره کيږي.

دا بايد په پام کې و لرو چې ژبه د مريض او ډاکتر تر منځ د طبي تشخيص ډيره مهمه برخه ده يعني که چيري د ناروغ سره په ساده او د دوي په ژبه پوښتني وشي ښايي د تاريخچي څخه کافي او په زړه پوري معلومات تر لاسه شي چي د ناروغۍ په تشخيص کي ور څخه ډيي اسانتياوي منځ ته راځي کله چي د ناروغ سره ښې اړيکي و نيول شي نو په آزاده توګه ور څخه پښتني کيداي شي او په دي توګه دا کار د طبي تشخيص په تثبيت کي ډيره مرسته کوي کله چي د معاينه کوونکي او ناروغ تر منځ د ژبي ژباړونکي ته اړتيا وي بايد داسي ژباړونکي چي د طبي اصطلاحاتو سره اشنايي ولري په ګوته شي او که په ځينو وختو کي د ژبي ربړه هم نه وي د کلچر د تفاوت او ستونزو په اساس دي د ژباړونکي څخه کار واخيستل شي د ناروغ د خپلوانو د ژباړي پر وخت کيداي شي چي خپلوان ژباړونکي

د ناروغ وینا ته تغییر ورکړي او یا هم د ځنو ستونزو د شرحي او ذکر څخه د خپلوانو ژباړونکو په شته والي کي صرف نظر و کړي لکه د جنسي تاریخچي او ځنې نورو حالاتو پر وخت کي.

ډاکتران د ناروغ د ژباړي په وخت کې باید لاندینې خصوصیات په نظر کي و نیسي:

1. ژباړونکي د طبي اصطلاحاتو سره باید اشنایي و لري.
2. ژباړونکي د ناروغ سره همجنس او نږدي عمر ولري.
3. مخکي تر مخکي دي ژباړونکي سره مریض ته د نژدي کیدو په برخه کي خبري وشي.
4. د ناروغ د خبرو پر وخت باید ناروغ ته پاملرنه وشي نه ژباړي ته.
5. له ټکي په ټکي ژباړي د اوریدو څخه دي ځان وساتل شي.
6. د ژباړونکي څخه دي د ناروغ د ویري یا غوښتني په هکله پوښتنه و شي.
7. پوښتنه باید لنډه وی.
8. پوښتنه باید پیچلی نه وی.
9. شرح دي هم باید اوږده نه وي.
10. په پوښتنو کي باید که کیداي شي او ځینو نورو اصطلاحي کلمو د کارولو څخه دي ځان وساتل شي.

معاینه کوونکي باید په ډیره مهربانۍ او ښه سلوک د مریض څخه پوښتني و کړي نه د یو امر په توګه چي پرله پسي توګه ناروغ تر پوښتنو لاندي راوړل شي لومړي باید هغه څه چي په اسانۍ سره ویلي شي، پوښتنه وشي او په تدریجي توګه دي د درد ناکو برخو څخه پوښتنه وشي او همدارنګه باید په تولو خپلو مشاهداتو کي د ناروغ حالت او وضعیت د نظر لاندي و ساتي. ناروغ ته دي اجازه ورکړل شي چي خپله غوښتنه په خپلو کلمو کي څرګنده کړي پوښتنه کوونکي باید خپلي پوښتني لږي او ناروغ ته د خپلو څرګندونو لپاره زیات وخت ورکړل شي. که چیري تاریخچه واضح نوي پوښتونکي کولي شي چي د حادثي، وخت، ځاي او د ځینو نورو معلوماتو په برخه کي ورڅخه پوښتنه وکړي. کله چي

ناروغ ته ښه او په زړه پوي چاپيريال برابره شي ښايي ورځني ډير ګټور معلومات لاسته راشي.

دا هم بايد وويل شي چي ناروغانو ته هغه طبي کسان چي سپينه چپن ولري پر نورو غوره ښکاري او په اخره کي دا بايد زياته شي چي په زړه پوري مشاهده د مرض د تشخيص اساسي بنسټ دي چي بايد د ډير غور او پاملرني ځينی کار واخيستل شي.

اعراض او علامي (SYMTOMS AND SIGNS):

کلينيکي خلک بايد د مختلفو اعراضو او علامو سره اشنايي ولري د مرض اعراض د ناروغانو له خوا احساس او شرح کيږي لکه د نس ناسته خوابدي، د سيني درد او يو شي دوه ګوري (Double vision) او هغه شيان، چي د معاينه کوونکي له خوا وليدل شي د علامو (Signs) په نوم يادېږي. ځينو علامو ته اعراض هم ويل کيږي د مثال په توګه (Weezing) د ناروغ له خوا شرح يا احساس شي ليکن معاينه کوونکي هغه هم په غوږو اوري چي د علامي وصف لري.

د پوښتني کولو طريقه (CONDUCTING INTERVIEW):

د مرض د تشخيص عمليه د ناروغ د لومړني ملاقات څخه پيليږي چي معاينه کوونکي بايد مناسبي جامي يعني سپينه کرتي، چي د هغي د پاسه د معاينه کوونکي نوم او د وظفي حالت ليکلي وي چي د Badge Identification په نوم يادېږي چي د صحي خلکو د پيژندني لپاره ورڅخه کار اخلي. پوښتني کوونکي دي د ناروغ د لومړنۍ ليدني پر وخت د هغه نوم په ډير احترام اخلي او سلام دي پر واچوي او ځاي، نوم او وظيفه دي ورته وايي د مثال په توګه بايد وويل شي، چي د طب زده کونکي او يا ډاکتر يم او کله چي په دواړو لاسو ورسره ستړي مه شي وشي ناروغ نور هم زړورتيا پيدا کوي.

ناروغ ته د ورور، کاکا، ماما، ځواني خور، ترور او مور په شان کلمي چي د هغو د عمر سره اړخ ولګوي، نوم واخلي او که چيري د نوم په ويلو کي ستونزي وي ورڅخه پوښتنه و کړئ، چي تاسي خپل نوم څنګه تلفظ کوئ. کله ، چي ناروغ د مرکي په وخت کي د خپل

بستر د پاسه کیناستل وغواړي معاینه کوونکي باید د خپلو لاسونو په وسیله ناروغ ته د ملاستې د وضعیت څخه د ناستې حالت ته مرسته و کړي.

ناروغ اختیارمند دي چي په کوم وضعیت کي، چي هغه آرام وي اجازه ورکړل شي او که چیري د بستر په شاوخوا یي پرده موجود وي هغه باید کش یعني اوراه شي او کله چي د رادیو او یا د تلویزیون آواز پورته وي هغه باید د اجاري په صورت کي ټیټ شي، یعني معاینه کوونکي باید تر اعظمي درجي کوښښ و کړي، چي ناروغ د مرکي پر وخت آرام وساتل شي او د کومي ویري او ډار احساس و نه کړي.

مرکه یا مشاهده اخستونکي دي د چوکي د پاسه کیني او کوښښ دي وشي چي د مریض پر بستر د نساتي څخه ځان و ژغوري.

مشاهده اخیستونکي تل د ناروغ د کیسي کولو پر مهال خپله توجه د نوشتي لور ته اړوي او د ناروغ د کیسي طرز او د بیان شرحي د منظره په پام کي نه شي نیولي کومه چي د مشاهدي عمده برخه جوړوي او بیا د ناروغ او کله، چي مرکه پاي ته ورسیده او ناروغ کومه پوښتنه نه لرله مشاهده اخیستونکي د ناروغ څخه مننه کوي او ورته وایي ، چي تاسي زما سره ډیره مرسته و کړه او اوس راته یو څو دقیقي اجازه راکړي چې ځیني شیان پري ولیکم او که چیري په کومو برخو کي وضاحت پکار وي باید په دي وخت کي د ناروغ حخه پوښتنه وشي (نه د کیسي د بیان په وخت کي) او که چیري ناروغ د مشاهدي اخیستونکي باید ناروغ ته ووایي چي تاسي دا پوښتنه د ډاکتر څخه و کړي زه د طب محصل یم داسي نه چي تاسي ته غلط معلومات درکړم.

دویم څپرکي

(CHAPTER 2)

د ناروغ عمومي فزيکي معاينه

(GENERAL PHYSICAL EXAMINATION)

د ناروغ په فزيکي معاينه کي معاينه کوونکي د ناروغ ښى خواته ودريږي او ناروغ د نظر لاندي راوړي چي ناروغ مريضي بڼه لري او يا د روغ په شان په نظر راځي.

د ناروغ د معايني لومړى برخه د ډاکتر د معايني د اطاق د داخليدو څخه شروع کيږي او د مختلفو سامانونو د استعمال په وسيله چي په مختلفو سيستمونو کي صورت نيسي د دي طريقو د اجرا په وخت کي د لانديني سامانونو د استعمال څخه کار اخلي دا سامانونه د ستاتسکوب، د دفشار اله، او فتالموسکوپ او توسکوپ د لاس څراغ د عکسو څټک، توننګ فورک (چي په يوه ثانيه کي 128 اهتزازات لري) د اندازي فيته د ژبي فشار کوونکي تيغ يا خطکش تر ماميتر او تونو ميتر څخه عبارت دي.

ذکر شوي پورتني ټول سامان چي د مرض د تشخيص په مقصد ورڅخه کار اخلي بايد په خپله د شاګردان له خوا واخيستل شي.

عمر **(Age)**: د ناروغ عمر هم د اهميت وړ دي ځکه چي ځيني ناروغى لکه خبيثه (سرطاني) ناروغي د رګونو تشوشات لکه اتيروسکليروزس او يا د ترومبوزس حالت په زړو کي او (Wilmstumour) په ماشومانو کي عموميت لري.

جنس **(Sex)**: هم د مشاهدي په وخت کي په فکر کي وي ځکه چي ځيني ناروغي لکه هيموفيليا په ښځو کي نه ليدل کيږي برعکس د Raynud او Gout ناروغي اکثره په سړو کي په نظر رآځي په همدي شان Ankylosing Spondylitis او Branchogenic Carcinoma اکثره په سړو کي پيدا کيږي.

مخونه **(Faces)**: هم په ځينو ناروغيو کي وصفي بڼه لري لکه په کوشنګ سندروم کي مخ د سپوږمى په شان په همدي شان د مخ سوروالي په Polycytemia Heat Stroke په

Disseminated Lupus ، او د تبي په لوړو درجو، Poisoning, Mitral Stenosis Erythemathosis، د کاربن مانو او کسائید په تسمم، فامیلي او الکولیک خلکو کي د لیدلو وړ دي، زیړ رنګ په Jaundice او په Carotinamia کي او آبي رنګي مخ په سیانو زس کي په نظر راځي.

الوتي بڼه **(Pallor)**: کله چي د هموګلوبین مقدار په وینه کي کم شي د Anemia په نوم یادیږي او کله چي د ویني Reduced Hemoglobin په سلو کي پنځه ګرامو او یا د دي څخه لږ شي سیانوزس د لیدلو وړ دي چي د نوکانو، شونډو، ژبي او د پوزي په اخیر او د خولي مخاطي غشا کي په ابي ډول په نظر راځي.

محیطي سیانوزس **(Peripheral Cyanosis)**:

درګونو Vasoconstruction او ځني نور حالات چي د ویني دوران په رګو کي په ودریدو راوړي د لیدلو وړ دي لکه د یخنۍ سره مخامخ کیدنه یا د وریدي ویني د Stasis سبب شي، منځ ته راځي. محیطي سیانوزس کله چي بدن د ډیري یخنۍ سره مخامخ شي، ترومبوز او Vasomotor د زیاتي تنبه په اثر د Raynauds ناروغي پیدا کوي.

مرکزی سیانوزس **(Central Cyanosis)**:

کله چي وریدي وینه د شریاني ویني سره مخلوط شي پیدا کیږي او هم د اوکسیجن د نفوذ خرابۍ چه د سږو په مرضي حالاتو کي منځ ته راځي پیدا کیږي په همدي شان د زړه په ناروغیو لکه د ښي زړه د عدم کفایه او د زیاتي ارتفاع په وخت کي د اوکسیجن د کمښت په اثر منځ ته راځي.

د محیطي او مرکزي سیانوزس تفریقي تشخیص:

محیطي سیانوزس د یخنۍ له وجي پیداکیږي او مرکزي سیانوزس د زړه او د سږو د ناروغیو په اثر منځ ته راځي.

په محيطي سيانوزس کي همغه برخي يخي وي په مرکزي سيانوزس کي مرضي برخي ګرمي په نظر راځي.

کله چي د محيطي سيانوزس برخي ګرمي شي له منځه ځي او په مرکزي سيانوزس حرارت تاثير نه کوي. په محيطي سيانوزس کي لاسونه يخ وي او په مرکزي سيانوزس کي لاسونه ګرم وي.

زيړي: (Jaundice)

کله چي د سل سي سي ويني په سيروم کي د بيلوربين مقدار 2.5 ملي ګرامو څخه زيات شي په سترګو ليدل کيږي يعني د سترګو په Scleraکي زيړوالي او په همدي شان دژبي لاندي په مخاطي پرده او د بدن په پوستکي کي په نظر راځي.

اذيما (Edema): کله چي په بين لاخلالي (Interstitial) نسج کي زياته مايع ټوله شي د اذيما په نوم ياديږي په کلينک کي کله چي پړسيدلي برخه د 15-20 ثانيو د پاره د غټي ګوتي پوسيله د فشار لاندي راوړل شي د کوتي د لري کيدو په ځاي کي ژور والي چي د Pitting علامي په نوم ياديږي منځ ته راځي او د نيمي دقيقي د پاره دوام مومي چي د Pitting علامي اکثره د بدن په ښکتنۍ برخو او پښو کي د ليدلو وړ دي د لمفاوي رګو او هائپو تايرودېزم حالت کي Pittingنه ليدل کيږي.

(Clubbing): په دي حالت کي د نوکانو د قاعدي په برخه کي نرم نسجونه (Soft Tissues) پنډيږي او هغه زاويه چي د نوکانو د قاعدي او شاوخوا پوستکي تر منځ موجوده وي خرابيږي چي دري صفحي لري.

په لومړۍ صفحه کي د نوکانو قاعدوي زاويه خرابيږي په دويمه مرحله کي په پورتنۍ برخه کي نرم والي (Fluctuation) د زاويي په دواړو خواو کي پيداکږي چي د بل لاس د غټي ګوتي په وسيله جس کيږي او په دريمه صفحه کي Clubbing د ګوتو وروستۍ برخو ته د Drum Stick په شان منظره ورکوي. Clubbingد سږو په کانسر برانشکتازس د سږو

د ABCES، امفزيما، Fibrosing Alveoltis د Fallot په تيترالوژي، Crohn Disease, Ulcerative Clotis او د Bilianry Cirosis واقعاتو كي په نظر راځي.

Kolionychia: په دي حالت كي نوكان نرم، روښانه او د قاشقې په شان ليدل كيږي او په هغه انميا كي چي د اوسپني د لږوالي په اثر پيدا شوي وي د ليدلو وړ ده په همدي ډول په Plummer Vinson او په هغه خلكو كي چي صابون او Detergents زيات كاروي پيدا كيږي.

Splinter Hemorrage: په دي حالت كي واړه سره بخن، تورنسواري عمودي خطونه په نوكانو كي ليدل كيږي چي په Artial Myxoma, Siekel Cell Anemia, Acnee ، هيمورازيک تشوشاتو او Sub Acute Bacterial Endocaridits كي په نظر راځي.

Lymphnodes: د لمف د ګروپو مختلفي غدي د جس وړ دي لكه د غاړي شاتنۍ د ژامي لانديني د ترقوي هډوكو د پاسه تخرګونو او مغبني (Inguinal) برخو كی جس كيږي د تفريقي تشخيص په وخت كي هغه Lymphadeopathy چي په سفليس كي پيدا كيږي بي درده متشيره غدي د تبركلوزي حالت لمفاوي غدي يو د بل سره يو ځاي او ښايي چي د Sinus جوړښتونه په كي وليدل شي او په هوچكن ناروغي كي غدي لوي منتشره او الستكي خاصيت لري او د پړسوب په وخت كي غدي لوي او په دردناكه شكل وي.

د لوكميا په حالت كي غدي ډيرلوي او د بدن په دواړو خواو كي موجود وي او توري هم ورسره لويږي د چپي ترقوي د پاسه لمفاوي غدي (Virchows Gland) د معدي د كانسر په حالت كي د جس وړ دي.

Thyroid: د غاړي په برخه كي د تائيرويد غده د نظر څخه تيريږي چيپه موضعي او يا په منتشر شكل پړسوب لري او كنه د تايروئيد غده د قرت كولو په وخت كي پورته خوا حركت كوي چي بايد په نظر كي و نيول شي د غدي د معايني په وخت كي معاينه كونكي د ناروغ تر شا ودريږي او دواړو لاسونو بهګوتو د غاړي په قدامي خواكي غدي جس كوي چي لويه متناظر او يا نور كوم ابنارملتي لري او كنه د Toxic Goiter په حالت كي د

ستاتسکوپ پوسیله د غدي د پاسه Systlic Bruitاوریدل کیږي چي باید په نظر کي و ساتل شي.

تبه (Fever): تبه په لاندي حالتونو کي لیدل کیږي.

1. دوامداره (Continuous) تبه: د تبې په دي حالت کي په 24 ساعتو کي د بدن حرارت د نیمي درجي د فارن الهایت څخه ښکته او پورته نه ځي او هم هیح وخت نورمال حالت ته نه ښکته کیږي.

2. Remittent تبه: د ورځي په اوږدو کي که څه هم د حرارت درجه د دوو درجو څخه ښکته او پورته لاړه شي او خو بیا هم د بدن نارمل حالات ته نه رالوییږي.

3. Intermittent تبه: کله چي د ورځي په وخت کي تبه وروسته د څو ساعتو څخه نارمل حالت ته راښکته شي د Intermittent تبې په نوم یادیږي.

4. Quotidian تبه: کله چي په Intermittent تبه کي د ورځي اشتدادي حالت منځ ته راشي.

5. Tertian تبه: کله چي په یوه ورځ پس تبه کي اشتدادي حالت ولیدل شي.

6. Quartan تبه: کله چي تبه دوه ورځي پس تکرار وومومي.

7. Pel Ebstein Fever: د هوچکی په ناروغی که تبه د اوو ورځو په شاوخوا کي 102 – 103 درجي د فارن الهایت ته پورته کیږي او د یوي هفتي (اوو ورځو) په شاوخوا کي نارمل حالت اختیاروي.

دستون فقرات وصفي ابنار ملتي:

(Specific Deformity In vertebral Column)

Kyphosis: کله چي ستون فقرات د شاوخوا محدب شکل اختیار کړي یعني شایي و تلي بڼه ولري.

Scoliosis: کله چي ستون فقرات د یو یا بل اړخ په لور انحنا پیدا کړي.

Lordosis: څه وخت چي په ستون فقرات کي محدبیت په قدام کي موجود وي.

د پوست لاندیني افتونه چي د بدن د سستمیکي ناروغی یوه برخه جوړوي په لاندي ډول دي:

Heberdens Nodes: د هډوکو د بندونو په وروستیو برخو کي.

Erythema Marginatum: په دي حالت کي مرکزي واړه دایروي Nodule موجود وي چي واقعات یي په Osteo Arthritis کي د لیدلو وړ دي. سپین بخنه او شاوخوا یي ګلابي رنګ لي چي د سیني د پاسه او د بندونو د سطحي د Flexor په برخه کي د Rheumatic Fever په ناروغی کي د لیدلو وړ دي.

Erythema Nodosum: بي درده دایروي ناجیول په شان د پوستکي د لاندي د لیدلو وړ دي چي د سنجاق د سر په اندازه او یا د دوو سانتي مترو قطرو ترمنځ موجود وي چي د ځنګلو په خارجي سطحي او د یا د زني (Chin) د پاسه او یا د لاسونو او د پښو په خارجي سطح کي پیداکیږي دا ډول افت د روماتیک فیور په حالت کي په نظر راځي.

Hemorhagic Spots:

Petechial او Purpura Spots: هموارژیک سنجاق مانند خالونه په پوستکي کي لیدل کیږي چي د شیشي سلاید د فشار په وخت کي په سپین رنګ نه بدلیږي.

Echymosis: دا هم هموارژیک خالونه دي او جسامت یي د Petechiae څخه لوي دي.

Janeway's Lesion: واړه سره نسواري داغونو دي چي د لاسونو د ورغوو د پاسه په S.B.E کي په نظر راځي.

د پوستکي ابنارملتي (Skin Abonormalities) : د ناروغ د معاینې په وخت کي د پوستکي د لاندینو افتونو سره اشنایي ضروري ده.

Macule: د پوتسکي د سطخي سره برابر افت دي په دي افت کي يوازي د پوستکي رنګ بدليږي چي ښايي سپين، سور، ابي او يا زيړ رنګ ولري.

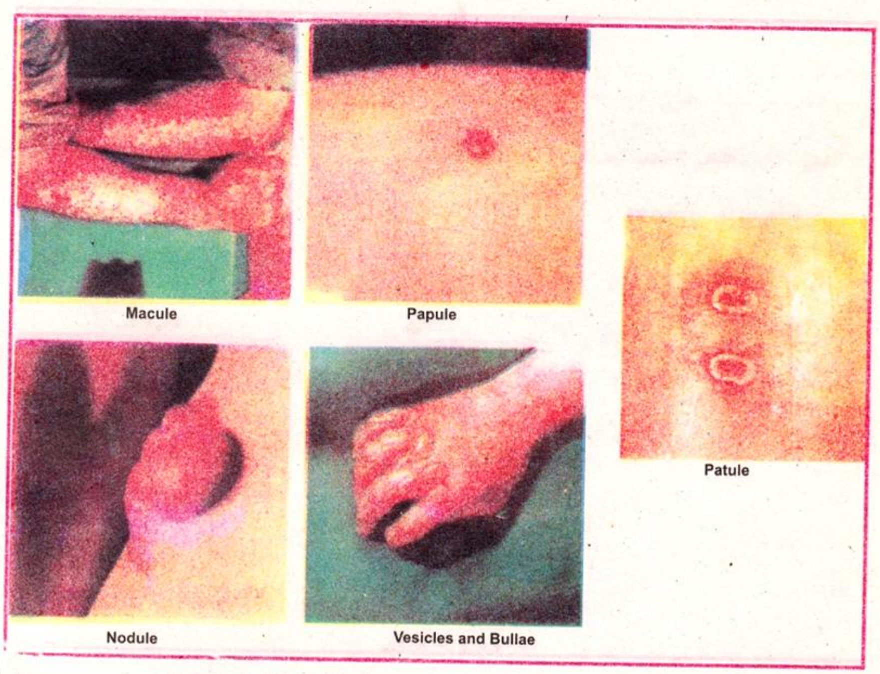
Papule: په دي وخت کي د پوستکي اپيدرمس يو څو ميلي متره په دايروي شکل پورته په نظر راشي.

Vesicle Bulla: په اپيدرمس کي د ننه مصلي (Serous) مايع ټوليږي چي زياتي حادثي د پوستکي د سوزيدو په حالت کي د ليدلو وړ دي.

:Pustule کله چي په Epidermis کي زوه (pus) راټوله شي لکه د واکسين پاستول.

Nodule: څه وخت چي التهابي حالت ټول پوستکي په پنډ او سخت شکل بدل کړي او په داخل کي نوي حجري نشوو نما و کړي د ناجيول (Nodule) په نوم ياديږي چي قطر يي اکثراً د يو سانتي مترو څخه لږ وي.

Tomour: د يوي سختي کتلي څخه عبارت دي چي قطر يي اکثراً د يو سانتي متر، څخه زيات وي.



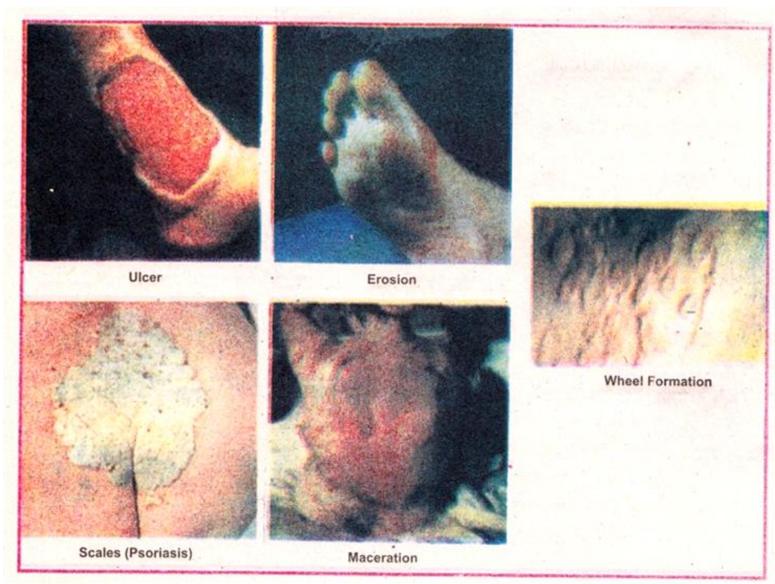
Wheal Formation: کله چي د پوستکي په Dermis طبقه کي د الرژۍ له کبله اذیما پیداشي او خارښت ولري په دي نوم یادیږي مثال یي Urticaria ده چي رنګ، اندازه او شکل یي زر زر بدلیږي.

Cyst: داحاطه شوي کاپسول څخه عبارت دي چي په داخل کي یي مایع ځاي لري.

نسجي نقصان Tissue Defect

په لاندي شکلونو سره په نظر راځي.

Maceration: د پوستکي د اپیدرم په خارجي طبقي کي د ځینو افرازاتو په وسیله نرمیږي.



Erosion: داپي درم د طبقي نسجي نقصان د Erosion په نوم یادیږي.

Ulcer: د پوستکي د ژوري برخي نقصان چي درمس یي هم نیولي وي دا ډول آفات د پوستکي د پاسه پیداکیږي.

د Scale جوړښت: په دي حالت کي د پوستکي اپي درمس د پاسه د Hornyد طبقو تراکم د Scale یا Squamal په نوم یادیږي لکه په Psoriasis کي.

Wheal: د یو بول یا پلک څه عبارت دي چي په درم کي د اوعیو د سیروم داره موادو څخه په حاد شکل منځ ته راځي لکه په Urticaria کي.

Vesicale: د پوستکي د تبارز څخه عبارت دي چي د مایع څخه ډک او قطر یې د یو سانتي متر څخه کم وي که په Small Pox کي.

Bulla: د ویزیکل په شان دي لیکن قطر یې لوي په نظر راځي لکه په دریمه درجه سوزیدو کي.

Fissure: د پوستکي د یو سوری څخه عبارت دي لکه په Chappingکي.

Scar: که چیري قرحه د درم طبقي پوري وسعت ولري او د کولاجن د ډیرښت په اثر په کي ښه والي پیدا شي د Scare په نوم یادیږي.

دریم څپرکي

(CHAPTER 3)

طبي تارخیچه

MEDICAL HISTORY

د ناروغ د سم تشخثیص د پاره دریو شانو ته ضرورت دي چي یوه یي مکمله تاریخچه دویم یي سمه معاینه او دریمه برخه یي د لابراتواري تجربوو څخه عبارت ده د مکملي تاریخچي په برخه کي لږ وروسته بیان کیږي د سمي معایني څخه یي په راتلونکو څپرکو کي یادونه شوي او لابراتواري معاینه یي د ناروغ د احتمالي تشخیص (Imperesion) په وخت کي چي د مرض په تشخیص کي معاینه کوونکي سره مرسته کوي اجرا کیږي.

طبي تاریخچه (Medical History): د ډاکتر له خوا د ناروغ شکایتونه په ترتیب سم او په مفصله توګه راټولول د طبي تاریخچي په نوم یادیږي دا شکایات یا اعراض باید یو په یو د پیل څخه بیا د ناروغ د اوسني ناروغۍ پوري په ترتیب سره او هم د همغي ناروغۍ تصادماتو او عملیاتونه، چي د ناروغ د اوسنۍ مرض سره رابطه لري جمع او ترتیب شي.

دا ډول طبي تاریخچه د فزیکي معایني سره یو ځاي ډاکتر د ناروغۍ د سم تشخیص او تداوۍ په لور سوق کوي په اوسني وخت کي ځینو روغتونونو کي د دي اعراضو او علامو راټولول په سمه توګه د کمپیوتر په وسیله پیل شویدي چي کیداي شي په نژدي راتلونکو کالونو کي د ناروغانو د طي تاریخچي بشپړول په روتین شکل د کمپیوتر په وسیله اجرا شي.

د طبي تاریخچي د اخستلو اساسات: د ناروغ د طبي تاریخچي د لیکلو په وخت کي باید لاندیني ښیان په نظر کي و نیول شي.

اوریدل: پوښتنه کول- لیدنه او د ټولو شویو معلوماتو ترتیب او ځاي په ځاي کول.

د طبي تاریخچي مهم اساس جوړ وي یعني ناروغ باید په ازاده توګه خپله ناروغي تشریح کړي او ډاکتر د ناروغ د شکایتونو د اوریدو بر سیره باید د هغه شخصیت او روحي حالت

هم په نظر کي و نيسي که چيري په ځيني ځايو کي ناروغ خپل شکايتونه په ښه توګه روښانه نه کړاي شي ډاکتر بايد د ځينو پوښتنو په وسيله هغه حالت روښانه کړي.

ليدنه: څرنګه چي ليدنه اصلاً د فزيکي معايني يو جز دي خو د طبي تارخيچي يوه برخه هم جوړه وي ډاکتر کله چي ناروغ سره مخامخ شي او يا کله چي ناروغ د ډاکتر اطاق ته داخل شي د طبي تاريخچي د پوره کيدو پوري بايد د نظر لاندي و سالت شي. چي په دي ليدنه کي د ناروغ وضعيت د ماغي حالت، ذکايي قدرت، اجتماعي او اقتصادي حالات ورڅخه معلوميږي.

د معلوماتو ترتيب او ځاي په ځاي کول: کله چي د ناروغ څخه معلومات په پورتنۍ توګه راټول شي ډاکتر بايد هغه ټول شوي معلومات د طبي تاريخچي په مناسبو ځايو کي ځاي په ځاي کړي چي دا ډول ترتيب د مرض په تشخيص کي زياته مرسته کوي.

د ناروغ څخه د زياتو معلوماتو اخيستل: څرنګه چي مخکي هم ورڅخه ذکر وشو چي په لومړي سر کي د معاينه کوونکي او د مريض ترمنځ د يو ښه چاپيريال پيداکول د طبي تاريخچي مهم او اساسي شرط دي ځکه چي د دي ښي اړيکي په وسيله ناروغان په سمه توګه اورامۍ سره د خپلو شکايتونو د شرحي په شاوخوا کي کافي اندازه معلومات وړاندي کوي.

په دي کي شک نشته چي د طب محصلين په لمړيو وختونو کي چي د امراضو په شاوخوا کي لږ معلومات لري کيداي شي د ځينو ستونزو سره مخامخ شي طبيعي ده چي د محصلينو دا ستونزي په تدريجي توګه چي څومره د ناروغانو سره اشنايي پيداکوي په هغه اندازه د ناروغيو د اعراضو او علامو پيژندنه دا مشکلات له منځه وړي.

که چيري ناروغ ډير تکليف ولري او يا د کوما په حالت کي وي او يا دا چي د ژبي مشکلات موجود وي معاينه کوونکي بايد پورتني مشکلات د ناروغانو د خپلوانو او ملګرو څخه چي د دوي د ناروغۍ سره اشنايي ولري تر لاسه کړي.

د ناروغ شهرت: معاینه کوونکي د خپلو مشاهداتو په شروع کي باید د ناروغ د نوم عمر، جنس، نژاد، کسب او په همدي شان د هغه د کور ادرس وليکي، ځکه چي ځيني مرضونه د عمر په مختلفو وختونو کي تظاهر کوي او هم په همدي شان ځيني ناروغۍ په نرانو او ځيني په ښځو کي عموميت لري له همدي کبله ځيني رنځوري وظيفوي او ځيني نژادي ميلان لري.

مهم شکايتونه (Chief Complaints): هغه مهم يا عمده تکليف چي ناروغ ډاکتر يا روغتون ته په ورتګ مجبوره کوي بايد مريض د خولي څخه په اصلي شکل وليکل شي که چيري د دي شکايتونو څخه په صحيح شکل يادونه ونه شي کيداي شي چي د مرض په تشخيص کي مشکلات پيدا شي د دي عنوان لاندي بايد د اعراضو شدت، دوام او په همدي شان د مرض د يادوني څخه صرف نظر و شي.

که چيري ناروغ ووايي چي نفس نه شم ايستلي او يا يي په پښو کي برسوب دي، معاينه کوونکي د دي په عوض د ځينو طبي او مخصوصو اصطلاحاتو څخه لکه اذيما عسرت تنفس ووايي صحيح عمل نه ګڼل کيږي.

اوسنۍ ناروغي (Present Illness): د دي عنوان لاندي د ناروغ د اوسني مرضي ټول حکايت يعني د هغو ټولو شکايتونه، چي ناروغ يي روغتون ته مجبوره کړيدي په مشرح شکل وليکل شي او ناروغ ته بايد موقع ورکړل شي چي خپلي ټولي ستونزي د پيل څخه تر دي وخته پوري بيان کړي ډاکتر يا محصل بايد د داسي جملو څخه چي يي مريض د هو، يا د نه په وسيله ځواب وايي: ډډه وکړي ځکه چي ځيني ناروغان د يو لړ پوښتنو په مقابل کي يا د هوا يا د نه په وسيله ځواب ورکوي او هم بايد ډاکتر داسي کوښښ و نه کړي، چي خپل مفهوم ته د مريض په افاده کي ځاي ورکړي لکه (درد درته په داسي وخت کي چي قدم وهي پيداکيږي همداسي نه ده) حال دا چي ډاکتر د دي په عوض بايد داسي ورڅخه پوښتنه وکړي چي کوم شيان ستاسي د درد د پيداکيدو سبب کيږي.

کله چي د ناروغ څخه ټول معلومات راټول شول معاينه کوونکي بايد په ډير دقت سره د هر يو عرض عمده او صاف په جلا شکل ترتيب او تنظيم کړي يعني د هر شکايت يا عرض

وصف، تاریخ د شروع ځاي، دوام، رابطي د بدن نورو وظیفوي فعالیتونو او د هغي ښه والي او زیاتوالي د دوا په مقابل کي چي نوموړي ناروغ اخیستي ورڅخه پوښتنه وشي.

درد برسیره که چیري ناروغ نور اعراض او یا شکایتونه ولري باید د لاندینیو ځوابونو په شان د هر یو په هکله معلومات راټول شي.

وصف: درد کیداي شي په څو ډوله د مریض له خوا شرح شي یعني درد کیداي شي، چي د سوزش، دروند، سخت، سوري کوونکي او یا ضربوي وصف ولري او یا ښایي د شدت له نظره د خفیف، متوسط او یا شدید درد په شکل وي ظاهره کړي درد دفعتاً او یادا چي په تدریجي شکل پیدا شوي معلومات اخلي.

دوام: د درد د دوام پوښتنه ضروري ده چي ثاني، دقیقي او یا په دوامداره شکل موجود وي.

د درد شروع: د کوم وخت څخه، نوموړي د دي تکلیف څخه شکایت کوي.

ځاي: د درد ځاي یو کلینیکي اهمیت لري ایا نوموړي درد په سر، نس، صدر او یا په پښو کي دي او هم باید ورڅخه معلومات واخیستل شي چي درد ځاي په ځاي او یا د بلي خوا او یا عضوي په لور انتشار لري او که نه ؟

رابطه یي د فزیالوژیک فعالیتونو سره: ورځیني فعالیتونه د درد د ښه کیدو او یا پیداکیدو او یا زیاتیدو سبب کیږي او که نه ایا درد د ناروغ د وضعیت یعني د ملاستي ولاړي او یا ناستي او هم د زیات فعالیت او یا استراحت سره رابطه لري که نه په همدي ډول درد د غذا د خوړولو خوب او یا روحي فشار په وسیله کمیږي او که زیاتیږي.

د درد تاثیرات: د ځینو ملګرو او یا کورنیو د توصي په اثر درد د ګرم یا یخ ټکور یا مشکولي په وسیله ښه کیږي او یاي په شدت کي زیاتوالي راځي که چیري نوموړي ناروغ د نورو ډاکترانو په وسیله دوا اخیستي وي باید نوع یي ذکر شي او هم باید د هغي د تاثیراتو پوښتنه وشي.

تیره شوي تاریخچه Past History: د ناروغ په تیره شوي تاریخچه کي ټول مرضونه، عملیاتونه او په روغتون کي د بستر کیدو شمیره په تفصیل سره ذکر کول ډیر اهمیت لري. د مثال په توګه د هلکتوب په دوره کي د روماتیک فیور د ناروغۍ پیداکول کیداي شي د ژوند په متوسطه او یا وروستۍ مرحله کي د زړه د عدم کفایه سبب و ګرځي یعني پدي حالت کي د زړه د ناروغۍ اصلي سبب د روماتیک فیور خواته کیږي نه دکوم بل سبب په لور.

په تیره شوي تاریخچه کي د ناروغ د ماشومتوب د مرضونو یادونه هم پاید وشي دا په هغه وخت کي چي د ناروغ اوسنۍ مریضي د هلکتوب د ناروغیو په شان او یا د هغه د بقایاو په لور فکر و شي داهمیت وړ ده.

کورنۍ تاریخچه Family History: څرنګه چي ځیني مرضونه یا په ارثی او یا په ولادی ډول د پلارونو څخه د هغي اولادي ته تیریږي په دي سبب کورنۍ تاریخچه یو خاص کلینیکي اهمیت لري په دي تاریخچه کي د ناروغ څخه پوښتنه کیږي چي ستاسي په کورو کي نیکه، پلار، مور، ورونه او په خویندو کي ستاسي په شان بل څوک په داسي ناروغۍ او یا تکلیف اخته دي او که نه؟

د مثال په توګه د شکر یي ناروغي، هموفیلیا او داسي نوري، چي واقعات یي په یوه فامیل کي نظر نورو کورنیو ته زیاتي وي کلینیکي اهمیت لري.

اجتماعي تاریخچه (Social Histroy): په اوسني وخت کي د ډاکترانو د پرکتس یوه زیاته برخه وظیفوي ناروغي (روحي، جنسي، او داسي نوري) جوړوي پردي برسیره د عضوي د ناروغیو دوام د ناروغ د محیط او د مریض د روحي تشویش سره مستقیمه رابطه لري په دي لحاظ د داسي معلوماتو راټولولو له پاره د ناروغ سره د ډاکتر نژدي او صمیمي اړیکي پیداکول ضروري او لازمي دي یعني ډاکتر باید د ناروغ روحي تشوشات، جنسي میلان، مزاج ، ښه خلق، بد خلقي او د هغه علاقه د محیط او وظیفي سره ځان ته څرګنده کړي.

عادات (Habits): د دي عنوان لاندي ډاکتر باید د ناروغ عادات دسګرتو، الکولو، خوب، خوراک، تفریح، نرکوتیک او سیداتیف دواګاني په تفصیل شرح کړي یعني که چیري ناروغ سګرت څکوي د هغه د ورځیني مقدار او د سګرتو د ځکولو دوام پوښتنه وشي.

وظیفوي تاریخچه (Occupational History): په طبابت کي به تاسي ویلي وي او یا به یي وو اياست ځیني مرضونه په هغو خلکو کي ډیر زیات دي چي د هغي سره سر او کار لري د مثال په توګه نومو کونیوزس د سلیکا د دوام دار تنفس څخه کار ګرانو او د سربوتسمم په رنګمالانو او بطرۍ جوړونکو خلکو کي زیات پیدا کیږي.

د واده تایخچه (Martial History): په دي ځاي کي د میړه او ښځي د صحت، د جنسي مطابقت د هغوي همکاري یو د بل سره د هغوي د اولاد د شمیر او د صحت په باره کي پوښتنه کیږي.

څلورم څپرکي

(CHAPTER 4)

عمومي کتنه

(GENERAL INSPECTION)

عمومي کتنه یا تفتیش (GENERAL INSPECTION):

د ناروغ د معاینې لومړۍ برخه د ډاکتر د معاینې اطاق ته د ناروغ د داخلیدو په وخت کې شروع کیږي او د مختلفو سامانونو د استعمال په وسیله چې په مختلفو جهازونو کې ورڅخه کار اخیستل کیږي ښایي ځیني شیان تر اوسه پورې په ښه شان نه دي واضح شوي د دې طریقې د اجرا په وخت کې ورڅخه کار اخلي په لاندې ډول دي.

ستاستکوپ، د فشار اله او فتالموسکوپ او توسکوپ، د لاس چراغ، د عکسی څټک، تونګ فورک (چې 138 په یوه ثانیه کې اهتزاز ورکړي) د اندازې فیته، د ژبې فشار کوونکې تیغ، ترمامیتر او تونومتر څخه عبارت دي.

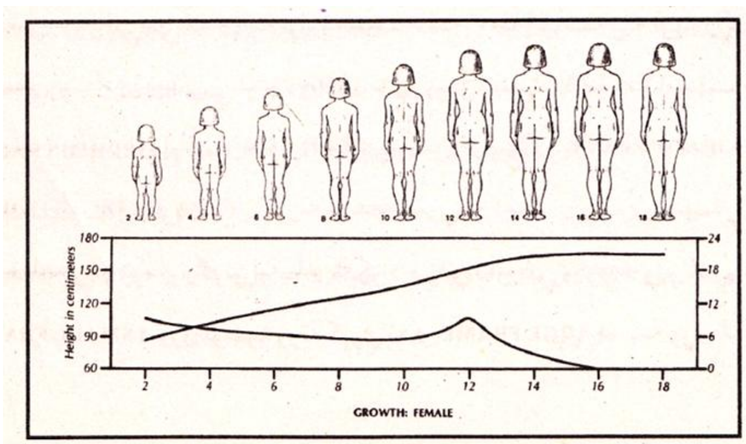
ذکر شوي پورتني ټول طبي سامان چې د مرض د تشخیص په مقصد ورڅخه کار اخلي باید په خپله د شاګردانو له خوا واخیستل شي.

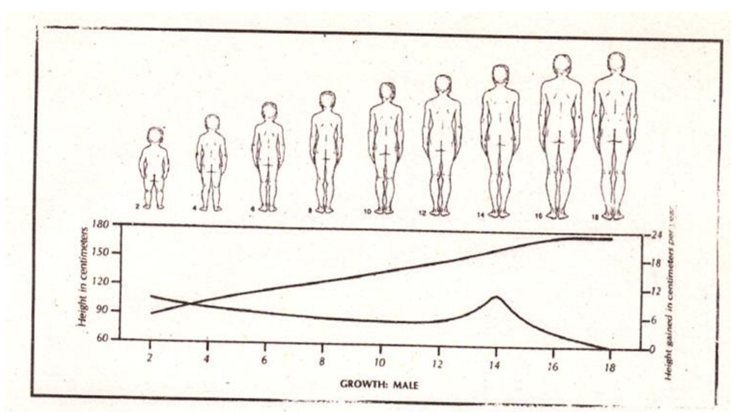
عمومي کتنه د فزیکي معاینې لومړنۍ مرحله ده چې په دې معاینه کې د ناروغ د ماغي حالت د بدن حرکات، قدم وهل، خبري کول، تنفسي بوي، د تغذي حالت، قدو قامت، د حرارت درجه او پوستکي شامل دي د ناروغ عمومي کتنه په هغه سپینه مصنوعي رڼا کې چې ناروغ پکې په ښه شان معلوم شي اجرا کیږي لیکن په دې ټولو کې د ورځې روښنایي په لومړي قطار کې ځای لري په دې وروستیو کالونو کې د جنتیک د تشوشاتو او ناروغیو کشف مخ په زیاتیدو دي د مثال په توګه Down Syndrome, Marfan او Kenflinter ناروغي هم په عمومي کتنه کې د نظر څخه لري نه شي.

د ناروغ د معاینې طریقه او تیاریدنه: حتی الاماکان ناروغ په ارام حالت کې و ساتل شي د معاینې میز باید په داسې ځای کې وي چې معاینه کوونکې د ناروغ په دواړو خوا کې

لیدنه او معاینه اجرا کړي شي ناروغ که ښځه وي یا نر باید په یو محفوظ ځاي کي د نرسانو له خوا د معاینې لپاره چي لازم وي تیار شي.

په دي مانوره کي د محیطي کلچر په اساس ښایي د معاینې د تیاریدو په وخت کي ستونزي پیدا کړي خو سره له دي هم د نرس د ښې روي له امله ښایي چي دا ډول ممانعت له منځه لاړ شي یو ډول چپني چي هم د نر او هم د ښځو د معاینې لباره چي د شا له خوا تړل کیږي زیات رواج لري دا هم باید ذکر شي که چیري د بدن د یو برخي معاینه چي باید وشي اجرانه کړاي شي نو بیا د دي معاینو څخه ناقص معلومات پیدا کیږي د ښځینې نرس موجودیت د معاینې د تیاریدو او د ډاکتر د قانوني ساتنې لپاره ضروري او لازمي دي.





د بدن لوړوالي، د وزن زیات والي، اقتصاد، غذایي حالت ، ارثي حالات، ناروغ، جنس او د منطقي د ژوند او د زماني زیږیدني پوري اړه لري په اوسني وخت کي د ځوانانو قد په متوسط ډول د خپلو پلارو څخه او همدارنگه د پلارونو د قد لوړوالي د نیکونو څخه

زيات وي (113 رسم 12 ب) چي د قد زياتوالي د جنګو په 12 کلنۍ او د هلکانو په څوارلس کلنۍ کي د ليدني وړ دي په همدي شان د هلکانو اوږي د جنکو او د جنکو د HIP د هلکانو د HIP څخه لوي په نظر راخي.

کله چي وزن يي بي له کالو (جامو) څخه د 121-130 پونډو په حدود کي وي په small frame کي او څه وخت چي وزن يي د 127 – 140 پونډه وي په Medium Frame او که د 135-154 پونډه وزن ولري د Large Frame په ګروبو کي تصنيف بندي شويده.

هغه خلک چي د زړه اورګونو يا د شکر د مرض ناروغي ولري د وزن کم والي يعني Small Frame د وزن توصيه ورته کيږي نه د Large Frame.

د Vital Signs: د ناروغ نبض او د ويني فشار، د تنفس شميره او د بدن د حرارات درجه د معايني په پيل او يا د تنفسي او يا د زړه او رګو سيستميکو برخو کي اندازه کيږي نبض اکثراً د لاس Radial شريان د پاسه جس کيږي دا هم کله چي د لاس ګوته د شريان د پاسه ايښي وي د تنفس شميره نيوله کيږي دا هم بايد په نظر کي وي کله چي د ناروغ د ويني فشار زيات وي بايد د معايني په پاي کي بيا په تکراري توګه و نيول شي.

د ناروغ د حرارت د درجي معلومول د خولي د لاري نسبت د Rectal (مقعد) طريقي ته ترجيح ورکول کيږي خو کله چي ناروغ شعوري حالت د لاسه ورکړي وي يا نا آرام او يا د خولي د لاري د خولي بندولو طاقت و نه لري بايد د مقعد د لاري واخيستل شي د خولي د لاري د حرارت د معلومولو د پاره شيشه يي ترماميتر او يا برقي ترماميتر څخه استفاده کيږي کله چي د خولي ترماميتر استعماليږي لومړي بايد ترماميتر په ګوتو کي ښکته خوا ووهل شي ترڅو چي د حرارات درجه يي د 35.5 درجو د سانتي ګراد (96 فارن الهايت) څخه ښکته شي وروسته په احتياط سره د حرارات درجه اندازه کيږي کله چي د حرارات درجه پورته وي بايد په تکراري شکل بيا عملي ته دوام ورکړل شي چي سمه درجه ورڅخه تثبيته شي څه وخت چي د الکترونيک يا برقي ترماميتر څخه استفاده کيږي Probe پاسني غورزونکي پوښ (Disposable Cover) اچول کيږي او د ژبي د لاندي ايښودل کيږي او ناروغ ته ويل کيږي چي شونډي و تړي او کله چي يو مخصوص اواز (Digital

(Read Out واوريدل شي د ژبې څخه يې راوباسي او په دي طريقه کي د حرارات درجي معلومول تقريباً لس ثانيي وخت غواړي.

دا هم بايد په پام کي ونيسو کله چي د خولي او يا د مقعد درجه نيول کيږي بايد د يخو او ګرمو مايعاتو څښل د بدن د حرارت په درجه کي تغير راوړي يعني کله چي يخي اوبه او يا ګرم چاي يي څکلي وي لس يا پنځلس دقيقي وروسته د انتظار څخه دي د حرارات درجه و نيول شي.

د مقعد له لاري د درجي د استعمال په وخت کي بايد درجه په خويي مايع (Lubricate) کي غوټه شي او بيا 3-4 سانتي مترو (1.5 انچ) په معقدي کانال (Rectal Canal) کي د نامه په لور داخل شي او که چيري الکترونک ترماميتر څخه استفاده کوي وروسته د Lubricate مايع د وهلو څخه د لسو ثانيو په حدود کي چي خپله آواز کوي د حرارت درجه تثبيت کيږي.

دبدن نارمل درجه 37 سانتي ګراد (98.6 فارن الهايت) ده دا درجه د سهار له خوا يي د بدن د حرارات درجه 35.8 سانتي ګراد (96.4 فارن الهايت) او د مازديګر له خوا يي د بدن د حرارات درجه 37.3 سانتي ګراد (99.1 فارن الهايت) ته پورته کيږي او په همدي شان د مقعد د حرارات درجه په نارمل حالت کي (0.4-0.5 سانتي ګراد) د (0.7-0.9 فارن الهايت) د خولي د درجي څخه پورته وي.

د برقي ترماميتر په طريقو کي يوه بله طريقه چي د Tympanic Membrane په نوم ياديږي په اوسني وخت کي زيات استعمال لري چي دا يوه مخصوصه او سم د لاسه طريقه ده او د حرارت درجه په نارمل حالت کي د خولي د حرار د درجي څخه (0.8) سانتي ګراد (4 فارن الهايت) پورته وي په دي طريقه کي (Probe) د غوږ په کانال کي 2-3 ثانيو د پاره ايښودل کيږي او کله چي د الي اواز واواريدل شي لري کيږي او په دي شان د حرارت درجه تثبيت مومي.

پځنم څپرکې

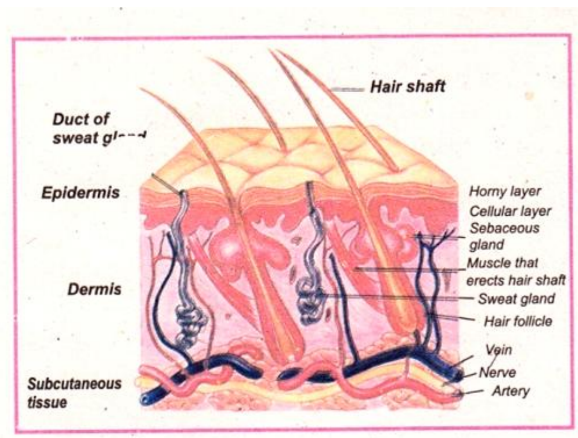
(CHAPTER 5)

پوستکی

(THE SKIN)

اناتومي او فزيالوژي: د بدن پوستکي مختلفي وظيفي لري چي يوه يي د بدن د مايع ساتنه او بله يي د مکروبونو په مقابل کي د بدن د نسجونو وقايه ده چي د پوستکي د لاندي ځاي لري په همدي ډول پوستکي د ويټامن D په ترکيب او د بدن حرارت په تنظيم او ساتنه کي ستره وظيفه په غاړه لري.

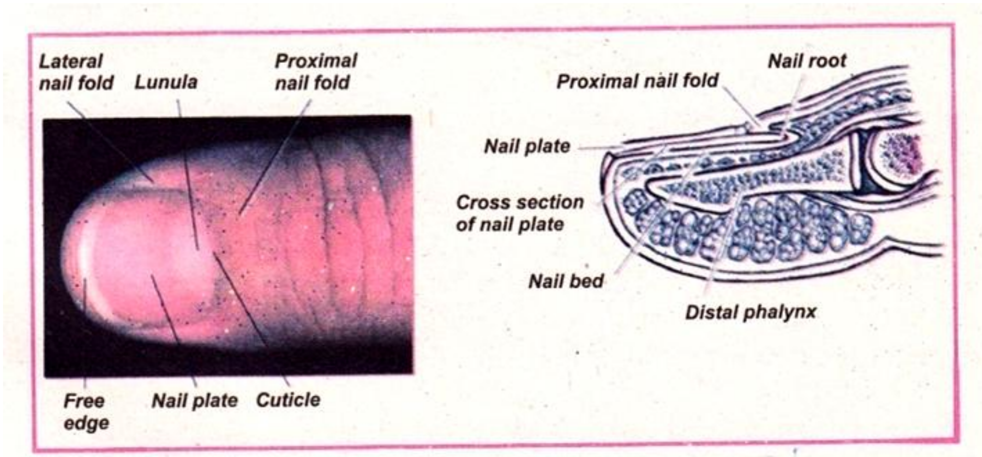
پوستکي د دري طبقو څخه چي د Dremis, Epidemis او تحت الجلدي نسجونو (Sub Cutaneous Tisues) جوړ شوي چي سطحي طبقه يي د اپيدرمس په نوم ياديږي او په دوو طبقو تقسيم شويدي چي خارجي طبيقه يي پروتيني سلفرداره حجري او داخلي برخه يي د حجروي طبقي په نوم ياديږي چي په دوي کي ميلانين او کراتين جوړيږي او په داخل کي Connectiveنسج Hair Follicles, Sebaceous Glands او د خولو غدي، چي د پوستکي د ضمايمو څخه دي موجود وي په غټانو کي دوه ډوله ويشتان، چي يو يي د Vellus



Hair په نوم ياديږي چي لنډ يا نري او رنګ نه لري او بل يي د Terminal Hiar په نوم ياديږي چي اوږده زګه، پنډ او اکثراً رنګداره دي لکه دسر او د وريځو ويښتان.

نوکان، چي د وړو او غټو ګوتو د وروستيو برخو ساتندويه دي، چي سخت او د ګوتو څلور خواي لري اکثراً د مرکزي برخي څخه ښکته ميلان لري او د نوکانو هغه برخه چي د رګونو د برخي سره تماس لري سور رنګ لري او د Nail Plate په نوم ياديږي او د آزادي غاړي يي په سپين رنګ معلومي د نوکانو د Plate دواړه خواي د Lateral Nail Flods نوم اخلي په همدي شان د نوکانو بيخ يا قاعدوي برخه د Proximal Nail Fold نوم اخلي

دا باید په پام کي ولرو چي Proximal Nail او Nail Plate ترمنځ زاویه په نارمل حالت کي د 180 درجو څخه کمه ده.



د ګوتو نوکان د ورځي د یو ملي متر د لسمی برخي (0.1mm) او د غټو ګوتو د نوکانو وده نسبتاًکمه ده د Sebaceous Glands څخه شحمي مواد (Fatty Substance) چي محافظوي دنده لري او د بدن د پوستکي په ټولو برخو کي لیدل کیږي او یوازي په ورغویو او د پښو په تلو (Soles) کي په نظر نه راځي.

د خولو غدي (Sweat Glands) په دوه ډوله دي چي یو ډول غدي خپل افرازات د پوستکي په طبقه کي اچوي چي د (Eccrine Glands) په نوم یادیږي او د پوستکي په زیاتو برخو کي او یوازي د پښو په تلو، ورغویو کي نه لیدل کیږي او بله یي د Apocirne Glands په نوم یادیږي چي په تخرګو او تناسي برخو کي ځاي لري او د ویښتانو د فولیکول په برخو کي خلاصیږي د روحي فشار پوسیله تنبه کیږي.

په غټانو کي د Apocrine خولي د باکتریاو د تجزیي او خرابیدو په اثر د بدن د بوي (Body Odor) د پیدا کیدو سبب کیږي.

په نارمل حالت کي د بدن د پوستکي رنګ د څلورو رنګونو د شته والي پوري اړه لري چي دارنګوه د Oxyhemoglubin, Carotene, Melanin او Deoxy Hemoglobin څخه عبارت دي کله چي پوستکي نسواري رنګ ولري د میلانین په شته والي دلالت کوي چي

دلمر د وړانګو په وسیله په مقدار کي ډېرښت راځي. کروتین رنګ اکثره پوستکي ته زړي طلایي رنګ ورکوي چي اکثراً په تحت الجلدي شحم او د ورغویو او د پښو په تلو کي ځاي لري د ویني سره کروياتو کي چي اوکسیجن انتقالوي د Oxyhemoglobinد شته والي له امله دي چې تیز سور رنګ لري او کله چي د ویني سره کریات د بدن په حجرو کي اوکسیجن د لاسه ورکړي رنګ یي نسبتاً په ابي تیره شکل بدلیږي چي د Deoxyhemoglobinپه نوم یادیږي.

د ویني د دوران زیاتوالي د پوستکي په رنګ کي سوروالي پیداکوي او د ویني د دوران کمښت برعکس د پوستکي رنګ په زیړ بخن شکل بدلوي او دا هم باید وویل شي چي ورغوي د پښو تلي، مغ، غاړه او د سیني پورتنۍ برخه اکثراً په کمه اندازه په سور رنګي شکل لیدلي کیږي.

د پوستکي Cyanosis د شریاني ویني د هموګلوبین د اندازي پوري اړه لري او په دوه ډوله دي. یعني کله چید ویني هیموګلوبین کم وي مرکزي سیانوزس او که چیري نورمال وي د محیطي سیانوزس په نوم یادیږي.

د پوستکي بدلون د عمر سره: د ځوانۍ په وخت کي ویښتتان د هلکانو په مخ او ورسره تخرګونو او تناسلي برخو کي پیداکیږي وروسته د ځوانۍ ښځه ویشتان په سینه، لاسو او پښو کي ډیر ښت مومي د ځوانۍه په وخت کي د Apocrine لوییږي. د تخرګونو خولي زیاتیږي او د ستربتو کوک د بوي د پیداینښت سبب کیږي د عمر په تیریدو سره د پوستکي تازه رنګ په غونجیدو راځي نوکان د عمر د تیریدو سره خپل روښانه رنګ (Luster) د لاسه ورکوي ښایي په پنډ او زیړبخن شکل په غټونوکانو کي په نظر راشي.

د جنبي نوک قاطونه Folds: نوکد Plate اړخونه پټوي په دي اساس د لومړي قاط شوي او د نوک د Plate زاویه د 180 درجو څخه کمه ده.

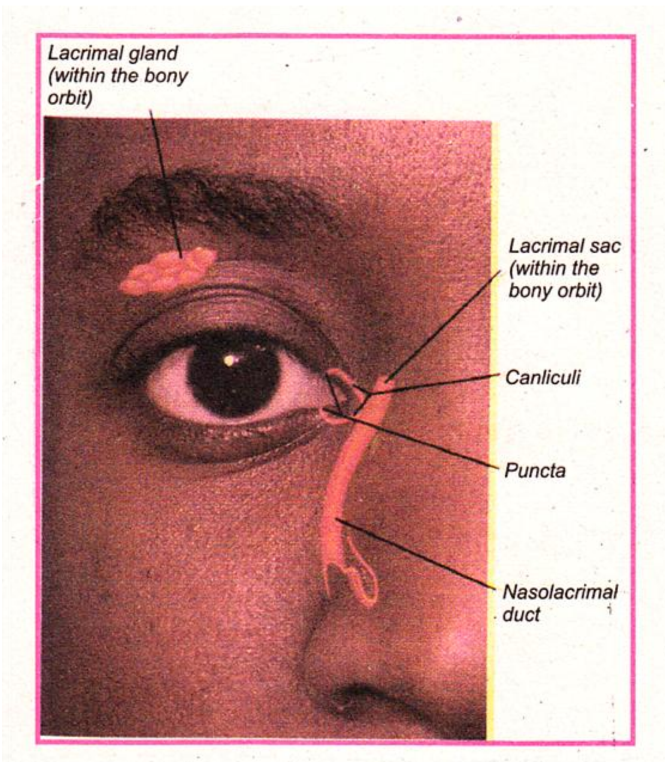
د ګوتو په نوکانو کي وده 0.1 ملي متره د ورځي او د غټو ګوتو په نوکانو کي وده په بطي شکل ده. د اډیسون په ناروغۍ، هایپر تایرودیزم، حامله ښځو کي او یا وروسته د لمر د

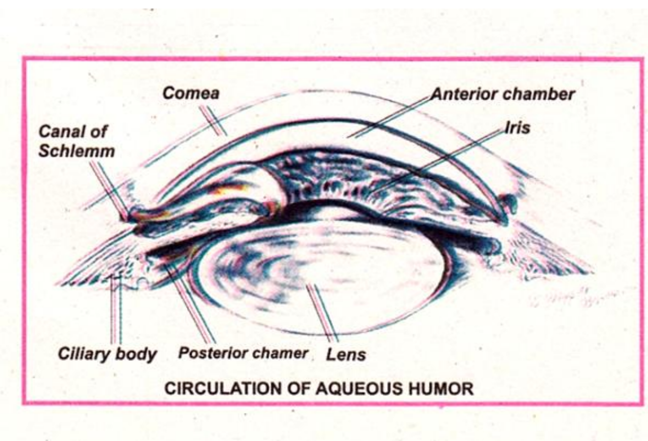
زياتو وړانګو په اثر د میلانینو ځاي په ځاي کیدل په موضعي او یا په عمومي شکل د پوستکي په رنګ کي تغیر پیداکوي په همدي شکل که چیري د میلانینو فقدان په موضعي شکل په پوستکي کي پیدا شي د Vitilligo او په عمومي فقدان کي د Albinism د پیداکیدو سبب کیږي.

سیانوزس په خینو ناروغیو کي او د پوستکي سوروالي چي په تبه او یا نورو حالاتو کي پیداکیږي د یادوني وړ دي په همدي ډول د پوستکي د نورو افاتو شتوالي او د زیړي موجودیت چي د نسجونو د زیات بیلیروبین د تراکم څخه په پوستکي او سکلیرا کي پیداکیږي یاداشت مومي.

د Adolescence د Puberty په دوره کي د ږیري ویښتان د بدن په نورو ځایو کي په وده پیل کوي لکه د هلکانو په مخ، تخرګو او د عاني (Pubic) د پاسه په دواړو جنسو کي د لیدلو وړ دي په سینه او د پښو د پاسه د ځوانۍ (Puberty) په سرو کي په متبارز شکل پیداکیږي د ځوانۍ په وخت کي د Apocrine غذي لوییږي او د سترګو د غدو په افرازاتو کي ډیرښت راځي او د کاهلو خلکو په شان د تخرګو د بوي سبب کیږي.

شپږم څپرکي
(CHAPTER 6)
سترګی
(EYES)



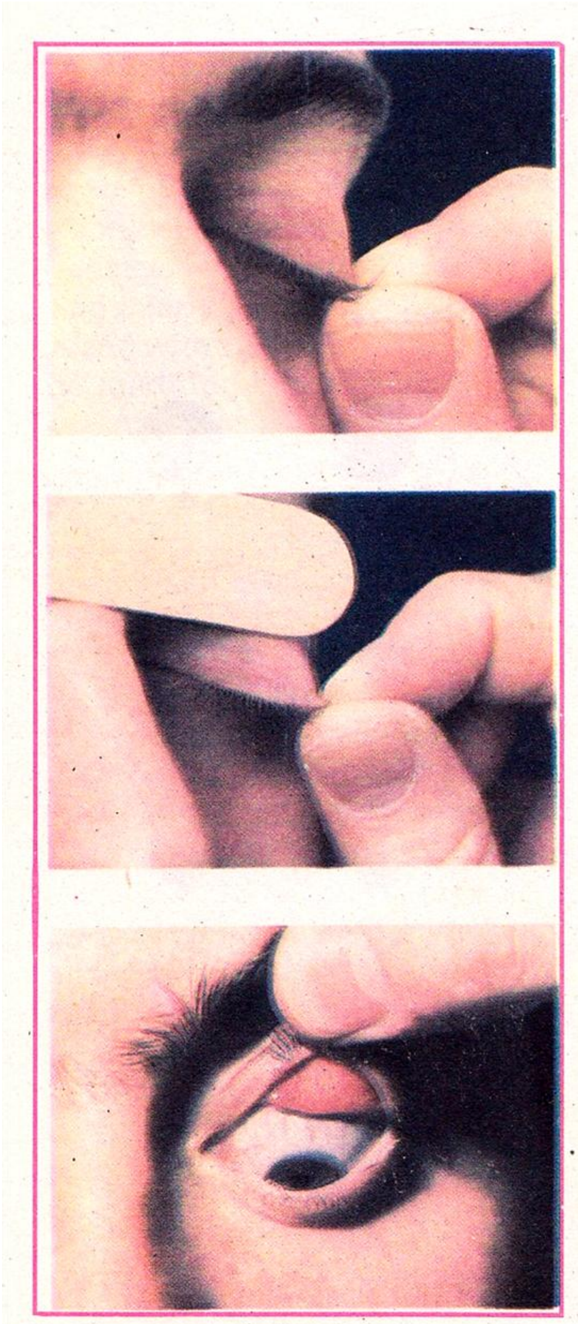


CIRCULATION OF AQUEOUS HUMOR

د اناتومۍ له مخي که چیري په سترګو نظر واچول شي د سترګي د پورتنۍ جفن (Upper Eye Lid) د لاندي قزحیه (Iris) یوه برخه پټه وي او په نارمل حالت کي Pupil نه پټیږي د دواړو جفنونو ترمنځ خلاصه شوي برخه د Palpebral Fissure په نوم یادیږي Sclera سپین رنګ لري او شاوخوا برخي په خفیف زیړبخن شکل په نظر راځي چي دا نارمل زیړ بخن رنګ باید د زیړي (Jaundice) په لور فکر و نه شي چي دامرضي حالت ډیر زیړ رنګ لرونکي دي.

اکثره خلک ، چي عمرونه یي د 45 څخه پورته شي نږدي شیان یا حرفونه ښه نشي لوستلي چي دا ډول خلک Presbyopia دي او

هغه خلک چي د لري شي د ليدلو قدرت و نه لري د Myopia د ديد لرونکي دي يعني مايوپيک دي.



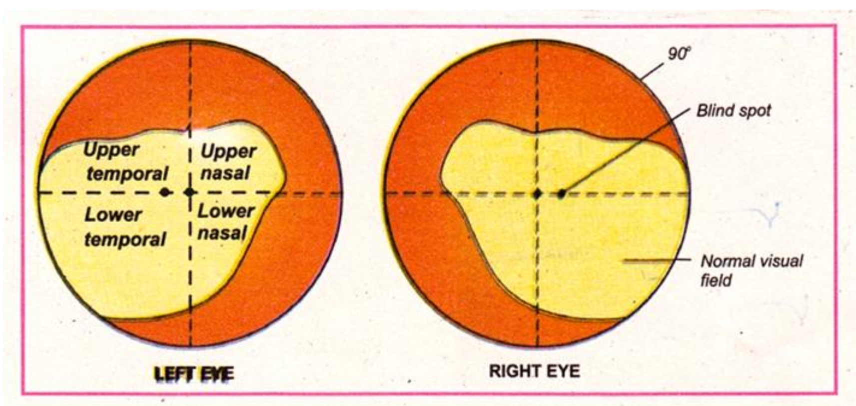
معاينه کوونکي بايد د سترګو ورځي (Eye Brow) د سترګو جفنونه (Eye Lids) او د Lacrimal غدي معاينه د نظر حخه تيره شي.

Conjective او Sclera: کله چي لانديني جفن د غټې ګوتي په وسيله کش شي او مريض ته وويل شي چي پورته و ګوره په دي وخت کي منظمه او سکليرا دواړه د ليدلو وړ دي د سکلير او Palperbral Conjctive رنګ او د رګونو حالات د سپيني سکليرا د پاسه د نظر څخه تيريږي په همدي شان پړسوب او يا Nodules په ګوته کيږي کله چي دواړه جفنونه د ګوتو په وسيله ښکته او پورته کړاي شي او مريض ته وويل شي چي خپلي سترګي ښکته، پورته، د ننه او د باندي خوا په لور په حرکت راوړي په دي تکتيک کي سکليرا او Bulbar Conejctive په ښه شان ليدل کيږي که چيري معاينه کوونکي و غواړي چي پورتني Palpebral Conjective معاينه کړي د خصوصي تکنيک څخه استفاده کيږي چي په دي طريقه کي خارجي شيان که په منضمه کي موجود وي د نظر څخه تيريږي د قرنيي او د عدسو معايني

د پاره د انحرافي (Oblique) رڼایي څخه استفاده کیږي او کله چي په عدسو کي کثافت (Opacities) موجود وي د حدقو د لاري لیدل کیږي.

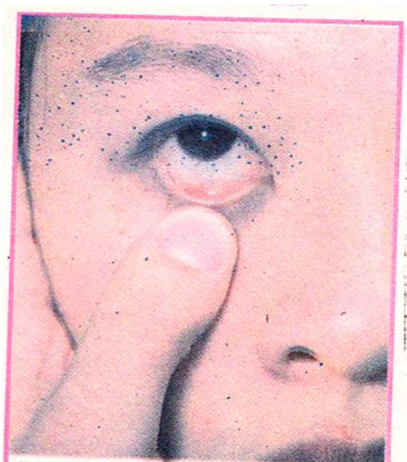
په همدي شان په قرحیه (iris) او د حدقو د (Pupils) اندازه او تناظر یاداشت مومي، کله چي حدقي د پنځو ملي مترو څخه پراخي وي ویل کیږي چي حدقي لویي شوي دي چي د Mydriasis په نوم یادیږي او که چیري حدقه د دري ملي مترو څخه وړي وي د Miosis په نوم یادیږي او د حقدو عکس العمل د رڼایي په مقابل کي د Direct Reaction او د بلي حدقي عکس العمل د Consensual Reaction په نوم یادیږي چي په دي معاینه کي اطاق باید تیاره او د تیزې روشنۍ څخه استفاده کیږي.

د سترګو د حرکاتو د معلومولو د پاره د ګوتي او یا د پنسل څخه استفاده کیږي او ناورغ ته ویل کیږي چي د معاینه کوونکي ګوته یا د پنسل حرکت تعقیب کړي او په دي شان د سترګو حرکات د نظر څخه تیریږي.



کله چي سترګه یوي مرکزي برخي ته متوجه وي او هغه ټوله ساحه چي سترګي لیدني په کي اجرا کوي د لیدني د ساحي په نوم یادیږي چي په رسم کي په سپین رنګ ښودل شویده کله چي د سترګي د دید ساحه په یو رسم کي راوړل شي د دایري مرکز د نظر (Gaze) د فوکس څخه نمایندګي کوي چي د محیط څخه 90 درجو کي ځاي لري.

جنبي برخو ته ولاړي وي پيلو او ناروغ ته ويل
کيږي چي مخامخ نظر کوه او کله چي د ګوتو د
خوريدو خيال د غوږونو له خوا وليدل شي او په
تدريجي توګه د مرکزي نظر د خط په لور يي په
حرکت راوړي تر هغي پوري چي ناروغ هغه دواړه
سره و پيژني او په همدي شان تجربه د
Temproal د پورتنۍ او ښکتنۍ برخو اجرا
کيږي چي په نورمال حالت کي د دواړو خواوو د
ګوتو خيال په يو وخت کي ليدل کيږي کله چي يو
خوا کي نقصان موجود وي بايد کوښښ و شي
چي د هغي شاوخوا تثبيت کړاي شي تجربه په
دي وخت کي د يوي سترګي د پاسه اجرا کيږي د
مثال په توګه که چيري نقصان د Temporal د
ساحي په يو خوا کي موجود وي بايد د بلي
سترګي د معايني په وخت کي د معاينه کوونکي
خوريدو خيال په هره خوا کي ولټول شي کله چي
نقصان په نښه شي بايد خوريدونکي ګوتي د



A yellow sclera indicates jaundice.

د

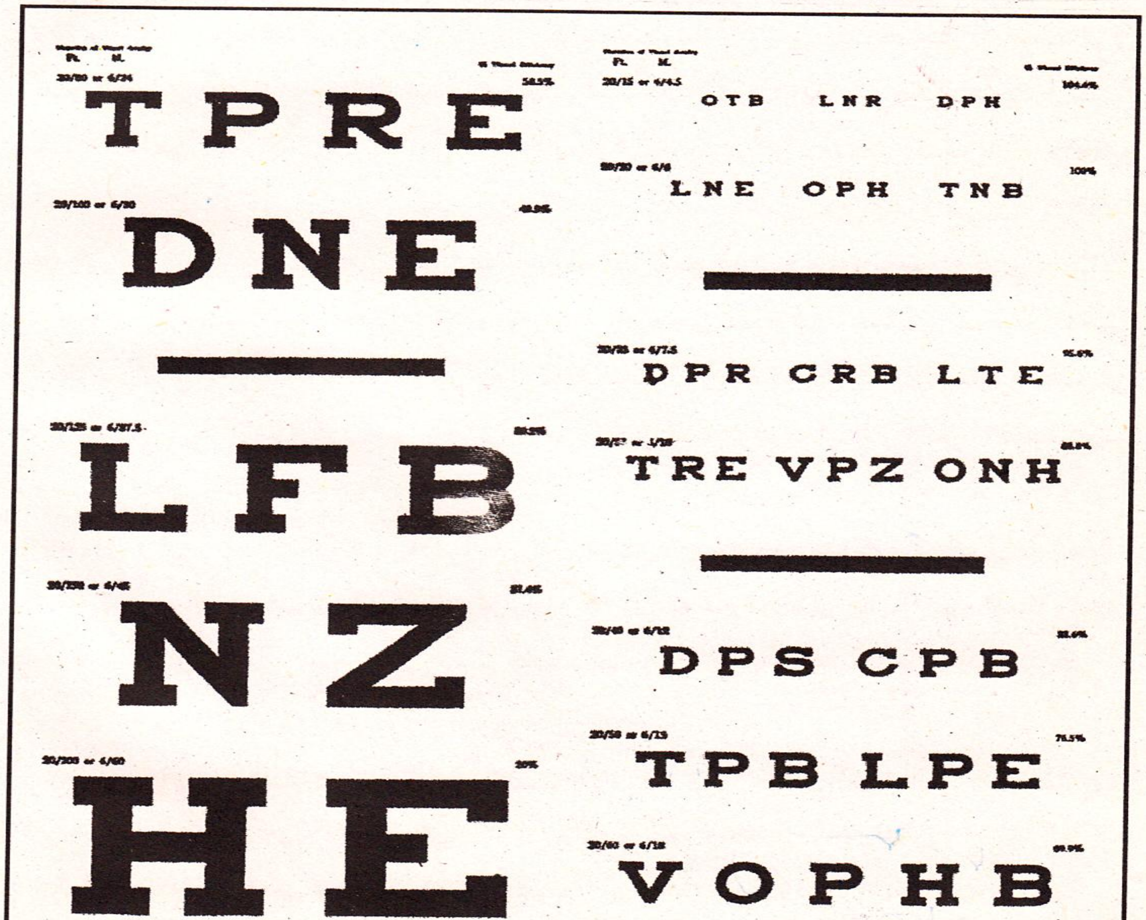
نقصاني برخي څخه په قرارسي سره د هغي ساحي په لور چي ښه ليدنه لري په حرکت راوړل کيږي او د ناروغ عکس العمل په ګوته کيږي دا تجربوي حالات په مختلفو درجو سره تکراريږي ترڅو د نقاصني برخي حدود تثبيت کړاي شي که چيري نقصان د يوي سترګي د Temporal د ليدني په ساحه کي وي د بلي سترګي د ليدني د ساحي په Nasal برخي کي هم فکر کيږي.

د ليدني قدرت (Visual Acuity): په دي وخت کي د سترګي Chart او يا د رڼايي څخه استفاده کوي چي په دي تجربه کي ناروغ شل فوته د چارت څخه لري کينول کيږي هغه ناروغان چي سترګی استعمالوي بايد سترګی واچول شي ‹نه د مطالعي سترګی› د معايني د اجرا پر وخت د سترګو د ليدني قدرت د حروفو د تابلو په وسيله چي د ناروغ څخه 20 فوټه لري نصب، شوي وي اجرا کيږي کيداي شي چي پورتني مسافه د يوي ايني په وسيله چي لس فوټه د ناروغ څخه لري ايښودل شيوده او د حرفو تابلو چي د ناروغ تر شا ولاړه وي ناروغ د معايني په وخت کي د مخامخ ايني په وسيله د شا تابلو چي 20 فوته لري ده ګوري په دي شان د معايني اجرا په يوه وړه کامره کي هم امکان مومي چي د سترګو د ليدلو قدرت د عدودونو د ويلو له مخي تثبيتيږي.

د مايني د اجرا په وخت کي ناروغ ته ويل کيږي چي يوه سترګه پټه کړي او په بله سترګه د تابلو د حروفو واړه خطونه ولولی او که يي نه شو لوستلي بايد يوه اندازه لوي حرفونو ته متوجه شي کله چي د يو خط د نيمايي څخه زيات حرفونه وويلي شي د سترګي د ديد قدرت په همدي وخت کي په نښه کيږي.

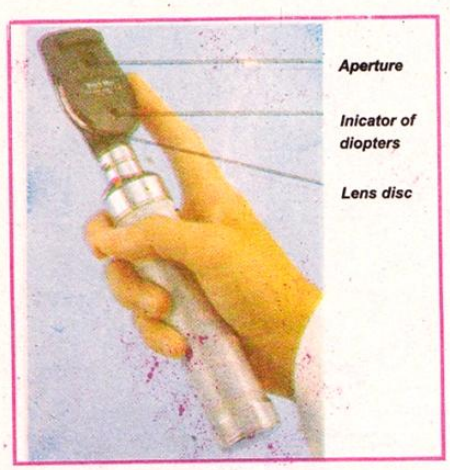
که چيري تابلو ته نظر واچول شي لوي حروف يي چي په تابلو کي 200/20 ښودل شوي دي معنا داده چي يو ناروغ حرفونه چي 20 فوته ګوري هغه حروفونه نارمل سترګي په 200 فوته لري لوستلي شي.

هغه خلک چي عمرونه يي د 45 کلو څخه پورته شي نزدي شيان يا حرفونه ښه نه شي لوستلي چي دا ډول خلک Presbyopia‹لري ليدونکي› دي او هغه خلک چي د لري شي د ليدلو قدرت ونه لري د Myopia د ديد لرونکي دي يعني مايوپيک دي.



Visual acuity chart. Inexpensive cardboard charts of this type should be available for use during a complete physical examination.

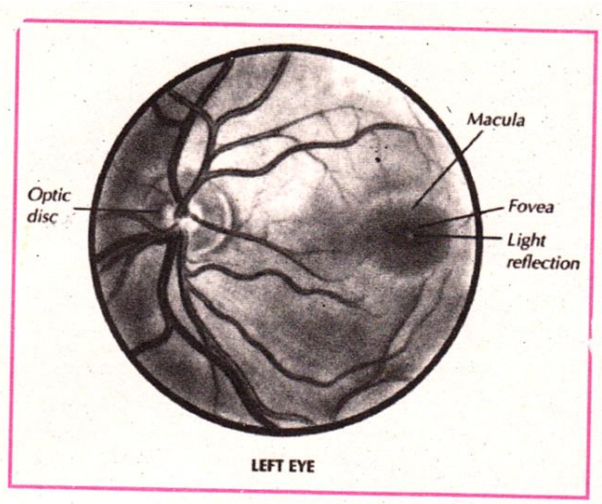
د اوفتالموسکوپ استعمال **(Use of the Ophthalmoscope)**:



د فزیکي معاینې په لړ کي د سترګې خلفي برخه (Fundus)د اوفتالمو سکوپ په وسیله معاینه کیږي په دي معاینه کي دسترګې د موضعي افاتو نه علاوه د نورو سیستمیکو ناروغیو په تشخیص او انزار کي هم کار اخیستل کیږي د سترګې په دي معاینه کي شبکیه او عیه او عصب په دقیقه توګه له نظره څخه تیریږي د معاینې د اجرا لپاره د ناروغ همکاري او د معاینه کوونکي پرکتس او دقیقه کتنه ضروري ده ناروغ دواړه سترګې خلاصي او یوي نقطي ته

په ثابت توګه کتنه کوي د دي لپاره چي معاينه يي په ښه شان اجراء شي ښه به دا وي چي کوټه تياره او د سترګي حدقه ۱۰ فيصده Phyenylephedrine Hydrochloride په وسيله په توسع راوړل شي کوښښ دي وشي چي معاينه کوونکي او ناروغ دواړه دمعايني په وخت کي عينکي استعمال نه کړي.

کله چي و غواړي چي د ناروغ ښۍ سترګه معاينه شي معاينه کوونکي او فتالموسکوپ په کلکه توګه په ښي لاس کي نيسي چي د شهادت ګوته د عدسيو په ګرد محور ايښودل کيږي لومړي بايد صفر عدسيه استعمال شي دا هم بايد په نظر کي وي چي د اوفتالموسکوپ رڼا په کافي اندازه وي او معاينه کوونکي دي په ښۍ سترګه د اوفتالموسکوپ د وړوکي سوري څخه کتنه کوي او



ناروغ ته ويل کيږي چي سترګي خلاصي کړه او په مقابل لور يوي ثابتي نقطي ته کتنه کوه. د سترګي او د ځيږمو د حرکت څخه بايد اجتناب وکړي.

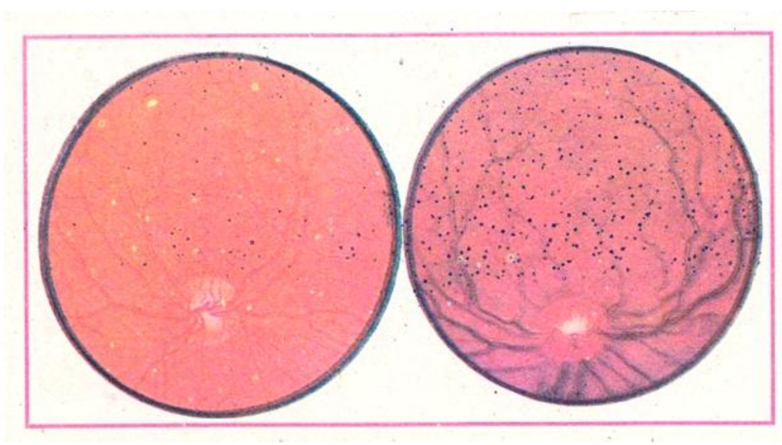
که چيري بيا هم هغه ځيږمي وخوره وي بايد معاينه کوونکي د چپ لاس د غټي ګوتي په وسيله د هغه علوي ځيږمه د کش په حال کي و نيسي او معاينه کونونکي د حدقي په مقابل کي خپل او فتالموسکوپ ته چي ښۍ سترګه يي پري نخلولي ده حرکت ورکړي تر هغي پوري چي د معاينه کوونکي تندي د ناروغ د تندي سره تماس پيداکړي او معاينه کوونکي د دي قدامي حرکت په وخت کي بايد او فتالموسکوپ نور د حدقي څخه لري نه کړي او که چيري د اوفتالمسکوپ رڼا دصدغي ليدني په ساحه کي د ناروغ د عمودي ساحي د ليدني څخه ۱۵ درجي موقعيت ولري. په دي وخت کي رڼا لومړي د دسک د پاسه لوييږي، يعني د سک په اول کي معلومي او که چيري څه شي په نظر رانه شي په دي وخت کي يا دا چي ناروغ سترګي يا ښو ته حرکت ورکړي او يا دا چي د معاينه کوونکي د

اوفتالمسکوپ رڼا د حدقي په مقابل قرار نه لري کله چي د سک ولیدل شي وروسته د دي څخه دشریانو او وریدو او د شبکیه او د ماکولاساختمانونه له نظر څخه تیریږي او که چیري لومړي سره ساحه چي د شبکیه څخه نمایندګي کوي ولیدل شي معاینه کوونکي دي وروسته له دي څخه چي د شریانو او یا وریدو سیر تعقیب کړي د رګونو د لوییدو د قطر په لور په تدریجي توګه حرکت وکړي چي په پاي کي په دسک ختمیږي.

د اوفتالموسکوپ د عدسي په ګرد محور کي سري (منفي) عدسي چي فوکس یي یوه اندازه لري او هم محور د پاسه توري مثبت عدسي ځاي لري چي د دي عدسیو په وسیله د سترګي ساختمانونه نژدي فوکس کیږي که چیري معاینه کوونکي یوه زیاته اندازه محیطي انکساري غلطي ولري د دي عدسیو د استعمال په وسیله اصلاح کیږي.

د ماشوم د اوفتالموسکوپیکي معایني پر وخت کي چیري د همکارۍ وړ نه وي باید د مور په وسیله یي سر د دواړو لاسونو په منځ کي کلک و نیول شي.

د عدسیو دسک په Doupter (چي په دي حادثه کي د شعاع انعکاس نه په Converges یعني شعاع یوي نقطي ته نژدي کیږي او نه په Diverge یعني د شعاع حرکت په مختلفو سمتونو ته راوړي معاینه کوونکي له سوري څخه ګوري او د شهادت ګوته د دسک د عدسیو د پاسه ایښودل کیږي ترڅو د معایني په وخت کي په ښه شان فوکس و مومي یعني وضاح لیدنه پیداکړي ښي لاس او ښۍ سترګه د مریض ښۍ سرتګه ته متوجه کیږي او د معاینه کوونکي چپ لاس او چپه سترګه د مریض چپه سترګه دمعایني لاندي راوړي.



اووم څپرکي

(CHAPTER 7)

سر او غاړه

(THE HEAD AND NECK)

اناتومي او فزيالوژي (Anatomo Physiology)

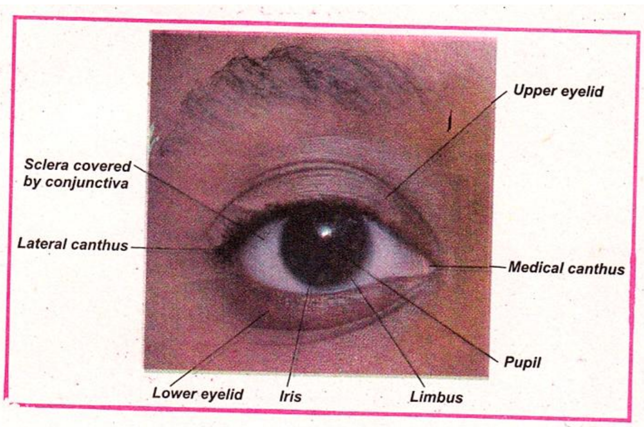
جمجمه (Cranium Or Skull): د سر کاسه يا جمجمه د يو انسان بل انسان ته په نورمال حالاتو کي فرق لري وړه جمجمه د Microcephalus په نوم يادېږي چي دا حالات د دماغ د ودي د خرابيدو په اثر پيدا کيږي يعني په داسي ماشومانو کي دماغ د ودي او وظيفي له نظره انکشاف نه کوي او په پاي کي يي بيا ځيني ناروغان د دماغي انحطاط په لور ځي.

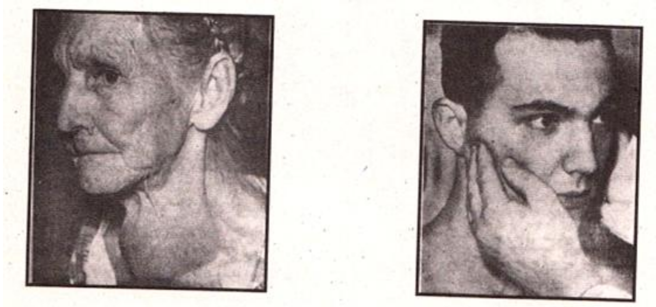
غير نورمال غټ سر چي د Macrocephalus په نوم يادېږي ښايي په لاندي حالاتو کي وليدل شي.

۱: Hydrocephalus: د نخاع شوکي په داخلي دوران کي که چيري خنډ او ځنډ پيدا شي د دماغ بطينات د مايع د تراکم په اثر لوييږي او په نتيجه کي يي د جمجمعي د لوييدو سبب کيږي چي په ناروغانو کي دماغي انحطاط د دماغ د فشار په اثر چي د مايع په وسيله پيدا د ليدلو وړ دي دا ډول ناروغي اکثراً په ماشومانو کي ډيره پيدا کيږي.

۲: Osteitis Deforman: دا مرض د عمر په منځنۍ دوره کي پيدا کيږي په دي حالات کي د جمجمي هډوکي د بدن نورو هډوکو سره يو ځاي (خصوصاً قصبه او فخذ) پنډيږي.

۳: Acromegaly: د ودي د هورمون د زياتوالي په اثر جمجمه لوييږي د جمجمي غټوالي د بدن د نورو اعضاوو د لوي والي سره يو ځاي په نظر راځي چي مخکي هم ورځيني بحث وشو.

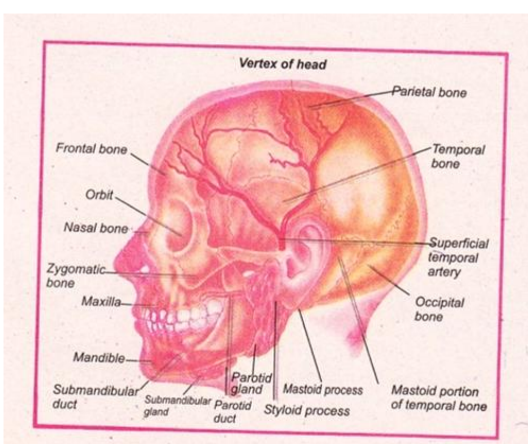




دسر د كاسې ښكته، پورته، ناوړه جوړښت او د ساختمانونو شته والي د جس په وسيله معلوميږي د سر د قرعي څخه زيات معلومات په لاس نه راخي د جمجمي د اضعا څخه ښايي د دماغ شرياني وريدي فستول او يا د همانجيو ما آفت په اثر د جمجمي د پاسه د Bruit شته والي داضغا په وسيله واوريدل شي.

د سر له برخو د هغي د اساسي هډوکو د جوړښت او موقعيت له مخي نوم اخلي لكه قدامي برخه (Frontal Area) چي د اناتومۍ له نظره د فزيكي علامو د ځاي او موقعيت په ښودنه كي مرسته كوي د فک د (Mandible) سره نزدي دوه جوړي افرازي غدي پرتي دي چي د Parotid په نوم ياديږي هره غده په سطحي شكل د فک په دواړو خواو كي كله چي لويه شي جس كيږي او په همدي شان تحت الفكي غدي Sub Mandibular چي ژوري د فک لاندي ځاي لري چي د دي دواړو غدو قناتونه د خولي په دننه كي كله چي ژبه پورته شي د ليدلو وړ دي.

Superfical Temporal Artery نږدي مخكي د غوږو سره تيريږي چي په اسانۍ سره جس اجرا كيداي شي په نارملو خلكو كي خصوصاً په زړو كي د دي شريان شعبي د سر پورتنۍ او حتي د تندي برخي ته رسيږي.

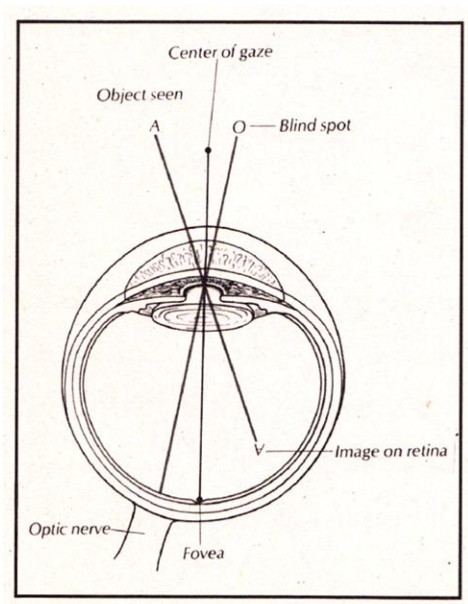


منظمه (Conjuctiva) يوه شفافه مخاطي پرده ده چي په دوو برخو ويشل شويده چي يوه يي د Bulbar Conjuctiva په نوم

یادیږي چي د سترګي د کاڼي اکثره قدامي برخه یي پوښ کړي او لاندي نسج سره په خفیف شکل نختي ده.

اوښکي د منضمي او د قریني د وچیدو او د باکتریاو د ودي څخه هم مخنوي کوي په همدي شان د قریني سطحه د شیانو د لیدلو پر وخت شفافه او نرم شکل ساتي .

د سترګو مایع د دري ځایونو، چي د Meibomian Glands، د منضمي د غدو او د Lacrimal د غدو څخه پیداکیږي د لکریمال غدي د سترګو د کاڼو په پورتنۍ او جنبي خوا کي د سترګو د هډوکو په کاسه کي ځاي لري کله چي اوښکي د دي پورتنیو ځایونو څخه پیدا شي د سترګو د کاڼو د پاسه اچول کیږي او د جنبي خواته د د دوو وړو سورویو د لاري چي Lacrimal Puncta په نوم یادیږي په Lacrimal Sac کي اچوي او د دي ځاي څخه د Naso Lacrimal Duct له لاري په پوزه کي تویږي د سترګي قدامي او خلفي چمبرونه د شفافي مایع څخه ډک دي چي دا مایع د Aqueous Humor په نوم یادیږي او د Ciliary Body په وسیله پیداکیږي چي خلفي چمبر څخه له حدقي د لاري په قدامي چمبر کي دوران کوي او په قنات Schlemm کي اچول کیږي او د دي دوراني سیستم په وسیله د سترګي د اخلي فشار کنترول مومي.

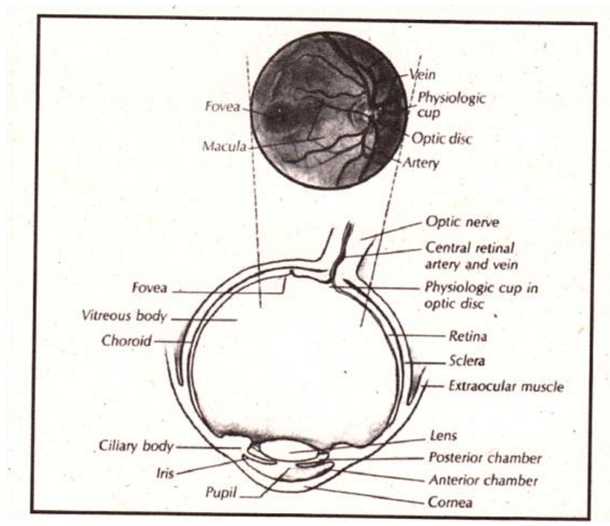


د Opthalmoscope په وسیله د سترګي خلفي برخي لیدلي کیږي، چي د سترګي د Fundus په نوم یادیږي. دا برخي یا جوړښتونه د Choroid Retina, Fovea, Macula او Optic Disc او د شبکي د رګو څخه عبارت د.

بصري عصب (Optic Nerve) د شبکي د رګونو سره د سترګي کاڼي ته داخلیږي د او فتالمو سکوپ په وسیلي بصري د سک (Optic Disc) کي په نظر راځي د دسک جنبي او

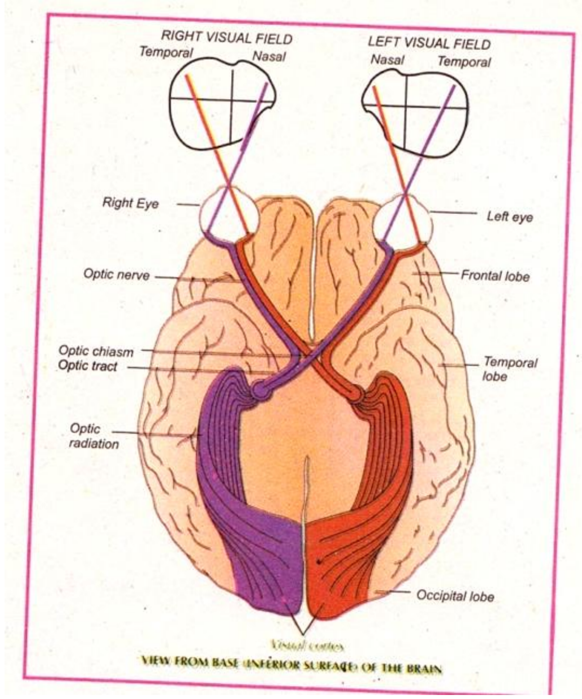
کمه اندازه سفلي برخي ته د شبکیه سطح کي د دید یوه وړه نقطوي مرکزي برخه چي شاوخوا یي د یوي تیاره محیطي سطحي احاطه شویده د Fovea په نوم یادیږي.

د Fovea سره نزدي او بصري عصب ته نارسیده یوه دایروي مانند ساحه د افتالموسکوپ په وسیله لیدله کیږي چي Macula په نوم یادیږي.



یوه شفافه جلاتیني مایع چي په نارمل حالت کي د لیدلو وړ نه ده د سترګو د ګاټو په خلف او د عدسیو ترمنځ ځاي چي د Vitreous Body په نوم یادیږي.

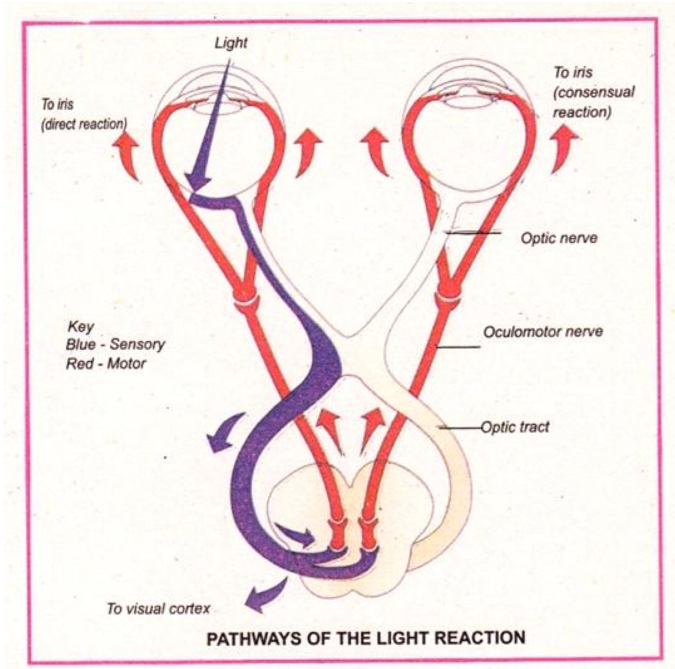
Visual Pathways: کله چي یوه سترګه یو شي ګوري د هغي د خیال رڼا یي باید د حدقي څخه تیره شي او د شبکي د حسي اخذو د پاسه لویږي او د لیدني ساحه د Upper Nasal خیال د شبکي په Lower Temporal Quadrant ته رسیږي.



عصبي تنبه، چي د رڼايي په وسيله په تنبه راځي، شبکيه، بصري عصب او د هغې خوا د Optic Tract, Optic Radiatian د لاري ليدني قشري (Visual Cortex) برخي ته چي د دماغ په قفوي فص (Occiptal Lobe) واقع دي ورړل کيږي.

د سترګو د رڼا يا عکس العمل **(The light reaction)**:

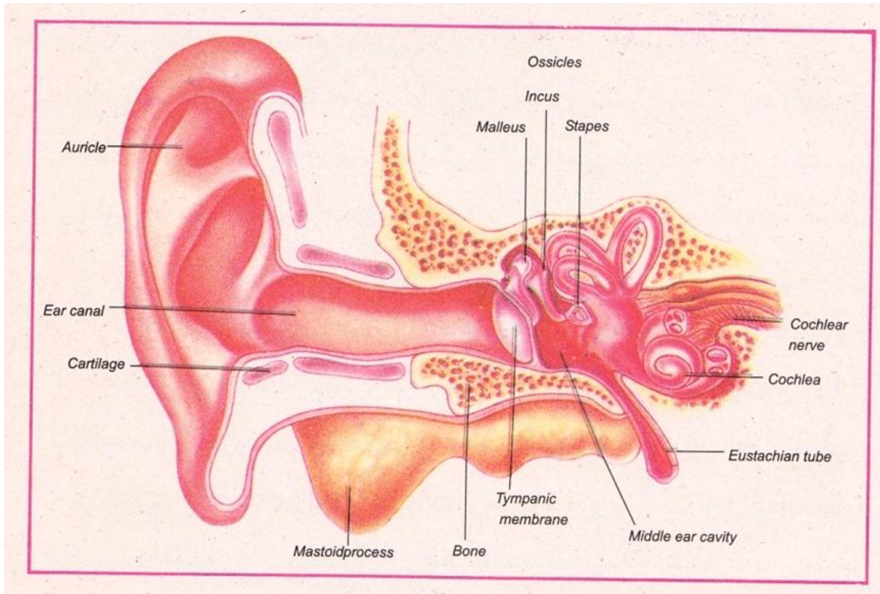
کله چي رڼايي يا رڼا د يوي ترګي د پاسه لوييږي د دواړو حدقو دتقبض سبب کيږي چي دا حالت د رڼايي د مستقيم عسک العمل (Direct Reaction) په نوم يادېږي او بله سترګه د Consensual Reaction په نوم يادېږي چي د دي حسي تنبو Pathways عيناً د ليدو د Pathways په شان ده.



کله چي انسان و غواړي خپل نظر د لري شي د ليدلو څخه نږدي شي ته راو ګرځوي، حدقي په دي وخت کي تقبض کوي چي د سترګو دا ډول عکس العمل د رڼايي د عکس العمل په شان دي چي د Oculomotor عصب له لاري کنترول مومي په همدي شان د سترګي حرکات، چي د شپږو عضلو په وسيله چي څلور يي د Rectus او دوه يي د Oblique عضلي دي اجرا کيږي چي د هري عضلي او عصب د وظيفي د معلومولو د پاره ناروغ ته ويل کيږي چي سترګي د بيلابيلو برخو په لور په حرکت راوړي او په دي شان د هري عضلي او عصب د وظيفوي حالت څخه معلومات په لاس رائحي.

غوږ (The Ear):

اناتومي: غوږ دري برخي لري چي د خارجي، مينځي او داخلي برخو څخه عبارت دي د غوږ خارجي برخه د Auricle او د غوږ د Canal څخه عبارت دي. ده غوږ د اوريکل برخه د غضروف (Cartilage) برخهو چي د پوستکي په وسيله پوښ شويده او 24 ميلي متره اوږدوالي لري سخته او الستيسيتي خاصيت لري.



د غوږ د کانال خارجي برخه د غضروف په وسیله نیول شوي او د پوستکي په وسیله پوښ شوي ده ویښتان او غدي لري چي د دي غدو څخه Cerumen چي د Wax نوم پیدا کوي.

داخلي برخه د هډوکو په وسیله چي شاوخوا یي د نري پوستکي په وسیله چي ویشتان نه لري نیول شیوده د غوږ د کانال شاتنۍ او ښکتنۍ برخه دصدغي Temporal هډوکي د Mastoid برخي په وسیله چي خلفي برخي د دي هډوکي د غوږ د شاتنۍ برخه کي د جس وړ دي دغوږ د کانال وروستۍ برخه د Tympanic Membrane یا د غوږ د پردي Eardrum په نوم یادیږي د غوږ منځنۍ برخه (Middle Ear) د هوا په وسیله ډکه شویده چي په دي ځاي کي آوازونه د دري واړو هډوکو په وسیله انتقال کوي دا برخه Eustachian Tube د Nasopharynx سره نخلوي.

د غوږ پرده انحنایي شکل لري چي داخلي مرکزي برخي د Ossicles د Malleus سره تماس لري د متوسط غوږ اکثره داخلي غوږ د ټولو برخو لیدنه د مستقیمي معاینی په وسیله امکان نه لري.

د اوریدو لاري: په هوا کي د آواز اهتزازات د خارجي غوږ په وسیله د غوږ د پردي د لاري د متوسط غوږ Ossicle هډوکو څخه Cochlea ته انتقال کوي او د اهتزازراتو عصبي تنبه د ماغ ته د Cochlear Nerve په وسیله رسول کیږي د آواز انتقال د خارجي غوږ او د

متوسط غوږ د Conductive Phase او د آواز د خرابیدو په حالت یي د Conductive Hearing Loss په نوم یادیږي او د آواز د انتقال دوهمه برخه د Cochlea او د Cochlear Nerve څخه عبارت ده چي د Sensorineuneural Phase په نوم یادیږي او د اوازونو تشوشات یا خرابي د Sensorineuineural Hearing Los په نوم یادیږي.

په نارمل حالت کي د اواز انتقال د هوا د لاري انتقال کوي چي د Air Conductionپه نوم یادیږي او هغه آواز یا اهتزارات چي د سر د هډوکو په وسیله انتقال مومي د Bone Conduction په نوم یادیږي چي په نارمل حالت کي لومړۍ طریقه نسبت د دویمي طریقي ته حساسه ده او د دي تجربو د پاره د Toning Fort د استعمال څخه استفاده کیږي.

د هریو غوږ په کي غیر منظم وي او د پوستکي افتونه یي له نظره څخه تیریږي که چیري غوږ دس چارج او یا پړسوب ولري د غوږ پکي Auricle پورته او یا ښکته خواته حرکت ورکړل شي چي د پړسوب په وخت کي د درد د پیدا کیدو سبب کیږي.

د غوږ پرده (Ear Drum) او د کانال معاینې د اوتوسکوپ څخه استفاده کیږي د دي د پاره چي د غوږ کانال په مستقیم شکل ولیدل شي باید د غوږ پکه پوره او د شا په لور کش شي د غوږ د پکي د حرکت په وسیله که چیري په کي درد پیدا شي په Acute Otitis دلالت کوي په ځینو وختو کي د غوږ کانال پړسیدلي وي او د مزمن Otitus Extern په لور فکر کیږي او که چیري د غوږ شاتنۍ برخه د جس د فشار په وسیله دردد ناکه وي د Otitis Media په لور پاملرنه وشي د غوږ د پردي رنګ او شکل باید په معاینه کي د نظر څخه لري نه شي او Speculum ته په ډیر احتیاط سره هري خواته حرکت ورکړاي شي تر څو د غوږ، پردي یوه زیاته برخه د نظر څخه تیره شي.

د غوږ د اوریدو د قدرت د معلوملو د پاره باید د هر غوږ د اوریدني قدرت په بیلا بیله توګه معلوم کړاي شي یعني د مریض د یو غوږ د اوریدني پر وخت یي باید بل غوږ بند شي او د یو غوږ سره په خفیف شکل پس پس وکړۍ او بیا د دي بل غوږ کي د پس پس په وسیله تجربه سرته ورسیږي چي د اواز شدت باید په هر یو غوږ کي په مساوي شکل وي چي په نارمل حالت دلالت کوي.

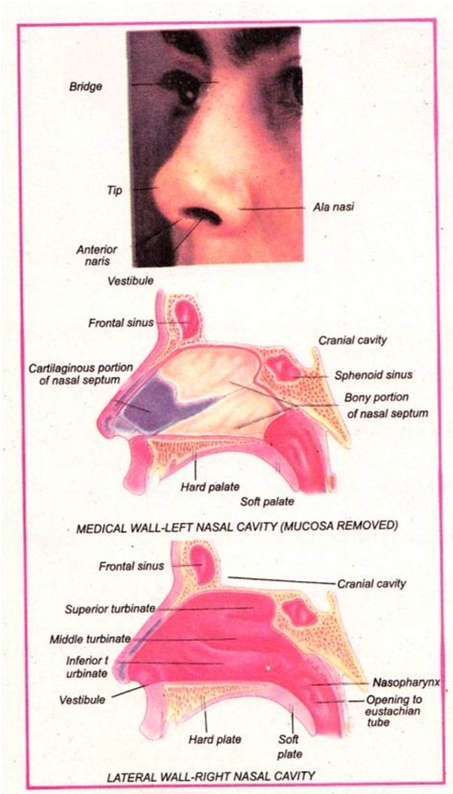
د هوا او د هډوکي د لاري د آواز انتقال (**Air and Bone Conduction**):

د غوږ په ناروغ کي که چيري د اوريدو قوه کمه شي کوښښ دي وشي نقصان يي په ګوته شي چي دا د Conductive او يا Sensorineural برخي په نقصان دلالت کوي د دغي معايني پر وخت ارام او مناسب چاپيريال ته اړتيا ډيره ده او د تجربي د پاره د Tuning Fork څه کار اخيستل کيږي په دي شان غوږونه د Tuning Fork د اهتزازاتو اوزاونه د 512 او 1024 Hz ترمنځ وي اوريدل کيږي چي دا اوزاونه د انسان د خبرو د اهتزاز سره چي 300-3000 HZ په حدود کي دي نزدي والي لري.

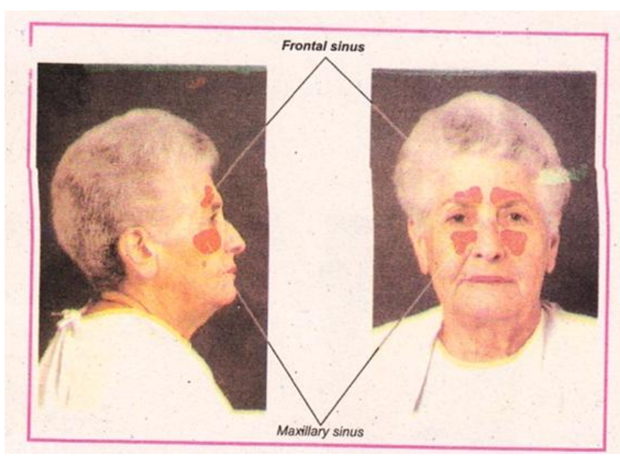
Weber Test: د دي تجربي د پاره خفيف اهتزازي توننګ فورک د انسان په سر او يا د تندي د منځنۍ برخي د پاسه اينبودل کيږي او د غوږو په خوا کي چي نقصان موجود وي د پنجي اهتزاز نسبت نارمل غوږ ته په ښه شان اوريده کيږي لکه په Acute Otitis Media او Perforation کي په نارمل حالت کي د پنجي اهتزاز په دواړو غوږونو کي په مساوي شکل موجود وي.

Rinne Test: په دي تجربه کي د اهتزرازي توننګ قاعده د غوږ د Mastoid هډوکي د پاسه اينبودل کيږي او کله، چي اهتزاازات د هډوکو د لاري احساس نه شول په فوري توګه د توننګ فورک د U برخه د غوږ د کانال سره نژدي نيول کيږي چي په نارمل حالت کي بايد د توننګ فورک اهتزازات د هوا د انتقال په وسيله واوريدل شي، چي په Conductive Hearing Loss کي د توننګ فورک اوازونه د هډوکو د لاري نسبت Air Conducive ته د ډيرو وخت لپاره اوريدله کيږي. ليکن په Sensorineural کي اواز د هوايي لاري په وسيله نسبت د هډوکو انتقال ته د ډير وخت لپاره واوريدل کيږي.

پوزه او **Paranasal Sinuses**:



اناتومي: د پوزي دريمه پورتني برخه د هډوکي او د پوزي دوه برخي غضروفي جوړښت لري پوزي ته هوا د قدامي سوري (Naris) له لاري د دواړو سوريو په وسله داخليږي او وروسته هوا د پوزي پراخي برخي، چي د Vestibule په نوم يادیږي داخليږي، ننه وځي او په پاي کي د پوزي تنګي برخي ته چي د Nasopharynx نوم لي چي د پوزي خارجي برخي د هډوکي او غضروف څخه يي جوړښت موندلی دي او د مخاطي غشا (Mucous Membrane)په وسيله پوښ شوي او وينه ورته په ښه شان رسيږي او د پوزي دهليز (Vestibule) د پوستکي په وسيله چي ويښتان لرونکي دي پوش شوي دي.



د پوزي جنبي برخه د اناتومی له نظره څه نه څه پيچلي جوړښت لري د هډوکي برخي د رګو د مخاطي پردي په وسيله پوښ شويدي چي Turbinate نوم لري چي د پوزي په جوف کي تبارز کوي د هر توربنيټ لاندي يوه ژوره برخه چي د Groove يا Meatus په نوم يادیږي

او هر يوي د پورتنۍ توربنيټ په وسيله په جلا شکل نوم لري د Nasolacrimal Duct په متوسط توربنيټ او متوسط توربنيټ اکثراً د Para Nasal Sinuses چي سوريي ښه نه ليدل کيږي تويېږي.

Paranasal جوفونه د هوا څخه ډک او د جمجمي په هډوکو کي ځاي لري دا جوفونه هم د مخاطي غشا(Mocous Membrane) په وسيله پوښ شوي چي موقعيت يي په رسم کي په وضاح شکل معلوميږي.

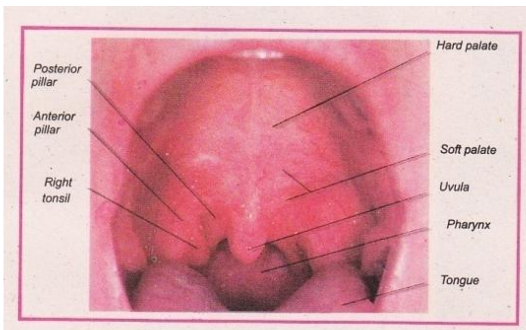
پوزه او Paranasal Sinuses، کله چي د غتي ګوتي پوسيله لږ ښکته خوا د پوزي په سر فشار راوړل شي د پوزي د سوريو څخه د پوزي قدامي او سفلي برخي د يو عادي رڼايي او يا Otoscope په وسيله په ښه شان ليدلي کيږي په همدي شان د پوزي اړخونه هم د نظر څخه تيريږي که چيري کومه ابنارملتي موجوده وي بايد وليکل شي.

که چيري د پوزي سر دردناک وي موضعي آفت يعني Furuncle په لور فکر کيږي. د پوزي د حجاب (Septum) د ښکتنۍ برخي انحراف (Deviation) ډير پيدا کيږي. کله چيد ناروغ سر د شاپه لور ميلان ورکړل شي د اوتوسکوپ په وسيله د پوزي شاتني حجابي او متوسط تور بنيټونو برخي د نظر څخه تيريږي کله چي په Forntal Sinuses کي پړسوب موجد وي.

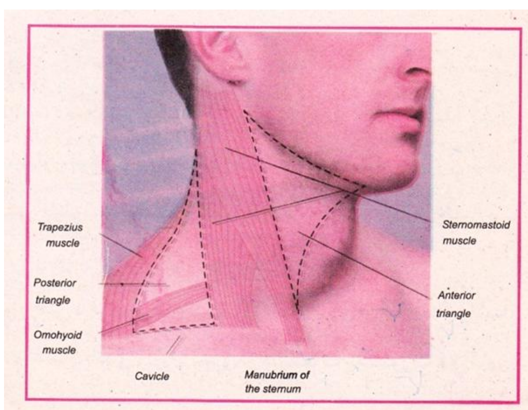
د وریځو لاندي د هډوکو برخي د فشار په وسیله دردناکي وي او په همدي شان د Maxillary جیبونه د فشار لاندي راوړل کیږي او د التهاب په صورت کي ناروغ د درد احساس کوي.

د جیبونو موضعي درد کله چي د تبي او پوزي د سچارج سره یو ځای وي د Frontal او یا Maxillary په Acute Sinositis دلالت کوي.

خوله او Pharynx:



د خولي شاوخوا کي عضلي جوړښتونه د شونډو په نوم یادیږي کله چي خوله خلاصه شي Gingiva او غاښونه په نظر راځي وری یا Gums په ژامه کي د غاښونو سره نختي وي (چي د غاښونو په بحث کي ورځخه په پوره شکل یادونه کیږي) ژبه د دوړو وړو جوړښتونو په وسیله پوښ شویده چي د Papillaes په نوم یادیږي او د ژبي زیږه سطحه د همدي جوړښتونو له کبله ده.



د ژبي د لاندي یعني په قاعده کي Sub Mandibular غدي او په متوسطه برخه کي د هغوي قنات، چي د Wharton's په نومیادیږي د لیدلو وړ دي.

د ژبي د پاسه په قدامي او خلفي برخه کي Soft Palate, Pillars او Uvula لیدل کیږي چي د قدامي او خلفي Pillars په منځ کي Tonsil په نظر راځي چي اکثره وروسته د پنځه کلنۍ ځخه وړیږي او په غټانو کي یي لیدل مشکل دي Soft Pallate او د ژبي ترمنځ Pharynx په نظر راځي.

غاړه **(The Nick)**: د شرحي په مقصد د غاړي هره خوا په دوو مثلثونو Anterior Triangle او Posterion Triangel او Steromostiod Muscle او ځنيو نورو جوړښتونو ويشل شوي چي په خلفي برخه کي د Trapezoid Muscle او ښکتنس برخه کي Clavicle ليدل کيږي د غاړي په ژوره يعني د Sterno Mastoids په برخه کي د Carotid Artery او Interior Jugular Vein ځاي لري.

غاړه(nick) ، د غاړي تناظر ته لکه ندبه (Scar) د پاره تايروئيد ، تحت الفکي او د لمفاوي غدو لوي والي د نظر څخه تيريږي د لمفاوي غدو د جس پروخت د غاړي دواړه خواوي په يو وخت کي د لاسونو د ګوتو په وسيله جس کيږي په همدي شان د شزن (Trachea) او د Sterno Mastoid د عضلي ترمنځ مسافي په دواړو خواو کي د نظر څخه تيريږي.

که چيري پورتنۍ دواړه مسافي د شزن په دواړو خواو کي په يوه اندازه وي د دي څخه معلوميږي چي په شزن کي انحراف نشته او Midline Position لري، چي د شزن موقعيت د Pneumothorax, Atelectasis او Mediastinal Mass په موجوديت کي خپل نارمل موقعيت د لاسه ورکوي د غاړي د تفتيش په وخت کي بايد د تايروئيد د غدي ليدل هير نه شي او هم کله چي غاړه په کمه اندازه شاته ويوړل شي نو ناروغ ته ډير کمي اوبه د تيريدو له پاره ورکواي شي د تايروئيد د غدي حرکت د پورته خوا په لور په نظر راشي او په دي شان به د غدي ښکته راتلل د استراحت په وخت کي د غدي تناظر او لوي والي په نظر کي نيول کيږي که چيري د غدي دواړه خواوو ته ګوتي کيښودل شي د ګوتو حرکت د قرت کيدو په وخت کي په ښه شان ليدل کيږي چي د غدي په جس کي مرسته کوي په همدي ډول سستاليک او يا دوامداره نفخه اوريدل په غده کي په موضعي شکل د هايپر تايروديزم په شته والي دلالت کوي چي د دي نفخود د اوريدو د پاره ستاستکوپ څخه استفاده کيږي د غدي د معايني په وخت کي Carotid Arteries او Jugular Veins حالات د ناستي او د ملاستي په وضعيتونو کي په نظر کي نيول کيږي.

خوله او بلعوم (Pharynx): که چيي ناروغ مصنوعي غاښونه ولري د معايني په وخت کي بايد تري لري شي لاندي او شاوخوا يي له نظره تير شي کله چي ناجيول او يا زخم وليدل

شي معاينه کوونکي يي بايد د دست کشو پوسيله جس کړي معاينه کونونکي د غاښونو او شونډو د معايني څخه د خولي موکوزاته نظر اچوي زخم، ناجیول رنګ او نوره ابنارملتي په نظر کي نيسي او په همدي شان د ژبي تناظر او رنګ ته دي پام وشي او د دست کشو د کارولو پر وخت بايد د ژبي جس د ناجول کانسر يا نورو ابنارملتي د پاره ضروري دي.

د بلعوم Pharynx: د معايني په وخت کي د ناروغ خوله بايد خلاصه او ژبه د کش حالت و لري او ناروغ ته وويل شي چي AHH وکړي په دي وخت کي د بلعوم برخه په ښه شان د ليدني لاندي راځي که چيري د ژبي شته والي د بلعوم د ليدلو د پاره خنډ او ځنډ پيښوي بايد ژبه د Blade (د لرګي او يا که اوسپني وي) په وسيلي څخه د لاندي خوا په لور پري فشار راوړل کيږي چي د بلعوم برخي په وضاح توګه وليدل شي پورتني فشار بايد ډير خلفي برخي ته نږدي نه شي او کنه د اوق (Gagging) سبب کيږي د دي عمليي د اجرا په وخت کي ناروغ ته ويل کيږي چي اه (Ah) وکړي او Soft Plate د Pillars قدامي او خلفي برخي Uvula، لوزي (Tonsil) او فرنکس د نظر څخه تير کړي.

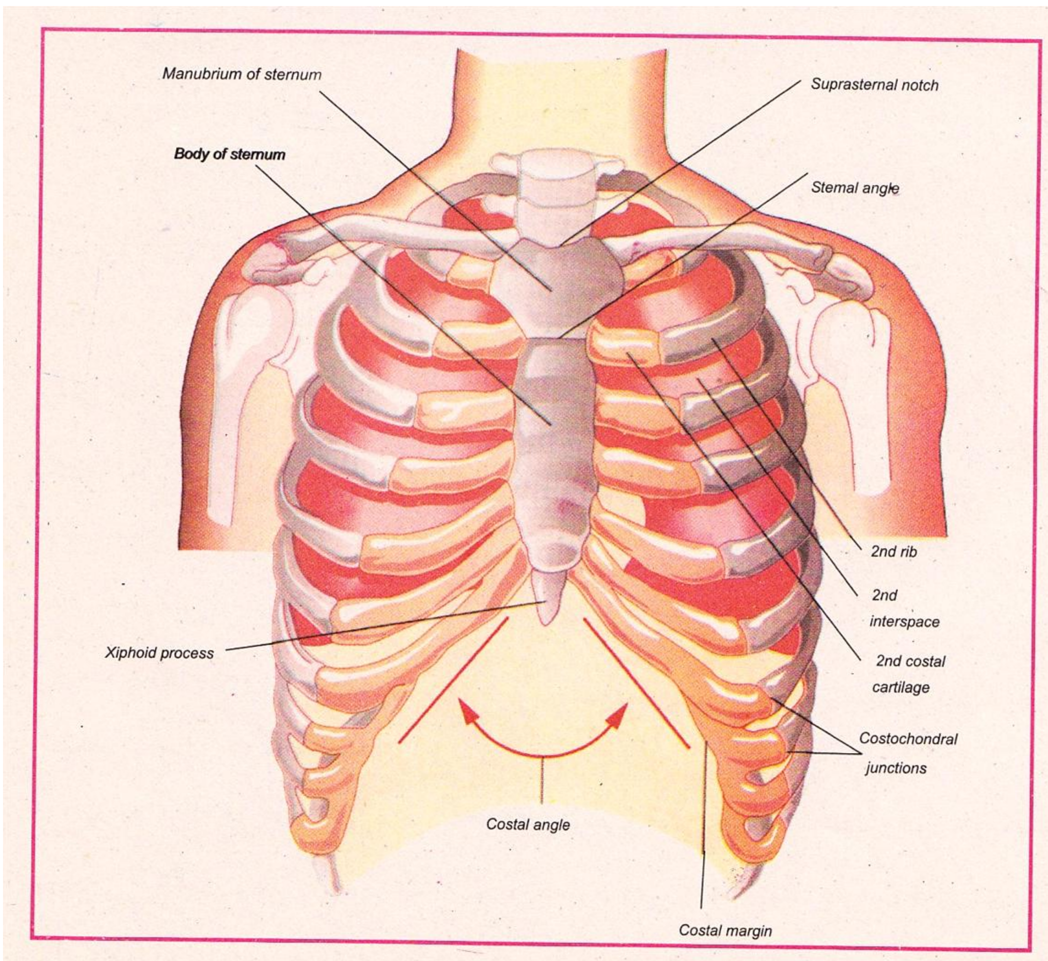
اتم څپرکي

(CHAPTER 8)

سینه او سږي

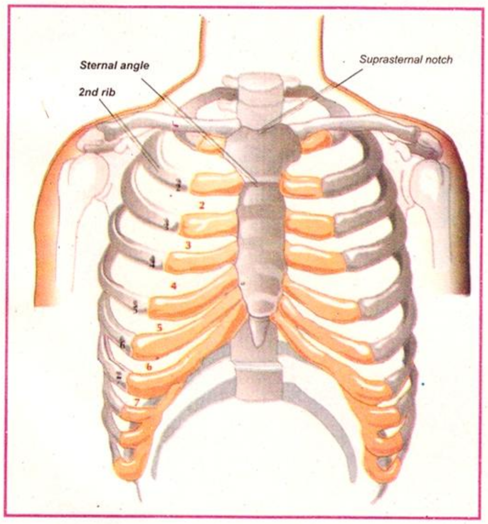
(THE THORAX AND LUNGS)

اناتومي او فزيالوژي: په عکس کي ليدل کيږي چي د دوو ضلعو ترمنځ مسافه د هغوي د پورتنيو ضلعو د نمرو د شمير سره توافق کوي يعني د دويمي ضلعي چي



د دوو ضلعو ترمنځ مسافه ده د لاندي مسافي د دويمي بين الضلعي مسافي په نوم يادېږي.

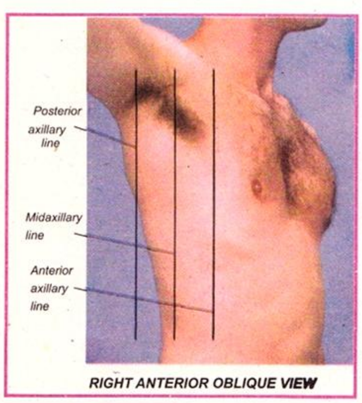
په سينه کي د يو افت موقعيت د سيني د عمودي او افقي خطونو پوسيله په ګوته کيږي.

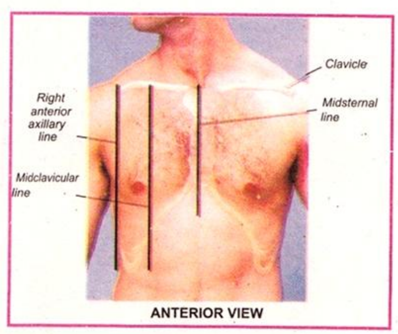


د سيني د عمودي خطونو په وسيله چي آفت ښودل کيږي بايد د ضلعو او د بين الضلعي مسافو معلومول په صحيح توګه اجرا شي د دي کار د اجرا د پاره د Sternal Angle چي د Angle of Louis په نوم هم يادېږي ډيره مرسته کوي کله چي د قص په هډوکي د پاسه لاس ووهل شي يوه خفيفه راوتلي برخه جس کيږي چي د Angle of Louis په نوم يادېږي او کله چي Louis Angle تثبيت شي د دي ځخه لږ ښکته ښۍ او چپي خواته په افقي شکل او دويمه بين الضلعي مسافه په نښه کيږي او په همدي ترتيب سره ضعلي او بين الضلعي مسافي په ګوته کيږي.

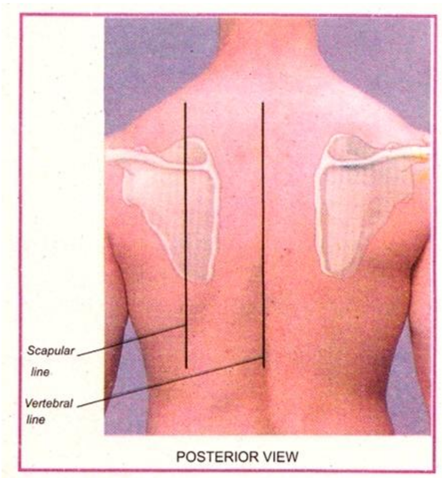
دا بايد په فکر کي وي چي د قص هډوکي لومړي د اوه ضلعي د غضروفو په وسله نخليږي او اتمه، نهمه دولسمه ضع لږ پورته د ضلعي د غضروف سره يوځاي کيږي، يولسمه ضلع آزادي برخي لري يعني په قدام کي نختي نده.

د آفت د موقعيت معلومول د سيني په محيطي برخه کي د عمودي خطونو په وسيله په نښه کيږي چي په دوي کي Midsternalاو Verterbal خطونه ډير اهميت لري.

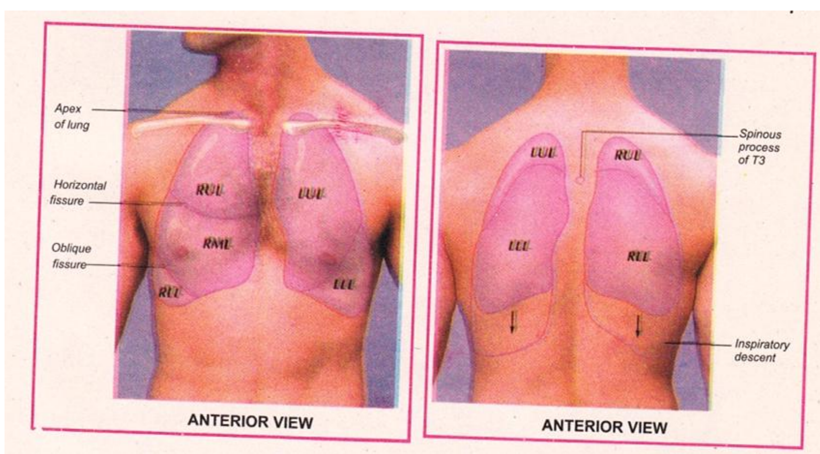




Mid Calvicular Line د ترقوي (Clavicle) د نيمايي برخي څخه شروع کيږي او له تخرګ (Axillary) قدامي او خلفي خطونو او د تخرګ له قدامي او خلفي قات شويو ځايوو څخه چي د عضلي کتلو او د تخرګ د سرحده شروع کيږي او په خلفي برخه کي قطني خط (vertibanal Line) چي د فقراتو او د کتف (Scapular) خط د کتف د سفلي زاويي پوري امتداد موي.



سږي، فسيور او فوصونه (Lobes): سږي فيسورو او فوصونه د سيني د جدار د پاسه موقعيت لري او په ګوته کيږي چي په قدام يک د ښي سږي پورتنۍ زرو دري ساتني متره په داخل کي د ترقوي څخه د پاسه ځاي لري د ښي سږي ښکتنۍ برخه په شپږمه بين الضلعي مسافه کي چي Midclavicular Line سره قطع شوي لږ څه ښکته او يا پورته موقعيت لري په خلفي برخه کي قطني خط د لسمي فقري سره تواقع کوي چي د شهيق په وخت کي د دي څخه نور هم ښکته خوا حرکت مومي.



تقريباً هر يو سږي د (Major) Oblique Fissure په وسيله په دوو برخو تقسيم شويدي.

چي د پورتني متوسط او ښکتني فصونو په نوم ياديږي او چپ سږي يواځي په دوو برخو چي د پورتني او ښکتني فصونو نوم اخلي تقسيم شويدي.

شزن (Trachea) او لويي قصبي (Major Branch): دا بايد په فکر کي ولرو چي تفنسي آوازونو نه د شزن او لويو قصباتو د پاسه نسبت د سږو د Parenchyma اوازو سره فرق لري په دي لحاظ د داسي پورتنيو جوړښتونو اناتوميک ځايونه بايد په نظر کي ولرو. د مثال په توګه شزن په قدام کي د Louis Angle او په خلف کي د T4 فقري سره په دوو فصو جلا کيږي چي يو يي ښي او بل يي د چپي فص په نوم يادېږي.

Pleurae: پلورا يوه مصلي غشا ده چي د سږو خارجي برخه يي پوښ کړيده چي د Visceral پلورا په نوم يادېږي او هغه پلورا چي صدري قفس د ضلعو داخلي او د حجاب حاجز په پورتنۍ برخه کي ځاي لري د Parietal پلورا نوم اخلي او دړواړه د پلورا د مايع پوسيله يو د بل سره د شهيق او زفير په وخت کي په اسانۍ حرکت کوي او دواړه ترمنځ مسافه د Pleural Space په نوم يادېږي.

تنفس يو ډيناميک عمل دي چي کنترول يي د Brain Stem عملي او د تنفسي عضلاتو په وسيله اجرا کيږي، Dome Shape Diaphragm د شهيقي تنفس اساسي عضله ده چي د تقلص په وخت کي د سيني صندق ښکته او د قفس د جوف د لوئيدو سبب کيږي او په همدي وخت کي د نس په موادو فشار راوړي او د نس د جدار د پورته کيدو سبب کيږي د شهيق په وخت کي د سيني د ضلعو او د غاړي د عضلاتو پوسيله د سيني صندق کي پراخي پيداکوي او د سيني د صندق د فشار د کمبود په اثر هوا د شزن د لاري له سږو سنخونو ته رسول کيږي او کله چي شهيق توقف و مومي د سيني جدار او سږي غونجيږي، خلقي حجاب عاجز پورته خوا حرکت کوي او د هوا د خارجيدو سبب کيږي او په دي شان د سيني جدار او نس بيرته نارمل حد ته راځي.

په نامل حالت کي د خولي د خلاصيدو په وخت تنفس نه اوريدل کيږي خو د تمرين او په ځيني ناروغيو کي چي د تنفس د اجرا د پاره اضافه انرژي په کار لويږي او تنفس په اسانۍ سره اوريدل کيږي.

د معاينې طريقې: **(Techniques of Examination)**:

ښه به دا وي چې د ناروغ د سيني د صندق شاتنۍ برخه کې ووسيږي او د سيني قدامي برخه او سيني د ملاستي په وضعيت کې معاينه کړي او ځيني معاينه کوونکي د سيني قدامي او خلفي برخي دواړه د ناستي په حالت کي جس، قرع او اضعا کوي د تفتيش د معايني په وخت کي چپن په داسي شان ناروغ ته اغوستل کيږي چې د سيني ټولي برخي ورڅخه معلومي شي او په ښځو کي کله چې د سيني قدامي برخه د معايني لاندي نيسي بايد د ناروغ شا پټه کړاي شي.

په نارمل حالت کي په غټانو کي تنفس منظم، بي اوازه او په يوه دقيقه کي 14-20 دفعي پورته تنفس کوي.

د تنفس اوازونو په اوريدو کي ځيني نور اوزاونه لکه Wheezes موجود وي چې د شهيق او يا د ذفير په وخت کي اوريدلکيږي که چيري بندش په شزن او يا حنجره (Larynx) کي موجود وي دا ډول شهيقي ويزنګ د Stridor په نوم يادیږي د ناروغانو په ليدنه کي کله چي سيانوزس موجود وي او يا د ګوتو Clubbing شزن موقعيت او د سيني د قفس قطرونه د نظر څخه لري نه کړاي شي.

تفتيش (Inspection): د سيني د پاسه هر خيال يا علامه چې په يوه خوا کي موجود وي بايد د سيني په بله خوا کي په متناظر شکل د نر لاندي راوړل شي لانديني شيان د پلټني په وخت کي يي ليکل ضروري دي: د سيني شکل او منظره، تناظر، حرکت، تنفسي شکل، د شزن موقعيت د ترقوي يا سيني حفره، بين الضلعي مسافي، بخار د سيني داغ، د سيني جدار د پاسه او هم د زړه ضربه، زروئي (Apex Beat) او نوري ندبي کله، چې د سيني د جدار د پاسه موجودي وي ياداشت کيږي.

معاينه کوونکي بايد د سيني د نورمال او غير نورمال شکل سره پوره اشنايي ولري.

سينه بيضوي (Elliptical) شکل لري چې قدامي او خلفي قطر يي نسبت عرضاني قطر ته کم وي يعني 3:5 نسبت لري.

د سيني غير نارمل شکلونه د Rieketie, Pigeon Shape, Barel Shape او Funnel شکلونو څخه عبارت دي.

چي په Barel Shape کي د سيني ضلعي انحناني حالت لري چي قدامي او خلفي قطر يي لوي Angle Louis يي برجسته شکل لري چي په امفزيما کي ليدل کيږي.

Pigean Shape کي د سيني د قصي (Sternum) برخي فوق العاده راوتلي شکل لري. دا ډول سيني Juvenile Riekets په هغو ځوانانو کي چي په برله پسي توګه په تنفسي انتاني ناروغيو اخته کيږي په نظر راځي.

د Rieketic سيني دوه ډوله فزيکي علامي لري يوي Costochonral په متبارز شکل او بل يي Harrison Sulcus شکل لري د سيني عرضاني شکل ننوتي شکل لري د قص د هډوکي په Xiphiod برخي کي جګوالي او ژور والي ليدل کيږي او په Funnel Shape کي د قص دهډوکي په ښکتنۍ او متوسطي برخي کي ژوروالي د ليدلو وړ دي.

جس (Plapation): جس د تفتيش د علامو د تثبيت د پاره اجرا کيږي د مثال په توګه:

1. د شزن موقعيت
2. د سيني پراخي په مخکنۍ او شاتنۍ برخو کي.
3. Vocal Fremitus
4. د زړه دزروي (Apex Beat) د موقعيت په خاطر
5. Fluctuation, Tenderness او Crepitation د موجوديت له کبله.
6. د Rhonchi يا Crepitation جس.

د شزن د جس د پاره ناروغ په شا (Supine Position) اچول کيږي او ناروغ سر د معاينه کوونکي د چپ لاس په وسيله نيول کيږي او د ښي لاس د index منځنۍ او د Ring ګوتي په داسي شان ايښودل کيږي چي د Index او Ring ګوتي د قصبي ترقوي بند (مفصل) په ښي او چپه خوا خوا حرکت ورکوي او منځنۍ ګوته په ازادانه شکل Sterno Mastoid عضله او د شزن جس اجرا کيږي منځنۍ ګوته چي د Sterno Mastoid عضلي تر منځ قرار

لري او د Ring او ّ Index ګوتو د مسافي سره چي د قص بند د پاسه اینبودل شوي دي مساوي اندازه وي کله چي دغه مسافه یا د ښي او یا د چپي برخي پلور کمه شي شزن په همغه خوا کش کیږي هغه حالت کي چي په هغه کي شزن ځانته کش کوي د سږو د کولپس او فبروز په نوم یادیږي د نوموتورکس Pleural Effusion او په Upper Mediastinal تموري حالاتو کي شزن په مخالف لور push کیږي.

هغه حالات چي د سیني په توسع کي کمي راوړي د سږو د فبروز، Pleural Effusion د سږو کولپس، کانسولیدیشن، امفزیما او نوموتورکس څخه عبارت دي.

د سږو د زروو جس (Palpation of the Apices): د سږو د زروو د جس د پاره معاینه کوونکي د ناروغ شاته ودریږي او ناروغ د بستري د پاسه په داسي حال کي چي سر یي ښکته خوا نیولي وي اجرا کیږي معاینه کوي لاسونه د ناروغ د اوږو د پاسه چي د لاس ګوتي د سیني او غتي ګوتي یي د غاړي په لور اینبودل شوي وي اجرا کیږي د ناروغ د ژور تنفس په وخت کي د ګوتو حرکت په مقایسوي شکل د نظر لاندي نیسي.

Vocal Fremitus: معاینه کوونکي د خپل لاس د ورغوو اواري برخي د سیني په دواړو خواوو کي کیږیدو په داسي حال کي چي ناروغ ته ویل کیږي چي څلور څلور ووایي او ساه واخلي چي اهتزازات یي د لاس په وسیله جس کیږي چي Tactile Primitues او د ستاتسکوپ په وسیله اوریدنه د Vocal Fremitus په نوم یادیږي چي په لاندینیو حالاتو کي یي شدت زیاتیږي.

کانسولیدیشن (Cavitation) او کولپس چي د خلاصي قصبي سره یو ځاي وي او په لاندینیو حالاتو کي په کمیدو راخي پنډه پلورا، فیبروزس Pleural Effusion کولپس د بندي قصبي سره تنوموتورکس د پلوریږي په حالات کي ښایي چي د پلورا د سولیدو د Rub اواز احساس شي چي د دي ډول اواز جس کیدل د Friction Fremitus په نوم یادیږي.

د زروي ضربه (Apex Beat): څخه د زړه د رګونو په سیستم کي په ښه شان یادونه شوي ده د زړه زروی ضربه په لاندي حالاتو کي بې ځایه کیږیږی

انصبابي مایع، نوموتورکس، د سږو په فیبروزس، کولپس د سیني په ابنارمل حالات کي لکه په Funnel Chest کي.

قرع (Perfusion): د سږو نورماله قرع د Resonant په شکل ده.

Tympanic قرع: کله چي د سږو په Cavity کي هوا موجوده وي او هم په نارمل حالت کي د خالي معدي د پاسه موجود وي.

Impaired قرع: دا ډول قرع کله چي سږي د یوي سختي عضوي سره نږدي موقعیت ولري موجود وي لکه د ینې (liver) په پاسني سرحد او د زړه په شاوخوا برخو کي موجود وي.

Dull قرع: د یوي کلکي عضوي د پاسه لکه ینه، توري او د زړه د پاسه موجود وي.

Tony Dall قرع: د مایع د پاسه لکه د انصبابي پلورا او Ascites د جس د پاسه موجودي وي.

د سږو د قرعي طریقي: د سږو د قرع په قدامي جنبي او بیا په خلفي خوا اجرا کیږي.

قدامي قرع: په قدامي قرع کي لومړي د سږو زروي، ترقوي حفري یې او باالاخره ټوله قدامي برخه د سیني د عملیي لاندي راوړل کیږي مخکي له دي څخه چي د سږو قرع اجرا شي اول باید د یني پورتنۍ برخه قرع او په نښه شي.

خلفي قرع: د ناروغ د چوکۍ د پاسه کینول کیږي او لاسونه په قدامي لور قاط او د اوږو د پاسه اینښودل کیږي او د قرع عملیي ته دوام ورکوي.

جنبي قرع: ناروغ ته د ناستي حالت ورکول کیږي او دواړو لاسونو د سر د پاسه اینښولد کیږي او قرع د جنبي په برخه کي د پاسه څخه د ښکته خوا په لور اجرا کیږي په لاندینیو حالاتو کي د قرع اصمیت (Pull) موجود وي.

پنډه پلورا ، د سږو کولپس، د سږو کانسولیدیشن، د پلورا په منځ کي د مایع موجودیت.

قرع د هایپریزونانس په شکل په لاندي حالاتو کي موجود وي:

امفزیما ، نوموتراکس د پلورا د مایع د سرحد پورتني اړخ کي.

اصغا (Ausculation): د دي عملیي د اجرا په وخت کي د نامه څخه پورته کالي لري کیږي او د بستري د پاسه په ملا اچول کیږي.

د ستاتسکوب په وسیله د سینی قدامي او بیا د سیني خلفي برخي اضعا کیږي د اصغا په وخت کي څلور شیان په نظر کي نیول کیږي.

1. د تنفسي اوازونو شدت
2. د تنفسي اوازونو وصف
3. د اضافي اوازونو موجودیت.
4. Vocal Resonance

د تنفسي اوازونو شدت: د تنفسي اوازونو شدت باید د سیني په دواړو خواو کي مقایسه شي دري ډوله تنفسي اوازونه موجود دي چي نومونه یي په لاندي ډول دي.

Bronchial Breating او Bronchovesicular Breating, Vesicular Breating څخه عبارت دي.

1. Vesicular: د سږو د نورمال اواز څخه عبارت دي چي په وړو قصباتو کي د هوا د تیریدو څخه منځ ته راځي او څلور وصفه لري.

الف: ذفیري صفحه لنډه او تقریباً د شهیق نمایي وي.

ب: د شهیقي صفحي نسبت ذفیري صفحو ته زیات شدت لري.

ج: د شهیق او ذفیر ترمنځ وقفه موجوده نه وي.

د: Restling وصف لري. يعني د اواز وصف يي د هغه اواز سره شباهت لري چي د وني د پاڼو څخه د هوا د تيريدو ځيني پيدا کيږي.

2. Broncho Vesicular Breathing: دا ډول اواز په نارمل حالت کي د سطحي قصبو د پاسه چي د دواړو کتفونو ترمنځ او د ښي سږي د زروي په برخه کي په ښه شان اوريدل کيږي چي لرونکي دلاندي وصفونو وي.

الف: ذفير او شهيق کي په شديد شکل اوريدل کيږي.

ب: ذفيري برخه يي شهيق ته اوږدوي.

ج: يوه لنډه صفحه يي د شهيق او ذفير ترمنځ موجوده ده.

3. Bronchial Breathing: د سږو د مرضي اوازونو څخه عبارت دي چي لاندينې وصفونه لري:

الف: په يو جوف کي د هوا د جريان په شان وصف لري.

ب: ښايي ذفيري برخه يي اوږده وي.

ج: ذفير يي نسبت شهيق ته زيات شدت لري.

د: شهيق او ذفير ترمنځ وقفه موجود ده.

په نورمال حالت کي کله چي هوا د شزن او لويو قصباتو څخه تيريږي د دي اواز د پيدا کيدلو سبب کيږي چي د قصبي هډوکي د Manubrium او دشمزي (Vertebra) د څلورمي صدري نخاعي برخو د پاسه اوريدل کيږي.

دا ډول اواز د کانسو ليدشن، کولپس (چي د پندي قصبي سره وي) او د Cavitation په مرضي حالاتو کي چي ښايي په لاندي شکلونو سره واوريدل شي چي د Consolidation د پاسه د Tubular او د Cavitition په شته والي کي د Cavernous او د خلاص

نوموتورکس په موجودیت کي د Amphoric اواز لکه په خالي بوتل کي د هوا د پوکولو په څیر اوریدل کیږي.

تنفسي آوازونه په لاندینیو حالاتو کي نه اوریدل کیږي او یا یي په شدت کي کم والي راځي.

د پنډي (Thicken): پلورا، انصبابي پلورا، نوموتورکس، قصبي بندش، فیبروزس، کولپس (د بندي قصبي سره) د سني د جدار په ضخامت کي.

اضافي اوازونه (Added Sounds):

دا ډول اضافي آوازونه په دوه ډوله دي چي یو ته یي Pulmonary او بل ته یي Extra Pulmonary وایي.

:Extra pulmonary د دي اوازونو په شمیر کي Pleural Rub ډیر عمومیت لري دا اواز د څرمنو او یا د ربړونو د سولیدو د اواز په شان دي چي د Crepitation د آوازونو څخه یي په لاندي شان تفریقي تشخیص اجرا کیږي.

1. Pleural Rub د ټوخي په وسیله تغیر نه کوي.

2. کله چي د سیني د جدار په برخه کي په ستاتسکوب فشار راوړل شي او هم یي د ژور تنفس په وسیله په شدت کي ډیربښت راځي.

3. Pleural Rub اواز اکثراً ځاي په ځاي (Localised) وي.

4. د شهیق او د ذفیر په شروع کي موجود وي چي ښایي ضعیف، متوسط او په شدید شکل ولري کله چي التهابي مایع د سږو په جوف کي په زیاته اندازه نه وي چي د پلورا د التهابي ورقي سره مایع د سږو د پلورا په جوف کي په زیاته اندازه نه وي چي د پلورا التهابي ورقي یو د بل څخه جلا کړي اوریدل کیږي.

2. **Pulmonary** اوازونه:

الف: Rhonchi: دا يو دوامداره اواز دي چي د تنګي قصبي څخه د هوا د تيريدو له امله پيداکيږي چي په Asthma، امفزيما او برانکاتس کي اوريدل کيږي د قصبي تنګوالي ښايي د التهابي قصبي مخاط ته د قصبي جدار د عضلي د سپرم او يا سليښناک مخاطي پلک، چي د شهيق په وخت کي په اهتزاز راځي پيداکيږي.

Rhonchi دري شکلونه لري چي يو د Sibilant په نوم ياديږي چي High Pitch اواز دي او بل يي د Sonorous په نوم ياديږي چي Low Pitch وصف لري او دريم يي د Medium Pitch Rhonchi څخه عبارت دي.

ب: Wheeze : ويزنګ High Pitch Rhonchi دي چي د ذفير په وخت کي موجود وي او بي له ستاتسکوپ څخه اوريدل کيږي.

ج: Stridor دا اواز د حنجري د بندش له امله د شهيق په وخت کي اوريدل کيږي.

د: سنخونو او قصباتو په منځ کي د مخاط او يا مايع د موجوديت څخه پيداکيږي او په لاندي ډول دي.

Fine Crepitation: د سنخونو په برخه کي د شهيق په وخت کي اوريدل کيمي د سينه بغل په لومړۍ مرحله او د زړه د عدم کفايي په وخت کي موجود وي.

Medium Crepitation: د وړو قصباتو په برخه کي د شهيق په اخيره او يا د ذفير شروع کي اوريدل کيږي چي د مرطب رالونه (Moist Rales) په نوم هم ياديږي.

Coarese Crepitation: چي اکثراً د متوسط قصباتو د افرازاتو د پوکاڼيو په اثر منځ ته راځي او په برانکاتس او برانشکتازس کي اوريدل کيږي.

Splasing Sounds: Splashing Sound د Hippocratic Succession اواز په نوم هم ياديږي هغه ناروغان چي Pneumo Hydrothorax ولري او په شديد شکل وخوروول شي د پلورا په جوف کي د مايع د حرکت په وسيله د Splashing Sounds د پيداکيدو سبب کيږي.

Vocal Resonance: که چیري ناروغ ته وویل شي چي حلور، څلور وواییي او په دي وخت کي سږي اصغا شي، اوریدل کیږي.

الف: Bronchophony: شدید Vocal Resonance د برانکوفوني په نوم یادیږي چي د کانسولیدیشن ، Cavitation او د سږو د کولپس چي د خلاصي قصبي سره یو ځاي وي اوریدل کیږي.

ب: Whispering Pectoriloguy: د نارغ د اصغا په وخت د پس پس په شکل یو دوه یا دري وواییي د اواز په ډیر واضح شکل اوریدل کیږي چي د سږو د کانولیدیشن په وخت کي اوریدل کیږي.

ج: Aegophony: که چیري یو سړي د پوزي په وسیله خبري کوي د دي اواز سره شباهت لري دا ډول اواز د پلورا د مایع په پورتنۍ برخه کي او هم د Scapula د ښکتنۍ زاویي سره نږدي اوریدل کیږي.

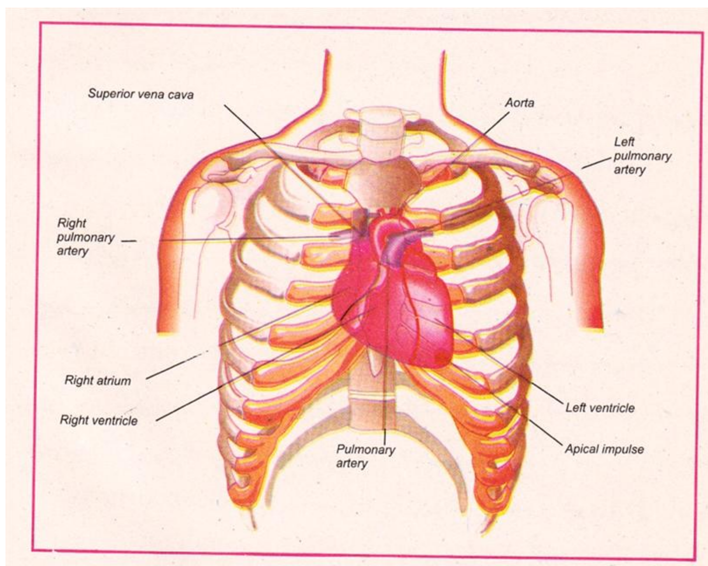
نهم څپرکي

(CHAPTER 9)

د زړه د رګونو سیستم

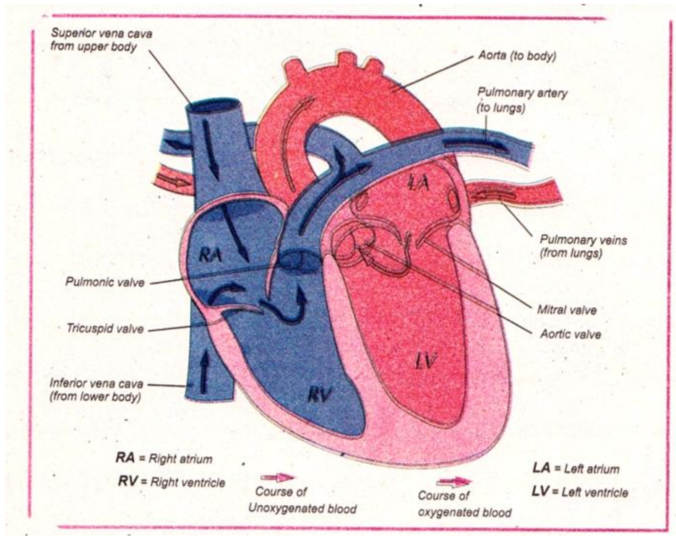
(THE CARDIOVASCULAR SYSTEM)

اناتومي او فزيالوژ: د سيني د قدامي معايني په وخت کي بايد د زړه اناتوميک جوړښتونه په نظر کي و نيول شي ښي بطن او ريوي شريان د زړه قدامي برخه کي ځاي لري چي د ښي بطين ښکتني سرحد د قص د هډوکي او Xiphoid د يو ځاي کيدو برخي د لاندي ځاي لري او په همدي ډول ريوي شريان (Pumonay Artery) په دريمه بين الضلعي چپه سمافه کي.



نژدي د قص هډوکي لاندي په نظر راځي د زړه چپ بطين د ښي بطين شاته د زړه په قدامي سطحه کي جنبي جداري برخه جوړوي او په کلنيک کي د زرويي ضري (Apical Impulse) د جوړښت سبب کيږي چي په پنځمي بين الضلعي مسافه کي اته سانتي متره د قص هډوکي د متوسط خط څخه مسافه لري.

ښي اذين د زړه ښي سرحد جوړوي چي اکثراً په خلفي برخه کي ځاي لري او د ښي اذين Appendage د زړه په چپ سرحد کي د ريوي شريان او چپ بطين ترمنځ ليدل کيږي.



د زړه څخه پورته لویو رګونه په نظر راځي، چي د ریو شریان د دوه کیدو ښۍ او چپې شعبي د Aorta د ابهر قوس د لیدلو وړ دي او په ښي خوا کي Venacava Superior راخي چي په ښي اذین کي تویږي Inferior Vena Cava خپله وینه په ښي اذین کي اچوي لاندي رسم کي دویني دوران د زړه جوفونه، د سامونه او دویني د جریان سمت ښودل شویدي د تراي کپیدو او مترال د سامونه اکثراً د اذیني بطني د سامونو (Atrio Ventricular Valves) په نوم یادیږي.

(په رسم کي د دسامونو د شرحي په مقصد ټول په خلاص شکل ښودل شوي دي حال دا چي په ژوندي زړه کي په یو وخت کي د دسامونو خلاصون امکان نه لري)

د زړه د رګونو د سیستم معاینه(Examiniation of Cardio-Vascular System): د دي سیستم په معاینه کي د لاندي بحثونو څخه یادونه کیږي.

1. د شریاني ضربان معاینه.
2. د ویني فشار.
3. د غاړي د وریدو معاینه.
4. د Precord معاینه، چي په دي کي د تفتیش، جس، قرع او اصغا څخه یادونه کیږي.

د شرياني نبض معاينه (Exmainaition of Pulse) :

نبض د ويني د موجي فشار له امله د زړه د تقلص په اثر د شريانو په اوږدو کي منځ ته راځي چي د بدن د دواړو خوا په شريانو کي لکه په Tibial, Popliteal, Femoral, Temporal, Carotid, Brachial, Cubital د پاسه معاينه کيږي چي په دي معاينه کي د نبض شميره (Rhythm) حجم او د شرياني فشار د جدار له پاسه او د نبض مقايسه شامل دي.

شميره(Rate): د معاينه کوونکي د لاس د ګوتو د سرو په وسيله د معاينه کوونکي د لاس کعبري شريان پداسي حال کي چي ځنګل يي لږ د داخل پلور قاط شوي وي او د همدغه لاس ورغوي د ناروغ د بدن پلور متوجه وي جس کيږي چي په نارمل حالت کي نبض په يوه دقيقه کي د 50—90 په حدود کي وي او په نوو ماشومانو کي يي شميره 140 ويږ

نبض د استراحت او خوب په وخت کي کم او د تمرين په حالت کي زياتيږي.

Tachycardiaکه چيري د زړه د حرکاتو شميره په يوه دقيقه کي د 90 دفعو څخه زياته شي د تکي کارديا په نوم ياديږ چي ښايي فزيالوژيک او يا مرضي وي.

فزيالوژيکي تکي کارديا د استراحت او خوبپه وخت کي د منځه ځي خو په مرضي تکيکارديا کي په دوامدار شکل وي.

فزيالوژيک سببونه چي د نبض شميره په کي زياتږي په لاندي حلاتو کي د ليدلو وړ دي.

وروسته له تمرين، غذا ، هيه جاني حالت د ښځو د بي لمازۍ په وخت کي وروسته له کافي خوړلو او يا د الکولو د استعمال څخه پيداکيږيږ په همدي شان هغه مرضي حالات، چي د نبض شميره په کي زياتيږي د تبي انيميا ، هايپر تايروديزم، کانسري ناروغۍ د زړه په عدم کفايه او شاک څخه عبارت دي.

Ready Cardia: تنفسي شيمره په کي د نارمل څخه کمه وي او په سپورتي حالت کي چي ډير منډي وهي ليدل کيږي مرضي سببونه يي د زړه د تام بندش (Camplete Heart

(Block د دماغ د داخلي فشار زياتوالي، هايپو تايروديزم او د ځينو دواګانو د استعمال لکه د ډي جټال او Beta Blockers د دواګانو د تطبيق په وختو کي د ليدلو وړ دي په همدي شان په Realtive Ready Cardia کي چي نبض د حرارات د درجي سره ډيرښت پيدانه کړي لکه به Entrice Fever او Viral Feverکي.

نظم (Rhythm):

په نارمل حالت کي د زړه د ضربانونو ترمنځ وقفي مساوي وي او په ځينو ناروغانو کي د شهيق په وخت کي ډيرښت او د ذفير په وخت کي په نبض کي کمښت پيدا کيږي چي دا يو نارمل حالت دي خو کله چي د نبضونو ترمنځ مسافي مساوي نه وي د Sinus Arrythmia په نوم ياديږي.

د **Arrythmia** نور شکلونه:

1. Regular Irregular Heart Rate: په دي وخت کي نبض غير منظم خو د غير منظمو نبضونو ترمنځ مسافي منظمي وي لکه Premature Beat، چي وروسته د يو معلوم شمير ضربانونو څخه تکرار مومي.

2. Irregular Irregular Heart Rate: په دي شکل کي د زړه ضربان بي نظمه او په غير منظم ډول ضربان لري لکه په Multiple Ectopic Beats, Atrial Fibrillations او په Atrial Flutter کي بي نظمي د ليدلو وړ ده.

د نبض حجم (Valum of Pulse): د بطين د تقلص په وخت کي يو موج دويني په رګو کي منځ ته راځي چي د سترګو په وسيله ليدل کيږي چي د لاس د ګوتو د سرونو په وسله دا خيزوهونکي قوه جس کيږي په هغو ټولو حالاتو کي چي د زړه د قلبي د هانه زياته وي د نبض د حجم د ډيرښت سبب کيږي.

د نبض وصف (Character of Pulse): د ځينو ناروغيو په وخت کي نبض يو خصوصي خاصيت لري چي په لاندي توګه ورڅخه بحث کيږي:

1. Collapsing Pulse یا Water Hammer Pulse: چالاکه لوي حجمه او بي دوامه نبض څخه عبارت دي یعني د نبض حجم زر لوړیږي او زر ښکته کیږي لکه د اهر په عدم کفایه کي چي د ویني د حجم د ډیرښت په اثر نبض قوي کیږي او د ویني د بیرته جریان په وخت کي په رګو کي کولپس پیدا کیږي او د دیاستول په وخت کي نبض ورکیږي.

دا ډول نبض په هغو ټولو حلااتو کي چي په Pulse Pressure کي ډیرښت راځي، لیدل کیږي لکه د ابهر په عدم کفایه، تایروتوکسیکوزس، تبه، شریاني وریدي فستول او په انیما کي د لیدلو وړ دي.

2. Pulsus Plateau یا Anacrotic Pulse: په دي ډول نبض کي په کمه اندازه د نبض په حجم کي زیاتوالي راځي او دوام د نبض سره یو ځاي لیدل کیږي چي دا ډول نبض د ابهر په تضیق کي د لیدلو وړ دي.

3. Pulsus bisferience: په دي ډول نبض کي د Anacrotic او Collapsing Pulse دواړه نبضونه لیدل کیږي د زړه په هره ضربه کي نبض دوه خلي جس کیږي کله چي د ابهر تضیق او د ابهر عدم کفایه داوړه په یوي ناروغۍ کي موجود وي د لیدلو وړ دي.

4. Pulsus Paradoxus: دا یو صحیح نوم نه دي په نارمل حالت کي د شهیق په وخت کي د نبض په حجم کي کمي راځي چي د قلي دهاني د کمښت په اثر د ویني شریاني فشار 5- یا 10 ملي متره سیمابو کي کمښت راځي چي په مرضي حالت کي د ویني په فشار کي د دي څخه نور هم ډیرښت راځي دا ډول نبض د Pericardial Effusion, Constrictive Pericarditis او Branchial Asthma په وخت کي د لیدلو وړ دي.

Pulsus Alternas: په دي ډول نبض کي یو قوي او بل ضعیف نبض جس کیږي او د نبضونو ترمنځ مسافه په مساوي شکل وي چي د چپ بطین په وخیم حالت دلالت کوي.

Pulsus Dific: په دي ډول نبض کي د نبض په شمیره او د زړه د ضربان د شمیري ترمنځ فرق موجود وي دا ډول نبض په Atrial Fibrillation او Multiple Ectopic Beats کي

احساس کیږي چي د بطین د تقلص په وخت کي په کمه اندازه وینه په رګو کي پمپ کیږي نبض په کي د جس قابلیت نه لري.

Pulsus Bigeminus په دي وخت کي د ګوتو په وسیله دوه ضربي په یو وخت کي احساس کیږي د دي دوه ضربو یوه ضربه یې نورماله او بله د Premature په شکل وي او وروسته ورځیني Compensatiory Pause لیدل کیږي دا ډول نبض د ډیجټیل په تسسم او د Premature Beatsپه حالاتو کي د لیدلو وړ دي.

Delayed Pulse په نارمل حالت کي کعبري او فخذي شریانو نبضونه په یو وخت کي جس کیږي خو د Coarctation of Aorta په حالت کي د فخذي شریان نبض لږ وروسته جس کیږي.

Comparison of Pulses: په دي وخت کي د نبضونو د احساس مقایسوي شکل په نظر کي نیول کیږي د مثال په توګه ثباتي شریان د کعبري او په همدي ډول کعبري شریان د فخذي شریان سره یو ځاي په مقایسوي شکل جس کیږي چي په Coarctation کي د فخذي شریان نبض نسبت کعبري او ثباتي شریان ته لږ وروسته جس کیږي معاینه کوونکي باید ثباتي شریانو نه دواړه په یو وخت کي جس نه کړي چي ښایي کله کله د سنکوپ سبب شي په همدي ترتیب سره د نورو شریانونو د جس مقایسه یو دبل سره اجرا کیږي.

Tension of Pulses: د نبض مقاومت د هغه قوي ځخه عبارت دي چي د نبض د خرابۍ سبب و ګرځي د مثال په توګه د نبض مقاومت په هایپرتنشن کي زیاتره په نظر راځي.

Blood Pressure: دوه ډوله د ویني فشار موجود دي چي پو ته یې سستالیک او بل ته یي د یا ستالیک وایي د ویني ستالیک فشار د ویني د رګو د الستیستي او Stroke Volume له کبله او د یاستالیک فشار یي د شریانو د محیطي مقاومت په وسیله تنظمیږي د ویني ستالیک فشار د 125-100 ملي مترو سیمابو او دیاستالیک فشار یي د 60-80 ملي مترو سیمابو په حدودو کي وي.

د ويني د سستاليک او د يا ستاليک فشار تفاوت د Pulse Pressure: په نوم ياديږي چي په نارمل حالت کي د 30-60 ملي مترو په حدود کي قبول شويدي چي په دوو طريقو سره اخيستل کيږي چي يوه د جس او بله يي اصغايي طريقه ده سستاليک فشرا په دواړو پورتنيو طريقو سره اندازه کيږي خو د ياسستاليک فشار يوازي په اصغايي طريقو ښودل کيږي.

د جس طريقه (Palpatory Method): په دي طريقه کي د لاس کعبري شريان د جس په وخت کي د فشار د الي چي د لاس د پاسه تړل شويده هوا د پمپ په وسيله ورکول کيږي ترڅو چي شرياني نبض ورک شي او الي ته 30 ملي متره سيماب نور پمپ کيږي وروسته د دي څخه د فشار د الي پيچ په تدريجي شکل خلاصيږي او بازو بند د هوا د کميدو په اثر فشار د شريان د پاسه کميږي او کله چي شريان لږ خلاص شي لومړني د نبض موجه کله چي د ګوتو په وسيله جس شي د فشار اندازه يي د ويني د سستاليک فشار سره توافق کوي.

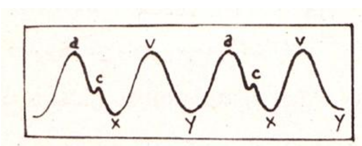
اصغايي طريقه (Ascultatory Method): د ويني د فشار الي ته د ويني د سستاليک د اندازيه څخه پورته فشار ورکول کيږي (20 ملي مترو په شاوخوا کي) او ستاتسکوب د Brachial Artery د پاسه د څنګلي د بند په قدامي برخه کي ايښودل کيږي او د فشار د الي د بازو بند څخه په تدريجي شکل هوا خارجيږي او کله چي لومړني اواز د ستاتسکوب په وسيله واوريدل شي په همغه وخت کي د الي د فشار اندازه په سستاليک فشار دلالت کوي د اواز په شدت کي په تدريجي شکل ډيرښت راخي او دفعتاً په اواز کي بدلون پيداکيږي يعني لومړي اواز نرم او بيا نه اوريدل کيږي چي په دي وخت کي د الي د فشار اندازه د ويني د دياستاليک فشار په نوم ياديږي.

د هايپرتانشن ځينو ناروغانو کي کله چي فشار 160-180 په حدودو کي د منځه ځي او بيا بيرته اوريدل کيږي دي حالت ته Silent Gap ويل کيږي او کلينيکي اهميت يي تر اوسه پوري نه دي واضح شوي.

دابهر په Coarctation کي لازم ده چي د ويني د فشار اندازه په ښکتنيو اطرافو کي هم و نيول شي په دي وخت کي ناروغ د بستر د پاسه په مخ اچول کيږي او ستاتسکوب د مابضي (popliteal) حفري د پاسه او د فشار اله لږ پورته په ورانه کي تړل کيږي او د لاس د عضدي شريان د فشار د معلومولو په شان مانوره اجرا کيږي او د ويني فشار د بدن په ښکتنيو اطرافو کي معلوميږي.

د غاړي د وريدو معاينه **(Examination of Neck Veins)**:

د ناروغ د ناستي يا تکيه په حالت کي چي 45 درجي (د مريض ملا د بستري څخه) زاويه ولري کينول کيږي او د غاړي Jugular وريدنو ته يي نر اچول کيږي په نارمل حالت کي د ترقوي هډوکي د پاسه او يا د هغي څخه لږ پورته قرار لري خو د زړه په عدم کفايه کي د غاړي پورتني وريدونه په راوتلي توگه د ترقوي هډوکي د باسه په نظر راځي.



وريدي نبض (Venous Pulse): دري مثبتي موجي (A,C,V) او اوه منفي موجي لري چي د X او Y څخه عبارت دي.

د A موجه Waeد اذيناتو د تقلص څخه پيدا کيږي، د C موجه د غاړي په وريدو کي نه ليدل کيږي د دي موجي پيدا ښت د تراي کسبيد د دسام د تړلو څخه پيدا کيږي.

د V موجه د ښي اذين د ويني د ډکيدو څخه منځ ته راځي.

د Y موجه د تراي کسپيد د سام د خلاصيدو په اثر د ښي اذين د فشار د ټيټيدو له امله پيدا کيږي.

د x موجه په چپ اذين د استرخا (دياستول) څخه استازيتوب کوي.

د پریکارد معاینه (Examination of Precordium):

تفتیشک د تفیتش په وخت کې څلور شیان د نظر لاندې نیول کیږي.

1. د پریکاردیوم شکل (د زړه په مخکنۍ برخه کې د سینې جداري برخه)
2. د پریکاردیوم نبضان (Pulsation).
3. نبضان د پریکارد څخه د باندې.
4. د سینې په جداري برخه کې د زیاتو وریدونو شته والي.

د پریکاردیوم شکل: په نارمل حالت کې کومه راوتلې برخه د لیدلو وړ نده او که چیرې د چپ بطین هایپرتروفي او یا د پریکارد په جوف کې مایع موجوده وي نبایي د پریکارد په برخه کې راوتلې برخه په نظر راشي.

د پریکارد نبضان (Pulstation in the Pericardium):

هغه نبضان چې د پریکارد په برخه کې لیدل کیږي په لاندې کرښو کې ترې یو د بل پسې یادونه کوو:

الف: د زړه ضربان (Apex Beat): که چیرې ناروغ ډنګر (وچ) وي په نارمل حالت کې یې هم نبایي ولیدل شي او کله چې په یو ناروغ کې موجود وي باید ځای او د هغې پراخي یاداشت کړای شي.

ب: نبضان د ترای کسپید په برخه کې: په څلورمه، پنځمه بین الضلعي مسافه کې د قص هډوکي په چپه خوا، دد ترای کسپید د سام په عدم کفایه کې او هم دښي بطښ په هایپر تروفي حالاتو کې لیدل کیږي.

ج: نبضان د ریوي شریان په برخه کې : په دویمه بین العضلعي چپه مسافه کې نژدې د قص هډوکي ته که چیرې د ریوي هایپر تینشن او یا دریوي شریان توسع موجوده وي په نظر راځي.

نبضان د ریوي شریان په برخه کي: په دویمه بین لاضلعي ښیہ مسافه کي نږدي د قص هډوکي ته که چیري ریوي هایپرتنشن او یا دریوي شریان توسع موجود وي د لیدلو وړ دي.

نبضان د ابهر په محراق کي: په دوهمه بین الضلعي ښیہ مسافه کي نژدي د قص هډوکي ته نبضان د ابهر د دسام په عدم کفایه او د ابهر په انوریزم کي په نر راخي.

نبضان خارج د پریکارد څخه: په لاندینیو ځایو کي د لیدلو وړ دي:

د غاړي نبضان ښایي شریاني او یا وریدي منشا ولري شریاني ضربان د ثباتي شریانو په برخه کي د ابهر په عدم کفایه، تایروتو کسیکوزس، احساساتي حالاتو او د تمرین په وختو کي په نظر راځي.

نبضان د Supra Sternal Notch په برخه کي د ابهر په Unfolding او د Aortic Arch په انوریزم کي لیدل کیږي.

نبضان په بین الضلعي مسافو کي: د ابهر په Coarctation کي لیدل کیږي.

نبضان د اپي ګستریک په ناحیه کي: په احساساتي حالت، د ښي بطین په هایپر تروفي، بطن او یا نس په نوریزم کي د تراي کسپید په عدم کفایه کي او د ابهر د قدامي برخي په توموري حالاتو کي په نظر راځي.

نبضان د کتفونو په منځ کي د ابهر په Coarctation ښایي ولیدل شي.

جس (Palpation): د پریکارد په جس کي لاندیني شیان په نظر کي نیول کیږي:

Apex Beat د بطناتو ښکته او پورته کیدل (Heaving) تریل د زړه هغه اوازونه چي د جس قابلیت لري او ریوي شریان.

زرويي ضربان (Apex Beat): د دي زرويي ضربان د جس د پاره د لاس ورغوي د زړه د پریکارد د پاسه ایښودل کیږي او د زرويي ضربان جس صورت نیسي که چیري زرويي

ضربان جس نه شي ناروغ چپي خواته په اړخ اچول کيږي او د پريکارد د برخو جس يي اجرا کيږي خو کله چي په ناروغ کي لانديني ابنارملتيي موجود دي وي د زړه د زرويي ضرباند جس وړ نه بريښيږ

د سيني د جداري عضلي پنډوالي.

د چپي خوا نوموتورکس.

چپي خوا د پلورا د مايع موجوديت.

د پريکارد انصباب.

امفزيما:

Dextrocardi

د زړه زرويي ضربان د چپي ترقوي د نمايي خط څخه يو سانتي متر په پنځمه بين الضلعي مسافه کي او يا 9 سانتي متره د قص د هډوکي د منځني خط په چپه خوا کي موجود وي او د شاهدت د ګوتي پوسيله په عمودي شکل په ننبه کيږي چي په خبل ځاي کي يا د خپل ځاي څخه بهر ، د ننه ښکته او يا ورته، ځاي لري. هغه حالت، چي د زړه زرويي ضربه په کي د خارج په لور بي ځايه کيږي د چپ او ښي بطين د لوئيدو د ښي خوا د پلورل ايفوژن د ښي خوا نوموتورکس او د سيني په Funnel شکل کي په نظر رائي، خو په هغو حالاتو کي چي زوريي ضربه د داخل په لور کوش کيږي د ښي سږي کولپس د ښي سږي فيبروز او د Dextrocardia څخه عبارت دي.

د زرويي ضربي خصوصيات: زرويي ضربه دوه ډوله لري چي يو ته يي شرهدل Heaving او بل ته يي Tapping وايي.

Heaving: شکل کي که چيري د زرويي ضربان د پاسه د شهادت ګوته د سستول په وخت کي پورته او د دياستول په وخت کي ښکته خوا ته حرکت و کړي دا حالات د زرويي ضربان heaving په نوم ياديږي د ابهر په تضيق او هايپرتينشن کي چي لوړ فشار ولري زرويي

ضربان په کي قوي او دوامداره وي خو دابهر او د مترال په عدم کفایه حالاتو کي چي د حجم د ډیر ښت سره یو ځاي وي زرویي ضربان په کي قوي خو کم او دوامداره وي.

Tapping: په دي کي د زړه لومړي اواز جس کیږي چي د زړه زروره د شهادت په ګوته لګیږي او بیا بیرته ځي چي د مترال د تضیق په وخت کي چي د ښي بطین هایپرتروفي پیداشي موجوده وي دا ډول جس د قص هډوکي په چپه او ښکتنۍ برخه کي اجرا کیږي.

Thrill: د لاس د جس په وسیله د نفخو د اهتزازي حرکت څخه عبارت دي چي ښایي سستالیک یا د یاستولیک وي.

د زړه د اوازونو جس: کله کله د زړه اوازونه هم جس کیږي د زړه د دریم او حلورم اواز جس نسب اورید ته په ښه شان درک کیږي د مترال د تضیق په ناروغانو کي د زړه لومړي اواز په ښه ډول جس کیږي او د زړه دوهم اواز د ریوي شریان او د سستمیک په هایپر تینشن کي په واضح شکل جس کیږي.

Pulmonay Artery جس په دویمه بین الضلعي مسافه کي جس کیږي او ریوي شریان په هائیپرتینشن کي چي ریوي شریان یي په توسع راشي د جس قابلیت پیداکوي.

قرع (Percassion): په نني وخت کي د زړه قرع په فزیکي معاینه کي ډیره محدوده اجرا کیږي قرع د سیني په چپه خوا کي د څلورم بین الضلعي مسافي د اړخ څخه د مرکز په لور، چي Dull ساحه را په ګوته کوي او په همدي شان د قرعي عملیه د دریمي او پنځمي بین الضلعي مسافو په پورتنۍ شکل کي په نظر راځي او د زړه حدود د سیني د پاسه تثبت کیږي چي په امفزیما او نوموتوراکس ناروغانو کي وړه او په هغو ناروغانو کي چي Pericardial Effusion ولري د زړه Dullness په کي لوي وي چي په دي وروستي مرضي حالاتو کي کله چي قرع د ملاستي په حالت کي اجرا شي د زړه اصمیت د ناک په شکل او کله چي ناروغ ته د نساتي وضعیت ورکړاي شي د قرعي ساحه په کي مثلثي شکل اختیاروي.

اصغا (Ausculation) : د زړه اصغا په لاندي طریقه اجرا کیږي.

لومړي د زړه اوازونه د Bell او بیا د Diaphragm په وسیله اصغا کیږي لومړي د ترای کسپید محراق او ورپسي د زړه اصغایي برخه او په پاي کي دریوي شریان محراق د اصغا لاندي راځي.

د مترال د سام د پنځمي بین الضلعي مسافي د پاسه یو ساتني متر د چپي ترقوي د نیمایي خط په منځنۍ برخه کي اصغا کیږي.

د ترای کسپید د سام د قص هډوکي په چپه خوا کي په څلورمه او بځنمه بین الضلعي مسافه کي اوریدل کیږي. ریوي د سام په دویم بین الضلعي هډوکي ته نږدي په چپه خوا کي اوریدل کیږي.

د ابهر د سام په دوو ځایونو کي اصغا کیږي چي په دویمه بین الضلعي ښۍ مسافه کي نژدي د قص هډوکي او هم په دریمه ښۍ بین الضلعي مسافه کي د قص هډوکي ته ځای لري.

اصغا لومړي د ملاستي په حالت کي د مترال ترای کسپید د ریوي او د ابهر د برخو د پاسه اجرا کیږي په دویمه مرحله کي ناروغ ته چپي خواته حرکت ورکوي او د زړه زرویي برخه په واضح شکل راځي په اخیره کي ناروغ د بستر د پاسه کینول کیږي په داسي حال کي چي خپل ځان لږ په قدامي لور ټیټ کړي په دي وخت کي د ابهر او ریوي د سامونه د اصغا لاندي نیول کیږي او که چیري په ناروغ کي د یاستولیک نفخه موجوده وي په اوریدو کي نور هم وضاحت راځي.

د اصغا په وخت کي د زړه د اوازونو شدت (Splitting): دریم او څلورم او په همدي شان که چیري اضافي اوازونه موجود وي یاداشت کیږي.

په نارمل حالت کي د زړه دوه اوازونه چي یو یي لومړي اواز دي چي د سستالیک په صفحه کي اوریدل کیږي او بل یي د زړه دویم اواز دي چي په دیاستولیک صفحه کي اصغا کیږي د زړه لومړي اواز د اذیني بطین د دسامونو ۰مترلا او ترای کسپید، د تړلو او

دويم اواز يي د ابهر او دريوي شريان د اسامونو د تړلو څخه پيداکيږي دا دواړه اوازونه د "LUB" "DUP" د اواز سره شباهت لري.

د زړه د اوازونو شدت **(Intensity of the heart Sounds)**:

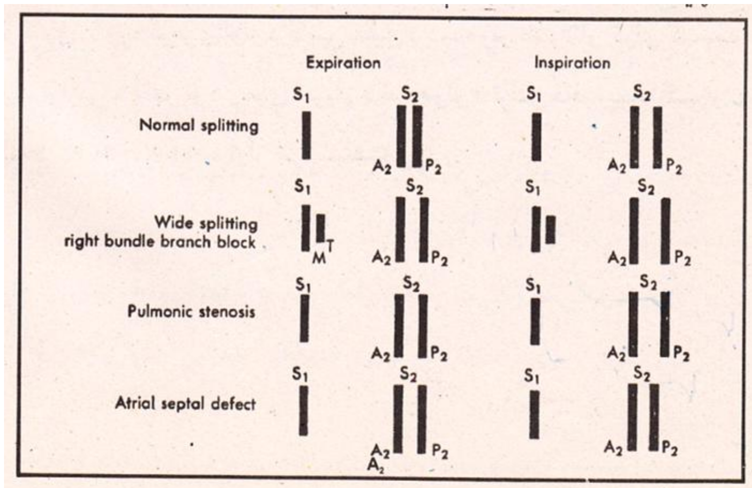
د زړه لومړي اواز په لاندينيو حالاتو کي شدت اختياروي لکه د مترال په تضيق سستميک هايپرتانشن تکي کارديا، کي او د لومړني اواز شدت يي په لاندنيو حالاتو کي اوريدل کيږي لکه په Rheumatic Carditis د مترال په عدم کفايه او د زړه په لومړۍ درجه قلبي توقف کي.

د زړه دويم اواز، چي د زړه د دوو دسامو د تړلو څخه پيداکيږي چي يو يي د ابهر او بل يي د ريوي د سام دي د ريويي په لاندنيو حالاتو کي د زړه د ابهر د دسام په شدت کي زياتوالي راځي. هائپرتينشن د ابهر په Atheroma او د ابهر په انوريزم کي او په همدي شان د ابهر د سام شدت د ابهر په تضيق او عدم کفايه کي کمښت راوړي.

دويم اواز دريوي د سام شدت د ريوي د سام په تضيق او عدم کفايه او په Fallot's Tetralogy کي په کميدو راځي.

د زړه د اوازونو بيل والي (Splitting):

د زړه د لومړي اواز بيلوالي: څرنګه چي د زړه لومړي اواز د مترال او تراکسپيد د سام د تړلو څخه پيداکيږي نو په نارمل حالت کي د مترال د سام نسبت د تراي کسپيد د سام نه مخکي تړل کيږي.



څرنګه چې د دي دواړو د سامونو د تړلو ترمنځ وخت ډېو کم او له دي کبله د يو اواز په څير غوږ ته راځي د دي اوازونو ډير بيلوالي د مترال په تضيق او اذيني حجابي نقصان (Atrial Septal Defect) کي د اوريدو وړي دي.

د زړه د دويم اواز بيلوالي: حرنګه چې مخکي هم ورڅخه يادونه شوه چې د زړه دويم اواز د ابهر ($A2$) او ريوي د سام ($P2$) د تړلو څخه پيدا کيږي د. $A2$ اواز د ټول Precardiume او $P2$ د ريوي د سام په برخه کي اوريدل کيږي دا هم بايد وويل شي چې په نارمل حالت کي د ابهر د سام لږ مخکي له ريوي د سام يا د تړلو څخه اجرا کيږي د شهيق په وخت يک ښي اذين ته وريدي وينه ډيره راځي او په دي شان د ښي بطين Stroke Valume زياتيږي او د ريوي د سام ($P2$) په تولو کي وروسته والي راځي له بلي خوا څخه د شهيق په وخت کي د چپ بطين په Stroke Valume کي کمي راځي او د ابهر د سام ($A2$) د مخکي په تړلو راځي د زړه د اوازونو دا پورتني فزيالوژيک بيلوالي چې په شهيق کي $A2$ مخکي او $P2$ وروسته و تړل شي د زړه دويم اواز کي $A2$ د $P2$ څخه نور هم لري کيږي.

د ذفير په وخت کي پورتني ميکانيزم په معکوس ډول راځي د زړه دويم اواز کي $P2$ لږ مخکي د $A2$ څخه تړل کيږي چې دا ډول پتالوژيک بيلوالي دريوي شريان په هايپرتينشن Right Bundle Branch Block (R. B.B.B) د بطيناتو په حجابي نقصان، د ريوي د سام په ناروغيو او په حجابي نقصان کي د اوازونو بيلوالي په ثابت ډول (Fixed Split) بدليږي.

او د ابهر په تضيق او LBBB د زړه دويم اواز د شهيق په وخت يي په بيلوالي کي نږدي والي راځي چي دا حالت د Paradoxic Splitting په نوم يادېږي.

د زړه دريم او څلورم اواز (Third and Fourth Heart Sound):

د زړه دريیم او څلورم اواز اکثراً کمه فريکونسي لري له دي کبله د ستاتسکوب د بل پوسيله د زړه په زروه کي اصغا کيږي خصوصاً کله چي ناروغ ته د چپي خوا وضعيت ورکړاي شي.

د زړه دريم اواز د بطيناتو د سريع ډکيدني حخه منځ ته راځي، چي په فزيالوژيک ډول په هلکانو او بلاربو ښځو کي موجود وي او په مرضي حالاتو کي خصوصاً د ميوکارد په احتشا او د زړه په عدم کفايه کي اوريدل کيږي دا اواز 15 ثاني وروسته د زړه د دويم اواز څخه اوريدل کيږي.

د زړه څلورم آواز د اذين د تقلص څخه پيدا او په نارمل حالت کي نه اوريدل کيږي او د ريوي شريان په سستميک هايپرتنشن کي اصغا کيږي دا اواز د Presystalic او په Late Diastalic په وختو کي د اوريدو قابليت لري او د تکي کارديا په وخت کي دريیم او څلورم اواز يو د بل د پاسه راځي چي د Summation Callop په نوم يادېږي.

اضافي اوازونه **(Additional Sounds)**:

اضافي آوازونه دوه دي چي يوه ته يي Exocardial او بل ته يي Endocardial وايي.

Exocardial اوازونه: دا ډول اوازونه په هغو ناروغانو کي چي په سږو کي يي شرايني وريدي فستول موجود وي اوريدل د دي ناروغانو د سيني په يوي محدودي ناحيي کي دوامداره نفخه اوريدل کيږي.

Tetrolagy of Fallot: په وخيم حالت کي د قصبي او ريوي شريانونو او د انستموزس په برخه کي سږو د پاسه اوريده کيږي.

Patent Dactus Arteriosus په دي حالت کي د يو ماشين په شان نفخه (سستاليک او د ياسستاليک) په دويمه چپه بين الضلعي مسافه کي په ښه شان اصغا کيږي.

Venous Hum: که چيري د يو ناروغ په لوي او تاو راتاو وريد کي په قسمي شکل خنډ او ځنډ پيدا شي دوامداره نفخه يي په غاړه او يا د سيني په پاسنيو برخو خصوصاً په ماشومانو کي اوريدل کيږي د غاړي او وضعيت د تغير په صورت کي او يا د وريدي ويني د جريان د پاسه که چيري فشار راوړل شي د منځه ځي.

Pericardial Rub: د Pericarditis په حالت کي د زړه د پاسه يو اواز اوريدل کيږي چي د Pericardial يا Percaidial Rub په نوم ياديږي دا اواز يي د دوو زيږو سطحو د ښو ليدو د اواز په شان دي چي هم پستول او هم د ياستول کي اوريدل کيږي. کله چي ناروغ ځان قدامي لور ته ټيټ کړي او هم کله چي ستاتسکوب د سيني د پاسه کلک و نيول شي په اواز کي شدت پيداکيږي دا اواز انتشار نه لري شدت يي له يوي ورخي نه بلي ته تغير مومي.

Pricardial Friction د Pleural Friction څخه يي تفريقي تشخيص په ډيره اسانۍ کيږي يعني کله چي ناروغ ته وويل شي چي تنفس بندي کړي په دي وخت کي Pleural Friction د منځه ځي او د Pericardial Rub اصغا دوام لري.

Endocardial Sounds: په دي اواز کي Opening SNAP يا Clicks او Murmurs شامل دي.

Opening Snap يا Click: دا اواز چي د ابهر او ريوي د سام د خلاصيدو څخه پيداکيږي د Ejection Systolic Click په نوم ياديږي او هغه اواز چي د مترال او تراي کپسيد د دسامونو د خلاصيدو څخه پيداکيږي د Opening Snap په نوم ياديږي.

د Click د سستول څخه د مخه او هم د Opening Snap څخه د مخه منځ ته راځي.

د Aortic Click اواز په هغه ناروغانو کي چي هايپرتينشن، د ابهر تضيق او Bicuspid Aortic دسام ولري اصغا کيږي دا ډول اواز د ټول پريکارد د پاسه او د زړه په ذروه کي اوريدل په ښه شان غوړيږو ته راځي ريوي کلک ب ه دشهيق او ذفير په وخت کي د هايپرتتانشن په وخت کي اوريدل کيږي Opening Snap د مترال او تراي کسپيد په تضيق او د زړه په اواز کي په ښه شان اصغا کيږي او کله چي اذيني بطني د سامونه په کلسيم اخته شي د منځه ځي.

Mid Systolic Click: دا ډول اواز په ولادي توګه کله چي د مترال تضيق موجود وي اوريدل کيږي د سستول په وخت کي د دسام يوه برخه په چپ اذين کي Prolapse کوي او د دي څخه دوه ډوله نفخي چي يو ته يي وظيفوي (Functional) او بل ته يي عضوي(Organic) وايي اوريدل کيږي.

Functional نفخي: دا ډول نفخي د مرضي اعضاو په وخت کي موجود نه وي، ښايي چي د ويني د لزوجيت د تغير په اثر منځ ته راشي لکه د Hemic Murmurs په پولي ساېتيميا او انيميا کي اوريدل کيږي او بل ته يي قلبي تنفسي نفخي وايي دا ډول اواز د سږو يوه وړه برخه د زړه په وسيله په رتميک شکل د فشار لاندي رانيسي چي د دي اواز د پيدا اکيدو سبب کيږي.

عضوي نفخي Organic Murmurs: د دسام د مرضي برخي څخه منځ ته راځي سستاليک او د يا ستاليک نفخو څخه عبارت دي ځيني خنډي او ځنډي نفخي (Forward Obstruction) دي چي د دسام د تضيق په وخت کي اوريدل کيږي او ځيني نفنخي په شاتلونکي (Backward) په شکل دي چي د دسام د عدم کفايي څخه منځ ته راځي او د Regurgitant Murmurs په نوم هم يادېږي.

دعضوي او وظيفوي نفخي تفريقي تشخيص څخه په لاندي شان يادونه کيږي:

1. عضوي نفخي له تمرينه وروسته يي په شدت کي ډيرښت راځي خو وظيفوي نفخي د تمرين څخه وروسته د منځه خي.

2. عضوي یا مرضي نفخي هري خوا ته انتشار کوي او وظیفوي نفخي انتشار نه لري.
3. په عضوي یا مرضي نفخو کي ښايي تریل موجود وي لیکي په وظیفوي نفخو کي هیڅ تریل نه وي.
4. د نفخي شدت د وضعیت له تغیره او یا د تنفس په وسیله تغیر مومي، خو وظیفوي نفخي د وضعیت په تغیر او د تنفس په وسیله تغیر نه کوي.

د نفخو د اوریدو په وخت کي لاندیني شیان باید په نظر کي نیولي شو:

1. د نفخو د اوریدو وختک په څه وخت کي اوریدل کیږي د مثال په توګه نفخي په سستالیک او یا د یا سستالیک و ختو کي اوریدل کیږي چي د نفخو اوریدل د ثابتي شریان د نبض د جس سره مقایسه کیږي که چیري نبض د جس په وخت کي موجود وي ستالیک او کنه د یا سستالیک شکل لري.
2. د نفخو د شدت ځاي: د مثال به توګه هغه نفخي چي د ابهر د د دسام څخه منځ ته راځي د زړه په زوره کي ښه شان اصغ کیږي.

د شدت له نظره نفخي په شپږو درجو سره تقسیم شوي دي:

a- لومړي درجي (Grade I) ډیر ضعیف شکل لریږ
b- دویمه درجه (Grade 2) چي شدت په متوسطه اندازه وي.
c- دریمه درجه (Grade 3): زیات شدت او بي تریل وي.
d- حلورمه درجه (Grade 4): شدت يي زيات او د تریل سره وي.
e- پنځمه درجه (Grade 5): ډیري شدید وي.
f- شپږمه درجه (Grade 6): شدید دي او که چیري ستاتسکوب د سیني د جدار څخه لري شي هم اوریدل کیږي.

3. د نفخو انتشار.

4. د نفخو وصف.

5. د نفخو د شدت تغیر د تنفس سره.

د زړه نوري نفخې:

1. Graham- Steel Murmurs: دا ډول دیاسستالیکي نفخي د مترال د تضیق په وخت کي دریوي محراق د پاسه اوریدل کیږي دانفخي د مترال د تضیق په وخت د ریوي شریان د عدم کفایې په وخت کي د شاتلونکي فشار له امله دریوي شریان د توسع په اثر منځ ته راځي.
2. Austin-Flint Murmur: دا بهر د دسام په عدم کفایه کي د مترال د دسام د پاسه د دیاستول په متوسطه او یا وروستۍ برخه کي اوریدل کیږي دا بهر د دسام د عدم کفایې په وخت کي وینه د بیرته راتګ په وخت کي د دسام په یوه ورقه (Leaflet) فشار راوړي او نه یې پریږدي چي د مترال د سام په تام شکل خلاص شي یعني د مترال په فوحه (Orifice) کي یو وظیفوي تضیق منځ ته راوړي چي Austin –Flint Murmur د پیدا کیدو سبب کیږي.
3. Duroziezs Murmur: کله چي د ستاتسکوب په وسیله د فخذي شریان (Femoral Artery) د پاسه فشار راوړل شي سستالیک او یا د یا سستالیک نفخي اوریدل کیږي دا ډول نخفي دابهر په عدم کفایه کي د اوریدو وړ د.
4. Carey Coom's Murmur: دروماتیک فیبور په وخت کي د مترال د دسام د محراق د پاسه Mid Diastolicنفخه چي د Carey Coom's Murmur په نوم یادیږي اوریدل کیږي.
5. Seagul Murumur: دا ډول نفخه د دیاستول په وخت کي چي د موزیک په شان وصف لري او د ابهر په عدم کفایه کي چي ښایي د سفلیس د کلیم دترسب او یا د SBE (SUB-ACUTE Bacterial Endocardits) څخه منځه ته راشي اوریدل کیږي.
6. Gibosn's Murmur: د ماشین د اواز په شکل سستالیک او یا د یا سستالیک نفخي دي چي په Patent Ductus Arteriosus په ناروغ کي اصغا کیږي.

هغه تجربې چي د بدن ښکتنیو برخو کي د ویني کم والي په ګوته کوي.

Testes to Diagnosis Inadequate Blood Supply of Lower Limbs:

Homan's Test: کله چي د ناروغ د پنډۍ عضلات او یا د سیني مابضي برخي د پاسه چي پښي Dorsiflection حالت ولري فشرا راوړل شي د درد د شته والي د تجربي په مثبت والي دلالت کوي چي د ژوروالي وریدي ترومبو فلیبایتس په لور فکر کیږي.

Lowenberge Test: د فشار دالي بازو بند د بدن د افتي برخي د پاسه تړل کیږي او کله چي د فشار الي ته د 160 ملي مترو څخه پورته فشار ورکړل شي د فشار د الي په تړلي برخه کي نارامي احساس کیږي خو هه ناروغ چي په وریدي بندش اخته وي د 160 او یا د دي څخه په ښکته اندازي فشار کي نارامي احساس کوي.

Buerger Test: د ناروغ د ملاستي په حالت کي کله چي لاندي اعضاوي 45 درجي زاوي ته په تدریجي شکل پورته شي د پښو د قدم Planter برخي په الوتي بڼه راځي ویل کیږي چي ترجبه مثبته ده یعني پښي ته وینه په کفاي اندازه نه رسیږي او بیا باید ډیر زر ناروغ د دي حالات څخه د ولاړ حالت ته لاړ شي او هغه وخت پوري چي د پښي وریدونه یي په برجسته شکل او یا یي په هغه طرف کي سوروالي ولیدل شي، یاداشت کیږي چي په نارمل حالت کي پورتني حالت لس ثاني او کله چي د دي وخت څخه زیات شي د ویني کافي جریان په ګوتو کیږي.

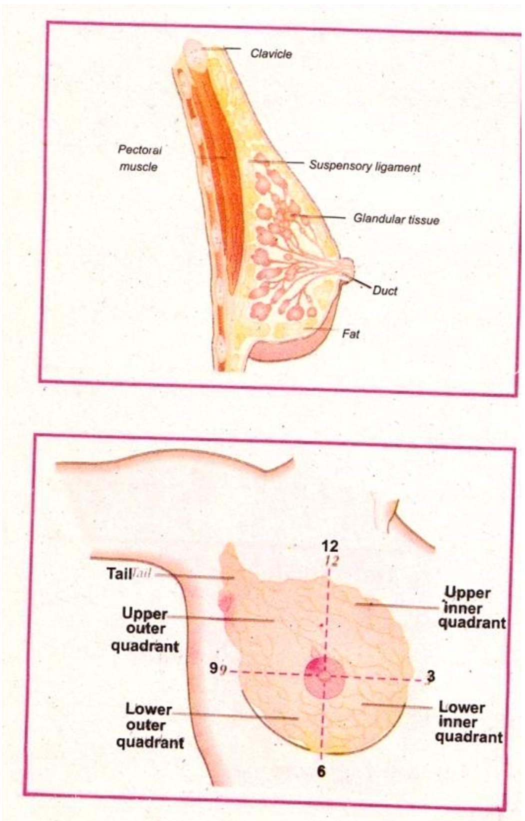
هغه درد چي د پښي د جګیدو په وخت کي په ښه کیدو راشي د وریدي بندش او هغه درد چي د پښي د ټیټدو په اثر د منځه لاړ شي په شریاني بندش دلالت کوي.

لسم څپرکي

CHAPTER 10

تي او تخرگ

(THE BREAST AND AXILLAE)



اناتومي او فزيالوژي: په ښځو کي تي د سيني د جدار په قدامي برخه کي له دويمي ضلعي څخه تر شپږمي ضلعي پوري يعني د قص د هډوکي د غاړي څخه تر د تخرگ د منځني خط پوري امتداد لري او خلفي سطحي د Pectoralis Major او سفلي برخه يي د Serratus د قدامي عضلي د پاسه ځاي لري.

د کلينيکي علامو د ښودني په مقصد تيونه(سيني) د افقي او عمودي خطونو په وسيله په ځلورو برخو تقسيم شويدي.

چي د افاتو شته والي د پورتنيو ځلور برخو په اساس چي په تي او د تي د سر (Nipple) په کومه برخه کي ځاي لري د ساعت د درجو په شکل ښودل کيږي.

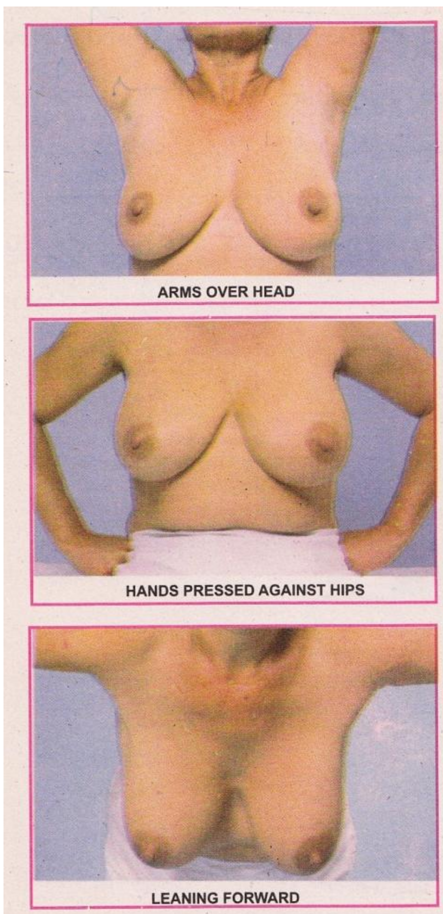
د تي غدي او هارمونونه د مياشتني سايکل او د عمر له مخي بدلون مومي.

Glandular Tissue چي د Tubuloalveolar غدو څخه چي په 15 جلا فصونو کي د تي او د تي د سر په شاوخوا کي موقعيت لري چي د قناتو په وسيله د تي د سطحي په سر کي خلاصيږي او د غدو د فصونو په شاوخوا کي شحمي نسجونه ليدل کيږي چي د عمر، غدوي حالت، حاملگۍ او نورو فکتورنو په وسيله بدلون مومي.

د معاينې طريقې: د ښځو او انجونو د تيونو معاينه په منظم شکل په خپله او يا د ډاکتر له خوا معاينه کيږي که چيري کوم ابنارمل کتله په تي کي موجوده وي د هغوي د سليم او د خبيثه افاتو د تفريقي تشخيصو په مقصد مختلفي تجربي اجرا کيږي د تي په معاينه کي کله چي يو تي د معاينې لاندي نيسي بايد بل تي پټ شي او دا موهم بايد په پام کي وي چي د ښځو د بي لمازۍ څخه د مخه په نودليز شکل موجود وي ښه به دا وي چي د ښځو تيونه يوه اونۍ (هفته) وروسته بي لمازۍ څخه معاينه شي.

تفتيش: د ناروغ د ناستي په حالت کي د تي او د تي د سر معاينه اجرا کيږي په داسي وخت کي چي د ناروغ سينه تر نرۍ ملا پوري لوڅه وي.

د تيونو په معاينه کي بايد د تيونو پوستکي، تناظر، شکل او کشش په څلورو برخو کي د نظر لاندي وي کله چي په تي کي سوروالي و ليدل شي د تي د برسوب او د پوستکي پيړوالي د تي د کانسر په لور فکر کيږي.



د تيونو د معاينې پر وخت د ناروغ لاسونه د سر څخه پورته وضعيت کي او بيا دواړه لاسونه د غټو ورونو د پاسه د فشار په حالت کي چي څنګل يي د خارج په لور قات شوي وي ايښودل کيږي چي د دي مانورو په وسيله د Pectoral عضلاتو د تقبض په اثر د تيونو شکلونه او کش شوي برخي د نظر لاندي وساتل شي کله چي د ناروغ تيونه لوي او زوړند شکل ولري بيا د ناروغ د ولاړي په حالت کي چي خپل ځان يي په قدام لور کوږ کړي وي معاينه کړاي شي.

د تي د حبس په وخت کي ناروغ ته دملاستي وضعيت ورکول کيږي پښتۍ د معاينه کوونکي د سينې د لاندي چي لاس يي د سر د پاسه ايښي وي، حبس کيږي چي په دي

معاینه کي د تیونو د کتلي د رد ناکي برخي او د تي د سرو پنډوالي او الستیستي په نر کي نیول کیږي.

په سږو کي د تیونو معاینه نسبت ښځو ته په دیره ساده توګه اجرا کیږي.

تخرګ (Axillae): د تخرګونو په معاینه کي ناروغ د ملاستي او ناستي په حالت کي کتل کیږي په دي معاینه کي زخمونه، انتان او د رنګ ابنارمل حالت په ګوته کیږي.

د تخرګونو په حبس کي دمعاینه کوونکي د ښي لاس د تخرګونو په وسیله د ناروغ چپ لاس او په معکوس شکل ، تخرګونه د حبس لاندي چي ناروغ د ملاستي او د ولاړي په حالت کي وي اجرا کیږي که چیري د لمفاوي عقداتو لوي والي او یا یي دردناکي کتلي موجود وي یاداشت کیږي.

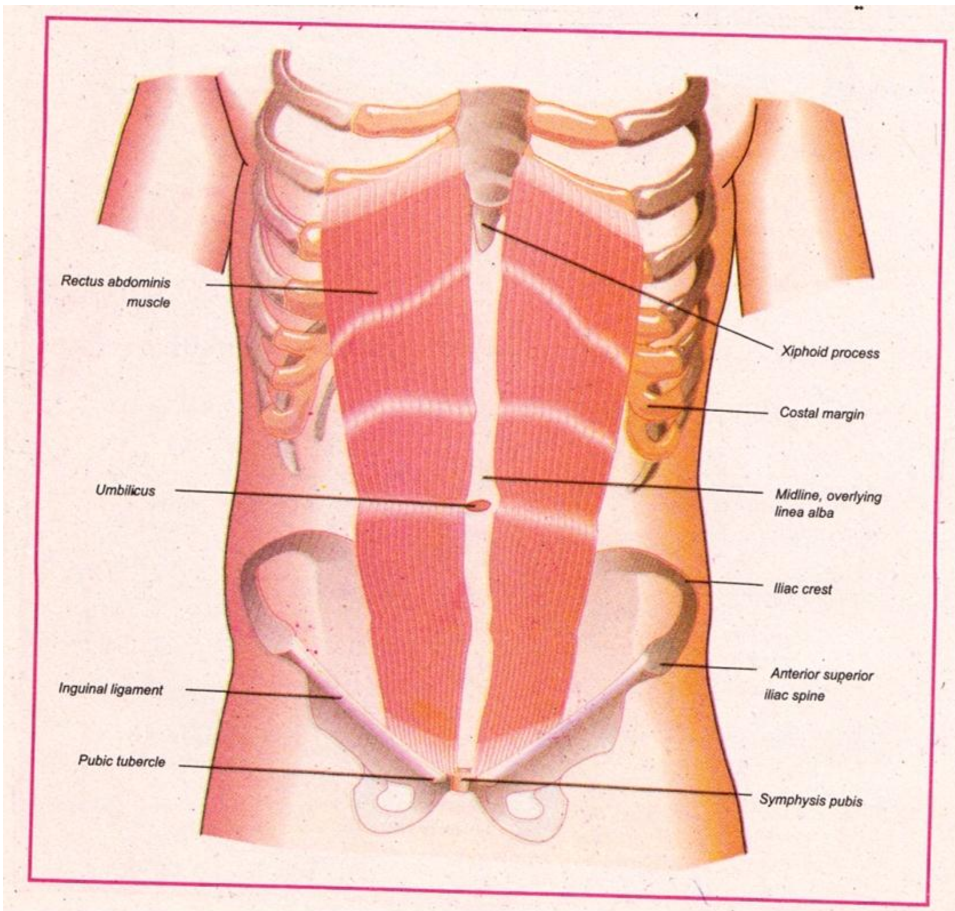
یولسم څپرکي

(CHAPTER 11)

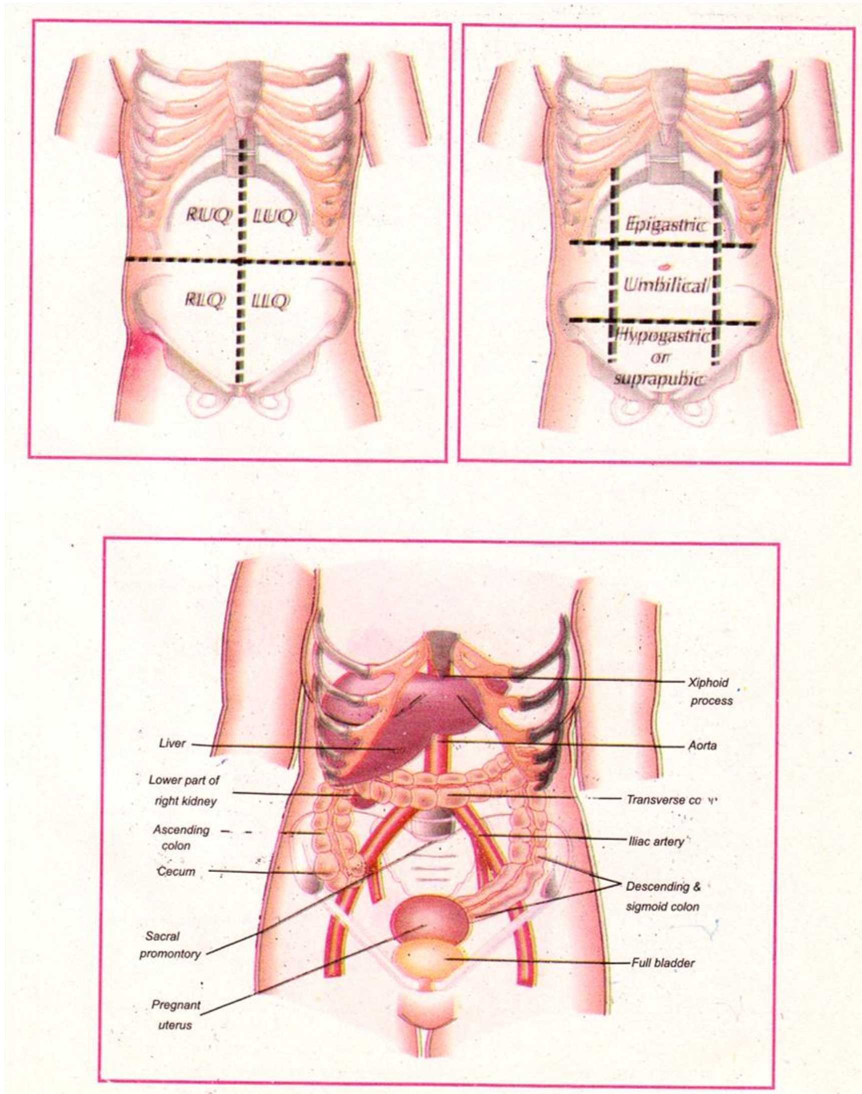
نس

(THE ABDOMEN)

اناتومي او فزيالوژي: په لاندیني عکس کي د نس د جدار او د حوصلي



(Pelvis) اناتومیک جوړښتونه ليدل کيږي کله چي انسان سر او اوږي د ملاستي



د وضعیت څخه پورته کړي د نس Rectus عضلات په ښه شان د لیدلو وړ دي.

د ښي پوهیدني په مقصد نس پر څلورو Quadrants برخو چي د دوه فرضي خطونو پوسیله چي د نامه څخه تیر شوي دي ویش مومي چي Left Upper Quadrant (LUQ), Right Lower Quadrant (RLQ) او د Left Lower Quadrant (LLQ) څخه عبارت دي.

په بله طریقه کي نس په 9 برخو تقسیم شوي دي چي د دي له جملي څخه یي لاندینۍ طریقه ډیر زیاتي استعمالیږي چي د Umblical Epigastric او د Hypogastric یا Suprapubic څخه عبارت دي.

په نارمل حالت کي د نس په معاينه کي د ځينو جوړښتونو حبس اجرا کيږي د مثال په توګه د کلون سګموئيد برخه اکثر په LLQ کي د CECUM او د کلون Ascending برخه په نرم شکل په RLQ کي د حبس وړ ده چي بايد د تومورونو په لور فکرونه شي چي په خينو وختو کي لاندي برخي د جس وړ دي. هغه خلک چي ډنګر وي د عميق حبس په وسيله يي ښي پښتورګي په RUQ کي هم جس کيدلي شي د بطني ابهر ضربان د نس په پورتني Quadrant کي د جس وړ دي.

د تشو متيازو ډکه پوکني او اميدواره رحم د Symphysis Pubis څخه پورته ځاي کي جس کيږي.

د معايني طريقي: د نس د معاين د پاره د نس لوڅيدل د Xiphoid څخه تر د Symphysis Pubic پوري حتمي دي او هم ښه رڼا او د ناروغ د ارامتيا حالات ضروري دي د ناروغ تناسلي برخي دي د يو ټوټي په وسيله پټي شي ترڅو ناروغ په ښه شان په Relax راشي د تشو متيازو پوکاني بايد خالي اوسي ناروغ د ملاستي وضعيت ولري يو بالښت يي د سر لاندي او بل يي د څنګونو لاندي ايښودل کيږي.

د ناروغ لاسونه په دواړو خواو کي او يا د سيني د پاسه اچول کيږي د ناروغ څخه پوښتنه کيږي چي د رد په کوم ځاي کي دي او معاينه کونکي د درد ځائی معايني په پاي کي نظر څه تيروي.

د معاينه کوونکي لاسونه بايد ګرم وي ترڅو د ناروغ د تکليف سبب نه شي او د معايني د مانور په پيل کي د ناروغ پام د خبرو پوسيله بلي خوا ته ګرځول کيږي او په دوامدار توګه د نس برخي د معايني لاندي راوړل کيږي د نس په معاينه کي اول تفتيش بيا اصغا، قرع او په پاي کي د جس مانوره اجرا کيږي.

تفتيش (inspection): معاينه کوونکي د ناروغ په ښي خوا کي ودريږي او د نس جدار او پرستالتيزم د نظر لاندي نيول کيږي او هم که چيري زخم او يا نور افات موجود وي بايد يادداشت کړاي شي.

د نس حرکتونه: په نارمل حالت کي ټول نس په مساوي توګه په تنفس کي برخه اخلي کله کله د نس د جدار يوه برخه او کله ټول نس په کمه اندازه او يا هيڅ د تنفس په وخت کي حرکت نه کوي کله د پرتوان په التهابي حالت (Peritonitis) او Appendicitis په وخت کي په نارمل حالت کي نس د تنفس د شهيق په وخت کي بهر ته وځي او بر عکس د ذفير په وخت کي په غونجيدو راځي، خو که چيري نس د ذفير په وخت کي غونج او د شهيق په وخت کي داخلي خواته حرکت وکړي دا حلات د حجاب حاجز په فلجي حالت دلالت کوي.

د نس شکل (Contour of the Abdomen): په نارمل حالت کي د نس ښکتنۍ مرکزي برخه د Scaphiod Abdomen په نوم ياديږي کله چي نس په راوتلي شکل موجود وي د لاندي حالاتو په لور فکر کيږي مايع لکه Ascites Flatus چي د کلمو د غازاتو تولیدل د Foetus د بلاربيدو له کبله د غټو متيازو توليدل د قبضيت په وخت کي په همدي ډول د نس د احشاوو لوئيد نه ښايي نس په برجسته يا راوتلي شکل په نظر راشي.

نس Pulsation: د نس د اپي ګستريک په برخه کي د نبض د شته والي لاندينيو حالاتو په لور فکر کيږي.

1. په هيه جاني (Nervousness) حالت کي.
2. د ښي بطين د لوئيدو
3. د يني ضربانو چي د تراي کسپيد په عدم کفايه کي منځ ته راځي.
4. هغه بطني تومورونه چي د ابهر په قدام کي واقع وي.
5. د ابهري نس په انوريزم کي.
6. په نارمل حالت په باريکو خلکو کي هم په نس کي نبضان ليدل کيږي.

د وريدونو برجسته ګي: د نس د جدار وريدونه په لاندينيو حالاتو کي په برجسته شکل ليدل کيږي.

1. Portal Hypertention: په دي حالت کي ديني د پورتال دوران د بندش له کبله وينه د Para Umblical وريدو سروي (Umbilical) وريد د اپي ګستريک د علوي او سفلي لاري

دوران کوي او په ځيني وختو کي د وريدونو برجسته ګۍ د نوم (umbilical) د شاوخوا برخو کي په برجسته شکل ليدل کيږي چي دا حالت د Caput Medusae په نوم ياديږي چي د ويني جريان په دي وريد کي د نامه د برخي څخه د شاوخوا په لور دوارن کوي.

د ويني د دوران د معلومولو د پاره چي په کومه خوا حرکت کوي بايد د وريد د پاسه د لاسو د دوه ګوتو په وسيله فشار راوړل شي د وريدو يوه برخه د دي دوو ګوتو په وسيله د فشا لاندي نيول کيږي او د خالي وريدو د پاسه د دوي ګوتي د لري کيدو پوسيله چي وريد په تدريجي شکل په برجسته ګۍ راځي د هغي د بلي خوا د ګوتي د لري کيدو سره چي د وريد يي په متبارز ډول راځي مقايسه او اندازه کيږي د وريد ډکيدل د ګوتي د لي کيدو په هغه خوا کي د وريد ډکيدنه يي په کم وخت کي منځ ته راځي او د ويني د جريان په سمت دلالت کوي چي د دي دوو ګوتو ترمنځ فشرا د وريدو د پاسه په مختلفو ځايو کي په تکراري شکل اجرا کيږي تر څو چي په واضع ډول د ويني دسمت جريان ورڅخه په ګوته شي.

2. د سفلي اجوف وريدي بندش (Obstructive of the Inferior Vena Cava): په وخت کي داپي ګستريک او فخذي وريدو انستموز د تخرګ د وريدو سره په نظر راځي چي د سيني او نس په قدامي او جنبي خوا څخه د انستموزي وريدو برجسته ګي په نر راځي چي په دي حالت کي د ويني دوران د ښکته خوا څخه د پورته خوا په لور دوران مومي.

3. د کانسر په پيشرفته شکل کي وريدونه د نس د هغي پړسيدلي برخي د پاسه په واضاح شکل په نظر راځي.

Peristaltic Waves: د هضمي جهاز په بندش او پړسوبي حالاتو کي د پرستل تيک موجي په واضح ډول په نظر راځي.

1. د اپي ګستريک په برخه کي: د کلمو په بندش او يا التهابي حالاتو کي پرستاليک موجي زياتيږي.

دري ډوله برستلتيک موجي ليدلي کيږي:

الف: په اپي ګستریک کي د چپي خوا څخه د ښی خوا په لور د پائیلور په تضیق کي په نظر راځي.

ب: Ileocecal Valve: پر بندش کي چي عامل یي اکثراً تبرکلوز ښودل شوي او د نس برجسته ګي د نوم (Amblical) په برخه کي دایلیوم او ژیژینوم د پراخی له امله پیداکیږي او موجي په کي د Step Ladder په شکل پیداکیږي.

ج: د صاعده کلون (Ascending Colon): په بندش کي موجي د ښکته خوا څخه پورته د نس په ښی خوا کي د لیدلو وړ دي.

Pubic Hair: د Pubic ویښتان په ښځو کي نسبت نرانو ته ته فرق لري یعني په ښځو کي د pubic ویښتانو پورتني سرحد د مقعر (Concave) او په نرانو کي د ویښتانو پورتني سرحد د محدب (Convex) په شکل لیدل کیږي.

که چیري د Pubic د ویښتانو شته والي په محدب شکل په ښځو کي ولیدل شي د مبیض د Androgen Secreting تومور په شته والي او کله چي د نارینه د Pubic د ویښتانو محدب شکل په ښځو کي ولیدل شي د خصیه په Estrogen Secreting تومور دلالت کوي.

جس (Palpation) حرنګه چي مخکي هم ورڅخه یادونه شویده چي ناروغ د بستر د پاسه په ارام شکل اچول کیږي دواړه پښي یي د ځنګونو او H IP بندونو په برخه کي ټولیږي او ښه به داوي چي د ناروغ سر یوي خواته واړه ول شي معاینه کونکي

په داسي حال کي چي د ناروغ ښي خواته ولاړي او خپل لاسونه یو دبل سره و مخي تر څو یوه اندازه په ګرمیدو راشي، جس شروع کیږي.

جس په لومړي د ښي لاس په وسیله شروع کیږي. د جس څلور شکلونه د نس په برخه کي موجود وي چي د سطحي ژور Bimanual او Dipping طریقو څخه عبارت دي د نظر څخه تیریږي.

1. د سطحي جس طریقه (Superficial Palpation): په دي طریقه کي جس د چپي حرقفي د برخي څخه پیلیږي او د Anticlockwise په شکل په Hypochondrium ختیمیږي.

د نس جس په دي طریقه کي د ژور جس په شکل دي خو د دي طریقي د سرته رسولو په وخت کي د کم فشار څخه استفاده کیږي او د نس په هره برخه کي چي حساسیت سخت وي او یا کتله موجوده وي په نښه کیږي.

د نس د حساسیت په طریقه کي دري یا حلور درجي موجودي دي:

لومړي درجه: د ناروغ له خوا ویل کیږي چي په دي ځاي کي درد د تماس په وسیله موجود دي.

دویمه درجه: کله چي ډاکتر یا معاینه کوونکي د حساسیت یا درد ځاي ته تماس ورکړي د درد احساس د ناروغ د مخ د عکس العمل څخه ځرګندیږي.

دریمه درجه که ناروغ د درد برخه د ډاکتر له تماس څخه لري کوي.

څلورمه درجه: ناروغ ډاکتر ته د تماس اجازه نه ورکوي چي د ناروغي برخي سره تماس وکړي.

د ناروغ د جس په طریقه کي کله چي کتله موجوده وي د هغه ځاي د کتلو شمیره اندازه، شکلو د کتلي حرکت د تنفس د کولو په وخت کي او هم که چیري امکان ولري، چي د کتلي موقعیت چي کتله په نس کي د ننه د نس په جدار او یا د نس نه بهر څخه ځاي لري په ګوته کړل شي په دي طریقه کي معاینه کوونکي لاس د ناروغ د تندي د پاسه ږدي او فشار ورکوي او ناروغ ته وایي چي سر پورته کړي چي په دي وخت کي د نس جدار کلکیږي که چیري د نس د کتلي په اندازه کي کمي راشي او یا د نظر څخه ورک شي ویل کیږي چي کتله د نس په دننه برخه کي ځاي لري او کله چي د پورتني عملیي پر وخت د کتلي اندازه لویه او یا په برجسته شکل راشي ویل کیمي چي کتله د نس د جدار څخه د باندي ځاي

لري او کله چي د کتلي په اندازه کي بدلون رانه شي او د نس د جدار سره نختي وي ويل کيږي چي کتله د نس په جدار کي ځاي لري.

ژور جس (Deep Palpation): معاينه کونکي خپل ښي لاس په داسي حال کي چي لاس يي خلاص او ګوتي يي يوه اندازه ټولي وي د نس د پاسه فشار راوړل کيږي، چي په دي طريقه کي پښتورګي، توري، ينه، کيسه صفرا او د ابهر ځيني برخي په ګوته کيږي.

توري (Spleen): د اناتومۍ له نظره توري د نس په پورتنۍ چپه خوا کي د 9-10 او 11 ضلعي د لاندي ځاي لري.

د توري د جس کيدو د پاره د ښي لاس په وسيله د Right Iliac Fossa څخه جس شروع کيږي او پورته په انحنايي شکل د چپ H Ypochondrium په لور دوام مومي. کله چي توري يو يا دري چنده د نورمال حالت څخه لوي شوي وي او ناروغ ته وويل شي چي ژور تنفس وکړي او د حجاب حاجز د ښکته کيدو له امله توري ښکته او د جس وړ ګرځي.

دجس په لاندي طريقه کي که چيري په کمه اندازه لوي والي پيدا شوي وي هم د جس وړ ګرځي په دي طريقه کي ناروغ د بستر د پاسه په داسي حال کي چي پښي يي ټولي وي په اوار شکل اچول کيږي.

د معاينه کوونکي چپ لاس دسيني د صندق په چپه خوا کي د اړخ شاته ايښودل کيږي او د چپ لاس د فشار په وسيله په داسي حال کي ناروغ ته ويل کيږي چي ژور تنفس وکړي او د نس د لاس ګوتي د چپ Sub Costal Fossa په لور په داسي حال کيږدي چي ژور جس ته دوام ورکوي.

د توري د جس کيدو ډيره حساسه طريقه هم موجوده ده چي په دي پورتنۍ طريقه کي ناروغ ته د ښي خوا په لور حرکت او وضعيت ورکول کيږي او د پورتنيو مانورو په وسيله مقداري حبس په ښه شان اجرا کيږي.

ينه (liver): ينه په ښي هايپو کاندريم کي پرته ده او پورتنۍ غاړه يي د څلورمي يا پنځمي بين الضلعي ماسفه کي، چي د ښي ترقوي هډوکي دمنځني خط تر شا ځاي لري او ښکتنۍ غاړه Xiphoid او د نامه د منځنۍ برخي د پاسه په نظر راځي.

د ييني د جس په لومړۍ طريقه کي ناروغ په بستر کي پداسي حال چي ځنګون يي راټول او بالښت يي د سر څخه لري وي اچول کيږي ښي لاس يي د نس په ښۍ حرقفي حفره (Right Iliac Fossa) کي د ضلعو په لور ايښودل کيږي او مريض ته وايي چي ژور تنفس وکړي او په دي شان د ييني جس اجرا کيږي.

په بله طريقه کي دواړه لاسونه څنګ په څنګ د نس د پاسه د ښي ضلعو د لاندي په داسي شکل ايښودل کيږي چي د لاسو ګوتي د ضلعو په لور متوجي وي او مريض ته ويل کيږي چي ژور تنفس وکړي او د معاينه کونکي د لاس ګوتي د داخل او خارج د ييني په لور فشار ورکول کيږي که چيري يينه لويه وي ښايي د ييني لاندي غاړه چي تيزه ده د ګوتو د سرو په وسيله بايد جس شي دا هم بايد په ياد ولرو چي کله کله په نارمل حالت کي د ييني جس امکان شته دي.

صفراوي کڅوړه (Gall Bladder): د صفراوي کڅوړي جس د يينيد جس په شان دي په نارمل حالت کي صفراوي کڅوړه نه جس کيږي او کله چي جس شي ښايي د يوي کتلي په څير د 9 ضلعي د غضروف د سر سره د تنفس سره حرکت کوي په نظر راځي.

صفراوي کڅوړه د پانقراس د سر په کاسنر، د صفراوي کڅوړي په Mucocele او د کيسه صفرا د سرطان په وخت کي د جس وړ دي.

ناروغ د دردناکه تنفس په وخت کي چي د معاينه کوونکي د لاس ګوتي د ښۍ ضلعي د لاندي فشار ورکړي صفراوي کڅوړه د ژور تنفس په وخت کي ښکته او د جس وړ ګرځي خوکه چيري پړسوب ولري (Cholecystitis) ښايي ناروغ د درد له ويري څخه خپل تنفس بندي کړي ويل کيږي چي Murphy's sign مثبت دي.

پښتورګي (Kidneys): د پښتورګو حبس د Bimanuall په طريقه اجرا کيږي چي په دي طريقه کي ناروغ د بستر د پاسه اچوي په داسي حال چي پښي يي تولي او بالښت يي د سر

څخه لري وي معاینه کیږي معاینه کوونکي خپل چپ لاس د ملا په برخه کي شاته او ښي لاس يي په مخکینۍ برخه کي اېښودل کیږي.

لومړي د چپي خوا پښتورګي او وروسي د ښي خوا پښتورګي د حبس لاندي نیسي د چپ لاس د شا څخه مخي ته فشار ورکوي او د ښي لاس په وسیله د نس حدود د شاه په لور ښکته او پورته د فشار لاندي راوړي او ناروغ ته ويل کیږي چي نس دي سست کړه.

او ژور تنفس کوه که چیري پښتورګي لوي وي د دواړو لاسونو په وسیله حبس کیږي ښایي چي په ډنګرو ناروغانو کي د ښي پښتوګي لاندیني برخه په نارمل شکل د حبس وړوي.

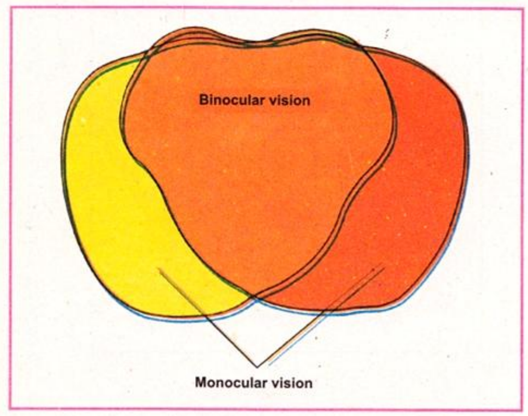
قرع (Percussion): د قرعي په وسیله د اوبو او یا ګاز په برخه کي معلومات تر لاسه کیږي چي د دي کار د اجرا لپاره د لاندینیو تجربو څخه استفاده کیږي.

Fluid Thrill: د دي تجربي په وسیله معلومي چي د ناروغ په نس کي مایع موجوده ده او که نه د دي تیسټ د اجرا د پاره ناروغ په بستر کي اوار اچول کیږي په داسي حال کي چي پښتي يي د څنګنونو په برخه کي قاتیږي.

د معاینه کوونکي د لاس ورغوي د ناروغ دنس په یوه خواکي او د بل لاس په وسیله د نس په بله خوا کي د ګوتو د خفیفو وهلو په وسیله د مایع په شته والي کي د بل لاس د ورغوي په وسیله د تریل احساس کیږي حرنګه چي د نس د وازدو په وسیله هم د مایع Thrill اهتزاز تیریږي. ناروغ یا سړي ته ويل کیږي چي خپل لاس دي په عمودي ډول د نس د منځنۍ برخي د پاسه تثبت کړي او د پورتنۍ تجربي د مانوري په وخت کي که چیري بیا هم د لاس د ورغوي په وسیله د مایع اهتزاز Thirll جس کړاي شي د مایع په موجودیت دلالت کوي.

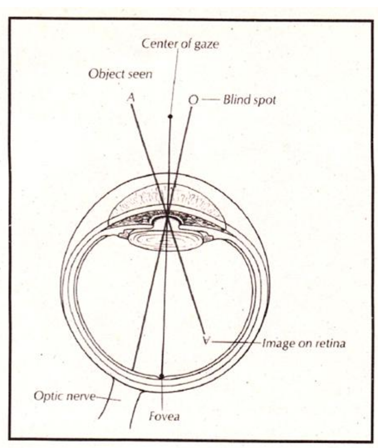
Shifting Dullness: د دي تجربي په وسیله د نس په جوف کي دکمي مایع شتوالي چي د Fluid Thrill په وسیله نه جس کیږي په دي تجربه کي مریض په شا اچول کیږي او قرع د ناروغ د نس د مرکزي برخي څخه د نس د اړخونو په لور تر څو چي د Dull اواز احساس شي قرع کیږي وروسته ناروغ په اړخ کیږي او د لږ انتظار څخه وروسته بیا د قرع مانوره اجرا کیږي که چیري په نس کي مایع موجوده وي د ناروغ په اړخ کیدو کي ماعي د نس په

اړخ شوي برخه کي ټولیږي او د نس ریزونانس په Dull کیدو راځي ویل کیږي چي Shifting Dullness مثبت دي یعني د نس د پریتوان په جوب کي ازاده مایع په ګوته کیږي.



Paddle Sign: په دي تجربه کي که چیري د مایع اندازه کمه یعني 120 سي سي وي هم په ګوته کیږي ناروغ په نس اچول کیږي او د یو څو دقیقو د پاره ناروغ په خپلو څنګونو او څنګلو د پاسه ساتل کیږي او د نس د نوم په برخه کي د لاندي له خوا قرع اجرا کیږي د مایع په شته والي کي په دي ناحیه کي اصمیت Dull موجود وي.

اصغا (Auscultation): د دي تجربي د پاره د نس د پاسه د ستاتسکوب د استعمال په وسیله د پریستالیک اوازونه اوریدل کیږي چي دا ډول اوازونه د Borborygmi په نوم یادیږي چي د نس دا اوازونه د کلمو د بندش او اسهال کي ډیریږي او کله چي د دوه دري دقیقو د پاره پورتني اواونه وانه اوریدل شي ویل کیږي چي نوموړي دکلمو په فلج Paralytic Ileus اخته دي.



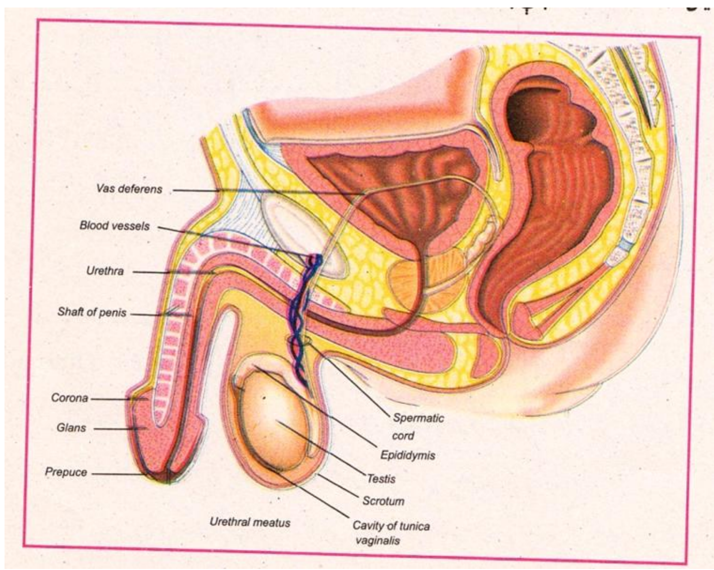
دولسم څپرکي

(CHAPTER 12)

د نارينه تناسلي سيستم او چوري

(MALE GENITALIAN SYSTEM AND HERNIAS)

اناتومي او فزيالوژي: د رګونو انتعازي (Erectile)نسج د فبروزي نسج سره يو ځاي د قضيب (Penis) د شاوخوا برخي په جوړښت کي برخه اخلي د قضب په پاي کي مخروطي غدي چي د Corona پوري رسيږي او د قضيب په لاندني برخه کي احليل (Urethra) چي په Urethral Meatus ختميږي په نظر راځي.



Scrotum: د دوو غونجو کځوړو ځخه چي په هر يوه کي ميرغيږي (Testicle) ځاي لري چپه خصيه (مرغيږي) نسبت ښي مرغيږي ته لږ ښکته ځاي لري د هر يو خلفي جنبي سطحي د پاسه Epididymis ځاي لري.

ميرغيږي چي د سپرماتوزوا او د تستيرون د جوړښت دنده په غاړه لري تستيرون په نرانو کي د نارينو د جنسي تناسلي برخو، پروستات او د منوي کځوړيوده په تنبه راوړي او هم د ږيري، د بدن د ويشتانو او د حنجري په لويدو او د نرانو اواز په تنبه کي ستره دنده لري. Vasa Deferens د يو حبل په شان د اپيدرميس د پاي ځخه پيل او د سکروتال د کځوړي ځخه پورته کيږي او د مغنبي (Inguinal) خارجي خلفي او د نس د لاري حوصلي ته د

پوکاڼي شاته د منوي کيسي د قنات سره يو ځاي کيږي او د پروستات د غدي د لاري په احليل کي داخليږي او په دي شان د خصيه او د اپيديد مس سپرم د Vasa Defens د لاري احليل کي اچول کيږي.

مني (Semen): د Vasa Defens د منوي کڅوړي او د پروستات د غدي افرازات د مني په نوم يادېږي.

د معاينې طريقي: د طب اکثره شاګدان د نارينه وو د تناسلي اعضاو په معاينه کي د يو شان ډار يا ويري څخه احساس کوي او په ځينو ناروغانو کي قضيب انتعازي (Efection) شکل اختياروي چي بايد د معاينه کوونکي له خوا ورته وويل شي چي دا يو نارمل عکس العمل حالت دي کله چي ناروغ په دي وخت کي د معاينې څخه انکار وکړي معاينه کوونکي بايد د ناروغ د خواش له مخي عمل و کړي.

معاينه کيداي شي چي د ولاړي او ملاستي په حالت کي تر سره شي او معاينه کوونکي بايد دست کشي اغوستي و او د ناروغ بي له جنسي اعضاو څخه نور بدن پټ وساتل شي.

تفتيش: د قضيب شکل او پوستکي د نظر څخه تيريږي د قضيب په سر کي چي پوستکي موجود وي اکثره بي سنتو خلکو کي بايد د قضيب د پاسه د شاله خوا کش شي او په ځينو وختو کي پنير مانند مواد په همدغه ځاي کي جمع کيږي او دغه برخه بايد په ډير دقت وليدل شي چي د قضيب اکثره واقعات په کمه اندازه د فشار لاندي نيول کيږي تر څو دا حليل Meatus په تام شکل وليدل شي او که چيري دس چارج ولري هم د نظر څخه تيريږي.

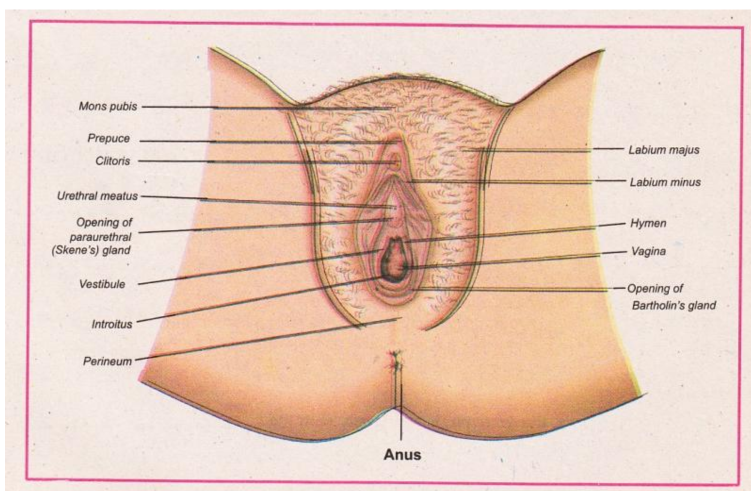
جس: د لاس د دوه ګوتو په وسيله د ټول قضيب جس اجرا کيږي چي په دي مانوره کي که چيري کتله او يا درد ناکه برخه موجوده وي په ګوته کيږي.

د ميرغيړو د کڅوړو (Scrotums) تفتيش او جس په داسي حال کي چي ناروغ د ولاړي په حالت کي وي اجرا کيږي چي يو معاينه کي خپل ميرغيړي، Spermatic Cord چي په کي Vasa Defens ځاي لري جس کيږي که چيري په سکروتوم کي ميرغيړي موجود وي بايد

Transillumination شي چي په دي مانوره کي د سکروتوم په بله خوا کي څراغ نيول کيږي او بله خوا يي په سور رنګ روښنايي ليدله کيږي طبيعي ده چي معاينه بايد په يو تياري کوټه کي اجرا شي که چيري په سکروتوم کي التهابي مايع وينه تومور موجود وي پورتنۍ سور رنګي منظره په بله خوا کي نه ليدل کيږي.

د ښځو تناسلي سيستم (Female Genital System):

اناتومي او فزيالوژي: د ښځو په خارجي تناسلي سيستم کي Labia Minora, Labia Majura, Mons Pubis او Clitoris شامل دي. Vestibule د کشتۍ په شان د Labia Minora په مينځي کي ليدل کيږي د مهبل (Vagina) خلفي سوري چي د Introitus په نوم ياديږي په کلينيک کي هغه برخه چي د Introitus او Anus په منځنۍ کي واقع ده د Perineum نوم ياديږي.



Urthrail Meatus په Vestibule کي چي د Clitoris او Vagina په منځ کي واقع دي خلاصيږي چي خلفي برخي په دواړو خواو کي د Parauretral غدي چي د Skene's Gland په نوم هم ياديږي خلاصيږي په همدي شان د مهبل د خلف په دواړو خواو کي د Bartholin غدو مجرا ليدله کيږي چه په سترګو يي ليدل امکان نه لري ځکه چي غدي يي ډير ژوري پرتي دي.

Vagina د يو خالي تيوب په شان داحليل او د ركتم په منځ كي ليدل كيږي چي په ښۍ زاويه كي رحم Uterus د ليدلو وړ دي چي عضلي فبريني جوړښت دوه برخي لري چي يو ته يي Body يا Carpus او بلي د Cervix نوم اخلي. د رحم دوارو خواو ته د Fallopain Tube چي د تخمدان (ovary) په لور خوزيږي په نظر راځي.

تخمدان دوه دندي لري چي يوه د تخم او بل د هارمونونو استروجن او پروجسترون د افراز څخه عبارت دي جداري پريتوان چي د رحم خلفي او ښكته خوا امتداد كوي د Cul De Sac يا Puch of Douglas په نوم يادېږي چي دا ځاي د معقدي معايني په وسيله جس كيږي.

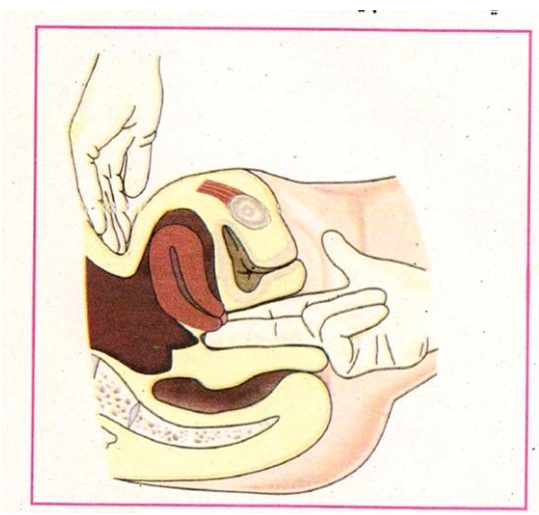
د معايني طريقه: لومړي اكثره شاګردان وارخطا كيږي چي د بل د تناسلي برخي معاينه كوي برسيره دي خپله ناروغه ښځه ډيره شرميږي خصوصاً هغه ښځي چي په لومړي ځل د معاين لپاره حاضريږي. معاينه كوونكي بايد ناروغ د معايني سامان سره اشنا كړي او د معاين طريقه ورته شرح كړي د معايني څخه د مخه د ناروغ پوكانۍ د متيازو څخه خالي كړي او د يوي پردي په وسيله يي د نامه څخه تر ځنګونو پوري پټه كړي او سر يي يو اندازه د بدن څخه پورته و ساتل شي چي په دي شان د نس عضلات په استرخا راځي او هم هغه شيان چي د معايني په وخت كي اجرا كيږي د نظر لاندي وي او په دي شان د معايني د پاره يي خپل اعتماد زياتو د معاينه كووهنكو له خوا بايد د معايني هره برخه ناروغ ته وويل شي چي د مغيني د جس او د سامان د استعمال په وخت كي ناروغ خپل بدن ته زيات حركت ورنه كړي او ځومره مو چي د لاسه كيږي بايد ناروغ سره د نرمۍ او مهربانۍ څخه كار واخيستل شي او د معايني په ټوله مرحله كي د دستكشو څخه استفاده وشي.

بهرنۍ معاينه: په بهرنۍ معاينه كي ټول هغه جوړښتونه چي د اناتومۍ په برخه كي ورڅخه يادونه شويده د نظر څخه تيريږي چي كوم زخم د س چارج، پړسوب او يا د بل كتله وي د افت شته والي په ګوته كيږي او د هر هغه ابنارمل حالت په وخت كي د هغه جس بايد اجرا شي او د دس چارج په وخت كي د هغي برخي څخه مواد د معايني د پاره واخيستل شي.

داخلي معاینه: په داخلي معاینه کي ګوته د اوبو سره لمدیږي او په مهبل کي داخلیږي او یوه ګرده د غوښي کتله چي د Cervix د رحم څخه عبارت ده جس کوي او هم په دي مانوره کي د Introitus د اندازي په باره کي معلومات اخیستل کیږي چي کومه اندازه Speculum د معاینې د پاره استعمال شي دا وروستنۍ اله د ګرمو اوبو سره لمدي وي (د نورو ښويو موادو استعمال د سیټالوژۍ، باکتریا لوژۍ او وئیرالوژي د معاینې په وخت کي ښايي غلطي پیدا کړي) او په دي شان د Cervix برخه د نظر لاندي نیول کیږي خو که کوم زخم وینه شوي برخه کتله او یا دس چارج موجود وي او کنه په مشکوک حالت کي د سروکس د ساپټالوژي (Papanicolaou Semars) په برخه کي راټول شوي مواد د Specimens د معاینې د باره ولیږلي شي.

د دي ډول د معاینې څخه د مخه ناروغ باید د یوي او یا دوه ورځو د پاره د جنسي عمل او دمهبل د Suppositor څخه اجتناب و کړي او د لوزم په صورت کي Endocervical Swab هم ناروغ د لابراتواري معاینې د پاره اخیستل کیږي.

څه وخت چي د مهبل معاینه په ختمیدو شي سپکیولوم په ډیره ارامۍ سره په داسي حال کي چي د مهبل شاوخوا ته نظر اچول کیږي چي کوم پړسوب د س چارج، زخم او یا کومه کتله موجود ده او کنه.



Bimanual Examinaition: د معاینه کوونکي د شهادت او منځنۍ ګوته غوړیږي (Lubriate) د ولاړي په حالت کي په داسي حال کي چي د ستکشي یي په لاس وي دواړه په مهبل کي داخلیږي او د لاس غټه ګوته لري او نوري دواړه ګوتي د ورغوي په لور قاط کیږي او څنګه چي دوي داخلي شوي ګوتي د فشار په وسیله نوري مهم ښي خواته وي وړل شي د سروکس په نارمل چي درد نه لري جس کیږي او که چیري درد په سروکس او یا د مهبل په

جدار برخو کي او يا نور ابنارمل حالت، چي د ګوتو د جس په وسيله تماس و مومي ياداشت کيږي.

په همدي وخت کي که چيري د لاس د ګوتو په وسيله د نامه او د Pubis د هډوکي په منځنۍ برخه کي د پاسه خوا او د داخلي شويو ګوتو په وسيله رحم او د سروکس برخه په پورته خوا په يو وخت کي د فشار لاندي و نيول شي د رحم (Uterus) د دوو ګوتو په وسيله د رحم د جس کيدو مانوره اجرا کيږي چي په دي مانور کي د رحم انازه سختي، درد، کتله او حرکت په ګوته کيږي ، او کله چي تخمدان (overy) ښي او يا چپي خواته جس شي د ناروغ د ښي تخمدان په وخت کي د ناروغ د داخل شوي ښي لاس ګوتي د مهبل په ښي او چپ لاس هم نامه د ښۍ خوا په يو وخت کي د فشار لاندي راوړل کيږي او په همدي ډول د چپ تخمدان د جس د پاره د لاس د اخلي شوي ګوتي د سروکس د چپي خوا په لور او د چپ لاس د نامه څخه چپي خوا ته په يو وخت کي د فشار لاندي راوړل کيږي او په دي شان د ښي او چپ تخمدان د جس مانوره اجرا کيږي.

دیارلسم څپرکي

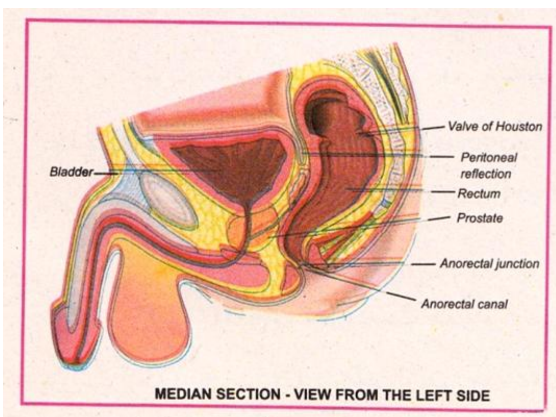
(CHAPTER 13)

مقعد، رکتم او پروستات

THE ANUS, RECTUM AND PROSTATE

اناتومي او فزيالوژي: د مقعد او د کلمو د غذايي سيستم په پاي کي په يوه لنډه برخه چي مقعدي کانال (Anal Canal) په نوم ياديږي، ختميږي، په نارمل حالت کي په معقدي کانال کي د خارجي ارادي عضلي معصره او داخلي غير ارادي معصره چي د معقدي عضلي د جدار پراخه برخه ده په نظر راځي.

د معقدي کانال پورتنۍ برخه د رکتم ځيني چي د خط داره جلدي مخاطي پردي په وسيله جلا کيږي چي دا برخه د Anorectal Junction په نوم ياديږي.



MEDIAN SECTION - VIEW FROM THE LEFT SIDE

چي د دي برخي پورتنۍ خلفي حصه د Coccyx او Sacrum په نوم ياديږي په نارينه کي د دي برخي په قدامي حصه کي د پروستات غده په ګرد شکل ځاي لري چي د غدي دواړه برخي د يوي ميزابي (Groove) په وسيله جلا شويدي. د پروستات د غدي په پورتنۍ برخه کي د مني کڅوړه Seminal Vesicle چي د موګک د غوږ په شان منظره لري ليدله کيږي چي په نارمل حالت کي د جس وړ نه ده او د ښځو د رکتم په قدام کي د رحم عنق (Uterine Cervix) چي په اکثره وختو کي د جس وړ ده په نظر راځي، د هلکتوب په دوره کي د پروستات غده وړه او د شل کلنۍ په شاوخوا کي يي لوي والي پنځه چندو ته رسيږي او د پنځوس کلنۍ په شاوخوا کي يي اندازه نوره هم زياتيږي او اکثره په کي هايپر تروفي ليدله کيږي.

د معايني طريقي: د دي معايني څخه په ناروغانو کي د نارامۍ او شرمندګۍ په وجه صرف نظر کيږي حال دا چي که چيري معاينه په احتياط او دقت سره اجرا شي هيڅ درد نه

کوي او د بلیخوا ځیني نارینه د دي برخي څخه تکلیف نه لري خو په غټو او په زړو خلکو کي د دي د معاینې اجرا ضروري او لازمي ده، چي ښایي د خبیثه مرضي واقعاتو په تشخص کي ورڅه ګټور معلومات په لاس راشي معاینه باید په ډیر احتیاط سره په تشخص کي ورڅخه ګټور معلومات په لاس راشي معاینه باید په ډیر احتیاط سره تر سره شي چي باید لومړي ناروغ ته د دي مانوري په هکله خبري وشي.

په نرانو کي: په ناروغانو کي د رکتم معاینه په څو طریقو اجرا کیږي خو کله چي ناروغ د ملاستي په حالت کي پر یوي خوا پروت وي د معاینې ښه طریقه شمیرهله کیږي چي په دي مانوره کي د مقعد شاوخوا او د Sacro Coccygeal ساحي په ښه شان د نظر لاندي راځي.

د ناروغ Lithotomy وضعیت: معاینه کونکي ته اجازه ورکوي چي د رکتم پورتنۍ برخه د معاینې لاندي راشي او هم په دي وضعیت کي د Bimanual اجرا کیږي په دي طریقه کي ناروغ په چپه خوا اچول کیږي او د کوناټو سرونه د ناروغ د لاسونو په وسیله لږ د کشش په شکل راوړي په داسي حال کي چي د ناروغ پښي او د ځنګنونه په کمه اندازه د قبض په شکل او ناروغ د معاینې د میزغاړي ته چي معاینه کوونکي ولاړ دي راوړاندي کیږي که چیري په دي معاینو کي د کولون د رکتو سګموئید په برخو کي د کانسر اشتبا پیدا شي باید Sigmoidoscopy د معاینې اجرا شي.

د مقعد او رکتم معاین: معاینه کوونکي ښي لاس چي د ستکشي یي په لاس وي د شهادت ګوته یي غوړوي او د نامه په لور په کرارۍ سره داخلیږي او هغه څه چي کوي ناروغ ته باید وویل شي چي ښایي تاسي د معاین په وخت کي دغټو متیازو د کولو احساس و کړي خو داسي ونه کړي او باید ښکته خوا یوه اندازه په نس فشار راوړل شي او په دي شان مقعد او د هغي شاوخوا افتونه لکه هموروئید ، Herpes، ی‌فلیسي شانکر او کانسري واقعات د نظر څخه تیریږي که چیري ناروغ د دي مانوري د اجرا په وخت کي درد او یا نارامي احساس کړي باید یاداشت کړاي شي.

د پروستات د غدي د جس کولو پر وخت معاینه کوونکي د خپل ځان لږ نور هم د ناروغ څخه لري نیسي او خپلي د شهادت ګوتي نوري هم Counter Clockwise حرکت ورکول کیږي او په دي شان د پروستات د غدي خلفي برخه د غدي فصونه او د منځنۍ میزابه یي جس کیږي او په دي ترتیب سره د پروستات د غدي اندازه ، قوام، ناجیول او د حساسیت په حصه کي معلومات اخیستل کیږي او د معاینې په پاي کي کله چي د شهادت ګوته بهر شي د غټو متیازو رنګ او د Occult Blood تجربه د ویني د لټون په خاطر اجرا کیږي.

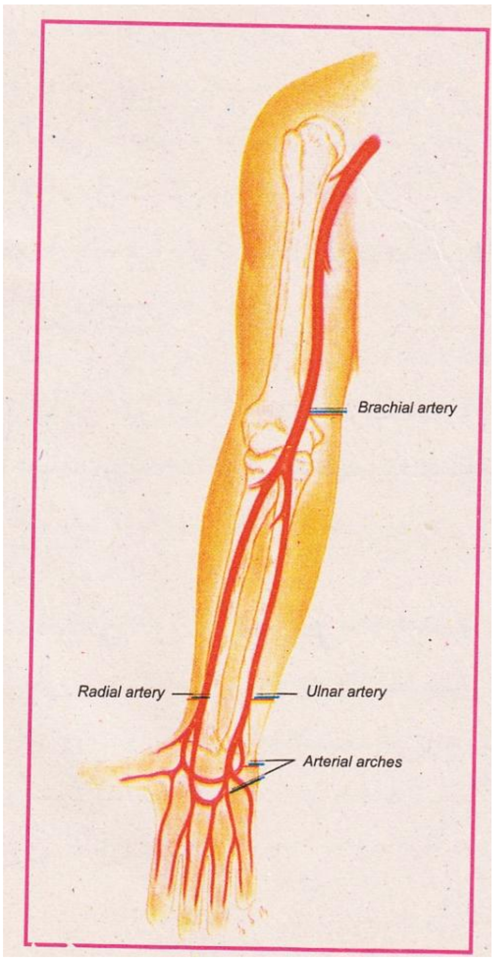
په ښځو کي: ناروغه کله چي د Lithotomy په وضعیت کي وي اول باید د ښځو تناسلي سیستم او وروسته یي د رکتم معاینه اجرا شي که چیري یوازي د رکتم معاینې ته ضرورت وي د ناروغ معاینه د اړخ په وضعیت کي اجرا کیږي د رحم د عتیق جس د رکتم دقدامي جدار له لاري د هغه اساسي تکنیک له مخي چي په نارینه و کي اجرا کیږي صورت نیسي.

څلوارلسم څپرکي

CHAPTER 14

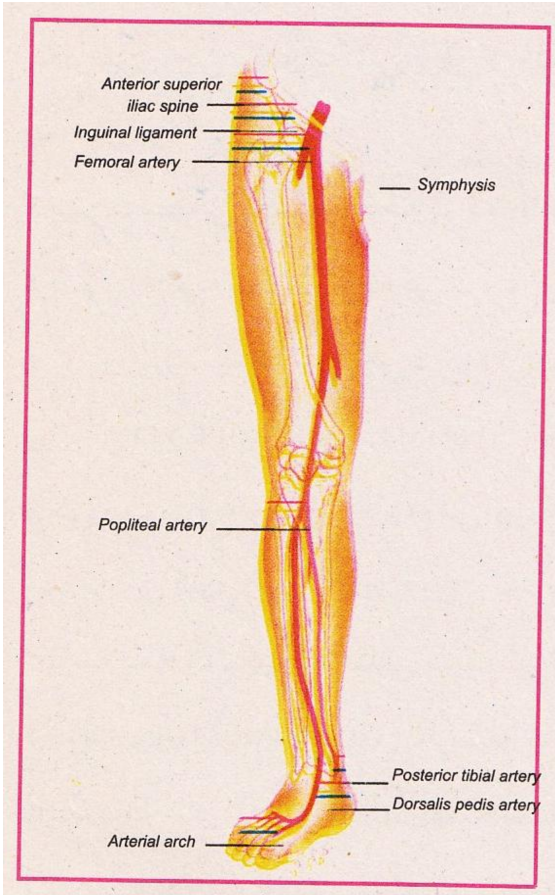
درگونو محیطي سیستم

THE PERIPHERAL VASCULAR SYSTEM



اناتومي او فزيالوژي: په دي بحث کي د لاسونو او پښو د دوراني سيستم شريانونه او وريدونه د کاپيلر په ارتباطي برخو او له لمفاوي سيستم څخه يادونه کوي.

شريانونه: هغه شريانونه چي د بدني سطحي سره نزدي موقعيت لري شرياني ضربانونه په اسانۍ سره جس کيږي چي په لاس کي دوه او کله کله په دري ځايونو کي شرياني ضربان جس کيږي د عضدي شريان (Brachial Artory) ضربان د څنگلي د قاتديونکي د پاسه د Biceps ترمنځ جس کيږي عضدي شريان په دوه نورو شريانو چي د کعبري (Radial) او زندي (Ulnar) شريانو په نوم ياديږي تقسيميږي. د کعبري شريان ضربان دلاس په چپي داخلي برخي کي احساس مومي او ښايي چي د زندي شريان ضربان د هغي په متوسط برخه کي جس شي خو د ددي اخري شريان ضربان د زياتو نسجونو د لاندي قرار لري او په دي وسيله د شريان په ضران کي مشکلات رامنځ ته کيږي. عضدي او زندي شريانونه د دوو نورو قوسي رگونو په وسيله يو ځاي شويدي.



د پښو د شریان ضربان ښایي په حلورو ځایونو کي جس کړاي شي فخذي شریان (Femoral Artory) د مغبني قنات()Inguinal Ligament) د لاندي جس کیږي.

شریان په ورانه کي ژور او ښکته امتداد کوي او د ځنګون په خلفي برخه کي د Popliteal شریان په نوم یادیږي.

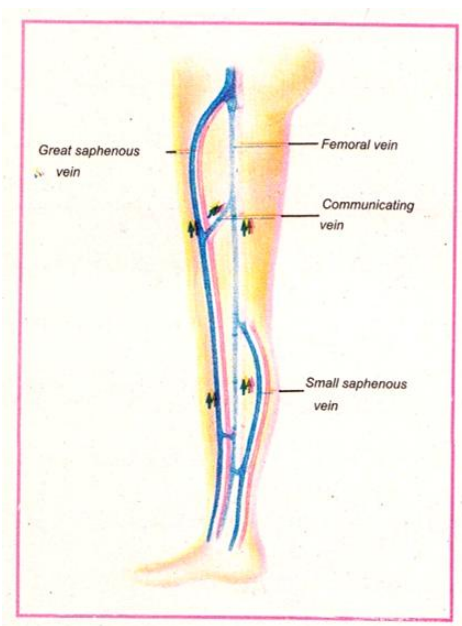
د ځنګون په همدي حفره کي جس مومي د ځنګون څخه په لاندي برخه کي دا شریان په دوه نورو شعبو تقسیمیږي او په پښخو کي دوام مومي او قدامي شعبه د قدم پر برخه کي د Dorsalis Peids شریان په نوم یادیږي چي د دي شریان ضربان د پښي د غټي ګوتي د وتر په جنبي برخي کي جس اجرا کیږي. Posterior Tibial

Artory د پښي د Malleolus په منځنۍ برخه کي جس اجرا کیږي.

وریدونه : د لاسونو وریدونه د سیني د پورتنیو برخو، سر، او د غاړي د وریدونو سره یو ځاي په Superior Vena Cava کي تویږي او د دي ځاي څخه وریدونه په ښي اذین کي اچول کیږي په همدي شان د پښو وریدونه د سیني د ښکتني برخو وریدونه یه Inferior Vena Cava کي وینه اچوي.

90٪ وریدي وینه د پښو د ژورو برخو د وریدو په وسیله رجعت کوي د دي څخه معلومي یږ د بدن ښکتنۍ برخي د ویني پوسیله نسبت د بدن پورتنیو برخو ته په ښه شان اروا کیږي.

د پښې د سطحي وريدونو څخه يو له Great Saphenous Vein عبارت دي چې د پښې د قدم په ښکتنۍ برخه کې شروع کيږي او د بورته په لور دوام مومي او د پښې د ژور وريدي سيستم سره چې د Femoral Vein په نوم يادېږي يو ځاى کيږي او بل يې د Small Saphenous Vein څخه عبارت دي چې د پښې د قدم د پاسنۍ برخې څخه شروع او پورته دوام مومي او په Popliteal مسافه کې ژور وريدي سيستم سره يو ځاى کيږي پورتني دواړه وريدونه د سطحي وريدو په وسيله يو ځاى شويد يچي سره يو ځاى کيږي پورتني دواړه وريدونه د سطحي وريدو په وسيله يو ځاى شويدي چې د توسع په حالت کې په اسانۍ سره د ليدلو وړ ګرځي. بر سيره پر پورتني وريدو څخه د Cammonication Veins په وسيله Saphenous د Deep Venous System سره رابطه پيداکوي. Supeficial او د Commonacting وريدونه One Way Valves لري او په دي شان وريدي وينه د سطحي وريدو څخه په Deep Vein او په پاي کې معکوساً د زړه په لور دوران مومي.



د عضلاتو تقلصات د وريدي ويني په دوران کې زيات اهميت لري د قدم وهلو په وخت کې چې د وړي پنډۍ عضلې په تقلص راځي وريدي وينه د لاندي خوا ځني معکوس د قوي جاذبي پورته اچول کيږي چې د نورمال وريد د سامونه يې د ويني د بيرته راتګ څخه منع راوړي.

لمفاوي سيستم او د لمف غدي: لمفاوي سستم د قوي رګو د شبکوي سيستم څخه عبارت دي چې د بدني نسجونو مايع چې د لمف په نوم يادېږي بيرته په وريدي دوران کې اچوي.

دا سيستم د محيطي کپليز لمفاوي رګو څخه شروع کيږي او د مرکز په لور د باريکو رګو په لور او په پاي کې په Collecting قناتو کې او د دي ځاى څخه د غاړي په وريدو کې خالي کيږي لمف، چې د دي لاري څخه دوران کوي د دوي د حرکت په اوږدو کې د لمفاوي

غدو په منځ کي ځيني حجري ليدلي کيږي چي باکتريا او نور بيکاره نسجي برخي بلع کوي او هم د انتي باډي په جوړښت کي ستره دنده تر غاړه لري.

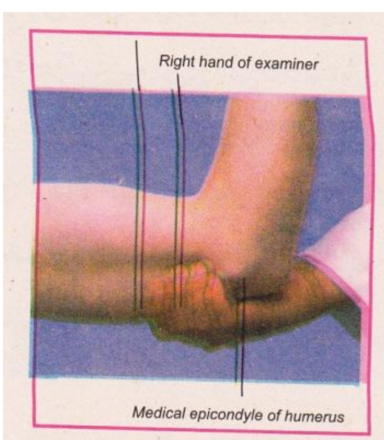
د معايني طريقي: د محيطي رګونو ښه معلومات د لاس او د پښو د تفتيش او د شريانو د ضربان له مخي اجرا کيږي.

لاسونه: د دواړو لاسونو د رګونو د سرو څخه شروع کيږي او تر اوږو پوري د نظر څخه تيريږي څو په دي کي د اندازي تناظر، پړسوب، دپوستکي رنګ او جوړښت په نظر کي نيول کيږي.

د کعبري شريان جس: د لاس د رګو د سرو په وسيله د ناروغ د لاس جنبي برخي پداسي حال کي چي د لاس پنجه دقبض په شکل وي جس کيږي او په دي شان د دواړو لاسونو شرياني ضربان سره مقايسه مومي.

د شريان د جس په وخت کي د شريان د ضربان د ډيرښت، نارمل، کمي او يا د نشت والي په هکله کي معلومات تر لاسه کيږي.

د Epitrochlear لمفاوي عقداتو لټون: په داسي حال کي چي د ناروغ د څنګل ته 90 درجي زاويه ورکړل شوي وي او د څنګلي لانديني برخه د معاينه کوونکي د لاس په وسيله نيوله کيږي.



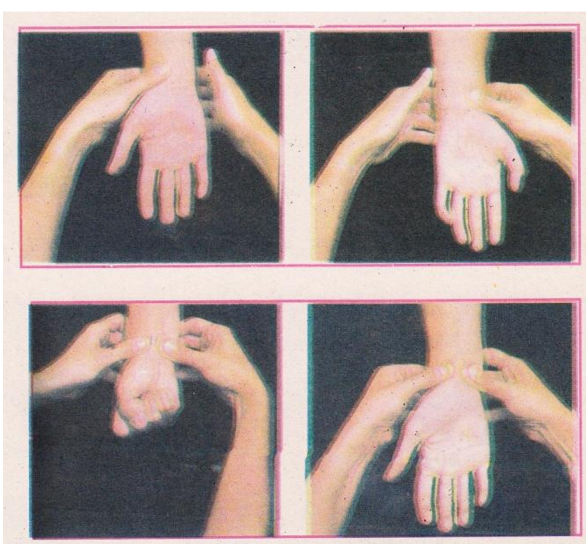
د لاس د شا له خوا د Biceps او Triceps عضلو ميزابي دري سانتي متره د Medial Epicondyle څخه پورته برخي د لټون لاندي نيول کيږي چي لمفاوي غدي لري او کنه، چي په نارمل حالت کي د دوي پيداکول مشکل او حتي ناممکن بريښني.

پښي: ناروغ ته د ملاستي وضعيت ورکول کيږي او جنسي خارجي برخي د پردي په وسيله پټيږي او پښه بايد په تام شکل لوڅه شوي وي او

هم په دي وخت کي د جرابو استعمال صحيح نه دي د دواړو پښنو سپوغزي (Groin) د پښنو تر تلو پوري تفتيش کيږي د غدو د اندازي پړسوب او تناظر او د وريدو د لوظيدو او شکل د پوستکي د رنګ، نوکانو او د ويښتانو شته والي په دواړو پښنو کي د نظر لاندي نيول کيږي او کله چي لمفاوي عقدي دردناکه او لوي وي دا حالت د Lymphadenopathy په نوم ياديږي. که چيري دا حالت په موضعي او يا په عمودي شکل وي يو مرضي حالت دي.

د شريان جس: د مغبني رباط لاندي برخه د عاني د هډوکي Symphysis Pobis او د حرقفي د علوي قدامي شوک Anterior Surior Iliac Spine ترمنځ مسافه د فشار په وسيله جس کيږي او پدي شان د فخذ شريان جس اجرا کيږي.

د مابضي (Popliteal) شريان جس: پښنه د ځنګون په برخه کي يوه اندازه د قبض او د ساترخا په شکل نيوله کيږي او د معاينه کوونکي د دواړو لاسونو د ګوتو په وسيله په مابضي حفري (Papliteal Fossa) د پاسه فشار راول کيږي.



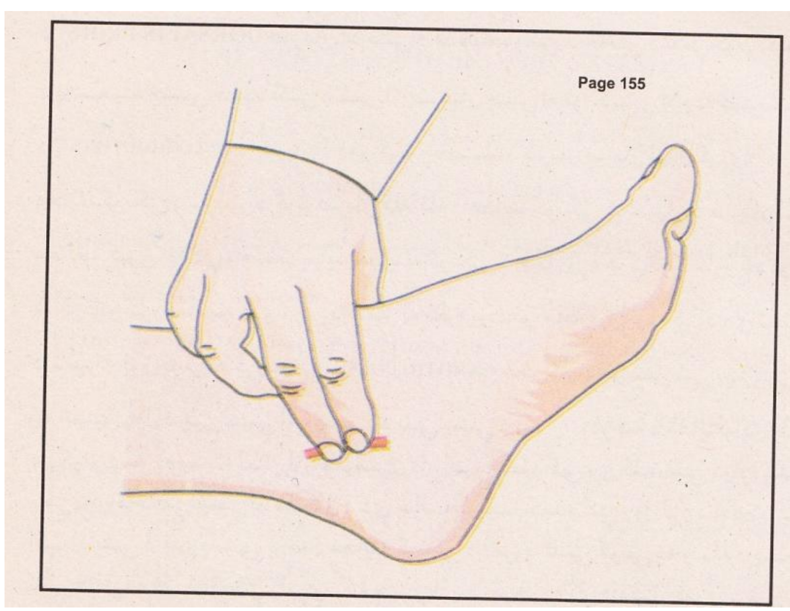
د شريان جس اجرا کيږي چي د دي شريان جس نسبت نورو شريانو جس ته مشکل دي او که چيري په يوه مانوره کي جس نه شي ناروغ په سينه اچول کيږي او پښني ته يي د مابضي حفري په برخه کي 90 درجي زاويه ورکول کيږي په داسي حال کي چي د ناروغ پښني د معاينه کوونکي د اوږو په لور وضعيت ولري د معاينه کوونکي له

خوا د ګوتو په وسیلهد حفري د فشار په اثر هم د شریان جس اجرا کیږي.

Allen Test: دا تجربه د زندي شریان د خلاصون په برخه کي معلومات ورکوي په دي ټسټ د تجربه کوونکي لاس کلک موټی کیږي او بیا د کعبري او زندي شریان د پاسه د غټو ګوتو په وسیله فشار راوړل کیږي او بیا ورته ویل کیږي.

چي موټی خلاص او یوه اندازه دي په استرخایي وضعیت کي واچلو شي او د لاس ورغوي په الوتي رنګ لیدل کیږي بیا د زندي شریان د پاسه د غټي ګوتي فشار لري کیږي که چیري زندي شریان خلاص وي د لاس ورغوي د څلور ثانیو په حدود کي په سور رنګه شکل راځي چي یو نارمل حالت دي او کله چي په شریان کي بندش موجود وي د ورغوي رنګ په همغه الوتي بڼه پاتي کیږي.

د کعبري شریان د خلاصون په تجربه کي فشار د بصري شریان د پاسه لري کیږي او د زندي شریان د پاسه فشار ساتل کیږي او تجربي ته د زندي شریان د خلاصون د تجربي په شان دوام ورکول کیږي.



مزمن شریاني بندش وضعیت د رنګ د تغیر په اثر معلومیږي کله چي په یوه پښه کیدرد او یا د نبض په کمښت کي د شریان د عدم کفایي حالت په فکر کي راوړي چي باید د وضعیت د رنګ تغیر په نظر کي و نیول شي په دي تجربه کي د ناروغ دواړه پښي د یوي

دقیقي د پاره په 40 درجو کي پورته نیولي کیږي چي د پښو په رنګ کي لږ سپین والي یا الوتي بڼه ولیدل شي او بیا ورته ویل کیږي چي ودریږي او د دواړو پښو رنګ له نظره څخه تیریږي چي په څومره وخت کي رنګ نورمال حالت تهرا ګرځي چي نارمل حالت دا وخت د لسو ثانیو په حدود کي دي او که چیري د پښو د پوستکي رنګ تر ډیر وخت د پاره په خاسف یا الوتي بڼه (Pale) پاتي شي په شریاني عدم کفایه دلالت کوي.

د Dorsalis Peids ضربان: د پښي د قدم په پورتنۍ برخه کي د غټي ګوتي د وتري د پاسه په جنبي حصه کي د شریان ضربان جس اجرا کیږي او په همدیشان د Posterior Tibial ضربان د دوو ګوتو په وسیله د شریان ضربان لټول کیږي.

معاینه کونکي د شریانو د ګوتو ضربان کله کله د معاینه کونکي د شریان د ضربان سره مغالطه کیږي په دي وخت کي باید معاینه کوونکي د خپل زړه حرکات د ناروغ د اوازه له حرکاتو سره مقایسه کړي چي د شمیر له نظره یي د بل څخه فرق لري چي د دي نبضو د شمیر د فرق په برخه کي باید د Carotid Pulse څخه کار واخیستل شي.

په همدي ډول د یوي پښي او ورپسي دبلي پښي د حرارت درجه د معاینه کوونکي د رګونو د شا په وسیله لمس او معلومیږي دا باید په نظر کي وي کله چي دواړه پښي یخي وي محیطي نښي او خفګان د دي حالت په پیدا اکیدو کي رول لري نه د شریان افت د پښي دقدم پاسنۍ برخه د معاینه کوونکي د لاس د غټي ګوتي په وسله د پینځه ثانیو د پاره د فشار لاندي راوړي که چیري اذیما موجوده وي د فشار شوي برخي پر ځاي ژوروالي د لیدلو وړ دي ویل کیږي چي Pitting Sign مثبت دي او کله چي ګوتي د پنځو ثانیو د فشار څخه وروسته کومه نښه پر نه ږدي ویل کیږي چي پورتنۍ علامه منفي ده چي دا یو نورمال حالت دي.

ناروغ د ولاړي په حالت کي د Saphenous په سیستم کي د Varicosties شته والي و یا نشت والي په نظر کي لري د لاس د شریاني سیستم د معلومولو د پاره چي په شریان کي بي کفایتي موجود ده او که نه د د دي کار د اجرا د پاره دي زندي کعبري او د عضدي شریانونو د ضربان جس اجرا شي.

پنځلسم څپرکې

CHAPTER 15

عصبي او حرکي سیستم

(THE NERVOUS AND MOTOR SYSTEM)

اناتومي او فزیالوژي: حرکي سیستم له دوو Neurones څخه جوړ شوي دي چي یوته یي Upper Motor Neurones او بل ته یي Lower Notor Neurones وایي.

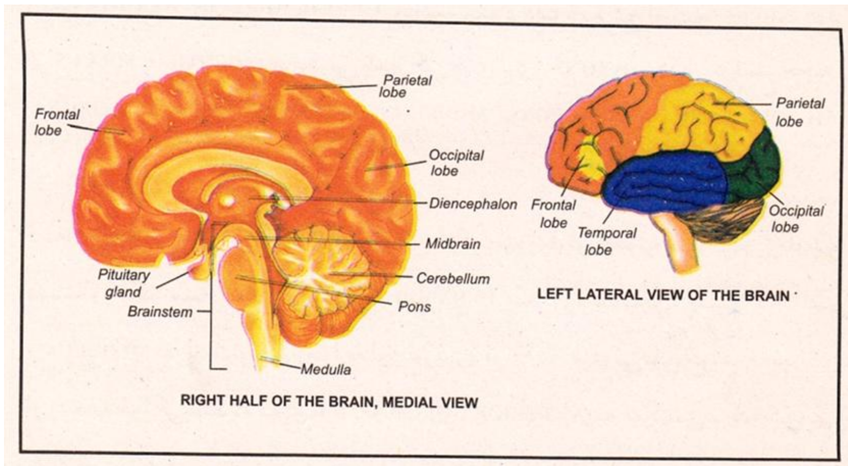
Upper Motor Neurones: دا سیستم د دماغ په کج او پیچ Fissures او د Central Sulcus په مخکیني جدار کي ځاي لري. Axons د د ماغ د قشر څخه د Medolla Oblngata Pons, Midbrain, Internal Capsule Corona Radiata او د نخاع حبل ته رسیږي.

د M Edulla په قدامي برخه کي د پورتني حرکي نیورونونو لیفونه سره ټولیږي او یوه دسته ورڅه منځ ته راخي چي د Pyramid په نوم یادیږي چي 90٪ یي د Medulla په ښکتنۍ بلي خوا په لور تیریږي او 10٪ لیفوني بلي خوا ته نه تیریږي او په هغه خوا کي ښکته کیږي او د Anterior Columns په ښکتنۍ برخه کي بلي خواته تیریږي او ځیني خپلي خوا کي Pyramidal Tract ښکته کیږي ټول پیرامیدلیفونه د نخاع د حبل په Gray Matter کي ختمیږي د قحفي اعصابو حرکي نیورون د دي پیرامید په وسیله تعصیب مومي (بي له دولسم عصب او د اوم عصب دمنځ ښکتنۍ برخه) د پیرامید هزمه فکر کیږي چي دحرکي او ارادي فعالیتونو په برخه کي وظیفه اجرا کیږي.

Lower Motor Neurones: حرکي ښکتنۍ نورونونه Anterlor Horn او د Brain Stem Homologous حجري لري چي لیفونه یي د نخاع د قدامي لراي محیطي اعصابو او عضلو ته رسیږي.

عصبي مرکزي سیستم (Central Nervous System):

عصبي مرکزي سیستم د دماغ او د نخاع حبل (Spinal Cord) څخه عبارت دي او په محیطي عصبي سیستم کي ۱۲ جوړي دماغي اعصاب، نخاع او محیطي اعصاب شامل دي او اکثره محیطي اعصاب د حرکي او حسي اعصابو الیاف لري.

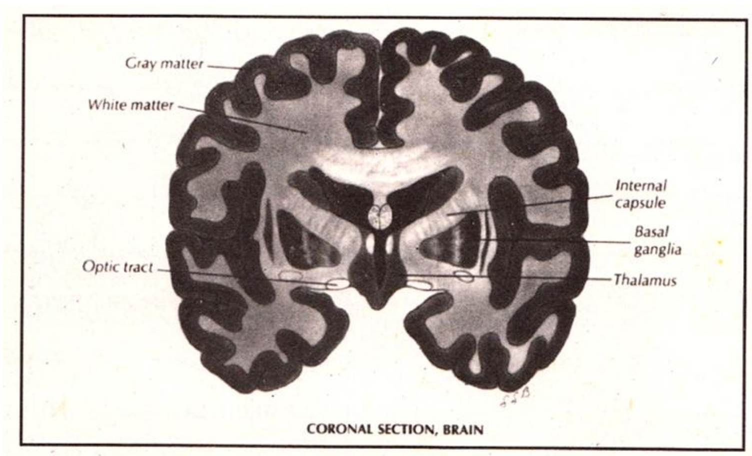


RIGHT HALF OF THE BRAIN, MEDIAL VIEW

LEFT LATERAL VIEW OF THE BRAIN

د ماغي نسج د څلور نورو نوو څخه جوړ شویدي:

Brain Stem, Diencephalon, Cerebrum او مخیخ (Cerebellum) څخه عبارت دي د دماغ هره نیمایي برخه په څلورو نورو برخو، چي د قدامي (Forntal) جداري (Parietal) صدغي (Temporal) او قفوي (Occiptal) فصونو څخه عبارت دي جوړښت موندلي دي.

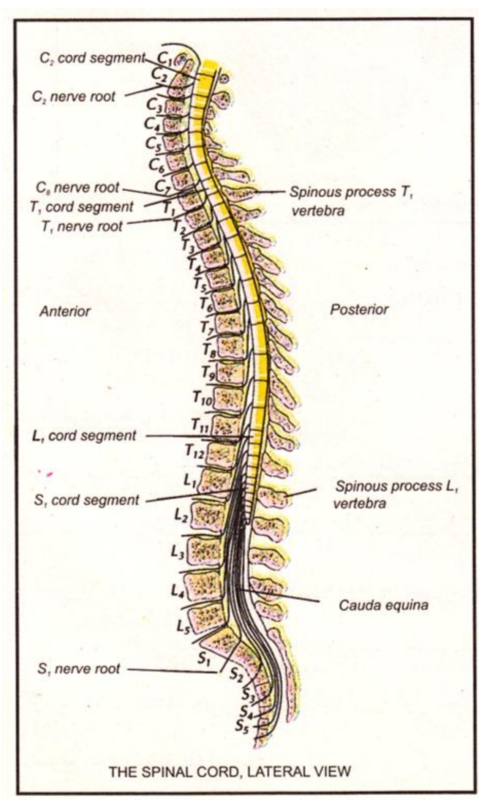


CORONAL SECTION, BRAIN

د دماغ يو زيات شمير ارتباطي شبکوي Neurons (عصبي حجري) لري په دي عصبي نورنو کي Cell Bodies او د هغوي Axons چي په عصبي سيستم کي د تنبه د انتقال دنده لري ليدل کيږي.

د ماغي نسج، خړ Gray Matter او يا سپين رنګ لري د نيورونونو Cell Bodies يوه کته وي برخه ده چي د نيمايي ماغ د سطحي غاړي ورڅخه جوړي شويده هم د دماغ د قشر (Cerebral Cortex) په نوم ياديږي د دماغ Witth Matterد نيورونو د Axons چي ميالين لري جوړښت مندلي دي د دي برخي سپين رنګ د ميالين داره پوشونو څخه چي سپين رنګ لري جوړ شوي دي د عصبي تنبه چټک انتقال د دي پوشونو په وسيله اجرا کيږي.

د دماغ په ژوره برخه کي د Gray Matter اضافه ګي برخي چي Basal Ganglia لري او د تلاموس او هايپوتلاموس چي د ديانسفال يوه برخه ده په حرکاتو تاثير کوي په نظر راځي کله چي تلاموس ته حسي تنبي راشي وروسته د څه عمليو څخه د دماغ قشر ته ليږلي کيږي هايپو تلاموس د Homestasis ساتنه حرارتي تنظيم د زړه د حرکاتو په اندازه او د ويني د فشار په کنترول کي برخه اخلي په همدي شان هايپوتلاموس د اندوکرين سيستم، شديد خفګان او جنسي خواهشاتو په ميزاجي قواو قوي کنترول لري.



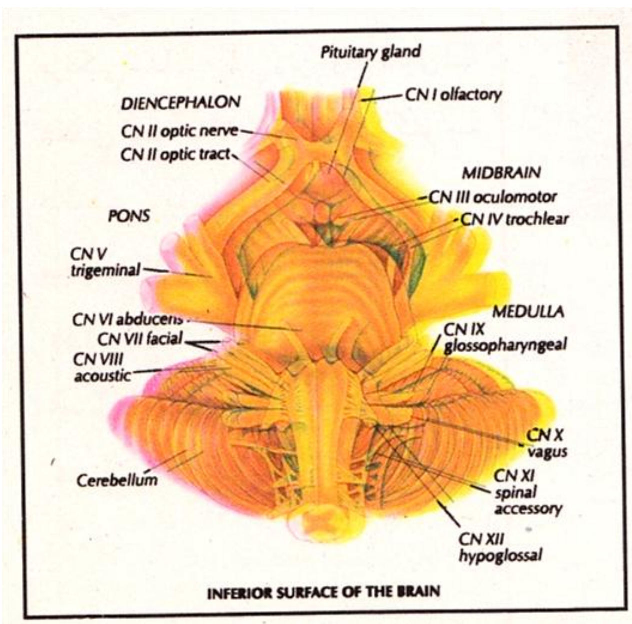
Brain Stem د دماغ پورتني برخه د نخاعي حبل، منځني دماغ، حدبه (Pons) او بصله (Medulla) د دماغ په قاعدوي برخه کي پرته ده او د بدن د حرکاتو موازنه د ولاړي په حالت کي په غاړه لي.

نخاعي حبل (Spinal Cord): نخاعي حبل د عصبي نسج يوه استوانوي کتله ده چې د ستون فقرات د هډوکو په منځ کې د بصلي د Foramen Magnum څخه نیولي تر د قطني داولي او یا دویمي فقري پوري رسیږي د نخاعي حبل ممبران تر دویمي عجزي فقري پوري دوام لري په نخاعي حبل کي حسي او حرکي عصبي برخي داخل او خارج کیږي.

د نخاعي حبل د نخاع د حرکي او حسي اعصابو د عکاساتو په فعالیت کي ستر رول لري.

نخاعي حبل په پنځو برخو تقسیم شویدي:

د غاړي (Cervical): برخي چي د غاړې د لومړي فقري څخه تر اتمي فقري پوري (C1-8) دوام کوي د نخاع صدري برخه د صدر د لومړي فقري څخه تر دولسمي فقري (T1-12) فطني نخاع د قطن د لومړي فقري څخه تر د قطني پنځمي فقري (L1-5) د Sacral برخي د سکرال د لومړۍ فقري څخه تر پنځمي فقري (S1-5) او د Coccygeal برخي شامل دي.



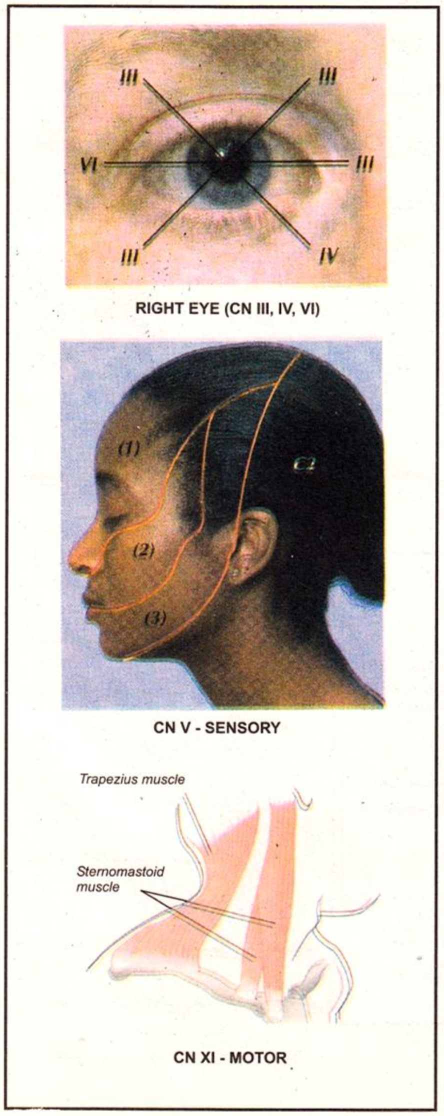
عصبي ریښي چي د نخاعي حبل څخه راوځي په دیکي د قطني او سکرال عصبي ریښي نسبت دنخاع نورو برخو ته د عصبي ریښو څخه اوږدي دي.

چي د قطني نخاع د لومړۍ او یا دومي فقري څخه تر CAuda Equina پوري د آس د لکۍ په شان منظره لري.

قحفي عصبي سیستم:

(Cranial Nervous System) دولس قحفي جوړيي اعصاب د قحفي جمجمي په داخل کي د قحفي اعصابو په نوم یادیږي.

د دریم قحفس عصب څخه تر دولسم پوري د دیانسفل او Brain Stem څخه منشاء اخلي (په حبل کي د قحف لومړي عصب د دوهم عصب سره په دماغ کي یو ځاي کیږي) په ځیني قحفي اعصابو کي حس او حرکي دندي (وظیفي) ډیري کمي او په خینو کي دا دندي په ښه شان پراختیا مومي لکه د بوي د لیدني او اوریدني (I,II,III) په اعصابو کي.



د قحفي اعصابو دندي په فزیکي معاینه کي ډیر رواج لري له همدي کبله په لاندینی صفحه کي په مختصر شکل ښودل شویدي.

محیطي اعصاب (peripheral Nervous) : د قحفي اعصابو بر سیره عصبي سیستم چي د نخاع او د محطي اعصابو څخه نمایندګي کوي د لیدلو وړ دي.

د نخاع حبل سره 31 جوړيي اعصاب یو ځاي کیږي چي اته یي د غاړي دولس یي صدري پنځه قطني بنځه سکرال او یو د Coccygeal په برخه کي په نظر راځي.

د عصب قدامي برخه حرکي الیاف لري او په بل کي خلفي برخه حسي الیاف لري خلفي او قدامي الیاف ډیر رز یو د بل سره یو ځاي کیږي او Spinal Nerve د جوړښت سبب کیږي

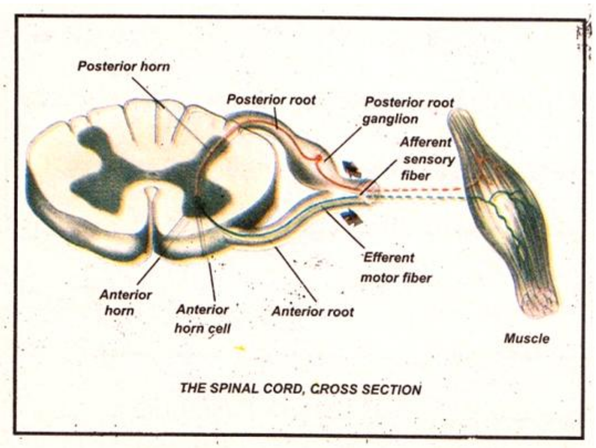
اکثره د محیطي اعصاب د حسیالیافو او د Afferents او حرکي الیافو د Efferent په نومو یادیږي.

نخاعي حبل د دماغ په شان Gray Matter او With Matter لري.

د Gray Mather نوي (Nuclei) عصبي الیاف چي دماغ د محیطي عصبي سیستم سره نښلوي لیدل کیږي.

د قدامي او خلفي قرنونو Gray mather ته یي Butter Fly منظره ورکړیده په نظر راځي.

د نخاع عکسي **(SPINAL REFLEXES)**:



Deep Tendon Reflex چي د Muscle Stretch Reflexes په نوم هم یادیږي.

دوي دمرکزي او عصبي سیستم په وسیله تعصیب شویدي دا ډول رفلکس چي حرکي او حسي نیورون او یو Synapse لري د Mono Synaptic Feplexet په نوم یادیږي لکه د لاس او پښو عکسي که چیري د حسي او حرکي نیورونونو په منځ کي نور نیورونونه شرکت ولري دا ډول نیورورونه د Poly Synaptic Reflixes په نوم یادیږي.

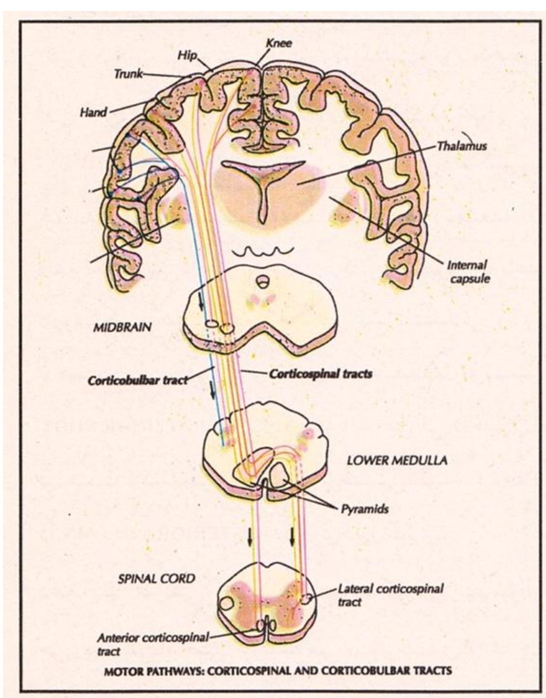
Motor Pathway: Motor Pathway کي پورتني حرکي نیورون د دماغ او یا د نخاعي حبل له سیسپنس وروسته په ښکتني حرکي نیورنو کي شامليږي د عصبي حجرو جسمونه (Nerve Cell Boides) یا پورتني حرکي نیورنونه د دماغ په قشر او د Brain Stem په ځینو نوو کي لیدل کیږي چي دقحفي اعصابو د سینپنس حرکي نیورونو نه په Brain Stem او د محیطي اعصابو نووي د نخاع په حبل کي ځاي لري.

ښکتني حرکي نيورونونه د اعصابو حجروي جسمونه د نخاعي حبل په Anterior Horh حجرو او دهغوي د اکسون تنبه د Anterior Roots او د نخاع د اعصابو لاري محيطي اعصابو ته ورل کيږي او د عضلي په عصبي عضلي Junction ختميږي.

دري ډوله Motor Pathway د Anterior په حجرو کي داخليږي چي د The Basal Ganglia, Corticospinal Tract او د Cerbellar System څخه عبارت دي.

قشري نخاعي هزمه (Corticospinal Tract): قشري نخاعي هزمه د Pyramidal Tract په نوم هم ياديږي د دي سيستم پوسيله د بدن د عضلاتو ارادي حرکات، د عضلاتو د تنبو انتقال د عضلي د مقويت له منځه ورل او داسي نوري دندي اجرا کيږي.

قشري نخاعي سيستم دماغ له قشري برخي څخه منشه اخلي او حرکي الياف يي د بصلي (Medulla) په لور ښکته کيږي او هلته يو اناتومي مخروطي Pyramid جوړښت ورڅخه منځ ته راخي چي اکثره الياف يي د بصلي بي خواته تيريږي او ښکته خوا حرکت کوي او په Antrior Horon Cell يا بين البني نيورنو سره سيسپنس جوړوي قحفي اعصاب د Brainstem په برخه کي چي د Motor Nuclei سره سيپنس جوړوي دا ډول قحفي اعصاب Cortico Balbar په نوم ياديږي.



MOTOR PATHWAYS: CORTICOSPINAL AND CORTICOBULBAR TRACTS

Basal Gangalia System: دا يو مغلق سيستم دي چي په دي سيستم کي حرکي Pathway د CerebralCortex, Brain stem, Basal Ganglia, Pathway او Spinal Cord ترمنځ ليدل کيږي. د دي سيستم په وسيله عضلي مقويت(Tone) د بدني حرکاتو کنترول لکه قدم وهنه کنترولوي.

Cereblar System: کله چي مخیخ ته حسي او حرکي تنبه راورسیږي د اناتومۍ عضوه په حرکي فعالیت کي داخلیږي او پهدي شان د بدن د موازني د وضعیت په استنه کي مرسته کوي څه وخت چید ماغي نخاعي سیستم خراب او یا له منځه لاړ شي د تخریف شوي برخي د لاندي د بدن د اضعاو په فعالیت کي کمښت او یا د منځه ځي کله چي پورتني حرکي نیورونونه په بصلي کي Crossover ورکوي یعني د بصلي د یوي خوا څخه عصبي الیاف بلي خوا ته تیریږي د بدن د یوي خوا خرابي یا افت دبدن په بله خوا کي Contral) (Lateral د لیدلو وړ دي او څه وخت چي خرابي د Crssover څخه د لاندي پیدا شي حرکي خرابي د بدن په همغه خوا کي Ipsialteral کیږي.

کله چي په Basal Gangalia System یا Cerebelar کي مرضي افت پیداشي د پارالایزسسبب نه کیږي خود ناروغ د ناتوانۍ سبب کیږي یعني کله چي په Basaganlar System کي خرابي ولیدل شي په ناروغ کي عضلي مقویت زیاتیږي حرکات یي ډیر سست د بدني وضعیت په کنترول کي خرابي راځي او په همدي شان اکثره حرکات یي په غیر ارادي شکل بدلږي او د مخیخ په خرابۍ کي د بدن په موازني او عضلي مقویت کي کمښت د لیدلو وړ دي.

Sensory Pathway: حسي تنبي یوازي د عکسي په فعالیت کي برخه نه اخلي خو په شعوري حسیت په فشاک د بدن د وضعیت په اصلاح کیدو او هم پداخلي دندو لکه د ویني د فشار د زړه د حرکاتو په شمیره او په تنفسي تنظیم کي مرسته کوي.

د پوستکي د حسي اخذو د مخاطي غشا، عضلاتو، وترونو او حشیوي برخو څخه تنبي د حسي الیافو درد، حرارت، وضعیت او تماس د محیطي اعصابو او Poterior Root له لاري د نخاع په حبل کي داخلیږي او د دي ځاي څخه حس تنبي د دماغ قشري حسي برخي ته Spinothalamic Tract او یا د Posterior Columnدلاري لیږل کیږي.

د معاینی طریقي: د عصب په معاینه کي دوه مهم سوالونه دیاده څخه باید ونه وخي چي آیا د ښي او چپي خوا علامي سمتریک دي او که چیري علامي په سمتریک شکل موجود

نه وي مرضي افت يي په عصبي مرکز سيستم يا په محيطي عصبي سيستم کي موجود وي.

په عصبي معاينه کي پنځه اساسي شيان په نظر کي نيول کيږي.

1. دماغي او د خبرو حالت.
2. قحفي اعصاب.
3. حرکي سيتم
4. حسي سيستم
5. عکسي

که چيري په ناروغ کي غير نارمل علامي موجود وي بايد کوښښ و شي او ودي لټول شي چي افت په مرکزي او يا به محطي سيستم کي موجود دي.

قحفي اعصاب: The Cranial Nerves:

لومړي قحفي عصب: دا عصب د Olfactor عصب په نوم هم ياديږي چي د دي عصب معاينه د ناروغ د بوي په وسيله اجرا کيږي چي د دي معايني د پاره داسي بوي لرونکي شيانو څخه استفاده وشي چي ناروغ يي د بوي سره اشنايي ولري او هم تخريش اورانه وي د معايني په اول کي د پوزي دواړه سوي معاينه کيږي چي خلاصي وي په داسي حال کي چي د پوزي يو سوي بند شي او ناروغ ته وويل شي چي د پوزي د بل سوري له لاري هوا کش شي او بيا مانوره په معکوس شکل د پوي د خلاصيدو له پاره اجرا شي بيا دناراوغ دواړه سترګي او د پوزي سوريو ته بوي لرونکي شيان لکه د ګلونو و چي پاڼي او کافي د پوزي يو سوري ته وړاندي کيږي په داسي حالکي چي د پوزي بل سوري بند شوي وي او په همدي شان دا بوي لرونکي شيان د پوي بلي خوا ته نزدي کيږي چي په نارمل حالت کي د پوزي د هري خوا په وسيله بوي حس کوي او حتي د بوي ناکه شي نوم راته اخلي.

دويم قحفي عصب د optic nerve په نوم ياديږي د دي عصب په معاينه کي د سترګي د ديد دقدرت اندازه او ساحه له نظره څخه تيريږي.

د قحف دویم (Optic) او د دریم (Oculomotor) عصب معاینه د حدقي د اندازي او غبرگون (عکس العمل) یي د رڼایي په وسیله اجرا کیږي.

د قحف دریم عصب (Oculomotor) څلورم عصب (Trochlear) او شپږم عصب (Abducer) په دي تجربه کي د سترگو د نظر یا دید شپږ خارجي حرکت په مختلفو سمتو اجرا کیږي د سترگو حرکات په محدود شکل Ptosis او یا Nystagmusکه چیري د سترگو په هري خوا کي لیدنه ولیدل شي باید یاداشت کړل شي د قحف پنځم عصب د Trigeminal Nerve په نوم یادیږي.

حرکي تجربه: ناروغ ته ویل کیږي چي خپل غاښونه کلک و نیسي په داسي حال کي چي د معاینه کونکي د یو لاس گوتي په یو خوا او د بل لاس د گوتو په وسیله د معاینه کونکي همغه خوا د خولي جس کیږي د عصب د نورمال حالت په وخت یي د جولو عضلاتو د تقلص قوت په ښه شان جس کیږي که چیري د مخه په هماغه خوا کي د جوولو د عضلاتو تقلص جس نه شي ویل کیږي چي د هماغه اړخ پنځم عصب له کاره لویدلي دي.

حسي تجربه: ناروغ ته ویل کیږي چي خپلي سترگي پټي کړي او د یو تیز شي سره د معاینه کونونکي د تندي یوه خوا د مخ او ژامي په برخه کي د پوستیک د پاسه د تیز شي لکه دسنجاق ټیر سره په تماس راوړي او ناروغ ته ویل کیږي چي دس نجاق د تماس په وخت کي د درد احساس کوي او کنه په دي شان کله چي د پنځم عصب حرکي تجربه نارمل حالت و نه لري باید حسي تجربه هم اجرا شي تر څو د عصب نورمال او یا ابنارمل حالت په گوته کړل شي حسي تجربه کیداي شي چي د درد د احساس د تجربي په وسیله د تیز شي د احساس په ځاي یخ او یا گرم شي په هماغو برخو کي په تماس راوړل شي او ناروغ ته ویل کیږي چي گرم او یا یخ شي احساس کوي کنه او په دي شان Temperature Sensation اجرا کیږي.

Corneal Reflex: یوه بله تجربه ده چي د پنځم عصب د معاینې په وخت کي ورڅخه کار اخلي په دي وخت کي د دي تنبه په وسیله سترگي په ډیر چټکتیا سره تړل کیږي او د خلاصولو عملیه یي د لیدلو وړ ده د قحف اوم عصب چي د Facial Nerve په نوم هم

یادیږي د دي عصب د تجربي په وخت کي د مخ تفتیش کوي او هم د خبرو په وخت کي د مخ دواړه خواوي له نظر څخه تیریږي چي کومه غونجه او Asymmtry او یا کوم ابنارمل حرکت یي په منخ کي لیدل کیږي او کنه ناروغ ته ویل کیږي چي سترګي کلکي و تړي او د یو لاس د شهادت اوغتي ګوتي په وسیله د دواړو سترګو د لاندي برخي او د چپ د شهادت او د غتي ګوتي په وسیله د سترګو پاسنۍ برخه کش کیږي چي په دي وسیله د عضلو د تقلصي حالت په برخه کي ورڅخه معلومات اخیستل کیږي په همدي شان ناروغ ته ویل کیږي چي ښکته او پورته غاښونه وښایي بیا ورته ویل کیږي چي لړ وخاندي او هم د دواړو خواوو د غومبرو د ډکیدو په حالت کي ویل کیږي چي هوا اوباسي په دي پورتنۍ تجربه کي د مخ حرکات د عضلاتو مقویت او سستیار او د عدم تناظر حالات په نظر کي نیول کیږي او هم که چیري د مخ په یوه خوا کي فلج موجود وي د خولي هماغه خوایي د خندا په وخت کي ښکته په نظر راځي.

د قحف اتم عصب د Acoustic عصب په نوم هم یادیږي چي د دي عصب د تجربي په وخت کي دا هوا او د هډوکو د لاري د اوریدو تجربه اجرا کیږي چي په نارمل حالت کي د دواړو غوږونو د اوریدو حالت په مساوي شکل موجود وي.

د قحف نهم عصب چي د Glossopharyng Geal او لسم عصب د Vagus Nerve په نوم هم یادیږي د نهم عصب د تجربي په وخت کي د ناروغ اواز او هم د غذا د قرت کیدو حالت په نظر کي نیول کیږي او هم کله چي ناروغ ته وویل شي چي خوله خلاصه کړي او د ناروغ د آه AH ویلو په وخت کي د Soft Plate او د Pharynx حرکات په نظر کي نیول کیږي چي په نارمل حالت کي د اه په ویلو سره د Soft Plate پورته خوا په متناظر شکل او Ovula خط په منځنۍ حصه کي لیدل کیږي او په همدي شان د فرنګش خلفي برخي د یوي پردي په څیر په منځنۍ برخه کي په حرکت راځي.

دقحف یولسم عصب د Spinal Acessory په نوم هم یادیږي چي د دي عصب د تجربي په وخت کي د Trapezius عضلي د اوږو په برخه کي د تجربي لاندي راوړي یعني ناروغ ته ویل کیږي چي خپلي اوږي پورته کش کړي په داسي حال کي چي تاسي د دواړو اوږو

پورتني حرکت قوت د خپلو لاسونو دمقاومت په وسيله قضاوت کړلي شي چي عضلي نارمل تقلص لري او کنه چي د دي عصب د فلج په وخت کي هماغي اوږي ښکته خوا لوييږي او هم کله چي د معاينه کوونکي خپل ښي لاس د ناروغ د مخ په چپي خوا کيښودل شي نو او ناروغ ته ويل کيږي چي د لاس په لور په مخالف شکل زور و کړي په دي شان د Sterno Mastoid د عضلاتو تقلص څخه د عصب نارمل حالت په ګوته کيږي.

د قحف دولسم عصب، چي د Hypoglossal عصب په نوم هم يادېږي د دي عصب د تجربي په وخت کي د معاينه کوونکي ژبه د نظر څخه تيريږي، چي په ژبه کي کوم خفيف او غير منظم حرکتونه (Fasciculations) موجود دي او کنه بيا د ناروغ ژبه په داسي حال کي چي دباندي يي ايستلي وي حرکات اتروفي او سميتريک حالات د نظر څخه تيريږي او ژبي ته په هره خوا حرکت ورکول کيږي او په دي شان د دولسم عصب تست سرته رسيږي.

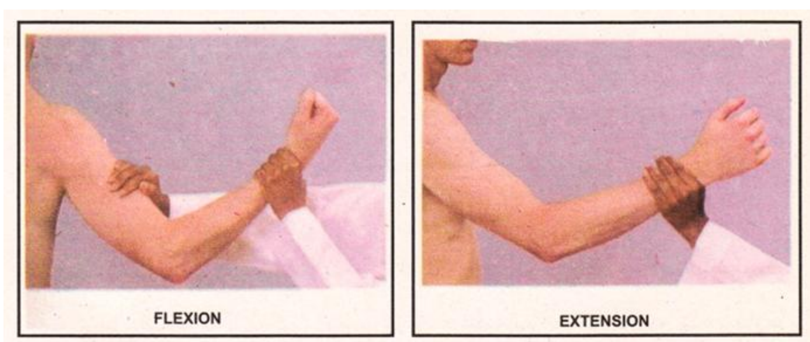
The Motor System: کله چي معاينه کوونکي و غواړي چي د بدن حرکي سيستم د معاين لاندي راوړي بايد د بدن په وضعيت غير ارادي حرکاتو او د عضلاتو په مقويت قوت او انسجام يي ځان پوه کړي وي او کله چي په معاينه کي غير نارمل حالت موجود وي بايد عضله او يا عضلات يي په ګوته شي او دا هم بايد فکر کي راوي چي افت مرکزي او يا محيطي منشاء لري د بدن وضعيت (Body Position) د حرکت په وخت کي ناروغ د بدن وضعيت ته توجه وکړاي شي چي Paralysis موجود دي او کنه.

د غير ارادي حرکاتو (Involuntary Movements) په برخه کي رعشه (Tremors) يا Fasciculation شته دي کنه او که چيري موجود وي د هغوي ځاي وصف، رتم او د هغوي رابط هغي د وضعيت فعاليت او ځينو روحي فکتورنو سره ولټول شي.
په عضلي ارتفوي کي د عضلاتو کتله پهکميدو راځي او حال دا چي هايپرتروفي حالت کي د عضلاتو په کتله کي ډيرښت راځي د علاتو اتروفي په زړو کي يو نارمل حالت دي خو په خوانانو کي يو غير نارمل حالت دي چي د هغي ځاي او د افت منشا بايد ولټول شي.

عضلي قوت (Muscle Strenth): عضلي قوت په نارمل حالت کي په خلکو کي یو د بل سره فرق لري دا ډول بدلون اکثراً دعمر، جنس او په سپورتي او عضلي خلکو کي په نظر راځي.

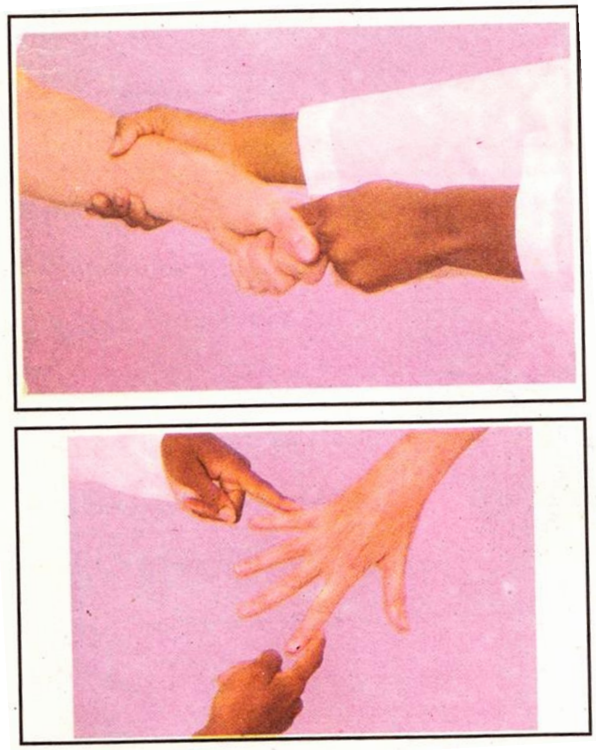
دا هم باید په فکر کي ولرو هغه څوک چي د بدن یوه خوا او یا طرف نسبت بلي خوا ته زیات استعمال کړي همااه خوا یي نسبت بلي خواته قوي وي چي د دواړو خواو د معاینې د مقایسي پر وخت په نر کي وي هغه خلک چي د ښي لاس زیات استعمالوي نسبت کیڼ (چپ) لاس ته او هغه سړي چي کیڼ لاس زیات استعمال نسبت ښي لاس ته قوي وي.

که چیري د بدن د یوي برخي قوت کي ضعیفي راغلي وي Paresis او کله، چي عضلي قوت د لوي عضوي په بشپړ شکل د منځه تللي وي Paralysis په نوم او څه وخت چي د بدن په نیمایي برخه کي ضعیفي موجوده وي Hemiparesis او د بدن د نیمایي برخي ضعیفي د Paralysis او دواړو پښو د Paraplegia او په همدي ډول د بدن د څلورو خوا وضعیفي د Quadreplegia په نوم یادیږي.



د مهمو عضلي ګروپونو د تجروبو د طریقو څخه په لاندي شان بیان کیږي:

د لاس په قاتیدو کي (Flexion)، د Biceps په خلاصیدو کي Extension د Triceps د عضلي قوت اندازه کیږي.



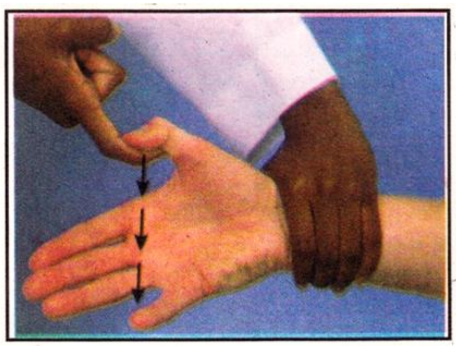
د Flexion په وخت کي ناروغ ته ويل کيږي چي د لاس پنجي موټي کړي او د لاس د کشش په مقابل کي بايد مقاومت و کړي او د Extension په وخت کي د لاس قوت په مقابل لور تجربه کيږي چي د عضلاتو ضعيفي په محيطي عصبي ناروغيو کي لکه د کعبري عصب په تخريبي حالت کي د ليدلو وړيي دي.

د Gript Test په دي تجربه کي معاينه کوونکي خپلي د لاس دوه ګوتي د ناروغ په لاس کي ورکولکيږي او ورته وايي چي کلکي يي و نيسه او د ګوتو د کشش په وخت کي د هغه د پنجي قوت په نښه کيږي او که چيري د ګوتو په ټينګولو کي ضعيفي موجوده وي په مرکزي يا محيطي عصبي ناروغۍ دلالت کوي چي د دواړو دلاس پنجي په مقايسوي شکل معاينه شي.

Test Finger Abduction: په دي تجربه کي د ناروغ د لاس ورغوي د زمکي په لور او ګوتي يي ي و دبل څخه لري نيسي او ناروغ ته ويل کيږي چي ګوتي ځاي پر ځاي کلکي و نيسي او معاينه کونکي د ګوتو د کشش په اثر چي بيرته يي سره يو ځاي کړي د ګوتو د عضلاتو د قوت په ګوته کيږي چي پر زندي عصب يي د مريضي حالت کي د ګوتو په عضلاتو کي ضعيفي راځي او په اسانۍ سره ګوتي يو د بل پسي نږدي کيږي.

Test Opposition of the Thumb: په دي تجربه کي ناروغ ته ويل کيږي چي د لاس غټه ګوته دي د وړي ګوتي سره يو ځاي کړه او په دي شان د معاينه کوونکي د ګوتي په وسيله د عضلي د قوت په برخه کي معلومات په لاس راځي چي په Carpaltunnel Syndram کي

د Median nerve د خرابۍ په وسیله د ګوتي د مخالفت سمت په قوه کي ضعیفي پیدا کیږي.

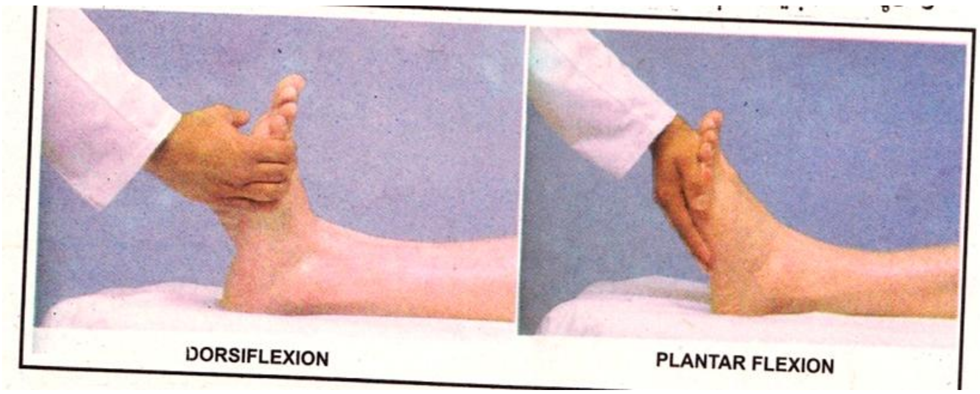


د ځنګون د Extension تجربه: په دي تجربه کي د ناروغ پښه د ځنګون په برخه کي په خم شکل نیول کیږي او د ناروغ ته وایي چي پښه دي سمه کړي او یا دي وغوځوي په داسي حالکي چي معاینه کونکي پښه کلکه نیولي وي اجرا کیږي او په دي شان Quadriceps د عضلي قوت چي د بدن د قوي عضلاتو څه ده په ګوته کیږي.

EXTENSION AT THE KNEE

FLEXION AT THE KNEE

د ځنګون د Flexion تجربه: د ناروغ ځنګون د قبض په شکل د بستر د پاسه نیول کیږي ناروغ ته ویل کیږي چي پښه ښکته کړي په داسي حال کي چي معاینه کونکي کوښښ کوي چي هغه په مستقیم شکل راوړي په همدي ډول د ناروغ د پښي د قدم په برخه کي د Dorsiflexion حرکت اجرا کیږي یعني ناروغ ته ویل کیږي چي قدم یي پورته خوا کش شي او هم قدم د معاینه کونکي د لاس په مقابل کي ښکته خوا وړل کیږي چي دا حالات د Planter Flexion په نوم یادیږي.



انسجام (Coordination) د عضلي د حرکت انسجام د عصبي سیستم په وسیله په څلور ځایو کې په جلا توګه اجرا کیږي.

1. د حرکي سیستم تجربه د عضلي د قوت په وسیله.
2. مخیخي سیستم (Cerebellar System) چې د حرکي سیستم یوه برخه ده دا هم د رتمیک حرکت او د ثابت وضعیت په وسیله تجربه کیږي.
3. Vestibular سیستم د سترګو د سر او بدن حرکاتو د موازني او انسجام په وسیله تجربه کیږي.
4. حسي سیستم د حسي ځایو په وسیله اجرا کیږي.

د ناروغ د انسجام د معلوملو د پاره ناروغ باید لاندیني فعالیتونه اجرا کړي:

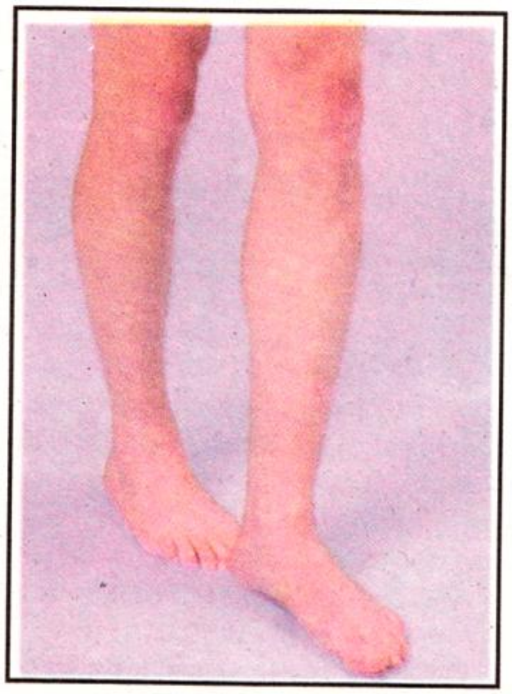
1. د چټک او متناوب حرکاتو اجرا
2. Point To Point Movements
3. Gait او د بدن د نورو حرکاتو اجرا
4. ولاړه په خصوصي شکلونو

چټک او متناوب حرکتونه (Rapid Alternationng Movement):

ناروغ ته ویل کیږي چې د لاس په وسیله دي خپل ورون ووهي او بیا دي خپل لاس پورته کړي او د لاس د شاه په وسیله یي د خپل ورون هماغه برخه ووهي او دا عمل دي په چالاکي او متناوب ډول تکرار کړي او په همدي شان عمل دي د کین لاس په وسیله چې

نسبت ښي لاس ته سس دي اجرا کوي او په سرته رسولو کي دي د ناروغ د لاس چټکتیا نظم او د حرکاتو اجرا په نظر کي ونیول شي چي د مخیخ په ناروغۍ کي د دي تجربي متناوب عمل اجرا نا ممکنه بریښي.

Point to Point Movements: په دي تجربه کي ناروغ خپله د شهادت د ګوتي سره د خپلي پوزي د سر سره تماس ورکوي او بیا دا عمل په متناوب ډول د بل لاس د شهادت د ګوتي دسر سره په تماس کي راوړي په داسي حال کي چي ښي لاس یي لومړي په خوځولي شکل سره قرار ولري چي د مخیخ په ناروغۍ کي لاس په غیر منظم او یا رعشه لري او هم یي متناوب عمل مشکل په نظر راځي.



د Gait په تجربه کي ناروغ ته ویل کیږي چي په کوټه اطاق کي قدم ووهي او د هغه د وضعیت بیلانسي او د لاسو او پښو حرکات په نظر کي نیول کیږي که چیري په حرکت کي انسجام او ثابت والي موجود نه وي دا حالت د Ataxia په نوم یادیږي چي په مخیخي ناروغیو کي او ځینو سمي حالاتتو کي د لیدلو وړ ده او یا ناروغ ته ویل کیږي چي په منظم شکل حرکت و کړي په داسي حال کي چي په دویم قدم کي چي د غتي ګوتي سر یي د

پوندي سره تماس و نیسي او په بل قدم کي د بلي پښي پونده د بلي پښي د غتي ګوتي سره کیښودل شي او په دي شان د ناروغ حرکت انسجام او توازن په نظر کي نیول کیږي دا ډول حرکت د Tansdem Walking په نوم یادیږي.

د تجربي د ولاړي په حالت کي معاینه کونکي باید د ناروغ سره نژدي ولاړ وي چي د لویدو حخه یي مخ نیوي وکړي.

Romberg Test: په دي تجربه کي د ناروغ د ولاړي په حالت کي چي په خلاصو سترګو یي پښي یو د بل سره نښتي وي په دي شرط چي بدن د بل شي سره تماس و نه لري ودریږي او وروسته دواړه سترګي د 20-30 ثانیو د پاره پټوي کله چي د ناروغ پښي یو د بل سره نښتي وي د خرابۍ احساس د سترګو د لیدني په وسیله معاوضه کیږي کله چي یي سترګي وتړل شي د بدن بیلانس یا موازنه خرابیږي ویل کیږي چي پورتني ټیسټ مثبت دي چي د نارمل په حالت کي ښایي د لویدو حفیف احساس هم ولیدل شي.

حسي سیستم The Sensory System: د حسي ټسټ د معلومولو دپاره معاینه کونکي باید څو حسي تجربي اجرا کړي چي په عمومي ډول د درد حرارت وضعیت اهتزاز سطحي تماس او د حسیت د تفریق او تشخیص څخه کار اخیستل کیږي.

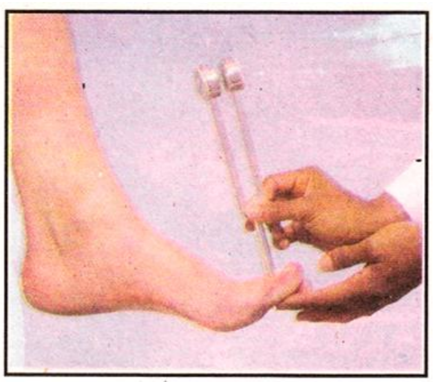
د دي د پاره چي د حسیت په خرابۍ وپوهیږو باید د حسیت په تجربوو کي لاندي مرحلي په پام کي و لرو.

1. د لاسونو پښو او د سیني برخي په سمتریک ډول سره یوه خوا د بلي خوا سره مقایسه شي.
2. د بدن د اطرافو په لومړیو او وروستیو برخو کي دي د درد حرارت او د تماس تجربي په مقایسوي ډول اجرا شي.
3. کله چي د Vibration او د حسیت وضعیت د تجربي لاندي نیسي لومړۍ د ګوتو او غټو ګوتو برخي باید ټسټ شي که چیري د حسیت تجربي نارمل وي دیر زیات احتمال موجود دي چي دبدن په لومړیو حصو کي حسیت په نورمال ډول وي.

4. کله چي د بدن په یوه برخه کي حسیتموجود نه وي او یا ډیر زیات وي کوښښ باید وشي چي د دي ډول ناروغه برخو حدود معلوم شي. د دي کار د اجرا د پاره باید تجربه په هغه ځاي کي چي حسیت یي کم وي شروع شي او په تدریجي توګه د بهر په لور ټسټ پرمخ وړل کیږي ترڅو داسین برخي ته ورسیږي چي ناروغ په کي د حسیثت د احساس بدلون وکړي.

درد (Pain) په دي طریقه کي د یو سنجاق څخه کار اخلي چي د سنجاق د ټسټ په وخت کي د یو بل شي څخه چي سر یي د سنجاق په شان تیز نه وي هم کله کله د سنجاق په ځاي استمعالیږي او ناروغ ته ویل کیږي چي تیز او یا پخ شي احساس کوي او کنه د دي تماسي شیانو استعمال دي د بل ناروغ د پاره نه کیږي او کنه د ویني د مکروب د انتقال خطره په کي موجوده وي.

حرارت (Temprature): که چیري د درد د حسیت تجربه نارمل وي د حرارت د تجربي څخه صرف نظر کیږي په دي تجربه کي دوه شیشه یي ټیوبونه چي په یو ګرمي اوپه بل کي سړي او به وي په متناوب ډول د ناروغ د غضوي سره په تماس راوړل کیږي او د ټیوب د



تماس په وخت کي د ناروغ څخه پوښتنه کیږي چي د ګرم تیوب او یا دا چي د یخ تیوب احساس کوي او کنه.

Light Touch: د تاو شویو مالوچو تار ته د پوستکي سره تماس ورکوي او ناروغ ته وایي چي د کوم شي تماس احساس کوي او کنه.

Vibration: په دیتجربه کي Low Pitch Tuning Fork د ناروغ د بدن د بندونو د ګوتو د ګوتو او پوندو د پاسه ایښودل کیږي او ورته ویل کیږي چي اهتزار جس کوي او کنه او که چیري یي جس کولو نو بیا ورته ویل کیږي هر کله چي اهتزارات

ودریدل باید معاینه کونکي ته خبر ورکړي د صوتي نتیجي اهتزرارات ودریدل باید معاینه کونکي ته خبر ورکړي. د صوتي نتیجي اهتزاز او د احساس خرابي د محیطي Neuropathy لومړنۍ علامه ګڼل کیږي.

چي دیابتیس او د الکولیزم مهمي علامي شمیرل کیږي که چیري په محیطي برخو کي د هغو احساس ونه شي باید اله د لاسونو، څنګلو، رضفو او حرقفي په لور و خوځول شي.

Position: د ناروغ د پښي غټه ګوته د معاینه کونکي د دوو ګتوپوسیله نیول کیږي په داسي حال کي چي د ناروغ سترګي تړلي وي ګوتي ته یي بورته او یا ښکته خوا حرکت ورکوي او په هر وضعیت کي د ناروغ څخه پوښتنه کیږي چي ګوته په کومه خوا قرار لري چي د ګوتي د حرکت نه احساس هم د محیطي عصبي ناروغۍ په فکر کي واوړي. که چیري د غټي ګوتي د وضعیت احساس خراب شوي وي باید د لاسونو څنګلو او ځنګونو بندونه هم د تجربي لاندي راوړل شي.

د حسیت تفریقي تشخیص (Discrimination Sensation): د حسي قشر پوسیله د حسیت رابطه تجربه کیږي د ټسټ په وخت کي د ناروغ سترګي تړل کیږي او د لاس د ورغوي په حصه کي د پنسل پنبي، پیسي او یا د کاغذ د یوي پارچي په وسیله یي په تماس راوړۍ او ناروغ ته وایي چي تماس شي تشخیص کولي شي او کنه.

Deep Tendon Reflexes: د دي عکسیاتو د معلومولو په وخت کي باید ناروغ ارام او بدني اعضایي په متناظر شکل وي او په ډول د عضلي وتري د معاینې په څټک وهل کیږي چي دا عمل په سمیتریک ډول د بدن په بله خوا کي هم تر سره کیږي په لاندي ډول درجه بندي کیږي.

مثبت څلور (4+): ډیر فعال او د هایپراکتیف شکل په Clonus چي د قبض او استرخا په ډول په رتمیک ډول مخکي او شاته حرکت وکړي کي موجود وي.

مثبت دري (3+) نست متوسط شکل ته فعالي وي کیداي شي چي په نارمل حالت هم ولیدل شي.

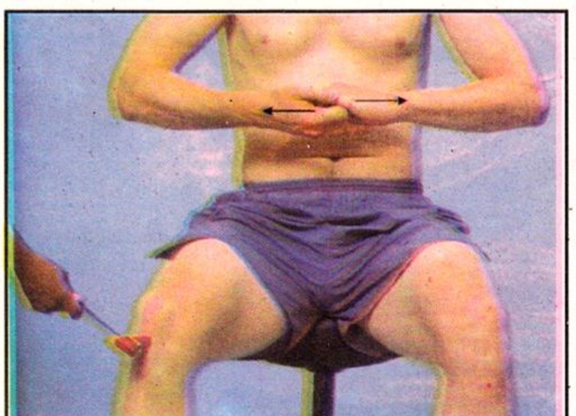
مثبت دوه (2+) متوسط یا نارمل حالت قبول شویدي.

مثبت یو (1+) چي غبرګون (عکس العمل) یې د نارمل حالت ځیني کم وي.

(5) چي هیڅ غبرګون ونه ښایي.

معاینه کوونکي دي دا هم په فکر کي ولري چي د عکساتو کمیدل او یا نشت والي په سمیتریک ډول په نارملو خلکو کي هم لیدل کیږي که چیري د عکسو په سمتریک شکل کي کمښت او یا هیڅ و نه لیدل شي معاینه کونکي باید په خپل تکنیک کي د لږي زیاتي قوي څخه کار واخلي، چي دا ښایي د عکساتو فعالیت کي ډیرښت راوړي.

دمثال په توګه که چیري د پښو په عکساتو کي تنقیص او یا موجود نه وي په تکراري شکل ناروغ ته ویل کیږي چي خپلي ګوتي یو تر بله کلکي کړه او کله چي د وتر د پاسه د څټک وهنه اجرا کیږي ناروغ ته لږ مخکي ویل کیږي چي لاسونه یو دبل څخه کش کړي. او د عکسي فعالیت په ګوته کیږي چي په دي Reinformcement تجربه کي کله کله د لاسونو د کشش په ځای د غاښونو د کلک نیولو طریقي څخه هم استفاده کیږي.

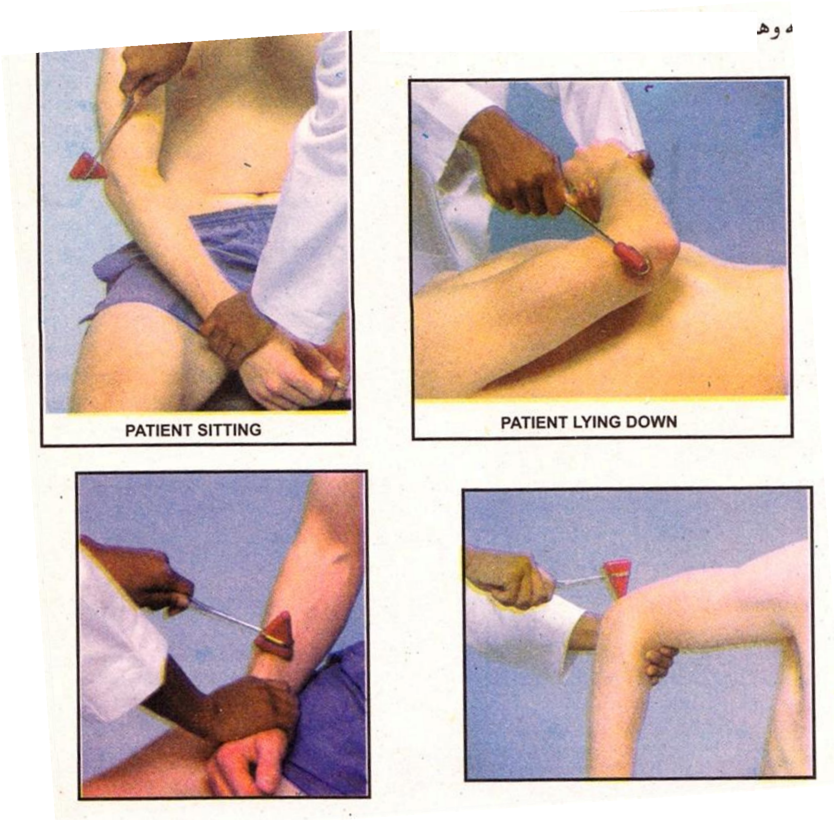


REINFORCEMENT OF KNEE REFLEX

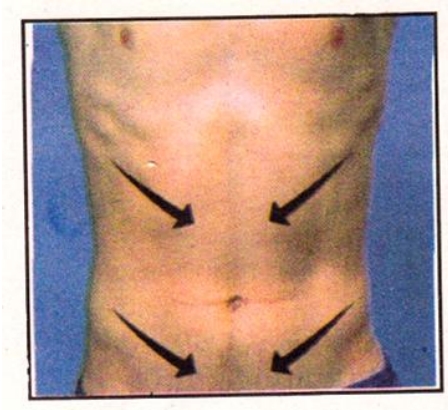
کله چي عکسات هایپراکتیف یا ډیر فعال وي د مرکزي عصبي سیستم په ناروغۍ دلالت کوي که چیري په هغو خلکو کي چي کم حسیت ولري ښایي په عکساتو یي تنقیص ولیدل شي او په عصبي محیطي افاتو کي د عکسو تنفیص ښایي هیڅ و نه لیدل شي په عضلي ناروغیو کي هم عکسي په خفیف شکل بدلیږي.

The Biceps Reflex: د ناروغ لاس د څنګي په برخه کي لږ په قبض شکل چي ورغوي يي د زمکي په لور وي نیول کیږي معاینه کوونکي د خپل د کیڼ لاس غټه ګوته د ترای سیپس د وتر د پاسه ږدي او د غټي ګوتي د پاسه د څټک و هنه تر سره کیږي څنګل کي د Flexion حالت د لیدلو وړ دي (Biceps د عضلي تقبض په د 591 کینعکس د ناروغ د ولاړي حالت).

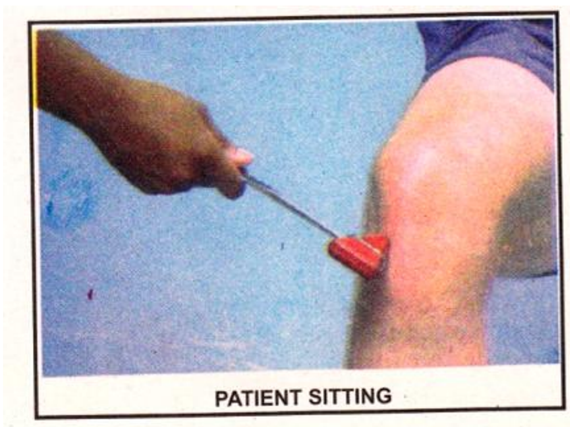
The Triceps Reflex: د ناروغ لاس په کمه اندازه د تقبض Flesion په شکل چي ورغوي د ځان په لورمتوجه وي راوړل کیږي د څنګلي د پاسه د ترای سیپس د پاسه وهل کیږي د څنګل د Flexion سبب کیږي.



The Suspinator or Brachioradalis: د ناروغ لاس د ورون د پاسه ایښودل کیږي یو یا دوه سانتي متره د لاس د پنجي څخه پورته Radius عصب په څټک وهل کیږي د لاس په پنجه کي د Flexion حرکت پیدا کیږي.

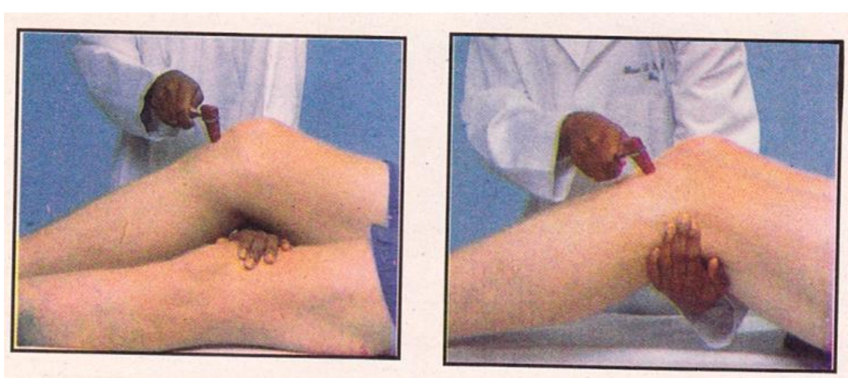


The Abodminal Relfex: په دواړو خواو کي د نامه څخه پورته او ښکته خواوي د يو ضعيفه تخريض اواره شي په وسيله تماس ورکړي په اني شکل دوکتور په لور په تخريض راوړل کيږي يعني کله د نس يوه خوا او کله د نس په بله خوا کي تنبه راوړل شي په نارمل حالت کي د نامه غوټۍ د تخريش اواره شي په لور بي ځايه کيږي چي د عصبي محيطي او مرکزي سيستم په ناروغيو کي پورتنۍ عکسه نه ليدله کيږي.



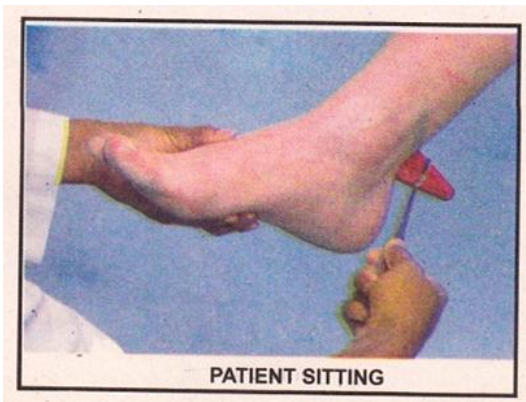
که چيري معاينه کونکي ډير چاغ وي د سيني په لور د نوم انحراف نه ليدل کيږي په دي وخت کي معاينه کونکي د نامه په ځاي کي خپله ګوته ننبه کوي چي د تنبه په وخت کي د نوم برخه د نس د عضلي د تقلص په اثر د ننبي شوي ګوتي څخه لري کيږي.

The Knee Reflex: د ناروغ د ناستي او يا د ملاستي په حالت کي چي ځنګون لږ د قبض په شکل راغلي وي تنبه د رضفي (Patella) لاندي د Quadriceps د وتر د پاسه وهل کيږي چي په نارمل حالت کي د پښي د Extension بيرون ته وخي سبب کيږي.



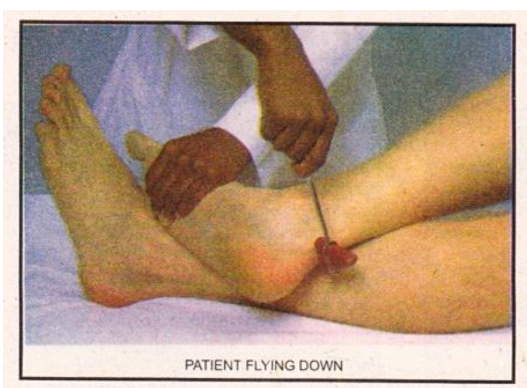
اکثراً د پورتني ټسټ اجرا د ملاستي په وضعیت کي زیاته رواج لري معاینه کونکي د یولاس په وسیله ځنګون نیسي او د بل لاس په وسیله د څټک وهنه اجرا کوي د دواړو پښتو غبرګون (عکس العمل) دي په مقایسوي شکل په نظر کي و نیول شي ښایي دا تجربه د دواړو د پاره لږه مشکله وي.

کیداي شي چي د معاینه کونکي لاس دمقابلي پښي د پاسه تکیه شي چي دمریضانو دپاره ښه اوارام حالت بلل کیږي.

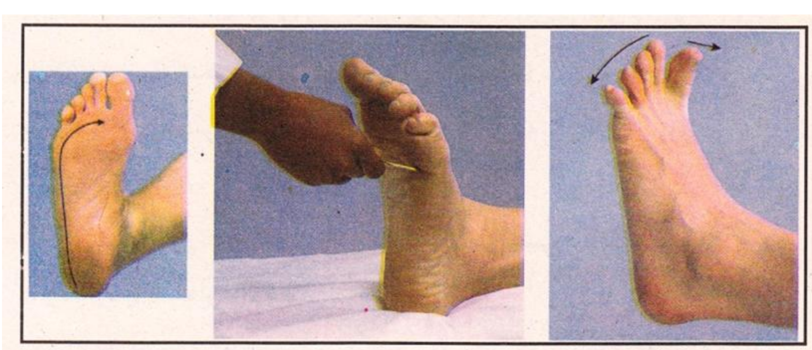


The Ankle Reflex: د ناستي په حالت کي چي پښه په Dorsiflex شکل وي Achille وتروهل کیږي.

د Ankle د قدم او د پښي تر منځ مفصلي برخي په حصه کي Planter Flexion د لیدلو وړ دي چي وروسته د عضلي تقلص ثخه د عضلي استرخایي صفحه اجرا کیږي چي په هایپو تایرودیزم کي د عضلي استرخا په بطي شکل لیدله کیږي.



که چیري نارو دملاستي په حالت کي وي یوه پښه یي د بلي پښي د پاسه ایښودل کیږي او بیا په کیڼ لاس، پښه د Dorsiflex په وضعیت راوړل کیږي او د Achilles وتر د پاسه ضربه راولږ کیږي او د Ankel په برخه کي د Flexion حالت لیدل کیږي.



The Plateer Response: کیلي، لرګي او یا د یو بل Applicator په وسیله د پښې په لاندینۍ برخه کي د پوندي د اړخ ځیني د غټي ګوتي په لور تنبه په حفیف شکل راوړل کیږي او د غټې ګوتي د Flexion سبب کیږي، چي دا یو نارمل حالت دي او که چیري په غټه ګوته د Dorsflesion ولیدل شي او ور سره یي د پښې نوري ګوتي د یو بل حخه لري شي چي د Babinski Response په نوم یادیږي چي دا علامه د عصبي مرکزي سیستم په Corticospinaltricat افاتو کي د لیدلو وړ ده.

Babinksi Response: ښایي په غیر شعوري حالاتو کي او د دواګاني او یا الکولو د تسمم په اثر هم پیداکیداي شي Clonus که چیري عکسي په هایپر اکتف شکل وي د Ankle Clonus ټسټ تر سره کیږي په دي تجربه کي ځنګون په کمه اندازه د قبض په شکل چي د یو لاس په وسیله نیول شوي وي او د بل لاس په وسیله پښې ته ځو خلي د Dorsiflexion او د Plantar Flexion یعني د پښې قدم مخکي او شاته وړل کیږي او

ناروغ ته وایي چي ځان سست کړي او پښه دیره زر په Dorsiflexion شکل و نیول شي او د پښې قدم ته دي متوجه شي چي قدم حرکت مخي او شاته په رتمیک شکل احساسیږي چي نارمل خلک پهدي پورتنۍ تنبه کي غبرګون نه ښایي Clonus په نورو بندونو کي هم ښودل کیږي دمثال په توګه چي د پښې دواړه ځنګونونه ځنګ په ځنګ په اوار شکل پراته وي او رضفه (Patell) ډیره زر ښکتي خواته بي ځایه شي ښایي چي Pateller Clonus په ښه توګه ولیدل شي.

شپاړسم څپرکي

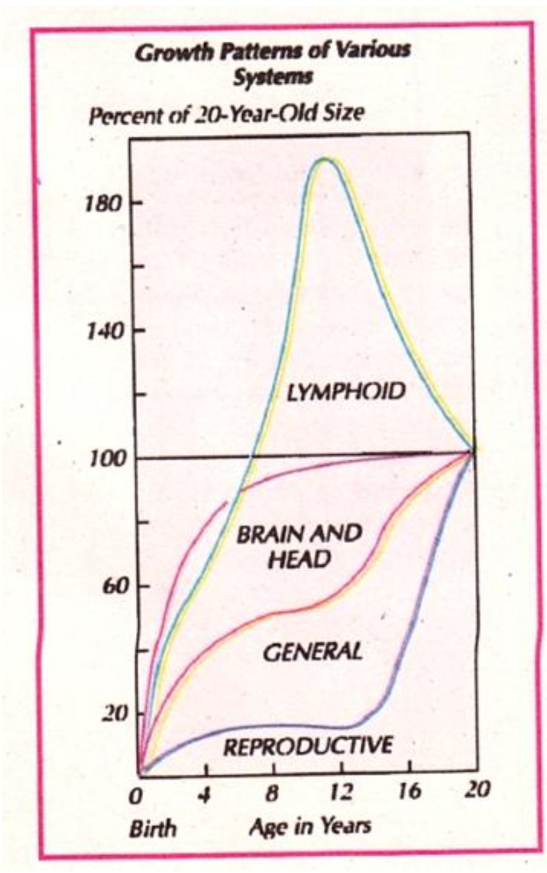
CHAPTER 16

د کوچنیانو او نویو ځوانانو فزیکي معاینه

THE PHYSICAL EXAMINATION OF INFANTS AND CHILDREN

په دي بحث کي د اناتومۍ فزیالوژي: د معاینی تکنیک نارمل او غیر نارمل علامو څخه یادونه کیږي چي په اساس کي د غټانو ناروغانو په شان دي خو د هغه تکنیکونه او ترتیب چي د وړو او لویو ماشومانو په فزیکي معاینه کي نسبت غټو ته فرق لري یادونه کوو:

د ماشوم د لوییدو معلومات (Assessing Child Development): د وړو او لویو ماشومانو لویدل د دوي د نورمال عمر د لوییدو سره مقایسه کیږي په دي لحاظ معاینه کونکي د پاره لازمه ده چي دماشومانو د نورمالي او غیر نورمالي ودي (نشوونما) د نمونو سره اشنا وي د مثال په توګه معاینه کونکي باید خبر وي چي د Babinski علامه د دوه کلنۍ څخه وروسته یو غیر نارمل حالت دي په همدي شان د بدن د مختلفو سیستمونو وده (نشوونما) د بدن د عمومي Somatic ودي سره په موازي شکل پر مخ نه خي او هم یي وده یو له بله توپیر لري. (621) شکل په عکس کي د عصبي مرکزي سیستم



لمفاوي سیستم او تناسلي سیستم د ودي ګرافونه لیدل کیږي چي د بدن د ودي (نشونما) د عمومي ګراف سره توبیر لري د ماشوم اوږدوالي ، وزن او د سرن محیص اندازي او د سر د محیط اندازه د عمر په مختلفو مرحلو کي د نورمال ماشومانو د عمرونو سره مقایسه او اندزاه کیږي.

په دي کتاب کي د فزيکي معايني په وخت کي د ماشومانو د سيستمونو معاينه په دريوو مختلفو مرحلو کي د بحث لاندي نيول کيږي . او بي د INFANCY مرحلي چي د ماشوم د لومړي يول کليني ژوند څخه نمايګي کوي EARLY CHILDHOOD دا دوره د لمړي کال څخه تر څلور کلني پوري او د LATE CHILDHOOD دوري د پنځه کلني څخه تر دولس (۱۲) کلني پوري قبوله شويده او ADOLESCENSCE د 13-20 کلنی څخه نمايندګي کوي چي د غټانو د فزيکي معايني سره شباهت لري.

دمعايني طريقې (TECHNIQUES OF EXAMINATION):

د نوي ماشوم (NEW BORN) معاينه: د ژوند د لومړي کال د ماشوم توب (INFANCY) دوره په دووه نورو دورو چي يو ته يي د NEONATALدوره (چي دماشوم د لومړی ورځي څخه تر ۲۸ ورځی) پوري ده تقسيم شويد . دا هم بايد ذکر شي چي پورتنی دوري د ماشوم د مړيني د احصايوي راپور له کبله ډيري مهمي دي.

د رحمي ژوند څخه د هبر د ماشوم د ژوند توافق:

ډير ژر وروسته له زيږديدني څه په مختصر شکل د ماشوم عموم کتنه ترسره کيږي چي په دي کتنه کي د زړه ، تنفس، عصبي، هضمي د کلمو د معدي د سيستمونو څخه کتنه کيږي چي کوم غير نارمل علامه لري او کنه په دي کتنه کي د APGAR SCORING SYSTEM څخه استفاده کيږي.

APGAR SCORES د ماشومانو د فوري مشاهدي په اساس د مور د رحم څخه د باندي ژوند د مطابقت په اساس ترسره کيږي چي دا کتني په ۶۲۵ جدول کي د صفر او لسو درجو څخه درجه بندي شوي دي.

د ماشوم فوري کتنه د ژوند په لومړيو پنځو دقيقو کي ترسره کيږي که چيري په لومړيو پنځو دقيقو کي د APGAR SCORE-۸ او يا زيات وي د ماشوم مکملي معايني ته ضرورت دي . کله چي په يوه دقيقه کي د APGAR SCORE– ۷- او يا ددي څخه کم وي اکثرا د عصبي سيستم په DEPRESSION د لالت کوي او که چيري SCORE د څلور او يا

ددي څخه کم وي د ډیپریشن وخیم حالت دي چې باید په فوري توګه د RESUSCITATION دعملیه لاندي راوړل شي. او په پنځو دقیقو کي کله چي د APGAR – ۷- او یا د دي څخه کم وي د عصبي مرکزي سیستم او د نورو سیستمونو د ړندو په خرابۍ دلالت کوي . نور ماشومان د ولادت د دوران او د حاملګۍ د عمر MATURITY او یا په مشترک ډول ددي دواړه په اساس هم درجه بندي کیږي.

TABLE 19-1 The Apgar Scoring System

	Assigned Score		
Clinical Sign	0	1	2
Heart Rate	Absent	<100	>100
Respiratory Effort	Absent	Slow and irregular	Good; crying
Muscle Tone	Flaccid	Some flexion of the arms and legs	Active movement
Reflex Irritability*	No responses	Crying	Crying vigorously, sneeze, or cough
Color	Blue, pale	Pink body, blue extremities	Pink all over

*Reaction to suction of nares with bulb syringe

تصنیف بندي ولادت د وزن له مخي:

چي د ولادت په وخت کي وزن ډیر بي حده کم وي. یعني د زرګرامو څخه لږ وي.

// // // // ډیر لږ وي یعني د ۱۰۰۰ – ۱۴۹۹ زرګرامو ترمنځ

// // // // ډیر وي یعني وزن ۱۵۰۰-۲۴۹۹ په حدودو کي وي

// // // // نورمال وي عیني د ۲۵۰۰ ګرامو څخه زیات وي

د نویو ماشومانو درجه بندي د حامګلي عمر په اساس:

د ماشوم درجه بندي د عمر له مخي په لاندي ګروپو ویشل شوي چي د TERM , PRE TERM او د POST TERM څخه عبارت دي.

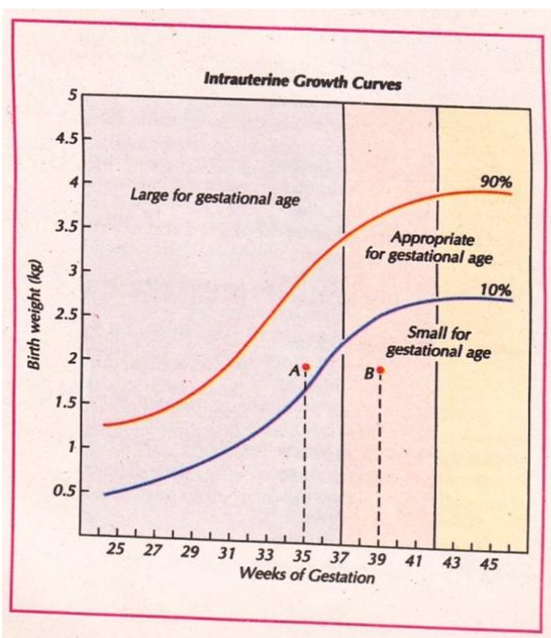
په PRE TERM ګروپ ماشومان هغو ته ویل کیږي چي د حاملګۍ عمر یي ۴۲ اونیو څخه زیات وي. د نویو ماشومان درجه بندي د وزن او د حاملګۍ د عمر له مخي:

د حاملګۍ د عمر کم وزن ماشوم هغه دي ، چي و ولادت په وخت کي وزن د ۱۰٪ د رحمي ژوند د ودي (نشوونما) څخه کم وي.

د حاملګۍ د عمر مناسب وزن هغه دي چي د ولادت په وخت کي يي وزن د رحمي ژوند د ودي د مخي د ۹۰

٪ ترمنځ وي.

د حاملګۍ د عمر زيات وزن هغه دي چي د ولادت په وخت ک يي وزن د رحمي ژوند د ودي د مخي د ٪ ۹۰ څخه زيات وي. د پورتنۍ درجه بندي څه دا په ګوته کيم يچي د حاملګي په دوره کي هغه ماشومان چي په PRE-TERMيعني عمر يي د ولادت په وخت کي د ۳۷ اونيو څخه کم وي مړيني زيات واقعات لري او هم په کي تنفسي DEPRESS سندروم ، LEFT – TO- TRIGHT SHUNT, PATENT DUCTUS ARTERIOUSUS,APNEA او انتانات زيات په نظر راځي.



تفتيش کي لومړي ماشوم په خپلی بستر کي د نظر څخه تيريږي او وروسته ټول کالي لري کيږ او د ميز د پاسه ماشوم رنګ اندزاه د بدن د اعضاو تناسب غذايي حالت تنفسي حالت ، سر الس او د پښو حرکات د نظر څخه تيريږي. که چيري د ماظوم کي د ولادت په څلورمه ورځ د استراحت په حالت کي رعشه وليدل شي عصبي مرکزي سيستم د ناروغۍ سګنال شميرل کيږي.

او يا يي په لاسو او يا پښو کي غير تناظر حالت موجود وي د عصبي مرکزي محيطي ناروغيو په لرو فکر کيږي.

د نوي ماشوم د زړه او د اصغا په وخت کي باید ماشوم ارام وي او د ژړا په حالت کي ډیره مشکله ده چي پورتنۍ مانوره ترسره شي به دي وخت کي ماشوم ته په خوله کي زبیخونکي (چوشک) د بوتلي شوده او دګوتي ورکول ښایي د ماشوم د ارامي سبب وګرځي او خپله معاینه ترسره کړي.

څه وخت چي ماشوم لږ لوي شي یو شي ته متوجه کیږي او کله چي ماشوم یو شي ته متوجه شي معاینه په اساني سره ترسره کیږي چي په دي کي د پلا او مور ملګرتیا هم په کارده .

د EARLY CHILDHOOD معاینه: دا به د ډیري خوښۍ خبره وي چي د ماشو د فزیکي معاینې په وخت کي ماشوم ونه ژاړي او یا د پلا او مور تکلیف سبب شي.

لکه څنګه چي د نابلده سړي لیدل د ماشوم د ویری سبب کیږي دغه معاینه کونکي ته لازمه ده د هر شي سسره چي کیږي باید د ماشوم سره اشنایي پیدا کړي تر څو د ویري خطر یي کم او خپله فزیکي معاینه په ارامي سره پرمخ ویسي.

ماشوم باید پوره لوڅ شي معاینه کونکي کله چي ماشوم د مور اویا د بل شي سره مصروف وي خپله معاینه پرمخ وړي. د فزیکي معاینې ځیني برخي په داسی حال کي چي ماشوم د مور په غیږ کي وي او یي د ځان سره نیولي وي ترسره کوي دا ضرور نه ده

چي په دي حالت کي د ماشوم کالي لري کړای شي او کله هم ماشوم د یخ اطاق اویا د معاینې کونکي د یخو لاسونو په وخت کي د کالو د ایستول څخه منع راوړي او ماشومان د ولاړي او د ناستي په حالت کي ولید شي که چیري معاینې کونکي د یوي کورني دوه یا دري ماشومان معاینه کوي. لومړي باید ماشوم معاینه کړي څو د نورو د ویري او هیه جان د کمښت په صورت کي د وړو په معاینه کي هم اسانتیاوي پیدا شي.

څه وخت چي ماشوم د ناستي په حالت کي وي باید د فزیکي معاینې هغه ټولي برخي چي کیدای شي معاینه شي ، دمثال په توګه جس ،قرع او اصغاء د زړه او د سږو برخه مخکي له دي چي ماشوم د ملاستي حالت ورشي معاینه کیږي. کله چي ماشومان اکثره د ملاستي په حالت کي د معاینو د اجرا څخه منع راوړي معاینه کونکي په ډیره احتیاط او

دقت سره د ملاستي په حالت کي لومړي نس بيا ستوني ، غوږونه او په باي کي تناسلي او د رکتم معاينه ترسره کيږي. په ځينو حالاتو کي د ماشوم فزيکي معاينه نه بشپړه کيږي معاينه کونکي په بل وخت کي د ماشوم پاتي برخي معاينه کړي.

د LATE CHILDHOOD معاينه: هغه ماشومان چي د مکتب د داخليدو عمرو ته ورسيږي ډيري کمي د معايني په بشپړتيا کي ستونزي پيدا کوی ، خو ډير کم ماشومان چي د پخوانۍ معايني څخه چندان د خوښۍ احساس نه لري د معايني د اجرا څخه منع راوړي.

د فزيکي معايني په وخت کي انجوني او هلکان چي عمرونه يي د – ۷- کلونو په شاوخوا کي وي د پطلون د پري خودو اجازه لري معاينه کونکي لکه چي غواړي خپل ناروغاان چي ADOLESCENT او PREADOLESCENT په مرحله کي وي خپل کالي لري کړي او چپن پري واچوي بايد مخالف جنس ته يي په اطاق کي د معايني پر وخت د پاتي کيدو اجازه ور نه کړل شي او ځوان هلکان په دي خوښ دي چي خپله مور يي د معايني پر وخت د اطاق څخه ووځي او همدغسي ځواني انجوني د خوښۍ احسا کوي چي پلار يي د معايني پر وخت حاضر نه وي . د LATE CHILDHOOD د ناروغانو معاينه د غټانو د معايني په شان ده چي مخکي ورڅخه ذکر راغلي دي.

د Adolescence: معاينه: په دي ډول ناروغانو کي اعمادي رابط په ښه شان پيداکيږي له دي کبله په ډير اسانۍ سره د معايني پره برخه کي ګټور معلومات په لاس راځي په دي معاينه کي ناروغ د فزيکي معايني تر وخته پوري په خپلو کالو کي پروت وي او کله چي فزيکي معاينه تر سره کوي د کالو د بدلون په وخت کي معاينه کونکي د اطاق څخه د باندي وځي او او ځواني انجوني د فزيکي معايني د تياريدو په وخت کي چي معاينه کونکي مخالف جنس وي د ځان سره بهتره ګڼي چي خپل همجنس نفر د ځان سره و ساتي.

فزيکي معاينه د غټانو د معايني سره ډير شباهت لري چي بايد په هم هغه شان تر سره شي او هغه انجوني چي فعال جنسي فعاليت لري بايد وخت پر وخت يي Pelvic Examiniation او Pap Smars تر سره شي.

د فزیکي معایني تخنیک: نوي ماشومان او هلکان د نژدي لیدني لاندي او د هغوي لوئیدل او د فزیکي معایناتو د بدلون په صورت کي د هغوي د ابنارمل Vital Signs څخه مخنیوي کوي چي په اصل کي د دوي د ژوندي ساتني او پایښت د پاره ډیره ضروري او لازمي ده.

د حرارت درجه: ناروغان د مرضي حالاتو پر وخت او هم د روتین معایني پر وخت د هغوي د بدن څخه د حرارت درجي نیول ضروري دي چي د حرارت د درجي د معلومولو د پاره د غوږ د کانال د خولي او د رکتل د حرارت د درجي رانیول څخه د غټانو په برخه کي یادونه شوي ده د تخرګ او د Thermal Tape Skin د حرارت د معلوملو طریقي په کلینیک کي چندان صحیح نه دي او یوازي Electronic Dermal ترمامیتر د ماشومانو د دوامدار ریکارد د تثبیت د پاره په Neonatal Intensive Care Units کي استفاده کیږي.

د حرارت د درجي اخیستل د غوږ د کانال په طریقه کي په ماشومانو او ځوانانو کوچنیانو کي چي ډیره چټکه او بي درده طریقه ده زیات رواج لري او هغه ماشومان چي عمرونه یي د دریو کلونو څخه کم وي د رکتل طریقي څخه استفاده کیږي.

The Rectal Tempreture: دا طریقه ساده ده ماشوم د میز د پاسه په چپه مخ د مور په غیږ کي او یا د ځنګون د پاسه اچول کیږي.

او يو لاس د ګوتو په وسيله د کوناټو سرونه لري کيږي او په بل لاس کي د حرارت درجه، چي غوړه شوي وي يو انچ د مقعدي معصري له لاري د دوو دقيقو له پاره ايښودل کيږي.

په نويو او غټو ماشومانو کي د حرارت درجه نسبت د غټانو د حرارت درجي ته لږ ثابت حالت لري او د رکتل د حرارت درجه د 99 د فارن الهايت (37.2) درجي سانتي ګراد څخه تر دري کلنۍ پوري ښکته نه راځي او د ورځي په اوږدو کي د حرارت درجه د 3 فارن الهايت درجو په شاوخوا کي تغير مومي او وروسته د فعاليت څخه د مازديګر له خوا يي درکتل نارمل حرارت د 101 فارن الهايت (38.3 سانتي ګراد) پوري رسيږي.

نبض (Pulse): په وړو او غټو ماشومانو کي د زړه حرکات د تمرين، هيجان او ناروغۍ په حالاتو کي نسبت د غټانو د زړه حرکاتو ته زيات بدلون کوي.

TABLE 19-3 *Average Heart Rate of Infants and Children at Rest*

Age	Average Rate	Range (Two Standard Deviations)
Birth	140	90–190
1st 6 months	130	80–180
6–12 months	115	75–155
1–2 years	110	70–150
2–6 years	103	68–138
6–10 years	95	65–125
10–14 years	85	55–115

د نبض رابطه د ماشومانو د عمر سره په جدول کي په واضح شکل په نظر راځي چي وروسته د يو مياشتي څخه کله چي د نبض شميره په يوه دقيقه کي د 180 څخه زيات شي د Paroxysmal Atrial TachyCardia په لور فکر کيږي.

تنفسي شمير: نبضي حرکات د زړه دحرکاتو په شان په ماشومانو او غټو ماشومانو کي ناروغي تمرين او هيجان په مقابل کي په ډيره زياته اندازه تغير کوي چي په نويو ماشومانو کي په يوه دقيقه کي تنفس حرکات کي د 30 او 40 ترمنځ تغير مومي د نويو ماشومانو په لومړي وخت کي د 20 او 40 ترمنځ او د ماشوم توب په وروستۍ مرحله کي د 15 او 25 په منځ کي تغير کوي.

په غټانو کي يي شمير 15 ته رسيږي که چيري د تنفس شمير يي د خوب په وخت کي نسبت ويښ حالت ته ډير اعتبار لري، نو تنفسي شميره د نس د حجاب حاجز له مخي نسبت د سيني حرکت ته بهتر ګڼل کيږي. په تنفسي ناروغيو کي لکه په برانکاتس سما او د سينه بغل په واقعاتو کي تنفسي حرکات سلو ته پورته کيږي.

دويني فشار (Blood Pressure): د ويني فشار اندازه په ماشومانو کي د نظر څخه لويږي او له بلي خوا څخه دا مشکله ده خصوصاً په فعالته ماشومانو کي اکثره معاينه کونکي د ويني فشار د فزيکي معايني په پاي کي اخلي او په اوسنيو وختو کي د ويني فشار د فزيکي معايني په وخت کي اندازه کيږي.

په ماشومانو کي د ويني فشار د Sphygmomanometer په وسيله د غټانو په څير اخستل کيږي د ويني د فشار اندازه د ورانه په برخه کي نسبت د لاس اندازي ته لس ملي متره سيماب پورته وي د ويني ستاليک فشار يي د جس په وسيله نسبت اصغايي طريقي ته لس ملي متر ښکته وي.

د ويني فشار په نويو ماشومانو کي 70-80 ملي متره سيماب او په شپږ مياشتنيو ماشومانو کي 90 ملي متر ښکته وي.

Somatic Growth: په ماشومانو کي د وزن زياتوالي، د بدن اوږدوالي او د سر د شاوخوا اندازه په نارمل حالت کي په معينه اندازه تغير مومي.

له ديکبله د دي پورتنيو شيانو اندازه دماشوم د صحت په برخه کي بهترينه وسيله شميرله کيږي چي د دي شيانو اندازه د ماشوم د مخکيني اندازي او د نورمال ماشوم د اندازي سره يي مقايسه کوي او په دي شان د ماشوم د روغتيا او ناروغتيا په برخه کي قضاوت کيږي.

لوړوالي (Hight): د ماشومانو دبدن اوږدوالي د ملاستي په وضعيت کي د يوي درجه داري تختي د پاسه کيږي.

که چيري دا ډول تختي موجودي نه وي د سر ميزي کاغذ د پاسه دسر او د پښود پوندو اندازه په نښه کيږي او د دي دوو نقطو ترمنځ مسافه د ماشوم په اوږدوالي دلالت کوي.

وزن (Weight): د ماشوم وزن بايد مستقيماً د ماشوم د تلي له اندازيه څخه بايد معلوم شي د وزن په وخت کي د ماشوم څخه ټول کالي لري کيږي او هغه ماشوم چي عمر يي لږ زيات وي د نيکر (Underpant) د پريښودو او جنکو ته د وزن کيدو په وخت کي د چپن استعمال جايز کار ګڼل کيږي. او په هر ويزت کي بايد د هماغه Scale يا اندازي څخه چي پخوا يي پري اندازه شوي وه تري کار اخيستل کيږي.

د سر اندازه (Head Circumference): هر وخت چي ماشوم د لومړي ځل د پاره معاينه کيږي بايد د سر اندازه يي واخيستل شي او تر دوه کلنۍ پوري د سر د اندازي معلومول په هره فزيکي ماينه کي بايد تر سره شي ځکه چي د سر د اندازي څخه د ماشوم د بدن په وده کي مرسته کوي د سر اندازه کولو لپاره د يوي نرم پلاستيکي فيتی څخه کار اخيستل کيدلو او په اوسني وخت کي د کاغذي پټيو څخه کار اخلي.

د سر اندازه په وړو ماشومانو کي د ملاستي په حالت کي او په لويانو کي د ناستي او يا ولاړي په حالت کي نيول کيږي د سر د اندازي څخه د سر د داخلي موادو د ودي (نشوونما) اندازه په ګوته کيږي چي په ابنارمل حالت کي مثلاً په ولادي ناروغيو کي سر وړوکي يعنيMicrocephaly او په چټکه وده کي د Macrocephaly حالت، چي په دماغي تومور او نورو ناروغيو کي پيداکيږي د ليدلو وړ دي.

پوستکي (The Skin): د يو کلن ماشومان (Infancy) پوستکي نرم او په باريکه شکل وي او رنګ يي اکثراً په ګذري شکل تغير مومي چي سبب يي تر اوسه نه دي معلوم شوي د زيږيدني په لومړي څو ساعتو کي لاسونه او پښي په ابي رنګه شکل وي چي دا ابي رنګه حالت څلور يا پنځه ساعته وروسته پر لاسونو کي نسبت پښو ته په کميدو راځي.

د نويو ماشومانو د اوږو او شاو د پاسه نري ويښتان چي د لاندي خوا په لور پراته وي په نظر راځي چي د Lanugo ويښتانو په نوم ياديږي چي وروسته د دوه او نيو څخه د منځه ځي او په هغه ماشومانو کي چي مخکي له خپل وخت څخه پيدا شوي وي نه ليدل کيږي.

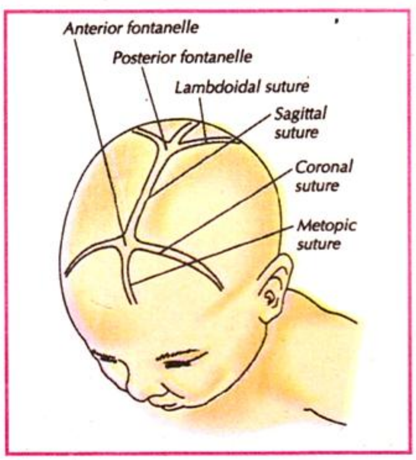
د ماشومانو د سر ويښتان په خينو کي کم او په ځينو نور کي زيات وي او ځينو هيڅ نه لري وروسته د څو مياشتو څخه د دي ويښتانو په ځاي نور ويښتان چي په ځيني وخت کي مختلف رنګونه لري شنه کيږي.

د ماشوم دزيږيدني پر وخت د پنير په شان سپين مواد چي کم و زيات يي بدن پوښ کړي او د مهبل د شونډو په قاتو کي او د ګوتو د نوکانو لاندي موجود وي اذيما او پړسوب هم د ماشوم په لاسو، پښو او تناسلي برخو کي په نظر راځي چي د زيږيدني په دويمه او دريیمه ورځ کي د منځه ځي. برسيره پردي ځني نور سور رنګې داغونه د ماشوم په اولو ورځو کې د ليدلو وړ دي . چي د د يوي اونی په موده کي له منځه ځي. PHYSIOLOGICAL JAUNDICE : تقريبا په ۵۰٪ ماشومانو کي نور مال فزيالويژيکي زيړي د په دويمه او دريیمه ورځ پيدا کيږي. او زيات واقعات يي تر پنځمي ورځي پوري په نظر راځي. چي د يوي اوني په دننه کي له منځه ځي او ښايي ، چي د يوي مياشتي د پاره هم دوام ومومي . د زيړي ليدلو د پاره بايد د ورځي د رڼايي څخه کار واخيستل شي ، نه د مصنوعي رڼا څخه.

د ماشوم توب لومړني او اخيري مرحلي (EAEWRLY AND LATE CHILHOOD): وروسته د يول کلنۍ څخه د ماشومانو پوستکي په نارمل حالت کي چندان تغير دليدلو وړ نه وي د دي مرحلو په وخت کي د پوستکي د معايني طريقي او د مرضي افاتو درجه ښايي د غټانو په شان وي.

سر او غاړه (THE HEAD AND NECK):

ماشوم توب (INFANCEY) ماشوما د زیږدني په وخت کي د سر او اوږدوالي د بدن د اوږد والي د څلورمي او وزن يي در دريېمي بربخي سره توافق کوي، چي د جمجمي هډوکي يو د بل څخه د غشايي مسافي په وسيله جلا شوي وي، چي د SUTURES په نوم يادیږي. د سر په هغو برخو کي ، چي همم Sutures يو تر بله سره يوځاي شوي دي د FONTANEUES په نوم ياديږي. ، چي دماشومانو د فزيکي معايني په وخت کي ګڼور معلومات ور څخه په لاس راځي.



چي د اناتومي له نظره يو يي قدامي او بل يي خلفي برخه کي ځاي لري ، چي د جس په وخت کي نرم او يوه اندازه د سر څخه ښکته موقعيت لري.

قدامي فونتانل د زيږدني په وخت کي د ۴-۶ سانتي متره اوږدوالي لري، چي په نارمل حالت کي د څلور مياشتو او دوه کلو تر منځ تړل کيږي او خلفي فونتانل ، چي يو يا دوه سانتي متره اوږدوالي لري او اکثره د ماشوم په دوه مياشتني عمر کي تړل کيږي. چي په نارمل حالت کي د ماشوم د ژړا ، ټوخي او کانګو پر وخت کي قدامي فونتانل کي برجسته يعني بهر ته راوئي او د قحفي فشار په وخت کي پورتني فونتانل د استراحت په حالت کي بهر ته په برجسته شکل دليدلو وړ وي.

د ا هم بايد ذکر شي چي د فونتانل شرياني ضربان د محيطي شريانو د ضربان څخه نماينده ګي کولي شي.

د انتان اويا عصبي مرکيز ي ناروغيو پر وخت د دماغ د شوکي مايع دوران د دماغ په بطياتو کي بندش راوړي او په پايله (نتيجه) کي د قحف داخلي فشارونه پورته ځي او کله

چي د قحف په داخلي فشار کي کمښت راشي فونتانل ښکته جس کيږي، چي په ماشومانو کي د DEHYDERATION ګڼل کيږي.

د ماشوم د سر او مخه په برخه کي د زيږدني پر وخت د ازيما له کبله پړسوب پيدا کيږي، چي د لومړي ۲۴ ساعتو کي بيرته په ښه کيدو راځي.

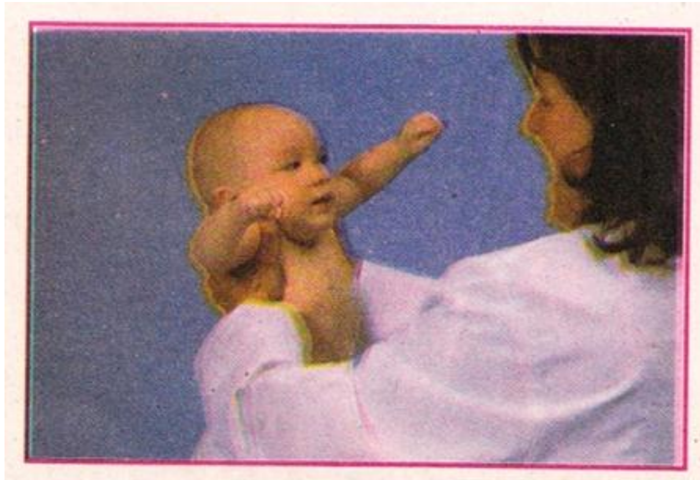
د ماشوم توب لومړي او وروستي (EARLY AND LATE CHILDHOOD) دوره :

دا دوره د غټانو د معاينې په شان ده.

د PAROTID د غدي پړسوب د ماشوم توب په لومړي وخت کي يوه اندازه مشکله ده د پروتيد مجرا، چي د STYESEN د قنات په نوم ياديږي د BUCCAL MOCUA په منځني برخه کي خلاصيږي، چي بايد د نظر څخه تير شي. د پروتيد پړسوب او درد ښايي MUMPS، باکتري او يا د پروتيد د قنات د ډبري په لور فکر وشي.

لمفاوي غدي لوزي (TONSILS) او ADENOIDS د شپږو او شلو کلونو په منځ کي خپل جسامت نسب نورو وختونو ته لوي وي، چي دا واقعيت بايد ماشومانو پلارو او ميندو ته وويل شي، چي د نورو خطرناکو ناروغيو څخه ډاډه وشي.

د غاړي حرکت: د عصبي مرکيز سيستم په ناروغيو کي لکه په MENINGITIS کګي د غاړي حرکت په قدامي لور صورت نه نيسي، چي بايد NUCHAL RIGIDITY سر يي چي د سر حرکت د هري خوا په لور د مقاومت سره مخامخ کيږي، تفريقي تشخيص اجرا شي، ددي دپاره ، چي NUCHAL RIGIDITY په غټو ماشومانو کي ولټول شي، ماشومانو ته وويل کيږي، چي دمعاينې په ميز کيني او خپل پښي وغزوي. نارمل ماشومانو خپله زنه د سيني سره تماس ورکړی خو که چيري MENIGEAL IRRITATION موجود وي ناروغان د معاينې په ميز د ناستي حالت نه شي اختيارولي او نه CHIN-TO-CHIN MANUER ترسره کولي شي.



سترګي په نوي ماشومانو کي:

د سترګو معاينه يوه اندازه مشکله ده ، ځکه، چي له يو تر بله تړلي دي او له بلي خوا د ماشومانو سترګي د تياري او رڼا پر وخت بريښي. له دي کبله معاينه کونکي ته د سترګو په معاينه کي د خفيفي رڼا څخه استفاده مشکله بريښي.

معاينه کونکي ماشوم په دواړه لاسو کي مخامخ نيسي د سر حرکات يي د غټو ګوتو په وسيله تثبيت کيږي. يعني نه پريږدي چي يو خوا او يا بله خوا حرکت وکړي. ماشوما يو خوا ته په تدريجي ډول او بيا بلي خوا ګروزول کيږي ددي حرکت په وسيله د ماشوم سترګي خلاصيږي او په واضح ډول يي سکيلريا ، حدقه ، قزحيه او با الاخره د سترګو حرکا د نظر څخه تيريږي.

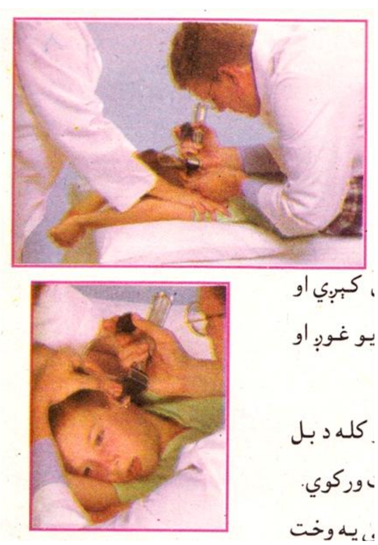
د ماشوم د حدقو عکس العمل تر پنځمي مياشتي پوری کم وي او د حدقو اندزه په يو سترګه کي نسبت بلي سترګي ته فرق لري.

په ماشومانو کي د ليدني مرکز د زيږيدني ورځي څخه ، په مترقي شکل ، درڼا له درک څخه تر غټانو د ددید د اندازي پوري، چي په شپږ کلني کي پشپړتيا مومي پشرفت کوي.

د لانديني د عکسو شته والي دماشومانو د ديد اساسی برخه شميرل کيږي. يعني د ماشوم حدقي په دي وخت کي په مسقيم ډول د رڼايي په اثر تقبض کو او د سترګو رپيدل او د سر لړزه کوي د تيزي رڼا پروخت، چي د OPTICAL BLINK REPLEXپه نوم ياديږي، ډير

وروسته له زيږديني څخه د ليدلو وړ دي. ماشوم د ددو او څلورو اونيو په منځ کي يو شي ته متوجه کيږي او د ژوند په پنځمه يا شپږمه اوني کي د سترګو حرکت د يوشي د ليدلو د پاره ترسره کو او دريیمه مياشت کي د ده ليدنه د په شاوخوا کي موجوده وي. په افتالموسکوپيکي معاينه کي RED REFLEX ، چي د FUNDUS په معاينه کي د سري شبکي په څير ښکاري کله ، چي او فتالموسکوپ په صفر DIOPTERS کي له حدقي څڅه په لس انچه مسافه کي نارنجي يا ، خو سور رانګ FUNDUS په حدقه کي ليدل کيږي. دا ډول معيانه په ماشومانو کي د هغوي د نه قبليدو په اساس اکثرا تر شپږ مياشتني پور معطل کيږي او کنه د معايني اجرا د زيږيدني په لومړي کي ضروري او لازمي ده . د معايني اجرا او ترتيب تقريبا نور غټانو د افتالموسکوپ د معايني په شان ده، خو که چيري په ماشوم کي د مرکزي سيستم ناروغي موجوده وي بايد له حدقو DIALTATION ترسره نه شي او په دي برخه کي د ماشوم د نورولوجس او يا د افتاالمولو جس څخه مشوره وغوښتل کيږي.

دماشو په افتالموسکوپيکي معاينه کي دا هم بايد په فکر وي، چي د foveal LIGHT REFLECTION موجود نه وي او هم د PAPILLEEMA واقعي په کي ديري کمي په نظر راځي. برعکس په شبکه کي وړي وړي د هموراژيک خيالونو نسبتا زيات ليدل کيږي.



CHILDHOOD لومړي مرحله: د ستکو د ليدني د قدرت معلومول په دي مرحله کي مشکله ده . يعني د سترګو د ليدني تجربه په دري کلن ماشومانو کي په صحيح توګه نه شي ترسره کيدلي. د هري يوي سترګي دليدني تجربه په داسي حال کي، چي بله سترګه په شه شان تړل شوي وي. ترسره کيږي، چي په سترګه کي AMBLIOPIA (د سترګو د نه استعمال په ه حه د ديد کحم والي په ويه نورماله سترګه کي) مو وي. په همدي شان د سترګو انحرافي حالت د دل په غيري مساوي شکل په بدي عمرو کي زيات ليدل

کیږي . که چیري ثبیت شي باید دا ډول ماشومان افتالمولوجست ته ولیږل شي. د سترګو د نورو داخل او خارجي جوړښتونو معاینه د غټانو په شان ده ، چي معاینه د غټانو په شان ده، چي د معاینه کوونکو د تسرګو د لایدني د قدرت تجربه د دري کلنو ماشومانو څخه پورته خلکو کي د حروفو د E چارټ په ځاي د تصویر د استمال له تابلو څخه استفاده کوي.

د ماشومانو د لیدني ساحي د معلوماولو د پاره ماشومان د مور په غیږي کي ناست وي ځني د لوبو شیان ماشوم ته د شا له خو په تذدرجي ډول مخي ته رانژدي کو او ماشوما په دي وخت کي تنفسي هوا د پوزي د لاري داخل او خارج کوي او په ارمل حالت کي د پوزي د یوي خوا د بندش په اثر، چي بله خوا یي خلاصه وي د ماشوم د تکلیف سبب نه کیږي، خو کله چي یوه خوا د پوزي بنده وي او بله خوا د تجربي په وخت کي بنده کړاي شي، د خولي دخلاصون په وخت کي ډیر تنفسي مشکلات پیدا کوي.

او که چیري ماشوم د خولی له لاري تنفس ونه کړي د پوزي د خلفي لارو بندش باید په فکر کي راوړل شي. کله چي د ماشوم د ملاستي په حال کي ژبه د TONGUE BLADE په وسیله ښکته شي او د لاس چجراغ په وسیله یي د خولي د بلعوم (فرنکس) او د خولي برخه له نظره څخه تریږي . برسیره بلعوم د ژړا په وخت کي هم د دلیدلو وړ وي. که چیري په ماشوم کي ژړا موجوده نه وي د VOCAL CARD فلج او یا د دماغ د زیات تخریب په لور فکر کیږي: ځکه چي د ماشوم د شهیق او ذفیر په وخت کي په دوامدراه توګه د خر خر اواز (STRIDOR) موجوده ودي د علوي تنفس لارو بندش، چي ډیر سببونه لري فکر راځي.

لومړي او ورستي CHILDHOOD: د پوزي او جیبونو د معاینې دپاره د پوزي سره پورته خوا ته کش کیږي او د یو اوږد سپیکولوم په وسیله ، چي د اوتوسکوپ سره نخلول شو وي د پوزي خلفي او ژوره برخه او مخاطي پر دي

لیدل کیږي چي کوم یو پولیپ یا وینه لرونکي برخي او یا حجاب انحراف موجود وي او که نمه په همدي ډول د FRONTAL او MAXILLARY د جیبونو برخي د فشار ورکولو په اثر جس کیږي، چي کوم دردناکه برخي موجود ي او کنه او هم جیبونه د TRANSILLUMENIATION

تکنک په وسیله د معاینې لاندي نیول کیږي . د خولي او فرنکس معاینه د ماشومتوب په لومړي مرحله کي لږ مشکلات لري، چي مور او یا پلار د مرستي په وسیله د معاینې لاندي نیول کیږي، او دkoplics spots د BUCCAL MUCOSA په برخه کي د اول او دهم مولار غاښونو په مقابل کیږه هغه ماشومانو کي چي تبه او ټوخي ولري شته والي د سرخکانو په تشخیص کي مرسته کوي، باید له نظره څخه لري نه وي. غټ ماشومان چي خپله ژبه بهر ته راوباسي، د آه (AHH) په ویلو سره د فرنکس ټولي برخي په ښه شان لیدل کیږي . په همدي شا, TONGUE BLADE H او د TRANSILLUMINATOR چي د اوتوسکوپ د دستي سره تماس لري د لاسي چراغ په وسیله ډیر ګټور معلومات په لاس راځي.

غاښونه (THE TEETH): د ماشوم د غاښو راوتل، شمیر حالت او وضعیت په نظر کي نیول کیږي، د لومړینیو غاښونو وختونه نسبت دایمي غاښونو ته په ښه شان پیشګویي کیږي. اکثره ماشومان په لسمه میاشت کیدوه پاس او دوه لاندي مرکزي INCISORS را اوباسي او په هرو څلورو میاشتو کي څلور نور غاښونه راوځي اون همدي شان اته نور غاښونه په ۱۴ او په ۱۸ میاشتو کي د غاښونو شمیره ۱۲ ته او په ۲۲ میاشتو کي ۱۶ او په همدي شان ټول شل مکمل غاښونه یي په شپږو ویشتمه (۲۶) میاشت کي شنبکاره کیږي. په نارمل حالک کي د عمر په شپږم کال کي د لومړنیو غاښون لویذل پیلیږي.

ژبه، ستوني او پوزه(THE TONGUE, THROAT AND TONSILS) د ژبې د تفتیش په وخت کي د ژبي پاسني برخه او غاړه لیدل کیږي او هم مریض ته ویل کیږي چي ژبه بهر ته را اوباسي او ښي او چپي خوا ته دي حرکت ورکړاي شي.

دستوني د معاينې په وخت کې باید لوزې هم له نظره څخه لرې نه شي. د ماشوم د CHILD HOOD په لومړيو او ورستيو مرحلو کې د لوزو اندازه په لومړيو او وروستيو مرحلو کې د لوزو اندازه په غټانو کې نسبت وړو ماشومات ته لويه وي او د ناروغ د آه AH په ويلو سره د لوزو ليدل په واضح شکل راځي او که چيري دلوزو د پاسته وليدل شي سترپتو کو کال TONSILITIS نظر څخه لرې نه شي.

هغه ماشومان، چې لويې لوزې لري د خولې په تنفس کې د خر خر (SNORE) اوزا اوردل کيږي، چې ښايي دا ډول ماشومان د OTITIS MEADIA او د SINUSITIS د مکررو حملو څخه شکايت وکړي.

صدر ، سينی ، او سږي (THE THORAX, BREASTS AND LUNGS):

INFANCY: د نويو ماشومانو د سيني د صندق ګرد شکل لري. يعني د سيني عرضاني قطري د سيني د طولاني قطر سره مساوي وي . ماشو د زيږدني په وخت کې د سيني اندکس (THORAX INDEX) د سيني د عرضاني او طولاندي قطر نسبت راښيي چې په دې وخت کې يو قبلو شوي دي او په يو کلني کې پورتني نسبت ۱،۲۵ او شپږ کلني کې ۱،۳۵ ته رسيږي چې د عمر په ورستينيو مرحلو کې د سيني په اندکس کې چندان تغير نه ليدل کيږي.

که چيري د XIHOID سر د سيني په برخه کې د يوي ژوري برخهي په څير وليدل شي د PECTUS EXCAVATUM او د ماشوم په روستنيو کلونو کې يو بل غير نارمل حاللت چې د CHICKEN BREAST په نوم ياديږي کله چې په ځينيو ماشومان کې وليدل شي سينه يي د چرک د سيني په شان منظره لري په نيويو مشاومان کې سيني به جنکو او هلکانو نسبتا لويي وي.

د تنفس د شمير په برخه کې مخکې يادونه شويده او په هغه ماشومان کې چې مخکې د زيږدديني له وخته څخه PREMATURE پيدا شوي وي تنفس يې غير منظم او په وقفوي شکل يعني د ۳۰-۴۰ په يوه دقيقه کې په متناوب شکل چې د PERIODIC BREATHING

په نوم یادیږي ، دلیدلو وړ دي په دي ډول تنفس کي د تنفس شیرمه په کمیدو راځي او حتي ۳-۲ ثانیو او یا زیات وخت لپاره د تنفس و ودریدو (APNEA) سبب کیږي.

دا ډول تنفس په PREMATURE ماشومانو کي د خوب پر وخت ۳۰-۴۰ واقعاتو کي لیدلو کیږي او واقعات یي په هغو ماشومانو کي چي و د ولادت په برره وخت کي پیدا شوي وي ډیر کم او د BRADYCAIA سره یو ځاي نه و ي هغه تنفسس توقف چي د ډیرو وخت لپاره حتي تر ۲۰ ثانیو پوري او دذ BRADYCADIA سره یو ځاي وي په قلبي ، تنفس او په مرکززي عصبي ناروغیو دلالت کوي.

د ماشوم د ژړا په وخت کي کله چي لاسونه د سیني د پاسه کیښودل شي د TACTILE FREMITUS دسیني په ټولو برخو کي جس کیږي. قرع په ماشومانو کي د یوي ګوتي په وسیله د سیني دپاسه وهل کیږي او یا یوه ګوته د بلي ګوتي دباسه طریقي په وسیله هم اجرا کیږي چي په نارمل حالت کي هایپرریزونانس لري دا هم باید وویل شي، چي تنفسي اوازونه نسبت غټانو ته لوړ اوریدل کیږي.

د CHILDHOOD په لومړي او وروستی: د سینو وده په جنکو کي په نارمل کي د ۸ کلني ځخه پیلیږي د سینو غټوالي د سینو او عدم تناظر مخکي له پیغلتوبو ځخه عمومیت لري چي وروسته د پیغلتوب ځخه یي د سینو د غټو والي بي اندوالي د منځه ځي.

د ماشومانو د زړه په معاینه کي د نفخو اوریدل او تفریقي تشخیص کلینیکي اهمیت موجود وي چي د دوي تشخیص د مرضي نفخو سره کلینیکي اهمیت لري.

بي ضرره نفخي (INNOCEDNT MURMURS):

وظیفوي حالت سره رابطه لري چي اکثرا دسستول په وخت کي چي شدت یي د دریيو ځخه لږ کم او دوامداره LOW PITCHED او موزیک مانندہ نخفي وي چي د قص هډوکو په چپه خوا کي اکثرا په دوهم یا دریيمه بین الضلعي مسافه کي زیات شدت لري او دستاتسکوپ د BELL په وسیله د ملاسیتي په حالت کي په ښه شان اوریدل کیږي . د نفخو انتفال ډیر لږ او د مریض د وضعیت سره په شدت کي تغیر راځي. او ددي نفخو بله

مشخصه علام داده ، چي دا بي ضرره نفخي پداسي خلکو کي چي د زړه د رګو د ناروېغو هيڅ کومه علامه نه لري اوريدل کيږي.

VENOUS HUM: چي د زړه د رګونو د اوازو څخه عبارت دي د ماشوم عتوب په دوره کي په سستول او دياستول کي يي اوريدنه عموميمت لري.

HEMIC MURMURS: د زړه د لاري له ويني د ډير جريان په اثر منځ ته راځي . يعني په هغو حلالاتو کي چي متيابوليزم ته زيات ضرورت وي يا د عضلي د زيات فعاليت په وخت کي اويا به همدي ډول په انميا کي اکثرا د زړه په قاعدوي برخي کي اوريدل کيږي دا نفخي نرمي او هم يي شدت د سيستاليک څخه لږ او اکثرا د تکي کارديا سره يو ځاي وي . په ماشومانو کي دوه نوري بي ضرره نفخي هم عموميت لري چي يوه يي د CAROTID BRUIT نفخه ، چي په غاړه کي اوريدل کيږي او ټول پريکارد ته انتشار کوي او بل يي د PULMONARY BRANCH STENOSIS څخه عبارت دي چي د ريوي شريان په ساحه کي اوريدل کيږي او د شا او تخرګ په لو انتقال کوي او وروسته له څو مياشتو له زيږدني څخه د ريوي شريان د لوئيدو څخه وروسته له منځه ځي.

څرنګه چي د ماشومانو د سيني د پوستکي لاندي نسج کي عضلي موجودي نه وي له دل کبله د سږو د اصغا يي تنفسي اوازونه نسبت غټانو ته پورته اوريدهکږي ماشومان د ستاتسکوب د ليدلو او د هغي ايښودل د سيني د پاسه د اکثرو ماشومانو له خوا نه قبليږي. لومړي د ي ماشوم د ستاتسکوپ سره اشنا شي اوبيا خپله معاينه پرمخ وړي.

TACTILS FREMITUS د سيني د پاسه په هغه وخت کي چي ماشوم سره خبري کوي هم جس کيږي او په ځينو وختو کي -۹۹ اويا د يو دوه او دري ويلو ته ضورت احساس کيږي يا ناروغ ته ويل کي چي ژور تنفس اجراء کړي او د انکار په صورت کي بايد ورته وويل شي چي دلاسي چراغ يي په پوکولو سره ګل کړي ، چي دا عمل هم په ماشومانو کې د پوره شهيق د پيدا کيدو سبب کيږي چي په دي وخت کي خپله معاينه پرمخ وړي.

زړه(HEART): د زړه اصغا په ماشومانو کي د لړ توپير سره د غټانو په شان ده. دمثال په توګهAPICAL IMPULSE يا POINT OF MAXIMAL په څلورمه بين الضلعي مسافه کي د ترقوي د نيمايي خط په چپه خوا کي (IMPULSE (PMI ليدل کيږي او په ۷ کلني کي پنځمي بين الضلعي مسافي کي د ترقوي د خط د نيمايي خط د پاسه په شي خوا کي لږ ښکته ليدل کيږي. په قرع کي زړه لوي او اکثرا افقي موقعيت لري او PHASIC SINUS ARRYTHMIA (د شهيق په وخت کې د زړه حرکات ززياتيږي او پذفير کي د زړه په حرکاتو کي کم والي راځي) او (PREMATURE VENTURICULAR CONTRUCTION (PVCپه کي عموميت لري. د زړه اوازونه يي نسبت غټانو ته پورته ، چي زيات PITCH او کم دوامه وي اوريدل کيږي. په لومړي دوو ورځو کي د زړه نفخي چي رحمي داخلي دوران يي د رحم په خارجچي دوراني بدليږي زياتي اوريدل کيږي نفخي سستاليک او شدت يي د دووه څخه کم وي او کله چي DUCTUS ARTERIOUSاو FORAMEN OVALE وتړل شي د منځه ځي.

مرضي نفخي يا ORGANIC MURMURS د زړه د کسبي يا ولادي ناروغيو له کبله پيدا کيږي ACUTE RHEUMATIC FEVER چي د کسبي ناروغوي د پيدا کيدو سبب هم کيږي او په هلکانو کي د نفخو د پيدا کيدو مهم عامل شميرل کيږي هغه نخي ي د دري کلني څخه د مخه پيدا کيږي اکثرا د ولادي قلبي آفاتو په اثر منځ ته رراځي. نوري نفخي چي وروسته د دري کلنۍ څخه اوريدل کيږي. مهمترين سبب يي RHEUMATIC CARDITIS بلل شويدي. دا بايد وويل شي هغه نفخي چي شدت يي دري او يا د درويو څخه زياتي وي ، د زړه ناروغي په ګوته کوي. د زړه ولادي آفتونه چي ماشبه نفخي لري دي سيانوز شته والي او يا نشتوالي د معاينه کوونکي سره د نفخو په تفريقي تشخيص کي کومک کوي. په لاندني جدول کي چي کوم مرضي ناروغي اويا آفتونه په کومو عمرو کي د سيانوزس او په کمو حالاتو کي ، چي سيازنوز نه

TABLE 19-9 Cyanosis and Congenital Heart Disease

No Cyanosis	Septal defects—small Patent ductus arteriosus Pure pulmonic stenosis—mild Coarctation of the aorta * Anomalous origin of left coronary artery * Subendocardial fibroelastosis * Glycogen storage disease
Early Cyanosis	Tetralogy of Fallot—severe Tricuspid atresia Transportation of the great vessels Two- and three-chambered hearts Severe pulmonic stenosis with intact ventricular septum
Late Cyanosis	Eisenmenger's complex Pure pulmonic stenosis—mild Tetralogy of Fallot Septal defects—large

لري. د ليدلو وړ دي. په پاي کي هغه ماشومان او هلکان چي ولادي اويا کسبي د دزړه ناروغي لري د حقيقي تشخيص او تداوی له پاره د ماشومانود زړه ډاکتر ته معرفي کيږي.

نس (ABDOMEN):

INFANCEY: د ماسوم نس د ملاستي په حالت کي د عضلاتو د ودي د کمښت له امله په راوتلي شکل ليدل کيږي UMBILICAL CORD په نارمل زيږدنه کي دوه شريان چي پنډ جدار لري او يو وريد ، چي نري جدار لري په نظر راځي او هم که چيري د نامه چوره او يا بل قسم ابنار ملتيي موجوده وي له نظر څخه تيريږي.

ديني ، غاړي، توري او دواړه پښتورګي کيداي شي چي د مخصوصو طريقو په وسيله جس شي په همدي ډول د متيازو پوکنۍ او د کلون ښکتنۍ برخه په اسانۍ سره د جس وړ ده او که چيري په نس کي کومه کتله موجوده وي، د جس په وسيله دحدود تثبيت شي. که چيري په ماشوم کي پائيلوريک STENOSIS موجود وي د نس په پورتني برخه کي د کلمو پرستالتيک موجي په واضح شکل ليدلي کيږي خصوصا وړ دي. د جس په وخت کي چي ماشوم نا ارام او ژاړي د يو بتل په وسيله يي ژړا ورکيږي او د نس د جس عمليه پرمخه وړي.

د CHILD HOOD لومړۍ او وروستۍ مرحله: ماسومان د ځواني د وخت پوري لکه چي ولاړي حالت اختيار کړي نس يي بيون ته راوځي. دا ځکه چي د ملاستي حالت ته راشي بيرته يي راوتلي نس د منځه ځي.

هلکان اکثرا د نس جس په وخت کي چي لاس پري کښودل شي پ تخنيدو راځي او څه وخت چي د ماشومان فکر د خبرو پاثر بلي خواته واړول شي ښايي پورتني عکس العمل يي په ښه کيدو راشي او عکس العمل د دوام په صورت کي د ماشوم لاس په خپل لاس کي نيو کيږي، چي دا عمل هم يوه اندازه د نس په عضلاتو کي د استرخا سبب کيږي.

ځنګون او یا ورون کله چې د قبض په شکل راشي د نس په جدار کې استرخا پیدا کوي او معاینه کوونکي کولي شي هغه ځای چې زړه یې وغواړي د جس لاندې راوړي. ځکه چې د جس په وخت کې د درد احساس وکړي د هلکانو د مخ د قوارې څخه هم څرګندیږي او د ینې لاندینۍ برخه د قرعې په وسیله نسبت جس ته په ښه شان تثبیت کیږي. د تورې جس هم کله چې ناروغ په شي اړخ واجول شي معایه کوونکي د ښي لاس د ګوتو په وسیله د تورې حرکت د تنفس په وخت کې تثبیت کولي شي؛ ځکه چې نارمل حالت یې د ابهر ضربان د اپي ګشتریک په رخه کې د لیدلو وړ دي او هم یې د ژور جس په وسیله د ابهر د ضربان جس اجرا کیږي.

تناسلي او رکتم (THE GENTIALIA RECTUM):

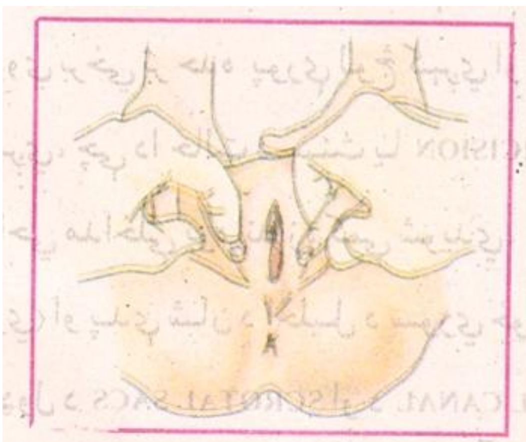
INFANCY: په نرانو کې تناسلي برخه په وړو ماشومانو کې د ملاستې په وضعیت کې د معاینې لاندې راوړل کیږ. یعني د ماشوم د خوټې د سر پوستکې د GLANS PENIS ټوله برخه پوښ او وروستۍ برخه کې یو وړو کې سورې لیدل کیږي.

دا ځکه چې د خوټې د سر پوستکې (GLANS PENIS (FORESKIN څخه وروسته د یو څو میاشتو او یا کلونو په حدودو کې د شا په لور کش کیږي او د GLANS PENIS د قاعدوي برخې تر حده پورې لوڅ کیږي او ستکې د GLANS PENIS په قاعده کې قطع کیږي ، چې دا حاللت د سنت یا CIRUCMCISION په نوم یادیږي چې په دي کلو کې جراحي مداخلي یوه اندزاه کمې شویدي ، خو په ځینو ځایونو کې سنت اوس هم ډیر رواج لري) او پدې شان دا حلیل د سورې خوله او د تولې خوټې تفتیش اجرا کیږي په همدې ډول د SCROTAL SACS او د INGUINAL CANAL برخې جس کیږي.

تقریبا ۳٪ نارینه ماشومان د زیږیدنې په وخت کې یوه او یا دواړه مرغیږې (TESTES) د سکروتوم او یا په مغبني کانال (INGUINAL CANAL) کې د جس وړ نه دي او په یو کلنې کې ۳/۲ واقعاتو کې مرغیږې د سکروتوم برخې ته ښکته کیږي.

د ښځو د تناسلي برخي معاينه هم د ملاستي په وضعيت كي اجراي كيږي معاينه كوونكي د هر يو لاس د غټي كوتي په وسيله د LABIA MAJORA يو د بل ځين جلا كوي او د شا او د اړخو خواته كش كيږي. د احليل د سوري مجرا VESTIBULE LABIA MINORA او قدامي برخه كي CLITOISاو اغږئد د نظر څخه تيرېږي.

RECTAL EXAMINATION: د ركتل معايني په ماشومانو كي په روتين شكل نه اجرا كيږي كله چي په نس كي دننه او د ركتم په شاوخوا كي مرضي آفت موجود وي توصيه كي. ماشومانو د ركتل د معايني د اجرا دپاره پشي او ځنګنونه يي د قبض په شكل د نس دپاسه نيول كيږي او دبل لاس د شهادت د ګوتي په وسيله چي دست كشي ولري د مايع موادوه د انتلاق په صورت كي د BIMANUAL معاينه اجرا كيږي.



د CHILD HOOD په لومړۍ او اخير كي د ماشومانو د قبضيت اندازه دومره مهمه نه ده خو كله يي چي اندازه ډيره لويه وي كلينيكي اهميت لري. ماشومان كله چي ډير چاغ وي د عاني دشحمي برخو په وسيله ښايي قبضيت په ښه شان ونه ليدل شي په غهو هلكانو كي چي خصيه په سكروتوم كي ځاي ولري او ورونه پورتنۍ داخلي برخه كي خفيف تخريش راوړي د خصه حركت په بوته خوا اجرا كيږي. چي دا حالت د CREMASTRIC REFLEX په نوم يادېږي.

د جنكو تناسلي برخه د ملاستي په حالت كي د FROG- LEG POSITION د ميز دپاسه يا د پلار يا د مور دپاسه كله چي د جنكو د لاسونو د ګوتو د نيولو په وسيله د جنكو خارجي جنسي برخي لكه LABIA MINORA باريكه LABIA MINORAوړوكي CLITORIS معاينه كيږي.

او ځكه چي Labia دجنبي برخي په لور كش شي د hymenal orifice په اسانۍ سره ليدل كيږي او د جنكو په ۸ كلني كي جنسي تالي خواص لكه د عاني ويښتان او د سينو وده د

لدلو ور ده او کله چي د فزيکي معايني په وخت کي مهبل او د رحم د عنق ليدلو ته ضرورت وليدل شي دا معاينه د اوتوسکوپ چي مهبلي سپيکو لوم لري اجراي کيږي که چيري د نس او يا د مهبل شاو خوا او يا په حوصله کي د کوم افت شتوالي په فکر کي راوړل شي اجرا کيږي. په دي وخت کي هلک د ملاستي په وضعيت کي چي ځنګنونه او ورنونه يي د قبض په حال او پښبي ABDUCTION ولري اجرا کيږي. ناروغ د نامه څخه ښکته د يوي پردي په وسيلهن پټيږي مريض سره دي لومړي خبري وشي او په معاينه کولو دي راضي شي او هم ماشوم ته ويل کيږي چي د خوړلي د لاري زر – زر تنفس وکړه او دمقعد او شاوخوا بره يي ليدل کيږي. او د ښي لاس د شهادت د ګوتي په وسيله چي دستکشي ولري په خفيف شکل وروسته د غوړيدو څخه په مقعد کي داخليږي او ددي د پاره چي معصره يي په استراخا راشي مريض ته ويل کيږي چي ښکته وزر وکړي او بيا وروسته د BIMANUAL EXAMINATION اجرا کيږي.

:THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

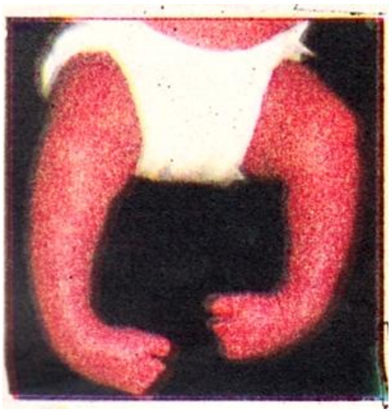
INFANCY: د ټولو بندونو د حرکت اندزه په وړو ماشوماو کي ډيره زياته ده او په تدريجي شکل يي د بندونو حرکت په لويانو کي په کميدو راځي.

کله چي دذ پښبي د قدم پاسنۍ METATARSAL د خط څخه د ننه خوا په لور انحراف وکړي د METATRSUS ADDUCTUS DEFORMITY په نوم ياديږي چي په نويو ماشومانو کي يي واقعات زيات ليدل کيږي.

او ددوه کلونو په وخت کي خود په خوده اصلاح مومو که چيري ځنګنونه يو تربله نژدي حالت ولري يعنى د KNOCK-KNEE PATTERN ولري دا ډول انامليي ددوه کلو او لسو

کلو ترمنځه پیدا کیږي

او پښې په کې مستقیم حالت لري او به ځینو کي د قصبي هډوکي د داخل او یا خارج په



لو د تدرو په شکل په نظر راځي چې د دویم کال په موده کي په تام شکل اصلاح مومي. د ځینو ماشومانو د پښې یا سیني برخه د خارج په لور او د پښې تلي په معلکو ډول د قبض په شکل لیدل کیږي چي د CLUB FOOT په نوم یادیږي په همدي ډول د کوناټو (HIP) د برخ د پاسه نظر اجول کیږي کوم فخذي حرقفي بند کي بې ځایه کیدل موجود نه وي په همدي ډول د ستون فقراتو د پاسه په وقت نظر اچول کیږي MENININGOMYELOCELE ونه لري چي د زیږدني په وخت کي په واضح شکل لیدل کیږي SPINA BIFIDA چي په دي مرضب حالت کي د ستون فقرات یي DEFECT وي او ورسره په نخاعي حبل کي هم نقصان موجود وي او ناروغان د تشو او غټو متیازو د خرابي څخه شکایت کوي.

CHILD HOOD لومړي او اخیره : په دي دوره کي ماشومان د مخي او د شاله له خوا پداسي حال کي چي د ولاړي وضعیت ولري معاینه کیږي او هم یي د ولاړي ناستي قدم وهلو او ملاستي په حالاتو کي د نظر څخه تیریږي چي کومه خوا یي لنډه نه وي او هم یي تسون فقرات د نژیدي څخه معاینه کیږي.

عصبي سیستم:

INFANCEY: د عمومي نورولوژي په معاینه کي د ماشوم وضعیت د ماشوم خود په خوده حرکت ژړا او د پونديTONIC NECK, GRASP, ANKLE JERK REFLEXESاو MORO روتوماتیزم شامل دي چي باید په ټولو نوي ماشومانو کي اجرا شي او هغه ماشومان چي

د مرکزي عصبي سیستم ابنار ملتې موجود وي پورتني معاینات پکي په وقفوي شکل اجراي کیږي.

هغه عصبي علامي چي په نویو ماشومانو کي موجود وي د غټو ماشومانو او غټانو د علامو څخه فرق لري.

عصبي مرکزي سیستم د زیږدني په وخت کي وده یي بشپړتیا نه لري او د قشر وظیفوي تجرباتو د لومړي CHILD HOOD د وخت پوري اجرا کیږي. د یو شمیر وصفي عسو فعالیتونه چي د INFANTILE AUTOMATISMS په نوم هم یادیږي په نورمال نویو زیږدولیو ماشومانو کي لیدلک ږیو چي د ماشوم توب په لومړي وختو کي دمنځه ځي.

د انفانیتل او رماتوتیزم نشتوالي په نویو ماشومانو کي او یا د هغوي دوام د توقع د ورکیدو څخه ورسته د عصبي مرکزي سیستم د وظیفوي په وخیم حالت دلالت کوي په ماشوم کي دوامداره عدم تناظر د اطرافو په استرخایي حالت کي ډیرښت د سر دوران په دوامداره ډول د یو خوا په لور د غاړي شخوالي د MENINGE او یا د BRAIN STEM IRRITATION په وخیم حالت دلالت کوي.

د حسیت معاینه په وړو ماشومانو کي عمومیت لري؛ ځکه چي د تماس درد او د حرارت قدمه په وړو ماشومانو کي نسبت غټو ماشومانو ته کمه ده له دي کبله د تنبو عکس العمل یي په وړو ماشومانو کي نسبتا کمه په نظر راځي.

د قحفي اعصابو تجربي په وړو ماشومانو کي د غټانو په شان دي او یوازي په اووم اتمو اعصابو کي د وظیفوي په معلومولو کي مشکلا لیدل کیږي.

څرنګه چي په ماشومانو کي د CORTICOSPINAL PATHWAY وده په ښه شان نه ده بشپړه شوي له ي کبله د نخاع عکسوي میکانیزمونه (چيDEEP TENDON REFLEX او PLANTER RESPONSE) د ماشومتوب په دوره کي تغیر کوي په دي اساس ددس عکسو نشتوالي او یا د شدید حالت کوم تشخیصي کلینیکي اهمیت نه لري. ددي عکسو اجرا د غټانو د عکسو د عملیو په شان ده د BABINSKI RESPONSE چي د پښو د تلو

(PLANTER) د تنبه په وسله منځ ته راځي تر دوه کنلس پوري نارمل فکر کيږي سر ددي چي د غټي ګوتي د قبض (FLEXION) د عکس العمل د تنبه په ۹۰٪ نارمل نويو ماشومانو کي ليدل کيږي.

د TRICEPS عکسه تر شپږ مياشتني پور موجوده نه وي ANKLE CLONUS چي د ANKEL REFLEX په اثر چي د پشي PLANTER FLWXON منظم او سريع عکس العمل په اثر منځ ته راځي په نويو ماشومانو کي عموميت لري. چي د يوي تنبه په مقابل کي ښايي دا ډول عکس العمل په نارمل شکل وليدل شي خو که چيري دا ډول تقلصات به دوامداره شک چي د SUSTAINED ANKLE CLONUS په نوم ياديږي موجود شي د عصبي مرکز سيستم په وخيمه ناروغي دلالت کوي . د نس عکسي په شپږ مياشتني ژوند کي موجود نه وي خو په نارمل شکل ANAL REFEX به نيو ماشومانو کي او د REFLEX نشتوالي د خارجي مقصرر د عضلي د عصبي رابطي په نشتوالي دلالت کوي لکه په SPINA BIFIDA تومور او يا په تخريبي افاتو کي .

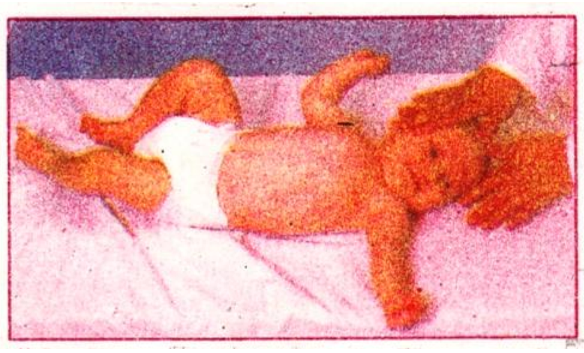
INFANTILE AUTOMATISMS: د هغه عکسو څخه عبارت دي چي په ماشومانو کي د زيږيدني او لږي وروستهن پيدا کږي ځيني دا عکسي څو هفهتي وروسته د زيږيدني او ځيني نوري په ماشوم کي تر دوه کلنون پوري ليدلي کيږي . انفانتيل او توماتيزم عکسي د عصبي مرکزي سيستم د بشپړتيا په برخه کي ډير زيات کلينيکي ارزښت لري له دي کبله کله چي د عصبي مرکزي سستم د ناروغي په برخه کي سوال موجود وي بايد هر يو يي بي له ROOTING, GRASP, TONIC NECKاو MORE RESPONSES بايد تست شي . انفانتيل او توماتيزم د عکسو څخه په مختصر شکل په لاندي شان يادون کيږي.

BLINKING REFLEX: د تيزي او رڼايي په مقابل کي سترګي د بڼو پوسيله پټيږي او د عکسي تثبيت والي وروندوالي په ګوته کوي.

ACOUSTIC BLINK: ماشوم د يو لوړ اواز په مقابل کي د دواړه سټګو د ربيدو په وسيله جوا وايي که چيري عکسه منفي وي ښايي د اوردو په نشتوالي او يا کموالي دلات وکړي.

PALMAL GRASP REFLEX: د عکسي د اجرا په وخت کي د ماشوم سر په منځني حالت کي او دواړه لاسونه د زندي هډوکي له خوا د ماشوم لاس ته داخل او ورغوي د نفشار په

الثر د ماشوم ټولي ګوتي د قبض په راځي او کوشش کوي چي د معاینه کوونکي د لاس ګوتي ونیسي. دا ډول عکسه د ماشوم په دواړه لاسو کي اجرا کیږي.
که چیري عکسه موجود نه وي او یا ضعیف شکل وي ماشوم ته د شودو د بوتل د ورکول په وسله د عکسي د شدت سبب ګرځي دا عکسه د ماشوم په دریيمه او یا څلورمه میاشت کي د منځه ځي او کله چي د څلورو میاشتو څخه یي دوام زیات وي د دماغ د وظیفي د خراب په لور فکر کیږي.
ROOTING REFLEX: د عکسي د اجرا پوخ خت کي د ماشوم سر د خط په منځیني برخه کي اولاسونه د سیني د پاسه نیول کیږي او د شهادت د ګوتي په وسیله پورته شونډه ووهل شي سر پورته او دلاندي شونډي د وهلو په اثر ژامه ښکته لویږي دا عسکه دري یا څلور میاشتي وروسته د زیږدولو څخه ورکیږي ښایي د خوب په وخت کي تر ډیره وخت موجود نوي دعکسي نشتوالي د عصیبي مرکزي سیستم په ناروغي دلالت کوي.



TONIC NECK REFLEX: ښایي چي د زیږیدني پر وخت او اکثرا په دوه میاشتي ماشوم کي موجود وي او په شپږمه میاشت کي د منځ ځي. پدي عکسه کي ماشوم ته د ملاستي وضعیت ورکول کیږي او سر یي یو خوا ته ګرځول کیږي چي زنه یي د اږدي سره ولګیږي د یوي خوا لاس او پښي د سر د خوا په لور په غځیدلي شکل راځي او د معکوسي خوا لاس او پښه د ټولیدو یعني د قبض په کشل راځي او کله چي سر یي بلي خواته وګرځول شي او د اطرافو وضعیت یي بیا په پورته شکل لیږل کیږي چي په نارمل حالت کي د اطرافو وضعیت او د سر د حرکت په لور موجو نه وي او که چیري پورتني حالت په تکراري شکل په ټولو مانوروکي ولید شي اویا دشپږو میاشتو څخه ز ایت عمر کي ولیدل شي د دماغ په خراب او وخیم حالت دلالت کوي.

MORE RESPEONSE، MORO RESPONSE او STARTLE RELFLEX پـه نوم هم يادېږي

دوه مروجي طريقي عكسي په اجرا كي استعماليږي پهځ لاندي ډول دي:

په يوه طريقه كي ماشوم دملاستي په شكل كي چي سر ملا او ښنې تكيه موندلي وي دفعتا يي بدن دوه فوټه ښكته كيږي او فوري شكل يي په توقف راوړي.

همدارنگه په بله طريقه كي د يو لوړ آواز د پيدا كيدو په وسيله اجرا كيږي يعني د ماشوم د سر دواړه خواوي د معاني د ميز له پاسه د عمعاينه كوونكيو د لاسو په وسيله وهل كيږي چي په دواړه طريقو كي يو قسم جواب وايي.

يعني ماشم خپل لاسونه لري كوي پداسي حال كي چي لاسونه يي خلاص گوتي يي يو د بل څخه لري او پشي يي په كمه اندزاه سره قبض په شكل بدليږي او هم وروسته لاسونه د سيني د پاسه لكه چي يو شي نيول وي بدليږي او په ژړا شروع كوي . د ماشوم د څلورو مياشتو څخه وروسته كه چيري MORO RESPONSES دوام ولري ښايي په عصبي ناروغي دلالت وكړي او د شپږمي مياشتي څخه وروسته په قطعي شكل د عصبي ناروغيو په لور فكر كيږي.

CHILD HOOD لومړي او اخيره: د ماشوم توب د دوري څخه وروسته گله چي انفانتل روماتيزم د منځه لاړ شي عصبي معاينه د غټانو د معايني په شان اجرا كيږي. د حسيت او ضعيت احساس د دوه نقطو تفريقي تشخيص د نمبرو ښودنه اكثرا د دري او پنځو كلو پوري نه تجربه كيږي . د بدن موازننه اكثرا د ماشوم د قدم ولهو او منډو په وخت كي پيژندل كيږي . په همدي شان د لاس بي تناظره حركتونه د قدم وهلو او يا منډو په وخت كي د HEMI PARESIS په لور فكر كيږي. ماشومان كله چي د ولاړي حالت څخه د ناستي حالت او په برعكس د ناستي د وضعيت څخه د ولاړي لوري ته كيږي د لاس غاړي ، پښو د عضلاتو حركات د نظر څخه تيريږي او به دي شان په ماشوم كي عضلي DYSTRONPHY او يا بل كوم ابنار مليټي په گوته كيږي.

اوولسم څپرکي

(CHAPTER 17)

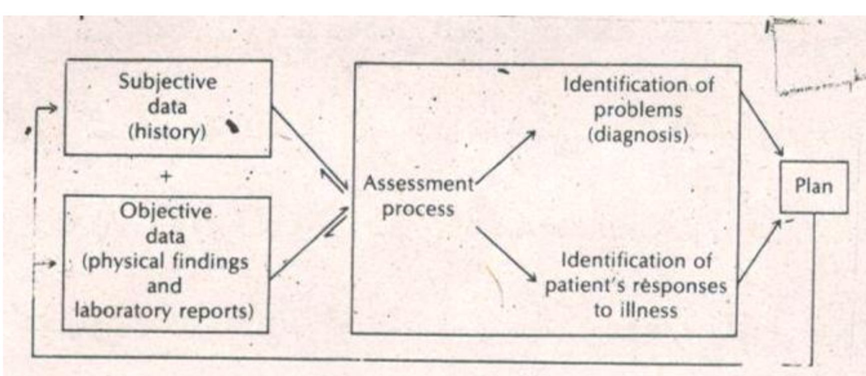
کلینیکي فکر

CLINICAL THINKING

څه وخت چي کلینیکي معلوما د خبرو اترو او معاسیني په وسیله جمع شول هغه باید په یو درسي چوکاټ کي راوړل شي او هغه شیان چي د ناروغ د تکلیف سبب کیږي په ګوته شي او دناروغ عکس العمل د هغه ناروغیو په مقابل کي او هم په څه شان ددي ناوړو شیانو په مقابل کي معامله شي ددي عنوان لاندي یادونه کیږي.

DATABASE څخه تر پلان: هغه معلومات چي د ناروغ د انترویو په وسیله اویا د هغوي د فامیلونو او نورو خلکو څخه راټول شوي وي د SUBJECTIVE DATA او هغه معلومات چي د فزیکي علامو اولابراتواري راپورونو له مخي پلاس راځي د OBJECTIVE DATA په نوم یادیږي. او هغه پوهیدنه چي ددي SUBJECTIVE DATAاو OBJECTIVE DATA څخه په لاس راځي د ناروغ DATABASE څخه عبارت ده . DATABASED دتثبیت دپاره باید هغه معلومات چي زمونږ د مشاهدي او یا ناروغانو د وینا له مخي راټولیږي شوی او ورسته د غنور او تدقیق څخه ځاي په ځاي شي . د مثال په تګه که چیري ناروغ د ستوني د خارښت او د پوزي ذ بندش څخه شکایت ولري او په معاینه کي د پوزي په موکوزا کي پړسوب او فرنکس کي سور والي موجود وي چي دددي OBJECTIVE DATA او SUBJECTIVE DATA په اساس د VIRAL NASOPHORYNGITIS په لور فکر کیږي.

د سستمونو پورتین راټول شوي معلوما د ناروغ سره یو ځاي د یو پلان په لور حرکت مومي چي دا پلا دري برخي لري چي د تشخیص تداري او تعلیمي برخو څخه عبارت دي چي په



پورتني مثال کي د ستوني کلچر او پوزي د بندش د پاره د کانجشن د لري کيدو په مقصد ځيني دوا توصيه کيږي او هم ناروغ ته ويل کيږي چي د زياتي ستومانتيا څخه مخنيوي وکړ او په مختصر شکل د تنفسي علوي مکروبونو د سببو او د انتقال څخه يي يادونه وشي د مرضي د تليم په برخه کي ويل مکيږي چي د مرض په حص کي څومره معلوما لري او څه نرو معلومات ورته ويل کيږي چي په دي برخه کي بايد د دمريض څخه پوښتنه وشي چي څه بيد د تداوي پهه برخه کي نظر کي ونيول شي. په خلاصه ډول DATABASE څخه د پلان د تياريدو په برخه کي لانديني شيمه په نظر کي نيول کيږي.

قضاوت (ASSISMETN):

دکلينيکي فکر کولوطريقه (THE PROCESS OF CLINICAL THINKING):

د کلينيکي قضاوت په طريقه کي راټول شوي معلومات د معاينه کوونکي د مغزو په وسيله اجرا کيږي يو اسانه طريقه نه ده چي دا تدبير او فيصله معاينه کوونکي د کلينيکي تجربي فکر او شعوري حالت پوري اړه لري چي ځيني په يوه طريقه او ځين په بله طريقه پري قضاوت کوي او دا قضاوت د ناروغ د لومړۍ ليدني څخه شروع کيږي.

د DATABASE د معلوماتو په جمله کي اعراض چي د ناروغ له خوا ويل شويدي او فزيکي معايني په وخت کي هغه علامي چي ليدل شوي او د لابراتوار راپور د کومک له مخي د ناروغ د تشخيث په لور لاندينۍ مرحلي په نظر کي نيول کيږي.

د علامو د ځاي معلومول د اناتومۍ له نظره: په ځينيو واقعاتو کي دا مرحله ډيره اسانه ده لکه د ستوني خارښت او فرنکس سوروالي چي په اسانۍ سره فرنکس په ګوته کيږي او په ځينيو وختو کي د سني درد چي ښايي د زړه د سني عضلي اسکليتي د پلوراييي سطحو او اي ښايي چي مري منشا ولري چي پدي حالت کي د درد وصف د تنفس حرکت ، وضعيت او انتشار له مخي په درد کي کمي يا زياتوالي راځي او که نه او په دي شان د هر يو احتمالي تشخيص د دريدو به اسا باالاخره موضعي آفت په ګوته کوي. دکلينيکي علمو په شته والي کي کيداي شي چي مرضي وتيره ور څخه معلومه شي د مثال په توګه

درد او سوروالي چي د پړسوب د څلورو علامو د جملي څخه دي کله چي د درد او سوروالي په شتوني کي بي له دوه نورو علمو د پړسوب څخه (پړسوب او ګرم والي) موجود وي او په قوي احتمال سره د فرنکس په التهابي وتيره دلالت کوي.

دمرض د تشخيص په لور معيانه کوونکي د پراخي تجربي له مخي او د مرضونو په غير نورمال حالتو کي شته والي په لاندي مرحلو کي په نظر کي نيول کيږي DATABASE ټول معلومات د ځيني مرضونو په لور چي قوي احتمال يي موجود وي طبيعي ده چي په دي کي مرضي واقعات جسنس عمر، ولادي او کسبي ټول مرضي حالتونه په کفکر کي ځاي ورکړل شي او بايد يو د بل څخه يي تفريقي تشخيص اجرا شي . برسيره پدي د اغراضو پيدا کيدل په اني شکل او تدريجي شکل هم د نظر څخه لري نه شي ځکه چي سينه بغل کي ټوخي او تبه ډيره ژر په ناروغ کي پيدا کيږي او حال دا چي د سږو په تبرکلوزي حالک ي د ټوخي او تبي پيدا کيدل وروسته له څه مودي څخه منځ ته راځي او يا د شتو متيازو بندش او سوزش په ۷۰ کلن سړي کي د پروستات کانسر او په هلکانو کي د بولي جهاز ډبري او يا نور مکروبي ناروغۍ په فکر کي نيول کيږي.

کله چي د زيات فکر کولو څخه وروسته د ناروغ د مرض په حصه کي يو تشخيص ته ورسيږي ددي د پاره چي خپل خيالي تشخيص کي حقيقي بڼه غوره کړي ځينيو نورو لابراتوراي تجربو ته ضرورت لري چي بايد اجرا يي کړي.

په ځينو وختو کي قضاوت د يو مرض په ځاي د دوه اويا زياتو مرضونو احتمال په لور فکر کيږي ، چي معاينه کوونکي د زياتو مشکلاتو سره مخامخ کيږ په دي وخت کي د مرضونو او علامو موجوديت د تاريخچي په اساس کوم يي لومړي او کوم يي روستي ناروغۍ پوري اړه لري تفريقي تشخيص يي په ګوته کيږي.

اتلسم څپرکي

(CHAPTER 18)

دناروغ طبي ريکارد

THE PATIENT MEDICAL RECORD

په کلينيک يا طبي ريکارد کي د ناروغ تاريخچه او فزيک علامي ليکل شوي دي او هم پکي ددي څخه بيان شوي دي چي د ناروغ سره په څه شان او څه نتيجه ور څخه په اخره کي وليدل شوه . يعني طبي ريکارد د مسلکي خلکو په منځ يوه ښه معلوماتي جنبه پيدا کوي چي بايد څه شان د ناروغ سره چارچلند وشي.

د ناروغ ريکارد د بيما تير شوي روغتيايي حالت څه نمايدګي کوي چي له بده مرغه زمونږ د وطن په روغتونو کي ورڅه کار نه اخلي . دا ځکه چي د بيما دوسيه په لازم شکل نه ساتل شوي او د ضرورت په وخت کي د دوسيي پيدا کول مشکل او ناممکن بريښي او که نه د ناروغ د طبي ريکارد پيدا کول په خارجي روغتونو او خصوصا په امريکا کي چي ساتنه يي په ښه ترتيب تنظيم شويده په ډير کم وخت په ډيره اسانۍ سره اجرا کيږي.

د ناروغ طبي ريکارد کي برسيره پر دي د واکسينشن د مرضونو او عملياتو د وخت او څرنګوالي په برخه کي چي بيماري يي د مريضي په وخت کي د هغي د ټولو د ويلو څخه عاجز وي کومک کوي. د مثال په توګه د دواګانو د حساسيت په برخه کي چي په څه قسم يي عکس العمل ښودلي او دکمو داروو په مقابل کي الرژي لري ننښه شي.

دناروغ طبي ريکارډ او مرضي افاتو لکه د ښځو په سينو کي د يوي کتلي شتوالي او يا په هلکانو کي د نفخي اوريدل په ځينو حالاتو کي د عضوي (ORGANIC) او يا غير عضوي (بي ضرره) نفخه ده ، مشکله بريښي او کله چي د وخت په تيريدو سره د نفخي په شدت اويا سيني د کتلي په برخه کي لوي والي پيدا شي، د آفت په خرابۍ دلالت کوي چي دا ډول او نور ډير زيات مرضي حالت په مقايسوي شکل د عمر په تيريدو سره يې انزار په ګوته کيږي او دا يوازې د يو څو کلن طبي ريکارد په وسيله چې هر څه په کې واضح شکل ليکل شوي دي برابريږي.

REFRENCES

1- BATES GUIDE TO PHYSICAL EXAMINATION AND HISTORY TAKING SEVEN EDATION 1999
2- PHYSICAL DIAGNOSIS OCT, 1980
3- ALI CLINICAL METHOD IN MEDICINE 1999

GIFT BY

PROFESSOR SHARIFULLAH

EX: HEAD OF THE MEDICAL AND PHYSIOLOGY DEPARTMENT IN NANGRAHAR MEDICAL SCHOOL JALALABAD, AFGHANISTAN

JAN 10, 2006

CONTENTS

د لیکوال لنډه پېژندنه

په ۱۳۰۸ شمسي کال کې د روداتو ولسوالۍ کې د اخند زادګانو په کلي کې دنیا ته راغلی یم.

لومړنۍ زده کړې مې د حصار شاهي په ابتدائیه ښوونځي کې سرته رسولې دي او بیا په حربي ښوونځي کې شامل او کله چې د ښوونځي د ۱۲ صنف څخه فارغ شوم، د کابل طب پوهنځي کې شامل او په ۱۳۴۰ کال کې د طب پوهنځي څخه فارغ شوم، او د انترشب په دوره کې (۱۳۴۱) د ننګرهار د پوهنتون د طب پوهنځي ته معرفي شوم. لومړني دوه کلونه مې د فزیالوژي په دیپارتمنت کې د اسستانت په حیث دنده ترسره کړه. د عسکرۍ رتبه مې د شاهي فرمان په اثر په ملکي رتبه بدله شوه او په درېیم کال کې د داخلې سرویس ته تبدیل شوم. په ۱۳۵۴ کال مې د پوهاندۍ رتبې ته ترفیع وکړه او د داخلې په سرویس کې د شف په حیث په کار مصروف وم. د داخلې سرویس په وخت کې درې ځلې د لوړو زده کړو لپاره د امریکا متحده ایالاتو ته د W.H.O له خوا لېږل شوی یم.

- په ۱۹۶۶ عیسوي کال کې د دوه کلونو لپاره د INDIANA UNIVERSITY، MEDICAL SCHOOL INODIANA POLIS INDIANA ته تللی یم.
- دوهم ځل په ۱۹۷۶ عیسوي کال کې د یو کال لپاره په قلبي برخه کې مې د FELLOW OF CARDIALOGY سند تر لاسه کړ.
- په درېیم ځل مې د ECHO CARDIOGRAPHY علمي سند په لاس راوړ او د بین المللي CREDINCIAL ECHO CARDIOGRAPHY په ازموینه کې بریالی او شهادت نامه مې ترلاسه کړه.

د داخلې سرویس په دوره کې د داود خان د صدارت په و خت کې د پوهنې په لوړ مډال ونمانځل شوم. او په ۱۹۷۹ عیسوي کال کې په یو بین المللي طبي کنفرانس کې چې د یوې میاشتې لپاره د چاپان په توکیو ښار کې جوړ شوی و د افغانستان د دولت له خوا معرفی شوم.

د کمونیستي رژیم په وخت کې د داخلې سرویس څخه په حفظ رتبه د فزیالوژي دیپارتمنت ته د مشر تابه په حیث تبدیل شوم.

هغه طبي علمي آثار چې د پوهنتون د طب پوهنځي کې مې تالیف کړیدي

شماره	د کتاب نوم	د نشر کال
۱-	د داخله ناروغیو اساسات	۱۳۴۶
۲-	د الکتروکاردیوګرام اساسات	۱۳۴۷
۳-	د زړه ناروغي	۱۳۵۵
۴-	فزیکل دیاګنوزس	۱۳۵۹
۵-	د زړه او رګونو ناروغۍ	۱۳۵۹
۶-	فزیالوژي	۱۳۶۲
۷-	طبي فزیالوژي	۱۳۸۰
۸-	په انګریزي ژبه کې دوه پوهنیز اثرونه:	

الف - AORTIC SINUS ANEURYSM چې د امریکا په INDIANAPOLIS طبي مجله کې نشر شوی دی.

ب - CONGENITAL ABDOMINAL ANEURYSM چې د پاکستان په طبي مجله کې نشر شوی دی.

۹-	د لمانځه کتاب	۱۳۹۰
۱۰-	د انسان د عمر بدلون د ځوانۍ په لور	۱۳۹۴

د کمونیستي رژیم په دریيم کال په **۱۹۸۵** عیسوي کال کې پاکستان ته د خپلې کورنۍ سره مهاجر شوم او درې نیم کاله د تیکنیکل هسپتال د داخلې په سرویس کې مې د ډاکترانو ترېننګ او د ناروغانو تداوي په غاړه درلوده.

۱۹۸۸ کال د اګست په میاشت کې د خپلې کورنۍ سره امریکا ته مهاجر شوم. اوس په کلیفورنیا ایالت کې ژوند لرم. هر کال خپل ګران وطن افغانستان ته راځم او تر خپلې وسې پورې د وطنوالو په خدمت کې یم.

Book Name Physical Diagnosis & History Taking

Author Prof Dr Sharifullah

Publisher Nangarhar University, Medical Faculty

Website www.nu.edu.af

Published 2017

Copies 1000

Download www.ecampus-afghanistan.org

Printed at Afghanistan Times Printing Press, Kabul

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.de

Printed in Afghanistan 2016

ISBN 978-9936-633-02-5