



ننګر ھار پوهنډون
طب پوهنځی

فرزیکل ډیاگنووزس



پوهنډوں دوکتوور حفیظ الله اپریدی

۱۳۹۰



فرزیکل ډیاگنووزس

Physical Diagnosis

۲۰۱۱ دوکتوور حفیظ الله اپریدی



Nangarhar University
Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Hafizullah Afridi

Physical Diagnosis

Funded by: Kinderhilfe-Afghanistan



Printed in Afghanistan

2011

فزيکل ډیاګنووز

پوهنواں دوکتور حفیظ الله اپریدی



Nangarhar Medical Faculty

تندیس هارطب پوهنخی

AFGHAN



In Pashto
PDF
2011

Physical Diagnosis

Dr. Hafizullah Afridi

Download: www.ecampus-afghanistan.org

Founded by:
Kinderlife-Afghanistan



د لوړو زده کړو وزارت
د ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځی

فزيکل د یاګنوډس

مؤلف: پوهنوال دوكتور حفيظ الله اپريدي

کال: ۱۳۹۰

د کتاب نوم	فريکل چيakanuzs
ليکوال	پوهنواں د وکتور حفيظ الله اپریدی
خپروندوی	د ننگرهار طب پوهنځی
رویب پانه	www.nu.edu.af
چاپ خای	سهر مطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ نېټه	۱۳۹۰
د کتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېتی (www.Kinderhilfe-Afghanistan.de) لخوا تمويل شوي دي.

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

د کتاب د محتوا او ليکني مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځی پوري اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي تولني په دي اړه مسؤليت نه لري.

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

ډاکټر یحیی وردک، دلورو زدکرو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: ISBN: 978 993 620 1354

دالی

د څښتن تعالي د حمد او ثنا او په سرور کاینات حضرت محمد مصطفی^(ص) د درود او سلام څخه وروسته نوموړي علمي اثر خپل خداي بخشلي پلار اروا بشاد حاجي مراد خان "آپريدي" د پښتونخواه ستر مشر، ملي شخصيت او د تاريخ دغه ځلانده ستوري چې زما په بنونه او روزنه کې يې زيات زيار ګاللى دی او هم يې راسره زياته مينه درلوده، د ده سپېڅلي روح او د اهل طب ټولو منسوبيينو ته په ډېر درنښت دالی کوم.

بسم الله الرحمن الرحيم
تقریظ

د محترم پوهنديوي دوکتور حفيظ الله آپريدي د داخلې خانګي استاذ هغه علمي اثر چې د فزيکل ډيائينوزس تر عنوان لاندي يې ليکلې دی ما په هر اړخیزه توګه مطالعه کړ چې د علمي ارزښت په هکله يې خپل نظر په لاندي ډول خرګندوم:

نوموري کتاب چې د درېم ټولکۍ په لومړي سمسټر کې تدریس کېږي د کتاب مواد د ډیرو تازه منابو او سرچینو خخه راټول شوي دي چې د محصلينو، خوانو داکترانو او د قول طبی پرسونل لپاره په نظری او عملی ساحه کې د خورا ګټور لارښود په توګه ورڅخه کار اخيستل کیدای شي په کتاب کې دير زيات زيارة ويستل شوي دي چې هره فزيکي معانيه او مانوره په عملی توګه په شکلو کې منعکس شوي ده او هم موضوعات په بنائيه او مناسبو جدولو کې ځای په ځای او خلاصه شوي دي چې لوستونکي تري په لې وخت کې په آسانه توګه زده کړه کولاي شي کتاب په ساده روانه پښتو ملي ژبه ليکل شوي دي په کتاب کې هره طبی ترمینالوجي په ساده توګه ترجمه شوي ده د فزيکل ډيائينوزس په دغه کتاب کې د طبابت اخلاقي دندې، اعراض او د جهازاتو فزيکي معانيات په تفصيل سره شرح او بيان شوي دي او هم د هر سистем لابراتواري معانيات او تشخيصيه پلټي ذکر شوي دي په دغه کتاب کې لازم نورمونه، اصول او قواعد په پام کې نیول شوي دي ددغه درسي کتاب ليکنه نه یواحې د ننګرهار د طب پوهنځي محصلينو د تدریس لپاره مختص بولم بلکې تاکيد کوم چې هيوا د په سطحه په نورو پوهنتونو کې باید په تدریس کې ورڅخه کار واخيستل شي. کتاب په پنځلس خپرکو او ۳۴۷ مخونو کې ليکل شوي دي یو باارزښته او د اهمیت خخه ډک علمي اثر ګنیم او محترم ورور دوکتور حفيظ الله آپريدي ته د نوموري علمي کتاب په تأليف باندي د برى له امله مبارکي وايم او د پوهنواں علمي رتبى ته د لورتیا لپاره يې کافې بولم او هم يې د چاپ او نشر سپارښته کوم او د لوی خداي(ج) له دربار خخه ورته د نورو برياليتوبو غونښتونکي یم

په درناوي

الحاج پوهاند دوکتور احمد سیر (احمدی)
د کوچنیانو د خانګي استاد

بسم الله الرحمن الرحيم
تقریظ

د پوهندوی دوکتور حفیظ الله اپیدی د دریم ټولگی د فزیکل ډیاګنووزس درسى کتاب تالیف چې د پوهنواں علمی رتبې ته د لورتیا لپاره ورنه د داخلې خانګې له خوا دنده ورکړل شوې وه او د طب پوهنځی د علمی شورا او هم د پوهنتون له خوا تائید شوی وه بشپړ کړي دی نوموری کتاب ما په هر اړخیزه توګه مطالعه او په لاندې ډول یې ارزیابی کوم:
کتاب د الله (ج) په نوم شروع او لرونکی د لیکلې، سربزې، د سیستمونو فزیکی معایناتو او مأخذونو دی.

نوموری کتاب په پنځلس څېرکو او په ۳۴۷ مخونو کې ځای په ځای شوی دی. کتاب په ساده روانه پښتو مورنئ ژبه لیکل شوی چې هر محصل او بناغلي ډاکټر صاحبان ورڅخه اعظمي استفاده کولای شي.

په لمړي څېرکى کې د طبابت اخلاقی دندې او د داخله طب تاریخچه ډیره نه بیان شوې ده څرنګه چې په دریم ټولگی کې محصلین عملی ساحې ته داخلیږي نو ضرور ده چې د طبابت په اخلاقی دندو پوهه شي.

په دوهم څېرکى کې د ناروغ تاریخچه او همدا ډول په دریم څېرکى کې د ناروغانو اعراض پوره تشریح او د هر عرض ترجمه په ساده ژبه تر سره شوې ده.

په دریم څېرکى کې فزیکی معاینات چې خورا اهمیت لري په عمومی او هم په سیستمیک توګه پوره تشریح شوی دي، څرنګه چې د تاریخچې څخه وروسته د فزیکی معایناتو بشپړ او په دقیقه توګه اجراء چې یو یقینی تشخیص ته پوره لاره هواروی ستر اهمیت لري په ډیره نه توګه او په تفصیل سره بیان شوی دي.

دبلي خوا هره فزیکی معاینه او مانوره په عملی توګه په شکلو کې منعکس شوې چې لوستونکی ورڅخه په لو وخت کې په آسانه مطلب اخیستی شي او هم یې په عملی توګه زده کړه سرته رسولای شي.

په همدي توګه د سر، غور، سترګو تنفسی، قلبی وعایې، الکتروکادیوګرام، ایکوکاردیوګرافی، انجیوګرافی، د هضمی سیستم معاینات، د عصبی سیستم معاینات، د پنستورګو لابراتواری او انستروومینتل آزمونې، د اندوکوبن ناروغانو فزیکی معاینات او هم د روماتیزم د ناروغانو، د وینې د ناروغانو فزیکی معاینات د ولادي او نسائي

ناروغانو فزيكي معاینات او په آخره کې د کوچنيانو فزيكي معاینات په تفصيل سره تشریح او بيان شوي دي چې دغه اخونى خپرکى دنسايني، ولادي او کوچنيانو ناروغانو فزيكي معاینات د محترم دوكتور اپريدي په خپل ابتکار سره په كتاب کې ئاي په ئاي کېرى دى چې ددى سره د ټولو سيستمونو فزيكي معاینات پوره او د فزيكل ډيانکنوزس كتاب پې بشپړ کېرى دى چې دا ابتکار پې د قدر وړ دي. همدا ډول موضوعاتو ته په مناسبو جدولو کې ئاي ورکړل شوي چې لوستونکى تري په آسانه او زر مطلب اخيستي شي. د كتاب مواد د ډیرو نوو تازه Text book او هم د كتابو خخه تيار شوي دي Standard.

نوموري كتاب د دريم ټولکى د لمري سمسټر د درسي کوريکولم په نظر کې نیولو سره سم لیکل شوي دي چې د محصلينو ستونئې د لکچر له نظره هواروی. د پورته تکو په نظر کې نیولو سره دا جوته کېږي چې محترم داکتر صاحب اپريدي د كتاب په لیکلوا کې ډير زيات زيارت ويستلى، نو زه د نوموري كتاب لیکنه د با ارزښته علمي اثر په توګه مثبت او عالي ارزیابي کوم، او د پوهنواں علمي رتبې ته د لورتیا لپاره پې کافي بولم او د چاپ او نشر سپارښته پې کوم او هم د لوی خدای (ج) له دربار خخه محترم دوكتور اپريدي ته په علمي او کلينيکي ډکر کې نور برياليتوبونه غواړم.

والسلام

الحاج پوهاند دوكتور عبدالواحد الكوزي

داداخلي خانکي استاد

بسم الله الرحمن الرحيم
تقریظ

هغه درسى کتاب چې د دریم ټولکى د لمړي سمسټر لپاره د فزيکل ډیاګنووزس تر عنوان لاندې محترم پوهندوی دوکتور حفیظ الله اپريدي ته دنده سپارل شوي ده اوس یې نوموري دنده سرته رسولې ده. زه د دفعه درسى کتاب د علمي ارزښت په اړوند خپل نظر په لاندې توګه وړاندې کوم:

۱. کتاب چې پنځلس خپرکو او ۳۴۷ مخونو کې لیکل شوي دی شروع یې د الله (ج) په نوم، سربزه لیکلې چې د طبات اخلاقې دندې تاریخچې، اعراضو، د سیستمونو تکرار پونستني، عمومي فزيکي معاینات، د سیستمونو فزيکي معاینات او لابراتواري معایناتو نومونه په بنه توګه په کې لیکل شوي او په آخره کې ماخذونو ته ځاي ورکړل شوي دی چې په نړۍ والو معیارونو برابر دي.

۲. کتاب په پښتو ملي ژبه په ساده او روانو الفاظو لیکل شوي دی هره طبی ترمینالوجي په ساده پښتو ژبه اړول شوي ده چې هر لوستونکي تري ژر او په آسانه مطلب اخيستئ شي د کتاب په مينځ پانګه کې د طبات اخلاقې دندې، تاریخچه اعراض پوره تshireح او هم عمومي فزيکي معاینات او د سیستمونو فزيکي معاینات په تفصیل بیان شوي دی د هر سیستم د فزيکي معایناتو خخه مخکي د اړوندې سیستم اعراض او وروسته یې لابراتواري او آزمونې ډاګزې او تshireح شوي دی چې په زړه پوري دي.

۳. د کتاب مواد د ډیرو تازه نړۍ والو سرچینو او Text books ، ژورنالو خخه تیار شوي او هم د استاد د خپلې درسي پوهې او علمي تجربو خخه چې په کې کارول شوي ده ګته اخيستل شوي ده، شکلونه او جدولونه په پوره مهارت سره په مناسبو ځایو کې ځای په ځای شوي دی هره فزيکي مانوره په عملی توګه په شکلو کې بسودل شوي ده چې محصلین او لوستونکي ورڅه په عملی ډګر کې په لړ وخت کې په آسانه زده کړه او مطلب اخيستئ شي چې په دې هکله محترم دوکتور اپريدي زيات زحمت ګاللي دی او هم یې په خپل ابتکار سره د نسايي او ولادي ناروغانو کوچنيانو فزيکي معاینات په کې ځای په ځای کړي دی چې ددي سره یې د فزيکل ډیاګنووزس کتاب پوره او بشپړ کړي دي.

۴. د کتاب په لیکنه کې ټول هغه نړیوال شرطونه مدل شوی چې د یو درسی کتاب پاره ضروري او لازمي په پام کې نیول شوي دي او د یو درسی کتاب ټولې ځانګړتیاوې پکې شته دي.

۵. نوموري درسی کتاب نه یواحې د ننګرهار طب د پوهنځۍ په تدریسي چارو کې خورا اغیزمن دي بلکه د هیواد په سطح په نورو پوهنتونو کې هم د تدریسي چارو د پرمخ بیولو لپاره په زړه پوري ګټور علمي اثر دئ. په پای کې د نوموري درسی کتاب بشپړ کیدل او د دې علمي دندې سره رسول محترم استاد دوکتور اپريدي ته د زړه له کومى مبارکي وايم او د پوهنوال علمي رتبې ته د لوړتیا لپاره یې کافې بولم او چاپ او نشر سپارښته یې کوم.

په درناوی

الجاج پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی

داداخلي څانګې شف

﴿ يادونه ﴾

قدر منو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه ګنډل کېږي. ددې ستونزې د هواری لپاره مور په تېرو دوو ګلونو کې د ننګرهار، کندھار، بلخ او خوست د طب پوهنځيو د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکادمیکو همکاريو د ټولنې (DAAD) له خوا ۲۵ طبی درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته ورکړل شول. د هېواد د پوهنتونونو، لوړو زده کړو وزارت او آلمان په غوبښته مور خپل دغه پروګرام نورو پوهنتونونو او پوهنځيو ته هم غخوو.

د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د ۲۰۱۰-۱۴۲۰ ګلونو په ملي ستراتېژیک پلان کې راغلي چې :

"د لوړو زده کړو او د سبوني د شه کيفيت او محصلينو ته د نويو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړينه ده چې په پښتو او دري ژبود درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي، د تعليمي نصاب د ريفورم لپاره له انګلیسي ژبي خخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او مجلو ژبارل اړین دی، له دې امکاناتو خخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استاذان نشي کولای عصری، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استاذان له ډېرو ستونزو سره مخ دي، دوی په زاړه مېټود تدریس کوي، محصلين او استاذان نوي، تازه او عصری معلومات په واک کې نلري، درسي مېټود ډېر زور دی، محصلين له کتابونو او هغه چېپېرونو خخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په تېټ کيفيت کاپي کېږي. لکه خنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي داکټرانو ته اړتیاری، نو باید د هېواد د طب پوهنځيو ته لازیاته پاملننه وشي.

ددي ستونزې د حل لپاره هغه گټور کتابونه چې د طب پوهنځيو د استادانو لخوا ليکل شوي، باید راټول او چاپ شي، په دي لپ کې مو د ننګرهار، کندهار، بلخ، خوست او هرات له طب پوهنځيو خخه درسي کتابونه ترلاسه او چاپ کړي، چې دغه کتاب یې يوه نمونه ده.

خرنګه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام يوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند څو تکي راوړم:

۱. درسي طبي کتابونه

دا کتاب چې ستاسو په لاس کې دی د درسي کتابونو د چاپ د لپې يوه برخه ده. موږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چېپټر او نوت ورکولو دوران ختم شي.

۲. د نوي مېټود او پرمختللو وسایلو په کارولو سره تدریس

د ننګرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځۍ یوازې د یو پراجیکټور درلودونکې وو، چې په تول تدریس کې به تري گټه اخيستل کېده او ډېرو استادانو به په تیوريکي شکل درس ورکاوه. تیر کال مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځيو تولو تدریسي تولګیو کې پروجکټرونې نصب کړو.

۳. د هېدل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماستري

په نظر کي ده چې د هېډول د طب پوهنځيو د عامې روغتیا د خانګو استادان د جرمني هيدل برګ پوهنتون ته د ماستري لپاره ولپېل شي.

۴. د اړقياوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځيو روان وضعیت (اوسنی ستونزې او راتلونکي چلنځونه) وارزوول شي، او بیا ددې پر بنست په منظمه توګه اداري، اکادمیک کارونه او پرمختیابي پروژې پلي شي.

۵. کتابونونه

په انګلیسي ژبه په تولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړیوال معیاري کتابونه د پوهنځيو کتابونونو ته وسپارل شي.

۶. لاړاتوارونه

په هر طب پوهنځي کې باید په بېلا بېلا برخو کې لاړاتوارونه موجود وي.

٧. کدری روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هیواد هر طب پوهنځی باید کادری روغتون ولري او یا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلینو لپاره د عملی زده کړو زمينه برابره شي.

٨. ستراتیژیک پلان

دا به ډېر ګټور وي، چې د طب هر پوهنځي د اړوندې پوهنتون د ستراتیژیک پلان په رنا کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو خخه هیله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي ګتابونه ولکي، وزباري او یا هم چې پخوانۍ لیکل شوي ګتابونه، لکچر نوټونه او چېټرونه ادبې او د چاپ ګولو لپاره یې تیار ګري او زموږ په واک کې یې راکړي، چې په بنه کيفيت یې چاپ او په وړیا توګه یې د محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه مور ته په لاندې آدرس وسپاري، خو په ګډه اغېزمن ګامونه واخلو.

له ګرانو محصلینو هیله کوم، چې په یادو چارو کې له خپلو استادانو او مور سره موستندوي شي.

د آلمان د اکادمیکو همکاریو ټولنې DAAD مؤسسيې خخه ډېر مننه کوو، چې تراوسه یې د ۲۵ طبی درسي ګتابونو د چاپ او په پینځو طب پوهنځيو (ننګرهار، خوست، کندهار، هرات او بلخ) کې د پروجکټرونو لګښت په غاره اخيستي.

په آلمان کې د افغانی ماشومانو سره د مرستي ټولنې (Kinderhilfe-Afghanistan e.V.) او د ټولنې مشر باغلي Dr Eroes نه د زړه له کومى مننه کوم، چې په ورین تندی یې د دغه کتاب د چاپولو لګښت منلى دي او د لانورو مرستو وعده یې کړي ۵۵.

په افغانستان کې د ګتابونو په چاپ کې د لوړو زدکړو وزارت همکارانو، د پوهنتونونو او پوهنځيو له ریيسانو او استادانو مرستي د قدر وړ بولم او منندوي یم.

ډاکټر یحيی وردګ

د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۱ م، اکتوبر

دفتر تليفون: +۹۷۰۶۳۲۰۸۴۴، موبایل تليفون: +۹۷۰۶۳۲۰۱۴۶۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

لیکلر

مختصر

سرلیک

لومړۍ خپرکۍ
د ډيونټولوژي

- د ډيونټولوژي له مخې د طبیب فعالیت، وظایف او د داخله طب تاریخچه-----1
د داخله طب تدریس-----2

د ډوبیم خپرکۍ
د تاریخچې اخیستل

- د کلینیکي ګتنو پړونه، تاریخچه-----4
د ناروغ څخه د تاریخچې اخیستلو تخنیک-----4
خلاصې پوښتنې-----5
عمده شکایت، اوسنې ناروغي-----6
د پخوانۍ طبی تداوی تاریخچه-----7
د دوا تاریخچه، کورنې، تاریخچه-----8
ټولنیزه تاریخچه، عادات، د واده تاریخچه-----9

دریئم خپرکۍ
سمپتو متولوژي

- د سیستمونو تکرار-----Review of system
سر، غور-----11
پزه، ستونی، سینه، زړه او رګونه-----11
هضمی جهاز، بولی تناسلی جهاز، سفلی اطراف-----12
زيات معمول اعراض، قبه-----13
درد-----14
ساه لنډېي، توخي-----15
کانګې، اسهال-----16
جتهکې، ضعیفي، سردردی-----17
کتلې-----18
کتلې-----19

خلورم خپرکۍ
فریکېي ګتنې

- عمومي فریکېي ګتنې-----20
دناروغ د معایني طریقه او تیارول-----20

۲۱-----	عمر، جنس، د بدن حرکات
۲۲-----	قدم و هل
۲۳-----	خبرې کول، قد اوقامت، د تنفس بوی
۲۴-----	تغذیه، د حرارت درجه، تبه
۲۶-----	مخ
۲۷-----	وضیت
۲۸-----	وینه لوي، سیانوزس
۲۹-----	د محیطی او مرکزی سیانوزس توپیر
۳۰-----	زیپی، پرسوب
۳۱-----	کلبېگ Clubbing
۳۲-----	کولونیخیا koilonychias
۳۵-۳۴-----	سپلنتر هیمورج Splinter hemorrhage، تا یراید
۳۶-----	د پوستکي حالت
۳۸-----	سیستمیک فزیکی کتنې
۳۸-----	د سر فزیکی کتنې
۳۸-----	د غور فزیکی کتنې
۴۰-----	د سترګو معاینه
۴۱-----	نورمال او غیر نورمال فنیوس، شکلونه
۴۲-----	د پزی معاینه، د غارې معاینه

پنځم خپرکی

د تنفسی جهاز

۴۳-----	تاریخچه
۴۴-----	د تنفسی سیستم د ناروغیو اعراض
۴۵-----	ت وخی او د توخې دولونه
۴۶-----	بلغم Hemoptysis
۴۷-----	د Hemoptysis لاملونه، د سینې درد
۴۸-----	د سینې د درد لاملونه، ساه لنډۍ
۵۰-----	د تنفس کیمیاوی تنبهات
۵۰-----	د مژمنې فرط تھوئې اعراض
۵۱-----	د ساه لنډۍ د پیداکیدو خاص فکتورونه
۵۳-----	حاده سالندۍ او ضمیموی اعراضو تشخیصیه ارزښت
۵۵-----	Apnea

۵۵-----	د پورتنی تنفسی جهاز اعراض
۵۶-----	پوزه، انفی بلعوم
۵۶-----	حنجره، د حنجري درد
۵۷-----	تراخیا
۵۷-----	پخوانی رادیوگرافیک کتنی
۵۸-----	کورنی، شغلی او ټولنیزه تاریخچه
۵۹-----	شغلی تاریخچه، پخوانی تاریخچه
۵۹-----	ټولنیزه تاریخچه
۵۹-----	د تنفسی ناروغیو باندنی به
۶۰-----	د ګوتو Clubbing
۶۱-----	سیانوژس، اذیما
۶۳-----	د پوستکی آفات چې په تشخیص کې اهمیت لري
۶۴-----	پورتنی تنفسی لاره
۶۵-----	حنجره، شزن
	د سینې فزیکي معاینه
۶۶-----	سطحي اناتومي، تنفسی حرکات
۶۷-----	د معاینې ترتیب
۶۸-----	د صدر په شکل کې ابنارملتي ګانې
۶۹-----	د سینې د جدار آفات
۷۰-----	د تنفسی حرکاتو ابنارملتي
۷۱-----	د تنفس ډوبیدل
۷۱-----	د سینې پراخواли
۷۲-----	د تنفس طریقه
۷۲-----	د صدر د توسع کموالی
۷۲-----	د صدری حرکاتو زیاتوالی
۷۳-----	غیر نورمال شهیقی او ڈفیری حرکات
۷۵-----	قرعه
۷۶-----	د معاینې ترتیب
۷۸-----	قرعه، معمول ابنارملتي ګانې Tidal
۸۰-----	اصناء، تخنیک
۸۱-----	د معاینې ترتیب
۸۲-----	غیر نورمال لاس ته راډونی
۸۳-----	کم شوي پوکنیز تنفس

٨٣-	د تنفسی آوازو د کمبست علتوونه
٨٤-	انحصارونه یا مناظر
٨٥-	د قصبي آوازونو کمبست یا ورکيدل
٨٦-	Bronchial breathing
٨٧-	غیر نورمال Vocal Resonance
٨٨-	Crackles، پلورائي آوازونه
٩٠-	د فزيكي نبو راغونهول، لازيات تحقیقات او پلتهني
٩١-	د تنفسی پلتنه خلاصه
٩٤-	Hemoptysis لاملونه
٩٦-	د مشکوك تشخيص ارونده پلتهني

شپرم خپرکي

د زړه او رګو سیستم

٩٨-	تاريچه
٩٩-	تيريه تاريچه، شغلي تاريچه، قوليزيه تاريچه
١٠٠-	د زړه د ناروغيو وظيفوي اړخونه، د دوا تاريچه، کورنئ تاريچه
١٠٢-	اساسي اعراض
١٠٢-	د زړه د دردونو ډلونه، Angina pectoris
١٠٣-	د وظيفوي تصيف بندی Stable Angina
١٠٥-	د خصوصي ډلونه Angina
١٠٦-	د Angina او د مری د درد تفريقي تشخيص
١٠٧-	قلبي احتشاء، د Angina او MI دردونو تفريقي تشخيص
١٠٨-	د درد او صاف Pericardial
١٠٨-	د درد او صاف Aortic dissection
١٠٨-	ساه لندي، Orthopnea
١١٠-	P.N.D، عسرت تنفس د استراحت په وخت، د زړه تکان
١١٢-	گنكسيت او Syncope
١١٢-	Arrhythmia او یا د زړه د ضربان غير نورمال حالات
١١٢-	د چپ بطين د خروجي جريان بندش
١١٣-	محيطي اذيمـا
١١٤-	فريكيي معاينه
١١٥-	عمومي معاينه
١١٦-	نبضانات

د معاینه کولو ترتیب، کعبیری نبض، عضدی نبض، ثباتی نبض	۱۱۷
معمول اینارملتی گانپی	۱۱۹
د نبض تعداد، د نبض نظم	۱۲۰
د غیر منظم نبض لاملونه	۱۲۰
د اذینی فبریلشن لاملونه	۱۲۱
د نبض حجم	۱۲۱
د وینپی فشار، د معاینه ترتیب، د وینپی د فشار د اندازه کولو لازمی لاربسوونی	۱۲۲
د وداجی ورید فشار او خپه ایز شکل	۱۲۵
نورمال لاس ته راونپی، معاینه ترتیب	۱۲۶
د وداجی وریدی فشار زیاتوالی	۱۲۷
د ثباتی او وداجی نبضان ترمیخ توپیر	۱۲۷
د وداجی وریدی نبض اینارملتی گانپی	۱۲۸
Pericardium	۱۲۹
نورمال لاس ته راونپی، د معاینه ترتیب	۱۳۰
معمول اینارملتی گانپی، نقطیش، د Apex beat بی خایه کیدل	۱۳۱
د نبض اوصاف Apical	۱۳۱
د زره اصقاء	۱۳۲
عمومی پاملونپی، د زره لمی آواز، د زره دوهم آواز	۱۳۲
د زره دریم آواز، د معاینه ترتیب	۱۳۳
معمولی اینارملتی گانپی	۱۳۴
د زره د لمی آواز د شدت اینارملتی گانپی	۱۳۵
د زره دوهم آواز، د زره د دوهم آواز اینارملتی	۱۳۵
د زره دریم آواز، د زره دریم آواز لاملونه	۱۳۷
اضافی آوازونه	۱۳۷
د ناروگیو لوحه، نفخی Pericardial	۱۳۹
د مرمر وخت یا Timing	۱۴۰
د مرمر دوام	۱۴۱
د مرمر شدت، د نفخو د شدت درجی	۱۴۲
سستولیک نفخی	۱۴۳
د سستولیک نفخو لاملونه، دیاستولیک نفخی	۱۴۴
د مزمپی قلبی عدم کفایی ارزیابی	۱۴۶
د حاد ناروغ ارزیابی	۱۴۷
د معاینه ترتیب	۱۴۸

۱۴۹-	د پرمخ تللى وعایي عدم کفایي (شاك ناروغانو اوصاف)
۱۴۹-	د زره معمول کتنې
۱۵۱-	د محيطي شراینو ناروغى
۱۵۱-	تاريچه، عمومي معلومات
۱۵۲-	د مراجعى شکایات، د سفلی اطرافو اعراض
۱۵۳-	Night rest pain
۱۵۴-	فزيكى معاینه
۱۵۴-	عمومي معلومات، د وعایي ناروغىو تجويز شوي علامې
۱۵۵-	د نبضانونو معاینه
۱۵۶-	د معاینى ترتیب، فخذى، مابضي نبضانو معاینه
۱۵۸-	Burger test
۱۵۸-	عمومي ابنارملتى گانې، د سفلی اطرافو مزمنه اسکيميا
۱۵۹-	د اطراف حاده اسکيميا
۱۶۰-	د طرف د حادى اسکيميا عاليم
۱۶۰-	د طرف حاده اسکيميا د امبولې او ترومبوزس له نظره
۱۶۱-	د وعایي ناروغىو عصبي تظاهرات
۱۶۱-	د داخلى ثباتي شريان معوجيت، د Vertebro basilar شريان معوجيت
۱۶۲-	حشوی اسکيميا
۱۶۳-	د بطني ابهر انورىزم AAA
۱۶۴-	حالات Vasospastic
۱۶۵-	د محيطي شراینو د ناروغىو لابراتواري کتنې
۱۶۵-	د بىنگرى اندازه گيرى
۱۶۶-	وريدى تشوشتات
۱۶۶-	عمومي پاملونى، تاريچه
۱۶۸-	فزيكى معاینه
۱۶۸-	Anatomiي، د وریدى سىستم کتنې، د معاینى ترتیب
۱۶۸-	Tendelenburg قىسىت
۱۶۹-	عمومي ابنارملتى گانې
۱۶۹-	ڈور وریدى ترومبوزس (DVT)
۱۶۹-	د سفلى طرف د DVT گلينيکى لوحه
۱۷۰-	سطحى وریدى ترومبوغلباتيس (SVT)
۱۷۰-	مزمنه وریدى عدم كفایه، د لىتكىو مزمنه تقرح

د وریدي او شرياني قrho کلينيکي لوحه ١٧١

آوم خپرکي الكتروکاديوجرام

١٧٢-----	د زره د عضلي الکترو فزيالوجي
١٧٢-----	د زره د بريښنائي سیالو لېړدونه
١٧٣-----	د زره محور
١٧٤-----	لېډونه
١٧٥-----	د سيني مشتقات
١٧٦-----	نورمال الکتروکارديوجرام
١٧٨-----	د ECG د پاني سستميک لوستل
١٧٩-----	د زره د ضربان د شميرولو لاري
١٨٠-----	Arrhythmias, Rhythm
١٨١-----	انتقالی نقیصه
١٨١-----	جيبي بي نظمي، اذيني بي نظمي
١٨٢-----	(PAT) Atrial tachycardia
١٨٣-----	Atrial flutter, Atrial fibrillation
١٨٤-----	اتصالی عقدی بي نظمي AV
١٨٥-----	بطيني بي نظمي
١٨٦-----	بطيني تکي کارديا، بطيني فبريلشن
١٨٦-----	ګرندي لېړدونه
١٨٧-----	قلبي بنديز
١٨٨-----	لومړۍ درجه قلبي بلاک، دوهمه درجه قلبي بلاک
١٩٠-----	دریمه درجه قلبي بلاک
١٩٠-----	(BBB) Bundle branch block
١٩١-----	د زره د محور انحراف
١٩٢-----	د بطيناتو هايپرتروفي
١٩٢-----	د بنې بطين هايپرتروفي
١٩٣-----	د چې بطين هايپرتروفي
١٩٣-----	د دواړه بطيناتو هايپرتروفي
١٩٤-----	د P خپه، د PR مسافه
١٩٥-----	د Q خپه، QRS کمپلکس
١٩٦-----	د ST قطعه

۱۹۷-	د خپه T
۱۹۸-----	قلبی احتشاء، زخمی کیدل او Ischemia
۱۹۹-----	اکلیلی اسکیمیا، قلبی احتشاء
۲۰۰-----	د قلبی احتشاء ECG تغیرات Transmural
۲۰۱-----	د خپه جورپیدل، د قطعی ST تغیرات
۲۰۱-----	د T خپه تغیرات، قدامی حبابی احتشاء، قدامی وحشی احتشاء
۲۰۲-----	سفلی احتشاء، خلفی احتشاء
۲۰۲-----	Subendocardial احتشاء
۲۰۴-----	د IHD د تشخیص لپاره د تمرين آزمونینه
۲۰۵-----	د تمرين د آزمونینه استطبابات، مضاد استطبابات
۲۰۵-----	د IHD دوام او ECG تغیرات
۲۰۶-----	متفرقه تغیرات
۲۰۶-----	د پوتاشیم د سوپی تاثیرات
۲۰۶-----	هاپوکالیمیا، هایپرکالیمیا
۲۰۷-----	Dextrocardia, pericarditis, Myocoriditis
۲۰۸-----	د تاثیرات، ربوی احتشاء Digitalis
۲۰۹-----	د یو هیجانی کس ECG، د غذا د خورلو تاثیرات پر
۲۰۹-----	ایکوکاردیوگرافی
۲۱۰-----	د ایکو تخنیک
۲۱۲-----	د ایکو استطبابات
۲۱۲-----	د زره کتیترایزیشن او انجیوکاردیوگرافی
۲۱۴-----	رادیوگرافیک کتنی
۲۱۵-----	رادیوسکوپی (Scanning)

آتم خپرکی

د هضمی جهاز کتنی

۲۱۶-----	تاریخچه
۲۱۶-----	د هضمی سیستم اعراض
۲۱۷-----	دردناکه خوله
۲۱۸-----	د دردناکې خولې معمولی لاملونه
۲۱۸-----	عسرت بلع
۲۱۹-----	زره بدوالی او گرخون
۲۲۰-----	د melena او Hematemesis معمول لاملونه

۲۲۱-----	بې اشتھايي او وزن بايل
۲۲۱-----	د گېيدې درد
۲۲۲-----	د بطنى دردونو تفریقى تشخيص د زړه سوزش
۲۲۴-----	سوء هضم، نفح او باد
۲۲۵-----	د گېيدې پرسوب، د گېيدې د پرسوب لاملونه
۲۲۶-----	د تعوط په فعل کې تغیر او بدلون
۲۲۶-----	د اسھالاتو غوره لاملونه، د قبضيت غوره لاملونه
۲۲۷-----	د غایطه موادو د رنګ وصفی ابنارملتی
۲۲۸-----	مقدى وينه بېيدنه، زېږي
۲۲۸-----	کبدی حجروي زېږي، انسدادي زېږي
۲۲۹-----	فزیکي کتنې
۲۳۰-----	غابونه، ژبه
۲۳۱-----	د گېيدې فزیکي معاینه، تفیيش، د معایني طریقه
۲۳۲-----	د گېيدې تفتیش، د معایني طریقه
۲۳۲-----	پوستکى، وینتان
۲۳۳-----	رګونه، شکل، حرکات، فتقونه
۲۳۴-----	جس
۲۳۴-----	عمومي قوانين، سطحى جس، ژور جس
۲۳۵-----	غیر نورمال حالات
۲۳۶-----	د تنفس په وخت جس کول
۲۳۶-----	د معایني لړي، خیکر
۲۳۷-----	د صفراکخوره
۲۳۸-----	پښتوري
۲۳۹-----	غیرنورمال کتنې
۲۴۰-----	قرع او اصغاء
۲۴۰-----	د قرعی قوانين
۲۴۰-----	اصغاء
۲۴۱-----	د معاینه Rectum
۲۴۳-----	د هضمی سیستم لابراتواری کتنې
۲۴۳-----	رادیولوژيکي کتنې، د باریوم مطالعات
۲۴۴-----	Radio nuclide scanning, Barium enema التراسونوگرافی
۲۴۵-----	ERCP, Esophagoscopy, Endoscopy
۲۴۶-----	Biopsy, colonoscopy, sigmoidoscopy
۲۴۷-----	ترشحي مطالعات، پنتاگسترین آزموننه، انسولین آزموننه

- باکتریالوژیک مطالعات ۲۴۷
تحرکی مطالعات، د غایطه مواد و معاینه ۲۴۸

نهم څېرکۍ عصبي سیستم کتنې

- د عصبي سیستم کلینیکي کتنې، قحفی ازواج ۲۴۹
مشترک اعصاب، لومپی زوج، دوهم زوج معاینه ۲۵۰
د لیدلو د ساحې تشوشاٹ ۲۵۱
رنګه رویت، دریم، خلورم، شپرم قحفی ازواجو معاینه ۲۵۳
تطابق آزمونه، د پنځم زوج معاینه ۲۵۴
د مخ عکسې آزمونه ۲۵۶
د آتم زوج معاینه ۲۵۸
۲۵۸ Rinn,s test , weber test, watch test
د لسم زوج Vagus عصب معاینه ۲۶۰
د یوولسم زوج یا Accessory معاینه ۲۶۰
د دولسم زوج معاینه ۲۶۱
د سمپاتیک عصبی سیستم کتنې ۲۶۲
د محیطی اعصابو معاینه ۲۶۲
د حسي سیستم کتنې ۲۶۳
زېړ تماس، د درد حسیت، د حرارت حسیت ۲۶۴
د وضعیت او منفعل حرکاتو حس ۲۶۵
د اهتزاز حسیت، Stereognosis ۲۶۶
د ژور درد احساس ۲۶۶
د حرکې سیستم کتنې ۲۶۷
د عضلاتو تغذی او جسامت ۲۶۷
د عضلاتو تون ۲۶۹
عضلي قدرت ۲۷۰
د عضلي قوت د ضیاع درجی ۲۷۲
د حرکت توازن ۲۷۳
نور غیر ارادې حرکات ۲۷۴
عکسات ۲۷۶

۲۷۶-----	بطني عکسه
۲۷۷-----	عکسه bebensky او Cremasteric
۲۷۸-----	علمه، معدى عکسه Bulbo Cavernous Hoffman's
۲۷۸-----	ژور عکسات
۲۷۸-----	عکسه Biceps
۲۷۹-----	Knee jerk, Radial Jerk, Triceps
۲۸۰-----	Ankle Jerk
۲۸۰-----	Ankle clonus
۲۸۲-----	د عکساتو درجي، د مخيخ کتنې
۲۸۵-----	Trophic تشوشات
۲۸۶-----	د پورتنى حرکى عصب او بكتنى حرکى عصب تفریقی تشخيص

لسم خپرکى

د پیستورگو د ناروغانو غوره گيلې او لابراتواري کتنې

۲۸۷-----	عمده اعراض، موضعی لاملونه
۲۹۰-----	د بولی سیستم په ناروغانو کې سستمیک خرگندونې
۲۹۱-----	د پیستورگو فزیکی کتنې
۲۹۱-----	د پیستورگو د ناروغانو لابراتواري Instrumental کتنې
۲۹۲-----	ادرار
۲۹۳-----	د ادرار مقدار
۲۹۳-----	د ادرار مخصوصه کثافت
۲۹۴-----	د ادرار پروتین
۲۹۴-----	د پیستورگو بايوپسي
۲۹۵-----	د بولی لاري Imaging
۲۹۵-----	Plain رادیوگرافی، التراسوند
۲۹۵-----	Retrograd urography ،IVP
۲۹۶-----	Radionuclide, cysto graphy کتنې
۲۹۷-----	C.T او MRI، وینوگرافی، ارتیروگرافی

يولسم خپرکى

د اندوکرین سیستم فزیکی کتنې

۲۹۷-----	د غدو د مرضي حالاتو فزیکي علامې
۲۹۹-----	علامه Chrostekis او Troussseau,s

۳۰۰ ----- Hirsutism

دولسم خپرکي د روماتيزم د ناروغانو غوره اعراض او عاليه

٣٠١-----	د بند خخه بهر اعراض
٣٠١-----	عاليه
٣٠٤-----	لابراتواري کتنې
٣٠٤-----	راديوگرافيك مطالعات
٣٠٥-----	د معاینه Synovial

ديارلسم خپرکي

د وينې د ناروغانو غوره ھيلې او فزيکي کتنې

٣٠٦-----	وينه لې او د تحتر تشوشت
٣٠٦-----	وينې لې
٣٠٧-----	وينه لې، Normocytic
٣٠٧-----	Microcytic
٣٠٧-----	وينه لې Macrocytic
٣٠٨-----	تاريچه
٣٠٩-----	د وينه لې غير وصفي اعراض او اعاليه
٣١٠-----	د وينه لې د مختلفو ډولو وصفي لوحې
٣١١-----	د لمفاوي عقداتو معاینه
٣١٢-----	د کبد او توري معاینه کول
٣١٢-----	د کم خونه ناروغ لابراتواري پلتني
٣١٥-----	د تحتر تشوشت
٣١٦-----	تاريچه
٣١٧-----	کتنې
٣١٧-----	د لاملونه thrombo cytopenia
٣١٨-----	د سيسنتم Haemostatic کتنې

خوارلسم خپرکۍ

د ولادي نسائي ناروغانو فزيکي کتنې

٣١٩-----	د يو ولادي ناروغې د مشاهدي اخستل
٣٢٠-----	كلنيکي کتنې
٣٢١-----	د ثديو معاينه
٣٢١-----	بطني کتنې، تفتيش
٣٢٢-----	جنين، استقامت، اغتلان
٣٢٤-----	وضعيت، قرع، اصقاء
٣٢٤-----	د جنین د روه آواز
٣٢٤-----	د يوي نسائي ناروغې د مشاهدي اخستل
٣٢٥-----	تيره تاريخچه، د تحيسن تاريخچه
٣٢٦-----	د مهبلې افرازا تو تاريخچه
٣٢٦-----	د ادرار د ستونئي تاريخچه
٣٢٧-----	د تحيسن دوره
٣٢٨-----	نسائي معاينه
٣٢٨-----	د فرج معاينه
٣٢٩-----	د حوصللي اعضاو معاينه
٣٢٩-----	مقعدي مهبلې معاينه

پنځلسیم خپرکی
د کوچنيانو فريکي کتنې

۳۲۱-	پژندنه
۳۲۲-	تاريچه
۳۲۳-	د اميندواري او ماشوم توب دوره
۳۲۴-	عموهی پوښتنې
۳۲۴-	کورنئ تاريچه
۳۲۵-	ټولنيزه تاريچه
۳۲۶-	فريکي کتنې
۳۲۷-	د اطرافو معاینه
۳۲۷-	سر، مخ او غاره
۳۲۸-	د ګيدري معاینه
۳۲۹-	د سيني معاینه
۳۴۱-	عصبي کتنې
۳۴۲-	ستره
۳۴۲-	تناسلی اعضاء، عجان، مقعد
۳۴۴-	بالخاصه کتنې
۳۴۶-	ماخذونه

سرليکنه:

پير زيات د خوشحالی او شکران خای دی چې د لايزال ذات (ج) په مرسته او توکل مو ددي وس پيدا کړ چې د دريم تولګي د داخلې د فريکل دياګنووز درسي کتاب په پښتو ملي ژبه ولیکم.

خرنکه چې د درې لسيزو په جريان کې مو هيواد د جنگ د سخت ناورين سره مخامن وه چې دغه د جنگ په سختو او ترخو شيبو کې د طب د پوهنځي تدرسي چاري د هيواد د اصيلو بچيانو په وطن مينو د قدر ور استاذانو له خوا چې هره لحظه او شibe بې ژوند د خطر سره مخامن وه د علم دروازې پرانستي ساتلى دي دداخلې خانکې تر دغه وخته د فريکل دياګنووز درسي کتاب په واک کې نه درلوده په دې هکله دداخلې خانکې د آمر الحاج پوهاند دوكتور محمد ظاهر ظفرزي او د خانکې د غرو په مشوره مو دنده واخيسه تر خو د داخلې د کيوروکولم په نظر کې نيلو سره د پوهنواں علمي رتبې ته د لوړتیا په خاطر دغه کتاب ولیکم خرنکه چې فريکل دياګنووز دداخلې د ملاشمۍ جوړوي چې د تاریخچې خخه وروسته فريکي معاینات او تشخيص په دوهه پراو کې خورا ارزښت لري له بلې خوا خرنکه چې د مجهر لابراتواري معایناتو امکانات زمونږ سره په لاس کې نشه ځکه چې هيواد مو په وران او ويچار حالت کې قرار لري نو په دې هکله د یو به تشخيص ته د رسيدو په خاطر د فريکي معایناتو پوره اجراء کول ستر ارزښت لري په دغه درسي کتاب کې د ټولو سيستمونو د فريکي معایناتو خخه يادونه شوي ده د محصلينو د زياتې او زر پوهيدنې لپاره مو هره آزمونه او مانوره په عملی توګه په شکلو کې منعکس کړي ده او هم جدولونه چې موضوعات پکې خلاصه شوي دي د لوستونکو او محصلينو د زر پوهيدنې لپاره په مناسبو ځایو کې ترتیب شوي دي د نوموري درسي کتاب ليکنه د ګرانو محصلينو او څوانو ډاكترانو لپاره یو ستر زيری دي چې د تاريخ په دغه نوي سدئ کې یانې دوه زرم کال خخه را په دې خوا د نړۍ د ډېرې تازه معتبرو کتابو، ژورنالو او سرچینو خخه په کې مواد راټول شوي دي او د نړۍ والو سره مو ځان په سیالی کې برابر کړي دي په پاڼ کې که د دغه کتاب په املا، انشاء، معنى او متن کې غلطې موجوده وي او اميد لرم چې په خپلو جوړونکيو نظر يو له ماسره یاري وکړئ تر خود راتلونکي چاپ لپاره مو غلطې اصلاح کړي وي.

په درنښت

پوهندوی دوکتور حفیظ الله (آپریدی)

د ننګرهار د طب پوهنځي دداخلې خانکې استاد

لومړۍ خپرکي

د مخې د طبیب فعالیت، وظایف او د داخله طب تاریخچه : Deontology له مخې د طبیب د هغه علم خخه عبارت دی. چې د وجود داخلی ناروغیو خخه بحث کوي چې د طبابت د نورو خانکو سره نه شلیدونکې اړیکې لري. هیپوکرات یو یونانی مشهور طبیب دی چې د میلاد خخه مخکې په پنځمه پېږي کې یې ژوند کاوه د داخلې د علم د پلار په نامه شهرت لري. هیپوکرات د ناروغیو د تشخیص لپاره په دقیق ډول د ناروغ مراقبت، کونه او تاریخچه تر مطالعې لپاره په همدي توګه د اعضاو او مختلفو سیستمنوو حلالاتوو مطالعې لپاره په د تقتیش او جس مانوري په ګر ته راوویستنلي، همدارنګه د طبابت په تاریخ کې ابوعلي ابن سينا هم لوړ مقام لري چې د طبابت په ډګر کې یې زیات خدمتونه سرته رسولی دی. د پېړيو په اوړدو کې د طبابت د شعبو په منځ کې تقسیمات موجود نه وو کومو شیانو چې به عملیاتو ته ضرورت درلوده، خو وروسته د علم په نوري تولې شعې غیر له ولادي خخه په داخله پوري اړه درلوده، خو وروسته د علم په پرمختګ سره په تدریجی توګه شعبات د داخلې خخه جدا شول لکه د کوچنیانو ناروغی، جلدي امراض، عصبي امراض او نور. چې اوس په داخله کې د هر سیستم شعبات بیل شوي دي لکه

Hematology, Nephrology, pulmonology, cardiology, Gastroenterology, endocrinology...

يو طبیب چې د داخله ناروغی درملنه کوي د therapist پنامه یادېږي. ددې لپاره چې يو طبیب ناروغی په صحیح توګه تشخیص کړي باید د داخلې په یوه او یا خو خانکو کې تخصص تر لاسه کړي. نومورې متخصص باید نه یوازې د داخلې په یوه شعبه پوري یې تحصیل محدود پاتې شي بلکې په داخله ناروغیو کې په عمومي توګه نه رسیدلې وي. طب او طبابت پراخه حوصله غواړي طبیب باید د لوړ فکر خاوند او پوه اوسي. د تحصیل د ختم خخه وروسته باید مطالعه او کتاب یو طرف ته خطا نه کړي بلکې همیشه دې نوبو معلوماتو په را تولولو کې بوخت وي. د ناروغیو درملنې او معالجې په هکله نوي او تازه معلومات باید ولري. د داخله طب د اساساتو پوهیدل د طب د تولو خانکوو پوهیدو لپاره ضروري دي. د دریم تولګي محصلین باید فزیکل ډیاگنوزیس چې د داخلې ستون فقرات شمیول کېږي نظری او عملی زده کړي او خان پې پوه کړي.

د داخله طب تدریس کول لاندی اهداف لري:

۱. د ناروغ د ګلنيکي خيرنو د طريقو مطالعه
۲. د عضويت د مختلفوناروغيو د ګلنيکي تظاهراتو مطالعه
۳. د لابراتوار او خيرنو د اساسی متودونو مطالعه
۴. د لاس ته راغلو نتایجو صحیح او دقیق تحلیل او د ناروغی تشخیص.
۵. تحقیقاتي تجاربو یادول او د ناروغيو درمني

د دریم ټولکي محصلین د طبابت د پاک او مقدس مسلک د انتخابیدو په صورت کې بايد د ناروغ اړیکې د طبیب سره، د داکتر وظایف او مسؤولیتونه چې د طبی Deontology په نوم یادېږي زده کړي. یوه یونانی کلمه ده او د وظیفې (د طبابت اخلاقی وظیفې) خخه عبارت ده. د دریم ټولکي محصلین چې د پارا ګلنيک يا Basic science پراوې سرته رسولی دی اوس د ګلنيک او پرکتیک عملی ساحې ته داخلېږي. چې د ناروغ، پاڼه واز او د تولنې سره بې اړیکې قایيم کېږي چې داد طبابت عملی دګر ته قدم کښنودل دی داکتر بايد خپلې اخلاقې دندې او مسؤولیتونه چې د ناروغ او تولنې په وړاندې بې لري په صادقانه توګه سره ورسوی. د طبابت مسلک یو پاک او مقدس مسلک دی. دا مسلک زیاتې پوهې او ذکاوت ته ضرورت لري، داکتر بايد په خپل مسلک باندې پوره حاکمیت ولري او د ناروغانو د ژوند په ژغورلو کې یوه لحظه بې پروائی هم ونکړي خپل اختر او دنیا خواره نه کړي. که د غلط تشخیص او نیمکړې درمني په ذريعه ناروغ تلف کېږي نو د ناروغ په مرینه کې شریک ګډل کېږي چې دا هم یو قتل دي. داکتر بايد ناروغان لکه د خپل فامیل د غړو په شان په هغوي زړه سوی ولري او داسې فکر وکړي چې د فامیل عضوه بې ناروغه د. د طبابت مسلک دیر طاقت فرسا کار دی چې په شپو شپو شوګیری، غمونه او تکلیفونه ګالل دي طبیب بايد په هر لحظه او هر وخت د ناروغ خدمت ته تیاروی او د ضرورت په وخت کې د ناروغ مرسنونه ورودانګي. د داکتر موفقیت په درمني کې دده په بهه صلاحیت پوري اړه لري. چې دا صلاحیت د طبیب په زیاته پوهه او علمیت پوري اړه لري.

بنه طبیب بايد د طب په تولو مسائلو پوه وي همیشه طبی نوي کتابونه او مجلې ولوی، په علمي کنفرانسونو او مجالسو کې دي اشتراك وکړي نه یوازي دا چې په خپله خانګه کې وارد وي بلکې د طبابت په نورو برخو کې پوره لاس ولري هر وخت ناروغ ته د عاجلو ناروغیو په درمني کې ډاډ او اطمینان ورکړي داکتر بايد megaloman ونه اوسي. افکار تعظمي ونه لري د خود خواهی. حس په خان کې پیدانکړي بنه طبیب بايد د نورو هم

مسلکانو احترام وساتي او د درملنې نسخې يې په ډير قدر او احترام سره وګوري. د خپلو هم مسلکانو په درملنې پوري ملندي ونه وهي او هم خپل هم مسلکان تحقير او توهين نه کړي ځکه چې دا د طبابت اخلاقې غوره وظایف د. د ناروغانو پونتنو ته په ورین تندی څواب ورکړي او د ناروځ تاریخچې ته په دقت سره غور کېږدي.

يو طبیب باید د بنو صفاتو او اخلاقو خاوند اوسي، د ناروغانو وقاراو عزت ته په درنه ستړګه وګوري. ډاکتران او محصلین چې سروپس ته د اخليې سپني البسي يا چېنې يې باید په غاړه وي نو تر خو ناروغان متيقن او ډاډه شي. د ناروغانو په کوقو کې په لور اواز خبرې کول، شور ماشور چې د ناروغانو د نا ارامې سبب ګرځي په کلکه دې ډډه وشي. د ویزیت په وخت کې باید ډاکتران او محصلین د ناروځي د احتلاطاو او وحامت په هکله چې ناروځ پري پوهېږي د خبرو کولو خخه ډډه وکړي او یا دا چې د ناروځ وضع خرابه وي او ډاکتر خپل سر وڅوځوي چې ناروځي يې خطرناکه ده بالکل دا کار دې ونکړي.

په طبی deontology کې د ناروځ د ټولو رازونو ساتل ضروري دي. ډاکتر باید د ناروځ او ناروځي په هکله ټول رازونه وساتي او برعکس ددي ناروځ روحاً د طبیب له خوا متضرر کېږي. چې پدې برخه کې استثنات موجود دي. د مثال په توګه د یو ناروځ ناروځي د نورو لپاره خطرناکه او ساري وي لکه توبرکلوز، زهروي د پوستکي ساري ناروځي. نو باید په صحیح توګه ناروځ وپوهول شي چې نورو ته ضررونه رسوي. او هم اطرافيان يې وپوهول شي چې په صحیح توګه چې ناروځ هم ورڅخه خفه نه شي ځانونه ورڅخه لري وساتي. په خلاصه ډول طبیب باید د ناروځ سره ډير نېډې، صميمې دوست او د فاميل د غړیو په شان وګنې او بنه سلوک ورسره وکړي.

ډاکتر باید د طبابت پاک او مقدس مسلک ته تجارتی شکل ورنکړي او د دواخانو او درملتونو د مالکانو، لاپراتوارو تر اغیزې لاندې ځان رانه ولې.

دویم خپرکی

د تاریخچې اخیستل

په فزیکي تشخیص کې د دقیقې تاریخچې اخیستل په لومړي پرأو کې خورا ارزښت لوړ که تاریخچه په غور وانه خستل شي نو د تشخیص زیاتې ستونځې رامنځ ته کیدی شي. د تاریخچې اخیستل د کلینیکي معایناتو په لومړي پرأو کې ځای نیولی دی چې په لاندې توګه په تفصیل سره تشریح کېږي:

Phases of clinical examination د کلینیکي معایناتو پرأوونه:

کلینیکي معاینات دری پرأوه (phases) لري:

لومړي پرأو: د تاریخچې اخیستل

دوهم پرأو: فزیکي معاینات

دریم پرأو: تشریح کول

هدف:

معلومات لاسته راول، د هدف پیداکول او کوم معلومات چې حاصلیوی دهنه په باره کې تصمیم نیول دي.

History (تاریخچه):

پیژندګلوي:

ډاکټر باید د ناروغ د نوم او وظیفې پوښته وکړي او که چیرې ناروغ جواب نشي ورکولی نو دا به سه وي چې د هنځه د پایواز خخه د ناروغۍ په هکله پوښته وشي. ډاکټر باید د ناروغ خخه د تاریخچې اخیستلو پوخت کې ځان ورته د ملکړي په شکل معرفی کړي تر خو د ناروغ سره د تاریخچې اخیستلو په وخت کې د کوم مشکل سره مخامنځ نشي او پدې ترتیب د ناروغ anxiety کمیرې او په هنځه حالاتو کې لکه د حافظې په خرابوالی کې او د خبرو کولو په مشکلاتو کې ډېر ۾ هم دی.

:Interview technique

د ناروغ خخه د تاریخچې اخیستلو تخنیک او لاره:

د خه شي په باره کې باید پوښته وشي:

د تاریخچې اخیستنه او پوښته کول باید د ناروغۍ مطابق وشي په ۱-۲ جدول کې باید د ناروغ خخه د هنځه د ناروغۍ مطابق مختلفې پوښتنې وشي له دې امله که چیرې د ډاکټرانو سوالونو او پوښتو ته د ناروغ استجواب منفي وي نو ډاکټر په غلطه او ناسمه لار

بیاپی او که چیرې د ناروغ حواب ډاکټر ته صحیح او مثبت وي نو ډاکټر په سمه لار رهنمایی کوي او د نورو پونتنو چانس برابروي.
خنکه پونتنه باید وشي؟

ډاکټر باید داسې اسان الفاظ په جملاتوکې استعمال کړي تر خو ناروغ پري و پوهېږي او ډاکټر باید د طبی اصطلاحاتو او نورو عمومیاتو خخه اجتناب وکړي. په عمومی صورت سره دوھ ډوله پونتنې کېږي چې یوې open inquiry او بل یې closed inquiry په نامه سره یادېږي.

Open inquiry خلاصې پونتنې په عمومی صورت د خنکه؟ ، خه شي؟ او ولې؟ په کلماتو سره کېږي چې ددې پونتنو پواسطه ناروغ ته ددې وخت برابرېږي چې ډاکټر ته د خپلې ناروغی او تاریخچې په هکله معلومات ورکړي.

Closed inquiry ددې پواسطه د ناروغ تاریخچه او مهم تکي توضیح او بسکاره کېږي. په عمومی صورت سره د تاریخچې اخیستلو شروع په خلاصو پونتنو open question سره کېږي. تر خو چې د موجوده مشکلاتو په هکله معلومات ورکړي. او ډاکټر لپاره د زیاتو معلوماتو حاصلولو په خاطر د بندې پونتنې closed question خخه هم ګته اخیستل کېږي. د معلوماتو د راټولولو خخه وروسته ځینې تشخیصه تکي چې پېړ مهم دي د هغنو خخه په ګټې اخیستو سره تاریخچه په مخ بیايو او هغه تکي چې د یادولو وړ ندي د هغه خخه صرف نظر کوو:
closed inquiry او Open inquiry

Open inquiries یا خلاصې پونتنې:

- د خپل درد په باره کې معلومات راکړه؟
- دغې ناروغی ستا په ژوندانه خه ډول اغیزې غورزولي دي؟
- ددې ناروغی په مقابل کې ستا عکس العمل خنکه وي؟

Closed inquiries یا بندې پونتنې:

- سرد درد مو کله شروع شویدی؟
- د سینی درد مو درلوده؟
- ستا په شان د کور نور غړي دا تکلیف لري او که نه؟
- ایا سکرت څکوئ؟ که چیرې څکوئ نو په وړ کې خو دانې؟

یادونه:

Open inquiry closed inquiry ته زیات معلومات لاسته راوړي او نسبت inquiry ته بنه ده. مثلاً که چیرې د ناروغ خخه پونتنه وکړو چې د خه شي سره ستاسي

درد آرامیپری؟ ددې سوال پواسطه ناروغ مفصلًا معلومات ورکوي. او که چیرې داسې و پونبتو چې آیا د دوايی پواسطه ستاسي درد آرامیپری نو دا په دی معنی چې ناروغ د هو او یا نه په ځواب سره سوال قطع کوي او د نورو معلوماتو ورکولو څخه ډډه کوي.

Chief complaint یا عمدہ شکایت:

هغه مهم او یا عمدہ تکلیف چې ناروغ یې روغتون یا داکتر ته په ورتک مجبور کړي وي باید د ناروغ د خولي څخه په اصلی شکل ولیکل شي او که چیرې ددې شکایتونو څخه په صحیح توګه یادونه ونشی شاید د ناروغی په تشخیص کې مشکلات پیداکړي. ددې عنوان لاندې باید د اعراضو شدت او دوام او په همداې ډول د ناروغی د یادونې څخه باید ډډه وشي که چیرې ناروغ ووایی چې ساه نشم ویستلای او یا په پنسو کې یې پرسوب وي. معاینه کوونکی ددې په عوض طبی او مخصوص اصطلاحات لکه اذیما او یا عسرت تنفس ووایی صحیح عمل نه ګنل کېږي.

Present illness یا اوسنی ناروغی:

ددې عنوان لاندې د ناروغ اوسنی ناروغی ټول حکایت یعنی د هغه شکایتونو تفصیل چې ناروغ یې روغتون ته مجبور کړیدی په مشرح ډول سره ولیکل شي او ناروغ ته باید وخت ورکړل شي چې خپل شکایت د اول څخه تر دې وخته په تفصیل سره بیان کړي. داکتر او یا محصل باید د داسې سوالیه جملو څخه چې ناروغ د هو او یا نه په ویلو سره ځواب ورکړي ډډه وکړي ټکه چې ټینې ناروغان د داکتر د سوالونو په مقابل کې د هو او یا نه په ویلو سره ځواب ورکوي او هم باید داکتر داسې کوښن ونه کړي چې خپل مفهوم ته د ناروغ په افاده کې ځای ورکړي لکه (درد درته په داسې حال کې چې قدم وهی پیداکړې همداسې نده؟) حال دا چې ددې په عوض داکتر باید داسې پونښنه وکړي چې، (کوم شیان ستا د درد د پیداکېدو سبب کېږي؟) نو ناروغ ددې سوال په ځواب کې داسې وايی چې فلانی، فلانی عامل زما د درد د پیداکېدو او یا زیاتیدو سبب کېږي کله چې د ناروغ څخه ټول شوی معلومات راجمع شول معاینه کوونکی باید په ډير دقت سره د یوې ناروغی عمدہ اوصاف په بیل شکل ترتیب او تنظیم کړي یعنی د هر شکایت وصف، شروع، تاریخ، دوام او اړیکې یې د بدنه د نورو وظیفوی فعالیتونو سره او هغه بنه والی او یا زیاتوالی ددوا په مقابل کې چې نوموري ناروغ اخیستې دی ورڅخه پونښنه وشي د درد څخه برسيره که چیرې ناروغ نور مشکلات او اعراض ولري باید د لاندې ځوابونو په شان د هر یو په مقابل کې معلومات راټول شي.

د درد وصف:

درد کېدای شي چې د ناروغ پواسطه sharp یا تیز dull یا گنګ او ،
crushing, stabbing, tingling, burning,

دوام: د درد ددوام پوښته ضروري ده مثلاً درد دوامداره وي او که وقفوي.

که چېري وقفوي وي نو د درد د حملو او فربیکونسي پوښته وشي او که چېري دوامداره
وي نو د درد په دوام کې چې کوم تغیرات راحي د هغه پوښته باید وشي.

حای:

يا دردونه معمولاً موضعی وي مثلاً ankle sprain حال دا چې حشوی او
د قلبی angina دردونه منشر وي.

تشدید کوونکي فکتورونه:

په ځینې حالاتو کې درد تشديديدونکې به نيسېي لکه غذا او فعالیت د زړه په اسکېمیا
naroghanو کې.

آراموونکي فکتورونه:

هغه فکتورونه کوم چې د درد د آرامولو سبب کېږي عبارت دي: له استراحت سره د
angina دردونه ارامېږي.

:Post-medical history

:(P.M.H)

د ناروغ تېره شوې تاریخچه د اوښي ناروغۍ يا اولني اعراضو او علايمو سره
مغالطه نه کړو بلکې دا د هغه حالاتو د مشابه اعراضو خخه چې د مخکي عمر په دوران
کې ناروغ ته پيداشوی وي يادونه کوي، مثلاً ناروغ د دوامدارې تې او malaise يا خان
درد او خستکي خخه شکایت کوي او ناروغ اوس فعلاً په انتاني اندوکاردايتس مصاب
دي. پدې حای کې باید د ناروغ خخه د زړه د پخوانې روماتيك ناروغيو پوښته وشي.

د پخوانې تاریخچې په لیکلو کې باید لاندېنې تکي په پام کې ولرو.

د اړونده ناروغۍ په پخوانې تاریخچه کې د هغه پوښته ضرور ده مثلاً که ناروغ ته د پايلور
تضيق پيداشوی وي نو باید په پخوانې تاریخچه کې د پېپتیک ناروغيو پوښته وشي او
همدا ډول د عملیاتونو او په روختون کې د ناروغ د بستر کېدو شميره په تفصیل سره ذکر
کول اهمیت لري. په تېره شوې تاریخچه کې باید د ناروغ د ماشوم توب د ناروغۍ پوښته

وشي (دا په هغه صورت کې چې د ناروغۍ او سنی ناروغۍ د هلک توب د ناروغۍ په شان او د هنود بقاياو لور ته فکر وشي د اهمیت وړ ۵۵.

Drug history

ددوا تاریخچه:

د دوا تاریخچه ډېره مهمه ۵۵، پدې چې باید د ناروغ خخه د هنود نسخو او نورو دواګانو چې يې اخیستي دی پونتنه وشي. د هرې دوا نوم او د درملنې د دوا موده باید ذکر شي او د هغه جنبي عوارضو چې ددې درملنې په جريان کې پیداکړې پونتنه وشي. په حینو حالاتو کې ناروغ د دواګانو نومونه نه پېژني باید هغه ته ددې اجازه ورکړل شي چې هغه دواګانې راوړي. په حینو حالاتو کې د ناروغ تجربه او practice په تاریخچه کې ډېر ضروري دی حکه حینې وخت هغه کسان چې دوا ته معتاد (drug addict) وي زیاتره دوي قصداً ډاکتر غلطې لار ته بیابې او خپله ددوايی تاریخچه په صحيح صورت سره نشي ویلاي.

دوايې، حساسیت او الرژی: په حینو حالاتو کې ډاکتر باید د ناروغ خخه (که چېږي ناروغ ته معلوم وي چې فلانی دوا سره حساسیت لرم) پونتنه وکړي حکه چې زیاتره ناروغان د دوايې حساسیت له کبله خطرناک حالت غوره کوي او د هنوي د مرگ سبب کړې.

کورنۍ تاریخچه:

څرنګه چې حینې ناروغۍ په ارثي توګه د والدينو خخه اولاد ته تیرېږي لدې کبله کورنۍ تاریخچه یو کلینیکي اهمیت لري او پدې کې د ناروغ خخه د open inquiry سره پونتنې شروع کړې او ناروغ ته ویل کړې چې د هغه ناروغیو په باره کې معلومات راکړه چې ستاسي په کورنۍ کې (پلار، مور، خویندو، ورونو کې او بل خوک د ستاسي خخه) موجود دي. مثلاً د شکرې ناروغۍ او hemophilia په یو فامیل کې نظر نورو کورنۍو ته زیات وي. په حینو حالاتو کې محیطي فکتورونه هم په فامیلی تاریخچه کې رول لري مثلاً یوه بنځه چې سکرت نه شکوی او په bronchogenic کارسينوما باندي مصاحبه وي پداسي حال کې ددې خخه پونتنه وشي چې ددې خاوند او یا نور نزدې خپلواں بې چې د سکریت خکولو له امله مړه شویدي ددې ورسه نړدي تماس موجود وو. په همدي ډول د کور یو غړي یا یو نفر د depression ناروغۍ لري ولې د کور نور غړي بې روغ او ددې ناروغۍ خخه په امن کې دی پداسي حال کې چې د دوي د کور زیاتره غړي د suicide یا ځان وزنې په عمل اخته شویدي.

ټولنیزه تاریخچه:

په اوسني وخت کې د ډاکترانو د پرکتس یوه زیاته برخه وظیفوی ناروغۍ (روحی، جنسی او د اسی نوري) تشكېلوی ددې خخه برسېره عضوي ناروغۍ دوام د ناروغ د چاپېریال او د ناروغۍ د روحی تشویش سره مسقیماً اړیکې لري، پدې لحاظ د دادسې معلوماتو راتولول د ناروغ سره د ډاکتر د نزدې او صمیمي اړیکو پیداکول ضرور دي یعنی ډاکتر باید د ناروغ روحی تشوشت جنسی میلان، بهه خلق، بدخلق او د هغه علاقه د محیط او وظیفي سره ځانته څرګند کړي.

عادات:

ددې عنوان لاندې ډاکتر باید د ناروغ عادت د سگرتو، د الکولو، خوب، خوراک، تفریح او دواکانو اخستل په تفصیل سره تشریح کړي یعنی که چېږي ناروغ سگرت څکوی د هغه د ورځني مقدار او د هغه د څکولو د مودې پونسته وشي.

شغلي تاریخچه:

زياتره ناروغۍ په هغه کسانو کې چې زیات ورسه سر و کار لري پیداکېږي مثلًا - anthrax
په هغه کسانو کې چې د حیواناتو د پوستکي سره سر او کار لري.
- Pneumoconiosis د سلیکان د دوامداره تنفس خخه پیداکېږي.
- د سرب تسمم په رنګمالانو او بطري جورونکو کې پیداکېږي.
- د پوستکي ناروغۍ په هغه کسانو کې چې زیاتره د کېمیاوي موادو او شعاع ګانو سره په تماس کې وي پیداکېږي.

د واده تاریخچه:

پدې ځای کې د مېړه او بشنجي صحت، جنسی مطابقت او غیر مطابقت او د هغه همکاري یو د بل سره او د هغوي د اولادنو شمیر او د صحت په باره کې پونسته وشي.

هغه ناروغان چې د تاریخچې اخیستلو په وخت کې مشکلات لري:

دا صحیح خبره ده چې زیاتره ناروغان د تاریخچې اخیستلو په وخت دیو سبب له کبله مشکلات لري چې دغه مشکلات په لاندې ډول ذکر کېږي.

1- که چېږي د ناروغ وضعه ډیوه خرابه وي (شدید درد لري، په زیاته اندازه وينه بهیدنه لري، یا ناروغ کانګې لري او یا شدیده نفس تنکي لري)

د پورتنې مشکل د حل لپاره باید لاندې ټکي په نظر کې ولرو:

- په چېکې سره د ناروغی اندازه او حالت معلومول
 - ناروغ تداوی کړي.
 - د تاریخچې د لاسته راولو لپاره د دریم نفر خخه ګټه اخستل.
 - د تاریخچې تکرار او مشرح لیکل په هنډه وخت کې چې ناروغ دې ته چمتو شو چې سوالونو ته حواب ورکولی شي.
- ۲- که چیرې ناروغ د دماغي ظرفیت کموالی (mental incapacity) (confuse، Had خرابوالی دماغي خپړتیا)، د پورتنې مشکل د حل لپاره لاندې تکی دې په نظر کې ونیول شی.
- دا یقیني شي چې د ناروغ خخه معلومات لاسته نشي راتلای.
 - نو د تاریخچې پوښتني باید د دریم کس يا د هنډه د خپلوانو خخه یعنی اولاد، زوي، لور، پلار، موراو نورو خپلوانو خخه وشي.
- ۳- که چیرې ناروغ د خبرواترو مشکلات ولري یعنی ژبني مشکلات ولري نو پدې وخت کې که چیرې د ناروغ اجازه وي د هنډه لپاره ترجمان راوستل شي او که چیرې ترجمان په هنډه ځای کې موجود نه وي باید د یو لري او یا بل ځای خخه مثلاً سفارت خخه ترجمان راوستل شي.
- ۴- که چیرې ناروغ حسي مشکلات ولري (mutism-deafness) پدې حالت کې که چیرې ناروغ لیکل او لوستل کولای شي باید د هنډه خخه قلمي پوښتني یعنی د لیکلوا پواسطه ترې پوښتني وشي او که چیرې بي سواده وي باید د هنډه خپلوان چې ددې خبرې او اشارې تمیل کولای شي استفاده وشي.

دریم خپرکی سمپتومتولوژی

د سیستمونو تکرار :Review of system

په دغه برخه کې د جهازاتو د اعراضو خخه پوبنتنه کېږي اعراض د ناروغ په ڙبه ورته ترجمه او ورڅخه پوبنتل کېږي symptomatology د review of system برحه ۵۵. هغه اعراض چې ناروغ یې روغتونه ته په ورنګ مجبور کړي دی په تاریخچه کې پوره واضح کېږي اما یو تعداد نور اعراض چې د ناروغ په وړاندی پټ پاڼه دی په review of system کې کله چې پوبنتنه کېږي راخرکنديې او ناروغ خپل حکایتونه په تفصیل سره بیانوی لکه چې یو ناروغ د ځیګر په سیروزس مصاب دی، نو په تاریخچه کې (د PI او عمدہ شکایت په برخه کې) به د زېږي، بې اشتھایي او ګیدی پرسوب د اعراضو خخه شاکې وي. هغه اعراض چې د احتلاطاتو په وخت کې پیداکېږي لکه د مری، وریس او یا Hematemesis چې مخکې ورته پیداشوی دی په تاریخچې کې د نظر خخه پاتې کېږي مکر کله چې داکتر په review of system کې د G.I په برخه کې د melenag پوبنتنه کوي نو ناروغ زر متوجه کېږي او په کانګو کې د ویني د رائک خخه حکایه کوي او یا د پولی کستیک ناروغیو د اعراضو پوبنتنه کېږي د بولی جهاز تشوشتات لکه پایلونفراتیس او یا د پولی کستیک ناروغیو د اعراضو لکه hematuria خخه به شاکې وي چې دا په تالی ډرل د لور فشار لامل کېږي. چې د فزیکې معایني په وخت کې تشخیص کېږي. د review of system په برخه کې د اعراضو پوبنتنه د سر خخه شروع ترښتنی اطرافو یعنی lower extremities پوري دوام ورکول کېږي. په review of system کې طبی پرسونل کولای شي چې طبی Terminology استعمال او په خلص دوں یې ذکر کړي خو ناروغ ته باید په خپله ڙبه توضیحات ورکړل شي.

سر:

د ناروغ خخه د سر په برخه کې د سر ګنکسی (dizziness) سر چر حې (vertigo) او د سر درد پوبنتنه وشي.

غور:

د غور په برخه کې د اوریدلو، tinitis (دغورد برنس) ، otorrhea د غور خخه دسچارج خارجیدل، د غور بندش او نورو پوبنتنه وشي.

پزه:

د پزه په برخه کې د بوی د حس چې په olfactory. اپه لري او لومړۍ زوج دی پونسته وشي که ناروغه بوی په غلطه احساس کړي دغه حالت ته parosmia وایي مثلاً که د ناروغه پزه ته ګل وړاندې کړي هغه د بل بوی احساس کوي او یا ناروغه هیڅ بوي نشي احساس کولایي لکه په سفلیس کې چې د شامې عصب ضمور کوي چې دغه حالت anosmia وایي په همدي توګه د ناروغه خخه د epistaxis (د پزه خخه د وینې د رائک) پونسته وشي چې دا په لور فشار ناروغانو کې هم لیدل کېږي او یا په داخل د پوزې کې کوم افت موجود دي او یا به یې علت ترضیض وي چې ځینې کسان عادتاً په پوزه کې گوتی وهی او یا به د پوزې داخلي افت وي په همدي توګه sneezing (پرنجې) چې په الرجيک ناروغانو کې د پوزې مخاطي غشا حساس کېږي او ناروغه زیات پرنجېږي. او یا د پوزې د بندش، د پوزې افرازاتو Nasal discharge په هکله پونسته وشي چې په ځینو انتاني ويروسی او الرجيکي حالاتو کې د پوزې خخه او به راحي. د پوزې بندش د پوزې په حجابي انحراف، ترضیضاتو او په ويروسی common cold ناروغیو کې هم لیدل کېږي.

ستونی:

د ناروغه خخه د ستونی درد sore throat پونسته وشي او هم د اواز خپوالي hoarseness او د مری د پرسوب، عسرت بلع او د Croup په هکله پونستې وشي.

غاره:

د غاره په برخه کې د غاره د شخواي Neck rigidity، د غاره د حرکاتو محدودوالي په برخه کې ورڅخه وپوښتل شي چې د غاره شخي په meningitis ناروغانو کې لیدل کېږي. په غاره کې د کتلاتو او لمفاوي عقداتو او هم ورڅخه د جاغور په هکله پونسته وشي

سینه:

د سینې په برخه کې د سینې درد Chest pain، بلغم sputum، عسرت hemoptysis، تنفس wheeze (dyspnea)، سیانوزس، نوروڅخه پونسته وشي.

د زړه او رګونو په برخه کې:

د زړه او رګونو په برخه کې د orthopnea، edema، dyspnea، pericardial pain او hemoptysis، palpitation (paroxysmal nocturnal dyspnea) PND نورو پونسته وشي.

هضمی جهار:

د هضمی جهار په ناروغیو کې د بطن درد，Abdominal pain، اسهال constipation (زړه بدوالی)،، استفراق vomiting (vomiting)،، hematemesis (د ویني رائک په ګانګو کې)،، melena (په غایطه موادو کې د تور رنګه ویني موجودیت)،، Anorexia (بې اشتهايی)،، heart burn (د زړه سوزش)،، water brush (د سپینې صافې مایع رائک خولي ته)،، Regurgitation (مقدی خونریزی او بواسیر په باره کې پونسته وشي)،، پاتې د نه وي چې نوموري اعراض د هر جهار په اړونده فزيکي معایناتو کې په تفصیل سره تshireح کېږي.

بولی جهار:

د بولی جهار په برخه کې د پینتورګو د کولیکي درد Hematuria (په ادرار کې د ویني موجودیت)،، فریکونسی (ادرار ته زر ټک)،، polyurea (د ادرار زیاتوالی) (په مشکل سره ادرار کول)،، dribbling (دوه داري ادرار)،، droplling (خاځکي خاځکي ادرار) د ادرار سوی او په ادرار کې د pus د موجودیت او هم د ادرار د بندش پونسته وشي.

تناسلي:

د نارينه خخه د انتعاذه Erection (عدم اقتدار جنسی)،، libido (جنسی اشتها) د خصيو د موجودیت، عدم موجودیت، جسامت په هکله پونسته وشي او بنخینه ناروغانو کې د menarche (اولنئ میاشتني عادت) خخه پونسته وشي په اروپايوی هیوادو کې نجوني زر بلوغ ته رسپری چې په ۱۲-۱۳ کلنۍ کې میاشتني عادت راخي او وروسته پاتې هیوادو کې خصوصاً زمونږ په هیواود کې حتی تر ۱۶ کلنۍ پوري میاشتني ناروغی، کله کله نه راخي چې دا حالت په محیطي شرایطو پوري اړه لري. په ناروغانو کې د amenorrhea (د میاشتني عادت نشتوالی)،، dysmenorrhea (درد ناكه میاشتني عادت)،، polymenorrhea (میاشتني عادت مقدار زیات وي)،، vignitis (میاشتني عادت غير منظم او خو څله وي)،، sterility (بې بنیادي)،، menometrorrhagia (درد ناكه جماع)،، d سقطو (Abortio) په باره کې پونسته وشي او هم یې لاملونه ولټول شي ایا جنسی تطابق موجود دی که خير؟

سفلي اطراف:

د اطرافو په باره کې د فلچ hemiparesia (نیمايی طرف فلچ)،، paralysis (نیمايی طرف بي حسه)،، د سنو چوخیدل intermittent tingling sensation (tingling sensation)،، claudication (د عضلاتو د ضعيفي او د پښو د پرسوب په هکله پونسته وشي)،، چې تر دغه

وخته پوري د ناروغ خخه معلومات د تاریخچې په شمول اخیستل کېږي وروسته له دي خخه په ناروغ فزیکي معاینات اجراء کېږي. مخکې له دي خخه چې د فزیکي معایناتو مبحث شروع شي ضروري ده چې يو خل د هنوه مهمو اعراضو خخه چې ناروغ روغتونون ته په ورئک مجبوروی او عام دی او هم د symptomatology يوه برخه جوروي رنا واچول شي.

زيات معمول اعراض:

خرنکه چې Symptomatology د ناروغ د اعراضو خخه بحث کوي او اعراض هم زيات دی، همدا دول د هر جهاز اعراض د هنوه جهاز د فزیکي معایناتو د شروع خخه مخکې په تفصيل بيانيېري خو په عامه توګه هنوه اعراضو خخه چې ناروغ روغتونون او يا ډاکټر ته په ورئک مجبور کېږي په لاندې دول ورخخه يادونه کېږي:

-۱	Fever	-۲	Pain	-۳	Dyspnea	-۴	Cough	-۵	vomiting	-۶	گانګي	-۷	Nasal discharge	-۸	Miosis	-۹	weakness	-۱۰	mass	-۱۱	headache
----	-------	----	------	----	---------	----	-------	----	----------	----	-------	----	-----------------	----	--------	----	----------	-----	------	-----	----------

:fever تبه يا

د انسان وجود ددي قابلیت لري چې د بدن د حرارت درجه په ثابت حالت کې وساتي چې دا ساتنه په هایپوتلموس کې د حرارت د مرکز په کنترول پوري اړه لري. نارمل د وجود د حرارت درجه C 37.5 ده. د وجود د حرارت درجه په مطلق شکل ثابت نشي ساتل کیدي. د وجود د حرارت درجه د ورځې په اوږدو کې لې خه کم او زيات سره فرق لري د تې په هکله باید لاندې پوښتنې وشي:

1. تبه خه وخت شروع شوه ايا تبه په تدریجی دول پیداشوی ده؟
2. ايا تبه متقطع، دوامدار دول او يا نوبتي ده؟
3. ايا تبه لوره درجه او يا تیته درجه ده؟
4. د تې سره خوله او لړزه شته او که نه؟
5. د تې سره نور اعراض لکه زړه بدوالۍ، استفراق، اسهال، دسینې درد، او يا د ستونې درد (sore throat, hemoptysis) شته او که نه؟

درد : Pain

د درد په هکله هم د ناروغ خخه باید لاندې پونتنې وشي.

۱. درد موقعیت: درد په کومه برخه د وجود کې موقعیت لري چې د موقعیت خای په ارونده جهازو کې په مختلفو اشکالو د اوصافو سره خرگندېږي ایا درد موضعی دئ او که عمومي؟

۲. د درد خپریدل: ایا درد خای په خای وي او که کومې خواته انتشار لري چې د درد د انتشار هم په مختلفو ناروغیوکې فرق کوي. که درد د سینې په چې خوا کې وي او چې لاس ته انتشار وکړي نو د زړه ischemic ناروغیو خواته فکر کېږي.

۳. د درد خصوصیت او وصف: درد لاندې اوصاف لري:

• ياسوزشی وصف Burning.

• او يا Stubbing crushing د خنجر و هللو وصف.

• Gripping نیولی وصف.

• Pricking د ستنې چوخولو وصف.

• Dull مبهم یا ګوئک درد

۴. د درد شدت او وحامت: درد شدید، متوسط او یا کم دی.

۵. د درد زیاتونکې فکتورونه: خه شیان د درد د زیاتیدو لامل ګرځی لکه د سینې هغه درد چې د تمورین سره زیاتېږي زیاتره د زړه ischemic ناروغیو خواته فکر کېږي او یا د بطون د پورتنې برخې هغه درددونه چې د شیدو خورلو سره زیاتېږي زیاتره د صفراوي ګخورې په التهاب دلات کوي او هغه درد چې د سینې له پاسه پیداکېږي او د شهیق په وخت کې زیاتېږي زیاتره pleuritis خواته فکر کېږي.

۶. د درد د کمیدو او د منځه ورلو فکتورونه: د ناروغ خخه پونتنې کېږي چې کوم شیان ستاسي درد کموي او یا د منځه ورۍ. لکه د سینې درد چې د استراحت په وخت له منځه ځې زیاتره د I.H.D خواته فکر کېږي او یا هغه بطني درد چې دايې ګاستریک epigastric په ناحیه کې وي او د شیدو خورلو پواسطه ارامېږي د peptic ulcer خواته فکر کېږي.

۷. درد سره اضافي اعراض: ایا درد سره نور اعراض ملګري دي که چېږي درد د peptic ulcer په ناحیه کې وي او hematemesis ورسره یو خای وي د epigastric

- خواته فکر کېږي او که چيرې درد په نېي طرف پورته خواکې وي او زېړي ورسره یو ځای دی د حیګر ناروغۍ ته فکر کېږي او که درد سره hematuria یو ځای وي او په تشوكې وي د پښتوړ ګو د تېرو خواته فکر کېږي.
۸. د درد اړیکې د وضعیت سره: په دې برخه کې باید د بدن د وضعیت په تغیر سره د درد تغیرات په نظر کې ونيول شي.
 ۹. د درد دوا: ایا درد دوا مداره دی او یا colic دی؟
سالندۍ یا dyspnea :
د سالندۍ په هکله لاندې پونستې په نظر کې ونيول کېږي.
۱. سالندۍ د کومو حالاتو سره یو ځای لیدل کېږي. سالندۍ د تمرين او فزيکې فعالیت په وخت کې یا د استراحت په حالت کې (orthopnea) لیدل کېږي. که سالندۍ د فزيکې فعالیت څخه وروسته منځ ته راځي نو د فزيکې فعالیت درجه (کمه، متوسط او وخيمه درجه) باید په نظر کې ونيول شي؟
 ۲. سالندۍ ناخاپې پیدا او یا په تدریجی شکل سره منځ ته راغلی دی؟
 ۳. د تنفس وصف خرنګه دی ایا تنفس چټک، wheezing او یا وقفوي وصف لري؟
 ۴. تنفسی مشکل په کومه درجه دی: ایا ناروغ د تنفسی مشکل او dyspnea په وخت کې کولپس اختیاروی؟
 ۵. ایا سالندۍ د ټوخي، خولو او یا د زړه ضربان سره یو ځای وي؟
 ۶. ایا ناروغ د سالندۍ حملاتو تر منځ بې اعراضو وي؟

ټوخي Cough :

- د ټوخي په هکله باید لاندې پونستې وشي.
۱. د ټوخي دفعات خو دی؟
 ۲. د ټوخي وحامت: ایا ټوخي کم متوسط او یا شدید دی؟
 ۳. ایا ټوخي د ورځې په ځینو مخصوصو وختو او یا د شې له خوا پیدا او یا موسمی دی؟
 ۴. ایا ټوخي د ځینو مخصوصو حالاتو له کبله منځ ته راځي؟ کله کله ټوخي د ګرد او دوړو، د ګلانو بوي یا د محیطي ځینې نورو حالاتو له کبله پیداکېږي چې د الرژیک ټوخي allergic cough په نامه یادېږي.
 ۵. ایا ټوخي وچ او یا لوند دی؟ که چېږي ټوخي د بلغمو سره یو ځای دی د بلغمو مقدار رنګ او بوي خرنګه دی؟ ایا په بلغمو کې وينه موجوده ۵ چې د

۱. د بلغمو سره hemoptysis چده او یا به بلغمو کې د وینې خطونه لیدل کېږي؟
۲. د کانګو په هکله باید لاندې پوښتنې په نظر کې ونيول شي.
۳. د کانګو دفعات کانګي Vomiting.
۴. ایا کانګي په شدت سره منځ ته رাহي يعني فوراني وصف لري (projectile vomiting)
۵. د کانګو مقدار، بوی، رنگ او محتوى باید ولنيول شي.
۶. ایا په کانګو کې وینه موجوده د چېړي وینه موجوده وي دمقدار له نظره خومره او کوم رنگ لري؟
۷. نور اعراض لکه د شرسوفي د ناحيې درد شته او که نه؟

اسهال Diarrhea:

۱. ایا اسهال دوامداره د ورځي په اوړدو کې موجود دی که په intermittent شکل دی او د intermittent په حالت کې د دفعاتو په منځ کې د وخت دوام خومره دی؟
۲. په ۲۴ ساعتو کې د غایطه موادو دفعات خومره دی؟
۳. د غایطه موادو رنگ، بوی او د هغى محتوى باید تشريح شي.
۴. ایا په غایطه موادو کې مخاط او وینه شته؟ که چېړي وینه موجوده وي رنگ (سور، تور، خرنکه دی او یا وینه د غایطه موادو سره مخلوط او یا بیله ده).
۵. ایا اسهال د نورو اعراضو سره لکه بطني درد، کانګي، تبه او یا د وزن بايللو سره یو خای دی.
۶. ایا ناروغ د کومو غذايي موادو تاريچه مخکې لدې چې ورته اسهال پيداشوی لري او که نه (غذايي تسمم).
۷. د Tenismus تاريچه موجوده د د که نه.
۸. ایا اسهال ناروغ د ژوند په محیط کې نور خلک په اسهال اخته دی؟

يا جهکي: Fits

د جهکي په هکله باید لاندي پونستني وشي.

۱. د جهکي طبیعت خنگه دي؟

۲. ايا جهکي موضعی يا عمومی دي. شدت او دوام يې خومره دي؟

۳. ايا د شعور ضیاع موجوده ۵۵ دی؟

۴. د مقعدی او بولی معصرود له منځه تللو تاریخچه موجوده ۵۵ دی؟

۵. د حملې په وخت کې د غورځیدو او زخم تاریخچه موجوده ۵۵ دی؟

۶. نور اعراض لکه د ڙې چېچل د سترګو د گاټو انحرافي حرکات د حملې په وخت
کې موجود دی (چې په میرګيو دلالت کوي)؟

۷. ايا د Aura حالت موجود دی؟

ضعيفي يا Weakness

د ضعيفي په هکله باید لاندي پونستني په نظر کې ونيول شي.

۱. د وجود ضعيفي په تدریجي ډول يا ناخاپي منځ ته راغلي دي. په تدریجي شکل يې
دوام خومره دي؟

۲. د وجود ضعيفي موضعی ۵ که عمومي، که چيرې موضعی وي کومه برخه د وجود
پري اخته شوبده؟ په فلچ يو لاس يا یوه پنسه (monoplegia) دواړه پنسی
(Facial) د وجود نيمائي برخه (hemiplegia) يا د مخ نيمه برخه
اخته شوبدي (palsy).

۳. د ضعيفي درجه خومره ۵۵ دی؟

۴. ايا د ضعيفي سره نور اعراض لکه د شعور د منځه تلل، تبه، د سردرد، د غاري
شخوالۍ، د حسیت د منځه تلل او رعشه وجود لري؟

۵. د سر د زخم او يا ټې پخوانۍ تاریخچه وجود لري؟

۶. په کوم وخت کې ناروغ د ضعيفي احساس کوي؟

سردردي يا Headache

د سردردي په هکله باید لاندي پونستني وشي.

۱. د درد خصوصيت: ايا درد کوند، تيز او يا Throbbing وصف لري

۲. د درد دوام: درد په دوامدار چول دی او که په intermittent شکل چې په دې

آخرني حالت باید لاندې تکي وپونتل شي:

• د حملو دوام او شمېر.

• درد د ورځې په کوم خاص وخت کې پیداکېږي؟

• ايا Aura حالت وجود لري او که نه ؟

• کوم فکتورونه سردردي کموي او یا زباتوي؟

۳. د سر په کومه برخه کې درد موجود دی ايا درد په occipital يا Frontal

موجود دی او که درد د سر نیمايی برخه نیولی وي چې په migraine دلالت

کوي.

۴. ايا درد سره نور اعراض لکه کانګې، زره بدوالۍ، انحطاطي حالت (Depression)،

بي خوبې (insomnia)، د ستړګو د دید خرابوالۍ او د شعور له منځه تلل وجود

لري.

۵. ايا د سر زخم، لور فشار، د غاري شخوالۍ، د شعور د منځه تللو تېره شوې تاریخچه

موجوده.^{۵۵}

کتلې يا Mass:

د کتلې په برخه کې باید لاندې شيان په نظر کې ونیول شي:

د کتلې موقعیت، اندازه، او تعداد یې خودی؟ سطحه یې لشمه بنویه او یا سخته د. قوام،

حرکت، حساسیت، نبضان او تموج لري د کتلې دپاسه جلد متحرک او یا ثابت دی. د

کتلې دپاسه د پوستکې التهابي حالت او کوم sinus موجود دی که نه؟ عضلي پرسوب د

کتلې سره یو ځای او یا په ځانګړي توګه وجود لري.

خلورم خپرکى

فزيكىي كتنې

Physical examination

فزيكىي كتنې په دوه چوله دى:

I. عمومي فزيكىي كتنې

II. سيستميک فزيكىي كتنې

I . عمومي فزيكىي كتنې :General physical examination

مخكى لە دې خخە چې د ناروغ فزيكىي كتنې اجراء كړى شي بايد د ناروغ په بشي خوا کې ودرېږئ د فشار ال، ستاتسكوپ، د عکسې خټک، فيته او صوتىي پنجه په لاس کې ولرئ ضرور ده او هم ناروغ بايد د كتبې د اجراء لپاره مخكى لە مخكى د نرس په ذريعه تيار شي.

د ناروغ د معاینې طریقه او تیاروو:

narough بايد د معاینې په وخت کې حتی الامكان په ارام شکل وي. د معاینې ميز بايد په داسې ځای کې وي چې معاینه کوونکى د ناروغ په دواړو خواو کې لیدنه او معاینه اجراء کړى شي. ناروغ که بشئه وي يا نر بايد په يو محفوظ ځای کې د نرسانو له خوا د معاینې د پاره چې لازم دي تیار شي په دی مانوره کې د چاپيریال د دود په اساس بشايي د معاینې د تیاريدو په وخت کې مشکلات پیداکړي ليکن سره د هنې د نرس د به سلوک په اساس بشايي چې دا ډول ممانعت له منځه لاړشي . يو ډول چېنې چې هم د نرس او هم د بنټوو د معاینې د پاره چې د شا لخوا تړل کېږي زيات رواج لري دا هم بايد ذکر شي که چېږي د بدن د یوې برخې معاینه چې بايد اجراء شي او اجرا نکړای شي په دې شکل نيمګړي معلومات په تشخيص کې غلطې پیداکوي د باګفايته بشينه نرس موجوديت د معاینې د تیاريدو او د داکتر د قانوني ساتنې د پاره ضروري او لازمي دي.

د ناروغ د عمومي كتبې د اجرا خخە مخكى بايد د ناروغ حالت يا condition په نظر کې ونیول شي چې ایا ناروغ په شعوري حالت او يا غیر شعوري حالت کې قرار لوی که ناروغ په غیر شعوري حالت کې وه د کوما درجه یې تعین شي چې ایا په ژوره کوما، نيمه کوما او يا سطحي کوما او يا ناروغ په يو خوبجن حالت کې قرار لوی او يا ناروغ stuporous حالت کې دي او که خنګه ؟ د فزيكىي كتبې په شروع کې نوموري حالات بايد روښانه شي او وروسته ددي خخە په بېرنې ډول د ناروغ د ژوندانه عاليم یعنی د وېنى فشار.B.P، د

تنفس تعداد، د نبض شمیر، د حرارت درجه اندازه او ثبت شي چې نوموري عاليم په اپوند جهاز تو کې واضح شوي دي. د ناروغه د عمومي فزيکي کتبو په اجراء کې لاندي تکي بايد په نظر کې ونيول شي.

۱۴) وضعیت position	۱) عمر Age
۱۵) وینه لبی Anemia	۲) جنس Sex
۱۶) سیانوزس Cyanosis	۳) د بدن حرکات Gait
۱۷) ژیریٰ Jaundice	۴) قدم و هل Gait
۱۸) پرسوب اذیما Clubbing	۵) خبری کول speech
۱۹) Koilonychia	۶) قد او قامت stature
Splinter hemorrhage	۷) د تنفس بوی Smell
۲۰) لمفاوی عقدات Lymph nodes	۸) تغذی Nutrition
۲۱) تایراید Thyroid	۹) حرارت Temperature
۲۲) شریانی وریدی نبض Arterial pulse	۱۰) تبه fever
۲۳) سوء تشکلات Malnutrition	۱۱) د وینیٰ فشار Hypertension
۲۴) د پوستکی حالت Skin condition	۱۲) د تنفس تعداد Respiratory rate
۲۵)	۱۳) مخ Face
۲۶)	:Age عمر

عمر له دې خاطره زیات اهمیت لري چې په مسنو پخوخلکو کې سرطانی امراض، وعايي امراض، اتیروسکلروزس، ترموبوزس زیات واقع کېږي او Wilam tumor په ماشومانو کې لیدا . کېږي .

:Sex حس

Raynaud,s د Ankylosing spondylitis کې زياته ليدله کېري (۱:۵) او د پېښې په نارينه کې ليدل کېري (۱:۱۰) قصبي کارسينوما (۱:۸) په نارينه کې زيات ليدل کېري او همدارنګه جاغور ۹۵% په نارينه کې تصادف کوي.

د بدن حرکات يا په ارادي شکل او يا په غير ارادي شکل وي د انسان ورخني قول د بدن حرکات ارادي دي، لیکن د بدن غير ارادي حرکات چې نورمال نه دي بنائي په شعوري او يا د کوما په حالت کې ولیدل شي. د غير ارادي حرکاتو په جمله کې د سترګي رپيدل (TICS) شامل دی د قول حرکات د سترګي د عضلاتو د مخ او د غاردي په شاوا خوا کي

زياتره په هيچانې يا تشوشىي خلکو کې ليدل کېري. اختلاجات Convulsion چې غير ارادى حرکات دی دا حرکات د عضلاتو د شديد تقلصاتو خخه پيداکېري بسايي چې په Colonic يا Tonic شكل وي تونيك اختلاج د عضلاتو دوامدار تقلص دي، ليكن په colonic اختلاجاتو کې عضلات په متناوب ډول تقلص او استرخا کوي. اختلاجات بسايي د بدن په يوه خوا او يا بسايي په عمومي شكل وي چې په مختلفو ناروغيو کې لکه په ميرگي، يوريميا، د دوا په تسمماتو او تيتانوس کې د ليدلو ور وي. (STYTUS CHOREA DANCE)

چې دا هم غير ارادى او بي مقصده حرکات دی او زياتره په لاسونو او پسنو کې پيداکېري. رپيدل TREMORE (Tremor) هم د غير ارادى حرکاتو د جملې خخه دي چې په مختلفو حالاتو کې لکه ستومانتيا د الكولو تسمم، هايپرتايروديزم، ملتپيل سکليروزس، پرکنسونيزم، هيسبريرا او عصبى هيچاناتو کې پيداکېري. رپيدونكىي جتكىي (Astixia) چې په کبدي ناروغيو کې عموميت لري او زياتره د لاسو په برخو کې ليدل کېري که چيرې لاسونه خلاص او د شاخواته تيله شي همنه لاس بيرته د مخي په لور چې ګوتې يو تر بله لري وي حرکت کوي کله مخي ته او کله شا طرف ته په متناوب ډول حرکت کوي.

قدم وهل Gait:

قدم وهل په ځينو ناروغيو کې په وصفي شكل ليدل کېري په پرکنسونيزم ناروغى کې چې کله ناروغ قدم وهى خپل خان شخ او تنه په قدامى لور چې خپل لاسونه نه خوروسي حرکت کوي او کله خان په قدامى شكل او کله په خلفي توکه د قدم وهلو په وخت کې حرکت کوي او ناروغ ناخاپي د دريدو وړتیا نلري تر هنې پوري چې يوشى ته یې په لاس تکيه نه وي کېري. پرکنسون ناروغان يوازې د قدم وهلو په وخت کې د هنونه ناروغى تشخيص وضع کيدى شي. په همدى دوں دماغي مخيخي او دماغي اهرامي حزمو د خرابې په اثر په ناروغ کې بي موازنې ګېي (Ataxia) هم پيداکېري. د Tabes dorsalis ناروغان چې د نخاع په خلفي برخه کې ناروغى لري او په دې وسیله په دوي کې د ځای د احساس درک له منځه خي. کله چې دوي قدم وهى پښي پوري جګوي او قدم پوري اچوي چې دا ډول حرکات د Sloping Gait په نوم يادېږي. او ناروغ په رنا کې حرکت کوي او په تياره کې په دير مشکلاتو قدم اخلي چې د پورتني ناروغى لپاره وصفي حرکت بلل کېري. په همدى شكل د Hemiplegia ناروغان فلجي طرف ته نيمه دايرې په شان حرکت ورکوي او بياپې په خان پسي کش کوي او که چيرې آفت یې په لاس کې وي لاس د سيني د پاسه کلک نيسې. د مل تېپيل سکليروزس ناروغان په تکاندار او غير ارادى شكل Spastic Gait چې خپل خان یې شخ نبولې وي حرکت کوي.

خبرې كول :Speech

د ناروغ خبرې د ناروغى په تشخيص کې رول لري د حنجري التهاب، توېرکلوز او خبيئه افات د اواز د خپيدو Hoarseness لامل کېږي په همدي ډول په دماغي وعابي آفاتو کې د ناروغ د خبرو وصف تغير خوري او په مشكلاتو خبرې کوي په همدي شان د حنجري عصب د فلچ په اثر اواز ضعيفه او خپل وصف دلاسه ورکوي په خبرو کې بنايي په درې شکله نقصان پيداشي چې د Aphonia, Aphasia, An Athria څخه عبارت دي. په کې اواز د منځه حې په Aphonia کې ناروغ پوهېږي ليکن د خبرو کولو او یا د لغاتو د تکرار قابلیت ناري په An Athria کې د خبرو د نبلولو قدرت خرايېري. په عمومي شکل د خبرو خرابي په ځیني عصبي ناروغيو کې بنايي ولidel شي د مثال په توګه په multiple سکلروزس په خبرو کې توقف په متناوب شکل پيداکړي. په همدي ډول د کورى او parkinsonism ناروغيو کې د خبرو خرابي پيداکړي.

قد او قامت :Stature

قد او قامت د بدن د لوړوالي او ساختمان څخه عبارت دي دير لوړ يا جګ خلک د Giant او هغه خلک چې قدونه یې واره وي Dwarfs په نوم يادېږي چې بنايي ځیني خلک په نورمال شکل دير واره او یا دير لوړ وي ارثیت هم پکي ستر رول لري. که چېږي د قدامي فص هورمون د اېپفييز هدوکې په تركيب او جورښت کې مهم رول لري. د ددې هورمون زياتوالی مخکې د اېپفييز هدوکې (مخکې د ځوانې څخه) د تړلو څخه پيداشي د gigantism څاروغۍ او که چېږي د غدي زيات فعالیت وروسته د اېپفييز د تړلو یا تركيب څخه پيداشي د اکرومیکالۍ د ناروغۍ لامل کېږي چې په دې ناروغۍ کې سر، ژامي، پزه، لاسونه، پښې زيات لوئېږي. واره یا کوچني خلک چې د Dowafs په نوم يادېږي یا بنايي چې د Achondro plastic په شکل وي چې د بدن تول غړي یو تر بله په متناوب شکل واره وي. برسيره ددې په لاسو کې کوبروالی موجود وي او بل شکل ېې د Cretinism په نامه يادېږي چې دا حالت په ولادي شکل د تايرايد د غدي د افراز د نشتوالي څخه پيداکړي. برسيره د فزيكىي نشونما څخه دماغي نشونما پکي هم خرايېري.

د تنفس بوی Smell

د تنفس بوی زباتره د خولي د خرابي حفظ الصحي، د غابسونو چنجن والي او د خولي د مختلفو انتاناتو، د سرو د ابسي او برانشيكたars څخه پيداکړي په همدي ډول د شکر په ناروغانو کې دا ستون او یوريميا په ناروغانو کې د امونيا بوی په تنفس کې احساس کېږي.

الکولي بوی وروسته د الکولو خبسلو خخه زياتره د الکولو تسممی پىښې د تسمم او د ترضيضي پىښو خخه بيلوي.

تغذىي :Nutrition

د ناروغ عمومي صحت وگورى چې ايا ناروغ چاق دى، دنگر دى او که نورمال وزن لري. پرمخ تللئ Emaciation په لاندي ناروغيو کې ليدل کېږي:

۱. سرطاني امراض

۲. د سړو توپرکلوز

۳. د ټوانې د وخت د شکري ناروغۍ

۴. Thyrotoxicosis

د شحم تراکم کېدى شي چې موضعې او یا په عمومي توګه وي لکه په کوشک سندروم او یا په فاميلى شکل.

حرارت :Temperature

د حرارت ددرجې په اندازه کولو کې لومړي باید ترماميتر ته خو تکانه ورکړل شي تر خو د سيمابو ستون 96°F ته بشكته شي وروسته یې د ژې لاندي د ۳-۱ دقيقو لپاره کېږدئ او بيا یې ولوئ که ترماميتر په تخرګاو يا معبني ناحيې کې کېږدئ نو یوه د لوستلو په وخت کې ورسه زياته کړئ کله چې ترماميتر ناروغ ته په حوله کې کېږدئ نو ناروغ ته وواياست چې د خولي له لاري تنفس ونکري او د پوزې له لاري اجراء شي.

تبه :Fever

د تبي اقسام:

۱. دوامداره تبه ده چې په خلوروبيشت ساعتو کې يوه يا نيمه

درجه تغير کوي او د وچکې په ناروغانو کې ليدل کېږي.

۲. نوموري تبه د دوامدارې تبي په شان ده چې په خلوروبيشت

ساعتو کې دوه درجي بشكته او پورته کېږي او نارمل حالت ته راګرخي.

۳. Intermittent fever: کله چې تبه یوازې د ورځې په اوږدو کې د خو ساعتو لپاره موجوده وي او وروسته نورمال حالت ته راخېي دغه حالت ته *intermittent* وايې

(انتناناتو کې ليدل کېږي).

۴. Inverted تبه: په نورمال حالت کې تبه د سهار له خوا کمه او د ماذیکر له خوا

زياته وي لاسن د سړو توپرکلوز کې Inverted وي يعني د سهار له خوا تبه زياته او د

مانښام له خوا کمه وي.

چې تبه يوه ورخ وروسته تکراريوپي: Tertian fever
 چې تبه دوه ورخوي وروسته تکراريوپي: Quartan fever
 د هو چکن په ناروځي، کې ليدل کېږي په دغه حالت کې تبه د
 103f-102 وي او خو ورخو لپاره موجوده وي (د 7نه تر 10 ورخو پوري) او وروسته
 ورخوي بيرته نورمال حالت ته راګړخي.

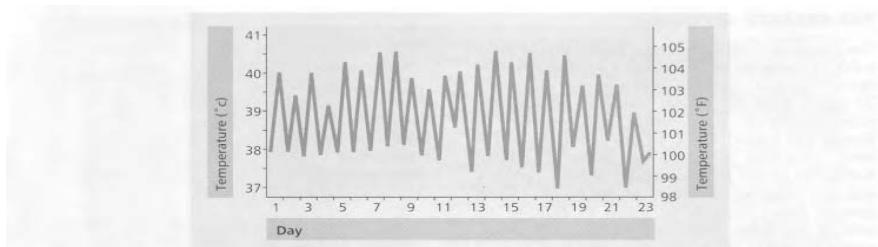
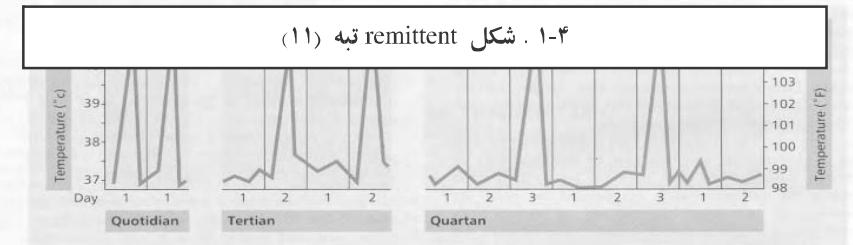


Fig. 1.6 Remittent fever. Patient died on day 23.



(11) . شکل د تبو وختونه را په گوتنه کوي ۲-۴ .

د ويني فشار :Blood pressure

د ويني فشار په قلبي وعائي سيستم کې تري يادونه کېږي.

د تنفس تعداد :Respiratory rate

په تنفسىي سيسitem کې ترى يادونه کېري.

مخ Face:

د مخ مختلف شکلونه په مختلفو ناروغيو کې ليدل کېري:

ناروغى

د مخ شكل

د سپورډي په شان ګرد مخ Cushing..... Moon like face . ۱

د سپورډي په شان ګرد مخ

Perkinsonism..... Mask like face . ۲

د ماغي تاخر Mental Retardation..... Idiotic face . ۳

ستړگي نوتې رډې، مخ اورډ، Hippocratic face . ۴

غمگين چې په peritonitis کې

ليدل کېري.

Sever depression..... Apathetic face . ۵

مخ په فلچ کې Face in facial palsy . ۶

لوې پراخ مخ په هايپرپوتوبيريزم کې Acromegalic face . ۷

په وينه لوې کې Pale face . ۸

سور مخ په لاندي حالاتو کې ليدل کېري Reddish face . ۹

Poly cytemia •

د متراال تضييق •

د اتروپين تسمم •

(جل وھلي) Heat stroke •

لوره درجه تبه •

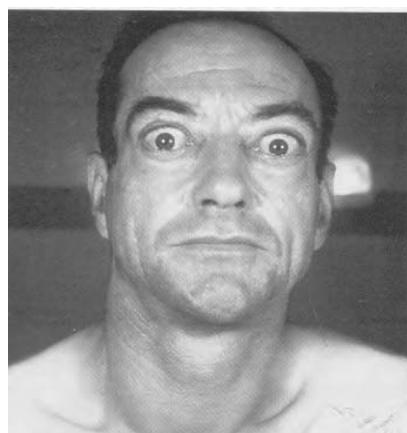
فاميلى •

Uremia..... Dusky face . ۱۰ (په ايرو پوكړئ مخ)



(٤-٤) شكل cushing syndrome مخ (١١)

(٣-٤) شكل Acromegalic مخ (١١)



(٦-٤) شكل thyrotoxic مخ (١١)

(٥-٤) شكل myxedema مخ (١١)

:position

وگورى چې ناروغ په بستره کې خه ډول وضعیت لوړ.

- که یو ناروغ په بستره کې ارام پروت وي او سطحی تنفس کوي ناروغ به د خخه شاکي وي.

- د زړه د عدم کفایې ناروغان نشي کولای چې د شاه په تخته هموار حملې بلکې کینې او شاته بې په جګ بالښت تکیه کړي وي.
- د استما ناروغان همیشه په بستره کې ناست او قدام خواته مایل وي.

- هنە ناروغان چې لوره درجه تې لري سر يې د بالنست خخە بىكتە غلئ او سىست غېنەد پروت وي.
- هنە ناروغان چې د پىنتورگىي په colic مصاب دى په بىستر كې لول په لول اورى او نالارامه وي په بالنست كې چقورى جورۇي او يوه خوا او بلە خوا رغېي.
- هنە ناروغان چې په روماتيزم مصاب دى چې خپل مفاصل او بىندونە د حرڪاتو خخە محدود ساتىي ڭىھە چې بىندونە او اطراف يې درد ناك وي.
- هنە ناروغان چې په Meningitis مصاب دى په بالنست كې كىنده جورۇي ڭىھە چې ناروغ شىدىدا سر درد لوي.

وينە لېرى : Anemia

كلە چې د هيمو گلوبين سویە د نارمل حالت خخە بىكتە كېرىي وينە لېرى، بلل كېرىي. د وينە لېرى ناروغ فزيكىي معابىنە په لاندى بىرخو كې صورت نىسى:

- ١) په نوكانو كې: د ناروغ نوكان معابىنە كې او د خپلو نوكانو سره يې مقايىسە كې ئى په وينە لېرى كې نوكان خاسف وي.
- ٢) په سفلې جفن كې: ناروغ تە وواياست چې پورته وگورئ او سفلې جفن يې لاندى خواتە كش كې د ناروغ زىبەي وگورئ په نارمل حالت كې زىبەي گلابىي رئىڭ لوي او په وينە لېرى كې خاسفى وي. وروستە د ناروغ د خولى مخاطىي غشاء معابىنە كېرى چې په وينە لېرى كې خاسفە وي او Palmar creases د لاس ورغۇي يې وگورئ او د خپلو ورغۇو سره يې مقايىسە كې.

سيانوزس : Cyanosis

كلە چې د ارجاع شوي هيمو گلوبين سویە 5gm/100cc كې ورسىپىي سيانوزس خەنديپىي سيانوزس په دوه چۈلە دى، محىطيي سيانوزس او مركزىي سيانوزس.

محىطيي سيانوزس:

محىطيي سيانوزس د تفبض او د وينې دستازس او رکودت خخە منج تە رائىي.

لاملونە:

- د يخنى سره مواجه كىدل
- وریدىي رکودت د موضعىي فشار او تېلۇ سره.

● پرمخ تللي Raynaud,s Vasomotor ناروغى.

مرکزى سيانوزس:

دا هغه وخت خرگندىري كله چې شريانى وينه د وریدي وينې سره يو ځاي شي او يا دا چې د اکسيجن د قسمى فشار د کموالي خخه چې د سرو په ناروغىوکي منج ته رائي تاسس کوي.

۱) د سيانوزس قلبي لاملونه:

الف) fallot's Tetralogy مشتمل ده په

-- بطيني حجابي نقصان

-- د ابهر بى ځایه کيدل

-- د ريوسي د سام تضييق

-- د بني بطين هايبرتروفي

ب) C.H.F يا هغه ناروغى چې په وروستني مرحله کې د

سيانوزس لامل کېږي.

-- د ناروغى چې مشتمل ده په latum bacher

> اذيني حجابي نقصان

> د متزال تضييق

-- بطيني حجابي نقصان

-- اذيني حجابي نقصان

(PDA) patent ductus Arteriosus --

۲) د سيانوزس د سرو لاملونه:

الف) Consalidation (نمونيا)

ب) د سرو Atelectasis

ج) د سرو فايبروزس

د) کور پلمونل چې د سرو په امفریما پوري

تپلي وي.

۳) د سيانوزس نور لاملونه:

الف) په لوره ارتفاع کې اوسيدل چې د

اکسيجن قسمى فشار کم وي.

ب) د تنفسی لاري بندش (بنديز)

ج) شاك چې په Vasomotor کولپس او د

وينې په رکودت پوري اړه لري.

د زړه د نېي خوا عدم کفايه

د محیطي او مرکزي سیانوزس توپیر:

مرکزي سیانوزس

۱. د سپرو او زړه دناروغیو په واسطه پیداکړي.

۲. سیانوزس برخه معتدله وي.

۳. د حرارت سره تغیر نه کوي

۴. معتدل لاسونه وي.

محیطي سیانوزس

۱. د يخني په واسطه پیداکړي

۲. سیانوزس برخه يخه وي

۳. د حرارت په واسطه معتدل کړي

۴. يخ لاسونه وي.

زېړۍ : Jaundice

کله چې د سیپروم د بیلیروبین سویه 2mg\% ته ورسیېږي زېړۍ په سترګو کې خرگندېږي.

د معاینې طریقه:



(۱) ۷-۴. شکل د زېړۍ معاینه

د ناروغ د تندي دپاسه خپلې ګونې کېږدئ او
د غټې ګوتې په واسطه علوی جفن پورته کش
کړئ ناروغ ته ووايې چې بنکته خواته خپلوا
پښو ته وګوري اوډ سکلرا رنګ وګوري د
زېړۍ په موجودیت کې سکلوا زېړه معلومېږي.

پرسوب : Oedema

په بینالحالاې مسافاتو کې د مایعاتو راټولیدو ته اذیما وايې.

اذیما د عجز او د بشنکری دپاسه Tibia د هېوکې دپاسه) بنه معلومېږي چې د ګوتو د فشار

ورکولو په واسطه 20-15 ثانې یوه خاپه پرېږدی او خصوصاً د کتې ګوتې په واسطه فشار

ورکول کېږي.

لاملونه:

(۱) C.H.F - چې اذیما په سفلې اطرافو کې تاسس کوي

(٢) Renal - چې اذىما د مخ خخه شروع کوي خصوصاً د سهار زېرمې پرسيدلى وي.

(٣) د پلاسمما د پروتین د سوېي کموالى (لوره او وينه لېرى کې)

(٤) موضعي وريدي فشارچې د وريدي بندش له کبله منځ ته راحي.

- د سفلې اجوف وريدي بندش

- د باي وريدي په بندش

Beri Beri (٥)

(٦) Epidemic dropsy - يوه اپیديميكه ناروغۍ ده چې په انډيا کې ليدل کېږي

او په ناروغ کې تبه، وينه لېر، اونس ناسته موجودوي چې دا ذيمالامل کېږي.

(٧) Filariasis - دا ډول اذىما باندې فشار وارد شي خاپه نه

پريپري.

. Angioneurotic edema (٨)

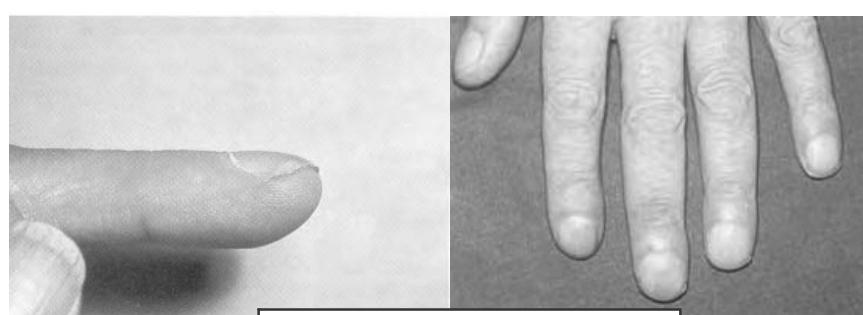
:Clubbing

په دغه حالت کې د نوك د قاعدي انساج پېر کېږي او هنه زاویه چې د نوك د قاعدي او پوستکي تر منځ د پراخه کېږي انحراف کوي.

Clubbing درې پراوه لري:

لومړي پراو: په دې پراو کې د ناروغ ګوتې په افقې شکل د خپلو ستړ ګوپه برابر کې راوري او یو کاغذ د نوك د بستر او قاعدي له پاسه کېږدئ او وګورئ چې د نوك زاویه پراخه شوې ده او که نه؟

دوهم پراو: په دوهم پراو کې د نوك د قاعدي د پاسه فشار وارد کړئ تاسو به وګورئ چې نوك په او بو کې لامبو وهي داد نوك د قاعدي تموج تاسو ته دوهم پراو نسيي.
درېم پراو: په درېم پراو کې ګوتې د ډول دلرکې شکل غوره کوي (Drum stik).



٨-٤. شکل د ګوتو clubbing (١١)



٩-٤. شكل د معاينه (١)

لاملونه:

١) كبسى

٢) فاميلى

Idiopathic (٣

١) كبسى:

الف) په سپو کې لاملونه

- قصبي كارسينوما

Bronchiectasis -

- د سپو ابسى

Pancoast tumor -

Fihrosing alveolitis -

(ب) قبى لاملونه

- د زره ناروغى Cyanotic

- د زره احتقاني عدم كفایه (CHF)

(subacute bacterial endocarditis) S.B.E -

ج) د هضمى جهاز لاملونه

Chron - ناروغى

- تقرحى - Colitis

- سوء جذب سندروم -

د) د ھيگر لاملونه

- صفراوي cirrhosis -

ذ) متفرقه لاملونه

Myxedema -

Exophthalmic ophthalmoplegia -

poly cytemia -

: Koilonychia

په دغه حالت کې نوکان نرم ماتیدونکي او ھلانده وي.

: لاملونه

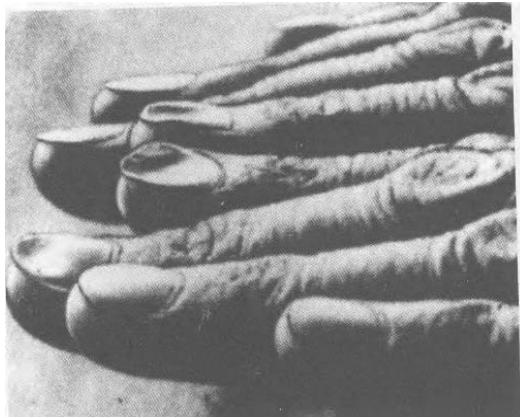
۱) د اوسيپني د فقدان وينه لې

Plummer vensom syndrome ۲)

۳) د صابون استعمال

۴) فاميلى

Idiopathic ۵)



(١١) koilonychias شكل ١٠-٤

:Splinter hemorrhage

په دغه حالت کې په نوکانو کې سره واړه عمودي خطونه ليدل کېږي او لاندې حالاتو کې ليدل کېږي.

- ١) تحت الحاد بكتيرائي اندوکارديتس
- ٢) نزفي تشوشتات
- ٣) د Trichuris Trichura پواسطه ترحملي لاندې راټلل
- ٤) وينه لږي Sickle cell
- ٥) وظيفوي لکه په نجارانو کې
- ٦) اذيني myxoma

لمفاوي عقدات :

د لمفاوي عقداتو فزيکي معانيه د وينې په مبحث کې لوستل کېږي.

تايرايد Thyroid

غاره د موضعی او عمومي لوپوالي په خاطر معاینه کړئ او هم د تایرايد غده معاینه کړئ ناروغ ته ووابې چې لارې تېري کړي په دې حالت کې غده پورته حرکت کوي. د غدي د معاینې طریقه: د ناروغ شاته ودرېږي او خپلې ګوتې ددواړو لاسو د غاري په مخکنۍ برخه کې کېږدئ او غده جس کړئ که غده غته شوي وي یادداشت یې کړئ په غده کې که او یا نور افات موجود وي یادداشت یې کړئ.



۱۱-۴. شکل د تایرايد د غدي معاینه (۷)

نوټ: سستولیک Bruit د سپاکسکوب په واسطه په Toxicgoiter کې اورېدل کېږي.

شرياني وريدي نبض:

شرياني وريدي نبض په قلبي وعائي سيستم کې تري يادونه کېږي.

نور خصوصي سوء تشکلات Any-specific-deformity :

▶: چې ستون فقرات خلف خواهه وتلي وي. Kyphosis

- چې ستون فقرات وخشی خواته وتلي وي .Scoliosis
- چې ستون فقرات قدام خواته وتلي وي .Lordosis
- Cubitus varas or vagus
- Cubitus vagum or varus
- Coxa vara or valga
- د پوستکي حالت Condition of the skin

پوستکي د انساني صحت يوه اينه ده په دې لحاظ د پوستکي معاینه په تشخيص کې حیاتي اهمیت لري. مخکې له دې چې د پوستکي په ناروغیو پوه شو باید ٿینې طبی اصطلاحات چې د پوستکي په آفاتو کې پکار وړل کېږي یادونه وکړو:

1) د پوستکي لوړنې آفات:

- Macule: د پوستکي د سطحي سره برابر افت دی او د پوستکي د رنگ تغیر د 1cm څخه بې قطر کم وي لکه په Flat nevas کې.
- Papule: د پوستکي د سخت تبارز څخه عبارت دی، چې قطر بې د 1cm څخه کم دی لکه په Awartه کې.
- Plaque: پایا یا ماکول او یا پاپول په شان وي، لیکن قطر بې د 1cm څخه زیات وي.
- Nodule: د یوې سختي کتلې څخه عبارت دی، چې قطر بې د 1cm څخه کم وي لکه په dermato fibroma کې.
- Tumor: د یوې سختي کتلې څخه عبارت دی، چې قطر بې د 1cm څخه زیات وي.
- Cyst: د یواحاطه شوي کپسول څخه عبارت دی چې په داخل کې کتلوي مایع چای لري.
- Wheal: د یو بول یا پلک څخه عبارت دی، چې په درم کې د اوعيو د سبرومو د خارجیدو څخه په حاد شکل منځ ته راچۍ لکه په urticaria کې.
- Vesicle: د پوستکي د تبارز څخه عبارت دی، چې د مایع څخه ډک او قطر بې د 1cm څخه کم وي لکه په Small pox کې.

- Bulla: د وزیکل په شان دی، لیکن قطر یې لوی دی لکه په دوهمه درجه سوزیدنه کې.
- Pustula: د بول او یا وزیکل په شان دی لیکن په داخل کې یې زوه موجوده ده لکه په Acne کې.
- ۲) د پوستکي تالی آفات: چې زیاتره د لومړني اساسی تغیراتو خخه پیداکړي او په لاندې ډول دی:
- Scale: د پوستکي د ورقو په شان دی لکه په psoriasis کې.
- Crust: د پوستکي د وچ اگزودات خخه عبارت دی لکه په Impitigo کې.
- Fissure: د پوستکي د درز خخه عبارت دی لکه په chapping کې.
- Erossin: د پوستکي یوه سطحي ضياع ده چې درم پوري نه رسپري لکه په سفلیسي شانکر کې.
- Ulcer: د پوستکي ضياع ده، چې د درم طبقي پوري پراخواли لري لکه د وریکوزی ورید د رکودت قرحه.
- Scare: که چیرې قرحې د درم تر طبقي پوري پراخه شوي وي او د کولاژن د زیاتو پیداکیدو په اثر پکې شه والی پیداشي په نتیجه کې Scare منځ ته راحي.

تفتیش:

په تفتیش کې د پوستکي رنګ او شکل ډېر اهمیت لري. د پوستکي رنګ په نورمال حالت کې د میلانین، هیموگلوبین او کروتید د صباغانو د موجودیت خخه عبارت دی. د ادیسون په ناروغۍ، هایپرتائیروئیدیزم، حامله سنجو او یا د لمرد زیاتو وړانکو په اثر د میلانین ځای په ځای کيدل په موضعی او یا عمومي شکل د پوستکي په رنګ کې تغیر پیداکوي همدا ډول که چیرې د میلانینو فقدان په موضعی شکل په پوستکي کې پیداشي د Vitiligo او په عمومي فقدان کې د Albinism د پیداکیدو لامل ګرځي. همدادوول په پوستکي کې سیانوزس، زیری او د پوستکي سوروالی یادداشت شي.

جس:

په جس کې د پوستکي د رطوبت، حرارت، اذیما په برخه کې معلومات په لاس راخي. د پوستکي ډی هایدرشن او اذیما وي حالت باید معاینه شي. د پوستکي د ملحقاتو وینستانو معاینه اجراء شي، د هایپرتائیردئیدیزم د ناروغانو وینستان نرم او په Hypothyroidism کې وچ او رژیدونکي وي د وینستانو کميدل په موضعی شکل په Alopecia areata او د فنګس

او سفليس په ناروغرى کې پيداکيربي د Sebaceous غدواتو د زيات افراز په اثر وينستان او مخ غوروي او Acne بايد وليدل شي.

II . سيستميك فزيكىي كتنې

په سيستميك فزيكىي كتنو کې د جهازاتو فزيكىي كتنې اجراء کېږي.

چې دا كتنې له سر خخه نيوولي تر سفلی اطرافو پوري اجراء کېږي.

1) د سرفزيكىي كتنې:

د سرفزيكىي كتنې خورا اهميت لري لکه خرنګه چې ليدل شوي دي، يو تعداد ناروغان د کوما په حال کې روغتون ته راول کېږي. معالج داکتر په غير له دې خخه چې د سرفزيكىي اجراء کړي د کوما د نورو اسبابو لکه دیابتیک، هایپوگلایسمیک، یوریمیک او یا نورو لاملو لپاره پلتني سره رسوي، حال دا چې ناروغ به د یو پچ قحفې ترضیض له امله کوما ته تللې وي، خرنګه چې سر د وینستانو په واسطه پوشل شوي دي نو په خرنګه توګه خه نه معلومېږي کله چې د سر په فزيكىي معاینه کې جس اجراء کېږي نو ليدل کېږي چې ناروغ د سرد کوبېږي ترضیض لري او یو هماتوم جس کېږي چې په دې ډول د سرفزيكىي كتنې زيات اهميت لري چې په لومړۍ پړاو کې بايد تر سره شي.

د سر په فزيكىي كتنې کې تر هر خه لومړۍ بايد د سر محیط يا Head circum ference وليدل شي چې آيا د سر هدوکې پراخه دي او که خرنګه؟ د Acromegaly ناروغانو د کوبېږي هدوکې پراخه وي سرې غت وي او ناروغ حکایه کوي چې خولي یې په سر کې ترنګه شوې ده چې غت سر macro cephalus او کوچنۍ سر د Microcephalus په نامه یادېږي. همدا ډول د سر وینستان په Myxodema ناروغانو کې ئېږوي.

د ناروغ د سر وینستان کش کړئ چې په آسانه وحی او که نه؟ وینستان یې مصنوعي دي او که طبیعې؟ په ماشومانو کې د کواشيرکور او مراسموس په ناروغرى کې وینستان د بېرغ شکل (flag sign) شکل لري او هم دي وليدل شي چې آيا ناروغ Allopecia (انجې توب) او که خرنګه؟ د وینستانو لاندې د سر پوستکي او کوبېږي جس کړئ چې آيا په کوبېږي کې د ترضیض آثار، کسرونه، هماتوم وجود لري او که نه؟

په ناروغ کې د عملياتو ندبې چې په پخوانيو عملياتو دلالت کوي د ناروغ په سر کې وليدل شي د کوبېږي د پوستکي جله دي آفات لکه فنګسي او نور دي په غور سره وکتل شي. په همدي توګه په سستماتيک ډول لاندې نور سيستمونه لکه غور، پژه، ستړګه، ستونۍ او د غاري معاینه هم ضرور ده چې په لنډه توګه ور خخه یادونه کېږي.

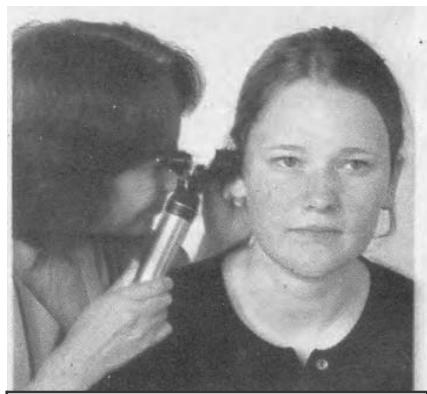
د غور فزيكىي كتنې:

د غور مهمه وظيفه د اوريدلو خخه عبارت ده. د غور په فزيکي معاینه کې تر هرڅه لومړي د ناروغ د اوريدو قوه معلومه کړل شي چې ددي لپاره دوه آزمونې اجراء کېږي، چې د آنم زوج په معاینه کې ورڅخه يادونه کېږي. همدا ډول د ناروغ د غور خارجي برخه يعني د غور pinea (پکه) دې ولیدل شي چې سالمه ده او که نقصاني؟ د غور پکه په اوريدلو کې مهمه وظيفه په غاړه لري چې له بهر خخه ټول غږز آوازونه د هوا د خپو په واسطه غور ته انتقالېږي او دا ليږدونه يې د غور د پکي له لاري صورت نيسی، چې دا د آوازو خپو ته مرکزیت ورکوي او دننه غور ته يې رهنمایي کوي چې وروسته د طبل په غشا (air drum) باندې لګېږي او د داخلې برخې خخه يې د اعصابو په واسطه ليږدونه دماغ ته صورت نيسې چې د سري د آواز پېژندګلوي کوي.

که د غور پکه پري شوي وي او يا غورونه يې په مورزادي شکل بوچۍ يا نيمه پري شوي وي بايد يادداشت شي.

په ناروغ کې د ولیدل شي چې آيا د غور خخه Otorrhea، دسچارج او زوي رائي او که نه؟ د منځني غور په التهاب کې د غور خخه Otorrhea راوخي.

د منځني غور د معایني لپاره د ناروغ د غور نرمې سفلې او حلف خواته کش کړئ وروسته پاک او معقم speculum په واسطه غور معاینه کړئ او د otoscope په واسطه د طبل غشاوګورئ چې روغه ده او که کوم نقصان لري. ابناړلتي يې يادداشت کړئ. او که په غور کې چرک او يا بندش موجود وي د معقم ګليسرين محلول د خڅولو په واسطه افرازات نرم کړئ تر خو د غور مینځلو ته لاره هواره شي.



۱۲-۴. شکل د غور معاینه د otoscope په واسطه (۲)

د سترګو معاینه:

سترګي د ليدلو مهمه وظيفه په غاره لري. سترګي د orbit په جوف کې قرار لري چې د جوف د علوي طرف خخه د Frontal هدوکي، انسې طرف خخه د Nasal هدوکي او سفلې خوا خخه د Maxilla هدوکي په واسطه احاطه شوي دي د سترګي کره د پورتني جفن او بسكتني جفن په واسطه چې د مختلفو نتهاو په مقابل کې خلاصيرې او پتېړي د سترګي د کري په ساتلو کې مهم رول لري.

د سترګي په فزيکي معاینه کې تر هر خه لوړۍ د orbit جوف ولیدل شي چې د orbit په جوف کې د کوم ترضیض، کسر او يا هماتوم عالیم شته او که نه؟

پورتني او بسكتني جفن دې معاینه شي چې دا د دريم عصب په فلچ کې جفن سقوطي شکل غوره کوي په دې حالت کې ناروغ جفن نشي پورته کولاي همدا ډول که په سفلې جفن کې پرسوب ولیدل شي، نو د پښتوګو د ناروغيو طرف ته توجه وکړي همدا ډول وګورئ چې په جفن کې کومه ابسي او يا Hordeolum (غولنکي) شته او که نه؟ جفن چې کړي او منضمه وګورئ د Anemia لپاره شواهد ولټوي او وګورئ چې منضمه حاسفه سره او يا احتقاني ده Conjunctivitis لپاره عالیم ولټوي.

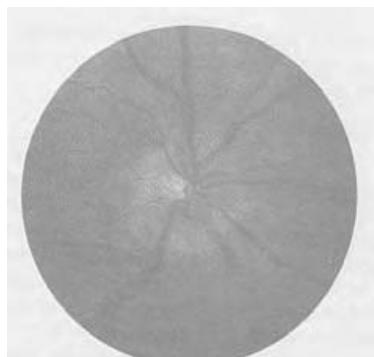
وروسته د سترګي کره معاینه کړي وګورئ چې ناروغ Exophthalmus او يا Endophthalmus لري. په Exophthalmus حالت کې د سترګي کره بهر ته وتلي وي چې په دې حالت کې د ناروغي په فکر کې راوړئ. د Endophthalmus په حالت کې سترګي دنه ننوټي وي، چې علتوونه بې ولټول شي. د سترګي د کري په معاینه کې تر هرڅه لوړۍ د سترګي د کري سپينه طبقه چې سکلرا نومېږي وګورئ چې آيا Seleritis او يا Episcleritis او يا Trigium پکي شته سترګه سوروالۍ (red ness) لري او که نه؟ د سترګي قرنۍ يوه شفافه طبقه د چې نور ته د تېريدو اجازه ورکوي که په قرنۍ کې کثافت موجود وي او يا تأسیس کړي وي يادداشت شي. همدا ډول د حدقي کتنې د Keratitis حدقي تقبض، او حدقي توسع (medriasis) لپاره اجراء کړي که په ناروغانو کې myosis ولیدل شو د opium تسمیم په فکر کې راوړئ او يا نور علتوونه ولټوي د سنجاق په شان کسۍ (pin point) د pontine (pin point) د اتروپین په تسمم کې حدقي پراخه او Medriasis موجود وي.

د کوما د ناروغانو انزار د حدقي د معایني له مخي اټکل کيدی شي او هم که په ناروغانو کې Cataract موجود وي يادداشت شي.

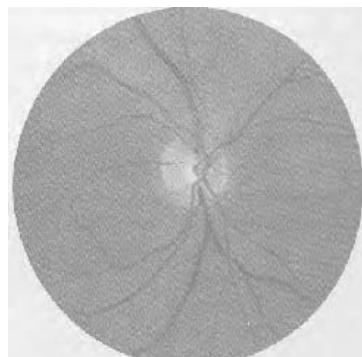
تر دغه پورتني ئای پوري معالج داکتر کولاي شي چې د خپلو سترګو په واسطه د ناروغ د سترګو ابنارملتي معلومه کړي. د شبکيي د معانيې لپاره د ناروغانو فندوسکوپي اجراء کېږي. د فندوسکوپي په واسطه کولاي شو چې شبکيي Disc او رګونه بې وګورو او هم که په شبکيي کې کوم نزف او یا د ډسک اذيمما موجوده وي ليدل کيدی شي. د فندوسکوپي د اجراء لپاره ناروغ ته لوړئ خو خاځکي اتروپین په سترګه کې اچول کېږي چې وروسته د

په واسطه توله Retina opthalmoscope ليدل کېږي.

ب

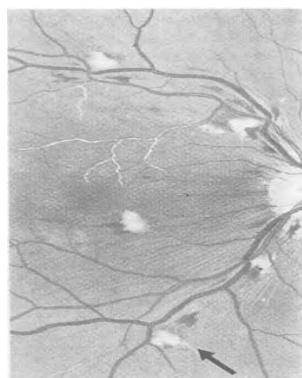


الف



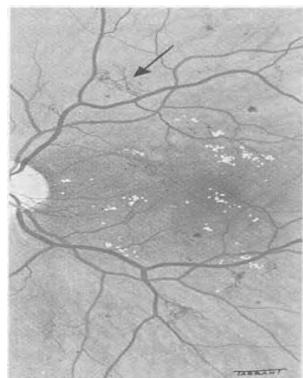
۱۳-۴. شکل الف نورمال فندوس، ب (11) papilloedema

ب



(11) Hypertensive retinopathy شکل ب ۱۴-۴

الف



(11) diabetic retinopathy شکل الف ۱۴-۴

د پزې معاينه:

د پزې په معاينه کې ټر هر خه لوړۍ د بوی حسيت معلوم کړئ چې دا په لوړۍ قحفې زوج پوري اړه لري چې د عصبي سیستم په معاينه کې تري یادونه کېږي.

د پوزې خارجي بنه وګورئ چې آيا د ناروغ په پزه کې کومه مورزادي نقیصه شته او که نه؟ حیني وخت د پزې سوء شکل موجود وي او يا پزه د زین شکل لري چې په Trisomi کې لیدل کېږي د پزې خوکه وګورئ چې په سیانوزس کې آبې رائک لري او يا د پزې لپاسه کوم جله دي آفات موجود وي يادداشت ېړئ. وروسته د پزې دواړه Nostril او داخلی برخه ېې د Speculum او مخصوص خراغ په واسطه معاینه کړئ، وګورئ چې د پزې حجابي نقصان موجود دی او که نه؟ چې په Septal deviation کې ناروغ د پزې د بندش او سر درد خخه شاکۍ وي همدا ډول په پزه کې Concha nasalis.sup او inf وکتل شي او ولیدل شي چې په پزه کې کوم polyp شته او که نه؟ او که ناروغ Epistaxis د پزې خخه د وينې رائک) ولري د نزف نقطه دي مشخصه شي.

د خولي د جوف معاینه: دا معاینه د هضمی سیستم په فزيکي کتنېو کې لوستل کېږي.

د غاري معاینه:

تر هر خه لومړئ د غاري حرکات وګورئ چې آبا په غاره کې کومه شخي يا Rigidity شته او که نه؟ چې په meningitis او meningoencephalitis حالاتو کې د غاري شخي لیدل کېږي د منجحایتس لپاره درې فزيکي علامې لکه Brudzinsky, Kernig,s او د غاري شخوالی ولټوئ. وروسته په غاره کې د لمفاوي عقداتو لویوالی، د تایرايد غده، شریانی او وریدي نبضانونه او برجسته وریدونه په غاره کې ولټوئ او ابناړمل حالات ېې يادداشت کړئ.

پنهام خپر کی

تنفسی جهاز

تاریخچه:

د فربولوژی، پتالوژی، ایمیونولوژی، مایکروبیالوژی، رادیولوژی، اندوسکوپی او د سینی د جراحی د پر مخ تک سره د تنفسی جهاز د ناروغیو په تشخیص کې هم زیاتوالی منځ ته راغلی دی او همدا ډول کلینیکی ارزښتونو او معایناتو ډیر اهمیت پیداکړی دی. زیاتره وخت د صحیحې تاریخچې اخیستل نسبت د فزیکی عالیمو د خرگندیدونه مهم دی. په زیاتو تشوشاټو کې مخکې له دې خخه چې یوه غیر نورماله علامه خرگنده شي. ناروغی خپلی وروستني او یا پر مخ تللي پراو ته رسیدلی وي. او تر خو چې د ناروغی د نښو په اړه معاینه اجراء کېږي یو ناوره وروسته والی د ناروغی د تشخیص او درملنې په وړاندې منځ ته راحی په تنفسی ناروغی کې د تاریخچې اخیستل د ناروغی په نوعیت پوري اړه لري. د تنفسی ناروغیو تر منځ توپیر داسي کېږي چې ایا ناروغی حاده، مزمنه او یا هم تحت الحاد ده. خو د ناروغی پر له پسې نښې په تولو ناروغیو کې یو ډول دی. په تنفسی ناروغیو کې لومړي یوه روایتي او ژبني تاریخچه اخیستلی شي، وروسته د هغو نښو په باره کې پونښنه کېږي چې په تاریخچه کې نوي پونښل شوي په دغه مرحله کې معالج داکټر باید د تولو هغو حالاتو په باره کې غور وکړي کومړي چې د ناروغی د نښو سره تړلي وي په ډیرو لپو حالاتو کې دا له درې یاخلورو انتخابو خخه زیاتیدای شي چې د هغو پر بنسټ تشخیص کېږي بیا د هر یو ممکنه تشخیص په وړاندې اضافې پونښنی کېږي چې تشخیص یا په بشپړ ډول ومنل شي او یا تشخیص رد کړای شي په دغه وخت کې باید تاریخچه هم په معقول انداز ورسه یو ځای شي تر خو د اعراضو په باره کې اسانټیا رامنځ ته شي او معالج پري پوه شي. ډیر وختونه داسې لیدل شوي دي چې یوازې فزیکی علامې او اعراض په پوره ډول د ناروغی په تشخیص کې مرسته نه کوي لکه د مزمن برانکاتیس او قصبې استماء په ناروغیو کې. (۷)

کله چې تنفسی ناروغی په حاد ډول رامنځ ته شي نو باید د ناروغی د پیل په اړه پونښنې وشي. د بیلګې په ډول په نوموکاکل نمونیا کې مخکې له دې چې د ناروغی اعراض منځ ته راشی نور تشوشاټ لکه تبه، خوله، لړزه، ستومانی او د عضلاتو درد کله کله ورڅخه مخکې موجود کیدی شي. په واپرسی نمونیا کې مخکې له دې چې د سرو د اخته کیدو کومه نښه بشکاره شي اخته کس د خو ورڅو راهیسي ځان ناروغ احساسوی. کله چې په پلورا کې درد احساس شي نو دا د نمونیا بشکاروندوي ده. خوددې ترڅنګ پکار ده چې د سرو

تروموبو امبولیک ناروغيو ته هم فکر وشي. حاده يا ناخاپي ساه لندي بيپنۍ درملنې ته اړتیا لري که چيرې د دوو ناروغيو تر منځ لکه فشاري نموتوراکس او د قصبي استما په ناخاپي بريد کې يوه ټروکي تشخيصه تيروتنه رامنځ ته شي نو ډيرې ناوره پايلې لري که ناروغ دومره د سالندۍ خخه په خور کې وي چې خپله تاريخچه نشي ويلاي نو بايد د هغه د خپلوانو خخه د تاريخچې پونسته وشي همدا دول که د يو ناروغ پخوا درملنه شوي وي نو پکار ده چې د هغه په باره کې هم وړحینې وپښتل شي. په مزمن تنفسی ناروغيو کې د تاريخچې اخيستل ډير پېچلې کار دی او وخت ته اړتیا لري. په ډير غور سره پکار ده چې د ناروغ خخه نه يوازي د ناروغې پېښې معلومې شي بلکې د اعراضو د چاپريال په اړه هم ورڅخه معلومات لاس ته راشي په حاد بريدونو کې په ځانګړي دول د مزمن برانکاتيس په ناخاپي بريد کې دناروغرې د پيل د وړاندېنيو پېښو په اړوند بايد معلومات لاسته راشي ډيرې مزمنې تنفسی ناروغې چې په يو خاص مسیر سره پر مخ ټک کوي. که چيرې يو ناروغ داسي عاليه ولري چې د تنفسی ناروغيو د عاليه د قطار خخه وتلي وي. نو بايد بلې ناروغې ته فکر وشي که چيرې د نورو ناروغيو علاج شوي وي نو دا هم په تنفسی ناروغيو ناوره تاثير کولای شي لکه د مزمنې استما کوم ناروغ ته چې د لور فشار د درملنې لپاره بيتابلکر دواګانې ورکړي شوي وي. د وظيفوي او محطي فکتوروونو په اړه بايد په تنفسی ناروغې کې په دقت سره فکر وشي. داسي فکر نه يوازي دا چې تشخيصه ګټې لري بلکې د سړو په ناروغيو کې معاوضوي او وقايوی ګټې هم لري.

د تنفسی جهاز د ناروغيو اعراض:

تنفسی ناروغې شپږ اساسی اعراض لوړ چې عبارت دي له:

1- دسيني ددرد ۲- بلغم Cough ۳- سونګاري Wheeze ۴- دسيني درد ۵- دنځۍ د تنفسی جهاز د لومړني ناروغيو په غیر موجودت کې هم کیدی شي چې پورتني اعراض منځ ته راشي. د سينې درد کیدی شي چې د قلبې Oesophageal Pericardial یا منشاء ولري.

Breathe less ness یا ساه لندي کیدی شي په هغه ریوی اذیما کې چې د (L.V.F) چپ زړه عدم کفایي خخه منځ ته راغلي وي هم منځ ته راشي.

Hemoptysis هم کیدی شي چې د متراو تضيق او یا د وبنې د علقې په تشوشاتو کې هم موجود وي د سينې د وحشې طرف درد او نور پنځه اساسی اعراض د تنفسی جهاز د ناروغيو بشکاروندوي دي.

:Cough

توكى د تنفسی ناروغيو یو عمومي عرض دی. کيدى شى د هنگه تنبهاتو د سببه چې د تنفسی جهاز د محاطي طبقي خخه منشاء اخلي (د فرنكس خخه تر ورو قصباتو پوري). په ھيني حالاتو کې د هنگه تنبه خخه هم توكى پيداکيربي چې د جداري پلورا خخه يې منشا اخيسطي وي مثلاً په پلورائي مایع کې د مایع د Aspiration په وخت کې د توكى فريكونسي، شدت او خواص یو تعداد فكتورو پوري اره لري عبارت دی له:

- ١- د آفت ھاي او طبعيت
- ٢- د بلغمو شتوالي او نشتوالي
- ٣- د نورو ابنارملتيو موجوديت لکه د صوتی حبول فلچ، د تھوئي عدم کفایه او پلورائي درد.

د توكى اقسام: Types of cough

توكى د هنگه تنبهاتو په واسطه چې د بلعوم، حنجري، تراخيا او قصباتو د حسي اعصابو خخه يې منشاء اخيسطي وي توليديري چې لاملونه يې په لاندي جدول کې بنودل شوي دی. په مزمن برانكتايس کې د توكى سره یو ھاي بلغم هم موجود وي.

په C.O.P.D (chronic obstructive pulmonary diseases) ناروغانو کې هم Wheezes موجود وي کوم چې په بارزه توګه د ارجاع وړ نه دی په مقايسوي توګه د استعمال توكى سره هم غير قابل ارجاع Wheezes یو ھاي وي معمولاً دا Wheezes په لومړنيو ساعتو کې دير خراب وي يعني (د 4 A.M - 2 بجو تر منځ) چې په زياتو ناروغانو کې د بي خوبې لامل کرخي. په مزمن برانكتايس کې دوامدار توكى د Cough syncope لامل کېږي. د هوائي لاري په شديد بندش، د تنفسی عضلاتو او صوتی حبولو په فلچ کې د نارمل توكى چاودیدونکي خاصيت له منځه ھي. د ھانکري حبول فلچ (ممولاً د چپ طرف د لامل گرخې چې د اواز د خپوالی سره یو ھاي وي).

٤-٥. جدول: د توكى منشاء، لاملونه او خاصيت. (٧)

منشاء	معمولوي لاملونه	طبعي او خاصيت
بلعوم	د پزي د Drip خخه وروسته	معمولًا مقاوم وي
حنجره	د حنجري التهاب، تومور، کروب، توره ټوخله	زيب، درد ناك، مقاوم او د حر حر سره یو ھاي وي
شزن	د شزن التهاب	درد ناك

بلغم:

د تنفسی جهاز د ټولو ناروغانو خخه باید د بلغمو په باره کې پونسته وشي که موجود وي
نو باید د بلغمو د مقدار، خاصیت، لزوجیت، خوند او بوی په باره کې پونسته وشي.

۱) مقدار يې: د بلغمو مقدار کله کله د ناروغ په واسطه په صحیح مقدار سره بنودل
کېږي د ناروغ خخه د پونسته وشي چې مقدار يې زیات دی (په ورځ کې د چای د
پیالي په اندازه) او یائی مقدار کم دی (د یو یا دوه توکانی په اندازه په ورځ کې).
زیات ماشومان او حینې کاھل خلک بلغم تیروي. د ټوخي د آواز خخه هم د بلغمو
موجودیت معلومېږي چې ایا ټوخي سست دی او که مرطوب؟ حینې ناروغان
حکایه کوي چې د ټوخي سره هغه وخت بلغم وي چې ستونی پاکوي.

۲) خواص يې: د بلغمو خواص هم باید په صحیح ډول تشریح شي او که چیرې
ممکن وي نو یو مقدار د Hemoptysis لپاره تقتیش شي. د خواصو له نظره د بلغمو
څلور مهم ډولونه عبارت دی له:

۱- مصلی Mucoid ۲- محاط ډوله Serous ۳- قیحی ۴- قیحی محاطی

د حینې ناروغانو له خوا دا اصطلاح استعمالېږي چې توکانی يې چتلې دی، چې
مطلوب ورڅه قیحی او محاطی بلغم دی Mucoid بلغم چې ټک لرونکي وي
اکثراً په C.O.P.D او Asthma کې لیدل کېږي.

۳) Viscosity لزوجیت: بلغم نسبت قیحی بلغمو ته لزوجیت لري او په
سختی سره تو کېږي. د استما او هنجه نمونيا په لوړنیو مړحلو کې چې د نموکاس
په واسطه منځ ته راغلي وي د بلغمو لزوجیت زیات وي. مصلی بلغم او به ماننده او
لزوجیت يې کم وي.

:Hemoptysis

د ټوخي سره د وینې خارجیدل د سفلې تنفسی طرق خخه په مختلفو تشوشاټو کې واقع
کېږي چې په لاندې جدول کې بنودل شوي دی زیات ناروغان په دې پوهېږي چې وينه
د ټوخي سره خارجېږي او که د کانکو سره Hematemesis معمولاً د Hemoptysis سره
معالطه کېږي هر وخت چې ناروغ د Hemoptysis تاریخچې بیانوی نو حتمي باید
د ډول، درجي، فریکونسي او دوام په هکله د ناروغ خخه وپونستئ.

۲-۵. جدول : د لاملونه Hemoptysis (۷)

معمول	غير معمول	او نور
❖ د سرو احتشاء	➢ د متزال د سام تضيق	➢ د اجنبي اجسامو
❖ قصبي کارسينوما	➢ Aspergiloma	انشاق
❖ توبرکلوز	➢ Bronchial Adenoma	➢ صدری ترضیق
❖ Bronchiectasis	➢ Tracheal tumor	Iatrogenic
❖ د سرو ابسی	➢ دسرومتاستاتیک خیشه ناروگی	برانکسکوبی
❖ حاد او مزمن	➢ د حنجری تومورونه	Trans bronchial biopsy
❖ برانکاتیس	➢ منضم نسخ ناروگی	Trans د سرو thoracic biopsy
❖ C.O.P.D	➢ دسروهیدروسی	
	➢ کود پاسخر سندروم	
	➢ د وینی د تحیر تشوشات	
	➢ لور فشار	

د خو کلونو لپاره د Hemoptysis پر له پسي واقع کيدل چې د قيحي بلغمو سره يو ئاي وي د Bronchiectasis خواته فکر کېږي که د Hemoptysis لام معلوم نه وي نو باید د وينې د منبع لپاره Oropharynx معاینه شي چې وينه په اول کې سره روبنانه (Bright Red) وي چې د يو خه وخت د تیریدو وروسته په تور بخنه Dark red باندي بدليې چې خګ لرونکي او دبلغم سره يو ئاي وي.

د سينې درد :Chest pain

د سينې دردونه کيدى شي مرکزي (د قص شاته) يا وحشي وي. د قص شاته يا مرکزي دردونه کيدى شي چې د منصف د جورېښتونو د خرابوالی له امله پیداشي لکه شزن، مری، زړه او د وينې غټ رګونه. د سينې د وحشي دردونو عمومي طبی وجه د پلورا ناروگی دی.

د پلورا دردونه تيز Sharp او حنجر و هونکي وصف لري او تنفس او توخي سره تراو لري. د ژور توخي او تنفس سره يې شدت زياتې یې مګر د سينې د مرکزي برخې دردونه د ژور توخي او تنفس په واسطه په شدت کې يې تغیر نه راخي په استثناء د Tracheitis هغه دردونه چې د سينې د جدار خخه منشاء اخلي (د پښتیو کسرونه) د پلورا د دردونو سره مشابه دي مګر دا دردونه د سينې په جدار د موضعی Tender ness لامل کېږي هغه چې په پلورائي درد کې عموميت نلري.

په خپل سر نوموتوراکس هم د مرکزی بروخی د ناراحتی، يا د پلورا د دردونو لامل گرخی پلورایی درد د ضعیف توهی، ناراحتی او د سطحی تنفس لامل کېږي.
د سینی د درد لاملونه:

غیر مرکزی - پلورائی	غیر مرکزی - د سینی دیوال
- نمونیا	- د پنستیو کسرونه
- د سبو احتشاء	- د پنستیو د افت يا د تومور
- توبرکلوز	نیغه حمله د فقراتو د
- خبینه امراض	ناروغیو په واسطه د نحامی عصب
- د تراحیا التهاب	د ریشی اخته کیدنه
- د منصف تورمونه	- (معمولًا د فقراتو د جسمونو کولاپس)
- د منصف حاد التهاب	- Herpeszoster او
- دزره اوغتو اوغیو آفات	- Coxackic . B - انتان
- د مری تشوشات	

ساه لنډی (Dyspnea):

مساعد کوونکی فکتورونه:

د ساه لنډی شکایت چې په هغې کې ناروغ په مشکل سره ساء اخلي ساه لنډی ورته وايي. دغه عملیه په روح سړی کې د تمرين په حال کې هم پیداکړي.

هغه اساسی فکتورونه چې د ساه لنډی په پیداکیدو کې برخه اخلي عبارت دي له:

۱. د تنفس په عملیه کې زیاتوالی

۲. په تهويه کې زيادت

۳. د تنفسی عضلاتوضعیفي

چې هر یو په مختلف سببونه لري کبدی شي چې خو مختلف فکتورونه په یو کس کې یو ځای عمل وکړي او ساه لنډی منځ ته راولي.

د کلینيکي تحليل له مخي د ساه لنډی په ناروغانو کې دوه شيان مهم دي.

۱. د ساه لنډی د شدت معلومول ۲. د سالنډی دسبب معلومول

په عمومي ډول د Tachypnea او ساه لنډی تر منځ لړ خه تړاو موجود دي ځیني ناروغان چې تنفسی عضلات یې په شدیده کمزوری، اخته وي د سطحی ساه لنډی لامل گرخی مګر

د ځینې ناروغانو تنفسی عضلات چې په ضعیف ډول اخته شوي وي مګر ساه لنډي يې
شدیده وي.

په عمومي توګه د تنفس د تعداد (Tachypnea) حیني وخت داسي تبییر کېږي چې په چټک تنفس اطلاق کېږي او د ساه لندي د احساس تر منځ یو کوچنۍ تراو شته. حیني ناروغان چې د تنفسی وظایفو عدم کفایه ورسره وي شاید یوازې د یو کم اندازه ساه لندي خخه شاکي وي. نور چې په کمه اندازه تنفسی وظایفو عدم کفایه ورسره وي شاید ددغه ډول اعراضو خطرزیات کړي. یوازې خه وخت چې Hypoxemia شدیده وي د ساه لندي احساس سره مرسته کوي. په مقایسوی توګه دلته زیاتره یو کوچنۍ تراو د ساه لندي او د Hypercapnea د شدت ترمنځ شته. که خه هم په روغو خلکو کې په چټک ډول د کاربن داي اکساید فشار سویه لوره شي د فرط تھوئي او ساه لندي لامل ګرځي. کیدي شي دا کار په هغه ناروغانو کې چې په مزمنه Type II تنفسی عدم کفایه اخته شوي وي منځ ته رانشي ځکه چې په دي ناروغانو کې د Brain Stem عکس العمل کم يا بیخي نه وي. په حیني ناروغيو لکه ریوی اذبما، ترومبوامبوليزم او نمونيا کې د استاحو د شعریه او غیود جدار کشش اخذدي (T اخذدي) تنبه کېږي چې د متوسطې ساه لندي لامل ګرځي.

❖ هغه ساه لندي چې د تنفس عمل د زیاتوالی سره یو ئای وي.
د تنفس د کار زیاتوالی د هوائی لارو په بندش (که غتې هوائی لارې وي یا کوچني) د سپرو د توسعیه قابلیت په کموالی (stiff lung) او د صدری پراخوالی په محدودیت کې منځ ته رائحي.

Increased work of Breathing

د تنفس د کار زیاتوالي یه لاندی حالاتو کي ليدل کېږي:

الف) د هوای، لا، و ندش، ب) د سه د با خندو

۱- قصص استھا - ۲- مذکون اذنها - ۳- رئی رولا

مرمن براندایس -

- خارج المنشاء - مزمنه امغزيمما

د تراخیا بندش -

د سنه، د را خيدو محدوديت

Ankylosing spondylitis

- د تنفسی، عضلاته فل

Kyphe scoliosis -

هغه ساه لنډي چې د تهويوي Drive د زياتوالی سره یو ځای وي. د فريولوجىکي مړې مسافې زياتوالی او د تنفسی مرکز زياته تنبه او یا یو له دې دوارو څخه د تهويي د زياتوالی لامل ګرځي چې دا زياتوالی وروسته د ساه لنډي لامل کېږي.

فريولوجىکه مړه مسافه هغه وخت زياتېري چې د تهويي او perfusion تر منځ موازنې خرابه شي چې په نتيجه کې د ژوري تهويي او Tachypnea لامل ګرځي د تهويي او perfusion خرابوالی په مختلفو تشوشاتو کې لکه د سپو کولاض، د سپو اذيم، Consolidation او د سپو ترومباومبوليزم کې منځ ته راخي. فرط تهويه د هغه تنبه په نتيجه کې منځ ته راخي چې د تنفسی مرکز څخه یې منشاء اخنيستې وي او تنفسی مرکز د کيمياوي موادو یا عصبي تنبه په نتيجه کې عکس العمل بنېي.

فرط تهويه د روحي تشوشاتو سره یو ځای وي او کيدى شي چې د داخل الحجروي k, Mg, Alkali ذخيري کموالۍ او دخارج الحجروي Ca د آيونايزيشن د کموالۍ لامل وګرځي تنفس یې ژور، غير منظم او اوږد وي. ناروغان اضافي تنفس ته ضرورت لري او د سپو د پوره د کيدو توان نه لري يعني سپې په مکمل ډول نشي د کيدلاري.

که فرط تهويه حاده او دوامداره وي کيدى شي چې د تيتاني او حتی د ميرګي لامل شي. په مزمن فرط تهويه (effor syndrome) کې په عصبي او عضلي عصبي اتصالي ساحه کې اعراض منځ ته راخي.

د تنفس کيمياوي تنبهات:

- ❖ ميتابوليک اسيدوزس ----- Kussmaul تنفس لامل ګرځي.
- ❖ شرياني Pa Co2 زياتوالی (تنفسی اسيدوزس)
- ❖ شرياني Pa Co2 کموالۍ (نمونيا، وينه لري، شاك، ستروک) د Brain stem د کيمياوي اخذو، ثباتي او ابهر د تنبه لامل ګرځي.
- ❖ د مرکزي حرکاتو Arousal زياتوالئ (تمرين، thyrotoxicosis) او Anxiety، فيوكروموسايتو ماکي)
- ❖ د سپو د J اخذو دسچارج (د سپواذيمما)

د مزمنې فرط تهويي اعراض:

- ضعيفي، ګنگسيت
- د اوريدو دروندوالۍ او برنسکس
- محيطي بي حسي
- يخې خولي، يخ لاسونه او پښې
- عضلي کرمپ او دردونه

- عمومي ضعيفي او ثابته ستوماني
 - د استراحت په حالت کې نفس تنگي د ارګمي باسل او سوراسوبلې سره
 - دسيني برینس او تکان
 - د ګيدې پندېدل او کرمپ
 - د تعوط او تبول فريكونسي Urgency
 - نآرامي، اضطراب او Panic وارخطائي حمله
 - د ساه لندي د پيداکيدو خاص فكتورونه:
- | | |
|--|----------------|
| فكتورونه | تشوشات |
| ۱. تبه تنفسی مرکز تنبه کوي | • نمونيا |
| ۲. پلورائي دردونه د سينې پراخوالى محدود وي | |
| ۳. شح سري Stiff | |
| ۴. د V/P Ventilation/perfusions عدم توازن | |
| ۵. د J د اخذو تنبه Hypoxemia | |
| ۶. سخت سري Pa Co2 کموالى | |
| ۷. Septick shock | |
| ۸. د p/v عدم توازن | • ريوبي اذيماء |
| ۹. سخت سري Pa Co2 کموالى | |
| ۱۰. Hypoxemia | |
| ۱۱. Cardiogenic shock | |
| ۱۲. د کار زياتوالى | |
| ۱۳. قصبي انسداد | |
| ۱۴. فرط تهويه | |
| ۱۵. ويره او اضطراب | |

ساه لندي چې د تنفسی عضلاتو د وظایفو د خرابوالی سره یو خاي وي:
 عصبي عضلي تشوشتات د بين الصلعي عضلاتو او حجاب حاجز د وظایفو د خرابوالی لام
 ګرځي چې کيدي شي د قسمي يا مكمل تنفسی فلح لامل وګرځي لکه پوليوميالاتيس،
 Guillain Barre پولي نيورو پاتي، Cervical cord transaction، عضلي ضمور، Myastinea gravis

ساه لندي چې د نورو مضاغفو فكتورونو سره یو ئاي وي:
د ځينو خاصو ناروغيو په خاصو حالاتو کې پتوفزيولوجيك ميغانيكيونه د ساء لندي په
توليد کې رول لري که خه هم پتو فزيالوجي د ساه لندي د ميكانيزم په تshireح کې کومک
کوي. زياتره وخت د مشرحي تاريچې اخيستل د ساه لندي د لامل په تشخيص کې رول
لوبولاي شي.

کلينيكي نمونه:

د ساه لندي لاملونه زياتره د کلينيكي لوحې خخه معلوميري په کلينيكي نمونه کې د ساه
لندي شروع (onset)، موده (Duration)، پرمخ ټک (Variability) تغير Progressan)
زياترونکي او کمونکي فكتورونه او ورسه د یو ئاي اضافي اعراضو په باره کې پونته
وشي.

د پلتني جدول د عسرت تنفس د تاريچې لپاره:

❖ شروع بي - په حاد ډول شروع شوي ده او که په تدریجي ډول
❖ د تمرين زغم او ورحنې فعالیتونه

❖ ضميموي اعراض - ټوخي، بلغم، Wheeze ، Hemoptysis، د سينې درد

❖ د الرجي - د زره او تنفسی جهازاتو د تشوشاتو تيره شوي تاريچې لپاره

❖ د وظيفي - د ګرد سره تماس، پولن، د حيواناتو او کيمياوي موادو سره د مخامن کيدو
په باره کې معلومات

❖ تباکو څکول - (پخوانې، موجود)

❖ اوسي سفر بهرنې هيواو ده

تشوشات: د ساه لندي لاملونه

❖ فزيولوريک: ۱. تمرين ۲. لور ارتفاعات (high altitude)

❖ پتولوريک: ۱. چاقي ۲. وينه لړي ۳. تنفسی تشوشات ۴. د زره تشوشات

❖ روحې: فرط تهويه

❖ دوايې: ۱. هغه دواکاني چې د تنفسی تشوشاتو د پیداکيدو لامل ګرځي.

۲. هغه دواکاني چې د قلبې تشوشاتو د پیداکيدو لامل ګرځي.

۳-۵. جدول: د شروع کيدو ډول، موده او پرمخ ټک يې (۷)

دققيې تر ساعتو	ساعت تر ورحو	مياشتي تر کلو
----------------	--------------	---------------

ربوی توبرکلوز	نمونیا	نوموتوراکس
مزمون برانکاتیس	پلورائی انسباب	حاده استما
د اسناخو فبروزی التهاب	Guillain barre سندرروم	ربوی اذیما
		ربوی امبولیزم

متغیر، زیاترونکی او کموونکی فکتورونه: په پورتنيو فکتورو کې ورخنی بدلون ددوی د خاصیت بشکارندوی دی هغه ساه لنډی چې دهفتې په آخر یا د رخصتی په ورڅ کمیرې. شغلي Allergic Alveolitis یا Asthma بشکاروندوي ده د استما نښې کیدی شي د توخي، خندا او یاهم له مانوري خخه وروسته په ځانګړي ډول ډیړې بشکاره ولیدل شي، همدادوں د چلم یا سکریت خکولو خخه وروسته د ګرد، دورو، لوخو، بوټو او ځناورو د الرجن په واسطه هم زیاتیرې. د C.O.P.D ناروغان په لویه کچه له توخي، پرنجې او ساه بندی خخه سر تکوي. هغه ساه بندی چې ناروغ له خوبه وینسوی د استما، ربوی اذیما یا IPNDL او د C.O.P.D په ناروغانو کې لیدل کیدی شي. د زړه د عدم کفائي او پرمختللي C.O.P.D په ناروغانو کې هغه وخت ساه لنډی رامنځ ته کېږي چې کله ناروغ ستونې ستاب خ ملي نو دواړه ډوله ناروغان د ناستې په وضعیت کې ویده کېږي او یاهم سر یې لور او شانه یې تکیه گانې اینې وي او بیا ویده کیدی شي.

ضمیموی اعراض: هغه عام اعراض چې د ساه لنډی سره یو ځای وي عبارت دي له توخي، Wheeze، بلغمو، Hemoptysis او د سینې د درد خخه.

۴-۵ جدول حاده ساه لنډی او د ضمیموی اعراضو تشخیصیه ارزښت: (۷)

❖ د سینې درد، د توخي او Wheeze پرته	<ul style="list-style-type: none"> • ربوی امبولیزم • Hypovolemic شاک • فشاری نوموتوراکس • استقلابي اسیدوزس
❖ د سینې د درد خخه پرته مګر د Wheeze او توخي سره	<ul style="list-style-type: none"> • استما • ربوی اذیما • نوموتوراکس
❖ د سینې د وحشی طرف درد، پلورائی درد په نظر کې نیولو سره	<ul style="list-style-type: none"> • نوموتوراکس

<ul style="list-style-type: none"> • ریوی احتشاء • د پنطیو کسر • نوموتوراکس
<ul style="list-style-type: none"> ❖ د سینپی د مرکزی برخی درد او پلورائی درد خخه پرته • د زره احتشاء • کتلوي ریوی امبولیزم

شدت:

په ورخني فعالیتونو کې د ساه لنډي د شدت معلومول ډير مهم دی، که دا کمه هم وي نو
محدود کوونکې فکتورونه باید په ګونه شي.

د مثال په ډول د یو زوره ناروغه د تمرین تحمل د Intermitant Angina pectoris او Osteo arthritic hips د زړه نسبت هغه ساه لنډي ته چې د مزمن Claudication په واسطه منځ ته راغلي وي زيات محدود وي د Bronchitis موجود دی چې د قلبې او تنفسی ضعیفوالی تشخیص وکړي. د ورخني فعالیت په باره کې د ساده پونشنو کول د سالندۍ د وظیفوی تشخیص لپاره زیات اغیزمن دی.

(NHAC) New York heart association Classification
Severity of heart failure

I Grade I - عسرت تنفس د استراحت او یا متوسط تمرین سره موجود نه وي.

II Grade II - د متوسط تمرین سره عسرت تنفس موجود وي او د دمې یا کم تمرین سره اعراض نه وي.

III Grade III - عسرت تنفس د متوسط تمرین لakin د استراحت سره کمه اندازه وي.

IV Grade IV - په واضح توګه د استراحت سره عسرت تنفس او شدیده سالندۍ د کمې اندازی تمرین سره موجوده وي.

نوټ: د زړه ځینې ناروغان چې د زړه غټه ناروغې ولري کیدې شي بې عرضه یا کوچنۍ اعراض ولري او ځینې ناروغان چې د زړه وړوکې ناروغې ولري کیدې شي غت اعراض ولري خصوصاً هغه وخت چې ناروغ وينه لږي، حمل او نا آرامي ولري.

د ساه لنډي وظیفوی تشخیص:

- ❖ آیا د سالندۍ په واسطه بې خوب نا آرام وي؟
- ❖ آیا ساه لنډي د استراحت په حالت کې وي؟
- ❖ آیا سالندۍ په نارمل محاوره کې مداخله کوي؟

- ❖ آيا د جامو بدلول او د ځای وېنځل د سالندۍ لامل کېږي؟
- ❖ په همواره حمکه خومره تللي شي پرته له ودریدو خخه؟
- ❖ په غیر له دمې خخه د زيني په خو پورو ختلې شي؟
- ❖ د ساه لنډي په واسطه کوم فعالیتونه له منځه ځي (د سالندۍ په کوم وخت کې خه کوي)؟

:Apnea

په ژوند کې د تنفس انقطاع (Apnea) په یو شمیر حالاتو کې منځ ته راخي.

❖ په ارادي ډول د تنفس نیول (ارادي Apnea

❖ په Cheyne stoke تنفس کې په واروار سره Apnea منځته راخي د خوب په وخت کې Apnea په دوه ډوله ډ:

۱ - Obstructive sleep apnea: دا Apnea هغه وخت منځ ته راخي کله چې پورتنی تنفسی لاره د خوب په وخت کې په وقوفي ډول سره بنده شي. دا په هغه بالغ کسانو کې منځ ته راخي چې چاغ، لنډه غاره او په خوب کې په لور آواز سره خربې.

۲ - Central sleep apnea: په ځیني وختو کې په صحمندو خلکو کې هم د لس ثانيو پاره تنفس درېږي.

پتولوزیک د خوب مرکزي Apnea نادرآ پیښېږي. اکثرا هغه وخت پیښېږي چې تنفسی عضلات فعالیت ونه لري.

Wheeze يا سونګاري:

ځیني ناروغان د Wheeze خخه شکایت لري او هغه په دې ډول ییانوی چې تنفس یې شور کوونکی او تکلیف ورکوونکی دی.

Wheeze د موزیکل آواز خخه عبارت دی کله چې هوا د تنکو قصباتو خخه تیرېږي دا آواز د ذفیر په وخت کې بي له دې چې کوم تغیر پکي راشي لوړوی او زیاتره د تنفسی سایکل په همدي مرحله پوري محدود وي. دا اواز زیات بارزوی او کله کله د ژور تنفس په وخت اوریدل کېږي. د زیاتو ناروغانو Wheeze په عادتي ډول وي ځیني ناروغان د Stridor په شکل ییانوی چې باید ددې دواړو او ازاښو تر منځ فرق وشي.

Stridor هغه وخت پیداکېږي کله چې په غټو هوائي لارو کې قسمې بندش موجود وي لکه د حنجرې اذیما، تومور یا د اجنبي اجسامو انشاق. Stridor بېړني تشخيص او درملنې ته ضرورت لري.

د پورتنی تنفسی جهاز اعراض:

پوزه او انفي بلعوم:

د پوزي او انفي بلعوم په ناروغيو کې چې کوم زيات اعراض پېښري هغه د پوزي هوايي لارو بندش او پوزي د افرازاتو خخه عبارت دي پورتنی دواړه اعراض اکثراً يو خاي وي. په نوبتي ډول د پوزي بندش د پوزي د محاطي اديما او د افرازاتو د زياتوالی له کبله وي. په دوامدار ډول بندش د Adenoid د غټوالی، حجابي انحراف او یا د polyp له امله وي. د پوزي دوه طرفه بندش ددي لامل کېږي چې ناروغ په مزمن ډول د خولي له لاري خخه تنفس وکړي (chronic mouth breathing) کوم چې په ماشومانو کې طبي اهتماماتو ته ضرورت لري. که چيرې ممکن وي هغه فكتوروونه د مشخص شي چې د پوزي د عود کوونکي بندش لامل ګرځي لکه پولن یا د ګرد انشاق.

د زيات پرنجي (sneezing) په باره کې دي هم معلومات تر لاسه شي. زيات پرنجي کول په Allergic Rhinitis دلالت کوي. همدا ډول د سردردي په باره کې دي هم پوشنه وشي کوم چې د پوزي د Sinus په حادانتان کې موجود وي. په Epistaxis کې کله چې وينه د حلفي سوريو خخه انشاق شي نو د Hemoptysis په ډول خرګندېږي.

حنجره Larynx:

د حنجري د ناروغيو دوه عمه اعراض عبارت دي له Stridor او Hoarsness (د آواز خپوالي) خخه. مګر د حنجري آفات د توخي او درد لامل هم ګرځي. که د آواز خپوالي او Stridor د خو ورڅولپاره په دوامداره ډول موجود وي باید په پوره توګه یې پلتني وشي. Hoarsness (dysphonia) په کم شدت سوه په درجه کې له Aphonia خخه توپير لري. په Hypothyroidism کې غږ د roak لکه چنکښي آواز په شکل وي.

د آواز د خپوالي د مودي او د هغه پښو په باره کې دي پلتني وشي چې ددي په شروع کې معلومات راکوي لکه د سریخوالی، د آواز غلط استعمال، مزمن توخي د غاړي او یا ستوني عمليات. او ددي معلومات دي هم وشي چې آیا دا په پرمخ ټک کې دي او یا په هغه لوړنۍ حالت کې دي او یا مخ په خرابیدو دي.

که چيرې په حنجره کې عضوي آفت موجود وي نو د Hoarsness سره توخي يو خاي وي چې توخي یې تغير نه کوي چې لنډ، وچ او (د سېي د غباري) په شان وصف لري. د حنجري د لور Stridor (pitch crowing) (د کارغه په شان) آواز دئ چې د شهقيق په وخت کې تولیدېږي په خلس ډول لاملونه یې عبارت دي له:

۱- د Cord په منځ کې د اجنبۍ جسم موجوديت ۲- د حنجري اديما ۳- د حنجري Spasm ۴- په حنجره کې د Exudate تشكيل

Laryngeal pain یا د حنجري درد:

په ګذردي ډول د حنجري سېک درد په حاد Laryngitis کې منځ ته رائحي ثابت او شدید درد د حنجري د پرمخ تللي T.B او حنجروي Laryngitis کارسينوما یوه منظره جوروي.

Trachea

د شزن دردونه د manibrium sterni شاشه انتشار کوي په حاد Tracheitis کي درد ډير شدید وي مګر د توخي په وخت کي يې شدت نور هم زياتېري. شزني Stridor د خبيثه تومور په واسطه د بندش له کبله منع ته رائي چې هميشه د سالنهي سره یو ځاي وي.

د laryngeal stridor په نسبت يې Pitch خفيف وي او د شهيق په وخت کي به اوريدل کېږي، چې د توخي په واسطه يې اواز هم لوپېري که چېري د تومور په واسطه په قسمي ډول يو يا دواړه غټه قصبات بندشي هم Stridor پيداکېري کله چې د Stridor يا خرخر شک پيداشي نو باید ناروغه ته وویل شي چې توخېري او په واژه خوله ژوره ساه واخلي او وباسي د خه وخت لپاره باید خپل غورونه د ناروغه خولي ته نړدي کړئ او د stridor شتون په اوله مرحله کي وګوري.

د پخوانۍ ناروغۍ تاريچې: د پخوانۍ تاريچې خخه د تشخيص، درمنې او ناروغ د انزارو په باره کي ډيره ګتهه اخيسطي شو.

پخوانۍ راديوجرافيك ګتنې: که د ناروغ په اوسينيو راديوجرافۍ کي د سيني د ناروغۍ په اړوند خه نسبې پيداشي نو پکار د چې داکتر د ناروغ پخوانۍ اکسرې هم راوغوارې او تر ګتنې لاندې يې ونisi دا ډيره به تشخيصه ارزښت لري.

کورني، شعلي او تولنيزې تاريچې:

د تنفسی ناروغۍ کورني تاريچې د لاندې درې دلایلو له مخي د اهميت وړ دي:

۱. زيات انتانات په ځانګړي ډول توبرکلوز کيدۍ شي چې له یو کس خخه بل ته سرايت

وکړي د یو چا سره د نړدي والي تاريچې د کورني اړیکو خخه ډير اهميت لري.

۲. په الرجيک تشوشاټو لکه قصبي استما کي د ارثيت مساعده زمينه موجوده وي او

کورني تاريچه غير معمول نه ۵۵. Eczema, Hay fever, Asthma

۳. په مزمن برانکاتيس کي هم په ولادي توګه د ناروغۍ منع ته رائک ليدل شوي خو

ددې سره دا ناروغۍ د حلقو د اوسيدلو او د سکرت خکولو د عادت سره نیغ په

نیغه ټپلې ۵۵.

شغلي تاریخچه: د ټولو و ظایفو او مشغولتیاو په اړه پونتنې باید وشي.
ډیر کیمیاوي مواد، عضوي لوگي او د ځناورو پروتین د Asthma او الرجیک Alveolitis
لامل کیدی شي. همدا ډول دغیر عضوي موادو لکه Silicon، د ډبرو سکارو، ګردونو او
Asbestos له کبله هم Pneumoconiosis او نوري خبيشي ناروغۍ پیداکړي.

پخوانی تاریخچه:

- | تاریخچه | نتیجه او شرح بي |
|-----------------------|--|
| ١) توبرکلوز | ١) کیدی شي عودکړي او Bronchiectasis لامل شي
يا يو ball (Aspergilloma) Fungus ball د سبو په کهف کې جوړ
شي چې دا کهف د توبرکلوز په واسطه منځ ته راغلي وي. |
| ٢) نومونيا او پلوريزي | ٢) کیدی شي چې د Bronchiectasis لامل شي عودکوونکي
نومونيا او پلوريزي د Bronchiectasis په واسطه منځ ته راحي
همداپول د قصبي تومور، د مری د محتوياتو Aspiration
هتمداپول د بلعوم د افرازاتو (Achalasia of cardia)
الکولیزم د نومونيا او پلوريزي لامل ګرځي.
دعودکوونکي نومونيا په ناروغانو کې د معافيتی تشوشاټو لکه multiple myeloma او Hypo - Gama - globulenemia
هم توجه وشي. |
| ٣) شري او توره توخله | ٣) کیدی شي داحتلاتاتو په ډول د نومونيا لامل و ګرځي
خصوصاً د ماشومتوب په اولو وختونو کې او يا د Wheezy Bronchiectasis او Wheezy bronchitis
لامل شي. |
| ٤) Wheezy Bronchitis | ٤) په ماشوم توب کې د Bronchitis په ځای د Asthma
تشخيص وضع کېږي (ناروغ Asthma وي مکر ګومان پړي د Bronchitis
کېږي. په هغه بالغانو کې د Bronchitis عود چې Wheezy bronchitis او
په کوچني والي کې د Asthma او يا Wheezy bronchitis
تاریخچه لري معمول وي. |
| ٥) دسيني ترضيضاټ | ٥) ترضيضاټ Hemothorax دپلورا دضھيم کيدو لامل ګرځي
چې دا ضھيمه پلورا سېري کلک نيسې (frozen chest). |

- ۶) د بلعوم افرازاتو یا د اجنبی اجسامو لکه غابن انشاق د هوشی دواګانو استعمال Aspiration pneumonia یا د سرو د ابسی لامل گرخې.
- ۷) ربوی امبولیزم امیندواری، تازه سفر، ناروگی یا جراحی عملیات
- ۸) د سینی رادیوگرافی د سینی د اوسمی او پخوانی رادیوگرافیو مقایسه تشخیصی ارزښت لري.

ټولنیزه تاریخچه :Social history

ټولنیزه تاریخچه هم باید په مکمل ډول واخیستل شي همدا ډول په دې تاریخچه کې د ځناورو (لکه تي لرونکو یا مرغانو) په باره کې دې پوبنتنه وشي ځکه چې داد Rhinitis، Asthma، الرجیک Alveolitis او نمونیا Psitha cosis لامل کېږي. هغه معلومات چې د ناروغانو خخه او یا د فزیکی معایینې په نیجه کې راغلې وي، هغه ټول په یو ځای کې جمع کړي. د C.O.P.D او قصبي کارسینوما مهم لامل د سکرت څکول دی. دا دواړه ناروگی په هغه کسانو کې چې سکرت نه څکوي په نادر ډول لیدل کېږي.

د سکرت څکولو تاریخچه په لاندې شیانو مشتمل ۵۵:

۱. سکرت د خه وخت او په کوم عمر کې شروع کړي دي؟
۲. په کوم عمر کې پې سکرت بند کړي دي؟
۳. د تباکو متوسط استعمال خومره وو (د سکرت تعداد په ورڅ کې یا یې د تباکو مقدار په هفتنه کې). زیات وخت پې مقدار ناروغانو ته معلوم وي چې خومره سکرت پې اخیستل او یا پې په ورڅ یا هفتنه کې مصروفول.

د تنفسی ناروگیو باندې، بهه :The physical examination

د ناروځ په لومړي حل رائک او د تاریخچې د اخیستلو په وخت کې یو تعداد مناظر په ناروځ کې موجود وي چې د تنفسی ناروگیو په موجودیت دلالت کوي چې عبارت دي له Hypoxia، د سالندې موجودیت او یا د خوراک او خبناک په حالاتو کې تشوشت. د پوستکې معاینات هم د تنفسی ناروگیو په تشخیص کې کمک کوي. په عمومي ډول د Cervical غدواتو معاینه او د Scalene Lymph nodes معاینات په خصوصي ډول باید په

چېره توجه سره اجرا شي. د تنفسی ناروغيو نور خارجي مناظر دستړګو او لاسونو دمعاني
څخه په لاس راتلای شي.

د معاني ترتیب:

۱. د ناروغ عمومي منظره وګوري او د تنفس شکل او تعداد یې معلوم کړئ.
۲. د توحی، Stridor، Wheeze او د آواز تشوشات په ناروغ کې وګوري.
۳. همدا ډول ناروغ دسیانوزس، Hypoxia، polycytemia او د CO_2 د تراکم لپاره معاینه کړئ.
۴. د تنفسی ناروغيو نورسیستمیک مناظر په ناروغ کې وګوري لکه محیطي اذیما، او یا د
ښې زړه د عدم کفایې عالیم.

د ګوتو: Clubbing

۱. ګوتی د جنبي خواو څخه د نوک د بستر د زاویه له منځه تللو لپاره تفتیش کړئ.
۲. ددې لپاره چې په ګوتو کې معوجیت (Fluctuation) وکتل شی نو د ناروغ ګوته راواخلئ او خپل لاس د دواړو ګوتو په نرم طرف کې یې کېږدئ او بیا د ناروغ ګوتی ته د proximal phalangeal مفصل په برخه کې د خپلو دوو منځنی ګوتو د څوکو په
واسطه فشار ورکړئ.
۳. بیا د خپلو دواړو شهادت ګوتو په واسطه د ناروغ ګوته د نوک په قاعده کې جس کړئ.

رقبي : Lymph Adenopathy

۱. درقيبي lymph adenopathy لپاره رقيبي عقدات لکه خرنګه چې مخکي ذکر شول
معاینه کړئ.

۲. د Scalene عقداتو د معاینه کولو څخه مخکي ناروغ د هغه تکلیف څخه چې ددې عقدې د معاینې کولو په وخت کې پیداکړۍ خبر کړئ. د ناروغ غاره لړه هنې خوانه بشکته او قبض کړئ چې د کومې خوانه عقده معاینه کوي بیا خپل ګوتې ته ددې عقدې د معاینه کولو لپاره هغه خای کې فشار ورکړئ د کوم خای څخه چې د ترقوي په هدوکي کې Sternomastoid عضلي منشاء اخيستي وي (د ګوتو Dipping جس).

غیر نورمال حالات:

د جامو د اغوسټلو او ایستلو چېکتیا (په خومره چابکي سره ناروغ جامي وباسي او یائي
اغوندي) د تنفسی ناروغيو لپاره ګټوره نښه ده.

د وزن ضياع په خبات يا په یو مزن انتماني حالت لکه T.B باندي دلالت کوي هغه
ناروغان چې د Laryngeal عصب فلچ لري په هنوي کې د آواز تشوشات او ابنارملتي

گانپ موجودي وي. هنجه ناروغان چې د سبرو په مزمن sepsis لکه Bronchiectasis اخته وي تنفس يې بد بوي لري.

سيانوزس:

هغه مرکزي سيانوزس چې تنفسی منشاء لري په C.O.P.D کې په کثرت سره ليدل کېږي په داسي حالاتو کې د CO₂ تراکم (Type 2) تنفسی عدم کفایه د محیطي او غیوتتوسع لامل ګرځي چې په نتیجه کې لاسونه ګرم او آبی (blue) معلومېږي په مرکزي سيانوزس کې د ژېږي د رنګ کتل معتبر ګنل کېږي او د مرکزي سيانوزس لپاره به مشخص کوونکي علامه ۵۵. (۹)

مرکزي سيانوزس په نورو ناروغيو کې هم منځ ته راتلای شي.

۱- نمونيا ۲- قصبي استما ۳- ريوی احتشاء ۴- Allergic Alveolitis ۵- نوري هنجه ناروغى چې د سبرو د فايربوروزس لامل ګرځي.

مګر په دي حالاتو کې هغه وخت مرکزي سيانوزس منځ ته رائي چې دا حالتونه ډير شدید او يا په پراخه ډول وي.

محیطي سيانوزس زياتره وخت مخ او غاره او کله علوی اطراف اغیزمن کوي. شدیده مزمنه Hypoxia (چې قلبی او یا تنفسی منشاء ولري) زياتره د polycytemia او سيانوزس سره یو ئاي وي (قسمًا مرکزي او قسمًا محیطي).

اذيما: Oedema

محیطي اذيما په هنجه ناروغانو کې چې د C.O.P.D او یا د بني خوازره په عدم کفایه چې د ريوی فرط فشار په نتیجه کې منځ ته راغلي وي راتلای شي.

د اذيما مختلفي ويشنې د علوی اجوف ورید په بندش کې ليدل کېږي چې دا د قصبي کارسينوما ډير زيات معمول احتلاط دي کله چې علوی اجوف ورید بند شي نو وداجي ورید توسع کوي چې د سترګو په واسطه هم ليدل کېږي مګر وریدي نبضان په غاره کې نه ليدل کېږي. د بندش خخه خو ورځي وروسته د سینې د جدار په وحشی او قدامي برخه کې پراخه سطحي وریدونه او کوچني اوردي څرګندېږي وي د ترقوي خخه نیولی سکته د پښتيو تر څنهو پوري) د اوریدونه د تخرګ او تحت الترقوی وریدونو وينه د سفلې اجوف ورید د دريناز ساحې ته رسوي مخ او غاره پرسيدلي معلومېږي. Chemosis (د منضمې اذيما او هم په انساجو کې Pitting اذيما موجوده وي د لاسونو په ظهري طرف کې متوضع وریدونه موجود وي حال دا چې که لاسونه د فوق القصي حفرې خخه هم پورته شي. (۷)

لاسونه :

د گوتو Clubbing د تنفسی، قلبي، او هضمی سیستم په يو شمیر ناروغیوکي منځ ته راخي په Clubbing کې د گوتو آخري بندونه پرسیدلي وي مکر دومره صاف نه معلومېږي د پنسو غتې ګوتې هم اغیزمنې کوي چې دا اغیزمندوالى د بین الحالى مسافو د اذیما له کبله وي هغه چې د شعریه اوغيو او کوچنيو شراینو د پراخیدو په نتيجه کې منځ ته راخي د Clubbing ابتدائي منظره د نوکانو د بستر او د نوك تر منځ د زاوې له منځه تلل دي. د آزمونه هغه وخت مثبت وي چې د گوتو د نوك د حرکت احساس کول د لپ تموجیت له امله نسبت د نارمل ګوتې د نوك د حرکت خخه زیات وي. کله چې تموجیت پکې منځ ته راشي نو نوك د جس په وخت کې داسې معلومېږي لکه چې په خپل بستر باندي لامبو وهی. په پرمخ تللي Clubbing کې مختلف تدریجي پرمخ تللي تغیرات د ليدلو ور وي.

۱. د نوك په قاعده د تحت الجلدی انساجو د پرسوب له امله د نوك د قاعدي پوستکی چې د تحت الجلدی نسج یې پونسلی وي. څلیدونکی، سور او راوتلى معلومېږي او د پوستکي سطحي ګونځې هم ورسه ورکېږي.
۲. وروسته د نوك بستر هم پرسېږي چې په نتيجه کې د نوك انحنا خصوصا په اورده محور کې زیاتېږي.
۳. بالاخره د گوتو خوکې هم پرسېږي چې دا په پرمخ تللي Clubbing دلالت کوي په ځینې نوروحالاتو کې چې Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy موجوده وي په پنسو، بشکرو، زنکنو، لاسو او مړوندو کې پرسوب د درد لامل کړئ. په راديوګرافۍ کې د Sub periostal ناحیه کې د نوي هدوکي جوړیدنه معلومېږي.

Neck یا غاره:

کله چې يوه عقده پیداشي که چيرې د عقدي قطر 0,5 سانتي متر خخه زیات وي، شکل یې ګرد او قوام یې کلک وي نو دا عقده عموماً پتالوژیکه ده. او معمول لامل یې د قصبي کارسينوما خخه د متاستاز شته والي ده په ځینو حالاتو کې غتې او ثابتې کتلې موجوددي وي. همدا ډول سخت او غیر هموار کتلات شاید په جوړ شوي او کلیسفايد توبرکلوز کې

وليدل شي. په ئينې حالاتو کې Calcification د راديوگرافيك معابيناتو په واسطه ليدل کيدي شي.

نور پتالوژيک حالات لکه Sarcoidosis او Lymphoma هم د لمفاوي غقداتو د غتوالي لامل ګرخي.

نوري لوحې: ئينې جلدې او تحت الجلدې آفات د تنفسی ناروغيو سره يو خاي دي. د سترګو تظاهرات هم د تنفسی ناروغيونسوندونکي وي لکه په Horner syndrome کې چې د Co2 د تراکم خخه، دوريدو توسع او papilloedema چې د Ophthalmoscopy په واسطه معلوميږي.

په هنه ناروغانو کې چې Type II تنفسی عدم کفایه ولري د هغوي په لاسونو کې flapping tremor موجود وي. که چيرې مېت و غزول شي نو د مروند حرکات د مخکي او شاته خواته مشاهده کېږي يعني که چيرې ناروغ مېت او بد ونيسي نو د مروند په ناحيه کې به پې لاس قدام او حلف خواته حرکت کوي.

د پوستکي آفات چې په تشخيص کې اهميت لري:

١. د Erythema nodosum او T.B: د لومړني کلينيکي خرګندونې دي.
٢. metastatic tumor nodule: د لومړني قصبي کارسينوما خخه مشتق شوي دي.
٣. Lupus erythematosis: کيدي شي چې د ربوي يا پلورائي خرګندونو سره يو خاي وي.

٤. Hepatic vesicle: د سينې د يو طرفه درد د لامل د پېئندلو لپاره وصفي وي.
٥. Cutaneas Sarcoid and lupus pemio: کيدي شي د داخل صدری سره يو خاي وي.

په تنفسی تشوشا تو کې د سترګو د حالاتو مثالونه:

حالات	ناروغى
١. سندروم Horner .	١. قصبي کارسينوما
٢. phlyctenular kerato Conjunctivitis .	٢. ابتدائي توبرکلوزس
٣. Irido cyclitis .	٣. توبركلوز، سركوئيدوزس
٤. د مشيمېي توبرکل	٤. ميليري توبرکلوز
٥. کيموزس، دمنضمې او شبکېي د وريدونو توسع(کيدي شي د Papiloedemas لامل	٥. Hyper capnea د علوي
شي.	اجوف وريبد بندش

پورتني تنفسی لاره : The upper Respiratory tract

اناتومي: پورتني تنفسی لاره د پوزې د خارجي سوريو خخه شروع او تر تراخيا پوري امتداد لري. په پورتني تنفسی لاره کې لاندي اعضاء شامل دي:

۱. پوزه ۲. د پوزې Sinuses ۳. انفي بلعوم ۴. Oropharynx حنجره

د پوزې خولي او بلعوم فزيكي معانيه د تنفسی ناروغيو د تشخيص لپاره اساسي جز ګيل کېږي. د معانيې ترتیب:

۱. د ناروغه پزه، ستونۍ او خوله معانيه کړئ.

۲. د دې لپاره چې Sinusitis معلوم کړئ نو د ناروغه Frontal او Maxillary جيوبو ته فشار ورکړئ او پوښته وکړئ چې درد کوي او که نه؟

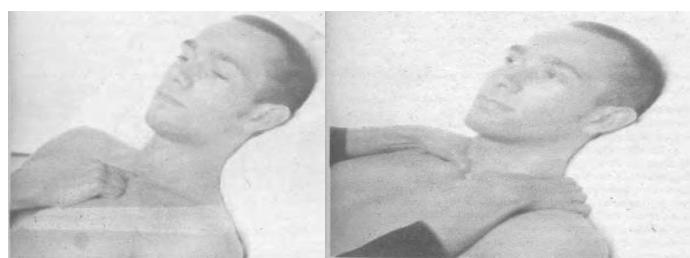
: Trachea

۱. د تايرайд غده معانيه کړئ د تايرайд غده د تراخيا په قدام کې موقعیت لري.

۲. د دې لپاره چې د تراخيا موقعیت وپېژنۍ لومړي په ورو توګه د شهادت د ګوتې خوکه د متوسط خط په استقامت په فوق القصي حفره کې کېبدئ او ګوتې ته لې فشار ورکړئ او جس کړئ. که چېړي تراخيا بي ځایه شوي وي نو ګوته قسمماً يا په مکمل ډول باندي د هغه طرف مقابل خواهه چې تراخيا بي ځایه شوي ده دنه داخليري.

۳. د دې لپاره چې د Cricosternal فاصله اندازه کړئ نو یو یا دوه ګوتې د عضروف Cricoid

او فوق القصي حفرې تر منځ داخل کړئ.



۲-۵. شکل د شزن جس ددهو غنبو ګوتې په واسطه (۷)

۱-۵. شکل د شزن جس ددهو غنبو ګوتې په واسطه (۷)

ابنارامل موندنې:

د پورتني تنفسی طرق انتانات زیات معمول دی نوموري انتانات د قصباتو او سپو د ناروغۍ د پیداکیدو او یائې د تشدید کیدو لامل کیدی شي. د خولي gingivitis Sepsis خصوصاً تقيحي د سپو د ناروغيو لامل کېږي لکه د سپو ابسې د پزې د جيوبو دپاسه د درد موجوديت په انتاني Sinusitis دلالت کوي.

The larynx يا حنجره:

د حنجري خارجي معاینه ګټور معلومات ورکوي.

مکر د شوندو، ژې، د سترګو د شاوخوا او د غاري پرسوب چې د فرط حساسیت د عکس العمل په نتیجه کې منځ ته رائي د حنجري د اذیما سره یو ځای وي چې دا اذیما د Stridor (حرحر) او ساه لنډي لامل ګرځي او حتی کله د حنجري د مکمل بندش لامل کېږي. د حنجري بشه معاینه دفبروزي Fibreoptic Laryngoscopy او د خپوالی په تشخيص کې لوړنئ قدم دی ددې په واسطه کیدی شي چې داد آواز د خپوالی په اخباروی چې د خبرو کولو په وخت کې د Adduct يا د نړدې کیدو وضعیت تومور، توبرکلوزس او د صوتی حبول د فلچ آفات معلوم کړو فلچ شوي حبول د تبعد او تقارب تر منځ وضعیت اختیاروی چې د خبرو کولو په وخت کې د Adduct فلچ د مکمل فلچ خخه مقدم وي د حبول یو طرفه فلچ د آواز د خپوالی او د ټوخي (دعوئي ټوخي) لامل ګرځي لیکن دوه طرفه فلچ د Stridor (حرحر) لامل ګرځي.

The trachea يا شزن:

که د تایرايد غده غته او شزن بي ځایه شوي وي نو باید داخل صدری ناروغيو خواته فکر ونشي ځکه چې تراخیا د تایرايد د غدي د غنوالي له امله بي ځایه شویده کله تراخیا د منصف د علوی برخې د کتلې، لمفوما، کارسينوما یا د کتلوي انصباب (effusion) په واسطه هم بي ځایه کېږي د سپو کولاض یا د سپو د علوی فص کولاض یا فبروزس زیاتره تراخیا د آفت طرف ته کش کوي.

د سپو د زروه یې فبروزس معمول لامل د توبرکلوز ناروغې ده.

هغه ناروغان چې د تنفسی لارو مزمن بندش لري د شهیق په وخت کې تراخیا بستکته خوانه بې حایه کېږي چې د Trachea بستکته خوانه بې حایه کیدل قصبي عضروفي مسافه په زیانه اندازه کموي.

کلیدي تکي:

۱. د نوک د بستر د زاوئې له منځه تلل او تموجیت د ګوټو د Clubbing لومړنې نښه ۵۵.
۲. هغه کسان چې تنفسی ناروگۍ لري باید د هغوي غاره د شاه له خوا خڅه د خټې یو طرف او بل طرف او د Scalene Lymphadenonathy ناحیه د پاره ولتیوی.

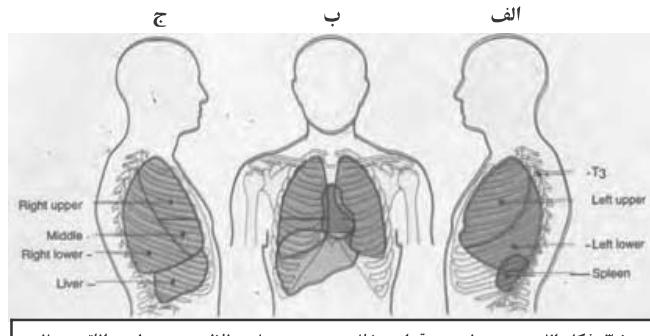
د سینې فزیکي معاینه

د سینې په فزیکي معاینه کې خلور شیان شامل دی.

۱. Auscultation تفییش. ۲. Palpation جس. ۳. Percussion قرع. ۴. اصغاء

سطحی اнатومي:

په صحتمندو خلکو کې Apex beat په خپل نارمل ځای کې او شزن مرکزي موقعیت لري د سبزو علوی فص د سینې په قدام کې او د سبزو سفلی فص په غالب ګومان سره خلفي موقعیت لري یاني د سبزو د سفلی فص زروه د خلورمې ظهری فقرې ددریم spinous process سره برابري کوي.



(۲) شکل الف چې وحشی، ب قدامې خلفي، ج سینې وحشی مناظر د سپو سطحي ا Anatomi

تنفسی حرکات:

د تنفس په وخت د سینې دواړه خواوې (بني او چې thorax) په یوه اندازه او مساوی توګه حرکت کوي. په صحتمندو بالغو خلکو کې د استراحت په حالت کې د تنفس تعداد 14/min وي. په ګلینیکي ډول د تنفس د ژوروالی تشخیص یا مشخص کول ډير سخت کار دی ځکه چې د سینې او حجاب حاجز حرکات په یقیني ډول نشو اندازه

کولای د کوم په واسطه چې تنفس اجراء کېږي په حقیقت کې د سینې پراخواړی د حیاتي ظرفیت سره منظم تراو نه لري ځکه چې په ځینو خلکو کې په غالب ګومان سره تنفس حجاب حاجزی وي همدا ډول د ډوب ڈفیر او ډوب شهیق په وخت کې حجاب حاجز 5 سانتی متره او یا زیات بشکته خوانه له خپل اصلی ځای خخه بې ځایه کېږي. په زیاتره بشوو کې تنفسی حرکات صدری دی ځکه دوي د تنفس په وخت کې زیاتره بین الصلعی عضلات استعمالوي. په ماشومانو کې (که هغه نر وي او یا بشوه وي) تنفسی حرکات حجاب حاجزی وي.

د معاینې ترتیب:

۱. د ناروغ سینه او د بطن علوی برخه معاینه کړئ د معاینې په وخت کې باید رنا موجوده وي د سینې او د بطن علوی برخه باید برښده وي.
۲. په پټ ډول د ناروغ د تنفس تعداد او د سینې حرکات په یوه دقیقه کې وشمیرئ چې ورسره موګوټې د نبض دباسه نیولی وي.
۳. د ناروغ سینه د اړخو او مخي خخه معاینه کړئ د معاینې په وخت کې به ناروغ د نيمه پروت Semi recumbent وضعیت کې وي او لاسونه بې د تني خخه لري وي تر خود تحرګ ناحیه په آسانی سره معاینه شي.
۴. د تنفس ډول معلوم کړئ او د ڈفیر او شهیق ابنارمل حرکاتو ته توجه وکړئ.
۵. د نارمل او ژور تنفس په وخت کې د سینې د دواړه خواوو تنفسی حرکات مقایسه کړئ.
۶. تنفسی حرکات د ترقوی خخه په لاندې ناحیه کې هم مقایسه کړئ بیا ناروغ ته ستونی ستاخ وضعیت ورکړئ چې لاسونه بې متناظر او آرام حالت کې وي او سوته به بې بالبست موجود وي په دې ډول چې سر او تنه بې په نیغ وضعیت کې وي او د ناروغ خخه خواهش وکړئ چې ژوره ساه واخلي بیا د تنفس په وخت کې د ترقوی خخه لاندې ناحیه په مماسی ډول معاینه کړئ.
۷. د ساه لندې ناروغان چې د سالندې له امله ستونی ستاخ نشي خملاستي د ناستې او نيمه ناستې په وضعیت بې معاینه کړئ.
۸. د سفلې برخې قدامې حرکات هغه وخت تفتیش کړئ چې ناروغ ژور تنفس واخلي او د نيمه ملاستي وضعیت ولري.
۹. د ناروغ شاه معاینه کړئ په دې ډول چې ناروغ نیغ ناست وي او خپل لاسونه بې د سینې په قدام کې یو تر بله تېر بېر کړئ وي د ناروغ د شا خخه باید بالبست لري شي تر خود ناروغ ټوله شا په صحیح ډول سره معاینه شي. (۷)

۱۰. د سینی حرکات د شا خخه ارزیابی کړئ کله چې ناروغ نیغ ناست وي محتاطانه تفتیش نظر د جس معاینې ته د سپو په پراخه کیدو کې په تقریبی ډول زیات معلومات ورکوي.

۱۱. د سینی جدار د پوستکي او هډوکو د موضعی آفاتو لپاره جس کړئ او ددې خخه په ګتني اخیستو سره د زړه د ذروي او شزن په هکله معلومات لاس ته راتلای شي.

۱۲. د شهیقی او ذفیری توپیر لپاره باید د صدر سفلی برخه د یوې فیټې په واسطه اندازه کړئ.

معمول ابنارملتي ګانې:

د صدر په شکل کې ابنارملتي:

د کلینیکي بنې د ارزښت په اساس په لاندې ډول یادونه کېږي.
د صدر په قدامې حلفي قطر کې زیاتوالی:

په ئینو ناروغانو کې چې په امفريما اخته وي او د صدر قدامې حلفي قطر يې زیات وي.
نو په دې اړه دغه دوه اندازه ګيري يو Barrel chest را په ګوته کوي او همدا ډول د
امفریما په ناروغانو کې د سینې سوء شکل د وظیفوی نیمګړتیا په هکله د ډاډ وړ معلومات
نه ورکوي. په دې اساس د قدامې حلفي قطر زیاتیدل د صدری Khyphosis له کبله هم
منځ ته راحي کوم چې د تنفسی ناروغیو سره تړونه لري.

صدری :Khypho scoliosis

صدری Scoliosis نسبت د صدر قدامې جدار ته د منصف د تغیر موقعیت لامل ګرځی چې
په دې اساس هغه تغیرات چې د تراخیا او د زړه په زروه کې پیداکړې په شکمنه توګه د
زړه یا سپو ناروغیو ته فکر کېږي. د بلې خوا خخه پرمخ تللي Kypho scoliosis د سپو په
دندو باندې اغیزه کوي چې دغه صدری سوء شکل د سپو د تھوئي د ظرفیت د کموالی
لامل ګرځی او د تنفس شمیر زیاتوي چې په ناروغانو کې Hypoxemia،
او په لوړنې عمر کې د زړه د عدم کفایې دمنځ ته راتلو لامل کېږي Hyper capnea.

(د کوتري په خير صدر): Pigeon chest

دا ډول صدر په ماشومانو کې د استما او د تنفسی مزمنو ناروغیو یو معمول احتلاط دئ
چې په موضعی توګه د فص هډوکى راوتلى وي او پښتیو عضروفي برخه هم ورسه نښتې
وي او زیاتې پښتی دنه خواهه ننوتې وي او یوه متناظره افقی میزابه
(Dپښتیو دخنډو لپاسه جورووي. چې دغه سوء تشکلات د سپو د زیاتې Harison sulci)

تهوئی لامل کېږي چې د حجاب حاجز قوي متکرر تقلصات ورسره وي او دغه صدر په خپل تغير منونکي حالت کې وي، چې د صدر دغه سوء شکل د Rekets ناروغیو او یا نا معلوم علت له کبله وي.

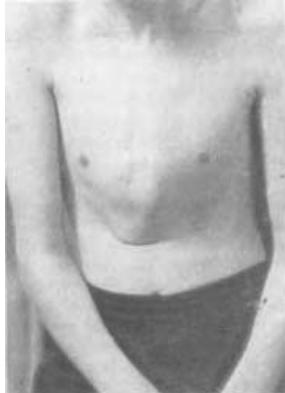
قيف ډوله صدر :Funnel chest

په دغه ډول صدر کې یو موضعی تیتووالی د قص په سفلی برخه کې لیدل کېږي په کمو پېښو کې دغه تیتووالی د قص په تول امتداد کې لیدل کېږي چې ورسره د پښتیو د عضروفي برخې تیتووالی هم موجود وي. دغه ناروغی اکثراً بې عرضه وي خوکله چې د قص د هدوکې خورا زیات Depression موجود وي نو زړه چپ طرف ته بې ځایه کېږي او په سرو کې د تهؤئی ظرفیت کمیږي.

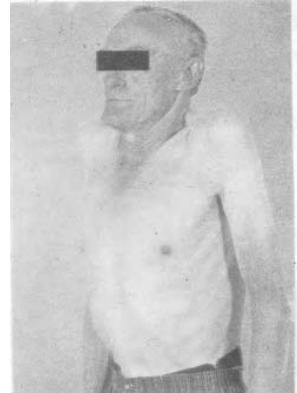
صدری عملیات Thoracic operation : جراحی عملیاتونه او د سینې شدیده ضربه شاید په مختلفو درجو د سینې د سوء تشکلاتو لامل شي.



۷-۵. شکل قيف ډوله صدر (۷)



۶-۵. شکل pigeon صدر (۷)



۴-۵. شکل Kyphoscoliosis (۷)

د سینې د جدار آفات:

کومې ابناړملتني ګانې چې په مشترک ډول د صدر د جدار د جس او تفتيش په واسطه موندل کېږي په جدول کې ذکر شوي دي. نو په دې اساس د پوستکي او پوستکي لاندي نودولو طبعت د Aspiration او Biopsy د معایناتو په واسطه صورت نیسي.

د پوستکي لاندي امغزيمما (د پوستکي لاندي انساجو کې هو) د Crackle خاصيت د لرلو له مخې پېژندل كېري چې دا شايد په صدری جدار، غاره او مخ کې د پرسوب لامل وگرځي. د پوستکي لاندي امغزيمما د نوموتوراکس د معمول احتلاطاو خخه شميرل كېري کوم چې د بين الصلعي تيوب د خالي کيدو خخه پيداکړي. همدا ډول په شدیده استما کې هوa په منصف کې پاتې کېري د منصف امغزيمما د ورو اسناخو او قصباتو د سورې کيدو له امله هوa د پوستکي لاندي لاري خخه غاري ته انتقال کوي چې حتى کله په لور مقدار سره د منصف او تحت الجدي امغزيمما خطرناکه نه وي کله چې هوa په منصف کې موجوده وي په دې وخت کې ممکن د زړه آوازونه معشوش شي.

د تنفسی حرکاتو ابنارملتي:

د تنفس Frequency: تنفسی په مختلفو ناروغيو کې لورېږي لکه تبه، د سېرو حاد انتفات، د صدری جدار او پلورا درد. او په ځینې حالاتو کې چې د تنفس په کار کې زياتوالی پيداکړي لکه د قصباتو په استما او د سرو په حاده اذیما کې.

۱. د سینې ددبوال آفات:

- د پوستکي Eruption
- سرکوئيدنودول
- ګلابي ټکي
- ندبه Bruises
- جيبي دريناز

۲. د پوستکي لاندي آفات:

- النهابي پرسوب
- متاستاتيک تومور
- د Cebaceus کيس
- سرکوئيد نودول
- Neuro fibroma
- Lipoma

۳. د پوستکي لاندي امغزيمما:

- نوموتوراکس
- شدیده استما

۴. وعائي انومالي ګاني:

- Spider navi

• دا بهر Coarctation

• د علوی اجوف ورید بندش

۵. موضعی تبارزات او سوء تشکلات:

• فص

• کتف

• ترقوه

• ضلعي عضروفي اتصال

• پشتئي

• Spinus process

۶. موضعی حساسیت:

• ماته شوي پښتى

• تومور چې د صدر جدار بې اخته کړي وي

• د نحاعي عصب د ریشو تشوشت

۷. د ډنديو آفات

۸. د تخرګ د لمفاوي عقداتو غتوالۍ

د تنفس ډوییدل Respiratory depth :

که خه هم مشکله ده چې د تنفس د ژوروالي صحیحه ارزیابی صورت ونیسي اما ددې امکان شته چې د فرط تھوئي او تفریط تھوئي درجې معلومې شي.

د تفریط تھوئي اهمیت د Type II تنفسی عدم کفائي په پیژندلو کې مهم دی. په کتلوي ریوی امبولیزم او متابولیک اسیدوزس کې چې د ډیابتیک کیبتو اسیدوزس او Uremia له کبله وي د استراحت په حالت کې د تھوئي فوق العاده زیاتوالۍ پیدا چې دا د تنفس د ژوروالي (د هوا خخه وږي) او په آخره کې د ساه لندي احساس ناروغ ته پیداکړي. په Chyn stoke يا Periodic Apnoea (دوره بې) تغیرات پیداکړي يعني د فرط تھوئي په دوام داسې یو حالت راخي چې تنفس درېږي (Apnoea) چې په ځینې عصبي آفاتو کې هم چې بصله بې اخته کړي وي او هم د زړه عدم کفائي په ناروغانو کې پېښې مینځ ته راخي.

د سینې پراخوالی Chest Expansion :

د سینې اعظمي اندازه شوي پراخوالی 2 سانتي متراه يا ددې خخه کم مشخصاً یو ابنارمل حالت دی او همدا ډول د صدر توسع د سېرو او قصباتو د ناروغیو په هر ډول کې فرق

کوي د بيلکي په دول د قصباتو Asthma، امفزيما، د سرو فبروزس او په هغه حالتونو کې چې د پښتيو حرکات پکې محدود وي لکه په .Ankylosing spondilitis د تنفس طريقة : Mode of breathing

که چيرې تنفسی حرکات خاصتاً په صدر پوري ترلي وي علت به يې بطني درد، د داخل بطني فشار زياتوالی Ascitis او د ګازاتو په واسطه د کولمو توسع او د تخدمدان غت Cyst چې د حجاب حاجز حرکات کموي وي. که د تنفسی حرکات خاصتاً په بطن پوري اره ولري نو ankylosing spondilitis، بين الصلعي فلنج يا د پلورا فلنج شايد د صدر د کمي درجې پراخواли لپاره مسؤول وي.

د صدر د توسع کموالي (Reduced Expansion)

د صدری جدار د توسع يو طرفه کميدل په مختلفو تنفسی ناروغيو کې ليدل کېي لکه په پلورائي انسباب يا Empyema کې چې صدری پراخواли معدوم وي که چيرې دغه حالت مزمن وي په نتيجه کې پلورا پېړه او فبروزس تأسیس کوي نو د پښتيو ننوتل (Retraction) منځ ته راحي او بين الصلعي مسافي هم په ماوفه برخه کې نوځي چې دي ته د Frozen اصطلاح ورکړل شوې ۵۵. د صدری توسع کموالي د سرو په کانسوليدينشن او کولاپس کې هم واقع کېي د صدر د توسع د محدودوالی علت په نوموتوراکس کې د هغه هوا په مقدار پوري اړه لري کومه چې په پلورائي مسافه کې موجوده وي.

په فشاري نوموتوراکس کې د صدر ماوفه طرف شايد بي حرکته وي او يو Full شهيقي حالت اختياروي. د سرو په توبرکلوز کې حتی پراخه آفات شايد د ناروغۍ په اولو وختو کې د صدری جدار په توسع باندي کم تاثير ولري اما کله چې فبروزس تاسیس وکړي نو په نتيجه کې د صدر د توسع د شديد محدود والي لامل ګرځي چې بالاخره د صدر ماوفه برخه یوه همواره بنه اختياروي. د قصباتو په استما، امفزيما او د سرو په منتشر فبروزس کې د صدری جدار توسع په متناظر شکل کمېږي.

په لوړنيو دوو حالتو کې (د قصباتو استما او امفزيما کې) د سرو زيات پرسوب پیداکړي. له بله طرفه د سرو په منتشر فبروزس کې شهيقي حرکات د سرو د پراخيدو د قabilت د کموالي سره کمېږي. مکر په ډېر و شدیدو پښو کې هره شهيقي مرحله په ناخاپې دول توقف کوي. چې دي ته Door step breathing اصطلاح ورکړل شوې ۵۵.

د صدری حرکاتو زياتوالی Increased movements

که خه هم ساه لنډي يو subjective احساس دي چې دا عموماً د تنفسی مشکلاتو سره یو ځای وي چې دلته اکثراً د تنفسی فريکونسي زياتوالی موجود وي کوم چې شايد د شهيق

پ وخت کې د پزې د Ala nasi پراخوالى ورسه يو خای وي چې دا حالت زیاتره د ساه لنډي په عدم موجودیت کې مشاهده کېږي. د تنفسی حرکاتو د زیاتوالی لپاره مهم کلینیکی تکیي په لاندې ډول دي.

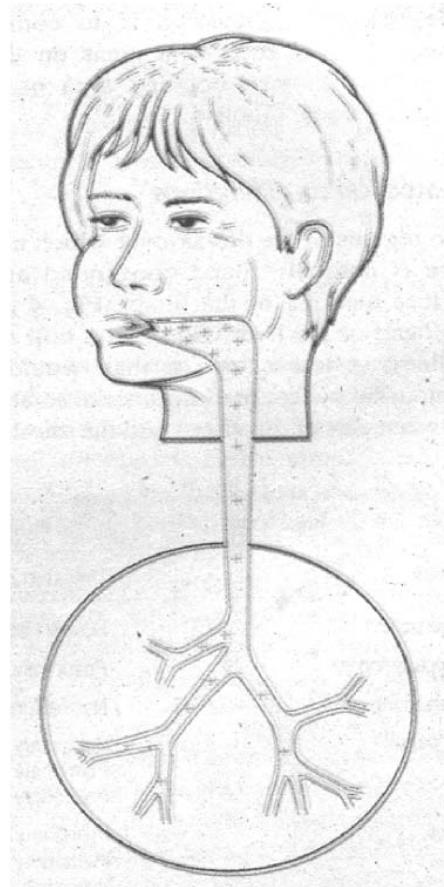
- غیر نورمال شهیقی حرکات: د رقبې عضلاتو د تقلص په واسطه پیداکړې (sternomastoid, scalani, trapezeus) چې ددې په واسطه د سینې توله پنجره متأثره کېږي او د هر شهیق سره صدری پنجره مخ پورته حرکت کوي.
- که چیرې په نارمل شهیق کې هوا سېرو ته داخله نشي نو ناروغان په دې ډول تنفس کوي لکه پرمخ تللي امغزیما او شدیده قصبی استماتیک ناروغیو کې چې د سېرو د فوق العاده توسع لامل ګرځی نور نآرام کونکی شهیقی حرکات د مشابه خاصیت لرونکو ناروغانو لکه د حنجري او شرن په بندش باندې اخته وي هم مشاهده کېږي. چې د تنفس سره فوق القصی، فوق الترقوی مسافاتو، بین الصلعی مسافاتو او اپی ګاستریک د ناحیو دنه ننوتلولامل کېږي او همدا ډول د C.O.P.D او شدیدی استما په کمو پیښو کې هم لیدل کېږي او د بلې خوا د صدری جدار موضعی ننوته په هغه ناروغانو کې مشاهده کېږي څوک چې د پیښتو په متعددو کسرنو یا د عظم قص په کسر باندې اخته وي او د سینې د پنجرې یوه برخه د مکسوره شاخو تر منځ د حرکت په حال کې وي او د هر شهیق سره دنه حرکت کوي چې پورتني معکوس حرکات د سېرو د تھوئی سره په تضاد کې واقع کېږي چې په تنفسی زجرت او Hypoxemia باندې منجر کېږي.

غیر نورمال ڈفیری حرکات:

دا ډول حرکات د بطني عضلاتو د قوي تقلص او د Latismus dorsi عضلي د تقلص له سبیه لیدل کېږي او دا هغه وخت مشاهده کېږي په کوم وخت کې چې د سېرو الاستیکي په شاه کیدنې خاصیت د خلاصیدو لپاره ناکافې تمام شي (ترڅو د اسناحو خخه هوا خارجه شي) لکه د امغزیما په ناروغانوکې او یا په هغه ناروغانو کې چې په شدید ڈفیری انسدادي مشکل باندې اخته وي لکه د قصباتو په استماتیک ناروغانو او د C.O.P.D په حینو پیښو کې.

نو هغه ناروغان چې په ڈفیری انسدادي مشکل باندې اخته وي دا سنه ګنې چې د ولارې یا د یو میز یا د چوکې شا کلكه ونیسي ددې لپاره چې ناروغ د خپل تنفسی مشکل د لري کیدو لپاره د اورې کمر بند ثابت کړي او د Latismus dorsi عضلي په مرسته ڈفیری کوشش تقویه کړي. زیات ناروغان چې د امغزیما او C.O.P.D په حادو او متکررو ناروغیو

اخته وي کوشش کوي چې هوا د خپلې خولې له لاري چې شوندې يې د بتوي (دستکول)
په شکل نیولې وي وباسي (د پوکولو په شکل)



(۷) تنفس purse-lip شکل ۸-۵

کلیدي تکي:

- د امغزيمما په ناروغانو کې د وظيفوي نانوانۍ لپاره د سينې سوء شکل د باور وړ لارښود کيدی شي.
- پر مح تللي Kyhoscoliosis د سېرو په وظایفو باندي ډيرې زياتې اغیزې لري.

- د صدری توسع د اندازه گیری د توپیر د موندلو لپاره د صدر په دواړو خواو کې دیر زیات باور باید د تفتیش عملی نه وشي نظر جس ته.
- د تنفسی پراخوالی موضوعی نقیصه زیاتره د سرو under lying او پلورانی ناروغیو پوري اړه لري.
- د سینی پراخوالی په هغه ناروغانو کې چې د سینی حرکات یې زیات وي دیر زیات کم شوي وي لکه د پرمخ تللي C.O.P.D په ناروغانو کې چې متکرري حملې لري.

قرعه يا Percussion

د قرعې خخه اصلی هدف دادی چې د ریزونانس آواز درجه د سینی په دواړو خواو کې مقایسه شي او د ابنارملتی ساحه په ګوټه کړي.
اناتومیک پاملونې :Anatomical consideration

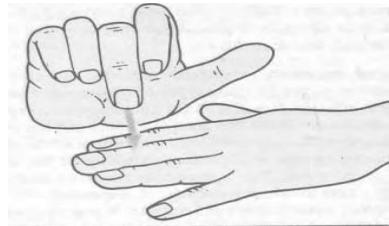
د سینی لپاسه په هغو ساحو کې چې د قرعې په واسطه ریزونانس آواز اوریدل کېږي د سطحي اناتومي له نظره تقریباً د سرو د نښه شوو ساحو دپاسه مطابقت کوي د زړه او ځیګر لپاسه قرعه اجراء کول یو Dull آواز ورکوي، مګر د dullness ساحه نظر نښه شویو اناتومیک ساحو ته کم پراخوالی لري.

د قرعې نوت:

۴-۵. جدول: د قرعې نښې (۷)

لاس ته راغلي معلومات	Type
Hallow viscose	Tympanic
نوموتوراکس	Hyper resonant
نورمال سېري	Resonant
د سرو کانسولدېشن	Impaired
د سرو کولالپس	//
د سرو	//
د سرو	Dull
پلورا انصباب	Stony dull

د قرعې تختنیک:



۹-۵. شکل د قرعې تختنیک (۷)

د معاینې ترتیب:

د قرعې اساسی تختنیک د یونې لاسی کس لپاره په لاندې چوول ذکر کېږي:

- چپ لاس د سینې د جدار دپاسه په داسې حال کې کېبدئ چې ورغوی د سینې د جدار سره په تماس کې وي او گوتې په کمه اندازه یو د بل خخه بیلې وي او د منځنۍ گوتې دریم phalanx باید د هغه ساحې لپاسه کېښودل شي چې قرعه پري اجراء کېږي ياني زیاتره د بین الضعی مسافې له پاسه.
- د خپل چپ لاس منځنۍ گوتې ته د سینې د جدار په مقابل کې تیګ او ثابت ډول سره فشار ورکړئ.
- د خپل بشی لاس د منځنۍ گوتې د خوکې په واسطه د چپ لاس د منځنۍ گوتې د دوههم phalanx په مینځ باندې په داسې حال کې ضربه وارده کړئ چې د سې زاوې لرونکې وي (يو خټک په شکل ضربه وارده کړي) چې لاس باید د مروند د بند خخه حرکت وکړي او نور لاس په ثابت حالت کې وي.
- په دواړو خواو کې د مشخص شویو ساحو خخه باید د لاس ته راغلو نتایجو مقایسه وشي.
- هغه ساحه په گوته کړئ چې ریزونانس بې کم شوي وي یعنې کوم چې د زړه او ځیګرد dullness ساحه په برکې نیسي. یعنې د ریزونانس ساحې خخه ساحې ته باید لار شو.

عملی کړنلاري:

هغه ځایونه چې په هغه کې باید د قرعې د نښې مقایسه وشي په لنډه توګه په لاندې ډول ذکر کړې:

- د سینې د قدامې جدار لپاسه

۱) ترقوه ۲) د ترقوی لاندې برخه ۳) د دوھمې خخه تر شپږمې بین الصلعی مسافې پورې.

- د سینې د جدار لپاسه

۱) د څلورمې خخه تر آوومې بین الصلعی مسافې پورې

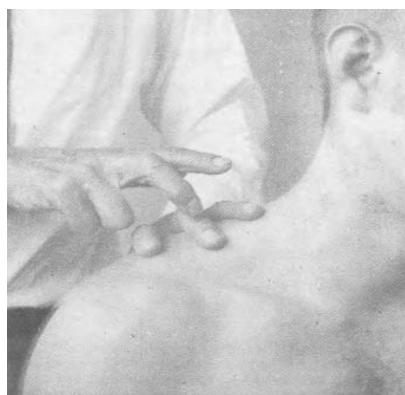
- د سینې خلفي جدار

۱) قرعه باید د Trapezuis خخه بشکته د سرو تر زروه پوري اجراء شي

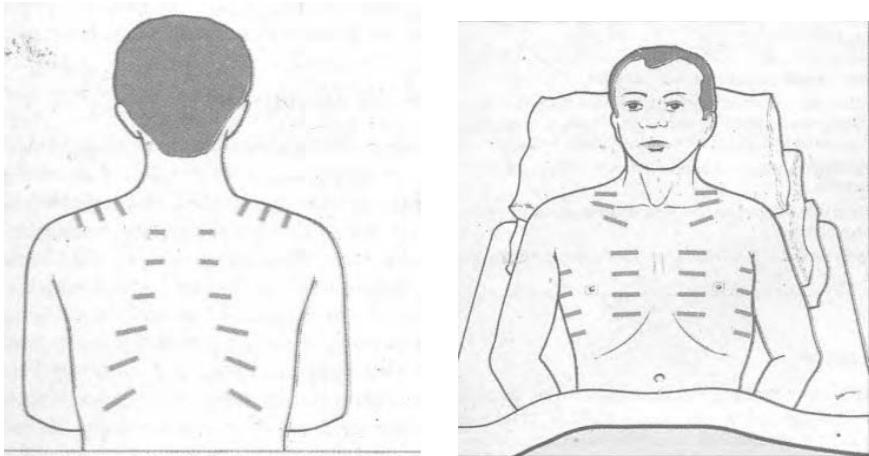
۲) د کتف د زروي د سوئي لپاسه

۳) د ۵-۴ سانتي متر په فاصله د کتف د ذروي په لاندې سویه مخ بشکته تر یوولسمې پښتې پورې.

د سرو زروه باید داسې قرعه شي چې د چپ لاس منځنۍ ګوته د Trapezius عضلي په قدامي سرحد باندې کېښوډل شي او د فوق الترقوی حفرې لپاسه Over lapping او همدا ډول قرعه باید مخ بشکته اجراء شي د ترقوی د هدوکې قرغ کول د سرو د پورتنې فص آفات په ګوته کوي خرنکه چې په نېټه توګه قرعه د ترقوی هدوکې له پاسه درد ناکه وي نو د ترقوی له پاسه د قرعې لپاره صحیح موقعیت د هغه انسي دریمه برخه ده یعنی د انسي نهايی خخه لړ وحشی طرف ته.



(۷) ۱۰-۵. شکل د نېټي زروي قرعه د شاه طرفه



۱۱-۵. شکل د قدامی او وحشی صدری جدار قرعه (۷)

۱۲-۵. شکل د خلفی صدری جدار د قرعی خایونه (۷)

قرعه: Tidal

د حجاب حاجز د حرکاتو د اندازی لپاره باید مسافتی اندازه شی دا نوعه قرعه د سړو په حلف کې اجراء کېږي ناروغ ته قوي شهیق ورکول کېږي تر کومه خایه چې په دغه حالت کې ریزونانس وي په نښه کېږي او وروسته قوي دفیر په ناروغ اجراء کېږي چې په دغه حالت کې بیا هم ریزونانس اندازه او ددواړو تفاوت اندازه کېږي، چې داد حجاب حاجز د حرکاتو اندازه بنېي، مګر دغه د کم ارزښت لرونکي دي.

معمول ابنارملتي گانې:

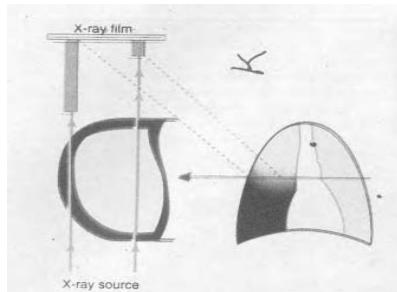
دغه اصطلاح اکثراً د قرعې د نښو د تشريح کولو لپاره چې په جدول کې ذکر شوي دي استعمالیې.

دغه آواز په Hyper Resonance سړو کې لیدل کېږي کوم چې د سړو جوف یې د یو غټ نري جدار په واسطه احاطه شوي وي، او همدا ډول په نوموتوراکس ناروغانو کې هم لیدل کېږي.

:Dullness

د قرعې نوبت خپل نارمل ریزونانس آواز کله چې تهويه شوي سړي د صدری جدار خخه د پلورائي مایع، د ضخامت د زیاتوالی او یا کله هم چې سړي په کانسولیديشن یا کولاپس یا فبروزس باندي اخته شي له لاسه ورکوي او د آفت په پورته ساحو کې د قرعې نوبت

Impaired متناقص يا Dull وی. نو فلهدا د Dullness پاره په قرعه کې د اهمیت وړ تکي د پلورائی انصباب د زیات مقدار سره تراو لول دي. د سی طرف پلورائی انصباب رادیوگرافیک خرګندوونی:



۱۳-۵. شکل د نبی طرف پلورائی انصباب (۲)

د عرضاني مقطع د انصباب علوی خنډي ته کوم چې په (عرضاني تير باندي نښه شوي دي. نو په قدامي حلفي او جنبي موقعیتونو کې د مایع یو شان مقدار خرګندوي. لکه خرنکه چې د هیموموتوراکس د شکل په اساس د X-ray د شعاعو په واسطه زیاته مایع د جنبي موقعیت په اساس نظر مرکزي موقعیت ته خرګندېږي نو په دي اساس د پلورائی انصباب سیورئ (shadow) Curve یا منحنی شکل پورته د تخرګ خواته متوجه وي.

کله چې د سپو د کانسولیدیشن او یا کولاپس له سببه کومه ابنارملتي په قرعه کې وی نو مخکې له دي چې یو فص یا فصونه په آفت اخته وي د فیسورونو د سطحي نښه شوو ځایونو په اساس پېژندل کېږي. لیکن کله چې یو فص په تام ډول په کانسولیدیشن اخته شوئ وي ددې لپاسه ساحه کومه چې د قرعې په واسطه impaired د زیاتره دیره کوچنۍ وي نظر د مخکې سطحي نښه شوو ځایو خخه چې توقعې کيده. نو کله چې یو فص کولاپس کړي وی دا فص په قرعه کې زیات د پام وړ وي نو په دي اساس په پلورائی انصباب کې د Dullness ساحه په قرعه باندې د فصونو د سطحې اناتومي سره په تراو کې نه دي په استشنا د Loculated مایع خخه. کوم چې د Hemi thorax په سفلې برخه کې موقعیت لري کله چې ناروغ په up right موقعیت کې وي د یوه تحمین شوی size پلورائی انصباب اندازه په قدامي صدری معاینه کې نشو معلومولای کله چې ناروغ په نیمه Cumbent موقعیت کې وي ټکه چې جاذبه قوه په پلورائی مایع اثر اچوي او په حلف

کې تجمع ورکوي. کله چې پلورائی التصاقات موجود نه وي رادیوگرافی يو انصباب بنيي چې پورتنی سرحد بې منحنی شکله وي کوم چې په شکمنه توګه سره زيات مایعات په جنبي منظره کې بنبي.

د سپو یا پلورا د موضعی آفت د ئای د معلومولو لپاره برسيره د قرعې خخه بايد تنفسی او صوتی آوازونه هم په ناروغ کې مد نظر وي. لکه خرنگه چې کوچنی آفات لکه د سکمنت د کانسولیديشن یا کولالپس ساحه ممکن د غير نورمال فزيکي علامو د پیداکيدو لامل نشي. کلیدي تکي:

- هميشه دواره يوشان ساحې په دوارو خواو کې مقاييسه شي.
- د قرعې نوت impaired يا کله چې د هوا خخه دک سېي د صدر د جدار خخه د پلورائی مایع يا د ضححیم کيدو په واسطه بیل شي. او یا هم کله چې د سپو انساج د کانسولیديشن کولالپس، فبروزس په واسطه د هوا خخه خالي شي Airless.
- عموماً په دوارو خواو کې هاپرریزونانس د کم تشخيصيه ارزښت لرونکي دي.
- د Dull د ساحې قرغ زباتره د نښه شوو سطحو خخه کوچنی وي.
- د قرغ د اجراء په واسطه د ریزونانس ساحې خخه د Dull ساحې ته impaired ریزونانس معلوم کړي.

Auscultation یا اصغاء

د تنفسی ناروغيو په تشخيص کې د سپو اصغاء پېړه مهمه ۵۵ مګر په نورو ناروغيوکي لې او یا هیڅ ارزښت نلري د ستاتسکوب ګټه داده چې په Alveolitis او د پلوریزی په ناروغۍ کې زيات ګټهور معلومات راکوي کوم چې د نورو طريقو په واسطه نشي حاصلیداي. بر خلاف اصغاء د سپو په توېرکلوز کې الته په لوړنې پراو کې تشخيصيه ارزښت نلري تر هغه چې پر منځ تللي پراو ته نوي داخل شوئ. کوم معلومات چې د اصغاء خخه په لاس راخې په لاندي جدول کې تshireح شوي دي.

اصغاء تحنيک:

د ستاتسکوب دېزاین چې په روئین شکل دکلينيکي استعمال لپاره پکار وړل کېږي د Bell او ډیافراګم لرونکي دي. زباتره آوازونه د سپو د قصباتو خخه چې د بنکته فريکونسي لرونکي وي د سينې دیوال ته رسېو. د Bell برحه کومه چې د رابري پوښ لرونکي ده نظر ډیافراګم ته استعمال ته یې ترجیح ورکول کېږي. حکه چې د pleural او rub د تفکیک لپاره ډیافراګم کمک نشي کولای باید د Bell په واسطه اصغاء شي. نو په دنکرو او ضعيفو ناروغانو کې داممکن نه ده چې ډیافراګم د صدر د جدارسره په پوره توګه ولکول شي نوکله چې داسې وشي نوهیڅ شىنه اوريدل کېږي او تشخيص نه کېږي. تنفسی آوازونه د صوتی حبولو د اهتزازاتو خخه کوم چې د حنجري خخه د هوا (turbulent) جربان په واسطه پیداکېږي مینځ ته راخې. (۷)

۵-۵. جدول: د اصغاء خخه تر لاسه شوي معلومات: (۷)

❖ د تنفسی آوازونو امپلیتود او دول يې.
❖ د اضافي آوازونو دول، تعداد، او د هفوي موقعیت په تنفسی سایکل کې.
❖ د انتقال شوي صوتی يا عزيز آوازونو خرنګوالي او .amplitude

په دې بنه کې چې کوم آوازونه پیداکړي د وچې مری (شزن) برانکسونو او سرو له لياري د تېر دیوال ته ليږدول کړي چې د ليږدونې په وخت کې له نورمال سرو خخه د آوازونو فريکونسي او شدت کميېي تر هغه چې نورمال اسناح آوازونه په نيمکري دول انتقالوي کله چې دا آوازونه د صدر د جدارلپاسه د ستاتسکوب په واسطه اوريدل کړي د مخصوص وصف لرونکي وي چې دی ته vesicular Rustling آوازونه وايي. د آوازونو شدت په ثابت ډول د شهيق په وخت زيات او د ذفیر په اولني 1/3 برخه کې په چټکي سره کم او مراوي کړي. خبرې او نور غږيز آوازونه هم د ستاتسکوب په واسطه د اوريدو وړ وي او انتقالېي. د منوسط خط ۳-۲ سانتي متر په حدا د سينې په شانتي يا مخکنۍ برخه کې د اصغاء کولو خخه وروسته د تنفس او نور غږيز آوازونو په اړه چې کوم معلومات لاس ته رائحي بشاني چې بې لاري کوونکي او يا علوونکي وي په تيره بيا که چېړي داکتر د تېر پورتنۍ برخه کې چېړته چې آوازونه نیغ په نیغه د وچې مری او برانکسونو خخه ليږدول کړي اجراء شي او کله چې په نومورو حالاتو کې قصبي تنفسی آوازونه واوريدل شي په داسي حال کې چې د ناخواليزې (pathological) نښې نښاني موجودې نه وي د نظره دې وغورحول شي.

د معانيې ترتیب:

- ❖ اصغاء د په داسي حال کې اجراء شي چې ناروغ هوسا آرام او د خولي له لاري ژور او مناسب ډول ګړندې تنفس کوي.
- ❖ د اوبد او ژور تنفس خخه چې د سر بدالي يا د سترګو د توروالي او يا حتی د احتلاج لامل ګرځي مخنيوي وشي.
- ❖ د منځني خط په 2-3 سانتي متر په فاصله کې د اصغاء خخه مخنيوي وشي.
- ❖ په وار سره د سینې دواړه خواوي اصغاء او بيا د سره ورته ځایونو لاس ته راونې باید پرتلې شي تر خوديو کوچني ځاي يا موضعی طرف ابنارملتي هم د پامه پته پاتې نه شي.
- ❖ اصغاء د په دواړو پړاونو کې اجراعشي لومړي د تنفسی آوازونو امپلیتود او وروسته د سره اندازه او مقایسه شي.

❖ د سینې قدامې برخه له پورته خخه د ترقوې له هدوکې خخه سکته تر شپړمې پښتني پوري، او د سینې اړخ د تخرګ خخه تر آتمې پښتني پوري او د شا خخه تر يوولسمې پښتني پوري د اصغاء شي.

❖ د سینې د پلېنې لاندې په هره ساحه کې دې په وار سره د شهيق او ذفیر په دواړو هرڅو کې د تنفس خرنګوالي او د هغه امپلینود واوريدل شي که چيرې د دواړو پړاوونو ترمنځ واتن موجود وي هغه دې په ګوته شي او اضافي آوازونه دې وپیژندل شي.
❖ که ضرورت وي د توخي خخه وروسته اصغاء تکرار کړئ.

❖ د Vocal Resonance د خرنګوالي او ارتوالي (Amplitude) د معلومولو لپاره دې ناروغ ته وویل شي چې one, one, one ووائی که ریزونانس حالت زیات شولو نو د ناروغ خخه دې وغوبنتل شي چې پس پس وکړي (Whispering pectoriloquy) .
خانګري حالت Special situation :

❖ که چيرې د Low pitch wheezes، د حشن Crackles او پلورائي rub ترمنځ توپیر مشکل وي نوناروغ ته دې وویل شي چې په زوره وټوخيږي او دوههم څلې اصغاء اجراء کړئ.

❖ که چيرې ناروغ د پلورا شدید درد ولري نو ناروغ د توخي کولو یا د ژوري ساه او یا پر له پسي ساه اخستلو ته ونه هحول شي لوډري Vocal Resonance معاینه کړئ که چيرې په کومه ساحه کې vocal resonance لور وي نو ناروغ ته دې وویل شي چې یو یا دوه څلې ډوبه ساه واخلي نو په همدي عين ساحه کې به قصبي تنفسی آوازونه واوريدل شي.

❖ که چيرې غير نورمال تنفسی آوازونه واوريدل شي نو د آفت د پراخوالی د معلومولو لپاره د ستاتسكوب Bell ته د هر تنفس سره د نورمالې ساحې په لور حرکت ورکړئ او هغه ساحه یادداشت کړئ کوم چې تنفسی آوازونه پکي تغیر مومي.

غیر نورمال لاس ته راړونې:

بنائي د قصباتو، سبو او پلورا ناروغۍ تنفسی آوازونه له دوو مهمو لارو خخه په بله بنه واوبنتل شي چې د کم شوي Vesicular آوازونو یا د قصبي تنفسی آوازونو په نوم یادېږي. دلته درې ډوله اضافي تنفسی آوازونه شته چې د اصغاء په واسطه اوريدل کېږي.

۱) (Crepitation) Crackles ۲) (Rhonchi) wheeze ۳) پلورائي آوازونه

اضافي ابناړمل آوازونه په لاندې جدول کې نبودل شوي دي:

- ❖ رانکای (wheeze): یو موزیکل آواز دی، چې د تنگو قصباتو خخه د هوا تیریدو له امله پیداکړې کړي لکه استما ناروغانو کې او High pitch یو wheeze رانکای دی.
- ❖ Crakles (crepitation): د غیر موزیکل آوازونو خخه عبارت دی، چې د یوې بندې شوې کوچنی تنفسی لاري د بيرته خلاصیدو په مهال مینځ ته راخي. او په معمول ډول د شهیق په وخت کې اوریدل کېږي لکه د فبروزی اسناخو په التهاب (Fibrosing Alveolitis) یا ریوی اذیما او افرازاتو کې د هوا خخه د ډکو پوکنیو د جوریدنې له کبله لکه په کې Bronchiectasis کې.
- ❖ Pleural Rub (پلورائی احتکاک): یو احتکاکی آواز دی، چې د دوو څرمنو د مېبلو وصف لري او د دووه زېرو پلورائی سطحونو د حرکت خخه منځ ته راخي چې عموماً د پلورائی درد سره یو ځای وي لکه په هغه پلوریزی کې چې د نمونیا او یا د سېرو د احتشاء له کبله پیداشوی وي.

کم شوي پوکنیز تنفس:

:Diminished Vesicular Breath

که چېړې د تنفسی آوازونو لېږیدنې د سینې په لور شدت ومومي آوازونه (Vesicular sound) پاتې کېږي لیکن د هغوي په ارتواли یا امپلیتود کې کموالی منځ ته راخي. نوموري تغیر تل د صوتی آوازونو د امپلیتود د کموالی سره یوځای وي که چېړې د سېري یو فص یا یوه برخه (segment) په نمونیا اخته وي او تنفسی آوازونه کم شوي یا نه وي.

۶۵. جدول: د Vesicular 命題 آوازونو د کمبنت ځلتوونه: (۷)

الف) د هوا د جريان کموالی
❖ عمومي ډول لکه په امفزيما ناروغانو کې
❖ موقعیت لکه د قصبې بندش د تومور په واسطه
ب) د لېړدونې کمبنت
❖ د صدری جدار پېروالۍ
❖ پلورائی انصباب او یا د هغې پېروالۍ
❖ کوچنی نموتوراکس

انحصارونه یا مناظر:

❖ د بني خوا پلورائي انصباب (خلفي منظره کې)

د قرعى نبئه - Stony dull

تنفسى آوازونه - کم يامعدوم(ياكله کله قصبي)

اضافي آوازونه - هيچ يا نه وي

- کم يامعدوم Vocal resonance

❖ د پورتني بني - فص نمونيا

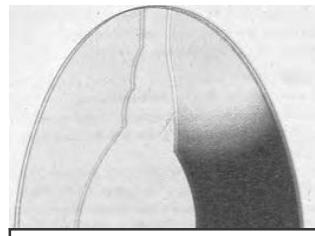
د صدر پراخوالى - کم شوي

د قرعى نبئه - Dull

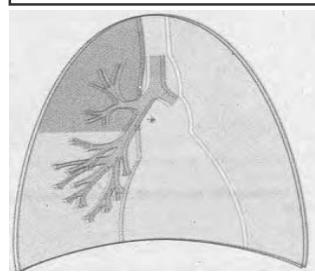
تنفسى آوازونه - قصبي (Bronchial)

اضافي آوازونه - Crackles

صوتى آوازونه - زيات شوي
(whispering pectoroloquay)



14-5. شکل د بني طرف پلوراني انصباب (۷)



15-5. شکل پورتني بني فص نمونيا (۷)

❖ د بشكتني فص كولaps په خلفي منظره کې

چپ بشي

کم شوي

dull

قصبي

wheeze يا Crackle

whispering Pectoriloquy ↑

د صدر پراخوالى

د قرعى نبئه

تنفسى آوازونه

اضافي آوازونه

فص كولaps

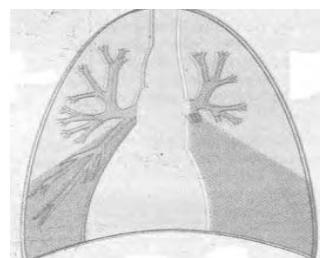
کم شوي

Dull

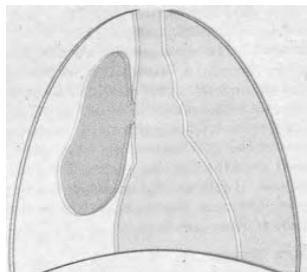
کم يامعدوم

هيچ

کم يامعدوم



16-5. شکل د سفلي فص كولaps (۷)



(١٧-٥) شکل بني طرف نوموتوراكس (٢)

- | | |
|-----------------|------------------------|
| کم | ❖ د بني خوا نوموتوراكس |
| Hyper resonance | • د صدر پراخوالى - |
| کم يا معدوم | • د قرعى ننبه - |
| عموماً هيخ | • تنفسی آوازونه - |
| کم يا تيپت | • اضافي آوازونه - |
| | • تماسي ريزونانس - |

٧-٥. جدول: د Bronchial يا قصبي آوازنو کمنست يا ورکيدل: (٢)

اصغائي لاس ته راوېنې	مرضى وتيره	
قصبي آوازونه	- نمونياني کانسوليديشن - سرو پراخه سطحي Cavity يا کهف	❖ High pitch قصبي
قصبي آوازونه	- د سرو يا د فص کولaps کله چې لویه قصبه خلاصه وي. - حيني وخت د پلورائي مایع په واسطه سري د فشار لاندي راتلل	
Low pitch قصبي آوازونه	- د ريوبي فبروزس موضعی ساحه لکه د سرو د مزنن توبرکلوز مزمنه تيحي نمونيا	
د تنفسی آوازونه	- پلورا انصباب - د ملاحظي وړ پلورائي پېړوالي - کولaps شوي سري يا فص کله چې لویه قصبه بنده وي - نوموتوراكس - امفريما (د دواړو سرو متناظر کمنست)	

که د افرازاتو په واسطه د قصباتو د بندش له کبله تغیرات موجود وي نو کله چې نوموري افرازات د ټوخي په واسطه بي خایه شي قصبي تنفسی آوازونه شايد د اوريدو وړ وګرځي. په وصفي توګه تنفسی آوازونه د زيات مقدار پلورائي مایع له پاسه موجود نه وي او هم د ملاحظې وړ نوموتوراکس کې هم نه اوريدل کېږي د Vesicular تنفسی آوازونو د کمنست ځینې کلينيکي علتونه په لاندې جدول کې سودل شوي دي.

قصبي تنفسی آوازونه Bronchial breathing :

که چيرې تنفسی انساج چې تنفسی آوازونه د سينې جدار ته ليپدوی خپله نارمله سفنجي بنې له لاسه ورکري او ګلک او جامد حالت اختيار کړي لکه په کانسوليديشن او یا فبروزس کې دغه آوازونه ورڅخه په آسانه د سينې ديوال ته ليپدول کېږي که چيرې د ستاتسكوب په واسطه نوموري آوازونه واوريدل شي نود سړو د نورمال نسج په واسطه د ليپدول شوو آوازونو په نسبت به هغه آوازونو ته نړدي ورته والي ولري چې په حنجره کې تولیدېږي.

قصبي تنفسی آوازونه هغه مهال تولیدېږي چې :

(الف) د سړو نورمال نسج په یو بنې ايز ليپدوني وسط باندې تبدیل شي چې دا معاوضه به د کانسوليديشن فبروزس او یا کولاپس په شکل وي.

(ب) اړونده لویه قصبه به خلاصه وي.

د قصبي تنفسی آوازونو د پېژندلو معیارونه کره او واضح دي د لاندنيو څلورو حالاتو موجوديت ضرور دي.

جدول: ۸-۵ قصبي تنفسی آوازونه (7)

❖ دواړه شهیقی او ذفیری آوازونه blowing دی چې ځینې وخت د خواصو له نظره ورته وبل کېږي.
❖ د ذفیری آوازونو لوروالي او حشن والي د شهیقی آوازونو سره یو شان وي او معمولاً high pitch وي.
❖ د دهی زیاتوالی به دهی لامل شي تر خو whispering pectoreloquay دا واريديل شي.

ځینې پټولوژيکي پروسې چې Bronchial breathing تولیدوي په جدول کې ذکر شوي دي. Bronchial تنفسی آوازونه په زیاقه اندازه د هغه آوازونو سره چې په حنجره کې تولیدېږي نړدي ورته والي لري نظر هغه آوازونو ته چې د نورمال سړي له پاسه پیداکړي. د قصبي تنفسی آوازونو جکوالۍ او تېټوالۍ د سړو د تغیراتو سره سم بدليې دا چې د لورې فريكونسي لرونکي آوازونه په انتخابي ډول د Consolidate سړو له لاري بنه انتقال کوي

او لور غږي يا High pitch قصبي تنفسی آوازونه په فصي يا د Segmental په نمونيا ګانو کې اوريدل کېږي له بلې خوا خخه فبروزي سېري د ټيټ غږي (low pitch) قصبي تنفسی آوازونو د توليد لامل گرځي. د تاکلي فريکونسي لرونکي صوتی آوازونه هم په دي شکل په انتخابي ډول انتقال کوي نو کله چې قصبي تنفسی آوازونه د اوريديو جوګه وي نو صوتی يا غږيز آوازونه د نارمل په نسبت لور او عموما whispering pectorologuay موجود وي. کله چې قصبي تنفسی آوازونه د سينې ديوال ته د ليړدونې پر مهال د یوې هوا لرونکي Cavity خخه تير شي بشائي چې يو Amphoric هنځ آوازونو سره چې د ډولونو تر منځ واقع شي د مثال په ډول وزیکولر آواز د اوړد شهیق سره.

غیر نورمال : Vocal resonance

صوتی آوازونه چې د سېرو د سخت شوي (Consolidated) نسج او پراخه فبروزس او د سېرو د کولاپس د لاري چې لویه قصبه يې خلاصه وي ليړدول کېږي او د هنځ آوازونو سره چې په حنجره کې تولیديږي نږدي ورته والي لري. نظر هنځ آوازونو ته چې د نورمال سېري له پاسه اوريدل کېږي. په ځینې حالاتو کې د پسیدلو غږ (whisper) په دي شکل پرته د اړولو خخه ليړدول کېږي چې د غړ ځانګړي سیلابونه هم په کافي ډول د پېژندلو وړ دي (whispering pectoreloquay).

: (rhonchi) wheezes

دا موزیکل آواز دی چې لور، متوسط او low pitch دی چې د تنګو قصباتو خخه د هوا د تيرېدو په واسطه منځ ته رائحي.

رانکاي د قصباتو د مخاطي اذيمما او د قصباتو د عضلي spasm له امله پيداکېږي، چې عموما د ذفیر په مرحله کې شدت اختياروي رانکاي د شهیق په وخت هم اوريدل کېږي چې زياتره د هنځ افرازاتو له کبله چې په لویو قصباتو کې موجودوي پيداکېږي او بشائي چې د توحې په واسطه ورک او يا لړ تر لړه کم شي Wheeze چې د قصبي استاما او د C.O.P.D په زياتره ناروغانو کې ددواړو سېرو له پاسه په منتشر ډول اوريدل کېږي په استاما کې wheezing د متوسط خخه تر high pitch پوري وي چې عموما په ذفیر کې اوريدل کېږي او اوړد وي. په C.O.P.D کې دا معمولانې بت او يا د متوسط pitch لرونکي وي او د شهیق او دفیر په دواړو صفحو کې اوريدل کېږي.

يو موضعی wheezing د هغه لوې قصبي له پاسه چې په نيمکړي توګه بند وي ممکن واوربدل شي. که بندش د يو ثابت آفت په واسطه لکه د تومور او یا پردي جسم له کبله چې لوېه قصبه بې اخته کړي وي منځ ته راغلي وي نو wheezing د شهیق په مهال لور او د توحې د توخې د شهیق په واسطه نه بدليږي او عموماً Stridor یا حر حر سره یو ځای وي او که بندش د افرازاتو له کبله وي په عامه توګه د توخې په واسطه له منځه ځې، کوم چې د wheeze د ورکیدو لامل کېږي. (7) (Creptitation) Crackles

دا غیر موزیکل آوازونه دي، چې د شهیق په صفحه کې اوريدل کېږي. د Crackles ارزښت د معلومولو لپاره په تنفسی سایکل کې د هغوي د پیښیدو د وخت د معلومولو او د توخې سره بې د اړیکو پیژندل د اهمیت وړ د ی. د مرطوب، وج او حتی د نفیس، منځنۍ، اوخشن رالونو تر منځ د توپیر پیداکولو لپاره زیار ویستل د کلینیک له نظره د اهمیت وړ نه دي.

بنایي چې Crackles په لوېو قصباتو، متوضع قصباتو (Bronchiectasis) او ریوی که فهو په افرازاتو کې د هوا نه د ډکو پوکانیو د جوریدو له امله منځ ته راشي چې په دې حالاتو کې به Crackles خشن وي. او د توخې خخه وروسته به د افرازاتو موجودیت په ګذری ډول د Crackles د ورکیدو او یا کمیدلو په واسطه جوت شي. هغه چې په حاد او مزن برانکاتیس C.O.P.D او یا په جوره شوي برانکو نمونيا په ترڅ کې د پراخه شوي قصباتو د افرازاتو له امله منځ ته راغلي وي. دوه طرفه او Wide spread په شکل وي او هغه چې د جور شوي فص او Segmental نمونیائي سختوالی واوربدل شي چې د آفت د ساحې پوري تړلې ځای وي په نوموري تولو حالاتو کې د ټول شهیق په مهال د اوريدو وړ د ی. د هغه تېک شویو محبطي هوایي لارو چې د ذفیر په وخت تړل شوي وي په دا ډول بیا خلاصیدل د Crackles یو زیان پیښیدونکي لاملونو له جملې خخه شمیرل کېږي. چې دا Crackles د شهیق په دوھمه نیمايی کې زیات لیدل کېږي او په ځینې حالاتو کې د شهیق آخری صفحې پوري تړلې وي (End inspiration) (Crepitation). توخې پرې تاثیر نلري او د سړو په لاندې برخو کې وي ځکه چې د نیغ ناستې په حالت کې د نومورو برخو نه د سړو د پورتنې فص په نسبت د هواني لارو بندش ته زیاته زمینه مساعده وي.

داد سړو په پرانشیمل حالاتو لکه ریوی اذیما، الرجیک او Fibrosing Alveolitis او بنائي چې په لوړنې نمونیائی کلکوالی، میلیری توبرکلوز کې واوریدل شي چې عمدتاً د شهیق په دوهمه نیمایی کې د اوریدو ور دی.

پلورائی آوازونه:

پلورل Rub یو احتکاکی آواز دی چې د حشوی او جداری پلورا د فبروزی Exudates په واسطه چې د پلورا د التهاب په نتیجه کې منځ ته راخی دواړه پلورائی وریقات سطحي څیپر شکل غوره کوي او د شهیق او ذفیر په دواړو صفحو کې دا وریقات یو د بل دپاسه مبنسل کېږي او د خرمني د مبنلو په شان احتکاکی آواز پیداکوي. چې د شهیق په آخر او د ذفیر په شروع کې نسه اوریدل کېږي. د نارمل تنفس په وخت کې شاید پلورائی Rub آواز وانه وریدل شي، لکن که ناروغ ته وویل شي چې ژوره ساه واخلي کیدی شي چې واوریدل شي د پلورائی Rub آواز د پلوریزی په ساحه کې اوریدل کېږي.

نوموري آواز دېر زر په هغو حالاتو کې چې جداری او حشوی پلورا د مایع په واسطه بیلې شي ورکېږي لakin زیاتره د انصباب له پاسه اوریدل کیدی شي. که پلوریزی هغه پلورا چې د پري کارديوم ته نړدي واقع ده اخته کړي نو بنایي چې د pleuro pericardial rub هم واوریدل شي دا چې نوموري آواز pericardium ته نړدي واقع شوی او د زړه د ضربان په واسطه یو په بل باندې مبنسل کېږي منځ ته راخی بنایي چې pleuro pericardial احتکاکی آواز خینې وختونه pericardial rub سره معالله شي او یا په مشکله توپیر شي. د نوموتوراکس نک یو رینمیک آواز دی، چې د قلبی سستول سره په یو وخت پیښېږي بنائي چې د ستاتسکوپ او یا پرته ستاتسکوپ خخه واوریدل شي چې دا په هغه وخت پیداکېږي چې په زړه باندې د غورپیدلې پلورائی پردو ترمنځ هوا موجوده وي.

کلیدي تکي:

❖ د هوائي لارو په کموالي او د سرو خخه د سینې د دیوال په لور د لېډونې خرابوالی د آوازونو د کموالي لامل ګرئي. Vesicular

❖ که چيرې اړونده لویه قصبه خلاصه وي او د سرو نورمال نسج په یوه بنه ایز لېډونکي وسط باندې اوښتی وي د قصبي تنفسی آوازونو د پیداکيدو لامل ګرئي.

❖ یو ثابت low pitch ویزیټک عموماً د یوې لوئې قصبي قسمی بندش را په ګوته کوي.

❖ په عameه توګه Crackles آوازونه د شهیق په وخت د محیطي هوائي لارو د چاودیدونکي بیا خلاصیدنی له امله منح ته رأحي د سرو په نسکتنی برخه کې نسبتاً زیات وي او توحې پرې تاثیر نکوي.

❖ هغه Crackles چې د قصبي افرازاتو له امله منح ته راغلي وي د توحې په واسطه کم يا ورکېږي.

❖ د هغو ناروغانو خخه چې پلورائي درد لري باید د توحې کولو او يا ژور نفس کولو تقاضا ونشي تر هغه پوري چې اغيزمن Analgesic نه وي ورکړل شوي.

❖ د صدر په اصغاړ کې د هغه ستاتسكوب خخه چې د Bell محیط یې د رابر په واسطه پوبنل شوئ وي کار واخلئ.

❖ ځینې وخت د توحې خخه وروسته د اصغاړ د عملېي تکرارول مرسته کوي.

د فزيکي نښو راغونډول sign : Integration of physical sign

د فزيکي نښو ځانګړي ګروپونه خاصتاً د سرو او پلورا د ځانګړو پتولوژيك تغیراتو سره يو ځاي وي نوموري تغیرات ضرور نه دي چې په یو مخصوص ځانګړي ناروغۍ پوري محتص شي. د مثال په ډول د سختوالې يا Consolidation نښې بنائي چې په نمونيا، د سرو په احتشاء يا نري رنځ کې واقع شي او هغه نښې چې په پلورائي انصباب پوري تړلي وي بنائي چې په خبيثه ناروغيو Empyema او د زړه په عدم کفایه کې موجودې وي. د پلورائي مایع، Consolidation، کولاپس او نموتوراکس خاصې فزيکي نښې په ۱۴-۵ شکلو کې بندول شوي دي ضرور نه دي چې په هره ناروغۍ کې تولی فزيکي نښې موجودې وي.

لازيات تحقیقات او پلتني :Further investigation

ممکنه او یقيني تشخيص په ډېر پېښو کې د صحیحي تاریخچې او ګلینيکي معایناتو له مخي اینبودل کېږي. د مثال په توګه په قصبي استما، مزمن برانشیت او د سرو په ځینو ناروغيو لکه احتشاء او نمونيا کې. مګر ګله چې ګلینيکي معاینات د اینارملتي د پیداکولو پاره د ناکامي سره مخامنځ شي نو په دې صورت کې تشخيص په پوره توګه په بالخاصه تحقیقاتو او رادیولوژيکي معایناتو باندې ولاړ کېږي د سرو توبرکلوز او د قصباتو خبيثه ناروغۍ. د دوه مهمو ناروغيو له جملی خخه دي کوم چې په لوړنې مرحله کې د ګلینيکي اینارملتي نسکاروندي نه وي که چېرته د تاریخچې له مخي د پورتنيو ناروغيو شک موجود وي نو د تشخيص په منظور د سینې راديوجرافیک معاینات باید توصیه شي البتہ د صدر

رادیو گرافی په AP او وضعیتونو سره اخیستل کېږي خود رادیو لوژیکی معایناتو د بهه تائید لپاره باید جنبي رادیو گرافی هم توصیه شي او همدا ډول د اوسمی او پخوانی رادیو گرافیک فلمونو موجودیت د حیاتی تشخیصه معلوماتو سرچینې برابرولاي شي.

- که چیرې د سړو د شفافیت سایز د یوې مودې په دوران (کال يا زیات وخت) کې زیادت پیدا نکړي د قصباتو د کارسینوما تشخیص ممکن نه دی.
- که چیرې opacity کمه شي او د خو ورڅو او یا هفتوا په دوره کې لې کثافت پیدا کړي نو عمدہ علتوونه به یې د سړو نمونیا او احتشاء وي.
- که چیرې په لوړنی فلم کې آفت موجود نه وي او یا آفت غټه شوي وي نو یقیناً د T.B فعال انتان يا تومور ته فکر کېږي.

د رادیولوژیک وسایلو خڅه په ګتې سره د آفت خرګند اناتومیک موقعیت او پتالوژیک بهه تشريح او مشخص کیدی شي.

کلیدی ټکي:

- په Typic ډول تولې هغه فزيکي نښې کومې چې د پتالوژیکي تغیراتو سره تراوکې وي په ځانګړي توکه د بالخاصه ناروځۍ، نسکاروندي نه دی.
- توبرکلوز او د قصباتو خبیثه ناروځۍ هنه دوه حالتونه دی کوم چې ممکن د غیرو نورمالو فزيکي نښو او علايمو لرونکي نه وي.
- د ټولو مشکوکو ناروغانو لپاره د سینې رادیو گرافی یوه ضروري پلتنه ۵۵.
- د سړو یا پلورائي ناروځيو د اوسمی او پخوانی رادیو گرافیک معایناتو د نتایجو مقایسه ارزښتنيک او حیاتي معلومات برابرولي شي.
- د تشخيص د وضع کيدو سره سم باید د تنفسی دندو پوره پلتنه او ارزیابي وشي.

د تنفسی پلتنه خلاصه (Summary of Respiratory investigation)

1. بلغم: د سړو د انتان په ټولو شکمنو پېښو او هم په قصبي انتان کې باید د بلغم معاینه اجراء شي د T.B باسیل Specimen پاره باید بیل تیار شي.

- د بلغم تولیدول induced sputum: په ټولو هغو ناروغانو کې چې د بلغم د تولید قدرت نه لري خو د Nebulised هایپرتونیک سالین د انشاق خڅه په ګتې سره بلغم زیات تولیدېږي.

2. د پوستکي ټسټونه (Skin tests):

- **T.B**: د لور ارزشت د لرلو له امله د او سني يا پخوانۍ د انتان شواهد په ګوته کوي.
- **Kveim test**: د دې تېست مثبتولائي د سرکوئیدوزس تشخيص تائیدوي د پوستکي د حساسیت تېست د تشخیصیه اهدافو لپاره د استعمال ارزښت نلري. او د عام الرجي لکه Atophy (pollens) د حیواناتو پخه يا dund ruff د انشاق خخه استفاده کېږي) چې د شتوالي يا نشتوالي رابني.
- ۳. د وينې معاینه: ټول حاد نمونيائي واقعات د وينې په روتين معایناتو باندي متکي او ولار دی. د وينې Total او د سپینو حجراتو متفرقه شمیر اندازه (differential) نه یوازي د سېرو بكتريائي او انتاني واقعاتو کې ټکهور دی، بلکې په هغه ناروغانو کې چې د سېرو راديوجرافی کې Shadowing او د محیطي وينې معاینه کې لوره Eosinophilia لري (سېروhilic) هم ټکهور بريښي او د Atypical نمونيا د اسبابو لپاره د سيروم معاینه د ویروسی او يا نورو Antibodies لپاره د ارزښت وړ دي.
- ۴. د پزې د جیوبو راديوجرافی (nose sinus radio): د سېرو او د علوی تنفسی لارو د مزمنو انتناناتو لپاره د معایناتو یوه پوره برخه تشکيلوي
- ۵. د سينې راديوجرافی: د ټولو هغو ناروغانو لپاره چې د سېرو يا پلورائي ناروغيو اشتباه پري موجوده وي لازمي او لومړني معاینه ۵د.
- ۶. د سينې جنبي راديوجرافی: کوم تغير او ابنارملتي چې په PA راديوجرافی کې بسکاري د هغه د بنه موقعیت د معلومولو لپاره نوموري معاینه لازمي بريښي.
- ۷. پخوانۍ راديوجرافی: هغه راديوجرافيك تغير کوم چې نوي وي يا زوره يا په خپل سايز کې زياتېږي يا کمېږي د هغه د مشخص کولو لپاره شايد د ارزښت وړتیا ونه لري.
- ۸. Tomography: په دې معاینه کې شفافيت او يا د شفافيت یوه برخه په مختلفو پالانونو سره واضحاً بسکاره کيدي شي او د دې معاینه استعمال د C.T scan د آسانټياؤ د لرلو سره فعلاً محدود او نادر دي.
- ۹. Computed tomography: د سېرو د واحد او يا متعددو آفاتو د صحیح معلوماتو د تیارولو مسؤوليت په غاړه لري او کوم جوړښتونه چې په منصف کې قرار لري د هغوي د ارزیابي او مطالعې لپاره هم ټکهور دي لکه D Lymph node مطالعه.
- د یو لور طاقت لرونکي C.T خخه په ګټې سره د سېرو د بین الحالی منتشرو ناروغيو د معایناتو لپاره ورڅه کار اخیستل کېږي او د Bronchiectasis د تشخيص لپاره یې د

- Bronchoscopy ځای نیولی دی او اوس د Spiral C.T خخه د سرو د غتو امبولي ګانو په تشخيص کې ګته اخيستل کېږي .
10. Screening: په دې معاينه کې د حجاب حاجز حرکات مشاهده کېږي او د یو طرفه حجاب حاجز فلچ مطالعه هم په کې رائحي مکر په اوسيني وختونو کې U/S ددي مطلب لپاره د استعمال زيانه ورتيا لري .
11. Pulmonary Angiography: د سرو د امبوليزم په پینسو کې او ځینې وختونه د سرو د فرط فشار په حالاتو کې استعمالېږي او هم دا ډول د سرو د عوائي بستر په هکله بشپر معلومات په ګوته کوي . (۷)
12. Radio Nuclide scanning: د سرو د اروا (Q scan) او تھوئي (Vscan) صحیحه ارزیابی کوي او د استعمال اصلې هدف په د سرو د امبوليزم د احتشا ئ په ګوته کول دی A Q scan په هغو کسانو کې استعمالیداۍ شي چې د سرو او زړه پخوانۍ تاریخچه په سالمه وي او AV/Q scan په هنه ناروغانو کې چې د سرو مزنې ناروغۍ ولري ضرور دي .
13. Bronchoscopy: د قصباتو د کارسینوما د تشخيص او د جراحی عمل د ارزیابی لپاره استعمال لري (Brushing, Biopsy او د قصباتو Washing). د سرو د انتاناتو د تشخيص لپاره (منتشر او موضعی وي) او په هغو ناروغانو کې چې بلغم نه شي تولیدولای (Brushing او Washing). همدا ډول د سرو منتشر بین الحالې ناروغیو د ارزیابی (Fibrosing) الرجیک Sarcoidosis، Alveolitis هم استعمالېږي او همدا ډول Trans Bronchial Biopsy او د حجراتو differential شمیر نه د هنډه مایع خخه کوم چې د قصباتو او استاخو د پرمتحلو خخه په لاس رائحي ددي په واسطه سرته رسیداي شي .
14. پلورائي او بیوپسی: د پلورائي انصباب خخه د مایع ویستل او د جداری پلورا خخه د اخستلو وظیفه اجرا کوي او همدا ډول د حاثت او توبرکلوزیک پلورائي انصباب تشخيص زیاتره د همدي لاري په واسطه وضع کېږي .
15. Thoracoscopy: ددي عملیي په واسطه پلورائي مسافه او هم د غیر نورمال انساجو بايوپسی کتنې اجراء کېږي او زیاتره د پلورائي انصباب تشخيص کله چې د پلورائي ستني د Aspiration د عملیي په واسطه او یا د بايوپسی په واسطه صورت ونه نیسي ددي په واسطه کیدي شي . او هم د Video Biopsy په مرسته د سرو خخه هم اخيستل کېږي .

۱۶. عقداتو سیتولوژیک او هستولوژیک معایناتو ته لاره هواربری.
Lymph node biopsy or Aspiration.

۱۷. Mediastinoscopy: په قدامی منصف کې د ساختمانو د لیدلو لپاره زمينه برابروي او
د لمفاوي عقداتو بايوپسي هم صورت نيسی د قصبي کارسينوما په تشخيص او د هغه د
عملیات په assessment کې هم عمدہ رول لري.

۱۸. د تنفسی دندو آزمایښتونه:
- د شرياني وينې د گازاتو تجزيه: په ټولو هغو ناروغانو کې چې تنفسی مشکلات لري
ترسره کېږي او ضروري معاينه ده مثلاً Pa O₂ په لاندي ناروغيو کې کم وي. (زياته
شدیده استما، شدید مزمن برانشست او امفزيما) او همدا ډول Type II تنفسی عدم
کفایه کې.

د تنفسی اسيدوزس ددرجې د تعین لپاره H⁺ غلظت يا PH ضروري دی کوم چې
د Co₂ د تراکم له کبله پیداکړي.

۱۹. د س BRO وظيفوي ازمایښت: FEVI (forced expiratory volume) او FVC (forced vital capacity)
Spirometry په واسطه اندازه کېږي، کوم چې په
مزمن برانشيت او استما کې د هوائي جريان د بندش درجې صحیحه ارزیابي
راپه ګوته کوي او همدا ډول د FEVI/FVC نسبت د 70% - 75% خخه کم وي. په
ټولو هغو ناروغيو کې چې په منشر ډول سره د هوا جريان په مقابل کې د بندش
مشکل لري.

په دي توګه د PEF پرله پسي اندازه ګېږي د استما په تشخيص او تدابيرو کې د
کوم قيمت او ارزښت لرونکي نه دي.

۲۰. د س BRO حجم او Transfer factor: Transfer factor factor د س BRO د منتشر بين الحالاني ناروغيو په
کې استعمالېږي (لكه په Fibro sing alveolitis کې) په کوم کې چې
د س BRO فكتور کم شوئ (Restrictive نقیصه) او Transfer factor هم کم وي او
همدارنګه امفزيما ناروغۍ کې د س BRO حجم زيات شوی وي او Transfer فكتور کم
شوی وي.

(٧) جدول ٥ Hemoptysis لاملونه: ٦-٥

لاملونه	لاملونه
غیر معمول لاملونه	معمول لاملونه
١- د قصبي ادينوما Aspergilloma -٢	١- د سرو ترومباومبوليزم قصبي کارسينوما -٢
٣- سنخي نزف Good pastures -٤ (idiopathic pulmonary Hemosidrosis)	T.B -٣ Bronchiectasis -٤ Bronchit -٥ ربوي اذما -٦
٥- انتي كواکولانت درملنه Blood dyscrasias -٦	٧- تقىحى نمونيا

په استشنا دمزمن برانشيت او Bronchiectasis (حئيني پېښي) ټول معمولي لاملونه د راديوگرافى ابنارمل منظره خرگندوي.

د hemoptysis تراو د هغه د معمولو اسبابو سره د ويني د راتك په حالت کې:
ناروغى په نظر کې نیول يا فکر کول
د ويني د راتك طبعت

توبرکلوز Bronchiectasis ربوي ترومباومبوليزم قصبي کارسينوما تقىحى نمونيا	{	١- کتلوي Hemoptysis
د قصبي کارسينوما د سرو ترومباومبوليزم مزمن برانکاتيس	{	Scanty Hemoptysis -٢
Bronchiectasis مزمن برانشيت تقىحى نمونيا	{	٣- او تقىحى بلغم Hemoptysis
د سرو ترومباومبوليزم د قصبي کارسينوما Bronchiectasis مزمن برانشيت	{	٤- متكرر Hemoptysis

معمول (نا اټکل شوي خطر) او خنگه د هغه خخه مخنيوي کولای شو:

- دیوې لوئې هوائی لارې د قسمی بندش خخه پیداکړې په کاهلانو کې چې شروع ېټ تدریجی وي نو لامل به ېټ زیاتره د حنجري، شزن او یا عمدہ قصباتو کارسینوما وي. مقدم Stridor آواز په کاهلانو کې زیاتره Miss کړې یا د wheeze ګومان پړي کړې نو په دې صورت کې باید ناروغه ته ووبل شې چې توخته وکړي یا ډوبه ساه واخلي او وباسې په داسې حال کې چې خوله ېټ خلاصه وي. (۷)
- Pigeon یا د کوتري په شان د صدر سوء شکل د ارجاع وړ نه دی کله چې د بلوغ په وخت کې د صدری پنجري هدوکې یو د بل سره Fuse شې نو د بلوغ خخه د مخکې وخت د استما د شدیدې ناروغې په صورت کې اعظمې تداوی ته ضرورت لري او د صدر سوء شکل قابل ارجاع دی کوم ناروغان چې د بلوغ خخه وړاندې تداوی شوي دی.

۱۰-۵. جدول د شکمن تشخيص اړوندې پلتني:

شکمن تشخيص	ممکنه لازیات پلتني
۱. د سپو ترومبامبولیزم	Scan Ventilation – perfusion . ۱ د سپو Ascending Angiographies د سپو
۲. د قصباتو کارسینوما	د بلغمو معاینه د خبیثه حجراتولپاره، برانکوسکوپي او Trans thoracic needle aspiration
۳. توبرکلوز	۳. د بلغم معاینه د T.B سیل لپاره که بلغم نه وه نو باید اجراء شي چې د قصبي د وینځل شوي مایع خخه معاینه اجراء شي، توبرکولین تېست
Bronchiectasis . ۴	۴. بلغم د باکتریائي پتوحن لپاره معاینه شي که د صدر رادیوګرافی منفي وي نو CT توصیه کړې کله چې موجود وي برنکوګرافی ته کله ناکله ضرورت پینپېږي.

۵. مزمون برانشیت	۵. بلغم د خبیثه حجراتو لپاره معاینه شي برانکوسکوپي د قصبي کارسينوما د معاینه لپاره
۶. د سرو اديما	۶. ECG، ايکو کاردیوگرافی
۷. تقيحي نمونيا	۷. بلغم د پتوچن باكتيريا، Fungus او هم د T.B باسيل لپاره معاینه شي.

- د سيني حركات باید د سيني د توسع سره مطالعه نشي:

د COPD د تكراري حملاتو يا د استما د شديدو حملو سره د صدر حركات زياتيري د accessory تنفسی عضلاتو د فعاليت له امله چي توسع کوي (د هوا په واسطه) سينه پورته او بشکته حرکت کوي چي د تهويي د اصلاح په خاطر باید د سيني توسع معاینه شي.

- هجه ناروغان چي امفزيما لري خپل وزن د لاسه وركوي نو د هغوي د وزن د بايللو لپاره چي ضرورت نه وي پلننه مه کوي.
- د كلينيكي ابنارملتي گانو نشتولى په هغو ناروغانو کي چي د سري په توبرکلوز مصاب وي دا يو Rule دئ نه دا چي استشا. سره له دې چي ډير زييات Gross راديوگرافيك تغيرات موجود هم وي نو کله چي د تاريخچي له مخي د سري د توبرکلوز شک وي په دې حالت کي باید د سيني راديوگرافی اجرا شي.
- د توبرکلوز open پيشنه يوه انتاني ناروغى ده او هجه ناروغان چي په توبرکلوز مصاب دى باید ژر تر ژرde خبر کړئ شي تر خودا ډول کس ويژندل شي او همدا ډول هغه ناروغان چي بلغم مشت توبرکلوز لري او د هغه ماشومانو سره چي پنهه کلن وي نودې تماس ولري نو ژر ترژره باید دا ماشومان معاینه کړاي شي.
- قصبي کارسينوما په يو کاھل سگرت کنس کي هجه چي پخوانئ Hemoptysis لري او اوس د سيني نارمل راديوگرافی لري او يا ابنارمل کلينيكي لوحه ورسره موجوده نه وي رد کيدی نشي بلکي باید دا ډول کسانو ته د برانکوسکوپي معاینه توصيه شي تر خو تشخيص یقيني شي.
- زياتره هجه ناروغان چي په ترومبو امبوليک ناروغى، باندي اخته وي د ژور وريدونو د ترومبوس کلينيكي شواهدنه لري نو په یقيني توګه د سرو د احتشاء تاريخچه، کلينيكي لاس ته راوړني او راديوگرافيك ابنارملتي گانې د نمونيا سره شباهت لري نو لوړي د سرو ترومبوامبوليزم د انتي بيوتick سره تداوي کېږي او د کوم خايمه چي شک دی انتي کواګولانت باید تر هغه وخته توصيه شي تر خود ترومبوامبوليک ناروغى، امکانيت لري شي. (۷)

شپږم څېرکۍ

د زړه او رکو سیستم

The Cardio Vascular System

تاریخچه (the history)

عمومي پاملونې: د ارزیابي په خاطر د زړه په ناروغيو کې د تاریخچې اخيستل کم تر کمه همدومره اهمیت لري لکه چې په یو ناروغ فزیکي معاینه اجراء کېږي په حقیقت کې د زړه د ناروغيو یو عمدہ عرض چې د سینې د درد او یا نا آرامي څخه عبارت دی زیاتره غیر له دې چې په فزیکي لاس ته راونو کې ابنارملتي موجوده وي پیښېږي.

Present Complaint موجوده شکایت:

هغه ناروغان چې د زړه په ممکنه ناروغيو باندي اخته وي د هغوي په ارزیابي کولو کې د تاریخچې له نظره خاصتاً د درې عمدہ اړخونو مراجعتوں ډېر اهمیت لري، لکه د ناروغۍ د بیل اندازه، د اعراضو دوام او وحامتې، د هغه اعراضو په پرته چې د میاشتو راهیسي موجود وي. د سینې د درد ضمني پیښې، حاده سالندۍ زیاتې پېښې توجه ته ضرورت لري داچې زیاتره د زړه ناروغۍ پرمخ تلونکي وصف لري نو دا ضروري ده چې د وخت په تیریدو سره اعراض وڅیل شي.

د اعراضو د موقتي پیښو نمونې کولاي شي چې مونږ ته دانزارو په هکله معلومات راکړي او همدا ډول د طبی مداخلې او هم لکه د دسام د جراحی د وخت معلومات را په ګونه کولاي شي او هم یې د انزارو د وحامت په هکله معلومات وړاندې کولاي شي.

د مثال په ډول هغه Angina چې د نورمال فزیکي فعالیتو په خنک کې چې طبی تداوی یې هم تر سره کېږي زیاتره د اکلیلې انجیوگرافی لپاره یې استطباب وضع کېږي دا حکه چې د سینې درد او سالندۍ د زړه د ناروغيو عمدہ اعراض دي او د کار او فعالیت سره تړاو لري نو دا ضروري ده چې په وظیفوی ظرفیت باندې د دوي تاثیرات وټاکل شي. د کورنۍ کارونو لکه (پخول، پاکول، سوداکول) ټولنیز کارونو لکه (مشغولاوی، سپورت) کې ددغه ناروغانو ناتوانی باید وټاکل شي خصوصاً د اعراضو منځ ته راتلل کله چې کار ته ټک رائک وي یا سوداکول وي او یا هم په زینه ختل وي باید معلوم کړای شي. دا هم ضرور ده چې د ناروغ اړیکې د خپلو ملکرو او دوستانو سره معلوم کړای شي.

تیره تاریخچه (past history):

په دې کې باید د Rheumatic تبی پیښې، د مكتب د وخت ابنارملتي ګانې او یا د وظیفوي طبی معایناتو په شمول د وینې د فشار ٿبتول شاملېږي کله چې لازمه وي باید د زړه د ناروغيو په اړه پلتني وشي چې مثالونه یې په لاندې ډول دي.

❖ د اکليلي شراینو او د شکري ناروگي

❖ د زړه د وینې د فشار ناروگي او ګلوميرولونفرایتس

❖ اذيني فبريلشن او تایرو توکسیکوزس

❖ کارديومایوپتي او امايلوئيدوزس

په همدي توګه باید خصوصي پلتني د غابسونو د ستونزو او د بکتریمیا د نورو اسبابو په هکله تر سره شي چې د اننانی اندوکاردايتس لامل ګرځي.

او هم ځينې نور پرابلمونه چې د زړه د ناروغيو سره یو ځای او د زړه د ناروغيو لامل وي او ورسره تپلي نه وي لکه د مثال په ډول یو ناروغ چې د Marphan Syndrome ولري امكان لري چې د ابهر په عدم کفایه هم اخته وي.

د مورزادي تاریخچې په هکله معلومات د دسامونو د ابنارملتي یا حجابي نقصان د آفاتو په خرنکوالۍ کې مرسته کوي.

شغلی تاریخچه (Occupational history):

د یوې دقیقې وظیفوي تاریخچې اخیستل ډېر ارزښت لري دا ځکه چې د زړه مورزادي ناروگي د اخته کس فزیکي فعالیت مختلواي شي او وظیفوي محدودېتونه منځ ته راوړي د زړه د ناروغيو تشخيص شاید medico legal نتایج په مخصوصو شغلونو لکه ډربورانو او پیلوټانو کې له خانه سره ولوي.

ټولنیزه تاریخچه:

دا هر وخت ارزښت لري د سگرت خکلو سبېي رول په اکليلي او نورو وعائي ناروغيو کې دا لازموي تر خو د سگرت خکلو یوه اورده تاریخچه واخیستل شي. د الكولو استعمالوں هم معلوم داره خبره ده. په دوامداره او زیاته اندازه د الكول خشناک د اذيني فبريلشن، دوینې د لور فشار او Cardio myopathy لامل کېږي د کافین د زیات استعمال په اړه باید هم پلتني وشي ځکه چې د Palpitation یا د زړه د ضربان لامل ګرځي. ځينې نشه یې دواګانې د زړه د اعراضو سره تراو لري لکه کوکاين او د سینې درد.

۱-۶. جدول: د زړه د ناروغیو وظیفوی اړخونه: (۷)

۱. وظیفوی اخته کیدل چې د زړه د ناروغیو سره یو ځای وي
❖ عضوي محللات ← زړه بې نظمي ګانې، Cardiomyopathy
❖ د اهتزاري ماشین سامان الات ← Raynoud's phenomenon
❖ د شراب خانې خاوند ← Alcoholic Cardio myopathy
۲. شغلي معروضيدل چې پخوانې زړه حالات تشدیدوي
❖ د یخني سره مخامنځ کیدل ← Angina, Raynoud's
❖ ژور بحری Diving ← امبولیزم Oval
۳. د لوړې سوئي زړه وعائي غښتلواي (fitness) لپاره شغلې اړتیاوی:
❖ Pilots
❖ درنه ډريوري / عامه ترانسپورت
❖ Armed forces
❖ Police

د دوا تاریخچه: (Drug history)

د زړه په ناروغانو کې د دوايي تاریخچې اخيستل څرګند اهمیت لري. تداوي شاید د ځینې اعراضو د منځ ته راړولو یا تشدیدولو لامل شي لکه ساه لنډي، پرسوب، ضربان يا Syncope. د تایروکسین استعمال د Angina په منځ ته راړولو یا تشدیدولو کې رول لري په دوايي تاریخچه کې د هغه دواګانو په هکله چې مواد یې د زړه او رګو په سیستم باندي مستقيمه اغیزه لري لکه د Nsaids گروپ دواګانې او نور. چې په دې تاریخچه کې د ناروخ هفه مزمنې ناروخې چې له یاده بې وټلي وي راڅرګندوي لکه د لوړ فشار تداوي يا د خولي له لاري د Hypoglycemia دواګانو استعمالوں.

کورنۍ تاریخچه:

د کورنۍ تاریخچه حکه مهمه ده چې زیاتره د زړه تشوشتات یوه اړثي برخه هم لري دا ضروري ده چې معلوم شي چې آیا په لومړي درجه خپلوانو کې (په ۵۵ کلنۍ عمر کې په بنځينه غیر سکرت کشو اوږدا د ۵۰ کلنۍ خخه بسته په نارینه غیر سکرت کښو) کې د زړه د

د زړه او رګو سیستم

اکلیلی ناروغۍ تاریخچه موجوده ده یا په ټوان عمر کې یو ناخاپې او نامعلوم مرګ چې د Cardiomypathy او یا د زړه بې نظمي امکانات په کې زیات وي.

۲-۶. جدول: هغه اعراض چې د تداوي سره تړاو لري: (۷)

❖ ساه لنډي:
- β - bloker دواګانې په استما ناروغانو کې. - د زړه عدم کفائي پرمخ ټک د بیتابلاکر په واسطه. - حئینې کلسیم انتاګونست او یا NS Aids دواګانې.
❖ ګنګسیت: - د اوعيو توسع ورکوونکې دواګانې لکه نایتریت، الفابلاکر او ACE منع کوونکې.
:Angina ❖ - چې د تایروکسین سره تشدیدیږي او یا هغه وينه کمي چې د دوا له کبله منځ ته رائحي لکه اسپرین او یا NSAids.
❖ د زړه ضربان: - تکي کارديا او یا بي نظمي چې د تایروکسین، Digoxina، Sal butamol، Digoxina، د تسمم، هايپوكاليميا د ډیورتیک د استعمال خخه، Anti depressant Tricyclic دواګانې.
❖ پرسوب: - د معایاتو احتباس دستروئید، NSAid له سببه او یا اذیما د کلسیم انتاګونست (نيفیدیپن او یا Amiodipine له کبله).

۳-۶. جدول: په اړثي دوں معلوم شوي زړه وعائي آفات: (۷)

د متعدد جنو اړثت	څانګري Gene تشوش
ischemic heart diseases	Hypertrophic Cardiomyopathy
Hypertention	Marfan syndrome
type2 diabetus mellitus	Familial hyper cholestolemia
hyper lipidemia	Muscular dystrophies

اساسي اعراض:

شاید د زړه ناروغان بې عرضه وي ددي ډول ناروغانو د زړه پتالوژیک تشخیص ممکن د روتن معایناتو په وخت او یا هم کله چې احتلاط ورکړي لکه د مترال په تضیيق او یا زیاتره اذینې فبریشن کې کېږي.

لکن د زړه د ناروغیو اساسی او عمدہ اعراض عبارت دي له - د سینی ناراحتی، سالندۍ، د زړه تکان، او محیطي اذیما خڅه. هیڅ یو د پورتنيو اعراضو خڅه دا نشي بنودلی چې خامخا زړه آفت موجود دی ځکه چې دا اعراض غیر وصفی دي. د یو مخصوص عرض امکانات چې د زړه د ناروغیو په لامل منځ ته راغلی دی په زیاتو فکتورو پوري اړه لري چې په دې کې عمر، جنس، د کورنۍ تاریخچه، ټولنیزه تاریخچه، د متصاحبو ناروغیو شتوالي او یا نشتولی او فزیکي نښې نښاني شاملې دی.

(۶-۴). جدول: د زړه د دردونو ډولونه: (۷)

او صاف	لامل	ډول
د تمرین سره اضافه کېږي او د استراحت سره له منځه ځې.	اکلیلی تضیيق (نادرأ دا بهر تضیيق، هایپرتروفیک کاردیومایو پاتی)	Angina ♀
ته ورته ، ډیر شدید مقاوم او د استراحت سره له منځه نه ځې	اکلیلی بندیز	زړه احتشاء ♀
تیز اویا چوخوونکي - د حرکت او تنفس سره تغیرکوي .	د پریکاردالهاب	قرب الزړه درد
شدید ناخاپه شروع کوي او شانه انتشار کوي .	د ابهر خیری کیدل	د ابهر درد ♀

: Angina pectoris

د سینې د ناراحتی یو عمدہ لامل Angina د چې د زړه د اسکیمیا یوه عرضي لوجه تمیلوي Atypical Angina هم یوه غیر معمولی نوعه نه د لکن دا ډول یې هم د یو خاص وصف لرونکې د چې توزیع او انتشار لري چې مشخص کوونکي بنه پېژندل شوي. منځ ته راپروونکي، تشدیدونکي او آراموونکي فکتورونه لري.

دوم: انجينا زیاتره د سینې لنده کم دوامه ناراحتی د چې په هغه حالاتو کې چې د مايوکارد کار او فعالیت زیات شي یا د اکسیجن ضرورت زیات شي (هر هغه خه چې د قلب Rate یا د چې بطین د تقلص طاقت زیاتوي) منځ ته راخي. Angina زیاتره مخبروي وي او د مخصوص اندازې فعالیت سره راولارېږي چې کله کله دا اعراض د روحي خفگان په وخت کې هم خرګندېږي ناروغان زر په دې پوهېږي چې کوم شیان د Angina په منځ ته راپلو او یا آرامولو کې رول لري Glyceryl Trinitrate زیاتره د استراحت او یا د اخیستلو خخه وروسته له منځه خې نه دا چې لکه د زړه په احتشاء کې چې د سینې دوامداره درد موجود وي.

وصف یې: زیاتره ناروغان Angina د یو دروندوالي او یا د نیونې په توګه تشریح کوي چې زیاتره شدید نه وي او یوازې ناراحتی موجوده وي کله کله دا ډول ناروغان د سالندۍ او یا بې هضمی خخه شاکي وي خینې وخت دا اعراض د هضمی سیستم د شکایاتو سره معالطه کېږي حکه چې ددې ډول ناروغانو ناراحتی د غذا اخیستلو یا زیاتره د غذا خخه وروسته د تمرين په وخت رامنځ ته کېږي. (Post prandial).

د Angina ناراحتی منتشره وي او ناروغ د خپل خلاص لاس او یا د ګوټې د خوکې په واسطه چې په سینه یې اینسې وي ناروغی سبی. د Angina شدت د وظیفوی محدودیتونو په اندازې پوري تراو نیسي نه د درد په تیزوالی پوري. د Angina په شدت کې د تغیراتو د ارزیابی لپاره یوه عمدہ وسیله د تداوی په مقابله کې خواب دی. د کاناډا د زړه وعائی تضییف خخه په دې هکله ګټه اخستلای شو او دا ضروري ده چې لاندې شیان تثبیت کړو:

- ❖ د وظیفوی محدودیتونو اندازه یا درجه
- ❖ د اعراضونمونه

❖ د اعراض موجودت په شپه او یا د استراحت په وخت کې

❖ د اعراضو ثابت والي

- ❖ د فعالیت د محدودوالی اندازه هغه وخت په بنه توګه معلومیدای شي چې هغه فعالیتونه چې د اعراضو د شروع کیدو لامل کېږي مشخص کړي شي (د سوالونو بکس ته دې وکتل شي) دیو ناروغ فعالیتونه شاید محدود شوي وي، حکه هغه کارونه چې د اعراضو د شروع لامل ګرځي. په تدریجی ډول کمپېږي نو دا حکه ضروري ده چې هغه فعالیتونه چې په تأخیر اچول کېږي لکه ګوا کول او یا د ګالف لو به کول معلوم او مشخص کړل شي.

د کاناډا قلبی وعایي ټولله: د stable angina وظیفوی تصنف بندی:

اوله درجه: عادي فزیکي فعالیت لکه قدم وهل يا په زينه پایه ختل دامن لامن نه کېږي د درانده يا دوامده یا چټک زيات فعالیت له کبله دکار يا تفریح په وخت منځ ته رائحي.

دووهمه درجه: د عادي فعالیتونو خفیف محدودیت، ژر او تیز قدم وهل يا په زينه پورته کیدل په غوندي ختل، په يخني، په باد کې او یا کله چې ناروغ د روحي فشار لاندي وي يا صرف دخوب خخه خو ساعته وروسته دanginas ورسیب کیزې.

دریمه درجه: د عادي فزیکي فعالیت واضح محدودیت سره دې تر دوه بلاکه په یوه اندازه قدم وهل يا په عادي شرایطو کې د زیني د یوې پائی خخه کم پورته ختل.

څلورمه درجه: د سینې د نآرامي خخه پرته د هیڅ فزیکي فعالیت سره رسول ممکن نه وي. شاید Anginal syndrome د استراحت په حالت کې هم موجود وي.

سوالونه: د Angina د شدت او وحامت د معلومولو په خاطر:

❖ مخکې له دې چې دسینې ناراحتی پیداشی ترکومې اندازې په همواره ځمکه قدم وهلئي شي؟

❖ په زينه ختلوا او یا غوندي ته په ختلوا کې درته نآرامي پیداکېږي؟

❖ د باغوانۍ، د خپلې بستري په سمولو او یا د کور د نورو کارونو په کولو سره ناراحتی احساسوی؟

- ❖ آیا د کوروالی په وخت ناراحتی پیداکړي؟
- ❖ آیا ناراحتی دغذا سره پیداکړي؟
- ❖ آیا د یخی هوا سره پیداکړي؟

ځای او انتشار (site and radiation)

د Angina درد په وصفی ډول مرکزی او د قص هډوکې شاته وي درد شاید یو لاس، مړوند یا د لاس بند، ستونی او یا ژانپی (کوم وخت چې د غابنونو د درد په توګه واضح کېږي) شاته یا د شرصوفی ناحې ته انتشار وکړي چې کله کله دا هم په پورتنيو نواحیو کې محسوسېږي او په سینه کې نه حس کېږي.

تشدیدونکي او آرامونکي فکتورونه: د Angina یوازنئ خصوصي وصف دادی چې د فعالیت او کار سره منځ ته راخي او د استراحت سره له منځه حې نور فکتورونه چې د Angina منځ ته راوري یابي آراموي په لاندې جدول کې بشودل شوي دي.

۶-۵. جدول: د Angina تشدیدونکي او آرامونکي فکتورونه: (۷)

آرامونکي فکتورونه	تشدیدونکي فکتورونه
- استراحت	- تمرين
- ګلسرين تراي نایتریت	- تھیحجی حالت
- د تمرين خخه مخکي خان معتمدل ساتل	- یخه هوا
	- د خوراک خخه وروسته تمرين

د خصوصي ډولونه: Angina

❖ غیر ثابت Unstable یا Cresendo angina داسي بوې Angina ته ويل کېږي چې شدت، دوام او فريكونسي بې زياته وي درد په لړ فعالیت سره يا هم د استراحت په وخت کې پیداکړي او د معمول په خلاف glyceryl trinitrate ګکې لړ موثر تمامېږي دا نوعه د زړه په احتشاء باندې منجر کېږي.

❖ د فعالیت په شروع کې پیداکړي او وروسته په غیر له دې چې ناروغ دمه شي له منځه حې. کله هم د فعالیت په شروع کې پیداکړي. دا دول غیر معمول نه ده او زیاتره په تشخیص کې غلطی منځ ته راوري. د شپې Nocturnal انجينا يا decubits angina ځکه منځ ته راخي چې د وریدي وينې بيرته ټک د شپې له خوا نه زیات وي يا دا چې د لنډي مودې ضدانجیني مستحضرات خپل تاثیرات له لاسه ورکوي دا نوعه معمولاً د زړه وحیمي ناروغۍ را په ګونه کوي.

تفریقی تشخیص: کله کله د انجينا او د نورو قلبی او غیر قلبی اسبابو د سینې د درد تفریقی تشخیص د مری د درد په شمول ستونزمن وي (۶-۶. جدول). ددې تفریق یوې عمومي کلینيکي څیړنې ته اړتیا لري غیر وصفی اعراض چې د فعالیت په وخت کې منځ ته راخي او د استراحت سره آرامېږي او په یوه ۶ کلن سرې کې چې د زړه ناروغیو او د شکرې د ناروغیو کورني تاریخچه ولري غالباً به Angina وي. برخلاف کله هم یوه دقیقه او وصفی تاریخچه د Angina څخه نمایندګي نشي کولای خصوصاً که ناروغ سگرت نه څکوي او یا دا چې یوه څوانه پیغله چې څرګنده فاميلي تاریخچه اویا د نوموري تکلیف پخوانی تاریخچه ونلري.

Pericardial catch یا نیونه: هغه اصطلاح د چې د Stabbing درد لپاره د زړه په زروه کې استعمالېږي دا یو عادي او معمولي احساس دی چې زیاتره نورمال خلک یې تجربه کوي چې د غیر معمول لامل ګرځی چې دا د زړه د عضوي ناروغۍ لوحة نه .۵۵

۶-۶. جدول: د Angina او د مری درد ترمنځ تفریقی تشخیص: (۷)

Angina	د مری درد
❖ عموماً د تمرين سره زیاتېږي.	❖ د تمرين سره بد تر کیدی شي. لامن زیاتره په نورو وختو کې موجود وي.
❖ په چټکي سره د استراحت په واسطه آرامېږي.	❖ په چټکي سره د استراحت په واسطه نه آرامېږي.
❖ قص شا، خنګلې او ژامې ته انتشار کوي.	❖ د قص شاته، اېي ګاستریک او کله کله خنګلې ته انتشار کوي.
❖ کله کله ناروغ د خوب څخه پاخوي	❖ عموماً ناروغ د خوب څخه پاخوي
❖ د زړه د سوی سره تراو نلري بلکې ناروغ عموماً Wind پوکول لري.	❖ ټینې وخت د زړه سوی ورسره وي.
	❖ کله کله د نایتریت سره آرامېږي.

د زړه او رګو سیستم

<ul style="list-style-type: none"> ❖ په چتکی سره د نایتریت سره آرامیې. ❖ تپیک وخت بې 2-10 دقیقې دی 	<p>❖ وخت بې متغیر دی.</p>
--	---------------------------

د زړه احتشاء (MI) Myocardial infarction د موقعیت له نظره د MI د درد وصف او انتشار د Angina د درد په شان وي لakin توپیر بې په دې کې دئ چې ضروري نه ده چې د فعالیت سره پیداشی، همدا ډول د استراحت په وخت کې موجود وي او معمولاً شدید وي (۷-۶. جدول).

۷-۶. جدول: د Angina او MI تر منځ تفریقی تشخیص:

Angina	MI
<ul style="list-style-type: none"> ❖ د قص شاته وي چې خنکلې، اپي گاستریک - ناحیې او غارې ته انتشار کوي. ❖ د تمرين او روحي فشار سره شدت او زیاتوالی پیداکوي. ❖ شدت بې mild او یا متوسط وي ❖ د استراحت او نایتریت سره آرامیې. ❖ دسمپاتیک فعالیت سره زیاتېږي. ❖ زړه بدوالی او استفراقي موجود نه وي. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ لکه د Angina په شان ❖ زیاتره خرګند زیاتوالی نه وي. ❖ زیاتره شدت بې زیات وي او کیدی شي چې چې په وي ❖ د استراحت او نایتریت سره نه آرامیې. ❖ دسمپاتیک فعالیت سره زیاتېږي. ❖ زړه بدوالی او استفراقي عمومیت لري

اعراض لکه خوله، زړه بدوالی او ګرځون شاید د MI سره یو خای وي ناروغان د سالندي، نآرامي او Distress خخه شاکي وي او د مر کیدو احساس له ئانه سره لري بر عکس بي درده احتشاء هم په غير معمول توګه خصوصاً په سپین ږیرو او هغو ناروغانو کې چې ډیابت ولري لیدل کیدی شي دا ډول ناروغان د زړه د عدم کفابې او یا د احتلاتاطو په سیر کې میدان ته راوځي.

د Pericarditis درد: چې د Pericardial درد: چې د ډله پیداکېږي چې دا درد د قص شاته وي د اوږو او خنکلې پورته برخې ته انتشار کوي یوازې د شهیق په وخت موجود وي او د وضعیت سره تغیر کوي. (۶-۸. جدول)

د زړه او رګو سیستم

چې د فعالیت سره نور هم زیاتیری او د استراحت سره عموماً نه آرامیېري د درد وصف
شروع چېک او پوره بنه والی تشخیص وضع کوي. سره NS Aid Sorness Stabbing

۸-۶. جدول: د درد اوصاف: (۷)

موقیت-----	شاید چې اوږي او شاته انتشاروکړي، دقص شاته وي
محبروی-----	شاید د ویروسی ناروځی سره پرمخ ټک وکړي
شروع -----	خرکند مساعد کوونکي فکتور نشه چې په شدت کې رول لري
طبعیت -----	شاید چوخوونکي وي زیاتره تیز خیروونکي او نادرآ نیوونکي با دروند نه وي.
خرابوالی-----	د وضعیت په تغیر او د تنفس سره بد تر کېږي
آراموالی -----	دواګانو خاصتاً د NS Aid Analgesic سره.
يوځای والی-----	د Friction rub سره یوځای وي

د ابهر خیرې کیدل: دا درد په حاد ډول شروع کوي ډير شدید وي زیاتره شکوونکي
وصف لري درد زیاتره لومړئ په حلف کې شروع او د کتف په منځنۍ برخه کې
محسوسيېري.

۶-۹. جدول: د درد اوصاف: (۷)

ځای-----	کله لومړۍ دا وړو په منځ کې اووروسته دقص شاته محسوسېري.
شروع -----	عموماً ناخاپې وي
طبعیت -----	ډير شدید درد وي او د خیرې کیدو په شان وصف لري.
آرام کوونکي-----	درد مقاوم وي او عموماً ناروغه ددرد سره ناراحته وي.

ساه لنډي : Breath less ness

په دې بحث کې مونږ د هغه ساه لنډي خخه یادونه کړو، کومه چې د زړه منشاء ولري
شاید تنفسی ناروځی ورسه یوځای وي کله چې په معمول توګه سبېي فکتور یعنې سکرت
څکول موجود وي.

دا نوع ساه لنډي فربولوژیک د کیدی شي چې د ناروځی د عرض
په توګه هغه وخت منځ ته راشي کله چې د تمرين سویه د هغې سطحي خخه تیټه شي
چې د ناروغ عمر او پخوانۍ د Fitness اندازه بې وه. هغه سالنډي چې د فعالیت په

وخت منځ ته راخي شاید د زړه د عدم کفایې یوازنی عرض وي چې د بطیني Systolic عدم فعالیت له سببه راغلي وي. دارنګه ناروغان زیاتره د زړه احتشاء پخوانی دقیقه تاریخچه لري د Exertional dyspnea نور زړه لاملونه مشتمل دي په لور فشار، د زړه د دسامي ناروغۍ Arrhythmias او Cardiomyopathies لکه اذيني فبریلشن. د سینې په درد کې دا ضروري د چې د فعالیت د ساه لنډي په واسطه منځ ته راغلي عرضي محدوديت اندازه معلومه کړاي شي چې دا ارزیابې د نیویارک د زړه ټولني د تصنیف بندی په اساس درجه بندی کېږي.

د زړه عدم کفایې د اعراضو د وحامت په اړوند د نیویارک د زړه د انجمن تصنیف بندی: اوله تصنیف بندی (class I): محدودیتونه نشه، عادي فزیکي کارونه د ستړتیا ساه لنډي یا د زړه د ضربان لامل نه ګرځي (بې عرضه د چې بطین عدم کفایه) دوهمه تصنیف بندی (class II): د فزیکي فعالیت لپه محدوديت. دارنګه ناروغان د استراحت سره آرامه وي عادي فزیکي فعالیت د ستړتیا، د زړه د ضربان یا د Angina pectoris لامل کېږي.

دریمه تصنیف بندی (class III): د فزیکي فعالیت واضح محدوديت، پير لپه عادي کار د اعراضو لامل کېږي (عرضي د زړه متوسطه عدم کفایه).

څلورمه تصنیف بندی (class IV): د زړه د احتقاني عدم کفایې اعراض حتی د استراحت په حالت کې موجود وي. د هر ډول فزیکي فعالیت سره ناروغ د زیاتي نآرامي احساس کوي (عرضي د زړه شدیده عدم کفایه). د استراحت په وخت ساه لنډي (Orthopnea):

د استراحت او یا خوب په وخت عسرت تنفس ته Orthopnea ويل کېږي ددي لپاره چې ددغه څوروونکي عرض خخه ناروغ په امان وي ناروغ کوشش کوي چې د نيمه ملاستې حالت غوره کړي (اضافي بالښتونه د سر لاندې ایپدې دا حالت دومره نآرام کوونکي وي چې ناروغ زیاتره په چوکې کې د ناستي په حالت ویده کيدل غوره ګنې).

Orthopnea د زړه په پرمخ تللي ناروغيو کې منځ ته راخي او پير کم هغه وخت لیدل کېږي کله چې د فعالیت په وخت ساه لنډي موجوده نه وي مګر که چېږي په کوم حاد شکل لکه د زړه dysarrythmia په واسطه منځ ته راغلي وي دا ډول ناروغان زیاتره P.N.D د حملاتو سره مخاخن کېږي.
(Paroxysmal nocturnal dyspnea) P.N.D

P.N.D د ساه لنډي يو حاد او وخیم حالت دی چې ناروغ د خوب خخه ویښوي او ناروغ په کې په کښیناستلو مجبوره کوي کیدی شي چې ناروغ د کې خخه پورته شي او کله هم د آزادې هوا اخیستلو دپاره کړکې ګانې خلاصوي ناروغ د زندۍ احساس کوي په وصفې ډول دا ناروغان بوي لرونکي بلغم د توخي سره خارجوي چې د وینې کړنې پکي ليدل کېږي. دا ناروغې باید د Nocturnal Asthma خخه وپېژندل شي.

د استراحت ساه لنډي :Dyspnea at rest

دا ډول ساه لنډي د زړه د پرمخ تللي سالنډي خخه نمايندګي کوي چې د زړه په وخیمه عدم کفایه باندې دلالت کوي. کله چې دا ډول سالنډي په داسې يو کس کې چې د زړه معلومداره ناروغې ولري او د فعالیت په وخت ورسره orthopnea او د بنکرو پرسوب هم یو ئای وي نو په خرګنده توګه د زړه په آفاتو دلالت کوي. لakin هنه ناروغان چې د ساه لنډي حاده لوحه ولري او د استراحت په وخت کې پیداکېږي يا د سینې او زړه دواړو ناروغې ولري ددي ډول ناروغانو ارزیابې کول مشکل کار دی چې نور علتوونه بې عبارت دي له نموتوراکس او ریوی امبولیزم برخلاف د ریوی اذیما ناروغانو خخه د ریوی امبولیزم ناروغان زیاتره د ستونې ستاخ خملاستو سره آرام وي او د کښیناستو سره کیدی شي چې بې هوشه شي.

د زړه ټکان يا :palpitation

په سینه کې د زړه د ټکان احساسوں د palpitation خخه عبارت دي. چې اصطلاح ګانې بې لکه skipping, fluttering, pounding او racing, jumping, thumping په sinus rhythm کې د زړه د نبضان د جس کیدو واسطه ويل کېږي. د زړه ټکان شاید په palpitation کې د زړه د نبضان د جس کې د زړه په زیاتوالی پوري اړه ولري زیاتره ناروغان چې د زړه د ټکان خخه شکایت لري د زړه بې نظمي نه لري او نه تول هغه ناروغان چې بې نظمي ولري palpitation لري د مثال په ډول اذینې فبریشن معمولاً بې عرضه وي. ددې لپاره چې تشخیص یقیني شي نو معاینات توسره کېږي لakin تاریخچه کله نا کله د زړه د ضربان د مختلفو ډولو په تفریق کولو کې مرسته کوي. (۱۰-۶. جدول)

د تاریخچې مهم اړخونه عبارت دي له:

۱- شروع ۲- فریکونسی ۳- د حملو دوام ۴- دزړه د نبضان جس کول او د هېږي منظموالئ د زړه د ضربان تعداد او نظم په دې ډول واضح کیدی شي چې د ناروغ خخه د حملې په وخت د احساس کولو پښته وشي. نورې اضافې پښته هم باید وشي ترڅو د ټکان طبیعت معلوم کړای شي چې په همدي توګه بې اړونده ناروغې وپېژندل شي.

۶-۱. جدول: د بې نظمي ګانو توضیح: (۷)

بې نظمي	د ناروغه توضیح
اذیني يا بطيني Extra systole	- زړه توپونه وهی یاژرژر تکان کوي
اذیني فبريلشن	- زړه منډه يا توپونه وهی سالنهي هم موجوده وي شاید احساس شي
فوق البطيني تکي کارديا	- زړه منډه وهی يا ژرژر تکان کوي د تشومتیازو زیاتوالی ورسهه وي
بطيني تکي کارديا	- زړه منډه وهی يا ژرژر تکان کوي او ساه لنډي ورسهه یو حای وي.

بطيني تکي کارديا شاید د ستكوب په توګه تظاهر وکړي نه د زړه د ضربان يا تکان په شکل.

پوبنتي: د بې نظمي د ناروغه خخه باید لاندې پوبنتي وشي.

۱. آيا په فامييل کې د زړه ناروغری يا د ناخاپې مرینې تاريچه موجوده ۵۵؟

۲. آيا دروماتيك تې، دزړه د حملې يا دزړه د نورو پخوانۍ ناروغيو تاريچه موجوده ۵۵؟

۳. آيا د ورځني Caffin اخيستلو او اوئنیزه الکولو اندازه خومره ۵۵؟

۴. آيا په خپل سر او يا د داکتر د نسخې مطابق بې دوا اخيستي ۵۵؟

۵. آيا د ناروغری غیر وصفي اعراض موجود دي (تر خو غیر معمول پښې لکه انتاني
اندوکاردايس په نظر کې ونيول شي)؟

۶. که چيرې حملې اشتدادي وي:

- آيا منځ ته راړونکي فكتورونه لکه (تمرين، ویره يا پريشاني) شته؟

- د حملې د شروع خرنکوالی او يا د اعراضو لکه pre syncope يا د سينې
ناآراحتي موجوده ۵۵؟

- آيا کوم آرام کوونکي فكتورونه لکه ساه بندول، تمرين) شته؟

گنگسیت او Syncope:

گنگسیت شاید د زره د ناروگیو له کبله منخ ته راشی لakin بی خودی Syncope یا د بی خودی حالت ته تلل pre syncope شاید د زره منشا ولري چې لاملونه يې په درې گروپو کې ډلبندی شوي دي.

- د دوا سره تراو

- ارتمیا ګانې

- د چې بطین د وینې د جربان خروجی بندیز

د دوا سره تراو: حینې هغه فکتورونه چې د زره د تکان لامل کېږي د syncope او pre syncope لامل ګرځی.

توسع الوعائي دواګانې لکه الفابلاکر عرضي postural hypotension منخ ته راوړي بیتابلاکر لکه dilthiazem، verapamil او digoxine د sinoatrial ناروگی لامل کېږي یاې هم تشیدیدوی او اذینې بطینې بلاک منخ ته راوړي. نورې قلبی او غیر قلبی دواګانې په مستقیم ډول لکه Tricyclic Anti depressant یا په غیر مستقیم ډول لکه ډیبوریتیک چې Hypokalemia منخ ته راوړي. په اخته کسانو کې د بطینې بی نظمي د حملاتو په منخ ته راوړلو کې ډول لري.

Arrhythmia یا د زره د ضربان غیر نورمال حالات:

بی خودی یا Syncope ډیر کم د اذینې فبریلشن اویا نورو فوق البطینې ارتمیا ګانوسره یو ځای وي لakin برادي کارديا چې د Sick sinus syndrome یا A.V bloke (adam) یا Tachy arrhythmia یا pre Syncope او بطینې stokes attacks) syncope لامل ګرځی.

د چې بطین د خروجی جربان بندیز:

د ابهر پرمخ تللي تضيق او Hypertrophic Cardiomyopathy چې د چې بطین د خروجی جربان د لارو د عضلی بندیز سره یو ځای وي، شاید سنکوب او یا پري سنکوب خصوصاً د فعالیت سره رامنځ ته کړي ګلنيکي معاینه زیاتره یو سستولیک مرمر راپه ګوته کوي.

نور د زره لاملونه: شاید ناروغان یو تکراری سنکوب د واګوس د تنبه له کبله پیداکړي (malignant Vasovagal syncope). په دې ناروغانو کې بی خوده کيدل د ناخاپي برادي کارديا او وعائي پراخوالی له کبله منخ ته راحي نور لاملونه يې عبارت دي له د چې اذين myxoma خخه چې د متال د سام او ثباتي جیب بندیز منخ ته راوړي.

په وروستني حالت کې په کمه اندازه فشار واردول په ثباتي جیب باندي د اعراضو لامل کېږي ځکه چې شدیده برادي کارديا منځ ته راوري.

د زړه د ناروغیو نور اعراض: د نورو سیستمونو اعراض کیدی شي چې د زړه په ناروغیو کې منځ ته راشي ځینې د دغونه اعراضو په لاندې جدول کې ذکر شوي دي. ستړتیا شاید د زړه د اسکمیک ناروغئی یو وصف وي او د انتانی اندوکاردايتس اعراض غیر وصفی دي. چې مشتمل دي په

- د وزن ضیاع (کمی)

- ستړتیا د شپې له خولې کيدو سره

۱۱-۶. جدول: قلبی وعائی ناروغی د غیر قلبی اعراضو سره: (۷)

جهاز	اعراض	لامل
مرکزي عصبي سیستم	Stroke	دماغي امبوليزم، لور فشار، اندوکاردايتس
هضمی سیستم	بطني درد، زېړي	په تالۍ توګه د زړه عدم کفایه، د ځیکراحتقان Mesenteric امبولي
پنټورگی	Oliguria	د زړه عدم کفایه

محیطی اذیما: اذیما کیدی شي چې هم عرض او هم عالمه وي که خه هم اذیما شاید د زړه په عدم کفایه کې منځ ته راشي لakin په ځنې نورو ناروغیو کې هم لیدل کېږي، حتی د فعالیت په وخت ساه لنډي او اذیما د زړه عدم کفایه نه را په ګونه کوي. د اذیما یو معمول لامل چې زیاتره دغلطی لامل کېږي د Caclciun channel blokcker دی. اسعمالوں دی amlodipine dihydropyridine لکه Nifidipine یا

کلیدي تکي:

- ❖ ناروغان شاید د زړه د پرمخ تللي ناروغیو سره بي عرضه وي.
- ❖ د Angina تشخيص د تاریخچې له مخې کېږي.
- ❖ د Angina خصوصي وصف دادی چې د فعالیت سره منځ ته رائي او د استراحت په وخت له منځه ځي

د زړه او رکو سیستم

- ❖ unstable انجینا یوه طبی عاجله پېښه ۵۵.
- ❖ د زړه د اعراضو و خیموالی د نورمال فعالیت سره تړی دی نو حکه شغلي تاریخچه په تدا بیرو باندې اثر غورځوي.

- ❖ PND معمولاً د حادې ریوی اذیما له کبله وي.
- ❖ د زړه مزمنه عدم کفایه د فعالیت د ساه لنډي په شکل او یا د محیطي اذیما په شکل چې د مایع د احتیاس له کبله منځ ته رائحي خرګندېږي.
- ❖ دا ضروري ده چې ناروغ د زړه تکان واضح کړي چې خنګه او په خه شکل منځ ته رائحي

فزيکي معاینه:

- د یوې فزيکي معایني پر سره کول د ناروغ په حالت پوري اړه لري.
چې دا په درې کته ګوري باندې ویشل کېږي:
 - هغه چې قلبی یا تنفسی توقف ولري او احياء مجدد ته ضرورت ولري
 - هغه ناروغان چې مریضي یې زیاته وي او عاجلې تداوى ته ضرورت ولري.
 - هغه ناروغان چې Hemodynamically ثابت حالت ولري.

۱۲-۶. جدول: د زړه وعائي معایناتو شیما:

۱) په ناروغ عمومي احتمالي تشخيص کېږدي او په ناروغ کې د درد، ساه لنډي، پريشاني علایيم ولټوئ.
۲) د ناروغ سره لاس ورکړي محیطي ارواء (ګرمولى او خولې معلومې کړي د clubbing splinter Hemorrhage
۳) کبرې نېض جس تعداد او نظم یې وګورئ.
۴) (عضدي) نېض جس او د وينې فشار معلوم کړي Brachial
۵) د وداجي ورید نېضان معاینه کړي.
۶) د ناروغ مخ معاینه کړي د Hypercholesterolemia یا وينه لږي شواهد پکي ولټوئ، ژبه د Cyanosis لپاره وګورئ.

(٧) ثباتي نبض جس کړئ کيفيت بې معلوم او Bruit واوري.
(٨) سينه معاينه کړئ او هم د Apex beat ځای معلوم کړئ.
(٩) زړه اصعاء کړئ.
(١٠) د سينې خلف معاينه کړئ.
(١١) بطن معاينه کړئ خصوصاً د ځیګر د غتوالی او حبن لپاره.
(١٢) فخذدي نبض معلوم کړئ. د کعبري فخذدي نبض تاخر وګوري.
(١٣) پښې معاينه کړئ، نبضانات جس او اذيمما معلومه کړئ.
(١٤) قعرغین معاينه کړئ.

عمومي معاينه: د لاسونو، قعرغین او مخ عمومي معاينه مونږ ته د زړه د ناروغيو مهمې نښې راپه ګوته کوي.

د زړه اړوندہ نښې نښاني مشتملي دي په:

آيا د الكول يا تباکو د استعمال شواهد موجود دي او که نه؟ د وينه لږي او خسافت لپاره شواهد شته؟ هغه سيانوزس چې د زړه منشاء ولري زياتره د رووي اذيمما له کبله پيداکړي حال دا چې په وخيم رووي اذيمما کې شايد سيانوزس موجود نه وي، کله چې د زړه مورزادي ناروغيو سره سيانوزس يو ځای وي نو داد نښي خوا خخه چې ته شنتي رابسي. دغه سيانوزس د 100% تنفس شوي اکسيجن سره هم نه اصلاح کړي او د ګوټو د clubbing لامل کړي. کله کله عاليم پرته له اعراضو خخه موجودوي دمثال په ډول Hyper lipidemia د شرباني ناروغيو یو مهم خطری فكتور دی چې ددي لپاره شواهد عبارت دي له

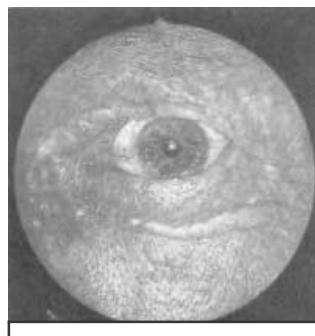
- د تلي يا د وتری ناحيې Xantomata -

- با قوس چې د کولسترول د کروستل د ترسب خخه د قرنۍ په Corneal arcus -

اطراف کې منځ ته رائي.

په ځوانانو کې د Hypercholesterolemia سره یو ځای وي چې د سن په زياتيدو سره کمېږي Xanthelasma یو زېړخن آفت دی چې د اجفانو په داخلې طرف او د سترګې د کړي د پوستکي په ناحيې کې منځ ته رائي چې 50 ګلني خخه کم عمر خلکو کې د Cholestolemia سره یو ځای وي. نور اضافي تفصيلي معانيات چې د ناروغۍ خاص عاليم راپه ګوته کړي د ګلېنېکي لوحې او تاريҳچې له مخې ترسره کړي.

د مثال په دول هغه ناروغه چې دوبنې فرط فشار لري او نادرأ هغه ناروغان چې د انتاني
اندوکاردايتس شک پري موجود وي بيلې بيلې علامې يې تشخيصيه ارزښت لري لکه په
لاسونو کې د آفت چې يې درده نو دولونه دي، همدا دول osler نو دولونه په
ورغورو او د ګوتو د تلي په برخه کې splinter hemorrhage او hematuria دواړه
او تواميون ناروغۍ راپه ګوته کوي. د ګوتو clubbing په مزمن انتان دلالت کوي.



(۲) شکل ۲-۶. xanthelasma



(۱) شکل ۱-۶. osler's nodes



(۳) شکل ۳-۶. eruptive xanthomata

نبضانات (The pulses):

نبضانات د تعداد (Rate)، نظم (Rhythm)، حجم (Volume) او اوصافو لپاره معاینه کېږي.
آناتومي: کعبري نبض د Flexor Carpi radialis عضلي د وتر وخشي خواته جس کېږي
او د نبض د تعداد او Rhythm (نظم) په معلومولو کې مرسته کوي. غضدي شريان په
غضدي حفره کې د دوه سره عضلي دوترانسی ته جس کېږي ثباتي نبض په غاړه کې د
جس وردی او د نبض د حجم او وصف د معلومولو لپاره نسبت کعبري نبض ته زيات
استعمالیېږي.

د معاینه کولو ترتیب:

کعبیری نبض:

- د بني مړوند په ساحه کې درې ګوتې په کعبیري نبض باندي کېږدي.
- د ګوتو څوکې د نبض د تعداد او Rhythm لپاره استعمال کړئ.
- د پنځلس ثانیو لپاره نبض وشمارئ او په خلورو کې بې ضرب کړئ تر خو په یوه دقیقه کې نبض معلوم کړئ (beats per/min).
- د Collapsing نبض د معلومولو لپاره د ناروغ لاس اوچت کړئ او د بل لاس د ګوتو په واسطه نبض جس کړئ.
- د چپ لاس کعبیري نبض جس کړئ. که چیرې یو د دواړو د حجم له لحاظه کم جس شي نو تقاؤت یې د بیا جس کولو په واسطه یقیني کړئ.

نبض: Brachial

- ❖ د غتې ګوتې په واسطه (د بني لاس دپاره بنې ګوته او د چپ لاس دپاره چې ګوته) نبض جس کړئ په داسې حال کې چې نورې ګوتې د بند ګرد چاپیره تاو شوي وي.
- ❖ د دوه سره عضلي د توګانسي طرف ته جس وکړئ تر خو د نبض وصف معلوم شي.

ثباتي نبض:

- ثباتي نبض هغه وخت جس کړئ چې ناروغ ستونې ستاخ پروت وي.
- ❖ دواړه نبضونه په یو وخت ۴۰ جس کوئ.
- ❖ د چپ لاس غته ګوته د بني ثباتي شريان لپاره او د بني لاس غته ګوته د چپ ثباتي شريان لپاره استعمال کړئ.
- ❖ د غتې ګوتې څوکه د حنجري او Sternocleidomastoid عضلي قدامې طرف په منځ کې کېږدي.
- ❖ د اوريدو په خاطر States cope ته د ثباتي شريان په امتداد حرکت ورکړئ.

حجم او وصف:

حجم هغه اصطلاح ده چې نبض ګوتې ته خومره حرکت ورکوي. وصف د نبض د موجودي شکل خخه عبارت دي چې د جس په واسطه متخيل کېږي د نبض حجم او وصف په لویو شريانو کې په نهه ډول معلومېږي لکه د ثباتي شريان. پوره اندازې تجربې ته اړتیا شته تر خو د نبض موجودي شکل معلوم کړای شي. ددوی موجودیت ډاکټر دسامونو یا نورو آفاتو ته متوجه کوي او د هنوي د آفاتو وخامت هم ورته په ګوته کوي.

د زره او رکو سیستم



٤-٦. شکل د عضدي نبض جس (٧)

٥-٦. شکل د کعبري نبض جس (٧)



٦-٦. شکل د کعبري نبض احساس کول (٧)

٧-٦. شکل د ثباتي نبض د خاي معلومول (٧)

نورمال اندازې:

په غڼانو کې د استراحت په حالت د نبض نورمال تعداد 100-60/min او په کوچنیانو کې 200-80/min براډی کارديا هنه حالت ته ويل کېږي کله چې نبض د 60 خخه کم شي، او تکي کارديا هنه حالت ته ويل کېږي چې په یوه دقیقه کې د نبض تعداد د 100 خخه زيات شي د زړه نورمال نظم ته sinus rhythm ويل کېږي حکه د عقدې sinoatrial عقدې خخه منشاء اخلي. جيبي نظم ډير کم په پوره ډول منظم وي حکه زړه په شهیق کې تيزیږي او په ذفیر کې په ورو کېږي. جيبي بي نظمي زياتره په کوچنیانو، نوي ځوانانو او ورزش کارانو کې لیدل کېږي.

معمول ابنارملتي ګانې:

Rate: د تکي کارديا او براډي کارديا لاملونه په لاندي جدول کې نبودل شوي دي. د براډي کارديا د مهمو سبیونو خخه یو هم د زړه مکمل بلاک دی (دریمه درجه A.V بلاک) په دې حالت کې د زړه ریتم منظم وي اما د زړه Rate زياتره د 40 b/min خخه کم وي کیدی شي په وار سره وي او د ناروغه د بې خودئي لامل شي. (stoke adams attacks). د تکي کارديا معمول لامل جيبي تکي کارديا ده تمرين، درد، اضطراب او تې خخه رامنځ ته کېږي.

۶-۱۳. جدول: د چټک یا بطی نبض لاملونه:

تیز د زړه د ضربان تعداد (تکي کارديا ↑100/min)	جبي تکي کارديا
بي نظمي	جيبي تکي کارديا
اذيني فريلشن	- تمرين
اذيني فلتر	- درد
فوق البطيني تکي کارديا	- تهیج، اضطراب
بطيني تکي کارديا	- تبه
	- د تایرايد فرط فعالیت
	- دوائي تداوي Sympathomimetics
	- Vasodilators
بطی د زړه د ضربان تعداد براډي کارديا ↓60/min	جبي Brady cardia
بي نظمي	جيبي

- خوب	- د ثباتي جيپ فرط حساسيت
- ورزش کاران	- Sick sinus syndrome
- د تايرايد تفريط فعالیت	- د زړه دوهمه درجه بلاك
- تداوي - بیتابلاکر	-
- Digoxin	-
- Verapamil, diltiazem	-

د نبض نظم: کله چې نبض غیر منظم وي نو دا ضروري ده چې ددي غیر منظم والي طبیعت معلوم کړای شي او همدارنګه خرگند شي چې آیا دا غیر منظم والي همیشه یا په وار سره وي. د نظم د غیر منظم والي معمول سبونه په لاندې جدول کې ذکر شوي دي.

کله کله پینسیدونکی غیر منظم والي معمولاً Extra systole beat يا له سببه منځ te راخي چې شاید اذيني او یا بطيني منشاء ولري زياتره د نبض خپه دومره ضعيفه وي چې په ساعد کې نه محسوسېږي په نتيجه کې هغه توپير چې د زړه د تعداد او کعبري نبض تر منځ موجود وي چې دي ته pulse deficit (نقصاني نبض) ويل کېږي بطيني Ectopic beat د جيبي عقدې سره هم زمان نه وي چې په نتيجه کې یو تأخر يا معاوضوي توقف تر هغه پوري وي تر خو بل Sinus beat واقع شي. د بطين د ډکيدو د صفحې اوردوالي د زيانيدو لامل کېږي چې د نبض په حجم کې زياتوالی ليدل کېږي کله هم pulses - bigemini ده نورمال Beat خخه منځ ته راخي چې دي ويل کېږي.

د غیر منظم نبض لاملونه:

- ۱- جيبي ارتيميا ۲- اذيني خارج سستولي ۳- بطيني خارج سستولي ۴- اذيني فبريلشن ۵- اذيني Flutter ۶- دوهمه درجه بلاك

اذيني فبريلشن چې د غیر منظم نبض لامل ګرځي چې زياتره وخت ددغه نبض نظم غیر منظم وي. بطيني فبريلشن د تکي کارديا او د ځنبي بطيني تقلصاتو تر منځ د تأخر لامل ګرځي، چې دا تأخر ډير لنډ وي او په صحيح توګه د بطين ډکيدل صورت نه نيسې چې په نتيجه کې دزړه دهانه کمه او نبض د جس وړ نه وي. چې نقصاني نبض يا pulse deficit ورڅخه پیداکړي، نوځکه کله چې بطين اذيني فبريلشن ته زر خواب ووائي نو د زړه د ضربان تعداد باید د زروي په ساحه کې واوريدل شي او د E.C.G خخه په صحيح توګه وشمېرل شي. د اذيني فبريلشن لاملونه په لاندې جدول کې ورکړل شوي دي. يوازي او یا اذيني Idiopathic فبريلشن غيرمعمول نه دي که چېږي ددي لپاره واضح

لامل موجود نه وي نو دا ضروري د چې د تایروتوکسیکوزس او د الکول پوري اړونده ناروغي یو طرف ته شي.
د اذینې فبریشن لاملونه:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| ۱) لور فشار | ۵) تایروتوکسیکوزس |
| ۲) د زړه احتشاء | ۶) د زړه عدم کفایه |
| ۳) په الکولو پوري تړی د زړه ناروغي | ۷) د متراال د سام ناروغي |
| ۴) د سینې او بولي لاري انتان | ۸) قلبی صدری عملیاتونه |

د نبض حجم: ډک يا محجم نبض شاید د ابهر د عدم کفایې يا وعائي پراخوالی له کبله وي تمرین، روحي عوامل، حرارت او حمل فزیولوژیک فکتورونه دي. چې د وعائي پراخوالی لامل ګرخي او همدارنګه د تې، Anemia، Thyrotoxicosis، محیطي A.V shunt، د هدوکو Pagets ناروغي او دوائي تداوي سره هم منځ ته رাখي.

کم حجمه نبض په هغه ناروغانو کې لیدل کېږي چې Stroke volume یې د زړه د عدم کفایې يا محیطي وریدي ناروغیو له کبله کم شوي وي.

د ابهر Coarctation یو مورزادی تضییق دی چې د چپ تحت الترقوی شريان خخه وروسته واقع کېږي هغه ماشومان چې دا آفت ولري د علوی اطرافو نبض یې نورمال او د سفلی اطرافو نبض یې کم با هیڅ نه جس کېږي په څوانانو او یا بالغانو کې Coarctation د لور فشار په لوحه کې منځ ته رাখي سره ددې چې فخذی نبضان زباتره د Collateral د تشكیل له کبله جس کېږي مګر حجم یې کم او د کعبري نبض خخه تاخو لري.

Pulse Alternans: یوه نادره پینه ده چې په دې حالت کې د نبض یوه موجه ضعيفه او بله نورماله وي د نبض نظم منظم وي چې دا د میوکارد د ناروغي او د زړه د عدم کفایې یوه خطرناکه علامه ده.

چې دا د فشار د اندازه کولو په وخت کې معلومېږي.

Pulses paradoxus: دا دasicې یو حالت دئ چې د ذفیر په وخت د نبض حجم زیاتېږي او د شهیق په وخت د نبض په حجم کې کموالی رাখي. په تخنیکي لحاظ دا نوم ورکول یوه غلطی ده ځکه چې د حجم دا توپیر یوه فریولوچیکه حادثه ده او په نورمال کسانو کې نه معلومېږي کله چې د ذفیر او شهیق تر منځ تقاووت دومره شدید شي چې د کلینیک له نظره وټاکل شي نو هغه وخت دا یوه ابنارمل لاس ته راوونه ده چې د تنفسی لارو په وخیم بندیز لکه استما او Pericardial effusion Pericardial Temponad چې د امله وي لیدل کېږي.

په صحیح ډول هغه وخت معلومیدای شي چې د سستولیک فشار Pulses paradoxus تفاوت په شهیق او ذفیر کې د فشار د آلې په تړلو سره معلوم کړای شي. (15mmhg) ټفاوت یو پتولوژیک حالت دي)

Anacrotic pulse: دا ډول نبض د حجم له نظره کوچنی او ژر له منځه نه خي دغه ډول نبض د ابهر په تضییق کې موجود وي.

Pulse Bisferience: دا ډول نبض د Collapsing او Anacrotic یعنی چې په هره ضربه دو هڅې جس کېږي دا ډول نبض د ابهر په عدم کفایه او تضییق کې چې دواړه سره یو ځای وي لیدل کېږي.

Pulses parvus: د کم حجمه نبض خخه عبارت دی چې د زره د دهانی په کموالی لکه وخیم شاک کې لیدل کېږي.

د وښې فشار: د فشار معلوم زیاتره وخت د فشار د آلې (sphygmomanometer) په واسطه ترسره کېږي د صحیح فشار د معلومولو لپاره لاندې لانبونې ضروري ګنل کېږي. په لاندې لست کې مهم نکي ذکر شوي دي. دا ضروري خبره د چې په صحیح اندازه لستونی یا Cuff استعمال کړای شي چې د اوردوالی Bladder د اوردوالی اندازه باید 35-30cm او عرض بې 12cm وي چې البته دا د زیاتره بالغو کسانو لپاره پکار وړل کېږي.

د معانیې ترتیب:

❖ د ناروغ مروند باید د زره د سوئی په برابر وسائل شي.

❖ د فشار د آلې Cuff دې وټرل شي.

❖ عضدي نبض دې معلوم کړای شي.

Cuff ته دې تر هغه پورې هوا ورکړل شي تر خو نبض ورک شي په دغه وخت باید د فشار اندازه وکتل شي چې داد سستولیک فشار خخه نمایندګي کوي. ددې خخه وروسته 10mmhg نور هم فشار ورکړل شي او د ستاتسکوپ په واسطه د عضدي نبض د پاسه اصعاء وکړئ.

❖ په ورو ورو هوا کمه کړئ تر خو د زره نورمال آوازونه واوریدل شي. چې داد سستولیک فشار بسودونکي دي.

❖ په ورو ورو د هوا کمولو ته ادامه ورکړئ تر خو آوازونه ورک شي.

❖ هغه وخت معلوم کړئ چې آوازونه پکي ورکېږي چې دا د ډیاستولیک فشار بسودونکي دی.

د وښې د فشار د اندازه کولو لپاره لازمي لارښونې:

د زړه او رګو سیستم

- ❖ ناروغ باید آرام وي او خنکل د زړه د سوئي په برابر وسائل شي د ناروغ مت او خنکل باید لوڅه او کالې ورڅخه ووېستل شي.
- ❖ د ناروغ د مت څخه د فشار آله باید دا سې وټول شي چې نه ډیوه کلکه او نه ډیوه سسنه وي.

- ❖ مانو میتر نهه عیار او نیغ کړئ.
- ❖ سستولیک فشار د جس سره معاینه کړئ
- ❖ هوا په کراره خوشی کړئ.
- ❖ سترګې مو د مانومتر د سوئي په برابروي.



۶-۸. شکل د وینې د فشار اندازه کول (۷)

نورمال لاسته راوړنې:

زياتره وخت کله چې د فشار د آلي څخه هوا ویستل کېږي نو د آوازونه Korat koff لورېږي بیاناخاپه ورو کېږي مخکې له دې څخه چې د منځه ولار شي، کله کله دا ورو شوي آوازونه دوام پیداکوي نو په دې وخت کې هغه اندازه چې آوازونه پکې ورو شوي باید تعین شي چې دا diastolic فشار نسي. د وینې فشار سستولیک پر دیاستولیک فشار باندې

لیکل کېپی يعني (145/92) دا معنی لري چې د سستولیک فشار يې 145 او پیاستولیک يې 92mmhg دی د ويني فشار د خوشحالی، خفگان، او چاپیریال پوري فرق کوي نو چکه بايد تکرار کتنې مخکې ددې خخه چې ناروغ White coat Hypertention وباله شي اجراء شي. په ځینې ناروغانو کې اولني فشار چې لور وي د لور فشار په نامه یادېږي يعني دډاکتر خخه د ويرې په خاطر فشار لورېږي په داسې ناروغانو کې بايد دوامداره فشار وکتل شي تر خود دوي او هنوي تر منځ رښتیا لور فشار لري فرق وکړای شي.

معمول ابنارملتي ګانې:

د ويني لور فشار يا systemic hypertension دا معنی د چې زياتره کوم خاص اعراض د ځانه نه بشي لakan که چېږي بي تداوي پاتي معمول دی چې زياتره کوم خاص اعراض د ځانه نه بشي لakan که چېږي بي تداوي پاتي شي نو د مرېنې لامل ګرځۍ چې د مرېنې لاملونه يې د زره ناروغۍ، دماغي وعائي تصادم (CVA) یا کليوي عدم کفایه تشکيلوي. د لور فشار د ناروغ ګلنيکي څرګندونې درې هدفه لري.

۱. د مخصوصه لامل پېژندل
۲. د ناروغۍ د وحامت معلومول
۳. د ناروغۍ د پراختیا اولني ارزیابي او د زره وعائي ناروغیو د ټولو خطری فکتورو د منځ ته راتلو معلومول دی دویني د لور فشار ثانوي لاملونه نسبتاً کم دي اما په ځوانو خلکو کې زيات دي.

زيات ناروغان چې Essential يا لومړنې د ويني لور فشار لري زياتره فاميلى تاريچه بيانوی. ددې خخه برسيره کومې نوري پونتنې چې بايد وشي د کليوي ناروغیو په اړه دي چکه کليوي ناروغۍ د لور فشار د مهمو ثانوي لاملونو د جملې خخه دي.

حملوي سردد، استفراق، خوله کيدل، حثافت او د وزن بايلل د فيوکروموسايتوما تاريچه تشکيلوي. د الكولو د خبلو په اړه بايد پونتنې وشي. ځني نور ثانوي لاملونه لکه د Con's سندروم کوم خاص اعراض نلري. ددې لپاره چې د ويني د فشار د لوروالی وحامت معلوم کړي شي د ناروغ خخه بايد د زره د اعراضو په تيره بیا د ساه لنډي او په اړه وپونتل شي او د قلبې وعائي ناروغیو د خطر په اړه یوه پلټنه وشي Angina خصوصاً د ناروغ د عمر، جنس، د سکرت خکولو عادت او فاميلى تاريچه په نظر کې ونیول شي.

د دوائي انتخاب د احتلاطاتو په موجوديت يا عدم موجوديت پوري اړه نيسې. د بيلکي په توګه Calcium channel antagonist او beta blocking agent هغه ناروغانو کې چې

هایپرتنشن او Angina ولري نه کار کوي او ACE inhibitor د چپ بطین خرگنده عدم کفايه ولري نه کار کوي هغه ناروغانو کي چې د چپ بطین خرگنده عدم کفايه ولري نه کار کوي.

د معاینه کولو ترتیب:

- ❖ د وینې فشار په پر له پسې توګه ریکارد شي.
- ❖ د ناروغ نبض د اذینې فبریلشن لپاره وکتل شي.
- ❖ هغه ناروغان چې د 40 کالو خخه پورته عمر لري باید کعبري فخذی تاخر لپاره معاینه شي.
- ❖ د ناروغ د قعرغین معاینه باید د Hypertensive Retinopathy په خاطر اجراء شي.
- ❖ د دادریلزیزی Virilization او Cushing syndrome د لپاره دی ناروغ وکتل شي.
- ❖ د ناروغ بطن د ادرینال کتلوا او یا غټ شویو کلیو لپاره جس شي.
- ❖ د کلیوی شربانو له پاسه د Bruit لپاره دی اصعاء صورت ونیسي.
- ❖ د ناروغ زره د چپ بطین د عدم کفاې د او صافو لپاره وکتل شي.
- ❖ د زره د عدم کفاې شواهد دی وکتل شي.
- ❖ د ادرار مایکروسکوپیک معاینه خصوصاً د سرو حجراتو د کاستونو لپاره اجراء شي.

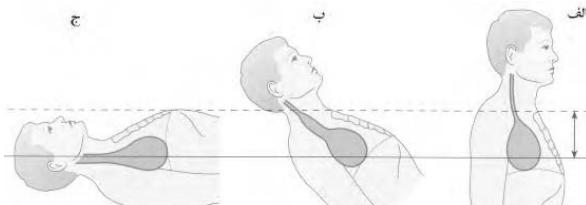
د وداجي ورید فشار او خې ایز شکل:

داداخلي وداجي ورید معاینه د بنې زړه د فشار او د ورید د خې ایز شکل په اړه ارزښتنياک معلومات را په ګوته کوي.

آناتومي: د بنې اذين او داخلي وداجي ورید تر منځ کوم د سام نشته نو ځکه ددي ورید د پراخوالی درجه مساوي ده هغه فشار سره کوم چې په بنې اذين کي دي. ددي ورید د خې شکل د زره د فعالیت په اړه معلومات راتبولي.

داخلي وداجي ورید غاري ته د Mastoid process له حلف خخه داخليږي او د Sterno cleido mastoid عضلي بیخ ته سیر کوي مخکي ددي خخه چې د سینې پنجري (rib cage) ته داخل شي. دا ځکه چې نوموري ورید ژور سیر لري او په هغه وخت کي کتل کېږي چې د غاري عضلات د استرخا په حالت کي وي. یوازي یو منشر نبضان لیدل کېږي او خپله ورید د کتلوا وړ نه دی خارجي وداجي ورید د ليدو وړ دی مکر زياتره د معاینې وړ نه دی دا ځکه چې kin king او زياتره تضييق ته معروض وي (ددې لپاره چې د غاري د ژور صفاق خخه تيرېږي).

د زره او رکو سیستم



شكل وداجي وریدي فشار، (الف)، د ناستي حالت، (ب)، نيمه ناستي حالت، (ج)، ستوني ستاخ (۲)

نورمال لاس ته راونې:

د وداجي ورید فشار: د بني اذين نورمال mean يا منځني فشار د $<9\text{cmHg}$ او بوا (7mmhg) دی دا چې قصي زاویه تقريباً 5 سانتي مترا نسي اذين خخه پورته پورته وي. د نورمال وداجي ورید نبض 4 سانتي مترا د قصي زاویه خخه نور پورته نه حې کله چې يو نورمال سپي نیغ کيني نو وداجي نبض د ترقوي او د قص د هډوکي شانه پتیري کله چې ناروغ 45 درجي په وضعیت کې فرار ولري نو په نورمال ډول د نبض پورتنۍ برخه د ترقوي په برابري ليدل کېږي که چېږي نبضان ونه ليدل شي نو د بني اذين نورمال فشار هغه وخت صدق کوي چې د ناروغ د ګډېږي په وسطي برخه باندي د 5-10 ثانيو پورې فشار وارد شي چې دې ته بطني وداجي ریفلکس وايې.

په نورمال ډول د وداجي ورید فشار د شهیق په وخت کې کمیږي دا حکه چې داخل صدری فشار په کمیدو سره د بني اذين فشار هم کمیږي.

د معاينې ترتیب:

- ❖ ناروغ ته په مناسبه رنا کې په 45 درجو کې ستوني ستاخ وضعیت ورکړئ.
- ❖ دا یقیني کړئ چې د ناروغ د غاړي عضلات په استرحا کې دی کله چې د ناروغ د سر شاتنى برخه د بالښت د پاسه آرامه کېښودل شوي وي.
- ❖ د ناروغ غاړه د یو طرف خخه وګورۍ او تفتیش بې کړئ.
- ❖ دداخلي وداجي وریدي نبضان عمودي او پرووالى د نبضان د خوکې خخه تر قصي زاوئي پوري په 4 cm سره اندازه کړئ تر خو وریدي فشار معلوم کړاي شي.
- ❖ که چېږي لازم وي د ناروغ وضعیت ته د دادسي تغیير ورکړل شي تر خو د خپې شکل په بشه ډول د لیدلو وړ شي.
- ❖ اوس د نبضان شکل او نمونه وټاکئ او نوري ابنارملنتي ګانې يادداشت کړئ.



۱۰-۶. شکل له اړخ خخه د وداجي وریدي فشار تفتیش (۲)

معمول ابنارملتي ګانې:

د وداجي وريدي فشار زياتوالى: د زړه عدم کفایه د وداجي وريدي فشار د زياتوالى عمده لامل دي (۱۵-۶. جدول). د زړه د عدم کفایې په خفيفو درجو کې کله چې بطن ته فشار ورکړل شي نو د بطني وداجي عکسې په خاطر فشار لوپېږي اوډوامداره ثابت پاتي کېږي. د سرو په لویه امبولي کې JVP دومره لوپېږي چې د نيمه تکيه وهلي په وضعیت کې شاید غلط شي. همدادول د SVC په بندش کې خرګند لوړوالي هم واقع کېږي کله چې ورید نبضاني نه وي. په pericardial constriction کې JVP لوپېږي همدا دول وصفي حملوي زياتوالى په شهیق کې رامنځ ته کېږي چې دې ته Kussmal sign ويل چې په نتیجه کې یې د بني اذين فشار ۱-۳ سانتي متر زياتېږي کوم چې د وداجي وريدي د نبضان په استقامت ليدل کېږي.

څه ایز شکل: د وداجي وريدي نبض د څو د شکل پیژندل تجربې ته اړتیا لري. د وداجي وريدي د نورمال څو شکل د دوو خوکو خخه جوړ دی هغه چې د وریداو شريان په بیلولو کې مرسته کوي اولني يا a څه د اذين د تقلص سره برابره منځ ته راخي اوډ زړه د آواز خخه لړه مخکې وي. دوهمه څه د V څه ده کومه چې د اذين د δ کیدو له امله د بطيني سستول په دوران کې کله چې د Tricuspid د سام بندېږي منځ ته راخي یو دريمه مشته څه د C څه ده. او په نورمال دول نه ليدل کېږي.

۱۴-۶. جدول: د ثباتي او وداجي نبضان تر منځ توپير: (۷)

ثباتي نبضان	وداجي نبضان
په تيزی، بهر خواهه حرکت لري یوه خوکه د هر Beat سره (په جيبي نظم کې)	په تيزی، بهر خواهه حرکت لري یوه خوکه د هر Beat سره
نه جس کېږي.	جس کېږي.
د فشار په واردېدو سره د غاري په برخه کې نبضان نه متأثره کېږي.	د فشار په واردېدو سره د غاري په برخه کې د غاري په قاعده کې د فشار د واردېدو سره نبضان کمېږي
د تنفس سره تغير نه کوي	د تنفس سره تغير نه کوي
د ناروغ د وضعیت سره تغير کوي.	د ناروغ د وضعیت سره تغير نکوي
د بطني فشار سره پورته کېږي.	د بطني فشار سره تغير نه کوي

د زړه او رګو سیستم

په پر له پسي توګه د وداجي وريد د فشار اندازه کول د تداوي د ځواب په هکله مونږ ته ارزښتاك معلومات راکوي د بیلګې په توګه د زړه د عدم کفایې په ناروغانو کې د مدرراتو څخه وروسته د فشار کموالئ.

د څې شکل: دوداجي وريدي نبضان ابنارملتي ګانې په ۱۵-۶. جدول کې ذکر شوي دي په اذيني فبريلشن کې اذيني سستول موجودنه وي په نتيجه کې د a څې له منځه ځي او وصفي دوو ګونې نبض رامنځ ته کېږي.

د برجسته څې په یو لړ هننه حالاتو کې چې وينه د بنې اذين څخه بنې بطین ته منع کوي منځ ته راخي د بیلګې په توګه ريووي لړ فشار او نادرأ د تراي کسپیده په تضيق.

۱۵-۶. جدول: د وداجي وريدي نبض ابنارملتي ګانې:

ابنارملتي ګانې	حالات
لوړ ثابت بطني وداجي عکسه	د زړه عدم کفایه
لوړ	ريوي امبوليزم
لوړ- برجسته، (y) لويدنه	پريکارديل ايفيوزن
لوړوالۍ - Kussmal عالمه	Constriction
لوړوالۍ - د نبضان ورکيدل	د SVC انسداد
د a څې موجوده نه وي	اذيني فبريلشن
لوويه د a څې	تراي کسپیده تضيق
لوويه د V څې	تراي کسپیده عدم کفایه
د زړه قام بلاک Canon څې	د زړه قام بلاک

د غټي څې دی چې هغه وخت منځ ته راخي کله چې بنې اذين د تړل شوي تراي کسپیده د سام په خلاف وينه پمپ کوي او د وهونکو څو په شکل په غاړه کې ليدل کېږي دا ډول څې د زړه په قام بلاک او دواړو بطیني او فوق البطیني تکي کارديا کې ليدل کېږي.

برجسته د V څې د تراي کسپیده عدم کفایي لپاره وصفي ده او په وخيم شکل کې د ځیکر د نبضان سره یو خای وي.

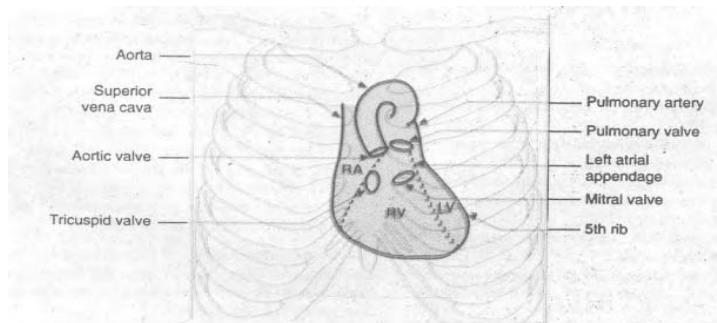
مهمنکي:

- ❖ د عمومي پلتنو او معايناتو په ترڅ کې داسي تکي رابرسيره کيدی شي کومې چې د زړه د اعراضو لامل يا وخيموونکي وي لکه وينه لږي او د تايراید فروت فعالیت.
- ❖ اذيني فبريلشن داسي یو نبض منځ ته راوري کوم چې د وخت او حجم دواړو له نظره غیر منظم وي.
- ❖ د نبض وصف باید د لوی شريان خخه اندازه شي لکه ثباتي شريان.
- ❖ د لاس د غټې ګوټې په واسطه کعبري او ثباتي نبضونه جس کړئ هیڅکله په یو وخت باید د ثباتي دواړو شريانو جس اجراء نشي.
- ❖ د وینې د فشار په معاينه کولو کې باید له احتیاط او توجه خخه کار واخیستل شي.
- ❖ د JVP نبضان وهونکي زیاتوالی د نبی اذين د فشار د لوریدو لپاره یوه بنه نښه ۵۵.
- ❖ د وداجي وریدي فشار موقعی لوروالي کله چې د ناروغ په ګډهه باندي فشار وارد شي نورمال ګنډل کېږي.

:Pericardium

د پریکاردیوم معاينه د کلینیکي کارديولوجي مرکزي برخه تشکيلوي.

اناتومي او وظيفه یې: د زړه د سطحي اناتومي په اړه پوهيدل ضروري دي. اصعائي محراقونه د سطحي اناتومي له نظره د زړه د سامونو سره تصادف نه کوي. په سستول کې د زړه ضربان دزړه د تاویدو، مخکي خواتنه تلو او د سینې ددبواں سره د تکر کيدو له امله منځ ته راخې. Apex beat داسي تعريف کيدی شي. هغه نقطه چې د قص د هدوکي خخه د وحشی او سفلی طرف ته لیدل کېږي په کوم ځای کې چې د زړه نبض د جس وړ دی.



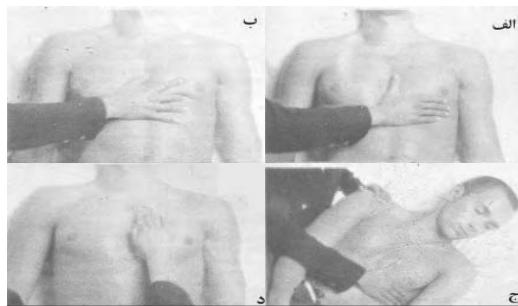
11-۶. شکل د زړه د دسامونو سطحي اناتومي (۷)

نورمال لاس ته راډونی:

نورمال Apex beat په پنځمه چې بین الصلعی مسافه کې قرار لوړي کوم چې په نارینه کې د ترقوی د منځنۍ کربنې دپاسه د چې تې د خوکې خخه بنکته لیدل کېږي. نورمال Apex beat د معاینه کوونکی ګوټې ورو او په سطحی ډول پورته تیله کوي او زیاتره محدود وي لakin په ځینې کسانو کې خصوصاً که دیر وزن ولري یا غوبن وي نو Apex beat د جس ورنه دی. همدا ډول په استما او امفیزیما ناروغانو کې هم د جس ورنه دی.

د معاینې ترتیب:

- ❖ د ناروغ پریکاردیوم دی وکتل شي، هغه وخت چې ناروغ په 45 درجو د ناستې په حالت کې قرار ولري په داسې حال کې چې اوږدي یې افقی وي. پخوانئ جراحی ندبې، نبضان او نوري ابناړملتني ګانې دی وکتل شي.
- ❖ خپل ورغوئ په همواره توګه د زړه په ساحه کې کېږدئ تر خو د زړه فعالیت معلوم کړای شي.
- ❖ د Apex beat دی تعین کړای شي که چیرې لازم وي ناروغ ته دی وویل شي چې چې د Apex beat وصف د خرگند کړای شي.
- ❖ د بني بطین د جس لپاره د ورغوئ آخري برخه د قص د هدوکې په چې خوا کې په فشار سره کېنسودل شي او ناروغ ته دی وویل شي چې د ذفیر په صفحه کې ساه بند کړي.
- ❖ د Apex beat دپاسه او د قص د هدوکې دواړه خواوکې د تریل جس شي.
- ❖ په کوم ځای کې چې نفعه د اوريدو وړوي نو د thrill د جس لپاره د دوههم ځل ګوټې د سینې د هغه ځای لپاسه په داسې حال کې چې ناروغ په به وضعیت کې قرار ولري کېنسودل شي.



۱۲-۶ شکل د زړه جس، الف د لاس په واسطه د Apex Beat جس، ب د ګوټې په واسطه د Apex Beat موقیت، ج ناروغ نه جب وختی وصیبت وړکول، د تر قص بیوړی جس Sternal para نبضان دیاره

معمولی ابنارملتي ګانې:

تفتیش:

د پریکارديوم په تفتیش سره مونږ د زیاتو شیانو په اړه معلومات راټولولی شو. د سینې ابنارملتي ګانې په شمول د pectus excavatum (حلف ته د قص د بشکتنی برخې بې ځایه کیدل) نور معاینات اغیزمن کوي ندبه د قص د هدوکې د متوسط خط په امتداد کې د زړه پخوانۍ Bypass جراحی یا د دسام تعویض راپه ګوته کولای شي د چپ تي لاندې ندبه معمولاً د متراال د سام Valvotomy رابنې. نبضانات په بنه ډول دواړه په تفتیش (دداخل خوا خڅه د نبض حرکت) او جس (خصوصاً بهر خواته د نبض حرکت) سره معلومیدای شي.

د بې ځایه کیدل Apex beat کیدی شي وخشی خواته په هنه کسانو کې چې د سینې سوء شکل ولري لکه pectus Excavatum بې ځایه شي همدارنګه د منصف د تیله کیدو له کبله چې د پلورائی مایع، فشاری نوموتوراکس یا pneumonectomy په سیر کې منځ ته راحي په دغه پورتني حالاتو کې شزن هم بې ځایه کیدی شي د زړه په هغه ناروغیو کې چې د چپ بطین د لوپوالي لامل ګرځی Apex beat یا دزړه د خوکې ضربان سفلی او وخشی خوانه بې ځایه کېږي چې همدارنګه منتشر او په لویه ساحه کې محسوسیې.

د Apical نبض اوصاف:

د زړه نبض وصف نسبت د هغه شخص موقعیت ته دیر ضروري دی هغه نبض چې د متراال د سام په تضییق کې لیدل کېږي د (Apex tapping) دئ چې په دې کې دزړه لومړی آواز د جس وړ وي په خالص متراال تضییق کې Apex نه بې ځایه کېږي. هغه حالات چې د چپ بطین د فشار د زیاتوالی اود ابهه د تضییق لامل کېږي د قوي او دوامداره او نه بې ځایه شوي Apex beat لامل ګرځی. چې داد - apex - Heaving د هغه منتشر نبضانو خڅه چې د چپ بطین په پراخوالی کې وي د تفریق وړ دئ.

دوه ګونې Apical نبض د ضحاموي Cardiomyopathy لپاره مختص دئ Heaves د جس وړ نبضانو خڅه عبارت دئ چې د نبی او یا چپ بطین خڅه راولارېږي او معاینه کوونکی ګوټې د ناروغ د سینې خڅه پورته خواته تیله کوي. هغه نبض چې د قص هدوکې په چېه برخه کې وي د نبی بطین د Heave په نامه یادېږي. په غیانو کې غیر نورمال ګنل کېږي او د نبی بطین په ضحامه دلالت کوي لکه په ریوی لور فشار کې.

د جس وړ نفحو خخه عبارت دئ زیاتره د اسې احساس کېږي لکه چې یو خوک په خریدونکي پیشو باندي لاس کېږدي.

د ټولو نه معمول جس کیدونکئ تریل د Systolic صفحې د تریل خخه عبارت دئ چې د ابهر د تضیيق له کبله منځ ته راخي او د Apex، د قص بنې یا چپ خوا، غاره یا په غاره کې د ثباتي شريان له پاسه جس کېږي. هغه تریل چې د بطیني حجايی نقصان خخه منځ ته راخي د قص چې خواهه نبه احساس کېږي ډیاستولیک تریل زیاتره نادردئ د مترال د تضیيق تریل د Apex په ساحه کې چې ناروغ په چپ اړخ ډډه لګولې وي نبه محسوسېږي دزړه د قاعدي تریل په هغه وخت کې نبه احساس کېږي چې ناروغ قدام ته خان تیله کېږي.

د زړه اصغاء

عمومي پاملونې:

د زړه د اصغاء لپاره د ستاتسكوب خخه چې Bell او ډیافراګم دواړه ولري کار اخيستل کېږي د برحه یې د تیټ pitch آوازونو د اوريدو لپاره استعمالېږي. لکه د مترال د تضیيق نفعې. د ډیافراګم برحه د داد ډول آوازونو تصفیه کوي او د لور آوازونو لکه نورمال آوازونه او د ابهر د عدم کفایي د نفحو د پېژندلو لپاره استعمالېږي. د ستاتسكوب د غور ګوتکي باید په غورونو کې پوره برابر راشي تر خو غور ته له بھر خخه د اضافي آوازونو د اوريدو خخه مخنيوی وکړي د ستاتسكوب تیوب باید دومره پېروي چې بهرنې آوازونه کش نه کړي او اوږدوالي یې 25 سانتي متر وي. ددې لپاره چې د مختلفو نفحو د انتشار ځایونه وپېژنو نو د زړه د سطحي اناټومي پېژندل لازمي دي. همدارنګه د زړه په فزيالوژي باندي په اساسي توګه پوهيدل هم ضروري دي. د زړه نورمال د سامونه هغه وخت آواز پیداکوي کله چې بندېږي نه دا چې خلاصېږي. داد ملنو وړ ده چې د اصغاء لپاره یوه ثابتنه تک لاره خصوصاً د کم تجربه ډاکترانو لپاره وقاکل شي. زیاتره ډاکتران لمړي د زړه د زروي خخه اصغاء شروع کوي لakan د آسانه ده چې د زړه قاعده لومړي

واوریدل شي ځکه د زړه آوازونه یو د بل خخه په خرگند ډول اوریدل کېږي (د زړه دوهم آواز لور او بې زیات دی) د ثباتي شريان د نبض هم زمان جس کول ګټور دی. لومړئ آواز د نبض خخه وړاندې او دوهم آواز د نبض خخه وروسته وي. د زړه په اصغاء کې لاندې تکي په نظر کې نیول کېږي:

- ۱) د زړه او Rhythm
- ۲) د زړه د آوازونو شدت
- ۳) د زړه د آوازونو تضاعف
- ۴) Triple Rhythm
- ۵) اضافي آوازونه

نورمال د زړه آوازونه او اضافي آوازونه:
نورمال لاس ته راودنې:

د زړه لومړئ آواز: چې د مترال او تراي کسپید د سام د تړلو خخه او د بطیني تقبض په شروع کې منځ ته راخي چې د زړه په زروه کې نهه اوریدل کېږي.

د زړه دوهم آواز: دا د ريوسي او ابهر دسامونو د تړلو له کبله او د بطیني تقبض په آخره کې منځ ته راخي دا د قص هدوکي په چې طرف کې نهه اوریدل کېږي داد لومړي آواز خخه لور او بې زیات وي او د pitch Aortic برحه په نورمال ډول د ريوسي برخې خخه لوره وي دوهم آواز فزيولوجیکي بیلواли يا splitting ځکه منځ ته راخي چې چې بطین نسبت نبی بطین ته لې مخکې تقبض کوي په نتیجه کې د ريوسي دسام د ابهر د دسام خخه وروسته تړل کېږي دا بیلوالي د آرام شهیق خخه وروسته نور هم زیانیږي ځکه چې د نبی بطین وریدي د کيدل د ريوسي دسام تړل نورهم خندوکي برعکس دا بیلوالي په ذفیر کې له منځه ځې نو د زړه دوهم آواز د قص هدوکي په چې طرف کې د ستاتسكوب په ډیافراگم سره نهه اوریدل کېږي. د اصغاء په وخت ډاکټر د شهیق په صفحه کې Lub/ dub او د ذفیر په صفحه کې Lub - dub اوږي.

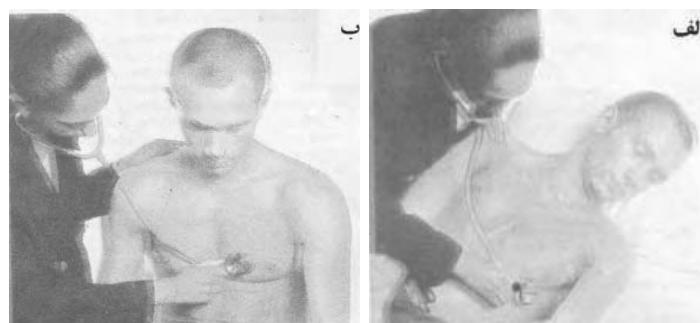
د زړه دریم آواز: د زړه دریم آواز یو تیټ pitch لرونکی آواز دی چې د ستاتسكوب د Bell په واسطه د Apex په ناحیه کې نهه اوریدل کېږي چې داد بطیني ژر د کيدو د صفحې سره برابري کوي او متصل د AV دسامونو د خلاصیدو خخه وروسته منځ ته راخي. او د mid diastole په شروع کې قرار نیسي او دریم آواز د دوهم آواز خخه وروسته اوریدل کېږي لکه Lub – dub – dum

د زړه او رګو سیستم

د زړه دریم آواز په نورمال ډول په ماشومانو، نوي څوانانو او امیندواري، کې اوږيدل کیدای شي.

د معاینې ترتیب:

- ❖ ناروغ چې په نیمه ناستي حالت کې وي د پریکارديوم توله ساحه د Bell او ډیافراگم سره واورئ دزړه قاعده، زروه، د قص د هدوکې بنې او چې خوا او هم د ثباتي شريان پاسه اصغاء اجراء کړئ او که لازمه وي تر تخرګو پوري د اصغاء عملیه صورت ونيسي.
- ❖ په هره نقطه او یا ځای کې چې لوړۍ او دوههم آوازونه معلوم شول د شدت او تضاعف په نظر کې نیولو سره یې اوصاف وټاکئ.
- ❖ وروسته له دې خخه د اضافي آوازونو او نفحو لپاره غور ونيسي
- ❖ د متزال تضیيق د نفحې د بهه اوږيدو لپاره ناروغ ته په چې اړخ وضعیت ورکړئ.
- ❖ د دستاګوپ Apex ناحبې له پاسه د ستاتسکوپ Bell دې په غیر له فشار واردولو کیښودل شي.
- ❖ ناروغ ته دناستي او قدام خواهه د تمایل وضعیت ورکړئ او د ابهه د عدم کفایې د نفحو د اوږيدو لپاره د ستاتسکوپ ډیافراگم په واسطه په بنې دوهمه بین الصلعی مسافه کې اصغاء اجراء کړئ او وروسته د قص هدوکې چې اړخ هم واورئ.
- ❖ د نفحو اوصاف یادداشت کړئ.



۱۳-۶. شکل د زړه اصغاء ، الف. د متزال تضیيق اصغاء په چې وحشی وضعیت کې، ب. د ابهه عدم کفایې اصغاء چې ناروغ د ناستي او مخې ته د تمایل په وضعیت کې (۲)

د زړه او رګو سیستم

معمول ابنارملتي ګانې:

د زړه لومړي آواز: د زړه لومړي آواز د شدت ابنارملتي په ۱۶-۶ جدول کې بنودل شوي دی د متراں په تنکوالی کې د لومړي آواز شدت زیاتېږي.

(۱۶-۶) جدول: د زړه د لومړي آواز د شدت ابنارملتي ګانې:

چوپ یا بنکته -

- په کمه زړه دهانه کې
- د چې بطین په وظیفوی کمبست
- د P-R د وقفي په اوړدوالی (لمړي درجه بلاک کې)
- روماتیک د متراں عدم کفایه

لور یا هسک :

- د زړه دهانې په زیاتوالی
- په زیاقه اندازه stroke volume کې
- د PR د وقفي په لنډوالی
- د متراں په تنکوالی
- اتریل Myxoma کې (نادرآ)

متغير -

- اذیني فبریلشن
- خارج سستولی
- د زړه تام بلاک

د زړه دوههم آواز: د زړه ددههم آواز ابنارملتي ګانې په ۱۷-۶ جدول کې بنودل شوي دی. ددههم آواز ابهر جز کله کله په شدت کې کمېږي، حتی تردي پوري چې ورکېږي (د ابهر په کلسیفیک تضییق کې). په همدي توګه شاید د ابهر په عدم کفایه کې کم شي دا په سیستمیک لور فشار کې زیات وي. په همدا ډول د دوههم آواز ریوی جز په ریوی فشار کې زیاتېږي. په پراخه توګه د دوههم آواز split (بیلوالی) په هغه حالاتو کې چې د نبی بطین خالي کیدل پکې ځنډېږي منځ ته راحي لکه د نبی بنډل د شعبې په بلاک او ریوی لور فشار کې.

د زړه او رګو سیستم

۱.۷-۶ جدول: د زړه د دوهم آواز ابناړملتی:

<p>بنکته یا چوپ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ کمه زړه دهانه ❖ د ابهر کلسيفيک تضييق ❖ د ابهر عدم کفايه
<p>لور یا Loud :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ سيستميک لور فشار (د ابهر جز) ❖ ريووي لور فشار (د ريووي جز)
<p>بيلوالی یا Split :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ په شهيق کې پراخه کېږي خصوصاً فزيولوجيك تضاعف - د نېي شعې بلاك RBBB - ريووي تنکوالۍ - ريووي لور فشار - بطيني حجابي نقصان ❖ ثابت تضاعف يا Split چې نفس پري اغیزه نلري - اذيني حجابي نقصان ❖ په ذفیر کې پراخوالۍ (معکوس بيلوالۍ) - د ابهر په تنکوالۍ - ضخاموي کارديومایوباتي - د چې بنډل د شعې بلاك LBBB - بطيني Pace maker

چې دا ډول بيلوالۍ په شهيق کې نور هم زياتيرې. د زړه د دوهم آواز ثابت بيلوالۍ د اذيني حجابي نقصان بنودونکي دی دا پراخوالۍ د زړه د دوهم آواز د بيلوالۍ څخه ټکه منځ ته رائحي چې نېي بطین نسبت چې بطین ته د زياتي وينې د حجم سره مخامنځ دی دا ټکه ثابت دی چې حجابي نقيصه د ټول تنفسی سايکل په دوران کې د بطیناتو تر منځ فشار مساوي ساتي.

معکوس Split (بيلوالۍ) هغه وخت منځ ته رائحي کله چې د چې بطین تحليه کيدل تر هغه وحنډېږي چې د ابهر د سام د ريووي د سام څخه وروسته وتړل شي چې مثالونه یې د

د زړه او رګو سیستم

چپ بندل د شعېي بلک او د بنې بطین pacing دئ. معکوس بیلوالی کې دزړه د دوههم آواز دواړه اجزاوې په شهیق کې یو ځای منځ ته راحۍ او په ذفیر کې جداکېږي.
د زړه درېم آواز:

د زړه درېم آواز د 40 کلنۍ خخه وروسته پټولوژیک ګنل کېږي.

معمول لاملونه یې لوی، ضعیف تقبض کوونکی بطین او د متراں عدم کفایه ده چې زیاتره د زړه د عدم کفایې سره یو ځای وي، کله چې درېم آواز د تکی کارديا او آرام لومړي او دوههم آواز سره یو ځای وي په نتیجه کې درې ګونی ریتم چې کله کله د rhythm په نامه سره یادېږي منځ ته راحۍ، چې دا آواز د آس د هغه تک تک سره مشابه دی چې ځغلې.

د زړه درېم آواز لاملونه:

(الف) فزیولوجیک :

- صحتمند نوي حوانان
 - پهلوانان
 - حاملکې
 - تبه
- (ب) پټولوژیک :

- په پراخه توګه د چپ بطین ضعیف تقلصات
- متراں ریفلکس Reflux

د زړه خلورم آواز:

د زړه خلورم آواز نرم او Low pitch دئ چې د ستاتسکوب د Bell په واسطه د Apex په ساحه کې اوریدل کېږي دا د لومړي آواز خخه لې مخکې واقع کېږي (da – lub – dub). دا پټولوژیک حالت دئ او د قوي اذیني تقبض له کبله د pre systole په صفحه کې منځ ته راحۍ او دا ذیني فریلنشن په موجودیت کې نه واقع کېږي. د زړه خلورم آواز شاید په هغه حالاتو کې چې د چپ بطین هایپرتروفی د لور فشار او یا د ابهر د تضیيق له کبله وي واوریدل شي.

اضافي آوازونه:

اضافي آوازونه باید د پورته ذکر شوو د زړه د آوازونو خخه تفریق کړای شي.
:Opening snap

دا معمولاً د mitral (ندرتاً Tricuspid) په تضییق کې لیدل کېږي دا آواز د متضییق دسام د محدود خلاصیدو په نتیجه کې منځ ته رأحي دا آواز یوازي هغه وخت چې د سام د حرکت وړ وي اوریدل کېږي. O.S په دوهيم آواز پسې او د ډیاستول په لومړي صفحه کې منځ ته رأحي د متراال دسام O.S په Apex کې نه اوریدل کېږي.

:Ejection clicks

شاید د زره د لومړي آواز خخه وروسته او د سستول په صفحه کې واوریدل شي په هغه ناروغانو کې چې د ریوی او ابھر د دسامونو مورزادی تضییق ولري د تولید میخانیکیت یې د O.S په شان دئ Ejection clicks د متکلس شوي ابھر تضییق سره یو ځای نه وي ځکه کسپونه یې سخت وي.

:Mid systolic clicks

داد متراال دسام په راغورحیدو یا prolaps کې اوریدل کېږي. شاید د murmur سره یو ځای وي دا د لور pitch لرونکی دئ او په Apex کې نه اوریدل کېږي ددې وخت د پرولپس شوي Leaf let د حلفي حرکت د کمیدو سره تراو لري. د زره میخانیکی دسامونه د خلاصیدو او بندیدو په وخت آواز تولیدوي چې د تړلو آواز یې معمولاً غلئ وي دا آوازونه لور pitch لري او معمولاً سخت او د جس وړ وي او زباتره په غیر له ستاتسکوب خخه اوریدل کېږي د میخانیکی متراال دسام توعیض فلزی ډوله یې د سخت لومړي آواز لامل ګرځی او د یو لور O.S په شان آواز رامنځ ته کوي دا آوازونه د جریانی نفعو سره یو ځای وي.

:Pericardial rub

دادحاد percarditis وصفي نښه ده چې د قص د هدوکي په چېه سفلې برخه کې کله چې ناروغ ساه باسي د ستاتسکوب د ډیافراګم سره اوریدل کېږي دا یو سطحي تخربشي آواز دئ چې د سستول او ډیاستول په دواړو صفحو کې اوریدل کېږي.

د ناروغيو لوحه: pericardial

❖ حاد پریکاردایتس

- پری کاردلل درد

- پری کاردلل فرکشن Rub

❖ پری کاردلل مایع

- د قص شاته فشاري احساس

- د JVP لوروالی

- فرکشن Rub متغیر او یا موجود نه وي

❖ پری کاردلل تامپوناد (پری کاردلل مایع تر فشار لاندي)

- د JVP لوروالی

- قیت فشار

- پراڈوكس نبض

Postural hypotension -

- د ادرار کمولی

❖ مژمن تقبضي پریکاردایتس

- جهدی عسرت تنفس

- محیطی اذیما

- د JVP لوروالی

- د JVP زیات لوروالی او د شبیق په وخت (kussmal sign)

کله کله د پری کاردايتس درد شدت شاید د یو ساعت نه تر بل ساعت پوري فرق ولري او د ناروغ د وضعیت په تغیر سره پکي بدلون راخی.

پری کاردلل Rub باید د پلورل پری کاردلل Rub خخه تفریق کړل شي په نومورو دواړو حالاتو کې آوازونه د زړه د سایکل سره یو ځای واقع کېږي اما د پلورل پری کاردلل Rub د تنفس سره زیاتیوی او منشاء بې پلوراډه.

نفعې يا: Murmur

عمومي پاملونې:

د زړه نفعې د لزوجي وينې د جربان له کبله منځ ته راخې نفعې يا د دسام د ابنارمل وظيفې، يا د وينې د حجم د زباتوالی يا په نیزې سره د نورمال دسام خخه د وینې د تیریدو له کبله منځ ته راخې. چې دا آخری حالت شاید په یو روغ زړه کې منځ ته

راشې ځینې innocent نفخی زیاتره وخت د Stroke volume د زیاتیدو له کبله منځ ته راخي لکه په حاملکي او یا په ورزش کارانو کي.

د نفخو په اوریدو کې باید لاندې ټکي په نظر کې ونیول شي.

وخت يا timing: زیاتره د زره نفخې سستولیک او یا ډیاستولیک وي او کیدی شي چې بو ځای هم واقع شي او د غیر معمول دوامداره نفخو څخه باید توپير کړاي شي. سستول د زره د لومړي آواز سره شروع کېږي کوم چې د مترال او تراي کسپیده دسامونو د تړلو څخه منځ ته راخي دا هغه وخت منځ ته راخي کله چې بطینې تقلص پیل کېږي او د بطین فشار د مربوطه اذين د فشار څخه زیات شي. بطینې فشار تر هغه وخته پوري لورېږي تر خو د ابهر او ریوی شريانو څخه پورته شي چې د ابهر او ریوی دسامونه خلاصېږي. سستول ددي دسامونو د تړلو سره ختمېږي او د زره دوههم آواز شروع کېږي تر دغه وخته پوري د بطین او اذين تر منځ تفاضلي فشار موجود وي د مترال او تراي کسپیده دسام د عدم کفائې نفخه شاید د زره د لومړي آواز سره تعقیب شي او شاید د زره دوههم آواز پوري دوام وکړي یا ددي څخه تیره شي ممکن د Ejection systolic نفخې او د زره د لومړي آواز د شروع تر منځ یوه لړه فاصله موجوده وي.

د هغه صفحې څخه عبارت ده چې د زره د دوههم او لومړي آواز تر منځ وي په فزيولوژیک ډول دا په درې پړاونو باندې ویشل کېږي.

یا (isovolemic Relaxation) عبارت دئی د ابهر او ریوی دسام د تړلو د وخت څخه تر د Mitral او Tricuspid دسامونو د خلاصیدو پوري.

د بطین د Mid diastole د کیدو څخه عبارت دئی.

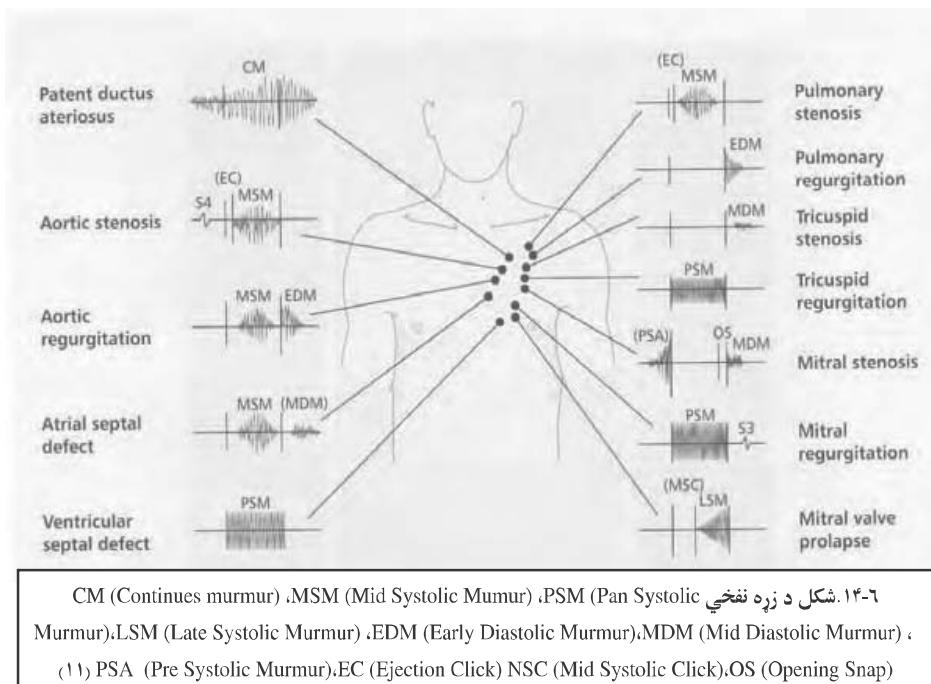
دا د اذين د systole سره مترافق دئی د ابهر او ریوی عدم کفائې نفخې د Pre systole early diastole په صفحه کې شروع کېږي او تر mid diastole پوري دوام کوي. بر عکس د مترال او تراي کسپید د تصییق نفخې د mid diastole د صفحې څخه وړاندې نشي شروع کیدی.

همدا ډول د زره درېم آواز په mid diastole کې او د زره خلورم آواز په pre systole کې منځ ته راخي. د نفخو د وخت تعینول د زره د آوازونو او یا ثباتي نبض له مخې تاکل کیدی شي. Systolic نفخې د نبض سره هم زمان یا مترافق وي او diastolic نفخې مترافق نه وي.

دوماں یا Duration: د عدم کفائي سسټولیک نفخې دا توان لري چې د سسټول په ټوله صفحه کې وي يعني pan systolic وي لیکن خینې نفخې په وسط او یا آخر د سسټول کې نه اوريدل کېږي برسیره د دې که د متراول دسام د پرولپس خخه نفخه تولید شی. نو نفخه تر هغه وخته پوري نه شروع کېږي تر خو د سسټول په صفحه کې دسام پرولپس ونکړي.

Ejection systolic نفخې د زړه د لومړي آواز خخه وروسته شروع کېږي د سسټول د صفحې په منځ کې شدت اختياروي او د زړه د دوهم آواز د شروع کیدو خخه وړاندې کمپېږي او بالاخره له منځه حې.
وصف او pitch او يې:

Rumbling د نفخو د کیفیت تعريفول مشکل دی زیاتره د زېږ، پوکي و هونکي، میوزیکي، غړمههار، د لور یا تیت لرونکي په شان تshireح کېږي لکه د یو اصل په شان هر څومړه چې pitch لورووي هنومړه تقاضلي فشار زیات وي نو خکه د ابهر د عدم کفائي نفخه چې لور pitch لري د ستاتسكوپ د ډیافراګم سره بنه اوريدل کېږي اما دا چې د متول د تضیيق نفخه د تیت لرونکي وي نو د Bell په واسطه بنه معلومیدلی شي.



شدت:

د نفخو د شدت د تشریح لپاره شپر درجی موجودې دی.
دیاستولیک نفخی نادرأ د خلورمې درجی خخه لورې وي د دسام د عدم وظیفي و خامت
د نفخی د شدت خخه نشي معلومیدی. مگر په شدت کې يې تغیر د انزارو د تاکلو په برخه
کې اهمیت لري. د بیلکې په توګه د ابهر د Early diastolic نفخی په شدت کې زیاتوالی
دا معنی لري چې د دسام عدم کفايہ نوره هم زیاته شوې ده د ابهر په تضییق کې د بنې
خوا خخه د چې خوا په لور شنت کې ياه په کمه قلبی دهانه کې پېړه کمه غلې نفخه د
اوریدو وړ وي.

د نفخو د شدت درجی:

Grade-I - نفخه د تجربه کار ډاکتر په واسطه اوریدل کېږي په Optimum حالت کې
Grade-II - نفخه د غیر تجربه کار ډاکتر په واسطه اوریدل کېږي په Optimum حالت کې
Grade-III - په آسانه اوریدل کېږي تریل موجود نه وي
Grade-IV - د نفخی شدت زیات وي تریل ورسه وي.
Grade-V - شدت يې ډېر زیات وي عموماً د پراخه ساحې د پاسه اوریدل کېږي.
Grade-VI - نفخه په اعظمي توګه شدیده وي او حتی يې له ستاتسکوپ خخه اوریدل
کېږي.

Optimum Condition: د هنځه یو حالت خخه عبارت دئ چې ناروغ په آرامه کوته کې
وي او په داسې یو وضعیت کې قرار ولري چې ناروغ د یو نه ستاتسکوپ په واسطه په نه
موقعیت کې اصغاء وکړای شي.
موقعیت:

د پې کارديوم هنځه برخه چې نفخه پکې اوریدل کېږي باید معلوم کړای شي داد
دیاستولیک نفخو په تفریق کولو کې رول لري د متزال تضییق په زروه کې، د ابهر عدم
کفايہ د قص د هډوکې په چپ طرف.
په سستولیک نفخو کې موقعیت کیدلی شي يې لارې کوونکۍ وي ځکه چې د ابهر د
تضییق نفخه زیاتره په زروه کې اوریدل کېږي.

انتشار:

دا باید د موقعیت سره مطالعه نشي. نفخی د وینې د جریان په استقامت چې د نفخی لامل
شوی سیر کوي د پې کارد خخه بهر د انتشار خاص ځایونه د قص د هډوکې پورتنې بنې

طرف، تخرګ، د سینې شاته او په غاړه کې د ثباتي شريان دپاسه دی د سستولیک نفخو په تقریق کولو کې انتشار ارزښتنيک دئ. معمولي ابنارملتي ګانې:

نفخي: د systolic نفخه لاملونه لاندي ذکر شوي دي.

نفخي کيدلای شي د زيات stroke volume له کبله (چې د جريان نفخه بلل کېږي) یاد متضيق ابهر یا ريوسي دسام له کبله رامنځ ته شي. د جريان د نفخي يا Flow murmur لاملونه مشتمل دي په بشيرازي د حمل، تې، برادي کارديا او ASD څخه. د ابهر د تصييق نفخه زياتره د زروې په شمول په تول پري کارديوم کې اوريدل کېږي. شايد چې غلبيظ يا لور pitch لرونکۍ او موزيکل وصف ولري اود قص د هدوکي علوی بنې طرف او Carotid ته انتشار لري. نفخه زياتره وخت لوره او شايد د تريل سره يو ځای وي. ليکن که چيرې د ابهر په وخيم تصييق کې د بنديز درجه او په نتیجه کې د چپ بطين د وظيفي ډير زيات خرابوالی د قلبی دهاني د کمبست لامل ګرځي تردي اندازې پوري چې د نفخي شدت بيځي له منځه ځي.

:Pan systolic murmur

زياتره دا نفخي د متراول او تراي کسپیده د عدم کفائي له کبله منځ ته راخي د متراول د عدم کفائي نفخه تخرګ ته انتشار لري زياتره وخت دا نفخه لوره او پوكۍ وهونکي وصف لري چې د زړه د زروې په برخه کې به اوريدل کېږي په ځينې ناروغانو کې د متراول دسام پرولپس په بطيني سستول کې واقع کېږي چې د mid Late يا سستولیک نفخي د پیداکيدو لامل کېږي.

د تراي کسپیده عدم کفائي نفخه د قص د هدوکي چپ طرف ته اوريدل کېږي او د ځينو تائیدي عاليمو لکه په وداجي وريدي نبض کې د غټې 7 څې د شتوالي او د ځيګر د نبضان سره يو ځاي وي. د pan systolic نفخو بل لامل د بطين حجابي نقисه ده ډيره کوچنۍ مورزادي نقيسه کيدی شي چې د لورې نفخي لامل شي چې د قص د هدوکي چپ طرف ته زياتره د تريل سره يو ځاي وي هغه pan نفخه چې د زړه په حاد احتشاء ناروغانو کې منځ ته راخي عموماً د بطيني حجاب په سورې کيدو دلالت کوي په همدي توګه د متراول عدم کفائيه چې د Cordatendinea د شکيدلو یا وظيفوي عدم کفائيه چې د حاد بطيني توسع له کبله وي د پورتني نفخو د پیداکيدو لامل کيدی شي.

د نفخو لاملونه systolic

:Ejection systolic murmur

الف) د نورمال دسام خخه د وینې د زیات جریان تیریدنه

Innocent - سستولیک نفخه

- په تبه، ورزش کارانو کې (د برادي کاردیا له کله د زړه د دهانی زیاتوالی)

- امیندواری (د زړه دهانه اعظمي 15 هفتونکی)

- اذینې حجابی نقصان (دریوی جریان نفخه)

ب) له متضیق دسام خخه نورمال یا د کم جریان وينه تیریدنه

- د ابهر تضیق

- ریوی تضیق

ج) د جریانی نفخو نور لاملونه

- ضخموی انسدادی کارديومایپانی

- حاده عدم کفايه (د ابهر د جریان نفخه)

Pan systolic murmur

- ټول هغه لاملونه چې د سستولیک Leakage لامل کېږي او د لوړ فشار خخه د

تېټ فشار جوف ته متوجه وي.

- د مترال عدم کفايه

- د تراي کسپید عدم کفايه

VSD -

- د مترال او تراي کسپید prosthesis لیکاژ یا خخیدنه

- د مترال دسام پرولپس

ډیاستولیک نفخی:

Early diastolic یا د ډیاستول د لوړۍ صفحې نفخې د ابهر د عدم کفائې په واسطه تصنیف بندی شوي دي. معمولاً دا نفخې د قص د هدوکې په چېه خوا کې بنه اوريدل کېږي اما کله د قص د هدوکې په بې سفلې طرف کې جګ اوريدل کېږي.

Early diastolic د وی بنه اوريدل کېږي چې دا بېرقه راغلي د وینې حجم باید د سستول په راتلونکي صفحه کې پمپ شي نود ابهر عدم کفايه د زړه د دهانی زیاتوالی لامل کېږي او کیدی شي د Ejection systolic flow د نفخې سره یو ئای وي.

د ریوی عدم کفايہ دومره معمول نه ده شايد په ثانوي ډول د ریوی شريان د توسع له کبله په ریوی لور فشار کې منځ ته راشي (Graham steel murmur).
 opening Mid diastolic Rumbling آواز دی کوم چې د snap د شروع کیدو خخه وروسته پیل کېږي (که چیرې opening snap موجود وي) د ستابسكوب د Bell په واسطه د زړه د زروې په برخه کې سه اوږيدل کېږي دا ټوله داسې وي Cardence دا چیرې lap - ta - ta - roo د زړه لومړئ آواز وي، Ta,ta دزړه دوههم آواز او opening snap دی او sinus Rhythm ولري نو اذيني تقبض د وينې جريان دمتضييق دسام خخه زباتوي اود نفخي د pre systolic صفحې د زياتيدو لامل ګرځي د Tricuspid د تضييق نفخه د متراول د تضييق په شان ده لakan نادره وي.

نفعه یوه med diastolic Austin Flint وينه بيرته بطين ته رجعت کوي او په دغه وخت کې د متزال دسام قدامي leaf let پورته تيله اود بنداولي لامل يې گرځي او چپ بطين ته د وينې د داخليدو خخه مخنيوي کوي. دوامداره يا Continueas نفعي په غټانو کې نادرې دي. معمول لامل يې خلاص اذيني قنات دي کوم چې پورتني نازله ابهر او ريوسي شريان سره نسلوي او په نورمال ډول د زېپيدنې خخه وروسته بندېبې دا نفعه د قص هدوکې پورتني چې خوا کې به اوريدل کېبې او چپ کتف ته انتشار لري وصف يې لکه د مشینري په شان دي (machinery like murmur)

د لاس، ته، او، نه تو پیچاته، ټیار، نه:

په زیاتره حالاتو کې چې کومې ابناړملتي ګانې په اصغاء سره کشف شوي وي د نورو پلټنېو په تر سره کولو سره تائیدېږي چې زیاتره په Echocardiography سره یې تائید نور هم قوی کېږي اما دا باید ووبل شې، حې، اصغاء یوډ مهمه ګلنيک تحري به ۵۵.

د عالیمو صحیح وضاحت په دې معنی دی چې خرنګه د نخو په اړه دقت کېږي په همدا شان د زړه په آوازونو کې تغیر او د زړه اضافي آوازونه په نظر کې ونیول شي. د کلینیک له نظره خصوصاً هنځه ناروغان چې د زړه روماتیک ناروغۍ ولري د زړه متعددې ستونزې لري چې په دې وخت کې یې تشریح ډیره حساسه وي. د بیلکې په دول یو ناروغ چې د مترال تضییق او عدم کفایه دواړه ولري دزړه لومړنی آواز یې ډیر جګ وي نو په خرګند تضییق دلات کوي که چېږي د زړه دریم آواز واوربدل شي نو خرګنده عدم کفایه به موجوده وي نو خکه د اضعاء په وخت باید ډیر زیات دقت وشي.

کلیدي تکي:

د Apex beat بي خايه کيدل شايد د زره د لوبيوالی يا د منصف د shift له کبله وي. د ستاتسكوب د Bell برحه د پېت pitch لرونکو آوازونو د معلومولو لپاره استعمالیپري لکه د متال تضييق. د ډیافراگم برحه يې د لور pitch لرونکو آوازونو لپاره استعمالیپري لکه د زره نورمال آوازونه او د ابهر د عدم کفائې نفخه.

د زره دريم آواز شايد فزيولوجيك وي اما د زره خلورم آواز هميشه پنالوژيك وي. د زره د نفخو تغيرات د انزارو له کبله اهميت لري.

د ابهر ډیاستوليك نفخي هغه وخت بهه اوريدل کېږي چې ناروغه قدام خواته حان تېټ کړي او د ذفیر په صفحه کې ساه بنده کړي د متال ډیاستوليك نفخي په هغه وخت کې بنې اوريدل کېږي چې ناروغه په چې طرف آرام وکړي.

د زره د مزمنې عدم کفائي ارزیابي:

په هغه ناروغانو کې چې د زره په مزمنه عدم کفائي اخته وي کلينيکي ارزیابي يې په خلورو درجو ويشل کېږي.

۱. د ناتوانې شدت او وحامت: د مزمنې عدم کفائي ناتوانې دير پراخ حدودات لري چې عبارت دي له پوره عدم محدوديت خخه تر شديدو اعراضو پوري چې په استراحت کې هم موجود وي د اعراضو او زره سبېي ابنارملتي تر منځ دير زيات کمزوري تړاو موجود دي ددي ناتوانې. تاثير د ناروغه په وظيفه، ورخني فعالیتونو، جنسی فعالیت د خوب په خونګوالۍ باید وښتل شي. غير معاوضوي علايم باید ولټول شي خصوصاً لکه د مایع احتباس (د سبو احتقان، محیطي يا عجزي اذیما)

۲. سبېي لاملونه: هر هغه لامل چې د زره د نورمال وظایفو د محتل کيدو لامل کېږي د زره عدم کفائي رامنځ ته کوي لکه د مایوکاردیوم ناروغۍ چې په ثانوي ډول د زره ischemic ناروغۍ، د وینې لور فشار يا لومرنې Cardiomyopathy په بیخ کې منځ ته راخي. د زره دسامي ناروغۍ خصوصاً د متال دسام ناروغۍ د ابهر تضييق، د زره بي نظمي ګانې او د زره pericardial Constriction. هغه شيان چې باید پاملننه ورته وشي عبارت دي له د مایوکاردیل احتشاء انجیناپکتورد او يا د الکولو د زيات اخیستلو تاریخچې کوم چې د مایوکارد د ناروغیو سره تړاو لري او د زره نفخي چې دا شايد د دسام ابنارملتي راپه ګوته کړي تکي کارديا (خصوصاً اذيني فبریلسن) او برادي کارديا (لکه د زره پوره block) دواړه کولای شي چې د زره د عدم کفائي د اعراضو سره یو ځای وي. ځينې ناروغۍ د زره د عدم کفائي په شان کلينيکي شواهد لري او

زیاتره د معالطي سبب کېږي دا ناروغئي عبارت دی له وينه کمۍ، د مایع احتباس (په
تالي دول د پیستورګي او یا ځیګر په عدم کفایه کې) یا Corpulmonal (چې دا په تالي
توګه د سرو د ناروغیو خخه د ریوی فرط فشار له امله د بنې بطین عدم کفایه منځ ته
راوړي) لمړني معاینات عبارت دي له: د سینې رادیوګرافی دې واختسل شي تر خود
زړه اندازه او د سرو احتقان معلوم شي او E.C.G د زړه د نظم د معلومولو او د زړه د
پخوانی احتشا د شواهدو د پېژندلو لپاره اخیستل کېږي نور تشخیصه معاینات یې د
ایکوکاردیوګرافی خخه عبارت دی لیکن باید وویل شي چې دا د مسئلي په خرنکوالی
پوري اړه نیسي.

۳. تشدید کوونکي فکتورونه: برسيره د لمړني اسبابو خخه نور فکتورونه شاید د ناروغ
اعراض وخیم کړي چې په دې هکله د لاندې شیانو په اړه باید پلنه وشي.

- ❖ دوائي تداوي لکه (NSAID)
❖ د الکولو خبnel
❖ د Hypo او Hyperthyroidism اعراض

❖ تورغایطه مواد چې د معائی وینې د ضیاع له کبله وي.
د وینې روتنین معاینات د کم خونی او همدارنګه د یوریا او الکترولايت تعین د پیستورګو د
وظایفو د فعالیت لپاره او هم د ځیګر او تایراید وظیفوي تستونه ضروري دي.

۴. د ژوندانه په طرز کې تغیرات: د زړه په عدم کفایې اخته ناروغان شاید د تمرين د نه
کولو سره عادت شي چې دا کار د ورځني عادي تمرين په اجراء کولو سره د ارجاع
ور دی. د زیاتو مایعاتو د خبnel خخه باید دده وشي مالکه کمه شي الکول یوازې په
متوسط اندازه واخیستل شي او په هغه صورت کې چې الکولیت Cardiomyopathy موجوده وي
باید بیخي قطع کړل شي.

۵. دوائي تداوي: د ناروغ د تداوي پلان باید د ناروغ د اعراضو د وحامت، سببی عامل
او د تشدید کوونکو فکتورونو سره برابر وضع شي.

د حاد ناروغ ارزیابی:

د زړه ناروغان په حاد دول مراجعه کوي او فوري تداوي ته اړتیا لري دا ناروغان شاید
دوهره بنه نه وي ترڅو پوره او مکمله تاریخچه ووائي چې په داسې وخت کې د خپل
خپلواونو یا ملکرو خخه ارزښناکه معلومات د ناروغۍ په اړه اخستل کېږي شي دا ضروري
ده ترڅو ارزیابی یې صورت ونیسي. د تداوي خخه هدف دادی چې حاده مسئله تداوي
شي او د ژوند تحدیدونکي پیښې وقایه وشي لکه Cardiogenic shock یا بطیني فبریشن.

په معمول توګه د تاریخچې اخیستل، فزیکي معاینات، پلتني او اهتممات باید د ضرورت او د مسئلي د بېړني توب سره عیار کړل شي. د معاینې د ترتیب مراعاتول د کلینيکي حالت سره تړاو نیسي د معاینې ترتیب په لاندې دول دئ.

د معاینې ترتیب:

- ❖ د درد په اړه پوښته وکړئ کله چې درد پېړ شدید وي نو د وریدي Opiate دواګانو اوډ کانګو ضد دواګانو سره بې آرام کړئ.
- ❖ د نبض خواص، اندازه او نظم معلوم کړئ.
- ❖ کله چې نبض غیر منظم وي یا په نامناسب توګه زیات چټک اوږا ورووی یا د زړه د احتشاء کلینيکي منظره موجوده وي نو E.C.G د واخیستل شي تر خو د زړه نظم معلوم کړل شي. او وروسته ناروغ monitoring شي.
- ❖ د شرياني وينې فشار معلوم کړئ او د شاک نور شواهد ولټوئ. که چېږي وعائي عدم کفايه یا Circulatory failure موجود وي نو د هغې شدت د معلوم کړل شي او تداوي د پیل کړل شي.
- ❖ او موجووي شکل د معاینه شي.
- ❖ د ساه لنډي په اړه دې پوښته وشي. د ساه لنډي درجه دي وتاکل شي مرکزي سیانوزس دولتول شي او که لازم وي اکسیجن دي ورکړل شي.
- ❖ د سینې د درد دوام دي معلوم کړل شي که چېږي لنډوي (شپږ ساعته) او د حاد زړه احتشاء سره موافق وي. نو پوره G د واخیستل شي او بې له ځنډه د تداوي پیل کړل شي.
- ❖ د سینې د حاد درد نور لاملونه دي په نظر کې ونیول شي، په شمول د نوموتوراکس، ریوی امبولیزم او د ابهر خیری کيدل. که چېږي د dissection اشتباہ موجوده وي نو محیطي نبض دي په مقایسوی توګه معاینه شي او د دواړو لاسو فشار د اندازه شي.
- ❖ د زړه نفخي د اصلاحه شي
- ❖ دواړه سړي د ریوی اذیما لپاره معاینه شي.
- ❖ د سینې عکس دي واخیستل شي او د ریوی اذیما شواهد او د منصف پراخوالی او نور دې پکې وکتل شي.

د پرمختللى وعائي عدم کفائي (شاک) ناروغانو اوصاف:

دوښې سستولیک فشار د 100mmhg	-	هایپوتنسن
څخه بشکته وي	-	
نبض عموماً د 100 څخه زیات وي	-	تکي کارديا
محيطي وعائي تقبض	-	محيطي وعائي سيانوزس
موجودوي	-	
<30ml/h	-	د ادرار کمولاي

کلیدي تکي:

- ❖ د ناروغ حالت د کلينيکي معاینې خونګواли ټاکي
- ❖ د درد آرامول او د زړه د ریتم monitoring د حاد ناروغ په اهتمماتو کې د عمدہ اهدافو څخه دي.
- ❖ د زړه د عدم کفائي دناروغ په ارزیابي کې د سببي عامل د تشديدوونکي فكتورو معلومول شامل دي.

د زړه معمول معاینات:

د زړه د معمولو معایناتو استطبابات، تشخيصي خیرنې په ۶-۱۸. جدول کې بشودل شوي معمول تجویزونکي معاینات عبارت دي له الکتروکاردیوگرافی، ایکوکاردیوگرافی، رادیو Nuclide مطالعات او د زړه کتیترایزیشن. چې وروسته په تفصیل سره ذکر شوي دي. E.C.G دا یوه روتن، بې ضرره او ارزانه معاینه ده چې د دولس لېډونه لري چې شپږ بې صدری pericardial لېډونه (V1-V6) درې د اطرافو او درې نور د III، II، III څخه عبارت دي.

Ambulatory monitoring E.C.G: په ګرځنده توګه استعمالیې چې امبولاتوري E.C.G ماشین د یو وروکې تیپ ماشین ته ورته دی چې درې الکترودونه لري کوم چې د یوی پتي په واسطه د 48-24 ساعتو پوري په غاره کې اچول کېږي نورمانیتورونه هم شته کوم چې هر وخت نه اغوستل کېږي لakin کله چې ناروغ د اعراضو تجربه کوي نو د pericardium E.C.G اخلي.

E.C.G د تمرين:

د Angina ناروغان معمولاً د استراحت په وخت کې نورمال E.C.G لري مګر پرته له دي چې د حملې په وخت واخیستل شي چې دلته ناروغانو ته د Tread mill یا د ثابت بايسکل په واسطه تمرين ورکول کېږي که چېږي منځ ته راغلي اعراض د Angina له کبله

د زړه او رکو سیستم

وی نو په E.C.G کې تغیرات لیدل کېږي د منځ ته راګلو تغیراتو وخت او د هنډه تمرين
اندازه چې اعراض یې منځ ته راوري دی شاید انزار بې اهمیت راپه ګوته کړي.

٦-١٨. جدول: د زړه معمول معاینات او پلتني: (٧)

معاینات	استطبابات	Implications یا بنودنې
١. ECG	• زیات (طبی medico) • (Legal)	ریتم او انتقالی سیستم نشوشات بنې لکه LBBB او WP سندروم د زړه د اختشاء تشخیص د چې بطین د هایپرتروفی ابنارملتی معلومول چې همدارنګه معمولاً د Angina په ناروغانو کې نورمال وي
٢. د تمرين ECG	• د سینې درد	د تمرين سره ischemia تغیر کوي خصوصاً کله چې د اعراضو سره ټوڅای وي چې داد Angina تشخیص تائیدوي. کله کله د تمرين قبست کیدی شي چې په Angina ناروغانو کې نورمال وي (کاذب منفي) او په ضحتمندو خانکړو کسانو کې ابنارمل وي (کاذب مثبت).
٣. امبولاتوري مانیتورنګ ECG	• د MI د حملی خڅه • وروسته	د انزارو په هکله معلومات راپه ګوته کوي
٤. د سینې عکس	• زړه ضربان • سکنوب، پري سکنوب	د ناروغ د اعراضو تائید د زړه د بې نظمی سره لکه په اذيني فبریشن او یا بطیني Ectopic beat کې شاید په وارسره برادي کاردیا وښابی کله چې د مانیتورنګ په وخت کې اعراض منځ ته راشي.
٥. ایکوکاردیو ګرافی	• زیات	د زړه او د صدر اندازه: د زړه د خندو پراخواли (silhouette) په قاعده کې د سړو د بستر پراخواли چې د زړه په عدم کفايه او دسامي امواضو کې زیانی پی. د زړه په عدم کفايه کې ریوی اذیما
٦. رادیونو کلیاد معاینات	• ساه لنډۍ • انتانی اندوکاردایتس	د متخصیق دسام د آفاتو زړ تشخیص او په دقیق دول د عدم کفايو د اندازو معلومول.
	• ساه لنډۍ	د زړه په عدم کفايه کې د چې بطین د وظایفو د تناقض تاکنه کیدی شي.
	• ریوی امبویزم	د دسامي vegetation تشخیص تائیدوي او ایکو trans esophageal (TEE) پله حساسه معاینه ٥٥.
	• ساه لنډۍ	د وینې د راتبولیدو سکن د چې بطین د وظایفو د مناسبې اندازې وړاندنه کوي عموماً Ejection fraction په هکله
	• د سینې درد	د مايو کاردیل پرفیوژن سکن د زړه په اسکمیک ناروغانو کې اسکمیک نقیصه بنې
	• د سینې درد	د سړی سکن د پرفیوژن نقیصه بنې

د زړه او رګو سیستم

▪ اکلیلی انجیوگرافی د اکلیلی شریان د تنکوالی درجه او پراخواں وېښې.	▪ د ایکوکارڈیوگرافی په واسطه بنه بشکاره کېږي د زړه کتیترایزېشن یواځې د اکلیلی شریانو انانومه چې د دسام د جراحی لپاره تاکل کېږي استطباب لري	▪ د نېټیروخانو کې چې د زړه عدم کفایه شدیده عدم کفایه ولري د زړه د پیوند لپاره مناسب کومک کوي.
▪ Angina •	▪ دسامي ناروغۍ •	▪ د زړه عدم کفایه •

د محیطي شراینو ناروغۍ

Peripheral Vascular diseases (PAD)

تاریخچه: عمومي معلومات:

زياتره وخت په پرمخ تللي هیوادونو کې فزيکي معانيه د محیطي شراینو ناروغۍ خصوصاً په هغه ناروغانو کې چې عمر یې له 60 کالو خخه زيات وي بشکاره کوي. په زيات شمير سره د محیطي شراینو د ناروغيو بنیادي پتالوزي اتیروسکلروزس تشکيلوي چې لوی او متوسط شراین اخته کوي. په هغه ناروغانو کې چې له وخت خخه مخکې په اتیروسکلروزس باندي اخته کېږي په تاریخچه کې یې بايد فاميلي تاریخچې او خطري فكتورو تو же توجه وشي کوم چې د Atheroma سره یو خاي وي په خاصه توګه د شکري ناروغۍ مهمه ده حکه چې د هغه Atheroma سره چې وختي منځ ته راخې چټک پرمخ ټک کوي. برسيره له دې د شکري د شرياني ناروغيو کلينيکي لوحه زيات وخت د محیطي Neuropathy او micro Angiography په واسطه شدت اختياروي.

که خه هم تقریباً 2/3 هغه ناروغان چې د کلينيک له نظره په PAD (محیطي شرياني ناروغۍ) اخته وي یې عرضه وي چې دهنوی پېژندل او تشخيص مهم دی.

ممکن د PAD د ناروغانو لومړي خرګندونې د ژوند تهدیدونکي احتلاط وي. د PAD د شواهد موجوديت د مخکې له وخته قلبی وعائي او د ماغي وعائي مرګونو لپاره یو بنه لارښود دئ چې بايد همامغه ناروغۍ او خطري فكتورونه یې وپېژندل شي. د PAD په موجوديت کې ممکن طبی او جراحی تداوي گانې متأثرې شي د مثال په توګه د بیتابلاکر دواګانو توصيه په دې ډول ناروغانو کې د Claudication د منځ ته راتلو او شدت لامل ګرځي (د زړه By pass جراحی د سختې ناروغۍ په موجوديت کې تر سره کېږي مګر غیر عرضي ثباتي تضييق شايد د ستروک طرف ته لار شي.

د مراجعي شکایات presenting Complaints داناروغان د خلورو عمده شکایاتو له کبله مراجعه کوي.

۱. د نهاياتو اعراض

۲. عصبي اعراض

۳. بطني اعراض

۴. Vasospastic اعراض

د سفلی اطرافو اعراض:

د سفلی اطرافو د ischemia لپاره لاندې خلور به پیژندل شوي پراونه موجود دي.

۱) غير عرضي

Intermittent Claudication

۲) د استراحت درد

۳) نسجي ضياع (قرحه او گانگريين)

غير عرضي : د سفلی اطرافو ischemia : Ankle brachial pressure index

(ABPI) په کموالی سره مشخص کېږي چې په متوسط عمر او زوروالي کې ډيره معموله ده دا ناروغان ممکن له دي کبله چې او بد ټک بې نوي کړئ او يا د تمرين تحمل بې د کومې بلې پتالوزي له امله محدود شوي وي. دا ناروغان د عرضي ناروغانو په شان د وعائي ناروغيو د احتلاطاتو د زيات خطر سره مخ دي چې ارزيبابي او تداوي بې د هغه ناروغانو په شان کوم چې Claudication لري وشي.

Intermittent Claudication : دا اصطلاح د ټک په وخت کې هغه درد ته چې د اوعيو د بې کفایتي له امله پيداکېږي اړه پيداکوي دا د PAD يو ډيرممول عرض دئ. په وصفې ډول دا درد په پنهيو کې حس کيدی شي چې ورانه يا Battok کناتيو کې هم هغه وخت پيداکېږي چې د اوعيو بندش په proximal برخه کې منځ ته راغلي وي ډير وخت دا درد د ناروغانو په واسطه D Cramp Tightness يا D ډول توضیح کېږي په مشخص ډول درد د یوې ثابتې فاصلې د ټک نه وروسته يا په یو لور حاي د ختلوا نه وروسته پيداکېږي درد د خو دقیقو استراحت نه وروسته په مکمل ډول له منځه حې او کله چې ناروغ بيا په قدم وهلو پيل وکړي. درد د دوههم خل لپاره پيداکېږي D Claudication پيداکيدو فاصله ډير وخت د ناروغانو په واسطه په غلط ډول تعیير کېږي او زيات ناروغان دغه مسافه کمه نبېي دابه ډيره ګټوره وي چې د ناروغانو خخه وصفې سوالونه وشي. آيا دوي د ګلینیک خخه تر بس تم حاي يا د موتروپارک پوري په غير د دريدنې خخه

تلی شي؟ دوي خپله د بازار خخه سودا په خپله اخستلی او راوري شي؟ په حقیقت کې د Claudication شدت د ناروغانو په عمر اود ژوند په ډول پوري اړه لري. د 400 متره قدم وهلو ناتوانی د يو پوسته ورونکي سري لپاره جدي مشکل ګنيل کېږي شاید د يو زور سري لپاره چې یوازې د سرک خخه د سودا اخيستلو په منظور اوږي لویه ستونزه نه وي همدارنکه دا هم باید ارزبایي شي چې د ناروغ Claudication د نورو طبی حالاتو پوري اړه ونلري د ډیرو ناروغانو د تمرین عدم تحمل ممکن د Angina، شدیدي نفس تنکي او یا د حرقفي بند د Osteo arthritis له کبله وي.

هغه نارينه ناروغان چې gluteal Claudication لري ممکن په internal iliac ناروغۍ اخته وي چې تقریباً همیشه جنسی عدم کفایه لري.

د اصطلاح د ټک په وخت کې هنه درد هم افاده کوي کوم چې د قطنی (Neutrogena) نخاع د عصبي يا د Musculo skeletal ناروغيو له امله منځ ته رائحي (leg) د وریدي (Claudication) همدارنکه هغه درد ته هم راجح کېږي کوم چې د پنې (Venous Claudication). که خه هم شاگرز په مقابل کې د مانعې له امله منځ ته رائحي (Claudication) ته ډير کم معمول دئ چې د تاریخچې او فزيکي معایني په واسطه یې توپیر کیدي شي.

Night rest pain: په وصفي ډول د شپې له خوا درد د لومړني تظاهر په ډول خرګندېړي کله چې ناروغ د شپې له خوا ویده شي نو 1-2 ساعته وروسته د پښو د درد له کبله وښېړي درد معمولاً د Ins pet (د پنجي او بجلکي بند هغه برخه چې يو قوس جوړوي) په ساحه کې احساس کېږي چې علت یې د ځمکې د جاذې قوي د کموالی له کبله د سفلې اطرافو د perfusion کموالی دئ برسيره پر دې د خوب سره د زړه ضربان کمېږي د وښې فشار بنتکته کېږي او د زړه دهانه کمېږي بالاخره د ناروغ پام دي تکي ته راګرځي چې دده د پښو درد پښو د ځورنډولو او یا له بستر خخه پاڅيدو او ګرځيدلو سره نه کېږي او کله چې ناروغ بیا خپل بستر ته ځي نو درد یې نه شوئ وي. درد او د خوب کموالی ناروغ نارامه کوي بالاخره ناروغ په یوه چوکۍ باندې د شپې له خوا خوب کوي چې دغه عمل په سفلې اطرافو کې د اذیما د پیداکیدو او د بین النسجي مسافت او د فشار د زیاتوالی لامل ګرځي دا په خپل وار د انساجو perfusion نور هم کموي او درد زیاتوالی پیداکوي د استراحت په وخت کې درد عموماً د multi level امراض موجوديت بنېي.

نسجي ضياع (فرحه او ګانګريں): هغه ناروغان چې په شرياني بي کفایتی اخته وي زيات وخت د یوې شدیدي اسکيميا لرونکي وي په داسي ناروغانو کې د زخم جوړیدنه له ناکامئ سره مخامنځ کېږي او همدنه زخم د باکتریائي انتان د دخول لپاره د یوې دروازې

په حیث رول لوی چې په نتیجه کې ګانګرین او قرحمه رامنځ ته کېږي د Revascularization خخه پرته اسکمیا په تیزئی پرمختګ کوي.

فریکی معاينه:

عمومي معلومات: د عمومي ارزیابي زیاته برخه د زړه د ناروغیو د عالیمو په لور متمنکر کېږي چې په دې کې د انیمیا او سیانوزس شواهد، د زړه د عدم کفایې عالیم او د مستقیم او غیر مستقیم وعائی امراضو د شواهدو لیدنه شامل ده چې د دغه عالیمو کتنه ممکن د شرياني نبضونو مفصله معاينه پوره کړي دزړو خلکو په غاره کې متابارز ابنارمل ضربان عمومولاً کم اهمیت لوی چې په زیاتو پیښو کې یې علت د شرياني کور وورډوالی سختوالی دی او په کمو پیښو کې یې علت د ثباتي شريان انوریزم او یا د ثباتي جسم تومور وي.

د وعائي ناروغیو تجویز شوي علامې:

علامه نبونه يا دلالت

لاسونه او خنکلي:

- نیکوتین داغ

- د ګوتو د خوکو د ګلابي رئک له منځه

تل

- د ګوتو په خوکو کې ترمیم شوي ندبه

- ګلیسینوزس لیدلو وړ نوک التوات

او د شعریه او عیو لوپ

- د لاسود کوچنيو عضلاتو ذوبیدل

مخ او غاره:

- د فرنېي Arcus او Xanthelasma

- هارنرسندروم

- د آواز خپوالی او دعوئي توخي

اېړه د انوریزم خخه

- برجسته وریدونه په غاره اود اوږدو

د پاسه او د سینې په قدام کې

بطن:

- د اپي ګاستریک او نامه د برخې نبضان
- د بطن mottling (حال خال برگوالۍ)
- د وزن د ضیاع نښه
- د بطنی ابهر د انوریزم خیری کیدل
- حشوی اسکیمیا

آناتومي:

فخذی شريان: دا شريان د Symphysis pubis او هم د Ant. Sup iliac Crist inguinal lig په منځني برخه کې قرار لري چې وخشی ته ېې فخذی ورید او انسی ته ېې فخذی عصب ځای نیولئ دی چې په چاغو خلکو کې ېې جس کول مشکل دی.
فخذی شريان: دا شريان د زنکون د Crease په خدا د مابضي په حفره کې ژور پروت دی چې د یو مجرب ډاکټر خخه په غیر ېې جس کول ګران دی.

حلفي Tibial شريان: دا شريان د medial malleulus په منځ کې سیر کوم چې د حلف کې موقعیت لري چې هلته د Flexor Retinaculum او Flexor hallucis longus په منځ کې قرار لري.
شريان: دا شريان د پبني په حلف کې د قدامي Tibial شريان ادامه ده چې د Extensor hallucis longus په وخشی کې سیر لري او ضربان ېې د لمړي او دوهم metatars هدوکو په منځ کې د تشکيل شوي جري (groove) په قربه برخه کې بشه جس کېږي ممکن دا شريان په ځینې خلکو کې پيدانشي او یا په 10% خلکو کې په خپل ځای کې نه وي او کله کله د هنځ په ځای د جس وړ سوری شوي peroneal شريان ضربان جس کېږي د هر وګړي شرياني ضربانونه باید په لاندې ډول ثبت شي.

+ نارمل

- کم شوي +

- معدوم

++ انوریسمی

د نبضانونو معاینه:

که ډاکټر د نبضان د معاینې په وخت کې شکمن شي چې آیا جس شوئ نبض د ناروغه ده او که خپله د معاینې کوونکي؟ نو باید معاینې کوونکي د معاینې په وخت خپل نبض جس کړي. هغه ضربان په ناروغه پوري اړه لري کوم چې د معاینې کوونکي د نبض سره همزمان نه وي.

د معاینې ترتیب:

عمومي:

❖ کعبري، عضدي او ثباتي نبضانونه معاینه کړئ او په دواړو لاسو کې د وینې فشار اندازه کړئ.

❖ په هر ناروغ کې چې د وعائي ناروغیو شک موجود وي باید د بطني ابهر نبضان جس او اصغاء شي.

❖ نهايات باید د ischemia تغیراتو لپاره تفتيش شي خاصتاً د رئک او حرارت تغیراتو ته باید پاملرنه وشي.

❖ ندبو ته باید پاملرنه وشي چې ممکن د وعائي يا غير وعائي جراحی عملياتو له امله منځ ته راغلى وي همدا ډول د زخم ژوروالي، خندو، موقعیت او رئک ته پام وشي.

❖ په خصوصي ډول د پنجو منځ او پونده ischemic تغیراتو لپاره وکتل شي.

فخذي:

❖ په داسي حال کې ناروغ Supine (ستوني ستاخ) وضعیت ولري په ډبر ورو سره د دوه يا درې پراخه شوو د ګوتو د سرونو په واسطه په باندې lansing groin crease خواهه فشار وارد کړئ.

❖ همدا ساحه د لپاره اصغاء کړئ.

❖ کعبري فخذي تاخر وګورئ.

ماښي:

❖ په داسي حال کې چې ناروغ پوره استرحائي حالت ولري او د زنکون بند په 30 درجي قبض حالت کې قرار ولري.

❖ د معاینه کوونکي لاس ته داسي وضعیت ورکول کېږي چې thumbs (کته ګونه) په قدام کې او نوري ګوتې په حلف کې قرار ونيسي په ورو توګه په ماښي شريان باندې فشار وارد کړئ.

❖ ددي شريان نبضان د زنگانه د Crease 4-3 سانتي متره بشکته په متوسط خط کې جس کېږي په کوم ځای کې چې شريان د Tibia د خلفي وجهي په مقابل کې تر فشار لاندې رائحي چې دلته دا شريان د Soleal arch لاندې تيرېږي.

د زړه او رګو سیستم



۱۵-۶. شکل د خلفي Tibial شريان معاينه (۷)

۱۴-۶. شکل د فخذدي شريان معاينه (۷)



۱۷-۶. شکل د مابضي شريان معاينه (۷)

۱۶-۶. شکل د Dorsalis pedis شريان معاينه (۷)

خلفي tibial : دا شريان د انسې maleolus خخه 2 سانتي متر لاندې او 2 سانتي متر په حلف کې جس کېږي.

Dorsalis pedis Extensor : دا شريان د قدم د حلفي وجوهی په منوسطه برخه فقط د hillucis longus په وحشي کې جس کړي.

Buerger test: ناروغ په بستو کې خملول کېږي سفلی اطراف د 45 درجی زاوئي په اندازه پورته کوو په نورمال حالت کې د پنسو تلي ګلابي پاتي کېږي که چيرې تلي خاسې شي د وينې د جريان کموالی رابسي او س ناروغ ته وواياست چې دفعتا کښيني او پنسې بې ټورندي شي هغه وخت چې د پنسو د وریدونو د ډکيدو او Flashing لپاره پکار دئ يادداشت کړئ وریدونه باید په لس ثانيو کې ډک شي که چيرې دغه وخت د لس ثانيو خخه زيات شي د وينې د جريان کموالی رابسي. هغه درد چې د اړونده طرف د پورته کولو په واسطه کمېږي يا له منځه حې په وریدي بندش او هغه درد چې د پنسو د ټورنديدو سره له منځه حې په شرياني بندش دلالت کوي.

عمومي ابنارملتي ګڼي:

د سفلی اطرافو مزمنه :ischemia

پنسې نسبت لاسو ته آنه چنده زياتې نظر په لاندنيو دلایلو متأثره کېږي:

❖ د سفلی اطرافو د وينې جريان نسبتاً کم دی.

❖ سفلی اطراف ډېر زيات په Atherosclerosis اخته کېږي.

۶-۱۹. جدول: د شرياني، وريدي او نوروچنيک Claudication ګلنيکي لوحه:

وريدي	نوروچنيک	شرياني	
د ساق د وريدي خروجي جريان بنديز چې د iliofemoral بنديز اړه لري	د قطنی عصب ريشي يا د Caudaequina لاندې راتل (نحاعي تضيق	د سفلی طرف دلوي شريان تنکوالی باندش	پنالوزي
تول لنکي چې لکه چوي	عضلات ، عموماً لاکن شايد ورون او کناتي هم اخته کړي	Calf کړهي او ستنې چوخولو سره بوځاي وي	درد ځای
همشه یو طرف ته نودي	کله کله دوه طرفه	یو طرفه که فخذي ماښي او دوه طرفه په ناروغیو کې	طرف
تدریجي زياتره د ډیور لړ قدم و هللو سره پیل کېږي	په متوسط توګه زياتره د قدم و هللو يا حتی د دريدو په وخت	Claudication مسافې د قدم و هللو خخه وروسته	شروع
عموماً د پنسې پورته کولو ته ضرورت وي تر خود درد آرام شي.	قدم ته د اوبيدو او د قدم د دريدو سره آرامه کېږي او د ناستي حالت د غوره کولو سره پوره آرام وي	د قدم و هللو قطع ډکيدو څخه 2-1 دقېقې وروسته درد آرامېري	آرامونکي لوحه

رېگ	نورمال یا خاسف	نورمال یا یخ	نورمال یا موجود نه وي	نورمال یا موجود نه وي	نورمال یا معدوم وي	نورمال یا شاید	نورمال یا بدل دلول وړ دی
حرارت	نورمال یا یخ	نورمال یا موجود نه وي	موجود نه وي	موجود نه وي	موجود نه وي	نورمال	نورمال یا زیادت
اذیما	نورمال یا موجود نه وي	موجود نه وي	موجود نه وي	موجود نه وي	موجود نه وي	نورمال	همیشه موجوده وي
نبض	کم یا معدوم وي	نورمال	نورمال	موجود نه وي	موجود نه وي	شاید	موجود لakin شاید په مشکل سره احساس شي
د لئکي نیغ پورنه نیول	نورمال	Limited	شاید	نورمال	نورمال یا خاسف	نورمال	سیانوزی او زیاتره وریکوز

په زیاتو ناروغانو کې قدمي Pedal نبض موجود نه وي یا کم شوي وي که خه هم د استراحت په حالت کې د قدمي نبضانونو موجوديت په بنکاره دول د سفلی طرف PAD نه بنکاره کوي. که د PAD تاریخچه بنکاره وي نو ناروغ ته باید امر وشي چې وګړۍ ترڅو پوري چې درد پیداشي که د اعراضو لامل وعائی وي نو نبضانونه به له منځه ولاړ شي. اضافي اسکمیک تغیرات شاید موجود نه وي. د بیلکې په توګه د قدم او پښې د ظهری وجھي وښتان به موجود نه وي د شرياني Claudication نوره لوحه په ۱۹-۶ جدول کې تshireح شوې ۵۵.

اعراض هغه وخت شدید وي چې ischemia وخيمه وي په داسي ناروغانو کې د بحلکئ د وينې فشار د 50mmhg خخه کم او's Burger's علامه پکې مثبت وي. دا هغه وخت بشودل کېږي کله چې د ناروغ لئکي (leg) د 3-2 دقیقو پوري وتړل شي نو د Reactive hyperemia له کبله د fore foot راير sunset foot (sunset foot) منځ ته راخې. د اطرافو مزمنه شدیده اسکمیا د پښو د تلو د پر منځ تللي حثافت او نشتوالي سره یو خاي وي. د اطراف حاده اسکمیا:

د طرف د حادي اسکمیما لوحه په آسانه دول د 6ps په نامه نومول شوي ده چې ددي جملې خخه د حرکت (پنجي او ګوتو خوئولو توانائي) او یا د حسي وظايفو (لكه د پښې د پنجي سره او یا د لاس د حلفي وجھي سره د سپک تماس) ضياع د عصبي اسکمیما دير مهم بنکارندوي دی کله چې دا لوحه موجوده وي نو غير قابل اړحاع تغیرات به منځ ته راغلي وي سره ددي چې که خه هم دوراني اعاده په ظرف د خو ساعتو کې صورت ونيسي د پنهائي د عضلاتو حساسیت یوه بله خطروناکه علامه ده چې په ناخابې او جدي عضلي انفارکشن باندي دلالت کوي. د اطرافو د حادي اسکمیما معمول لامل امبولي ده چې معمولاً د زړه منشاء لري او یا د شريان د یوي تنګې شوي برخې بندوالۍ چې دتروموبوزس په واسطه منځ ته راخې شرياني حاد بنديز د شرياني شاخصو دنهائي برخو ته شدید سپینوالۍ ورکوي. د راتلونکو خو ساعتو په دوره کې تشنج له منځه ټي او پوستکي

د زړه او رګو سیستم

د وینې خخه ډک او mottle کېږي چې روښانه آې او یا ګلابې رنگ پیداکوي کوم چې نازک شبکوي جوړښت دی چې د ګوتې د فشار په واسطه بېرته حاسف کېږي. که ischemia دوامداره شي نو پاتې شوې وینه Coaleseing کوي یا سره یو ځای کېږي او غټه کتله جوړو چې په معاینه کې تیاره ګلابې او دې ته نېډۍ په تور رنگ سره بنکاري او د فشار په واسطه حثافت نه لیدل کېږي په آخره مرحله کې غټ پلکونه منځ ته راځي . د یوبې حسه فلجه نهایت ثابت mottling چې د عضلي شخواли او سره یو ځای وي د غیر رجعي اسکيميا بنکارندوي دی چې یوازنې لاره یې د طرف قطع کول دی.

۶-۲۰. جدول: د طرف د حادې اسکيميا علايم: (۷)

نرمې علامې	سختې علامې (نهدیددونکي طرف نښي)
- د نېض کموالی	- بې حسي
- حثافت	- فلجه
- له منځه تلونکي يخ	- د عضلاتو د چوخیدو سره درد

۶-۲۱. جدول: د طرف حاده اسکيميا د امبولي او ترومبوزس له نظره: (۷)

تروموزس	امبولي	
شروع بې زیات ناخاپي شکل وي (ساعتونه او ورڅي) او اسکيميا لړه شدیده وي	په حاد شکل شروع کوي(په دقیقو او ثانيو کې) اسکيميا رامنځ ته کېږي له اول نه کولاتيريل موجود نه وي.	شروع او شدت
موجود نه وي	زياتره اذيني فبريلشن موجود وي	د امبولي سرچنه
موجود نه وي	موجود وي	پخوانۍ Claudication
زياتره موجود نه وي	موجود وي	Contralateral په پښه کې
انجیوګرافۍ	کلینیکي	تشخيص
thrombo lysis طبی By pass جراحی او	د امبولي قطع کول او ضد تحرث دوا	تداوي

یادونه:

- ❖ د لاسو د حادې اسکیمیا معمولترين لامل حاد امبولیزم دی
- ❖ ددې لپاره چې د طرف د قطع کیدو خخه مخنيوی وشي نو ټول ناروغان چې د حاد اسکیمیک اعراضو اشتباه ورباندي وي باید بې له حنډه وعائي جراح ته معرفي شي.

د وعائي ناروغيو عصبي تظاهرات:

د اوعيو ناروغي ممکن (Transient TIA, multi infarct dementia او يا stroke) سره یو ځای وي یو شاید stroke د focal neurologic deficit د ischemic attack وعائي لامل په حيث وپېژندل شي که اعراض او عاليم له 24 ساعتو خخه کم دوام وکړي دې پېښې ته Transient ischemic attack وايي.

د داخلی ثباتي شريان معوجيت:

د stroke او T.I.A زياته برخه د هغه ترومبو امبولیزم له امله منځ ته راخي کوم چې د داخلی ثباتي شريان د منشاء په ځای کې سخت اتیروسلکلروتیک تنکوالی موجود وي. شرياني عدم کفایه په داخلی ثباتي معوجيت کې په وصفي ډول د ocular او Hemispheric لوحو سره یو ځای وي.

❖ Ocular: د مقابل طرف سترګې د دید ضياع چې په ډیرو وختو کې د ناروغ له خوا داسي ويل کېږي چې د سترګې د دید په ساحه کې په پردي راخي چې خو دقیقې دوام کوي لامل بې د شبکوي شريان يا ددې شريان د یوې خانګې ګذری بندوالۍ دې په لړو پېښو کې ممکن د امبولي په واسطه د شبکې د احتشاء له کبله یوه سترګه په دائمي ډول ړنده شي.

❖ Hemispheric: په عين طرف لاس یا پښه کې د قوت او یا حسيت ضياع منځ ته راخي که dominant hemisphere په آفت اخنه وي شاید dysphasia هم ورسره موجوده وي په غاره کې د Bruit موجوديت يا عدم موجوديت د داخلی ثباتي شريان د تضييق په موجوديت يا شدت دلالت کوي. کيدى شي Bruit د نورو اوعيو د تضييق له امله هم رامنځ ته شي د مثال په ډول د خارجي ثباتي شريان د تضييق له امله.

د Vertebro basilar شريان معوجيت:

هغه TIA او stroke چې د vertebro basilar عدم کفائي له امله منځ ته راخي زیاتره غیر معمول او متغير اعراض او عاليم منځ ته راوري چې د سربداли، کولپس چې د شعور ضياع

ورسره یو خای یا یو خای نه وی په دواړو سترګو کې د دید ګذری یا مکمله ضیاع په بر کې نیسي. هغه ناروغان چې د sub clavian شريان بندیز یا تنکوالی د vertebro basilar شريان د منشاء په نژدې برخه کې لري ممکن اعراض او علایم د sub vertebro basilar clavian steal سندروم د یو جز په شکل په عملی توګه راڅګند کړي.

حشوی اسکیمیا:

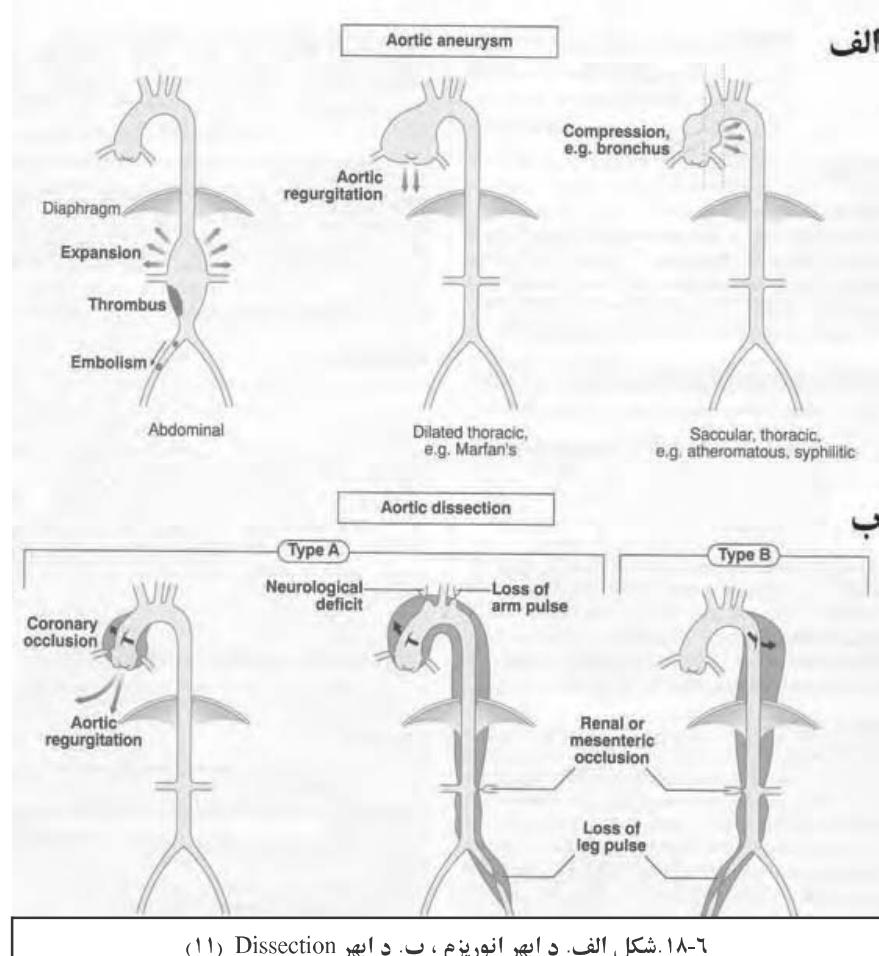
په کلمو کې د زیات جانبی دوران د موجودیت له امله مخکې له دې چې ددې اوعيو له جملې خخه دوه شراین (coeliac axis) ، علوی او سفلی mesenteric (شریانونه) سخت بند یا تګ شي د مثاریقی اوعيو د مزمونې عدم کفایې اعراض او علایم په تجربوي ډول شروع کوي. په وصفی ډول په ناروغ کې لوړۍ د بطن دمرکزي برخې شدید درد منځ ته رأخي (mesenteric angina) چې معمولاً 10-15 دقیقی د غذا خورلو خخه وروسته شروع کېږي اسهال کیدی شي چې بل غرض وي. ناروغان دخوارک خخه ویرېږي او وزن له لاسه ورکوي. دا اعراض د معدي معايي سیستم نوره پتولوژي پټوی او ناروغانو ته مختلف معاینات اجراء کېږي حتی Laparatomy هم اجراء کېږي تر خو چې د Angiography په واسطه دقیق تشخیص کېښودل شي.

حاده mesenteric ischemia د جراحی یوه بېړنی. پېښه ده چې په وصفی ډول ناروغ د یو خاد شدید بطني درد سره مراجعه کوي همدا ډول ناروغ په شاک کې وي وينه لرونکی اسهال موجود وي او ژور Acidosis هم ورسره یو خای وي. د پنستورګي د زاوئي درد چې د پنستورګي د احتشاء او یا ischemia له امله منځ ته رأخي نادر دی چې دغه حالات د Macroscopic او یا هیماتوریا سره یو خای وي.

(AAA) Abdominal Aortic Aneurism

AAA په هغه ناروغانو کې چې عمر يې د 65 کلونو خخه زيات وي 5% پیښې لري چې نارینه نسبت بسحولو ته درې چنده زيات اخته کېږي ناروغ ممکن د ګیدې او یا د ملا د درد خخه شکایت وکړي او یا د یو نبضان خخه باخبره وي زباتره ناروغان تر هغه وخته چې انوریزم خیرې نشي بې عرضه پاتې کېږي د AAA په تشخيص کې فزیکي معاینه نسبت التراسوند معاینې ته ډیره لړه د اهمیت وړ د بالخصوص په هغه صورت کې چې بطني محیط د 38-40 انچه خخه زيات وي لکه خنکه چې د ابهر تشعب د نامه په حذاکې موقعیت لري نو یو د جس وړ AAA په Epigastrium کې جس کېږي په داسې حال کې یوه ضربانی کتله چې د نامه لاندې موقعیت لري د iliac انوریزم شک پیداکوي د خیرې شوي AAA تشخيص به مشکل وي ټکه زيات ناروغان کلاسيکه لوحه (لکه د ملا یا د بطنه درد، نبضاني بطني کتله او لور فشار، نه بنکاره کوي هغه عمده غلط تشخيص چې په دې حالت کې کېنسودل کېږي د کلیوی کولیک خخه عبارت دی په هغه ناروغانو کې چې له 60 ګلنۍ خخه يې عمر زيات وي او په لوړۍ حل د پسپورګي د کولیکي حملې په خير مراجعه کوي تر خو چې نوري ناروغئي ثابتېږي باید خیرې شوئ AAA وپیژندل شي له AAA خخه کیدې شي یو blue toe syndrome Atheroembolism منځ ته راشي او رامنج ته کړي چې متصف دی په د پنسو د پنجې ګلابي رنګه کيدل چې معمولاً د قدمې نبضان د ډکوالۍ سره یو ځای وي.

د زړه او رکو سیستم



١٨-٦. شکل الف. د اېهر انوریزم، ب. د اېهر Dissection (11)

حالات: Vasospastic

د ګوتو هغه اسکیمیا ته ویل کېږي چې دیځنې او هیجاناتو په واسطه تولیدیپري د درې صفحو لرونکي ۵۵.

۱. خثافت چې د ګوتو د شريانو د تشنج او یا بندیز له امله منځ ته راځي.
۲. سیانوزس چې د رکودتی وریدي وښې د de oxygenation له سببه تولیدیپري (ممکن دا صفحه موجوده نه وي)

۳. چې د Reactive hyperemia Rubor له امله وي.

RP ممکن لومړنی وي (Raynoud's ناروځی) چې د Idiopathic digital Vasospasm ته امله وي او یا ثانوي وي چې علت به یې لاندې شیان وي:

الف) د منضم نسج ناروغۍ په خاص ډول system sclerosis وي.
ب) Vibration injury یا اهتزازي ترضیضات په خاص ډول د برقي سامانو د استعمال له امله وي.

ج) Atheroembolism یا د یوې نړدي منبع خخه لکه د sub clavian. Artery. Aneurism هغه ناروغان چې د ډول طرفه RP خخه شکایت لري او عمر يې ۴۰ کلنی خخه پورقه دی باید PAD ته متوجه شو.

د محیطي شراینو د ناروغيو لابراتواري معاینات:
کله چې د PAD ناروغ ته معاینات توصیه کېږي نو باید هغه معاینات اجراء شي چې د ناروغۍ په اړه زیات معلومات ورکړي او ناروغ ته کم خطر ولري او ارزانه وي د التراسوند تخنیک په ډیرو خایو کې د Angiographies خایي نیولی دي.

۲۲-۶ جدول: د محیطي شراینو د ناروغيو پلېنې: (۷)

معاینات	عام استعمال
دوبپل التراسوند	بسکري فشار: D Ankle brachial Pressure index (ABPI)
B-mode التراسوند	نبض د موجوي شکل تحليل د بطني ابهر انوريزم، مابضي شريان انوريزم.
Duplex التراسوند	د ثباتي شريان تضييق، د وريدي By pass پيوند خارنه
Computed توموگرافی	د بطني ابهر انوريزم، د دماغي احتشاء او نزف کشفول شرياني وريدي سوء تشکلات، د ثباتي شريان تضييق
MRI	د طرف حاده او هزمنه اسکيميا، د ثباتي شريان تضييق
انجيوكرافی	د طرف حاده او روغو خلکو کې ABPI بايد د استراحت په حالت کې >1.0 وي وصفي شميره يې په Claudication او وخيمه اسکيميا کې <0.8 او <0.4 د.

د بنسکري اندازه ګيري: د ABPI (Brachial index) د ABPI لاس (hand held Doppler HHD) او د فشار آلي په واسطه اجراء کېږي چې پروب probe يې د درې pedal شريانو (حلفي peroneal, Tibial, dorsalis pedis peroneal) د پاسه نیول کېږي په داسي حال کې چې د فشار لستوني د بنسکري ګرد چاپيره تاو او پرسيدلې وي هنه فشار چې د Doppler سکنال ورسره له منئه حې د شريان د سستوليک فشار بسدونکي دي. د لور pedal شريان فشار اندازه د لور عضدي شريان د فشار سره ABPI بل کېږي په روغو خلکو کې بايد د استراحت په حالت کې >1.0 وي وصفي شميره يې په Claudication او وخيمه اسکيميا کې <0.8 او <0.4 د.

هغه ناروغان چې د سفلی اطرافو ischemia ولري خصوصاً د شکرې ناروغان شاید غږ فشاري تکلسي شريانونه ولري دا په کاذب ډول د pedal فشارونه او په همدا ډول ABPI په داسي حالاتو کې په معاوضوي توګه کله چې پښه پورته کړاي شي نو شريان Isonate کېږي.

کلیدي تکي:

- ❖ پراخه PAD شاید د خو کلونو لپاره بي عرضه وي او بيا د ژوند تهدیدونکو احتلاطاتو سره منځ ته راشي.
- ❖ د طرف حاده اسکيميا او مزمنه شرياني عدم کفایه چې د استراحت په وخت د درد او با د نسج د ضياع لامل کېږي عاجلي ارزیابي ته ضرورت لري.
- ❖ بستکري: Brachial index (ABPI) د سفلی اطرافو د مزمنې اسکيميا د شدت د اندازه کولو لپاره گټور دئ.
- ❖ هغه ناروغان چې Hemispheric TIAS یا عيني سره مراجعه کوي په بېړنۍ توګه د ثباتي التراسوند ته ضرورت لري.
- ❖ حشوي اسکيميا د ناخړګند، بطني درد او دوزن د کميدو ناپېژندل شوي سبب جوروی.

وريدي تشوشتا:

عمومي پاملرنې: ګلنيکي معانيه په لومړنۍ توګه د لاندي ټکو سره تړې ده

۱. د وریدي کشالي د طبعته يا وحامت معلول.
۲. د سببي يا تشدید کوونکو فكتورو پېژندل

وريدي ناروغى زياتره په پښو کې نسبت لاسو ته منځ ته رائحي دا عموماً په یو ددي لاندي خلورو لارو کې منځ ته رائحي.

۱. ژور وریدي ترومبوزس (DVT) deep venous thrombosis
۲. وريکوز وریدونه

۳. سطحي thrombophelebitis

۴. مزمنه وریدي عدم کفایه او تقرح

تاريڅه:

عمده شکایت: د اعراضو وحامت شاید د منځ ته راپرونکي پتالوژي سره دير لې تړاو ولري د بیلکې په ډول ژوند تهدیدونکي (DVT) شاید بې عرضه وي د سفلی اطرافو د ناروغيو خلور اساسي اعراض عبارت دي له:

۱. درد: هغه ناروغان چې غیر احتلاطي وریدي وریکوز ولري شاید په پینه کې د یو خارښت د ناآرامي او پرسوب احساس وکړي اعراض خصوصاً د دوامداره دريدو په واسطه تشدید کېږي. د ژور وریدي ترومبوس درد ژور واقع شوي وي او د بندېز خخه بشکته ساحې پرسوب موجود وي د سطحي وریدي ترومبو phelebitis د ماوشه ورید له پاسه ساحه سره او دردناکه وي. وریکوز زخم شاید بي درد وي او که چيرې درد موجود وي نو د طرف په پورته کولو سره آرامېږي.

۲. پرسوب: پرسوب شاید د وریکوز وریدونو ، ژور وریدي Reflex او ژور وریدي ترومبوس په حالاتو کې موجود وي.

۳. د رنګ تغیر: په مزمنه وریدي عدم کفایه کې د Hemosiderine د ترسب خخه په پوستکي کې د lipo dermatosclerosis (LDS) لامل کېږي چې دا شاید د تیز آبي تور يا ګلابي يا سپین رنګه سور په شکل وي دا خصوصاً د پښې د سفلې برخې انسې اړخ اخته کوي اما کیدي شي چې وحشی اړخ هم اخته کړي.

۴. زخم يا تقرح: هغه ناروغان چې وریدي تقرح ولري شاید د خو کلونو لپاره هیڅ ډول طبی پاملنې ته مراجعه ونه کړي.

پوره پوبنتني: زياتې اړونده پوبنتني د وریدي پرابلم د نوعیت پوري اړه لري دغه شاید خصوصاً د هغه کسانو په ارزیابي کې چې ممکنه ریوی امولیزم لري مهمې دي يا د هغه ناروغانو په اړه چې د ژور وریدي ترمبوس شک پري موجود وي.

پوبنتني: ژور وریدي ترمبوس (DVT)

ددې په اړه وپوبنتني

❖ اوسنئ د بستر استراحت عملیاتونه (خصوصاً د پښې يا لکن خاصري)

❖ اوسنئ سفر خصوصاً هوائي او بدء الولني

❖ د پښې پخوانئ ترضیض خصوصاً د اوړدو هدوکو کسرونه، د پلسترپاریس میزابه او عدم تحرکت.

❖ امیندواري يا د حوصلې د ناروغیو اشکال

❖ پخوانئ DVT

❖ د ترمبوس فاميلي تاریخچه

❖ د مرکزي وریدي سیستم Catheterization، دوائي پېچکاري او نور (په علوی طرف کې) خصوصاً که چيرې سطحي thrombophlebitis متکرر وي باید د ممکنه سرطاني ناروغیو په اړه پوبنتني وشي.

فریکي معاينه:

اناتومي:

د Long saphenous ورید قدامې طرف د انسې malleolus نه تیرپې او د پندۍ، انسې بدخې پوري سير کوي او د common sapheno femoral junction کې د femoral ورید سره یو خای کېږي د short suphenous ورید د وحشې maleolus junction تیرپې او د پندۍ، تر حلفي طرف پوري سير کوي دا معمولاً په saphenous popleteal ورید سره یو خای کېږي د long saphenous وریدونو تر منځ ديرې متعددې junction کې کوم چې دوه سانتي متره د زنگانه د حلفي crease خخه دی د مابضي بین البيني اړېکې شته.

د وریدي سیستم معايانات:

د وریدي سیستم په معاينه کې تفتیش او جس زيات استعمالیږي

د معاينې ترتیب:

- ❖ پنه لوړۍ په ولاړه او وروسته کله چې ناروغ دستونې ستاخ وضعیت ولري معاينه کړئ.
- ❖ د ناروغ نهایت د رنګ، پرسوب، سطحي وریدي توسع او وریدي tartoosity معوجیت له مخي معاينه کړئ.
- ❖ د حرارت درجې د تفاوت لپاره نهایات جس کړئ.
- ❖ د ناروغ پنه د 15 درجې په اندازه پورته کړئ او بيا د وریدي تخلیې اندازه يادداشت کړئ Trendelenburg test اجراء کړئ.

د عدم کفائي لپاره د Tendelenburg test:

- ❖ ناروغ ته ووايې چې د معاينې د کوچ په خنده کښيئ.
- ❖ د ناروغ پنه دومره پورته کړئ چې ناروغ ته ناراحتی پيداشي او د پني سطحي وریدونه د milking په واسطه وشاربي تر خو تحليه شي.
- ❖ تر اوسيه چې پنه د جګوالې په حالت کې قرار ولري د ګوتې په واسطه په spheno femoral junction باندي فشار وارد کړئ (2-3 سانتي متر لاندې او 2-3 سانتي متر د pubic tubercle وحشې ته) که ممکن وي دورانه غټ Torniquet هم د ګوتې په عوض استعمالولای شي.
- ❖ اوس ناروغ ته وواياست چې ودرپې که د sapheno femoral junction عدم کفائي موجوده وي د ناروغ وریکوزې ورید به د ګوتو د فشار تر وخته پوري ډک نه شي او یا تر خو Torniquite لري کړل شي.

عمومي ابناء ملتي ګاني:

ژور وریدي ترومبوس:

DVT ډپر ځله په پېښو کې واقع کیدي شي خو کیدي شي چې لاسونه هم اخته کري
(د تخرګ د ورید ترمبوس)

۲۳-۶. جدول: د سفلې طرف د DVT ګلينيکي لوحة:

انسدادي ترمبوس	غیر انسدادي ترمبوس	ګلينيکي لوحة
عموماً وي	زياتره نه وي	درد
عموماً وي	زياتره نه وي	د پندي شخواي
موجود وي	موجود نه وي	پرسوب
پورته وي	نورمال يا خفيفاً پورته وي	حرارت
متسع وي	نورمال وي	سطحي وریدونه
کم وي	زيات	د ريوبي امبولي خطر

لنگي:

د پېښو د DVT ګلينيکي لوحة د هغه په موقعیت، پراخواли او په دې چې آیا بندش شته او که نه؟ د DVT کلاسيکه ګلينيکي لوحة د پوره جور شوي وریدي بندش پوري اړه لري.
بالمقابل زيات ناروغان چې د ريوبي امبولي له کبله مړه کېږي غیر انسدادي ترمبوس او نورمال پښه لري.

غیر انسدادي ترمبوس د سرو د امبولي لپاره د لور تهدید لرونکي دی ځکه چې هغه علقة چې په وریدي جريان کې وجود لري ددي لامل ګرځي چې تراوسه د ورید په جدار کې التهابي پروسه لاشروع نه وي او دا په خپل موقفیت کې لنګر اچوي.

څنګل:

DVT ممکن د لوړنې حادثي په ډول د وریدي جدار د متکرر ترضیض له امله منځ ته راشي د مثال په ډول thoracic outlet syndrome. همدا ډول کیدي شي د هغه کتیتر له امله چې په sub clavian ورید کې داخل شوي وي په ثانوي توګه د احتلاط په ډول د ترمبوتیک پېښې له امله منځ ته راشي. اعراض يې د لاس د پرسوب او ناراحتی خخه عبارت دي چې د تمرين په واسطه شدت پیداکوي په خصوصي ډول هغه وخت چې

لاسونه د سر د پاسه کېښو دل شي. په معاینه کې لاسونه پپسیدلې ډیر وخت پوستکي سیانوزی او mottled (خال خال برګ) وي په خاص ډول په ماوفه برخو کې. برجسته سطحي وریدونه چې ډیر وخت په پورتنی خنکل upper arm کې لیدل کېږي د جانبی دوران دنده سرته رسوي همدا ډول په اوړه او د سینې په قدامی جدار کې هم لیدل کېږي.

سطحي وریدي ترومبوغلباتيس (SVT) super fascial venous thrombosis دا معمولاً د سطحي وریدونو یو مقعن التهاب دی چې د داخلی وعائي ترومبوز سره یو ځاي وي. هغه ناروغان چې په وریدي وریکوز باندي اخته وي 10% په دې ناروغئ اخته کېږي او د اسي بنکاري چې په حاملکي کې زیاتره معمول دي. تکاري SVT ممکن د خبینتو تومورونو سره یو ځاي وي هغه SVT چې په sapheno femoral junction يا دې ته نېډۍ ساحه کې منځ ته رائحي د ریوی امبولي ګانو خطرات پکې زیات دي.

مزمنه وریدي عدم کفایه:

د وریدونو مزمنه عدم کفایه په سفلی اطرافو کې د پوستکي تغیيرات منځ ته راوري (وریکوز Eczema Lipodermato sclerosis، تعرح) دا ځکه چې په دوامدار ډول په ورید کې فشار لوړوي چې دا په خپل وار سره د ژور اوپا سطحي وریدونو د برګشت (90%) او یا بندیز (10%) له امله منځ ته رائحي.

د لنکيو مزمنه تقرح:

په پرمخ تللي هیوادو کې د لنکيو د قرحتو زیاتره پېښې د شرياني يا وریدي ناروغیو په واسطه منځ ته رائحي د لنکيو د قرحی لامل معمولاً د فزيکي معایني په واسطه معلومېږي که څه هم 1/5 ناروغان چې وریدي قرحه لري نو بنکاره شرياني ناروغی به هم ولري د لنکيو د قرحی لپاره بنداز کول مضاد استطباب دی په غیر له دې چې د شرياني دوران د مناسبوالی شواهد موجود وي چې د بنگري د نېضان د جس اندازه کول د Brachial pressure index.

د زړه او رکو سیستم

۲۴-۶. جدول: د وریدي او شرياني قrho کلينيكي لوحة: (۷)

شرياني قrho	وريدي قrho	کلينيكي لوحة
په وصفي توګه د لمړي خل لپاره ناروغان د ۶۰ کلنۍ کوي	په وصفي توګه لمړي د 40-60 کلنۍ ترمنځ خرگندېږي چې شاید تر دېرو کلو پوري طبی توجه ده ضرورت ناري تر هغه چې زيات کلونه وروسته بېرته راګرځي	عمر
dominant سري	predominant پنهاني، خاصتاً په زاره عمر کې	جنس
زياتره بي قلبی، قلبی وعائی ناروغيو او PAD پخوانی تاريچه لري	زياتره بي د DVT تاريچه لري او با د Occult DVT تاريچه وړاندي کوي لکه د لښکيو پرسوب وروسته د ماشوم د زېپيدنې خخه Hip knee تعويض يا د اوړو د هدوکو کسرونه	د دوائي پخوانی تاريچه
سکرت خکول، شکره، لور فشار او Hypercholesterolemia تاريچه	DVT، D پخوانی thrombo philia کورني تاريچه	خطري فكتورنه
شدید درد موجود وي په غير له شکري ناروغانو.	1/3 برخه ناروغانو کې موجود وي مګر عموماً شدیدنه وي زياتره د پورته وضعیت نیولو سره نه کېږي	درد
د پورته کیدو سره خالي وي	دک او عموماً وریکوز	وریدونه
يخ	معتدل	حرارت
معدوم	موجود لakan شاید په سختي احساس شي	نبضان
معدوم	عموماً موجود وي	پرسوب
منظمي وي	زياتره د نوي Epithelium سره غير منظمي وي	څندي

اوم خپرکی

(ECG) Electro Cardio Gram

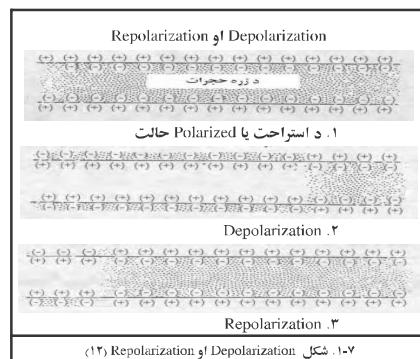
د زره عضلي الکترو فزيالوزي

تعريف:

په يو کاغذ باندي د زره د عضلي برسينايي فعالیت ثبتولوته وايي په دي ترتیب چې د يو کس بدن د الکترو دونو پواسطه ECG ماشین سره وصلېږي.

د استراحت په وخت کې (Polarized state) د زره د عضلي په دنه کې منفي چارجونه او عضلي خخه د باندي مثبت چارجونه لري. کله چې نوموري عضله د يو برسينايي جريان پواسطه ولمسول شي د عضلي په دنه کې مثبت چارجونه او د هغه خخه د باندي منفي چارجونه مينځته راخي چې دغه بدلون ته Depolarization وايي.

کله چې برسينايي لمسون لري شي د زره عضله لمونی حالت غوره کوي يعني منفي چارجونه د عضلي په دنه کې او مثبت چارجونه د عضلي خخه د باندي ئحای نيسی چې دي حالت ته Repolarization وائي.

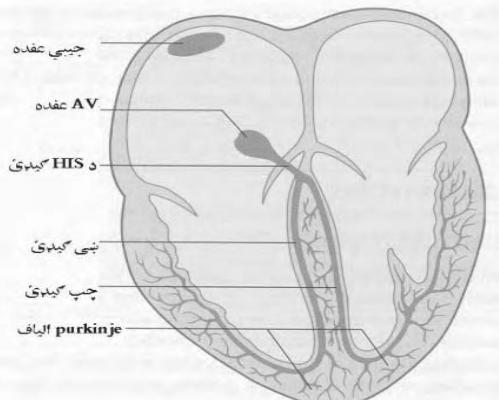


د زره د برسينايي سيالي ليبردونه:

د زره نارمل اذيني جيبي عقده (SA node) د نسي ازین او علوي اجوف ورید په اتصالي برخه کې موقعیت لري او دخلفي دبوال په اندوکاردیل سطحه کې خښ شوي ۵۵. د Depolarized خخه S.A.N خيچي ازین خواته خپرېږي. کله چې ازینات شي برسينايي سيالي يا خپي اذيني بطيني عقدې (A.V.N) خواته او ددي ئحای خخه لموري چې ګيدې خانګې او بيا نسي ګيدې خانګې خواته خپرېږي. بالاخره برسينايي سيالي د ګيدېيو خخه Purkinge ایافو خواته حې او د بطینانو د Depolarization لامل کېږي.

د زړه د Depolarization خخه وروسته زړه د استراحت صفحې يا Repolarization حالت ته داخلېږي.

د زړه زروه وروسته Depolarized کېږي ځکه چې لومړي polarized وي په همدي ترتیب سره د Repolarization خپې د زړه د زروه خخه د زړه قاعده خواهه خورېږي.



شکل انتقالی سیستم (۴)

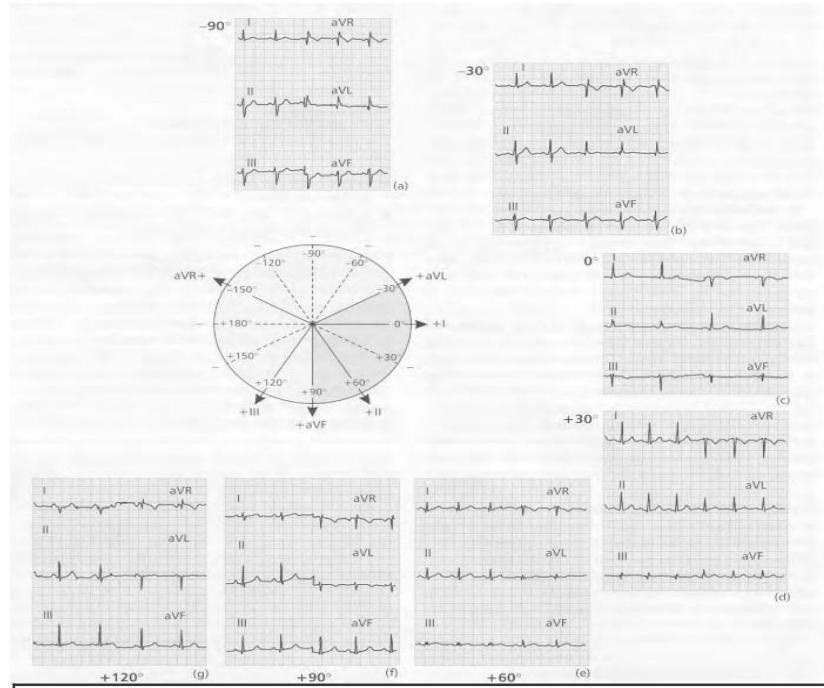
د زړه محور Cardiac axis

د برق جریان د یوې نقطې خخه تر بلې نقطې پوري د یوه غشي پواسطه بسودل کېږي چې د وکتور په نوم یادېږي بو وکتور دوه شیان را په ګوته کوي:

۱. د وکتور پواسطه د برینسنايي جریان سمت معلومېږي او د همیش لپاره د برینسنايي جریان وکتور مثبت خواهه سیر کوي.
۲. د وکتور پواسطه د برینسنايي جریان ولتیج معلومېږي یاني که چېږي د برینسنا جریان زیات وي وکتور اوږد وي برخلاف که برینسنايي جریان کم وي وکتور لنډ وي.

مثلاً د بطینانو د هایپرتروفی په وخت کې زیات برینسنايي چارج ته ضرورت دی نو هر هغه علت چې د زړه د هایپرتروفی لامل شي د زړه د برینسنايي وکتور د اوږدیدو لامل کېږي. که برینسنايي ولتیج (Voltage) دېږي وکتور اوږد او که ولتیج لېږي وکتور لنډ وي.

د زړه محور یا axis په نارمل حالت کې د $+90^\circ \rightarrow 0^\circ$ درجو تر منځ وي که چېږي د زړه محور د صفر او منفي نوي درجو تر منځ وي د محور چې انحراف او که د $+90^\circ$ او $+180^\circ$ درجو تر منځ وي د محور ښې طرف انحراف. د زړه قاعده چې شريانونه ورپوري تړلي دي د همیش لپاره منفي وي او د زړه ذروه د همیش لپاره مثبته وي.



٣-٧. شکل د زره محور (١١)

لیدونه Leads

د ECG ستندرد لیدونه دولس دی چې شپږ يې limb (اطراف) لیدونه او شپږ يې د سینې لیدونه دی.

د اطرافو لیدونه (Limb leads)

د ECG د ماشین الکترودونه په نبی لاس چپ لاس او چپې پښې باندې تړل کړي.
:Lead I

مثبت الکترود په چپ لاس او منفي الکترود په نبی لاس باندې تړل کړي.

:Lead II

منفي الکترود په نبی لاس او مثبت الکترود په چې پښه باندې تړل کړي.

:Lead III

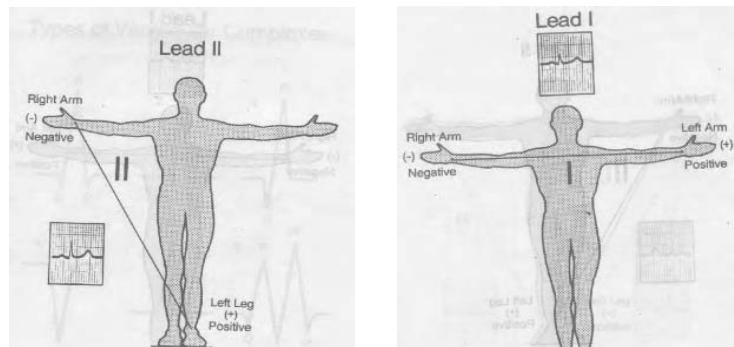
مثبت الکترود په چې پښه او منفي الکترود په چپ لاس پوري تړل کړي.

زيات قوي لیدونه Augmental Leads:

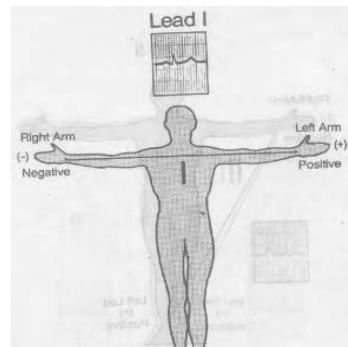
دا د نبی جوف برینستایی فعالیت نبی چې مثبت الکترود په نبی لاس باندې تړل کړي او نور تول اطراف منفي کټل کړي.

الكتروكارديوغرام

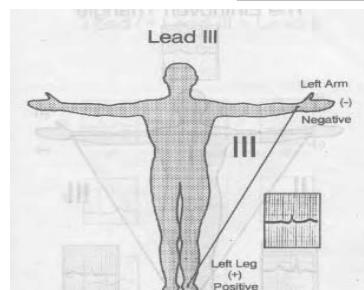
د ا د چپ بطین د اپی کارد بربینایی پوتشنیل رابسی چپه پسه مثبت او نور تول الکترود منفي وي.



(١٢) Lead II . ٥-٢



(١٢) Lead I . ٤-٢



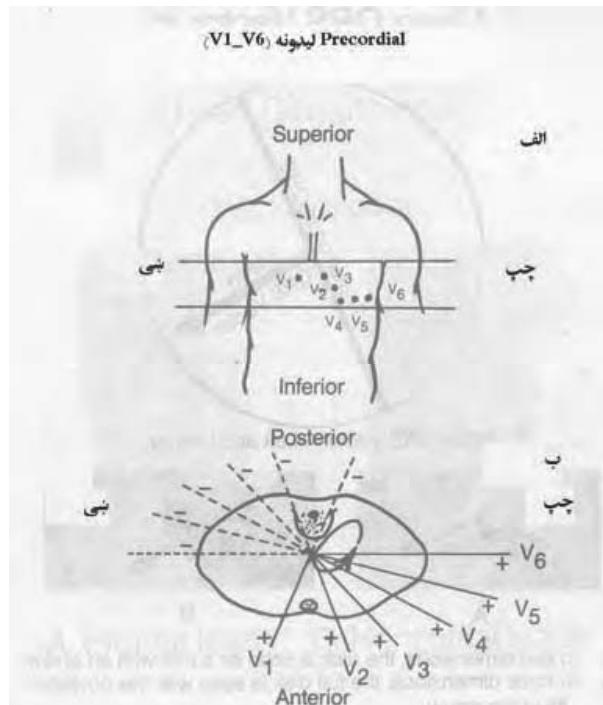
(١٢) Lead III . ٦-٢

د سيني مشتقات: Chest Leads

ددی کار د اجرا لپاره مثبت الکترودونه د سيني په شپړو مختلفو برخو باندي اينسودل کېږي:

١. V1 د قص د هدوکي په نېي طرف کې په خلورمه بين الصلعي مسافه کې اينسودل کېږي.
٢. د V2 الکترود د قص هدوکي په چېه خوا کې په خلورمه بين الصلعي مسافه کې اينسودل کېږي.
٣. د V3 الکترود د قص هدوکي په چېه خوا کې د V2 او V4 تر منځ اينسودل کېږي.
٤. د V4 الکترود د قص هدوکي په چېه خوا کې د ترقوي په متوسط خط باندي اينسودل کېږي.
٥. د V5 الکترود په چپ قدامي ابطي خط باندي اينسودل کېږي.
٦. د V6 الکترود په چپ متوسط ابطي خط باندي اينسودل کېږي.

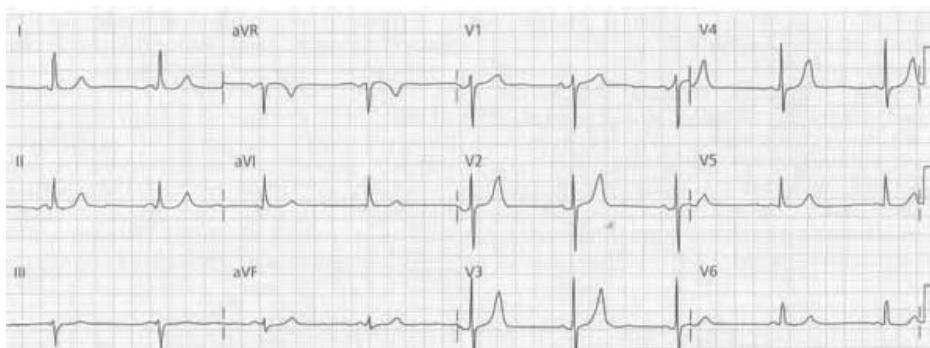
الكتروكارديوگرام



٦-٧. شکل د سینی مشتقات (۱۲)

نورمال الکتروکارديوگرام : Normal Electrocardiogram

په نارمل الکتروکارديوگرام کې ھينې خپې شاملې دي کوم چې د ازینانو او بطینانو د خخه پیداکيرې چې نوموري خپې عبارت دي له: **Depolarization** او **Repolarization**. خخه T,S,R,Q,P



٧-٧. شکل نورمال الکتروکارديوگرام (۱۱)

د p خپه (P wave)

دا د ازینانو د depolarization خخه پیداکیږي چې نارمل دوام يا وخت يې 0.10 ثانيو پوري دی او لوروالی يې تر 2.5 ملي مترو پوري ده. بنایي په حینو لیدونو کې لکه AVR او V1 کې منفي وي نور په ټولو لیدونو کې مشته وي.

:QRS Complex

دا د Q خپه د شروع خخه تر S خپه د ختم پوري ده نارمل دوام يا وخت يې 0.11 ثانيو خخه نه زیاتېږي.

ت خپه :

ددې خپه لوروالی زیاتره د 2 ملي مترو خخه زیات وي البته په ټولو لیدونو کې. لکن په AVR کې يې لوروالی کم وي. کیدیشي چې په V1 کې منفي وي.

نارملې فاصلې :Normal Interval

P-R فاصله :

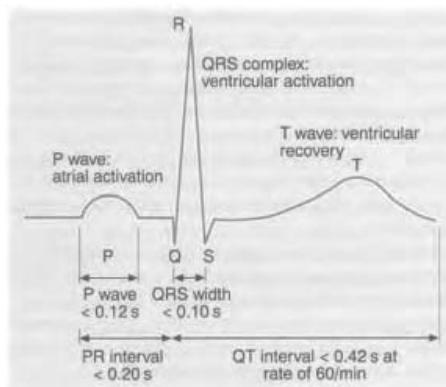
دا فاصله د p د شروع خخه تر د Q تر پیل پوري ده نارمل دوام يا وخت يې 0.2 ثانيو دي دا په هغه صورت کې وي چې د زړه د ضربان تعداد په یوه دقیقه کې ۷۵ وي.

د بطيني فعالیت موده يا VAT (Ventricular Activation Time)

دا هغه موده ده چې بطینات په کې depolarized کېږي داد QRS د پیل خخه د R خپه تر خوکې پوري ده چې نارمل اندازه يې د چې بطین لپاره 0.03-0.05 ثانيو پوري .55

Q-T فاصله :

د QRS complex د پیل خخه تر خپه تر پایه پوري ده چې نارمل اندازه يې 0.42 ثانیې .55



شکل نورمال فاصلې (۴)

د ECG د پانې سیستمیک لوستل

د ECG پانه په لاندې ډول لوستل کېږي:

۱. د زړه د ضربان تعداد يا Heart rate

۲. نظم يا Rhythm

۳. د محور انحراف يا Axis deviation

۴. د بطيناتو هایپرتروفي

۵. د P خپه

۶. د PR مسافه

۷. د Q خپه

۸. QRS complex

۹. ST segment

۱۰. د T خپه

د زړه د ضربان تعداد يا Heart Rate:

د HR د شمیرلو خخه مخکي د ECG د پانې په هکله زده کړه لازمه ده چې په لاندې

ډول واضح کېږي:

د کاغذ: داد یو اورډ تاو شوي کاغذ خخه عبارت دی چې سطحه بې پونسل شوې

ده او د کوچنيو مربعکانو خخه تشکيل شوبده چې هره کوچني مربع بې 1mm

او 1mm لوروالي لري. په دې کاغذ باندې پېړ یا پلن خطونه هم شته دي د پلنو خطونو تر

منځ لوبي مربعې وي.

د ECG د ماشین چتکتیا په دې اندازه دی چې په یوه ثانیه کې 25 ملي متر کاغذ ورڅخه

تيرېږي.

د هري کوچني مربع د وخت اندازه په لاندې ډول سره کېږي:

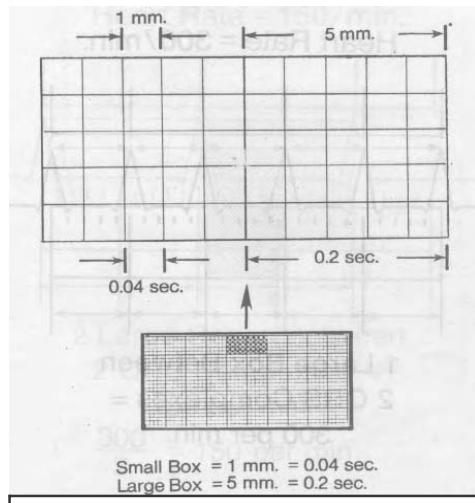
$25\text{mm} = 1\text{sec}$

$1\text{mm} = 1/25 = 0.04\text{sec}$

پس د هري کوچني مربع د وخت فاصله بې 0.04 ثانیې او د هري لوبي مربع د وخت

اندازه بې 0.2 ثانیې دي.

په عمودي چول سره کوچني مربع د بريښنائي پونشيل اندازه نسي. د ECG ماشينونه ثابت دي چې ملي ولت يا Impulse يې د لس دانو کوچنيو مربعو په اندازه وي يا يو ملي ولت ضربه يا جتيکه يې د 10 ملي متري په اندازه وي.



۹-۱۲. شکل د کاغذ د مربعو وخت او اندازه (E.C.G.)

د زړه د ضربان د شمیرلو لاري:

د زړه د ضربان د شمیرلو لپاره دوي طریقې شته دي.

۱. کله چې د زړه نظم منظم وي

۲. کله چې د زړه نظم غير منظم وي.

۳. کله چې د زړه نظم منظم وي:

د ECG د کاغذ په باره کې مخکي معلومات ورکړل شول او ماشین يې په دې چول عيارېږي چې په یوه ثانیه کې 25 ملي متري کاغذ تير کړي.

خرنکه چې یوه لویه مربع د پنځو ورو مربعو خڅه جوړه شوې ده نو خکه په یوه ثانیه کې پنځه لوېږي مربعې تيرېږي او په یوه دقیقه کې ۳۰۰ لوئې مربعې شمیرل کېږي. دزړه د تعداد د شمیرلو لپاره د دووو R تر منځ لوېږي مربعې شمیرل کېږي او ۳۰۰ د دووو R تر منځ د لوېږي مربعو په تعداد ویشل کېږي. لاسته راغلی حاصل د زړه ضربان تعداد په یوه دقیقه کې رابنېي. دمثال په چول که چېږي د دووو R تر منځ دلوېږي مربعو تعداد دوو وي.

٣٠٠ په دوو ويشل کېږي حاصل ويش يې ١٥٠ کېږي بيا نو په يوه دقيقه کې دزره ضربان تعداد ١٥٠ دی.

که چيرې د دوو R تر منځ د لوبيو مربع ګانو تعداد ٦ وي ٣٠٠ په ٦ باندی ويشل کېږي حاصل ويش يې ٥٠ دی بيا نو د زره ضربان تعداد په يوه دقيقه کې ٥٠ دی.

٢. که چيرې د زره نظم غیر منظم وي.

د زره د ضربان تعداد په لاندې ډول سره شميرل کېږي. په پنځلسو لوبيو مربعو کې د QRS complex تعداد شميرل کېږي او په ٢٠ کې ضربېږي د زره د ضربان تعداد په يوه دقيقه کې لاسته رائي. د مثال په ډول که چيرې په پنځلس لوبيو مربعو کې د QRS complex شمير دوه وي دوه په شلو کې ضربېږي حاصل ضرب يې خلوبښت دی پس د زره د ضربان تعداد په يوه دقيقه کې خلوبښت دی. $2 \times 20 = 40 \text{ HR/min}$

نظم يا Rhythm

د زره د نظم د پوهيدلو لپاره چې ایا نظم منظم دي او که غیر منظم، ددې کار د پوهيدلو لپاره دوو R تر منځ يا دوو S ترمنځ د لوبيو مربعو يا وړو مربعو تعداد په ټولو لیدونو کې شميرل کېږي که چيرې د مربعو تعداد په ټولو لیدونو د R يا د S د خپو ترمنځ مساوي وي نظم منظم دي. برخلاف که چيرې په ټولو لیدونو کې د دوو R يا دوو S تر منځ د مربعو تعداد غیر مساوي وي په غیر منظم نظم باندی دلالت کوي.

اوسمورو چې ایا دغه arrhythmia يا غیر منظموالی منظم نظم او يا غیر منظم نظم دي. که چيرې دغه غیر منظموالی په منظمو فاصلو منځته راغلي وي د regular irregular rhythm په نوم او که چيرې دغه غیر منظموالی په غیر منظمو فاصلو منځته راغلي وي د irregular rhythm په نوم یادېږي. غیر منظم نظم ته arrhythmia وايې.

Arrhythmias يا بې نظمي ګانې:

تعريف: د یو ډله تشوشاټو خخه عبارت دي چې د زره نظم پکې غیر منظم وي په لاندې ډول سره ويشل کېږي:

١. جبې بې نظمي Sinus arrhythmia
٢. اذيني بې نظمي Atrial arrhythmia

٣. اذيني بطيني اتصالي AV junctional (nodal) arrhythmia

٤. بطيني بې نظمي Ventricular arrhythmia

٥. متعرقه Miscellaneos

• بېړنۍ لیدونه Accelerated

• قلبې دریدنه Heart block

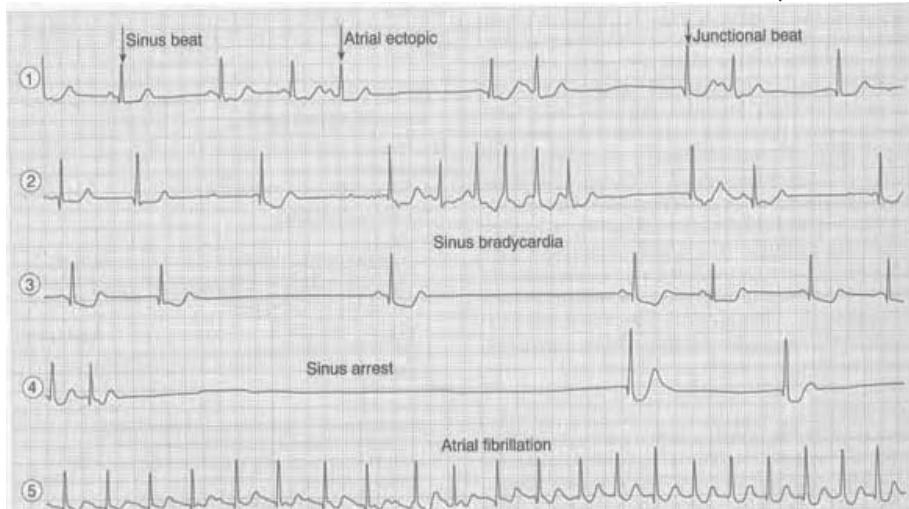
• انتقالی نقطه Conduction defect

:Sinus Arrhythmia جيبي بي نظمي

دا تشوش د SAN د سياли د شمير بدلون د تنفس سره دي ياني د شمير په وخت کې د
SAN د سيالو شمير زياتيري برخلاف د ذفیر په وخت کې د سيالو شمير کميري دا د زړه په
کوم عضوي ناروغي دلالت نه کوي یو نارمل فزيالوژيک حالت دي.

: (Sick Sinus syndrome) Brady cardia tachycardia syndrome

په دې ناروغي کې لومړي په خرگند ډول سره Sinus brady cardia وي وروسته د خه
مودې خخه ناخاپه په Sinus tachycardia باندې بدلېږي. دا tachycardia نه تداوي
کېږي ټکه چې بيرته د Bradycardia صفحه منځته راخي.



(٤) شکل جيبي اذيني ناروغي (sick sinus syndrome)

اذيني بي نظمي ګانې: په لاندې ډول دي:

۱. اذيني Ectopic beat

۲. اذيني Tacy cardia

۳. اذيني Fibrillation

۴. اذيني flutter

:Atrial Ectopic beat

الكتروكارديوغرام

د اذین د حینو محراشو محراقونو خخه منځته راخي چې د غه محراش محراقونه AE beat د تباکو، چای، کافي او حتی په نارمل کسانو کې د روحي فشارونو له کبله منځته راخي. همدا ډول د زړه حینې عضوي ناروغری د اذین د Ectopic beat لامل کېږي. که چيرې نوموري بې ځایه محراق د اذین په پورتني برخه کې موقعیت ولري د سیالي لیپدونه يې بنکته خواته د نارمل لیپدونې سرچې inverted او په AVF کې پورته يا Upright وي. که چيرې SAN د خخه بنکته برخه کې موقعیت ولري د p خچه به په AVR کې راسته يا Upright او په AVF کې به د P خچه سرچې يا inverted وي. او QRS ectopic complex به نارمل شکل ولري. همدارنګه د یادونې وړ د چې وروسته د هر beat بنه معاوضوي صفحه موجوده وي چې دغه فاصله چې د R او نارمل R د R ترمنځ د دوچنده دغه فاصلې د کوم چې ددوو نارمل R ترمنځ ۵۵.



(٤) شکل اذیني ۱۱-۷

:(Paroxysmal Atrial Tachycardia) Atrial Tachycardia

دا د اذین د ectopic محراق د منظمو او چټکو سیالو خخه عبارت دی کوم چې په غیر د SAN خخه منځته راخي. د زړه ضربان په یوه دقیقه کې ۲۰۰-۱۵۰ پورې وي. دا دزړه په کوم عضوي افت باندی دلالت نه کوي او د روحي تشوشاتو له کبله منځته راخي. نور لاملونه يې عبارت دي له: د زړه اسکمیک ناروغری، د متراں تضییق او thyrotoxicosis دا بې نظمي زیاتره د wpp syndrome سره یو ځای وي.

د ECG د PAT نمونه:

۱. د زړه حرکات چټک وي.
۲. د هرې P خېږي وروسته QRS complex وي.
۳. د PR فاصله زیاتره اوږده وي.
۴. بشایی چې د P خچه په راتلونکی QRS کمپلکس کې ننوځي.

:NB Note

دا د Sinus تکي کارديا په خلاف د Valsalva مانوري (یا د ثباتي جيپ باندې د فشار له کبله) پواسطه له منځه ئې او Sinus تکي کارديا په تدریجي ډول سره له منځه ئې.

:Atrial fibrillation

په دې ناروځي کې اذيني او بطيني تعداد دواړه بالکل غیر منظم وي اذيني تقلصات په یوه دقیقه کې ۳۰۰-۶۰۰ پوري وي.

IHD د اذيني فبريلشن یو غوره او مهم لامل دی، ځینې نوري ناروځي چې د اذيني فبريلشن لامل کېږي عبارت د روماتيك mitral ناروځي، او هايپرتايروديزم خخه دی. کله نارمل يا روغ کسان هم اذيني فبريلشن لري.



۱۲-۷. شکل اذيني فبريلشن (۱۱)

۱. د P چې په عوض د متعدد چې منځته راحي چې زياتره په V1 کې د ليدني وړ وي.

۲. د QRS complex بنايې نارمل شکل ولري.

۳. د دوو R ترمنځ فاصله بنايې متغيره وي یاني نظم به غیر منظم وي.

:Atrial flutter

دا د اذين د چټکو او منظمو تقلصاتو خخه دی چې په یوه دقیقه کې د ۲۰۰ او ۲۵۰ ترمنځ وي او زياتره د AV د مختلفو درجو بلاکونو سره یو ځای وي ۴:۱، ۳:۲، ۲:۱.

دا کېدی شي چې په نارمل کسانو او یا IHD، متزال دسام ناروځي او تايروتوكسيکوزس کې منځته راشي.



۱۳-۷. شکل اذيني flutter (۱۱)

۱. د P د خپې په بدل د اري د غابسونو شکله خپې د F خپې وي چې دير به په I, II, III او V1 کې د ليدني ور وي.

۲. نارمل شکل لري. QRS complex

۳. بنائي نظم منظم وي (كله كله غير منظم وي)

۴. دلته بنائي د AV مختلفي درجي بلاكونو لکه ۱:۲، ۳:۱، ۴:۱ کې وي.

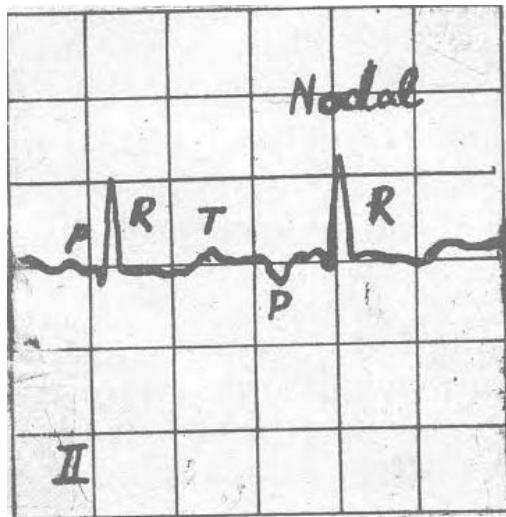
بطيني نظم زباتره نارمل وي ياني د اذيني تعداد نيمائي او يا خلورمه برخه وي كله كله د AV بلاک د بدلون له كبله نظم غير منظم كېري. همدارنگه كله داسي هم کيديشي چې تعداد او نظم د flutter او fibrillation ترمنځ وي چې دي ته flutter fibrillation يا

Coars fibrillation وايي.

اتصالی عقدي بي نظمي AV

:Ectopic beat

محراق کيديشي چې د AV junction د بستنۍ يا پورتنۍ برخې خخه منشه Ectopic واخلي.



(۱) Nodal premature beat ۱۴-۷. شکل

۱. کله کله بنایی چې P په AVF کې سرچپه یا منفي وي او په AVR کې مثبت يا راسته وي کله کله په QRS کمپلکس کې ننوحی.
۲. QRS complex نارمل منظره لري.

بطيني بي نظمي:

بطيني بي نظمي په درې دله دي:

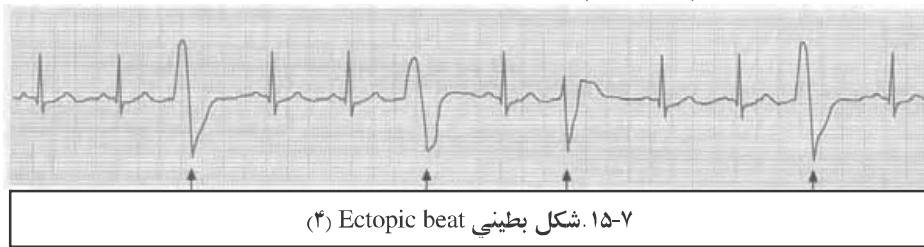
۱. بطيني Ectopic beat

۲. بطيني Tachy cardia

۳. بطيني Fibrillation

بطيني Ectopic beats

دا سیالې د بطین د مایوکاردیوم د اکتوپیک یا بې خایه محراق خخه منشاء اخلي غوره لامل یې د زره اسکمیک ناروگی دی همدارنګه حینې حالات لکه Myocarditis او د digoxin تسمم هم ددې لامل کېږي.



۱. Ectopic beat د خپې په تعقیب نه رائی یا په بل عبارت د بطيني خخه مخکې د P خپې نه وي.

۲. QRS complex نمونه د Bizarre شکل وي. او د نورو لیدونو د نورو کمپلکسونو خخه بالکل توپیر لري او پراخه او لویه وي.

۳. د خخه وروسته معاوضوي صفحه موجوده وي.

۴. که چيرې ectopic محراق په چې بطین کې وي QRS deflection يا کوبوالی په V1 کې به راسته او په V5-V6 کې به سرچپه یا منفي وي او که چيرې ectopic محراق په بنې بطین کې وي.

۵. QRS complex کوبوالی په V1 کې به بنکته خواته منفي يا سرچپه وي او په V5-V6 کې به پورته خواته يا مثبت وي.

کیدیشی چې د مضاعفو محراقو خخه تنبهات موجود وي لکه په دواړو بطینانو کې مخکې د وخته تقلصات وي Ectopic محراق په دواړو بطینانو کې موجود وي امپلیتود به مختلف وی. کله کله Ventricular premature (Premature ventricular complex) يا PVC contactor on T فناما وايې. دا ډیر خطرناک حالت دیچې په بطیني تکي کارديا او بطیني فريليشن باندې ختميري.

بطیني : Tachycardia

په دې حالت کې QRS complex چټک او Bizarre وي بطیني تعداد په یوه دقیقه کې 140-220 تر منځ وي. نظم نسبتاً غير منظم وي.

١. د P څې په QRS complex کې داخلېږي او خه اندازه پراخه ليدل کېږي.
٢. QRS complex پراخه وي.
٣. د ST قطعې او T څو خخه بیلول ګران وي يا امکان نه لري.



١٦-٧. شکل بطیني تکي کارديا - وضفي پراخه (٤) Bizarre QRS Complex

بطیني :Fibrillation

دا ذړه غير منظم او چټک نظم خخه عبارت دیچې د بطینانو د یو محرش محراق خخه پیداکړي.

د پورتنې ګراف له نظره نظم بالکل غير منظم او QRS کمپلکس Bizarre دی، څې کوچنۍ او نظم نشه.

ګرندي ليپدونه :Accelerated conduction

په دې تشوش کې لاندې سندرومونه شامل دي:

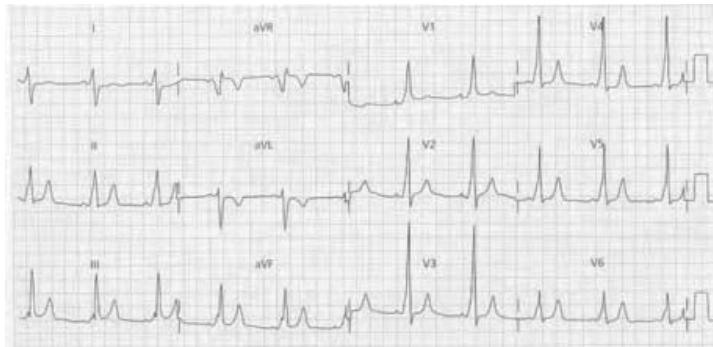
١. (wpw syndrome) wolff Parkinson white syndrome

٢. (LGL syndrome) Lown gonong Levine syndrome

:Wolff Parkinson white syndrome (WPW)

په دې سندروم کې د اذبن خخه سیاله بطینانو ته د یوې اضافي پاتوې د لاري چې په ګیدېبو نومېږي ليپدونه دا ګیدې د اذینانو خخه منشاء اخلي د AV Node د لاري د بطینانو مايوکاردیوم ته ننوځي.

١. د P خپه نارمل وي.
٢. PR interval يا فاصله نارمل وي.
٣. په QRS complex کي د delta خپه موجوده وي.
٤. پراخه QRS complex وي.



١٨-٢. شکل ECG په دولس لیده WPW syndrome کې (11)

د کينټ د ګيدېيو د موقعیت له نظره WPW syndrome په دوه ډولو دی.

الف: په دې کې په V1 لیدو کې د R خپه لوره وي.

ب: په دې کې V5-V6 لیدو کې د R خپه لوره وي.

نوت: کله کله په WPW syndrome کې په III او avf کې د Q خپه د شته والي له کبله د سفلی قلبي احتشاء سره مغالطه کېږي.

: (LGL syndrome) Lown Ganong Levine syndrome

په دې سندروم کې وقفي فاصله لنډه وي لakan د QRS منظره نارمل وي.

قلبي بلاکونه يا بنديز:

دا د انتقالی سیستم د تشووش خخه عبارت دیچې جيبي عقدې د تنبه سیاله او د بطین د څواب منځ کې واقع کېږي په لاندې ډولونو دي:

الف: ناتام Incomplete

ب: تام Complete

ج: (BBB) Bundle branch block

الف: ناتام قلبي بلاک Incomplete heart block

ناتام بلاک په لاندې درجو باندې ویشل کېږي:

١. لومړی درجه
٢. دویمه درجه

- دوره بې یا غیر منظم اذیني بطيني بلاک
- ثابت یا منظم اذیني بطيني بلاک
- اذیني بطيني بلاک Wenckebach •

تام دريمه درجه قلبي بلاک:

تام قلبي بلاک (دريمه درجه): په دې حالت کې بطينات د اذينانو خخه بالکل خپلواک وي.

د ګيډي د خانګي بلاک (BBB) Bundle Branch Block:

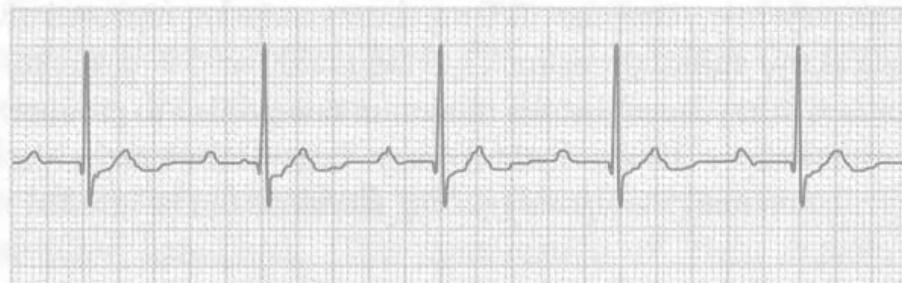
اشکال بې په لاندې دول دي:

١. د بنې ګيډي د خانګي بلاک (RBBB)
 - i. تام
 - ii. ناتام
٢. د چې بندل د خانګي بلاک (LBBB)
 - i. تام
 - ii. ناتام

الف. ناتام قلبي بلاک

١. لومړی درجه قلبي بلاک:

په دې حالت کې د AV Node د لاري د سیالي د انتقال تشوش موجود وي. د زره اوله درجه بلاک د روماتیک تې له کبله منځ ته راخی کله کله په روغونکانو کې هم لومړي درجه بلاک موجود وي د Digoxin له کبله هم لومړي درجه بلاک منځ ته راخی.



١٩-٧. شکل د زړه لمړی درجه بلاک (٣)

١. د PR مسافه (نارمل اندازه يې 0.2 ثانبي) د نارمل اندازي خخه زياته وي.
 ٢. نظم ممکن نارمل دي.
 ٣. dropped beats موجود نه وي.
 ٤. د QRS complex منظره يا شكل نارمل وي.
- :Second degree heart block دويمه درجه قلبي بلاک په دې حالت کې د بطينانو حواب د اذيني تنبه په مقابل کې په متناوب ډول سره له منځه حې دا زياتره د IHD له کبله وي.
- دا بلاک کيدۍ شي چې غير منظم يا Wenckebach وې.
- الف: Periodic يا غير منظم قلبي بلاک په دې حالت کې په غير منظم ډول سره له منځه حې خرول کېږي.
١. هر د P QRS complex پواسطه نه تعقيبېږي.
 ٢. PR وقفه بنائي اوږده وي لakan وخت يې ثابت وي.



٢٠-٧. شکل دوهمه درجه د زره بلاک (Wenckebach's phenomenon) لمري ډول-



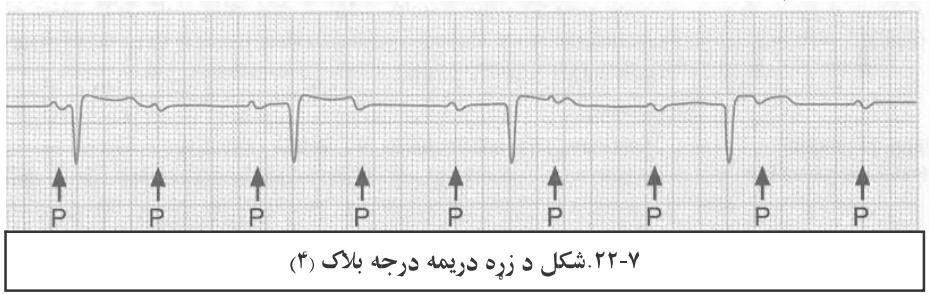
٢١-٧. شکل دوهمه درجه د زره بلاک (Mobitz) دوههم ډول-

- ب: ثابت يا منظم قلبي بلاک:
- پدی حالت کې بطیني کمپلکس د هر دویم دریم يا خلورم اذيني beat په تعقیب راخي.
١. په دې حالت کې د دوو بطیني کمپلکس QRS تر منځ دوه، دري يا خلور P څې موجودې وي نو حکه ۲:۱، ۳:۱، ۴:۱ AV بلاک تولیدوي.
 ٢. PR وقفه بنائي اوږده يا ثابت دوام ولري.

اذيني بطيني بلاک (wenckebach type I): په دې حالت کې په هر راتلونکي PR فاصله اوړدیږي یا په تدریجی ډول سره اوړدیږي تر خو چې وروسته د خو بیتونو خخه اذیني بیت بطین خواته نه تیریږي.

تام یا دریمه درجه بلاک (Complete or third degree block): په دې حالت کې اذیني او بطيني beat یو د بل خخه بالکل بیل وي او یو د بل سره اړه نه لري لامونه یې د دویمې درجې بلاک په شان دي:

۱. د P څه د QRS complex سره اړه نه لري.
۲. PR وقفه بالکل توپیر لري.
۳. اذيني تعدادسایي نارمل منظم جيبي نظم وي (بنائي اذيني تکي کارډيا موجوده وي)
۴. بطيني تعداد بنائي په یوه دقیقه کې ۲۰-۶۰ تر منځ وي.
۵. QRS complex بنائي نارمل يا Bizzare وي چې د بطيني محراق او AV عقدی د فالصلي يا لريوالي پوري اړه لري.



: (BBB) Bundle branch block

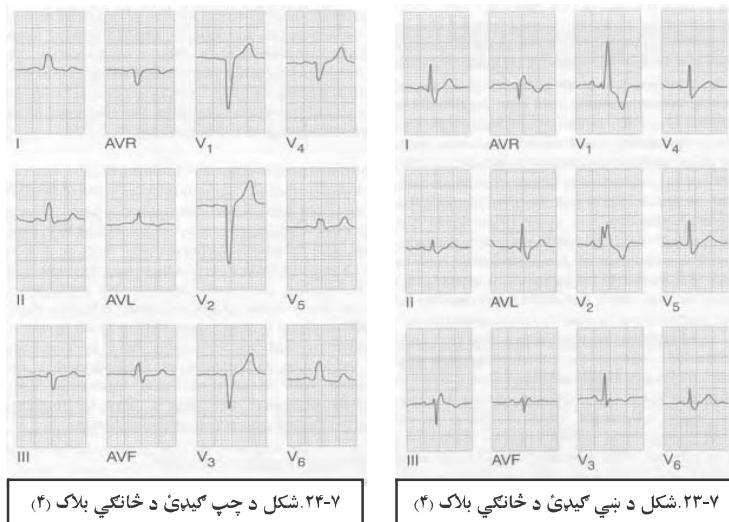
I. د نې ګیدئ د خانګي بلاک Right bundle branch block

۱. دلته په I, V6-V5 ليدونو کې پراخه slurred S څه موجوده وي.
۲. په V2-V1 کې د R څه پراخه وي.
۳. نې طرف ته د محور انحراف موجود وي.

II. د چې ګیدئ د خانګي بلاک:

۱. په نامعلوم ليد او avl ليدونو کې به د R څه پراخه يا Slurred وي.
۲. په III او avf ليدونو کې د S څه پراخه يا Slurred وي.
۳. زياتره بنائي د محور چې طرف انحراف موجود وي.

LAD که چېري د زړه محور د صفر درجې خخه لړوي د Left Axis deviation (LAD) په نوم يادېږي.



شکل د چېږیدی د خانګي بلک (۴)

شکل د بنې ګيدی د خانګي بلک (۴)

د زړه د محور انحراف :Axis deviation

د زړه د محور انحراف دووه ډوله دی:

1. بنې طرف ته د محور انحراف Right axis deviation

2. چې طرف ته د محور انحراف Left axis deviation

د محور بنې طرف انحراف:

په نارمل حالت کې د زړه محور د صفر نه تر نوي درجو تر منځ موقعیت لري که چېري د

مشت نوي درجو خخه زیات وي د محور بنې طرف انحراف په نوم يادېږي.

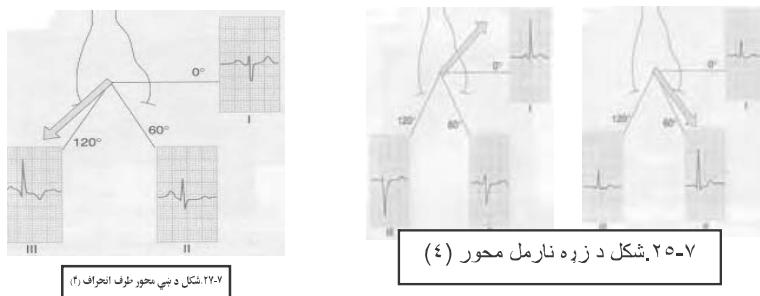
د ECG نمونه:

1. په دې کې به په I او avl کې د S خې ژوره وي.

2. په دې کې په III او avf کې د R خې ژوره وي.

د محور چې طرف انحراف :Left axis deviation

که چېري د زړه محور د صفر درجې خخه لړوي د LAD په نامه يادېږي.



شکل د بنې محور طرف انحراف (۴)

شکل د زړه نارمل محور (۴)

۱. په I او aVL کې د R څې لوره وي.

۲. په III او aVF کې د S څې ژوره وي.

نوت: که چیرې I Lead پورته کیښودل شي او aVF لاندې کیښودل شي د دوي د QRS کمپلکس څې به یو د بل خخه لري وي.

د بطیناتو هایپرتروفی:

لاندې الکتروفزیالوزیک تکي د بطیناتو په هایپرتروفی پوري اړه لري.

۱. VS-Voltage پیروالی:

د عضلاتو د غنوالي یا پلن والی او د R د څې ترمنځ نیغې اړیکې موجودې دي. که چیرې عضله پلنې وي او حجم یې زیات وي د R د څې ولتاژ به هم لور او زیات وي پس د هر بطین د پلن کیدو سره اړونده لید د R څې لوره وي.

۲. د لیدونې بطی والی په پیروالی کې:

په پلنې عضله کې د سیالی تیریدل ډیر وخت غواړي بنا QRS complex پراخه وي د 0.12 ثانیو خخه نه زیاتېږي.

۳. د قطعې او T څې تغیرات:

د اندوکارد د قسمې اسکمیا له کبله د اړونده بطین په لیدونو کې د ST قطعې انحطاط او د T څې سرچې وي.

:Strain pattern

که چیرې یوازې د ST قطعې او T څې بدلونونه موجود وي او نور بدلونونه موجود نه وي Strain patterns په نوم یادېږي.

د بسي بطین هایپرتروفی

د بسي بطین هایپرتروفی د متال تصیق، tetralogy of fallot او corpulmonal خخه منځ ته رائحي.

۱. په V1 کې د R څې نسبت S ته په لوروالی کې پورته وي.

۲. RS نسبت د V1-V6 پورې په پرمخ تللي توګه مخ په کمیدو وي یاني تر V6 پورې د R څې له منځه خي.

۳. په V5 او V6 کې د S څې دوامداره وي.
QRS complex پراخه وي .۴.

الكتروكارديوغرام

۵. د محور نېي طرف انحراف موجود وي.

۶. د V1 خخه تر V3 پوري د ST قطعي انحطاط او T سرچې وي.

د چې بطين هايپرتروفي:

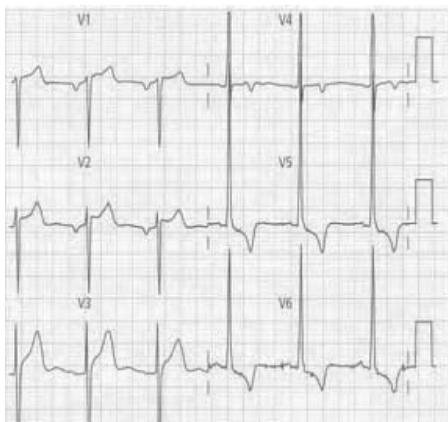
د چې زړه د هايپرتروفي علتونه عبارت دي له لوړ فشار، د ابهر دسام ناروګي، د متزال دسام عدم کفایه، او د زړه د ولادي ناروګيو خخه لکه Coarctation VSD,PDA او دا بهر د LVH د ECG تغیرات عبارت دي له:

۱. په V5-V6 کې د R خچې او په V1-V2 کې د S د خچې حاصل جمع د 35 ملي مترو خخه زيات وي.

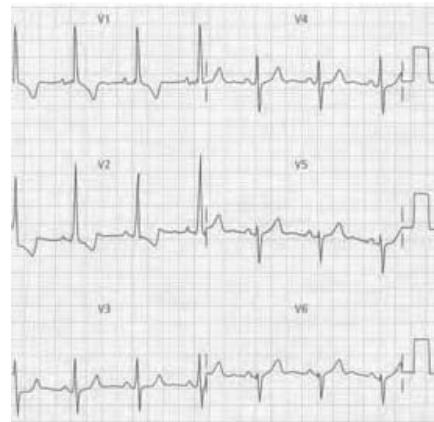
۲. په avl کې د R خچې لوړوالي د 13 ملي مترو خخه زيات وي.

۳. په V6,V5 avl, II, I او ST قطعي انحطاط او د T معکوس والي موجود وي.

۴. QRS complex پراخه وي.



۲۹-۷. شکل د چې بطين هايپرتروفي (۱۱)



۲۸-۷. شکل د نېي بطين هايپرتروفي (۱۱)

د دواړو بطیناتو هايپرتروفي:

لاندې شواهد یا تکي د دواړو بطیناتو په هايپرتروفي باندې دلالت کوي.

۱. د پريکارديال ليډونو کې LVH (Left ventricular hypertrophy) نېي.

۲. په قدامي پلان کې د محور په نېي طرف انحراف مشاهده کېږي.

٥. د خپه:

د خپه و گورئ چې نارمل ده او که ابناړل مخکې هم ورڅه یادونه شویده.
د P خپې د بنې او چې اذین د تقلص خخه تولیدېږي لکه څنګه چې په شکل کې څرګند
شوي دي چې د P د خپې اوله نیمایې يې د بنې اذین او دویمه نیمایې يې د چې اذین
د تقلص له کبله تولیدېږي.

د P د خپې غیر نورمال شکلونه:

P-pulmonary .١

P-mitral .٢

٣. د خپه د F په مختلفو خپو بدليېږي.

.٤. P-pulmonary

دا لوړه او تبره خوکه خپه د چې د اذین د هایپرتروفی له کبله پیداکېږي دا خپه په
او afv لیډو کې زیاته د کتنې وروي.

.٥. P-mitral

د چې اذین د هایپرتروفی له کبله پیداکېږي کوم چې د متراں دسام د تنکوالی له کبله
وی دا خپه په II او V5 لیډونو کې دیر نسه لیدل کېږي ددې خپې اوله برخه يې د بنې
اذین فعالیت پوري او دویمه برخه يې د چې اذین فعالیت پوري اړه لري.

.٦. سرچپه د P خپه يا Inverted P-wave

سرچپه يا منفي P خپه په نارمل حالت کې په V1, avf, III او V2 لیډونو کې موجوده وي
او نور لاملونه يې عبارت دي له:

الف. Nodal rhythm مخکې ذکر شویدي.

ب. زړه بنې طرف ته موقعیت (dextro cardia) به وروسته ذکر شي.

ج. که چیرې د اطراف د لیډو الکترودونه په غیر صحيح توګه کینسوندل شي.

د. د P خپو په ځای د F خپې ځای په ځای کېږي د اذيني فېريلشن تر عنوان لاندې

تشریح شوي دي.

٦. د PR مسافه:

د PR فاصلې نارمل حالت بې مخکې ذکر شوي دی ابناړل بې عبارت دي له:

۱. اوږدوالي

۲. لنډوالۍ

۳. متغير

۱. د PR د مسافي اوږدوالي

په لاندې حالاتو کې د PR فاصله د 0.2 ثانيو خخه زياته وي

Digitalis •

لومړۍ درجه بلاک •

Hypokalemia •

Myocarditis •

۲. د PR د مسافي لنډوالۍ

په لاندې حالاتو کې د PR فاصله د 0.1 ثانيې خخه لړه وي

Wolff parkin sonian white syndrome •

Nodal نظم •

Lown ganong Levin syndrome •

۳. متغيره PR مسافه په لاندې حالاتو کې وي

Wenkebach phenomena •

Wandering pacemaker •

٧. د Q خپه:

د Q وصفي يا پتالوژيك خپه 0.04sec پراخواли لري اوپه عين Complex کې د R د خپې
د لوړوالۍ خخه د 25% په اندازه زيات وي. وروسته د زړه د احتشاء په برخه کې به
ورخخه پوره يادونه وشي.

٨. QRS complex:

نارمل QRS complex چې مخکې ورخخه يادونه شویده. ابناړل حالت بې په لاندې
ډول دي:

۱. د کمپلکس پراخواли وروسته ورخخه يادونه کېږي.

۲. کم QRS-voltage کمپلکس که چېږي د ECG په هر لید کې د R د خپې
لوړوالۍ يا د S د خپې ژوروالۍ د 5 ملي مترو خخه لړوي او یا د 5 ملي مترو خخه
زيات نه وي تیټ voltage ويل کېږي چې په لاندې حالاتو کې وي.

الف.	Hypothyroidism
ب.	انصباب Pericardial
ج.	پر صدری دیوال beri beri
د.	برینسنا لیودونه voltage
و.	د ماشین ته د کم ECG د لور ولتاز

QRS complex دا د بطینانو په هایپرتروفی کې وي.

QRS complex په شکل کې تغیرات (مخکي ذکر شوي دي)

٩. قطعه ST:

د قطعې نارمل حالت مخکي ذکر شوي دي، ابنارملتي يې په لاندي ډول دي:

١. جکوالی Elevation

٢. يا انحطاط Depression

د ST قطعې لوروالی:

١. د ST قطعې لوروالی په لاندي حالاتو کې ليدل کېږي:

الف. تازه قلبی احتشا

ب. پریکاردایتس

ج. Hyperkalemia

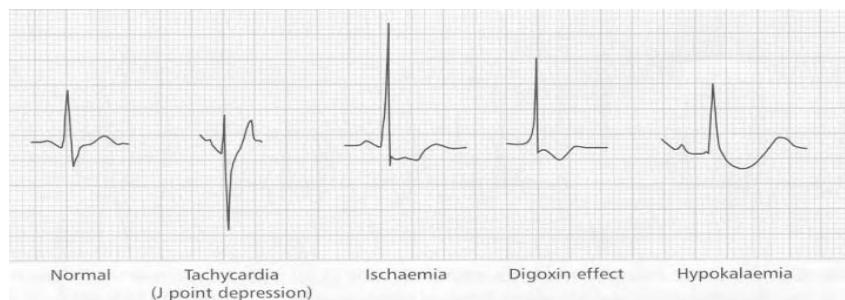
د زړه چې خوا انوریزم



(١١) ٣٠-٧ شکل د ST قطعې لوروالی

٢. انحطاطي ST قطعه: دا په لاندې حالاتو کې وي:

- الف. د زړه ischemic ناروغۍ
- ب. د digital تداوي
- ج. Hypokalemia
- د. بطين تر فشار لاندې Myocarditis
- و. احتشا Sub endocardial



٣١-٧. شکل د قطعې تیتووالی (١١)

١٠. د T خپه

د T خپې نارمل حالت چې مخکې ورڅخه یادونه شوېده، ابنارملتني يې عبارت د له:

- الف) لوړه تېره خوکې د T خپه
 - ب) همواره د T خپه
 - ج) سرچېه د T خپه
- الف) لوړه او تېره خوکې T خپه:
- لوړه او تېره خوکې T خپه په Hyperkalemia کې لیدل کېږي
- ب) همواره T خپه:
- همواره T خپه په لاندې حالاتو کې لیدل کېږي:

- Hypothyroidism •
 - pericarditis •
 - Myocarditis •
 - ischemic heart disease •
- ج) سرچېه د T خپه:

منفي T خپه په لاندې حالاتو کې ليدل کېږي:

- د زړه اسکمیک ناروغۍ
- Pericarditis
- د بطیناتو هایپرتروفۍ
- Myocarditis

نوت: د T د خپې تغیرات په مفصل دول د IHD په برخه کې تshireح شوي دي.

قلبي احتشاء، رخمي کیدل او ischemia:

دزره ارواء:

قلبي عضله د بني او چپ اکليلي شراینو په واسطه اروا کېږي. کوم چې د اړونده د ابهه د sinus خخه منشا اخلي چپ اکليلي شريان په دوو شعبو تقسيمېږي. چې د Left Anterior او چپ Circumflex (LAD) Descending خخه عبارت دي. چپ اکليلي شراین اساساً د زړه چې خوا او د بین البطيني جدار قدامې برخه اروا کوي. بني اکليلي شريانونه بني خوا زړه او حجاب خلفي برخه اروا کوي. چپ Circumflex شريان د زړه وحشی جدار د چپ بطین دخلفي جدار د زروي برخه او د بني بطین دخلفي برخې نيم قاعدوي برخه ارواء کوي. SAN په 75% پیښو کې د بني اکليلي شريانو په واسطه اروا کېږي. AVN 90% پیښو کې د بني اکليلي شريانو په واسطه اروا کېږي. پس د زړه د هري ساحې متاثره کیدل په اړونده شريان پوري اړه لري.

متضرر شوي قلبي عضلي الکتروفربولوژي:

د قلبي عضلي هغه برخه چې دونې د نشتوالي له کبله اغيزمن شوي وي، دري برخې لري:

الف. د احتشاء ساحه

ب. رخمي شوي ساحه

ج. د اسکيميا ساحه

الف. د احتشاء ساحه: په دغه ساحه کې قلبي عضله مړه وي Polarization او depolarization په کې صورت نه نيسې. په دي اساس هغه الکترودونه چې د احتشاء په ساحه کې اينسودل شوي وي د Q خپه بنيي.

ب. زخمی شوی ساحه: د احتشاء ساحه د زخمی ساحی پواسطه احاطه شوی ده کله چې د قلبي عضلي يوه برخه زخمی شي نوموري ساحه د نورمالي عضلي په مقاييسه د الکتروکارديوگرام له لحاظه منفي وي پس د قلبي عضلي د استراحت په حالت کې هم د زخمی ناهي خخه بريښائي جريان نورمالي ساحي خواهه جريان پيداکوي چې د زخمی شوی ساحي خخه نورمالي عضلي خواهه بريښائي جريان د ST قطعي تغيرات منځته راوړي.

ج. د ischemic ساحه: د زخمی ساحي تر خنګ د اسکميا ساحه پته ۵، کوم چې د T چې د منځ ته راتلو لامل کېږي.

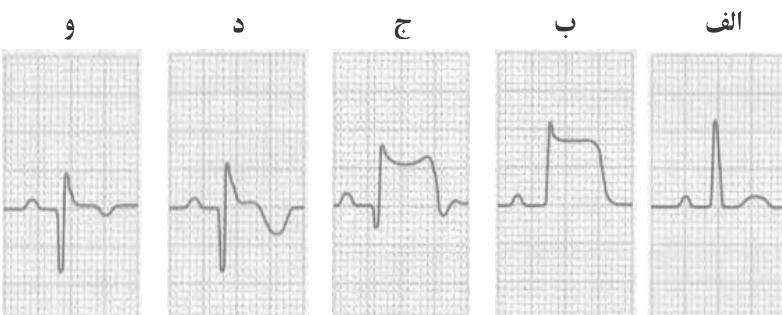
اکليلي اسکميا:

د اسکميا اصطلاح د وينې د جريان په کموالي باندي دلالت کوي. ECG کېډي شي چې د T د خپې تغيرات (هموار، او یا ژوره سرچپه شوی) وښي. د اسکميا د T څې په Typical ډول متناظر معکوس د ST قطعي مغيرت په خنګ ډول پورته خواهه وي، چې دغه ډول T به Coronary T يا Pardee T په کېږي. تازه احتشاء:

دا د احتشا يو حاد حالت نسيي او په ECG کې لاندې تغيرات ليدل کېږي:

۱. د ST قطعي لوروالي چې پورته خواهه د مغيرت سره يو ځای وي.

۲. سرچپه د T څې (Cove plane T)



(شكل الف) نورمال، (ب) حاد ST لوروالي (زخمی ساحه)، (ج) R خگیگ کموالي د Q خگیگ تشکل، (د) ژوره د Q خگیگ او د T خگیگ معکوس والي، (ز) پخوانی احتشاء (۴)

قلبي احتشاء:

د زړه د عضلي برخي Necrosis او مرګ ته چې د وينې د اروا د نشتوالي له کبله منځته راخي قلبي احتشاء وايي. په اناتوميك ډول دوه ډوله احتشا وجود لري:

Sub Endo cardial (۱)

Trans mural (۲)

(۱) sub Endo cardial: په دي حالت کې یوازې انډوكارد او د ميوکارد نيمائي برخه په احتشاء اخته شوي وي.

(۲) Trans mural : په دي ډول احتشاء کې احتشا د قلبي عضلي ټول ضخامت په بر کې نيسې.

د قلبي احتشاء ECG تغيرات:

د قلبي احتشاء دير وصفي تغير د غير نورمال Q څې د منځته راتلو خخه عبارت دی.

D څې جوړیدل:

احتشاري ساحه مړ وي او بريښنائي فعالیت پکې صورت نه نيسې، د الکتروفزيالوزي پر اساس هغه ساحه چې په بريښنائي لحاظ فعالیت ونه لري د یوې کړکۍ حیثیت لري یاني په دي مانا چې که چېږي الکترود د نوموري ساحې له پاسه کېښودل شي د مقابل خوا الکتریکي فعالیت ثبتوی چې د Q د برخې د منځته راتلو لامل کېږي.

د وصفي Q څې معیارات:

Q څې ته هغه وخت وصفي څې وبل کېږي چې د لاندې اوصافو لرونکي وي:

(۱) پراخوالی يې 0.04 ثانې وي.

(۲) د Q څې د R د څې 25% او یا تر دي زيات وي (په عيني QRS کمپلکس کې).

نوټ:

الف) د Q څې موجوديت په avl, III او يا aVL څې د احتشاء بشکارندوي نه ده په III ليده کې د Q څې په 40% نورمالو اشخاصو کې هم موجود وي. په دي خاطر چې ډاډه شو چې Q څې د احتشاء خخه منځته راغلي او يا نورماله ده باید III ليده د ژور شهیق په وخت کې ثبت شي. که د Q څې د عمیق شهیق سره سره بیا هم دوام پیداکړي نو په قلبي احتشاء دلالت کوي، که خه هم نوموري ازمونه د ټولو کارديولوجستانو په نزد د منلو وړ نه ده.

ب) نوموري حالت په احتشاري ناحيې کې د ځینې ژونديو عضلاتو په موجوديت دلالت کوي.

د قطعې تغیرات:

لکه چې مخکې د تازه احتشا په برخه کې واضح شو چې که ST قطعه په هغه لیدونو کې چې د احتشاء د ناحيې له پاسه پورته وي لوړ او پورته خواته محدودیت لري او په هغه لیدونو کې چې د احتشایي ناحيې مقابل خواته واقع وي تیته وي.

خرنګه معلومولې شو چې د ST قطعې لوروالۍ او یا تیتوالۍ موجود دي؟ د یو ST QRS complex د QRS complex د TP خط په مقایسه کتل کېږي که چېري د یوې کوچني مربع په اندازه لوروالۍ یا تیتوالۍ موجود وي د ملاحظې وړ کمیل کېږي.

د T څې تغیرات:

د T څې لاندې تغیرات بسکاره کوي:

۱- هغه لیدونه چې د احتشایي ناحيې له پاسه واقع دي لوړه او سرچې د T څې (Giant T) د احتشاء په لمړنيو دوو ساعتو کې بنې.

۲- د احتشاء خخه د خو ورځو نه تر دو هفتی وروسته ST قطعه ایزوالکتریک خط ته بنکته کېږي او د T څې سرچې وي. همدارنګه په هغه حالاتو کې چې د ST قطعې لوروالۍ موجود وي هم د T څې سرچې وي. د احتشاء سرچې T متناظر وي یا نې په دې مانا چې خوکه يې د T څې د شروع او ختم په متوسطه نقطه کې واقع وي.

نوټ: د احتشاء سرچې T څې معمولاً د خو میاشتو خخه وروسته نورمال حالت ته راګرځي خو په ځینې حالاتو کې د ځینو ناروغانو په ECG کې سرچې د T څې د ژوند تر پایه پاتې کېږي.

د احتشاء د ناحيې له نظره قدامي احتشاء په لاندې ګروپونو ويشه کېږي:

۱. قدامي حجابي احتشاء: په دغه ډول احتشاء کې د Q څې د T او ST د تغیراتو سره یو ځای په صدری V3,V2,V1 لیدونو کې موجوده وي. که د احتشاء ساحه محدوده وي او وحشی جدار خواته یې پراخوالی نه وي موندلې په I او avl لیدونو کې تغیرات نه لیدل کېږي.

۲. قدامي زروه یې احتشاء: صدری لیدونه د V3 خخه تر V5 پوري د احتشاء تغیرات بسکاره کوي او په I او avl کې تغیرات نه لیدل کېږي.

۳. قدامي وحشی احتشاء: په دې ډول احتشاء کې د احتشاء تغیرات په I ، او avl د V6- V4 پوري د احتشاء تغیرات بسکاره کوي.

نوت: په هنھ حالت کې چې قدامی وحشی احتشاء موجوده وي تغیرات يوازی په I او avl لیدونو کې موجود وي.

سفلي احتشاء:

د Q د خپي موجوديت په II، III او avf کې په سفلي احتشاء دلالت کوي.
خلفي احتشاء:

د بسي اکليلي شريان د بندوالۍ له کبله منخته راخي او د ECG تغیرات بي د قدامی احتشاء برعکس دی په لاندي ډول دي:

- ۱) په V1 او V2 لیدونو کې متبارزه د R خپه موجوده وي.
- ۲) په V1 او V2 لیدونو کې د ST قطعي چیتوالي موجود وي د یو قانون په حيث

د V1 او V2 لیدونه بايد همیش د لاندیني تغیراتو لپاره وکتل شي:

۱. ST لوروالۍ او Q خپه (قدامی احتشاء)
۲. ST تیتوالۍ او لوره د R خپه

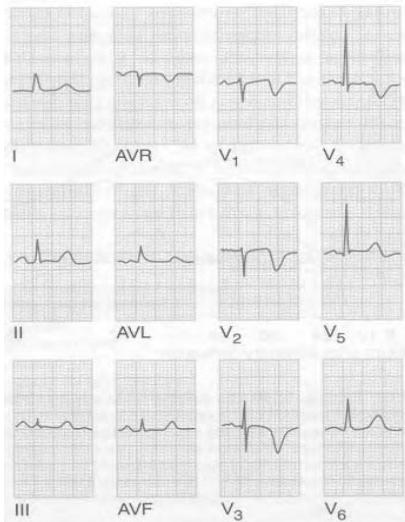
احتشاء: Subendocardial

لکه خرنګه چې مخکي د Subendocardial احتشاء په برخه کې يادونه وشوه چې په ډي ډول احتشاء کې د احتسابي ناحيې او قرب القلبي الکترودونو تر منځ ژوندي قلبي انساج موجود وي پس د ECG تغیرات بي په لاندي ډول دي:

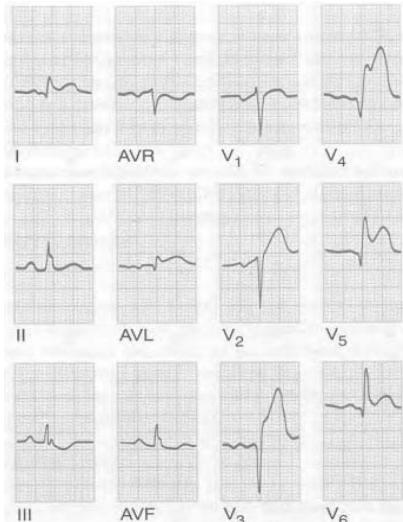
- ۱) د Q خپه موجوده نه وي.
- ۲) ST انحطاط او T معکوس والي په همغه لیدونو کې چې د احتسابي ناحيې له پاسه تشیتیري.

يو تکي چې په کلينيكي لحاظ د اهميت وړ ده Angina په جريان کې که چيرې په صدری لیدونو کې ST depression ولidel شي په Subendocardial احتشاء دلالت کوي. او که په صدری لیدونو کې ST لوروالۍ ولidel شي په trans mural احتشاء دلالت کوي. نوموري تغیرات prinzmetal angina بسکاره کوي.

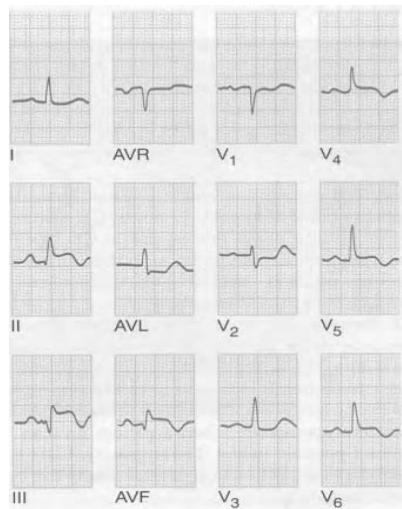
الكتروكارديوغرام



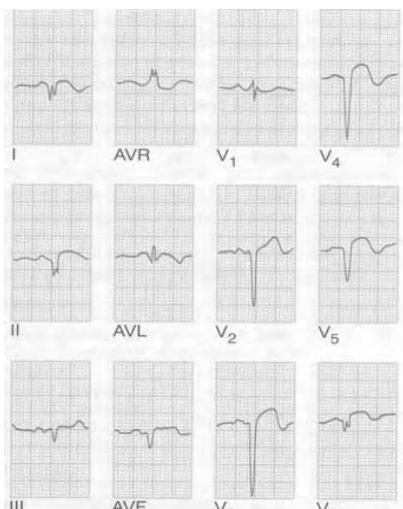
٣٤-٧.شكل تازه قدامی Sub endocardial احتشاء (٤)



٣٣-٧.شكل حاد قدامی قلبي احتشاء (٤)



٣٦-٧.شكل حاد سفلي وحشي قلبي احتشاء (٤)



٣٥-٧.شكل قدامی او سفلي احتشاء (٤)

په ECG کې د IHD تشخيصيہ نښې:

مخکې له دې چې ECG د IHD تشخيص لپاره استعمال شي باید لاندې تکي په نظر کې ونیول شي:

۱. استراحت په حال کې نورماله ECG او حتی د عادیفعاليت په وخت کې د ECG نورمال حالت IHD ردولی نه شي، د Tاریخچه نظر د ECG تغیراتو ته بنه لاربسوونه کولی شي.

۲. د ST او T تغیرات په یوه واحده ECG کې په یقیني ډول تشخيص نه شي وضعه کولی ځکه نوموري تغیرات په نورو حالاتو کې لکه د چې بطین هایپرتروفي، Hypokalemia، ریوی امبولیزم ، Digital اخیستل او Myocarditis، pericarditis کې هم لیدل کېږي. نو بیا د یقیني تشخيص لپاره باید ECG اجراء شي.

د IHD د تشخيص لپاره د تمرین ازموینه:

لکه چې مخکې یادونه وشوه د استراحت په حال کې نورماله IHD، ECG تشخيص ردولی نشي نو بیا د نوموري حالت د تشخيص لپاره د تمرین مختلفې ازموینې اجراء کېږي معمول ازموینې بې په لاندې ډول دي:

Master test .١

Bicycle ergometer test .٢

Treadmill test .٣

Atrial pacing .٤

نوت: د هري ازمويني د مشرح توضيح په خاطر د قلبي textbook ته مراجعه وشي هغه
چې په مثبت تمرين ازموينه دلالت کوي.

١) د ST انحطاط چې د 0.5 ملي مترو خخه زييات وي.

٢) د T د خپي هموار ليدل او يا سرچپه کيدل په هر Lead کې د (III ليد خخه پرته).

٣) د بي نظمي خرگندیدل

نوت: مخکي له دي چې ناروغه د تمرين ازمويني ته تياربرې باید د يوې دقیقې لپاره د فرط تهويي ازموينه اجراء کړي حکه په زياتره حالاتو کې د ST تغييرات د فرط تهويي له کبله هم پښېږي.

د تمرين د ازمويني استطبابات:

١) د IHD تاریخچه چې د استراحت په حال کې یې ECG نورماله وي.

٢) په نورمالو کسانو کې د IHD د پلتني په خاطر.

٣) د IHD په ناروغانو کې د عمليات خخه مخکي يا د عمليات خخه وروسته

د تمرين د ازمويني مضاد استطبابات:

١) په هغه حالاتو کې چې د MI شک موجود وي.

٢) د زړه د عضوي افاتو موجوديت.

٣) غير نورمال ECG چې د استراحت په حال کې اخيستل شوي وي.

٤) که چيري ECG hypertrophy وبني.

٥) هغه ناروغان چې digitalis اخلي.

٦) هغه ناروغان چې په wpw سندروم باندی مصاپ وي.

٧) هغه ناروغان چې Hypokalemia ولري.

د دوام او د ECG تغييرات:

ددې لپاره چې تشخيص کړو چې احتشاء پخوانۍ او يا اوس منځته راغلې باید ST قطعه ولidel شي که چيري د ST لوړوالۍ موجود وي نو په تازه احتشاء دلالت کوي. کله چې

روغوالی منح ته رائي لومرنی تغير چې پښيري هغه په ST قطعه کې دی چې دا نورمال حالت ته رائي د T څې د روغوالی خخه میاشتې وروسته نورمالېږي.

۱) ST نوروالي: په شائک اوپه مقابلوېدونو کې ST انحطاط په تازه احتشاء دلالت کوي.

۲) په ST کې regressive تغيرات پښيري ياني په دیې مانا چې د ST قطعې پورتنی برخه محدوده انحنا بشکاره کوي او په همدي ډول په مخامنځ لیدونو کې د depression په دی دلالت کوي چې احتشاء خو ورځې د مخه پښه شوي ۵۵.

۳) که چېري ST قطعه ISO-electric خط ته دویم څلې راوګرځۍ او د T څې ورپسي په زوره توګه سرچېه شوي وي نو په زور احتشاء دلالت کوي.

۴) کله چې ST قطعه په ايزواكتريک خط پرته وي د T څې هم خپل نورمال موقعیت ته راګرځيدلې وي او د Q څې موجوده وي نو په ډير زاره احتشاء دلالت کوي.

متفرقه تغيرات:

د پوتاشيم د سوبي تاثيرات: دواړه Hyperkalemia او Hypokalemia د ECG تغيرات منحنه راوري چې نوموري تغيرات د پوتاشيم د سوبي په هکله یوه مفکوره منحنه راوري.

Hypokalemia: هرکله چې د پوتاشيم سویه په سیروم کې 3.6meq/L ته ورسېري نو په depression کې ECG او د ST د څې خخه وروسته د ۱۰ متبارزه څې ليدل کېږي.

په هغه حالت کې چې د سیرم د پوتاشيم سویه 3.5meq څخه کمه شي په ECG کې لاندې تغيرات ليدل کېږي:

۱) د PR د وقفي اوړدوالى (د 0.22 ثانيو خخه زيات وي).

۲) د ST قطعه انحطاطي وي

۳) سرچېه T څې

۴) متبارزه د U څې

Hyperkalemia: تر هغه چې د پوتاشيم سویه 7.0meq/L ته ورسېري په ECG کې یوازي لوره د T څې ليدل کېږي.

په هغه حالت کې چې د سیروم د پوتاشيم سویه 7meq/L څخه زياته شي لاندېني تغيرات په ECG کې ليدل کېږي:

۱) د P څې موجوده نه وي.

۲) پراخ او بد شکله QRS کمپلکس.

۳) نري او لوره T څې.

۴) کیدی شي چې بطيني تکي کارديا موجوده وي (په هغه حالت کې چې د سيروم پوتاشيم سويه د 8.5meq/L خخه زيات وي).

: ECG تغييرات په لاندي ډول دي: Myxedema

Brady cardia) ۱

د PR د مسافي اوړدوالي) ۲

کم ولت ECG) ۳

د T د څې همواربدل) ۴

: Myocarditis

کله چې مايوکارديوم په حاد انتاني ناروغي مصاب شي خصوصاً د روماتيك تې په حالت کې نو په ECG کې لاندي تغييرات منځ ته راخي:

۱) د PR د مسافي اوړدوالي

۲) د QT د مسافي اوړدوالي.

۳) په چې بطين ليدونو کې د ST تيتوالي او T سرچې وي.

۴) د مختلفو بي نظميو موجوديت

پورتني تغييرات د تداوي په واسطه دواړه نورمالېږي.

: Pericarditis

د ST قطعي لوروالۍ چې پورته خواته د معمريت سره يو ځای وي (د MI برخلاف د

قطعي لوروالۍ د پورته خواته محدوديت سره يو ځای وي) د ECG په ټولو ليدونو کې د

پاره وصفي د. Pericarditis

د يو خه مودي شخه وروسته ST بسته کېږي او د T څې سرچې کېږي. په لېو پېښو کې د

د لوروالۍ سره هم د T څې معکوسېږي. د Pericarditis په حالت کې Q او يا

QS نه ليدل کېږي او کم Voltage ECG موجود وي.

: Dextrocardia

دا يوه ولادي انوملي ده چې زړه پکي په مکمل ډول انتقال شوي وي یاني په دې مانا

چې چې بطين او چې اذين نبې خواته او بنې بطين او بنې اذين چې خواته منتقل

شوي وي پس د بربنسنائي جريان جهت د معکوسوالۍ له کبله د P څې په I کې بسته

خواته او په AVR کې پورته خواته وي. او تغييرات يې په لاندي ډول دي:

په I ليدل کې P او د T څې سرچې وي.

او د T خپه په II ليده کې د نورمال حالت د III په شکل وي.
III ليده د نورمال حالت د II په شان وي.
AVR د نورمال حالت د AVL په شان وي.
AVL نورمال حالت د AVR په شان وي.
AVF نورمال AVF په شان وي.

قرب القلي ليدونه د V6-V1 پوري د بطيئين خپي بشبي ياني په دي مانا چې منفي QRS موجود وي خو په دي حالت کې که چيرې V3R, V4R, V5R او V6R وکتل شي نو معلوميري چې د چپ بطين امواج ياني QRS مثبت وي.

نوت: که چيرې دبئي لاس او چپ لاس الکترودونه تبديل کړو نو د ECG د Dextrocardia په شان تغييرات بسکاره کوي چې نوموري حالت ته technical dextracardia ويل کېري. د تفريقي تشخيص په خاطر باید قرب القلي ليدونه وکتل شي. په تخنيکي Dextrocardia کې قرب القلي ليدونه نورمال وي او حقيقی تغييرات پورته ذکر شوي دي. Digitalis تاثيرات:

هغه ناروغان چې په مناسب ډول Digitalis کېري I او V6-V2 او AVF, III, II, I د قطعه انحطاط بسکاره کوي. د ST depression وصفي وي ياني په دي مانا چې مدوره او مقعره وي په ځښو حالاتو کې سرچې وي (good sign) او يا د Hockey شکل وي ياني ST قطعه S خخه تر T پوري تدریجاً متمايل کېري د T خپه بسکته خواته کش کېري. د Digitalis د تسمم په حالت کې دير معمول تغير د بطيئي bigimini خخه عبارت دی چې په دي حالت کې يو نورمال او يو د خارج سستول کمپلکسونه ليدل کېري.

ريوي احتشاء:

د ريوسي احتشاء د ECG تغييرات عيناً خلفي احتشاء ته ورته وي په دي تفاوت چې د ريوسي احتشاء تغييرات د يو هفتې خخه تر لسو ورخو پوري دوباره نورمال حالت ته راګرخي او د خلفي احتشاء تغييرات دوام پيداکوي.

بطيني انوريزم:

کيدىشي چې د چپ اذين MI د يو اختلاط په ډول منځته راشي. هغه ليدونه چې د چپ بطين تغييرات ثبتوی د ST قطعې لوروالۍ بسکاره کوي. د MI برخلاف د بطيني انوريزم د ST لوروالۍ نورمال حالت ته نه راګرخي، خو دا باید په ياد ولو چې د يو متداوم ST لوروالۍ نه موجوديت د بطيني انوريزم تشخيص ردوی نه شي.

يو هيجاني کس ECG:

که یو کس هيجاني او فرط تهويه ولري سره له دي چې زره یې نورمال وي بياهم په ECG کې یې لاندی تغييرات ليدل کېږي:

۱) د PR مسافي اوردوالي

۲) جيبي tachy cardia

۳) ST لوروالي او T inversion د چې بطين په ليډونو کې.

۴) د بي نظميو د مختلفو اشكالو موجوديت.

پورتني تغييرات د اکليلي شراینو په عدم کفايه کې هم ليدل کېږي. داسي ويل کېږي چې نوموري تغييرات د Autonomic عصبي سيستم تشوشاتو له کبله منحنه راحي او د اتروپين يا پوتاشيم د تطبيق سره بيرته نورمالېږي ددي ازموينې د اجرا لپاره باید د دير زيات احتیاط خخه کار واخیستل شي.

د غذا د خورلو تاثيرات پر ECG:

د غذا د خورلو خخه وروسته د کاربوهایدریت خخه په غني غذا کې د نورمال زره باوجود هم ST انحطاط او د T د څې منفی والي منحنه راحي. د ECG دا تغييرات د پوتاشيم د داخليدو خخه د حجراتو داخل ته د glucose د داخل الحجري میتابولیزم په څئک کې منحنه راحي.

ایکو کارديو ګرافی

د التراسوند بواسطه د زره معاینې ته ایکوکارديو ګرافی ويل کېږي.

ایکو ديره محفوظه او غښتلی تخنيک دی چې د زره او رګونو د معایناتو لپاره پکار وړل کېږي د نوموري تخنيک زده کړه د طب محصلينو او ټوانو داکترانو ته ديره ضروري او لازمي ده خرنکه چې د ایکو مبحث دير زيات دی دلته یوازي په لنډه توګه د ایکو د تخنيک، کړنلاري، ډولونو او د ایکو د استطباباتو خخه په لنډه توګه یادونه کوو، خو ګران محصلين ورسه آشنايې پیدا کړي.

د دولونه: د خلور ډوله Echo خخه په عصری طبات کې کار اخیستل کېږي.

دزره معاينات

چې په لاندي ډول دي:

۱) (TTE) Trans Thoracic Echo Cardiography چې زيات مروج ده.

۲) .(TEE) Trans Esophageal Echo cardiography

۳) .Vessle Echocardiography

۴) .Strechs echo

د ایکو تخنیک:

په کلینیک کې د ایکو درې میتوده ډیر معمول دي:

۱) (دوه بعده) Cross sectional (2-dimentional) echo یا 2 D echo (دوه بعده)

۲) (motion) M-mode

۳) (مسلسل) Doppler

۱) 2: چې نوموري ایکو د انساجو ډېره لنډه عرضاني مقطع ورکوي که چېږي
د نوموري ایکو اجراء کیدل په چټکۍ او کامیابې سره د تلویزیون په صفحه اجراء
شي کولای شو چې د زړه د جوفونو، د سامونو او د وینې د رګونو حقيقی وخت معلوم
کړو. ددې لپاره چې 2 د خیال لاس ته راړو نو په دې صورت کې د التراسونډ شاعر
باید د هدف لاندې ساحې په عرض کې اجراء شي.

۲) motion mode: په دې طریقه کې د التراسونډ سکنالونه یوازې د ټو
خط په اورډوالې اجراء کېږي چې د متحرکو ساختمانو لپاره ډیر حساس دي چې په
دې کې یو ګراف رسیمېری چې د منکس شوو امواجو ژوروالي او قوت په موده یا
وخت کې مونږ ته نېي. د حرکاتو تغیر لکه د دسام بندیدل او یا د بطیناتو حرکات
دادې طریقې پواسطه معلومیدای شي.

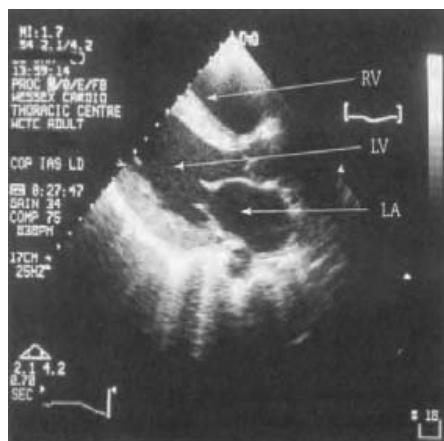
۳) Doppler Echo: چې په دې ډول التراسونډ کې د RBC د حرکت خخه انکاس
منځ ته رائحي چې په نوموري عملیه کې د سرعت اساسات تشريح کېږي چې د
منکس شوی التراسونډ فریکونسی نظر لیبدول شوی التراسونډ ته فرق کوي چې د
وینې د جريان حرکت او جهت پواسطه تعین کېږي د Doppler پواسطه تضییقات،
عدم کفایې، بطینې حجابي نقصان (VSD) او اذینې حجابي نقصان (ASD) پیژندل
کېږي. Doppler echo په درې ډوله ده چې په لاندې ډول ذکر کېږي:

دزره معاینات

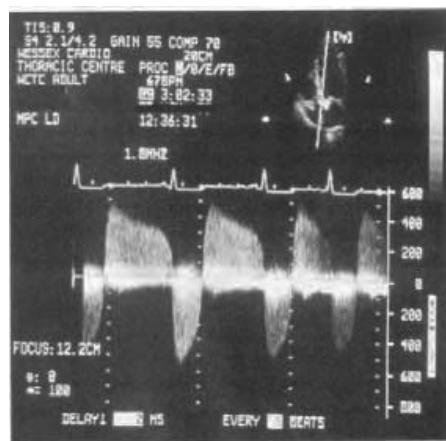
الف) Continues Wave Doppler: چې په دې Doppler کې دوه کرستلونه چې يو په پوله پسي توګه انتقالوي او بل پوله پسي توګه رانيسی موجود وي. نوموري تخنيک د هنه شيانيو د حرکت د معلومولو لپاره چې زيات سرعت لري پکار وړل کېږي.

ب) Pulsed Wave Doppler: په دې Doppler کې د جريان تشوش په يوه کوچنۍ ناحيه کې معلوميداۍ شي په دې طریقه کې يو کرستل استعمالېږي.

ج) د رنګه جريان نقش: دا يوه Automatic دوه بعده او ده چې په دې pulsed wave کې د وينې د جريان سرعت او جهت په مختلفو نقاطو کې محاسبه کېږي چې د وينې سرعت او جهت په رنګه ډول معلومېږي دلري ټکو سرعت په آبي رنګ او د نردې ټکو سرعت په سور رنګ معلومېږي چې همدي ته BART Convention (Blue ويل کېږي Red to Ward) ډير زيات چېک لرونکي جريان په سپین خيال ليدلاي شو.

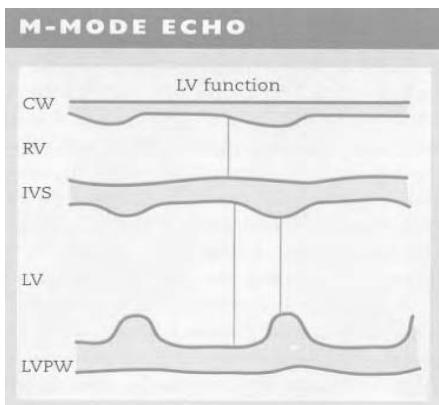


۳۸-۷. شکل دوه بعده ایکوکاردیوگرافی (۶)

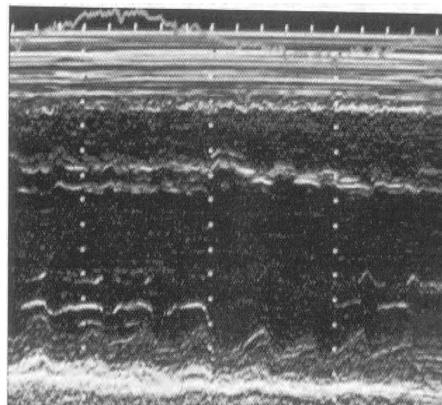


۳۷-۷. شکل Doppler التراسوند (۶)

دزره معاینات



(٤٠-٧) شکل شیماتیک M Mode



(٣٩-٧) شکل M Mode echo

د استطبابات: په لاندې ډول دي:

- ١) د دسام د وظيفي د معلومولو لپاره
- ٢) د چپ بطین د وظيفي د معلومولو لپاره
- ٣) شکمن Endocarditic
- ٤) شکمن pericarditis
- ٥) قلبی Temponade
- ٦) د پریکارد ناروغری
- ٧) د MI د احتلاطاو لپاره
- ٨) د شکمن کتلولپاره
- ٩) د زړه د اجوافو د اندازه کولو لپاره
- ١٠) د مخصوصي دسام د معانيې لپاره
- ١١) د قلبی بي نظمي په حالاتو کې
- ١٢) د نسي خوازړه د ارزیابی لپاره
- ١٣) د ولادي سوء اشکالو د ارزیابی په خاطر.

د زړه Angio cardiology او Catheterization

دزره معاينات

د زره په معايناتو کې Angiography Catheterization ستر مقام لري دا معاينه د دوو لارو خخه اجراء کيږي.

۱. د نبي خوا زره Catheterization او Angio cardio graphy : په دغه حالت کې يو کتیتر د ورید له لاري داخل نبي اذین، نبي بطين او ريوسي شريان ته د تلویزیون د تعقیب پواسطه رسول کيږي.

۲. د چپ خوا زره Catheterization او Angio cardio graphy : په دغه حالت کې يو کتیتر د فخذی شريان، عضدي شريان له لاري داخل او د ابهره له لاري چپ بطين چپ اذين ته د تلویزیون د تعقیب پواسطه رسول کيږي. د زره د Catheterization په وخت کې د زره د هري برخې خخه د ويني سمپل اخيستل کېږي او اکسیجن، کاربن داي اکساید اندازه پکې کتل کېږي. د بلې خوا په مطلوبه برخو کې د نومورې کتیتر له لاري کثيفه مواد زرق او عکس اخيستل کېږي چې په دې وسیله د بین البطيني او بین الاذيني حجابو Shunt معلوم او هم د قلبي جوفو او د میوکارد د رګو په برخه کې پوره معلومات تراسه کېږي همدا دول د قلبي جوفو، ريوسي شريان د فشار او دسامونو د وظايفو په برخه کې پوره معلومات حاصلېږي. په لنډ دول هغه معلومات چې د زره د Catheterization او Angio Cardio graphy خخه په لاس رائي په لاندې دول دي.

(۱) د زره د out put حسابوں

(۲) د shunt د سايز معلوموں

(۳) د منتصيق دسام د اندازې معلوموں

(۴) د ويني د جريان په مقابل کې د سبرو د اوعيو د مقاومت معلوموں

(۵) د زره د مختلفو جوفو د End diastolic فشار معلومو پواسطه د نومورو جوفو د وظايفو په برخه کې غير مستقيم معلومات تراسه کول.

(۶) د زره د مختلفو جوفو د اکسیجن د مشبوعیت د درجي د معلومو پواسطه د Shunt په برخه کې معلومات حاصلوں.

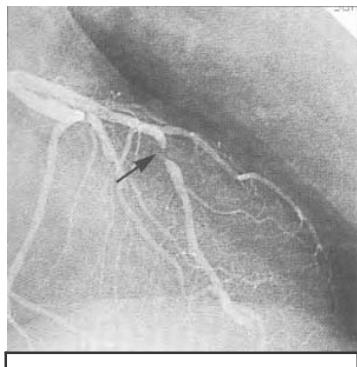
(۷) د مخصوص کتیتر له لاري د کثيفه موادو د زرق پواسطه په اکليلي شريانو کې او د نومورو شريانو په برخه کې معلومات تراسه کول.

دزره معاینات

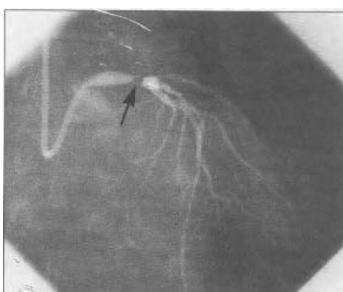
اکلیلی انجیوگرافی



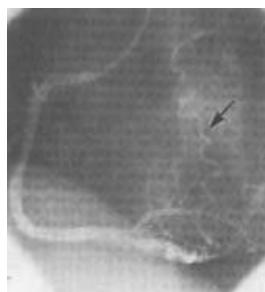
شکل ۴۲-۷. اکلیلکی شریان ناروختی (۸)



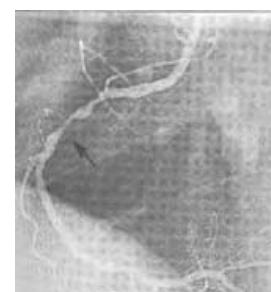
شکل ۴۱-۷. شریان LAD تضییق (۸)



د چب Main stem ناروختی (۸)



شکل ۴۴-۷. اکلیلی بندش د LAD شریان (۸)



شکل ۴۳-۷. اکلیلی شریان ناروختی (۸)

رادیوگرافیک معاینات:

د زره د جسامت موضعی او یا عمومی لویوالی د فلوروسکوپی Teleo orthodiaphygraphy او Roen goen genography پواسطه معلومیبوي د زره په ولادي آفاتو کې د زره د لوی والی او خارجى کتلې تشخیص د Angio Cardiography پواسطه صورت نیسي.

توموگرافی (planigraphy) د بطیناتو د لویوالی په تفریقی تشخیص کې يو د بل خخه پوره کومک کوي یاني ددې معاینې پواسطه د چپ بطین لویوالی د بنې بطین د لویوالی خخه په بنه شان یې توپیر کېږي. ډېره ساده طریقه چې د رادیوگرافی پواسطه د زره لویوالی په برخه کې معلومات ورکوي د سینې د عرضانی قطر او دزره د عرضانی قطر د نسبت خخه عبارت دی په دې طریقه کې د حجاب حاجز د بشکتنې برخې سره نېدې عرضانی قطر د سینې اندازه او هم د زره عرضانی قطر په هنه خای کې چې لوی وي د سینې د رادیوگرافی په فلم کې اندازه کېږي که دزره عرضانی قطر د سینې دنیمائی قطر

سره مساوي وي او يا ورخخه لوی وي. نو دزره په لويوالی دلالت کوي چې په نورمال حالت کې د زره عرضاني قطر د سينې عرضاني نيمائي قطر خخه کم وي د چپ زره په عدم کفایه کې Hemo dynamic تغیرات د سرو د وریدو د لور فشار خخه عبارت دي.
حُیني وخت د راديوجرافی پواسطه د چپ زره د عدم کفایې عالمې نظر اصنائی علامونه ډير مخکې ليدل کېږي کله چې د سرو د وریدو فشار د نورمال (5-13 ملي متره سيماب) خخه لور شي نو مايغ د اوعيو خخه د سرو بين الحاللي مسافو ته وحی او که دا حادنه پرمخ لاره شي نو د سرو د اذيمما سبب کېږي چې د راديوجرافی پواسطه کتل کېږي. د سرو بين الحاللي اذيمما د حجاب د ضخيم والي او لمفاتيك اوعيو پراخوالی منځ ته راوړي چې په Costopherenic زاويه کې د یو افتقي خط په خير معلومېږي (Kerly,B line). د زره د مختلفو جوفو پراخوالی د ارونده Silhouette د معشوش کيدلو او برجسته کيدو پواسطه معلومېږي. همدارنګه د مرۍ راديوجرافی د باريوم پواسطه چې د سينې راديوجرافی په جنبي ډول ورسه یو خاي واخیستل شي نو د چپ اذين د جسامت په معلومولو کي پوره مرسته کوي. د سينې جنبي راديوجرافی د متال او ابهر دسامونو د PA Calcification په برخه کې پوره لارښونه کوي چې دا Calcification راديوجرافی کې د ستون فقرات پواسطه معشوش او بنه نه معلومېږي.

پرمخ تللي تغیرات (Hazy opacity) چې د ثري خخه د سرو د محیط په طرف او پلورائي انصباب په راديوجرافی کې په واضح ډول ليدل کېږي.

دزره په ولادي ناروغيو کې چې د چې نه دنبي خوا له لور شنت ورسه وي د ريوسي شريان پراخوالی د ريوسي وينې د جريان د زياتولي له کبله منځ ته رائي او په راديوجرافی کې ريوسي شريان پراخه او په سرو کې وعائي نسي په برجسته ډول معلومېږي همدا ډول ريوسي فرط فشار د ريوسي شريان د پراخوالی سبب کېږي او په راديوجرافی کې پراخه معلومېږي.

(scanning) :Radioscopy

د زره په راديوسکوپي کې د زره ضربانونه او د دسامو Calcification په واضح ډول د سترګو له مخي معلومېږي د زره د راديوسکوپي خخه د Pace maker په نصب کولو او دزره په Catheterization کې کار اخیستل کېږي.

اتم خپرکی

د هضمی جهاز کتنې

تاریخچه:

د داخل بطني ناروغيو په تشخيص کې مهمن رول لري درد په هضمی ناروغيو کې مهمن او خرگند عرض دی د درد د اعراضو پوره تshireح او د پوره تاريچې په اخیستلو چې لابراتواري کتنې ورسره يو ظای وي ډاکتر صحیح تشخيص ته رسوي که چيرې تاريچه مکمله نه وي او غیر مناسب ازمونې اجرا شي نو په نتیجه کې تداوي نيمګړي او د تشخيص ستونزې رامنځ ته کېږي.

د هضمی سیستم اعراض: د هضمی سیستم اعراض ډېر زیات دي چې د مهمو اعراضو خخه په لاندې ډول یادونه کېږي:

۱. د خولې درد
 ۲. د بلعې مشکلات
 ۳. زړه بدوالۍ Nausia
 ۴. کانکې Vomiting
 ۵. د ګیدې درد
 ۶. د زړه سوزش
 ۷. سوء هضم
 ۸. بې اشتھایي
 ۹. د وزن بايلل
 ۱۰. د ګيدې توسع
 ۱۱. د مقعد خخه د وینې راتلل
 ۱۲. زیرې
- چې د هضمی جهاز اعراض په مفصله توګه په ۱-۸. جدول کې نبودل شوي دي.

۱-۸ جدول: د هضمی جهاز اعراض :

ارگمی او نفح (Belching and Flatulence)	وچه خوله (xerostomia)
هتکی (Hiccup)	زیاتې لاری (water brush)
زړه بدوالی او کانکې (Nausia and Vomiting)	دردناکه شونډې، ژبه، خوله
بې اشتهايی او د وزن ضياع (Anorexia and weight loss)	د بدې مزې احساس (Dysgeusia)
قئ شوي وينه (Hematemesis)	بد تنفس (halitosis)
تور قير ډوله غایطه مواد (Melena)	د کتلې یا پرسوب احساس په ستونې کې (Globus)
بطنی درد (Abdominal distention)	دردناکه بلع (odynophagia)
قبضت او اسهال (Constipation and diarrhea)	په سختی بلع (Dysphagia)
زېږي (Jaundice)	د قص شاته د سینې درد
خارښت (pruritus) Itch	سوء هضم (Dyspepsia)
تور رنګي ادرار (Bilirubinuria)	

کله کله داسې هم کیدی شي چې د هضمی سیستم ناروغۍ د تالي مشخصاتو لکه وينه لږې پواسط رامنځ ته شي کله کله داسې هم کیدی شي چې ناروغ د شرم او یا کوم بل علت له کبله مهم اعراض لکه معدی خون ریزې پته وساتې نو ډاکټر برسيره له دې خخه چې د ناروغ شکایتونو ته په غوره سره غور و نیسي باید د هضمی سیستم د نورو ناروغیو په باره کې هم پلټې وکړي داسې هم کیدی شي چې کله کله بطنی اعراض د روحي او روانې ناروغیو له کبله هم منځ ته راشې.

۱. دردناکه خوله:

د شونډو، ژبي او د خولي د مخاطي غشاء درد ډير زيات لاملونه لري چې په دې کې Fe, VitB12 او folate کموالي، جلدی تشوشات، دواګاني، Ophtous قرحة او انتاني شامل دي. چې دردناکې خولي عمومي لاملونه ۲-۸ جدول کې نسودل شوي Stomatitis دی. هضمی تشوشات چې د خولي قرحة ورسه یو ځای وي Inflammatory Bowel disease (IBD) او gluten enteropathy ته فکر کېږي که چيرې ناروغ د ارجاعي وړوکې دردناکه قرحاتو چې د Menarch په وخت پیدا شوي وي او د حیض په وخت عود کوي

او همدا چول د کورنې تاریخچه يې هم مثبته وي نو په دې صورت کې idiopathic ophthous قرحاو باندي دلالت کوي.

۲-۸. جدول: د دردناکې خولي معمولي لاملونه: (۷)

Idiopathic انتانات	د خولي متكرر Aphthous
د غابسونو ضربه Lukoplakia,dentures، کارسينوما	د خولي متكرر Aphthous
د سيسميک تشوشاتو دوي اي حساسيت له سلفونمايد، طلا، cytotoxic، د اوسيپني، folate او vit B12 کمي، لوکوبنيا، حاده لوکيميا، Reiter syndrome، کرون ناروغۍ، تقرحي celiac colitis او ناروغۍ	د غابسونو ضربه Lukoplakia,dentures، کارسينوما
د پوستکې د تشوشاتو Pemphigus, pemphigiod, Erythema multi form volgaris, lichen planus	د سيسميک تشوشاتو دوي اي حساسيت له سلفونمايد، طلا، cytotoxic، د اوسيپني، folate او vit B12 کمي، لوکوبنيا، حاده لوکيميا، Reiter syndrome، کرون ناروغۍ، تقرحي celiac colitis او ناروغۍ

۲. عسرت بلع: Dysphagia

د بلع په عملیه کې Enteric Vagus, Glossopharyngeal.N, brain stem عصب ، او د مری ملسا عضلات شامل دي د بلعې عکسه د خولي د مرحلې خخه چې موئي بلعوم ته رسوی شروع کېږي بلعومي مرحله چې د حنجري په تړو د پورتنې بلعومي معصرې په استرحا او په تعقیب يې د بلعوم د معصرو پوله پې تقلسات چې مری قدام ته تیله کوي او اخري مرحله يې Esophageal د چې په دې کې د مری استداري تقلسات او د (LES) lower Esophageal spincter لکه د چې د بلعوم په وخت کې پیداکړي ياني Odynophagia د مری په التهابي تشوشاتو لکه condidiasis، esophagitis، peptic، Herpes simplex، قرحاو، peptic， وړوسته د مایع غذائي موادو په وخت کې هم پیداکړي. هغه عسرت بلع چې د مایع موادو په واسطه شروع کېږي داد یو عصبي تشوش بشکارندوى ۵۵. موضعی عسرت بلع چې د Cricoid غضروف په سویه وي کیدی شي د تومور، تکوالۍ، بلعومي Pouch یا په عکسوی چول د بسكتنى مری د امراضو په واسطه منځ ته راشي عسرت

بلغ کیدی شی ورو ورو پر مخ ڭگ وکری یا په وقفوي چول وي چې یوازې د غتې مړي لکه د غونبې د بلعې په وخت کې پیداکړي.

هنه عسرت بلع چې د قص هډوکې د بشکتنې برخې په سوبه وي نو په دې حالت کې د مری د بشکتنې برخې امراضو ته لکه تومور، Achalasia او یا peptic esophagitis ته فکر کېږي. عسرت بلع کیدی شی چې دردناکه او یا بې درده وي بې درده عسرت بلع د مری د denervation له کبله وي چې د تومور په واسطه منځ ته راحي که چیرې ناروغ بلعومي ولري نو ډير مخکنۍ خورل شوي غذايی مواد به پکې موجود وي که چیرې ناروغ pouch وله Achalasia ولري نو په دې صورت کې به ناروغ ته د شپې له خوا ټوهئ او امکان لري چې چې په دې حالت کې ناروغ په خپل ستوني کې د یوې کتلې احساس کوي او د غذا سره ټراو نلري او د روحی فشار په له منځه تلو سره له منځه ځې.

۳-۸. جدول: د عسرت بلع معمول لاملونه: (۷)

دردناکه خوله او ستونی	
○ د خولي متکرره apthous	قرحه
Quinsy, Tonsilitis	تبه، Glandular
عصبي	
○ فلح Pseudobulbar	Bulbar
عصبي عضلي	
Myasthenia gravis, achalasia, systemic sclerosis	
بندش	
○ د مری کارسینوما، د معدي کارسینوما، Peptic	تنکوالی
○ بھرنې بندش لکه قصبي کارسینوما	

زړه بدوالی او ګرځون:

د زړه بدوالی او ګرځون یو ځای موجودیت د پورتنی هضمی جهاز د تشوشاتو لپاره مهم عرض دی په ډیرو حالاتو کې د ګرځون خخه مخکې زړه بدوالی موجود وي مګر په ځینې حالاتو کې کله د داخل قحف په تومور کې د زړه بدوالی خخه مخکې ګرځون موجود وي. ګرځون یا کانګې کیدی شی چې په شدیدو دردونو کې لکه کلیوی او یا صفراوی کولیکو او یا د زړه په احتشاء کې موجود وي همدارنګه کانګې کیدی شی چې د سیستمیک ناروغیو، استقلابی تشوشاتو او یا د دواګانو په واسطه منځ ته راشی ګانګې کیدی

شي قصداً وشي لکه په Bulemia Nervosa او Peptic ulcer کې د معدې د خروجې دروازې په بندش کې کانګې Projectile شکل لري او د معدې محتوبات دير زيات وي او صفرا پکې موجوده نه وي که بندش د پايلور په بشكتنى برخه کې وي په کانګو کې ورسره صفرا هم موجوده وي او که بندش د کولمو په بشكتنى برخه کې وي نو په دي صورت کې به گيدهه متوعن وي او د کولمو Colic موجود وي.

گرځون په حاد هضمی تشوشا تو لکه حاد Hepatitis, cholecystitis, gastroenteritis او pancreatitis کې هم پېښېږي، په همدې توګه د کانګو د اندازې، رنګ، بوی، شمير، وخت په هکله پوره تفنيش اجراء شي که چيرې د کانګو محتوي زېر او تريخ خوند ولري د صفرا په موجوديت دلالت کوي. او که چيرې د کانګو د محتوي رنګ او بوی د تشخيص وړ نه وي نو يا به د achlorhydria په موجوديت او يا به د کانګو محتوي د مرۍ خخه بيرته گرځون کړي وي. بد بویه کانګې د پايلور په بندش، کارسينوما او يا معدې معائي فستول کې موجودې وي.

هغه کانګې چې د غایطه موادو بوی لري يا به د وړو کولمو د بشكتنى برخې په بندش او يا د کولون په بندش باندي دلالت کوي. همدارنه که په کانګو کې د وينې موجوديت ته خاصه توجه وشي، روښانه سره وينه معمولانه بلعوم او مرۍ د تحرباتو خخه منځ ته راخي په کانګو کې توره سره وينه د مرۍ د varices او يا peptic varices او په قرھاتو خخه منځ ته راخي.

د پورتنې هضمی جهاز په وينه توبيده کې د گرځون رنګ سور ته ورته نصواري رنګ Caffee ground وي چې د معدې د تيزاب په واسطه هيموګلوبين په اسيد Hematin باندې بدليې. چې په لاندې جدول کې د melena او Haematemesis د معمول لاملونه بشودل شوي دي:

۴-۸. جدول: د Hematemesis او melena د معمول لاملونه: (۷)

لامل	
%۳۰	د معدې قرحة
%۲۰	د اثناعشر قرحة
%۳۰	Gastritis تحرشې
%۱۵	د مرۍ التهاب Mallory weiss خيري کيدل
%۲	د مرۍ او معدې وریسز
%۲	د هضمی جهاز د پورتنې برخې خبات

بې اشتھایي او وزن بايبل:

د بدن د مایعاتو له لاسه ورکول د هر لامل له كبله لکه د مدرراتو استعمال کولاي شي چې په چېک او dramatic دول د وزن د بايبلو لامل شي له بله طرفه وزن بايبل کيدىشي چې دواړو شحمي او غیر شحمي کتلو د کموالي له کبله منځ ته راشي د وزن بايبل عموماً د زيات مصرف او کم اخيستو له کبله منځ ته رائي. چې په دې کې غذايي پرهيز (Diet)، بې اشتھایي، سوء جذب شامل دي د انرژي له لاسه ورکول په کتنې وړ ګلوكوزوريا کې منځ ته رائي. د انرژي زياتیدونکي مصرف يا ضياع په Hyper thyroidism، تبه او یا زيات انرژيتیک ضرورت په صورت کې منځ ته رائي لکه خرنکه چې 7000kg معادل د 1kg انسان د شحمي نسج سره دې که چيرې يو انسان په ورڅ کې 1000 کيلو کالوري ضياع کړي نو په دې صورت کې نوموري 1kg وزن په هفته کې له لاسه ورکوي.

زيات ناروغان خپل د وزن د لاسه ورکولو تاریخچه داکتر ته وايي مګر برعکس زيات ناروغان ددي ورتیا نلري چې خپل د لاسه ورکړي وزن خپل داکتر ته ووايي. ناروغ خپل د وزن بايبل د ځان د کاليو په واسطه داکتر ته وايي یاني اندازه یې خپل معالج داکتر ته بشائي که چيرې ممکن وي باید د پخوانۍ ثبت شوي ریکارد په واسطه چې خپل ځان یې وزن کړئ وي معلوم کړو چې ایا ناروغ وزن د لاسه ورکړي او که نه؟ آیا د وزن په بايبلو څومره وخت تیر شوي دی؟ آیا ناروغ اشتها لري او که نه؟ د وزن بايبل د غذايي موادو په عدم موازنې کې هم منځ ته رائي. په شپرو میاشتو کې د 3kg وزن له لاسه ورکول د اهمیت وړ خبره نه ده هغه وزن بايبل چې د بې اشتھایي او نورو هضمی اعراضو سره يو ځای وي شاید د کومې مهمې هضمی ناروغۍ خخه نمایندګي ونه کړي لکه په depression کې. دوزن بايبل په فزيکي، روحي او اجتماعي عواملو پوري هم اړه نيسې. په ژور خفگان، او مزمن الکولیزم کې په معمول دول د وزن بايبل موجود وي هغه وزن بايبل چې په یوه بالغه بنځه کې ولیدل شي او Amenorrhea ورسره يو ځای وي نو په دې حالت کې به ناروغه Anorexia Nervosa ولري برسيره ددې چې معالج داکتر د وزن د بايبلو اصلې لامل معلوم کړي باید د ناروغ اجتماعي سلوک او ژوندانه خرنکوالې په هکله هم تحقیق وکړي.

د گېدې د درد:

دا د هضمی جهاز د ناروغیو یو معمول عرض دی کله چې د ناروغ تاریخچې ته غور ددو بايد د ناروغ خخه اضافي پونتنې ھم وشي. هغه درد چې په تاق هضمی احشاوو کې موجود وي معمولاً په متوسط خط کې حس کېږي د ناروغ خخه بايد د درد د موقعیت او د انتشار ناحیه وپونتل شي. د درد مشخصات، د درد پینبیدو شمیر، دواام او د حملې وخت په تشخيص کې اهمیت لري هغه دردونه چې دیر شدید وي شاید د خارج هضمی سیستم د امراضو سره یو ھای وي هغه بطني درد چې د توخي او حرکت په واسطه زیاتېری د مرض منشا زیاتره ددې په واسطه معلومېږي. چې په ۴-۸ جدول کې د بطني درد خلور معمول تشوشات چې د ګلنيکي لوحې له مخي په تفریقی تشخيص کې رول لري پوره معلومات ورکړل شوي دي.

د درد موقعیت:

حشوی بطني دردونه د منځ خالی اعضاوو د پراخوالی، د mesenteric کشش او یا د ملسا عضلاتو د شدید تقلص له کبله منځ ته راخی سمتیک عصب حشوی دردونو ته هادی مدی د پارا سمپاتیک اعصاب الیاف د درد احساس ته هادي نه دي د جداري پریتوان سوماتیک درد اصلی ھای چې د نومورې عضوی د تخريش له کبله منځ ته راغلي وي د بین الضعی عصب په واسطه انتقالېږي چې جداري پریتوان او د گېدې د جدار اړوندې برخې یې تعصیب کړي وي ھینې حاد تشوشات همیشه یو طرف حس کېږي مکرو نور یې دوه طرفه حس کېږي. په ھوان نارینه کې کله چې درد یو طرفه وي بايد Epidyemo دو او د خصیو د تاویدو torsion سره بايد تفریقی تشخيص شي. په ھوانو بنخو کې کله چې د یو طرفه orchitis salphangitis شک موجود وي بايد ectopic pregnancy او همدارنګه د نېۍ iliacfossa د حاد درد په وخت کې Appendicitis له نظره ونه باسو. (۷)

د درد د پینبیدو چټکتیا:

د گېدې ناخاپې شدید درد چې په تیزی سره پرمخ ٹک وکړي ثابت وي او generalized شکل ولري نو په دې صورت کې د بطني احشاوو سوری کیدل، د ابهر د انوریزم خیری کیدل او یا به د مثاریقی شريان بندش موجود وي.

د گېدې پخوانی تاریخچه د ناروغې په تفریقی تشخيص کې مرسته کوي لکه مخکنی قبضیت دکولون په کارسینوما او مخکنی رتجی ناروغې شاید دسوري کیدو لامل شي. محیطي وعایي ناروغې، لور فشار، قلبې عدم کفایه یا اذینې فبریلشن یو وعایي تشوش لکه د ابهر انوریزم يا د مثاریقی ischemia منځ ته راولې شي. د گېدې د درد خخه وروسته د شاک منځ ته رائک د داخل بطني خون ریزې لکه د ابهر د انوریزم خیریدل يا ectopic

حمل له کبله منځ ته راخي د چټک بطني درد پیداکیدل عموماً په تاویدو کې ليدل کېږي
لكه د خصيو او يا د تخدمان تاویدنه. د بطني بطني درد منځ ته راټک او وروسته پرمخ ټک
کول په التهابي حالاتو لکه cholicystitis Apendicitis,diverticulitis کې ليدل کېږي.

(٧-٨) جدول: د بطني دردونو تغريقي تشخيص:

د پیتورګي کولیک	د پانقراس حاد التهاب	صفراوي کولیک	Peptic قرحه	
تشي	Epigastirc Hypochondrium	، بشی Hypochondrium	Epigastric	موقعیت
بنکته تناسلی برخې او زړانه ته	شانه شاید تول بطن ونیسي	د بشی طرف کتف زاویې ته	شانه	انتشار
ثابت د کمې اندازي تغيير سره	ثابت	ثابت	خیروونکۍ	خاصیت
شدید	شدید	متوسط	عادی	شدت
٢٤-٤ ساعته	زیاتر د ٢٤ ساعته	٢٤-٤ ساعته	نیم تر دوه ساعته	دوانم
dehydration د په وخت	وروسته د زیات خباک خخه		معمولًا د شې او یا کله چې ناروغه وړی وي	پښیدو وخت
	الکول	د درد په وخت د خه شي خورلو تون نه لري	صاله داره غذا، روحي فشار، الکول، سکرت خکول او د aspirin خخه عبارت دي	تشدیدکوونکۍ فتکورونه
	نیغ کیناستلو سره ارامېږي		غذا، انتي اسید او گانګي	اراموونکۍ فتکورونه
Dehydration hyperurecemia hypercalcemia	صفراوي تېږي، دواګانې (دیورتیک، الکول او hypercalcemia)	د صفراوي مالکو تشوشات، چاقې او ونې hemolytic کمې	Helico bacter pylori چې د ګاستراتیس سره يو خاي وي	علتونه

د اعراضو پرمختګ:

په ځینې ناروغانو کې چې ت نقې ولري وروسته د دوه یا زیاتو ساعتو ناروغ یوه ارامه انقالی
صفهه حس کوي په appendicitis کې په اول کې درد د نامه په شاوخوا کې حس کېږي
که چېږي د سورې کیدل صورت ونيسي د عمومي appendix peritonitis لامل ګرځي.

د زړه سوزش:

ډیر کسان د زړه سوزش خخه ګیله مند وي او ځینې ناروغان ارګمی کوي چې د قص د هپوکی شاته سوزش چې تروشه معذوي عصاره ورسره یو ځای وي خولې ته راګرځی نوموری عرض وروسته د غذا د خوراک خخه چې ناروغ په چپ طرف پروت وي یا د امیندواری په دوران کې او یا کله چې ناروغ زیات وزن واخلي لیدل کېږي.

د زړه سوزش د معدې د تیزاب، صفرا او pepsin د بیروته ګرځون له کبله چې د سفلی مری د معصرولي عدم کفایې یا د داخل بطني فشار د زباتوالی له کبله وي منځ ته راځي زیاتره ناروغانو کې چې د زړه سوزش لري د esophagitis په وخت کې esophagoscopy نه لیدل کېږي د esophagitis په وخت کې dysphagia او odynophagia په ناروغ کې موندل کیدی شي. د زړه سوزش عموماً د اثنا عشر د قرحي په ناروغانو کې لیدل کېږي کله چې د زړه سوزش د water brush سره یو ځای ولیدل شي نو زیاتره د اثنا عشر قرحي ته فکر کېږي.

سوء هضم:

بد هضمی د ګیدې د ناروغانو یو معمول شکایت دی دا مهمه د چې ناروغ د نومورې نامعلومې مادې په باره کې تفصیلات خپل معالج داکټر ته وړاندې کې. کیدی شي چې بدھضمی د ناروغ له خوا په زړه بدوالۍ، ارګمی، دزړه سوزش، شرصوفی ناځتي د ګیدې درد او یا د غذا خخه وروسته د ګیدې په پرسوب توصیف شي peptic قرحت معمولاً نوموري اعراض ورکوي. وظیفوی بدھضمی چې د هنې لپاره ساختمانی یا بیوشمیک لاملونه ونه موندل شي ډیر عام دی.

نفح او باد:

متکرر ارګمی، زیات یا بدبویه مقعدی باد، د ګیدې توسع او د کولمو د حرکاتو اواز (Borborygmi) ته نفح یا باد ویل کېږي. ارګمی یا Belching د هوا د بلغ خخه پیداکړې چې د ناروغ په اراده کې نه وي منځ ته راځي ارګمی په خپل ذات کې دوهره مهم عرض نه دی کیدی شي چې د تشویش او یا د ګیدې د ناځتي په وخت پیداشې د نفح او باد اندازه د مقعد له لاري د یو سپی نه بل سپی ته فرق لري لیکن اندازه بې 200-2000 ملي لیتر په ورڅ کې فرق کوي نفح او باد معمولاً د هوا د بلع او د هنې غذائي موادو د تχمر خخه چې د باکتريائڪانو په واسطه چې په کولون کې موجود وي منځ ته راځي همدارنګه نفح او باد د سوء جذب سندروم او lactose په عدم موجوديت کې هم منځ ته راځي زیات نفح او باد د lactose په عدم موجوديت کې لیدل کېږي د

نفح او باد عدم موجودیت د کولمو په انسداد کې لیدل کېږي د اوازونه borborygmi چې کله کله ناروغ د هغه په واسطه د شرم احساس کوي د مایعاتو او گازاتو د حرکت خخه د کولمو په اوردوالي کې منځ ته رائي.

د ګیدې پرسوب:

د ګیدې د پرسوب اساسی لاملونه (5F) دی چې عبارت دیله Fat, Flatus, Feces, Fluid او خخه د ګیدې زیاتیدونکي توسع چې د شحم له کبله وي نو داکتر باید دی ته متوجه وي چې ناروغ حتماً الکول څښونکي دی که چیرې د ګیدې توسع په هغه ناروغانو کې ولیدل شي چې ورڅ په ورڅ خوارېږي نو په دې حالت کې داخل بطني ناروغیوته فکرکېږي Ascitis. چې په داخل د پریتوان کې د مایعاتو د تجمع خخه منځ ته رائي معمولاً د ټیکر سیروزس، خباثت، نفروتیک سندروم ، توبرکلوزیک پریتونالیتس او د زړه د ناروغیو له کبله صورت نیسي. د چټک او سخت Ascitis منځ ته راټګ په داخل بطني خباثت ، انتانی peritonitis او یا د ھپیاتیک او یا د باب ورید په بندش کې لیدل کېږي د ګیدې بې درده توسع په بنحو کې معمولاً په ovarian cyst یا ناپېژندل شوي حمل کې لیدل کېږي همدارنګه نومورې توسع په کاذب انسداد (غیر میخانیکي انسداد) چې کله کله په Neuropathy کې چې هضمی کانال یې مصاب کړي وي په زړو کسانو کې چې Anti cholenergic دواکانې لکه Tricyclic Antidepressant اخلي هم لیدل کېږي. د ګیدې بې درده توسع او قبضت چې د ماشوم توب د لومړيو وختو خخه پيل کېږي معمولاً Hirschprung ناروغی خواته فکر کېږي د ګیدې تموجي پرسوب چې په ورڅ کې زیاتېږي تراوسه پوري د کومي عضوي ناروغی عرض نه دی حساب شوي او عموماً په بنحو کې لیدل کېږي دا معمولاً نورو اعراضو د IBS سره یو ځای واقع کېږي او د تعوط د فعل سره له منځه ټي. د ګیدې دردناکه توسع چې Colic هم ورسره یو ځای وي د کولمو په انسداد کې لیدل کېږي که چیرې مزمن ساده قبضت د (IBS) Irritable bowel syndrome سره یو ځای نه وي نادرأ د ګیدې دردناکه پراخیدو لامل ګرځي. د ګیدې د پرسوب لاملونه په لاندې جدول کې بنودل شوي دي.

۶-۸. جدول: د ګیدې د پرسوب لاملونه: (۷)

ناروغی ته فکر کول	فکتوروونه
په زیاته اندازه د الکولو لکبست یا مصرف	شحم
کاذب بندش، بندش	Flatus
تحت الحاد بندش، قبضت	غایطه مواد

د هضمی جهاز کتنې

د تخدمان او یا رحم کتله، د مثاني غتوالی، ascitis	مایع
د وروستي حیض د وقفي تاریخ	جنین

د تعوط په فعل کې تغیر او یا بدلون:

د تعوط فعل د خو حلو نه په ورخ کې نیولی تریو حله په درې ورخو کې فرق کوي د تعوط د فعل تغیرات شاید د خطرناکې ناروغۍ اولنې عرض وي قبصیت د ناروغ له خوا د کلکو غایطه موادو خارجیدل، کم تعوط کول او د تعوط په وخت په چېرو زور وھلو باندی تشریح کېږي. اسهال شاید ناروغ له خوا د زیات تعوط کول، د نرم او اوبلن غایطه موادو ایستل، ژر ژر تعوط کول او دوامداره د تعوط عمل سره رسول دي.

۷-۸. جدول: د اسھالاتو غوره لاملونه: (۷)

حد:	<ul style="list-style-type: none"> - انتانی گسترو انتراتیس - دواګانې (خاصتاً انتی بیوتیکونه)
مزمن:	<ul style="list-style-type: none"> - (IBS) Irritable bowel syndrome - د نس التهابي امراض - د کلو برآزېتې ناروغۍ لکه giardia - دوايې تداوي لکه د استعمال Laxative - سوء جذب سندروم - (خاصتاً د شکري ناروغۍ) Autonomic, Neuropathy - Feacal impaction - د غقو کولمو او مقعد خباثت - میتابولیک تشوشات لکه تایروتوکسیکوزس
دو:	<ul style="list-style-type: none"> -

۸-۸. جدول: د قبصیت غوره لاملونه: (۷)

د غذايې فايبرو نشتوالی	<ul style="list-style-type: none"> - د نس تحرشي سندروم - دوايې تداوي لکه د افیون خورل - معائي انسداد - عدم تحرکيت او تمرين
میتابولیک تشوشات لکه هایپوتایرووییدیزم، Hyper calcemia	

٩-٨. جدول: د غایطه موادو د رئک وصفی ابنارملتی:

په پورنۍ معدی معانی نزف کې (melena) (د نړدې مستعرض کولون ته) لکه د peptic قرحة، د سیکوم Anyiodysplasia د اوسپنی او بسموت اخستل	❖ د قیر په شان قور غایطه مواد
تقرحی colitis، د مقدع او غتبو کلمو تومورونه، د غتبو کلمو رتجي التهاب	❖ وینه لرونکي غایطه مواد
د غورو سوء جذب (steatorrhea) چې د وړو کلمو د ناروغیو او یا د پانکراس د ناروغی له کبله وي	❖ حاسف
د Seatorrhea او معدوي معانی نزف د یو خای والی خخه ګډوالی، چې د پانکراس په کارسینوما کې وي	❖ سپین زربن Sivery

د IBS معمول لامل د تعوط د فعل په تغیر کې دی چې نوموري سندروم په هنه ناروغانو کې چې عمر یې د ٥٠ کلنې خخه کم وي لیدل کېږي چې معمولاً اعراض یې عبارت دي له قبضيت او اسهال ضمنې پېښې چې د بطن پراخیدنه او د ګېډې وقفوی درد چې د تعوط د عمل په واسطه له منئه خې کیدی شي چې IBS غیروصفی اعراض لکه dyspepsia د تبول فریکونسی، د ملا درد او خستگی ولري. په همدي توګه د ناروغ په ګلنيکي تاریخچه کې داسهالاتو په هکله مهمې پوبنتې وشي چې د اسهالاتو لاملونه ۱۲-۸ او ۱۳-۸ جدولو کې بسodel شوي دي او هم د ناروغ خخه باید د دواګانو د خورلو په باره کې پوبنته وشي لکه مګنیزیم لرونکي انتی اسید او mefanimic acid چې د اسهال لامل tricyclic anti codine sulphate او چې denressant د قبضيت لامل ګرځي پلتنه وشي همدا دول د ناروغ خخه د قبضيت په هکله پوبنته وشي چې په ۱۴-۸ او ۱۵-۸ جدولو کې بسodel شوي دي باید د غایطه موادو رئک، بوی، ګلکواли په هکله د ناروغ نه مفصل معلومات راټول شي همدارنګه باید معالج داکټر د ناروغ د خولي محلې لغاتونه چې ناروغ پري وپوهېږي استعمال کړي په غایطه موادو کې د وښې او محاط د موجوديت په هکله باید پوره پلتنه وشي که ممکن وي باید د ناروغ غایطه مواد د معالج داکټر له خوا وکتل شي چې په دې صورت کې داکټر کولی شي، حلقوی چنجيان، پلن چنجيان او د کخ چنجيان او همدارنګه رئک او بوی یې ګوري.

مقددي وينه بهيدنه:

باید د مقددي وينه بهيدني اصلي لامل معلوم شي چې معمولاً نوموري عرض په بواسير او مقددي درزو کې ليدل کېري چې نوموري دواړه ناروغری دومره سره نبدي دی چې باید په غير له ثبوته په سطحي ډول ورباندي فیصله ونه شي. باید د Colorectal کارسینوما، تقرحي Colitis او اختلاطي diverticulitis تر منح تفریقي تشخیص اجرا شي. هغه وينه بهيدنه چې د مقددي کانال خخه وي روبنانه سور رنگ لري د غایطه موادو سره ګډه نه وي او ګله د تشناب کاغذ له پاسه ليدل کېري د بواسير وينه بهيدنه زیاته وي او د تشناب په کاغذ روانه وي او د تعوط د فعل خخه وروسته جاري وي هغه وينه بهيدنه چې د مقددي درزو سره موجوده وي په دي حالت کې مقددي درد د تعوط په جريان او وروسته د تعوط خخه حس کېري. Colitis هميشه د urgency سره یو ځای وي. په همدي توګه په colitis کې نه جور شوي غایطه مواده ويني، مخاط او قبح سره یو ځای خارجېري. د کولون کارسینوما او ادينوما دواړه د زييات مخاط د تولید لامل ګرځي، د هضمی سیستم په کانال کې خون ریزی د ضعف، شاک او د مزمنې وينه لپې د اعراض سره یو ځای وي. د روبنانه سري مقددي وينې لاملونه په لاندي جدول کې بشودل شوي دي.

۱۰-۸. جدول: دروبنانه سري مقددي وينې لاملونه: (۷)

○ مقددي بواسر ، دکولون خائت
○ مقددي درزونه د نس Bowel التهابي امراض
○ مقددي کولوني پولیپونه
○ اختلاطي رتجي ناروغری Ischemic colitis

زېړۍ:

زېړۍ د زييات بيلوروبين د موجوديت له کبله د وينې په دوران کې منح ته راخي بلوروبين په زياته پيمانه د hemoglobin د تخريب له کبله په RES سیستم کې منح ته راخي چې unconjugated بيلوروبين چې د البوبين سره یو ځای وي نشي کولي چې د تشو ميتيازو له لاري اطراح شي وروسته د ځيګر د ګلوکولورينديشن خخه bilirubin diglucoronide د صفراوي قناتونو له لاري هضمی کانال ته داخليري او هلتنه د مايكروفلورا په واسطه په urobilinogen باندي بدليږي، په صحتمند سري کې urobilinogen بيرته د بابي لاري څخه د وينې دوران ته داخليري او د پستورګو په واسطه اطراح کېري که چيرې د صفراوي لاري بندش موجود وي نو په اوبو کې منحل بيلوروبين داي ګلوکورونايد بيرته د وينې دوران ته جذبيږي او د پستورګي له لاري اطراح کېري.

زېړی کیدی شي چې hemocytic، کبدی حعروی او یا انسدادی منشاء ولري.
کبدی حعروی زېړی: په کبدی حعروی زېړی کې وصفي اعراض مشتمل دي په بي
اشتهايې د خوې د مړی خرابوالی، دلبدي، استفراق او د بطن د علوی برخې درد چې
زياتره د ځیګر حساسیت ورسه یو ځای وي.

ډیر معمول لاملونه یې عبارت دي له ویروسی هیپاتایتس، کیمیاوی هیپاتایتس (چې د
الکول په ناوره استعمال او دوايی تداوي کې لیدل کېږي)
انسدادی زېړی: وصفي اعراض یې عبارت دي له خاربشت، تور ادرار، او حاسف غایطه
مواد. انسدادی زېړی عموماً د صفراوي لارو د بندش له کبله چې خارج کبدی منشا لري د
صفراوي تېرو او یا د پانکراس د کارسینوما له کبله منځ ته رائحي.
چې په لوړۍ کې ناروغ د تې، سړه لري، صفراوي کولیک او یا د پخوانی صفراوي
عملیاتو څخه شاكۍ وي، په وروستني حالت کې په ناروغ کې مژمن معنده د ملادرد، اود
جس وړ صفراوي کڅوړه موجوده وي داخل کبدی بندش ډير زیات د الکولو په ناوره
استعمال، دوايی تداوي او لوړني بیلیری سیرووزس کې لیدل کېږي چې په بیلیری
سیرووزس کې پرمخ تللى خاربشت موجود وي.

فریکی کتنی

د هضمی سیستم په فریکی معاینه کې د خولی د جوف، بطن او مقعد معاینات شامل دي
د خولی د جوف معاینه:

د خولی په فریکی معاینه کې باید لاندې شیان وکتل شي:

۱. د شونډو معاینه:

نورمالی شونډي لشمی وي تر ټولو لمړي د شونډو رنګ وګورئ.
په سیانووزس کې ابی رنګه، په کم خونی کې خاسفي او په ولادي افاتو کې سوء تشکلات
لكه لب چاکۍ lips وټیول شي. د شونډو قرھي په سلفیس، کارسینوما او تب حال يا
Herpes (febrile) simplex کې لیدل کېږي.

۲. د ڙامو معاینه: اورئ Gums

الف) رنګ یې وګورئ. ب) اورئ په Scurvy، امیندواري او د Epilepsy تداوي کې چې
دوامداره Hydantion اخلي پرسیدلی وي.
ج) او حاده لوكیمیا کې نزف موجود وي.
د) په Gingivitis کې د اوریو خنډي سرې او په آسانه سره وینې کېږي.

ر) په Pyorrhea کې اورئ تکمშی او نزفی وي.

۳. غابونه: غابونه باید معاینه شي آیا مصنوعی غابونه شته؟ د غابونو چنجن والی او Cares ولتول شي.

۴. ژبه:

ناروغ نه هيله وکړئ چې خپله ژبه راوباسي او لاندې شیان پکې وګوري:

❖ د ژبې رېڭ: په سیانوز کې آبی، د VitB12 په فقدان کې سره او په کم خونی کې خاسفه وي همدا ډول د Addison په ناروغۍ، حینې فنکسی آفاتو او د اوسپنی د مستحضراتو د خورلو خخه وروسته توره وي په محرقه کې په مرکز کې بارداره او خندې يې سري وي.

❖ د ژبې تناظر: په نارمل توګه ژبه ډیر کم انحراف لري د دولسم زوج په فلنج کې ماوفه طرف ته انحراف کوي.

❖ د ژبې رعشه: په عصبانیت، تایروتوکسیکوزس Dementia parulytica او پرکنسونیزم کې د ژبې رعشه لیدل کېږي.

❖ د ژبې د سطحی معاینه: ایا ژبه لمده او یا وچه ۵۵ -
وچه ژبه: په Anxiety ، ډی هایدریشن، بی مزې ډیابتیس، د یوریمیا په آخره مرحله او د کولمو په حاد انسداد کې لیدل کېږي.

- لمده ژبه: په Hysteria، د خولی په قرحتو د ایودايد او بروماید تسمم او Post encephalitic پرکنسونیزم کې لیدل کېږي.

- بسویه ژبه: په عمومي توګه papilla اتروفی کوي چې په جيئه انيمیا، د اوسپنی د کمی انيمیا، او sprue کې لیدل کېږي.

❖ بارداره ژبه: په نارمله توګه د خولی مخاطی غشاء د یوې نازکی طبقي په واسطه پوشل شوي ده که چېږي دا طبقة ضخيمه شي د پوشلی يا Furred tongue په نامه یادېږي. چې په زیات تباکو خکولو، تبه (په ملاريا کې تو له ژبه او په محرقه کې د ژبې مرکزی برخه بارداره وي، د خولی تنفس، قبضت او Gastroenteritis کې لیدل کېږي.

❖ د ژبې قرحت: په خلور ډوله دي: ساده قرحي، خبيثي قرحي، توبرکلوزېک قرحي او سلفتیک قرحي دي. ساده قرحي سطحی وي چې په توره توخله او تيره غابنو خلکو کې لیدل کېږي. خبيثي قرحي د ژبې په خندو کې وي کلکي معشوشي خندې او

سختی قاعده لری ناحیوی لمفاوی عقدات هم ورسه لوی وی. توبرکلوزیک قرھی د ژبی په خوکه کې وي سطھی ژبی او دردناكه وي او د سرو په توبرکلوز کې لیدل کیپی. سلفتیک قرھی هم په دوه ډوله دی چې يو يې سطھی دی چې د ژبی په خندو او يا پورتنی سطھ کې د درز په شکل لیدل کیپی. ژور قرھات د ژبی په ظھری سطھ کې موجود وي قاعده يې سختی نه وي درد هم نه لری او لمفاوی عقدات هم لوی نه دي.

❖ خنک يا Palate : چې نرم خنک او سخت خنک دي کله چې ناروغ خوله خلاصه کري وي معاینه يې کړئ ابنارمل تکی او آفات يادداشت کړئ.

❖ حلق، Oropharynx او د خولي مخاطي غشا معاینه په داسی خال کې اجراء کړئ چې د ناروغ خوله خلاصه او د خراغ په واسطه د نومورو ساختمانو آفات مشاهده کړئ ټانسلونه Vulva اولوزی وګوری او همدا دول انفی بلعومی برخه د انفی خلفي آينې په واسطه معاینه کړئ د ټانسل التهاب او د هنې لپاسه اگزودات او خاکستري پردي چې د دفتری لپاره مختص دي وګوری. او يادداشت کړئ. د فرنکس خلفي برخه د ژبی د فشار د Tongue depressor، په واسطه معاینه او تفتیش کړئ.

د ګیده فزیکي معاینه:

د آسانتیا لپاره ګیده په نهه ناحیو باندې ويشل کېپی چې په دې طریقه کې د دوه افقی او دوه عمودی خیالي خطونو پواسطه چې لومړنی افقی خط د آخرني اضلاعو لاندې او د لمړنی قطنی فقري په سویه او دوهم افقی خط د Cristalliaaca په سویه رسمیپی او دوه عمودی خطونه د Mid inguinal او Mid clavicular په سویه رسمیپی چې پورتنی نهه ناحیې تاسي په شکل کې کتلامی شئ.

پورتنی ډلبندی په زیاتره بطني تشوشا تو کې ګټور تمامیپی.

د بل میتود پواسطه چې بطن په خلورو ناحیو ويشل کېپی يو افقی او يو عمودی خط چې د نامه نه تیریپی رسمیپی چې R.L.Q., R.U.Q او L.L.Q او Q دی.

د ګیده تفتیش:

د معاینې طریقه:

عمومي قواعد:

الف: که ممکن وي باید معاینه په طبی رنا او ګرم چاپریاں کې اجراء شي.

ب: ناروغ باید د ستونی ستاخ په حالت معاینه شي چې د ناروغ د سر لاندې یو بالست
کیښودل شي تر خود ګیدې د جدار عضلات به استرحا وکړي.
ج: که ناروغ Kyphosis ولري باید د زیاتو بالستونو خخه استفاده وشي.
د: که چیرې ناروغ شدیده سالندي ولري باید ورڅخه د اوږده غځیدو غوبښنه ونه شي.
ه: د ناروغ کالې باید د Xiphoid sterni pubis Symphysis ټولې جامې
لري شي او د ناروغ پښې او سینه په ډیر عزت سره پټي وسائل شي او هم د ناروغ احساساتو
ته په درنه سترګه وکتل شي.
و: که چیرې ناروغ په کې کې معاینه کیده نو په دې حالت کې ټول شیان د کې خخه
لري شي پرته له روجائۍ خخه.

تفتیش:

الف: باید د ناروغ د بطن شکل او تناظر وکتل شي په تفتیش کې ندبې او نوري ابناړملتي
ګانې لکه د کتیتر نصب والی هم تفتیش شي.
ب: د کولمو حرکات باید د تماس پواسطه وکتل شي.
ج: که چیرې وغواړو د کولمو حرکات تنبه کړو نو په دې صورت کې نومورې ناحې ته
چېکه ضربه ورکوو یا دا سې مایع چې ګاز ولري ناروغ ته ورکوو.
غیر نورمال حالات:

۱- پوستکی: په زړو خلکو کې شحمي زخې چې د ګلابي خخه تر نصواري او تور رنګ
پوري فرق کوي او همدارنګه Hemangioma ډیر عام دي چې یو نورمال حالت باید
وکنل شي که چیرې ګونځې په پوستکی کې وکتل شي نو تشریح ته ضرورت لري د
پوستکی ابناړمل ساحې باید په نښه شي لکه د جراحې ندبې د جراحې عمل ډول چې
اجراء شوي وي باید معرفې شي د جراحې عملياتو ندبې باید ولidel شي. که چیرې په
naroug کې Colostomy اجراء شوي وي نو غایطه مواد سخت او بد بویه وي او که چیرې
اجراء شوي ilostomy وي نو غایطه مواد اوبلن او بې بویه وي.

۲- وینستان: ثانوي وینستان د بلوغ په سن کې پیداکړې که چیرې د بلوغ په سن کې
پیدائشی نو ممکن ناروغ به په Hypogonadism یا Hypopituitarism مصاب وي که
چیرې ثانوي جنسی تغییرات په بنځینه کې منځ ته راشې په دې صورت کې د بنځې د
وینستانو ثانوي شنه کیدل به د نارینه په شان وي مکر په نارینه کې د Cirrhosis په حالت
کې د وینستانو ثانوي توزیع د بنځینه جنس په ډول دي.

۳- رگونه: رگونه کیدی شی چې د بابی فرط فشار او د سفلی اجوف ورید د بندش په حالاتو کې د بطن د پاسه ولیدل شی چې نوموری د تاو پیچ شوي سطحي Epigastric وریدونو خخه دي دا چې د سفلی اجوف ورید د بندش په حالاتو کې وينه د بطن پورتني برخي ته جريان کوي نه بنکته د عجان ناحيې ته. د ځیکر په سیروزس کې د وینې جريان د نامه د شاو خوا خخه محیط طرف ته وي.

۴- شکل: Scapoid شکله بطن په لوده او هغه ناروغۍ چې مزمنه وي منځ ته راخي د ګیدې پرسوب د چاغوالی، امیندواري، Ascitis او نورو کتلو پواسطه منځ ته راخي. د چاغوالی په حالت کې ثره د Scapoid په شکل وي مګر په نوروحالاتوکي هموار با راوتلئ وي. د مثاني، رحم او تخمدانو د لیدلو وړ غټوالی په دې دول دي چې د حوصلې خخه جګیږې او پرسوب د بطن په منځنۍ برخه کې بارز وي. مګر په Ascitis کې پرسوب د Flank په ناحيې کې نظر د بطن منځنۍ برخې ته بارز وي. د لیدلو وړ پرسوب د بطن لپاسه شاید په پراخه اندازه د پښتونګو، توري او ځیکر په غټوالې کې وي. د پایلور په تضیيق کې پرسوب د ګیدې په پورتني برخه کې وي.

۵- حرکات: د بطن تنفسی حرکات د peritonitis په حالت کې له منځه ځې د په ناحيې کې نبضان عموماً د بطنې ابهر له کبله وي په غیر معمول ډول د بطيء، ځیکر يا د کوم بطني انوریزم له کبله وي. کله کله معالج داکتر د مشکلاتو سره مخامنځ کېږي چې نبضان د بطن سطحي ته انتقالېږي د دواړو تفریقی تشخیص د U.S پواسطه نبضان د ابهر خخه د بطن سطحې د انتقالېږي د دواړو تفریقی تشخیص د لري شوي وي نه کتل کېږي د وړو کولمو حرکات د بطن په مرکزي برخه کې د تاوېږج حرکاتو په ډول نه پېژندل کېږي.

۶- فتقونه: فتقونه عموماً د موضعی درد لامل ګرځې چې باید د Recti Abdomen عضلي د تشعب خخه بې فرق وشي. چې د Recti Abdomen Divercation په Multipara بسحه کې زیات وي او هغه وخت بې نه کتلاي شو چې ناروغ ستونې ستاخ پروت وي او ورڅه د کښیناستو خواهش وشي په دې وخت داخل بطني فشار زیاتېږي او Linea alba خارج خوانه وځي. ثروي فتق د نامه په فوحوه کې کتلاي شو چې عموماً په ماشومانو کې کتل کېږي او پخپله جورېږي.

د فتق د یو کوچنی پرسوب په شکل چې معمولاً د 1cm خخه زیات قطر نه لري لیدل کېږي چې نوموری فتق د خارج پریتوانی شحم له کبله چې د Linea alba د نقصان له کبله بهر خواهه وحی چې کولای شو نوموری فتق د یوې گوتې پواسطه داخل خواهه دنه کړو او فوحه جس کړو.

جس

جس په درې ډوله ويشل شوي دی چې عبارت دی د سطحي، ژور او جس د تنفس کولو په وخت کې. د دې لپاره چې د بطن د عضلاتو د تقلص خخه مخ نیوی وکړو نو لازم دی چې د معالج داکتر لاسونه ګرم او معتدل وي او وروسته د مریض یقین د یو ورو تماس پواسطه حاصل کړو. د Splenomegally، Hepatomegaly او نورو اعضاؤ غټوالی د جس لپاره چې Ascitis ورسره وي کولای شو چې د Dipping تخنیک خخه استفاده وکړو.

د معاینې طریقه:

عمومي قوانین:

- ۱) باید چې د معاینه کوونکی لاسونه ګرم وي.
- ۲) که چیرې د ناروغ کې نیست وي باید معاینه کوونکئ د معاینې په وخت کښیسي.
- ۳) ناروغ ته ووايئ چې خپل دواړه لاسونه په دواړه اړخو کې د بدنه اوږدوالي سره نبدي کړي ترڅو بطن به استرحا وکړي.
- ۴) ناروغ ته ووايئ چې د جس په وخت کې د درد د احساس ناحیه داکتر ته په ګونه کړي.
- ۵) د جس په وخت کې د ناروغ وچولي ته هم نظر وشي.

الف: سطحي جس:

- ۱) معاینه کوونکی لاس د ناروغ د بطن له پاسه اړېدي او د دې نه وروسته د بطن د جدار د تماس سره د ناروغ عکس العمل ته ځیر شي.
- ۲) د عضلي مقویت د معلومولو لپاره د سطحي لپاره د سطحي dipping حرکاتو خخه استفاده کوو چې په دې طریقه کې په متناظر ډول د درد د لري ساحي خخه dipping شروع کوو او د درد ساحي ته ځان رسوو.
- ۳) د دې لپاره چې Rebound tenderness معلوم کړو نو د لاس پواسطه په آرامه او زور سره د بطن له پاسه د فشار ورکوو او په تیزی سره یې لري کوو.

ب: ژور جس:

- ۱) د لاس د ورغوی پواسطه چې هموار وي کولای شو چې دیر ژور ساختمانونه جس کرو.
- ۲) د هرې ساحې جس باید د ماوفه ساحې خخه لري شروع شي او د جس په وخت کې باید د ګوتو د خوکو د استعمال خخه مخنيوي وشي ځکه چې د عضلي مقاومت لامل ګرځي.
- ۳) که چيرې د ګوتو د خوکو استطباب موجود وي نو د Dipping تخنیک خخه استفاده کوو.

غیر نورمال حالات:

د عضلاتو عمومي مقاومت په Anxiety کې ليدل کېږي. عضلي مقاومت کولای شو چې د ذفیر په لمري سر کې د جس پواسطه چې مقاومت کمېږي لاس ته راورو. مقاومت کیدي شي چې د داخل بطني اعضاو د ماوفه کيدو او يا د پريتوان د تحریش له کبله وي لکه د Mecburney ناحېي حساسیت د Appendicitis او هم د بطن د ژورو برخو په التهابي Rebound حالاتو کې چې د موضعي درد لامل نه ګرځي، کولای شو چې د درد ناحيې د tenderness پواسطه پيداکړو چې په دې صورت کې د لاس داخل خواته دنه کولو په صورت کې د درد لامل نه ګرځي بلکې کله چې لاس په چټکه توګه بېړو راکش شي د درد لامل ګرځي. د peritonitis په حالاتو کې بطن د لرګي ګلکې تختې په شان وي چې د کولمو حرکات او د تنفس په وخت کې د ګېډېي حرکت هم نه ليدل کېږي، چې په دې حالت د نورو عملیو لکه Rebound tenderness ته لاس اچوں به بې ګټې وي. د peritonitis په حالاتو کې بطني اعراض وروسته خرگندېږي چې نوموري حالت د مقعدی معانيې پواسطه نه پېژندل کېږي د بطن د پوستکي ارجاعیت د Hydration په اندازه او ګونځې بې د وزن د ضياع اندازه نښي. په شديد قبضت کې کولای شو چې غایطه مواد د کولون په هره برخه کې جس کرو. په یوه کتله باندي د ګوتو د فشار پواسطه د ګوتې د چاپ پاتي کيدل د غایطه مواد موجوديت نښي. کله کله د سخت غایطې مواد او خبيث تومور تر منځ توپير مشکل وي مګر وروسته د تعوط د فعل د اجراء خخه د دواړو تفيقي تشخيص کېږي. که په تقدير سره د مثانې د غتوالي او د رحم او تخمدانو توپير ونه شي نو د جس پواسطه کولای شو چې د یو ګنبدی شکله پرسوب پواسطه چې د Symphysis pubis څخه شروع کېږي توپير وکړو. د ګېډېي د پورتني برخې کتلې چې تنفس په وخت

کې د خپل ځای څخه حرکت نه کوي نو دابه یا د پریتوان په حلف کې ثابت وي او یا به د ګیدې په جدار پوري نښې وي که چیرې یوه کتله د ګیدې د جدار په منځ کې وي نو هغه وخت جس کېږي چې د بطن جدار تقلص وکړي.

د تنفس په وخت جس کول:

حیګر، د صفرګڅوره طحال او پښتونکۍ باید د ژور شهیق په وخت جس شي د کامیابی کنجې په دې کې د چې د شهیق په وخت د مطلوبه عضوی د بښکته کیدو لپاره انتظار وویسټل شي. د حیګر جس کول هغه وخت غلط واقع کېږي چې د جس عملیه ډیر پورته د ضلعې د ځنډې لاندې شروع شي او د حیګر ځنډه د جس کوونکي د لاس څخه بښکته واقع وي.

د معاینې لړی:

1- حیګر:

الف) د معاینه کوونکي لاس هموار او په دې شکل وي چې د ګوتو څوکې پورته خوانه او د مسقیمه عضلي په وحشی ځنډه قرار ولري جس د نامه د ساحې څخه شروع کوو او پورته څو.

ب) خپل لاس ته په زور دننه او پورته خوانه تیله ورکړئ او د شهیق په وخت خپل لاس ته حرکت مه ورکړئ.

ج) د شهیق په اعظمي نقطه کې لاس ته دننه خوانه تیله ورکولو ته حاتمه ورکوو او د لاس د پورته خواد تیله کولو خارنه کوو. نو په دې وخت کې به زمونې د ګوتو څوکې ځنډه جس کړي.

د) باید د حیګر ځنډه د تیزوالی، پڅوالی، حساس والی، منظم ده او که غیر منظم فرق وکړو. که د حیګر ځنډه غیر منظمه وي نو داد بطن په عرض ويشه او هره ويشه شوي ځنډه بیله بیله جس کوو.



۲-۸. شکل د جس صحیح طریقه (۱۱)



۴-۸. شکل د خیگر جس: alternative طریقه (۱۱)



۴-۹. شکل د خیگر جس: Preferred طریقه (۱۱)

۲- د صفراکخوره:

الف) خپل لاس د صفراکخوره په ساحه کې کېبدئ او د ناروغ خخه وغواړئ چې ژوره ساء واخلي کیدی شي چې د ژور تنفس اخیستلو په وخت تنفس بندشي (morphy sign).

۳- تورئ:

الف) خپل جس کوونکي لاس د چپ پنтиو لاندي داسي کېبدئ چې د ګوتو خوکې مو دنه او پورته خواته تیله شي.

ب) د ناروغ خخه وغواړئ چې ژور شهیق واخلي نو په دي وخت که چیرې تورئ غت شوي وي نو ستاسو د ګوتو د خوکو سره جس کیدی شي.

ج) د شهیق په اعظمي نقطه کې په خپل جس کوونکي لاس فشار راولئ تر خو د غت شوي توري د خنډي او صاف جس کړئ.

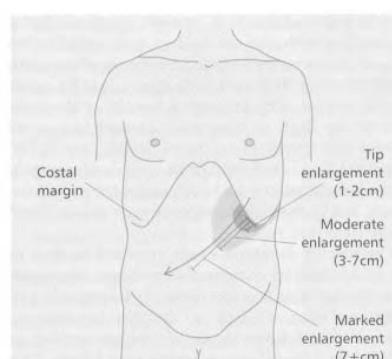
د) که چیرې تورئ جس نه شي نو خپل لاس دنه او پورته خواته د پنтиو لاندي تیله کوو. و) نوموری عملیه د چپ پشتی په اوردواли په مختلفو ځایو اجراء کړئ که چیرې د توري ځای نامعلوم وي.

ه) که چیرې بیاهم د توري ځای تثیت نه شونو ناروغ ته بنۍ وحشی وضعیت ورکوو په دی دول چې چپ کوناتئ او د ناروغ زنکون د قبض په حالت وي او عملیي ته ادامه ورکوو.

ي) په متناوب دول د چپ خوا معاینه کړئ په دي دول چې معاینه کوونکي ګوتې مو د چې پستی لاندي د ژور شهیق په وخت دنه شي.



٦-٨. شکل د توری جس د چپ خواخخه (۱۱)



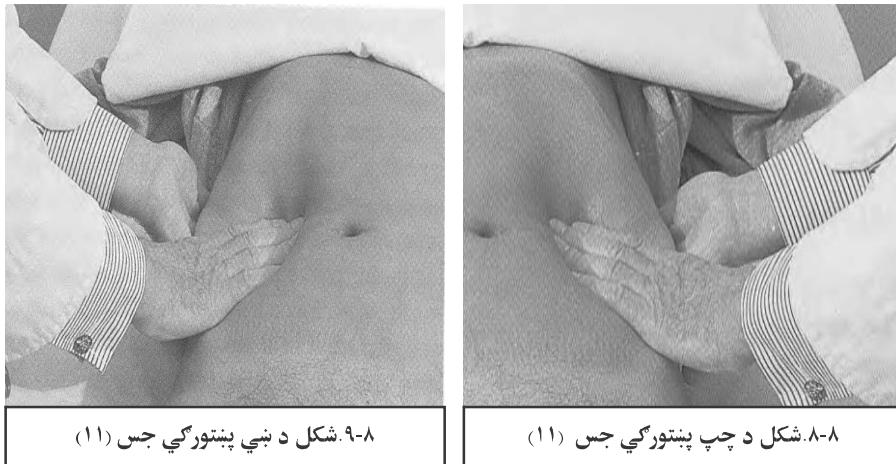
٥-٨. شکل د توری د لویوالی طرف (۱۱)



٧-٨. شکل د توری جس د متوسط خط خخه (۱۱)

٤- پنستورگی:

- الف) د پنستورگی د معاینې لپاره د Bimanual طریقې خخه استفاده کوو.
- ب) خپل یو لاس د چپ پنسټی په حلف او بل لاس په علوی quadrant کې ایبدو.
- ج) کله چې ناروغ ساه باسي خپل دواړه لاسونه یو بل ته نړدې کړئ.
- د) کله چې ناروغ ساه اخلي نو د پنستورگی لاندې قطب جس کولای شئ ز پنستورگی قدام او حلف ته ټیله کړئ چې دې عملیي ته Ballotting وايې او پنستورگی په دې عملیه کې بنه مشخص کېږي.
- و) د پنستورگی شکل، قوام او حجم معاینې کړئ.
- ه) چپ پنستورگی دواړه خواوې معاینې کړئ.



غیر نورمال کتنی:

د عمر د زیاتوالی سره د صفراوي کحورې تیپې دیر عمومیت لري خصوصاً په بسخو کې چې کیدی شي د Cholecystitis لامل شي چې په دې حالت کې د بني پنستی لاندې د ترقوې د منځۍ برخې په سویه درد حس کېږي.

د جس وړ صفراوي کحوره یو غیر نورمال حالت دی چې د صفراوي کحورې په غټوالی دلالت کوي د مشترک صفراوي قنات د بندش له کبله زېړۍ منځ ته رائحي. د جس وړ توري یو غیر نورمال حالت دی او هغه توري چې د ذفیر په وخت کې جس شي په ډېر زیات غټوالی باندی دلالت کوي کله کله Splenomegaly د پنستورگي د غټوالی سره معالجه کېږي چې د توري د Notch پواسطه د پنستورگي خخه تفریقی تشخیص کېږي د ګیدې د جدار پېړوالی د پنستورگي د جس مانع ګرځې که چېږي پنستورگي دیر زیات غټ شوي وي نو کیدی شي چې پنستورگي جس شي لکه د poly cystic کولای شو د پنستورگي tenderness د ناروغ د کښناستو پواسطه او په ملا باندې د ناروغ په کلیوی زاویه باندې د ضربې په واردولو سره معلوم کړو. که چېږي پنستورگي دیر کوچني جس شي نو په دې صورت کې امکان لري چې ناروغ به د پنستورگو په مژمنه عدم کفايه اخته وي.

قرع او اصغاء

د قرعې اهمیت په دې کې دی چې د مایع، جامد او گاز ترمنج فرق وشي.

د معاینې طریقه:

عمومي قوانین:

الف) قرع د ریزونانس ناحیې خخه شروع کوو او Dull خواته ځو.

ب) خپله د قرعې ګوته په تنه باندې دا سې ځای په ځای کړئ چې مطلوبه عضوي سره مواري وي.

ج) د سطحي اجسامو د قرعې لپاره کم زور او د ژور اجسامو لپاره له زیات زور خخه کار اخلو.

د) د توري په قرع کې ناروغ ډوبه ساه اخلي او قيد يې ساتي تر خواجراء شي.
:Shifting dullness

الف) ناروغ ته ستوني ستاخ وضعیت ورکول کېږي او قرع د متوسط خط خخه شروع او تر هغه ځایه قرع اجراء کېږي تر خوا Dull ساحه پیدا شي.

ب) د Dull note ځای په نښه کوو او د ناروغ خخه غواړو چې په بل اړخ واورې.

ج) د لس ثانيو لپاره انتظار وباسو که چېړې Dull په ریزونانس بدل شوي وي نو په Ascitis دلالت کوي.

د) ددي لپاره چې د Fluid thrill لاس ته راورو نو خپل یو لاس د ګېډۍ د Flank په ناحيې او د بل لاس د ګوټو پواسطه د ګېډۍ په جدار باندې ضربه واردوو.

و) ددي لپاره چې د مایع اهتزاز جس شي نو د ناروغ خخه خواهش کېږي چې خپل یو لاس د متوسط خط په اوردوالي په ګېډۍ باندې کېډۍ تر خوا د ګېډۍ د جدار د ممکنه Thrill خخه مخنيوی وکړي.

اصغاء

د معاینې طریقه:

الف) ددي لپاره چې تصمیم ونیسو چې د کولمو استداري حرکات نشه نو باید د درې دقیقو لپاره بطن اصغاء کړو.

ب) د Aorta لپاره اصغاء کړئ.

ج) ددی لپاره چې آواز په ناروغ کې واورونو خپل دواړه لاسونه Succussion splash د پښتی لاندې خای په حای کوو او ناروغ په زوره خوځوو.

غیر نورمال کتنی:

د ګاز پواسطه متوضع بطن د قرعې پواسطه Resonant وي. محمول رحم، د مثانې غتوالی، د تخدمان Cyst او جامد حوصلی کتلې د ګیدې کې په مرکزی برخه کې Dullness او د Flank په ناحیه کې Resonent وي او د Ascitis د بطن په مرکزی برخه کې Resonent او د Flank په ناحیه کې Dullness مشاهده کېږي. Ascitis د ګیدې د مععریت پواسطه د تفتش په وخت مشکوک کېږي او د قرعې سره ې تشخیص یقینی کېږي. د پریتوان په جوف کې دیره لړه مایع د قرعې پواسطه نه معلومېږي بايد د التراسوند معاینه اجراء شي. د پریتوان په جوف کې متوسطه اندازه مایع د Fluid thrill او د Shifting dullness موجودیت ته ilius ویل کېږي.

د مقعد معاینه

مقعدی معاینه د سرېري معاینې ډیره مهمه برخه تشکیلوي او بايد یو محصل د نوموري معاینې سره آشناوي کله کله نوموري معاینه ناروغ ته د منلو ورنه وي او د فریکېي معاینې په وخت له نظره غورحول کېږي. د مقعدی کانال پورتني نهایت د Puborectalis عضلي پواسطه پیژندل کېږي چې د معاینې په وخت د توخي او د نوموري عضلي د ارادېي تقلص پواسطه بهه پیژندل کېږي. نورمال مقعد همیشه خالي وي او جدار ېې بنوي وي د مقعد د جدار خخه بهر په سپیو کې پروستات او سنجو کې رحم ډیر باز غری دي.

د مقعدی معاینې استطبابات:

- ۱) د هضمی کانال ابنارملتی: لکه حاد بطن، حوصلی ابې، Appendicitis peritonitis سفلې بطني درد، اسهال یا قبضت د مقعدی کانال درد یا تحریش او نور...
- ۲) بولی تناسلی تشوشتات: لکه د پروستات تشوشتات، Dysurea Hematuria، د ادرار فریکونسی او همدارنګه په هغه سنجو کې چې مهبلی معاینې ته اجازه نه ورکوي کولای شو ددې معاینې خخه استفاده وکړو.

۳) متفرقه ستونزي: لکه د ملا درد چې تشخيص شوي نه وي د عصب Lumbo sacral درد، د هدوکو درد چې د اوسيپني د فقدان په انيميما کې منځ ته راخي او همدارنگه د FUO په ټولو هغه حالاتو او هغه د وزن ضياع چې علمت يې معلوم نه وي د مقعدی معاني خخه ګته اخلو. که چيرې ناروغ د مقعدی معصرې تشنج ولري نو په دي وخت کې باید ناروغ ته موضعی انسټيزۍ ورکړو او د هغه خخه وروسته مقعدی معانيه اجراء شي.

د معاني پې لږ:

الف) ناروغ ته چې وحشی وضعیت ورکړو په دي ډول چې پښې قبض او ګیدې ته نړدې کړي.

ب) ناروغ ته ډاډ ورکړئ چې معانيه زحمت غواړي مګر دردناکه نه ده.

ج) خپله د شهادت ګونه د بنوي کوونکې مادي سره غوره کړئ په دي ډول چې د دستکشي پواسطه پوښ شوي وي.

د) د عجان ناحبه په طبیعی رنا کې معانيه کړئ چې په پوستکي کې يې کوم تغيير شته او که نه؟

ر) د ګوتې خوکه په مقعد باندي ګيردئ او د مناسب فشار پواسطه يې دنه تيله کړئ تر خو د معصرې خخه تېره شي.

ز) که چيرې معصره د معاني په وخت متشنج وي د ناروغ خخه وغواړئ چې خپله ساه وباي او خان آرام کړي که چيرې بياهم معصره متشنج وي نو Anesthetic gel څخه ګته اخلو که بياهم معصره استرحاونه کړي نو د زرقي موضعی بي هوشي خخه کار اخلو.

ط) د ناروغ خخه وغواړئ چې په ارادي ډول ستاسي معانيه کوونکې ګونه وزيشني چې ددي پواسطه د معصرې عدم کفایه معلومېږي.

و) د تول مقعد جدار جس کړئ تر خو ابنارملتي پکي معلومه شي.
ه) د مقعد د محیط اندازه ملاحظه کړئ.

ي) په سخوکې د رحم عنق او په سپيوکې پروستات معانيه کړئ.

د هضمی سیستم لابراتواری او Instrumental کتنی رادیولوژیکی کتنی

د بطن ساده رادیوگرافی plain Abdominal X-ray: د بطن د ساده رادیوگرافی پواسطه رخوه انساج (حیگر، توری او پنستورگی) وغیره نورمالو انساجو سیوری د کولمو په مختلفو برخو کې د ګازاتو موجودیت (چې په دې وسیله د کولمو مختلفې برخې لیدل کیدی شي) مطالعه کېږي. د کولمو په انسداد کې د انسدادی برخې خخه پورته زیات مقدار ګازات موجود او د مایع او ګاز سرحد د رادیوگرافی په فلم کې لیدل کېږي همدارنکه د Opacification خیالونه چې د تیپو او Calcification له کبله په توري، پانقراس، حیگر، د صفرا په کھوره، Cyst او او عیو کې منځ ته راغلي وي د رادیوگرافی په فلم کې مشاهده او خورا تشخصیه اهمیت لري که چېړی د سینې په ساده رادیوگرافی کې د حجاب حاجز لاندې ازاده هوا ولیدل شي نو د بطن د احشاء په سوری کیدو دلالت کوي. که چېړی چې د سرو د افاتو خخه د بطن خواته ورلیپل کېږي په ساده رادیوگرافی کې آفت لیدل کېږي.

د باریوم مطالعات:

د کثيفه موادو (باریوم) د عکس پواسطه د هضمی جهاز د اعضاو جوربنت د مخاطی غشاو څرنګوالی او د غیر نورمال تحریکت په برخه کې معلومات ترلاسه کېږي. ددې لپاره چې د باریوم پواسطه په صحیح توګه د عکس له مخې معلومات ترلاسه شي نو باید چې د هضمی جهاز د پورتنۍ برخې upper gastro intestinal د عکس د اخیستلو دپاره ناروغ وږي وسائل شي او هم د باریوم د امالې دپاره چې د کولون عکس پې اخستل کېږي مخکې د باریوم د امالې خخه باید د ناروغ غنې کلمې د مسهل او د کولونی لواز پواسطه پاکې شوي وي.

The Barium Swallow and Meal Examination: د باریوم د تیرولو په وخت کې د مری عکس اخستل کېږي چې په دې وسیله د مری حرکات Filling defect د تومور یا Diverticulum او د Heatus فتق معلومېږي. د معده د Varices له کبله) تنګوالی،

مخاطی غشاء د معاینې لپاره کم مقدار باریوم د هوا سره یو ځای استعمالیې چې د Double contrast study په نامه یادېږي او که په مخاطی غشاء کې قرحة موجوده وي نو د باریوم د جمع کیدلو په واسطه په قrhoی ناحیه کې لیدل کېږي. همدارنګه قرحة د یو تصویر په شکل د نورمال نسج په شاوخوا کې د کتنې ور او د تومور د Filling defect خیال ورکوي واره کانسرونه د معده مخاطی غشاء د نامنظمولی په واسطه تشخیص کېږي. د معده د حرکاتو د تعین په وخت کې کومه برخه چې په حرکت کې برخه نه اخلي په ارتضاحي کارسینوما دلالت کوي. د اثنا عشر د بصلې حدود د باریوم د مکمل د کیدو په واسطه معاینه او هم مخاطی غشاء کې چې د هوا په واسطه برجسته او د باریوم په سیله پونبل شوي وي لیدل کېږي.

The follow Through Exam: د وړو کولمو د ناروغیو د تشخیص لپاره د باریوم د تیرېدو په وخت کې رادیوگرافی په وقفوی توګه اخستل کېږي. چې په دې وسیله د کولمو ساختمانی افات لکه Stricture او Diverticule (تضییق) معلومېږي. د سوء جذب په موجودیت کې د زیاتو افرازاتو له کبله باریوم Clump او سره یو ځای کېږي.

Barium Enema: دا عملیه بی تکلیفه او ځنې وخت په زړو خلکو او د زړه په ناروغانو کې (د بې نظمی د پیداکیدو له کبله) لې خه تکلیف ورکونکې ده. Barium enema باید د معده معاینې او Sigmoidoscopy خخه وروسته اجراء شي یوازي باریوم او یا باریوم او هوا د یو کتیتر په واسطه کولمو ته ننویستل کېږي چې په فلم کې مخاطی غشاء د باریوم په واسطه پونبل شوي او هوا د کولمو په جوف کې لیدل کېږي په دې ترتیب Polyp او کوچنۍ تومورونه په واضح ډول معلومېږي د کولمو په التهابي ناروغیو کې د مخاطی طبقي تغیرات هم معلومیداړ شي. همدارنګه په ځینو ناروغانو کې د باریوم شاکرز یا Reflex په نهایي الیوم کې لیدل کېږي.

نوت: د امیندواری په لومړيو هفتونو کې د X-ray سره مخامنځ کیدل د جنین د تکامل د خرابوالی او مړزېږدنې سبب کېږي چې دا موضوع باید په نظر کې وي. Computed tomography د ګېدې داخلی اعضاؤ کتلې په دې طریقه مطالعه کېږي او د پانکراس د کانسر په تشخیص کې خاص ارزښت لري.

Ultra sonography: دغه تخنیک د کیستونو (مخصوصاً د پانکراس کیست) ابسي او د پانکراس د قنات د جسامت د معلومولو لپاره پکارېږي.

Radio nuclide scanning: دغه تخنیک د حیکو، توری او د هضمی جهاز د نزف د ناحی د معلومولو لپاره گټور دي.

Endoscopy: په دې طریقه کې د یوې Fibro optic آلې پواسطه مری، معده، اثناعشر او کولون کتل کېږي. دغه اله د زرونو نریو شیشه ئی الیافو خخه چې دوه ګیدۍ بې جوړې کړي دی تشکیل شویده یوه ګیدۍ بې د اړونده ناحی د روښانه کولو لپاره او بله ګیدۍ بې د اړونده ناحی تصویر معاینه کوونکې ته نقلوي همدارنکه د یوپسی او هوا تیرولو الات هم پکې شته دغه اله د تداوی په مقصد هم استعمالیدای شي لکه د Polyp ویستل او نور. ګلکې آلې د مقعد، کولون او مری د معاینې لپاره استعمالیېري لکه Sigmoidoscopy او نور. Esophagoscopy

پورتني هضمی لاره: د بستر خخه بهر ناروغان د مسکناتو د تطبیق خخه وروسته دې عملیې ته تیاريېي د ۱۲ ساعته لوړې ځینې وروسته د ناروغ بلعوم د Spray پواسطه بي حسه او ناروغ اله بلع کوي ددې طریقې اختلالات د مری او معدې د سورې کيدو او د افرازاتو د انشاق خخه عبارت دي. که امکان ولري نو مری، معده او اثناعشر تول باید یو ځای معاینه شي (pan endoscopy). ځکه کیدۍ شي خوآفونه یو ځای موجود وي مثلاً او د اثناعشر قرحة دا کار د Hematemesis او Melana په حالت کې ډېر ارزښت لري.

Esophagoscopy: دا معاینه د عسرت بلع په موجودیت کې او هم کله چې د باریوم پواسطه د تومور د تضیيق موجودیت ترشک لاندې وي او یا د مری په التهاب، او Varice تحرکیت په تشوشاټو کې استطباب لري. دا طریقه او معاینه د تداوی په منظور هم استعمالیېري د مثال په توګه د تنگې برخې د پراخوالی او د مری د وریسونو د نزف د کنترولولو دپاره تصلبی مواد په وریسونو کې زرق کېږي.

Gastroscopy: که چیري د باریوم د معاینې پواسطه د معدې په زخم باندې شکمن شونو استطباب لري او د هغې په ترڅ کې بیوبسی هم د خباثت د ردولو لپاره Gastroscopy اجراء کېږي. او د زخم د روغیدلو وتیره هم تعقیبیدلاي شي د معدې د عملیات خخه وروسته که اعراض موجود وي نو Gastroscopy استطباب لري ځکه د رادیولوژیکې معاینې پواسطه د هغې بشکاره کول مشکل دي. Doudenoscopy د اثناعشر د فرجې د تشخیص په منظور استعمالی ي.

Fibro optic (ERCP) Endoscopic Retrograde cholangio pancreatography مخصوص شکل دی د Doudenoscropy په وخت کې د Ampula vater له لارې صفراوی لارو او یا د پانقراس قنات ته کشیفه مواد د مخصوصو کیترو پواسطه داخلیې دا عملیه د پانقراس په ناروغانو کې ډیر اهمیت لري ځکه د قنات تدور او انسداد د تیبی یا تومور پواسطه تعین او خټی تیبی پړی ایستل کیدی شي.

سفلي هضمی لارې:

Proctoscopy او Sigmoidoscopy دا یوه اسانه عملیه ده چې د کولمو د سفلی برخې او مقعد د ناروغیو په تشخیص کې استعمالیې دا عملیه مخکې تیاري ته ضرورت نلري مګر مقعد باید خالی کړای شي. ناروغ باید د Knee elbow وضعیت ولري او یا په چې خوا پروت وي د گوتې پواسطه معاینه باید همیشه اجراء او سامان بنه ګرم او بنوي شي. Proctoscopy د بواسیرو د تشخیص لپاره استعمالیې.

Crohn's colitis Proctitis، Polyp، کانسر، تقرحی، Sigmoidoscopy تشخیص کې رول لري بیوپسی هم اخستل کیدی شي. او هم د درزو په موجودیت کې نوموري عملیه د انسٹیزی لاندې اجراء کېږي ځکه چې په دې حالت کې درد شدید دی په صاعقوی تقرحی Colitis کې د سوری کیدو له ویرې په احتیاط سره اجراء کېږي.

Colonoscopy Fibro optic Colonoscopy پواسطه ترطحالی زاوې پورې کولون کتل کیدی شي د تول کولون معاینه کول یو خه مشکل کار دی او ډیر وخت نیسي ددې عملیي د اجراء خخه مخکې باید کولمې د مسهل او لواز پواسطه پاکې کړای شي او د عملیې په وخت کې بیوپسی اخستل او Polyp ویستل کیدی شي.

نورې پلنې:

Biopsy د ماوې پرخې بیوپسی اخستل د اندوسکوپی د عملیي اساسی برخه تشکيلوي. مګر که پارچه ډېره کوچنۍ وي نو پتالوژستانو ته بې معاینه او تعیير ګران دی د تشخیص دپاره د وړو کولمو بیوپسی ضرور او د Cross by capsule پواسطه اجراء کېږي د سهار لخوا د لورې په حالت کې کپسول دیو ګلک Radio opaque کتیتر پواسطه Jegenum ته Jegenum او د Distal Doudenum-jegunal flexure د برخې خخه بیوپسی اخستل کېږي او د Section پواسطه د مخاطي طبی پارچې ددې آلې پواسطه ایستل کېږي.

او بیوپسی یو ساعت وخت نیسي کله کله نزف د اختلاط په توګه منځ ته راتلای شي نو بايد مخکي د عملیي خخه د Platlet شمیر Prothrombin time نارمل وي بل نادر اختلاط د کولمو سوری کيدل دي.

توشخي مطالعات:

د Penta gastrin test د تطبیق خخه وروسته د اسید افراز اندازه کېږي (پنتاگسترین یو مصنوعی penta peptide دی چې د Gastrin بیولوژیک تاثیر لري) ناروغ بايد ټوله شپه وړي وي او د H2Receptor دواګانې بايد ۴۸ ساعته مخکي قطع شوي وي. د لوړي په حالت کې بايد افرازات راغونډ او اندازه شي وروسته بیا تر یو ساعته پوري افرازات په پرله پسې توګه جمع کېږي چې دا راتبول شوي مواد د Basal acid out put په نامه یادېږي بیا د پوستکي لاندې زرق او د یو ساعت د پاره افرازات راغونډېږي ددي ساعت راغونډ شوي مواد د Maximum acid out put په نامه یادېږي د ازمونه د لاندې دلایلو په اساس ګټوره ده:

۱. د لوړي د عصارې زیات حجم د معده د خروجي برخې بندش رابسي.
۲. که چېږي Zollinger Ellison syndrome ډير زیات وي نو په دلالت کوي.
۳. د Peptic قرحي په ناروغانو کې د عملیاتو لپاره اساسی کړنلاره رابسي.
۴. Achlor hydria معلوموي.

د انسولین ازمونه: د معده د عملیاتو خخه وروسته اجراء کېږي تر خو چې د Vagotomy بشپړ توب خرګند شي دا ازمونه هم د پورتنې ازمونې په شان ده مګر دلته د معده منبه منحل انسولین دی چې د رګ له لاري ورکول کېږي کومه Hypoglycemia چې منځ ته راخېي د Vagus مراکز تنبه کوي او که چېږي Vagus نه نه وي قطع شوي د معدوی اسید افراز صورت نیسي.

باکتریالوژیک مطالعات: کله کله سوء جذب سندروم په ورو کولمو کې د باکتریا او د Colonization خخه منځ ته راخېي په دې صورت کې د ورو کولمو د پورتنې برخې افرازات د باکتریالوژیک کتنو لپاره د یوه پاک کتیر پواسطه ایستل کېږي د ټیوب په سرکې

د سیمابو یوه خلته چې تیوب مطلوبې برخې ته په چېکه توګه رسوی موجوده ده. ناروغ بايد انتی بیوتیک نه وي اخستي.

تحرکي مطالعات: د باریوم معاینه د مری، معده او وړو کولمو د تحرکت په باب یو خه معلومات راکوي د هغې عسرت بلع په برخه کې چې د Pharynx په ناحیه کې موجوده وي د Videotape line radiography مطالعات ګټور دي. تحرکت د لومن په برخه کې د فشار د تغیراتو د اندازه کولو پواسطه هم مطالعه کیدی شي، مګر یوازې د مری په برخه کې د تشخیص ارزښت لري یو تیوب معده ته ورداخلېږي او په داسې حال کې چې ناروغ هغه بلع کوي د مختلفو برخو فشار د فشار سنج پواسطه اندازه کېږي. دغه ازمونه د صدری درد او د مری د ابنارمل تقلصاتو ترمنځ اړیکې رانسودلاي شي. همدارنکه د مری د تحرکي تشوشات او د مری د سفلې برخې معصرې د وضعیت او تړل کیدلو په باب تشخیصی اهمیت لري.

د غایطه موادو معاینه: په سوء جذب سندروم کې غایطه مواد خاسف او حک لرونکې او په Irritable bowel syndrome کې د مزی په شان نری او یا ساچموی Pellets یا Ribbon د مخاط سره او یا بې مخاط وي د کولون په خفیف تقرحی ناروغی کې د وینې لکې په مخاط کې لیدل کېږي د غایطه موادو د تقتیش پواسطه د هضمی سفلی لارو تازه نزف تشخیصولای شو په داسې حال کې که د صاعده colon خخه پورته د 60 ملي لیتر په اندازه نزف موجود وي نو غایطه مواد د قیر په شان تور رنگ نیسي. د Occult blood Hemo occult) تستونه په غایطه موادو کې ډېره کمه وینه رانسودلاي شي او بايد خو ورځې سر په سر اجراء شي حکه د هضمی سیستم نزف کله کله په متناوب ډول صورت نیسي.

هغه مواد چې د مقعدی معاینې په وخت کې د ګوټې (finger stall) خخه په لاس راځي په اسانۍ سره معاینه کیدی شي میکروسکوپی کتنې د Amoebic پیچش او نورو پرازیتی ناروغیو په تفریقی تشخیص کې ارزښت لري.

نهم څپرکۍ

عصبي سيستم کتنې

ددې لپاره چې د ناروغ په عصبي معاینه بشه پوه شو د اعصابو د اناتومي لوستل ضرور او لازمي دي.

د عصبي سيستم کلينکې کتنې :

د اعصابو په کلينکې معاینه کې د غډه لاندې شيان باید په نظر کې ونيول شي

۱. د ناروغ ذکاوت او د ماغي حالت

Speech ۲. د ناروغ خبرې

۳. قحف او د ملا د تير معاینه

• قفي ازواج

• سمپاتيك سيستم

۴. حسي اعصاب

۵. حرکي اعصاب

۶. عکسات Reflexes

۷. صحيح Cerebellum

۸. د اعصابو Tropic تشوشت

۹. د سحابي او تحریش Meningeal Irritation

۱۰. Gait. يا موازنې

قحفي ازواج CRANIAL.NERVES

درې ډوله قحفي ازواج موجود دي:

الف) حرکي اعصاب

ب) حسي اعصاب

ج) حرکي حسي اعصاب

حسي اعصاب :

د درې حسي اعصابو خخه عبارت دي: اول، دوهم، آتم

مشترک اعصاب:

چې پنځه قفعي ازواج لري: درېم، پنځم، آوم، نهم، لسم
 اخريني خلور قفعي ازواج (نهم، لسم، يوولسم، دولسم) د بصلې خخه منشا اخلي خلور
 منځني قفعي ازواج (پنځم، شپرم، اوام، اتم) د Pons حدبې خخه منشا اخلي او درېم او
 خلورم د متوسط دماغ (Med brain) خخه منشا اخلي او (اول او دوهم) د
 د خارجي برخې خخه منشا اخلي.

د لمري قحفي زوج معاینه N
دا عصب د بوي کولو د حس مسؤول دي

آزمونینه: د ناروغه د پزې یو طرف سوری بند کړئ او یو بوی ناکه شي د پوزي بل طرف سوری ته نژدې کېږدې او ناروغه ته لارښوونه وکړئ چې نوموری شي بوی کړي او همدا مانوره د پزې په بل طرف کې اجرا کړئ. که چېږي ناروغه د بوی احساس په بشپړ ډول د لاسه ورکړي وي هغې ته Anosmia او کچیرې ناروغه د بوی صحیح احساس ونه کړي هغې ته Parosmia وايې

ددوههه قفعي زوج معانيه : Examination of Optic.N

دوهم قفعي زوج د ليدنې مسئوليت په غاره لري او ددي عصب په معاینه کې لاندې کتنې اجرا کېږي

- ## ۱. د لیدلو قوه Visual Acuity

۲. ساحه دلیدلو Field of the vision

۳. رویت رنگه

د. معاينه Fundus

۱. د لیدلو قدرت معاینه: دلته دوه آزمونی اجرا کېوی يو د نېدۍ لیدلو اوبل د لري
مسافې پاره

ب) لے ری لیدنے :- دا ڈ Snellin Chart په واسطہ اجرا کپری نورمال لیدنے ددی حادت له مخ 6/6

۲. د لیدلو یا رویت ساحه Field of vision : په دې ازمونینه کې ناروغ مخامنځ ګوري چې د سترګو کړه یې مستقیمه وي ډاکټر ناروغ ته مخامنځ کښیني او دووه فته مسافه په مینځ کې پېږدې د داکټر او ناروغ سترګو کې په عین سویه قرار نیسي کله چې یوه سترګو

معاینه کوئ بله سترگه بايد وترل شي او ناروغ ته ووايئ چې د ګوتې سره وګوري تر هغه خپلي ګوتې ته حرکت ورکوي تر خو چې داکتر فقط هغه وکتلاي شي که په همدغه مسافه ناروغ د ګوتې سر وګوري د ليدلو ساحې بې نورمال ده او که چيري ناروغ ونشو کولاي چې د ګوتې سر تعقیب کړي نو د ليدلو دساحې نقیصه به موجوده وي او دا کار په بل طرف سترگه هم اجرا کړئ.

د ليدلو دساحې تشوشتا:

د ليدلو دساحې تشوشتا په لاندي ډول دي:

د تشوشتا په لاندي ډول دي: Field Vision

الف) Concentric Contraction of the Field : چې په دغه لاندي مرضونو کې ليدل کېږي.

- د عصب ضمور
- د شبکيې امراض
- هستريا
- اديما Papil

که چيري دديد دساحې مرکزي لیدنه ډيره پرمخ تللي وي د Tubular vision په نامه سره یادېږي يعني چې یو ناروغ د یوې لوې خخه ليدل کوي.

ب) د مرکزي لیدلو تشوشتا: چې داد Macual په ناروغۍ پوري اړه لري او په دغه لاندي امراضو کې ليدل کېږي

- Papilitis •
- خپور سکلیروزس •
- Neuritis •
- د شاته Bulber •
- د ویتامینو کمی •

ج) د دید دساحې د نیمایې برخې د ضیاع خخه عبارت ده او دا په دوه ډوله ۵۵:

- Heminymouse Hemi Anopia •
- Hetronymous hemianopia •
- Heminyinous Hemianopia •
- په دې شکل کې د دید دساحې نیمایې دواړه طرفه له منځه تللي وي مثلاښې نیمایې د چې طرف د لیدلو دساحې (Nasal Half) او بنې نیمایې د بنې طرف رویت دساحې له منځه تللي وي چې هغې ته Temporal half وايې او همدا ډول عین افت په چې طرف کې هم پیدا کېږي که چيري د بنې

طرف افت او که kleft optic tract موجوده وي. د هeminymous Hemi Anopia چیري موجود وي د نسي طرف Optic لاري په افت دلالت کوي.

• چې په دی حالت کې ددواړو سترګو د دید ساحه په متضاد شکل په افت اخته شوي وي چې په دوه ډوله ويشل شوي دي:

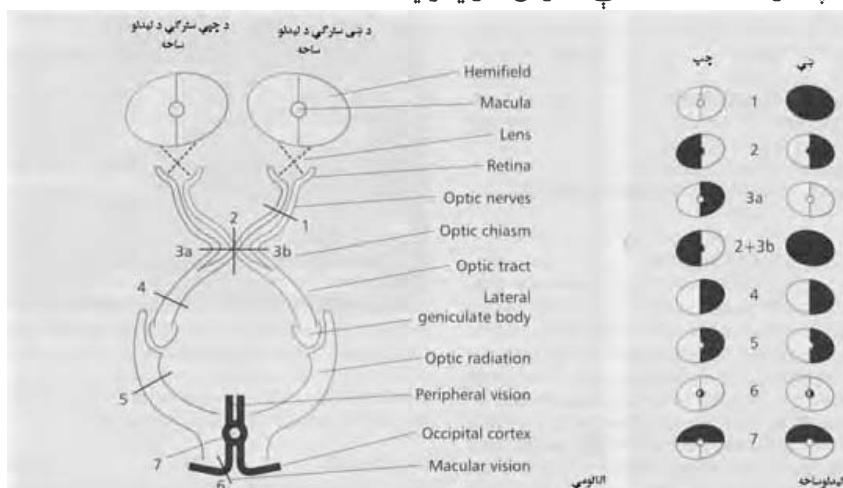
Temporal heteronymous hemianopia .i

Nasal heteronymous hemianopia .ii

Temporal heteronymous hemianopia .i نامه سره هم ياديوي چې په دی حالت کې نيمائي temporal half د نسي او چپ نيمائي temporal half د چپ دليلو د ساحې متاثر شوي وي. لاملونه:

د نخاميه غدي په توموري حالت او د optic chiasma په ترضيسي او التهابي حالت کې منځ ته راخې.

Nasal heteronymous hemianopia .ii ياديوي چې په دی حالت کې چپ نيمائي Nasal half د نسي او نسي نيمائي د چپ طرف د دید د ساحې اغيزمن شوي وي.



1-۹. شکل د ډيلو پاتوي: د (۱) آفت د نسي سترګي ډوندوالي د رنا د عکسي د ضياع سره، د (۲) آفت د 3a او 3b، د 2+3b، Binasal hemianopia، Bitemporal hemianopia، د homonymous hemianopia د مکولا د Temporal hemianopia سره، د 4 آفت د نسي طرف sparing سره، د 5 آفت د نسي طرف موکنوي Homonymous hemiscotoma (مکولو) وښي. (۱۱)

لامونه :

دا یو اخی ددوه طرفه افت په واسطه کوم چې په هر یو طرف د خخه Optic chiasma د لیفونه یې یود بل له پاسه نوي تیر شوي پیداکړي.

۳. رنګه رویت:

د رنګه رویت مشاهده همیشه د سور، شین او آبی رنگونو په واسطه تر سره کېږي د معاينه د یوې آلې په واسطه چې Ophthalmoscope نومېږي اجرا کېږي د سترګې په Fundus کې په لاندې امراضو کې مخصوصې منظري مینځ ته رائۍ .

- د وینې لور فشار
- د شکري ناروغۍ
- اتیروسلکلوزس
- د داخل قحف د فشار زیاتوالی

ددريم، خلورم، شپرم قحفی ازواجو معاينه :

پورتني درې واره اعصاب د سترګو د عضلاتو د تعصیب مسؤولیت په غاره لري . درېم زوج (Occulomotor.N) د سترګو ټول عضلات پرته د علوی، Obligued وحشی Rectus او ټول تعصیبوی . د خراغ په واسطه د سترګې د تطابق عکسه هم ددې عصب په واسطه کنترولیرې او Sup Obligued عضلات د خلورم زوج (Trochlear.N) په واسطه تعصیب او وحشی Rectus د شپرم زوج (Abducent.n) په واسطه تعصیب کېږي .

معاینه :

د خپل لاس د شهادت ګوته ددوه فته په فالصله ناروغ ته مخامنځ ونیسي او په هر طرف حرکت ورکړئ حرکت باید منځنۍ، وحشی، پورته او بنکته خواهه اجرا شي . ناروغ ته ویل کېږي چې پرته له دې چې خپل سرته حرکت ورکړئ ستاسو ګوته په غورسره تعقیب کړي . الف) که چیري درېم عصب فلچ موجود وي د سترګې کره بنکته او وحشی خوا ته انحراف کوي او نور دغه لاندې علایم ورسره ملګري وي

- د پورتني جفن رالویدل Ptosis
- د Accumodation یا تطابق ضیاع
- د خراغ رنا د عکسې ورکېدل
- پراخه حدقي

د پورتني جفن رالوئیدوته Ptosis وايي چې ناروغ خپل جفن پورته کولای نشي. تطابق ازموينه: تطابق هغه حالت ته وايي چې سترګه د نېډۍ ليدلو لپاره مناسبه وګرځوي. دلته ناروغ ته ووايي چې لمړي لري وګوري او بيا تاسي یوشی سترګو ته نېډۍ ونيسي او ورته ووايي چې دا خه شي دیکه تطابق صحيح وي سترګه په عین حال کې دغه شي ګوري او حدقه تقبض کوي.

د عکسي لپاره ازموينه: کله چې شاعع په شبکېه ولکېري نو حدقه تقبض کوي که چيري شاعع یوې سترګې ته او حدقه د بلې سترګې تقبض وکړي نو هغې ته Consensual تعامل وايي.

ب) د خلورم زوج په فلچ کې ناروغ نشي کولاي چې بسته او وحشی خواته وګوري

ج) د شپږم زوج په فلچ کې سترګه وحشی خواته حرکت نشي کولاي

د پنځم زوج معاینه:

دا یو مخلوط عصبي زوج دی چې دوه حسه لري (حرکي او حسي)

۱- حسي برخه: دا برخه مخ منضمه او قرنۍ تعيیب کوي او د ژې ۲/۳ مخکنې برخې ذایقه په غارډ لري.

ازموينه: د مخ د حسيت لپاره مونږ دتماس، حرارت او درد خخه کار اخلو باید د مخ دواړه طرفه معاینه شي او ماوېه برخه د نورو خخه توپیر کړو.

د قرنۍ عکسه: ناروغ ته وايو چې پورته خواته وګوري او په اسانۍ سره د قرنۍ سره یو نرم شي په تماس کې کړئ (لكه د پنې پلک) پرته له دې چې په بنوکې کوم مشکل پیدا شي که چيرې ناروغ خپله سترګه پته کړي دا معنۍ لري چې پنځم زوج نورمال دی.



(۷) شکل د قرنۍ عکسې معاینه

د منضمی عکسه : د پورته آزمونی پشان ده په دې ترتیب چې پاکه پنه د منضمی په یوه
کنج کې کېرددئ چې په دې حالت کې ناروغ سترگه پتیو
د خوند ازمونه : د خوند د ازمونی لپاره مونړ لاندنی خلور شیان استعمالوو
الف) ګلوکوز ب) ستریک اسید ج) Saline د) quinine

ناروغ ته ووایئ چې ژبه راوباسی او تاسو د هغه ژبه د ګوټي او ګاز په واسطه ونیسی او د
ژبې سطحه پاکه کړئ او وروسته له هنې ګلوکوز او یا نور مواد پري اچول کېږي چې د
څکلې شي نوم په کاغذ ولیکۍ کله چې ژبه نیسی ګوته باید د تالو سره تماس ونکړي حکه
چې دلته هم حس شته چې د تالو حس د نهم زوج سره اړیکې لري هغه مواد چې د
ذايقې یا خوند په آزمونه کې استعمالیږي او مخکې ترې یادونه وشوه په نارمل حالت کې
لاندې مزې لري.

- ګلوکوز (خور)
- ستریک اسید(ترووش)
- Saline (مالکین)
- Quinine (تریخ)

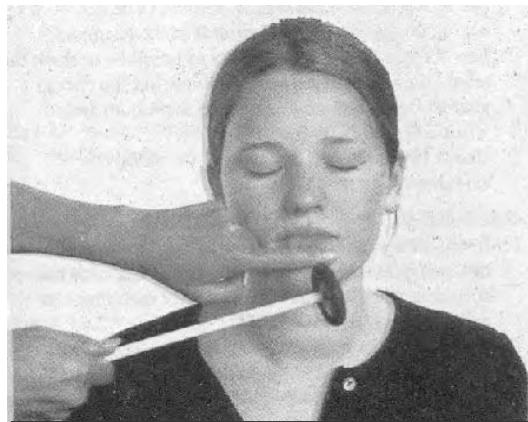
خواړه شیان د ژبې په خوکه کې نه احساس کېږي مالکین په ټوله ژبه کې احساس کېږي
ترووش د ژبې په قاعده او د ژبې په خنډو کې احساس کېږي او تریخ د ژبې شانه نه حس
کېږي.

۲. حرکي برخه : د دې عصب حرکي برخه د ژوولو عضلات تعصیب کوي.
ازمونه:

- ۱) ناروغ ته ووایئ چې خپلو غابنونو ته یو د بل دپاسه زور ورکړي اوس د Master او
عضلات جس کوئ چې په نورمال حالت کې دواړه طرفه عضلات په مساوی
ډول شح او راوځي مګر په هغه حالاتو کې چې د پنځم عصب فلچ موجود وي په فلچ
شوی طرف کې شخوالی او تبا زر منځ ته نه راخې
- ۲) ناروغ ته ووایئ چې خپلې ژامې ته یوې خوا او بلې خوا ته حرکت ورکړي .
- ۳) ناروغ ته ووایئ چې خپله خوله خلاصه کړي د فلچ په صورت کې د فلچ مقابل طرف ته
ژامه انحراف کوي.

۴) Jaw Jerk: خپله د شهادت ګوته د ناروغ په زنه باندی کېرددئ او ناروغ ته ووایئ چې
په کراره خوله خلاصه کړي لکه د قرعې په شان د بل لاس د منځنۍ ګوټي په واسطه دغه
ګوته ووھی ممکن د عضلاتو د تقلص له کبله ژامه وټرل شي په ټینې حالاتو کې Jaw Jerk

موجود نه وي ممکن د Jaw jerk مشکوك والي د پنځم عصب د نوي خخه پورته افت
باندي دلالت وکړي .



(۷) شکل د ژامپي د عکسي معاينه

د منځ عکسي ازموينه:

Bell,s palsy: که چېري په Idiopathic ډول داوم عصب فلنج منځ ته راشي د Bell,s palsy
په نامه يادېږي کله کله د Herpes zooster د هستو د Geniculate palsy
فلنج منځ ته رائحي چې په دي حالت کې د سفلې حرکي عصب په بندش او يا په غور کې
Vesicular Rash پنامه سره يادېږي Ramsyhunt Syndrome) ازموينه: د تندی ګونئۍ: ناروغ ته ووايئ چې پورته وګوري په داسې حالت کې
چې خپل سر پورته نکړي د تندی دپاسه افقي خطونه منځ ته رائحي که چېري د تندی
برخه همواره پاتي شوه د هماګه طرف د اوم عصب د سفلې حرکي عصب په فلنج
باندي دلالت کوي

۲) د سترګې تړل کېدل: ناروغ ته ووايئ چې خپلې سترګې پټې کړي او زور ورکړي اوس
د ناروغ سترګې خلاصې کړي او هغه قوه چې دهمندي طرف سترګې د خلاصولو لپاره پکار
کېږي ياداشت کړي فلنج طرف سترګه په مکمل ډول نه تړل کېږي او که وټړل شي د
ډېږي کمې قوي د استعمال په نتیجه کې خلاصېږي که چېري د ناروغ ماوې طرف سترګه

خلاصه پاتې شي او تاسې د ناروغ د سترګې د کړي منځنۍ او پورته خواته حرکات ولidel او په عین حالت کې ناروغ د سترګې د بندولو کوشش وکړ نوموري حالت د Bell,s phenomenon په نامه سره یادېږي .

۳) د Naso labial التواتو تفتیش: دواړه خوا Nasolabial التوات مقایسه کړئ په فلچ شوي طرف کې نوموري التواکمه او یا هیڅ موجوده نه وي.

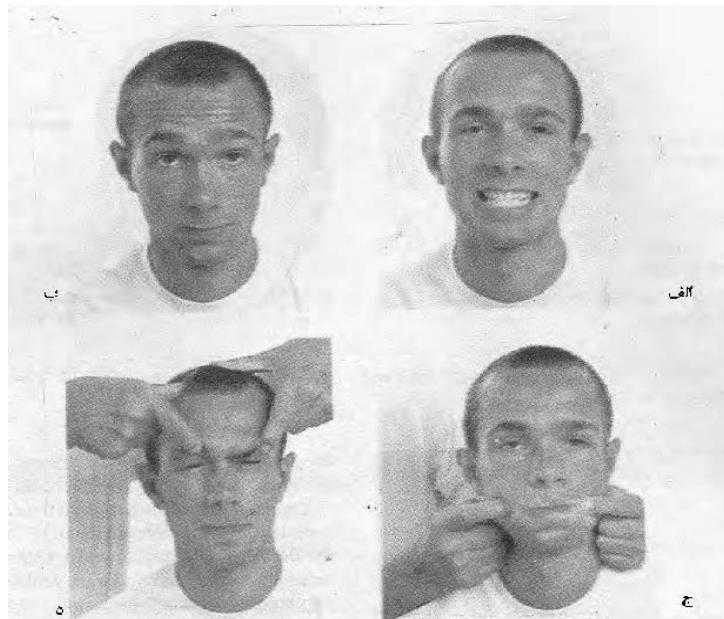
۴) ناروغ ته ووایئ چې خپل غابونه بنکاره کړي د ماوشه طرف د خولي زاویه نشي خلاصیدی او امکان لري چې روغ طرف ته انحراف وکړي .

۵) ازموينه : ناروغ ته ووایئ چې شپیلاق وکړي ناروغ شپیلاق نشي کولای whistal

۶) ازموينه : ناروغ ته ووایئ چې خوله د هوا خخه د که کړي او خولي ته د چېلې یوې ګوتې په واسطه د مخ یو طرف ته فشار ورکړي د فلچ شوي طرف خخه په ډېره اسانې سره هوا تبنتي .

۷) د غذا تولیدل : د مخ په فلچ شوي طرف کې ناروغ د غذا د تولیدو خخه شاکې وي

۸) د ناروغ د خولي د ماوشه زاویې خخه او به او لارې خاخې .



۴-۹. شکل د وجهي عصب د حرکي وظایفو معاینه الف) غابونه وبايه، ب) وریخی پورته کړه، ج) غښوري وپرسوه، د) سترګې د مقاومت په مقابل کې پتې کړه (۷)

د اتم زوج معاینه : Examination of Vestibulo cochlear.N

۱) بدخه د اوریدو لپاره Cochlear

۲) بدخه د Vestibular Equilibrium تعصیب لپاره.

د Cochlear بدخه معاینه : د عصب دا بدخه د اوریدو مسؤولیت په غاره لري او لاندې آزمونې باید اجرا شي .

(الف) Watch Test :- ناروغ ته ووايئ چې خپلې سترګې بندې کړي او یو ساعت د ناروغ د غوب خخه په تدریجي ډول لري کوي تر خو چې ناروغ د ساعت د تک تک اواز وانه وري دغه مسافه اندازه کړي اووس ساعت بیوره د ناروغ غوب ته رانډۍ کړي تر خو چې ناروغ د ساعت د تک تک اواز واوري اووس نو دغه مسافه هم اندازه کړي ددغه دواړو مسافو اندازه د خپل غوب سره مقایسه کړي او دغه آزمونې د بل غوب لپاره هم تکرار کړي .
نوت : کله چې دغه آزمونې په یوه غوب کې اجرا کېږي بل غوب باید د ګوټې او یا پنې په واسطه بندوي

(ب) vesper test : د ناروغ په هر غوب کې د هنې خخه د پس پس په ډول اسانه پوښته وکړي لکه نوم دې خه شي دی؟ او یا په کوم حای کې اوسيېري؟ که چېري ناروغ صحیح ځواب ورکړ د ناروغ د اتم زوج د Cochlear بدخه په صحت باندې دلالت کوي .

(ج) Weber Test :- ددې تست په واسطه مونږ د دواړو غورونو Bony Conduction (هدوکې لېړدونه) معلوموو . د غربې پنجې Tuning fork قاعده د تندی په منځني . بدخه کې کېړدۍ که چېري ناروغ د منځني غور ناروغی ولري نو په ماوېه طرف کې د هدوکني لېړدونې په واسطه اهتزاز سه اوري لakin که چېري ناروغ عصبي کونوالی ولري نو په ماوېه طرف کې بنه نشي اوریدلای .

(د) Rinn,s Test :- پدې ازمونې کې د هدوکې او د هوا د لاري لېړدونه مقایسه کړي په نورمال حالت کې د هوا د لاري لېړدونه د هدوکې د لاري د لېړدونې خخه غوره دی . طریقه: لمړی اهتزازي صوتی پنجه د غوب په مقابل کې ونیسی وروسته د اهتزازي صوتی پنجې قاعده د Mastoid هدوکې دپاسه کېړدۍ او د ناروغ خخه پوښته وکړي چې کوم اواز بنه اوري . په نورمال حالت کې د هوا د لاري لېړدونه بنه وي لakin د منځني بدخه په التهاب کې د هدوکې د لاري لېړدونه نسبت د هوا لاري ته بنه وي .

برخې معاينه: - د اتم زوج د Vestibular برحه تعصیب کوي او ددې برخې د معاينې لپاره لاندې دوه ازمونې اجرا کېږي
الف) Caloric Test ب) Rotation Test

چې دا دوه تستونه به د غور او ستونې په
كتاب کې ولوئ .



۵-۹. شکل د Rinne,s آزمونه (۷)



۶-۹. شکل د Weber آزمونه (۷)

د عصب معاينه: Glosso Pharyngeal
ددې عصب د معاينې لپاره لاندې دوه تستونه اجرا کېږي

الف) د ژبی 1/3 حلفي برخې د خوند آزمونه: چې طریقه يې مخکې ذکر شوې ده
ب) عکسه ya Pharyngeal عکسه : ناروغ ته ووايئ چې خوله خلاصه کړي اوستړګې بندې کړي اوس یو پاک Probe یا فلزي ميله راواخلى او د بلعوم د حلفي جدار سره تماس ورکړي او ژبې ته د Tongue Depressor په واسطه بشکته فشار ورکړي چې په دې حالت کې د لوزو Pillar عضلات تقلص کوي. او د عصب د فلچ په صورت کې بلعومي عکسه معدهمه وي.

د لسم زوج يا عصب معاینه: Vagus

الف) Ah test: د ناروغ مخ رنا ته راپروئ او خوله يې خلاصه کړي اوپه Tongue Depressor ې ژبې ته بشکته فشار ورکړي او د ناروغ خخه هيله ورکړي چې آه ووايئ او د نرم تالو حرکات وګورئ چې د تالو په فلچ شوي طرف کې لوړوالی منځ ته نه رائحي ددوه طرفه واګوس د فلچ په صورت کې د تالو حرکات معدهمه وي.

ب) په خبرو کولو کې بدلون: د ناروغ خخه هيله ورکړي چې خینې تکي له Egg او یا Rub ووايی که چيرې دوه طرفه د واګوس فلچ موجود وي نو د Egg په ځای Eng او د Rub په ځای Ruin تلفظ کېږي. په حقیقت کې د واګوس ددوه طرفه فلچ په صورت کې نرم تالو د پورته کېدو ورتیا نه لري چې انفی بلعوم بند کړي نو په دې صورت کې انفی بلعوم په مطلق ډول خلاص پاتې کېږي او اوازې په پزه کې پیداکېږي.

ج) د غذا بېرته ګر ټون: ناروغ د غذا د تیرولو په وخت کې د پزې خخه د دودۍ د راتک خخه شاکې وي چې نوموري حالت د نرم تالو په تام فلچ کې عموميت لري

د) د اواز خپوالی: د حنجري د عضلاتو د فلچ له کبله په ناروغ کې د اواز خپوالی مینځ ته رائحي.

د یولسم زوج يا Accessory معاینه:

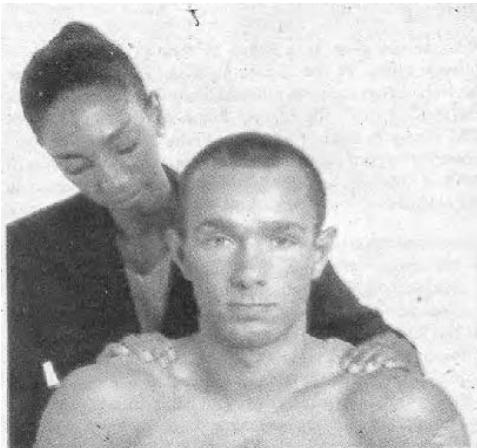
دا حرکي عصب دی او د Trapezieus sterno mastoid عضلات تعصیبوی آزمونه:

الف) د مخ تدور: ناروغ ته ووايئ چې د ډاکتر د لاس د مقاومت په مقابل کې خپل سر یو طرف ته واروی په دې وخت کې وګورئ چې د Sternomastoid عضلات متبارز کېږي او ددي عصب د فلچ په صورت کې په اړوندې عضلاتو کې متبارز منځ ته نه رائحي.

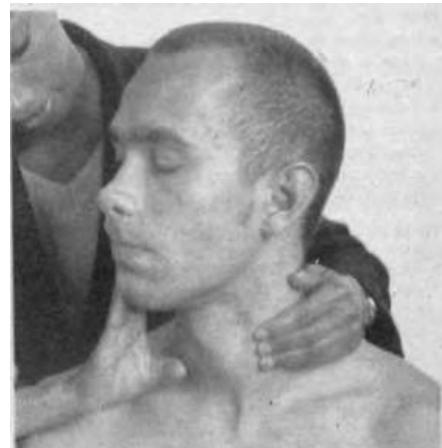
ب) ناروغ ته ووایئ چې بسته وگوري او خپل سر د زنې په برخه کې د مقاومت په مقابل کې بسته کړي چې د یوولسم عصب د صحت په حالت کې دواړه طرفه Sternomastiod عضلات مبارز کېږي.

ج) د اورې پورته غورڅول Shrugging to the shoulder : ناروغ ته ووایئ چې خپلې اورې پورته کړي په دې وخت کې تاسو ددې حرکت مخنيوی وکړئ او د قوي استعمال په دواړو طرفو کې مقایسه کړئ چې فلچ شوی طرف اوره ضعيفه وي.

ب



الف



شكل الف) چې د Trapezius عضلات، ب) د Sternomastoid عضلات (۷-۹)

ددولسم زوج يا Hypoglossal عصب معاینه: دا خالص حرکي عصب دی او د ژې او Depressor هدوکي Hyoid عضلات تعصیبوی آزمونه : ناروغ ته ووایئ چې د امکان تر حده پوري خپله ژبه راویاسی او لاندیشیان د پکې وکتل شي.

الف) د ژې موقیعت : په نورمال حالت کې ژبه مرکзи او یا په خفیف ډول سی طرف ته منحرف موقیعت لري که چیرې د hypoglossal عصب فلچ موجود وي د ژې خوکه د

فلج مقابل طرف ته تىلە شوي وي او يا زې د لور په شان شكل لري چې محدبىت بې فلچ طرف ته وي.

ب) د ژېي تناظر :- په فلچ شوي طرف کې زې وړوکې لنده او اتروفيك وي.

ج) د ژېي رعشه : د ژېي په فلچ شوي طرف کې رعشه يا Fasiculation ليدل کېږي

د) د ژېي حرکات :- ناروغ ته ووايئ چې ژېي ته يو طرف او بل طرف ته حرکت ورکړي او د هغه خخه هيله وکړي چې د ژېي په واسطه خپل عونبوری وختي او پاملننه وکړي چې ناروغ په آزادانه ډول دغه کار کولاي شي او که نه؟

دسمپاتيک عصبي سيسنتم کتنې

د رقبي سمساتيک جذعي د آفت په نتيجه کې لاندي خرگندونې منځ ته رائي.

(الف) د جفن سقوط يا رالويدل (Dropping of the lid)

(ب) Enophthalmus (ستړګې داخل خواته حرکت کوي)

(ج) miosis د حدقې تقبض

(د) د خلو ضياع

(ذ) cilio spinal عکسې ضياع

نوموري عاليم په ماوې طرف کې موجود وي په مجموعي ډول پورتني پنځه واره عاليم د سندروم په نامه سره يادېږي horners

عکسه: د غاړي یو طرف ته فشار ورکړي په دي حالت کې دسمپاتيک عصب د تنبه له کبله حدقه پراخه کېږي دا عکسه درقيبي سمساتيک جذعي په افاته کې له منځه خي.

د محيطي اعصابو معاینه

محيطي اعصاب باید معاینه او مهم محيطي اعصاب عبارت دي له:

(الف) Brachial plexus

(ب) Circumflex اعصاب

(ج) Bell عصب

(د) ulnar عصب

(ذ) كعبري عصب

(ھ) متوسط عصب

(و) سباتيک عصب

(ی) وحشی مابضي عصب

دمعاینی په وخت کې دو شیان باید په نظر کې ولرو

۱. د عصب جس (د امکان په صورت کې)

۲. د عضویت د هغه برخې معاینه چې ددې عصب په واسطه تعصیب شوي وي

۱) د عصب جس : Brachial plexus د تحرګ په ناحیه کې د گوتو د ژور جس په واسطه په هغه صورت کې چې ناروغ خپل مت په کمه اندازه اوږي خواهه پورته کړي وي، جس کېدای شي د Ulnar عصب د عضد هدوکۍ د وحشی Epicondyl fibula د سر سره نړدې جس شي . د کېږي او وحشی مابضي عصب امکان لري چې د Neuro fibro matosis چدام په ناروځي کې دغه عصب د پړي په شان جس کېږي او د په حالت کې رقبې، نخاعي او محیطي اعصاب په منتشر ډول noduler پېروالۍ او یو مضاعف پېرسوب د ټول عضویت لپاشه موجود وي

۲) د عضویت د هغې برخې معاینه چې ددې عصب په واسطه تعصیب شوي وي.

په عضدي ذفیره کې آفات په دوو ګروپو ويسل شوي دي:

الف) علوی افت Upper lesion : نوموري افت د ولادت په وخت کې چې د ماشوم سر کش شي پېښېري چې په دې حالت کې خلورمه او کله کله شپږمه رقبې جذع په افت Suppenatur Brachio radialis, Brachialis,Biceps اخته کېږي چې په نتیجه کې به د عضلاتو فلح منځ ته راځي . فلهذا پورتنی طرف څورند او د وجود په طرف بې تدور خورلې وي او خنګل د Pronated په حالت کې وي چې دغه وصفی منظره د پولیسانو د منظري په نامه یادېږي.

ب) سفلی آفت lower lesion :

دا آفت هغه وخت مینځ ته راځي چې یو سړی د لوړې ارتفاع خخه لاندې ولوېږي او یا که یو سړی وغوارې چې ځان څورند کړي او ځان په یو شي کلک ونیسي چې ونه لوېږي په دې پېښو کې بنکتنی عصبي ریشې ماوفه کېږي په دې ډول آفت کې د ناروغانو د لاس کوچنې عضلات خوار شوي وي او خنګل دننه خواهه (انسي طرف) او دننه د درې نيمو ګوتو حسیت ضایع شوي وي.

د حسی سیستم کتنی

۱) د تماس حسیت: (سطحې حسیت)

آزمونه:

الف) سپک تماس light touch: ناروغ ته ووایئ چې سترګې پتی کري او په کمه اندازه پنې راواخلى او د ناروغ د وجود د تاکل شوو برخو سره تماس ورکړئ لومړئ پورتنې اطراف، وروسته تنه بیا شاه او په اخره کې نسکتنې اطراف، اوس د ناروغ خخه دوه پوبنتنې وکړئ.

- پنې د کومو حایو سره په تماس راغلې ده چې مونږ ته د تماس د موقعیت په برخه کې یوه نظریه ورکوي همدا ډول د ناروغ خخه پوبنتنې وکړئ چې د هر ئل تماس احساس بې کړي دی او که نه؟
- د ناروغ خخه پوبنتنې وکړئ چې د خو توټو د پنې سره په تماس راغلې دی مخکې ددې پوبنتنې خخه ناروغ باید د پنې د دوو مختلفو توټو سره په تماس شوئ وي چې ددې په واسطه مونږ کولای شود ناروغ د تماس د فرق په هکله معلومات لاسته راړو. که چیري په قدامې نخای Thalamic tract کې افت موجود وي د ناروغ د او یو تر بله د توپیر کولو حسیت له مینځه خي . localization

ب) زېړ تماس يا Coarse sense: په دې معاینه کې د ګوتې او یا د یوې پڅې میلي په واسطه د اطرافو په یو معینه برخه باندې فشار وارد کړئ اوس د ناروغ خخه پوبنتنې وکړئ چې د فشار اندازه بنوډلای شي که نه؟

Sensory inattention ماوف طرف ته متوجه نه دي معنۍ یې داده چې ناروغ د تماس په وخت کې خپل روغ لاس هم نوموري جسم ته وروري اوناروغ د خپل روغ لاس په واسطه د تماس حس کوي خو که چیري ماوف طرف خانته په تماس راشي ناروغ د نوموري افت احساس کوي . د تماس حسیت خرابوالی په لاندې تکو کې بیانولای شو.

الف) Anesthesia : د ناروغ حسیت پوره له منځه تللې وي
ب) Hypoesthesia : د هغه حالت خخه عبارت دی چې د تماس حسیت په نسبی ډول له منځه تللې وي .

ج) hyper aesthesia : د هغه حالت خخه عبارت دی چې ناروغ د نورمال تماس په حالت کې د Burning یا سوزش او Preking (د ستني د چوخیدو احساس کوي)
د) Delayed conduction : ناروغ حسیت پنه تشخیص کولای شي لاکن لېږدیدنه بې مؤخره وي چې د Tabesdorsalis په ناروغانو کې دا حالت موجودوي

۳) که چیرې د ناروغ د بنې طرف سره په تماس کې شئ ناروغ وائې چې
په چې طرف کې تماس موجود دی نوموري احساس د Allocheiria په نامه سره یادېږي .

نوموري حالت د قدامې Spino, thalamic tract په افت کې موجود وي

۲) د درد حسیت:

دا آزمونینه د سنجاق په واسطه اجرا کېږي د ناروغ په یوه معینه برخه کې سنجاق داخل
کړئ او پونتنه وکړئ چې د درد احساس موجود دی او که نه ؟

که چیرې دوخشی Spinothalamic tract افت موجود وي ددې په افت کې د درد د
حسیت تقيصه موجوده وي.

۳) د حرارت حسیت:

دا معاینه د دوه مسي امتحاني تیوبو په واسطه چې په یوه کې ګرمې او به او بل کې ینځی
او به اچول شوي وي اجرا کېږي په دې دول چې د ناروغ د معاینې لاندې ناحیه برښډه
کړئ او یو ددې تیوبو خڅه په همدي ناحیه کېږدئ او بيرته یې لري کړئ او د ناروغ
څڅه پونتنه وکړئ چې ګرمه وه که یخ؟ د وحشی Spino,Thalamic په افاتو کې دغه
حسیت خراب شوي وي.

۴) د وضعیت او منفعل حرکاتو حس: (ژور حسیت)

الف) په دې آزمونینه کې د لاس او پښې غتې ګوتې حرکات مطالعه کېږي لوړۍ باید ناروغ
د لاس او پښې د غتې ګوتې په دواړه طرف بشکته او پورته طرف حرکاتو باندې وپوهول
شي. ناروغ ته ووایئ چې سترګې پې کړي او د پښې غهه ګونته یې د خپلو دوو ګوتو په
واسطه پورته کړئ غیر له دې چې د بلې پښې د غتې ګوتې سره په تماس کې وي او س
ناروغ ته ووایئ چې دې غتې ګوتې ته پورته او بشکته خواته حرکت ورکړي. نوموري
آزمونینه کولای شئ چې خو څله تکرار کړئ او همدا دول د لاس د غتو ګوټو د حرکاتو د
معلومولو لپاره هم عین عملیه اجرا کېږي

ب) ناروغ باید خپلې سترګې بندې کړي او د ناروغ یو طرف ته یو غیر نورمال وضعیت
ورکړي او ناروغ ته ووایئ چې خپل بل طرف ته ددې په شان وضعیت ورکړه یو تکی باید
په یاد ولرو چې مخکې د طرف تاکلې وضعیت خڅه د ناروغ طرف ته باید په آزاده هوا
کې مختلف خواو کې حرکت ورکړئ او همدارنګه د معاینې لاندې طرف باید عضویت د
بلې برخې سره په تماس کې نه وي .

۵) د اهتزاز حسیت: دا ازمونینه د صوتی پنجي په واسطه چې فریکونسی یې 128/sec وي اجرا کېږي لومړی صوتی پنجه د زنکون د یوې خوا سره ووهئ او بیایی قاعده د هدوکۍ د راونټې برخې دانسي او وحشی spina, Tibia Maleol هدوکۍ Anti.sup دپاسه کېږدئ په نارمل حالت کې ناروغ د Buzzing احساس کوي او دغه اهتزاز په لاندې ناروغانو کې له منځه حې.

الف) زاره عمر ب) poly nearo pathy ج) د خلفي Colum ناروغې .

۶) Stereognosis: دا اصطلاح د یو جسم د جسامت شکل او وزن د پېژندلو لپاره استعمالیې ناروغ ته ووايئ چې خپلې سترګې پټي کړي، ورسته یوه سکه، پنسل او یا یو کلید د ناروغ لاس کې کېږدئ د ناروغ خخه پوبنتنه وکړئ چې دا پېژني او یا دا تشريح کړه چې دا خه شی دی؟

د وزن د احساس د ازمونې پاره په یو ډول شکل او جسامت دوه توپونه چې وزن یې مختلف وي ناروغ ته ووايئ چې کوم یو یې دروند نه دی.

د جسامت د معلومولو لپاره دوه جسمه چې مشابه وزن اوشكول ولري د ناروغ په لاس کې کېږدئ او ناروغ ته ووايئ چې کوم یو یې اوړد او کوم یو یې کوچني (لب) دی ددې حس ضیاع او نشوالي د Astereogonsis په نامه سره یادېږي.

۷) د ژور درد احساس: درې ازمونې باید اجرا شي

i. Cuff. د عضلاتو څکوندې

ii. د شهادت ګوټې او غټې ګوټې تومنځ فشار ورکړئ

iii. د ناروغ خصیو ته فشار ورکړئ

نوموري ازمونې اجرا کړئ او د ناروغ درد احساس نوت کړئ د Tabes Dorsalis په ناروغانو کې د ژور درد احساس موجود نه وي د درد احساس لاندې ډولونه لري.

1. Analgesia: چې په دې حالت کې په مطلق ډول درد حس موجود نه وي.

2. hypoalgesia : چې په دې حالت کې درد قسمی ضیاع موجوده وي.

3. Hyperalgesia : چې په دې حالت کې شدید درد چې د تحمل وړ نه وي موجودوي.

ابنارمل حسیت: د غیر نارمل حسیت موجودیت د paresthesia په نامه سره یادېږي چې معمول ډولونه یې د Chills ، itching ، Numbness د Tengling حاربنت، د حسي، د

ستنې چو خيدل) او Formication خخه عبارت دی چې محیطي اعصابو په ناروغيو کې ليدل کېږي.

د حرکي سيسنم کتنې

د حرکي سيسنم د کتبو خخه مخکې د حرکي سيسنم Pathway چې په ۸-۹. شکل کې بشودل شوي ده را يادوو.

د حرکي سيسنم په کتبو کې لاندې تکې بايد په نظر کې ونيول شي
۱. د عضلاتو تغذۍ او جسامت

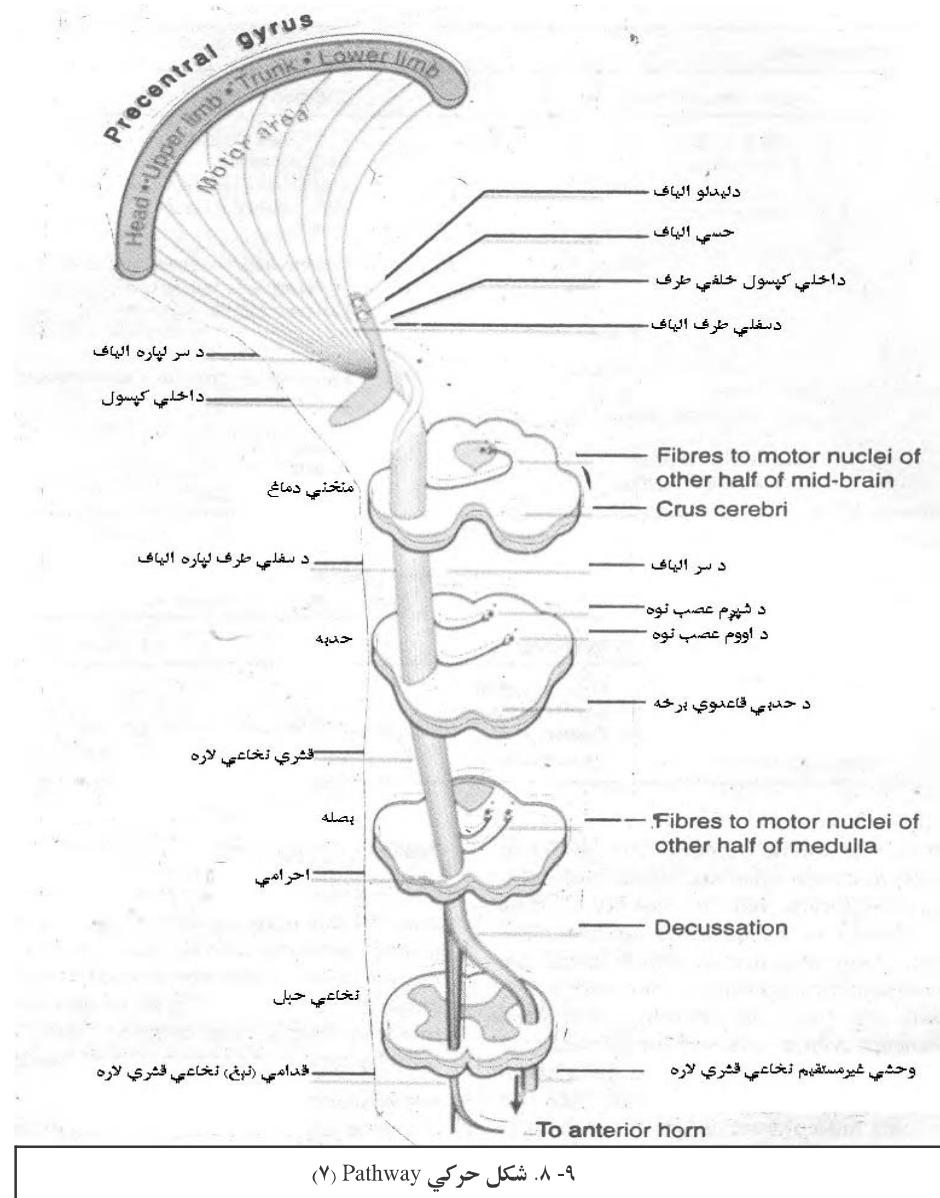
۲. د عضلاتو تون
 ۳. د عضلاتو قدرت
 ۴. د حرکت توازن
 ۵. د غیرارادي حرکاتو موجوديت
۱. د عضلاتو تغذۍ او جسامت:

په دې حالت کې د هميشه لپاره د وجود دواړه خواو عضلات په مقاييسوي ډول وګورئ د عضلاتو جسامت په دواړه خواو کې مقاييسه کړئ چې ايا عضلات ذوب شوي دي ضموري بې کړي دي او که خنکه؟ همدا ډول عضلات نرم او یا سست دي.

عضلي ذوبیدل شايد عمومي او یا موضعی وي،
عمومي ذوبیدل د بنكتنې حرکي اعصابو په افاتو ، په جباثت او نورو مزمنو امراضو کې موجود کېدای شي.

موضعی ذوبیدل په تر ضيقاتوباد مفاصلو په امراضو کې موجود کېدای شي چې دا هم په عضلاتو کې د لمړي Mata Carpophalangeal Thenar مفصل التهاب ورسه یو ځاي وي ليدل کېږي يا د خلور سري عضلي چې ڏرنگانه بند هم ورسه اخته شوي وي او یا هم په اتروفيک ناروغيو کې ليدل کېږي.

عصبي سیستم کتنی



۲. عضلي تون:

عضلي تون دوه حالته لري يو دا چې عضلي تون زيات شوي وي چې دي ته hypertonia وائي او يا دا چې عضلي تون کم شوي وي چې دي ته Hypotonia وايي عضلي تون مشتمل دي په عضلي تقلصيت او Tension باندي.

Hypotonia په لاندي حالاتو کې موجود وي.

(الف) د سفلې حرکي اعصابو په ناروغيو کې

Tabes Dorsalis (ب)

ج) خوب

د) غير شعوري حالت

ذ) عصبي شوك

Hypertonia په لاندي حالاتو کې موجوده وي.

(الف) د پورتنې حرکي عصب په افاتو کې

ب) افت چې په Basal ganglia کې وي

Hysteria (ج)

Anxiety (د)

د شخواړۍ يا دولونه : hypertonia

Clasp-knife type of spasticity . ۱

Cog wheel type of Rigidity . ۲

lead pipe type of Rigidity . ۳

Hysterical Rigidity . ۴

: Clasp-knife spasticity . ۱

د hypertonia په دي شكل کې کله چې داکتر کوشش وکړي چې اندام قبض کړي ډير شخ وي لakin د قبض د خو معینو درجو خخه وروسته نوموري مقاومت ناخاپي له منځه چې لکه اوښتې چاره چې همدا دوں مشابه حالت د بسط په وخت کې هم مشاهده کېږي چې د پورتنې حرکي عصب په افاتو کې موجود وي .

۲. Hypertonia په دوں کې د منفعله حرکاتو په مقابل کې

مقاومت نوساني وي که چيري تاسي کوشش وکړي چې د خنګلې بند قات کړي دا ممکن

د جټکې په دوں قبض شي چې په خارج اهرامي ناروغيو کې موجود وي لکه پرکنسونيزم ناروغۍ کې تکاني يا جټکه يې حرکات هغه وخت ډير مبارز کېږي کله چې ناروغ ته ووايې چې خپل لاس موتی وتړي چې دي ته Jendra sik,s مانور وايې .

دا د پلاستیک دول شخوالي خخه عبارت دی.
دا دول شخوالي په یو شکل په منفعله حرکاتو کې موجود وي لکه (قبض او بسط) دا په هنجه حالاتو کې چې ناروغ غیر شعوري حالت ولري موجود وي او همدا دول په کې هم لیدل کېږي . Dementia

۴. Hysterical شخوالي: دا شخوالي د ناروغ د بدن په هنجه برخه کې زیات وي چې د ډاکټر په واسطه په حرکت راوستل کېږي

د عضلي تون د ازمونې طریقه:

د قبض او بسط منفعل حرکات په خلورو اطرافو کې اجرا کړئ.

علوي اطراف: په علوی اطرافو کې د قبض او بسط حرکات په مړوند، د خنکلی بند او مفاصلوکې اجرا کړئ. Meta carpophalangeal

سفلي اطراف: په سفلي اطراف کې د قبض او بسط منفعل حرکات په زنکانه، بسکنري او بندونو باندي اجرا کړئ. Meta tarsophalangeal

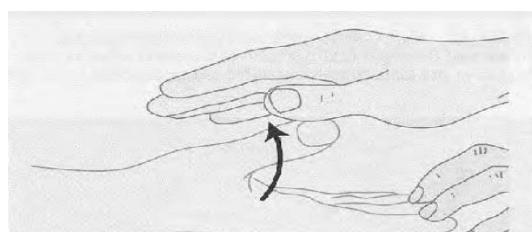
عضلي قدرت Muscle power :

عضلي قدرت دا دول ازمایل کېږي چې ناروغ ته ووبل شي د ډاکټر سره د مقاومت په مقابل کې خپل عضلات استعمال کړئ دلته یوازې د مهمو عضلاتو ازمایل تر مناقشې لاندې نیول کېږي

د تني عضلات: په دې حالت کې ناروغ ددي توان نه لري چې په غير د مت د استعمال خخه د بستر خخه پورته شي .

علوي اطراف :

Abductor-pollicis brevis: نوموري عضله د متوسط عصب په واسطه تعصیب شوي ۵۵. د ناروغ خخه هيله وکړئ چې خپله غته ګوته د Index خخه لري کړي په دې حالت کې عضله لیدل کېږي او متقلصه جس کېږي .



۹-۹. شکل ۹. عضلي آزمایل Abductor pollicis brevis (۱۱)

آزمونه Card:

د عضلاتو د معاینې لپاره اجرا کېږي یوکارت د ناروغ د ګوتو ترمنځ اینسول کېږي په داسې حال کې چې نومورې مکمل د بسط په حالت کې وي ناروغ ته وبل کېږي چې کارت همدلته تېسګ ونيسي اوس کوشش وکړئ چې کارت بيرته واخلي چې په دې حالت کې تاسو د ناروغ Palmar interossos عضلاتو قدرت ګوري.



۱۰-۹. شکل د Interoseous عضلى قدرت ازمايل (۱)

Flexor of the Finger: د ناروغ خخه وغواړئ چې ستاسي ګوتې کېکارې په نورمال حالت کې متوسطه او د اشارې ګوته په دې منظور پکاروړل کېږي د خپلو ګوتو د ترضیض د مخنيوي په خاطر متوسطه ګوته نېډې کړئ نومورې ګوته به د شهادت ګوتې مخامن خوار ونيسي که Dystrophia Myotonia او یا Dystrophia ګوتې په فوري توګه نشي خلاصولي بلکې دغه کار خه وخت غواړي.

Extensor of the finger: د ناروغ خخه هيله وکړئ چې خپل مونۍ شوي لاس د هغه مقاومت په مقابل کې خلاص کړي چې د ګوتو دقیص کېدو لپاره په کار وړل شوي دي.

Flexor of the wrist: ناروغ ته ووایئ چې خپل د لاس ګوتې د ساعد يا (for arm) خواته متوجه کړي په داسې حال کې چې د لاس ورغوی بې پورته طرف ته قرار ولري.

Extensor of the wrist: ناروغ ته ووایئ چې خپل لاس داسې وښابې چې د لاس ورغوی بې بسته خواته متوجه وي بيا د ناروغ لاس ونيسي او ورته ووایئ چې خپل لاس پورته اوشا خواته قات کړئ د Extensor hand drop په صورت کې د لاس په بند کې چې د نوم یادېږي منځ ته راوري.

Biceps: ناروغ د خنګل په خپله خوا کې ونيسي بيا ناروغ ته ووايئ چې ساعد قبض کړي په داسي حال چې د ناروغ په مروند او يا لاس باندي مقاومت وارد شوي وي. که د Biceps عضله سالمه وي په دې وخت کې برجسته کېږي.

Triceps: د ناروغ خخه وغوارۍ چې خپل قات شوي ساعد د مقاومت په مقابل کې نیغ کړي.

Deltoid: د ناروغ خخه وغوارۍ چې خپل متې ته د مقاومت په مقابل کې د تباعد حالت ورکړي.

سفلي اطراف:

د پنسو خلفي قبض او د تلو قبض :

ناروغ ته ووايي چې خپلې پنسې ته د خلفي قبض او د تلو قبض وضعیت ورکړي.

Extensor of the knee يا د زنگانه بسط:

ناروغ په بستر پروت وي چې زنگون یې د قبض په حالت کې وي د ناروغ په پنسه قوه وارده کړئ او ورته ووايي چې خپل لينکي ته مستقيم وضعیت ورکړي که خلور سري عضله روغه وي برجسته کېږي.

د زنگانه قبض: Flexor of the knee د زنگانه ته د مقاومت په مقابل کې قبض حالت ورکړي.

د عضلي قوت د ضياع درجي:

Grade I: قام فلچ وي او هيڅ دول حرکت موجود نه وي

Grade II: په کمه اندازه عضلي تقلص موجود وي

Grade III: کله چې د ناروغ خخه دروند شي لري شي هغه خپلې عضوي ته حرکت ورکولی شي.

Grade IV: ناروغ کولاي شي چې خپل اندام پورته اوچت کړي او يا یې ونيسي په هغه صورت کې چې وزن پري اچول شوي وي خو د مقاومت په صورت کې دا کار نشي کولاي

Grade V: ناروغ کولاي شي چې د مقاومت په مقابل کې هم خپل اندام ته حرکت ورکړي.

Grade VI: نارمل عضلي قوت موجود وي.

نوت: د هميشه لپاره د ناروغه دواړه خواوې باید معانيه کړئ تر خو وکولاي شو چې
د یو تعداد معلوم ګروپ عضلاتو د قوت کموالی وتاکل شي.
په عمومي ډول لاندي اصطلاحات استعماليوسي:
Hemiplegia: که چيرته د بدن نيمائي طرف په فلنج اخته شي د Hemiplegia په نامه
ياديوسي.

Paraplegia: د سفلې اطرافو د فلنج خخه عبارت دي.

Monoplegia: د یوه لاس يا یوې پښې فلنج ته وائي.

Coordination of movement: د حرکت توازن

ددې په واسطه کولاي شو چې د هري عضلي او يا دعضالاتو د یوه ګروپ ټاکلي وظيفه
ملوومه کړو.

آزمونه:

په پورتني طرف کې:

Nose-finger test .1

Finger to finger test .2

3. ددابري جوروں په هوا کې

په بنكتني طرف کې:

1. په مستقيم خط قدم وهل

Heel knee test .2

Romberg,s sign .3

د پورتني آزمونو خخه به د مخيخ په کتنېو کې په تفصيل يادونه وشي

د غيرارادي حرکاتو موجوديت:

د غير ارادي عضلي تقلصاتو مختلف ډولونه وجودلري کېداي شي چې عضلات د

يا تشنج په حالت کې قرار ولري چې دا عضلي تشنج به Clonic او يا Tonic وي

Tonic : کله چې عضلي تقلصات دوامداره وي.

Clonic: کله چې عضلي تقلصات پرله پسي وي.

د Tetany په پيسنو کې غير نورمال حرکت د ليدلو وړ دی د

عالمي د ليدلووړ دي:

1) Troussseau's Sign: که چیرې د ناروغ د مې لپاسه د فشارآلې د کخورې او یا د تورنیکېت په واسطه فشار وارد شي نو یو وصفي Spasm منح ته راحي چې د Accoucheur لاس په نامه یادېږي.

2) Chvostek's sign: که چیرې د ناروغ د وجهي عصب لپاسه د غور د فص په قدام کې وارد شي د همغه اړونده طرف د عضلاتو د Twiching سبب کېږي

3) Peroneal sign: د سر خخه بښته د Fibula وخشی مخ باندې ضربه وارده شي ممکن د پښې د خلفي قبض او تباعد سبب شي او د پښې عضلات تقلص کړي.

نور غيري ارادي حرکات عبارت دي له:

1) Tremors يا رېيدل: دادطرف او یا عضوي د یوې برخې منظم بنورونکي يا اهتزاري حرکات دي چې په لاندې ډولو ويشل شوي دي:

الف) Coarse tremor ج) Fine Tremor

ب) Hysterical tremor د) Senile Tremor

الف) خفيف tremor: دا په thyrotoxicosis او alcoholism کې موجودوي دا په دی ډول معاینه کېږي چې د ناروغ خخه هيله وکړئ چې خپل لاسونه مخې ته اوږده کړئ او د کاغذ یوه ټوټه د ګوتولپاسه اینبودل کېږي چې په دې حالت کې کاغذ رېېږي.

ب) pill rolling : دا په Coasrs tremor کې موجود وي چې دې ته حرکات هم وائي.

ج) Senile tremor : دا په زړو ناروغانو کې موجود وي چې په سر، لاسونو او پښو کې لیدل کېږي

د) hysterical : دا یوه عضوه یا تول بدن په برکې نيسې ددي شدت هغه وخت زیاتيرې کله چې یو شخص ددوی د درولو کوبشن وکړي. رعشه ممکن دوامداره مقاطع منظم او یا غیر منظم وي.

(Astrexia) Flapping tremor: دا د لاسونو د Metacarpo phalangeal بند په خذا کې وي د مرغې د وزرونو د حرکاتو په شان وي. دا هغه وخت موجود وي چې ناروغ ته ووبل شي چې لاسونه او متې خپلې مخې ته وغخوي یا اوږده کړئ دا د ځیګر په عدم کفايه او Uremia کې موجود وي.

2) Fasciculation and fibrillation: دا د یو عضلي د لیفونو د یوې ګېدې د clonic تقلصاتو خخه عبارت دي چې په لاندې حالاتو کې موجود وي:

الف) د سفلې حرکي عصب افات

ب) پرمخ تللي عضلي اتروفي
Syringomyelia

ج)

د اجرا کولو طريقه : د ورانه او يا پنهاني په عضلاتو باندي ضربه وارده کړئ او د عضلاتو تقلصات وګورئ د یو عضلي ليف تقلص ته Fibrillation وايي چې دا په سترګو نه ليدل کېږي یواحې د E.C.G په واسطه تشخيص کېږي

(3) Myoclonus: داد ټول وجود يا یو اندام د چټک غير مستقيم تکانداره حرکاتو خخه عبارت دی دا کېدای شي چې د قدم وهلو په وخت او يا د خوب په وخت کې وي داکېدۍ شي چې نورمال وي لakin په میرګي او د دماغ په استحالوي ناروغۍ کې تشدید کېږي .

(4) Hemiballismus: دا له واکه وتلي او چټکو حرکاتو خخه عبارت دی چې د بدن نيمه برخه متاثره کوي.

(5) Tics: دا منسجم، منظم، متكرر، مقصدی حرکاتو خخه عبارت دی کوم چې دوي د یو خارجي تنبه په واسطه او يا د مقصد په واسطه شروع کېږي په لاندې ډول دي: متكرر د سترګې سترګونه:

د سر Nodding (بېړا د اوږو توګکې) حرکات
د شونډو ترک
Athetosis (6)

(7) Clonic Tonic ((Wry neck)) Spasmodic torticollis عبارت دی چې په یو مشخص طرف باندې وي په لاندې حالاتو کې ليدل کېږي • درقيبي ناحيې Arthritis

• آفت چې په هسته کې وي Lenticular

(8) Titubation : دا د غاري د عمودي زنگيدونکي يا خوئيدونکي حرکاتو خخه عبارت دی چې د مخيچ په افاتو کې موجود وي

(9) Dystonia : داد ورو حرکاتو خخه عبارت دی کوم چې د اندامونو او تې نېډې برخه متاثره کوي. کوم چې دوي د تاویدلو ميلان کوي او دا د نوزادئ په انسفلاتيس کې موجود وي.

(10) Chorio شکله حرکات: دا د مخ، ئېي، او د اندامونو يعني مقصدی شانته غير تکراری، تکانداره حرکاتو خخه عبارت دی.

عکسات (Reflexes)

دري ډوله عکسات موجود دي:

(الف) يا سطحي عکسات Superfascial

(ب) يا ژور عکسات Deep

(ج) يا عضوي عکسات Organic

(الف) سطحي عکسات: چې په لاندي ډول دي:

1. د منضمي عکسه Conjunctival Reflex

2. د قرنبي عکسه Corneal Reflex

3. حدقي عکسه pupillary Reflex

4. بلعومي عکسه pharyngeal Reflex

5. کتفي عکسه

6. بطني عکسه

7. عکسه Cremasteric

8. عکسه Babinsky

9. عکسه Bulbo Cavernous

10. معقدي عکسه

منضمي، قرنبي، حدقي او بلعومي عکسي مخکي د قحفي ازواجو په معاینه کې ذکر شوي دي.

بطني عکسه:

د یوه تيره سنجاق، کلید او یا د یوه تيره لرگي په واسطه د بهر خخه د متوسطه خط په طرف خطونه راکش کړئ.

نتيجه: په نورمال حالت کې د نامه حرکت او یا د بطن د عضلاتو تقلص منځ ته رائي دا عکسه په لاندي حالاتو کې موجوده نه وي.

- د پورتني حرکي اعصابو په افاتو کې (Upper Motor neuron)

- چاغو خلکو کې

- په زړو خلکو کې

- وروسته د ډیرو پر له پسي اميندواريو خخه

- اضطرابي يا پريشانه خلک (Anxious)

عصبي ويشه: د قص د هدوکي د xyphoid خخه تر نامه پوري د (۱۰-۷) صدری
قطعه په واسطه تعصیب کېږي
Cremasteric. Reflex: د ټوه تیره شي په واسطه د ورانه د پورتني برخې متوسطه
برخه وګروئ.

نتیجه: په نورمال حالت کې د همدې طرف د Cremasteric د عضلاتو تقلص او د
همدې طرف د حصې پورته کېدل صورت نیسي.
عصبي ويشه: د (۲-۱) قطنی سگمنت په واسطه تعصیب کېږي. دا عکسه د L_۱ په افاتو او
يا د هغه خخه پورته ناحيې په افاتو کې موجودنه دیهمدا ډول د پورتني حرکي
اعصابو په افاتو کې هم موجود نه وي.

planter Babinsky Sign يا planter Refelx: د پښې د تلي خارجي سرحد د کلید د خندي په
واسطه وګروئ.

نتیجه:

۱. د پښې غته ګوته بسته خواهه حرکت کوي
۲. دله Flexion قبض او Adduction (نودی کېدل) د نورو ټولو ګوتومینځ ته رائحي
۳. پنه د Dorsi flexion او inverted (سرچې) شکل ځانته نیسي
چې نوموري حالت د منفي Babinsky علامې په نوم سره يادېږي خوکله چې کته
ګوته پورته خوا ته لاره شي او د پښې نوري ګوټې پراخه او خپري شي د مثبت
Babinsky علامې په نامه سره يادېږي. نوموري حالت په لاندې ناروغیو کې موجود
وي:

- ۱) د پورتني حرکي عصب په افاتو کې ۳) په شیدۍ خورونکې ماشومانوکې
- ۲) د خوب په حالت کې ۴) کله د میرګي د حملې خخه وروسته او
په کوما کې.

عصبي ويشه: دا د L_۵ او S_۱ په واسطه تعصیب کېږي.

عالمه: د Tibia د هدوکي په داخلې سرحد باندې قوي فشار وارد
کړئ د پښې غته ګوته پورته خواهه خي چې دا حالت د Inforced Babensky په نوم سره
يادېږي.

Gordon's عکسه: د Achills وترو وهئ. د پښې کته ګوته به پورته نوموري دواړه علامې
د پورتني حرکي عصب په آفت کې موجود وي لakin کوم خاص اهمیت نلري.

علامه: د ناروغ لاس او مت باید په کمه اندازه قبض شي او لاس باید د استرخا حالت ولري د خپلې شهادت او غتې گوتې په واسطه د ناروغ د متوسطي او شهادت گوتې Distal phalanx پورته کړي او د ناروغ د گوتو د خوکو د پاسه یوه تیزه ضربه وارده کړي.

نتیجه: ددې علامې په مشتو حالاتو کې د تیزې ضربې په نتیجه کې د غنې گوتې نړدیوالی او د نورو گوتو قبض منځ ته راخي دا عکسه د عضلي index Hypertonia یو دی چې د پورتني حرکي عصب په افاتو کې موجود وي دا عکسه هميشه مثبت نه وي

Bulbo cavernous: د یوه تیره شي په واسطه د ناروغ قضیب glans تنبه کړي.

نتیجه: ددې تنبه په نتیجه کې د Bulbo cavernous د عضلاتو تقلص منځ ته راخي .

عصبي اراو: دا عضلات د قطعي S₃, S₄ په واسطه تعصیب کېږي تول هغه افات چې نوموري قطعه يا Segment په افت اخته کړي ددې علامې د منفي کېدو لامل ګرځي .

مقعدی عکسه: د یوه تیره شي په واسطه د مقعد نړدی پوستکې ته فشار ورکړي

نتیجه: چې ددې تنبه په نتیجه کې د مقعدی معصری تقلص منځ ته راخي .

عصبي اروا: دا عکسه د قطعي S₃, S₄ په واسطه تعصیب کېږي او په تولو هغو افاتو کې چې د عجزي قطعي دغه برخې ماوفي کړي ددې عکسي د منفي کېدو لامل کېږي

ژور عکسات

عبارت دي له:

Radial Supinator jerk (3)	Triceps Jerk (2)	Biceps jerk (1)
Ankle jerk (5)	Knees jerk (4)	

د یوې عکسي د تنبه خخه مخکې باید لاندې درې ټکي په نظر کې ولري .

الف) په بندکې کومه ناروغی موجوده نه وي (خصوصا هغه بند چې معاينه کېږي)

ب) ناروغ باید مطلق دول ارام او استرحا حالت کې وي او همدا دول د عضويت معاينه کېدونکې برخه باید پوره لوخه وي

ج) هغه عضلي حرکاتو ته باید خير شئ کوم چې وتر یې د خټک په واسطه وهل کېږي

:Biceps jerk (1)

طریقه: د عکسي په معاينه کولو کې لاندې درې ټکي په نظر کې ولري

الف) پورتني اطراف د خنکلې په حدا کې قبض کړي .

ب) ليچېي يا ساعد د ګیدې د پاسه کېږدئ .

ج) خپله د شهادت گوته د نوموري عضلي په وتر باندي کېبدئ او په کمه اندازه فشار ورکړئ.

د) دخېک په واسطه نوموري گوته ووهئ. په نتیجه کې تاسو به د Bicep د عضلي تقلص و گوري دا عضله د پنځم او شپږم رقيي قطعي په واسطه اروا کېږي.

:Triceps Jerk (2)

دمعانيې ترتیب :

الف) خنګل قبض کړي

ب) لیچې باید د ګیدې لپاسه کېبدئ

ج) د Olecranon حفرې له پاسه ددي عضلي وتر د خېک په واسطه ووهئ و به گوري چې په نتیجه کې درې سره عضله تقلص کوي ددي عضلي عصبي اروا د شپږم او اوم رقيي قطعي پواسط صورت نیسي.

:Radial Or Supinator Jerk

دمعانيې ترتیب :

الف) پورتني اطراف د خنګل په حدا کې قبض کړئ.

ب) لیچې د ګیدې لپاسه په semi prone وضعیت باندی کېښودل شي

ج) لاس ته په کمه اندازه د ulnar خواهه تاو ورکړئ.

د) کعبري د هدوکې Proc styloid د خېک په واسطه د عضدي کعبري عضلي وتر ووهئ چې په نتیجه کې نوموري عضله تقلص کوي نوموري عضله د پنځم او شپږم رقيي قطعي په واسطه تعصبيېري .

: طریقہ Knee Jerk

دا عکسه په درې ډوله اجرا کېږي

لومړۍ میتود: ناروغ د بستر په خنده داسې کېښونوں کېږي چې پښې یې بشکته خوا ته خورېندې وي د ناروغ زنکون برښه کړئ او د Quadreiceps د عضلي د وتر ځای وتاکئ او د خېک په واسطه یې ووهئ.

دوهم میتود: د ناروغ دواړه زنکونه قبض کړئ په داسې حال کې چې ناروغ په بستر کې پروت وي لاس د معانيه کېدونکې د زنکانه لاندې تیر کړئ او د بل زنکون دپاسه یې راړۍ په دې توګه هغه زنگون چې معانيه کېږي ستاسو د لاس په شا باندی خورند وي اوس د ناروغ فکر بلې خوا ته واړوئ او د خلور سري عضلي وتر په خېک ووهئ.

دریم میتود: بستنی اندامونه د زنگون او Hip بند په حدا کې په دې توګه قبض کړئ چې ورون بېر خوانه تاو شوی وي دواړه پوندي یو بل ته نړدې کړئ او ناروغ د بستر د پاسه ستونی ساخ پروت اوسي اوس د خلور سرې عضلي وتر په خټک ووهئ چې په نتیجه کې خلور سره عضله تقلص کوي او په زنگانه کې د بسط حالت منځ ته راخي.

عصبي اروا: نوموري عضله د دوههم، دریم، خلور قطنی قطعې په واسطه اروا شوې ده. عصبي اروا: نوموري عضله د دوههم، دریم، خلور قطنی قطعې په واسطه اروا شوې ده. Reinforcement طریقه: په روغو کسانو کې کله کله د زنگون د عملی اجرا کول یو

خه سکران وي بناء نوموري مانوره اجرا کېږي د ناروغ خخه هيله وکړئ چې لاسونه یو په بل کې سره ونسلوی او د یو او بل په خلاف یې کش کړي یا دا چې د ناروغ خخه هيله وکړئ چې غابنو ته یو د بل لپاسه قشار ورکړي یا خپل لاسونه موقي کړي اوس د نوموري عضلي وتر په خټک ووهئ. په دې توګه د نوموري عکسي اجرا کول یوه آندازه اسانه کېږي دا ددې لپاره چې ددې طریقې په واسطه مونږ د عضلاتو تون او کشن پورته ورو.

Ankle Jerk

طریقه: بستنی اندام د بستر دپاسه کېږدئ او د زنگانه بند ته یوه آندازه، قبض وضعیت ورکړئ اوس د لاس په واسطه پښې ته په کمه آندازه Dorsi flexion وضعیت ورکړئ او د Achilles وتر په خټک ووهئ په نتیجه کې د پنډۍ عضلات تقلص کوي اوپسنه به Flexion وضعیت نیسي. عصبي اروائي په S₁, S₂, S₃ سکمنت پوري تراو لري ټول پورتني عکسات د پورتني حرکي اعصابو په تشوشاتو کې زیاتېږي او د بستنی حرکي اعصابو په تشوشاتو کې کمېږي همدا ډول په Myxodema کې هم لیدل کېږي.

:Clonus

کله چې وتری عکسات مشند شي Clonus منځ ته راخي Clonus ممکن ثابت او یاغير ثابت وي.

ثابت clonus په Hyper Refexia د پورتني حرکي عصب په افت، باندی دلالت کوي حال داچې غیر ثابت Clonus په عصبي اومشوش خلکو کې موجود وي

په دوه ډوله دی:

Patellar clonus (1)

Ankle Clonus (2)

میتود: د پورتني سرحد کې د خلور سرې عضلي وتر ونیسی اوس دوه یا دری
ټکانونه بنکته خواهه ورکړئ په مثبت حالت کې د خلور سرې عضلي مسلسل تقلصات منځ
ته رائحي او ممکن ددې سره حرکت وکړي .
:Ankle Clonus

میتود: د ناروغ د زنگانه بند د Hip بند سره یوځای یوه اندازه قات کړئ او لنګۍ ته د
خپل لاس په واسطه تکېه ورکړئ اوس د بل لاس په واسطه د پښې قدامي برخه ونیسی او
پښې ته ناخاپي Dorsi flexion 2-3 حرکات ورکړئ د پښې په پونده فشار دوامداره وساتئ
تر خو چې پښه په وضیعت باندی وساتل شي . په مثبت حالت کې د پندۍ
عضلات پرله پسې تقلصات کوي .



(۱) شکل د بنکړی Clonus ۱۳-۹



(۱) شکل د بنکړی Babinski مشته علامه ۱۲-۹



(۱) شکل د بنکړی عکسه ۱۱-۹



(۱) شکل د بنکړی Clonus ۱۶-۹



(۱) شکل د بنکړی عکسه ۱۵-۹



(۱) شکل د بنکړی عکسه ۱۴-۹



18-۹. شکل Biceps عکسه (۱)



17-۹. شکل Triceps عکسه (۱)

د عکساتو درجې: د عکساتو درجې په لاندي ډول دي:

۱) صفر درجه: عکسه موجوده نوي.

۲) لومړۍ درجه: نارمل عکسه موجوده وي.

۳) دوهمه درجه: عکسات شدید کېږي.

۴) دريمه درجه: عکسات پېر زیات شدید کېږي.

۵) خلورمه درجه: Clonus موجود وي.

عضوی عکسات:

عضوی عکسات عبارت دي له:

i. تنفسی عکسه ii. د بلع عکسه iii. د تعوط عکسه iv. د تبول عکسه

د مخیخ کتنې

مخیخ د عضلي تقلص اندازه ، شمیر،نظم ، او قوت تنظیموي .په مخیخ کې د آفت له کبله وظایف متاثره کېږي او لاندي کلینيکي لوحې ورڅه خرګندېږي .

۱) Ataxia (۲) Adiadochokinesia (۳) Asthenia (۴) Asynergia (۵) ابنارمل وضعیت

Nystagmus (۶) knee jerk pendulus (۷) Rebound phenomena (۸) Atonia (۹) past pointing (۱۰) Intention tremors (۱۱) Drunken gait (۱۲) Scanning speech (۱۳)

۱) : چې په دې حالت کې عضلات ضعيف وي Asthenia

۲) Ataxia : چې په دې حالت کې عدم توازن موجود وي او ناروغه نشي کولای چې په یو مستقيم خط په خلاصو سترګو سره قدم ووهی .

(۳) Adiado choknesia : دا معنى لري چې تکاري متناوب حرکات پکي له منځه حې ن. آزموننه: د ناروغ خخه هيله وکړئ چې خپله خنګل د بشي زاوئي په حدا کې قات کړي او په چټکي سره په مروند د Supination او Pronation حرکات اجرا کړي. داکار ممکن ناروغ ونشي کولاي د هغه حرکات ممکن ورو او ناتام وي.

ii. آزموننه: د ناروغ خخه هيله وکړئ چې د خپلو گوتو په خوکو باندي ستاسو د لاس ورغوي په چټکي سره ووهي دا کار ممکن ناروغ ونشي کولاي.

(۴) Asynergia : (د موازنې نه ساتل) د همکاري له منځه تللو او يا د وجود د موازنې نه ساتلو ته وايي

ازموينه: په پورتنې اطراف کې:

(i) Finger to nose Test: د ناروغ خخه هيله وکړئ چې ددوه فوتو فاصلې خخه د شهادت گوته ستاسو د شهادت گوتي سره تماس ورکړي او وروسته خپله نوموري گوته د خپلي پوزي سره تماس ورکړي او دا کار په چټکي سره اجرا کړي ممکن ناروغ دا کار ونشي کولاي.

(ii) Finger to finger test: د ناروغ خخه تقاضا وکړئ چې خپلي دواړه د شهادت گوتي د لري فاصلې (پراخه خنګلې په اندازه) په چټک ډول سر وصل کړي ممکن ناروغ دا کار ونشي کولاي.

(iii) د ناروغ خخه هيله وکړئ چې خپلي گوتي د خوکې په واسطه په هوا کې يوه دايره جوړه کړي ممکن ناروغ دا کار ونشي کولاي.

که چيرته نوموري آزمونې مشکوکې وي د ناروغ خخه هيله وکړئ چې سترګې پتې کړي او دا عملیه په تکرار ډول سره اجراء کړي که چيرې پورتنې بي نظمي موجوده وي بشه څرګند بنګاره کېږي.

په بنګتنې اطراف کې:

(i) Ataxia: ناروغ په يوه نېغه کربنه باندي تللاي نشي Hell knee test (ii): ناروغ د بستر لپاسه ستوني ستاخ پروت وي اوس د ناروغ خخه هيله وکړئ چې خپله د يوې پښې پونده د بلې پښې په زنګانه کېږدي او بیاېي د Tibia هډوکې لپاسه بنګته خوا ته حرکت ورکړي داکار بيا اجراء کړي ممکن ناروغ دا کار ونشي کولاي.

(iii) د ناروغ خخه هيله وکړئ چې د خپلي پښې د غتې گوتي په واسطه په هوا کې يوه دايره جوړه کړي چې ناروغ ممکن دا کار ونشي کولاي.

آفاتو ترمنج تغیریقی Column : ددی علامی په واسطه د مخیخ اوخلفی Romberg's sign تشخیص اجرا کړی ناروغ مجبورکړی چې ودریې او دواړه پښی یې سره نړدي وي. که چېږي ناروغ په دی ډول ودریدلی شي او سترګې یې خلاصې وي دامعنی لري چې مخیخ اوددې لاره روغه ده یا داچې که چېږي د ناروغ سترګې خلاصې وي او ونشی دریدلای نو د محیح او ددی لارې په آفت باندې دلالت کوي یعنی ناروغ په حرکي Ataxia مصاب دی. اوس د ناروغ خخه هیله وکړئ چې سترګې پټي کړي (په داسې حال کې چې دواړه پښی یې سره تر اوسه نړدي وي که چېږي خلفي Column روغ وي ناروغ ټال خوري او په حمکه لوېږي Ataxia Sensory Column د خلفي Column د ماوشه کېدو له کبله ژور حسیت لکه د وضعیت حس او د بندونو حرکت له منځه ټوي لاکن د سترګو په خلاصولو سره خپل توازن ساتلئ شي او که چېږي سترګې پټي کړي نو ناروغ توازن نشي ساتلای او لوېږي کله نوموري آزمونینه مشکوکه نتیجه ورکوي په دې حالت کې که چېږي ناروغ د پنسو د پنجو په خوکه ودریې نوموري آزمونینه مثبته نتیجه ورکوي ناروغ غورڅېږي او Remberg's test مثبت وي.

۵) Abnormal postur : د مخیخ په یو طرفه آفاتو کې ناروغ مأوف طرف ته ټیټېږي یعنی سرد Occipital افت خواته وي حال دا چې د همنه طرف اوړه هم ټورنده اوسقوطي وي. که افت دووه طرفه وي ابناړمل وضعیت موجود نه وي.

۶) Atonia : د عضلي مقویت له منځه تللو ته وائي چې ازمونې یې تشریح شوي دي.

۷) Rebound Phenomenon : ناروغ ته ووایئي چې کمه اندازه خپله خنکل قبض کړي اوس د ناروغ خخه پښته وکړئ چې د مقاومت په مقابل کې خپله خنکل قبض ونیسي او تاسو دهنه مت کلک کړئ وروسته ناخاپه دا خوشې کړئ په دې حالت کې به ناروغ خپل مخ په خپړه ووهي چې دا په Rebound phenomenon پوري اړه لري.

۸) Pendulous knee jerk (د زنگانه بسوریدونکی ټکان): د زنگانه ټکان راوباروی د بسط خخه وروسته لنکي په یو سوریدونکي ډول سره بشکته غورڅېږي کله چې ناروغ په بستر کې په داسې حال کې ناست وي چې پښې یې د بستر خخه بشکته ټورندي وي.

۹) Nystagmus: دا غیر ارادی نوسانی او Oscillatory حرکات دي دا کېډای شي چې افقی، عمودی او دوراني وي. سترګې په تیزی سره په یو طرف کې نظر بل طرف ته حرکت کوي.

Trophic -۹ تشوشات

د عصبي سیستم په ناروغیو کې د اخته شوي برخې تعذی پوره نه وي، خه وخت چې بوطرف په فلچ اخته شوي وي او یا که بې حسي توزیع هم همدا ډول خرابه شوي وي نو تروفیک تشوشات پکې واقع کېږي

هدوکې: هدوکې ماتیدونکې وي او بنفسی کسرونه پکې منځ ته راتلای شي (osteo pathy)

بندونه: بندونه شايد د بې درده مایع ځای وي چې تروفیک تشوشات ورسره او یا ورسره نه وي

پوستکې: دا شايد، سوروالی، تقرح، د بستر زخم او صباعي کېدل وښي.

۱- د سحایاو د تخریش عالیم

د سحایاو په تخریش کې لاندې عالیم لیدل کېږي:

Neck Rigidity یا د غارې شخوالی:

خپل یو لاس د ناروغ دسر شاته Occipit برخه کې کېبدئ او اوس کوشش وکړئ چې دناروغ سره د قبض وضیعت ورکړئ تر خو د ناروغ زنه په سینه ولکېږي په نورمال حالت کې به غیرله دې خخه چې ناروغ درد حس کېږي دا عملیه اجرا کېږي که چیري د سحایاو تخریش موجود نو ناروغ شدیدا درد حس کوي او زنه د سیني سره نه لکېږي ځکه چې شخوالی موجود وي نو موښ ویلاي شو چې د غارې شخي موجوده وي چې داد غارې شخوالی په رقبې نخاعي امراضو کې هم لیدل کېږي .

Kernig,s علامه: په دغه حالت کې د ناروغ زنگانه ته په Hip بند باندې د ۹۰ درجې وضیعت ورکوو چې یوه قایمه زاویه جوړېږي. وروسته د ناروغ پسی ته د بسط حالت ورکوو چې د مننجایتس په صورت کې ناروغ د Hamstring عضلاتو د شخي له کبله درد حس کوي .

Brudzinski,s علامه:

(i) د غارې متود: ناروغ په بستر هموار خملی اوس د ناروغ غارې ته په صدر باندې د قبض وضیعت ورکړئ که مننجایتس موجود وي نو په دې حالت کې ناروغ پڅله خپل زنگونه راتبولوي او وايو چې نوموري علامه مثبته ۵۵.

leg طریقه: د ناروغ یو لنکی او زنکون ته په Hip بند باندی قبض وضعیت ورکوو په دې حالت کې بل لنکی په خپله د زنکانه په برخه کې دقیق وضعیت غوره کوي نو وايو چې leg میتوود مثبت دی.



۲۱-۹. شکل د غایپې شخصی علامه (۱)



۲۰-۹. شکل Brudzinski علامه (۱)



۱۹-۹. شکل Kerning,s علامه (۱)

د پورتنی حرکي عصب او بشکتنی حرکي عصب تفریقی تشخیص

پورتنی حرکي عصب	پورتنی حرکي عصب
۱) خانکړي عضلات فلجهري	۱) د ګروپ د عضلاتو حرکات د فلجه
۲) عضلي تون کمپري	له امله اغیزمن کمپري
۳) اخته شوي عضلات ویلی کمپري	۲) عضلي تون زیاتیرې
۴) غیر ارادي حرکات لکه Fasciculation موجود وي	۳) عضلات نه ویلی کمپري
۵) Babinsky علامه منفي وي	۴) غیر ارادي حرکات موجود نه وي
۶) ژور عکسات ورک یا کمپري	۵) Babinski علامه مشتبه وي
۷) Clonus موجود نه وي	۶) ژور عکسات مشتد کمپري
۸) تروفیک تشوشتات موجود وي	۷) Clonus موجود دوي
۹) استحالوی عکس العمل موجود نه سره موجود وي	۸) تروفیک تشوشتات موجود نه وي
	۹) استحالوی عکس العمل موجود نه وهي

لسم خپرکى

د پنستورگو د ناروغانو غوره گیلپی او لابراتواری کتنې

د پنستورگو د ناروغانو عمدە اعراض پە لاندى دول دى:

۱) درد: د پنستورگو د ناروغانو مەم عرض دى چې ناروغ داکتر تە پە ورتىڭ مجبورە كوي دا دردونە كىدى شى چې خەفيف، متواتر او ياشىدید وي د پنستورگو پە كولىكى درد كې ناروغ لول وهى او نشى يې كىك نىولي وي د پنستورگو درد د Flank پە ناحيە كې موضعى وي او كله كله لاندى خواتە د حالب پە امتداد انتشار كوي چې د ادرار سوزش ورسە يو خاي وي پە هەمىدى توگە د نورو اعراضو پە ھكلە لكە زەھ بدوالى بايد معلومات حاصل شى.

۲) Hematuria: پە ادرار كې د وينى موجودىت خخە عبارت دى. هماتوريا به يا پە گروس شكل وي او يا پە مايكروسكوبىك شكل. چې پە گروس شكل كې ناروغ پە سترگو گوري چې ادرار يې سور دى پە هەمىدى توگە هماتوريا سره درد يو خاي وي او يا يې دردە وي چې بې دردە هماتوريا پە پولى كستىك Poly cystic پنستورگو او هم د پنستورگو پە توبركلوز كې ليدل كېرى كە ناروغ د ادرار پە شروع كې سره وينە خارجه كېي نو داد احلىل پە آفاتو دلالت كوي او كله چې وينە د ادرار پە آخر كې وليدل شى د پروستات او مثانىي آفات به موجود وي او كە پە تبول ادرار كې وينە وليدل شى د پنستورگو آفات پە گوتە كوي.

۳) Anuria: د ادرار د نشتوالىي خخە عبارت دى چې مەم علت يې د ادرار احتباس دى.

۴) Dysuria: د درد ناكە تبول خخە عبارت دى چې لاملونە يې پە دوه دولە دى.

۱. موضعىي لاملونە:

الف) حاد urethral، گونوريا، Balanitis، تروما

ب) پروستات: حاد gonococcal prostates او د پروستات كارسينوما

ج) مثانە: حاد Cystitis، او د مثانىي تېۋە

د) نسايى او مقعدىي امراض: Fibroids، كارسينوما

۲. عصبي لاملونە: rere vesical crisisof tabes dorsalis

۵) د ادرار فريكونسى: چې پە دغە حالت كې ناروغ ژر ژر ادرار تە خى او مقدار يې كە وي او كله كله ورسە Dysuria ھم يو خاي وي.

د پنستورکو د ناروغانو غوره گیلې او لابراتواري کتنې

لاملونه:

(الف) Prostaltism

ب) د مثاني تقلص چې علت يې د توبرکلوز انتان وي

ج) بين الحاللي د مثاني التهاب

د) د مثاني تومور

٦) : په دغه حالت کې په ناروغ چې د انتان سره يو ځای وي او
ممکن د مثاني د تومور يو عرض وي.

٧) Incontinence (Enuresis):
خپل سر ادرار ځي او نه خبرېږي او Enuresis هنه حالت دی چې د ناروغ څخه په
بسټه لمدوي او ادرار کوي په ماشومانو کې Enuresis تر درې ګلنۍ پوري نارمل وي او
که د درې ګلنۍ څخه وروسته ناروغ Enuresis ولري دا د ناروغی حالت دئ او لاملونه
ې باید ولتول شي خو ځښې وخت ماشومان تر شپړ ګلنۍ پوري هم لري.
په نارينه کې د Incontinence لاملونه په لاندي دول دي:

الف) په ولادي شکل کې د معصري او مثاني ابنارملتي موجوده وي لکه
Ectopia vesica يا Myelo meningocele يا Spina bifida

ب) post prostatectomy

ج) نورووجنيک: لکه د نخاع ترومما

د) مخيحي آفات: دماغي اتيروسكлерوزس، کوما، psychosis، داخل قحفې تومور

لاملونه ې په بنخو کې:

الف) urethral leakage

» د اهليل د معصري عدم کفایه چې د ولادت په اثنا کې د ترومما له کبله منځ ته
راخي.

Urge incontinence

incontinence

» عکسوی

ب) Extra urethral leakage: چې د اهليل او مهبل، او مثاني مهبل فستول پکې شامل
دي.

٨) Dribbling: په دغه حالت کې ناروغ خاځکې خاځکې ادرار کوي او په لاندي حالاتو
کې ليدل کېږي.

ا. په فزيولوجيک شکل کله چې ناروغ ټوخي کوي او يا عطسه وهي او يا فشاري حالت
موجوده وي.

د پښتوګو د ناروغانو غوره ګیلې او لابراتواري کتنې

۲. موضعی لاملونه: لکه Rectocoel، ضعيف عجان، د پروستات له کبله بندش.
- (۹) Oliguria: که په یو کاھل شخص کې د ادرار اندازه په ۲۴ ساعتو کې د 400ml خخه کم وي د Oliguria په نامه یادېږي.
- لاملونه بې په درې کتکوري ویشل کېږي.
۱. آفات: چې لاندې حالات پکي شامل دي.
- الف) Hypo tension: چې د لاندې عواملو له کبله تأسیس وکړي لکه په شاک يا Septic شاک کې، يا د مایعاتو د ضیاع له سبېه
- ب) په غیر د Hypo tension خخه: لکه په C.H.F، د پښتوګي د اوعیو په بندش لکه په ترومبوس، امبولي، د حجم کموالۍ، د peritonitis او د کولمو په انسداد کې.
۲. د پښتوګي آفات: لکه حاد ګلومیرولو نفراټيس، حاد توبولنکروزس، دوه طرفه قشری نکروزس، د پښتوګو مژمنه عدم کفایه، یورات نفروپاتي.
۳. Post Renal آفات: لکه انسدادي یوراپاتي، د پروستات عتوالۍ او يا د اهليل بندش، دوه طرفه د حالب انسداد، د پښتوګي د ورید ترمبوس.
- ۱۰) Hesitancy: ناروغ د تبول احساس کوي لیکن کله چې وغواړي چې تبول وکړي په شروع کې د تکلیف سره مخامنځ کېږي یعنی ناروغ د یو خه وخت لپاره انتظار وباسي تر خو متیازې یې جاري شي. دغه عرض په هیجانې حالاتو، عصبي خلکو او د پروستات په ناروغیو کې لیدل کېږي.
- ۱۱) Pyurea: چې د ناروغ په ادرار کې قیح او يا pus موجود وي په دغه حالت کې د ناروغ ادرار خړو وي (دا باید ذکر شي چې هر خړ ادرار Pyuria نشي کیدی خو داد بولی سیستم د هرې برخې په انتان کې منځ ته راتلای شي).
- ۱۲) Pneamaturia: په ادرار کې د هوا خارج کیدل د فستولو کې لیدل کېږي چې دا حالت په بولې معائې فستولو کې لیدل کېږي چې دا فستولونه په مثانه، اهليل او با شاید په حالب او يا د پښتوګي په خویضي کې منځ ته راخې.
- ۱۳) Lithurea: په ادرار کې د تیپو د خارجیدو خخه عبارت دی.
- ۱۴) Edema: کله چې پرسوب په مخ، په سفلې جفن او يا تول وجود کې ولیدل شي باید د پښتوګي ناروغې په فکر کې راوړل شي.

د بولې سیستم په ناروغانو کې سیستمیک خرگندونې:

د بولې سیستم په ناروغانو کې سیستمیک اعراض له تې، د وزن د ضیاع او ستومانی خخه عبارت دي. د مثاني په حاد التهاب کې سپکه تبه موجوده وي او يا دا چې تبه وجود نه لري اما د حاد پایلونفراتیس او د پروتستات د التهاب په ناروغانو کې تبه خلویبست درجي سانتي گريد ته رسپیری چې زیاتره د لژی سره یو ځای وي همدا ډول په مزمن پایلو نفراتیس کې هم تبه موجوده وي.

د پنستورگو او حالب په اخته ناروغانو کې معدې معابې اعراض لکه زړه بدوالۍ، ګانګې، د خولي قرحة، او د نکفیه غدواتو التهاب په پرمخ تللي uremia کې موجود وي چې چې لامل يې د خولي د باکتریاو په موجودیت کې د یوریا بدیل د یورونیا باندې دي. بې اشتھائي، زړه بدوالۍ، ګانګې د uremia غوره اعراض دي د هضمی جهاز په برخه کې کوچنۍ تخریبات د نزف لامل کیدی شي وينه لرونکی اسهال د پنستورگې د ناروغیو د پرمخ تللي اعراضو خخه وي (د کلیوي تحریب او د یوریمیا د لوروالۍ له کبله).

همدا ډول په حاد او مزمن ګلومیرولو نفراتیس ناروغانو کې د وینې لور فشار لیدل کېږي د پنستورگو په لور فشار کې د کین بطین ضخامه منځ ته راخېي او د زړه د چې عدم کفایي لامل کېږي همدا ډول د زړه د عدم کفایه د uremia له سببه هم منځ ته راخېي چې خراب انزار لري. همدي توګه Uremic pericaditis د پنستورگو د عدم کفایي له کبله منځ ته راخېي.

د پنستورگو په اخته ناروغانو کې پرسوب د وجود په مختلفو وصفي برخو کې منځ ته راخېي په لومړي پراو کې په سست حجروي انساجو لکه زړمو لاندې، تناسلي ناحیه او خصيو کې او وروسته په سفلې اطرافو او په عجزي قطنې ناحیو کې هنه چې بستري وي کتلوي اذیما په حاد او مزمن ګلومیرولو نفراتیس او نفروتیک سندروم کې موجوده وي د Hypoxiemia په موجودیت کې Reninagiotesin Aldosteron سیستم فعالېږي د اوبو او مالګې د دوههم څل جذب او د وینې د لور فشار او هم د وجود د پرسوب لامل کېږي او د مایعاتو حجم پورته وړي.

د پنستورگو د ناروغانو مخ زیاتره حاسف وي او د یوریمیا له کبله لکه په خاورو کړ او يا دا چې ايري وربو کړئ معلومېږي چې د Dusky مخ په نامه یادېږي. د پوستکي خارښت يو غیر ثابت عرض دي چې عمده لامل يې په پوستکي کې د Ca توضع ده چې د پوستکي د

د پنستورګو د ناروغانو غوره ګیلې او لابراتواري کتنې

سطحي تحریش او د پوستکي د چوالي لامل کېږي. د پنستورګي په ناروغانو کې عصبي تشوشت لکه سردردي، رغشه، احتلاطات او کوما ليدل کيدی شي.

د پنستورګو فزيکي کتنې:

سطحي اناتومي: پنستورګي په قطني ناحيه کې پراته دي.

بني پنستورګي: په حلف کې دوه موازي خطونه رسموو چې یو خط د یوولسمې فقرې له پاسه او بل خط یو انج د Crist.ailiaca خخه پورته رسموو په همدي توګه دوه عمودي خطونه چې دا دوه موازي خطونه قطع کړي هم دا ډول رسموو چې یو خط یو انج وحشي ته له ستون فقرات خخه او بل خط دوه انچه وحشي ته له دغه اولي خط خخه رسموو چې په دي توګه یو خلور ضليعي منځ ته راخي اوله یوولسمې فقرې خخه د یو انج په فاصله پورته له Cristailiaca امتداد لري چې بني پنستورګي په دغه خلور ضليعي کې قرار لري.

چپ پنستورګي: چپ پنستورګي له بني پنستورګي خخه نيم انج پورته چپ طرف ته قرار لري د پنستورګي د پراخوالی فورمول عبارت دي له 1X2X4 ياني پنستورګي یو انج ضخامت دوه انچه پراخوالی او خلور انچه اوږدوالي لري.

پنستورګي د Bimanual يا دوه لاسي طریقې سره جس کېږي ناروغ چې ستوني ستاخ پروت ديزنگونه یې راتول او د ناروغ د سر خخه بالست لري کړئ یو لاس شاته د آخريئ پښتې په سوبه او بل لاس په قدام کې د پښتې د خندي لاندې کېنسوول کېږي شاتئ لاس مخې ته او مخې لاس شاته د بطون داخل جدار ته تيله کړئ چې ناروغ په دغه وخت کې ډوب شهیق اجراء کوي چې په دي وخت کې ډاکتر کوشش کوي تر خو پنستورګي جس شي که پنستورګي غټ شوي وي د دواړو لاسو په منځ کې جس کېږي که ناروغ ډير چاغ نه وي په نورمال حالت کې د بني پنستورګي بسکتنې قطب جس کېږي.

ناړوغ په بستر کې دا ډول کيني چې شاه ئې ډاکتر خواته وي اوس د غتې ګوتې پواسطه په کلیوی زاویه باندې (هغه زاویه چې د مlad تیر او آخريئ ضليې ترمنځ موجوده وي) یوه آني ضربه (punch) وارد کوو که Tenderness موجود وي نو د ناروغ Morphy Renal punch مثبت دي او مثبت punch دا معني ورکوي چې د پنستورګو په محبط کې ابسي، Hydro nephrosis او یا کوم بل التهابي آفت موجود دي.

د پنستورګو د ناروغانو لابراتواري instrumental کتنې:

ادرار:

د ادرار معاینه باید یوازی د بولی طرق او پیستورگو د ناروغیو پوري ونه تړل شی بلکې دا معاینه د هرې طبی معاینې د یوې برخې په توګه اجراء شي.

د ادرار معاینه نه یوازی دا چې د حینو معینو ناروغیو لکه د شکرې او یا د پیستورگو ناروغیو لپاره د یو لارښود په توګه کار کوي د ادرار نمونه چې د معاینې لپاره اخستل کېږي. باید په یو پاک لوښې کې د معاینې ځای ته ولېدول شي همدا دول یادونه کېږي چې معاینه خومره چې ژر امکان ولري باید سرته ورسول شي او که معاینه د دوو ساعتو څخه د زیات وخت لپاره وحندېږي نو باید چې په یخچال او یا په یوه کوقه کې د حرارت د ټاکلې درجې لاندې وساتل شي. د ادرار د مایکروبیولوژیک او مایکروسکوپیک کتنې لپاره باید د ادرار منځنۍ برخه واخیستل شي.

د ادرار مقدار:

په نورمال ډول هر بالغ کس په ۲۴ ساعتو او معتدل اقلیم کې تقریباً د ۷۵۰ او ۲۵۰۰ سی سی تر منځ ادرار کوي. د ادرار اصغری ورځنۍ put out د پیستورگو په اطراحی وظایفو پوري اړه لري کوم چې د یو کس څخه تر بل کس او د حینو فکتورونو لکه غذا پواسطه تعییر کوي. په غیر نورمال ډول د ادرار د put out کموالی (oluria) او Anuria (Anuria) په دې دلالت کوي چې د ادرار د جریان اندازه د اصغری مقدار څخه کمه ۵۰.

د ادرار رنګ:

Uro erythrin او Uro chorm هغه صباعات دی چې د ادرار د طبی ژپر رنګ لامل ګرځی د ادرار د تلوین له کبله په کوم کې چې ادرار تیاره رنګ اختیاروی داد Urobilinogen د اکسیدیشن له کبله وي چې urobilin ته رنګ ورکوي. د ادرار د جریان د اندازه هم د ادرار په رنګ باندې زیاته اغیزه لري په دې ډول چې د ادرار د جریان د اندازې زیاتوالئ ادرار رقيق کوي چې له همدي کبله ادرار حاسف رنګ اختیاروی همدا ډول صفراوي صباعات ادرار ته نصواری رنګ ورکوي او کله چې دغه ادرار وښوروں شي نو ځک لرونکی خاصیت غوره کوي. په ادرار کې د کمې څخه تر متوضطې اندازې پوري د وینې موجودیت ادرار ته smoky منظره ورکوي خو که د وینې مقدار زیات وي نو بیا پرمخ تللى نصواری او یا په هغه صورت کې چې تیز رنګه وینه موجوده وي نو ادرار په سور رنګ تعییر کوي. په هغه صورت کې چې داخل وعائی هیمولایرس د سختې ملاریا د Black water fever له کبله چې آزاد هیموګلوبین په ادرار کې منځ ته رائحي د ادرار رنګ سوی سورېخن خو په پرمخ تللى حالاتو کې تورته ورنې رنګ اختیاروی.

په همدي دول Myoglobin کوم چې د حاد عضلي نکروزس خخه وروسته لکه Rabdomyoglysis له کبله چې په ادرار کې منځ ته راخې ادرار ته نصواري سور رېڭ ورکوي. برسيره پردي ځينې دواګاني هم د ادرار رېڭ ته تغير ورکوي لکه د Rifampicin د اخستلو په صورت کې ادرار سور او د Nitrofuranion په صورت کې نصواري او Methylsenna چې ادرار په صورت کې نارنجي رېڭ لري. په نورمال حالت کې کله چې ادرار په تازه ډول خارج شي شفاف او ګرم وي خو که چيري په ادرار کې په زياتې اندازې سره حجرات، سپین حجرات او یا د ملاحظي وړ فاسفيت موجود وي نو بيا کيدىشي چې ادرار Cloudy هم شي.

د ادرار مخصوصه کثافت او osmolarity:

د ادرار مخصوصه کثافت د ۱۰۳۵-۱۳۵۵ mosmol/kg دی کوم چې د سره مساوي کېږي د پنستورگو د عدم کفایې په صورت کې د اندازه کموالی مومي او د پنستورگو په شدیدو ناروغيو کې تر HOH 300 oso پوري رسپري چې دغه اندازه ګلومېرول فلتريت ته نېډۍ ده او دي ته Isostermia وايې که چيري زيات وي نو دا حالت ناروغ د Na او اوبو Overload ته تمایل کوي او که Intake کم وي نو ناروغ د مالکې او اوبو depletion ته تمایل کوي.

د ادرار PH:

د ادرار PH د پوري دی کوم چې د مخصوص کاغذ (paper strips) د لمدولو په واسطه اندازه کېږي خو دا یو ضعيف Indicator دی او که د PH دقیقې اندازه ګېږي ته اړتیاوي لکه د پنستورگو د Tubular اسیدوزس په مشکوکو حالاتو کې. نو بيا PH electrode استعمالیې.

په زياته حالاتو کې د خلکو PH اسیدی وي په استشنا د ځينې حالاتو چې په لاندې توګه ورڅخه یادونه کېږي. لکه په:

- ۱) په ځينو Vegeteriouن خلکو کې ۲) د پنستورگو Tubular acidosis ځانګړي ډولونه
- ۳) د اوبو چټک د یوریزنس ۴) میتابولیک اسیدوزس ۵) بولی انتان

د ادرار ګلوكوز:

په ادرار کې د ګلوكوز د شته والي لپاره یو عاجل او Semi quantitative glucose oxidase کې لوند شوي dipsticks عبارت دی. د عمده لامل د پلاسمما د ګلوكوز لوړیدل دي داسې یوې نقطې ته چيرته چې د ګلوكوز لپاره د توبولونو د دوباره جذب ظرفیت په ابنارمل توګه لوریږي لکه د ډیابت په ناروغانو کې یا

د پنستورگو د ناروغانو غوره گیلې او لابراتواري کتنې

د امیندواری په وخت کې (په دې حالت کې د نارمل گلوكوز د غلظت سره Glucoseuria واقع کړي).

نادرأ د Tubular transport د نقیصې په صورت کې هم کیدی شي چې د نارمل گلوكوز د غلظت سره Glucosuria منځ ته راشي. خو هغه ناروغان چې په کسبي توګه د پنستورگي مزمنې ناروغۍ ولري په زیاته اندازه دغه پورتنې حالت تمثيلوي. په مجموعي توګه دغه ډول بي نظيمو ته د پنستورگي Glucoseuria وايي.

د ادرار پروتین:

د ادرار د پروتین د ورځني out put نارمل اندازه د 150mg خخه کمه ده د ادرار البومين سره د dipsticks عکس العمل يو ساده semi quantitative تست دی د ادرار د پروتین اطراحېي اندازه په عمومي ډول د فعالیت او عمودي وضعیت سره زیاتېري چې دا حالت کیدی شي ځینې نارمل خلکو کې ابناړل یوریا شک پیداکړي لکه په ناروغانو او حتی په ۲۴ ساعته راتول شوي ادرار کې (orthostatic proteinuria). د سهار وختي ادرار کې د پروتین اندازه کولو سره (سره ددې چې د پروتین نه موجوديت راپه ګوته کوي) کولای شو چې Orthostatic proteinuria او ابناړل سره تفرقه کړو. په ادرار کې د پروتین د شته والي لپاره یوه بهه آزمونه د ادرار د البومين اندازه کول دي چې دا باید د 20mg/day خخه کم وي البته د البومين اطراح ته Microalbuminuria وايي سره ددې چې دغه اندازه البومين 20-200mg/day د تشخيص لپاره کمه اندازه ده خو بیا هم یوه مهمه لاس ته راونه ده مخصوصاً د شکري په ناروغانو کې. ځکه چې په دې ناروغانو کې دغه اندازه over diabetic Nephropathy د وروستني شروع کیدنه راپه ګوته کوي.

د proteinuria تشخيص په زیاته اندازه د هغه په مقدار پوري اړه لري په دې ډول چې د منشا (1,5gm/24h) Heavy proteinuria.

د پنستورگي بايوپسي:

د پنستورگي بايوپسي په هغه ناروغانو کې اجراء کېږي چې د پنستورگو د منتشر paran chymal ناروغني شک ورباندي کېږي. مګر دغه معاینه د پنستورگي د paran chymal په هر ناروغ کې ضرور نده چې سرته ورسول شي ځکه چې دغه معاینه د ځینو مشخصو جدي اختلاطاتو د رامنځ ته کيدو لامل کېږي نوله دې کبله ددې معاینه په استطباب او مضاد استطباب باندي پوهیدل ضروري دی. ددغه معاینه د اجراء کيدو خطرات په لاندې حالاتو کې کميداړي شي.

د پنستورگو د ناروغانو غوره گیلې او لابراتواري کتنې

۱. د ناروغ همکاري د معاینه سره
۲. د دواړو پنستورگو د خای، جسامت او وظيفي په هکله پوره معلومات
۳. د وينه بهيدنې د تشوشاټو نشوالى
۴. د نزف په صورت کې د ترانسفیوژن لپاره د وینې ضرورت
۵. مناسب استطباب

باید یادونه وشي چې د پنستورگي بایوپسي یواحسنی طريقه ده چې ددي پواسطه کولاي شو چې د ګلوميرول نفراتيس مختلف شکلونه سره بیل کړو.
د بولې لارې Imaging: Plain Radiography

تیرو ځانګړي ډولونه او یا نور Calcification پري تشخيص کیدي شي.
التراسوند:

دا معاینه د پنستورگو د Paran chymal ناروغیو او Collecting سیستم لپاره یو نه Image
برابروي او تقریباً په ټولو ناروغانو کې د پنستورگي د جسامت د اندازه کولو لپاره یوه د اعتبار وړ معاینه ده ددي تر خنګ ځینې ځانګړي آفات په Paran chyma کې، Hydro nephrosis او تیړه هم ددي معاینه پواسطه تشخيص کیدي شي.

د Doppler مطالعاتو پواسطه کولاي شو چې د پنستورگو په Main شربانو او په لویو داخل کلیوی شباعتو کې د وینې د جريان ارزیابی وکړو. برسيره ددي التراسوند د مثانې لپاره هم یوه په زړه پوري معاینه ده حکه کله چې مثانه ډکه وي او یا تشه وي نو د مثانې د دیوال هنله آفت چې په خپله مثانه کې وي وکورو لکه د مثانې تومور.

داخل وریدي (i.v.p) urography:

په دې معاینه کې د هغه عضوي آئيوديني مرکباتو د زرق خخه کار اخيستل کېږي کوم چې په راديوګرافيك ډول اطراح او متمنکز کېږي دا معاینه د پنستورگو Collecting سیستم، حالبونو او مثانې د معاینه لپاره یو ډیر غوره تخنيک دی خو د پنستورگي د paran chymal په هکله یې نسبت التراسوند ته معلومات کم دي.

Ante grade and Retrograde urography:

په دغه معاینه کې راديوګرافيك Contrast مواد مستقیماً په بولې طرق کې د Percutaneas ستنې پواسطه زرق کېږي چې دې ته Ante grade urography وائي.

د پیستورکو د ناروغانو غوره ګیلې او لابراتواري کتنې

او د Cystoscope عملې پواسطه د حالي کتیتر ننه ويستل د Retro grade یوروګرافی خخه عبارت ده دا معاینه زیاتره د هنځه ناروغانو په ارزیابی کې چې د بولی لارې بندش ولري استعمالیږي.

په دې معاینه کې مثانه د Contrast medium موادو خخه د اهلیلي کتیتر پواسطه ډکټري او بیا رادیوګرافی د تبول خخه مخکې، د تبول په جریان او وروسته د تبول خخه اخستل کېږي. دا معاینه د مثانې مکمل خالې کیدنه را په ګوته کوي همدا ډول دا نبیې چې د ادرار په جریان کې آیا په حالب کې د ادرار Refluxes شته او که نه؟ خودغه معاینه یوه Invasive معاینه ده او عمده خطرېي د انتان مداخله ده.

Radionuclide مطالعات:

په دغه معاینه کې (Diethylene Tri amin penta acetic acid) 99TC - DTPA پکار وړل کېږي. او ددې پواسطه د هر پیستورکي اطراحی وظيفه په انتخابي ډول پړې پلټل کېږي.

دغه معاینه د پیستورکو د لاندې ارزیابیو لپاره ګټوره ۵۵:

- ❖ د وظایفو تناظر
- ❖ د اطراح مؤخره شروع
- ❖ د اطراحی Isotope احتباس

99Tc - DMSA یو مشابه تخنیک دی چې د پیستورکو د ګروس مورفولوژي د بنودلو لپاره استعمالیږي.

(MRI) Magnetic Resonance Imaging او (C.T) Computed Tomography د (CT) computed Tomography scanning پواسطه کولای شو چې هنځه معلومات چې التراسوند پواسطه لاس ته راغلي دي ددې معاینې پواسطه مکمل کړو. برسيره ددې خخه دغه معاینه په ځانګړي ډول د پریتوان د شاته جو پښتونو په هکله مهم معلومات برابروي نوموري معاینه خصوصاً په هنځه ناروغانو کې چې حالي بندش ولري ګټوره ده لکه د پریتوان حلف ته Malignancy یا د پریتوان حلف ته Fibrosis.

په ځینې حالاتو کې د زیاتو معلوماتو د لاس ته راولو لپاره د MRI خخه کار اخیستل کېږي.

Venography او Arteriography

دا دواړه invasive کتنېدي او په انتخابي ډول په هنځه ناروغانو کې چې د ارواء ارزیابی ته ضرورت وي استعمالیږي د دغو کتنېو ډیر معمول استطباب په هنځه ناروغانو کې دی چې لور فشار ولري او یا د پیستورکو د عدم کفائې په هنځه ناروغانو کې چې د پیستورکي د شربان د تنکوالۍ شک موجود وي.

یوولسم خپرکی

د اندوکرین سیستم فزیکی کتنی

ددی لپاره چې د اندوکرین د امراضو ناروغان د فزیکی کتنېو له نظره و پیژنو ضرور ده چې د اندوکرین سیستم د عدوا تو د پتوفزیولوژي په باره کې کافې معلومات په لاس کې ولرو ترڅو یو ممکنه تشخیص ته نړدی شو.

خرنکه چې بې د تائیرايد د غدې خخه د وجود نور اندوکرین غدوات په داخل کې واقع دي او په نورمال او مرضي حالاتو کې د معاینې او جس وړ نه دي خو د نومورو غدو د مرضي حالاتو خخه حیني فزیکي عالمې په وجود کې خرگندېږي چې ورڅخه په لوړ ډول یادونه کوو.

د عضویت د غدواتو تول فزیولوژیک سیستم په یو نارمل توازن کې قرار لري د غدواتو خخه د هورمونو ترشح هم په نورماله سویه د ناروغۍ پیښې منځ ته نه راوړي خو که په غدواتو کې د Hyper secretion او یا Hypo secretion حالت منځ ته راشي دا تعادل خراښې او په عضویت کې مختلفې ناروغۍ د نومورو هورمونو د Hyper secretion او Hypo secretion په نتیجه کې تبارز کوي.

لكه د نخامیه غدې په آفاتو کې د GH د فقدان له کبله په ناروغ کې dwarfism تأسیس کوي نشونما په تأخر غورڅېږي د ناروغ اندامونه کوچنې، قد بې ټیپ او د ناروغ عمر د وجود د نشونما سره برابري نه کوي او ناروغ دیر وروسته بلوغ ته رسېږي.

په Sheehan سندروم کې چې د نخامیه غدې د قدامی فص د تخریب خخه (چې د هر سبیه وي) منځ ته راخې او اکثراً د post partum hemorrhage خخه وروسته منځ ته راخې په سخو کې Lactation له منځه حې او په امنیوریا اخته کېږي په نرانو کې تأسیس کوي او Gynecomastia وروسته منځ ته راخې د تخرګ او عانې وینټان توئېږي.

د نخامیه غدې په فرط فعالیت کې چې د GH د فرط افراز له کبله اکرومیکالی منځ ته راخې په دی ناروغۍ کې هدوکې او احساء لوئېږي د کوپې هدوکې غټېږي او ناروغ حکایه کوي چې خولې بې په سر کې تنګه شوې ده پښې او لاسونه غټېږي په همدې توګه تندی او بستنی جامه لوئېږي پوستکې ځېږ، پې او ژبه، شوندې لوبې وي د لوړ فشار فزیکي عالمې موجودې وي. چې د نومورو علامو په لیدو سره داکتر ته د اندوکرین آفات په ياد راخې.

د Diabetes insipidus په ناروغانو کې پولي یوریا، پوليdepsia او د ادرار د مخصوصه کثافت کموالی موجود وي ناروغ په ورڅ کې 5-20 لیتره ادرار کوي

په ناروغ کې د ډي هایدریشن علایم موجود وي.

په diabetes mellitus کې پولی یوربا، پولی دپسیا او poly phagia موجوده وي د ځوانانو په شکل کې ناروغ دیر ډنګر او په کاھل شکل کې ناروغ چاغ وي. د تایرايد د غدي په تفريط فعالیت کې د تایروکسین د افزاز د کموالی خخه myxodema ناروغۍ منځ ته راخي چې د فزیکی معاینې له نظره دا ناروغان هم خاصه منظره لري. مخ بې پرسیدلئ، اجفان اذیماوي، ژبه غنه وي، پوستکی زیږ او وچ وي وېستان هم وچ وي د آواز تغییر منځ ته راخي چې حتی په تیلفون کې د خبرو له مخي د myxodem ناروغ تشخيص کېږي عکسات په ورو استرحا کوي. د تایرايد د غدي د فرط فعالیت له امله په ناروغانو کې Hyperthyroidism او تایروتوکسیکوزس منځ ته راخي چې دا په مختلفو شکلو خرګندېږي. یو شکل بې د grave's diseases په نامه یادېږي. چې په دې ناروغۍ کې جاغور، تایروتوکسیکوزس او ophthalmopathy موجوده وي او په سترګو کې Exophthalmia موجوده وي د سترګو کوه بهر ته راوتلي وي چې د پورتني جفن د کشش پواسطه منضمه د قرینې دپاسه په واضح شکل معلومېږي د تایدايد د غدي د فزیکی معاینې خخه په عمومي فزیکي کتنبو کې ورڅخه بحث شوي دي.



Gynecomastia ۲-۱۱



(۱) Grave's disease ناروغۍ دوډ طرفه Opthal mopathy

د پارا تایرايد غده هم د فرط فعالیت او هم د تفريط فعالیت له کبله مختلفي ګلنيکي لوحې منځ ته راوري.

د غدي په تفريط فعالیت کې PTH کم افرازېږي او په ناروغ کې د کلسیم د سوئې د کموالی له کبله د Hypocalcemia اعراض او علایم منځ ته راخي او په ناروغانو کې د

جملات منح ته راخی چې لاندې علامې د هایپو کلسمیک ټیتانی په موجودیت کې مثبت وي.

۱) Rousseau's sign: په دې علامه کې د فشار اله د مت خخه ترل کېږي او هوا ورکول کېږي تر خو په ځنګل باندې فشار راشی چې په دې حالت کې یو مخصوص spasm لاس په عضلاتو کې منح ته راخی او د لاس گوتې شخې او مخصوصه منظره غوره کوي.

۲) Chvostekis sign: پ دې حالت کې د غور د قدامی لوپ د آوم زوج لپاسه اجراء کېږي چې په دې حالت کې د هماغه طرف د تول منځ د عضلاتو Twiching منح ته راخی نو وايو چې نوموري علامه مثبت ده.

د هایپریارا تائیروئیدیزم په ناروغانو کې چې د PTH ھورمون افراز زیاتیرې د نوموري ھورمون د زیاتوالی له امله د کلسمیم سویه په وینه کې لوړېږي چې دا هایپرکلسمیما مختلف ګلنيکي اعراض منح ته راوړي چې یو د هنو خخه د بدءودو تېږي دي په ناروغانو کې ضعيفې، د اشتہا کموالی، زړه بدوالی، استفراقات، قبضت، خوبجن حالت او کله کله خړېږیا لیدل کېږي او د پاراتایرايد د غدي ادينوما کیدی شي چې جس شي او په همدي توګه د قرنې او سکلراد اتصال په برخه کې کلسيفيکشن لیدل کېږي.

د Addison ناروغۍ چې د ادرینل غډې په مزمنه عدم کفايه کې منح ته راخی چې دا عدم کفايه د Adrenal د قشر د تخریب له کبله وي چې د کورتیزون، الدوسترون او ادرنیل اندروجنو مزمنه عدم کفايه موجوده وي چې په پوستکي کې segmentation او پوستکي تیاره بنکاري، زړه کوچنۍ وي په ناروغانو کې فشار بنکته وي د وزن ضياع او دماغي تحرشیت موجود وي. د هایپوگونادیزم حالت کې چې د بلوغ خخه مخکې واقع کېږي په ناروغانو کې قضیب کوچنۍ پاتي کېږي او په ولادي شکل کې cryptorchism موجود وي یعنې خصې د معنې قنات خخه صفن ته نه بنکته کېږي ناروغ ژر بلوغ ته نه رسېږي. که هایپوگونادیزم د بلوغ خخه وروسته واقع شي نو تناسلي آله اتروفي کوي جنسی اشتہا له منھه حې او impotence موجود وي په ټوانو بنھو کې امينوريا مینځ ته راخی.

کوشک سندروم چې د ACTH د فرط افراز له کبله منح ته راخی.

په ناروغ کې مخصوصه وجنه لکه moon like face موجود وي مرکزي چاقې او Buffalo hump (د اوښ کوهان منظره چې په دې کې د غارې د حلې بړخې په سفلې برخه کې د شحم تولیدنه موجوده وي) په ناروغانو کې لوړ فشار د وزن زیاتوالی او د هدوکو دردونه موجودوي په بنھو کې د تھیض بې نظمي وي، Brusing او striae هم تأسیس کوي.

فیوکروموسایتوما چې د کرومافین د حجراتو یو نادر تومور دئ چې د چپله ځانه کتیکول امین افرازوی تومور په 90% پیښو کې په ادرینل میدولاکې وي په ناروغانو کې Flushing او خنافت موجود وي فشار په postural شکل غورخېږي او ناخاپې لوربېري ناروغانو کې د زړه ضربان، خوله، سردردي او Anxiety، بطني دردونه د وزن ضياع او قبضت موجود وي د ګلوکوز په مقابل کې عدم تحمل موجود وي Vinyl mandelic acid (VMA) په ادرار کې چې د کتیکول امین د متابولیزم آخونې مشتق دی اطراح کېږي.

د تایراید د غډې معاینه او د Vongrafin sign اجراء کول د عمومي فزیکي کتنې په مبحث کې ورڅخه یادونه شوي ۵۰.

د اندوکرین سیستم لابراتواري کتنې د اندوکرینو لوجي په مبحث کې د هرې غډې د امراضو سره په تفصیل لوستل کېږي.

د اندوکرین ناروغانو هغه شکایتونه چې د Adrenogenital آفاتو پوري اره لري لاندی علامو پواسطه خرګندېږي.

۱- Hirsutism: دا په بنخو کې عمومیت لري په دې حالت کې بنخه پېړه او بریت باسي ثدیې بې کوچنئ کېږي او بنخه د نارینه خواص غوره کوي. دا حالت کله کله په شدید نیوپلاستیک پیښو کې د یوې عالمې په توګه خرګندېږي که د Hirsutism سره د Clitoris تظاهرات یو ځای وي لکه د آواز تغیرات، Alopecia او یا د Virillization غتیدل په آني ډول منځ ته راشي باید د ادرینل آفات په نظر کې ونیول شي.

په تخدمانو کې بې لاملونه عبارت دی له Stein levental poly cystic ovaries او theca cell lutinization Hilarcell syndrom تومور،

د ادرینل په آفاتو کې ۱۷ Ketosteroid او د پلازما Testesteron هم باید تعین شي چې په Arrhenoblastoma کې د قسترون سویه لوره وي.

Gynecomastia: د ڏدیو غټوالی چې د هلکانو د بلوغ په وخت کې لیدل کېږي همدارنګه په زړو خلکو کې هم منځ ته راتلای شي چې اکثراً ګذری دی. Gynecomastia په زیاتره اندوکریني او غير اندوکریني آفاتو کې لیدل کېږي لکه په تایروکسیکوزس، د ځیګر ناروغۍ او ادرینل تومورو کې.

په klin felter syndrome کې خصې کوچنئ او Azospermia موجوده وي. د ټیونو لوی والی د استروجن د تداوی او همدارنګه د اندرجن د تجویز څخه وروسته او یا د Reserpine، Cemitidine، Aldocton ګلورپرومازین د اخیستلو څخه وروسته منځ ته راقلای شي.

دولسم خپرکي

د روماتیزم د ناروغانو غوره اعراض او علایم

په زیاتره پیښو کې د مرض شروع په تدریجی ډول وي زیاتره ناروغان د محیطی بندونو د درد پرسوب او شخوالی خخه شکایت کوي په شروع کې د بندونو درد د حرکت په وخت کې وي اما که فعال التهابي Arthritis موجود وي د استراحت په وخت کې درد او د سهار له خوا د بندونو شخوالی د ناروغي لپاره ډیر وصفي دي په وصفي حالاتو کې ناروغي د پنسو او لاسو په کوچنيو بندونو کې موجود وي که ناروغي په علوی اطرافو کې وي د لاس بند، خنکل او د اورې بند او که په سفلی اطرافو کې وي د زنگنو بند، د قدم بند او med tarsal subtalar هم شکایت کوي. نور بندونه لکه Accromio clavicular، mandibular او sterno Clavicular هم د ناروغي په جريان کې مأوف کیدي شي کله چې ناروغي پرمخ ټک وکړي د عضلاتو د درد او تشنج له کبله ناروغ د بندونو د حرکاتو د محدودیت خخه شکایت کوي که ناروغي د لاسو د ګوتو په بندونو کې موجوده وي ناروغ د ګوتو د بندونو خخه نېه ګته نشي کولای او په مأوفه بندونو کې ناروغان د التهاب د ټولو علایمو لکه پرسوب، ګرمولی، درد او سوروالی خخه شاکي وي.

د بند خخه بهر اعراض: خرنګه چې روماتوئیدارتراپیس یوه systemic ناروغي ده نو ناروغ د بې اشتھائي، دوزن بايلل، تې، شدیده ستريتا، د وجود درد او Lethergy خخه هم شکایت کوي.

علایم:

د ناروغي په شروع کې مهمي فزيکي علامې عبارت دي له د بندونو پرسوب او سوروالی چې د ډېر کم حرکت پواسطه زيات دردکوي کله چې ناروغي پرمخ ټک وکړي نو د انساجو پېروالی او د بند د پورتنۍ او لاندنۍ برخې د عضلاتو د اتروفي له کبله بندونه spindle shape اختیاروی او که ناروغي نور هم پرمخ ټک وکړي نو د بندونو د خلح او سوء شکل لامل کېږي. چې د لاسو په ګوتو کې د swan neck او butter hole deformation loidl کېږي. همدا ډول د ناروغي په جريان کې د Rhenoid pheno mena او Lymphadenopathy ليدل کېږي چې Lymphadenopathy زیاتره مأوف مفصل ته نړدي ليدل کېږي اما کله په عمومي ډول هم ليدل کیدي شي. همدا ډول osteoporosis او د عضلاتو ضعيفوالی او ويلي کيدل د التهابي بندونو په شاوخوا کې ليدل

د روماتیزم د ناروغانوغره اعراض او علایم

کېږي بله مهمه فزيکي علامه د ګوتو Tri gerring خخه عبارت ده. او Teno synovitis هم د مهمو علامو له جملې خخه شمیرل کېږي. Sub Cutaneas nodule په ۲۰ فیصده پینسو کې لیدل کېږي چې زیاتره په داسې ځایو کې چې هلته فشار موجود وي لیدل کېږي لکه د څنګلې د بند په باسطه برخه کې، غجزي او داشيل وتر. او کله کله تقرح او تالي، انتان هم وي ورباندي اضافه کېږي. که scleritis موجود وي نو سترګه پکي احتقاني او دردناکه وي او حدقه د التصاق له کبله غير منظمه وي (synechia) او د تالي ګلوکوما او د لیدلو تشوشات منځ ته راوري. scleritis D Scleromalatia د راخي چې د سترګو سپین والى پکي په آبي رنګ بدليږي.

د synovial پېړه غشاء په محيطي اعصابو باندي فشار راوري او عصبي تظاهراتو لامل کېږي مثلاً متوسط عصب په Carpal tunnel سندروم کې د فشار لاندي راخي او د ulnar عصب په څنګل کې د فشار لاندي راخي که محيطي neuropathy موجوده وي زیاتره په متناظر دول وي او حسيت پکي کمېږي.



۳-۱۲ شکل سوء شکل به روماتونید ارترانس کې (۱۱)



۱-۱۲. شکل روماتونید ارترانس (۱۱) Carpal tunnel syndrome



۳-۱۲ شکل د بدونو منځنځ اخنه کيدل به روماتونید ارترانس (۱۱)



۳-۱۲ شکل (۱۱) Nodal Osteo Arthritis (Heberdens Nodes)

لابراتواري کتنی:

د ناروغئ په فعال شکل کې E.S.R C-reactive protein، Fibrinogen او گلوبولین هم لوړوي مګر دالبومین مقدار کم وي بله مهمه لابراتواري علامه د اوسيپني د فقدان کم خونی ده په نادر ډول Macro cytic کم خونی هم ليدل کیدی شي چې د Folate د فقدان خخه منځ ته راخي که موجود وي Thrombocytosis د مرض په فعال شکل دلالت کوي.

د IgM روماتوئيد فكتورونه د یوې بین اليني مادې د رسوب پواسطه کشف کېږي چې دغه بین اليني ماده د IgG پواسطه پوبسل شوي وي او د مشخص سيروم پواسطه Agglutinate کېږي.

Poly sterin اجزاوي چې د انساني IgG پواسطه پوبسل شوي وي د Latex test کې استعمالېږي د انسان يا پسه سره حجرات چې د سوي د سرو حجراتو ضد انتي باډي (H.E.A.T) Rowaaley sheep cell agglutination آزمونه (D.A.T) differential Human Erythrocyte Agglutination، (S.C.A.T) Agglutination test کې استعمالېږي.

Latex test د یو حساس وصفي آزمونه ده مګر کم وصفي دئ. آزمونه کم حساس او زيات وصفي دی وصفي غلظت چې په ۵۹٪ پېښو کې په نورمال کسانو کې موجود نه وي لاندې ډول دی:

Latex 1/20 S.C.A.T 1/32، DAT 1/2

Roswaaln test په ۷۵٪ واقعاتو کې په R.A کې مثبت وي مګر د یو یا دوه کالو خخه زيات مثبت نشي پاټه کیدی. همدا ډول دغه آزمونه په S Jogren سندروم، S.L.E کې scleroderma کې ۳۰٪، مزمن Javenile ارتراطيس کې ۱۵٪ او مزمن انتاناتو کې لکه سفلیس، جدام، SBE,T.B او ملاریا کې ۳۰٪ وي.

رادیوګرافیک مطالعات:

د ناروغئ په لومړۍ مرحله کې رادیوګرافی نورمال وي او یا فقط درحوه اقسامو اذیما periarthricular osteoporosis موجود وي. کله چې ناروغۍ پرمخ ٹک وکړي نو د عضروفو او هدوکو تخربات د بین المفصلی مسافو تنکوالی او حاشیوي Erosion ليدل

د روماتیزم د ناروغانوغره اعراض او علایم

کېږي مقدم Erosion په بندونو کې لیدل کېږي حاشیوی tarsophalangeal شکل په ئانوي osteoarthritis دلالت کوي.

د معاینه: Synovial

که د ناروغي تشخیص شکمن وي نو د synovial مایع معاینه په تشخیص کې ډېره مرسته کوي. انتانات د گرام تلوین، او د کلچر پواسطه رد کېږي د بندونو په التهابي ناروغيو کې د synovial د مایع لزوجیت کم، مکدر او علقة کوي او ډیر زیات حجرات لري. برخلاف هغه مفصل چې د ترضیض او استحالوي ناروغيو له کبله ماټف وي د synovial مایع روښانه لزوجه او علقة نه کوي. او حجرات يې کم دی.
تشخیص کې زیاته مرسته کوي.

دیارلسم څېرکۍ

د وینې د ناروغانو غوره گیلې او فزیکي کتنې

وينه لړی او د تحرث تشوشتا:

پېژندګلوی: وينه د سرو حجراتو، سپینو حجراتو، دموي صفحاتو او پلازما خخه ترکیب شوي ۵۰.

وينه لړی د سرو حجرو د کموالی او یا په سرو حجرو کې د Hb د غلظت د کموالی له کبله منځ ته رائحي وينه لړی کیدی شي د یو شمیر ابنارملتي گانو سره یو ئحای وي مثلاً په هغه وخت کې چې لمړئ ناروغي موجوده وي لکه په Aplastic وينه لړی کې. لیکن په عمومي توګه د Anemia ابنارملتي گانې په ځانګړې توګه او زیاتره د تالي تشوشتا له کبله چې د هضمی طرق په لاره او د نورو اعضاو دا نومالي له کبله منځ ته رائحي فلهدا کلینيکي نړدي والي د وينه لړی په ناروغانو کې دير زيات پراخ دي ځکه چې اروند مرضي وتيړه د هر سیستم غږي شاید اخته کړي په پرمخ تللي هیوادو کې د وينه لړی لامل نامعلوم وي د GI کتنې باید اجراء شي.

همدا ډول په دوهم قدم کې مونږ د تحرث تشوشتا تر مطالعې لاندې نیسو کوم چې د دموي صفحاتو د وظيفوي تشوشتا، شمیر يا د پلاسمما پروتین چې په وينه دربدنه کې برخه اخلي تر مطالعې لاندې نیسو کیدی شي ددغو ناروغیو په نتیجه کې یا د وینې توئیدني خطر او يا برعکس د ترومبوس خطر پکي زيات شي.

د وینې کمی: Anemia

کله چې د Hb اندازه د خپل نورمال اندازې خخه کمه او یا د حاد کتلوي وینې د ضياع خخه وروسته منځ ته رائحي چې د Hb غلظت په لوړۍ کې نورمال وي چې دغه کلینيکي حالت د Hypovolemic شاك په واسطه لوړوالی موسي په کاهلانو کې د وینې د سرو حجراتو نورمال اندازې په لوړۍ جدول کې سودل شوي وي.

۱-۱۳. جدول: د سرو حجراتو نورمال اندازې: (۱۱)

نارينه	بئهينه
هيموګلوبين (g/dl) Hb	۱۶,۲ - ۱۳,۳
سره حجرات (1012 X /1)	۵,۶۶ - ۴,۳۲
(1/1) HCT یا PCV	۰,۵ - ۰,۳۹
(Fl) MCV	۱۰۰-۸۰

د وينې د ناروغانو غوره گيلې او فريكي کتنې

د وينې لېي لاملونه ډير زيات دي لاکن کيدى شي چې په پراخه توګه د پتوفزيولوجیکل میخانیکیت پر بنسټ وویشل شي.

وينې لېي په زیاته اندازه د وينې د ضیاع له کبله (وينې توئیدنه او یا Hemolysis) او یا د سرو حجراتو په کمه اندازه جورېدو له کبله منځ ته رائحي سره له دې په کلينيکي ډګر کې دا خرکنده نه وي چې کومه عملیه بارزه ده د وينې لېي نوره ډلبندی د جسامت په اندازه کېږي (Normocytic, Macrocytic, Microcytic) چې ډلبندی بې په ۲-۱۳، ۱۳-۲۱ او ۲۱-۳۲.

۴ جدولو کې بنودل شوي ۵ه

۲-۱۳ جدول: وينې لېي چې MCV > ۸۰ fl (MCV > ۸۰ fl)

د گلوبین په جوړښت کې نقیصه	د Heam په جوړښت کې نقیصه
Thalassaemia •	د اوپسني کمی • د مزمنو ناروغیو وينې لېي • د سربو تسمم •
	د مزمنو ناروغیو وينې لېي Sidro blastic •
	د سربو تسمم •

۳-۱۳ جدول: وينې لېي Normocytic (MCV < ۱۰۰-۸۰ fl)

د دکموالی سره reticulocytes	د د زیاتوالی سره reticulocytes
Aplastic anemia •	وينې توئیدنه •
خالص د سرو حجراتو Aplasia •	Haemolysis •
د پستورګو د مزمنې عدم کفایې وينې لېي •	
د مزمنو ناروغیو وينې لېي •	
Myelodysplasia •	
د وينې سرطاني ناروغۍ •	
Metastases •	

۴-۱۳ جدول: وينې لېي Macrocytic (MCV > ۱۰۰ fl)

وينې لېي (B12 او فولیک اسید فقدان) Megaloblastic •
Hypothyroidism •
د څیکر ناروغۍ •
الکول •
Myelodysplasia •

• وینه لږی د سره Reticulocytosis Extrem

که خه هم په عملی ډګر کې دا ډلبندی ډېره ارزښتناکه وه خو خړګنده او غیر وصفی وینه لږی هم منځ ته راتلاۍ شي د مثال په ډول هغه وینه لږی چې د مژمن ناروغیو له کبله وي او یا د انتانی، التهابي او Neoplastic وټیرو سره یو ځای وي او معمولاً د Normocytic کم خونئ لامل کېږي او زیاتره وختونو کې Microcytic وینه لږی منځ ته راوړي په همدي ډول Hemolytic وینه لږی Normocytic وی په هغه صورت کې چې چټک وي او Reticulocyte نظر پاخه شوي حجراتو ته غټ وي زیاتره اعراض او عالیم کیدی شي چې د وینه لږی سره یو ځای وي چې ډير ددې اعراضو خخه ځینې بې د قلبي وعایي ناروغیو د یو ځای موجودیت له کبله اغیزمن کېږي پرمخ تللي قلبي عدم کفایه په هغه ناروغانو کې چې د زړه اکليلي ناروغیو سره یو ځای وي زیات پیښېږي. هر کله چې وینه لږی د لاټراتوار او ګلنیک له نظره تشخیص شي نو بیا هغه لوحه چې په تاریخچه یا معاینه کې وي په جدي توګه د پام لاند؛ ونیوال شی چې کیدی شي دد لامل معلوم کړو.

تاریخچه:

وینه لږی چې د هر لامل له کبله وي دیو شمیر غیر وصفی اعراضو لامل کېږي (۱ جدول) په تاریخچه کې د ناروغ عمر او جنس ډير اهمیت لري ځکه د وینې اړثي تشوشتات لکه thalasemia په ماشومانو کې د انيميا معمول لامل دی په داسې حال کې هغه بنځې چې د اولاد راولو عمر ولري په حیض کې د وینې د ضیاع او امیندواری کې د demand زیاتوالی له کبله د اوپسني د فقدان په وینه لږی اخته کېږي برخلاف زړې بنځې او د هر عمر نارینه که د اوپسني د فقدان وینه لږی ولري باید داسې پلټې تر سره شي چې د معدي معایي لاري نه د وینې ضیاع په اثبات ورسوی. ناروغ ممکن خپل اعراض داسې ونسائي چې د وینه لږی منځ ته راوروونکي پتالوژي راپه ګوته کړي د مثال په ډول د شپې له خوا خوله کيدل، لمفوما او د هډوکو دردونه Myeloma او سرطان راپه ګوته کوي. پخوانې تاریخچه peptic قرحت، حباثت، معافیتي ناروغی)، مهم کلیدي ټکي رابنېي. داسپرین او نورو غیر ستروئيدی التهابي ضد (NSAIDS) درملو استعمال ممکن په غایطه موادو کې د نه مشاهده کیدونکي وينې (occult blood) ضیاع د Gastritis له امله منځ ته راړي همدا ډول د ستروئيد په واسطه تداوي peptic قرحي پیداکوي. د الكولو زیات مصرف د folate Macrocytosis، gastritis او کبدی ناروغیو سره یو ځای وي هغه چې د وریسو د نزف اوپه لوی توري کې د سرو حجراتو pooling صورت نیسي.

د وینې د ناروغانو غوره ګیلې او فریکي کتنې

غذايی تاریخچه د وینه لږي په ارزیابی کې ځانګړي ارزست لري ځکه د غذايی فقدان، folate ، او سپني او vit B12 په فقدان کې وینه لږي پیداکېږي دا چې خواره په کافي اندازه او سپنه لري یوازه د خورو له کبله د او سپني فقدان وینه لږي نادره ده. د غذايی folate فقدان په (Skid Row) الكولستانو او هنو خلکو کې چې کم شنه سبزي جات استعمالوي منځ ته رائي خرنکه چې د انسان د غذا د vit B12 ستره منبع حيواني غوشه ده نو دد؛ ویتامین فقدان په سبزي استعمالوونکو (Vegetarian) خلکو کې لیدل کېږي. دد؛ ویتامین فقدان په حاد ډول په هنځه خلکو کې مشاهده کېږي چې stric vegetarian وي د وینې تشوشاتو (thalasemia, sickle cell) او معافیتي ناروغیو کې کورنۍ. تاریخچه د ناروغ په اړیت پوري اړه لري sickle cell whilst وینه لږي په هنځه خلکو کې لیدل Afrocarkinain کې دیر Indian Sub Continent، medetranean Thalasemia کې کېږي. عمومیت لري په بھر هیوادونو کې استوګنه یا هنغوی ته سفر دا راپه ګوته کوي چې ملاریا او یا نوري پرازیتی ناروغی موجود دی سیستمیک پونتنې ممکن داسې اعراض راپه ګوته کړي چې د underlying ناروغی نه نماینده ګې وکړي چې د وینه لږي لامل شوي وي په ډول چې که د وزن ضیاع، عسرت بلع، بد هضمی، مژمن اسهال، په Bowel عادت کې بدلون او د مقعدی وینه بهیدنې تاریخچه موجوده وي بايد مناسبې پلټنې اجراء شي. تر خود هضمی لاري وینه بهیدنې، سلطاني ناروغی، peptic قرحي، سوء جذب سندروم، د کولون التهاب، بواسير او د هضمی لاري د وینه بهیدنې نور لاملونه معلوم کړي همدا ډول په مشابه توګه د بولي تناسلی سیستم تفصيلي تاریخچه دي واختل شي او په خاصه توګه د زیات تأکید د تحیضي وینې د ضیاع په دوام باندې وشي.

معاینات: هنځه ناروغان چې د وینه لږي خخه شاکي دي په هر یو لامل کې یې د باور وړ فریکي علامې موندلای شو (۱۳-۵) جدول کې بنوදل شوي دی

۱۳-۵ جدول: د وینه لږي غیر وصفي اعراض او علايم:

• د اکسیجن د لېبدونې کموالی: لکه Angina, syncope, fatigue، عسرت تنفس
• د وینې د حجم کموالی: لکه خافت، postural hypotension
• د قلبی دهانې زیاتوالی: لکه د زړه ضربان، او په غورو کې تکاري
• دزړه احتقاني عدم کفایه: لکه PND (Paroxysmal nocturnal dyspnea)، orthopnea، Tachy cardia، د مرکزي وریدي فشار زیاتوالی، د Apex beat بي ځایه کیدل، gallop، Crackles، دوھ طرفه د بنګري اذیما.

د وینې د ناروغانو غوره گیلې او فزیکي کتنې

حثافت د مخاطي غشاء، منضمې، د خولي د جوف په کتلوا سره ډير بنه معلومېږي. ددي
برسيره د وينه لړۍ بالخاصه لاملونه زياتره د وصفي فزیکي علامو سره یو ځاي وي
(جدول ۶-۱۳) هينې وصفي تکي یې مهم دي.

۶-۱۳ جدول: د وينه لړۍ د مختلفو ډولو وصفي لوحې: (۱۱)

وصفی کلينيکي علامې	د وينه لړۍ لاملونه
Angular stomatitis glossitis بي درده	۱) د اوسيپني د فقدان وينه لړۍ
عسرت بلع چې د بلومي plummer Vinson web سندروم (د قاشوقي په شان نوکان) kolonychia	
د ژې د ردناك التهاب (دعويي سره ژبه) Megaloblastic وينه لړۍ	۲
محيطي Neuropathy تحت الحادمشترک دنخاع degeneration د لاري او حلفي Cortico spinal columns تخریب	Vit B12 فقدان ۳
زېړۍ، صفراوي تېړۍ، د توري لویوالۍ، د پوستکي قرحت	۴ وينه لړۍ Hemolytic
د هدوکو درد Osteomy litis	۵ حجراتو ناروځۍ Sickles
وججه (نولي ته مشابه مخ) Chip munk فقیره نشونما	۶ thalasemia
Lymphadenopathy کبدی طحالی لویوالۍ د پوستکي نودولونه د دربو هاپتروفي او Meningism	۷ سلطاني ناروځۍ لوکيميا او لمفوما Myeloma متاستاتيك کانسرونه
د هدوکو درد، او کسرونه د هدوکو درد او د لمبني سلطاني ناروځيو علامې	•

د فدان يو د محیطي نیورو پاتي او اهراامي لاري د تخریب د علتونو د جملې خخه دی همدا ډول په متناوب ډول د فعال زنکانه عکسي (اهراامي) او د بشکري د عکسي (نیوروپاتي) نشتوالی سره موجود کیدي شي.

د thalasemia هغه ناروغ چې ناكافي تداوي شوي وي مخ بې وصفي منظره غوره کوي ځکه چې قحفي هدوکي غواري وينه لږي او معاوضه کړي او لوئېري د مخ د هدوکي غتوالۍ ته (د Chipmunk مخ) وايي او دې ته ورته تغيرات د راديولوژيك معایناتو په تظاهراتو کې او هم د وریو د مخاطي غشاء د فلورايد زيانه نشونما چې په monocytic Lukemia او د (photo phobia، سردردي، د غارې شخوالۍ) چې په سحاباو کې د خبيشه حجراتو د ارتصاح له کبله منځ ته راحي شامل دي.

د فزيکي معایناتو ځينې نور اړخونه هم د اهميت وردې د مثال په ډول هغه وينه لږي چې د ژېري سره یو ځاي وي په Hemolysis دلالت کوي.

زباتره Hemolytic وينه لږي د پوستکي د قرحاو سره یو ځاي وي. د Arthropathy د علايمو شته والى د منظم نسج په degenerative ناروغيو دلالت کوي د ثديو، صدر او پروسات معاینه ممکن کارسينوما راپه ګوته کړي کوم چې ځينې وخت د کارسينوما په شکل خرگندېي. د Epigastric ناحيې حساسيت، بطني کتلې، بواسير يا د معدې مخاطي غشاء آفات د هضمی جهاز په پتولوزي دلالت کوي. په مخ، شوندو او د خولي په داخل کې د telangiectasias موجوديت د ارثي Hemorrhagic telangiectasias لامل کېږي. د توري ځیکر او لمفاوي غتوټي غتوالۍ معمولاً د وینې په ناروغيو کې ليدل کېږي.

د لمفاوي عقدو معاینه:

د غتوټي لمفاوي عقداتو د ګروپونو ډلبندې په جدول کې بسودل شوې ده. که خه هم Para عقدي د پريتوان شاته دي دا کله ناکله جس کېږي کله چې ډېري غتې شي. Aortic

د لمفاوي عقداتو په جس کې لاندې تکي په نظر کې ونيول شي.

- ❖ خومره لمفاوي عقدي جس کېږي؟
- ❖ د لمفاوي عقدي قطر خومره دئ؟
- ❖ د لمفاوي عقدي قواام خومره دئ؟
- ❖ آيا دا د غنچې په شکل دي يا خواره واره دي؟

❖ آيا د ثابتې دي يا متحرکي؟

❖ آيا د لمفاوي عقدو مجاور پوستکي غير نورمال دي؟

د انتان په صورت کې لمفاوي عقدات حساس ګېلې په داسې حال کې هنځه عقدات چې په نیوپلازم اخته دي عموماً بې درده وي البته دله یو استثنائي حالت شته هنځه دا چې د HIV او T.B انتان زیاتره د بې درده Lymphadenopathy لامل ګېلې.

عمومي Lymphadenopathy په سیستمیک انتاناتو او د پوستکي په عکس العملی ناروغیو لکه psoriasis کې منځ ته راخي. د معبني لمفاوي عقداتو عتوالی معمولًا په نورمالو کسانو کې د بنکتنې اطرافو د اوسنې او یا پخوانې انتان له کبله منځ ته راخي. د لمفاوي عقداتو واضح، غير متناظر عتوالی د لمفوما خخه نماینده ګې کوي او لمفوما باید د Excision biopsy په واسطه یې تائید وشي. هنځه لمفاوي عقدی چې لمفوما اخته ګري وي رابري قوام لري په داسې حال کې چې متابستاتیک لمفاوي عقداتو قوام سخت يا Craggy ګونګي) وي.

د ناخیوی لمفاوي عقداتو ته تشیري. کله کله د هنځه لمفاوي عقداتو عتوالی چې د جس وړ نه وي د بالغاصه کلینيکي تظاهراتو لامل ګېلې د مثال په ډول د منصف د لمفاوي عقداتو غتوالی چې د SVC (علوي اجوف ورید) د بندیدو لامل ګېلې کوم چې د غارې د وریدو د ډکوالۍ، سردددي او papilledema په ډول خرگندېږي.

د کبد او توري معاینه کول:

د وينې تشوشتات زیاتره د کبد او توري د غتیدو لامل ګېلې که څه هم د دواړو ترمنځ د تفریقی تشخیص پیمانه توپیر لري. جس باید د بنې الیوی حفرې خخه شروع شي تر خو کتلوي Hepatosplenomegaly له نظره پې پاتې نشي. که چیرې دواړه عضوې جس شي لازمه ده چې د ترقوې په متوسط باندې د پښتيو د خنديې خخه تر آخره پور؛ اندازه شي (البته په سانتي متر). خینې وخت دواړه عضوې یواز؛ د شهیق په وخت کې جس ګېلې او باید یادداشت شي.

د کم خونه ناروغه لبراتواري پلتني:

پلتني باید د وينه لږي د لامل او بیا د منځ ته راړونکي پنالوژي لپاره ځانګړي شي د هنځه ناروغه لپاره چې د وينه لږي علت یې واضح نه وي پلتني په لاندېښي چوکات کې بنودل شوي دي.

• د ټولې وينې شمیرنه (Full blood count)

د ويني د ناروغانو غوره ګېلې او فريکي کتنې

• د ويني د فلم معابنه

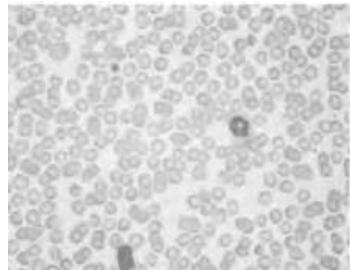
• د سيروم Ferritin

• د سيروم B12

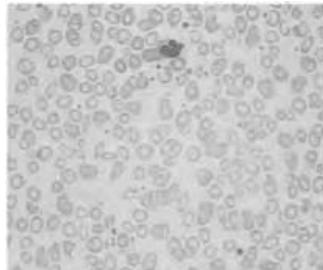
• د سرو حجراتو Folate

، Shmirene، Haemolysis screen •
Reticulocyte استطباب که د رلوده (55) ،
haptoglobins ، Bilirubin,lactate dehydrogenase

د ويني او د هدوکو د مغز نورمال او غير نورمال نمونې په لاندېنې شکلو کې بسودل شوي
دي.



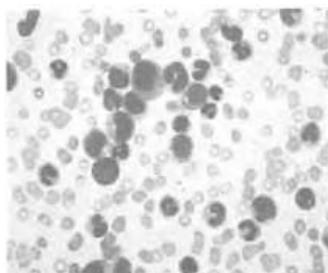
(11) شکل د اوسپني د فقدان وينه لوی (۲-۱۳)



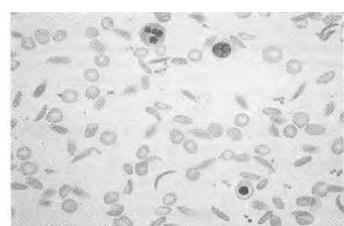
(11) شکل نورمال محبي ويني فلم (۱-۱۳)



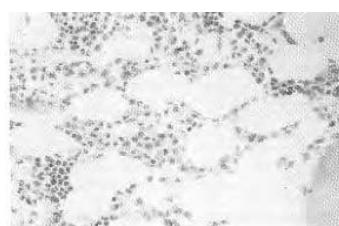
(11) Beta thalassaemia major . شکل ۴-۱۳



(11) Granulocytic leukaemia . شکل ۳-۱۳

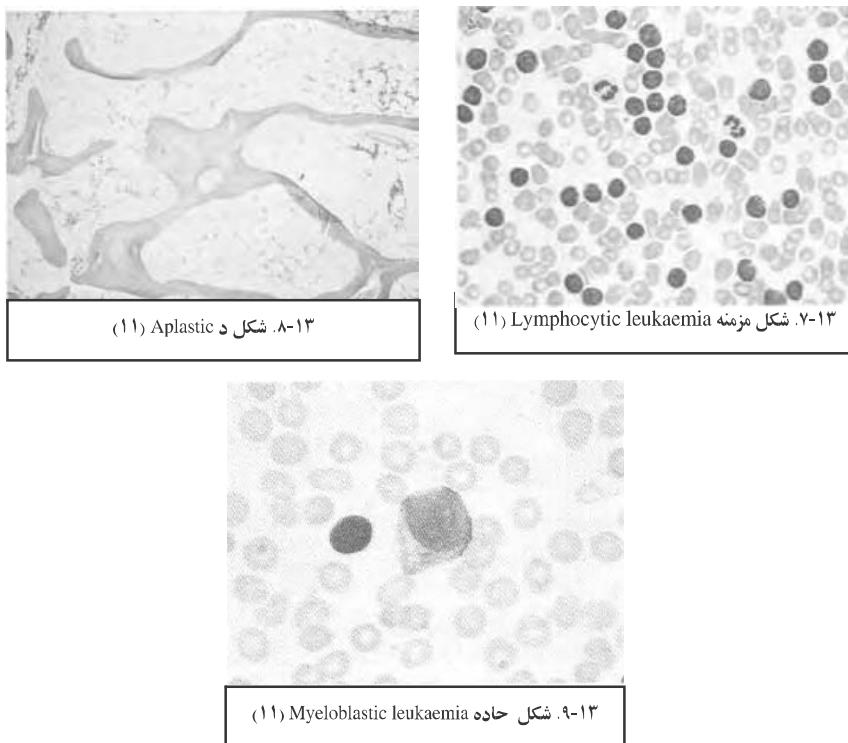


(11) شکل ناروغانو غوره Sickel haemoglobin (۶-۱۳)



(11) شکل نورمال حجراتي مغز (۵-۱۳)

د وینې د ناروغانو غوره گیلې او فریکي کتنې



که چېري د Hemolysis حئينې شواهد (ژيپي، د توري غتوالي او صفراوي دېبرې) موجود وي نو په دي صورت کې باید په پلتنيو کې Hemolysis screen شامل شي. د وینې زيات لموني تشوشتات (لكه لوکيميا) د وینې غير نورمال فلم نسيي په دي صورت کې باید ناروغ اړونده صحې مرکز ته ولېبل شي.

که چېري په دي مرحله کې د وینه لړي علت معلوم نشي نو بیا د ۷-۱۳ او ۸-۱۳ جدول ته کتنه وشي.

۷-۱۳. جدول: د وینه لړي د ناروغانو دوهم خط پلتني:

مناسب پلتني	وینه لړي لامل
Colonoscopy (OGD) oesophagogastroduodenoscopy، نسائي معابنات، Coeliac antibodies	د اوسيپني فقدان
د معدې د جداري حجراتو انتي بادي، Schilling آزموننه	د سيروم د B12 کموالى
Coeliac انتي بادي ګانې او يا د اثنا عشر بيوپسي او که د ورو کلمو سوء جذب سندروم موجودوي نو Gastroenterologist ته دولېبل شي	د سروحجراتو د Folate کموالى

د وینې د ناروغانو غوره ګیلې او فریکي کتنې

G6PD مستقیم Coomb's آزمونه (DCT) او که (DCT) منفي وي سکرین او د وینې متخصص ډاکتر ته د ولیول شي.	شواهد Hemolysis
---	-----------------

(۱۱) (۱۳-۸). جدول: د وینې لړی د ناروغانو د درېم خط پلتني:

پلتني	ډول
هیموګلوبین الکتروفوریزس: د انتانی، التهابي او نیوپلاستیک تشوشا تو د ثبوت لپاره پلتني (د وینې کلچر، ESR، C- Reactive Protein، CXR، ANA او نور)	وینې لړی Microcytic
د پنستورگی وظایف: Haemolysis سکرین (که اجراء نه شو) ایمونوګلوبولین او Para Protein screen: پلتنه د انتانی، التهابي او یا نیوپلاستیک تشوشا تو لپاره	وینې لړی Normocytic
د تایرايد وظیفوی پسونه: Hemolysis سکرین (که له اوله اجراء نشو) د حکړ وظیفوی پسونه: سکرین (که له اوله اجراء نشو)	وینې لړی Macrocytic

که چیرې ناروغ د یو مناسب Ethnic گروپ خخه راغلی وي نو د هیموګلوبین Electro phoresis د ورته په لمړنې screening کې اجراء کړل شي په بسکاره توګه په دغه پینسو کې د معایناتو مخ په وړاندیتللو ته ضرورت نشه او دغه پینپی دې په ځانګړي توګه ونیول شي که چیرې د وینې لړی لامل په دغه مرحله کې نامعلوم وي او یا د وینې د تشوش تشخيص شوئ وي نو بیا د یو د وینې متخصص ډاکتر ته مراجعته کول استطباب لري.

د تحرر تشوشتا:

د Haemostasis یا د وینې د درېدو اصطلاح عبارت ده د هغه فریولوژیک پروسو د همکاري خخه کوم چې د وینې د ضایع کیدو خخه مخنیوی کوي هغه چې د وعائی جrho په نتیجه کې منځ ته راخي او هغه کیدی شي چې ترومبوټیک پروسه محدوده او موضعی پاتې شي او په لمړنې توګه Thrombolysis شروع کړي.

د سیستم ضروري اجزاوي دادی:

د اوغیو د جدار مضبوطوالی ((لمرنی Haemostasis) یعنی د دموي صفیحاتو د علقې Fibrin Cascade) یعنی د تحرث Haemostasis د فعال کیدو له امله د علقې جوریدنه او د لمرنی Haemostasis چې په عمومي توګه د دموي صفیحاتو په وظيفوي نقصان او یا شمیر کې منځ ته راخېي د petechia اود مخاطي سطحي وینه بهیدنې لامل کېږي برخلاف د ثانوي Haemostasis تشوشتات (د مثال په توګه په وینه بهیدنې کې) عموماً په ژور جوربنتو کې لکه عضلات او بندونو کې د وینه بهیدنې لامل کېږي.

تاریخچه:

څرنګه چې د زخم نه وروسته وینه بهیدنې یوه عمومي کته ده ځینې وختونه دا مشکله وي چې مونږ په یوه وګړي کې په مشخصه توګه د وینه بهیدنې تشوشتات معلوم کړو او که نه؟ تقریباً د نفوسو ۲۰ فیصده دوي په خپله په آسانې سره د شنه کیدو (Bruisers) له امله متوجه کېږي دا ضروري ده چې د وینه بهیدنې پوره تاریخچه واخیستل شي کوم یو چې په آسانې سره د شنه ګرځیدو (Bruising) د وینې بهیدنې مهم او پوتانشیل تشوشت خخه بیلوی. د وینه بهیدنې د دواوم موده په تاریخچه کې ډېر ارزښت لري د ژوند په اوردو کې وینه بهیدنې ته تمايل مونږ ته اړۍ تشوشت راپه ګوته کوي.

د معمولي جرحي نه وروسته د وینې دوامداره ضياع د Haemostatic په تشوشت باندي دلالت کوي. د وینې ضياع زياتره د یو درې ګړي په واسطه اټکل کېږي (د یو ماشوم مور کیدلو عيني شواهد ډېر ګټور تمامېږي د عابش د ویستلو د جراحې یا د مهبلې ولادت تاریخچه باید واخیستل شي ځکه چې دا ټول د Hemostatic سیستم لپاره بنکاره Challenge دی. که چېري زياته وینه بهیدنې نوي واقع شوي نو غت Hemorrhagic تشوشت پکي عموميت نه لري. د Hemostatic تشوشت تظاهرات مشتمل دي په د وینې ترانسفيوزن ته اړتیا او یا د وینه بهیدنې د درې ډېر لپاره جراحې مداخلې ته اړتیا. په حیض کې د زياتې وینې بهیدنې رائګ يو عمومي شکایت دی کوم چې په Hemostatic تشوشت باندي دلالت کوي خو زياتره په عمومي توګه دایوه پېښه نه ده. زياتې مسئلي د وصفي تشوشتاتو اندېښې پیداکوي. دمثال په توګه د په خپل سر وینه بهیدنې تاریخچه یا د کوچنۍ ضربې نه پس د وبنې تولیدنې په عضلاتو یا مفاصلو کې مونږ ته د هیموفیلیا مضبوط

شواهد بنایي د حبل ژروي خخه زیاته وینه بھیدنه د آتم فکتور د فقدان لپاره په خاصه توګه مشخص ده. ځینې دواکانې Haemostatic سیستم اغیزمن کوي ځینې وختونه ناروغ د دوا د اخیستلو تارڅه نه وايی ځکه چې دغه دوايې یې په خپل سر د دواخانې خخه اخیستي وي چې دد؛ جملې خخه اسپرین یوه مشهوره دواده کوم چې د درې هفتونو خخه وروسته په واحد ډوز سره د دموي صفيحاتو وظيفه خرابوالې شي.

معاينات:

په معاينه کې تر ټولو لمړئي شي د Hematoma او یا د شینوالۍ د وصف کتل دي. Bruising یا شینوالۍ چې د دموي صفيحاتو د ابنارمل وظایفو یا د شمیر د کم والی له امله منځ ته راغلي وي نو د پورپورا په شکل خرګندېږي چې نوي pin pick چې د وړو تخت الجلدی اوعيو د وینې بھیدنې له امله منځ ته راخې. کله چې فشار پري وارد شي پور پورا له منځه نه ځې برخلاف د پوستکي آفاتو ته مشابه کوم چې د کوچنيو اوعيو د التهاب له کبله منځ ته راخې دغه آخرني اندفاعات د فشار په واردولو سره له منځه ځې دغه توپير د شیشه یې سلايد په واسطه د فشار په واردولو سره نه معلومېږي چې آیا له منځه ځې او که نه؟ که خه هم د غه ځانګړتیاوي په مطلق ډول د اوعيو په ځینې التهاباتو کې لکه Henoch Schonlein purpura کې صدق نه کوي او په دې کې د وړو اوعيو خخه وینه بھر راوې. بل ډول د پوستکي Bruising هغه وخت منځ ته راخې کله چې د اوعيو د جدار تقویه کوونکي جورښت د عمر په تیرېدو سره کمزوری شي (senile purpura) یا ددوايی تداوی (steroid) په واسطه. کله چې د دموي صفيحاتو په شدیده ابنارملتي کې د شبکي خون ریزې پښه شي نو فنډوسکوپېک معاينه باید په هر هغه کس کې چې پراخه purpura او مخاطي وینه بھیدنې ولري اجراء شي. که چې د کلینيکي خرګندولو له مخې د شک رامنځ ته شي نو د ممکنه سبېي ناروغيو پلنې ضرور ده چې په لاندې جدول کې تري یادونه شوي ۵۰.

د وینې د ناروغانو غوره ګیلې او فریکي کتنې

(11) Thrombocytopenia لاملونه: جدول: ۹-۱۳

میکانیزم	مثالونه
۱) د تولید کموالی مورزادی	وینه لېي Fanconi
۲) د دوباره ویشه کسبي	لوکیمیا، Aplastic وینه لېي HIV انتان د ځیکر مزمنې ناورغۍ
۳) د تخرب زیاتوالی امیمونولوجیک غیر ایمونولوجیک	ITP (DIC) septicemia دوګانې

د سیستم معاینات: Haemostatic

که چېرې د Screening سیستم تشوش توقع موجوده وي نو زیاتره آزمونې Haemostatic چې په لاندې چول ورڅخه یادونه کړې.

- (FBC) full blood count
- (PI) prothrombin test
- فعال شوي قسمی thromboplastin آزمونه (APTT)
- آزمونه (TT) Thrombin

خوارلسم خپرکي

د ولادی نسائي ناروغانو فزيکي کتنې
د يو ولادی ناروغې د مشاهدي اخيستل
تاريچه:

د يو ولادی ناروغ د تاريچې اخيستل د جراحۍ او داخلې ناروغ د تاريچې سره خه
ناخه توپير لري. د يو ولادی ناروغې د تاريچې د اخيستلو په باره کې دا لاندې تکي په
پام کې نيوں کېږي:

۱. نوم
۲. د پلار يا د خاوند نوم
۳. عمر
۴. ادرس
۵. د واده نيته
۶. د ولادت شمير Gravida

ubarat د هغه حالت خخه ده چې په هغه کې بنئي حمل اخيستي وي او ولادت يې
نورمال يا غير نورمال ترسره شوي وي (مرشوي وي) يا دا چې سقط يې کړي وي.
Parity .۷

ubarat د هغه حالت خخه ده چې اميدواري بنئي ولادت د ۲۸ هفتوا خخه وروسته سرته
رسيدلې وي.

۸. د نورمال آخرني تحيسن نيته (Last normal Menstruation Period) LMP
دا د نارمل آخرني تحيسن د لمړنۍ ورځي خخه عبارت ده.

۹. د ولادت د ورځي تاکل (Estimated date of Delivery) EDD

د ولادت د ورځي تاکل د Naegeles د قانون په اساس صورت نيسې:
مثال: که يوه ناروغه چې آخرني تحيسن يې د ميزان ۲۳ نيته ده چې ددې سره ۷ ورځي
جمع کېږي او هم ورسره ۹ مياشتې جمع کېږي چې آخرني نيته د ولادت ورځ را په ګوته
کوي: $LMP\ 23 + 7day = 30 + 9month = \text{Delivery\ day}$

پورتني نيته د ولادت تخمينې ورځ په ګوته کوي.

پخوانى تاريچه:

په دي تاريچه کې د لاندي شيانو پونسته کيري:

الف) د پخوانى طبی تداوي تاريچه

ب) د پخوانى جراحی تداوي تاريچه

کورنى تاريچه:

په کورنى تاريچه کې د نارمل او ابنارمل زيرپيدنو، د غبرگونو، په کم عمر کې واده کول،
ابنارمل ولادتونو لکه (Macrocephay, Microcephay) دماغي تاخر او د ارثي ناروغيو په
هکله پونستني وشي.

ولادي تاريچه

۱) پخوانى اميندواري:

د تيرو اميندواريو په هکله بايد مكمم معلومات ترلاسه شي.

۲) اوسنی اميندواري:

د اميندواري په وخت کې د Morning sickness (چې په دغه وخت کې ناروغه په
لړۍ درې مياشتو کې د سهار له خوا ګانګې او زړه بدوالۍ لري) همدارنګه د مهبلې
او د ادرار د سوزش او قبضيت په هکله پونسته وشي Discharge.

کلينيکي کتنې

۱. عمومي فزيكي کتنې

۲. سيستميك فزيكي کتنې

۳. ولادي کتنې

په دي کې لاندي شيان بايد په نظر کي وي

۱. د ثديو معاینه

۲. بطني معاینه

۳. مهبلې معاینه

د ثديو معاینه: د تفتيش او جس اجرا کول:

تفتيش:

په تفتيش کې د ثديو غتیوالی ولیدل شي چې دا غتیوالی په تالي ډول د شحم د تراکم او همدا ډول د اميندواري په وخت کې د Glandular موادو د ټولیدو له کبله وي همدا ډول په تفتيش سره باید د ټيونو د پوستکې لاندې برجسته وریدونه وکتل شي. د ثديو څوکې امكان لري لوی شوي وي او یا زيات صباغي شوي وي. د ثديو د Areola شاوخوا کله کله تور رنګ ځانته نيسې.

جس:

د ثديو په جس کې باید کتله، نودولونه، سختوالی، ګلکوالی ټول شيان ياداشت شي همدادول د Celostrum معاینه وشي. (د ثديو خوکې ته فشار ورکړل شي. د دري يا خلور میاشتنې اميندواري خخه وروسته سپینې شیدۍ ورخخه راوځي).

بطني کتنې:

تفتيش:

مخکې له دي خخه چې تفتيش اجراء کړو ناروغه د شا په تخته پريوچي ځنګنونه ېې د قبض په حالت کې وي او داکتر د ناروغې بنې خواته ودرېږي اوس وګوري چې د بطن شکل، خطونه او د بطن دپاسه ندبو موجوديت او همدارنګه د نامه وضعیت وګوري.

جس:

د جس په وخت کې دي معاینه کوونکې خپل لاسونه یو د بل سره ومبني تر خو معتدل شي. د رحم د جس له پاره د ناروغې په بنې طرف کې ودرېږو او د خپل چپ لاس Ulnar برخه د متوسط خط لپاسه اېړدو او په دي ترتیب رحم جس کwoo او هم د رحم سایز او جسامت اندازه کwoo.

د اميندواري د وخت معلومول د رحم د غور له مخي چې په جدول کې ذکر شوي وي اتكل کېږي د رحم د غور د سوبې ابنارملتي په لاندې حالاتو پوري اړه لري.

۱) غلط CMP

۲) غبرګونې

۳) pely hydroamnious

۴) حوصلۍ تومورنه د اميندواري سره

۵) غلط اغتلان

۶) داخل الرحمي مړ ماشوم (جنين)

۷) خلفي رحم

۱-۱۴. جدول: د رحم د غور د سوبې له مخي د اميندواري د وخت معلومول: (۱)

۱۲ اوانيو	د ارتفاق عاني د پورتنې سرحد په سوبې
۱۶ اوانيو	د ارتفاق عاني د سوبې خخه تقریباً دوه انچه یا پنځه سانتی متراه پورته
۲۰ اوانيو	د نامه خخه تقریباً یو انج یا ۲.۵ سانتی متراه بشکته
۲۴ اوانيو	تقریباً د نامه د پورتنې خنډي په برابر
۳۲ اوانيو	تقریباً د $\frac{1}{3}$ پورتنې مسافې د نامه او ensiform عضروف په منځ کې
۳۶ اوانيو	تقریباً د Ensiform عضروف په سوبې
۴۰ اوانيو	تقریباً رحم دوهم څلې ۱۳۲ اوانيزې اميندواري سوبې ته بشکته غورځیږي

جنين:

د جنين دپاره لاندي ټکو ته باید پاملننه وشي:

۱) استقامت (Lie)

۲) اغتلان (Presentation)

۳) وضعیت (Position)

۴) برخورد (Attitude)

۵) نیونه (Engagement)

استقامت:

د جنين استقامت په دې معنی دي چې د جنين اوړد محور د رحم د اوړد محور سره لاندي حالت اختياروي اوړد، مایل او مستعرض.

۱) طولاني

۲) عرضاني

۳) مایل

اغتلان:

د جنین د هغه برخې خخه عبارت دي چې د رحم په سفلي برخه يې اشغال کړي او دداخلي فوخي د رحم د عنق خخه لې پورته خاي لري.

اغتلان په لاندي ډول دي:

۱) سر(cephalic)

۲) حوصلۍ (Breech)

۳) اوږدي (Shoulder)

۴) مخ (Face)

۵) وريئي (Brow)

وضعیت:

نوموري اصطلاح خخه مقصد د مور د حوصلۍ په نسبت د جنین د اغتلاني برخې موقعیت دي. چې د هر اغتلان دپاره اته ممکنه خایونه وجود لري. چې په لاندي ډول دي:

قدامي قفوی

خلفي قفوی

بنی خلفي قفوی

چپ خلفي قفوی

بنی قدامي قفوی

چپ قدامي قفوی

بنی قفوی مستعرض

چپ قفوی مستعرض

:Attitued

دا د جنین د سر، اطرافو او جسم د اړیکو خخه عبارت دي که سر او اطراف د تقبض په حال کې وي نو داسي ويل کېږي چې د قبض برخورد لري او که برخلاف د توسع په

حال کې وي نو د توسع Attitued بلل کېږي.

نيونه (Engagement):

کوم وخت چې د اغتلاني برخې ستر قطر د حوصلۍ د حلقي خخه تير شي نو دا د په نوم ياديږي. Engagement

قرغۇ:

رحم پە قرغۇ سره وي Dullness

اصغا:

اصغا د لاندىي اهدافولە پاره اجراء كىپى:

۱) د جينين د زرە آواز Fetal heart sound

۲) درحم آواز Uterin soufflé

۳) Funic Souffle

۴) Bowel sound

د جينين د زرە آواز:

نوموري آواز د بطن دپاسە د Feto scope او يا د Doppler پە واسطە هنە ئاي اصغا كىپى كوم ئاي چى د جينين صدر د مور د بطن جدار سره دير نژدى وي. FHS بالبىت لاندىي پروت ساعت د تك تك آواز تە ورتە والى لرى. هنە اولنى وخت چى پە كىپى FHS د اوريدو ور دى عبارت دئى د 7-18 داخىل رحمى اونى خخە. پە دى وخت كىپى ددىي اندازە 140-160/min او معىاد كىپى 120-140/min تە راكمىپرى دا بايد د حمل د 24 هفتى خخە وروستە پە هە Visit كىپى اصغا شى.

:Uterine soufflé

دا نوم شپلاڭ مانندە سىستولىك مومر دى چى د مور د نبض سره نسبت لرى دا د رحم د پراخە شوو شريانو خخە د وينى د تىرييدو پە واسطە منچ تە راھىي او د 20 هفتۇ خخە وروستە د رحم پە اپخو كىپى د اوريدو وروي.

:Funic soufflé

دا يو نوم د شپلاڭ پە شان آواز دى چى د جينين د زرە د آواز سره يو ئاي اوريدل كىپى او د سروي (umbilical) شريانو خخە د وينى د تىرييدو لە كىبلە منچ تە راھىي. نوموري آواز هميسە موجود نە وي او يواھى پە 15% پىنسو كىپى هنە وخت اوريدل كىپى كله چى تصادفاً د حبل ثروى دپاسە ئاي ونيسى.

د بوي نسائي ناروغې د مشاهدي اخستل

تاريچه: History

۱) نوم

۲) د پلاز نوم يا د خاوند نوم (D/o or W/o)

۳) عمر

۴) آدرس

۵) مذهب

۶) د واده حالت

داکتر باید د ناروغې خخه پوبنتنه وکړي چې هغوي واده کړي دی او یا نه؟، طلاق شوې ده یا کنډه د؟ او که واده شوي حالت نه برسيره کوم بل حالت ولري نو د هغوي او Parity بايد معلوم کړل شي.

:Gravida

دا د هغه حالت خخه عبارت ده چې بوي شئې په کې حمل اخيستۍ وي یا نارمل ولادت کړي وي یا ابنارمل (مرې ماشوم یې شوي وي) او یا سقط کړي وي.

:Parity

د هغه حالت خخه عبارت ده چې د اميندوارې شئې ولادت وروسته د ۲۸ هفتو خخه صورت نیولی وي.

۷) عمده شکایت

۸) د اوسيني ناروغې تاريچه Present illness

د هر یو حکایې تفصيلات د لاندنې خبرو په نظر کې نیولو سره لیکل کېږي

(a) د شروع ډول

(b) دوام

(c) پرمختګ

(d) هغه فكتورونه چې د زياتیدو یا د کميدو سبب کېږي

او په دې برخه کې دې پوره معلومات ترسره شي چې ناروغه کوم (حکيم یا دايه) ته مراجعه کړي ده یا نه؟ او که کړي وي نو کومه تداوي د هغوي په واسطه ترسره شوې ده او آیا د خولي د لاري کوم دوا ورکړي شوي ده یا نه؟ کوم Passary ring، کريم یا تابليت (د مهبل د لياري) خخه د استعمال لپاره ورکړل شوي دی یا نه؟

تيره تاريچه:

داکتر باید ناروغې خخه د تير شوي داخلي او جراحې ناروغيو په هکله او هم د نسائي ناروغيو په هکله پوبنتني وکړي.

د تحيض تاريچه: اولني مياشتني ناروغي (تحيض) د Menarche په نوم يادېږي.

۱) د Menarche عمر:

دا عبارت د هنځه عمر خخه دي چې یوه بنځه د اولني تحি�ضي دورې سره مخامنځ کېږي.

۲) LMP (آخرني نارمل تحيض نитеه)

د ناروغې خخه د آخرني تحি�ض دورې د نيتې لپاره پونسته وشي او که اصلې يا صحیح تاريچه په ياد پاتې نه وي نو د تیرو ورڅو او مياشتو په باره کې د مختلفو پونستنو کولو په واسطه یو خه نا خه معلومات اخستل کیدای شي د ناروغې خخه داسي پونسته کېږي چې
ې کله اخرني حیض تیرکړي دي. د مياشتې په شروع، مینځ يا آخر کې.

۳) ولادي تاريچه:

که چيري ناروغې واده کړي وي نو پونسته دي وشي چې د هغوي واده کله شوي دي؟ او او سنۍ اميندواري کله واقع شوي ۵۵ د هغوي خخه د اميندواريو د شمير پونسته وشي د هغوي د اميندواري د دوام موده او ختم پونسته وشي او که د نوموري ناروغې حمل د کوم سقط سره مخامنځ شوي وي نو دا پونسته دي وشي چې هغوي د اميندواري خخه څومره اونې وروسته نقصان کړي دي. د ولادت په هکله دي پونسته وشي چې ماشوم په کور کې زېږيدلې دئي يا په روغتون کې؟ ولادتونه په طبی ډول شوي يا د Forceps يا C/S په واسطه؟ د اميندواري موده څومره ۵۵ د حمل په اوردو کې، د کانګو، تې، خونږizi (PPH) کومه تاريچه شته يا نه؟

د نفاس دوري Puerperium په هکله دي پونسته وشي:

دا عبارت د هنځه مودې خخه ده چې د ماشوم د زېږيدنې او د رحم D Involution تر منځ قرار لري دا معمولاً تر ۴۰ ورڅو يا ۶ او نیو پوري وي.

د نفاس دوري په اوردو کې تې يا د ادرار تشوش موجود و يا نه؟ ماشوم ته د شدو ورکولو په وخت د کومې ستونځې سره مخامنځ وه يا نه؟

د ادرار ستونځې تاريچه:

باید پونسته وشي چې ناروغه د ادرار کومه ستونځه لري يا نه؟ او که ې ولري نو لاندي پونستنې کول ضروري دي:

۱) د تبول تعداد يا Frequency

۲) دردناکه ادرار (Dysuria)

۳) په خپل سر د ادرار را تل Incontinence

د مهبلی افرازاتو تاريچه:

د مهبل خخه د افرازاتو د خارجیدو په هکله باید پوبنتنه وشي. د افرازاتو مقدار، رنگ، قوام، محتوياتو او بوی په باره کې پوبنتنه وشي.

مهبلی طبی افراز:

دا ډول افراز سپین رنگه وي او د رحم د عنق لخته شوي افرازاتو د اپتلیل حجراتو خخه

جور شوي دي دا افرازات په نارمل شرایطو کې د تحیض د شروع خخه مخکې زیاتېري.

:Leukorrhea

د مهبل د طبی افراز د زیاتوالی خخه عبارت دي.

ژړ قیحي افرازات:

د قیحي ژړ بخنو افرازاتو خارجیدل د رحم د عنق او مهبل د انتاناتو خواته لارښودنه کوي.

د تحیض دوره Menstural cycle

دا د رحم د نارمل فریولوجیک او Periodic خونریزی خخه عبارت ده. د هرې یوې بنځی

پاره د هغوي د خونریزی دوا، د وینې د ضایع مقدار او د دورې اوږدوالي مخصوص دي.

د مثال په ډول که د یوې بنځی خونریزی تر ۵ ورڅو پوري دوا وکړي او نوموري بنځه خپل Period سره په منظم ډول د ۲۹ ورڅو پس مخامنځ کېږي. دا باید ۵/۲۹ په شان ولیکل شي.

او که د هغوي د تحیض او Cycle دواړه متغير وي، هغه بنځه ۷-۳ ورڅو پوري د ۳۰-

۲۶ ورڅو وروسته خونریزی ورکوي نو دا به ۳۰-۷/۲۶ په شان لیکل کېږي.

د ضایع شوي وینې اندازه:

دا اندازه کیدای شي چې نارمل (30-70 cc) زیاد يا کم اوسي، د ناروغ خخه د لاندي شیانو په هکله باید هم پوبنتنه وشي.

:Menopause

په زړو ناروغانو کې د Menopause د دورې پوبنتې باید وشي (د هغوي د حیض د قطع کیدو پوبنتنه باید وشي). Menopause معمولاً ۴۵-۵۰ کلنۍ تر مینځ واقع کېږي.

د شين بخن مخرشه افرازاتو خارجيدل:

که د Tricomonase انتان منحته راغلي وي نو د مهبل خخه شين بخن مخرشه افرازات خارجيي.

سپين د ماستو په شان د سپينو افرازاتو خارجيدل:

دا ډول افرازات د Moniliasis (Condida Albican) د انتان له کبله مينحته راخي چې تحرشي خواص لري.

د وبنه لرونکو افرازاتو خارجيدل:

دا ډول افرازات د کانسر د موجوديت له کبله مينحته راخي لاکن بايد په ياد ولرو چې د په موجوديت کې هم د افرازاتو سره وينه خارجيدي شي.

نسائي معاینه:

په نسائي معاینه کې لاندي شيان ذكر کيږي.

۱) د ثديو معاینه

۲) د بطن معاینه

۳) د حوصلې معاینه

۱) د ثديو معاینه:

ثديي بايد په بشپر ډول معاینه شي. داکتر بايد د اميندواري علامې ولتوي په ثديه کې کومه کتله يا نودول شته او که نه؟ او د ګوتو په واسطه په ډيره آرامي سره يې جس کړي او که کوم کتله په کې موجوده وي نو د هنوي تعداد، حاي، لویوالی، شکل، قوام، حساسيت، د پوستکي سره د التصاق شتوالي دي ولتیول شي.

او که کومه قرحة موجوده وي نو د هنوي حاي بايد معلوم کړل شي. د تخرګ د لمفاوي عقداتو جس کول بايد د نظر خخه لري نه کړو.

۲) د بطن معاینه:

د اميندواري علامې ولتیول شي. برسيره ددي د جس په واسطه کومه کتله يا تومور، Cyst او بطني احشاوي ولتیول شي.

د فرج معاینه:

دا معاینه په لاندي ډول سره اجرا کيږي او د معاینې په وخت کې يو دريم نفر هم بايد موجود وي.

ناروغه بايد ستونى ستاخ وضعیت ولري داکتر د ناروغې نېي وحشی خواته ودرېږي، مخکې د معاینې خخه بايد تناسلي ناحیه په antiseptic ومينځل شي او دستکشي واغوستل شي. فرج بايد تفیش شي چې کوم ابنارملتي او یا کوم جلدي آفت موجود وي که نه؟ مهبل بايد د ابنارملتي، خيرې کېدو، انتان، التهاب له نظره معاینه شي

۳) د حوصلۍ اعضاو ډوه لاسی معاینه:

په مهبلې معاینه کې د خلور وضعیتونو خخه کار اخستل کيږي.

۱) وحشی وضعیت

Sim's position ۲

Dorsal position ۳

Lithotomic position ۴

د مهبلې معاینې لپاره بايد مثانه خالي وي او بايد په میتدیک ډول اجرا شي. لومړۍ بايد د مهبل د دشچارج شته والي او نشتوالی نوب شي وروسته بايد Clitoris کې انتان، التهاب وکتل شي. د احليل حالب فوحة دي وکتل شي او بايد احليل ته د خلف خخه فشار ورکړل شي تر خو ولیدل شي چې Discharge شته او که نه؟

د مهبل په معاینه کې په عادي ډول د نېي لاس ډوہ ګوټې (د اشارې او منځني ګوټې) په مهبل کې داخل کيږي په داسي حال کې چې چې په لاس د بطن د پاسه کېښودل کيږي چې په دغه حالت کې د رحم د عنق حالت، د رحم خاي، جسامت او Adenexa جس کېږي.

که ناروغه ماشومه او یا باکره وي نو د P/V معاینې خخه بايد ډډه وشي (او که دا ډېره ضروري وي نو د ناروغ خخه دي لیکل شوي موافقه واخستل شي) او ددي په خاي دې د مقعد معاینه اجرا شي.

مقعدی مهبلې معاینه :

په مقعد کې د اشارې ګوټه داخلوو او د مهبل او مقعد ترمینځ پروت جدار جس کيږي. او د حساسیت او کتلي شتوالی لټول کيږي.

د Speculum په واسطه معاینه:

ډوہ ډوله Speculum موجود دي:

Bivalve speculum .۱

Sim's speculum .۲

نور کتنې عبارت دي له:

۱. حوصلى التراسوند

چې په نسايي کتبېو کې مهمه معاینه ده. او پراخ استعمال لري

Hystero salpango graphy .۲

د رحم د عنق د لاري د کثيفه موادو تيرول رحم ته دي.

Hysteroscopy .۲

Endometrial Biopsy .۴

پنځلسم څرکی

د کوچنیانو فزیکی کتنې

پېژندنه: John apley چې د کوچنیانو د ناروغیو یو متخصص وه ویلی دی چې دا به د یو معاينه کوونکی داکتر یوه غلطی وي چې یو ماشوم د ژړا په حال کې معاينه کړي. د نوموري متخصص دغه خبره تر ډېره یوه صحیحه او پر ځای خبره ده ځکه چې د ژړا بر مهال د ماشوم معاينه کولی شي چې ډیرې ستونځې د معاينه کوونکی تر سترګو پټې کړي ځکه خود معاينې په کوتې کې باید د مختلفو عمرونو ماشومانو لپاره د لوبو مختلف سامان آلات موجود وي او تر معاينې لاندې ماشوم ته اجازه ورکړل شي چې د خپل شوق او ذوق په برابر د لوبو له یوه توکی سره مشنول شي او په دې توګه د ماشوم ویره له منځه یووړل شي.

نسبتاً غټ ماشومان ممکن یواحې د والدینو په غېړ کې آرام شي او د لوبو سامان ته کوم ضرورت پیدا نکړي.

کله چې یو ماشوم د پایواز په واسطه د معاينې کوتې ته داخل شي تر هر خه لمړی باید ورسره روغېږوشي. او بیا ورپسې معرفت او پېژندګلوی ترسره شي. که معاينه کوونکی داکتر وکولای شي چې د خپل روغې او لمړنۍ ملاقات په ترڅ کې ماشوم او د هنې پای واز خوبن او خوشحاله کړي نو دا کار به راتلونکی کتنې او کتنې ډیرې آسانه کړي خرنګه چې سپینه چېن ماشومان ویروی نو ځکه د کوچنیانو داکتر باید د معاينې په ترڅ کې له استعمال خخه بې ڏډه وکړي.

د تاریخچې د اخیستلو په مهال کله چې داکتر له یوې خوا خخه د ماشوم د مور سره خبرې کوي له بلې خوا باید ماشوم ته په غور سره وګوري او د لاندې تکو لپاره پلټنې ترسره شي. آیا ماشوم ناروغه بنکاریږي؟

آیا ماشوم د خپل چاپریاں سره دلچسپی لري او که نه؟ خفه معلومېږي. ماشوم د منډې او قدم وھلو په مهال کومه خرګنده ابناړملتی په خپل ټک کې لري او که نه؟ د ماشوم د مخ ظاهري بنه نارمل ده او که کوم ابناړمل خرګندونې په کې بنکاره کېږي. کومې خرګندې فزیکی ابناړملتی شته او که نه؟

آیا د ماشوم تنفس آواز لرونکئ او خشن دئ او په پای کې آیا ماشوم د وزن له نظره نارمل بنکاري او که خپل وزن یې له لاسه ورکړئ دئ.

تاریخچه:

په نورمال توګه تاریخچه د ماشوم له مور خخه اخستل کېږي خو که ماشوم لې خه غښکۍ وي نو بیا کیدای شي چې حینې پونستني په خپله له ماشوم خخه هم وشي لکه د درد ناحیه او داسې نور. هنځه پونستني چې بايد په تاریخچه کې وپونستل شي په لاندې ډول ذکر شوي دي. د مور خخه د پونستنو پر مهال د مور ټول څوابونه او د هنې د ماشوم ستونځۍ او شکایات بايد ولیکل شي او د مور د څواب پر مهال د بلې پونستني کولو په واسطه د مور څرکندونې قطع نه کړای شي. پونستني په لاندې ډول دي:

- د ماشوم زړېدنه
- Milestones
- دماغي او فزیکي انکشاف
- بنوونځۍ
- ځانګړي ناروغئ او تصادمات
- معافیت
- سفرونه او تماس
- کورنئ تاریخچه
- ټولنیزه تاریخچه
- جنیتكى خطرات

مور د خپلو خبرو په ترڅ کې د خپل ماشوم په اړه هغه ټکو ته اشاره کوي د کوموله کبله چې هغه وارخطاده او داکتر بايد هیڅ کله کوبېښونه کړي چې خپل د ذهن تشخيص په هنې وروتپی بلکه ددې پر ځای بايد د ماشوم د مور سره د هغه په خبرو کې مرسټه وکړي تر خو صحیح تشخيص ته ورسیږي. یوه مهمه خبره چې بايد ذکر شي داده چې معاینه کوونکی داکتر بايد هیڅ کله د معاینې پر مهال د وخت د کمی له امله خپل ساعت ته ونه ګوري او نه داسې خه عمل وکړي چې وسایې دې مصروف دئ بلکې پرخای یې بايد داسې روښه غوره کړي چې ماشوم او د هنې پایواز فکر وکړي چې د داکتر ټوله توجه همدوی ته ده او داکتر خپل ټول وخت د همدوی لپاره وقف کړي دئ. د ماشوم نور خپلواں نشي کولای چې د ماشوم د والدینو په شان تاریخچه ووايې.

خو که والدین ورسره نه وه نو د امکان تر حده هڅه وشي چې د ماشوم د خپلوانو خخه د ډیرو پونستنو او د خپلې تجربې په واسطه یوې نتیجې ته ځان ورسوو.

غېت ماشومان گولاي شي چې خپله تاریخچه په بنه ډول ووائي او باید لازيات وھخول شي او د ماشومانو د والدینو خخه د تاریخچې اخیستلو پرمهال باید هنوي د ژوري کتنې لاندي ونیول شي او د هنوي ټول اعمال او عکس العملونه په خور او دقت سره وخارل شي. د کوچنيانو د تاریخچې جورنست هم لکه د کاهلانو په شان دئ او مشتمل دئ په P.I, C.C او د پخوانۍ ناروغیو تاریخچه.

په ماشومانو کې دا مهمه ډه چې د پخوانۍ ناروغیو په هکله پوره پلتنه وشي او د هنوي د واقع کیدو پر مهال د ماشوم عمر، د ناروغئي طبعت، او د ناروغئي شدت وپښتل شي. هغه مهمې ناروغئي چې باید په اړه یې پلتنه وشي عبارت دي له: انتانۍ ناروغئي، د کولمو تشوشت، Seizures، د پورتنۍ تنفسی لاري انتنانات، د غوربونو خخه د زوي راتلل او توخي. په تیرو وختو کې یې د توخي تاریخچه لرله. نو باید دا وپښتل شي چې د ناروغ توخي په کوم وخت کې ډير زیات ډه (د مثال په ډول د ساه تنګي د ناروغانو توخي د شپې پر مهال يا وروسته د منډې وھلو خخه تشدید کېږي د توخي سره Whoop او یا کانګې موجودې دي او که نه؟ ماشوم د تداوي په خاطر کومه دوا اخیستې ډه او که نه؟ آيا ماشوم پخوا په روغنون کې بستر شوئي دئ او که نه؟ او که وي د خه له امله؟ آيا ماشوم په تیر وخت کې د کومې ترافیکي پېښې، ترضیض، سوچیدنې او یا د تسمم له پېښو سره مخاخ شوئي دئ او که نه؟

له دې وروسته باید معاینه کوونکۍ د ماشوم د امیندواري د وخت، د نوى زېړيدنې د مهال او انکشاف د پرمخ ټک په هکله توجه وکړي او په دې هکله چې کومې پونتنې ضروري دي په لاندي توګه وپښتل شي.

د امیندواري او ماشوم توب دوره:

❖ آيا مور د امیندواري پر مهال روغه وه؟

❖ آيا مور د امیندواري پر مهال کومه ځانګړي ناروغۍ درلوده او آيا د الکولو په

شمول یې کومه دوا اخیستې ډه؟

❖ آيا ماشوم په خپل وخت زېړيدلئ دئ؟

❖ د نوى زېړيدنې مرحلې په مهال ماشوم کومه ستونځه لرله؟ لکه:

- ژېږي

- تنفسی ستونزې

- احتلاجات

- د تغذیي په هکله ستونزې

❖ د ماشوم تغذی خنګه وه؟

❖ که ماشوم د بوتل په واسطه تغذی شوئ وي نو کوم ډول شيدي استعمال شوي دي؟

❖ خه وخت ماشوم ته سختي يا کلکي غذا ورکول شروع شوي دي؟

❖ آيا ماشوم ته د ويتامين خاځکي ورکول شوي دي که وي نو خومره؟

❖ آيا د ماشوم وزن اخيسنه د قناعت وړ د او که نه؟

د والدينو خخه باید پوښته وشي چې آيا د Baby book په نامه د خپل ماشوم په هکله د يا دبنت کومه کتابچه لري او که نه؟ په کومه کې چې د ماشوم په هکله ډير معلومات موجود دي لکه په روغنون کې د داخليدو وخت، د ماشوم وزن او د هغې د معافيت په هکله معلومات. او تر ټولو مهمه داده چې د ماشوم د ودي تر خنګ د هغې د نمو په هکله هم پوښتني وشي چې ماشوم خه وخت د لمري خل لپاره په کښناستلو پيل وکړ خه وخت بې خاپوري وکړي، کله بې قدم واخيسنه؟ او بالاخره بې خه وخت بې خبرې کول پيل کړل. د پورتنيو خانګرو پوښتنو ترڅنګ يو شمیر عمومي پوښتني هم باید ترسره شي.

عمومي پوښتني:

❖ اوس مهال د ماشوم د خورلوا، خوب کولوا، ډکو او تشو متيازو کولو عادات خه دي؟

❖ کوچنۍ د کوم ډول ماشومانو له ډلي خخه دي؟ آيا وين او بیداردي او که ویده؟

❖ آيا ماشوم ډير ژاري؟

❖ ماشوم د خپلوا همزولو په پرتله خنګه دي؟ (د ماشوم ټول خواص)

❖ که ماشوم د مكتب عمر ته رسيدلى وي نو کوم مكتب ته حي او ورسوه خنګه دي؟

❖ آيا ماشوم د مكتب خخه زيات وخت ايساريبي؟ که هو نو ولې؟ له ماشوم خخه باید

په خپله وپوښتل شي چې آيا مكتب بې خوبنېري او که نه؟ ډير نېډي ملګري بې

څوک دي او د استاد نوم بې خه دي؟

❖ د روتين معافيتي پروګرام په هکله پوښته وشي چې آيا عملی شوي دي که نه؟

کورنۍ تاريچه:

❖ د ماشوم د والدينو عمرونه خومره وي؟

❖ د ماشوم په کورنۍ کې ټول خو ماشومان موجود دي؟

❖ د نومورو ماشومانو عمرونه خومره دي او خوبې هلکان او خو بې انجوني دي؟

❖ آیا د ماشوم په ارونده کورنۍ کي Mis carriage, still birth او يا د کوچني والي
د مړينې کومه پېښه شته او که نه؟

❖ آیا د ماشوم په همزولو، والدینو او نېدي خپلوانو کې کومه ناروغي شته؟

❖ آیا د ارثي ناروغيو کوم Back ground موجود دئ او که خنګه؟

تولنيزه تاريچه:

د تولنيزی تاريچې اخيستل پوره دېلوماسۍ ته ضرورت لري او هڅه دي وشي چې د ماشوم د ژوندانه حالت وپښتل شي او دا معلومه شي چې آیا د ماشوم مور او پلار او يا هم دواړه بي کاره دي او که کار لري؟ که د ماشوم مور کومه دنده ولري نو یقيني ده چې ماشوم به حتماً د خو ساعتونو لپاره له خپلې مور خخه بيل وي او د ماشوم دا بیلواالی له خپلې مور خخه د ډېرو روانی ستونځو او د شخصيت او طرز ارونده مشکلاتو د پیداکيدو اساس جوروی دا باید معلومه شي چې د ماشوم مور او پلار یو ځای ژوند کوي او که په اړیکو کې یې کوم لاندې باندې شته دي؟ آیا د ماشوم نور خپلوان شته دي؟ لکه د هغه نيا او نیکه؟ که د ماشوم د کورنۍ مهاجره وي نو دا باید معلومه شي چې خومره وخت کېږي چې په دغه نوي هیواد کې ژوند کوي؟

له دي وروسته باید له والدینو او يا له ماشوم سره خبرې وشي خو په دي شرط چې د خبرو پر مهال نور خوک موجود نه وي او دا کار د نسبتاً کاهلو ماشومانو په هکله د ډېر ارزښت وړ دئ او حکه چې په یواحې توګه ځان ډير آرام احساس کوي او خپلې تولې ستونځې ډاکتر ته واي. د ناروځي ترڅک د ماشوم خخه یو خه ناخه د هغه د ژوند او ذوق په هکله هم باید وپښتل شي او په دي توګه به وروسته له دومره پښتنو ډاکتر په دي وتوانېږي چې د ماشوم، د هغه د کورنۍ او د هغه خپلوانو په هکله په ډير خه پوه شي او د خپلې معاینې او فزیکی کتنو لپاره صحیح پلان جوړ کړي. له دي کړنو وروسته به ډاکتر په دي قادر شي چې د معاینه کیدونکی ماشوم د فزیکی کتنو په واسطه د نوموري ماشوم همکاري جلب کړي او هغه په دي ډول چې که د معاینې لاندې کس یو ځوان وي نو هغه ته ډاکتر د پخوانی سلوک له امله اوس یو ډير زړه سواند او خواخودې کس معلومېږي نو ځکه خو هغه ځوان هم له ډاکټر سره په فزیکی معاینه کې پوره مرسته او همکاري کوي او له بلې خوا نه که د معاینې لاندې کس کوچنۍ وي نو د دومره وخت له تیریدلو وروسته ماشوم یقیناً نه داچې یواحې آرامه کېږي بلکې ویده کېږي او په دي توګه معاینه کوونکی ډاکټر ته دا وخت په لاس ورځي چې په بنه توګه خپله فزیکی معاینه اجراء کړي که

ماشوم بیاهم په چغو چغو ژاري نو داکتر باید له خان سره دا پوښته مطرح کړي چې په تیره پروسه کې يې په کوم خای کې غلطی کړي ده او خه ډول نوموري غلطی اصلاح کړي.

فریکی کتنې:

د زیات عمر ماشومان عموماً د ستونی ستاخ وضعیت سره د کتنېو په اجراء کې نه کومک کوي او روتین فریکی کتنېو اجراء يې د کاهلانو سره کوم توپیر نه لري. خوان ماشومان د مور په غږ کې او یا دناستي په وضعیت کې معاینه کېږي همیشه باید د ماشومانو سره خبرې وشي.

هغه ارزیابی چې د ماشومانو په معاینه کې شامل دي:

❖ مشاهده

❖ غور نیول

❖ لوبي

❖ جس کول

❖ بالخاصه کلنيکي آزموياني

❖ نوري پخوانی آزموياني

د ماشومانو معاینه په سیستمیک ډول په لاندې شیما کې ذکر کېږي:

❖ پښې

❖ لاسونه او نبض

❖ مخ

❖ سر

❖ غاره

❖ بطن

❖ سینه

❖ عصبي کتنې

❖ سترګې او فندوسکوبې

❖ تناسلی، *groin*, معد

❖ او نور بالخاصه ټستیونه

د اطرافو معاینه: Limbs

د ماشوم اطراف باید وکتل شي خصوصاً دغه معاینه د پنسو خخه شروع کېږي همدا ډول پښه د مختلفو انوماليو لپاره معاینه شي لکه Minor varus سوء تشکلات، over riding toes، (کته ګوته یو د بل له پاسه اوښتې وي) او همدا ډول د تلو ابنارملتی لکه همواري پښې (flat feet) همدا ډول د اطرافو معاینه کې د اطرافو عضلى ذوييدل يا شخى او هم د زنگانه او د بستکري د بندونو حرکات مشاهده کېږي او په همدې وخت کې د عضلى تون یوه ارزیابې باید هم وشي او هم دا ډول پوستکي هم معاینه شي چې وچ او يا مرطوب دئ؟ او د پوستکي آفات جس کړئ په دغه تولو حالاتو کې د ماشومانو عکس العمل ته حیير شئ او هم د ماشومانو اوږدي او خنکلي باید معاینه شي. آيا د ماشوم لاسونه Palmar crease لري؟ چې داد ماشومانو په Dawn سندروم کې ليدل کېږي د ماشوم مړوند بند جس کړئ او په دغه وخت کې د کعبې او شظې Epiphysis جس کړئ. وروسته کعبې نبض جس او وشمیرې په څوانو نوزادانو کې به دا شمیرنه مشکله وي.

سر، وجهه او غاره:

- د ماشوم مخ ته وګورۍ او د خان سره دا لاندې پونښې مطرح کړئ
❖ آيا دا نارمل معلومېږي؟
❖ که ماشوم عجیبه شانته کتل کوي دا مه هیروئ چې والدینو ته وګورۍ شايد دوى داسي فکر وکړي چې ګوندې کوم ابنارمل شئ یادداشت کوي حال دا چې خه موجود نه وي او که بیا هم د ماشوم ظاهری بنه تراوسه هم روشانه نه وي نو پونښه وکړئ چې ماشوم خوک خونسوی؟
❖ آيا ماشوم غته ڙبه لري؟
❖ آيا د ماشوم غورونه نارمل دي او که ابنارمل؟

د سر معاینه:

د ماشوم د سر په معاینه کې تر هر خه لمړی د سر محیط اندازه کړئ آیا ماشوم macro او یا micro cephalic یا ماشوم cepholus Hydrocephalus ولري نو د قحف دنه به د C.S.F په جریان کې کوم تشوش موجود وي په کوچنیانو کې د سر د مخکنې برخې جس کړئ چې ددې فوحې ډکوالی او تشوالي په مختلفو ناروغیو کې مختلفې Fontanille Depress لوحې ورکوي خصوصاً هنځ ماشومان چې دی هایدریشن لري Fontanille یې وي دوھ کلنۍ پوري خلاص وي د Fontanille مُخر تپل کیدل په Fontanille او Hydrocephalus Hypothyroidism, Rickets کې لیدل کېږي که په Bulging موجود وي نو دا د داخل قحفی فشار په لوروالی دلالت کوي. همدا ډول د حلې Fontanille معاینه هم ضروري ده همدا ډول د ماشوم غاره باید معاینه شي په غاره کې لمفاوي عقدات په ټولو برخو کې ابطی Post cervical, sub mandibular Groin د ناحيې لمفاوي عقدات پوره معاینه شي.

د ګيدې معاینه:

په ماشومانو کې د ژرا په وخت د ګيدې معاینه کول یوه اندازه مشکل وي خو زیاتره ماشومان د خپلې مور په غېر کې خوشحاله وي. هنځ ماشومان چې خاپورې کوي د هغوي ګيدې وتلي وي. که چېږي ماشوم د معاینې په وخت کې وزاري نو د هغوي د آرامولو لپاره

په ماشومانو کې د ګیدې د پراخوالی لاملونه:

- ❖ چاغ ماشوم
- ❖ عایطى کتلې (قبضیت، Hirsch prung ناروغۍ)
- ❖ Ascitis (نفروتیک سندروم، سیروزس)
- ❖ ګاز (معائی بندش، د هوا بلع)
- ❖ امیندواری په خوانو انجونو کې
- ❖ معدوى
- ❖ پراخه شوي مثانه (ښکتني ګیده)
- ❖ د پاپلور تضییق (پورتنی ګیده)

د سینې معاینه:

د سینې د معاینه کولو په وخت کې د ماشوم د توجه را اړولو لپاره تر اوسه کوم کار تر سره شوئ نه دئ. د سینې معاینه کول د ستاتسکوپ په واسطه تر سره کېږي چې ټینې وختونه د ماشوم د وارخطائي سبب ګرئي.

د سینې تناظر وکورۍ چې کوم غیر تناظر والي شته او که نه؟ او هم په جینکو کې د ثديو انکشاف معاینه کړئ.

د کمه درجه د زیاتو والدینو لپاره د لوئې Anxiety سبب کیدای شي چې د اهمیت ورنه وي.

د پښتئ د آخرنى برخې ننوتل (Harrison,s sulcus) ممکن د انسدادي هوائي لارو په ناروغۍ چې د Asthma او یا د انفی بلعومي د بندیدو له کبله منځ ته راغلې وي موجود وي. تنفس شمیر باید یادداشت شي. په نوي زیوبیدلی ماشومانو کې 40/min او دوه کلنۍ ته نېډي ماشومان کې 30/min او پنځه کلنو ماشومانو کې 20/min ته ښکته کېږي. په نمونيا اخته ماشومانو تنفس Grunting (د رمباري په شکل وي).

Grunting ذفير د Grunting شهیق په واسطه تعقیب کېږي ددې خخه وروسته یوه وقفه موجوده وي. د Reckits Costo chondral پېړوالۍ په اخته ماشومانو کې موجود وي (rachitic rosary).

د صدر مخکنی برخه د زړه د ضربان او تریل لپاره جس کېږي. د پنځه کلنۍ خخه ښکته عمر ماشومانو کې Apex په نارمل ډول په خلورمه بین الصلعی مسافه کې د ترقوی د متوسط خط سره نېډي چې خوا کې موقیت لري.

کله کله د کلنيک له نظره د ارزبست ور وي. Vocal fremitus

د تخرگ عقدات په عین شکل د غتاناو په شان ماشومانو کې هم جس کېږي د صدر قوع په کاھلو ماشومانو کې مهمه ده مګر په ځوانو ماشومانو کې کله کله د ارزبست ور وي. قرع کوونکۍ ګوتې په مستقيم ډول د ماشوم په سينه کېښودل کېږي.

چې د ماشومانو صدر د غتاناو په نسبت زيات Resonant دی. د سټاټسکوب وړوکې Bell د ماشومانو د سينې د معاینې لپاره مناسب دئی چې د سېږي د معاینې په وخت کې د تنفس آواز او اضافي آوازونه اوريدل کېږي چې د صدر د Thin نري والي له سبې په ماشومانو کې تنفسی آوازونه د غتاناو په پرتله جګ اوريدل کېږي. چې د غتاناو د تنفس زیاتره خواص چې د ماشومانو صدر د غتاناو په نسبت زيات Bronchial breathing.

په ماشومانو کې علوی تنفسی انتانات زیاتره د تنفسی آوازو د لړوالی او د خشن رانکای د منځ ته راتلو سبب کېږي چې د ماشوم د ژړا په وخت کې نه ورکېږي ځکه چې داد ماشوم د ژور تنفس پوري اړه لري چې دا وخت باید کړکتر ته توجه وشي.

1-15 جدول: په ماشومانو کې د معمولو تنفسی بي نظميو عاليم: (11)

اصقاء	قوع	د صدر حرکت	بي نظمي
Crepitation منتشر با Wheezing	Hyper Resonant	صدر کش شوي وي Hyper infiltration	برانشوليت
قصبې تنفسی آوازونه يا Crepitation نورمال	Dull يا نورمال	ژور سطحی تنفس د اوريدو ور وي زږیروي سره ممکن تنفس په همنه خواکې کم شوي وي	نمونيا
ذفيري Wheezing	هاپر ریزونانس	کش شوي او Hyper infiltration د صدر اضافي عضلات تنفس کې برخه اخلي Subcostal کشش موجود وي.	Asthma
شميقي خشن Crepitation	نورمال	د پښتې لاندي Recession خرخر موجود وي	Croup

په ماشومانو کې د زړه د اول او دوهم آواز Split د غتاناو په پرتله په واضح ډول اوريدل کېږي او Venous hum مومر په ماشومانو کې په نورمال ډول اوريدل کېږي په ماشومانو کې په نورمال ډول د زړه حرکات عبارت دي له:

- نوي زېږيدلی ماشوم 140beat/min

- بوممکن ماشوم 110beat/min
- دری کلن ماشوم 100beat/min
- آته کلن ماشوم 90beat/min
- بیولس کلن ماشوم 80beat/min

همدا ډول ماشومان باید د نحاعی انومالی او هم صدر د Kyhosis او Scoliosis لپاره معاینه شي.

عصبی کتنی:

عصبی کتنی په زړو ماشومانو کې کیدای شي چې په نارمله توګه سرته ورسیبې لیکن په څوانو ماشومانو کې د عصبی کتنبو پراخواли به د ماشوم په عمر او همکاری پوري اړه ولري. که یو ماشوم قدم اخلي نود ماشوم Gait باید تر مشاهدي لاندې ونيول شي او هم بې عضلي تون اندازه شي او هم نور ابنارمل حرکات يې یادداشت شي.

❖ د سترګو روپيدل او عادتی Spasm

❖ کوری ډوله حرکات

❖ Athetoid حرکات

همدا ډول د حرکاتو توازن باید وکتل شي او دا توازن يې د لوبو په وخت کې تر مشاهدي لاندې ونيول شي. د عضلاتو تون يې وکتل شي کله چې ماشوم پورته نیول کېږي او هم د غلړې شخی او د Kernig,s علامه په کې ولټوئ. د حسیت معاینه په څوانو ماشومانو کې مشکله ده او په هغه صورت کې چې د حسیت غټه مشکل موجود وي په بشه توګه تر سره کیدای شي.

د قحفی ازواجو معاینه باید په دقت سره اجراء شي او د سترګو د حرکاتو د معاینې لپاره چې په آسانۍ سره اجراء کېږي باید د یوی لوې د سامان خخه ګټه واخیستل شي او د ماشوم مخې ته په مختلفو جهتونو کې وڅخول شي.

لړ غټه ماشومان چې خپله ڙبه وباسې ۱۲ د قحفی زوج د معاینې لپاره د اهمیت وړ ده او همدا ډول که چیرې د مخ غیر متناظر والی معاینه کېږي باید ماشوم ژړا یا خندا کولو ته وڅخول شي او حالات يې یادداشت کړئ شي.

د وتری عکساتو لپاره باید د ماشوم اطرافو ته مناسب وضعیت ورکړل شي. په لوغټ ماشوم کې وتری عکسه فعاله وي او د تلى عکسه تر آټلس میاشنۍ پوري وسعت پیداکوي که

چیرې د بسط عکس العمل د دوه گلنئ خخه د زیات وخت لپاره موجود وي نو د پورتئ حرکی اعصابو په آفاتو دلالت کوي.

ستړګه:

ستړګه بايد معاينه شي. د ستړګې تفتیش د منضمی د التهاب، Cataract، ولادي تقيصې لکه ګلوکوما لپاره اجراء شي او هم د Squint ارزیابی دې وشي ددې لپاره د رنا د منبع خخه کار واخیستل شي چې د قدام خخه په ستړګه باندي واردېږي او هم رنا بايد هرې قرنېټه متوجه وي او وروسته Cover آزمونه اجراء شي چې په دې کې يو د لوبو سامان د ماشوم مخې ته راول کېږي تر خو ماشوم په حیرکي سره هغه وخاري او عین وخت کې د حدې تطابق او د رنا عکس العمل يادداشت کېږي. د فندوس معاينه په نوزاواني کې مشکله وي او هم بايد هڅه ونشي تر خو ستړګې په زوره خلاصې وسائل شي ځکه چې د پروسې د معلق کيدو سبب ګرځي او نسبتاً غټ ماشومان د لوبو سامان يا کسانو ته بشه متوجه کېږي او بايد Red عکسه او هم Papilodema لپاره وليدل شي.

تناسلى اعضاء، عجان، مقعد:

د عجان او مقعد د معاينې لپاره بايد د ماشوم نیکر او توپې لري شي په هلكانو کې بايد قضيب معاينه شي خاصتاً د مخکنی برخې پوستکي د نه کشیدو حالت چې د والدينو لپاره د خفګان سبب ګرځي ځکه د والدينو د خبرنيا په اساس د پنځه گلنئ خخه بشکته عمر لرونکي کسانو کې د هغنوی د قضيب مخکنی پوستکي په کمې اندازې سره کش کېږي او بايد دوى وپوهول شي که په زور سره کش شي نو دا به یواځي دردنګ وي بلکې ماشوم ته د کوچنی د قضيب التهاب) پیداکوي.

د خصې د بشکته کيدو لپاره بايد فتقیه فوحوه معاينه شي چې بشکته شوې يا خير؟ د فوحوې د جس لپاره بايد لاسونه ګرم وي او ګونه د معنې قنات په حذا کې ورکول کېږي او د صفن په لوري مخ په وړاندې بیول کېږي دا هڅه د Cremasteric عکسې خخه مخنيوی کوي کوم چې په معنې قنات کې د خصې د پېيدو سبب ګرځي. او که چیرې صفن د لاندې برخې خخه معاينه شي وروسته ددې خخه چې خصې نارمل حالت ولري د ماشوم په هکله والدينو ته معلومات ورکول کېږي دا بايد په ياد ولو چې په ماشومانو کې دا غیر معمول خبره نه ده چې خصې معنې قنات کې قرار ولري. مګر په آسانې سره په غير د کوم مشکل خخه صفن ته تیله کېږي او بل خه ته اړه نه پیداکېږي. د ماشوم خارنه بايد خو میاشتې وروسته صورت ونیسي او د عمر په پخیدو سره خصې خپل نارمل حالت نیسي.

په نجونو کې د معاینه د التهاب، مهبلی افرازاتو او نوری ابنارملتی لکه پولیپ لپاره ترسره شي د Labia يا شفونبنتل کومه غیر معمول خبره نه د باید وکتل شي کوم چې په آسانئ سره جلا کېږي او د Clitoris غتوالی اندوکرینی ناروغیو ته فکر اړوي. د معنی لمفاوي عقداتو معاینه او هم ورسره فخذی شريان جس شي که د جس ور نه وي نو د ابهه په Coartation دلات کوي.

د معدی معاینې لپاره باید د ماشوم کوناتې یو د بل خخه لري شي تر خو په آسانه معدی فووحه ولیدل شي او ولیدل شي چې کوم Fissure شته او که نه؟ بايد په ياد ولري چې په دیرو کمو پښو کې په ماشومانو کې معدی معاینې ته اړتیا پیداکېږي که ضرورت پیداشي باید معقم دستکشې واغوستل شي او ګوته د نرم کوونکو موادو سره غوره شي او د ماشوم معد کې ګوته په قراره سره مخکی ورل کېږي. او په دغه حالت کې د ماشوم سره خبرې کول ګټور برینسي.

د پزې، غورونو، خولي او ستونی کتنې: د ماشومانو په وراندي خراب ترين کتنې د هغوي د ېزې، غورونو، خولي او ستونی کتنې دي. پزه باید سطحی معاینه شي. پزه د پزې د خلاصوالي، حجابي انحراف او هم د پولیپ د موجودیت لپاره معاینه شي غټ ماشومان نهه پرنجې کوي او د پزې د خلاصوالي لپاره نهه مفکوره راکوي يو همکار ماشوم د غور د معاینې په وخت کې مونږ سره همکاري کوي که همکاري ونه کړي د مور په واسطه ماشوم ته وضعیت ورکول کېږي او ماشوم تر هغه نیول کېږي تر خو د ماشوم د غور پرده نهه معاینه شي او د خراغ عکسې ته په دقیقه توګه متوجه شي که چیرې غور مزمن تقيحي التهاب يا مزمن Otitis media ناروغۍ ولري په آسانئ سره ورکېږي او که چیرې د غور پرده روښانه سره څلیدونکي او برجسته وي نو ماشوم به حاد تقيحي التهاب يا حاد Otitis media لري. د خولي او د معاینې لپاره ماشوم ته ويل کېږي چې ماته خپل غابسونه وبنایه نو کله چې ماشوم خوله خلاصه کړي نو مونږ د خولي او Fauces واضحه منظره کتلاي شو که ماشوم همکاري ونه کړي نو مور ته ېې لارنسونه کېږي چې ماشوم په غير کې ونيسي د مور يو لاس د ماشوم د ګېډي خخه تاو کوي او په بل لاس د ماشوم سر پورته خواته کش ونيسي او که په همدي وخت کې ماشوم وزاري نو د خولي غابسونو، تانسلونو او حتی د Epiglottis واضح منظره لیدلاي شو.

Spatula نیسي او هم ددي آلي په داخليدو سره ماشوم خپل غابونه کلك Gag reflex پيداشي د خولی د خلاصوالی لپاره د هري وسيلي خخه استفاده کولاي شو غابونه ، مخاطي غشاء ، تانسلونه او لوزي باید وکتل شي که Koplik spot د مخاطي غشاء له پاسه وليدل شي نود شري ناروغى ته فكر کيوي که سپين Patches موجود وي نو Candidia انتان ته فكر وشي وروسته ماشوم ته اجازه ورکول کيوي چې په کوتاه کې په آزادانه ډول وگرخي او که په دي وخت کې د هغه په تګ کي او يا کومه اسکلیتي ابنارملتی موجوده وي نوت کړاي شي.

بالخاصه کتنی:

لاندي کتنی د ارزښت لرونکي دي:

قد او وزن: د ماشوم په کتبو کې د هغه د قد او وزن اندازه کول ګټور ارزښت لري په هغه ماشومانو کې چې عمر بي د دوه کلنۍ خخه زيات وي د هغوي قد د هغه معاري اندازې سره چې د دیوال سره نصب دئ تعین کيوي واړه ماشومان د تختې پرمخ د ملاستې په وضعیت سره د هغوي قد اندازه کيوي باید تولی اندازه ګيرئ د اساسی معیارونو لاندې صورت ونيسي او د وزن کولو په وخت کې د ماشوم جامې وویستل شي که جامې په تن کې وي باید فرق يې وویستل شي. ماشوم توب د نمو یوه مرحله د چې د حینې صحی ستونخو له امله متضرره کيوي لکه اجتماعي محرومیت، قد او وزن باید د هغه صحتمندو ماشومانو سره چې د عین جنس، عمر او ساختمان لرونکي وي مقایسه شي.

سر محیط:

د سر محیط په هغه ماشومانو کې چې عمرونه يې د دوه کلو خخه کم وي اندازه شي اساس اندازه ګيرئ عبارت ده د قحفوی جبهی محیط د اندازه کولو خخه که چيرته د سر د نمو حد نسبت نارمل جنس، عمر او د ماشوم د سايز ته زيات وي باید Hydrocephalus ته منوجه شو.

د وينې فشار:

د وينې فشار ابنارملتی په ماشومانو کې یوه غیر معموله پدیده ده ځکه چې د وينې د فشار اندازه کول ویروونکی بریښی او په هغه وخت کې باید د وینې فشار اندازه شي کله چې ماشوم باندې د زړه او د پیستور ګو د ناروغى شک موجود وي د وینې د فشار د اندازې خخه مخکې باید ماشوم ته اجازه ورکړل شي چې د فشار د آلي سره لوې وکړي او د هغه

خه په اړوند چې په ماشوم اجراء کېږي د ماشوم سره په ساده الفاظو خبرې وشي د صحیحې نتیجې د لاس ته راولو لپاره باید د فشار د آلی لستونی مناسب وي او د مختلفو سایزو لرونکی وي کف کخوره په کافې اندازې سره اوږده وي تر خو د ماشوم د مت د پورتنی برخې خخه په کافې اندازې سره تاو شې او باید د مت د پورتنی $1/3$ برخې په اندازه پلنواли ولري د وينې د فشار برقی کنترولونکی آلی په زیاتره شفاخانو کې موجوددي دی چې د لاس د فشار د آلی په مقایسه بنه نتیجه ورکوي د ورو او شیدې خورونکو ماشومانو د سستولیک فشار د معلومولو لپاره باید د لاس بعض جس شې. مګر په نوزادانو کې د Flush میتوود خخه ګته اخیستل کېږي چې په دغه میتوود کې مت ته پورته وضعیت ورکول کېږي او د قوی بنداز په واسطه تپل کېږي چې د Cuff په حذا کې وینه خارجه کړي او بیا Cuff ته هوا ورکول کېږي او بنداز لري کېږي او لیدل کېږي چې اطراف (Limb) حاسف رېک غوره کوي نو په دغه وخت کې د Cuff فشار تدریجاً کممو په هغه صورت چې پوستکئ په کې ځلیدونکئ وي Flush حالت غوره کوي تقریباً د سیستول د فشار بشودونکی دئ په ماشومانو کې د وینې د صحیح فشار د معلومولو لپاره د Doppler تخنیک خخه ګته اخیستل کېږي اما همیشه په لاس کې نه وي په همدي توګه د بالخاصه کتنېو په ترڅ کې د حرارت درجه، د ادرار او غایطه موادو پلتني هم زیات ارزښت لري.

REFERENCES

- ١- شریف الله، فریکل ډیاگنوزس
د ننگرهار طب پوهنځی، کال (۱۳۵۹) م ۳۰-۳۹
- 2) Ali. M (2004)
Students' clinical methods in medicine
Ch1-PP1-6 ch3-PP11-22 ch8PP104- 155 ch12PP198- 235
- 3) Braun wald Fauce (2005)
Harrison's principles of internal medicine
16th Edition, Mc Graw- Hilline New York
ch 16 PP 68-70
- 4) Christopher – Haslet, EDVin.R.chilvers (2003)
Davidson,s principles and practice of medicine
19th Edition, churchill – Living ston, England
ch 3 PP 198-270,563
- 5) Eric J TopoL, Robert M. CaLiff, (atall)(1998)
Textbook of Cardio Vascular medicine
Lippincott-Raven, philadel phia, New York
Ch 46 p 293,1239
- 6) HUON H.GRAY, KEITH D. DAWKINS (atall) (2002)
Lecture notes on Cardiology 4th Edition – Black
Well Science . U .k
PP 30-31

- 7) John F. Munro – Lan W. Complell (2005)
MACLEOD, S clinical Examination. 11th Edition Churchill
Living stone
Ch 2-5 pp 23-241
- 8) Kaddoura Sam (2002)
Echo made Easy international Edition Churchill Living stone
pp 11-19
- 9) LAWRENCE-M. TIERNEY-STPHEN (2002)
Current medical diagnosis and treatment 21st edition,
Mc. Graw-Hill- Company, USA
Ch 10 pp 355- 356, ch 9 pp 266-267
- 10) MERCK (1992)
Manual of diagnosis and therapy
16th edition, merckand Co. Inc, company, USA
pp50-515
- 11) MICHAEL SWASH (2002)
Hutchison,s clinical methods
21st Edition W.B. Saunders Company
ch. 1, 5, 6-9-21 pp 1-60, pp79-125, pp 177-420
- 12) Stein, Emanuel (1987)
Clinical Electro Cardiography. A self. Study Course
Lea Febiger philadelphia U.S.A
Ch 1 pp 13-16, 45



دمؤلف لنده پیشندنه:

نوم - حفیظ الله (اپریدی)

دپلارنوم - مراد خان

علمی رتبه - پوهنواں

او سنی رتبه - فوق رتبه

علمی کدرکی دشمولیت نیته: ۱۳۶۱ / ۵ / ۵

استاد دکورزې پښتونخواه د تیراه د بنایست په سیمه کې زیږ یدلی دی. په ۱۳۳۱ کال کې پې کورنۍ

افغانستان ته مهاجر جوشوله چې د ملت د بابا او شاهی حکومت له خوا ورته د سرپناه زمینه برابره او کورنۍ

پې په خورا درنښت ونازووله. استاد خپلی لمړنۍ او منځنۍ زده کړی دخوشنحال بابا په لیسه کې په اعلی

درجه بشپړې کړې او د لیسې دوره پې د ننګرهار په لیسه کې تکمیل او په ۱۳۵۱ کال کې په اعلی

درجه دلیسې خڅه فارغ او د کانکور آزمونې ترور کړې وروسته په ۱۳۵۳ کال دنګرهار طب پوهنځی

ته کامیاب او په ۱۳۶۰ کال کې د طب پوهنځی خڅه فارغ او په ۵/۵ ۱۳۶۱ نیته د ننګرهار د طب

پوهنځی د داخلې په خانګه کې د استاد په توګه ومنل شو چې خپلی دندې ته پې ادامه ورکړه.

لورې زده کړې پې په ترکیه او جاپان کې سرته رسولی دی په ۲۰۰۴ میلادی کال کې د ترکې او

ارو پا د زړه د انجمن رسمي غړیتوب ترلاسه کړ. استاد د ۱۳۶۵ او ۱۳۶۶ کالو په موده کې د عامې

روغتیا دفعې مرستې بال په توګه هم دنده ترسره کړې ده. هیره د نه وي چې محترم استاد اپریدی یو شمیر

علمی مقالې تحقیقاتی خپلې سرته رسولی دی چې په داخلې معتبرو علمی مجلو کې نشر شوي او

استادانو او محصلینو د ګټنی وړ ګرځیدلی دی.

په درنښت

Abstract

as we better know in our country Afghanistan the fighting continue from 32 years. Our schools, Universities, Hospitals destroyed. The medical students there fore they are faced a lot of problems but now thank to god that I edited a physical diagnosis book for 3rd year students in Pashto language. Which is lined with curriculum of medical college.

I have incorporated all the international changes and progresses so far, so that every medical person and students well be benefited.

Thanks

Book Name Physical Diagnosis
Author Dr. Hafizullah Afzidi
Publisher Nangarhar Medical Faculty
Website www.nu.edu.af
Number 1000
Published 2011
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children (www.Kinderhilfe-Afghanistan.de) a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affairs of this publication have been supported by Afghanic (www.afghanic.org). The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, MoHE, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 620 1354

Printed in Afghanistan. 2011