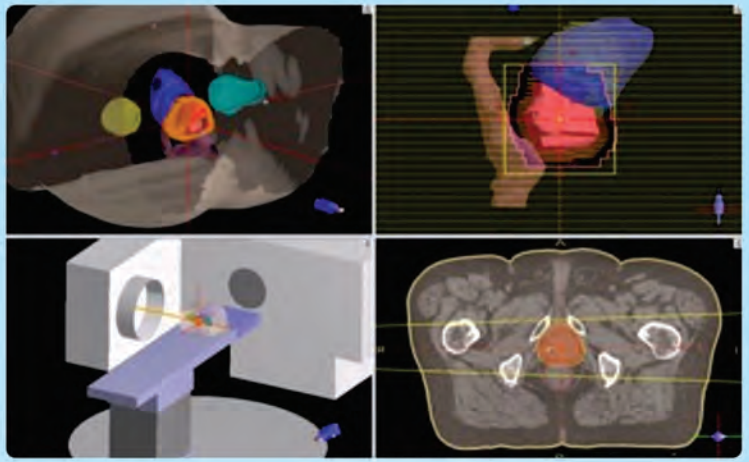
نګرهار طب پوهنځی

د هضمي سيستم جراحي





ډاکتر عبدالرؤف حسان

پلورل منع دی
۱۳۹۶

د هضمي سيستم جراحي

Surgery of Digestive System

ډاکتر عبدالرؤف حسان

۱۳۹۶

Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Dr A Rauf Hassan

Surgery of Digestive System





ISBN 978-9936-633-01-8



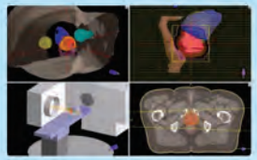
Not For Sale
2017

DVD's Version

د هضمي سيستم جراحي

ډاکتر عبدالرؤف حسان

افغانیک
Afghanic



Pashto PDF
2017

Nangarhar Medical Faculty
ننګرهار طب پوهنځی

Surgery of Digestive System

Dr A Rauf Hassan

Download:
www.ecampus-afghanistan.org

بسم الله الرحمن الرحيم

د هضمي سيستم جراحي

ډاکتر عبدالرؤف حسان

د کتاب نوم	د هضمي سیستم جراحي
لیکوال	ډاکتر عبدالرؤف حسان
خپرندوی	ننګرهار پوهنتون، طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
د چاپ کال	۱۳۹۶
چاپ شمېر	۱۰۰۰
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	افغانستان تایمز مطبعه، کابل، افغانستان

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:
ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل
تیلیفون ۰۷۵۶۰۱٤٦٤۰
ایمیل textbooks@afghanic.de

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان ۹۷۸-۹۹۳٦-٦۳۳-۰۲-۵

لومړۍ څپرکی
د معدې جراحي ناروغۍ

د معدې اناتومي

معده (Stomach Ventridulus):

د هضمي جهاز متوسع برخه ده، چې د مرۍ او اثناعشر په مینځ د چپ حجاب حاجز لاندې موقعیت لري او د (J) لاتین شکل لري. تقریبا ۲۵ سانتي متره اوږدوالی ۱۲،۵ سانتي متره پلنوالي او په نورمال حالت کې تقریباً یو لیتر ظرفیت لري. علوي برخه یې چې دمرۍ په واسطه په حجاب حاجز کې تثبیت شوې ده لږ متحرکه اما ښکتنۍ برخه یې چې د اثناعشر سره ارتباط لري او د پریطوان په واسطه دبطن په خلفي جدار کې تثبیت شوې ده. تقریبا غیر متحرکه ده. د معدې شکل او پوزیشن متحول دی دمعدې شکل او پوزیشن د معدې په محتوی د هضم په مرحله کې د بطن او معدې د عضلاتو په تقلص او د چارچاپیرې اعضاو د فشار او د تنفس په وضع پورې اړه لري. د معدې طولانۍ محور د علوي څخه ښکته قدام ښي خواته او په اخر کې لږ خلفي او بیا علوي خواته سیر لري.

د موقعیت له نظره د کېډې په کښ پاسنۍ کوادرنت کې متوسط خط ته نژدې موقعیت لري چې علوي برخه یې د کښ ضلعي قوس لاندې واقع ده او د پښتۍ، پلورا او د حجاب حاجز د چپ قبې په واسطه جلا شویده.

د سریرې له نظره معده په چپ Hypochondria اوEpigastric ناحیه کې واقع او یو پر شپږمه ښکتنۍ برخه یې د خط متوسط څخه ښي خواته تجاوز کړی ده.

معده دوه فوحې (سوري)، دوه انحنا (Curvature)، دوه مخه (Surfaces) او دوه Incisura لري.

دوه Incisura عبارت دي د Incisura Angularis او Incisura Cardia .

Incisura Cardia: هغه ژوره ناحیه یا زاویه ده چې دمرۍ او د معدې د فوندوس ترمنځ جوړیږي.

Incisura Angularis: هغه زاویه ده چې دمعدې انتروم او دمعدې د صغیره انحنا (lesser curvature) په حذا خپل عمودي سیر په افقي بدلوي دا دوه Incisura د جراحي له نظره با ارزښته نقاط جوړوي.

که دوه افقي خطونه چې د معدې د جسم خواته متوجه دي د Incisura Cardia او Incisura Angularis په حذا فرض کړو معده په دریو برخو تقسیمیږي. د Incisura Cardia د افقي خط څخه پورته د معدې Fundus او ددې افقي خط څخه ښکته تر Incisura Angularis خط پورې د معدې جسم (Body) او د Incisura Angularis څخه ښکته د معدې انتروم (Antrum) واقع دي. چې Antrum بیا په دوه برخو ویشل کیږي چې عبارت دي د Pyloric Antrum چې دمعدې د جسم په امتداد قرار لري او Pyloric Canal

معدې سوري (فوحات):

۱- کاردیا سوري (Cardia Orifice): هغه سوري څخه عبارت دي چې د معدې اومرۍ اتصالي برخې جوړوي. او ددې سوري په دواړو خواو کې دمعدې Greater او Lesser Curvature یو بل سره یو ځای کیږي. دمرې اخري برخه په Cardia ختمیږي. او Cardia په دې ناحیه کې د متوسط خط یو انچ چپ خواته د اوومې پښتې د غضروف څخه څلور انچه خلف خواته او د نهمې صدري فقرې د جسم په حذا موقعیت لري د مجاروت له نظره د Cardia په قدام کې د ځیګر چپ لوب په خلف کې حجاب حاجز په ښي طرف کې یې دمعدې د اوعیې مرۍ شعبات وتي دي.

۲- پیلوریک سوري (Pyloric Orifice): دهغه سوری څخه عبارت دی چې دمعدې او د اثناعشر د لومړي قطعې اتصالي برخه جوړوي. چې یو انچ د متوسط خط په ښي طرف او د لمرۍ قطنی فقرې د جسم په حذا موقعیت لري.

د معدې مخونه (Gastric Surfaces):

معده دوه مخونه لري یانې قدامي او خلفي مخونه

الف: قدامي مخ Anterior Surface:- محدبه سطح لري طولاني محوریې علوي او قدام ته متوجه ده او د معدې صغیره انحنا څخه ښکتنه واقع ده د معدې پاسنې برخه دځیګر د چپ لوب په واسطه پوښیږي او د معدې ښکتنې برخه چې د معدې د مثلث په نامه یادیږي د ګیدې د قدامي جدار سره تماس لري ددې مثلث چپه ضلع یې اتمې او نهمې پښتې غضروف، ښي ضلع یې د ځیګر ازادی څنډې او سفلي ضلع یې د مستعرض کولون په واسطه جوړه شوې ده. معده په چپ هایپوکوندریا کې د پښتیو، پلورایې

جوف، چپ سرې او د حجاب حاجز په واسطه پوښل شوې ده. (پدې ناحیه کې که کومه جرحه واقع شي امکان لري چې نومورې اعضا په اسانۍ سره ژوبل شي).

ب: خلفي مخ Posterior Surface: د Lesser peritoneal Sac قدامي جدار جوړوي او دا پریطواني کڅوړې معده دمعدې دبستر څخه جلاکوي. د معدې د خلفي جدار ښکتنې برخه کبیره انحنا ته نژدې د مستعرض کولون سره او د معدې جدارخلفي علوي برخه د مستعرض کولون د مساریقی سره او په علوي کې دمعدې جدار د پانقراص، چپ پښتورګي او فوق الکلیه غدې سره مجاورت لري دمعدې د فوندوس خلفي جدار د توري (طحال)د مقعری سطح او د حجاب حاجز د چپې قبې سره په تماس ده.

دمعدې انحنا Curvature:

په ښي طرف کې صغیره انحنا (Lesser Curvature):

دCardia او پیلورس په مینځ کې د عمودي او افقي برخه څخه عبارت ده چې د Incisura Angularis په حذا یوبل سره یوځاې او په پاې کې یو مقعر منحني خط جوړوي چې د(J) شکل لري. دا انحنا د مرې په حذا د چپ انحنا سره تماس کوي. اود ځیګر په واسطه پوښل شوې ده. د دې انحنا په امتداد کې کوچني سرب Lesser Omentum (Gastrohepatic Omentum) ارتکاز لري چې ددې Omentum په ضخامت او د صغیر انحنا سره موازي هغه شریاني قوس سیر لري چې د ښي او چپ معدوي شریان په واسطه جوړه شوې ده.

په چپه خواکې کبیره انحنا (Greater curvature):

دا انحنا محدبه او پنځه چنده نسبت کوچنی انحنا ته اوږده ده یو پر درې پاسنۍ برخه یې بیخي کښ خواته ، یو پردرې متوسطه یې ښکته او کښ خواته ، یو پر درې سفلي یې ښکته او لږ ښي خواته متوجه ده. دا انحنا د Incisura Cardia څخه شروع کېږي او تر شپږم کښ پښتې غضروفي عظمي سرحد پورې پاس خواته سیر لري، او له دې ناحیی د ښکته برخې په امتداد دوه پریطواني پانې چې دمعدې قدامي او خلفي مخونه پوښل کړي دي سره یوځای کېږي اوښکته خوا ادامه پیداکوي. چې کبیره سرب جوړوي.

(Greater Omentum) په یو پر درې پاس او چپه برخه کې دا دوه پریطواني پانې تورې(طحال)خواته ادامه پیداکوي چې د Lig Gastrosplenic په نامه یادیږي.

صغیره انحنا د Gastrohepatic Omentum ارتکاز له کبله نسبتا ثابته ده حال داچې کبیره انحنا ازاده او متحرکه ده او موقعیت یې نظر په دې چې معده ډکه یا تشه ده فرق کوي که سړی ولاړوي د کبیره انحنا سرحد پر نامه یاد نامه څخه ښکته رسیږي او د ملاستې په حالت کې د نامه څخه یو یا دوه انچ پورته موقعیت اختیاروي.

ښي اوچپ ګسترو اپي پلوئیک اوعیه د کبیره انحنا سره موازي د کبیره سرب په ضخامت کې یو قوس جوړوي.

د معدې تشریحي ساختمان:

د معدې جدار د څلورو طبقو څخه جوړ شوی دی چې عبارت دې له:

۱. مصلي طبقه (Tunica Serosa)
۲. عضلي طبقه (Tunica Muscularis)
۳. تحت المخاطي طبقه (Tunica Submucosa)
۴. مخاطي طبقه (Tunica Mucosa)

۱. مصلي طبقه Tunica Serosa:- یوه پریطواني پانه ده چې دمعدې قدامي او خلفي خارجي جدارونه یې پوښ کړي او دمعدې د جدار د عضلې د لاندې طبقې سره صمیمي التصاق لري په علوي کې وروسته ددې څخه چې کاردیا پوښ کړي د حجاب حاجز د ښکتنې سطح په سر انعکاس کوي او هغه پوښوي په سفلی کې وروسته د دې څخه چې پیلورس پوښ کړي د اثناعشر په قدامي سطح باندې هموارېږي دا دوه پریطواني پانې د کبیره او صغیره انحنا په حذا کې یو بل سره یو ځاې کېږي او Lig Gastrolienalis، Lig Gastrophrenicus، Omentum-Major او Omentum Minor جوړوي.

الف: کوچنی سرب (**Omentum Minor**):

د معدې د قدامي او خلفي وجود پرایطواني پانې د ادامې څخه عبارت دې چې د صغیره انحنا په حذا یو د بل سره یو ځاې کېږي او دمعدې صغیره انحنا او د اثناعشر لومړی قطعی ته د ځیګر د ښکتنې مخ سره ارتباط ورکوي چې د ligamentum

gastrohepatic په نامه یادیږي ددې رباط پاسنې برخه پنډه او کاردیا ته د ځیګر سره ارتباط ورکوي. متوسطه چپ معدوي اپي پلوئیک شریان یا Arteria Gastoepiploica Sinistra دسلیاک د جذع څخه لومړی تورې شریان یا Splenic Arteri جلا او دمعدې په خلف کې د پانقراس دعلوي سرحد سره موازې تورې خواته ځي دمعدې لوې انحنا په حذا یوه شعبه د چپ معدوي اپي پلوئیک سریان په نامه د نومورې شریان څخه جلا او ښکته سیر کوي او د ښي معدوي اپي پلوئیک شریان سره تفمم کوي.

دمعدې اورده:

دمعدې د شرایینو هم نوم چې دهغوې سره موازې سیر کوي او عبارت دې د Vena. Gastrica Sinistra او Dextra او Vena Gastroepiploica او Sinistra په Vena Mesenterica superior کې توئیږي.

د معدې لمفاوي سیستم:

د معدې د هرې برخې لمف د مربوطه لمفاوي قناتو له لارې معین لمفاوي عقداتو ته توئیږي.

۱. د پیلوریک او د معدې دلوې انحنا ښکنتې برخې لمف په هغه لمفاوي عقداتو کې توئیږي کوم چې دښي معدوي اپي پیلوئیک شریان په چارچاپیره واقع دې او دا لمفاوي غدوات د سلیاک او د ابهر په چارچاپیره لمفاوي غدواتو سره ارتباط لري.

۲. د معدې د فوندوس او د کاردیا لمف په هغه لمفاوي غدواتو کې توئیږي کوم چې د چپ معدوي اپي پیلوئیک شریان په شاوخوا کې موقعیت لري او دا لمفاوي غدوات د تورې د لمفاوي غدواتو له لارې د بهر د چارچاپیرې لمفاوي غداواتو سره ارتباط لري.

۳. د صغیره انحنا او د معدې د جسم د پاسنې برخې لمف په هغه لمفاوي غدواتو کې توئیږي کوم چې د چپ معدوي شریان په چارچاپیر واقع دې او دالمفاوي غدوات د مرې د ښکتنې برخې د چارچاپیرې لمفاوي غدواتو سره ارتباط لري.

۴. د معدې د پیلوریک ناحې او د صغیره انحنا دښکتنې برخې لمف په هغه لمفاوي غدواتو کې توئیږي کوم چې د اثناعشر د لومړی قطعې په علوي سرحد کې قرار لري چې د ابهر د چارچاپیرې لمفاوي غدواتو سره ارتباط لري.

د معدې اعصاب:

معدې د سمپاتیک او پاراسمپاتیک اعصابو په واسطه تعصیبیږي.

۱. **دمعدې پاراسمپاتیک اعصاب**:- چې د Truncus Vagalis Anterior او Posterior څخه منشا اخلي.

الف: چپ واګوس عصب یا Left Vagus Nerve:- **نومړې عصب دمعدې د صغېره انحنا سره موازي ښکته راځي لومړي ځیګر ته شعبه ورکوي او وروسته دمعدې قدامي جدار ته زیات شعبات ورکوي اوپه همدې ځاې کې ځینې تفممي شعبات سمپاتیک سره هم لري.**

ب: ښي واګوس عصب یا Right Vagus Nerve:- **لومړی تفممي شعبات سلیاک سمپاپیک او پانقراس ته ورکوي او بیا دمعدې خلفي جدار تعصیبوي د پاراسمپاتیک د اعصابو د تنبه په واسطه دمعدې د غدواتو افرازات او حرکات زیاتیږي.**

۲: **د معدې سیمپاتیک اعصاب یا د سلیاک ضفیرې یا** Plexus celiacus **څخه منشا اخلي او دمعدې دعضلي او تحت المخاطي طبقاتو په مینځ عصبي جال جوړوي چې د دې عصبي جال څخه عصبي شعبات یې مخاطي طبقې ته داخل او د پاراسیمپاتیک اعصابو پرضد عمل کوي.**

د اثناعشر اناتومي

اثناعشر یا Duodenum **تقریبا تر۲۵ سانتي متر پورې اوږدوالي لري. دوړو کولمو لمړنې برخه ده. چې د معدې د پیلورس او د** Flexura Duodeno jojunalis **ترمینځ موقعیت لري. اثناعشر د (C) توري په شان شکل لري چې د پانقراس راس دهغه په مینځ کې ځاې نیولی دی او د څلورو برخو څخه جوړشوې دي**

۱:- **لومړی برخه یا** Pars Superior Duodeni **چې تقریبا ۵ سانتي متره اوږدوالی لري**

۲:- **دویمه برخه یا** Pars Desendes Duodeni **چې نقریبا ۸ سانتي متره اوږدوالی لري**

۳:- **درییمه برخه یا** Pars Horizontalis Duodeni **چې تقریبا ٦ سانتي متره اوږدوالی لري.**

۴:- **څلورمه برخه یا** Pars Ascendens Duodeni **چې نقریبا ٦ سانتي متره اوږدوالی لري.**

لومړۍ قطعه یا Pars Superior Duodeni:

داثناعشر دلومړۍ برخې مخصوصاً هغه برخه چې وروسته د پیلورس څخه موقعیت لري قطر یې پراخه دی د Bubus Duodeni په نامه یادیږي(په قرحاتو کې شکل یې بیخي تغیر کوي) او د ناک شکل لري. نومورۍ برخه په عمومي ډول نقریبا درې سانتي متره قطر لري.
ددې قطعې په شا سلفي اجوف ورید خصیوي شریان(په ښځو کې مبیضي شریان) او دښي پښتورګي حالب واقع دې په انسي وجه یې د پانقراص راس او د پانقراص قنات (ویرسونګ قنات) موقعیت لري.
لومړۍ برخه یا Pars Superior Duodeni یا تحت الکبدي برخه، چې دلومړۍ قطنۍ فقرې په ښي طرف قرار لري منحرفاً علوي، ښي او خلفغ خواته سیر لري. د پریطوان په واسطه پوښل شوی دی ددې برخې په لومړي یوانچ کې په علوي او سفلي څنډو کې Lesser and Greater Duodeni ارتکاز لري. په خلف کې د Lesser پریطواني کڅوړې یوه برخه واقع ده چې اثناعشر د پانقراص څخه جلاکوي. ددې برخې په قدامي برخه کې ځیګر موقعیت لري. دا لومړي یو انچ عموماً متحرک وي. ددې قطعې پاتې برخه چې بیا هم یو انچ اوږدوالي لري یوائې قدامي وجه یې د پریطوان پواسطه پوښل شوي دې . په سفلی قسمت کې د پانقراس د راس سره ډیر صمیمي التصاق لري. په خلف یې سفلي اجوف ورید په علوي یې Ductus Choledochus، Arteris Gastroduodenalis، Arteria hepatica commonis موقعیت لري.

دوهمه قطعه یا Pars Descendens duodeni:

دا قطعه په عمودي ډول د لومړۍ دویمې او درییمې قطنې فقراتو دجسم په طرف د ښي پښتورګي په څنګ کې موقعیت لري او د پریطوان په واسطه قدامي وجه یې پوښل شوې دې . دمجاورت له نظره ددې قطې په قدامي علوي کې مستعرض کولون، د ځیګر د ښي لوب ښکتنې وجه او د صفرا کڅوړه او په سفلي برخه یې د مستعرض کولون مساریقه واقع دې.
ددې قطعې په شا سفلي اجوف ورید، خصیوي شریان (په ښځو کې مبیضي شریان) او دښي پښتورګي حالب واقع دې په انسي وجه یې د پانقراس راس او پانقراسي قنات (ویرسونګ قنات) موقعیت لري.

درپیمه برخه یا Pars Horizontalis Duodeni:

دا قطعه چې قدامې وجه یې بیا د پریطوان سره پوښل شوې ده له ښې خوا څخه چې خواته د څلورمې قطني فقرې د جسم د قدام څخه په محدب شکل تیریږي چې ددې قطعې د قدام څخه د مساریقې علوې شریان او ورید تیریږي. او په خلف کې یې سفلي اجوف ورید. ابهر او همداسې په دې ځای کې مساریقې سفلي شریان چې د ابهر څخه منشا اخلي قرار لري علوي وجه یې د پانقراص سره په تماس کې ده.

څلورمه قطعه یا Pars Ascnding Duodeni:

د دویمې، درپیمې او څلورمې قطنې فقرې د جسم په قدام کې پورته خواته سیر لري دا برخه ټوله د پریطوان په واسطه پوښل شوې ده ، دمجاورت له نظره قدامي مخ یې دمستعرض کولون او مربوطه مساریقې سره په تماس کې ده سفلي مخ یې د وړو کولمو د عرواتو سره په تماس ده، خلفي وجه یې د چپ کلیوي شریان ورید او خصیوي شریان (په ښځوکې دمبیض شریان) او ورید سره په تماس کې ده انسي وجه یې د پانقراص د راس او د ابهر سره نژدې تماس لري.

څلورمه قطعه یې د جیجونوم څخه د Flexurs Duodenojejunalis په واسطه جلاکیږي چې دا فلکسور د دویمې قطني فقرې د جسم سره توافق کوي د دې فلکسور په سریو رباط دې چې د Suspensory Lig (Lig.Traitz) په نامه یادیږي ارتکاز کړی دی دا رباط د حجاب حاجز د ښي عضلې Crus چې دمری څخه چاپیره شوې ده منشا اخلي او د پانقراص د خلف او دابهر د قدام څخه تیر او پر Flexur duodenojejunalis باندې ارتکاز کوي.

د اثناعشر تشریحي ساختمان:

د اثناعشر جدار د څلورو طبقو څخه جوړشوې ده چې د سطح څخه عمق خواته عبارت دي له:

۱.Tunica Serosa:- چې د اثناعشر قدامي مخ يې په عمومي ډول پوښ کړی دی.

۲.Tunica Muscularis:- چې د دوو طبقو څخه جوړشوې ده يوه سطحي Longitudinalis طبقه او بله يې ژوره Circularis طبقه.

۳.Tunica Submucosa: يو فيبرو الاستيک طبقه ده چې اوعيه ، اعصاب او لمفاوي انساجو ته په خپل ضخامت کې يې ځاې ورکړی ده دا طبقه د کلمو د جدار مقاوم ترينه ذبقه جوړوي او د کولمو د کوک وهلو په وخت کې بايد دا طبقه ونيول شي.

۴.Tunica Mucosa: د اثنا عشر داخلي سطح جوړوي چې د جذب وظيفه په غاړه لري د اثنا عشر په دويمې قطعی د داخلي سطح په انسي خلفي برخه کې مخاطي طبقه يوه بارزه جوړوي د Pailladuodeni Major په نامه يادېږي.

نيم نه تر يو سانتي متر پورې جګوالې او پنځه تر شپږ ملي پلنوالې لري. د دې بارزي په څوکه کې مخاطي غشا يوه حلقه جوړوي چې دی حلقې په مينځ يو سورې دې چې په دې سورې کې Ductus Cheledochus او Ductus pancreaticus ختميږي. دا سورې له دوه نه تر دريې ملي متره قطر لري د مخاطي طبقې لاندې د دې قناتو عضلي حلقوي طبقه يو بنډل جوړوي چې د Oddi Sphinector په نامه يادېږي. په مجموع دا بارزه د Ampula of Vater په نامه يادېږي.

په ۲۵ فيصده خلکو کې د Papilleduodeni Major په څنګ يوه بله بارزه موجوده وي چې د Papilladuodeni Minor په نامه يادېږي چې په دې بارزه کې د پانقراص اضافي قنات يا Acceserius Pancreatic duct خلاصيږي د اثنا عشر د څلورمې قطعې په وحشي برخه کې يو شمير حفري يا Recessus موجود دې چې د خپل ژوروالي له کبله د داخلي فتقو سبب ګرځي چې مهمترين حفره يې د Recessus Duodenojejunalis په نامه يادېږي.

د اثنا عشر شرايين:

اثنا عشر د دوه شرياني قوسونو په واسطه اروا کېږي.

۱- Arcus Pancreatico duodenalis Anterior

۲- A.P Duodenalis Post

د اثنا عشر اورده:

۱-Vena Pancreaticoduodenalis Ant:- چې په باب ورید او علوي مساریقي ورید ختمیږي.

۲-Vena Pancreatico duodenalis Posterior: چې د دې ورید وینه په علوي مساریقې ورید کې توئیږي.

د اثناعشر لمفاوي اوعیه:

د اثنا عشر لمفاوي او عیه د پانقراص په قدامي او خلفي غدواتو ته رسیږي.

او لمف يې په نوموړې لمفاوي غدواتو کې درناڅ کېږي.

د اثنا عشر اعصاب:

د اثنا عشر اعصاب د Mesenteric Plexus او Celiac Plexus څخه منشا اخلي.

د معدې فزيولوژي:

۱- د معدې تحرکیت:

د معدې معايي کانال جدار په استثنا د معدې دوه عضلي طبقې لري اما د معدې جدار په استثنايي ډول درې عضلي طبقې احتوا کوي.

الف:باندني طولاني عضلي الياف: چې د مرې دلاندنې حلقوي عضلي اليافو په امتداد معدې د لوې او کوچنۍ انحنا سره موازی ښکته راځي.

ب:منځني حلقوي عضلي الياف: چې د مرې د لاندنې حلقوي عضلي الياف په امتداد معدې جدار په حلقوي ډول پوښوي او په پيلوريک ناحيه کې دا عضلي الياف پنډ کېږي او پيلوريک معصره جوړوي.

ج: دننې منحرف عضلي الياف: چې د فواد د چپ خوا څخه منشا اخلي او په منحرف ډول د معدې په دواړو خواوو کې خپل سيرته د معدې تر لويې انحنا پورې ادامه

ورکوي. د معدې ظرفیت متحول وي کوم وخت چې بیخي تشه وي د ۵۰ملي لیتر څخه لږ ظرفیت لري او کوم وخت چې غذا په کې داخل شي د معدې جدارونه سست او د هغه ظرفیت بې د دې چې داخلي فشار یې تغیر وکې یو نیم لیتر ته رسیږي د معدې د جدار دا سست والې ته چې د غذایي موادو د ځای په ځاې کولو په منظور صورت نیسي د Receptive relaxation په نامه یادیږي.

داستراحت په حال د پنځه څخه تر لس دقیقو لپاره معده په یو ګډري صفحه کې داخلیږي چې په دې صفحه کې داسې حرکې فعالیت موجود وي چې د دې حرکاتو په واسطه د معدې محتوی پر مخ نه ځي او ځاې په ځاې پاتي کیږی. وروسته د معده یو ارامه او غیر حرکې صفحه شروع کیږی چې د ۱۵ څخه تر ۲۰ دقیقې پورې دوام کوي او بیا مخکښې حرکې صفحه مینځته راځي کوم وخت چې د معدې جدار د غذایي موادو په واسطه تر فشار لاندې راځي او معده توسع وکړي کوم حسي اعصاب چې د معدې په جدار کې موجود دي د معدې توصع عکسې نخاع ته انتقالوي او د نخاع څخه تنبه د معدې دجدار عضلې طبقې ته رسیږي. او د استداري حرکات د منځته راتلو سبب ګرځي، چې دا استداري حرکاتو په وصفي ډول د معدې د فواد څخه شروع او بواب خواته پرمخ ځي.

د ډوډۍ خوړولو په شروع کې د معدې استداري حرکې امواج ضعیف اوپه انتروم کې ختمیږي، اما وروسته په تدریج استداري حرکې امواج قوي کیږی او پیلوروس ته رسیږي.

د هضم په لومړی مرحله کې تقریباً درې یا څلور استداري امواج په دقیقه کې په منظم ډول مینځته راځي چې د معدې عصاره د غذایي موادو په سر مخلوطوي او دا مواد انتروم خواته حرکت ورکوي او په انتروم کې هضم صورت نیسي او کوم وخت چې د هضم شوې موادو او سموتیک فشار ۱۶۰ ملي او سمول ته په یوه لیتر کې ورسید د انتروم د شدید استداري حرکاتو په واسطه غذایي مواد پیلوروس خواته لارښودنه کوي. یا په بل عبارت په انتروم کې نه یواځې د هضم فعل یوه برخه صورت نیسي بلکه دا بر خه د معدې د یو پمپ رول لوبوي، چې د ډیر قوي فشار په واسطه خپل محتوي پیلور خواته بیایي او په هر قوي استداري موج کې پیلور خلاص او د معدې تقریبا دوه څخه تر

شپږ ملي لیترو محتوی اثنا عشر ته تخلیه کېږی او په دې ډول معده په تدریج په ظرف د څو ساعتو کې تشیږي. کوم وخت چې د معدې تخلیه پای ته ورسیده او د معدې جدارونه یو بل سره نژدې راغی د معدې استداري حرکات هم خپل قوت او شدت له لاسه ورکوي او په عکسوي ډول پیلوروس ترل کېږي او نه پریږدي چې د اثنا عشر محتوی بیرته معدې خواته مراجعت وکړي.

۲-د معدې افرازي وظایف:

د معدې هستولوژي:- د معدې مخاطي غشا په درې برخو ویشل کېږي.

۱- د Cardiac Gland برخه:- چې د یوه څخه تر درې سانتي مترو پورې پراخوالې لري او د مرې معدوي د اتصالي برخې څخه شروع کېږي.

۲-د معدې فوندوس یا د جداری (Parietal) حجراتو برخه:- چې د اسید کلورها یدریک او پیپسین د افراز لومړی مسئول برخه ده او د معدې د مخاطي غشا درې پر څلورمه برخه په علوي کې جوړوي.

۳-د معدې انتروم یا پیلوریک غدوي برخه: چې د معدې مخاطي غشا یوه پر څلورمه برخه په سفلي کې جوړوي.

د مایکروسکوپ معاینې له نظره د مخاطي غشا په سطح د یو شمیر قناتونو سوري موجود دي، چې د Pits یا Faveola په نامه یادیږي. چې په یوه Pits کې د درې یا څلور Glands (غدواتو) خوله خلاصیږي یوه غده د Isthmus غاړې او قاعدې څخه جوړه شوې ده د معدې د غدواتو حجروي ساختمان نظر په هره برخه د معدې فرق کوي. د معدې د فوندوس په Faveola کې برعلاوه د نورمال مخاطي استوانې حجراتو څخه داسې حجرات هم موجود دي، چې Mucine افرازوي او د معدې مخاطي غشا سطح پوښوي او مخاطي غشا د اسید د تخریش څخه ساتي د Gland په Isthmus کې زیاد تره هرم ډوله غټ حجرات موجود وي، چې نوه یې په منځ کې واقع او سیتوپلازم یې ایوزینوفلیک حبیبات احتوا کوي. دا حجرات د جداري یا Parietal حجراتو په نامه یادیږي. چې اسید کلورهیدریک او په انسانانو کې Intrinsic فکتور هم افرازوي. د Isthmus څخه ښکته، چې د غدې غاړه (Neck) او قاعده (Base) موقعیت لري زیاد تره Chief Cell احتوا کوي چې

مکعبي ډول حجرات دي او نوعه يې د حجرې په قاعده موقعيت لري. سيتوپلازم يې بازوفليک دي او دا حجرات پيسينوژن، پيپسين او ليپاز افرازوي. برعلاوه په دې برخه کې يو بل قسم حجرات چې Argentaffine حجرات نومېږي هم موجود دي چې د دې حجراتو وظيفه په معده کې تر اوسه پورې معلومه نه ده.

د کاردیا برخې غدوات عموما Mucous Cell احتوا کوي د پيلوريک Gland عموما Mucous cell اويو قسم غير قابل تفريق حجرات احتوا کوي، چې دا حجرات د ګسترين د هورمون د افراز مسئول دی.

د Gland او تحت المخاطي طبقې په مينځ کې Laminaproperia قرار لري چې د يو شمير منظم لمفوسيت، پلازما سيل او Mast Cell څخه جوړه شوي دي، چې دا حجرات سيروتونين او هستامين افرازوي.

د معدې عصاره:

د معدې د مخاطي غشا څخه په ۲۴ ساعتو کې ۵۰۰ څخه تر ۱۵۰۰ ملي ليتره معدوي عصاره افرازيږي د معدې عصاره د لاندې موادو څخه جوړه شوې ده.

۱-مخاط يا Mucus:

د مخاطي حجراتو يا Mucous Cell له خوا افرازيږي چې دا حجرات د معدې په ټوله مخاطي غشا کې موجود دي مخاط يو مخلوط د څو مالیکول ګليکوپروتين دې چې فزيولوژيک وظيفه يې لږ شان مبهم دي خو سره د دې هم نظريه ورکول کېږي، چې مخاط د يو ښوی کوونکې مواد د مخاطي غشا په سطح رول لوبوي او د يو نرې طبقې په شان د مخاطي غشا سطح پوښوي او مخاطي غشا د پيپسين او اسيد د تاثير څخه ساتي د يو نظري په اساس که د مخاط په کميت او کېفيت کې کموالې پيدا شي پيپتيک قرحه مينځته راځي.

۲-پيپسينوجن يا Pepsinogen:

يو پروتيولايتيک انزايم دی، چې د Chief Cells له خوا افرازيږي او دا حجرات د معدې په فوندوس کې زيات موجود وي Chief Cell عموما پيپسين په غير فعال شکل افرازوي څرنګه چې فعلا پيپسين د يو پيپتيد سره ،چې د Pepsin inhibitor په نامه

یادیږي. یوځای کیږي او پیپسینوژن، چې غیر فعال دی منځته راوړي او کوم وخت چې د معدې داخلي PH د پنځه څخه ښکته شوه Pepsin inhibitor د Pepsin څخه جلا او فعال Pepsin په معده کې ازادیږي. د Pepsin تاثیر وخت اعظمي حد ته رسیږي چې د معدې PH دوه ته ورسیږي او د Pepsin تاثیر هغه وخت اصغري ته رسیږي چې د معدې PH اتو ته ورسیږي.

۳- **Intrinsic Factor**:

یو موکوپروتین دې چې د جداري حجراتو له خوا افرازیږي او د ویتامین B۱۲ سره، چې د غذایي موادو په واسطه اخیستل شوې یو ځاې کیږی په معده کې اسید کلورهیدریک د دې دواړو موادو د تخریب څخه مخنیوې کوي په وړې کلمې کې د اماده، چې د ویټامین B۱۲ او Intrinsic Factor د یو ځاې کېدو څخه مینځته راځي جذب او په ځیګر کې ذخیره کیږی.

د اماده د Pernicious Anemia څخه مخنیوې کوي وروسته د توتال ګستر کتومي څخه ویتامین B۱۲ عدم کفایه وروسته ۷ کالو څخه پیدا کیږی ځکه، چې د ویټامین B۱۲ نورمال ضرورت په عضویت کې د ورځې یوه تر دوه ملي ګرام (۲۰۰۰ میکرو ګرام) د ذخیرې په ډول موجود وي.

۴- **Blood group Substance**:

تقریبا د۷۵ فیصدو خلکو معدوي عصاره د وینې د عمده ګروپو انتي ژن لکه انتیژن (ا)، انتیژن (ب) او انتیژن صفر او ۲۵ فیصد خلک معدوي عصاره یې د ماینور ګروپ انتیژن لکه د Lewis انتیژن (یانې Lea او Leb) احتوا کیږی.

هغه خلک چې په خپل سره کریواتو کې +Lea ماده لري (۲۵ فیصد خلک د اماده لري) د هغوې د معدې په عصاره، لاړو او تشو متیازو کې د وینې د عمده ګروپونو انتیژن موجود نه دې بلکه په مساوي اندازه Lea انتیژن موجود دي، چې سبب یې تر اوسه پورې معلوم نه دې او داسې خلکو ته نون سکریتوري (Non secretor's) وایي چې د اثنا عشر د قرحې د پاره مساعده زمینه نسبت هغه اشخاص ته چې سکریتوري (Secretors) دې (د معدې په عصاره کې Lea انتیژن موجود نه دې) فوق العاده زیات دې.

۵-الکترولایت (Electrolite):

د معدې عصاره په زیاته اندازه اسید کلورهیدریک لري چې د جداري حجراتو له خوا افرازیږي کوم وخت چې د هایدروژن غلظت د افرازي په مرحله کې زیاتیږي. د سودیم غلظت په معکوس ډول ښکته راځي د پتاشیم غلظت معمولاً د ۵ نه تر ۱۰ ملي اکویولانت په یو لیتر کې ثابت او د کلور غلظت د ۱۵۰ ملي اکویولانت په یو لیتر کې برابر پاتې کیږي.

د اسید د افراز تنظیم:

د معدې د اسید د افراز تنظیم په دوه برخو کې مطالعه کیږی.

۱-د اسید د افراز تنبه کوونکې سیستم.

۲-د اسید د افراز نهی کوونکې سیستم.

۱-د اسید د افراز تنبه کوونکې سیستم:

د اسید جوړیدل او افراز په درې صفحو کې مطالعه کیږی.

الف: Cephalic Phase:

په دې صفحه کې په دماغ باندې یو تنبه واردیږي دا تنبه د واګوس د مرسله اعصابو په واسطه معدې ته راځي او په پای کې د معدې حرکات او د اسید افراز زیاتیږي دا تنبه چې پر دماغ باندې واردیږي د غذایې مادو د لیدو، لمس کولو، بویولو او د هغه په باره کې د فکر کولو په واسطه مینځته راځي چې د واګوس د عصب په قطع کولو کې دا تنبیه معدې ته نشې راتلاې د واګوس عصب مستقیمه تنبه د معدې پر Parietal حجراتو باندې د اسید کلورهیدریک د زیات افراز سبب ګرځي کوم عصبي تنبهې سیاله چې د واګوس د عصبي الیافو په واسطه په انتروم کې راځي د ګسرین د زیات افراز سبب ګرځي او له دې لارې په غیر مستقیم ډول د واګوس تنبه د اسید کلورهیدوریک د زیات افراز سبب ګرځي د Parietal حجراتو مستقیمه تنبه د اسید د مقداري افراز له نظره مهمه ده.

ب: Gastric Phase:

د غذایي موادو نتوتل معدې ته د معدې پر جدار باندې د میخانیکې او کمییادي تائیراتو باعث ځي. دانتروم د جدارتوسع د غذایي موادو فشارپه واسطه یوه عمده میخانیکې

تنبیه ده چې د ګسترین د افراز سبب کیږي. او همداسې د پروتیني موادو تماس د انتروم د مخاطي غشا سره نه یوائې د نومورې موادو د هضم سبب کیږي، بلکه د کیمیاوي تنبه په ډول د ګسترین افراز زیاتوي. د غذایي موادو موجودیت په معده کې د واګوس د دوامدار تنبه سبب ګرځي. څرنګه چې د واګوس د حسي الیافو په واسطه د معدې څخه عصبي تنبه مرکزي اعصابو ته ځي او د واګوس د مسرله الیافو په واسطه بیرته معدې ته او مخصوصاً Parietal حجراتو ته راځي او نومورې حجراتو ته تنبه ورکوي.

ج: Intestinal Phase:

د معایي صفحې رول د معدې په افراز کې ښه توضیح شوې نه ده اما تجربو ښودلې ده، چې د غذایي موادو موجودیت په وړو کولمو کې د دې سبب کیږی چې یوه ماده د Enterooxymtine په نامه افراز شي، چې په معده کې د اسید د افراز د زیاتوالي سبب ګرځي.

۲- د اسید د افراز نهې کوونکی سیستم:

الف: انترال نهې کوونکې عوامل:

د انتروم محیطي PH کوم وخت چې د ۲،۵ څخه ښکته شو نه یوائې په مستقیم ډول د ګسترین د افراز څخه مخنیوې کیږی بلکه هغه عصبي تنبه هم د مینځه وړي کوم چې د ګسترین د افراز سبب ګرځي. او کوم وخت چې د انتروم محیطي PH ۱،۲ ته ورسید د ګسترین افراز مطلق او سل په سل صورت نه نیسي.

که د معدې د Parietal حجراتو او د انتروم د مخاطي غشا تر منځ نورمال ارتباط قطع شي څرنګه چې اسید په هغه ځای کې چې ګسترین افرازیږي (یانې انتروم ته) ونه رسیږي، نو په دې ډول په سیروم کې د ګسترین سویه جګه او په معده کې زیات مقدار اسید افرازیږي.

ب: د معایي نهې کوونکې عوامل:

وړې کولمې د یو شمیر هورمونو د ازادولو په ذریعه د معدې د اسید د افراز په کنترول کې برخه اخلي دا هورمونونه نه یوائې د ګسترین د افراز څخه مخنیوې کوي بلکه پر جداري حجراتو باندې د هغه تاثیر هم له مینځه وړي.

سکریتین، Pancreozymin او Cholecystokinine چې د اثنا عشر او د وړو کولمو د مخاطي غشا له خوا افرازیږي د معدې د اسید افراز بلاک کوي په وړو کولمو کې د شحم

موجودیت د ګسترین د فعالیت او افرازد مخنیوي لپاره با اهمیته ده ځکه چې شحم د Pancreozymin، Cholecystokinie G.I.P (Gastric inhibitory polypeptide) د ازادیدو سبب ګرځي.

انټیروګسترین (Enterogastrine) یو غیر قابل تفریق هورمون دې، چې د اسید د زیات افراز څخه مخنیوې کوي، چې د وړو کولمو او اثنا عشر له خوا د شحم په موجودیت کې افرازیږي دا هورمون د معدې حرکات او د Pepsin افراز کموي.

بولبوګسترین (Bulbogastrine) یو بل هورمون دی، چې تر اوسه پورې د دې ترکیب معلوم شوی نه دی د اثنا عشر د بصلې له خوا افرازیږي او د اسید د افراز څخه مخنیوی کوي.

د معدې معاینه:

د معدې د ناروغ معاینه کولو لپاره مختلف میتودونه دي چې عبارت دي له:

۱:- فزیکي معاینه

۲:- رادیولوژیکي معاینه

۳:- اندوسکوپیک معاینه

۴:-لابراتواري معاینه مخصوصاً هغه تستونه چې معدوې افرازات د هغه په واسطه تعینیږي.

۵:- بایوپسي.

۱:- فزیکي معاینه:

درې مهمې فزیکي علامې، چې د معدې په ناروغیو کې ډیر اهمیت لري عبارت دي له .

۱-Pointing Sign

د یوه ناروغ څخه چې فکر کیږي د قرحې په Dyspepsia اخته دې خواهش کیږی، چې د یو لاس په واسطه وښیي، چې درد د کومې برخې څخه شروع کیږي دا علامه هغه وخت مثبت وي، چې که ناروغ په صحیح ډول د لاس د یوې ګوتې یا د څو ګوتو په واسطه د درد د پیدا کېدو ځای په موضعي ډول ښکاره کړي د دې علامې مثبتوالې په پیپتیک قرحه دلالت کوي اما د دې ناروغۍ لپاره Pathogonomic علامه نه ده.

۲:-عضلي شخوالی:

د عضلې شخوالی د عمومي پریطونایتس په واقعاتو کې ډیر ښه تثبیت کېدای شي اما لازمه ده چې د Dyspepsia په ټولو حالاتو کې په دقیق ډول عضلي شخوالې د بطن په جدار کې ولټول شي د Dyspepsia په واقعاتو عضلي شخوالی په لاندې ډول لټول کېږي.

د ګېډې په جدار کې لومړی یوه مستقیه عضله او وروسته بیا بله مستقیمه عضله په دیر دقت سره باید جس شي که چېرې د جس په واسطه ثابته شوه، چې مستقیمه عضله د بطن په یوه خوا کې نظر بل طرف ته شخه او مقاومه ده مانا یې دا ده چې یو طرف عضلې شخوالې موجود ده چې دا علامه ډیر امکان لري د قرحې له کبله د پریطوان د التهاب څخه مینځته راغلې وي.

۳:- د لیدو وړ پریستالتیک حرکات:

د دې لپاره چې دا معاینه تر سره شي لازمه ده، چې معاینه کوونکې داکتر د ناروغ د بسترې تر څنګ ودریږي او په ډیر دقت سره د ناروغ د اپي ګستریک په ناحیه کې هغه امواج وڅیړي کوم چې د کېن خوا څخه شروع او ښي خواته حرکت کوي. د دې لپاره چې نومورې امواج تنبه شي بهتره ده چې ناروغ ته د کاربونات محلول د څښلو لپاره ورکړل شي او یا دا چې د ناروغ د اپي ګستریوم برخې پوستکې د ګوتې په واسطه ښکته ټیله شي. په هغه صورت کې چې د بطن جدار ډیر نرۍ وي د علامې مثبتوالی ډیر زیات د پایلور په هغه تضیق دلالت کوي چې د اثنا عشر د قرحې له کبله ډیر عمومیت لري.

باید یادونه وشي چې نورمال معده اصلا د جس وړ نه ده مګر بیا هم د معدې د جسم او غور د تومور د موجودیت په صورت ښایي دا برخې د جس وړ وګرځي.

۲:- رادیولوژیکي معاینات:

د یوه اساسي او علمي مشاهدې تر اخستلو وروسته د معدې د ناروغیو د تشخیص لپاره رادیولوژیک معاینات یو مهم تشخیصیه میتود دې د دې میتود (د باریوم د خوړلو څخه په استفاده) په واسطه د معدې د Motor Activity او تخلیه کېدو په مورد کې معلومات لاس ته راتلای شي. همدارنګه د رادیولوژیک معاینات د اجرا کولو په صورت کې دا امکانیت هم وجود لري، چې د معدې د قرحو فرورفتګي، د کارسینوما د

ارتشاح له کبله Filling defects او د حجاب حاجز فتقونه په واضح ډول د رادیوګرافي په کلیشه کې ولیدل شي.
د باریوم د لږ مقدار په استعمال سره کېدای شي چې د معدې د مخاطي غشا التواګاني له منځه لاړې شي او د یو متحرک میز په واسطه معده په مختلفو وضعیتونو معاینه کړو.
د پورته ذکر شوو مانورو په واسطه د قرحې د تشخیص چانس د معدې په برخه چې وي فوق العاده زیات دې اما د معدې په Cardia او Antrum کې امکان لري تشخیصیه غلطي مینځته راشي. دا ځکه چې په دې ځاې قرحې تشخیص د رادیولوژي له نظره مغلق او مشکل دی.
همدارنګه باید یادونه وشي، چې د یوه سلیم او کارسینوماتوز قرحې ترمینځ تفریق زیاته تجربه او پرکتس ایجابوي.

۳:- اندوسکوپي:

د فلاکسیبل ګاسترسکوپ په واسطه دا امکانیت موجود دې، چې د معدې تقریباً زیاته برخه په سترګو تفتیش شي. مخکې د معاینې څخه ناروغ ته باید یو مرکزي انلجزیک ورکړل شي ، معده باید لواژ او بلعوم د یوه موضعي انستتیک مادې په واسطه بې حسه شي او وروسته ګسترسکوپ باید داخل شي. دا عملیه د باتجربه داکتر په واسطه فوق العاده محفوظه او د ناروغ دهمکارې په صورت کې ډیر لږ مشکل مینځته راځي.
هغه نوې اله چې Fiberoscope نومیږي او ډیر نفیس پوښ شوې د Quartz یا پولیتینس فایبرونو له یوه یوه بنډل څخه جوړه شوې ده، چې نوموړې بنډلونه د انحنا قابلیت لري او بدون د عدسیې څخه د داخلي انعکاساتو په واسطه وړانګې خارج خواته انتقالوي.
دا اله د معدې د انتروم د تفتیش لپاره ډیره موثره ده دا موضوع ثابته شوې چې د رادیولوژي تر څنګ ګسترسکوپي یوه دیر ګټور تشخیصیه میتود دې د دې معاینې په واسطه دا امکان برابر شوی، چې د معدې له داخلي سطحې څخه عکس هم واخستل شي د اندوسکوپي میتود د نوي داکترانو لپاره ډیر د ارزښت وړ دی دا ځکه چې د دې میتود په واسطه د ژوند په مرحله کې پتالوژیکې حالات واضحا ورته څرګندیږي.

د ګسترسکوپ په واسطه اوس ډاکټران کولاې شي چې په ډیره اسانۍ د معدې د امراضو په مینځ لکه د معدې د کانسر او د معدې د قرحې په مینځ او د مختلفو ګستریتس په مینځ کې تفریقي تشخیص اجرا کړي.

۴:- لابراتواري تستونه (Secretory Tests):

هغه تست چې د معدې څخه د اسید افراز د ظرفیت د تعین لپاره اجرا کیږی یوائې د لاندې حالاتو په مورد کې معلومات راکوي.

الف) د فعال پریتال حجراتو د شمیر په مورد کې:- په یوه معین وخت کې وروسته له یوه اعظمي تنبه څخه له معدې څخه د اسید افراز د اندازه کولو په واسطه کولای شو، چې Parietal cell Mass په تخميني ډول تعین کړو.

ب: د پریتال حجراتو عکس العمل د عصبي، هورموني او نورو تنبهاتو په مقابل کې:-

تر اوسه پورې یو تثبیت شوې تخنیک چې د هغه په واسطه د تنبه اندازه چې د هغه په مقابل کې قرار لري تعین شي وجود نه لري. اما ښایي په ځینې ناروغانو کې شدید Vagal Tone موجود وي او پریتال حجرات د یوه قوي او دوامداره تنبه سره د مواجه کیدو په صورت معده یوه زیاته اندازه ګاسترین افراز کړي.

باید یادونه وشي چې تر اوسه پورې ذکر شوې نظریه د ځینې دلایلو له مخې محدوده پاتې ده.

ج: د نهې کوونکي میکانزم موثریت: د دې میکانیزم د طبعې ارزښت په مورد کې ډیر لږ معلومات وجود لري اما اوس داسې ښکاري چې دا میکانیزم د کلینیک له نظره چندان مهم نه دی.

د معدې د اسید دافراز ظرفیت تعینول:

د معدې په عصاره کې د اسید د ظرفیت تعینول په لاندې ډول صورت نیسي.

الف: په هغه حالت کې چې په معده کې غذایي مواد موجود نه وي او معده تنبه شوې نه وي د معدې په عصاره کې د اسید تولید د بازال اسید د اوټ پوت (BAO) په نامه یادیږي او نتیجه یې د هایدروجن د ایون ازادیدو له مخې، چې په یو ساعت کې څو ملي اکویلانت ازادیږي لاسته راځي.

ب: په هغه حالت کې چې معده د هیستامین، پنتاګسترین او یا بیتازول یا چاې په واسطه تنبه شي د معدې په عصاره کې د اسید تولید ماکسیمال اسید د اوت پوت Maximal Acid Output (MAO) په نامه یادیږي. (منبه مواد تر هغه اندازې پورې ناروغ ته تطبیقیږي چې اعظمي تاثیر ولري).

د تست طرز العمل:

ناروغ باید ۱۲ ساعته مخکې د تست څخه د خولې له لارې هیڅ شي ونه خوري د ضرورت په صورت کې کولاې شي چې یوائې خالصې اوبه وڅکي. دتست په شروع کې ناروغ ته معدوي تیوب تطبیقیږ.او تیوب له لارې معده تشه او محتوی یې لرې اچول کیږي او وروسته د دې څخه، چې معده تشه شوه ناروغ په شا او چپ اړخ څملول کیږی او په دې وخت کې د معدې افرازات تر یوه ساعت پورې اسپیریتد کیږی او د هرو ۱۵ دقیقو افرازات په جلا جلا تیوبونو کې ځای ورکول کیږي، چې مجموعاً ۴ تیوبه شي دا ټول شوي افرازات د BAO څخه عبارت دي.

په اخر د یو ساعت ۰،۴ ،ملي ګرام فی کیلو ګرام وزن د بدن هیستامین ناروغ د ته پوستکې لاندې زرق کیږی او په دې ډول د معدې افرازات تنبه او د نیم ساعت لپاره د معدې افرازات اسپیریتد کیږی (بیتازول ۱،۵ ملي ګرام فی کیلو ګرام وزن د بدن او پنتاګسترین شپیږمیو ګرام فی کیلو ګرام وزن د بدن ناروغ ته تطبیقیږي) او د هر ۱۵ دقیقو افرازات په جلا جلا تیوبو کې راټولیږي چې مجموعاً شپږ تیوبه او د MAO څخه عبارت دي. د تیوبونو PH د PH متر یا فنول فتالین په واسطه تعین او اسید مقدار د هایدروجن د ازاد شوې ایون په ملي اکویلانت في لیتر تعینیږي. چې په تابلو کې ښودل شوی دی.

Condiation	Basal Acid Output Meq/hr	Maximal Acid output Meq/hr.
Normal		
Male	۲،۴۴ ± ۲،۸۵	۱۱،٦ ± ۷،٦۲
Female	۱،۳۳ ± ۲،۰۰	۷،۵۳ ± ۵،۲۰
Duodenal Ulcer		
Male	۵،۲۹ ± ۴،٦۳	۱۹،۹۱ ± ۹،۷۰
Female	۲،۸۷ ± ۳،۱۴	۱۳،۴۲ ± ٦،۸۷
Gastric Ulcer		
Male	۱،۴۵ ± ۱،۹۹	۹،٦۸ ± ٦،۹۷
Female	۱،۰۰ ± ۱, ۴۹	۷،۹۵ ± ۵،۹٦
Gastric Cancer		
Male	۰،۴۵ ± ۱،۲۳	۳،۲۵ ± ۴،۷۹
Female	۰،۱٦ ± ۰،۴۷	۱،۴٦ ± ۲،۵۰

Basal and Histology Stimulated Gastric Secretion in normal Subjects and in Patients with Peptic Ulcer or with Gastric Ulcer.

د سیروم د ګسترین اندازه:

په سیروم کې د ګسترین نورمال اندازه د ۵۰ څخه تر ۱۰۰ پیکو ګرامه په یوه میلي لیتر ده او د دې څخه جګه سویه د اثنا عشر په قرحه دلالت کوي. اما په یاد وي، چې د دې معاینې په څنګ کې باید د اسید کلورها یدریک مقدار هم تعین مقدار شي. ځکه چې په اتروفیک ګسترایتس کې او Pernicious Anemia کې هم د ګسترین سویه جګیږي اما په دې دوه ناروغۍ کې د اسید کلورهیدریک مقدار د نورمال څخه ښکته وي.

۴- Hollander انسولین تست:

په دې تست کې ناروغ ته له یوې خوا د وریـد له لارې په منظم ډول انسولین ورکول کیږي او له بلې خوا د معدوي تیوب پواسطه د معدې افرازات خارج او د هغه په مینځ

اسید کلورهیدریک تعین شي . د انسولین د هایپوګلیسیمیا په نتیجه کې واګوس د مرکزي عصبي د سیستم له لارې تنبه او په معده کې د اسید دز یات افراز سبب ګرځي.
ناروغ د دوه ساعتو لپاره بخیي روژه ده وروسته د دې څخه معده د معدوي تیوب په واسطه تش کړی بیا د ۱۵ دقیقو لپاره بازال سیکریشن راټولیږي او په هغه کې د اسید کلورهیدریک اندازه تعینیږي ناروغ ته ۰،۲ یونت په هر کیلو ګرام وزن د بدن انسولین د وریدله لارې ورکول کیږي. یا په بل عبارت ناروغ ته تر هغه وخته پورې انسولین ورکول کیږي چې د شکر سویه په وینه کې ۳۵ملي ګرام په سل ملي لیتر وینه کې ورسیږي وروسته ددې څخه د دوو ساعتو لپاره هر ۱۵ دقیقې وروسته د معدې عصاره جلا جلا تیوبونو کې راټوله او ددې افرازاتو مقدار، PH او اسید یې اندزه کیږي که د اسید په غلظت کې ۲۰ ملي اکویولانت په یو لیتر زیاتوالې مینځته راغې تست مثبت او ناروغ د اثناعشر په قرحه اخته دي.

۵- بایوپسي:

دا امکانیت اوس موجود دې چې د فلکسیبل ګسترسکوپ په واسطه دمعدې له مخاطي غشا څخه د بایوپسي په منظور Specimen واخستل شي دا مانوره ډیره محفوظه او اختلاطات یې هم ډیر لږ دي.

د معدې جراحي امراض

۱- د Peptic قرحې جراحي:

په عمومي صورت د Duodenum قرحې ۲۰% ناروغان جراحي تداوي ته ضرورت پیداکوي. او دمعدې قرحې ۵% جراحي داوي ته ضرورت پیداکوي.
چې په دې قرحاتو کې جراحي تداوي په لاندې حالاتو کې استطباب لري.
الف: کوم وخت چې قرخه د طبي تداوي سره چې په اعظمي ډول تطبیق شوې وي اما شفا یاب شوې نه وي. چې Intractability نوم ورته ورکړل شوې.
ب: دPeptic Ulcer په اختلاطي حالاتو کې.
۱, د قرحې غیر قابل کنترول نذف.

۲. د سورې کېدو په صورت کې.
۳. د پیلور یا دمعدې په انسدادي او تضیقي (Stenosis) حالاتو کې.
۴. کوم وخت چې H.Pylori فعالیت کوي هغه باید تداوي شي په غیر له دې جراحي عملیات اجرا کېږي.

دجراحي عملیات په واسطه یواځې دمعدې یاDuodenum د قرحې لري کول د ناروغ مشکل نه ورک کوي. ځکه چې حتما بیا قرحه په بل ځای کې پیداکېږي؛ نو د جراحي تداوي مقصد د طبي تداوي په شان د معدې د عصارې د Acidاو Pepsin مقدار کمول دي، په دې منظور پنځه بنسټیز جراحي میتودونه د قرحې د تداوي په برخه کې موجود وي چې عبارت دي له :

۱. **Sub Total Gastrectomy**
۲. **Enterectomy**
۳. **Total Gasterectomy**
۴. **Vagotomy**
۵. **Gastro Jejuno anastomy**

دځینې استثنایي پیښو څخه پرته د Duodenum Ulcer د تداوي لپاره انتخابي عملیاتونه عبارت دي له:

۱. Vagotomy and Drainage
۲. Parietal Cell د فعالیت دکموالي لپاره Vagotomy بدون د دریناژ.
۳ Enterectomy او Vagotomy
۴. Subtotal Gastectomy

۱. Subtotal Gastrectomy:

په دې عملیات کې دمعدې دوه پر څلورمه برخه یا دوه پر درپیمه برخه لیرې کېږي. (یا په بل عبارت دمعدې۷۵%دیستال برخه قطع کېږي) د معدې دپاسنې پاتې برخه یا داثناعشر سره پیوند ورکول کېږي چې په کلاسیک ډول بیلروت یو(۱ Billroth) ورته وایي یادا چې داثناعشر خوله التهابي او التصاقي دی او دمعدې سره پیوندول یې

دفستول د پیداکېدو سبب کېږي؛ نودمعدې پاتې برخه دجیجونوم د لومړۍ برخې سره پیوند کېږي، چې د بیلروت دوه(۲ Billroth) په نامه یادیږي. په دې عملیته کې جیجونوم یا دمستعرض کولون په قدام کې دمعدې سره پیوند کېږي، چې بیلروت دوه انتي کولیک په نامه یادیږي یا دا چې دمستعرض کولون په مساریقه کې یو سورې خلاص او له دې لارې معده دجیجونوم لومړۍ برخې سره پیوند کېږي. چې د بیلروت دوه ریتروکولیک په نامه یادیږي.

باید وویل شي چې بیلورت یو د معدې دقرحې لپاره استعمالیږي او بیلروت دوه د اثناعشر د قرحې لپاره تطبیقیږي. ځکه چې په بیلروت دوه کې د قرحې د بیا پیداکېدو خطر نسبت بیلروت یوه ته ډیر لږ دی. او دلیل یې دادې چې د Post prandial ګسترین سویه په بیلروت یو کې نسبت بیلروت دوه ته زیات دي (Postpranidal وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه ګستریک افرازوي) او دبیلروت یو عملیات یواځې هغه وخت داثناعشر د قرحې په تداوي کې استعمالیږي، چې د واګوتومي سره یوځای وي. په بیلروت دوه کې معده هر څومره چې د وړو کولمو د پروکسیمال برخې سره پیوند شي په هماغه اندازه وروسته د عملیات څخه سوء تغذیه لږ پیداکېږي؛ نو له همدې کبله معده د جیجونوم د لومړۍ برخي سره (۱۵ سانتي متر ښکته د Trietz Lig څخه) د ایزوپریستالیزم په ډول پیوند ورکول کېږي. او داثناعشر خوله ترل کېږي که داثناعشر په لومړۍ برخه کې قرحه پاتې شي وروسته د عملیات څخه له هغه ځایه چې د قرحې سره هیڅ وخت اسید په تماس نه راځي نو پاتې شوې قرحه وروسته د څو ورځو څخه بیخي شفا یاف کېږي. د فیزیولوژي له نظره د Subtotal gastrectomy په واسطه Gastrine ټول افرازي برخه (انتروم) او د اسید کلورهایدریک د نیمایي څخه زیاد تره برخه یې ایستل کېږي. په دې عملیات کې دوه فیصده خطر موجود دې.

۲. واګوتومي او درناژ:

دواګوتومي په واسطه د واګوس سیستم تنبه محدوده پاتې کېږي او د جداري حجراتو حساسیت ګسترین په مقابل کې ښکته راځي.

الف: ترانکل یا جذري واګوتومي:

یو کلاسیکه عملیه ده او په دې عملیه کې د واړه واګوس عصب په اندازه د یوه یا دوه سانتي متر د مرۍ په ښکتنې برخه په دواړو خواو کې قطع کېږي. او هغه ځای چې په دواړو خواو کې دواګوس عصب د قطع کېدو له کبله د معدې د جدار ټول عضلي طبقات خپل طبعي مقویت له لاسه ورکوي او غذایي مواد اثنا عشر ته په اسانې نشې تیرولای؛ نو د جذري واګوتومي سره باید پیلوروپلاستي هم اجرا شي. د ترانکل واګوتومي معذرت په دې کې دی، چې وروسته د عملیات څخه ناروغ اسهال پیدا کوي. او له هغه ځایه چې کبدي او د سلیاک واګوس شعبات هم قطع کېږی د خارج معدوي اعضاو په وظایفو (لکه د ځیګر او پانقرانس) کې هم اختلال مینځته راځي. او ښه والې په دې چې د قرحې د بیا پیدا کېدو خطر لږ دی.

ب: سلکتیف واګوتومي(Selective Vagotomy):

د معدې د کاردیا په حذا د واګوس د عصب د تشعب څخه ښکته د واګوس د عصب یواځې معدوي شعبات قطع کېږي. او د خلفي واګوس سلیاک شعبات (پانقراس) او د قدامي واګوس (چپ واګوس) کبدي شعبات په خپل حال پاتې کېږي. وروسته د عملیات څخه د اسهال واقعات زیات نه دي او د Dumping سندروم د پیدا کېدو خطر زیات دی.

ج: د جداري حجراتو لپاره واګوتومي:

د پروکسیمال معدوي واګوتومي په نامه هم یادیږي. په دې عملیه کې د صغیر انحنا په پاسنې برخه کې د معدې د دوه پر درې علوي برخې د واګوس عصب شعبات قطع او یو پر درې سفلي برخې واګوس عصبي شعبات محافظه کېږی. یا په بل عبارت د انتروم عصبي شعبات په خپل حال پاتې کېږي. د دې عملیې ښه والې په دې کې دی چې پیلوروپلاستي(pyloroplasty) ته ضرورت نشته ځکه چې د انتروم استداري حرکات نورمال پاتې کېږي او معدوي تخلیه په تشوش نه اخته کېږي. اما معذرت یې په دې کې دې چې د قرحې د اختلاطاتو په برخه کې مثلاً د نذف د تثقف په حالت د دې عملیې څخه کار نشو اخستلای او همداسې که د پیلور انسداد موجود وه دا عملیه مضاد استطباب دي.

له هغه ځایه چې د دې عملیې په واسطه د اسید اندازه ښه ښکته نه راځي نو د قرحې د پیدا کېدو خطر هم زیات موجود وي. اما د دې عملیې څخه وروسته اسهال او Dumping سندروم نه پیدا کېږي.

۳- انترکتومي او واګوتومي:

په دې عملیات کې د معدې ۵۰% دیستال برخې د صغیره انحناء سره یو ځای قطع او سلکتیف واګوتومي اجرا کېږي. یا په بل عبارت د ګسترین افرازي منطقه لیرې کېږي د معدې پاتې برخه د بیلروت یو یا بیلروت دوه په اصول د اثنا عشر یا جیجونوم سره پیوند کېږي.

زیادتر جراحان بیلروت یو ته ترجیح ورکوي او د ننګرهار د طب د پوهنځي په روغتون کې هم دا نوع عملیات ته ترجیح ورکول کېږي او سره له دې، چې په کلاسیک ډول د Marginal Ulcer د پیدا کېدو خطر دوه فیصد ښودل شوې دي اما تر اوسه پورې مونږ تر کوم ځایې پورې چې شرایط اجازه نه ورکوي د دې اختلاط سره مخامخ شوې نه یو.

۴-ګسترو جیجونو ستومي Gastrojejunostomy:

د اثنا عشر د قرحې په تداوۍ کې پخوا ډیر رواج درلود او هغه ځایه چې ۲۰ فیصد د Marginal Ulcer د پیدا کېدو خطر موجود دې نو اوس دا عملیات پرناروغانو باندې نه تطبیقیږي.

پخوا د دې عملیات تطبیق په برخه کې جراحان د فزیولوژي له نظره داسې استدلال کاوه، چې د معدې د ژر تخلیه کېدو له کبله د معدوي هضمي صفحه لنډیږي. او په نتیجه کې د معدې په اسیدي افرازاتو کې کموالې مینځ ته راځي دا عملیات یوائې په زړو خلکو کې او هغه هم په دې شرط چې هایپوکلورهایدریا ولري استطباب ولري.

۵- Total Gastrectomy:

د زالینجر الیسن سندروم (Zolinger Elison Syndrome) او Erossive Gastritis لپاره چې ډیره وینه ورکوي انتخابي تداوي ده اما د اثنا عشر او د معدې عادي قرحاتو لپاره توتال

ګستر کتومي هیڅ استطباب نه لري. وروسته د توتال ګستر کتومي څخه ناروغان د تغذیې د مشکلاتو سره مخامخ کیږي او لږ شمیر یې د اوږدې مودې لپاره ژوندی پاتې کیږي.

د معدې او اثناعشر Stenotic سوء اشکال:

باید ذکر شي چې د معدې او د Duodenum یوائې قرحات د دې دوه عضوود Stenosis او Deformation سبب نه ګرځي بلکه د معدې کانسرونه او Extrisic (خارج معدوي) Tumor د معدې د تضیق هم سبب کیږي چې پدې ځاې کې زمونږ د بحث موضوع یوائې هغه Stenotic حالت دې چې د Stomach او Duodenum ulcer په نتیجه کې مینځته راځي او په افغانستان کې زیاد تصادف کیږي.

Ehiology:

د Pylorus د ناحیې ulcer چې څو څو ځلې فعال او خاموش شوې وي د Pylorus د ناحیې د Stenos سبب کیږی اما د Body, Antrum او fundus د معدې قرحات د معدې د جسم او fundus د برخې د Stenos سبب کیږی خصوصا که چیرې Ulcer د Greater او Lesser Curvator ته نژدې واقع او په مزمن ډول سیر ولري د معدې په مختلفو برخو کې د Stenosis سبب کیږي.

Pyloric Stenosis Clinical manifestation:

الف: ناروغان د Peptic د قرحې اوږده تاریخچه لري.

ب: ۳۰% ناروغان په خپله تاریخچه کې د Hematomesis او Melana څخه حکایه کوي شروع کې د ناروغانو عمومي وضع خرابه نه وي اما وروسته ناروغان د زیاتو کانګو، د مایعاتو او د Electrolytes د ضایع کیدو له کبله ډنګر، عصبي مزاجه او Dehydrated کیږي.

د Pyloric Stenos کلینیکي Symptom عبارت دي له:

۱-درد:

درد په شروع کې په Epigastric ناحیه کې او Periodic وي په دې ډول چې شروع کې په د دوه دردونو په مینځ کې فاصله زیاته وي او ۳ تر ۴ ساعته وروسته د غذا څخه پیدا کیږي چې د Stenos په زیاتوالي کې فاصله د دوه دردونو تر مینځ کمیږي. نومورې درد د غذا یا د خوراک څخه وروسته پیدا کیږي، چې بالاخره د وخت په تیریدو سره نومورې درد د میاشتو لپاره په دوامدار ډول پاتې کیږي. د Stonos په پرمختللي حالاتو کې درد شدید Cramp او Spastic (تشنجي) په شکل حس کیږي.

۲-کانګې

په لومړي وختو کې د درد شروع سره کانګې پیدا کېږي، چې وروسته د Vomiting څخه ناروغ د ښه والي احساس کوي او درد یې کمیږي. د کانګې محتوي غذایي مواد او دمعدې افرازات وي د Stenos په پرمختللي حالت کې د غذا خوړلو څخه وروسته ناڅاپي ناروغ په Epigastric ناحیه کې درد حس کوي او د درد کموالې له پاره ناروغ مجبور کېږي چې کانګې وکړي چې حتې په خپله ناروغ د خپل ګوتې په واسطه Larynx تحریک کوي، د کانګو محتوي ناهضم شوي غذایي مواد او دمعدې افرازات وي د کانګو محتوي تیره(مخرش او زننده)بوي لري چې دمعدې د داخلي فرمنتونو د Putrification کبله مینځته راځي.

د Pyloric Clinical Sign په لاندې ډول دی:

په Inspection کې ناروغان دنګر او Dehydrated معلومیږي د ګېډې جدار عموما د صدر د سویې څخه تیټوي او د Epigastric په ناحیه کې د ګېډې جدار راوتلی چې په نومړی ناحیه کې استداري حرکات په سترګو لیدلای شو چې نومړي راوتلی برخه د Epigastric Iliac fossa خواته مهاجرت کوي. Palpation سره په Epigastric ناحیه کې حساسیت او درد موجود او که د ګوتو په واسطه په نومړي ناحیه کې خفیف ضربه وارده شي د مایع تموج اواز اوریدل کېږي.(مخصوصا که ناروغ ته مخکې ددې عملي څخه دوه یا درې ګیلاس اوبه ورکړ شي) چې نومړي اصطلاح ته Clapotage ویل کېږي.

د Auscultation په واسطه د معدې استداري حرکات په Hyper pristaltism ډول اوریدل کېږي.

دمعدې د جسم(Body)او Fundus د Stenosis سریري لوحه:

دمعدې د Body او Fundus تنګوالې د معدې د Hours Glass Contraction (د شکې ساعت)په نوم یاد Bilacular Stomach په نوم یادوي. په دې حالت کې معده په دوه جوف چې د یو Stenotic Canal په واسطه ارتباط لري ویشل کېږي، چې Stenotic ناحیه د Lesser Curvatures د قرحاتو د جوړیدو په نتیجه کې مینځته راځي. په دې ډول چې نومړي Ulcer د Mucus او Sub mucus طبقې د تضیق او تکمش سبب کېږي، چې

بلاخره د Ulcer د پرمختګ له کبله د معدې د جدار عضلي الیاف Spastic کېږي که چېرې د نومورې قرحاتو منشاء سفلیس یا Carcinoma وي د Stenosis چانس د Stomach په Body او Fundus کې زیات دی.

Clinically مقدم vomiting یانې د غذایي موادو د خوړلو څخه وروسته مینځته راځي همداسې د Epigastric په پورتنې برخو کې درد حس کېږی ځینې وخت د کانګو محتوی وینه وي.

Diagnosis:

د Clinically Manifestation له مخې چې مخکې ذکر شو لابراتواري معاینا تو، X-Ray او Funduscopy له مخې وضع کېږي.

لابراتواري معاینات:

Blood Examination کې Anemia، HypoCloremia ، Hyponaterimia ، Hypokalemia ، Alkalosis او د Hemoconcentration زیاتوالی تثبیت کېږي، د معدې د عصارې په معاینه کې امکان لري چې **H. Pylori** تثبیت شي.

Abdominal X-Ray:

دګېډې په ساده رادیو ګرافي کې چې په لومړې وخت کې او د ولاړې په وضعیت او همداسې پر مختللي وختونو کې چې اخستل کېږي د معدې حذا د هوا او مایع سویه (Hydroairic) لیدل کېږي.

په لومړیو وختو کې له هغه ځایه څخه چې Partial Functional Stenos په Pylor کې موجود وي او د قرحې د Activity په اثر Spastic Pylorus موجود وي د معدې محتوي Duodenum ته نه داخلیږي که چېرې ناروغ ته Atropin ۱/۴mg درک له لیارې تطبیق شي دمعدې محتوي Duodenum ته په تدریجي ډول تخلیه کېږي او په معده کې Hydro airic خیال په X-Ray کې ددې په تعقیب نه لیدل کېږي.

اما که تضیق پرمختګ کړی وي د Atropin د تطبیق څخه وروسته د معدې محتوي نه تخلیه کېږي او لومړی X-Ray په شان Hydroairic خیال بیا معلومیږي همداسې که ناروغ

تـه بـاریوم ورکـړل شـي، چـې وخکـې پـه X-Ray کـې لیـدل کېږي، چـې د Pylor لـه لاری Duodenum ته نه تخلیه کېږي اود پیلور د ناحي د Complete Stenos تثبیت کېږي.

د Hour glass معـدې قطعـي تشـخیص د رادیـو ګرافـي او Gastropscopic معـاینې پـه واسطه وضع کېږي پـدې ترتیـب چـې د رادیـو ګرافـي پـه کلیشـه کـې چـې د Barium sulfate د خوړلو څخه وروسته واخیستل شي Bilacular Stomach معلومیږي یعنی معده په دوه جوفو ویشل شوی وي، چې د یو نوي کانال په واسطه یو بل سره ارتباط لري.

Gastroscopy:

وروسته له دې څخه چې د معدې Lawage اجراشوه د پیلور او همداسې د Stomach پـه تضـیقي حلاتـو کـې د Gastroscope پـه واسطه نـه یـوائې Stenos پـه پیلـورس یـا معدې د جسم په حذا تثبیت کېږي بلکه د معدې التوات چې ایـا Odematos او التهـابي دی که نه او همداسې په Stenotic سیمو کې Fibros Tissue د لیدو وړ دی همداسې که پـه معـده یـا Duodenum کـې Complete Stenos موجـود وي امکـان لـري، چـې Gastroscope هـیڅ د Stenotic نـاحیې څخـه وړانـدې لاړ نـه شـي اوپـه دې ډول قطعـي تشخیص د Gastroscopy په واسطه وضع کېږي.

توپیري تشخیص:

د پیلورس او د Stomach تضیقاتو توپیري تشخیص د معدې د Carcinoma، Acute Gastritis سره باید اجراشي چې د Gastroscopy په واسطه وضع کېږي چې د معدې د کانسرپه صورت کې د Gastroscop له لارې Biopsy اخستل کېږي او تشخیص وضع کېږي او Acute Gastritis په حالت کې د معدې په Mucos طبقه کې التهابي علایم په پراخه ډول د لیدو وړ وي.

درملنه:

Conservative Treatment:

لـومړی مخکـې ددې چـې Complete Stenosis تاسـیس کـړی وي دقرحـی فعالیـت د Antiacid او Anticholinergic او انتی بیوتیـک د منظم تطبیـق پـه واسطه د مینځـه یـوړل

شي او کـه چېرې پـدې مرحلـه کـې Ulcer شـفا یاف شـي د Stomach اوPylorus تضـیق مینځته نه راځي په غیر ددې ناروغۍ مخ په وړاندې ځي او Stenos مینځته راځي.

پـه ځینـي حـالاتو کـې مخصوصـا د Non complete stenos پـه حالـت کـې د دوامـدار undigestive غذایي مواد کې د معدې ته پاتې کېدو اود Putrification له کبله د معدې Mucus مخصوصـاد Pylorus د نـاحیې Mucus طبقـه التهـابي او ازیمـایي اود نومـوړي نـاحیې عضـلي طبقـه Spastic کېږي اوNon complete stenos پـه Complete stenos بدلوي. په دې وخت کې لاندې اهتمامات نیول کېږي.

Medical Treatment:

ناروغ ته دخولې له لارې څه نه ورکول کېږي معدې تـه یـو لـوې قطر لرونکـې معـدوي Tube تطبیق او د هغی له لاری معده تخلیه کېږي. او وروسته هره ورځ معده لـواژ کېږي (کـه چېـرې د NGTube قطـر کـوچنې وي امکـان لـري د معـدې د ناهضـم شـوي غـذایي محتویاتو په واسطه بندشي) او د معدې لـواژ ترڅـو ورځـو پـورې ادامـه پیـداکړي ترڅـو د معـدې د مخـاطي طبقـې ازیمـا او التهـابي حالـت د مینځـه لاړ شـي اودمعـدې عضـلات نورمال مقویـت پیـداکړي. پـه دې مـوده کـې نـاروغ تـه کـافي انـدازه Vitamins، Plasma expender، Ringer (دورځې ۵،۳لیتر ورکړل شي) وروسته د ۳یـا ۴ ورځـو مخکـې لـه دې چې NG Tub وایستل شي دمعدې ۱۲ ساعته عصاره د Acidity د تعین اود کانسري حجراتو د موجودیت له نظر د کېمیا ، پتالوژي اومایکروبیولوژي لابراتوارتـه ولیږل شي. په هغه صورت کې، چې Achlorhydria موجود وي دخبیثی (Malignant) قرحې خواتـه فکر وشي.

وروسته لـه دې مودې څخـه د معـدې التهـابي او ازیمـایي حالـت د مینځـه ځـي د معـدې تیـوب (NG Tube)د ۴۸ یـا ۷۲ ساعتو لپـاره ایسـتل کېږي او وروسـته ددې مودې څخـه ناروغ ته مایع رژیم تطبیق کېږي وروسته د څلورو ساعتو معدوي تیـوب بیـا تطبیـق او Aspirated کېږي. کـه چېـرې د خـوړل شـوي غـذایي رژیـم نیمـایي د هغې پـه معـده کـې پاتې وو او د G.Tube له لارې خارج شو مانا یې داده، چې د معـدې Complete Stenos د منیځه تللی اود خولې له لارې مایع غذایي رژیـم Anti acidاو Anti cholinergicاو انتي

بیوتیک ادویې ورکولو ته ادامه ورکول کېږي وروسته له دې چې ناروغ عمومي حالت ښه شو. الکلوز او د Electrolytes تشوس نورمال وګرځید په Selective ډول جراحي عملیات اجراکېږي ترڅو بیا Stenos او التهابي حالت پیدا نشي .

غیر له دې څخه NG Tube بیا د درې ورځو لپاره تطبیق دمعدې محتوي تخلیه او د معده هره ورځ لواژ کېږي. او I.V له لارې د الکترولایتود تشوش او الکلوز حالت د مخنیوي لپاره معین اندازه Electrolytes او مایعات ناروغ ته تطبیق او د Stenos اود معدې د Obstruction په منظور جراحي عمیلیات اجراکېږي.

جراحي تداوي:

وروسته د پورتني اهتماماتو څخه که چېرې معده د انسداد له کبله زیاته لویه شوې وي او د ناروغ عمومي حالت ښه وي د معدې Distal برخه قطع کېدل د Billroth I یا Billroth II په اصول تر سره کېږي.

او که چېرې معده لویه نه وي؛ نو Selective Vagotomy او Pyloroplasty عملیه اجراکېږي که چېرې د معدې د عصارې په مینځ کې Acidity زیات نه وي اما Stenosis زیاته موجود وي او د ناروغ عمر زیات اود اوږد عملیات نشي تحمل کولای صرف Gastrojejuno anastomos دمعدې په خلفي جدار کفایت کوي.

د معدې او Duodenum سورۍ شوې قرحه:

د Peptic Ulcer د اختلاطاتو د جملې څخه دي، چې زمونږ په محیط کې د قرحې د نورو اختلاطاتو په نسبت یانې د Stenos او Bleeding څخه زیات تصادف کېږي او په ۱۰% پیښو کې د Ulcer Bleeding پیښو کې د Ulcer Bleeding سره ملګري وي.

د Stomach او Duodenum د Ulcer د Perforation تصنیف:

په دوه ګروپ ویشل شوی دی.

۱. د Stomach Ulcer Perforation

۲. Duodenum Ulcer Perforation

له دې کبله چې د Duodenum جدار د Stomach د جدار په نسبت نرې او مقاومت یې لږدی نو Perforation د Duodenum په Ulcer کې زیات واقع کېږي. اما د دې په عوض د Stomach Ulcer Perforation خطرناک وي ځکه، چې د سوري قطر زیات وي او دمعدې محتوي په زیات اندازه او اسانی سره د Peritonium جوف ته انتشار کوي.

د Duodenum Ulcer Perforation د قطریا Diameter له مخې په دوه ګروپ ویشل شوې.

۱: یو د Duodenum د هغه قرحاتو Perforation دې چې قطر یې لوی وي او دمعدې د قرحاتو په شکل د معدې محتوي زیات اندازه د Peritonium جوف ته انتشار کوي او د عمومي Peritonitis سبب کېږي.

۲: بل کوچنې Perforation دی چې د لیکاژ کوونکې Ulcer په نوم یادیږي، چې په دې نوع Perforation کې د معدې د محتوي ډیره لږه اندازه د پریطوان جوف ته داخلیږي او مخکې له دې چې انتانPeritoneum جوف ته انتشار وکړي د سرب یا Omentum یا د ځیګر په واسطه سوری شوی برخه پوښې کېږي او یو Local Abscess جوړوي.

Anatomo Pathologic تغیرات (بدلونونه):

د پتالوژي له مخې لومړی باید په خپله Perforation او وروسته پریطوانې تغیرات چې د Perforation په پاې کې مینځته راځي مطالعه شي.

الف: Stomach او Duodenumکې دقرحی Anatomopathalogic بدلونونه ددې سوري شمیرعموما یوعددوی اوپه نادرډول څوperforationپه عین وخت کې لیدل کېدای شي نومورې perforation معمولادDuodenum قدامي مخ، پیلور یا معده کې موجود وي او ډیر لږ دمعدې یا Pylorus په خلفي مخ کې هم لیدل کېدای شي.نومورې Perforation معمولاد Duodenum په قدامي مخ، پیلور یا معده کې موجود وي او ډیر لږ دمعدې یا Pylorus په خلفي مخ کې هم لیدل کېدای شي. Stomach نومورې Perforation په پاې کې پریطوان سره لار پیداکوي د Perforation قطر د نیم څخه تر درې سانتي مترو پورې فرق کوي په لومړي کې Ulcer یواځې Mucose او Sub Mucose طبقې پورې منحصر وي او وروسته عضلي طبقې اشغالوي او په تدریج سره د قرحې فعالیت ژوره خواته پرمختګ کوي او بلاخره Serosa طبقه هم په Ulceration اخته کېږي او بیا د مینځه ځي

او Perforation پیداکېږي او Perforation پیداکېږي. نومورې Perforation د یو Canal په ډول وي او لرونکې د دوه خولو وي یوه خارجي خوله (په Serosa طبقه کې) چې Diameter یې لږ دی او بله داخلي خوله چې لوې قطر لري په دې ډول Ulcer د دننه څخه د باندې خواته د یو مخروط شکل لري. د Ulcer څنډې د سطحې څخه ژورې خواته Infiltrative کلک نسج څخه جوړ شوی دې د معدې یا Pylorus د جدار ټول طبقات په سوري شوي ځای کې د نومورې وصف لرونکې وي.

ب: د پریطوان داخلي مایع:

دمعدې محتوي ، افرازات، ګازات او غذایي مواد جوړوي له دې کبله Perforation په پای کې نومورې مواد د پریطوان جوف ته انتشار کوي د پریطوان په جوف کې ګازات معمولا مخصوصا د ولاړې په وضعیت Diaphragm لاندې ځای نیسي، چې د تشخیص لپاره ښه لارښود دې . معده عصاره او غذایي مواد د Peritoneum په داخل کې لومړی د ځیګر لاندې او ښي Fossa Iliac خواته انتشار کوي په لومړي وخت Chemical Peritonitis او وروسته د ٦ یا ٨ ساعتو څخه د غذایي موادو Micro organism په فعالیت پیل کوي او General Peritonitis مینځته راوړي.

: Clinical Manifestation

په ځینې ناروغانو کې Perforation په دې ډول مینځته راځي چې ناروغ د Peptic Ulcer د پخوانې Symptom څخه حکایه کوي. او حتې زیاته موده تداوی شوی هم وي چې په دې ډول کې د Clinicat Symptom ترڅنګ Diagnose اسانه وي اما په هغه صورت کې چې ناروغ د پخواني قرحې حکایه ونکړي او Perforation ناڅاپي ورته پیدا شوې وي Diagnosis ډیر مشکل دی.

د Stomach او Duodenum Peptic Ulcer Perforation اعراض او علایم په لاندې ډول دي.

۱:- درد

څو ساعته وروسته د غذا خوړلو څخه په Epigastic ناحیه کې په ناڅاپي ډول شدید درد پیداکېږي چې وخت په وخت زیاتیږي او د قطني ناحې په لور او د Diaphragm د تخریش له کبله اوږې خواته هم انتشار کوي. نومورې درد وروسته د ۱ څخه تر ۳ ساعتو

کې ټولې ګډې ته خپریږي او ناروغ په خپله ټوله ګډه کې درد احساسوي نومړي دردونه چې دمعدې د اسید عصاره، صفرا اود پانقراص د Secretion په واسطه د پریطوان د تخریش له کبله مینځته راځي وروسته د ۲ تر۳ ساعتو څخه د پریطوان د Exudation په واسطه Diluted کېږي، چې په دې وخت د ناروغ درد په موقتي ډول کمیږي او وروسته د څو ساعتو څخه چې باکتریا په فعالیت شروع کوي نومړي درد شدید کېږي.

۲:- Nausea and Vomiting:

کوم دردونه چې اوصاف یې پورته ذکر شو معمولا کانګې او زړه بدوالي سره ملګري وي او هغه وخت چې Pyogenic Peritonitis مینځته راځي زړه بدوالی او کانګې کمیږي او حتې له مینځه ځي.

د Duodenum او Stomach د Perforation Sign په لاندې ډول دي.

۱ :- د ناروغ عمومي حالت: ناروغ د بستر د پاسه داسې Position اختیاروی چې زنګنونه د ګډې د پاسه ټول کړي ترڅو وکولای شي چې درد کم شي اود ګډې د جدار عضلات ترکشش لاندې رانشي. دناروغې په شروع کې د ناروغ نبض، دوینې فشار، اود حرارت کچه چندان تغیر نه کوي خود پریطوانایتس د تاسس سره نبض زیات، دوینې فشار ښکته اود حرارت کچه زیاتیږي او ناروغ Toxic حالت غوره کوي. په Inspection سره د ګډې جدار د Parietal Peritoneum د تخریش له کبله د لرګي تختی په شان کلک اوپه ساویستلو کې برخه نه اخلي او معمولاد صدر د سویې څخه ښکته وي. په Palpation سره د ګډې جدار کلک او شدید Tendernessموجود وي چې په لومړیو مرحله کې Tenderness یواځې د Epigastric په ناحیه کې موجود وي په پرمختللي حالاتو کې په ټوله ګډه کې Tenderness موجود وي. او حتې Rebound Tenderness او Refered Tenderness موجود وي. په Percussion کې د Perforated ناحیې څخه دازادې هوا د انتشار له کبله د Peritoneum جوف ته د ځیګر Dullness د مینځه ځي . په Auscultation سره د Peritonitis د جوړیدو په مرحله کې Peristaltism ضعیف او یا هیڅ نه اوریدل کېږي او په مقعدې ناحیه کې د Dougus جوف ډک او دردناک جس کېږي.

Diagnosis:

دمرض قطعې تشخیص د Clinical Manifestation **ترڅنګ لابراتواري معاینا تو په واسطه ترسره کېږي .په دې ترتیب د وینې په معاینه کې** Leukocytosis **موجود وي. د ګېډې په** X-Ray **کې چې دولاړې په وضعیت اخستل شوې وي د حجاب حاجز او** Liver **ترمنیځ ازاده هوا موجود وي چې د** Gastrointestinal **لارې په** Perforation **دلالت کوي چې داعلامه تشخیصي اهمیت لري.**

په Ultrasonography **کې د پریطوان په مخ مخصوصا د دوګلاس په جوف کې زیاته اندازه مایعات تجمع کوي او د دوګلاس جوف ډک معلومیږي.**

توپیري تشخیص:

۱- Billiary **او** Renal Colic **سره : چې په دې ناروغیو کې دګېډې شدید** Tenderness **موجود نه وي او په تیر شوي وختو کې هم دناروغ په وړاندې قرحوي دردونه موجود نه وي او د ټولو څخه مهم دا چې د ګېډې په ساده رادیو ګرافي کې د** Diaphragm **لاندې په ښي طرف کې ازاده هوا موجوده نه وي**

۲:- **د** Intestinal obstruction **سره:** Intestinal Obstruction **دردونه** Periodic **وي اود ګېډې په** X-Ray **کې چې دولاړې په وضعیت اخستل شوی وي** Hydroairic **خیالونه موجود وي.**

۳:- Perforated appendicitis **سره: په دې ناروغۍ کې درد په ناڅاپي او شدید ډول نه شروع کېږي د درد پیل په** Epigastric **ناحیه کې او یو یا ۲ ساعته وروسته په ښي** MC Burny **ناحیه کې** Localized **کېږي او د** Appendicitis **په** Perforation **حالت کې درد په ټوله ګېډه کې انتشار کوي.**

۴:-**د صفرا د کڅوړې د** Perforation **سره : په دې ناروغۍ کې د درد شروع ناڅاپي او شدیده نه وي خود** Cholcystitis **دردونه د څو ورځو په موده کې چې په** Right upper Quadrant **کې موضعي وي وروسته د ګېډې منتشر درد ته بدلیږي.**

۵:- **د** Acute Pacncreatitis **سره : د وینې په معاینه کې** Leucocytosis **موجود نه وي په تشو متیازو کې د** Amylase **زیات مقدار موجود وي او دبلې خوا څخه د ګېډې**

Tenderness لکه څرنګه چې د معدې او اثناعشر په Perforation کې مینځته راځي په Acute Pancreatitis کې موجود نه وي .

د ناروغۍ پرمختګ:

که ناروغ د ۳ الی ۴ ساعتو په موده کې تر تداوي لاندې ونه نیول شي او Operation نشي او Perforation ډیر کوچنې وي په دې وخت دمعدې محتوی ډیره لږه اندازه د لیکاژ په ډول د باندې ځي او په دې حالت کې Perforated شوې ناحیه د Peritoneum یا Omentum یا ځیګر په واسطه پوښل کیږي او منتن مواد چې د معدې یا Duodenum څخه خارجیږي هماغه ځای کې محدود پاتې کیږي او Local Abscess جوړه وي که ابسې تداوي نه شي په اخر کې وچوي او Right Iliac Fossa ته انتشار کوي. چې د Appendicitis سره مغالطه کیږي اما د درد شروع او د Tenderness باقي پاتې کېدل د ګډې په نیمایي برخو کې د امرض د Appendicitis سره فرق کوي . په غیر ددې څخه تر ډیرې مودې پورې د ځیګر لاندې د Abscess په شان سریري تظاهرات ښکاره کوي چې څومودې وروسته Perforated شوي ناحیه د Fibrin Clots په واسطه بند یږي او Abscess د Conservative treatment په واسطه Resorbe کیږي Diaphragm او ځیګر لاندې د ازادې هوا نه موجودیت په قطعي تشخیص وضع کوي.

:Treatment

وروسته د لومړنیو معاینا تو څخه چې دهغې له مخې د Stomach او Duodenum د Ulcer Perforation تشخیص کیږي د هر څه نه مخکې ناروغ ته Gastric Tube تطبیق او په دوامدار ډول Suction کیږي ترڅو د معدې ټوله محتوی تخلیه او دامکان تر حده پورې Stomach تش پاتې شي او له بلې خوا په ګرندې توب سره ناروغ ته Crystalloid Fluid او Broad Spectrum Antibiotic تطبیق او عملیات خانې ته انتقال شي.

د Supra umbilical mid-line شق په واسطه Lepratomy اجراکیږي وروسته له دې څخه Perforated شوې ناحیه پیداشوه د کوکونو په واسطه د هغه څندې سره نژدې شي او دهغه د پاسه Oenetum ګنډل کیږي. (Omento plasty) وروسته له هغه د پریطوان دجوف څخه ټولی زوی او منتن مایعات تخلیه او وروسته د پریطوان ټولی برخې لواړ او

د ګډې د جوف په ژورو ځایو کې راتلونکې Drainag په منظور رابرې Drain تثبیت او د ګډې جرحه ترمیم کیږي. وروسته د عملیات څخه ترڅو چې په کولمو کې Peristaltism پیل کړې نه وي د Gastric tube دوامدار Suction په واسطه معده باید تشه وساتل شي او دوریدلې لارې Broad Spectrum antibiotic او Colloid یا Crystalloid مایعات ناروغ ته ورکړ شي وروسته له هغه څخه په کولمو کې Peristaltism پیداشو Gastric Tube ایستل کیږي او ناروغ لپاره د Anti acid او Anticholinergic دواګانو سره یو ځاې مایع غذایي رژیم او وروسته نیمه جامد او په اخر کې نورمال غذایي رژیم ناروغ ته توصیه کیږي وروسته له هغه چې انتاني حالت په مکمل ډول د مینځه لاړ او د ناروغ عمومي حالت تقریبا نورمال شو.

د لومړې عملیات په تعقیب لږ تر لږه درې میاشتې وروسته د Stomach او Duodenum د Ulcer د Radical تداوي په منظور دویم عملیات یانې Gastrictomy اجراکیږي. د پټ Perforation په صورت کې چې د Local Abscess جوړشوی وي او یا په هغه صورت کې چې ناروغ د عملیات د تحمل قدرت ونه لري د Taylore د تداوي میتود څخه استفاده کیږي یانې معدې په Gastric Tub تطبیق د Suction په واسطه چې په دومدار ډول اجراکیږي معده تشه ساتل کیږئ.

د څو ورځو په موده کې چې ددې تداوي په څنګ ناروغ ته Broad Spectrum Antibiotic د I.V له لارې ورکول کیږي البته د I.V Fluid (مایعاتو) سره . ددې تداوي سره Perforated ناحیه د فبرین د تولید په واسطه بندیږي وروسته Local abscess رشف کیږي په اولو ورځو کې ناروغ ته مایع او څو ورځې وروسته عادې رژیم ورکول کیږي. او درې میاشتې وروسته Radical Treatment یانې Gastrectomy اجراکیږي.

دمعدې او Duodenum وینه ورکوونکې قرحه:

د موضوع د پوره ښکاره کولو لپاره بهتر ده چې د Upper gastro intestinal لارې د نذفونو په هکله خبرې وشي.

Classification:

۱- Peptic Ulcer :

د معدې معایي لارې د پورتنې برخې نذف ۵۰% جوړوي یا په بل عبارت سره ۵۰% هغه Bleeding جوړوي چې د نوموړي Bleeding سرچینه د Lig Trietz څخه پورته واقع وي چې Duodenal Ulcer څلورچنده نسبت Stomach Ulcer ته په Complication اخته کېږي.

۲:- د معدې دمخاطي غشا حاد تخریش یا Acute Gastric Mucosal Erosion :

چې د Gastrointestinal Tract د پورتنې برخې Bleeding% ۳۰ واقعات جوړوي او د Stomach د Mucos layer د تخریش له کبله منیځته راځي چې امکان لري؛ نوموړی تخریش د مخاطي غشا په یوه برخه کې او یا په پراخه ډول د Stomach ټول Mucose Membrane په تخریش مصاب شوی وي . چې اسباب یې عبارت دي د شدید Stress، پراخه سوځیدنه ، دالکول زیاد او لوړ فیصد څکل او د ځینې دواګانو لکه Aspirin، Sreroids او Phenylbutazon دوامداره خوړل او نور.

۳:- Hialtal Hernia :

چې د Gastrointestinal Teact د پورتنې برخې Bleeding ۱۰% واقعات جوړوي چې په Sliding Hiatal hernia د Bleeding شدت د Esophagitis په شدت پورې اړه لري همدارنګه په Para esophagial hernia کې هم نذف مینځته راځي چې د Stomach او Fundus د Mucus membrane تخریش دې چې د Hiatal hernia g د Ring تر فشار لاندې واقع کېږي.

۴:- د معدې Carcinoma :

د Stomach Carcinoma هغه وخت د Bleeding سبب کېږي چې کانسري Tissue د لاندنی طبقې د ګاونډې اوعیې جدار تخریب کړي نومورې نذفونه عموما شدید نه وي، چې په شکل کې دمعدې کانسر ښودل شوې دي.

۵:- د Stomach Mucosal Prolaps او د Duodenum Divertiles او Endometrios هم د Bleeding سبب کېږي. چې فیصدې یې لږده خو په دې ځای کې صرف د هغه نذفونو څخه بحث کېږي چې د هغه سرچینه د د Stomach او Duodenum څخه وي البته هغه Bleeding چې سرچینه یې د Stomach او Duodenum څخه نه وي د نورو ناروغیو په مربوطه مباحثو کې د هغه څخه یادونه کېږي.

Anatomopathalogy:

۲۰% Peptic Ulcer نومورې اختلاط مینځته راوړي او ۴۰% ناروغان چې په دې اختلاط مصاب کېږي د مینځه ځي د Duodenum Ulcer Bulbus د شا په جدار کې موقعیت ولري دائکه چې Art. Gastro duodenal د Duodenum Bulbus شا جدار سره نژدې تماس لري هغه ناروغان چې په هغوې کې د قرحې د Perforation او د Bleeding اعراض یو ځای موجود وي عموما د دوه قرحو لرونکي وي، چې یو په شا جدار کې د نذف سبب کېږي او بله په مخکنې جدار کې چې Perforated شوې وي. په ۱۵% واقعاتو کې نذف کتلوي وي او په ۱۶% واقعاتو کې Bleeding لمړنې عرض وي Gastric Ulcer هغه وخت د Bleeding سبب کېږي چې Ulcer د معدې په Lesser curvature کې موقعیت ولري دا ځکه چې Art. Gastrica R موازي او ډیر نژدې د Lesser curvature سره غزیدلي وي کله چې د Duodenum او Stomach قرحې د نذف سبب شي نومورې وینه د کانګو سره د خولې څخه د باندې راځي چې د Hematemesis په نوم یادیږي او که د مقعد له لارې څخه د ډکو متیازو سره د باندې راځي د Melana په نوم یادیږي وینه که د Melana یادا Hematemes په شکل د باندې راځي د تور رنګ لرونکې وي ځکه چې په هغه کې هم د Digestion عملي صورت نیسي یا په بل عبارت هموګلوبین د معدې اسیدې او معایي انزایمو تر تاثیر لاندې په Heme او کسیدایز شي

او په Hematin بدلیږي چې نومورې ماده تور رنګ لري د Infiltrative او کلکه ناحیه کې صورت نیسي د اوعي غوڅ شوي یا وران شوي جدار تقلص نشي کولای او په دې ډول د نذف څخه مخنیوي نه کیږي .

Pathogenesis:

د Hypovolumic شاک مینځته راتلل او د وینې د سیستولیک فشار کموالې د ضایع شوې وینې په کچه او د هغه په مقابل کې د ناروغ عکس العمل سره اړه لري یا په بل عبارت سره هر څومره چې زیاته وینه له لاسه ورکړ شي په هماغه کچه Hypovolumic shock شدید وي.

له لاسه ورکړ شوې وینې کچه د Hematemesis او Melana د تعین له مخې امکان نه لري دا ځکه چې د Hematemesis او Melana سره د معدې عصاره او Intestinal Secretion او ډکې متیازې هم یو ځای وي همدارنګه د Hemoglobin او Hematocrite کچه کولو له مخې د لاسه ورکړ شوی وینې کچه تعینولیی نشو یوائینې وسیله چې دهغه له مخې د لاسه ورکړ شوې کچه تعینیولای شو د Hypovolumic Shock د سریري تظاهراتو څخه عبارت دی په دې ډول چې Bleeding په پیل کې د vasovagal Reaction په واسطه ناروغ ته Bradycardia پیداکیږي او وروسته ورو ورو د وینه ورکولو د زیاتوالي او د زیات کچه دوینې د لاسه ورکولو له کبله د زړه ضربان زیاتیږي او زړه خوله کمیږي او مخکې له دې چې د کتلوي وینه ورکولو نتیجه د عضویت په نورو برخو کې ښکاره شي که چېرې ناروغ د خپل عضویت نیمایي وینه له لاسه وړکړي وي د coronary دوران د خرابیدو له کبله په E.C.G کې د زړه Ischemia تثبیتیږي.

دوینې له لاسه ورکولو په مقابل کې د عضویت بل غبرګون په پښتورګو کې ښکاره کیږي په دې ډول چې په کراره کراره دوینې د لاسه ورکولو له کبله د تشو متیازو په افراز کې هم کرار کموالی مینځته راځي او که ناروغ خپله نیمای وینه له لاسه ورکړي امکان لري له دې بیخي Anuria پیداشي له دې کبله دوینې له لاسه ورکولو له کبله مخصوصا که ناروغ خپله نیمایي وینه له لاسه ورکړي وي ټول حیاتي غړي لکه زړه ، ماغزو، ځیګر، پانقراص او پښتورګې په Ischemia اخته اود دوې په وظایف کې خړپړتیا او عدم کفایه مینځته راځي . چې په اخر کې ناروغ د مړه کېدو خواته ځي.

Clinical Manifestation:

دسریري له نظره نومورې Bleeding په هغه خلکو کې لیدل کېږي چې د Peptic Ulcer سابقه ولري. په ۱۰% واقعاتو کې د Peptic Ulcer د ناڅاپي Hematomesis او Melana سره پیل کېږي چې نومورې Bleeding د خپلو مخکینې علایمو په واسطه پیل کېږي یانې مخکې له دې چې د Bleeding علایم لکه Hematemesis او Melana مینځته راشي ناروغ نارام او سپین معلومیږي ناروغ سر چرخیږي او کله چې وغواړي چې ودریږي په ضعیفیت او بی حالۍ معروض کېږي همدارنګه د Bleeding د منیځ ته راتلو څخه څو ورځې مخکې ناروغ ته Epigastric برخې درد پیداکېږي وروسته له دې چې کافي مقدار یانې اضافه د ۳۰۰ ملي لیتر وینه په معده کې ټوله شي په پیل کې ناروغ ته زړه بدوالی او وروسته د هغه ناڅاپي Hematomesis پیداکېږي همدارنګه وروسته د Hematomesis څخه ناروغ ته Melana پیداکېږي.

د Duodenum شدید Bleeding د وینې د تیریدو له کبله د Pylor څخه معدې خواته د Hematomesis سبب کېږي اما د Duodenum لږ Bleeding د Hematemesis سبب نه کېږي او صرف یوائې د Melana سبب ګرځي په هغه صورت کې چې Bleeding ډیر شدید وي ناروغ ژر په Hypovolumic Shock اخته او د مینځه ځي او غیر له دې څخه که چېرې Bleeding شدید نه وي دوینې له لاسه ورکولو سره موازې د Hypovolumic شاک اعراض مینځته راځي. داسې هم شوې دي چې یو وار Bleeding پیدا شوې وي او بل وار نه وې پیداشوې اما نومورې حادثه فوق العاده لږ دی ځینې وخت Bleeding پیل شې او وروسته د یوه یا دوه ورځو لپاره توقف وکړی او بیا دوباره پیل کوي.

تشخیص:

د Peptic Ulcer Bleeding په تشخیص کې د نذف تاریخچه او Clinical Manifestation مهم رول لري او په دویمه مرحله کې د نذف سیر سریري لوحه تشخیصي اهمیت لري د قطعي تشخیص په هکله Gastrocopy ضرور دي دوینې په معاینه کې دوینې urea nitrogen زیات نه وي.

توپیري تشخیص:

۱ :- دهغه نذفونو سره چې منشا یې د Esophageal Varices **وي.**

د Esophageal Varices **په** Bleeding **کې ناروغان د ځیګر د** Cirrhosis **تاریخچه لري او له بلې خوا څخه په ناروغانو کې کوچني پوستکې** Hemangioma، Hepatomegaly، Splenomegaly **اود ګېډې پوستکې لاندې وریدي شعبات موجود وي دوینې په معاینه کې** Neutrophyl **او** Platelet **دنورمال په نسبت لږوي د** Bromo sulfatalin **په** Test **کې د نومورې مادي احتباس د ۳۰% څخه زیات وي چې د ځیګر په عدم کفایه او دمرې په** Varices **دلالت کوي دوینې** Urea nitrogen **سویه د** Esophageal Varices **په نذفونو کې لوړه وي، د** Peptic Ulcer **په نذفونو کې هغه وینه چې دمعدې څخه** Intestine **ته داخلیږي وروسته د هغه د تجزیه او تخریب څخه چې زیات مقدار** Aminoacid **او** Nitrogen **احتواکوي جذبیږي چې په پای کې دوینی** Urea nitrogen **سویه لوړیږي که د ځیګر عدم کفایه موجود وي جذب شوي مواد د وینې د تخریب له کبله په ځیګر کې په یوریا بدلیدای نشي له دې کبله د وینې** Urea nitrogen **سویه لوړیږي، اما د** Esophageal Varices **په هکله دځیګر د عدم کفایې او د** Portal hypertension **له کبله د وینې د** Amonia **سویه لوړه وي.**

د Gastroscopy **یا** Esophagoscopy **په واسطه د** Esophagus **ورکونکې** Varices **په سترګو لیدل کېږي.**

۲:- Melary Weiss سندرم سره :

نومورې سندروم معمولا په الکولیک کسانو کې منیځته راځي او هم ځینې تسممات چه د کانګو سبب کېږي او ځینې حامله ښځې مخصوصا په لومړی Trimester **کې چې شدیدې کانګې کوي هم مینځته راځي په دې ډول چې دزیاتو او شدید کانګو له کبله په زور سره** Cardia **پراخیږي او دهغه په** Mucusa **کې اوږده چاودیدلي شقونه مینځته راځي، چې شدید نذف ورکوي او دهغه څخه وروسته** Hematemesis **مینځته راځي .**

۳:- د Stomach Acut mucosal Erosion سره :

ناروغان په خپله تاریخچه کې د ځینې دواګانو لکه Aspirin ، Steroids او Phenylbutazon د دوامدار خوړلو څخه حکایه کوي یادا چې ناروغ په Polytrauma یا پراخه سوځیدنې باندې اخته وي .

۴:- دهغه نذفونو سره چې منشاء یې Hiatal Hernia وي .

په دې حالت کې ناروغ په خپله تارخچه کې د زړه د برخې سوځیدنې د Sternum په شا کې درد مخصوصا وروسته د ډوډۍ خوړلو یا د Hyper extention په حالت کې خبرې کوي.

۵:- د Marginal Ulcer دنذفونو سره.

چې په دې حالت کې ناروغ باندې پخواد Gastrictomy عملیه اجراشوې وي .

٦:- دهغه نذفونو سره چې د Hematobilia منشا لري.

دانوع نذفونه وروسته د صدري او بطني ترضیضاتو څخه مخصوصا چې ضربه د ځیګر په سیمه کې وارده شوی وي مینځته راځي، چې د Hematemesis سره یو ځاې ناروغ لږ ژیړې لري او د ګډې په Right Upper Quadrant کې درد حس کوي.

۷:- دمعدې د کانسر د نذفونو سره :

ناروغ د پخواني Epigastric برخې درد مخصوصا وروسته د غوښې د خوړلو څخه کېسې کوي د ناروغ عمر عموما د ۵۰ کالو څخه زیات وي شدیده بی اشتهایي او ډنګرتوب موجود وي او جس سره په Epigastric برخه کې د جس وړغوټه موجوده وي.

په اخر کې باید وویل شي چې د Esophagoscopy او Gastroscopy معاینات په تشخیص او تفریقي تشخیص کې باارزښت رول لري او د نومورې معایناتو په واسطه د نذف سرچینه معلومیږي.

درملنه:

۱:- Medical Treatment

لومړنۍ اهتمامات: که د ناروغ عمومي حالت ښه اود یوې اونۍ را پدې خوا لږه Melana یا Hematemesis ولري مانا یې داده چې Bleeding شدید نه دي . دا ناروغان په روغتون کې بستر او وروسته د معاینا تو د تکمیلیدو څخه په Selective ډول Radical Treatment لاندې نیول کېږي.

هغه ناروغان چې شدیدا Hematemes یا melana ولري دیو عاجلې پیښې په ډول د ژوند د ژغورنې په منظور ورته په لاندې ډول اهتمامات ونیول شي.

۱:- په عاجل ډول دناروغ حیاتي علایمو څیړنه، د Iso group وینه او اکسیجن ورته تطبیق شي.

۲:- د څو دقیقو په موده کې د Peptic Ulcer، Acure gastritis د I liatal Hernia او Melary Weiss سندروم چې ۲۵% د معدې معایې د پاسنې برخې نذف جوړوي په برخه عمده سوالونه مطرح شي تر څو د نذف احتمالي سرچینه معلومه شي اما د Esophegeal Varices په هکله په عوض ددې چې د ناروغ څخه پوښتنه وشي ښه داده چې د ناروغ په وجود کې د ژیړې، حبن، Hepatomegaly ، Splenomegaly اود کېډې په جدار کې وریدي ترسمات ولټول شي.

۳:- په تقریبې ډول دلاسه ورکړ شوي وینی مقدار او د Bleeding چټکتیا تعین شي.

۴:- د Shock دکچې د تعینولو لپاره په احلیل کې کتیتر واچول شي یا دا چې د مرکزي ورید فشار اندازه شي.

۵:- یو Nasogastric Tube چې لوې قطر ولري دناروغ په معده کې لارښوونه او تثبیت شي او د دې تیوب له لارې دوینې پړن شوې کتلې دمعدې څخه دباندې وایستل شي او معده د یخو اوبو سره لواژشي.

٦:- وروسته د پاسني اهتماما تو څخه دناروغ د وریدخخه ۱۰ ملي لیتره وینه د Hematocrite، Hemoglobin، او دوینې د Urea Nitrogen د تعینولو لپاره واخیستل شي.

۷:- د شپږ دقیقو په موده کې د ناروغ Pupils، Temperature ، Blood Pressure د Respiration Rate شمیر او د تش متیاز افراغ باید کنترول او ولیکل شي.

۸:- د ۲۰ ملي ګرامو په کچه ویتامین K ناروغ ته تطبیق شي.

۹:- ناروغ ته تر هغه وخته پورې وینه ورکول کېږي چې Hemoglobin یې ۱۲ ګرام په ۱۰۰ ملي لیتر وینه کې او Hematocret یې تر ۳۵% پورې ورسیږي.

پورتني اهتمامات باید په روغتون کې د دوه تر درې ساعتو په موده کې تکمیل او ناروغ شاک څخه وایستل شي وروسته د نذف قطعي سرچپنې د معلومولو لپاره یا د تشخیص تایید په منظور Endoscopic Exam اجراکېدای شي. تجربه ښودلی دی چې د Endoscopy examination خطر د bleeding د خطر په مقابل کې بیخې لږ دې مخصوصا اوس endoscopy الې مینځته راغلي دي د Endoscopy خطر بیخي دمنیځه تللې دې .

Medical Radical Treatment:

تقریبا ۷۵% ناروغان چې د Hematemesis او Melana سرچپنه یې Peptic ulcer وي د طبي تداوي په واسطه روغ کېږي هغه وخت چې ناروغ د پورتني اهتماماتو سره د شاک څخه ووت او Vomiting یې ودریږ په لومړی وخت کې باید هڅه وشي، چې وینه ودریږي له دې کبله ناروغ ته هر یو ساعت وروسته ۳۰ ملي لیتره Anti acid او په ۲۴ ساعتو کې Antibiotic البته د cephalosporin مشتقات ورکړل شي . حتې ځینې مولفین عقیده لري چې دمعدوي تیوب له لارې په دومداره توګه څاڅکې Antiacid د یخ اوبو سره ځای ورکړ شي وروسته د ۱۲ تر ۲۴ ساعتو څخه امکان لري چې نذف ودریږي که په دې موده کې ناروغ دلوبې احساس وکړي د تحمل په صورت کې د ۹۰ دقیقو په فاصله کې ۹۰ ملی لیتره شیدې د خولې له لارې ورکړ شي.

ددې تداوي په دوران کې باید د ورځې دوه وارې HCT د تعینولو په منظور د ناروغ د وریږ څخه وینه واخستل شي داکتر د نذف د منځته راتلو څخه خبردار اوسي Anticholinergic دواګانې د نذف په بندولو کې کوم رول نه لري باید ورنکړل شي وروسته ورو ورو او په تدریج سره ناروغ ته قرحوي غذایي رژیم ورکړل شي ددې لپاره چې نذف بیا مینځته رانشي هڅه وشي چې درې میاشتو په موده کې د ناروغ Hemodynamic

تشوشات اصلاح اود انتخابي یا Selectivegastrectomy لپاره اماده شی غیر له دې څخه جراحي عملیات په عاجل ډول په لاندې حالاتو کې استطبات لري.

۱:- که سره د پورتني اهتماماتو لږ مقدار نذف ادامه او د درې ورځو څخه زیات دوام وکړي.

۲:- که ناروغ ته هر اته ساعته وروسته وینه تطبیق اما د HCT کچه کمه پاتي شي اونبض یې ګړندی وي.

۳:- که ناروغ د یو لیتر څخه زیات وینه ضایع کړي او د پورتني اهتماماتو سره سره د شاک څخه ونه وځي .

۴:- که نذف په کتلوي یا Massive ډول تکرار پیداشي.

۵:- که دناروغ عمر د ۵۰ کلو څخه زیات وي دنذف په شروع کې باید عملیات شي(ځکه چې نوموړي ناروغان د Massive نذف په مقابل کې مقاومت نه لري)

د معدې Polyp:

د معدې پولیپ یا دمعدې Polypoid adenoma یا Poly posgastritis دمعدې یو سلیم تومور دې چې په لاندې ډول Classification شوې دی.

۱:- د تعداد له نظره : دا تومور په Single (یوه عدد) یا Multiple (څو عدد) وي .

۲:- دغټوالي له نظره :

الف: هغه پولیپونه چې د ۲ سانتي مترو څخه لږ قطر لري او خباثت ته تحول نه کوي .

ب: هغه Polyps چې د ۲ سانتي مترو څخه زیات قطر لري او خباثت ته تحول کوي .

اوهر څومره چې Polyp غټ وي په هماغه اندازه خباثت ته تحول یې ډیر وي .

Incidence: دمعدې ۵ تر ۱۰% تومورونه تشکیلوي او وروسته دمعدې د Carcinoma څخه په دویمه درجه قرار لري او ۹۰ څخه تر ۸۰% واقعات یې Neoplastic خاصیت پیداکوي دا پولیپ زیات په هغو خلکو کې لیدل کیږي چې د دوې عمر د ۵۰ کالو څخه زیات وي.

Pathology:

که داتومورونه د ۲ سانتي مترو څخه لږ قطر ولري عموماً Isolated ، Pedical یا ذنب یا سویق لرونکې او په خپله څوکه کې یوه قرحه لري اود تومور چارچا پیره مخاطي غشا Atrophic ښکارې . له دې کبله په ځینې واقعاتو کې د Polypos Gastritis په یاد شوې دې. کوم پولیپ چې د دوه سانتي متر څخه زیات قطر لري Malignatcy خواته میلان لري اود Neoplastic اپتیلیل لرونکې وي او کوم Mucus Membrane چې داتومور چا پیر کړې وي بیخې Atropic وي اوپه ۳۰% واقعات کې دا نوع پولیپونه دمعدې د کارسینوما سره یو ځاې تصادف کوي.

Clinical Manifestation:

په عمومي ډول ناروغان د Epigastric په ناحیه کې درد حس کوي ، ناروغان بی اشتهائی یا Anorexia لري او څرنګه چې د Polyps څوکه قرحوي او وینه ورکوي ناروغان Anemic وي او حتی Pernicious Anemia لري او له هغه ځایه چې ناروغان Hypochlohydria لري عموما وروسته د ډوډې خوړولو څخه دمعدې Distention او Epigastric ناحیې دروندوالی د غذایي موادو نه هضمیدو له کبله پیداکیږي. که Polyp پیلور ته نژدې موقعیت ولري د معدې دانسدادي اعراض په تام یاناتام شکل د Epigastric ناحي درد چې د Nausea او Vomiting سره یو ځاې وي ښکاره کوي .

Diagnosis:

د ناروغۍ قطعي تشخیص د X-Ray او Gastroscoplc او ددې لارې د Biopsy اخستو په واسطه وضع کیږي.

د X-Ray په لوحه کې چې د Radiopac مواد د خوړلو څخه وروسته اجراکیږي د معدې په مینځ کې پولیپ دیو Difect په څیر یانې دسپین ساحې په مینځ د یو تیاره شکل په ډول معلومیږي چې منظم ، مدور خیال او لرونکې د Pedical معلومیږئ او داخیالونه امکان لري.

یوه یا څو عدد وي د Gastroscopy په واسطه نه یوائې تشخیص قطعي وضع کیږي بلکه د Gastroscopy له لارې پولیپونه د Electrocatery په واسطه سوزول کیږي

اوایستل کېږي . همداسې کوم پولیپ چې ایستل کېږي د پتالوژي معاینې په واسطه Neoplastic او غیر Neoplastic تشخیص کېږي.

درملنه:

که Gastrocope په لاس کې وي ددې الې له لارې د Electrocatery په واسطه قطع او ایستل کېږي او کـه دا الـه پـه لاس نـه وي د Gastrostomy پـه واسـطه د یـوه انـدازه چارچاپیره نورمال Mucose Layer سره ایستل کېږي.

اوکـه ولیـدل شـو چـې د Polyps قطـر د ۲ سـانتي متـرو څخـه زیـات وي نـو بایـد Gastrectomy اجراشي پـه هغـه حـالاتو کـې چـې Polyps وروسـته د عملیـات څخـه بیـا پیداشي یا داچه دمعدې Diffuse Polypoid وې Total gastrectomy اجراشي.

Gastric Vaulvulus:

معده امکان لري چې پر خپل طولاني محور باندې Organ Axial Valvulus یا داچه پرخپل عرضاني محور باندې (کوم خط چې کوچني انحنا د نیمایې برخې څخه ترنیمایي برخې د کبیر انحنا پوری غزیږي) Mesentenc Axial Vulvulus تدور کې خو دمعدې Vulvulus په طولاني Axise باندې ډیر عمومیت لري.

او عموما د Non esophageal یـوه تشوش سره یـو ځاې وي همداسې کـوم وخـت چـې د Diaphragm په چپ طرف کې Evantration موجود وي کولون پورتـه خواتـه ځي او خپـل ځان سره Lig. Gastro Colic پورته کش کوي او پدې ډول معده په اساني سره تدور کوي.

Clinical Manifestation:

دمعـدې تـدور د شـدید ناڅـاپي Epigastric درد سـبب ګرځـي چـې د درې تشخیصـي علامي سره ملګرې وي چې د Brochard Triad سره په نامه یادیږي او عبارت دې له:

۱- د زړه بدوالي په تعقیب ناروغ ته کانګې عکسه پیداکېږي اما ناروغ کانګې نشي کولای.

۲- د Epigastic ناحې Distention او ددې ناحې Local درد.

۳- دمعدې تیوب نه داخلیدل په معده کې.

که معدې Acute شکل Distention کړی وي د تدور کړی ناحې د نکروز له کبله په معده کې شدید نذف واقع او ناروغ شاک حالت پیداکوي.

دمعدې مزمن تدور یا ناتام تدور چې د تل لپاره منیځ ته راځي د وصفي سریري تظاهرات سبب نه کیږي ناروغ همیشه په Epigastric کې د Intermittent pain چې Cramp ډوله دی شکایت کوي .

Diagnosis:

د Brochard Triad او X-Ray په واسطه وضع کیږي. Radiography Exam د Acute Vuluvlus په حالت کې که ناروغ ته Gel Barium Sulfat ورکړ شي نومورې مواد معدې ته نه داخلیږي بلکه د Cardia په برخه کې ځای په ځای پاتې کیږي.

د Chronic Vulvulus په صورت کې Gel Barium Sulfat د درد په وخت کې ناروغ ته ورکړ شي چې وخوري د یوې نري خط په ډول Esophagus ته معدې سره ارتباط ور کوي.

Treatment:

Acute Vulvulus په حالت کې Lepratomy اجرا د معدې تدور ارجاع د ګډې د جدار په قدامي ننې برخه کې معده تثبیت کیږي (Gastropexy).

د Chronic Vulvulus په حالت کې که عموما د Hiatal Hernia سره یو ځاې وې وروسته ددې څخه چې Hiatal Hernia ارجاع او ترمیم شود Gastropexy عملیه اجراشي.

د معدې سقوط (Gastric Ptosis):

تعریف: دمعدې د موقعیت د تغیر څخه عبارت دې چې د درې اناتومیک تغیراتو سره متصف وې .

۱- معده په خپل طولاني Axis باندې اوږد یږي.

۲- دمعدې استنادي برخې (Cardia او Pylorus) د خپل طبعي موقعیت څخه ښکته راځي.

۳- دتل لپاره معده Atonic حالت لري یا په بل عبارت د معدې عضلې طبقې خپل نورمال تقلصي حالت له لاسه ورکړی وي.

اناتومیک یادونه:

د اناتومي له نظره معده یو متحرک عضوه ده چې دوه استنادي برخې لري دمعدې پاسنې برخه د Cardia په شمول د Diaphragme سره ارتباط لري.

او دمعدې ښکتنۍ برخه د Duodenum لومړۍ برخې سره چې د Duodenum دا برخه او نورې برخې د پریطوان په واسطه د ګېډې په خلفي برخه کې تثبیت دي.
په نورمال حالت د رادیو ګرافي په لوحه کې چې معده دباریوم سلفات محلول په واسطه ډکه شوې دې او X-Ray دولاړ په وضعیت اخستل شوی وي دمعدې Antrum دهغه فرضي کرښې چې دده Crista Iliac سره اتصال ورکوي پورته واقع وي او تر هغه پورې ویلاې نشو چې معده سقوطي دې ترڅو دده نور اناتومیک تغیرات موجود نوي.

Pathogenesis:

ښه واضح نه دې ځینې مولفین نظر وړاندې کوي، چې دمعدې د جدار Atonia دمعدې د سقوط سبب ګرځي او ځینې مولفین نظر څرګندوي چې د عصبي Dystonia له کبله معده سقوط کوي.

Clinical Manifestation:

ناروغان همیشه د Dyspeptia او د غذا د خوړولو څخه وروسته Epigastric ناحیه کې دروندوالې حس کوي خو د استراحیت په حالت کې او کوم وخت چې د ستون ستاخ څملي نومورې دروندوالی دمنیځه ځي.
د ولاړې په وضعیت چې ښکته کېږي دهغه محتوي اثناعشر خواته نه ځي اود معدې جدار باندې فشار واردوي او دمعدې عکسوي کانګې پیداکېږي او داکانګې دوامدار وي او ناروغ ډنګر او Malnutrition خواته ځي له دې کبله ناروغان کوشش کوي چې وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه دوه یا درې ساعته استراحت وکې ترڅو غذایي مواد اثناعشر خواته لاړشي.

Diagnosis:

مطلق تشخیص د Radiography په واسطه وضع کېږي څرنګه وروسته ددې څخه چې معده د باریوم سره ډک شوې وي او X-Ray اجراشي درې اناتومیک تغیرات د لیدو وړ وي څرنګه چې معده اوږده Peristaltism ضعیف اود معدې د پیلور او Cardia د Diaphrgam څخه زیادتر د ۳ سانتي مترو څخه ښکته وي اود پیلورس د L۲ د فقرې د حذا څخه ښکته وي

درملنه:

د جراحي عملیات په واسطه Lig. Gastro Colic د کبد د قدامي جدار په داخلي برخه کې دمعدې د نورمال موقعیت په سویه تثبیت کېږي.

د معدې کانسر (Gastric Carcinoma):

احصائیوي معلومات:

د جنس د نظره په نارینه کې نسبت ښځو ته دوه چنده زیادتر لیدل کېږي،د سن له نظره مرض د ۰۰ کلنۍ څخه پورته عمومیت لري خو متوسط سن د معدې د کانسر د پاره ۳۶ کاله قبول شوی دی.

په جاپان کې ناروغی زیات تصادف کېږي او په هرو ۰۰۰۰۰۰تنو کې ۰۰کسه په دی مرض اخته دي حال داچې په امریکا کې ۰۰ کسه په سل زره تنو کې دا مرض لري.

اسباب:-

د معدې د کانسر اساسی او اصلی اسباب د وجود د نورو برخو کانسرو په شان نامعلوم دی اما لاندې فکتورونه د Predisposing عوامل د معدې د کانسر لپاره قبوله شوی دی.

۰:-محیطي عوامل:- په استوایې ممالکو کې د معدې کانسر لږ تصادف کوي، د مرض وقوعات زیاتره په جاپان کې وي، په عمومي ډول په ښارونو کې نسبت کلیو ته زیات وي.

۲:-غذایي رژیم:- په امریکا کې یواځینې غذایي مواد، چې د هغه زیات مصرف د معدې د کانسرو په پیداکېدو کې زیات رول لری عبارت د کرم (کېبچ) دی. د ځینې راپورو له مخې هغه خلک چې ماهي زیات خوري په هغوی کې د معدې د کانسر وقوعات زیات دی اما په جاپان کې چې د معدې کانسر وقوعات زیات دی د مالګې او مخصوص مرچ څخه خلک زیات استفاده کوي.

۶:-ارثیت:- یو تن چې د معدې په کانسر اخته دی ډیر امکان لري چې د معدې د کانسر فامیلي تاریخچه ولري، هغه خلک چې د هغوی د وینې ګروپ یې (A) دی د معدې د کانسر د پیدا کېدو خطر نسبت نورو خلکو ته ۲۰ فیصده زیات دی.

۴:-اتروفیک ګسترایتس او اکلورهیدرپا:- کوم ناروغان چې د کلو کلو راپدیخوا اتروفیک ګسترایتس لری د دوی له جملې څخه لس فیصده یې امکان لري د معدې په کانسر مبتلا شي، ګسترایتس که د کلمی د میتاپلازما سره یوځای وي د معدې د کانسر یومقدم مرحله ګڼل کېږی. او امکان لري چې وروسته په معده کې د التهابي مخاطي غشاء په سر کانسری نسج پیدا شي.

اتروفیک ګسترایتس چې د معدې د کانسر سره یوځای وی امکان لري د اوتوایمون Autoimmum شکل ولري چې د Pernicious anemia سره هم اشتراک کوي.

اوس ثابته شویده چې د معدې د کانسر ۰۰٪ ناروغان اکلورهیدرپا لري او د اتروفیک ګسترایتس بد لیدل په کانسر کې هم امکان لري چې د اسید د کموالي له کبله وي، هغه خلک چې د A ګروپ وینې لرونکي دي او یا تنباکو استعمالوي پېښې په کې زیاتې وي، د تنباکو استعمال هم د کانسر په پیدا کېدو کې رول لري.

۰:-د معدې قرحه او دهغه مناسبت د معدې د کانسر سره:- پخوا داسې فکر کېده چې د معدې د کانسر او د معدې د قرحی په منځ کې یو مناسبت موجود دی، او د ډیرو کلو د پاره ټول مؤلفین پدې عقیده وه چې د معدې قرحه د وخت په تیریدو سره خباثت خواته ځي، اما اوس دا عقیده ضعیفه شوې ده او اکثره مؤلفین داسې نظریه څرګندوي کوم قرحات چې د خباثت خاصیت لري له اوله خبیث دي او هغه قرحات چې د خباثت خاصیت نه لري له اوله هم سلیم وي اما په معده کې د قرحې مشترک موقعیت د کانسر سره پخوانی عقیده لږ تقویه کوي څرنګه چې د معدې قرحه اکثر وقوعاتو او د معدې د کانسر نیمایې وقوعات یې د معدې په صغیر انحنا موقعیت لري.

همداسې د یو شمیر پتالوګانو له خوا نیوپلاستیک حجرات د سلیم قرحی په ثنوندو کې تثبیت شویدی. او دا معلومه نده چې د کانسری نسج مرکزی برخه نکروز کړی او قرحوی شکل موندلی دی یا داچې یو سلیم قرحه په کانسر بدل شوی دی او دهغه په شونډو کې کانسر حجرات تشکل کړی دی. په هرحال اوس دا موضوع تر مناقشې لاندې دي او وروستني تحقیقات دې سوال ته ځواب وایي.

۳:- کوم ناروغان چې Atrophic Gastritis د H.Pylori له کبله پیدا کړی وي زیاتره د معدې په کانسراخته کېږي، اوس تقریباً معلومه شوې ده چې د معدې د کانسر د پیدا کېدو او د H.Pylori اړیکې موجودې دي.

پتالوژي:-

۱:- مایکروسکوپیک معاینات:-

د معدې کانسرونه یا ادنوکارسینوما دي، چې د معدې د غدوی اپیتل څخه منشاء اخلی یا داچې اسکواموزسل کارسینوما دی چې تموري حجرات د معدې د علوي برخې د مخاطی غشاء څخه منشاء اخلی او ښکته ټول معده به ثانوی ډول ماوفوی دا ډول کانسر اصلاً د مری د اپیتل څخه منشاء اخلي.

۲:-مکروسکوپیک معاینه:

د مورفولوژی له نظره د معدې کانسر په لاندې ډول تقسیم شویدي.

الف: پولیپوئید (Plypoid):

۲۰٪ زیاتره د معدې په فواد اوو فوندوس کې موقعیت نیسي ډیر وروسته میتاستاز ورکوي او په داخل د معده د ګل کرم په شان وده کوی د میکروسکوپیک معاینې له نظره یو ادینوکارسینوما ده، چې حجرات یې قابل د تفریق دی.

ب: اولسراتیف کارسینوما Ulcerativ carcin :-

۲۰٪ زیاتره د معدې صغیرانحناء او په پیلوریک انتروم کې موقعیت نیسي او ژوره د معدې په جدار کې پرمخ ځي او د معدې د جدار ټول طبقات اشغالوی په مجاور اعضاو کې تجاوز کوي د معدې په رادیوګرافی پاڼه کې د معدې د جدار رد مادې ضیاع په شکل معلومیږي او د معدې د قرحی سره مطالعه کېږی، کانسرادنو کارسینومادی، چې په ۰۰٪ واقعات حجرات یې قابل د تفریق دی.

ج: اینفلتراتیف کارسینوما Infiltrativ carcino:

۱- Superficial spreding carcin:

۵۰٪ چې یواځې مخاطي او تحت مخاطي طبقه اشغالوي او ژرمیتاستاز نه ورکوي او د Carcinoma in situs په نامه یادیږي.

۲ :-Linitis Plastica : ۵۰٪

د دې کانسر انفلتریشن شدید او ژر د معدې په ټول جدار او طبقات انتشار کوی او په داخلد معده یو هموار او غټ کتله جوړوی د مکروسکوپیک له نظره کانسر یو ادینوکارسینوما ده چې غیر قابل تفریق حجرات احتوا کوی او په مقدم ډول میتاستاز ورکوي.

۶ :-Advanced carcina :

۲۰٪ د معدې په داخل او د معدې څخه د باندې نشونما کې او ژرانفلتریشن یې مجاور اعضاء اشغالوي د میکروسکوپیک له نظره کانسر یو ادنو کارسینوما ده چې تقریباً ټول حجرات یې غیرقابل د تفریق دی.

د کانسر انتشار:

۱:-د کانسر Intramural انتشار:

د لمفاوي قناتو له لارې د معدې د یوه برخې کانسرعلوی یا سفلی خواته انتشار کوی. کوم تومورونه چې د معدې په انتروم کې موقعیت لري د سیروزا د لاندې لمفاوي قناتو له لارې اثناعشر خواته انتشار کوی. او کوم تومورونه چې د معدې په فوندوس یا کاردیا کې موقعیت لري د سیروزا د لاندې لمفاوي قناتو له لارې مری خواته انتشار کوي. چې د عملیات په وخت د کانسر د موقعیت په لحاظ یوه برخه د اثناعشر او یوه برخه د مری هم قطع کوی.

۲:-د کانسر انتشار لمفاوي عقداتو ته:

د معدې د هری برخې لمف د لمفاوي قناتو له لاری معین لمفاوي عقداتو ته رسیږي. چې د سریري له نظره د معدې مربوطه لمفاوي عقدات په څلورو ساحه ویشل شویدی.

او کوم برخه د معدې چې د کانسر له کبله د عملیات په واسطه لرې کېږي مربوطه لمفاوي ساحه هم باید ورسره لرې شي.

الف: د معدې لومړی لمفاوي ساحه:

د هغه لمفاوي قناتو او عقداتو څخه عبارت دی چې د Gastrocoli رباط په منځ د ښی Gastroepiploic شریان په چارچاپیره واقع دی چې د پیلوریک او د معدې د کبیره انحناء لمف پدی ساحه ختمیږي او لمف لدی ځای څخه د سلیاک او د ابهر په چارچاپیره لمفاوي عقداتو توئیږي.

ب: د معدې دویم لمفاوي ساحه:

د هغه لمفاوي قناتو او عقداتو څخه عبارت دی چې د Gastrocolicاو Gastrosplenic رباط په منځ د چپ Gastroepiploic شریان په چارچاپیره ځای لري چې د معدې د فوندوس او کاردیا لمف پدې ساحه کې راځي چې د دې ځای لمف د طحالي لمفاوي قناتوله لارې پانقراس د جسم د علوي سرحد په امتداد د ابهر چارچاپیره لمفاوي عقداتو ته رسیږي.

ج: د معدې دریم لمفاوي ساحه:

د هغه لمفاوي عقداتو او قناتو څخه عبارت دی چې د چپ معدوي شریان په چارچاپیره واقع دي او د معدې دوه پردرې علوي برخې او د صغیره انحناء علوي برخې لمف پدې ساحه کې توئیږي او د دې ځای څخه لمف د سلیاک لمفاوي عقداتو ته او بلاخره د دې ځای څخه د مرې د سفلی برخې د چارچاپیره لمفاوي عقداتو ته توئیږي.

د: د معدې د څلورمې لمفاوي ساحه:

د هغه لمفاوي عقداتو او قناتو څخه عبارت دی چې د پیلور او د اثناعشر د لومړۍ قطعی په علوي سرحد کې واقع دي او د معدې د پیلوریک ناحیې او د صغیر انحناء د سفلی برخې لمف پدې ساحه کې توئیږي او د دې ځای لمف په هغه لمفاوي عقداتو رسیږي کوم، چې د کبدی شریان په چارچاپیره واقع دی چې د دی ناحیې لمف هم د ابهر په چارچاپیره لمفاوي عقداتو ختمیږي.

کوم وخت چې د معدې په یوه برخه کانسر توضع ولري په لومړۍ مرحله مربوط لمفاوي ساحه یې د کانسر له خوا اشغالیږي.

۶:-د کانسر Extramural انتشار:

د معدې ادنو کارسینوما مستقیماً په ګاونډی اعضاو کې انتشار کوي او نومورې غړي اشغالوي کوم غړی چې زیاتر او ژر تر ژر اشغالیږي په لومړۍ درجه ځیګر په دویمه درجه پانقراس او په دریمه درجه کې مسعرض کولون دی. همداسې کوم وخت چې د کانسر ارتشاح سیروزا طبقې ته ورسید مستقیماً کانسری حجرات د پریطوان په ازاد جوف کې انتشار کوي. او ټول پریطوان اشغالوي.

د معدې د کانسر سریري اعراض او علایم:

۱:-خصوصی اعراض او علایم:

الف:- د کانسر ډیر مقدم عرض دا دی چې ناروغ په خپل ګډه مخصوصاً په شرسوفي ناحیه کې وروسته د ډوډۍ خوړلوڅخه دروندوالی حس کوي، چې ناروغ دا درونـد والی د درد په صفت نه اظهاروي. ځینې وخت ناروغ دا دوامداره مبهم دروندوالی ته د نور مبهم د معدې معایې تشوشاتو څخه چې مخکې ورته کله کله پیدا کېده نشي تفریق کولای.

ځینې ناروغان کوم وخت چې غوښه وخوري په ثرسوفی ناحیه کې د دروندوالي سره لږ درد د سوزش په ډول هم حس کوي.

ب:- که کانسرپیلوریک ناحیې ته نژدې موقعیت ولري د ناتام یا تام انسدادي اعراض لکه د زړه بدوالي، کانګې او قبضیت موجود وي. چې د کانګو محتوا قهویې رنګ لري(د تومورد نذف له کبله).

ج:- ناروغان په لږه سلنه هماتمیزیس اومیلان هم لري.

د: که تومور په کاردیا یا فواد کې موقعیت ولری ناروغان لږ Dysphagia هم پیدا کوی باید و ویل شی چې د کانسر اعراض د انتی اسید دواګانو په مقابل کې مؤقتي ځواب وایي لدې کبله د ناروغۍ تشخیص په لومړی مرحله کې ډیر مشکل دی.

علایم:

په لومړی مرحلو کې په فزیکي معاینه څه شی نه پیداکیږي اما په لږ پرمختللی واقعاتو کې په اپیګستریک ناحیه کې یوه کتله د جس وړ وی کوم وخت چې کانسر سیروزا طبقی ته ورسیږي د کانسری پریطونیت علایم لکه حبن او د ګیډی د جدار متوسط شخوالی هم موجود وي. که ناروغ ژړی ولري پدې دلالت کوي چې ځیګرته میتاستاز ورکړی دی او که د مقعدي معاینې پواسطه غټ مبیضونه د جس وړ وی(کروکن برګ تومور) مانا یې د اده، چې تومور په تناسلي داخلي اعضاو کې میتاستاز ورکړی دی.

۲:-عموی اعراض او علایم:

د نورکانسری واقعاتو په شان ناروغ بی اشتهایي لري، چې په مرور د زمان وزن بایلل، انیمیا او دنګرتوب ورسره ضمیمه وی.

لابراتواري معاینات:

۱:- د معدې د عصارې معاینه:

وروسته د مکسیمال تنبیه څخه په ۰۰٪ معدوی ادنوکارسینوما ناروغانو کې اکلورهیدرېا موجود وي چې پدې ډول د معدې سلیم قرحه رد کیږي.

۲ :-د معدې د عصارې سیتولوژیک معاینه:

په یو مجهز پتالوژی لابراتوار کې ۰۰٪ د معدې ادنوکارسینوما د معدې د عصاری له مخی تشخیص کیږی او د همدې معاین پواسطه ادنوکارسینوما د معدې د لمفوما او اسکوا موزسل کارسینوما سره تفریق کیږي. یوائی د لایومیو سرکوما تشخیص مشکل دی د معدې د عصارې د نیولو تخنیک د سیتولوژي معاینې لپاره په لاندې ډول دي:

ناروغ د شپې د نیمایي وخت څخه وروسته هیڅ شی نه خوری سهار معدوي تیوب تطبیق او لومړی معده د سل ملی لیتره رینګر سره پریمنځل کیږی وروسته ۰۰۰ملی لیتر خنثی (پی-اچ باید ۳،۰ وی) استات محلول چې تقریباً ۰ ګرامه شیموترپسین ولری د معدې ته داخل او د پنځو دقیقو د پاره په معده کې ساتل کیږی ترڅو د معدې مخاط د شیموترپسین پواسطه منحل او د حجراتو د تراکم څخه مخنیوی وشی وروسته د معدې عصاری د معدوي تیوب له لارې اسپریتد او د تثبیت او تلوین څخه وروسته معاینه کیږي.

۳:-رادیوګرافی معاینه Radiogrphy:

د معدې د کانسر په اولسراتیف شکل کې د رادیوګرافی په پاڼه کې د قرحې په ډول خیالونه لیدل کیږي چې د رادیوګرافي له نظره د هغه تفریق د معدې د قرحې سره مشکل دی. د ارتشا چې په شکل کې د معدې جدار کلک، بې حرکته او ښوی ښکاري.

۴:-ګسټروسکوپی Gastroscopy :

د قطعي تشخیص لپاره اساسی معاینه ګڼل کیږی مخصوصاً هغه وخت چې تشخیص د رادیوګرافی او سیتولوژی معاینی په واسطه مشکوک پاتې شی د بای اوپسی د اخستلو په واسطه د ګستروسکوپ له لاری قطعی تشخیص وضع کیږی.

اختلاطات Complication:

کوم وخت چې کانسر پرمختګ وکې یو شمیر اختلاطات منځته راځي چې په لاندې ډول دي:

۱:-نذف: نذف معمولاً کتلوی نوی اما امکان لري چې په پنځه فیصده وقایعو کې په کتلوي ډول منځته راشی. چې پدې وخت عاجل عملیات ایجابوي.

۲:- د کانسري قرحې سوري کېدل: د کانسر د قرحې سوري کېدو پواسطه د معدې جوف د پریطوان ازاد جوف سره ارتباط پیدا کوی او عمومی پریطونایتس منځته راځي. کېدای شي چې مخکې د سوري کېدو څخه د کانسر ارتشاح ګاونډی اعضا مخصوصاً مستعرض کولون ته داخل او د معدې ماءوفه ځای هغه سره التصاق وکې چې وروسته قرحه ژوره پرمختګ کوی او د معدې او کولون په منځ فستول جوړیږي پدی ډول د کولون محتوی د معدې ته داخل او د شدید ګسترایتس سبب ګرځي.

د معدې د کانسر پرمختګ درجه یا Staging :

دمعدې د کانسر پرمختګ د ناروغی د تداوی مخصوصاً جراحی تداوی د استطباب کېښودلو او د ناروغي د انذار په هکله خورا اهمیت لري. دا Staging چې لاندې تشریح کیږي د T.N.M سیستم په نامه یادیږي او دا سیستم د معدې په جدار کې د کانسر په

پرمختګ، د لمفاوي ناحیوي غدواتو په اشغال او په لیرې ځایو کې د میتاستاز په ورکولو باندې استناد کوی.

T-۰: د لمړنۍ تومور وضع د پرمختګ له نظره ښایې چې ترکومې اندازې پورې د معدې په جدار کې داخل شوی دی.

T۱: تومور یواځې مخاطی طبقه اشغال کړې ده.

T۲: تومور د معدې د جدار د ټولو طبقاتوپه شمول د سیروزا طبقه اشغال کړیدی اما د سیروزا د طبقې څخه د باندې نفوذ ندی کړی.

T۳: تومور د سیروزا د طبقې په سطح انتشار کړی دی او ګاونډی اعضاو ته امکان لری چې انتشار کړی وی یا داچې انتشار کړی نه وي.

T۴: د تومور ارتشاح د معدې د جدار ټول طبقات په وسیع ډول اشغال کړیدی چې حدود یې نه تعینیږي او ګاونډي اعضاو ته ارتشاح یې هم رسیدلې وي.

TX: د تومور حدود د معدې په جدار او د معدې د جدار د باندې نه تعینیږي.

۲-N : د لمفاوي غدواتو حالت:

NO: لمفاوي غدوات د تومور په واسطه اشغال شوی ندی (غټ شوی ندی).

N۱: د ابتدائی تومور ته نژدې د معدې په څنګ لمفاوي غدوات غټ شوی دی.

N۲: د ابتدائی تومور څخه لیرې د معدې په چارچاپیره یا د کبیر او صغیر انحناء لمفاوي غدوات غټ شوی دی.

NX: د لمفاوي غدواتو اشغالیدل د تومور په واسطه واضح ندی.

۶—M: په لیرې ځایو کې میتاستاز.

MO: تومور په لیرې ځایو او غړو کې میتاستاز ندی ورکړی.

M۱: د سریري، رادیوګرافی او جراحي له نظره تومور په لیرې ځایو کې او ګاونډی غړو ته میتاستاز وکړی دی.

I. Stage

A. T_1, N_O, M_O

B. T_2, N_O, M_O

C. $T_{۳}, N_{O}, M_{O}$

II. Stage

$T_4, N_o, M_o.$

M_o, N_1 (T_1or T_2 or T_3 or T_4)

III. Stage

M_o, N_2 (T_1or T_2 or T_3 or T_4)

IV. Stage

M_1 any N and any T

تداوی:

یواځینې تداوی یې جراحی عملیات دی چې په لومړی او دویم مرحلو کې استطباب لری او انذار یې ښه دی څرنګه چې ۰۰٪ ناروغان تر ۰ کالو پورې ژوندی پاتې کیږی په څلورم مرحله کې جراحی عملیات استطباب نه لری خو د ایکسری شعاء تطبیق په جګ ولتاژ تریوی اندازی پورې د کانسر پرمختګ ته توقف ورکوی او ژوند اوږدوی.

په درېم مرحله کې که جذری عملیات صورت ونیسي ډیر لږ ناروغان تر ۰ کالو پورې ژوندی پاتې کیږی.

که تومور د معدې په دیستال برخه ځای ولری د استطباب د لرلو په صورت کې حذری عملیات په لاندې ډول صورت نیسي.

د معدې ۰۰٪ دیستال برخې، د اثناعشر لومړی قطعه، د پیلوریک ناحیې لمفاوي غدوات، معدوی طحالی رباط، توری یا طحال، کبیر او صغیر سرب او معدوی کبدی رباط په جذری ډول لیری کیږی. او د معدې پاتې برخه د بیلروت یویا د بیلروت دوه په اصل ترمیمیږي که ګاونډی غړو اشغال شوی وو د نومړی عضو ماؤفه برخه هم باید قطع شی.

که تومور د معدې په پروکسیمال برخه یې موقعیت ولری توتال ګسترکتومی اجراء او سرییره د دی کبیرسرب، توری، د اثناعشر لومړی قطعه د سلیاک د شریان معدوی شعبات او ناحیوی لمفاوي غدوات تول باید لیری شی، وروسته مری د جیجونوم د لومړی عروی سره پیوند شی.

د معدې د کانسر نور سریري اشکال:

۱:-لایومیوما او لایومیوسروما:ـ

د معدې ۰٪ خبیث تومورونه جوړوي. د کانسر د پیداکېدو عمر په متوسط ډول ۳۰ کلنۍ قبوله شوې ده. نارینه او ښځې په مساوي ډول ماؤفیږي.

لایومیوما په تحت مخاطی طبقه کې پیداکېږي او د شدید نذف سبب ګرځي.

لایومیوسرکوما د تحت مخاطي طبقې څخه منشاء اخلي د معدې په داخل یا د معدې خارج خواته نشونما کوی او یو غټ کتله جوړوی. په داخل د معده د تومور په منځ نکروز تاسس کوي او غټ قرحه د تومورى کتلی په منځ جوړوی. که تومور د معدې څخه د باندی وده او نشونما وکې د مجاورت او د وینې له لارې انتشار کوي او زیاتر د پریطوان او ځیګر اشغالوي، د پریطوان په جوف کې د یو غټ کتلی په شکل معلومیږي.

اعراض او علایم :

د شرسوفي ناحیې درد د ناروغۍ مهمترین عرض یې دی. په ۶۰ ٪ ناروغان نذف د میلانا او نادراء د هماتمیزیس په شکل لیدل کېږي.

تداوی:

جذري ګسترکتومې د ناروغۍ انتخابي تداوي ده، چې وروسته د دې عملیاتو څخه ۳۰٪ ناروغان تر ۵ کالو پورې ژوندي پاتې کوي کانسر د ایکس شعاع په مقابل کې مقاوم دی.

۲:- د معدې لمفوما:

د معدې ۲٪ خبیث تومور جوړوی. دواړه جنسونه په مساوی ډول په مرض اخته کېږي د ماوفیدو انتخابي متوسط سن ۵۰ کلنی قبوله شویده. کانسر د خپل حجروی اوصافو له مخې د پتالوژی له نظره په دوه ډوله دي.

الف: لمفوسرکوما یا رتیکولوم سل سرکوما- Reticulum cell sarcoma.

ب: لمفوما- **Lymphoma** .

لمفوما سرکوماد ادنوکارسینوما په شان سریري اعراض ورکوی اما سرییره د دی ۲۰٪ ناروغان میلانا او هماتمیزیس هم لری. په ۰۰٪ واقعاتو کې مرض په پروفریشن اختلاط کوی. کانسر په داخل د معده کې وده او نشونما کوی او په رادیوګرافی کې د معدې مخاطي غشاء التواب ډیر غټ او پرسیدلی ښکاري.

د کانسر نوع د سیتولوژي معاینې له مخې معلومیږي.

لمفوما برخلاف د لمفوسرکوما د معدې په جدار ژوره خواته نشونما کوي او د تشخیص په وخت کې غیر قابل عملیات وي. که تومور د جذری عملیاتو پواسطه وایستل شي او وروسته د عملیاتوڅخه رادیوتراپي اجراشی ۰۰٪ ناروغان تر ۰ کالو د پاره ژوندی پاتې کیږی په هغه حالاتو کې چې تومور ډیر غټ او د عملیات وړ نوی بهتره ده چې تداوي د رادیوتراپي په واسطه سرته ورسیږي. هیموتراپي د کانسرد پرمختګ څخه تریوې اندازې پورې مخنیوی کوي.

۳-: **د معدې کارسینوئید تومورGastric Carcinoid Tumor**:-

دا تومور چندان زیات نه تصادف کیږي. تومور اصلاً سلیم دی اما ۲۰٪ په خباثت تحول کوي. د سریري اعراض له نظره ناروغ په خپل شرسوفي ناحیه کې درد حس کوی او مخکې د دی چې نور عمومي او خصوصی سریري اعراض او علایم مینځته راشی تومور خباثت خواته ځي او ژر وده او نشونما کوي.

د رادیوګرافی په پاڼه کې چې کثیفه مواد سره اخیستل شوي وي د معدې په دننه یو لوی او تقریباً منظم کتله د لیدو وړ وي د مرض قطعې تشخیص د ګسترسکوپي پواسطه وضع کیږي.

تداوي:

د تومور تداوي د ګسترکتومې څخه عبارت دي.

د معدې نور خبیث تومورونه چې فوق العاده لږ تصادف کیږي عبارت دی د سرکوما کارسینوما، ژنتیک سرکوما او لایوما یوبلاستوما چې سریري اعراض او علایم یې د معدې د نورو کانسرو په شان وی او د دوی قطعی تشخیص د ګستروسکوپي او سیتولوژیک معاینا تو پواسطه وضع کیږي.

د معدې سلیم تومورونه:

د معدې پولیپوئید ادنوما یا په خلاصه ډول د معدې پولیپ یو سلیم تومور دی چې زیات تصادف کېږي دا تومور یا Singel (یوه دانه) یا Multiple دی زیاتره زاړه خلک چې د ۰۰ کلو څخه زیات عمر ولري پدې ناروغۍ اخته کېږي. پولیپ زیاتر د معدې په دیستال برخه کې پیدا کېږي. او د معدې د ناتام انسدادي اعراض د پیدا کېدو سبب ګرځي . کوم وخت چې د معدې پولیپ کشف کېږي باید د معدې د خبیث تومورو څخه تفریق شي د معدې ۶۰٪پولیپونه د معدې د کارسینوما سره یوځای اشتراک کوي. اما دا ثابته ده چې د معدې سلیم پولیپ خباثت ته تحول نه کوي. مخصوصاً چې پولیپ د ۲ سانتي مترو څخه لږ قطر ولري. ډیر لږ کانسر ته تحول کوي او د پولیپ تحول خباثت خواته د هغه د قطر او غټوالي سره مستقیم مناسبت لری چې په ۰٪ واقعاتو کې دا حالت منځته راځي یانې هر څومره چې پولیپ غټوي په همغه اندازه خباثت خواته د هغه د تحول چانس زیات وی.

سریري اعراض او علایم :

په عمومی ډول ناروغ په اپی ګستریک ناحیه کې لږ درد حس کوي. همداسې ناروغ بې اشتها وي او د مزمن وینی ضایع کولو له کبله ناروغ انیمیک وي. (پولیپ د تخریش له کبله همیشه وینه ورکوي) او له هغه ځایه چې ۰۰٪ ناروغان اکلورهیدریا لري وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه د معدې توسع او دروندوالی د غذا د نه هضمیدو له کبله منځته راځي. که پولیپ پیلوروس ته نژدی موقعیت ولری څرنګه چې مخکې و ویل شو د معدې د ناتام یا تام انسدادی اعراض لکه وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه د اپی ګستریک ناحیې دروندوالی، زړه بدوالی او کانګې پیداکېږی.

په رادیو ګرافی په پاڼه کې چې د کثیفه موادو سره اخیستل شوی وی د معدې په دننه پولیپ د یو ګرد، منظم، ښوی او سویق لرونکې دیفکت په ډول معلومیږي چې یوه یا څو دانی وی د پولیپ تحول کانسر خواته یواځې بایوپسي په واسطه معلومیږي.

تداوي:

که پولیپ یوه دانه وی د ګستروتومی پواسطه تومور د یوه اندازه نورمال چارچاپیره انساجو سره ایستل کیږی. که د پولیپ قطر د ۲ سانتي مترو څخه زیات وي او خباثت خواته تللی وي ګسترکتومي استطباب لري په هغه صورت کې چې وروسته د ګسترکتومي څخه پولیپ بیا پیدا شي یا داچه د معدې منتشر پولیپوزوی توتال ګسترکتومي استطباب لرې.

د معدې نور سلیم تومورونه چې ډیر لږ تصادف کیږي عبارت دی د نوروجنیک تومور، فیبروما او لیپوما. چې عموماً سریري اعراض نه ورکوي او په تصادفي ډول د معدې د رادیو ګرافي په وخت کې چې د یو بل ناروغ له کبله اجراء کیږي کشف او تشخیص وضع کیږي.

د معدې حاده توسع Acut stomach Dilatation:

د معدې د شدید او ناڅاپی توسع ورکولو څخه عبارت دی چې د معدې ته د زیات اندازه هوا د تیریدو له کبله منځته راځي او ناروغ شدیداً هرګمی کولو ته میلان لری. کوم وخت چې معده د زیات مقدار هوا د تیرولو له کبله توسع وکړی بین الحجروی مایع د معدې د جدار څخه خارج او د معدې په جوف کې راټولیږي. چې پدی ډول د معدې افرازات هم تنبه او په نتیجه کې سرییره د داخل شوې هوا څخه تقریباً ۴ یا ۰ لیتره مایع هم د معدې په مینځ د رکود په حال پاتې کیږي.

د بین الحجروي مایعاتو د وتلو له کبله په مجموع کې د وینې د پلازما حجم کم او ناروغ په شدید دیهایدریشن اخته کیږي. د معدې د توسع کبله حجاب حاجز پورته خواته تیله کیږي، چې د دې فشار په اثر پر زړه او سږي باندې فشار واردیږي او د نومورو اعضاوو وظایف مختل کیږي. د پاسني پتالوژیکې تغیراتو له کبله عاجل تداوي صورت ونه نیسي ناروغ ژر تر ژره مړ کیږي.

اسباب:

۰:-د معدې حاد توسع متعاقب د معدې او د بطن د علوی برخې د عملیاتو څخه منځته راځي.

۲:- وروسته د صدر د سفلی برخې د ترضیضاتو څخه.

۶:- وروسته د قوی اندازی انتی کولینرژیک دواګانو د تطبیق څخه.

۴:-وروسته د د یابتیک اسید وزیس څخه.

۰:- کوم ناروغان چې د Nasal کتیتر له لاری اوکسیجن اخلی یوه مقدار اوکسیجن د معدې ته داخل او د هغه د حاد توسع سبب ګرځی.

۳:-کوم ناروغان چې د ماسک پواسطه اوکسیجن اخلی او معدوی تیوب ونه لری.

۰:-کوم ناروغان چې بی د اندو تراخیال تیوب د تطبیق څخه مصنوعی تنفس دوی ته ورکول کیږی. هوا د هغوی په معده کې داخل او د معدې د حاد توسع سبب ګرځی.

۰:-په هغه ناروغانو کې چې معدوی تیوب او هم Nasal تیوب په سر کې په ښکاره ډول (تنفسی لار) ولیکل شی ترڅو مؤظف نرسان متوجه شی.

سریري اعراض او علایم:

ناروغ د اپی ګستریک ناحیې د شدید ډکوالی څخه شکایت کوی. لږ اندازه هټکې او ښخوند موجود وی.

په فزیکې معاینه کې اپی ګستریک ناحیه شدید پرسیدلی او د ګیډی علوی نیمائی برخه تمپانیک وی. د ناروغ نبض سریع، فشار ښکته او د شاک حالت لری. د ګیډی په رادیوګرافی کې د معدې علوی برخې فوق العاده پراخه او د هوا څخه ډک چې په لاندنی برخه کې د مایع وسیع سویه د لیدو وړ وی.

تداوي:

فوراً بې د دی چې وخت ضایع شی ناروغ ته معدوی تیوب تطبیق او په دوامداره ډول اسپیریتد شی ترڅو د معدې پرسوب ورک او د منځه لاړ شی، تثبیتږي او معده چې ارتباط یې د کولون سره خلاص شوی دی د ګیډی په قدامی جدار ګسترویکسی کیږی.

د معدې رتج یا کڅوړی Gastirc Diverticula:

فوق العاده نادر تصادف کېږی. او عموماً بی عرض وی زیاتر د صغیر انحناء څوسانتي متر د مری معدوی اتصالی برخې څخه ښکته موقعیت لری او عموماً د معدې یوائځی مخاطی او تحت مخاطی طبقات احتوا کوی معدوی رتج نادراء پیلوروس ته نژدی پیداکېږی او پدی ناحیه کې د رتج جدار د معدې ټول طبقات احتوا کوی.

رتج کله کله التهابی کېږی او ځینې وخت نذف هم ورکوی. د ناروغی تشخیص د رادیوګرافی پواسطه چې د کثیفه موادو سره اخستل کېږی وضع او ځینې وخت د معدې کڅولی د معدې د قرحی سره اشتباه کېږی چې پدی وخت قطعی تشخیص د اندوسکوپی معاینی سره تثبیتیږي.

کوم وخت چې د معدې کڅولی تشخیص شو د دې لپاره چې اخطلاطات منځته رانشي د جراحي عملیاتو پواسطه رتج باید وایستل شي.

د معدې پردي اجسام:

وړکې پڅ پردی اجسام لکه سکه، ګوته،تیکه پرته له کوم خطر څخه د هضمی جهاز څخه خارجیږي اما تیره شیان لکه استنی سنجاق میخ او لرګی چې عموماً ماشومان یا هغه خلک چې دماغی تکلیف لری تیروی د معدې مخاطي غشاء ژوبلوي یا داچې د پیلوروس څخه نه تیریږي که ناروغ د اثناعشر قرحې ولري وړی شیان هم د پیلوروس د اسپازم سبب ګرځی او د معدې څخه نه تیریږي.

پداسې حالاتو کې ناروغ د عمومی انستیزی تر شرایطو لاندې ګستروسکوپي او د ګستروسکوپ په واسطه که امکان ولری د بای اوپسې پنس په واسطه پردی جسم باید وایستل شی. که د پردی جسم ایستل د ګستروسکوپ پواسطه امکان نه درلود باید د جراحي عملیاتو پواسطه د معدې څخه پردی جسم وایستل شی. باید وویل شي کوم پردی اجسام چې د پیلوروس څخه تیریږي او په وړو کلمو کې د سریري اعراض د پیدا کېدو سبب ګرځي باید نومورې پردې یې د جراحي عملیاتو په واسطه د کلمې څخه وایستل شي.

بیزوار Bezoar:

هغه خوړل شوي مواد چې په معده کې پاتې او نه هضمیږي او بلاخره د یو توپ په شکل کلک کیږي د بیزوار په نامه یادیږي او په درې ډوله دی:

۱:- تریکوبیزوار- Trichobezoar: چې د خوړل شوی وینښتانو په واسطه د توپ په شکل جوړیږي او زیاد تر واړه انجنکیان دا قسم بیزوار پیدا کوي.

۲:- فیتو بیزوارPhytobezoar : چې د خوړل شوي نباتي سلولوزي الیافو څخه په معده کې جوړیږي.

۶:- کانکریتی بیزوار: د کلسیوم او فسفور مالګی چې په اوبو کې غیر منحل دی د نومورو موادو مالیکولونه په معده کې یو بل سره یوځای کیږي او د توپ شکل ځانته اختیاروي. دا نوع بیزوار نادراً تصادف کیږي د ګسترکتومي او واګوتومي څخه وروسته د بیزوار تشکل امکانیت ډیر دی ځکه چې پدې حالاتو کې د پپسین او اسید افراز کمیږي او له بلی خوا د انتروم نوی او په عمومی ډول د معدې حرکات د واګوتومی له کبله کمیږي او پدی وخت هغه سابه او میوه جات چې زیاته اندازه سلولوزی لیفی مواد احتوا کوی که ډیر استعمال شی امکان لری چې بیزوار تشکل وکې.

غټه نیمه کلک کوندیدا البیکزی(condida albicans)بیزوار وروسته د ګسترکتومی یا واګوتومی څخه امکان لری پیداشی همداسې کوم پارچه دکوندیدا البیکنز چې د ګستروسکوپ پواسطه د معدې ته داخلیږي هم د بیزوار تشکل سبب ګرځی.

سریري اعراض او علایم:

کوم ناروغان چې په خپل معده کې بیزوار لری عموماً د شرسوفی ناحیې د دوامدار درد څخه شکایت کوی له هغه ځایه چې بیزوار د معدې د تقلصاتو په وخت پرمخاطی غشاء باندی فشار واردوی او د هغه د تخریش سبب ګرځی نو په ۲۰٪ واقعاتو کې د بیزوار د فشار له کبله د معدې مخاطی غشاء تقرحی او نذف سبب ګرځی حتی د معدې تثقب هم د بیزوار د تخریش له کبله راپور ورکړ شویدی.

تشخیص:

د بیزوار تشخیص د معدې د رادیوګرافی پواسطه چې د کثیفه موادو سره اخیستل کېږی وضع او د قطعی تشخیص لپاره باید ګستروسکوپی اجرا شی.

تداوي:

په هغه صورت کې چې د ګستروسکوپي پواسطه معلومه شي، چې بیزوار د کوندیدا البکنز په واسطه منځته راغلی دی د Nystatine د ورکولو سره بیزوار منحل او د منځه ځی.

فیتوبیزوار د پپسین او د سلولاز د انزایم د تطبیق پواسطه منحل او د منځه ځی دا مواد هغه وخت قابل د تطبیق دی چې بیزوار سریري اعراض ونه لري یا داچې یوائې او یوائې درد موجود وي که د پاسني موادو تطبیق مؤثره واقع نشو یا دا چې بیزوار د نذف او تقرح سبب شوی وی باید فوراً لپروتومی اجرا او د ګستروتومی په واسطه بیزوار لری شی په هغه حالاتو کې چې د معدې یا اثناعشر قرحه هم موجود وي د بیزوار د ایستلو څخه وروسته ګسترکتومی باید اجراء شي.

Morbid Obesity:

د نورمال وزن څخه تقریباً ۴۰ کیلوګرامه زیاتوالی د چاغۍ په نامه یادېږي چې د عضویت د فزیکي، روحي، اجتماعي، او د ښایست له منځه تللو سبب کېږي، چاغي امکان لري چې د زیاتو خوړلو څخه په دې ډول چې د عضویت د انرژي مصرف د عضویت د لاس ته را وړنې انرژي څخه لږ وي او یا هم د هورموني تشوشاتو له وجې را منځ ته شي او زیات اختلاطات ور کوي چې عبارت دي له:

د زړه اختلاطات: د وینې د فشار زیاتوالی، د زړه د شراینو خرابوالی، د زړه عدم کفایه او اریتمیا.

د سږو اختلاطات: Hypoventilation سندروم، Obstrective apnea، تنفسي عدم کفایه او د سږو امبولی.

مېتابولیکي اختلاطات: د Diabet دوهم ټایپ، Hyperlipidemia، Hypercholestrolemia.

اسکلیتي عضلي اختلاطات: د بندونو Degenerative بدلونونه، د قطني بین الفقري ډسک بدلونونه، Osteoarthritis.

د هضمي سیستم پورې مربوط اختلاطات: Cholelithiasis، Gastroeosophagial reflex او Hernia.

وعایي اختلاطات: د ژورو وریدونو ترمبوزس، Venous Stass ulceration.

انتاني اختلاطات: فنګسي انتانات او د نرمو انساجو نکروزي انتانات.

بولي تناسلي اختلاطات: Nephrotic syndrome، Stress Urninary incontinence.

عصبي روحي اختلاطات: Depression او Strock.

کانسري اختلاطات: د رحم، تیونو، کولون، رکتوم او پروستات کانسري کېدل امکانیت د دې اختلاطاتو دمخنیوي په موخه د چاغي درملنه وشي.

درملنه:

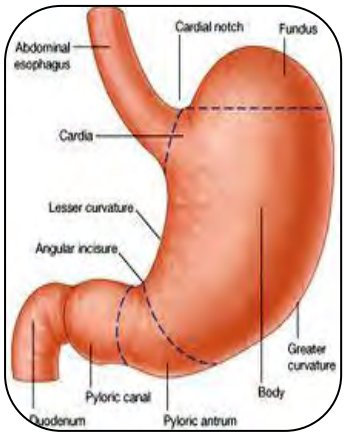
درملنه په دوه طریقو اجرا کېږي:

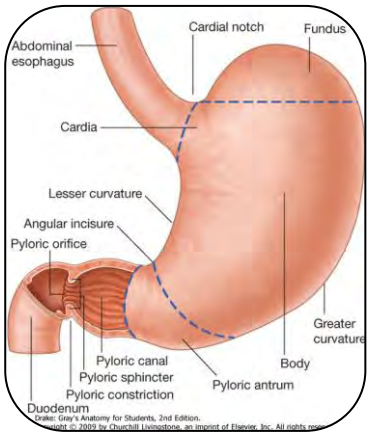
۱:- **طبي درملنه**: په دې درملنه کې ناروغ د ډاکتر د کنترول لاندې غذائي رژیم باید واخلي او د دې ترڅنګ ناروغ تل سپورت وکړي او خپل د کالوري مصرف د اخیستل شوې کالوري څخه زیات کړي، دا پروګرام ډېر اوږد وخت نیسي او ناروغ دا پروګرام په خپل ځان تطبیقولی نشي، اوس مهال ټول ډاکتران په دې عقیده دي چې جراحي تداوي بهتره ده.

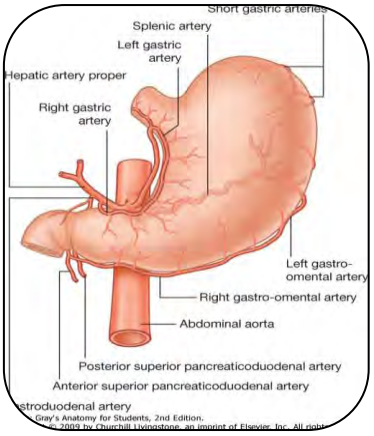
۲:- **جراحي درملنه**: په جراحي درملنه کې زیات مېتودونه موجود دي چې د زیاتو اختلاطاتو لرونکي دي خو اخري مېتود چې د ټولو جراحانو لپاره د قبول وړ دی او ناروغ په کې په اختلاطاتو نه معروض کېږي عبارت دی له Rauxeny Gastric Bypass څخه.

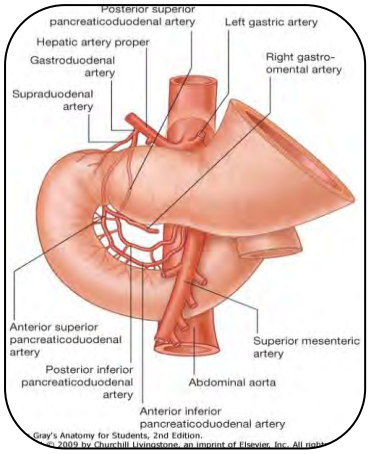
په دې مېتود کې د معدې په پاسنې برخه کې یوه برخه تقریباً د ۳۰ml په ظرفیت د معدې پاتې برخې څخه د کوکونو پواسطه جلا کوو پرته له دې چې معده قطع شي او یوه برخه د جیجینوم د معدې نومورې برخې سره انستموز (ارتباط) ور کوواو د معدې د پاتې برخې محتوي بې له دې چې غذائي مواد ولري په اثنا عشر او جیجینوم کې تخلیه

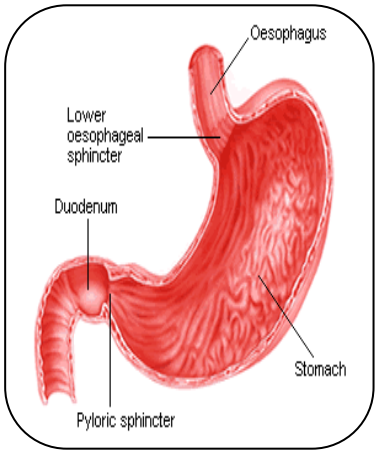
کېږي او په دې ميتود کې د معدې ظرفيت کمېږي (۳۰ml) او له هغه ځايه چې د معدې ظرفيت لږشوی دی ناروغ نشي کولای چې زيات مقدار غذائي مواد واخلي نولږ مقدار غذائي مواد کولمو ته رائي او د عضويت وزن کمېږي، د يو نيم کال په موده کې د ناروغ درېمه برخه وزن کمېږي پرته له دې چې عمده اختلاطات منځ ته راشي.

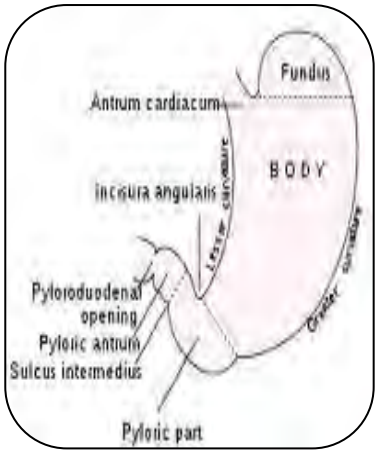


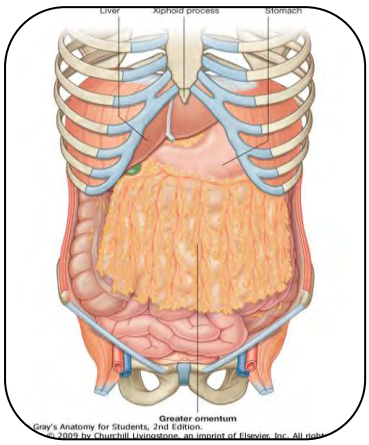






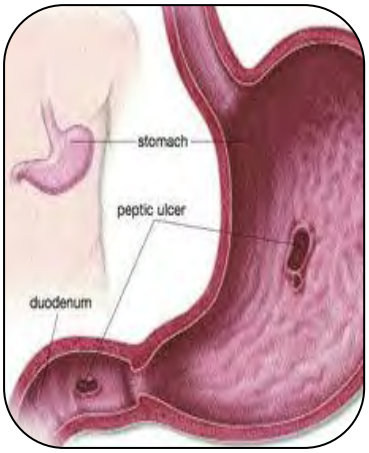


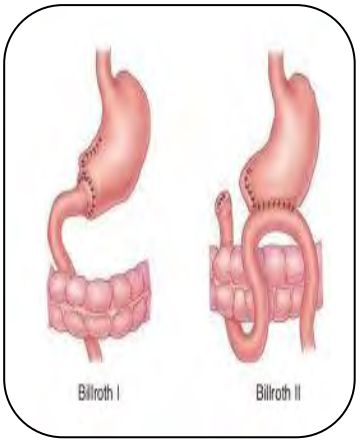


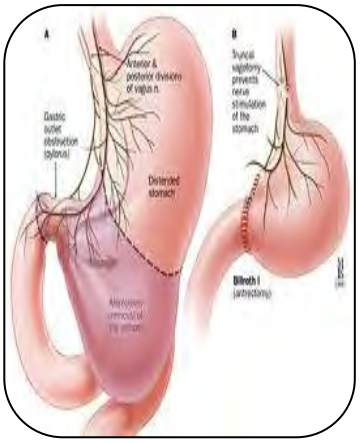


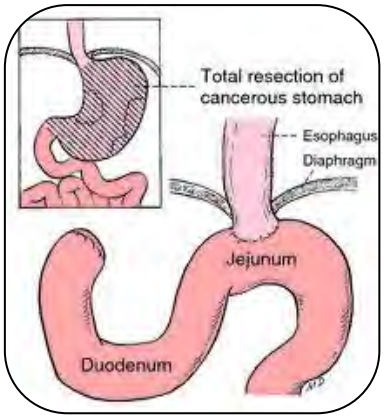


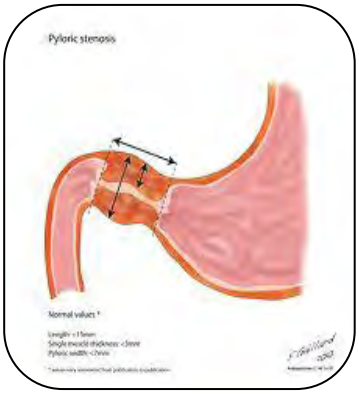


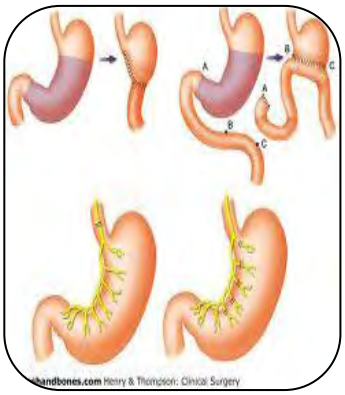

stomach
peptic ulcer
duodenum

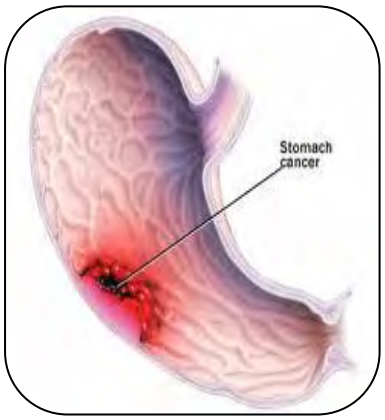

Billroth I
Billroth II

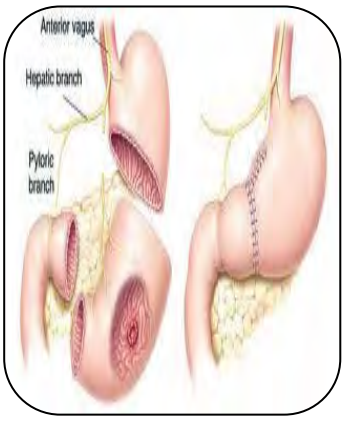



Total resection of
cancerous stomach
Esophagus
Diaphragm
Jejunum
Duodenum

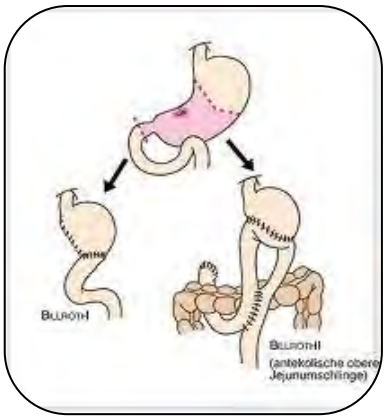

Pyloric stenosis

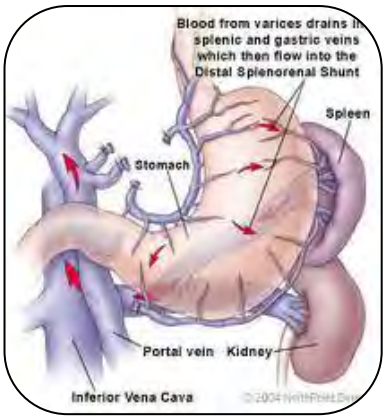


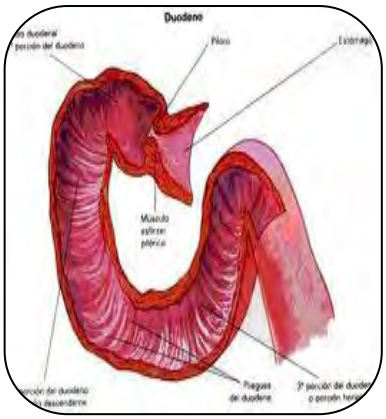

Stomach
cancer


Anterior vagus
Hepatic branch
Pyloric
branch


Name;
Sex; Age;
08/25/2002
03:38:33
CVP:1


BILLROTH I
BILLROTH II
(antekolische obere
Jejunumschlinge)

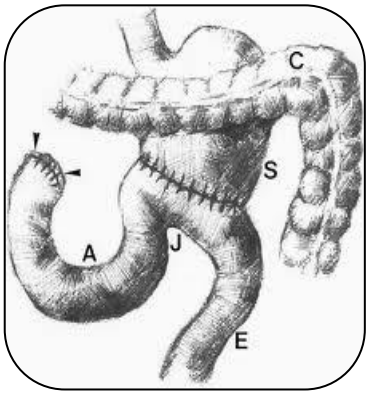

Blood from varices drains in splenic and gastric veins which then flow into the Distal Splenorenal Shunt
Spleen
Stomach
Portal vein
Kidney
Inferior Vena Cava

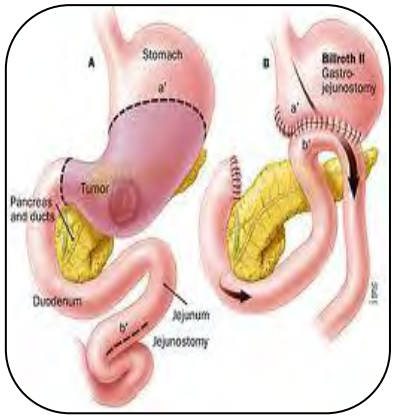

Duodene

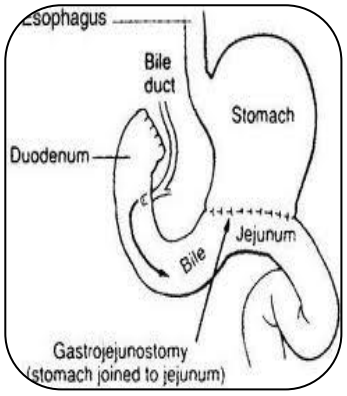







C
S
A
J
E


A
Stomach
a'
Tumor
Pancreas and ducts
Duodenum
Jejunum
b'
Jejunostomy
B
Billroth II
Gastro-jejunostomy
a'
b'


Esophagus
Bile duct
Stomach
Duodenum
Jejunum
Bile
Gastrojejunostomy
(stomach joined to jejunum)

دوهم څپرکی
دوړو کولمو جراحي ناروغۍ

اناتومیک یادونه:

د جیجنوم او الیوم اناتومی(Jejunum and Ileum anatomy)

الیوم او جیجنوم د Flexura duodenojejunalis او د Angulus Iliocecalis یا د Iliocecal Valve ترمنځ واقع دی د وړو کولمو اوږدوالی په جسد او د عملیات په وخت په اوسط ډول تقریباً ۶۶۶ سانتي متره (۲۲ فټ) او په غیرمستقیم ډول د کولمو د Intubation په واسطه تقریباً ۲۴۶ سانتي متره (۸ فټ) دی د وړو کولمو دوه پرپنځمه برخه یې جیجنوم او درې پر پنځمه یې الیوم تشکل کړی دی. وروسته د flexura duodeno jejunalis څخه جیجنوم شروع کیږی چې قطر یې په لومړۍ قطعه کې درې سانتي مترو ته رسیږي وړی کلمی له هغه ځایه چې اوږده مساریقه لری فوق العاده متحرکې دی او د خپل مساریقی په واسطه د ګیډی خلفی جدار سره ارتباط لری.

وړی کولمی یو شمیر انحناګانی لری چې د عروی یا Ansa په نامه یادیږي او هر عروه د U شکل لری د موقعیت له نظره جیجنوم د ګیډی په پاسنی او چپ خوا او الیوم د ګیډی په ښکتنی او ښی خوا کې ځای لری.

د وړو کولمو مجاروت:

۱. په قدام کې: په قدام کې د ګیډی د قدامی جدار سره مجاورت لری او د دی جدار څخه د کبیره سرب په واسطه جلا کیږی.
۲. په خلف کې: په خلف کې د ګیډی د خلفی جدار سره مجاورت لری چې د دی جدار او د وړو کولمو په منځ کې سفلی اجوف ورید، بطني ابهر، حالبونه او پښتورګی قرار لری.
۳. په علوی کې: په علوی کې مستعرض کولون او د هغه مساریقه د وړو کولمو سره مجاورت لری.
۴. په سفلی کې: د وړو کولمو په سفلی کې سګمویید کولون، مثانه، رکتوم او په ښځو کې رحم قرار لری. وړی کولمی په ښی طرف کې صاعده کولون او سیکم سره او په چپ طرف کې نازله کولون سره مجاورت لری.

د وړو کولمو مساریقه (Mesentery):

عبارت د هغه دوه پریطوانی پانو څخه دی چې کولمی د ګیډې د خلفی جدار سره نښلوی او د دی دوه پریطوانی پانو په منځ کې اوعیه (د مساریقی علوی شریان او وریدِ او شعبات یې)، اعصاب، لمفاوي غدوات او په غټانو کې یوه اندازه وازده یا شحم ځای لري. د وړو کولمو د مساریقی هغه برخه چې د ګیډې د خلفی جدار سره په تماس ده د Radix Mesentery په نامه یادیږي مساریقه یا Mesentery مستطیل شکل لری چې خلفی ضلع یې Radix Mesentery جوړوی ۱۱ تر ۱۸ سانتي متره اوږدوالی لری، قدامی ضلع یې چې د کولمو سره التصاق لری د وړو کولمو د اوږدوالی په اندازه یانې تقریباً ۱۶۶ سانتي متره اوږده ده. پورتنی ضلع یې د Flexura duodeno jejunalis سره تطابق کوی او د دوو څخه تر درې سانتي مترو پورې اوږدوالی لري لاندې ضلعه یې د Angulus Iliocecalis سره توافق کوي او د ۱ څخه تر ۶ سانتي مترو پورې اوږده ده.

Radix Mesenteryد دویمې قطنی فقرې د جسم د چپ اړخ څخه البته ارتکازیې له همدې برخې څخه شروع او وروسته د دی څخه خپل ارتکازی سیر منحرف او ښکته خواته دوام ورکوی په ښی sacroiliac joint ختمیږي په خپل ارتکازی سیر د درېمی قطنی فقرې، بطني ابهر او د ښي پسواس عضلې د پاسه څخه تیریږي.

د وړې کولمې تشریحي ساختمان:

د وړو کولمو جدار د څلورو طبقو څخه جوړ شویدی او د سطحې څخه ژورې خواته عبارت دی له:

۱. **Tunica Serosa**: چې د جیجنوم او الیوم خارجي سطح د دې پریطواني طبقې په واسطه پوښ شوی دی او د مساریقی ارتکاز د مساریقې په سطحې ادامه پیدا کوي.
۲. **Tunica Muscularis**: د دوه ملساء عضلې طبقو څخه جوړه شوی ده چې د داخلي طبقې عضلې الیاف یې حلقوي او د خارجي طبقې عضلې الیاف یې طولاني سیر لري.
۳. **Tunica Sub mucosa** : یوه فیبروزی الستیکې طبقه ده چې اوعیو، اعصابو او لمفاوي انساجو ته په خپل ضخامت کې ځای ورکړی دی، چې د وړو کولمو د جدار مقاوم ترینه طبقه جوړوي.

۴. **Tunica mucosa** : مخاطي طبقه عموما د نیم دایروی التواتو څخه متشکله ده چې د Plica Circularis په نامه یادیږي اود کولمو په لومن کې تبارز کوی نومورې مخاطی التوات د جیجنوم په حذا کې یو له بل سره ډیر نژدی او په الیوم کې یو د بل څخه لرې لرې موقعیت لري.

د Plica Circularis په سطح یو شمیر Villiځای لری ، چې د دوی ارتفاع په اعظمي ډول سره یو ملي متر ته رسیږي هر Villi په خپل مرکزی اوږد محور کې د یو نری شریان، ورید او یو شمیر مخاطي عضلې الیاف لری چې دا الیاف Villi ته استناد ورکوی. د Villi سطح د columnar epithel حجراتو په واسطه پوښل شوی ده چې ځینې ځایونو کې د دی اپیتیل حجرات څو عدد یې د Villi په سطح تبارز کوي چې میکروویلي Micro Villi په نامه یادیږي او تقریبا یوه (میو) جګوالی لري د Villi موجودیت د التواتو په سر د وړو کولمو جذبونکې سطح تقریباً اته واره او د Micro Villi ساختمانونه ۱۲ تر ۱۴ واره نومورې سطحه پراخوی او په مجموعی ډول د وړو کولمو جذبونکې سطح د ۲۶۶ څخه تر ۱۶۶ متر مربع پراخوالی لري (کولومنار اپیتیل) د جذب مسئولیت په غاړه لري همداسې امکان لري چې د هضم په فعل کې هم عمده رول ولوبوي ځکه چې هضمي انزایمونه په یوه جګ غلظت د میکروویلی په سرحد کې موجود وي.

یو شمیر حجرات چې مخاط (Mucus)افرازوی او د Goblet حجراتو په نامه یادیږي د ویلی په منځ کې ځای لری د کولمو د لمفویید فولیکولو په سر باندی یو شمیر حجرات د Micro fold په نامه موجود دي چې د انتیژن او Immunoglobulin د انتقال وظیفه په غاړه لری Crypt of Liberkuhn د villi په فاصلو کې موقعیت لری چې د یو غیر تفریق حجراتو څخه جوړ شوی دی، چې همیشه Proliferation کوي د دې حجراتو د جملې څخه یو شمیر یې په خپل اصلي حالت پاتې کیږي او یو شمیر نور یې (کولومنار) دی په ظرف د تقریباً اوه ۷ ورځو د villi ترڅو پورې نقل مکان کوی د (لیبرکون) کریپټو په منځ کې د (ګوبلټ) حجرات هم موجود دی همداسې د (لیبرکون) کریپټو او ویلی په منځ کې یو شمیر نور حجرات هم پیداکیږي، چې ځینې د دې حجراتو ګرانولا او ځینې یې Argentaffine حجرې دي چې د دوی وظیفه تر اوسه پورې معلومه نده.

همداسې د وړو کولمو د مخاطی غشاء په سطح یو شمیر سپین رنګه بیضوی لمفاوي صفیحات د Payers patch یا Folliculi Lymphoid Aggrageti په نامه موجود دی چې تقریباً نیم نه تر یو سانتي متره پورې قطر لری او د مساریقی ارتکاذ په مقابل کې سطح موقعیت لری د دی لمفاوي عناصرو شمیر په جیجنوم کې ډیر لږ اما په الیوم او مخصوصاً په ترمینال الیوم کې فوق العاده زیات او په فاصله د هر پنځه یا شپږ سانتي متر کې یوه دانه موقعیت لري.

Meckel Diveticula:

په انسانانو کې د ابتدایې کولمو متوسطه برخه ده (Amphalo intestinal D,(Vitello Intestin) په واسطه د Yalk Sac سره ارتباط لری او په نورمال حالت کې وروسته د ولادت څخه دا قنات(Duct) د مینځه ځي اما په دوه فیصده ماشومانو کې د دی قنات هغه برخه چې کولمو سره په تماس کې ده د مینځه نه ځي او د یوی دستکشې د ګوتې به شان پاتې کېږي چې د Meckel Diveticula په نامه یادیږي. دا دیورتیکول د مساریقی ارتکاذ په مقابل او د الیوسیکال د سام څخه تقریباً درې فټه یا سل سانتي متره پورې موقعیت لري.

د الیوم او جیجنوم توپیر:

- د جیجنوم جدار نسبت الیوم ته پنډ دی
- د جیجنوم قطر نسبت الیوم ته پراخه ده
- د جیجنوم په مساریقه کې یو شریانی قوس موجود دی چې د هغه څخه په شعایې ډول مستقیم اوږده شریانونه د کولمو خواته ځی حال داچې د الیوم په مساریقه کې دوه یا درې شریانی قوسونه سر په سر موجود دی او د اخری شریانی قوس څخه مستقیم لنډ شریانونه کولمو خواته سیر لري.
- د جیجنوم په مساریقه کې شحمي کتلات موجود نه وي اما د الیوم په مساریقه کې شحمی کتلات ډیر موجود وي او د دې شحمي کتلاتو د موجودیت له کبله د شریانی قوسونو تولیدل مشکل دی.

د وړو کولمو اروا:

د وړو کولمو اروا د Art. Mesenterica Superior یا مساریقی علوی شریان په واسطه تامینیږي دا شریان د دولسم ظهری او دلومړي قطنی بین الفقري قرص په حذا د بطن ابهر څخه جلا کیږی او د پانقراس شا او د اثناء عشر د درېمې برخې د قدام څخه بښکته تیریږي وروسته د دی څخه لومړی په بنې طرف دوه عمده شریاني شعبې ورکوي، چې عبارت دی له:

۱. پانقراسی شریان چې وروسته په دوه شعبو تقسیمیږي.

الف: بښکتنی پانقراسی شریان Art. Pancreatica Inf

ب: بښکتنی پانقراسی اثناءعشر شریان Art. Pancreatoduodenalis Inf

۲. د کولون لپاره شریانونه چې عبارت دي له:

Right Art Colica, Arteria Colica Media, Arteria Iliocolic

دویم چپ طرف مساریقي علوي شریان څخه جیجنوم او الیوم لپاره تقریباً ۱۱ او په ځینې خلکو کې ۱۷ شریاني شعبې ورکوي چې دا شراین د وړو کولمو مساریقي په منځ یو بل سره تفهم کوي چې لومړی، دویم، درېم او څلورم قوسي شریانونه جوړوي چې بلاخره د دې شریاني قوسونو څخه مستقیماً شریانونه چې د Art. Recti په نامه یادیږي کولمو خواته سیر کوي.

د وړو کولمو اروا:

د وړو کولمو وریدي وینه او Vena Gastroepiloica سره یو ځای په علوي مساریقي ورید کې تویږی کوم وخت چې علوي مساریقی ورید د اثناءعشر د درېمې قطعې په قدام او د اثناءعشر د لومړی قطعې د شا څخه پورته تیر شو د طحالی ورید او د بښکتنی مساریقې ورید سره یوځای کیږي او په باب ورید Portal vein ختمیږي.

د وړو کولمو لمفاوي درېناژ:

د وړو کولمو لمف په هغه لمفاوي عقداتو کې تویږی کوم چې د وړو کولمو د مساریقې په منځ کې د شریانی قوسونو په چارچاپیره کې موجود وي.

د وړو کولمو اعصاب:

وړی کولمی د سیمپاتیک او پاراسیمپاتیک اعصابو په واسطه تعصیبیږي چې سیمپاتیک اعصاب یې د Celiac Plexus او پاراسیمپاتیک اعصاب یې د واګوس عصب څخه منشاء اخلی.

د وړو کولمو فزیولوژی:

د وړو کولمو اساسي وظیفه د غذایي موادو جذب (Absorption) دي او د غذایي موادو د جذب د اماده کېدو لپاره یو شمیر فزیولوژیک او کېمیاوي تعاملات او میخانیکېتونه مداخله کوي.

۱. د وړو کولمو حرکات:

د وړو کولمو مهم او اساسی فعالیت قطعوي تقلصات (Segmental contraction) دی چې دا تقلصات د کولمو افرازات د Chyme هضم شوی موادو سره مخلوطوی او مخلوط شوی مواد په تکرار ډول د کلمی د جذبیه سطحې سره په تماس راوړي او بلاخره Chyme ورو ورو د جذبیه سطحې څخه لرې کوي. قطعوي تقلصات دوه نوع تقلصاتو څخه عبارت دي.

- **متحدا لمرکز قطعوي تقلصات:**

چې تقلصي ساحه یې دوه سانتي متره اوږدوالی لري قطعوي تقلصات د (B.E.R) Basic Electrical Rhythm په واسطه کنترول کېږی چې دا اساسی برقی جریان د کولمو د جدار د طولاني عضلې الیافو له خوا منځته راځي د وړو کولمو هره برخه خپل ځانته مخصوص B.E.R لری چې د جلا جلا عصبي مراکزو له خوا کنترولیږي د اثناءعشر څخه د الیوم خواته د B.E.R شمیر کمیږي د B.E.R کنترول مرکز په اثناءعشر فاتر امپولا ته نژدې موقعیت لري قطعوي تقلصات په متقطع ډول د ۳،۴ ثانیو په فاصله کې منځته راځي.

- **د کولمو استداری حرکات(Peristalsis)** : د انسانانو په کولمو کې لنډ، ضعیف او د پرمخبیونکو حرکاتو څخه عبارت دی چې (Prepulsive) سرعت یې یو سانتي متر

په یوه ثانیه کې وي دا حرکات به اوږدو کې د یو بل څخه ۱۶ تر ۱۱ سانتي مترو پورې فاصله لري.

عصبي او هورموني عوامل د کولمو د عضلي تقلصاتو پر قوت او وسعت باندې تاثیر لري اما د نوي تقلصاتو د منځته راتلو سبب نه ګرځي په عمومي ډول ستیل کولین د کولمو عضلې تقلصات تنبیه کوي او Adrenergic دواګانې د کولمو عضلې تقلصات په انحطاط راولي.

د وړې کولمې پر حرکاتو باندې د معدې معیې هورمونو تاثیر لږ مختلف دی Chelecystokinin د وړې کولمې حرکات تنبیه کوي او Glucagone او Secretine د دی حرکاتو مخنیوی کوي.

۲: په وړو کولمو کې هضم، جذب او د هغه افرازات:

په وړو کولمو کې په استثناء د اوسپنی او کلسیم چې په اثناءعشر کې جذبیږي نور ټول غذایې مواد او الکترولایتونه بیدون د تفریق لدی لاری دوران ته داخلیږي او په دی برخه کې د جسم غټوالی چندان رول نه لري.

۰: د اوبو او الکترولایتو هضم او جذب:

په یوه ورځ کې د پنځو څخه تر نهه لیتر مایعات، لاړی، معدوی، صفراوی، پانقراسی او د کولمو افرازات د کولمو د جذبیه سطح سره په تماس راځي او د دې جملې څخه تقریباً یو تر دوه لیتره د الیوم څخه کولون خواته تیریږي د الکترولایتو جذب د کولمو په ټول امتداد کې صورت نیسي اما د اعظمی جذب منطقه د کلمو پاسنۍ برخې دي.

باید وویل شي چې الکترولایت یواځې په جلا شکل د کلمو له خوا نه جذبیږي بلکې د اوبو سره د محلول په شکل صورت نیسي د اوبو او الکترولایتو جریان د کلمو د بین الحجروی مسافاتوڅخه لومن خواته (secretion) او برخلاف د کلمو د لومن څخه بین الحجروی مسافاتو ته (Absorption) مساوي دي.

اوبه د مخاطي غشاء څخه د اوسموز د قانون په اساس په غیر فعال شکل د کولمو لومن خواته حرکت کوي. د اثناء عشر او جیجونوم د پاسنۍ برخې هایپوتونیک

محلولات او افرازات وینې د اوسموتیک فشار سره برابر دی وروسته د کلمو په دې برخه کې د انزایمونوتر تاثیر لاندې د غذایي موادو غټ مالیکولونه په وړو مالیکولو بدلیږي.

او یو اندازه اوبه نور هم د کولمو د جدار څخه کولمو لومن ته داخل او د کولمو د داخلي موادو او اسموتیک فشار د جګوالی سبب ګرځي او په دې وخت یوه اندازه اوبه، الکترولایتونه او د غذایې مواد واړه مالیکولونه لکه ګلوکوز او امینواسیدونه په فعال ډول د کولمو د جدار له خوا جذبیږي.

که په کولمو کې غیر قابل جذب محلول موجود وی د دی لپاره چې د کولمو محتوی د ایزوتونیک په حال کې پاتې شي؛ نو اوبه یوازې نه جذبیږي سودیم چې په جیجونوم کې د الکتروژنیک ترانسپورت په میخانیکټ د بایکاربونات په موجودیت د اوبو سره یو ځای د محلول په شکل جذبیږي همداسې د سودیم زیات مقدار جذب د هکساس د تنبهی میخانیکټ او د الکتروکیمیکل غلظت د درجې په اساس په الیوم کې جذبیږي.

د کولمو د محتوی په منځ کې د پوتاشیوم جذب د هغه د الکتریک غلظت په اساس صورت نیسي.

د کلسیوم جذب وړو کولمو په پاسنی برخو مخصوصاً په اثناءعشر کې صورت نیسي او د دی عنصر جذب د ویتامین D په واسطه تنبه کیږی.

مکنیزم د وړو کولمو په ټول امتداد لږ څه په مشکل ډول جذبیږي اوسپنی د فیروز ایون په شکل زیاد په اثناءعشر او لږ د جیجنوم له خوا جذبیږي د انیونو (Anion's) جذب لږ مغلق دی د کلور جذب په غیر مستقیم ډول د سودیم ترانسپورت سره تنظیمیږي د بایکاربونات جذب د هایدروژن د ایون د افراز په مقابل کې د سودیم د ایون سره تبادله کیږی صورت نیسي څرنګه چې د کولمو د محتوی په منځ کې د یوه ایون بایکاربونات جوړیدل د یو ایون هایدروجن افراز په مقابل کې صورت نیسي او بیا جذبیږي.

فسفات د وړو کولمو په ټولو برخو کې جذبیږي.

۲:د کاربوهایدریت هضم او جذب:

د غذایې موادو ۱۶٪ نشایسته وي دا مواد د لاړو د امالیز په واسطه د معدې په منځ کې هضمیږي او د نشایستوي موادو پاتې برخه د اثناءعشر په منځ کې د پانقراس د امایلیز

په واسطه هایدرولیز کېږي د فرکتوز جذب د کولمو د لومن په منځ کې د دې موادو غلظت پورې اړه لري چې د هضم د عملی څخه وروسته هرڅومره چې غلظت یې زیات وی په هماغه اندازه زیات جذبیږي د مونوسکریدونو، مالتوز، مالتوز تریوز او د ګسترین هضم او جذب په اثناءعشر او د جیجنوم په پاسنۍ برخو کې صورت نیسي او په مستقیم ډول د کولمو د مخاطي غشاءء څخه باب ورید ته داخلیږي.

۶:د پروټین هضم او جذب:

کوم وخت چې پروتیني مواد معدې ته داخل شو د معدې د اسید تر تاثیر لاندې د هغه خواص تغیر کوي او یوه برخه یې د پیپسین په واسطه هضمیږي د پروتین هایدرولیز او د هغه تبدیلیدل به پولې پیپتید اساساً د پانقراصی انزایمو مخصوصاً د ترېپسین او شیمو ترېپسین په واسطه صورت نیسي وروسته پولی پیپتیدونه د کاربوکسی پیپتیداز او امینو پیپتداز لخوا چې د مخاطی غشاء د اپیتل حجراتو د سطح په تماس موجود وی به هغه اسیدو تجزیه کېږی چې د جذب قابلیت لری ځینې اولیګو پیپتیدونه د کولمو د مخاطی غشاء د حجراتو په منځ کې داخل او په هغه ځای کې هایدرولیز کېږي.

د امینو اسیدو ۸۶٪ یې د جیجینوم به لومړی برخو کې یانې په لومړی ۱۶۶ سانتي مترو کې جذبیږي په نورمال حالت ټول خوړل شوي پروتیني مواد جذبیږي او کوم پروتیني مواد چې په غایطه موادو کې خارجیږي د مخاطي غشاءء د حجروي تفلصاتو، موکوپروتینو او د باکتریاګانو څخه عبارت دی.

۴:د شحم هضم او جذب:

غذایي شحم زیات مقدار د Triglycerides په شکل دی چې مالیکولونه یې په اوبو کې غیرې منحل او په اثناءعشر کې د دې لپاره چې د پانقراص لیپاز په واسطه هضم شي باید په مستحلب یا Emulsion په شکل جوړ او اماده شی شحمی اسیدونه مونوګلیسرید، کولسترول، Lecithine, Lysolecithine او پروتین د صفراوی مالګو سره یو مستحلب جوړوی صفراوی مالګی په خپله د مستحلب جوړولو ضعیف قدرت لري اما کوم وخت چې د صفرا غلظت زیات شو پخپله د مونوګلیسرید سره یوځای کېږي او

یو نوع وړوکې کتلات جوړوي چې د Micelles په نامه یادیږي و دا Micelles کوم وخت چې د Microvilli سره په تماس راشی په شحمی اسیدو، مونوګلیسرید او صفراوی مالګو تجزیه کیږي شحمي اسیدو او مونو ګلیسرید د لیپوپروتین پلازما ممبران(Lipoprotein Plasma Membrane) څخه تیریږي او راساً باب وریږ ته تویږی د دی موادو جذب په الیوم کې نسبت جیجینوم ته زیات صورت نیسي او Conjugated صفراوی مالګه په فعال شکل د الیوم په اخري برخه کې جذب او د باب وریږ له لارې بیرته ځیګر ته ننوځي چې بیا د ځیګر له خوا افرازیږي.

د الیوم اخري برخې په امراضو کې او همداسې کوم وخت چې د الیوم اخری برخه قطع او لری شی صفراوی مالګه په زیاته اندازه کولون ته داخل او د اوبو او سودیم جذب مختل کیږی او په نتیجه کې ناروغ ته اسهال پیداکیږی.

۰: د ویټامینونو هضم او جذب:

ویټامن B ۱۲ (Cyancocobalamine) په اوبو کې منحل کوبالت لرونکې ماده چې مالیکولي وزن یې ډیر جګ دی ،په اوبو کې منحل نور ویټامینونه په ډیر ساده شکل د کولمو د جدار له خوا جذبیږي اما ویټامین B ۱۲ لومړی په معده کې د Intrinsic Factor سره د (د معدې د جداری حجراتو له خوا افرازیږي او یو موکو پروتین دی) یوځای او یو کمپلکس جوړوی چې دا کمپلکس د الیوم په اخری برخه کې جذبیږي.

په شحم کې منحل ویټامینونه لکه ویټامین A, D, E او Kد نورو شحمی موادو په شان جذبیږي او د صفرا په عدم موجودیت کې د دی ویټامینو جذب صورت نه یسی.

میکل رتج (Meckels Diverticula):

امبریولوژي:

دوه فیصده ماشومان دا رتج لری او د معدې معایې قنات یو معمولی ولادی انومالی دی چې په ۱۸۶۱ م کال د Johann Mieklel په واسطه کشف شوی دی. د انسان امبریو په رحمی ژوند کې تر درېمی هفتی پورې لمړنی هضمی قنات د نامه له لاری د Yalk Sac سره مستقیماً د یو قنات په واسطه ارتباط لری چې دا قنات د Amphalo Intestinal یا Vitelline قنات په نوم یادیږي هرڅومره چې امبریو په داخل د رحم کې غټیږي په

هماغه اندازه دا قنات نری کېږی او بلاخره د یورسی (Cord) په شکل پاتې کېږی یا داچې بیخی د منځه ځی.

که دا قنات په خپل اوږدوالی کې د منځه ولاړ نشی او خلاص پاتې شی کوم وخت چې ماشوم تولد کېږی دهغه د نامه څخه غایطه مواد جریان لری چې د Amphale Intestinal fistula or Congenital fecal fistula په نامه یادیږي.

که وتلین کانال د نامه په حذا خلاص پاتې وی او د کولمی په حذا پرې یا رسی جوړه کړی وی Umbilical sinus منځته راځي که وتلین کانال د کولمی په حذا کځوړه جوړه کړی وی او د نامه په حذا د منځه تلی وی پدی وخت د میکل دایورتیکول په نامه یادیږي.

که قنات د ګیډې د جدار او د کولمی جدار ته نژدی پرې جوړ کړی وی او مینځنی برخې خلاص پاتې شی د Umbilical Cyst په نامه یادیږي که ویتلین قنات په خپل ټول امتداد د یو پرې په شان پاتې شي د دې پرې په سر باندې کله کله د کولمو عروه تاویږي او د کولمو انسداد منځته راوړي.

اناتومي:

میکل دایورتیکول د الیوسیکال د سام څخه نظر په سن د دوه څخه تر درې فوټه لږې واقع او د الیوم د مساریقی ارتکاذ ته مخامخ موقعیت لري دیوه څخه تر ۱۲ سانتي متر پورې اوږدوالی لری چې په لس فیصده ناروغانو کې د میکل دایورتیکول په څوکه د ویتلین بقایا د یو پرې په شان تر نامه پورې پاتې وي.

میکل دایورتیکول یو حقیقي دایورتیکول دی ځکه چې د هغه جدارد کولمو ټول طبقات یانې سیروزا، عضلي،تحت مخاطي او مخاطي طبقات احتوا کوي هغه خلک چې میکل دایورتیکول لری ۱٪ د هغوی دایورتیکول مخاطی غشاء هیتیروتوپک(Hetrotrophic) نسج احتوا کوي چې لدې جملې څخه ۸۱٪ معدوي مخاطي غشاء او ۱۱٪ پانقراص، کولون، جیجونوم او د اثناعشر د مخاطی غشاء په هیتیروتوپیک ډول د دایورتیکول منځ کې ځای نیسي.

سریري تظاهرات:

باید وویل شي ترڅو چې د دایورتیکول هیتیروتوپیک نسج په اختلاط معروض نه شي دایورتیکول سریري تظاهرات نه ښکاره کوي په غیر د دې سریري تظاهرات یې عبارت دي له:

I. نذف:

۱۶٪ ناروغان چې د معدې هیتیروتوپیک نسج د هغوی په دایورتیکول کې ځای لري میلاناً پیدا کوي او دا عرض عموماً په ماشومانو کې د لس کلنی څخه مخکې د دایورتیکول د پیپتیک قرحی له کبله لیدل کېږی نذف عموماً هغه وخت پیداکېږی چې ماشوم په خپل ګیډه کې بی د دی چې تبه ولری درد حس کوی یا په بل عبارت یو ماشوم چې بیدون د تبی په خپل ګیډه کې درد حس کوي او د میلانا سره ملګری وي امکان لري چې میکل دایورتیکل ولري.

II. د کولمې انسدادي تظاهرات:

په ۳۶٪ وقایعو کې میکل دایورتیکول د کلمو د انسدادی تظاهراتو سبب ګرځی انسدادي حالت هغه وخت منځته راځي چې د وړو کولمو یوه عروه د هغه پرې په سر چې د دایورتیکول څوکې څخه پر نامه یا پر بطن جدار کې تثبیتېږي تاوشی یا داچې دایورتیکول د کلمی په منځ د Intussusceptions په شکل داخل شي.

III. د حاد دایورتیکولایتس سریري تظاهرات:

د دایورتیکول غاړه معمولاً پراخه وی اما کوم وخت چې د دایورتیکول غاړه د پپتیک قرحی د شفا کېدو څخه وروسته متضیقه شی دا تضیق د دی سبب کېږی چې دایورتیکول تدور وکې یا د دایورتیکول په منځ غایطی تیږه جوړه شی یا دا چې توموری شی په دی حالاتو کې دایوریتکول التهابی کېږی د سریري له نظره په دی وخت کې ناروغ په خپله ګیډه کې مخصوصاً په R. L. Q کې درد حس کوی بی اشتهایې، زړه بدوالی، کانګی، بطني تندرنس، تبه او لوکوسایتوزس موجود وی چې نومورې اعراض د حاد اپندیسایتس ته ورته دی که پدی مرحله کې دایورتیکولایتس تداوی نه شی د سوری کېدو خطر زښت ډیر دی.

IV. مزمن بطني درد:

د دایورتیکول د پیټیک قرحی له کبله ناروغان په خپل ګیډه کې مزمن دردونه حس کوی.

تشخیص:

د ناروغی تشخیص د سریري تظاهراتو او لابراتواری معایناتو په اساس اجراء کېږی سریري تظاهرات مخکې تشریح شو.

لابراتواري معاینات:

لابراتواری معاینات زیاتره د میکل دایورتیکول د سریري تظاهراتو په اساس اجرا کېږی په هغه حالاتو کې چې یو ماشوم بی د دی چې تبه ولری د ګیډې درد سره میلانا ولری د باریوم د خوړلو څخه وروسته د وړو کولمو د رادیوګرافی په واسطه دایورتیکول په منځ کې د پیپټیک قرحی موجودیت تثبیت او تشخیص وضع کېږي.

همداسې د بطني Scanning د TC^{99} perteenetate محلول په واسطه د دایورتیکول په منځ هیتروتوپیک نسج تثبیتیږي.

په هغه صورت کې چې انسدادی لوحه موجوده وي د ګیډې د ساده رادیوګرافۍ په واسطه صرف د هایدروایریک خیالو د موجودیت په اساس د کولمو انسداد تشخیص کېږي او سببي عامل یې یانې دایورتیکول نه تشخیص کېږي.

د دایورتیکول په التهابی حالاتو کې د وینی په معاینه کې لوکوسایتوز موجود وي د التهاب د پرمختګ له کبله که دایورتیکول سوری شوی وی د پریطونایتس د سریري تظاهراتو سربیره د رادیوګرافی په پاڼه کې چې د ګیډې څخه د ولاړې په وضعیت اخیستل شوی وي د حجاب حاجز لاندې مخصوصاً په ښی طرف ازاده هوا تثبیتیږي.

توپیری تشخیص:

۱. د حاد اپندی ساتیس سره:

یوازې مرض چې د میکل دایورتیکول د التهاب سره زیات شباهت لری حاد اپندیسایتس دی میکل دایورتیکولایتس درد او تندرنس د اپندیسایتس په شان د ګیډې په ښی ښکتنی کوادرانت کې وی خو د دی درد زیاتره نامه خواته نږدی وی او په وصفی ډول په مک بورنی ناحیه کې نه حس کېږی خو بیا هم د دی دوه مرضونو په

منځ کې توپیری تشخیص ډیر مشکل دی او یوائی د عملیات په وخت قطعی تشخیص وضع کیږی.

۲. د معدې او اثناءعشر د پیپتیک قرحو سره:

د معدې او د اثناءعشر پیپتیک قرحه زیاتره په کاهلانو کې منځته راځي حالانکه د دایورتیکول قرحه په ماشومانو کې پیداکیږی د معدې او د اثناءعشر قرحوی درد په اپی ګستریک ناحیه کې حس کیږی اما د دایورتیکول قرحوی درد د ګیډې په ښي سفلی کوادرانت کې موجود وي.

د معدې د عصارې په معاینه کې د معدې په قرحه کې هایپو اسیدیتي او د اثناءعشر په قرحه کې هایپر اسیدیتی موجوده وي؛ خو د دایورتیکول په قرحه کې د معدې اسیدیتی نورمال وي.

درملنه:

کوم وخت چې دایورتیکول د سریري تظاهراتو د پیدا کېدو سبب وګرځید باید حتماً ژر تر ژره د جراحي عملیات په واسطه وایستل شي په التهابي حالاتو کې د دایورتیکول څخه پورته او ښکته د نورمالو کولمو یوه برخه هم دهغه سره یو ځای لیږی کیږی اما د نذف او انسداد په حالاتو کې یوائی دایورتیکول ایستل کیږي او د کولمو خوله بیرته په مستعرض ډول ګنډل کیږي.

د وړو کولمو تومورونه:

د وړو کولمو تومورونه عمومیت نه لري او سره لدې چې نسبت غټو کولمو ته اوږدې او پراخه سطحه لري خو بیا هم غټې کولمې څلور چنده زیاتره وړو کولمو ته په تومور اخته کیږي.

د وړو کولمو د خبیث او سلیم تومورونو وقوعات د سریري له نظره مساوي اما په اوتوپسي کې د سلیم تومورو وقوعات نسبت خبیث تومورو ته زښت زیات ښودل شوی دی او دا لدې کبله دی چې د اعراض لرونکي تومورو د جملې څخه ۷۱٪ یې خبیث وي د وړو کولمو نیوپلازم د معدې معایې قنات د ټولو تومورو د جملې څخه ۱٪ جوړوي. او ۸۱٪ ناروغان د ۴۶ کالو څخه زیات عمر لری د وړو کولمو سلیم تومور بارزترین سریري تظاهرات د کولمو انسداد او میلانادی او خبیث تومورونه عموماً د کولمو د جدار د سوري کېدو سبب ګرځي.

د وړو کولمو د تومورو تصنیف:

د وړو کولمو تورمورونه په دوه ډوله دي:

۱. د وړو کولمو سلیم تومورونه:

چې وقوعات یې د زیاتوالی له نظره په اوله درجه لایومایوما، په دویمه درجه پولیپونه او په دریمه درجه کې هیمانژیوما تصادف کېږي.

۲. د وړو کولمو خبیث تومورونه: چې په لاندې ډول تصنیف کېږي:

الف: ادینوکارسینوما، لمفوما او لایوسرکوما.

ب: د وړو کولمو کارسینوئید تورمورونه.

ج: خبیث کارسینوئید سندروم.

د وړو کولمو سلیم تومورونه:

د وړو کولمو سلیم تومورونه ۱۱٪ په اثناءعشر، ۲۱٪ په جیجنوم او ۶۶٪ په الیوم کې پیداکېږی د وړو کولمو د سلیمو تومورونو زیات شمیر سریري اعراض نه ورکوي او یوازې د اتوپسي په وخت کې معلومیږي یوشمیر نور واقعات یې ډیر خفیف سریري اعراض لکه د ګیډې ګډری درد یا خفیف انسدادی اعراض ورکوی چې تشخیص یې مشکل دی او بی د تشخیصه پاتې کېږی.

۱) لایومایوما او هیمانژیوما:

د وقوعاتو له نظره لایوما یوما زیات تصادف کېږی اما د هیمانژیوما واقعات نادر دی.

سریري تظاهرات:

۱-۱۶٪ د دی دوه تومورونو د سریري اعراضو د منځته راتلو سبب ګرځي چې عبارت دي د کولمو انسداد او نذف چې لایومایوما زیاتره د کولمو د انسداد سبب ګرځی او هیمانژیوما زیاتره د نذف په شکل تظاهر کوی چې نومړی نذف د غیری کتلوی میلانا په شکل وی باید و ویل شي د وړو کولمو سلیم تومورونه ډیر لږ سوري کېږي او کوم وخت چې د سلیم تومور له کبله په وړو کولمو کې سوری پیدا شو امکان لري، چې د مجاورو غړو په واسطه نومړی سوری چاپیر او موضعی ابسی داخل د بطن کې منځته

راشی که مجاور عضوه د سوری شوی ناحیې سره کلک نښتې وي نو پدې وخت د هغه جدار هم التهابی کېږي او بلاخره وروسته د سوري کېدو څخه داخلې فستول پیداکېږي.
امکان لری چې د سوري شوی ځای څخه د کولمو زیاته اندازه محتوی د پریطوان جوف کې توی شي او عمومي پریطونایتس منځته راوړي د لایوما یوما د تدرېجي غټېدو له کبله د کولمو لومن په تدرېجی ډول متضیق کېږي او بلاخره د کولمو انسداد د کولمو د لومن د تام بندوالی په واسطه منځته راځي.

رادیوګرافي معاینه:

د میلانا په صورت کې د دې لپاره چې د نذف منبع معلومه شي د فعال نذف ورکولو په وخت کې د کولمو Angiography باید اجراء شی او دهغه له مخې د نذف منبع په وړو کولمو کې معلومېږي او د انسداد په صورت کې د ګیډې ساده رادیوګرافی نه یوائی د انسدادي حالت په تشخیص کې اهمیت لری بلکې په ځینې ځایو کې تکلسی نقاط د لیدو وړ وي.(MRI) هم په تشخیص کې مهم اهمیت لري.

توپیری تشخیص:

کوم وخت چې هیمانژیوما د نذف سبب ګرځي د Herediatary Hemorrhagic Telangiectasis یا Osler- Rendo Weber Syndrome سره باید توپیری تشخیص شی چې په دی سندروم کې Telangiectasis په پوستکې، کولمو او مخاطي غشاء کې موجود وي.
Telangiectasis د مخاطي غشاء یا پوستکې په سطح د شعریه اوعیو پراخوالی دی چې د یو سور داغ په شان ښکاري اما د وړو کولمو په هیمانژیوما کې Telangiectasis په پوستکې او مخاطي غشاء کې موجود نه وي.

درملنه:

په هغه حالاتو کې چې تومور په تصادفي ډول د یوې بلې ناروغۍ په سیر کې کشف شي د دې لپاره چې وروسته اختلاط ورنکړي باید وایستل شي او په هغه صورت کې چې سریري اعراض یې ورکړي وي (انسداد، نذف، سوری کېدل) او

تشخیص وضع شي تومور او ورسره نژدې کولمې باید وایستل شي او په لومړۍ مرحله کې د کولمو پاتې برخې ته خوله په خوله انستموز ورکړي.

۲) د وړو کولمو پولیپ:

د وړو کولمو پولیپونه عموماً ادنوماتوز پولیپ دی دا نوع پولیپ زیاتره په کولون کې پیداکیږی او په وړو کولمو کې چندان عمومیت نه لري. د وړو کولمو ادنوماتیوز پولیپونه زیاتره یودانه وي او د کولمو د لومن په منځ تغلف کوي او د هغه خوله بندوي یا داچې د نذف سبب ګرځي.

ادنوماتوز پولیپونه زیاتره Hamartoma په شکل وی چې خباثت ته میلان نه لري.

سریري تظاهرات:

ادنوماتوز پولیپونه په ۱۶٪ وقایعو کې یو فامیلی ناروغۍ جوړوي چې د معدې معایې قنات په ټول امتداد کې متعدد پولیپونه تشکل کوي او دخولې په مخاطي غشاء او د لاسو او پښو په ورغو کې د میلانین داغونه پیداکیږي، چې دا فامیلې ناروغۍ د Peutz Jeghers سندروم په نامه یادیږي، د دې سندروم په منځته راتلو کې یو Simple Pleiotropic Gene رول لري او په دې سندروم کې Pigmentation بدون د پولیپ او په کوملو کې د پولیپ موجودیت بیدون د Pigmentation راپور ورکړ شوی دی.

چې یو شمیر ناروغانو کې چې پدې سندروم اخته دی د معدې معایې لارې د خبیثو تومورو موجودیت راپور ورکړل شوی دی اوهمداسې د دې سندروم او د معدې معایې لارې د خبیث تومور مناسبت په ځینې وقعایو کې ثابت شوی دی اما په دې سندروم کې د پولیپونو کانسری کېدل تراوسه پورې واضح شوي ندي په دې سندروم کې ناروغ د متناوب کولیک ډوله بطني دردونو څخه شکایت کوي چې دا دردونه د کولمو په لومن کې د پولیپ د تغلف په وخت کې منځته راځي.

په ۳/۱ ناروغانو د ګیډې په جس سره یوه متحرکه کتله د جس وړ وی په دی سندروم کې میلانا او نذف چندان عمومیت نه لري.

هغه وخت چې پاسني اعراض په صحنه حاکم شو باید ژرترژره تداوی ته اقدام وشي.

درملنه:

د دې تومور یواځینې تداوي جراحي ده چې وروسته د لپروتومي څخه ماوفه کولمه یانې هغه برخه د کولمو چې په کې پولیپونه موجود وی باید قطع او د قطعه شوی برخې پروکسیمال او دیستال خوا یو بل سره انستموز ورکړ شي .

په هغه صورت کې چې د وړو کولمو په ټول امتداد متعدد پولیپونه موجود وي باید د پولیپونو یوه یوه دانه د کولونو سکوپ له لاری (کولونو سکوپي انتروتومي له لارې وړو کولمو ته داخلیږي) او قاعده یې سوزول کیږي.

د وړو کولمو خبیث تومورونه:

د وړو کولمو تومورونه چې خبیث خاصیت لري د معدې معایې د خبیث تومورو دوه فیصده جوړوي.

۱) Adenocarcinoma, Lymphoma, Leomyosarcoma

ادینوکارسینوما په مساوي ډول د وړو کولمو په ټول امتداد تصادف کیږي، سرکوما او لمفوما زیاتره د الیوم په اخري برخه کې موقعیت نیسي ادنوکارسینوما د کولمو په لومن کې نشونما کوي، لمفوما یو ارتشاحي تومور دی چې د کولمو په ټولو طبقاتو کې پرمختګ کوي او د کولمو جدار په سګمنتال ډول کلک کیږي لایوما یوسرکوما د کولمو په جدار کې د متعدد قرحاتو په شان تشکل کوي چې د قرحې د ژورې برخې څخه وینه بهیږي.

سریري تظاهرات:

د وړو کولمو د خبیث تومورو سریري تظاهرات په لاندې ډول دي.

A. **اسهال**: چې د اوبلن ډکو متیازو سره زیاته اندازه مخاط خارجیږي او د کولمو د Tenismus سره یو ځای وی دا عرض زیاتره په لایوما یوماسرکوما کې بارز وی.

B. **انسدادي حالت**: چې زړه بدوالی، ګانګو اود ګیډی د کرمپ ډوله درد سره یوځای وي او دا تظاهرات په ادنوکارسینوما کې عمومیت لري.

C. مزمن میلانا او Hematochesia :

له هغه ځایه چې دا دوه عرضه مزمن سیر لری نو ناروغان انیمیک او ضعیف وی چې په لایوما یوسرکوما او لمفوما کې زیات تصادف کېږي.

سربیره د پاسني اعراضو ځینې ناروغان چې د وړو کولمو په لمفوما اخته دي تبه کوي او په Mal absorption سندروم اخته کېږي.

درملنه:

د وړوکولمو د خبیثو تومورو اساسي تداوي د ماوفه کولمو ریزکشن دی چې د مربوطه مساریقی د لمفاوي عقداتو سره یو ځای وایستل شي او له هغه ځایه چې پدې تومورو کې لمفاوي عقدات زیاتر د شریان مساریقي علوي په چارچاپیره کې وي نو د دې لمفاوي عقداتو تسلیخ او لیږې کول مشکل کار دی، وروسته د عملیات څخه شمیوتراپي او Radiotherapy یوازې د لمفوما په هکله موثر واقع کېږي.

۲) د وړو کولمو کارسینوئید تومور:

کارسینوئید تومور په اوله درجه په اپندیکس او په دویمه درجه په وړو کولمو کې زیات پیدا کېږي.

نسبت جیجنوم ته ۱۶ چنده اضافه تر په الیوم کې تاسس کوي دا تومور د ۲۱ او د ۴۱ کالو ترمنځ زیات تصادف کوي، عموماً د Enterochromaffine د انساجو د ابتدایې تومورو سره (لکه د Thyroid د Medulary کارسینوما سره) یوځای اشتراک کوي.

کارسینوئید تومور د Argentaffine حجراتو (Kulchitsky) ګرانول د لیدو وړ وي.

د وړو کولمو کارسینوئید تومور یو خبیث تومور دی چې ورو ورو پرمختګ کوي څرنګه چې عملیات په وخت کې ۴۶٪ واقعاتو کې تومور د کلمو د جدار عضلې طبقه اشغال کړی وی او د ۳۳٪ واقعاتو کې مساریقی لمفاوي عقداتو ته میتاستاز ورکړی وي باید و ویل شي چې هرڅومره د تومور قطر زیات وي په هماغه اندازه د میتاستاز ورکولو خطر زیات وی که چېرې تومور یو سانتي متر قطر ولري یوازې دوه فیصده امکان لري چې میتاستاز ورکړي او که تومور دوه یا د دوه سانتي مترو څخه زیات قطر ورلری د ۸۶ څخه تر ۱۶٪ واقعات یې میتاستاز ورکوي.

سریري تظاهرات:

کارسینوئید تومور سریري اعراض نه ورکوي او په عمومي ډول د وړو کولمو ۳۶٪ کارسینوئید تومورونه د سریري تظاهراتو سبب ګرځي چې عبارت دي د ګیډې درد، نذف، کارسینوئید سندروم او انسدادی اعراض د کولمو انسداد لدی کبله منځته راځي چې تومور د کولمو د جدار د اسکلزوزیس او د هغه د قتیدو (Kniking) سبب ګرځي، د وړو کولمو ۱۶٪ کارسینوئید تومورونه د کارسینوئید سندروم سره اشتراک کوي.

لابراتواري معاینات:

په تشو متیازو کې 5. Hydroxy indol Acetic acid (5.H. I. A. A) سویه جګیږي اما په تشو متیازو کې د دی مادی کمولی یانه موجودیت کارسینوئید تومورنشي ردولای.

درملنه:

د کارسینوئید تومور یواځینې تداوی د جراحی عملیات څخه عبارت دی د جراحي عملیات وسعت او پراخوالی د تومور په غټوالي او د میتاساز په موجودیت پورې اړه لري که تومور د یو سانتي متر څخه لږ غټوالی ولري او میتاستاز نه وي ورکړی یواځې تومورې ناحیه کې د کولمو او د هغه مربوطه مساریقی ایستل انتخابې تداوی دي او له هغه ځایه چې تومور معمولاً د الیوم په اخري برخو کې موقعیت لری نو په کلاسیک ډول د نیمی Hemicolectomy سره د الیوم خری برخه د مربوطه مساریقی سره ایستل کیږی.

په هغه حالاتو کې چې تومور د وړو کولمو په مختلفو ځایونوکې موقعیت ولری نو تر امکان حده پورې باید د وړی کولمو تومورې برخې د مربوطه مساریقې سره وایستل شی او که د تومور ایستل امکان نه درلود د Bypass anastomose ورکولو څخه وروسته Cytostatic دواګانی لکه Streptozotocine او 5-Fluorouracil تطبیقیږي د دی دواګانو تطبیق پرځینې ناروغانو باندی نیمه نتیجه ورکوي.

۳) خبیثه کارسینوئید سندروم (Malignant carcinoid Syndrome):

دا سندروم د یو شمیر اصلی یا دوامدار او فرعی سریري تظاهراتو څخه عبارت دی.

فرعی تظاهرات یې عبارت دی د پوستکې سوروالی، اسهال، د کولمو د استداری حرکاتو زیاتوالی، استما او Vasomotor Collaps .

اصلی یا دوامدار سریري تظاهرات یې عبارت دی Hyperemic ، د نهایات ازیما، د پوستکې د Pellagra علایم او د زړه د دسامانو امراض.

پتوجنیزس:

په نورمال حالت په عضویت کې یوائی ۱٪ غذایې Tryptophan په ۵- Hydroxy Triptophan or Seratonin بدلیږي اما د کارسینوئید د تومورو د فعالیت په واسطه د غذایې موادو ۶۶٪ ترپیتوپان په سیروتونین بدلیږي او د عضویت د احتیاج وړ پروتین او Niacine جوړیدو ته ډیر لږ تریپتوپان پاتې کیږی چې دا حادثه د ناروغ اسهال او بی اشتهایې نوره هم زیاتوی او په پای کې Pellarga او عضویت د پروتین کموالی منځته راځي.

tryptophan $\xrightarrow{\text{hydroxydase}}$ 5- Hydroxytryptophan $\xrightarrow{\text{Decarboxylase}}$ serotonin

5-Hydroxytryptamine $\xrightarrow[\text{Aldehyde dehydrogenase}]{\text{Monoamine oxydase}}$ 5- Hydroxy Indol Aceitc Acide

(۵- H.I.A.A).

په ځیګر کې سیروتونین په ۵- H.I.A.A بدلیږي چې په همدې حالت د پښتورګو له لاری اطراح کیږی چې د کارسینوئید تومور اساسی فعالیت په تشو متیازو کې ۵- H.I.A.A د تعینولو په واسطه تعینیږي.

په نورمال حالت کې په ورځ کې د دوه څخه تر ۱۶ ملی ګرامه ۵- H.I.A.A په تشومتیازو کې خارجیږي او په کارسینوئید سندروم کې دا مقدار ۱۶ تر ۱۶۶ ملی ګرامو ته رسیږي.

په دورانی وینه کې د سیروتونین زیاته اندازه موجودیت په دې دلالت کوي چې تومور ځیګرته میتاستاز ورکړی دی او ځیګر خپل وظایف په نورمال ډول نشي سرته رسولی یا داچې د باب وریـد د درناژ د ساحې څخه د باندې لکه په برانشو او مییضو کې میتاستاز ورکړی دی او سیروتونین راسا ګردو ته راځي.

سریري تظاهرات:

د پوستکې او مخ سوروالی د کارسینوئید سندروم لپاره ډیری وصفي علامې دي چې د زیات سرو داغونو او پلاکونو په شکل په مخ، غاړه، لاسونو او صدر په پاسنی برخو کې تظاهر کوی چې د خارښت، خولې کېدو او ازیما سره یوځای وي وروسته ناروغ ته په همدې ناحیه کې کرختی یا سطحې بې حسي پیداکېږي په همدې مرحله کې نبض سریع او دورانی کولاپس منځته راځي او که ناروغ ژر تر ژره تداوی لاندې ونه نیول شی امکان لری چې ناروغ د دورانی کولاپس له کبله مړ شي.

پاسنی اعراض او علایم امکان لري چې په خپله بې د تداوی له منځه لاړ شي یا داچې دا حملات څوځوځلی تکرار شي او سندروم پرمختګ وکړي چې وروسته د څه مودې په زنه، پزه او تندی کې Telangiectasis پیداکېږي او ناروغ په عمومي ډول بې له دې چې کوم قلبي تشویش ولري یا په وینه کې د اوکسیجن اندازه کمه شي سیانوتیک ښکاري.

په ۸۶٪ ناروغانو کې اسهال هم موجود وی اسهال معمولاً د سهار لخوا زیاتیږي غایطه مواد په داسی حال کې چې زیات ابګین او زیات مخاط لری هیڅ وخت وینه نه احتوا کوي اسهال د ګیډې د کرمپ ډوله درد سره یوځای وي او دا ټول د پوستکې د سوروالی سره هیڅ ارتباط نه لري که اسهال دوامداره پاتې شي ناروغ په Mal Absorption اخته کېږي.

د لاسونو او پښو ازیما په ۷۶٪ ناروغانو کې موجوده وي د ازیما په تشکل کې د سیروتونین انتی دایوریتیک تاثیر او د وریدی فشار جګوالی د ټول پوستکې په سوروالی کې زیات رول لری ۲۱٪ ناروغان د پوستکې د سوروالي د حملې سره یوځای ساه تنګی یا Asthma هم پیدا کوي.

مخصوصاً د انستیزی د اندکشن په وخت کې د قصباتو شدید اسپازم منځته راځي پدی سندروم کې ۱۶٪ ناروغان د قلبي د ساماتو تضیق پیدا کوی څرنګه چې قلبی دسامات یو بل سره نژدی پند او لنډیږي چې په نتیجه کې د نومورې دسامات تضیق

منځته راځي پدی سندروم کې په اوله درجه کې د Tricuspid او Pulmonary او په دویمه درجه کې د میترال او د ابهر د سامونه متضیق کیږي.

تشخیص:

د ناروغۍ تشخیص د سریري اعراضو او لابراتواری معایناتو او تستونو په واسطه اجراء کیږی چې البته سریري تظاهرات یې مخکې تشریح شو او لابراتواری معاینات او تستونه یې په لاندې ډول دی:

۱ــ که د جس وړ لمفاوي عقداتو څخه د بایوپسی د ستنی په واسطه بایوپسی واخستل شی د میکروسکوپیک معاینی په واسطه تشخیص وضع کیږي.

۲ــ کوم ناروغان چې په دې سندروم اخته دي که د وریدله لارې Epinephrine د یو میو ګرام په اندازه ورته زرق شي فوراً د پوستکې سوروالی ورته پیداکیږی او تقریباً ۴۱ دقیقی وروسته پوستکې د سوروالی د شروع څخه هایپوتنشن او د نبض شمیر زیاتوالی په ناروغ کې لیدل کیږي.

۳ ـ د څلور ساعتو لپاره که ناروغ ته د کلسیوم ۱٪ محلول تطبیق شي د کارسینوئید تومور حمله په هغه صورت کې پیداکیږي چې ناروغ په نومورۍ ناروغۍ اخته وي.

۴ ـ کوم ناروغان چې په کارسینوئید سندروم اخته دی د تشو متیازو له لاری په یوه ورځ کې د ۴۶ ملی ګرام څخه زیات H.I.A.A -۵اطراح او نورمال خلک په یوه ورځ د لس ملی ګرامو څخه لږه دا ماده د تش متیازو له لارې اطراح کوي.

درملنه:

د عضویت څخه د ټولو توموري انساجو لري کول په دې سندروم کې ډیر مشکل کار دی اما سره لدې هم باید د ناروغ ګیډه خلاصه او ترکومه اندازه چې د ماوف انساجو لرې کول امکان درلود باید وایستل شي د ناروغۍ دسریري اعراضو د کنترول لپاره دوایې تداوي مفیده دی او دا دواګانې د Antiserotonine دواګانو څخه عبارت دی لکه Chorophenylataming-Methysergide cryprohptine -۳دا دواګانی مخصوصاً د ناروغ پر اسهال باندی ښه تاثیر لری د پوستکې سوروالی او نور اعراض یې د الفا ادرینرجیک بلاکر دواګانو سره لکه phenothiazine بعضاً تداوي کیږي.

همداسې د کورتیزون د دوامدار تطبیق سره د یو زیات شمیر ناروغانو سریري تظاهرات کمیږي کانسري شیموتراپی Streptozocine او fluorouracil -۵ سره یو ځای د کانسري حجراتو د نکروز سبب ګرځي او پر ځینې ناروغانو باندی ښه تاثیر کوی اما دا دوه دواګانی باید پر احتیاط او دقت سره تطبیق شي ځکه همداسې چې د کانسری حجراتو د نکروزس سبب ګرځی د عضویت په نورو مهمو حیاتی اعضاو باندی هم تخریبی تاثیر لري.

د وړو کولمو د اوعیو امراض

۱-- Art. Mesenterica sup حاد بندوالی:

اسباب:

۱—Arteria mesentrica superior emboli: د A. M. S بیخی بندوالی زیاتره د Emboli په واسطه صورت نیسي د A. M. S بندوالی د Emboli په واسطه نسبت د Art. Mesentrica. Inf ته زیات واقع کیږی ځکه چې:

الف: Art. Mesenterica sup نسبت A.Mesentrica inferior ته پورته د Aorta څخه جلا کیږی او د وینی جریان لومړی په Art. Mesenterica sup او وروسته Art.Mesentrica.Inf ته رسیږي.

ب: Art. Mesenterica sup په کوم ځای کې چې د Aorta څخه سرچینه اخلی نسبت Art. Mesentrica. Inf ته زیات قطر او پراخوالی لری.

ج: Art. Mesenterica sup په یوه حاده زاویه د Aorta څخه جلا کیږی خو Art. Mesentrica. Inf په یوه پراخه زاویه یانې قایمه زاویه جلاکیږی.

د امبولی منشاء: د Art. Mesenterica sup امبولی یا د زړه څخه سرچینه اخلی یا د Aorta څخه.

د زړه سرچینه:

۱ــ ناروغ به پخوانی د چپ بطین (Ventricle) داحتشاء(infraction) تاریخچه لری او وروسته په چپ Ventricalکې کوم ترمبوز چې پیدا کېږی دا Thrombus د نوموړی ځای څخه جلا او د Emboli په ډول Aorta ته داخل او Sup. M. Art ته رسیږي.

۲ــ د Auricular فبریلیشن په واسطه په چپ Auricle کې thrombus جوړیږي دا Thrombus کوم وخت چې جلاکېږی د Emboli په ډول Aortaاو وروسته Sup. Mesenteric. Artته ننوځي.

د Aorta سرچپنه:

۱ــ د Vegetative endocarditis له کبله د Aorta په منځ کې Atheromatus پلاکونه جوړیږي د Atheroma په سر Thrombus جوړیږي نوموړی Thrombus د هغه ځای څخه جدا او د Emboliپه ډول د وینې د جریان سره یوځای Art. Mesentric. Sup ته ننوځي.

۲ــ په هغه حالت کې چې د Aorta اتیروم Plaque موجود وی د Femoral Art. Retrograde Arteriography په وخت کې نوموړی Plaque جلا او د امبولی په ډول Sup. Mesenteric. Artته ننوځي.

نوموړی Emboli نظره په خپل غټوالی یا داچې Sup. M. Art په هغه ځای کې چې د Aorta څخه جلا کېږي بندوي او یا هم د هغه یوه عمده څانګه او لومړی څانګه (زیاتره Middle Celiac Art) بندوي.

په هغه صورت کې چې Sup. M. Artپه خپله بند شی ټولی وړی کولمی او د کولون ښی خوا یوه برخه (Cecum) په Ischemiaاو بیا په نکروز اخته کېږی او که Emboliوړوکې وي یوه څانګه د Sup. M. art بندیږي چې لدې کبله مربوطه کولمې چې د همدې څانګې په واسطه اروا کېږي په Ischemia او بیا په نکروز اخته کېږي.

۲ــ د Superior Mesentric Art ترمبوز:

دSup.Mes.Art حاد بندوالی د Thrombus له کبله هغه وخت پیداکېږي چې مخکې همدا شریان د Atherosclerosis په واسطه تنګ شوی وی همداسې Art. Mesentric. Sup

ترمبوزد Aorta د Thromboangitis Aneurysm, Dissecting Aneurysm, Fusiform Aneurysm او Perienteritis Nodosa له کبله په لږه فیصدی هم منځته راځي.

د زړه د Output ناڅاپی کموالی مثلاً د Myocardial infraction یا د Congestive Heart Failure په واقعاتو کې د Sup. Mesenteric art په منځ کې د Thrombus د جوړیدو سبب ګرځی.

د Art. Mesenteric sup په منځ کې د thrombus ناڅاپی جوړیدل د دی سبب کیږی چې ټول Small intestine اود D. colon لومړی برخه په Infarction اخته شی خو که Thrombos د وخت په تیریدو کې ورو ورو جوړ شی Collateral Circulation تشکل کوی او انفارکشن نه رامنځته کیږي.

د اوعیو په التهابی ناروغیو کې د مساریقی پاسنی شریان یوه څانګه بندیږي چې د هغه له کبله یوائی د وړو کولمو هغه Segment چې د همدې شریان په واسطه اروا صورت نیسي په Infraction اخته کیږي.

پتالوژی:

د Sup. Mes. Art د ناڅاپي او تام حاد بندوالی له کبله په لومړی وخت کې Ischemic Infarction منځته راځي څرنګه چې د اوعیو د Spasm د پیدا کېدو له کبله د کولمو رنګ سپین کیږی او په مخاطي طبقه کې Ulceration پیداکیږی په دی وخت کې کولمی Hypertonicاو contraction حالت پیداکوی چې د یو یا دوه ساعتو په منځ کې د اوعیو Spasm د منځه ځی او د کولمو Anoxic جدار په منځ کې ټول Capillary د وینی په واسطه ډک کیږی او ترمبوزی شوی سیمی څخه ښکته احتشاء خواته د ټولو اوعیو په منځ کې نور Thrombos جوړیږي پدی وخت د کولمو د جدار ټول طبقات خپل Tonicity او Contraction حالت له لاسه ورکوي.

د Ischemic او Ulcerative مخاطي غشاءء په منځ کې باکتریا په فعالیت پیل کوی او حتی د ترومبوزی شوی اوعیې په منځ کې باکتریا ننوځی او د کولمو د جدار ټول طبقات په Necrosis او Infiltration اخته کیږي.

د Peritonium په جوف کې وینه لرونکې مایع د کولمو د Infected او التهابی جدار له خوا ازادیږي چې دا مایع هم د کولمو د جدار د میکرو اورګانیزم په واسطه منتن او

شدید Peritonitis منځته راځي بلاخره د مکروبو د Toxin د جذب له کبله ناروغ په شدید Infection shock اخته او مړ کېږي.

Clinical Manifestation:

عمومیات:

مرض زیاتره په نارینه او عموماً د ۱۶ او ۶۶ کلنی عمر په منځ کې لیدل کېږی، معمولاً په هغه ناروغانو کې چې د زړه ناروغی او د Mesenteric اوعیو د Arthrosclerosis له کبله له ډیری مودی را په دی خوا د ډوډۍ خوړلو څخه وروسته د ګیډې کرمپ ډوله درد لری (د کولمو Angina) دا ناروغی پیداکېږي.

۱ – درد:

د دې ناروغۍ مهم عرض د ګیډې درد دی چې ډیر شدید، ثابت او دوامداره وي چې حتی د Narcotic او قوی انلجزیک سره ځواب نه وایې د درد موقعیت د اخته شوو کولمو په موقعیت پورې اړه لری که په خپله Art. Me. Sup بند شوی وی لومړی درد په Epigastric سیمه کې وی او کوم وخت چې کولمو په Necrosis اخته شي درد په ټول ګیډه کې انتشار کوي.

۲ – کانګې:

ناروغ شدیدې کانګې کوي او د کانګو محتوی یې توربخنه وینه وي.

۶ – د کولمو د ترانزیت خرابوالی:

لومړی ناروغ اسهال لری او وروسته تام قبضیت پیدا کوی په اسهال کې امکان لري چې په کتلوی ډول توربخنه وینه د غایطه موادو سره یوځای وی.

سریري علایم:

د یو پر پنځه ناروغانو د ګیډې په جدار کې مخصوصاً په Flank سیمه کې پوستکې Cyanotic ښکاری، په جس سره په ارادی یا غیرې ارادي ډول عضلې کلکوالی د ګیډې په جدار کې موجود وی خو د ګیډې جدار څرنګه چې په Peritonitis کې د تختی په شان کلک کېږي په دې ځای کې موجود نه وی خو د ګیډې کلکوالی او Tenderness هغه وخت پیدا کېږی چې د کولمو Infarction او peritonitis منځته راشی.

د Auscultation په واسطه د ناروغۍ په پیل کې د کولمو Peristaltism اوازونه شدید او د درد د پیل څخه څو ساعته وروسته چې د کولمو Infarction منځته راشی Peristaltism اوازونه هیڅ نه اوریدل کیږی.

د ناروغۍ په پیل کې د ناروغ Temperature ، pulse او د وینی په فشار کې کوم ښکاره بدلون نه راځي خو کوم وخت چې د کولمو په جدار کې او د Peritoneum په جوف کې انتان مداخله وکړی په تدریج ناروغ انتانی حالت نیسي.

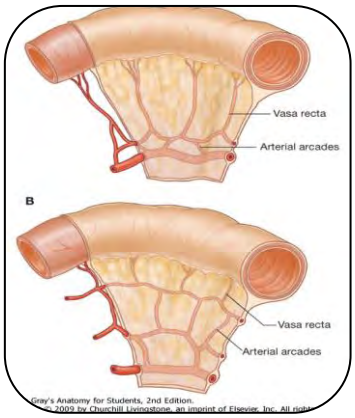
څرنګه چې تبه پیدا کوی نبض یې چټک او د وینی فشار په ښکته کېدو پیل کوی او کوم وخت چې کولمی Gangrene او د Peritonium په جوف کې شدید التهاب پیدا شو یا په بل عبارت عمومی Peritonitis منځته راغی ناروغ په Infectious shock اخته او بیخی Circulation collapse پیدا کوی.

Diagnosis:

یو ناروغ چې مخکې د زړه Infarction یا Auricular fibrillation او د لاسو یا پښو Emboli حالت تیرکړی وی او اوس د ګیډی شدید درد ورته پیدا شوی چې د ټولو Analgesic دواګانو په مقابل کې نه کراریږي د ناروغی په تشخیص کې ډیر اهمیت لری.

تداوی:

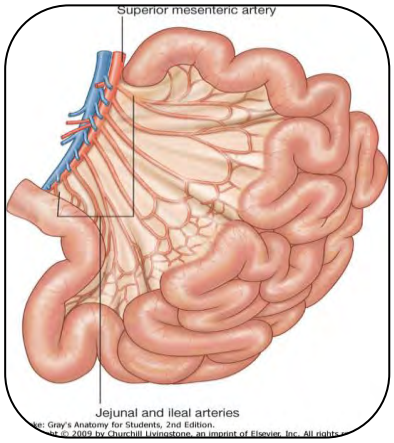
قسمی یا په تام ډول ټول وړی کولمی ایستل کیږی او پاتې برخه د کولون مستعرض سره انستوموز ورکول کیږی وروسته د عملیات څخه د اوږدی مودی لپاره پانکرانسی او صفراوی انزایمونه د خولی له لاری د ۴ لیتره مایعاتو سره ورکول کیږی.


Vasa recta
Arterial arcades
B
Vasa recta
Arterial arcades
Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

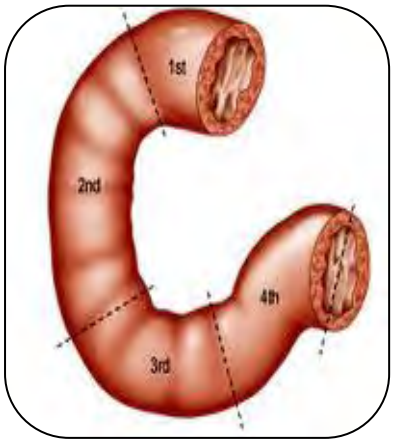






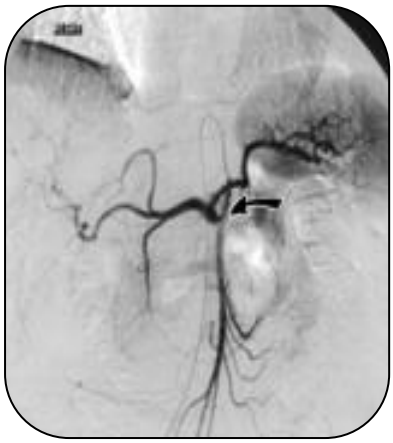

Superior mesenteric artery
Jejunal and ileal arteries
Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

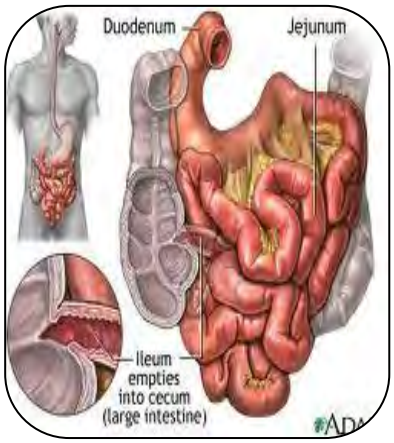


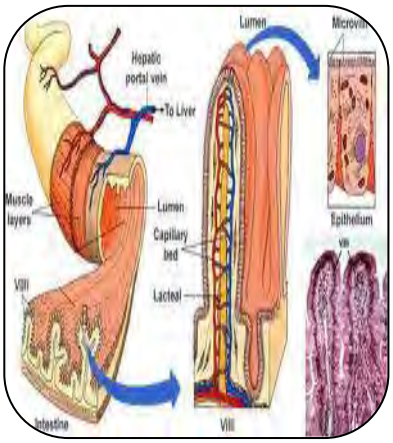

1st
2nd
3rd
4th


Diverticula
Diverticulitis
with rupture

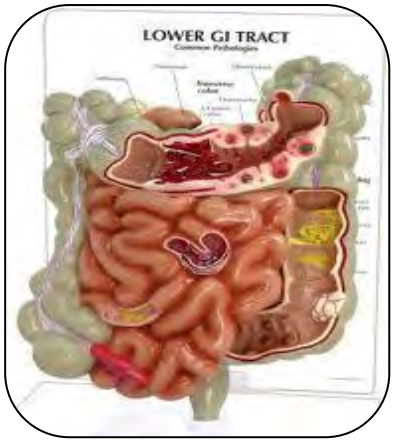

Pass the videogame, pleas

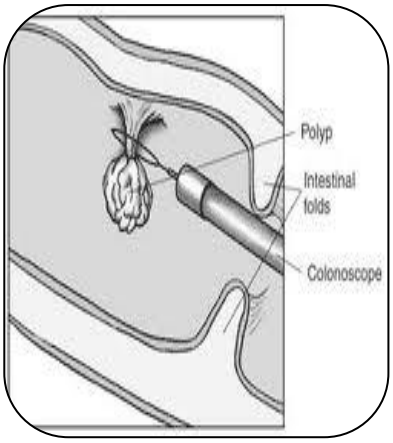



Duodenum
Jejunum
Ileum empties into cecum (large intestine)

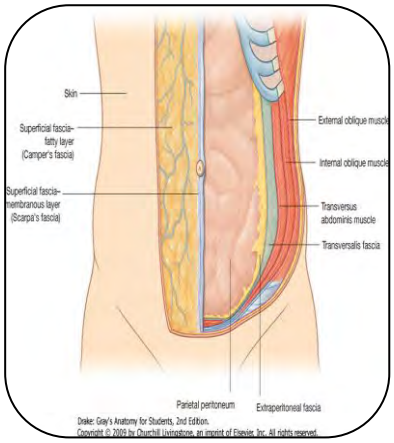

Hepatic portal vein
To Liver
Lumen
Muscle layers
Capillary bed
Lacteal
Epithelium
Intestine
VIII

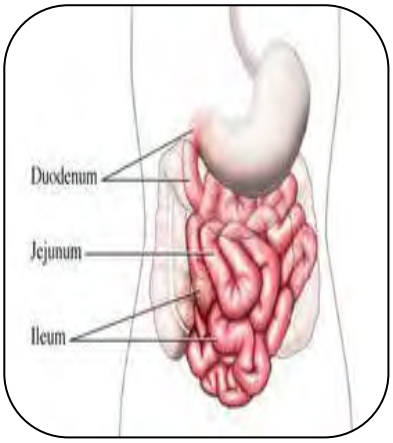



LOWER GI TRACT

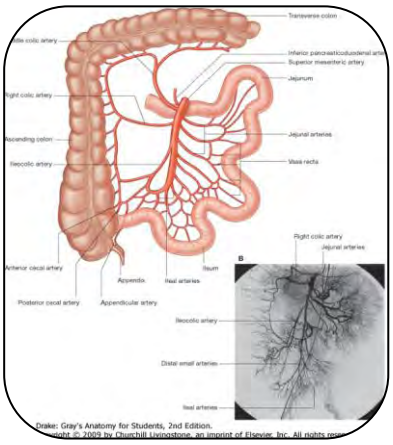

Polyp
Intestinal folds
Colonoscope

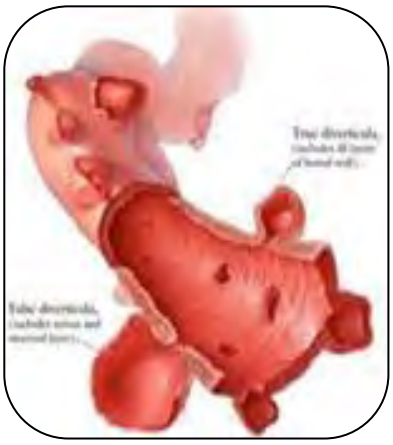

Diverticuli

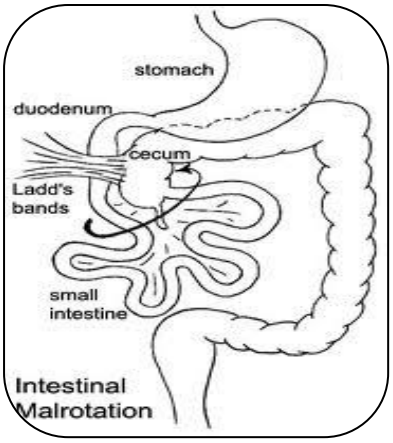

Skin
Superficial fascia- fatty layer (Camper's fascia)
Superficial fascia- membranous layer (Scarpa's fascia)
External oblique muscle
Internal oblique muscle
Transversus abdominis muscle
Transversalis fascia
Parietal peritoneum
Extraperitoneal fascia


Duodenum
Jejunum
Ileum



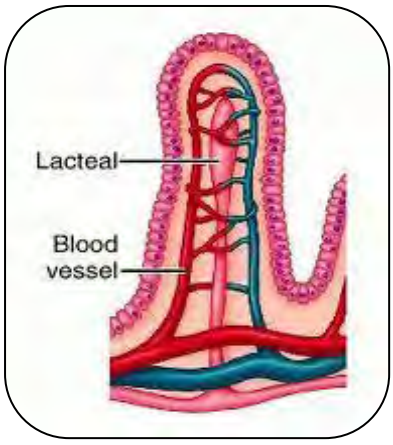

Transverse colon
Inferior pancreaticoduodenal artery
Superior mesenteric artery
Jejunum
Right colic artery
Jejunal arteries
Ascending colon
Ileocolic artery
Vasa recta
Right colic artery
Jejunal arteries
Anterior cecal artery
Appendix
Ileum
Ileal arteries
Posterior cecal artery
Appendicular artery
Ileocolic artery
Distal small arteries
Ileal arteries
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

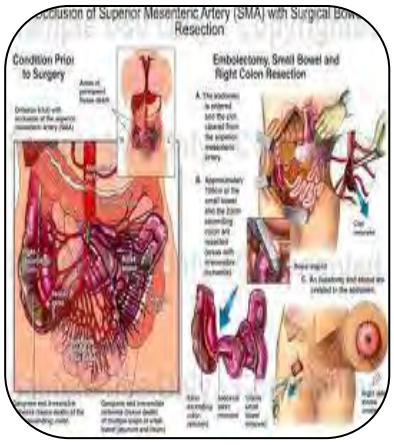


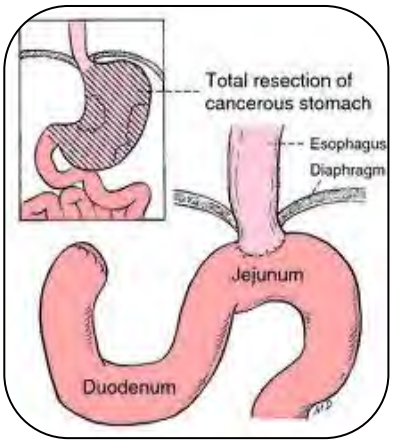

stomach
duodenum
cecum
Ladd's bands
small intestine
Intestinal Malrotation






Lacteal
Blood vessel


Occlusion of Superior Mesenteric Artery (SMA) with Surgical Bowel Resection
Condition Prior to Surgery
Embolectomy, Small Bowel and Right Colon Resection


Total resection of cancerous stomach
Esophagus
Diaphragm
Jejunum
Duodenum

درېیم څپرکی
د غټو کولمو جراحي ناروغی

اناتومي یادونه :

غټې کولمې – غلیظه امعاء Intestinum Grassum- Large intestine :

دهضمې جهاز د هغې برخې څخه عبارت دی چې د Angulus Iliocecalis او رکتوم ترمنځ واقع دی.

Angulus Iliocecalis دزاوئي دسویې څخه ښکته دغټو کولمو متوسع برخه د یو رتج په شکل موقعیت لری چې د Cecum په نامه یادیږی دا برخه تقریباً ۸ سانتی متره قطر لری او دهغه په څوکه کې Appendix Vermiform قرار لری ددې زاوئي د سویې څخه پورته کولون دځیګر تر ښکتنی مخ پوری پورته ځی چې د Colon Ascendant په نامه یادیږی او تقریباً ۷ سانتی متر قطر لري د ځیګر په سفلی مخ کې یو انحناء جوړوی چې د Hepatic Flexures or FI. Colica Dextra په نامه یادیږي وروسته ددې انحناء څخه کولون دیو قوس په ډول چې محدبیت یې قدام او ښکته خواته متوجه دی د ښی خوا څخه کښ خواته توري یاطحال(Spleen) پورې ادامه پیداکوي چې دمستعرض کولون Colon Transverse په نامه یادیږی او تقریباً ۵ سانتی متره قطر لری د توري په قدامي مخ کې کولون بیا یو انحناءء جوړوي چې د Flexura Colica Sin په نوم یادیږي.

وروسته ددی انحناء څخه کولون ښکته خواته تر کښ حرقفي حفری پورې ادامه لري چې د نازله کولون Colon Descendent په نامه یادیږی او تقریبا څلور سانتی متره قطر لری وروسته ددی ناحی څخه کولون د حوصلی په منځ کې یوقوس جوړوی او لومړی برخه د دې قوس په حرقفی حفره او اخری برخه یې د عجز د هډوکې په قدام کې واقع دی او د سګموئید کولون Colon Sigmoid په نامه یادیږی بلاخره کوم وخت چې د عجز د هډوکې په قدام کې کولون خپل قوسی سیر په عمودي سیر بدلوي او Rectum رکتوم شروع کیږي.

غټې کولمې په جسد کې تقریبا یو نیم متر یا څلورمه برخه د وړې کولمې اوږدوالی جوړوي

دغټو او وړو کولمو توپیر:

۱- د غټې کولمې قطر نظر وړې کولمې ته زیات دی.

۲- غټې کولمې لرونکې د تینیا کولې (Tenia Coli) دی حالانکه وړی کولمی دا ساختمان نه لری څرنګه چې د وړو کولمو د عضلی طبقی طولانی الیاف په منتشر او متجانس ډول د کولمو په امتداد سیر لری اما په غټو کولمو کې په دی شکل نه وی بلکه د غټو کلمو په جدار کې د عضلی طبقی طولاني الیاف د درې طولاني عضلې بنډلونو په شکل چې یو دبل څخه مساوی فاصله لری سیر کوی چې د Tenia Coli په نامه یادیږی یوه ددې تینیاګانو په هغه ځای کې چې پر کولمو باندی مربوطه مساریقه ارتکاز کوي سیر لری او نه ښکاری اما دوه نور تینیاوې په ښکاره ډول د کولمو په جدار کې سیر لري .

د دي تینیاوو اوږدوالی نسبت د کولمې اوږدوالي ته کم دی له دې کبله غټې کولمې د تینیاګانو په سیر Sacculated دی .

په Cecum کې درې واړه تینیاوې د اپندیکس په قاعده کې سره یو ځای کیږي او په رکتوم کې دا درې واړه تینیاوې خپل بنډلي حالت له لاسه ورکوي او دوړو کولمو په شان منتشر او متجانس ډول ښکته سیر کوي.

۳- غټې کولمې Sacculated یا کېسه ډوله ساختمانونه لري اما وړی کولمي داسی کېسه ډوله ساختمانونه نه لري.

هرکځوړی ډوله ساختمان د Haustra Coli په نامه یادیږی هره هوسترا دمتسعرض التواتو په واسطه یو دبل څخه جلا کیږي .

۴- غټې کولمې لرونکې د Appendices Epiploica دي اما وړې کولمې دا ساختمان نه لري. Appendices Epiploica عبارت دهغه ساختمانونو څخه دي چې د Tenia Coli په حذا دسیروزا د طبقي څخه دباندی نشئت کوی او لکه د شحم د یوي زوړندی پارچې په شان ښکاري.

۵- غټې کولمې په خپل داخلی سطحه کې لمفاوې پلاکونه ،Villi او نږدی حلقوی التوات نه لري اما وړې کولمې د دې ساختمانونو لرونکې دي.

د غټو کولمو ساختمان:

غټې کولمې د څلورو طبقو څخه جوړ شوي دي.

۱- Tunica Serosa : یو پریطواني طبقه ده، چې د غټې کولمې سطحه یې پوښې کړیده .

۲- Tunica Muscularis : د داخلي حلقوي طبقي او دخارجي طولاني (Logitudinalis) طبقې څخه عبارت دی چې په کولون کې خارجي عضلي طولاني الیاف Tenia Coli جوړ کړیدی .

۳- Tunica Sub mucosa : دیو سست منظم نسج څخه جوړ شوې دې چې عصبې ضفیرې او اوعیې په خپل منځ کې لري .

۴- Tunica mucosa : د غټو کولمو داخلي سطحه د مخاطي غشاء په واسطه فرش شوی ده او د مستعرضو التوات یا Plica Semilunaris د تشکیل سبب ګرځی او د دوه Plica مینځ کې کومه حفره چې تشکیل کېږی د هاوسترا کولې څخه عبارت دې .

سیکم (Cecum) او اپندکس (Appedix):

۱- سیکم (Cecum) :

د غټو کولمو د هغی برخې څخه عبارت دی، چې د Angulus Iliocecalis د سویې څخه ښکته دښې حرقفي حفری یا Right.Iliac fossa په سر واقع دې چې د کولون د راس په نامه یادیږی. سیکم داخلاً دیو کڅوړی څخه عبارت دی چې د Iliocecal Valve څخه ښکته واقع دی سیکم تقریباً دوه نیم انچه اوږدوالی او دوه نیم انچه پلنوالی لري.

دسیکم ټول جدارونه د پریطوان په واسطه پوښل شوی دی او له دې کبله د ګیډې د جدار څخه جلا او لږ متحرک دی .

مجاورت:

د سیکم قدامي جدار راساً د بطن په قدامي جدار توافق کوي خلفي مخ یې د هغه رخوه اقسامو سره په تماس کې دې کوم چې حرقفی حفره یې ډکه کړیده او دا رخوه اقسام دسطحی څخه عمق خواته عبارت دي له: جداری پریطوان، Sub Peritoneal Fat، Fascia Iliac، Sub fascial fat او بالاخره الیوپسواس عضله ،وحشي وجه یې دبطن د جنبې جدار سره په تماس کې ده انسې وجهی ته یې په علوي کې Terminal ilium اوښکته Appendix Vermiform موقعیت لري .

د سیکم داخلی ساختمان:

دسکېم داخلي ساختمان د مخاطي غشاء ء په واسطه فرش شوی دی او لرونکې د یو یا دوه Plica Semilunaris دی دسیکم د جدار په انسي برخه کې دوه سوري موجود دي چې عبارت دی له :

۱- Ostium iliocecalis : د ترمینال الیوم لومن دسیکم په انسی جدار کې خلاصیږی چې د Ostium iliocecalis په نامه یادیږی دا سوری بیضوی شکل لري په علوی او سفلی شونډو کې یې دوه د سام یا Cusps Sup & inf په نامه موقعیت لري چې iliocecal Valve جوړوي دا دسامات په دواړه نهایاتو کې سره یوځای کیږی او یو Frenulum جوړوي.

د دې دسام خصوصیات دا دي چې معایي ترانزیت ته د الیوم څخه د سیکم خواته اجازه ورکوی او دمعکوس ترانزیت څخه مخنیوی کوي.

۲- Ostium Appendix Vermiform : چې د Ostium Iliocecalis څخه تقریباً یو نیم سانتی متره ښکته د سیکم په انسي جدار کې موقعیت لري.

Appendix Vermiform :

یوه استوانی ډوله استطاله ده چې دسیکم په انسي جدار کې د الیوسیکال د اتصالی برخی څخه دوه یا دری سانتی متره ښکته د هغی قاعده تثبیت ده په متوسط ډول ۷ تر ۸ سانتی متره پوری اوږدوالی او تقریباً ۷ یا ۸ ملي متره خارجی قطر لری او لومن یا داخلي خوله یې د یو څخه تر درې ملي متر پورې قطر لري.

مجاورت :

که اپندیکس اناتومیک او طبعی موقعیت ولری په ښي حرقفي حفره کې قرار لري د اپندکس په وحشي کې دسیکوم انسي جدار، په انسي او قدام کې یې د وړو کولمو عروات او په خلف کې د کڅړی خلفي جدار کې موقعیت لری د توپوګرافي له نظره د اپندکس قاعده د بطن په قدامی جدار په یو داسې نقطه ترسیمیږی چې د MC. Burneyنقطی په نامه یادیږي.

کـه نامـه (Umbilicus)د Spina ilica Ant/Superior سره وصـل کړو او دا خـط پـه درې مساوي برخو تقسیم شي Mc. Burney نقطه په یو پر درې متوسط او یو پر دری وحشي په مینځنی نقطه کې واقع دې.

د اپندکس تشریحي ساختمان:

اپندکس د څلورو طبقو څخه جوړ شویدي :

۱- Tunica Serosa چې د پریطوان یوه طبقه ده.

۲- Tunica Muscularis: چې د دوو طبقو څخه عبارت دي یو سطحې طولاني او بل داخلي حلقوي عضلي الیاف.

۳- Tunica Submucosa : د منظم نسج څخه جوړه شوې ده چې زښت زیات لمفاوي حجرات احتوا کوي.

۴- Tunica Mucosa :چې د مخاطی حجراتو څخه جوړه شوي ده او اپندکس ننی سطحه یې پوښ کړیده.

دسیکم او اپندکس شراین :

د مساریقی علوي شریان دښې خوا څخه یو شریانی شعبه د Arteria Iliocolic په نامه جلا کیږی چې Angulus iliocecalis خواته ځي او دې زاویې ته نږدی په دوه شعبو تقسیمیږی.

۱-Art. Ilial چې د دې شریان څخه یوه شعبه اپندکس ته راځی او هغه اروا کوي.

۲- Art.Cecalis Ant&Sup چې سیکم اروا کوي .

دسیکوم او اپندکس اوردی د شراینو سره موازی او معکوس سیر لری او په مساریقی علوی ورید ختمیږی .

لمفاوی اوعیي په الیوسیکال لمفاوی عقداتو ته رسیږی دسیکوم او اپندکس اعصاب د Plexus Mesenterica Superior څخه منشاء اخلي.

صاعده کولون(Ascending Colon):

دسیکوم او د Right, Colic Flexura په مینځ کې د سفلی څخه علوی خواته او د قدام څخه خلف خواته سیر لري اوږدوالی یې د ۵ څخه تر ۸ انچو پوری رسیږی قدامی ، وحشي او انسي جدارونه یي د پریطوان په واسطه پوښل شوي دي. او په خلفي جدار

يي مساريقي ارتکاز کړي دي د مجاورت له نظره خلفي جدار کې يي د اليوي عضلاتو د صفاق د Quadratus lumbaris عضلات او دښی پښتورګی د سفلی برخې سره مجاورت لری.

انسی جدار يې د پسواس عضلې، ښي حالب،خصيوي شريان،(په ښځو کې مبيض شريان)او د اثناء عشر د دويمي برخي سره مجاورت لري په وحشي سفلي کې د ګېډې دجدار سره او په علوی کې د حجاب حاجز سره او په قدامی سفلی کې د ګيډې د قدامي جدار او په علوي کې د وړو کولمو سره مجاورت لري.

Hepatic flexura or Flexura Colica dextra:

دکولون يوه زاويه ده چې دصاعده او مستعرض کولون په اتصالي ناحيه کې جوړيږي چې د ښي پښتورګي په اقدام او د ځيګر او صفراوي کڅوړې په سفلي کې واقع دي په انسي کې د اثناء عشر د لومړي او دويمي قطعي سره او په وحشي کې د ځيګر د وحشي څنډې او د بطن د جدار سره مجاورت لري په استثني د خلفي جدار څخه نور ټول جدارونه يي د پريطوان په واسطه پوښل شويدي.دنومړي flexura په خلف کې ښي پښتورګي او lig renoduodenocolicus واقع دي.

په علوي کې د حجاب حاجز او پريطواني بنډل د lig.phrenocolicum Dextra په نامه يادېږي او همداسې د ځيګر او يو بل پريطواني بنډل چې د lig.hepatocolic يادېږي تثبيت دي.

مستعرض کولون transverse colon:

د flexura hepatica او flexura lienalis په مينځ کې د بطن په علوي برخه په مستعرض شکل د ښي خوا څخه چپ خواته د اثناء عشر او د پانقراس په قدام کې سير لري تقريبا ۱۸ انچه اوږدوالي لري.

د مستعرض کولون د متوسطي برخي په علوي کې معده او په سفلي برخه کې وړي کولمي موقيعت لري مستعرض کولون ښي طرف په شروع کې لرونکې د يوي لنډي مساريقي يا mesenter دي.

او هر څومره چې متوسط ته نږدي شي د هغه مساریقه هم اوږد یږي او په هغه ځاي کې چې د اثناء عشر قدام ته رسیږي مساریقه یې اعظمي اوږوالي غوره کوي. چې تر ۱۵ سانتي مترو پوري رسیږي وروسته بیا مساریقه یي په تدریج تر flexura lienalis پوري لنډ یږي او په اخر کې یو سانتي متر اوږدوالي پیدا کوي. په دې ډول د مستعرض کولون متوسطه برخه فوق العاده متحرک او دوه نهایت ثابت دي (تدور لپاره اهمیت لري).

د مستعرض کولون ښي برخه یي د ځیګر او صفراوي کڅوړې په واسطه پوښل شوي دي (د صفراوي کڅوړې التهابات او فستول د پیدا کېدو لپاره اهمیت لري)

دمجاورت له نظره د مستعرض کولون په قدام کې کبیر سرب یا Omentum Magnus او د ګېډې قدامي جدار، په خلف کې یي د اثناء عشر دویمه قطعه او د پانقراص راس واقع دي، په علوي کې د مستعرض کولون علوي څنډې د معدي د کبیر انحناء څخه د Lig.Gastrocolic او lesser peritoneal sac په واسطه جلا کېږي.

د کولون چپ طرف چې د پانقراس د لکې په قدام کې واقع دي قداما د معدي او توري د سفلي برخي په واسطه پوښل شوي دي.

د مستعرض کولون مساریقه:

مستعرض کولون د خپل مساریقي په واسطه د ګېډې خلفي جدار سره ارتباط لري. چې د ګېډې جوف دیو مستعرض حجاب په ډول په دوه علوي او سفلي برخو تقسیمیږي څرنګه چې ددي حجاب (پرده) په علوي کې lesser peritoneal sac او په سفلي کې د وړو کولمو مسکن موقیعت لري.

نوموړي پرده او مستعرض کولون د ګېډې د سفلي برخي انتانات نه پریږدي چې د ګېډې علوي برخي ته او برعکس انتشار وکړي. د مسعرض کولون مساریقي ارتکاز د ګېډې په خلفي جدار باندي د اثناء عشر د دویمي قطعي د پا نقراس د راس ، غاړې او جسم په حذا کې صورت نیسي.

او په قدام کې د مستعرض کولون پر خلفي جدار باندي ارتکاز کوي.

ددې مساریقي په مینځ کې یو شریاني قوس چې د (Art. Colica Dextra Superior دمساریقي علوي شریان څخه منشاء اخلي) او (Art. Colica Sinistra Superior

دمساریقي سفلي شریان څخه منشاء اخلي، په واسطه جوړ شوي دي موجود وي ددي قوس سره موازي وریدي قوس هم یو ځای سیر لري.

:Flexura Lienalis or Flexura Colica Sinistra

طحالي زاویه د مستعرض او نازله کولون په واسطه جوړیږي چې علوي ضلع یي له قدام څخه خلف خواته متوجه اود مستعرض کولون په واسطه جوړه شوي ده خلفي ضلع یي چې له علوي څخه ښکته سیر لري د نازله کولون په واسطه جوړیږي.

د مجاورت له نظره د کولون د طحالي زاوي په علوي کې د پانقراس لکې او د توري قاعده ، په خلف کې یي د چپ پښتورګي علوي قدامي برخه او حجاب حاجز د اتمي او نهمي پښتي په خذا کې، په قدام کې یي د معدي لوي انحناء او په وحشي کې بیا هم حجاب حاجز واقع دي دا زاویه د Ligamentum pheronocolica په واسطه په حجاب حاجز تثبیت شوي دي.

نازله کولون Descending Colon:

د کولون ثابته برخه ده چې د کولون د طحالي زاویي څخه تر حرقفي حفري پوري او په همدي ځای د پسواس د عضلي ترانسي څنډي پوري امتداد لري.نازله کولون تقریبا ۱۵ سانتي متر اوږدوالي لري.

مجاورت :

نازله کولون نسبت صاعده کولون ته ژور قرار لری او د هغه پریطوان په واسطه چې د نومورې کولون قدامی او جنبی مخونه پوښوی د بطن په خلفي جدار تثبیت دی یا په بل عبارت د ډیری لنډی مساریقی سره دبطن په خلفي جدار باندی التصاق کړی دي.

په خلفی علوی کې د چپ پښتورګی د وحشی سرحد او په سفلی کې د پسواس د عضلی او Ext.Iliac art سره مجاورت لری، په انسی کې د وړو کولمو د عرواتو(Ansa,s) سره مناسبت لری، په وحشی کې د بطن د وحشی جدار یانې له علوی څخه ښکته خواته په ترتیب سره دحجاب حاجز،د بطن د مستعرضه عضلې،د Quadratus Lumbaris عضلی،الیوي اوپسواس کبیر عضلی سره مجاورت لری.

سګموئید کولون (Pelvic Colon):

د External Iliac Art. دسویې څخه وروسته سیګوئید کولون شروع او وروسته ددی څخه چې په حوصله کې یوه وسیع او پراخه حلقه جوړه کړی د عجز د ریمې فقری په سویه په ریکتوم ختمیږی .سګموئید کولون په متوسطه ډول تقریباً ۳۰ سانتی متره اوږدوالی لري او دخپل اوږدی مساریقی په واسطه د بطن په خلفی جدار ارتباط پیداکوي او فوق العاده متحرک وی.

د ریکتوم او سګموئید فرق :

دریکتوم قطر نسبت سګموئید ته زیات دې د سیګموئید ټول جدارونه د پریطوان په واسطه پوښل شوي دی حالانکه د رکتوم قدامی جدار د پریطوان په واسطه پوښل شوی دی سیګموئید تینیا کولی لري او په رکتوم کې دا ساختمان موجود نه دی همداسې په سیګموئید کې اپندکس اپي پلوئیک موجود وي اما په رکتوم کې وجود نه لري .

مجاورت:

په قدام کې د مثانی او رحم سره، خلفاً د عجز د هډوکې او په علوی کې د وړو کولمو سره مجاورت لري.

د سیګموئید کولون مساریقه :

د نیمه دایرې په ډول دوه څنډی او دوه مخونه (علوې او سفلی) لرې څنډی یې عبارت دي د جداري څنډی او حشوی څنډی څخه .

۱- جداری څنډی: چې د ګیدی په جدار د ۸ شکل ارتکاز لري او په دې ډول یو منحرف ضلع لري چې د پسواس عضلې Art.Iliac Externa او Art.Iliac Commons په سر تر ستون فقراتو په قدامی وجه پوری ار تکاز کوی. بله عمودي ضلع یې دې چې د ابهر د تشعب څخه یې ارتکاز شروع او ښکته خواته تر Promentorium پوری رسیږی .

۲- حشوی څنډې: چې د سیګموئید پر خلفی جدار باندی ارتکاز کوي دسیګموئید دمساریقی په ضخامت اوعیه او اعصاب ځای لري چې دسیګموئید اروا او تعصب تامینوی.

د کولون اوعیه او اعصاب :

۱- دښي کولون اوعیه او اعصاب .

الف : دښی کولون شرائین :

۱- Art Mesenterica Superior : د مساریقی شریان څخه په ښي طرف کې دا لاندی شعبات په ترتیب سره جلا او ښی کولون اروا کوی.

د الیو کولیک شریان په دوو شعبو تقسیمیږی .

یو الیل شریان (Art Ilial)چې د اپندکس او سیکم لپاره دوه شریاني شعبی ورکوی چې مخکې مطالعه شوي بله شعبه یې Art. Colica Dextra Inferiorده چې د صاعده کولون سره موازی پورته ځي اودArt. Colica Dextra Superior د شعبی سره تفهم کوی.

Art. Colica Dextra Superior د پانقراس په خلف کې د علوې مساریقي شریان څخه منشاء اخلي او کبدي زاویي خواته ځي او بلاخره په دوه شعبو تقسیمیږي.

چې سفلي شعبه یې د Art. Colica Dextra inferior سره تفمم او یو قوس جوړوی چې ددې قوس څخه شریانی شعبات صاعده کولون ته ځي او علوي شعبه یې د مستعرض کولون په ضخامت چپ خواته ځي او د Art. Colica Sinistra Sup. سره چې د مساریقی سفلي شریان د چپ کولیک شریان څخه منشاء اخلی تفمم او یو شریانی قوس جوړوی چې د ریولان Riolan قوس په نامه یادیږی.

د دې قوس څخه شریانی شعبات مستعرض کولون ته ځی په ځینی خلکو کې Art. Colica Dextra Media دمساریقی علوي شریان څخه منشاء اخلی چې یوه شعبه یې ریولان قوس جوړوی اوبله شعبه یې د Art. Colica Dextra Superior سره تفمم کوي اوشریاني قوس مینځته راوړي.

د ښي کولون اورده:

دصاعده کولون وریدی وینه هغه اوردو په واسطه انتقال کوي چې د شرائینو سره موازي سیر او د نوموړی شرائینو هم نوم دی او بلاخره په مساریقی وریدVena) mesentrica superior)کې توئیږي .

دښی کولون لمفاوی اوعیه په هغه لمفاوی عقداتو کې توئیږی چې د هغه په مساریقه کې ځای لري.

دښی کولون عصبی شعبات د Plexus Mesenterica Superior څخه منشاء ء اخلی.

۲- دکښ کولون اوعیه او اعصاب(Nerves and Vessels of the Left Colon)

الف : د چپ کولون شرائین :

چپ کولون د Art. Mesenterica Inferior دشعباتو په واسطه اروا کیږی مساریقی سفلي شریان د بطنی ابهر د قدامي وجه هم د اثناء عشر د دریمي قطعي په سویه منشاء ء اخلی او وروسته د دې څخه چې لږ ښکته خواته سیر کوي په لاندي ډول شعبات ورکوي.

۱- Art. Colica Sinistra Superior چې چپ کولون خواته سیر کوي ا و په دوه شعبو تقسیمیږی.یوه علوی شعبه چې د مستعرض کولون په ضخامت ښي خواته سیر کوی او د Art.Colica Dextra Superior علوي شعبی سره تفمم او ریولان قوس جوړوی چې ددې قوس څخه شریانی شعبات مستعرض کولون خواته ځی اوبله سفلی شعبه یې چې د نازله کولون سره موازی ښکته سیر او د Art. Colica Sinistra Media علوی شعبی سره تفمم او شریانی قوس جوړوی چې د دې قوس څخه شریانی شعبات نازله کولون خواته ځي.

۲- Art. Colica Sinistra Superior چې په دوه شعبو تقسیم او یوه شعبه یې د Art. Colica Sinistra Superior شعبی سره او بله یې د Art. Colica Sinistra inferior علوي شعبې سره شریاني قوس جوړوی چې نازله کولون اروا کوي.

۳- Art. Colica Sinistra inferior: داسپګموئید شریان چې په دري شعبو تقسیمیږی علوي شعبه یې د Art. Colica Sinistra Media سره تفمم کوي او دوه نور شعبات یې د سیګموئید په ضخامت شریاني قوسونه جوړوی او سیګموئید اروا کوي بلاخره یوه شعبه د ریکتوم لپاره ورکوي او د Art. Hemoroidalis Superior په نامه یادیږي.

د چپ کولون اورده:

د نازله کولون او سیګموئید اورده د شرائینو سره موازی سیر او هم نوم دي چې بلاخره په سفلي مساریقي ورید کې توئیږی باید وویل شي چې مساریقي سفلي ورید او مساریقی علوی ورید د طحالي ورید سره یوځاي کیږي او په باب ورید(Portal Vein) ختمیږی.

د نازله کولون او سیګموئید لمفاوي اوعیه په هغه لمفاوي عقداتو ختمیږی کوم چې د بطني ابهر چار چاپیره واقع دي.

د نازله کولون او سیګموئید اعصاب د .Plexus Mesentericus Inf څخه منشاء ء اخلی .

د غټو کولمو فزیولوژي:

د کولون اساسي وظیفه د اوبو جذب او د غایطه موادو ذخیره ده غذائي مواد په وړو کولمو کې هضمیږی چې د دې هضم شوي موادو یو څه برخه یې جذب ا و پاتی برخه ئي په کولون کې ننوځي په الیوم کې یواځینی ماده چې په کلک او جامد ډول پاتی کیږی د نباتاتو سلولوزی مواد دي چې نه هضمیږی او نه جذبیږی کوم وخت چې د الیوم محتوی کولون ته ورسیږی په کولون کې د نومورو موادو یوه اندازه اوبه او الکترولیت جذب او پاتی برخه یې د نیم مایع په شکل د کولون په منځ تر تغوط پوری د ذخیری په شکل پاتی کیږي .

که د کولون وظایف د کوم ناروغی یا دجراحي عملیاتو په واسطه مختل شي د عضویت د اوبو او الکترولایتو ضایعات مخصوصاً د سودیم کلورایډ ضایعات زیاتیږی.

د ګلوکوز،امینو اسید، شحم او ویتامینو جذب په کولون کې ډیر لږ صورت نیسی په نورمال حالت کې په یوه ورځ کې تقریبا ۵۰۰ ملی ملی لیتر دالیوم محتوي سیکم ته داخلیږی په ښي کولون کې د پاسنی مقدار څخه ۳۵۰ ملی لیتر یې چې د اوبو او الیکترولایتو څخه متشکل دی جذب او ۱۵۰ ملي لیتر باقي برخه یې چه غایطه مواد تشکیلوی او د تغوط لپاره اماده پاتي کیږی.

په ۲۴ ساعتو کې په وړو کولمو کې تقریباً ۱۰۰ سانتی متر مکعب او په غټو کولمو کې د دې اندازی څخه ډیرزیات ګازات تولیدیږي. چې یوه برخه ددې ګازاتو د کولمو د مخاطی غشاء په واسطه جذب او د سږو د لاری اطراح کیږی د دې ګازاتو پاتی برخه چې تقریباً د ۴۰۰ څخه تر ۱۲۶۶ سانتی متر مکعبوته رسیږی د مقعد له لاری اطراح کیږی نایتروجن د ۳۰ څخه تر ۹۰ فیصدو پوری د کولمو د ګازاتو تشکیلوی یو وخت داسی عقیده وه چې د کولمو دنایتروجن منبع بلع شوې هوا ده اما اوس ثابته شوې ده چې د وینی ګازات د کولمو د مخاطی غشاء څخه تیریږی او د کولمې د لومن په مینځ کې

تجمع کوي او دا تعامل هغه وخت صورت نیسی چې د کولمو د لومن په مینځ کې یو شمیر نور ګازات په کافی اندازه تولید شی تر څو چې د دې ګازاتو د تولید په واسطه د نایتروجن فشار د کولمو په مینځ کې نسبت وینی ته لږ شی.

دکولمو په مینځ کې نور ګازات عبارت دی د اوکسیجن ،کاربن دای اکساید،هایدروجن او میتان. هایدرجن د غیر قابل جذب کاربوهایدریت د فرمنتیشن په واسطه تولیدیږی همداسې په نورمال حالت کې یوائی په کولون کې دیو شمیر باکتریاګانو په واسطه هم هایدروجن مینځ ته راځی اما په یو شمیر امراضو کې چې د وړو کولمو په مینځ کې د دې باکتریاګانو د سریع نشونما زمینه مساعدیږی د نوموړی بکتریاګانو په واسطه هم هایدروجن تولیدیږی.

تقریبا د۳۵ فیصدو انسانانو په کولون کې د ځینی باکتریاګانو په واسطه دمیتان ګاز تولیدیږی هغه غایطه مواد چې میتان ولری بې د دې چې د هغه په منځ کې شحم موجود وی د اوبو په سر دریږی.

د کولون مخلوط ګازات قابل د احتراق یا کسپلوزیف دي له دي کبله په عملیاتو کې د الکتروکاتري څخه په ډیر احتیاط کار واخیستل شي.

د کولون تحرکیت(Motility):

د کولون حرکات په دوه ډوله دی:

۱- Non Propulsive حرکات

۲- Propulsive (پر مخ وړونکې یا جلو پرنده)

۱- **Non Propulsive** حرکات :- د هغه حرکاتو څخه عبارت دی چې د لوږی په وخت کې د کولمو په جدار کې د حلقوی متعددو تقلصاتو په شکل مینځ ته راځی او د کولون په مختلفو ځایونو کې د تقلص او Relax صفحاتو په څیر بې د دې چې د حرکت سمت ئې معلوم وی دوام کوی چې ددې حرکاتو په واسطه غایطه مواد په مختلفو سمتونو کې د کولمو د لومن په مینځ کې بې ځایه کیږی تر څو چې د کولون محتوی برخی مخلوط او د اوبو او الیکترولیتو جذب لپاره اسانتیا برابره شی دا نوع حرکات د Haustrai Shuttling په نامه یادیږی.

۲- **Propulsive** حرکات : وروسته د ډوډۍ خوړلو څخه زیاتیږی او په دری دوله دي.

الف : Segmental Propulsive

ب : Multihaustrai Propulsive

ج : Peristalsis

Segmental Propulsive حرکات ددې سبب کیږی چې دیو هاستروم محتوی بل هوستروم ته ځای په ځای شي Multihaustrai Propulsive په یو واحد وخت کې د څو څنګ په څنګ هاوستراد تقلصي حرکاتو څخه عبارت دی.

پریستالزیس یا استداري حرکات د کولمی د جدار د مترقي ورو ورو او حلقوی تقلصاتو څخه عبارت دي چې د کولمی جدار عضلي استرخا او بیا عضلي تقلصاتو په واسطه تعقیبیږی چې په نتیجه کې د کولمی محتوي ته دیو سګمنټ څخه بل سګمنټ ته انتقال ورکوی او مخکې سګمنټ تقریبا دیو ساعت لپاره تش ساتي.

دواړه Multihaustrai Propulsive او استداري حرکات د خپل یو حرکې فعالیت په واسطه غایطه موادو ته تقریبا ۲۰ سانتی متر (اته انچه) پرمخ بیایي.

کولونی حرکات د عصبی او هورمونی تنبهاتو په واسطه Modified شوي دي په عمومی صورت پاراسمپاتیک د کولون د حرکاتو د زیاتوالي او سمپاتیک د کولون حرکاتو د کموالي سبب ګرځی اما دکولون د حرکاتو محدودول داتونومیک اعصابو د عمده تاثیراتو څخه عبارت دي.

دکولمو د جدار طولانی او حلقوي الیافو تقلصي عکس العمل د تنبه په میخانیکیت او د تنبه په نوع پوري اړه لري خوړل او ګاستروکولیک عکسات د کولونیک حرکاتو لکه د الیو سیکال دسام له لاری د الیوم تخلیه کېدل د Non Propulsive حرکاتو زیاتوالي د Propulsive حرکاتو زیاتوالي او د تغوط حسیت تنظیموی دا تنظیم دهغه عصبی او هورموني تنبهاتو په واسطه مینځته راځی کوم چې د خوړلو د عکسي له کبله د وړو کولمو د پاسنی برخو له خوا تولید یږی مثلاً کولسستوکینین (Cholicystokinin)دهغه هورمونو له جملی څخه دې چې د ګاسترو کولیک عکسی دمینځ ته راتلو سبب ګرځی تجربو ثابته کړیده چې ګاسترین (Gastrin)د کولون حرکات تنبه کوی برخلاف

سکریتین او ګلوکاګون دکولون د حرکاتو څخه مخنیوي کوي روحی هیجانات د کولون د حرکاتو د کموالي سبب ګرځی او فزیکي فعالیتونه لکه منډی اخیستل او ګرځیدل د کولون حرکات تنبیه کوي غایطي کتله د کولون حرکات تنبه کوي او دکولون په ترانزیت کې ګړندیتوب مینځ ته راوړي.

کوم وخت چې امپولا د غایطه موادو په واسطه ډک شو د ریکتوم پر جدار باندی فشار وراردوی او دهغه د توسع سبب ګرځی د رکتوم د جدار توسع عکسه ددې سبب کیږی چې د ګډې جدار تقلص وکړی او دګډې ننی فشار جګ لاړشي په دی وخت کې د مقعدي قنات معصره او دحوصلی د ځمکې عضلی طبقات په استرخاء راځی او غایطه مواد د مقعدی قنات څخه خارجیږی.

په هغه صورت کې چې سړی ونه غواړی د تغوظ فعل اجرا کړی نو په ارادی ډول د حوصلی عضلی طبقات او معصروته تقلص ورکوی او په دی ډول غایطه مواد نشي کولای چې دمقعد څخه خارج شي.

کولوني جذب یا Resorption:

دکولون وظیفه د اوبو او الکترولایتو د جذب څخه عبارت دی خو دکولون دا وظیفه د ژوند لپاره اساسي رول نه لری .ګلوکوز،امینواسیدونه،شحمی اسیدونه او ویتامینونه د کولون له خوا ډیر لږ او ورو جذبیږی خو ددی موادو ډیر لږ هضم شوی برخه چې جذب لپاره اماده ده کولون ته رسیږي. په هر ۲۴ ساعتو کې تقریبا یو لیتر د الیوم محتوی چې ۹۰ فیصده اوبه لري سیکم ته داخلیږی په کولون کې ټولي اوبه یي جذبیږی او یوائځی تقریبا ۱۰۰ ملي لیتر یې د غایطه موادو سره د مقعد له لاري اطراح کیږی.

سودیم د فعال ترانزیت میخانیکیت په اساس جذبیږی چې ددې مادی جذب د مینرالوکورتیکوئید په واسطه زیاتیږی او د شحمی اسیدو په واسطه یې جذب نهی کیږی.

په نورمال حالت د سودیم جذب د کولمو له خوا په کافي اندازه صورت نیسی او که یو سړی په ورځ کې پنځه ملی اکویولانت سودیم واخلی د هغه وجود ددې مادی په هکله په موازنه کې پاتې کیږی.

په کولکتومې حالاتو د سودیم ورځنی احتیاج وړ اندازه زیاتیږی او په ورځ کې تر۱۰۰ ملي اکویولانت پوری رسیږی (ځکه چې په دی حالاتو کې الیوستومي اجرا کیږی او د الیوستومي له لارې زیاته اندازه سودیم ضایع کیږی)

کلورایډ او د اوبو جذب د الکتریکي او اسموتیک درجی په اساس صورت نیسي چې د هغه درجې د سودیم دجذب په واسطه تعینیږی.

په نورمال حالت کې غایطه مواد د ۷۰%اوبو او ۳۰%جامدو موادو څخه جوړ شوی دی،چې د ۳۰%جامدو موادو د جملي څخه نیمائي برخه یې باکتریاګانی او نیمائي یې د غذایي موادو بقیه او حجروي تفلصات جوړوی.

لږ اندازه بایکاربونات د کولون د جدار له خواد کلورایډ د جذب په مقابل کې افرازیږی د کولمو د جدار څخه پتاسیوم په غیر فعال ډول د مخاط سره یو ځای افرازیږی د کولون په التهابي او تومورې حالاتو کې د مخاط افراز زیاتیږی.

د کولون عادت :

د کولون او رکتوم تخلیه کېدل یا په بل عبارت تخلیه یا تغوط د اجتماعي او غذائي رواج اوعاداتو تر تاثیر لاندی صورت نیسی.

د دوو تغوطو فاصله په اوسط ډول تقریبا ۲۴ ساعته ده اما په زیات شمیر خلکو کې د تغوط فاصله د ۸یا۱۲ساعتو او د دوه یا درې ورځو په مینځ کې وي سلولوزلرونکې غذائي مواد دکولون ترانزیت ته سرعت ورکوی.

د تغوط په عادت کې هغه وخت تغیرات مینځ ته راځی چې په کولون کې کوم عضوي ناروغی پیداشی د اسهال په پیدا کېدو کې له هغه ځایه چې ناروغ زیات اندازه اوبه، پتاسیوم او سودیم ضایع کوي سړی ضعیفه کیږی او حتی د مرګ سبب ګرځی او اسهال په لاندی حالاتو کې مینځ ته راځی.

- ✓ کومی اندازه اوبه او الکترولایتونه چې کولون ته راځي دهغه د اعظمی جذب د ظرفیت څخه زیات وی .
- ✓ کوم وخت چې د کولون په مخاطی غشاء کې د ولادی امراضو یا جراحی ریزکشن له کبله خرابوالی یا کموالي مینځته راشي.
- ✓ د کولون په هغه امراضو کې چې د هغه د افرازاتو د زیاتیدو سبب وګرځی.
- ✓ کوم وخت چې د کولون ترانزیت په ناڅاپي ډول زیات شي.

قبضیت Constipition:

قبضیت په مختلفو اشخاصو کې مختلفي معناوي لري اما په عمومی ډول د تغوط د شمیر کموالي، د غایطه موادو کلک والي او دغایطه موادو د خارجیدو مشکلات د قبضیت په نامه یادیږی د ځینې خلکو کولون وظیفوی حرکې کموالي لري چې دی حالت ته وظیفوي قبضیت وایي اما په یو شمیر امراضو کې هم قبضیت مینځته راځی چې باید د نومورو قبضیتونو اسباب په دقت سره ولټول شي.

د کولون مایکروبیولوژي:

دجنین کولون سټریل (Sterile) دې او په کولمو کې باکتریائي فلورا وروسته د ولادت څخه جوړیږی په کولون کې دباکتریاګانو انواع په غذائي رژیم او په محیطي فکتورو پوری اړه لري .

دکولون ۹۹% نورمال میکرواورګانیزم انایروبیک باکتریاګانی تشکیلوی Bacteracide Fragilis په هر ګرام غایطه موادو کې لس د لس په طاقت عدد موجود دي. Lactobacillus Bifidus کلوستریدیاکوکس او ځینی ویروسونه هم د غایطه موادو انایروبیک (anaerobic) میکروبونه تشکیلوي همداسې کولي فورم او انټیرو کوکس مکروبونه په زیات اندازه او کتلوي ډول په غایطه موادو کې موجود وي په یو ګرام غایطه موادو کې لس د اوه په طاقت د Escherchia پیدا کیږي.

غایطي فلورا په ځینی نورمال فزیولوژیکې تعاملاتو کې دخالت لري صفراوي صباغات (Bile pigment) د غایطي فلورا یا باکتریاګانو په واسطه تخریب او غایطه موادو ته نصواري رنګ ورکوي.

په غایطه موادو کې د INDOL او SKATOL موجودیت د هغه د مخصوص بوي د پیدا کیدو سبب ګرځی چې نومورې مواد دغایطي فلورا د باکتریاګانو په واسطه تولیدیږی همداسې غایطي باکتریاګاني صفراوي مالګې Deconjugated کوي د کولون باکتریایي فلورا د کولون پر حرکاتو او جذب باندی پوره تاثیر لري د ویتامین K په جوړیدو او ذخیره کې مهم رول لري او د موالد المرض مکروبو په مقابل کې د کولون یوه ښۀ مدافعه ده د کولون باکتریا د کولون دځینې امراضو په فیزیوپتالوژي کې د خالت لري.

د عملیاتو یا د معاینې لپاره د کولون اماده کول :

د دې لپاره چې کولون معاینی یا عملیاتو ته اماده شي باید له یوي خوا د کولون په مینځ کې د غایطه موادو مقدار چې فوق العاده منتن دی ډیر کم یا هیڅ موجود نه وي اوله بلي خوا کوم لږ مقدار چې پاتي کېږي باید د مکروبونو اندازه د هغه په مینځ کې اصغري حد ته ورسیږي نو ددی لپاره چې دا منظور لاس ته راشي باید ناروغ ته لومړی معینه غذایي رژیم ورکړل شي.

دویم د خولي له لاري انتي میکروبیال دواګانې چې د کولمې د مخاطي غشاء ء له خوا جذب نشي ورکړل شي.

دریم تخلیوي اماله او Luxative مواد ورته تطبیق شي.

۱- مخکې د عملیاتو څخه غذائي رژیم:

کوم هغه ناروغان چې د هغوی د هضمی جهاز په اخرو برخو کې عملیات اجرا کېږی باید لږ تر لږه دري ورځې مخکې د عملیات څخه مایع رژیم واخلي یا په بل عبارت د هغه غذائي رژیم څخه استفاده وکړی چې زیاته برخه یې د کولمي له خوا جذب او ډیر لږ برخه یې دغایطه موادو په شکل پاتي او دکولون د خارجیدو لپاره اماده وی مثلاً ناروغ د چاي،شربتونه،دغوښی یخني،دمیوی اوبو،سابه،ښوروا اوشیدی (SPL.DIET) څخه استفاده کوی .

۲- انتي مایکروبیل دواګانې:

د کولون د جراحي عملیاتو څخه وروسته د زخم منتن کېدل بیا د انستموزی برخی لکپاژ په زیاته اندازه دکولون په مینځ کې د غایطه موادو په مقدار او دهغه په مینځ کې د مکروبو په زیاتوالی پوری اړه لري د غایطه موادو د مقدار د کموالي لپاره په لومړی مرحله کې غذایي رژیم توصیه شو اوس ددې لپاره چې د کولون په مینځ کې د مکروبو شمیر اصغري حد ته ورسیږی د هغه اورال انتی بیوتیکو(Oral Antibiotics) او سلفامیدو څخه استفاده کېږی چې د کولمي د مخاطي غشاء څخه جذب نه شی او په خپل اصلي حالت دکولون پوری ورسیږی مخکې د عملیاتو څخه داورال انتی بیوتیکو اخستل مثلاً Lincomycin, kanamycin Neomycin Clindamycine ترمناقشې لاندې دي او په یو

داسې کولون کې چې بیخي تش وي دهغوي داخلیدو ضرر دفا یدي څخه ډیر دی او اوس ډیر طرفداران نه لري او داسې استدلال کېږي چې په یو تش کولون کې چې د هغه په مینځ زیات مقدار غا یطه مواد موجود نه وی د دي انتي بیوتیکو استعمال نه یواځی په نومورې ځاي کې نورمال فلورا ته چې د کولون لپاره مفید دې تغیر ورکوي بلکه د دي سبب کېږی چې د نومورو انتی بویتیکو په مقابل کې کوم ستافیلو کو کوس چې مقاوم دی زیات وده او نشونما وکړی اوپه پاي کې شدید Staphylococal Enterocolitis مینځته راوړی چې فوق العاده زیات خطرناک دې او دناروغ دمرګ سبب ګرځي.

نواوس تقریباً ټول مولفین په دي عقیده دي چې باید یواځی د سلفامیدو څخه زیات استفاده وشي او دما یع رژیم سره موازی ناروغ ته د ورځی ٦تر٨ګرام سلفامید مخصوصا سلفاګواندین Phtralyl Sulfathiazole ورکول کېږی نومورې سلفامیدونه د کولمو له خوا نه جذبیږی اوبي ددي چې د کولمو نورمال فلورا ته ډیر ضرر رسوي د نورو مکروبو د ودی او نشونما څخه مخنیوي کوي.

او مونږ هم د ننګرهار دطب فاکولتي په روغتون کې ددې میتود څخه کار اخلو او دنیکه مرغه ډیري ښی پا یلی لاس ته راغلی دی څرنګه چې وروسته د عملیاتو څخه د انستموزي لیکاژ هیڅ واقع یې لیدل شوي نه دي او دعملیاتو زخم منتن کېدل وروسته د عملیاتو څخه فیصدی یې ډیر لږه ده چې په دې برخه کې امکان لري نور عوامل هم دخیل وي.

۳- تخلیوي اماله او لکزاتیف دوا تطبیق:

الف: لکزاتیف دوا تطبیق : د پاسني دوه مراحلو سره موازي داسې ناروغانوته ۲۴ ساعته مخکې دعملیاتو څخه په متوسطه اندازه لکزاتیف دواګاني ورکول کېږي مثلاً په یو کاهل ناروغ ته ۲۵ ګرام مګنیزیم سلفات یا ۷۰ ګرامه پوري پارافین یا Caster oil ورکول کېږی

ب : تخلیوي اماله : د پنځه سوه ملي لیتره د څکلو اوبو،لس تر ۲۰ ګرامه صابون او پنځه تر لس ګرامه غذائي مالګی څخه یو محلول جوړیږي چې تقریباً۳۷ درجې سانتي ګراید تودوالي ولري ناروغ په چپ جنبي اړخ څملي (تر څو سیګموئید ښکته او همواره واقع شی) دامالی رابری کتیتر وروسته ددې څخه چې پارافین یا نورLubricantموادو په

واسطه ښوې شو ۴تر ٦ سانتی مترو پوري په مقعدی قنات کې ننه ایستل کېږی وروسته د امالي کڅوړه د مقعد دسوئي څخه تقریبا دري فټه (د یومتریا د۱۲څخه تر ۱۸ساچو پوري)جګ ساتل کېږی تر څو چې جریان دمحلول مقعد خواته صورت ونیسي دامالی محلول باید په ظرف د لسو دقیقو ریکتوم ته داخل شي او دامکان په صورت کې ناروغ باید وروسته دلسو دقیقو څخه تغوط وکړی او دریکتوم محتوي تخلیه کړي.

تخلیوی اماله د کولون د عملیاتو او دکولون د معاینې په منظور باید ۱۲ ساعته مخکې اویو ساعت مخکې د عملیاتو یا دمعاینې څخه (یعنی دوه ځلي) ناروغ ته تطبیق شي .

ددې اهتماماتو دنیولو سره کولون د عملیاتو یا د معاینې لپاره اماده کېږی او خطر د پریطونایتس ،د انستموزي برخي لیکاژ او دعملیاتي زخم منتن کېدو چانس بیخي کمیږی .

فایبرو اوپتیک کولونوسکوپي Fibro Optic Colonoscopy:

فایبراوپتیک کولونوسکوپ یوه اله ده چې قابل د انحناء(Flexible) او دریکتوم له لارې مانور ورکولو په واسطه کولون ته داخلیږی د عادی سیګموئید سکوپ څخه ددی الې ښه والې په دې کې دې چې له یوې خوا قابل د انحناء اوله بلې خوا د همدې خاصیت په استفادي د سیګموئید څخه پورته نازله حتې مستعرض او صاعده کولون هم معاینه کېداې شي.

ددي اندوسکوپي معاینی په واسطه کېدای شي چې د کولون د کومي مرضي برخي څخه مواد دسیتولوژی معاینې یا بایوپسي د پتالوژی معاینی لپاره واخیستل شی.

فایبراوپتیک کولونوسکوپ په لاندی حالاتو کې د قطعې تشخیص لپاره د استعمال وړ وي:

۱- د هغو ناروغیو چې د باریوم امالي څخه وروسته په رادیوګرافي کې قطعي تشخیص ونشی.

۲- کوم وخت چې د کولون چوکات په رادیوګرافي کې نورمال ښکاره شي اما ناروغ ریکتال نذف ولري.

۳- کوم وخت چې په کولون کې التهابې ناروغۍ موجودی وي او د نومورې التهاب د قطعي تشخیص لپاره دا معاینه اجراکېږي.

۴- په کولون کې چې د انستموز په ناحیه کې کوم وخت تنګوالې پیداشي.
۵- په هغه حالاتو کې چې د کولون مخاطي غشاء په وسیع ډول تخریب شوې وي.
٦- د فایبراوپتیک کولونوسکوپ په واسطه د کولون زیات شمیر پولیپونه Excision کېداې شي.

فایبراوپتیک کولونوسکوپي داسې یو عملیه ده چې باید د یو متخصص او باتجربه داکتر له خوا یواځی په هغه حالاتو کې استعمال شي چې استطباتات یې موجود وي لکه چې مخکې ذکر شو که داعملیه د یو غیر مجرب داکتر له خوا اجرا شي د کولون د سوري کېدو خطر فوق العاده زیات وي که فایبراوپتیک کولونوسکوپي د یو مجرب داکتر له خوا تطبیق شي په دې وخت کې دکولون دسوري کېدو خطر یو فیصد ده.

د فایبر اوپتیک کولونسکوپي مضاد استطبابات :

۱- په هغه حالاتو کې چې کولون په حاد او ناڅاپي ډول توسع کړي وي (په دې حالت کې کولون د خفیف ترضیض سره سورې کېږي)
۲- کوم وخت چې د کولون توسع د Ulcerative Colitis سره یو ځای وي.
۳- د کولون دسوري کېدو تشخیص واضح وي.

په هغه حالاتو کې چې ناروغ کوم حوصلي عملیات تیر کړی وي یادا چه په کولون کې متعدد تضیقات یا متعدد رتجونه موجود وي داکتر ددې معاینې په اجراکولو کې مشکلاتو سره مخامخ کېږي.اوله دې کبله باید فوق العاده پام وکړی تر څو چې کولون سورې نه شي .

میګا کولون Mega Colon:

په لغوي ډول د غټ کولو مانا ورکوې اما دطبي اصلاح په اساس د کولون د مزمن توسع،اوږدوالي او هایپرتروفي څخه عبارت دی چې په دوه ډوله تصادف کوي.

۱- کسبي میګاکولون یا Acquired Mega Colon
۲- ولادي میګاکولون یا Congenital Mega Colon

ولادي میګا کولون Congenital Mega Colon , Hirschprung's Disease دانا روغی د Aganglionic Mega colon په نامه هم یادیږي.

پتالوژي:

په دې ناروغي کې په رکتوم یا دکولون په رکتوسیګموئید برخه او نادراً په ټول کولون کې د کولمو دجدار په عضلي طبقه کې په ولادي ډول د پاراسمپاتیک عصبي ضفیره په Cephalocaudal دول وده او نشونما نه کوي او دکولون په هغه برخو کې چې داعصبي ضفیره موجود نه وي یا Aganglionic وي یا په بل عبارت پاراسمپاتیک اعصاب په دي برخه کې موجود نه وي او یوائي سمپاتیک موجود وي نو په دې برخه کې حلقوي عضلي الیاف د سمپاتیک اعصابو تر تاثیر لاندي شدیا تقلص کوي او له بلي خوا ددې برخې څخه د کولمو نورمال استداري حرکاتو امواج نشي تیریداي او په دي ډول یو وظیفوي ناتام انسدادي حالت مینځه راځي اوله هغه ځایه چې ددي ناحي څخه پورته د کولون په مینځ کې په مترتي ډول غایطه مواد تراکم کوي او دوخت په تیریدو سره کولون دتوسع سبب ګرځي.

په ۱۰% وقایعو کې ټول کولون په ۶۵% وقایعو کې ریکتوم اوسګموئید په ۱۰% وقایعو کې رکتوم، سیکموئید او یوه برخه د کولون او په ۱۵% وقایعو کې یوائي ریکتوم Aganglionic وي په هغه وقایعو کې چې ریکتوم او سیکموئید ګانګلیون وي سګموئید انحناء د دوه میله توپک په شان ښکاري چې دولیګا سیګموئید یا دولیګا کولون په نامه یادیږي.

دمیګاکولون دیو بل نوي ولادي شکل راپور ورکړ شوي دي چې په دي ډول میګاکولون کې پاراسمپاتیک عصبي ضفیره د کولمو په جدار کې نورمال وده کړي وي اما ماشوم په ارثي ډول غټ، اوږد او هایپرتروفیک کولون لري. دانوع میګاکولون زیاد تر د شرقي اروپا او اوکښاوا په ماشومانو کې لیدل کیږي او سبب یې دادي چې ددي ماشومانو پلرونو د کالو کالو لپاره زیادتره د هغه نباتي غذایي موادو څخه استفاده کړي وي چې لږ سلولوز او زیات بقیه لري. او دهغوي کولون همیشه غټ اوږد او هایپرتورفیک وي نو د دوي اولادونه هم په ولادي ډول د لوي اوغټ کولون سره تولد کیږي.

احصائیوي معلومات:-

مذکر جنس پنځه واره زیادتر نسبت مونث جنس ته په دي ناروغي په ولادي ډول اخته کېږی اما که مونث جنس پدی ناروغی اخته شی د کولون د ماوف کېدو وسعت یي زیات وي داناروغي د ۵ څخه تر ۱۰% پوري فامیلي وي . په ۱۵% وقایعو کې ولادي میګاکولون سره نور انومالي ګاني د ماشوم په وجود کې موجود وي.

سریري تظاهرات:-

څه موده وروسته د ولادت څخه د ناروغي سریري تظاهرات ښکاره کېږي څرنګه چې ماشوم قبضیت پیدا کوي او په ۲۴ ساعتو کې لږ میکونیم خارجوي اوپه ځینې وقایعوکې وروسته د دري یا څلورو ورځو څخه میکونیم یي په لږ اندازه خارجیږي نوله دي کبله ددي مزمن قبضیت سره موازي د ماشوم ګېډه هم متوسع کېږي کله کله کانګي کوي اوشیدي رودو ته میلان نه لري.

وروسته د څو میاشتو څخه ماشوم ته متناوب اسهال، قبضیت اوبد حالي پیدا کېږي چې ماشوم ورو ورو خوارځواکې خواته ځي اونورمال وده او نشونما نه کوي د ماشوم د غایطه موادو قطر ډیر لږ وي د ناروغي په لومړي مراحلو کې که مقعدي معاینه اجرا شي کوم وخت چې داکتر خپله ګوته د ماشوم د مقعد څخه وباسي په انفلاقي ډول زیات اندازه غایطه مواد او ګازات خارجیږي او دګېډې توسع په دراماتیک او موقت ډول د مینځه ځي.

تشخیص:-

د ناروغي تشخیص په قطعي او حقیقي ډول د Biopsy اخستلو او وروسته د پتالوژي معاینې څخه وضع کېږي اما سریري اعراض او رادیوګرافي معاینات د ناروغي په تشخیص کې هم با ارزښت ګڼل کېږي.

که افت په ریکتوم کې وي د Dentate line څخه وروسته پورته خواته ریکتوم دخلفي جدار څخه یو تر دوه سانتي مترو په پراخوالي Full thickness بایوپسي اخستل کېږي او د پتالوژي له خوا د تحت مخاطي اوعضلي طبي په مینځ د Auerbach's او Meisner عصبي ضفیرو په مینځ کې Ganglionic حجرات لټول کېږي.

Hirschprung په ناروغي کې دا حجرات عموما نه وي او په ځيني وقايعو کې حتي Meisner صفيري هيڅ تشکل نه وي کړي همدارنګه په دي ناروغي کې که مقعدي معصري ته د ګوتو په واسطه توسع ورکړ شي په نورمال حالت کې نه پاتي کيږي بلکه ډير ژر سستوالی يي د مينځه ځي.

رادیوګرافیک معاینات:-

دګېډې په ساده رايوګرافي کې د کولمو توسع دليدلو وړ وي اما په ماشومانو کې په ساده رايوګرافي دغټو او وړو کولمو دتوسع تفريق مشکل دي. نو له دي کبله راديوګرافي د باريوم دامالي څخه وروسته بايد اجرا شي اما تر څو دماشوم عمر لږ تر لږه يو نيم مياشتي ته نوي رسيدلي دا معاينه بايد اجرا نه شي ځکه چې مخکې ددي مودي څخه دماوفه کولمي پروکسيمال برخه په کافي اندازه متوسع شوي نوي. او پدي ډول ګانګليونيک او اګانګليونيک برخو ترمينځ د کولمو دقطر خرابوالي له نظر تفريق ډير مشکل وي. وروسته ددي مودي څخه اګانليونيک برخه ډيره نري (ګانګيونيک) او متوسع ښکاري.

سربيره ددي که څوورځي وروسته دماشوم د ګېډې څخه بيا راديوګرافي اجرا شي د کولمو په متوسع برخو کې کثيفه مواد پاتي وي او په دي ډول ثابتيږي چې د کولمو ترانزيت نورمال سرعت نه لري.

اختلاطات:

۱_ **Enterocolitis**- او **Malnutrition**: د کولون په مينځ کې دغايطه موادو پاتي کېدل داوږدي مودي لپاره ددي سبب کيږي چې دغايطه موادو د تفسخ(Putrification)له کبله Entercolitis پيدا شي او د Entercolitisد پيدا کېدو له کبله ماشوم مزمن اسهال پيدا کوي او بلاخره په Malnutrition اخته کيږي.

۲- د کولون سوري کېدل : په دي ناروغي کې دکولون د توسع له کبله د لا پلاس د قانون په اساس(چې انسداد په محبث کې دهغه ميخانيکيت تشريح شوی دی) سوري کيږي.

درملنه :

په ټولو پیښو کې په لومړی مرحله کې د کولون Distal متوسع برخه Colonostomy کېږي په دې ډول د کولون تخلیه بیدون دکوم مانع صورت نیسي او په ظرف د څو میاشتو کې متوسع کولون نورمال قطر پیدا کوي او دماشوم الکترولایت تغیرات بیخی دمینځه ځي د عملیات لپاره د کولون د اماده کولو څخه وروسته په درې میتود Colonostomy ترمیم صورت نیسي.

۱- د Swenson عملیات : په دي عملیاتو کې د ریکتوسیګموئید ماوفه برخه قطع او لیري کېږي د کولون د ازادولو څخه وروسته د نازله کولون څوکه د مقعدي قنات د پاي برخې سره انستموز ورکول کېږي.

۲- د Duhamel عملیات :سیګموئید ماوفه برخه قطع اولیري کېږي او د کولون نورمالي برخی ته د Ampula سره اړخ په اړخ په وسیع ډول انستموز ورکول کېږي .

۳- د Soave عملیات : په دې عملیات کې د ریکتوم او سیګموئید مخاطي او تحت مخاطي طبقه تسلیخ او لیري کېږي او د کولون دیستال برخي ته د تسلیخ شوې برخي په مینځ کې ځاې ورکول کېږي او خوله یې تر مقعدي قنات پورې ښکته راوړل کېږي .

انزار:

بدون د تداوي څخه ۸۰%ناروغان د Entercolitis یا دسیکوم د څیري کېدو له کبله مړه کېږي.

۲- Chagus Disease or Acquired Mega colon:

دا ناروغي د غټو کولمو یوه انتاني ناروغي ده چې عامل یې د پروتوزوا د Trypanosoma Cruzi په نامه یادیږي په اندمیک ډول په مرکزی او جنوبي امریکا کې پیداکېږی د دې پروتوزوا د مداخلي په اساس د غټو کولمو د Intramural عصبي سیستم تخریب او دکولمو د استدارې حرکاتو د کموالي سبب ګرځي او کولمي نه شي کولاي چې خپله محتوي پر مخ بوځي

نو د کولون په مينځ کې د غايطه موادو دوامداره پاتې کېدو له کبله نه يوازې کولون او مخصوصاً سيګموئيد ډيره توسع کوي بلکه امکان لري چې د Fecal Impacta يا د سيګموئيد تدور مينځ ته راشي.

ناروغان عموما دناروغي د اختلاطاتو د مينځه راتلو له کبله ډاکتر ته مراجعه کوي او وروسته د باريوم د امالي څخه د راديو ګرافي په واسطه تشخيص وضح کېږي .

درملنه :

د کسبي ميګا کولون انتخابي تداوي Subtotal Colectomy او Ilioproctostomy ده چې داعمليات د کولون د اماده کولو څخه وروسته اجرا کېږي.

دوليګا سيګموئيد :

په دي مرض کې نه يوائې سيګموئيد ډير متوسع او د غټ قطر خاوند وي بلکه د سيګموئيد قوس چې په نورمال حالت کې نيم دايروي شکل لري پارابول ډوله د دوه ميله ټوپک په شان ښکاري او د دوليګا کولون په نامه يادېږي.

اسباب :

۱- ولادي او کسبي ميګاکولون د دوليګا سيګموئيد سبب ګرځی چې مخکې تذکر ورکړ شوي.

۲- مزمن قبضيت : مزمن قبضيت د ټول کولون او مخصوصا د سيګموئيد د توسع او دمساريقي د اوږدوالي سبب ګرځي چې دا حالت په دې ناروغانو کې د عملياتو په وخت په ښکارډول ليدل کېږي .

۳- د سيګموئيد د مساريقي مزمن التهاب: دمساريقي د مزمن التهاب له کبله مساريقه غونډېږي او په سيګموئيد کې دوليګا سيګموئيد مينځ ته راوړی چې البته دا التهاب د سيګموئيد د مزمن التهاب له کبله پيداکېږي .

۴- لمفو ګرانولوما Venerium: په دې ناروغۍ کې د مقعدي قنات تضيق وروسته د التهابي وتيري څخه مينځ ته راځي او د Stenotic ناحيې پورته سيګموئيد توسع کوي.

۵- Radiation Colitis: د Radiation له کبله هم امکان لري چې يوه برخه د کولون يا دسيګموئيد د ښکتنې برخې مخصوصاً تحت مخاطي او عضلي طبقه د تخريب او

تضیق سبب شي او د نومورۍ ناحیې څخه پورته سیګموئید متوسع او دولیګا سیګموئیدمینځ ته راشي.

٦- وروسته د مقعدي عملیاتو څخه او وروسته دریکتوم د جروحاتو څخه امکان لري چې په نومورې ځایونوکې تضیقات پیدا او ددې ناحیې څخه پورته Sigmiod متوسع او دولیګاسیګموئید مینځ ته راشي.

سریري تظاهرات:

دولیګا سیګموئید ثابت عرض مزمن قبضیت او د ناتام انسدادي حالت متکرر حملات دي چې بلاخره د سیګموئید د شدید تدور څه وروسته یو نه ارجاع کېدونکې انسدادي حالت مینځ ته راځي چې په لاندي دول تشریح کېږي .

١- متقطع Crump ډوله او Periodic درد د ګېډې په ښکتنې برخو کې .

٢- د غایطه موادو او ګازاتو وروستني بندش او وروستنی زړه بدوالي او کانګی .

٣- د ګېډې مترقي او شدیده توسع چې حتي پر حجاب حاجز باندي فشار واردوي او د عسرت تنفس سبب ګرځي.

٤- د پاسني اعراضو سابقه تاریخچه چې ناروغ څوځلې داسې اعراض تیر کړي دي چې نومورې اعراض او علایم مخکې هر ځلي د ١٢ یا ٢٤ ساعتو لپاره دوام کولو او بیا په خپله د ځینې محافظوي تداوي ګانو په واسطه ورک کېده.

رادیو ګرافیک معاینات:

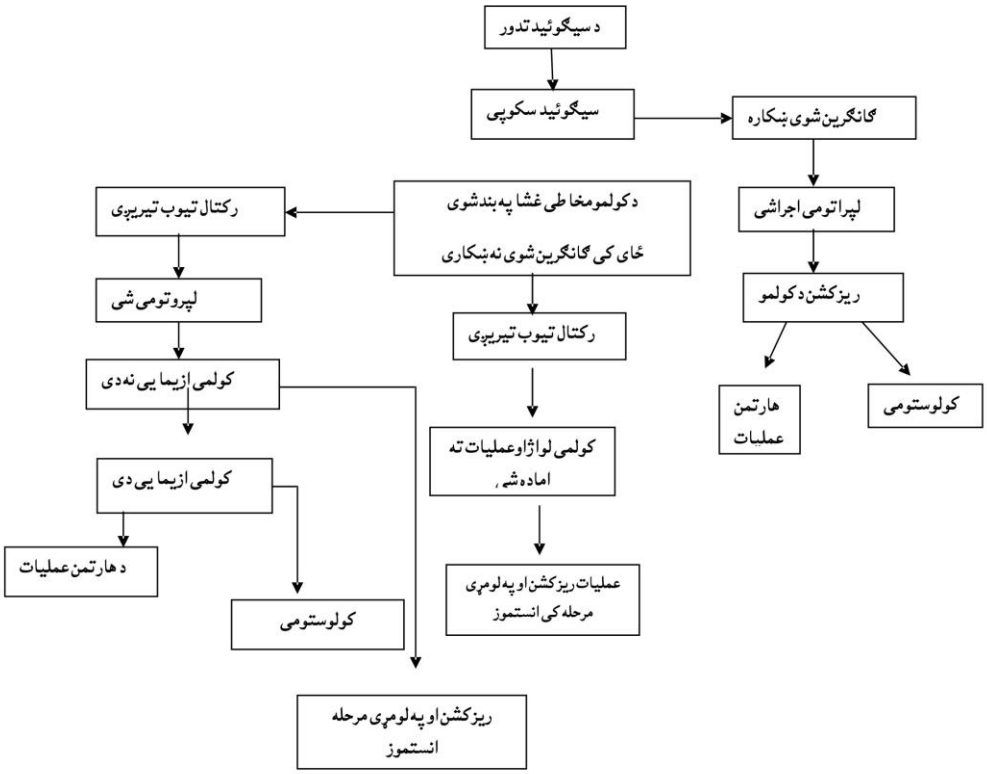
د ګېډې په ساده رادیوګرافي کې د ګېډې جوف په مینځ کې یو غټ،متوسع او پوکانه ډوله هوایي خیال چې د لوبیا د دانې په شکل معلومیږي چې د حوصلې څخه جګ شوی اوتر حجاب حاجز پورې رسیدلی وي او دشدید توسع له کبله د مخاطې غشاء التوات او هاوسترا دمینځه تللې وي ددې لوبیا ډوله هوایي خیال محدبیت ښي خواته او مقعریت یې چپ خواته متوجه وي که دباریوم د امالې څخه وروسته دناروغ د ګېډې څخه رادیوګرافي اجرا شي د امپولا څوکه پیچ یا حلزون په شکل قطع شوي ښکاري چې ددې ناحیې څخه پورته غټ هوایي خیال د لیدو وړ وي چې د هغه په مینځ کې باریوم داخل شوي ندي.

درملنه:

ناروغ ته دکولمو د انسداد اهتمامات نیول کېږي وروسته ددې ناروغ ته دنیم لیتر په اندازه تخلیوي اماله ورکول کېږي که د سیګموئید تاو یا تدور لږ وي د امالې په واسطه امکان لري چې تاو یې ارجاع شي که انسدادي حالت پاتې شو ناروغ د Knee Chest Position (سجده) په وضیعت سیګموئید سکوپي شي (که د کولمو احتشایي سوري کېدو اعراض موجود وي ددې لپاره چې پر ګیدې باندې په دې وضیعت فشار زیات وارد یږي او د پتالوژیک افاتو د وخامت سبب ګرځي ناروغ ته داوضیعت نه ورکول کېږي بلکه د ښي یا چپ اړخ په وضیعت سیګموئید سکوپي اجرا کېږي.)

دسجدې په وضیعت که سیګموئید ډیر تدور کړې نه وي امکان لري چې تدور یې ارجاع شي اوانسدادي حالت د مینځه لاړ شي.

سیګموئید سکوپ په ډیر احتیاط او فني مانور په واسطه تر هغه ځایه پورې امپولا کې داخلیږي څو چې مانعه ولیدل شي دسیګموئید تاوشوي ځاې لکه چې په شکل کې لیدل کېږي دمخاطي غشاء تاوشوي التواتو مرکز په یوه نقطه کې ختمیږي که په دې ناحیه کې مخصوصاً د تاوشوي کولمې په مرکزي برخه کې دمخاطي غشاء رنګ تغیر کړي وي او توربخن معلوم شي یا په هغه ځاې کې نذفي نقاط موجود وي د سیګموئید په ګانګرین کېدو دلالت کوي او باید فوراً لپروتومي اجرا شي او ګانګرین شوي کولمې قطع (Resection) او وروسته د امپولا او د نازله کولون خوله په چپ حرقفي حفره کې د ډبل په شکل کولوستومی کېږی که د امپولا څوکه د ګیډی جدار ته ونه رسیږي نو د Hartman په اصول عملیات اجرا شي څرنګه چې د امپولا دخولې دګنډلو څخه ورسته د پریطوان په خلف کې اچول کېږي او نازله کولون خوله یوازې په چپ حرقفي حفره کې سینګل کولوستومي کېږي.



که دسیګموئید سکوپ سره ولیدل شو چې د تاو شوی کولمی د مرکزی برخې مخاطي غشاء نورماله یا رنګ یې لږ تغیر کړې وي نو یو رکتال تیوپ چه ښه غوړ شوي وي په ډیر احتیاط د تاو ورکولو حرکاتو سره بندې شوې ناحیې ته ورداخلیږي او کوم وخت چې تیوب تیر شو په دراماتیک ډول د سیګموئید څخه تر فشار لاندې باد او ګازات په شدت سره خارجیږي او دګډې توسع د مینځه ځي رکتال تیوب په مقعد کې تثبیت او هره ورځ د رکتال تیوب له لارې سیګموئید پرې مینځل کیږي ناروغ ته د خولې له لارې مایع رژیم د معایې انتې سیپتیکو سره یو ځاې ورکول کیږي له بلې خوا د ناروغ ګډه د کولمې د ګانګرین کیدو په هکله تر کتنې لاندې نیول کیږي ځکه چې امکان لري دسیګموئید یوه برخه د تاو شوي ناحې څخه پورته ګانګرین شوې وي دسیګموئید لواړ او پرې مینځل دیوې هفتې لپاره ادامه ورکول کیږي اوله هغه ځایه چې سیګموئید د تدور دبیا مینځ ته راتلو ۸۰ څخه تر ۹۰% امکان لري نو وروسته دیوه هفتې لواړ څخه په انتخابي ډول بطن خلاص سیګموئید قطع او د نازله کولون خوله د امپولا د خولې سره په لومړې مرحله کې انستموز ورکول کیږي که د سیګموئید سکوپ له لارې داکتر موافق نشو چې رکتال تیوب په بند شوې ناحیه کې ور داخل کړي نو بیا هم باید د ناروغ ګډه خلاصه او سیګموئید تفتیش شي.

که سیګموئید ډیر ازیمایي نه وي وروسته د سیګموئید د ریزکشن څخه نازله کولون او دامپولا خوله یوبل سره په لومړۍ مرحله انستموز ورکول کېږي او که سیګموئید ازیمایي وي نو انستموز ورکول استطباب نه لري او ګانګرین شوې کولمې په شان عملیات ته ادامه ورکول کېږي.

دکولون Diverticular ناروغۍ:

د کولون دایورتیکولا ناروغۍ په دوه ډوله دي.

۱- Multiple False Diverticule: چې ډیر عمومیت لري څو عدده وی او په کسبي ډول مینځ ته راځي دانوع دایورتیکول زیاتر په چپ کولون او سیګموئید کې پیدا کېږي چې د دایورتیکولوزیس Diverticulosisپه نامه یادیږي .

۲- Single True Diverticule: چې زیات عمومیت نه لري او امکان لري چې په ولادي ډول مینځته راشي زیاتر په سیکم او صاعده کولون کې پیدا کېږي.

۱- Diverticulosis Coli or Multiple False Diverticule :

وقوعات :

د ۳۵ کلنې څخه ښکته نادراً دا ناروغۍ پیدا کېږي هر څومره چې عمر زیاتیږي په هماغه اندازه وقوعات یې اضافه کېږي څرنګه چې وقوعات یې په ۵۰ کلنې کې ۱۰% په ٦۵ کلنې کې ۲۵%او په ۸۰کلنې کې ٦۵%وي په ښځو کې نسبت نارینه و ته لږ زیات تصادف کوي.

اسباب او پتوجنیزس:

۱- مهیه کوونکې عوامل : عبارت دي له مزمنو قبضیتونو،دسن د پرمختګ او چاقي په اثر نسجي Degeneration او ارثیت رول لري.

۲- د کولون عضلي طبقې هایپرتروفي:د کولون په دیورتیکولا امراضو کې د کولون د جدار په عضلي طبقه کې هایپرتروفي موجود وي او دا چه ایانومړې هاپیرتروفي د دیورتیکول د مینځ ته راتلو عامل دې یا داچې لومړی دیورتیکول مینځ ته راغلې دې او وروسته عضلې طبقه کې هایپرتروفي پیدا شوې دې تراوسه پورې ترمناقشې لاندې دې.

۳- د کولون د داخلي فشار جګوالې : کوم ناروغان چې د يورتيکول لري په هغوې کې مانومتريک معاينا تو ثابته کړي ده چې د کولون داخلي فشار ۱۶ملي متر د سيماب څخه زيات دې (په نورمال حالت د کولون داخلي فشار ۲۵ ملي متر دسيماب دي) دا فشار کولون او مخصوصا د دوه هاوسترا په مينځ کې چې په حلقوي يا Ring شکل Contraction کوي او په دې ډول د سيګموئيد او چپ کولون په اوږدو کې په هره هاوستراکې جلا جلا کڅوړی منځته راړوی چې د يوی داخلی فشار لوړ پاتې کېږی او د هاوسترا جدار باندې فشار واردوي او په پاې کې دا يورتيکولوزيس اجادوي.

۴- غذايي رژيم : دنړې په هغه ځايو کې چه خلک يې د ډير بقيه لرونکې غذايي موادو څخه استفاده کوي دا ناروغي ډير لږ تصادف کوي او په کومو ځايوکې چې د داسې غذايي موادو څخه استفاده وکوي چې بقيه يې لږ وي دا ناروغې زياته پيدا کېږي مثلا په اروپايي او امريکايي ممالکو کې چې خلک يې هغه غذايي موادو څخه استفاده کوي چې بقيه يې لږ وي ددې ناروغې وقوعات په دې ځايو کې زيات وي په دي برخه کې داسې استدلال کېږي چې لږ بقيه لرونکې غذايي مواد ژر د کولون څخه نه تيريږي له دې کبله دکولون په مينځ کې دزيات وخت لپاره پاتې کېږي چې په دې ډول نه يوائې دقبضيت سبب ګرځي بلکه د کولون د داخلي فشار د زياتوالي سبب هم ګرځي.

پتالوژي :

څرنګه چې مخکې تذکر ورکړ شو دوه نوع د يورتيکول موجود دې يو true Diverticula چې د هغه جدار د کولون ټول طبقات احتوا کوي يا په بل عبارت د د يورتيکول جدار د مخاطي،تحت مخاطي،عضلي او سيروزا طبقاتو څخه جوړه شوې دي او بل False Diverticula چې دهغه جدار يوائې دمخاطي او تحت مخاطي طبقاتو څخه جوړ شوې دې يا په بل عبارت د کولون مخاطي او تحت مخاطي طبقې دکولون د عضلې طبقې د يوه ضعيفه برخې له لارې دباندې خواته Herniation کوي False د يورتيکول د کولون په جدار کې زياتره په هغه ځاې کې پيداکېږي چې اوعيه د Mesenteric Taenia او د Antimesenteric په مينځ کې دکولون د جدار عضلي طبقه سورې کوي او تحت مخاطي طبقي ته ننوځي ددې د يورتيکولو قطر د څو ملي مترو څخه تر څو سانتي مترو پورې

فرق کوي د ډیورتیکول غاړه امکان لري تنګه یا پراخه وي او ددې ډیورتیکولوزیس ۵۰% په سیګموئید ۳۰% په نازله کولون ۱۰% په مستعرض کولون ۴% په صاعده کولون ۲% په سیکم او ۴% په رکتوم کې پیدا کېږي.

سریري تظاهرات:

باید وویل شي چې زیاتره د ډیورتیکولا ناروغان هیڅ تکلیف نه حس کوي او عادي ژوند لري او دهغوي ډیورتیکولوزیس په تصادفي ډول د کولون د چوکات د رادیوګرافي(MRI) په پاڼه کې چې د کوم بل تکلیف له کبله اخستل شوې وي ښکاره کېږي.

ځینې ناروغان چې په دې ناروغۍ اخته دې دګډې دښکتې برخې دکرمپ ډوله درد،متناوب قبضیت او اسهال څخه شکایت کوي چې کله کله وینه هم د غایطه موادو سره راځي. درد دکولون دجدار د عضلي طبقې د تقلصاتو له کبله مینځته راځي.

په فزیکي معاینه کې ناروغ د L.L.Qپه برخه کې لږ تندرنس لري او ځینې وخت نازله کولون د یو نرم تیوب په شان د جس وړ وي او تر څو چې ډیورتیکولوزس التهابي شوي نه وي تبه او لوکوسیتوزس موجود نه وي.

رادیوګرافي معاینات :

کوم ناروغان چې ډیورتکولوزس لري د باریوم دامالې د رادیوګرافي په پاڼه کې د ډیورتیکولوزس په برخه کې مثلا په سیګموئید برعلاوه د ډیورتیکول خیال چې د کولمې د لومن څخه ډیومنظم، مدور او دباندې وتلې خیال په شان چې څو سانتي متر قطر لري په سګمنتال ډول اسپازم او نسبت نورو برخه ته دکولمې په لومن کې لږ تنګوالې هم موجود وي.(Colonoscopyاو MRI)

کوم وخت چې Diverticulitis تاسس کوي د سریري له نظره د فزیکي معایناتو پواسطه تشخیص وضع کېدای شي اما په مشکوکو حالاتو کې تشخیص د توموګرافي، د ګډې CT scanاو التراساوند پواسطه په دې ډول کېږي چې diverticulد یوې ابسې په شکل چې کولون سره ارتباط لري پېژندل کېږي، که Diverticulitis سوری شوی وي رادیوګرافي د کثیفه موادو سره استطباب نه لري ځکه چې د سوري له لارې نه یوائې چرک (Pus) پریطوان جوف ته انتشار کوي بلکې کثیفه منتن مواد هم پریطوان جوف ته انتشار کوي.

اختلاطات :

د یورتیکـوزس دوه عمـده اختلاطـات لـري چـې عبـارت دي دنـذف او التهـاب (Diverticulitis)څخه چې ددې مبحث په اخر کې مطالعه کېږي.

درملنه:

۱- طبي درملنه:

که د یورتیکولوزیس اختلاطي شوي نه وي عموما د طبي تداوي سره ښه ځواب وایي او داختلاطاتو د مینځ ته راتلو څخه مخنیوي کوې څرنګه چې ناروغانو ته بقیه لرونکې غذایي رژیم توصیه کېږی مثلا دشرقي غذاګانو څخه باید همیشه استفاده وکړي همدارنګه د دوي په غذایي رژیم کې سلولوز لرونکې غذاګاني شامل شي مثلا زیات تر دسابه څخه استفاده وکړي سرییره ددې د ورځې اقلا ۲۰ ګرام سبوس (لس ګرام دیو ګیلاس اوبو سره سهار اولس ګرام دیو ګیلاس اوبو سره مابنام وخوري) واخلي د درد د کموالي لپاره د انتي اسپازمودیک دواګانو څخه استفاده وشي او هیڅ وخت د درد د کموالي په منظور Tranqulizer, Sedative او Antidepressive دواګانو څخه استفاده ونشي.

۲- جراحي درملنه :

ترکوم وختـه پـورې چـې د یورتیکـوزس اختلاطـي شـوې نـه وې جراحـي عملیـات د اختلاطاتو مخنیوې په منظور استطباب لري په دې ډول چې وروسته د کولون د اماده کولو څخه عملیـات تـه لپروتـومي اجـرا او د کولـون ماوفـه برخـه یـانې هغـه برخـه چـې د یورتیکلوزیس لري ریزکشن او په ابتدایي ډول انستموز ورکول کېږي.

دکولون د د یورتیکولوزس اختلاطات:

۱- نذف د کولون په دایورتکولا امراضو کې :

په ۲۵،۵ د یورتیکولار ناروغانو کې نذف په کتلوي ډول لیدل کېږي په لومړې درجه د مقعدې نـذف عمـده سبب د یورتیکـوزیس او پـه دویمـه درجـه کولورکتـال کارسـینوما تشکیلوي.

سریري تظاهرات :

د کولون دیورتیکولار نذف ناڅاپي،غیر منتظره او په کتلوي ډول مینځته راځي دا نذفونه په زړو خلکو کې مخصوصا په هغه اشخاصوکې چې Arteriosclerosis، Hypertensionاو قلبي وعایي ناروغۍ ولري زیاتر پیداکېږي.

ځینې ناروغان په خپل تاریخچه کې د دایورتیکولیت څخه حکایه کوي چې وروسته د تداوي څخه ښه شوي دي او د مقعدي نذف سره امکان لري چې د دایورتیکولیت اعراض هم موجود یا موجود نه وي ځینې ناروغان په زیاته اندازه د مقعد له لارې وینه ضایع کوي چې نذف توقف او د Hypovolumic Shock د مخنیوي لپاره عاجل عملیات ته ضرورت حس کېږي اما زیات شمیر داسې ناروغانو ته چې وینه ورکړل شي وضع یې دسریري له نظره ښه کېږي او په دې وخت کوم معاینات چې د نذف د منشاء ء دمعلومولو لپاره ضرور دي باید اجرا او وروسته په عملیات کولو اقدام وشي.

تشخیص:

د مقعدي نذف د منشې د معلومولو لپاره مخصوصاً دکولون دیورتیکولار د نذف د معلومولو لپاره دسیګموئید سکوپي یا Colonoscopy څخه کار اخستل کېږي او دنه تشخیص په صورت کې د کولمې انجیوګرافي اجرا کېږي او د ګډې توموګرافي یا CT scan اجرا شي.

درملنه:

۱- غیر عملیاتي درملنه :

څرنګه چې مخکې تذکر ورکړ شو په اوله مرحله کې د کولمې انژیو ګرافي اجرا کېږي او ددې معاینې په منظور یوه ستنه په ابهر کې د مساریقې سفلي شریان په سویه داخلیږي وروسته د کثیفه موادو تیرولو څخه انجیوګرافي اجرا او کوم وخت چې دنذف موقعیت تعین شو بې ددې چې ستنه د ابهر څخه وویستل شي Vasoconstrictiveدواګانې مثلا Vasopressineد مساریقې په شریان کې اچول کېږي ددې ادویې په واسطه د مخاطي غشاء ټول شعریه اوعیې تقبض کوي او نذف دریږي دې تداوي سره په زیاته فیصدي د دیورتیکولار نذف توقف کوي.

یـو مولـف د Adams پـه نامـه (۱۹۷۴ – ۷:۴۳۹ Dis. Colon& Rectum L &) ۴۹ L.G.I.Bleeding واقعات د باریوم د امالی سره تـداوي کړي دې چې ددې جملې څخه په ۴۷ ناروغانو کې نذف توقف کړې دي او داسې استدلال یې کړې دی چې دباریوم په واسطه ماوفه مخاطي غشاء تامپون کېږي او نذف توقف کوي.

۲- عملیاتي درملنه :

کوم وخت چې یـو غیر عملیـاتي تـداوي موثره واقع نه شي او دنذف شدت په اتـو ساعتو کې تقریبا ۵۰۰ملي لیتر وي یـاداچې کتلوي نذف بیـا نکس Relapse وکړي په دې وخت کې عملیـاتي تـداوي تـه وروسته د اهتماماتو دنیولو او دوینې د تهیـه کولو څخه باید اقدام وشي .

په عاجل اهتماماتو کې وروسته ددې څخه چې بطن خلاصیږي کولون د وینې څخه ډک ښکاري چې داوینه لومړې باید د رکتال تیـوب په واسطه بیخې تخلیـه شي کـه دنذف ځاې دسیګموئید سکوپ یا انجیوګرافي په واسطه تعین شوې نه وو نو په اولـه مرحله سیګموئید او ښي کولون په څو سګمنت کولمو د کلمپو په واسطه جلاکېږي په کوم سګمنت کې چې د نذف منبع موجود وي هغه سګمنت دویني څخه زر ډک کېږي یا دا چې د هغه په مینځ وینه ټولیږي نو په دې ډول امکان لري چې په یـوه یـا دوه یـا درې سیګمنتو کې وینه راټول شي او دنذف منبع ښکاره شي .

البته که یوه سګمنت کولون د یورتیکولا وو معلومدار په هغه سګمنت کې دنذف منبع موجود وي وروسته ددې څخه چې نذف منبع معلومه شوه نومورې سګمنت ریزکشن او کولوستومي کېږي په هغه حالاتوکې چې د کولون په ټول امتداد د یورتیکولونه موجود وي.او معلومه شي چې په هر ځاې کې د یورتیکولونه وینه ورکوي نو په دې وخت کې Totalcolectomy او Ilioprocto Anastomose انتخابې عملیات اجرا کېږي .

۲- د یورتکولایتس Diverticulitis :

د د یورتیکولوز یـو عمده اختلاط دې هر څومره چې عمر زیـات وي او هر څومره چې د یورتیکولوز د کولون زیـات برخـه اشغال کړې وي پـه هماغـه انـدازه د د یورتیکولوز د التهابي کېدو چانس زیات وي.

پتوجینیزیس:

د یورتیکول د غایطه موادو څخه عموما ډک کېږي اما د د یورتیکول څخه د غایطه موادو خارجیدل له دې کبله چې د یورتیکول غاړه تنګه ده په اسانې صورت نه نیسي(دکولمې جدار د عضلي طبقې دتقلصاتو په واسطه د رتج غاړه همیشه تنګ وي)او غایطه مواد د اوږدې مودي لپاره د د یورتیکول په مینځ کې ځاي په ځاي پاتې کېږي چې اوبه یې د د یورتیکول دمخاطي غشاء له خوا جذب او په خپله غایطه مواد په کلک شکل پاتې کېږي دا کلک شوې غایطه مواد د مخاطي غشاء د افرازاتو په واسطه د د یورتیکول غاړي خواته ټیله کېږي او د د یورتیکول غاړه بندوي کوم وخت چې د د یورتیکول غاړه بند ه شوه د د یورتیکول مخاطي افرازات بند پاتي کېږي او دهغه په مینځ کې د کلک شوي غایطه موادو مکروبونه داخل او د د یورتیکول التهاب مینځ ته راوړي.

دالتهابي د یورتیکول محتوي او زوې اکثراً کلک شوې غایطه مواد د مینځه وړي او دکولون لومن خواته لاره پیدا کوي او دریناژ کېږي او که کلک شوي غایطه مواد چې د د یورتیکول خوله یې بنده کړي ده د مینځه لاړ نه شي التهاب د د یورتیکول په چارچاپیره انساجو کې انتشار کوي.

په اوله مرحله کې التهاب د کولون د عضلي اوسیروزا د طبقې په مینځ کې داخل او دکولون د جدار Intramural ابسې جوړوي چې دا ابسي دکولون په لومن کې درنیاژ او دکولمو د لومن فستول مینځ ته راوړی چې وروسته ددې څخه زوې یې په نورو د یورتیکول کې داخل او متعدد د یورتیکولونو په التهاب اخته کېږي .

د د یورتیکول التهاب په دویمه مرحله کې د د یورتیکول جدار تخریب او دهغه محتوي د پریطوان په جوف کې توئیږي چې عمومي پریطونا یتس مینځ ته راوړي.

همداسې د د یورتیکول التهابي جدار د چارچاپیره غړو مثلا مثانه،رحم،صفراوي کڅوړې او نورو سره التصاق او بلاخره د هغوې محتوي په نوموړو اعضاو کې تش کېږي چې په دې ډول داخلي فستولونه مینځ ته راوړي دکولمو انسداد هغه وخت مینځ ته راځي چې د کولون جدار د التهاب له کبله شدیداً ازیمایي شي چې په دې ډول په دې ځاې کې د کولمو حرکات د مینځه ځي او یو فلجي انسداد پیدا کېږي.

سریري تظاهرات :

د دیورتیکولایتس سریري تظاهرات اپندیسایتس سره ډیر ورته والې لري او له هغه ځای چې په سیکموئید کې زیاتره د یورتیکولوزیس پیدا کېږي او د یورتیکولونه یې په التهاب اخته کېږي نو د کښ خوا اپندیسایتس په نامه یادیږي.

مهمترین عرض یې درد دې چې متوسطه درجه شدت لري او په L.L.Q یا په هایپوګاستریک ناحیه کې موقعیت لري دا درد دوامدار او درونډ وي نادراً متناوب او کرمپ ډوله وي درد د باد د خارجیدو سره کمیږي .

همداسې ناروغ بې اشتهایي او زړه بدوالې لري اما هیڅ وخت کانکې نه کوي ناروغ امکان لري اسهال، قبضیت یا داچې دتغوط غیر منظم والې ولري په ناروغ کې لږه تبه او Leukocyotsis موجود وي.

په فزیکې معاینه کې په L.L.Q یا هایپوګستریک ناحیه کې Tenderness موجود اوپه همدې سیمو کې په جس سره دردناکه کتله امکان لري چې جس شي په اصغاء کې دایورتیکولایتس اختلاطي شوې نه وي د کولمو استداري حرکات امکان لري چې نورمال وي.

سیګموئید سکوپ معاینه :

دا معاینه د ناروغې د تشخیص او هم د تفریقې تشخیص لپاره با اهمیته ده ددې معاینې په واسطه د سیګموئید د لومړی برخې مخاطي غشاء ازیمایي او احتقاني معلومیږي او له هغه ځایه چې د التهاب له کبله دسیګموئید جدار د چارچاپیره انساجو او احشاو سره نښتې دي او خپل تام تحرکت یې له لاسه ورکړې دي نو دسیګموئید سکوپ داخلول تقریبا ۱۵ سانتي متره څخه زیاتر مشکل دی.

د باریوم اماله د مرض په حاده مرحله کې استطباب نه لري ځکه چې د باریوم دفشار له کبله دالتهابي دیورتیکول دسورې کېدو خطر زیات دي اما کوم وخت چې د محافظه کارې تداوې سره التهاب خاموش شو هغه وخت د تفریقي تشخیص په منظور مخصوصاً دکولون د کارسینوما سره چې تقریباً د مننتن کېدو په وخت کې عین سریري تظاهرات ورکوي باید اجراشي.

دباریوم د امالی څخه وروسته د رادیوګرافي په پایه کې په لاندې ډول د کولون د کارسینوما او د دایورتیکولوز خیالونه موجود دي.

۱- د کولون او دسګموئید په زیاترو برخو کې د دیورتیکولار خیالونه موجود دي چې د کولمو د لومن څه د باندې وتلې او دیو نري خیال په شکل د کولون د لومن سره په تماس وي.

۲- هغه قیف ډوله خیالونه چې د ماوفه برخې څخه پورته او ښکته،د کولون په کارسینوما کې لیدل کېږي په دیورتیکولوز کې موجود نه وي.

۳- د دیورتیکولایتس په حالاتو کې کولون په خپل ټول امتداد اسپاستیک وي.

۴- دکولون مخاطي غشاء په دیورتیکولایتس کې زیات التوات ښي اما نورماله وي برخلاف په کارسینوما کې نه یوائې مخاطي غشاء تخریب شوې وي بلکه التوات یې هم د مینځه تللې او دکولمې لومن تنګ شوې ښکاري.

درملنه:

د غیر التهابي دیورتیکولایتس تداوي:

په لومړي مرحله کې باید کوشش وشي چې التهابي حالت د دوایي تداوي سره بهبود حاصل کړي او عملیاتي تداوي یې هغه وخت استطباب لري چې:

۱- دیورتیکولایتس د دوایې تداوي سره ځواب ونه وائي.

۲-د دیورتیکولایتس په نکس کړې حالاتو کې.

۳- چې د سریري، کولونسکوپي او رادیوګرافي معاینا تو سره د کارسینوما سره تفریقي تشخیص نه شي.

۴- په هغه حالاتو کې چې دیورتیکولایتس اختلاطي شي.

په لومړي مرحله کې غیر عملیاتي تداوي په لاندي ډول سرته رسیږي.

۱- ناروغ دخولي له لاري څه شي ونه خوري.

۲- معدوي تیوب ورته تطبیق او په دوامداره ډول سکشن اجرا شي.

۳- د وریدله لاري په کافي اندازه مایعات په ۲۴ ساعتو کې ورته ورکړ شي.

۴- د سیروم سره یو ځاي وسیع الساحه انتي بیوتیک په معین اندازه ناروغ ته تطبیق شي.

۵- د درد دکنترول لپاره مورفین څخه استفاده ونه شي (ځکه چې د کولون سپزم زیاتوي)

٦- د پاسنې اهتماماتو سره که د مریض په سریري تظاهراتو کې تر ۴۸ ساعتو پورې ښه والې مینځته راغې دوایي تداوې ته نور هم ادامه ورکړ شي که پیدانشو یا دا چه سریري تظاهرات شدید شو بهتر ده چې ژر تر ژره عملیات ته اقدام وشي.

۷- که دسریري تظاهراتو په وضع کې وروسته د ۴۸ ساعتو څخه ښه والې پیدا شو وروسته ددې مودې څخه ناروغ ته دانتي بیوتیک د تطبیق په څنګ کې داسې غذایي رژیم توصیه کېږي چې زیاته بقیه ولري.

۸- کوم وخت چې التهابي حالت بیخي د مینځه لاړ په انتخابي ډول وروسته ددې څخه چې کولون عملیات ته اماده شو ماوفه کولون قطع او په یوه مرحله انستموز ورکول کېږي.

په هغه حالاتو کې چې دوایي تداوي سره التهابي حالت د مینځه لاړ نشو او حتې موضعي ابسې ګاني جوړ شوی وي بطن خلاص او دوه مرحله ئې یا دریې مرحله ئې عملیاتي تداوي صورت نیسي.

په هغه حالاتو کې چې دکولون وسیع برخه په دیورتیکولایتس اخت شوې وي دا وسیع برخه قطع او لیري کېږي اما دماوفه برخې لاندې او ښکتنې برخې انستموز په اوله مرحله د عملیات کې امکان نه لري نو له دي کبله دوه مرحله ئی عملیات اجرا کېږي.

څرنګه چې په لومړي مرحله کې ماوفه کولمي قطع او دماوفه برخې څخه پورته د proximal Colon خوله کولوستومي کېږي او دماوفه برخې څخه ښکته د کولون د Distal برخې خوله ګنډل کېږي او د پریطوان په مینځ او د پریطوان په خلف کې ورته ځاې ورکول کېږي یا په بل عبارت Hartmann procedure اجرا کېږي.

په دویمه مرحله کې وروسته د دریې میاشتو څخه د Colonد Proximal برخې استنادي ځایونه قطع او ازادیږي تر څو چې د کولون Distal برخې ته چې په اوله مرحله کې خوله یې ګنډل شوې ور ورسیږي او انستموز ورکړ شي.

په هغه حالاتو کې چې د کولون یا دسیګموئید لنډه برخه په دیورتیکولایتس اخته شوې وي په لومړي مرحله کې د ماوفه برخې څخه پورته کولوستومي اجرا کېږي په دویمه مرحله کې ماوفه کولمې قطع او دقطع شوې کولمې Proximal او Distal نورمال خوله یې یوبل سره انستموز ورکول کېږي په دریمه مرحله کې کولوستومي شوي ځاې بیرته ترمیمېږي.

متحرک سیکم:

په خپله سیکم یوائي د ګډې په خلفي جدار تثبیت نه دې خو سره له دې ډیر متحرک نه دي او سیکم هغه وخت د سریري له نظره متحرک وي چې سیکم،د الیوم اخري برخه او دصاعده کولون Proximal برخه لرونکې دیو اوږد مساریقه وي یا په بل عبارت دسیکم سره یو ځاي د الیوم اخري برخه د صاعده کولون پروکسیمال برخه هم دګډې په خلفي جدار تثبیت نه وي نو دا هایپوفیکسیشن دسیکم د تدور لپاره مساعده زمینه برابره وي.

دسیکم تدور په دوه میخانیکپته صورت نیسي.

۱- دسیکم تدور په هغه اوږد مساریقي محور باندي چې الیوسیکال شریان په خپل مینځ کې لري د۳٦۰ درجې څخه تر ۷۲۰درجې پورې صورت نیسي چې ددې تدور په اثر یوClosed Loop انسداد مینځ ته راځي ددې تدور په اثر دسیکم اروا په لومړي مرحله کې ډیر ژر قطع کېږي.

۲- په دویم میخانیکپت کې سیکم اوږد مساریقه لري کوم چې د الیوم د اخري برخي او د صاعده کولون Proximal برخې سره یو ځای دL.U.Q خواته قاطیږي اویو ناتام انسداد مینځ ته راوړی چې دا نوع انسداد په بنفسهي ډول ارجاع کېږي چې دمولیفینو له خوا ورته دIntermittent Obstruction نوم ورکړل شوې دې اوله هغه ځایه چې مساریقي اروایې نه قطع کېږي نو انذار یې ښه دي.

سریري تظاهرات:

له هغه ځایه چې د سیکم د تدور سره د الیوم اخري برخه هم په تدور کې اشتراک کوي نو ددې انسداد اعراض او علایم دوړو کولمو د انسداد دسریري تظاهراتو سره ډیرورته والي لري څرنګه چې د درد شروع ناڅاپي، پریودیک او کرمپ ډوله دې چې دګډې په ښي اړخ مخصوصا دښي اړخ په ښکتنې برخو کې پیدا کېږي په دې وخت کې امکان لري چې په عکسوي ډول دکولون د پاتې برخې استداري حراکات زیات شي او یو اندازه ګاز او غایطه مواد د مقعد له لارې خارج شي وروسته له هغه زړه بدوالې، کانګې،د ګازاتو او غایطه موادو بندش دکرمپ ډوله درد سره ملګري کېږي دګیدي توسع ډیره شدیده نه وي او په R.L.Q کې په قرع سره شدید Tympanic اواز اوریدل کېږي.

رادیوګرافي معاینات:

د سیکم د تدور تشخیص د رادیوګرافي څخه چندان امکان نه لري دګډې په ساده رایوګرافي کې متوسع سیکم چې سرحد یې Epigastrium او L.U.Q پوري رسیدلې وي تقریبا دګډې په ښی اړخ کې ښکاري د تذکر وړدې چې متوسع سیکم د یو Air Fluid level خیال په واسطه محدود شوې وي او ځینې وخت د متوسع معدې سره مغالطه کېږي او که معده د معدوي تیوب پواسطه اسپیریتد (Aspirated) شې دا خیال په وروستنې رادیوګرافي کې په خپل حال پاتې کېږی.

اختلاطات:

که دسیکم د تدور په تشخیص یا تداوي کې ځنډ پیښ شي د سیکم د جدار د سوري کېدو خطر زیات موجود وي چې د سوري کېدو څخه وروسته خطرناک پریطونا یتس مینځ ته راځي.

درملنه:

د تشخیص څخه وروسته د سیکم تدور باید فوراً تداوي شي د عملیات څخه مخکې اهتماماتو د نیولو څخه وروسته لپروتومي(Leprotomy) اجرا او دسیکم تدور رد کېږي.

په هغه حالاتو کې چې ناروغ وضع د اطمینان وړ نه وي، ډیر زوړ او د اوږد عملیات تحمل او توان ونه لري ، دسیکم رنګ وروسته د ارجاع څخه نورمال اوسي ، سیکم د ګیدې په جدار کې د کوک په واسطه تثبیتیږي .

که د ناروغ وضع د اطمینان وړ وو نو دښي کولکتومي(Right Colectomy) سره Iliotransvers Colostomy اجرا کېږي په هغه حالاتو کې چې سیکم ګانګرین شوې وي د کولمو ریزکشن او الیوستومي اجرا کېږي.

Ulcerative Colitis:

Idiopathic غیر وصفي Ulcerative colitis د Colon او Rectum یو التهابي ناروغی ده چې ډیر عمومیت نه لري او په لومړي مرحله د Colon مخاطي او تحت المخاطي طبقه ماوفوي.

وقوعات :

په نورو ممالکو کې د ناروغۍ وقوعات په یو کال کې د ۳،۷ څخه تر ۹،۷ تنه په یو لک کسانو کې دې اما prevalence یې په سل زره تنو کې د ۷۰څخه تر ۸۰ کسو په مینځ کې دې.

یهودیان درې چنده زیادتر نسبت نوروخلکوته په دې ناروغۍ اخته کېږي، ښځې نسبت نارینو ته زیاتره دا ناروغۍ پیدا کوي، دسن له نظره ناروغۍ په هر عمر کې پیدا کېږي اما وقوعات یې زیاد تر د ۳۰او ۴۰ کلنې په مینځ کې تصادف کوي، په درې فیصده وقایعو کې ناروغ ددې ناروغۍ تاریخچه لري.

اسباب :

د Ulcerative Colitis سریري لوحه یو مخصوص دیزانتري حالت ښکاره کوي لدې کبله په لومړی مرحله کې داسې فکر کېږي چې د مرض عامل باید کوم مایکرو اورګانیزم وي او د Ulcerative Colitis یو شمیر واقعات یې د شیجیلا او امیبیک دیزانتري څخه وروسته پیدا شوې دي او د امیبیک او شیجیلا دیزانتري په مقابل کې د مخصوص تداوي تطبیق پر Ulcerative Colitisباندي هیڅ کوم تاثیر نه لري.

نور اورګانیزمونه چې د Ulcerative Colitis په تشکل کې امکان لري برخه ولري Bacterium Necrophorum او Diplostreptococcus دې چې دیو شمیر مولفینو له خوا پیشنهاد شوې دي اما ددې میکرو اورګانیزمو د مینځه وړل د ناروغۍ د شفا کېدو سبب نه ګرځي.

په دې ورستیو وختونو کې د Ulcerative Colitis خلاصه د محلول په شکل پر تجربوي حیواناتو باندې تطبیق او دنومورې حیواناتو په کولون کې دا ناروغۍ پیداشوي ده او دی مولفینو ددې ناروغۍ عامل یو ویروس ښودلي دې اما دانظریه دیو شمیر نورو مولفینو له خوا رد شوي دې.

د کورتیزون د تطبیق په واسطه د ناروغي په وضع کې د بهبود مینځ ته راتلل دا نظریه تقویه کوي چې ناروغ امکان لري دځینې موادو په مقابل کې الرژي او شدید حساسیت ولري او عکس العمل یې په هضمي جهاز کې د Ulcerative colitis په ډول تظاهر وکړي.

څرنګه چې دیو شمیر ناروغانو چې د هغوې د غذایې رژیم څخه شیدې او دشیدو مشتقات حذف شوې دي دهغوې په وضع کې واضع او ښکاره ښه والې پیدا شوې دې او دهمدې Ulcerative colitis ناروغانو په سیروم کې د غوا دشیدو، پروتین په مقابل کې انتي بادي تثبیت شوې اما د ټولو Ulcerative colitis ناروغانو په سیروم کې دا انتې بادي موجوده نه وي.

همداسې روحي فشارونه د Ulcerative colitis د اعراضو دزیاتوالوالي سبب ګرځي اما دا ثابته نه ده چې ناروغي دی روحي منشاء ولري.

د Ulcerative colitis ناروغانو په سیروم کې په جیګه سویه انتي بادي د Heterogenic انتي جن په مقابل کې موجوده وي او دا Heterogenic انتي جن امکان لري چې د کولون د اپیتل E.Coli یا په کولون کې نورې باکتریاګاني وي ددې موادو په مقابل کې د ویني د انتي بادې سویه د ناروغۍ په وخامت پورې مستقیما مناسبت لري.

څرنګه چې هر څومره د ناروغي سریري اعراض شدید وي په هماغه اندازه په وینه کې د انتي بادي سویه جیګه وي په دي ناروغانو کې لمفووسیتونه د کولونیک اپیتل لپاره Cytotoxic دي.

د پاسني تذکراتو څخه داسې نتیجه اخستل کیږي چې د Ulcerative colitis سبب تر اوسه پورې په قطعي توګه معلومه نه ده خو بیا هم ایمونولوژیک فکتورونه د Ulcerative colitis په مینځته راتلو کې مهم رول لري.

پتالوژي:

Ulcerative colitis یو منتشره التهابي ناروغي ده چې په لومړي مرحله کې پتالوژیکې تغیرات یوائې دکولون په مخاطي غشاء کې منحصر پاتې کیږي د Lieberkuhn کریپتو په مینځ کې وړوکې ابسې ګانو تشکل کوي ددي ابسي ګاني زوې تحت المخاطي طبقه سورې کوي او ددې طبقې لاندې په افقي ډول انتشار کوي او کومه مخاطي طبقه چې د هغه په سر واقع دي د لاندي عضلې طبقې څخه جلا کوي او دانورمال جلا شوې مخاطي طبقه د کولمې د لومن په مینځ کې زوړند پاتې کیږي.

په دې مرحله کې د کولون په جدار د اوعیي توسع او نذف ډیر وصفي دي په دې ناروغی کې عضلې طبقه په خپل حال او نورمال پاتي کېږي.
په سیرورزا طبقه کې یوائي او یوائي لږ احتقان موجود وي او بس .

پتوجینیزس :

وروسته د پتالوژیکې تغیراتو د تاسس څخه دکولمي تضیق په عمومي ډول د کولمي د عضلي طبقي د دوامداره تقلصاتو او د مخاطي فبروزي کتلاتو دتشکل له کبله مینځته راځي .

د Ulcerative colitis په وخیم او حاد اشکالو کې د کولون د جدار ټول طبقات ماوفیږي او له دې کبله دکولون د توسع او سورې کېدو خطر موجود وې په دې ناروغۍ کې کولون په خپله لنډیږي اما مساریقه یې نورمال پاتې کېږي.
په زیات شمیر Ulcerative colitis ناروغانو کې په اوله مرحله کې رکتوم ماوفیږي چې په دې وخت د Ulcerative Proctitisپه نامه یادیږي.
که ناروغي په لومړي مرحله کې په رکتوم کې پیدا شوي وي التهابي وتیره عموما پورته کولون خواته وسعت پیداکوي او په ۵۰% واقعاتو کې ټول کولون ماوفیږي یانې Ulcerative Pancolitis مینځته راوړي په لس فیصدو پیښو کې د الیوم د اخري برخې څو سانتي متره هم په مرض اخته کېږي چې د Backwasn Iliatis په نامه یادیږي.

سریري تظاهرات:

دا ناروغي امکان لري چې په حاد ، ډیر شدید حاد او یا په مزمن ډول سیر وکړي.

۱- د ناروغی د حادی حملی سریري تظاهرات:

د ناروغي عمده سریري اعراض مقعدي نذف او اسهال دي . ابګین غایطه مواد چې مقدار یې لږ وي د وینې ، زوې او مخاط سره مخلوط او دکولمي دمخاطي طبقې د پارچو سره یوځاي د مقعد څخه خارجیږي
د تغوط شمیر په ۲۴ ساعتو کې د ۳۰ څخه تر ۴۰ وارو پورې رسیږي او دمقعد د معصرې Incontinence هم موجود وي یوه پر درې برخه ناروغان په خپله ګډه کې کرمپ ډوله شدید درد ، کانګي او ۳۹ خخه تر ۴۰ درجې سانتي ګرید پوري تبه هم لري.

د پاسني سريري اعراضوله کبله د ناروغ وزن کمیږي او Dehydration پیداکوي که د ناروغي ډیر شدید سیر لرونکې ناروغ وي امکان لري یوائځي اسهال یا داچه په متناوب ډول اسهال او قبضیت ولري په ځینو پیښو کې ناروغ په لومړي مرحله کې د پوستکې او مفاصلو د اختلاطاتو سره مخامخ کېږي په دې ډول چې د پاسني اعراضو سره Arthropathy او pyodermia هم پیدا کوي.

په فزیکي معاینه کې په شدید حالاتو کې د ګیدي جدار مخصوصا دګېډې په چپ سفلي برخو کې Tenderness موجود وي په مقعدي معاینه کې Anal Fissure موجود او په دې وخت کې معصره چې مخکې یې خپل مقویت له لاسه ورکړې وو اوس سپازمودیک وي.

دمقعدي قنات مخاطي غشاء خپل طبعي نرموالې او ښوي والې له لاسه ور کوي او سطح یې د زوې او وینه لرونکې مخاط په واسطه پوښل شوې وي.

۲- په ډیر شدید حاد حالت کې پاسني سريري اعراض مخصوصا وینه لرونکې اسهال او تبه شدید وي.

۳- د ناروغي دمزمن حالت سريري تظاهرات:

په مزمن حالت کې د ناروغي حملات چې ډیر خفیف وي د Relapse په ډول مینځ ته راځي د ناروغي دا حالت زیات عمومیت لري. او دوه پر دري برخه ناروغان په همدي شکل شفاخانې ته مراجعه کوي.

د ناروغي حملات عموما دروحی فشار،فزیکي فعالیت،تنفسي لاري د حادو انتاناتو،د عضویت د نورو برخو د حادو انتاناتو، د انتي بیوتیکو او ملین دواګانو د استعمال څخه وروسته پیدا کېږي.

وینه لرونکې اسهال د مزمن حالت عمده عرض تشکېلوي چې په متناوب ډول ناروغ ته پیښیږي څرنګه چې ناروغ څو ورځو لپاره یوائځي اسهال لري او وروسته وینه هم د غایطه موادو سره یو ځای خارجیږي څه موده وروسته دا عرض بیرته د مینځه ځي.

ناروغ په اولو مرحلو کې د ګېډې شدید کرمپ ډوله درد لري اما کوم وخت چې د کولمي جدار پنډ ، کلک او لنډ شي درد هم کمیږي .

درد زیاتره د حملاتو په شکل د اسهال سره موازي پیدا کېږي څرنګه چې د ګډې د کرمپ ډوله درد سره لږ ابګین غایطه مواد چې د مخاط ، زوي یا وینې سره یو ځای وي خارجیږي چې وروسته د تغوط څخه درد ورک یا کمیږي.

بې اشتهایي هم د حملي په شکل مینځته راځي. د پاسني اعراضو سره یانې د وینه لرونکې اسهال او بې اشتهایي سره د ناروغ وزن ورځ په ورځ کم او بلاخره په Mal nutration اخته کېږي .

تشخیص:

د ناروغې تشخیص د سریري تظاهراتو (چې مخکې ذکر شول) اندسکوپیک معاینا تو او لابراتواري معاینا تو په واسطه اجرا کېږي .

۱- سیګموئید سکوپي:

داسې ناروغانو ته مخکې دسیګموئید سکوپي څخه اماله نه ورکول کېږي. ددې معاینې پواسطه معلومیږي چې د مقعد او سیګموئید مخاطي غشاء ازیمایي او Hyperemic یا احتقاني، کلک او شکنند وي او حتي د پختې (Cotton) د تماس په واسطه چې د سواب اخستلو په منظور استعمالیږي د مخاطي غشاء د سطح څخه وینه بهیږي.

په پرمختللې پیښو کې د مخاطي غشاء په سطح متعدد قرحات هم معلومیږي چې د هغه په سطح وینه ، زوې ، مخاط او نکروزي انساج په مخلوط شکل موجود وي د ناروغې په خاموشه صفحه کې دمخاطي غشاء احتقان،ازیما او تقرح موجوده نوي بلکه د مخاطي غشاء جلا شوې برخي د پولیپ په شکل معلومیږي چې که ددې ځای څخه Biopsy واخیستل شي د تشخیص لپاره باارزښته ده .

۲- کولونوسکوپي:

کوم وخت چې د رادیوګرافي او سیګموئید سکوپي معاینې په واسطه قطعي تشخیص وضع نه شو نو د فایبرواوپتیک کولونوسکوپي څخه کار اخیستل کېږي د ناروغي په حاده صفحه کې باید ډیر پام وشي چې کولون سوري نه شي او کولونوسکوپ باید تر سیګموئید او نازله کولون پوري داخل شي کوم پتالوژیکې تغیرات چې په سیګموئید سکوپي کې تذکر ورکړ شو ځای یې باید ولټول شي او دلزوم په صورت کې تري بایوپسي واخستل شي.

۳- لابراتواري معاینات :

رادیو ګرافي معاینه:

دباریوم د امالي د ور کولو څخه مخکې باید ناروغ ته جلاب ورنکړل شي (کولون د حادي توسع خطر موجود وي) او په حاده مرحله کې دباریوم په رادیو ګرافي کې د کولون مخاطي غشاء غیر منظمه، کلکه، شخه او تقرحي برخو ژور ځایونه چې شونډې یې دندانه دار وي ښکاري. دناروغي په پرمختللي پیښو کې د کولون نورمال التوات او هاوسترا د مینځه ځي او کولون لنډ او لومن یې تنګیږي په ځینې ځایونو کې امکان لري چې د کاذبو پولیپونو خیال ولیدل شي.

توپیري تشخیص:

۱- د ګرانولوماتوز کولایتس سره : دسریري تظاهراتو له نظره:

سریري تظاهرات	Ulcreative Colitis	Granulomatos Colitis
اسهال	واضع او شدید	موجود اماشدید نه وي
په غایطه کې ګراس وینه	ډیر وصفي دي	معولا موجوده نه وي
مقعدي امراض	معولا موجوده نه وي	د اصلي ناروغي سره یو ځای
د ماوفه ناحیي اوصاف	کولون او مخصوصا کرتوم ماوفیږي	د هضمي سیستم هره برخه په استثناد رکتوم ماوفیږي
فستول	داخلي فستول لږ تشکل کوي	داخلي فستول یې همیشه یو اختلاط وي
د مرض مورفولوژي	تخریبات د مرکز څخه اطراف خواته تخریبات یو دبل سره ارتباط لري	تخریبات داطرافو څخه مرکز خواته تخریبات یو دبل سره ارتباط نه لري او دسیګمنټ په شکل وي

د مساریقي حالت	مساریقه نه ماوفیږي اما لمفاوي غدوات یې غټ وي	په مرض اخته لمفاوي غدوات شدیدا غټ وي
د قرحي حالت	قرحات سطحي وي	قرحات طولاني وي چې ژوره وده کوي
د کولمي د جدار پنډوالي	نه پنډ کیږي	فوق العاده پنډ کیږي
میکروسکوپ معاینه	التهابي عکس العمل یوائي په مخاطي او تحت مخاطي طبقو پورې محدود پاتي کیږي ګرانولوماتوز ساختمانونه لږوي	مزمن التهابي عکس العمل د جدار په ټولو طبقاتو کې موجود وي ګرانولوماتو انساج زیات وي
د تداوي له نظره	۸۰٪ طبقي تداوي سره ځواب وایي	طبي تداوي سره نادراتر اوږي مودي پوري تر کنترول لاندي راځي
جراحي تداوي	د پروکتوکولولکتومي او الیوستومي وروسته رکتوم الیوم سره پیوند کیږي	تامه یا ناتامه کولکتومي او الیوستومي چې سره له دي هم د ناروغې نکس زیات وي

۲- دمساریقي د لمفوما سره تفریق یې عموما د رادیوګرافي سره اجرا کیږي .

اختلاطات:

ددې ناروغي اختلاطات په دريو برخو ويشل کېږي .

۱- Systemic اختلاطات :

د الکترولايتونوتشـــوش، میکروســـیتیک انیمیا،هايپوپروتینیمیـــا، Avitaminosis، امايلوئیدوز ،اوستیوپوروز، Amenorrhea دجنس او نشونما وروسته پاتې والې .

۲- خارج کولوني اختلاطات :

د پوستکې اختلاطات: Erythema Nodesa، Pyodermia، Dermatitis، Aptos Stomatitis

دسترګو اختلاطات: Uveitis,irritis, Conjunctivitis

دهډوکو او مفاصلو اختلاطات: **Ankylosing Spondilitis, Arthritis**

دځیګر او صفراوي لارو اختلاطات: د صفرا د کڅوړې تیږي، کولانجایتس، د ځیګر سیروزس، Hepatitis اوصفراوي لارې کارسینوما.

قلبي وعايي اختلاطات : Pericarditis او وعايي ترمبوز

هضمي اختلاطات : Pancreatitis

بولي اختلاطات: پیالونفرایتس او دبولي لارو تیږي

د پورتني اختلاطاتو څخه د پوستکې ،قلبي او مفاصلو اختلاطات ډېر عمومیت لري.

۳- کولوني اختلاطات:

- کتلوي نذف
- دکولون تضیقات او ناتام انسدادي حالت
- دکولون سوري کېدل او دهغه له کبله د پریطونایتس تشکل
- مقعدي اختلاطات لکه Perirectal Abscess، Perianal abscess، Anal Fissure چې د رکتوم د جراحي ناروغیو په مبحث کې مطالعه کېږي .
- Malabsorption
- دکولون کارسینوما
- توکسیک میګاکولون

کتلوي نذف:

دا اختلاط ډیر عمومیت لري او که مینځته راشي له هغه ځایه چې د ناروغ عمومي حالت د Dehydration او Malnutrition له کبله خراب وي نو د ناروغ د مړینې خطر زیات وي .

د کولون تضیقات او ناتام انسدادي حالت:

دا اختلاط دیر تصادف نه کوي او هغه وخت مینځ ته راځي چې د کولون یوه مرضي برخه وروسته د اوږي مودې څخه شفا یاب شي او دهمدي برخې د کولمي عضلي طبقه په دوامداره تقلص معروضه شي چې تشخیص یې درادیوګرافي په واسطه اجرا کېږي .

د کولون سوری کېدل اوپریطونا یتس:

دري فیصده Ulcerative Colitis ناروغان دی اختلاط سره مخامخ کېږي او زیات شمیر یې مړه کېږي دکولمي سوري کېدل د ناروغي په شروع او دحملاتو په سیر زیادتره په سیګموئید او دکولون په طحالي زاویه کې واقع کېږي.

وروسته ددې څخه چې کولمي سورې شي د هغه څخه محتوي د پریطوان ازاد جوف ته تویېږي په هغه حالاتو کې چې ناروغ عمومي وضع د اصلي ناروغي له کبله ښه وي امکان لري چې موضعې داخل پریطواني ابسي جوړه کړي او که د ناروغ وضع ښه نه وی عمومی پریطونایتس مینځ ته راځي.ددی اختلات د مخنیوی لپاره ناروغ ته دناروغي په سیر وسیع الساحه انتې بیوتیک او کورتیزون باید ورکړل شي .

ددې اختلاط تداوي د پریطونایتس په شکل صورت نیسي چې د Peritonitis په مبحث کې مفصلا اذکر شوې دي.

دکولون کارسینوما: د Ulcerative Colitis یو موخر اختلاط دې او دري فیصده ناروغان د مرض په لومړیو لسو کالو کې د کولون په Carcinoma اخته کېږي که ناروغي د لسو کالو څخه زیات دوام وکړي نو په دی وخت ددې اختلاط خطر ۲۰% ته جګیږي.

کانسر د کولون په ټولو برخو کې امکان لري پیداشي اما زیاتره په سیګموئید کې توضع کوي.

د کولون کانسر سریري اعراض چې د Ulcertrative Colitis داختلاط په ډول مینځته راځي عبارت دې داسهال ، د ګېډې درد،مقعدي نذف او وزن بایلل په دي وخت د ګېډې درد د تغوط سره هیڅ ارتباط نه لري او قبضیت هغه وخت مینځته راځي چې دکولون کانسر زیات پرمختګ کړي وي.

له هغه ځایه چې دکانسر سریري اعراض د اصلي ناروغي د سریري تظاهراتو سره ډیر ورته والي لري نو په دې ناروغي کې دکولون د کانسر تشخیص یوائي د کولونسکوپي او بایوپسي په واسطه وضع کېږي.

توکسیک میګا کولون Toxic Megacolon:

دا اختلاط د Ulcerative Colitis دحادو حملاتو څخه وروسته مینځ ته راځي او په متوسط ډول دري فیصده حاد Ulcerative Colitis ناروغان په دي اختلاط اخته کېږي ددې اختلاط په مینځ ته راتلو کې دا لاندې فکتورونه مهم رول لري .

۱- د حاد Ulcerative Colitis په سیر دکولون د عضلي طبقي ماوفیدل چې په پاې کې نومړي عضلي طبقه خپل نورمال مقومیت له لاسه ورکوي.

۲-د شدید اسهال په وخت دتشخیص په منظور د باریوم امالی تطبیقول .

۳- هایپوکالیمیا، هایپومګنیزیمیا، هایپوپروتینیمیا، د اوپیوم مرکبات او انتي کولینرجیک دواګانو استعمال هم د توکسیک میګا کولون په پیدا کېدو کې تر یوې اندازې پورې رول لري.

کوم وخت چې ناروغ دې اختلاطاتو سره مخامخ کېږي د هغه د ورځني تغوط په شمیر کې کموالي مینځته راځي بې له دې چې غایطه موادو قوام تغیر وکړي.

مقعدي نذف د لږ غایطه موادو او ګازاتو سره صورت نیسي دناروغ ګېډه په مترقي ډول توسع کوي او د کولمي استداري حرکات کمیږي او د ګېډې په ساده رادیوګرافي کې کولون او مخصوصا مستعرض کولون متوسع او دګازاتو څخه ډک ښکاري.

د تداوي له نظره لومړي باید ناروغ ته وینه او پروتین د ورید له لارې ورکړل شي او د انتي کولینرجیک او د اوپیات مشتقاتو تطبیق قطع شي ناروغ ته دځو ورځو لپاره دورید له لاري مایعات،ویتامینونه او انتي بیوتیک ورکول کېږي او دخولي له لاري باید څه شي ونه خوري.

که د پاسني اهتماما تو سره د کولون توسع د مینځه لاړ شي وروسته ورو ورو وریدی تغذي قطع او دخولي له لاري غذا ورته ورکول کېږي او که د کولون توسع ورکه نشوه باید عملیات په واسطه کولکتومي او الیوستومي اجرا شي.

درملنه :

۱- طبي تداوي:

ددې ناروغي اصلي سبب معلوم نه دې په همدي اساس عرضي تداوي اجرا کېږي Antidiarreal دواګاني : ناروغ ته Diphenoxylate Hydrochloride داتروپین یا کوډین سره یو ځاي ورکول کېږي سربیره ددې د کلسیم کاربونات پودر، Kaoline او Pectine د خولې له لاري باید همیشه ورته ورکړ شي.

Antimicrobial دواګاني: Salicylozsulfapyridine دوه څخه تر اته ګرامه په ورځ کې یا Sulfisoxasol دوه ګرامه په ورځ کې دخولې له لاري باید ناروغ ته ورکړ شي نومورې دواګاني د مرض د حادي حملي څخه مخنیوي کوي او که د حادي حملي په وخت تطبیق شي حاده حمله ژر تر کنترول لاندي راځي انتي بیوتیک یوائي هغه وخت ورکول کېږي چې داخل بطني ابسي یا پریطونا یتس مینځته راغلي وي یا دا چه کوم بل انتاني اختلاط تاسس وکړي .

کورتیزون تراپي:

په هغه صورت کې چې د ناروغي سریري تظاهرات شدید نوي د ورځې ۱،٦ ګرام هایدروکورتیزون د ٦۰ ملي لیتره نباتي غوړو سره یو ځاي د امالي په شکل د رکتوم له لاري ناروغ ته ورکول کېږي که تر دوو هفتو پوري سریري تظاهرات د مینځه لاړ نشو نو عملیات لپاره باید ناروغ اماده شي.

اما د ناروغي په حاده حمله کې تداوي د A.C.T.H سره شروع کېږي څرنګه چې ناروغ ته هر۱۲ ساعته وروسته ۴۰ یونته A.C.T.H د وریدله لاري ورکول کېږي وروسته د څو ورځو څخه پردنیزون ۱۰۰ ملي ګرام د وریدله لاري ورکول کېږي که تر لسو ورځو پوري حادې حملي تر کنترول لاندې رانشي وروسته باید دجراحي عملیاتو په واسطه ماوفه کولون قطع شي .

غذايي رژيم:

ناورغ بايد مطلق روحي او جسمي استراحت وکړي او دهر قسم فزيکي فعاليت څخه ډډه وکړي د ناروغ د غذايي رژيم څخه شيدي اود شيدي مشتقات بايد وايستل شي د ورید له لاري هره ورځ په کافي اندازه ويتامين E,C,او B Complex او اوسپنه ورکړ شي د کورتيزون د ورکولو په وخت پوتاشيم هم بايد ناروغ ته ورید له لارې تطبيق شي که ناروغ په شديده انيميا اخته وي بايد په کافي اندازه وينه ورته ورکړ شي.

۲- جراحي تداوي:

عاجل جراحي عمليات په لاندي حالاتو کې استطباب لري.

۱- د کولون د سوري کېدو په صورت کې .

۲- د کتلوي نذف د پيدا کېدو په حالاتو کې .

۳- کوم وخت چې کولون په حاد ډول توسع وکړي يا ناروغ ته توکسيک ميګاکولون پيدا شي او ۷۲ ساعتو پوري د محافظه وي او طبي تداوي سره دمينځه لاړ نه شي.

انتخابي تداوي په لاندي حالاتو کې استطباب لري:

۱- کوم وخت چې ناروغ ناتام انسدادي حالت پيدا کړي وي .

۲- کوم وخت چې کولون سورې او د داخل بطني ابسي اعراض پيدا شي.

۳- طبي تداوي د ناروغي په کنترول او شفا ياب کېدو کې ناکامه پاتې شي .

۴- دکولون د کارسينوما د تشکل خطر موجود وي يا کارسينوما تاسس کړی وي .

۵- کوم وخت چې خارج کولوني اختلاطات د طبي تداوي سره ښه نه شي.

٦- د مقعدي اختلاطاتو تداوي په موضعي ډول استطباب نه لري او که په موضعي ډول اجرا شي د ناروغي د وخامت سبب ګرځي نو بهتره ده چپ Hemi کولکتومې اجرا او دکولون نورمال برخه راساً د مقعد د پوستکې سره انستموز ورکړل شي.

جراحي عمليات:

وروسته له دي څخه چې ناروغ Anemia او Avitaminosis حالت برطرفه شو او په کافي اندازه اوبه او الکترولايت يې واخيستل بايد Lipratomy اجرا او انتخابي عمليات Total Proctocoletomy سره اليوستومي دي چې په يوه مرحله کې سرته رسيږي .

په هغه حالاتو کې چې رکتوم نورمال وي نظر په دې چې ښې یا چپ کولون ماوف دې چې ښې یا چپ همي کولکتومي او کولورکتال انستموزعملیه اجرا کېږي.

انزاز:

که د ناروغ عمومي حالت ښه وي د انتخابي عملیات څخه وروسته د مرګ خطر ۱% او وروسته د عاجلو عملیاتو څخه د مرګ خطر ۲۰% وي هر څومره چې Systemic اختلاطات موجود وي د ناروغ د مړ کېدو خطر زیات وي.

د کولون کانسر:

د پیښو د زیاتوالي له نظره وروسته د پوستکې د کانسر څخه په دویمه درجه کې قرار لري د کولون کانسر په ښځو کې زیات عمومیت لري ،د کولن کانسر زیاتره د زړو خلکو مرض دی او دماوفیدو متوسط سن ۷۰ کلني پوري قبول شوې دې او ددې کانسر ۸% پیښې مخکې د ۴۰ کلني څخه لیدل شوي دي د احصایې له نظر ۸، ۴۰ % په Sigmoid ۱۶،۶% په cecum، ۱۱،۲% په Descending Colon ، ۲ ، ۱۱% په Ascending Colon ، ۹% په Transverse Colon، ۶% د کولون په طحالي زاویه کې او ۵% دکولون په کبدي زاویه کې پیداکېږي.

د تناسب له نظره کانسر کولون او ریکتوم په مساوي توګه ماوفوي.

د یوه څخه تر څلور فیصده ناروغان په خپل وجود کې دکولون د کارسینوما په څنګ کې په عین وخت د نورو برخو کانسر هم لري.

اسباب:

د کولون کارسینوما زیاتره په هغه ناروغانو کې پیدا کېږي چې ګاردنر سندروم دکولون ویلوز تومور او مزمن Ulcerative Colitis لري په ډیرولږو ناروغانو کې داسې تصادف کېږي چې په ارثي ډول پلار، ځوي او لمسي یې د کولون په کارسینوما اخته وي .

د شمالي افریقا او جاپان خلک ډیر لږ په دې مرض اخته کېږي برخلاف د شمالي امریکا په خلکو کې زیات تصادف کوي په مهاجرو خلکو کې د ناروغۍ وقوعات د محیطي فکتورو تر شرایطو لاندې قرار لري کومو خلکو چې د شمالي افریقا څخه امریکا ته مهاجرت کړي دې په دوي کې هم د ناروغي وقوعات ډیر وي.

د ځینې اپیدیمولوژیکې مطالعاتو له مخې داسې څرګنديږي چې د کولون کانسر او د دوامدار غوړین غذایي رژیم اخستلو په مینځ کې یو ارتباط موجود دې او په داسې خلکو کې کانسروژنیک مواد د کولمو په مینځ کې د غذائي موادو یا د کولمو د افرازاتو له خوا جوړیږي.

غذایي رژیم د کولمو د فلورا په جوړولو او دهغه په ثابتوالي کې مهم عنصر ګڼل کېږئ کوم خلک چې په دوامدار ډول په خپل غذایي رژیم کې د شحمو څخه استفاده کوي د هغوي د کولون په فلورا کې زیاد شمیر کولستریدیا او Bacteroideمکروبونه پیدا کېږي په کولون کې ددې مکروبو دفعالیت په اثر صفراوي اسیدونه او کولسترول تخریب او دهغوي د میتابولیزم او تخریب څخه یو شمیر کانسروژنیک مواد لکه Dimethylhydrozine ۲-۱ Methycholonthrene, مشتقات او Aminobiphenyl مشتقات منځته راځي چې په لابراتوار کې دا مواد په حیواناتو کې د کولون دکانسر د تشکل سبب ګرځي.

همداسې غذایي رژیم د کولون د کانسر او یو شمیر نورو امراضو په مینځ ته راتلو کې مهم رول لوبوي څرنګه چې کوم خلک چې په هغوي کې د کولون کارسینوما زیات تصادف کېږي (اروپایي او شمالي امریکا خلک)

د هغوي په غذایي رژیم ،حیواني پروتین، شحم او تصفیه شوې کاربوهایدریت(مثلا بوره، چاکلیت او دهغه مشتقات) زیاتره شامل وي برخلاف هغه خلک چې په هغوي کې د کولون کارسینوما لږ تصادف کېږي (افریقایي او شرقي خلک) د داسې یو غذایي رژیم څخه استفاده کوي چې زیات اندازه سلولوزي مواد ،لږ اندازه شحم لري او سربیره په دي غذایي بقیه یي ډیره وي.

په دي برخه کې مولفین داسې نظریه څرګندوي کوم غذایي مواد چې زیاته اندازه سلولوز او بقیه لري او شحمي مواد په کې کم وي د کولون استداري حرکات تحریک کوي او غایطه مواد د زیاتي مودي لپاره په کولون کې نه پاتي کېږي او د کولون جدار د هغه لږ کانسروژنیک موادو سره چې د صفراوي اسیدو او کولسترول د میتابولیزم له کبله د غایطه موادو په مینځ کې پیدا کېږي زیات په تماس کې نه پاتي کېږي برخلاف کوم غذایي مواد چې سلولوز نه لري او زیات شحم احتوا کوي او همداسې غذایي بقیه یې

ډیره کمه وي د کولون څخه ژرنه خارجیږي او کوم زیات اندازه کانسروژنیک مواد چې د هغه په مینځ د صفراوي اسیدو او کولسترول د میتابولیزم څخه وروسته پیدا کیږي دزیاتي مودي لپاره په کولون کې پاتي او دکولون د کانسر، د کولون پولیپونه او همداسې دکولون د دریورتیکولونو د پیدا کېدو سبب ګرځي.

پتالوژي:

د مکروسکوپ او Grossly له نظره د کولون کارسینوما په پولیپوئید ، نودولار ، قرحوي، کلوئیدال او Scirihous شکل موجود دي چې ددې جملي څخه قرحوي او نودولار کارسینوماګانې ډیری وصفي دې.

پولیپوئید شکل یې زیاتره په سیکم ،کلوئید او موکوئید کارسینوما چې زیاد تر جلاتیني نرم مواد احتوا کوي په سیکم اوصاعده کولون، نودولار او سیروزي تومورونه د کولون په هره برخه او مخصوصا په چپ کولون کې پیداکیږي.

سیروزي شکل عموما په حلقوي ډول وده او نشونما کوي چه په چپ کولون کې ژر تر ژره د کولمو د انسداد سبب ګرځي.

د میکروسکوپیک له نظره دکولون کارسینوما په مختلف کانسري درجاتو کې تصادف کیږي چې عبارت دي د قابل تفریق نیوپلاژیک حجروي مرحله او دغیر قابل تفریق نیوپلازیک حجروي مرحله. چې په لومړي حالت کې کانسري حجرات مخاطي غشاء حجراتو ته تر یوي اندازي پورې شباهت لري او د کولون د مخاطي غدوي کپسول څخه د باندي حجروي تجاوز موجود نه وي اما په دویم حالت کې کانسري حجرات د مخاطي غشاء د حجراتو سره هیڅ نوع شباهت نه لري او غدوي کپسول په تام یا ناتام ډول د مینځه تلي وي.

باید وویل شي چې د کولون ۹۵% کانسرونه Adenocarcinoma دي.

خبیث کانسري حجرات پولي مورفیزم،هایپرکروتیزم او دVesicularisهستي کرکتر لري چې د نومړي هستي Nucleus جسامت،شکل او دهغه موقعیت په Cytoplasmکې په هر حجره کې متغیر او متفاوت وي کانسري حجرات Mitosis ته ډیر میلان لري او د هغه نشونما او وده د غدوي کپسول څخه د باندي تجاوز کړي وي.

د کانسر انتشار:

د کولون کانسر له مختلفو لارو څخه انتشار کوي چې په لاندې ډول تشریح کېږي .

۱- مستقیم انتشار : دکولون کارسینوما په حلقوي ډول د کولمو په جدار کې پرمختګ کوي او حتي مخکې ددې څخه چې کانسر تشخیص شي د کولمو جدار په حلقوي ډول استیلا کوي دا حادثه زیاتره په چپ کولون کې چې نسبتا وړو کې قطر لري واقع کېږي په چپ کولون کې تقریبا په ظرف دیو کال کې دریې پر څلورمه برخه د کولون محیط د کانسر له خوا اشغال کېږي

د کانسر پرمختګ د کولون د جدار په امتداد په طولاني ډول مخصوصا په تحت مخاطي طبقه کې د لمفاوي جال د اشغالولو په واسطه ډیر ورو ورو صورت نیسي او په اعظمي ډول د ابتدایي تومور د شونډو څخه تر پنځه سانتي مترو پورې اوږدیږي کوم وخت چې تومور د کولون د جدار ټول طبقات اشغال کړي په دې وخت د کانسر ارتشاح او پرمختګ ګاونډي غړو خواته شروع کېږي.

او نظر په موقعیت د تومور ځیګر،د معدي کبیره انحناء، اثنا عشر،وړو کولمو، پانقراس، توري،مثانه،مهبل، پښتورګې،حالبونه او دګېډې جدار دکانسر له خوا اشغال کېږي.

۲- لمفاوي انتشار :

د کولون کارسینوما میتاستازد لمفاوي قناتو له لارې ډیر عمومیت لري او کوم وخت چې کانسر دکولون دجدار ټول طبقات اشغال کړي وي ۹۰% نږدي مربوطه لمفاوي عقدات هم اشغال شوي وي که کانسر دکولون د جدار ټول طبقات اشغال کړي نه وي ۴۵% امکان لري چې لمفاوي غدوات ضخامه کړي او اشغال شوي وي .

د کولون لمفاوي غدوات د هغه د مساریقي ارتکاز په امتداد او دکولون د شریانو په امتداد واقع دی .چه لومړی د مساریقی ارتکاذلمفاوي غدوات اشغالیږي او وروسته بیادکولون د شراین په امتدادکوم هغه لمفاوي غدوات چې موجود دې اشغالیږي .

باید وویل شي چې په پنځه فیصده وقایعو کې لمفاوي غدوات په retrograd ډول د کانسر له خوا اشغال او میتاستاز ورکوي (یانې په اوله مرحله هغه لمفاوي غدوات چې د کانسري نسج څخه لري واقع شوي وي اشغال کېږي)

۶- دکانسر انتشار د وینې له لارې :

د کولون کارسینوما هغه وخت د وینې له لارې نورو ځایونه ته انتشار او میتاستاز ورکوي چې د ورید جدار د تومور له خوا اشغال شي د کولون کارسینوما په لس تر ۱۵% وقایو کې کولونیک او بواسیري اوردې اشغالوي او دعلوي یا سفلي مساریقي اوردي او دباب ورید له لارې اوله په مرحله کې ځیګر ته میتاستاز ورکوي.

د عملیات په وخت کې دزیات مانور ورکولو په واسطه کانسري حجرات د تومور څخه جلا او د ورید له لارې ځایوته انتشار کوي او په نوموړي ځایو کې کانسري محراقات د میتاستاز په ډول مینځ ته راوړي.

په دویمه درجه تومور د فقراتو او قطني اوردي له لارې انتشار کوي چې په سږو او هډوکو کې میتاستاز ورکوي.

په دریمه درجه د وینې له لارې او مخصوصا د ځیګر او د ورید اجواف سفلي له لارې دماغ او شوکې نخاع ته میتاستاز ورکوي.

۴:- Perineural له لارې د کانسر انتشار:

دکولون د نږدې عصبي الیافو د چارچاپیره انساجو اشغال د کانسري نسج له خوا ددې سبب کېږي چې کانسر د عصبي الیافو په سیر انتشار وکې او په داسې حالاتو کې ناروغي انذار چندان ښه نه دي.

۵- Gravitational Mestastasis :

دا نوع میتاستاز هغه وخت مینځ ته راځي چې کانسر دکولون د جدار ټول طبقات اشغال کړي او د کولون دسیروزا طبقې په سطح پرمختګ وکړي کانسري حجرات د سیروزا د طبقې د سطح څخه د پریطوان په جوف او مخصوصا د پریطوان په ښکتني برخو کې او په تیره بیا د دوګلاس په جوف انتشار کوي او په دي ډول عمومي پریطونیال کارسینوماتوز حالت مینځته راوړي.

چې د مقعدي معاینې په واسطه امکان لري د پریطوان په جوف کې کارسینوماتوز جسیمات د جس وړ وي.

٦- **Intraluminal Metastasis** :

کوم وخت چې کانسر دکولون مخاطي غشاء اشغال کړي د مخاطي غشاء د سطح څخه کانسري حجرات جلا او غایطه موادو سره یوځای د کولون او د تومورلري دیستال برخو ته رسیږي او په دې ځایونو کې د نورمال مخاطي غشاء په سر ښخ کیږي او په دې ډول بل کانسري محراق جوړوي د کانسري حجراتو ښخ کیدل زیاتره په هغه ځایونو کې صورت نیسي کوم چې په نومړي ځایو کې مخکې کوم انستیموز اجرا شوي وي او له دي کبله داسې کانسري محراقونه Anastomotic Recurence کانسر نوم ورکړ شوې دې.

د کولون کارسینوما Typing :

د کولون دکانسر وروستني typing دیو مولف Dukes په نامه اجرا شوې دې چې په لاندي ډول توضیع کیږي.

Type A چې کانسر یوائي په مخاطي غشاء کې محدود پاتې وي.

Type B۱ کانسر د کولون په جدار تر عضلي طبقي پوري پرمختګ کړي وي او تر اوسه پوري عضلي طبقه او نږدي مربوطه لمفاوي غدوات دکانسري ارتشاحاتو په واسطه اشغال شوي نه دي.

Type B۲ کانسر د کولون د جدار عضلي طبقه اشغال کړي وي اما نږدي مربوده لمفاوي غدوات د کانسر له خوا استیلا شوې نه وې

Type C۱ کانسر د کولون په جدار محدود پاتې شوې او نږدي مربوطه لمفاوي غدوات هم اشغال شوې وي.

Type C۲ کانسر د کولون د جدار ټول طبقات او نږدي مربوطه لمفاوي غدوات اشغال کړي وې امکان لري چې د Type D سره یوځاي وي یا دا چې یو ځاي نه وي.

Type D د Type C۲ په څنګ په لري ځایو لکه د ځیګر،سږو او ستون فقراتو ته میتاستاز ورکړي.

سریري تظاهرات :

دکولـون Andenocarcinoma ډیـر ورو ورو وده او نشـونما کـوي د تومـور د Doubling وخت (یانې هغه موده چې تومور د خپل جسامت دوه چنده کولو ته ضرورت لري) ٦٢٠ ورځې قبول شوې دي.

او ددې لپاره چې د تومور جسامت د دې سبب وګرځي چې سریري تظاهرات مینځ ته راوړي ډیر زیات وخت په کار دې د تومور دبې عرضه په دوره کې تشخیص د عادي معاینا تو په واسطه امکان لري چې وضع شي.

کوم وخت چې تومور غټ شي په دې وخت کې دکولون کارسینوما سریري تظاهرات مینځ ته راځي چې ددې اعراضو مینځ ته راتلل په څو فکتورو پورې اړه لري چې عبارت دي د کانسر اناتومیک موقعیت ، دکانسر تیـپ او مخصوصا د کانسر په پراخوالي او دکانسر په اختلاطاتو لکه د کولمو په انسداد ، د کانسري برخي په نذف او سوري کېدو پوري اړه لري.

واضح سیستمیک تظاهرات لکه Cachexia ډنګرتوپ ،Anemia او بې اشتهایي هغه وخت پیداکېږي چې ناروغي ډیر پرمختګ کړي وي.

په کولـون کې د کارسـینوما موقعیـت په ښي کولـون او چـپ کولـون کې د جلا جلا سریري تظاهراتو سبب ګرځي.

١- دښي کولون د کارسینوما سریري تظاهرات :

دسیکم او صاعده کولون قطر نسبت دکولون نورو برخو ته اضافه دې او له بلي خوا د هغه محتوي د مایع په ډول وي او سره له دې چې پولیپوئید تومورونه په دي برخه د کولون کې زیات تصادف شوې اما انسدادي تظاهرات چندان عمومیت نه لري ناروغ په R.L.Q کې دوامدار مبهم درد حس کوي اما ناروغان عموما مخکې د سریري تظاهراتو د پیدا کېدو څخه Anemic کېږي او له دې کبله خاثف ښکاري او د بې حالي ، ضعیفیت ، سرچرخي ، ساه تنګي ، بې اشتهایي ، وزن بایلل او د زړه د پرش palpitationڅخه شکایت کوي او حتې ناروغ د همدي تشوشاتو له کبله داکترته مراجعه کوي اوپه زړو

خلکو کې میکروستیک هایپوکروماانیمیا چې اسباب یې نامعلوم دي داکتر ته زیاتر دښي کولون د کانسر سوال مطرح کېږي.

په غایطه موادو کې په مکروسکوپیک ډول وینه نه لیدل کېږي اما په Occult ډول وینه موجوده وي. د ښي کولون په کانسر کې دتغوط په نظم کې چندان تشوش نه پیدا کېږي.

په فزیکې معاینه کې په لس فیصده پیښو کې دګېډې په ښي خواکې یوه کتله د جس وړ وي که تومور په کبدي زاویه دکولون کې موقعیت ولري سربیره د پاسني اعراض او علایمو شدید Cacheixa (وزن بایلل) او زیړي د ناروغي عمده سریري اعراض تشکېلوي او که کانسر ډیر غټ شوې وي امکان لري چې ځیګر هم غټ شي.

۲- د چپ کولون کارسینوما سریري تظاهرات:

چپ کولون نسبت ښي کولون ته وړوکې قطر لري او له بلي خوا غایطه مواد دکولون په دي برخه کې د مایع په شکل نه بلکه د نیمه جامد په ډول وي همداسې په چپ کولون کې Scirrhouse او نو ډولر تومورونه په حلقوي ډول پرمختګ کوي له دي کبله د تغوط په نظم کې تشوش مینځ ته راځي.

څرنګه چې ناروغ ته په متناوب ډول قبضیت او بي ددي چې اسهال ولري د تغوط په شمیر کې زیاتوالي پیدا کېږي (Defecation Frequency) قبضیت ورځ په ورځ زیاتیږي او د غایطه موادو په قطر کې کموالي مینځته راځي او ګېډه په مترقي ډول توسع کوي وینه معمولا د غایطه موادو سره مخلوط وي چې کله سور او کله تور رنګ لري چې دا حالت کله کله د ګیدي د شدید کرمپ ډوله درد سره یو ځاي وي او دکولمو په تام یا ناتام انسدادي حالت خاتمه پیداکوي (ځیني وخت په ناڅاپي ډول بې ددې چې پاسني ذکر شوي اعراض مینځ ته راشي د کولمو تام انسدادي حالت پیداکېږي) که تومور په طحالي زاویه د کولون کې موقعیت ولري د تومور ارتشاح ژر د معدي جدار ته داخلیږي او Gastrocolic Fistula مینځته راوړي.

تشخیص:

د کولون کارسینوما تشخیص د سریري معاینا تو او مخصوصا دخصوصي معاینا تو په اساس وضع کېږي او دسریري تظاهراتو مد نظر نیولو سره د تشخیص په منظور خصوصي معاینات په لاندي ډول اجرا کېږي.

۱- Proctosigmoidoscopy: په هر ناروغ کې چې د غټو کولمو د تومورال افاتو اشتباه ورباندي کېږي باید دامعاینه اجرا شي کوم ناروغان چې د کولون د پروکسیمال برخې کانسر ولري په زیاتو وقایعو کې دا ناروغان د کولون پولیپ یا په عین وخت د رکتوم کارسینوما هم لري نو کوم وخت چې داسې ناروغان سیګموئید سکوپي شي د سیګموئید په اخرو برخو کې لیدل کېږي چې د پاس څخه وینه او مخاط بهکته سیګموئید خواته راځي چې د پورتني ځایو په تومورې افاتو کې دلالت کوي او له بلي خوا په سیګموئید کې هم پولیپونه او په رکتوم کې کانسري نسج لیدل کېږي.

۲- کولونو سکوپي (Colonoscopy) دا معاینه اوس د Fibro optic کولونو سکوپ په واسطه اجرا کېږي او کانسر د کولون په هره برخه کې چې موقعیت ولري ددې الې په واسطه کشف او لیدل کېږي او دکولونوسکوپ له لارې ماوفه ناحیه لواړ او لواړ اوبه چې سرطاني حجرات هم احتوا کوي د سیتولوژي له نظره معاینه کېږي البته د کلونو سکوپ له لارې بایوپسي اخیستل هم امکان لري اما دکولون د جدار د سورې کېدو خطر زیات وي دا معاینه هغه وخت اجرا او تطبیق یې استطباب لري چې د رادیو ګرافي او سیګموئید سکوپي معاینا تو په واسطه تشخیص وضع نه شي او یا دا چې تشخیص یې مشکوک پاتي شي.

۳- Cystoscopy : د امعاینه هغه وخت استطباب لري چې د سریري له نظره مثانه یا د بولي لارو کومه برخه د کانسر له خوا اشغال شوي وي

۴- رادیو ګرافیک معاینات : په دې ناروغانو کې د سږو رادیو ګرافې باید همیشه په عادي صورت اجرا شي تر څو معلومه شي چې ایا کانسر میتاستاز ورکړي دې که نه او همداسې د سږو د نورو امراضو د معلومولو لپاره دا معاینه حتمي دي.

د باریوم د امالي څخه وروسته د کولون د چوکات رادیو ګرافي د کولون د کارسینوما په تشخیص کې ډیر اهمیت لري ددې معاینې اهمیت هغه وخت اضافه کیږي چې کانسر دکولون په پروکسیمال برخو کې موقعیت ولري او کولونوسکوپ په لاس کې نه وي .

کوم وخت چې د کولون چوکات د باریوم په واسطه ډک شو کانسر د کولون د لومن په مینځ کې دیو ثابت او غیر متحول ، متضیق او غیر منظم د باندي وتلي ځاي په څیر چې په همدي ځاي کې دکولمو لومن د باریوم په واسطه ډک شوې نه وي ښکاري چې دا غیر منظم او متضیقه ناحیه امکان لري د دوه څخه تر شپږو سانتي مترو پوري اوږدوالي ولري په دې ناحیه کې د کولون نورمال التوات تخریب شوې او کولمي په دي ناحیه کې غیر متحرکې وي.

پورتني اوصاف د ډیر پرمختللي کولون کانسر کرکتر ښي اما دکولون کانسر په لمړني مراحلو کې داسې وصفي اوصاف نه لري او امکان لري چې کولون کانسري په ناحیه کې شدید تضیق ونه لري او په دي وخت د قطعي تشخیص لپاره باید د کولونسکوپ یا سیګموئید سکوپ څخه (نظر په موقعیت د کانسر) استفاده وشي.

په ځینې واقعاتو کې د کولون په یوه برخه سپازم موجود وي چې د کانسر د خیال سره اشتباه کیږي اما که ناروغ ته د وریدله لاري Glucagon ورکړ شي نومړي اسپازم د مینځه ځي.

د کولون په کانسري واقعاتو کې د خولي له لاري باید هیڅ وخت باریم ورنکړل شي ځکه چې کانسري ناحیي څخه په پورتني برخو کې باریوم تراکم کوي او دکولمو د انسداد سبب ګرځي.

د کولون دکانسر ناروغان باید حتما I.V.P شي مخصوصا که کانسر په نازله، صاعده ، سیګموئید کولون او رکتوم کې موقعیت ولري ځکه د I.V.P په واسطه د کانسر له خوا د بولي لارې اشغالیدو یا پر حالبو باندي د کانسر فشار او موقعیت معلومیداې شي.

همداسې د ځیګر Radioactive Scans اجرا کیدل مفید دي ځکه چې ددې معاینې په واسطه معلومیږي چې ایا کانسر ځیګر ته میتاستاز ورکړي دې که نه .

لابراتواري معاینات:

په عادي ډول د تشومتیازو په معاینه کې د سپینو کرویاتو شمیر او د هیموګلوبین اندازه باید معلومه شي د ځیګر، بولي لارو یا د وجود د نورو برخو د میتاستاز د معلومولو لپاره په سیروم کې د پروتین ، کلسیوم ، Bilirubin ، الکېن فسفتاز، د کراتنین مقدار او د پروترومبین وخت باید تعین شي.

په سیروم کې Carcinoembryonic Antigene سویه همداسې چې د هضمي جهاز په ټول سلیم او خبیث تومورونو کې او د ځیګر په سیروز کې د ۲،۵ نانو ګرام په یو ملي لیتره کې جیک وي د کولون په کانسر کې هم جګیږي (یو ملي ګرام مساوي دي په ۱۰۰۰۰۰۰نانو ګرام)او د کولون د کانسر د تشخیص په هکله مهم رول نه لوبوي.

Carcinoembryonic Antigen یو ګلو کوپروتین دې چې د مړو او کانسري انساجو په مینځ کې پیدا او وینې ته داخلیږي او د سیروم د Radioimmunoassay معاینې په واسطه پې مقدار تعینیږي.

د کولون کانسر کچه بندي:

د TMO په مټود چې د Dukes پواسطه وړاندې شوی دی:

T: لومړنی تومور.

Tx: لومړنی تومور نشو کولای چې ارزونه یې وکړو.

T۰: ارزونه یې کیږي خو هغه نښه چې د لومړني تومور سره توپیر شي موجود نه وي.

T۱: تومور د مخاط لاندې ځای لري.

T۲: تومور لاندې عضلي طبقې ته برید کړی وي.

T۳: تومور ټول عضلي طبقه نیولي وي او لږ یې Serosa طبقې ته برید کړی وي.

T۴: سیروزا طبقه یې نیولي وي او چمتو وي چې نورو غړو ته برید وکړي.

N: سیمه ییز لمفاوي غده.

Nx: سیمه ییز لمفاوي غده نشو کولای چې ارزونه یې وکړو.

N۰: امکان لري چې یوه لمفاوي غده نیول شوي وي.

N۱: میتاستاز به ۱ – ۳ لمفاوي غدو ته شوی وي او لږې غټې شوې به وي.

N۲: میتاستاز به د ۳ څخه زیاتو لمفاوي غدواتو ته صورت نیولی وي.
N۳: کوم لمفاوي غدوات چې د اوعیې په سیر موجودې وي غټې شوي وي.
M: لرې میتاستاز.
Mx: په لرې ځایونو کې د میتاستاز ارزونه نشو کولای.
M۰: په لرې غړو کې میتاستاز موجود نه وي.
M۱: په لرې ځایونو کې میتاستاز موجود وي.

پړاؤنه:

I پړاؤ: $M^{0} - T^{0} - T^{1}$

$M^{0} - N^{1} - T^{2}$

II پړاؤ: $M^{0} - N^{0} - T^{3}$

$M^{0} - N^{0} - T^{4}$

III پړاؤ: $M^{0} - N^{1} - T$ هرنوعه

$M^{0} - N^{2,3} - T$ هرنوعه

IV پړاؤ: $M^{1} - N$ هرنوعه - T هرنوعه

که ناروغي په لومړي پړاؤ تشخیص شي د درملنې سره ناروغ تر پنځو کلونو پورې ۱۶ فیصده ژوندی پاتې کېدای شي.
که ناروغي په دوهم پړاؤ تشخیص شي د درملنې سره ناروغ تر پنځو کلونو پورې ۶۶ فیصده ژوندی پاتې کېدای شي.
که ناروغي په دریم پړاؤ تشخیص شي د درملنې سره ناروغ تر پنځو کلونو پورې ۲۶ فیصده ژوندی پاتې کېدای شي.
که ناروغي په څلورم پړاؤ تشخیص شي د درملنې سره ناروغ تر پنځو کلونو پورې پنځه فیصده څخه کم ژوندی پاتې کېدای شي.

درملنه:

د کولون دکانسر تداوي عموما د جراحي عملیاتو په واسطه سرته رسیږي اما له هغه ځایه چې کولون فوق العاده منتن دې باید مخکې د عملیاتو څخه دکولون انتان اصغري حد ته ورسیږي او کولون عملیات ته اماده شی.

نو ددی منظور دلاسته راوستلو لپاره یوه هفته مخکې د عملیاتو څخه ناروغ ته مایع رژیم توصیه کیږي.

دوه ورځې مخکې د عملیاتو څخه هره سهار ناروغ ته دخولي له لاري قوي Cathertic ورکول کیږي او مخکې د عملیاتو څخه د سالین اماله دوه ځلي تطبیقیږي.

ددې اهتماماتو په څنګ کې یوه ورځ مخکې د عملیاتو څخه د غرمې څخه وروسته په یوه بجه ، په دوه بجو او دشپې په یولسو بجو کې یو یو ګرام نیومایسین ناروغ ته ورکول کیږي وروسته د معدوي تیوب د تطبیقولو څخه په احلیل کې رابري کتیتر تطبیق او ناروغ عملیات خاني ته انتقالیږي.

د کولون د کانسر جراحي تداوي:

د جراحي تداوي د No touch په سیستم کې اجرا کیږي کوم وخت چې کانسر په سیګموئید ، نازله کولون او د کولون په طحالي زاویه کې موقعیت ولري L.Hemicolectomy اجرا کیږي.

څرنګه چې مساریقي سفلي شریان او ورید ابهر ته نږدي بواسیري علوي شیریان او ورید د امپولا په پاسني برخه د مستعرض کولون شریاني وریدي قوس په متوسطه برخه قطع او لیګاتور کیږي په دې ډول چپ کولون د مربوطه مساریقي جذر سره چې ټول مربوطه لمفاوي غدوات هم په کې شامل وي لري کیږي او دمستعرض کولون خوله د امپولا سره په لومړي مرحله انستموز ورکول کیږي البته که په ځیګر کې میتاستاز موجود وي وروسته د عملیاتو څخه دي رادیو تراپي او شیموتراپي اجرا شي.

کوم کانسرونه چې سیکم ،صاعده کولون او دځیګر په زاویه کې واقع وي د الیوم اخري برخه سیکم ،صاعده کولون ، دکولون کبدي زاویه او د مستعرض کولون ښي نیمایي برخه په داسې حال لیري کیږي چې د مساریقي علوي شریان او ورید کولوني شعبات او

د مستعرض کولون د شریاني وریدي قوس نیمایي برخه قطع او لیګاتور شي او الیوم ته د مستعرض کولون د پاتي برخې سره په لومړي مرحله څوکه په څوکه انستموز ورکول کېږي، وروسته د جراحي عملیې څخه ناروغ باید تر شیموتراپي لاندې ونیول شي.

که کانسر د مستعرض کولون په متوسطه برخه کې موقعیت ولري د Middle Colic او عیي د لیګاتوز څخه وروسته دکولون کبدي او طحالي زاویه او ټول مستعرض کولون د مساریقي جذر سره لري او د نازله کولون خوله د صاعده کولون د خولي سره څوکه په څوکه په لومړي مرحله کې انستوموز ورکول کېږي.

کـه تومـور پـه مسـتعرض کولـون کـې طحـالي زاویـې تـه نـږدي موقعیـت ولـري چـپ Hemicolectomy د مستعرض کولون د ریزکشن سره یو ځاي اجرا کېږي او د صاعده کولون خوله د امپولا سره انستوموز ورکول کېږي.

کـه تومـور د مسـتعرض کولـون کبـدي زاویـي تـه نـږدي موقعیـت ولـري د Right Hemicolectomy سره د مستعرض کولون ریزکشن یو ځاي او الیوم د نازله کولون د خولي سره څوکه په څوکه لومړي مرحله کې انستموز ورکول کېږي.

وروسته د عملیات څخه باید تر شیموتراپي لاندې ونیول شي چې دا درمل عبارت دي له Flurouracil -۵او Levamisol یا Flurouracil-۵او Leucokonin چې لږ تر لږه درې میاشتې لپاره تطبیق شي، ناروغ باید تر کنترول لاندې وي چې WBC یې د ۴۶۶۶ څخه ښکته نشي.

د کولون د کانسرو اختلاطات:

۱- د کلمو انسداد:

د ښي کولون په کانسرو کې انسداد دومره عمومیت نه لري ځکه چې په ښي کولون کې غایطه مواد د مایع په شکل وي او دکولون قطر زیات وي یواځي په هغه صورت کې چې کانسر د دسام له پاسه پیدا شوي وي انسداد مینځته راځي.

اما د چپ کولون په کانسرو کې انسداد زیات عمومیت لري ځکه چې له یوې خوا په دې ناحیه کې د غایطه موادو قوام کلک وي او له بلي خوا د کولون قطر په دې برخه کې لږ وي.

په هغه حالاتو کې چې د کولون کانسر دکولمو د انسداد سبب شوي وي په اوله مرحله کې د کانسري ناحې څخه پورته کولوستومي اجرا کېږي (څرنګه چې په دې وخت ناروغ په عاجل ډول عملیاتیږي او دهغه کولمي د عملیاتو لپاره اماده شوې ندې او له بلي خوا د انسداد له کبله د ناروغ په وجود کې د الکترولایتو تشوش موجود وي (نو د اصلي او کلاسیک عملیاتو څخه په دې وخت صرف نظر کېږي) او په دویمه مرحله کې څه موده وروسته چې ناروغ عملیاتو لپاره اماده شو نظر په موقعیت دکانسر انتخابي عملیات چې مخکې تذکر ورکړ شوې دې اجرا کېږي.

۲- د کولون د کانسري برخي سوري کېدل Perforation:

د کولون د کانسر دویم اختلاط چې زیات تصادف کېږي د کانسري برخي سوري کېدل دې څرنګه چې کانسري ارتشاح د کولون ټول جداري طبقات اشغالوي او سرییره ددې په کانسري ناحیه کې انتان هم مداخله کوي نو دکانسر تخریبات له یوی خوا اوانتاني تخریبات له بلي خوا ددې سبب کېږي چې دکولون جدار په کانسري برخه کې سورې شي.

په هغه حالاتو کې چې سوري ډیر وړوکې وي په سوري شوي ناحیه کې موضعي پریطونایتس او که سوري غټ وي عمومي پریطونایتس مینځته راځي چې په دي وخت برعلاوه د ګېډې د جوف د دریناژ څخه د امکان په صورت کانسري برخه قطع اولري کېږي.

د کانسري برخي څخه د کولون پروکسیمال او دیستال برخې د ډبل کولوستومي په شکل د ګېډې په جدار د دواړو برخو یې ایستل کېږي او کوم وخت چې ناروغ التهابي حالت د مینځه لاړ کولمي د انتخابي عملیاتو لپاره اماده او په دویمه مرحله د کولمو خولي ته انستموز ورکول کېږي.

۳- د کولون د کانسري برخي نذف:

د ښې کولون او مخصوصا د سیکم کارسینوما عموما د Melana سبب ګرځي چې د نومورې Melana اندازه ډیره لږ وي او تر څو چې Anemia ناروغ ته پیدا نه شي په خپله

ناروغ دې عرض ته نه متوجه کېږي ښي کولون کارسینوما یوائي تقریبا په دوه فیصده واقعاتو کې د مقعدي نذف سبب کېږي .

د کولون د کانسري برخي د نذف د تشخیص په هکله د Sigmoidoscopy او که نذف مقدار کم وي د باریوم د امالي څخه وروسته د رادیو ګرافي څخه کار اخستل کېږي چې د رادیو ګرافي په پاڼه کې د کولون کارسینوما تشخیص وضع کېږي.

کوم وخت چې د نذف منشاء ثابته شوه چې د کولون کارسینوما دې Lepratomy اجرا او دکولمي ماوفه برخه Resection او دکولون د پاتي برخي خوله د ګېډې په جدار کې کولوستومي کېږي باید وویل شي چې د عملیاتو څخه مخکې باید ناروغ ته کافي اندازه الکترولایت او حتي وینه تطبیق او تهیه شي.

د کولمو فستولونه:

تعریف:

کوم وخت چې د کولمي جوف د یو کانال له لاري په پوستکې یا یو بل داخل بطني مجوف غړي سره لارپیدا کړي د کولمي فستول په نامه یادیږي.

تصنیف:

د کولمي فستولونه په عمومي ډول په دوو برخو ویشل شوې دي.

۱- د وړو کولمو فستولونه ۲- د غټو کولمو فستولونه

دا دوه نوع فستولونه نظر په دې چې په پوستکې کې خلاص شوي دي یا دا چې د ګېډې په دننه دکوم بل مجوف عضوي سره لار لري په داخلي او خارجي فستولونو ویشل شوي دي او نومورې فستولونه نظر په دې چې په کوم اناتومیک ځاي واقع دې هغه اناتومیک نوم ورته ورکړ شوې دي.

مثلا د خارجي فستولو له جملي څخه جیجونال،الیال،کولیک او رکتال فستولونه دي د داخلي فستولو مثالونه عبارت دي د ګستروکولیک،ګستروجیجونال،رکتووجینال، رکتوویزیکال ، جیجونوکولیک ، الیوکولیک او اورتیروکولیک او نور.

د کولموفستولونه کېداې شي چې ولادي یا غیر ولادي(کسبي) وي مثلا Ilioumblical فستول چې ولادي ډول د الیوم او دنامه په مینځ د میکل دیورتیکول بقایا خلاص پاتي کېږي.

غیر ولادي یا کسبي فستولونه د هغه فستولو څخه عبارت دي چې وروسته د کولمي د جراحي عملیاتو یا داچې د کولمي د یو ناروغي د اختلاط په نتیجه کې مینځته راځي.

۱- د وړو کولمو فستولونه:

د وړو کولمو فستولونه ۹۸% وروسته د بطني عملیاتو څخه مینځ ته راځي او دوه فیصده دا فستولونه د وړو کولمو د امراضو او ترضیضاتو له کبله پیدا کیږي.

اسباب:

۱- **عملیاتي عوامل:** Anastomotic Leakage د عملیات په وخت د کولمي د جدار یا دکولمي مساریقي سهواً ژوبلیدل ،د کولمي د جدار غوڅیدل دصفاق دګنډلو سیم یا Wire دخیاطو یا Retention Suture په واسطه Mesh یا پنروز درن په واسطه یا د ګاز د پاتي کیدو له کبله د وړو کولمو فستول مینځ ته راځي.

۲- **غیر عملیاتي عوامل:**

الف - ترضیقات: میخانیکي ترضیقات لکه دګډې پڅ او تیره ترضیقات فزیکي ترضیضات لکه د ګډې د رادیوتراپي څخه وروسته چې په وړو کولمو کې فستول پیدا کیږي.

ب:-د کولمو امراض: دکولمي انسداد ،دکولمو التهابي امراض ، د مساریقي داوعي امراض او داخل بطني التهابات.

سریري تظاهرات:

که فیستول جیجونوم پوري ارتباط ولري کوم مواد چې د فستول څخه خارجیږي ابګین وي چې لرونکې د صفرا او نه هضم شوي غذایي مواد وي په ۲۴ ساعتو کې د فستول له لاري زیات اندازه مایعات خارجیږي او په پوستکې کې په ظرف د څو ورځو Erosion شاریدګي مینځته راوړي.

که فستول الیوم پورې ارتباط ولري کوم مواد چې د فستول څخه خارجیږي کلک ابګین او قهویي رنګ لري ددې موادو تخریش تاثیر پر پوستکې باندي لږ وي او په ۲۴ ساعتو کې د جیجونوم د فستولو په اندازه مایعات خارجیږي.

کوم فستولونه چې سيکم پوري ارتباط لري کوم مواد چې د هغه څخه خارجيږي نيم مايع وي او ډير خفيف د غايطه موادو بوي لري په ۲۴ ساعتو کې دمعا ياتو ضايعات د فستول له لاري ډير نه وي.

کوم فستولونه چې په کولون کې موقعيت ولري غايطي مواد د هغه څخه خارجيږي او دغايطه موادو بوي لري په ۲۴ ساعتو کې د مايعاتو ضايعات د فستول له لاري ډير لږ وي.

د وړو کولمو فستول عمومي سريري تظاهرات:

تداوي او انداز يې د فستول د موقعيت او په يوه ورځ کې دهغه د افرازاتو د مقدار له مخې فرق کوي هر څومره چې د وړي کولمي فستول د کولمي په Proximal برخو کې موقعيت ولري په هغه اندازه افرازات يې زيات او د انزايمونو د موجوديت له کبله بنفسهي هضم د پوستکې زيات صورت نيسي او نه يوازي فستول ژر نه بنديږي او دوامدار پاتي کيږي بلکه د پوستکې زخم او فستول ورځ په ورځ پراخيږي همداسې ناروغ زيات اندازه مايعات او الکترولايت ضايع کوي او دهغه وجود ډير ژر د الکترولايت په تشوش مبتلا او د Malabsorbtion له کبله په Malnutrition اخته کيږي. که د وړي کولمي ماوفه برخه پراخه او دګډې د جدار څخه لرې واقع وي نو د کولمي محتوي د پراخه تخريب شوي ځاي څخه په زيات اندازه د پريطوان په جوف کې انتشار کوي او د عمومي پريطونايتس لوحه پيداکوي.

که دوړي کولمي ماوفه برخه وړوکې وي په دې وخت ماوفه ناحيه د ګډې د نورو احشاو لکه د سرب په واسطه محدود کيږي او په دې وخت د موضعي پريطونايتس يا داخل بطني ابسي امراض مينځته راځي.

که دوړي کولمي تخريب شوي ځاي د ګډې جدار او مخصوصا عملياتي شق ته نژدي اوسي د عملياتي شق التهابي اعراض پيداکيږي او کوم وخت چې څو کوکونه يې واخستل شي په لومړي مرحله کې زوې لرونکې وينه خارجيږي او وروسته دځو ورځو څخه د کولمي محتوي د زخم له لاري په بهيدو پيل کوي او ددي لپاره چې په دې وخت د کولمي فستول تشخيص تائيد شي که ناروغ ته د خولې له لاري Congo red يا Charcol ورکړ شي نومورې مواد د فستول له لاري خارجيږي (Charcol) يا طبي

سکاره تور رنګ لري او Congo red یو سور ملونه مواد دي . باید وویل شي چې په ټولو حالاتو کې ناروغ په لومړي مرحله تبه او دګېډې درد لري.

لابراتواري معاینات :

د وینې په معاینه کې سره کریوات نورمال، غټوالي نه لري او د پلازما په حجم کې کموالي موجود او الکترولایتو مقدار او سویه په وینه کې ښکته راځي د وینې د غلظت زیاتوالي او د انتاني حالت له کبله د سپینو کریواتو شمیر زیات وي.

رادیوګرافي معاینات:

د ګېډې په دننه کې ابسي موجودیت ددې سبب کېږي چې انسدادي حالت مینځ ته راشي او دګېډې په ساده رادیوګرافي کې د فلجي یا میخانیکي انسداد رادیولوجیکي علایم ښکاره کېږي.

د کثیفه موادو تطبیق د خولي ، رکتوم یا فستول له لارې او وروسته د ګیدي څخه رادیو ګرافي اجرا کول تشخیصي اهمیت لري د پاسني رادیوګرافي ګانو په واسطه د کولمي اصلي امراض، موقعیت او شمیر د فستول،سیر د فستول ،د فستول او ږدوالي ،د فستول سره اشتراکي ابسې ګاني اود ابسې ګانو د جوفونو تعداد او د فستول څخه ښکته د میخانیکي مانعه موجودیت په هکله معلومات ورکوي.

درملنه:

د وړو کولمو د فستول تداوي په لاندې ډول سرته رسیږي .

۱- د مایعاتو او الکترلایتو موازني برابرول :

کوم ناروغان چې د وړو کولمو فستول لري په زیات اندازه داخل وعایي او بین الحجروي مایعات د فستول له لارې ضایع کوي او باید د فیزیولوژیک سیروم د ور کولو په واسطه د ورید له لارې دا ضایعات معاوضه شي.

د مرکزي وریدي فشار د معلومولو، دتشومتیازو داندازه کولو او د پوستکي دTurgor په واسطه داکتر کولاي شي تصمیم ونیسي چې تر کومي اندازي پورې ناروغ ته د ورید له لارې مایعات ورکړي.

د ویني په مینځ کې د الکترولایتو د سویي د معلومولو په واسطه چې هره ورځ اجرا کېږي تصمیم نیول کېږي چې د مایعاتو سره یو ځای کوم الکترولایت زیات یا برخلاف کوم الکترویت لږ باید تطبیق شي.

د پاسني اهتماماتو سره البته د ناروغ په وجود کې د مایعاتو او د الکترولایتو توازن مینځته راځي او ددې لپاره چې بیا داسې تشوشات مینځته رانشي د ناروغ ضایعات لکه د فستول افرازات د معدوي تیوب افرازات او ۲۴ ساعته تش متیازی یې ټول او اندازه شي او په خپله ناروغ هره ورځ وزن شي ددې ضایعاتو له مخي ناروغ ته هره ورځ معین اندازه مایعات او الکترولایت ورکړ شي.

۲- د فستول کنترول:

هر څومره چې فستول د وړی کولمي په پورتني برخي کې واقع وي په هماغه اندازه فعال انزایمونه احتوا کوي او دا انزایمونه د ګډې د جدار د پوستکې تخریبوي ددي لپاره چې د فستول مخرش افرازات د پوستکې سطح تخریب ونکړي د ورځې څو ځلي د فستول پانسمان تبدیل شي یا داچې د فستول په مینځ یو کتیتر تثبیت شي چې د کولمي محتوي د کتیتر له لاري د باندي ووځي او دفستول د چار چاپیرې پوستکې سطح د Almonium hydroxide یا زنګ اوکسایډ مرهمو په واسطه پوښ شي.

۳- دانتان کنترول :

کوم وخت چې د ګیدي په دننه کې یا د فستول په چار چاپیره کې دابسې موجودیت ثابته شوه باید فوراً نومورې ابسې درېناژ او د هغه په څنګ کې ناروغ ته انتي بیوتیک ورکړل شي .

سیر او ارتباط یې د ابسي ګانو د جوفونو سره د رادیوګرافي په واسطه تثبیتیږي .

۴- تغذي:

وروسته د فستول د پیداکېدو څخه د څو ورځو لپاره باید ناروغ د ورید له لاري تغذیه شي اما په دوامدار دول د ورید له لاري ناروغ تغذي د ترمبوز،امبولي او د ترمبوفلیایتس خطر موجود وي او له بلي خوا په کافي اندازه کالوري ورکول مشکل دي نو وروسته ددې څخه چې د ناروغ د الکترولایتو او اوبو موازنه تامین شو هم د خولي له لاري او هم د ورید له لاري ناروغان باید تغذیه شي.

۵- فستول تداوي

په هغه صورت کې چې د ناروغ د وجود د اوبو او الکترولایتو موازنه تامین شي، ۲۴ ساعته احتیاج وړ کالوري په متوسط ډول د ورځې ۳۵۰۰ کالوري ته ضرورت لري ورته ورکړ شي ، دفستول څخه بنکته کوم میخانیکي بندش موجود نه وي، ناروغ انتاني حالت ونه لري ۴۰% فستولونه د یو میاشتي په موده کې په خپله بند یږي او که بند نه شو بهتره ده چې بی د ځنډ څخه عملیات په واسطه فستول بند شي په عملیاتو کې دوړو کولمو هغه برخه چې فستول په کې موجود دې تقریبا۱۵ سانتي متر په اوږدوالی قطع او ددې ناحي څخه د Distalاو Proximal برخي خوله یو بل سره خوله په خوله انستموز ورکول کیږي او که د فستول د برخي څخه بنکته کوم میخانیکي مانعه موجود وي باید هغه هم لري شي .

۲- د غټو کولمو فستولونه:

د غټو کولمو فستولونه په دوو برخو ویشل شوي دي داخلي فستولونه او خارجي فستولونه.

اسباب :

۱- غیر عملیاتي عوامل:

د کولون کانسر او د کولون دایورتکپولاتیس زیادتر د کولون د داخلي فستولو دمینځ ته راتلو سبب ګرځي او د احصایي له نظره دا نوع فستولونه زیات تصادف کیږي .

په دواړو امراضو کې د کولون په ماوفه ځای کې التهاب پر مختګ کوي او التهابي ارتشاح ددې سبب کیږي چې کولون د مجاوره اعضاو سره التصاق او بلاخره د التهاب د پرمختګ سره په التصاقي ځایونو کې تخریبات مینځ ته راځي او فستول تشکل کوي.

۲-عملیاتي عوامل: Anastomotic Leakage د عملیات په وخت د کولمي د جدار یا دکولمي مساریقي سهواً ژوبلیدل ،د کولمي د جدار غوڅیدل دصفاق دګنډلو سیم یا Wire دخیاطو یا Retention Suture په واسطه Mesh یا پنروز درن په واسطه یا د ګاز د پاتي کیدو له کبله د غټو کولمو فستول مینځ ته راځي.

سریري تظاهرات :

۱- خارجي فستولونو سریري تظاهرات که په پوستکې کې د فستول خوله پراخه وي د فستول له لارې ګازات او غایطه مواد خارجیږي اما که د فستول خوله تنګه وي په دې وخت د فستول له لارې مزمن ډول زوړې او کله کله د فشار په واسطه امکان لري ګازات خارج شي چې په دې وخت د کولون دخارجي فستول تشخیص مشکل وي.

۲- د داخلي فستول سریري تظاهرات : د داخلي فستول سریري تظاهرات نظر په دې چې د کولون او دکوم بل عضو په مینځ کې فستول موجود وي فرق کوي.

که فستول د کولون او د حالب یا مثاني په مینځ تشکل کړي وي ناروغ ته Dysuria د تشو متیازو Pnumaturia, Urgency , Frequency او Fecaluria پیدا کیږي .

ناروغ په عمومي ډول تبه کوي چې د لرزې سره یو ځاي وي .

که فستول د کولون او مهبل په مینځ کې واقع وي د مهبل څخه هوا او غایطه مواد خارجیږي .

Coloenteric فستول سریري تظاهرات نه لري اما په ځینې ناروغانو کې د غایطه موادو Urgency او Frequency موجود وي.

تشخیص:

د کولون د خارجي فستول تشخیص د سریري اعراضو په واسطه وضع کیږي څرنګه چې د فستول څخه په واضح او ښکاره ډول غایطه مواد خارجیږي اما کوم وخت چې د فستول خوله تنګ وي په دي وخت د فستولوګرافي په واسطه قطعي تشخیص وضع کیږي .

د Colovesical فستول په حالاتو کې د سیګموئید سکوپي اوباریوم امالي سره رادیوګرافي په واسطه د فستول موقعیت او ځاي نه معلومیږي اما د سیستوسکوپي یا سیستوګرافي په واسطه اګر چې د فستول خوله نه معلومیږي اما په کوم هغه ځاې چې فستول موقعیت لري د مثاني په جدار کې په نومورې ځاي ازیما تقرح او ګرانولیشن موجود وي.

د Colonenteric فستولو تشخیص عموما د باریوم امالي څخه وروسته د کولون د چوکات رادیوګرافي په واسطه اجرا کیږي.

درملنه:

۱- د خارجي فستولو تداوي:

د عملیاتو په واسطه اجرا کېږي اما مخکې د عملیاتو څخه د کولون د عملیاتو لپاره باید اماده شي .(چې مخکې تذکر ورکړ شوي دي) او د کولون کومه برخه چې خارجي فستول مینځته راوړي دې ریزکشن او کولون بیرته خوله په خوله انستوموز ورکول کېږي.

۲- د داخلي فستولونو تداوي.

الف : د کولون او مثاني یا مهبل د فستولونو په حالاتو کې: په اوله مرحله کې دفستول د ناحې څخه پورته Colostomy اجرا کېږي تر څو چې د غایطه موادو لار تغیر وکړي او فستول ناحیي سره په تماس رانشې وروسته ددې څخه چې د بولي یا تناسلي لاری انتان تر کنترول لاندي راوړل شو کولون د عملیاتو لپاره اماده او Lepratory اجرا کېږي

په هغو حالاتو کې چې بولي تناسلي فستول موجود وي او د کولون او مثاني، د کولون او رحم یا د کولون او مهبل د فستول لار قطع او لومړي مثانه،رحم یا مهبل په دوه پلان ترمیمیږي وروسته دکولون ماوفه برخه په ټول امتداد Resection او د Proximal او د Distal قطعي خوله یو بل سره په ابتدایي ډول Anastomose ورکول کېږي.

البته د حالب په ترمیم کې یو استثناء موجود دي چې حالب عموما په یوه پلان ګډل کېږي او په نومورې ځاي ددی لپاره تضیق او د ګډلو عدم کفایه پیدا نه شي T tube تثبتیږي .

ب : د کولون او دوړو کولمو فستول په حالاتو کې: د وړو کولمو فستولي حلقه Resection او د قطع شوي برخې Proximal او د Distal څوکه یو بل سره Anastomose ورکول کېږي او د کولون فستول برخه Colostony او وروسته د دریو میاشتو څخه په انتخابي ډول وروسته ددې څخه چې کولون عملیاتو لپاره اماده شو Colostomy ترمیم کېږي.

جراحي عملیات:

وروسته ددې څخه چې Anemia او Avitaminose حالت برطرفه شوه او په کافي اندازه اوبو او الکترولایت واخیست باید لپروتومي اجرا، انتخابي عملیات Total Proctocolectomy سره الیوستومي دي چې په یوه مرحله کې سرته رسیږي.

په هغه حالاتو کې چې رکتوم نورمال وي نظر په دي چې ښې یا چپ کولون ماوف دې ښي یا چپ هیمي کولکتومي او کولورکتال انستموز عملیه اجرا کېږي.

انزار:

که ناروغ عمومي حالت ښه وي وروسته د انتخابي عملیات د مرګ خطر ۱% او وروسته د عاجلو عملیاتو څخه د مرګ خطر ۲۰% وي او هر څومره چې Systemic اختلاطات موجود وي ناروغي انزار خراب اود ناروغ د مړینې خطر زیات وي.

د کولون سلیم تومورونه:

د کولون سلیم تومورونه عبارت دي له:

۱- د کولون کارسینوئید تومور:

دا تومورونه نادراً تصادف کېږي او تر څو چې د نومړي تومور قطر د دوو سانتي مترو څخه اضافه شوې نه وي د سریري اعراضو د مینځ ته راتلو سبب نه ګرځي او کوم وخت چې د هغه قطر د دوه سانتي متر څخه زیات شو د انسدادي اعراضو سبب کېږي.

د انسدادي اعراضو د مینځ ته راتلو په وخت د عملیات په ضمن تشخیص وضع او تومور Excision کېږي.

۲- لمفوئید هایپو پلازیا ،لیمفوما ،لیپوما، فیبروما او لایوما یوما:

د کولون د سلیم تومورو د جملي څخه دې چې عموما په ډیر نادر شکل تصادف کېږي د نومړي تومورونو تشخیص د هغوي په لومړي مراحلو کې امکان نه لري که دا تومورونه د الیوسیکال دسام ته نږدي موقعیت ولري د کولمي د تغلف سبب ګرځي او که دا تومورونه د کولون په نورو برخو کې واقع وي کوم وخت چې غټه شوه دکولون د لومن د بندوالي سبب ګرځي او د کولون انسدادي اعراض مینځته راوړي.

د تداوي له نظره نومړي تومورونه په انسدای حالاتو کې د مربوطه کولمي سره Excision او دکولون پاتي برخه د کولوستومي په شکل د ګډې په جدار کې خلاصیږي او دري میاشتي وروسته انستموز ورکول کېږي.

۳- د کولون Hemangioma :

دا تومورونه کېدای شي Multiple **وي د سریري اعراضو له نظره عموما د کتلوي نذف سبب ګرځي تشخیص یې د** Mesenteric **انجیوګرافي په واسطه وضع کېږي**
د انجیوګرافي په واسطه نه یواځي تشخیص وضع کېږي بلکه د وینه ورکونکې ځای یې هم تثبتیږي.
وروسته د تشخیص څخه د کولون ماوفه ناحیه یا نذف ورکونکې ځای Excision **کېږي د کولون پاتي برخه د ګېډې په جدار** Colostomy **او درې میاشتې وروسته په انتخابي ډول** Anastomose **ورکول کېږي .**

۴- د کولون پولیپونه :

چې زیات تصادف کېږي په عمومي ډول د معدي معایي قنات د پولیپ اصطلاح په هغه نسجي کتلو باندي استعمالیږي چې د مخاطي غشاء څخه منشاء اخلي او د معدي معایي قنات په لومن د یو برجسته نسج په شکل تجاوز کوي.
د نسجي ساختمان له نظره دا پولیپونه مختلف انواع لري چې هر یو یې په لاندي ډول په جلا صورت تشریح کېږي .

۱- juvenile Polyps :

دا پولیپ د Mucous Polyps **او** Retention Polyps **په نامه یادیږي.**

وقوعات:

څرنګه چې ددې د نوم څخه معلومیږي دا پولیپونه زیادتر په هغه ماشومانو کې چې د پنځو کالو په شاوخوا عمر لري لیدل کېږي او تر یو اندازي پورې ځوان کاهل خلک دا نوع پولیپ پیدا کوي.
اما کوم ماشومان چې د یو کال څخه لږ عمر لري په دې ناروغي نه اخته کېږي پولیپ په اویا (۷۶٪) فیصده وقایو کې Single **دې او په ۳۰%وقایعو کې درې یا څلور دانې وي پولیپ په کولون او رکتوم کې پیدا کېږي اما په وړو کولمو کې نادراً تشکل کوي .**

پتالوژي:

دا پولیپ سویق یا Peduncule لري او قطر یې د درې څخه تر لس ملي مترو پورې فرق کوي، دا پولیپ عموما څوکه یې د مخاط په واسطه پوښل شوې دې نرم کروي ډوله یا نصواري ډوله رنګ لري د هستولوژي له نظره د پولیپ قائده دکولون د مخاطي غشاء د نورمال اپیتل څخه جوړ شوي دي اما د پولیپ څوکه دیو طبقه Goblet Cell په واسطه پوښل شوې دی چې زیادتر التهابي او تقرحي کېږي .

سریري تظاهرات :

د دې ناروغی یواځني عرض د غایطه موادو په سطح کې د خطونو په شکل وینه راتلل دي او ډیر لږ تصادف کېږي چې د مقعد څخه یواځي وینه خارج شي د ویني دوامدار ضایع کېدو له کبله ناروغ انیمیا پیدا کوي نادرا کولیونیک پولیپ د کولمي د تغلف سبب وګرځي او د تغلف او انسدادي اعراضو او علایمو په لوحه شفاخاني ته مراجعه او عملیاتیږي

تشخیص:

د ناروغي تشخیص سریري تظاهراتو، سیګموئیدوسکوپي، کولونوسکوپي ، دباریوم رادیوګرافي په واسطه په قطعي توګه وضع کېږي .

درملنه :

دا نوع پولیپونه خباثت خواته نه ځي نو وروسته د تخلیوي امالي څخه په کولون کې تر کوم ځاي پورې سیګموئید سکوپ داخلیداي شي د سیګموئیدسکوپ له لارې پولیپونه (Excision)کېږي چې دا کار د Biopsy په واسطه په ډیر اساني سره سرته رسیږي.

د کولون پولیپونه هغه وخت جراحي تداوي ته ضرورت پیدا کوي چې د شدید سریري اعراضو سبب وګرځي یا دا چې شمیر یې ډیر زیات وي او د فامیلي پولیپوز د پیدا کېدو خطر موجود وي په داسې حالاتو کې وروسته د لپروتومي څخه کولوستومي اجرا او پولیپونه ایستل کېږي دا ناروغي وروسته د عملیات څخه په لس فیصدو وقایعو کې نکس کوي او بیا پیدا کېږي.

۲- Hyper Plastic Polyp's

Mucus د طبقي یو نرې راوتلي برخه ده چې عموما یو تر درې ملي مترو پوري قطر لري او نادرا تر پنځو ملي مترو پوري رسیږي په نورمال حالت ۵۰٪ کاهل اشخاص په خپل کولون کې دا نوع پولیپ لري له هغه ځایه چې دا پولیپ د مخاطي حجراتو د Division او Dysquamation د عدم توازن له کبله پیداکیږي د Hyperplastic نوم ورته ورکړ شوې دې.

دا پولیپ د سریري تظاهراتو د مینځ ته راتلو سبب ګرځي اما له دې کبله چې دا پولیپونه او نیوپلاستیک پولیپونه په عین عمر او عین موقعیت کې پیدا کیږي باید د تفریقي تشخیص لپاره د کولون څخه وایستل شي چې تفریق یې د هستالوژي د معاینې په واسطه اجرا کیږي.

۳- Adenomatose Polyps:

وقوعات:

دا ناروغي د ۲۰ کلني څخه ښکته نادرا پیدا کیږي او د ۲۰ کلني څخه پورته هر څومره چې سن زیاتیږي په هماغه اندازه وقوعات یې هم اضافه کیږي.

دا پولیپونه ۷۳٪ د Rectum او Sigmoid په ښکتني برخو، ۲۰٪ د Sigmoid په پورتني برخه ۳٪ په Descending Colon او دوه فیصده په مستعرض کولون او Ascending Colon کې تصادف کیږي دا نوع پولیپونه عموما Multiple وي.

پتالوژي:

Adenomatose پولیپونه عموما د سویق لرونکې وي چې قطر یې د یو ملي متر څخه تر څو سانتي مترو پوري فرق کوي د پولیپ راس زیادتر Lobular وي.

د هستولوژي له نظره د پولیپ په اوږد مرکزي محور کې اوعیه او د هغه په سر منظم نسج ځاي لري چې دا ټول د یو طبقه مخاطي حجراتو په واسطه پوښل شوې دی. چې دا مخاطي حجرات د کولون د نورمال مخاطي غشاء په امتداد د پولیپ په سر جګ شوي دي.

۱۵٪ پولیپونه Villous عناصر احتوا کوي چې Adenomatose توبولار ساختمانونه لري او هر څومره چې ادنو پولیپ غټ وي په هماغه اندازه Villous ساختمانونه په کې ډیر وي د سایتولوژي له نظره د Andenomatose پولیپ په ساختمان کې د خباثت نښه

زیاتر نه لیدل کېږی یا په بل عبارت ښکاره حجروي Polymorphism غیر وصفي غدوي او حجروي ساختمانونه ، Hyperchromatism او زیات حجروي Mitosis چې په Carcinoma in situs دلالت کوي په Adenomatose پولیپوکې زیات موجود نه وي په کانسر کې د Adenomatose پولیپ تحول د زیات شمیر مولفینو له خوا تر مناقشې لاندې دی هغه محققین چې د Adenomatose پولیپ په کانسر کېدوکې طرفدار دې په لاندې ډول دلایل ارایه کوي.

۱- یو پر څلورمه برخه د کولون کانسر ناروغان د کولون پولیپ هم لري.

۲- د کولون او رکتوم کانسر او د پولیپ مهیه عوامل بیخي شباهت لري.

۳- کوم ناروغان چې فامیلي پولیپوز لري که د هغوي کولون ونه ایستل شي د ۴۰ کلني څخه مخکې د کانسر له کبله امکان لري مړ شي.

۴- کوم پولیپونه چې د سیګموئید سکوپ په ساحه کې سلیم ښکاري د وخت په تیریدو سره په کانسر ثابتیږي.

۵- واړه پولیپونه چې یو سانتي متر قطر لري زیات موجود وي او کانسر د کولون د یونیم سانتي متر څخه لږ قطر نه لري. او هر وړوکې پولیپ چې غټه شي کانسري کېږي.

هغه مولفین چې په کانسر کې د پولیپ تحول ته طرفدار نه دي په لاندې ډول استدلال کوي:

۱- څرنګه چې د اوږدي مودي لپاره Adenomatose پولیپ ناروغان تعقیب شوې دي او دا نوع پولیپونه کانسر خواته نه ځي.

۲- کله چې Adenomatose پولیپونه په خباثت تحول وکړي باید د کولون کانسري وقوعات فوق العاده زیات شي.

۳- د هغه کانسرونو هستولوژیک مطالعه چې د Polyp څخه منشاء اخیستي دې دا ادعا په ګوته کوي چې سلیم Adenomatose پولیپونه او کانسر یو ځای موجود نه وي.

۴- Polyp د کولون په مینځ کې نسبت کانسر ته ژر نشونما کوي او د Colon پراخه برخه استیلا کوي اما کانسر یواځي او یواځي یوه برخه اشغالوي.

د پورتني مناشقي د مد نظر نیولو سره زیات شمیر جراحان او پتالوجستان په دې عقیده دي چې زیات شمیر Adenomatose پولیپونه چې له اوله سلیم دي همداسې سلیم پاتي کېږي او کوم Adenomatose کارسینوما چې خبیثت دي له اوله یې خباثت خاصیت درلوده.

Villous Adenoma:

دا پولیپ د Papillary Adenoma په نامه یادیږي چې کانسري کېدو ته میلان لري.

وقوعات:

د Adenomatose اتمه برخه پولیپونه ویلوزادنوما دي چې ٦٠% Villus Adenoma په رکتوم کې، ٢٠% په رکتوسیګموئید ١٠% په سیګموئید اولس فیصده د Colon په نورو برخو کې موجود وي. د ماوفیدو متوسط سن ددې مرض لپاره ٦٣ کلني قبول شویدي او د ۴۵ کلني څخه ښکته نادرا تصادف کېږي.

پتالوژي:

د دې پولیپونو قاعده ډیر غټه او په اساني سره سرحد یې نه تعینیږي او په خپله غټه وي قوام یې نرم او مخمل ډوله وي نو له دې کبله د جس په واسطه پیدا کول یې مشکل دي.

د پولیپ ثابتوالي د هغه میلان خباثت خواته ثابتوي په تفتیش سره پولیپ خاثف او د توت یا مخمل په شکل ښکاري.

د مایکروسکوپیک معاینې له نظره یو شمیر اوږد Villouse ذغابه څخه جوړ شوی دي چې د نومورې ذغاباتو سطح د استواني اپیتل حجراتو څخه متشکل دی ددی حجراتو هسته فشرده شوې او دحجرې په قاعده کې موقعیت لري چې د نورمال څخه مخاط ډیر لږ افرازوي.

په دې حجراتو کې د کانسري حجراتو اوصاف زیات لیدل کېږي که د حجروي تجاوز په چارچاپیره انساجو کې ولیدل شې ویلوزادنوماتوز کارسینوما ثابیتږي.

دادنوماتوز او ویلوز ادنوما سریري تظاهرات:

د ناروغۍ عمده سریري عرض د مقعد څخه د وینې او مخاط خارجیدل دي چې کله د غایطه موادو په سطح او کله په Segmental ډول جلا جلا غایطه مواد او وینه یا مخاط خارجیږي کتلوي نذف نادراموجود وي ناروغ همیشه حس کوي چې د تغوط یې ناتام وي.

پنځوس فیصده ناروغان د ګذري قبضیت، ناتام انسدادي حالت او دګډې د ښکتني برخو د کرمپ ډوله درد څخه شکایت کوي.

یو شمیر ناروغان د مخاط لرونکې، ابګین غایطه موادو،ډنګرتوب او وزن بایللو څخه شکایت کوي او په ورځ کې د درې لیترو څخه زیاد مخاط او ابګین غایطه مواد د مقعد له لارې خارجوي.

لابراتواري معاینات:

د وینې دسیروم په معاینه کې شدید هایپوپتاسیمیا،هاپیوکلوریمیا او اکثر هاپیوناتیریمیا او یوریمیا موجود وي چې ددی الکترولایتو تشوش اصلاح کول مخکې د عملیات څخه ضرور دي.

تشخیص:

د ناروغي قطعي تشخیص د ګوتي په واسطه د مقعدي معاینې سره، سیګموئید سکوپي فایبراوپتیک کولونوسکوپي او رادیو ګرافي چې د کثیفه موادو سره اجرا کیږي .

۱- د ګوتي سره مقعدي معاینه :

که پولیپ د رکتوم په ښکتني برخو کې موقعیت ولري د ګوتي په واسطه د جس وړ وي چې ددی معاینې په واسطه د تومور غټوالي د هغه د سطح اوصاف او قوام یې معلومیږي

۲- سیګموئید سکوپي:

۸۰% Adenomatose او ویلوز ادنوما ددی معاینې په واسطه تشخیص کیږي ځکه چې دا پولیپونه زیادتر په رکتوسیګموئید ناحیه کې موقعیت لري ددی لپاره چې پولیپ کرکتر معلوم شي چې ایا حباثت خواته تللي دی د څو پولیپ څخه باید Biopsy واخستل شي سربیره ددي د بایوپسي اخستلو په وخت باید پام وشي چې د مرضي نسج سره یو اندازه نومورمال مخاطي غشاء هم ونیول شي .

۳- رایو ګرافي د باریوم امالي څخه وروسته:

دباریوم د امالي څخه وروسته د رادیو ګرافي په پاڼه کې پولیپ د یو منظم Defect د باریوم د خیال په سرحد معلومیږي چې امکان لري سویق ولري یا دا چې بې سویقه او قاعده یې پراخه وي کوم پولیپونه چې د نیم یا دنیم سانتي مترو څخه لږ قطر ولري رادیوګرافي په پاڼه کې نه معلومیږي.

۴- **Fibro Optic Colonscopy** :

کوم وخت چې د پولیپ سریري اعراض موجود وي اما سیګموئید سکوپي او دباریوم رادیوګرافي په واسطه ښکاره نشي په دې وخت Fibro optic Colonoscopy باید اجرا شي او د هغه له لارې د مخصوص پنسونو په واسطه Biopsy واخستل شي کله کله

ځینې Artifact په باریوم رادیو ګرافي کې موجود وي چې د هغه د تفریق د پولیپ سره ډیر مشکل دی او دا Artifacts امکان لري چې د غایطي کتلاتو، پاتې شوي غذایي غوړین کتلات، په کولون کې د هوا یا ګازاتو پوګانې او تکلس لمفاوي غدواتو په واسطه مینځ ته راځي چې په داسې حالاتو کې د Fibro optic Colonoscopy په واسطه تشخیص واضح کېږي.

درملنه:

د ادماتوز او ویلوز ادمانو پولیپونو تداوي یوائې د جراحي عملیات په واسطه اجرا کېږي اما د جراحي عملیاتو د Procedure انتخاب د پولیپ په غټوالي، خباثت، موقعیت او د پولیپونو شمیر او همداسې د کولون د ماوفیدو په پراخوالي پورې اړه لري.

هغه واړه پولیپونه چې د خباثت کرکتر نه لري د کولونوسکوپ له لارې باید وایستل شي. هغه غټ پولیپونه چې د مقعدي قنات د مسنن خط په اوه سانتي متري (Dentate Line) څخه پورته واقع وي یا هر هغه تومورونه چې په هر سایز کې وي اما د خباثت علایم په کې موجود وي باید د بطن له لارې مداخله صورت ونیسي او د کولمي هغه برخه چې تومور په کې موقعیت لري باید Resection شي.

هغه تومورونه چې د Dentate line د اوه سانتي متري څخه ښکته واقع دي د عجان له لارې باید عملیات شي.

Familial Polyposis:

وقوعات:

یو نادر ارثي ناروغي دې چې د ژوند په لومړي کالو کې د کولون او رکتوم زیات شمیر پولیپونه په دې جمله کې شاملیږي او که تداوي نشي ناروغ د کولون او رکتوم د کارسینوما د پیدا کېدو له کبله مړ کېږي<

په اوسط ډول ۲۰۰۰۰ ژوندي ولادتونو کې یوه پیښه فامیلي پولیپوز تصادف کوي دا ناروغی دواړه جنسونه په مساوي ډول ماوفوي او دواړه جنسونه ناروغي ته انتقال ورکولای شي.

د یـوه Heterozygote هغـه غبرګـولي چـې یـوه یـې مـذکر او بـل یـي مونـث وي او یـو Homozygtoe (هغـه غبرګـولي چـې دواړه یـې مونـث او یـا مـذکر وي) ازدواج ددی سبب کېږي چې د دوي ۵۰٪ اولادونه یې دا ناروغي ولري همداسې کوم سړې چې غیر فامیلي پولیپوز لري امکان لري بل نسل ته پولیپوز ناروغي انتقال کړي.

پتوجنیزس:

کولونیک پولیپ امکان لري چې دولادت په وخت موجود نه وي اما په ۱۳ کلني کې زیات پیدا کېږي او په اوسط دول تر ۲۱ کلني پورې په ټول کولون او سیګموئید کې په سلهاو پولیپ پیداشي چې د یو ملي متر څخه تر یو سانتي مترو پورې غټوالي لري.

وړې کولمي معمولانه ماوفیږي پولیپ په لومړي مرحله په رکتوم او د کولون په Distal برخه کې پیداکېږي د پولیپ قاعده په لومړي وخت کې ډیر پتلې او غټ وي او وروسته ورو ورو د وخت په تیریدو سره نري کېږي او دسویق ډوله پولیپ په شکل ښکاري.

په ۷۵ پولیپوز ناروغانو کې چې د دوي عمر د ۱۴ کلني څخه ښکته وي ۶۰،۶٪ د هغوي مخکې د ۴۰ کلنی څخه د کانسر د پیدا کېدو له کبله مړه کېږي.

مایکروسکوپیک معاینه کې تومور یو ادنوماتوز پولیپ دی چې د کاهل خلکو د سینګل ادنوماتوز پولیپ په شکل وي څرنګه چې ویلوز عناصر د ادنوماتوز غدواتو سره یوځاي په پولیپ کې موجود وي په Familial پولیپوز کې د هر یو پولیپ خباثت خواته د تحول کېدو قوت په جلا جلا ډیر کم وي اما که د پولیپونو شمیر په کولون کې د یو زر دانې څخه اضافه شي حتما پولیپونه کانسر ته تحول کوي.

سریري تظاهرات:

ناروغ امکان لري چې هیڅ کوم تکلیف ونه لري یا دا چې یوائي د ګېډې خفیف درد ولري په ځینې پیښو کې د کولورکتال کارسینوما د ناروغي لومړي سریري عرض تشکیلوي اما زیات شمیر ناروغان واضح سریري اعراض او علایم ښکاره کوي چې عبارت دي له:

د بطني دردونه ، وینه او مخاط لرونکې غایطه مواد چې قوام یې ډیر نرم او د تغوط شمیر زیات وي په دې صورت ناروغ ورځ په ورځ Anemic کېږي او خپل وزن کموي

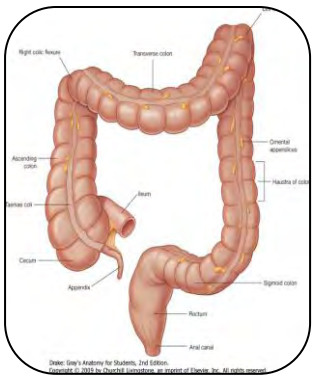
،غټ پولیپونه د مقعد څخه بهکته پرولپس کوي یا دا چې دکولمي خوله بندوي او د کولمي د ناتام انسدادي اعراض د پیدا کېدو سبب ګرځي همداسې د کولمي تغلف لپاره زمینه مساعد یږي او کوم وخت چې دکولمي تغلف پیدا شو تام انسدادي اعراض مینځ ته راځي.

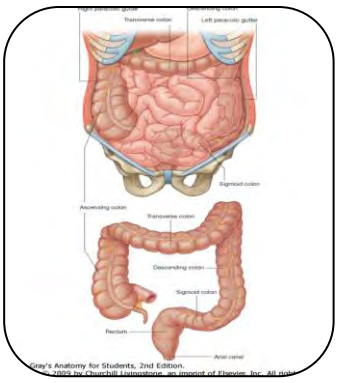
تشخیص:

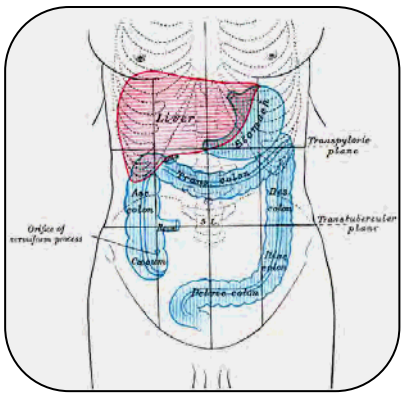
د ناروغي تشخیص سریري اعراضو، باریوم رادیوګرافي او سګموئید سکوپي په واسطه اجرا کېږی او د پولیپ نوعیت د بایوپسي او سایتولوژي معاینا تو په واسطه تعینیږي.

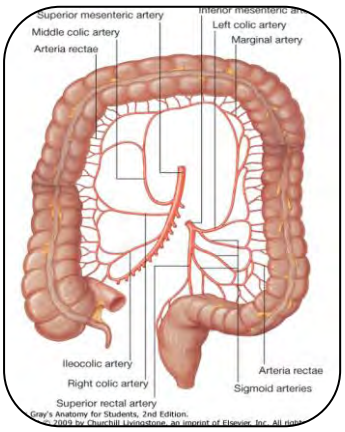
درملنه:

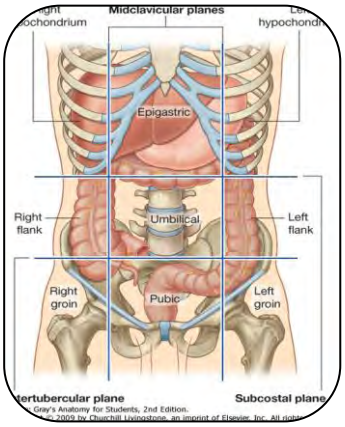
کوم وخت چې د familial پولیپ کانسر تشخیص وضع شوبا ید ناروغان عملیات لپاره اماده شی او د ګیډی د لاری Totalcolectomyاو د Abdominoperineal.

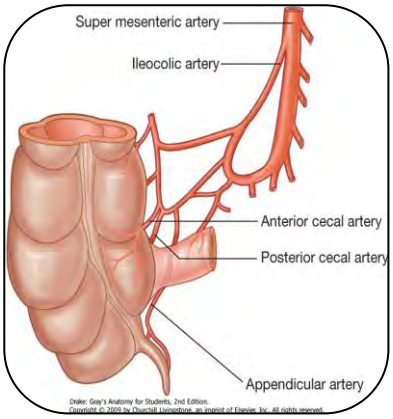

Right colic flexure
Transverse colon
Ascending colon
Omental appendices
Haustra of colon
Taenia coli
Ileum
Cecum
Appendix
Sigmoid colon
Rectum
Anal canal
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

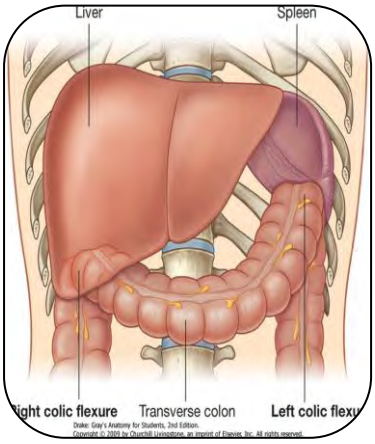

Transverse colon
Left paracolic gutter
Sigmoid colon
Ascending colon
Transverse colon
Descending colon
Sigmoid colon
Rectum
Anal canal
Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

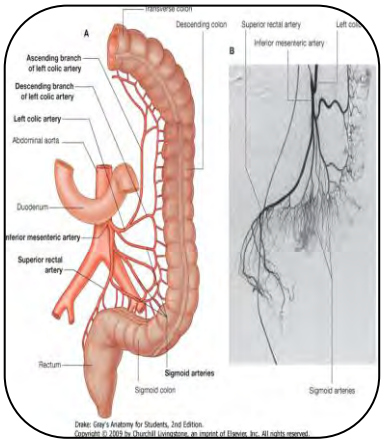

Liver
Stomach
Transpyloric plane
Trans colon
Asc colon
Des colon
Transtubercular plane
Orifice of vermiform process
Cecum
Iliac colon
Pelvic colon


Superior mesenteric artery
Middle colic artery
Arteria rectae
Left colic artery
Marginal artery
Ileocolic artery
Right colic artery
Superior rectal artery
Arteria rectae
Sigmoid arteries
Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.


Midclavicular planes
Epigastric
Right flank
Umbilical
Left flank
Right groin
Pubic
Left groin
Subcostal plane
Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.


Super mesenteric artery
Ileocolic artery
Anterior cecal artery
Posterior cecal artery
Appendicular artery
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.


Liver
Spleen
Transverse colon
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

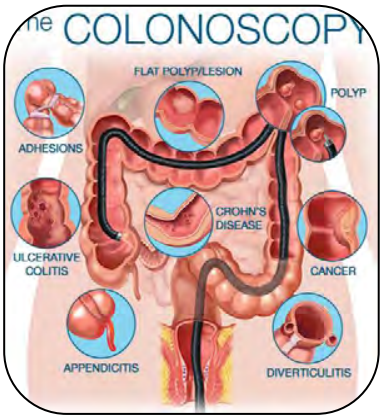

Transverse colon
Descending colon
Superior rectal artery
Inferior mesenteric artery
Ascending branch of left colic artery
Descending branch of left colic artery
Left colic artery
Abdominal aorta
Duodenum
Superior rectal artery
Rectum
Sigmoid arteries
Sigmoid colon
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

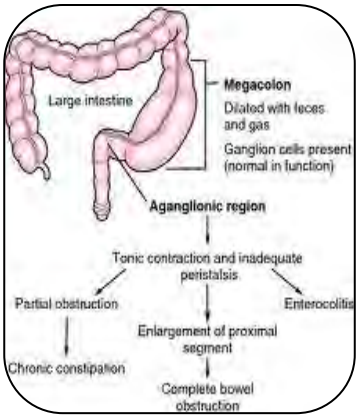



Toxic megacolon

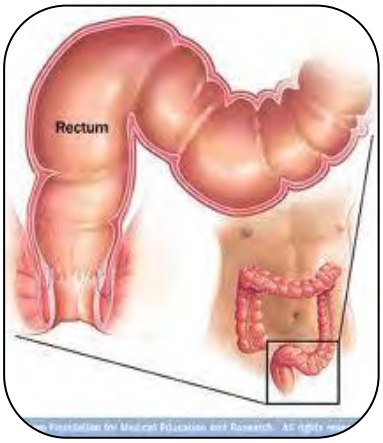


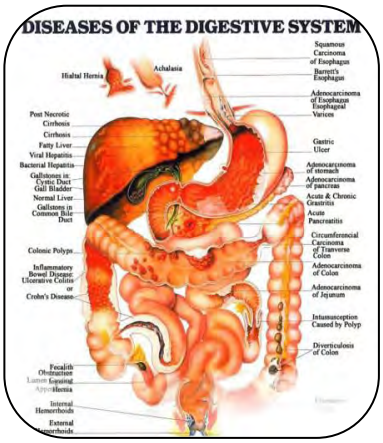



COLONOSCOPY
FLAT POLYP/LESION
POLYP
ADHESIONS
CROHN'S DISEASE
ULCERATIVE COLITIS
CANCER
APPENDICITIS
DIVERTICULITIS

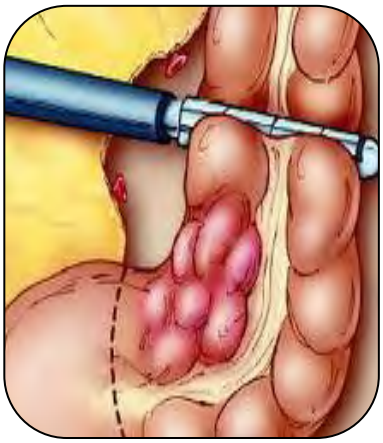

Large intestine
Megacolon
Dilated with feces and gas
Ganglion cells present (normal in function)
Aganglionic region
Tonic contraction and inadequate peristalsis
Partial obstruction
Enterocolitis
Enlargement of proximal segment
Chronic constipation
Complete bowel obstruction




Rectum

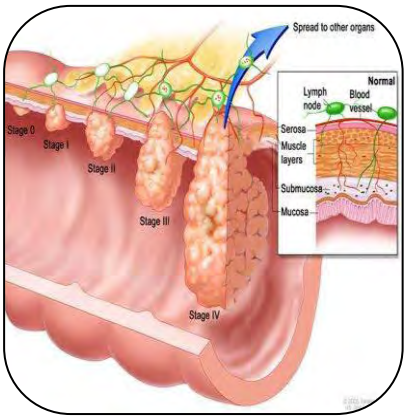

DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM

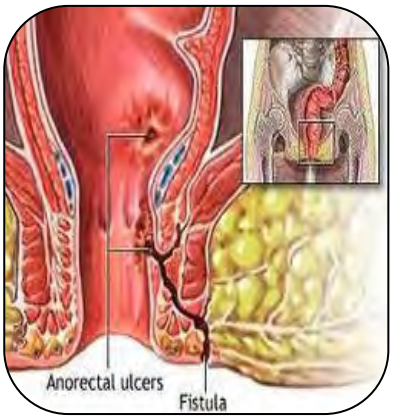

DIGESTIVE

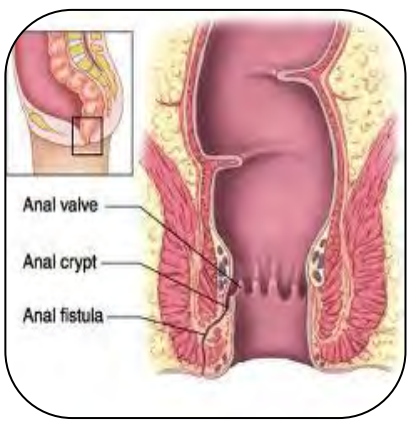







Spread to other organs
Normal
Lymph node
Blood vessel
Serosa
Muscle layers
Submucosa
Mucosa
Stage 0
Stage I
Stage II
Stage III
Stage IV

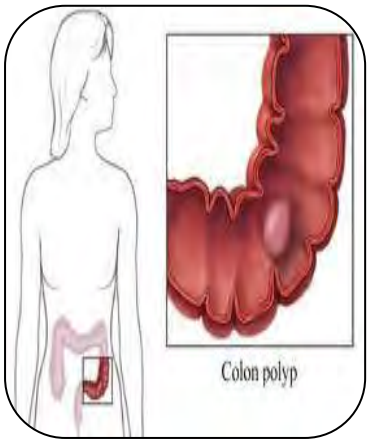
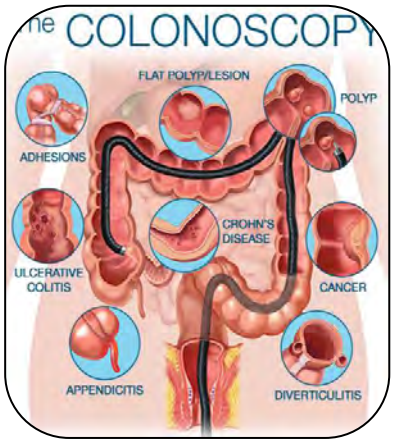
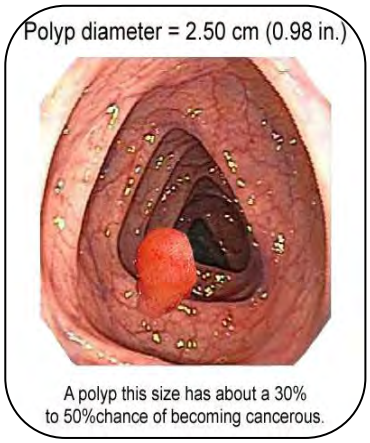

Anorectal ulcers
Fistula

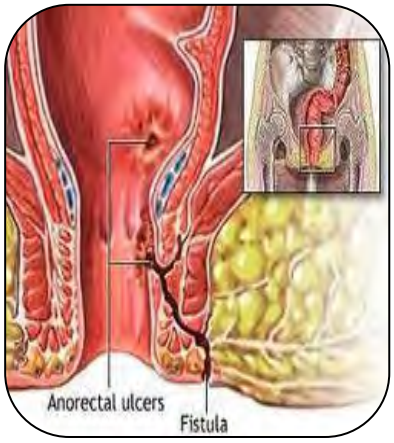

Anal valve
Anal crypt
Anal fistula








Colon polyp

COLONOSCOPY
FLAT POLYP/LESION
POLYP
ADHESIONS
CROHN'S DISEASE
ULCERATIVE COLITIS
CANCER
APPENDICITIS
DIVERTICULITIS

Polyp diameter = 2.50 cm (0.98 in.)
A polyp this size has about a 30%
to 50%chance of becoming cancerous.

Name:
Sex: Age:
D.O.Birth:
08/25/2002
03:38:33
CVP:1

Anorectal ulcers
Fistula


څلورم څپرکی

د اپنډکس ناروغۍ

اناتومیک تذکرات:

اپنډکس ویرمیفورم(Appendix vermiformis):

یوه استواني ډوله استطاله ده چې د سیکوم په انسي جدار کې د الیوسیکال د اتصالي برخي څخه دوه یا دري سانتي متره ښکته د هغه قاعده تثبیت ده په متوسط ډول اوو څخه تر اته سانتي مترو پوري اوږدوالي لري او تقریباً اوو څخه تر اته ملي متره خارجي قطر لري او لومن یي یا داخلي خوله یي یو څخه تر دري ملي متره قطر لري.

مجاورت:

Appendix vermiformis په نورمال حالت ښي iliac fossa کې قرارلري. د اپنډیکس په وحشي کې د سیکوم انسي جدار او قدام کې یي د وړو کولمو عروات او په خلف کې یي د ګېډې خلفي جدار ځاي لري.

د توپوګرافي له نظره د اپنډیکس قاعده د بطن په قدامي جدار کې په یوه داسې نقطه ترسیمیږي چې د Mc. Burney نقطي په نامه یادیږي.

که Umbilicus د spina iliac ant. Sup سره وصل کړو او دا خط په دري مساوي برخو تقسیم شي Mc. Burney نقطه د یو پر دري متوسطي او یو پر دري وحشي برخي په منځني نقطه کې واقع دي.

د اپنډکس تشریحي ساختمان:

اپنډیکس د څلورو طبقو څخه جوړ شویدي.

۱. Tunica Serosa: چې د پریطوان یوه ورقه ده.

۲. Tunica Muscularis: چې د دوه طبقو څخه عبارت دي یوه یي سطحي طولاني او بل یي داخلي حلقوي عضلي الیاف.

۳. Tunica Submucosa: د منظم نسج څخه جوړ شوي ده چې زښت زیات لمفاوي حجرات احتوا کوي.

۴. Tunica Mucosa: چې د مخاطي حجراتو څخه جوړه شوي ده او د اپنډکس دننې سطح یي پوښې کړي ده.

د اپنډکس او د سیکوم شرایین:

د مساریقي علوي شریان د ښي خوا څخه یوه شریاني شعبه د Anterior iliocolic په نامه جلا کېږي چې Angulas ilio cecalis خواته ځي او دي زاویي ته نږدي په دوه شعبو تقسیمیږي.

۱. Art. Ilial: چې ددي شریان څخه یوه شعبه اپنډیکس ته راځي او هغه اروا کوي.

۲. Art. Cecalis Ant & Post. چې سیکوم اروا کوي.

د سیکوم او اپنډیکس اورده او شراین سره موازي او معکوس سیر لري او په مساریقي علوي ورید ختمیږي لمفاوي اوعیه یي الیو سیکال لمفاوي عقداتو ته رسیږي. د سیکوم او اپندیکس اعصاب د plexus Mesenteric Sup څخه منشا اخلي.

د اپنډیکس فزیولوژي او تکاملي سیر:

دوه هفتي وروسته دزیږیدو څخه د اپندیکس په مینځ کې لمفاوي نسج تشکل کوي وروسته ددي مودي څخه دوخت په تیریدو lymphoid Follicle د اپنډیکس په منځ کې زیاتیږي او د ۱۲ کلني او ۲۶ کلني عمر په منځ کې د اپنډیکس په منځ کې د lymphoid د فولیکولو شمیر تقریبا ۲۶۶ عددو ته رسیږي.

وروسته ددي مودي څخه د فولیکولو په شمیر کې کموالي پیدا کېږي او په ۳۶ کلني کې د فولیکولو اعظمي شمیر نیمایي ته رسیږي او په ۶۶ کلني کې ټول lymphoid فولیکولونه د اپندیکس په مینځ کې د مینځه ځي. د ۲۶ کلني څخه وروسته lymphoid فولیکولونه ورو ورو اتروفي کوي او بلاخره په فبروزي نسج بدلیږي یا په بل عبارت په ۶۶ کلني کې د ټول فولیکولو پر ځاي فبروزي نسج تشکل کوي.

په تي لرونکې حیواناتو کې د اپندیکس په مینځ د lymphoid د فولیکولو تجمع وظیفه تر اوسه پوري سل په سلو کې معلومه نه ده اما یو شمیر مولفین عقیده لري چې د ستوني تانسلونه، په الیوم کې payer پلاکونه او Appendix vermiformis د immunoglobulin په تشکل کې مهم رول لري همداسې په ۱۱۶۴ کال کې Mc. Vay د کولون کانسر او د اپنډیکس په مینځ کې یو ارتباط وښوده. په دي ډول چې د کولون کانسر زیاتره په هغه خلکو کې پیدا کېږي چې پخوا اپندکتومي شوي وي. هغه په دي

برخه کې داسې نظریه څرګنده کړه چې اپنډیکس د یو محافظوي عضوي په حیث د کولون د ځینې حجروي تغیراتو څخه چې د ځینې کانسروژن موادو له کبله مینځته راځي مخنیوي کوي اما دا نظریه تر اوسه پوري بیخي ثابته شوي نه ده.

د اپندیکس دامراضو تصنیف:

د اپندیکس د امراضو ولادي سوء تشکلات، د اپندیکس رتج(diverticula)،د اپندیکس duplication او د اپندیکس ولادي نشتوالي فوق العاده لږ تصادف کوي.

د اپندیکس ولادي کارسینوئید تومورونه او adenocacinoma په سریریاتو کې ډیر عمومیت نه لري.

د الیوم او سیکوم په ځینې امراضو کې لکه د الیوسیکال توبرکلوز، محرقه او Regional Enteritis اپندیکس هم اشتراک کوي.

د اپندیس التهابات په حاد او مزمن شکل مینځ ته راځي چې واقعات یې فوق العاده زیات دي.

حاد اپندیسایتس (acute Appendicitis):

تعریف:

د اپندیکس التهاب چې د اپندیسایتس په نامه یادیږي په حاد شکل مینځ ته راځي او د بطني جراحي یوه عاجله واقعه ده چې وقوعات یې په ځینې غربي ممالکو کې زیات او په شرقي ممالکو کې لږ دي.

دا ناروغي په هر سن کې پیداکیږي اما د ۱۱ او ۳۶ کلني عمر په مینځ کې زیات تصادف کوي چې په دې ډول د اپندیسایتس او د اپنډکس د لمفوئید فولیکولو د شمیر د زیاتوالي په مینځ یو ارتباط موجود دي.

د اپندیسایتس اناتومو پتالوژیکې اشکالو تصنیف:

الف: د اپندیکس د التهاب تصنیف د اپندیکس د اناتومیک موقعیت له نظره:

۱. کلاسیک اپندیایتس

۲. Retrocecal اپندیسایتس

۳. حوصلي(pelvic)اپندیسایتس

۴. Retroilial اپندیسایتس

۱. Bizorre اپندیسایتس

۶. Subhepatic اپندیسایتس

ب: د اپندیکس د التهاب تصنیف:

د اپندیکس د پتالوژیکې تغیراتو له نظره:

۱. Catarrhal اپندیسایتس

۲. ګانګرین شوي اپندیسایتس

۳. سوري شوي (Perforated) اپندیسایتس

۴. Obstructive اپندیسایتس

۱. مزمن اپندیسایتس

ج: د اپندیکس التهاب تصنیف د سن او د ناروغ د فیزیولوژیکې تغیراتو له نظره

۱. اپندیسایتس په ماشومانو کې

۲. اپندیسایتس په زړو خلکو کې

۳. اپندیسایتس په حامله ښځو کې

د حاد اپندیسایتس اسباب:

یواځینی عامل چې د حاد اپندیاسایتس په مینځ ته راتلو کې مهم رول لري د اپندیکس دلومن د proximal برخي بندوالي دي.

غایطي تیږه ،د lymphoid انساجو هایپرتروفي، د میوه جاتو او حبوباتو داني، اسکریس چینجي، د اپندیکس په چار چاپیره د فبروزي بندونو موجودیت داپندیکس د لومن د بندوالي سبب ګرځي.

داحصایي له مخي په لومړي درجه غایطي تیږي، په دویمه درجه د lymphoid انساجو هایپرتروفي او په دریمه درجه د میوه جاتو او حبوباتو داني د اپندیکس لومن بندوي.

داپندیکس د lymphoid انساجو په هایپرتروفي کېدو کې غذایي رژیم ستر رول لري څرنګه چې کوم خلک چې د هغه غذایي موادو څخه چې لږه بقیه ولري یا دا چې مخرش او اسیدي غیر قابل جذب مواد احتوا کوي استفاده وکړي په سیکوم کې د

اوږدي مودي لپاره ددي موادو بند پاتي کېدل ددي سبب کېږي چې دسیکوم داخلي فشار جګ اود باکتریاو د فعالیت له کبله د سیکوم جدار او د اپندیکس لمفوئیدحجرات ازیمایي او هایپرتروفیک کېږي.

پتوجنیزس:

کوم وخت چې د اپندیکس د لومن proximal برخه بنده شي په Appendix کې close loop انسدادي حالت پیدا کېږي ځرنګه چې د بندی شوي برخي څخه په distal برخه کې د Appendix د مخاطي غشاء افرازات بند پاتي کېږي او ددي افرازاتو د زیاتوالي سره موازي Appendix متوسع او Distended کېږي د نورمال Appendix لومن تقریبا ۰،۱ ml لیتر ظرفیت لری او کوم وخت چې د اپندیکس په مینځ کې تقریبا ۰,۵ ml افرازات بند پاتي شي په دي وخت کې د Appendix د لومن فشار تقریبا ٦٠ cm اوبو ته جیګیږي او د Appendix د جدارد توسع سبب ګرځي.

د Appendix د جدار توسع حشوي مرصله عصبي الیاف چې د درد مسئول دي تنبه کوي او په دي وخت ناروغ دګډې په متوسطه برخه یا د اپي ګاستریک په ناحیه کې درد حس کوي. همداسې ددي عصبي الیافو دتنبه په اثر په لومړي مرحله کې د کولمو استداري حرکات هم زیاتیږي او په نومورې ځایو کې د دردونو په څنګ ځینې وخت په ټوله ګډه کې کرمپ ډوله درد ناروغ حس کوي.

وروسته د څو ساعتو څخه د Appendix توسع نه یوازي د Appendix د افرازتو د بندوالي له کبله مینځته راځي بلکه د Appendix د بند شوي افرازاتو په مینځ کې د باکتریا د فعالیت په اثرد Appendix داخلي فشار نور هم جیګیږي او توسع یي نوره هم اضافه کېږي چې په نتیجه کې لومړي د Appendix پر وریدي دوران باندي فشار واردیږي او د وریدي جریان د رکودت سبب ګرځي او له دي کبله په Appendix کې احتقان (congestion) مینځته راځي. د Appendix احتقان د پریطوان د تخریش سبب ګرځي او په دي وخت ناروغ ته زړه بدوالي او کانګي پیدا کېږي ځرنګه چې Appendix ډیر متوسع شوي دي نو پر سیروزا طبقه او مجاور پریطوان باندي فشار واردوي نو په دی وخت کې د موضعي درد د پیداکېدو سبب ګرځي. او ناروغ په وصفي ډول په R.L.Q

کې درد حس کوي. د Appendix د احتقان د زیاتوالي په اثر د Appendix شریاني جریان هم مختل کېږي او له هغه ځایه چې د معدي معایي قنات د Appendix په شمول مخاطي غشاء د شریاني دوران د تشوش په مقابل کې فوق العاده حساسه دي نو په دي وخت د Appendix مخاطي غشاء په نکروز اخته کېږي.

او کومي بکتریاګاني چې د Appendix په مینځ موجودي دي ژورو طبقاتو ته تجاوز کوي. په دي مرحله کې د مړو انساجو اومکروبو توکسین د جذب په اثر ناروغ تبه، Tachycardia، Leukocytosis پیدا کوي. د مکروبونو د مداخلي او د اروایي تشوش د زیاتوالي په اثر د Appendix جدار تخریب او سوري کېږي.

په ځیني واقعو کې د Appendix حاد التهابي حالت په خپل ابتدایي مراحلو کې په Spontaneous توګه خاموش کېږي او مونږ زیات ناروغانو سره مخامخ کېږو چې د Appendix التهاب څو حملي یي تیري کړي وي او التهابي حالت یي له منځه تللي وي. دا حادثه هغه وخت تصادف کېږي چې د Appendix خوله د یو نرمي غایطي تیکي په واسطه بنده شوي وي اود Appendix د داخلي فشار د زیاتوالي په اثر سیکوم خواته نوموړي تیکه بي ځایه کېږي او د Appendix د خولي د خلاصیدو په نتیجه کې د Appendix په مینځ بند شوي افرازات تخلیه او د Appendix توسع د مینځه ځي. یا دا چې د Appendix خوله د lymphoid حجراتو د هایپرتروفي د لري کېدو له کبله ازادیږي او په پاي کې د Appendix حاد التهابي حالت دمینځه ځي.

د حاد Appendicitis سریري تظاهرات:

کلاسیک اپندیایتس سریري تظاهرات:

اعراض:

الف : درد

په کلاسیک ډول درد په شروع کې په Epigastric یاد Umbilical په ناحیه کې حس کېږي چې دا دردونه کله ډیر شدید او کله د متناوب کرمپ ډوله درد په شکل حس کېږي چې وروسته دځو ساعتو څخه (یانې د یوه څخه تر ۱۲ ساعتو پوري) او معمولا د څلورو ساعتو څخه وروسته درد په R.L.Q کې موضعي کېږي.

په ډیرو لږو واقعاتو کې درد له اوله په R.L.Q کې شروع کیږي او تر اخره پوري په نوموړي ځای کې پاتې کیږي. د Appendix د درد موقعیت په وروستیو مرحلو کې د Appendix په اناتومیک موقعیت پوري اړه لري مثلا که Appendix نورمال موقعیت ولري او د هغه څوکه التهابي شوي وي امکان لري چې تقریبا په L.L.Q کې ناروغ درد حس کړي. د Retrocecal اپندیکس درد په Flank او د قطني ناحیې په خلف کې، د حوصلي اپندیسایتس درد په فوق العاني ناحیه کې او د Retroilial اپندیاسایتس درد د خصیوي درد په شان خصیه کې حس کیږي (د خصیوي شریان او دحالب دتخریش له کبله).

ب: بې اشتهایي :

یو ثابت او بارز عرض دي او که ناروغ بې اشتهایي ونه لري د اپندیسایتس په تشخیص کې د سریري له نظره داکتر شک پیدا کوي.

ج: کانګي:

۷۱٪ناروغان کانګې کوي چې دوامداره نه وي او معمولاً ناروغان یو یا دوه ځلې کانګې کوي.

د: قبضیت:

ډیر ناروغان مخکې د ګډې د درد د شروع څخه قبضیت پیدا کوي او کوم وخت چې درد ورته پیدا شو داسې فکر کوي چې که قبضیت یې روغ شي د ګډې درد هم د مینځه ځي ځینې ناروغان مخصوصا ماشومان د ګډې د درد سره اسهال پیدا کوي.

علایم:

په حاد Appendicitis کې حیاتي علایم چندان تغیر نه کوي تبه عموما یوه درجه جګه وي او نبض ډیر لږ سریع کیږي اما په هغه حالاتو کې چې Appendix اختلاطي شوي وي تبه او د نبض سرعت اضافه کیږي ناروغ معمولا په بستر کې ستون ستاخ څملي او خپلي پښې مخصوصا ښې ورون د قبض په حالت کې نیسي ځکه چې د ښي پښې په حرکت ورکولو یا غزولو سره درد په R.L.Q کې اضافه کیږي که Appendix نورمال موقعیت ولري Tenderness په Mc.Burney نقطه کې موجودوي (که د الیوم د هډوکې Ant/ Sup Iliac Spine څخه تر نامه پوري یو خط فرض کړو او دا خط په دري مساوي برخو تقسیم کړو Mc. Burney نقطه د وحشي او متوسطي برخې په اتصالي سرحد کې توافق کوي)

Resving's sign هم په حاداپندیسایتس کې مثبت وي څرنګه چې په I.L.C کې دجس په شکل فشار وارد شي په R.L.Q کې ناروغ زیادتر درد حس کوي همداسې په R.L.Q مخصوصا د پوستکې هغه برخه چې د بین الشوکې T۱۰، T۱۱ او T۱۲ اعصابو په واسطه تعصبیږي.

فرط حساسیت یا Coetaneous hypersthen موجود وي او دا فرط حساسیت هغه وخت معلومیږي چې داکتر R.L.Q پوستکې ته د دوه ګوتو په مینځ کې فشار ورکړي ناروغ د نورمال برخو په مقایسه شدید تر درد حس کوي د جس سره د ګېډې د جدار عضلي شخوالي د Appendix د التهاب د پرمختګ سره موازي زیاتیږي څرنګه چې په لومړي مراحلو کې د ګیدي د جدار شخوالي ارادي وي او ناروغ د درد دکموالي له خاطره ددي لپاره چې د ګېډې جدار حرکت ونکړي شخ نیسي اما د التهاب په پرمخ تللي وقایعو کې دا شخوالي غیر ارادي کیږي.

د پاسني علایمو موقعیت د Appendix د اناتومیک موقعیت په اساس تغیر کوي مثلا که اپندیکس Retrocecal موقعیت ولري تندرنس، عضلي شخوالي او د پوستکې فرط حساسیت امکان لري په Flank ناحیه کې زیاتره بارز وي، که التهابي Appendix حوصلي موقعیت ولري د ګېډې په جدار کې امکان لري علایم ډیر بارز نه وي برخلاف په مقعدي معاینه کې د رکتوم په جدارکې علایم بارز وي او کوم وخت چې په جوف دوګلاس (culde sac)کې د ګوتي په واسطه فشار وارد شي ناروغ په Suprapubic ناحیه کې درد حس کوي.

که Appendix نورمال یا Retrocecal یا iliocecal اناتومیک موقعیت ولري او په التهاب اخته شي د مجاوري عضلي د تخریش علایم هم موجود وي چې دا علایم دPsoas علامي په نامه یادیږي. ددي علامي د معلومولو لپاره ناروغ باید په چپ اړخ څملوو او داکتر دناروغ ښي ورون په Hyperextention حالت راوړي چې په دي وخت iliopsoas عضله جي د هغه په سر Appendix قرار لري قدام خواته انتشار واردوي او د ناروغ درد اضافه کیږي.

همداسې Obturator علامه د Appendix په التهاب کې مثبت وی په دی تست کې ناروغ ستون ستاغ څملی او داکتر د هغه ښی ورون ته چې د ګیډې په سر۱۶ درجی د قبض په حالت کې وی داخل خواته تدور ورکوی پدی وخت کې Obturator internus پر Appendixباندی فشار واردوی او د ناروغ درد اضافه کېږی.

د Retrocecal اپندیسایتس بارز علایم د سریري له نظره:

زړه بدوالي او کانګي ډیر عمومیت نه لري او حتي نوي او ددي ډول اپندیسایتس علایم زیاتره په Flank ناحیه کې موجود وي. ناروغ قبضیت نه لري او حتي په ځینې وقایعو کې اسهال موجود وي.

په دي نوع اپندیسایتس کې له هغه ځایه چې Appendix د حالب په څنګ کې واقع وي نو ناروغان د تشو متیازو د Frequency او حتي لږ Hematuria څخه شکایت کوي البته د Dysuria په شکل)

د حوصلي اپندیسایتس بارز سریري تظاهرات:

د Gastroenteritis د سریري تظاهراتو سره ډیر شباهت لري او د ګیډې په جدار کې د اپندیسایتس په پرمختللي مرحلو کې اعراض او علایم موجود نه وي. ناروغ په خپله ګیډه کې مخصوصا د ګیډې په ښکتني برخو کې مبهم دردونه حس کوي زړه بدوالي، کانګي او اسهال ډیر بارز وي او که دا نوع اپندیسایتس د Gastroenteritis په اپیدیمي وخت کې تصادف وکړي تشخیص یې د دقیق معایناتو په واسطه وضع کېږي. په غیر ددي امکان لري چې داکتر سهوه وکړی، د اپندیسایتس په دي شکل کې ناروغ امکان لري چې دوامداره اسهال ولري ځکه چې التهابي Appendixد sigmoid په څنګ کې واقع او د هغه دجدار د دوامداره تخریش سبب ګرځي.

په شروع کې د مقعدي اوبطني معاینې پواسطه د Appendix سریري علایم موجود نه وي اما د ناروغي د شروع څخه تقریبا ۶ یا ۷ ساعته وروسته څرنګه چې مخکې ذکر شو د دوګلاس د جوف د فشار ورکولو په واسطه ناروغ په Suprapubic ناحیه کې درد حس کوي.

Retroilial اپندیسایتس سریري تظاهرات:

د Retrocecal اپندیسایتس په شان سریري تظاهرات لري اما Hematuria موجوده نه وي او له هغه ځایه چې تشخیص یې مشکل دی عموما دالیوم په خلف کې اپندیکس سوري کېږي او د ګېډې په دننه ابسي جوړوي اوددا خلي بطني ابسي سریري تظاهرات ښکاره کوي.

د obstructor اپندیسایتس بارز سریري تظاهرات:

داپندیکس دتام بندش څخه وروسته شدیدالتهابي حالت مینځته راځي چې د Appendix داوعیو د بندش سبب کرځي. او اپندیکس ژر ګانګرین او سوري کېږي په دي وخت کې ناروغ په خپله ګېډه کې شدید کولیک ډوله درد حس کوي او درد حتي تر دي اندازي پوري شدید وي چې دمساریقي شریان د حاد بندوالي یا دوړو کولمو اختناقي انسداد ته فکراوړي.

د اپندیایتس د Bizzorre شکل بارز سریري تظاهرات:

دکولون ولادي Malrotation له کبله سیکوم په L.L.Q کې موقعیت لري او د اپندیکس التهاب د Sigmoid د ددیوتیکولایتس سره مغالطه کېږي او د سیګموئید د دیورتیکولایتس په نامه ناروغ عملیات کېږي او قطعي تشخیص د عملیات په وخت کې ایښودل کېږي.

په هغه حالاتو کې چې سیکوم نورمال اناتومیک موقعیت ولري اماAppendix د نورمال څخه ډیر اوږد وي د Appendix څوکه امکان لري چې حتي تر ځیګر پوري ورسیږي په دي وخت کې داپندیکس التهاب د کولي سیستایتس یا د اثناء عشر د قرحي د سوري کېدو سره مغالطه کېږي.

د حاد اپندیسایتس تشخیص:

د حاد اپندیسایتس تشخیص د سریري تظاهراتو او لابراتواري معایناتو پواسطه وضع کېږي چې سریري تظاهرات یې مخکې ذکرشول او په لابراتواري معایناتو کې د وینې د سپین کروياتو په شمیر کې زیاتوالي د اپندیسایتس لپاره وصفي دي او د ۱۶۶۶۶ څخه د ۱۸۶۶۶پوري په یو ملي لیتر مکعب کې جیګیږي په Differential معاینه کې د

ځوان سپین کریواتو شمیر زیات او حتي ۱۱ فیصدو ته رسیږي او د ۷۱ فیصده ناروغانو نوتروفیل د ۷۱ فیصده څخه جیګ وي په هغه حالاتو کې چې اپندیکس سوري شوي وي د سپینو کروياتو شمیر د ۱۸۶۶۶ څخه زیات وي.

د تشو میتازو عادي معاینه نورمال وي اما د Retrocecal او Pelvic اپندیسایتس په حالاتو کې چې التهابي اپندیکس د حالب یا مثاني په څنګ کې قرار لري د تشو میتیازو په معاینه کې امکان لري البومین یو مثبت او په هره ساحه د میکروسکوپ کې ۶ یا ۷ دانې سپین کرویات موجود وي اما لکه د بولي لاري په انتاناتو کې چې Bacilluria موجوده وي په دې ځای کې موجوده نه وي.

رادیولوژیک معاینات:

حاد اپندیسایتس د تاریخچې او سریري تظاهراتو له مخې بدون د رادیوګرافي تشخیص کیږي اما په هغه حالاتو کې چې داکتر د اپندیسایتس د تشخیص په هکله مشکوک وي یا داچې ناروغ ډیر ځوان یا فوق العاده زوړ وي یا اپندیسایتس اختلاطي شوي وي په لومړي حالت کې د تفریقي تشخیص او په دویم حالت کې د تشخیص د تایید لپاره د ګېډې ساده رادیوګرافي باارزښته بلل کیږي.

د ګېډې په ساده رادیوګرافي کې په R.L.Q کې موضعي هوا او ګاز سویه (Air fluid level) په همدي ناحیه کې د رخوه اقسامو کثافت زیاتوالي موجود وي او هر څومره چې د اپندیکس التهاب پرمختګ وکړي په هماغه اندازه رادیولوژیک تظاهرات بارز وي او که التهابي اپندیسایتس سوري شوي وي که د ناروغ د ګېډې څخه د ولاړې په وضعیت رادیوګرافي اجرا شي د حجاب حاجز او ځیګر ترمینځ هوایي فاصله معلومیږي.

په ماشومانو کې چې هغوي خپله تاریخچه په صحیح ډول ویلای نشي اود سریري له نظره د اپندیسایتس تشخیص مشکل دي د باریوم د امالي څخه وروسته د سیکوم رادیوګرافي د تشخیص په هکله ښه کومک کوي چې که د سیکوم په څوکه کې Appendix د باریوم په واسطه ډک نه شي معني یي داده چې لومن یي د التهاب له کبله بند شوي او اپندیکس التهابي دي.

سونوګرافیک معاینات:

د Appendicitis په تشخیص کې فشاري سونوګرافي (Graded compression sonogrophy) با ارزښته معاینه ده چې التهابي شوی اپنډکس د یو غټ قوس په ډول چې پرسېدلی وي او Peristalsis نه لري د سیکوم په څوکه کې لیدل کېږي او د اپنډکس قدامي خلفي قطر د Probe د فشار ور کولو پواسطه اندازه کېږي او په هغه حالاتو کې چې د اپنډکس خوله د غایطې تیږې یا د نورو حبوباتو د زړو سره بنده شوي وي معلومېږي، سربېره د دې د اپنډکس التهاب په تفریقي تشخیص کې Overian cyst، Sulphengitis او خارجي رحمي حمل سره هم امکان لري.

توپیري تشخیص:

حاد اپندیسایتس باید له لاندې امراضو سره توپیري تشخیص شي.

د مساریقي د حاد ادینایتس سره Acute Mesenteric Adenitis :

دا ناروغي چې زیاتره په ماشومانو کې پیداکېږي د اپندیسایتس سره مغالطه کېږي او باید تفریق شي په مساریقي حاد ادینایتس کې ماشومان د تنفسي لارې د پاسني برخې فعال انتان لري یا دا چې ددې برخې انتاني حالت مخ په شفا کېدو وي د R.L.Q درد نسبت اپندیسایتس ته خفیف او په نوموړي ځای کې منتشر وي په ناحیه کې د ګیډې د جدار حقیقی شخوالی لکه چې په اپندیسایتس کې موجود وی نه وی تقریبا د ماشوم په ټول وجود کې لمفاوي غدواتو ضخامه موجوده وي او د وینې په معاینه کې لمفوسیتوزیس لیدل کېږي سره له دي هم ددې دواړو ناروغیوتفریق مشکل دي.

د حاد ګسترو انترایتس سره Acute Gastroenteritis:

دا ناروغي مخصوصا ویروسي Gastroenteritis عموما په ځوان ماشومانو کې پیدا کېږي. د ناروغ د ګیډې د Cramp ډوله درد سره یو ځای اوبګین اسهال، زړه بدوالي او کانګې لري. حالانکه په Appendicitis کې د ګیډې د درد څخه څو ساعته وروسته ناروغ ته لږه اندازه زړه بدوالي او کانګې پیدا کېږي.

په Acute Gastroenteritis کې د دوه ګرمې ډوله دردونه په مینځ کې ناروغ په خپله ګډه کې درد نه حس کوي په R.L.Q کې درد هیڅ وخت موضعي نه وي او د وینې لابراتواري معاینات نورمال وي.

په سلمونیلا Gastroenteritis کې د ګډې درد او هضمي تشوشات د ویروسي Gastroenteritis سره شباهت لري اما په ځینې ناروغانو کې د ګډې درد په ښي حرقفي حفره کې موضعي پاتي کېږي او Rebound Tenderness موجود وي، ناروغان عموما شدیده تبه لري چې د لړزې سره شروع کېږي ،د سپینو کرویاتو شمیر نورمال وي او په وینه کې Salmonella په سلو کې سل تثبیتیږي.

۳) Yersiniosis:

د حیواناتوهضمي انتانات د Yersinia Enterocolitis او Y.Pseudotuberculo په شکل ډیر عمومیت لري.

yersinia د حیواناتو د غایطه موادو په واسطه محیط ته انتشار کوي او کوم سابه چې د منتن حیواناتو د غایطه موادو سره ملوث شي او د انسانانو له خوا وخوړل شي د انسان هضمي جهاز هم د Yersinia پواسطه التهابي کېږي او Yersiniosis Enterocolitis مینځ ته راځي.

په دي ناروغي کې ناروغ تبه، اسهال، کانګې د ګډې درد مخصوصا د ګډې په ښي ښکتني برخو کې اود مساریقي د لمفاوي غدواتو التهاب موجود وي چې پاسني اعراض د Appendicitis اعراضو سره شباهت لري.

اما تشخیص یې د غایطه موادو دمعاینې په واسطه وضع کېږي ځرنګه چې د غایطه موادو په مینځ کې Yersiniosis تثبیت او Yer.Enterocolitis تشخیصیږي.

دا میکرواورګانیزم د Kanamycine, Ampicillin, Erythromycin او Tetracycline سره حساس دي.

۴- د ښي حالب او د ښي پښتورګي د تیږو سره:

د ښي حالب او ښي پښتورګي تیږي د Retrocecal او دحوصلي Appendicitis په شان اعراض ورکوي اما د حالب او د پښتورګو دتیږي دردونه ښکته خوا یا قدام خواته

انتشار لري سربیره ددي په مشکوکو حالاتو کې د ګیدي د ساده رادیوګرافي په واسطه د حالب او پښتورګو تیږي ښکاره او تشخیص وضع کیږي.

۵- Acute Pyelonephritis سره:

دښي طرف Pyelonephritis زیاتره د حاد Retroilial اپندیسایتس سره اشتباه کیږي اما د ضلعي فقري زاویي شخوالي او حساسیت،د تشو میتیازو په معاینه کې د زوي او باکتریاو تثبیتیدل د پیالونفرایتس تشخیص وضع کوي.

٦- د میکل دیورتیکول سره:

د دي مرض سریري لوحه بیخي د Appendicitis سره ورته والي لري اوله هغه ځایه چې دمیکل دیورتیکول سیر، اختلاطات او تداوي د اپندیسایتس په شان دي نو تفریق تشخیص ته ضرورت نه حس کیږي.

۷- د تغلف یا Intussusceptions سره:

دکولمو تغلف زیاتره په هغه ماشومانو کې پیداکیږي چې ددوو کالو څخه لږ عمر ولري برخلاف Appendicitis په دي سن کې ډیر لږ تصادف کیږي.

د تغلف په حالاتو کې ماشوم په خپل ګډه کې Periodic ډول شدید درد حس کوي اود درد د حملو په مینځ کې ماشوم ارام وي.وروسته د څو ساعتو څخه د ماشوم د مقعد څخه وینه او مخاط لرونکې غایطه مواد خارجیږي. او په دي وخت کې په R.L.Q کې یوه اوږده کتله دجس وړ وي.

د پورتني اعراضو په واسطه د تغلف تشخیص واضح اوکه دperitonitis اعراض تاسس کړی نوي د باریوم د امالي پواسطه ارجاع او انسدادي حالت د مینځه ځي حال دا چې که Appendicitis موضوع د بحث وي باریوم اماله د ماشوم د مرګ سبب ګرځي.

۸- Regional Enteritis سره:

ددي ناروغي سریري تظاهرات د حاد اپندیسایتس سریري تظاهراتو سره ډیر شباهت لري اما د مرض مزمن سیر هغه دAppendicitis سره جلا کوي، خو بیا هم د Regional Enteritis ناروغانو ګډه مخصوصا د ناروغي په لومړیو مراحلو کې د Appendicitis په نامه خلاصه او د عملیات په وخت کې حقیقي تشخیص کیږي.

۹- Honica Schonlein Purpura سره:

وروسته د دوه یا دري هفتو د Streptococcal انتان څخه ناروغ په خپله ګډه کې درد حس کوي او له هغه ځایه چې د ګډې د درد په څنګ کې د بندونو درد، Purpura او د Nephrite اعراض او علایم هم موجود دي نو تفریق یې د Appendicitis سره مشکل نه دي.

۱۰- د P.I.D یا د حوصلي التهابي امراضو سره:

دحوصلي د التهابي امراضو د جملي څخه Salphangitis زیاتره د حاد Appendicitis سره مغالطه کېږي او دا مغالطه هغه وخت زیات تصادف کوي چې Salphangitis یوه طرفه او په ښي طرف کې وي په دي وخت کې چې کوم شي په تفریقي تشخیص کې ډیر مهم دي هغه دادي چې په Salphangitis کې د رحم د غاړې حرکات د مهبلي معاینې په اثر دردناکه او د رحم د غاړې په زوه لرونکو افرازاتو کې میکرواورګانیزم او مخصوصا Diplococci تثبیتیږي.

۱۱- د Ruptured Graafian follicle:

د مبیض د فولیکولو د څیري کېدو سره یوه اندازه وینه او د مبیض مایعات د پریطوان ازاد جوف ته توئیږي او د ګډې په چپ یا ښي طرف کې (نظر په موقعیت د افت) ناروغ شدید درد حس کوي.

دغه حادثه که په ښي طرف کې صورت ونیسي د Appendicitis سره اشتباه کېږي. که د ناروغ څخه په ډیر دقت سره مشاهده واخستل شي معلومیږي چې نومورې درد دحیض د دوري نیمایي وخت کې پیدا شوي دي، درد په اوله کې شدید او د وخت په تیریدو سره ورو ورو د مینځه ځي، ناروغ تبه نه لري او Leukocytosis موجود نه وي.

۱۲- دخارجي رحمي حمل سره Ruptured Ectopic Pregnancy:

دا حالت وروسته د دوه یا دري میاشتو د تحیض د قطع کېدو څخه پیدا کېږي ناروغه په ناڅاپي ډول د ګډې په ښکتني برخو کې شدید درد حس کوي او د Hypovolumia اعراض مینځ ته راځي.

په مهبلی معاینه کې د مبیض په څنګ مخصوصا په ښي طرف (که خارج رحمي حمل په ښي طرف واقع شوي وي) یوه بله حساسه او دردناکه کتله جس کېږي. د

Culdocentesis په واسطه د دوګلاس د جوف څخه داسې وینه خارجیږي چې هیڅ نه پیژندل کیږي.

۱۳- د مبیض د سیست د تدور سره:

که سیست غټ وي تشخیص تر یوي اندازي پوري اسان دي او که سیست وړوکې وي تفریق یې د حاد Appendicitis او مخصوصا د حادي حوصلي Appendicitis سره مشکل وي ځکه چې سریري اعراض او علایم بیخي د Appendicitis سره شباهت لري که د عمومي انستیزي تر شرایطو لاندي مهبلي معاینه اجرا شي امکان لري چې تدور کړي سیست په حوصله کې جس شي. له هغه ځایه چې په دواړو حالاتو کې جراحي تداوي استطباب لري نو بهتره ده چې عملیات ته اقدام وشي.

۱۴- د Epiploic Appendicitis سره:

Epiploic Appendix هغه وخت په التهاب اخته کیږي چې تدور یې کړي وي د سریري اعراضو له نظره ناروغ یوائې دردحس کوي زړه بدوالي اوکانګي معمولا موجود نه وي او له هغه ځایه چې د ګېډې درد په دوامداره ډول په یوه نقطه کې پاتې کیږي نو تر څو چې بطن خلاص او Epiploic Appendix چې التهابي شوي دي ونه ایستل شي درد نه ورکیږي.

۱۵- د نورو امراضو سره

Appendicitis د یو زیات شمیر نورو امراضو سره هم کله کله مغالطه کیږي چې تفریقي تشخیص ته ضرورت پیداکیږي او دا امراض عبارت دي له: مزمن Pancreatitis، Diverticulitis ، د مثاني التهاب، د خصیې تدور او نور چې په مربوطه مباحثو کې تشریح کیږي.

۱۶- Compylobacter Jejuni سره:

ناروغ شدید اسهال لري د ګېډې درد یا اپنډیسایټس سره ورته والی لري خو تشخیص یې د غایطه موادو د معاینې پواسطه کیږي.

د حاد اپندیسایتس اختلاطات:

کوم وخت چې Appendicitis ناروغ بې له تداوي پاتې شي دAppendix التهاب پرمختګ کوي او امکان لري چې Appendix سوري شي یا دا چې پیالي فلبایتس مینځته راشي.

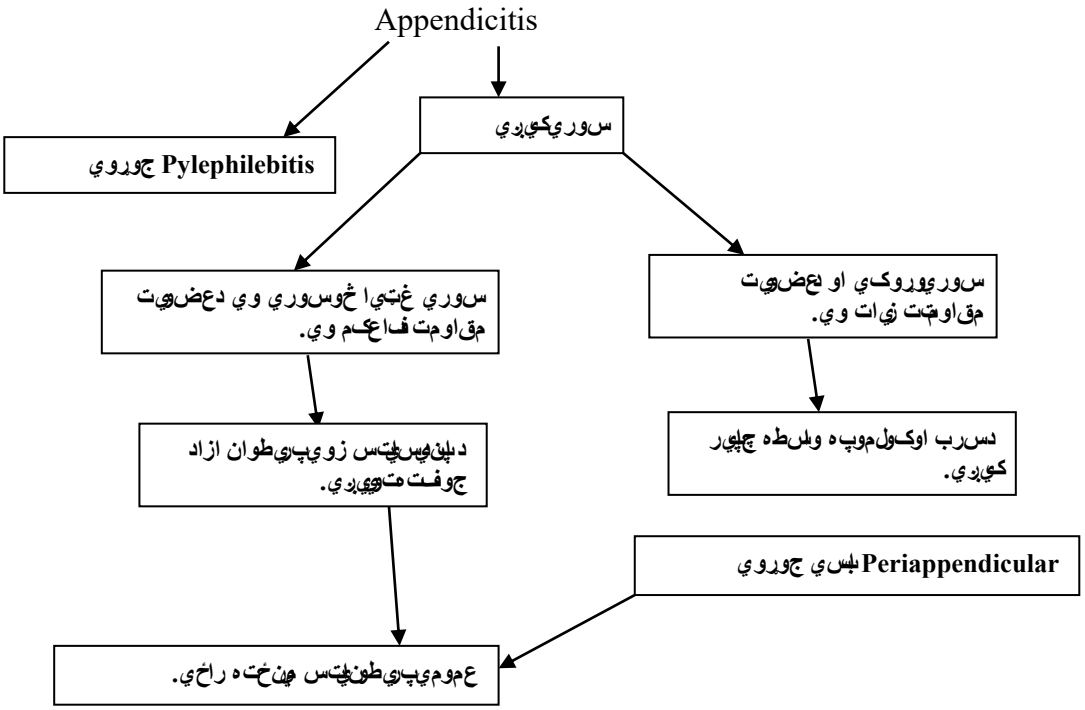
۱) که د التهابي Appendix سوري وړوکې وي یا دعضویت دفاعي میخانیکپت زیات وي:

الف: Per appendicular Mass:

کوم وخت چې دالتهابي Appendix سوري ډیر وړوکې وي یا دا چې دعضویت دفاعي میخانیکپت قوي وي د سوری څخه کومه لږه اندازه زوي چې خارجیږي او د پریطوان د تخریش سبب ګرځي په دي وخت سوري شوي ناحیه د Omentum او د کولمو د عرواتو په واسطه چاپیر کیږي او د اپندیکس التهابي ارتشاح په نوموړو اعضاو کې داخل او یوه کتله جوړوي چې Periappendicular mass په نامه یادیږي. د سریري له نظره د Appendicitis اعراض او علایم شدت پیدا کوي او په فزیکي معاینه کې په R.L.Q کې یوه کتله جس کیږي چې حدود یې د داکتر له خوا په صحیح ډول تعینیداي نشي او د شدید جس کولو څخه باید ډډه وشي په غیر ددي امکان لري چې کتله تخریب او عمومي Peritonitis مینځ ته راشی. همداسې په دي مرحله کې د luxative دواګانو څخه چې دغیر فني اشخاصو له خوا په محلاتو کې توصیه کیږي باید ډډه وشي ځکه چې ددي دوا په واسطه د کولمو استداري حرکات اضافه او انتان انتشار کوي.

ب: Periappendicular ابسي:

که periappendicular Mass بې د تداوي پاتې شي په مرکز د کتله کې چې سوري شوي اپندیکس قرار لري التهاب فعالیت کوي او زوي په مترقي ډول اضافه کیږي چې په نتیجه کې Abscess مینځ ته راځي چې د periappendicular ابسي په نامه یادیږي.



د سريري له نظره د ناروغ درد او سريري تظاهرات نور هم اضافه کيږي په فزيکي معاينه کې په R.L.Q کې يو محدوده شوي کتله موجوده وي چې مرکز يې نرم او Fluctuate وي.

ج: عمومي پريطونايتس:

که periappendicular ابسي دريناژ نه شي په هغه حالاتو کې چې appendicitis حوصلی موقعيت ولري ابسي امکان لري چې په رکتوم کې درناژ شي. او که نورمال موقعيت ولري په بنفسهي ډول د کولمو د استداري حرکاتو په واسطه جدار د ابسي تخريب او زوې د پريطوان په ازاد جوف کې توئيږي او عمومي Peritonitis پيدا کيږي.

يا دا چې د قوي جس په واسطه او يا وروسته د غير فني تداوي ګانو پواسطه لکه د جلاب د خوړلو يا اماله کولو څخه وروسته د ابسي جدار څيري کيږي او عمومي Peritonitis مينځته راځي.

۲) که التهابي Appendix څو ځايه سوري شوي وي يا دا چې سوري لوي وي او دعضويت دفاعي ميخانيکيت کم وي. د التهابي Appendix څخه زيات اندازه زوي د پريطوان په ازاد جوف کې په ناڅاپي ډول توئيږي کولمو او سرب ته

دومره موقع نه پیداکېږي چې سوري شوي ځاي چاپیره او محدود کړي. په دې ډول راساً عمومي Peritonitis مینځته راځي.

۳) **Pyle phlebitis** :

د باب ورید د تقیحي Thrombophlebitis څخه عبارت دې چې په سیر د اپندیسایتس مینځ ته راځی او دسریري له نظره د ناروغ تبه شدیده او د لرزي سره ملګر ي وي ناروغ خفیفه زیړي پیداکوي ،څو ساعته یا څو ورځي وروسته د ځیګر ناحیه دردناکه او ځیګر غټیږي، د ځیګر د ابسي اعراض هم پیدا کېږي، بلاخره د ناروغ وضع وخیمه او Septic شاک خواته ځي او زر مړ کېږي.

که د Appendicitis مکروبي عامل انایروبیک مکروبونه وي کوم وخت چې Pylophlebitis د شدید تبي او لرزي سره شروع شي د باب ورید تر مینځ هوا داخله او په ظرف د څو ساعتو کې ناروغ Septic shock ته داخل او مړ کېږي.

Appendicitis په ماشومانو کې:

په ماشومانو کې حاد Appendicitis نسبت کاهل خلکو ته ډیر وخیم او خطرناک سیر کوي ځکه چې:

۱- د Appendix التهاب په ماشومانو کې نسبت کاهل خلکو ته سریع سیر لري او ژر سورې کېږي، له همدي کبله ده چې ماشومان زیادتره د Peritonitis په لوحه کې روغتون ته مراجعه کوي.

۲- د انتان په مقابل کې د ماشومانو مقاومت نسبت کاهلانو ته لږ دي.

۳- د Appendicitis سریري اعراض په ماشومانو کې د ډیر لږ مقدار Analgesic تطبیق څخه بیخي د مینځه ځي او داکتر اشتباه سره مخامخ کوي. او وروسته د مسکن د دوا د تاثیراتو مینځه تلوڅخه ژر د Peritonitis لوحه تاسس کوی لدی کبله په ماشومانو کې هیڅ وخت او حتي ډیر لږ مسکن هم باید استعمال نه شي، تر څو چې د ګډې سریري لوحه واضح او ښکاره پاتي شي.

۴- ماشومان د غټانو په ډول خپل شکایت نشي ویلاي له دي کبله تشخیص یوائي د فزیکي او لابراتواري معایناتو په اساس وضع کېږي او له هغه ځایه چې د

ماشومانو Appendicitis سریري علایم د سږي د قاعدې او د پښتورګو د امراضو د علایمو سره شباهت لري نو تشخیص هغه وخت صورت نیسي چې د Peritonitis اصلي لوحه تاسس کړي وي.

سریري تظاهرات:

۱- درد: چې په خپله ماشوم د درد ځای نشي ښودلای ځکه چې معمولاً په ماشومانو کې Appendix غټ او د ګډې حجم لږ وي.

۲- کانګې: نسبت کاهلانو ته فوق العاده شدیدي او شمیر یې زیات وي.

۳- اسهال: په زیات شمیر Appendicitis ماشومانو کې سره له دي چې Appendix نورمال اناتومیک موقعیت ولري اسهال موجود وي.

۴- تبه او نبض: په ماشومانو کې نسبت کاهلانو ته د Appendicitis په حالت کې تبه او نبض ډیر سریع وي او د ناروغۍ په پرمختللي وقایعو کې برخلاف Bradycardia او Arythmia موجوده وي.

۵- د ویني په لابراتواري معاینه کې لوکوسیتووز د ۱۵ زرو څخه تر ۲۰ زرو پوري موجود وي.

درملنه:

د تداوي له نظره وروسته د تشخیص څخه فورا اپندیکتومی او د Peritonitis په صورت کې اپندیکتومي او د بطن درېناژ باید صورت ونیسي او ماشوم ته انتي بایتوتیک تطبیق شي.

اپندیسایتس په زړو خلکو کې:

Appendicitis په زړو خلکو کې د ماشومانو په شان وخیم او خطرناک وي ځکه چې په کاهل خلکو کې د Appendicitis سریري تظاهرات په خفیف ډول سیر لري.

د مثال په توګه د ګډې درد د Appendix د التهاب د شدت په تناسب ډیر لږ وي. او په جس سره په R.L.Q کې حتي که Appendix سورې شوې هم وي یواځې Tenderness

موجود وي تبه او لوکوسیتوز زیاد موجود نه وي او د Appendicitis په ځینې حالاتو کې حتي نورمال سرحد ته نږدې وي.

بلاخره د سریري تظاهراتو د خفیف والي له کبله د ۷۹ څخه تر ۹۰ فیصده پوري زاړه خلک چې Appendicitis ولري د خپلې ګډې په درد باندې اعتناء نه کوي او د سوري شوي Appendicitis سره روغتون ته مراجعه کوي.

او له هغه ځایه چې په زړو خلکو کې Appendicitis د اشتراکې امراضو لکه Diabetes، د زړه عدم کفایي او د سږو د امراضو سره یو ځای وي نو د Appendicitis انزار په دې ناروغانو کې ښه نه وي او د مړینې خطر ډیر وي.

Appendicitis په حامله ښځو کې:

د احصایې له نظره په هرو ۱۲۰۰ حامله ښځو کې یو نفریې د حمل په وخت کې په Appendicitis مبتلا کیږي. د حامله ښځو Appendicitis دوه چنده اضافه تر نسبت غیر حامله ښځو ته سورې کیږي ځکه چې:

۱- د حمل په دوران کې د حوصلي Hypervascularity، د لمفاوي درېناژ اختلال او په وینه کې د Corticosteroid د سویې جیګوالي ددې سبب کیږي چې Appendicitis په حامله ښځو کې وخیم سیراو ژر سوری شی.

۲- د Appendicitis سیر نور هم هغه وخت وخیم کیږي چې ناروغه مخکې د حمل څخه د Appendicitis کومه حمله تیره کړی وی او د ګډې په خلفی جدار کې التصاقات ولری چې د حمل په وخت کې تر کشش لاندې واقع او اروایي مختل کیږي.

کوم وخت چې Appendix د التهاب له کبله سوري او ابسي جوړه کړي د رحم جدار د ابسي انسي او سفلي جدارونه جوړوي چې د زوي د تخریش له کبله د رحم جدار تخریش او تقلصات یې تنبه کیږي. چې په نتیجه کې ناروغه سقط کوي او کوم وخت چې رحم تخلیه شو د هغه په حجم کې په ناڅاپي ډول کموالي راځي او د ابسي جدار چې یوه برخه یې د رحم جدار جوړ کړي دي ښکته راځي او شکیږي او د ابسي زوې په ټول پریطوان کې انتشار کوي.

سریري اعراض او علایم:

د حمل د غټیدو سره موازي سیکوم د M.c Burney د ناحیې څخه پورته او شاوخوا ته مهاجرت کوي له دې کبله په مختلفو مراحلو کې ناروغه په مختلفو ځایو کې درد حس کوي.

۱- په لومړي Trimester کې د درد موقعیت او Tenderness د M.c Burney د ناحیې څخه لږ پورته وي، اوهم د Appendicitis کانګې دحمل د کانګو سره مغالطه کېږي.

۲- په دویم Trimester کې د درد موقعیت او tenderness د Flank په خلفي او پورتنۍ برخو کې موجود وي.

۳- په دریم Trimester کې درد او Tenderness ځیګر لاندي موقعیت لري.

درملنه:

دتداوي له نظره وروسته د تشخیص څخه زر تر زره باید عملیات اجرا شي او که Appendix سوري شوي وي باید د بطن له لارې دریناژ اجرا شي په دي مراحلو کې د تداوي په مقصد سقط ورکول استطباب نه لري.

د حاد Appendicitis درملنه:

د حاد Appendicitis یواځینې اوانتخابي تداوي جراحي ده چې د جراحی عملیاتو په واسطه Appendectomy اجرا کېږي البته په هغه ځایو کې چې ډاکټر موجود نه وي یا دا چې د انستیزي شرایط فوق العاده خراب او حتې امکان ونه لري او د ناروغ انتقال یو مجهز مرکز ته امکان ونه لري تداوي د انتي بیوتیک سره صورت نیسي.

ددي تداوي سره ۵۰ فیصد امکان لري چې د Appendix التهاب برطرف شي او ۵۰ فیصد امکان لري (حتي زیادتر) چې التهاب یې پرمختګ وکړي.

د Appendectomy استطبابات:

۱- د حاد، مزمن او نکس کوونکې Appendicitis په حالاتو کې Appendectomy استطباب لري په هغه حالاتو کې چې د Appendix د سوري کېدو او ابسي جوړولو څخه ډیره موده تیره شوي وي په لومړي مرحله کې دریناژ عملیه صورت

نیسي او که په دې وخت کې د Appendix لري کول امکان نه درلوده درې میاشتې وروسته Appendectomy باید اجرا شي.

۲- د Appendix Mucocele، Cyst او Carcinoid تومورونه هم د Appendectomy په واسطه تداوي کېږي.

۳- د Appendix د Fecal fistul's په حالاتو کې هم Appendectomy استطباب لري.

۴- په ټولو هغه حالاتو کې چې Appendix التهابئ شي او نومورې التهاب په Appendix کې موضعي وي Appendectomy استطباب لري.

۵- په وقایوي ډول Appendectomy هغه وخت استطباب لري چې یو نفر د اوږدې مودې لپاره په یو داسې مسافرت اقدام وکړي چې د سفر په طول کې که Appendicitis حمله ورباندې راشي عملیاتي تداوي یې د خرابو موضعي او ترانسپورتي شرایطو کې امکان ونه لري.

د Appendectomy مضاد استطباب:

۱- کوم ناروغان چې Regional ileitis لری تر څو چې پخپله Appendix په خاص ډول په التهاب اخته شوې نه وي باید Appendectomy نشي ځکه څیړنو ښودلي ده که پدې ناروغانو کې Appendectomy په ضمن د Regional ileitis کې اجرا شي د غایطي فستول د مینځ ته راتلو خطر زښت زیات وي.

۲- د پلاسترون یا Appendicular کتلي د جوړیدو په صورت په اوله مرحله کې هم اپندیکتومي استطباب نه لري چې وروسته تشریح کېږي.

د اپندکتومي د عملیاتو کلاسیک تخنیک:

عملیاتی شق:

Mc Burney شق: په هغه حالاتو کې چې Appendicitis اختلاطي شوې نه وي ددې نوع شق څخه استفاده کېږي چې تقریباً ۴ نه تر ٦ سانتي متره اوږدوالي لري او په منحرف ډول په MC. Burney ناحیه کې اجرا کېږي.

Davis or Rocky شق: یو مستعرض جلدي شق دي چې تقریبا ٦ سانتي متره اوږدوالي لري او د Ant. Sup. Iliac. spine په سویه تقریبا څلور سانتي متر لري اجرا کېږي.

Pararectal شق: په هغه حالاتو کې چې د Appendicitis په هکله ډاکتر مشکوک وي نو غواړي چې د عملیات په وخت کې د ګډې ټول احشاء تفتیش کړي ددي شق څخه استفاده کوي نومورې شق په عمودي ډول د ښي حرقفي حفري په حذا د بطن د مستقیمه عضلي د وحشي حافي په امتداد اجرا کېږي.

د ګډې دجدارشق: وروسته د پوستکې د شق څخه د ګیدي د جدار عضلات او مربوطه صفاق د هغوي د صفاقي او عضلي الیافو د سیر سره موازې شق او تسلیخ کېږي.

د عضلي طبقاتو د جلا کولو څخه وروسته په اخر کې جداري پریطوان ښکاره او پنسو په واسطه د ګډې د احشاوو څخه لرې او جیک نیول کېږي په دې وخت د بیاتي په واسطه قطع او سوري کېږي په داسې حال کې چې د ګډې سوري شوې جدار د ایکرتورو په واسطه جلا او ښکته راوړل کېږي د حرقفي دحفري څخه سیکوم پیدا د خپل لوڅ څخه خلع او د باندي راوړل کېږي. د سیکوم د تینیاګانو په څوکه Appendix پیدا او د مساریقي څوکه یې په احتیاط نیول کېږي.

:Appendectomy

په داسې حال کې چې Assistant داکترسیکوم د یوه پارچه ګاز سره تثبیت ساتي جراح لومړي د Appendix مساریقه تسلیخ او قطع کوي وروسته د Appendix قاعدي ته د پنس په واسطه فشار ورکوي او په همدي ناحیه کې د Appendix قاعده غوټه کوي. د غوټې د ناحیې څخه پورته بیا کلمپ اچوی، د غوټې او د کلمپ تر مینځ Appendix قطع او د قطع شوې Distal څوکه د تینچر په واسطهDisinfection کېږي، وروسته د Appendix قاعده په سیکوم کې ښخیږي، څرنګه چې د سیکوم په سر د Appendix د قاعدي په چارچاپیره دایروي ډول Seromuscular خیاطي وهل کېږي ددي خیاطو د کش کولو سره موازي د Appendix قاعده د پنس په واسطه د سیکوم داخل خواته فشار ورکول کېږي او ښخیږي.

وروسته د Appendix دلوڅ د تفتیش څخه پریطوان، مستعرضه عضله ، منحرفه صغیر او منحرفه کبیره د پوستکې لاندي طبقه او پوستکې پلان په پلان ګنډل کېږي.

که التهابي Appendix سوري شوي وي د Appendix په لوڅ یو پنروز درن تثبیت او په غیر ددي درن نه تثبیتیږئ.

د Appendicitis تداوي د اختلاطي اشکالو په ارتباط:

۱. د Periappendicular Mass تداوي:

کوم میتود د تداوي چې په ۱۹۰۱ کال د A.J.Ochsner's له خوا وړاندي شوې دي تر اوسه پوري تقریبا ټولو مولفینو له خوا دملو وړ دي. څرنګه چې که په R.L.Q کې یوه کتله د حاد Appendicitis د حملي په تعقیب جوړه شوي وي باید چې فورا عملیات نه شي ځکه چې که پدي وخت کې عملیات اجرا شي التهابيAppendix چې د کولمو د عرواتو او د د سرب په واسطه چاپیره شوې وي ټول ارتشاحي او ماتیدونکي وي او د تسلیخ په وخت کې امکان لري چې شدید نذف واقع او د کولمو جدار څیري شي او په دې ډول غایطه مواد ټول بطن ته انتشار وکړي.

نوپه دي حالت کې ناروغانو ته په قوي مقدار انتي بیوتیک د ورید له لاري د سیروم سره یوځاي تطبیقیږي او هره ورځ بطني کتله، نبض، د حرارت او د وینې د سپینو کروياتو شمیر کنترول کیږي په هغه صورت کې چې د ګډې کتله ورځ په ورځ مخ په وړکې کیږي وي نبض، د حرارت د رجه او د سپینو کروياتو شمیر نورمال خواته مراجعت وکړي تداوي ته ادامه ورکول کیږي تر څو چې کتله بیخی ورکه شي. وروسته د شپږو اونیو څخه په انتخابي ډول Appendectomy اجرا کیږي. تر څو چې بیا Appendix په التهاب اخته نشي.

۲- د Periappendicular ابسي تداوي:

که د پاسني تداوي سره بطني کتله ورکه نه شوه او ورسته د لږ غټیدوڅخه نرمه او Fluctuant شوه یا په بل عبارت ابسي تشکل وکړي په دې وخت کې د عملیاتو څخه مخکې اهتمامات نیول کیږي یانې ناروغ ته معدوي تیوب تطبیق او په کافي اندازه داخل وریدي معایعات او د Bacteroides د مداخلي د مخنیوي لپاره Clindamycine د یونیم څخه تر دوه ګرامه پوري د ورید له لاري ورکول کیږي. او بیا ابسي فورا درناژ او د امکان په صورت کې Appendectomy اجرا شي. اوکه د ابسي په جوف کې Appendix

پیدا نه شو د ډیر مانور ورکولو څخه جراح باید ډډه وکړي تر څو چې دابسي جدار څیري نه شي او General Peritonitis تاسس ونکړي.

د ابسي ددریناژ تخنیک خصوصیات نظر په موقعیت دابسي فرق کوي:

الف: د هغه Appendicular ابسي دریناژ چې په الیوسیکال ناحیه کې موقعیت لري:

عملیاتي شق دهغه ناحیي په سر باید اجرا شي چې ابسی په نوموړي ناحیه کې زیات سطحې موقعیت لري. یا په بل عبارت Fluctuation یي زیات وي. که ابسي ژوره موقعیت ولري په دې وخت عملیاتي شق د Mc. Burnery ناحي په عوض په ښي Pararectal ناحیه کې په طولاني ډول اجرا کېږي.

که ابسي لږ انسي خواته موقعیت ولري د نامه څخه ښکته د متوسطه خط شق په واسطه ابسی درېناژ کېدلي شي وروسته ددې څخه چې د ابسي زوی دریناژ شوی په ناحیه کې د پنروز درن څوکه د ګېډې د ښئ جنبي جدار څخه دتام دریناژ په منظور ایستل کېږي.

ب: د هغه **Appendicular** ابسي دریناژ چې حوصلي موقعیت ولري:

باید وویل شي چې ددې نوع ابسي عمده سریري تظاهرات عبارت دي د تبه او مخاط لرونکې اسهال، د مقعدي یا مهبلي معاینې په واسطه یوه کتله جس کېږي، چې دا کتله د مهبل یا رکتوم خواته تبارز کړي وي. وروسته ددی څخه چې رکتوم تخلیه او مهبل یا رکتوم د غیر مخرش Antiseptic محلولاتو په واسطه پري مینځل شو دکتلي په ښکتني برخه کې د مهبل یا رکتوم جدار له لاري ابسي دریناژاو وروسته ددې څخه چې ابسي دریناژ شو په ناحیه کې یوه یا دوه پنروز درنونه تثبیت کېږي. وروسته د دریناژ د ورک کېدو څخه پنروز درن هم ایستل کېږي.

وروسته ددي مرحلي څخه په انتخابي ډول وروسته د دوه یا دري میاشتو د یو بل عملیات په ترڅ کې Appendictomy اجراکېږي.

۳-د Peritonitis د تاسس په حالت کې تداوي:

د یو عمومي پریطونایتس په څیر وروسته د اهتماماتو د نیولو څخه عاجل بطني درناژ صورت نیسي او Appendictomy اجرا کېږي. چې د پریطونایتس په مبحث کې په مفصل ډول تشریح شوې دي.

۴-د Pylephlebitis تداوي:

کوم وخت چې د اپندیسایتس په سیر د ناروغ تبه جګیږي او ورته لرزه پیداکېږي د پیالي فلبایتس پیداکېدو ته ډاکټر باید متوجه شي او ناروغ ته په قوي اندازه وسیع الساحه انتي بیوتیک تطبیق او اپندکتومي اجرا کړی.

په غیر ددی امکان لرې چې په پیالي فلبایتس او ځیګر په ابسو اختلاط وکړي چې تداوي یې په دې وخت کې مشکله او ۹۰ فیصده امکان لري ناروغ مړشي.

مزمن او نکس کوونکې اپندیسایتس:

له هغه ځایه چې مزمن Appendicitis سریري تظاهرات ډیر متغیر وي نو د تشخیص داسانتیا له کبله په څلورو کتګوریو ویشل شوي دي:

۱- تحت الحاد مزمن نکس کوونکې اپندیسایتس

۲- کولیکې نکس کوونکې اپندیسایتس

۳- مزمن Crumbling اپندیسایتس

۴- داپندیکس موکوسل

تحت الحاد مزمن نکس کوونکې Appendicitis:

په دې نوعه Appendicitis کې دالتهاب سریري تظاهرات د حملی په ډول مینځته راځي. د حملي په وخت کې سریري تظاهرات چې دحاد Appendicitis دحملي په وخت پیدا کېږي. په دې ځای کې په خفیف ډول موجود وي.

د ژوره جس په واسطه په M.c Burney ناحیه کې Tenderness موجود وي، د دوه حملو په مینځ ناروغ هیڅ تکلیف نه لري، حملات امکان لري د څو ساعتو څخه تر څو ورځو لپاره دوام وکړی او بیا د مینځه ځي او څو ورځي وروسته بیا پیدا کېږي.

کولیکې نکس کوونکې مزمن Appendicitis:

دا نوع Appendicitis هغه وخت مینځته راځي چې د Appendix د لومن په مینځ کې یو پردي یا اجنبي اجسام داخل شي. او د Appendix قاعدي دلومن د تضیق له کبله بیرته خارجیداي نشي. او دا ازاد جسم د اپندیکس د استداري حرکاتو په واسطه په ازاد ډول داپندیکس په مینځ حرکت وکې. او په دې ډول د اپندیکس د مخاطي غشاء دتخریش سبب ګرځي.

بند شوي اجنبي جسم امکان لري وړوکې غایطي تیکه، د میوه جاتو زړي او حتي ساچمه وي. چې د حرکت په وخت په R.L.Q کې د کولیک په ډول د درد سبب ګرځي. نوموړي درد د حالبي دردونو په شان انتشار نه لري.

په ماشومانو کې دا نوع اپندیسایتس د اکسوریوزیس په سیر امکان لري مینځته راشي اوهر وخت چې اکسیوردا پندیکس په مینځ کې داخل شي ماشوم د ګډې په ښکتني برخو مخصوصا په ښي طرف کې کولیک ډوله درد حس کوي.

دا نوع Appendicitis باید د کولمو دناتام انسداد سره چې دتوبرکلوزیک پریطونایتس له کبله مینځ ته راځي تفریق شي. په دي نوع Appendicitis کې ناروغان عموما تبه نه لري او Leukocytosis موجود نه وي.

د سریري له نظره هر وخت چې په R.L.Q کې ژور فشار ورکړ شي دردونه تحریک کېږي. او سرییره ددې د رادیوګرافیک معاینات، د وینې معاینې او د پوستکې دتست په واسطه توبرکلوزیک پریطونایتس د مزمن اپندیسایتس سره تفریق کېږي.

۱. مزمن Crumlbing اپندیسایتس :

د پتالوژي له نظره د Appendix تحت المخاطي لمفاوي نسج په دې نوع Appendicitis کې فوق العاده هایپرپلازي کوي او په ځینې ځایو کې مزمن التهابي عکس العملونه او ازیما موجوده وي.

کله کله داپندیکس د قاعدې خوله دتحت المخاطي هایپرپلازي کړي نسج په واسطه تر یوې اندازي پورې بندیږي او موکوسل اپندیکس جوړیږي.

په دي نوع Appendicitis کې ناروغ په R.L.Q کې په دوامداره ډول درد حس کوي چې د دریدو او فعالیت په وخت یا د ورځنې فعالیت په پای کې دردونه اضافه کېږي.
دعمیق جس سره R.L.Q کې یوه کتله د څو سانتي مترو په اوږدوالي د جس وړ وي چې Tenderness هم لري.
په نارینه وو کې د الیوسیکال توبرکلوز د لمف ادینایتس، د حالب دتیګي او د سیکوم د کارسینوما سره او په ښځو کې زیادتره د مزمن Salpingo Overitis سره باید تفریقي تشخیص اجرا شي.
چې د پاسني امراضو د تشخیص او تفریقي تشخیص په هکله رادیوګرافي معاینات ډیر اهمیت لري. د ګډې په ساده رادیوګرافي کې امکان لري د حالب تیګه معلومه شي همداسې دحالب دتیګې دموجودیت په هکله I.V.P تشخیصی اهمیت لري.
الیوسیکال توبرکلوزي لمف ادینایتس د وینې د ترسب د سرعت (E.S.R)او د پوستکې د تست پواسطه رد کېږي. د باریوم د امالي څخه وروسته د کولون دچوکاټ د رادیوګرافي په واسطه د سیکوم کارسینوما که موجوده وي تشخیص کېږي.
وروسته د باریوم دامالي څخه د اپندیکس د ډکېدو یا نه ډکېدو د باریوم په واسطه تشخیصي اهمیت نه لري ځکه چې نورمال اپنډیکس هم په زیادتره حالاتو کې د باریوم په واسطه نه ډکېږي.

۲. د Appendix موکوسل:

د اپندیکس موکوسل د کڅوړې ډوله توسع څخه عبارت دی چې د موسیت او موکوئید مایعاتو په واسطه ډک شوې وي او په ډوه ډوله دي:

I. ساده یا سلیم موکوسل
II. خبیث موکوسل

ساده یا سلیم موکوسل هغه وخت مینځته راځي چې د Appendix په Proximal برخو کې فبروزي نسج تشکل کړي وي، او لومن يې بند وي که د اپندیکس د دیستال برخي محتوي میکرواورګانیزم احتوا ونکړي د اپندیکس دمخاطي غشاء افرازات په معقم ډول

د اپندیکس په مینځ کې پاتې کېږي او په مترقي ډول د بندي شوي اپندیکس د توسع سبب ګرځي.

د سریري له نظره د اپندیکس دالتهاب سریري اعراض مینځ ته راوړي اما ناروغ تبه او لوکوسیتوز نه لري.

خبیث موکوسل د اپندیکس دقاعدي دسیست د ادنوما او د ادنوکارسینوما په واسطه مینځته راځي چې نومورې تومورونه د اپندیکس دقاعدي خوله سیکوم ته نږدي بندوي او د اپندیکس دیستال برخو کې مخاطي افرازات راټولیږي. او یو سیست جوړوي چې په دي حالت کې هم د سریري له نظره د اپندیسایتس سریري تظاهرات مینځته راوړي. دتداوي له نظره په دواړو حالاتو کې Appendctomy انتخابي تداوي دی.

د مزمن اپندیسایتس تشخیص:

بایدوویل شي چې مزمن اپندیسایتس قطعي تشخیص ډیر مشکل دي. او یواځې هغه وخت قطعي تشخیص وضع کېږي چې د مزمن اپندیسایتس ټول مشابه امراض لکه د کولمود پریطوان توبرکلوز، دسیکوم کارسینوما، د مساریقي ادنایتس ، سلپینګو او ورایتس او بلاخره د کولمو پرازیتي امراض رد شي.

درملنه:

د مزمن Appendicitis یواځینې تداوي اپندکتومي ده اما له هغه ځایه چې د مزمن اپندیسایتس قطعي تشخیص وضع کول ډیر مشکل دي نو کوم وخت چې د مزمن اپندیایتس احتمالي تشیخص وضع شو داپندکتومي په منظور د M.c Burney شق څخه استفاده نه کېږي. بلکه په R.L.Q کې یو Para median شق اجرا او بطن خلاصیږي. که مزمن اپندیسایتس موجود وي اپندیکتومي اجرا او په غیر ددې ډاکټر کولاي شي چې د Para median شق د اوږدولو په واسطه ټوله ګیده تفتیش کړي.

وروسته د اپندکتومي عملیاتو څخه اختلاطات:

وروسته داپندکتومي څخه مخصوصا هغه وخت چې اپندیکس سوري شوې وي یو شمیر اختلاطات مینځته راځي چې په لاندي ډول تشریح کېږي:

۱- د دو ګلاس دجوف ابسي:

عموما یوه هفته وروسته د اپندکتومي د عملیاتو څخه پیدا کېږي چې نومړي ابسي ورځ په ورځ غټیږي څرنګه چې وروسته د عملیاتو څخه د ناروغ وضع نسبي بهبود مینځته راځي او د عملیاتو په شپږمه او یا اوومه ورځ ناروغ ته تبه پیدا کېږي. اشتها یي د مینځه ځي، د ګېډې په ښکتني برخو کې درد او Tenderness موجود وي. په مقعدي معاینه کې د دوګلاس جوف ډک،حساس او تندر وی

د تداوي له نظره که ابسي ورڼوکې وي د انتي بیوتیکو د قوي دوز تطبیق سره امکان لري چې ابسي ورو ورو رشف شي که د ناروغ وضع په خراب حالت کې ثابته پاتي شي باید ابسي دجراحي عملیاتو پواسطه تخلیه شي چې مخکې تشریح شوي دي.

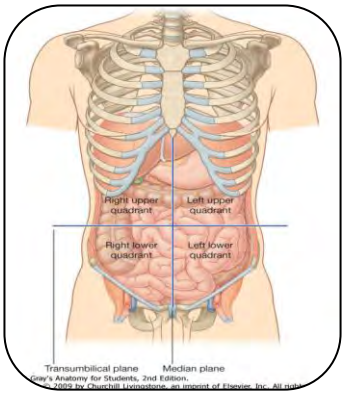
اپنډیسایټس په ایډز او HIV ناروغانو کې:

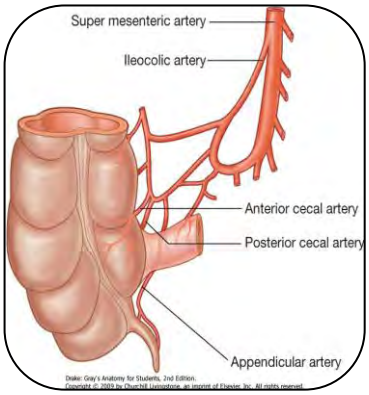
په دې ناروغانو کې د اپنډیسایټس د پیدا کېدو اسباب د نورو خلکو سره کوم توپیر نه لري، سریري نښې نښانې یې یو ډول دي خو صرف د وینې په معاینه کې Leukocytosis چې په نورو عادي خلکو کې موجود وي په دې ناروغانو کې نه وي .

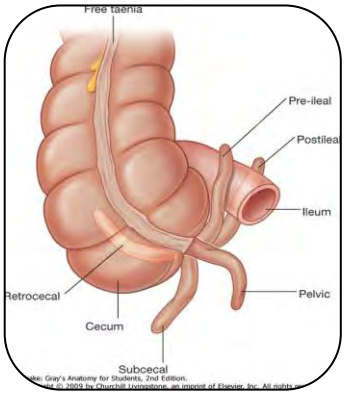
د اپنډکس خبیث تومورنه:

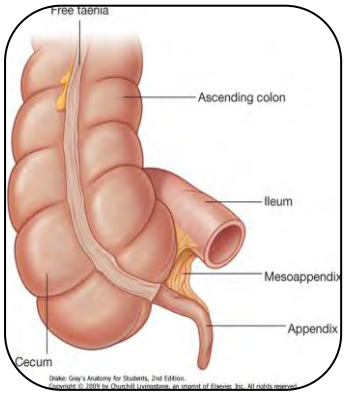
ډېر لږ پېښېږي د ځینو راپورونو په اساس د ۶،۲۷ فیصده څخه تر ۶،۱ فیصده پورې، د اپنډکس کارسینوئید د یو ژړ رنګه غوټې په شان د اپنډکس په څوکه کې موجود وي او ډېر لږ د دې تومور موجودیت د اپنډکس په نورو برخو کې وي.

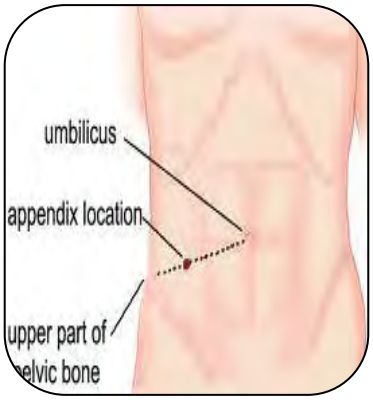
د مزمن اپنډیسایټس په شان سریري نښې نښانې لري، په ۸۶ فیصده پېښو کې د تومورونو د تشخیص په وخت تر ۲cm پورې رسېږي او که د تومور قطر د ۲cm څخه زیات وي باید Right Hemicolictomy اجرا شي.

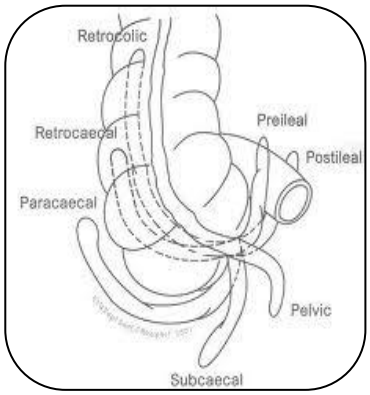

Right upper quadrant
Left upper quadrant
Right lower quadrant
Left lower quadrant
Transumbilical plane
Median plane

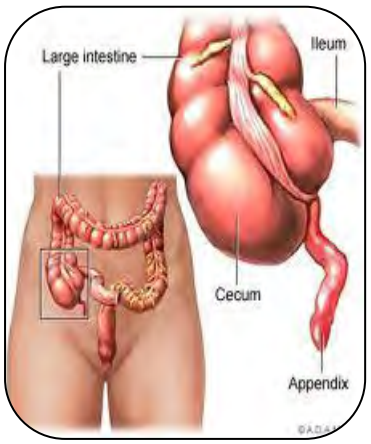

Super mesenteric artery
Ileocolic artery
Anterior cecal artery
Posterior cecal artery
Appendicular artery

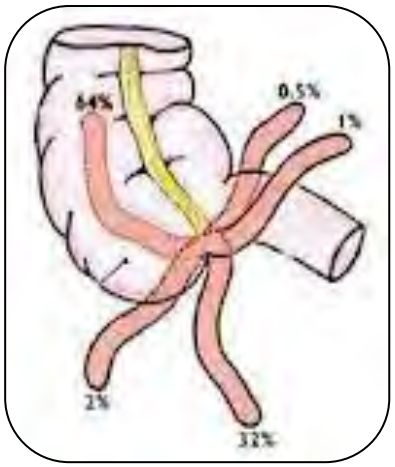

Free taenia
Pre-ileal
Postileal
Ileum
Retrocecal
Pelvic
Cecum
Subcecal

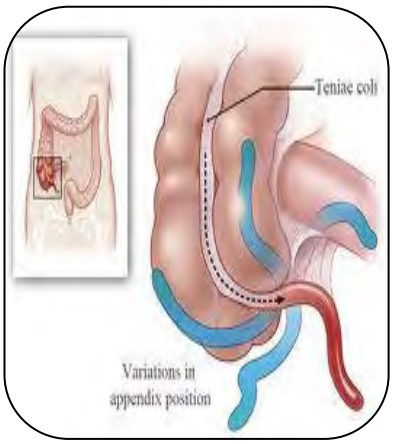

Free taenia
Ascending colon
Ileum
Mesoappendix
Appendix
Cecum


umbilicus
appendix location
upper part of
pelvic bone

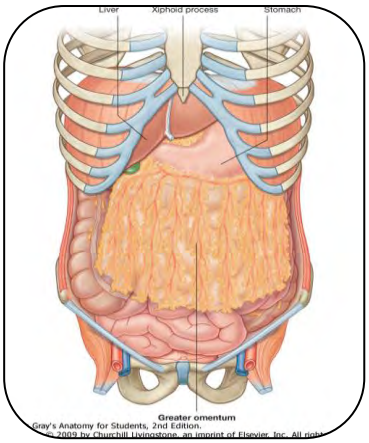

Retrocolic
Retrocaecal
Preileal
Postileal
Paracaecal
Pelvic
Subcaecal

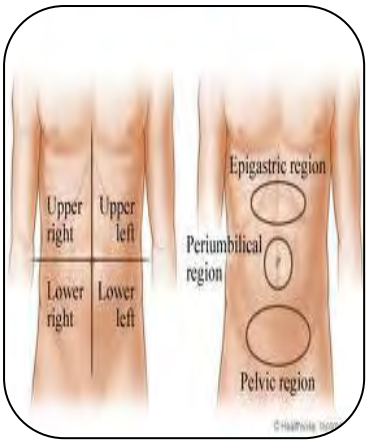

Large intestine
Ileum
Cecum
Appendix

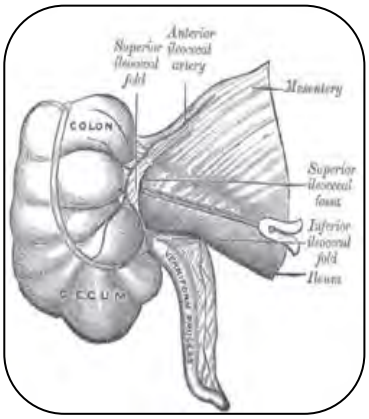

64%
0.5%
1%
2%
32%

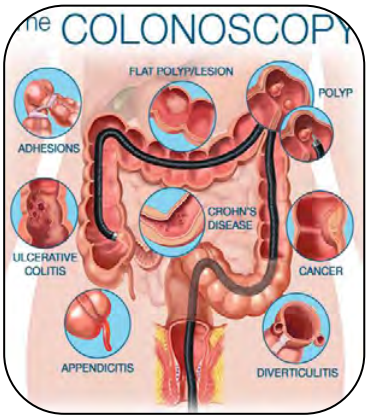

Teniae coli
Variations in
appendix position

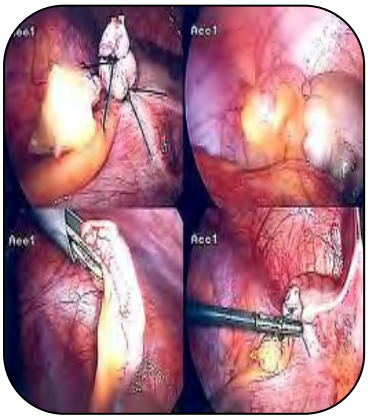


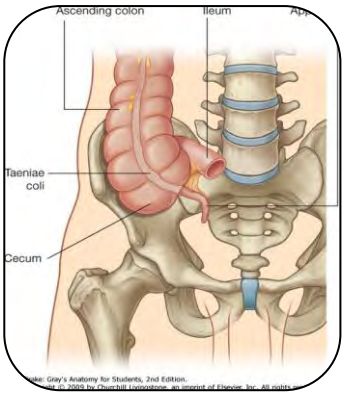

Liver
Xiphoid process
Stomach
Greater omentum
Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

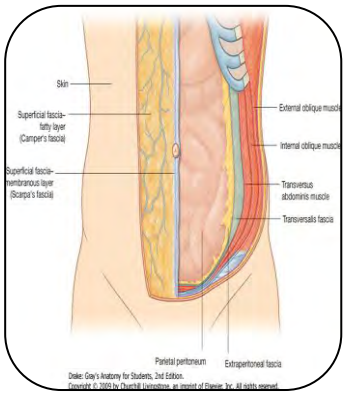

Epigastric region
Upper right
Upper left
Periumbilical region
Lower right
Lower left
Pelvic region

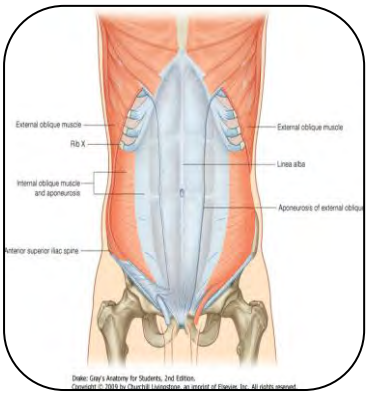

Anterior ileocecal artery
Superior ileocecal fold
Mesentery
COLON
Superior ileocecal fossa
Inferior ileocecal fold
Ileum
CECUM


COLONOSCOPY
FLAT POLYP/LESION
POLYP
ADHESIONS
CROHN'S DISEASE
ULCERATIVE COLITIS
CANCER
APPENDICITIS
DIVERTICULITIS




Ascending colon
Ileum
Taeniae coli
Cecum


Skin
Superficial fascia–fatty layer (Camper's fascia)
Superficial fascia–membranous layer (Scarpa's fascia)
External oblique muscle
Internal oblique muscle
Transversus abdominis muscle
Transversalis fascia
Parietal peritoneum
Extraperitoneal fascia
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.


External oblique muscle
Rib X
Internal oblique muscle and aponeurosis
Linea alba
Aponeurosis of external oblique
Anterior superior iliac spine
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

پنځم څپرکی
د رکتوم جراحی ناروغۍ

د رکتوم اناتومي:

رکتوم یا مستقیمه کولمه د هاضمی قنات اخری برخه ده او مستقیم نوم له دی کبله ورته ورکړ شوی دی چې په حیواناتو کې مستقیم سیر لری اما په انسانانو کې مستقیم سیر نلری .

رکتوم د عجزی درېمی فقرې دسویې څخه یانې له هغه ځایه چه سګموئید خپله مساریقه له لاسه ورکوی شروع او په مقعدي قنات ختمیږي .

رکتوم د کولون په شان مساریقه Tenia Coli, Appendix epiploica, saculat نلری د کلینکې اناتومی له نظره رکتوم چې د ۱۲-۱۵ سانتي مترو پورې اوږدوالی لری د دوه برخو څخه جوړه شوی ده .

۱- Ampula recti چې د ۱۶ څخه تر ۱۲ سانتي مترو پورې اوږدوالی لری .

۲- Anal canal : چې د ۲ څخه تر ۴ سانتي مترو پورې اوږدوالی لری .

۱- امپولا (Ampula Recti):

په کاهلو اشخاصو کې تقریباً ۶سانتي متره قطراو تقریباً ۱۶۶ ملی لیتره ظرفیت لري د استقامت له نظره د Sacro-Coccigeus هډوکې د انحناء سره موازی سیرلری یانې په قوسی شکل چې مقعریت یې قدام خواته متوجه دی سیر کوی او محور یې تقریباً د سفلی څخه علوی ته او د قدام څخه خلف ته متوجه دی. خارجی جدار یې په یو پر د ری علوی کې ،قدامی او جنبی جدارونه او یو پر درې متوسطی برخې یوائځی قدامی جدار د پریطوان پواسطه پوښل شوی دی او په سرحد د یو پر درې متوسط او سفلی کې د پریطوان د امپولا قدامی جدار څخه قدام خواته په ښځو کې د رحم په سر او په نارینو کې د مثانی په سر انعکاس کوی او یوه حفره جوړوی چې Excavatio Rectouterus یا Excavatio Rectovesicalis یا د دوګلاس جوف په نامه یادیږي د دوګلاس جوف د ګیډې ژورترینه ناحیه جوړوی او د مقعد د خولی څخه دا جوف په یو کاهل شخص کې تقریباً شپږ سانتي متره لری واقع دی .

د امپولا تشریحی ساختمان :

امپولا په غیر د پریطوانی طبقی څخه چه پورته ذکر شویده د درې طبقو څخه جوړه شوی ده کوم چې د خارج څخه داخل خواته په لاندې ډول دي :

۰- عضلې طبقه یا **Tunica Muscularis** :

الف: **Lungitudinalis** طبقه:

چې اصلاً د Tenia Coli الیاف د رکتوم په حذا کې خپل پنډوالی او بنډلی وصف له لاسه ورکوی او په منتشر ډول د رکتوم په جدار کې ښکته سیر لری .

ب: Circularis طبقه چې د طولانی طبقی څخه لاندې واقع ده

۲- Submucosa طبقه: چې ددی طبقی په ضخامت د امپولا اوعیې او اعصاب سیر لری او په ښکتنی برخه کې یې وریدی ضفیره ځای پر ځای ده

۳- Mucosa طبقه:- په نورمال حالت کې مخاطی طبقه د رکتوم په امتداد یواځی درې مستعرض التوات جوړوی چې د Plica semilunaris Transversalis یا Hauston Valve په نامه یادیږي چې متوسط Valve یې په ښی طرف او دوه علوی او سفلی والونه یې په چپ طرف کې موقیعت لری سفلی وال یې د Olica Coccigeous متوسط یې د Plica sacrolis او علوی یې د Plica Terminalis په نامه یادیږي .

مجاورت:

قدامی مخ یې:

الف: په نرانو کې دعلوی څخه سفلی خواته د دوګلاس جوف Semina Vesicalis or Ductus Deference او پروستات سره مناسبت لری .

ب: په ښځو کې د دوګلاس جوف رحم او مهبل یا Vagina سره ګاونډی توب لری خلفی مخ یې د عجزی او Coccigeous هډوکې سره مجاورت لری ددی هډوکې او رکتوم په منځ کې په ښکتنی برخو کې عجزی شریان، ورید او سمپاتیک اعصاب او په پورتنی برخو کې پورتنی بواسیری شریان او ورید قرار لری. جنبی جدارونه یې په دواړو خواوو کې د حالب او الیوی حفرو یا Iliac fossa او په ښځو کې سرییره ددی دوه عضوو تخمدانونو سره هم مجاورت لری .

۲- **Anal Canal** :

امپولا د Coccigeous د هډوکې په څوکه کې خپل استقامت ته تغیر ورکوی یانې پخوا چې استقامت یې د پورته څخه ښکته خواته او د خلف څخه قدام خواته وو اوس د پورته څخه ښکته او د قدام څخه خلف خواته سیر لری.

Anal Canal د عصصی هډوکې د څوکې څخه شروع او د Levator ani عضلې د منځ څخه عبور او د مقعدي قنات په خوله ختمیږي د دوه څخه تر څلورو سانتي مترو پورې اوږدوالی او د تغوط په وخت تقریباً دوه سانتي متره قطر پیداکوی.

مجاورت :

قدامی مجاورت یې په ښځو کې د مهبل د یو پر درې ښکتنی برخه سره او په نارینو کې د احلیل او قضیب د کهفی جسم د بصلی سره په تماس وی چې ددی په منځ کې Membranous urethralis قرار لری .

خلفی مجاورت: په خلف کې Lig Anococcygeus سره په تماس وی.

جنبی مجاورت:د fossa Ischio Rectalis سره مجاورت لری .

تشریحي ساختمان:

خارج څخه داخل خواته :

۱- عضلې طبقه یا Tunica Muscularis

الف: طولانی عضلې الیاف : چې د امپولا د طولانی عضلې الیافو ادامه ده او د Levator ani عضلې څخه ښکته تیریږي او دخارجی او داخلی معصری د بنډلونو په منځ کې الیاف یې داخلیږي .

ب: حلقوی عضلې الیاف: چې د طولانی عضلې الیافو لاندې واقع دی او د Anal Canal په حذا کې پنډوالی پیدا کوی او Sphincter ani interna یا د مقعدي داخلی معاصره جوړوي چې دا معصره ۳-۶ ملی متر پنډوالی او ۳-۴ سانتي متره اوږدوالی لري او د ملساء (Smooth) عضلي الیافو څخه جوړه شوې.

د مقعد خارجی معصره (Sphincter ani externa): **دا معصره د داخلی معصری په سفلی وحشی کې موقیعت لری او دا معصره چې د مخطط عضلې الیافو څخه جوړه شوی ده درې عضلې بنډلی احتوا کوی .**

۱- د پوستکې لاندې عضلې بنډل: یا Subcutaneous Fibers **چې د پوستکې لاندې او د داخلی معصری په سفلی برخه کې واقع دی او د مقعد خوله یې چاپیره کړی ده او عضلې ارتکاز نلری .**

۲- سطحی عضلې بنډل (Superficial Fibers):**چې د** Subcutaneous fiber **په علوی کې او داخلی معصری په وحشی برخو کې موقیعت لری او د** Lig.Ano-Coccygeous **سره تماس لري .**

۳- ژورعضلې بنډل (Deep fibers)**چې د** Superficial **معصری بنډل څخه پورته او د داخلی معصری په وحشی او د** Levator ani **عضلې په امتداد واقع دی .**

۲- تحت المخاطی طبقه یا Tunica Submucosa

چې ددی طبقی په ضخامت کې بواسیری شریان او وریدی ضفیری موقیعت لری چې د دوی موقیعت د مخاطی طبقی د ساختمانونو په نسبت تعینیږي .

۳- داخلی طبقه : چې د مخاطی او پوستکې برخو څخه جوړه شویده.

الف: پوستکې برخه: که ناروغ په Knee chest position **معاینه شی په تفتیش سره د مقعد د خولی چارچاپیره پوستکې کوم چې ښکاری لرونکې د ویښتانو او سربیره ددی دا پوستکې هر څومره چې مقعدي خولی ته نږدی کیږی رنګ یې توربخن نصواری کیږی او په شعایې ډول التوات پیداکوی. او کوم وخت چې د مقعد په خوله کې یو انوسکوپ داخل شی د خارج څخه داخل خواته دمقعدي قنات داخلی ساختمانونه په لاندې ډول لیدل کیږی .**

ب: مخاطی برخه:

۱- Ano-Cutaneous **: چې اصلاً د پوستکې د اپیتل څخه جوړه شویده اود خارجی معصری** Cutaneous **مخ یې پوښې کړیدی.**

۲- Hilton's Line یا خط ابیض: چې پدی خط کې د پوستکې اپیتل په مخاطی اپیتل بدلیږي او همداسې د Inter-sphincterian line په نامه هم یادیږي ځکه چې ددی خط څخه پورته داخلی معصره او ددی خط څخه ښکته د خارجی معصری Subcutaneous Fibers موقیعت لری.

۳- Pectin مسافه: چې د ابیض خط څخه پورته واقع ده او تقریباً یو سانتي متر اوږدوالی لری او ددی اپیتل لاندې یو کلک فبروزی نسج قرارلری او Anal fissure په همدې ځای کې منځ ته راځي.

۴- Pectin line چې Dentate line یا مسننه خط په نامه هم یادیږي چې په منکسر ډول د Pectin line او د Morgagnie collumna ترمنځ واقع دی ددی خط په سر Anal papilla موقیعت لری او کوم وخت چې دا پاپیلا التهابی شی نو ناروغ په همدې ناحیه کې درد حس کوی.

۱- د Pectin خط څخه پورته یو شمیر طولانی التوات لیدل کیږی چې شمیر یې تقریباً ۱۶ څخه تر ۱۱ دانی دی او د Collumna Morgagnie په نامه یادیږي. د دوه Collumna Morgagni قاعدی د یو دسام په واسطه یو بل سره یوځای شوی دی چې ددی دساماتو مقعره سطح یې پورته خواته متوجه او دهغه په شا د دوه Collumna Morgagni په منځ یوه ژوره طولانی ناحیه ده چې د Anal crypt یا Morgagni crypt په نامه هم یادیږي.

ددی کریپتونو په عمق کې د یو قنات خوله خلاصه شوی ده چې دا قنات سفلی خواته سیر کوی او تقریباً ۱ ملی متره اوږدوالی لری او په یو افرازی غده ختمیږي چې په مجموع کې د Anal glands په نامه یادیږي او هر وخت چې دامقعدي غدوات یا Anal glands التهابی شی Perianal abscess یا Fistula یا Sinus منځ ته راځي.

په نورمال حالت کې د Morgagni د اتلامو د منځنی دساماتو شونډی یو بل سره یوځای دی او د امپولا محتوی یانې غایطه موادو ته اجازه نه ورکوی چې خارج شی.

د Collumna Morgagni د مخاطی غشا په شاء کې یانې ددی ناحیې په تحت المخاطی طبقه کې داخلی وریدی بواسیری کتلات موقیعت لری.

د رکتوم اوعیې:

د رکتوم شراین: رکتوم د پنځو شریانو پواسطه اروا کېږی.

۱- Art.hemorrhoidalis Superior : چې یو دانه دی او د ښکتنی مساریقی شریان څخه منشاء اخلی.

۲- Middle Hemorrhoidalis Artery : چې جوړه دی او په دواړو خواوکې د هایپوګستریک شریان څخه منشه اخلی او دا شریان یوه شعبه د Common Iliac دی.

۳- Inferior Hemorrhoidal artery : چې جوړه دی یوه شعبه د Internal Pudendal artery دی او دغه شریان د Internal Iliac Artery څخه منشاءء اخستی ده .

درکتوم اوردی : درکتوم وینه د پنځو وریدونو پواسطه درېناژ او تخلیه کېږی.

۱- Superior Hemorrhoidal Veins : چې د امپولا او مورګاګنی د اتلامو د ناحیې وریدی وینه په ښکتنی مساریقی ورید او له هغه ځایه په باب ورید او باالاخره په ځیګر کې تخلیه کېږی .

۲- Middle Hemorrhoidal veins : دوه دانی دی چې د مقعدي قنات د علوی برخې وریدی وینه یانې Pectin line وریدی وینه په دواړو خواوو کې په Int.Ilaic vein او له هغه ځایه په الیوی ورید اوبیا په ښکتنی اجوف ورید اوبیا قلب ته رسیږي .

۳- Inf.Hemorrhoidal vein : چې د مقعدي قنات د ښکتنی برخې وینه په دواړو خواوو کې په Internal pudendal ورید اوله هغه ځایه په Internal Iliac ورید کې تویږی.

د رکتوم تعصیب:

د رکتوم او مقعدي قنات علوی برخه د Plexus rectalis superior عصبی الیافو پواسطه چې د سمپاتیک الیافو څخه عبارت دی تعصیبږي، دا عصبی الیاف د ښکتنی مساریقی شراینو په امتداد قرار لری.

د مقعدي قنات علوی برخه د Plexus rectalis media او سفلی برخه یې Plexus rectalis inferior عصبی الیافو پواسطه تعصیبږي چې په خپله دا عصبی ضفیره د هایپو ګاستریک ناحیه کې قرار لری .

د رکتوم فزیولوژي:

اساساً د رکتوم وظیفه د هغه غایطه موادو خارجول Excretion څخه عبارت ده چې په سیګمویید او نازله کولون کې د ذخیرې په ډول پاتې کېږی پدی برخو کې د غایطه موادو اوبه جذبیږي او دغایطه موادو سطحه د هغه مخاط (Mucus) پواسطه نښویه کېږی کوم چې د سګموئید او رکتوم د مخاطی غشاء د Goblet حجراتو لخوا افرازیږي پدی ډول د غایطه موادو د تخلیې لپاره اسانتیا برابروی .

تغوط یا ډکو متیازو کولو عملیه(Defication):

په عمومی ډول د کولون غایطه مواد په سګموئید او حوصلی کولون کې ذخیره کېږی او رکتوم مخصوصاً امپولا په نورمال حالت د ډکو متیازو د حس ترپیدا کېدو پورې تش وی او کوم وخت چې امپولا د غایطه موادو پواسطه ډکه شوه د امپولا جدار متوسع او تنبه کېږی چې پدی وخت کې سړي ته د ډکو متیازو کولو حسیت پیداکېږی .

د ډکو متیازو کولو عملیه هم د ارادی او هم په غیر ارادی شکل صورت نیسي د کولون استدراری حرکاتو او تقلصاتو پواسطه چې پدی وخت کې د مقعدي معاصری خوله بنده ده غایطه مواد په امپولا کې راټولیږي او کوم وخت چې امپولا د غایطه موادو د اعظمی مقدار پواسطه جداریې تنبه شو د تغوط حسیت پیداکېږی پدی وخت کې د حجاب حاجز او د ګیډی د جدار د تقلص او د شزن د خولی بندیدل د Epiglot پواسطه د ګیډی داخلی فشار جګیږي او ددی فشار د جګوالی پواسطه پر مقعدي معاصری باندی فشار واریدیږي چې بیا نوموړی معاصره په ارادی ډول خلاصیږي او د امپولا محتوی د باندی وځی په هغه حالاتو کې چې سړی وغواړی خپلی ډکې متیازی وساتی نو د خارجی معاصری د تقلص ورکولو پواسطه نه پریږدی چې د مقعد خوله خلاصه شی او پدی ډول امپولا نه تشیږي .

د مقعدي قنات تشخیصی اهتمامات:

له هغه ځایه چې زمونږ په هیواد کې خلک د منطقوی ثقافت او عنعناتو تر شرایطو لاندې د مقعدي قنات د امراضو په هکله خپل شکایت په صحیح ډول نه وایې او مخصوصاً معاینی ته نه حاضریږي نو پدی مبحث کې لازم وکتل شو چې د مقعدي

قنات د تشخیص او اهتماماتو په هکله لږ مفصل بحث وشی ترڅو چې ګران محصلین د ستاژ په وخت د ناروغانو څخه په صحیح توګه مشاهده واخلی او هغوی په مرض باندی ښه پوه شی .

د هغه ناروغانو مشاهده اخستل چې Anorectal تکلیف لری :

پدی برخه کې لکه د طبابت د نورو شعباتو په شان د ناروغ څخه مفصله مشاهده اخستل کېږی او کوم وخت چې تثبیت شوه چې د ناروغ اساسی تکلیف یې په مقعدي قنات کې دی هغه وخت په لاندې ډول د ناروغ مشاهدی اخستلو ته ادامه ورکول کېږی.

پداسی ناروغانو کې یوه صحیحه مشاهده او تاریخچه اخستل ډیر اهمیت لری، د تاریخچې او اوسنی تکلیف د لیکلو سره د فامیلی تاریخچې او د سابقه ناروغیو تاریخچه هم په مشاهده کې لیکل په تشخیص کې ډیر کومک کوی.

په فامیلی تاریخچه کې باید د ناروغ څخه پوښتنه وشی چې ایا د هغه په فامیل کې څوک توبرکلوز، سفلیس، پولیپوز،سرطان او امیبی ناروغی لری یا داچه تیر کړی یې دی او که نه ؟

۲- د ناروغ په Past history کې باید پوښتنه وشی چې ایا ناروغ مخکې په مقعدي ناحیه کې کوم عملیات شوی دی، یا داچه کوم مقعدي تشخیص شوی ناروغی لکه انال ابسی، بواسیر، مقعدي توموری افت او نور تیرکړیدي، ایا کوم تشخیص شوی ولادی سؤشکل یې درلوده یا تداوی شویدي، یا داچې نوموړی مرض پاتې دی همداسې د قلبی ، ځیګر، هضمی ناروغیو لکه د زړه عدم کفایه، د ځیګر سیروز، د مری وریس Esophageal Varice د هضمی قنات توبرکلوز یا نورو پرازیتی امراضو په هکله پوښتنه وشی .

او په پای کې یې د اوسنی مرض په برخه کې معلومات لاسته راوړل شی .

ناروغ ځینې وخت د اساسی تکلیفونو په څنګ کې د ځینې نورو تکالیفو څخه په مستقیم یا غیر مستقیم ډول چې د اساسی Anorectal تکلیف سره ارتباط نلری حکایت کوی او خپل اصلی تکلیف سره تماس نه نیسي چې پدی وخت کې باید داکتر دی ټکې ته متوجه اوسی او د مقعدي درد، مقعدي نذف، Protrusion یا د مقعدي قنات څخه

د یوی کتلی خارجیدل ، مقعدي تومور، حساسیت، د غایطه موادو په نظم کې تشوش او د غایطه موادو د قوام په هکله پوښتنه وکړی چې په لاندې ډول تشریح کړی.

درد: د مقعدي درد کرکتر ډیر مهم دی مقعدي درد امکان لری د چېچلو، نری سوزش، کلک نیولو تیره درد ،متقطح یا ثابت وصف ولری. دا دردونه ښای چې د غایطه موادو کولو اویا تحیض سره ارتباط ولری او همداسې درد امکان لری چې په ټول مقعدي قنات یا ددی قنات په یوه برخه کې موجود وی مثلاً د خلفی انال فیسور درد خلفی موقیعت لری چې د چېچلو په شان حس کړی او د تغوط څخه وروسته اضافه کړی او یا د یوی خارجی ترمبوزی ،بواسیری درد شدید او کلک وصف لری چې په دوامداره توګه پاتې کېږی .

همداسې د مقعدي قنات د دردونو وصف د پیداکېدو وخت، موقعیت او دوام یې باید تشریح شی د یو قانون په شکل کوم وخت چې په مقعدي قنات کې یوه مرضی وتیره لکه فیسور، ترمبوتیک بواسیرالتهابی قرحی ،متورم او نکروزی کړی بواسیر یا پولیپ موجود وي معصره سپازمودیک او د معاصری سپازم د درد سبب کېږی او کوم افات چې د مقعدي قنات په یو پر دري سفلی کې موقیعت ولری د تغوط په وخت کې درد یې نه زیاتیږي خو په نورمال حالت کې هم د مقعدي قنات یو شمیر امراض لکه غیر اختلاطی بواسیر درد نلری .

په ښځو کې مقعدي اندومتروزس د تحیض په وخت د درد سبب ګرځی .

مقعدي نذف:

د نذف شروع ، دوام، فریکونسی، دحملی شمیر،د نذف مقدار، د نذف رنګ او د غایطه موادو سره د نذف ارتباط او دا چې ایا د غایطه موادو سره مخلوط دی او که د غایطه موادو په سطح قرار لری باید معلوم شی.

مقعدي سره وینه او تازه پاتې کېدل پدی دلالت کوی چې د نذف منشاء په مقعدي قنات یا رکتوم کې ده، تیاره سره مقعدي وینه عموماً د سګموئید یا کولون یا د هضمی قنات د پاسینو برخو څخه منشاء اخلی که د مقعدي وینی رنګ بیخی تور وی عموماً د هضمی قنات د پاسنیو برخو څخه یا د معدې او اثناءعشر څخه منشاء اخستی وی.

په انال فسور کې ښایې چې د نذف مقدار ډیر لږ وی برخلاف په داخلی بواسیر او د مقعد په سلیم او خبیث توموری حالاتو کې نذف ډیر زیات او حتی کتلوی وی، په توموری حالاتو او د مقعد مزمن التهابی واقعاتو کې زوی ، نکروزی انساج او مخاط د وینی سره یوځای وی.

: Protrusion

کوم وخت چې یوه کتله په مقعدي قنات کې ښکاره یا د ناروغ لخوا حس شی باید سوال وشی چې د څومره مودی راپدی خوا پیدا شویدي، د دی کتلی غټوالی ،تعداد او د هغه نشونمایې سرعت په هکله پوښتنه وشی په فزیکي معاینه کې د نومورې کتلی غټوالی ، قوام ،د سطح سوالب، تحرکېت ، درد او د هغه پیدایښت د غایطه موادو سره معلومه شی .

داخلي بواسیر عموماً نرم قوام لری ،غټوالی یې متحول او تر یوی اندازی پورې متحرکه وی، که داخلی بواسیر احتقانی شی پدی وخت کې د اصلی کتلی په شاوخوا کې یوه اذیمایې حلقه پیداکېږی چې حدود یې واضح دی او تحرکېت نلری، د مقعدي قنات پولیپونه ورکې، متحرک او کلک وی .

مقعدي افرازات :

په رکتال ادنوما کې همیشه دمقعدي قنات څخه یوه اندازه مخاط خارجیږي که د خارج شوی مخاط مقدار زیات او د نکروزی انساجو سره یوځای وی د مقعدي قنات د تومورو خواته فکر کېږی او حتماً باید نور سریري او لابراتواری معاینات اجراشی .

د مقعدي قنات قیحی افرازات:

د مقعدي قنات څخه هغه قیحی افرازات خارجیږي چې تضیق، التهاب یا Degenere شوی خبیث تومور موجود وی مثلاً ناروغ ولادی یا کسبی ډول تضیق، پروکتایتس، منتن او دی جینری شوی ادنوما یا داخلی انال فستول ولری ځینې وخت د مقعدي قنات څخه د باندی یا د مقعدي قنات په چارچاپیره پوستکې باندی یو زخم پیداکېږی چې په مزمن صورت یا په متناوب ډول د هغه څخه قیحی افرازات بهیږي چې په انال فستو دلالت کوی قیحی افرازات د Coccegius په ناحیه کې د پوستکې په سطحه چې کله کله د درد سره یوځای وی د Pilenidal Sinus په لور فکر کېږی .

د مقعدي ناحیی تورم:

تورم د مقعد دخولی په چارچاپیره کې د Perianal Abscess په حالاتو کې ډیر عمومیت لری ځینې وخت د مقعدي ناحیې اپیتلوما او کوندیلوما د ناروغ لخوا د یو تورم او پړسوب په شکل توزیع کیږی .

حساسیت:

د مقعدي ناحیې خارښت چې عموماً د شپی لخوا زیاتیږي د انال خارښت یا Pruritis لپاره ډیر وصفی دی د مقعدي ناحیې خارښت په متوسطه اندازه په بواسیر Cripfitis او په Papilitis کې موجود وی .

د مقعدي ناحیې د خارښت د حسیت ارتباط د ډیر خولی کېدو ، روحی فشارونو ، د مقعدي ناحیې د ډیر پریمنځلو او تحیض له کبله تراوسه پورې د تحقیق لاندې دی د میږي میږي کېدو حسیت پیداکول په مقعدي ناحیه کې عموماً پدی دلالت کوی چې په مقعدي قنات کې کوم پرازیت لکه اوکسیور ځای نیولی دی . په رکتوم یا مقعدي قنات کې د ډکېدو یا دروندوالی حسیت زیاتره په داخلی بواسیر او د حوصلی غټو تومورو خواته د ډاکټر فکر متوجه کوی.

د ډکو متیازو کولو کاذب حسیت یا د ډکو متیازو کولو د شمیر زیاتوالی عموماً په مقعدي یا رکتوم خبیث تومورو د مقعدي قنات او رکتوم په تضیقاتو کې اود رکتوم یا مقعدي قنات په شدید التهاباتو کې پیداکیږی .

د ډکو متیازو د نظم تشوش:

د ډکو متیاز تشوش د سکموئید، رکتوم او مقعدي قنات د امراضو لپاره ښه علامه ده مثلاً ناروغ پخوا په ورځ کې یو ځلی ډکې متیازی کولی اما اوس د کوم مرض د تاسیس سره سم څو ځلی ډکې متیازی کوی یا برخلاف ناروغ پخوا په ورځ کې څو ځلی صحراناسی کاوه اما اوس یې قبضیت پیداکړی دی یا پخوا د غایطه موادو قوام نرم و واما اسو ډیر کلک دی یا برخلاف

په هر صورت باید دا شیان د ناروغ څخه پوښتنه وشی ا و دا ډیر اهمیت لری یا په بل عبارت د ناروغ څخه د ډکو متیاز شمیر په څلورویشت ساعتو کې کلکوالی ، نرموالی،

فاصله د دوو ډکو متیازو ، وینه لرونکې غایطه موادو او پدی کې هم ایا تازه وینه د ډکو متیازو سره راځي که تک تیاره توره وی مخاط یا زوی لرونکې دی او نومورې مواد یا د ډکو متیازو په سطح کې دی یا د هغه سره مخلوط دی په هغه حالاتو کې چې د هضمی قنات په ښکتنی برخو کې توبرکلوزی افت موجود وی ناروغ ته په متناوب ډول اسهال او قبضیت پیداکیږی

کوم وخت چې د ناروغ مشاهده د پورتنیو معلوماتو په اساس تکمیله شوه او ډاکتر فکر وکړوچې ناروغ کوم مقعدي تکلیف لری ددی لپاره چې تشخیص قعطی او تداوی په ساسی توګه صورت ونیسي باید چې د مقعدي نور معاینات هم اجراش ددی لپاره چې دا منظور سرته ورسیږي ناروغ باید د معاین لپاره اماده شی .

زمونږ په محیط کې ناروغان عموماً ډاکتر ته اجازه نه ورکوی چې هغوی مقعدي معاینه وکړی چې دا اجازه نه ورکول دوه منشاء لری اول داچې د ناروغ شرمیږي او دویم داچې د معاینی څخه ډاریږي ددی لپاره چې دا دوه مانعی لری او ډاکتر وکولی شی چې ازادانه او اساسی توګه د ناروغ معاینه وکړی باید لومړی د ناروغ سره خبری وکړی ترڅو چې د ناروغ اطمینان حاصل شی چې ډاکتر حقیقتاً د هغه سره مرسته کوی او د هغه یو راز ډار ملګری دی او د ډاکتر یواځنی مقصد دادی چې ناروغ شفایاب شی او باالاخره شریعتاً اجازه لری چې ناروغ ته مقعدي معاینه د مرض د تشخیص او تداوی په منظور اجراکړی او وروسته لدی څخه چې ناروغ ته اطمینان ورکړ شو چې ټول معاینات ساده او بی درده دی او هره ورځ ډیرو ناروغانو باندی دا معاینات بی له کوم خطره او اختلاط څخه سرته رسیږي پدی وخت کې ناروغ د ډاکتر د معاینی سره په خوشحالی موافقه کوی او پدی ترتیب سره جس (Digital Examination ، Anoscopy, Proctoscopy, Simoidscopy او ددی لاری بایوپسی او همداسې رادیوګرافی معاینات اجراکیږی اما مخکې ددی څخه چې په ترتیب سره پورتنی معاینات اجراشی باید مقعدي قنات او رکتوم تر کولون پورې د غایطه موادو څخه پاک شی چې د کولون د جراحی په مبحث کې شرحه شوی دی .

د ناروغ وضعیت ورکول د معاینې لپاره :

الف: کېڼ جنبي اړخ یا Left lateral position یا Sims وضیعت:

ناروغ په کېڼ جنبی اړخ څملی څرنګه چې دواړو ورنونه د ګیډې په سر د تام قبض په حال او الیوی ناحیه یې د معاینی میز څخه لرې د باندی وتلی وی که ناروغ ډیر ډنګر وی الیوی ناحیه یې د بالښت پواسطه د میز څخه جګیږي ناروغ د خپل لاس پواسطه چې ازاده خپله ښی الیوی بارزه هم پورته کش کوی ډاکتر د ناورغ په شاه ولاړ دی دا وضیعت د مقعدي ناحیې د تفتیش او مقعدي معاینی لپاره او همداسې د اماله کولو لپاره مساعد دی .

ب: Lithotomy Dorsosacral Position :

ناروغ پرشا په بستر څملي خپل دواړه پښې پداسې حال کې چې ساق د فخذ او فخذ پر بطن باندی نیم قبض او تبعد په حال کې وی تثبیتیږي داسی وضیعت ته نسایې وضیعت نوم هم ورکړ شوی دی دا وضیعت د مقعد او رکتوم د عجزی جدار او د بولی تناسلی او هاضمی جهاز د فستولو د مطالعی او عملیات لپاره مساعد دی خو د سګموئیدوسکوپی د معاینی لپاره ښه وضیعت ندی ځکه چې ټولی کولمی پر سګموئید او بطني جدار باندی فشار روا‌ړی .

ج: Knee chest position : یا د نسایی معکوس وضیعت :

په دی وضیعت کې ناروغ ساق پر میز باندی هموار او د زنګانه مفصل څخه پورته د ناروغ ورنونه قبض کېږی په داسی حال کې چې پر ساق باندی عمود واقع شی پدی ډول ناروغ الیوی ناحیه جګه واقع کېږی او په جذع کې یا د ناروغ دوه څنګلی یا د صدر قدامی وجه یا یو اوږه یې د میز په ځمکه تماس لری چې په ترتیب د Knee Elbow poition,knee chest position او Knee shoulder position وضیعتونو په نامه یادیږي دا وضیعت انوسکوپی او سګموئیدسکوپی د پاره ډیره مساعده ده ځکه چې سامان په ډیر اسانی سره په هری خوا د ډاکتر لخوا حرکت ورکولی شی او ښه ډول د مقعدي قنات ، رکتوم او سګموئید ټول جدارونه لیدل کېږی ددی وضیعت یوائځنی معذرت یې دادی چې قلبی ناروغان پدی وضیعت ډیر تکلیف حس کوی او نشی کولی چې تر ډیر مودی پورې پدی حال پاتې شی .

د: Inverted position : ناروغ پر یوه مخصوص میز باندی (د عملیات میز پر سر باندی) په ګیډه څملی په اوله مرحله کې د معاینی میز ته میلان ورکول کېږی چې د ناروغ سر ښکته شی وروسته بیا میز د ناروغ د حرقفی فخذی بند په سویه علوی خواته او د زنګانه مفصل په حذا سفلی خواته قایم زاویه قاطیږي پدی ډول ناروغ پداسی حال چې پر مخ په ګیډه باندی څملاستی وی ورنونه یې پر بطن او ساق یې پر ورنونو باندی په قایمه زاویه قبض وی پدی و ضیعت ناروغ د اوږدی مودی لپاره قطعاً ناراحتی نه حس کوی او همداسې ډاکتر هم کولی شی چې ناروغ ټول وجود په استناد الیوی ناحیې څخه د ټوټی پواسطه پوښ کړی او په فرصت او کافی وخت درلودلو سره خپل معاینات اجرا کړی .

د مقعدي ناحیې تفتیش:

ددی لپاره چې دا افت یا د مرض وتیری موقیعت په صحیح توګه تعین شی د ناروغ مقعد د یو ساعت سره تشبه کوو څرنګه چې که ناروغ د سجدی یا Knee chest position په وضیعت معاینه شی د مقعد Coccygius څوکه دولس بجی عانی ملتفا ۶ بجی او مقعد د ښی حافی متوسطه برخه یې ۳ بجی او چپ طرف یې ۱ بجی وی.

که ناروغ Lithotomy په وضیعت معاینه شی ټول اعداد یې معکوس کېږی او پدی ډول بواسیر کتلی یا د فستول او سینوس موقیعت ښه تعینیږي.

په تفتیش کې باید د وکتور د عجانی ناحیې او د مقعدي قنات چارچاپیره پوستکې په سترګو وګوری چې ایا کوم تومور، سوروالی، جلدی صباغات، د پوستکې تخریشات، ندبی نسج، پاپول، ویزیکول، د خارښت یا شوکاری اسار Drainage sinus متیبارزه کتله او دهغه منظم والی موجود دی یاخیر مثلاً د مقعدي ناحیې چارچاپیره کې د پوستکې تورم ، تودوالی او سوروالی په Perianal ابسی دلالت کوی ایا یو متبارزه کتله د مقعدي فوحی په غاړه External Hemorrhoide ته فکر کېږی.

مقعدي جس:

د عجانی جس باید د ګوتو پواسطه په دقیق ډول اجرا شی د مقعدي ناحیې د جس کولو پواسطه د التهابی او مرضی پړسوب په هکله ښه قضاوت کېږی څرنګه چې ددی ناحیې Tenderness د پړسوب حدود Pluctuation او کلکوالی ته باید متوجه اوسو.

Rectal digital examination:

باید چې د ښی لاس د شهادت ګوتی پواسطه اجرا شی او ډاکتر په خپله باید ناروغ په ښی خوا ودرېږی د ښی لاس د شهادت ګوته د رابری پوښ یا دستکش پواسطه پوښ کېږی او یا دیو Lubricant یا ښوی کونکې موادو پواسطه غوړ شی صابون یا پارافین په لومړی مرحله ډاکتر د خپلی ګوتی نرمی د مقعدي قنات په خوله کې داسی ږدی چې د لاس راهی مخ (ورغوی) د ناروغ عجان خواته متوجه وی پدی حال کې کوم وخت چې یو اجنبی جسم د مقعدي قنات په خوله کې په تماس راشی (د داکتر ګوته) مقعدي معصره تقلص کوی مخصوصاً که پردی جسم کلک وی لدی کبله باید د ګوتی نرمی چې ذاتاً نرمه ده د مقعد خوله کې کېښودل شی او ددی لپاره چې د معاصری سپزم له منځه لاړشی باید د ګوتی نرمی د مقعد په خوله کې څو ځلی وسولول شی وروسته بیا ګوته Distal interflangial د بند څخه قبض حالت غوره کړی او پدی ډول د ګوتی څوکه بی لدی چې ناروغ درد حس کړی مقعدي قنات ته داخلیږي .

پدی وخت کې د ګوتی اخری فلانژ په مقعدي قنات کې ننه ایستل شی ډاکتر کولی شی چې د داخلی معاصری مقویت جس کړی چې ایا نورمال سپازموتیک او یا استرخا په حالت کې دی همداسې د مخاطی غشا او پوستکې اتصالی ناحیه چې په نورمال حالت کې بیخی ښویه وی جس کېږی وروسته ډاکتر خپله ګوته تر Proximal Interflangial بند پورې تنباسی پدی وخت کې ناروغ ته ویل کېږی چې خپل مقعدي قنات په ارادی صورت سره بند کړی ناروغ ته داسی ویل کېږی چې داسی عمل اجراکړه څرنګه چې غایطه موادو ته نه پریږدی چې خارج شی تقلص کوی او د هغی رخاوت او یا سپازم معلومیږي که د ډاکتر ګوته د معاصری د تقلص سره کلکه ونیول شوه معاصره سپازموتیک او که ګوتی باندی فشار وارد نه شو معاصره استرخایې حالت لری سرییره

پردی په همدې ناحیه کې ډاکتر باید خپله ګوته ۲۶۶ درجی تاو کړی ترڅو چې د مقعدي قنات ټول جدارونه جس شی او د مورګاګنی کریپتر او التواتو چې په طولانی ډول سیر لری جس شی همداسې په دی ناحیه کې ځینې وخت د انال فستولا د داخلی سوری هم جس کیږی پدی ناحیه کې ډاکتر باید دقت وکړی ترڅو چې د طبعی مورګاګنی التواتو او د بواسیری کتلاتو ترمنځ تفریق وکړی ځکه چې کله کله د کریپتایتس له کبله التوات ضخاموی کیږی او د بواسیری کتلاتو سره غلطیږي که د شهادت ګوته نوره هم دننه ایستل شی یانې ګوته تر قایدی پورې داخل شی پدی وخت کې د شهادت ګوته چې په مقعدي قنات کې داخل ده او لومړی ګوته چې د مقعدي قنات څخه بهر قرار لری دواړو ګوتو په منځ کې معاصروی بنډل جس کیږی همداسې د مقعدي قنات په قدام او اخره برخه د امپولا په لومړی برخه پروستات او د پروستات په علوی جنبی کې Semina Vesicalis او همداسې د پروستات په علوی منځنی برخه کې پاس د رکتوم د جدار په شا پریطوانی جیب یانې دوګلاس جوف په ډیراسانی سره جس کیږی چې په داخل پریطوانی التهاباتو کې دا جوف عموماً ډک جس کیږی.

د مقعدي معاینې پواسطه ډاکتر باید د پروستات حدود، منځنی میزابه، قوام، تحرکیت او د پروستات سطحی شکل باید جس شی او معلوم شی او بالاخره د د وګلاس جوف د ډکوالی یا تش والی په هکله معلومات وشی په ښځو کې په قدام کې رحم، نفیرونه، مبیضونه، Paramater او Excavatio Uterovesicalis جس کیږی .

د امپولا خلفی جدار عموماً د عصعصی او عجزی هډوکو سره التصاق لری او کوم وخت چې نوموړی هډوکې په التهاب اخته او زاویې یې قدام ته درښاڅ شی یا داچې په کسر معروض شی نو د مقعدي معاینی پواسطه نوموړی افات په ډیر اسانی سره تشخصیږي .

د مقعدي معاینه د سامان پواسطه یا Instrumental Examination:

د هاضمی جهاز اخرنی برخه په ډیر اسانی سره په شرط ددی چې شرایط برابر وی د مخصوص سامانو پواسطه معاینه کیږی مثلاً د مقعدي قنات د Proctoscopy پواسطه چې تقریباً ۶ سانتي متره اوږدوالی لری امپولا او سګموئید د سګموئیدسکوپ سره چې تقریباً ۳۶ سانتي متره اوږدوالی لری معاینه کیږی .

همداسې د کولو چوکاټ د فایبر اوپټیک کولونو سکوپ پواسطه معاینه او کوم هغه امراض چې د نورو سریري معایناتو پواسطه تشخیص امکان نلری ددی الی پواسطه تشخیص یې وضع کېږی.

سګموئید سکوپ او پرکتوسکوپ د هغه اوږدو استوانوی الو څخه عبارت دی چې تقریباً د ۱ څخه تر ۲ سانتي متره پورې قطر لری او ددی استوانوی په منځ کې یوه Obturatore چې کروی څوکه لری داخلیږي او د استوانی اخری څوکه بندوی او کله داچې اوبتوراتور کروی څوکه لری شی یو ګروپ ښکاره کېږی چې ددی ګروپ پواسطه چې د اوږدی استوانی په اخری برخه کې ځای لری د کولمی جدار د لیدو وړی ګرځی او همداسې اوږده استوانه او د یو هوایې نل پواسطه د یو بالون ډوله پوپ سره ارتباط ورکړ شوی دی چې ددی پواسطه هوا د استوانی دلاری کولمو ته داخلیږي او ددی سبب کېږی چې د کولمو جدار دیو بل څخه لیری کړی او سګموئید سکوپ په اسانی سره او بی لدی چې د کولمو جدار ژوبل شی سګموئید ته داخلیږي.

الف: انوسکوپ (Anoscop):

څرنګه چې مقعدي قنات د اروا او تعصیب له نظره فوق العاده غنی او حساس دی نو باید چې په ډیر دقت سره دا معاینه اجرا شی او ددی معاینی لپاره Sims وضیعت ډیر مساعد دی وروسته ددی څخه چې انوسکوپ د یو ښوی کونکې موادو سره غوړ شو د نامه او مقعد د فرضی محور په امتداد باید داخل شی پدی وخت کې ددی لپاره چې انوسکوپ په اسانی سره او بی درده مقعدي قنات ته داخل شی ناروغ ته ویل کېږی.

څرنګه چې د ډکو متیازو کولو په وخت کې زور وهی باید همداسې زور ووهی په دی ډول معصره توسع کوی او انوسکوپ په اسانی او بی ددی چې ناروغ ته درد حس کړی داخلیږي. کوم وخت چې انوسکوپ په خپل ټول امتداد په مقعدي قنات کې داخل شو ۱ سانتي متره اوبتوراتور ایستل کېږی او د یو مستقیمی رڼا اچولو سره مقعدي قنات کتل کېږی د انوسکوپ اخری فوحه عموماً منحرف مقطع لری او دا لدی کبله دی چې همیشه یو پر څلور برخه د مقعدي قنات جدار د انوسکوپ له خولی څخه په واضح ډول ولیدل شی او ددی لپاره چې د مقعدي قنات ټول جدارونه وکتل شی باید په یوځای

کې انوسکوپ ۳۶۶ درجی تاو شی او ددی لپاره چې مقعدي قنات په خپل ټول امتداد د لیدلو وړ وګرځی باید انوسکوپ په حلزونی ډول ورو ورو وایستل شی او د ایستلو په وخت کې باید ډاکتر بواسیری کتلی،کریپتونه،فیسور، پاپیلا او نور پتالوژیکې حالات مد نظر ونیسي.

ب: رکتوسګموئیدسکوپ Recto sigmoidoscop:

امپولا او سګموئید عموماً د سګموئید سکوپ پواسطه معاینه کیږی او څرنګه چې مخکې وویل شو داسامان تقریباً ۳۶ سانتي متره اوږدوالی لری او د ابتوراتور څراغ او هوایې پمپ سره مجهز دی وروسته ددی څخه چې د ناروغ سګموئید او رکتوم د تخلیوی امالی پواسطه پاک شوی په هغه حالاتو کې چې ناروغ شدید درد او اسپازم په خپل مقعدي قنات کې ونه لری یواځی د یوه انلجزیک زرق کفایت کوی چې ناروغ بیخی بی درده معاینه شی خو په هغه حالاتو کې چې ناروغ په مقعدي قنات کې شدید درد او اسپازم ولری او د سګموئید سکوپ داخلولو ته اجازه ورنکړی عمومی انستیزی استطباب لری د سګموئید سکوپی لپاره په زړه پورې وضیعت knee shoulder وضیعت یا Inverted وضیعت دی.

د سګموئید سکوپ داخلولو تخنیک:

وروسته ددی چې ټول سامانونه د یو میز په سر اماده شو دسګموئید سکوپ مکمل سامانونه یوه جوړه دستکشی، لس ټوټی ګاز، اوردسیخ یو پیاله له پارافین او اسپیراتور . په لاندې ډول سګموئید سکوپ داخلیږي.

۱- ډاکتر پداسی حال کې چې د سګموئید سکوپ اوبتوراتور د هغه په منځ کې دی په خپل ښی لاس سیګموئید سکوپ اخلی لومړی سګموئید سکوپ باید تود شی او د پارافین سره غوړشی د سګموئید سکوپ د داخلولو په وخت کې ناروغ ته ویل کیږی چې د ډکو متیازو کولو اکټ وکړی ترڅو چې ددی زور وهلو پواسطه معصره خلاصه شی پدی وخت کې سکموئید سکوپ د نامه او دمقعد د فرضی محور په امتداد مقعد ته تقریباً ۱ سانتي متره داخلیږي ډاکتر اوس سګموئید سکوپ په چپ لاس کې اخلی او دښی لاس پواسطه سیګموئید سکوپ اوبتوراتور باسی، وروسته ددی چې سیګموئید

سکوپ ته د برق او رابری پمپ سره ارتباط ورکړ شو ډاکتر کولای شی چې د مقعدي قنات اخرنی برخه او د امپولا لومړی برخه وګوری.

۲- په دویمه مرحله کې ډاکتر په داسی حال کې چې رابری بالون د پمپ کولو لپاره په ښی لاس کې اخلی او همیشه د رکتوم په منځ کې هوا پمپ کوی (ترڅو د رکتوم جدارونه د یو بل څخه جلا او لیری شی او د سیګموئید سکوپ په واسطه ژوبل نشی) د سیګموئید سکوپ محور ته تدور ورکوی یانې علوی او خلف خواته یې ننه باسی یا په بل عبارت د عجز هډوکې په امتداد په ډیر احتیاط سره تقریباً د سیګموئید سکوپ تر ۱۲ سانتي متری پورې داخلوی په دی فاصله کې ډاکتر امپولا او دامپولا درې التوات (Sacral,Coccigius,Terminal) ګوری تقریباً یو نیم یا دوه سانتي متر پاس د اخرنی التوا څخه درکتوم قطر نری کیږی او همدا ناحیه د سیګموئید او رکتوم اتصالی ناحیه یا Rectosigmoid junction دی.

۳- وروسته ددی چې سیګموئید سکوپ د رکتوسیګموئید اتصالی ناحیې ته ورسیده درېمه مرحله شروع کیږی . چې د سیګموئیدسکوپ محور ته بیا تغیر ورکول کیږی. اوس ددی لپاره چې سیګموئید سکوپ په سیګموئید کې داخل شی باید د سیګموئید سکوپ څوکه چپ،سفلی او قدام خوات متوجه او په ډیر احتیاط سره سیګموئید ته داخل شی په دی وخت کې د سیګموئید په واسطه مخاطی غشا او د مخاطی غشا التوات د لیدو وړ وی. او سیګموئید سکوپ باید چې تر اخره پورې یانې تر ۳۶ سانتي متری پورې داخل شی د سیګموئید سکوپ د داخلولو په وخت کې ډاکتر باید هیڅ وخت تشخیص وضع کولو ته هڅه ونکړی بلکه یواځی د رکتوم اناتومیک سیر او ساختمانونه په نظر کې ونیسي تر څو چې وکولای شی سیګموئید سکوپ ته د هغه ساختمانو په اساس مانور ورکړی او د سیګموئید تر اخره برخې پورې معاینه کړی وروسته ددی څخه چې سیګموئید سکوپ تر ۳۶ سانتي متری پورې یانې تر اخره پورې په سیګموئید کې داخل داخل شو پمپ کولو ته توقف ورکول کیږی او ډاکتر ورو ورو سیګموئید سکوپ په داسی حال خارجوی چې کوشش کوی د سیګموئید او رکتوم ټول جدارونه وګوری . او د پتالوجیک حالاتو د کتنی سره

تشخیص وضع کوی په سیګموئید کې ډاکتر باید تقرحات، انستموتیک ناحیه، غیر طبعی تضیقات، احتقان یا Hyperemia مخاطی غشا Pegmentation, Congestion ، نذفی نقاط او د مخاطی غشا تور، پرسوب او پولیپونو ته توجه وکړی. په رکتوم کې داخلی بواسیر، پاپیلوما، تقرحات او اجنبی اجسام باید مد نظر وی او د ټولو پتالوژیک افاتو موقعیت او د مقعدي دخولی څخه د هغوی فاصله چې په څومره لیری والی پراته دی تعین شی.

په پرکتوسیګموئید سکوپی کې د توجه وړ ټکي:

۱- هیڅ وخت سیګموئید سکوپ په زوره په مقعدي قنات کې داخل نشی

۲- تل هڅه وشی چې د رکتوم یا سیګموئید جدار لومړی د هوا داخلولو په واسطه یو بل څخه لیری او وروسته سیګموئید سکوپ پرمخ ټیله شی.

۳- کوم وخت چې مقعدي یا سیګموئیدی افرازات او غایطه مواد د سامان مخی ته راغلل دا شیان لومړی پاک شی ساحه د لیدو وړ وګرځی او بیا سیګموئید سکوپ نور هم داخل کړل شی. که غایطه مواد یا افرازات د ګاز یا دستکشو په واسطه پاک نشو نو باید معاینی ته توقف ورکړل شی او ناروغ ته بیا له سره تخلیه وی اماله یا لکزاتیف ورکړ شی او معاینی لپاره اماده شی که دی ټکې ته ډاکتر توجه ونکړی او بی ددی چې ساحه وګوری سیګموئید سکوپ داخل کړی ډیر امکان لری چې د رکتوم یا سیکموئید جدار سوری شی همداسې د سیګموئید یا رکتوم جدار په هغه حالاتو کې چې ډاکتر په صحیح مانور سیګموئید سکوپ داخل نکړی یا داچې په همدې ناحیه کې ځینې غیر طبعی التصاقات موجود وی او ډاکتر د سیګموئید سکوپ د داخلولو لپاره د زور څخه کار واخلی یا د بایوپسی اخستلو په وخت امکان لري چې سیګموئید سوری شي.

د سیګموئید یا د رکتوم د جدار د تثقب اعراض:

ناروغ وروسته د معاینی څخه په هایپو ګستریک ناحیه کې شدید درد حس کوی چې ځینې وخت تر اوږو پورې انتشار کوی او ډیر ژر د شاک اعراض او د موضعیې یا عمومی Peritonitis سریري تظاهرات ښکاره کیږی چې پدی ډول یوه عاجل جراحی عملیاتو ته ضرورت حس کیږی.

د رکتوم بایوپسی:

کوم وخت چې د انوسکوپ یا رکتوم سیګموئید سکوپ سره په رکتوم کې کومه پتالوژیکه وتیره ښکاره شی ددی لپاره چې تشخیص قطعی وضع شی او مخصوصاً ډاکتر پوه شی چې پتالوژیک وتیره خبیثه ده که سلیمه بایوپسی باید واخستل شی په دی منظور په لومړی وخت کې سیلاموئید سکوپ ته داسی مانور ورکړشی چې یوه په زړه پورې ساحی سره مخامخ شی وروسته دی تثبیت شوی ناحیې سطح د سیګموئید سکوپ له لاری د Cotton Aplicatore په واسطه پاکېږی.اوکه مقصد دا اوسی چې مرضی مواد باکتریولوژی لابراتوار ته ولیږل شی همدا انتخابی موادو دی او باید په یو معقم کلچر تیوب کې واچول شی وروسته ددی څخه چې د مرضی ناحیې سطحه د زوی وینی او غایطه موادو څخه پاکه شوه بایوپسی پینس په سیګموئید کې داخل او لدی لاری د مرضی ناحیې د شونډو څخه په داسی حال بایوپسی اخستل کېږی چې پکې یوه اندازه مرضی نسج سره لږ مقدار نورمال نسج هم موجود وی نومورې نسج د رکتوم جدار څخه اخستل کېږی باید چې ډیر سطحی وی او یا په بل عبارت درکتوم د جدار ټول طبقات احتوا نکړی ځکه چې د سوری کېدو په صورت کې Peritonitis منځ ته راځي دا نسج د بایوپسی Forceps پواسطه اخستل شوی دی د ۱۶٪ نورمالین محلول په منځ کې ځای ورکول کېږی او پتالوژی لابراتوار نومورې نسج تر معاینی لاندې نیسي.

د تذکر وړ ده چې د انوس دناحیې څخه باید بایوپسی د موضعی انستیزی تر شرایطو لاندې واخستل شی ځکه چې دا ناحیه د اعصابو له نظره فوق لعاده غنی ده او بی د انستیزی څخه د بایوپسی اخستلو په وخت کې ناروغ شدید درد حس کوی .

درکتوم رادیو ګرافی:

په مقعدي قنات او رکتوم کې رادیوګرافی معاینات نظر سیګموئید سکوپی ته دومره بارزښته ندی او د مقعدي قنات او رکتوم د امراضو په تشخیص کې ډیر لږ رول لوبوی رادیوګرافی د باریوم د امالی سره وروسته د سیګموئید سکوپی څخه هغه وخت با اهمیت ده چې د سیګموئید سکوپ د ساحی څخه د پاسه کومه مرضی وتیره لکه پولیپ او Diverticulitis موجود وی او ددی مرضی وتیری د قطعی تشخیص د پاره باید رادیوګرافی اجرا شی .

رادیو ګرافی ته د ناروغ اماده کول:

۲۴ ساعته مخکې رادیوګرافی څخه ناروغ باید د مایع رژیم څخه استفاده وکړی یوه شپه مخکې رادیوګرافی څخه لومړی تقریباً ۶۶ ملی مترہ کسترائل د خولی له لاری ورکول کیږی او هغه ورځ چې اکسرای اجراکیږی ددی لپاره چې د هضمی قنات اخری برخه پاکه وی دوه ځلی تخلیوی اماله د سهار لخوا ناروغ ته تطبیقیږي .

رادیوګرافی عملیه:

ناروغ په شا څملی او د امالی تیوب په مقعدي قنات کې تقریباً ۱ سانتي مترہ داخل او د امالی ظرف چې تقریباً ۱ لیترہ باریوم محلول ولری (د باریوم محلول کلکوالی د مستو په شان وی) دوه فټه پورته حولند کیږی چې پدی ډول باریوم د امالی څخه رکتوم او کولون ته جریان پیداکوی البته د باریوم جریان د کولون په چوکاټ د رادیوسکوپی پواسطه تعقبیږي او کوم وخت چې د کولون چوکاټ ډک شو دوه رادیوګرافی فلمونه د قدامی خلفی او منحرف په وضیعت اخستل کیږی وروسته ددی مرحل څخه ناروغ خپل کولون تخلیه کوی چې ورو سته ته د تخلیې څخه کولون او سیګموئید د مخاطی غشا د التواتو په منځ کې کثیفه مواد بیا هم پاتې کیږی پدی وخت بیا هم رادیو ګرافی فلم د مخاطی غشا د التواتو د مطالعی لپاره ضروری دی پس ددی څخه د کولون په منځ کې هوا داخلیږي چې د کثیفه موادو خطونه د هوا په تیاره سیمه کې واضح ښکاری .

او پدی ساحو کې د کولون پولیف او نور Intraluminan شیان په واضح ډول معلومیږي هوا او ګازات د رادیو ګرافی په کلیشه کې د تیاره خیالونو په ډول ښکاره وروسته د رادیوګرافی د مطالعاتو څخه دی لپاره چې غایطه مواد د کثیفه موادو سره یوه کله کتله جوړه نکړی او د انسداد سبب نه شی ناروغ ته لکزاتیف دوا لکه مګنیزیم سلفاید ورکول کیږی .

Hemorrhoid

په انسانانو کې د مقعدي قنات تحت المخاطی طبقه زیاته وعایې ده چې دا وعایې طبقه د یو السیتیک منظم نسج پواسطه چې په خپل منځ کې یو شمیر ملسا عضلات لری تقویه کیږی همداسې دا طبقه قدام کې د مخاطی طبقی پواسطه پوښل شوی ده چې نومورې وعایې طبقه د تخریشاتو په مقابل کې محافظه کوی دا طبقات د هیمورویډ په تشکیل کې هم رول لری .

د Hemorrhoid تعریف:

د مقعدي قنات د پاسینی او ښکتنی بواسیری وریدی ضفیرو توسع څخه عبارت دی.

د Hemorrhoid تصنیف:

کوم وخت چې د مقعدي قنات پاسنی بواسیری وریدی ضفیره توسع وکړی د داخلی بواسیر په نامه یادیږي چې د موقعیت له نظره دا وریدی توسع د انو رکتال د اتصالی ناحیې یانې د Pectin Line څخه پورته مخاطی طبقی لاندې واقع ده .

د مقعدي قنات ښکتنی بواسیری وریدی ضفیری توسع د خارجی بواسیرو په نامه یادیږي چې د انو رکتال د اتصالی ناحیې یانې Pectin line څخه ښکته واقع ده چې ددی متوسع وریدی ضفیری پاسنی سطحه یې د مقعدي قنات د مخاطی طبقی او لاندنی سطحه یې د پوستکې پواسطه پوښل شوی ده هغه وخت چې د پاسنی او ښکتنی بواسیری وریدی ضفیرو اتصالی برخه کې وسع کړی وی د خارجی او داخلی یا مختلط بواسیر په نامه یادیږي چې د موقیعت له نظره انو رکتال د اتصالی ناحیې په حذا کې واقع دی .

د مقعدي قنات د محیط په اساس بواسیر کتلات زیاتره په هغه ځایو کې منځ ته راځي چې وریدی او شریانی عمده شعبات د مقعدي قنات په جدار کې داخلیږي او ناروغ د نسائی په وضیعت پروت وی بواسیری عمده کتلات د مقعدي قنات په امتداد په ښی،قدامی، ښی خلفی او کښې جنبی ناحیو کې لیدل کیږی یا په بل عبارت ۱۱ بجو، ۷بجو او ۳بجو موجود وی کله کله د داصلی بواسیر کتلاتو په منځ کې کوچنی فرعی بواسیری کتلات هم لیدل کیږی.

اسباب:

د انسانانو نورمال ولاړ وضیعت او د هغه له کبله د ځمکې جاذبه قوی په بواسیری وریدو کې د دساماتو نشتوالی، د وریدی رجعت تام یا نا تام بندوالی او په ارثی ډول د بواسیری اوردی جدار ضعیفوالی د بواسیرو په تشکیل کې مهمه یا Predesposing فکتورونه ګڼل کیږی او یواځی نوموړی فکتورونه د بواسیرو د پیداکیدو سبب ګرځی اما کوم عوامل چې د مهیه فکتورونو په څنګ د Hemorrhoid د منځ ته راتلو سبب ګرځی عبارت دی له :

۱- مزمن قبضیت او د ډکو متیازو کولو په وخت کې زور وهل :

کوم وخت چې د ډکومتیازو کولو په وخت کې د ډیر فشار سره کلک غایطه مواد د مقعدي قنات څخه تیریږي ددی عمل په دوامدار تکراریدو سره بواسیر ضفیری او مقعدي قنات د وعایې طبقی تقویه وی طبقه سسته او د وعایې طبقی څخه جلا کیږی او محافظوی پوښ یې په تخریش معروض کیږی باالاخره داسی مرحله راځي چې د ډکو متیازو کولو په وخت کې تخریش شوی مخاطی طبقه د مقعدي قنات د وعایې طبقی سره ښکته ښویږي او دمقعدي قنات څخه د باندی خارج او د مقعدي معاصرد تقلصاتو سره په اختناقی ډول کلک نیول کیږی پدی وخت کې ورید رجعت مختل او نومورې ښکته شوی مخاطی او تحت مخاطی طبقی په منځ کې وینه د رکودت په حال پاتې او دهغه د پړسوب سبب ګرځی له بلی خوا تخریش شوی مخاطی طبقه له هغه ځایه چې د غایطه موادو سره په تماس کې ده منتن او تقرحی کیږی او کوم وخت چې ډکې متیازی خارج شی د شدید تخریش له کله د نومورې کتلاتو څخه وینه بهیږي چې د عوامو په اصطلاح خونی بواسیر منځ ته راځي چې وروسته د ډکو متیازو کولو څخه نومورې کتلات دناروغ د لاسه پواسطه بیرته مقعدي قنات ته داخلیږي که پدی وخت کې عملیات اجرا نشی او یوائی دوای تداوي صورت ونیسي د مخاطی طبقی په سطح په متناوب ډول څو ځلی تقرحی او التیامی مرحلی تیریږي او باالاخره مخاطی طبقه په یوه کلکه فیبروزی طبقه بدلیږي او کوم وخت چې دا کلک فیبروزی نسج د ډکو متیازو کولو په وخت کې ښکته راشی د تنې یا د تکمی په څیر معلومیږي.

چې په دی وخت کې د ډکو متیازو کولو څخه وروسته وینه راځي پدی مرحله کې د معصری د تقلصاتو پواسطه وینه چې د اوعیې په منځ کې د رکودت په حال کې پاتې کیږی د اوعیې د شکېدو څخه وروسته د فیبروزی کلک پوښ په منځ کې بند پاتې کیږی او ترمبوس جوړوی چې د ترمبوزی Hemorrhoid په نامه یادیږي البته د مزمن قبضیتو په څنګ کې دمریضانو وضیعت د ډکو متیازو کولو په وخت کې زیات رول لری مثلاً که د ډکو متیازو کولو په وخت په دوارې په سره کښی کوم وخت چې قبضیت هم موجود وی پر بواسیر اوردو باندی فشار واردیږي او زیاتره د وریدی رکودت سبب ګرځی او که پر کمود باندی تغوط صورت ونیسي فشارېې لږ واردیږي.

له همدې کبله دا چې په شرقی ممالکو کې چې خلک د کمود څخه لږه استفاده کوی بواسیری واقعات زیات دی .

۲- حمل او داخل بطني تومورونه:

د بواسیرو په منځ ته راتلو او مخصوصاً په ښځوعمده عامل ګڼل کېږی حمل او تومورونه د حوصلی اوردو باندی د فشار واردولو په نتیجه کې د بواسیری اوردو د وریدی وینی د رجعت د مختلولو پواسطه د متوسط او ښکتنی بواسیری اوردو د فشار د جګوالی او د نوموړی اوعیې د جدار د څیری کېدو سبب ګرځی او کوم وخت چې ولادت صورت ونیسي یا داچې داخل بطني تومور وایستل شی دابواسیرونه معمولاً شفا کېږی.

۳- غذایی رژیم:

البته هر څومره چې د غذایې موادو بقیه ډیره وی په هماغه اندازه کولون ډک پاتې کېږی او د نوموړو موادو څخه اوبه جذب او په کلک شکل پاتې کېږی چې مزمن قبضیت منځته راوړی

۴- د ځیګر سیروز:

ددی ناروغی په سیر کې د باب ورید فشار فوق العاده زیاتیږي او Acites منځ ته راځي د ځیګر په سیروز په سیر بواسیری اوردی هم د باب د ورید د فشار د جګوالی له کبله او هم د اسایتس د فشار له کبله چې پر الیوی اوعیو باندی یې واردوی توسع کوی او Hemorrhoid منځته راوړی.

۰- د زړه عدم کفایه:

د دې ناروغۍ په سیر هم د عمومی اوردو رکودت په جمله کې د مقعدي قنات په وریدی رجعت کې خنډ پیداکېږی او امکان لری چې بواسیری کتلات تشکل وکړي.

د بواسیر تظاهرات:

۰- خارجی بواسیر:

معمولاً سریري اعراض نلري د مقعدي ناحیې تخریشی اعراض او خارښت نادراً پیداکېږی انواع بواسیر درد نلری اما کوم وخت چې تقرحي یا ترمبوزې شی درد پیداکوي مقعدي نذف معمولاً موجود او تغوط په اخرکې صورت نیسي حتی ځینې

وخت داسې کېږي چې د ډکو متیازو په اخر کې څو څاڅکې وینه تویږي بواسیری نذف هیڅ وخت د ډکو متیازو سره مخلوط نه وي .

۲- داخلی او مختلط بواسیر:

معمولاً بې درده دی د ډکو متیازو په سطحه کې تازه وینه خارجیږي او همداسې د ډکو متیازو په اخر کې څو څاځکې وینه توئیږي داخلی بواسیر ښکته کېدل یا پرولپس د لومړی کتلی په شکل د مقعدي قنات په خوله کې جس کېږی چې په لومړی مرحله کې پخپله پرولپس بیرته ارجاع کېږی او په مقعدي قنات کې ننوځی اما کوم وخت چې د ناروغی څخه ډیر وخت تیرشی پرولپس کړی بواسیری کتلات د مقعدي قنات څخه د باندی پرولپس شوی حالات پاتې کېږی او د مقعدي معصری پواسطه تر فشار لاندې نیول کېږی پدی وخت تقرحی یا التهابی او ترمبوزی کېږی او ناروغ شدید درد حس کوی په فزیکې کتنه کې د مقعدي قنات په خوله په تقرحی حالت کې پرسیدل او تقرحی بواسیری کتلات لیدل کېږی چې د تقرحی او التهابی ارتشاح حتی د مقعدي قنات په چار چاپیره انساجو کې هم پرمختګ کړی وی او د ترمبوز په حالت کې یوه یا دوه بواسیر کتلات چې رنګ یې سیانوزی او توربخن وی معلومیږي او د خفیف تماس سره ناروغ شدید درد حس کوی که داخلی بواسیر بی تداوی پاتې شی د وینی دوامداره ضایع کېدو له کبله ناروغ انمیک کېږی او په موضوعی شکل بواسیری کتلات وروسته د تقرح او ترمبوز څخه التهابی او ګانګرین کېږی او امکان لری چې Pylephlebitis منځ ته راشی .

اختلاطات:

د مقعدي قنات ځینې نور امراض چې دداخلی بواسیروپه سیرداختلاط په ډول مینځ ته راځي عبارت دی له انال فیسور، Perianal، ابسې، انال فیستول،پروکتایتس او بلاخره نیوپلازم.

تشخیص:

غیر اختلاطی داخلی بواسیر د ګوتی پواسطه په صحیح توګه نه تشخیص کېږی او ددی لپاره چې داخلی بواسیر په قطعی ډول تشخیص او د مقعدي قنات د نورو امراضو سره تفریق شی باید پروکتوسکوپی اجرا شی کوم وخت چې انوسکوپ په مقعدي

قنات کې تر اخره پورې داخل شوی پداسی حال چې ناروغ ته ویل کېږی چې زور وهی او پدی وخت کې انوسکوپ ورو خارجیږي او کوم داخلی هموروئیدل کتله که موجود وی د انوسکوپ خولی ته راځي او په سترګو کې کتل کېږی .

تفریقي تشخیص:

د بواسیرو او مخصوصاً د داخلی بواسیرو عمده سریري اعراض یې مقعدي نذف دی چې دا اعراض د مقعدي قنات او د کولون په یو شمیر نورو امراضو لکه د کولون او رکتوم کارسینوما، د غټو کولمو دایورتیکولار امراض، Adenomatose ، او په Ulcerative Colitis کې هم موجود وی او مخصوصاً که ناروغ عمر د ۴۶ کلنی څخه اضافه وی ددی لپاره چې توپیږی تشخیص اجرا شی باید سیګموئید سکوپی او د لزوم په صورت کې وروسته د باریوم د امالی څخه د کولون د چوکاټ رادیو ګرافی هم باید اجراشی .

درملنه :

کوم بواسیرونه چې سریري اعراض نلری تداوی ته هم ضرورت نه حس کېږی د شدید قبضیت او اسهال څخه ناروغ باید نهایت ځان وساتی .

پرولپس کړی ، ترمبوزی، تقرحی او التهابی بواسیر هغه بواسیر چې احتناقی شوی دی په لومړی مرحله کې محافظه کاره تداوی او وروسته د عملیاتو په واسطه جذری تداوی باید سرته ورسیږي څرنګه چې په پرولپس کړی تقرحی او د التهابی حالاتو کې کوشش کېږی چې بواسیری کتلات بیرته داخوته ارجاع او د مختلفو مرهمو او Supposituar څخه چې انلجیزیک او انتی باکتریال مواد لری استفاده وشی ناروغ د ورځی څو ځلی په انتی سپتک محلول کې د لسو دقیقو لپاره کښی او د لزوم په صورت کې سیستمیک انتی بیوتیک تطبیق شی کوم وخت چې اذیما او التهابی حالات له منځه لاړ بیا جراحی تداوی ته اقدام وشی .

د حمل په وخت کې که بواسیر پیدا شی عموماً په دویم Trimester کې باید عملیات شی کوم بواسیرونه چې د ولادت په وخت یاسمدستی وروسته د ولادت څخه منځ ته راځي باید فوراً عملیات نه شی ځکه چې د محافظه کاره تداوی سره امکان لری شفایاب شی په غیر ددی یوی نیمی میاشتی وروسته د حمل څخه چې د ناروغی عمومی حالت نورمال وګرځیده عملیات ته اقدام وشی .

تداوي د زرقي محلولاتو سره :

هغه داخلي بواسیري کتلات چې وړې وي او د هغه د پیداکېدو او وینه ورکولو څخه لږه موده تیره شوی وی د اسکلیروزانت محلولاتو د زرق کولو پواسطه تداوی کېږی ددی تداوی سره ۱۶٪ ناروغان شفا یاب کېږی .

اسکلیروزي مواد چې د ۲-۳ ملی مترو په اندازه د ورید شبکې په پاسنی برخه او چارچاپیره یې د مخاطی طبقی لاندې زرق کېږی په نومورې ځای کې یو معقم التهاب منځته راوړی او کوم وخت چې دا معقم التهاب شفایاب شو په نومورې ځای کې اسکلیروزی او فبروزی نسج د وریدی ضفیری په عوض تشکل کوی او بواسیری کتلی نه یواځی له منځه ځی بلکه نوره وینه هم نه ورکوی او دا مواد عبارت دی له ۱٪ فینول ، غورېن محلول Quininurea hydrochloride ۱٪ محلول .

تداوي د رابری حلقی پواسطه Rubber band Medthode:

د دې میتود پواسطه بواسیری کتلې قاعده د یو رابری حلقی سره یو مخصوص الی په استفاده غوټه او پدی شکل بواسیری کتله د رابری خلقی پواسطه په تدرېجی ډول لیګاتور کېږی.

Cryosurgery:

په دې میتود کې هیموروئیدی کتلات د منفی ۱۱۶ درجی سانتي ګرید په معروضولو سره تخریبېږي څرنګه چې د مخصوص سندونو سره هیموروئید کتلی د مایع کاربن دای اکساید ، مایع نیتروزاکساید (N_2O) یا مایع نایتروجن سره د یو څو دقیقو لپاره په تماس رولړل کېږی او په نتیجه کې هیموروئیدی کتلی خپل حیاتیت له لاسه ورکوی او په یو نکروزی نسج بدلیږي پدی عملیه کې انستیزی ورکولو ته هیڅ ضرورت نه حس کېږی ځکه چې د نومورې مایعاتو فوق العاده یخ والی درد له منځه وړی ددی تداوی معذرت پدی کې دی چې وروسته د عملیې څخه نکروزی کړی بواسیری کتلی زوی کو او ۶-۸ هفتو پورې د مقعدي قنات څخه لږی لږی زوی خارجیږي او زخم یې ژر التیام نه کوی.

جراحي درملنه:

په عمومی ډول د جراحی عملیاتو څخه مقصد دادی چې بواسیری کتله ویستل شی بی ددی څخه چې وروسته د عملیاتو نه د معصرو په ساختمان کې کوم اختلال یا داچې په مقعدي قنات کې تضیق پاتې شی. او د جراحی بهترین میتود Legature او Exision دی په هغه حالاتو کې چې د مقعد قنات په ټول محیط کې متعدد بواسیری کتلاتو په حلقوی ډول تشکل کړی وی د Withead په اصول مقعدي قنات مخاطی او تحت مخاطی طبقه په استوانی ډول تسلیخ اوایستل کیږی او د امپولا اخیری برخه مخاطی غشا د مقعدي قنات د خارجی سوری د پوستک سره په حلقوی ډول ګنډل کیږی.

خارجي ترمبوزي شوی هیموروئید Thrombosed External Hemorrhoid:

د مقعدي قنات په دننه د مخاطی غشا لاندې یا د مقعدي قنات خارجی فوحی ته نږدی پوستکې لاندې د هماتوم د تشکل څخه عبارت دی . دا هماتوم د خارجی بواسیرو او اوردو د څیری کېدو څخه وروسته منځته راځي. دا اوردی هغه وخت څیری کیږی چې د بواسیری اوردو داخلی فشار د ټوخی، پرنجی، د دروند وزن جګولو، د قبضیت په صورت کې د ډکو متیازو کولو په وخت کې شدید زور وهلو سره جګ لاړ شی.

کوم وخت چې نوموړی هماتوم پوستکې لاندې تشکل وکړ ناروغ فوراً په مقعدي ناحیه کې شدید درد حس کوی چې په ظرف د دوه یا درې ورځو کې ورو ورو د منځه ځی.

په فزیکې معاینه کې د خارجی بواسیرو په شکل یوه کتله چې شدید دردناکه او بنفشوی رنګ لری د څو ملی مترو څخه تر څو سانتي مترو پورې غټوالی لری معلومیږي د تداوی له نظره د ترمبوزی بواسیرو درد د تاوده تطبیقاتو سره کمیږي. که ناروغ د ترمبوز دتشکل څخه تر ۴۸ ساعتو پورې مراجعه کړی وی د موضعی انستیزی تر شرایطو لاندې دترمبوز په سر د مقعدي قنات د خارجی شعایې التواتو سره موازی په بیضوی شکل شق اجرا او هماتوم تخلیه کیږی او که ناروغ وروسته د ۴۸ ساعتو څخه مراجعه کړی وی هماتوم امکان لری چې په رشف کېدو وی یا داچې فبرورزی شوی وی. چې د یوی کلکې خارجی بواسیری کتلی په شان معلومیږي او ددی لپاره چې ددی کتلی په منځ کې بیا ترمبوز پیدانشی داکتله باید Exision او لیګاتور شي.

مقعدي فیسور(Anal Fissure)

تعریف:

په مقعدي قنات د Hilton line په حذا د مخاطی غشا او پوستکې د طبقی د طولانی چاودیدو یا څیری کېدو څخه عبارت دی.

د موقیعت له نظره مقعدي فیسور زیاتره د مقعدي قنات په خلفی زاویه کې او په دویمه درجه په قدامی زاویه کې منځ ته راځي فیسور عموماً لومړی د مقعدي قنات په ښکتنی برخو کې پیداکېږی او بیا پورته خواته امتداد پیداکوی فیسور لدی کبله مقعدي قنات په خلفی زاویه کې زیاد پیداکېږی چې نومورې ناحیه له یوی خوا تحت الجلدی نسج لرلو له کبله غیر متحرک دی او له بلی خوا دمقعدي قنات د امپولا محور په دی ځای کې زاویه جوړوی او کوم وخت چې کلک غایطه مواد د مقعدي څخه تیریږي دا ناحیه شدیداً په ترضیض معروض کېږی.

اسباب:

۱- د غایطه موادو خارجیدل په ډیر فشار سره.

۲- د قبضیت د رفع کېدو لپاره په دوامداره ډول پارافین او نور منرال غورېین مواد استعمالول.

۳- مزمن اسهالات

۴- د مقعدي دساماتو خرابوالی

۱- د ولادت ترضیض

۶- د مقعدي قنات ژوبلیدل د کوم اجنبی تیره شی سره د غایطه موادو منځ کې وی مثلاً د هډوکې پارچې.

۷- د ډاکتر لخوا کوم وخت چې اسپیکولوم، انوسکوپ یا سیګموئید سکوپ په غلط تخنیک او یا په شدت یا بی ددی چې ناروغ د مقعدي قنات دقطر او د سامان تناسب مد نظر ونیول شی په مقعدي کې داخل شی.

۸- په ځینې حالاتو کې د مقعدي قنات فیسور بیخی نامعلوم وی . د مقعدي قنات څخه د بندی پوستکې په سیر کې کوم فیسورونه چې پیداکېږی عموماً د درماتایتس په سیر منځته راځي چې د مقعدي خارښت سره یوځای وی . همداسې د انال فیسور په سیر د

کرون ناروغی ،U.cerative colitis ، سفلیس ، توبرکلوز او لوکېمیا هم د اختلاط په ډول منځ ته راځي.

د مقعدي فیسور سیر:

په لومړی مرحله کې مقعدي قنات مخصوصاً په خلفی زاویه کې د مخاطی غشا او د پوستکې په اتصالی برخه کې سطحی شق چې معمولاً یو شق شوی وی پیداکېږی وروسته د څو روځو څخه چې څو څو ځلی د غایطه موادو سره نومورې فیسور په تماس راشی نو په هغه ځای کې انتان مداخله کوی او فیسور په یو زخم بدلیږي. او اعراض د التهاب ورسره ضمیمه کېږی که مرض تداوی نه شی التهاب په نومورې ځای کې مزمن شکل نیسي، څرنګه چې د فیسور شونډی اذیمایې او د فیسور په سطحه کې زوی او نکروزی انساج پیداکېږی په نتیجه کې التهابی عکس العمل پراخه او مسننه خط سر پاپیلا استیلا کوی او د پولیپ په ډول پاپیلا ښکاری د مزمن التهاب په سیر د فیسور په شونډو او ژورو برخو او همداسې د پاپیلا او د فیسور په ښکتنی څوکو کې فبروزی انساج تشکل کوی چې دا ښکتنی څوکه هایپرتروفی کوی فبروزی انساج Sentinel pile په نامه یادیږي باید وویل شی چې فیسور په خپل ابتدایې مراحلو کې د غیر عملیاتی تداوی سره شفایاب کېږی او کوم وخت چې فبروزی انساج د فیسور په منځ او شونډو پیدا شو تداوی د جراحی عملیاتو په واسطه سرته رسیږي.

سریري تظاهرات:

۰- **درد:**

درد مهمتری عرض دی چې ناروغ د سوزش، غوڅولو یا څیری کولو په ډول د مقعد په خلفی برخو کې حس کوی دا درد د ډکو متیاز کولو په اخر وخت کې پیداکېږی او وروسته د ډکو متیازو څخه د ۱۶ نه تر ۱۱ دقیقو پورې دوام کوی او ورو ورو د منځه ځی. کوم وخت چې فیسور التهابی شی او د معصری اسپازم وربانډی اضافه شی درد فوق العاده شدید کېږی.

۲- نذف:

د ناروغی په حادو مراحلو کې او کوم وخت چې فیسور شدید التهابی شی د ډکو متیازو کولو په اخر کې تازه وینه چې د غایطه موادو سره مخلوطه نده د مقعد څخه تر ۱ یا ۲ څاڅکو په شکل خارجیږي چې ددی نذف مقدار د بواسیرو د نذف څخه لږ دی .

۶- قبضیت:

له هغه ځایه چې ناروغ د ډکو متیازو کولو په وخت کې زیات درد حس کوی نو تغوط څخه ډاریږي او نه غواړی چې خپل رکتوم تخلیه کړی ا وپه امپولا کې غایطه مواد د اوږدی مودی لپاره پاتې کیږی او کلک کیږی او پدی ډول قبضیت منځه ته راځي .

تشخیص:

د انال فیسور تشخیص د سریري تظاهرات او د مقعد پر معاینه باندی استناد کوی له هغه ځایه چې مقعدي معاینه فوق العاده درد ناکه ده عموماً د عمومی انستیزی تر شرایطو لاندې اجراشی او کوم وخت چې انو سکوپ په مقعد کې داخلیږي په واضح ډول د مقعد په خلفی یا قدامی زاویه کې څیری شوی ځای چې پورتنی څوکې یې هایپرتروفی کړی وی یا پاپیلا تشکل کړی وی او ښکتنی څوکه د فیسور هایپرتروفی یې کړی فبروزی نسج موجود وی ښکاریږي کوم انال فیسور چې د کرون مرض او Ulcerative Colitis مرض په سیر منځته راځي زیاتره مقعدي قنات په جنبی جدارونو کې پیداکیږی او څو فیسوره همداسې مقعدي قنات په عمومی ډول اذیمایې او اصلی مرض په کولون یا وړو کولمو کې تشبیتیږي.

کوم فیسورونه چې توربرکلوزی منشاء ولری عموماً سږی د توبرکلوز سره په یو وخت شتراک کوی او درد یې لږی وی د موقیعت له نظره د افیسور هم د مقعدي قنات په جنبی برخو کې موجود وی .

سفلیسی فیسورونه چې زیاتره فبروزی انساج په خپل چارچاپیره نه احتواکوی دغه سفلیس په درېمه دوره کې منځته راځي او سیرولوژی تستونه یې مثبت وی یا په بل عبارت یو نفر چې د اوږدی مودی راپدیخوا مقعدي فیسور لری او په معاینه کې ولیدل شی چې فیسور د مقعدي قنات په جنبی برخو کې ځای لری او د هغی په چار چاپیر کې

فبروزی انساج تشکیل نه وی کړی باید سیرولوژی تست اجراشی د لوکیمیا فیسورونه عموماً د Perianal ابسی سره په یو وخت کې اشتراک کوی او شدید دردناک وی.

درملنه:

که د فیسور څخه ډیر وخت تیرشوی نه وی یا په بل عبارت د هغه په شونډو او ځمکه کې فبروزی نسج تشکل کړی نه وی د تاوده تطبیقاتو او د معاصری اسپازم د منځه وړلو سره چه دمقعدي قنات ته توسع ورکولو پواسطه سرته رسیږي شفاب کیږی ډ.

اما کوم وخت چې مرض مزمن شوی وی یا داچې د فیسور په شونډو او ځمکه کې فبروزی انساجو تشکل کړی وی مهمترینه تداوی جراحی عملیات دی.

په انال فیسور کې دعملیاتو مقصد دادی چې دمعصری سپازم برطرفه شی او د فیسور چارچاپیره او د ځمکې څخه یې فبروزی انساج لیری شی نو ددی منظور د لاسته راوستلو لپاره لومړی د انال فیسور شونډی او ځمکه تر هغه ځایه پورې Debride کیږی ترڅو چې نورمال نسج ښکاره شی وروسته له هغی د داخلی معاصر الیاف په اړخ (Lateral internal Sphincterotomy) قطع کیږی او په اخره کې د پاک شوی فیسور سطح د نورمالی مخاطی غشا پواسطه پوښل او ګنډل کیږی .

د بواسیرو او انال فیسور د عملیاتو څخه وروسته اهتمامات:

څرنګه چې ناروغانو عموماً نخاعی انستیزی ورکول کیږی وروسته د عملیاتو څخه په ریکوری کې تر شپږ ساعتو پورې باید د چپرکټ لاندې پښې لږی پورته شی د ناروغ د وینی فشار کنترول او د مایع رژیم څخه استفاده وکړی د شپې لخوا د درد په مقابل کې مرکزی انالجزیکونه د ورید د لاری ورته تطبیق شی د عملیاتو څخه وروسته په اوله ورځ د انتی سپتک محلول په منځ کې په کښاستو پیل وکړی څرنګه چې په یو تش کې د پتاشیوم پرمنګنات یو فی هزار محلول کې اچول کیږی او ناروغ د ورځی څلور یا پنځه ځلی د هغه په منځ د پنځه یا لسو دقیقو لپاره کښی مخصوصاً د ډکو متیازو کولو څخه وروسته لومړی باید خپله مقعدي ناحیه پاکه پریمنځی او وروسته په محلولو کې کښی د عملیاتو په دویمه ورځ عادی غذایې رژیم اخلی او که قبضیت موجود و تخلیوی اماله ناروغ ته ورکولو کیږی د عملیاتو په درېمه ورځ ددی لپاره چې دمقعدي معصری

سپازم د منځه لاړشی د ګوتی پواسطه معصری ته توسع ورکول کیږی او د انتی سپتک محلول په منځ کې یوائځی وروسته د ډکو متیازو کولو څخه کښی.

Anorectal Absecess or Perirectal Suppuration

مخکې ددی څخه چې Perirectal suppuration مبحث تر مطالعی لاندې ونیسو بهتره ده چې د اناتومی له نظره کوم خلاوی یا چه په عجان یا Perineum کې موجود دی او د Perianal Perirectal space په نامه یادیږي اوپه نومورو ځایونو کې چې د زوو او د ابسو پیداکېدو امکانیت موجود دی باید توضیع شی .

Perianal and Perirectal Space:

د رکتوم او مقعدي قنات په چارچاپیره کې یو شمیر ځایونه دی چې د منظم او شحمی انساجو په واسطه ډک شوی دی چې نومورې ځایونه د ابسی د تشکل لپاره ډیر مساعد دی.

۱- د رافعه عضلې (Levater Anii) په سر او درکتوم په دواړو خواو کې یوه مسافه موجوده ده چې د لیفی نسج پواسطه ډکه شوی ده او د Pelvirect او Supralevator space په نامه یادیږي چې ددی مسافی پاسنی سرحد یې د حوصلی پریطوان، جنبی سرحد یې د حوصلی جدار او په متوسط کې د رکتوم د جدار پواسطه محدود شویدی.

۲- Retrorectal space : چې د رکتو د خلفی جدار او د عجز د هډوکې په منځ کې د رافعه عضلې د سویې څخه پورته واقع دی او په دواړو خواوو کې د Supralevator space سره ارتباط لری.

۶- **Ischiorectal Space** :

دا مسافه د رافعه عضلې په سفلی کې واقع ده په علوی کې د رافعه عضلې یا حوصلی دیافراګم، په متوسط کې د مقعد خارجی معصری د بندلونو، په جوانبو کې د حوصلی د یوالونه او په سفلی کې د Ischiorectal حفری د مستعرض حجاب په واسطه محدود شویده.

دا مسافه بیخی دشحمی انساجو پواسطه ډک شویده چې دهغی د ضخامت څخه د رکتوم د سفلی برخې او عیې او لمفاوي قناتونه تیریږي دامسافه چې د رکتوم او مقعدي قنات په دواړو خواو کې موقیعت لری یوبل سره د Deep postanal space له لاری ارتباط پیداکوی نو پدی ډول کوم انتان چې په یو خوا کې پیداکیږی د همدې لاری بلی خوا ته انتشار کوی او یوه ابسی جوړه وی چې د اس د نعل شکل لری.

۴- **Deep Postanal Space** :

دا مسافه د رکتوم په خلفی او د رافعه عضلې او د خارجی معصری د سطحی بنډل د وتری برخې په مینځ قرار لری او د شحمی نسج په واسطه ډکه شویده.

۰- **Perianal Space** :

دا مسافه چې دشحمی نسج پواسطه ډکه شویده په انسی کې د خارجی معصری د سطحی بنډل، په وحشی کې د Ischiaticus هډوکې، په سفلی کې د پوستکې او په علوی کې د مستعرض حجاب په واسطه محدوده شویده ددی مسافی په خلفی برخو کې Superficial Postanal مسافه قرار لری.

۳- **Superficial postanal space** :

چې د Perianal space په خلف او د خارجی معصری دسطحی بنډل او د پوستکې په مینځ کې واقع ده چې پدی ځایو کې زیاتره ابسی تشکل کوی.

۷- **Intersphinecteric Space** :

دا مسافه چې ډیره تنګه ده د خارجی او داخلی معصرو په منځ کې د مقعد په محیط کې په حلقوی ډول قرار لری.

Perirectal Suppuration :

د Perirectal او Perianal مسافاتو کې د پتوجن مکروبو فعالیت په نوموړو ځایو کې د تقیحاتو د پیداکېدو سبب ګرځی.

کوم مکروبونه چې ددی تقیحاتو په منځته راتلو کې زیاتر رول لری عبارت دی د Proteus Vulgaris, Eschorchia Coli او ځینې ان ایروبیک مکروبونه.

پتوفزیولوژي:

د Perirectal Suppuration اساساً د مقعدي قنات د غدواتو پرانتاناتو باندی استناد کوی دا غدوات یا Analgland's دداخلی معصری عضلې بنډل او د رکتوم د طولانی عضلې الیافو په منځ کې چې د خارجی او داخلی معصرو په منځ کې ښکته سیر لری واقع دی ددی غدواتو د قناتونو خولی د مورګنی کریپتو په منځ کې خلاصیږي کوم وخت چې د کریپتو په منځ کې په دوامداره ډول کلک غایطه مواد بند پاتې شی د غدواتو افرازات

په صحیح ډول نه تخلیه کېږی. او د بلی خوا د نومورو بند شوی کلکو غایطه موادو څخه انتان د غدواتو په منځ کې چې افرازات یې د رکود ت په حال کې دی داخل او Anal gand's په التهاب اخته کېږی . او باالاخره ابسی جوړوی ابسی چې د غدی په منځ کې تشکل کړی دی پورته خواته، ښکته خواته، په حلقوی ډول د رکتوم او مقعدي قنات په محیط کې یا دا چې جنبی خواته انتشار او درپناژ کېږی چې په نتیجه کې د Perianal او Perirectal د مسافاتو د التهاب او د ابسی د تشکل سبب ګرځی البته Perirectal suppuration د ویښتانو د بصلی د التهاب، دخولو د غدواتو د التهاب، دعجان ناحیې پوستکې التهاباتو او د معقد د چارچاپیره هماتوم د منتن کېدو څخه وروسته همداسې د Anal fissure داخلی بواسیرو او دمقعدي ناحیې د پرولپس په سیر د انتاناتو او ابسی ګانو د اختلاط په ډول منځته راځي.

د Anorectal ابسی ګانو تقسیمات او تصنیف د Perirectal او Perianal د مسافاتو په اساس شوی دی چې په لاندې ډول تشریح کېږی.

۱- Perianal ابسی: د مقعد خولی ته نږدی پوستکې لاندې پیداکېږی او اصلاً په Perianal مسافه کې تشکل کوی.

۲- Ischiorectal ابسی: چې په Ischiorectal space کې تشکل کوی او د ابسی موضعی سریري تظاهرات د مقعدي ناحیې په جنبی خواوو کې پیداکېږی.

۳- Retrorectal ابسی: چې په Deep postanal Space کې تشکل کوی او موضعی سریري تظاهرات یې د مقعدي قنات په خلف او عصص د هډوکې په څوکه کې پیدا کېږی.

۴- تحت المخاطی ابسی: د مقعدي قنات په پورتنی برخو کې مخاطی غشا لاندې پیدا کېږي.

۱- Marginal ابسی: د مقعدي قنات خارجی فوحی ته نږدی د پوستکې او مخاطی غشا د اتصال په ناحیه کې مخاطی طبقی لاندې پیدا کېږی .

۶- Pelvirectal ابسی: چې په Supralevator Space کې تشکل کوی او د موضعی Peritonitis د سریري تظاهراتو د منځ ته راتلو سبب ګرځی.

۷- Intramuscular ابسی: چې د Superficial Postanal Space او د Intersphinectrain په مسافه کې پیداکېږی او د Perianal ابسی په شان موضعی او عمومي اعراض ورکوي.

سریري تظاهرات :

۱- عمومی اعراض:

درد:

په هغه حالاتو کې چې د رافعه عضلې څخه پورته انتان تاسس کړی وی ناروغ د ګیډې په ښکتنی برخو کې درد حس کوی . او د موضعی پریطونایتس سره مغالطه کېږی او کوم انتانات چې د رافعه عضلې څخه ښکته موقعیت ولری ناروغ د انتان دموقیعت له مخی د مقعد په شاوخوا کې شدید درد حس کوی. نوموړی درد د ټوخی، پرنجی، ژور سا ایستلو، ګرځیدو او کښاستو سره تشدید کېږی.

تبه:

د مقعدي ناحیې التهاباتو سره ناروغان عموماً تبه کوی چې د انتان د شدت له مخی تبه هم شدیده یا خفیفه وی.

قبضیت:

له هغه ځایه چې دمقعدي ناحیې درد مخصوصاً په کښاستو او زور وهلو سره اضافه کېږی نو ناروغان د ډار څخه ډکې متیازی نه کوی او ورته قبضیت پیداکېږی.

۲- موضعی سریري تظاهرات:

پرسوب، سوروالی، د موضعی حرارت زیاتوالی، تندرنیس او د ابسی د تشکل صورت کې تموج یا Fluctuation موجود وی. که التهاب ژور وی کوم واضح برسوب په مقعدي ناحیه کې نه معلومیږي او د رکتل یا مهبلی معاینه کې ناروغ په خپله حوصله کې په یوه خوا یا دواړو خواوو کې درد حس کوی او په نوموړی ځای کې تندرنس موجود وی او د ګیډې د جس سره ناروغ د ګیډې په ښکتنی برخو کې درد حس کوی او تندرنس موجود وی .

اختلاطات:

که د مقعدي ناحیې ابسی ګانی ژر تر ژره تداوی او درېناژ نه شی نه یوائځی انتان د یوی اناتومیک ناحیې څخه بلی اناتومیک مسافی ته انتشار کوی بلکه په خپله په بنفسهی ډول مخاطی غشا یا پوستکې خواته درېناژ کېږی او مزمن درېناژ سینوس جوړوی یا داچې هم پوستکې او هم مخاطی غشا خواته لار جوړي. او مزمن فستول منځته راوړي.

درملنه:

د Para rectal او Para anal ابسی ګانو اساسی تداوی د ابسی پراخه درېناژ او د هغه په څنګ کې انتی بایوتیک د ورکولو څخه عبارت دی باید وویل شی چې یواځی انتی بیوتیک التهابی حالت له منځه نه شي وړای.

د مقعدي ناحیې سطحی ابسی ګانی د عمومی انستیزی تر شرایطو لاندې د صلیب او پراخه شق په واسطه باید تام درېناژ شی اما ژوری ابسی ګانی په عملیات خانه کې د رکتوم یا عجان له لاری باید په پراخه توګه درېناژ شی او د لزوم په صورت کې د ابسی جوف درېناژ او کورتاژ شي.

د پاسني اهتماماتو سره دوه پر درې برخه ناروغان بیخی شفایاب کېږی او یو پر درې برخه یې بیا هم په Anal Fistul اختلاط کوي.

Anorectal Fistula

د یو التهابی لار یا قنات څخه عبارت دی چې په مقعدي ناحیه کې لرونکې د یوه ابتدایې داخلی خوله (چې په مقعدي قنات کې لار لری) او یوه ثانوی خارجی خوله (د مقعد په چار چاپیره د پوستکې په سر واقع دی) دی دفستول متضاد اصطلاح Sinus دی او د هغه التهابی قنات څخه عبارت دی چې یو مزمن انتانی محراق ددی لاری په واسطه دباندی سره ارتباط پیداکوی.

فزیو پتالوژي:

Anorectal فستولونه زیاتره د مقعدي کریپتو د التهاب څخه منشاء اخلی.څرنګه چې نوموړی کریپتونه لومړی د اجنبی اجسامو یا کلک غایطه موادو له خوا ژوبلیږي .په دویمه مرحله کې ژوبل شوی ناحیه منتن او کریپتایتس منځته راځي . کریپتایتس پرمختګ کوی او د دوه معصرو په مینځ یا منځنی برخو کې ابسی جوړوی نوموړی ابسی ګانی که یواځی پر پوستکې یا په مقعدي قنات کې لار خلاص کړی مقعدي Sinus مینځته راځي او که په مقعدي قنات او هم د مقعدي قنات په چارچاپیره پوستکې کې لاره خلاصه کړی انورکتال فستول جوړیږي.

د فستول سیر:

د فستول خط السیر په دوه عمودي او افقی پلانو کې مطالعه کېږي.

د فستول سیر د Good Sall's قانون په اساس :

د مقعدي قنات خوله او چارچاپیره پوستکې یې د یو مستقیم خط سره په دوه نیم قدامی او نیم خلفی ساحه تقسیمیږي که د فستول خارجی سوری ددی خط به قدام کې واقع وی د فستول سیر مستقیم او په مستقیم ډول د داخلی فوحی سره په داخل د مقعد ارتباط لری که د فستول خارجی فوحه د مستعرض خط په خلف کې واقع وی فستول په منحنی شکل سیر کوی او د یو منحنی یا کوز قنات پواسطه داخلی فوحی سره په داخل د مقعد ارتباط پیداکوی.استثناءً که د فستول خارجی سوری د مستغرض خط په قدام او د مقعدي قنات څخه تقریبا درې یا د درې سانتي مترو څخه زیاته فاصله ولری د فستول سیر په منحنی شکل د مستعرض خط تر خلفی برخو بوری امتداد پیداکوی.او د هغه داخلی سوری د مستعرض خط په خلف کې د مقعدي قنات په داخل کې خلاصیږي.

دفستول عمودی سیر د Park's Gorden & Hardoastla د قانون په اساس په څلورو کتګوریو ویشل شویدی.

۱- Inter sphinecteric فستول:

دا فستولونه په دوه ډوله دی

الف: سطحي بین المعصروی فستولونه:

دا فستولونه مخاطی طبقی او پوستکې لاندې سیر کوی څرنګه چې د فستول داخلی خوله د مقعدي قنات په مینځ کې خلاصه ده او وروسته ددی څخه چې مخاطی طبقی او پوستکې لاندې خپل سیر ته دوام ورکوی خارجی خوله یې په پوستکې کې خلاصیږي.

ب: عمیق بین المعصروی فستولونه:

د دې نوع فستول داخلی خوله د مقعد په دننه کې واقع ده او په خپله فستول وروسته ددی څخه چې د مخاطی طبقی لاندې د داخلی معصری د یوی برخې په مینځ او داخلی او خارجی معصری د فاصلی په مینځ خپل خط السیر ته دوام ورکوی د مقعد دخولی په څنګ کې د فستول خارجی فوحه خلاصیږي.

۲- Trans-sphenteric فستول:

د دې فستول داخلي خوله د مقعدي قنات په دننه او خارجی خوله یې په پوستکې کې خلاصیږي. دا فستول داخلی او خارجی معصری عضلې الیاف سوری کوی او د هغوی د مینځ څخه تېریږي.

۳- Supra-sphenteric فستول :

د Trans-sphenteric فستول پشان خط السیر لری پدی فرق چې ددی فستول سیر لږ شان پورته دی او مخصوصا د خارجی معصری د پاسنی برخې څخه تیریږي .

۴- Extra-sphenteric فستول:

ددی فستول داخلی خوله د امپولا په نښکتنی برخو کې او خارجی خوله یې په پوستکې او د مقعدي خولی څخه ډیر لری واقع دی او فستول قنات د داخلی معصری د ډیر علوی برخو څخه تیریږي.

سریري تظاهرات:

ناروغان عموما په خپل تاریخچه کې د مقعدي ناحیې د ابسی د موجودیت څخه حکایه کوی چې نومورې ابسی یا په خپله او یا داچې د جراحی شق پواسطه درېناڅ شوی دی. د ابسی درېناڅ کله شفا یاب او درېناڅ یې د مینځه ځی او کله بیا پیداکېږی.بلاخره نومورې ابسی په فستول بدلیږي چې د فستول عمده سریري علامه د فستول د خارجی خولی څخه د زوی او چرک خارجیدل دی چې یا په دوامدار ډول او یا په متقطع ډول جریان لری. کوم وخت چې د فستول خوله وتړل شی او جریان د زوی قطع شی ناروغ په خپل مقعدي ناحیه کې درد حس کوی او حتی تبه هم ورته پیداکېږی او کوم وخت چې درېناڅ صورت ونیسي درد هم کمیږي یا داچې بیخی ورک کېږی.

فزیکي معاینه:

په تفتیش سره د مقعدي قنات د چارچاپیره پوستکې په سر یو یا څو سوری معلومیږي چې د هغوی خوله د منتن ګرانولیشن نسج پواسطه ډک او د مینځ څخه یې زوی او ځینې وخت وینه لرونکې زوی خارجیږي. په هغه حالاتو کې چې دفستول عامل ګرانولوماتوز امراض یا توبرکلوز وی د فستول درېناڅ یوازې سیروزیتی ډوله مواد وی.

د جس پواسطه چې ددوو ګوتو سره اجرا کېږی (شهادت ګوته په مقعدي قنات کې داخلیږي او لومړی ګوته د مقعد څخه د باندی قرار لری) ددی دوی ګوتو په مینځ کې معصروی بندل او نور پتالوژیکي سطحی افات په همدې ناحیه کې د جس وړ وی سطحی او ساده فستولونه د یو Cord یا رسی په شکل معلومیږي او همداسې په دی حالاتو کې د یو Probe یا سند پواسطه د نومورې فستول عمق ،سیر او ننی فوحه یې تعینیږي.له هغه ځایه چې دا مانوره دردناکه وی نو که معاینه تر عمومی انستیزی شرایطو لاندې اجراشی بهتره ده.

د پوره تشخیص په منظور متممه معاینات:

په هغه حالاتو کې چې فستول ساده او سطحی نه وی نو د Probe سند پواسطه د فستول سیر، ژوروالی او دننی فوحی پیداکول ډیر مشکل دی نو په دی وخت کې د فستول د سیر او د هغه د مسخصاتو د تعینولو لپاره په لاندې ډول معاینات سرته رسیږي.

۱-یو ساده میتود چې د هغه پواسطه د فستول داخلی سوری کشف کېدای شی په دی ډول اجرا کېږی چې انوسکوپ په مقعدي قنات کې داخل او د فستول په خارجی سوری کې د یو سرنج پواسطه هوا زرق کېږی . د انوسکوپ په مرسته د مقعدي قنات په دننه کوم ځای کې چې د فستول داخلی خوله موجوده دی د نومورې ځای څخه لومړی زوی او وروسته هوا خارجیږي همداسې د هوا په عوض کېدا شی چې رنګه مواد لکه Methylen Blue زرق شی او په دی ډول نه یوازې د فستول سیر بلکه د فستول خوله هم کشف کېږی.

۲- د دې لپاره چې په ډیر مطمئن شکل د فستول عمودی او افقی سیر او داخلی فوحه یې معلومه شی بهتره ده چې د فستول په خارجی سوری کې کثیفه مواد (Radiopaque) زرق او د عجان ناحیې څخه قدامی خلفی او اړخیز او په مقعد کې په عمودی ډول رادیوګرافی اجراشی.

توپیري تشخیص:

۱- د Hidradenitis تقیحی سره: د خولی د غدواتو یوه ناروغی ده چې د sweat glands افرازات قنات مخصوصا په مقعدي او تناسلی ناحیه کې بندیږي او د غدی په مینځ د ټول شوی خولی غلظت زیات او غده د یو سیست په شکل غټیږي. کوم وخت چې دا غټ سیست منتن شی په تناسلی او مقعدي ناحیه کې په څو څو ځای مزمن سینوس درپناڅ جوړیږي. چې د انال فستول سره مغالطه کیږی او د فستولو ګرافی سره د نوموړی سیستونو تشخیص وضع کیږی.

۲-د Pilonidal sinus سره: زیاتره په Sacro-coccygeal ناحیه کې پیداکیږی.او که دسینوس سیر تعقیب شی په Sacro-coccygeal ناحیه کې ختمیږي .

په زیات شمیر واقعاتو کې د سینوس په خوله کې ویښتان موجود وی چې ډاکتر ته په قطعی تشخیص لارښودنه کوی او که ویښتان موجود نه وی قطعی تشخیص فستولوګرافی سره وضع کیږی .

۳. Granolomatous امراضو سره (Regional Enteritis) ددي امراضو سره په زیاته فیصدي انورکتال فستول اشتراک کوي. حتی په دي امراضو کې چې وړي او غټی کولمي ماوفیږي لمړنی سریري تظاهرات د ګرانولوماتوز مرض انورکتال فستول دي. چې د میاشتو او کالو لپاره بي ددی چې د اصلی ناروغی نور سریري تظاهرات واضح ښکاره شي په مزمن شکل دوام کوي. په دي امراضو کې انورکتال فستولونه عموما بی درده وي او دفستول سیر د خاثف ګرانولار نسج په واسطه ډک شوي وی دانورکتال توبرکلوزي فستول واقعا په پرمختللی هیوادو کې لږ په فقیر هیوادو کې زښت زیات وی. دا فستولونه هم بی درده وي اما زیاتر د سږی ،لمفاوي غدواتو ،هډوکو او بندونوتوبرکلوز سره اشتراک کوي

۴. د منتن Sebaceous Comdone سیست ، مزمن Barthelinitis او Folliculitis سره : د ناروغ تاریخچه ،د مریضی افت موقعیت ،فزیکي معاینه اوبلاخره که نوموړی امراض سینوس جوړ کړی وي سینوس دسیر دتعقیب سره دناروغي اصلی تشخیص وضع کیږی.

۱. د Rerrorectal Dermoid سیست سره : ریاتره په ښځوکې پیداکېږی او دسیست تشخیص دفزیکې معاینی په واسطه اجراکېږی که سیست سوری شوی وی او انتان به کې مداخله وکړي نو وروسته د عملیات څخه د پتالوژی معایناتو په واسطه قطعی تشخیص وضع کېږی.

۶. د Coloperineal فستول سره د کولون او سیګموئید د دایورتیکولایتس په سیر پیداکېږی که ددی فستولو سیر د یو نرم پروب یا کلک رابری کتیتر په واسطه تعقیب شی د فستول عمق په حوصله کې قرار لري او قطعی تشخیص د فستولوګرافي په واسطه وضع کېږی څرنکه چې د فستول ننی په سیکموئید یا کولون کې خلاصیږي .

۷. د مقعدي سینوس وروسته د ترضیض او اجنبی اجسامو د مداخلی څخه :

د تر ضیضاتو په اثر امکان لری چې د معقد په چارچاپیره کې پوستکې کې مزمن زخم پاتې شی او د فستول سره مغالطه وشی .همداسې ځینې اجنبی شیان د غایطه موادو سره یو ځای کوم وخت چې دمقعدي قنات څخه تیریږي د مقعد جدار ژوبلوی او تیریږي . مثلاً کومه پارچه هډوکې همداسې د باندی څخه ځینې پردي اجسام د مقعد په چارچاپیره پوستکې کې یو مزمن التهاب مینځته راوړی .او دفستول سره مغالطه کېږي. مثلاً که Episiotomy د غیری قابل جذب تار سره وګنډل شی یا مقعد جروحات او جراحی شقونه د غیری قابل جذب موادو سره وګنډل شي نومورې مواد امکان لري چې د دوامدار زخم سبب وګرځي او فستول سره مغالطه شي .

۸. Urethroperineal Fistula :

دا نوع فستولونه عموما وروسته د حوصلی ترضیضاتو څخه مینځته راځي Rectourethral Fistula زیاتره د سامان د غلط استعمال څخه او وروسته د پروستاتکتومی څخه پیداکېږی . چې ددي فستولو عمده سریري عرض Fecaluriaاو Pneumaturia دي نری او واړه فستولونه په بنفسهي دول بندیږي او که د فستول قطر لوي وي او لومړي باید Cystostomy اجرا او وروسته فستول ترمیم شي .

Perineal sinus د Tubu Ovariari ابسی ،د حوصلي اکتینومیکوزاو د حوصلي د هډوکي Osteomyelitis او د حوصلي اعضاو د کارسینوما په سیر د اختلاط په ډول مینځ ته راځي چې د انورکتال فستولو څخه د رادیوګرافي په واسطه تفریق کېږي

د Anorectal فستول اختلاطات:

Anorectal فستولونه که بی د تداوي پاتې شې په وجود کې د ځینې سیستمیک انتاناتو محراق او منبع ګرځیدلاشي. همداسې د ځیني راپورولە مخې مزمن انورکتال فستولونه د مقعدې قنات په کارسینوما تحول کوي او د عملیاتو په واسطه ددې فستول تداوي د نومورې اختلاطاتوڅخه مخنیوي کوې.

د Anorectal فستولو درملنه:

وړوکې او سطحي فستولونه بدون د تداوي په بنفسهې ډول شفایات کیږي اما په ریاتره واقعاتو کې د فستول یواځیني تداوي جراحي عملیات تشکیلوي چې د فستولکتومي څخه عبارت دي او د فستول په جراحي تداوي کې باید دا لاندې ټکې مد نظر ونیول شي.

۱-د فستول لمړنی خوله باید پیداشي.

۲-د فستول کانال یا کانالونه او د هغوې مسیر باید ښکاره او تعین شي.

۳-وروسته د پاسنی مراحلو څخه د فستول کانال دهغه په ټول امتداد خلاص او منتن انساج یې وایستل شي .(Curetageاو Fistuletomy)

۴-وروسته د عملیات څخه باید زخم تر جدي مراقبت لاندي ونیول شي تر څو چې د ژور څخه سطحی خواته ترمیم صورت ونیول شي.

د مزمنو اسهالاتو، Ulcerative colitis، فعال ګرانولوماتوز انتروکولایتس په وخت کې باید مطلق فستولکتومي باید اجرانشي ځکه چې عملیاتي زخم ژرنه ترمیم کیږي او کوم وخت چې اصلي ناروغي تر کنترول لاندي راغله د فستول عملیات استطباب پیداکوي کوم فستولونه چې ژوره او دانورکتال د معصرو د مینځ څخه یا دا چې د دواړو معصرو د باندې څخه تیریږي عملیات یې په لاندي ډول سر ته رسیږي

۱-که د معصرې ژوره برخه د او Levator Anii عضلات د فستول د مسیر څخه د باندي واقع وي او نور معصروي الیاف د فستول دمسیر څخه دننه واقع وی که دا معصروي الیاف د فستولوتومی په اثر قطع شي نو د مقعد Incontinence یا عدم کفایه نه پیداکیږي او عملیات یې لکه د یو ساده فستول په شکل چې مخکې تذکر ورکړ شو سرته رسیږي.

۲- په هغه حالاتو کې چې داخلی او خارجی معصروي الیاف د فستول د مسیر په دننه کې موقعیت ولري (د مقعدي قنات او د فستول په مینځ کې معصروي الیاف واقع وي یا په بل عبارت Suprasphincteric یا Extrasphinecteric وي) پدي وخت کې عملیات په دوه مرحلو کې صورت نیسي څرنګه په اوله مرحله کې د یو رابری پرې یا رسۍ په واسطه چې د فستول د مسیر څخه تیریږي معصروي الیاف غوټه کیږي ددي رابري پرې په واسطه د معصري چارچاپیره انساج د معصري سره التصاق کوي په دویمه مرحله کې وروسته د هرو دري ورځو څخه رابري غوټه ټینک او کلک کیږي ددي عملي په واسطه له یوي خوا د معصري الیاف د غوټی د فشار په واسطه د مینځه ځي او له بلی خوا د رابري پرې د شا څخه کرانولار او فبروزي انساج سطحی خواته وده کوي په دي ډول ورو ورو او هره دري ورځ وروسته معصره تدریجا دمینځه ځي او فیبروزي نسج د هغه ځای نیسي او بلاخره زخم شفایاف کیږي باید وویل شي چې د زخم د ژر شفایاب کېدو لپاره د یوي خوا باید د غایطه موادو په مینځ کې د مکروبو شمیر اصغري حد ته رسیږي او له بلي خوا زخم همیشه پاک وساتل شي .چې د لومړي هدف د سرته رسیدو لپاره د خولی له لارې ناروغ ته د کولمو انتي سپتیکونه ورکول کیږي او د دویم منظور لپاره ناروغ باید د ورځي څو ځلي انتي سپتیک محلولونه په مینځ کې کېښنې او خپل زخم پرې مینځي.

Rectal Prolapse

خارج خواته د رکتوم د جدار یوه طبقه یا د ټول طبقاتو د راوتلو څخه عبارت دي دا ناروغي په ښځو کې نسبت نارینه وته زیات پیداکیږي.

اسباب:

زیاتره هغه اشخاص د مقعد په Prolapse اخته کیږي چې روحا او جسما ضعیف وي

۱- مزمن قبضیت او په ماشومانو کې مزمن اسهالات او همداسې په دوامدار ډول د تغوط په وخت کې زور وهل د مقعد پرولپس سبب ګرځي .

۲- په حوصلي ناحیه کې وسیع جروحات او د هغه له کبله د Perineal یا عجان په ناحیه کې د عضلاتو ضعیف والي هم د مقعدي د پرولپس سبب کرځي .

۳-د کولمو مزمن پراریتي امراض لکه مزمن امیبیازس ددي سبب کیږي چې ناروغ د تغوط په وخت کې زور وهي له دي کبله پرولپس مینځته راځي .

۴-په مسنو خلکو کې د عمر زیاتوالي له کبله دوجود د ټول عضلاتو په شمول د عجان عضلات ضعیف کیږي او د پرولپس د مینځ ته راتلو لپاره مساعده زمینه برابر وي.

۱-د نخاع د ترضیض او التهابي افاتو له کوم وخت چې د حوصلی عضلات فلج کیږي نو د نومورې عضلاتو د ضمور او ضعیفوالي له کبله رکتوم ښکته پرولپس کوي .

تصنیف:

Rectal Prolapseپه څلور ګروپو ویشل شوی دی:

۱-Mucosalprolapse **یا مخاطي پرولپس**:یواځې د رکتوم مخاطي غشاء د مقعدي قنات د خارجي فوحی څخه دباندي وځي دا نوع پرولپس په ماشومانو کې زیات تصادف کوي او وروسته د سببي تداوي څخه زیات امکان لري چې په بنفسهي شکل شفایاب شي په کاهلانو کې دانوع پرولپس مترقي سیر لری او ورځ په ورځ زیاتیږي

۲- procidentia په دي نوع Prolapse کې د لغزنده یا ښویونکې فتق په شان د رکتوم د جدار ټول طبقات مخصوصا قدامي جدار یې په شمول د پریطواني کیسه د مقعدي قنات د خارجي فوحی څخه ښکته خارجیږي.

په ماشومانو کې ددي نوع Prolapse په پیداکیدو کې دا لاندې عوامل رول لري

الف: په ماشومانو کې د عجزي هډوکې لکه په کاهل خلکو کې چې منحني شکل لري انحنا نلري.

بلکه هموار او عمودي سیر لري له دي کبله ددي هډوکې سره موازي ښکته خواته رکتوم سیر لري او په اساني Prolapse کوي.

ب: په ماشومانو کې په Ischiorectal ناحیه کې شحمي انساج چې رکتوم جګ ساتی ډیرلږ دي.

ج: په ماشومانو کې د رکتوم استنادي اربطه ضعیفه ده.

په کاهلانو کې دProeidentia په Prolapse کې لاندې عوامل رول لري

الف: د رکتوم د جنبی Suspensory اربطې ضعیفوالي.

ب: کوم وخت چې رافعه عضله د Recto vaginal د صفاق څخه جلاکېږي نو د نومورې صفاق د لنډوالي سبب ګرځي او له دې کبله رکتوم ښکته خواته کش کېږي چې په دی حالت کې امکان لري Cystocele یا Uretrocele هم د Prolapse سره موجود وي

ج: Mesorectum اوږدوالي ددی سبب کېږی چې رکتوم قدام خواته بی ځایه شي او خپل منحنی سیر چې د عجزد هډوکې سره موازي دي په مستقیم او عمودي سیر تبدیل کړی په کاهلانو کې لومړي د رکتوم قدامی جدار ښکته Prolapse کوي او وروسته کوم وخت چې د عجان عضلات ضعیفه شي د رکتوم جدار په حلقوي شکل Prolapse کوي.

۳- د رکتوم او Anal کانال Eversion د حوصلی د عضلاتو دعدم کفایې له کبله مینځ ته راځي په دي نوع پرولپس کې د انورکتال ښکتنې برخې په حلقوي ډول ښکته راځي په دي پرولپس د رکتوم پریطوانی کڅوړی ښکته نه راځي .

۴- د کولون تغلف پرولپس په دی نوع Prolapse کې رکتوم پخپل ځای پاتې کېږي او د رکتوم د مینځ څخه کولون یا سیګموئید ښکته راځي او د مقعدي فوحې څخه د باندې وځي.

سریري تظاهرات:

د تغوط یا د ټوخي او کرځیدو په وخت کې د مقعدي قنات د خولی څخه یوه کتله ښکته خارجیږي چې په لومړي وخت کې نومورې کتله پخپله ارجاع او د وخت د تیریدو سره ارجاع یې مشکل او ځینې وخت غیري قابل ارجاع کېږي . د ناروغ پرتوګ د پرولپس کړي برخې د افرازاتو او وینی او همداسې له هغه ځایه چې مقعدي عدم کفایه موجوده وي د ډکومیتازو په واسطه هم ملوث کېږي.

د عجان او رکتوم عضلات په مترقی ډول ضعیفیږی او بلاخره نومورې عضلات Atonia منځته راځي چې نتیجه یې د مقعدي قنات Incontinence دي ددي لپاره چې د پرولپس قطعي تشخیص وضع شي بهتره ده چې ډاکټر په خپلو سترګو پرولپس وګوري . سربیره پردي ناروغ د ولاړ په وضعیت او د پروت په وضعیت په داسې حال کې چې

زور ووهي معاینه شي د عجاني عضلاتو او د معصرو مقویت او استرخایي حالت او دهغوتقلص قدرت د ګوتي د معاینی او د Electromyography په واسطه تعین شي.
په مخاطي پرولپس کې د رکتوم مخاطي غشا د یوه یا دوه سانتي متر په اوږوالي د مقعدي قنات څخه په حلقوي او متناظر ډول ښکته راځي او مخاطی التوات عموما شعایي سیرلري .
د شهادت او د غټې ګوتي په واسطه د پرولپس کړي مخاطي غشا دوه طبقي چې نري پنډوالي لري جس کیږي .
په Procidentia پرولپس کې د پرولپس کړي کولمی قدامي جدار چې د پریطواني کڅوړي سره یو ځاي ښکته راځي نسبت خلفي جدار ته اوږد او د کولمو د جدار دوه پنډ طبقات د شهادت ګوتي او غټې کوتی په مینځ پنډ او د یو بل څخه جلا جس کیږي او د پرولپس ګړي کولمی مخاطي غشا التوات حلقوي وي یه تغلفي حالت کې په مقعدي معاینه کې د رکتوم د جدار تغلف کړي کولمی د راس په مینځ کې یوه Sulcus لکه چې د رحم غاړي د محبل په مینځ کې داخل کیږي د جس وړ وي

خصوصي معاینات:

سکموئید سکوپي او د کولون چوکاټ رادیوګرافي د اشتراکې امراضو سببي تشخیص په منظور باید اجرا شي همداسې د دکتوم د رادیوګرافي په جنبي وضعیت باید واخستل شي تر څو چې د رکتوم بې ځایه کېدل قدام خواته ښکاره شي.
همداسې ددي لپاره چې معلوم شي ایارکتال پرولپس عصبي منشاء لري که نه د عصبي معایناتو اجرا کېدل حتمي دي.

توپیري تشخیص:

۱- دپرولپس کړي بواسیري کتلاتو سره: دپرولپس کړي بواسیري کتلاتو ازیمایي او التهابي وي چې التوات نه لري او وریکوزي حالت نه ښکاره کوي د جس په واسطه شدید دردناک او پنډ وي
۲-د غټ او هایپرتروفیک مقعدوي پاپیلا ،فیبروما او پولیپو سره :چې نوموړي کتلات عموما جلا جلا یوه یا دوه عدد وي او په حلقوي ډول ښکته شوي نه ښکاري.

درملنه

۱-طبي تداوي:

په ماشومانو کې محافظه کار تداوي په بریالي توب سره سرته رسیږي او د ناروغي نکس ډیر لږ واقع کیږي اما که پرولپس عصبی منشاء ولري یا د مزمن انتاني ناروغي له کبله مینځ ته راغلي وي په دي وخت کې طبي تداوي ښه نتیجه نه ورکوي په ماشومانو کې سوء تغذي او انتاني حالت باید تداوي شي .ماشوم د تغوط په وخت کې په یو اړخ باید پروت وي او د دوه ډکو متیازو په فاصله کې د ماشوم دواړه الیوي ناحیه د لوکوپلاست په واسطه نرمدي راوړل شي دماشوم قبضیت باید دغذایې رژیم په واسطه برطرف شي او د لزوم په صورت کې همیشه ورته تخلیوي اماله ورکړه شي

۲- جراحي تداوي:

څرنکه په ماشومانو کې محافظه کار تداوي ښه نتیجه ورکوي او برعکس په کاهلانو کې دا تداوي په بریالیتوب نه ختمیږي او تقریبا همیشه جراحي تداوي ته ضرورت حس کیږي نو په کاهلانو کې د هرنوع پرولپس لپاره جلا جلا جراحی میتودونه موجود وي

الف- د ساده مخاطی پرولپس جراحی تداوي : پرولپس کړي مخاطی غشاء په حلقوی ډول Exision کیږي او د پورتنی مخاطی غشاء شونډي د لاندي مخاطی غشاء سره په حلقوي ډول ګنډل کیږي.

ب-د Procidentia پرولپس جراحی تداوي : په دري ډوله ده:

۱-د بطن دلاري وروسته د لپروتومی څخه د رکتوم خلفي جدار په عجز هډوکې د خیاطو په واسطه تثبیتیږي او په ډول د رکتوم د پرولپس څخه مخنیوي کیږي یا دا چې سیکموئید او د رکتوم پورتنی برخي قطع او د نازله کولون څوکه د امپولا د پاسنی برخو سره خوله په خوله انستموز ورکول کیږي

۲-د مقعد له لاري Proctosigmoidectomy اجرا کیږي په دي ډول چې د مقعدي قنات په حزا کې د ښکته شوي کولمي جدار په حلقوي ډول قطع او ایستل کیږي . دکولمو پاتي شوي خوله راسا د مقعدي قنات د خولي سره ګنډل کیږي

۳-که ناروغ ډیر زوړ او عمومی حالت یي خراب یا دا چې عملیات او عمومی انستیزي نشي تحمل کولای نو په دي وخت کې پرولپس ګړي بیرته ارجاع او د مقعدي قنات په خارجي سوري کې د معصرو په څنګ کې په تحت الجلد کې د سپین زرو څخه یوه حلقه اچول کیږي چې د حلقي قطر تقریبا یو سانتي متر وي

ج-د رکتوم د Eversion جراحی تداوي : له هغه ځایه چې درکتوم Eversion د حوصلی د ځمکې د ضعیفوالي له کبله مینځ ته راځي د څو خیاطو په واسطه په خلف کې د رکتوم جدار په عجز هډوکې کې او په قدام د عانی ارتفاق سره ګنډل کیږي.

د رکتوم سلیم تومورونه :

د رکتوم سلیم تومورونه عبارت دي د فیبروم، لایومایوم ، لمفوما او پولیپونه د رکتوم فیبروم لایومایوم او لمفوما چې د رکتوم په جدار کې دیو نو ډول په شکل مینځ ته راځي ډیر لږ تصادف کوي تر څو چې د دوه سانتي مترو څخه غټ نه شي د سریري اعراض د مینځ ته راتلو سبب نه ګرځي او کوم وخت چې ددي اندازي څخه غټ شو نه یواځي د نذف سبب ګرځي بلکه ناروغ په رکتوم کې هم درد حس کوی او له هغه ځایه چې تفریق یې د کانسر سره مشکل دي او زیاتره په کانسر استحاله کوي نو عموما د رکتوم د کانسر په شکل تداوي کیږي . او دلته یواځي د رکتوم پولیپوز چې د احصائی له نظره واقعات یي زیات تصادف کوي مطالعه کوو.

د رکتوم پولیپوز:

د رکتوم پولیپونه یو سلیم تو مور دي لاکن یو څه خصوصیت لري چې هغه د نومړي پولیپ خبیثه استحاله ده . دا تومور زیاتره د ژوند په لومړي کالونو کې پیداکیږي. زیاتره په نارینه کې تصادف کوي د ماوفیدو تناسب په نارینه او ښځو کې دري پر یو دي.

پتالوژي:

دوه ډوله پولیپونه موجود دي چې یو ډول یې لرونکې دسویق یا Pedicule او بل ډول یي پلنه قاعده لري چې Sensilepolyp په نامه یادیږي .د هستولوژي له نظره د مخاطی اپیتل استوانی حجراتو څخه منشاء اخلي او زیات اندازه میوکوز افرازوي . نومړي پولیپونه کله واحد او کله زیات او منتشروي . واحد پولیپونه دومره په خباثت نه

استحاله کوي لاکن منتشر پولیپونه زیات په خباثت استحاله کوی همداسې هغه پولیپونه چې سویق لري د خباثت چانس یي لږ او هغه پولیپونه چې د پلنه قاعده لري د خباثت چانس یي زیات وي

سریري تظاهرات:

اکثره ناروغان د خپل مقعد څخه د وینې او مخاط د راتلو له کبله ډاکټر ته مراجه کوي . مقعدي نذف سور رنګ لري او مخاط د بلغمو په شکل وي ناروغان کله کله د کاذب تغوط حسیت ،قبضیت او اسهال څخه حکایه کوي . او کله هم پولیپ له مقعد څخه بیرون وځي چې د پولیپ پرولپس ورته وایي.

که پولیپ منتشر او د رکتوم په پاسني برخو کې موقعیت ولري ناروغ پخپله ګیډه کې کولیک ډوله درد حس کوي. چې د Tenismus سره یو ځاي وي. که ناروغ بی د تداوي پاتي شي له هغه ځایه چې پولیپ د خباثت استحاله کېدو ته میلان لري ورو ورو وزن کموي او ډنګري کېږي.

تشخیص:

د کوتي د معاینی او دسګموئید سکوپی په واسطه تشخیص یي وضع کېږي . د ګوتي په واسطه د رکتوم ټول جدارونه جس کېږي او که پولیپ د رکتوم په شکتني برخو کې موجود وي د ګوتي په واسطه پولیپ د یو متحرک او نرم کتلی په شان د خپل سویق سره د رکتوم په جدار نښتي دي جس کېږی. په پروکتوسکوپي یا سیګموئید سکوپي کې پولیپ د یو جلا لرونکې سری کتلی په شان چې قاعده یې بنفشوي رنګ لري معلومیږي که د دسګموئید سکوپ سره معلومه شوه چې پولیپ متعدد وي ددي لپاره چې ډاکټر پوه شی چې ایا پولیپوز حالت تر کولون پورې وسعت لري که خیر باید کولون سکوپی اجرا شي یا دا چې د کولون چوکاټ وروسته د باریوم دامالی څخه رادیوګرافي شي .

توپیري تشخیص:

۱- **د داخلي بواسیر سره**: د داخلی بواسیر زیاتره په کاهو کې پیداکېږي د موقعیت له نظره د مقعدي قنات په پاسني برخو کې موجود وي حال داچې پولیپ په دي ځای کې هیڅ تشکل نه کوي بلکه د مقعدي قنات څخه پورته په امپولا کې مینځ ته راځي . د بواسیر کتلی رنګ عموما بنفشوي وي د ډکو متیازو سره یواځي وینه راځي مخاط او زوي د مقعد څخه نه خارجیږي

۲-**د رکتوم د کار سینوما سره** : د رکتوم کار سینوما معمولا د یو غیرمنظم نودولار او مجزا کتلی په شان چې په سر استناد لری معلومیږي چې په ځینې ځایو کې تقرحي شوي ښکاری او د قرحی شونډی خارج خواته چپه شوي وي .

۳-**د رکتوم اندومترپوزیس سره**: ناروغ عموما ښځینه وي Menstruation په وخت کې د ډکومتیازو سره وینه راځي . د انوسکوپ سره یوه یا څو نودولونه د Rectovaginal حجاب په سر معلومیږي چې وینه ورکوي مخصوصا د Menstruation په وخت کې

درملنه:

۱- په هغه صورت کې چې پولیپ وړوکې او کوم اختلاط موجود نه وي فقط د بایوپسی پنس په واسطه او یا د الکتروکوتیر په واسطه له قاعدی څخه قطع کېږي.

۲- په هغه صورت کې چې د خباثت اشتباه وی د رکتوم د کانسر په شکل درکتوم امپوتیشن اجراکېږي.

۳- په هغه صورت کې چې پولیپ د رکتوم په مینځ کې بیخی منتشر وی وروسته ددی څخه چې رکتوم د عملیات لپاره اماده شو درکتوم ریزکشن اجرا او سګموئید اخري برخي ته د مقعدي قنات سره Anastomoseورکول کېږي.

۴- په هغه صورت کې چې پولیپونه په کولون کې هم موجود وي نوHemicolectomy او Totalcolectomyاستطباب لري.

د رکتوم کانسر:

د رکتوم کانسر په دوه برخو کې مطالعه کېږي:

۱-د امپولا کانسر یا اصطلاحا درکتوم کانسر .

۲-د مقعدي قنات کانسر .

د امپولا یا رکتوم کانسر

وقوعات:

د رکتوم کانسینوما په نارینه و کې نسبت ښځو ته دوه چنده زیات عمومیت لري د ۲۶ کلني څخه پورته په هر سن تصادف کوي. اما د ماوفیدو متوسط سن د رکتوم د کاسینوما لپاره ۶۶ کلني عمر قبول شویدي د ۲۶ کلني څخه مخکې د رکتوم د پولیپوز د مساعده زمیني په سره مینځ ته راځي . د رکتوم کانسر وروسته د معدې د کانسر څخه د هضمي جهاز په کانسرو کې ډیر زیات عمومیت لري .

اسباب:

باید وویل شي کوم مهیه عوامل چې د کولون د کارسینوما په مینځ ته راتلو کې رول لري (لکه پولیپوز او کولایتس او لسیروز) د رکتوم په کارسینوما په تشکیل کې هم خاص اهمیت لري.

اناتومو پتالوژي:

داناتومیک موقعیت له نظره د رکتوم د کانسرونو دوه پر دري برخه په امپولا کې تاسس کوي. چې د امپولر کانسر په نامه یادیږي .او یو پر دري برخه یي د امپلا په پاسنی برخو کې تشکل کوي چې د Rectosigmoidien کانسر په نامه یادیږي.

د مکروسکوپیک معاینی له نظره درکتوم ټول کا نسرونه نودولاراوکرحوی شکل لری چه د رکتوم په جدار کې په حلقوی ډول وده اونشونما کوی اوبلاخره په رکتوم کې تنګوالی او تضیق مینځ ته راځي

د مکروسکوپ له نظره نوموړي کانسرونه د کولون کانسر په شان د مخاطي غشا د استوانی اپیتل حجراتو څخه منشاء اخلي . ۱۶٪ ادنو کارسینوما او ۱۶٪ کلوئید وي یعني هغه نوع کارسینوما چې زیات اندازه Mucousافرازوي.

د کانسر انتشار:

۰-د کانسر مستقیم انتشار :

د رکتوم کارسینوما په موضعي ډول د رکتوم په محیط کې په حلقوي شکل او هم د رکتوم په اوږدوالي ښکته او پورته انتشار کوي . د کاسینوما انتشار خصوصا په حلقوي شکل د رکتوم په جدار کې ډیر چټک وي څرنکه چې د یو کال په موده کې د رکتوم ټول جدار اشغالوي او وروسته له دی چې کانسر د رکتوم جدار اشغال کړ د رکتوم د محیط نږدي انساجو ته سرایت کوي . خصوصا د Levator Anii عضله ډیر ژر اشغالوي . په قدام کې د مهبل جدار او مثانه او په نارینه و کې پروستات او د عجز هډوکې د کانسر له خوا اشغالیږي.

۲-لمفاوي انتشار:

د رکتوم کارسینوما میتاستاز د لمفاوي قناتو له لارې ډیر عمومیت لري او کوم لمفاوي غدوات چې د بواسیري علوي شریان ، دالیوي او سفلی مسارسقي شریان په امتداد واقع دي د کارسینوما له خوا اشغالیږي

۶-د کانسر انتشار د وینې له لارې :

د رکتوم کارسینوما په ۱۶٪ تر ۱۱٪ وقایعو کې کولونیک او بواسیري اوردي اشغالوي . او د علوي یا سفلي مساریقي اوردي او د باب ورید له لارې په لومړي مرحله کې ځیکر ته میتاستاز ورکوي.

۴-د Perineural له لارې:

د نږدې عصبي الیاف د چارچاپیره انساجو اشغال د کنسري نسج له خوا ددي سبب کیږي چې کانسر د عصبي الیافو په سیر انتشار کوي او په داسې حالاتو کې د ناروغۍ انزار چندان ښه نه وي .

د رکتوم کانسر Typing:

د رکتوم کانسر وروستنۍ Typing یو نفر مولف د Duckes په نامه اجراشوي دي چې په لاندې ډول توضیع کېږي .

لومړۍ Type: تومور د رکتوم په جدار محدود پاتې دي

دویم Type : تومور د رکتوم د جدار څخه د باندې تجاوزکړي دي .

درېم Type : سیمه ایز لمفاوي غدوات اشغال شوي دي .

څلورم Type : دویم او درېم Type په څنګ کې په لیري ځایو کې لکه ځیګر او سږو ته میتاستاز ورکړي وي .

د رکتوم د کارسینوما سریري تظاهرات :

د غایطه موادو سره د دوامداری تازه وینې او مخاط خارجیدل د رکتوم کانسر عمده عرض تشکیلوي او څرنکه چې دا لومړۍ عرض دي نو ناروغ د زیاتې مودې لپاره د بواسیرو سره اشتباه کېږي. معقدي وینه غایطه مواد او مخاط سره مخلوط نوي . څرنکه چې مصلي د موي مخاط کله په جلا ډول او کله د غایطه موادو په سطح خارجیږي . ناروغ د ګیډې په ښکتنۍ برخو کې بی ددي چې اسهال ولري Tenismus ډول درد حس کوي . ناروغ همیشه په خپل رکتوم کې ډکوالی حس کوي له دي کبله د کاذب تغوط حسیت ورته پیداکېږي. او تر کوم وخت پوري چې مقعدي قنات د کانسر له خوا اشغال شوي نه وي ناروغ شدید درد په مقعد کې نه حس کوي . د مرض د پرمختک او لیري ځایو کې د میتاستاز د ورکولو په هکله د ناروغ عمومي معاینه حتمي دي . د مغبنی ، حرفقي ناحیو او د ترقوي هډوکې څخه پورته او ښکتنۍ برخو د لمفاوي عقداتو د موجودیت له کبله باید جس شي او د غټ لمفاوي غدواتو د موجودیت په صورت کې یوه یې د بایوپسي په توګه وایستل شي . د ناروغ ګیډه په دقت سره تفتیش او جس شي . به هغه حالاتو کې چې دباب ورید تنګوالي یا Hypertension د ځیګر د میتاستاز له کبله موجود وي امکان لري ځیګر غټ شوي وي او د باب ورید د فشار د زیاتوالی سریري تظاهرات موجود وي.

تشخیص:

د رکتوم کارسینوما احتمالي تشخیص پر کلینیکي لوحه باندي استناد کوي . اما دکلینیکي تظاهرات په څنګ کې د رکتوم کارسینوما قطعي تشخیص د Examination Digital Rectal Sigmoidoscopy او له دي لاري څخه د بایوپسي اخستلو او میکروسکوپیک معاینې په واسطه وضع کیږي .

۱- **Digital Rectal Examination**:

په هغه صورت کې چې کانسر په رکتوم کې موقعیت ولري د ګوتی په واسطه د مقعد له لاري په ښه توکه د تومور په هکله معلومات لاس ته راځي. چې د رکتوم زیاتره کانسرونه د ډیر کلک ، نودولار ، ثابت او حلقوي کتلي په شان د رکتوم په جدار کې جس کیږي .او کوم وخت چې ګوته د مقعد څخه وایستل شي څوکه یي عموما په وینه او مخاط ککړه وي. د تومور د وسعت د تعینولو لپاره مخصوصا په ښځو کې باید Rectovaginal. Examination اجراح شي . یعني د یوه لاس ګوته په مهبل او د بل ګوته په مقعد کې داخل او د دواړو ګوتو په مینځ کې د تومور جسامت ، وسعت، تحرکیت،کلکوالی او د هغه د سطح ښوي والی په هکله معلومات شي اما په نارینه و کې د یو لاس په مقعد کې داخل او د بل لاس سره د ګیډې د جدار د پاسه ښکته حواته فشار ورکول کیږي . او د دواړو لاسو په مینځ کې د تومور اوصافو په هکله څرنکه چې مخکې تذکر ورکړ شو معلومات لاس ته راوړل شي .

۲- **Sigmoidoscopic Examination**:

د رکتوم کانسر د سیګموئید سکوپ په ساحه کې د یو سور تښتی نسج په شان ښکاري چې مرکزي برخي یي تقرحي شوي او د تماس څخه سره یا بدون د تماس وینه ورکوي . او که د سیګموئید سکوپ څوکه په احتیاط یو خوا بلي خوا ته حرکت ورکول شي کتل کیږي چې رکتوم خپل تحرکیت تر یوه اندازی پوري یا دا چې بیخي له لاسه ورکړي وي . همداسې په کانسري ناحیه کې د رکتوم قطر کم شوي وي او د سیګموئید سکوپ د خارجیدو په وخت کې چې په امپولا کې د دري وصف دایروي نورمال التوات کوم یو یې (نظر په موقعیت د مانسر) د مینځه تلي وي په اخره کې باید د نومورې کتلي څخه سطحي بایوپسي په ډیر احتیاط واخستل شي .

توپیري تشخیص:

له هغه ناروغیو سره چې په رکتوم کې مزمن تقرحات پیداکوي او یا د تضیق سبب ګرځي باید تفریق شي خصوصا تفرحی کولایتس یا نذفی رکتوکولایتس .

همدارنکه تفریق امیبیازیس او Nicola fever چې د رکتوم تضیق مینځ ته راوړي او په افغانستان کې هم ډیر عمومیت لري چې باید تفریق شي.

د پاسیني امراضو د تفریق لپاره باید حتما بایوپسي او هستولوژیک معاینات تکمیل او هم باکترلوژی معاینات اجراشي.

درملنه:

د رکتوم کارسینوما تداوي عموما د جراحي عملیاتو په واسطه سرته رسیږي . اما له هغه ځایه چې رکتوم فوق العاده منتن دي نو باید مخکې د عملیات څخه د کولون انتان اصغری حد ته ورسیږي .

د رکتوم د کا نسر درملنه:

۱-جراحي درملنه:

جراحي درملنه هغه وخت استطباب لري چې کانسر په لری ځایو کې میتاستاز نه وي ورکړي یا په بل عبارت کانسر د لومړي ،دویم یا دریم Typeڅخه وي.او له هغه ځایه چې رکتوم فوق العاده منتن وي نو مخکې ددي څخه چې پر هغه باندی کوم عملیات اجراشي باید رکتوم پاک او د هغه لومن د انتان له نظره اصغري حد ته ورسیږي یا په بل عبارت رکتوم عملیات لپاره اماده شي د کولون او رکتوم اماده کول عملیات ته د کولون د جراحی په مبحث کې شرح شوي دي .

د رکتوم د کانسر جراحي درملنه مختلف میتودونه لري چې په رکتوم کې د کانسر موقعیت له نظره انتخابیږي

الف - د کولون د ماوفه برخي ریزکشن : د ټولو جراحاتو د توافق سره سم ددي میتود څخه وخت استفاده کیږي چې کانسري کتله د Dentat Line څخه تقریبا ۱۱ سانتي متر ورته واقع وي . په دي میتود کې د بطن له لاري مداخله صورت نسي او چپ Hemicolectomy په شکل ریزکشن اجرا او مستعرض کولون د امپولا پاتي برخي سره په لومړي مرحله کې د انستموز ورکول کیږي .

ب – د Miles میتود یا رکتوم تام امپوتیشن: هغه کانسري تومورونه چې په ښځو کې Dentat line ترپنځه نیم سانتي متري او په نارینه و کې د Dentat line تر اوه سانتي متري پوري موقعیت و لري باید د Miles په اصول د رکتوم تام امپوتیشن عملیه اجراشي . یا په بل عبارت رکتوم د Abdominoperineal له لارې په تام ډول وایستل شي . ځرنکه چې لومړي د بطن له لارې مساریقي سفلي شریان قطع او د نازله کولون نیمایې ښکتنی برخي سیګموئید کولون او رکتوم بیخي وایستل شي د نازکه کولون څوکه د ګیډې د جدار سره د Permanent Colostomy په شکل ارتباط ورکول کېږي . د ګیډې د عملیاتي زخم ګنډلو څخه وروسته د عجان له لارې دویمه مداخله صورت نیسي او په داسې حال کې چې احلیل او مثانه (په نارینه و کې پروستات) په دقیق ډول محافظه کېږي ټول مقعدي قنات د چارچاپیره پوستکې سره د رکتوم د محیط شحم ، رافعه عضلې ،لمفاوي ناحیوي عقدات او په ښځو کې رحم او ملحقات یې ایستل کېږي او په اخر کې د مقعد چارچاپیره باقی مانده پوستکې یو د بل سره ګنډل کېږي .او په دي ډول ناروغ د عمر تر اخره پوري د کولوستومی له لارې تغوط کوي . وروسته د عملیات څخه امکان لري چې ناروغ ته د څو ورځي لپاره د تشو متیازو بندش پیداشي چې د کتیتر په واسطه دا تکلیف د منځه ځي .

ج - Hartman میتود:

د دې میتود څخه هغه وخت استفاده کېږي چې کانسر په ځیکر او لیري ځایو کې میتاستاز ورکړي وي. او ناروغ ډیر ضعیف او د وسیع عملیات توان ونه لري . ددی عملیات منظور دادي چې له یوي خوا که تام یا ناتام انسدادي حالت مینځ ته راغلي وي دا حالت له مینځه لاړ شي او له بلی خوا څرنکه چې د کانسر په پرمختللی واقعاتو کې ناروغ ډیر درد حس کوي نو ددي میتودڅخه په استفاده د کانسري کتلی د لیري کولو سره د ناروغ درد لږ شان تسکین کېږي . په دي میتود کې یوازې یواځي تومورې کتله Resection کېږي وروسته بیا مقطوعه ښکته څوکه ګنډل کېږی او مقطوعه پورته څوکه د ګیډې جدار ته د باندي ایستل کېږي یانې کولوستومي او مصنوعی مقعد تری جوړېږي

د کولوستومي مراقبت:

د عملیات څخه وروسته د څو هفتي لپاره کولوستومي څخه غایطه مواد نیمه مایع په شکل خارجیږي اما په تدریج د وخت د تیریدو سره غایطه مواد لږ جامد په شکل خارجیږي او ددی لپاره چې د تغوط فعل د کولوستومی له لاري تر کنترول لاندي راشي . او ناروغ وکولای شی چې په خپله صرف د ورځي یو ځاي کولوستومي ماحیه پاک کړي نو له یوي خوا ناروغ ته د ورځي دوه ځلي یانې غرمه او مابنام لس لس څاڅکې Teinture opium ورکول کیږي .او له بلی خوا هر سهار د کولوستومي له لاري تخلیوي اما له تطبیق کیږي دا عملیه د څه مودی لپاره د تطبیق وړوي او وروسته د ۱۶ تر ۱۱ ورځو څخه کولون ته دا عادت پیداکیږي او یې ددي چې ناروغ Teinture opium واخلی یا اما له شي هر سهار په نورمال شکل د کولوستومي له لاري تغوط صورت نیسي.

۲ – Palliative سیپتومایتک درملنه: دا درملنه هغه وخت استطباب لري چې کانسر په لیري ځایو کې میتاستاز ورکړي وي او له بلی خوا ناروغ شدید درد او تام یا ناتام انسدادی حالت ولری په دي وخت کې بهترینه تداوي دHartmannعملیات دی چې مخکې تذکر ورکړشو.

په هغه حالاتو کې چې کانسر ډیر پرمختک کړی وي او جراحي عملیات حتی د Hartmann په اصول هم امکان ونه لري د شعایې تداوي او شیموتراپی څخه کار اخستل کیږي.

الف: شیموتراپي:

یوائي ادویه چې د هضمي جهاز پر ارنوکارسینوما باندي ښه تاثیر لری عبارت دي د Fluorouracil-۵ دا ادویه یو Cytostatic ادویه دي چې په هفته کې یو ځلی د ۱۱ څخه تر ۲۶ ملی ګرام پوري په هر کیلو ګرام وزن د بدن د ورید له لاري د شپږو هفتو لپاره تطبیقیږي.

ب: رادیو تراپي:

په مجموعي ډول د رکتوم په کانسر کې د ۴ څخه تر ۱ زره راد شعاع تطبیقیږي د شعاع تطبیق سره د ناروغ درد او حتي انسدادي حالت تر یوې اندازې پورې د منځه ځي .

د مقعد نیوپلازم (Neoplasm of the Anus)

۱ – د انو رکتال Epidermiod (Squamos Cell Carcinoma):

دا تومور ډیر عمومیت لري د کولون د کانسر د جملی څخه یوه یا دوه فیصده او دانورکتال د کانسرونو د جملی څخه دري تر پنځه فیصده جوړوي په ښځو کې نسبت نارینه وته دوه چنده زیات تصادف کوي .

اسباب:

د دې نوع اسباب د نورو کانسر په شان معلوم نه دي اما Leukoplakia لمفو ګرانولوما Venerium مزمن فستولونه او شعاع ته د مقعدي ناحیه پوستکې معروض کېدل د کانسر د پیداکېدو لپاره مهیه عوامل جوړوي .

پتالوژي:

د میکروسکوپ معاینی له نظره یو Squamos Cell Carcinoma دی چې د مقعدي قنات د Dentate خط څخه پورته او هم ښکته موقعیت نیولای شي ددی تومور کانسري حجرات په لومړي مراحلو کې قابل د تفریق او د وخت په تیریدو سره حجرات یې غیر قابل تفریق کېږي. هرڅومره چې د کانسر ارتشاحات، میتاستازاو نشونما زیات او سریع وي په هماغه اندازه حجرات یي هم غیر قابل د تفریق وي .

انتشار:

۱ – مستقیم انتشار: د مقعدي قنات د چارچاپیره انساجو معصرو کې ژر تر ژره انتشارکوي.

۲ - لمفاوي انتشار : کانسر لومړي د مقعدي قنات لمفاوي انساج اشغالوي او له دي لاري رکتال او عجاني غدوات په اوله مرحله کې او وروسته د مغبنی ناحي لمفاوي غدواتو ته انتشار کوي .

۳ – دوريد له لاری انتشار : د بواسیري اوردو او دباب له لاري ځیګر ته میتاستاز ورکوي.

سریري تظاهرات:

مقعدي نذف د کانسر عمده سریري عرض تشکیلوي ددي په څنک کې ناروغ په مقعد کې موضعی درد هم حس کوي . ناروغانو ته د ډکو متیازو کولو کاذب حسیت ، د ګیډې د صفلي برخي تیښزم ، کله کله په مقعدي ناحیه کې سوزش او خارښت هم پیداکیږي چې په لومړي مرحله کې د بواسیر مخصوصا تقرحی شوی بواسیر سره اشتباه کیږي.

د ناروغۍ تشخیص:

د یوې دقیقي مایني په واسطه وضع کیږي اما د کانسر په لومړي مراحلو کې چې زیاتره د بواسیر څخه شکایت کوی مخکې د هر عملیات څخه مخصوصا چې ناروغ مسن وي د قطعې تشخیص لپاره یا بیوپسي واخستل شي .

درملنه:

له هغه ځایه چې دا نوع کانسر عموما د رکتال ،عجاني ، حوصلی او مغبنی لمفاوي قناتونه ژر انتشار کوي نو د رکتوم اویا د چارچاپیره عضلاتو او د نومړي غدواتو لیری کول د Abdomino perineal جراحي مداخله په واسطه اساسی تداوي وی ګنل کیږي په ښځو کې Vaginectomy هم باید اجراح شي .په دي وروستیو وختو کې د Super Voltage Irradiation د تطبیق څخه په زړه پوري نتایج اخستل کیږي . ځرنکه چې ددي تداوی او د جراحی عملیاتو نتایج بیخی یوبل سره ورته والی لري .

۲ – دانورکتال (Cloacogenic Cancer):

د Epidermiod کارسینوما یو سریري شکل دی چې د Basosquamous کارسینوما یا د Transitional Cell کارسینوما په نوم هم یادیږي .دا کانسر دهغه امبریولوژی حجروي بقایاو څخه منشاء اخلی چې د رحمی ژوند په لومړي او دویمه میاشتو کې یانې کوم وخت چې د بولی او تناسلی سیستم اخري برخه مشترک وی د Dentate خط څخه پورته په مقعدي قنات کې په ابتدایې حالت پاتې کیږي . تومور زیاتره په مقعدي قنات کې ژور خواته انتشار کوی او یوائځی سطحه یې په مقعدي قنات کې ښکاري د سریري تظاهراتو او انتشار له نظره د اپی درموئید کارسینوما سره شباهت لري او تداوي یې هم د هغه په شان وي.

۳ – **Malignant Melanoma**:

نادرا تصادف کوي او د ټول انورکتال د کانسرونو د جملی څخه یو فیصد یي تشکیلوی داتومور فوق العاده خبیث او د سریع ودی او نشونما خاصیت لری چې ژر میتاستار ورکوی دا تومور وروسته د جراحی عملیاتو څخه ژر نکس کوی زیاتره د Dentate خط په سیر پیداکیږي.

د میکروسکوپ له نظره یو بواسیری کتلی په شان معلومیږي چې رنګ یې سیانوزی او تور وی . ځینې وخت د ترمبوزی شوی بواسیر سره مغالطه کیږي .په یو پر درې واقعاتوکې توموری کتلهPigmentatedنه دی او د مقعدي پولیپ سر مغالطه کیږی د ناروغي قطعی تشخیص د بایوپسی په واسطه وضع کیږي.

د سریري تظاهراتو له نظره مقعدي نذف عمده عرض تشکیلوي کانسر زیاتره د دوران له لاري ځیګر او سږو ته میتاستاز ورکوي . تومور Radioresistant دي او شیموتراپی سره ځواب نه وایی نو له دی کبله د Abdominoperineal جراحی مداخلی په واسطه د رکتوم ، حوصلی ، عضلاتو او لمفاوي غدواتو د بایدی ایستل انتخابی درملنه دي.

۴ – **Basal Cell Epithelioma**:

د انورکتال د ناحیې یو غیر معمول کانسر دي ، په نارینه و کې نسبت ښځو ته دري چنده زیاترتصادف کیږي . د موقعیت له نظره زیادتر د مقعد په خوله کې پیداکیږي چې د یو عادي قرحی په شان ښکاري د قرحي تشخیص او تداوی لپاره باید په وسیع ډول Excisional Biopsy اجرا شي. په دي ډول چې د قرحی د شونډی څخه لیری په نورمال پوستکي باندی شق اجرا او نومورایستل کیږي.

Excision نه یواځی د میکروسکوپیک معاینی لپاره ضرور دي بلکه له هغه ځایه چې تومور میتاستاز نه ورکوي جذری او انتخابی تداوی هم دي د کانسر په لومړي مراحلو کې رادیوتراپی هم ښه نتیجه ورکوی ، اما جراحي تداوی بهترینه تداوي دي. ځکه چې د رادیوتراپی په شان خطرات نه لري .

۵ – **Perianai Bowen's Disease**:

چې د Intraepidermal Carcinoma یا Carcinoma in situs په نامه یادیږي . یو تومورډي چې ډیر ورو ورو وده او نشونما کوي او واقعات یې ډیر لږ تصادف کوي .ددي تومور یوائځی دري فیصده یې ارتشاحی شکل غوره کوي. او مستاستاز ورکوي . تومور د یو سره جلا لرونکې ، غیري منظم پلاک ډوله ، اکزیماتوئید او لوند جلدي وتیری په شکل تظاهر کوي. چې د خارښت سره ملګري وي .

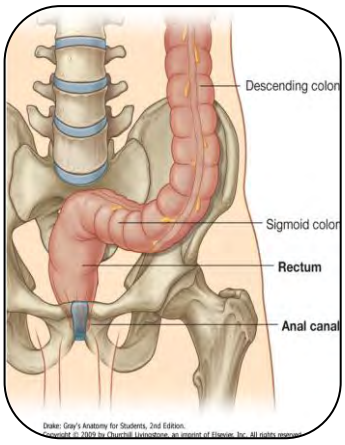
له دي کبله د مقعد د خارښت سره باید تفریق شي . چې البته قطعی تشخیص یې د بایوپسی په واسطه اجرا کیږي چې تر میکروسکوپ لاندې په نسجي مقطع کې د Bowen's غټ حجرات چې څو نوه یا هسته لري معلومیږي .

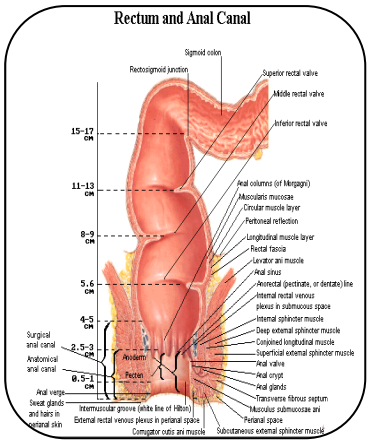
تداوي یې د تومور د Excision څخه عبارت دی په دی ډول چې تومور په چارچاپیره په نورمال نسج باندی شق اجراء او تومور ایستل کیږی.

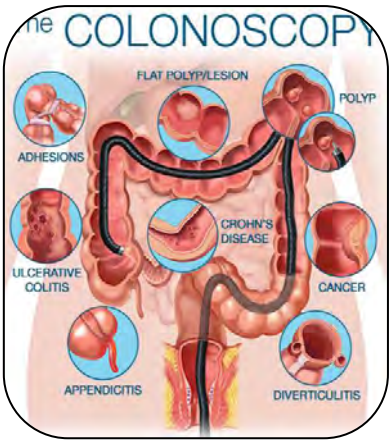
۶— **د انوس Extrammary Pagets Disease**:

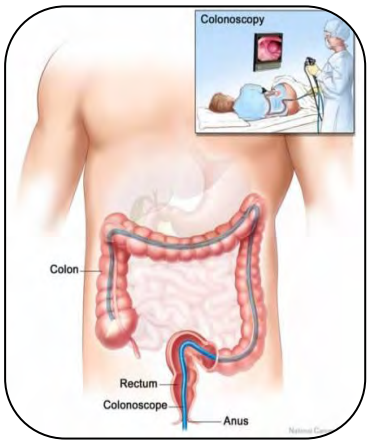
چې د Epidermotroohic Carcinoma په نوم هم یادیږي چې موسینور کارسینوما دی چې نادراً تصادف کوی د موقیعت له نظره په انوجنیتال ناحیه کې تاسس کوی. زیاتره په ښځو کې او وروسته د ۱۶ کلنی څخه تصادف کوی اصلاً دا تومور لومړی په Apocrineغدواتو کې پیداکیږی او وروسته په دویمه مرحله کې امکان لری چې Intradermal میتاستاز ورکړی (Apocrine Glandsد هغه غدواتو څخه عبارت دی چې افرازات یې د هغه په منځ کې ذخیره او غلیظ کیږی مثلاً د شیدو غدوات).

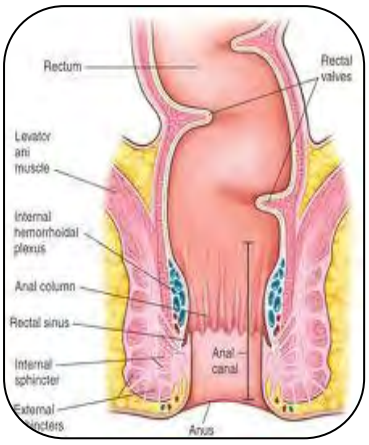
داتومور خبیث او ورو ورو وده او نشونما کوی او ډیر وروسته میتاستاز ورکوی. تشخیص یې د بایوپسی په واسطه اجرا کیږی څرنګه چې د تومور په چارچاپیره د نورمال پوستکې په سر شق اجراء او تومور په تام ډول Excision کیږی.

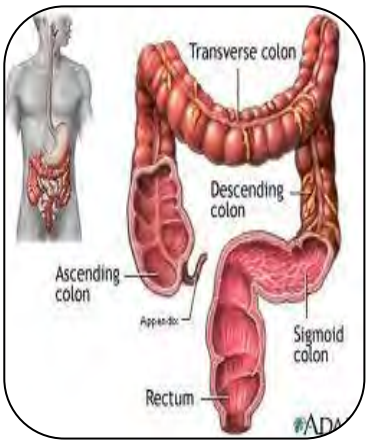

Descending colon
Sigmoid colon
Rectum
Anal canal

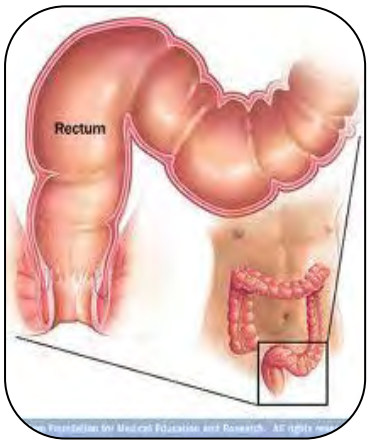

Rectum and Anal Canal
Sigmoid colon
Rectosigmoid junction
Superior rectal valve
Middle rectal valve
Inferior rectal valve
15-17 CM
11-13 CM
8-9 CM
5.6 CM
4-5 CM
2.5-3 CM
0.5-1 CM
Anal columns (of Morgagni)
Muscularis mucosae
Circular muscle layer
Peritoneal reflection
Longitudinal muscle layer
Rectal fascia
Levator ani muscle
Anal sinus
Anorectal (pectinate, or dentate) line
Internal rectal venous plexus in submucous space
Internal sphincter muscle
Deep external sphincter muscle
Conjoined longitudinal muscle
Superficial external sphincter muscle
Anal valve
Anal crypt
Anal glands
Transverse fibrous septum
Muscular submucosae ani
Perianal space
Subcutaneous external sphincter muscle
Surgical anal canal
Anatomical anal canal
Anal verge
Sweat glands and hairs in perianal skin
Anoderm
Pecten
Intermuscular groove (white line of Hilton)
External rectal venous plexus in perianal space
Corrugator cutis ani muscle

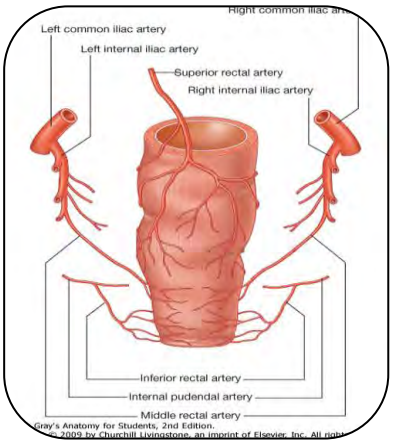

COLONOSCOPY
FLAT POLYP/LESION
POLYP
ADHESIONS
CROHN'S DISEASE
ULCERATIVE COLITIS
CANCER
APPENDICITIS
DIVERTICULITIS

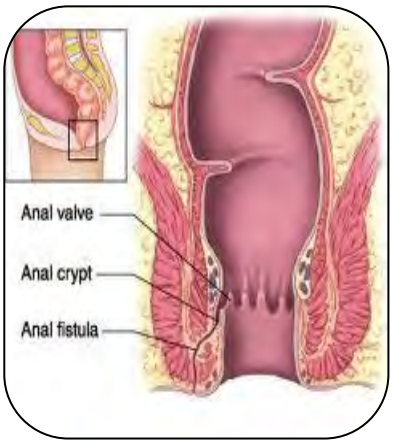

Colonoscopy
Colon
Rectum
Colonoscope
Anus

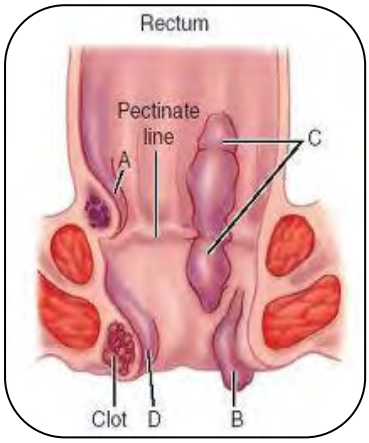

Rectum
Rectal valves
Levator ani muscle
Internal hemorrhoidal plexus
Anal column
Rectal sinus
Internal sphincter
External sphincters
Anal canal
Anus

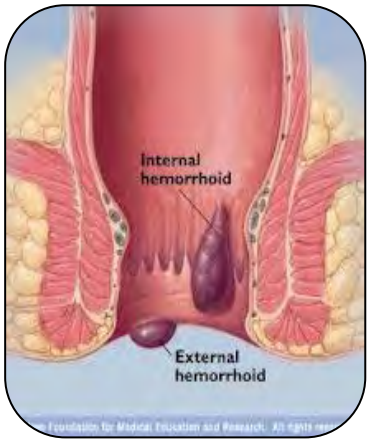

Transverse colon
Descending colon
Ascending colon
Appendix
Sigmoid colon
Rectum

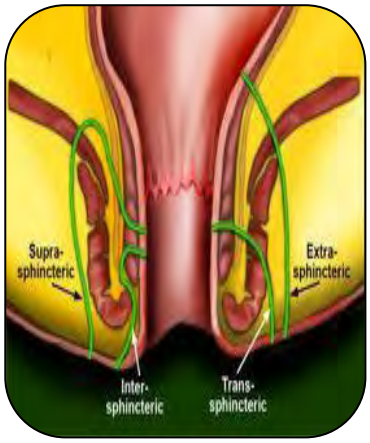

Rectum

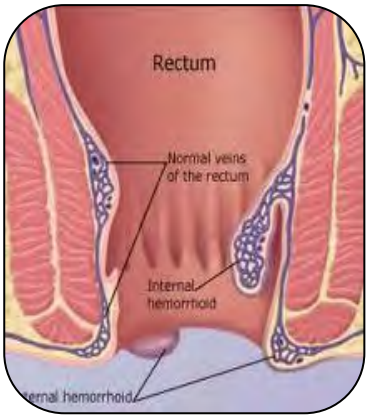

Left common iliac artery
Left internal iliac artery
Superior rectal artery
Right internal iliac artery
Inferior rectal artery
Internal pudendal artery
Middle rectal artery
Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

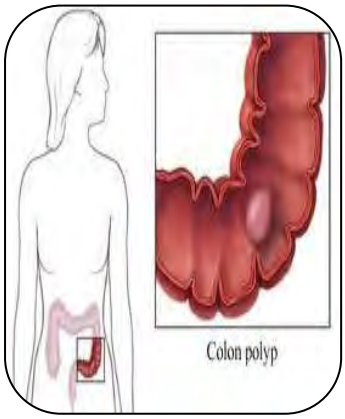

Anal valve
Anal crypt
Anal fistula


Rectum
Pectinate line
A
C
Clot
D
B


Internal hemorrhoid
External hemorrhoid


Supra-sphincteric
Extra-sphincteric
Inter-sphincteric
Trans-sphincteric


Rectum
Normal veins of the rectum
Internal hemorrhoid


Colon polyp


Courtesy of Aimee Weaver

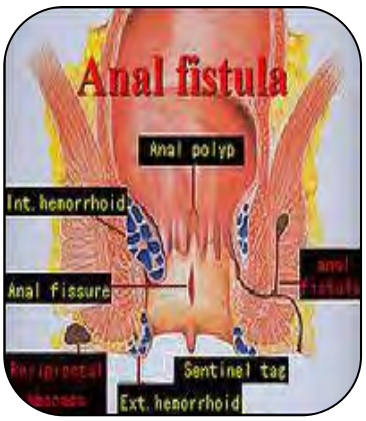

external hemorrhoids
internal hemorrhoid





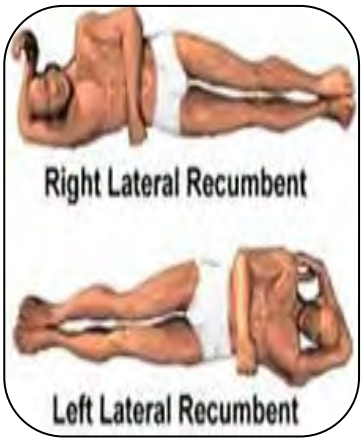


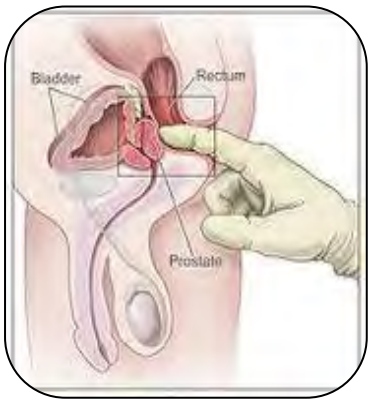



Anal fistula
Anal polyp
Int. hemorrhoid
Anal fissure
Sentinel tag
Ext. hemorrhoid


Knee Chest Position




Right Lateral Recumbent
Left Lateral Recumbent


Bladder
Rectum
Prostate





شپږم څپرکی

د باب وریدي فشار زیاتوالی

(Portal vein Hypertension)

د Portal Vein Pressure نورمال حالت د ۸ او۱۶ ملي متر داوبو دي. په Portal vein Hyperternsion کې دا فشار حتي تر ۵۰۰ ملي متر اوبو ته رسیږي.

د Portal vein Hyperternsion اصلي سبب د ځیګر سیروز دي خو ځینې نورې ناروغۍ هم د Portal vein Hyperternsion په مینځ ته راتلو کې رول لوبوي. Portal vein Hyperternsion معمولا د باب وریدپه مقابل کې د زیات مقاومت د مینځ ته راتلو له کبله مینځ ته راځي. مثلا د ځیګر په سیروز کې د Portal Vein په چارچاپیره Fibrous Tissue جوړیږي. د نوموړي وریدپه جریان کې اختلال مینځته راوړي. دPortal Vein فشار جکوالي د جانبي دوران (Collateral Circulation) د ځیګر Congestion او همدرانګه د Spleen د Congestoin ،غټوالي او په Gastro intestinal اوردو کې د Varicess د مینځ ته راتلو سبب ګرځي چې په پاي کې په دې اوردو کې د شدید Bleeding سبب ګرځي.چې په هضمي سیستم کې Portal vein Hyperternsion یو غټ اختلاط دې او د جراحي تداوي لپاره یو غټ دلیل شمیرل کیږي.

نور کلینیکې تغیرات چې د Portal vein Hyperternsion له کبله د ناروغ په وجود کې مینځ ته راځي عبارت دي د Ascitis او Hypersplenism، جراحان د shunt د جوړیدو په واسطه د Portal Vein جریان د ځیګر په لوري چې په هغه ځاې میخانیکې فشار (د فبروزي انساج په واسطه) پر Portal Vein باندې موجود وي تغیر ورکوي. او په دې ډول د Portal Vein Pressure د کموالي سبب ګرځئ. او په هضمي جهاز کې د Bleeding څخه مخنیوي کوي.

اناتومیک یادونه:

Portal Vein د Inferior Mesenteric Vein, Superior Mesenteric Vein او د Splenic Vein د یو ځاي کېدو څخه مینځ ته راځي. نوموړي وریدونه د دویم قطني فقري په سویه د پانقرانس د راس ترشا سره یو ځاي کیږي.

Portal Vein په یو کاهل سړي کې تقریبا ۸ یا ۹ سانتي متره اوږدوالي لري او تقریبا ۲ نه تر ۳ سانتي متره وروسته د ځیګر دباندني سیر څخه د ځیګر د نوم په لور د ځیګر په دننه کې سیر کوي، د ځیګر په منځ کې د Lobar Branch (برخني څانګه) ویشل کېږي. اکلیلي ورید (Coronary Vein یا Left Gastric Vein) له Portal Vein سره د پانقراص د راس په پاسني سرحد کې یو ځای کېږي چې د Porto Caval shunt د عملیات په وخت کې باید وتړل شي. په ۲۵ فیصده نفرو کې دا ورید د Splenic Vein سره اړیکې لري یو شمیر نور کوچني وریدونه د Duodenum یا پانقراص څخه سرچینه اخلي. د پانقراص دجسم په پاسني سرحد کې د Porat Vein سره یو ځای کېږي خو نومړي اوردې ثابت ځای نه لري خو بیا هم د جراحي عملیات په وخت کې باید په نظر که ونیول شي او وتړل شي.

Inferior mesenteric vein عموما په Splecinc Vein کې Drainage کېږي خو په یو شمیر نورو کې په لږه کچه Inferior mesenteric vein نیغ په نیغه Superior mesenteric vein کې ختمیږي.

Portal Vein د Lig. Hepato Duodenal په سویه د Common Bile Duct په شا لږ انسي خواته ځای نیسي اود ځیګر نامه په لور اوږدیږي په دي برخه کې Portal Vein په دواړو خواوو کې غټ لمفاوي غدوات ځای لري. که ددې Shunt د جوړیدو څخه مخکې نومړي غدوات جدا او لیري شي.

د Portal Vein فزیولوژي:

په نورمال ډول په یوه دقیقه کې تقریبا ۱۵۰۰ ملي لیتر وینه په ځیګر کې ننوځي چې دا کچه وینه د زړه د خولي جریان ۲۵ فیصده جوړوي چې ددي ټوله وینه چې ځیګر ته ننوزي یو پر درې برخه یې Liver artery او دوه پر درې برخه یې Portal Vein له لارې ځیګر ته ننوځي.

د Portal Vein Pressure په نورمال ډول د ۸ نه تر ۱۰ سانتي متر د اوبو (۷ نه تر ۱۱ ملي متر سیماب) وي ځیګر خپل ۵۰ فیصده ضرورت وړ اکسیجن د Liver artery او ۵۰ فیصده یې د Portal Vein له لارې لاس ته راوړي. د Portal Vein او Liver artery وینه

وروسته ددې څخه چې د ځیګر په Sinosuid کې ننوځي وړوکې وینه لرونکې ډنډ جوړوي. په دننه د Sinosuid د ځیګر د شریاني وینې تنظیم چې لرونکې د ښکته فشار وي د Sphincter په واسطه کنټرولیږي. وینه د Sinosuid څخه Central Vein ته او د هغه ځای څخه Hepatic Vein ته رسیږي. کوم وخت چې وینه د Sinosuid په دننه کې ځای پر ځای کیږي. د معوج په ډول جریان کوي خو په ۴۰ فیصده نفرو کې د وینې جریان په دننه د Sinosuid کې معوج نه وي او مستقیم جریان لري.

د Portal Vein په ناڅاپي بندولو کې د ځیګر په شریاني جریان کې تقریبا ٦٠ فیصد زیاتوالي مینځته راځي د یوي اونۍ په موده کې په تدریجي ډول نورمال کیږي. خود ځیګر د شریاني جریان په ناڅاپي کموالي کې د Portal Vein په جریان کې زیاتوالي مینځته نه راځي. په دواړو حالاتو کې ځیګر په مجموعي جریان اود Portal pressure کمیږي.(یانې د ځیګر شریان یا Portal vein د بندوالي له کبله) تقریبا وروسته د یوي میاشتي څخه Collateral Circulation مینځته راځي او په اخر کې د ځیګر Prefusion نورمال خواته ځي.

Etiology:

په ټولو هغه حالاتوکې چې د Portal جریان په مقابل کې مقاومت زیات شي Portal hypertension مینځته راځئ. چې بندوالي یې د موقعیت له نظره په Pre hepatic او post hepatic ویشل شوي دي.

په ۸۵% ناروغانو کې د Portal hypertension سبب د ځیګر سیروز تشکیلوي د ټولو څخه زیادتر Linek Cirrhosis دي چې ددوامداره الکولو څښلو له کبله مینځ ته راځي.

په دویمه کچه Post necrotic cirrhosis او په دریمه درجه Billiary chrrhosis د Portal hypertension سبب تشکیلوي. د Intra hepatic portal hyperteinsion په مینځ ته راتلو کې Liver Schistosomiasis هم رول لري.

وروسته د Liver cirrhosis څخه د Portal Vein بندوالي، د ځیګر څخه دباندي عوامل د Portal hypertension عمده سبب تشکیلوي. دا نوع Portal hypertension په هغو خلکو کې لیدل کیږي چې ددوي عمر نسبت Cirrhotic ناروغانو ته ځوان وي. او دا ناروغۍ کله کله په ماشومتوب کې لیدل کیږي.

د Portal Vein بندوالي د Post hepatic په برخه کې د constrictive Pericaditis او Budd chiary syndrome له کبله ډیر لږ مینځ ته راځي. د Portal hypertension اسباب په خلاصه ډول په لاندي ډول دي.

۱. د Portal Vein د فشار زیاتوالې د Portal Vein د جریان په مقابل کې مقاومت د زیاتوالي له کبله.

الف: د Portal Vein بندوالی د Pre Hepatic په برخه کې

۱- Portal Vien Congenital Atresia

۲- Portal Vein Thrombosis

۳- Splenic Vein Thrombosis

۴- پر Portal Vein باندی فشار راتلل (مثلا د تومور فشار)

ب: د Portal Vein بندوالی د ځیګر په برخه کې (Hepatic سببونه)

۱- د ځیګر سیروز (په ۸۶ فیصده پیښو کې)

الف: Portal Cirrhosis (چې د Malnutrition، زیات الکول څکلوله کبله مینځته راځي)

ب: هغه سیروز چې وروسته د ځیګر د حجروی نکروز څخه مینځته راځي یا Post Necrotic Cirrhosis.

ج: Billiary Cirrhosis

د: نوری مختلفی ناروغی مثلا Wilson Disease ,Hemochromatosis

۲-د ځیګر حادی الکولیکې ناروغی

۳-د ځیګر ولادی fibrosis

۴- Idiopathic Portal Hepato Sclerosis

۱- Schistosomiasis

ج: د باب وریدبندش د Post Hepatic په برخه کې:

- ✓ Budd chairy syndrome
- ✓ Constrictive Pericarditis

۲- د Portal Pressure زیاتوالی د نومړی ورید په مینځ کې د وینی د جریان د زیاتوالی د تاثیر له کبله:

الف: د Liver Artery او Portal Vein ترمنځ د Fistula د جوړیدو له کبله Arterio (Portal Fistula).

ب: د توری (Spleen) دوینی په جریان کې زیاتوالی (Increased SplenicBlood)

- ✓ Bauti Syndrome
- ✓ د توری ضخاموی امراض لکه Tropical Splenomegaly,Myeloid Metaplasia

فزیوپتالوژي:

د Portal vein pressure زیاتیدل هغه حالت ته وایې چې د Portal Vein فشار د ۲۶سانتي متر اوبو څخه (۱۱ملی متر سیماب) جګ وی.

په Liver Cirrhosis کې د Portal د جریان په مقابل کې د مقاومت زیاتوالی په دی شان مینځته راځي چې په نومړی ناروغی کې د ځیګر د نورمال نسج په عوض Parenchymal fibrous tissue جوړیږي او اناتومیک تغیرات دځیګر په اوعیه کې مینځ ته راځي اود Portal جریان د Fibrous او Scar tissue د فشار پواسطه لږ شان کمیږي. چې نومړی نسج د Portal Vein دځیګر په دننی دځانګی په چارچاپیره کې جوړیږي او د نومړی Vein د تنګوالی سبب ګرځی.

همداسې Bried's یا Fibrous Bound د Portal vein دځانګو او د Central vein ترمنځ جوړیږي. چې په نتیجه کې د Portal جریان په مخکې دمقاومت د زیاتوالی سبب کیږی.

د Schistosomiasis په حالت کې Portal Hypertension د Portal vein دځانګو په منځ کې د Mechanical Obstruction له کبله مینځته راځي چې نومړی بندش په دوه مرحلو سرته رسیږي. په لومړی مرحله کې چې دا مرحله د Granulomatouse مرحلې پنوم یادیږي.

Granul's د Portal vein د ځانګو په چارچاپیره په هغه برخو کې جوړیږي چې د Parasite له خوا اشغال شوی وی او په دغه وخت کې کوم Portal Hypertension چې مینځته راځي د Peri Sinusoidal له نوعی څخه دی.

په وروستني مرحلوکې ذکر شوي ګرانولونه د Degenerative Noduls او Fibros Tissue مینځ ته راوړي او نوموړي عملیه د sinuses په وروستي برخي کې پرمختګ کوي او په هغه برخه کې ځای پر ځای کېږي چې په دې وخت دا Portal بندوالي د Sinosoidal د نوع څخه دي.

د الکولیزم په حادو حالاتو کې د ځیګر د Lobule's په مرکزي برخو کې پرسوب او د ځیګر حجرات تخریب او په Fibrose بدلیږي چې په پاي کې بابي فشار جګیږي. د Budd chiary syndrome په حالت کې بندوالي د Liver Vein په ښکتني برخو کې مینځ ته راځي. چې د Portal hypertension سبب ګرځي. کله کله دا سندروم د ځیګر د وریدد Thrombos له کبله مینځته راځي خصوصا د polycytemia vera په حالاتو کې همدارنګه په هغو ښځو کې چې د حاملګي ضد درملو څخه په دوامداره توګه استفاده کوي fatty liver مینځ ته راځي. د ځیګر تومورونه، د پښتورګي او د پښتورګې د پاسه محفظه همدا ډول په ولادي یا congenital ډول سره د Liver vein په مینځ د پردي موجودیت ددي سندروم د پیدا کېدو سبب ګرځي.

په لږ فیصدي کې constructive pericarditis او د ښي زړه عدم کفایه د ځیګر د اوردي د ترمبوز سبب ګرځي. او په نتیجه کې دا سندروم مینځته راوړي. د ذکر وړ دي چې دغه سندروم کې د Post hepatic block له امله لومړي وخت کې د ځیګر د Sinosuss فشار جګیږي. او وروسته د Portal فشار زیاتوالي مینځ ته راځي. چې په دغه حالت کې ناروغان د ګېډې د حاد درد، لوي او دردناک ځیګر او Ascitis سره په عاجل ډول روغتون ته راځي.

د ځیګر په بایوپسی او Microscopicمعاینی سره د ځیګر Central Lob’sکې شدیدا Congestionلیدل کېږی په Angiographyکې د Liver Veinتخریبات په ښکاره ډول سره لیدل کېږی.

Cliniclal Manifestation:

ډیر ناروغان چې د ځیګر په دننه یا د ځیګر د باندې بندوالي لري، یا دا چې دننې یا باندنې Portal hypertension لري. د دوې Clinical Manifestiation د لومړي ناروغۍ د سریرې نښې نښانې سره ټړلې دي.

Portal hypertension **په ځانګړې ډول سره تر یو کال پورې کوم سریرې نښې نښانې نه ښیي او د ناروغ له خوا ښه تحمل کېږي او وروسته ددې مودې څخه** Portal hypertension **د لاندې نښو سبب ګرځي چې عبارت دې له:**

۱- Collateral circulation **مینځ ته راتلل او** Gastro intestinal bleeding

۲- Hypersplenism **او** Splenomegaly

۳- **د حبن (** Ascitis **)جوړېدل او د** liver function failure **نښانې**

۴- **د** Stupor **حملات او** Encephalopathy

۱- Collateral circulation **مینځ ته راتلل او** Gastro intestinal bleeding

کوم وخت چې د ځیګر په دننه یا دباندې د Portal circulation **په مقابل بندوالي یا مقاومت پیدا کېږي. ددې لپاره چې د** Portal circulation **وینه په** systemic Vein **کې انتقال وکړي کوم اوعیه چې ددې دوه سیستمونو تر مینځ د ارتباط په ډول موجود دې دا دنده په غاړه اخلي او په پای کې پرسیږي. او** Collateral **مینځته راوړي. په نورمال حالت کې په سلو کې سل ټول هغه وینه چې د** Portal Vein **په واسطه ځیګر ته رسیږي په** Liver Vein **کې تخلیه کېږي. اما** Cirrhotic **ناروغان او هغه ناروغان چې په** Portal hypertension **اخته دي یوائې تقریباً ۱۳%** Portal **وینه** Liver Vein **ته رسیږي. او د** Portal Vein **پاتې شوې وینه د** Collateral's **له لارې په** Systemic Vein's **کې تخلیه کېږي. په ټول عضویت کې چې د** Portal Vein **او د** Systemic Vein's **تر مینځ کوم وعایي اړیکې موجود وي د** Portal **او د** Systemic circulation **د فشار د توپیر له کبله په** Collateral **بدلیږي (ارتباطي اوردې دومره ظرفیت نه لري چې وینه ټوله په سیستمیک دروان کې تخلیه کړي لدې کبله وینه د هغه په مینځ کې تراکم کوي او پرسیږي او د** Collateral **په ډول معلومیږي.) چې نومړي ځایونه عبارت دي د** Esophagus **ښکتنې**

برخه، Rectum ښکتنۍ برخه، د ځیګر Falciform لیګامینټ په برخه کې، د Diaphragm په ښکتنۍ مخ کې، د Gastric Cardia په برخه، left coronary vein چې Portal سیستم یوه څانګه ده د Azygos اوردی او دInter Costal Veinسره چې Vena Cava Inferiorڅانګی دی خوله په خوله کېږي. چې د Portal hypertension په صورت کې د coronary Vein اخرنۍ څانګې چې Esophagus په ښکتنۍ برخو کې غزیدلي دي پراخیږي. او Esophgeal Varicess مینځته راوړي. چې د نومورې اوردي د چاودیدو له امله شدید Bleeding مینځ ته راځي. همدا ډول inferior mesenteric Vein او inferior illium vein د superior hemorriodial وریدونه په واسطه ارتباط موجود دي چې د Portal Pressure د زیاتوالي په وخت superior hemoroidal پراخیږي او وینه ورکوونې hemorrhoid پیدا کېږي.

د liver lig. Falciform وریدونه چې د Portal vein چپ جنبي څانګه ده د Para Umbilical وریدونه څانګې سره خوله په خوله کېږي چې د Portal Pressure د زیاتوالي په صورت کې د ګډې د قدامي جدرا د اوردو د پراخیدو سبب کېږی او Collateral مینځته راوړي.

۲. **Hypersplenism او Splenomegaly**:

یوه ثابته نښه ده او وروسته د دوامدار Portal hypertension څخه پیدا کېږي د توري غټوالي عموما دوریدي رکودت او احتقان له امله مینځته راځي. د Cirrhotic په ناروغانو کې برسیره د Splenomegaly څخه د hyperplasia of lympnod's او Infiltration موجود وي.

۳. **Ascitis جوړیدل او د ځیګر د عدم کفایي اعراض**:

الف: د Ascitis جوړیدل: په نورمال حالت کې د ځیګر او د کولمو Lymph د Thoracic canal له لارې په left sub clavicular وریدونو کې تش کېږي. په ټولو حالاتو کې چې په Portal vein کې بندش موجود وي او د نومورې وریدونو فشار جګ وي. ډیر اندازه لمف چې صدري قنات د هغه دانتقال قدرت نه لري په دې ځای کې ټولیږي او مجبوراً د پریطوان په جوف کې ننوزي د ځیګر د Vein د بندش او د ځیګر د سیروز له امله د liver sinusoid په مینځ کې Blood Presser جګیږي او د نومورې sinosis څخه زیات لمف د باندې راوځي او لتویږي. چې ددې لمف یوه برخه یې د ځیګر د Hillus د پراخه شوې

اوعیي له لاري په Thoracic canal کې توئیږي او یوه برخه یې دځیګر د سطح څخه د Tansudation په ډول د پریطوان په جوف کې تش کیږي.

ب: دځیګر د عدم کفایي نښې او نښاني چې عبارت دي د ژیړي او Hepatomegaly څخه

۴. د Stupor حملات او Encephalopahy :

پاسني حالات په Portal hypertension کې له دي کبله مینځته راځي چې د کولمو او G.I کې د نایتروجني موادو تخریب او تجزیي څخه جوړ شوي مواد په عوض ددي چې د Portal Vein له لاري ځیګر ته ننوځي او د مینځه لاړ شي vena Cava ته ننوځي او وروسته له هغه ماغزو ته رسیږي چې پر ماغزو باندي ددي موادو د تاثیر له کبله ناروغ لاقیدي کوي او چاپیریال شیانو ته بي علاقه کیږي. دناروغ په لاسو او پښو کې رپیدل پیداکیږي او د خوب خړتیا هم ورته پیداکیږي.

تشخیص او تفریقي تشخیص:

د ځیګر بلاک او د هغه د نوعیت په تشخیص کې مهم ټکي عبارت دی له:

۱. د Sub hepatic په ډول: ناروغان معمولاً ماشومان وي چې د هغوي په تاریخچه کې د ګډې په دننه کې انتانات ذکر شوي وي.

ماشوم Hepatosplenomegaly، زیړي، دلاسو او پښو پړسوب، Thrombocytopenia او Neutropenia لري او د ځیګر د فعالیت تستونه غیر نورمال وي.

۲. د ځیګر په دننه بلاک په ډول کې: ناروغان معمولاً کاهل خلک وي چې امکان لري الکولو ته عادت ولري. یا دا چې په Hepatitis اخته او یا حمله د Hepatitis تیره کړي وي د پورته لیکل شوي ټکي څخه سربیره ناروغان حبن او Ascitis هم ولري.

۳. د Suprahepatic بلاک په ډول: په دې ډول بندش(Block) کې د ناروغ عمومي وضع د هغه پتالوژیکي تغیراتو له کبله چې د ځیګر د ورید د بندش سبب شوي وي فوق العاده خراب او ټول هغه ټکي چې پورته په دوه نوع بلاک کې لیکل شوي دي په دې ډول بلاک کې شدید حاد مینځته راځي.

سربیره د پورتني ټیکو څخه د Portal hypertension په تشخیص او تفریقي تشخیص کې لابراتواري معاینات او لاندي ځانګړي معاینات هم اساسي رول لري.

لابراتواري معاینات:

زیادتره Cirrhotic ناروغان چې دهضمي جهاز د پورتنۍ برخې د نذف له کبله روغتون ته راځي د دوي د ځیګر دنده خړ پړ او ددې ناروغانو په وینه کې د بیلروبین کچه جیګه وي خوپه یو شمیر ناروغانو کې امکان لري چې نورمال هم اوسي. اما د B.S.P پاتي کېدل (Bromosulfalin test) چې د ځیګر یو اطراحي تست دي د نورمال کچې څخه جیګ وي. دنومورې مادې بند پاتي کېدل د ځیګر په حجروي خرابیدو پورې اړه لري. همداسې د ځیګر سیروز په ناروغانو کې د Serum Albumin کچه ۱۰۰ ملي لیتر وینه کې د ۳ ګرامو څخه لږ وي د W.B.C شمیر زیات او د سرو کرویاتو شمیر په وینه کې دنورمال څخه لږ وي. د ذکر وړ دی چې د Portal Hypertension په سیر کې کمخوني امکان لري چې د Chronic alcoholism, Hypersplenism, Acute Bleeding یا د ځیګر د کوم مزمن ناروغي له کبله مینځته راغلي وي.

په Cirrhotic ناروغانو کې د Hepatoma جوړیدل امکان لري چې د Esophageall Varicess د نذف سره ښکاره شي چې د ناروغ په وینه کې دالفا فیتوپروتین یا الفا فیتوګلبولین د تثبیتیدو په واسطه تشخیص کېږي.

Prothrombine time او Trombosplastin time امکان لري غیر نارمل وي.

ځانګړي معاینات:

۱. Esophagoscopy یوه ګټوره عملیه ده چې د Esophagus او G.I.T د پاسني برخي نذف د تشخیص لپاره په کار وړل کېږي کوم وخت چې دناروغ وضع وروسته د وینې د تطبیق یا نور اهتماماتو څخه ښه شوه باید Esophagoscopy اجرا شي.

د دې الې په واسطه د Esoghagus Varis د کږي وږي په ډول ، ابي رنګ اود Esophagus د اوږد محور په امتداد د Esophagus د Distal په برخو کې لیدل کېږي او د پراخه اوردي په مینځ کې ممکن وینه ورکوونکې سیمي په ښکاره ډول ولیدل شي. په ځینې نورو حالاتو کې چې نذف شدید وي او سمیه د نذف له کبله ګډوډ شوي وي امکان لري چې د نذف ورکوونکې ټکې پیدا نه شي.

Acute Erosive gastritis او Mellary Weiss سندروم (دوامدار کانګو له کبله د معدي د Cardia په برخه کې اوږد Mucosal Rupture مینځ ته راځي او د نذف سبب ګرځي) دوه ناروغۍ دي چې بایدنذف د Esophagus د Varis bleeding په مینځ کې فرق شي. او ددې دواړو ناروغیو فرق او پیژندل د Esophagus bleeding سره د Esophagoscopy په واسطه اجرا کېږي.

۲. د Upper Gastrio intestinal برخو X-Ray د کثیفه موادو سره: ۹۰ % ناروغانو کې وینه ورکوونکې سیمه د Barium سره د رادیوګرافي په واسطه تثبیت کېږي. که Varis او Peptic Ulcer دواړه په X-Ray کې ولیدل شي د نذف سرچینه په غیر د Endoscopy اجرا کولو څخه حل کېداي نه شي.

۳. د Portal Pressure د اندازه کولو پواسطه: مخکې د عملیاتو څخه د Portal Pressure د کچه کولو لپار دري کړنلارې موجودی دي:

الف: Wedged Hepatic Vein Pressure (W.H.V.P)

ب: Splenic Pulp Monometry

ج: Umblical Vein Canulation

چې د ټولو څخه (W.H.V.P) معاینه ښه د باور وړ وي. چې په لاندي ډول تشریح کېږي. په دې طریقه کې یو کتیتر د Axillary (د تخرګ) وریدله لاري Vena Cava ته او له هغه د Floroscope تر کنترول لاندي د ځیګر په یوه Vein کې داخل کېږي. په دې سیمه کې وریدي فشاراندازه کېږي.چې نوم د (F.H.V.P) یا Free hepatic vein pressure یادیږي وروسته له هغه نومورې کتیتر د ځیګر د اوعیي په مینځ وړاندي ننه ایستل کېږي تر څو د محیطي Sinus یوه اوردي ته ورسیږي په دې سیمه کې بیا Venos pressure کچه کېږي. چې دا فشار د (W.H.V.P) په نوم یادیږي. که د (F.H.V.P) فشار څخه (W.H.V.P) تفریق شي د ځیګر د Portal vein Pressure لاس ته راځي چې په نورمال حالت کې دا تفریق دفشار د (۴cm H_2O) په اندازه وي (۳ mm Hg).

اوکه د (۱۵ cm H_2O) څخه جیګ شي په Portal hypertension دلالت کوي. د Esophagus Varicess په صورت کې دا توپیر د فشار تر (۲۰ cm H_2O) پوري رسیږي.

۴) د Mesenteric Vessels Angiography : د Axillary يا Femoral شريان له لارې يو Catheter ترCeliacشريان پورې دننه کېږي. وروسته د Radio opac موادو د تيرولو څخه کوم وخت چې نومورې مواد وريدي جريان ته ورسيد راديوګرافي اجرا کېږي.

د دې ډول راديوګرافي په واسطه Portal Vein او د هغه څانګې د ليدلو وړ ګرځي. او يوائې د Portal Vein او Vein cava inferior د Anastomose سيمه مخکې د عمليات څخه تعين کېږي او ددې ډول راديوګرافي په واسطه د Esophageal Varicess نذف او نذفي ټکې نه تشخيص کېږي. برخلاف که نذف د معدي Duodenum څخه سرچينه ولري ددې ډول راديوګرافي په واسطه تشخيص کېږي.

۵) د ځيګر Biopsy: ځيګر Biopsy د ځيګر د سيروز د ډولونو د تشخيص لپاره او د Portal hypertension د مختلفو لاملونو له پاره مرسته کوي همدا ډول د ځيګر د حادي ناروغۍ د تشخيص لپاره لکه د Alcholic Cirrhosis او د ځيګر د Chronic ناروغيو لکه Fibrose ناروغي او د ځيګر د Schistosomiasis د تشخيص په هکله ځانګړې اهميت لري.

Hypersplenism

دا ناروغۍ د توري د لويوالي او په مختلفو کچه د Cytopenia او Pancytopenia سره پيدا کېږي. د توري پنډوالي سره برابر د هغه په دندو کې هم زياتوالي موجود دي. د هغه دجملي څخه دوه فعاليتونه يې يانې د وينې د حجراتو خرابول او د وينې د حجراتو ټولول او ساتل مخصوصاً د Platelet او سرو کرويا تو ذخيره په ټولو کې ښکاره وي له بلې خوا پدې ناروغي کې د Reticulo endothelial سيستم Hypertrophy هم موجود وي.

په نورمال حالت کې د Spleen ننې Cino pressure د ۴ تر ۱۶ mm Hg په شاوخوا کې وي. خو له کومه ځايه چې د Spleen په مينځ کې دورانې Stasis موجود وي. او د Splenomegaly د congestion له کبله پيدا شوي دي نو په دې اساس ننې فشاريې زيات وي.

اسباب او لاملونه:

د Splenomegally عمده لاملونه عبارت دي له:

۱. Liver Cirrhosis
۲. د Portal Vein او د Abdominal Trauma څخه وروسته د Splenic Vein ترمبوزس.

Clinical Manifestation:

زیات ناروغان چې Left Upper Quadrant له درد څخه شکایت کوي . لږ فیصدی ناروغان یوائې په L.U.Q کې دروندوالي حس کوي. او په ۵۰% ناروغانو کې Hematemesis هم پیدا کیږي. Purpura او د پوستکې Echymos او د Platelate د کموالي له کبله د Mucous Membrane نذف موجود وي د Leucopenia له کبله ناروغ په تکراري ډول انتانی حملاتو سره مخامخ کیږي او ځینې وخت ناروغي د Rheumatoid Arthritis سره یو ځای وي.

لابراتواري ازموینې:

ناروغ په متوسطه کچه کم خوني لري که د هیموګلوبین کچه د ۱۰gr/۱۰۰ml وینه کې لږ وي امکان لري لاندي لاملونه مداخله ولري.

۱. **Portal hypertension له کبله د Esophagus Varices له لارې ناروغ وینه له لاسه ورکړي وي.**
۲. **د ځیګر په مینځ کې Hemolysis صورت نیولي وي.**
۳. **Hemolytic Autoimmune صورت نیولي وي.**
۴. **امکان لري د هډوکې په Medula کې عدم کفایه موجوده وي. (مخصوصا که ناروغ د ځیګر په Cirrhosis اخته وي) د وینې په معاینه کې امکان لري د Reticulocyte شمیر جګ او د WBC شمیر د ۴۰۰۰- ۲۰۰۰ په مینځ کې وي.**
۵. **د Platelet شمیر د ۱۰۰۰۰۰ څخه لږ وي.**

اختلاطات:

د Hypersplenism غټ اختلاطات عبارت دي له Esophageal Varices Bleeding او د انتان متکرر حملات چې په دواړوحالاتو کې دناروغ د مړینې خطر زښت زیات وي.

درملنه:

Splenectomy هغه وخت باید اجرا شي چې ناروغ په تکراري انتاني حملاتو او Splenic infarction اخته شي. چې په دې وخت ناروغ د Spleen د Infarction له کبله د کېډې په L.U.Q کې زیات درد حس کوي. او همداسې د Hypersplenism له کبله ژر ژر Transfusion په لږ واټن استطباب پیدا کړي نو په دې وخت ښه به دا وي چې Splenectomy اجرا شي.

د Portal Hypertension درملنه:

ددې لپاره چې Portal hypertension اختلاطي نه شي. باید ناروغ تر کلکې تداوي لاندي ونیول شي یانې د الکول څښلو څخه بیخي ممانعت وشي. او د هغه ناروغانو په برخه کې چې په Malnutrition اخته دي یا دا چې د البومین کچه ددوي په وینه کې ښکته وي هغوي ته غذایي رژیم چې کافي مقدار پروتین او کالوري ولري ورکول کېږي. همدارنګه په هغه وخت کې چې د Portal hypertension لاملونه ښکاره وي دلاملي درمل تیاري ونیول شي . په غیر د هغه د Portal hypertension یواځینې تداوي Surgical Treatment دي چې د Surgery په واسطه Systemic Vein د Portal Vein سره ارتباط یا Shunt ورکول کېږي.

او دا کار یانې Portal systemic shunt هغه وخت باید اجرا شي چې د Portal hypertension له کبله د Esophageal Varicess په کې زیات وینه ورکول پیل کړي وي. د Esophagus او د Stomach fundus د Varicess وینه ورکول او د هغه د Surgical او Medical تداوي لاره:

د Esophageal Varices Acute Bleeding تداوی په درې مراحلو کې اجرا کېږي:

۱. Systemic Treatment یا د Vasopressin ورکول
۲. Sengastaken Bloken mor تیوب داخلول
۳. Emergency Surgical Treatment

۱. **Systemic Treatment**:

د Vasopressin ورکول د مساریقي د Arteriol's د construction سبب ګرځي او په پاي کې د مساریقي د ویني په جریان کې کموالي مینځ ته راځي او Portal pressure ښکته راوړي. په دي ډول چې ۱۰ یونټ Vasopressin د I.V له لاري ۱۰ څخه تر ۳۰ دقیقو پوري داسې ورکول کېږي چې دا کچه د ۱۰۰ یا ۲۰۰ ملي لیتر Normal Saline سره رقیق کېږي چې د ۱۵ څخه تر ۳۰ دقیقو پوري د Portal Venus Pressure د ۲۰ % څخه تر ۲۵ % کموي. کلینیکي څېړنو ښودلي دي چې د Esophageal Varicess Bleeding ددي تداوي سره دریږي اوتوقف کوي د لزوم په صورت کې وروسته د هر دري یا څلور ساعتو څخه نوموړي دوا تکرار ورکول کېداي شي. او د نذف د توقف په صورت کې ناروغ ژر عملیات لپاره چمتو شي. دا تداوي د هغه ناروغانو په برخه کې سرته رسیږي چې د زړه د Coronary artery په عدم کفایه اخته وي. د پورتني لارو چارو سره سره د لاسه ورکړل شوي ویني د معاوضي لپاره ناروغ ته باید وینه ورکړل شي. په کولمو کې د ټولی شوي ویني د تجزیې له کبله ډیر اکزودات ازاد او جزبیږي.

چې د نوموړي موادو جذب د Encephalopathy د زیاتوالي سبب ګرځي.

د اکزودات د جذب د کموالي لپاره لازم دي چې د امکان تر حده پوري د کولمو وینه دامالي په واسطه وایستل شي ناروغ ته د خولي له لاري Neomycine ورکړل شي. تر څو د باکتریاو فعالیت د ویني د تجزیې په برخه کې او د اکزوداتي موادو د جوړیدواوجذب د Portal Vein دلاري د هغه په انتقال کې کموالي راوړي. په دې ناروغانو کې باید پروتین د دوي د غذایي رژیم څخه لیرې شي، او کالوري ورځینې لازم وړ کچه د ګلوکوز په ډول د خولي له لاري او د ورید له لاري ناروغ ته ورکړل شي.

۲. **Sengstaken Blakemor تیوب داخلول**:

دغه تیوب دوه بالون او دري لیاري لري چې دوه لاري يې د تیوب د دوه بالون سره او یوه لار يې د یو تیوب د ازادي څوکې سره اړیکې لري او د معدي د افرازاتو د باندي ایستلو او د معدي د پریمینځلوو (Lawage) لپاره په کار وړل کېږي. نوموړي تیوب وروسته د مري د Varicess د معلومولو د سریري اعراضو یا Endoscopy څخه وروسته اچول کېږي.

Distal Ballon کروي ډول د معدي بالون په نوم یادیږئ. او د معدي په Fundus کې ځای پر ځای کیږي. دې بالون څخه پورته د Esophagus بالون په نوم یادیږي چې استوانوي ډول او د Esophagus په ښکتني برخه کې ځای پر ځای کیږي کوم وخت چې نومورې تیوب معدي ته ننویستل شوه لومړي بالون ته د ۲۵۰ څخه تر ۲۷۵ ملي متره مکعب په شاوخوا کې هوا ننویستل کیږي او وروسته له هغه نومورې تیوب تر Traction لاندې نیول کیږي تر څو د Cardia برخه تر فشار لاندې راوړل شي که نذف ونه دریده د ۳۳ څخه تر ٦۰ د اوبو فشار (۲۵ څخه تر ۴۵ ملي متر د سیماب) هوا Esophagus Ballon ته ننوستل کیږي وروسته د پورتنۍ عملي څخه ناروغ تر پاملرنې لاندې نیول کیږي او د ساه ویستلو د بندیدو په پیدا کیدو کې چې د تیوب د فشار له کبله مینځ ته راځي د تیوبونو هوا ژر ویستل کیږي. او همدا ډول باید قصبي افرازات Suction شي.

د دې تیوب د ننوستلو سره ۹۰فیصده دEsophagus Varicel Bleeding دریږي کوم وخت چې وینه ورکول ودریده بالونونه په خپل حال باندې تر ۲۴ ساعتو پورې ایښودل کیږي وروسته د ۲۴ ساعتو څخه د بالونونو هوا ایستل کیږي اما تیوب د تش بالونونو سره په Esophagus کې د نورو ۲۴ ساعتو لپاره پاتې کیږي که وینه ورکول بیا پیدا نه شوه نومورې تیوب په ډیر پام سره ایستل کیږي او ناروغ د وروستني انتخابي عملیات لپاره چمتو کیږي. او په هغه حالت کې چې وینه ورکول د پاسني لاري چاري سره ونه دریده باید چټک جراحي عملیات په واسطه وینه ورکول بند شي.

۳. چټک جراحي عملیات:

د مري دوریس فعال وینه ورکول د جراحي په واسطه په دوه کړنلارو باندې اجرا کیږي.

الف: Esophagus Varicess Ligation: چې د نذف د خطر بیا پیدا کیدل موجود وي.

ب: د Porto Caval Shunt پواسطه: د Splenectomy څخه وروسته Splenic Vein د کېږ پښتورګي د ورید سره End to side Anastomose ورکول کیږي.

له هغه ځایه چې Liver Vein د ځیګر د ویني د انتقال مسولیت په غاړه لري نو ددې ورید بندښت یا ددې ورید د فشار جګیدل د Liver Sinusal Pressure د جیګوالي او د Portal hypertension سبب ګرځي. په Liver Vein کې بندښت یا د ویني رکودت چې د Budd chairy syndrome په نوم یادیږي عموما د Liver Vein د Endophelebitis سره یو ځاي وي.

اسباب:

۱. د ځیګر د تومورونو Infiltration لکه Hepatoma او Metastatic تومورونو Infiltration
۲. د ځیګر د اوعیي Thrombos مخصوصا د Polycythemia Vera په سیر کې
۳. په Congenital ډول او د Vulbe یا پردي یا د تضیق موجودیت د ښکتني Vena Cava په سویه کې.

سریري تظاهرات:

سریري تظاهرات د ځیګر د ورید بندوالي په کچه او ګړندي توب پوري اړه لري. که Liver Vein په ناڅاپي ډول سره بند شي د ګېډې د شدید درد سبب کېږي چې د زړه بدوالي او کانګې سره ملګري وي او همداسې د ناروغ ګېډه ساعت په ساعت پرسیږي او ډیر ژر یو مقدار Ascitis د پریطوان په مینځ کې راټولیږي. خو د نیکه مرغه د Liver Vein بندوالي په ناڅاپي ډول ډیر لږ مینځنه راځي په هغه وخت کې چې د Liver Vein بندوالي په قراره ډول پیدا شي ناروغ په خپل ګېډه کې مبهم او دوامداره درد حس کوي او Ascitis هم کرار کرار تولید یږئ.د Ascitis دزیاتوالي سره یو ځای Hepatomegaly او Portal Hypertension هم مینځته راځي.

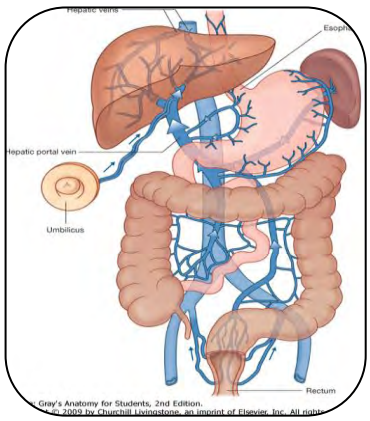
Diagnosis:

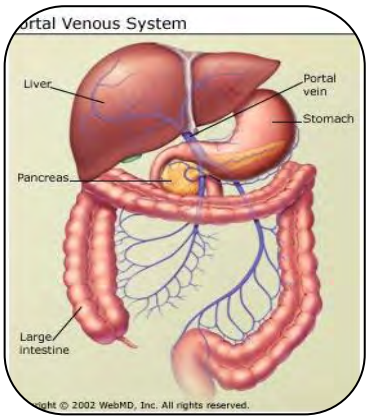
تشخیص یې دسریري او رادیوګرافي معاینا تو په واسطه ایښودل کېږي.

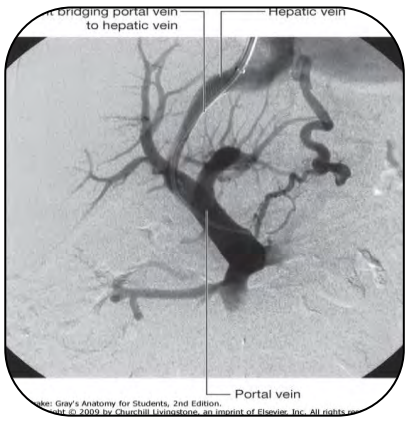
په رادیوګرافیک معاینه کې Hepto Benography مهم تشخیصي اهمیت لري. په دې ډول رادیوګرافي کې Portal Vein په یوه څانګه کې یو نري او مخصوص کتیتر ننوستل کېږي او د همدي کتیتر له لارې کثیفه مواد وریدي دوران ته تیریږي او د ځیګر څخه رادیوګرافي اجرا کېږي او په دې ډول بند شوي ورید د ځیګر په ساحه کې د لیدو وړ وي.

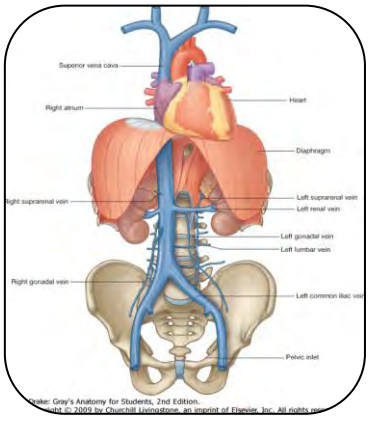
درملنه:

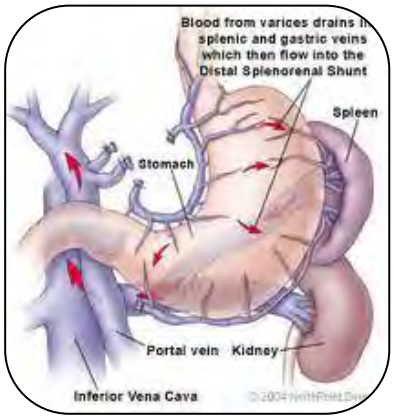
د ځیګر د اوردي د ناڅاپي بندوالي په حالت کې Portocaval Anastomose Side to side اجرا کېږي. خو د ځیګر د ورید د مزمن بندوالي په حالت کې دوامداره درملنه د Diuretic په تطبیق سره قناعت ښوونکې نتیجه لاس ته راځي.

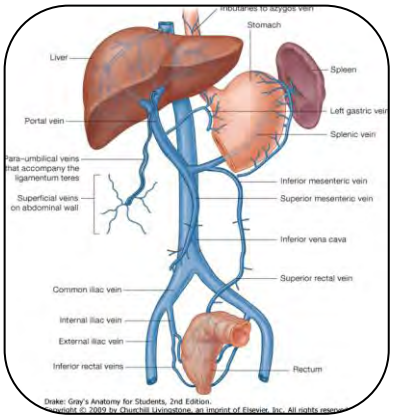

Hepatic veins
Esophagus
Hepatic portal vein
Umbilicus
Rectum
Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

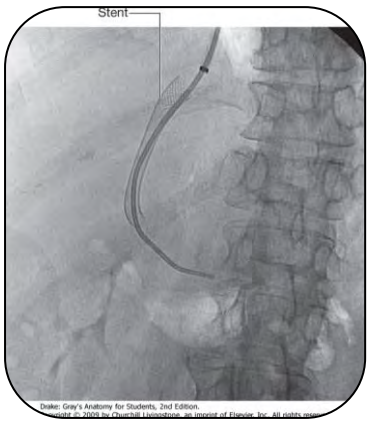

ortal Venous System
Liver
Portal vein
Stomach
Pancreas
Large intestine
ght © 2002 WebMD, Inc. All rights reserved.


bridging portal vein to hepatic vein
Hepatic vein
Portal vein
Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

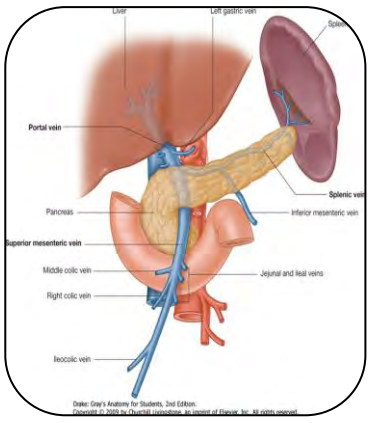

Superior vena cava
Right atrium
Heart
Diaphragm
Left suprarenal vein
Left renal vein
Left gonadal vein
Left lumbar vein
Left common iliac vein
Pelvic inlet
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.


Blood from varices drains in splenic and gastric veins which then flow into the Distal Splenorenal Shunt
Spleen
Stomach
Portal vein
Kidney
Inferior Vena Cava


Stomach
Liver
Spleen
Portal vein
Left gastric vein
Splenic vein
Inferior mesenteric vein
Superior mesenteric vein
Inferior vena cava
Superior rectal vein
Common iliac vein
Internal iliac vein
External iliac vein
Inferior rectal veins
Rectum
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.


Stent
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.




Liver
Left gastric vein
Portal vein
Splenic vein
Pancreas
Inferior mesenteric vein
Superior mesenteric vein
Middle colic vein
Jejunal and ileal veins
Right colic vein
Ileocolic vein
Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.

Reference

١- Anson and Chester B.Mc. Vay “SURGICAL ANATOMY” Fifth Edi.saunders Comp.١٩٧۴

Chapter ١۴. pp. ۵٣٢—۵٣۵. Cha. ١۵. pp.۵٦٨—۵٧١. Pp. ٦٣٩--٦٦٣

٢- Gregory B.Bulky M.D at all “ INTRA OPERATIVE DETERMINATION OF SMALL INTESTINAL VIABILITY FOLLOWING ISCHEMIC INJURY” Annal of Surgery May ١٩٩٨.

Vol. ١٩٣ No. ۵ pp. ٦٢٨—٦۵٧.

٣- J.D.Martin JR.,M.D.”TRAUMA TO THE THORAX AND ABDOMIN “ Charless C.T.Pub ١٩٦٩.

Chapter ١٧-١٨-١٩-٢٠-٢١-٢٢-٢٣-٢۴-٢۵-٢٦.pp.٢۵٣—۴١۵

۴- J.Englebert Dunphy M.D.-Lovrence W.Way”CURRENT SURGICAL DIAGNOSIS & TREATMENT” ٢nd Edi.L.M.P ١٩٧۵.

Chap. ٣٣. pp. ۵٨١-٦٠۵

۵- J.Kewenter M.D.at all .”CANCER RISK IN EXTENSIVE ULCERATIVE COLITIS”
Annal of Surgery Des,١٩٧٨.

Vol. ١٨٨. pp. ٨٢۴—٨٢٨

٦- J.L.Madden’s “ATLAS OF TECHNIC’S IN SURGERY”Sec.Edi.A.C.C COMP. ١٩٦٨.

PP. ٣٠۴—٣۵۵

٧- Leslie W.ottenger M.D.”THE SURGICAL MANAGEMENT OF ACUTE OCLUSION OF THE SUPERIOR MESENTERIC ARTERY” Annals of Surgery Des. ١٩٧٨

Vol. ١٨٨. No. ٦. pp. ٧٢١--٧٣٢

٨- Marcus A.Krupp and Milton J.chatton “CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS & TREATMENT” L.M.P ١٩٧٩

Chap.١٠ pp. ٣٧۴ - ٣٨۵.

۹- Richard H.Deffner M.D. at all “COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF INTRA ABDOMINAL ABSECESS” Annal’s of Surgery Jan.۱۹۷۹.

Vol. ۱۸۹. No.۱ pp۲۹--۳۴

۱۰- Richard T. Shauckelford M.D “SURGERY OF THE ALIMENTARY TRACT”W.B.Saunder’s Comp ۱۹٦۸.

Chap. ۷ pp ۹۹۹ _۱۳۱۴

Chap. ۸ pp.۱۳۲۸__۱۳۳۱

۱۱- Seymour I.Schwartz M.D “PRINCIPLE OF SURGERY” Third Edition.Mc.Grav Hill, Company ۱۹۷۹

Chap. ۲۷. pp. ۱۱٦۹ - ۱۱۸۷

Chap. ۲۴. pp. ۱۰۵۱ - ۱۰٦۳

Chap. ۳۵. pp. ۱۴۳۷ - ۱۴۴۵

لیک لړ

لیک لړ ..... ا
سریزه ..... ا

لومړی څپرکی
د معدې جراحي ناروغۍ

د معدې اناتومي ۱
معده (Stomach Ventridulus): ۱
معدې سوري (فوحات): ۲
د معدې مخونه (Gastric Surfaces): ۲
دمعدې انحنا Curvature: ۳
د معدې تشریحي ساختمان: ۴
دمعدې اورده: ۵
د معدې لمفاوي سیستم: ۵
د معدې اعصاب: ٦
د اثناعشر اناتومي ٦
لومړۍ قطعه یا Pars Superior Duodeni: ۷
دوهمه قطعه یا Pars Descendens duodeni: ۷
درېیمه برخه یا Pars Horizontalis Duodeni: ۸
څلورمه قطعه یا Pars Ascnding Duodeni: ۸
د اثناعشر تشریحي ساختمان: ۹
د اثنا عشر شراین: ۱۰
د اثنا عشر اورده: ۱۰
د اثناعشر لمفاوي اوعیه: ۱۰
د اثنا عشر اعصاب: ۱۰
د معدې فزیولوژي: ۱۰
۱- د معدې تحرکیت: ۱۰
۲-د معدې افرازي وظایف: ۱۲
د معدې عصاره: ۱۳
د اسید د افراز تنظیم: ۱۵
۱-د اسید د افراز تنبه کوونکي سیستم: ۱۵
۲- د اسید د افراز نهې کوونکی سیستم: ۱٦
د معدې معاینه: ۱۷

۱:- فزیکي معاینه: ۱۷
۲:- رادیولوژیکي معاینات: ۱۸
۳:- اندوسکوپي: ۱۹
۴:- لابراتواري تستونه (Secretory Tests): ۲۰
د معدې د اسید دافراز ظرفیت تعینول: ۲۰
د تست طرز العمل: ۲۱
د سیروم د ګسترین اندازه: ۲۲
۴- Hollander انسولین تست: ۲۲
۵- بایوپسي: ۲۳
د معدې جراحي امراض ۲۳
۱- د Peptic قرحې جراحي: ۲۳
۱. Subtotal Gastrectomy: ۲۴
۲. واګوتومي او درېناژ: ۲۵
الف: ترانکل یا جذري واګوتومي: ۲۵
ب: سلکتیف واګوتومي(Selective Vagotomy): ۲۶
ج: د جداري حجراتو لپاره واګوتومي: ۲۶
۳- انترکتومي او واګوتومي: ۲۷
۴-ګسترو جیجونو ستومي Gastrojejunostomy: ۲۷
۵- Total Gastrectomy: ۲۷
د معدې او اثناعشر Stenotic سوء اشکال: ۲۹
Ehiology: ۲۹
Pyloric Stenosis Clinical manifestation: ۲۹
دمعدې د جسم(Body)او Fundus د Stenosis سریري لوحه: ۳۰
Diagnosis: ۳۱
لابراتواري معاینات: ۳۱
Abdominal X-Ray: ۳۱
Gastroscopy: ۳۲
توپیري تشخیص: ۳۲
درملنه: ۳۲
Conservative Treatment: ۳۲
Medical Treatment: ۳۳
جراحي تداوي: ۳۴
د معدې او Duodenum سورۍ شوې قرحه: ۳۴

د Stomach او Duodenum د Ulcer د Perforation تصنیف: ۳۴
Anatomo Pathologic تغیرات (بدلونونه): ۳۵
Clinical Manifestation : ۳۶
Diagnosis: ۳۸
توپیري تشخیص: ۳۸
د ناروغۍ پرمختګ: ۳۹
Treatment: ۳۹
دمعدې او Duodenum وینه ورکوونکې قرحه: ۴۱
Classification: ۴۱
۱- Peptic Ulcer : ۴۱
۲:- د معدې دمخاطي غشا حاد تخریش یا Acute Gastric Mucosal Erosion : ۴۱
۳:- Hialtal Hernia: ۴۱
۴:- د معدې Carcinoma : ۴۲
Anatomopathalogy: ۴۲
Pathogenesis: ۴۳
Clinical Manifestation: ۴۴
تشخیص: ۴۴
توپیري تشخیص: ۴۵
درملنه: ۴۷
۱:- Medical Treatment ۴۷
Medical Radical Treatment: ۴۸
د معدې Polyp: ۴۹
Pathology: ۵۰
Clinical Manifestation: ۵۰
Diagnosis: ۵۰
درملنه: ۵۱
Gastric Vaulvulus: ۵۱
Clinical Manifestation: ۵۱
Diagnosis: ۵۲
Treatment: ۵۲
د معدې سقوط (Gastric Ptosis): ۵۲
اناتومیک یادونه: ۵۲
Pathogenesis: ۵۳

Clinical Manifestation: ۵۳
Diagnosis: ۵۳
درملنه: ۵۴
د معدې کانسر (Gastric Carcinoma): ۵۴
احصائيوي معلومات: ۵۴
اسباب:- ۵۴
پتالوژي:- ۵۶
۱:- مايکروسکوپيک معاينات:- ۵۶
۲:-مکروسکوپيک معاينه: ۵۶
د کانسر انتشار: ۵۷
د معدې د کانسر سريري اعراض او علايم: ۵۹
۱:-خصوصی اعراض او علايم: ۵۹
علايم: ۶۰
لابراتواري معاينات: ۶۰
۱:- د معدې د عصارې معاينه: ۶۰
۲ :-د معدې د عصارې سيتولوژيک معاينه: ۶۰
۳:-راديوګرافی معاينه Radiogrphy: ۶۱
۴:-ګسټروسکوپی Gastroscopy : ۶۱
اختلاطات Complication: ۶۱
د معدې د کانسر پرمختګ درجه يا Staging : ۶۱
تداوی: ۶۴
د معدې د کانسر نور سريري اشکال: ۶۵
۱:-لايوميوما او لايوميوسروما: ۶۵
۲:- د معدې لمفوما: ۶۵
۳:- د معدې کارسينوئيد تومورGastric Carcinoid Tumor:- ۶۶
تداوي: ۶۶
د معدې سليم تومورونه: ۶۷
سريري اعراض او علايم: ۶۷
تداوي: ۶۸
د معدې حاده توسع Acut stomach Dilatation: ۶۸
اسباب: ۶۹
سريري اعراض او علايم: ۶۹
تداوي: ۶۹

د معدې رتج یا کڅوړی Gastirc Diverticula: ۷۰
د معدې پردي اجسام: ۷۰
بیزوار Bezoar: ۷۱
سریري اعراض او علایم: ۷۱
تشخیص: ۷۲
تداوي: ۷۲
Morbid Obesity: ۷۲
درملنه: ۷۳

دوهم څپرکی
دوړو کولمو جراحي ناروغۍ

اناتومیک یادونه: ۷۷
د جیجنوم او الیوم اناتومی(Jejunum and Ileum anatomy): ۷۷
د وړو کولمو مجاروت: ۷۷
د وړو کولمو مساریقه (Mesentery): ۷۸
د وړې کولمې تشریحي ساختمان: ۷۸
Meckel Diveticula: ۸۰
د الیوم او جیجنوم توپیر: ۸۰
د وړو کولمو اروا: ۸۱
د وړو کولمو لمفاوي درېناژ: ۸۱
د وړو کولمو اعصاب: ۸۲
د وړو کولمو فزیولوژی: ۸۲
میکل رتج (Meckels Diverticula): ۸۶
امبریولوژي: ۸۶
اناتومي: ۸۷
سریري تظاهرات: ۸۸
تشخیص: ۸۹
لابراتواري معاینات: ۸۹
توپیری تشخیص: ۸۹
درملنه: ۹۰
د وړو کولمو تومورونه: ۹۰
د وړو کولمو د تومورو تصنیف: ۹۱
د وړو کولمو سلیم تومورونه: ۹۱
۱) لایومایوما او هیمانژیوما: ۹۱

سریري تظاهرات: ۹۱
رادیوګرافي معاینه: ۹۲
توپیږی تشخیص: ۹۲
درملنه: ۹۲
۲) د وړو کولمو پولیپ: ۹۳
سریري تظاهرات: ۹۳
درملنه: ۹۴
د وړو کولمو خبیث تومورونه: ۹۴
۱) Adenocarcinoma, Lymphoma, Leomyosarcoma ۹۴
سریري تظاهرات: ۹۴
درملنه: ۹۵
۲) د وړو کولمو کارسینوئید تومور: ۹۵
سریري تظاهرات: ۹۶
لابراتواري معاینات: ۹۶
درملنه: ۹۶
۳) خبیثه کارسینوئید سندروم (Malignant carcinoid Syndrome): ۹۷
پتوجنیزس: ۹۷
سریري تظاهرات: ۹۸
تشخیص: ۹۹
درملنه: ۹۹
د وړو کولمو د اوعیو امراض ۱۰۰
۱-- Art. Mesenterica sup حاد بندوالی: ۱۰۰
اسباب: ۱۰۰
۲— د Superior Mesentric Art ترمبوز: ۱۰۱
پتالوژی: ۱۰۲
Clinical Manifestation: ۱۰۳
سریري علایم: ۱۰۳
Diagnosis: ۱۰۴
تداوی: ۱۰۴

درپیم څپرکی
د غټو کولمو جراحي ناروغی

اناتومي یادونه : ۱۰۸
غټې کولمې – غلیظه امعاء Intestinum Grassum- Large intestine : ۱۰۸
دغټو او وړو کولمو توپیر: ۱۰۹
د غټو کولمو ساختمان: ۱۱۰
سیکم (Cecum) او اپندکس (Appedix): ۱۱۰
۱- سیکم (Cecum) : ۱۱۰
مجاورت: ۱۱۰
د سیکم داخلی ساختمان: ۱۱۱
Appendix Vermiform : ۱۱۱
مجاورت : ۱۱۱
د اپندکس تشریحي ساختمان: ۱۱۲
دسیکم او اپندکس شراین : ۱۱۲
صاعده کولون(Ascending Colon): ۱۱۲
Hepatic flexura or Flexura Colica dextra: ۱۱۳
مستعرض کولون transverse colon: ۱۱۳
د مستعرض کولون مساریقه: ۱۱۴
Flexura Lienalis or Flexura Colica Sinistra: ۱۱۵
نازله کولون Descending Colon: ۱۱۵
مجاورت : ۱۱۵
سگموئید کولون (Pelvic Colon) : ۱۱۶
د ریکتوم او سگموئید فرق : ۱۱۶
مجاورت: ۱۱۶
د سیگموئید کولون مساریقه : ۱۱۶
د کولون اوعیه او اعصاب : ۱۱۷
د ښي کولون اورده: ۱۱۷
د غټو کولمو فزیولوژي: ۱۱۹
د کولون تحرکیت(Motility): ۱۲۰
کولوني جذب یا Resorption: ۱۲۲
د کولون عادت : ۱۲۳
قبضیت Constipition: ۱۲۴
د کولون مایکروبیولوژي: ۱۲۴

د عملیاتو یا د معاینې لپاره د کولون اماده کول : ۱۲۵
فایبرو اوپتیک کولونوسکوپي Fibro Optic Colonoscopy: ۱۲۷
میګا کولون Mega Colon: ۱۲۸
پتالوژي: ۱۲۹
احصائیوي معلومات:- ۱۳۰
سریري تظاهرات:- ۱۳۰
تشخیص:- ۱۳۰
رادیوګرافیک معاینات:- ۱۳۱
اختلاطات: ۱۳۱
درملنه : ۱۳۲
انزار: ۱۳۲
۲- Chagus Disease or Acquired Mega colon: ۱۳۲
درملنه : ۱۳۳
دولیګا سیګموئید : ۱۳۳
اسباب : ۱۳۳
سریري تظاهرات: ۱۳۴
رادیو ګرافیک معاینات: ۱۳۴
درملنه : ۱۳۵
دکولون Diverticular ناروغي: ۱۳۷
۱- Diverticulosis Coli or Multiple False Diverticule : ۱۳۷
وقوعات : ۱۳۷
اسباب او پتوجنیزس: ۱۳۷
پتالوژي : ۱۳۸
سریري تظاهرات: ۱۳۹
رادیو ګرافي معاینات : ۱۳۹
اختلاطات : ۱۴۰
درملنه: ۱۴۰
۱- طبي درملنه: ۱۴۰
۲- جراحي درملنه : ۱۴۰
دکولون د دیورتیکولوزس اختلاطات: ۱۴۰
۱- نذف د کولون په دایورتکولا امراضو کې : ۱۴۰
سریري تظاهرات : ۱۴۱
تشخیص: ۱۴۱

درملنه ۱۴۱
۱- غير عملياتي درملنه ۱۴۱
۲- عملياتي درملنه ۱۴۲
۲- ديورتكولايتس Diverticulitis ۱۴۲
پتوجينيزيس ۱۴۳
سريري تظاهرات ۱۴۴
سيگموئيد سكوپ معاينه ۱۴۴
درملنه ۱۴۵
د غير التهابي ديورتيكولايتس تداوي ۱۴۵
متحرک سيكم ۱۴۷
سريري تظاهرات ۱۴۷
راديوگرافي معاينات ۱۴۸
اختلاطات ۱۴۸
درملنه ۱۴۸
Ulcerative Colitis ۱۴۸
وقوعات ۱۴۹
اسباب ۱۴۹
پتالوژي ۱۵۰
پتوجينيزس ۱۵۱
سريري تظاهرات ۱۵۱
تشخيص ۱۵۳
۱- سيگموئيد سكوپي ۱۵۳
۲- كولونوسكوپي ۱۵۳
۳- لابراتواري معاينات ۱۵۴
توپيري تشخيص ۱۵۴
اختلاطات ۱۵۶
۱- Systemic اختلاطات ۱۵۶
۲- خارج كولوني اختلاطات ۱۵۶
۳- كولوني اختلاطات ۱۵۶
درملنه ۱۵۹
۱- طبي تداوي ۱۵۹
كورتيزون تراپي ۱۵۹
۲- جراحي تداوي ۱۶۰

انزاز: ۱۶۱
د کولون کانسر: ۱۶۱
اسباب: ۱۶۱
پتالوژي: ۱۶۳
د کانسر انتشار: ۱۶۴
د کولون کارسینوما Typing: ۱۶۶
سریري تظاهرات: ۱۶۷
۱- دښي کولون د کارسینوما سریري تظاهرات: ۱۶۷
۲- د چپ کولون کارسینوما سریري تظاهرات: ۱۶۸
تشخیص: ۱۶۹
لابراتواري معاینات: ۱۷۱
دکولون کانسر کچه بندي: ۱۷۱
پرآئنه: ۱۷۲
درملنه: ۱۷۳
د کولون د کانسر جراحي تداوي: ۱۷۳
د کولون د کانسرو اختلاطات: ۱۷۴
د کولمو فستولونه: ۱۷۶
تعریف: ۱۷۶
تصنیف: ۱۷۶
۱- د وړو کولمو فستولونه: ۱۷۷
اسباب: ۱۷۷
سریري تظاهرات: ۱۷۷
د وړو کولمو فستول عمومي سریري تظاهرات: ۱۷۸
لابراتواري معاینات: ۱۷۹
رادیوګرافي معاینات: ۱۷۹
درملنه: ۱۷۹
۲- د غټو کولمو فستولونه: ۱۸۱
اسباب: ۱۸۱
سریري تظاهرات: ۱۸۲
تشخیص: ۱۸۲
درملنه: ۱۸۳
جراحي عملیات: ۱۸۳
انزار: ۱۸۴

د کولون سلیم تومورونه: ۱۸۴
۱- juvenile Polyps : ۱۸۵
وقوعات: ۱۸۵
پتالوژي: ۱۸۶
سریري تظاهرات : ۱۸۶
تشخیص: ۱۸۶
درملنه : ۱۸۶
۲- Hyper Plastic Polyp's ۱۸۷
۳- Adenomatose Polyps: ۱۸۷
وقوعات: ۱۸۷
پتالوژي: ۱۸۷
Villous Adenoma: ۱۸۹
وقوعات: ۱۸۹
پتالوژي: ۱۸۹
د ادنوماتوز او ویلوز ادنوما سریري تظاهرات: ۱۸۹
لابراتواري معاینات: ۱۹۰
تشخیص: ۱۹۰
درملنه: ۱۹۱
Familial Polyposis: ۱۹۱
وقوعات: ۱۹۱
پتوجنیزس: ۱۹۲
سریري تظاهرات: ۱۹۲
تشخیص: ۱۹۳
درملنه: ۱۹۳

څلورم څپرکی
د اپنډکس ناروغۍ

اناتومیک تذکرات: ۱۹۷
اپنډکس ویرمیفورم(Appendix vermiformis): ۱۹۷
مجاورت: ۱۹۷
د اپنډکس تشریحي ساختمان: ۱۹۷
د اپنډکس او د سیکوم شرایین: ۱۹۸
د اپنډیکس فزیولوژي او تکاملي سیر: ۱۹۸
د اپندیکس دامراضو تصنیف: ۱۹۹

حاد اپندیسایتس (acute Appendicitis) ۱۹۹
تعریف ۱۹۹
د اپندیسایتس اناتومو پتالوژیکي اشکالو تصنیف ۱۹۹
د حاد اپندیسایتس اسباب ۲۰۰
پتوجنیزس ۲۰۱
د حاد Appendicitis سریري تظاهرات ۲۰۲
کلاسیک اپندیایتس سریري تظاهرات ۲۰۲
علایم ۲۰۳
د Retrocecal اپندیسایتس بارز علایم د سریري له نظره ۲۰۵
د حوصلي اپندیسایتس بارز سریري تظاهرات ۲۰۵
Retroilial اپندیسایتس سریري تظاهرات ۲۰۶
د obstructor اپندیسایتس بارز سریري تظاهرات ۲۰۶
د اپندیایتس د Bizzorre شکل بارز سریري تظاهرات ۲۰۶
د حاد اپندیسایتس تشخیص ۲۰۶
رادیولوژیک معاینات ۲۰۷
سونوګرافیک معاینات ۲۰۸
توپیري تشخیص ۲۰۸
د حاد اپندیسایتس اختلاطات ۲۱۳
Appendicitis په ماشومانو کې ۲۱۵
سریري تظاهرات ۲۱۶
درملنه ۲۱۶
اپندیسایتس په زړو خلکو کې ۲۱۶
Appendicitis په حامله ښځو کې ۲۱۷
سریري اعراض او علایم ۲۱۸
درملنه ۲۱۸
د حاد Appendicitis درملنه ۲۱۸
د Appendectomy استطبابات ۲۱۸
د Appendectomy مضاد استطباب ۲۱۹
د اپندکتومي د عملیاتو کلاسیک تخنیک ۲۱۹
Appendectomy ۲۲۰
د Appendicitis تداوي د اختلاطي اشکالو په ارتباط ۲۲۱
مزمن او نکس کوونکي اپندیسایتس ۲۲۳
د مزمن اپندیسایتس تشخیص ۲۲۶

درملنه ۲۲۶
وروسته د اپندکتومي عملياتو څخه اختلاطات ۲۲۶
اپنډيسايټس په ايډز او HIV ناروغانو کې ۲۲۷
د اپنډکس خبيث تومورنه ۲۲۷

پنځم څپرکی
د رکتوم جراحی ناروغی

د رکتوم اناتومي ۲۳۰
۱- امپولا (Ampula Recti) ۲۳۰
د امپولا تشريحی ساختمان ۲۳۱
مجاورت ۲۳۱
۲- Anal Canal ۲۳۲
مجاورت ۲۳۲
تشريحي ساختمان ۲۳۲
د رکتوم اوعيې ۲۳۵
د رکتوم تعصيب ۲۳۵
د رکتوم فزيولوژي ۲۳۶
تغوط يا ډکو متيازو کولو عمليه(Defication) ۲۳۶
د مقعدي قنات تشخيصی اهتمامات ۲۳۶
د ناروغ وضعيت ورکول د معاينې لپاره ۲۴۲
د مقعدي ناحيې تفتيش ۲۴۳
مقعدي جس ۲۴۴
د مقعدي معاينه د سامان پواسطه يا Instrumental Examination ۲۴۵
الف: انوسکوپ (Anoscop) ۲۴۶
ب: رکتوسګموئيدسکوپ Recto sigmoidoscop ۲۴۷
د سګموئيد سکوپ داخلولو تخنيک ۲۴۷
په پرکتوسيګموئيد سکوپی کې د توجه وړ ټکې ۲۴۹
د سيګموئيد يا د رکتوم د جدار د ثقب اعراض ۲۴۹
د رکتوم بايوپسی ۲۵۰
درکتوم راديو ګرافی ۲۵۰
راديو ګرافی ته د ناروغ اماده کول ۲۵۱
راديوګرافی عمليه ۲۵۱
Hemorrhoid ۲۵۱
د Hemorrhoid تعريف ۲۵۲

د Hemorrhoid تصنیف: ۲۵۲
اسباب: ۲۵۲
د بواسیر تظاهرات: ۲۵۴
اختلاطات: ۲۵۵
تشخیص: ۲۵۵
تفریقي تشخیص: ۲۵۶
درملنه: ۲۵۶
تداوي د زرقي محلولاتو سره: ۲۵۷
تداوي د رابری حلقی پواسطه Rubber band Medthode: ۲۵۷
Cryosurgery: ۲۵۷
جراحي درملنه: ۲۵۸
خارجي ترمبوزي شوی هیموروئید Thrombosed External Hemorrhoid: ۲۵۸
مقعدي فیسور (Anal Fissure): ۲۵۹
تعریف: ۲۵۹
اسباب: ۲۵۹
د مقعدي فیسور سیر: ۲۶۰
سریري تظاهرات: ۲۶۰
تشخیص: ۲۶۱
درملنه: ۲۶۲
د بواسیرو او انال فیسور د عملیاتو څخه وروسته اهتمامات: ۲۶۲
Anorectal Absecess or Perirectal Suppuration: ۲۶۳
پتوفزیولوژي: ۲۶۴
سریري تظاهرات: ۲۶۶
۱- عمومی اعراض: ۲۶۶
۲- موضعی سریري تظاهرات: ۲۶۶
اختلاطات: ۲۶۶
درملنه: ۲۶۷
Anorectal Fistula: ۲۶۷
فزیو پتالوژي: ۲۶۷
د فستول سیر: ۲۶۸
سریري تظاهرات: ۲۶۹
فزیکي معاینه: ۲۶۹
د پوره تشخیص په منظور متممه معاینات: ۲۷۰

توپيري تشخيص: ۲۷۱
د Anorectal فستول اختلاطات: ۲۷۳
د Anorectal فستولو درملنه: ۲۷۳
Rectal Prolapse ۲۷۴
اسباب: ۲۷۴
تصنيف: ۲۷۵
سريري تظاهرات: ۲۷۶
خصوصي معاينات: ۲۷۷
توپيري تشخيص: ۲۷۷
درملنه ۲۷۸
۱-طبي تداوي: ۲۷۸
۲- جراحي تداوي: ۲۷۸
د رکتوم سليم تومورونه: ۲۷۹
د رکتوم پوليپوز: ۲۷۹
پتالوژي: ۲۷۹
سريري تظاهرات: ۲۸۰
تشخيص: ۲۸۰
توپيري تشخيص: ۲۸۱
درملنه: ۲۸۱
د رکتوم کانسر: ۲۸۲
د امپولا يا رکتوم کانسر ۲۸۲
وقوعات: ۲۸۲
اسباب: ۲۸۲
اناتومو پتالوژي: ۲۸۲
د کانسر انتشار: ۲۸۳
د رکتوم کانسر Typing: ۲۸۴
د رکتوم د کارسينوما سريري تظاهرات: ۲۸۴
تشخيص: ۲۸۵
توپيري تشخيص: ۲۸۶
درملنه: ۲۸۶
د رکتوم د کا نسر درملنه: ۲۸۶
۱-جراحي درملنه: ۲۸۶
د مقعد نيوپلازم (Neoplasm of the Anus) ۲۸۹

۱ – د انو رکتال Epidermiod (Squamos Cell Carcinoma): ۲۸۹
اسباب: ۲۸۹
پتالوژي: ۲۸۹
انتشار: ۲۸۹
سريري تظاهرات: ۲۹۰
د ناروغۍ تشخيص: ۲۹۰
درملنه: ۲۹۰
۲ – دانورکتال (Cloacogenic Cancer): ۲۹۰
۳ – Malignant Melanoma: ۲۹۱
۴ – Basal Cell Epithelioma: ۲۹۱
۵ – Perianai Bowen's Disease: ۲۹۲
۶— د انوس Extrammary Pagets Disease: ۲۹۲

شپږم څپرکی
د باب وريدي فشار زياتوالی

(Portal vein Hypertension): ۲۹۶
اناتومیک یادونه: ۲۹۶
د Portal Vein فزيولوژي: ۲۹۷
Etiology: ۲۹۸
فزيوپتالوژي: ۳۰۰
Cliniclal Manifestation: ۳۰۲
تشخيص او تفريقي تشخيص: ۳۰۴
لابراتواري معاينات: ۳۰۵
ځانګړي معاينات: ۳۰۵
Hypersplenism: ۳۰۷
اسباب او لاملونه: ۳۰۸
Clinical Manifestation: ۳۰۸
لابراتواري ازموينې: ۳۰۸
اختلاطات: ۳۰۸
درملنه: ۳۰۹
د Portal Hypertension درملنه: ۳۰۹
اسباب: ۳۱۲
سريري تظاهرات: ۳۱۲
Diagnosis: ۳۱۲

درملنه:..... ۳۱۲

بسم الله الرحمن الرحيم

سریزه

انسان د خپل پیدایښت څخه یواځي د کار په واسطه و کولاي شو چه خپل محیط جوړکړی او خپل ژوندانه ته د ژوندانه محیط سره یو ځای تکامل ورکړی علماؤاو متفکر ینو د خپل خلاقانه آیدیو لـو ژی او نه ستړی کیدونکو هڅو په واسطه د بشر ټولنی تکامل ته سرعت ورکړ.

په اوسني شرایطو کی په افغاني ټولنه کې ژور ټولنیز، علمی او اقتصادی بدلونونو ته لاره همواره شوه چې په هغه کی د دی اصل له مخی چی روغتیا د افغانستان د هـر تبعـه مسـلم حـق دی د روغتیـایی چاروپرمختګ ضروری شمیرل شوی او د طبابت پـه سیسـتم کـی د بنسـټیزو بـدلونونو څخـه پرتـه د روغتیایی چارو په نظر کی نیولو سره د درسی نوی کاریکولم مطابق هضمی سیستم جراحـی درسـی کتاب په لکچر نوټ په ډول تهیه کولو می پیل وکړ.

چی دا دی اوس د ذکر شوی درسی لکچر نوټ د ډاکترانواو محصلینو د استفادی لپاره بشپړ شوی دی د دی لکچر نوټ په لیکلو می د امکان ترحده د نوی استندرد امریکایی او المانی کتابونو او انترنت او مجلاتو څخه استفاده کړیده او په تفصیل لیکل شوی دی او علت یی دا دی چی د ننګرهار د طب پوهنځی او په ځانګړی ډول د جراحی په دیپارتمنت کی مدرن کتابتون نشته چی محصلین ورڅخه د خپلو درسی نوټونو په څنګ استفاده تری وکړی.

د لوستلو په وخت که کومه نیمګړتیا موجوده وی د لوستونکو څخه په درناوی هیله کوم چی ماته یی په ګوته کړی ترڅو په راتلونکی کی اصلاح شی.

والسلام

الحاج پوهاند دوکتور عبدالروف(حسان)

منن لیک

د محترم پوهیالی دوکتوراحمدشکیب (زلمی) څخه چی ددغه کتاب په ترتیب ، تنظیم، کمپـوز،ډیزاین اومودو راټولولو کی زیار ایستلی او زما ټولی مشوری یی په عملی اونظری توګه په تالیف کی په نظـر کی نیولی د زړه له کومې مننه کوم او د تل لپاره ورته کامیابي، علمی پرمختګ او خوشحالی د الله (ج) څخه غواړم.



د لیکوال په اړه لنډ معلومات

نوم	عبدالروف حسان
د پلارنوم	محمد حسن
علمی رتبه	پوهاند
اوسنی دولتی رتبه	مافوق رتبه

محترم استاد پوهاند ډاکتر عبدالروف احسان په ۱۳۲۶ هـ ش کال د کابل په دریمه ناحیه(ده افغانان) کی زیږیدلی دی او خپل لمړنی زده کړی یی د نجات (امانی) لیسه کی بشپړ کړی، او د بکلوریا سند یی لاسته راوړل، په ۱۳۳۸ هـ ش کال د کابل په طب پوهنځی کی شامل او په ۱۳۴۵ هـ ش کال کی د نوموړی پوهنځی څخه په عالی درجه فارغ او د کدر د شمولیت د ازموینی څخه وروسته د ننګرهار په طب پوهنځی کی د نامزد پوهیالی په حیث د جراحی په څانګه کی د استاد په صفت په دنده وګمارل شو. په کال ۱۳۴۹هـ ش کی د یو تحصیلی بورس له طریقه استاد د دوه نیمو کلونو لپاره المان د برلین د ښار په پوهنتون د جراحی په څانګه کی دنده ترسره کړ او د بریالیتوب سند دلاسته راوړلو څخه وروسته هیواد ته راستون شو.

استاد د ۱۳۵۴ هـ ش کال راپدیخوا د ننګرهار په طب پوهنځی کی د جراحی څانګی د شف او آمر په توګه دنده ترسره کوی او په کال ۱۳۷۰ هـ ش وروسته د ټولو علمی مراحلو د ترسره کولو څخه پوهاندی رتبی ته ورسید.

محترم استاد سربیره د جراحی ډیپارتمنت د مسولیتونو څخه نور مسولیتونه هم لری چی په لاندی ډول د یادونی وړ دی.

۱ – د ننګرهار د طب د پوهنځی د علمی شورا غړی.

۲ – د ننګرهار د طب د پوهنځی د علمی ترفیعاتو د کمیټی غړی.

۳ – د ننګرهار د پوهنتون د علمی شورا غړی.

۴ – د ننګرهار د طب د پوهنځی د مشورتی بورد غړی.

پاتې دې نه وي چی محترم استاد د خپل علمی فعالیتونو په بهیر کی یی د جراحی په ساحه کی یوویشت تحقیقی او غیری تحقیقی اثار او کتابونه لیکلی دی چی ټول یی چاپ شوی او د ننګرهار پوهنتون لپاره خصوصاً د طب پوهنځی د محصلینو لپاره یی کافی علمی زیرمه برابره کړی ده.

په درنښت

Book Name Surgery of Digestive System

Author Dr A Rauf Hassan

Publisher Nangarhar University, Medical Faculty

Website www.nu.edu.af

Published 2017

Copies 1000

Download www.ecampus-afghanistan.org

Printed at Afghanistan Times Printing Press, Kabul

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.de

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2017

ISBN 978-9936-633-02-5