بچوں میں سرجری کی دنیا کو سمجھنا

ڈاکٹر نریندر کمار آرے

مصنف

ڈاکٹر نریندر کمار ایک سینئر پیڈیاٹرک سرجن ہیں جو آندھرا پردیش اور تلنگانہ دونوں ریاستوں میں ضرورت مند بچوں کے لیے اپنی خدمات انجام دے رہے ہیں۔ ڈاکٹر نریندر کمار کے پاس بچوں کی سرجری کے شعبے میں 30 سال سے زیادہ کا تجربہ ہے۔ انہوں نے ریاست تلنگانہ کے مختلف میڈیکل کالجوں میں بطور میڈیکل ٹیچر کام کیا۔ اب وہ عثمانیہ میڈیکل کالج حیدرآباد میں شعبہ اطفال کی سرجری کے پروفیسر اور ایچ او ڈی کے طور پر کام کر رہے ہیں۔

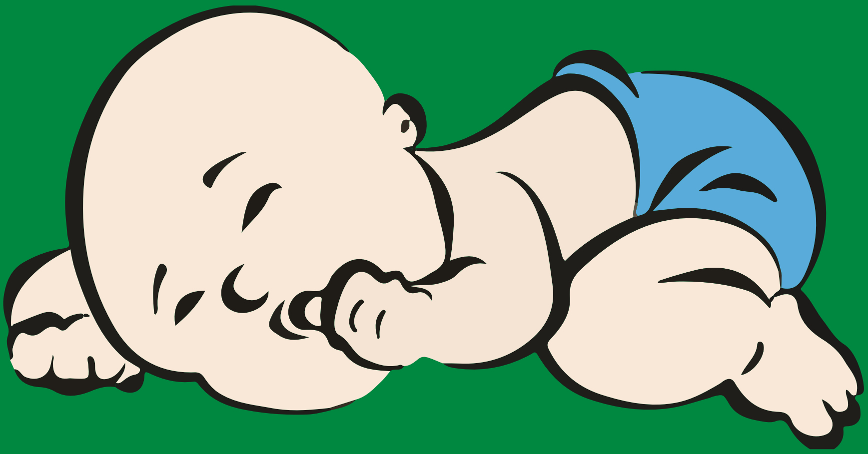
وہ اپنی طبی مہارت، جراحی کی مہارت اور تدریس کے شوق کے لیے جانا جاتا ہے۔ سرکاری میڈیکل کالجوں میں میڈیکل ٹیچر کی حیثیت سے، انہوں نے اپنے وسیع تجربے سے بچوں کی سرجری کے شعبے میں بہت سے طلباء کو تربیت دی۔

پروفیلک سپیکر، انہوں نے مختلف میڈیکل میٹنگز اور کانفرنسوں میں 100 سے زیادہ سائنسی بحثیں کیں۔ بہت سے نایاب پیڈیاٹرک جراحی کے طریقہ کار کو انجام دیا، جس نے قومی توجہ کو اپنی طرف متوجہ کیا.

ڈاکٹر نریندر کمار کے تجربے اور علم نے انہیں عام بچوں کی جراحی کے حالات پر یہ کتاب لکھنے اور عام لوگوں کے ساتھ آسان زبان میں شیئر کرنے کی ترغیب دی۔ یہ تحریر بچوں کی سرجری کے بارے میں بیداری لانے کی امید رکھتی ہے۔

01

Chapter



- بچوں کی سرجری

شکوک و شبہات کی کوئی گنجائش نہیں۔

01

- بچوں کی سرجری شکوک و شبہات کی کوئی گنجائش نہیں۔

بچے بہت نرم اور نازک ہوتے ہیں۔ جب وہ خوش ہوتے ہیں تو مسکراتے ہیں اور جب وہ تکلیف میں ہوتے ہیں تو روتے ہیں۔ اس سے آگے وہ نہیں جانتے۔ ایسے نازک جسم پر اگر جراحی کی وجہ سے سرجری کی ضرورت پڑتی ہے تو والدین گھبرا جاتے ہیں۔ بچے کے جسم پر داغ ماں باپ کے دل پر داغ کی طرح ہوتا ہے۔ بہت سے شکوک اور خدشات والدین کو گھیر لیں گے۔ بچے اپنی عمر کی وجہ سے سرجن کے ساتھ تعاون نہیں کر سکتے، جس کی وجہ سے علاج کرنے والے بچوں کے سرجن کو پریشانی ہوتی ہے۔

آج پیڈیاٹرک سرجری ان تمام رکاوٹوں پر قابو پا کر ایک قائم شدہ شاخ بن گئی ہے۔ آج کل، جراحی کی تکنیکوں میں ترقی، بچوں میں اینستھیزیا میں پیشرفت اور نئے پیدا ہونے والے انتہائی نگہداشت کی سہولیات میں ترقی کے ساتھ، یہاں تک کہ صرف پیدا ہونے والے نوزائیدہ بچوں کا بھی محفوظ طریقے سے آپریشن کیا جا سکتا ہے۔ لیکن پھر بھی والدین کے ذہنوں میں بچوں کی سرجری پر بہت سے شکوک اور خدشات موجود ہیں۔ یہ مضمون کوشش کرتا ہے اور اس کا مقصد والدین کے ذہنوں میں موجود تمام شکوک و شبہات کو دور کرنے کی کوشش کرتا ہے جب کبھی کسی بچے کو جراحی کی ضرورت ہوتی ہے۔

سرجری ایک فن کی طرح ہے۔ سرجری کی خوبصورتی جسم میں موجود نقص/مسائل کو دور کرنے کے لیے تکنیکی مہارت کے ساتھ سائنسی علم کو یکجا کرنا ہے۔ جراحی کے کام کو مکمل کرنے کے لیے سرجن کو اپنے ہاتھ، آنکھیں، دل اور دماغ کو مربوط کرنا پڑتا ہے۔ ایک اچھا سرجن بننے اور جراحی کی تکنیک پر قابو پانے کے لیے بہت صبر کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ پیڈیاٹرک سرجری کے معاملے میں زیادہ درست ہے۔

پیڈیاٹرک سرجری کی خصوصیات

پیڈیاٹرک سرجری سرجری کی ذیلی خصوصیت ہے جس میں جنین، نوزائیدہ، بچوں اور نوعمروں کی سرجری شامل ہے۔ بنیادی پیڈیاٹرک سرجری کے علاوہ، کی ذیلی خصوصیات

پیڈیاٹرک سرجری پیڈیاٹرک سرجری کی خصوصیات جنین کی سرجری، نوزائیدہ سرجری اور نوعمروں کی سرجری ہیں۔ یہ ذیلی خصوصیت (پیدائشی) پیدائشی نقائص، تکلیف دہ گھاووں، متعدی اور اشتعال انگیز حالات، اور بچوں میں نوپلاسٹک (نئے ماس) حالات کی اصلاح سے نمٹے گی۔ بالغوں کی سرجری کے مقابلے میں بچوں کی سرجری میں بنیادی رکاوٹیں ہیں۔

- مواصلت: بچے خود سے بات چیت اور اپنی پریشانی کا اظہار نہیں کرسکتے ہیں۔ یہ ہمیشہ والدین کی طرف سے بالواسطہ تاریخ ہوتی ہے۔ وہ صرف خوشی کے وقت مسکراتے ہیں اور جب تکلیف میں ہوتے ہیں تو روتے ہیں۔ لہٰذا حاضری والے پیڈیاٹرک سرجن کے لیے بچوں میں بات چیت میں ہمیشہ مسئلہ ہوتا ہے۔
- تعاون: بچے طبی معائنہ کے لیے پیڈیاٹرک سرجن کے ساتھ تعاون نہیں کرتے۔ وہ خاموش نہیں رہتے اور بہت زیادہ حرکت کرتے ہیں۔ وہ امتحان کے دوران بہت روتے ہیں۔ لہذا، پیڈیاٹرک سرجن کو بچے کی جانچ کے دوران بہت صبر کی ضرورت ہوتی ہے۔
- چھوٹے ٹشوز: بچوں کے ٹشوز چھوٹے ہوتے ہیں اور اہم ڈھانچے سے کم حفاظتی مارجن ہوتے ہیں۔ لہذا پیڈیاٹرک سرجری میں زیادہ چوکسی، ہینڈلنگ میں زیادہ نرمی کی ضرورت ہے۔
- آپریشن کے بعد کی نگرانی: بچوں کو بڑوں کی نسبت آپریشن کے بعد کی مدت میں زیادہ مستقل نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے

که اگر کچھ غلط ہو جائے تو وہ بالغوں کے مقابلے میں تیزی سے خراب ہو جاتے ہیں۔ لہذا پیڈیاٹرک سرجنوں کو نہ صرف جراحی کی تکنیک کی ضرورت ہے بلکہ لگن کی بھی ضرورت ہے۔

- طویل مدتی نتائج: بچے کھانا کھلانے کے مرحلے سے کمانے کے مرحلے تک بڑھتے ہیں۔ پیڈیاٹرک سرجنوں کا مقصد طویل مدتی اچھے نتائج حاصل کرنا ہے تاکہ بچہ صحت مند اور نتیجہ خیز لمبی زندگی گزار سکے۔ لہٰذا بچپن میں حاصل ہونے والے جراحی کے نتائج اسے کمائی کے مرحلے تک لے جائیں۔

پیڈیاٹرک سرجنز کو درپیش مسائل

- علم کی کمی: والدین میں بچوں کی سرجریوں کے بارے میں آگاہی کا فقدان ہے اور اس کے ساتھ ہی وہ جراحی کے طریقہ کار کے بارے میں بہت زیادہ خوف اور خدشات رکھتے ہیں۔ انہیں اس بات کا احساس ہونا چاہیے کہ بچوں میں 600 سے زیادہ حالات ہیں جہاں انہیں جراحی مداخلت کی ضرورت ہے۔

پیڈیاٹرک سرجری میں اچھے نتائج حاصل کرنے کے لیے

- والدین سے تعاون: والدین کو طویل مدتی نتائج حاصل کرنے کے لیے بچوں کے سرجنوں کے ساتھ تعاون کرنا چاہیے۔
- نگامی مشاورت: کچھ حالات میں بچوں کو ہنگامی جراحی مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس لیے اچھے نتائج حاصل کرنے کے لیے، والدین کو وقت پر پیڈیاٹرک سرجن سے مشورہ کرنے اور ان کے مشورے پر بروقت عمل کرنے کی ضرورت ہے۔
- سرجری کے بعد کھانا کھلانا: والدین کو سرجری سے پہلے اور بعد میں کھانا کھلانے کے بارے میں سرجن کی طرف سے دی گئی ہدایات پر عمل کرنا چاہیے۔ کچھ سرجریوں میں خوراک 6-4 گھنٹے کے بعد دی جاتی ہے، کچھ میں 24 گھنٹے بعد دی جاتی ہے، بڑی سرجریوں میں 5 دن کے بعد خوراک دی جاتی ہے۔ کھانا کھلانے کے حوالے سے سرجن کی ہدایات پر عمل کرنے سے سرجری کے بعد اچھے نتائج حاصل کرنے میں مدد ملے گی۔
- صحیح انتخاب: تکنیکی طور پر ماہر پیڈیاٹرک سرجن اور اچھی طرح سے لیس لیول 2- یا 3 ہسپتالوں کا انتخاب اچھے نتائج دے گا۔

مشترکہ خوف اور سچائی

عمر: کیا چھوٹے بچے سرجری کے صدمے کو برداشت کر سکتے ہیں - یہ پہلا شک ہے جو والدین کو ملے گا، جب ان کے بچے کو سرجری کا مشورہ دیا جائے گا۔

سچائی: طبی میدان میں تیزی سے ترقی کرتے ہوئے، آج رحم میں موجود جنین پر کام کرنا ایک حقیقت ہے۔ لہذا، آج نوزائیدہ بچے بھی بڑے جراحی کے طریقہ کار سے محفوظ طریقے سے گزر سکتے ہیں۔ یہ جراحی کے طریقہ کار، پیڈیاٹرک اینستھیزیا اور نوزائیدہ بچوں کی انتہائی نگہداشت کی سہولیات میں ترقی کی وجہ سے ممکن ہے۔

درد: بچے برداشت نہیں کر سکتے، ایک چھوٹے سے انجکشن کا درد بھی، ایسی حالت میں وہ سرجری کا درد کیسے برداشت کر سکتے ہیں؟ یہ وہ شک ہے جس کا اظہار زیادہ تر والدین کرتے ہیں۔

سچ: سرجری کے بعد درد اور تکلیف بچے بھی محسوس کریں گے۔ لیکن آپریشن کے بعد درد پر قابو پانے کے بہت سے طریقے ہیں۔ درد کو کم کرنے والی دوائیں نس کے ذریعے یا ریڑھ کی ہڈی کے راستے سے ایک، طویل اداکاری والے انجکشن کے ذریعے یا مسلسل انفیوژن کے ذریعے دی جا سکتی ہیں۔ درد پر قابو پانے کے لیے ینالجیسک زبانی طور پر دی جا سکتی ہے۔ درد کو کم کرنے والی دوا کا انجکشن مقامی طور پر آپریشن کی جگہ پر دے کر ینالجیزیا حاصل کیا جا سکتا ہے۔ ریکٹل سپوزٹریز کی شکل میں دوائی متعارف کروا کر بھی ینالجیس حاصل کیا جا سکتا ہے۔

سرجری کے بعد حرکت: بچے ہمیشہ متحرک رہتے ہیں۔ سرجری کے بعد انہیں کیسے خاموش رکھا جائے اور انہیں بستر پر کیسے رکھا جائے؟

سچ: بچوں کی زیادہ تر سرجریوں میں، انہیں بستر پر مکمل طور پر روکنے کی ضرورت نہیں ہے۔ وہ سرجری کے فوراً بعد محدود حد تک جا سکتے ہیں۔ ایسی صورتوں میں جہاں مکمل ریسٹرین کی ضرورت ہو، جیسے کہ جب وہ وینٹی لیٹر پر ہوتے ہیں تو انہیں سونے کے لیے مسکن دوا دی جاتی ہے۔

سرجری کے بعد کھانا کھلانا: کیا وہ سرجری کے بعد روزے کی مدت برداشت کریں گے؟

سچائی: بچوں کی زیادہ تر سرجریوں میں، سرجری سے پہلے 4-6 گھنٹے اور سرجری کے بعد 4-24 گھنٹے کے روزے رکھنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ صرف چند پیچیدہ اور بڑی سرجریوں میں 5 دن کے طویل روزے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس مدت کو نس کے سیالوں اور سپلیمنٹس انفیوژن سے منظم کیا جا سکتا ہے۔

بچوں میں اینستھیزیا: اینستھیزیا دینا اور بچے کو اینستھیزیا سے صحت یاب کرنا بچوں کی جراحی کے دوران دو اہم واقعات ہیں۔ کیا بچے جراحی کے طریقہ کار کو برداشت کریں گے؟

سچ: پچھلی ایک دہائی سے، بچوں کی بے ہوشی کے شعبے میں بہت سی پیشرفت ہوئی ہے۔ نئی محفوظ ادویات اور نئے اینستھیزیا اور نگرانی کے آلات اب دستیاب ہیں۔ ان کی مدد سے اب قبل از وقت اور کم وزن والے بچوں میں بھی محفوظ طریقے سے آپریشن ممکن ہے۔ لہذا، بچوں میں اینستھیزیا اب محفوظ ہے۔

سرجری کے بعد انفیکشن: بڑوں کے مقابلے بچوں میں مزاحمت کم ہوتی ہے۔ انہیں سرجری کے بعد انفیکشن ہو سکتا ہے خاص طور پر پھیپھڑوں کے انفیکشن۔ ان سے کیسے نمٹا جائے؟

سچائی: سخت ایسپسس کے تحت کام کرنا، بچوں کو آپریشن کے بعد انتہائی نگہداشت کے یونٹوں میں صاف ستھرا ماحول میں رکھنا، 5-7 دنوں تک اینٹی بائیوٹک کے احاطہ میں رکھنا، انفیکشن کے خطرے کو کم کرے گا اور بچوں میں سرجری کو محفوظ بنائے گا۔

طویل مدتی نتائج: جن بچوں کی سرجری ہوئی ہے وہ کیسے بڑھیں گے، کیا سرجری کے کوئی طویل مدتی اثرات ہوں گے؟

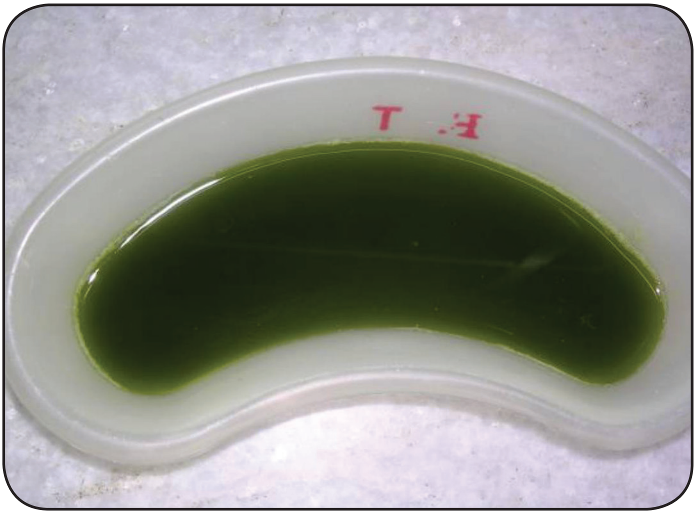
سچائی: طویل مدتی نتائج کا انحصار اس بات پر ہوگا کہ بچہ کس قسم کی جراحی کا شکار ہے۔ لیکن 90% بچوں میں جراحی کی حالتوں میں اچھی تشخیص ہوگی۔ بہت کم پیچیدہ جراحی حالات میں جیسے لڑکیوں میں کلوکل کی خرابی کو مرحلہ وار اصلاح کی ضرورت ہوگی، اس کے کچھ طویل مدتی مسائل ہو سکتے ہیں۔

02

Chapter

بچوں میں ایمرجنسی سرجیکل حالات

سبز الٹی (بلیئس)



02

بچوں میں ایمرجنسی سرجیکل حالات

بچوں کا جسم پھول کی پنکھڑیوں جیسا نازک ڈھانچہ ہوتا ہے۔ ایسے جسم پر اگر سرجری کی ضرورت پڑتی ہے، تو یہ والدین کے لیے خوفناک صورتحال کا باعث بنتی ہے۔ ان کے بچے کے جسم پر سرجری کے دوران چاقو لگانے کا خیال، والدین کے لیے ایک کشیدہ صورتحال کا باعث بنے گا۔ ان کے ذہنوں میں بہت سے شکوک پیدا ہوں گے۔ چاہے فوری طور پر رضامندی دی جائے یا دوسری رائے کے لیے کسی دوسرے ڈاکٹر سے رجوع کیا جائے یا رائے کے لیے اپنے رشتہ داروں سے مشورہ کیا جائے۔ یہ مخمصہ طریقہ کار کے لیے رضامندی دینے میں غیر ضروری تاخیر کا باعث بنے گا۔ بعض ہنگامی حالات میں یہ تاخیر بچوں کے لیے اچھی نہیں ہے۔

چونکہ والدین اہم افراد ہیں جو اپنے بچوں کی صحت کا خیال رکھتے ہیں، اس لیے ہنگامی طریقہ کار کے لیے رضامندی دینے کا فیصلہ کرنے میں ان کی غیر ضروری تاخیر بہت سے مسائل کا باعث بنے گی جیسے کہ

- جسم کے حصے کے کام کا نقصان / کمی
- گینگرین/جسم کے حصے کی موت
- آس پاس اور ملحقہ ڈھانچے کو خطرہ۔
- چپکنے جیسے طویل مدتی مسائل کا خطرہ۔
- تکلیف میں اضافہ اور ہسپتال میں قیام کے دورانیے میں بھی اضافہ۔
- بچے کی جان کو خطرہ

یہ مضمون بچوں میں 9 ہنگامی حالات کے بارے میں تفصیلی بصیرت فراہم کرے گا، جہاں والدین کا بروقت فیصلہ کرنا بہت ضروری ہے۔

1. رکاوٹ ہرنیا
2. ٹشن ٹیسٹس
3. سوراخ شدہ اپینڈکس
4. volvulus کے ساتھ گٹ کی Marotation
5. بڑے پیمانے پر خون بہنا
6. تناؤ نیوموتھوریکس۔
7. غیر ملکی جسم کی خواہش۔
8. شدید آنتوں کی رکاوٹ
9. Intussusception

رکاوٹ ہرنیا

ہرنیا بچوں میں عام جراحی کی حالتیں ہیں۔ پیٹ کی دیوار کے پٹھوں میں غیر معمولی سوراخوں کے ذریعے آنتوں کے لوپس کا ہرنائیشن یا نشوونما کے دوران عارضی سوراخوں کا بند نہ ہونا جو کہ بند ہونے والے ہیں، بچوں میں ہرنیا کی نشوونما کا باعث بنتے ہیں۔

بچوں میں ہرنیا کی نشوونما کی عام جگہیں یہ ہیں۔ ایریاز (گروئن)، فیمورل ایریا (ران کے اوپری Inguinal میڈل سائیڈ) اور نال کے علاقے۔

بچوں میں عام ہرنیا ہوتے ہیں۔ Inguinal hernials پری ٹرم بچوں میں ہرنیا زیادہ عام ہے۔

ہرنیا کی خوفناک پیچیدگی ناقابل واپسی (پیٹ میں واپس جانے میں ناکامی) اور رکاوٹ ہے۔ عام طور پر ہرنیا کو ماں کی طرف سے دیکھا جاتا ہے۔

وقفے وقفے سے نالی میں نمودار ہونے والی سوجن، غسل دیتے وقت یا بچہ کے ہوتے وقت

رونا یا کھانسنا. اس کی وجہ یہ ہے کہ آنت تناؤ پر باہر آتی ہے اور آرام پر واپس چلی جاتی ہے۔

رکاوٹ کی صورت میں آنتیں نکل آتی ہیں اور وہ پھنس جاتی ہیں۔ یہ ابتدائی طور پر آنتوں کی سوجن (ورم) کی طرف جاتا ہے۔ جیسے جیسے وقت گزرتا ہے آنتوں میں خون کی سپلائی متاثر ہوتی ہے جس کے نتیجے میں آنتوں کے ہرنیٹڈ حصے (گینگرین) کی موت واقع ہوتی ہے۔ اگر اس مرحلے پر بھی آپریشن نہ کیا جائے تو اس سے بچے کی جان کو خطرہ ہو سکتا ہے۔

ان پیچیدگیوں سے بچنے کے لیے والدین کو فوری طور پر ڈاکٹروں سے مشورہ کرنا چاہیے اگر وہ ہرنیئل سائٹس میں کوئی تبدیلی محسوس کریں۔ کوئی وقت ضائع نہیں ہونا چاہئے، اگر inguinal ہرنیا کی رکاوٹ ہے.

خطرے کی علامتیں: کسی بھی طرح کی مسلسل سوجن، درد، سرخی بعد میں پچھلی ہرنیا کے علاقے میں سبز/زرد رنگ کی الٹیوں کا ہونا خطرے کی علامت ہے۔ اگر بخار اور بیماری بڑھ جاتی ہے تو یہ ظاہر کرتا ہے کہ آنتوں میں گینگرین داخل ہو گیا ہے۔ فوری طبی مشورہ کی ضرورت ہے۔

ٹارشن ٹیسٹس

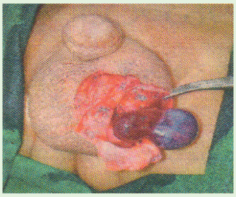
عام طور پر دونوں خصیے اسکروٹم میں ہوتے ہیں جن کے ساتھ خصیوں کی اوپر اور نیچے حرکت کے کچھ عنصر ہوتے ہیں۔

لیکن خصیے گھوم نہیں سکتے اور اپنے عروقی پیڈیکل کو موڑ لیتے ہیں کیونکہ اسکروٹل دیوار کے ساتھ ایک جھلی جڑی ہوتی ہے جسے گوبرناکولم کہتے ہیں۔

لیکن کچھ بچوں میں، مناسب لگاؤ کی کمی کی وجہ سے، خصیہ اپنے عروقی پیڈیکل پر گھومتا ہے۔ خصیوں کو خون کی ایک بڑی شریان و رشن کی شریان اور دو معاون خون کی نالیوں سے فراہم کیا جاتا ہے۔

یہ خصیوں میں خون کے بہاؤ میں رکاوٹ کا باعث بنتا ہے۔ اس حالت کو Torsion Testis - کہتے ہیں۔ یہ حالت سکروٹم کے ٹارشن سائیڈ میں شدید لالی، سوجن اور درد کے ساتھ پیش آتی ہے۔ سکروٹم میں اچانک دردناک درد جو بچے کو محسوس ہوتا ہے اور اس کے بعد سوجن ہوتی ہے اس سے ٹارشن ٹیسٹس کے امکان کا اشارہ ملتا ہے۔ ڈوپلر مطالعہ کے ساتھ فوری طور پر الٹراساؤنڈ یہ واضح کرے گا کہ آیا زیرِ بحث خاص حالت ٹارشن ہے یا نہیں۔ ڈوپلر کے مطالعہؑ پر torsion testis میں، testis کو خون کی فراہمی مکمل طور پر منقطع ہو جائے گی۔

اگر اس حالت پر فوری طور پر (6-8 گھنٹے کے اندر) آپریشن نہ کیا جائے تو خصیے میں خون کی سپلائی ختم ہو جائے گی اور وہ مردہ ہو جائے گا۔ بچہ زندگی بھر کے لیے ٹیسٹس کھو دے گا۔ لہذا ایک بار ٹارشن ٹیسٹس کی تشخیص ہونے کے بعد، ٹیسٹس کی حفاظت اور حفاظت کے لیے (3 گھنٹے کے اندر) مداخلت فوری ہونی چاہیے۔



خطرے کی نشانیاں: سکروٹم کے ایک آدھے حصے میں شدید درد کا اچانک لالی ہونا خطرے کی علامت ہے۔ torsion testis کو مسترد کرنے کے لیے فوری طور پر ڈوپلر اسٹڈی کے ساتھ الٹراساؤنڈ کیا جائے۔

سوراخ شدہ اپینڈکس

(Perforated Appendix)

اپینڈکس بڑی آنت کا ایک چھوٹا حصہ ہے، جو چھوٹی اور بڑی آنتوں کے سنگم پر موجود ہوتا ہے۔ اپینڈکس انفیکشن یا لیومین کی رکاوٹ (فیکولتھ یا کیڑے سے) متاثر ہو سکتا ہے۔ یہ اپینڈکس کی تکلیف دہ توسیع کا باعث بنے گا۔ اگر اس کا صحیح علاج نہ کیا جائے تو یہ اپینڈکس کے سوراخ کا باعث بنتا ہے۔

سوراخ شدہ اپینڈکس پیٹ میں پیپ کے اخراج کا باعث بنے گا۔ پیٹ میں پیپ کی موجودگی خون کے انفیکشن (سیپٹیسیمیا)، شرونی میں پیپ کی جیبوں (پیپ کا پھوڑا)، ڈایافرام کے نیچے پیپ جمع کرنے کا باعث بنے گی۔ پیپ کی موجودگی آنتوں کے ارد گرد کے ڈھانچے (آنتوں کے چپکنے) کے ساتھ منسلک ہونے کا باعث بنے گی۔ شرونیی پھوڑا لڑکیوں میں اندرونی اعضاء کے انفیکشن کا باعث بنے گا، جس سے فیلوپین ٹیوبیں بند ہو جائیں گی، بانجھ پن کا باعث بن سکتا ہے۔ لڑکیوں میں اپینڈیسائٹس کا جارحانہ علاج کرنے کی ضرورت پڑسکتی ہے کیونکہ یہ بچہ دانی، فیلوپین ٹیوب اور بیضہ دانی (شرونی کی سوزش کی بیماری) کے قریب ہوتی ہے۔

پرفوریشن کے خطرے کے پیش نظر، جب کسی معالج کے ذریعہ اپینڈیسائٹس کی تشخیص ہوتی ہے تو والدین کو فوری فیصلہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

خطرے کی علامات: پیٹ میں شدید درد کا اچانک آغاز، جو نال کے گرد شروع ہوتا ہے اور بعد میں پیٹ کے دائیں نچلے حصے تک پھیل جاتا ہے۔ ایک انگلی کے دباؤ پر دائیں پیٹ کے نچلے حصے میں شدید درد ہوگا۔ درجہ حرارت اور ایک یا دو قے کے ساتھ سیدھے کھڑے ہونے کے قابل نہیں۔ یہ شدید اپینڈیسائٹس کی عام تصویر ہے۔ ہنگامی اپینڈیسائٹس کے لیے کی R/O الٹراساؤنڈ اور مکمل خون کی تصویر جانی چاہیے۔

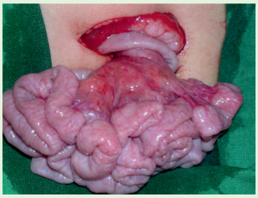
Volvulus کے ساتھ خرابی

ہم سب کی چھوٹی اور بڑی آنتیں ایک خاص انداز میں واقع اور فکس ہوتی ہیں۔ چھوٹی آنت لمبی ہوتی ہے اور پیٹ میں آزادانہ طور پر حرکت کرتی ہے لیکن میسینٹری نامی جھلی کی ایک چادر کے ذریعے پیٹ کے پچھلے حصے کی دیوار سے لگ جاتی ہے۔ دوسرے لفظوں میں، چھوٹی آنت اس سے لٹک جاتی ہے۔

منسلکہ. یہ میسنٹری بائیں پیٹ کے اوپری Mesenteric حصے سے دائیں نچلے پیٹ تک پھیلے گی۔ یہ طویل لگاؤ چھوٹی آنت کو اپنے اوپر گھومنے Mesenteric ۔ لیکن کچھ بچوں میں،(volvulus) سے روکے گا نشوونما کے دوران آنتوں کی گردش اور میسنٹری کا درست ہونا معمول کے مطابق نہیں ہوگا۔ اس حالت . کو کہا جاتا ہے.. مڈ گٹ کی خرابی

آنتوں کی خرابی کے ساتھ مسئلہ، آنتوں کی غلط فکسنگ ہے۔ یہ ایک خوفناک پیچیدگی کا باعث بنے گا جسے وولوولس آف مڈگٹ کہتے ہیں۔ مڈ گٹ کے وولولس میں، جب آنت گھوم جاتی ہے، تو اس کی خون کی سپلائی بھی گھوم جاتی ہے جس کی وجہ سے چھوٹی آنت کے ایک بڑے حصے کو خون کی سپلائی ختم ہو جاتی ہے۔ یہ چھوٹی آنت کی ایک اہم لمبائی کی موت کا باعث بنے گا۔(گینگرین)۔

یہ حالت نوزائیدہ مدت میں یا بعد کی زندگی میں پیش آسکتی ہے ۔ یہ سبزی مائل یا پیلے رنگ کی الٹی کے ساتھ بہت زیادہ رونے کے اچانک آغاز کے ساتھ پیش کرتا ہے۔ اگر تشخیص میں تاخیر ہوتی ہے تو یہ ملاشی سے خون بہنے کا باعث بنے گی۔ اس ایمرجنسی کا پتہ آنتوں کے کنٹراسٹ ایکسرے اسٹڈیز اسٹڈی سے لگایا جائے گا۔ اس حالت U/S اور ڈوپلر میں ہنگامی بنیادوں پر آپریشن کرنا پڑتا ہے۔ اس حالت کی تشخیص ہونے کے بعد والدین کو فوری فیصلہ لینے کی ضرورت ہے۔



خطرے کی علامات: اگر بچہ اچانک بغیر کسی وجہ کے رونا شروع کر دے اور پیٹ کے پھیلاؤ کے بغیر سبز یا زرد رنگ کی الٹیاں ہونے لگے، بعد میں فی ملاشی خون نکلنا شروع ہو جائے تو یہ مڈگٹ کی خرابی کی وجہ سے چھوٹی آنت کے وولولس کے امکان کی نشاندہی کرتا ہے۔ یہ ایک حقیقی ہنگامی حالت ہے۔ فوری طبی امداد کی ضرورت ہے۔

بڑے پیمانے پر خون بہنے کے ساتھ میکیل ڈائیورٹیکولم۔

عام آبادی کا تقریباً 2% ان کی چھوٹی آنت کے ٹرمینل حصے سے ایک اضافی حصہ منسلک ہوگا جسے Meckels diverticulum کہتے ہیں۔ Meckels diverticulum والے لوگوں میں، کچھ فی ملاشی خون کے ساتھ پیش آئیں گے۔ بعض اوقات یہ خون بہت زیادہ ہوتا ہے اور بچے کو متعدد منتقلی کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ Meckel diverticulum والے 2%، diverticulum میں ایکٹوپک (آنتوں کو ڈھانپنے والی پرت) میوکوسا ہو سکتا ہے جو رس خارج کرتا ہے جس سے السر پیدا ہوتا ہے اور آنتوں سے خون نکلتا ہے۔ بعض اوقات میکلز ڈائیورٹیکولم متاثر ہو جاتا ہے اور پھٹ جاتا ہے۔

اس خون کی خصوصیات یہ ہوں گی کہ یہ بے درد، وقفے وقفے سے اور بڑے پیمانے پر ہوتا ہے۔ بچوں میں پیٹ کی عام شکل کے ساتھ کسی بھی بڑے درد کے بغیر خون بہہ رہا ہے، Meckels Diverticulum کا شبہ ہونا چاہیے۔ اسے لیپروسکوپی یا لیپروٹومی کے ذریعے فوری مداخلت کی ضرورت ہے۔ آنتوں کا حصہ جس میں Meckels diverticulum ہوتا ہے ہٹا دیا جاتا ہے اور آنتوں کا تسلسل برقرار رہتا ہے۔ یہ جراحی مداخلت فوری اور مستقل آرام دیتی ہے۔

خطرے کی نشانیاں: عام پیٹ کے ساتھ ملاشی سے اچانک، بڑے پیمانے پر خون بہنا ایک خطرناک علامت ہے اور ہمیں Meckels diverticulum کو مسترد کرنا ہوگا۔

تناؤ نیوموتھوریکس

پسلیوں اور پٹھوں سے جکڑا ہوا ایک سخت ٹوکری Thorax ہے۔

جب چھاتی کے اندر ہوا یا سیال جمع ہو جائے تو یہ پھیل نہیں سکتا۔ لیکن پیٹ کے معاملے میں، یہ معاملہ نہیں ہے. پیٹ جمع کو ایڈجسٹ کرنے کے لیے پھیلا ہوا ہے۔

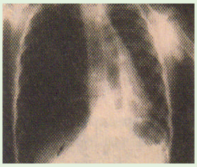
زخموں کی وجہ سے، یا پہلے سے موجود بیماریوں کی وجہ سے، بعض اوقات پھیپھڑے پھٹ جاتے ہیں جس کی وجہ سے سینے میں ہوا کا اخراج ہوتا ہے۔

اس حالت کو "نیوموتھورکس" کہا جاتا ہے۔ اگر پھٹنا چوڑا ہے تو ہر سانس کے ساتھ زیادہ سے زیادہ ہوا چھاتی میں داخل ہوتی ہے جس سے جان لیوا حالت پیدا ہوتی ہے جسے "تناؤ نیوموتھورکس" کہا جاتا ہے۔ یہ حقیقی زندگی کی ہنگامی صورت حال میں سے ایک ہے، کیونکہ خارج ہونے والی ہوا پھیپھڑوں اور دل کو دبا دیتی ہے۔

اس حالت میں ہنگامی طور پر - ہوا کے دباؤ کو کم کرنے کے لیے سینے میں ایک وینٹ بنانا پڑتا ہے۔ یہاں تک کہ ایک عام آدمی بھی سینے کے اوپری حصے میں

مڈکلیو کولر لائن میں سوئی رکھ سکتا ہے۔

مستند طبی عملہ پھیپھڑوں پر دباؤ کو دور کرنے کے لیے سینے کی ٹیوب متعارف کرائے گا۔ ایک بار ہوا نکل جانے کے بعد، پھیپھڑے مناسب طریقے سے پھیل جائیں گے۔



خطرے کی علامات: صدمے یا سڑک کے ٹریفک حادثات میں، سینے کی چوٹ کے ساتھ یا اس کے بغیر، اگر بچہ سانس لینے میں دشواری کے ساتھ نیلا ہو جائے تو یہ سینے میں ہوا کے پھنسنے کا ثبوت ہے۔

(تناؤ نیوموتھوریکس)

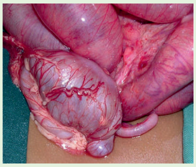
جذب کرنا (Intussusception)

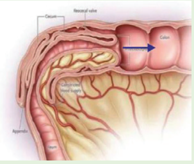
آنت کے ایک حصے کو آنت کے دوسرے حصے میں ٹیلی سکوپنگ کرنے کو جذب کہا جاتا ہے۔ یہ عام طور پر 9-6 ماہ کے درمیان کچھ صحت مند بچوں میں بغیر کسی اطلاع کے ہو سکتا ہے۔ یہ نوزائیدہ بچوں یا 2 ماہ سے 3 سال کی عمر کے بچوں میں ہو سکتا ہے۔

عام موسموں میں، جب مداخلت ہو سکتی ہے تو سردیوں کے موسم ہوتے ہیں جب بچوں میں سانس کے انفیکشن زیادہ ہوتے ہیں اور گرمیوں کے موسم میں جب اسہال کے حملے زیادہ ہوتے ہیں۔

Intussusception بچوں میں ایک ہنگامی حالت ہے ۔ جیسا کہ آنت آنت کے دوسرے حصے میں جاتی ہے، یہ خون کی فراہمی کے ساتھ اس میں جاتی ہے۔

جیسے جیسے وقت گزرتا ہے یہ خون کی سپلائی کو دبانے اور آنت کے اس حصے کی موت کا باعث بنتا ہے جو اندر جاتا ہے۔ (گینگرین)۔ ایک بار جب کی تشخیص ہو جاتی ہے تو مداخلت کرنے میں وقت بہت درست ہوتا ہے۔





خطرے کی علامات: ایک عام صحت مند بچہ اچانک بہت زیادہ رونا شروع کر دیتا ہے اور اسے سبز یا پیلی الٹی ہوتی ہے۔ بعد میں، بچے کو پاخانہ میں خون گزرتا ہے۔ یہ دراندازی کی ایک عام پیش کش ہے۔ یہ بچوں میں حقیقی ہنگامی حالات میں سے ایک ہے۔ اسے جراحی مداخلت کے ذریعے دور کرنے کی ضرورت ہے کیونکہ اس میں تاخیر آنتوں میں گینگرین کا باعث بنتی ہے۔

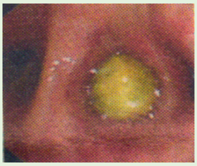
باہر کی چیزیں نگلنا

بڑے ہونے والے بچوں میں اپنے ارد گرد کے ماحول کو دریافت کرنے اور چیزیں سیکھنے کا بہت شوق ہوتا ہے۔ اس منویر میں انہیں بہت سی پرکشش اور رنگین اشیاء ملتی ہیں۔

جب وہ ان اشیاء کو منہ میں ڈالتے ہیں تو بعض اوقات یہ چیزیں سانس کی نالی میں داخل ہو کر تکلف کا باعث بنتی ہیں، یہ خارجی اجسام جب یہ خواہش کرتے ہیں تو سانس کی نالی کو مکمل طور پر بند کر دیتے ہیں اور فوری موت کا سبب بن سکتے ہیں۔ اگر

کی خواہش FB، اے چونکہ یہ ایک جان لیوا حالت ہے کے معاملات میں، والدین کو طریقہ کار کے لیے رضامندی دینے میں وقت ضائع نہیں کرنا چاہیے۔

رکاوٹ نامکمل اور جزوی ہے، تو علامات کم شدید ہوتی ہیں، مریض کی حالت کے ساتھ مختلف ہوتی ہیں۔ ان بھاری چیزون کو برونکوسکوپک کے ذریعے ہنگامی طور پر ہٹا دینا چاہیے۔



خطرے کی علامات: جب صحت مند بچے میں، چیز نگلنے کا شبہ ہونا چاہیے، سانس کی قلت اور کھانسی بچے کے نیلے رنگ میں بدلنے کے ساتھ، پوزیشن میں تبدیلی سے سانس لینے میں راحت کے ساتھ۔ یہ ایک ہنگامی صورت حال ہے جس میں جلد از جلد برونکوسکوپی کے ذریعے نگلی ہوئی چیز کو ہٹانے کی ضرورت ہوتی ہے۔

آنتوں کی رکاوٹ

نالیوں کے سکڑ جانے کی وجہ سے آنتوں کی موت واقع ہو جاتی ہے۔ اس پیچیدگی کو روکنے کے لیے اور آنتوں کی قوت کو برقرار رکھنے کے لیے، آنتوں میں رکاوٹیں اگر اہم اور مکمل ہوں تو ان کا فوری آپریشن کیا جانا چاہیے۔

کئی حالات بچوں میں آنتوں کی رکاوٹ کا سبب بن سکتے ہیں، جیسے چپکنے، پیدائشی بینڈ، آنتوں کے وولولس، اور سوزش کی حالت۔

ان حالات میں اگر رکاوٹ مکمل ہو جائے تو یہ آنتوں کی سوزش کا باعث بنتی ہے اور بعد میں خون کی

خطرے کی علامات: اگر بچے کے پیٹ میں کھچاؤ، سبز/زرد رنگ کی الٹیاں اور قبض ہو تو آنتوں کی رکاوٹ کو مسترد کرنا چاہیے۔

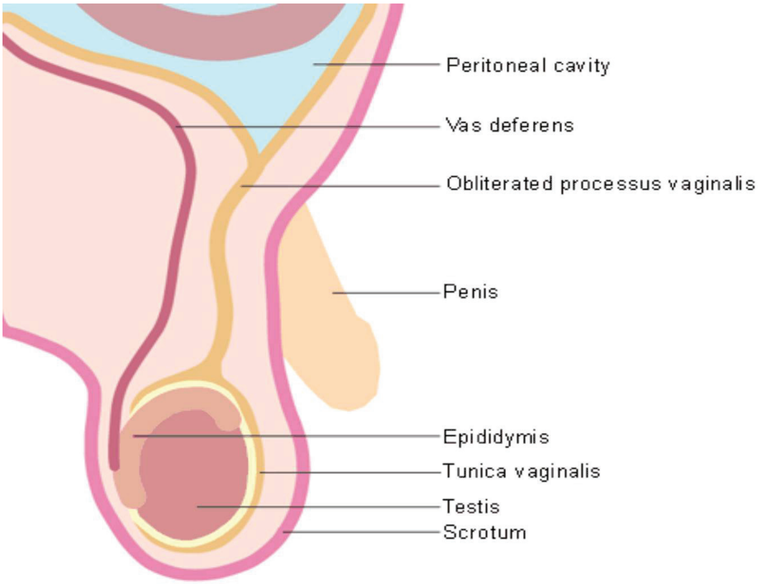
بچوں میں یہ 9 ہنگامی حالات طبی مداخلت کے وقت کے پہلو میں اہم ہیں۔ والدین اپنی فوری رضامندی دے کر وقت کا فیصلہ کرنے میں اہم کردار ادا کرتے ہیں۔ امید ہے کہ یہ مضمون ہنگامی حالات کے بارے میں بیداری لائے گا اور والدین کو ان کے کردار کے بارے میں خبردار کرے گا۔

03

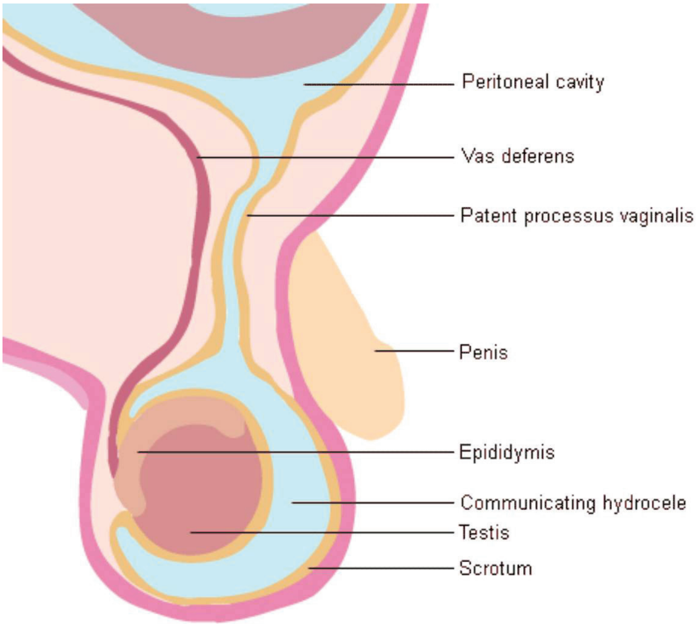
Chapter

بچوں میں ہائیڈروسیل

نارمل



مواصلات موجود ہے **Hydrocele** -



03

بچوں میں ہائیڈروسیل

والدین اپنے بچوں کی صحت کا مستقل خیال رکھیں گے اور جب بھی بچوں کے جسم میں کوئی تبدیلی واقع ہوتی ہے تو وہ پریشان ہو جاتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کیونکہ بچے اپنے مسائل کا اظہار نہیں کر سکتے۔ والدین کا فرض ہے کہ وہ اپنے بچوں کے جسم میں رونما ہونے والی تبدیلیوں کا مسلسل مشاہدہ کریں۔

ایسی ہی ایک تبدیلی بچوں میں ہائیڈروسیلز کی نشوونما ہے۔ والدین لنگوٹ بدلتے وقت، نہاتے وقت یا بچہ روتے وقت اپنے بچے کے سکروٹم میں سوجن دیکھیں گے۔ سکروٹم میں سوجن ہو تو والدین کے ذہن میں کئی طرح کے شکوک پیدا ہوتے ہیں۔ کیا یہ ایک سنگین مسئلہ ہو گا؟ کیا اسے سرجری کی ضرورت ہوگی؟ کیا مردانہ فعل پر کوئی طویل مدتی اثرات مرتب ہوں گے؟ والدین کے ذہنوں میں پیدا ہونے والے شکوک و شبہات کی وضاحت کے لیے بچوں کے سرجن سے مشورہ کرنا ہمیشہ بہتر ہوتا ہے۔ دو عام زخم ہیں جو بچوں میں سکروٹم میں سوجن پیدا کر سکتے ہیں۔ جب رطوبت سکروٹم میں جمع ہوتی ہے تو اسے ہائیڈروسیل کہتے ہیں۔ جب آنت کا ایک لوپ سکروٹم میں گرتا ہے تو اسے ہرنیا کہتے ہیں۔ یہ سب سے عام جراحی کی حالتیں ہیں جو پیڈیاٹرک سرجنوں کے ذریعہ آج کی مشق میں نمٹائی جاتی ہیں۔

بچوں میں ہائیڈروسیل کیا ہے؟ وہ کیسے ترقی کرتے ہیں؟

ہائیڈروسیل سکروٹم میں سیال کا ایک مجموعہ ہے، جو خصیے کے ارد گرد ہوتا ہے، جو ایک یا دونوں طرف ہو سکتا ہے۔ سیال سکروٹم کو سوجن یا بڑھا ہوا نظر آئے گا، لیکن ہائیڈروسیلز عام طور پر بے درد ہوتے ہیں۔ ہائیڈروسیلز زیادہ عام طور پر شیر خوار بچوں میں ہوتا ہے، خاص طور پر قبل از وقت نوزائیدہ بچوں میں، لیکن کسی بھی عمر میں ہو سکتا ہے۔

جنین کی نشوونما کے ساتویں مہینے کے دوران، خصیے پیٹ سے سکروٹم میں منتقل ہوتے ہیں۔ جب خصیہ نیچے کی طرف سفر کرتا ہے، تو یہ پیٹ کی گہا کی تھیلی نما پرت اپنے ساتھ لاتا ہے۔ تھیلی پیٹ میں موجود سیال کو خصیے کے گرد گھیرنے دیتی ہے۔ یہ تھیلی عام طور پر پیدائش سے پہلے بند ہو جاتی ہے، پیٹ سے اضافی سیال کو سکروٹم میں جانے سے روکتی ہے، اور موجودہ سیال جذب ہو جاتا ہے۔ اگر تھیلی مواصلات برقرار رہے تو دو بے ضابطگیاں ہو سکتی ہیں۔ اگر پیٹ کے ساتھ تیلی کا رابطہ چھوٹا ہے جس سے صرف سیال نکلتا ہے تو اس کے نتیجے میں ہائیڈروسیل بنتا ہے۔ اگر مواصلت اتنی بڑی ہو کہ سیال اور آنت کو نیچے آنے دے تو اسے ہرنیا کہتے ہیں۔

لڑکے ہائیڈروسیل کے ساتھ پیدا ہوتے ہیں لیکن 10% زیادہ تر واقعات میں یہ ایک سال کی عمر میں ٹھیک ہو جاتا ہے۔ یہ نوزائیدہ بچوں میں خاص طور پر قبل از وقت نوزائیدہ بچوں میں ظاہر ہو سکتا ہے۔ بچوں میں ہائیڈروسیل سکروٹم میں ایک ہموار درد کے بغیر سوجن کی طرح یا ایک سوجن کے طور پر ظاہر ہوتا ہے جو وقت کے ساتھ بدلتا رہتا ہے۔ سوجن صبح سویرے اس وقت کم ہوتی ہے جب سوتے وقت لیٹنے کے دوران سیال پیٹ میں واپس چلا جاتا ہے، اور دن کی ترقی کے ساتھ سرگرمی کے دوران ایک اہم سوجن پیدا کرنے کے لیے واپس آ جاتا ہے۔

ہائیڈرسیل انڈکوش کے ارد گرد انڈکوش میں پانی کا ایک ذخیرہ ہے، جو ایک یا دونوں کے درمیان ہو سکتا ہے۔ مائع اِنڈکوش کو سوسا ہوا یا بڑا بناوٹ، لیکن ہائیڈسیل تھیلی میں پانی کا ایک مجموعہ ہے جو عام طور پر اِنڈکوش کو لے کر بیٹھتا ہے اور اِنڈکوش میں بڑا ہوتا ہے۔

اس تھیلی کو -ٹونیکا ویجینیلیس کہتے ہیں۔ بڑھوتری میں ترقی کے دوران بچوں کے پیٹ میں بنتے ہیں۔

بچوں میں ہائیڈروسیل کی اقسام

بچوں میں ہائیڈروسیل کی دو قسمیں ہوتی ہیں، گردشی قسم - جس میں ایک چھوٹی سی گردش پیٹ تک پوری لمبائی میں رہتی ہے۔ دوسری قسم میں، سیال جمع ہوتا ہے لیکن بعد میں مواصلات رک جاتا ہے - اسے غیر مواصلاتی ہائیڈروسیل کہتے ہیں۔ غیر مواصلاتی ہائیڈروسیل کے نتیجے میں سوجن کے سائز میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی ہے۔ گردشی ہائیڈروسیل دن کے وقت بڑا ہو سکتا ہے، اور اگر آپ اسے آہستہ سے نچوڑیں گے، تو سیال سکروٹم سے باہر اور ان کے پیٹ میں چلے گا۔

بچوں میں غیر مواصلاتی ہائیڈروسیلس کی بہت سی قسمیں ہیں۔ اگر سیال نطفہ کی ہڈی کے ساتھ ساتھ خصیوں کے اوپر جمع ہوتا ہے جس کے اوپر اور نیچے کمیونیکیشن بند ہوتی ہے، تو اسے کہا جاتا ہے – بڈی کا اینسٹڈ ہائیڈروسیل۔ اگر سیال خصیوں کو گھیر لے اور پیٹ کے ساتھ اوپر بند ہو جائے تو اسے کہا جاتا infantile hydrocele- ہے۔

اگر نالی کے علاقے میں ہائیڈروسیل سیال جمع ہو اور سکروٹم کے ساتھ نیچے سے رابطہ بند ہو تو اسے فنیکولر ہائیڈروسیل کہتے ہیں۔ ایک رد عمل والا ہائیڈروسیل ایک قسم کا غیر مواصلاتی ہائیڈروسیل ہے جو صدمے، انفیکشن یا ورشن کے ٹارشن کی وجہ سے سکروٹم میں سوزش کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

بچوں میں ہائیڈروسیلس کی تشخیص کیسے کی جاتی ہے؟

ہائیڈروسیل کی تشخیص اسکروٹل سوجن کی تاریخ اور ڈاکٹر کے طبی معائنہ سے ہوتی ہے۔ سکروٹم میں ہموار درد کے بغیر سوجن کی موجودگی ایک اشارہ دے گی۔ سوجن کو دستی دباؤ سے کم نہیں کیا جا سکتا کیونکہ پیٹ کے ساتھ رابطہ بہت کم ہوتا ہے لیکن سوجن کے سائز میں روزانہ کی تبدیلی کی تاریخ بھی موجود ہے۔ یعنی سوجن صبح کے وقت کم ہوتی ہے لیکن بچے کی بڑھتی ہوئی سرگرمی کی وجہ سے دن کے ساتھ ساتھ اس کا سائز بڑھتا جاتا ہے۔

طویل مدتی میں ہائیڈروسیل کی ممکنہ پیچیدگیاں

ہائیڈروسیل کو تکلیف نہیں ہوتی۔ اس کی واحد علامت یہ ہے کہ بچے کے ایک یا دونوں خصیے سوجے ہوئے نظر آتے ہیں۔ یہ کسی بھی طرح سے خصیوں کے لیے نقصان دہ نہیں ہے اور نہ ہی درد کا باعث ہے۔ وہ بنیادی طور پر سکروٹم میں درد کے بغیر سوجن ہیں۔

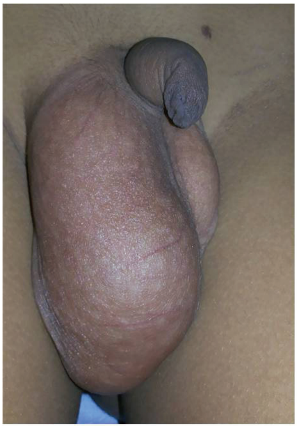
اگر ہائیڈروسیل خود ہی چلا جاتا ہے (بے ساختہ ریزولوشن) یا اسے سرجری کے ذریعے درست کیا جاتا ہے، تو اس کے کوئی طویل مدتی اثرات نہیں ہوں گے۔ لیکن اگر علاج سے پہلے سکروٹم میں کوئی صدمہ ہوتا ہے تو، ہائیڈروسیل میں خون بہنے کی وجہ سے ہیماٹوسل پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

بچوں میں ہائیڈروسیلز کا علاج کیسے کیا جاتا ہے؟

علاج کا انحصار ہائیڈروسیل کی قسم، بچے کی عمر، سوجن کے سائز اور بچے کی عمومی حالت پر ہوتا ہے۔ چونکہ بچوں میں ہائیڈروسیلز کے ساتھ کوئی بڑی پیچیدگیاں نہیں ہوتی ہیں، اس لیے عام طور پر 12-18 ماہ کی عمر تک انتظار کی مدت ہوتی ہے۔ ایک ہائیڈروسیل جو 12-18 ماہ سے زیادہ برقرار رہتا ہے اکثر گردشی ہائیڈروسیل ہوتا ہے۔ اسے سرجری سے درست کرنے کی ضرورت ہے۔ جب تک سوجن کم ہو رہی ہو، اسے محفوظ طریقے سے دیکھا جا سکتا ہے۔

بچوں میں ہائیڈروسیل کے علاج کا طریقہ ہائیڈروسیل کی قسم پر منحصر ہوگا۔

- غیر مواصلاتی ہائیڈروسیلز: بہت سے معاملات میں، غیر مواصلاتی ہائیڈروسیلز زندگی کے پہلے سال کے اندر حل ہو جائیں گے۔ اگر بچہ 1 سال سے کم ہے، تو سرجن اکثر ہائیڈروسیل کے مشاہدے کی سفارش کرے گا۔ اگر ہائیڈروسیل 1 سال کی عمر سے زیادہ برقرار رہتا ہے، تو جراحی کی مرمت ضروری ہوگی۔
- رد عمل والا ہائیڈروسیل: اگر ہائیڈروسیل انفیکشن یا سوزش کی وجہ سے ہوتا ہے، تو علاج کے لیے اینٹی بایوٹک یا اینٹی سوزش والی دوائیں استعمال کی جائیں گی۔



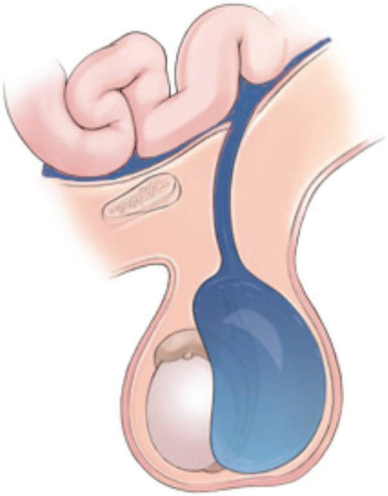
- گردش کرنے والا ہائیڈروسیل: گردش کرنے والا ہائیڈروسیل خود سے حل نہیں ہوگا اور ہائیڈروسیل کی مرمت کے لیے جراحی کے طریقہ کار کی ضرورت ہوگی۔
- نال کا ہائیڈروسیل: نال کا ہائیڈروسیل خود سے حل نہیں ہوگا اور اسے جراحی کے طریقہ کار کی ضرورت ہوگی۔

بچوں میں ہائیڈروسیل سرجری نالی کے علاقے میں ایک چھوٹے سے کٹ کے ذریعے کی جاتی ہے۔ ہائیڈروسیل والے بالغوں میں، اسکروٹم پر سرجری کی جاتی ہے کیونکہ اسکروٹم میں سیال جمع ہوتا ہے، لیکن بچوں میں، سرجری نالی کے چیرا کے ذریعے کی جاتی ہے کیونکہ پیٹ سے سیال آتا ہے۔ سرجری میں، گردش کی شناخت ایک سفید تھیلی کے طور پر کی جاتی ہے جو سیال سے بھری ہوتی ہے۔ اسے احتیاط سے برتن اور خون کی نالی سے الگ کر دیا جاتا ہے اور گردش روک دی جاتی ہے۔

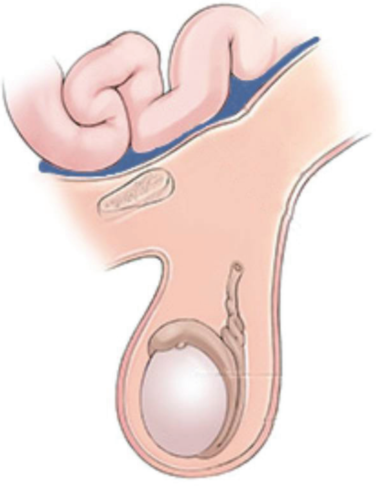
ڈسٹل سیک میں موجود سیال باہر نکل جاتا ہے اور ڈسٹل تھیلی کھل جاتی ہے۔ چونکہ پیٹ کے ساتھ رابطہ جراحی سے بند ہے، اس لیے مستقبل میں مزید سیال جمع نہیں ہو سکتے۔

والدین کو بچوں میں ہائیڈروسیل سرجری کے بارے میں گھبرانے یا پریشان ہونے کی ضرورت نہیں ہے کیونکہ یہ ایک سطحی سرجری ہے اور اسے دن کی دیکھ بھال کے طریقہ کار کے طور پر کیا جاتا ہے۔ سرجری میں تقریباً 1 گھنٹہ لگتا ہے۔ جنرل اینستھیزیا کے تحت کیا گیا۔ لیپروسکوپی بچوں میں ہائیڈروسیل سرجری کا متبادل نہیں ہے۔

ہائیڈروسیل



نارمل



: اہم نکات

بچوں میں ہائیڈروسیل پیٹ کے ساتھ رابطے کی برقراری کی وجہ سے سکروٹم میں خصیوں کے ارد گرد ایک تکلیف دہ سیال جمع ہوتا ہے۔ زیادہ تر معاملات بچے کی عمر کے **12-18** ماہ کے اندر حل ہو جائیں گے، اگر یہ اس کے بعد بھی برقرار رہے تو اسے جراحی کی اصلاح کی ضرورت ہے۔

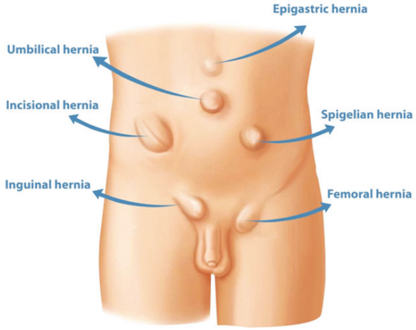
04

Chapter

بچوں میں ہرنیا

04

بچوں میں ہرنیا



بہت سے لوگ یہ جان کر حیران ہوتے ہیں کہ بچوں میں ہرنیا عام ہوتا ہے۔ بیان - کم بیداری اور زیادہ خدشہ بچوں میں ہرنیا کے لیے موزوں ہو گا۔ ہرنیا کی سرجری پیڈیاٹرک (بچوں کے) سرجنوں کے ذریعہ کی جانے والی سب سے عام سرجریوں میں سے ایک ہے۔ بعض اوقات بچے، خاص کر قبل از وقت ہرنیا والے بچے پیدا ہوتے ہیں۔

کچھ ہرنیا بیرونی ہوتے ہیں اور کچھ ہرنیا اندرونی ہوتے ہیں۔ بیرونی ہرنیا جیسے ہرنیا umbilical hernia، inguinal hernia کی جگہ پر تناؤ کے وقت ایک بلج کے طور پر نظر آتے ہیں لیکن اندرونی ہرنیا جیسے ہیاٹس ہرنیا یا پیدائشی ڈایافرامیٹک ہرنیا نظر نہیں آتے۔ وہ سانس یا معدے کی علامات کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں یا تحقیقات کے ذریعے ان کا پتہ لگایا جائے گا۔ سب سے زیادہ عام بیرونی ہرنیا ہیں۔

بچوں میں دو عام ہرنیا - نالی کا ہرنیا اور پیٹ کے بٹن کے علاقے میں نال ہرنیا۔ بچوں میں ہرنیا کو فوری جراحی سے اصلاح کی ضرورت ہوتی ہے۔

ہرنیا کیا ہے؟ وہ کیوں ہوتے ہیں؟

جب کسی عضو یا بافتوں کا کوئی حصہ (جیسے آنتوں کا لوپ) کسی غیر معمولی کھلنے، یا پٹھوں کی دیوار میں کمزور جگہ سے دھکیلتا ہے، تو یہ ایسی جگہ میں گھس سکتا ہے جس سے اس کا تعلق نہیں ہے۔ اسے ہرنیا کہتے ہیں۔ دوسرے لفظوں میں، ہرنیا اس وقت ہوتا ہے جب پیٹ کے پٹھوں میں کمزوری کے ذریعے آنت کا ایک لوپ باہر نکل جاتا ہے۔ تین طریقے ہیں جن سے عام ہرنیا ہو سکتا ہے۔

- بچے کی معمول کی نشوونما کے دوران، بہت سے قدرتی سوراخ ہوتے ہیں جو نشوونما کے دوران اپنے مقصد کو پورا کرنے کے بعد خود بخود بند ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ سوراخ اپنے متوقع وقت سے زیادہ برقرار رہتے ہیں، تو وہ پیٹ کے مواد کی ہرنائیشن کو دعوت دے سکتے ہیں۔ (مثال کے طور پرہرنیا inguinal)...
- بعض اوقات، مواد عام پٹھوں کے کھلنے میں کمزوری کے ذریعے نچوڑ سکتا ہے جس کا مقصد عام ویزرا کے گزرنے کے لئے ہوتا ہے۔
- ماضی کی سرجری اور چوٹیں پٹھوں کی دیوار میں ایک کمزور جگہ بنا سکتی ہیں، جس سے قریبی اعضاء کا کچھ حصہ گزر سکتا ہے اور ہرنیا کا سبب بن سکتا ہے۔

ہرنیا ایک پریشانی کا موضوع کیوں ہے؟

عام طور پر ہرنائیٹڈ مواد آتا ہے اور نرمی پر واپس چلا جاتا ہے۔ کبھی کبھار آنت کا لوپ یا کوئی اور ہرنائیٹڈ مواد، پھنس سکتا ہے اور اب کم نہیں کیا جا سکتا (ناقابل واپسی)۔ پھر ایسی صورت حال میں، مواد کو پیٹ میں واپس نہیں دھکیلا جا سکتا ہے جب ایسا ہوتا ہے، viscera کا ناقابل واپسی حصہ، خون کی فراہمی سے محروم ہو سکتا ہے. (گلا گھونٹنا)

جیسا کہ ہم پیشین گوئی نہیں کر سکتے، جب ہرنیا بچوں میں پھنس جاتا ہے، تو یہ تشویش کا باعث ہے اور بچوں کے سرجن کے مشورے کی ضرورت ہے۔ خواتین میں، بعض اوقات ہرنیئل مواد اس طرف کی فیلوپین ٹیوب کے ساتھ بیضہ دانی ہو سکتا ہے۔ ایسی صورتوں میں جب یہ پھنس جائے - بیضہ دانی اور فیلوپین ٹیوبیں

گینگرین کے خطرے میں ہو سکتی ہیں۔ کچھ لڑکوں میں، ہرنیا کا تعلق بے ترتیب خصیوں سے ہوسکتا ہے۔ ایسی صورتوں میں، اگر متعلقہ ہرنیا رکاوٹ بن جائے تو خصیے کو گینگرین کا خطرہ ہوتا ہے۔ لہذا بچوں میں ہرنیا تشویش کا باعث ہے۔

کیا بچوں میں ہرنیا کی ایک سے زیادہ اقسام ہیں؟

جی ہاں. ایک سے زیادہ سائٹیں ہیں، جہاں بچوں میں ہرنیا ہو سکتا ہے۔ سب سے عام اقسام میں شامل ہیں۔

Inguinal ہرنیا

امبلیکل ہرنیا

ایپی گیسٹرک ہرنیا

چیرا ہرنیا

پیدائشی ڈایافرامیٹک ہرنیا

وقفے وقفے سے ہرنیا

اسپیجیلین ہرنیا

بچوں میں عام ہرنیا کیا ہوتے ہیں؟

ہرنیا Inguinal

یہ ہرنیا ہے جو نالی کے علاقے میں ہوتا ہے۔ لڑکیوں کے مقابلے لڑکوں میں چار گنا زیادہ عام ہے۔ یہ فلٹرم بچوں میں سے 1-5% اور قبل از وقت بچوں میں سے 30% ہرنیا سکروٹم **inguinal**، تک ہوتا ہے۔ لڑکوں میں تک پھیل سکتا ہے۔ لڑکیوں میں یہ لیبل ایریا تک پھیل سکتا ہے۔

لڑکوں میں، خصیے پیٹ میں تیار ہوتے ہیں۔ حمل کے ساتویں مہینے کے دوران، خصیے ایک راستے کے ذریعے سکروٹم تک پہنچنے کے لیے اترتے ہیں جسے انگوئنل کینال کہتے ہیں۔ پیٹ کی تہہ کا ایک تہہ جسے کہتے ہیں - پروسیسس ویجینالیس اترتے ہوئے خصیوں کو سمت اور تحفظ فراہم کرتا ہے۔ مکمل خصیوں کے نزول کے بعد، پراسیس اندام نہانی پیٹ اور سکروٹم کے درمیان رابطے کو بند کرنے کے لیے ختم ہو جاتا ہے۔

کچھ بچوں میں، نامعلوم وجوہات کی بنا پر، یہ رابطہ خصیوں کے نزول کے بعد بھی کھلا رہتا ہے اور ہرنیا کی نشوونما کا باعث بن سکتا ہے۔

لڑکیوں میں مواصلات کو کہا جاتا ہے - دستک کی نہر۔ یہ لڑکوں کے مقابلے میں سائز میں چھوٹا ہے۔ عام طور پر ایک ریشے دار ٹشو کی ہڈی جسے راؤنڈ کینال سے **inguinal** لیگامینٹ کہتے ہیں خواتین میں گزرتا ہے۔ زنانہ ہرنیا اس وقت پیدا ہو سکتا ہے، جب ناک کے سائز کی نہر زیادہ ہو، جو گول لگمنٹ کے پہلو میں کمزوری پیدا کرتی ہے۔

ہرنیا رونے، کھانسنے، چھلانگ لگانے یا تناؤ کے وقت ہرنیا کی جگہ پر پھیلنے والے بلج کی نشوونما سے والدین کی توجہ میں آتا ہے۔ جب بچہ خاموش ہوجاتا ہے تو یہ سوجن خود بخود ختم ہوجاتی ہے۔ یہ نظر آنے والا، وقفے وقفے سے دبانے پر بلج زیادہ بار بار ظاہر ہوتا ہے اور وقت کے ساتھ ساتھ اس کا سائز بھی بڑھتا جاتا ہے۔ عام طور پر بلج لیموں کے سائز کا ہوگا۔ یہ ابتدائی طور پر بے درد بلج ہے۔ شاذ و نادر ہی ہرنیا پہلی بار ناقابل تلافی اور رکاوٹ کے ساتھ توجہ میں آتا ہے۔ یہ کمر میں ناقابل تلافی بلج، درد اور کوملتا، سوجن سے زیادہ لالی اور بعد میں پرکشیپی الٹی کے ساتھ پیش کرتا ہے۔

ہرنیا یکطرفہ یا دو طرفہ ہو سکتا ہے۔ یکطرفہ ہرنیا کے معاملات میں **30%** تک بعد کی زندگی میں دوسری طرف ہرنیا پیدا ہوگا۔

ہرنیا **inguinal** سرجری (ہرنیوٹومی) بچوں میں کا آپشن ہے۔ اسے کھلی سرجری یا لیپروسکوپک سرجری سے ٹھیک کیا جا سکتا ہے۔ لیپروسکوپی میں پیٹ کے دوسرے حصے کو بھی دیکھا جا سکتا ہے تاکہ مخالف سائیڈ ہرنیا کو خارج کیا جا سکے۔ جراحی کی اصلاح کے لیے کوئی انتظار کی مدت نہیں ہے، کیونکہ ہرنیا کسی بھی وقت رکاوٹ بن سکتا ہے۔ بچوں میں یہ ہمیشہ بہتر ہوتا ہے کہ ہرنیا کو جلد از جلد درست کر لیا جائے۔

امبلیکل ہرنیا

کچھ بچے پیٹ کے بٹن کے ارد گرد پیٹ کے پٹھوں میں کمزوری یا کھلنے کے ساتھ پیدا ہوتے ہیں، عام جلد سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے جس کے ذریعے جب بھی بچہ دباؤ ڈالتا ہے تو آنتیں باہر نکل سکتی ہیں... اس حالت کو امبلیکل ہرنیا کہا جاتا ہے۔ والدین کے لیے یہ سب سے زیادہ واضح اور پریشان کن ہوتا ہے، جب کبھی بچہ روتا ہے، کھانسی کرتا ہے یا تناؤ آتا ہے۔ نال ہرنیا قبل از وقت بچوں، کم وزن والے بچوں اور خواتین کے بچوں میں زیادہ عام ہے۔ ہرنیاس کا سائز دو سے تین سینٹی میٹر ہو سکتا ہے۔

زیادہ تر صورتوں میں، نال ہرنیا کسی تکلیف کا سبب نہیں بنتا۔ بچوں میں امبلیکل ہرنیا اور دیگر ہرنیا کے درمیان دو فرق ہیں۔ دیگر ہرنیا کے برعکس امبلیکل ہرنیا شاذ و نادر ہی رکاوٹ بنتے ہیں یا گلا گھونٹتے ہیں، کیونکہ ہرنیا کی خرابی دیگر ہرنیا کے مقابلے وسیع ہوتی ہے۔ دوسرا فرق دیگر ہرنیا کے برعکس ہے، جو خود بند نہیں ہوتا، زیادہ تر نال ہرنیا چار سال کی عمر میں خود بخود بند ہو جاتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ پیڈیاٹرک سرجن زیادہ تر معاملات میں نال ہرنیا کی سرجری کے بجائے انتظار کرو اور دیکھو کی پالیسی کا مشورہ دیتے ہیں۔ سرجری (ہرنیا کی مرمت + امبلیکوپلا سٹی) صرف اس صورت میں کی جاتی ہے جب ہرنیا بہت بڑا ہو، جب یہ ناقابل تلافی ہو یا گلا گھونٹ دیا جائے، یا جب یہ چار سال کی عمر تک بند نہ ہو۔ سرجن خرابی (امبلیکوپلاسٹی) کو بند کرنے کے بعد عام نمودار ہونے والے کے قریب پیدا کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔

اپیی گیسٹرک ہرنیا

یہ درمیانی لکیر کے پیٹ کے پٹھوں کی دیوار میں ایک غیر معمولی سوراخ کے ذریعے ایک بلج ہے۔ اپیی گیسٹرک ہرنیا پیٹ کے بٹن کے اوپر مڈ لائن میں ہوتا ہے۔ اپیی گیسٹرک ہرنیا بالغوں کے مقابلے میں بنیادی طور پر بچوں اور نوعمروں کو متاثر کرتا ہے۔ یہ سینے اور پیٹ کے بٹن (پیٹ کا مرکزی اوپری حصہ) کے درمیان کے علاقے میں ہوتا ہے جسے اپیی گیسٹریم کہا جاتا ہے۔ یہ نال ہرنیا سے اس لحاظ سے مختلف ہے کہ یہ مڈ لائن میں پیٹ کے بٹن کے اوپر ہوتا ہے، جہاں نال ہرنیا پیٹ کے بٹن کے ذریعے ہوتا ہے۔

اپیی گیسٹرک ہرنیا ہرنیا کی ایک چھوٹی قسم ہے۔ صرف پیٹ کی دیوار کی استر جسے -پیریٹونیم کہا جاتا ہے یا آنتوں کی استر جسے اومینٹم کہا جاتا ہے، اس خرابی کے ذریعے باہر نکل آئے گا۔ شاذ و نادر صورتوں میں، نقص اتنا بڑا ہوتا ہے کہ آنت کے لوپ کو اجازت دے سکے۔ اسے ایک اختیاری طریقہ کار کے طور پر سرجری کے ذریعے درست کرنے کی ضرورت ہے۔ بعض صورتوں میں، جب سوجن سرخ ہو جاتی ہے، چھونے کے لیے نرم ہو جاتی ہے، ضرورت سے زیادہ رونا، قے کے ساتھ، تو آنت کے گینگرین کو روکنے کے لیے اسے ہنگامی سرجری کے ذریعے درست کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

کٹے ہوئے ہرنیا

اس قسم کا ہرنیا اس وقت ہوتا ہے جب بچہ پہلے کسی اور جراحی کی حالت کے لیے پیٹ کی سرجری کرواتا ہے۔ جزوی طور پر ٹھیک ہونے والے سرجیکل چیرا کے ذریعے آنتوں کے لوپ ہرنئیٹس ہوتے ہیں۔ یہ ہرنیا اس وقت پیدا ہوتا ہے جب جراحی کے زخم میں انفیکشن ہو جاتا ہے یا ٹھیک ہونے کے خراب عمل کی وجہ سے کمزور ہو جاتا ہے۔ پیٹ کی کسی بھی قسم کی سرجری، بشمول لیپروسکوپک سرجری، چیرا ہرنیا پیدا کر سکتی ہے۔ یہ عام طور پر سرجری کے بعد دو ہفتوں سے کئی مہینوں تک تیار ہوتا ہے۔ یہ سرجیکل چیرا کی جگہ پر ایک بلج کے طور پر ظاہر ہوتا ہے، جب کبھی بچہ کھانستا ہے، روتا ہے یا تناؤ آتا ہے۔

کٹے ہوئے ہرنیا میں بھی دوسرے ہرنیا کی طرح ناقابل تلافی اور گلا گھونٹنے کا وہی خطرہ ہوتا ہے۔ عام طور پر کم ہونے والا ہرنیا کمزور عیب والے حصے میں آنتوں کا بغیر درد کے پھیلاؤ ہوتا ہے، لیکن ایک بار جب اس میں رکاوٹ آجاتی ہے تو یہ تکلیف دہ ہو جاتا ہے۔ ہرنیا کی اس شکل کے علاج کی عام شکل سرجری ہے۔ سرجری کی قسم چیرا ہرنیا کے سائز پر منحصر ہے۔ میش کا استعمال کرتے ہوئے کھلی / لیپروسکوپک جراحی کی مرمت بڑے چیرے والے ہرنیا کے لئے ترجیحی طریقہ ہے۔

فیمورل ہرنیا

فیمورل ہرنیا انگوینال ہرنیا سے کم عام ہے۔ وسیع شرونی کی وجہ سے خواتین میں زیادہ عام ہے۔ فیمورل ہرنیا کے پچھتر فیصد خواتین میں پائے جاتے ہیں۔ یہ انگوینال

ہرنیا کے مقابلے نالی میں کم سطح پر ہوتا ہے اور یہ انگوینال ہرنیا کے مقابلے میں چھوٹا ہوتا ہے۔

یہ ران کے اندر یا نالی کے اوپری حصے میں مواد کے پھیلاؤ کی وجہ سے ہوتا ہے جسے فیمورل کینال کہتے ہیں۔ یہ نلی نما شکل کا افتتاحی حصہ ران کے سامنے سب سے اوپر ہے۔ یہ وہ مقام ہے جہاں خون کی بڑی نالیاں پیٹ سے ران تک جاتی ہیں۔ یہ ایک کمزور نقطہ ہے جس کے ذریعے فیمورل ہرنیا ہوتا ہے۔ فیمورل ایریا میں کمزوری، پیٹ کے دباؤ میں اضافہ، موٹاپا، قبض فیمورل ہرنیا کے امکانات کو بڑھا سکتے ہیں۔

چھوٹے سائز کی وجہ سے، زیادہ تر مریضوں کو کوئی علامات محسوس نہیں ہوتی جب تک کہ یہ پیچیدہ نہ ہو جائے۔ عام علامات ہیں گھسیٹنے کا احساس یا پیٹ کے نچلے حصے میں درد۔ فیمورل ہرنیا کی بنیادی پیچیدگی یہ ہے کہ یہ ناقابل تلافی، رکاوٹ یا گلا گھونٹ سکتا ہے۔ سرجری فیمورل ہرنیا کے لیے انتخاب کا علاج ہے۔ جراحی کی اصلاح کے لیے کوئی انتظار کی مدت نہیں ہے، اسے جلد از جلد درست کرنا ہوگا۔

ہیاٹس ہرنیا

ہیٹس ہرنیا اس وقت ہوتا ہے جب پیٹ کا ایک حصہ ، جو مکمل طور پر پیٹ میں رہنا چاہئے ، سینے میں اوپر کی طرف پھینکنا. پیٹ کا اوپری حصہ درد ، پیٹ میں تکلیف اور دل جلانے کا باعث بنتا ہے. سینے اور پیٹ کو ٹشو کی چادر سے الگ کیا جاتا ہے جسے ڈایافرام کہتے ہیں. اس ڈایافرام میں تین سوراخ ہوں گے جن کو جاری راستے کے دوران چھاتی کے ڈھانچے کو پیٹ میں منتقل کرنے کے لئے وقفے وقفے کے نام سے کہا جاتا ہے. ایک وقفے سے کہا جاتا ہے - ایسوفجال ہیٹو ، جو غذائی نالی نامی فوڈ پائپ منتقل کرتا ہے. کچھ بچوں میں غذائی نالی کے علاقے میں کمزوری کی وجہ سے ، پیٹ کا کچھ حصہ چھاتی میں یا غذائی نالی کے ساتھ بڑھ سکتا ہے. اس سے ایسوفگو پیٹ جنکشن پر کمزور جنکشن ہوتا ہے۔ (گیسٹروو سوفجیال اسفنکٹر ایریا).

عام طور پر یہ اسفنکٹر تیزاب جیسے پیٹ کے مندرجات کو روکنے والے جنکشن کو بند کرتا ہے تاکہ وہ غذائی نالی میں جاسکے. اگر وہاں ہیٹوس ہرنیا ہے تو یہ اسفنکٹر ایریا کام نہیں کرتا ہے اور تیزاب اور دیگر گیسٹرک مواد کو ریفلوکس اور غذائی نالی کو پہنچنے والے نقصان کا سبب بنتا ہے.

ہیٹس ہرنیا کی علامات میں شامل ہیں - دل جلانے ، تیزاب ریفلکس ، سینے میں درد ، نگلنے میں دشواری ، بیلچنگز ، ہچکی ، علامات اور بدمعاش آواز کی طرح. کھانے کے بعد علامات خراب ہوسکتے ہیں ، نیچے اترتے ہیں یا آگے موڑ سکتے ہیں. کچھ بچے مکمل طور پر غیر معمولی ہوسکتے ہیں اور تشخیص پر ہیئٹاس ہرنیا کا پتہ اتفاقی طور پر پایا جاتا ہے. جراحی اصلاح ہیٹوس ہرنیا کے لئے پیش کردہ آپشن ہے. سرجری میں جڑی بوٹیوں کا پیٹ پیچھے کھینچ لیا جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی پیٹ میں فکس ہوجاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی غذائی نالی میں عیب کی بندش اور مرمت ہوتی ہے.

پیدائشی ڈایافرامیٹک ہرنیا

ڈایافرام سینے اور پیٹ کے درمیان تقسیم ہے۔ بعض اوقات ترقیاتی بے ضابطگی اور غلط تشکیل کی وجہ سے ، ڈایافرام میں عیب پایا جاتا ہے جس کی وجہ سے سینے میں پیٹ کے مندرجات کی تکرار ہوتی ہے. مشمولات مقدار میں مختلف ہوتے ہیں اور کیس سے لے کر کیس تک سینے میں اعضاء کی ہرنائزیشن کی قسم ہوتی ہے. اعضاء جو پیٹ ، چھوٹی آنت ، بڑی آنت ، تللی ، گردے اور جگر کے بائیں لوب سے لے کر سینے تک جاسکتے ہیں.

جڑی ہوئی مشمولات دو طرفہ پھیپھڑوں اور دل کی ترقی میں بھی مداخلت کریں گے. آنتوں کے وابستہ گھومنے والے مسائل ہوسکتے ہیں. اس سے نئے پیدا ہونے والے بچے میں سانس کی شدید تکلیف ہوتی ہے. پھیپھڑوں کے ہائپوپلاسیہ کی ڈگری کا انحصار ترقی پذیر پھیپھڑوں پر کمپریشن کی مقدار پر ہے. اگر دونوں پھیپھڑوں میں ہائپوپلاسٹک ہیں تو ، بقا مشکل ہے. پیدائشی ڈایافرامیٹک ہرنیا کے معاملات پیدائشی دور میں نہیں ، بلکہ بعد میں زندگی میں بھی توجہ کا مرکز بنیں گے. یہ معقول حد تک ترقی یافتہ پھیپھڑوں کی وجہ سے ہے. اگر یہ بعد کی زندگی میں پیش کرتا ہے تو ، یہ بار بار سانس کے انفیکشن کے ساتھ پیش کرتا ہے.

پیدائشی ڈایافرامیٹک ہرنیا ، کلینیکل تصویر اور ایکس رے سینے اور پیٹ کے ذریعہ پیدائش کے وقت تشخیص کیا جاتا ہے. سی ڈی ایچ والے نوزائیدہ بچوں میں ، میکانکی وینٹیلیشن کے ذریعہ بچے کی استحکام کے بعد جراحی کی اصلاح علاج کا انتخاب ہے. سرجری کے دوران ، جڑی بوٹیوں سے متعلق مواد پیٹ میں

واپس کردیئے جاتے ہیں ، اس کے بعد ڈایافرام میں عیب کی مرمت ہوتی ہے. کچھ بچوں کو سرجری کے بعد کچھ دن کے لئے وینٹیلیٹر سپورٹ کی ضرورت ہے.

والدین سے عام سوالات

- بچوں اور بڑوں میں ہرنیا اور (ہائیڈروسیل)پنڈل کے درمیان کیا فرق ہے ؟

ہائڈروسیل ٹیسٹیس کے آس پاس کی پرتوں میں سیال کا ایک مجموعہ ہے۔ ہرنیا غیر معمولی افتتاحی کے ذریعہ آنتوں کے مندرجات کا پھیلاؤ ہے. اس میں فرق ہے کہ وہ بچوں اور بڑوں میں کیسے اور کیوں پائے جاتے ہیں.

ہائڈروکل اور ہرنیا دونوں بچوں میں ، پیٹ اور اسکروٹم کے مابین مواصلات کی استقامت کی وجہ سے ہوتا ہے. اگر مواصلات تنگ ہیں تو ، اس سے پیٹ سے صرف سیال گزرنے کی اجازت ہوگی جس سے ہائیڈروکل تشکیل پائے گا. اگر مواصلات وسیع ہیں تو ، اس سے آنتوں یا اس کے فیٹی ڈھانپنے (مینٹم) کو اسکروٹم میں جانے کی اجازت ہوگی جسے ہرنیا کہا جاتا ہے. ہائیڈروسیل اور ہرنیا کے مابین بنیادی فرق عیب اور مرمت جانے والے عیب کا سائز ہے. جیسا کہ ایٹولوجی ایک جیسی ہے - بچوں میں دونوں گھاووں کے لئے جراحی کا طریقہ کار ایک جیسا ہے یعنی پیشاب کے نقطہ نظر کے ذریعہ پیٹ اور اسکروٹم کے مابین پیٹنٹ مواصلات کی شناخت ، علیحدگی ، لیگیٹنگ اور منقطع کرنا. اگرچہ سوجن اسکروٹم میں ہے ، بچوں میں سرجری کراہنا ہوگی. بچوں میں پٹھوں کی مرمت یا میش کی مرمت کی ضرورت نہیں ہے.

بالغوں میں دونوں گھاووں میں ایٹولوجی مختلف ہے. ہائڈروسیل زیادہ سے زیادہ سراو یا اسکروٹل سیال کے عیب جذب کی وجہ سے ہے. پیتھالوجی مقامی پریشانی کی وجہ سے ہے۔ لہذا جراحی کی اصلاح صرف اسکروٹم پر کی جائے گی.

بالغوں میں ہرنیا پٹھوں کی کمزوری کی وجہ سے ہے ، لہذا سرجری کھلی سرجری کے ذریعہ نالی کی سطح پر یا پیٹ کے ذریعے لیپروسکوپک میش کی مرمت کے ذریعہ کی جائے گی. پٹھوں کی مرمت اور مضبوطی بالغوں میں مرمت کا بنیادی جزو ہے.

بچوں میں ، یا تو ہائیڈروکل یا ہرنیا جو ہنگامی صورتحال ہے ؟

بچوں میں ، دونوں ہائیڈروجسل اور ہرنیا ایک ہی ایٹولوجی کی وجہ سے ہیں یعنی پیٹ اور اسکروٹم (کے مابین مواصلات کی استقامت کی وجہ سے جو پیدائش کے وقت بند ہونا ہے). چونکہ ایٹولوجی ایک ہی جراحی کا طریقہ کار ہے بچوں میں ہائیڈروکل اور ہرنیا اصلاح دونوں کے لئے بھی ایک جیسا ہے. لیکن فرق سرجری کے وقت میں ہے. ہائیڈروسیل ایک سیال ذخیرہ ہے ، اس میں کوئی بڑی پیچیدگیاں نہیں ہیں. لہذا ، سرجری پیدائش کے □□ سے □□ ماہ بعد کی جاسکتی ہے. بچوں میں پنروکل کے لئے انتظار کی مدت ہے.

لیکن ، ہرنیا پیٹنٹ مواصلات کے ذریعہ آنتوں کی لوپوں کا پھیلاؤ ہے. ہرنیا کسی بھی وقت رکاوٹ پیدا کرسکتا ہے جو خطرناک ہے. لہذا ، بچوں میں ہرنیا کے لئے انتظار کی کوئی مدت نہیں ہے. تشخیص کے بعد جلد سے جلد ہرنیا کو چلنا پڑتا ہے. اس لحاظ سے – دونوں میں سے ، ہرنیا ایک ہنگامی صورتحال ہے.

کیا خواتین ہرنیا میں کوئی خاص بات ہے ؟

خواتین ہرنیا لڑکوں میں ہرنیا سے کئی طریقوں سے مختلف ہوتی ہیں. لڑکیوں میں ہرنیا کا مواد آنت کی بات ہوسکتی ہے ، اس کی چربی کا احاطہ (مینٹم) یا انڈاشی کے ساتھ فالپیئن ٹیوبیں ہیں. لہذا اندرونی جننانگ اعضاء لڑکیوں کے ہرنیا میں ایک مواد ہوسکتے ہیں جو لڑکوں میں خطرہ نہیں ہوگا.

ہرنیا کی مرمت لڑکیوں میں نسبتا آسان ہے – کیونکہ ہیرنیا ساک کے ساتھ ساتھ کرین (لسانی نہر) صرف گول ہے ، جو ایک تنتمی ٹشو ہے. گول لیگمنٹ بغیر کسی بڑی پیچیدگیوں کے ہرنیا ساک کے ساتھ بندھے ہوئے اور ایکسائز ہوسکتے ہیں. لیکن لڑکوں میں ، ہرنیا کی تھیلی واس اور خصی برتنوں سے گہرا تعلق رکھتی ہے ، اس کے دوران اس کے دوران (لسانی نہر) کے ذریعے. ان اہم ڈھانچے کو احتیاط سے الگ اور ہرنیا

ساک کی صفائی اور کاٹنے کے دوران محفوظ کرنا ہوگا. لہذا ، لڑکوں میں ہرنیا میں جراحی کا طریقہ کار زیادہ نازک ہونا ہے.

شاذ و نادر ہی ، ڈس آرڈر جنسی تفریق کی حالت کو بلایا جاتا ہے - خاص طور پر نسائی سنڈروم لڑکیوں میں دوطرفہ ہرنیا کے طور پر پیش کرتا ہے. لہذا ، لڑکیوں میں دونوں اطراف ہرنیا کو تفصیلی امتحان کی ضرورت ہے.

بچوں میں ہرنیا اصلاح میں لیپروسکوپی کا کردار

بچوں میں ہرنیا کی مرمت میں لیپرووسکوپی فائدہ مند ہے. لیپاروسکوپی پیٹ سے متعارف کرائے گئے چھوٹے آلات کے ذریعہ کی جاتی ہے ، لیپروسکوپی میں فائدہ یہ ہے کہ سرجن یکطرفہ ہرنیا کی صورت میں اندر سے دوسرے طرف سے جڑی بوٹیوں کی قربانی پر نگاہ ڈال سکتا ہے. بچوں میں لیپاروسکوپی وسیع چیرا ہرنیاس میں کردار ادا کرتا ہے ، جہاں میش کی مرمت کی ضرورت ہوتی ہے.

کیا ہرنیا سرجری کے بعد جسمانی سرگرمی کو کم کرنا ہے ؟

ضروری نہیں ہے. پوسٹ آپریٹو پابندیوں پر صرف ایک ہفتہ عمل کرنا ہے. بالغوں میں ، جہاں ہرنیا کی وجہ پٹھوں کی کمزوری ہے اور میش پلیسمنٹ کے ذریعہ مرمت کی جاتی ہے ، پابندیاں اور بعد میں آپریٹو احتیاطی تدابیر زیادہ ہیں. بچوں میں ، جہاں ہرنیا پیٹنٹ مواصلات کی وجہ سے ہے اور مرمت کو میش کی مرمت کی ضرورت نہیں ہے ، جسمانی سرگرمی پر طویل پابندی کی ضرورت نہیں ہے.

مستقبل میں بچوں میں قوت اور زرخیزی پر ہرنیا کے آپریشن اثرات?

بالکل نہیں. بچوں میں ہرنیا کی مرمت کے دوران ، اس کا بزار تھیلی الگ تھلگ اور واس اینڈ خصی برتنوں سے الگ ہوجاتا ہے. اگر سرجن محتاط اور تجربہ کار ہے تو ، جننانگ ڈھانچے کو کوئی نقصان نہیں پہنچا ہے. آئندہ بھی بارہماسی سرجری کی وجہ سے قوت اور زرخیزی پر کوئی اثر نہیں پڑتا ہے.

05

Chapter

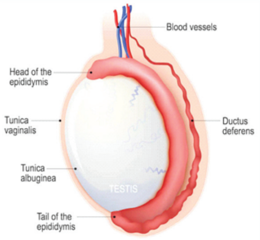
بچوں میں غیر منقولہ ٹیسٹس

لیفٹ سائیڈڈ
انڈیسنڈڈ ٹیسٹس

دونوں طرف کے
انڈیسنڈڈ ٹیسٹس

04

بچوں میں غیر منقولہ ٹیسٹس



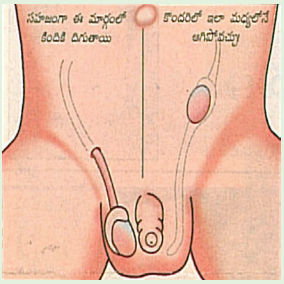
بچے کی نشوونما کے دوران جینیٹالیا کی شکل جس طرح سے خاص طور پر ٹیسٹ کی ترقی بہت دلچسپ ہو گی. اس کی وجہ یہ ہے کہ ٹیسٹ عام جگہ کے اسکروٹم میں تیار نہیں ہوں گے جہاں وہ رہتے ہیں. وہ ترقی پذیر گردوں کے قریب پیٹ میں ترقی کرتے ہیں اور حمل کے بعد کے حصے کے دوران نیچے آتے ہیں اور اسکروٹل ساکس میں رہتے ہیں.

کچھ میں ، یہ عمل مناسب طریقے سے نہیں ہوگا. جن ٹیسٹوں کو اسکروٹم پر اترنا ہے وہ اپنی نزول کو مناسب طریقے سے مکمل نہیں کرسکتے ہیں اور وہ راستے میں مختلف جگہوں پر گرفتار ہوسکتے ہیں. یہ ایک طرف یا دونوں طرف ہوسکتا ہے. اگر ٹیسٹ نہیں اترتے ہیں تو کیا ہوگا ؟ کیا یہ ان کے کام کو متاثر کرے گا ؟ کیا غلط نسل کی وجہ سے کوئی اور پیچیدگیاں ہیں ؟

اس بے ضابطگی کے ساتھ کتنے بچے پیدا ہوں گے؟

چونکہ جنین ماں کے رحم میں ترقی کر رہا ہے ، جنین کے پیٹ میں دباؤ بڑھ رہا ہے, ترقی پذیر ٹیسٹ سے جاری ہارمون اور اسکروٹم سے منسلک ہونے کے خلاف ورزی ٹیسٹ تیار کرنے اور اسے اترنے پر مجبور کرے گی. یہ عمل مکمل مدت کے 3٪ اور 30٪ قبل از وقت بچوں میں مناسب طریقے سے نہیں ہوگا. وہ غیر اعلانیہ ٹیسٹیس کے ساتھ پیدا ہوئے ہیں. 1 سال کی عمر تک غیر اعلانیہ ٹیسٹ کے واقعات 1٪ ہوں گے جو 100 میں سے 1مرد بچوں کو ابتدائی نزول کا مسئلہ ہوگا. چونکہ حمل کے آخری مہینوں میں ٹیسٹ کا نزول مکمل ہوجائے گا 30٪ قبل از وقت بچوں کے پاس غیر متوقع ٹیسٹ ہوں گے.

ٹیسٹ عام طور پر کیسے اتریں گے ؟



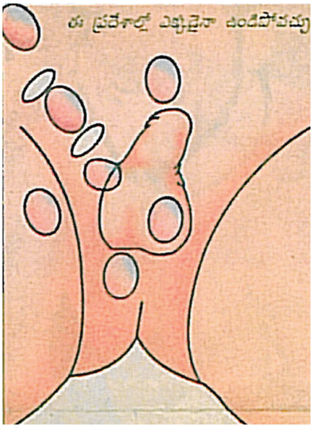
فرٹلائزیشن کے دوران، اگر سپرم میں وائی کروموسوم ہوتا ہے، تو جنین کا مرد بننا مقصود ہوتا ہے۔ وائی کروموسوم پر جنس کا تعین کرنے والے عنصر کے زیر اثر ترقی پذیر گوناڈ ٹیسٹس بن جائے گا۔ یہ تشکیل حمل کے چھ سے آٹھ ہفتوں کے درمیان ہوتی ہے۔ اس مرحلے میں وہ ترقی پذیر گردے کی سطح پر ہیں۔ حمل کی مدت کے آٹھ ہفتوں تک وہ مردانہ ہارمون پیدا کرنا شروع کر دیں گے - ٹیسٹوسٹیرون اور مولیرین کو روکنے والا مادہ۔ ان ہارمونز کے زیر اثر، خصیے سترہ سے اٹھارہ ہفتوں تک نالی کے حصے میں آ جائیں گے۔ یہ اٹھائیس ہفتے تک اس جگہ پر آرام کرے گا کیونکہ راستہ (انگوئنل کینال) نہیں بنتا۔ ایک بار جب نالی کا راستہ صاف ہو جائے گا تو خصیے چالیس ہفتوں تک سکروٹم میں اترنا شروع کر دیں گے۔ یہ جزوی طور پر جینیٹو فیمورل اعصاب سے نکلنے والے عوامل، اسکروٹم (گوبرناکولم) سے منسلک ہونے کا سکڑاؤ اور ٹیسٹوسٹیرون کے اثر کی وجہ سے ہے۔ مردانہ ہارمون ٹیسٹوسٹیرون فعال شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے اور بیرونی تناسل پر کام کرتا ہے اور اس کی نشوونما کرتا ہے۔ پندرہ سے اٹھارہ ہفتوں میں مکمل ہو جائے گا۔

مناسب طریقے سے نیچے نہ آنے کی وجہ

خصیوں کے نہ اترنے کی صحیح وجوہات معلوم نہیں ہیں۔ ہارمون (ٹیسٹوسٹیرون) کی پیداوار کی کمی ایک اہم وجہ ہے۔ خصیوں میں اندرونی نشوونما کے مسائل خود بھی غیر نزول میں حصہ ڈال سکتے ہیں۔ نزول کے راستے میں رکاوٹیں ہوسکتی ہیں۔ ایسا ہوسکتا ہے اگر نشوونما کے دوران جنین کے پیٹ میں پیریٹونائٹس کی نشوونما ہو۔ ایک اور وجہ پیٹ کی دیوار میں پٹھوں کی خرابی کی وجہ سے پیٹ کے دباؤ کو برقرار رکھنے میں ناکامی ہے۔ خاندان میں جینیاتی اور کروموسومل غیر معمولیات۔ بعض اوقات خصیے ایک طرف بالکل نہیں بن سکتے۔

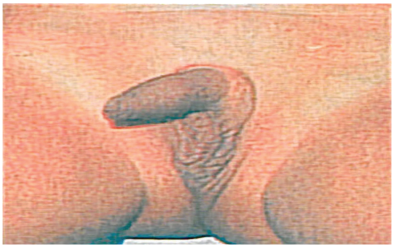
وہ جگہیں جہاں خصیے پھنس سکتے ہیں۔

کچھ میں خصیے پیٹ میں ہی رہ سکتے ہیں (انٹرا پیٹ میں ٹیسٹس)۔ کچھ میں یہ پیٹ سے باہر نکل سکتا ہے اور نزول کے عام راستے میں گرفتار ہو سکتا ہے۔ پھر یہ نالی میں پایا جائے گا (انگوئنل کینال) یا سکروٹم میں داخل ہونے والے مقام (ہائی سکروٹل پوزیشن)۔ بعض اوقات یہ کچھ فاصلے کے لیے نیچے اتر سکتا ہے اور کسی دوسرے راستے (ایکٹوپک ٹیسٹس) میں منحرف ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں، یہ پیرینیم میں، عضو تناسل کے سامنے، بیمسکروٹم کے مخالف یا ران میں پایا جاتا ہے۔ کبھی کبھی یہ ایک طرف بالکل تیار نہیں ہوسکتا ہے۔



اترتے ہوئے ٹیسٹس کی شناخت کیسے کریں۔

ٹیسٹس کے ناجائز نزول کا پتہ اسکروٹم کو دیکھ کر آسانی سے پایا جاسکتا ہے. آسان معائنہ اور طبی معائنے کے ذریعہ.



نہ اتریں گے تو مسائل ہوں گے۔

بے ترتیب خصیوں کا اگر مناسب وقت پر علاج نہ کیا جائے تو یہ بہت سی پیچیدگیوں کا باعث بن سکتا ہے۔

خصیوں کا فعل: چونکہ خصیوں کا جسم کے باقی حصوں کے مقابلے میں دو سے تین ڈگری غیر ملکی گرمی کا درجہ حرارت ٹھنڈا ہوتا ہے، لہٰذا غیر اترے ہوئے خصیوں کی صورت میں کیونکہ خصیہ جسم کے قریب ہوتا ہے، یہ زیادہ درجہ حرارت کے سامنے آجائے گا۔ جیسے جیسے وقت گزرتا ہے ٹیسٹیس تھرمل نقصان سے گزرتا ہے جس کے نتیجے میں نطفہ پیدا کرنے والی نلیوں کو نقصان پہنچتا ہے۔ یہ بانجھ پن کا باعث بن سکتا ہے جو زیادہ ہوتا ہے اگر دونوں خصیے اترے نہ ہوں۔

ہرنیا ایسوسی ایشن: چونکہ ٹیسٹ نہیں اتر رہے ہیں ، راستہ بند نہیں ہے۔ لہذا تقریبا تمام معاملات غیر منحصر ٹیسٹیس سے وابستہ لسانی ہرنیا سے وابستہ ہوں گے

ٹورسن ٹیسٹس: چونکہ ٹیسٹس مکمل طور پر نہیں اترا ہے ، لہذا اس کو مناسب طریقے سے طے نہیں کیا جائے گا. لہذا اسکروٹم میں ناقص فکسنگ کی وجہ سے غیر اعلانیہ ٹیسٹس ٹورسن ٹیسٹس کا شکار ہوں گے.

کینسر کی نشوونما: اگر اس کا بروقت علاج نہ کیا جائے تو یہ خصیوں کو نقصان پہنچاتا ہے۔ بعد میں خراب خصیوں میں کینسر کی نشوونما ہو سکتی ہے۔ مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ پیٹ کے بیس میں سے

ایک خصیہ اور اسّی گروئن خصیوں میں سے ایک کینسر کی تبدیلیوں سے گزرتا ہے اگر بروقت علاج نہ کیا جائے۔

خصیوں کو صدمہ: اگر غیر اترا ہوا خصیہ کمر میں ہے، تو یہ جسمانی اور مسلسل عضلاتی صدمے سے گزرے گا۔

نفسیاتی تبدیلیاں: ان بچوں میں نفسیاتی پریشانی پیدا ہو سکتی ہے جب وہ بڑے ہو رہے ہوتے ہیں کیونکہ ان کا بیرونی تناسل مختلف نظر آتا ہے۔

سرجری کا صحیح وقت کیا ہے؟

بہت سے والدین یہاں تک کہ اگر انہیں پتہ چلا کہ ان کے بچوں کی ٹیسٹیاں نہیں اتر رہی ہیں, وہ اس غلط فہمی کی وجہ سے کوئی طبی مشورہ نہیں لیتے ہیں کہ ٹیسٹ 10-5 سال کی عمر میں خود ہی اتریں گے. یہ کوئی صحیح اور دانشمندانہ فیصلہ نہیں ہے. اگر تمام ٹیسٹ خود ہی اترتے ہیں تو ، اس کی عمر 6 ماہ ہو گی. اگر اس وقت تک یہ گرہ اترتا ہے تو ، جراحی کی مداخلت 9-6 ماہ کی عمر کے درمیان کی جانی چاہئے ، زیادہ سے زیادہ 1سال کی عمر میں معاملات طے کرنا ہوں گے. اگر نہیں تو ٹیسٹس تھرمل (ہیٹ) نقصان سے گزرے گا. لہذا ، غیر اعلانیہ ٹیسٹ کے لئے مداخلت کا مثالی وقت 9-6 ماہ ہے.

سرجن غیر اترے ہوئے خصیوں کی بے ضابطگی کو کیسے درست کریں گے؟

ہر خصیے میں خون کی نالیاں ہوں گی جو خصیوں کو خون فراہم کرتی ہیں اور اسپرمیٹک کورڈ (واس) جو بچے کے بالغ ہونے پر بننے والے نطفوں کو خصیوں سے باہر لے جاتی ہیں۔ دونوں ٹیسٹس کے ساتھ اہم منسلک ہیں۔ یہاں تک کہ غیر نازل شدہ خصیوں کے معاملات میں بھی، واس ہمیشہ لمبا ہوتا ہے، بعض اوقات لوپ بھی ہو سکتا ہے۔ لہٰذا بے ترتیب خصیوں کی اصلاح میں خصیوں کے ساتھ واس لانا کوئی مسئلہ نہیں ہے۔ بنیادی مسئلہ خون کی نالیوں سے منسلک خصیوں (ٹیسٹیکولر ویسلز) کے ساتھ آتا ہے۔

اگر متحرک ہونے کے بعد خصیے کے خون کی برتن کی لمبائی کافی ہے تو ، اسکروٹم (معیاری آرکڈپیکسی) میں ٹیسٹس لانے اور رکھنے میں کوئی حرج نہیں ہے. اگر خصیے کے خون کی برتن کی لمبائی کافی نہیں ہے تو ، جب تک ممکن ہو ٹیسٹ کو متحرک کیا جاتا ہے اور اس سطح پر رکھا جاتا ہے, ایک اور سرجری (اسٹیجڈ آرکڈپیکسی) کے ذریعہ 6 ماہ کے بعد نیچے لایا جائے. اگر ٹیسٹ پیٹ میں پھنس جاتا ہے تو ، اس کے نزول کے دوران (غیر پلپ ایبل انڈیسنڈ ٹیسٹس) سرجری میں - فولر اسٹیفنز تکنیک نامی ایک خصوصی تکنیک شامل ہوتی ہے. یہ تکنیک لیپرو سکوپی کے ذریعہ کی گئی ہے. خصی برتن کی لمبائی کا اندازہ کیا جاتا ہے اور متبادل (خود کش حملہ) خون کی فراہمی کی حیثیت کا اندازہ کیا جاتا ہے. متبادل خون کی فراہمی کی وافر مقدار کو دیکھنے کے لئے مرکزی خصی برتن مسدود ہے. اگر ٹیسٹیس کولٹرلز پر خون کے بہاؤ کو برقرار رکھے ہوئے ہے ، جب مرکزی خصی شریان کو لمبا کردیا جاتا ہے تو پھر ٹیسٹیاں خود کش خون کی فراہمی پر اسکروٹرم میں نیچے لائی جاتی ہیں. یہ عام طور پر 6 ماہ (دو اسٹیج فولر اسٹیفن تکنیک) کے فرق کے ساتھ دو مراحل میں کیا جاتا ہے.

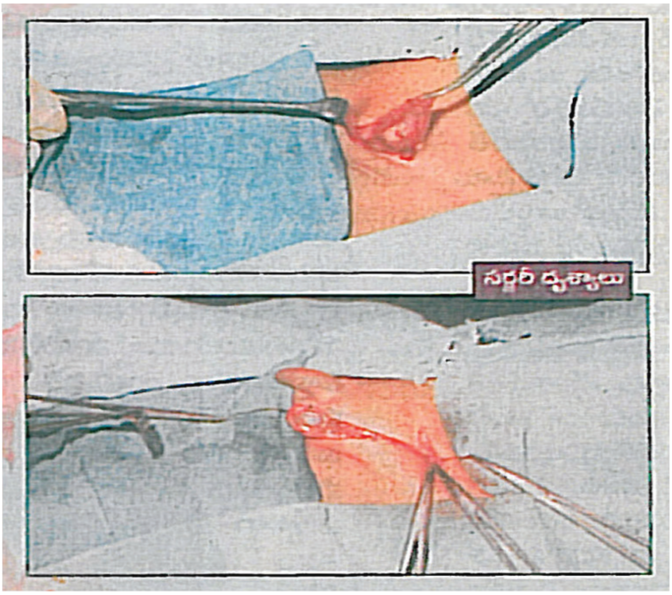
اگر خصیہ ہائپوپلاسٹک ہے، اگر کولیٹرل خون کی فراہمی مناسب نہ ہو اگر کوئی دوسرا آپشن ممکن نہ ہو، تو خصیے کو ہٹانا ہوگا۔ خراب شدہ خصیوں میں کینسر کی نشوونما کے خطرے کی وجہ سے جسم میں غیر اترے خصیوں کو نہیں چھوڑنا چاہئے۔ ایک ٹیسٹس کا نقصان بچے کی مستقبل کی قوت اور زرخیزی کو متاثر نہیں کرے گا۔ اگر بچے کو نفسیاتی احساس ہو تو مصنوعی اعضاء، سلاسٹک مواد سے بنے مصنوعی خصیے کو ظاہری مقصد کے لیے اسکارٹم میں رکھا جا سکتا ہے۔

اگر خصیہ کھینچ کر نارمل پوزیشن پر آجاتا ہے...

اس حالت کو – ریٹریکٹائل ٹیسٹیس کہا جاتا ہے. ریٹریکٹائل ٹیسٹس عام طور پر اترا ٹیسٹیس ہے لیکن کر ماسٹرک پٹھوں کی حد سے زیادہ سرگرمی ، ٹیسٹ کے آس پاس کے پتلے پٹھوں سے کھینچ لیا جاتا ہے. جب بچہ بیدار اور متحرک ہوتا ہے تو ، ٹیسٹس کھینچ لیا جائے گا لیکن جب بچہ سو رہا ہے اور آرام سے ہے

اصلاح کی ضرورت نہیں ہے ، کیونکہ یہ عام طور پر اترا ہوا ٹیسٹ ہے اور زیادہ تر وقت ٹیسٹس اسکروٹم میں ہوں گے.

تو ، ٹیسٹ عام طور پر اسکروٹم میں واقع ہوں گے. اس پٹھوں کی کھینچ 12-10سال کی عمر میں دوبارہ حاصل ہو گی. ایک ریٹریکٹل ٹیسٹیس کو جراحی کی



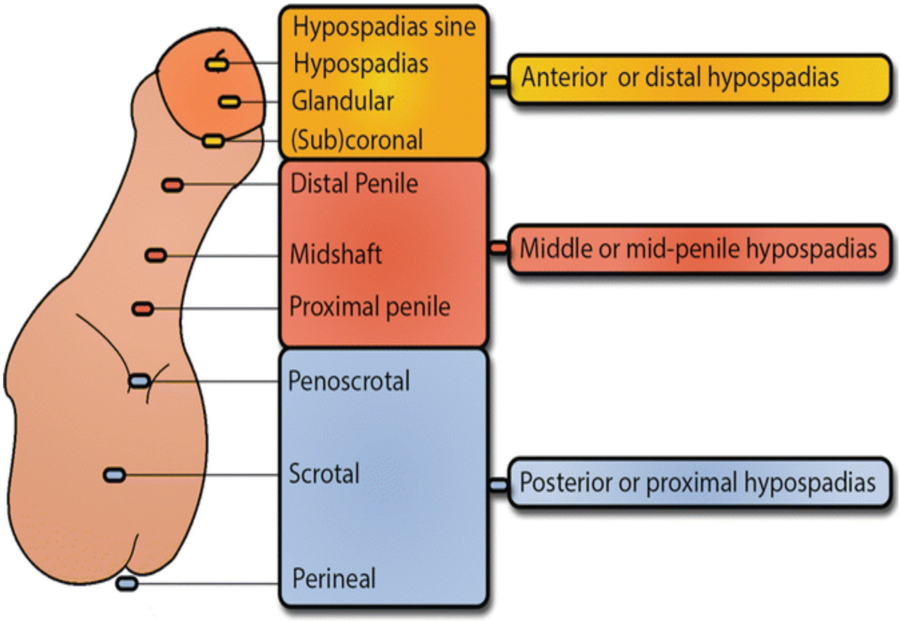
اہم نکات :

اگر خصیے کا نزول نہیں ہوتا ہے، تو اسے 6-9 ماہ کی عمر تک جراحی سے درست کر لینا چاہیے۔

06

Chapter

بچوں میں ہائپوسپیڈیاس


Hypospadias sine Hypospadias
Glandular
(Sub)coronal
Distal Penile
Midshaft
Proximal penile
Penoscrotal
Scrotal
Perineal
Anterior or distal hypospadias
Middle or mid-penile hypospadias
Posterior or proximal hypospadias

06 بچوں میں ہائپو سپادیاس

اگر بچہ عام طور پر اچھے وزن اور اچھی صحت کے ساتھ پیدا ہوتا ہے تو ، پورا کنبہ تقریبات میں جائے گا. لیکن اگر وہی بچہ بے ضابطگی کے ساتھ پیدا ہوا ہے تو ، کنبہ مایوسی کے موڈ میں جائے گا. کچھ پیدائشی بے ضابطگیوں کی وجہ بہت ہی عجیب ہے ، خاص طور پر یہ بیرونی جننانگ کی بے ضابطگیوں کی صورت میں دیکھا جاتا ہے. نوزائیدہ مرد اچھا لگ رہا ہے لیکن اگر آپ اس کے عضو تناسل کو دیکھیں تو - یہ پیشاب کی افتتاحی نوک پر نہیں بلکہ مختلف نظر آتا ہے. پورے خاندان بچے کے مستقبل کے بارے میں افسردگی کا شکار ہوجائیں گے. عام بیرونی جننانگ بے ضابطگی جو مرد بچے میں پائے جاتے ہیں وہ ہائپوسپادیاس ہے. ہائپوسپادیاس بے ضابطگی میں ، پیشاب کی (پیشاب لے جانے والی ٹیوب) نوک پر نہیں ہوگی ، بجائے اس کے کہ یہ عضو تناسل کی نیچے کی سطح پر کہیں ہوگی. اس کی وجہ سے عضو تناسل معمول کی بات نہیں کرے گا. اس بے ضابطگی میں پیشاب عضو تناسل کی نوک سے نہیں آئے گا ، لیکن یہ عضو تناسل کے نیچے کی طرف ایکٹوپک سے آئے گا. اس کے ساتھ ہی عضو تناسل کی گھماؤ سطح کے نیچے کی طرف موڑ دے گی ، اسے راگٹی کہا جاتا ہے. یہ کوئی نایاب بے ضابطگی نہیں ہے اور اسے درست کرنے کے طریقے موجود ہیں. آگاہی اور خدشات کی کمی کی وجہ سے ، کچھ والدین طبی مشورے نہیں لیں گے اور جوانی تک مدد نہیں کریں گے. ایسی صورتحال میں ، بالغوں میں ہائپوسپادیاس کو درست کرنا آسان کام نہیں ہے. اس بے ضابطگی کو عوامی .شعور کی ضرورت ہے

دو سو میں سے ایک

عام طور پر پیشاب کی افتتاحی عضو تناسل کی نوک پر ہونی چاہئے ، عضو تناسل کی نوک (گلین) گول ہونا چاہئے اور اس ٹپ کو چاروں طرف جلد سے ڈھانپنا چاہئے. ہائپوسپادیاس بے ضابطگی میں ، پیشاب کی قربانی نوک پر نہیں ہوگی ، یہ عضو تناسل کے نیچے سے نیچے سے مقعد کے علاقے کے سامنے جانے کے لئے کھلے گا. نوک بین کی شکل ہوگی. جلد چاروں طرف احاطہ نہیں کرے گی لیکن یہ عضو تناسل کے اوپری حصے میں ایک ڈاکو کی طرح لگتا ہے. فوٹرسکن اور عضو تناسل کی غیر معمولی نظر ، پیشاب کی ندی کی غیر معمولی سمت اور عضو .تناسل کے اختتام کو نیچے کی طرف موڑ دیا جاتا ہے

یہ کوئی نایاب بے ضابطگی نہیں ہے جو دو سو زندہ مرد پیدائشوں میں سے ایک ہوتا ہے. یہ غیر اعلانیہ ٹیسٹ کے بعد مردوں میں پیدائش کا دوسرا عام عیب ہے. والدین کے ذہنوں میں بہت سارے شکوک و شبہات پیدا ہوں گے جب ان کا بچہ ہائپوسپادیاس کے .ساتھ پیدا ہوتا ہے

ایسی سائٹیں جہاں ہائپوسپادیاک یوریتھل اورائفس پیش کرسکتی ہیں

عام طور پر پیشاب کی افتتاحی عضو تناسل کی نوک پر ہونی چاہئے ، عضو تناسل کی نوک (گلین) گول ہونا چاہئے اور اس ٹپ کو چاروں طرف جلد سے ڈھانپنا چاہئے. ہائپوسپادیاس بے ضابطگی میں ، جو پیدائشی عیب ہے ، پیشاب کی قربانی نوک پر نہیں ہوگی ، یہ عضو تناسل کے نیچے کی طرف کھل جائے گی. کچھ معمولی ہوسکتے ہیں اور کچھ زیادہ شدید ہوسکتے ہیں. تقریبا 50٪ معاملات میں اورفیس عضو تناسل کے نیچے کی طرف تھوڑا فاصلہ کھولے گی. انہیں -گلانولر ، کورونل ، ہائپوسپادیاس کی ذیلی کورونل قسم (ڈسٹل ٹائپ) کہا جاتا ہے۔ تقریبا 30٪ میں% وہ عضو تناسل کی لاش کی نیچے کی سطح پر زیادہ سے زیادہ ابتدائی طور پر کھولتے ہیں — ڈسٹل قلمی ، درمیانی قلمی اور محور قلمی ہائپوسپیڈیاس (درمیانی قسم). تقریبا 20٪ معاملات میں عضو تناسل اور اسکروٹم کے سنگم میں اورائفس زیادہ سے زیادہ — پینوسکروٹل ٹائپ (، درمیانی اسکروٹل) اسکروٹل ٹائپ (,اور مقعد کے پیرینیم انفارٹ میں (پیرینیال ٹائپ). اس کے ساتھ ، عضو تناسل چھوٹا اور نیچے کی .طرف موڑ میں بھی نظر آسکتا ہے

- اگر بچے کے والد کے پاس جننانگ یا دیگر پیشاب کی بے ضابطگیوں کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے
- ذیابیطس کی ماں کے بچے
- جب حمل سے پہلے سگریٹ تمباکو نوشی یا کیڑے مار ادویات کا سامنا کرنا پڑتا ہے

ایسا کیوں ہوتا ہے؟

ہائپوسپادیاس کی ترقی کی اصل وجہ معلوم نہیں ہے. یہ یوریتھرل ٹیوب کی عیب دار تشکیل ہے ، جو ترقی پذیر ٹیسٹس سے جاری مرد ہارمون سے متاثر ہوتا ہے. ٹیسٹوسٹیرون کی موثر تشکیل یا عیب دار تبدیلی کو فعال شکل میں تبدیل کرنا یا اگر ہارمون وصول کرنے والے رسیپٹر ہدف کے اعضاء میں موجود نہیں ہیں تو ، مردوں میں بیرونی جننانگ بے ضابطگیاں واقع ہوں گی. آٹھ ہفتوں تک جنین کی زندگی جننانگ غیر یقینی ہے. کروموسومل پیٹرن پر منحصر آٹھ - چودہ ہفتوں کی شکل ، جنسی تفویض اور بیرونی جننانگ ترقی آگے بڑھے گی. لہذا ، ہائپوسپادیاس کی ترقی آٹھ سے چودہ ہفتوں کی ترقی کے درمیان ہو گی. جینیاتی اسامانیتاوں اور خاندانی عوامل بھی ہارمونل کی کمی .اور ہائپوسپادیاس کی ترقی کا باعث بنے گا

کچھ عوامل جو ہائپوسپادیاس والے بچے لڑکے کے ہونے :کے خطرے کو متاثر کرتے ہیں

- عمر اور وزن: ماؤں جن کی عمر 35 سال یا اس سے زیادہ تھی اور جنھیں موٹاپا سمجھا جاتا تھا ، کو ہائپوسپادیاس کے ساتھ بچہ پیدا کرنے کا زیادہ خطرہ .تھا
- زرخیزی کے علاج: خواتین جنہوں نے حمل میں مدد کے لئے تولیدی ٹکنالوجی کا استعمال کیا تھا ، انہیں ہائپوسپادیاس کے ساتھ بچہ پیدا کرنے کا زیادہ خطرہ .تھا
- کچھ ہارمونز: حمل سے پہلے یا اس کے دوران کچھ ہارمون لینے والی خواتین کو ہائپوسپادیاس کے ساتھ .بچہ پیدا کرنے کا زیادہ خطرہ ظاہر کیا گیا تھا
- پہلے سے علاقوں میں عام اور کم وزن والے بچے πρε
- جڑواں بچوں میں

اگر ایسا ہو تو کیا حرج ہے؟

ہائپوسپادیاس بے ضابطگی میں ، مرد بچے کو پیشاب میں دشواری ہوگی. وہ کھڑے اور پیشاب نہیں کرسکتے ہیں کیونکہ پیشاب کی ندی نیچے کی طرف ہے. اس سے بچوں میں نفسیاتی مسائل پیدا ہوں گے. بعض اوقات پیشاب کی قربانی تنگ ہوتی ہے اور اس سے پیشاب کی بار بار انفیکشن ہوتا ہے. اگر سخت راگ ہے تو ، جب وہ بالغ ہوجاتے ہیں تو یہ جنسی پریشانیوں کا باعث بن سکتا ہے. لیکن شدید راگڈی صرف چھوٹی فیصد معاملات میں پائے گا. عام طور پر بچے تین سے پانچ سال کی عمر تک جینیاتی شعور پیدا کرنا شروع کردیں گے. اسکول جانے والے بچوں میں ، اگر ان کی جننانگ غیر معمولی ہے تو وہ سائیکولوجی پریشان اور افسردگی پیدا کرتے ہیں. لہذا اسکول جانے کی عمر سے پہلے ہی ہائپوسپادیاس بے ضابطگی کو درست کرنا ہمیشہ بہتر ہے. ہائپوسپادیاس کے ساتھ تین ... اہم مسائل یہ ہیں

- پیشاب کا غیر معمولی بہاؤ۔ پیشاب کی ندی کھلنے کی سمت کی طرف اشارہ کر سکتی ہے، جیسے نیچے کی طرف۔ یا یہ کئی سمتوں میں چھڑک سکتا ہے۔
- خم دار عضو تناسل۔ جیسے جیسے آپ کا بچہ بڑا ہوتا ہے، اس کا عضو تناسل مڑ سکتا ہے۔ یہ بعد کی زندگی میں جنسی مسائل کا سبب بن سکتا ہے۔
- بانجھ پن۔ اگر پیشاب کی نالی کا کھلنا سکروٹم یا پیرینیم کے قریب ہے، تو آپ کے بچے کو بعد کی زندگی میں زرخیزی کے ساتھ مسائل ہو سکتے ہیں۔

اس کا حل کیا ہے؟ اسے جراحی سے کیسے ٹھیک کیا جائے گا؟

جراحی کی اصلاح کا بنیادی مقصد پیشاب کی نالی کو عضو تناسل کی نوک تک لانا ہے۔ اگر عضو تناسل کا گھماؤ موڑتا ہے تو اسے بھی درست کیا جائے گا۔ اس بے ضابطگی کی اصلاح کے لیے بہت سی جراحی کی تکنیکیں موجود ہیں۔ جراحی کی اصلاح کا حتمی مقصد نہ صرف عام طور پر ظاہر ہونے والا عضو تناسل بلکہ فعال طور پر نارمل عضو کا ہونا بھی ہے۔ ہائپو اسپیڈیاس کی قسم پر منحصر ہے، جراحی کی اصلاح ایک مرحلے میں یا مرحلہ وار طریقے سے کی جا سکتی ہے۔ اگر عضو تناسل کا سائز چھوٹا ہو تو عضو تناسل کا سائز بڑھانے کے لیے ٹیسٹوسٹیرون کی تین خوراکیں ماہانہ وقفوں پر دی جاتی ہیں۔ تین مقامی طور پر دستیاب ٹشوز کو عام طور پر نیو یوریتھرل ٹیوب بنانے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ غیر ٹیوبلرائزڈ بقیہ ڈسٹل یوریتھرل پلیٹ، ڈورسلی ہڈڈ جلد کی اندرونی تہہ یا خود ڈورسل جلد کو عضو تناسل کے سرے تک پیشاب کی نالی بنانے کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ طریقہ کار کو تین عنوانات کے تحت گروپ کیا گیا ہے۔

یوریتھرل ٹیوبلرائزیشن کی تکنیک: جس میں اچھی ڈسٹل نان ٹیوبلرائزڈ یوریتھرل پلیٹ کو متوازی چیروں کے ذریعے کٹے ہوئے کناروں کو سیون کرکے ٹیوبلرائز کیا جاتا ہے۔

پیشاب کی افزائش کی تکنیک: جس میں ایک مستطیل بٹ مقامی طور پر دستیاب ٹشوز (جیسے ڈورسل جلد کی اندرونی تہہ) کو خون کی فراہمی کے ساتھ لیا جاتا ہے اور اسے موجودہ نان ٹیوبلرائزڈ ڈسٹل یوریتھرل پلیٹ پر رکھا جاتا ہے۔ یہ بڑھا ہوا ٹشو پیشاب کی نالی کے فرش کا کام کرے گا۔

پیشاب کی نالی کو تبدیل کرنے کی تکنیک: جہاں پوری پیشاب کی نالی مقامی طور پر دستیاب ٹشوز سے بنائی جاتی ہے اور ایک سرا موجودہ پیشاب کی نالی سے منسلک ہوتا ہے اور دوسرا سرا عضو تناسل کی نوک تک لایا جاتا ہے۔ ایک ٹرانسوریتھرل کیتھیٹر پیشاب کی موڑ کے لیے نیوریتھرل ٹیوب کے ذریعے رکھا جاتا ہے۔

ایسے معاملات میں جہاں بچے نے متعدد طریقہ کار انجام دیا ہو, اور مقامی طور پر دستیاب ٹشو استعمال کرنے کے لئے کافی نہیں ہیں (ہائپوسپادیاس اپاہج) - گیلے پرت (مکوسا (گال کے نچلے ہونٹ یا پہلو سے استعمال کیا جاتا ہے. اس طریقہ کار کو براکا طریقہ کار کہا جاتا ہے. یہ طریقہ کار دو مراحل میں کیا جاتا ہے. پہلے مرحلے میں موکاوسا کو عضو تناسل کے نیچے کی طرف رکھا جاتا ہے ، دوسرے مرحلے میں بچھائی گئی بلغم کو یوریترا کے طور پر نلی نما کیا جاتا ہے.

سرجری کا وقت

پیدائش کے وقت ختنہ نہیں کرنا چاہیے، کیونکہ پیشانی کی جلد کی مرمت کے لیے ضرورت پڑسکتی ہے۔ جراحی کی اصلاح چھ ماہ سے چوبیس ماہ کے درمیان کی جا سکتی ہے۔ لیکن دنیا بھر میں جراحی کی اصلاح ایک سال کی عمر میں شروع کردی جاتی ہے۔ مقصد یہ ہے کہ بچے کے اسکول میں داخل ہونے سے پہلے اصلاح کے تمام مراحل کو مکمل کیا جائے۔ چونکہ بچہ تین سے پانچ سال کی عمر کے درمیان جینیاتی بیداری پیدا کرتا ہے، اسے تین سال کی عمر سے پہلے درست کر لینا چاہیے۔ اگر اس وقت کے بعد ایسا کیا جائے تو بچوں کو زندگی بھر یہ احساس رہے گا کہ ان کے تناسل پر کچھ ہوا ہے۔ ہائپو اسپیڈیا کی کچھ اقسام کو مرحلہ وار طریقہ کار کی ضرورت ہوتی ہے، اس لیے اگر پہلا مرحلہ ایک سال کی عمر میں شروع کیا جائے تو تمام مراحل اسکول جانے کی عمر سے مکمل کیے جاسکتے ہیں۔ بچوں میں تین سال کی عمر تک پیشاب پر قابو نہیں پائے گا۔ اگر سرجری تین سال سے پہلے مکمل ہو جائے تو پیشاب کی تربیت متاثر نہیں ہو گی۔ اگر یہ تین سال کے بعد خوف سے کیا جاتا ہے تو وہ پیشاب روکیں گے اور بیت الخلا کی تربیت میں تاخیر ہو گی۔ اگر اس میں جوانی تک تاخیر ہو جائے تو یہ جنسی مسائل اور بانجھ پن کے مسائل کا باعث بنتی ہے۔ لہذا ایک سال سے دو سال کی عمر کے درمیان ہائپو اسپیڈیا کو درست کرنا ہمیشہ بہتر ہے۔

نتائج کیسے ہوں گے؟

پرانی تکنیکوں کے ساتھ ، نتائج صرف جزوی طور پر کامیاب ہیں. اب دنیا بھر میں دستیاب جدید ترین تکنیکوں کے ساتھ ، نتائج اب بہت اطمینان بخش ہیں. سوائے زیادہ سے زیادہ اقسام اور جنسی تفریق کے ہائپوسپادیاس (DSD) عارضے سے وابستہ افراد میں اصلاح کے بعد عضو تناسل کی ظاہری شکل اور کام معمول بن جائے گا. سرجری کے بعد قوت اور زرخیزی کی صلاحیت معمول بن جائے گی.

کیا ہم ہائپو اسپیڈیاس کی نشوونما سے بچ سکتے ہیں؟

ہائپو اسپیڈیاس کی صحیح وجہ معلوم نہیں ہے۔ یہ تمام نسلوں اور تمام معاشروں میں ہوتا ہے۔ کچھ میں اگر باپ کو ہائپو اسپیڈیاس ہو تو بچہ ہائپو اسپیڈیاس کے ساتھ پیدا ہوتا ہے۔ اس کی نشوونما کے لیے جینز کے علاوہ ماحولیاتی عوامل بھی حمل کے دوران نشوونما پانے والے بچے پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ ماں کے پیٹ میں نشوونما کے دوران، جننانگ زندگی کے آٹھ ہفتوں کروموسوم XY یا XX تک غیر متعین رہتا ہے۔ بعد میں کی موجودگی کے زیر اثر، گوناڈل کی نشوونما آگے بڑھے گی۔ یہ گوناڈز ہارمونز پیدا کریں گے جو بیرونی جننانگ کی نشوونما کا باعث بنیں گے۔ اس نشوونما کے دوران، اگر مردوں میں ہارمون کی پیداوار خراب ہو جاتی ہے تو یہ مردانہ بیرونی جنسی اعضاء کی ترقی کا باعث بنے گی اور ہائپو اسپیڈیاس جیسی بے ضابطگیاں پیدا ہو جائیں گی۔ لہذا، حمل کے ابتدائی ہفتوں میں، ماں کو ادویات، کیمیکلز، کیڑے مار ادویات کا سامنا نہیں کرنا چاہیے، اور اچھی اور حفظان صحت والی خوراک لینا چاہیے، صنعتی علاقوں سے دور رہنا چاہیے، مصنوعی رنگوں والی غذائیں نہ لیں۔ یہ چیزیں ہائپو اسپیڈیاس بے ضابطگی کے واقعات کو کم کرنے میں کسی حد تک مدد کریں گی۔

تکنیک اور تجربہ کلید ہے۔

بچے بہت نازک ہوتے ہیں اور ان کا بیرونی عضو تناسل زیادہ نازک ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بچوں میں بالخصوص ہائپو اسپیڈیا میں بیرونی تناسل پر کوئی بھی اصلاحی سرجری بہت نازک ہو گی۔ لہذا، ہائپو اسپیڈیاس سرجری کا تجربہ اور تکنیکی مہارت بہت اہم ہے۔ ہائپو اسپیڈیاس میں پہلی جراحی کی کوشش بہت اہم ہے۔ اگر اس کوشش میں اسے درست کیا جائے تو یہ اچھی اور اچھی بات ہے۔ متعدد سرجریوں سے داغ کے ٹشوز کی نشوونما اور مرمت کے لیے مقامی طور پر دستیاب ٹشوز کا نقصان ہو گا۔ آخر کار وہ ہائپو اسپیڈیاس اپاہج کے طور پر اترتے ہیں۔ لہذا یہ ہمیشہ بہتر ہوتا ہے کہ ہائپو اسپیڈیا کو تجربہ کار اور تکنیکی طور پر ہنر مند شخص سے درست کیا جائے۔

ہائپو اسپیڈیاس سرجری کے بعد کیا پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں۔

اگر یہ کسی تجربہ کار شخص کے ذریعہ کیا جائے تو پیچیدگیاں کم ہوتی ہیں۔ لیکن پھر بھی تجربہ کار ہاتھوں میں کچھ پیچیدگیاں ہو سکتی ہیں۔ عام پیچیدگیاں جو ہائپو اسپیڈیاس کی مرمت کے بعد ہوتی ہیں وہ ہیں.. پیشاب کی نالی کی تشکیل (جراحی کی اصلاح کے بعد زیر زمین سے دوبارہ قطروں کے طور پر پیشاب آنا)۔ اگر پیشاب کی نالی کی مرمت اچھی طرح سے ٹھیک نہیں ہوئی ہے تو ایسا ہوگا۔ اگر سرجری کے بعد انفیکشن ہوتا ہے یا زخم ٹھیک نہیں ہوتا ہے، تو یہ داغ کی تشکیل کا باعث بنے گا جو بعد میں سختی کی نشوونما کا باعث بن سکتا ہے۔ ڈائیورٹیکولم (پیشاب کرتے وقت پیشاب کی نالی کا غبارہ نکلنا ایک اور پیچیدگی ہے جو ہائپو اسپیڈیاس کی مرمت کے بعد نوٹ کی گئی ہے۔ ان پیچیدگیوں کو کم کیا جاسکتا ہے اگر کچھ احتیاطی تدابیر اختیار کی جائیں اور اگر یہ ماہرین کی سرشار ٹیم کے ذریعہ کی جائے۔

کیا ان کے بڑے ہونے پر ان کی طاقت اور زرخیزی معمول کی ہو گی؟

ہائپوسپادیاس یوریتھریل ٹیوب تشکیل کا ایک بے ضابطگی ہے ، اسی کے ساتھ ہی عضو تناسل کے دیگر ڈھانچے بھی متاثر نہیں ہوتے ہیں. پیشاب کی ٹیوب کے اوپر ، دو سگار بنڈل (کورپورا کیورنسوسا) جیسے عضو تناسل ٹشو ہوں گے. وہ ہائپوسپادیاس بے ضابطگی سے متاثر نہیں ہوتے ہیں. لہذا ہائپوسپادیاس کے بیشتر معاملات میں ، قوت اور زرخیزی متاثر نہیں ہوگی. صرف ان معاملات میں جہاں عضو تناسل بہت چھوٹا ہے یا موڑنے والا (چارڈی (بہت سخت ہے ، جنسی زندگی میں پریشانی ہوگی۔ یہاں تک کہ شدید راگڈی کو بھی سرجری کے ساتھ مناسب .حد تک درست کیا جاسکتا ہے

اگر ہائپو اسپیڈیاس کی بے ضابطگی بالغ عمر تک درست نہیں کی جاتی ہے...

ہائپو اسپیڈیاس کے زیادہ تر کیسز ڈسٹل قسم کے ہوتے ہیں (اسی فیصد)۔ اس قسم کے معاملات میں پیشاب کی نالی عام جگہ سے تھوڑے فاصلے پر کھلتی ہے۔ لہذا زیادہ تر ایسے معاملات جو بچپن میں درست نہیں ہوتے ہیں اگر وہ بڑے ہو جاتے ہیں، جنسی زندگی یا والدین کی پرورش میں زیادہ پریشانی کا سامنا نہیں کرنا پڑتا ہے۔ لیکن قربتی صورتوں میں، جہاں پیشاب کی نالی عضو تناسل کے بیچ میں موجود ہو، یا پینو اسکروٹل جنکشن یا اس سے زیادہ قریب ہو، اگر اس بے ضابطگی کو صحیح عمر میں درست نہ کیا جائے تو کافی مسائل ہوں گے۔ بڑے ہونے میں ہائپو اسپیڈیاس بے ضابطگی کو جراحی سے درست کرنا ایک مشکل کام ہے۔ ایسا کرنا آسان کام نہیں ہے۔ پیچیدگیوں کے امکانات زیادہ ہیں۔ اگرچہ وہ بالغ عمر میں ہیں، بے ضابطگی پیدائشی ہے۔ اس لیے ان کے لیے بہتر ہے کہ وہ بالغ عمر میں بھی پیڈیاٹرک سرجن سے رجوع کریں۔ ہائپو اسپیڈیاس کی جراحی اصلاح کے لیے کیونکہ پیڈیاٹرک سرجن ہائپو اسپیڈیاس کی مرمت میں زیادہ تجربہ کار ہوتے ہیں۔

: کلیدی نکات

1. بچوں میں ہائپوسپادیاس بے ضابطگی کو 12 سے 18 ماہ کی عمر کے درمیان درست کرنا ہوگا.

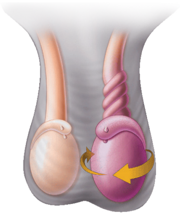
2. جب ہائپوسپادیاس بے ضابطگی ہے تو بچوں میں ختنہ نہیں کیا جانا چاہئے ، کیونکہ یہ جلد ہائپوسپادیاس کی جراحی اصلاح کے لئے مفید ثابت ہوسکتی ہے.

07
Chapter

بچوں میں ٹارسن ٹیسٹس

بچوں میں ٹارسن ٹیسٹس

07 بچوں میں ٹارسن ٹیسٹس



بچوں میں کچھ شرائط ، والدین اس وقت تک زیادہ اہمیت نہیں دے سکتے ہیں اور جب تک کہ وہ درد سے نہ روئیں. اس وقت والدین کشیدہ اور گھبراہٹ کا شکار ہوجائیں گے. کچھ حالات میں یہ بچے کے لئے اچھا نہیں ہے. عام مثال ٹورسن ٹیسٹیس ہے. یہ بچوں میں ہنگامی صورتحال میں سے ایک ہے. والدین کو اس حالت کے بارے میں شعور رکھنے کی ضرورت ہے.

اگر کوئی بچہ اسکروٹم میں درد کی تاریخ سے روتا ہے تو ، کبھی بھی نظرانداز نہ کریں. یہ ٹورسن ٹیسٹس ہوسکتا ہے جس میں ٹیسٹیاں اس کے خون کی رگوں پر گھومتی ہیں جس کی وجہ سے ٹیسٹس کے اسکروٹم اور گینگرین میں سوجن ہوتی ہے. اگر یہ ٹورسن ٹیسٹ ہے تو اسے چھ گھنٹوں میں مداخلت کرنا ہوگی ورنہ اگر یہ گینگرین بن جاتا ہے تو اسے ختم کرنا پڑتا ہے. یاد رکھیں ٹورسن ٹیسٹس ایک ہنگامی صورتحال ہے. اگر حالت کا جلد علاج نہیں کیا جاتا ہے تو ، اس سے خصیے کا نقصان ہوسکتا ہے.

ٹورسن ٹیسٹیس کیا ہے

کیٹناشک ٹورسن لڑکے کے خصیوں اور سپرمیٹک ہڈی کی تکلیف دہ مروڑ ہے. سپرمیٹک ہڈی اعصاب ، نالیوں اور خون کی رگوں کا ایک سیٹ ہے جو نالی سے خصیوں تک جاتا ہے. ٹورسن ایک یا دونوں خصیوں کے ساتھ ہوسکتا ہے. ٹورسن خون کو خصیوں میں نہیں بہتا ہے.

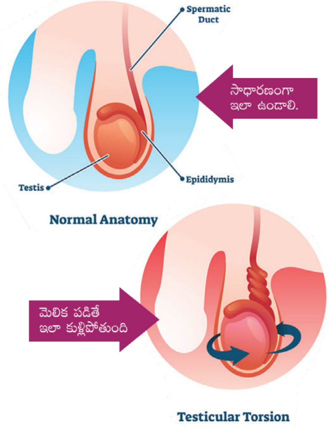
خصی ٹورسن ایک طبی ہنگامی صورتحال ہے. ایسا ہوتا ہے جب ٹیسٹس اور سپرومیٹک ہڈی ، جو خصیوں کو خون کا بہاؤ فراہم کرتی ہے ، گھومتی ہے اور مڑا جاتا ہے. اس سے خصیے کی خون کی فراہمی میں کمی واقع ہوتی ہے اور اچانک درد اور سوجن کا سبب بنتا ہے. خصیے کو بچانے کے لئے عام طور پر فوری سرجری کی ضرورت ہوتی ہے.

टोरसन टेस्टिस का क्या कारण बनता है

دونوں ٹیسٹ متعلقہ ہیمسکروٹم میں موجود ہیں جس میں ٹونیکا اندام نہانی نامی ایک پرت کا احاطہ کیا گیا ہے. یہ ٹونیکا اندام نہانی ٹیسٹ کو اسکروٹم میں ٹھیک کرتی ہے تاکہ ٹیسٹ اوپر اور نیچے چلے جائیں لیکن آس پاس نہیں. کسی بچے میں کیڑے مار ادویات اس وقت ہوتی ہیں جب خصیوں کے آس پاس ٹونیکا اندام نہانی اسکروٹم سے مناسب طور پر منسلک نہیں ہوتا ہے. زیادہ تر خصی ٹور سیون کے معاملات مردوں میں ہوتے ہیں جس کی حالت گھنٹی کلیپر کی خرابی کہتے ہیں. اس خرابی میں ، ٹونیکا اندام نہانی ٹیسٹ کو ٹھیک کیے بغیر چاروں طرف اور اونچی ہوتی ہے. اس سے ٹیسٹس کو اسکروٹم کے اندر موڑ اور مروڑنے کی اجازت ملتی ہے. جب ٹیسٹس ٹورسن سے گزرتے ہیں تو ، اسپرمیٹک ہڈی جو ٹیسٹ سے منسلک ہوتی ہے وہ بھی اس کے خون کی فراہمی کے ساتھ ساتھ گھمایا جاتا ہے. ٹورسن ٹیسس ٹیسٹ میں بھی زیادہ عام ہے جو مکمل طور پر اسکروٹوم میں نہیں اتر پائے جاتے ہیں

(غیر منحصر ٹیسٹ).

یہ ٹیسیس میں بھی ہوسکتا ہے جس نے ٹیومر یا بڑے پیمانے پر تیار کیا ہے. بڑے پیمانے پر وزن ٹیسٹس کو گھما سکتا ہے. بعض اوقات ٹیسٹ میں شدید صدمے ٹیسٹ کو گھما سکتے ہیں اور ٹورژن کا سبب بن سکتے ہیں. شدید سرد حالات میں بھی اسکروٹل پٹھوں اور جلد کی سنکچن کی وجہ سے ٹیسٹس ٹورژن سے گزریں گے.



ٹورسن ڈویلپمنٹ کی وجہ

ٹورسن کسی بھی عمر کے لڑکوں اور مردوں کے ساتھ ہوسکتا ہے ، لیکن بارہ سے اٹھارہ سال کی عمر میں سب سے زیادہ عام ہے. یہ سخت ورزش کے بعد ہوسکتا ہے ، جب کوئی سو رہا ہے ، یا اسکروٹم کو چوٹ لگنے کے بعد. اکثر ، اگرچہ ، عین وجہ معلوم نہیں ہوتی ہے. یہاں دو عام عمریں ہیں جن پر ٹورسن ٹیسٹ ہوسکتے ہیں۔ ایک نوزائیدہ دور میں اور دوسرا جوانی میں.. یہ بھی ہوسکتا ہے جب کوئی بچہ ماں کے بچہ دانی میں بڑھ رہا ہو ، یا بچے کی پیدائش کے فورا بعد ہی. ٹورسن ٹیسٹ بائیں طرف زیادہ عام ہے.

ٹارشن پر کب شک کرنا

سرخی کی نشوونما کے ساتھ سکروٹم میں اچانک درد ٹارشن ٹیسٹس کی دو اہم علامات ہیں۔ کچھ پیٹ کے نچلے حصے میں درد محسوس کر سکتے ہیں۔ اس کے ساتھ منسلک، بخار، متلی اور الٹی ہو سکتی ہے. اگر سکروٹم کو چھو لیا جائے تو بچہ درد سے روئے گا۔ جانچ پڑتال پر ایسا لگتا ہے کہ ٹیسٹ اوپر منتقل ہو گئے ہیں۔

سکروٹم میں درد، لالی، اور چھونے پر درد ٹارشن ٹیسٹس کی تین خصوصیات ہیں۔ بعد میں لالی اور سوجن پورے سکروٹم میں پھیل جائے گی، اسے غصہ شدہ سکروٹم کہتے ہیں۔ اس وجہ سے اگر بغیر کسی وجہ کے سکروٹم میں اچانک درد اور سرخی ہو جائے تو ٹیسٹس کو رد کرنا چاہیے۔

تصدیق کرنے کا طریقہ

سکروٹم کی سوجن کے ساتھ اچانک درد اور سرخی کی تاریخ اس بات کا اشارہ دے گی کہ یہ ٹارشن ٹیسٹس ہو سکتا ہے۔ ڈاکٹر کے طبی معائنے پر - خصیے اپنی پوزیشن میں نہیں ہوں گے اور یہ تھوڑا سا اوپر چلے جائیں گے۔ سکروٹم کو اوپر اٹھانے پر درد بڑھ جائے گا۔ ڈوپلر مطالعہ کے ساتھ الٹراساؤنڈ امتحان کی فوری اور فوری تشخیص کی ضرورت ہے۔ الٹراساؤنڈ پر، خصیے میں خون کے بہاؤ میں کمی یا غیر حاضری کے ساتھ خصیوں کا سائز بڑا ہو جائے گا۔ تحقیقات میں وقت ضائع کرنے کے بجائے فوری تلاش کا مشورہ دیا جاتا ہے کیونکہ پہلے چھ گھنٹے بہت اہم ہوتے ہیں۔

ٹورسن ٹیسٹس کا علاج کس طرح کیا جاتا ہے

ٹورسن ٹیسٹ کے لئے ہنگامی تلاش واحد آپشن ہے. ٹیسٹس کو توہین آمیز اور قابل عمل ہونے کے لئے مشاہدہ کیا جاتا ہے. اگر ٹیسٹیاں صاف طور پر سنگین اور قابل عمل نہیں ہیں ، تو پھر ٹیسٹس کو ہٹا دیا جاتا ہے (آرکڈیکٹومی). اگر ٹیسٹس قابل عمل ہے اور خون کی فراہمی دوبارہ حاصل کی گئی ہے اور ٹیسٹیس نے اپنا رنگ تبدیل کردیا ہے ، تو پھر ٹیسٹس اسکروٹم (آرکڈوپیکسی) میں طے کیا جاتا ہے. مخالف ٹیسٹ بھی اسی وقت طے کیے جاتے ہیں کیونکہ دوسری طرف بھی فکسنگ کی غیر معمولی بات ہوسکتی ہے.

ٹیسٹیس کو بچانے کے لئے پہلے چھ گھنٹے اہم ہیں. اگر یہ بارہ گھنٹے کو عبور کرتا ہے تو ، ٹیسٹس کو بچانے کا امکان دور دراز ہے. لہذا ، فوری طور پر جراحی سے مشتبہ ، شناخت اور مداخلت کرنا ٹورسن ٹیسٹس میں بہت ضروری ہے.

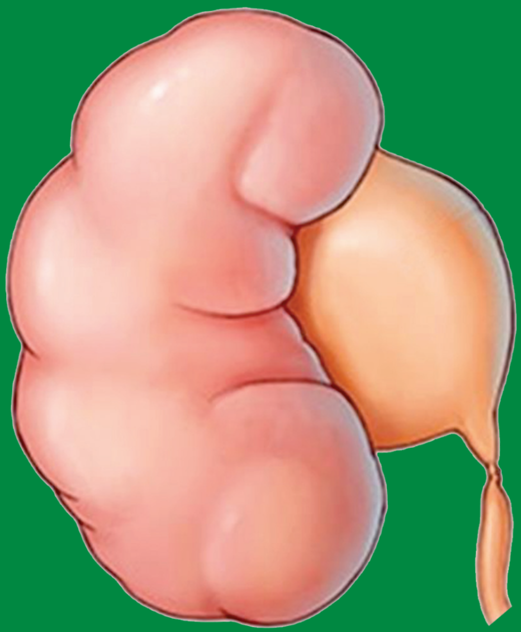
اگر ایک ٹیسٹ کو ہٹا دیا جاتا ہے تو ، مرد فنکشن میں کوئی حرج نہیں ہے. جہاں تک قوت اور زرخیزی کا تعلق ہے تو ایک ٹیسٹیس کا نقصان پریشانی پیدا نہیں کرے گا لیکن دونوں ٹیسٹوں کا نقصان بانجھ پن کا باعث بن سکتا ہے.

کلیدی نکات :

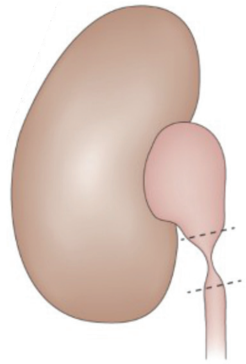
کسی بھی سرخ ، تکلیف دہ ، ناراض نظر آنے والے اسکروٹم کو سنجیدگی سے لینا ہوگا. لڑکوں کو یہ جاننے کی ضرورت ہے کہ جننانگ درد سنگین ہے. درد کو نظرانداز کرنا یا محض امید ہے کہ یہ دور ہوجائے گا ، خصیے کو شدید نقصان پہنچا سکتا ہے اور یہاں تک کہ اس کو ختم کیا جاسکتا ہے. ایک خصیے کا نقصان کسی آدمی کو عام جنسی تعلقات سے نہیں روک سکے گا اور اس کے والد بچوں میں مداخلت کرنے کا امکان نہیں ہے.

08

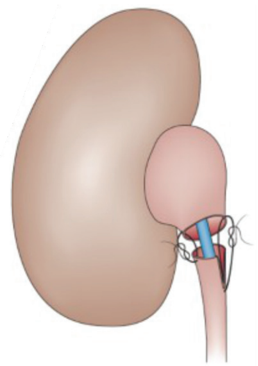
Chapter



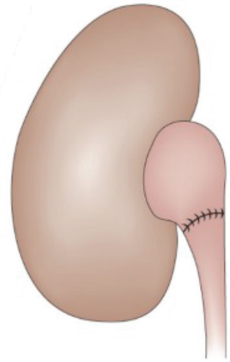
بچوں میں ہائیڈرو ونفروز



رکاوٹ PUJ

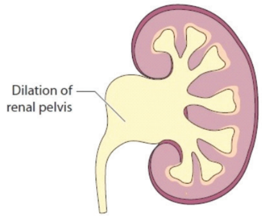


ڈی جے اسٹینٹ کے ساتھ پائیلو
پلاسی آپریشن



پییلو پلاسٹی آپریشن

8 بچوں میں ہائیڈرو و نفروز



رمیا کی دو سال قبل شادی ہوئی تھی. اس کی تصدیق ایک ماہ قبل جینیکولوجسٹ نے حاملہ ہونے کی تصدیق کی تھی. دوسرے سہ ماہی الٹراساؤنڈ تک سب کچھ ٹھیک لگتا ہے. شریک خاتون ڈاکٹر نے کہا کہ گردوں میں سے ایک کو نرسوں میں ایک مسئلہ ہے. دائیں گردے سوجن ہے (ہائڈروفروسس). اس کے خواب بکھر گئے ہیں اور وہ گھبراہٹ میں ہے.

بچوں کی صحت کے بارے میں اس کے ذہن میں کئی سوالات اٹھتے ہیں۔

- میرے بچے کے ساتھ ایسا کیوں ہوا؟
- پیدائش کے بعد میرے بچے کی صحت کیسی ہوگی؟
- صحیح گردہ کیسے کام کرے گا؟ کیا یہ بالکل کام کرے گا؟

کیا یہ پیدائش سے پہلے خود کو واپس لے جائے گا؟

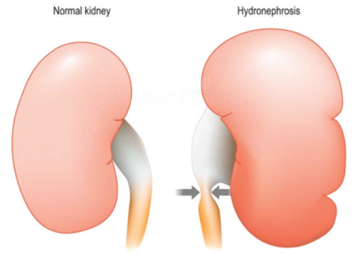
- کیا بچے کو گردے کے مسئلے کو ٹھیک کرنے کے لیے سرجری کی ضرورت ہوگی؟ اگر اس کی ضرورت ہو تو کیا میرا بچہ اس طریقہ کار کو برداشت کر سکتا ہے؟

کیا پیدائش کے بعد گردہ نکالنے کی ضرورت ہے؟

یہ مسئلہ بڑے اور اہم اعضاء میں سے ایک ہے لیکن یہ سب میں پریشانی پیدا نہیں کرے گا۔ ان میں سے کچھ میں، یہ بچے کی پیدائش کے وقت تک اپنے آپ کو واپس لے جاتا ہے۔ بعض صورتوں میں، یہ ترقی کر سکتا ہے اور اسے جراحی کی اصلاح کی ضرورت ہے۔ یہاں ہم ایک تفصیلی تصویر دیں گے کہ اس طرح کے گردوں کا مسئلہ (ہائیڈرو نیفروسس) کس طرح آگے بڑھے گا اور ڈاکٹر اس طرح کے مسئلے کو کیسے سنبھالیں گے۔ اس سے رامیا جیسی ماؤں کے ذہنوں سے شکوک و شبہات دور ہو جائیں گے، جو بچوں کو ہائیڈرونفروسس کے ساتھ لے جاتی ہیں۔

ہائیڈرو نیفروسس ایک ایسی حالت ہے جو گردوں کو متاثر کرتی ہے۔ اس حالت میں، گردے غیر معمولی طور پر پھیل جاتے ہیں یا پیشاب سے بھر جاتے ہیں کیونکہ پیشاب کا راستہ صاف نہیں ہوتا ہے۔ یہ گردے کا پھیلنا ہے خاص طور پر رینل شرونی (وہ جگہ جہاں پیشاب جمع کیا جاتا ہے اور اس کی پیداوار کے بعد ذخیرہ کیا جاتا ہے)۔

اس کی تشخیص کی گئی ہے اور اس کی شدت کو برانن گردوں (APD - چوڑائی (اینٹرو-پوسٹرئیر قطر کے شرونی کی بنیاد پر درجہ بندی کیا گیا ہے. اگر گردوں کا شرونی قطر دوسری سہ ماہی میں چار ملی میٹر سے زیادہ اور تیسری سہ ماہی میں سات ملی میٹر سے زیادہ ہو تو ہائیڈرونفروسس کی تشخیص پہلے سے ہی ہوتی ہے. اس سے دونوں طرف (ایک گردے یا دو گردے) متاثر ہوسکتے ہیں. یہ عارضی ہے اور تمام معاملات میں سے تقریبا 1/3سے آدھے معاملات میں خود ہی حل ہوتا ہے. لیکن کچھ معاملات میں (تقریبا 1/3 کیسز) یہ گردے کو پہنچنے والے نقصان کا سبب بننے میں ترقی کرتا ہے. لہذا ، یہ ضروری ہے کہ شیر خوار بچوں کو پیشاب کی گزرگاہ میں نمایاں رکاوٹ کے ساتھ ممتاز کیا جائے ، جن کو طویل مدتی پیروی / سرجری کی ضرورت ہوتی ہے جن کے پاس عارضی ہائیڈرو ونفروسس ہوتا ہے جس میں ناگوار تفتیش کی کم سے کم ضرورت ہوتی ہے.



یہ ہائیڈرو نیفروسس کیوں ترقی کرے گا؟

پیٹومین دو کمپارٹمنٹ روم کی طرح ہے. وہ علاقہ جہاں آنتوں اور دیگر ٹھوس اعضاء کی رہائش ہوتی ہے اسے پیریٹونیل گہا کہا جاتا ہے. گردے اور یوریاٹر پر مشتمل اس کے پیچھے کا علاقہ ریٹروپرائٹونوم کہا جاتا ہے.

لہذا گردے آنتوں کے پیچھے پیٹ میں ایک الگ ٹوکری میں موجود ہیں. پیشاب کے نظام کے دو حصے ہیں. پیشاب کی تشکیل کا نظام جو گردے کا فعال علاقہ ہے جسے کورٹیکس کہتے ہیں اور اس کے بعد تشکیل شدہ پیشاب کو نیچے لے جانے کے ل ہمارے پاس پیشاب جمع کرنے کا نظام موجود ہے. دونوں یونٹ الگ سے تشکیل دیں گے۔ گردوں کا فعال یونٹ شرونی میں جسم کی درمیانی پرت سے ریٹرو پیریٹونوم میں مقامی طور پر تیار ہوگا. یہ حمل کے نویں ہفتے کے دوران لن کے علاقے کی بالغ پوزیشن تک پہنچنے کے لئے چڑھ جاتا ہے.. جمع کرنے کا نظام نیچے سے بڈ کی طرح تیار ہوتا ہے اور اوپر چڑھ جاتا ہے. ureteric دونوں ملیں گے اور کراس سگنلنگ دونوں یونٹوں کی باہمی ربط میں ترقی کا باعث بنے گی.

جنین گردے پہلی سہ ماہی یعنی حمل کے گیارہ سے بارہ ہفتہ کے آخر سے پیشاب بنانا شروع کردیتے ہیں اور جنین کی زندگی میں جاری رہتے ہیں. یہ پیشاب گردوں سے مثانے میں پیشاب کے ذریعے بہہ جائے گا. مثانے کے سنکچن کے ساتھ ، پیشاب امینیٹک سیال میں خالی ہوجائے گا. پیشاب شراب کا سب سے بڑا ذریعہ ہے (امنیوٹک سیال) حمل کے چودھویں ہفتے کے بعد سے.

اس پیچیدہ گردوں کے نظام کی نشوونما کے دوران کسی بھی برانن کی توہین مختلف اسامانیتاوں کا باعث بن سکتی ہے. یہ توہین حمل کے دوران غیر معمولی جین ، جین کی تغیرات ، غذائیت کے عوامل ، ماحولیاتی عوامل یا منشیات کے استعمال کی وجہ سے ہوسکتی ہے. انفرادی معاملے میں غیر معمولی ایٹولوجی کا پتہ نہیں چل سکا. اس طرح کی ایک غیر معمولی بات ہلکی سی جنکشن رکاوٹ کی وجہ سے ہائیڈروونفروسس ہے,اس میں گردوں کے شرونی (اور گردے سے منسلک) اور (ٹیوب کے جنکشن پر ایک تنگ ہے جو پیشاب کی مثانے) پر پیشاب کرتا ہے. اس بے ضابطگی سے شرونی میں پیشاب کی جمود کا باعث بنے گا جس کی وجہ سے شرونی میں ہائیڈرو اسٹاٹک دباؤ اٹھایا جائے گا جس کی وجہ سے گردے کے کام کرنے والے ٹشوں پر بیک پریشر کی تبدیلیاں آئیں گی. اگر رکاوٹ کو نازک وقت میں فارغ نہیں کیا جاتا ہے تو اس سے گردوں کو فعال نقصان پہنچے گا.

اگر حمل کے دوران اس کی تشخیص ہو جائے؟

ایک بار جب اس کی تشخیص قبل از وقت ہوجائے تو ، اسے ٹائفا اسکین کے ذریعہ جنین کی تفصیلی تشخیص کی ضرورت ہے۔ تشخیص میں شامل ہے

- حمل کی کس مدت میں ، ہائیڈروفروسس کا پتہ چلا
- یکطرفہ یا دوطرفہ گردوں کی شمولیت.
- امینیٹک سیال حجم (اولیگوہائیڈرمنیوس کی موجودگی)
- رینال شرونیی قطر
- گردوں کی کارٹیکل سیسٹس کی موجودگی
- مثانے کی حیثیت – مثانے کی موٹائی / ہائپر ٹرافی
- معدے / کارڈیک / پٹھوں کی بے ضابطگیوں جیسے دیگر ساختی بے ضابطگیاں.

ایک بار جب اس کا پتہ چل جاتا ہے – والدین کو اس حالت کے بارے میں مشاورت کی جاتی ہے اور مزید تشخیصی منصوبے کی وضاحت ان کو کی جاتی ہے.

اینٹرو-پوسٹرئیر قطر میں جنین گردے شرونی کا سائز عام طور پر دوسری سہ ماہی میں چار ملی میٹر سے بھی کم اور تیسری سہ ماہی میں سات ملی میٹر سے بھی کم ہوتا ہے. اگر دوسرے سہ ماہی میں اینٹیروپسٹرئیر قطر چار ملی میٹر سے زیادہ اور سہ ماہی میں سات ملی میٹر سے زیادہ ہے تو ہائیڈرونفروسس کی تشخیص کی جاتی ہے. ہائڈروونفروسس قطر کے لحاظ سے ہلکے / اعتدال پسند / شدید کے طور پر درجہ بندی کیا جاتا ہے.

اگر ہائیڈروونفروسس کا پتہ چلا ہے تو ، سولہ سے بیس ہفتوں میں دوبارہ قبل از پیدائش اسکین کیا جاتا ہے. یہ اسکین ہائیڈروونفروسس کی پیمائش کو دیکھتا ہے اور – پیشاب کی نالی میں کوئی رکاوٹ / گردوں کی خرابی / گردوں کی ڈسپلسیہ / اضافی گردوں کی ساختی بے ضابطگیوں کو بھی دیکھتا ہے۔ اگر ہائیڈروفروسس یکطرفہ ہے – تیسری سہ ماہی میں ایک اور اسکین کیا جاتا ہے. اگر یہ دوطرفہ ہائیڈروونفروسس ہے تو ، ہر چار ہفتوں میں قبل از پیدائش اسکین کیا جاتا ہے.

پوسٹ نٹل فالواپ

اہم بیماری والے بچوں کی ابتدائی کھوج سے انٹرنویشنل تھراپی شروع ہونے کی اجازت ملتی ہے جو گردے پر منفی اثرات کو کم سے کم کرسکتی ہے. بعد از پیدائش کی تشخیص میں کلینیکل امتحان اور غیر معمولی چیزوں کا پتہ لگانے کے لئے امیجنگ اسٹڈیز کا استعمال شامل ہے جس میں بعد از پیدائش کے انتظام کی ضرورت ہو گی. ہائیڈرو ونفروسس کو پرکھنے کے لئے ، مجموعی طور پر 3 ٹیسٹ پیدائش کے بعد کیے جاتے ہیں. وہ رینال الٹراساؤنڈ ، ڈیورٹک ریڈیوسوپوپ کی تجدید اور سائٹوریٹرتھرگرام ہیں

ایک بار جب بچہ پیدا ہوجاتا ہے تو ، ہائیڈروونفروسس کی قبل از پیدائش کا پتہ لگانے والے تمام مریضوں کو 3 دن کے بعد اور 7 دن کے ساتھ الٹراساؤنڈ اسکین کروانا چاہئے. رینال الٹراساؤنڈ ہائیڈروونفروسس کی تشخیص کے لئے تیار شدہ امیجنگ اسٹڈی ہے. یہ باب اسکین ایک خیال دے گا کہ آیا ہائیڈروونفروسس مستقل طور پر برقرار ہے یا حل کیا ہے. الٹراساؤنڈ گردے کی بیشتر پیدائشی بے ضابطگیوں کا پتہ لگاسکتا ہے جس میں اچھی درستگی اور تابکاری کے خطرے کے بغیر ہے. 3 دن سے پہلے (48 گھنٹوں کے اندر) ، ایک ہی گردے میں دوطرفہ ہائیڈروونفروسس اور ہائیڈروونفروسس کے ساتھ معاملات میں فوری الٹراساؤنڈ کیا جانا چاہئے.

اگر ہائیڈروونفروسس برقرار ہے تو ، مزید تشخیص اور جنین یورولوجی (APD) کی شدت الٹراساؤنڈ گریڈنگ کے لئے معاشرے پر گردے کے شرونی کے قطر ہائیڈروونفروسس کو صفر سے .(SFU) پر منحصر ہے چار تک درجہ دیا گیا ہے. زیرو اشارہ کرتا ہے کہ کوئی ہائیڈروونفروسس اور گریڈ 4 شدید ہائیڈروونفروسس کی نشاندہی نہیں کرتا ہے. دہرائیں اسکین بچے کی 6 ہفتوں کی عمر میں کیا جاتا ہے. اگر گردوں کے شرونی گریڈ 4-3 ہے تو SFU کا قطر 10 ملی میٹر سے زیادہ اور ، انہیں اوپری پیشاب کی نالی / کو مسترد کرنے کے لئے مزید تشخیص کی ضرورت ہے / کم پیشاب کی نالی میں رکاوٹ یا ویسیکوئیرک ریفلوکس (نیچے سے نیچے) سے ریورس سمت میں جانا.

اگر یہ 10 ملی میٹر سے بھی کم ہے تو ، ہلکی ہائیڈروونفروسس کو 6-4 ہفتوں کے بعد اور 6-4 ماہ کے بعد دہرانے والے الٹراساؤنڈ کے ساتھ پیروی کرنے کی ضرورت ہے. کوئی اینٹی بائیوٹک پروفیلیکس نہیں دیا گیا ہے

اگر پیروی اسکین پر شرونیی قطر میں اضافہ ہوتا ہے تو ڈیورٹک رینگرافی. عام طور پر وہ 18 ماہ کی عمر میں دوبارہ دباؤ ڈالتے ہیں. اعتدال پسند ہائیڈروونفروسس اگر گردوں کا شرونی قطر 15-10 ملی میٹر کے درمیان ہے۔ کسی اینٹی بائیوٹک پروفیلیکس کی ضرورت نہیں ہے۔ 6-4 ہفتوں کے بعد اور 6-4 ماہ کے بعد دوبارہ الٹراساؤنڈ کے ساتھ پیروی کرنے کی ضرورت ہے.. اگر پیروی اسکین پر شرونیی قطر میں اضافہ ہوتا ہے تو ڈیورٹک رینگرافی. عام طور پر وہ 18 ماہ کی عمر میں دوبارہ دباؤ ڈالتے ہیں. شدید ہائیڈروونفروسس: اگر گردوں کا شرونی قطر 15 ملی میٹر سے زیادہ ہے۔ ان شدید معاملات کو گردوں کے ریڈیو آاسوٹوپ مطالعہ اسکین) کے ذریعہ مزید تشخیص کی DTPa / EC) ضرورت ہے اور اگر اشارہ کیا گیا ہے کہ مائکچریٹنگ (MCUG) سیسٹیووریتھروگرام

ڈائیوریٹک رینو گرافی

روزانہ ریڈیو آاسوٹوپ اسکین کے ساتھ ڈائیورٹک)) کی انتظامیہ کے ساتھ پیشاب کی نالی کی رکاوٹ کی تشخیص / مسترد کرنے اور گردے کی تقریب کو بھی یقینی بنانے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے. یہ عام طور پر زندگی کے 6-4 ہفتوں کے درمیان کیا جاتا ہے. اس سے یہ پیمائش ہوتی ہے کہ گردے خون سے ریڈیو آاسوٹوپ ڈائی کس طرح لے رہے ہیں ، یہ گردے کے ذریعے کیسے منتقل ہورہا ہے, گردوں کے شرونی سے نکاسی آب کا وقت اور ہر گردے کے رشتہ دار کام کو تمام گردوں کے فنکشن سے زیادہ کی یقین دہانی کرانا. اس ٹیسٹ کے لئے سیالوں ، ریڈیو آاسوٹوپ اور ڈائیورٹک کی انتظامیہ کے لئے نس تک رسائی کی ضرورت ہے. مثانے کیتھیٹر کو متعارف کرانا ہو گا. ترجیحی ریڈیو آاسوٹوپ ٹیکنیٹیم 99 میٹر ہے جس میں ڈی ٹی پی اے یا ای سی آاسوٹوپ کے ساتھ ٹیگ کیا گیا ہے. ڈائیورٹک انجیکشن کے بعد رنگنے کا واش ٹائم 15 منٹ سے بھی کم ہے یہ معمول اور غیر رکاوٹ ہے. اگر واش آؤٹ کا ہے تو یہ غیر یقینی ہے اور 20 منٹ سے mtsوقت 15 20- زیادہ واش آؤٹ وقت میں رکاوٹ گردے کی نشاندہی .ہوتی ہے اور اسے سرجری کی ضرورت ہوتی ہے

ویوائڈنگ سیسٹوریتھرو گرام

ہائیڈروونفروسس کے ساتھ تمام معاملات میں ویوائڈنگ سیسٹوریتھروگرام نہیں کیا جاتا ہے، یہ مثانے کے آؤٹ لیٹ کی رکاوٹ کا پتہ لگانے اور

ویسکو-یوریٹریک ریفلکس کو مسترد کرنے کے لیے مستقل ہائیڈرونفروسس کے ساتھ صرف منتخب صورتوں میں کیا جاتا ہے۔ یہ عام طور پر زندگی کے چار سے چھ ہفتوں کے درمیان کیا جاتا ہے۔ اس طریقہ کار کے لیے، ایک پیشاب کیتھیٹر کو مثانے میں داخل کیا جاتا ہے اور اس کے برعکس مواد ڈالا جاتا ہے۔ ایکسرے فلمیں بھرنے کے دوران اور پیشاب کے خالی ہونے کے دوران بھی لی جاتی ہیں۔ بچے اس عمل کو اچھی طرح برداشت کرتے ہیں۔ یہ طریقہ کار مثانے کے اور پیشاب ureters سائز، شکل، مثانے کی گردن کے کی نالی کے بارے میں اہم معلومات فراہم کرتا ہے۔ یہ بنیادی طور پر پیشاب کی نالی کی رکاوٹ (پوسٹیریئر یوریتھرل والوز) اور ureteral نااہلی (vesico-ureteric reflux) کو مسترد کرنے کے لیے کیا جاتا ہے۔

اگر نارمل یوریٹر اور نارمل مثانے کے ساتھ بعد از پیدائش الٹراساؤنڈ اسکین یا ہلکا ہائیڈرونفروسس ہو تو بچوں کو تین دن کے بعد الٹراساؤنڈ اور چھ ہفتوں کے بعد دوسرا الٹراساؤنڈ کرانا چاہیے۔ چار سے چھ ماہ کے بعد تیسرا الٹراساؤنڈ۔ اگر اسکین کے نتائج رجعت یا جامد ظاہر کرتے ہیں، تو اگلا الٹراساؤنڈ ایک سال اور اٹھارہ ماہ کی عمر میں کیا جاتا ہے۔ اگر یہ معمول ہے تو مزید پیروی کی ضرورت نہیں ہے۔

سرجیکل مینجمنٹ

سرجری کا اشارہ اس وقت کیا جاتا ہے جب فالو اپ اسکین پر رینل شرونیی کا نمایاں پھیلاؤ یا گردوں کے شرونیی قطر میں اضافہ ہو، رینوگرام میں رکاوٹ والی تصویر (رینل ڈائیورٹک ریڈیو آسوٹوپ اسٹڈی) اور کے ساتھ رکاوٹ والی (SRF) اسپلٹ رینل فنکشن تصویر چالیس فیصد سے کم ہو۔ سرجری کی نشاندہی کی جاتی ہے یہاں تک کہ اگر سیریل فالو اپ اسکینز ،پر اسپلٹ رینل فنکشن میں مزید کمی ہو۔ لہذا رینل ریڈیوآئسوٹوپ اسٹڈی پر شرونیی DTPA/EC سائز اور نکاسی کے پیٹرن اور اسپلٹ رینل فنکشن کے الٹراساؤنڈ نتائج سرجری کی ضرورت پر فیصلہ لینے کے لیے اہم ہیں۔

جراحی کے طریقہ کار کو اینڈرسن-ہینس پائیلوپلسٹ کہا جاتا ہے۔ یہ یا تو کھلی / لیپروسکوپک طریقہ کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے. لیپروسکوپی کا فائدہ یہ ہے کہ طریقہ کار کے دوران سرجن کے لئے یہ ہے داغ ، کم اسپتال میں قیام اور میگنفائڈ وژن ہے. لیپاروسپٹک پائیلوپلاٹی عام اینستھیزیا کے تحت کیا جاتا ہے.

جراحی کے طریقہ کار میں اس میں تقریبا دو سے تین گھنٹے لگتے ہیں. اینڈوسکوپک سرجری پیٹ پر کی جانے والی تین چھوٹی چیراوں کے ذریعے کی جاتی ہے جس کے ذریعے تین اینڈوسکوپک آلات اپ (ایک پانچ ملی میٹر اور دو تین ملی میٹر) سرجری کرنے کے .لئے متعارف کروائے جاتے ہیں

اس طریقہ کار میں ، رکاوٹ والا شرونی-اوریٹک جنکشن ہٹا دیا جاتا ہے اور ایک نیا ، وسیع ، چمنی کی شکل اور منحصر شرونی-اوریک جنکشن تشکیل دیا جاتا ہے. ضرورت سے زیادہ توسیع شدہ گردون کی شرونی کو تراش لیا جاتا ہے. پانی کی سخت ایناسٹوموسس شرونی اور یورٹر کے درمیان کیا جاتا ہے۔ طریقہ کار کے بعد ، ایناسٹوموسس میں تین سے چار فرانسیسی سائز کا اسٹینٹ رکھا جاتا ہے. داغ شرونی سے مثانے تک پیشاب لے جاتا ہے ، ایناسٹموسس کو آرام دیتا ہے اور ایناسٹوموسس کو بغیر کسی اسٹینوسس .کے ٹھیک ہونے کی اجازت دیتا ہے

پوسٹ سرجیکل فالو اپ

ان مریضوں کو □ ماہ تک سونے کے وقت کم خوراک اینٹی بائیوٹک دیا جاتا ہے. ایناسٹوموسس کے پار رکھے ہوئے ڈبل جے اسٹینٹ کو □ ہفتوں کے بعد ہٹا دیا جاتا ہے. اس کے لئے ایک مختصر اینستھیزیا اور سسٹوسکوپی کی ضرورت ہے. یہ مریض کے باہر کے طریقہ کار کے طور پر کیا جاتا ہے. ان مریضوں کی باقاعدگی سے الٹراساؤنڈ کے ساتھ پیروی کی جاتی ہے. پہلا الٹراساؤنڈ سرجری کے □ ماہ بعد کیا جاتا ہے. الٹراساؤنڈ گردے میں جسمانی بہتری دکھائے گا جیسے گردوں کے شرونیی سائز میں کمی. کارٹیکل موٹائی میں بہتری جیسے دوسرے جسمانی عوامل میں وقت لگے گا. ڈیورٹک رینگرام کے □ ماہ کے فعال مطالعہ کے بعد کیا جاتا ہے. اس سے شرونیی-اوریٹرک علاقے میں رکاوٹ کی راحت ظاہر ہوگی. ڈائی نئے بنائے گئے شرونی-اوریٹک جنکشن کے پار اسٹیسس (اطمینان بخش نکاسی آب) کے بغیر گزرے گی. ان ابتدائی مطالعات کے بعد اور پیلی-اوریٹرک جنکشن کے بہاؤ کو دستاویز کرنے کے بعد سالانہ الٹراساؤنڈ □ .سال سے کیا گیا تھا

طویل مدتی نتائج پر عمل کریں

ہائیڈروونفروسس والے بچے جو یا تو پائیلوپلاسٹ سرجری کے ذریعہ چلائے جاتے ہیں یا قدامت پسندی کے ساتھ پیروی کرتے ہیں ان کی پیروی کم سے کم 3 سال کی مدت کے لئے کی جانی چاہئے. پائیلوپلاسٹ کے بعد طویل مدتی نتائج مختلف مطالعات میں بہترین ہیں.

جب گردے کو ہٹانا پڑتا ہے

پیلیوی-اوریٹرک جنکشن رکاوٹ کی وجہ سے گردے کو ہائیڈروونفروسس میں بہت کم ہی ہٹا دیا جاتا ہے. یہاں تک کہ جب گردوں کا کام کم اور ناقص ہوتا ہے ، تو پرکوٹینئس نیفروسٹومی / ڈبل جے اسٹینٹ پلیسمنٹ جیسے آزمائشی طریقہ کار انجام دیا جاتا ہے. 4 ہفتوں کا انتظار کا دورانیہ دیا گیا ہے. ایک بار پھر فعال مطالعہ 4-6 ہفتوں کے بعد کیا جاتا ہے. اگر فنکشن میں بہتری لائی گئی ہے تو "ٹرائل" پائیلوپلٹی ہو چکی ہے. اگر فنکشن میں بہتری نہیں لائی گئی ہے اور اگر یہ بار بار یو ٹی آئی کا سبب بنتا ہے تو ، اسے ختم کرنا ہوگا. یہ صورتحال بچوں میں ہائیڈروونفروسس میں بہت کم ہی پیدا ہوتی ہے.

گردے کو اس وقت ہٹا دیا جاتا ہے جب ہائیڈروونفروسس کو ملٹیسٹک ڈسپلسٹک گردے جیسے ملٹیسٹک ڈسپلسٹک گردے سے منسلک کیا جاتا ہے. بچوں میں ایک ڈکٹم – کی حیثیت سے ، ہائیڈروونکفروٹک گردے کو شاذ و نادر ہی ہٹا دیا جاتا ہے.

کلیدی نکات :

جنین ہائیڈروفروسس کی ابتدائی مہلک اسکین رپورٹ سے گھبرانے کی ضرورت نہیں ہے.

جنین گردے میں سوجن (ہائڈروفرینس) اینٹل چیک اپ میں ایک عام تلاش ہے.

گھبرانے کی ضرورت نہیں ہے. تمام معاملات کو سرجری کی ضرورت نہیں ہے. تمام معاملات گردوں کو نقصان نہیں پہنچائیں گے.

نتیجہ ایٹولوجی (پر منحصر ہے جو گردوں کی سوجن) کا سبب بنتا ہے.

صرف ایک تہائی معاملات میں (تیس فیصد) ، اس کے لئے تفصیلی پیروی اور جراحی کی اصلاح کی ضرورت ہوگی.

ہائڈروونفروسس ایک درست بے ضابطگی ہے ، زیادہ تر بچے (گردے کی تقریب) پیشاب کی روانی میں رکاوٹ کی مدد سے سرجری کے بعد اچھی کارکردگی کا مظاہرہ کریں گے.

یکطرفہ / دوطرفہ ہائیڈروفروسس کے ساتھ جنین میں حمل کی برطرفی کی سفارش نہیں کی جاتی ہے.

ابتدائی ترسیل کا اشارہ نہیں کیا جاتا ہے.

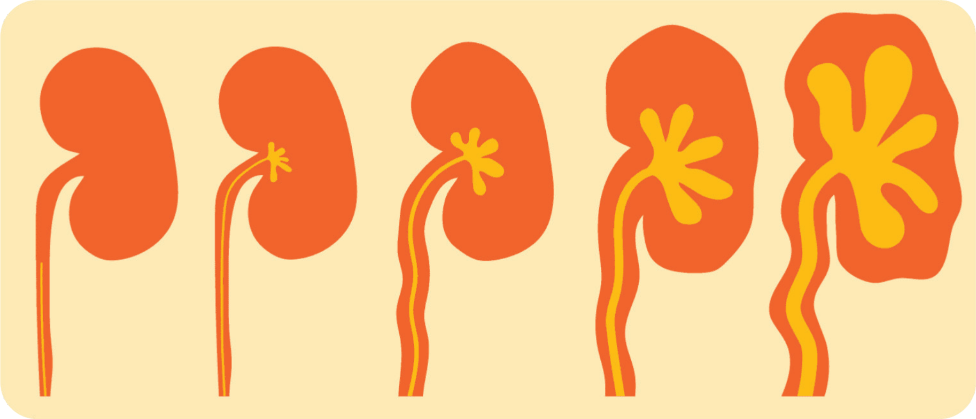
بچوں میں ہائڈروفروسس میں گردے کو شاذ و نادر ہی ہٹا دیا جاتا ہے

09

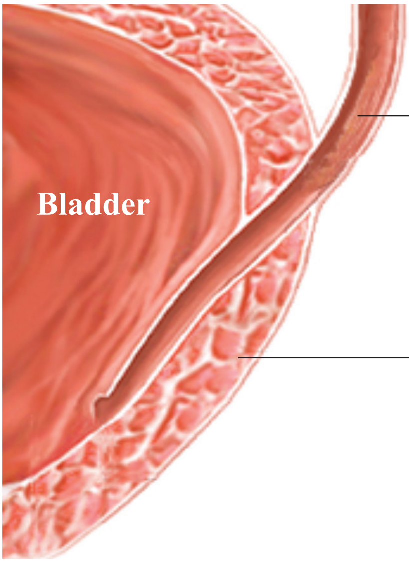
Chapter

اگر بچوں میں پیشاب اوپر
کی طرف جاتا ہے۔

- گردے میں پیشاب کا ریفلکس
اس کی شدت کے درجات

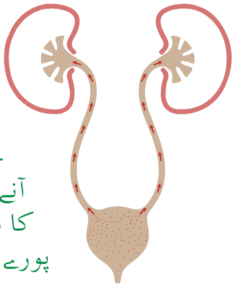


مثانے میں عمومی یوریٹریک اندراج



اگر بچوں میں پیشاب اوپر کی طرف جاتا ہے۔

(ویسکو-یوریٹرک ریفلکس)



خاص طور پر ایک سے پانچ سال کی عمر کی لڑکیوں میں بچوں میں پیشاب کی بیماریوں کے لگنے عام ہیں. والدین کا معمول کا رجحان یہ ہے کہ ، بچے کو اطفال کے ماہر کے پاس لے جائیں ، انفیکشن کا علاج کریں اور اس کے بارے میں بھول جائیں ، ایک بار انفیکشن قابو میں آنے کے بعد. یہ صحیح اور صحیح نقطہ نظر نہیں ہے. ایک بار جب پیشاب کی نالی میں انفیکشن کا دستاویزی دستاویز ہوجاتا ہے تو ، پیشاب کی نالی کے انفیکشن کی اصل وجہ جاننے کے ل ، پورے پیشاب کی نالی کا اندازہ کیا جانا چاہئے. اس کی وجہ یہ ہے کہ بعض اوقات پیشاب کی نالی میں جسمانی اور عملی اسامانیتاوں سے بچوں میں انفیکشن ہوسکتے ہیں۔ اگر ان بے ضابطگیوں کا پتہ نہیں چلتا ہے اور وقت کے ساتھ درست نہیں کیا جاتا ہے, وہ بار بار پیشاب کی نالی کے انفیکشن اور گردے کو پہنچنے والے نقصان کا باعث بن سکتے ہیں . بچوں میں بار بار یو ٹی آئی کا باعث بننے والا ایک مسئلہ ویسیکو یوریٹریک ریفلوکس ہے. ویسیکو یوٹیریک ریفلوکس ایک ایسی حالت ہے جس میں پیشاب مثانے سے ایک یا دونوں پیشاب میں واپس جاتا ہے اور بعض اوقات گردے میں جاتا ہے. یہ حالت خود ہی درست ہوسکتی ہے ، یا اسے دوائیوں کے ساتھ سلوک کیا جانا چاہئے یا اسے جراحی سے درست کیا جانا چاہئے بصورت دیگر اس سے طویل عرصے میں گردے کو نقصان پہنچے گا. اس حالت کو عوامی شعور اور جلد پتہ لگانے کی ضرورت ہے.

مسئلہ کیا ہے؟ یہ کتنا عام ہے؟

گردے ہر طرف ایک لن کے علاقے میں واقع ہیں. گردوں میں تشکیل پانے والا پیشاب ہر طرف سے مثانے میں بولس میں بہہ جائے گا. جب کبھی مثانے کو بھر دیا جاتا ہے اور جب جگہ آسان ہوتی ہے تو ، مثانے کا معاہدہ ہوتا ہے اور پیشاب کو یوریترا نامی ٹیوب کے ذریعے خالی کرتا ہے. پیشاب کے بہاؤ کا یہ معمول کا طریقہ ہے. یہ ہمیشہ اوپر کی طرف سے ایک طرفہ سمت میں رہنا چاہئے. لیکن کچھ بچوں میں غیر معمولی تک جاتا ہے ، ureters طریقے سے پیشاب ایک یا دو بعض اوقات خود گردے میں ہوتا ہے. اس حالت کو کہا جاتا ہے. (VUR) – ویسیکو-اوریٹرک ریفلکس پیشاب کی نالی کے انفیکشن والے تیس فیصد بچے ، VUR. ہوگا VUR جب تشخیص کیا جائے گا تو پیشاب کی جمود کا باعث بنتا ہے کیونکہ پیشاب ہمیشہ پیشاب کے راستے میں اوپر اور نیچے جاتا ہے ، بار بار پیشاب کے انفیکشن کا باعث بنتا ہے. اوپری پیشاب کی وجہ سے VUR کی نالی یعنی گردے کو ہمیشہ اس خطرہ ہوتا ہے. یہی وجہ ہے کہ اس حالت کو نظرانداز نہیں کیا جانا چاہئے.

یوریاٹر مثانے کی دیوار میں داخل ہوتا ہے جس میں مثانے کے پٹھوں سے ہوتا ہے ، پھر یہ مکوسا (پرت کے نیچے ایک سرنگ میں چلتا ہے جس میں مثانے کی گہا) شامل ہوتا ہے۔ اس سرنگ کی لمبائی (

سبکوموکوسل سرنگ کی لمبائی (پیشاب کے ایک راستے کے سفر کو برقرار رکھنے میں بہت ضروری ہے. جب مثانے کو پُر اور وسعت دی جاتی ہے تو ، سبوموکوسال سرنگ میں یوریٹر کو کمپریسڈ اور مثانے کی دیوار کے پٹھوں کے خلاف بند کردیا جاتا ہے. ویسیکوریٹرک ریفلوکس کے معاملات میں ، یہاں مختصر یا کوئی سبوموکوسل سرنگ نہیں ہے. ایسی صورتحال میں جب مثانے پیشاب سے بھر جاتا ہے تو ، پیشاب کو موثر انداز میں دباؤ نہیں کیا جاتا ہے

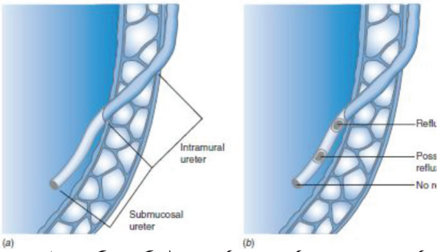
اور پیشاب میکٹوریشن کے دوران یوریٹر میں دوبارہ بہاؤ کرے گا.

جب ہمیں ویسیکو-اوریٹرک ریفلکس پر شک کرنا پڑتا ہے؟

کسی بھی بچے کی پیش کش کی نالی کے ایک دوسرے کے ساتھ ویسیکوریٹرک ریفلوکس کا جائزہ لینا چاہیے۔

اگر گردوں میں سوجن ہو رہی ہے تو اسے پہلے سے پتہ چلا (ہائڈروونفروسس) - پوسٹ کے مطابق ایسے بچوں کا اندازہ کیا جانا چاہئے.

اگر ایک گردے میں کوئی سسٹک چین ہے تو ، اس کو VUR طرح کے بچوں کا اندازہ دوسرے گردے میں مسترد کرنے کے لئے کیا جانا چاہئے



اگر ایک بچہ ویسیکوریٹریک ریفلوکس کے ساتھ پیدا ہوتا ہے تو ، دوسرے بہن بھائیوں کا ویسیکوریٹریک ریفلوکس کے لئے جائزہ لیا جانا چاہئے

پیشاب کی نالی کے انفیکشن کو کنٹرول کرنے کے بعد ، تین ہفتوں کے فاصلے کے بعد ، ویسیکوریٹرک ریفلوکس کو مسترد کرنے کے لئے الٹراساؤنڈ اور میکٹو ریٹنگ سیسٹوئیرتھگرام کیا جاتا ہے. گردے میں پہلے سے ہی پائے جانے والے تمام سوجنوں کا پتہ چلا (ہائیڈرو ونفروسس) پیدائش کے بعد ویسیکوریٹریک ریفلوکس کو مسترد کرنے کے لئے اس کا اندازہ کیا جانا چاہئے. اگر ایک بچے کے پاس ویسیکوریٹریک ریفلوکس ہے تو ، دوسرے بچوں کا بھی جائزہ لیا جانا چاہئے یہاں تک کہ اگر وہ پیشاب کی علامات کے بغیر ہوں. کیونکہ " خاموش ریفلوکس " ان میں موجود ہوسکتا ہے.

گردے کی چوٹ

ویسیکوریٹرک ریفلوکس کے نتیجے میں پیشاب کے الٹ بہاؤ میں پیشاب یا گردوں میں ہوتا ہے. ہر ریفلوکس کے ساتھ بیکٹیریا نچلے پیشاب کی نالی سے لے کر گردوں تک لے جاتے ہیں. اس سے گردوں کا انفیکشن (پیلونفریٹس) ہوگا. ہر پائیلونفریٹس کا حملہ گردوں میں داغ کی تشکیل کا باعث بنے گا. طویل عرصے میں اس داغ کی تشکیل سے گردوں کا سنکچن ہوجائے گا. اس سے گردے کی تقریب میں کمی اور ہائی بلڈ پریشر کی ترقی (رینال ہائی بلڈ پریشر) ہوگی. اگر ویسیکوریٹرک ریفلوکس دوطرفہ ہے ، یا اگر علاج وقت کے ساتھ شروع نہیں کیا جاتا ہے تو گردوں کا نقصان جلد شروع ہوجائے گا.

ویسیکوریٹرک ریفلوکس کا پتہ لگانے / تصدیق کرنے کا طریقہ

یہاں تک کہ ایک ہی دستاویزی پیشاب کی نالی کے انفیکشن کے باوجود ، پورے پیشاب کی نالی کا اندازہ کیا جانا چاہئے. انفیکشن پر قابو پانے کے بعد ، ان تمام بچوں کو الٹراساؤنڈ پیٹ ٹیسٹ کا نشانہ بنایا جانا چاہئے.

الٹراساؤنڈ تابکاری کے خطرے کے بغیر ایک سادہ کم لاگت غیر ناگوار ٹیسٹ ہے. یہ متعدد بار کیا جاسکتا ہے. اس ٹیسٹ میں گردے کی جسمانی حیثیت ، اورٹر اور مثانے کا اندازہ کیا جاسکتا ہے. پیشاب کی نالی میں کہیں بھی کسی بھی خستہ حالی کا پتہ یو / ایس امتحان میں درستگی کے ساتھ پایا جاسکتا ہے. اگر ویسیکوریٹریک ریفلوکس کا شبہ ہے تو ، اگلی تفتیش غلط بیانیہ ہے. اس میں مثانے میں ایک رنگ لگایا جاتا ہے اور جب بچہ پیشاب کی آواز اٹھا رہا ہے تو فلمیں مختلف خیالات میں لی جاتی ہیں. اگر یوریٹرز میں رنگنے کا ایک ریفلوکس موجود ہے تو ویسیکوریٹریک ریفلوکس کی تشخیص کی تصدیق ہوجاتی ہے اور اس کی شدت کو درجہ بندی کیا جاتا ہے. ویسیکوریٹریک ریفلوکس کی شدت کے پانچ درجات ہیں جو اس بات پر مبنی ہیں کہ پیشاب کس سطح پر دوبارہ بہاؤ کررہا ہے . پیشاب کی ریفلوکس ایک طرف یا دونوں گردوں میں ہوسکتی ہے.

ایک بار جب اس کی تصدیق اور شدت کو درجہ بندی کرلیا جاتا ہے تو ، اگلا مرحلہ یہ ہے کہ گردے پر ویسیکوٹریک ریفلوکس کے ذریعہ پہلے ہی ہونے والے نقصان کو جاننا ہے. اس کا پتہ ڈی ایم ایس اے ریڈیونکلائڈ رینل آاسوٹوپ اسکین کے نام سے ایک عملی مطالعہ سے ہوتا ہے. اس اسکین میں ، ریڈیوفرماسٹیکل مواد نس ناستی انجیکشن کے ذریعے انجکشن لگایا جاتا ہے. یہ خصوصی طور پر گردوں کے ذریعہ اٹھایا جاتا ہے اور یہ بار بار پیشاب کی بیماریوں کے لگنے کی وجہ سے ہر گردے اور موجودہ داغوں کا کام دکھائے گا . اس مطالعے کے ذریعہ ویسیکوریٹریک ریفلوکس کی شدت اور گردوں کو پہنچنے والے نقصان کی ڈگری کا اندازہ کیا جاسکتا ہے.

ویسیکوریٹریک ریفلوکس کی شدت کو کیسے جان سکے

ویسیکوریٹریک ریفلوکس کی شدت کا اندازہ یم.سی.یو.جی اور ڈی ایم ایس اے گردوں کے آاسوٹوپ مطالعہ کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے. اگر اس کی پوری لمبائی میں گردوں کے شرونی اور اورٹر کی مجموعی تندہی ہے ، اگر اس ٹیسٹ میں اعلی درجے (گریڈ تین اور چار) ہیں, اگر وہاں داغ اور معاہدہ شدہ

گردے ہیں ، اگر ویسیکوریٹریک ریفلکس دوطرفہ ہے تو اسے شدید سمجھا جاتا ہے اور والدین کو طویل مدتی پیروی کے بارے میں احتیاط کا ایک لفظ دیا جاتا ہے.

اسے کیسے درست کیا جائے گا؟

ویسیکوریٹریک ریفلوکس میں علاج کا بنیادی مقصد بالائی خطوں (گردوں) کی حفاظت کرنا ہے. اگر ہم دیکھتے ہیں کہ مثانے کے پیشاب میں کوئی بیکٹیریا نہیں ہے اور پیشاب جراثیم سے پاک ہے ، یہاں تک کہ اگر پیشاب کو دوبارہ سے سمجھا جاتا ہے تو اس سے گردوں کو زیادہ نقصان نہیں ہوتا ہے. لہذا ویسیکوریٹرک ریفلوکس کے علاج کی پہلی لائن دوائیوں سے شدید انفیکشن کو کنٹرول کرنے کے بعد پروفیلیکٹک اینٹی بائیوٹکس دے رہی ہے. پروفیلیکٹکس اینٹی بائیوٹکس خوراک میں دی جاتی ہیں جو خوراک کا ایک تہائی معمول کے مطابق انفیکشن (تھیوریپٹک خوراک) کے علاج کے ل. دی جاتی ہے. پیشاب میں زیادہ سے زیادہ دوائی لینے کے لئے سونے کے وقت دیا جاتا ہے. چھ ماہ سے بھی کم عمر بچوں میں دو تقسیم شدہ خوراکوں میں دوائی دی جاتی ہے اور چھ ماہ سے زیادہ اسے سونے کے وقت ایک خوراک کے طور پر دیا جاتا ہے. جب تک ویسکوئیرٹرک ریفلکس حل نہیں ہوتا تب تک یہ جاری رکھنا چاہئے.

اگر اعلی گریڈ ریفلکس (گریڈ چار یا چھ) ہے ، اگر ویسکیوٹرک ریفلکس پانچ سال کی عمر سے زیادہ برقرار رہتا ہے, اگر میڈیکل مینجمنٹ ناکام ہو جاتی ہے یا اگر اینٹی بائیوٹک استعمال کے باوجود پیش رفت کے انفیکشن ہوتے ہیں تو ، اگر ویسیکوریٹریک ریفلوکس کی وجہ سے گردوں کے داغوں کی نشوونما ہوتی ہے, یا اگر تقسیم شدہ گردوں کا فنکشن گر رہا ہے تو سرجری کے ذریعہ ویسیکوریٹرک ریفلکس کو درست کیا جانا چاہئے. سرجری کہا جاتا ہے - یوریٹریک ریپلانٹیشن . سرجری میں اورٹر مثانے سے منقطع ہے اور اس طرح سے دوبارہ شروع کیا گیا ہے کہ سبموکوسال سرنگ کی کافی لمبائی ہوگی. یہ مثانے کو کھولنے یا ویسکوسکوپک طریقہ کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے. سرجری کے نتائج عام طور پر اچھے ہوتے ہیں. ویسیکوریٹرک ریفلوکس کو ڈیفلکس انجیکشن کے طریقہ کار سے بھی درست کیا جاسکتا ہے. اس طریقہ کار میں جس کو اسٹنگ کہا جاتا ہے اس میں مثانے میں اوریٹرئیک اورفیس میں ایک یا دو جگہوں پر کیمیکل لگایا جاتا ہے. اس میں اضافہ ہوگا

طویل مدتی اثرات اور فالو اپ

ویسیکوئیرٹک ریفلوکس والے بچوں کو پندرہ سے بیس سال کی عمر تک طبی نگہداشت میں رکھنا چاہئے. جہاں کہیں واسیکوریٹرک ریفلوکس نے بے ساختہ حل کیا ہے ، یا سرجری کے ذریعہ اسے درست کیا جاتا ہے ، ہر سال میڈیکل چیک اپ کرنا چاہئے. دورے پر ، ڈاکٹر بچے کی عمومی نشوونما ، گردوں کی نشوونما اور گردوں کی تقریب کی جانچ کریں گے .

والدین کی طرف سے احتیاطی تدابیر

والدین کو مندرجہ ذیل احتیاطی تدابیر اختیار کرنی پڑتی ہیں جب ان کا بچہ ویسیکوریٹرک ریفلوکس میں مبتلا ہوتا ہے.

روزانہ حفاظتی دوائیں بھولے بغیر لینی چاہئیں۔

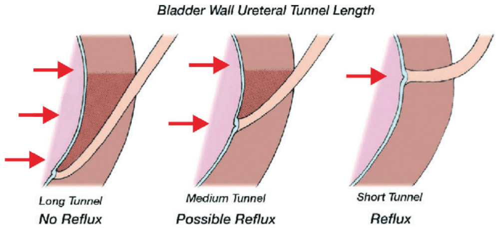
بچے کو کافی مقدار میں مائعات لینے کی ترغیب دیں

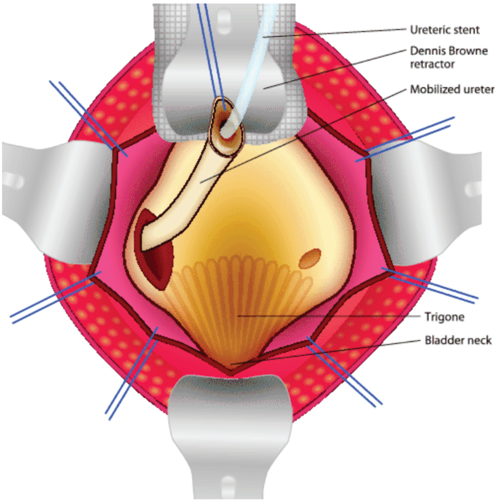
بڑے بچوں میں تین گھنٹوں میں ایک بار بچے کو مثانے کو خالی کرنے کی ترغیب دیں

بچے میں قبض سے بچنے کے لئے اقدامات کریں

بچے کو بہت سارے پھل اور سبزیاں لینے کی ترغیب دیں

انفیکشن ریکارڈ کے ذریعے وقفے کو برقرار رکھیں اور جب کبھی بخار ہوتا ہے تو داخل کریں ، جب کہ یہ سانس کی نالی کی وجہ سے ہو یا یو ٹی آئی کی وجہ سے.



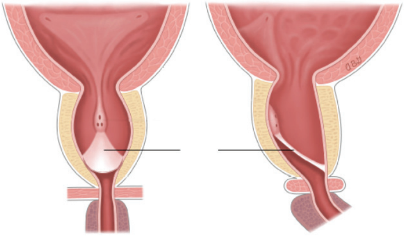


کھلی یوریٹک ریمپلانٹیشن

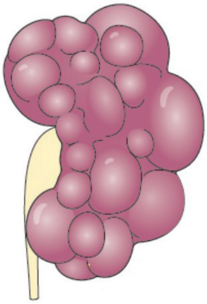
لیپاروسکوپک اورٹریک
ریپلانٹیشن

10
Chapter

بچوں میں پیشاب کی نالی کے انفیکشن

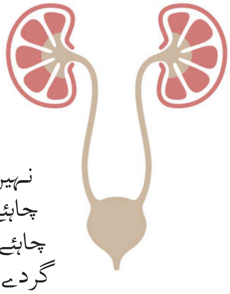


پوسٹرئیر یوریتھرل والوز



ملٹی سسٹک
ڈیسپلاسٹک کڈنی

10 بچوں میں پیشاب کی نالی کے انفیکشن



بچوں میں صحت کی پریشانی. اگر ہم ابتدائی مرحلے میں ان کو نظرانداز کرتے ہیں تو ، وہ طویل مدتی طبی مسائل کا باعث بنے گا. وہ زندگی بھر پریشانی کا شکار ہوسکتے ہیں. بچوں میں پیشاب کی بیماریوں کے لگنے ایسی صورتحال کی اصل مثال ہوں گے. وہ گردوں کو غیب اور خاموش نقصان پہنچا سکتے ہیں. گردوں میں جسمانی اسامانیتاوں سے لے کر غیر صحتمند طریقوں تک ، بہت ساری چیزیں بار بار پیشاب کی نالی میں انفیکشن کا سبب بن سکتی ہیں. اگر بچے پیشاب میں درد اور جلانے والی سنسنی کی شکایت کرتے ہیں تو ، اسے نظرانداز نہیں کیا جانا چاہئے. یہ بچوں میں یو ٹی آئی کی علامت اور علامت ہوسکتی ہے۔ ان کا جلد پتہ لگانا چاہئے۔ کہانی وہاں ختم نہیں ہوتی ہے ، یو ٹی آئی کے لئے اہم عنصر کی نشاندہی اور درست کیا جانا چاہئے,بصورت دیگر طویل مدتی میں یہ گردوں کو پہنچنے والے نقصان کا باعث بنے گا. ہر انفیکشن گردے میں داغوں کی نشوونما کا باعث بنے گا ، جو بعد میں گردے کا معاہدہ ، گردوں کی ہائی بلڈ پریشر ، پروٹینوریا اور گردوں کی ناکامی کا باعث بنتا ہے.

یو ٹی آئی کی نشوونما کے خلاف جسمانی حفاظتی میکانزم

انفیکشن پیشاب کی نشوونما کے ل ایک اچھا ثقافت میڈیم ہے. لیکن پیشاب میں انفیکشن بالکل بھی ترقی نہیں کرتا ہے. جسم میں دفاعی طریقہ کار ایک متاثر کن طریقہ کار ہے جو یو ٹی آئی کی ترقی کو روکتا ہے. انفیکشن کی نشوونما کے ، پیشاب کی اسٹیسس کی ضرورت ہے. لیکن چونکہ ہم میں سے بیشتر مثانے کو خالی کردیں گے تو خطرہ ختم ہوجاتا ہے۔ لیکن اگر پیشاب چھ سے بارہ گھنٹے تک رہتا ہے تو یہ انفکشن ہوجائے گا. مثانے کے بلغوسا کے ذریعہ حفاظتی بلغم سراو ، پیشاب کی اینٹی بیکٹیریل خصوصیات بھی تحفظ فراہم کریں گی.

بیکٹیریا کہاں سے آتے ہیں...

گردے خون کو فلٹر کرتا ہے ، فضلہ کی مصنوعات کو خون سے الگ کرتا ہے اور پیشاب بناتا ہے. گردوں کے اس کام کی وجہ سے ، ہمارا جسم فضلہ کی مصنوعات سے نجات پائے گا. عام صورتحال میں پیشاب میں کوئی بیکٹیریا نہیں ملے گا. پھر جہاں سے بیکٹیریا پیشاب میں داخل ہورہے ہیں. یہ گٹ سے ہے. بیکٹیریا پیشاب کی بیماریوں کے لگنے کا سبب بننے والے مقعد سے باہر آئیں گے ، پیرینیم سے گزریں گے اور پیرینل جلد پر قائم رہیں گے. یہ پیشاب کی نالی میں پیشاب کی نالی میں داخل ہوگا اور مثانے کے پیشاب میں پھیلایا جائے گا. عام طور پر جب ہم پیشاب کو کثرت سے گزرتے ہیں (تین گھنٹوں میں ایک بار) ان بیکٹیریا میں پھیلاؤ کا وقت نہیں ہوتا ہے اور وہ دور ہوجاتے ہیں. اگر کسی بھی وجہ سے ، پیشاب کی نالی میں پیشاب کی نخلستان موجود ہیں تو ، یہ بیکٹیریا کو پھیلانے اور انفیکشن پیدا کرنے کے لئے وقت اور جگہ دے گا. نیونٹ میں یو ٹی آئی خون کے ذریعے پھیلنے والے سیسٹیمیٹک انفیکشن کا ثانوی ہوسکتا ہے.

لڑکیوں میں زیادہ عام

بچوں میں عام طور پر انفیکشن سانس ہیں اور یہ وائرس کے انفیکشن کی وجہ سے ہیں. دوسرا عام انفیکشن بیکٹیریا کی وجہ سے ہے اور وہ پیشاب کی نالی کو متاثر کرتے ہیں. لڑکیوں میں پیشاب کی نالی میں انفیکشن تین بار زیادہ عام ہیں. اس کی وجہ خواتین اورتھرا کی مختصر لمبائی کی وجہ سے ہے. جب بچے بارہ سال کی عمر تک پہنچ جاتے ہیں تو ، لڑکیوں میں یہ چار گنا زیادہ عام ہوتا ہے. پیشاب کی نالی میں شمولیت کی حد پر منحصر ہے ، پیشاب کی نالی کے انفیکشن کو دو اقسام سمجھا جاتا ہے. پیشاب کی نالی کا انفیکشن کم کریں۔ جب انفیکشن پیشاب کی نالی اور مثانے تک ہی محدود ہوتا ہے. یہ عام طور پر مثانے کی چڑچڑاپن کی علامات جیسے — پیشاب کی تعدد اور فوری طور پر ، پیشاب کی ڈرائبلنگ ، درد اور پیٹ میں کم درد کے ساتھ قطروں میں پیشاب گزرتے ہیں. اپر پیشاب کی نالی کا انفیکشن — جب انفیکشن گردے میں پھیل جاتا ہے۔ یہ سردی اور سختیوں کے ساتھ بخار کے ساتھ پیش کرتا ہے ، اور علاقے میں درد کم ہوتا ہے. اپر یو ٹی آئی پیشاب کی نالی کے انفیکشن سے زیادہ خطرناک ہے کیونکہ گردے شامل ہوگئے.

یو ٹی آئی کی علامات کیا ہیں؟

دو سال سے کم عمر کے بچوں کی صورت میں...
علامات غیر مخصوص ہیں .علامات مبہم ہیں اور پیشاب کے نظام سے منسلک نہیں ہیں۔

- غیر واضح ہائی گریڈ بخار
- ڈائپر کے پیشاب سے بدبو آتی ہے۔
- ڈھیلا پاخانہ اور صحت مند نہیں لگتا۔
- مسلسل الٹیاں
- وزن میں اچانک کمی
- پیشاب کرتے وقت چڑچڑاپن اور رونا

دو سال سے زیادہ عمر کی صورت میں، بچے کی بتائی ... گئی مخصوص علامات مددگار ثابت ہوں گی

- درد اور جلن کے ساتھ پیشاب کرنے میں دشواری۔
- پیشاب میں بدبو
- پیشاب کی تعدد
- پیٹ کے نچلے حصے میں درد
- بخار اور الٹی۔

دو قسم کے یو ٹی آئی ہیں. مثانے کا انفیکشن اور گردے کا انفیکشن .تنوں کے انفیکشن میں, مثانے میں سوجن اور درد ہوگا جسے -سیسٹائٹس کہا جاتا ہے۔ یہ پیشاب سے گزرتے وقت درد سے وابستہ پیشاب کی تعدد اور فوری طور پر پیش کرے گا. اگر انفیکشن گردے میں پھیل جاتا ہے تو اسے پائیلونفریٹس کہا جاتا ہے۔ یہ بخار ، سردی اور سختی کے ساتھ پیش ہوگا. گردے کا انفیکشن مثانے کے انفیکشن سے زیادہ خطرناک ہے.

پتہ لگانے کا طریقہ

پیشاب کی نالی کے انفیکشن پیشاب کے تجزیے اور پیشاب کی ثقافت اور حساسیت کے ذریعہ پائے جاتے ہیں. ان دونوں ٹیسٹوں کے لئے پیشاب جمع کرنا بہت ضروری ہے ، بصورت دیگر غلط اطلاعات پیش آئیں گی. وسط دھارے میں ، صاف کیچ پیشاب جمع کیا جانا چاہئے. پیشاب کی ندی کا آغاز اور اختتام چھوڑ دیا جانا چاہئے اور پیشاب کا صرف وسط بہاؤ جمع کیا جانا چاہئے. اسے جراثیم سے پاک کنٹینر میں جمع کیا جانا چاہئے.

چھوٹے بچوں میں پیشاب جمع کرنا ایک چیلنج ہے کیونکہ وہ بغیر اطلاع کے پیشاب سے گزرتے ہیں. چھوٹے بچوں میں پیشاب جمع کرنے کا بہترین طریقہ مثانے سے پیشاب کی براہ راست خواہش ہے۔ پیشاب کی نالی کے انفیکشن کا سبب بننے والے عام بیکٹیریا ای کولی ، کلیبسیلا ، پروٹوس اور سیوڈموناس ہیں . اس انفیکشن کی وجہ سے اٹھارہ سے نوے فیصد پیشاب کی نالی کے انفیکشن ہیں۔ پانچ سے دس فیصد معاملات پیشاب کی نالی میں انفیکشن اسٹریپٹوکوکس اور اسٹیفیلوکوکس کی وجہ سے ہے.

انفیکشن کی تصدیق اور ان پر قابو پانے کے بعد ، پیشاب کے انفیکشن کی وجہ معلوم کرنے کے لئے الٹراساؤنڈ امتحان اور ایم سی یو جی ٹیسٹ کروانا چاہئے. الٹراساؤنڈ میں گردے کی معمول کی اناٹومی / جسمانی اسامانیتاوں کا اندازہ کیا جائے گا. ایم سی یو جی ٹیسٹ میں ویسیکوریٹرک ریفلوکس کے کسی بھی ثبوت کا پتہ چل جائے گا ۔اس ٹیسٹ میں ، مثانے میں ایک چھوٹی سی ٹیوب متعارف کروائی جاتی ہے اور رنگنے سے بھری ہوتی ہے. جب بچہ پیشاب کی فلمیں گزر رہا ہے تو کسی بھی ویسیکو یوریٹک ریفلوکس کو دیکھنے کے لئے لیا جاتا ہے۔ اگر ویسیکو یوریٹک ریفلوکس کا کوئی ثبوت موجود ہے تو, گردوں کے ریڈیوئسٹوپ اسٹڈی جسے ڈی ایم ایس اے اسکین کہا جاتا ہے گردے میں گردے ، گردے کی تقریب اور داغوں کی جسامت اور شکل جاننے کے لئے کیا جاتا ہے.

پیشاب کی نالی کے انفیکشن کے ساتھ مسائل

بچوں میں پیشاب کے انفیکشن بالغوں سے زیادہ خطرناک ہوتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ گردے نشوونما کے مرحلے میں ہیں۔ وہ آٹھ سال کی عمر تک ترقی کرتے ہیں۔ اگر وہ اس مرحلے پر خراب ہو جائیں تو زندگی بھر کے اثرات مرتب ہوں گے۔ یہی وجہ ہے کہ بچوں میں پیشاب کی نالی کے انفیکشن کا جلد پتہ لگانا چاہیے، انفیکشن کی وجہ کا پتہ لگانا چاہیے اور انفیکشن کا جارحانہ علاج کیا جانا چاہیے۔ اس سلسلے میں کسی قسم کی کوتاہی یا کوتاہی قابل قبول نہیں۔ اگر پیشاب کی نالی کے انفیکشن بار بار ہوتے ہیں، تو یہ اس کا باعث بنے گا۔

ریفلوکس نیفروپیتھی: اگر یو ٹی آئی واسیکورویٹرک ریفلوکس کی وجہ سے ہے اور اگر وقت پر اس کا پتہ نہیں چلتا ہے تو ، اس سے گردوں کی داغ پڑ جائے گی اور بعد میں گردے کا معاہدہ ہوجائے گا. اس کا مطلب ہے کہ ایک گردے کا سائز معمول کا ہے اور دوسرے .گردے کا معاہدہ کیا جاتا ہے

گردوں کی ہائی بلڈ پریشر: گردوں میں خون کے بہاؤ میں تبدیلی کی وجہ سے گردوں میں اور بعض اوقات ایک گردے میں انفیکشن میں انفیکشن کے ساتھ ہونے والے معاملات میں عام گردوں میں ہائی بلڈ پریشر کا باعث بن سکتا ہے. آنکھوں میں ہائی بلڈ پریشر ، دل کی ناکامی ، فالج یا خون کے برتن کو پہنچنے والے .نقصان کی وجہ سے ہوسکتا ہے

پروٹینوریا: پروٹین عام طور پر جسم میں برقرار رہتے ہیں۔ اگر گردے کے خلیوں کو نقصان پہنچا ہے تو ، پروٹین کو فلٹر کیا جائے گا اور پیشاب میں کھو دیا جائے گا .اس سے ہائپرو پروٹینیمیا اور جسم میں سوجن .ہوسکتی ہے

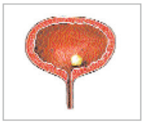
گردوں کا معاہدہ اور چھوٹا گردے: انفیکشن کی وجہ سے گردے میں ہر داغ کے ساتھ ، گردے کا سائز کم ہوجائے گا. اس سے بعد میں تقسیم شدہ گردوں کی .تقریب کو شدید متاثر ہوگا

گردوں کی ناکامی: یہ پیشاب کی نالی کے انفیکشن کی بحالی کا آخری نتیجہ ہے خاص طور پر جب انہیں .نظرانداز کیا جاتا ہے

بچوں میں یو ٹی آئی کی وجوہات

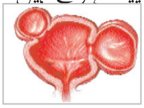
بچوں میں یو ٹی آئی کے لئے تین وجوہات ہیں - پیشاب کی نالی کی اناٹومی میں پیدائشی نقائص, پیشاب کی ریفلکسنگ گردوں (ویسیکورٹرک ریفلوکس) اور طویل عرصے تک پیشاب اور پاخانہ رکھنے کی عادت (ڈیسیلیمینیشن سنڈروم

پیشاب کی نالی کی اناٹومی میں پیدائشی بے ضابطگیوں: فیموسس: کچھ بچوں میں ، عضو تناسل کی نوک پر جلد کو مناسب طریقے سے نہیں کھولا جاتا ہے. اس سے جلد کے نیچے مردہ جلد کے خلیوں کو جمع کرنے کا باعث بنے گا (سمگما مجموعہ) جس سے انفیکشن (بالانوپوسٹائٹس) ہوسکتے ہیں. اس حالت کا عام طور پر سٹیرایڈ مرہم کے ساتھ کامیابی



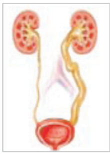
کے ساتھ علاج کیا جاتا ہے لیکن اگر اس کا جواب نہیں ملتا ہے تو اسے معمولی جراحی کے طریقہ کار کے ذریعہ درست کیا جاتا ہے جسے .-سرکومیکشن کہتے ہیں

پوسٹریر یوریتھرل والوز: کچھ مرد نوزائیدہ یوریترا کے پچھلے حصے میں ایک جھلیوں کی رکاوٹ کے ساتھ پیدا ہوئے ہیں. یہ جھلیوں سے پیشاب کے بہاؤ میں



رکاوٹ پیدا ہوگی اور پیشاب کی اسٹیسیس کا سبب بنے گا جس کی وجہ سے یو ٹی آئی کا باعث بنے گا. رکاوٹ کی وجہ سے مثانے گاڑھا ہوجائے گا. پیشاب واپس گردوں میں بہہ سکتا ہے. اس حالت کو سسٹوسکوپک طریقہ کار کے ذریعہ .درست کیا گیا ہے جسے - والوز کی افزائش

مثانے کا ڈائیورٹیکولم: کچھ بچے ڈائیورٹیکولم نامی مثانے سے منسلک ایک اضافی تیلی کے ساتھ پیدا



ہوتے ہیں. یہ پیدائش کے بعد بھی ترقی کرسکتا ہے. یہ تیلی پیشاب سے بھر جاتا ہے لیکن آزادانہ طور پر خالی نہیں ہوتا ہے جس سے پیشاب کی جمود پیدا ہوتی ہے .اس سے بار بار یو ٹی آئی ہوگی. ڈائیورٹیکولم کو جراحی سے .ہٹانا انتخاب کا علاج ہے

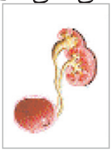
رکاوٹ میگاورٹر: اس جگہ پر تنگ اور رکاوٹ پیدا ہوگی جہاں پیشاب مثانے کی دیوار میں داخل ہوتا ہے جس کی وجہ سے پیشاب کی بڑھتی ہوئی تندہی اور جمود کا باعث بنتا ہے جس کی وجہ سے بار بار یو ٹی آئی ہوتا ہے. اس کو بہتر بنانے اور یورٹریک ریپلانٹیشن کرکے درست کیا جائے گا تاکہ پیشاب بغیر کسی .رکاوٹ کے آزادانہ طور پر بہہ جائے

ہائڈروونفروسس: اس حالت میں, گردے (شرونی) اور پیشاب کی نالی ٹیوب (اورٹر) پیلوی - پیشاب کی بنیاد کی طرف جانے والے جنکشن پیشاب جمع کرنے والے بیگ میں رکاوٹ ہے. اس سے گردے اور یو ٹی آئی کے دباؤ میں کمی واقع ہوتی ہے. اس حالت کو پائیلوپلاسٹ نامی جراحی کے طریقہ کار سے فارغ

کردیا گیا ہے جہاں شرونی-اوریٹرک جنکشن کو ہٹا دیا جاتا ہے اور ایک نیا ، وسیع چمنی کی شکل کا جنکشن .تشکیل دیا جاتا ہے

ڈوپلیکس موائسز: اس حالت میں ،

ہر طرف سنگل گردے کی بجائے اضافی گردوں کی اکائیوں کی تعداد ہوگی۔ ہر یونٹ کی اپنی شرونی اور اور اورٹر ہوگا۔ یہ یونٹ عام طور پر واقع نہیں ہوسکتے ہیں ، عام طور پر مثانے میں شامل نہیں ہوسکتے ہیں ، عام طور پر کام نہیں کرسکتے ہیں۔ وہ بار بار پیشاب کی نالی کے انفیکشن کا ذریعہ ہوسکتے ہیں۔ اگر یہ بار بار پیشاب کی نالی کے انفیکشن کا ذریعہ ہیں تو ان اضافی یونٹوں کو جراحی سے ہٹانے سے درست کیا جاتا ہے.



ملٹیسٹک ڈیسپلسٹک گردے: اس حالت میں ، ایک طرف کا گردے معمول ہوگا اور دوسری طرف گردے (ڈیسک پلاسٹک) تیار نہیں ہوں گے اور اس کی جگہ انگور کے ایک گروپ نے لے لی ہوگی۔ یہ سیسٹک یونٹ اورٹر سے منسلک نہیں ہیں۔ وہ بار بار پیشاب کی نالی کے انفیکشن کا ذریعہ بن سکتے ہیں.

گردے میں پیشاب کی دوبارہ بہاؤ (ویسیکوریٹریک ریفلوکس): عام طور پر پیشاب گردے سے مثانے اور باہر کی سمت میں ایک طرح سے نیچے بہنا چاہئے۔ کچھ بچوں میں ، جب مثانے پیشاب کو خالی کرنے کا معاہدہ کر رہا ہے تو ، کچھ پیشاب گردے میں بہہ جائے گا- اسے ویسیکو اوریٹریک ریفلوکس کہا جاتا ہے۔ یہ بنیادی طور پر مثانے میں اورٹر کے جنکشن پر کمزوری کی وجہ سے ہے۔ اس کی شدت کی بنیاد پر ویسیکو اورٹریک ریفلکس کو پانچ درجات میں درجہ بندی کیا گیا ہے۔ گریڈ ون ، دو اور تین عام طور پر عمر کے ساتھ دوبارہ کام کریں گے لیکن چار اور پانچ گریڈ کو سرجیکل اصلاح کی ضرورت پڑسکتی ہے جسے - یوریٹریک ریمپلانٹیشن کہا جاتا ہے.

ڈائسیلیمینیشن سنڈروم: جب بچے ٹی وی دیکھنے میں مصروف ہوتے ہیں ، یا پلے فیلڈ میں کھیلتے ہوئے یا اسکول میں بیت الخلا صاف نہیں ہوتے ہیں تو بچے پیشاب کو روکتے ہیں۔ اس سے پیشاب کی دائمی جمود پیدا ہوجائے گا اور جب مثانے بھرا ہوا ہے تو وہ ہمیں ملنے والی سنسنی کو کھو دیتے ہیں۔ اس سے بار بار یو ٹی آئی ہوگی۔ کچھ دیر بعد وہ تحریک کو بھی روکیں گے (سنڈروم)۔ اس کے ساتھ بچے کی یقین دہانی ، قبض کے جارحانہ انتظام اور ٹوائلٹ کی تربیت کا علاج کیا جائے گا.

دیگر وجوہات: پیشاب کی نالی کے پتھر ، پیشاب کے ذریعے کیلشیم کی منظوری (ہائپرکالسیوریا) ، ریڑھ کی ہڈی کے نقائص ، نیوروجینک مثانے بار پیشاب کی نالی کے انفیکشن کی وجہ ہوگی.

پیشاب کی نالی کے انفیکشن کا علاج کس طرح کیا جاتا ہے

بچوں میں پیشاب کی نالی کے انفیکشن ، ایک بار جب ان کی دستاویزات ہوجاتی ہیں تو پیشاب کی ثقافت اور حساسیت کی رپورٹ آنے تک تجرباتی اینٹی بائیوٹکس کے ساتھ سلوک کیا جانا چاہئے۔ ایک بار جب پیشاب سی / ایس رپورٹ آئے تو ثقافت کی رپورٹ کے مطابق اینٹی بائیوٹکس تبدیل کردیئے جاتے ہیں۔ اینٹی بائیوٹکس عام طور پر دو ہفتوں کے لئے دیئے جاتے ہیں ۔ایک ہفتہ نس اور دوسرے ہفتے زبانی دوائی۔ ایک بار جب یو ٹی آئی کے زیر اثر ہے تو بچے کو الٹراساؤنڈ پیٹ سے گزرنا چاہئے ، ایم سی یو جی کی تلاش پر منحصر ہے ، سائٹوٹریتھگرام ایم سی یو جی اور ڈی ایم ایس اے کی تشکیل کرنا۔ اگر یو ٹی آئی کسی بھی جراحی کی حالت میں ثانوی ہے تو اسے سرجری کے ذریعہ درست کرنا چاہئے .

والدین کے لیے احتیاطی تدابیر

تین سال سے زیادہ عمر کے بچے (ٹوائلٹ کی تربیت یافتہ) تین گھنٹوں میں ایک بار اپنے مثانے کو خالی کرنا چاہئے۔ اسکول کے وقت میں بھی اس کی پیروی کی جانی چاہئے .

بچوں کو کافی مقدار میں مائعات لینے کی ترغیب دی جانی چاہئے

بچوں کو زیادہ سبزیاں اور پھل لینے کی ترغیب دی جانی چاہئے

جینیاتی طور پر روزانہ صفائی اور بچوں کی پیرینیم بہت ضروری ہے۔ مردوں میں عضو تناسل کی نوک کو باقاعدگی سے صاف کیا جانا چاہئے.

خواتین میں پیرائنل واشنگ ایک پسماندہ سوائپ میں کی جانی چاہئے۔ صاف پانی سامنے نہیں آنا چاہئے اور یو ٹی آئی کا سبب نہیں بننا چاہئے کیونکہ مادہ یوریترا بہت کم ہے.

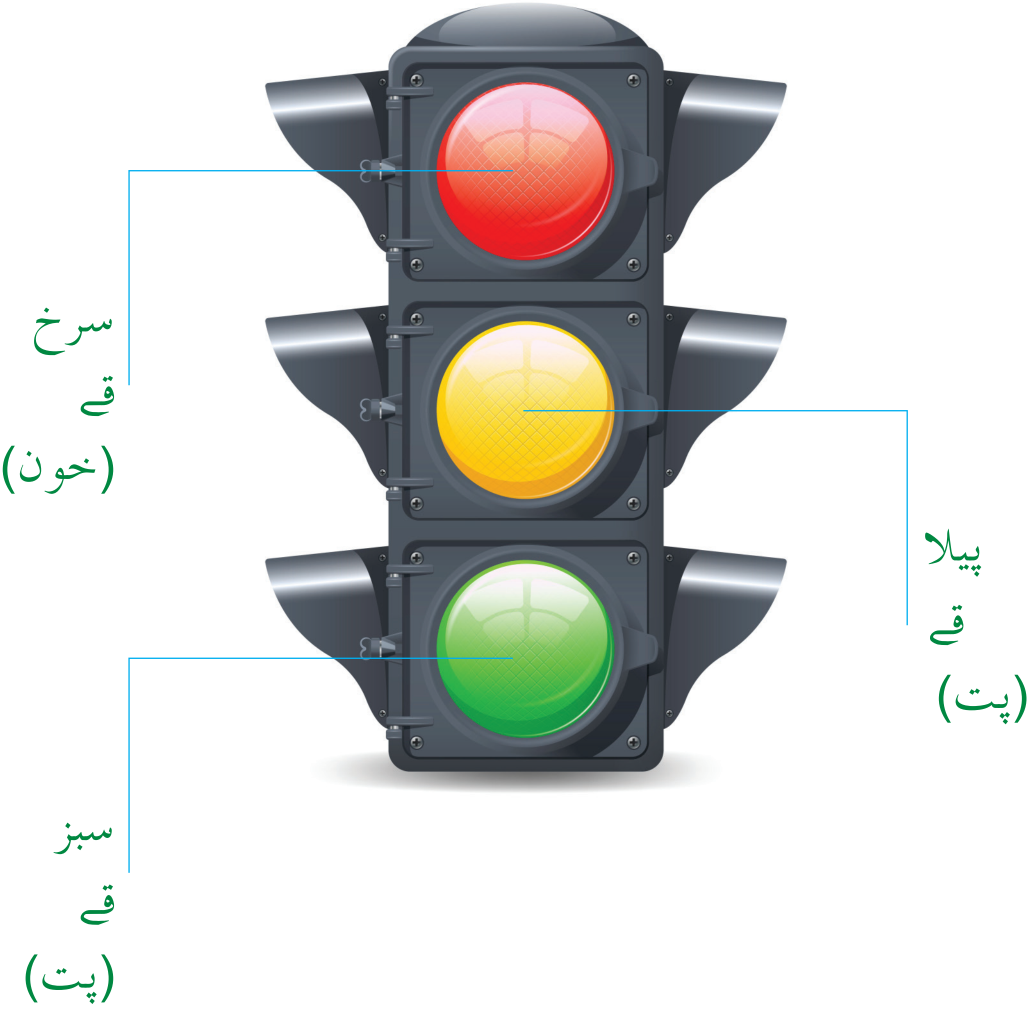
جب کبھی بھی بچوں میں یو ٹی آئی پر شبہ ہوتا ہے تو ، ڈاکٹر سے فوری طور پر مشورہ کیا جانا چاہئے.

11

Chapter

بچوں میں الٹی ہونا

خطرناک قے



11

بچوں میں الٹی ہونا

اگر بچہ کھانا مناسب طریقے سے لے رہا ہے اور پیٹ بھرا ہوا ہے تو والدین کی خوشی کی کوئی حدود نہیں ہوگی. یہ وہ منظر ہے جس پر ہم سب دیکھتے ہیں کہ آیا بچہ ایک چھوٹا بچہ ہے جو ماؤں کو کھانا کھاتا ہے ، نوزائیدہ بچوں کو نیم مستحکم کھانا لے رہا ہے یا یہ بچوں کے لئے ٹھوس کھانا کھانے کی صورت میں ہے. اگر بچوں کا پیٹ بھرا ہوا ہے تو والدین کو ایسا لگتا ہے جیسے ان کا پیٹ بھرا ہوا ہو. لیکن والدین گھبرائے ہوئے ہیں جب ان کا بچہ تمام دودھ .کو الٹی کر رہا ہے یا جو کھانا لیا گیا تھا اسے الٹی کرتا ہے

زیادہ تر اوقات ، بچوں میں الٹی ہونے کی وجہ آسان ہے اور وہ خطرناک نہیں ہیں. ناقص کھانا کھلانے کی تکنیک ، معدے کا انفیکشن اور غیر صحتمند کھانے کی مقدار زیادہ تر حالات میں بچوں میں الٹی کا باعث بنے گی. لیکن یہاں تک کہ نایاب حالات میں بھی ، الٹی خطرناک بیماری کی علامت ہوسکتی ہے یہی وجہ ہے کہ جب ہمیں قے کو سنجیدگی سے لینا پڑتا ہے تو اس بارے میں معلومات حاصل کرنا ہمیشہ بہتر .ہوتا ہے

الٹی کیسے ہوتی ہے

آسان الفاظ میں ، الٹی ایک حفاظتی طریقہ کار ہے. آلودہ کھانے کا اشارہ ، آلودہ پانی پینا ، معدے میں بیکٹیریا یا وائرس کا اندراج یہاں تک کہ ہمارے علم کے بغیر بھی جی آئی ٹی کے انفیکشن کا باعث بن سکتا ہے. اس طرح کے غیر ملکی اداروں کو الٹی کی شکل میں جسم سے باہر پھینک دیا جائے گا. بچوں میں زیادہ تر الٹی صرف اسی وجہ سے ہوتی ہیں. وہ خطرناک نہیں ہیں. اینٹی ایمیٹکس اور او آر ایس لینے سے ایک سے دو دن میں الٹی کو دور کیا جائے گا۔ بعض اوقات الٹی قابو پانے کے بعد دوبارہ ہوتی ہے یا وہ بغیر کسی راحت کے مستقل رہ سکتے ہیں. وہ بچوں کو بہت تکلیف اور والدین کو پریشانی کا باعث بنتے ہیں. اس طرح کی الٹی کو سنجیدگی سے لینے کی .ضرورت ہے

ہم سب کے دماغ میں الٹی سنٹر ہے جسے – کیمیائی ٹرگر زون کہا جاتا ہے۔ یہ دماغ میں چوتھے وینٹریکل کے نیچے والے علاقے میں ہے. جسم کے مختلف حصوں سے الرجک اور چڑچڑاپن والے اشارے اس کیمیائی محرک زون کو آگے بڑھائیں گے. سی ٹی زیڈ میں اعصاب خارج ہوجائیں گے اور الٹی کی سہولت کے نیچے اشارے بھیجیں گے. اس کے اشارے □□□□□ ل ,پیٹ کے پٹھوں کو زبردستی معاہدہ کریں گے

الٹی کی اقسام

مستقل الٹی: بچوں میں کبھی کبھار الٹی عام ہوتی ہے. بعض اوقات قے کو کسی اہم مدت کے دوران راحت نہیں ملے گی ، یا اگر انہیں تھوڑی دیر کے لئے صرف دوبارہ بازیافت کرنے میں راحت مل جاتی ہے تو ، اس طرح کی الٹی کو مستقل الٹی کہا جاتا ہے. اس قسم کی الٹی وزن میں کمی اور پانی کی کمی کا باعث .بنے گی

پرکشیپک الٹی: نوزائیدہوں میں فیڈ کی دوبارہ سرجری عام ہے. وہ پرکشیپک نہیں ہیں اور وہ صرف ماؤں کے کندھوں پر پھسل جاتے ہیں. لیکن جب کبھی بھی نامیاتی وجہ ہو ، جیسے آنتوں میں رکاوٹ ، الٹی حرکت خطرناک اور زبردستی ہوگی. وہ دور سے گر جائیں گے. یہ الٹی اہم ہیں اور انہیں تشخیص کی .ضرورت ہے

بلائس الٹی: جگر (پت) سے تیار کردہ ہاضمہ رس ، ڈوڈنم کی سطح پر معدے کی نالی میں داخل ہوگا. اگر اس سطح سے نیچے کوئی رکاوٹ ہے تو ، الٹیوں میں سبز یا زرد پت ہوتا ہے. تازہ پت رنگ میں سنہری پیلے رنگ کا ہے اور اگر یہ رکاوٹ کی وجہ سے کسی مدت تک رہتا ہے تو یہ سیاہ سبز کی طرف موڑ دے گا. اس قسم کی دوغیبی الٹیوں کا اندازہ کرنے کی ضرورت ہے. اگر آنتوں میں پت کے داخلے میں رکاوٹ .خطرناک ہے تو ، الٹی غیر مضر ہے

خون میں مخلوط الٹی: نوزائیدہ بچوں میں ، بعض اوقات الٹی میں خون ماؤں کے نپل پر چھوٹے چھوٹے چھوٹے چھوٹے چھوٹے چھوٹے چھوٹے چھوٹے چھوٹے چھوٹے سے زچگی کے خون یا خون کی وجہ سے ہوسکتا ہے. بعض اوقات وہ نادان جمنے کے طریقہ کار کی وجہ سے عارضی طور پر ترقی کرتے ہیں ، جسے وٹ

کے انجیکشن کے ذریعہ درست کیا جائے گا. خون سے وابستہ یہ الٹی خطرناک نہیں ہیں. لیکن اگر الٹی میں نمایاں اور مستقل خون ہوتا ہے تو ، یہ سنگین آنتوں کی علامت ہوسکتی ہے. بعض اوقات خون بہہ رہا ہے جگر سے ہونے والے نقصان کی وجہ سے جو سروسوسس کہتے ہیں یا جگر کی طرف جانے والے خون کی رگوں میں دباؤ میں اضافے کی وجہ سے (پورٹل ہائی بلڈ پریشر) ہوسکتا ہے. ان الٹیوں کو ہلکے سے نہیں لیا جانا چاہئے .اور ان کا فوری جائزہ لیا جانا چاہئے

جعلی الٹی: اگر چھوٹی آنت کے نچلے حصے میں یا بڑی آنت میں رکاوٹ ہے تو ، جعلی مواد مزید ترقی نہیں کرسکتا ہے اور اس کے برعکس ہوگا. ایسی صورتحال میں الٹی میں عیب دار مواد ہوگا. یہ ایک حقیقی ہنگامی صورتحال ہے اور ہنگامی سرجری کے .ذریعہ فوری طور پر نمٹنے کی ضرورت ہے

عمر سے متعلق وجہ عوامل

بہت سی چیزیں ہیں جو بچوں میں الٹی کا باعث بن سکتی ہیں۔ کھانا کھلانے کی غلط تکنیکیں، معدے کے انفیکشن، آنتوں میں رکاوٹ، آنتوں میں لومینل رکاوٹیں الٹی کا باعث بن سکتی ہیں۔ یہ زخم عمر پر منحصر ہوں گے۔

نوزائیدہ عمر: ناقص کھانا کھلانے کی تکنیک بنیادی وجہ ہے. دودھ کے ساتھ ساتھ نوزائیدہ ہوا میں بھی داخل ہوجائیں گے۔ جب انجیسٹ ہوا باہر آرہی ہے تو ، اس کے ساتھ ساتھ دودھ بھی نکالتا ہے. اگر ماں بچے کو کندھوں پر لے جاتی ہے اور صحیح طریقے سے پھٹ جاتی ہے تو ، فیڈوں کی اس تنظیم نو کو کم کیا جاسکتا ہے. جی آئی ٹی انفیکشن ، نااہل گیسٹرووسفیگل اسفنکٹر کی وجہ سے دودھ کی ریفلکس نوزائیدہوں میں الٹی ہونے کی دوسری وجوہات ہیں. دودھ پروٹین لیبکٹجن عدم رواداری بھی الٹی کا باعث بن سکتی ہے. لیکٹجن فری دودھ کا تعارف الٹی کو ختم کردے گا. پھیپھڑوں ، دماغ ، یا خون میں انفیکشن قے کا باعث .بن سکتے ہیں

ہم سب کے پاس آنتوں کو کسی خاص نمونہ میں رکھا جائے گا لیکن کچھ بچوں میں آنتوں میں ایک مختلف نمونہ ہوتا ہے جسے مڈگٹ کی خرابی کہتے ہیں. یہ بے ضابطگی آنت کی گردش کا باعث بن سکتی ہے جس کی وجہ سے گینگرین (وولولس) ہوتا ہے۔ یہ ایک جراحی کی حالت ہے جس کو جلد سے جلد سرجیکل

..اصلاح کی ضرورت ہوتی ہے

آنت میں کسی بھی رکاوٹ سے دوغیبی الٹی ہوسکتی ہے. آنتوں کی نشوونما میں رکاوٹ (آنتوں کی ایٹریسیا) ، مدافعتی نظام کی ناکامی کی وجہ سے آنتوں کی دیواروں میں انفیکشن (نشہ کرنے والی انٹرکولائٹس), آنتوں کی دیواروں میں اعصاب کی عدم موجودگی (ہرشپرنگس بیماری) ان تمام گھاووں کو فوری طور پر .جراحی مداخلت کی ضرورت ہوگی

ایک اور عام حالت آنتوں کی دیوار میں پٹھوں کو گاڑھا کرنا ہے (سنجینیٹل پائورک اسٹینس) ، اس سے آنتوں کے لویمن کی ترقی پسند تنگ ہوجاتی ہے جس کی وجہ سے الٹی ہوتی ہے. ان نوزائیدہوں میں ، بائیں سے دائیں طرف سے ایک چھوٹی سی نظر آنے والی ماس حرکت دینے کے بعد. اس حالت کو ایک سادہ جراحی حالت کے ذریعہ درست کیا جاسکتا ہے جسے .پائلورومیومیوٹومی کہتے ہیں

عمر سے متعلق وجہ عوامل

انفنٹس میں: جی ای آر ڈی <ٹی اے جی> معدے کی نااہلی جس سے معدے کی نالی ہوتی ہے اس سے تیزاب کے رسوں کی دوبارہ جانچ پڑتال ہوتی ہے جس سے نقصان ہوتا ہے. بنیادی طور پر مائعات کو دوبارہ سے آگاہ کیا جائے گا. اگر یہ ہلکا – ہے تو کسی خاص علاج کی ضرورت نہیں ہے. ٹھوس افراد کا ابتدائی آغاز ، بچوں کو سر میں رکھنا مسئلہ کو درست کرسکتا ہے. جب مسئلہ اعتدال پسند ، پروکنیٹک دوائیں ہیں جو تیز گیسٹرک خالی کرنے ، اینٹی ایمیٹک ادویات کی طرف جاتا ہے جو الٹی کو روکتی ہیں, فیڈ ٹھوس پاؤڈر جو دودھ کو ٹھوس میں تبدیل کرنے پر مجبور کرتے ہیں اس مسئلے کو دور کرنے میں مدد ملے گی. جب مسئلہ شدید ہوتا ہے تو ، فنڈوپیلیکیشن سرجری جو معدے کو مضبوط کرتی ہے جنکشن کو مضبوط .بنانے میں مدد ملے گی

پریشانی: اس حالت میں آنتوں کا ایک حصہ اس طبقہ میں آجائے گا جو اس سے پریشان ہے. یہ پیٹ میں درد ، سبز رنگ کی الٹی ، اور بعد کے مراحل میں پاخانہ میں خون کے ساتھ پیش کرتا ہے. یہ ہنگامی صورتحال ہے جس میں ہنگامی تلاش کی ضرورت ہے.

رکاوٹ لسانی ہرنیا: اگر بچہ دوغلا قے کے ساتھ زیادتی سے رو رہا ہے تو بہتر ہے کہ پورے پیٹ کی جانچ پڑتال کی جائے کیونکہ اس میں رکاوٹ پیدا ہوسکتی ہے. عام طور پر بچوں میں ، انگائنل (گورین) ہرنیا میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے ، بعض اوقات نال میں رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے.

آنتوں کی رکاوٹیں: چپکنے کی وجہ سے آنتوں کی رکاوٹیں ، آنتوں کے کیڑے کی وجہ سے آنتوں کی رکاوٹوں ، آنتوں کے کیڑے کی وجہ سے ریڑھ کی ہڈی کی رکاوٹ

ہیلمینتھس) دوغلا الٹی کا) باعث بن سکتا ہے اور اسے جراحی کی اصلاح کی ضرورت ہے.

دماغ میں بڑھتے ہوئے دباؤ: دماغ میں ہیماتوما مجموعہ ، دماغ میں انفیکشن بڑھتے ہوئے دباؤ کا باعث بن سکتا ہے اور اس سے پرکشیپک الٹی ہوتی ہے.

خامروں کی کمی: گالیکٹوزیمیا جیسی انزائم کی کمی جو میٹابولک حالت ہے قے کا باعث بن سکتی ہے

بچپن کی عمر: اپینڈیسائٹس سب سے بڑی وجہ ہے۔ یہ پانچ سے آٹھ سال کے درمیان زیادہ عام ہے۔ اس حالت میں بخار ، درد کا پیٹ اور الٹی. اگر اپینڈیسائٹس شدید اور شدید ہے تو اسے اپینڈیسیکٹومی کے ذریعہ درست کرنا چاہئے.

پیدائشی بینڈ ، رکاوٹ والے ہرنیاس اور ریڑھ کی ہڈی کی رکاوٹیں بچپن کی عمر میں بھی الٹی ہوسکتی ہیں. ذیابیطس کیٹوسیڈوسس ذیابیطس کے بچوں میں ایک اور وجہ ہے جو الٹی پیدا کرسکتی ہے.

جب الٹی کو نظرانداز کیا جاتا ہے تو کیا ہوتا ہے

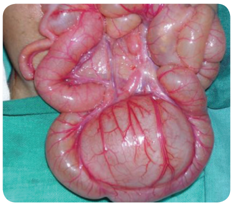
اگر الٹی کو نظرانداز کیا جاتا ہے تو ، اس سے پانی کی کمی (جسم سے پانی کے نقصان کی صورتحال) ہوگی. اس کی نشاندہی ڈوبے ہوئے آنکھیں ، خشک زبان ، انتہائی کمزوری اور پیشاب کی کم پیداوار سے ہوگی. خون میں الیکٹرویلیٹ کی سطح گر جائے گی. اس سے زندگی کا خطرہ ہوسکتا ہے ، اگر اس سطح پر اس کا علاج نہیں کیا جاتا ہے. مستقل الٹی معدے میں السر کا باعث بنے گی اور الٹی میں خون بہہ سکتا ہے. نوزائیدہ اور نوزائیدہ بچوں میں ، حفاظتی طریقہ کار زیادہ موثر نہیں ہیں اور الٹی مادے سے کچھ زیادہ پھیپھڑوں میں داخل ہوسکتا ہے - جس سے خواہش نمونیا ہوتا ہے. اس سے سانس کی تکلیف ہوسکتی ہے اور آکسیجن کی سطح میں کمی واقع ہوسکتی ہے. الٹی کے ساتھ ، پیٹ میں تیزاب اوپر معدے کی نالیوں تک دوبارہ پیدا ہوسکتا ہے جس کی وجہ سے سینے میں جلن کا احساس ہوتا ہے, منہ میں تلخ ذائقہ اور دانتوں کا تامچینی کھونا. اگر الٹی مستقل رہتی ہے تو ، اس سے وزن کم ہوجائے گا. قبل از وقت اور کم پیدائش کے وزن میں شاذ و نادر ہی قے نیند میں اچانک نوزائیدہ بچوں کی موت کا سنڈروم کا باعث بن سکتی ہے

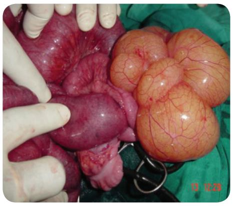
والدین کو کیا کرنا ہے؟

جب بچوں کو الٹی ہو رہی ہے تو ، وہ تکلیف میں مبتلا ہوجاتے ہیں اور چڑچڑا ہوجاتے ہیں. یہ وہ وقت ہے ، والدین کو بچوں کو یقین دہانی اور مدد دینے کی ضرورت ہے. نوزائیدہ بچوں کی صورت میں ، دودھ کی کھانوں کو وو آر یاس اور اینٹی - ایمیٹک دوائیوں کے ساتھ تھوڑی مقدار میں جاری رکھنا چاہئے. صرف اس صورت میں جب الٹی شدید ہوتی ہے ، فیڈنگز کو روکا جانا چاہئے اور نس ناستی سیالوں کو شروع کیا جانا چاہئے. بڑے بچوں میں وو آر یاس (زبانی ری ہائیڈریشن حل) اینٹی ایمیٹک دوائیوں کے ساتھ ساتھ مرکزی انتظام ہونا چاہئے. اگر وو آر یاس دستیاب نہیں ہے تو ، پانی میں نمک اور چینی کی تھوڑی مقدار شامل کی جائے اور اسے کثرت سے لیا جانا چاہئے (ہوم نے وو آر یاس) بنایا

جب ہمیں الٹی کو سنجیدگی سے لینا ہوگا؟

مستقل الٹی
وزن میں کمی سے وابستہ الٹی
زبردستی ، پروجیکٹائل الٹی
سبز یا زرد رنگ کی الٹی
الٹی میں خون
درد کے پیٹ سے وابستہ الٹی
دوروں کے بعد الٹی - فٹز
پانی کی کمی سے وابستہ الٹی
پیٹ میں خلل سے وابستہ الٹی.





12
Chapter

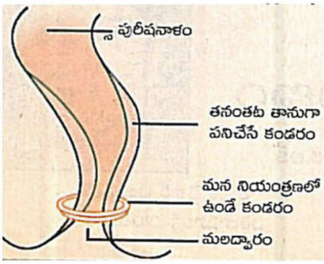
بچوں میں قبض

12

بچوں میں قبض

تعارف

بچوں میں قبض کی ہلکی ڈگری عام ہے۔ لیکن اگر یہ بار بار دہرائے یا زیادہ دیر تک برقرار رہے تو یہ بچے کے لیے پریشانی کا باعث بنتا ہے اور گھر والوں کو مایوسی ہوتی ہے۔ حقیقی معنوں میں قبض ایک چکراتی حالت ہے جس میں ایک مسئلہ دوسرے کی طرف لے جاتا ہے۔ کیونکہ ایک دن بھی پاخانہ نہ گزرنے سے پاخانہ سخت ہو جائے گا۔ اگلے دن پاخانہ کرتے وقت بچے السر (مقعد میں دراڑ) کی وجہ سے مقعد کے کنارے پر تکلیف، تکلیف اور درد کے ساتھ پاخانہ گزریں گے۔ اس سے بیت الخلا جانا ملتوی ہو جاتا ہے۔ پاخانہ ملتوی کرنے سے مسئلہ مزید بڑھ جائے گا۔ لہذا، بچوں میں قبض کی نشوونما سے بچنا ہمیشہ بہتر ہے۔ والدین کو بچوں میں قبض کی نشوونما کے بارے میں ہمیشہ آگاہی رکھنا چاہیے، تاکہ پریشانی اور مایوسی سے بچا جا سکے۔



قبض

اس کا مطلب ہے مشکل اور یا درد سے سخت پاخانہ گزرنا ، جو عام سے کم ہوتا ہے. مائع اسٹول کے ساتھ کم عمر افراد کی باقاعدگی سے نقل و حرکت ، اس بات کی نشاندہی کرسکتی ہے کہ کسی بچے کو پاخانہ کی رکاوٹ (بے عملی) کے ساتھ قبض ہے. اس کو طویل مدتی مسئلہ بننے سے روکنے کے لئے قبض کو جلد تسلیم کرنا ہو گا. ...مندرجہ ذیل حالات کو بچوں میں قبض سمجھا جاسکتا ہے

پاخانہ گزرتے وقت مشکل / تناؤ

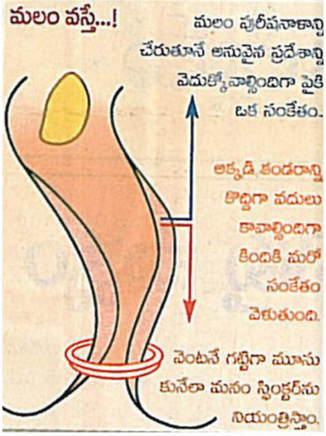
تھوڑی مقدار میں خون کے ساتھ پاخانہ گزرتے ہوئے درد

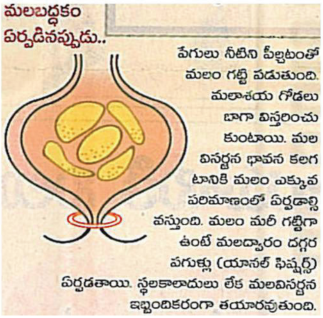
.ہر ہفتے تین سے بھی کم مناسب مکمل پاخانہ گزر رہے ہیں

پاخانہ جو سخت ، بہت بڑے یا چھوٹے اور چھرے جیسے ہیں

اسٹول ود ہولڈنگ. بچہ نے آنتوں کو خالی کرنے کی خواہش کو نظرانداز کرنے کی کوشش کرتے ہوئے اسٹول کو تھام لیا.

درد کے پیٹ ، تھکاوٹ اور عمومی خرابی ، ناقص بھوک اور بےچینی ، بیت الخلا جانے سے بچنے کے ساتھ باقاعدگی سے پاخانہ .نہیں گزر رہے ہیں





کس عمر میں یہ عام ہے؟

قبض کسی بھی عمر میں ترقی کرسکتا ہے. نوزائیدہ سے جوانی تک شروع ہونے سے کوئی بھی متاثر ہوسکتا ہے. نوزائیدہ بچوں میں ، اوپر کی فیڈ پر نوزائیدہ افراد قبض پیدا کرنے کا خطرہ رکھتے ہیں کیونکہ ماؤں کا دودھ آنتوں کی نقل و حرکت کے ل زیادہ موزوں ہوگا. تین سے چار سال کی عمر کے بچوں میں ، قبض ٹوائلٹ کی تربیت کی ناقص تکنیک کا ثانوی ہے. اس عمر میں ، لڑکوں میں لڑکیوں سے زیادہ عام بات ہے. تین سال سے کم عمر بچے روزانہ چار سے پانچ بار پاخانہ پاس کرسکتے ہیں۔ یہ عام بات ہوسکتی ہے, یہاں تک کہ اگر وہ چار سے پانچ دن تک نہیں گزرتے ہیں لیکن اگر وہ فیڈ کو اچھی طرح سے قبول کررہے ہیں ، اگر پیٹ میں کوئی فرق نہیں ہے تو, اگر پاخانہ گزرتے وقت تکلیف نہیں ہوتی ہے اور اگر الٹی نہیں ہوتی ہے. اگر ان میں سے کوئی بھی موجود ہے تو پھر اسے قبض سمجھا جائے گا. ان علامات سے بھوک اور وزن میں کمی واقع ہوگی. اس مرحلے پر جارحانہ انداز میں علاج شروع کیا جانا چاہئے.

پاخانہ کیسے بنتا ہے؟

ہم جو کھانا کھاتے ہیں، وہ ایک طویل سفر میں منہ سے مقعد تک معدے کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔ اس کے سفر کے دوران خوراک کو توڑ کر چھوٹے ذرات میں بنا دیا جائے گا تاکہ آنتوں کی دیوار میں موجود خون کی نالیوں میں جذب ہو جائے۔ جسم کے لیے مفید تمام ذرّات خون کی نالیوں میں جذب ہونے کے بعد باقی فضلہ مادہ پاخانہ ہے۔ بڑی آنت (بڑی آنت) اس فضلہ مادے کو باہر نکالے جانے والے آخری حصے (مقعد کی نالی) تک لے جائے گی۔ اپنے سفر کے دوران جسم پاخانے سے پانی جذب کرتا ہے، جس سے یہ تھوڑا سا ٹھوس ہوتا ہے۔ اگر ہم فائبر سے بھرپور کھانا کھاتے ہیں تو اس سے پاخانے کی مقدار میں اضافہ ہوتا ہے اور پاخانہ زیادہ نرم ہوجاتا ہے۔ اگر بچہ زیادہ دودھ، مٹھائیاں اور چاکلیٹ کھائے تو فائبر کی کمی کی وجہ سے پاخانہ سخت ہو جائے گا۔ اگر پانی کی مقدار کم ہو تو بڑی آنت ان کی سختی کا باعث بننے والے پاخانہ کے مادے سے زیادہ پانی جذب کرے گی۔

ایک بار پاخانہ ملاشی کے آخری حصے تک پہنچ جاتا ہے، ایک سگنل دماغ کی طرف جاتا ہے تاکہ مناسب جگہ کا پتہ لگایا جا سکے اور اسی وقت ایک اور سگنل آخری حصے میں موجود اسفنکٹر پٹھوں کی طرف جاتا ہے تاکہ پاخانہ کو اس وقت تک روکے جب تک کہ وہ جگہ مناسب نہ ہو۔ آنتوں کی حرکت ہمارے کنٹرول میں نہیں ہے لیکن اسفنکٹر عضلات رضاکارانہ ہیں یہ ہمارے کنٹرول میں ہیں۔ ایک بار جب جگہ آسان ہوجائے تو، اسفنکٹر پٹھوں کو آرام ملتا ہے اور پاخانہ گزر جاتا ہے۔ ان سگنلز کے گزرنے میں فرق اور اس پر اسفنکٹر کا رد عمل بچوں میں قبض کی نشوونما کا باعث بنے گا۔

نوزائیدہ بچوں میں یہ قدرے مختلف ہوتا ہے۔ ایک بار جب ان کا پیٹ بھر جاتا ہے تو آنت خود بخود خالی ہوجاتی ہے۔ یہ ایک اضطراری طریقہ کار ہے۔ نوزائیدہ بچے روزانہ آٹھ سے دس پاخانے سے گزرتے ہیں۔ جیسے جیسے عمر بڑھتی ہے ماں چہرے کی تبدیلیوں کو دیکھ سکتی ہے جب بچہ پاخانہ سے گزرنا چاہتا ہے۔ اس طرح وہ بیت الخلا کی تربیت حاصل کرتے ہیں۔

قبض کیسے شروع ہوتی ہے؟

اگر بچے کافی پانی نہیں لیتے ہیں تو ، پاخانہ مشکل اور چھوٹے چھوٹے پیلیٹ بن جائیں گے. اس سے پاخانہ گزرنے کی ضرورت کے بارے میں دماغ کو سگنل بھیجنے میں تاخیر ہوگی. ان سخت پاخانہ کو گزرتے ہوئے ، آنتوں کے آخری حصے میں چھوٹے اور متعدد آنسو پائے جاتے ہیں جسے مقعد ورج کہتے ہیں ان آنسوؤں کو مقعد فیشورز کہا جاتا ہے. یہ ایک حساس علاقہ ہے اور ان پریشانیوں کی وجہ سے سخت پاخانہ گزرنے کے دوران اس میں تکلیف ہوتی ہے۔ یہ تکلیف دہ احساس گزرنے والے پاخانہ کو ملتوی کرنے کا باعث بنے گا. اس سے پاخانہ کے جمود کا باعث بنتا ہے. جب پاخانہ زیادہ وقت تک رہتا ہے تو ، پاخانہ میں پانی جذب ہوجاتا ہے جس کی وجہ سے سخت پاخانہ ہوتا ہے. یہ ایک سائیکل ہے جس میں ایک دوسرے کی طرف جاتا ہے. اس سے یہ احساس پیدا ہوگا کہ پاخانہ گزرنا ان کے لئے ایک دباؤ والا احساس ہے. والدین نے اس بچے پر دباؤ ڈالا جب وہ باقاعدگی سے پاخانہ نہیں گزر رہا ہے اور جب اسکول میں حاضری متاثر ہوتی ہے. اگر بچہ بے چین ہے اور جواب نہیں دے رہا ہے تو ، یہ گھر میں ایک اہم مسئلہ بن جائے گا. بعض اوقات آنت کی دیوار میں اعصاب کی عدم موجودگی (ہرشپرنگ بیماری) بھی قبض کا باعث بنے گی.

ایسی شرائط جو بچے کو قبض کرسکتی ہیں

سبزیوں اور پھلوں جیسے فائبر سے بھرپور کھانے کی کم مقدار

پانی کی ناکافی مقدار

ٹوائلٹ کی تربیت کے وقت اور جب بچہ اسکول جانا شروع کرتا ہے

دوائیوں کی وجہ سے ، جو بچہ لے رہا ہے

نامعلوم ماحول جیسے عوامی بیت الخلا میں جانا

جب دودھ چھڑانے کے بعد بچہ ٹھوس کھانا لینا شروع کردے

.پاخانہ گزرنے کے وقت بہتر نشست کی کرنسی

قبض کا اندازہ لگانے کے لیے کن ٹیسٹوں کی ضرورت ہے؟

کشیدگی ، اور اگر قبض مستقل رہتا ہے – اس کا اندازہ کرنے کی ضرورت ہے. معمول کی بازگشت سادہ ایکسرے پیٹ ہے ، جو بڑی آنت سے بھری ہوئی فیکل مادہ دکھا سکتی ہے. سادہ ایکسرے ان بچوں کی پیروی کرنے میں بھی مدد کرتا ہے جن کے ساتھ باقاعدہ انیماٹا کا علاج کیا جاتا ہے ، یہ دیکھنے کے لئے کہ کتنے بھری ہوئی بڑی آنت کو انیما سے فیکل مادے سے فارغ کردیا گیا. بعد میں بیریم انیما ٹیسٹ ہرشپرنگس بیماری نامی حالت کو مسترد کرنے کے لئے کیا جاتا ہے. ہرشپرنگس کی بیماری ایک ایسی حالت ہے ، جہاں آنتوں کی دیوار اعصاب کے بغیر تیار ہوتی ہے . اس سے آنت کی نقل و حرکت میں فعال رکاوٹ پیدا ہوتی ہے جس کی وجہ سے قبض ہوتا ہے. بیریم انیما میں ، ملاشی کے لئے ایک چھوٹی سی ٹیوب متعارف کروائی جاتی ہے اور ڈائی انجیکشن لگایا جاتا ہے اور فلمیں لی جاتی ہیں۔ یہ ٹیسٹ ہرشپرنگس بیماری کی تصدیق یا مسترد کردے گا. منتخب معاملات میں ایک اور ٹیسٹ - اوریکل مینومیٹری کہا جاتا ہے. یہ ٹیسٹ گٹ دیوار میں برقرار اعصاب کا پتہ لگائے گا۔ اس سے ملاشی اور مقعد نہر میں دباؤ کی پیمائش ہوگی. اگر اعصاب موجود ہیں تو ، ایک بار ملاشی پُر ہوجائے تو ، مقعد نہر میں دباؤ گر جائے گا. اسے ملاشی روکنے والا ریفلوکس کہا جاتا ہے. یہ عام افراد میں برقرار ہے اور ہرشپرنگس بیمار بچوں میں غیر حاضر ہے. اگر اب بھی شکوک و شبہات برقرار ہیں اور قبض شدید ہے تو ، پھر بایپسی کے لئے اعصاب کی موجودگی کے ل دیکھنے کے لئے تھوڑی سی ملاشی دیوار لی گئی ہے (.(ریکٹل بایپسی

بچوں میں قبض کا علاج کیسے کریں؟

بچوں میں قبض کا علاج تین طریقوں – پہلے سے کیا جاتا ہے. فائبر امیر غذا دو. ٹوالیٹ ٹریننگ اور تھری - نرمی والی دوائیں

غذا کا انتظام: قبض کے لئے غذا کے منصوبے میں .تین ایف ہیں

فائبر سے بھرپور غذا: قبض کی بنیادی وجہ مناسب غذا کی کمی ہے خاص طور پر فائبر سے مالا مال غذا. آسانی سے دستیاب فائبر غذا سبز پتی دار سبزیاں ہیں. تمام سبزیاں لی جاسکتی ہیں لیکن فائبر زیادہ موڑ ، پھلیاں ، ڈرم اسٹکس ، گوبھی اور گوبھی میں ہوتا ہے. یہ سبزیاں بچوں کو باقاعدگی سے دی جانی چاہئیں. دوسرا ایف سیال ہے. پانی ، پھلوں کے رس اور سوپ کی شکل میں بچوں کو کافی سیال دیئے جائیں. تیسرا ایف پھل ہے. دن میں دو بار پھل پیش کیے جائیں. دوپہر کے کھانے کے بعد اور رات کے کھانے کے بعد. رات کے کھانے .کے بعد ہر دن ایک پکا ہوا کیلا دیا جانا چاہئے

ٹوالیٹ کی تربیت: ٹوالیٹ کی تربیت قبض کے انتظام میں یکساں کردار ادا کرتی ہے. ٹوالیٹ کی

تربیت تقریبا تین سال کی عمر میں شروع کی جانی چاہئے۔ انہیں باقاعدہ وقت پر بیت الخلا پر بیٹھنے کے لئے بنایا جانا چاہئے۔ بچے کو پاخانہ پاس کرنے پر مجبور یا دباؤ نہیں ڈالنا چاہئے۔ بس اسے روزانہ پانچ سے دس منٹ تک ٹوائلٹ میں بیٹھنے کے لئے بنایا گیا ہے۔ اس سے تکلیف دہ تجربہ اور خوف کا پیچیدہ دور ہوجائے گا ، بچے کو بیت الخلا کی طرف لے جانا ہے۔ دو سے تین ماہ کے بعد جب بچہ ٹوائلٹ میں استعمال ہوتا ہے تو ، مثبت کارٹیکل سگنل بڑی آنت کو منتقل کردیں گے۔ قبض کے انتظام میں اس کا ایک اہم کردار رہا ہے۔ ٹوائلٹ کی تربیت کا بنیادی جزو سنگل ٹائم ، واحد شخص (یا تو باپ یا ماں) اور سنگل ٹوائلٹ ہے۔ بچے کو آنتوں کو خالی کرنے پر مجبور نہیں کیا جانا چاہئے ، بصورت دیگر اس کا منفی اثر پڑے گا.

نرمی کی دوائیں: نرمی والی دوائیں ہیں جو اسٹول کو نرم بنانے اور آسانی سے گزرنے کے ل استعمال ہوتی ہیں۔ مختلف قسم کے لکشیٹو ان کے عمل کے موڈ کی بنیاد پر دستیاب ہیں۔ بلکنگ ایجنٹ ، چکنا کرنے والے ایجنٹ ، اوسموٹک ایجنٹ ، ایمولینٹ اور نوآبادیاتی محرک۔ عام طور پر بچوں میں اوسموٹک ایجنٹوں اور امولینٹس (اسٹول سافٹرز) استعمال ہوتے ہیں۔ ان دوائیوں کو ان دوائیوں کے ساتھ معالج کی رہنمائی میں استعمال کیا جاتا ہے۔ غذا اور ٹوائلٹ کی تربیت جیسے علاج کے دیگر طریقوں کو جاری رکھنا چاہئے.

ایسے نکات جو بچوں میں قبض کو دور کرنے میں مددگار ثابت ہوسکتے ہیں۔

بچوں کی خوراک کا مینو دیکھیں اور دیکھیں کہ کافی فائبر سے بھرپور غذا خوراک میں شامل ہے۔

بچے کو جسمانی طور پر متحرک رہنے کی ترغیب دیں (روزانہ جسمانی ورزش گھنٹہ فی دن

بچے کو ٹوائلٹ کی باقاعدہ عادت ڈالنے کی کوشش کریں۔

کافی وقت دینے کی کوشش کریں تاکہ وہ جلدی محسوس نہ کریں۔ (انہیں اسکول کے وقت سے پہلے جلدی اٹھنے دیں)

جب بھی وہ پاخانہ یا بیت الخلا میں پاخانہ سے گزرتا ہے تو کچھ انعام / تعریف کریں۔ اس سے مثبت کمک ملے گی۔

والدین بیت الخلا کے مسئلے پر گھر میں ہلچل نہ کریں۔ پرسکون رہنے کی کوشش کریں اور مسائل کو حل کریں۔

کیا سرجری کی ضرورت ہے؟

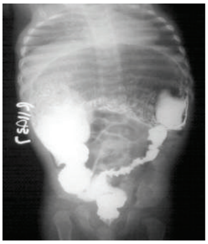
جب قبض کی وجہ ہرشپرنگس بیماری ہے تو سرجری کی جاتی ہے. ہرشپرنگس بیماری میں ، آنت کے ایک حصے میں اعصاب کی کمی ہے. سرجری میں ، اعصاب کی کمی والے طبقے کو ہٹا دیا جاتا ہے اور اعصاب پر مشتمل طبقہ مقعد نہر تک لایا جاتا ہے۔ اس سرجری کو سرجری کے ذریعے پل کہتے ہیں. دوسرے تمام معاملات میں قبض کا علاج میڈیکل مینجمنٹ ، ٹوائلٹ ٹریننگ اور غذائی مشورے سے کیا جاتا ہے. سرجری کے ذریعے کھینچنا ایک بڑی سرجری ہے جو کھلی طریقہ یا لیپروسکوپک مدد کے طریقہ کار کے ذریعہ کی جاسکتی ہے.

قبض کے بچوں میں کھانے کے لئے کھانے کا اہم مواد

فائبر سے بھرپور غذا: کچے چاول ، چھلکے کے ساتھ دالیں ، چھلکے کے ساتھ ایلو ، پھلیاں ، بینڈی ، ڈرم اسٹکس ، گوبھی اور گوبھی ، پکے کیلے ، انگور ، جیسے فائبر سے بھرپور پھل , خشک انگور اور سیب. بچوں کو بہت زیادہ پانی دیا جانا چاہئے. جب فائبر کھانا لیا جاتا ہے تو ، اس کے ساتھ ساتھ مزید مائعات بھی لی جانی چاہئیں.

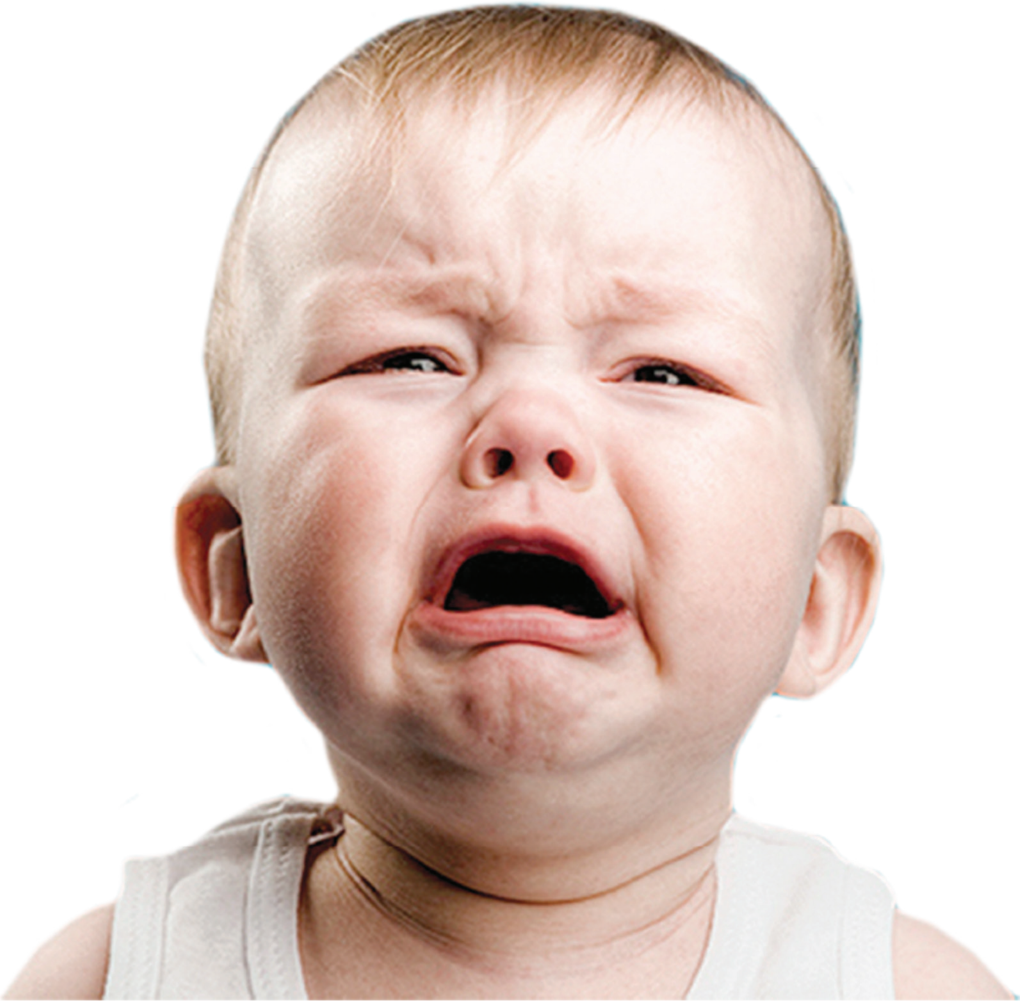
قبض کے شکار بچوں کو کھانے سے پرہیز کرنا چاہیے۔

جنک فوڈ جیسے چپس، لیز اور تلے ہوئے اسنیکس سے پرہیز کرنا چاہیے۔ زیادہ چکنائی اور چینی والی خوراک سے پرہیز کرنا چاہیے۔



13
Chapter

بچوں میں
بار بار پیٹ درد



13

بچوں میں بار بار پیٹ درد

تعارف

بچوں میں پیٹ میں درد ایک عام علامت ہے جس سے اسکول کے بچوں اور نوعمروں کے دس فیصد متاثر ہوتے ہیں۔ تین میں سے ایک بچے کو ڈاکٹر کے ذریعہ پیٹ میں درد کی شکایت کے لئے دیکھا جاتا ہے وقت وہ پندرہ سال ہیں. پیٹ میں درد اکثر والدین کے لئے مایوس کن اور خوفناک ہوتا ہے. بچوں میں پیٹ میں درد کی اصل وجہ ، کئی بار تلاش کرنا مشکل ہے.

بچوں میں پیٹ میں درد معدے کی آنتوں کا سب سے عام مسئلہ ہے ، بچوں نے امتحان کی مدت کے دوران مطالعہ کیا , امتحانات مکمل کرنے کے بعد وہ چھٹیوں کی مدت کے دوران کھیلتے ہیں اور بہت لطف اٹھاتے ہیں اور وہ کسی بھی چیز کی شکایت نہیں کرتے ہیں. پلے ٹائم کے بعد یا کھانے کی مقدار کے وقت یا اسکول جانے کے وقت – بچے پیٹ میں درد کی شکایت کرنا شروع کردیتے ہیں. یہ درد والدین کو بار بار اور پریشان کن ہے. کیا یہ درد حقیقی ہے ؟ یا وہ اداکاری کر رہے ہیں ؟یہ مسئلہ کتنا سنگین ہے ؟ ہمیں اسے کب سنگین مسئلہ سمجھنا چاہئے ؟ کیا ویسے بھی ہم اس طرح کے بار بار حملوں کو روک سکتے ہیں ؟والدین کے ذہنوں میں یہ پریشان کن سوالات ہیں. بار بار پیٹ میں درد بہت عام ہے ، جو خاندانوں کے لئے بہت خلل ڈالتا ہے اور اکثر آسانی سے قابل نامیاتی پیتھالوجی کے ساتھ نہیں ہوتا ہے. یہ ایک ایسی حالت ہے جس میں نامیاتی اور فعال عوارض دونوں شامل ہیں اور اس وجہ سے تشخیص اور علاج کے ل طبی لحاظ سے چیلنج کیا جاتا ہے.

بار بار پیٹ میں درد کیا ہے؟

جے. ایک برطانوی ماہر امراض اطفال, برسٹل (انگلینڈ) میں ہزاروں اسکول کے بچوں میں پیٹ میں درد کے نمونوں کا بڑے پیمانے پر مطالعہ کیا اور مندرجہ ذیل تعریف کو تیار کیا - بار بار پیٹ میں درد (ار ای پی) کی تعریف کی گئی ہے - کم از کم تین پیٹ میں درد کی الگ الگ اقساط ، تین ماہ سے زیادہ کی مدت میں ان کی سرگرمیوں کو متاثر کرنے کے لئے کافی شدید. یہ اقساط اکثر شدید ہوتی ہیں ، اور بچہ اس کی معمول کی سرگرمیاں کرنے کے قابل نہیں ہوتا ہے. اس سے چار سے بارہ سال کی عمر کے تیس فیصد بچے متاثر ہوسکتے ہیں.

بچوں میں بار بار پیٹ میں درد کی اہمیت اس وجہ سے ہے کہ:

یہ دنیا بھر میں بچپن کی ایک عام علامت ہے.

یہ کافی حد تک نرمی ، اسکول کے دن یاد آنے اور صحت کے وسائل کے اعلی استعمال کے لئے ذمہ دار ہے.

یہ فنکشنل عوارض (سے بنا ہے جس کی وضاحت ساختی یا بائیو کیمیکل عوارض) اور نامیاتی عوارض سے نہیں کی جاسکتی ہے. خوشگوار - ریکارڈ کیا گیا کہ وسیع تحقیقات کے بعد ، آر اے پی کے ساتھ صرف آٹھ فیصد سے دس فیصد بچوں کے پاس کوئی نامیاتی پیتھالوجی موجود ہے.

تشخیصی غیر یقینی صورتحال ، دائمی اور والدین کی بڑھتی ہوئی اضطراب اکثر حالت کے غیر منقول راستے پر عمل پیرا ہوتے ہیں. اس سے بچوں کے ذریعہ بچے کا انتظام بہت مشکل ، وقت طلب اور مہنگا ہوسکتا ہے.

دو حالات بار پیٹ میں درد کا باعث بن سکتے ہیں. ایک نامیاتی ہے اور دوسرا فعال ہے. نامیاتی قسم کے درد میں عضو میں کچھ پیتھالوجی یا غیر معمولی درد کا باعث بنے گا. فعال قسم میں عضو بغیر کسی پیتھالوجی کے معمول کا ہوتا ہے لیکن عضو کی تقریب میں تبدیلی آتی ہے . گٹ ان محرکات کے لئے زیادہ حساس ہے جو عام طور پر اہم درد کا سبب نہیں بنتے ہیں (جیسے کھینچنے یا گیس کی پھول).

ا

پیپڈیمولوجی

مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ ترقی یافتہ ممالک میں آر اے پی کے واقعات اسکول کے دس سے بارہ فیصد بچوں میں ہیں. ایشیا میں بھی ایسی ہی اطلاعات نوٹ کی گئیں۔ شہری سے زیادہ دیہی بچوں میں. لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ. آر اے پی کی تشخیص ، مغربی ممالک کے ترقی پذیر ممالک میں مختلف ہوسکتی ہے کیونکہ متعدی وجوہات سوزش آنتوں کی بیماری سے زیادہ عام ہیں۔ انڈیا اور سے مطالعہ & پاکستان نے یہ ظاہر کیا ہے کہ گارڈیاسس (ہیلمینتھائسس) ار ای پی کی بڑی بنیادی حالت کے طور پر.

کلینیکل پروفائل

متلی ، الٹی ، اعضاء کی تکلیف ، سر درد اور فالج جیسے خود مختار اور فعال علامات سے وابستہ زیادہ تر عام پیر - بائبل میں درد ہے.

ہر بچے کے لئے آر ای پی کی علامات مختلف ہیں اور ہر قسط کے ساتھ تبدیل ہوسکتی ہیں. عام طور پر درد کا پیٹ پیٹ کے نصف یا اس سے زیادہ سے زیادہ ہوتا ہے ، جہاں پیٹ کے ایک مخصوص علاقے میں مقامی طور پر درد کا پیٹ ہوتا ہے.

تیز یا مدھم درد.

شدید درد جو بچے کو پیلا نظر آنے ، پسینے بننے ، یا رونے اور درد میں جھک جانے کا سبب بنتا ہے.

درد جو چند منٹ یا گھنٹوں تک جاری رہتا ہے.

پیٹ کے بٹن والے علاقے میں یا پیٹ میں کہیں بھی درد.

وہ درد جو کھانے سے متعلق ہوسکتا ہے یا نہیں.

درد جو دن کے کسی بھی وقت ہوتا ہے .

پیٹ میں درد جو الٹی اور سر درد کے ساتھ ہوتا ہے.

بازوؤں یا پیروں میں درد.

وزن کم کیے بغیر ، ایپٹائٹ کا فقدان.

آر ای پی اسکول فوبیا ، بہن بھائی دشمنی ، پشکولوجیکل مسائل کی خاندانی تاریخ ، اور پریشان بین ذاتی تعلقات کی ترتیب میں عام پایا ہے. ہندوستانی بچوں میں غیر نامیاتی آر ای پی زیادہ عام ہے.

جب آر اے پی نامیاتی وجہ کی وجہ سے پایا گیا تھا

کسی عضو میں غیر معمولی پایا جاتا ہے (نامیاتی) . کا پتہ چلتا ہے.

علاج کے جواب کے کلینیکل اور لیبارٹری ثبوت .

علاج سے راحت کے بعد درد سے کم از کم تین ماہ . تک چھوٹ.

آر اے پی کے ساتھ دوسرے تمام بچے ، جن کو عطیہ کرنے والے کو امداد ملتی ہے کیونکہ مذکورہ بالا معیار کو غیر نامیاتی آر اے پی سمجھا جاتا ہے. جسمانی وجہ آر اے پی کی تشخیص شدہ دس فیصد سے بھی کم بچوں میں پائی جاتی ہے. جسمانی امتحان اور معمول کے ٹیسٹ اکثر غیر معمولی پریشانیوں کا مظاہرہ نہیں کرتے ہیں. تناؤ ، غصے اور جوش و خروش سے درد بدتر ہوسکتا ہے. پیٹ میں درد کا سب سے عام نمونہ مستحکم ، غیر منقولہ کردار کا پیریمبلیکل درد تھا ، ہر ایک پانچ سے تیس منٹ تک جاری رہتا ہے ، جو روزانہ کوئی خاص بڑھتے ہوئے یا نجات دینے والے عوامل کے ساتھ ہوتا ہے. درد کی خصوصیات نامیاتی یا غیر نامیاتی پیٹ میں درد کے درمیان فرق نہیں کرتی تھی۔ نامیاتی درد میں نیند کے ساتھ مداخلت زیادہ عام تھی.

ٹوڈلرز اور بچوں کے پیش کش میں فرق

بچے اور چھوٹا بچہ جو وہ بڑے بچوں سے مختلف پیٹ میں درد کے ساتھ برتاؤ کرتے ہیں. ایک بچہ بے چین ہوسکتا ہے ، اس کی ٹانگیں پیٹ کی طرف کھینچتا ہے یا خراب کھاتا ہے. بڑے بچے درد کے علاقے کی طرف اشارہ کرسکتے ہیں اور بیان کرسکتے ہیں کہ یہ کتنا سخت ہے.

ریپ کی عام وجوہات؟

مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ (ہندوستانی اور مغربی) یہ ظاہر ہوتا ہے کہ غیر نامیاتی آر ای پی والے بچے اسکول اور گھر میں معاشرتی ماحول - مختلف کہنے میں رہ رہے ہیں. اس درد کی ابتداء میں اس کا کچھ کردار ہوسکتا ہے. وہ بچے جو بڑے مشترکہ خاندانوں میں رہتے تھے ، جہاں بھیڑ بھری ہوئی پرجیوی اور دیگر انفیکشن (عیب دار ایٹولوجی) کی زیادہ پھیلاؤ کا سبب بن سکتی ہے ، جو ار ای پی کا سبب بن سکتی ہے. عمر ای پی والے بچوں کی ، دو سال سے بھی کم عمر کے بچوں میں عام طور پر نامیاتی وجہ ہوگی ، جبکہ دو سال سے زیادہ عمر – صرف دس فیصد نامیاتی وجہ ہے. جذباتی اجزاء جیسے اسکول فوبیا ، واحد والدین ، بہن بھائی دشمنی ، دباؤ والے زندگی کے واقعات غیر نامیاتی ار ای پی میں اپنا کردار ادا کریں گے. میسنٹرک اڈینائٹس ، دائمی قبض ، پیٹ میں درد شقیقہ دوسری وجوہات ہیں.

نامیاتی وجوہات

نامیاتی آر ای پی کے لئے پائے جانے والے عام نامیاتی وجوہات ہیں ... سیپٹک السر (ہیلی کوبیکٹر پائلوری انفیکشن) ، پرجیوی انفسٹریشن ، پیشاب کی نالی کے انفیکشن ، ویسیکو-اوریٹرک ریفلوکس اور پیٹ مرگی ، اورولتھیاسس ، اپینڈیسائٹس ، لبلبے کی سوزش, میککل ڈائیورٹیکولم ، ، پیٹ کی ٹی بی ، معدے اور کوللیتھیاسس ، السرٹی کولائٹس ، اور . کروہنز کی بیماری

غیر نامیاتی آر اے پی والے مریضوں میں ، بیماری کی اوسط مدت زیادہ تھی. درد کی وجہ سے نیند کے ساتھ مداخلت عملی درد میں نوٹ نہیں کی جاتی ہے (غیر نامیاتی ار ای پی). رات کے وقت رات کے وقت رات کے وقت رات (بیڈ ویٹنگ) ، نیند میں خلل ، عام درد – علامات جن کو ایک نفسیاتی بنیاد ملی ہے وہ غیر نامیاتی میں زیادہ عام ہے. اس سے پتہ چلتا ہے کہ بچوں میں غیر نامیاتی آر ای پی کی بنیاد (ہندوستانی یا بیرون ملک) ایسا لگتا ہے کہ یہ بنیادی نفسیاتی عدم استحکام ہے.

نامیاتی اور فعال پیٹ کے درد کے درمیان فرق کیسے کریں؟

درد کی سائٹ

نامیاتی بیماریوں میں ، درد کہیں بھی ہوسکتا ہے لیکن دائیں اوپری اور نچلے چوکور درد میں زیادہ عام, درد اور سپرا-پوبک ایریا میں درد عام ہے۔ لیکن فعال (غیر نامیاتی درد میں) پیٹ میں درد عام طور پر پیٹ کے بٹن (کے ارد گرد ہوتا ہے (پیریمبلیکل ایریا.

خاندانی تاریخ

نامیاتی آر اے پی کی بجائے فعال غیر نامیاتی آر اے پی میں افسردگی ، پیٹ میں درد اور سر درد کی خاندانی تاریخ عام ہے.

علمی عوامل

جیسے غیر نامیاتی بار بار پیٹ میں درد میں اضطراب زیادہ عام ہے. نامیاتی بار بار پیٹ میں درد میں الارم کی علامات زیادہ عام ہیں. یہ علامات ہیں ... بار بار یا مستقل الٹی ، دائمی شدید اسہال ، غیر متوقع بخار اور فی ملاشی خون بہہ رہا ہے.

پیٹ کی علامتیں

نامیاتی بار بار پیٹ میں درد میں کوملتا ، پٹھوں کی حفاظت اور واضح ماس جیسے پیٹ کی علامتیں زیادہ عام ہیں.

غیر معمولی وزن میں کمی یا وزن میں اضافہ

نامیاتی آر ای پی میں وزن میں غیر معمولی تبدیلیاں جیسے نقصان یا فائدہ زیادہ عام ہے. غیر نامیاتی آر اے پی میں پیٹ میں بار بار درد کے باوجود عام اپائٹ اور وزن میں اضافہ نوٹ کیا جاتا ہے.

رات کے درد

نامیاتی آر اے پی میں رات میں درد کے حملوں میں نیند کی پریشانی زیادہ عام ہے. غیر نامیاتی ریپ میں ، رات کے وقت بغیر کسی حملے کے معمول کی نیند کا نمونہ جب بچہ سوتا ہے.

غیر معمولی تحقیقات

نامیاتی بار بار پیٹ میں درد میں ای ای ایس اے آر ، پیشاب کی جانچ اور خون کی مکمل تصویر جیسی تفتیش غیر معمولی ہے. خون کی تحقیقات فعال اور غیر .نامیاتی بار بار پیٹ میں درد میں معمول کی بات ہیں

تشخیص

پیٹ میں بار بار درد کی صورت میں درج ذیل بنیادی ٹیسٹ کیے جاتے ہیں

(خون کی مکمل تصویر (سی بی پی

پیشاب کی جانچ / ثقافت (پیشاب کی نالی کے (انفیکشن کو خارج کرنے کے لئے

.اسٹول امتحان

.سوزش مارکر - سی آر پی اور ای ایس آر

.بلڈ یوریا ، کریٹینائن اور سیرم الیکٹرولائٹس

جگر کے فنکشن ٹیسٹ

پیٹ کی الٹراساؤنڈ جانچ پڑتال۔ (جگر ، گردوں کی (پیتھالوجی اور ٹی بی پیٹ کو ختم کریں

مزید تشخیص شک ، خطرناک علامات کی موجودگی اور امتیازی تشخیص پر منحصر ہے

اوپری اور نچلے جی اے آئی ٹی اینڈوسکوپی (جب سوزش والی آنتوں کی بیماری ، گیسٹرو-ایسوفجیال .(ریفلوکس اور ایچ پیلیوری انفیکشن کا شبہ ہے

معدے کی آنتوں کی نالی (کے آنتوں کی گردش کی (غیر معمولی باتوں کے برعکس مطالعہ

صرف موٹرٹی عوارض کی صورت میں گٹ موبلٹی .اسٹڈیز

سی ٹی اسکین / ایم آر آئی کا مطالعہ صرف اس وقت ہوتا ہے جب کچھ نامیاتی پیتھالوجی پائے جاتے ہیں – .جس میں مزید تشخیص کی ضرورت ہوتی ہے

مینجمنٹ

آر اے پی کے زیادہ تر معاملات کو ، یقین دہانی کے علاوہ کسی بھی علاج کی ضرورت نہیں ہے کہ کوئی سنجیدہ بنیادی پیتھالوجی نہیں ہے. مستقل اور شدید علامات رکھنے والوں میں ، موثر علاج تلاش کرنا مشکل ہے. اسے کنبہ کی شمولیت کے ساتھ کثیر الشعبہ .نقطہ نظر کی ضرورت ہے

دوائیں

بچوں میں فنکشنل آنتوں کی خرابی میں منشیات کے مقدمات کی افادیت کا مطالعہ کرنے والے کچھ اچھی طرح سے ڈیزائن ، کلینیکل ٹرائلز ہیں. ینالجیسکس اور اینٹی اسپاسموڈکس کے مقدمے کی سماعت ، اینٹاسیڈس مدد کریں گے

غذائی انتظام

کھانے میں غذائی ریشہ کی تکمیل ، سائنسی مطالعات میں آر اے پی کے حملوں کو کم کردیا ہے. پروبائیوٹکس کے استعمال کا تصور (ایسی کھانوں میں جن میں براہ راست شامل ہے, صحت کو فروغ دینے والے بیکٹیریا) اور پری بائیوٹک (ایسی کھانوں کی جو بیکٹیریا کو فروغ دینے والی صحت کی نشوونما کی حوصلہ افزائی کرتی ہیں) گٹ کے اندر عدم توازن کو کم کرسکتی ہے اور ار ای پی حملوں کو کم کرنا اب مقبولیت حاصل کر رہا ہے. لییکٹوز – مفت غذا صرف ان بچوں میں مشورہ دیا جاتا ہے جو لییکٹوز کی عدم رواداری کا شکار ہیں. غذا پر پابندی لگانے والے دوسرے عقلمند .بچے کو کمیوں کا خطرہ بنائیں گے

نفسیاتی انتظام

ان بچوں کو نفسیاتی مشاورت کی ضرورت ہے تاکہ اس بات کی نشاندہی کی جاسکے کہ قبض کا باعث .بننے والی نفسیاتی پریشانی کا پتہ چل سکے

ہمیں کب پیٹ کے درد کو سنجیدگی سے لینے کی ضرورت ہے؟

دوسرے علامات کے بغیر درد ، جو تین گھنٹے کے وقت میں کم ہوتا ہے عام طور پر غیر خطرناک ہوتا ہے. لیکن مندرجہ ذیل علامات کی موجودگی سے یہ اشارہ ملے گا کہ درد کو سنجیدگی سے لیا جانا چاہئے اور اس کا .....اندازہ کرنے کی ضرورت ہے. یہ علامات ہیں

رات کے وقت نیند کو پریشان کرنے والا درد

بار بار یا مستقل الٹی

سبز یا زرد الٹی

دائمی شدید اسہال

غیر متوقع بخار

معدے میں خون کا نقصان

وزن میں نمایاں کمی کے ساتھ درد

میسنٹرک اڈینائٹس کیا ہے ؟

میسنٹرک لمف نوڈس لمف نوڈس ہیں جو میسینٹری میں موجود ہیں (پرت پیٹ کی دیوار سے چھوٹی آنت سے منسلک ہوتی ہے۔) وہ تقریبا چار ملی میٹر یا اس سے کم سائز کے ہوتے ہیں, اور انڈاکار یا ڈسک کی شکل کے ہیں. میسنٹرک اڈینائٹس ایک خود کو محدود کرنے والا سوزش کا عمل ہے جو دائیں آئیلیاک فوسا میں میسنٹرک لیمف نوڈس کو متاثر کرتا ہے. اس کی کلینیکل تصویر شدید اپینڈیسائٹس کی نقالی کرتی ہے. میسنٹرک اڈینائٹس اکثر وائرل پیتھوجینز کی وجہ سے ہوتی ہے. لیکن دیگر ایٹولوجیوں کو کیمپیلوبیکٹر ، ییلی کاپٹر اور سالمونیلا کی طرح ملوث کیا گیا ہے۔ اوپری سانس کے انفیکشن کے اسٹریپٹوکال انفیکشن کے ساتھ ایک قسم کی تشخیص - خاص طور پر فیرینکس کو نوٹ کیا گیا ہے. چھوٹے بچوں میں ، گداوسٹیڈ آئیلیو کولائٹس موجود ہوسکتی ہے. اس سے پتہ چلتا ہے کہ لمف نوڈ کی شمولیت انٹرک پیتھولوجن کے لئے ایک رد عمل کا عمل ہوسکتا ہے.

نچلے دائیں چوکور کی الٹراسونگرافی تشخیص کا بنیادی مقام ہے. تقریبا بیس فیصد بچے جنہوں نے اپینڈیسیکٹومی حاصل کیا ، انہیں عام اپینڈکس کے ساتھ میسنٹرک اڈینائٹس پایا گیا. میسنٹرک اڈینائٹس خود کو محدود کرتے ہوئے پایا جاتا ہے اور اگر مناسب طور پر تشخیص کیا جاتا ہے تو ، کسی بھی مداخلت سے سرجری سے بچا جاسکتا ہے.

والدین کو عمومی نکات اور پہلے سے احتیاطی تدابیر.

بار بار پیٹ میں درد رکھنے والے بچے کو باقاعدگی سے غذا کھانی چاہئے.

معمول کی باقاعدہ سرگرمیاں کرنا چاہ.

جنک فوڈ ، مسالہ دار کھانا اور ذخیرہ شدہ کھانا باہر لینے سے گریز کریں.

اینٹی ہیمنٹیک کورس دیں ، (البینڈازول - دس ملی گرام / کلوگرام (دو سو ملی گرام زیادہ سے زیادہ) چھ (ماہ میں ایک بار پندرہ سال کی عمر تک۔

کھانے کی اشیاء لینے سے پہلے باقاعدگی سے ہاتھ اور ٹانگیں دھونے.

کھانا پکانے سے پہلے یا بچوں کو کچا کھانا کھانے سے پہلے سبزیوں کی مناسب دھلائی.

مائعات کی کافی مقدار لی جانی چاہئے۔ (مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ ہمیں ضرورت ہے - توانائی کی ضرورت کے ایک کلو کیلوری میں ایک ملی لیٹر پانی (/ مائع۔

بچوں کو سکھائیں ، دن کے وقت تین گھنٹوں میں ایک بار اپنے مثانے کو خالی کریں . انہیں طویل گھنٹوں تک پیشاب نہیں رکھنا چاہئے.

بچوں میں قبض کو روکنے کے لئے اقدامات کریں. انہیں بغیر کسی دباؤ کے روزانہ کی بنیاد پر اپنے آنتوں کو خالی کرنا چاہئے. اچھا فائبر کھانا ، پتیوں والی سبزیوں کی اچھی مقدار کی مقدار ، اور کافی مائع کی مقدار قبض کو روک دے گی.

ان سے کہیں کہ پیٹ میں بار بار درد کو معمول کے سر درد کی طرح غور کریں بغیر کسی اہمیت کے

نتیجہ اخذ کرنا

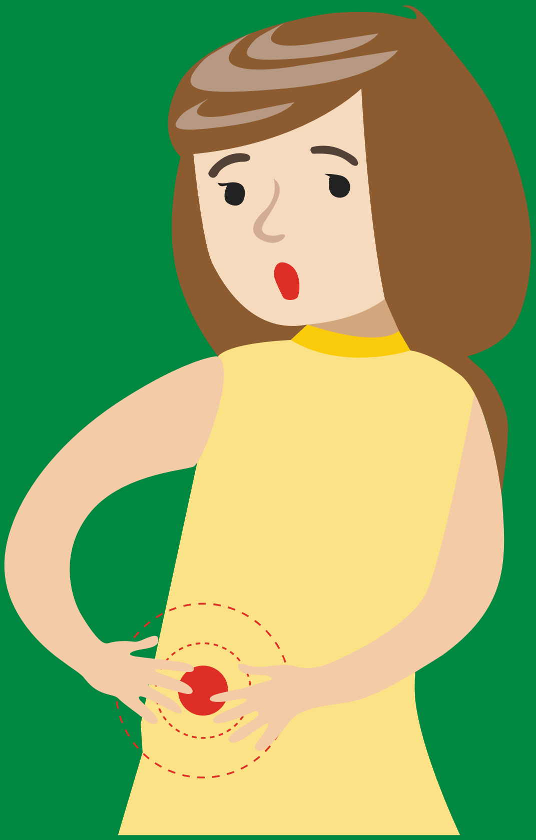
بچوں میں پیٹ میں تمام بار بار درد کو سنجیدگی سے نہیں لیا جانا چاہئے. انہیں جس چیز کی ضرورت ہے وہ صرف مشاورت اور یقین دہانی ہے.

مخصوص علاقوں میں پائے جانے والے میدانی علاقوں میں ، مخصوص اوقات کے دوران پائے جانے والے تناؤ کو سنجیدگی سے لیا جانا چاہئے اور نامیاتی وجہ معلوم کرنے کے لئے مزید تفتیش کی جانی چاہئے.

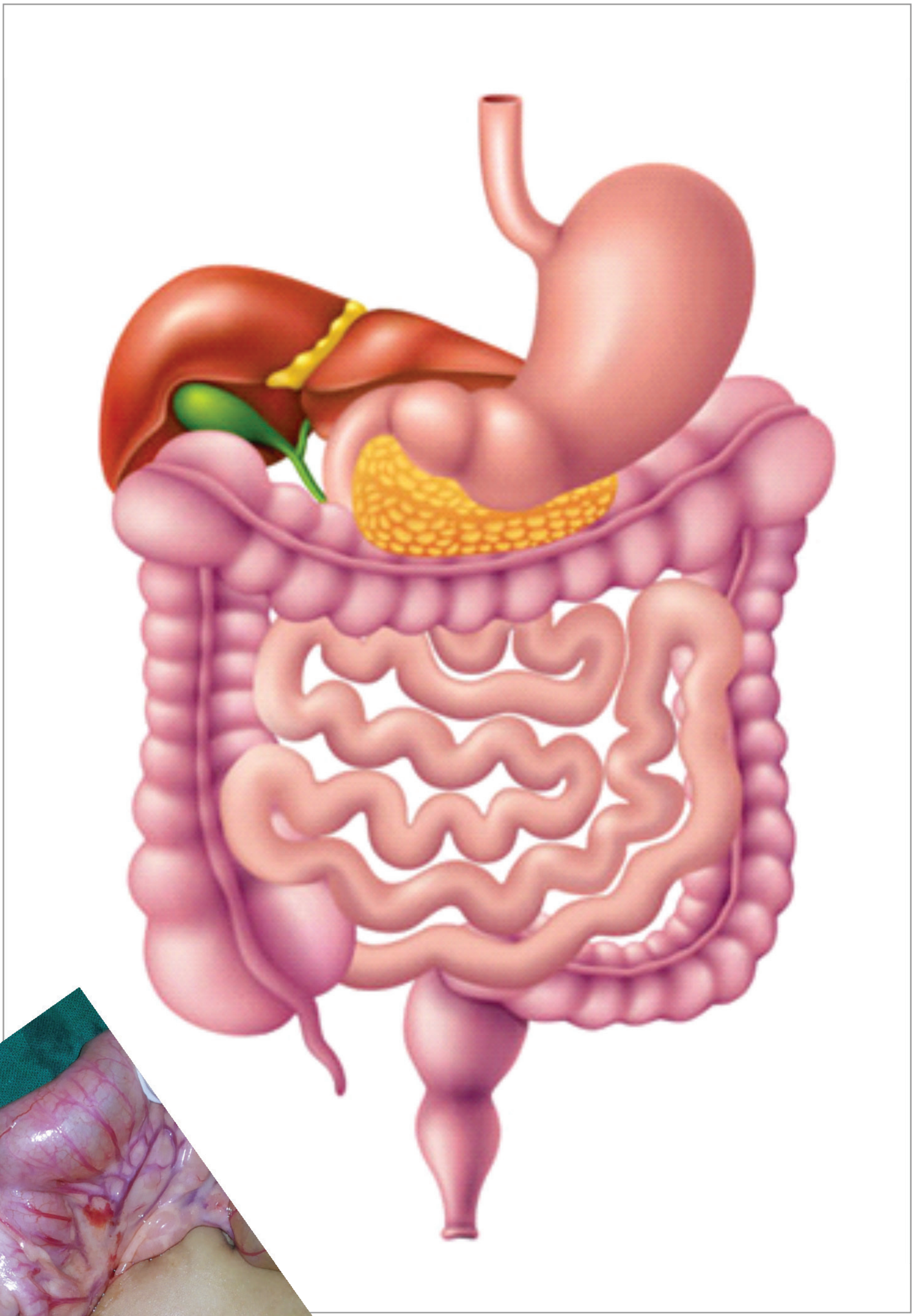
اگر والدین دو قسم کے درد کو مختلف کرنے میں ناکام رہتے ہیں اور غیر نامیاتی ، فعال درد کو بہت زیادہ اہمیت دیتے ہیں تو - اس سے والدین کو بہت پریشانی ہوتی ہے, طلباء کو تعلیم کا وقت ضائع کرنا ، علاج معالجے سے غیر ضروری تحقیقات ، مالی تناؤ اور تشخیصی مخمصے کا مطالبہ کرنا.

اگرچہ ہمارے جسمانی ؤتکوں کی چوٹ ، دباؤ اور کھینچنے سے درد ہوتا ہے ، لیکن درد کا احساس دماغ کے ذریعہ بھی بنایا جاسکتا ہے ، بڑھ جاتا ہے یا تبدیل کیا جاسکتا ہے. دماغ میں درد ’ سینٹریس ‘ ہیں ، جو جسم کے ؤتکوں سے بلکہ دماغ کے سوچنے اور جذباتی علاقوں سے بھی سگنل وصول کرتے ہیں. درد کا آخری احساس دماغ کے ذریعہ تینوں سے پیدا ہوتا ہے.

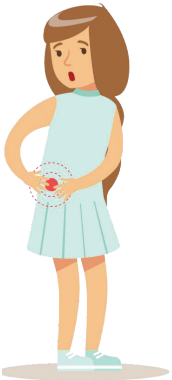
14
Chapter



بچوں میں
اپینڈسائٹس



14 بچوں میں اپینڈسائٹس



شدید اپینڈیسائٹس ... نام خود والدین کے ذہنوں میں خوف پیدا کرے گا کیونکہ ضمیمہ ، آنت کا ایک چھوٹا طبقہ انفیکشن اور سوراخ کے ساتھ کسی بھی وقت پریشانی پیدا کرسکتا ہے. مشتبہ ہونا آسان ہے لیکن اپینڈیسائٹس کی صورت میں تصدیق مشکل ہے. ضمیمہ بڑی آنت کا پہلا حصہ ہے. یہ چھوٹی اور بڑی آنت کے سنگم پر موجود ہے. یہ بڑی آنت (واسٹیجل آرگن) کے فنکشن میں حصہ نہیں لیتا ہے۔ عام طور پر اس کی لمبائی چھ سے بارہ سینٹی میٹر ہے. اس کی پوزیشن اور سمت ہر فرد میں مختلف ہوتی ہے. کیونکہ اس کے لیمین تنگ ہیں اور یہ شدید زاویہ پر موجود ہے آنتوں کے مندرجات اپینڈکس کے لیمین میں داخل نہیں ہوتے ہیں. بلغم کو ضمیمہ میں تیار کیا جائے گا جو بڑی آنت کے لویمن میں باقاعدگی سے داخل ہوگا لیکن آنتوں کے مندرجات ضمیمہ میں داخل نہیں ہوسکتے ہیں. اگر ضمیمہ کے لیویمن میں رکاوٹ ہے تو اس سے سوجن اور بعد میں انفیکشن - شدید اپینڈیسائٹس کا سبب بنے گا.

اپینڈیسائٹس کی اقسام

اس وجہ کی بنیاد پر دو قسم کے اپینڈیسائٹس ہیں ، جس کے ذریعہ شدید اپینڈیسائٹس تیار کی جاتی ہے. ایک رکاوٹ ہے اور دوسرا عیب دار ہے۔ رکاوٹ اپینڈیسائٹس میں ، اپینڈکس کے لیمین کو فال مادے یا کیڑے سے رکاوٹ ہے, پھر ضمیمہ کے اندر چھپا سراو برقرار ہیں اور اس کے انفیکشن کا باعث بننے والے اپینڈکس کو پھول دیتے ہیں. عیب دار اپینڈیسائٹس میں ، بیکٹیریا آلودہ کھانے یا پانی کے ذریعہ آنتوں میں داخل ہوسکتے ہیں اور آخر کار ضمیمہ میں داخل ہوسکتے ہیں جس کے نتیجے میں شدید اپینڈیسائٹس ہوتا ہے.

اپینڈیسائٹس کی علامات

اپینڈیسائٹس کی تشخیص کے علامات بہت اہم ہیں. یہ دائیں نچلے پیٹ میں درد سے شروع ہوتا ہے اور بعد میں بخار ، الٹی اور بھوک میں کمی کے ساتھ. یہ چار اہم علامات ہیں. اپینڈسائٹس میں درد بہت ہی عجیب ہے. چھت کے آس پاس درد شروع ہوتا ہے لیکن بعد میں وقت گزرتے ہی دائیں نیچے پیٹ میں شفٹ ہوجاتا ہے. اسے شفٹنگ درد کہا جاتا ہے .عام طور پر درد کو دائیں نیچے پیٹ میں منتقل کرنے میں چھ سے آٹھ گھنٹے لگتے ہیں. تمام اعصاب نالیدار علاقے میں مرکوز ہوں گے. یہی وجہ ہے کہ ابتدائی طور پر پیٹ میں کسی بھی تکلیف کو نالیکس کے پاس بھیجا جائے گا ، بعد میں مقامی پیریٹونائٹس کے درد کی نشوونما کی وجہ سے مقامی علاقے میں منتقل کردیا جائے گا. بعد میں بخار پیدا ہوتا ہے. بخار اعلی اور غیر منسلک ہوگا۔ بعد میں مریض اعصابی اشاروں کی وجہ سے اضطراری الٹی پیدا کرتا ہے۔ الٹی ایک یا دو ہوسکتی ہے یا کوئی الٹی نہیں ہوسکتی ہے. بعد میں بھوک میں کمی واقع ہوگی کیونکہ انفیکشن آنتوں میں ہے. اگر یہ علامات موجود ہیں تو ، پھر اپینڈیسائٹس پر شبہ کیا جانا چاہئے.

تمام درد اپینڈیسائٹس کی وجہ سے نہیں ہوتے

دائیں نچلے پیٹ میں درد ہمیشہ اپینڈیسائٹس کی وجہ سے نہیں ہوتا ہے. دیگر شرائط جو پیٹ میں دائیں کم درد پیدا کرسکتی ہیں وہ ہیں - پیشاب کی نالی کے انفیکشن ، یوریٹریک پتھر ، عیب دار اسہال ، میسنٹرک لیمفاڈینائٹس ، لڑکیوں کے شرونیی سوزش کی بیماری میں, دائیں نچلے لوب نمونیا اور جگر کے پھوڑے سے درد کا حوالہ دیا جاتا ہے .لہذا جب کبھی بھی بچہ پیٹ میں دائیں کم درد کے ساتھ آتا ہے تو ، اس کی تصدیق کلینیکل امتحان کے ذریعہ اپینڈیسائٹس کے طور پر کی جانی چاہئے.

میک برنیس پوائنٹ پر درد

یہاں تک کہ جب ٹیسٹوں کی بیٹری دستیاب ہو تو بھی ایک ایسی حالت جو کلینیکل امتحان کے ذریعہ درستگی کی تشخیص کی جاسکتی ہے وہ شدید اپینڈیسائٹس ہے.

جب بھی پیٹ میں درد ہوتا ہے تو ڈاکٹر اپینڈیسائٹس کو مسترد کرنا چاہتے ہیں. اس کے لئے پیٹ کے نچلے حصے پر ایک مخصوص علاقہ ہے ، جہاں ڈاکٹر اپینڈیسائٹس کو مسترد کرنے کے لئے جانچ کریں گے. اس علاقے کو میک برنیس پوائنٹ کہا جاتا ہے. اگر آپ تصور کرتے ہیں کہ نال سے لے کر شرونیی ہڈی (پچھلے اعلی درجے کی ریڑھ کی ہڈی) پر سب سے اونچے مقام پر ٹپ کرنے کے لئے اور اس لائن کے دو تیسرے اور ایک تہائی حصے کے جنکشن پر نال میک برنیس پوائنٹ ہے. اگر ڈاکٹر اس علاقے کو انگلی کے نقطہ سے چھوتے ہیں ، اگر مریض میں اپینڈیسائٹس موجود ہیں تو ، وہ شدید درد کی شکایت کریں گے. شدید اپینڈیسائٹس کی تشخیص میں یہ کلیدی علامت ہے.

درد کو تبدیل کرنا: جیسے جیسے اپینڈیسائٹس ترقی کرتا ہے ، پیٹ کی دیوار میں انفیکشن پھیل جائے گا جس کی وجہ سے مقامی پیریٹونائٹس ہوتا ہے. ابتدائی طور پر آنتوں میں چھوٹا درد نال میں محسوس کیا جائے گا لیکن بعد میں مقامی پیریٹونائٹس کی نشوونما کی وجہ سے ، درد نال کے علاقے سے دائیں نیچے پیٹ میں منتقل ہوجائے گا۔ (شفٹ درد)

پٹھوں کی حفاظت: جیسے جیسے جیسے انفیکشن پیٹ کی دیوار کے پٹھوں میں پھیلتا ہے ، پٹھوں کو چھونا مشکل ہوجاتا ہے .اس کو پٹھوں کی حفاظت کہا جاتا ہے۔ پٹھوں کی حفاظت سے اپینڈکس کی سوراخ کی نشاندہی ہوتی ہے .

کھانسی پر درد: شدید اپینڈیسائٹس میں ، اگر ڈاکٹر بچے کو کھانسی کے لئے کہتا ہے تو ، وہ کھانسی کے دوران دائیں نچلے پیٹ کی طرف اشارہ کریں گے ، یہ شدید اپینڈیسائٹس کی علامت ہے.

دائیں ٹانگ کو منتقل کرنے پر درد: شدید اپینڈیسائٹس میں, بچے بائیں ٹانگ کو آسانی سے منتقل کردیں گے لیکن جب دائیں ٹانگ کو منتقل کرتے ہیں تو وہ آئیلیوپسوس پٹھوں میں سوجن اپینڈکس کے رابطے کی وجہ سے درد محسوس کریں گے.

موٹے اور فیٹی بچوں میں ، چربی کی وجہ سے یہ نشانیاں لگانا مشکل ہوسکتا ہے. لہذا ، موٹے بچوں میں اپینڈیسائٹس کی تشخیص آسان نہیں ہوسکتی ہے اور فیٹی بچوں میں سوراخ کرنے کے امکانات زیادہ ہیں.

الٹراساؤنڈ انتخاب کی تحقیقات ہے۔

عمومی ضمیمہ کا پتہ لگانا مشکل ہے لیکن سوجن اپینڈکس آسانی سے پتہ چلا ہے. اگر ضمیمہ کی دیوار کی موٹائی چھ ملی میٹر سے زیادہ ہے تو یہ مشکوک ہے ، اگر یہ آٹھ ملی میٹر سے زیادہ ہے تو یہ اپینڈیسائٹس کی تصدیق ہے. ضمیمہ کے آس پاس کوئی بھی مجموعہ (پیرپینڈیکل مجموعہ) بھی دیکھا جاسکتا ہے.

خون کے ٹیسٹ میں مدد ملے گی: شدید اپینڈیسائٹس میں ، سفید خون کے خلیوں میں اضافہ ہوگا. وہ دس ہزار / سینٹی میٹر سے اوپر اٹھ جائیں گے۔ سفید خلیوں کے اندر ، نیوٹروفلز اٹھ کھڑے ہوں گے اور تمام خلیوں کا ستر فیصد سے زیادہ ہوگا. سی رد عمل پروٹین (سی آر پی) انفیکشن کے جسم کے رد عمل کے طور پر اپینڈیسائٹس میں چھ سے زیادہ ہوجائے گا.

اپینڈیسائٹس کا علاج کیا ہے؟

ایک بار جب ڈاکٹروں کے امتحان اور طبی ٹیسٹوں کے ذریعہ اس کی تصدیق ہوجاتی ہے تو ، سرجری شدید اپینڈیسائٹس کے لئے واحد آپشن ہے. یہاں تک کہ اگر اس کو دوائیوں کے ساتھ کنٹرول کیا جاتا ہے تو ، اس کا دوبارہ دوبارہ ہونے کا امکان ہے. لہذا سرجری بہترین آپشن ہے. ایک بار جب اس کی تصدیق بطور اپینڈیسائٹس ہوجاتی ہے تو چوبیس گھنٹوں کے اندر سرجری کروانا بہتر ہوتا ہے. اگر ہم مزید وقت کا انتظار کرتے ہیں تو ، ضمیمہ پیٹ میں پیپ اور فیکل مادے کو خارج کرنے کا باعث بن سکتا ہے (فیکل پیریٹونائٹس). یہ ایک خطرناک حالت ہے ، اس سے زیادہ تکلیف ہوسکتی ہے اور زندگی کو بھی خطرہ لاحق ہوسکتا ہے. یہاں تک کہ اگر ہم تمام عیب دار مواد کو نکالنے کے لئے پوری طرح سے دھلائی کرتے ہیں تو ، پھر بھی آنتوں کے چپکنے کی ترقی کا امکان موجود ہے. خواتین میں پیپ شرونی میں جمع ہوتا ہے ، جس میں فالپئین ٹیوبیں شامل ہوتی ہیں جس سے بانجھ پن کی پریشانی ہوتی ہے.

اپینڈیسیکٹومی دو طریقوں سے کیا جاسکتا ہے. یا تو کھلے طریقہ یا لیپروسکوپک طریقہ سے. لیپرووسکوپک طریقہ میں ایک کیمرہ نالیکس کے ذریعہ متعارف کرایا جاتا ہے اور کام کرنے والی بندرگاہوں کے ذریعے متعارف کرائے گئے پانچ ملی میٹر چھوٹے آلات کا استعمال کرتے ہوئے اپینڈیسیکٹومی

کیا جاتا تھا. اس میں جلد پر کمی بہت چھوٹی ، کم سے کم پٹھوں کی چوٹ ، کم داغ ، کم درد ، جلد صحتیابی ہے. ان فوائد کی وجہ سے ، لیپروز کاپی اپینڈیسیکٹومی کا بہترین طریقہ ہے.

ایسے معاملات میں جہاں کم درد ہو ، کلینیکل تصویر واضح نہیں ہے ، الٹراساؤنڈ اس کی تصدیق کرنے کے قابل نہیں ہے ، اس کے ساتھ چوبیس سے اڑتالیس گھنٹے تک دوائیوں کا علاج کیا جائے گا. تب اس کی دوبارہ یقین دہانی کرائی جائے گی ، اور دوا جاری رکھنے یا سرجری کرنے کا فیصلہ کیا گیا ہے.

اب کوئی واسٹیگل آرگن نہیں ہے

ایک وقت میں اپینڈکس کو ایک واسٹیگل آرگن سمجھا جاتا ہے کیونکہ وہ عمل انہضام میں کسی بھی طرح سے حصہ نہیں لے رہا ہے۔ لیکن سائنس میں پیشرفت کے ساتھ ضمیمہ مزید کوئی واسٹیگل عضو نہیں ہے. یہ بہت سے دوسرے علاقوں میں مفید ہے جیسے مندرجات کو گزرنے کے لئے ایک نالی ہے.

چوکسی نظام کا ایک حصہ: معدے کی نالی میں ایک وسیع چوکسی اور استثنیٰ کا نظام موجود ہے. منہ میں ٹنسل سے شروع کرتے ہوئے ، ادائیگی کرنے والے جی آئی ٹی سے وابستہ چھوٹی اور بڑی آنت ، لمفاتی غدود کے سنگم پر پیچ کرتے ہیں ، سب کو مشترکہ طور پر " گٹ سے وابستہ لیمفاٹک ٹشو " کہا جاتا ہے. جسم میں داخل ہونے والے حیاتیات پیدا کرنے والی کسی بھی بیماری کو ان ٹشوں کے ذریعہ اٹھایا جائے گا اور انہیں انفیکشن پیدا کرنے سے روکیں گے.

بطور نالی: اس سے پہلے ، جب کبھی ہنگامی لیپروٹومی کیا جاتا تھا ، تو اپینڈکس کو ہٹانے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے. موجودہ دنوں میں ضمیمہ کے تحفظ کی طرف ایک زبردست تبدیلی ہے کیونکہ اسے نالی کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے جہاں کبھی بھی ضروری ہے. یوریٹریک مرمت میں ، فیلوپین ٹیوب کی تعمیر نو اور جگر سے پت کو نکالنے والے نالی کے طور پر ، ضمیمہ استعمال کیا جاسکتا ہے. نیوروجینک مثانے کی صورت میں مثانے سے پیشاب نکالنے کے لئے ضمیمہ کو نالی کے طور پر استعمال کیا جاسکتا ہے ، اسے مثانے کے اندر اور جلد کے درمیان (میٹروفینوف طریقہ کار) سے باہر رکھا جاتا ہے. جب اسے بڑی آنت (بڑی آنت) اور پیٹ کی دیوار کے درمیان (مالونز کا طریقہ کار) کے درمیان رکھا جاتا ہے تو یہ اپ گریڈ انیما دینے کے لئے استعمال ہوتا ہے.

اپینڈیسائٹس کے بارے میں دلچسپ حقائق.

شہروں میں زیادہ عام: شہروں میں اپینڈیسائٹس زیادہ عام معلوم ہوتا ہے. شاید شہروں میں کھانے کی عادات ہی وجہ ہوسکتی ہیں. شہروں میں غذا میں کم فائبر غذا سے آنتوں کی نقل و حرکت کو کم کیا جائے گا جس کی وجہ سے قبض ہوجائے گا ، اپینڈکس اور بیکٹیریل اوور فلو میں بلغم کی نقل و حرکت کم ہونے کی ممکنہ وجوہات ہوں گی.

موسم گرما میں زیادہ عام: موسم گرما میں جی آئی ٹی انفیکشن جیسے معدے کی سوزش زیادہ عام ہوگی ، جو موسم گرما میں اپینڈیسائٹس کے امکانات کو بڑھا سکتی ہے.

جوانی کی عمر میں زیادہ عام: بارہ سے انیس سال کی عمر کے بچوں میں اپینڈیسائٹس زیادہ عام ہے. چار سال سے بھی کم عمر بچوں میں کم عام. عمر گروپ میں چھ سے بارہ سال کے درمیان ہوسکتا ہے.

لڑکیوں میں علاج جارحانہ ہونا چاہئے: لڑکیوں میں فیلوپین ٹیوبوں اور انڈاشیوں جیسی اندرونی جننانگ اپینڈکس کے بہت قریب ہے. اگر تمام اپینڈیسائٹس واقع ہوتی ہے تو ، یہ فالپیئن ٹیوبوں میں پھیل سکتا ہے اور بانجھ پن کے مسائل کا باعث بن سکتا ہے. یہی وجہ ہے کہ لڑکیوں میں اپینڈیسیکٹومی سرجری دو اور آدھے گنا زیادہ عام ہے.

خطرہ کم ہے: پچھلے سالوں کے مقابلے میں ، فی الحال آگاہی کی وجہ سے ، اپیڈائٹس کے واقعات اور اس کے سوراخ کی شرح میں کمی واقع ہوئی.

15

Chapter

بچوں میں فی ملاشی سے خون بہنا

مقعد میں دراڑیں
(Anal Fissures)

ملاشی پولیپ
(Rectal Polyp)

میکالس ڈائیورٹیکولم
Meckals Diverticulum

پیرینل ہیمنگیوما
(Perianal Hemangioma)

15

بچوں میں فی ملاشی سے خون بہنا

چھ دن کے مرد بچے کو سبز رنگ کی الٹی ، ضرورت سے زیادہ رونے اور پاخانہ میں خون گزرنے کی تاریخ کے ساتھ لایا گیا تھا. اس نے پاخانہ میں خون گزرنے کے بار بار حملے کیے تھے. اس کا اندازہ کیا گیا اور پایا گیا کہ وہ ہو رہا ہے - وولولس کے ساتھ مڈگٹ کا مالروٹیشن. اس نے ہنگامی سرجری کی.

آٹھ ماہ کی عمر کی خاتون بچی نے پیٹ میں درد کے اچانک حملے کی تاریخ پیش کی ، اس کے بعد چند منٹ کے بعد راحت ملی. اس نے اس طرح کے اقساط پر بار بار حملے کیے تھے جس کے بعد سبز رنگ کی الٹی اور پاخانہ میں خون کی منظوری تھی. تشخیص پر بچہ ، پتہ چلا کہ - مباشرت. اس نے ہنگامی سرجری کی.

پانچ سال کے لڑکے جانے والے اسکول میں متبادل دنوں میں سخت پاخانہ گزرنے کی تاریخ تھی. کچھ دن کے بعد اس نے فی ملاشی میں چھوٹے تازہ روشن سرخ خون سے گزرنا شروع کیا. وہ پایا گیا تھا - اے این ایل فیشنس. اس کے ساتھ قدامت پسندی سے سلوک کیا گیا.

آٹھ سال کا لڑکا جس میں درد کے پیٹ کے وقفے سے حملوں کی تاریخ پیش کی گئی ہے جس میں ہر ملاشی کے روشن سرخ خون کی منظوری دی گئی ہے. کالونوسکوپی کے ذریعہ تشخیص پر وہ پایا گیا تھا - کولون کی پولیپیسیس. ان تمام معاملات میں مناظر ، خطرناک علامت ہے - خون کی فی ملاشی گزرنا.

زندگی کے لئے خون ضروری ہے لیکن وہی خون اگر ہم دیکھتے ہیں کہ ہمیں خوف آتا ہے. خاص طور پر بچوں کی صورت میں ، اگر وہ فی ملاشی خون پاس کرتے ہیں تو ، اضطراب اور تناؤ زیادہ ہوگا. بچے اپنی لاعلمی کی وجہ سے وہ گھبرائے ہوئے نہیں ہیں لیکن اگر بچوں میں ہر ملاشی سے خون بہہ رہا ہے تو والدین کو تناؤ کا سامنا کرنا پڑے گا. ہر ناک کو خون بہنا ایک عام شکایت ہے لیکن فی ملاشی خون بہہ رہا ہے اتنا عام نہیں ہے ، لیکن پھر بھی یہ اکثر سنا جاتا ہے. پیڈیاٹرک ایج گروپ میں فی ملاشی خون بہہ رہا ہے اور پیڈیاٹرک معدے کے ماہرین کو دس سے بیس فیصد حوالہ جات کا حصہ ہے. خون بہنے کی وجوہات وسیع ہیں اور عمر کے مطابق مختلف ہوتی ہیں. خون روشن سرخ ہوسکتا ہے

جب آنت کے نچلے حصے سے آتا ہے تو ہیماٹوچزیا) یا) اس میں خون تبدیل کیا جاسکتا ہے (ملینا) جب معدے کی نالی کی اعلی سطح سے آتا ہے. یہاں تک کہ جب پاخانہ میں ملا دیا جاتا ہے تو ایک چھوٹا سا خون بھی بڑا ظاہر ہوسکتا ہے اور یہ والدین اور معالج دونوں کے لئے خطرناک ہوسکتا ہے. لیکن خوش قسمتی سے بچوں میں زیادہ تر خون خود سے محدود ہیں اور اس کی وجہ اکثر محتاط تاریخ اور جسمانی امتحان کے ساتھ طے کی جاسکتی ہے.

اگرچہ خون کے خون سے بے ساختہ یا اسپتال میں کورس کے دوران رک سکتا ہے ، کیونکہ بچوں میں خون کا حجم چھوٹا ہے ، جلد از جلد دوبارہ بازیافت شروع کرنا ضروری ہے. خون میں دس فیصد سے زیادہ خون کے حجم پر مشتمل کسی بھی خون کی نگرانی ایک انتہائی نگہداشت یونٹ میں کی جانی چاہئے.

عمر کے مطابق وجوہات

نیوبرن بچے .. انو-ریکٹل فیشرس (اس عمر کے گروپ (میں سب سے عام وجہ

.زچگی کا خون نگل گیا

(اینکروٹائزنگ انٹروکولائٹس۔ (آنتوں کا انفیکشن

مڈگٹ وولولس کے ساتھ مالروٹیشن۔ (بوبل کو مختلف انداز میں طے کیا جائے گا جس میں بیس) پر مختصر لگاؤ ہوگا

انفنٹ (ایک ماہ سے ایک سال تک) انو رٹل فیشورز ((سب سے عام

مباشرت

میککلس ڈائیورٹیکولم

ہنوچ - شنولین پورپورا

گیسٹرو آنتوں کی نقل

.متاثر کن کولائٹس

پہلے سے اسکول جانے والے بچوں کے کم عمر پولیپس ((سب سے عام

.متعدی کولائٹس

مباشرت

.میککل ڈائیورٹیکولم

.ہنوچ - شنولین پورپورا

.اسکول کی عمر / جوانی کے نوعمر پولیپس

متعدی کولائٹس

سوزش آنتوں کی بیماری

چیزوں کو یاد رکھنا بعض اوقات بڑے پیمانے پر اوپری جی آئی ٹی کا خون کم جی آئی ٹی خون کو جنم دے سکتا ہے. پیٹ میں صدمے سے جی آئی ٹی کے خون سے کم کو جنم مل سکتا ہے. کوگولیوپیتھی کم جی آئی .ٹی سمیت عام خون بہنے کو جنم دے سکتی ہے

مقعد میں دراڑیں

زندگی کے پہلے دو سالوں میں کم جی آئی ٹی کی .سب سے عام وجہ سے خون بہہ رہا ہے

عمر کے دونوں انتہا پر مقعد کے فیشور عام ہیں. یہ کشودا زاویہ کی کمی کی وجہ سے ہیں. یہ زاویہ آنتوں کے ذریعہ تشکیل دیا گیا ہے جسے مستقل پٹھوں کے نام سے پبورٹالیس نے سامنے کھینچ لیا ہے. یہ زاویہ آنے والی اسٹول فورس کو سست کردے گا. نوزائیدہوں میں انوریکٹل زاویہ تشکیل نہیں دیا جاتا ہے اور بوڑھے لوگوں میں ، پٹھوں کی کمزوری کی وجہ سے یہ غصہ کھو جاتا ہے. اس کی وجہ سے ، طاقت کے ساتھ آنے والا آنے والا اسٹول سست روی کے بغیر مقعد کے دہانے پر آجائے گا. اس سے مقعد کے دہانے میں کمی کی نشوونما ہوتی ہے - جسے مقعد کے فیشرس کہتے ہیں. خون عام طور پر رنگ میں روشن سرخ ہوتا ہے. روشن سرخ خون اس وقت سامنے آئے گا جب شوچ کے اختتام پر قطرے پڑیں گے اور خون پاخانہ کی بیرونی سطح کو داغدار کردے گا. عام طور پر یہ ایک بڑے قبض اسٹول کی منظوری کے بعد ہوتا ہے۔ یہ مقعد کی .سطحی پرت میں آنسو کی وجہ سے ہوتا ہے

عام طور پر یہ تکلیف دہ حالت ہوتی ہے اور پاخانہ کو مزید روکنے کا باعث بنتی ہے. سخت پاخانہ مقعد کی وجہ سے ہوتا ہے. مقعد کے فاسچرس اسفنکٹر اسپاسم اور پاخانہ کو روکنے کا باعث بنتے ہیں ، جو سخت پاخانہ گزرتے ہوئے موجودہ مقعد کے فیشروں کو دوبارہ تیار کرتا ہے یا چالو کرتا ہے. اس سے ایک شیطانی دائرے کا باعث بنے گا جس کے نتیجے میں نوزائیدہ اور بچوں میں شدید قبض پیدا ہوگا. مقعد کے فیشورز کو فوری توجہ کی ضرورت ہے. پاخانہ کو شفا بخش کرنے کے ل السر کو آرام دینے کے لئے نرم ہونا پڑتا ہے ، اسفنکٹر اسپاسم کو السر کو ٹھیک کرنے سے فارغ کرنا پڑتا ہے. یہ ریشہ سے بھرپور غذا کے ساتھ ، لکشیٹو ، السر کی شفا یابی مرہم ، مقامی اینستھیٹک .اور بڑے بچوں میں مدد سے حاصل کیا جاسکتا ہے

میککلس ڈیوورٹیکولم

اس کا نتیجہ معدے کی نالی (کی نشوونما کے برانن دور کے دوران نال کے ذریعے جی عی ٹی کی نقل و حمل) کے ذریعہ اومفالومسنٹرک ڈکٹ کی بندش سے ہوتا ہے. اس مواصلات کی باقیات مختلف طریقوں سے پیش کرسکتی ہیں. ایک پریزنٹیشن میککلس ڈائیورٹیکولم ہے. یہ آنتوں کے بیرونی پہلو سے تیلی منسلک کے طور پر پیش کرتا ہے. یہ عام آبادی کے دو فیصد میں موجود ہے. عام طور پر یہ چھوٹے اور بڑے آنتوں کے جنکشن سے دو فٹ کے اندر موجود ہوتا ہے. ایکٹوپک موکوسا کی وجہ سے میککلس ڈائیورٹیکولم میں ایسے سراو تیار کیے جائیں گے.. بلیکنگ میککلس ڈائیورٹیکولم سے تیزاب سراو کی وجہ سے ملحقہ عام چھوٹی آنت

میں تیار کردہ السر سے ہوتی ہے۔ (ایکٹوپک موکاوسا). یہ ہر ملاشی میں بڑی مقدار میں روشن خون کی تکلیف دہ گزرنے سے علاج کیا جاتا ہے.

میککلس ڈیوورٹیکولم کی تشخیص قدرے مشکل ہے. تشخیصی لیپروسکوپی کی تشخیص اس وقت کی جاتی ہے جب مکینوں کا شبہ ہوتا ہے. الٹراساؤنڈ پیٹ ، سی ای سی ٹی پیٹ ، خون بہہ رہا ہے کہ کے دوران کئے گئے میکیلز ریڈیونکلائڈ اسکین جیسے معاون تحقیقات میککلز ڈائیورٹیکولم کی موجودگی کو مسترد نہیں کرسکیں گی. صرف دو فیصد میکلز ڈیوورٹیکولم علامتی ہوگا. صرف علامتی میککل ڈائیورٹیکولم کا علاج کیا جائے گا ، بصورت دیگر اسیمپٹومیٹک میککلز ڈائیورٹیکولم کو تنہا چھوڑ دیا جانا چاہئے. علامتی میککلس ڈائیورٹیکولم کا علاج جراحی سے خارج ہوتا ہے. میککلز پر مشتمل آنتوں کے حصے کو میککلس ڈائیورٹیکولم کے ساتھ دوبارہ تحقیق کرنا ہوگی اور آنتوں کے تسلسل کو آنتوں کے کٹ کناروں کے آخر میں ایناسٹوموسس کے ذریعہ برقرار رکھا جاتا ہے.

شبہ ہوجاتا ہے تو ، انتہائی آواز کا پیٹ تشخیص کرنے کے انتخاب کی تفتیش ہے. ایک بار تشخیص ہونے کے بعد ، گینگرین کے خطرے کی وجہ سے فوری طور پر انٹوسسسیپشن کا علاج کرنا پڑتا ہے. تشخیص کے بعد ابتدائی مدت میں غیر آپریٹو طریقوں سے انٹوسسسیپشن کو فارغ کیا جاسکتا ہے (تین سے چھ گھنٹے). یہ الٹراساؤنڈ رہنمائی کے تحت ہائیڈرو اسٹاٹک کمی کے ذریعہ کیا جاتا ہے جس میں اونچائی سے ٹیوب کے ذریعے ملاشی میں سیال متعارف کرایا جاتا ہے. پانی کا یہ دباؤ ( ) بڑی آنت سے آنے والے چھوٹے آنتوں کو روکتا ہے. اگر یہ بعد کی مدت میں پیش کرتا ہے یا اگر ہائیڈرو اسٹاٹک دباؤ کو دور کرنے میں ناکام ہوجاتا ہے تو پھر جراحی کی اصلاح کی ضرورت ہوتی ہے. جراحی کی اصلاح کے دوران ، اگر آنتوں کو گینگرین میں نہیں جانا جاتا ہے تو ، انٹوسسسیپشن کی سادہ دستی کمی کی جائے گی۔ اگر آنتوں کا اعتراف جرم بن گیا ہے, اس پر دوبارہ تحقیق کی جانی چاہئے اور چھوٹی آنت کے اختتام کے آخر میں ایناسٹوموسس کرکے آنتوں کا تسلسل برقرار رہتا ہے.

بدیہی

عام طور پر دو سال کی عمر سے کم ہوتا ہے (چھ سے نو ماہ کی عمر کے درمیان زیادہ عام). یہ آنتوں کے ایک حصے کی منظوری کی وجہ سے ہے (ممکنہ آنتوں) دوسرے حصے میں جو اس سے پریشان ہے. عام قسم کے انٹوسسیسیسیس آئیلو-کولک قسم ہے یعنی ڈسٹل چھوٹی آنتوں میں داخل ہوتی ہے اور ہر پیرسٹالیسیس (آنتوں کی نقل) بڑی آنت میں آگے بڑھتی ہے.

بچوں کی سرجری میں دخل اندازی ایک حقیقی ہنگامی صورتحال ہے. اس کی وجہ یہ ہے کہ ، جب آنتوں میں آنت داخل ہوتی ہے تو وہ اس کے ساتھ ہی اس کے ساتھ بڑی آنت میں بھی خون کی فراہمی لیتا ہے جو اس کے داخلے کے مقام پر گھس جاتا ہے. جب تک کہ اسے فوری طور پر جاری نہیں کیا جاتا ہے اس سے آنتوں (گینگرین) میں خون کی فراہمی میں کمی واقع ہوگی جو اندر داخل ہوا ہے.

پہلے سے صحتمند بچے میں اچانک پریشانی کا اظہار ہوتا ہے ، جو اچانک اور ضرورت سے زیادہ روتا ہے. یہ چند منٹ کے بعد بے ساختہ راحت بخش ہوجاتا ہے. صرف کچھ دیر بعد دوبارہ دہرایا جائے. بعد میں بچہ پیٹ میں کشیدگی ، سبز / زرد الٹی اور خون کی فی ملاشی کی منظوری تیار کرتا ہے. ایک بار جب اس پر

جوینائل پولیپس

دو سے آٹھ سال کی عمر کے درمیان ملاشی سے خون بہنے کا سب سے عام ذریعہ۔ آنتوں کی دیوار سے پولیپس غیر معمولی نشوونما ہوتی ہے. پولیپس کہیں بھی ہوسکتی ہے جہاں ان میں سے جی آئی ٹی اکثریت میں ڈسٹل بڑے آنتوں میں واقع ہے (ریکٹو - سگمائڈ ایریا). ملاشی میں سب سے عام تنہائی پولیپس ہیں. وہ سومی ہیں (کینسر نہیں). وہ پاخانہ کی بیرونی سطح پر روشن سرخ خون کا سبب بنتے ہیں. خون بہہ رہا ہے عام طور پر تکلیف دہ ہوتا ہے. خون بہہ رہا ہے یا تو سخت پاخانہ کی وجہ سے صدمے کی وجہ سے یا آٹو ایمپٹیشن کی وجہ سے.

ملاشی میں پولیپس کو ڈیجیٹل ملاشی امتحان کے ذریعہ وقار دیا جاتا ہے. بڑی آنت میں پولی اپ یا ڈسٹل چھوٹے آنتوں کی تشخیص کالونوسکوپی کے ذریعہ کی جاسکتی ہے. پولیپس کے علاج میں پولیپ (پولیپیکٹومی) انف وہ سنگل (سولیٹری ملاشی پولیپس) ، جب وہ ایک سے زیادہ ہوں اور آنتوں کے ایک بڑے حصے پر قبضہ کریں تو پولپس پر مشتمل آنتوں کی دوبارہ تحقیق شامل ہیں. وسیع آنتوں کے پولیپوس فیملیئل ہیں (خاندانوں میں ٹینڈرینسی چلتی ہے) اور وہ غیر یقینی ہیں.

آنتوں کی سوزش کی بیماری

سوزش والی آنتوں کی بیماری آنتوں کے کچھ حصوں کو سوجن ، سوجن اور سرخ ہونے کا سبب بنتی ہے. یہ ایک دائمی حالت ہے - یہ طویل عرصے تک قائم رہتا ہے ، آتا ہے اور جاتا ہے. یہاں دو قسم کی سوزش والی آنتوں کی بیماری موجود ہے جس میں السرسی کولائٹس اور چارون کی بیماری موجود ہے. السرسی کولائٹس میں صرف بڑی آنت (کرنل) شامل ہے اور السر میں آنتوں کی صرف سطحی پرتیں شامل ہیں. جہاں کروٹوں کی بیماری میں معدے کی نالی کا کوئی بھی حصہ شامل ہوتا ہے اور اس میں آنت کی تمام پرتیں شامل ہوتی ہیں. یہ دونوں شرائط ہر ملاشی کے خون بہنے کے ساتھ پیش ہوں گی. دیگر علامات پیٹ ، پانی کی اسہال ، وزن میں کمی ، بخار اور انتہائی کمزوری میں تکلیف دہ درد ہیں. وہ آنکھوں کی پریشانیوں ، جلدیوں ، مشترکہ مسائل ، گٹھیا اور جگر کی پریشانیوں جیسے دیگر مسائل کا سبب بن سکتے ہیں.

سوزش آنتوں کی بیماری کی اصل وجہ معلوم نہیں ہے. یہ شاید جینیاتی خطرہ ، مدافعتی نظام اور ماحول میں کسی ایسی چیز کا امتزاج ہے جو معدے کی نالی میں سوزش کو متحرک کرتا ہے. غذا اور تناؤ سوزش کو خراب کرتا ہے. خاندانوں میں دوڑنے کا رجحان. عام طور پر نوعمروں اور نوجوان بالغوں میں ہوتا ہے. وہ زیادہ تر بیس سال کی عمر سے پہلے پیش کرتے ہیں. نسلی خون بہہ رہا ہے جو سو فیصد السرسی کولائٹس اور پچیس فیصد کروٹوں کی بیماری میں پیش کرے گا. وہ بار بار پیٹ میں درد ، وزن میں کمی اور فی ملاشی کے ساتھ پیش کرتے ہیں. ان شرائط کی تشخیص تشخیصی کالونوسکوپی اور کالونوسکوپک بایپسی کے ذریعہ کی جائے گی. علاج کا مقصد علامات کو دور کرنا ، مستقبل کے بھڑک اٹھنا اور ممکنہ طور پر سوجن آنتوں کو ٹھیک کرنا ہے. طبی علاج ، خوراک اور سرجری میں تبدیلی کے ذریعہ علاج کیا گیا. آنتوں کی سوزش اور انفیکشن کے علاج کے لئے طبی علاج کی ضرورت ہے. اگر وہ سوراخ ، آنتوں کی رکاوٹ یا بڑے پیمانے پر مستقل خون بہہ رہا ہے تو سرجری کی ضرورت ہوسکتی ہے.

عروقی خرابی

(انجیوڈیسپلاسیا)

یہ آنتوں کو فراہم کرنے والی خون کی نالیوں میں اسامانیتا ہیں۔ اس حالت میں عام طور پر آنت کو سپلائی کرنے والی رگیں خون کی نالیوں کے ایک بڑے بڑے پیمانے پر آنت میں داخل ہو جاتی ہیں۔ خون بہنا یا تو ٹرما یا عروقی خرابی کے السریشن کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس بے ضابطگی کا پتہ انجیو گرام یا اینڈوسکوپی سے لگایا جا سکتا ہے۔ اسے سرجری کے ذریعے درست کیا جائے گا جہاں آنتوں کے حصے کو ہٹا دیا جائے گا جس میں عروقی خرابی ہے اور آنتوں کا تسلسل بحال کیا جائے گا۔

اینکروٹائزنگ انٹروکولائٹس

یہ حالت عام طور پر ایک ماہ کے اندر پہلے سے پیدا ہونے والے نوزائیدہ بچوں میں ہوتی ہے. یہ حالت عام طور پر بچے کو کھانا کھلانے کے بعد شروع ہوتی ہے.

سبسٹریٹ کی موجودگی (فیڈ) واقعات کی ایک زنجیر کی قیادت کرے گی جو آخر کار آنت کی دیوار میں انفیکشن کے ساتھ ختم ہوجاتی ہے. انفیکشن کے مرحلے پر منحصر ہے انفیکشن میں السر ، خون بہہ رہا ہے اور سوراخ پیدا ہوتا ہے.

جب این این ای سی تیار ہوتا ہے تو ، بچے سست ہوجاتے ہیں ، فیڈ سے انکار کرتے ہیں اور پیٹ میں خلل پیدا ہوتا ہے. بعد میں پیٹ کی دیوار اریتھیما (لالی) تیار ہوتی ہے. ابتدائی مراحل میں اس حالت کا علاج اینٹی بائیوٹکس اور معاون علاج سے کیا جائے گا. بعد میں ایک بار نیکروسس ، گینگرین یا سوراخ جیسی پیچیدگیاں پیدا ہوجاتی ہیں تو پھر جراحی کی مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے.

گینگرین کے ساتھ آنتوں میں رکاوٹ

مختلف وجوہات کی بنا پر بچوں میں آنتوں کی رکاوٹ پیدا ہوسکتی ہے. اگر وقت پر رکاوٹ کو دور نہیں کیا جاتا ہے تو ، آنتوں کی دیوار میں خلل پڑنے کی وجہ سے یہ عروقی سمجھوتہ کا باعث بنتا ہے. اس عروقی سمجھوتہ سے آنتوں کی لیمین کے اندر خون بہہ رہا ہے اور بعد میں آنت کے گینگرین کا باعث بنے گا. آنتوں کی رکاوٹ کے ساتھ فی ملاشی خون بہہ رہا ہے اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یا تو آنے والا گینگرین .یا قائم گینگرین

بواسیر

بچوں میں نایاب. ہیمرج ملاشی دیوار سے رگیں لگی ہوئی ہیں. اگر وہ موجود ہیں تو یہ یا تو پورٹل ہائی بلڈ پریشر یا شرونی میں بڑے پیمانے پر گھاووں کے نام سے کسی حالت کی موجودگی کی نشاندہی کرتا ہے جس سے ملاشی دیوار پر خارجی دباؤ پڑتا ہے. وہ بچوں میں انتہائی نایاب ہیں. علاج ہیمورائڈز کی وجہ پر منحصر ہے. اگر وہ بنیادی (ہیں جو بہت کم ہے) ہیموررواٹڈیکٹومی کیا جائے گا. اگر وہ کسی اور بیماری کا ثانوی مظہر ہیں تو ، اس بیماری کی طرف .جانے والا علاج ہیمروڈس کو دور کرے گا

پاخانہ میں جھوٹا مثبت ..دکھائی دینے والا خون

یہ اینٹی بایوٹک کے استعمال کی وجہ سے ہو سکتا ہے (امپیسلن، رفیمپیسن)، آئرن، چاکلیٹ، چقندر کھانے سے۔

فوڈ الرجی

کھانے کی الرجی بر ملاشی سے خون بہہ سکتا ہے. وہ پوسٹ پرندیل تکلیف ، متلی ، الٹی ، اسہال اور آئرن کی کمی کی خون کی کمی کے ساتھ پیش کرتے ہیں. مالابس تقسیم کے ساتھ نمائش کرسکتا ہے. جی آئی ٹی کو ایسینو فیلیا سے متاثر کیا جاسکتا ہے اور پردیی ایسینو فیلیا موجود ہوسکتا ہے. الرجین میں گائے کا دودھ یا سویا پروٹھی اور سمندری کھانا شامل ہوسکتا ہے.

کیسے اندازہ کیا جائے

...تاریخ

.خون کی مدت اور مقدار

,خون کا رنگ اور پاخانہ سے تعلق

.پاخانہ کی مستقل مزاجی سے ایک اشارہ ملے گا

... جسمانی امتحان

.یرقان ، خون کی کمی کی موجودگی

,پیٹ میں کشیدگی کی موجودگی

فی پیٹ میں بڑے پیمانے پر موجودگی

مقعد کے فیشورز کی موجودگی .... تشخیص کا .اشارہ دے گا

تحقیقات کے مقامات

,خون کی تحقیقات

,الٹراساؤنڈ امتحان

ایکسرے پیٹ اور

اینڈووسکوپی

انجیوگرافی

ریڈیونکلائڈ مطالعات

.تشخیصی لیپروسکوپی ... مناسب تشخیص دے گی

کب ہوشیار رہنا چاہیے

اگر فی ملاشی خون مستقل ہے

اگر فی ملاشی خون جائز ہے

اگر فی ملاشی خون درد سے دوچار ہے

اگر فی ملاشی خون پیٹ میں کشیدگی کے ساتھ منسلک ہوتا ہے

.اگر فی ملاشی خون آرگنومیگلی سے منسلک ہوتا ہے

: اہم نکات

فی ملاشی خون میں سے زیادہ تر چھوٹے خون ہوتے ہیں۔

فی ملاشی خون میں سے زیادہ تر سومی اور خود کو محدود کرتے ہیں۔

بچوں میں مقعد میں دراڑیں پیدا کرنے سے قبض ایک اہم ایٹولوجی ہے۔

اگر خون مسلسل، بہت زیادہ یا درد سے وابستہ ہو تو فوراً اطلاع دیں۔

اینڈوسکوپی اور الٹرا ساؤنڈ پیٹ سب سے اہم تشخیصی ٹولز ہیں۔

16

Chapter

بچوں میں زبانی گہا کا زخم

زبان کا زخم

जीभ का फटना

زبان کی ٹائی

जीभ की गांठ

اپتھوس اسٹومیٹائٹس

छालों वाला स्टामाटाइटिस

چپچپا برقراری سسٹ

म्यूकस रिटेंशन सिस्ट

رنولا

रानुला

16

بچوں میں زبانی گہا کا زخم

بچوں کا جسم بہت نرم اور حساس ہوتا ہے ، خاص طور پر زبانی گہا. اگر بچوں کی زبانی گہا میں کوئی گھاوون کا سامنا کرنا پڑتا ہے تو ، والدین گھبرائے اور تناؤ کا شکار ہوجائیں گے. ہم نے جو غذا لی ہے اس کی آسانی سے نگلنا ، کھانے کے ساتھ زبانی گہا میں خفیہ تھوک کے اختلاط کی وجہ سے ہے. ہونٹوں اور گالوں پر زبان ، مکوسا ایک نم پرت کے ذریعہ قطار میں لگے ہوئے ہیں. اس حساس علاقے میں کسی بھی پریشانی سے نگلنے میں درد اور دشواری کا باعث بنے گا. چاہے یہ زبان کی چوٹ ، زبان سے منسلک ، منہ میں انفیکشن ہو بہت سی چیزیں بچوں میں زبان کو متاثر کرسکتی ہیں. یہ زبانی گھاووں سے کھانے کی مقدار میں مداخلت ہوسکتی ہے ، تقریر میں مداخلت ہوسکتی ہے ، مناسب زبانی حفظان صحت میں مداخلت ہوسکتی ہے اور اگر مستقبل میں نظرانداز کیا جاسکتا ہے تو کچھ گھاووں میں مداخلت ہوسکتی ہے. زبانی گہا میں درد بالغوں کے ذریعہ برداشت کیا جاسکتا ہے لیکن بچوں کے ذریعہ نہیں. والدین کے لئے یہ بہتر ہے کہ وہ زبانی گہا گھاووں کے بارے میں شعور رکھیں ، جلد ان کی تشخیص .کریں اور جلد ہی اس کا علاج کریں

:زبان کا زخم

شراوان تین سال کا لڑکا ہے. ایک دن وہ گر گیا اور چوٹ پہنچی. ماں نے زبان میں ایک گہری کٹ دیکھی. پڑوسیوں نے اسے کہا کہ اسے سلائی نہ کرو. اگر یہ سلائی ہوئی بچہ ہے شاید بعد میں مناسب طور تو پر بات نہ کریں. ایک بار جب بچے کو ڈاکٹر کے پاس لے جایا جاتا ہے- تو اس نے کہا کہ اسے فوری طور پر بے دخل کرنا پڑتا ہے. والدین الجھ گئے. کیا صحیح ہے؟

بچوں کی زبان بہت سے مواقع پر زخمی ہوتی ہے- گرنے ، سائیکل کی چوٹوں کی وجہ سے ، منہ میں تیز چیزیں ڈالنا ، فٹ ہونے اور سخت اشیاء کو مارنے کی وجہ سے گرنا. بچے کھیل کے وقت منہ کو کھلا رکھیں گے اور اگر اس وقت زبان کو تکلیف ہو جاتی ہے تو اس سے تکلیف ہوتی ہے. زبان کو خون کی وسیع فراہمی ملی ہے ، لہذا یہاں تک کہ ایک چھوٹی سی چوٹ بھی بڑے پیمانے پر خون بہہ سکتا ہے. منہ خون سے بھر سکتا ہے ، زبان کی شکل میں ردوبدل ہوسکتا ہے ، زبان کی نقل و حرکت پر پابندی ہوسکتی ہے ، انفیکشن اور زبانی گہا میں سوجن ہوسکتی ہے. کچھ بار اگر خون بہہ رہا ہے تو یہ پھیپھڑوں میں آرزو مند ہوسکتا ہے. علاج کے دوران کوئی ٹوٹا ہوا دانت اگر وہ وہاں موجود ہیں تو ، انہیں ہٹانا ہوگا. اگر چوٹ سطحی ہے - صرف بلغم ، تو اس کے ساتھ دوائیوں کا علاج کیا جائے گا. اگر چوٹ پٹھوں کی گہرائی ہے تو خون بہنے سے روکنے ، ابتدائی تندرستی اور زبان کی نقل و حرکت کو جلد از جلد دوبارہ حاصل کرنے کے لئے اسے بے دخل کرنا پڑتا ہے. زبان کی ترسیل تقریر کے مسائل کا باعث نہیں بنے گی .یہ ایک غلط فہمی ہے. اگر زبان کی چوٹ دو سینٹی میٹر سے زیادہ ہے ، اگر یہ چوٹ کے کے سائز کی □ ، ذریعے اور اس کے ذریعے ہوتا ہے تو چوٹیں ، اگر زبان کا تھوڑا سا لٹکا ہوا ہے, اگر چوٹ میں زبان کا کنارہ شامل ہے اور اگر زبان کی چوٹ سے مسلسل خون بہہ رہا ہے تو اسے بے دخل کرنا ہوگا. عام طور پر سوجن میں سات دن لگتے ہیں اور شفا یابی میں اس میں دو سے تین ہفتوں کا وقت لگتا ہے. اگر زبان کے ٹشوں کا نقصان تیس فیصد سے بھی کم ہے تو زبان کے کناروں کو ایک ساتھ کچل دیا جاتا ہے. اگر نقصان تیس فیصد سے زیادہ ہے تو اسے کسی ماہر کے . ذریعہ مرمت کرنا ہوگی

زبان کی ٹائی

ٹریشا نو ماہ کی بچی ہے ، جب وہ کبھی ہنس رہی ہے اور رو رہی ہے, زبان کی نوک ایک موٹی بینڈ کے ذریعہ منہ کے فرش سے منسلک ہوتی ہے اور وہ زبان کو باہر نہیں رکھ سکتی ہے. ٹریشا کے دادا کو بھی ایک ہی مسئلہ ہے اور ان کے الفاظ کا تلفظ واضح نہیں ہوگا. ٹریشا کے والدین پریشان ہیں کہ ان کی تقریر بھی دادا باپ کی طرح ہوگی . انہوں نے ڈاکٹر سے ملاقات کی ، انہوں نے کہا کہ یہ زبان کی ٹائی ہے اور اسے جراحی سے رہا کرنا ہوگا.

یہ پیدائشی عیب ہے. اسے انکیلوگلوسیا کہا جاتا ہے. زبان ٹائی کے ساتھ ، ٹشو کا ایک غیر معمولی مختصر ، موٹا یا تنگ بینڈ (لسانی فرینولم) زبان کے نوک کے نیچے منہ کے فرش پر چھیڑتا ہے. عام طور پر ، زبان سے آزادانہ نقل و حرکت کی اجازت دیتے ہوئے ، لینگل فرنلوم پیدائش سے پہلے الگ ہوجاتا ہے. زبان ٹائی کے ساتھ ، زبان کے نیچے سے منسلک ہونے والا لینگل فرنلم رہتا ہے. ایسا کیوں ہوتا ہے وہ بڑے پیمانے پر نامعلوم ہے ، حالانکہ زبان کے ٹائی کے کچھ معاملات کچھ جینیاتی عوامل سے وابستہ ہیں۔ کچھ معاملات خاندانوں میں چلتے ہیں. اگر یہ اشارہ تک برقرار رہتا ہے تو اس سے زبان کی ٹائی کا باعث بنے گی۔ اس سے کھانا کھلانے اور کھانا کھلانے میں دشواری کا سبب بن سکتا ہے. جس کے پاس زبان ہے اسے اپنی زبان ڈالنے میں دشواری ہوسکتی ہے. زبان کی ٹائی بھی اس طریقے کو متاثر کرسکتی ہے جس طرح بچہ کھاتا ہے ، بولتا ہے اور نگل جاتا ہے. لڑکے لڑکیوں سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں. زبان کو کھانا کھلانے کے دوران نپل اور مسوڑوں کے درمیان آئے گا .زبان ٹائی کی صورتحال میں ، کیونکہ زبان کی نقل و حرکت پر پابندی ہے, اس سے مسوڑوں کے دباؤ کے اثر کی وجہ سے نپلوں پر فیشرس پیدا ہوں گے. اگر انہوں نے زبان کو باہر رکھ دیا تو زبان کی نوک دل کی شکل میں نظر آتی ہے. زبان کی نقل و حرکت دانتوں کی اندرونی سطح کو صاف کرتی ہے. لہذا ، زبان کے ٹائی معاملات میں دانتوں کی حفظان صحت متاثر ہوتی ہے. تقریر کے آغاز میں تاخیر ہوسکتی ہے اور تقریر کی خرابی بھی متاثر ہوسکتی ہے.

زبان ٹائی آٹھ پتنگوں سے بارہ ماہ کے درمیان جاری کی جاتی ہے. اگر یہ زبان کی ٹائی کی پتلی صرف فرینوٹومی ہے تو -لیز کافی ہے. اگر زبان کی ٹائی موٹی ہے تو ، اسے رہا کرنے اور مرمت کرنے کی ضرورت ہے. یہ دو ہفتوں کے وقت میں ٹھیک ہوجائے گا. ان دو ہفتوں کے دوران بچوں کو انگلیوں ، تیز اشیاء کو منہ میں ڈالنے سے روکا جاتا ہے.

ہونٹ پر سائیکل (چپچپا (برقرار رکھنے والی سیسٹ

نو سال کی ندبھی نے نچلے ہونٹ پر ایک چھوٹا سا سسٹ تیار کیا ہے. یہ بے درد ہے۔ سائز میں اضافہ نہیں ، اور آہستہ آہستہ بڑھ رہا ہے. ندبھی کو کوئی شکایت نہیں ہے لیکن والدین پریشان ہیں اور انہیں بہت سارے شکوک و شبہات درپیش ہیں - کیا اس سے مزید پیچیدگیاں پیدا ہوں گی

اس حالت کو – چپچپا برقرار رکھنے والی سسٹ یا میوکوسیل کہا جاتا ہے . ہمارے پاس آٹھ سو سے ایک ہزار معمولی تھوک غدود ہیں. ہر نجات دہندہ غدود ایک چھوٹی سی نالی کے ذریعہ منہ میں اپنے نجات بخش سراو کو خالی کردے گا. اگر ڈکٹ مسدود ہے تو اس سے نجات دہندہ کے سراووں اور سسٹ کی تشکیل کو برقرار رکھنے کا باعث بنے گا. یہ زبانی گہا کے صدمے کی وجہ سے ہوگا ، ہونٹوں یا کچھ بچوں کو چوٹ لگنے سے ہونٹوں کو کاٹنے اور دانتوں کی خراب حفظان صحت کی وجہ سے عادت ہوگی. اس سے نجات بخش سراووں کو برقرار رکھنے کا باعث بنتا ہے. وہ زیادہ تر نچلے ہونٹ کے اندرونی طرف پائے جاتے ہیں. وہ دو سے پانچ سینٹی میٹر کے سائز تک پہنچ جائیں گے۔ مردوں اور عورتوں دونوں میں یکساں طور پر پایا جاتا ہے۔ وہ سائز میں اضافہ کریں گے اور پھر صرف کچھ دیر بعد دوبارہ ترقی یافتہ ہونے کے لئے پھٹ جائیں گے. یہ عام طور پر تکلیف دہ ہوتا ہے۔ صرف ایک اٹھائے ہوئے ، نرم سوجن کے طور پر پیش کریں. اگر یہ بڑا ہے اور اگر یہ تکلیف دہ ہے تو اس کو منسلک معمولی تھوک غدود کے ساتھ ساتھ جراحی سے بھی ہٹانے کی ضرورت ہے. تکرار کو روکنے کے لئے ، بچوں کو مشورہ دیا جاتا ہے کہ وہ ہونٹوں کو کاٹنے سے گریز کریں.

منہ کے فرش میں سسٹ - رانولا

لکشمی ایک تین سال کی بچی ہے، جسے ماں نے دیکھا کہ منہ کے فرش سے سوجن ہے جو بڑھ رہی ہے اور زبان کو ایک طرف اٹھا رہی ہے۔ حاضری دینے والے ڈاکٹر نے کہا کہ یہ رنولا ہے اور اسے سرجری کے ذریعے درست کرنے کی ضرورت ہے۔

رنولا ایک سوجن ہے جو بڑے نجات دہندہ غدود کی نالی کو چوٹ پہنچانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ ہمارے پاس تین بڑے نجات دہندہ غدود ہیں۔ ایک اہم نجات دہندہ غدود زبان سے نیچے ہوگا ، جسے سبلنگیوئل تھوک غدود کہا جاتا ہے۔ اس غدود سے پیدا ہونے والا تھوک ، زبان کے نیچے کی طرف سے نالی کھولنے سے منہ میں ڈالا جائے گا .. اگر اس کی نالی پھٹ جاتی ہے تو, لیک ہونے والا تھوک زبان کو اٹھا کر ایک طرف زبان کے نیچے ایک سسٹ جمع کرے گا اور تشکیل دے گا۔ اسے کہتے ہیں - رنولا۔ تھوک جمع کرنے کی حد کی بنیاد پر ، رنولس خود کو زبانی گہا (سادہ رنولا) تک محدود رکھ سکتا ہے یا وہ گردن میں پھیل سکتا ہے (ہل چلانے والی رنولا)۔ اگر یہ چھوٹا اور غیر معمولی ہے تو ، اسے کسی علاج کی ضرورت نہیں ہے لیکن اگر یہ بڑی وجہ سے کمپریشن علامات پیدا کررہا ہے یا اگر یہ گردن تک پھیلا ہوا ہے تو ، اسے جراحی سے علاج کرنے کی ضرورت ہے.

زبان کے نیچے سسٹ (انٹراورل ڈرمائڈ سسٹ

سمران چھ سال کا ہے۔ ماں نے ایک ماہ سے دیکھا کہ اس کی بیٹیوں کی زبان تھوڑا سا پیش کررہی ہے۔ جب اس نے سمانس منه کی جانچ کی تو اس نے زبان کو اٹھانے والی زبان کے نیچے سفید ہموار گول سوجن دیکھی۔ وہ گھبراتی ہے۔ یہ سوجن کیا ہے یہ خطرناک ہے۔ وہ ڈاکٹر سے رابطہ کی۔ ڈاکٹر نے جانچ پڑتال کی اور اسے بتایا که یہ ڈرمائڈ سسٹ ہے اور اسے سرجری کے ذریعہ ہٹانے کی ضرورت ہے.

ڈرمائڈ سسٹ ترقیاتی غلطی کا نتیجہ ہیں۔ ترقیاتی کے دوران ہمارے تمام ٹشو تین بنیادی پرتوں سے تشکیل پائے جاتے ہیں۔ ایکٹوڈرم ، میسوڈرم اور اینڈوڈرم۔ ترقی کے دوران اگر ایکٹوڈرمل عناصر حادثاتی طور پر نیچے کی پرتوں میں پھنس جاتے ہیں تو ، اس سے ڈرمائڈز کی ترقی ہوگی۔ وہ عام طور پر ان علاقوں میں پائے جاتے ہیں جہاں جسم کے مڈ لائن کی طرح برانن حصے ایک ساتھ فیوز ہوجاتے ہیں۔ وہ جلد سے قطار میں کھڑے ہوکر تیل ، بالوں کے پٹک اور جلد کے پرانے خلیوں سے بھر جاتے ہیں۔ ڈرمائڈ سیسٹس کا دو سے پانچ فیصد زبان کے نیچے اندرونی طور پر پائے جائیں گے۔ جب تک کہ وہ اہم سائز تک نہ پہنچیں ، وہ نظر نہیں آتے ہیں۔ اگر سسٹ بڑا ہوتا ہے تو ، زبان اوپر اٹھا دی جائے گی.

ہونٹوں اور گالوں میں لالی اور السر - بار بار اپتھوس (اسٹومیٹائٹس

رمیش ایک دس سال کا لڑکا ہے جو تین مہینوں میں ایک بار منہ میں لالی اور چھوٹے السر کا شکار ہے۔ والدین پریشان ہیں۔ خاندانی معالج نے انہیں بتایا که یه بے حد اسٹومیٹائٹس ہے۔ ان السر کی وجہ سے کیا ہے ?

اپتس اسٹومیٹائٹس ایک عام حالت ہے جس کی خصوصیات غیر متعدی منہ کے السر (اپتھا) کی بار بار تشکیل کی گئی ہے۔ اس کی وجہ پوری طرح سے سمجھی نہیں جاتی ہے لیکن اس میں متعدد عوامل کی وجہ سے ٹی سیل ثالثی مدافعتی ردعمل شامل ہوتا ہے جس میں غذائیت کی کمی ، مقامی صدمے ، تناؤ ، ہارمونل اثرات ، الرجی شامل ہوسکتی ہیں, جینیاتی خطرہ ، کچھ کھانے ، پانی کی کمی ، یا کچھ کھانے پینے کی اشیاء۔ یہ السر وقتا فوقتا پائے جاتے ہیں اور حملوں کے درمیان مکمل طور پر ٹھیک ہوجاتے ہیں۔ زیادہ تر معاملات میں ، انفرادی السر تقریبا سات سے دس دن تک جاری رہتے ہیں ، اور السرسی اقساط ہر سال تین سے چھ بار پائے جاتے ہیں.

یہ السر غذائیت کی کمی کے ساتھ شدید کمزور علامات کو کھانا کھلانے کے لئے معمولی پریشانی کا سبب بن سکتے ہیں۔ حالت بہت عام ہے ، جس سے عام آبادی کا تقریبا بیس فیصد کچھ حد تک متاثر ہوتا ہے۔ درد ، جو اکثر السر کی حد کے تناسب سے باہر ہوتا ہے اور جسمانی رابطے سے خاص طور پر کچھ کھانے پینے اور مشروبات سے خراب ہوتا ہے۔ آغاز اکثر بچپن یا جوانی کے دوران ہوتا ہے ، اور یہ حالت آہستہ آہستہ غائب ہونے سے پہلے عام طور پر کئی سال تک جاری رہتی ہے۔ اس کا کوئی علاج نہیں ہے ، اور کورٹیکوسٹیرائڈز جیسے علاج کا مقصد درد کا انتظام کرنا ، شفا یابی کے وقت کو کم کرنا اور السر کی اقساط کی تعدد کو کم کرنا ہے.

ہونٹوں کے زاویہ پر السرسی (کونیی چیلیٹیس

سیرت چھ سال کا لڑکا ہے۔ اسے منہ کے زاویوں میں جہاں ہونٹ ملتے ہیں وہاں السر اور سرخی پائی جاتی ہے .یہ السر کیا ہیں؟

ہونٹوں کے زاویوں میں لالی اور سوجن پیچ کو کونیی چیلیٹائٹس کہا جاتا ہے. اسے پرلیچے یا کونیی اسٹومیٹائٹس کے طور پر بھی کہا جاتا ہے. یہ ایک طرف یا دونوں طرف ہوسکتا ہے. ہوسکتا ہے کہ لالی ، سوجن ، خون بہہ رہا ہو ، سکالی ، السرسی اور دراڑیں مل سکیں. ہونٹ خشک اور تکلیف محسوس کرسکتے ہیں. فنگل انفیکشن کونیی چیلیٹس کی سب سے عام وجہ ہے. یہ عام طور پر ایک قسم کے خمیر کی وجہ سے ہوتا ہے جسے کینڈیڈا کہا جاتا ہے ، وہی فنگس جو بچوں میں ڈاپیر کی جلدی کا سبب بنتا ہے. کچھ بیکٹیریل تناؤ بھی اس کا سبب بن سکتے ہیں. ربوفلاوین (وٹامن بی دو) میں کمی بھی کونیی چیلیٹس کا باعث بن سکتی ہے. اگر ہمیں اس کی وجہ نہیں مل سکتی ہے تو ، اسے آئیڈیوپیتھک کونیی شیلیٹیس کہا جاتا ہے. دانتوں والے بچوں میں یہ زیادہ عام بات ہے ، جو اپنے ہونٹوں کو بہت چاٹ لیتے ہیں ، جو زیادہ تھوک پیدا کرتے ہیں ، اور غذائیت سے محروم ریاستوں میں. مقصد یہ ہے کہ انفیکشن کو صاف کریں اور علاقے کو خشک رکھیں تاکہ آپ کی جلد دوبارہ متاثر نہ ہو. اینٹی بیکٹیریل یا اینٹی فنگل مرہم مشورہ دیا جاتا ہے. پیٹرولیلم جیلی کریموں کو مشورہ دیا جاتا ہے کہ وہ سوجن والے علاقے کو نمی سے بچائیں.

منہ کے فرش میں انفیکشن (لڈوگس انجائنا

تین سال کی سوجانی کے منہ میں سوجن اور سرخی پیدا ہو گئی جس کے بعد درد اور بخار ہو گیا۔ سوجن اور لالی تیزی سے پھیل گئی ہے اور اس نے منہ کی پوری منزل کو اپنی لپیٹ میں لے لیا ہے۔ بعد میں سانس لینے میں دشواری پیدا ہوئی۔ سوجانی کو ہسپتال لے جایا گیا، حاضری والے ڈاکٹرز ایمرجنسی سرجری کرنا چاہتے ہیں۔ یہ کیا شرط ہے؟ اس کی کیا اہمیت ہے؟ یہ کتنا خطرناک ہے؟

اسے کہا جاتا ہے - لڈ وگس انگینا. یہ منہ کے فرش کا شدید بیکٹیریل انفیکشَن ہے.

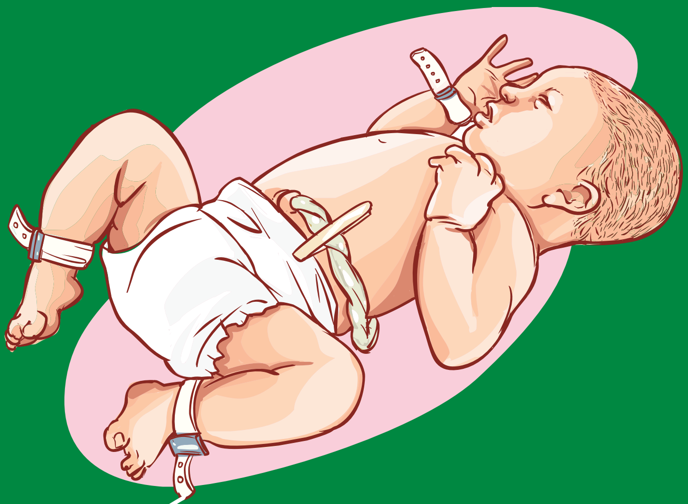
بعد میں یہ تیزی سے پھیل گیا. دانت اور مسوڑوں ، چوٹوں اور لمف نوڈل انفیکشن کا انفیکشن بعد میں لڈ وگس انجائنا کا باعث بنے گا. یہ ایک ہنگامی صورتحال ہے. انفیکشن دباؤ کو گردن کی تہوں تک بڑھا دے گا جس کی وجہ سے ہوا کے بہاؤ کی کمپریشن ہوجائے گی جس سے سانس کے سمجھوتے کا باعث بنے گا. ہوائی راستے کی صفائی ، اضافی سیالوں کو نکالنا اور انفیکشن کو کنٹرول کرنا علاج کے تین اہم اہداف ہیں. اسے بچے کو وینٹیلیٹر پر رکھ کر یا ہنگامی ٹریچوسٹومی کر کے فوری مداخلت کی ضرورت ہے.

بڑی زبان - میکرو گلوسیا

پرساد پانچ سال کا لڑکا بچہ ہے۔ اس کے بعد اس کی زبان آہستہ آہستہ سائز میں بڑھ رہی ہے اور موٹی ہوتی جا رہی ہے۔ زبان پر چھوٹے سسٹ ہوتے ہیں۔ مسالہ دار کھانا کھانے کے قابل نہیں۔ یہ کیا حالت ہے اور پرساد کا مستقبل کیسا ہوگا؟

اس حالت کو زبان کا – لمفنگیوما کہا جاتا ہے. یہ حالت زبان یا پوری زبان کے ایک حصے کو متاثر کرسکتی ہے. سسٹس مختلف سائز کے ہوں گے. وہ سطحی یا گہرا ہوسکتے ہیں. یہ شرط لمفیتکس کی ترقی کی غیر معمولی وجہ سے ہے. اس لمفتی رکاوٹ سے زبان میں سوجن ہوگی. اس سے کھانا لینے میں دشواری ، بولنے میں دشواری اور انفیکشن ہوسکتا ہے. توسیعی زبان کو جراحی کی تکنیک (کمی گلاسوپلاٹی) کے ذریعہ کم کیا جاسکتا ہے. خصوصی حالات میں سکلیروسنٹ انجیکشن کی کوشش کی جاسکتی ہے.

17
Chapter



بچوں میں نال کے زخم

امبیلی گرینولوما

امبلیکل ہرنیا

پیٹنٹ ویٹیلو آنتوں کی ڈکٹ

غیر معمولی

18

بچوں میں نال کے زخم

امبیلی کارڈ ترقی پذیر بچے اور ماں کے مابین بانڈ اور پیچیدہ لائف لائن ہے. یہ الگ ہوجاتا ہے اور پیدائش کے بعد ہی گر جاتا ہے جس سے جسم پر اس کا دوبارہ نشان ہوتا ہے۔ نال تمام عجائبات کا حیرت کی بات ہے, یہ عارضی طور پر ماں سے بچے کو تغذیہ بخش دینے کے لئے تشکیل دیتا ہے اور ایک بار اس کا مقصد ختم ہونے کے بعد ہی گر جاتا ہے. اس کا نشان جسم پر زندگی بھر رہتا ہے جیسے -مبیلیکس. ترسیل کے بعد ، ایک بار جب وہ خود ہی زندگی شروع کردے تو نالیدار سائٹ پر بہت ساری پریشانی پیدا ہوسکتی ہے. ان نالیدار گھاووں کے بارے میں شعور رکھنا ہمیشہ بہتر ہے. نال کے علاقے میں بالغوں میں پریشانی شاذ و نادر ہی ہوتی ہے لیکن بچوں میں اگر نال وسیع ہوتا ہے ، اگر ہڈی ختم نہیں ہوتی ہے اور اگر نال نال سے پائے جاتے ہیں تو, طبی مشورے طلب کیے جائیں.

مبہم ہڈی

کھاد کے بعد ایک بار ، کھاد والا انڈا (زائگوٹ) ، فالپیئن ٹیوب سے گزرتا ہے اور یوٹیرن گہا تک پہنچتا ہے. پھر یہ زائگوٹ مدد اور تغذیہ کے ل یوٹیرن دیوار سے منسلک ہوجاتا ہے. ماں اور ترقی پذیر بچے کے مابین یہ منسلک ہونے کا نقطہ آغاز ہے. ایک سے دو ہفتوں تک یہ یوٹیرن دیوار سے براہ راست غذائی اجزاء لیتا ہے. لیکن یہ نو ماہ کی ترقی کے لئے طاقت اور تغذیہ کے لئے کافی نہیں ہے . لہذا چار ہفتوں کے اندر ، نال اور نال ماں اور بچے کے مابین مضبوط تعلق کے طور پر تیار ہوتا ہے. سات ہفتوں تک نال مکمل طور پر تیار کی جاتی ہے. بچے کو خون اور غذائی اجزاء صرف نال سے گزریں گے. یہ تب تک جاری رہے گا جب تک کہ بچہ پیدا نہ ہو اور خود ہی سانس نہ لے سکے۔ اس کے بعد اس کی اہمیت کھو جاتی ہے.

امبیلیکل ہڈی کی لمبائی پچاس سینٹی میٹر ہے. وہ دو شریانیں اور نال میں ایک رگ ہیں. وہ وارٹن جیلی کے ذریعہ لپیٹے ہوئے ہیں جو ایک نرم جیلی ہے جو نال میں اہم ڈھانچے کو چوٹ سے روکتی ہے. شریانیں خراب خون لے کر جاتی ہیں - ڈیو کسجنیٹڈ خون ، بچے سے لے کر نال تک جہاں اسے پاک کیا جاتا ہے (آکسیجن). خالص خون نال کی رگ سے بچے کے پاس واپس آتا ہے. نال زیسیجنشن کے لئے پھیپھڑوں کی طرح کام کرتا ہے. اس نال کی ہڈی کے ذریعہ بچے کو آکسیجن ، گلوکوز ، الیکٹرولائٹس ، کیلشیم جیسے معدنیات اور ماں سے استثنیٰ کے عوامل بھی ملتے ہیں. نال کی لمبائی رحم کے اندر بچے کی سرگرمی اور نقل و حرکت پر منحصر ہے. اگر بچہ زیادہ متحرک ہے تو نال کی لمبائی زیادہ ہے۔ یہاں تک کہ اگر بچہ حرکت کرتا ہے تو نال کی کنڈلی کی کنڈلی کی وجہ سے نال کے ڈھانچے کو کوئی نقصان نہیں ہوتا ہے.

بچوں کی نشوونما کے دوران امبیلیلکس - ایک فعال حصه

بچوں کی نشوونما کے دوران ، نالیدار علاقے میں بہت سی تبدیلیاں تیزی سے ہوتی ہیں. یہ ابتدا میں ایک وسیع علاقہ تھا. ایک مرحلے پر پیٹ سے چھوٹی آنتوں کی لوپ جسم سے باہر ایک جھلی کے احاطہ میں نال کے علاقے میں منتقل ہوجائیں گی. بعد میں وہ پیٹ میں واپس چلے جائیں گے ، رہائش پذیر ہوں گے اور پٹھوں کو اس کے ارد گرد امبلیکس تیار ہوتا ہے جس سے اس کا معاہدہ ایک چھوٹے سے افسردگی کا شکار ہوتا ہے.

جب تک بچہ ماؤں کے رحم سے باہر نہیں آتا اور پہلی سانسیں لیتا ہے ، ماں کی طرف سے خون کی فراہمی نال کے ذریعے بچے کے پاس آتی ہے۔ پیدائش کے تیس سے چالیس سیکنڈ بعد, بچے کو ماؤں کے رحم کی سطح پر رکھا جاتا ہے اور نال کو جراثیم سے پاک طریقے سے کاٹا جاتا ہے. اس سے ماں اور بچے کے مابین براہ راست بانڈ منقطع ہوجاتا ہے. بعد میں بچہ دانی کے کوٹریکشن کے ساتھ ، نال خارج ہوجاتا ہے. نال کے اخراج کے بعد ، کسی بھی بے ضابطگیوں کے لئے نال اور نال کی احتیاط سے جانچ پڑتال کی جاتی ہے.

اندرونی رابطے

نال کے زوال کے بعد ، صرف نال ایک مستحقین کی حیثیت سے رہے گا. نال کی شریانیں ، بند ہوجائیں گی اور مثانے کے پہلو سے ساخت کی طرح تقریبا دس سال تک برقرار رہیں گی. نال رگ بند ہوجائے گی اور جگر سے منسلک جھلیوں کے نچلے حصے میں تنتمی ہڈی کی حیثیت سے برقرار رہے گی (فالسیفورم لیگمنٹ). ترقی کے دوران ، خون کی نالیوں اور اعصاب نال کے آس پاس تیار ہوں گے ، لہذا نال ایک مرکزی نقطہ کے طور پر کام کرے گا .پیٹ کے اندر کسی بھی حالت میں ، پہلے امبلیکس کے آس پاس درد کی ظاہری شکل کی یہی وجہ ہے. تپ دق میں ، کینسر کی صورتحال اور جگر کی بیماریوں میں – سراو ، خون خارج ہوسکتا ہے اور خون کی نالیوں کو نال کے ارد گرد .بڑھایا جاسکتا ہے

وہ مسائل جو نالاں علاقے میں .ہوسکتے ہیں

نال سے خون بہہ رہا ہے

نالیکس سے خون بہنا ایک عام شکایت ہے جس کی وجہ یہ نالاں اسٹمپ کو غلط یا باندھنے کی وجہ سے ہوسکتی ہے. اسے مناسب طور پر ایک لیگریچر کے ساتھ جوڑنا چاہئے. اگر خون بہہ رہا ہے خون بہہ رہا ہے اس کا مظہر ہے تو ، وٹ کے انجیکشن خون بہنے کو .کنٹرول کرنے میں معاون ثابت ہوگا

امبیئلیکل گرینولوما

نال کی علیحدگی کے بعد ، اگر نال میں انفیکشن ہوتا ہے تو ، اس سے دانے دار ٹشوون کی نمایاں نشوونما ہوگی. اسے نالاں گرینولوما کہا جاتا ہے. یہ سرخ نظر آتا ہے اور رابطے پر خون کو خارج کرتا ہے. اس پر نمک (کے اطلاق کے ساتھ کنٹرول کیا جاتا ہے جو ہائگروسکوپک ایکشن کے ساتھ کام کرتا ہے اور گرینولوما) میں یا چاندی کے نائٹریٹ یا تانبے کے سلفیٹ ایپلی کیشن کے ساتھ پانی کی کمی پیدا کرتا ہے. یہ مواد گرینولوما کو احتیاط سے لے گا اور اس کی .نشوونما کو روکتا ہے

امبیئلیکل سیپسس

امبیلی سیپسس عام طور پر ترسیل کے وقت حاصل ہونے والے انفیکشن کی وجہ سے ہوتا ہے ، جس کی وجہ سے نال کاٹنے کے دوران اپیسس کو برقرار نہیں رکھا جاتا ہے. انفیکشن نال میں لالی اور سوجن کا سبب بنتا ہے اور اگر انفیکشن نیچے پھیل جاتا ہے تو اس سے جگر میں انفیکشن پھیل جاتا ہے اور یہ جگر کے خون کی رگوں میں تبدیلیاں پیدا کرتا ہے طویل عرصے میں (پورٹل ہائی بلڈ پریشر). لہذا ، نالیکس سیپسس کے تمام معاملات کا جارحانہ سلوک کیا جانا چاہئے. ابتدائی علاج وسیع اسپیکٹرم اینٹی بائیوٹکس کے ساتھ ہے ، نالیدار علاقے کو خشک رکھیں اور اگر انفیکشن گہرا ہے اور اسے پھوڑے میں تبدیل کردیا گیا ہے تو ، .اسے نالی کرنا ہوگی

امبیئلک ہرنیا

اگر ملاشی کے پٹھوں کے ذریعہ تشکیل دی گئی نالیدار رنگ کی غلط بندش کی وجہ سے نالاں علاقہ کمزور ہے تو ، چھوٹے آنتوں کی لوپ جلد سے ڈھکی ہوئی ہوسکتی ہے. جب بھی بچہ تنگ یا رو رہا ہو تو یہ دیکھا جائے گا. عیب کی جسامت کی وجہ سے نال میں جڑی ہوئی آنتوں کی رکاوٹ کا امکان کم ہے. ایک موقع ہے کہ عمر کے ساتھ پٹھوں کی نشوونما کی وجہ سے نالاں علاقہ بند ہوسکتا ہے. لہذا ، نال ہرنیا کو چار سال کی عمر تک محفوظ طریقے سے دیکھا جاسکتا ہے. اس کو صرف اس صورت میں جراحی سے درست کیا جائے گا جب یہ چار سال کی عمر سے زیادہ برقرار رہے ، اگر اس میں رکاوٹ پیدا ہوجائے یا اگر اس کا عیب سائز دو سینٹی میٹر سے زیادہ ہو. نالمی ہرنیا کے لئے کی جانے والی جراحی کا طریقہ کار نالللا ہے ، جس میں نالائقہ بند ہے اور نال عام سطح کے قریب .پیدا ہوتا ہے

امبلیکس سے پیشاب آنے والا (پیٹنٹ یورچوس)

یورچوس مثانے اور نال کے درمیان ایک ٹیوب ہے جو پیدائش سے پہلے موجود ہے. زیادہ تر معاملات میں ، یہ بچے کی پیدائش سے پہلے ہی اپنی پوری لمبائی کے ساتھ بند ہوجاتا ہے. پیٹنٹ یوراچوس میں ، مثانے اور نال (ناف) کے درمیان اس کی پوری لمبائی میں ایک افتتاحی ہے. یہ اس کنکشن کو غیرضروری کرنے میں ناکامی کی وجہ سے ہوتا ہے. اس حالت میں پیشاب نالیدار علاقے سے آتا ہے. یہ پیشاب کی سیپیج پچھلی پیٹ کی دیوار پر بو اور خارش پیدا کرے گی. پیٹ کے الٹراسونگرام میں مثانے کے گنبد سے نال تک پھیلا ہوا ہائپوچیک بینڈ دکھایا گیا ، جو پیٹنٹ یوراچس بے ضابطگی کا مشورہ دیتے ہیں. پیٹنٹ یوراچوس کی تشخیص مریض کی پیش کش ، جسمانی جانچ پڑتال کے نتائج ، اورالٹراسونگرافی کے نتائج سے کی جاسکتی ہے. مثانے کے گنبد کی مرمت کے ساتھ مکمل ایکسائز کے ذریعہ پیٹنٹ یورچوس کو جراحی سے درست کیا جاسکتا ہے. یہ کھلے طریقے سے یا لیپروسکوپک طریقہ .کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے

نال سے آنے والا فیکل معاملہ
(پیٹنٹ ویٹیلائنٹیس ڈکٹ)

ترقی کے دوران ، آنتوں کی نشوونما کا ماخذ نال زردی کی تھیلی) کے آس پاس ہوگا۔ بعد میں نال اور چھوٹی آنت کے مابین ایک رابطہ ہوگا جسے وٹیلائنٹس ڈکٹ کہتے ہیں. یہ نلی نما مواصلات برانن کی نشوونما کے پانچ سے نو ہفتے کے درمیان بند کردیئے جائیں گے. اگر پیدائش کے بعد بھی وائٹیلائنٹینشن ڈکٹ اپنی پوری لمبائی میں کھلا رہتا ہے تو ، اس سے ایسی صورتحال پیدا ہوگی جہاں نال معاملہ نال سے آئے گا. تشخیص واضح ہے کیونکہ فیکل خارج ہونے والے مادہ پیٹنٹ کی نشاندہی کرتا ہے. اسے سرجری کے ذریعہ درست کیا جانا چاہئے.

باہر آنتوں کے ساتھ پیدا ہوا

آنتوں کی نشوونما کے دوران ، ایک ایسا مرحلہ ہے جہاں چھوٹی آنت جسم کے باہر تشکیل دے گی اور تیار ہوگی۔ وہ باہر سے جھلی کے احاطہ میں موجود نال میں گھس جائیں گے. اسے جسمانی ہرنائزیشن کا مرحلہ کہا جاتا ہے. بعد میں آنتوں کو مستقل پوزیشن میں طے کرنے کے لئے پیٹ میں واپس آجائے گا. اگر آنت پیٹ میں واپس آنے میں ناکام ہوجاتی ہے اور نالیدار علاقے میں کسی عیب کے ذریعہ پیٹ کے باہر رہتی ہے تو اسے ایکسومفالوس کہا جاتا ہے. زیادہ تر چھوٹے آنتوں اور بعض اوقات جگر کا کچھ حصہ پتلی ، شفاف جھلی کے احاطہ میں جسم کے باہر نالیدار علاقے میں ہوگا. اس کو جراحی اصلاح کے ذریعہ درست کرنے کی ضرورت ہے. سرجری میں ، آنتوں کو پیٹ میں ایڈجسٹ کیا جاتا ہے اور نال میں خرابی بند ہوجاتی ہے.

Chapter 18

بچوں میں انو
ریکٹل خرابی

Male perineal fistula

مرد - پیرینیال فسٹولا

Recto-bulbar fistula

مرد - ریکٹو بلبر فسٹولا

Recto-prostatic fistula

مرد - ریکٹو پروسٹیٹک فسٹولا

Recto-bladder neck fistula

مرد - ریکٹو ویسیکل فسٹولا

Vestibular fistula

خواتین - ویسٹیبلر فسٹولا

18

بچوں میں انو ریکٹل خرابی

غیر اخلاقی خرابی کو دوسری صورت میں نام نہاد انفوریٹیٹ مقعد آنتوں کی نالی کے نچلے حصے کی نشوونما میں نقائص کا وسیع میدان ہے. یہ بچے عام طور پر تیار اور عام طور پر مقعد اورفیس کی عدم موجودگی کے ساتھ پیدا ہوں گے. پانچ ہزار زندہ پیدائشوں میں سے ایک میں ہوتا ہے. مردوں میں تھوڑا سا زیادہ عام. نظریاتی خرابی کی اصل وجہ معلوم نہیں ہے. بیشتر انوریکٹل خرابی کی خاندانی تاریخ اس قسم کے نقائص کی نہیں ہے. عام طور پر آنتوں کی تحریک کے دوران ، اسٹول بڑی آنت سے ملاشی اور پھر مقعد تک جاتا ہے. جب آپ کے آنتوں کی تحریک ہوتی ہے تو مقعد کے علاقے میں پٹھوں کو کنٹرول کرنے میں مدد ملتی ہے. علاقے میں اعصاب پٹھوں کو آنتوں کی نقل و حرکت کی ضرورت کو سمجھنے میں مدد کرتے ہیں. اعصاب پٹھوں کی سرگرمی کو بھی متحرک کرتے ہیں.

ان بے ضابطگیوں کی شدت ، ہلکے سے پیچیدہ بے ضابطگیوں تک ہوسکتی ہے. ان میں متعدد اسامانیتاوں کو شامل کیا جاسکتا ہے ...

ریکٹم (آنتوں کی نالی کا کم اختتام) جلد تک نہیں پہنچ سکتا ہے اور مقعد تشکیل دیتا ہے۔ (نال کے بغیر نامیاتی خرابی)

پیشاب یا جننانگ راستے سے غیر معمولی مٹھی سے تعلق رکھنے والے سیم ٹائم پر ، ریکٹم جلد تک نہیں پہنچ سکتا ہے۔ ((پیشاب / جننانگ نالورن کے ساتھ نامیاتی اصلاحی خرابی)

مقعد گزرنے غیر معمولی جگہ پر اور تنگ (پیرینیال نالورن) ہوسکتا ہے

مقعد کی قربانی کو جھلی (بالٹی ہینڈل کی خرابی / احاطہ شدہ مقعد) کے ذریعہ احاطہ کیا جاسکتا ہے

تینوں سسٹم - ریکٹوئم ، جننانگ یا پیشاب کو فیوز کیا جائے گا اور ایک مشترکہ چینل تشکیل دیا جائے گا اور ایک ہی افتتاحی (کلوکال خرابی) کے ذریعے جلد پر کھل جائے گا

یہ مختلف قسم کی بے ضابطگیوں کو بطور ...

اگر مقعد گزرنے کی حد تنگ ہے تو ، بچے کو پاخانہ سے گزرنے میں مشکل وقت ہوسکتا ہے ، جس سے قبض اور ممکنہ طور پر تکلیف ہوتی ہے.

اگر مقعد کھولنے کے دوران کوئی جھلی موجود ہے تو ، بچہ آنتوں کی تحریک حاصل کرنے سے قاصر ہوسکتا ہے.

اگر ملاشی مقعد سے منسلک نہیں ہے لیکن ایک نالورن موجود ہے تو ، پاخانہ بچے کے جسم کو نالورن کے ذریعہ چھوڑ دے گا اور مقعد کی بجائے پیشاب کی نالی میں داخل ہوگا. اس سے پیشاب میں انفیکشن ہوسکتا ہے۔ اورتھرا کے ذریعے آنے والا پاخانہ

اگر ملاشی مقعد سے منسلک نہیں ہے لیکن ایک نالورن موجود ہے تو ، پاخانہ بچے کے جسم کو نالورن کے ذریعہ چھوڑ دے گا اور خواتین جننانگ میں اندام نہانی یا واسٹیبل میں داخل ہوگا, مقعد کی بجائے. اس سے جننانگ کے ذریعے اسٹول آنے کا سبب بن سکتا ہے.

اگر ملاشی مقعد سے منسلک نہیں ہے اور نالورن کے بغیر آنکھیں بند کرکے ختم ہوجاتا ہے تو ، پاخانہ کو آنت چھوڑنے کا کوئی طریقہ نہیں ہے. تب ، بچہ آنتوں کی تحریک حاصل کرنے سے قاصر ہوگا اور پیدائش کے بعد نوزائیدہ ہنگامی صورتحال کے طور پر آنت کے تحائف کی رکاوٹ ہوگی.

این او رینٹل خرابی کیوں ہوتی ہیں؟

ایک غیر اخلاقی خرابی کی وجہ معلوم نہیں ہے ، لیکن غیر معمولی معاملات میں ، یہ خاندانوں میں چلتا ہے. لڑکے لڑکیوں کے مقابلے میں اس غیر معمولی کے لئے قدرے زیادہ خطرہ میں ہیں. پیشاب کی نالی سے الگ ہونے اور مناسب طریقے سے تشکیل دینے کے لئے ملاشی اور مقعد کے لئے حمل کے ساتویں سے دسویں ہفتوں میں کچھ اقدامات اٹھانا پڑتے ہیں. بعض اوقات یہ اقدامات ان کی طرح نہیں ہوتے ہیں ، اور ملاشی ، مقعد یا دونوں عام طور پر ترقی نہیں کرسکتے ہیں.

بڑی آنت اور پیشاب کی نالی کا نچلا حصہ پچھلی آنت سے شروع ہوتا ہے۔ حمل یا حمل کے پہلے تین مہینوں میں کچھ اقدامات ہونے چاہئیں۔ ان اقدامات کی ضرورت ہے کہ ملاشی اور مقعد کو پیشاب کی نالی سے الگ ہوجائے اور مناسب طریقے سے تشکیل دیا جائے۔ بعض اوقات یہ اقدامات ایسا نہیں ہوتے جیسے انہیں ہونا چاہئے۔ تب ملاشی یا مقعد عام طور پر ترقی نہیں کرسکتے ہیں۔ ابتدائی جنین دو پرتوں والی ڈسک کی طرح ہے۔ دونوں طرف ، اس میں سیال سے بھرے ہوئے تھیلے شامل ہیں جنہیں بیک سائیڈ پر امینیٹک ساک اور سامنے کی طرف یولک ساک کہتے ہیں۔ زردی کی تھیلی آہستہ آہستہ ترقی پذیر برانن کی طرف راغب ہوتی ہے اور مستقبل میں معدے کی نالی بناتی ہے۔ معدے کی نشوونما تین حصوں میں تقسیم ہے – پیش گوئی ، مڈگٹ اور ہندگٹ۔ ٹیوب کے دونوں سرے منہ کے آخر میں بُکوفیرینجل جھلی اور مقعد کے آخر میں کلوکال جھلی نامی جھلیوں سے ڈھکے ہوئے ہیں۔ بعد میں کلوکال جھلی دو حصوں میں تقسیم ہوگئی۔ کلوکال جھلی کے پچھلے حصے کی عیب دار نشوونما جو ہندگٹ کو ڈھانپ رہی ہے ، انورٹیکل خرابی کی نشوونما کا باعث بنتی ہے.

کشودا کی خرابی کی اقسام

ہر قسم کی کشودا کی خرابی میں منفرد کریکٹریٹکس ہوتا ہے۔ اے آر ایم ہر بچے کو مختلف طریقے سے متاثر کرتا ہے۔ اے آر ایم کی زیادہ تر عام قسمیں ہیں ..

لڑکوں میں

پیرینیال نالاں

اس بے ضابطگی میں بچے عام طور پر عام سائٹ پر مقعد نہیں بناتے ہیں۔ ریکٹم اس علاقے کے درمیان اسکروٹم اور مقعد اسفنکٹر ایریا کے درمیان ایک بے بنیاد افتتاحی کے ساتھ ختم ہوتا ہے ، جہاں اس علاقے کا سامنا ہوتا ہے جہاں عام طور پر مقعد کو پیش کرنا چاہئے۔ اس قسم کی بے ضابطگی میں ملاشی کے آس پاس کے پٹھوں کو اچھی طرح سے تیار کیا جاتا ہے اور وہ سرجری کے بعد پاخانہ پر اچھا کنٹرول حاصل کرتے ہیں.

لڑکوں میں (ریکٹوبولبر نالورن :

لڑکوں میں اس بے ضابطگی میں ، ملاشی اور مقعد نہر جلد کی سطح سے اعتدال پسند فاصلے پر آنکھیں بند کرکے ختم ہوتی ہے, اور آنتوں کا ڈسٹل اختتام مرد اوریترا کے وسط حصے میں ایک تنگ مٹھی کے افتتاحی طور پر کھلتا ہے۔ آس پاس کی رضاکارانہ آنتوں کی تحریک پٹھوں اور آنتوں کی فراہمی والے اعصاب کو کنٹرول کرتی ہے معقول حد تک اچھی طرح سے تیار کی گئی ہے اور جراحی کی اصلاح کے بعد ان مریضوں کو آنتوں کی نقل و حرکت پر قابو پانا ہوگا.

لڑکوں میں (ریکٹوپرو اسٹاٹک نالورن

لڑکوں میں اس بے ضابطگی میں ، ملاشی اور مقعد نہر جلد کی سطح سے زیادہ فاصلے پر آنکھیں بند کرکے ختم ہوتی ہے, اور آنتوں کا ڈسٹل اختتام مرد اوریترا میں ایک تنگ نالاں کے طور پر کھلتا ہے۔ آس پاس کی رضاکارانہ آنتوں کی تحریک پٹھوں اور آنتوں کی فراہمی والے اعصاب کو کنٹرول کرتی ہے اچھی طرح سے تیار نہیں کی جاتی ہے اور ان مریضوں نے جراحی کی اصلاح کے بعد آنتوں کی نقل و حرکت پر قابو پالیا ہوگا.

لڑکوں میں (ریکٹوسیکل نالورن

لڑکوں میں اس بے ضابطگی میں ، ملاشی اور مقعد نہر جلد کی سطح سے بہت زیادہ فاصلے پر آنکھیں بند کرکے ختم ہوتی ہے, اور آنتوں کا ڈسٹل اختتام پیشاب کی مثانے کی بنیاد پر ایک تنگ نالورن کے طور پر کھلتا ہے۔ آس پاس کی رضاکارانہ آنتوں کی تحریک پٹھوں اور آنتوں کی فراہمی والے اعصاب کو کنٹرول کرتی ہے اچھی طرح سے تیار نہیں کی جاتی ہے اور ان مریضوں نے جراحی کی اصلاح کے بعد آنتوں کی نقل و حرکت پر قابو پالیا ہوگا.

نالاں کے بغیر نظریاتی خرابی

(لڑکوں اور لڑکیوں میں)

اس بے ضابطگی میں جو لڑکوں اور لڑکیوں میں ہوسکتا ہے ، ملاشی اور مقعد نہر جلد کی سطح سے متغیر فاصلے پر آنکھیں بند کرکے ختم ہوجاتی ہے ، اور آنتوں کا ڈسٹل اختتام آنکھیں بند کرکے ختم ہوجاتا ہے, جلد / پیشاب کے نظام یا جینیاتی نظام پر نہ کھولیں.

آس پاس کی رضاکارانہ آنتوں کی تحریک پٹھوں اور آنتوں کی فراہمی والے اعصاب کو کنٹرول کرتی ہے اور جراحی کی اصلاح کے بعد ان مریضوں کو معقول حد تک اچھی آنتوں کی تحریک ہوگی.

ریکٹواجینل نالاں

لڑکیوں میں اس بے ضابطگی میں ، ملاشی اور مقعد نہر جلد کی سطح سے اعتدال پسند فاصلے پر آنکھیں

بند کر کے ختم ہوتی ہے, اور آنتوں کا ڈسٹل اختتام اندام نہانی میں ایک تنگ نالورن کے طور پر کھلتا ہے. آس پاس کی رضاکارانہ آنتوں کی تحریک پٹھوں اور آنتوں کی فراہمی والے اعصاب کو کنٹرول کرتی ہے جو اعتدال پسند طور پر تیار کی جاتی ہے اور جراحی کی اصلاح کے بعد ان مریضوں کو معقول حد تک اچھی آنتوں کی تحریک ہوگی.

ریکٹوسٹائبلولر نالولہ

لڑکیوں میں اس بے ضابطگی میں ، ملاشی اور مقعد نہر جلد کی سطح سے تھوڑے فاصلے سے آنکھیں بند کر کے ختم ہوجاتی ہے, اور آنتوں کا ڈسٹل اختتام جینیاتی طور پر ڈھانپنے کے لئے ایک تنگ مٹھی کے افتتاحی طور پر کھلتا ہے. آس پاس کی رضاکارانہ آنتوں کی تحریک پٹھوں اور آنتوں کی فراہمی والے اعصاب کو کنٹرول کرتی ہے اور جراحی کی اصلاح کے بعد ان مریضوں کو آنتوں کی نقل و حرکت پر اچھا کنٹرول ہوگا.

مستقل کلوکا

لڑکیوں میں اس بے ضابطگی میں ، جس کو کلوکال خرابی کہا جاتا ہے جو پیچیدہ بے ضابطگیوں ، ملاشی اور مقعد نہر میں سے ایک ہے, اندام نہانی اور یوریترا سب جینیاتی علاقے میں ایک ہی افتتاحی طور پر جلد کو کھولنے سے پہلے ایک مشترکہ چینل میں شامل ہوں گے اور تشکیل دیں گے. آس پاس کی رضاکارانہ آنتوں کی تحریک پٹھوں اور آنتوں کی فراہمی والے اعصاب کو کنٹرول کرتی ہے ان معاملات میں اچھی طرح سے تیار نہیں کی جاتی ہے اور ان مریضوں نے جراحی کی اصلاح کے بعد آنتوں کی نقل و حرکت پر قابو پالیا ہوگا.

وابستہ بے ضابطگیاں

انورٹیکل خرابی والے پچاس فیصد بچوں میں اس سے وابستہ بے ضابطگیوں کا سامنا کرنا پڑے گا. بعض اوقات انہیں ویکٹرل بے ضابطگیوں کے طور پر بیان کیا جاتا ہے. اس کا مطلب کشیرکا ، انوریکٹل ، کارڈیک ، ٹریچیا-ایسوفجیال ، گردوں اور اعضاء کی بے ضابطگیوں کا ہے. ان سے وابستہ بے ضابطگیوں والے بچوں کے لئے ماہرین کی کثیر الشباتاتی ٹیم سے دیکھ بھال کرنا ضروری ہے.

انوریکٹل بے ضابطگیوں کی تشخیص

کچھ بچوں کو قبل از پیدائش الٹراساؤنڈ پر جسمانی خرابی کا شبہ ہے. اس طرح کے بچوں کو خصوصی زچگی سے متعلق طب مراکز میں پہنچایا جانا چاہئے.

زیادہ تر معاملات پیدائشی طور پر تعلیم یافتہ اطفال کے ماہر کے ذریعہ پیرینیم کے کلینیکل امتحان کے ذریعہ تشخیص کیے جاتے ہیں. اکثر ڈاکٹر نے نوٹس لیا کہ بچوں کا مقعد موجود نہیں ہے یا غلط جگہ پر ہے.

بعد میں اے آر ایم کی قسم کو سمجھنے اور سرجری کا منصوبہ بنانے کے لئے مزید ٹیسٹوں کی ضرورت ہے.

پیٹ میں ہونے والی ایکسرے (انورٹگرام / شکار کراس ٹیبل پس منظر کی فلم) آنتوں اور خرابی کی قسم کا جائزہ پیش کرتی ہے. ریڑھ کی ہڈی اور ٹیلبون کے نقائص کا بھی پتہ لگایا جاسکتا ہے. پرون کراس ٹیبل پس منظر کی ایکسرے بچے کو سینے اور ہپ کے خطے کے نیچے رکھے ہوئے رولڈ کپڑا کے ساتھ خطرے سے دوچار حالت میں رکھ کر لیا جاتا ہے جس میں ہپ قدرے اٹھایا جاتا ہے. ایکسرے کو پہلو سے لیا گیا تھا. شرونی ہڈیوں کے سلسلے میں اندھے ملاشی میں گیس کی حد لی گئی ہے. اس ایکسرے کو پیدائش کے اٹھارہ سے چوبیس گھنٹے بعد لیا جاتا ہے. اس ایکسرے کے ذریعہ ، بے ضابطگیوں کی سطح اور قسم کا اندازہ درستگی کے ساتھ کیا جاسکتا ہے. گردے الٹراساؤنڈ: گردے سے وابستہ بے ضابطگیوں کا پتہ لگایا جاسکتا ہے.

پیلوک الٹراساؤنڈ: لڑکیوں میں تولیدی اعضاء سے وابستہ بے ضابطگیوں کا پتہ لگایا جاسکتا ہے.

ریڑھ کی ہڈی الٹراساؤنڈ: ٹیچرڈ ریڑھ کی ہڈی یا کسی بھی پریسیریل ماس کا پتہ لگاتا ہے.

ایکو کارڈیگرام: دل کے نقائص کا پتہ لگانے کے لئے

ایم آر آئی ریڑھ کی ہڈی: ٹیچرڈ ریڑھ کی ہڈی یا ریڑھ کی ہڈی کی کشیرکا بے ضابطگیوں کا پتہ لگانے کے لئے.

انوریکل بے ضابطگیوں کا علاج

علاج کا منصوبہ انوریکٹل خرابی والے بچے کی قسم ، موجودگی اور قسم کی تشخیص شدہ بے ضابطگیوں اور صحت کی مجموعی حالت پر مبنی ہے. ہر بچے کو غیر معمولی خرابی کا سامنا کرنا پڑے گا. جب خرابی ملاشی اور مقعد کی نشوونما کو متاثر کرتی ہے تو ، مقعد کے ساتھ منسلک پٹھوں اور اعصاب میں اسی طرح کی خرابی ہوگی. اس سے وابستہ ریڑھ کی ہڈی اوریورجینیٹل بے ضابطگیوں سے صورتحال مزید پیچیدہ ہوجائے گی. زیادہ اہم بات یہ ہے کہ مستقل پٹھوں کی نشوونما –لیویٹر اینی پٹھوں. جراحی اصلاح کا بنیادی مقصد ایک مقعد کی تعمیر کرنا ہے جو کائناتی لحاظ سے اچھی لگ رہی ہے اور عملی طور پر براعظم ہے.

کم بے ضابطگیوں کی صورت میں ، مقعد ایک ہی مرحلے کے طریقہ کار میں تخلیق کیا جاتا ہے جسے پیرینال انوپلاسٹ کہتے ہیں. ان بے ضابطگیوں میں آنتوں کی جلد کے قریب ختم ہوتی ہے اور آس پاس کے پٹھوں اور اعصاب اچھی طرح سے تیار ہوتے ہیں. لہذا آنتوں پر قابو پانا (تسلسل) جراحی اصلاح کے بعد اچھا ہے.

اعلی بے ضابطگیوں کی صورت میں ، جہاں آنتوں کو آنکھیں بند کرکے یا مٹھی بھر مواصلات کے ساتھ اعلی سطح پر ختم کیا جاتا ہے ، جراحی کی اصلاح دو یا تین مراحل میں کرنے کی ضرورت ہے. ابتدائی طور پر چونکہ زندگی کی بچت کا طریقہ کار کالوسٹومی کہا جاتا تھا اور تین سے چھ ماہ کے بعد طریقہ کار کے ذریعے ایک پل تیار کیا گیا تھا. کولوسٹومی. کولیسومی کے ساتھ ، بڑی آنت کو دو حصوں میں تقسیم کیا گیا ہے. آنت کے سرے جلد میں سوراخ کے ذریعے لائے جاتے ہیں. اوپری حصے میں اسٹول کو افتتاحی (اسٹوما) اور ایک مجموعہ بیگ میں گزرنے دیتا ہے. نچلا حصہ آنتوں کے ذریعہ تیار کردہ بلغم کو ایک مجموعہ بیگ میں جانے دیتا ہے. کولوسٹومی بچے کے عمل انہضام کو نقصان نہیں پہنچا ہے. اگلی سرجری کی ضرورت سے پہلے ہی بچہ بھی بڑھ سکتا ہے. اور جب اگلی سرجری آنت کے نچلے حصے پر کی جاتی ہے تو ، علاقے کو متاثر کرنے کے لئے وہاں کوئی پاخانہ نہیں ہوگا. نرسنگ عملہ کولوسٹومی کا خیال رکھنا سیکھنے میں مدد کرسکتا ہے.

مقعد میں ملاشی سے منسلک. تین سے چھ ماہ کے بعد مڈ لائن بیک کے ذریعے ایک حتمی طریقہ کار کیا گیا جس کو پوسٹرئیر سیگٹل انورٹوپلاسٹ کہا جاتا ہے. اس طریقہ کار میں ، مڈ لائن بیک کو کھلی کتاب کی طرح کھولا جاتا ہے ، بالکل مڈ لائن میں پٹھوں کو چوٹ سے بچنے کے لئے اور اندھے ختم ہونے والے ڈسٹل آنتوں کی نشاندہی کی جاتی ہے, مٹھی بھر مواصلات کو منقطع کرنے کے بعد متحرک اور اسفنکٹر پٹھوں کے کمپلیکس کے ذریعے عام مقعد سائٹ پر لایا گیا. یہ کھلے / لیپروسکوپک مدد کے طریقوں سے کیا جاسکتا ہے. اس طریقہ کار کا اہم فائدہ یہ ہے کہ سرجری وژن کے تحت کی جاسکتی ہے ، متحرک آنتوں کو بالکل پٹھوں کے کمپلیکس کے وسط میں رکھا جاسکتا ہے. اس سرجری کے چند ماہ بعد کولیسومی اپنی جگہ پر رہے گی. یہ اس لئے ہے کہ یہ علاقہ پاخانہ سے متاثر ہوئے بغیر ٹھیک ہوسکتا ہے. ملاشی اور مقعد اب شامل ہوگئے ہیں. لیکن پاخانہ جسم کو کولوسٹومی کے ذریعہ چھوڑ دے گا جب تک کہ وہ سرجری کے ساتھ بند نہ ہوں. سرجری کے تین ہفتوں بعد ، روزانہ مقعد بازی پروگرام شروع کرنا ہوگا.

کولیسومی بند کرنا. یہ سرجری طریقہ کار کے ذریعے کھینچنے کے تقریبا دو سے تین ماہ بعد کی جاتی ہے. سرجری کے بعد ، بچہ ملاشی کے ذریعے پاخانہ گزرنا شروع کردے گا. پہلے تو ، پاخانہ اکثر گزر جاتے ، اور وہ ڈھیلے ہوجائیں گے. اس مرحلے پر ڈایپر جلدی اور جلد کی جلن ایک مسئلہ ہوسکتا ہے. سرجری کے چند ماہ بعد ، پاخانہ اکثر کم ہوتا ہے اور زیادہ ٹھوس ہوتا ہے.

غیر اخلاقی بے ضابطگیوں کی اصلاح کے بعد ، تخلیق شدہ نیا مقعد (انوپلاسٹ) ، تیسری پوسٹ آپریٹو ہفتہ سے چھ ماہ تک شروع ہونے والے روزانہ کیلیبریٹ یا خستہ ہونا پڑتا ہے. اس سے پوسٹ آپریٹو مقعد اسٹینوسس کو روکا جائے گا.

ٹوائلٹ کی تربیت

اے آر ایم والے بچے ، عام بچوں سے زیادہ آہستہ آہستہ آنتوں پر قابو پا سکتے ہیں. پیچیدہ بے ضابطگیوں میں اور ایسے معاملات میں جہاں آنتوں کا خاتمہ ہوتا ہے – آنتوں پر قابو زیادہ متاثر ہوتا ہے اور ان میں سے پچاس فیصد کو معاشرتی طور پر ناقابل قبول بے ضابطگی ہو گی. عام بچوں میں جیسے اے آر ایم ڈی اے جی کے ساتھ بچوں میں ٹوالیٹ کی تربیت تین سے چار سال کے قریب شروع کی جانی چاہئے. اگر بچہ عام انڈرویئر میں نہیں ہے ، جب اس کی عمر کے دوسرے بچے ہوتے ہیں تو ، جراحی کی دیکھ بھال کرنے والی ٹیم میں شرکت کرنا - بوئیل مینجمنٹ پروگرام کی تجویز کرسکتا ہے. آنتوں کے انتظام کے پروگرام کا مقصد بچوں کو نرمی / بیم / یا خصوصی غذا کے استعمال سے معاشرتی تسلسل کے حصول میں مدد کرنا ہے.

طویل مدتی نقطہ نظر

کم پیچیدہ بے ضابطگیوں والے بچے (کم خرابی) اکثر جراحی کی مرمت کے بعد اپنی آنتوں کی نقل و حرکت پر اچھا کنٹرول حاصل کرنے کے اہل ہوتے ہیں. زیادہ پیچیدہ بے ضابطگیوں والے افراد کو ، قبض یا بے ضابطگی کو روکنے اور قابل قبول معاشرتی تسلسل حاصل کرنے کے لئے آنتوں کے انتظام کے پروگرام میں حصہ لینے کی ضرورت پڑسکتی ہے. اے آر ایم والے بچوں کی طویل مدتی پیروی کی دیکھ بھال میں ، بچوں کی انفرادی صورتحال کے مطابق ٹیم ورک پلان شامل ہوسکتا ہے. ان معاملات میں جہاں بے ضابطگی پیچیدہ ہے یا بے ضابطگیوں میں جہاں آنتوں میں پٹھوں کی خراب نشوونما کے ساتھ بہت زیادہ خاتمہ ہورہا ہے ، یا ان میں جن میں بوئل مینجمنٹ فیلز ہیں, وہ پاخانہ کے لئے شدید بے ضابطگی پیدا کرتے ہیں. اس طرح کے معاملات میں مختلف قسم کے جراحی کے طریقہ کار کی ضرورت ہوسکتی ہے جیسے اینٹی گریڈ نوآبادیاتی انیما (طریقہ کار) ، کنٹرول میکانزم یا مصنوعی اسفنکٹرس پلیسمنٹ کو مستحکم کرنے کے لئے پٹھوں کی تبدیلی کے طریقہ کار.

کلیدی نکات :

نظریاتی خرابی پیدائشی نقائص ہیں. مقعد اور ملاشی ٹھیک طرح سے تیار نہیں ہوتی ہے.

ایک غیر اخلاقی خرابی اس میں پریشانی کا باعث بنتی ہے کہ بچے کی آنتوں کی حرکت کیسے ہوتی ہے.

اس مسئلے میں مبتلا زیادہ تر بچوں کو اسے درست کرنے کے لئے سرجری کی ضرورت ہوگی.

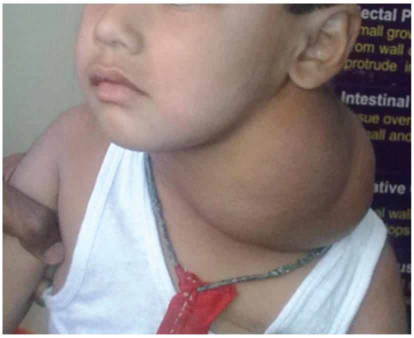
خرابی کی قسم پر منحصر ہے ، اس مسئلے کی مرمت کے بعد بچے کو آنتوں کی نقل و حرکت پر اچھا کنٹرول ہوسکتا ہے.

اگر بچہ اپنی آنتوں کی نقل و حرکت پر قابو نہیں پا سکتا ہے تو ، آنتوں کا انتظام کرنے والا پروگرام بہت مددگار ثابت ہوسکتا ہے.

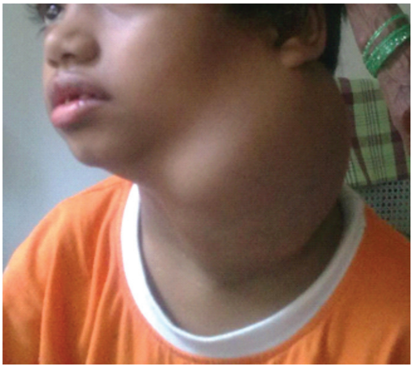
19

Chapter

بچوں میں گردن کے زخم



سسٹک ہائگروما



لیمفوما

سروائیکل ہیمنگیوما

19

بچوں میں گردن کے زخم

ترقیاتی طور پر گردن کی جسامت اور لمبائی فطرت میں پرجاتیوں سے مختلف ہوتی ہے۔ مچھلیوں کی گردن نہیں ہوتی۔ زرافی کی گردن لمبی ہوتی ہے۔ انسانوں کو درمیانے سائز کی گردن ملی ہے۔ انسانی گردن جسم میں خوبصورتی کا ایک حصہ ہے۔ ایک ہی وقت میں یہ سر کو جسم سے جوڑتا ہے۔ گردن کے ذریعے - ایئر وے، فوڈ پائپ اور خون کی بڑی نالیوں اور اعصابوں کو منتقل کیا جائے گا۔ تو یہ جسم کے ساتھ ایک اہم ربط ہے۔ یہ نازک ہے، ایک ہی وقت میں، اس میں ایک وسیع تر نقل و حرکت کی گنجائش ہے تاکہ ہم اپنے ارد گرد کے ماحول کو دیکھ سکیں۔ لہذا، گردن کاسمیٹک اور فعال طور پر جسم کا ایک اہم حصہ ہے۔ اتنی اہم گردن - اگر یہ بچوں میں پیتھالوجی کی جگہ بن جاتی ہے - تو والدین گھبرا جائیں گے۔ گردن کے زخم زندگی کی کسی بھی عمر میں ہوسکتے ہیں لیکن عام طور پر بچوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ تفریق کی تشخیص وسیع ہے۔ یہ مضمون والدین کے خدشات کو واضح کرنے کے لیے ہے، جب ان کے بچوں کی گردن متاثر ہوتی ہے۔

گردن کی نشوونما کے بارے میں دلچسپ حقائق۔

گردن کی ترقی میں ایک پیچیدہ عمل شامل ہے جو انسانی برانن کی ترقی کے تیسرے سے آٹھویں ہفتوں کے درمیان ہوتا ہے. تیسرے برانن ہفتہ سے پہلے ، گردن نہیں ہے. صرف سر کے بعد دل کا بلج ہوتا ہے. تیسرے برانن ہفتہ میں ، دو اہم واقعات پیش آتے ہیں. جھلی(بُکوفرینجیل) منہ کے علاقے میں پھٹنے کا احاطہ کرتا ہے جس سے منہ تشکیل ہوتا ہے. دوسرا واقعہ ترقی پذیر پیش گوئی ہے (فیرینکس) دیوار میں چھ جوڑے کی گاڑھا ہونا ہے جسے وہ کہتے ہیں - فریجنجیل محراب. پانچویں محراب چھوٹا ہے اور تیزی سے غائب ہوجاتا ہے – صرف پانچ محرابوں کو بچا رہا ہے۔ یہ محراب مچھلی کی گلوں کی طرح دکھائی دیتے ہیں. ہر محراب میں ایسے اجزاء ہوتے ہیں جو شریان ، اعصاب ، پٹھوں اور کارٹلیجوس ڈھانچے کو جنم دے سکتے ہیں جو گردن کے تمام ڈھانچے اور چہرے کے نچلے حصے کو جنم دیتے ہیں. لہذا گردن بنیادی طور پر – پانچ جوڑے کے فیرنجیل محرابوں سے تیار ہوتی ہے – مچھلی کی گل (ترقی کے دوران دیوار میں موٹائی).

پیدائشی گردن کے زخم

(سسٹک ہائگروما (گردن کی طرف کا ماس

یہ گھاووں کا نتیجہ – لیمفاٹک نظام کی ترقی کے دوران خرابی سے ہوگا. یہ ترقی کے دوران مرکزی دھارے سے تھوڑا سا لمفاٹک ٹشوں کو الگ کرنے کے نتیجے میں ہوتا ہے اور بغیر کسی قابو کے ، بغیر کسی پابند اور مرکزی لمفاتی ندی کے ساتھ بات چیت کے آزادانہ طور پر بڑھتا ہے. واقعات چھ ہزار زندہ پیدائشوں میں سے ایک میں چار ہزار میں سے ایک ہے. چونکہ لیمفاٹک نظام ہمارے پورے جسم میں پھیلتا ہے – لیمفنگیوماس جسم میں کہیں بھی ہوسکتا ہے. سب سے عام پیش کش گردن کے پس منظر میں نرم ماس ہے. لیکن یہ گردن میں کہیں بھی ہوسکتا ہے اور کسی بھی سائز میں بڑھ سکتا ہے. بڑے پیمانے پر سسٹک ہائگروماس ترسیل کے دوران پریشانی پیدا کرسکتے ہیں. وہ عام طور پر لوبلیٹ ہوتے ہیں. اگر روشنی گھاووں سے گزرتی ہے تو ، یہ اسے شاندار طریقے سے منتقل کرے گا ، کیونکہ اس میں واضح لمف سیال ہوتا ہے.

یہ معصوم گھاووں ہیں. لیکن اگر وہ بڑے پیمانے پر سائز میں بڑھ سکتے ہیں۔ وہ گردن میں اہم ویسیکل اور نیوروواسکولر ڈھانچے کے درمیان خلا سے گزرتے ہیں. وہ ہوا کی رکاوٹ یا کھانے کی پائپ رکاوٹ جیسی علامات کو جنم دے سکتے ہیں. انفیکشن اور نکسیر لمفانگوماس کی دو پیچیدگیاں ہیں. پیدائش کے وقت تقریبا ستر فیصد موجود ہوں گے. قبل از

پیدائش الٹراساؤنڈ پر فوٹال سیسٹک ہائگروماس کا پتہ چلا. شاذ و نادر ہی ایک بڑا گھاو رکاوٹ مزدوری کا سبب بن سکتا ہے. جراحی سے خارج ہونے والے علاج کا سب سے بڑا مقام ہے. ایکسائز ایک مکمل ہونا چاہئے ، بصورت دیگر تکرار کے امکانات زیادہ ہیں. اگر وہ ناقابل رسائی ہیں ، یا اگر دوبارہ تکرار ہو تو پھر سکلیر تھراپی کا مشورہ دیا جاتا ہے.

(برانچیل آرک انومالیس (لیٹرل گردن لیسین

گردن پانچ شاخوں سے تیار ہوتی ہے ، جو معدے کی نالی کے اوپری حصے کی ترقی کے دوران فرینکس کی دیوار پر گاڑھا ہوتا ہے.. یہ محراب چہرے اور گردن کے نچلے حصے کے تمام ڈھانچے کو جنم دیتے ہیں. اس کے بعد یہ محراب ختم ہوجائیں گے. اگر ان محرابوں کا کوئی جزو ان کی معمول کی مدت سے آگے برقرار رہتا ہے تو وہ شاخوں کے آرک بے ضابطگیوں کو جنم دے سکتے ہیں.. دوسری شاخوں کی پیدائشی بے ضابطگیوں کو دوسرے محرابوں کے مقابلے میں زیادہ عام کیا جاتا ہے (عدم مساوات کا نوے فیصد). پیدائشی بے ضابطگیاں جو شاخوں کے محرابوں سے پیدا ہوسکتی ہیں – جلد کے ٹیگ کے طور پر پیش کرنے والے سسٹ ، سینوس ، نالائق یا کارٹلیجینس ریمینٹس شامل ہیں. یہ جلد کے ٹیگز کانوں کے گرد دیکھے جاتے ہیں. دوسرا آرک بے ضابطگیاں موجود ہیں ، جو اسٹرنوکلائڈوماسٹائڈ پٹھوں کی پچھلی سرحد کے قریب ہیں. برانچیل سسٹ اسٹرنکلیڈوماسٹائڈ پٹھوں کے اوپری تیسرے حصے کے سلسلے میں ایک تکلیف دہ سیسٹک سوجن ہے. پہلی آرک کی بے ضابطگیاں گردن کے اوپری حصے میں یا پیروٹڈ تھوک غدود کے ہڈیوں یا نالانوں کی طرح پیش کرسکتی ہیں.

ابتدائی سینوس اور نالاں زیادہ تر زندگی کے پہلے عشرے کے دوران دیکھے جاتے ہیں. برانچیکل سسٹس زندگی کے دوسرے عشرے کے دوران پیش ہوں گے. سنوس اور نالاں گردن کے نچلے تیسرے حصے میں موجود ہیں (گردن کے سائیڈ پٹھوں) ، لیکن شاخوں کے سسٹ اسٹرنوماسٹائڈ پٹھوں کی سرحد کے اوپری تیسرے حصے میں موجود ہوں گے. برانچیل نالورن دوطرفہ ہوسکتے ہیں. وہ ایک چھوٹے سے ، اسٹرنوماسٹائڈ پٹھوں کے نچلے حصے میں کھلنے والے افتتاحی طور پر پیش کرتے ہیں. خارج ہونے والا مادہ پانی ، چپچپا یا صاف ستھرا (اگر اس میں انفکشن ہوتا ہے). ایک چھوٹی سی افتتاحی کے ذریعے گردن کے نچلے حصے میں مستقل خارج ہونے والے مادہ والدین کی توجہ مبذول کراتے ہیں. بعض اوقات یہ برانچال نالاس گردن کے نچلے حصے میں سوجن سوجن کا باعث بنے گی.

برانچیل آرک ریمینٹس کا مرکزی علاج جراحی سے خارج ہوتا ہے. یہ ایک انتخابی طریقہ کار کے طور پر کیا جاتا ہے۔ ٹنیلر فوسا پر گردن سے اس کی اصل سائٹ تک پوری برانچیل نالورن ٹریک کو خارج کیا جانا چاہئے. اگر کوئی تھوڑا سا ٹریک پیچھے رہ گیا ہے تو اس سے برانچیل نالورن کی تکرار ہوگی. یہ طریقہ کار بچے کی تین ماہ کی عمر کے بعد کسی بھی وقت انتخابی طور پر کیا جاسکتا ہے.

تھائروگلوسل سسٹ

(مڈ لائن گردن ماس)

یہ بچوں میں گردن میں درپیش دوسرا عام مڈ لائن ماس ہے. تائرواڈ غدود ، اس کی نشوونما کے دوران زبان کی بنیاد سے گردن میں اترتا ہے۔ اس کے نزول کے دوران یہ زبان سے ایک پتلی نلی نما منسلکہ کے ذریعہ منسلک ہوتا ہے جسے تائروگلوسل ڈکٹ کہتے ہیں. تائرواڈ کے نزول کے بعد ، تائروگلوسل ڈکٹ غائب ہوجائے گا. اگر ٹی جی ڈکٹ کا کوئی ریمانینٹ باقی ہے تو ، اس سے تائروگلوسل ڈکٹ سسٹ کی ترقی ہوگی. یہ سسٹ زبان کی بنیاد کے اوپر منسلک ہے. یہی وجہ ہے کہ سسٹ زبان کو نگلنے اور پھیلاؤ کے ساتھ حرکت کرتا ہے. یہ سسٹ عام طور پر پانچ سے آٹھ سینٹی میٹر سائز کے ہوتے ہیں ، بڑے سائز میں نہیں بڑھتے ہیں.

عام طور پر زندگی کے پہلے پانچ سالوں میں دیکھا جاتا ہے ، لیکن یہ کسی بھی عمر میں ہوسکتا ہے. عام طور پر ہائڈ ہڈی کی سطح پر گردن کے وسط میں ایک چھوٹی سی سیسٹک سوجن کے طور پر پیش کیا جاتا ہے. سسٹ کے لئے کوئی بیرونی سوراخ نہیں ہوگا. یہ ایک تکلیف دہ سسٹ ہے جب تک کہ یہ انفکشن نہ ہو. جراحی سے متعلق جوش و خروش انتخاب کا علاج ہے تھیروڈ جوہری اسکین عام تائرواڈ کی موجودگی کی تصدیق کے لئے کیا جاتا ہے اس سے

پہلے کہ جراحی سے متعلق سیست سے پہلے.. سرجری کے دوران – سسٹ ، زبان کی بنیاد تک اس کی نالی اور ہائڈ ہڈی کے کچھ حصے کو ایک ساتھ ہٹا دیا جاتا ہے. سسٹرونکس آپریشن

(اسٹرنوماسٹائڈ ٹیومر (لیٹرل گردن ماس)

یہ اسٹرنوماسٹائڈ پٹھوں کا ایک فبروٹک گھاوون ہے (گردن کا پارشوئک پٹھوں). یہ حالت پیدائش کے دو سے چار ہفتوں بعد ظاہر ہوتی ہے. یہ اسٹرنوماسٹائڈ پٹھوں کے وسط یا نچلے حصے میں ناشپاتیاں کی شکل والی فرم ماس کے طور پر پیش کرتا ہے. دائیں طرف عام. یہ دو طرفہ طرف سر موڑ اور ٹھوڑی کو مخالف سمت میں تبدیل کرنے سے وابستہ ہے (ٹورٹیکولس) گردن کی محدود حرکت کے ساتھ. غیر معمولی ایٹولوجی معلوم نہیں ہے. سوچا کہ اسٹرنکلیڈوماسٹائڈ پٹھوں میں ہیماٹوما تشکیل کے ساتھ تکلیف دہ ترسیل کی وجہ سے ہے ، جس کی جگہ بعد میں فبروسس نے لے لی تھی. اس حالت کے علاج کا سب سے اہم مقام قدامت پسند- فعال اور غیر فعال گردن کی نمائش ہے (گردن کھینچنا) گھاوون کو حل کرے گا. اگر ٹیومر ایک سال سے آگے برقرار رہتا ہے ، یا اگر چہرے کے آدھے حصے کی خراب ترقی ہوتی ہے تو ، پھر جراحی کی مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے.

سرویکل ہیمنگیوما

یہ پیدائشی خرابی ہیں جو عام طور پر چہرے اور گردن پر پائے جاتے ہیں. یہ انجیوبلسٹک ٹشو کی پیدائشی زیادتی کی نمائندگی کرتے ہیں جو عام گردش کے نظام سے منسلک ہونے میں ناکام رہتے ہیں. وہ زیادہ تر پیدائش کے چند ہفتوں بعد ترقی کرتے ہیں اور پھر بچے کی نشوونما کے ساتھ آہستہ آہستہ بڑھتے ہیں.

وہ فلیٹ ، قدرے اٹھائے ہوئے ، اسمیمپومیٹک ، گردن پر گہرے سرخ گھاوون کے طور پر پیش کرسکتے ہیں. وہ چھونے میں گرم محسوس کرتے ہیں. وہ دباؤ پر دباؤ نہیں بلکہ بلانچ ہیں (کیپلیری ہیمنگیوماس). ان میں سے کچھ زیادہ بھاری ہیں ، سطح سے اٹھائے جاتے ہیں اور قابل دباؤ ہیں. یہ جلد (گفاوں میں ہیمنگیوماس) کے ذریعے ایک نیلی رنگ دیتا ہے. زیادہ تر ہیمنگیوماس بے ساختہ دوبارہ دباؤ ڈالیں گے. وہ دو سال کی عمر تک بچے کے ساتھ ساتھ بڑھیں گے ، پھر وہ پانچ سال کی عمر تک مستحکم رہیں گے ، پانچ سے سات سال تک دباؤ ڈالنا شروع کردیں گے. اچانک رجعت اچھے نتائج دے گی. اگر ہیمنگیوما بہت تیزی سے بڑھ رہا ہے ، یا اگر یہ عملی پریشانی کا باعث بن رہا ہے ، یا بار بار السر اور خون بہہ رہا ہے تو پھر ان کے ساتھ سلوک کرنے کی ضرورت ہے. علاج کے اختیارات میں پروپرانالول تھراپی ، سکلیروسنٹ انجیکشن یا جراحی سے متعلق اخراج شامل ہیں.

سروائیکل ڈرمائڈ سسٹ

ڈرمائڈ سسٹ جلد کے نیچے ؤتکوں کا ایک مجموعہ ہے۔ ان میں بال ، دانت ، تیل کے مواد اور پسینے کی غدود ہوتی ہیں. ڈرمائڈ سسٹ پیدائش کے وقت یا اس کے فورا بعد ہی ظاہر ہوسکتے ہیں. ڈرمائڈ سسٹ جسم میں کہیں بھی ہوسکتے ہیں. وہ گردن میں بھی ہوسکتے ہیں. وہ ہائڈ ہڈی کے آس پاس گردن کے مڈ لائن میں ایک چھوٹی ، سیسٹک سوجن کے طور پر پیش کرتے ہیں. جراحی سے خارج ہونا انتخاب کا علاج ہے.

سرویکل ٹیراٹوما

ٹیرٹوماس تینوں برانن پرتوں سے ٹیومر جمع کررہے ہیں. یہ جسم میں پائے جانے والے تمام ٹیرٹوماس کا تین فیصد حصہ بن سکتا ہے. یہ نوزائیدہ میں گردن میں ایک بڑی مڈ لائن سوجن کے طور پر پیش کرتا ہے. یہ ایک مضبوط سوجن اور نانسٹینڈر ہے. گردن کے ایکسرے پر حساب کتاب دیکھے جاتے ہیں. الٹراساؤنڈ بنیادی تفتیش ہے جو پہلے سے اور بعد میں ہے. پرامپٹ سرجیکل ایکسائز انتخاب کا علاج ہے.

حاصل شدہ گردن کے زخم

گریوا لمف نوڈس سے لیمفنوڈل توسیع کرنے والے عوام کی پرورش بچپن اور بچپن میں اب تک اس خطے کا .سب سے عام گھاووں کا شکار ہے

شدید کوملتا لمفڈینوپیتھی

بچوں میں یہ بہت عام ہے۔ امتحان سے پتہ چلتا ہے – ایک وسیع پیمانے پر لمفناڈ جو بخار کے ساتھ سوجن ، ٹینڈر ، اتار چڑھاؤ ہوتا ہے. اگر یہ وائرل بخار کی وجہ سے ہے تو ، یہ عام طور پر کم مدت کا ہوتا ہے اور اس کا خود محدود راستہ ہوتا ہے. جہاں بیکٹیریل شدید لمفڈینائٹس کی خصوصیات اریتھیما ، سوجن اور کوملتا کے ساتھ بتدریج اور مستقل (تین سے چار ہفتوں تک ہوتی ہے) توسیع. سب سے عام مجرم حیاتیات گروپ-اے بیٹا ہیمولٹک اسٹریپٹوکوسی اور اسٹیفیلوکوکس اوریئس ہیں. بڑھتی ہوئی نوڈس عام طور پر اینٹی بائیوٹک کورس کا جواب دیتے ہیں۔ تاہم اگر نوڈس میں توسیع جاری رہتی ہے تو ، انہیں چیرا اور .نکاسی آب یا اخراج کی ضرورت ہوتی ہے

سباکیٹ (رد عمل) گریوا لمفڈینیوپیتھی

غیر فراہم کنندہ لمفڈینیوپیتھی وائرل انفیکشن کے گریوا نوڈس کے ردعمل کی نمائندگی کرسکتی ہے ، یا تو مقامی یا سیسٹیمیٹک.. یہ پرجیوی انفکشن کی وجہ سے رد عمل ہائپرپالسیا کی وجہ سے بھی ہوسکتا ہے. یہ نوڈس مضبوط ، مجرد اور بے درد ہیں. علاج زیادہ .تر طبی ہوتا ہے

پیچیدہ (مائکوبیکٹیریل) گریوا اڈینائٹس

لمف نوڈل توسیع یا تو – عام مائکوبیکٹیریم تپ دق یا ایک عام مائکوبیکٹیریا کی وجہ سے ہوسکتی ہے. عام ٹی بی لیمفاڈینائٹس میں ، غدود کی توسیع نظامی علامات سے منسلک ہوتی ہے جیسے درجہ حرارت میں شام کا اضافہ ، وزن میں کمی اور اپائٹ کا نقصان. غیر معمولی سینے کے ایکسرے ، مثبت منترکس ٹیسٹ اور خاندانی تاریخ جیسی وابستہ نتائج تپ دق کی تشخیص کی حمایت کریں گے. ٹی بی لیمفنوڈس میٹ (ایک ساتھ) ہیں اور آہستہ آہستہ نیکروسڈ (سیزیشن) ہوجاتا ہے. اس سے متاثرہ نوڈس کے علاقے میں ہڈیوں . کی تشکیل ہوتی ہے

ہڈکنز لمپوما

ہوڈکنز لمفوما کینسر ہے جو لمفاٹک نظام میں شروع ہوتا ہے. لمفٹک نظام جسمانی قوت مدافعت کے نظام کو فضلہ سے نجات دلانے اور انفیکشن سے لڑنے میں مدد کرتا ہے. ہوڈکنز کی بیماری سفید خون کے خلیوں میں شروع ہوتی ہے جسے لمفوسائٹس کہتے ہیں جو عام طور پر جراثیم سے لڑتے ہیں. ہڈگکنز کی بیماری میں ، یہ خلیے غیر معمولی طور پر بڑھتے ہیں اور لمفاتی نظام سے آگے پھیل جاتے ہیں. ہوڈکنز لیمفوما اس وقت شروع ہوتا ہے جب انفیکشن فائٹنگ سیل نامی بی سیل اپنے ڈی این اے میں تغیر پیدا کرتا ہے. اس تغیر سے لمفٹک نظام میں بڑے پیمانے پر ، غیر معمولی بی سیل جمع ہونے کا سبب بنتا ہے ، جہاں انہوں نے صحت مند خلیوں کو ختم کیا اور ہڈگکنز لمفوما کی علامات .اور علامات پیدا کردیئے ہیں

جیسے جیسے لمفوما ترقی کرتا ہے ، وہ انفیکشن سے لڑنے کی جسمانی صلاحیت سے سمجھوتہ کرتا ہے. ہڈکنز کی بیماری کسی بھی عمر میں متاثر ہوسکتی ہے لیکن سب سے عام عمر کا گروپ پچاس سال بعد اگلے سال اور دوسرا چوٹی ہے. بیماری کے لئے غیر معمولی ایٹولوجی معلوم نہیں ہے لیکن یہ سیل اتپریورتنوں اور ایپسٹین – بار وائرس کے انفیکشن سے منسلک ہے۔ ہڈکنز لیمفوما کی سب سے عام علامت گریوا لیمف نوڈس کی بے درد توسیع ہے.(دوسرے علاقے بغلوں اور کراہنا) ہیں. یہ آٹھ سے نوے فیصد میں ہڈگکنز لمفوما کے معاملات میں موجود ہے. لمف نوڈس سوجن ، بے درد اور ربڑ محسوس کرتے ہیں. وزن میں کمی ، بخار ، تھکاوٹ اور خارش والی جلد دیگر علامات ہیں. لمفوما کی تشخیص کے ، کچھ ٹیسٹ کی ضرورت ہوتی ہے جیسے مکمل خون کی تصویر ، ایکسرے سینے ، لمف نوڈ بایپسی اور بون میرو ٹیسٹ. ایک بار جب ہوڈکنز لمفوما کی تصدیق ہوجائے تو – اس بیماری کی حد اور شدت کو تفویض کرنے کے لئے اسٹیجنگ کیا جاتا ہے. علاج کے اختیارات لمفوما کے مرحلے پر منحصر ہیں. علاج میں – کیموتھریپی اور ریڈیو تھراپی .شامل ہیں

غیر - ہوڈکنز لیمفوما

یہ ہڈکنز لمفوما سے زیادہ عام ہے. یہ لمفٹک نظام اور لمفوسائٹس سے بھی پیدا ہوتا ہے. عام طور پر پرانے لمفوسیٹس مر جاتے ہیں اور جسم ان کی جگہ لینے کے لئے نئے تیار کرتا ہے۔ لیکن لمفوما میں ، غیر معمولی لمفوسیٹس نہیں مرتے بلکہ بڑھتے اور تقسیم کرتے رہتے ہیں. یہ زائد رقم لمف نوڈس کو سیلاب میں ڈالے گی اور انہیں پھولنے پر مجبور کرے گی. دو قسم کے لمفوسائٹس بی سیلز اور ٹی سیل ہیں۔ غیر ہڈکنز لمفوما

زیادہ تر بی-لیمفوسائٹ سیل میں پیدا ہوتا ہے. اس بیماری میں لیمفاٹک نظام یا اعضاء بھی لمفٹک نظام سے باہر شامل ہوسکتے ہیں. پریزنٹیشن ہڈکنز لیمفوما کی طرح ہے - جیسے گردن میں توسیع شدہ ، بے درد لمف نوڈس ، بخار ، تھکاوٹ ، اپاٹائٹ کا نقصان اور وزن میں کمی. علاج کے اختیارات کا انحصار سیل کی قسم اور بیماری کے مرحلے پر ہے. اس میں کیموتھراپی اور ریڈیوتھیرافی شامل ہیں.

تھروڈ سویلنگز

تائرواڈ غدود گردن کے سامنے واقع ہے. زندگی ، نمو اور ترقی کے لئے تھائیرائڈ غدود ضروری ہے. تائرواڈ ہارمون ایکشن ہمارے جسم میں موجود تمام میٹابولک اور کیمیائی عمل کے لئے ذمہ دار ہے اور ہمارے جسم میں ہر خلیے ، ؤتکوں یا اعضاء کو متاثر کرتا ہے. تائیرائڈ غدود سوزش ، پیدائشی یا سادہ گو کی وجہ سے بچوں میں – بڑھا سکتا ہے. شاذ و نادر ہی توسیع نوپلاسٹک (کینسر) گھاووں کی وجہ سے ہوسکتی ہے. تائرواڈ کی خرابی یا تو – کم ہارمون (ہائپوتائیڈرویڈیزم) یا اس سے زیادہ تائرواڈ ہارمون (ہائپرٹائیرائڈزم) تیار کرتی ہے.

بچوں میں تائرواڈ میں توسیع کی سب سے عام وجہ ہاشیماتوس تائرواڈائٹس ہے. لڑکیوں میں یہ زیادہ عام ہے. یہ آٹو مدافعتی بیماری ہے. اس حالت میں ، جسمانی اپنا مدافعتی نظام تائرواڈ پر حملہ کرتا ہے اور اس کے ہارمون کی پیداوار میں مداخلت کرتا ہے. علاج کا آپشن زندگی کے لئے تائرواڈ ہارمون کی تبدیلی ہے. تائرواڈ توسیع کی دیگر وجوہات میں – پیدائشی گویٹر یا سادہ جسمانی گویٹر شامل ہیں.

لڈ وِگس انگینا

گردن میں کوئی بھی عیب دار عمل لڈ وگس انجائنا کا باعث بن سکتا ہے. شدید سب مینڈیبلوکر انفیکشن اور سوجن گہری فاشیا کے نیچے منہ کے فرش تک پھیلا ہوا ہے. گہری فاشیا کے تحت سوجن اور جمع کرنا گردن میں واتال ڈھانچے کو کمپریس کرے گا. پوس زبان کے نیچے جمع کرتا ہے ، اسے اوپر اور پیچھے کی طرف دھکیل دیتا ہے ، جو سانس لینے اور نگلنے میں دشواریوں کا سبب بن سکتا ہے. یہ ایک طبی ہنگامی صورتحال ہے جس میں چیراوں اور نکاسی آب کو جاری کرنے کے لئے ابتدائی تناؤ کی ضرورت ہوتی ہے. اگر ابتدائی مداخلت نہ کی گئی تو اس سے سیپٹیسیمیا اور سانس کی رکاوٹ پیدا ہو گی.

پلنگنگ رنولا

رنولا منہ کے فرش میں ایک نیلی سوجن ہے۔ اتفاقی طور پر یہ گردن تک پھیلا ہوا ہے. رنولا ایک چپچپا برقرار رکھنے والا سسٹ یا چپچپا اسرافوسیشن سیڈوسسٹ ہے جو رکاوٹ سے پیدا ہونے والی سبلنگولاری گلی سے پیدا ہوتا ہے. یہ سبلنگول غدود کی رکاوٹ یا تکلیف دہ پھٹ جانے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس سے بلغم کی اسراف اور چھدم کی تشکیل کی وجہ سے ہوتا ہے. یہ مجموعہ مائلوہائڈ پٹھوں میں ڈیہوینس کے ذریعے پھیلا ہوا ہے جس کی وجہ سے زبانی گہا گھاووں کے ساتھ یا اس کے بغیر گردن کے پیرامیڈین یا پس منظر کے حصے میں رنولا کو پلانا پڑتا ہے.

سسٹ سیال کی خواہش ہمیشہ اعلی پروٹین کا مواد ظاہر کرے گی اور تھوک امیلیسی سی ٹی یا ایم آر آئی ایک غیر متزلزل سیسٹک سوجن کا مظاہرہ کرے گا جو سبمنڈیبل اور سبنٹل اسپیس تک بڑھنے والے سبلنگول ایکسیس سے پیدا ہوتا ہے. اصل کی سبلنگول غدود کے ساتھ تسلسل میں جراحی کا اخراج انتخاب کا علاج ہے. مارسوپالائزیشن (سسٹ) کی کھوج کرنا دوسرا آپشن ہے ، اس تکرار کی شرح زیادہ ہے.

گردن کے پھوڑے

گردن کی پھوڑ گردن کے ڈھانچے کے درمیان ، پیپ کا ایک مقامی مجموعه ہے. گردن کی پھوڑے سر اور گردن میں وائرل یا بیکٹیریل انفیکشن کے فورا بعد یا اس کے فورا بعد ہوتی ہے جیسے – سردی ، ٹنسلائٹس ، گردن میں کئی قسم کے پھوڑے ہوتے ہیں

- ، ریٹرو -فرینجیل پھوڑے

فیرینکس کے پیچھے ایبسی کی تشکیل چھوٹے بچوں میں سب سے عام. اوپری سانس کے انفیکشن کی پیروی کرتا ہے. لیمفنوڈس متاثرہ پھٹ جاتے ہیں جو فیرینکس کے پیچھے پیپ کلیکشن کو جنم دیتے ہیں.

(پیریٹنسیللر پھوڑ (کوئنسسی پھوڑ

نوعمروں اور نوجوان بالغوں میں زیادہ عام ، بچوں میں شاذ و نادر ہی دیکھا جاتا ہے. ٹنسلوں سے ملحق ٹشوون میں اضافی فارم ،.

سبمنڈیبلولر پھوڑے (لڈ وِگس انجینا

سوزش ورم میں کمی لاتے اور منہ کے فرش میں پیپ کا مجموعه ، جو زبان کو اوپر کی طرف اور پیچھے کی طرف اٹھاتا ہے – ہوا اور کھانے پینے کی پائپ کی رکاوٹ کا باعث بنتا ہے. اس کو فوری طور پر جاری کرنے والے چیراوں کی ضرورت ہے تاکہ پیپ کے دباؤ اور نکاسی کو دور کیا جاسکے.

اہم نکات

بچوں میں گردن کے زیادہ تر زخم سومی (غیر خطرناک) ہوتے ہیں۔ لیکن یہ ضروری ہے۔
نایاب مہلک (کینسر والے) گھاووں کو مسترد کرنا۔

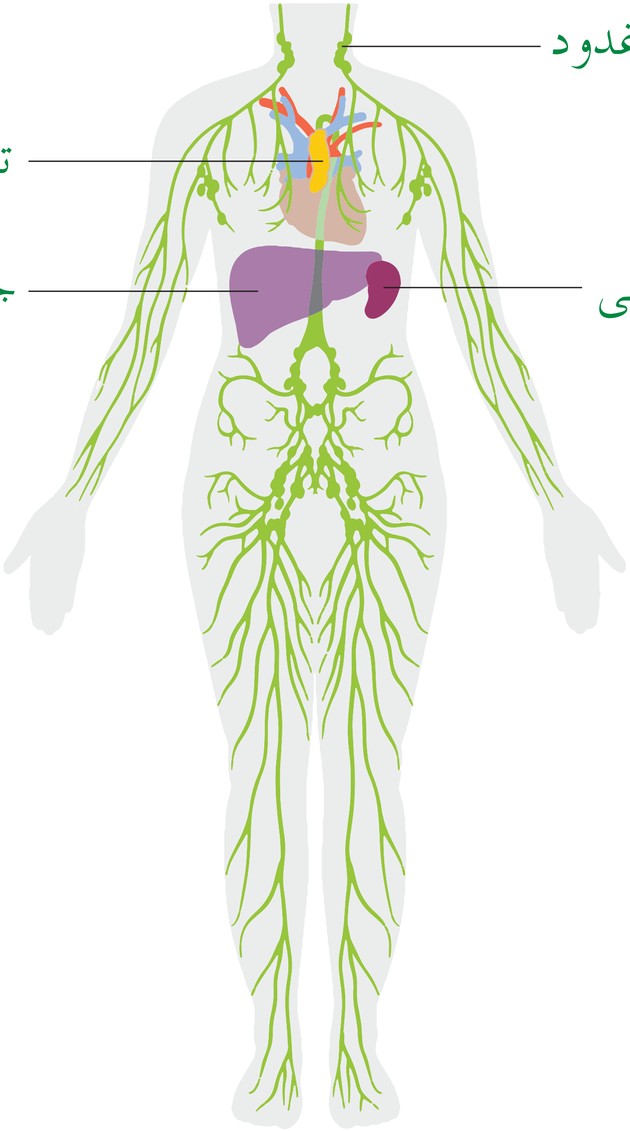
وہ گھاو جو پیدائش کے بعد سے موجود ہیں، یا چند ہفتوں کے اندر نمو پاتے ہیں، بار بار خارج ہونے والے مادہ یا وقفے وقفے سے سوجن کے ساتھ ظاہر ہونا عام طور پر پیدائشی ہوتے ہیں۔

سوجن بعد میں نشوونما کی مدت میں ظاہر ہوتی ہے، جو بتدریج سائز میں بڑھ رہی ہوتی ہے اور درد یا سوزش کے ساتھ پیش آتی ہے عام طور پر حاصل ہوتی ہے۔

Chapter 20

بچوں میں لمف نوڈس کی سوجن

جسمانی لیمفیٹک نظام کی تقسیم



20

بچوں میں لمف نوڈس کی سوجن

ہم جانتے ہیں کہ ہمارا جسم خون کی رگوں ، اعصاب اور پٹھوں سے بنا ہے. لیکن دوسرے سسٹم کے بارے میں بہت کم جانا جاتا ہے جو ہمارے جسم کو پھیلا ہوا ہے۔ اسے -لیمفٹک نظام کہا جاتا ہے. نوڈل توسیع اس لمفاتی نظام کی علامت ہے. لمفڈینیوپیتھی کا مطلب ہے لمف نوڈس یا غدود کی سوجن. یہ گردن ، بغلوں ، کراہنا ، سینے اور پیٹ میں بین کے سائز کے غدود ہیں. یہ غدود لمفاٹک سیال کے فلٹرز کے طور پر کام کرتے ہیں. اس سیال میں سفید خون کے خلیات (لمفوسائٹس) شامل ہیں جو جسم کو انفیکشن سے لڑنے میں مدد کرتے ہیں. لمفڈنوپیتھی جسم کے صرف ایک ہی علاقے میں ہوسکتا ہے ، جیسے گردن. یا یہ پورے جسم میں لمف نوڈس کو متاثر کرسکتا ہے. گریوا لمف نوڈس ، جو گردن میں پائے جاتے ہیں ، لمفڈینیوپیتھی کی سب سے عام سائٹ ہیں. قریب قریب تمام بچوں کو کسی وقت لمفڈنوپیتھی ملے گی. اس کی وجہ یہ ہے کہ توسیع شدہ غدود اکثر وائرل یا بیکٹیریل انفیکشن جیسے ٹھنڈے ، فلو ، یا گلے میں سوجن کے ساتھ پائے جاتے ہیں.

ایکسلیری لمفنوڈس

انگائن لمفنوڈس

لمفٹک نظام ایک حیرت انگیز ڈھانچہ ہے

خون کی رگوں کی طرح نظر آتے ہوئے دوسرا نظام جسم میں لمفٹک نظام کے نام سے پیش کرے گا۔ یہ جسم سے باہر پھیل جاتا ہے. لمفٹک نظام مدافعتی نظام کا ایک حصہ ہے. مدافعتی نظام انفیکشن اور دیگر بیماری کا مقابلہ کرتا ہے. انفیکشن یا بیماری سے لڑنے میں مدد کے لئے لمف نوڈس میں سیل اور سیال تیار ہوتے ہیں. جب وہ انفیکشن سے لڑ رہے ہیں تو اس سے لمف نوڈس بڑے ہونے کا سبب بنتا ہے. لمفٹک سسٹم میں لمفٹک سیال ، لیمفاٹک برتن ، لمف نوڈس ، تللی ، ٹنسلز ، اڈینوائڈز ، آنت میں پیئر پیچ اور تھیمس شامل ہیں. لمفٹک سیال لمفٹک چینلز کے اندر جمع خون کے الٹرا فلٹریٹ پر مشتمل ہوتا ہے ، جو پورے جسم میں چلتا ہے. سیال سست حرکت پذیر ہے اور سر اور انتہا پسندی سے بڑے برتنوں میں منتقل کیا جاتا ہے ، جو پھر زہریلے نظام میں نالی کرتے ہیں.

سرویکل لمفنوڈس

ان چینلز کے ساتھ ساتھ تقریبا چھ سو لمف نوڈس رہتے ہیں. بچوں میں ، لمف نوڈس آٹھ سے بارہ سال کی عمر میں اپنے سب سے بڑے سائز تک پہنچ جاتے ہیں اور جوانی کے بعد چھوٹے ہوجاتے ہیں.

یہ پورا نظام جسم میں " وزن کا نظام " کی طرح کام کرتا ہے. لمف نوڈس میں لمفوسائٹس کی کثرت ہوتی ہے. لمف لمف نوڈس کے ذریعہ فلٹر کیا جاتا ہے ، جہاں ذرہ دار اور متعدی حیاتیات کا پتہ چلتا ہے ، فلٹر کیا جاتا ہے اور لڑائی فلٹر شدہ غیر ملکی حیاتیات سے شروع ہوتی ہے. دوسرے لفظوں میں ، لمف نوڈ جنگ کے میدان کی طرح ہے.

جسم میں نوڈس

لمفناوڈ ایک چھوٹی سی بین کی شکل کا ڈھانچہ ہے جو مدافعتی نظام کا ایک حصہ ہے۔ جسم میں تقریبا چھ سو لیمفنوڈ موجود ہیں. وہ اندرونی اعضاء کے سلسلے میں بیرونی سطح کے ساتھ ساتھ اندرونی طور پر بھی موجود ہیں. لمف نوڈس اس سیال کو فلٹر کرتے ہیں جو لیمفاٹک برتنوں سے گزرتا ہے اور اس میں لمفوسائٹس (سفید خون کے خلیات) ہوتے ہیں جو جسم کو انفیکشن سے لڑنے میں مدد کرتا ہے. یہ لمف نوڈس لمفٹک برتنوں کے ذریعہ ایک دوسرے سے جڑے ہوئے ہیں. لمف نوڈس کے کلسٹر محور ، نالی ، گردن ، سینے اور پیٹ میں پائے جاتے ہیں.

لمف غدود ، انفیکشن سے لڑنے کی جسمانی صلاحیت میں اہم کردار ادا کرتے ہیں. وہ جسم کے دوسرے حصوں کو متاثر کرنے سے پہلے فلٹرز ، ٹریپنگ وائرس ، بیکٹیریا اور بیماریوں کی دیگر وجوہات کی حیثیت سے کام کرتے ہیں. عام علاقوں میں جہاں ہم سوجن لمف نوڈس کو دیکھ سکتے ہیں ان میں گردن ، ٹھوڑی ، بغلوں اور کراہنا شامل ہیں. اندرونی لمف نوڈس تمام اعضاء جیسے پھیپھڑوں ، جگر ، دل اور آنتوں کے سلسلے میں موجود ہیں. جب کبھی عضو میں پیتھولوجیکل بیماری ہو تو وہ وسعت میں آجاتے ہیں.

لمفناڈ میں توسیع

عام طور پر سوجن لمف نوڈس بیکٹیریا ، وائرس ، پرجیویوں اور شاذ و نادر ہی سے انفیکشن کے نتیجے میں پائے جاتے ہیں ، سوجن لمف نوڈس کینسر کی وجہ سے ہوتے ہیں. عام انفیکشن -سور کا گلا ، خسرہ ، کان کے انفیکشن ، متاثرہ (جذب شدہ) دانت ، جلد یا زخم کے انفیکشن ، جیسے سیلولائٹس ، ہیومن امیونو وائرس ایچ آئی وی وائرس ہیں جو ایڈز ، مونونکلوسس کا سبب بنتا ہے. شاذ و نادر ہی کینسر کی صورتحال جیسے - لیمفوما (کینسر جو لیمفاٹک سسٹم میں شروع ہوتا ہے) لیوکیمیا (خون پیدا کرنے والے ٹشو کا کینسر) دوسرے کینسر جو (میٹاسائزڈ) لمف نوڈس تک پھیل چکے ہیں.

جب علاقے میں انفیکشن ہوتا ہے تو بعض اوقات لمف نوڈس پھول سکتے ہیں. مثال کے طور پر ، گردن میں لمف نوڈس ، ٹھوڑی کے نیچے ، یا کانوں کے پیچھے جب بچے کو ٹھنڈا یا گلے ہوتا ہے تو وہ پھول سکتا ہے. اور ٹانگ یا پیر میں چوٹ یا انفیکشن بچے کے کراہنا میں لمف نوڈس کو سوجن بنا سکتا ہے. ہاتھ میں یا اس کے بعد بی سی جی ویکسینٹن کو اوپری بازو میں کوئی انفیکشن ، محور میں لمف نوڈس کو بڑھایا جاسکتا ہے. یہ اس بات کا اشارہ ہے کہ وہ انفیکشن سے لڑ رہے ہیں. وہ تھوڑا سا پھول سکتے ہیں ، تھوڑا سا ٹچ پر پین سکتے ہیں اور خود ہی دباؤ ڈال سکتے ہیں لیکن مکمل طور پر غائب ہونے میں اس میں زیادہ وقت لگ سکتا ہے. شدید مرحلے کے دوران غدود کی تیزی سے توسیع درد کی وجہ ہے. نہ صرف بیرونی غدود یہاں تک کہ انفیکشن کی وجہ سے اندرونی لمف نوڈس بھی بڑھا پائیں گے. مثال کے طور پر ، اگر آنت میں انفیکشن ہوتا ہے تو ، اس سے وابستہ لمف نوڈس کو میسنٹرک لیمف نوڈس کہا جاتا ہے ، بڑھا دیا جائے گا. آنتوں میں انفیکشن اور آنتوں کے ساتھ توسیع شدہ لمف نوڈس پیٹ میں بھاری درد کا سبب بنے گا جب کبھی آنتوں کی حرکت ہوتی ہے.

شاذ و نادر ہی کینسر کی تبدیلیاں لمف نوڈس میں شروع ہوسکتی ہیں. اسے - ہڈکنز لمفوما کہا جاتا ہے. اس کی ترقی کی وجہ معلوم نہیں ہے. یہ پندرہ سے پینتیس سال کے درمیان اور پھر پچاس سے ستر سال کی عمر کے درمیان عام ہے. اگر تاخیر ہوئی تو ، یہ دوسرے اعضاء میں پھیل سکتا ہے. لہذا ، بغیر کسی وجہ کے کوئی لمفناڈل توسیع ، بے درد فرم نوڈس ، وزن میں کمی کی تاریخ کے ساتھ ہمیں شک کے ساتھ دیکھنا چاہئے. اگر بائیوپسی کرنے کی ضرورت ہو.

لیمفنوڈ توسیع - کیا کرنا ہے؟

لیمفاڈینو پیتھی ایک اور لمف نوڈس کا غیر معمولی سائز، تعداد اور سختی ہے۔ یہ مقامی لمفڈینوپیتھی ہو سکتی ہے جس میں ایک دوسرے سے ملحق ایک یا ایک سے زیادہ لمف نوڈس شامل ہوتے ہیں یا یہ وسیع لمفڈینوپیتھی ہو سکتی ہے جس میں دو سے زیادہ لمف نوڈس جو ایک دوسرے سے متصل نہیں ہوتے۔ اگر لمف نوڈس ہلکے سے بڑھے ہوئے ہیں اور اہم نہیں ہیں تو پریشان ہونے کی ضرورت نہیں ہے۔ بچپن میں گردن میں کچھ لمف نوڈل بڑھنا عام بات ہے۔ لیکن جب لمف نوڈل کی توسیع اہم ہے، تو ہمیں شک کی نگاہ سے دیکھنا چاہیے۔

اگر لمف نوڈس بغیر کسی دباؤ کے آہستہ آہستہ وسعت دے رہے ہیں. چھوٹے بچوں میں ، گردن میں دو سینٹی میٹر ، محور میں ایک سینٹی میٹر اور لسانی خطے میں

ڈیڑھ سینٹی میٹر کو عام اقدار سمجھا جاتا ہے اور انہیں تفتیش کی ضرورت نہیں ہوتی ہے

اگر وہ سرخ اور نرم مزاج ہیں تو چھونے کے ل

.اگر لمف نوڈس پر جلد کے رنگ میں تبدیلی واقع ہو

اگر وہ سخت سخت اور تکلیف دہ ہیں

اگر لمف نوڈس کی توسیع جسم کو ختم کردی گئی ہے

دباؤ کی علامات پیدا کرنے والے لمف نوڈس کو بڑھا دیا.

اگر لمف نوڈ کا سائز دو سینٹی میٹر سے زیادہ ہے اور بخار اور وزن میں کمی سے وابستہ ہے.

.انہیں مزید تشخیص کی ضرورت ہے

میسنٹرک لمفڈینائٹس

میسنٹرک لمفڈینائٹس لمف نوڈس کی سوزش ہے جو ایک جھلی میں موجود ہیں جو پیٹ کی دیوار سے آنت سے منسلک ہوتی ہے. یہ لمف نوڈس سیکڑوں میں شامل ہیں جو جسم کو بیماریوں سے لڑنے میں مدد کرتے ہیں . وہ مائکروسکوپک " حملہ آوروں " جیسے وائرس یا بیکٹیریا کو پھنساتے اور تباہ کرتے ہیں۔ میسنٹرک لیمفڈینائٹس پیٹ میں درد کا سبب بنتا ہے. بچوں اور نوعمروں میں یہ سب سے عام ہے. انفیکشن جو میسنٹرک لیمفڈینائٹس کا سبب بنتے ہیں وہ ایک جگہ پر واقع ہوسکتے ہیں (مقامی) یا پورے جسم میں (سسٹمک). انفیکشن وائرس ، بیکٹیریا ، یا پرجیویوں کی وجہ سے ہوسکتے ہیں. سب سے عام انفیکشن .معدے اور یسرینیا انٹرکولاٹیکا ہیں

میسنٹرک لمفڈینائٹس کی تصدیق الٹراساؤنڈ پیٹ سے ہوتی ہے. خون کے ٹیسٹ ، پیشاب کے ٹیسٹ اور سی ای سی ٹی پیٹ دیگر وجوہات کو مسترد کرنے میں معاون ثابت ہوگا. اس کا علاج کازیاتی عنصر کے مطابق کیا جاتا ہے. کچھ آسان ہوسکتے ہیں اور شاذ و نادر ہی دوسرے دوسرے لمفنودال توسیع کی طرح .سنجیدہ ہیں

بچوں میں لیمفاڈینوپیتھی کا اندازہ اور علاج کیسے کریں؟

بچپن میں لیمفڈینیوپیتھی ایک عام مسئلہ ہے اور اسے محتاط جسمانی امتحان اور پیروی کی ضرورت ہے. جب کبھی ضرورت ہو تو لیبارٹری اور امیجنگ کے طریقے استعمال کیے جائیں. اگرچہ لمفڈینیوپیتھی زیادہ تر انفیکشن سے متعلق ہے ، لیکن اس کی دیکھ بھال بدکاری کے معاملے میں کی جانی چاہئے جہاں کبھی بھی شبہ کیا جاتا ہے. چھوٹے بچوں میں ، گردن میں دو سینٹی میٹر ، محور میں ایک سینٹی میٹر اور لسانی خطے میں ڈیڑھ سینٹی میٹر کو عام اقدار سمجھا جاتا ہے .اور انہیں تفتیش کی ضرورت نہیں ہوتی ہے

جب کبھی لمفناڈل توسیع ہوتی ہے تو ، ان کے ساتھ دو ہفتوں کے اینٹی بائیوٹکس کا علاج کرنا چاہئے اور اس کی پیروی کی جانی چاہئے. اگر لمف نوڈس سائز میں دباؤ ڈالتے ہیں تو ، ان پر مزید تین ماہ کی مدت تک عمل کیا جانا چاہئے. اگر لمف نوڈس جواب نہیں دیتے ہیں ، یا سائز اور نمبر میں اضافہ کرتے ہیں تو ، ان کا اندازہ لمف نوڈس ، ٹھیک انجکشن کی خواہش سائٹولوجی ایف این اے سی اور بایڈپسی کے الٹراساؤنڈ امتحان کے ذریعہ کیا جانا چاہئے. الٹراساؤنڈ میں ، نوڈس کی تعداد میں توسیع ، نوڈس کی حیثیت ، کیا کوئی پیپ ہے ، کیا لمف نوڈس ایک ساتھ پھنس گئے ہیں (میٹنگ), کیا وہاں کوئی وابستہ جگر ہے اور تللی کی توسیع دیکھی جانی چاہئے. الٹراساؤنڈ رہنمائی کے تحت ، غدود کے خلیوں کی خواہش اور خوردبین کے تحت جانچ کی جاسکتی ہے . اسے ایف این اے سی کہا جاتا ہے - ٹھیک انجکشن کی آرزو سائٹولوجی

اگر کوئی شک ہے تو ، غدود میں سے ایک کو ہٹا کر ہسٹوپیتھولوجیکل امتحان کے لئے بھیجا جاتا ہے. اس سے فیصلہ ہوگا کہ آیا غدود کی توسیع انفیکشن کی وجہ سے ہے یا دوسری وجوہات کی بناء پر. لمف نوڈس .کا علاج توسیع کی وجہ پر منحصر ہے

لمف نوڈل توسیع میں ان نکات کو یاد رکھیں

لمف غدود مدافعتی نظام کا حصہ ہیں اور انفیکشن اور دیگر بیماری سے لڑنے میں مدد کرتے ہیں. وہ مقامی پولیس اسٹیشن کی طرح ہیں.

جب جسم انفیکشن یا دیگر بیماریوں سے لڑ رہا ہے تو ان میں توسیع کی جاتی ہے. اگر وہ گلے میں لگنے والے انفیکشن میں توسیع کرتے ہیں تو ، اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہ اپنا کام کر رہے ہیں.

چونکہ توسیع شدہ لمف نوڈس اکثر انفیکشن کے ماخذ کے قریب ہوتے ہیں ، لہذا ان کا مقام اس کی وجہ تلاش کرنے میں مدد کرسکتا ہے.

لمف نوڈل توسیع میں ان نکات کو یاد رکھیں

کثرت سے لمف نوڈس کو دبائیں اور نہ دیکھیں. ان کی جانچ اسی وقت کریں جب وہ توسیع اور ٹینڈر ہوں.

لمفنوڈل توسیع متعدی بیماری نہیں ہے.

انفیکشن کے برعکس ہونے کے بعد ، لمف نوڈس کو سائز میں کم کرنے میں تین سے چھ ہفتوں کا وقت لگتا ہے لیکن کل گمشدگی میں زیادہ وقت لگ سکتا ہے.

علاج عام طور پر لمفڈینیوپیتھی کی وجہ پر مبنی ہوتا ہے.

اگر لمف نوڈل میں توسیع بے درد ، فرم اور روبی ہے ، اور نمبر اور سائز میں اضافہ ہوتا ہے تو نظرانداز نہ کریں۔ یہ خطرناک بیماری کی علامت ہوسکتی ہے.

کلیدی نکات

اگر وہ انفیکشن یا سوزش سے لڑ رہے ہیں تو بچے سوجن لمف نوڈس حاصل کرسکتے ہیں.

اگر ہمیں یقین نہیں ہے کہ نوڈس سوجن کیوں ہیں ، یا نوڈس تکلیف دہ ہیں یا بڑے ڈاکٹر سے مشورہ کرنا پڑتا ہے.

علاج اس بات پر منحصر ہوگا کہ سوجن لمف نوڈس کا سبب بن رہا ہے.

21
Chapter

بچوں میں
ہیمنگیوماس

جسم کے مختلف حصوں پر ہیمنگیوماس

(Hemangiomas)

21 بچوں میں ہیمنگیوماس

مسز رینو کا کو ایک خوبصورت لڑکی بچے سے نوازا گیا۔ پیدائش کے وقت سب کچھ معمول تھا۔ لیکن دو ہفتوں کے بعد ایک چھوٹا سا سرخ رنگ کا مقام بچوں کے دائیں گال پر نمودار ہوا۔ یہ تیزی سے بڑھ رہا تھا۔ والدین گھبرا گئے ہیں.

مسز اسمتھا کی بھی ایسی ہی صورتحال۔ اس کی بیٹی پیدائش کے وقت معمول کی بات تھی لیکن ایک ہفتہ میں اس کے جسم پر ایک سے زیادہ سرخ چیری کے دھبے تیار ہوئے۔ روزانہ بڑھ رہے ہیں.

ایسے حالات میں ، والدین گھبراہٹ میں مبتلا ہو جاتے ہیں اور بہت سارے سوالات ان کے ذہن میں پیدا ہوتے ہیں.

یہ ناراض نظر آنے والے گھاووں کیا ہیں

وہ کیوں ہوتے ہیں

کیا وہ خطرناک ہیں

کیا وہ تشویش کی علامت ہیں

وہ تیزی سے کیوں بڑھ رہے ہیں

کیا ان سرخ گھاووں کا مستقل علاج ہے

ان گھاووں کو بلایا جاتا ہے .... ہیمنگیموس حقیقی معنوں میں ، ہیمنگیوماس ظاہری شکل میں گھبراہٹ میں ہیں لیکن وہ خطرناک نہیں ہیں۔ والدین کو ان گھاووں اور ان کے قدرتی کورس کو جاننے کی ضرورت ہے.

ہیمنگیوما کیا ہے؟

ہیمنگیوماس خون کی رگوں سے پیدا ہونے والے سومی عوام ہیں (عروقی نوپلاسم) ، جس میں ایک نمایاں طبی کورس ہے ، جس میں ابتدائی تیز رفتار پھیلاؤ کی نشوونما ہوتی ہے اور اس کے بعد آہستہ آہستہ بے ساختہ بے دخل ہوتا ہے۔ ہیمنگیوومس غیر کینسر ہیں (سومی) خون کی رگوں سے پیدا ہونے والی نمو ، عام طور پر پیدائش کے بعد ایک سے دو ہفتوں کے اندر جسم پر کہیں بھی سرخ پیدائشی نشان کے طور پر ظاہر ہوتی ہے۔ ہیمنگیوماس میں سے بیشتر مسائل کا سبب نہیں بنتے ہیں اور علاج کے بغیر چلے جاتے ہیں۔ ہوسکتا ہے کہ وہ صرف جلد (کٹینیئس) یا جلد اور اندرونی اعضاء جیسے جگر کے علاوہ دیگر سائٹیں شامل ہوں.

جلد کے ہیمنگیوماس زیادہ تر سر اور گردن کے علاقے میں پائے جاتے ہیں۔ ساٹھ فیصد معاملات میں ، اس کے بعد ٹرنک (پچیس فیصد) اور انتہا (پندرہ فیصد) ہوتا ہے۔ ہیمنگیوماس کا اسی فیصد تنہا اور فوکل ہیں۔ ان میں سے بیشتر آدھے سے پانچ سینٹی میٹر ہیں۔ شاذ و نادر ہی وہ جلد کے پانچ سینٹی میٹر سے زیادہ حصے میں شامل طبقہ ہیں جو زندگی کے پہلے چند مہینوں میں وہ تیزی سے بڑھتے ہیں۔ بعد میں جب بچہ ، بڑھتا ہی جاتا ہے ، تو وہ سکڑتے ہیں اور پانچ سے سات سال کی دوری پر چلے جاتے ہیں۔ ان ہیمنگیوماس میں ایک نمایاں کورس – ابتدائی تیز رفتار نمو (پھیلاؤ) بعد میں سائز میں اچانک کمی (انوولوشن)۔ ابتدائی بڑھتے ہوئے مرحلے کے دوران (پرووليفریٹو مرحلہ) تیزی سے تقسیم کرنے والے خلیوں کو تقسیم کرنا جو خون کی رگوں کو قطار میں لگاتے ہیں (سائز میں تیزی سے اضافے کے لئے ذمہ دار ہیں۔ جلد کے ہیمنگیوماس جلد کی اوپری پرت سے تشکیل دے سکتے ہیں یا نیچے گہری فیٹی پرت بھی شامل کرسکتے ہیں۔ شروع میں یہ جلد پر سرخ پیدائشی نشان کے طور پر ظاہر ہوتا ہے۔ آہستہ آہستہ یہ جلد سے پھیلنا شروع کردے گا۔ جبکہ اندرونی ہیمنگیوماس جگر کی شکل میں یا جگر کی سطح پر پسند کرتے ہیں۔ یہ ہیمنگیوماس ایسٹروجن حساس سمجھتے ہیں۔ ہیمنگوماس جسم کے دوسرے علاقوں میں پھیپھڑوں ، گردوں ، معدے کی آنتوں کی نالی ، لبلبہ اور دماغ جیسے پائے جاتے ہیں۔ ہیمنگیووماس جو دماغ جیسے گھاوں میں اگتے ہیں انہیں - کیورنس ہیمنگیوماس کہا جاتا ہے.

ہیمنگیوماس کتنے عام ہیں ؟

بچوں کی آبادی کے ایک سال میں نوزائیدہ ہیمنگیوماس پیدائش کے وقت تقریبا دو فیصد سے دس فیصد تک پائے جاتے ہیں۔ ہیمنگیوماس پہلے سے ہی بچوں میں زیادہ عام ہیں (ڈھائی کلو سے کم وزن والے افراد میں بیس سے تیس فیصد)۔ متعدد حمل بچوں میں زیادہ عام۔ لڑکیوں میں ہیمنگیووماس تین سے پانچ گنا زیادہ عام ہیں۔ سیاہ نسل کے بچوں کی نسبت سفید بچوں میں دس گنا زیادہ عام۔ تیس فیصد ہیمنگیوماس

پیدائش کے وقت موجود ہیں جہاں کچھ ہفتوں بعد ستر فیصد ترقی کرتے ہیں. بچوں میں ہیمنگیوماس کے واقعات زچگی کی عمر میں اضافے ، نال پریویا پیدائشوں اور پریکلمسیا ماؤں کے ساتھ بڑھتے ہیں. جب حاملہ ماں میں وائرس کے نمونے لینے کا کام کیا جاتا ہے – بچے میں ہیمنگیوماس کے امکانات میں اضافہ ہوتا ہے.

ہیمنگیو ماس کیوں ہوتا ہے؟

جلد کے ہیمنگیوماس تیار ہوتے ہیں ، جب خون کے برتن ایک گانٹھ میں مل جاتے ہیں. ہیمنگیوماس کی اصل وجہ یا سیل کی اصل وجہ یقینی طور پر واضح نہیں کی گئی ہے. لیکن مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ اس کے لئے درکار پروٹین رحم میں ترقی کے دوران نال سے تیار ہوں گے. مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ ایمبولک پلاسیینٹل اینڈوچیل سیل ، (انجیو بلاسٹ - خلیات جو خون کی رگوں کو جنم دیتے ہیں) جو کورینک ویلی سے برانن ٹشوون تک پہنچ چکے ہیں, ترقی پذیر بچے کے کسی بھی ؤتکوں یا کسی بھی جلد کے علاقے میں داخل ہوں گے اور مقامی طور پر ہیمنگوماس کو جنم دیں گے. میسینچیمل اسٹیم سیل ، جن کو چربی اور خون کی رگوں جیسے متعدد میسوڈرمل خلیوں میں فرق کرنے کی صلاحیت ملی ہے ، ہیمنگوماس کی تشکیل میں بھی اپنا کردار ادا کرسکتے ہیں. مطالعہ کے ذریعہ ہیما گوماس ڈویلپمنٹ میں جینیاتی یا موروثی کردار کو ثابت نہیں کیا جاتا ہے. ہیمنگوماس میں سے بیشتر اسپورڈک ہیں.

ہیمنگیو ماس کی علامات

ہیمنگیووماس عام طور پر ان کی تشکیل کے دوران یا اس کے بعد علامات کا سبب نہیں بنتے ہیں. تاہم ، وہ علامات کا سبب بن سکتے ہیں ، اگر وہ بڑے ہوجاتے ہیں ، اگر وہ متعدد ہیں ، یا اگر وہ کسی حساس علاقے میں بڑھتے ہیں. جلد کے ہیمنگیماس چھوٹے سرخ خرون چ یا ٹکرانے کے طور پر دکھائی دیتے ہیں. جب وہ بڑھتے ہیں تو ان کی تشخیص سرخ رنگ کے بھوری رنگ کے پیدائشی نشان کی طرح ہے. جسم کے اندرونی اعضاء میں ہیمنگیوماس ، عام طور پر اس وقت تک کسی کا دھیان نہیں جاتا جب تک کہ وہ بڑے یا ایک سے زیادہ ہیمنگیوماس فارم میں نہ اگائیں. عام علامات ہیں ... متلی ، الٹی ، اپائٹ کا نقصان ، پیٹ میں خلل ، پیٹ میں درد ، نامعلوم وزن میں کمی یا پیٹ میں مکمل ہونے کا احساس.

وہ کیسے ترقی کرتے ہیں؟

ہیمنگیوماس کا معمول سے زیادہ سائز نصف سے پانچ سینٹی میٹر ہے۔ یہ بیس سینٹی میٹر کے سائز تک پہنچ سکتا ہے۔ زیادہ تر ہیمنگیوماس فوکل اور اچھی طرح سے ختنہ کیا جاتا ہے. وہ خصوصیت کے ساتھ ابتدائی تیزی سے پھیلاؤ کی نمائش کرتے ہیں جس کے بعد اچانک بے دخل ہوتا ہے. ہیمنگیوما بلند ہوجاتا ہے ، اور گنبد کی شکل ، لوبولیٹ ، تختی جیسے ، ٹیومر یا اس کا کوئی مجموعہ ہوسکتا ہے. زیادہ سے زیادہ نمو پہلے چار سے چھ ماہ کے دوران ہوتی ہے. پھیلاؤ چھ سے بارہ ماہ کی زندگی کے درمیان سست ہوجاتا ہے. مکمل اتحاد پچاس فیصد معاملات میں پانچ سال اور ستیاسی فیصد سات سال تک ہوتا ہے. باقی معاملات میں ، مکمل شمولیت مزید تین سے پانچ سال تک ہوتی ہے. مختلف قسم کے ہیمنگیوماس ہیں. ان کی مختلف نمائش ہے. سطحی ہیمنگیوماس – نے روشن سرخ پیچ اٹھایا ، بعض اوقات بناوٹ کی سطح کے ساتھ. سات سال کی مدت میں رنگین آہستہ آہستہ ختم ہوجاتا ہے. گہری ہیمنگیوماس- رنگ میں چوٹ یا نیلے رنگ کی طرح دکھائی دیتے ہیں.

ہیمنگیو مس کی تشخیص کیسے کی جاتی ہے؟

سطح پر ہیمنگیوماس - کسی خاص ٹیسٹ کی ضرورت نہیں ہے کیونکہ وہ جلد کی سطح پر سرخ کھرچوں یا نمو کے طور پر نظر آتے ہیں ، جس کا پتہ والدین یا معالج نے پایا ہے. اندرونی اعضاء میں ہیمنگیوماس – عام طور پر الٹراساؤنڈ امتحان ، سی ٹی اسکین یا ایم آر آئی مطالعہ جیسے امیجنگ اسٹڈیز کے دوران دیکھے جاتے ہیں. الٹراساؤنڈ دوسرے گہرے بیٹھے ہوئے ڈرمل یا سبکٹا نیوس نمو سے ہیمنگیووماس کو مختلف کرنے میں مدد کرتا ہے اور ہیمنگیوما کی حد اور وسعت کا اندازہ کرنے میں بھی مدد کرتا ہے. اس کے برعکس ایم آر آئی کا مطالعہ انتخاب کی وضع ہے ، کٹنیئس اور اضافی کٹنیئس ہیمنگیوماس کے ہیمنگیوما کی حد اور وسعت کو بیان کرسکتا ہے. یہ اعلی بہاؤ ہیمنگوماس کو دیگر عروقی بے ضابطگیوں جیسے آرٹیریو نس کی خرابی سے مختلف کرے گا.

ہیمنگوماس کی کیا پیچیدگیاں ہیں؟

ہیمنگیوماس میں سے بیشتر سومی یا غیر معمولی ہیں. لیکن کبھی کبھار وہ اس طرح کی پیچیدگیاں پیدا کرسکتے ہیں.

الکریشن (گردن کے علاقے اور ٹرنک میں عام)

خون بہہ رہا ہے (بلغم کے علاقے ، ڈایپر ایریاز اور گردن)

اہم ڈھانچے پر اثر (وژن ، سماعت ، کھانا کھلانے ، سانس لینے)

اہم ساختی اسامانیتا / غیر منحرف۔ (ناک ، کانوں اور ہونٹوں کا ٹپ)

اعلی پیداوار کارڈیک فیلنگ۔ (اندرونی ہیمنگیوماس میں اضافہ عروقی بہاؤ) کی وجہ سے.

جلد کے پانچ سینٹی میٹر سے زیادہ رقبے پر قبضہ کرنے والے سیگمنٹل ہیمنگیوماس بنیادی پیدائشی بے ضابطگی (اسپینا بائیفیڈا ، فیز سنڈروم) سے وابستہ ہوسکتے ہیں

ہیمنگوماس کے علاج کے اختیارات

ہیمنگیوماس کی اکثریت کو کسی طبی یا جراحی مداخلت کی ضرورت نہیں ہے. چھوٹے ، سنگل اور غیر تکلیف دہ علاقوں میں واقع افراد کو تنہا چھوڑ کر مشاہدہ کیا جانا ہے. جب وہ بچہ بڑھتا ہے تو وہ وقتا فوقتا بے ساختہ حل کریں گے. طبی لحاظ سے اہم ہیمنگیوماس کے علاج کے اختیارات میں شامل ہیں....

کورٹیکوسٹیرائڈز انتظامیہ

سکلیروسینٹس انجیکشن.

لیزر علاج

پروپرانالول تھراپی

جراحی سے ہٹنا.

زبانی اسٹیرائڈز انٹرا-لیسین اسٹیرائڈز پر تیار ہیں. زبانی اسٹیرائڈز ترقی کو سست کرسکتے ہیں اور ہیمنگوماس کے پھیلاؤ کے سائز کو کم کرسکتے ہیں. اسٹیرائڈز کے استعمال سے اس سے منسلک ضمنی اثرات ہوتے ہیں.

بچے اسٹیرائڈز کے ساتھ – چاند چہرہ تیار کرسکتے ہیں.

لیزرز سطحی ہیمنگیووماس اور السرڈ ہیمنگیوماس کے لئے استعمال ہوتے ہیں. لیزر علاج کے نتیجے میں کم درد ، تیز رفتار بحالی اور جلد سے جلد شمولیت ہوتی ہے. لیزر خاص طور پر ان علاقوں میں استعمال ہوتے ہیں جن کے نتیجے میں اہم فعال یا سیکو منطقی اثرات ہوتے ہیں جیسے.... ناک ، پلکیں ، ہونٹ اور کانوں کا اشارہ. یہ چار ہفتوں میں ایک بار کیا جاتا ہے جب تک کہ گھاووں کو ٹھیک نہ کیا جائے. لیزر علاج سے نقصان یہ ہے کہ ، اس کے نتیجے میں داغ یا جلد کی بقایا تبدیلیاں ہوسکتی ہیں. گہری گھاووں میں السر کی پوجا کی پوجا کی پوجا کی عبادت کریں.

پروپرانولول تھراپی – پروپرانولول استعمال ہیمنگوماس کے علاج میں کیا جاتا ہے. اس نے ہیمنگوماس کے انتظام میں انقلاب برپا کیا ہے اور اب انتخاب کا علاج بن گیا ہے. مطالعے میں ساٹھ پوائنٹ چار فیصد معاملات میں گھاووں کے کل یا قریب قریب دباؤ کا مظاہرہ کیا گیا ہے جب ایک سے دو ملی گرام / کلوگرام / دن کے پروپرانولول کے ساتھ سلوک کیا جاتا ہے.. یہ بہتر ہے کہ بچوں میں جو لوگ بروسپاسم ، کارڈیک بے ضابطگیوں اور سی این ایس کی بے ضابطگیوں سے بچ سکیں.

درج ذیل حالات میں سرجری کی جاتی ہے

ٹھیک بے مقامی ، تیزی سے پھیلنے والے گھاووں سے خون بہنے کا خطرہ ہے.

فائبروٹیٹی ؤتکوں کو کم کرنے کے لئے کائناتی مقصد کے لئے غیر منقولہ بقایا جلد کے گھاووں کا ایکسائز.

پلکیں جیسے کاسمیٹیکی طور پر بدنام کرنے والے گھاووں کا ایکسائز.

مشترکہ علاقوں میں جیسے گھاووں کو شامل کرنے کا مناسب انداز.

گھاووں کا اندازہ جہاں بیمرج اور اہم ڈھانچے کو پہنچنے والے نقصان کا خطرہ ہے.

اندرونی اعضاء میں علامتی ہیمنگوماس.

منتخب مقدمات میں ابتدائی اخراج سے جان بچ سکتی ہے ، وژن کو محفوظ رکھا جاسکتا ہے ، ایک بے حد تغیر پزیر گھاووں کو ختم کیا جاسکتا ہے.

اندرونی اعضاء میں ہیمنگیوماس کو علاج کی ضرورت ہوتی ہے – جب وہ بڑے ہوجاتے ہیں یا جب وہ درد یا

خون بہنے کی نشوونما کی طرح علامتی ہوجاتے ہیں. اندرونی اعضاء میں ہیمنگیوماس کے علاج کے اختیارات میں شامل ہیں .... ہیمنگیوما کو جراحی سے ہٹانا ، اعضاء کو جراحی سے ہٹانا ، ہیمنگوما کو کھانا کھلانے والے خون کے برتنوں کو مجسم بنانا.

والدین کو پیڈیاٹرک سرجن سے کب کرنا چاہئے؟

جب بنیادی معالج تشخیص کے بارے میں یقین نہیں رکھتا ہے.

جب ہیمنگیوما چہرے کے نمایاں حصے پر ہوتا ہے.

جب ہیمنگیوما انفکشن ہوجاتا ہے ، خون بہہ رہا ہے یا خارش پیدا کرتا ہے.

جب ہیمنگیوما تیزی سے بڑھ رہا ہے.

جب آپ کے بچے میں ایک سے زیادہ ہیمنگیوماس (ہو رہا ہے تو یہ دوسرے داخلی ہیمنگیوماس کی موجودگی کی علامت ہوسکتی ہے جیسے جی آئی ٹی یا جگر میں) ، جس پر توجہ کی ضرورت ہوتی ہے

اگر ہیمنگیوما ریڑھ کی ہڈی کے ساتھ ہے۔ (یہ خراب ریڑھ کی ہڈی کی علامت ہوسکتی ہے)

اگر ہیمنگیوما — کہنی ، گھٹنے ، پلکیں اور ہونٹوں پر چلنے والے فنکشنل علاقوں میں ہے.

کلیدی نکات

ہیمنگوماس بے گناہ گھاووں کا شکار ہیں جہاں جسم کے باہر یا اندر ہوتا ہے.

ہیمنگوماس مقامی طور پر گروہ بندی اور خون کے برتنوں کی تیزی سے نشوونما کی وجہ سے ہیں.

ہیمنگیوماس میں سے بیشتر بھوت کو دیکھنے کے علاوہ کسی پریشانی کا سبب نہیں بنتے ہیں

ہیمنگیوماس کی پیش گوئی قدرتی کورس ہے - ابتدائی تیز رفتار نمو کے بعد آہستہ آہستہ رجعت. مکمل غیرضروری ہونے میں سات سال سے نو سال لگتے ہیں.

ابتدائی قرارداد میں ادویات مدد کریں گی

پروپرانولول فی الحال انتخاب کی منظور شدہ زبانی دوا ہے.

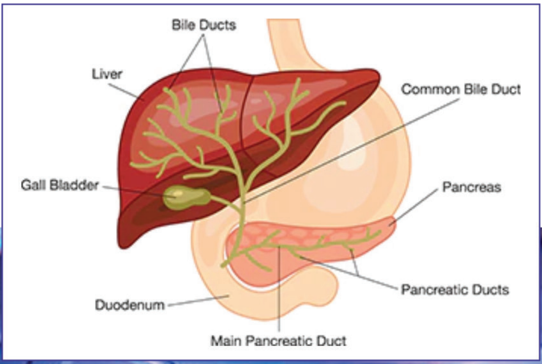
صرف منتخب معاملات میں سرجری کی ضرورت ہوتی ہے.

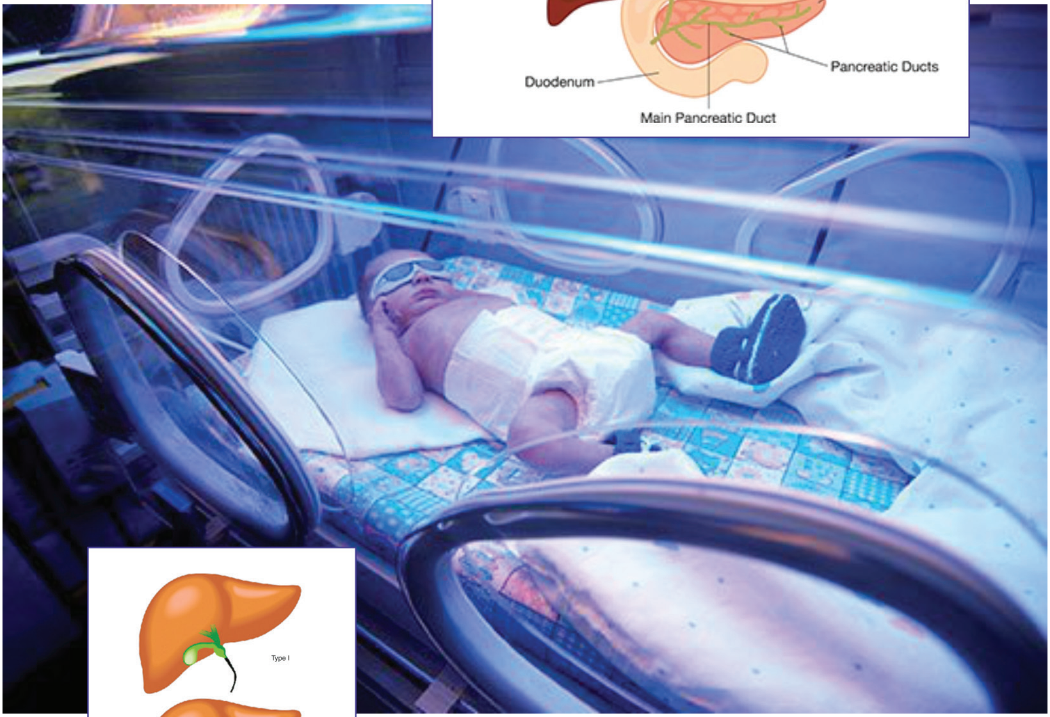
احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے جب ہیمنگیوما طبقہ (پانچ سینٹی میٹر سے زیادہ رقبہ) ، ایک سے زیادہ ، اندرونی یا جب ریڑھ کی ہڈی سے زیادہ ہوتا ہے. سنڈرومک ہیمنگیوماس کو بھی خصوصی نگہداشت کی ضرورت ہے.

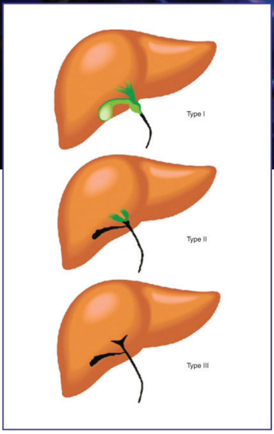
22
Chapter

بچوں میں یرقان

نارمل ترتیب







غیر معمولی ترتیب

بلیری ایٹریسیا

22

بچوں میں یرقان

نوزائیدہ بچوں میں یرقان ایک بہت ہی عام حالت ہے۔ یہ عام طور پر زندگی کے پہلے چند دن یا ہفتوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ یرقان کے زیادہ تر معاملات کسی بڑی بیماری کی وجہ سے نہیں ہوتے ہیں اور بغیر کسی علاج کے جلدی سے صاف ہوجاتے ہیں۔ یرقان ایک پیلے رنگ کے مادے (روغن) کی وجہ سے ہے جسے بلیروبن کہتے ہیں۔ جگر ، تللی اور ہڈیوں کا میرو استعمال شدہ سرخ خون کے خلیوں سے بلیروبن بنا دیتا ہے جو ٹوٹ چکے ہیں۔ بلیروبن ایک پیلے رنگ کا روغن ہے جو جسم کے طور پر تیار کیا جاتا ہے جیسے خون کے پرانے خلیوں کو دوبارہ سائیکل کرتا ہے۔ جگر بلیروبن کو توڑنے میں مدد کرتا ہے تاکہ اسے پاخانہ میں جسم سے ہٹا دیا جاسکے۔ نوزائیدہ بچوں کے لئے زندگی کے ایک اور پانچ دن کے درمیان تھوڑا سا پیلا ہونا معمول ہوسکتا ہے۔ رنگ اکثر تین یا چار دن کے آس پاس چوٹیتا ہے.

اس کے بعد جگر بلیروبن کو جسم سے پت کے ذریعے سے گزرتا ہے جو پاخانہ میں بہتا ہے۔ پیدائش کے بعد ، بچے کا اپنا جگر اس کام کو سنبھال لیتا ہے۔ یرقان اس وقت ہوتا ہے جب بچے کا جگر خود ہی اضافی بلیروبن کو سنبھال نہیں سکتا ہے۔ کیونکہ بچے کا جگر ابھی بھی نادان ہے ، یرقان بالکل عام ہے۔ تاہم ، زیادہ تر نوزائیدہ بچوں کے ، یہ صرف چند دن یا ہفتوں تک جاری رہتا ہے۔ اس کے بعد ، زیادہ تر بچوں کا جگر عام طور پر بلیروبن کو سنبھالنے اور اسے جسم سے نکالنے کے قابل ہے تاکہ یہ تعمیر نہ کرے اور یرقان کا سبب بنے۔ شاذ و نادر ہی ، بچوں میں یرقان صحت کے زیادہ سنگین مسئلے کی علامت ہوسکتی ہے.

یرقان اس وقت ہوتا ہے جب بلیروبن کو جسم سے تیزی سے نہیں ہٹایا جاسکتا ہے اور خون میں سطح بہت زیادہ ہوجاتی ہے۔ بلیروبن کی تعمیر سے آنکھوں کی جلد اور سفید حص پیلے رنگ کا ہوتا ہے۔ یہ چیخ آہستہ آہستہ سر سے پیر تک پھیلا ہوا ہے۔ اس بات کا اندازہ لگا کر کہ جسم پر یرقان کی کس سطح تک توسیع کی گئی ہے ، اس شدت کا اندازہ کیا جاسکتا ہے.

زرد جلد اور آنکھیں: ایک انگلی سے بچے کے ماتھے پر آہستہ سے دبائیں۔ اگر دبایا ہوا علاقہ پیلے رنگ کا نظر آتا ہے تو ، یہ یرقان کی علامت ہے.

گہرا پیلے رنگ کا پیشاب اور پیلے رنگ کا پاخانہ: عام پاخانہ کا رنگ پیلے یا سبز ہوتا ہے ایک بچے کا پاخانہ بھوری رنگ ، سفید یا پیلا نہیں ہونا چاہئے.

شیر خوار بچوں میں دو اہم قسم کے یرقان ہیں:

فزیوولوجک یرقان: یہ قسم بالکل عام ہے۔ اس سے دس میں سے چھ نوزائیدہ بچے متاثر ہوتے ہیں۔ جسمانی یرقان اس وقت ہوتا ہے جب بلیروبن جسم سے تیزی سے باہر نہیں نکلتا ہے۔ اکثر ، جب بچہ تقریبا دو ہفتوں کا ہے تب تک یہ خود ہی چلا جاتا ہے۔ اگر یہ جاری ہے تو ، علاج کی ضرورت ہوسکتی ہے.

پیتھولوجک یرقان: مختلف عوارض ، جیسے متعدی ، اینڈو کرائن (ہارمونل) یا جینیاتی (موروثی) بیماریاں ، جگر کو بلیروبن پر کارروائی کرنے سے روک سکتی ہیں جیسا کہ ہونا چاہئے۔ ان معاملات میں ، یرقان کا سبب بننے والا مسئلہ ڈھونڈنے اور علاج کرنے کی ضرورت ہے.

شدید یرقان میں خطرے کے سرخ پرچم نشان

یرقان نے دن میں پیدائش کے فورا. بعد نوٹ کیا عام طور پر یرقان زندگی کے دوسرے سے تیسرے دن دیکھا جاتا ہے۔ اگر یرقان پیدائش کے دن دیکھا جاتا ہے تو ، یہ خطرناک ہے

یرقان دو ہفتوں سے آگے ہے

عام طور پر آسان وجوہات کی بناء پر یرقان کو دس دن تک راحت ملے گی لیکن اگر یہ دو ہفتوں سے آگے برقرار رہتا ہے تو اسے شک کے ساتھ دیکھا جانا چاہئے.

تیزی سے بڑھتی ہوئی یرقان

گہرے پیلے رنگ کے پیشاب کے ساتھ ساتھ پیلا رنگ کے پاخانہ گزر رہے ہیں.

براہ راست بلیروبن فریکشن کی اعلی سطح

بیمار بچے کے ساتھ یرقان: چڑچڑاپن ، پانی کی کمی ، اچھی طرح سے کھانا کھلانا ، کمزور اور وزن کم کرنا

.توسیع شدہ جگر کے ساتھ یرقان

بچوں میں یرقان کی وجہ کیا ہے؟

سادہ وجوہات کی بنا پر یرقان نوزائیدہ بچوں میں عام یرقان ہے۔ یہ زندگی کے دوسرے یا تیسرے دن محسوس ہوتا ہے۔ بتدریج کم ہو جاتا ہے اور چودہ دنوں تک مکمل طور پر حل ہو جاتا ہے۔ اس سادہ یرقان کی ...وجوہات یہ ہیں

:(جسمانی (سادہ) یرقان (نادان جگر کی وجہ سے

نوزائیدہ بچے بالغوں کی نسبت زیادہ بلیروبن پیدا کرتے ہیں کیونکہ زندگی کے پہلے چند دنوں میں ہیمپگلوبن کی زیادہ سطح اور خون کے سرخ خلیات کی تیزی سے ٹوٹ پھوٹ کی وجہ سے۔ عام طور پر، جگر خون کے دھارے سے بلیروبن کو فلٹر کرتا ہے اور اسے آنتوں کی نالی میں چھوڑ دیتا ہے۔ ایک نوزائیدہ کا ناپختہ جگر اکثر بلیروبن کو کافی تیزی سے نہیں ہٹا سکتا، جس کی وجہ سے بلیروبن کی زیادتی ہوتی ہے۔ ان عام نوزائیدہ حالات کی وجہ سے ہونے والے یرقان کو فزیولوجک یرقان کہا جاتا ہے، اور یہ عام طور پر زندگی کے دوسرے یا تیسرے دن ظاہر ہوتا ہے۔ یہ عام طور پر دو ہفتوں کے وقت میں خود ہی حل ہوجاتا ہے۔

ماں کے دودھ میں انزائمز: اگر ماں کا دودھ پینے والے بچے میں زندگی کے دوسرے یا تیسرے ہفتے (پہلے ہفتے کے بعد) یرقان نظر آئے جو کہ دوسری صورت میں صحت مند ہو، تو اس حالت کو ماں کے دودھ کا یرقان کہا جا سکتا ہے۔ یہ ممکنہ طور پر اس وجہ سے ہوتا ہے: ماں کے دودھ میں انزائمز اور عوامل جو آنت سے بلیروبن کے جذب میں مداخلت کریں گے اور ایسے عوامل جو بچے کے جگر میں بعض پروٹین کو بلیروبن کو ٹوٹنے سے روکتے ہیں۔ یہ حالت خود محدود ہے اور خود ہی حل ہوجاتی ہے۔ اس حالت میں ماں کے دودھ کو روکنے کی ضرورت نہیں ہے۔

:ناکافی کھانا کھلانا

یہ زندگی کے پہلے ہفتے کے اندر ہوتا ہے۔ یرقان اس وقت ہوتا ہے جب بچے کو دودھ کا دودھ کافی نہیں ملتا ہے ، نوزائیدہ بچوں کو دودھ کی زیادہ سے زیادہ مقدار نہیں مل سکتی ہے, آنتوں میں بلیروبن کی بحالی میں اضافے کی وجہ سے بلند بلیروبن کی سطح کا باعث بنتا ہے. دودھ کی ناکافی مقدار میں میکونیم کی منظوری میں بھی تاخیر ہوتی ہے ، جس میں بڑی مقدار میں بلیروبن ہوتا ہے جو اس کے بعد نوزائیدہ بچوں کی گردش میں منتقل ہوجاتا ہے. زیادہ تر معاملات میں دودھ پلانا جاری رکھ سکتا ہے ، اور ہونا چاہئے. مزید .فیڈنگز یرقان کے خطرے کو کم کرسکتی ہیں

: سر کی چوٹ

مشکل ترسیل کے دوران ، خون کھوپڑی کی جلد کے نیچے جمع کرسکتا ہے جسے سیفالو ومیٹوما کہتے ہیں. یہ عام طور پر چار سے چھ ہفتوں کے وقت میں جذب ہوتا ہے. ہیماتوما جذب کے دوران بلیروبن کی سطح بڑھ .سکتی ہے اور یرقان کا سبب بن سکتی ہے

اے بی او کی عدم مطابقت

اے بی او کی عدم مطابقت ان بیماریوں میں سے ایک ہے جو یرقان کا سبب بن سکتی ہے۔ اے بی او کی عدم مطابقت اس وقت ہوتی ہے جب ماں کے خون کی قسم او وی ہوتی ہے ، اور اس کے بچے کے خون کی قسم اے یا بی ہوتی ہے. ماں کا مدافعتی نظام اپنے بچے کے سرخ خون کے خلیوں کے خلاف رد عمل ظاہر کرسکتا ہے اور اینٹی باڈیز بنا سکتا ہے. اے بی او کی عدم مطابقت کا علاج نوزائیدہ بچوں میں لائٹ تھراپی (فوٹو تھراپی) کے ذریعہ کیا جاتا ہے. شاذ و نادر مواقع پر تبادلہ منتقلی ضروری ہوسکتی ہے. مکمل بازیابی عام طور پر دیرپا اثر .و رسوخ کے ساتھ ہوتی ہے

شدید یرقان (پیتھولوجیکل) ایسی شرائط جیسے جگر سے باہر پت کے بہاؤ کو روکتی ہیں (چول اسٹیسس) ، جیسے بلاری ایٹریسیا یا چول ڈوچل (پت ڈکٹ) .سسٹ

پت ڈکٹ کی اسامانیتاوں: بلاری ایٹریسیا: اس حالت میں ، نالیوں کو جو جگر سے پت کو آنت میں لے جاتے ہیں یا تو وہ ترقی میں ناکام ہوجاتے ہیں یا مسدود ہوجاتے ہیں. چونکہ پت آنت میں نہیں بہہ رہا ہے ، لہذا یہ جگر میں جمود کا شکار ہوجاتا ہے جس کی وجہ سے گہری یرقان ، ہلکے رنگ کے پاخانہ اور جگر کی ناکامی ہوتی ہے. یہ ایک سنگین حالت ہے. اس کی تصدیق ہیپاٹوبیلیری نیوکلیئر اسکین اور جگر کے بایپسی سے ہوتی ہے. سرجری واحد آپشن ہے اور اس حالت کی امید ہے. اس کا علاج (سے پہلے دو ماہ کی عمر سے پہلے) کاسکی پوٹونٹروسٹومی نامی ایک طریقہ کار کے ذریعہ کیا جانا چاہئے. اس طریقہ کار میں

، آنتوں کی لوپ جگر کے پورٹل ایریا میں بازی کے بعد جگر سے منسلک ہوتی ہے ، تاکہ آنت میں پت کا بہاؤ قائم کیا جاسکے. اگر یہ جراحی کا طریقہ کار ناکام ہوجاتا ہے تو - جگر کی پیوند کاری ہی واحد آپشن ہے.

چولڈو چلسٹ: اس حالت میں ، ٹیوب جو جگر کے سراووں کو لے کر جاتی ہے (پت) سوجن ہوجائے گی ، جس سے پت کا جمود پیدا ہوگا. اس حالت سے یرقان ، پت ٹیوبوں کے بار بار انفیکشن اور جگر کی ناکامی کا سبب بن سکتا ہے. اس حالت کی تشخیص الٹراساؤنڈ پیٹ اور ایم آر سی پی ٹیسٹ کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ اس حالت کو جراحی کے طریقہ کار کے ذریعہ درست کیا جاتا ہے جسے – سسٹ ایکسائز اور ہیپاٹکوٹیروسٹومی کہا جاتا ہے, جس میں پوری سسٹ کو ایکسائز کیا جاتا ہے اور آنتوں کا ایک لوپ جگر کے لئے انجکشن میں پت کے مفت بہاؤ کے لئے ایناسٹموز کیا جاتا ہے.

نوزائیدہ ہیپاٹائٹس

حمل کے دوران ، اگر ماں کو مشعل وائرس کا انفیکشن ملتا ہے (ٹیکسو پلاسموسس ، روبیلا ، سائٹومیگل وائرس اور ہرپس کے انفیکشن) اس سے جنین کی نشوونما میں خلل پڑتا ہے. وہ جگر ، تللی اور گہری یرقان کی توسیع کے ساتھ پیش کرسکتے ہیں. ٹورچ سنڈروم کا علاج بنیادی طور پر معاون ہے اور اس کی علامت پر منحصر ہے۔ دوائیں ہرپس اور سائٹومیگل وائرس کے انفیکشن کے لئے ایک آپشن ہیں. متاثرہ حاملہ عورت کا علاج کرکے روک دیا گیا ، اس طرح انفیکشن کو جنین کو متاثر کرنے سے روکتا ہے

.... دوسری وجوہات

بلڈ سیل کی بیماریاں: جیسے بیمار سیل خون کی کمی یا گلوکوز چھ فاسفیٹ ڈیہائیڈروجنیس (G6PD) کمی جہاں خون کے خلیوں کو جلد نقصان پہنچا ہے.

انفیکشن: عام طور پر کسی وائرس کی وجہ سے ہوتا ہے (جیسے وائرس) یا بیکٹیریا (جیسے پیشاب کی نالی کے انفیکشن). یرقان بھی زیادہ سنگین انفیکشن کی علامت ہوسکتا ہے ، جیسے یا سیپسس.

اینڈو کرائن (ہارمونل) عوارض: جیسے ہائپوٹائیرائڈزم (غیر فعال تائرواڈ) یا ہائپوپیٹیوزم

جینیاتی امراض: جیسے گلبرٹ سنڈروم (ایک عام ، بے ضرر حالت) یا گالیکٹوزیمیا (ایک سنگین بیماری جس کا علاج بچے کے لئے خصوصی غذا کے ساتھ کرنا ضروری ہے). بہت سی دوسری جینیاتی بیماریاں ہیں جو یرقان کا سبب بن سکتی ہیں ، لیکن ان میں سے بیشتر انتہائی نایاب ہیں.

بچوں میں یرقان کا علاج

جسمانی یرقان (کسی بھی بیماری کی وجہ سے نہیں ہونے والا یرقان) اکثر دو ہفتوں کے اندر بغیر علاج کے چلا جاتا ہے. اس وقت کے دوران ، بچے کے خون کو جانچنے کی ضرورت پڑسکتی ہے تاکہ یہ یقینی بنایا جاسکے کہ بلیروبن کی سطح میں بہتری آرہی ہے. کچھ بچوں کو فوٹو تھراپی نامی علاج کی ضرورت ہوتی ہے. اس سے بچے کی جلد کو ایک خاص قسم کی روشن نیلی روشنی سے بے نقاب کیا جاتا ہے. یہ نیلی لائٹس زیادہ تر بچوں کے لئے بہت محفوظ ہیں. روشنی جلد میں کیمیائی رد عمل کا سبب بنتی ہے جو جسم کو پیشاب اور پاخانہ کے ذریعہ زیادہ آسانی سے بلیروبن کو ہٹانے دیتا ہے. بلیروبن کی سطح پر منحصر ہے ، فوٹو تھراپی میں کچھ گھنٹوں سے کئی دن تک کہیں بھی لگ سکتا ہے. یرقان کے لئے دو قسم کی فوٹو تھراپی ہیں:

روایتی فوٹو تھراپی: بچے کو نیلے رنگ کی روشنی کے ایک سیٹ کے نیچے بستر پر رکھا جاتا ہے. یہ لیمپ ہیں جو ایک خاص نیلی روشنی بناتے ہیں. فوٹو تھراپی کے علاج کے دوران نرم آنکھوں کے پیچ بچے کی آنکھوں کی حفاظت کرتے ہیں.

فائبروپٹیک فوٹو تھراپی: یہ علاج ایک ایسے آلے کے ساتھ کیا جاتا ہے جسے بلی کمبل کہتے ہیں. یہ ایک نرم پیڈ ہے جس کے اندر نیلی فوٹو تھراپی لائٹس ہیں. علاج کے دوران بچے کو مرچ کمبل میں رکھا جاتا ہے یا لپیٹ لیا جاتا ہے.

اگر فوٹو تھراپی بلیروبن کی سطح کو کافی کم یا تیز نہیں لاتی ہے تو, شدید یرقان والے بچے کو خون کے تبادلے کی منتقلی کی ضرورت ہوسکتی ہے (بچے کا کچھ خون ہٹا دیا جاتا ہے اور اسے ڈونر بلڈ) سے تبدیل کیا جاتا ہے ، لیکن اس کی شاذ و نادر ہی ضرورت ہوتی ہے. پیتھولوجیکل یرقان والے بچوں کے لئے (یرقان جو بیماری کی وجہ سے ہوتا ہے) ، علاج کا بہترین کورس اس وجہ پر منحصر ہوتا ہے. جیسا کہ اوپر بحث کیا گیا ہے ، پیتھولوجک یرقان کی بہت سی مختلف وجوہات ہوسکتی ہیں ، اور یہ جاننے کے لئے کہ مسئلہ

کیا ہے اور اس کے ساتھ سلوک کرنے کا طریقہ معلوم کرنے کے لئے مختلف ٹیسٹوں کی ضرورت پڑسکتی ہے.

کیا ہو گا ، اگر علاج نہیں دیا گیا ہے

اکثر ، یرقان عارضی ہوتا ہے اور نقصان دہ نہیں ہوتا ہے. شاذ و نادر ہی معاملات میں ، یرقان سنجیدہ یا حتی کہ جان لیوا بھی ہو سکتا ہے. خوش قسمتی سے ، فوری علاج بچوں میں یرقان کی زیادہ تر پیچیدگیوں کو روک سکتا ہے. اگر مناسب طریقے سے علاج نہیں کیا گیا تو ، یرقان صحت کے سنگین مسائل کا باعث بن سکتا ہے. جب بلیروبن کی سطح خطرناک حد تک بلند ہوتی ہے تو ، یہ پورے جسم میں خلیوں کو نقصان پہنچا سکتی ہے. دماغی نقصان (کیرنیکٹرس) دماغی فالج یا بہرے پن جیسی پیچیدگیوں کا باعث بننے کے لئے شدید یرقان کے لئے یہ ممکن ہے.

بچوں کے یرقان کے اہم نکات

یرقان نوزائیدہوں میں بہت عام ہے - ساٹھ فیصد

.یہ عام طور پر عارضی اور بے ضرر ہوتا ہے

.بچوں میں شاذ و نادر ہی یرقان سنگین یا جان لیوا ہے

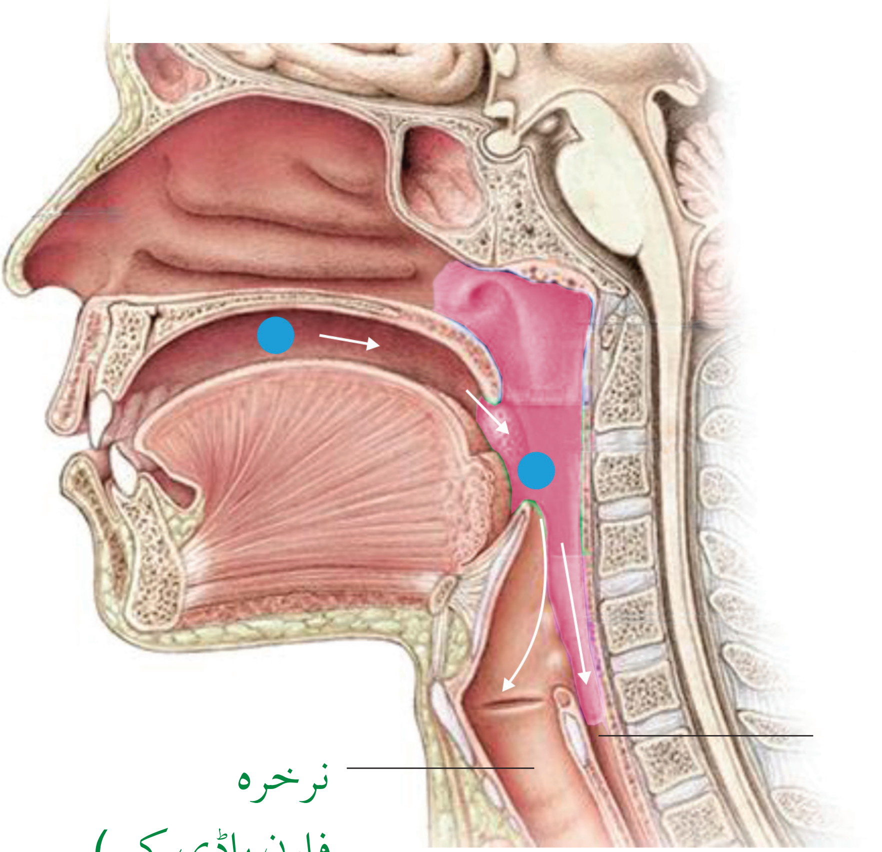
اگر یرقان طویل عرصے سے (دو ہفتوں سے زیادہ دیرپا ہے ، شدید (بہت زیادہ بلیروبن کی سطح کے ساتھ) ، یا روگولوجک (کسی بیماری سے دوچار ہے) ، فوری توجہ ، جانچ, اور ممکنہ طور پر علاج پیچیدگیوں سے بچنے کے لئے اہم ہے.

23

Chapter

غیر ملکی جسم کا ادخال اور
بچوں میں خواہش

...ایک بار جب بچہ غیر ملکی جسم کو کھا لے

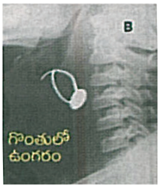


23

غیر ملکی جسم کا ادخال اور بچوں میں خواہش

ایک خاندان اپنے دو سال کے لڑکے کے ساتھ فلم سے لطف اندوز ہو رہا ہے۔ فلم کے وقفے پر انہوں نے پاپ کارن خریدا۔ لڑکا فلم دیکھ رہا ہے اور پاپ کارن لے رہا ہے۔ اچانک ایک پاپ کارن گلے میں پھنس گیا اور آہستہ آہستہ سانس کے نظام میں داخل ہو گیا۔ اسے سانس لینے میں دشواری تھی اور وہ نیلا ہو گیا تھا۔ جب تک اسے ہسپتال لے جایا گیا، وہ اب نہیں رہا۔

ایک سال چھ ماہ کی بچی کھیلتے ہوئے غلطی سے کیل نگل گئی۔ لیکن یہ نظام تنفس میں چلا گیا، ونڈ پائپ میں پھنس گیا۔ ڈاکٹروں نے اینڈو سکوپی کے ذریعے نکالنے کی کوشش کی لیکن وہ کامیاب نہ ہو سکے اس لیے سرجیکل ہٹا دیا گیا۔



اگر ہم پیڈیاٹرک سرجنوں ، آنکھ ، ناک ، حلق سرجنوں اور پیڈیاٹرک اسپتالوں کی طبی تاریخوں میں جاتے ہیں تو ایسی بہت سی کہانیاں ہیں. یہ غیر ملکی لاشیں دیکھنے کے لئے چھوٹے ، چھوٹے مادے ہیں لیکن اگر وہ بچے ان کے منہ میں لے جاتے ہیں تو وہ جان لیوا بن جاتے ہیں. جیسے جیسے بچے دنیا کی تلاش کرتے ہیں ، انہوں نے لامحالہ غیر ملکی جسموں کو اپنے منہ میں ڈال دیا اور ان میں سے کچھ نگل لیا. غیر ملکی جسم میں ادخال عام کھانے کے علاوہ کسی اور چیز کی نگل رہا ہے. غیر ملکی جسم کی خواہش وہ حالت ہے جو سانس کے نظام میں داخل ہونے والے غیر ملکی جسم سے پیدا ہوتی ہے. یہ عام طور پر چھ ماہ سے چھ سال کے درمیان بچوں میں ہوتا ہے ، جو چیزوں کو اپنے منہ میں ڈالتے ہیں. چھوٹے بچوں میں لڑکے اور لڑکیاں دونوں یکساں طور پر متاثر ہوتے ہیں.

ایک بار جب اعتراض نگل جاتا ہے تو ، یہ غذائی نالی (غذائی نالی میں پھنس سکتا ہے وہ ٹیوب ہے جو منہ کو پیٹ سے جوڑتی ہے) یا پیٹ میں پھنس جاتی ہے. نگل جانے والی اشیاء عام طور پر پورے ہاضمہ سے گزرتی ہیں اور مقعد (ریئر اینڈ) سے زیادہ تر معاملات میں بغیر کسی پریشانی کے گزرتی ہیں. ایف بی جو آنتوں کی نالی کو نقصان پہنچاتا ہے ، درج ہوجاتا ہے یا اس سے وابستہ زہریلا ہوتا ہے اس کی نشاندہی اور اسے ختم کرنا ضروری ہے. پہلے سے موجود جی آئی ٹی کی اسامانیتاوں والے بچے (آنتوں کی اسٹینوسس ، پچھلی سرجری) پیچیدگیوں کا خطرہ بڑھ جاتا ہے. لیکن ایک سے تین سال کے درمیان عمر کے بچوں میں غیر ملکی جسم کی خواہش موت کی سب سے بڑی وجہ ہے. اگرچہ بڑے بچے غیر ملکی اداروں کی خواہش کے لئے بھی جانا جاتا ہے لیکن چھوٹا بچہ ایسا کرنے کا زیادہ خطرہ رکھتے ہیں.

غیر ملکی جسم کے ادخال کی وجوہات

غیر ملکی جسم میں ادخال حادثے سے ہوسکتا ہے یا مقصد کے مطابق کیا جاسکتا ہے. اپنے ماحول کی تلاش میں مصروف رہتے ہوئے ، چیزوں کو ناکافی دانتوں اور نادان نگلنے والے ہم آہنگی کے ساتھ منہ میں ڈالتے ہوئے.. بہت چھوٹے بچے اپنے منہ میں کچھ بھی ڈال سکتے ہیں اور شے کو نگل سکتے ہیں. اشیاء - دو ٹوک ، تیز ، نوکدار یا زہریلا ہوسکتی ہیں. ان میں سیفٹی پن ، چھوٹی بیٹریاں ، سوئیاں ، ٹیکلز ، بیج ، ٹوتھ پکس شامل ہوسکتے ہیں,

کھلونے ، شیشے ، لکڑی کے ٹکڑے۔ یا اسکول کی فراہمی. بچے کھانے کے دوران مچھلی کی ہڈی یا جانوروں کی ہڈی نگل سکتے ہیں. سکے بچوں میں سب سے زیادہ عام طور پر نگل جانے والے آبجیکٹ ہیں۔ خواہش مند ایف بی کا نوے فیصد نامیاتی ہیں جیسے ... مٹر گری دار میوے ، کسٹرڈ سیب کے بیج اور تیمارند بیج فہرست کی سرخی رکھتے ہیں

داخل شدہ غیر ملکی جسم کے اثرات کی سائٹس

جہاں کریکوفرینجوس پٹھوں کی سلنگ " کیچ " ہو گی۔ اس سطح پر ایسوفجال ایف بی کا ستر فیصد درج ہے. ایف بی کا مزید پندرہ فیصد وسط غذائی نالی کی سطح پر داخل ہو گا جہاں خون کا بڑا برتن شہ

رگ ، غذائی نالی کو عبور کرتا ہے۔ باقی پندرہ فیصد کم غذائی نالی اسفنکٹر سطح پر درج کریں گے۔ ایک بار ایف بی ، غذائی نالی سے حرکت کرتا ہے اور پیٹ تک پہنچ جاتا ہے ، اس سے پیچیدگیوں کا باعث بننے کا امکان بہت کم ہوتا ہے۔ استثناء ایف بی ہیں جن کی نشاندہی کی جاتی ہے ، پانچ سینٹی میٹر سے زیادہ یا دو سینٹی میٹر سے زیادہ لمبی۔ ایک اور دلچسپ صورتحال نگل جانے والے مقناطیسی کھلونے ہیں جو آنتوں کی رکاوٹ کا باعث بنتے ہیں اور ساتھ میں ڈھل رہے ہیں

متاثر غیر ملکی جسم

جب تک ایف بی نیچے جا رہا ہے ، اس سے زیادہ نقصان نہیں ہوتا ہے۔ لیکن ایک بار جب جی آئی ٹریک میں ایف بی داخل ہوجاتا ہے تو یہ مقامی سوزش ، السرسی ، درد ، خون بہہ رہا ہے ، داغ اور رکاوٹ پیدا کرسکتا ہے یا یہ جی آئی ٹریکٹ کے ذریعہ ختم ہوسکتا ہے۔ اس کی وجہ پیریٹونائٹس ہے۔ غذائی نالی کے ذریعے اخراج سے میڈیسٹینائٹس ہوسکتی ہے.

کلینیکل پریزنٹیشن

عام طور پر انہیں ایف بی ادخال کے گواہ کے بعد ، طبی امداد میں لایا جاتا ہے.

بچہ ادخال کی پیچیدگی کی علامات اور علامات کے ساتھ پیش کرسکتا ہے.

نگہداشت دینے والے کو اسٹول میں ایف بی کی منظوری اور تشخیص کے لئے بچے کو لاتا ہے.

مبہم علامات کے ساتھ پیش ہوسکتا ہے۔ جیسے گردن ، گلے ، سینے یا پیٹ میں درد.

ایسوفجیال ایف بی ڈیسفگیا ، کھانے سے انکار ، ہیمیٹیمس ، سینے میں درد ، تناؤ ، ایمیسیس یا نامعلوم بخار کے ساتھ پیش کرسکتا ہے.

پیٹ اور کم معدے کی غیر ملکی لاشیں الٹی ، پیٹ میں کشیدگی اور ہیماتوچزیا پیدا کریں گی.

سانس لینے میں دشواری ہوسکتی ہے ... کھانسی ، یا گھرگھراہٹ یا سائینوسس.

تحقیقات

بچوں کے ذریعہ لگائے جانے والے بیشتر غیر ملکی باڈیز ریڈیو مبہم ہیں۔ (سانس کے برعکس جہاں ان میں سے بیشتر ریڈیو-لیوسینٹ) ہیں۔ ایک سادہ ایکس رے جس میں گردن ، سینے اور پورا پیٹ شامل ہوتا ہے عام طور پر ایف بی کو تلاش کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اگر آبجیکٹ غذائی نالی میں ہے تو - فرنٹل اور پس منظر کی فلموں کی ضرورت ہے تاکہ وہ خاص طور پر تلاش کریں اور اس شے کی بہتر شناخت کریں۔ جب کسی غیر ملکی ادارہ پر سختی سے شبہ کیا جاتا ہے تو ، اینڈوسکوپی کے ذریعہ ملاحظہ کرنا بہترین آپشن ہوتا ہے جس نے ایف بی کو ہٹانے کی اجازت دینے کا فائدہ اٹھایا ہے۔ خصوصی معاملات میں سی ٹی یا ایم آر آئی شاذ و نادر ہی کیا جاتا ہے لیکن وہ غیر ملکی اداروں کا پتہ لگانے میں اضافہ کرسکتے ہیں۔ پیٹ میں سککوں والے مریضوں کو محفوظ طریقے سے مشاہدہ کیا جاسکتا ہے لیکن ان غذائی نالی میں ایف بی والے افراد کو شاید سادہ ایکس رے کے ذریعہ تصدیق شدہ مقام ہونا چاہئے.

علاج

غیر ملکی جسمانی ادخال کا علاج قسم اور سائز پر منحصر ہے۔ علاج بھی اس بات پر منحصر ہے کہ کتنا لمبا اور کتنا دور ہے

ایف بی معدے کی آنتوں میں ہے۔ زیادہ تر وقت ، اگر ایف بی چھوٹا ، ہموار اور پیٹ میں ہے تو ، دیکھنے والے انتظار کا مشورہ دیا جاسکتا ہے۔ اس کے پاس ہونے میں کچھ دن ہفتوں کا وقت لگ سکتا ہے۔ ایف بی کو نگل جانے والے زیادہ تر بچوں کو خصوصی نگہداشت کی ضرورت نہیں ہے۔ انہیں سکون کی پوزیشن سنبھالنے کی اجازت ہونی چاہئے۔ غذائی نالی میں غیر ملکی باڈیز جیسے بٹن بیٹریاں اور دیگر۔ - یسوفاگوسکاپی کے ذریعہ فوری طور پر ہٹانا انتخاب کا علاج ہے۔ غیر ملکی اداروں کو اگر برقرار رکھا گیا ہے تو ، اسوفگو گیسٹرک جنکشن پر اثر انداز کیا گیا ہے ، اینڈوسکوپی کے ذریعہ اسے ہٹا دیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ ناکام ہوجاتا ہے تو پھر بھی غیر ملکی جسم پر اثر پڑتا ہے ، اسے سرجری کے ذریعہ ختم کرنا پڑتا ہے۔ اگر غیر ملکی ادارہ پہلے ہی غذائی نالی کو سوراخ کرنے کا سبب بنا ہے تو ، ہنگامی سرجری کرنی ہوگی۔ بصورت دیگر اس سے (سینے

کی شدید انفیکشن (میڈیسٹینائٹس) ہوجائے گی جس .میں اموات کی شرح زیادہ ہے

اگر ایف بی پیٹ میں نیچے چلا گیا ہے یا چھوٹی آنتوں کی شکل ، سائز اور نفاست بہت اہمیت رکھتی ہے. عام طور پر چھوٹا ، ہموار اور بند ایف بی بے ساختہ گزر جائے گا. لمبی ایف بی جیسے قلم ، پنسل ، تیز ایف بی جیسے پن ، اوپن ایف بی جیسے سیفٹی پنوں میں پھنس جانے کا امکان ہے اور اس پر اثر پڑے گا. ان حالات کو جراحی مداخلت کی ضرورت ہے. بعض اوقات یہ تیز ایف بی سوراخ ہوجائے گا اور جی آئی ٹی سے باہر ہوں گے۔ انہیں سی آرم کنٹرول کے ساتھ لیپروٹومی کی ضرورت ہے. عام طور پر سائز کا ایف بی جس کی لمبائی پانچ سینٹی میٹر ہے اور دو سینٹی میٹر چوڑائی پائلورس سے نہیں گزر سکتی ہے اور انہیں .اینڈو سکوپی کے ذریعہ ہٹانے کی ضرورت ہے

کھایا اور برقرار رکھا ایف بی

ایف بی کو عام طور پر برقرار رکھا جاتا ہے کیونکہ وہ جی آئی ٹی میں کنٹرول میکانزم کے ذریعہ بات چیت نہیں کرسکتے ہیں۔ پیٹ کے آؤٹ لیٹ پر پیلیورک ایریا کی طرح, چھوٹے آنتوں کی ابتدا میں ڈوڈینو-جیجنال جنکشن. چھوٹے اور بڑے آنتوں کے سنگم پر الیئو کیکال علاقہ. اگر ایف بی بڑا ، لمبا یا تیز ہے تو ان علاقوں پر بات چیت کرنا مشکل ہے۔ اگر پیٹ میں برقرار رکھا جائے تو, ایک ہفتہ سے زیادہ کے لئے یہاں تک کہ اگر یہ ہموار ایف بی ہے تو اسے اینڈوسکوپک ہٹانے سے ہٹانا ہوگا. اگر یہ پیٹ میں تکلیف دہ ہے تو ، مزید دو ہفتوں تک پیروی کرنے کا مشورہ دیا جاتا ہے. اگر ایف بی چھوٹے آنتوں میں پھنس گیا ہے اور آنتوں میں رکاوٹ پیدا کررہا ہے تو ، اسے انٹروٹومی کے ذریعہ ہٹانے کی ضرورت ہے. عام مثال غیر منقسم برنگ ہے. گھریلو افعال کے دوران ، غیر ٹوٹا ہوا بیٹل گری دار میوے باقاعدگی سے استعمال ہوتے ہیں. اگر بچہ ان گری دار میوے کو نگل جاتا ہے ، جیسے ہی وہ جی آئی ٹی سے گزرتے ہیں ، تو وہ سائز میں پھول جاتے ہیں اور آئلو کاکل خطے میں رکاوٹ پیدا کرتے ہیں. اس کو .سرجری کے ذریعہ مداخلت کی ضرورت ہے

اگر ایف بی بڑی آنت (بڑی آنت) میں داخل ہوتا ہے تو ، وہ بغیر کسی مشکل کے باہر نکل جاتے ہیں اور نرمی کا ایک کورس کافی ہوتا ہے تاکہ اسے بے ساختہ منتقل .کیا جاسکے

الکالین بیٹریاں جی آئی ٹی دیوار کے کٹاؤ کا سبب بنتی ہیں جس کی وجہ سے پیچیدگیاں پیدا ہوتی ہیں. انہیں ہٹانا ہوگا ، جیسا کہ اور جب ان کی تشخیص کی .جاتی ہے

غیر ملکی باڈیز جن پر توجہ کی ضرورت ہے

تیز دھار چیزیں جیسے کھلی حفاظتی پن، شیشے کے ٹکڑے۔

پانچ سینٹی میٹر سے زیادہ لمبی اور دو سینٹی میٹر سے زیادہ چوڑائی والی اشیاء۔

الکلین بیٹریاں

وہ اشیاء جو کہ بغیر ٹوٹے ہوئے چقندر کی طرح نیچے سے گزرتے ہی سائز میں بڑھ جاتی ہیں۔

غیر ملکی اداروں کو مقررہ مدت سے زیادہ برقرار رکھا

غیر ملکی جسم جو پہلے ہی تشخیص کے وقت پیچیدگیاں پیدا کر چکے ہیں۔

تمام خواہش مند غیر ملکی اداروں کو فوری طور پر ہٹانا ہوگا کیونکہ وہ جان لیوا پیچیدگیاں پیدا کر سکتے ہیں۔

غیر ملکی جسم کے ادخال کی پیچیدگیاں

ایسوفجیال ایف بی
بلغم کھرچنے
ایسوفجیکل سختی یا رکاوٹ
ریٹروفرینجیل پھوڑے
ترقی کی منازل طے کرنے میں ناکامی
ایسوفجیکل پرفوریشن میڈیسٹینائٹس کا باعث بنتا ہے
نموموميڈیسٹنم
ٹریچیل کمپریشن
آورٹو - ایسوفجگل نالورن کی تشکیل .. جس کے .نتیجے میں ہیمرج ہوتا ہے
.پیٹ اور کم جی ای ٹی غیر ملکی جسمیں
بلغم رگڑ
.آنتوں میں رکاوٹ
.آنتوں میں سوراخ کرنے سے پیریٹونائٹس ہوتا ہے

غیر ملکی جسم کی خواہش

غیر ملکی جسم کی خواہش وہ حالت ہے جو سانس کے نظام میں داخل ہونے والے غیر ملکی جسم سے پیدا ہوتی ہے ، یہ ایک سال سے تین سال کی عمر کے بچوں میں موت کی سب سے بڑی وجہ ہے. خواہش مند ایف بی کا چھیاسی فیصد فطرت میں نامیاتی ہیں. مونگ پھلی ، کسٹرڈ سیب کے بیج یا تیمارند بیج کی طرح. جہاں سانس کے نظام میں ایف بی لاجز ایف بی کے سائز اور شکل پر منحصر ہوتا ہے. ایف بی کی اکثریت کم سے کم ہوا کے طریقوں سے پائی جاتی ہے. نامیاتی ایف بی جیسے بیج وہ وقتا فوقتا پھول جاتے ہیں ، رکاوٹ کو خراب کرتے ہیں. چھوٹی اور تیز اشیاء سبگلوٹک علاقے میں داخل ہوتی ہیں.

پریزنٹیشن

ایف بی کی خواہش تین کلینیکل مراحل میں سے ایک میں پیش کر سکتی ہے.

فوری مرحلہ .. خواہش کے فورا بعد ہی ہوتا ہے اور کھانسی ، چاکنگ ، گیگنگ ، پہیے ، تار یا عارضی سائینوسس کے طور پر پیش کرتا ہے. اس مرحلے میں موت کی شرح زیادہ ہے.

اسیمپٹومیٹک مرحلہ ... چند منٹ سے مہینوں تک چل سکتا ہے. مختلف مدت کا انحصار ایف بی کے مقام پر ہے ، ایف بی کی رکاوٹ کی ڈگری ، خواہش مند مواد کی قسم اور آسانی جس کے ساتھ ایف بی اپنی پوزیشن تبدیل کرسکتا ہے.

تجدید شدہ علامتی مرحلہ۔ ایئر وے کی سوزش یا انفیکشن کے ذریعہ کشش. اگر ایف بی فطرت میں نامیاتی ہے تو یہ ممکن ہے. علامات میں کھانسی کے بار بار بو آؤٹ شامل ہیں جس میں سپٹم ، ہیموپٹیسیس (کھانسی میں خون) ، بخار ، گھرگھراہٹ اور وقفے وقفے سے سائینوسس شامل ہیں. کلینیکل پریزنٹیشن نمونیا ، کراپ ، دمہ ، ٹریچومالسیا ، برونکومالسیا کی طرح دکھائی دیتی ہے.

تشخیص غیر ملکی جسم کی خواہش کی تاریخ پر منحصر ہے. یا اچانک کھانسی ، چاکنگ ، اسٹرائڈور یا سائانوسس- ایف بی کے آغاز پر شبہ کیا جانا چاہئے. اگر اچانک کھردری ، افونیا یا اسٹرڈور کا آغاز ہوتا ہے تو ایف بی غالبا لاری نکس یا ترکیہ میں ہوتا ہے.

تیز رفتار پیچھے ہٹنا اوپری ایئر وے کی رکاوٹ کے ساتھ دیکھا جاتا ہے. طبی لحاظ سے ، علامات ایف بی کے سائز اور مقام ، مدت اور ایف بی سے متعلق پیچیدگیوں پر منحصر ہیں. اکثر یکطرفہ کم سانس کی آوازیں ہوتی ہیں اور ایئر وے تنگ ہونے کی وجہ سے بہادر آوازیں سنی جاسکتی ہیں. سانس کی آوازوں کے متبادل نقصان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ایف بی اپنی جگہ منتقل کررہا ہے اور نامکمل رکاوٹ کا سبب بن رہا ہے. خواہشمند ایف بی میں سے بیشتر نامیاتی ہیں اور وہ ایکس رے پر نظر نہیں آتے ہیں. تو ، خواہش اور برونچیکل رکاوٹوں کے بالواسطہ ثبوت جیسے.. ایکسرے سینے میں پھیپھڑوں ، ہائپر انفلیشن اور میڈیسٹینل شفٹ کے خاتمے کی تلاش کی جانی چاہئے.

خواہش مند بیرونی چیزوں کا انتظام

ہوائی راستے میں رکاوٹ کی صورت میں - نوزائیدہ بچوں کے ساتھ بیک بل ، تیز تر ، سوپائن پوزیشن میں پیٹ کے زور یا سیدھے مقام پر پیٹ کے زور سے سلوک کیا جانا چاہئے. بلائنڈ فنگر سویپز نہیں کیے جائیں کیونکہ یہ ایف بی کو نیچے دھکیل سکتا ہے. اگر کچھ سانس ممکن ہے تو کھانسی اور جلد سے جلد اسپتال میں منتقل ہونے کی حوصلہ افزائی کریں. خواہش مند ایف بی کو ہٹانے کے لئے سونے کا معیار ایک سخت برونکوسکوپی کے ذریعہ ہے. سخت برونکوسکوپی عام اینستھیزیا کے تحت کی جاتی ہے. ابتدائی مرحلے میں یا انتخابی طریقہ کار کے طور پر ، جب سخت برونکوسکوپی ہنگامی صورتحال کے طور پر کی جاسکتی ہے

وہ بعد میں سینے کے بار بار انفیکشن کے ساتھ پیش کررہے ہیں. آج کل روشن شدہ ایف بی فورسپس دستیاب ہیں ، جو خواہش مند ایف بی کو بہتر اور آسان طریقے سے ہٹانے میں مدد کرتا ہے. سب سے مشکل حالات وہ ہیں جہاں نامیاتی ایف بی طویل عرصے کا ہے اور جب ایف بی نے پہلے ہی ٹریچوبروچیل درخت کو سوراخ کردیا ہے. اس کے لئے بچوں کے ایک تجربہ کار سرجنوں کی مداخلت کی ضرورت ہے.

صورتحال جہاں حادثات ہو سکتے ہیں

فلم دیکھتے ہوئے ، سنیما ہالوں میں پاپ کارن کھانے والے بچے.

بچوں کو کھانا کھلانے کی عادت ، جبکہ بچے ٹی وی پروگرام دیکھ رہے ہیں.

سالگرہ کی جماعتیں ، فرائض اور معاشرتی اجتماعات ، جہاں بچوں پر توجہ کم ہو گی.

گھریلو تہوار اور افعال جہاں غیر ٹوٹا ہوا برنگ گری دار میوے جیسی چیزیں بچوں کے لئے آسانی سے دستیاب ہوتی ہیں.

گھر کی مرمت کا وقت جہاں بہت سارے بولٹ اور گری دار میوے آزادانہ طور پر چھوڑ دیئے جاتے ہیں.

عام ان حالات میں جہاں والدین ملازم ہوتے ہیں اور بچوں کو نگہداشت لینے والے چھوڑ دیتے ہیں.

کلیدی نکات

بچوں کے والدین اور نگہداشت رکھنے والوں کو چھوٹی چھوٹی چیزوں کو خاص طور پر تیز اشیاء اور بیٹریاں چھوڑنے کے بارے میں متنبہ کیا جانا چاہئے ، جہاں چھوٹے بچے انہیں ڈھونڈ سکتے ہیں اور انہیں اپنے منہ میں رکھ سکتے ہیں. غیر معمولی سرگرمی جیسے فریقین ، افعال ، تہوار ، تعطیلات کے وقت ، جب گھر میں یا سفر کے دوران زائرین موجود ہوتے ہیں تو یہ خاص طور پر عام ہوتا ہے. اپنے بچے کو کھلونوں سے کھیلنے نہ دیں جس کے چھوٹے حصے ہیں جو آسکتے ہیں اور نگل سکتے ہیں. اس بات کو یقینی بنائیں کہ بڑے بچے اپنے چھوٹے کھلونے چھوٹے بچوں سے دور رکھیں.

24
Chapter

بچوں میں کراسسی تحقیقات

24

بچوں میں کراسسی تحقیقات

تعارف

چنڈو اٹھارہ ماہ کا لڑکا ہے۔ چلنا سیکھنا شروع کیا۔ اس کے والد آئس فیکٹری میں کام کرتے ہیں۔ ایک دن وہ گھر میں کاسٹک سوڈا لے کر آیا۔ اس نے اسے گھر کے ایک کونے پر رکھا۔ چنڈو کھیلتے ہوئے اس کونے پر گیا اور سفید کاسٹک سوڈا دیکھنے پر ، اسے دودھ بننے کے لئے غلط سمجھا کہ اس نے اسے لیا اور رونا شروع کردیا۔ یہ اس کی زندگی بھر کے مسئلے کا نقطہ آغاز ہے۔ وینٹیلیٹر پر اس کا علاج کیا گیا۔ کھانا کھلانے کے مقصد کے لئے پیٹ میں عارضی ٹیوب متعارف کروائی گئی تھی۔ عام زبانی کھانے کی مقدار کو بحال کرنے کے لئے اس سرجری کے کیے جانے کے بعد وہ دو سال تک اس ٹیوب کے ساتھ تھا.

سدھیر دو سال کا لڑکا ہے۔ اس کی والدہ لیبارٹری ٹیکنیشن کی حیثیت سے کام کرتی ہیں۔ ایک دن وہ اپنی ماں کے ساتھ ساتھ لیب میں گیا۔ لیب کے حل کو بطور کولڈرینک غلط بنانا جس نے اس نے سلفورک ایسڈ لیا۔ وہ ہے

اب اپنی جوانی میں ہی لیکن پھر بھی وہ سانس کی پریشانیوں اور کھانے کی مقدار میں مبتلا ہے.

یہ ان بچوں کی کہانیاں ہیں جنھوں نے حادثاتی طور پر کوروسیوس لیا۔ ترقی پذیر ممالک ، جیسے ہندوستان میں سخت قوانین کی کمی کی وجہ سے جو احتیاط کی فروخت کو باقاعدہ بناتے ہیں ، میں سنکنرن کی ادخال ایک عام مسئلہ بنی ہوئی ہے۔ چوٹ کے شدید اور دائمی مراحل میں اوپری معدے کی نالی پر تباہ کن اثر کی وجہ سے یہ ایک اہم انتظامی چیلنج لاحق ہوسکتا ہے۔ اگرچہ اہم ٹشو کو پہنچنے والے نقصان کا سبب بننے کے فورا بعد ہی ہوتا ہے ، لیکن شدید مرحلے کا مناسب علاج چوٹوں کی افزائش کو روک سکتا ہے ، اور دائمی مرحلے میں مستقبل کے انتظام کو آسان بنا سکتا ہے.

کوررو سیسوز

کراسیوز وہ مادے ہیں یا تو تیزاب یا الکالی قابل ہیں جو ٹشوؤں کو نقصان دہ ، تباہ کن نقصان پہنچا رہے ہیں جو وہ رابطے میں آتے ہیں۔ بارہ سے اوپر پیپچ کے ساتھ دو یا الکلیاں کے پیپچ والے تیزاب ادخال پر انتہائی وسیع زخمی ہونے کے قابل ہیں۔ عام طور پر استعمال شدہ سنکنرن کو بڑے پیمانے پر تیزاب اور الکالی میں درجہ بندی کیا جاتا ہے۔ باتھ روم صاف کرنے والوں اور ڈش واشنگ ایجنٹوں پر مشتمل سوڈیم ہائیڈرو آکسائیڈ اکثر نقل شدہ الکالی ہیں جبکہ ٹوائلٹ کی صفائی کرنے والے ایجنٹ جن میں سلفرک یا ہائیڈروکلورک ایسڈ اور سنار کا سالوینٹ ہوتا ہے, جس میں تین میں ہائیڈروکلورک اور نائٹرک ایسڈ ہوتا ہے: ایک تناسب عام طور پر ملوث تیزاب ہوتا ہے۔ گھریلو بلیچ میں قدرتی الکالی حلقہ سوڈیم ہائپوکلورائٹ مغربی ممالک میں سب سے زیادہ عام طور پر ملوث سنکنرن ایجنٹ تھا ۔ ہندوستان جیسے ترقی پذیر ممالک میں ، جہاں زیادہ مہنگے کازٹک سوڈا کے مقابلے میں ٹوائلٹ کلینرز میں تیزاب عام طور پر استعمال ہوتے ہیں ،. تیزاب زیادہ تر سنکنرن حادثات میں معاون ہوتا ہے

الکالیس نے چربی کو ہتھیاروں سے پاک کرکے ٹشو کو نقصان پہنچایا ، جس کی وجہ سے لیکفیکشن نیکروسس ہوتا ہے جو الکلس کو گہرے ؤتکوں تک پہنچنے کی اجازت دیتا ہے۔ کوگولیشن نیکروسس کے ذریعہ تیزاب سے انکار پروٹین ، اس قسم کے نیکروسس کے بارے میں سوچا جاتا ہے کہ تیزاب کو گہرے ؤتکوں تک پہنچنے سے روکتا ہے۔ تو ، الکلیاں زیادہ خطرناک ہیں۔ طبی طور پر ، پیپچ ، حراستی, ٹشو کے ساتھ رابطے میں وقت کی مدت کے علاوہ جسم کی سطح کے رقبے کی فیصد کے علاوہ انجیسٹ مادہ کا حجم چوٹ کی شدت کا تعین کرتا ہے.

وہ سائٹیں جہاں ہوتی ہیں

حادثاتی طور پر سنکنرن ادخال کے زیادہ تر معاملات صرف گھریلو ماحول میں پائے جاتے ہیں. ٹوالیٹ کلینر ، ڈٹرجنٹ ، کپڑا سوڈا ، فرش کلینر غلطی سے کھایا ہوا مواد ہیں.

لیبارٹری سیٹ اپ کے اسکولوں میں ، کوروسیوس کا حادثاتی طور پر ادخال ہوسکتا ہے.

پڑوسیوں کے گھروں میں ، جب بچے بیت الخلا میں جاتے ہیں تو ، وہ اتفاقی طور پر ٹوائلٹ کلینر کھا سکتے ہیں

سنار کے علاقوں میں ، وہ سونے کی صفائی کے لئے تیزاب استعمال کرتے ہیں .بچے تیزاب کھاتے ہیں جب وہ اپنے والدین کے ساتھ سنار میں آتے ہیں

بیٹری بنانے والے یونٹ ، وہ الکلیاں استعمال کرتے ہیں. یہ سائٹیں کوروسیوسیز کے حادثاتی طور پر ادخال کا ذریعہ ہیں

چھوٹے پیمانے پر صنعتیں جیسے صابن بنانے ، پرنٹنگ پریس ، سائیکل پالش کرنے والے علاقوں اور تانبے پالش کرنے والے علاقوں

کتنا حادثاتی طور پر ادخال ہوتا ہے.

احتیاط سے ادخال اس وقت ہوتا ہے جب کوئی حادثاتی طور پر یا جان بوجھ کر ایک احتیاط یا سنکنرن مادہ کھاتا ہے. مادہ کی نوعیت پر منحصر ہے ، نمائش کی مدت اور دیگر عوامل جو زبانی موکاوسا ، غذائی نالی کو مختلف ڈگری نقصان پہنچا سکتے ہیں, اور پیٹ کی پرت. مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ الکالی ادخال تیزاب سے زیادہ عام ہے

جب ہم تجارتی طور پر بنائے جاتے ہیں تو کراسیو یا تو بے رنگ ہوتے ہیں یا وہ رنگین ہوتے ہیں. اگر وہ بے رنگ ہیں تو ، وہ بچوں کے ذریعہ اتفاقی طور پر کھا جاتے ہیں ، یہ سوچتے ہوئے کہ وہ پانی ہیں. اگر وہ رنگ میں سفید ہیں تو ، وہ دودھ کے لئے غلط استعمال کرتے ہیں اور اگر وہ رنگین ہیں تو ، انہیں ٹھنڈے مشروبات اور رس کے لئے غلطی کی جاتی ہے.

چلنے اور رینگنے کے سیکھنے کے وقت ، بچوں میں جوش و خروش زیادہ ہے۔ وہ دیکھنا چاہتے تھے اور جو کچھ بھی وہ آتے ہیں اسے تلاش کرنا چاہتے تھے. لہذا یہ بہتر ہے کہ کوروسیوں کو محفوظ اونچائی میں رکھیں اور بچوں کی رسائ سے دور رکھیں.

حادثاتی ادخال کے بعد کورو سیوز کیسے نقصان پہنچاتے ہیں۔

کلینیکل مظاہروں کا انحصار چوٹ کی حد پر ہے. ہلکی سی شکل میں ، مریض غیر معمولی ہوسکتا ہے یا زبانی گہا موکوسا کے معمول یا ہلکے ایرتھیما کے ساتھ گلے میں درد جیسے ہلکے علامات کے ساتھ پیش کرتا ہے. تاہم ، اعتدال سے شدید چوٹوں میں ، مریض نمایاں علامات کے ساتھ پیش کرتا ہے.

کازٹک مادہ کی آسانی کے فوری اظہار میں معدے کی نالی یا ہوائی وے کی بلغم سطحوں کے کٹاؤ (شامل ہیں جو خون کے برتن) ، منہ اور زبان میں سوجن تک پھیل جانے پر خون بہہ سکتا ہے, تھوک ، متلی ، الٹی ، ڈیسپینا ، ڈیسفونیا ڈیسفونیا آنکھوں اور جلد کی جلن کی وجہ سے. غذائی نالی کی سوراخ سے سینے میں انفیکشن ہوسکتا ہے (میڈیسٹینائٹس) یا پیٹ یا آنتوں کی سوراخ پیٹ کی دیوار (پیریٹونائٹس) کے انفیکشن کا باعث بن سکتا ہے. ہوائی راستے یا لارینگوساسم کی رہائش ہوسکتی ہے جس کے نتیجے میں سمجھوتہ کرنے والی سانس ہوسکتی ہے. سانس کے نظام کو متاثر کرنے والی چوٹوں میں خواہش نمونیا اور لارینجیل زخم شامل ہیں. بعد میں کازک مادہ کی کھپت کے اظہار میں غذائی قلت (اسٹینوسس) شامل ہیں. کازٹک ادخال کے دور دراز مظاہروں میں غذائی نالی کا کینسر شامل ہے. جن لوگوں کے پاس زبردستی مادہ کی ادخال کی تاریخ ہے ان میں زیادہ تر معاملات میں ادخال کے دس سے تیس سال بعد ہونے والے غذائی کینسر کی نشوونما کا امکان زیادہ ہوتا ہے .

چوٹ کی شدت کا تعین اوپری ہاضمہ کی اینڈو سکوپی کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے ، حالانکہ سی ٹی اسکیننگ اس بات کا تعین کرنے کے لئے زیادہ کارآمد ثابت ہوسکتی ہے کہ آیا بعد کی مدت میں سرجری کی ضرورت ہوسکتی ہے. شفا یابی کے عمل کے دوران اوسوفگس کی سختییں تشکیل دے سکتی ہیں ، جس میں تھیوریپٹک خستہ یا سرجری کی ضرورت ہوسکتی ہے.

طویل مدتی اثر پڑتا ہے

سختی ایک اہم دیر سے نتیجہ ہے جس میں سنکنرن کی کھپت ہے۔ یہ پہلے دو سے تین ہفتوں کے اندر شروع ہوتا ہے اور تیزی سے ترقی کرسکتا ہے۔ مختصر خستہ حالی سختی والے مریضوں میں بوگی یا ڈلیٹروں کا استعمال کرتے ہوئے اینڈووسکوپک ڈیلیٹیشن کی سفارش کی جاتی ہے۔ اگر اینڈووسکوپک ڈیلیٹیشن ممکن نہیں ہے تو ، پھر چھ سے بارہ ماہ کے بعد حتمی جراحی کا علاج کیا جاتا ہے ، جس پر منحصر ہوتا ہے کہ سخت کی سطح پر زیادہ تاخیر کے ساتھ اعلی فرینجیل سختی کے لئے ترجیح دی جاتی ہے۔ سرجری کی قسم گیسٹرک اور غذائی نالی کی سختی کی حد تک طے کی جاتی ہے.

علاج فوری اقدامات

شدید سنکنرن ادخال کا انتظام ابتدائی بحالی ، چوٹ کے گریڈ کی تشخیص ، ابتدائی پیچیدگیوں کا علاج ، تغذیہ کی بحالی ، اور طویل مدتی سختی کی تشکیل کی روک تھام پر مرکوز ہے

سنکنرن کو کم کرنے کے لئے دودھ یا پانی کے استعمال کی سفارش نہیں کی جاتی ہے۔ گیسٹرک لاوج کی سفارش نہیں کی جاتی ہے.

ہوا کے سمجھوتے کے اشارے جن میں شعور کی سطح میں کمی ، تناؤ ، آواز میں تبدیلی ، زبانی سراووں پر قابو پانے میں ناکامی ، انٹوبیشن اور مکینیکل وینٹیلیشن کی ضرورت ہے۔ ہائیڈریشن کو برقرار رکھنے اور ناقابل تسخیر پانی کے نقصانات کو تبدیل کرنے کے لئے سیالوں کی اکثر ضرورت ہوتی ہے.

اینڈووسکوپی پہلے چوبیس سے اڑتالیس گھنٹوں کے اندر اندر داخل ہونا چاہئے کیونکہ اس کے بعد کے زخم میں نرمی سے سوراخ ہونے کا خطرہ بڑھ جاتا ہے.

اینڈو سکوپک طور پر داخل کردہ ناسوگاسٹرک ٹیوبیں غذائی نالی کی سختیوں کو روکنے کے ساتھ ساتھ ٹیوب کو کھانا کھلانے کی اجازت دینے کے لئے ایک اسٹینٹ کا کام کرسکتی ہیں۔ ایک سی ٹی اسکین ، جو اکثر اس کے برعکس بڑھایا جاتا ہے ، کو بھی چوٹوں کا اندازہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے.

جراحی کا انتظام

شدید مرحلے میں سرجری میں غذائی نالی اور پیٹ کے نیکروٹک ٹشو کو ختم کرنا شامل ہے۔ بعض اوقات پورے پیٹ کو ہٹانے کی ضرورت ہوتی ہے اگر ٹشوں کو پہنچنے والے نقصان کو زیادہ (معدے کی) ہو۔ اس طرح کے جراحی کے طریقہ کار میں ججیجنم (کھانا کھلانے والے جیجونوسٹومی) میں متعارف کروائی گئی ایک ٹیوب کے ذریعہ غذائیت کا خیال رکھا جاتا ہے.

بچوں میں علاج کے سب سے عام جراحی کے طریقوں میں غذائی نالی کی بازی اور غذائی نالی کی تبدیلی شامل ہے جس میں عام طور پر غذائی نالی کی داغ کی کم پیوند کاری ہوتی ہے۔ ایسوفجگل متبادل پیٹ یا بڑی آنت (رنگین) کا استعمال کرتے ہوئے کیا جاتا ہے۔ پیٹ کو مجموعی طور پر منتقل کیا جاسکتا ہے (گیسٹرک ٹرانسپوزیشن) ، ٹیوب پیٹ سے بنائی جاسکتی ہے (گیسٹرک ٹیوب), یا دائیں یا بائیں رخا بڑی آنت کو گردن میں غذائی نالی کے ساتھ متحد ہونے کے لئے سینے میں لے جایا جاتا ہے.

روک تھام

احتیاطی تدابیر کی سفارش کی گئی ہے جس کا مقصد کاسٹک مادوں کے حادثاتی طور پر ادخال کے خطرے کو کم کرنا ہے جس میں شامل ہیں

غیر قانونی کنٹینرز میں کیوسٹکس کی فروخت کو کم کرنے اور خطرناک سنکنرن ایجنٹوں تک غیر محدود رسائی کو محدود کرنے کے لئے سخت قانون سازی ضروری ہے.

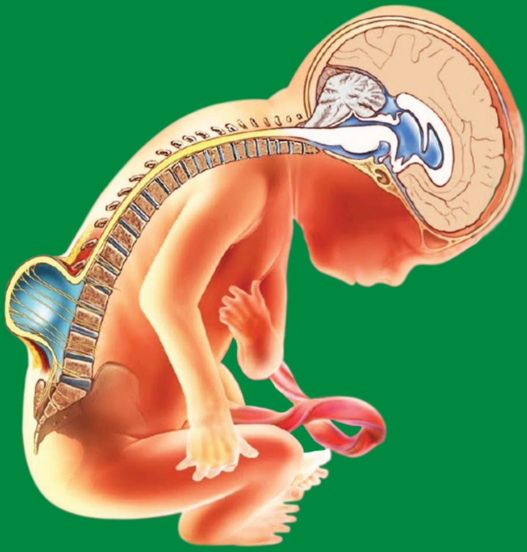
بچوں کے ذریعہ حادثاتی طور پر ادخال کو روکنے کے لئے ان ایجنٹوں کی پیکنگ کو چائلڈ پروف بنایا جانا چاہئے.

گھریلو سنکنرن کو بچوں سے محفوظ طریقے سے دور رکھنے کے لئے والدین کو تعلیم دینے کی ضرورت ہے۔ بند الماریاں میں یا بچوں کی پہنچ سے اوپری شیلف پر کاسٹک مادہ رکھنا.

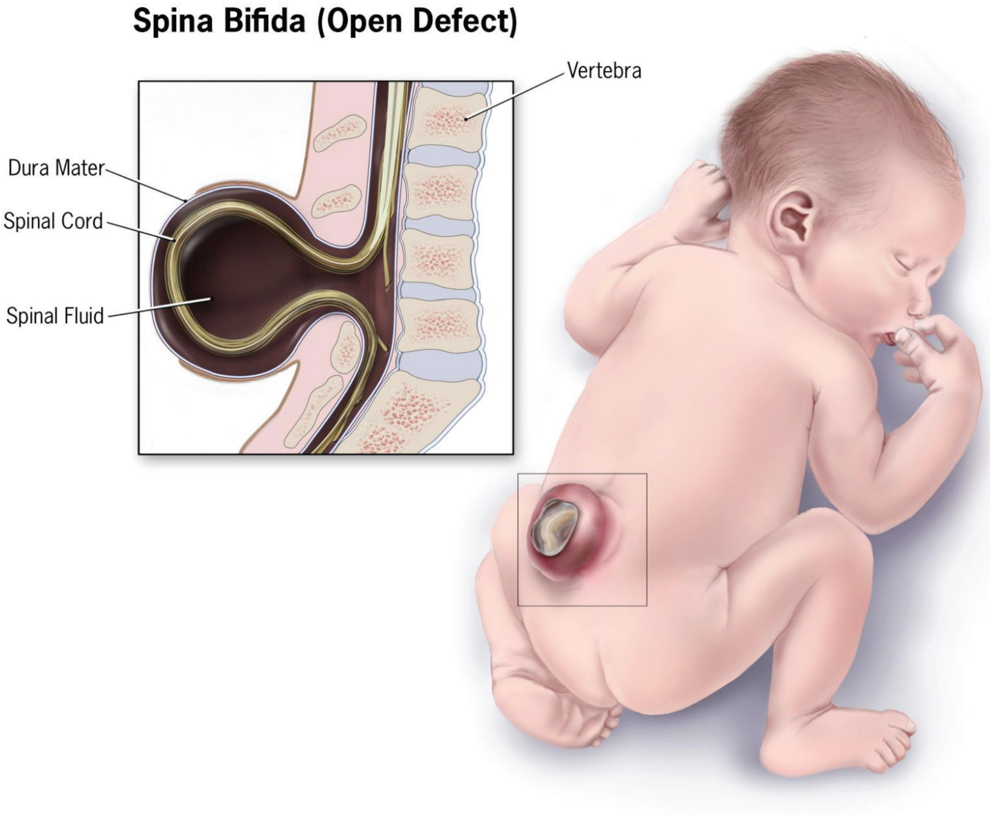
کھانے یا پینے کے کنٹینر میں کیمیائی مادے ذخیرہ نہیں کرنا

گھر میں بڑی مقدار میں ڈٹرجنٹ نہیں رکھتے ہیں
.لیبز اور جگہوں پر جہاں پرسٹک مادے استعمال ہوتے ہیں ، والدین کو بچوں کو تنہا نہیں چھوڑنا چاہئے
.ہنگامی مقصد کے لئے گھر میں زہر پر قابو پانے کے لئے فون نمبر رکھنا
.لیبل والے کنٹینرز میں کاسٹک مادہ رکھنا

25
Chapter



بچوں میں اسپائنل ڈیسرافیزم


Spina Bifida (Open Defect)
Vertebra
Dura Mater
Spinal Cord
Spinal Fluid

23

بچوں میں اسپائنل ڈیسرافیزم

حمل کے نو ماہ کی مدت کے دوران ، بچے کی بتدریج نشوونما حیرت انگیز سفر کی طرح ہے. یہ نہ صرف حیرت انگیز بلکہ پیچیدہ بھی ہے. اس پیچیدہ اور مربوط ترقی کی مدت کے دوران کسی بھی مرحلے میں کچھ بھی غلط ہوسکتا ہے جس کی وجہ سے پیدائشی بے ضابطگیوں والے بچوں کی پیدائش ہوتی ہے. ان میں سے کچھ بے ضابطگیوں سے نشوونما پذیر ریڑھ کی ہڈی اور ریڑھ کی ہڈی کو متاثر کیا جاسکتا ہے. وہ پوری ریڑھ کی ہڈی کی لمبائی کے ساتھ کہیں بھی ہوسکتے ہیں. وہ مختلف شکلوں میں ہوسکتے ہیں. ان تمام بے ضابطگیوں کو مشترکہ طور پر – اعصابی ٹیوب ڈیفیکٹس (این ٹی ڈی) کہا جاتا ہے. انہیں ریڑھ کی ہڈی ڈیسرا فزم بھی کہا جاتا ہے. ان بے ضابطگیوں کے واقعات پانچ سے سات مقدمات ہیں جو دس ہزار زندہ پیدائش ہیں. خواتین بچوں میں تھوڑا سا زیادہ عام. ایک بار جب بچے پیدا ہوجاتے ہیں تو ، ان بے ضابطگیوں کا اندازہ اور فیلڈ کے ماہرین کو درست کرنا چاہئے. غذائیت کی کمی (فولک ایسڈ) ابتدائی حمل کے دوران ان بے ضابطگیوں کی نشوونما کی ایک بنیادی وجہ ہے۔ ان بے ضابطگیوں کی وجہ یہ ہے کہ ان کی وجہ وسط اور کم سماجی و بیشتر میں زیادہ واقع ہو۔معاشی استحکام.

مسئلہ خود پہلے مہینے میں شروع ہوتا ہے

ریڑھ کی ہڈی حاملہ ہونے کے بعد سترہ سے تیس دن کے درمیان بنتی ہے (خواتین کے آخری ماہواری کے پہلے دن کے چار سے چھ ہفتوں کے بعد). یہ پیدائش کے بعد کئی سالوں تک ترقی کرتا رہتا ہے. یہ چار مراحل میں تشکیل دیا گیا ہے. اعصابی پلیٹ ، اعصابی نالی ، اعصابی ٹیوب اور ریڑھ کی ہڈی کی تشکیل. پہلے اعصابی پلیٹ بنانے کے لئے پیٹھ کے وسط لائن پر خلیوں کی ایک موٹی ہوتی ہے. اعصابی پلیٹ کے پس منظر کے کنارے پھر اعصابی گنا کی تشکیل میں اٹھتے ہیں. اعصابی گنا ایک دوسرے کی طرف بڑھتے ہیں اور مڈ لائن میں ملتے ہیں ، اعصابی ٹیوب بنانے کے لئے فیوز کرتے ہیں جو دماغ اور ریڑھ کی ہڈی کا پیش خیمہ ہے. اعصابی ٹیوب کا کرینیل اختتام دماغ کی تشکیل کرتا ہے ، اعصابی ٹیوب کا آستانہ اختتام ریڑھ کی ہڈی کی شکل دیتا ہے. جنین کی نشوونما کے پہلے چار ہفتوں میں اس اعصابی نظام کی ترقی میں کوئی غلطی مختلف قسم کے ریڑھ کی ہڈی کی ڈیسرا فزم کا باعث بن سکتی ہے, ریڑھ کی ہڈی کی ڈیسرا فیز اور ہائیڈروسیفیلس کی پیدائش خود ہی بچے کی تشکیل کے پہلے مہینے میں ہو گی.

یہ ریڑھ کی ہڈی کی بے ضابطگیاں کیوں ہوتی ہیں؟

ان کی نشوونما کی صحیح وجہ معلوم نہیں ہے. یہ بے ترتیب میں ہوسکتا ہے. کچھ میں یہ خاندانوں میں چلتا ہے (ہریڈیٹری). جین نقائص ، جین ماحولیات کی بات چیت ، سگریٹ تمباکو نوشی اعصابی ٹیوب نقائص کی نشوونما کے خطرے کو بڑھا سکتی ہے. معاملات کی اکثریت فولک ایسڈ (وٹامن بی - نو کمی) کی کمی جیسے حمل کے دوران غذائیت کی کمی کی وجہ سے ہے. پریجنسی مدت کے دوران فولک ایسڈ کی تکمیل سے اعصابی ٹیوب نقائص کے واقعات میں ستر فیصد کمی واقع ہوئی ہے.

ریڑھ کی ہڈی کی تشکیل کے نقائص کا سپیکٹرم.

ریڑھ کی ہڈی ڈیسرا فیزم ایک ایسی حالت ہے جہاں حمل کے دوران ریڑھ کی ہڈی اور ریڑھ کی ہڈی مناسب طریقے سے تشکیل نہیں دیتی ہے. ریڑھ کی ہڈی اور ریڑھ کی ہڈی کو آس پاس کے ماحول سے دوچار کیا جاتا ہے۔ یہ نقائص نظر یا پوشیدہ ہوسکتے ہیں. مرئی شکل میں عیب جلد کی سطح پر اور پوشیدہ شکل میں دیکھا جاتا ہے ، اس عیب کو دیکھا نہیں جاسکتا ہے اور اسے جلد کے نیچے چھپا دیا جاتا ہے.

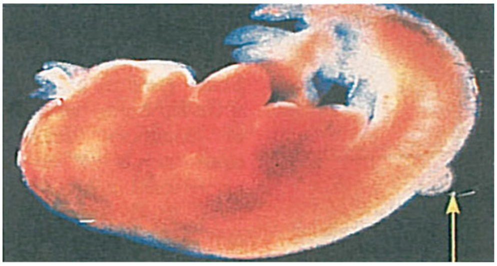
ریڑھ کی ہڈی کی ڈیسرا فیزم مختلف شکلوں میں ہوسکتا ہے. یہ اسپینا بائیڈا اوسکولٹا ہوسکتا ہے۔ جس میں ایک یا ایک سے زیادہ کشیرکا موجود ہیں وہ خراب ہیں اور خراب شکل والے کشیرکا کی سطح جلد سے ڈھکی ہوئی ہے ، کسی اعصابی ٹشو کا اندازہ نہیں کیا جائے گا. مییننگوسیلی۔ جہاں ریڑھ کی ہڈی کی سیال اور احاطہ (میننج) اعصابی ٹشو کے بغیر باہر منصوبے, اور مائیلومییننگوسیلی- جہاں ریڑھ کی ہڈی کی سیال اور احاطہ (میننجس) اور اعصابی ٹشو بھی جلد یا پتلی جھلی سے باہر کے منصوبے شامل ہیں. بعض اوقات چربی ریڑھ کی ہڈی کے عیب کے ساتھ ساتھ بڑھتی ہے - اسے لیپو مییننگوسل کہا جاتا ہے. اگر ریڑھ کی ہڈی کی ٹیوب کا بڑا حصہ بند اور کھلا نہیں ہے تو ، اسے راسچیسیس کہا جاتا ہے. اس سے دماغ کے علاقے کو بھی متاثر ہوسکتا ہے. کھوپڑی کا کچھ حصہ اچھی طرح سے تشکیل نہیں دے سکتا ہے اور دماغی ٹشوؤں کو اینسیفلوسیل کہا جاتا ہے. یہ ریڑھ کی ہڈی کی تشکیل کے نقائص کی زیادہ سخت شکلیں ہیں.

ریڑھ کی ہڈی کی لغت میں دشواری

ہمارے جسم پر قابو پانے والے تمام اعصاب پچھلی ریڑھ کی ہڈی سے گزریں گے اور ریڑھ کی ہڈی سے گزریں گے۔ لہذا ، جب ریڑھ کی ہڈی یا ریڑھ کی ہڈی کی تشکیل میں کوئی عیب ہوتا ہے تو, اس سے مختلف قسم کے اعضاء کے نظام متاثر ہوں گے اور ان کے کام میں مداخلت ہوگی. اعصابی خسارے کی حد اعصابی ٹشو کی شمولیت کی حد پر منحصر ہوگی. عام طور پر ریڑھ کی ہڈی کی خرابی نچلے حصے میں ہوتی ہے جس کی وجہ سے ٹانگوں ، پیشاب کی مثانے اور آنتوں کے کام میں مداخلت ہوتی ہے. کچھ بچوں میں ، ٹانگوں میں سنسنی کا نقصان ہوتا ہے ، ایک یا دونوں ٹانگوں کا فالج ، ایک ٹانگ کو چھوٹا کرنا ، ریڑھ کی ہڈی کا موڑنا اور غلط نقائص ہوسکتے ہیں. دوسروں میں ، جب مثانے اور آنتوں کے اعصاب شامل ہوتے ہیں تو قبض یا پیشاب کی بے قاعدگی پیدا ہوسکتی ہے. شدت کا انحصار اعصاب کی حد پر ہے جو اس میں شامل ہیں. کچھ معاملات میں ان کے ساتھ , اس سے وابستہ مسائل دماغ اور وینٹریکلز میں سیال جمع کرنے کی طرح ہوسکتے ہیں (ہائڈروسیفالس) یا دماغی ٹشو نیچے جاسکتے ہیں اور ریڑھ کی ہڈی میں گھس سکتے ہیں (آرنلڈ-چیاری تشکیل).

ان ریڑھ کی ہڈی کے نقائص کا پتہ اور اس کی تصدیق کیسے کریں۔

دو سے چوبیس ہفتوں کے دوران کیے گئے ٹفا اسکین کے ذریعہ ریڑھ کی ہڈی کے ڈیسرا فیزم کا درستگی کے ساتھ پتہ لگایا جاسکتا ہے. جدید ترین الٹراساؤنڈ تکنیکوں کے ساتھ ، ریڑھ کی ہڈی کے نقائص کا پتہ لگایا جاسکتا ہے اور مثانے جیسے اعضاء پر ان کے اثرات کو معقول سطح پر دیکھا جاسکتا ہے. پیدائش کے بعد ، ریڑھ کی ہڈی کے زیادہ تر نقائص ننگے آنکھوں کو نظر آئیں گے. ریڑھ کی ہڈی کی ایکسرے ، الٹراساؤنڈ امتحان ، ریڑھ کی ہڈی اور سی ٹی اسکین دماغ کے ایم آر آئی مطالعہ کے ذریعہ اس حد اور شدت کا اندازہ کیا جاسکتا ہے. دماغ میں سیال جمع کرنے کا اندازہ - نیوروسنگرام ٹیسٹ کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے.



جراحی اصلاح

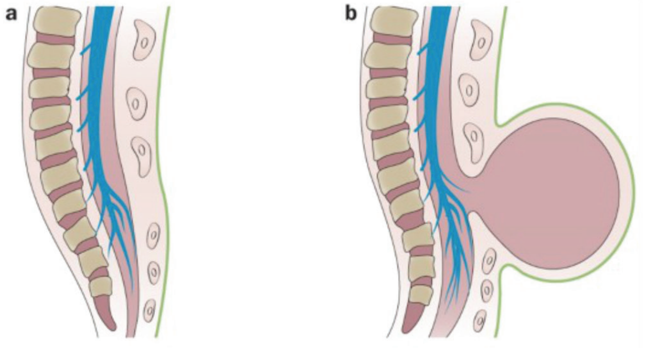
سرجری کے ذریعہ زیادہ تر دکھائی دینے والے ریڑھ کی ہڈی کے ڈیسرا فیز کو درست کیا جاسکتا ہے. سرجری کے دوران متوقع اعصاب کے ؤتکوں کو احتیاط سے ریڑھ کی ہڈی کی نہر میں واپس رکھا جاتا ہے ، پانی کی سخت انداز میں تین پرتوں میں زیادہ سے زیادہ جھلیوں والے احاطے اور ؤتکوں کو بند کردیا جاتا ہے (مائیلومیننگوسل کی مرمت). اگر ریڑھ کی ہڈی کے اندر کوئی سیال ذخیرہ موجود ہے تو اسے (سیرنگومیلیا) نکال دیا جائے گا. دماغ میں سیال جمع (ہائڈروسیفالس) یا تو پیدائش کے وقت یا بعد میں تیار کیا جاتا ہے ، ایک شنٹ سرجری کے ذریعہ درست کیا جاسکتا ہے. ہائڈروسیفالس میں ، دماغ کے وینٹیکلز کے اندر سیال جمع کرنا ، دماغ کے ٹشو کو کمپریس کرسکتا ہے . اس دماغ کو پہنچنے والے نقصان سے بچنے کے لئے دماغ میں ایک شٹ ٹیوب متعارف کروائی جاتی ہے اور یہ جلد کے نیچے چلائی جاتی ہے اور اسے ایک طرح سے نکاسی آب کے انداز میں پیٹ میں رکھا جاتا ہے. لہذا دماغ میں جمع کردہ سیال دماغ کو پہنچنے والے نقصان کو روکنے کے لئے پیٹ میں نالی ہوجائے گا. نیوروسجیکل آلات اور تکنیکوں میں پیشرفت کے ساتھ ، آج ریڑھ کی ہڈی کے ڈیسرا فیز کو اچھے نتائج کے ساتھ درست کیا جاسکتا ہے. لیکن ان بے ضابطگیوں کی ترقی کو روکنا ہمیشہ ضروری ہے.

ممکنہ ماؤں کو پیغام

ان میں سے کچھ ریڑھ کی ہڈی کی نقائص کروموسومل بے ضابطگیوں کی وجہ سے ہیں. لیکن زیادہ تر معاملات حمل کے ابتدائی حصے میں فولک ایسڈ کی کمی کی وجہ سے ہیں. سائنسی مطالعات کے ذریعہ ، یہ ثابت ہوتا ہے کہ حمل کے ابتدائی حصے میں فولک ایسڈ دے کر ریڑھ کی ہڈی کے نقائص کے ستر فیصد تک ، کم کیا جاسکتا ہے. فولک ایسڈ بی وٹامن ہے (وٹامن بی نائن) . یہ جسم کو صحت مند نئے خلیات بنانے میں مدد کرتا ہے. ہر ایک کو فولک ایسڈ کی ضرورت ہے. حاملہ ہونے والی خواتین کے ، یہ واقعی اہم ہے. حمل سے پہلے اور اس کے دوران کافی فولک ایسڈ حاصل کرنا خاص طور پر دماغ اور ریڑھ کی ہڈی کی وجہ سے پیدائشی نقائص کو روک سکتا ہے.

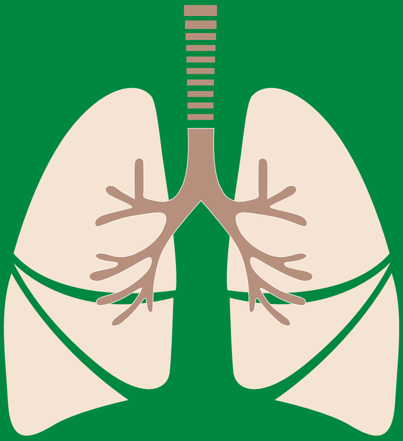
ان میں فولک ایسڈ والی کھانوں میں شامل ہیں: پتیوں کی سبز سبزیاں ، پھل ، خشک پھلیاں ، مٹر ، اور گری دار میوے ، افزودہ روٹی ، اناج اور دیگر اناج کی مصنوعات

عام طور پر ممکنہ ماؤں اس بات کی تصدیق کے بعد فولک ایسڈ لینا شروع کردیں گی کہ وہ حاملہ ہیں. یہ ایک یا دو کھوئے ہوئے ادوار کے بعد ہوگا. اس وقت تک بچے کی ریڑھ کی ہڈی پہلے ہی تشکیل دی گئی ہے . لہذا یہ ہمیشہ مشورہ دیا جاتا ہے کہ ممکنہ ماؤں کو ایسے وقت میں فولک ایسڈ سپلیمنٹس لیں جب وہ حمل کی منصوبہ بندی کر رہے ہیں. یہ مشورہ دیا جاتا ہے کہ حمل سے ایک ماہ قبل فولک ایسڈ سپلیمنٹس کو منصوبہ بند انداز میں حمل کے بعد تین میں لے جائیں. اس سے ریڑھ کی ہڈی کے نقائص کی ترقی کو ستر فیصد کم کیا جائے گا. فولک ایسڈ ضمیمہ کی خوراک چار سو مائکروگرام (صفر.چار ملی گرام) فی دن ہے. فرض کریں کہ اگر پچھلی حمل پہلے ہی اعصابی ٹیوب نقائص سے متاثر ہے تو ، تجویز کردہ خوراک چار ہزار مائکروگرام (چار ملی گرام) فی دن ہے.

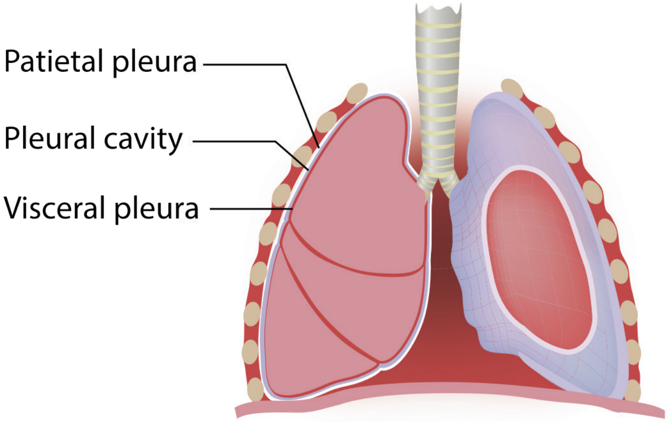


فولک ایسڈ سپلیمنٹس کے ساتھ ، فولک ایسڈ سے مالا مال غذا بھی باقاعدگی سے لی جانی چاہئے. ترقی یافتہ ممالک میں فولک ایسڈ مضبوط دودھ اور بسکٹ دستیاب ہیں. ہمارے ملک میں بھی ، فولک ایسڈ مضبوط کھانا آئوڈینیٹڈ نمک جیسی آگاہی کے ساتھ آزادانہ طور پر دستیاب کیا جانا چاہئے. اس سے اعصابی ٹیوب نقائص کی نشوونما کو بڑی حد تک کم کیا جائے گا.

26
Chapter



بچوں میں ایمپیما
تھوریس


Patietal pleura
Pleural cavity
Visceral pleura

26 بچوں میں ایمپیما تھوریس

راکیش ، پانچ سال کے لڑکے نے بخار ، سردی اور کھانسی پیدا کی۔ والدین نے اسے اپنے خاندانی معالج کے مشورے سے دوائیوں پر شروع کیا ہے. تین دن کے ساتھ ، علامات شدید اور تیز جھولنے والے درجہ حرارت میں اضافہ ہوا ہے. سانس لینا مشکل ہوگیا. وہ ایک اطفال کے ماہر تھا ، جس نے انہیں بتایا کہ راکیش کو شدید نمونیا ہے. اسے اسپتال میں داخل کرایا گیا تھا دو دن کے بعد ڈاکٹروں نے والدین کو بتایا کہ بچے نے ایمیما کے ساتھ نمونیہ کو نیکروٹائز کیا ہے اور اسے سینے میں پیپ صاف کرنے کے لئے جراحی مداخلت کی ضرورت ہے. والدین گھبرائے اور حیران ہو گئے.

یہ ایمپیما کیا ہے؟ کھانسی اور سردی سے ایک سادہ بخار سرجری کا باعث کیسے ہوسکتا ہے؟ کیا آپ اتنی سنگین حالت میں بچہ جراحی کے طریقہ کار کا مقابلہ کرسکتا ہے؟ سینے کی سرجری کے بعد اس کا معیار زندگی کیسے ہوگا؟

سرد موسم کے مہینوں اور موسم گرما کے اوائل میں - بہت سے بچوں کو پھیپھڑوں میں انفیکشن ملیں گے. ان میں سے کچھ ، تیمیما (ٹاس ان چھاتی) تیار کریں گے. یہ مضمون والدین کے ذہنوں میں ایمپیما چھاتی کے بارے میں اٹھائے گئے شکوک و شبہات پر روشنی ڈالے گا.

ایمپییما کیا ہے ؟

ایمپییما تھوراس چھاتی گہا کے اندر پیپ یا عیب دار سیال کا جمع ہے. صاف ستھرا ذخیرہ کرنے اور پیپ کی موٹائی کی مقدار ، بیماری کے مرحلے اور وجہ سے حیاتیات کے ساتھ مختلف ہوتی ہے.

کس طرح ایمپییما ترقی کرتا ہے؟

ہمارے پھیپھڑوں کو سینے کی دیوار سے اچھی طرح سے محفوظ کیا جاتا ہے. پلورا نامی پھیپھڑوں کے اوپر ایک پتلی (ڈھانپنے والی) پرت موجود ہے. اس خوشگوار پرت میں دو الگ الگ پرتیں ہیں - بیرونی پرت (پیریٹل پلورا) اور اندرونی پرت (ویزیکل پلورا). پرتوں (خوشگوار سیال) کے درمیان کم سے کم سیال ہوگا جو سفید خلیوں کی دفاعی آبادی کے ساتھ غذائیت سے بھرپور پروٹین سیال ہے. جب پھیپھڑوں کی سانس کے دوران حرکت ہوتی ہے تو اس سیال کا کام پھیپھڑوں کی سطحوں کے لئے چکنا پن ہے. عام طور پر یہ خوشگوار سیال بہت کم ہے. یہ مسلسل ویزرل پلیورا کے ذریعہ تیار کیا جاتا ہے اور پیریٹل پلیورا کے ذریعہ جذب ہوتا ہے.

ضرورت سے زیادہ خوشگوار سیال کی پیداوار کی وجہ سے یہ سیال کی رقم بڑھ جاتی ہے ، جب ملحقہ پھیپھڑوں کے لاب میں کبھی بھی انفیکشن ہوتا ہے. یہ ایک رجعت پسند سیال ہے جو پھیپھڑوں سے لے کر ویسرل خوشگوار پرت تک عیب دار سرگرمی پھیلانے کی وجہ سے تیار کیا جاتا ہے. اس آؤٹ پورڈ سیال کو کہا جاتا ہے - خوشگوار بہاؤ کیونکہ حجم اس سے کہیں زیادہ ہے جس میں ایک پیرٹل پیورا جذب کرسکتا ہے .. یہ ابتدائی طور پر انفیکشن کے بغیر جراثیم سے پاک ہے. یہ خوشگوار سیال مجموعہ جو اڑتالیس سے سترہ گھنٹوں میں تیار ہوتا ہے وہ چھوٹا ہے ، امیر ڈبلیو بی سی کے ساتھ جراثیم سے پاک ہے. اگر نمونیہ علاج نہ کیا گیا ہے تو اختتامی چوٹ کی وجہ سے وقت کے ساتھ ساتھ خوشگوار سیال کی مقدار میں اضافہ ہوتا ہے ، تو خوشگوار نقصان اور خوشگوار ورم میں کمی لاتے ہیں.

بعد میں ملحقہ متاثرہ پھیپھڑوں کے لاب سے بیکٹیریا کے پھیلاؤ یا پھیپھڑوں کی پھوڑے گہا کے پھٹ جانے کے ساتھ ، بیکٹیریا کو خوشگوار سیال تک رسائی حاصل ہوتی ہے. بیکٹیریا کے داخلے کے ساتھ جراثیم سے پاک خوشگوار سیال پیپ میں بدل جائے گا. اس بیکٹیریل حملے سے خوشگوار سیال کی پیداوار میں مزید اضافہ ہوگا. یہ سیال خوش طبع کی دو پرتوں میں جمع کرتا ہے. پوری خوشگوار جگہ پیس سے بھری ہوگی ، جس کی وجہ سے ایک ہی طرف پھیپھڑوں کی کمپریشن ، گرنے اور عدم توسیع کا باعث بنتا ہے. اگر مناسب علاج کا دخل نہیں کیا جاتا ہے تو ، انفیکشن میں ترقی ہوتی ہے ، پیپ گاڑھا ہوجائے گا ، فبرین جمع ہونے کی وجہ سے خوشگوار گہا کا پتہ لگایا جاتا ہے۔ (آباد ایمیما). خوشگوار سیال کی گاڑھا ہونا خوشگوار مجموعہ میں پلازما پروٹین میں اضافہ اور سوزش کی چوٹ کی وجہ سے فائبرینولیٹک سرگرمی میں کمی کی وجہ سے ہے. اس سے فولا کی دونوں پرتوں پر فائبرن کی گھنے پرت جمع ہوجاتی ہے. فائبروبلاسٹ خوشگوار

جگہ میں منتقل ہوتے ہیں جس کی وجہ سے مقامات کی تشکیل ہوتی ہے. اس سے پھیپھڑوں کے اوپر موٹی جامنی رنگ کے چھلکے کی نشوونما ہوتی ہے (دائمی ایمپیما). ایمپیما کو کہا جاتا ہے ، سمپل ایمپیما - جب پیپ پتلی ہوتی ہے تو ، ایک ہی علاقے میں مفت بہتی ہے. اسے کمپلیکس ایمپیما – کہا جاتا ہے جب پیپ موٹا ہوتا ہے ، ایک سے زیادہ سیپٹھ کی وجہ سے اس کا پتہ لگایا جاتا ہے. پیپ کا یہ جمع - سینے کی گہا کے ساتھ تیز بخار ، کھانسی اور سانس کی تکلیف پیدا کرے گا. مریض اس مرحلے پر زہریلا اور بیمار ہوجائے گا.

ایمپیما کا پیش نظارہ

بچوں میں نمونیا کی عام پیچیدگی ہے. غریب معاشرتی و اقتصادی حیثیت کے بچوں اور تین سال سے کم عمر بچوں میں زیادہ عام. طبی علامات کا سبب حیاتیات ، مریض کی عمر ، استعمال شدہ اینٹی بائیوٹک تھراپی کی قسم اور بہاؤ کے مرحلے کے مطابق مختلف ہوتے ہیں.

عام علامات سردی ، بخار ، ڈیسپنوئہ ، سینے میں درد ، رات کی پسینے ، کھانسی ، عارضہ اور بڑھتی ہوئی تھوک کی پیداوار ہیں. جسمانی معائنہ پر ، سانس کی آوازوں میں کمی ، متاثرہ طرف سینے کی چھڑکاؤ ، متاثرہ طرف جھوٹ بولنے کی ترجیح موجود ہوگی.

ایمپیما کے مراحل

ایمبیما تیار کرنے کا عمل تین الگ الگ مراحل سے گزرے گا. وہ تیزی سے تقسیم نہیں ہوئے ہیں. آہستہ آہستہ ایک مرحلہ متاثرہ حیاتیات پر منحصر ہے ترقی کے ساتھ دوسرے میں ضم ہوجاتا ہے.

پہلے سے تین دن کی بیماری کو ایک بہترین مرحلہ کہا جاتا ہے. یہ نیومیٹک عمل پر ردعمل ہے. سوجن کی خوشگوار پرتوں سے سیال کی آؤٹ ڈورنگ ہے. اس مرحلے کے دوران رجعت پسند سیال بہت پتلا ہوتا ہے اور پھیپھڑوں کو آسانی سے دوبارہ وسعت ملتی ہے. سادہ نمونیا سے پرجوش مرحلے کو مختلف کرنا مشکل ہے. جیسے جیسے سیال جمع کرنا بڑھتا ہے ، سانس کی علامات شدید ہوجائیں گی. اس مرحلے کی تشخیص اور تصدیق ایکس رے سینے ، انتہائی آواز کی رہنمائی کے تحت سینے اور انجکشن کی آرزو کی انتہائی آواز سے جانچ پڑتال سے کی جاسکتی ہے.

چار سے چودہ دن کی بیماری سے فائبرینو پرولیت اسٹیج کہا جاتا ہے .. اس مرحلے میں ، سفید خون کے خلیوں اور ریشوں کی بڑی تعداد بہاؤ میں جمع ہوتی ہے. جمع شدہ سیال زیادہ موٹا ، زیادہ صاف ، محل وقوع کی تشکیل کی طرف رجحان اور پھیپھڑوں کی توسیع کو محدود کرنے والی خوشگوار جھلیوں پر ایک موٹا چھلکا بن جائے گا.

چودہ دن کے بعد (اورگینائزنگ اسٹیج) اس مرحلے میں فائبروبلاسٹ ویزرل اینڈ پیریٹل دونوں پر ایکیوڈیٹس میں بڑھتے ہیں ، جس سے لچکدار جھلی – چھلکا پیدا ہوتا ہے. موٹی چھلکا کسی بھی اینٹی مائکروبیل دوائیوں کے داخلے کو خوشگوار جگہ پر روک دے گا. گاڑھا چھلکا پھیپھڑوں کی کسی بھی توسیع کو روک دے گا جس کی وجہ سے – پھنس پھیپھڑوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے.

تشخیص

ایکس رے چیک – بنیادی تفتیش ہے. اے پی ویو سینے ایکس کرنوں میں سیال جمع کرنے کی بڑی مقدار کو آسانی سے تشخیص کیا جاسکتا ہے. اس سے بنیادی پھیپھڑوں کی حیثیت ظاہر ہوسکتی ہے. سینے کی ایکسرے میں بھی خوشگوار گاڑھا ہونا اور محل وقوع کو نوٹ کیا جاسکتا ہے.

الٹرا ساؤنڈ چیسٹ – ایمپیما گہا میں الٹراساؤنڈ گائیڈڈ آرزو یا کیتھیٹر پلیسمنٹ کے ایمپیما گہا کی تشخیص کے لئے ایک بہت ہی مفید ذریعہ ہے. اس سے محل وقوع اور غیر خرچ کرنے والے – پھنسے ہوئے پھیپھڑوں کا مظاہرہ کرکے ایمپیما کے مرحلے کی نشاندہی کرنے میں مدد ملتی ہے.

کمپوٹڈ ٹومیگریپی (سی ٹی اسکین) ایمپیما سی ٹی پر سینے میں ہموار ، گول یا بیضوی مجموعہ دکھائی دیتی ہے۔ موٹی خوشگوار پرتیں سی ٹی پر تقسیم شدہ خوشگوار نشان کو جنم دینے کے لئے پیپ کے ذریعہ الگ ہوجاتی ہیں. یہ ایمپیما کے مرحلے کی بہتر وضاحت ، پھیپھڑوں کے پیرینچیما کی کثرت اور حیثیت کی موٹائی فراہم کرتا ہے.

تجزیہ کے خوشگوار سیال کی تھوراکوسنٹیسیس کی خواہش کو چھاتی کا نام دیا جاتا ہے. اگر سیال پتلا اور مفت بہہ رہا ہے تو یہ براہ راست کیا جاسکتا ہے. اگر یہ معلوم کیا گیا ہے تو چھاتی کی رہنمائی کے تحت کیا جانا چاہئے. گند سمیت سیال کے چریکٹرسٹکس کو نوٹ کیا جانا چاہئے. پی ایچ ، ڈبلیو بی سی گنتی

، گلوکوز ، ایل ڈی ایچ کی سطح ، خوشگوار سیال پر کی جاتی ہے. خوشگوار سیال پر داغ لگانے والے گرام مائکروسکوپ کے تحت براہ راست حیاتیات کا مظاہرہ کریں گے.

ایمپییما کی پیچیدگیاں

اگر ایمپیما کو علاج نہ کرنے یا نامکمل سلوک چھوڑ دیا جاتا ہے تو ، اس سے پیچیدگیاں پیدا ہوجائیں گی. چھوٹے بچوں میں یہ – سیپٹیسیمیا (خون میں انفیکشن کی پھیلائی) کا باعث بن سکتا ہے جو مہلک ہوسکتا ہے. بڑے بچوں میں ، اس سے متاثرہ پھیپھڑوں کے کام کا نقصان ہوسکتا ہے ، جس کی وجہ سے گھنے جھلیوں والے فائبرن چھلکا سے پھیپھڑوں کی پھنس جاتی ہے. اگر یہ بغیر کسی رکاوٹ کے رہ گیا تو اس سے پھیپھڑوں کے بنیادی لابوں کے نیکروسس کا باعث بنے گا. اگر انفیکشن سینے کی دیوار تک پھیل جاتا ہے تو - اس سے سینے کی دیوار کی بدصورت خرابی خاص طور پر نوجوان لڑکیوں میں ہوگی. نیکروٹک نیومونیاس – برونچو کی خوشگوار نالورن نامی ایک حالت پیدا کرسکتا ہے. اس حالت میں پھیپھڑوں کے پیرینچیما سے منسلک ہوا لے جانے والی نلیاں کھلیں گی جس کے نتیجے میں مسلسل ہوا کی رساو ہوجائے گی جس سے سانس کی تکلیف ہوگی.

ایمپییما بیمار بیٹھ ، بخار ، کھانسی اور سانس کی تکلیف کی شکل میں بہت زیادہ بیماری پیدا کرے گی. اس سے اسکول کی تعلیم کا نقصان ہوگا.

ایمپییما کا انتظام.

ایمپیما کے موثر تھراپی میں شامل ہیں - انفیکشن کا کنٹرول ، پیپ کی نکاسی اور پھیپھڑوں کی توسیع. ایمپیما کا انتظام ایمبیما کے مرحلے ، محل وقوع کی موجودگی ، التجا اور خوشگوار سیال کی مقدار اور موٹائی پر منحصر ہے.

اینٹی بائیوٹکس - مشتبہ ایٹولوجیکل ایجنٹ پر منحصر ہے ، ایمپییما کے تمام معاملات میں دیا جانا چاہئے. خواہش مند خوشگوار سیال پر کی جانے والی ثقافت اور حساسیت کے ٹیسٹ کی بنیاد پر ، بعد میں اینٹی بائیوٹکس کو تبدیل کیا جانا چاہئے. حیرت انگیز ہمدردانہ ایک خاص صورتحال پیش کرتا ہے. اینٹی بیکٹیریل ، اینٹی ٹبرکولٹس دوائیوں کے ساتھ ، کورٹیکوسٹیرائڈز کو بہاؤ اور اس کی ترتیب کو کم کرنے کے لئے دیا جاتا ہے.

ایمپیما نکاسی آب - ایمپیما تھراپی کا ایک بڑا جزو ہے. بار بار انجکشن کی امنگوں ، سینے کی ٹیوب تعارف ، سور دم کیتھیٹر تعارف یا ویڈیو کی مدد سے چھاتی کی سرجری (واٹس) نکاسی آب کے ذریعہ پرولینٹ سیال کو نکالا جاسکتا ہے. نکاسی آب کا طریقہ بیماری کے پیپ اور اسٹیج کی موٹائی کی سطح پر منحصر ہے.

اگر پیپ پتلی ہے – یا تو بار بار انجکشن کی خواہشات یا چھوٹے بور پرکٹینیئس کیتھیٹر نکاسی آب کا استعمال کیا جانا چاہئے. اگر پیپ جمع کرنا چھوٹا ہے تو ، سی ٹی گائیڈڈ آرزو کا مشورہ دیا جاتا ہے. پانی کے اندر مہر نکاسی آب کے ساتھ سینے کی ٹیوب استعمال کی جاتی ہے ، اگر پیپ قدرے موٹی ہو لیکن بغیر کسی محل وقوع کے کسی ایک گہا میں مفت بہہ رہا ہو. سینے کی ٹیوب کو اس وقت تک رکھنا چاہئے جب تک کہ نکاسی آب میں بیس ملی لیٹر سے کم نہ ہو رنگین سیال اور پھیپھڑوں کو ایکس رے سینے پر مکمل طور پر بڑھایا جاتا ہے.

علاج کے جراحی کے طریق کار - (ویڈیو کی مدد سے چھاتی کی سرجری) کثیر الضابطہ بہاؤ میں چپکنے اور فائبرنوس خوشگوار چھلکے کو ہٹانے میں پرسکون ہے. جب تنتمی خوشگوار چھلکا پتلا ہوتا ہے تو ایک محدود فیصلہ کیا جاسکتا ہے. اس سے پیپ کے وژن نکاسی آب کے تحت ، جمع کرنے کے علاقے کو مقامی بنانے اور نکاسی آب کے کیتھیٹرز اور ٹیوبوں کی مناسب جگہ میں مدد ملے گی. وی اے ٹی ایس اسٹیج کو منظم کرنے میں کارآمد نہیں ہے ، جہاں خوشگوار گاڑھا ہونا زیادہ ہوتا ہے.

تھوراکوسکوپک ڈیبریڈیمنٹ اور نکاسی آب - یہ کثیر الثانی شدہ ایمپییما میں پرسکون موثر ہے. اس سے تمام مقامی افراد کو ملٹی لوکیٹڈ خوشگوار گہا کو ایک ہی گہا میں تبدیل کرنے میں مدد ملتی ہے. تھوراسک گہا پھر آبپاشی اور ہے

اس کے بعد تھوراسک گہا سیراب ہوتا ہے اور پوری صاف سیال کو چوس لیا جاتا ہے. وژن کے تحت سینے کی ٹیوب رکھی جاتی ہے.

کھلی چھاتی اور سجاوٹ – ان معاملات کے لئے مختص طریقہ کار ہے جہاں خوشگوار چھلکا بہت موٹا ہوتا ہے جس کی وجہ سے پھنسے ہوئے پھیپھڑوں کا ہوتا ہے. جب دونوں ویسرل اور پیریٹل دونوں ہی گاڑھا ہوجاتے ہیں اور ایک محدود پرت کی حیثیت

سے کام کرتے ہیں تو ، پھیپھڑوں کو وسعت دینے کی اجازت نہیں دیتے ہیں. اس طریقہ کار میں ، پھیپھڑوں اور سینے کی دیوار کو ڈھانپنے والی دونوں خوشگوار پرتوں کو مکمل طور پر ہٹا دیا گیا ہے تاکہ پھیپھڑوں کی توسیع پر کوئی پابندی نہ ہو. یہ پس منظر کی سینے کی دیوار پر دیئے گئے وسیع کٹ کے ذریعے کیا جاتا ہے. اگر بنیادی پھیپھڑوں کا لاب تباہ ہوجاتا ہے تو ، اسے بھی مسترد کرنے کے ساتھ ہٹا دیا جاتا ہے.

لہذا ، مجموعی طور پر اگر پیپ پتلی ہے تو انتخاب کا کوئی محل وقوع نہیں ہے - اینٹی بائیوٹکس کے ساتھ ساتھ سینے کی ٹیوب نکاسی آب ہے. اگر پیپ موٹی اور لوکولیشن موجود ہے تو ، انتخاب کا علاج واٹس ہے جس کے ذریعہ ہم لوکل کو توڑ دیتے ہیں اور ہم متاثرہ خوش کن گہا کی اچھی آبپاشی دے سکتے ہیں. اگر ایمپیما پھیپھڑوں پر موٹی پابندی والے چھلکے کے ساتھ اسٹیج کا اہتمام کرنے میں ہے تو ، انتخاب کا علاج اوپن پوسٹیرو ہے - پس منظر کی چھاتی + سجاوٹ. کسی بھی مرحلے میں اگر بنیادی پھیپھڑوں کے لاب کو نقصان پہنچا ہے تو ، اسے ہٹا دیا جانا چاہئے.

تھوراکو سکوپی کیا ہے؟

ویڈیو کی مدد سے چھاتی میں حالات کی تشخیص اور علاج کے لئے استعمال ہونے والی ایک کم سے کم ناگوار جراحی تکنیک ہے. یہ کلیدی سوراخ کی سرجری کی ایک شکل ہے. اس سے سرجنوں کو سینے اور پھیپھڑوں کے اندر دیکھنے کی اجازت ملتی ہے اور سینے کے جراحی کے متعدد طریقہ کار کرنے کی اجازت دیتا ہے.

طریقہ کار کے دوران ، ایک چھوٹا سا چھوٹا سا کیمرا (چھاتی کا دائرہ) اور جراحی کے آلات کئی چھوٹے چیراوں کے ذریعہ سینے میں داخل کیے جاتے ہیں۔ (تین ملی میٹر سے پانچ ملی میٹر). چھاتی کے اندرونی نظارے کی تصاویر کو باہر سے مانیٹر میں منتقل کرتا ہے ، جراحی کے طریقہ کار کو انجام دینے میں سرجن کی رہنمائی کرتا ہے. اس طریقہ کار کے فوائد سینے پر چھوٹی کمی ، ابتدائی تندرستی اور بازیابی ہیں. واٹس میں پسلی پنجرے کا کوئی پیچھے ہٹنا نہیں ہے . لہذا پسلی فریکچر یا اعصاب کی گھورنے کا کوئی خطرہ نہیں ہے. کم درد اور جلد صحتیابی کی طرف جاتا ہے. چونکہ عمل کو بڑھاوا کے تحت کیا جاتا ہے ، لہذا تمام ناقابل رسائی علاقوں سے بھی رابطہ کیا جاسکتا ہے. مزید وضاحت کے ساتھ وژن کے تحت طریقہ کار انجام دیئے جاسکتے ہیں.

سرجن اس طریقہ کار کو کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں - پھیپھڑوں کی بایپسی ، پھیپھڑوں کی لابیکٹومیز اور نیومونکومی ، ڈیکورٹیکشنز یا ایمپیما ڈیبریجمنٹ ، ایسوفجگل سرجری ، ہیٹوس ہرنیا کی مرمت. پھیپھڑوں کے آس پاس اضافی سیال یا ہوا کا خاتمہ. معدے کی نالی ریفلکس ، تھیمس گلینڈ سرجری ، سرجری کو درست کرنے کی سرجری

ایمپییما کیسز کا طویل مدتی نتیجہ

زیادہ تر معاملات میں ، ایمبیما کے موثر علاج کے بعد ، پھیپھڑوں کے طویل مدتی افعال معمول پر آجائیں گے. یہاں تک کہ ان معاملات میں جہاں پھیپھڑوں کے لابوں کو ہٹا دیا جاتا ہے ، باقی باقی لاب یا لابس اس تقریب کو سنبھال لیں گے. پھیپھڑوں کے فنکشن کا کوئی خسارہ نوٹ نہیں ہوگا. اوپن چھاتی کے کچھ معاملات آپریشن والے علاقے کے ساتھ تجربہ ، اعصابی درد یا بے حسی کا سامنا کریں گے. کندھے یا سینے کی دیوار کی نقل و حرکت پر کوئی پابندی نوٹ نہیں کی گئی ہے.

کلیدی نکات :

.ایمپییما نمونیا کی ایک عام پیچیدگی ہے

.غریب معاشرتی معاشی حیثیت کے بچے اور تین سال سے کم عمر کے بچے عام طور پر متاثر ہوتے ہیں

.اسٹیفیلوکوکس اوریئس سب سے عام وجہ حیاتیات ہے

.شکوک و شبہات کا ایک اعلی انڈیکس تشخیص میں مدد کرتا ہے

.ایکس رے سینے ، الٹراساؤنڈ اور سی ٹی اسکین تشخیص اور پیروی کے سب سے مفید طریقہ ہیں

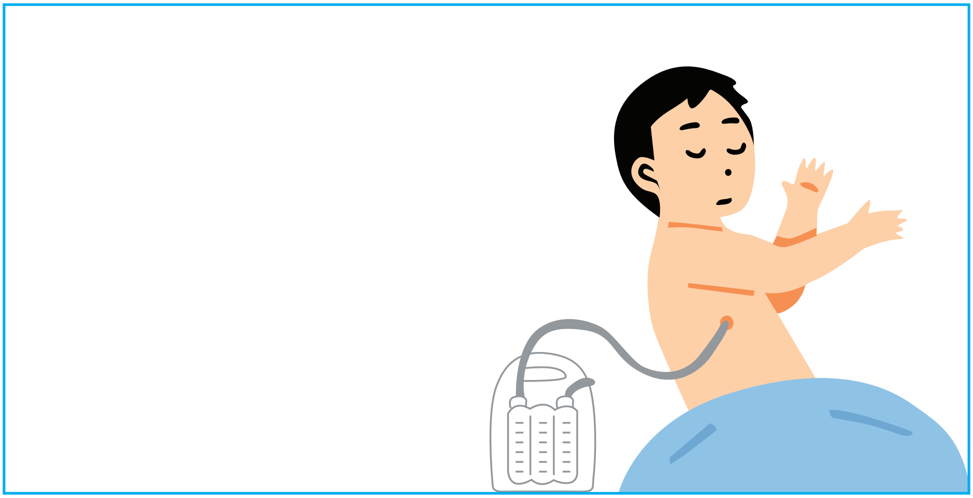
.تھوراکوسنٹیسیس اور خوشگوار سیال تجزیہ علاج کی وضعیت کا فیصلہ کرنے میں مدد کرتا ہے

.اگر ایمبیما کا پتہ نہیں لگایا جاتا ہے – اینٹی بائیوٹک کوریج + سینے کی ٹیوب نکاسی کافی ہے

.ملٹی لوکیٹڈ ایمپیما کے ویڈیو کی مدد سے چھاتی کی ڈیبریڈمنٹ اچھا کام کرے گی

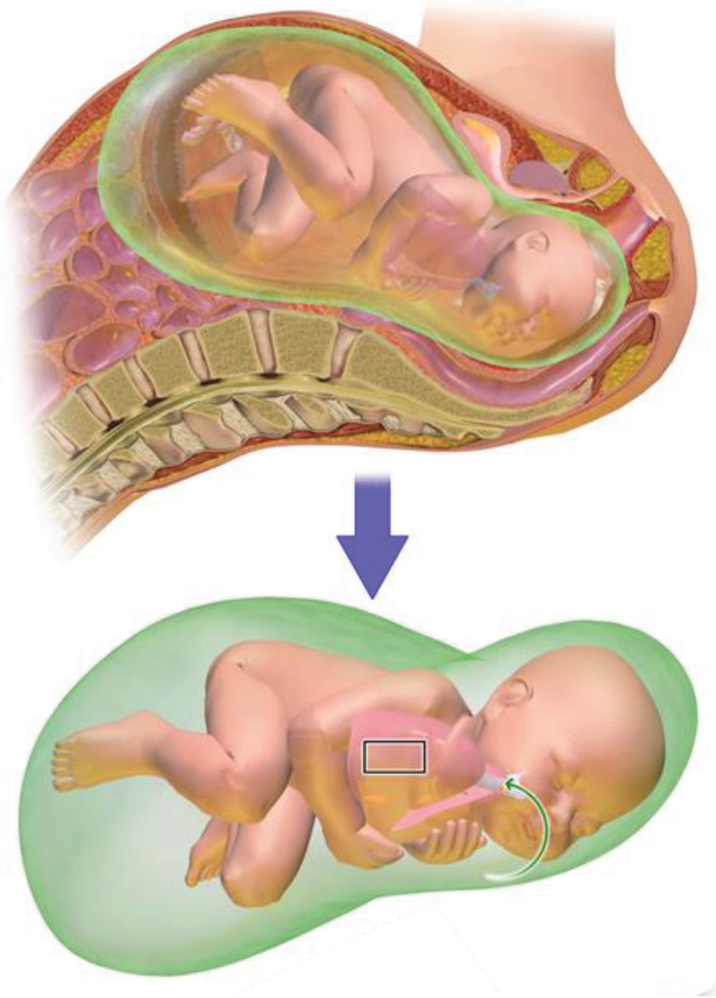
.دائمی آرگنائزنگ ایمپیما کو کھلی جراحی کی سجاوٹ کی ضرورت ہے

علاج شدہ ایمپیما کیس کی اکثریت میں پھیپھڑوں کے طویل مدتی افعال معمول ہیں



27
Chapter

میکونیم کی کہانی



27

میکونیم کی کہانی

نارمل میکونیم

میکونیم پہلے اسٹول کا فینسی نام ہے ، بچہ گزرتا ہے. یہ ابتدائی پاخانہ ہے. اس میں مادہ بچے کے اندر موجود رہتا ہے جب وہ رحم میں رہتا ہے. یہ آنتوں کے استر خلیوں ، آنتوں کے سراو ، ابتدائی عارضی ، لانگو بال اور ضائع شدہ سامان کی چھلکیاں کا ایک مجموعہ ہے. لفظ ، میکونیم میکون سے آتا ہے جس کا مطلب پوست کے بیج ہیں کیونکہ اس کا خام پوست کے پاؤڈر سے ملتا ہے. یہ دوسرے سہ ماہی کے آغاز کی طرف جمع ہوجاتا ہے ، پھر پیدائش تک بڑی آنت میں جمع ہوجاتا ہے.

عام طور پر پیدائش کے بعد پہلے چوبیس گھنٹوں میں گزر جاتا ہے اور اسے اڑتالیس گھنٹوں کے اندر ہی گزرنا چاہئے. اگر اس میں اڑتالیس گھنٹوں سے آگے تاخیر ہوتی ہے تو اسے – میکونیم کی تاخیر سے گزرنا کہتے ہیں اور ڈاکٹروں سے مشاورت کی ضرورت ہوتی ہے. میکونیم پاخانہ بڑے ، چپچپا اور گھنے گہرے سبز رنگ کے ہیں. بچوں کی جسمانی سطح سے میکونیم پاخانہ صاف کرنا مشکل ہے. انہیں برا نہیں لگتا. میکونیم پاخانہ جراثیم سے پاک ہیں ، کیونکہ بیکٹیریل نوآبادیات نہیں ہوتا ہے. میکونیم پاخانہ کے بعد فوری طور پر عبوری پاخانہ ہوتے ہیں, جو بچے کے تین سے پانچ دن کے وقت رنگ میں سبز رنگ کے ہوتے ہیں اور وہ تقریبا چھ دن پر باقاعدہ دودھ یا بریسٹ فیڈنگ اسٹول میں تبدیل ہوجاتے ہیں جو رنگ میں پیلے رنگ کا ہوتا ہے.

میکونیم اگر یہ وومب کے اندر بچے کے باہر پیدائش سے پہلے ہی جاری رہتا ہے.

میکونیم داغ

ایک بچہ پیدائش سے پہلے میکونیم پاس کرسکتا ہے جس کی وجہ سے میکونیم داغدار امینیٹک سیال اور ایک میکونیم داغدار بچہ ہوتا ہے. خود ہی میکونیم کا داغ لگانا خطرناک نہیں ہے ، حالانکہ پیدائش کے وقت مکونیم میں شامل بچے کو دیکھ کر یہ خوفناک ہوسکتا ہے. اگر بچہ پھیپھڑوں میں میکونیم کا سانس لے اور اس کی خواہش کرتا ہے تو یہ ایک مسئلہ بن سکتا ہے. یہ تقریبا بارہ سے چالیس فیصد ترسیل میں نوٹ کیا جاتا ہے اور تاریخ پیدائش میں چالیس فیصد تک بہت زیادہ ہے. یہ شدید یا دائمی برانن ہائپوکسیا کی علامت ہے.

میکونیم داغ لگانا کبھی کبھی عام طور پر ہوسکتا ہے. زیادہ تر وقت ان بچوں میں ہوتا ہے جن پر دباؤ پڑتا ہے ، جیسے طویل مزدوری ، پوسٹ ڈیٹ حمل (چالیس ہفتوں سے زیادہ) ، حمل کے بچوں کے لئے بڑا ، ذیابیطس کی ماؤں ، ہائپرٹینس ماؤں سے پیدا ہونے والے بچے. یہ بچوں میں بھی نوٹ کیا جاتا ہے جن میں ماؤں شراب نوشی اور تمباکو نوشی کی عادت ہوتی ہے.

میکونیم خواہش سنڈروم

میکونیم کی خواہش سنڈروم ایک ایسی حالت ہے جس میں بچہ سانس لینے کی دشواریوں کو فروغ دیتا ہے کیونکہ بچے نے پھیپھڑوں میں میکونیم کو سانس لیا جبکہ ابھی بھی رحم میں ہی, حمل کے بالکل اختتام پر یا ترسیل کے دوران. جب میکونیم امینیٹک سیال میں داخل ہوجائے گا تو بچہ پیدائش سے پہلے ، دوران اور اس کے بعد پھیپھڑوں میں سانس لے گا. یہ تین سے نو فیصد میں ہوتا ہے جس میں بچے کی داغدار ہوتی ہے. میکونیم ایک لپڈ اور پروٹین سے بھرپور مادہ ہے جو کیمیائی نمونائٹس کے نتیجے میں آست ہوا کے جھلیوں کو ڈھانپنے میں پریشان کن ہے. بعد میں اس سے بیکٹیریل نیومونائٹس کا باعث بنتا ہے جس کی وجہ سے سنگین حالت ہوتی ہے.

کچھ بچے رحم میں یا ترسیل کے دوران میکونیم پاس کرتے ہیں اور میکونیم کی خواہش سنڈروم یا کسی اور مسئلے کو تیار نہیں کرتے ہیں. میکونیم داغدار امینیٹک سیال کے ذریعہ پیدا ہونے والے نوے فیصد بچے میکونیم اسپیرشن سنڈروم تیار نہیں کرتے ہیں. تاہم ان بچوں میں جو ایم اے ایس تیار کرتے ہیں وہ ہلکے ہوسکتے ہیں ، یا یہ بہت سنگین اور جان لیوا ثابت ہوسکتا ہے.

میکونیم آرزو سنڈروم کے لئے خطرہ عوامل

تاریخ کے بعد بچے: حمل کی عمر میں پیدا ہونے والے بچے اکتالیس ہفتوں سے زیادہ ہیں

حمل عمر کے بچوں کے لئے چھوٹا (ایسے بچے جن کا وزن کم ہے اس گیس کی مدت کے لئے موزوں وزن کے (مقابلے میں کم وزن ہوتا ہے

مشکل ترسیل

مہلک تکلیف

پری کلیمپسیا

اولیگوہائڈرامنیوس

پیریپارٹم انفیکشن

نال / نال کی ہڈی کے ساتھ مسائل

میکونیم کی خواہش سنڈروم کی تشخیص

امینیٹک سیال مکونیم داغ ہے

(سبز)

بچے میں میکونیم داغ ہیں

سانس لینے میں دشواری

سائینوسس

بچہ لنگڑا / مدھم ہے

(ہوا سینے میں لیک (نیومیٹکوٹوریکس

مستقل پلمونری ہائی بلڈ پریشر تیار کرسکتا ہے

ایکس رے سینے تشخیصی ہے

کندھوں کی فراہمی سے قبل سر کی فراہمی کے بعد میکونیم داغ رکھنے والے بچوں کے لئے منہ اور ناک کی زبردست سکشننگ کی گئی تھی۔ جوش و خروش کے پٹھوں کے لہجے والے بچوں میں اور سانس کی اچھی کوشش کے ساتھ اچھ رونے میں ، یہ سکشن ضروری نہیں ہے.

پیڈیاٹرکس کی امریکی اکیڈمی اور امریکی دل (ایسوسی ایشن کی سفارشات 2015-)

میکونیم کی خواہش سنڈروم کا انتظام ، میکونیم کی نمائش کی مدت ، میکونیم کی موٹائی ، مکونیم کی مقدار سے سانس لینے ، بچے کی سانس کی کوششوں پر منحصر ہے. ایم اے ایس کے ساتھ زیادہ تر بچے اچھی طرح سے صحت یاب ہوجائیں گے۔ کچھ معاملات میں نوزائیدہ انتہائی نگہداشت ، آکسیجن سپورٹ ، وینٹیلیٹر کیئر ، سرفیکٹنٹ انتظامیہ ، سانس لینے والی نائٹرک آکسائڈ تھراپی اور ای سی ایم او کی ضرورت ہے. ایم اے ایس کے شدید معاملات میں ، بچے تمام کوششوں کے باوجود مر جائیں گے.

پیدائش سے پہلے بچے کے پیٹ میں نکلنا

میکونیم پیریٹونائٹس

اس وقت ہوتا ہے جب پیدائش سے پہلے آنتوں کا پھٹ پڑتا ہے. میکونیم آنتوں کے آس پاس کی جگہ پر نکل جاتا ہے ، جس سے پیٹ کی استر کی سوزش ہوتی ہے (پیریٹونائٹس). اگر الٹراساؤنڈ پر پیریٹونئم میں کیلشیم کے ذخائر کے علاقوں میں ، پیدائش سے پہلے اس کی تشخیص کی جائے گی. اگر بچہ پیٹ میں خلل اور الٹی کے ساتھ پیدا ہوتا ہے تو پیدائش کے بعد اس کی تشخیص ہوتی ہے.

آنتوں کے پھٹ جانے کی وجوہات ہیں .. وولولس (آنتوں سے مروڑ), آنتوں کا اتریسیا (جہاں چھوٹے آنتوں کے باقی حصے) ، انٹوسسسیپشن (آنتوں کی دوربینیں اپنے آپ میں) کے ساتھ جاری رکھے بغیر آنکھیں بند کر کے ختم ہوجاتی ہیں۔ میکونیم پیریٹونائٹس کو پیدائش کے فورا بعد ہی جراحی مداخلت کی ضرورت ہے.

میکونیم کے گزرنے میں تاخیر

عام طور پر ، صحت مند مکمل مدت کے زیادہ تر بچے (نوے فیصد) پیدا ہونے کے چوبیس گھنٹوں کے اندر اپنا پہلا اسٹول پاس کرتے ہیں اور تمام اصطلاح نوزائیدہ بچوں کو اڑتالیس گھنٹوں کے اندر اندر میکونیم پاس کرنا چاہئے. اگر بچے کے پہلے دن یا دو زندگی پر بے ساختہ پاخانہ نہیں ہے تو ، یہ اس بات کی علامت ہوسکتی ہے کہ کچھ غلط ہے اور معالج کو تمام اہم وجوہات پر غور کرنا چاہئے. قبل از وقت نوزائیدہوں

.میں زیادہ وقت لگ سکتا ہے

الٹی ، ناقص کھانا کھلانے یا پیٹ میں خلل ڈالنے کے ساتھ کسی بھی نوزائیدہ بچے کو نوزائیدہ آنتوں کی رکاوٹ کے شکوک و شبہات کے اعلی انڈیکس کے ساتھ فوری طور پر جائزہ لیا جانا چاہئے.

جراحی وجوہات

انو-ریکٹل انومالیس

یہ ضروری ہے کہ معالج پیدائشی انورٹیکل خرابی کے کسی بھی ثبوت کے لئے نوزائیدہ پیرینیم کا بغور جائزہ لے. غیر معمولی بے ضابطگیوں میں ، آنتوں عام طور پر مقعد اوریفس کے ذریعہ نہیں کھلتا ہے ، یہ جلد پر معمول کے اوری کے نرد سے اوپر مختلف سطحوں پر اوپر ختم ہوجائے گا. تلاش پیرینیم سے بے بنیاد مواصلات کے ساتھ یا اس کے بغیر غیر اخلاقی خرابی ہوسکتی ہے. اے آر ایم کی جانچ اور تشخیص کے لئے پیڈیاٹرک سرجیکل مہارت کی ضرورت ہے. اینو-ریکٹل بے ضابطگیوں کو مستقل – لفٹ اپنی پٹھوں کے پٹھوں سے تعلق رکھنے کی بنیاد پر اعلی / انٹرمیڈیٹ اور کم بے ضابطگیوں میں تقسیم کیا گیا ہے.

کم بے ضابطگیوں کا علاج ایک ہی مرحلے – پیرینیال انوپلاسٹ کے ذریعہ کیا جاتا ہے. انٹرمیڈیٹ اور اعلی بے ضابطگیوں کا علاج کولوسٹومی اور حتمی طریقہ کار کے ذریعہ ملنے کے ابتدائی موڑ کے ذریعہ کیا جاتا ہے (طریقہ کار کے ذریعے) تین سے چھ ماہ کے بعد.

غیر اخلاقی بے ضابطگیوں میں بنیادی تشویش برقرار رکھنے والی کونٹرل پاور (تسلسل) ہے. کم بے ضابطگیوں میں

سو فیصد مستقل برقرار رہے گا جبکہ یہ انٹرمیڈیٹ بے ضابطگیوں میں کم ہے

اسی فیصد) اور اعلی بے ضابطگیوں (تیس سے چالیس (فیصد مستقل).

(آنتوں کی رکاوٹ (اتریسیا

آنتوں کے ایٹریسیاس میں ، ترقی کے دوران عروقی حادثے کی وجہ سے آنتوں کا ایک طبقہ غیر حاضر ہے. اس سے آنتوں کے کسی بھی حصے کو متاثر ہوسکتا ہے لیکن عام طور پر چھوٹی آنت شامل ہوتی ہے. آنتوں کے ایٹریسیا کے ساتھ پیدا ہونے والے بچے پیٹ میں خلل

، دوغیبی الٹی اور میکونیم پاس کرنے میں ناکامی کے ساتھ پیش کریں گے. آنتوں کے ایٹریسیاس کو سرجری کے ذریعہ درست کیا جانا چاہئے.

ہرشپرنگس بیماری

ایچ ڈی پانچ میں سے ایک میں سے ایک زندہ پیدائش کو متاثر کرتا ہے جو خواتین سے زیادہ مردوں کو متاثر کرتا ہے.

ہرشپرنگس بیماری میں ، گینگلیون خلیوں کی پیدائشی عدم موجودگی سے متاثرہ آنت میں عیب دار حرکت ہوتی ہے جس کی وجہ سے وہ عملی رکاوٹ کا باعث بنتا ہے. عام برانن کی نشوونما میں ، اعصابی خلیات پورے معدے کی نالی کے ساتھ تقسیم کرنے کے لئے دماغ سے احتیاط سے ہجرت کرتے ہیں. اسے انٹرک اعصابی نظام کہا جاتا ہے. یہ حمل کے پانچویں سے بارہویں ہفتوں کے درمیان ہوتا ہے. اعصابی خلیوں کی نامکمل یا غیر حاضر ہجرت ہرش اسپرنگس کی بیماری کا باعث بنتی ہے.

ہرشپرنگس کی بیماری عام طور پر بڑے آنتوں کے آخری حصوں کو متاثر کرتی ہے (ریکٹوسیگ مائوڈ ایریا). نوزائیدہ میں کلاسیکی کلینیکل پریزنٹیشن پیٹ میں خلل کے ساتھ میکونیم کی منظوری میں تاخیر کا شکار ہے. کچھ لوگوں میں اسٹول کے جمود کے ساتھ اس فعال رکاوٹ کو انفیکشن کا باعث بنے گا (انٹرو کولائٹس) الٹی ، اسہال ، پیٹ میں کشیدگی اور جھٹکا. جسمانی امتحان میں ایک ملاشی کا پتہ چلتا ہے جو خالی ہے۔ اسٹول اور گیس کی دھماکہ خیز ریلیز ڈیجیٹل ملاشی امتحان کے بعد ہے. اس بیماری کی تصدیق بڑی آنت (بیریئم انیما) اور ملاشی بایپسی کے برعکس مطالعہ سے ہوتی ہے.

جراحی کا علاج ہرشپرنگس بیماری کا حتمی تھراپی ہے.

سرجری ایک مرحلے یا دو مراحل میں کی جاسکتی ہے. سرجری میں عام طور پر اعصاب پر مشتمل آنتوں کے محور طبقے میں افتتاحی کرکے اسٹول کا رخ موڑ شامل ہوتا ہے. محصور آنتوں کے سائز میں کافی حد تک کمی کے بعد تین سے چھ ماہ کے فاصلے کے بعد ، سرجری کے ذریعے ایک پل کیا جاتا ہے جس میں اعصاب پر مشتمل آنتوں کے حصے کو نیچے لانا شامل ہوتا ہے.

میکونیم الیوس

میکونیم آئیلیس آنتوں کی رکاوٹ ہے جو اس وقت ہوتی ہے جب آنت میں موجود بچوں کا مکونیم معمول سے زیادہ موٹا اور چپچپا ہوتا ہے ، جس سے آئیلیم نامی ٹرمینل چھوٹی آنت کے ایک حصے میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے. میکونیم والے زیادہ تر بچوں میں سسٹک فائبروسس بیماری ہوتی ہے. پیدائش کے بعد بچے پیٹ میں خلل اور دوغیبی الٹی اور میکونیم کی کوئی گزرگاہ کے ساتھ موجود ہیں. میکونیم آئیلیس کا علاج بنیادی طور پر جراحی اور اسٹیجڈ طریقه کار میں ہے. ابتدائی طور پر ایک آسٹومی (آئیلوسٹومی) چپچپا میکونیم کو باہر لانے کے لئے ، مجموعی طور پر خستہ طبقے کی دوبارہ تحقیق کے بعد کیا گیا تھا. چپچپا میکونیم کے باہر جانے کے تین ماہ بعد آنتوں کا دوبارہ رابطہ کیا جاتا ہے اور آنتوں صاف ہے.

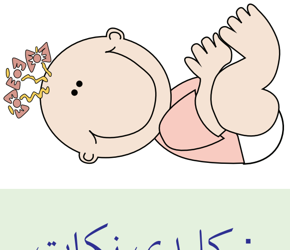
میکونیم پلگ سنڈروم

یہ میکونیم اور آنتوں کی بازی کی تاخیر سے گزرنے کے ذریعہ نئے پیدا ہونے والے نوآبادیاتی کریکٹریٹ کا عارضی عارضہ ہے. یہ بڑی آنت کی عملی عدم استحکام کی وجہ سے ہے. نوآبادیاتی رکاوٹ ایک رکاوٹ میکونیم پلگ کی وجہ سے ہے. اس حصے میں آنتوں کو ڈسٹل کرنے کے ساتھ میکونیم کے ساتھ بائیں آنت کو متاثر کرتا ہے۔ اسے چھوٹا بائیں آنت کا سنڈروم بھی کہا جاتا ہے

برعکس انیما برقرار رکھنے والے میکونیم کو بھرنے کی خرابی یا پلگ کے طور پر ظاہر کرتا ہے جو ڈبل برعکس اثر پیدا کرتا ہے. ابتدائی علاج غیر جراحی ہے اس میں ملاشی محرک اور اس کے برعکس انیما شامل ہیں

میکونیم پرل

کم قسم کے انوریکٹل بے ضابطگیوں میں ، مکونیم جو مٹھی بھر افتتاحی راستے سے لیک ہوتا ہے وہ مضبوط ہوجائے گا اور سبز رنگ کی طرح شکل اختیار کرے گا /عام مقعد سائٹ سے عضو تناسل کی نوک تک مڈ لائن میں سفید موتی. میکونیم موتی اشارہ کرتے ہیں کہ بے ضابطگی شاید کم ہے.



کلیدی نکات :

پہلی تحریک (اسٹول) پیدائش کے چوبیس سے اڑتالیس گھنٹوں کے اندر اندر گزرنا پڑتا ہے ، بصورت دیگر یہ تشویش کا باعث ہے. اسے سنجیدگی سے لینا ہوگا.

29

Chapter

- اینٹی نیٹلی بے ضابطگیوں کا پتہ چلا
والدین کو کب پریشان ہونا چاہیے؟

اینٹی نیٹلی بے ضابطگیوں کا پتہ چلا والدین کو کب پریشان ہونا چاہیے؟

29

مسز سرتھا حیرت زدہ اور پریشان ہیں ، ان کے ڈاکٹر, جو اپنا باقاعدہ قبل از پیدائش چیک اپ کر رہا ہے اس نے اسے بتایا کہ جس بچے کو وہ لے کر جارہا ہے وہ دماغ میں بڑھا ہوا سر اور سیال جمع ہوسکتا ہے. (ہائڈرو سیفالس)

مسز لکشمی کے خواب بکھر گئے جب انہوں نے سنا کہ وہ جس بچے کو لے کر جارہا ہے اس میں گردوں میں سے ایک کی توسیع ہو رہی ہے. قبل از پیدائش اسکین کے بعد اس کے پرسوتیئن نے اسے یہ بات پہنچائی ہے. (ہائڈروفروسس)

مسز کرونا نے بچوں کے سرجن سے رابطہ کیا ہے ، تاکہ وہ اپنے بچے کی حیثیت کو جان سکے جو وہ لے کر جارہی ہے ، جو پچھلی ریڑھ کی ہڈی میں عیب پایا جاتا ہے (ریڑھ کی ہڈی کی لغت)

ان بے ضابطگیوں کا پتہ لگانے سے بہت تناؤ ، اضطراب پیدا ہوگا اور توقع کرنے والے والدین کے ذہنوں میں بہت سارے شکوک و شبہات پیدا ہوں گے. حاملہ ماں کو حمل کے باقی حصوں کو غیر یقینی صورتحال کے ساتھ لے جانا ہے. ان گھاووں کے بارے میں کچھ حقائق جاننے کی اشد ضرورت ہے جن کا پتہ لگ بھگ اٹھارہ سے اٹھائسویں ہفتوں تک ہوتا ہے۔ (برانن کی بے ضابطگیوں کے لئے ہدف امیجنگ - ٹفا اسکین)

حقائق

تمام غیر فعال طور پر پائے جانے والے بے ضابطگیوں کو خطرناک نہیں ہے.

ان میں سے کچھ ، ترسیل سے پہلے کے ایک عرصے میں دوبارہ دباؤ ڈال سکتے ہیں.

زیادہ تر گھاووں ، یہاں تک کہ اگر وہ برقرار رہتے ہیں ، کا ایک سومی کورس ہوگا.

زیادہ تر بے ضابطگیوں ، جن کو سرجری کی ضرورت ہے ، کو معقول اور قابل قبول نتائج کے ساتھ درست کیا جاسکتا ہے.

اب پیڈیاٹرک سرجری (برانچ جو قبل از پیدائش کی زیادہ تر بے ضابطگیوں کی پوسٹ پیدائش سے متعلق اصلاح سے متعلق ہے) ایک اچھی طرح سے قائم شاخ ہے.

اینستھیزیا میں پیشرفت نے نوزائیدہ (غیر فطری سرجری) بے ضابطگیوں کے ساتھ سرجری کی ہے – ایک معقول اور محفوظ آپشن.

نو ماہ میں ایک ہی سیل سے لے کر بچے تک ، ایک ترقیاتی عمل ہے جو تیزی سے پیچیدہ مظاہر کے حیرت انگیز انضمام کی نمائندگی کرتا ہے. نو ماہ کا یہ سفر حادثات کے بغیر نہیں ہے. کچھ بدقسمت والدین کو بے عیب بچوں سے نوازا جاتا ہے. یہ بے ضابطگییاں ساختی ، فعال یا میٹابولک ہوسکتی ہیں. حمل کے تیسرے سے آٹھ ہفتہ کے درمیان برانن میں انومیلیوں کی نشوونما ہوتی ہے. حمل کے پانچویں ہفتے میں سب سے زیادہ بے ضابطگیوں کی تعداد ہوتی ہے. انومالیس سنگل یا متعدد بے ضابطگیوں کا ایک گروپ ہوسکتا ہے. وہ معمولی بے ضابطگیوں یا بڑی بے ضابطگیوں کا شکار ہوسکتے ہیں. معمولی بے ضابطگیوں سے زیادہ سنگین بنیادی نقائص کی تشخیص کے لئے سراگ ثابت ہوتے ہیں. ان بے ضابطگیوں کا پتہ لگانے سے حاملہ ماں کو ایک طرح سے مدد ملے گی - یعنی - علاج کرنے والے ڈاکٹر علاج معالجے کا منصوبہ بناسکتے ہیں جو ماں اور

بچے کے لئے محفوظ ہے. لیکن اسی کے ساتھ ہی اس سے والدین کو طویل عرصے تک اضطراب اور غیر یقینی صورتحال کا باعث بنے گا. لہذا والدین کو معلوم ہونا چاہئے کہ کون سے گھاووں سے خطرناک ہے اور کون سے گھاووں سے زیادہ پریشانی نہیں ہوگی.

ان بے ضابطگیوں کا پتہ کیسے لگایا جاتا ہے۔

اب جنین کی مجموعی نشوونما کا اندازہ لگانے اور خرابی کا پتہ لگانے کے لئے بہت سارے اختیارات دستیاب ہیں۔ ان میں الٹراساؤنڈ ، زچگی سیرم اسکریننگ ، امینوسنٹیسیس اور کورینک ویلوس نمونے لینے شامل ہیں.

..الٹراساؤنڈ امتحان

امریکہ / ایس کے ذریعہ نوٹ کیے گئے پیرامیٹرز میں - جنین کی عمر ، نمو ، موجودگی یا پیدائشی بے ضابطگیوں کی عدم موجودگی ، یوٹیرن ماحول کی حیثیت ، امینیٹک سیال مقدار ، نال کی پوزیشن ، اور نال میں خون کی روانی شامل ہیں. تین ڈی اور چار ڈی اسکین تین جہتوں میں بچے کی اب بھی رنگین تصاویر ہیں. چار ڈی اسکین (چوتھی جہت کے ساتھ وقت) بچے کی حرکت پذیر تھری ڈی تصاویر ہیں. ان اسکینوں کا بہترین وقت تئیس سے اٹھائسویں ہفتوں کے درمیان ہے. یہ اسکین زیادہ سے زیادہ تفصیلات میں بچوں کو بیرونی اور کچھ داخلی خصوصیات دکھاتے ہیں. ٹفا اسکین ... یہ برانن کی بے ضابطگیوں کے لئے ایک ھدف شدہ امیجنگ ہے. یہ حمل کے اٹھارہ سے تئیس ہفتوں کے درمیان کیا جاتا ہے. یہ ایک معمول کے الٹراساؤنڈ اسکین کی طرح ہے جس فرق کے ساتھ یہ تجربہ کار ماہر امراض نسواں نے کیا ہے, جو جنین کے ہر حصے کا احتیاط سے جائزہ لیتے ہیں تاکہ یہ معلوم کیا جاسکے کہ آیا وہ کسی بڑے یا معمولی بے ضابطگی کا پتہ لگا سکتا ہے.

این ٹی اسکین (نوچل ٹرانسلوینسی اسکین)

یہ اسکین حمل کے گیارہ سے چودہ ہفتوں کے درمیان کیا جاتا ہے. نوچل پارباسی بچے کی گردن کے پچھلے حصے میں سیال کا مجموعہ ہے. این ٹی اسکین اس سیال کی موٹائی کو پیمائش کرتا ہے تاکہ بچے کے سنڈروم یا کروموسومل اسامانیتاوں کے خطرے کو پورا کیا جاسکے.

فیٹل ایکو کارڈیو گرافی

یہ ٹیسٹ جنین کارڈیک بے ضابطگیوں کی تشخیص کے لئے استعمال ہوتا ہے. رنگین اور نبض ڈوپلر تکنیک کا استعمال دل اور عظیم برتنوں کے ذریعے خون کے بہاؤ کا پتہ لگانے کے لئے کیا جاسکتا ہے.

بائیو کیمیکل اسکریننگ

تمام حاملہ خواتین کو الفا جنین پروٹین کی سطح ، اے آر / او کچھ بے ضابطگیوں جیسے خون کے ٹیسٹ سے گزرنے کا انتخاب کیا جانا چاہئے۔

کوریونک ویلس سیمپلنگ

حمل میں یہ بہت پہلے کیا جاتا ہے۔ دس سے بارہ ہفتوں کے درمیان. سی وی ایس کو امریکی رہنمائی کے تحت کورینونک ویلی (نال) کے حصے سے تھوڑا سا ٹشوز لے کر انجام دیا جاتا ہے. ؤتکوں کو مہذب کیا جاتا ہے اور کروموسوم تجزیہ کیا جاتا ہے. تجزیہ کے نتائج حاصل کرنے میں دو سے تین ہفتوں کا وقت لگتا ہے.

امینیسنٹیسیس

یہ عام طور پر پندرہ سے بیس ہفتوں کے درمیان قبل از پیدائش کیا جاتا ہے۔ اس طریقہ کار میں، جنین کے خلیات پر مشتمل تقریباً بیس ملی لیٹر امینیٹک سیال کو جنین سے دور ایک سوئی کے ذریعے رہنمائی میں جذب کیا جاتا ہے۔ امینیٹک سیال سے- جنین کے خلیے الگ ہوتے ہیں اور ثقافت میں بڑھتے ہیں۔ کلچر سے کروموسوم کی جانچ کروموسومل اسامانیتاوں کے لیے خوردبین کے تحت کی جاتی ہے۔

والدین کے لیے کیا اختیارات ہیں؟

جب بے ضابطگیوں کا پتہ چلا تو حاملہ خواتین کو زیادہ خطرہ حمل میں خصوصی دلچسپی رکھنے والے پرسوتیوں کا خیال رکھا جائے گا.

بچوں کے سرجنوں سمیت ڈاکٹروں کی ایک ٹیم (جو پیدائش کے بعد عدم مساوات کو درست کرنے جارہے ہیں)

نتائج کا جائزہ لیں.

دستیاب اختیارات پر تبادلہ خیال کریں

اس بے ضابطگی سے ممکنہ نتائج کی وضاحت کریں

والدین کی طرف سے تمام سوالات کا جواب دیں

علاج معالجے کی منصوبہ بندی کریں جو ماں اور بچے کے لئے محفوظ ہے.

فراہمی ایک ایسے مرکز میں کی جانی چاہئے جہاں ماں اور نوزائیدہ دونوں کے لئے نگہداشت کی انتہائی سہولیات دستیاب ہوں.

جب پیدائش سے پہلے کی بے ضابطگی کا پتہ چل جاتا ہے، تو دستیاب اختیارات ہیں۔

حمل کو ختم کرنے کے لیے

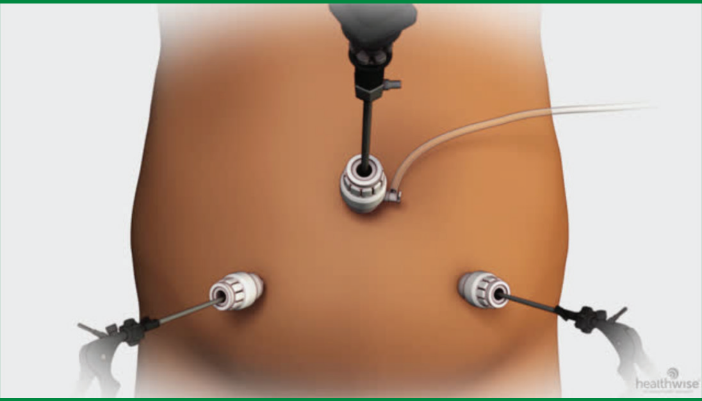
حمل کو جاری رکھنے کے لئے، فطرت کو لینے کی اجازت دیتا ہے اور پیدائش کے بعد بے ضابطگی سے نمٹنے کے لئے.

جنین پر پیدائش سے پہلے مداخلت کرنا اور طریقہ کار (کرنا۔ (جنین مداخلت

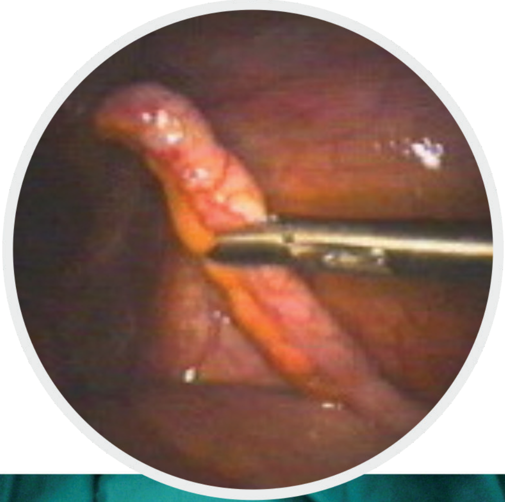
جنین کی کم سے کم مداخلتیں مقبول ہیں اور مثانے کے آؤٹ لیٹ رکاوٹوں جیسے معاملات میں اچھے نتائج کے ساتھ کی جاتی ہیں، جہاں ایک شنٹ ٹیوب فوٹل مثانے میں رکھی جاتی ہے اور آؤٹ لیٹ کی رکاوٹ کو نظرانداز کرنے کے لیے امینیٹک فلوئڈ میں چھوڑ دیا (جاتا ہے (ویسیکو-ایمنیٹک شنٹ

جنین کی بڑی مداخلتیں جیسے اوپن فیٹل سرجری تجرباتی مرحلے میں ہیں اور معیاری نہیں ہیں۔ وہ امریکہ اور آسٹریلیا کے منتخب مراکز میں کیے جاتے ہیں۔

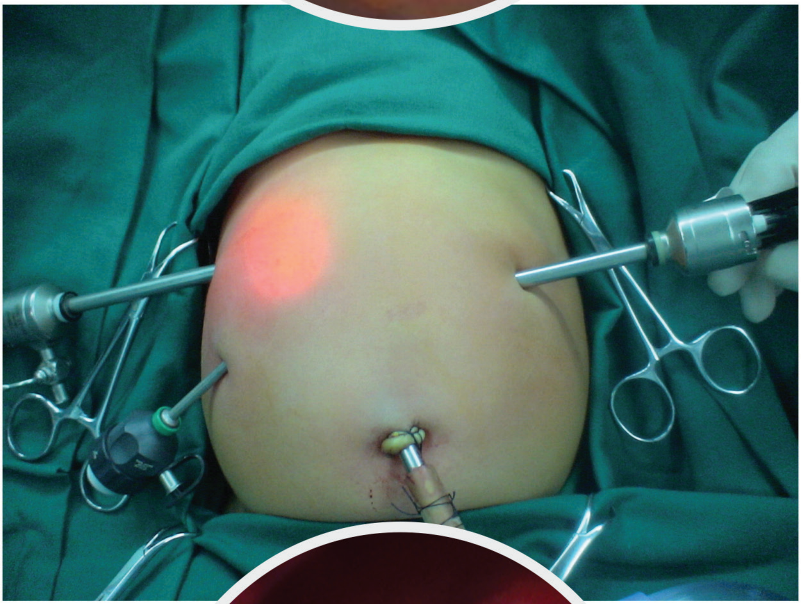
30
Chapter

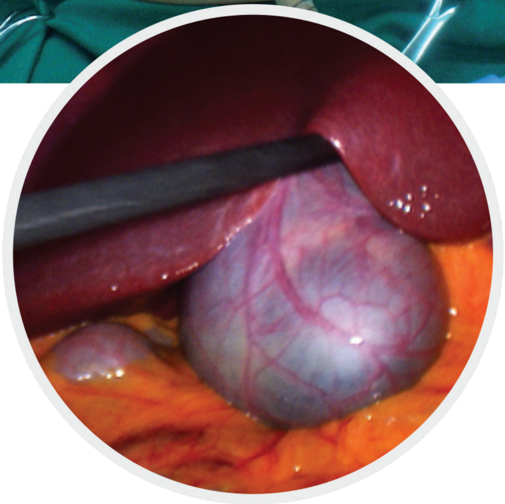


بچوں میں
لیپروسکوپک سرجری



لیپروسکوپک
اپینڈیکٹومی





لیپروسکوپک
چولسسٹیکٹومی

30

بچوں میں لیپروسکوپک سرجری

لیپاروسوسکوپک سرجری / کلیدی ہول سرجری یا کم سے کم رسائی سرجری ایک بڑے چیرا کی بجائے ایک یا زیادہ چھوٹے چیراوں کے ساتھ مکمل کی جاتی ہے.

سرجن ویڈیو کیمرہ کے ساتھ دوربین کو جسم کی گہا میں ایک چھوٹی سی چیرا کے ذریعے گزرتا ہے. اس کے بعد سرجن ٹی وی مانیٹر پر سرجری دیکھتا ہے. اس کے بعد جراحی کے آلات اسی طرح کے دیگر چھوٹے چیراوں سے گزرتے ہیں. سرجن زیربحث علاقے کی جانچ پڑتال اور چلاتا ہے

ٹیلی ویژن پر میگنفائڈ تصاویر دیکھ کر. جب دوربین پیٹ پر کام کرنے کے لئے استعمال ہوتی ہے تو ، اس طریقہ کار کو لیپروسکوپی کہا جاتا ہے. جب سینے پر استعمال ہوتا ہے تو اس طریقہ کار کو تھوراکوسکوپی کہا جاتا ہے ، مثانے میں استعمال ہوتا ہے جسے ویسیکو کاپی کہا جاتا ہے اور جب مشترکہ میں استعمال ہوتا ہے تو اسے آرتروسکوپی کہا جاتا ہے.

لیپاروسکوپی کو پہلے گیانکولوجیکل سرجری میں متعارف کرایا گیا تھا ، بعد میں عام سرجری میں۔ بچوں کی سرجری میں لیپروسکوپی نے چھوٹے آلات کی کمی ، بچوں میں کم صلاحیت کا پیٹ ، کے پیش نظر ایک طویل وقت لیا, پیٹ کی پتلی دیوار جو ٹروکار نہیں رکھ سکتی ہے اور بچوں میں کاربونڈیو آکسائیڈ انفلیشن کی حفاظت سے متعلق مطالعات کا فقدان قائم نہیں کیا گیا تھا. یہ تمام خرافات صاف ہوچکے ہیں اور اب بچوں میں لیپروسکوپی ایک حقیقت ہے. پیڈیاٹرک لیپروسکوپی ایک طویل سفر طے کرچکا ہے اور اب یہ ایک قائم شاخ ہے.

لیپروسکوپی کیسے کی جاتی ہے؟

تمام لیپروسکوپک طریقہ کار میں ، بنیادی بندرگاہ کی جگہ ہاسنز کی کھلی تکنیک کے ذریعہ تھی ، جس میں وژن کے تحت چھت کے ذریعے پیٹ میں ایک ٹروکول متعارف کرایا جاتا ہے. پھر ٹراکر کو ہٹا دیا گیا ، کینولا کی جگہ گیس ، دوربین یا آلات کے لئے پیٹ تک رسائی فراہم کرے گی. کینولا کے پہلو میں گیس کی انفلٹنگ بندرگاہ کے ذریعے, پیٹ کو چھ ملی میٹر ایچ جی کے دباؤ سے شروع ہونے والے پہلے سے گرم کاربن ڈائی آکسائیڈ سے بے دخل کردیا گیا تھا اور آہستہ آہستہ دس سے بارہ ملی میٹر ایچ جی تک بڑھ گیا تھا. یہ انفلیشن پیٹ کی دیوار کو بڑھا دے گا اور آپریٹو ورکنگ اسپیس تیار کرے گا. کینولا کے ذریعہ پیٹ میں پانچ ملی میٹر تیس ڈگری دوربین متعارف کروائی جاتی ہے. پھر کام کرنے والے آلات دوربین کے ذریعے دیکھ کر وژن کے تحت متعارف کروائے جاتے ہیں جو کیمرے اور مانیٹر سے منسلک ہوتا ہے۔ پیڈیاٹرک مقصد کے لئے باقاعدگی سے دو ملی میٹر اور پانچ ملی میٹر آلات استعمال کیے جاتے ہیں. ثانوی بندرگاہوں کی جگہ اور تعداد سرجری کی شدت اور قسم اور دلچسپی کے آپریٹنگ ایریا پر منحصر تھی. مثلث سازی کے دوران تخلیق اور برقرار رکھی جاتی ہے ، جس میں کیمرا پورٹ اور آلات ایک مثلث تشکیل دیتے ہیں. ایک بار دائرہ کار داخل ہونے کے بعد تمام اعضاء پر ایک مکمل نظر ڈالی جاتی ہے (تشخیصی لیپروسکوپی) ، پھر طریقہ کار پیتھالوجی کے لحاظ سے مکمل ہوا. طریقہ کار کے بعد ، کاربونڈیو آکسائیڈ گیس کو ٹروکارس کے ذریعہ ختم کردیا جاتا ہے. طریقہ کار کے دوران خون میں جذب ہونے والی کم سے کم گیس پھیپھڑوں کے ذریعے خارج ہوسکتی ہے.

لیپروسکوپی کے فوائد

کم سے کم جراحی صدمے

میگنیکیشن کے ساتھ بہتر تصور

جسمانی سیالوں کے ساتھ زبردست کم رابطہ

کم چپکنے والی ترقی

کم درد اور ینالجیسیا کی ضرورت

ہسپتال میں کم قیام

اعلی برہمانڈیی نتائج

نقصانات

سامان کی ابتدائی لاگت

.طریقہ کار کی لاگت کھلی طریقہ کار سے زیادہ ہے

طویل سیکھنے کا وکر

کھلے طریقہ کار سے زیادہ وقت

مشکل ، بے عیب اناٹومی ، یا غیر متوقع پیتھالوجی کی صورت میں کھلے طریقہ کار سے تبادلوں سے صوتی جراحی کے فیصلے کی نمائندگی ہوتی ہے.

وہ طریقہ کار جو ہو سکتے ہیں

لیپاروسکوپی بنیادی طور پر چار قسم کے جراحی کے طریقہ کار یعنی تشخیصی مقصد ، آسان طریقہ کار ، ایکسائز طریقہ کار اور تنظیم نو کے طریقہ کار کے لئے استعمال ہوتا ہے. اسے پیٹ میں اضافے ، چھاتی کے طریقہ کار ، یورولوجیکل طریقہ کار اور شرونیی طریقہ کار میں استعمال کیا جاسکتا ہے.

تشخیصی طریقہ کار: جس میں پوشیدہ پیتھالوجی یا پوشیدہ اعضاء کی تلاش کے لئے لیپروسکوپی کا استعمال کیا جاتا ہے. یہ بنیادی طور پر غیر واضح پیٹ میں درد ، غیر پلپ ایبل انڈیسنڈڈ ٹیسٹس ، جنسی تفریق کے عوارض کی تشخیص ، اور پیٹ کے عوام کی تشخیص کے لئے تشخیصی تشخیص کے لئے استعمال ہوتا ہے.

آسان طریقہ کار: جیسے لسانی ہرنیا کی مرمت ، ڈمبگرنتی سسٹ کو ہٹانا ، پیٹ لمف نوڈ بایپسی اور ٹی بی پیٹ میں پیریٹونیل یا اوینٹل بایپسی. ان طریقہ کار میں ، جراحی کی حالت آسان ہے ، طریقہ کار کا وقت کم ہے اور اسپتال میں قیام کم ہے.

تعمیری طریقہ کار: یہ پیڈیاٹرک لیپروسکوپک سرجری کا بنیادی بنیادی علاقہ ہے. جب پیشاب کے بہاؤ کی نالی میں رکاوٹ کی وجہ سے گردے سوجن ہوجاتا ہے تو اسے ہائیڈرووںفروسس کہا جاتا ہے. رکاوٹ کو دور کرنے اور پیشاب کی وسیع ، چمنی کی شکل اور منحصر غیر رکاوٹ بہاؤ پیدا کرنے کے ، پائیلوپلسٹ نامی ایک طریقہ کار کیا جاتا ہے. لیپاروسکاپی اس طریقہ کار کو انجام دینے کے لئے بہتر وژن اور بہتر رسائی فراہم کرتا ہے. اب ایک دن میں ہائیڈرووںفروسس کے لئے سونے کا معیاری نقطہ نظر لیپروسکوپک پائیلوپلاٹی ہے. لیپرووسکوپی کو دیگر تعمیر نو کے طریقہ کار میں استعمال کیا جاسکتا ہے جیسے یوریٹریک ریمپلانٹیشن ، چولیڈوچال سسٹ کی مرمت ، اور غذائی نالی ایٹریسیہ کی مرمت.

ایکسائز کے طریقہ کار: غیر فعال گردے کے لئے نیفریکٹومی کی طرح ، غیر فنکشنل گونڈس کو ہٹانا ، ٹیومر عوام کو ہٹانا اور ہیماتولوجیکل حالات یا صدمے میں تللی کو ہٹانا.

متعدی اور سوزش کی شرائط: جیسے اپینڈیسیکٹومی ، مائکیلس ڈائیورٹیکو کلیٹومی ، انٹرا پیٹ پھوڑے کی نکاسی آب. ان حالات میں لیپروسکوپی کا استعمال آپریٹو صدمے کو کم کردے گا ، تاکہ ناقابل رسائی علاقوں میں بھی وژن کے تحت پیٹ کی عمدہ دھلائی کی جاسکے اور بعد میں آپریٹو چپکنے کا امکان کم ہوجائے.

اوستومیز: لیپرووسکوپی کو نالیوں یا کھانا کھلانے کے مقصد کے لئے آنتوں یا عضو میں (سوراخ بنانے کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے. جب معمول کے مطابق کی جانے والی اوستومیاں کھانا کھلانے کے مقصد کے لئے گیسٹرو اسٹومی ہیں جب نگلنے میں دشواری ہوتی ہے, پیچیدہ طریقہ کار میں کھانا کھلانے کے مقصد کے لئے جیجونوسٹومی جب عام زبانی راستہ استعمال نہیں کیا جاسکتا ہے یا پیشاب نکالنے کے لئے نیفرو اسٹومی یا گردے سے پیپ جب شرونی میں پیشاب متاثر ہوتا ہے تو اسے پیپ کرتا ہے.

نوزائیدہ سرجری: لیپروسکوپی معمول کے مطابق نوزائیدہ بچوں میں مختلف پیدائشی بے ضابطگیوں کے لئے تین ملی میٹر آلات کے ذریعے کی جاتی ہے. ان میں پیدائشی ڈایافرامیٹک ہرنیا ، ڈایافرامیٹک واقعہ ، خواتین نوزائیدہوں میں مڈگٹ اور ڈمبگرنتی سسٹس کی خرابی شامل ہیں.

لیپروسکوپک اسسٹڈ سرجری: غیر عملی طور پر غیر منحصر ٹیسٹیس ، انو رینٹل خرابی کے لئے پل کے ذریعے سرجری اور ہرشپرنگ بیماری جیسے کچھ طریقہ کار لیپروسکوپی کے ذریعہ مدد کے ساتھ کیے جارہے ہیں. ان طریقہ کار میں ، لیپروسکوپی کو مناسب راستے سے عضو / آنتوں کو تلاش کرنے ، متحرک کرنے اور لانے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے ، تاکہ اسے اپنے معمول کی جگہ پر رکھیں.

ویسکوسکوپک طریقه کار: ویسیکوپی میں ، مثانے نمکین سے دور ہوتا ہے. دوربین کو مثانے میں کینولا کے ذریعہ متعارف کرایا جاتا ہے اور جیسے لیپروسکوپی میں کام کرنے والے آلات مثانے میں وژن کے تحت متعارف کروائے جاتے ہیں. پھر -اوریٹک ریپلانٹیشن جیسے سرجری وژن کے تحت کی جاسکتی ہیں. پیشاب کو اوپر جانے سے روکنے کے لئے (ان ویسیکوئیرٹک ریفلکس) ، اوریٹر کو مثانے میں سبموکوسل سرنگ میں منقطع اور دوبارہ شروع کیا جاتا ہے (وریٹرک ریپلانٹیشن). اس سے پیشاب مخالف سمت میں جانے سے روک دے گا. ویسیکوپی کے ساتھ فائدہ کم .مریض اور جلد صحتیابی ہے

تھوراکوسکوپک طریقہ کار: اگر چھاتی کے ذریعے دوربین متعارف کرانے کے ذریعے اینڈو سکوپک طریقہ کار ، تو اسے تھوراکوسکوپی کہا جاتا ہے. — ایمپیما چھاتی ، چھاتی کی نقل ، پھیپھڑوں کے سسٹ اور درمیانی گھاوون جیسے بچوں میں چھاتی کے گھاوون کو چھاتی کے ساتھ درست کیا جاسکتا ہے. اس میں مریض کو پس منظر کی پوزیشن میں رکھا گیا ہے اور دوربین وسط محور لائن میں متعارف کروائی گئی ہے. دیگر آلہ کار بندرگاہیں وژن کے تحت متعارف کروائی .گئیں

موجودہ حیثیت

بچوں کی سرجری میں کم سے کم رسائی سرجری کا کردار گذشتہ دو دہائیوں کے دوران آہستہ آہستہ ابھر رہا ہے. ایم اے ایس لیپروسکوپی کا دائرہ علاج کی حفاظت اور افادیت کے سمجھوتہ کیے بغیر مریض کی تکلیف دہ توہین کو کم کرنا ہے. چھوٹے آلات میں بڑھتے ہوئے تجربے اور پیشرفت کے ساتھ ، بچوں کی سرجری میں کم سے کم رسائی سرجری کے کردار میں توسیع اور اچھی طرح سے قبول کیا گیا ہے. ہر پیش قدمی سال کے ساتھ ، آلات اور آپٹکس کو بہتر بنایا جارہا ہے اور نئے اشارے لیپرووسکوپی طور پر قابل انتظام بچوں کے جراحی کے حالات کی فہرست میں شامل .ہو رہے ہیں

بچوں میں کم سے کم رسائی سرجری کو اب پوری دنیا میں وسیع پیمانے پر قبول کیا جاتا ہے. ٹکنالوجی میں پیشرفت ، تربیت کے مواقع ان سرجریوں کو محفوظ بننے میں مدد فراہم کررہے ہیں. بچوں کی زیادہ تر سرجری اب ایک دن ہیں ، جو براہ راست لیپروسکوپی کے ذریعہ کی جارہی ہیں یا لیپروسکوپی کی مدد سے کی جارہی ہیں. بچوں کی لیپروسکوپی .کے بارے میں عوامی شعور میں اضافہ ہورہا ہے

مستقبل میں ، سنگل پورٹ لیپروسکوپی ، لچکدار آلات جو پیٹ کی گہا میں منوواربل ہیں اور پیڈیاٹرک اسٹیپلرز بچوں میں لیپروسکوپی کا چہرہ .تبدیل کرسکتے ہیں

Mobile : 98480 50565

Email : naren_are@yahoo.com

Website : www.drnarendrakumar.com

ڈاکٹر آرے نریڈرا کمار

Child Surgical Care

حیدرآباد، تلنگانه

9848050565 / 6303413840 / 9293551036

Issued in public interest
by ARE Foundation
Assistance
Rendered for
Education
(Empowering
people with
knowledge)