阿克苏农校
图书馆
第 号

شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇتى ئىلمىي ژۇرنىلى

新疆医学院学报

ACTA ACADEMIAE MEDICINAE XINJIANG

1

1990

第六卷第一期

6 - يىللىق 1 - سان

مۇندەرىجە

تىببىي پەن ئاساسلىرى

راكلارنىڭ يامراش ۋە يۆتكىلىش مېخانىزمى .... ئا. راخمان

تىببىي پەن كلىنىكىسى

قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىدىن بولغان يۈرەك كېسەللىكى ....
.... روزى هاجى مۇهەممەدى

ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىنى خەنزۇ تىبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى
بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش ئۇنۇمىنىڭ دەسلەپكى نەتىجىسى ....
.... رۇستەم ئېلى، خۇڭشۇفاڭ

ياشانغانلاردىكى يۈرەك كېسەللىكلىرىگە دورا ئىشلىتىشتە دىققەت قىلىدىغان ئىشلار
.... مۇهەممەت ئابدۇرېهىم

ئۆت تېشى كېسەللىكىنى دورىلار بىلەن داۋالاش .... خەمىت خۇدابەردى
ئىچكى كېسەللىكلەر دوختۇرلىرى دۇچ كېلىدىغان جىددىي قورساق كېسەللىكلىرى
.... هەسەن ئېلى

دورىگەرلىك ئىلمى

نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىكلىرىدە مەخسۇس ئىشلىتىلىدىغان بىر قىسىم ئالاهىدە
دورىلارنى تونۇشتۇرۇش .... مۇهەممەت سۇلتان

تەكشۈرۈپ تەتقىق قىلىش

شىنجاڭدىكى ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ تارقىلىش ئەهۋالىنى كۆزدە تۇتۇپ،
تىببىي مائارىپ قۇرۇلمىسى ئىسلاهاتى توغرىسىدا مۇهاكىمە ...... سابىت ئىسلام قاتارلىقلار

راكلارنىڭ يامراش ۋە يۆتكىلىش مېخانىزمى

شىنجاڭ تىببىي شۆيۈەندىن

ئا. راخمان

مەزمۇنى: مەزكۇر ماقالىدا يامان سۈپەتلىك راكلارنىڭ مۇھىم ئالاھىدىلىكلىرى بولغان سىڭىپ كىرىش بىلەن كۆچۈش ئۇقتىلىق سۆزلىنىدۇ. يامان سۈپەتلىك راكلارنىڭ سىڭىپ كىرىش شەكلى بولسا يۆلۈنۈش خاراكتېرلىك ئىنفىلتراتسىيىلىنىش بولۇپ، ئەتراپتىكى توقۇلما بوشلۇقلىرىغا، لىمفا قاناللىرىغا ۋە قان تومۇرلىرىغا خۇددى دەرەخنىڭ يىلتىزى ئۆسۈپ كىرگەندەك سىڭىپ كىرىپ، ئەتراپتىكى بارلىق نورمال توقۇلمىلارنى بۇزىدۇ. شۇڭلاشقا راك توقۇلمىلىرىنىڭ ئوراپ تۇرىدىغان قېپى بولمايدۇ. ئەتراپتىكى نورمال توقۇلمىلار بىلەن مۇستەھكەم باغلىنىپ كەتكەن بولىدۇ. كۆزگە كۆرۈنگەندەك چېگرىسى بولمايدۇ.

يامان سۈپەتلىك راكلارنىڭ يۆتكىلىش يوللىرى تولىمۇ كۆپ: (1) لىمفا قاناللىرى ئارقىلىق يۆتكىلىش. راك ھۈجەيرىلىرى لىمفا قاناللىرىغا ھۇجۇم قىلغاندىن كېيىن، لىمفا ئېقىمىغا ئەگىشىپ لىمفا تۈگۈنچىلىرىگە بارىدۇ - دە، يەرلىك لىمفا تۈگۈنچىلىرىدە راك ئۈنۈشكە باشلايدۇ. (2) قان تومۇرلار ئارقىلىق يۆتكىلىش. راك ھۈجەيرىلىرى قان تومۇرلارغا ھۇجۇم قىلغاندىن كېيىن، قان ئېقىمى ئارقىلىق يىراق ئورگانلارغا بېرىپ ئەگەشمە راكلارنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. (3) ئېكىلىش خاراكتېرلىك كۆچۈش. ئادەمنىڭ ئىچكى ئەزالىرىغا ئۈنگەن راكلار ئەزالار سەتھى يۈزىگە تارقاندا، سەتھى يۈزىدىكى راك ھۈجەيرىلىرى تۆكۈلۈپ كېتىش مۇمكىن. تۆكۈلۈپ چۈشكەن بۇ راك ھۈجەيرىلىرى خۇددى يەرگە ئۇرۇق چېچىلغانغا ئوخشاش، بەدەن بوشلۇقىنىڭ ئىچىدە ھەر بىر ئەزانىڭ سەتھى يۈزىگە مىڭلىغان، تۈمەن مىڭلىغان كۆچمە راكلار ئۈنۈپ كېتىدۇ.

ئاچقۇچ سۆز: سىڭىپ كىرىش؛ يۆتكىلىش؛ ئۇيۇشقا قارشى تۇرغۇچى ماددا؛ تالاچە ئاقسىللارنىڭ ئېرىشىگە قارشى تۇرغۇچى ئامىل؛ قان ئېرىتكۈچى ئامىل؛ ھېپارىن؛ قان تومۇرنى ھاسىل قىلغۇچى ئامىل؛ قالقان يېنى بېزى ھورمونى؛ مېڭە بېزى ھورمونى؛ سۆڭەك بۇزۇش ئاكتىپلىقىغا ئىگە ئامىل؛ ئۆسمىلىك ئۇيۇتقۇچىلىرى؛ نېرۋا ئانا ھۈجەيرە راكى

يامان سۈپەتلىك راكلارنىڭ ئەڭ خاراكتېرلىك خۇسۇسىيەتلىرىدىن بىرى — ئۇنىڭ ئەتراپىدىكى نورمال ھۈجەيرىلەرگە رەھىمسىز ھۇجۇم قىلىش ئىقتىدارىغا ئىگە ئىكەن-

بۇ ماقالە 1989 - يىل 12 - ئايدا تاپشۇرۇپ ئېلىندى

لىكىدە. ئۇ، ئۆزى تۇرغان يەردىكى قىل قان تومۇرى بىلەن لىمفا قانالىنى تىشىپ ئۆتۈپ،
ئۆزىنىڭ ئەسلىدە تۇرغان ئورنىدىن يىراق يەرلەرگە بېرىپ ئەگەشمە راكنى ياكى يۆتكەلمە
راكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇ خىل يول بىلەن ھاسىل بولغان يېڭى راك يالغۇز ئەسلى‌ـ
دىكى (بىرلەمچى) راك بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇپلا قالماستىن بەلكى، يېڭىدىن ھاسىل
بولغان يۆتكەلمە راكنىڭ ئۆسۈپ يوغىنىشى بىلەنمۇ يېقىن مۇناسىۋەتلىك. بۇ ئىككى باسـ
قۇچتا ھەر ئىككى جەريان مەۋجۇت بولۇپ تۇرغان بولىدۇ.

مىكروسكوپتا كۆرگەندە، راكلار كۆپىنچە ئەتراپتىكى توقۇلمىلارنىڭ تەبىئىي
ئارىلىقلىرى، تەبىئىي بوشلۇقلىرىنى بويلاپ ئىنفىلتراتسىيىلىنىدۇ (يامان سۈپەتلىك ئۆسمە
كېسەللىكلىرىدە ئۆسمە ھۈجەيرىنىڭ ئەتراپتىكى نورمال توقۇلمىلارغا يامراپ كېتىشى ھەمدە
داۋاملىق ئۆسۈشى ئۆسمىلەرنىڭ ئىنفىلتراتسىيىسى دەپ ئاتىلىدۇ). بەزىبىر توقۇلمىلارنىڭ
خىمىيىلىك تەركىبى راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئىنفىلتراتسىيىسىگە كۈچلۈك قارشى تۇرىدۇ ۋە
ئۇنى چەكلەيدۇ. مەسىلەن، ئورگانلارنىڭ قاپلىرى (Capsula): جىگەر، بۆرەك، سۆڭەك
قاتارلىق ئەزالارنىڭ سىرتقى قاپلىرى راك بىلەن بىۋاستە تۇتاشقان بولسا، ئەنە شۇ
ئورۇندىكى راكنىڭ كېڭىيىپ كېتىشىنى چەكلەيدۇ. ئۇنىڭدىن سىرت، يەنە، كۆمۈرچەك
توقۇلمىلىرى، قىزىل قان تومۇرلىرىنىڭ دىۋارى ۋە فىبرىن توقۇلمىلىرىمۇ ئوخشاشلا
راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئىنفىلتراتسىيىسىنى توسىدۇ. گەرچە ئۆسمە ھۈجەيرىلىرى ئۆزلىرىـ
نىڭ تاجاۋۇزچىلىق قىلمىشىغا ئۆزلىرى مەسئۇل بولسىمۇ، لېكىن ھۇجۇمغا ئۇچرىغان توـ
قۇلمىلارنىڭ خىمىيىلىك تەركىبى بىلەن ساھىبخان ھۈجەيرىنىڭ يەرلىك ياكى پۈتۈن
بەدەن خاراكتېرلىك رېئاكسىيىلىرىنىڭ شەكىللىنىشى — راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئىنفىلتراتـ
سىيىلىنىش شەكلى بىلەن دائىرىسىنى بەلگىلەشتە ھەل قىلغۇچ رول ئوينايدۇ.

راكلارنىڭ ھۇجۇمى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان بەزى ئامىللار مەزكۇر ماقالىدا
موتالە قىلىنىدۇ. لېكىن شۇنى ئالاھىدە قەيت قىلىپ ئۆتۈشىمىز زۆرۈركى، ئوخشىمىغان
راكلارنىڭ ئەسلى پەيدا بولغان ئورنى، گىستولوگىيىلىك تىپى، بىئولوگىيىسى ۋە بىئوخىـ
مىيىسى ئوخشاش بولمىغاچقا، ئۇلارنىڭ ھۇجۇم قىلىش دائىرىسى ئوخشاش بولمايدۇ.

بېسىم (压力)

ئەسلى (بىرلەمچى) راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئۈزلۈكسىز يوغىنىشىغا ئەگىشىپ، راك
ئۇنىڭغا توقۇلمىلارنىڭ ھەجمى يوغىناپ، ئۇنىڭ بېسىمىنىمۇ ئاشۇرىدۇ. راكلارنىڭ بېسىـ
مىنىڭ ئارتىپ كېتىشى — راك توقۇلمىلىرىنىڭ يېنىدىكى لىمفا يوللىرىنىڭ توسۇلۇپ قېـ
لىشى ياكى راك توقۇلمىلىرىنىڭ ئەتراپىدىكى توقۇلما سۇيۇقلۇقىنىڭ ئوسموتىك بېسىمىنىڭ
ئۆزگىرىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ؛ راك ھۈجەيرىلىرى بىلەن ئۇنىڭ ئەتراپىدىكى توقۇلمىلارنىڭ
بېسىمىنىڭ ئارتىشى راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئۆزىنىڭ يېنىدا تۇرغان مېخانىكىلىق قارشىلىق
كۈچى ئاجىز بولغان توقۇلمىلارغا بېسىپ كىرىشىگە قولايلىق تۇغدۇرۇپ بېرىدۇ. تەتقىقاتـ
چىلار راك ھۈجەيرىسىنىڭ نورمال توقۇلمىلارغا ھۇجۇم قىلىش مېخانىزمىنى ئىسپاتلاش
ئۈچۈن تۆۋەندىكى تەجرىبىنى ئىشلىگەن: ئۇلار كوللوئىد ئېرىتمىسىنى تەييارلاپ (بۇ ئېـ
رىتمە راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئەتراپىدىكى نورمال توقۇلمىغا ۋەكىللىك قىلىدۇ) ئۇنىڭ ئىچىگە

رېزىنكىدىن ياسالغان ئۇششاق شارەكچىلەر (شارەكچىلەر راك ھۆجەيرىلىرىگە ۋەكىللىك قىلىدۇ)نى سالغان، نەتىجىدە بۇ شارەكچىلەر ئۆزلىرىنىڭ بېسىم كۈچلىرى ئارقىلىق كوللوئىد ئېرىتمىسىنىڭ ئاستى تەرىپىگە قاراپ ھەرىكەت قىلغان. راكلارنىڭ تارقىلىشىنى ئىسپاتلايدىغان بۇ تەجرىبە راكنىڭ ئادەم بەدىنىدە تارقىلىشىغا ئىنتايىن ئوخشايدۇ. بەزىبىر ھۇجۇم قىلىش ئىقتىدارى ئىنتايىن كۈچلۈك بولغان راكلار مەسىلەن، ئەمچەكنىڭ قاتتىق راكى ئادەتتە ئاستا ئۆسىدۇ. لېكىن، ئىنتايىن تېز تارايدۇ. ئوخشاش ئورگاندىكى بەزى راكلار ئىنتايىن تېز ئۆسىدۇ. لېكىن، ئىنتايىن ئاستا تارايدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا بەدەن سىرتىدا (in vitro) ئېلىپ بېرىلغان تەجرىبىدە، نورمال توقۇلمىلار بىلەن بىر - بىرىگە تۇتاشتۇرۇپ قويۇپ، بېسىم يوق مۇھىت ئاستىدا بېقىش ئەشياسىغا سېلىپ باققاندا، راك ھۆجەيرىلىرى ئوخشاشلا نورمال ھۆجەيرىلەرگە ھۇجۇم قىلغان. بۇ بولسا راك ھۆجەيرىلىرى يالغۇز بېسىم ئارقىلىق ساق ھۆجەيرىلەرگە ھۇجۇم قىلماستىن ھەرىكەت قىلىش (مىدىرلاش) ئارقىلىقمۇ ھۇجۇم قىلىدىغانلىقىنى ئىسپاتلايدۇ.

ھۆجەيرىلەرنىڭ ھەرىكەتچانلىقى Cell Motility

مۇتلەق كۆپچىلىك راك ھۆجەيرىلەرنىڭ ھەرىكەتچانلىقى ھۆجەيرىلەرنى بېقىش ئەشياسىغا سېلىپ بېقىش ئارقىلىق ئىسپاتلاندى. نۇرغۇنلىغان يامان سۈپەتلىك ھۆجەيرىلەر بۇنداق شارائىت ئاستىدا ئاكتىپ ھەرىكەت قىلىۋاتقانلىقى كۆزىتىلدى. ھالبۇكى، مۇتلەق كۆپچىلىك نورمال ھۆجەيرىلەر بەدەن سىرتىدا بېقىش ئەشياسىدا بېقىلغاندا ئوخشاشلا ھەرىكەت قىلالايدىغانلىقى بايقالدى. راك ھۆجەيرىلىرى بىلەن ئوخشاش تىپتىكى نورمال ھۆجەيرىلەرنىڭ ھەرىكەت قىلىش سۈرئىتى ئۈستىدىكى سېلىشتۇرما تەتقىقات تېخى كەڭ قانات يايدۇرۇلمىدى. بىراق راكلارنىڭ ھۇجۇم قىلىش نۇقتىئىنەزىرىدىن ئېلىپ ئېيتقاندا، راك ھۆجەيرىلىرىنىڭ ھەرىكەتچانلىقىنى ھۆجەيرىلەر بىلەن توقۇلمىلارنىڭ قۇرۇلۇش تەركىبى ئوتتۇرىسىدىكى ئۆز ئارا تەسىر كۆرسىتىش دېگەندىن كۆرە، بەدەندىن ئايرىلغان ھۆجەيرىلەرنىڭ ھەرىكىتى دېگەن تۈزۈكرەك. بۇ ساھەدە قولغا كەلتۈرۈلگەن نۇرغۇن ئىلگىرىلەشلەر Abercrombie تەرەققىي ئەتتۈرگەن ھۆجەيرىلەر ھەرىكىتىنىڭ («تۇتۇشۇپ تورمۇزلىنىش» 接触抑制 Contact inhibition) دېگەن ئۇقۇمىدىن كەلگەن. شۇڭا، نۇرغۇن تەتقىقاتچىلار مۇشۇ مەسىلە ئۈستىدە ئەتراپلىق ئىزدىنىش ئېلىپ باردى. ئۇلار تالاسمان ئانا ھۆجەيرىنىڭ (纤维母细胞 Fibroblast) تارقاق يەككە قەۋىتىنى بېقىش ئەشياسىدا بېقىپ تەكشۈرۈش ئېلىپ باردى. تەكشۈرۈش نەتىجىسىدە، ئۇلار ھەرىكەت قىلىش تۈپەيلىدىن كېلىپ چىقىدىغان ھۆجەيرە پەردىسىنىڭ قورۇلۇپ قېلىشى باشقا ھۆجەيرىلەرنىڭ سەتھى يۈزى بىلەن تۇتاشقاندا، كۆپىنچە ھۆجەيرە پەردىسى پائالىيىتىنىڭ تورمۇزلىنىپ قالىدىغانلىقى بىلەن ھەرىكەت قىلىۋاتقان ھۆجەيرىلەرنىڭ ھەرىكىتى ئاستىلايدىغانلىقى، ئەڭ ئاخىرىدا ھەرىكىتىنى پۈتۈنلەي توختايدىغانلىقىنى بايقىدى. Wolpert بىلەن Gingill قاتارلىق كىشىلەرنىڭ پەرەز قىلىشىچە، ئىككى ھۆجەيرە بىر - بىرىگە يېقىنلىشىپ، ئۇلارنىڭ سەتھى يۈزى بىر - بىرىگە تۇتاشقاندا، ئۇلارنىڭ ھۆجەيرە پەردىلىرىنىڭ قۇرۇلمىسىدا ئۆزگىرىش بولىدۇ، بۇ ئۆزگىرىش نەتىجىسىدە ئادېنىل سىكلازا (Adenyl cyclase

ھالقىسىمان بىلەن سەۋەبى بۇنىڭ دە، ئارتتىدىكەن ئاكتىپلىقى نىڭ (腺苷酸环化酶
ئۇ- بەرلىك ئېشىپ، مىقدارى (环腺苷酸Cyclic adenosine monophos phate cAMP) AMP
رۇندىكى كالتسىي ئىئونلىرىنىڭ كونسېنتراتسىيىسىنى ئۆزگەرتىدىكەن، كالتسىي ئىئونلىرى
ھۈجەيرىلەرنىڭ ھەرىكەت ئىقتىدارى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان مىكرو مەشۇت تالاچى-
لار (微管Micro tubles) بىلەن مىكرو نەيچىلەر (微纤维丝Micro flaments) نىڭ قۇ-
رۇلمىسى ۋە ئۇلارنىڭ فۇنكسىيىسىنى ئۆزگەرتىۋېتىدىكەن. كېيىن ئۇلار راك ھۈجەيرى-
سىنى cAMP بىلەن بىرگە باققاندا، راك ھۈجەيرىلىرى نورمال ھالەتكە كەلگەن. بۇنىڭ-
دىن ئۇلار cAMP راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ھەرىكىتىنى كونترول قىلىشتا ھەل قىلغۇچ رول
ئوينايدۇ دېگەن خۇلاسىغا كەلگەن.

راك ھۈجەيرى يېپىشقاقلىقىنىڭ ئاجىزلىشىشى

瘤细胞粘着性降低 Reduced adhesiveness tumour cells

تەتقىقاتچى Coman 1944 - يىلى نورمال ئېپىتېلىيە ھۈجەيرىسى بىلەن قاسىراقسىمان
راك ھۈجەيرىسى (鳞状癌细胞 Squamous carcinoma cell) نى بىر - بىرىدىن
ئايرىۋېلىش ئۈچۈن كېرەك بولىدىغان كۈچنى ئۆلچەش ئارقىلىق يامان سۈپەتلىك راك
ھۈجەيرىسىنىڭ يېپىشقاقلىقى نورمال ھۈجەيرىلەرنىڭ يېپىشقاقلىقىدىن بوش بولىدۇ
دېگەن خۇلاسىنى چىقارغان ئىدى. ئۇ يەنە، يامان سۈپەتلىك راك ھۈجەيرىسىنىڭ يېپىشقاق-
لىقىنىڭ بوش بولۇشى ئۇلارنىڭ نورمال توقۇلمىلارغا ھۇجۇم قىلىش ۋە باشقا ئورۇنلارغا
كۆچۈش ئىقتىدارىنى ئارتتۇرۇش مۇمكىن دەپ پەرەز قىلدى. بۇنىڭدىن سەل كېيىنرەك
بەزى تەتقىقاتچىلار نورمال توقۇلمىدىن بىر پارچە، راك توقۇلمىسىدىن بىر پارچە ئېلىپ
ھەر ئىككىسىنى ئىستاندارت (ئۆلچەملىك) مۇھىتتا قويۇپ قاتتىق سىلكىپ ئايرىلاشتۇرغاندا،
ئايرىلىپ چىققان ھۈجەيرىلەرنىڭ سانى Coman نىڭ خۇلاسىسىنى ئىسپاتلىدى.

Coman يەنە نورمال ئېپىتېلىيە توقۇلمىلىرى راك كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى خىمىيىلىك
بىرىكمىلەر بىلەن بىر تەرەپ قىلىنغاندىن كېيىن، ئالدى بىلەن كالتسىينىڭ مىقدارى
ئازىيىدۇ، بۇنىڭغا ئەگىشىپلا راك پەيدا بولىدۇ، بۇ ئىككى خىل ھادىسە راك ھۈجەيرىلىرى-
نىڭ يېپىشقاقلىقىنى بوشاشتۇرىدىغان ئاساسىي ئامىل دېگەن نوقتىئىنەزەرنى ئوتتۇرىغا
قويىدى. كالتسىي بولسا ھۈجەيرە بىلەن ھۈجەيرە ئوتتۇرىسىدىكى يېپىشتۇرغۇچى كۈچلەر-
نىڭ ھاسىل بولۇشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك ئىكەنلىكى ئىسپاتلاندى.

ئېرىتكۈچى ئېنزىمىلارنىڭ قويۇۋېتىلىشى

溶解酶的释放 Release of eytic enzymes

راكلارنىڭ ھۇجۇمى ئېرىتكۈچى ئېنزىمىلارنىڭ ئىشلىنىپ چىقىشى ۋە ئۇلارنىڭ
قويۇۋېتىلىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك. چۈنكى، ئېرىتكۈچى ئېنزىمىلار راك ھۈجەيرىلىرىنى راك
توقۇلمىلىرىدىن ئايرىپ چۇشۇرۇۋېتىدۇ. ئۇنىڭدىن سىرت يەنە، نورمال ھۈجەيرىلەر ئوتتۇ-
رىسىدىكى يېپىشتۇرغۇچى كۈچلەرنى ئاجىزلاشتۇرىدۇ، نورمال توقۇلمىلارنىڭ ھۈجەيرە سىر-
تىدىكى ماددىلارنى پارچىلاپ تاشلايدۇ، راك ھۈجەيرىلىرىدە بۇ خىل ئېرىتكۈچى ئېنزىمى-

لارنىڭ مىقدارى كۆپ بولىدۇ. بىر قىسىم تەتقىقاتچىلارنىڭ تەخمىن قىلىشىچە، بۇ خىل ئېرىتكۈچى ئېنزىيمىلارنىڭ مۇتلەق كۆپچىلىكى راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئېنزىيمە ئېرىتكۈچى تەنچە (溶酶体 Lysozyme) لىرىدىن ئىشلىنىپ چىقىدۇ.

راك ھۈجەيرىسىنىڭ يۇتىۋېلىش رولى، مايىللىقى

肿瘤细胞的吞噬作用,趋化性 Phagocytosis by tumour cells, chemotaxis

نورمال ھۈجەيرىلەرنىڭ بىر قىسمى بىلەن قىزىل قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ بىر قىسمى راك ھۈجەيرىلىرى تەرىپىدىن يۇتۇلۇپ كېتىدىغانلىقى، بولۇپمۇ تورسىمان ھۈجەيرە ساركوماسى تەرىپىدىن يۇتۇلۇپ كېتىدىغانلىقى ھەققىدە ماقالىلار يېزىلدى. بۇ ھادىسىگە نىسبەتەن بەزىلەر راك ئۆنگەن ئەسلىدىكى نورمال ھۈجەيرىلەر يۇتۇۋېلىش ئالاھىدىلىكىنى ساقلاپ قالغانلىقىنىڭ ئىنكاسى دەپ قاراشماقتا. بېقىپ ئۆستۈرۈلگەن ساركوما ھۈجەيرىسى بىلەن كارتىسىنوما ھۈجەيرىسى ئۇششاق قىلىپ كېسىلگەن ئىلاستىك تالاچىلارنى ھەزىم قىلىش ئىقتىدارى ئارتىپ كېتىدىغانلىقى ئىسپاتلاندى. لېكىن، ئادەم تېنىدىكى نورمال بىرىكتۈرگۈچى توقۇلمىلارنىڭ تالاچىلىرىنىمۇ ھەزىم قىلالامدۇ- يوق، بۇ مەسىلە تېخى بىزگە مەلۇم ئەمەس.

راك ھۈجەيرىلىرى ئادەتتە، مايىللىق تەسىرلەرگە جاۋاب قايتۇرمايدۇ. بىراق ياپون تەتقىقاتچىسى ھاياشى 1970 - يىلى ئادەم بىلەن ھايۋانلارنىڭ راك توقۇلمىسىدىن بىر خىمىيىلىك ماددا ئاجرىتىۋالدى. بۇ ماددا راك ھۈجەيرىلىرىگە مايىللىق تەسىر قىلىش كۈچىگە ئىگە بولۇپ، تېرىگە ئوكۇل قىلىنسا، ئوكۇل قىلىنغان ئورۇن راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ قان تومۇرلىرىنىڭ سىرتىغا قاراپ ھەرىكەت قىلىشىنى تېزلىتىدۇ. دەسلەپتە كىشىلەر بۇ ماددىنىڭ راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئەتراپتىكى توقۇلمىلارغا قاراپ ھۇجۇم قىلىشىغا توسقۇن بولىدىغانلىقىنى بىلەلمىگەن ئىدى. چۈنكى، ئۇ ئەتراپتىكى راك ھۈجەيرىلىرىنى راك توقۇلمىلىرىنىڭ مەركىزىگە قاراپ تارتاتتى، مايىللىق دەل ئەنە شۇ مەركەزدىن كەلگەن ۋە شۇ يەردە ھاسىل بولغان. بىراق كونو (Koono) 1974 - يىلى مايىل ماددا راك توقۇلمىسىنىڭ مەركىزىدىن بەلگىلىك يىراقلىقتا ھاسىل بولۇشى، راك توقۇلمىلىرى تەرىپىدىن قويۇۋېتىلىدىغان نېيترال ئېنزىيمە نورمال توقۇلمىلارنىڭ شارسىمان ئاقسىللىرىغا تەسىر كۆرسىتىشى تۈپەيلىدىن شەكىللىنىدۇ، دېگەن پىكىرنى ئوتتۇرىغا قويدى. شۇنداق قىلىپ ئۇ ئەسلى ھاسىل بولغان ئورنىدىن راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ يۆتكىلىشىنى تېزلىتىدۇ.

ساھىبخانىنىڭ جاۋابى

宿主的反应 Host responses

مۇتلەق كۆپچىلىك كىشىلەر راك كېسەللىكى بولسا تامامەن پاسسىپ ھالەتتە تۇرۇۋاتقان ساھىبخانىغا ئۇشتۇمتۇت ھۇجۇم قىلىش ئىقتىدارىغا ئىگە بولغان بىر خىل كېسەللىك، دەپ قارىشىدۇ. ھالبۇكى، ھەممىگە مەلۇم بولغىنىدەك، ھايۋانلار بىلەن كىشىلەردە بولىدىغان نۇرغۇن راكلار ئانتىگېنلىق خاراكتېرگە ئىگە. ئۇ ساھىبخانىدا ھەر خىل ئالاھىدە ئىممونو رېئاكسىيىلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇ رېئاكسىيىلەر ئاساسەن ئۇنىڭ راكلارنى تورمۇز قىلىشتا ياكى راك ھۈجەيرىلىرىنى ئۆلتۈرۈشتە كۆرسەتكەن تۆھپىسىنى

باھالاش .ئۇچۇن قوللىنىلىدۇ. ھالبۇكى، بۇ جەھەتتىن ئېلىپ ئېيتقاندا، ئۇ راكلارنىڭ يۆتكىلىشىدە ھەل قىلغۇچ رول ئوينايدۇ. لېكىن، ئۇنىڭ راكلارنىڭ ھۇجۇمى جەريانىدا ئوينايدىغان رولى تازا دېگەندەك ئوچۇق ئەمەس. بەزىلەر بۇ ماددا راك كېسەللىكىگە گىرىپتار بولغان ئوخشاش گېنلىق ھايۋانلارنىڭ قان زەردابىدا بولىدىغانلىقىنى كۆرسىتىپ ئۆتكەن ئىدى. ئۇلار يەنە بىر قەدەم ئىلگىرىلىگەن ھالدا، بۇ خىل ماددا بىر خىل ئانتىگېن بولۇپ، نورمال ھۈجەيرىلەر بىلەن بېقىش ئەشياسىدىكى راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ھەرىكىتىگە ھېچقانداق تەسىر كۆرسەتمەيدىغانلىقىنى ئىسپاتلاپ چىقتى.

راكنىڭ يۆتكىلىشى

转移 Metastasis

راك ھۈجەيرىلىرى ئەسلىدە پەيدا بولغان ئورۇندىن ھەر خىل يوللار بىلەن يىراق جايلارغا بېرىپ ئەسلى راكقا تامامەن ئوخشايدىغان راكنى پەيدا قىلىشى راكنىڭ يۆتكىلىشى دەپ ئاتىلىدۇ. باشقا ئورۇندا پەيدا بولغان راك كۆچمە راك ياكى ئەگەشمە راك دەپ ئاتىلىدۇ. ياخشى سۈپەتلىك راك كۆچمەيدۇ. پەقەت يامان سۈپەتلىك راكلا كۆچىدۇ.

بىرلەمچى راكنىڭ يۆتكىلىش مۇمكىنچىلىكى

淋巴瘤转移的潜力 Metastasis Potentiatia of primary tumours

يامان سۈپەتلىك راكلارنىڭ يۆتكىلىشى ئۇنىڭ مورفولوگىيىسى بىلەن مۇناسىۋەتلىك. بۆلۈنۈشى (Differentiatia) كۆپ بولغان راك ھۈجەيرىلىرى ئوڭاي كۆچمەيدۇ. بۆلۈنۈشى ئاز بولغان ھۈجەيرىلەر تېز كۆچىدۇ. بەزىبىر راكلار بۇنىڭ سىرتىدا. بازا ھۈجەيرە راكلىرى (胸腺瘤 Thymomas)، كۆكرەك بېزى راكى (基底细胞癌 basal cell tumours)، كۆمۈرچەك گۆش راكى(软骨肉瘤 Chondrosarcomas) ۋە نېرۋا كوللوئىد راكى (gliomas 神经胶质瘤) قاتارلىق راكلارنىڭ بۆلۈنۈش دەرىجىسى قانداق بولۇشىدىن قەتئىينەزەر، ئۇلار ئاساسەن كۆچمەيدۇ. لېكىن، بەزىبىر پاكىتلارغا ئاساسلانغاندا بۆلۈنۈشى خېلى ياخشى بولغان قالقان بەز راكى بىلەن بۆرەك ئۈستى بەز راكى قاتارلىقلارمۇ كۆچىدۇ.

غەيرى مورفولوگىيىلىك كۆچۈش پوتېنسىيىسىنىڭ ئۆلچىمى مۇقىم بولمايدۇ. ئۇ، ئىختىيارى بولىدۇ، لېكىن، ئوخشاش تىپلىك بىر خىل راكلار (同型肿瘤 Homogenous tumour) نىڭ ئىچىدە ئىنتايىن مۇھىم ئۆزگىرىشلەر بولۇش مۇمكىن. بۇ ئۆزگىرىشلەر ھۈجەيرىلەرنىڭ فۇنكسىيىسى بىلەن ئۇلارنىڭ پائالىيىتىدە ئىپادىلىنىدۇ. چۈنكى، راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئىچكى ئاجراتمىلارغا بۆلۈنۈش دەرىجىسى ئوخشىمايدۇ ۋە ھۈجەيرىلەرنىڭ كىنېتىكىسى (细胞动力学) مۇ ئوخشىمايدۇ. راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ سۇپپوپىلاتسىيىلىك كىنېتىكىسى (肿瘤细胞亚细胞动力学) بولسا ئىنتايىن قىزىقارلىق بىر مەسىلە. چۈنكى، ئۇلارنىڭ ھۈجەيرە دەۋرانىدىكى ئۆزگىرىشلىرى ھۈجەيرە سەتھى يۈزىنىڭ كونفىگوراتسىيە (构象) لىك ئۆزگىرىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك. بۇ يەردە راكلارنىڭ يامان سۈپەتلىكىنى بەلگىلەيدىغان ئىنتايىن مۇرەككەپ ئامىللار مەۋجۇت. بۇ يەردە ئىممونولوگىيىلىك ئامىل مۇھىم رول ئوينايدۇ. بەزىبىر كۆچمە راكلار نورمال ABH — ئىزو ئانتىگېنغا ئوخشاش دائىملىق ئازىيىپ بارىدۇ، دېگەن پىكىرلەر ئوتتۇرىغا قويۇلدى. شۇنىڭ بىلەن بىرلىكتە يېڭى ئانتىگېنلار ھاسىل بولىدۇ. مەسىلەن، راك تۆرەلمە ئانتىگېنلىرى (CFA, antigen

Carcinoimbryonic) ھۈجەيرىلەرنىڭ سەتھى يۈزىدىكى شېكەرلىك ئاقسىللار ۋە يېپىشقاق ئاقسىللار يېپىشىۋالىدۇ ياكى قان دەۋرانىغا كىرىۋالىدۇ. بەزىبىر راك ھۈجەيرىلىرى غەيرى مەنبەئىلىك بولىدۇ.

ساھىبخان ھۈجەيرىلىرىگە ئىنفىلتراتسىيىلەنگەن بىرلەمچى راكلار:

بەزىبىر راكلار بولۇپمۇ ئەمچەك بېزىنىڭ يىلىكسىمان راكى (medullary carcinoma 乳腺髓样癌)، سېمىنوما (精原细胞癌Seminoma)، مامۇقسىمان پەردە ساركوماسى (绒毛膜上皮癌Choriocarcinomas) ۋە قارا پىگمېنت يامان سۈپەتلىك راك (恶性黑色素瘤 Malignant melanoma) قاتارلىقلار لىمفا ھۈجەيرىلىرى، پلازما ھۈجەيرىسى ۋە چوڭ يۇتقۇچى ھۈجەيرە (巨噬细胞 Macro phage) قاتارلىق ھۈجەيرىلەر تەرىپىدىن مۇھاسىرىگە ئېلىنىدۇ. بۇلارمۇ ھاسىر چەمبىرىكىنى تارايتىپ، سېمىنوماغا يېقىنلاشقاندا گۆش ئۆندۈرمە رېئاكسىيىسى (Granulamatous reaction) كېلىپ چىقىدۇ. گەرچە بۇ خىل راك توقۇلمىلىرىنىڭ راك تەركىبىدە كۆزگە كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئارىلىق ئۆزگىرىش (间变 anaplastie) بولسىمۇ، لېكىن، تاجاۋۇزغا ئۇچراش نەتىجىسىدە كېلىپ چىققان كېسەللىك ئۇچىقىنىڭ ئاقىۋىتى تەسەۋۋۇر قىلغاندىنمۇ ياخشى بولىدۇ. بۇ خىل يامراش مەھسۇلاتلىرى (浸润物 infiltrats) ئادەتتە ئىممونو رېئاكسىيىلەرنىڭ بىر خىل شەكلى دەپ قارالسىمۇ، ئۇنى ئۈزۈل - كېسىل ئېنىقلاپ چىقىش بىر ئاز قىيىن. مورفولوگىيە جەھەتتىكى پاكىتلار بۇنى تولۇق ئىسپاتلاپ چىقالمىدى.

لىمفا يوللىرى ئارقىلىق يۆتكىلىش

淋巴道转移 Lymphatic spread

ئادەملەر بىلەن ھايۋانلارنىڭ راك توقۇلمىسى ئىچىدە لىمفا قاناللىرىنىڭ بار - يوقلۇقى تا ھازىرغىچە ئىسپاتلانمىدى. تاجاۋۇزچى راك ھۈجەيرىلىرى ئالدى بىلەن راك ھۈجەيرىلىرى ئەتراپىدىكى بىرىكتۈرگۈچى توقۇلمىلاردىن ئۆتۈپ، ئاندىن لىمفا قاناللىرىغا كىرىدۇ. راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ تاجاۋۇز قىلىش جەريانىنىڭ ئەينەن مېخانىزمى تا ھازىرغىچە ئېنىق ئەمەس. راك ھۈجەيرىلىرى لىمفا قاناللىرىغا كىرىدىكەن، ئۇ چاغدا ھەر خىل ئۇزۇنلۇقتىكى تاناپچە، مونەكچە ياكى ئايرىم - ئايرىم نوكچىلارنى ھاسىل قىلىدۇ. راك ھۈجەيرىلىرى ئەسلى پەيدا بولغان ئورۇندىن ئالدى بىلەن لىمفا قاناللىرىغا كىرىدۇ، لىمفا قاناللىرىدىكى لىمفا سۇيۇقلۇقلىرىغا ئەگىشىپ لىمفا تۈگۈنچىلىرىگە، ئاندىن يەرلىك لىمفا تۈگۈنچىلىرىگە بارىدۇ. يەرلىك لىمفا تۈگۈنچىلىرى بولسا ھۇجۇم قىلىپ كىرگەن راك ھۈجەيرىلىرىگە نىسبەتەن فىلتىرلىغۇچى بولۇپ خىزمەت قىلىدۇ. بىراق، لىمفا تۈگۈنچىلىرىنىڭ فىلتىرلاش ئىقتىدارى چەكلىك بولىدۇ. تەتقىقاتچىلار تەجرىبە توشقانىنىڭ لىمفا قانىلىغا ياكى يۇمشاق توقۇلمىلىرىغا رادىئاكتىپ ئىزوتوپلار بىلەن تامغا بېسىلغان راك ھۈجەيرىلىرىنى ئوكۇل قىلغاندا، بۆرەك ھۈجەيرىلىرى لىمفا تۈگۈنچىلىرىدىن چىققان. بۇ بولسا راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ راك توقۇلمىلىرى ئارقىلىق ھۇجۇم قىلىدىغانلىقىنى ئىسپاتلايدۇ. [Fisher «لىمفا تۈگۈنچىلىرىنىڭ راك توقۇلمىلىرىنى فىلتىرلاش رولى» (كانسېر ژۇرنىلى ئېنگلىزچە نەشرى، 1907.20 - 1914 - بەت]. كىشىلەرگە نىسبەتەن ئېيتقاندا، راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئادەم

لىمفا تۈگۈنچىلىرىگە ھۇجۇم قىلىپ كىرگەن ۋاقىتنى ئېنىق قىلىپ ئېيتىپ بەرگىلى بولمايدۇ. تەجرىبە تەتقىقاتىدىن پەرەز قىلىنىشىچە، ئادەتتە تۆت كۈن بولىدىكەن. راك ھۈجەيرىسىنى تەجرىبە ھايۋىنىغا ئوكۇل قىلىپ تۆت كۈندىن كېيىن، ئۇ لىمفا تۈگۈنلىرىدە كۆرۈنىدىغانلىقىنى بايقىغىلى بولىدىكەن. مۇبادا، كىرگۈزۈلگەن راك ھۈجەيرىلىرى لىمفا تۈگۈنچىلىرىدە توختاپ قالسا، ئۇ چاغدا ئىككى تۈرلۈك ئەھۋال سادىر بولۇشى مۇمكىن. خۇددى تەجرىبە تەتقىقاتى كۆرسىتىپ ئۆتكەندەك، بىرى، يەرلىك ئىممونولوگىك ھادىسىلەر بىلەن يەللىنىشنىڭ مۇداپىئەلىنىش رېئاكسىيىلىرى تۈپەيلىدىن، ھۇجۇم قىلىپ كىرگەن راك ھۈجەيرىلىرى ئۆلۈپ كېتىش مۇمكىن. يەنە بىرى، راك ھۈجەيرىسى ئۇخلاش ھالىتىدە تۇرۇش مۇمكىن، بۇنداق ئەھۋال ئاستىدا يۆتكىلىش ئوچىقى (Metastatic deposit 转移灶) شەكىللەنمەيدۇ. لېكىن، لىمفا تۈگۈنچىلىرى ئوخشاش تۈردىكى قوبۇللىغۇچى (同种受体Syngeneic recipient) ئېكىلسە، راك ھۈجەيرىلىرى ئۆسۈپ كۆپىيىشكە باشلايدۇ. مەيلى كېلىنىكا جەھەتتىن بولسۇن مەيلى ئېكسپېرىمېنت جەھەتتىن بولسۇن، ئەڭ ئاخىرىقى نەتىجە لىمفا تۈگۈنچىلىرى تەرىپىدىن تۇتۇۋېلىنغان راك ھۈجەيرىلىرى بىلەن تولغان بولىدۇ. لىمفا تۈگۈنچىلىرىنىڭ ئىچىدىكى راك ھۈجەيرىلىرى داۋاملىق ئۆسۈپ، لىمفا تۈگۈنچىلىرىنى راك ھۈجەيرىلىرى ئىگىلىۋېلىپ، لىمفا تۈگۈنچىلىرىنىڭ كاپسۇلاسىغىمۇ ھۇجۇم قىلىش مۇمكىن. لېكىن يەنە بەزىبىر ئەھۋاللار ئاستىدا، راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئۆسۈشى چەكلىمىگە ئۇچرىشى ياكى توختاپ قېلىشى ھەتتا قىسمەن ئەكسىگە قايتىشى (退化) مۇمكىن. مەسىلەن، بۇ خۇددى كۆكرەك ئەمچەك راكى قولتۇق ئاستى بېزىگە ھۇجۇم قىلىپ كىرگەندىكى ئەھۋالغا تامامەن ئوخشاش. بۇنداق بىر تالاش - تارتىش بار مۇھىم مەسىلىدە تەتقىقاتچىلاردا ئىنتايىن مول ئاساسىي بىلىملەرنىڭ بولۇشى تەلەپ قىلىنىدۇ. چۈنكى، كۆچمە راك ھۈجەيرىلىرى لىمفا تۈگۈنچىلىرىنى ئۈزلۈكسىز ئىگىلىۋالغان بولىدۇ. ئەسلىدىكى لىمفا تۈگۈنچىلىرى قالايمىقانلىشىپ، بۇزۇلۇپ يېڭى لىمفا يوللىرى ئېچىلىدۇ. يېڭىدىن ئېچىلغان لىمفا يوللىرى ئارقىلىق راك ھۈجەيرىلىرى ئۈزلۈكسىز كۆچۈپ ئۈچىنچى قېتىم يەنە تارايدىغان يېڭى كېسەللىك ئوچاقلىرىنى ھاسىل قىلىدۇ. بۇنىڭغا ئەگىشىپ لىمفا يوللىرى قان تومۇرلىرى بىر - بىرىگە قوشۇلىدىغان (ئۆتۈشىدىغان) بولىدۇ. شۇنداق قىلىپ راك ھۈجەيرىلىرى لىمفا قانالىرىدىن قان تومۇرلىرىغا كىرىدۇ.

تەتقىقاتچىلارنىڭ پەرەز قىلىشىچە، راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ لىمفا تۈگۈنچىلىرىگە كىرىشىنى راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئۆزىنىڭ خۇسۇسىيەتلىرى بەلگىلىمەيدۇ. يەنە ئۇلار كارتىسنومالار ئادەتتە لىمفا تۈگۈنچىلىرىگە ئوڭاي ھۇجۇم قىلىدىغانلىقى، مۇتلەق كۆپچىلىك ساركوما لىمفا تۈگۈنچىلىرىگە ھۇجۇم قىلمايدىغانلىقى، بۇنداق بولۇشىنىڭ سەۋەبى ھۈجەيرىلەرنىڭ سەتھى يۈز قۇرۇلمىسى بىلەن مۇناسىۋەتلىك ئىكەنلىكىنى ئىسپاتلىدى.

راكلارنىڭ قان ئارقىلىق تارقىلىشى

癌瘤血源性扩散 Haematogenous spread

بەزىبىر تارىغۇچى راك ھۈجەيرىلىرى بولسا كۆكرەك قانىلى (胸导管Thoracic duet)

ئارقىلىق ئەمەس، لىمفا قاناللىرى ئارقىلىق قان تومۇرلارغا بىۋاستە كىرىدۇ. يەنى كىچىك لىمفا كۆك قان تومۇر قاتناش چاتاقلىرى (Small lymphaticovenous communications 小淋巴静脉交通枝) ئارقىلىق قان تومۇرغا كىرىدۇ. لېكىن، مۇتلەق كۆپچىلىك بىرلەمچى راكلار ئۆزى پەيدا بولغان توقۇلمىلارنىڭ ئىچىدىكى ياكى ئۇ ئەتراپىدىكى قان تومۇرلىرىنى بىۋاستە تېشىپ ئۆتۈپ ئاندىن قان تومۇرلىرىغا كىرىدۇ. بۇنداق بولۇشنىڭ ئادەتتە ھېچقانداق ئەمەلىي ئەھمىيىتى يوق. راك ھۈجەيرىلىرى ئەمەلىيەتتە ھەر ئىككى خىل يول بىلەن تاراۋىرىدۇ. ھەر ئىككى سىستېما ئۆز ئارا بىر ـ بىرى بىلەن تولىمۇ يېقىن باغلانغان بولىدۇ. بىزنى تەتقىقاتچىلار قان تومۇرغا راك ھۈجەيرىلىرىنى ئوكۇل قىلىش ئارقىلىق ئىسپاتلىغان [Hilgarad «قان پلاستىنكىلىرىنىڭ ئېكسپېرىمېنتال كۆچۈشى» (ئۇلۇغ بېرىتانىيە كانسېر ژۇرنىلى 1973 ـ يىلى 28. 429-P. ئېنگلىزچە نەشرى)].

بىرلەمچى راكلارنىڭ ئىچىدىكى قان تومۇرلىرى، بولۇپمۇ يۆلۈنۈشى ياخشى بولمىغان ساركومىلار (分化不良的肉瘤 Anaplastic sarcoma) ئاساسىي جەھەتتىن غەيرى نورمال، بۇنداق ھۈجەيرىلەر چوقۇم راك ھۈجەيرىلىرى تەرىپىدىن ئورۇۋېلىنغان بولىدۇ. بۇنداق تارقىلىش كۆپىنچە چەكلىك بولىدۇ. ۋەھالەنكى، قوشنا توقۇلمىلاردىكى نورمال قان تومۇرلىرى راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ھۈجۇم قىلىپ كىرىشى تولىمۇ ئەپلىك شارائىت يارىتىپ بېرىدۇ. كىچىك كۆك قان تومۇرلىرىدىن ئوڭاي ھۈجۇم قىلىدۇ. قىزىل قان تومۇرلىرىدىن ئوڭاي ھۈجۇم قىلالمايدۇ. نۇرغۇنلىغان نازۇك تەجرىبىلەر شۇنى ئىسپاتلىدىكى، قىزىل قان تومۇرلىرىنىڭ قورۇلمىسى ئۆزگىچە، ئۇنىڭ ئىچىدىكى بېسىم يۇقىرى بولغاچ، راك ھۈجەيرىلىرى قىزىل قان تومۇرلىرىغا ئوڭاي ھۈجۇم قىلىپ كىرەلمەيدۇ. [Sh vas A A «راكلارنىڭ ھۈجۇمى» (ئۇلۇغ بېرىتانىيە كانسېر ژۇرنىلى 1966 ـ يىلى 19 . 486. ئېنگلىزچە نەشرى)]. راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ قان تومۇرلىرىغا كىرىش مېخانىزمى تا ھازىرغىچە ئېنىق ئەمەس.

راك ھۈجەيرىلىرى دەۋران قىلىۋاتقان قان تومۇرىدا ئىنتايىن مۇھىم ۋە مۇرەككەپ ئۆزگىرىشلەر بولۇشى مۇمكىن. ئومۇمىي ئاناتومىيە (大体解剖学 Gross anatomy) جەھەتتىن ئېلىپ ئېيتقاندا، ئىنتايىن مۇھىم يەرلىك ئۆزگىرىشلەر بولۇشى مۇمكىن. مەسىلەن، بەدەن دەۋرانى، جىگەر دەرۋازا قان دەۋرانى ۋە ئومۇرتقىلىقلار ئومۇرتقا يان چاتاقلىرى ئوتتۇرىسىدىكى ھەر خىل ئۇلىنىش چاتاقلىرىغا نىسبەتەن ئېيتقاندا، راك ھۈجەيرىلىرى داس سۆڭىكىدىن تارتىپ تا باش سۆڭىكىگىچە بولغان كەڭ رايونلارنىڭ ھەممىسىگە تارايدۇ. ئۇنىڭدىن سىرت يەنە، قان تومۇرلىرىنى ئادەتتىكى مىكروسكوپ بىلەن ئېلېكترونلۇق مىكروسكوپتا تەكشۈرگەندە قان تومۇرلىرىنىڭ قورۇلمىسىدا ئوخشاشلا يەرلىك پەرقلەرنىڭ بارلىقى ئېنىقلاندى. ئوچىنچى، قان ئېقىمىنىڭ دىنامىكاسىدىمۇ ئوخشاشلا يەرلىك پەرقلەرنىڭ بولىدىغانلىقى ئېنىقلاندى.

قان دەۋرانىدىكى راك ھۈجەيرىسى

循环中的瘤细胞 Circulating tumour cell

راك كېسەللىكىگە گىرىپتار بولغان بىمارلارنىڭ قان سۇيۇقلۇقىدىن ئېلىنغان راك

ھۆجەيرىلىرى ئۈستىدە تولىمۇ ئەتراپلىق ۋە تولىمۇ چوڭقۇر ئىلمىي تەتقىقات ئېلىپ بېرىلدى. راك كېسەللىكىگە گىرىپتار بولغان بىمارلارنىڭ ھەر قانداق دەۋرىدە، بولۇپمۇ ئاخىرقى دەۋرىدە راك ھۆجەيرىلىرىگە ئوڭاي ئىگە بولغىلى بولىدۇ. راك ھۆجەيرىلىرىگە ئىگە بولۇش ئوڭاي بولغان بىلەن، بەزىدە ئۇنى پەرق ئېتىش تولىمۇ قىيىن. ئۇنىڭ ئۈستىگە راك ھۆجەيرىلىرى بەزىدە بېقىش ئەشياسىدا ياخشى ئۆسمەيدۇ. ئومۇمەن قىلىپ ئېيتقاندا، قان دەۋرانىدا راك ھۆجەيرىلىرىنىڭ بولۇشى راك كېسەللىكىنىڭ ئاقىۋىتىنىڭ خەيرلىك بولمايدىغانلىقىنى بىلدۈرىدۇ.

ئۇخلاپ ياتقان راك ھۆجەيرىلىرى

休眠的瘤细胞 Arrested tumour cells

قان ئايلىنىش دەۋرانىدا ئۇخلاپ ياتقان راك ھۆجەيرىلىرى ۋە ئۇلارنىڭ ئويغىنىپ قان ئايلىنىش دەۋرانىدىن ئايرىلىپ ھۆجەيرە ئارىلىقلىرىغا چىقىشى توشقاننىڭ قۇلىقىدا مىكروكىنو (显微电影 Cinemicrography) ئۇسۇلى ئارقىلىق كەڭ تەتقىق قىلىندى. راك ھۆجەيرىلىرى راك ئۆسكەن ئورۇننىڭ يېنىدىكى توقۇلمىلارنىڭ كىچىك قىزىل قان تومۇرلىرىغا ئوكۇل قىلىنغاندا، راك ھۆجەيرىلىرى قىزىل قان تومۇرلىرىنىڭ ئىچكى دىۋاردىكى ئېپىتېلىيە ھۆجەيرىلىرىگە يېپىشۋالىدۇ، ئاندىن كېيىن، راك ھۆجەيرىلىرى قىزىل قان تومۇرلىرىنىڭ ئىچىدىكى تالاچىلار، قان پلاستىنكىلىرى (血小板) ۋە ئاق قان ھۆجەيرىلىرى راك ھۆجەيرىلىرىنى تۆت تەرەپتىن ئوروۋېلىپ، بىر مۇنەكچىگە ئايلاندۇرىدۇ. بۇ چاغدا قىزىل قان تومۇر دىۋاردىكى ئېپىتېلىيە ھۆجەيرىلىرى ئازىيىدۇ - دە، ئارىدىن ئۇزۇن ئۆتمەي، راك ھۆجەيرىلىرى قىزىل قان تومۇرلىرىنى تېشىپ ئۆتۈپ كېتىدۇ. ئەڭ مۇھىم بىر بىئولوگىيىلىك ھادىسە شۇنىڭدىن ئىبارەتكى، راك ھۆجەيرىلىرىنىڭ ئەسلىدە بار بولغان يېپىشقاقلىق خاراكتېرى، راك توقۇلمىلىرىنىڭ ئەتراپىدىكى قىزىل قان تومۇرلىرىدا قان نوكچىلىرىنىڭ شەكىللىنىشىگە ئەگىشىپ، ئۇيۇغان (凝集的 Aggregated) راك ھۆجەيرىلىرى ئۆزىدىن ترومبوپلاستىن (凝集素 Throbplastin) قويۇۋېتىدۇ. كۆپلىگەن ئېكسپېرمېنتال تەجرىبىلەر شۇنى ئىسپاتلىدىكى، راك چۆكمىلىرىنىڭ ھاسىل بولۇش چاستوتىسى (频率) ۋە ئۇنىڭ قېتىم سانى تالاچىلارنىڭ ئېرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىش ياكى قان پلاستىنكىلىرىنىڭ كېمىيىپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقارغۇچى ماددىلارنى ئازايتىدۇ. ئۇزۇن يىللاردىن بېرى ئېلىپ بېرىلغان تەجرىبىلەر شۇنى تولۇق ئىسپاتلىدىكى، ئۇيۇشقا قارشى تۇرغۇچى ماددىلار ئۇزۇن مۇددەت زور مىقداردا ئىشلىتىلسە، ئالدى بىلەن راك ھۆجەيرىلىرى چۆكمە ھاسىل قىلىدۇ، ئۇنىڭغا ئەگىشىپلا «كۆچىدۇ». بۇ جەريانىدا تۆۋەندىكى بىر نەچچە نۇقتىغا دىققەت قىلىشقا توغرا كېلىدۇ: بىرى، مۇئەييەن بىر سىستېمىدا ئارقا - ئارقىدىن ئۇلاپ ئۇيۇشقا قارشى تۇرغۇچى ماددىلار ياكى تالاچە ئاقسىللارنىڭ ئېرىشىگە قارشى تۇرغۇچى ئامىللار ئىشلىتىلسە، راك ھۆجەيرىلىرىنىڭ چۆكمە ھاسىل قىلىش سۈرئىتى ئارتىپ كېتىدۇ. [B. Hagmar «راك ھۆجەيرىنىڭ ئۆسۈشى ۋە ئۆز - ئۆزىدىن يۆتكىلىشى» (ACTA، پاتولوگىيە ۋە مىكروبىئولوگىيە، ئىسكاندىنوۋىيە 1972 - 8. 347. ئېنگلىزچە نەشرى)]. ئىككىنچى، راك ھۆجەيرىلىرى ترومبوپلاس ياكى ترومبوپلاس-

قا ئوخشىشىپ كېتىدىغان بىرەر ئالاھىدە ماددىنى قويۇۋېتىدىغانلىقىغا Holyoke قاتارلىق
كىشىلەر پاكىت كۆرسىتىپ ئۆتتى. ئۈچىنچى، يەنە بەزىلەر راك ھۈجەيرىلىرى قان تومۇر-
لىرىدىن قېچىپ چىقسا، فىبرىنلىق نوكچا ھاسىل بولمايدۇ، دېگەن ھۆكۈمنى ئوتتۇرىغا
قويدى. [Cotmore ۋە Carter «جىگەر راكىنىڭ يۆتكىلىش مېخانىزمى» (خەلقئارا كانسېر
ژۇرنىلى ئېنگلىزچە نەشرى 1973 ـ 7. 34)]. تۆتىنچى، ئۇيۇشقا قارشى تۇرغۇچى ماددى-
لار راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ چۆكۈۋېلىشىنى ئازايتىش شارائىتى ئاستىدا، ئۇلار بىر تەرەپتىن،
راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئۆزىگە تەسىر كۆرسەتسە، يەنە بىر تەرەپتىن، ساھىبخان ھۈجەيرى-
لىرىنىڭ قان ئۇيۇتۇش مېخانىزمىغا تەسىر كۆرسىتىدۇ. چۈنكى، ھېپارىن (肝素 Heparin)
ئىنتايىن كۈچلۈك مەنپىي ئېلېكتر زەرەتلىرى بىلەن زەرەتلەنگەن بولىدۇ. شۇڭا، بۇ
خىل زەررەتلەر بىر تەرەپتىن راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ھەجمىنى ئۆزگەرتسە، يەنە بىر تەرەپتىن
راك ھۈجەيرە پەردىسىنىڭ خۇسۇسىيەتلىرىنى ئۆزگەرتىدۇ. شۇنداق قىلىپ ئۇ راك ھۈجەي-
رىلىرىنىڭ ئېلېكتر زەررەتلىرىگە، يېپىشقاقلىقىغا ۋە يۆتكىلىشچانلىقىغا تەسىر كۆرسىتىش
بىلەن بىر ۋاقىتتا، يەنە ئۇ ئېپىتېلىيە ھۈجەيرىلىرى سەتھى يۈزىنىڭ ئېلېكتر زەررەتلى-
رىگە (ψ پوتېنسىئال كۈچى) غا تەسىر كۆرسىتىدۇ. شۇنى ئالاھىدە ئەسكەرتىپ ئۆتۈش
لازىمكى، راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ كۆچىيىشى ۋە يۆتكىلىشىدە راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ پوتېن-
سىيىسى ψ ئىنتايىن مۇھىم رول ئوينايدۇ. ئىنتايىن ئەھمىيەتلىكى شۇنىڭدىن ئىبارەتكى،
ئالدىنئالا نېيۇرامىنىدىئازا (神经氨酸苷酶 Neuraminidease) بىلەن بىر تەرەپ قىلىنغان
Walker راك ھۈجەيرىسى كۆك قان تومۇرىغا ئوكۇل قىلىنىپ 60~50 مىنۇت ئۆتكەندىن
كېيىن، راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ سەتھى يۈز ئېلېكتر زەررەتلىرى تەخمىنەن 30% ئازايغان،
لېكىن ھۈجەيرىلەرنىڭ تارقىلىشى ھېچبىر تەسىرگە ئۇچرىمىغان.

مەيلى يەرلىك قان تومۇرلىرىنىڭ ئىچىدە نوكچا بولسۇن ياكى بولمىسۇن، راك
ھۈجەيرىلىرىنىڭ قان تومۇر دىۋارىدىكى ھەر قايسى قەۋەتلەرنى تېشىپ ئۆتۈپ كېتىش
مېخانىزمى تا ھازىرغىچە ئېنىقلانمىدى. ئېلېكترونلۇق مىكروسكوپ ئاستىدا ئېلىپ بېرىلغان
تەكشۈرۈشلەرنىڭ نەتىجىسى — راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئېپىتېلىيە ھۈجەيرىلىرى ئارا ھەرى-
كەت قىلىشى ئاق قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ تولىمۇ ئوخشاپ كېتىدىغانلىقىنى، بىراق، ئاق
قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ ھەرىكىتى تولىمۇ ئاستا بولىدىغانلىقىنى ئىسپاتلىدى. راك ھۈجەيرى-
لىرىنىڭ ئۆزىمۇ ئېپىتېلىيە ھۈجەيرىلىرىنى زەخىملەندۈرىدۇ. بەزىبىر ئۇخلاپ ياتقان راك
ھۈجەيرىلىرى ئېپىتېلىيە ھۈجەيرىنىڭ سەتھى يۈزىدە تۇختىۋالغان بولىدۇ. مۇبادا، ئۇ
ئۆزى قوزغالمىسا، قان ئېقىمى ئۇنى ئېقىتىپ كېتىدۇ. باشقا ئەھۋاللار ئاستىدا، قان تومۇر-
لارنى تولۇق تېشىپ ئۆتۈپ كېتەلمەيدۇ. قان تومۇرلىرىنىڭ مىكرو قۇرۇلمىسىنىڭ يەرلىك
ئۆزگىرىشى راك ھۈجەيرىنىڭ ئوڭايلىقچە تېشىپ ئۆتۈپ كېتىشىنى بەلگىلەيدىغان ئىنتا-
يىن مۇھىم ئامىل.

قان تومۇر سىرتىدىكى راك ھۈجەيرىلىرى

血管外瘤细胞 Extravascular tumour cells

راك ھۈجەيرىنىڭ كۆچۈشىدىن ئىبارەت مۇشۇ باسقۇچ ھەققىدىكى بىلىملىرىمىز تولىمۇ

كەملىك قىلىدۇ، لېكىن بۇ جەرياندا بىر قانچە تاسادىپىيلىق بار. ئۇنىمۇ مۇھاكىمە قىلماي بولمايدۇ. بۇ تاسادىپىيلىق — راك ھۈجەيرىلىرى قان تومۇردىن ئەمدىغىنە قېچىپ چىققاندا ئۇكايلىق بىلەن زەخىملىنىپ ئۆلۈپ كېتىدۇ، مابادا ئالمىشىش جەريانىدا ھەر خىل سەۋەبلەر بىلەن ئۆلۈپ كېتىدۇ. يەرلىك ئىممونولوگىيىلىك رېئاكسىيە ياكى يەللىنىشنىڭ مۇداپىئەلىنىش رېئاكسىيىلىرى تۈپەيلىدىن ئۆلۈپ كېتىدۇ. يەنە بەزىلىرى (يۇقىرىدا شەرھلەندى) توقۇلما ئارىلىقلىرى بىلەن ئىمفا قانالىرىغا كىرىپ كېتىدۇ. ھايات قالغانلىرى تالاچە قان تومۇرى ئارىلىق ماددىلىرى (纤维血管间质 Fibrovascutar stroma) غا ئىگە بولىدۇ. شۇڭلاشقا، يۆتكىلەلەيدۇ ۋە ئۆسۈپ كۆپىيەلەيدۇ. قان تومۇرنىڭ سىرتىدىكى راك ھۈجەيرىنىڭ ئارىلىق ماددىلارغا ئىگە بولۇش جەريانى ۋە بىرلەمچى راك ھۈجەيرە ئارىلىق ماددىلىرىغا ئىگە بولۇش جەريانى بىر - بىرىگە ئوخشىمايدۇ. بىرلەمچى راكلار ئۇزۇن مۇددەت بىر ئورۇندا تۇرۇپ شۇ ئورۇندىكى توقۇلمىلارنى بۇزىدۇ. كۆچمە راكلار — راك ھۈجەيرىلىرى ھەر خىل يوللار بىلەن نورمال توقۇلمىلارغا تاراپ نورمال ھۈجەيرىلەرنى بۇزىدۇ. بۇ يەردە تالاچە قان تومۇر ئارىلىق ماددىلار شۇ زامان ھاسىل بولمايدۇ.

نۇرغۇن تەتقىقاتچىلار ئەگەشمە راكلار (ئىككىلەمچى راكلار) ھاسىل بولۇش جەريانىدا پەيدا بولغان كېسەللىك ئۇچىقى ئۆزىدىن قان تومۇرلىرى (血管生成因子 angiogenesi factor) نى ھاسىل قىلغۇچى بىر ماددىنى قويۇۋېتىدۇ، دېگەن قارىشنى ئوتتۇرىغا قويدى. بۇ ماددا قان تومۇرنىڭ ھاسىل بولۇشنى تېزلىتىدۇ. ئەگەر يەرلىك ئورۇندا قان تومۇرلىرى كەم بولسا، بۇ خىل ماددا ئىشلەپچىقىرىلغان بىلەنمۇ، قان تومۇرلار ھاسىل بولمايدۇ. بۇ نۇقتىئىنەزەرنى ئىسپاتلاش ئۈچۈن مۇشۇنداق بىر تەجرىبە ئىشلەندى: راك توقۇلمىسىدىن كىچىككىنە بىر پارچە كېسىپ ئېلىپ نورمال توشقاننىڭ قان تومۇرى پۈتۈنلەي بولمىغاندا ئالدىنقى دالانچىسىغا ئېكىلدى. بۇ چاغدا قان تومۇرى ئىنتايىن ئاز ھاسىل بولدى. بىراق، راك توقۇلمىسى توشقان كۆزىنىڭ رەڭلىك پەردىسى (虹膜 ris) گە ئېكىلگەندە، قان تومۇرلىرى تېزلىك بىلەن ھاسىل بولغان. ئۇنىڭ ئۆسۈشىمۇ تېز بولغان. بۇ مىسال سۆڭەكلەرنىڭ ئىچىدە ئۆسىدىغان راكلارغىمۇ توغرا كېلىدۇ. چۈنكى، راك ھۈجەيرىلىرى تەرىپىدىن ئىشلىنىپ چىقىدىغان بەزى ماددىلارنىڭ سۆڭەكتە بولىدىغان راكلارنىڭ يۆتكىلىشىگە ۋە ئۇنىڭ ئۆسۈپ تەرەققىي قىلىشىغا ئىنتايىن زور ياردىمى تېگىدۇ. بۇنداق ماددىلارغا: قالقان يان بېزىنىڭ ھورمونى (副甲状腺素 Parathormone بۇنى قىسقارتىلىپ PTH دەپمۇ ئاتايدۇ). ۋىتامىن D ۋە ئۇنىڭ ماددا ئالمىشىش چىقىندىلىرى، مېزە بېزىنىڭ ھورمونى (前列腺素 Prostoglandin) ۋە يېقىندا بەزىلەر ئوتتۇرىغا قويغان سۆڭەك بۇزغۇچى ئاكتىپ ئامىللار (破骨活性物质 Osteoclastic activating factor، بۇ قىسقارتىلىپ OAF دەپمۇ ئاتىلىدۇ) كىرىدۇ. ئېكسپېرمېنتال راك تەتقىقاتى شۇنى ئىسپاتلىدىكى، بەزىبىر راك توقۇلمىلىرى بېقىش ئەشياسىدا بېقىلغاندا، ئۆزىدىن مېزە بېزى ھورمونى E_2 (前列腺素E_2 ProstaglandinE_2، بۇ قىسقارتىلىپ PGE_2 دەپمۇ ئاتىلىدۇ) سىنتېزلايدىغانلىقى ۋە ئۇنى قويۇۋېتىدىغانلىقى ئىسپاتلاندى. يەنە بەزىبىر تەتقىقاتچىلار ئەمچەك بەز راكىنى بەدەن سىرتىدا باققاندا (PGE_2) ئوخشىشىپ كېتىدىغان ئاكتىپ

ماددىنى ئىشلەپچىقىرىدىغانلىقىنى ئىسپاتلاپ چىقتى. Mundy قاتارلىق كىشىلەر 1974 ـ يىلى Burkitt لىمفا ئۆسمىسى (伯基特淋巴瘤 Burkitt lymphoma) بىلەن كۆپ ئورۇندا بولىدىغان يىلىك راكى (多发性骨髓瘤 Multeple myeloma) قاتارلىق راكلارنىڭ بىقىش ئەشياسىدىن يۇقىرىدا شەرھىلەپ ئۆتۈلگەن ئاكتىپ ماددىلارنىڭ بارلىقىنى ئىسپاتلىدى. بىراق ئۇلار لىمفا سىمان توقۇلمىلار بىلەن قان ئىشلەپچىقىرىش سىستېمىلىرىدا بولىدىغان راكلاردىن يۇقىرىدا ئېيتىلغان ئاكتىپ ماددىلارنى تاپالمىدى. ئۆسمىلىك ئۆيۈتقۇچلىرى ئارقىلىق نورمال لىمفا ھۈجەيرىلىرىنىڭ (كۆچۈش) تەجرىبىسىنى ئىشلىگەندە، يۇقىرىدا كۆرسىتىپ ئۆتۈلگەن ئاكتىپ ماددىلارنىڭ بارلىقى شەرھىلەندى. ھازىرقى كۈندە، راك ھۈجەيرىلىرى مېزە بېزى ھورمونى E_2 نى بەدەن سىرتىدا (تەجرىبە شارائىتىدا) indomethacin دېگەن ماددىدىن پايدىلىنىپ سىنتېزلايدىغانلىقى، مۇبادا بۇ تەجرىبە مۇھىتىغا ئاسپىرىن (阿司匹林 asp:rin) قېتىلسا، سىنتېزلىنىش رېئاكسىيىسى ئۈزۈلۈپ قالىدىغانلىقى ئىسپاتلاندى. بۇ ئىجادىيەت كىشىلەرگە راكلارنى داۋالاشقا بولىدىغانلىقىنى كۆرسىتىپ بەردى.

راكلارنىڭ يۆتكىلىشى تۇپەيلىدىن ھاسىل بولغان كۆچمە راك ئۇچىقى قان بىلەن تەمىنلەنگەن زامان ئۇ چەكلىگىلى بولمايدىغان تېز سۈرئەت بىلەن ئۆسۈپ كۆپىيىدۇ. ئەڭ ئاخىرىدا راكلارنىڭ كېلىنىكىلىق ئالامەتلىرى كۆرۈلۈشكە باشلايدۇ. بىراق، بەزىدە غەيرى نورمال ئەھۋاللار كۆرۈلۈشكە باشلايدۇ. بۇنداق غەيرى نورمال ئەھۋال بولسا كۆچمە راكلار ۋاقىتلىق ياكى مەڭگۈلۈك ئۆسۈشتىن توختايدۇ. ئۇلار بەزىدە «ئۆزلۈكىدىن» ئەسلىگە قايتىدۇ. بۇ خىل ئىنتايىن ئاز ئۇچرايدىغان ۋەقە — بۆرەك راكى، يامان سۈپەتلىك مېلانوما (恶性黑色素瘤 Malignant :nelanoma)، نېرۋا ئانا ھۈجەيرە راكى (神经母细胞瘤 Neurpblastoma) ۋە ماموقسىمان راك (绒毛癌 Choriocarcinoma) ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ. كۆچمە راكلارنىڭ پەسىيىپ يېتىلىش جەريانى بۇنىڭ ئىچىگە كىرمەيدۇ. كۆچمە راكلارنىڭ ئەسلىگە قايتىش (消退) مېخانىزمى زادى ئېنىق بولماي كېلىۋاتىدۇ. بۇنىڭ سەۋەبى بۇ جەريانغا ئىممونىتېت ئامىلى، قان تومۇر ئامىلى ياكى ماددا ئالمىشىش ئامىلى قاتنىشىدۇ. بۇ ئامىللار راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئۆسۈپ كۆپىيىشىگە تەسىر كۆرسىتىدۇ. بەزىدە بۇنىڭ ئەكسىچە ئەھۋاللارنى يولۇقتۇرىمىز، يەنى بىرلەمچى راك كۆڭۈلدىكىدەك داۋالىنىش ئارقىلىق ساقىيىپ بىر نەچچە يىل ئۆتكەندىن كېيىن، كۆچمە راك ئاندىن ئۆزىنى كۆرسىتىدۇ. راكلارنىڭ بۇنداق ئۇخلاپ يېتىشىنىڭ تولۇق سەۋەبى ھازىر كىشىلەرگە مەلۇم ئەمەس. ئېيتىشلارغا قارىغاندا، ئەمچەك راكى، بۆرەك راكى قاتارلىق راكلاردا بۇنداق ئەھۋال ئىنتايىن كۆپ ئۇچرايدىكەن. مۇبادا، مۇئەييەن بىر خىل راك ئۇزۇن مۇددەت ئۇيقا ھالىتىدە تۇرغان بولسا، ئۇنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشى ياخشى بولمىغانلىقىنى دېرەك بېرىدۇ. يەنە بىر تەرەپتىن ئېيتقاندا، ئادەملەردە بولىدىغان راكلارنىڭ مۇتلەق كۆپچىلىكىنىڭ ئۆسۈشىنىڭ ئاستا بولۇشى، بۇ خىلدىكى راكلارنىڭ ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئۆلۈپ كەتكەن بولۇشى ياكى بولمىسا ھۈجەيرە بۆلۈنۈشىنىڭ GO دەۋرىگە كىرىپ قالغان بولۇشى مۇمكىن. ئۇخلاپ ياتقان راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشى ياخشىلانسا، مەلۇم دەرىجىدە مېخانىكىلىق ياكى خىمىيىلىك تەسىر بېرىلسە، ئۇلار ئويغىنىپ تېز كۆپـ

يىدۇ. ئىممونولوگىيىلىك ئەھۋاللارمۇ ئوخلاپ ياتقان ھۆجەيرىلەرنى قوزغىتىدۇ. ئەلڭ ئاخىـ
رىدا شۇنى كىشىلەرنىڭ دىققەت ئېتىبارىغا سۇنىمىزكى، راك ھۆجەيرىسى ئەمەس (غەيرىي
راك ھۆجەيرىسى) ھۆجەيرىلەرمۇ بەزىدە ئوخشاش ھالەتتە تۇرىدۇ. بەزى تەتقىقاتچىلار
چاشقاننىڭ كۆك قان تومۇرىغا نورمال قالقان بەز ھۆجەيرىسىنى ئوكۇل قىلغاندا، ئۆپكە
قان تومۇرى بىلەن ئۆپكە ھۆجەيرىلىرىدە بىر يىلدىن ئارتۇق ئۆمۈر سۈرگەن.

كۆچمە راكلارنىڭ چەكلىنىپ قىلىشى

转移癌的局限化Localization of metastaticTumours

مۇتلەق كۆپچىلىك راكلارنىڭ لىمفا يوللىرى ئارقىلىق تارقىلىپ كۆچۈشىنى مېخانىكىلىق ۋە ئاناتومىيىلىك ئىسىملار ئارقىلىق چۈشەندۈرۈش ئىنتايىن مۇۋاپىق ئۇسۇل. لېكىن، شۇنداق بولغان تەقدىردىمۇ، بەزى غەيرىي نورمال ئەھۋاللارمۇ سادىر بولىدۇ. مەسىلەن، كۆچمە راكلار لىمفا سۇيۇقلۇقلىرىنىڭ ئەسلى نورمال ئېقىمىغا قارىماي، بەلكى لىمفا سۇيۇقلۇقىنىڭ نورمال ئېقىمىغا قارشى تامانغا قاراپ كۆچىدۇ ـ دە، نەتىجىدە لىمفا ئېقىمىدا قالايمىقانلىشىش پەيدا بولىدۇ. بىرلەمچى راك ھۆجەيرىلىرىنىڭ تارقىلىشى، ئىككىلەمچى راك (كۆچمە راك) ھۆجەيرىلىرىنىڭ ئۇسۇپ كۆپىيىشىگە ئۆپكە راكى بىلەن جىگەر راكىنى مىسال كەلتۈرسەك مەسىلە ئىنتايىن ئايدىڭ بولىدۇ. سۆڭەكلەردە بولىدىغان بەزىبىر كۆچمە راكلار — بىرلەمچى راك ھۆجەيرىلىرىنىڭ ئومۇرتقا يان كۆك قان تومۇرلىرىنىڭ تورلىرى (脊椎旁静脉丛Paravertebral venous pluxis) غا ھۇجۇم قىلىش تۈپەيلىدىن كېلىپ چىقىدۇ. ئەگەر كۆچمە راكلار مېڭە، تېرە ۋە بۆرەك ئۈستى بېزى قاتارلىق ئورۇنلاردا كۆرۈلسە، ئۇ چاغدا راك ھۆجەيرىلىرى قىزىل قان تومۇرلىرىغا ھۇجۇم قىلغانلىقتىن دېرەك بېرىدۇ. قىزىل قان تومۇرلىرىغا كىرگەن كۆچمە راك ھۆجەيرىلىرىنىڭ ئەتراپ توقۇلمىلار (يۈرەك مۇسكۇل ۋە تال قاتارلىق) ئورۇنلاردا ئاز بولۇشى كۆچمە راك ھۆجەيرىلىرىنىڭ تاللاش ئىقتىدارىغا ئىگە ئىكەنلىكىنى كۆرسىتىدۇ.

راك ھۆجەيرىلىرى قىزىل قان تومۇرلىرىغا بىر قانچە تۈرلۈك يول ئارقىلىق كىرىدۇ. تەجرىبە نەتىجىلىرى شۇنى ئىسپاتلىدىكى، كۆچمە راك ھۆجەيرىلىرى ئەتراپىتىكى تۇتاشتۇرغۇچى قىزىل قان تومۇرلىرىدىن بۆسۈپ ئۆتۈپ باشقا ئورۇنلارغا كۆچىدۇ.

ئۆپكىدىكى كۆچمە راكلار ئوچىقىنىڭ ئۆزىمۇ ئۆزىدىن راك ھۆجەيرىلىرىنى داۋاملىق چىقىرىپ تۇرىدىغان بىر خىل كېسەللىك ئوچىقى بولۇپ، بۇنىڭدىكى بەزى راك ھۆجەيرىلىرى قىزىل قان تومۇرلىرىغا كىرىۋالىدۇ.

ئۆلگەن كىشىلەر ئۈستىدە تەكشۈرۈش ئېلىپ بارغاندا (在尸检上 Autopsy)، كۆز بىلەن كۆرۈشكە بولىدىغان كۆچمە راك ئوچىقىنىڭ تاللاش خاراكتېرلىك تارقىلىش ئىقتىدارىغا ئىگە ئىكەنلىكى ھەممىمىزگە مەلۇم. ھەممە كۆچمە راكلارنىڭ ئورنىمۇ راك ھۆجەيرىلىرىنى يۈرەكنىڭ سول قېرىنچىسىغا بىۋاستە ئوكۇل قىلىش ئارقىلىق ئېنىقلىغىلى بولىدۇ. كۆچمە راكلارنىڭ راك ئوچىقى ھەر قانداق ئەتراپ ئورگانلارغا ئوخشاشلا كۆچمەيدۇ. گىستولوگىيە جەھەتتىن ئوخشاش بولمىغان تىپتىكى راك ھۆجەيرىلىرى ئوخشاش بولمىغان ئورگانلارغا كۆچىدۇ. بەزى ئورگانلار تولىمۇ تەرتىپلىك ھالدا راكلارنىڭ ھۇجۇمىغا ئۇچرىسا، يەنە بىر راكلارنىڭ ھۇجۇمىغا ئۇچرىمايدۇ. ھەتتا «قارشىلىق كۆرسىتىدىغان» بىر ئورۇنمۇ، مەسە

لەن، سۆڭەك مۇسكۇللىرى ياكى تال ئۆزىگە بىۋاستە ئېكىلگەن راك ھۈجەيرىلىرىنى قوبۇل قىلىدۇ ۋە ئۇنىڭ ئۆزىدە ئۆسۈپ كۆپىيىشىگە پايدىلىق شارائىت تۇغدۇرۇپ بېرىدۇ. ئەگەر راك ھۈجەيرىلىرى باشلىنىشتا ئوخشاش شەكىل بىلەن بارلىق قىزىل قان تومۇر سىستېمىلىرىغا تارىسا، ئۇ ۋاقىتتا، كۆچمە راكلارنىڭ داۋاملىق ئۆسۈشى، «سەزگۈرلۈكى» ياكى «قارشىلىقى» راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ يەرلىك قان تومۇرلىرىدىن قېچىپ چىقىش ئىقتىدارىغا ھەمدە ئۇنىڭ داۋاملىق ياشاپ قان تومۇرلىرىنىڭ سىرتىدىكى بوشلۇقلاردا داۋاملىق ئۆسۈپ كۆپىيىشىگە باغلىق. راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئۆسۈپ كۆپىيىشىگە مۇۋاپىق كېلىدىغان ياكى مۇۋاپىق كەلمەيدىغان تۇپراق ئامىلى (土壤因素Soil factor) جەھەتتە خېلى نۇرغۇن خىزمەتلەر ئىشلەندى. بۇ ھەقتە بىز تۆۋەندە بىر ئاز توختىلىپ ئۆتىمىز.

Luke قاتارلىق تەتقىقاتچىلار بەزىلەرنىڭ تۇپراق ئامىلى نەزەرىيىسىنى ئىسپاتلاش ئۈچۈن توشقانلارنى ئوخشاش ئىككى گۇرۇپپىغا ئايرىپ، ھەر ئىككى گۇرۇپپا توشقاننىڭ چاتراق كۆك قان تومۇرى (股静脉Femoral vein) ياكى جىگەركۆك قان تومۇرى (门静脉 Hepatical vein) غا ئوخشاش مىقداردا قاسىراقسىمان راك ھۈجەيرىسى ئوكۇل قىلىپ، بىر مەزگىل ئۆتكەندىن كېيىن بۇ ئىككى گۇرۇپپا توشقاننىڭ جىگىرى بىلەن ئۆپكىسىنى تەكشۈرگەن. تەكشۈرۈش نەتىجىسىدە قاسىراقسىمان راك ھۈجەيرىسى ئۆپكىگە قارىغاندا جىگەردە ئوبدان ئۆسۈپ كۆپەيگەنلىكىنى بايقىغان. Fisher قاتارلىق كىشىلەر ئالدىنئالا جىگىرى زەھەرلەنگەن، تورسىمان ئېندوتېلىيلىرى قامال قىلىنىغان (网织内皮封闭 Reticulo-endothelial blockad) ئوڭغا بۇرىغۇچى گىلىكوزىد ئىچۈرۈلگەن (右旋糖苷 dextran) ياكى ئۆز تەركىبىدە ماي ماددىلىرى كۆپ بولغان يەم بىلەن بېقىلغان چاشقاننىڭ دەرۋازا كۆك قان تومۇرى (门脉 portal vein) دىن Walker راك ھۈجەيرىسىنى ئوكۇل قىلغاندا، راك ھۈجەيرىسىنىڭ كۆچۈشى ۋە ئۇنىڭ ئۆسۈپ كۆپىيىشى ياخشى بولغان. رادىئاكتىپ ئىزوتوپلار بىلەن ئەن سېلىنغان راك ھۈجەيرىلىرىنى يەرلىك ئورۇنلار ئۆزىدە تۇتۇپ قېلىش ئىشلىرى كۆرۈلمىگەن. لىمفوما ھۈجەيرىلىرى غەيرىي ئىئونلۇق تازىلىغۇچىلار (Ncn ionic detergent 非离子去污剂) بىلەن بىر تەرەپ قىلىنغاندىن كېيىن، ئاندىن چاشقاننىڭ تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنسا، لىمفوما ھۈجەيرىلىرىنىڭ جىگەرگە كۆچۈشى تېز بولغان.

يامان سۈپەتلىك راكلاردا لىمفا تۈگۈنچىلىرىنىڭ ئېقىپ كېتىشى

在恶性肿瘤中淋巴结的引流In Iymph nodes draining malignart tumour

ئادەملەرنىڭ بەدىنىدىكى راك ھۈجەيرىلىرىنىڭ ھۇجۇمىغا يولۇققان لىمفا تۈگۈنچىلىرىنىڭ ئ.چ.د، بولىدىغان مورفولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەر كەڭ كۆلەمدە تەتقىق قىلىنغان ئىدى. بۇ خىل مورفولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەرنىڭ سۈرەتلىرىمۇ تەپسىلىي شەرھلەندى. مۇبادا، مۇنداق مورفولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەر كۆپرەك بولىدىغان بولسا، بۇ خىل راكنىڭ ئاقىۋىتى بىر قەدەر ياخشى بولىدۇ. مورفولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەر تامامەن توختىغان بولسا بۇنداق راكنىڭ ئاقىۋىتى يامان بولىدۇ. لىمفا تۈگۈنچىلىرىدە بولىدىغان مورفولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەرنىڭ ھەقىقىي سەۋەبى تا ھازىرغىچە ئېنىق ئەمەس. يۇقىرىدىكى مورفولوگىيىلىك

(داۋامى 21- بەتتە)

قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىدىن بولغان يۈرەك كېسەللىكى

شىنجاڭ تىببىي شۆيۈەن 1 ـ دوختۇرخانىسىدىن

روزى ھاجى مۇھەممەدى

مەزمۇن قالقان بەز خىزمىتى ئېشىپ كەتكەندە، ئۇنىڭ ئىشلەپچىقارغان ھورمونىنىڭ مىقدارىمۇ كۆپىيىدۇ. بۇ، يۈرەككە ۋاستە ياكى بىۋاستە تەسىر قىلىپ، يۈرەكنى چوڭايتىدۇ. ئاخىرىدا يۈرەك قان تومۇر سىستېمىسىدا ئالامەت ۋە بەلگىلەرنى پەيدا قىلىدۇ. بۇ ئىچكى ئاجرالمىلارنىڭ قالايمىقانلىقىدىن پەيدا بولىدىغان يۈرەك كېسەللىكى بولغانلىقى ئۈچۈن، داۋالاشمۇ ئوخشاش بولمايدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، بۇنىڭغا توغرا دىئاگنوز قويۇپ ۋاقتىدا داۋالاش بەكمۇ زۆرۈر.

ئاچقۇچ سۆز قالقان بەز؛ قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشى؛ ھورمون؛ يۈرەك رىتىمسىزلىقى؛ يۈرەك دالانچىسىنىڭ تالالىق تىترىشى؛ رىماتىزملىق يۈرەك كېسەللىكى؛ يۈرەك زەئىپلىكى

قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىنى Graves ياكى Basedow كېسەللىك دەپمۇ ئاتايدۇ. بۇ كېسەللىك ھەققىدە بۇرۇن مېڭە ئاستى ھىپوفىز بېزىنىڭ قالقان بەز ھورمونىنى ئىشلەتكۈچى ھورمونىنىڭ كۆپىيىشىدىن، قالقان بەز خىزمىتى ئېشىپ كېتىدۇ، دەپ خاتا تونۇش بولۇپ كەلگەن. يېقىنقى 20 يىلدىن بېرى ئىممۇنىتېت ئىلمى بىلەن تەھلىل ۋە تەتقىق قىلىپ، قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشى بىر خىل ئۆز بەدەن ئىممۇنىتېتلىق كېسەللىك بولۇپ، بۇنى ئېرسىيەت ئاساسىدا روھىي جەھەتتىكى غىدىقلىنىش قاتارلىق سەۋەبلەردىن ئۆز بەدەن ئىممۇنىتېت رېئاكسىيىسى پەيدا قىلىدۇ، دېگەن توغرا تونۇش ئوتتۇرىغا چىقتى. قالقان بەز خىزمىتى ئېشىپ كەتكەندە ئۇنىڭ ئىشلەپچىقارغان ھورمونىمۇ كۆپىيىدۇ. بۇ يۈرەككە بىۋاستە زىيان يەتكۈزىدۇ ياكى يۈرەك مۇسكۇلىغا ۋاستىلىق ھالدا تەسىر قىلىپ، يۈرەك ـ قان تومۇر سىستېمىسىدا بىر يۈرۈش ئالامەت ۋە بەلگىلەرنى پەيدا قىلىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، بۇنداق يۈرەك كېسەللىكىنى ئىچكى ئاجرالمىلارنىڭ قالايمىقانچىلىقىدىن پەيدا بولغان يۈرەك كېسەللىكى دەپ ئاتايمىز. شۇنى ئېيتىش كېرەككى، قالقان بەز خىزمىتى ئېشىپ كەتكەن ھەممە كېسەلدە بۇ خىلدىكى يۈرەك كېسەللىكى پەيدا بولۇشى ناتايىن. قالقان بەز خىزمىتى ئېشىپ كەتكەن كېسەلنىڭ يېشى قانچە چوڭ بولسا، كېسەللىك

بۇ ماقالە 1990 ـ يىل 1 ـ ئايدا تاپشۇرۇپ ئېلىندى

جەريانى قالچە ئۇزۇن بولسا، قالقان بەز ئىششىقى بىلەن خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشى بىللە بولسا، قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىدىن بولغان يۈرەك كېسىلى شۇنچە كۆپ بولىدۇ. قالقان بەز هورمونى بىر تەرەپتىن يۈرەك مۇسكۇلىغا Cate cholamine (儿茶酚胺) گە ئوخشاش تەسىر كۆرسىتىپلا قالماستىن، يەنە بىر تەرەپتىن Catecholamine نىمۇ هەرىكەتكە كەلتۈرۈپ، يۈرەك هەرىكىتىنى تېزلىتىش، يۈرەك قىسقىرىش كۈچىنى ئارتتۇرۇش، يۈرەكتىن چىقىدىغان قاننىڭ مىقدارىنى ئاشۇرۇش، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ ئوكسىگېن سەرپىياتىنى ئاشۇرۇش قاتارلىق رول ئويناپ، ئاخىرىدا يۈرەكنىڭ يۈكىنى ئېغىرلاشتۇرۇپ، نورمالسىز ئەهۋاللارنى پەيدا قىلىدۇ. قالقان بەز هورمونىنىڭ قىل تومۇرلارنىمۇ كېڭەيتىش رولى بار. شۇنىڭ بىلەن ئەتراپنىڭ قارشىلىق كۈچى تۆۋەنلەپ، ئەتراپ توقۇلمىلاردىكى مىكرو قان ئايلىنىش تېزلىشىدۇ ۋە قاننىڭ مىقدارى كۆپىيىدۇ. قالقان بەز هورمونى قىل تومۇر ئالدىنقى ئارتېرىيە بىلەن ۋېنانىڭ قاتناش تارمىقىنى ئېچىۋېتىدۇ. نەتىجىدە ئارتېرىيە قېنى قىسقا يول بىلەن بىۋاسىتە ۋېناغا ئۆتۈپ، ۋېنادىن يۈرەك ئوڭ تەرىپىگە بارىدىغان قاننىڭ مىقدارىنى كۆپەيتىدۇ ۋە يۈرەك ئوڭ تەرىپىنىڭ خىزمىتىنى ئارتتۇرۇۋېتىدۇ. شۇنىڭ بىلەن ئۆپكە ئارتېرىيىسى ۋە يۈرەك ئوڭ قېرىنچىسىنىڭ بېسىمى يۇقىرىلايدۇ. ئاخىرىدا يۈرەك ئوڭ تەرىپىنىڭ زەئىپلىكىنى پەيدا قىلىدۇ. قالقان بەز هورمونى Catecholamine دەك تەسىر قىلىپ، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىش كۈچىنى ئاشۇرۇپ، قان بېسىمىدا قىسقىرىش بېسىمىنى يۇقىرىلىتىدۇ. ئارىلىق بېسىم كېمىيىدۇ. يەنە بىر تەجرىبىنىڭ يەكۈنىگە قارىغاندا، قالقان بەز هورمونى يۈرەك مۇسكۇلىنى بۇزۇش، ئىششىق پەيدا قىلىش، يۈرەك مۇسكۇل ئارىلىقلىرىغا تالا پەيدا قىلىش رولىنى ئوينايدىكەن. دېمەك قالقان بەز هورمونى يۇقىرىقىدەك تەسىر كۆرسىتىش ئارقىلىق يۈرەك كېسەللىكىنى پەيدا قىلىدۇ.

قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىدىن پەيدا بولغان يۈرەك كېسەللىكىنىڭ ئادەتتىكى بەلگىسى

تاماقنى كۆپ يېيىش، چوڭ تەرەتنىڭ قېتىم سانى كۆپىيىش، كۆپ تەرلەش، ئىسسىقتىن قورقۇش، ئۇيقۇسىزلىق، سۆز ـ هەرىكىتى كۆپ بولۇش، مىجەزى جىددىي بولۇش، قولى تىترەش، كۆزى پۇلتىيىش، گېلى چوڭىيىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ ۋە بەزى كېسەللەردە يۇقىرىقىدەك ئالامەتلەر ئېنىق بولمايدۇ. بىراق يۈرەك سېلىش، دەم سىقىلىش، هەرىكەتتىن كېيىن نەپەسلىنىشنىڭ قىيىن بولۇشى، بەزىدە يۈرەك ساهەسىدە يۈرەك سانجىقىغا ئوخشاش ئاغرىق پەيدا بولۇش قاتارلىق بەلگىلەر پەيدا بولىدۇ. يۈرەكنىڭ سوقۇشى كۈچلۈك بولۇپ، يۈرەك تاۋۇشى ئېنىقمۇ ئېنىق بولىدۇ. يۈرەك هەرىكىتى مىنۇتىغا 120~90 قېتىم بولىدۇ. ئۇخلىغاندا يۈرەك هەرىكىتى ئاستىلىمايدۇ. قان بېسىمى يۇقىرى بولۇپ ئارىلىق بېسىم كېمىيىدۇ. يۈرەك چوڭىيىدۇ. يۈرەك زەئىپلىكى ياكى يۈرەك دالانچىسىنىڭ تالالىق تىترىشى بىللە بولغاندا، يۈرەكنىڭ چوڭىيىشى تېخىمۇ ئېنىق مەلۇم بولىدۇ. يۈرەكنىڭ ئالدىنقى قىسمىدىن قىسقىرىش مەزگىلىدىكى شاۋقۇن ۋە بەزىلىرىدە يۈرەك بوشىشىش مەزگىلىدىكى شاۋقۇن ئاڭلىنىدۇ. قىسقىرىش مەزگىلىدىكى شاۋقۇن بەزىدە ئۆپكە ئارتېرىيىسى ئاڭلاش رايونىدا تېخىمۇ ئېنىق بولىدۇ. بۇ رايوندا بەزىدە بوشىشىش مەزگىلىدىكى شاۋقۇنمۇ ئاڭلىنىدۇ. قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىدىن پەيدا بولغان يۈرەك كېسەللىكىنىڭ 70% دە يۈرەك دالانچىسىنىڭ

تالالىق تىترىشى بولىدۇ ياكى باشقا يۈرەك رىتىمسىزلىقىمۇ پەيدا بولىدۇ.

يۈرەك زەخىملەنگەن ۋاقىتتىكى بەلگىلىرى

يۈرەك ھەرىكىتى تېزلەيدۇ ۋە بەزىلىرىدە يۈرەك خىزمىتى ئاستىلايدۇ. بۇنداق ئادەملەردە سىنۇس تۈگۈنىنىڭ خىزمىتىنىڭ ناچارلىشىشىنى پەيدا قىلىدۇ ۋە يۈرەك مېڭە بىرلەشمە بەلگىسىنىمۇ پەيدا قىلىدۇ ياكى ئىككىلەمچى يۈرەك مۇسكۇل كېسەللىكىنىمۇ پەيدا قىلىدۇ. ئەگەر يۈرەك ئۆتكۈزۈش سىستېمىسىدا ئىششىق پەيدا قىلغان بولسا، دالانچە ـ قېرىنچە ئۆتكۈزۈشنىڭ توسۇلۇشىنى پەيدا قىلىدۇ. يۈرەك دالانچىسىنىڭ تالالىق تىترىشى قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىدىن پەيدا بولغان يۈرەك كېسەللىكىنىڭ مۇھىم بەلگىسىدۇر. بەزى كېسەللەردە تالالىق تىترەش تۇتقاقلىق خاراكتېرلىك بولىدۇ. يۈرەك ھەرىكىتى مىنۇتىغا 120 قېتىمدىن ئارتۇق بولىدۇ ۋە بەزى كېسەللەردە تالالىق تىترەش داۋملىق بولىدۇ. Digitalis(洋地黄类) دورىلارنىڭ تەسىرى ياخشى بولمايدۇ. يەنە بىر بەلگىسى يۈرەك سانجىقى ۋە يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى بولىدۇ. قالقان بەز خىزمىتى ئېشىپ كېتىپ، يۈرەك زەخىملەنگەندە، %20~%10 كېسەلدە يۈرەك سانجىقى پەيدا بولىدۇ. بۇ سانجىق تاجسىمان ئارتېرىيىنىڭ قېتىشىدىن بولماستىن، قالقان بەز ھورمونىنىڭ تەسىرىدىن يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ ئوكسىگېن سەرپىياتى ئېشىپ كېتىپ، تەمىنلەش بىلەن سەرپىيات ئوتتۇرىسىدا تەڭپۇڭلۇقنىڭ بۇزۇلۇشىدىن بولىدۇ ۋە مۇسكۇل تىقىلمىسى پەيدا بولىدۇ ياكى ۋاقىتلىق تاجسىمان ئارتېرىيە سپازمىسى پەيدا بولىدۇ. يەنە بىر سەۋەب قالقان بەز خىزمىتى ئېشىپ كەتكەندە، قان بېسىمىنىڭ تۆۋەن بېسىمى تۆۋەنلەيدۇ. بۇنداق ۋاقىتتا تاجسىمان ئارتېرىيىگە كىرىدىغان قاننىڭ مىقدارى ئازلايدۇ. يۈرەكنىڭ يۈكى ئارتىدۇ. يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەيدۇ. شۇنىڭ بىلەن لاكتىك كىسلاتاسىنىڭ ئالمىشىشى قالايمىقانلىشىدۇ. يۈرەك مۇسكۇلىغا قان يېتىشمەسلىك تېخىمۇ ئېغىرلىشىپ، يۈرەك سانجىقى ۋە يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى پەيدا بولىدۇ، بىراق قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشى بىلەن يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى پەيدا بولۇش نىسبىتى ئانچە كۆپ بولمايدۇ. يۇقىرىقىلاردىن تاشقىرى، يۈرەك سول قېرىنچىسىنىڭ كېڭىيىشى ۋە يۈرەك زەئىپلىكىمۇ پەيدا بولىدۇ.

قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىدىن پەيدا بولغان يۈرەك كېسەللىكىگە دىئاگنوز قويۇش ئۆلچىمى

1 ـ قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىنىڭ كلىنىكىلىق ئىپادىسى ۋە بەلگىسى ئېنىق بولۇپ، لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈشتە دىئاگنوز ئېنىق بولۇشى كېرەك.

2 ـ يۈرەكتىكى نورمالسىز بەلگىلەرنىڭ تۆۋەندىكى ئىپادىلىرىنىڭ بىرسى ياكى بىر قانچىسى بولۇشى لازىم.

1 . 2 ـ يۈرەك چوڭ بولۇشى.

2 . 2 ـ يۈرەك رىتىمسىزلىقى بولۇش مەسىلەن، تۇتقاقلىق ياكى ئۇزۇن مۇددەتلىك يۈرەك دالانچىسىنىڭ تالالىق تىترىشى، دولقۇنسىمان تىترىشى، مۇددەتتىن بۇرۇن قىسقىرىش، قېرىنچە ياكى قېرىنچىنىڭ ئۈستىدىن پەيدا بولغان يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ تېزلىشىشى، دالانچە قېرىنچە ئۆتكۈزۈشنىڭ توسۇلۇشى ياكى سىنۇس تۈگۈنىنىڭ توسۇلۇشى قاتارلىقلار.

2.3 ـ يۈرەك زەئىپلىكى.

2.4 ـ يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى ياكى يۈرەك سانجىقى.

2.5 ـ ئىككى قاناتلىق كلاپاندا شاۋقۇن بولۇشى لازىم.

3. قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىنى تورمۇزلىغاندىن كېيىن يۈرەكتىكى بەلگىلەر يېنىكلىشىشى ياكى يوقىلىشى لازىم.

4. تاجتومۇر يۈرەك كېسەللىكى، رېماتىزملىق يۈرەك كېسەللىكى، يۇقىرى قان بېسىملىق يۈرەك كېسەللىكىدىن باشقا، تۆۋەندىكى ئەھۋالغا يولۇققاندا، قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىدىن پەيدا بولغان يۈرەك كېسەللىكىنى ئويلىشىش لازىم:

4.1 ـ باشقا كېسەللىكلەردىن بولمىغان ۋە سەۋەبى ئېنىق بولمىغان يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ تېزلىشىشى.

4.2 ـ سەۋەبى ئېنىق بولمىغان تۇتقاقلىق ياكى ئۇزۇن مۇددەتلىك يۈرەك دالانچىسىنىڭ تالالىق تىترىشى، يۈرەك قېرىنچە ھەرىكىتىنىڭ تېزلىكىنى ئاسان كونترول قىلغىلى بولمايدىغانلىرى.

4.3 ـ يۈرەك زەئىپلىكىنى Digitalis دورىلىرى بىلەن دېگەندەك كونترول قىلغىلى بولمايدىغانلىرى، قىسقىرىش مەزگىلىدىكى قان بېسىمى يۇقىرى بولغانلار.

4.4 ـ ياشانغانلاردىكى سەۋەبى ئېنىق بولمىغان يۈرەك ئوڭ تەرەپىنىڭ زەئىپلىكى.

4.5 ـ ئېغىر دەرىجىدە يۈرەك رېتىمسىزلىقى بولغانلار.

4.6 ـ سەۋەبى ئېنىق بولمىغان يۈرەك سانجىقى ياكى يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى بولغانلارنى داۋالىسا ئۈنۈمى ياخشى بولمىغۇچىلار، ئارىلىق قان بېسىمى كەڭ بولغۇچىلار، Cholesterol (胆固醇) كۆپ بولمىغانلار.

4.7 ـ ئورۇقلاش بىلەن يۈرەك مۇسكۇل كېسەللىكى بىللە بولغۇچىلار. دېمەك يۇقىرىقى ئەھۋاللار پەيدا بولسا، بۇ خىلدىكى يۈرەك كېسەللىكىنى ئويلىشىپ، مۇناسىۋەتلىك تەكشۈرۈشنى ئېلىپ بېرىش لازىم.

سېلىشتۇرما دىئاگنوزى

قالقان بەز خىزمىتى ئېشىپ كېتىشتىن بولغان يۈرەك كېسەللىكىنى بەزىدە تۆۋەندىكى كېسەللىكلەردىن پەرق قىلىش قىيىن بولىدۇ. ئەگەر بۇ، ۋاقتىدا پەرقلەندۈرۈلمىسە، كېسەللىك تەرەققىي قىلىپ، ئېغىر ئاقىۋەتلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

1 ـ رېماتىزملىق يۈرەك كېسەللىكى: ئىككى قاناتلىق كلاپاننىڭ تولۇق يېپىلماي قېلىش ۋە تارىيىپ قېلىشى بولۇپمۇ ياش ئاياللاردا كۆپرەك ئۇچرايدۇ. بىراق بۇنىڭدا بەزىلەردە رېماتىزم قىزىتمىسى بولغان تارىخى بولىدۇ. ھەرىكەت قىلغاندا يۈرەك سىلىپ، دەم ئالغاندا ياخشىلىنىپ قالىدۇ. يۈرەك ھەرىكىتى بەك تېز بولمايدۇ. ئىچى سىقىلىش، ئۇيقۇسىزلىق، مىجەزىنىڭ ئۆزگىرىشى، قولى تىترەش، داۋاملىق تەرلەش قاتارلىقلار كۆپ بولمايدۇ. يۈرەك خېلى چوڭ بولىدۇ، بولۇپمۇ سول دالانچە، سول قېرىنچە ياكى ئوڭ قېرىنچە كۆرۈنەرلىك چوڭ بولىدۇ. يۈرەك 1 ـ تاۋۇشى ئاجىز، كلاپان تارىيىپ قالغاندا كۈچلۈك ئاڭلىنىدۇ. پۈتۈن قىسقىرىش مەزگىلىدە ياكى بوشىشىش مەزگىلىدە شاۋقۇن ئاڭلىنىدۇ. قاندا قالقان بەز ھورمونىنىڭ مىقدارى كۆپ بولمايدۇ. قالقان بەز ھورمونىغا قارشى

داۋالاش ئۈنۈم بەرمەيدۇ. رېنتگېن، β تەپلىك ئاۋازدىن تېز دولقۇن بىلەن تەكشۈرگەندە ئېنىق پەرقلەندۈرگىلى بولىدۇ.

2 ـ تاجتومۇر يۈرەك كېسەللىكى: بۇ كۆپىنچە ئادەت كۆرۈشتىن توختىغان ئاياللاردا، 40 ياشتىن ئاشقان ئەرلەردە كۆپ بولىدۇ. بۇ كېسەللىك سىمىز، قان بېسىمى يۇقىرى، قەنت سىيىش كېسەللىكى بىلەن ئاغرىغان، قاندىكى ماي ماددىسى كۆپ بولغان، تاماكا چېكىدىغان كىشىلەردە كۆپ بولىدۇ. يۈرەك ھەرىكىتى تېز بولۇشى ناتايىن. بۇنداق كېسەللەرنى يۈرەك توكى سىزىقى ئارقىلىق، تاجسىمان ئارتېرىيىسىنى سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈش، قاندىكى قالقان بەز ھورمونىنى تەكشۈرۈش ئارقىلىق پەرقلەندۈرىمىز.

داۋالاش

1 ـ ئالدى بىلەن دىئاگنوزنى ئېنىقلاش لازىم. بۇ، ھالقىلىق مەسىلە. ھەرگىزمۇ قالايمىقان دىئاگنوز قويۇپ، باشقا كېسەللىكلەر بىلەن ئارىلاشتۇرۇپ قويماسلىق لازىم.

2 ـ قالقان بەز خىزمىتىنىڭ ئېشىپ كېتىشىنى داۋالاش كېرەك. بۇنداق قىلغاندا يۈرەك كېسەللىكى يېنىكلىشىدۇ، ھەتتا ساقىيىدۇ. بۇنىڭ ئۈچۈن تۆۋەندىكى دورىلارنى تاللاپ ئىشلىتىش لازىم:

Methylthiouracil (甲基硫氧嘧啶)، 100 mg دىن كۈنىگە 3~4 قېتىم، ئالامىتى ياخشىلانغاندىن كېيىن كۈنىگە 50~100 mg دىن تولۇقلاش مىقدارى بېرىش كېرەك.

Propylthiouracil (丙基硫氧嘧啶)، بۇنىمۇ 100 mg دىن كۈنىگە 3~4 قېتىم بېرىپ، ئالامىتى ياخشىلانغاندىن كېيىن كۈنىگە 50~100 mg دىن تولۇقلاش مىقدارى بېرىلسە بولىدۇ.

Tapazole (他帕唑) دىن ياكى Carbimazolum (甲亢平) دىن كۈنىگە 10 mg دىن 3~4 قېتىم، ئالامىتى ياخشىلانغاندىن كېيىن كۈنىگە 5~10 mg دىن تولۇقلاش مىقدارى بېرىش لازىم.

3 ـ يۈرەك ھەرىكىتى تېز بولغانلارغا تۆۋەندىكى دورىلارنى قوشۇپ ئىشلەتسە بولىدۇ: Propranolol (心得安) 10 mg دىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم. Oxprenolol (心得平) 10 mg دىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم.

4 ـ يۈرەك زەئىپلىكى بولسا، ئەھۋالغا قاراپ Cedilanid (西地兰) ياكى Digoxin (地高辛) ئىشلەتسە بولىدۇ.

5 ـ يۈرەك رېتىمسىزلىقى يەنىلا مەۋجۇت بولۇپ تۇرسا، قايسى خىلدىكى يۈرەك رېتىمسىزلىقى بولسا، شۇنىڭغا قاراپ تۆۋەندىكى دورىلارنى تاللاپ ئىشلەتسە بولىدۇ: Amiodarone (乙胺碘呋酮) 200 mg دىن كۈنىگە 2~3 قېتىم، Mexiletine (慢心律) 100 mg دىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم، Procainamide (普鲁卡因酰胺) 0.25mg دىن كۈنىگە 3 قېتىم، Quinidine (奎尼丁) 0.2g دىن، ئەھۋالغا قاراپ بېرىلىدۇ.

6 ـ كېسەل بىئارام بولسا، تىنچلاندۇرغۇچى دورىلاردىن قوشۇپ ئىشلىتىش كېرەك.

7 ـ كېسەللىك پۈتۈنلەي كونترول قىلىنغاندىن كېيىن قايتا قوزغىلىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن، قالقان بەزنى ئوپېراتسىيە قىلىش ياكى رادىئاكتىپلىق يود بىلەن داۋالاش كېرەك.

8 ـ قالقان بەز خىزمىتىنى كونترول قىلىش ئۈچۈن دورا ئىشلەتكەندە، ھەپتىدە بىر

قېتىم ئاق-قان ھۈجەيرىسىنى تەكشۈرۈپ تۇرۇپ، ئۇنىڭ ئازىيىپ كېتىشىنىڭ ئالدىنى ئېلىش كېرەك. بۇنىڭدىن تاشقىرى كېسەلنىڭ ئۆزۈقلىنىشىغا تولۇق ئېتىبار بېرىش لازىم.

پايدىلانغان ماتېرىياللار

1 邱国勋. 甲状腺机能亢进的特殊类型.实用内科学杂志,1988;(812):651

2 王敬新. 甲亢的特殊临床类型.实用内科学杂志,1989;9(11):567

甲状腺机能亢进性心脏病

新医一附院内科 **肉孜阿吉**

摘要 甲状腺机能亢进时，过量的甲状腺素对心脏直接或间接的影响引起心脏扩大、心功不全、心律失常、心绞痛等一系列心血管系统的症状及体症。这是内分泌紊乱所引起的心脏病。这与其它心脏病不一样，所以及时诊断与鉴别诊断和及时进行治疗 。

关键词 甲状腺；甲状腺机能亢进；激素；心律失常；心房纤动；风湿性心脏病心力衰竭

(بېشى 15 ـ بەتتە)

ئۆزگىرىشلەرگە ئوخشىشىپ كېتىدىغان رېئاكسىيىلەر تەجرىبە ھايۋانلىرىنىڭ ئاقما راك لىمفا تۈگۈنچىلىرىدە كۆرۈلىدۇ. بۇ رېئاكسىيە مۇبادا كۆچمە لىمفا راكى تەجرىبە ھايۋانلىرىغا ئېپكىلاسە، ئاقما لىمفا تۈگۈنچىلىرىنىڭ ئىچىدە بوتقا ھۈجەيرىسىنىڭ رېئاكسىيىسى (浆细胞反应Plasma cel lreaction) نى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ھالبۇكى، مەلۇم بىر غەيرىي كۆچمە خاراكتېرلىك لىمفوما (非传移性淋巴瘤Non-metastasing lymphoma) قان خالتا توقۇلمىلىرىنىڭ ئۆسۈشىنى (实组织增殖 Histiocytosis) ۋە ياردەمچى پوستلۇق رايوننىڭ ئۆسۈشىنى (副皮质区增殖 Hyperplasia paracortical) كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇنىڭغا ئەگىشىپ، پۇۋەكچىلەرنىڭ ئۆسۈشى (滤泡的增殖 Proliferation) نى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇ لابوراتورىيە شارائىتىدا تەجرىبە ھايۋانلىرى ئۆستىدە ئېلىپ بېرىلغان تەجرىبىدە ئىسپاتلانغان.

肿瘤的浸润和转移机制

新医 **阿·热合曼**

提要 本文着重讨论恶性肿瘤的主要特征一浸润和转移。恶性肿瘤的浸润方式是分裂增生、侵入周围的组织间隙、淋巴管和血管就象树根长入泥土一样浸润并破坏周围的一切正常组织，因而肿瘤没有包膜，与邻近的正常组织紧密连在一起而没有明显的界限。恶性肿瘤的转移途径很多：①通过淋巴道转移，瘤细胞侵入淋巴后，随淋巴流到达淋巴结，就在局部淋巴结发生病变。②血道转移，瘤细细侵入血管后可以随血流到达远隔器官继续生成转移瘤。③种植性转移，体腔内器官的肿瘤蔓延到器官里面时，瘤细胞可以脱落并象播种一样在体腔内各个器官的表面形成许多转移瘤。

关键词 浸润；转移；抗凝剂；抗纤维蛋白溶解原；凝血活素；素肝；血管生成因子；副甲状腺素；前列腺素；破骨活性因素；植物凝集素；神经母细胞瘤

شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇتى ئىلمىي ژۇرنىلى 6- يىللىق 1- سان 1990- يىل 3- ئاي
新疆医学院学报（维吾尔文） 第六卷第一期

ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىنى خەنزۇ تىبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش ئۈنۈمىنىڭ دەسلەپكى نەتىجىسى

شىنجاڭ تىببىي شۆيۈەن 1- دوختۇرخانىسىدىن

رۇستەم ئېلى، خۇڭ شۇفاڭ

مەزمۇن دوختۇرخانىمىز بەش يىل ئىچىدە ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى بىلەن ئاغرىغانلاردىن 89 نەپەر ئادەمنى خەنزۇ تىبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالىدۇق. شۇنىڭ بىلەن بىر ۋاقىتتا شۇ ئاغرىق بىلەن ئاغرىپ ياتاقتا ياتقان 50 نەپەر ئاغرىقنى پەقەت دوختۇرلۇق بىلەن داۋالىدۇق. ئاندىن بۇ ئىككى گۇرۇپپىنىڭ ئۈنۈمى سېلىشتۇرۇپ چىقىلدى. ئالدىنقىسىنىڭ ساقايغىنى 88.8%، ئۆلگىنى 11.2%، كېيىنكى گۇرۇپپىدىكى كېسەلنىڭ ئۆلگىنى 24.0% (P 0.05). خەنزۇ تىبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالىغاندا كېسەللىك ئالامىتى ياخشىلىنىپ، يانداشما كېسەللىكلەرنىڭ كېلىپ چىقىشىدىن ساقلىنىپ، ساقىيىش نىسبىتىنى يۇقىرى كۆتۈرۈپ، ئۆلۈش نىسبىتىنى تۆۋەنلىتىشكە بولىدىكەن.

ئاچقۇچ سۆز ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى، خەنزۇ تىبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش

ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى بولسا تاجتومۇر يۈرەك كېسەللىكىدە كۆپ ئۇچرايدىغان ئەڭ ئېغىر بىر خىل كېسەللىك بولۇپ، ئوتتۇرا ياشلىق، ياشانغان كىشىلەرنىڭ سالامەتلىكىگە تەھدىت سالىدىغان كېسەللىك. بۇنى يېقىنقى يىللاردىن بېرى كىلىنىكىدا كۆپىنچە يۈرەكنى يۈرەك توكى سىزىقى بىلەن داۋاملىق كۆزىتىش ئەسۋابىنى ئىشلىتىپ، خەنزۇ تىبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالاۋاتىدۇ. دوختۇرخانىمىزدا بەش يىلدىن بېرى ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى بىلەن ئاغرىغانلاردىن 89 نەپەر ئاغرىقنى خەنزۇ تىبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالىدۇق. بۇنىڭ ئۈنۈمىنى دەسلەپكى قەدەمدە تۆۋەندىكىچە خۇلاسىلىدۇق.

1 - 89 نەپەر ئىچىدە ئوتتۇرا ياش ئەر 62 نەپەر، ئايال 27 نەپەر، ئەر ئايال نىسبىتى 2.2:1، كېسەلنىڭ ئەڭ كىچىكى 36 ياش (ئەر)، ئەڭ چوڭى 76 ياش (ئايال). ئوتتۇرا ھېسابتىكى يېشى ئەرلەر 55 ياش، ئاياللار 63 ياش.

بۇ ماقالە 1988- يىل 5- ئايدا تاپشۇرۇپ ئېلىندى

2 ـ بۇنىڭ ئىچىدە خەنزۇ 60 نەپەر، ئۇيغۇر 22 نەپەر، تۇڭگان ئالتە نەپەر، موڭغۇل بىر نەپەر، ئىشچى 31 نەپەر، كادىر 28 نەپەر، ئائىلە كىشىسى 26 نەپەر، دېھقان تۆت نەپەر.

3 ـ ئەمگەك بىلەن چارچىغان سەۋەبتىن قوزغالغانلار 25 نەپەر، ئارتۇقچە تويۇنۇپ تاماق يېيىشتىن بولغىنى بەش نەپەر، روھى كەيپىياتتىكى ئۆزگىرىشتىن بولغانلار 21 نەپەر، زۇكامدىن بولغىنى تۆت نەپەر، يۇقىرى قان بېسىم بىلەن ئاغرىغانلار 35 نەپەر، سۈيدۈك قەنت كېسىلى تۆت نەپەر، قاندىكى ماي ماددىسى كۆپ بولغىنى 11 نەپەر، سېمىز تۆت نەپەر، تاماكا چېكىدىغىنى 26 نەپەر.

4 ـ ئالدىدىن سىمپتوم بارلىرى 40 نەپەر، يېقىندا يېڭىدىن يۈرەك سانجىقى بولغىنى ياكى بۇرۇنقى يۈرەك سانجىقى ئېغىرلاشقىنى 30 نەپەر، كۆكرەك ئالدى بىئارام بولۇش، دەم سىقىش ياكى يۈرەك پائالىيىتى تولۇق بولمىغىنى ئالتە نەپەر، قورساقنىڭ ئۈستىنكى تەرىپى ئاغرىپ، كۆڭلى ئېلىشىپ قۇسۇش بىرگە كەلگىنى تۆت نەپەر، كېسەللىك ئىپادىلىرى تىپىك يۈرەك سانجىقىغا ياتىدىغانلار 50 نەپەر. يۈرەكنىڭ ئۇدۇلى بىلەن تۆش ئاستى ئاغرىپ، بۇراپ ئاغرىش ۋاقتى بىر سائەتتىن ئاشقانلىرى 70%، باشقا ئورۇنغا تارىلىپ ئاغرىيدىغانلىرى 69.2% نى تەشكىل قىلىدۇ. كۆپىنچە سول مۈرە بىلەن سول قولغا تارىلىدۇ. ئاغرىش تىپىك بولمىغانلار 38 نەپەر بولۇپ، كۆكرەك قىسمى بىئارام بولۇش، ئوڭ كۆكرەك ئاغرىش ياكى سول كۆكرەك ئاغرىش، قورساقنىڭ يۇقىرى قىسمى ئاغرىش (بۇنىڭ بىلەن كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، ئىشتىھاسى ياخشى بولماسلىق بىرگە كېلىدۇ)، تەرلەش، قول ـ پۇتلىرى مۇزلاپ كويۇشۇش، باش ئايلىنىش ياكى ئاينىپ قېلىش بولىدۇ.

5 ـ تىل ۋە تومۇر ھالىتى: تىلى كۆكۇرۇش بولغىنى 35 نەپەر، قىزغۇچ بولغىنى 24 نەپەر، قىزىل بولغىنى 13 نەپەر، توق قىزىل بولغىنى ئۈچ نەپەر، تىلى نورمالى 14 نەپەر، تىلى نېپىز ئاق گەز باغلىغىنى 39نەپەر، نېپىز سېرىق گەز باغلىغىنى 14 نەپەر، قېلىن سېرىق گەز باغلىغىنى 12نەپەر، سېرىق پىشلاق گەزباغلىغىنى سەككىز نەپەر،ئاق پىشلاق گەزباغلىنىشى يەتتە نەپەر، ئازگەزباغلىغىنى توققۇز نەپەر، تومۇرى چىڭ سوققىنى 13 نەپەر، ئاجىز سوققىنى سەككىز نەپەر، تېز ەن،ئاجىز سوققىنى 24 نەپەر، ئىتتىك سوققىنى 16 نەپەر، ئاستا سوققىنى سەككىز نەپەر، ئارىلاپ سوققىنى 20 نەپەر، كېسەللىك ئەھۋالىنىڭ تەرەققىي قىلىشىغا ئەگىشىپ تىل تومۇرىدىمۇ ئۆزگىرىش بولغان. بولۇپمۇ تىلدىكى ئۆزگىرىش دىئاگنوز قويۇش ۋە داۋالاشتا ئاساس بولىدۇ.

6 ـ لابوراتورىيىلىك تەكشۈرۈشتە SGOT نورمالدىن ئېشىپ كەتكىنى 54 نەپەر، CPK نورمالدىن ئېشىپ كەتكىنى 26 نەپەر، ئاق قان ھۈجەيرىسى $10 \times 10^9/l$ دىن كۆپ بولغانلىرى 51 نەپەر، قاننىڭ چۆكۈش تېزلىكى 20mm/h دىن ئېشىپ كەتكىنى 40 نەپەر.

داۋالاش ئۇسۇلى

1 ـ بۇ گۇرۇپپىدىكى كېسەللەرنى خەنزۇ تىبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالىدۇق؛ بىزنىڭ كۆزىتىشىمىزچە، مۇتلەق كۆپ سانلىقى كېسەللەردە تەرلەش، دەم سىقىش، ئىچى قاراڭغۇلىشىش، يۈرەك سىلىش، چارچاش، تومۇر سۇسلىشىش ياكى ئارىلاپ سوقۇش قاتارلىق ئەھۋاللار بولۇپ، بۇلار كەم ماغدۇرلۇقنىڭ ئىپادىسى. يۈرەكنىڭ ئۇدۇ-

لىدىكى ئاغرىشىنىڭ يۆتكەلمەي مۇقىم بولۇشى، تىلىنىڭ قارامتۇل كۆك بولۇشى ياكى قان ئۇيۇپ قېلىشى قاتارلىقلار قاننىڭ راۋان بولمىغانلىقىنىڭ ئىپادىسى. كەم ماغدۇرلۇق بىلەن قاننىڭ راۋان بولماسلىقى ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىنىڭ ئۆتكۈر دەۋرىدىكى مۇھىم زىددىيەت. بۇنى داۋالاشتا ماغدۇرسىزلىقنى تۈگىتىپ، قاننى راۋانلاشتۇرۇشنى ئاساس قىلىش كېرەك. شۇڭا، يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىنىڭ رېتسېپىنى مۇنداق تۈزدۇق: كەترا (黄芪)، قان تىپەر (党参)، چۆل يالپۇز يىلتىزى (丹参)، داڭگۇي (当归)، زاراڭزا چېچىكى (红花)، چۈەن چۇڭ (川芎)، يۈجىن (玉金)، جاڭ شىياڭ (降香). ئەھۋالغا قاراپ باشقا خىل دورىلارنى كۆپەيتىپ ۋە ئازايتىپ بەردۇق. مىجەزى قۇرۇققا مايىل بولسا، خام ئەگرى سۈناي (生地)، مۇۋەببەل سىپىت (麦冬)، شاقاقۇل (玉竹) لارنى قوشۇپ بەردۇق. بەلغەم مىجەز بولسا، ئاچچىق تاۋۇز (瓜蒌)، بەنشا (半夏)، جۈيزە پوستى (陈皮)، جۇرۇ (竹茹) لارنى قوشۇپ بەردۇق. كەم ماغدۇرلۇقى ئېغىر بولغانلارغا 10% لىك ژىنشىن (人参) ئوكۇلى بەردۇق ياكى 生脉散 ئوكۇلىنى ئەتكە ئۇردۇق ياكى ۋېنادىن تېمىتىپ بەردۇق. ئەگەشمە كېسەللىك بارلىرىغا خەنزۇ تېبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش ئۇسۇلىنى قوللاندۇق. مەسىلەن، تېز سوقۇش تىپىدىكى يۈرەك رىتىمسىزلىقى بولسا lidocaine (利多卡因)، Mexiletine (慢心律)، propranololi (心得安) ۋە تىياۋلۈي (调律片) تابلىتكىسى بېرىلدى. يۈرەك ئاستا سوقۇش تىپىدىكى يۈرەك رىتىمسىزلىقىغا Atropini (阿托品)، Isoprenlini (异丙肾上腺素) ۋە زېڭلۈي (增律片) تابلىتكىسى ئىشلىتىلدى. يۈرەك مەنبەلىك شوك بولغاندا Dopaminum (多巴安)، سىڭ مەي سەن، ۋە ژىنسىن ئوكۇلى ئىشلىتىلدى.

نەتىجە ۋە مۇھاكىمە

1 ـ شىپالىق ئۈنۈمى: بۇ گۇرۇپپىدا خەنزۇ تېبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ 89 نەپەر ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى بىلەن ئاغرىغان كېسەلنى داۋالىدۇق. بۇنىڭ بىلەن بىر ۋاقىتتا بالنىتسىدا ياتقان 50 نەپەر كېسەلنى پەقەت دوختۇرلۇق ئۇسۇلى بىلەن داۋالىدۇق. ئىككىلا گۇرۇپپىدا يۈرەك ئالدى ۋە ئاستى دىۋار مۇسكۇل تىقىلمىسى بولغىنى كۆپ. ئۇلاردىكى ئەگەشمە كېسەللىكلەرمۇ ئۆز ئارا ئوخشىشىپ كېتىدۇ. ساقىيىشىدا كۆرۈنەرلىك پەرق بار. خەنزۇ تېبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالىغاندىكىلەرنىڭ ئۆلۈش نىسبىتى 11.2%. دوختۇرلۇق ئۇسۇلى بىلەن داۋالانغۇچىلارنىڭ ئۆلۈش نىسبىتى 24.0%.

2 ـ ئەگەشمە كېسەللىك: يۈرەك مەنبەلىك شوك بولسا ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىدا بولىدىغان ئېغىر تىپتىكى يانداشما كېسەللىك. كېسەللىكنىڭ ئۆتكۈر باسقۇچىدا ئۆلۈپ كېتىشتىكى مۇھىم سەۋەب. بۇ بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش گۇرۇپپىسىدا شوك بىرگە كەلگەنلىرى 12 نەپەر بولۇپ، بۇنىڭ پەيدا بولۇش نىسبىتى 13.5%. شوك بولۇپ ئۆلگىنى ئۈچ نەپەر. ئۆلۈش نىسبىتى 25.0%؛ يالغۇز دوختۇرلۇق بىلەن داۋالاش گۇرۇپپىسىدا شوك بىرگە كەلگىنى توققۇز نەپەر. بۇنىڭ پەيدابولۇش نىسبىتى بولسا 18.0%. شوك بولۇپ

ئۆلگىنى تۆت نەپەر. بۇنىڭدا بىرلەشتۈرۈپ داۋالىغاندىكى گۇرۇپپىنىڭ ئۆلۈش نىسبىتى يالغۇز دوختۇرلۇق بىلەن داۋالىغاندىكىگە قارىغاندا روشەن دەرىجىدە تۆۋەن بولغان (p 0.05). بۇ گۇرۇپپىدىكى شوك بولغانلارغا دەسلەپتىلا 10% لىك رىنسىن ئوكۇلى ۋە سىلى مەي سەن ئوكۇلى ۋېنادىن تامچىلىتىلدى ياكى ئەتكە ئوكۇل قىلىندى. رىنسىننىڭ يۈرەكنى كۈچەيتىدىغان، يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىشىنى كۈچەيتىدىغان ھەمدە بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرىدىغان ۋە مۇقىملاشتۇرىدىغان رولى بولۇپ، قان تومۇرلارنى تەڭشەش رولى بار. سىلى مەي سەننىڭ تەركىبىدە رىنسىن، مەي دوڭ ۋە ئۆۋىزى (五味子) بار. بۇنىڭ قان بېسىمىنى يۇقىرى كۆتۈرۈش، يۈرەكنى كۈچەيتىش، تاجتومۇردىكى قاننىڭ ئېقىش مىقدارىنى كۆپەيتىش رولى بار. بۇ دورىلار شوكنىڭ دەرىجىسىنى يېنىكلىتىدۇ ۋە شوكنىڭ تەدرىجىي ياخشى بولۇپ كېتىشى ئۈچۈن مۇھىم رول ئوينايدۇ.

يۈرەك زەئىپلىكى — ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىدا ئەڭ كۆپ ئۇچرايدىغان يانداشما كېسەللىكلەرنىڭ بىرى. يۇقىرىدىكى ئۇسۇل بويىچە بىرلەشتۈرۈپ ۋە ئايرىم داۋالاپ، بۇ ئىككى گۇرۇپپىنى سېلىشتۇرغاندا ستاتىستىكىلىق ئەھمىيىتى كۆرۈلمىدى. يۈرەك رىتىمسىزلىقمۇ ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىدا ئەڭ كۆپ ئۇچرايدىغان ئەڭ ئېغىر ياندىشما كېسەللىك ھېسابلىنىدۇ. بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش گۇرۇپپىسىدا ياندىشىپ كەلگەن يۈرەك رىتىمسىزلىقى 58 نەپەر، بۇنىڭ پەيدا بولۇش نىسبىتى 56.1%، ئۆلگەنلەر تۆت نەپەر. يالغۇز دوختۇرلۇق بىلەن داۋالاش گۇرۇپپىسىدا يۈرەك رىتىمسىزلىقى پەيدا بولغانلار 30 نەپەر، بۇنىڭ پەيدا بولۇش نىسبىتى 60.0%. ئۆلگەنلەر بەش نەپەر.

يۇقىرىدىكى كىلىنىكىلىق ئانالىزدىن مەلۇمكى، خەنزۇ تىبابەتچىلىكى بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالىغاندا، ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسىنىڭ ساقىيىشى 88.8%، ئۆلۈشى 11.2% بولغان. بۇنى دوختۇرلۇق يولى بىلەن داۋالىغاندا ئۆلگەن 24.0% گە سېلىشتۇرغاندا، كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئاز (P 0.05). دېمەك، كېسەللىك ئەھۋالىنى ياخشىلاشتا، ئەگەشمە كېسەللىكلەردىن ساقلىنىشتا، شىپالىق ئۈنۈمىنى ئۆستۈرۈشتە ۋە ئۆلۈش نىسبىتىنى تۆۋەنلىتىشتە بىرلەشتۈرۈپ داۋالاشنىڭ رولى ناھايىتى چوڭ ئىكەن. يالغۇز دوختۇرلۇق ئۇسۇلى بىلەن داۋالىغانغا قارىغاندا، بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش ئۇسۇلى ياخشى ئىكەن.

中西医结合治疗急性心肌梗塞疗效初步总结

新医一附院心内科 **肉斯旦艾力**

提要 本文总结我院五年来采用中西医结合治疗AMI89例，与同期住院单纯用西药治疗50例进行比较。前组治愈率为88.8%，病死率为11.2%，较后组病死率24.0%明显降低（p<0.05）。中西医结合治疗对改善症状，防治并发症，提高治愈率，降低病死率均起了重要作用。

ئۆت تېشى كېسەللىكىنى دورىلار بىلەن داۋالاش

ئۈرۈمچى شەھەرلىك پەن - تېخنىكا جەمئىيىتىدىن

خەمىت خۇدا بەردى

ئۆت تېشى كېسەللىكى يېقىنقى يىللاردىن بېرى كۆپىيىۋاتقان كېسەللىكلەرنىڭ بىرى. بۇ كېسەللىكنىڭ كېلىپ چىقىش ئامىلى تەلتۆكۈس مەلۇم ئەمەس. داۋالاشتا ئوپېراتسىيە ئۇسۇلى ئاساس قىلىنىپ كېلىنمەكتە. لېكىن ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالاش، كېسەللىكنىڭ كېلىپ چىقىش ئامىلىغا قارىتا ئېيتقاندا، رادىكال داۋالاش ئۇسۇلى ئەمەس. يەنە بىر تەرەپتىن كېسەلدە ئوپېراتسىيىدىن كېيىنكى ئەگەشمە كېسەللىكلەر ۋە ئۆت تېشى كېسەللىكىنىڭ قايتىلىنىش نىسبىتى خېلى يۇقىرى بولماقتا.

يېقىنقى يىللاردىن بېرى ئۆت تېشى كېسەللىكىنىڭ كېلىپ چىقىش ئامىلىنى تېپىش ۋە بۇ كېسەللىكنى دورىلار بىلەن داۋالاش ئۈچۈن، كۆپ تەرەپلىمىلىك ئىزدىنىشلەر ئېلىپ بېرىلدى ۋە بەزى نەتىجىلەر قولغا كەلتۈرۈلدى.

ئادەتتە ئۆت تېشى كېسەللىكىدە قىسمەن ۋە پۈتۈن بەدەنلىك پاتولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەر ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدە پەيدا بولىدۇ. ئۆزۈندىن بېرى پۈتۈن بەدەنلىك پاتولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەرنى كونترول قىلىشتا دورىلار بىلەن داۋالاش مۇھىم رول ئوينىماقتا. يەنە بىر تەرەپتىن يېقىنقى يىللاردىن بېرى ئۆت تېشى كېسەللىكىدىكى قىسمەن پاتولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەرگە قارىتا كۆپ تەرەپلىمىلىك تەتقىقات ئېلىپ بېرىلىپ، بەزى نەتىجىلەرمۇ قولغا كەلتۈرۈلدى.

تۆۋەندە ئۆت تېشى كېسەللىكىدە كۆپ قوللىنىلىدىغان، بولۇپمۇ ئۆت تېشىغا ئالاھىدە تەسىر كۆرسىتىدىغان دورىلار قىسقىچە تونۇشتۇرۇلىدۇ.

1 - باكتېرىيىگە قارشى دورىلار

ئۆت تېشى كېسەللىكىدە باكتېرىيىلىك يۇقۇملىنىش ناھايىتى كۆپ ئۇچرايدۇ. ئۆت يوللىرى باكتېرىيىلىك يۇقۇملىنىشلىرىدا، ئانتىبىئوتىكلىق دورىلارنى ئىشلىتىشكە ئالاھىدە دىققەت قىلىش تەلەپ قىلىنىدۇ. دوختۇرلارنىڭ يېقىنقى تەتقىقات ماتېرىياللىرىدا بۇ مەسىلە ئالاھىدە تەكىتلەنمەكتە. نورمال ئەھۋالدا ئۆت سۇيۇقلۇقى ۋە ئون ئىككى بارماق ئۈچەي سۇيۇقلۇقلىرىدا كېسەللىك باكتېرىيىلىرى بولمايدۇ. ئادەتتە ئۆت سۇيۇقلۇقىدىكى كېسەللىك باكتېرىيىلىرى ۋە پارازىت قۇرتلار تولاراق ئۈچەيدىن بارىدۇ. يەنە ئۆت يوللىرىدىكى باكتېرىيىلىك يۇقۇملىنىشلار كۆپىنچە ئەھۋاللاردا ئۆت يوللىرىدىكى توسۇلۇشلاردا

بۇ ماقالە 1989 - يىل 4 - ئايدا تاپشۇرۇپ ئېلىندى

ئاسان كېلىپ چىقىدۇ. ئۆت يوللىرىنىڭ راۋان بولماسلىقىدا كۆپ ئۇچرايدىغان سەۋەبلەر ئۆت يوللىرىدىكى تاش ھەمدە ئۆت يوللىرىنىڭ ئۆسمە، ئاسكارىدا پارازىتى ۋە باشقا سەۋەبلەردىن توسۇلۇپ قېلىشى ياكى تارىيىشى قاتارلىقلاردۇر.

ماتېرىياللاردا تونۇشتۇرۇلۇشىچە، ئۆت سۇيۇقلۇقىدىكى كېسەللىك باكتېرىيىلىرىنى لابوراتورىيىدە ئۆستۈرۈپ ئانتىبىئوتىكلىق دورىلارغا سەزگۈرچانلىقىنى تەكشۈرگەندە، كۆپىنچە ئەھۋاللاردا Gentamycin (庆大霉素) ئالدىنقى قاتاردا تۇرىدۇ. لېكىن كلىنىكىلىق ئەمەلىي كۆزىتىشلەردە Gentamycin نىڭ نەتىجىلىك بولمىغانلىقى تونۇشتۇرۇلغان. بۇ ئەھۋال Gentamycin نىڭ ئاساسەن سۈيدۈك يولى ئارقىلىق كۆپلەپ سىرتقا چىقىرىلىپ كېتىشى، ئۆت سۇيۇقلۇقى تەركىبىدە Gentamycin كونسېنتراتسىيىسىنىڭ يېتەرلىك بولماسلىقى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇشى مۇمكىن. Cephalomycin (头霉素) گەرچە سەزگۈرلۈك سىناق تەجرىبىسىدە ئاكتىپ ئورۇندا تۇرسىمۇ، كلىنىكىدا ناھايىتى ياخشى تەسىر كۆرسەتكەنلىكى تونۇشتۇرۇلغان ۋە بۇ دورىنىڭ ئۆت سۇيۇقلۇقىدىكى كونسېنتراتسىيىسى قان زەردابىدىكى كونسېنتراتسىيىسىدىن يۇقىرى بولغانلىقى ئىسپاتلانغان. شۇڭلاشقا، Cephalomycin ھازىر ئۆت يوللىرىنىڭ باكتېرىيىلىك يەللىنىشىدە تەسىرى ئەڭ ياخشى دورا ھېسابلانماقتا.

ئادەتتە ئېغىر دەرىجىدىكى ئۆت يوللىرى يەللىنىشىدە دائىم دېگۈدەك جىگەر ۋە بۆرەك فۇنكسىيىلىرى مەلۇم دەرىجىدە زەخىملىنىشكە ئۇچرايدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، بۇ خىل ئەھۋاللاردا، بۆرەككە ئاسانلا يامان تەسىر كۆرسىتىدىغان Kanamycin (卡那霉素)، Gentamycin قاتارلىق ئانتىبىئوتىكلىق دورىلارنى ئىشلىتىشكە توغرا كەلگەندە ئېھتىيات قىلىنىشى كېرەك ياكى ئىشلىتىلمەسلىكى كېرەك.

2 – ئاغرىقچى توختاتقۇ دورىلار

ئەگەر كېسەلدە ئاغرىش ئېغىر بولسا، Morphine (吗啡)، Dolantin (度冷丁) قاتارلىق ئاغرىقنى توختاتقۇچى دورىلار ۋە شۇنىڭ بىلەن بىرلىكتە، Atropini (阿托品) قاتارلىق سىلىق يوللۇق مۇسكۇللار سپازمىسىنى بوشاشتۇرىدىغان دورىلار بىرلىكتە ئىشلىتىلىدۇ.

ئۆت خالتىسى ۋە ئۆت يوللىرى تېشى كېسەللىكىدە كېلىپ چىققان ئۆت سانجىقى ئۆت خالتىسى چىقىش ئېغىزى ياكى ئۆت غول نەيچىسى چىقىش ئېغىزىدىكى قورشىغۇچى مۇسكۇللارنىڭ تاشنىڭ مېخانىكىلىق تەسىرىدىن تۇيۇقسىزدىن كۈچلۈك قىسقىرىشى ۋە شۇنىڭدىن كېلىپ چىققان ئۆت يوللىرى ئىچ بېسىمىنىڭ يۇقىرىلىشىدىن كېلىپ چىقىدۇ. شۇڭلاشقا، Atropini ۋە شۇ قاتارلىق سىلىق يوللۇق مۇسكۇللار سپازمىسىنى بوشاشتۇرىدىغان دورىلار ھەمدە Morphine، dolantin قاتارلىق ئاغرىق توختاتقۇچى دورىلار بىرلىكتە ئىشلىتىلىشى كېرەك.

ئەگەر يالغۇز Morphine ئۇكۇلى ئاغرىق توختىتىش مەقسىتىدە ئىشلىتىلسە، morphine سىلىق يوللۇق مۇسكۇللار سپازمىسىنى پەيدا قىلىپ ۋە ئۇنى كۈچەيتىپ، سانجىقنى تېخىمۇ ئېغىرلاشتۇرىدۇ.

3 ـ سۇ ۋە ئېلېكترولىتلىق دورىلار

كېسەللىك ئەھۋالىغا قاراپ، سۇ ۋە ئېلېكترولىتلىق ماددىلار تەڭپۇڭلۇقىنى تەڭشەيدىغان دورىلار ئىشلىتىلىدۇ ۋە كېسەلدە كىسلاتا ياكى ئىشقار بىلەن زەھەرلىنىش ئەھۋاللىرى كۆرۈلسە، بۇنىڭغا قارشى دورىلار كېسەل ئەھۋالىغا قاراپ تاللاپ مۇۋاپىق ئىشلىتىلىشى كېرەك. كۆپىنچە بۇ مەقسەتتە فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۈيى، گلۇكوزا سۇيۇقلۇقى، Ca، K، Na ۋە ۋىتامىنلىق دورىلار كېسەل ئېھتىياجىغا قاراپ مۇۋاپىق مىقداردا ئىشلىتىلىدۇ.

4 ـ ئۆت تېشىغا بىۋاسىتە تەسىر كۆرسىتىدىغان دورىلار

ئۆت يوللىرىدىكى تاشلارنى چۈشۈرۈش ۋە ئېرىتىش مەقسىتىدە يېقىنقى يىللاردىن بېرى كۆپ تەرەپلىمىلىك تەتقىقات ئېلىپ بېرىلىپ، دەسلەپكى قەدەمدە خېلى ياخشى نەتىجىلەر قولغا كەلتۈرۈلدى.

ئۆت يولى تېشىنى ئېرىتىپ چۈشۈرۈش خېلى ئۇزۇندىن بېرى دوختۇرلارنىڭ ۋە كېسەللەرنىڭ ئارزۇسى بولۇپ كەلگەنىدى. گەرچە خەنزۇ تىبابەتچىلىكى ۋە ئۇيغۇر تىبابەتچىلىكى ئەنئەنىۋى داۋالاش ئۇسۇللىرىدا ئۆت يولى تېشىنى ئېرىتىش، چۈشۈرۈش توغرىسىدا كۆپلىگەن تەپسىلىي خاتىرىلەر ۋە تەجرىبىلەر بولسىمۇ، لېكىن ھازىرغىچىلىك ئۆت يولى تېشىنى ئېرىتىش ۋە چۈشۈرۈش نىسبىتى يەنىلا تۆۋەن بولماقتا. 50 ـ يىللاردىن كېيىن ئۆت يوللىرى تېشىنى ئېرىتىش ۋە چۈشۈرۈشتە ئەنئەنىۋى داۋالاش ئۇسۇلى ۋە زامانىۋى داۋالاش ئۇسۇللىرى بىرلەشتۈرۈلۈپ ئىشلىتىلىپ، خېلى ياخشى نەتىجىلەر قولغا كەلتۈرۈلدى. بولۇپمۇ ئۆت غول نەيچىسى تېشىنى چۈشۈرۈش نىسبىتى خېلىلا يۇقىرى بولماقتا. يېقىنقى يىللاردىن بېرى زامانىۋى تىببىي پەندىمۇ ئۆت تېشىنى ئېرىتىش ئىمكانىيىتى توغرىسىدا خېلى كۆپ تەتقىقات ئېلىپ بېرىلدى: ۋە بەزى دورىلار كلىنىكىدا ئىشلىتىلىپ، خېلى ياخشى نەتىجىلەر قولغا كەلتۈرۈلدى. تۆۋەندە بۇ دورىلارنىڭ مۇھىملىرىنى قىسقىچە تونۇشتۇرىمىز.

4.1 ـ Chenodeoxy cholic acid 鹅脱氧胆酸 (قىسقارتىلىپ CDCA دېيىلىدۇ):

بۇ دورىنىڭ ئاساسلىق رولى ئۆت يوللىرى ۋە ئۆت خالتىسىدىكى ئۆت سۇيۇقلۇقىنى كۆپەيتىدۇ. ئۆت سۇيۇقلۇقى تەركىبىدىكى ئۆت كىسلاتاسى كونسېنتراتسىيىسىنى يۇقىرىلاشتۇرىدۇ ۋە جىگەر توقۇلمىلىرىدا ئىشلەپچىقىرىلىدىغان، Cholesterin (胆固醇) لىق ماددىلارنىڭ بىرىكىشىنى تېزلىتىدىغان فېرمېنتنىڭ ئىشلەپچىقىرىلىشىنى تورمۇزلايدۇ. شۇنىڭ بىلەن Cholesterin لىق ماي ماددىلىرىنىڭ شەكىللىنىشى ۋە ئىشلەپچىقىرىلىشى ئازىيىدۇ. نەتىجىدە ئۆت سۇيۇقلۇقىدىكى Cholesterin لىق ماددىلار كونسېنتراتسىيىسى تۆۋەنلىگەن ھالەتنى شەكىللەندۈرىدۇ. ئېنىقراق ئېيتقاندا، بۇ دورىنى ئىشلەتكەندىن كېيىن ئۆت سۇيۇقلۇقىدىكى Cholesterin لىق ماددىلارنىڭ تويۇنغان ئېرىتمىسى تويۇنمىغان ئېرىتمىگە ئايلىنىدۇ. نەتىجىدە ئۆت سۇيۇقلۇقىدا، تەركىبىدە Cholesterin لىق ماددىلار كۆپ بولغان ئۆت يوللىرى تاشلىرىنىڭ ئېرىش ئىمكانىيىتى پەيدا بولىدۇ.

ماتېرىياللاردا كۆرسىتىلىشىچە، بۇ دورا ئىچىشكە كۈنىگە 750mg دىن ئالتە ئايدىن بىر يىلغىچە داۋاملىق ئىشلىتىلگەندە، ئۆت تېشى ئېرىگەن ياكى كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە كىچىكلىگەن.

ھازىر بۇ دورىنىڭ ئىشلىتىلىشىدە ئوخشاش بولمىغان پىكىرلەر مەۋجۇت. بەزى دوختۇرلار كېسەلنىڭ ھەر بىر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقىغا كۈنىگە 7~8mg بېرىشنى، يەنە بەزى دوختۇرلارنىڭ ئېلان قىلغان ماتېرىياللىرىدا كېسەلنىڭ ھەر بىر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقىغا كۈنىگە 10~15mg بېرىشنى تەشەببۇس قىلماقتا. بەزى دوختۇرلار دوكلاتلىرىدا كېسەلنىڭ ھەر بىر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقىغا كۈنىگە 15mg دىن بېرىلگەندە، ئۆت يولى تېشىنى ئېرىتەلەيدىغانلىقى تەكىتلەنگەن.

كۆزىتىشلەرگە قارىغاندا، CDCA دورىسىنى، Cholesterinلىق ئۆت يولى تاشلىرىغا، ئۆت خالتىسى فۇنكسىيىسى نورمال بولغانلارغا، ئۆت يولىدا كۆرۈنەرلىك توسۇلۇش بولمىغانلارغا ۋە كېسەللىك جەريانى بەك ئېغىر بولمىغانلارغا ياخشى تەسىر كۆرسىتىدىكەن.

بەزى دوختۇرلارنىڭ دوكلاتلىرىدا CDCA دورىسى ئۇزۇن مۇددەت كۆپ مىقداردا ئىشلىتىلگەندە، جىگەرنى زەخىملەيدىغانلىقى، ئىچ سۈرۈش قاتارلىق ئاشقازان ـ ئۈچەيلەردە قوشۇمچە رېئاكسىيىلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدىغانلىقى تونۇشتۇرۇلغان. يېقىنقى كۆپلىگەن خۇلاسە دوكلاتلىرىدا بۇ دورىنىڭ جىگەرگە زىيانلىق تەسىر كۆرسەتمەيدىغانلىقى، ئىچ سۈرۈشنىڭ پەيدا بولۇشىمۇ يەڭگىل بولىدىغانلىقى، بۇ ئەھۋالنىڭ دورىنىڭ چوڭ ئۈچەيگە تەسىر قىلىپ، شىللىق پەردە ئاجراتمىلىرىنىڭ كۆپەيگەنلىكى بىلەن مۇناسىۋەتلىك دەپ كۆرسىتىلگەن. لېكىن شۇنداق بولسىمۇ جىگەر فۇنكسىيىسى ناچار بىمارلارغا بۇ دورىنى ئىشلەتكەندە ھەزەر ئەيلەش كېرەك.

نۆۋەتتە كۆپلىگەن ماتېرىياللاردا ئۆت يولى تېشىنى بولۇپمۇ Cholesterin لىق تاشلارنى داۋالاشتا، CDCA دورىسى تەسىرى خېلى ياخشى دورا دەپ تونۇشتۇرۇلماقتا.

2. 4 ـ ursodesoxy cholic acid (熊去氧胆酸) (قىسقارتىلىپ UDCA دېيىلىدۇ): بۇ دورىنىڭ خىمىيىۋى تەركىبى CDCA غا يېقىن كېلىدۇ. تەسىرىمۇ ئاساسىي جەھەتتىن ئوخشاش.

1977 ـ يىل ياپونىيىلىك Okumura قاتارلىقلارنىڭ دوكلاتلىرىدا بۇ دورا كۈنىگە 450mg دىن داۋاملىق ئالتە ئايدىن ئىككى يىلغىچە ئىشلىتىلگەندە، 74 نەپەر ئۆت تېشى بىلەن ئاغرىغان كېسەلنىڭ 16 نەپىرىدە ئۆت تېشىنىڭ پۈتۈنلەي ئېرىگەنلىكى، 16 نەپىرىدە ئۆت تېشىنىڭ قىسمەن ئېرىگەنلىكى، نەتىجە بېرىش نىسبىتىنىڭ 43.2% گە يەتكەنلىكى، 74 نەپەر كېسەلنىڭ بىرسىدىمۇ جىگەر توقۇلمىلىرىنىڭ زەخىملەنمىگەنلىكى كۆرسىتىلگەن. ياپونىيىنىڭ كۆپلىگەن ماتېرىياللىرىدا، UDCA دورىسى خېلى كۆپلىگەن كېسەللەرگە، ئۇزۇن مۇددەت ئىشلىتىلگەندىمۇ جىگەردە، زەخىملىنىشنىڭ كۆرۈلمىگەنلىكى ئالاھىدە تەكىتلەنگەن. ئادەتتە UDCA دورىسىنىڭ مىقدارى CDCA نىڭكىدىن ئاز. ھېچقانداق زىيانلىق، رېئاكسىيىلىرى يوق. شۇڭلاشقا، ھازىر بۇ دورىنى ئۆت يولى تېشى كېسەللىكىنىڭ خېلى ئىشەنچلىك دورىسى دېيىشكە بولىدۇ.

4.3 ـ Heparin (肝素): دوختۇرلارنىڭ كۆزىتىشلىرىگە قارىغاندا، ئادەتتە ئۆت سۇ ـ

يۇقلۇقى تەركىبىدىكى ئۇششاق دانچىلار مەلۇم سەۋەبلەردىن ئاسانلا ئۆز ئارا بىرىكىپ ئۆت تېشىنى شەكىللەندۈرىدىكەن. ئەگەر بۇ دانچىلارنىڭ سىرتقى يۈزى مەنپىي توك بىلەن زەرەتلەنسە، ئۇلارنىڭ ئۆز ئارا بىرىكىشى تورمۇزلىنىدىكەن. Heparin ئۆت سۇيۇقلۇقىدىكى Cholesterinلىق دانچىلارنىڭ سىرتىنى مەنپىي توك بىلەن زەرەتلەيدىكەن. يەنە بەزى دوختۇرلارنىڭ تەجرىبىلىرىدە Heparin نىڭ ئۆت يولى تېشىنى ئېرىتەلەيدىغانلىقىمۇ كۆرۈلگەن.

دوختۇرلارنىڭ كۆزىتىشلىرىدە Heparin دىن "25 000 نى 250ml فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۈيىدە سۇيۇقلاندۇرۇپ، ئوپېراتسىيىدە ئۆت يولىغا ئورۇنلاشتۇرۇلغان T شەكىللىك رېزىنكە نەيچە ئارقىلىق ئۆت يولىغا تېمىتىپ كىرگۈزگەندە، 43 نەپەر كېسەلنىڭ 31 نەپىرىدە ياخشى نەتىجە بەرگەن. مۇشۇ ئۇسۇل بىلەن ھەر سەككىز سائەتتە بىر قېتىمدىن ئۆت يولىغا Heporin تېمىتىپ كىرگۈزۈلگەندە نەتىجىسى ئەڭ ياخشى بولغىنىدا ئۆت يولىدىكى تاش بەش كۈندىلا يوقىغان.

يەنە بىر دوكلاتتا، ھەر كۈنى "50 000 Heparinنى 500ml فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۈيىدە سۇيۇقلاندۇرۇپ، 8~6 سائەت ئىچىدە ئۆت يولىغا تېمىتىپ كىرگۈزگەندە ۋە بۇ دورىنى 8~3 ھەپتە ئىشلەتكەندە، ياخشى نەتىجە بەرگەنلىكى تونۇشتۇرۇلغان.

4.4 ـ Vit.C : ھايۋانلار ئۈستىدە ئېلىپ بېرىلغان تەجرىبىلەردە، ھايۋانلاردا سۈنئىي شەكىللەندۈرۈلگەن ئۆت تېشىنى Vit.C بىلەن داۋالىغاندا، ئۆت تېشىنىڭ ئېرىپ كەتكەنلىكى كۆرۈلگەن. بۇ ئەھۋال Vit.C نىڭ رولى بىلەن ئۆت سۇيۇقلۇقىدىكى Cholesterin لىق ماددىلارنىڭ جىگەر توقۇلمىلىرىغا يۆتكىلىشى ۋە جىگەر توقۇلمىلىرىدىكى ئېنزىملەرنىڭ رولى بىلەن Cholesterin لىق ماددىلارنىڭ ئۆت كىسلاتاسىغا ئايلىنىشى تېزلىشىپ، ئۆت سۇيۇقلۇقى بىلەن سىرتقا چىقىرىلىپ كېتىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىكلا بولۇشى مۇمكىن، دەپ پەرەز قىلىنماقتا.

4.5 ـ ماگنىتلانغان سۇ: 70 ـ يىللاردىن بېرى سۈيدۈك يولى تېشىنى ماگنىتلانغان سۇ بىلەن دورىلىغاندىن كېيىن، ئىچكى ئۆلكىلەردىكى بەزى دوختۇرخانىلاردا ئۆت تېشىنىمۇ ماگنىتلانغان سۇ بىلەن ئېرىتىش ئىمكانىيىتى توغرىسىدا كۆپ تەرەپلىمىلىك نەزەرىيە تەتقىقاتى ۋە ئەمەلىي سىناقلار ئېلىپ بېرىلدى. بەزى دوختۇرخانىلار ئۆت تېشىنى ماگنىتلانغان سۇ بىلەن داۋالاپ خېلى ياخشى نەتىجىلەرنى قولغا كەلتۈردى. بۇنىڭدا ماگنىتلانغان سۇنى ئىچىش، ياكى ئوپېراتسىيىدە ئۆت يولىغا ئورۇنلاشتۇرۇلغانTشەكىللىك رېزىنكە نەيچە ئارقىلىق ئۆت يولىنى چايقاش، يۇيۇش قاتارلىق ئىككى خىل ئۇسۇل قوللىنىلىدۇ.

ماگنىتلانغان سۇ ئادەتتىكى سۇ ياكى دىستىرىللانغان سۇ مەخسۇس قۇراشتۇرۇلغان ماگنىتلىق ئاپپاراتتىن (ئاپپارات ئىچىدىكى G.C 3 000 لىق ماگنىت مەيدانىدىن) ئۆتكۈزۈلۈپ تەييارلىنىدۇ. كۈندە 2 000ml ئىچىلىدۇ.

ئىچىش ئۇسۇلى: ئەتىگەندە ئاچ قورساققا 1 000ml، چۈشتە ۋە كەچتە 500ml دىن ئىچىلىدۇ.

شاڭخەي تىببىي شۆيۈەن ئۈچىنچى دوختۇرخانىسىنىڭ ئېلان قىلغان ماتېرىيالىدا

ئۆت يولى تېشى بىلەن ئاغرىغان 21 نەپەر كېسەل ماگنىتلانغان سۇ بىلەن داۋالىنىپ، ماگنىتلانغان سۇ ئالتە ئايدىن ئارتۇق ئىچىلگەندىن كېيىن كېسەللەرنىڭ ھەممىسىدە ياخشى نەتىجە بەرگەن. بۇ كېسەللەر ئىچىدىكى ئىككى نەپەر كېسەلدە ئۆت يولىدىكى تاش ۋە ئۆت يولىدىكى يۇقۇملىنىش ئەھۋالى پۈتۈنلەي تۈگىگەن ۋە باشقا كېسەللەردىمۇ بۇرۇنقىدىن كۆرۈنەرلىك ياخشىلىنىش بولغان.

6. 4 ـ ماندارىن مېيى (桔油): زوڭيى تىببىي شۆيۈەننىڭ ئېلان قىلغان ماتېرىيال‍لىدا ماندارىن مېيىنىڭ ئۆت تېشىنى ئېرىتىش رولىنىڭ بارلىقى ۋە تەجرىبىلەردە ئىسپاتلانغانلىقى تونۇشتۇرۇلغان. لېكىن بۇ دورىنىڭ زەھەرچانلىق رېئاكسىيەسى ئېغىر بولغانلىقى ئۈچۈن، تېخى كەڭ دائىرىدە ئىشلىتىلگىنى يوق.

7. 4 ـ Glycerophosphate (磷酸甘油): ئىچكى ئۆلكىلەردىكى بەزى دوختۇرخانىلارنىڭ ئېلان قىلغان ماتېرىياللىرىدا، بۇ دورىنىڭ ئۆت تېشى كېسەللىكىنى داۋالاشتا ياخشى نەتىجە بېرىدۇ، ئۆت سۇيۇقلۇقىدىكى cholesterin لىق ماددىلار تويۇنغان ئېرىتمىسى كونسىنتراتسىيىسىنى تۆۋەنلىتىدىغانلىقى، شۇنىڭ بىلەن ئۆت يولى تېشىنى ئېرىتىش رولىنىڭ جارى قىلىنىدىغانلىقى تونۇشتۇرۇلغان. بۇ دورىنى ئىشلىتىش مىقدارى ئادەتتە كۈنىگە 6mg دىن داۋاملىق ئالتە كۈن ئىشلىتىلىدۇ.

يۇقىرىدىكىلەردىن باشقا يەنە Glucurone (肝态乐)، Luminal (鲁米那)، Natri glyco cholate (甘氨胆酸盐) قاتارلىق دورىلارنىڭمۇ ئۆت يولى تېشىنى ئېرىتىش، چۈشۈرۈش رولىنىڭ بارلىقى بەزى ماتېرىياللاردا تونۇشتۇرۇلغان.

5 ـ ئۇيغۇر تىبابىتى دورىلىرى بىلەن داۋالاش

ئۇيغۇر تىبابىتىدە جىگەر، ئۆت يوللىرى ۋە باشقا ئەزالار كېسەللىكلىرىدىن كېلىپ چىققان بەدەنگە سېرىق چۈشۈش يەر قان كېسەللىكى ياكى سېرىق كېسەللىك، دەپ ئاتىلىدۇ. بۇ كېسەللىكنىڭ كۆپ تەرەپلىمىلىك سەۋەب ۋە ئامىللاردىن كېلىپ چىقىدىغانلىقى، جىگەر يەللىكى، جىگەر، ئۆت يوللىرى توسۇلۇشىدىن كېلىپ چىقىدىغان سېرىقلىق چۈشۈش، ئۆت نەيچىلىرىنىڭ ئېششىقى، ئۆت يوللىرىدىكى ئۆسمە، ئۆت يوللىرىدىكى تاش قاتارلىق سەۋەبلەردىن ئۆت سۇيۇقلۇقى توسقۇنغا ئۇچرىشى قاتارلىق سەۋەبلەرنىمۇ ئۆز ئىچىگە ئالىدىغانلىقى كۆرسىتىلگەن.

ئۇيغۇر تىبابىتى ماتېرىياللىرىدا سېرىق چۈشۈش بەدەندە قويۇق چاپلاشقاق خىلىتلار پەيدا بولۇپ، جىگەر تومۇرلىرى ۋە ئۆت يوللىرىنى توسۇۋېلىشتىن كېلىپ چىقىدۇ دەپ كۆرسىتىلگەن.

ئۇيغۇر تىبابىتىدە ئۆت تېشىنى داۋالاشتا، مەجۇنى ھەجەرولىيە ھەب، سوپۇپى ھەجەرولىيە ھەب قاتارلىق دورىلارنى سۈيدۈك يوللىرى تېشى كېسەللىكىدە ئىشلەتكەنگە قارىغاندا، زورراق مىقداردا بېرىپ ياخشى ئۈنۈمگە ئېرىشكىلى بولىدىغانلىقى مۇمكىن.

ئۇيغۇر تىبابىتى ماتېرىياللىرىدا ئۆت يوللىرىدىكى توسالغۇلارنى داۋالاشتا، ئۆت سۇيۇقلۇقىنىڭ راۋانلىقى ئۆسمە، مەددە قۇرت، تاشلار توپەيلىدىن توسۇلغاندا؛ دەستىكار-

(داۋامى 33 ـ بەتتە)

شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇتى ئىلمىي ژۇرنىلى 6 - يىللىق 1 - سان 1990 - يىل 3 - ئاي
新疆医学院学报（维吾尔文） 第六卷第一期

ئىچكى كېسەللىكلەر دوختۇرلىرى دۇچ كېلىدىغان جىددىي قورساق كېسەللىكلىرى

شىنجاڭ تىببىي شۆيۈەن 1 - دوختۇرخانىسى ئۆتكۈر كېسەللىكلەر بۆلۈمىدىن

ھەسەن ئېلى

مەزمۇن بۇ ماقالىدا جىددىي قورساق كېسەللىكلىرىنىڭ پاتو - فىزىئولوگىيىسى، كۆكرەك، قورساق ۋە قورساق ئارقا پەردە ھەم پۈتۈن بەدەن خاراكتېرلىك ئۆتكۈر كېسەللىكلەرنى تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى، جىددىي قورساق كېسەللىكلىرىدە كۆپ ئۇچرايدىغان بىر نەچچە خىل تاشقى كېسەللىك، ئاياللار كېسەللىكلىرىدىن پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش توغرىسىدا سۆزلىنىدۇ.

ئاچقۇچ سۆز جىددىي قورساق كېسەللىكلىرى، پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش

«جىددىي قورساق كېسەللىكلىرى» قوزغىلىشى تېز، جىددىي بىر تەرەپ قىلىشقا تېگىشلىك كېسەللىك بولۇپ، مۇتلەق زور كۆپچىلىكىنى ئوپېراتسىيە قىلىپ داۋالاشقا توغرا كېلىدىغانلىقتىن، ئادەتتە خىرورگىيە (تاشقى كېسەللىك ئىلمى) دائىرىسىگە كىرىدۇ. لېكىن ئاساسىي تىببىي پەن تەتقىقاتىنىڭ تەرەققىي قىلىشى، دوختۇرلۇق بىلەن تىبابەتچىلىكنى بىرلەشتۈرۈپ داۋالاش ئۈنۈمىنىڭ بارغانسېرى يۇقىرى كۆتۈرۈلۈشىگە ئەگىشىپ، كۆپلىگەن جىددىي قورساق كېسەللىكلىرى ئوپېراتسىيىسىز داۋالىنىش ئىمكانىيىتىگە ئىگە بولدى. ئۇنىڭدىن باشقا جىددىي قورساق كېسەللىكلىرىنىڭ ئالدى بىلەن ئىچكى كېسەللىكلەر بۆلۈمىدە كۆرۈنىدىغانلىرىمۇ ئاز ئەمەس. شۇڭلاشقا، ئىچكى كېسەللىكلەر دوختۇرلىرىمۇ جىددىي قورساق كېسەللىكلىرىگە بولغان ئاساسىي چۈشەنچىسىنى ئۆستۈرۈشى لازىم.

جىددىي قورساق كېسەللىكلىرىنىڭ پاتو فىزىئولوگىيىسى

جىددىي قورساق كېسەللىكىنىڭ كۆرۈنەرلىك ئىپادىسى ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقى بولۇپ، ئۇنىڭ ئىپادىلىرى ھەر خىل، ئۆزگىرىشچان بولىدۇ. ئوخشاش بىر خىلدىكى كېسەللىكتە ئوخشاش بولمىغان قورساق ئاغرىش ئىپادىلىرى كۆرۈلىدۇ. ئوخشاشمىغان كېسەللىكتىمۇ ئىپادىلىرى ئوخشاش بولغان قورساق ئاغرىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. پەقەت جىددىي قورساق كېسەللىكىنىڭ پاتو فىزىئولوگىيىسىنى چۈشەنگەندىلا ئاندىن ئۇنىڭ قانۇنىيىتىنى ئىگىلەپ، توغرا دىئاگنوز قويغىلى بولىدۇ.

قورساقتىن كەلگەن پاتولوگىيىلىك ۋە فىزىئولوگىيىلىك غىدىقلىنىش سىمپاتىك

بۇ ماقالە 1989 - يىل 6 - ئايدا تاپشۇرۇپ ئېلىندى

نېرۋا، پاراسىمپاتىك نېرۋا ۋە قورساق پەردىسى تېمىنىڭ گەۋدە نېرۋىسىدىن ئىبارەت ئۈچ يول ئارقىلىق مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىغا كىرىدۇ. ئىچكى ئەزالاردىكى رېفلېكس بىلەن كېرىلىش كۈچىنىڭ ئىمپۇلسى (张力冲动 tension impulse) ئاساسەن پاراسىمپاتىك نېرۋا سىستېمىسىغا كىرىدۇ. لېكىن ئاغرىش سېزىمى ئاساسەن سىمپاتىك نېرۋىغا تايىنىدۇ.

قورساق بوشلۇقىدىكى ئىچكى ئەزالارنىڭ سېزىمى ئۈچ تۈرلۈك بولىدۇ.

1 - ئىچكى ئەزالارنىڭ ئاغرىشى: ئىچكى ئەزانىڭ ھەقىقىي ئاغرىشى دەپمۇ ئاتىلىدۇ. ئىچكى ئەزالاردىكى مەركەزگە كىرگۈچى نېرۋا ئۇچلىرىنىڭ غىدىقلىنىش تەسىرى پاراسىمپاتىك نېرۋا تالالىرىغا يەتكۈزۈلۈپ، گەۋدە نېرۋىلىرىدا ئاخىرلىشىدۇ.

ئىچكى ئەزالارنىڭ ئاغرىش ئالاھىدىلىكى:

ئاغرىشنىڭ ئورنى ئېنىق بولمايدۇ. ئورنى ئېنىق بولماسلىقىنىڭ تۆۋەندىكىدەك بىر نەچچە تۈرلۈك سەۋەبلىرى بولىدۇ:

1.1 - ئادەتتىكى بەدەن سېزىمى ئارقىلىق ئاغرىش ئورنىنى مۇقىملاشتۇرۇشقا بولىدۇ، ئەمما ئىچكى ئەزالار ئاغرىقىنى كۆرۈش سېزىمى ئارقىلىق ئورنىنى مۇقىملاشتۇرۇشقا بولمايدۇ.

1.2 - سىمپاتىك نېرۋا تالالىرى يولىغا كىرىشتىن ئىلگىرى ئالدى بىلەن سىمپاتىك نېرۋىنىڭ يان تۈگۈنى ئارقىلىق ئۆتىدۇ. مەسىلەن، قورساق بوشلۇقىدىكى نېرۋا تۈگۈنلىرى، ئۈچەي بېغىشى نېرۋا تۈگۈنلىرى قاتارلىقلار ئوخشاشمىغان ئورۇندىكى مەركەزگە كىرگۈچى ئىمپۇلس بىلەن دائىم تۇتىشىدۇ ھەم مىنگىشىدۇ.

1.3 - سىمپاتىك نېرۋا تالالىرى ئىنتايىن ئىنچىكە بولۇپ، ئۇنىڭدا يولۇن نېرۋا

(بېشى 31 - بەتتە)

لىق (ئوپېراتسىيە) ئۇسۇلى بىلەن ئۆسمىنى، مەيدە قۇرتىنى ياكى تاشنى ئېلىۋېتىشكە كېرەك دەپ كۆرسىتىلىدۇ ۋە ماتېرىياللاردا دەستىكارلىق ئۇسۇلى بىلەن كېسەللەرنى داۋالايدىغان تېبابەتچىلەرنى جەرراھ (خىرورگىكلار) دەپ ئاتايدىغانلىقى توغرىسىدا تەپسىلىي خاتىرىلەر بار. بۇ ئەھۋاللاردىن ئۇيغۇر تېبابەتچىلىكىدە ئۆت تېشىنى داۋالاشتا دورىلار بىلەن داۋالاشنىڭ ئۇزۇن يىللاردىن بېرى ئىشلىتىلىپ كېلىنگەنلىكى، ھەتتا خېلى بۇرۇنلا ئوپېراتسىيە ئۇسۇللىرىنىمۇ ئىشلەتكەنلىكىنى بىلگىلى بولىدۇ.

ئۆت تېشى كېسەللىكىنى داۋالاشتا، ئېلان قىلىنغان كۆپلىگەن ماتېرىياللاردا خەنزۇ تېبابەتچىلىكى دورىلىرى، قۇرۇق يىڭنە سانجىپ داۋالاش ئاساس قىلىنىشى بىلەن بىرلىكتە، زامانىۋى تېببىي داۋالاش ئۇسۇللىرىدىكى ئانتىبىئوتىكىلىق دورىلاردىن Atropine قاتارلىق ئۆت يوللىرىدىكى قورىغۇچى مۇسكۇللار سپازمىسىنى بوشاشتۇرىدىغان دورىلار ۋە سۇيۇقلۇقلار بىلەن داۋالاش، ۋىتامىنلار، ئېلېكترولىتلىق بىرىكمىلەر بىرلەشتۈرۈلۈپ، ئۆت تېشىغا ئومۇمىيۈزلۈك ھۇجۇم قىلىنغاندا، بولۇپمۇ ئۆت غولى نەيچىسى تېشى كېسەللىكىنى داۋالاش ئۈنۈمىنىڭ ناھايىتى ياخشى بولغانلىقى، ئۆت يولى تېشىنى چۈشۈرۈش نىسبىتىنىڭ خېلىلا يۇقىرى بولغانلىقى تونۇشتۇرۇلغان.

تالالىرى بولمايدۇ. دىئامېترى ئىككى مىكرو مېتردىن كىچىك بولۇپ، تارقىلىش سۈرئىتى 2~0.5 مېتر/سكونت. ئادەتتىكى گەۋدە نېرۋا تالالىرىدا، يۇلۇن نېرۋا تالالىرى بولۇپ، دىئامېترى تەخمىنەن 20 مىكرومېتر بولىدۇ. تارقىلىش سۈرئىتىمۇ نىسبەتەن تېز بولۇپ، 100 مېتر/سكونتقا يېتىدۇ. شۇڭلاشقا، ئىچكى ئەزالاردىكى سېزىم تالالىرى «توم»، لېكىن ئاستا ئۆتكۈزگۈچى «تالالار» غا مەنسۇپ.

1.4 ـ ئىچكى ئەزالار، نېرۋا ئۇچلىرىنىڭ تارقىلىشى گەۋدە نېرۋىلىرىغا قارىغاندا شالاڭ.

2 ـ ئىچكى ئەزالارنىڭ ئاغرىش سېزىمى ئالاھىدە بولۇپ، ئىچكى ئەزالار سىرتقى مۇھىتنىڭ قاتتىق غىدىقلىشى، مەسىلەن، پىچاق بىلەن كېسىلىش، يىڭنە سانجىلىش، كۆيۈش قاتارلىقلاردا ھېچقانداق سېزىم بولمايدۇ. لېكىن چىڭ باغلانغاندا، تۇيۇقسىز كۆپۈشكەندە، قاتتىق قىسقىراشتا، بولۇپمۇ قان يېتىشمەسلىكتە ئاغرىش سېزىمى ئىنتايىن سەزگۈر كېلىدۇ.

3 ـ داۋاملىق كۆڭلى ئېلىشىپ، قۇسۇش قاتارلىق ھەزىم قىلىش يوللىرىنىڭ كېسەللىك ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. قۇستۇرۇش مەركىزى ئۇزۇنچاق مېڭىدە بولۇپ، ئىككى قىسىمدىن تەشكىل تاپقان، بىر قىسمى ئۇزۇنچاق مېڭىنىڭ سىرتقى يان تەرىپىدە تورسىمان تۈزۈلۈپ، ئاداشقان نېرۋا ئارقا يادروسىغا ياندىشىدۇ. نېرۋا رېفلېكسى مەركىزى نېرۋا تالالىرىغا كىرىشتە سىمپاتىك نېرۋا بىلەن ئاداشقان نېرۋا تالالىرىنىمۇ ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ. ئاداشقان نېرۋىغا كىرگۈچى تالالارنىڭ ئاغرىش سېزىمى بولمايدۇ. لېكىن كېرىلىش كۈچى ئىمپۇلسىغا نىسبەتەن سەزگۈر كېلىدۇ. كېرىلىش ئىمپۇلسى ئاداشقان نېرۋىنىڭ مەركەزگە كىرگۈچى تالالىرىنىڭ ئۆتكۈزۈشى ئارقىلىق ئارقا يادروغا ئۆتۈپ، ئەتراپتىكى قۇستۇرۇش مەركىزىنى قوزغاپ، قۇسۇش رېفلېكسىنى ھاسىل قىلىدۇ. قۇستۇرۇش مەركىزىنىڭ يەنە بىر ئورنى مېڭە تۆتىنچى قېرىنچىسىنىڭ نىسبەتەن يۈزەكى ئورنىدا بولۇپ، خىمىيىۋىلىك رېتسېپتور (خىمىيىۋى غىدىقلارنى قوبۇل قىلىش ئاپپاراتلىرى)، خىمىيىۋىلىك ماددىلارغا، مەسىلەن، مورفىندىن سۇسىزلىنىش (脱水吗啡 apomorphine)، كۆكتاش (硫酸铜 cuprum sulfuricum) قاتارلىقلارغا ئىنتايىن سەزگۈر كېلىدۇ.

4 ـ قوشۇلۇپ ئاغرىش (چېتىلىپ ئاغرىش 牵涉痛 ياكى رادىئاكتىپ ئاغرىش 放射痛)، تەسىرلىنىش مەنبەلىك ئاغرىش دەپمۇ ئاتىلىدۇ. قوشۇلۇپ ئاغرىش، ئىچكى ئەزالارنىڭ ئاغرىشى مەلۇم دەرىجىگە يەتكەندىن كېيىن ئوخشاش ۋاقىتتا مۇناسىپ كېلىدىغان يۈزەكى ئورۇننىڭ ئاغرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كېسەللىك ئۆزگىرىشىگە ئاساسەن ئىچكى ئەزالار بىلەن يۈزەكى قىسىمنىڭ ئارىلىقى تۆۋەندىكىلەرگە بۆلۈنىدۇ:

1. 4 ـ يېقىن ئورۇننىڭ قوشۇلۇپ ئاغرىشى: مەسىلەن، ئۆتكۈر ئاشقازان، ئون ئىككى بارماق ئۈچەي كېسەللىكىدە ئىچكى ئەزالارنىڭ چوڭ نېرۋىسى 7 ـ 9 ـ كۆكرەك يۇلۇن (7 ـ 9 ـ 胸髓 breast pulpa) مەركىزىگە كىرىپ يۇقىرىقى قورساق ئوتتۇرا قىسمىنىڭ قوشۇلۇپ ئاغرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. تۆۋەنلىگۈچى بوغماق ئۈچەي بىلەن «S» شەكىللىك بوغماق ئۈچەي ئۆتكۈر كېسەللىكىدە ئىچكى ئەزالارنىڭ كىچىك نېرۋىلىرى 11 ـ 12 ـ

كۆكرەك يولۇن مەركىزىگە كىرىپ تۆۋەنكى قورساقنىڭ قوشۇلۇپ ئاغرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

4.2 ـ يىراق ئورۇننىڭ قوشۇلۇپ ئاغرىشى: مەسىلەن، ئۆتكۈر سوقۇر ئۈچەي كېسەللىكىدە ئىچكى ئەزالار كىچىك نېرۋىلىرى 11 ـ 9 ـ كۆكرەك يولۇن مەركىزىگە كىرىش ئارقىلىق كىندىك ئەتراپىنىڭ قوشۇلۇپ ئاغرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. دىئافراگما ئەتراپ 6 ـ قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىسى 12 ـ 7 ـ كۆكرەك يولۇن مەركىزىگە كىرىپ يۇقىرىقى قورساقنىڭ قوشۇلۇپ ئاغرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. دىئافراگما مەركىزىدىكى مەركەزگە كىرگۈچى نېرۋىلار 5 ـ 3 ـ بويۇن يولۇن مەركىزىگە كىرىپ ئوڭ تەرەپ تاغاق بىلەن تاغاق ئارقا قىسمىنىڭ قوشۇلۇپ ئاغرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

4.3 ـ قورساق دېۋارى ئاغرىش: قورساق دېۋارى غىدىقلىنىشىنىڭ تەسىرىگە ئۇچرىغاندىن كېيىن كېلىپ چىققان ئاغرىش سېزىمىنى كۆرسىتىدۇ. قورساق دېۋارىنى گەۋدە نېرۋىسى تىزگىنلەپ تۇرىدۇ. شۇڭلاشقا، ئۇنىڭ سېزىمى نېپىز قەۋەتنىڭ سېزىمى بىلەن ئوخشاش بولۇپ، سېزىمچانلىقى ئۆتكۈر، ئورنى مۇقىم، مەركەزگە كىرگۈچى ئىمپۇلسى كۈچلۈك.

قىسقىچە قىلىپ ئېيتقاندا، قورساق ئاغرىشىنىڭ پاتو ـ فىزىئولوگىيىسى نىسبەتەن مۇرەككەپ بولۇپ، ئىچكى ئەزا ئاغرىش بىلەن قوشۇلۇپ ئاغرىش ئوخشاش ۋاقىتتا پەيدا بولغاندا كېسەلگە دىئاگنوز قويۇشتا قىيىنچىلىق تۇغۇلىدۇ. ئىچكى ئەزانىڭ ئاغرىش جەريانى ئادەتتە ئۈچ باسقۇچقا بۆلۈنىدۇ.

4.3.1 ـ ئىچكى ئەزانىڭ يەللىنىشى ۋە توسۇلۇشى ئارقىلىق كېرىلىش كۈچى ئېشىپ، ئىچكى ئەزانىڭ ھەقىقىي ئاغرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كۆپىنچە قورساقنىڭ ئوتتۇرا قىسمى ئاغرىيدۇ.

4.3.2 ـ كېسەللىك ئۆزگىرىش تەرەققىياتىغا ئەگىشىپ كېرىلىش كۈچى بارغانسېرى ئاشىدۇ. مەركەزگە كىرگۈچى دولقۇن تېخىمۇ كۈچىيىپ، مەركەزگە كىرگۈچى تالالار مەركەزگە داۋاملىق كىرگەندىن تاشقىرى، يولۇن ئارقا بۇرجەك ئورتاق نېۋرونىنى قوزغاش بىلەن بۇنىڭغا مۇناسىپ ھالدا تېرەن قەۋەت مەركىزىگە كىرگۈچى نېرۋىلارنىڭ مىنگىشىشى قوشۇلۇپ ئاغرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

4.3.3 ـ كېسەللىك ئۆزگىرىشى راۋاجلىنىپ ئەڭ ئاخىرىدا قورساق پەردىسى تېمىغا تەسىر كۆرسىتىپ ئورنى مۇقىم بولغان قورساق پەردىسى تېمىنىڭ ئاغرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

ئىچكى كېسەللىك ئىلمىدە ئۆتكۈر قورساق ئاغرىش ئاساسەن ئۈچ تۈرلۈك بولىدۇ.

كۆكرەك بوشلۇقى كېسەللىكلىرى؛ قورساق بوشلۇقى بىلەن قورساق پەردىسى كېسەللىكلىرى؛ پۈتۈن بەدەن خاراكتېرلىك كېسەللىكلەر ۋە باشقىلار.

1 ـ كۆكرەك بوشلۇقى كېسەللىكلىرى

1.1 ـ يۇقۇملۇق كۆكرەك ئاغرىش (Bronholm) (يۇقۇملۇق كۆكرەك مۇسكۇل ئاغـ

رىش) ۋىرۇسلار ئارقىلىق يۇقۇملىنىشتىن كېلىپ چىقىدۇ. بۇنىڭدا ئاساسلىقى تاغاق، كۆكرەك، قورساق، مۇسكۇللار يەڭگىل دەرىجىدە قىزىيدۇ. باش ئاغرىش، كۆڭلى ئېلىشىش، ئىچى سۈرۈش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. بۇ كېسەللىكتە كۆپىنچە قورساقنىڭ تۆۋەن قىسمى باسقاندا ئاغرىيدۇ. 11 ــ 9 ــ قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىلىرى زىيادە سېزىمچانلىققا سەزگۈر كېلىدۇ.

تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى: (1) كېسەللىك تارىخىدا نەپەس ئېلىش بىلەن مۇناسىۋەتلىك كۆكرەك ئاغرىش بار ــ يوقلۇقىغا قاراش. (2) تاغاق ــ كۆكرەك قىسىم مۇسكۇللىرىنى باسقاندا ئاغرىسا، كۆكرەك پەردە يەللىكىدىن پەرقلەندۈرۈش كېرەك. (3) بۇ كېسەللىكتە كۆكرەك پەردىسىنىڭ تاسادىپىي سۈركىلىش ئاۋازى ئاڭلىنىدۇ. (4) 11 ــ 9 ــ قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىلىرى تارقالغان ئورۇننىڭ زىيادە سېزىمچانلىقى كۈچلۈك بولىدۇ. بۇنىڭغا ئاساسەن سوقۇر ئۈچەيدىن پەرقلەندۈرۈش كېرەك. (5) Mcburney (麦氏点) نۇقتىنى باسقاندا ئاغرىيدۇ. بولۇپمۇ قاڭقىپ ئاغرىش مەنپىي بولىدۇ. (6) ئەتراپىتا مۇشۇنىڭغا ئوخشاش كېسەللىكلەر بارمۇ ــ يوق. (7) قان رايىنى تەكشۈرۈش ۋە تۈرلەرگە بۆلۈشتە ۋىرۇسلۇق يۇقۇملىنىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ.

1.2 ــ دىئافراگما ــ كۆكرەك پەردىسى يەللىكى. بۇ، كۆكرەك پەردىسىنىڭ ئالاھىدە بىر خىل يەللىنىشى بولۇپ، تۆۋەنكى قانات چوڭ بۆلەك ئۆپكە يەللىكىدە كۆپ ئۇچرايدۇ. بۇ كېسەللىكتە كۆپىنچە قورساقنىڭ يۇقىرىقى قىسمى ئاغرىپ، مۇسكۇللار تارتىشىدۇ، داۋاملىق قۇسىدۇ.

تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى: (1) يۆتەل ياكى قىزىتما بار ــ يوقلۇقىغا قاراش. (2) تەكشۈرگەندە كېسەلدە ئۆپكە يەللىكىنىڭ ئالامەتلىرى بار ــ يوقلۇقىغا، ئاغرىق تەرەپنىڭ دىئافراگما ھادىسىسى تۆگمىگەن ــ تۆگمىگەنلىكىگە قاراش لازىم. (3) قورساقنىڭ سول تەرەپ تۆۋەن قىسمىنى قول بىلەن باسقاندا سولدىن ئوڭغا ئاغرىش ئەھۋالى كۆرۈلىدۇ. دىئافراگما ــ كۆكرەك پەردىسى يەللىكىدە ئاغرىمايدۇ. ئىچكى ئەزالىرىنىڭ كېسەللىكىدە (يارا، ئۆت يەللىكى) قورساق ئاغرىش ھېس قىلىدۇ. بۇنى پەرقلەندۈرۈش كېرەك. يەنە تۆۋەندىكى كۆكرەك بوشلۇقى كېسەللىكىدىمۇ ئۆتكۈر قورساق ئاغرىش كۆرۈلىدۇ. (1) ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىش. (2) ئۆتكۈر يۈرەك قېپى يەللىكى. (3) ئۆتكۈر ئوڭ يۈرەك قېرىنچىسى زەئىپلىشىشى. (4) يۈرەك ئىچكى پەردە يەللىكى. (5) قوۋۇرغا ئارىلىق نېرۋىلىرى ئاغرىش. (6) يەلباغسىمان قوقاق.

2 ــ قورساق بوشلۇقى بىلەن قورساق پەردىسى كېسەللىكلىرى

1.2 ــ ئۆتكۈر ئۈچەي يېغىشى لىمفا تۈگۈنى يەللىكى: بۇنى كۆپىنچە ۋىرۇس كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. زەنجىرسىمان شار باكتېرىيىسى ياكى ئۆپكە يەللىكى شار باكتېرىيىسى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇ كېسەللىك ئۆسمۈرلەر ۋە ياشلاردا كۆپ ئۇچرايدۇ. لىمفا تۈگۈنلىرى يانپاش ئۈچەي (回肠 ileum) نىڭ ئاخىرقى ئۇچىغا كۆپرەك جايلاشقان بولۇپ، تەكشۈرگەندە كۆپىنچە ئوڭ تەرەپ تۆۋەنكى قورساق ئاغرىيدۇ، باسقاندا پەيدا بولغان ئاغرىش نۇقتىسى بەدەننىڭ ئورۇن ئالماشىشىغا قاراپ ئۆزگىرىدۇ ياكى كىندىكنىڭ ئەترا-

پى ئاغرىيدۇ.

تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى: (1) كېسەللىك تارىخىدا يېقىندىن بۇيان نەپەس يوللىرى كېسەللىكىنىڭ بار - يوقلۇقىغا قاراش. (2) قان رايىنىنى تەكشۈرۈش، بۇنىڭدا ئاق قان دانچىلىرى ئۆرلىمەيدۇ. بۇ ئۈتكۈر سوقۇر ئۈچەيدىن پەرقلەندۈرۈشتە ياردىمى بولىدۇ. سوقۇر ئۈچەيدىن پەرقلەندۈرۈشكە بولمىغاندا كۆزىتىپ داۋالاش كېرەك. ئەگەر 6~4 سائەتتىن كېيىن قورساق ئاغرىقى ئاستا - ئاستا يەڭگىللىسە، كۆپىنچە مۇشۇ كېسەللىكتىن ئويلىشىش كېرەك.

2. 2 ـ ئۈتكۈر بىرلەمچى قورساق پەردىسى يەللىكى: بۇ، قان يۇقۇملىنىشتىن كېلىپ چىققان قورساق پەردىسى يەللىكى بولۇپ، ھەر خىل ئۈتكۈر يۇقۇملىنىش جەريانىدا كۆرۈلۈپ، تۈرلۈك سەۋەبلەردىن قورساقتا سۇ پەيدا بولىدۇ (جىگەر قېتىشىشتا كۆپرەك ئۇچرايدۇ). ئالدىنقىسىدا كۆپىنچە قان ئېرىتكۈچى زەنجىرسىمان شار باكتېرىيىسى، ئۆپكە يەللىكى قوش شار باكتېرىيىسى قاتارلىقلار كۆپ ئۇچرايدۇ. كېيىنكىسىدە پۈتۈنلەي دېگۈدەك چوڭ ئۈچەي تاياقچە مىكروبى بولىدۇ. بۇنداق بىمارلارنىڭ قورساق ئالامەتلىرى كۆپ ئۇچرايدىغان تاشقى كېسەللىك ئۈتكۈر ئاغرىقلىرىغا قارىغاندا ئانچە تىپىك بولمايدۇ. بولۇپمۇ كېيىنكىلىرىدە باسقاندا يەڭگىل دەرىجىدە ئاغرىش كۆرۈلىدۇ.

تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى: (1) يېقىندىن بۇيانقى مۇناسىۋەتلىك يۇقۇملىنىش تارىخىنى سوراش. (2) مۇناسىپ كېسەللىك ئوچىقىنىڭ بار - يوقلۇقىنى ئېنىقلىق بىلەن تەكشۈرۈش، قورساقتا سۇنىڭ بار - يوقلۇقىنى، سۇ پەيدا بولۇشنىڭ سەۋەبلىرىنى تېپىپ چىقىش. (3) ئاق قان دانچىلىرىنى تەكشۈرۈش، قاندىن مىكروب ئۆستۈرۈش بىلەن دورىلارغا سەزگۈرلۈك تەجرىبىسى ئىشلەش. (4) ئانتىبىئوتىك دورىلارنى ئىشلىتىشتىن ئىلگىرى ئاز بولغاندا ئۈچ قېتىم تەكشۈرۈش. (5) قائىدە بويىچە قورساقتىكى سۇنى پۇنكتسىيىلىك تەكشۈرۈپ، مىكروب ئۆستۈرۈش بىلەن دورىلارغا سەزگۈرلۈك تەجرىبىسى ئىشلەش. Rivalta تەجرىبىسى مۇسبەت خاراكتېرلىكتە يۇقۇملىنىش بارلىقىنى بىلدۈرىدۇ.

2. 3 ـ قاننىڭ سۈسۈن رەڭلىك ئۆزگىرىش كېسەللىكى: بۇ كېسەللىك تېرە زەخىملىنىش (تېرىنىڭ ئوچۇق تۇرغان قىسمى)، كۈن چېقىشتىن بولغان تېرە كېسەللىك، نېرۋا سىستېمىسى ئالامەتلىرى (ھىستېرىيە قوزغالغاندىكىدەك ھەرىكەت قىلىش)، ماغدۇرسىزلىنىش، پۇت - قوللار ئاغرىش ۋە قورساق ئاغرىشتەك ئالاھىدىلىككە ئىگە. قورساق توۋۇقسىز ئېغىر دەرىجىدە مۇجۇپ ئاغرىيدۇ. ئەمما قورساق يۇمشاق بولىدۇ. ئۇندىن باشقا چوڭ تەرەت قاتتىق كېلىپ، قۇسۇپ، ھەزىم قىلىش يوللىرى كېسەللىكى قوشۇلۇپ كېلىدۇ. بۇ كېسەللىكتە پورفىرىن (卟啉 porphirin) ماددا ئالمىشىش توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ.

تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى: (1) كېسەللىك قوزغالغاندا سۈيدۈك قىزىلمۇ ياكى سۈيدۈكنى كۈن نۇرىغا تۇتقاندا رەڭگى قىزىلغا ئۆزگىرەمدۇ - يوق. بۇ نۇقتىنىڭ دىئاگنوز قويۇشتا ئەھمىيىتى چوڭ. بۇنى قوغۇشۇن بىلەن زەھەرلەنگەنلەردىن

پەرقلەندۈرۈش كېرەك. (2) باربېتوللۇق دورىلارنى، قىزىتما قايتۇرۇپ ئاغرىق پەسەيتكۈچى دورىلارنى، ئايالار ھورمون دورىسى، مېلبىن (降糖片 melbini tabellac) تابلېتى ياكى ھاراق قاتارلىقلارنى ئىچكەن ـ ئىچمىگەنلىكىگە قاراش كېرەك. (3) قان زەرداۋىدىن ناترىي، خلورنى تەكشۈرگەندە بۇنىڭ مىقدارى بۇ كېسەلدە ئاز بولىدۇ. (4) جىگەر پائالىيىتىنى تەكشۈرۈش. (بۇ كېسەلدە غەيرىي ئەھۋال كۆرۈلىدۇ) شېكەرگە چىداملىق تەجرىبىسى شېكەر سىيىش تىپلىك بولىدۇ. مېڭە توكى سىزىقى، مۇسكۇل توكى سىزىقى (肌电图)، يۈرەك توكى سىزىقى بىلەن تەكشۈرگەندە غەيرىي ئەھۋال كۆرۈلىدۇ.

4. 2 ـ ئاستا خاراكتېرلىك قوغۇشۇندىن زەھەرلىنىش: قوغۇشۇندىن زەھەرلىنىشتىن كېلىپ چىققان قورساق مۇجۇپ ئاغرىش ئادەتتە چوڭ تەرەت قېتىۋېلىپ بىر نەچچە كۈندىن كېيىن تۇيۇقسىز پەيدا بولىدۇ. ئورنى كىندىك ئەتراپى ياكى كىندىكنىڭ تۆۋەنكى قىسمى بولۇپ، قورساق چىدىغۇسىز قاتتىق ئاغرىيدۇ. قورساقنى قول بىلەن باسقاندا ئاغرىقى يەڭگىللەيدۇ. تەكشۈرگەندە قورساق تەكشى ـ يۇمشاق بولۇپ، مۇقىم ئاغرىش نۇقتىسى بولمايدۇ. داۋاملىق قۇسۇپ، تەرلەيدۇ.

تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى: (1) قوغۇشۇنچىلىق كەسپىي بىلەن شۇغۇللانغان ياكى قوغۇشۇن بىلەن ئۇچرىشىش تارىخى بار ـ يوقلۇقىنى ئېنىقلىك بىلەن سوراش. (2) تەركىبىدە قوغۇشۇن بولغان دورىلارنى ئىشلەتكەن ـ ئىشلەتمىگەنلىكى، قوغۇشۇنلۇق قاچىلاش ئەسۋابلىرىنى ئىشلەتكەن ـ ئىشلەتمىگەنلىكىنى سوراش. (3) ئىشتىھاسىزلىق، چارچاش، باش ئېغىرلىشىش، باش قېيىش، زەئىپلىشىش، مۇسكۇل ۋە بوغۇملار ئاغرىش، بەدەن ئېغىرلىقى تۆۋەنلەش، چىرايى تاتىرىش ۋە نېرۋا ئۇچلىرى زەخىملىنىش قاتارلىقلارنىڭ بار ـ يوقلۇقىغا دىققەت قىلىش. (4) تەكشۈرگەندە چىش مىلىكىدە قوغۇشۇن يېپچىلىرىنىڭ (سىزىقچىلىرىنىڭ) بار ـ يوقلۇقىغا قاراش. (5) قان رايىنى تەكشۈرۈش. كۆپ ھېموگلوبىنلىق قان ئازلىق بۇ كېسەلنىڭ ئالاھىدىلىكى بولۇپ، قىزىل قان ھۈجەيرىلىرىدە ئىشقار خۇمار دانچىلار پەيدا بولىدۇ. (6) ئۇزۇن سۆڭەكنى (长骨 os longum) رېنتگېندە رەسىمگە ئالغاندا مېتافىزدا (ئۇزۇن سۆڭەك غولىنىڭ ئۇچى) قوغۇشۇن سىزىقچىلىرى كۆرۈلىدۇ. (7) كىچىك تەرەتنى تەكشۈرگەندە پورفىرىن (卟啉 porphyrin) گە ئوخشاش ماددا ھاسىل بولىدۇ.

5. 2 ـ قورساق بوشلۇقى ۋە قورساق ئارقا پەردە كېسەللىكلىرى: (1) ئۆتكۈر جىگەر يەللىكى، (2) ئۆتكۈر ئاشقازان ـ ئۈچەي يەللىكى، (3) ئۆتكۈر بۆرەك جامى يەللىكى، (4) مەزى بېزى يەللىكى، (5) يان ئۇرۇقدان يەللىكى، (6) سۈيدۈك يولىدا تاش پەيدا بولۇش، (7) قورساق قىسمىنىڭ چوڭ تومۇرلىرىنىڭ يېرىلىشى، (8) بۆرەك قاناش، (9) قوش قەۋەت قان تومۇر ئۆسمىسى، (10) داس سۆڭەك بوشلۇقى تۆۋەن قىسمىنىڭ يۇقۇملىنىشى قاتارلىقلاردىمۇ ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقى پەيدا بولىدۇ.

3 ـ پۈتۈن بەدەن خاراكتېرلىك كېسەللىكلەر ۋە باشقا كېسەللىكلەر

1. 3 ـ جىددىي قان ئېرىش رېئاكسىيىسى:

قاننى خاتا بېرىش، بەزى دورىلارنى ئىشلىتىش، يۇقۇملىنىش ياكى يېمەكلىكلەر

(دادۇر) قاتارلىقلاردىن كېلىپ چىقىدۇ. جىددىي قان ئېرىش رېئاكسىيىسىدە ئىككى تەرەپ قورساق سىقىلىپ ياكى پىچاق تىققاندەك ئاغرىيدۇ. توڭلاپ تىترەپ قىزىيدۇ، كۆڭلى ئېلىشىپ قۇسىدۇ.

تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى: (1) مۇناسىۋەتلىك كېسەللىك سەۋەبلىرىنى ئېنىقلىق بىلەن سوراش. سېرىقلىق بار ـ يوقلۇقىنى تەكشۈرۈش. بۇ كېسەلدە گەرچە سېرىقلىق بولۇپ قىزىلسىمۇ لېكىن Murphy ئالامەتلىرى مەنپىي بولىدۇ. بۇنى ئۆت يەللىكىدىن پەرقلەندۈرۈش كېرەك. (2) قان زەرداۋىنى تەكشۈرگەندە ئومۇمىي بىلىرۇبىن (胆红素Bilirubin، ئۆت قىزىل بوياقى) كۆپ بولۇپ، بىر منۇتلۇق بىلىروبىن سانى (بىۋاسىتە بىلىروبىن نىسبىتى) ئارتۇق بولىدۇ ياكى vandengBergh (凡登白试源) سىنىقى (بىۋاسىتە) مۇسبەت بولىدۇ. (3) تورلۇق قىزىل قان ھۈجەيرىسى كۆپ بولىدۇ. (4) كىچىك تەرەتتىكى ئۈچ خىل ئۆت سىنىقى urobilin (尿胆素)، urobilinogen (尿胆素原) مۇسبەت بولىدۇ، قىزىل قان ئاقسىللىق سۈيدۈك مۇسبەت بولىدۇ.

2. 3 ـ قەنت سىيىش كېسەللىكىدە كېتون كىسلاتاسى بىلەن زەھەرلىنىش:

بۇ خىل كېسەللەردە قورساق تۇتقاقلىق ئاغرىيدۇ. قورساق باسقاندا ئاغرىيدۇ ۋە قورساق مۇسكۇلى چىڭ بولىدۇ. قورساق ئاغرىشتىن ئىلگىرى قورساق كۆپۈش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. بۇنى تاشقى كېسەللىكلەردە بولىدىغان جىددىي قورساق ئاغرىقىدىن پەرقلەندۈرۈش لازىم. قورساق ئاغرىشنىڭ سەۋەبلىرى كېتون بىلەن زەھەرلەنگەندە ناترىي، خلور، سۇنىڭ يوقىلىشى ئېغىر بولۇپ، سۇ ۋە ئېلېكترولىتلارنىڭ تەڭپۇڭلۇقى قالايمىقانلىشىپ، مۇسكۇل سپازمىلىنىدۇ، قورساق ئاغرىش ياش ئاغرىقلاردا كۆپ ئۇچرايدۇ.

تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى: (1) كېسەللىك تارىخىدا قەنت سىيىش كېسەللىكى بار ـ يوقلۇقىنى ئېنىقلاش، ئىلگىرى مۇشۇنداق كېسەللىك قوزغالغان ـ قوزغالمىغانلىقىغا قاراش، (2) قوزغالغان كېسەللىكنىڭ سەۋەبىنى سۈرۈشتۈرۈش. insulin (胰岛素) نى توختاتقان ياكى مىقدارىنى ئازايتقان، يۇقۇملانغان، يېمەكلىكلەر تەڭپۇڭلۇقى بۇزۇلغان، روھىي كەيپىياتىدا ئۆزگىرىش بولغان ئەھۋاللارنىڭ بار ـ يوقلۇقىغا قاراش، (3) سۈيدۈكتىكى شېكەر، كېتون تەركىبىنى تەكشۈرۈش، (4) قاندىكى شېكەر تەركىبى بىلەن كېتون تەركىبىنى تەكشۈرۈش، قاندىكى ئاقسىلسىز ئازوتنى تەكشۈرۈش ۋە قاندىكى كاربون (Ⅳ) ئوكسىدى (CO_2) بىرىكىش كۈچىنى تەكشۈرۈش، (5) قورساق قىسمىنى رېنتگېندە تەكشۈرۈش ۋە رەسىمگە ئېلىش، بەزىدە بۇ كېسەلدە ئۈچەي سۈيۈقلۇقى تەكشىلىكى پەيدا بولىدۇ، بۇنى ئۈچەي توسۇلۇشتىن پەرقلەندۈرۈش لازىم. (6) قان زەرداۋىدىكى ناترىي بىلەن خلور ئاز بولۇپ، قان زەرداۋىدىكى كالىي ئىئونلىرى توققۇلما سىرتىغا يۆتكەلگەچكە كالىي كۆپىيىپ كېتىدۇ.

3. 3 ـ Anaphylactoid Purpura (过敏性紫癜 سۆسۈن داغ) كېسەللىكى:

بىمارنىڭ ئۈچەي شىللىق پەردىلىرى ئىششىپ، قاناپ، قورساق ئۇشتۇمتۇت مۇجۇپ ئاغرىيدۇ. ئاغرىش ئورنى كۆپىنچە كىندىك ئەتراپى بىلەن تۆۋەنكى قورساق قىسمى

بولۇپ، بەزىدە يۆتكىلىپ ئاغرىيدۇ. بۇنداق ئاغرىش ئېغىر بولۇپ، داۋاملىق قايتىلاپ قوزغىلىدۇ. قورساق ئاغرىغاندا قۇسىدۇ ھەم قانلىق تەرەت قىلىدۇ. بۇنداق كېسەللەردە پۇت - قوللاردا دۆگچە تاشمىلار پەيدا بولىدۇ، بوغۇملار ئىششىيدۇ. قانلىق سۈيدۈكنى ئاددىي كۆز بىلەن كۆرۈشكە، ھەم مىكروسكوپتىمۇ كۆرۈشكە بولىدۇ.

تەكشۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش تەرتىپلىرى: (1) يۇقۇملىنىشقا مۇناسىۋەتلىك (بولۇپمۇ قان ئېرىتكۈچى زەنجىرسىمان شار باكتېرىيىسى) يېمەكلىك ۋە دورا ئىشلەتكەن تارىخى بار - يوقلۇقىنى سوراش، (2) تېرىدە سۆسۈن داغنىڭ بار - يوقلۇقىنى ئىنچىكىلىك بىلەن كۆزىتىش، (3) بۇ كېسەلدە قان پلاستىنكىلىرى نورمال بولۇپ، قاناش ۋاقتى يەڭگىل دەرىجىدە ئۇزۇرايدۇ. قان لەختىسى قورۇلۇش (血块收缩) نورمال بولۇپ، قان تومۇرنىڭ چۈرۈكلىكىنى سىناش سىنىقىنىڭ يېرىمى مۇسبىي بولىدۇ. بۇ كېسەلنى قان پلاستىنكىلىرىنىڭ ئازىيىشىدىن كېلىپ چىققان سۆسۈن داغ كېسىلىدىن پەرقلەندۈرۈش كېرەك. (4) قورساق ئاغرىغاندا بېسىپ تەكشۈرۈشتە ئاغرىش ئورنى مۇقىم بولمايدۇ. قورساق مۇسكۇللىرى تارتىشمايدۇ. بۇنى تاشقى كېسەللىكلەردە بولىدىغان جىددىي كېسەللىكلەردىن پەرقلەندۈرۈش كېرەك.

4 - تۆۋەندىكى كېسەللىكلەردىمۇ قورساق ئۆتكۈر ئاغرىيدۇ

(1) يۇقۇملۇق زۇكام، (2) يېمەكلىك بىلەن زەھەرلىنىش، (3) ئېپىلېپسىيە (قورساق تېپىلىك)، (4) سۈيدۈكتىن زەھەرلىنىش، (5) قان شېكىرى ئازلاپ كېتىش، (6) قاندىكى كالتسىينىڭ ئازىيىپ كېتىشى، (7) قاندىكى ناترىينىڭ ئازىيىپ كېتىشى، (8) قاندىكى ماي تەركىبىنىڭ كۆپىيىپ كېتىشى، (9) رېماتىزم (قورساق تېپىلىك)، (10) قورساق پەردە تۇبېركۇليوزى، (11) ئاق قان كېسەللىكى، (12) كۆپ تۈگۈنلۈك ئارتېرىيە يەللىكى، (13) پۈتۈن بەدەنلىك بۆرە چاقىسى، (14) ئۆتكۈر تاللىي بىلەن زەھەرلىنىش (急性铊中毒 Thallium)، (15) يۇلۇن سىل ئاشقازان خەتىرى (脊髓痨胃危象)، (16) ئوغاقسىمان ھۈجەيرىلىك قان ئازلىق (镰状细胞性贫血)، (17) كۆكرەك، بەل ئومۇرتقىسى ئۆتكۈر يىلىك يەللىكى (胸,腰柱急性骨髓炎)، (18) سېپتىسېمىيە (قان بۇزۇلۇش كېسەللىكى 败血症).

5- كۆپ ئۇچرايدىغان بىر نەچچە خىل ئۆتكۈر قورساق ئاغرىقلىرىنى پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش

5.1 - سوقۇر ئۈچەي يەللىكىدىن پەرقلەندۈرۈش:

5.1.1 - ئوڭ تەرەپ كۆكرەك پەردىسى يەللىكى ۋە ئوڭ تەرەپ ئۆپكە يەللىكى: ئالدى بىلەن قىزىش، يۆتىلىش، بەلغەم تۈكۈرۈش بىلەن بىر ۋاقىتتا ياكى كېيىن ئوڭ تەرەپ قورساق ئاغرىش پەيدا بولىدۇ. بەدەن ئالامىتىدە ئوڭ تەرەپ كۆكرەك ئاغرىش كۆرۈنەرلىك بولىدۇ. مەسىلەن، سۇنىڭ پۇرۇقلىغىنىدەك ئاۋاز، كۆكرەك پەردىسىنىڭ سۈركىلىش ئاۋازى ئاڭلىنىدۇ. ئەكسىچە، ئوڭ تەرەپ تۆۋەنكى قورساقنى باسقاندا ئاغرىمايدۇ. قاڭقىپ ئاغرىش (反跳痛) بولمايدۇ. رېنتگېندە تەكشۈرگەندە دىئاگنوزى ئېنىق بولىدۇ.

5.1.2 - ئۆتكۈر ئاشقازان يەللىكى: سوقۇر ئۈچەي يەللىكى كۆپىنچە جىددىي

ئاشقازان يەللىكى دەپ خاتا دىئاگنوز قويۇلۇپ قالىدۇ. گەرچە ھەر ئىككىلا كېسەلدە دەسلەپتە يۇقىرىقى قورساقنىڭ ئوتتۇرا قىسمى ئاغرىش، كۆڭۈل ئېلىشىپ قۇسۇپ، ئاق قان ھۈجەيرىلىرى ئۆرلىسىمۇ، لېكىن ئۆتكۈر ئاشقازان يەللىكىدە ئوڭ تەرەپ تۆۋەنكى قورساق ئاغرىش ئىنتايىن ئاز ئۇچرايدۇ.

5.1.3 ـ كىرون (Crohn氏)كېسەللىكى: كېسەللىك يانپاش ئۈچەيىنىڭ ئاخىرىقى ئۈچىدا(回肠末端)بولۇپ، كۆپىنچە ئۆتكۈر سوقۇر ئۈچەي كېسەللىكى دەپ خاتا دىئاگنوز قويۇلۇپ قالىدۇ. لېكىن بۇ كېسەللىكنىڭ قايتا ـ قايتا قوزغىلىش ئالاھىدىلىكى بولۇپ، 80% تىن كۆپ بىمارنىڭ ئىچى سۈرىدۇ. تۆۋەن قىزىتما بىلەن پۈتۈن بەدەن خاراكتېرلىك زەھەرلىنىش ئالامەتلىرى داۋاملىق كۆرۈلۈپ تۇرىدۇ. قورساق قىسمىدا مۇنەك ئۇرۇنىدۇ. كۆپىنچە بىمارنىڭ سوكى ئەتراپىدا كېسەللىك ئۆزگىرىشى بولىدۇ.

5.1.4 ـ ئۆتكۈر داس بوشلۇقى يەللىكى: ئاغرىش ئورنى سوقۇر ئۈچەيىنىڭكىدىن تۆۋەنرەك بولۇپ، كۆپىنچە ئېغىر ھالدىكى يۇقۇملىنىش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ. مەسىلەن، توڭلاپ قىزىش قاتارلىقلار. جىنسىي يول يان گۈمبىزىنى (穹隆) باسقاندا كۆرۈنەرلىك ئاغرىيدۇ. پۇنكىتسىيىلىك تەكشۈرگەندە يىرىڭ چىقىدۇ.

5.1.5 ـ تۇخۇمدان خالتىلىق ئۆسمىسى بەلبېغىنىڭ يۆگىلىپ قېلىشى: ئاغرىش كۆپىنچە بەدەننىڭ ئۆزگىرىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ. قورساق قاتتىق مۇجۇپ ئاغرىيدۇ. بەزىدە تۆۋەنكى قورساقتا قولغا مۇنەك ئۇرۇنىدۇ. قورساقنى تۇتۇپ تەكشۈرگەندە ئاغرىيدۇ.

5.1.6 ـ بالىياتقۇ سىرتىدا بولغان ھامىلدارلىقتىكى يېرىلىش: بىماردا ھەيز توختاش تارىخى بولۇپ، ئىچكى ئەزا قاناش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ (قورساقتا يۆتكىلىش خاراكتېرلىك تۇتۇق تاۋۇش ئاڭلىنىدۇ. پۇنكىتسىيىلىك تەكشۈرگەندە قان چىقىدۇ). ئارقا گۈمبەزنى (后穹隆) پۇنكىتسىيىلىك تەكشۈرگەندە قان چىقىدۇ. سۈيدۈك ھامىلدارلىق سىنىقى ئېلىنغاندا مۇسبىي بولىدۇ.

5.2 ـ ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يەللىكىنى باشقا كېسەللىكلەردىن پەرقلەندۈرۈش:

5.2.1 ـ ئۆتكۈر ئۆت يەللىكى، ئۆتتە تاش پەيدا بولۇش: كۆپىنچە كۆپ قېتىم قوزغالغان كېسەللىك تارىخى بولىدۇ. توڭلاپ تىترەش، يۇقىرى قىزىتما بىلەن بىرگە سېرىقلىق پەيدا بولىدۇ. ئاغرىش ئورنى ئوڭ تەرەپ يۇقىرىقى قورساق قىسمىدا بولۇپ، ئۆت ئورنىنى باسقاندا ئاغرىيدۇ. چېكىپ تەكشۈرگەندە ئاغرىيدۇ. ھەتتا چەكلىك دائىرە ئىچىدە مۇسكۇللار قېتىۋالىدۇ. ئۆت يەللىكى، ئۆتتە تاش پەيدا بولۇش كېسەللىكىدىمۇ كۆپىنچە ئاشقازان ئاستى بېزى يەللىكى قوشۇلۇپ كېلىشى تەبىئىي. بۇ ۋاقىتتا ئاغرىش ئورنى ئوڭ تەرەپ يۇقىرىقى قورساق قىسمى بىلەنلا چەكلىنىپ قالماستىن، بەلكى تۆش سۆڭىكىنىڭ ئاستى سول تەرەپ يۇقىرىقى قورساق قىسمىدا ئاغرىش پەيدا بولىدۇ. ئاشقازان ئاستى بېزى يەللىكى بىرلىشىپ كەلگەن ئاغرىقلاردا قاندىكى كراخمال فېرمېنتى (血淀粉酶 Bloodamylase) كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە كۆپىيىدۇ. Som:gyi بىرلىك بويىچە 500 بىرلىكتىن كۆپ بولىدۇ.

5.2.2 ـ جاراھەت تېشىلىش (溃疡穿孔): كۆپىنچە جاراھەتلەنگەن تارىخى بولىدۇ. يۇقىرىقى قورساق قىسمىدىكى بەدەن ئالامىتى ئاشقازان ئاستى بېزى يەللىكىدىن ئېغىرراق بولىدۇ. باسقاندا ئاغرىش، قاڭقىپ ئاغرىش قاتارلىقلار قورساق پەردىسى يەللىكىنىڭ ئالامەتلىرى كۆرۈنەرلىك بولىدۇ. رېنتگېندە تەكشۈرگەندە دىئافراگما ئاستىدا بۆلۈنگەن ھاۋا كۆرۈنىدۇ. قان ئاقسىل فېرمېنتى ئىنتايىن ئاز ساندىكى بىمارلاردا 300 بىرلىكتىن ئارتۇق بولىدۇ.

5.2.3 ـ ئۈچەي بېغىشى قان تومۇر كەپلەشمىسى ياكى كەپلىشىشتىن قان ترومبىسى ھاسىل بولۇشى: ياشانغانلاردا مېڭە قان تومۇر قېتىش تارىخى بولىدۇ. قورساق قىسمى ئىنتايىن قاتتىق ئاغرىيدۇ. كۆپىنچە بىئارام بولۇش، شوك قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ، سان (يوتا) قىزىل قان تومۇرنىڭ سوقۇشى ئاجىز بولىدۇ.

5.2.4 ـ تاجتومۇر يۈرەك كېسەللىكى ياكى ئۆتكۈر يۈرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى: ئاغرىش ئورنى يۇقىرىراق بولۇپ، قورساق قىسمى ئالامەتلىرى، بەدەن ئالامىتى ئېنىق بولماسلىق بىلەن پۈتۈن بەدەن ئەھۋالى تەتۈر تاناسىپ بولىدۇ (مەسىلەن، سوغۇق تەرلەش، تومۇر ئاجىز سوقۇش، قان بېسىمى تۆۋەنلەش). يۈرەك توكى سىزىقىدا تەكشۈرگەندە يۈرەكتە نورمالسىزلىق ئەھۋالى كۆرۈلىدۇ. قان ئاقسىل فېرمېنتى ئىنتايىن ئاز ساندىكى بىمارلاردا كۆپ بولىدۇ. ئەمما SGOT يۇقىرى بولىدۇ.

5.3 ـ ھەزىم قىلىش ئورگانلىرىدىكى جاراھەتنىڭ تېشىلىشىنى باشقا كېسەللىكلەردىن پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

5.3.1 ـ ئۆتكۈر سوقۇر ئۈچەي تېشىلىش: بەدەن ئالامىتى قورساقنىڭ ئوڭ تەرەپ تۆۋەنكى چەكلىك دائىرىدە بولۇپ، ئىنتايىن ئاز ساندىكى بىمارلاردا دىئافراگما ئاستىدا بۆلۈنگەن ھاۋا كۆرۈلىدۇ.

5.3.2 ـ ئۆتكۈر قانايدىغان، نېكروزلانغان ئاشقازان ئاستى بېزى يەللىكى (急性出血型坏死型胰腺炎): قورساق قاتتىق ئاغرىپ، بەل، غول قىسىملىرىغا تارقىلىدۇ. يۇقىرىقى قورساقنى باسقاندا ئاغرىيدۇ. مۇسكۇلىنىڭ قېتىۋېلىشى جاراھەت تېشىلگەندىكىگە قارىغاندا يەڭگىل، پۈتۈن بەدەن زەھەرلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر پەيدا بولىدۇ. شوكنىڭ پەيدا بولۇشمۇ يالدۇر بولۇپ، دىئافراگما ئاستىدا بۆلۈنگەن ھاۋا بولىدۇ. قان ئاقسىل فېرمېنتى كۆپىنچە 500 بىرلىكتىن كۆپ بولىدۇ.

5.3.3 ـ ئۆت قاناللىرىنىڭ يىرىڭلىق يەللىكى: ئۆت يەللىكى، ئۆتتە تاش پەيدا بولۇش، ئۆت يوللىرى كېسەللىكى تارىخى بولىدۇ. تولغاپ تىترەپ، قىزىتمىسى يۇقىرى ئۆرلەپ، بەدەنگە ئوخشاش بولمىغان دەرىجىدىكى سېرىقلىق چۈشىدۇ. دىئافراگما ئاستىدا بۆلۈنگەن ھاۋا كۆرۈنمەيدۇ.

5.3.4 ـ ئۆتكۈر ئۆت يەللىكى، ئۆتتە تاش پەيدا بولۇشنى باشقا كېسەللىكلەردىن پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

5.3.4.1 ـ ھەزىم قىلىش ئورگانلىرىدىكى جاراھەتنىڭ تېشىلىشى: بىماردا ئىلگىرى

ھەزىم قىلىش يوللىرى جاراھەتلەنگەن بولۇپ، يوقىرىقى قورساق مۇسكۇللىرىنىڭ قىتىۋىلىشى، ئۆت يەللىكى، ئۆتتە تاش پەيدا بولۇشتىكىگە قارىغاندا ئېغىر بولىدۇ. دىئافراگما ئاستىدا يۆلۈنگەن ھاۋا بولۇپ، ئىنتايىن ئاز ساندىكى بىمار قىزىيدۇ. سېرىقلىق پەيدا بولىدۇ.

5.3.4.2 ـ ئۆتكۈر ئاشقازان ئاستى بېزى يەللىكى: قورساقنىڭ ئوتتۇرا يۇقىرىقى قىسمى ياكى سول تەرىپى ئاغرىيدۇ. قورساق قىسمى ئالامەتلىرى يەڭگىلرەك بولۇپ، بىمار ئېغىرراق ئاغرىۋاتقانلىقىنى ھېس قىلىدۇ. قان كراخمال فېرمىنتى دائىم 500 بىرلىكتىن ئارتۇق بولىدۇ. ئەگەر ئۆت يوللىرى كېسەللىكلىرى قوشۇلۇپ كەلسە، كىلىنىكىغا مۇناسىپ ئىپادىلىرى كېلىپ چىقىدۇ.

5.3.4.3 ـ ئۆت يوللىرى قۇرتى: ئاغرىش كۆپىنچە تۆش سۆڭەكىنىڭ ئاستىدا بولۇپ، خۇددى ئۇشكە بىلەن تېشىۋاتقاندەك كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئارىلاپ ئاغرىيدۇ. ئاغرىش ئېغىر، ئەمما بەدەن ئالامىتى يەڭگىل بولۇپ، چوڭ تەرەتتىن قۇرت كېلىدۇ ياكى قۇرت ياندۇرىدۇ.

5.3.5 ـ ئۆت يوللىرىدا قۇرت پەيدا بولۇش كېسەللىكىنى باشقا كېسەللىكلەردىن پەرقلەندۈرۈپ دىئاگنوز قويۇش:

5.3.5.1 ـ ئۆتكۈر ئۆت يەللىكى: توڭلاپ تىترەيدىغان بىمارلاردا كۆپرەك كۆرۈلىدۇ. بەدەن ئالامىتى ئۆت يولىغا قۇرت چۈشكەندىكىگە قارىغاندا ئېنىق. بەزىدە چوڭايغان ئۆتنى سىلاپ تەكشۈرگەندە بىلگىلى بولىدۇ.

5.3.5.2 ـ ئاشقازان سپازمىسى: كېسەللىك تۇيۇقسىز باشلىنىپ، قورساق مۇجۇپ ئاغرىيدۇ. بەزىدە تۆش سۆڭىكىنىڭ ئاستىدا يۇمشاق مۇنەكنى سىلاپ بىلىشكە بولىدۇ. ئاغرىق تېزلىك بىلەن پەسىيىدۇ.

5.3.5.3 ـ يۈرەك سانجىقى: ياشانغانلاردا كۆپرەك ئۇچرايدۇ. ئاساسەن كۆكرەك ئالدى ئاغرىش ئالامىتى كۆرۈلىدۇ. قان تومۇرلارنى كېڭەيتكۈچى دورىلارنى ئىشلەتكەندە كېسەللىك ئالامىتى تېزلىكتە كۆرۈنەرلىك ياخشىلىنىدۇ. يۈرەك توكى سىزىقى ئىپادىلىرى ئېنىق بولىدۇ.

5.3.6 ـ ئۆتكۈر ئۈچەي توسۇلۇش:

5.3.6.1 ـ نوقۇل ئۈچەي توسۇلۇش (单纯性肠梗阻): باشلىنىشى ئاستا بولۇپ، ئاغرىش ئېغىر بولمايدۇ. قورساق غولدۇرلاش (ئۈچەي ئاۋازى) كۈچلۈك بولۇپ، باسقاندا ئاغرىش ئورنى ئېنىق بولمايدۇ. قورساق پەردىسىنىڭ غىدىقلىنىش ئالامەتلىرى بولمايدۇ. پۈتۈن بەدەن ئەھۋالى ياخشى بولۇپ، قورساقنى پۇنكتسىيىلىك تەكشۈرگەندە قانلىق سۇيۇقلۇق بولمايدۇ.

5.3.6.2 ـ تولغىشىپ قېلىشتىن بولغان ئۈچەي توسۇلۇش (绞窄性肠梗阻): قورساق ئىنتايىن قاتتىق ئاغرىپ، قورساق كۆپۈش ئېغىرراق بولىدۇ. قورساقنى بېسىپ تەكشۈرگەندە ئورنى ئېنىق بولىدۇ. قورساق مۇسكۇللىرى قېتىۋالىدۇ. قاڭقىدىپ ئاغرىيدۇ. پۈتۈن بە-

دەنلىك زەھەرلىنىش ئالامەتلىرى ئېغىرراق بولىدۇ. قورساقنى پۇنكىتسىيىلىك تەكشۈرگەندە قانلىق سۇيۇقلۇق بولىدۇ.

5.3.7 ـ بالىياتقۇ سىرتىدا بولغان ھامىلدارلىقتىكى يېرىلىپ قاناش:

بالىياتقۇ سىرتىدا بولغان ھامىلدارلىقتىكى يېرىلىپ قاناشتا تۆۋەنكى قورساق قاتتىق ئاغرىشتىن سىرت، يەنە ئىچكى قاناشتىن بىشارەت بولىدۇ. يېقىنقى مەزگىلدە ھەيز كەلمىگەن ياكى ئۇزۇن ۋاقىت ھامىلدار بولمىغانلاردا مۇشۇ كېسەللىك بىلەن ئاغرىغانلىقىنى ئويلىشىش كېرەك. لېكىن بەزىدە ئۇزۇن ۋاقىت ئورۇن تۇتۇپ يېتىپ قېلىش قانىنىڭ قورساققا ۋە باشقا ئورۇنلارغا ئېقىپ كىرىشىدە قورساق بوشلۇقى ۋە باشقا ئويۇل ئەزالار (实质脏器出血) قاناشتەك ئەھۋاللار كۆرۈلۈپ، قورساقنىڭ ھەممە يېرىنى باسقاندا، ئاغرىش، قاتقىپ ئاغرىش، دىئافراگما غىدىقلىنىش، تاغاق ئاغرىش، قورساقنى پۇنكىتسىيىلىك تەكشۈرگەندە ياكى ئارقا گۇمبەزنى پۇنكىتسىيىلىك تەكشۈرگەندە قان ئۇيۇمايدۇ. بۇنىڭغا قاراپ ئىچكى ئەزا قانىغانلىقىنى ھۆكۈم قىلىشقا بولىدۇ.

5.3.8 ـ ئۇرۇقدان خالتىسى ئۆسمىسىنىڭ تولغىشىپ قېلىشى:

ئادەتتە تۆۋەنكى قورساقتا مۆنەكچە بارلىقى بىلىنىپ قورساق تۇيۇقسىز قاتتىق ئاغرىسا، ئاياللار كېسەللىكى بويىچە تەكشۈرگەندە قورساقنى تۇتقاندا مۆنەك ئۇرۇنىدۇ. بۇنىڭغا دىئاگنوز قويۇش قىيىن ئەمەس.

پايدىلانغان ماتېرىياللار

1 实用内科杂志.全国内科急重症学术研讨会讲习班专辑,1987年10月大连出版, p93～100

2 急救医学讲义.中国医学基金会,北京急救中心,1988年6月

内科医生遇到的急腹症

新医一附院急诊科 **艾山.艾里**

提要 本文简要说明急腹症的病理生理、胸腔、腹腔、腹膜及全身急腹症检查诊断程序、急腹症和常见几种外、妇科疾病鉴别诊断。

关键词 急腹症；鉴别诊断

ياشانغانلاردىكى يۈرەك كېسەللىكلىرىگە دورا ئىشلىتىشتە دىققەت قىلىدىغان ئىشلار

شىنجاڭ تىببىي شۆيۈەن 1 ـ دوختۇرخانىسى يۈرەك ئىچكى كېسەللىكلىرى بۆلۈمىدىن

مۇھەممەت ئابدۇرېھىم

مەزمۇن بۇ ماقالە ياشانغان كىشىلەرنىڭ مۇھىم فىزىئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشى، فارماكوگىنىتىكىلىك ئالاھىدىلىكى ۋە دورا بىلەن داۋالىنىش ئۇنۇمىنى خۇلاسلاپ بېرىش بىلەن بىللە، ياشانغاندا يۈرەك كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولغان كىشىلەرگە كۆپ ئىشلىتىلىدىغان دورىلارنى ئىشلىتىش ئۇسۇلى ۋە ئىشلىتىش جەريانىدا پەيدا بولىدىغان ئەكس تەسىرلەرنى قانداق بايقاش ھەم قانداق قىلىپ ئۇلارنىڭ ئالدىنى ئېلىشنى كىتابخانلارغا چۈشەندۈرۈپ بېرىدۇ.

ئاچقۇچ سۆز ياشانغانلاردىكى يۈرەك كېسەللىكى؛ توك فىزىئولوگىيىسى؛ دورا بىلەن داۋالاش

ياشانغانلارنىڭ كۆپىيىشىگە ئەگىشىپ، ھەر خىل يۈرەك كېسەللىكلىرىگە مۇپتىلا بولۇش نىسبىتىمۇ بارغانسېرى كۆپەيمەكتە. شۇنىڭ بىلەن بىللە، ھەر خىل دورىلارنىڭ ئىشلىتىلىشىمۇ كۆرۈنەرلىك كۆپەيدى. مەسىلەن، ئامېرىكىدا ھەر يىلى 65 ياشتىن ئاشقان كېسەللەرگە يېزىلغان رېتسېپنىڭ سانى 65 ياشقا توشمىغان كېسەللەرگە يېزىلغان رېتسېپ سانىدىن ئۈچ ھەسسە ئارتۇق بولماقتا. ئەنگلىيىدىكى ستاتىستىكىدا 30% دىن ئارتۇق دورىلار پۈتۈنلەي ياشانغان كېسەللەرگە ئىشلىتىلمەكتە. بەزىبىر كىشىلەر كۈنىگە ئۈچ خىلدىن بەش خىلغىچە دورا ئىشلىتىدىكەن. لېكىن ياشانغان كىشىلەرنىڭ مۇھىم ئورگانىزملىرىنىڭ قوبۇل قىلىش، ئاجرىتىپ چىقىرىش رولىنىڭ تۆۋەن بولۇشى سەۋەبلىك، نۇرغۇن دورىلار ياشانغان كىشىلەرنىڭ بەدىنىدە ھەر خىل ئەكس تەسىرلەرنى قوزغىماقتا. شۇڭلاشقىمۇ ھەر خىل يۈرەك كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولغان ياشانغان كىشىلەرگە نىسبەتەن دورىنى مۇۋاپىق ئىشلىتىش ھازىرقى مېدىتسىنا ئىلمى بويىچە ئېيتقاندا ئىنتايىن مۇھىم بىر مەسىلە بولۇپ قالدى.

ياشانغان كىشىلەردە بولىدىغان ئاساسلىق فىزىئولوگىيىلىك ئۆزگىرىش

ياشانغان كىشىلەرنىڭ ئاساسلىق ئورگانىزملىرىنىڭ ئورتاق فىزىئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشى ھۈجەيرىلەر سانىنىڭ ئازىيىشى، ئاق ئاقسىل مىقدارىنىڭ ئازىيىشى، ھۈجەيرە ئىچكى

بۇ ماقالە 1989 ـ يىل 9 ـ ئايدا تاپشۇرۇپ ئېلىندى

قىسمىدىكى سۇ تەركىبىنىڭ ئازىيىشى ۋە توقۇلمىلاردىكى قان ئايلىنىش مىقدارىنىڭ ئازىيىشىدىن ئىبارەت. مەسىلەن، بۆرەك تەنچە سانىنىڭ ئازىيىشى بۆرەكتىكى قان ئايلىنىش مىقدارىنى ئازايتىدۇ. نەتىجىدە بۆرەكنىڭ سۈزۈش، قوبۇل قىلىش، ئاجرىتىپ چىقىرىش رولىغا تەسىر يېتىدۇ.

يۈرەك قان تومۇر سىستېمىسى بويىچە ئېيتقاندا، ياشنىڭ ئېشىشىغا ئەگىشىپ يۈرەكنىڭ قان سىقىپ چىقىرىش مىقدارى ئازلايدۇ. يۈرەكنىڭ ئۇيغۇنلىشىشچانلىقى جىددىيلىشىشچانلىقىغا ماسلىشالمايدۇ. بېسىم قوبۇل قىلغۇچىنىڭ تەسىرچانلىقى ئاجىزلايدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا ياشانغان كىشىلەرنىڭ تومۇرىنىڭ ئېلاستىكىلىقى ئاجىزلايدۇ.

ھەزىم قىلىش سىستېمىسى بويىچە ئېيتقاندا، ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ ئاجرىتىلىپ چىقىرىلىشى ئازلايدۇ. ئاشقازان ئۈچەيدىكى قان ئايلىنىش مىقدارى ئازلايدۇ ۋە ئۇلارنىڭ ھەرىكىتى ئاجىزلايدۇ. جىگەرنىڭ ئېغىرلىقى تۆۋەنلەيدۇ. تەتقىقات نەتىجىسىگە قارىغاندا، جىگەردىكى قان ئايلىنىش مىقدارى ئىنسانلار يېشىنىڭ ئېشىشىغا تەتۈر تاناسىپ بولىدۇ. يەنى ئىنسانلارنىڭ يېشى ھەر بىر ياش ئاشقاندا جىگەردىكى قان ئايلىنىش مىقدارى 0.3%~1.5% تۆۋەنلەيدۇ.

نەپەس سىستېمىسى بويىچە ئېيتقاندا، ياشانغان كىشىلەرنىڭ كۆكرەك قەپىزىنىڭ ھەرىكەت رىتىمى ئاجىزلايدۇ. ئۆپكىدىكى قالدۇق گازنىڭ مىقدارى كۆپىيىدۇ. ئۆپكىنىڭ نەپەس سىغىمى كىچىكلەيدۇ. ئومۇمەن قىلىپ ئېيتقاندا، يۇقىرىقىلارنىڭ ھەممىسى ياشانغان كىشىلەرنىڭ بەدىنىدىكى مۇھىم ئورگانىزملارنىڭ فىزىئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشى بولۇپ، بۇ خىل ئۆزگىرىش دورىلارنىڭ سۈمۈرۈلۈش، تەسىر قىلىش، پارچىلىنىپ سىرتقا چىقىرىلىش قاتارلىق جەريانىغا ناھايىتى مۇھىم بولغان تەسىرلەرنى كۆرسىتىدۇ. شۇڭلاشقىمۇ ياشانغانلاردىكى يۈرەك كېسەللىكلىرىگە دورا ئىشلىتىشتە دورىلارنىڭ مىقدارىنى تەڭشەش كېسەلنى داۋالاپ ساقايتىشتا ئىنتايىن مۇھىم ئەھمىيەتكە ئىگە.

ياشانغانلاردىكى يۈرەك كېسەللىكلىرىگە ئادەتتە ئىشلىتىدىغان دورىلار

1 ـ Digoxinum (**地高辛**)

ئومۇمەن ئالغاندا، ياشانغان كىشىلەر ئورۇق، ئاجىز كېلىدۇ. قاننىڭ پۈتۈن ئورگانىزمغا تەكشى تارقىلىشى نورمال بولمايدۇ. ئەڭ ئاساسلىقى يۈرەك مۇسكۇلى تەدرىجىي چېكىنىدۇ (ئاتروپىيىلىشىدۇ). يۈرەكنىڭ رولى ئاجىزلايدۇ. شۇڭلاشقىمۇ ئاسانلا زەھەرلىنىپ قالىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، دورىنى ئىشلەتكەندە ئاز مىقداردا ئىشلىتىش لازىم. كۈندىلىك ئىشلىتىش مىقدارى 0.125mg دىن بىر ۋاقىتتىن ئىككى ۋاقىتقىچە ئىشلىتىلسە، ياخشى بولىدۇ. ئەڭ ياخشىسى ئىمكانىيەت بولسا، تەسىرى تېز، ئۈنۈمى ياخشى، ئەكس تەسىرى ئاز بولغان يۈرەك كۈچلەندۈرگۈچى دورىلارنى ئىشلەتكەن ياخشى. Cedilanid (西地兰): يۈرەك كۈچلەندۈرگۈچى بۇ خىل ئوكۇلنىڭ تەسىرى تېز، ئۈنۈمى يۇقىرى، ئەكس تەسىرى ئاز بولۇپ، ياشانغانلارغا ئەڭ مۇۋاپىق كېلىدۇ. ئىشلەتكەندە 0.1~0.2mg نى 10% لىك گلۇكوزىدىن 20ml غا ئارىلاشتۇرۇپ ۋېنادىن بىر قېتىمدىن ئىككى قېتىمغىچە ئىشلەتسە بولىدۇ. لېكىن شۇنى ئېسىمىزدە چوڭقۇر ساقلىشىمىز كېرەككى، بۇ خىل يۈرەك كۈچلەندۈرگۈچى ئوكۇل، دورىلارنى قاندىكى كالىينىڭ، ماگنىينىڭ مىقدارى ئاز بولغاندا ياكى

قـانـدىكى Digoxinum نىڭ مـىقـدارىـنـى كـۆپەيتكۈچـى دورىلار Verapamil (异搏定)، Quinidini (奎尼丁)، Amiodarone (胺碘酮) بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندە، ئاسانلا زەھەرلىنىش كېلىپ چىقىدۇ. ياشانغان كىشىلەردە كۆرۈلىدىغان زەھەرلىنىشنىڭ دەسلەپكى ئىپادىسى ھەر خىل تېپتىكى يۈرەك رىتىمسىزلىقى ۋە روھىي كېسەللىك ئالامىتى بولۇپ، كۆڭۈل ئاينىش، قۇسۇش زەھەرلىنىشنىڭ ئاخىرقى ئىپادىسى بولۇپ ھېسابلىنىدۇ.

2 ـ سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار

ياشانغان كىشىلەرگە سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلارنى ئىشلەتكەندە كۆپ ئارىلاپ ئىشلەتسە، ئۈنۈمى ياخشى بولىدۇ.

ئىشلىتىش جەريانىدا كالىينىڭ (K^+) ئازىيىپ كېتىشى، ناترىينىڭ (Na^+) ئازىيىپ كېتىشى شۇنداقلا بەدەندىكى قاننىڭ مىقدارى يېتىشمەسلىكتەك ئەكس تەسىرلەرگە قاتتىق دىققەت قىلىش كېرەك. سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار بەدەندىكى قاننىڭ مىقدارىنى ئازايتىۋېتىدۇ، شۇنداقلا ئەتراپتىكى تومۇرلارنىڭ قارشىلىقىنى بوشاشتۇرىدۇ. شۇڭلاشقا، بۇ خىلدىكى دورىلارنىڭ قان بېسىمىنى چۈشۈرۈش رولى ئىنتايىن ياخشى. بولۇپمۇ 双氢氯噻 DHCT ياشانغان كىشىلەرنىڭ قان بېسىمىنى داۋالاشتا ئەڭ ئالدى بىلەن ئىشلىتىدىغان دورىلارنىڭ بىرى بولۇپ ھېسابلىنىدۇ. يېنىك دەرىجىدىكى قان بېسىم كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولغۇچىلارغا DHCT دىن بىر كۈندە 12.5~25mg نى بىر قېتىم ئىشلەتسە ئۈنۈمى ياخشى، ئەكس تەسىرى ئاز بولىدۇ ياكى بولمايدۇ. بۇ خىل ئاز مىقداردىكى DHCT ياشانغان كىشىلەردە قاندىكى كالىينىڭ، ناترىينىڭ ۋە قاننىڭ مىقدارىنى ئازايتىۋېتىشتىن ئىبارەت ئەكس تەسىرنى ئاز پەيدا قىلىدۇ ياكى قىلمايدۇ. ئادەتتىكى ئەھۋال ئاستىدا ياشانغان كىشىلەرنىڭ بەدىنىدىكى كالىينىڭ مىقدارى ئاز بولىدۇ. شۇڭلاشقىمۇ ياشانغان كىشىلەرنىڭ يۈرىكى كالىي ئازلىقىغا ئىنتايىن سەزگۈر كېلىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، دورىنىڭ مىقدارىغا ئىنتايىن دىققەت قىلىش لازىم. ياشانغان كىشىلەرگە سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلارنى كۆپ ئىشلىتىش ئانچە مۇۋاپىق ئەمەس. ئەڭ ياخشىسى توختاپ ـ توختاپ، ئارىلاپ ـ ئارىلاپ ئىشلەتكەن ياخشى. ئەگەر بۇنداق قىلمىغاندا، يۇقىرىقى ئەكس تەسىرلەردىن باشقا، قاندىكى ماينىڭ مىقدارىنى ئاشۇرۇۋېتىدۇ. يەنى Cholesterin (胆固醇)، triglyceride (甘油三脂)، تۆۋەن زىچلىق ماي ئاقسىلى-قاتارلىقلارنى كۆپەيتىۋېتىدۇ. شۇنداقلا قاندىكى سۈيدۈك كىسلاتاسىنى كۆپەيتىۋېتىدۇ. نەتىجىدە يەللىك بوغۇم ئاغرىقىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

3. كالتسىينى (Ca^{++}) توسقۇچى دورىلار

3 ـ 1 ـ Nifedipinum (心痛定): بۇ دورا يۈرەك كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولغان ياشانغان كىشىلەرگە ئىنتايىن پايدىلىق. بۇ دورا يۈرەكنىڭ تاجتومۇرىنى كېڭەيتىدۇ. شۇنداقلا ئەتراپ ئارتېرىيىلەرنى كېڭەيتىدۇ. شۇڭلاشقىمۇ ياشانغان كىشىلەردىكى قان بېسىم كېسەللىكى، جىددىي قان بېسىم كېسەللىكى، يۈرەك سانجىقى، يۈرەك زەئىپلىكى قاتارلىق كېسەللىكلەرگە ئىنتايىن مۇۋاپىق. ئەكس تەسىرى ئىنتايىن ئاز، ئىشلەتكەندە 10mg دىن كۈنىگە ئۈچ قېتىمدىن تۆت قېتىمغىچە ئىشلەتسە بولىدۇ.

3 .2 ـ Verapamil ۋە Diltiazem(硫氮䓬酮): بۇ ئىككى خىل كالتسىيىنى توسىغۇچى دورىنىڭ ئەكس تەسىرى كۆپ، ياشانغانلارغا بىرىنچى رەتتىكى دورا قاتارىدا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. چۈنكى بۇ خىل دورىلار يۈرەك ھەرىكىتىنى ئاستىلىتىدۇ. يۈرەك مۇسكۇلىنىڭ قىسقىرىش كۈچىنى ئاجىزلاشتۇرىدۇ. شۇنداقلا سىنوسنىڭ رولىغا تەسىر قىلىدۇ. ھەتتا بەزىدە سىنوس توسۇلۇشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭلاشقا، ئۇلارنى ئىشلەتكەندە سىنوسنىڭ رولىغا، دالانچە، قېرىنچە تۈگۈنچىكىنىڭ رولىغا، يۈرەك مۇسكۇل ھەرىكىتىگە، يۈرەكنىڭ رولىغا قاراپ ئىشلىتىش كېرەك. چۈنكى، يۈرەك كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولغان ياشانغان كىشىلەرنىڭ كۆپ قىسمىنىڭ سىنوس ۋە دالانچە، قېرىنچە تۈگۈنچىكىدە يوشۇرۇن ھالدىكى قان يېتىشمەسلىك ۋە تەدرىجىي قايتىش بولىدۇ. ئەگەردە بۇ خىل دورىنى تەۋەككۈللەرچە ئىشلىتىدىغان بولساق، كۈتۈلمىگەن يامان ئەھۋاللار كېلىپ چىقىشى مۇمكىن. شۇڭلاشقا، بۇ خىل دورىنى ئىشلىتىش توغرا كەلسە، دىققەت بىلەن كۆزىتىش ئاساسىدا ئاز مىقداردا ئىشلەتسە بولىدۇ.

4 ـ β قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچى دورىلار

β ـ قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچى دورىلارنىڭ ئەكس تەسىرى ئىنتايىن كۆپ. شۇڭلاشقىمۇ يۈرەك كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولغان ياشانغان كىشىلەرگە نىسبەتەن ئاسانلىقچە ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. β ـ قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچى دورىلارنىڭ ھەممىسى قاندىكى Glyceride(甘油酯) نىڭ مىقدارىنى كۆپەيتىۋېتىدۇ. ئەكسىچە زىچلىق دەرىجىسى يۇقىرى بولغان ماي ئاقسىلنىڭ (高密度脂蛋白HDL－ch) مىقدارىنى ئازايتىۋېتىدۇ. شۇڭلاشقىمۇ قاندىكى قان ماي مىقدارى كۆپ بولغان كېسەللەرگە ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. ياشانغان كىشىلەر بۇ خىلدىكى دورىنى ھەرىكەتلىنىۋاتقان پەيتتە ئىشلەتسە، قان شېكىرى ئازىيىپ كېتىش كېسەللىكىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئۇنىدىن باشقا بۇ خىلدىكى دورىنى ئىشلەتكەندىن كېيىن قاندىكى كالىينىڭ مىقدارى كۆپىيىپ كېتىدۇ. شۇڭلاشقا بۇ خىلدىكى دورىنى سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندە يەنى DHCT دىن كۈنىگە بىر تالنى (25mg) قوشۇپ ئىشلەتكەندە، بۇ خىلدىكى ئەكس تەسىردىن ساقلانغىلى بولىدۇ. β ـ قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچى دورىلار بازىدۇپ كېسەللىكىگە ۋە خورۇم خۇمار ھۈجەيرە ئۆسمىسى (嗜铬细胞瘤)Pheochromocytoma كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولغان ياشانغان كىشىلەردە توساتتىن يۈرەك رىتىمى قالايمىقانلىشىش پەيدا بولسا، يەنى قېرىنچىلىق ئالدىن قىسقىراش، دالانچىلىق ئالدىن قىسقىراش ۋە دالانچە خاراكتېرلىك، قېرىنچە خاراكتېرلىك، تۇتقاقلىق يۈرەك ھەرىكىتىنىڭ تېزلىكى پەيدا بولسا، بۇنداق ھالدا β ـ قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچى دورىنى ئىشلەتسە، ئۈنۈمى ياخشى بولىدۇ. چۈنكى، بۇ خىلدىكى كېسەلنىڭ بەدىنىدە Catecholamine (儿茶酚胺) نىڭ مىقدارى كۆپ بولىدۇ. بۇ خىل ئېلېمېنت يۈرەك قېرىنچىسىنىڭ، دالانچىسىنىڭ قوزغىلىشچانلىقىنى كۈچەيتىۋېتىدۇ. نەتىجىدە يۈرەك دالانچە قېرىنچە غەيرىي قوزغاتقۇچى نۇقتىسى رېفلېكس پەيدا قىلىدۇ ـ دە، غەيرىي نورمال بولغان ھەر خىل يۈرەك رىتىمىنىڭ قالايمىقانلىشىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

ياشانغان كىشىلەردىكى يۈرەك مۇسكۇلى قېلىنلاشتىن پەيدا بولغان يۈرەك مۇسكۇل

كېسەللىكىگە نىسبەتەن β ـ قوبۇللىغۇچىنىڭ ئۈنۈمى ياخشى بولىدۇ. ئومۇمەن قىلىپ ئېيتقاندا، ياشانغان كىشىلەرنىڭ يۈرەك كېسەللىكلىرىگە نىسبەتەن β ـ قوبۇللىغۇچىنىڭ ئۈنۈمىگە قارىغاندا ئەكس تەسىرى كۆپ. بولۇپمۇ يوشۇرۇن خاراكتېرلىك يۈرەك رولى ياخشى بولمىغان كېسەللەرگە ئىشلەتكەندە، تېز ئارىدىلا يۈرەك زەئىپلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بەزىدە برونخىت خاراكتېرلىك زىققىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئەگەر ئىشلەتمەكچى بولغان كېسەلدە ئاشقازان ئاستى بېزى ھورمونىغا مۇناسىۋەتلىك شېكەر سىيىش كېسەللىكى بولسا، ھەرگىز ئىشلەتمەسلىك كېرەك. بۇنداق كېسەلگە قارىملىق بىلەن ئىشلىتىلىدىغان بولسا، نەتىجىدە قان شېكىرى ئازىيىپ كېتىش رېئاكسىيىسى پەيدا بولىدۇ ـ دە، كېسەللەردە كۆتۈلمىگەن خەتەرلىك ئاقىۋەتلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا β ـ قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچى دورىلار يۈرەكنىڭ قان سىقىپ چىقىرىش مىقدارىنى ئازايتىۋېتىدۇ. شۇڭلاشقا، ياشانغان كېسەللەردە تۆۋەن قان بېسىم كېسەللىكى، يۈرەككە قان يېتىشمەسلىك ئەھۋالىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. نەتىجىدە بۆرەكنىڭ رولىغا تەسىر يەتكۈزىدۇ. بولۇپمۇ يوشۇرۇن خاراكتېرلىك يۈرەك رولى ياخشى بولمىغان كېسەللەرگە ئۇزاق ۋاقىت ئىشلىتىلىدىغان بولسا، يۈرەكنىڭ زەئىپلىشىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن. ئومۇمەن قىلىپ ئېيتقاندا، β ـ قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچى دورىلارنى يۈرەك كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولغان ياشانغان كىشىلەرگە ئىشلىتىلىدىغان بولسا، ئۇنىڭدىن ئەكس تەسىرى كۆپرەك بولىدۇ. شۇڭلاشقا، بىرىنچى رەتتىكى دورا قاتارىدا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ.

5 ـ Captopril (巯甲丙脯酸)

بۇ بىر خىل يېڭى تىپتىكى قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورا بولۇپ، فىزىئولوگىيىلىك ئالاھىدىلىكى بولسا، تومۇرنى جىددىيلەشتۈرگۈچى ئېلېمېنت I نىڭ ئۆزگەرتكۈچى پېگمېنتىنى توسقۇچى بولۇپ، ياشانغان كىشىلەردىكى قان بېسىم كېسەللىكىنى، يۈرەك زەئىپلىشىشنى، بۆرەك خاراكتېرلىك، بۆرەك قان تومۇرى خاراكتېرلىك قان بېسىم كېسەللىكىنى داۋالاشتا ئۈنۈمى ياخشى، ئەكس تەسىرى ئاز بولغان دورىلارنىڭ بىرىدۇر. ھەممىمىزگە مەلۇمكى، ياشانغان كىشىلەرنىڭ قان بېسىم كېسەللىكىنى داۋالاشتا ئەڭ ئالدى بىلەن سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار، ئىشلىتىلەتتى. ئۇنىڭدىن كېيىن β ـ قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچى دورىلار ياكى مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىغا تەسىر قىلىش ئارقىلىق قان بېسىمىنى چۈشۈرگۈچى دورىلار، يەنى Methyldopa (甲基多巴) ئىشلىتىلەتتى. لېكىن بۇ خىل β ـ قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچى دورىلار ۋە مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىغا تەسىر قىلغۇچى دورىلارنىڭ مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىنى تىزگىنلەش تەسىرى ئىنتايىن كۈچلۈك بولۇپ، ياشانغان كېسەللەرگە ئىشلىتىلگەندىن كېيىن كېسەللەردە ئەس ـ ھوشى ئاجىزلاش، دىققەتنى مەركەزلەشتۈرەلمەسلىك، سەزگۈرلۈكى تۆۋەنلەپ كېتىش قاتارلىق ئەكس تەسىرلەرنى قوزغايدۇ. لېكىن Captoprilنىڭ بۇ خىلدىكى ئەكس تەسىرى يوق بولۇپ، ياشانغانلارغا ئىشلىتىلگەندىن كېيىن كېسەللەرنىڭ روھىدا ئۆزگىرىش بولمايدۇ، ئەكسىچە، ياشانغانلارنىڭ روھىنى، ھەرىكەت قۇۋۋىتىنى، تۇرمۇش ساپاسىنى ياخشىلايدۇ. ياشانغان كېسەللەرنىڭ كۆپىنچە بۆرىكىنىڭ رولى ياخشى بولمايدۇ. يۈرەكنىڭ رولى ياخشى بولمايدۇ.

شۇنداقلا برونخىت كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولۇش نىسبىتىمۇ كۆپ بولىدۇ. شۇڭلاشقا، β لىق قوبۇللىغۇچىنى توسقۇچلى دورىلارنى ئىشلەتكەندىن كېيىن كۆپ ھاللاردا كېسەللىكنى ئېغىرلاشتۇرىدۇ. Captoprilنىڭ يۈرەك زەئىپلىشىشكە تەسىرى ئىنتايىن ياخشى بولۇپ، برونخىت كېسەللىكىگە نىسبەتەن ھەرگىز ئەكس تەسىرى يوق. شۇڭلاشقا، ياشانغانلارغا داۋاملىق ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ئىشلەتكەندە يالغۇز ئىشلەتسىمۇ، بولىدۇ. ئەگەر سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلار بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندە ياشانغانلارنىڭ قان بېسىم كېسەللىكىنى داۋالاشتا ئۈنۈمى ئىنتايىن ياخشى بولىدۇ. ئىشلىتىش مىقدارى كۈنىگە 12.5 mg دىن ئىككى - ئۈچ قېتىم ئىشلەتسە، ئۈنۈمى ياخشى. ئەكس تەسىرى ئاز بولىدۇ. لېكىن بەزىبىر كىشىلەردە ئۇخشىمىغان ھالدىكى ئەكس تەسىرلەرنى قوزغايدۇ. كۆپ ئۇچرايدىغان ئەكس تەسىرلەر: (1) بەزى كىشىلەردە سىنوسلۇق يۈرەك رىتىمىنى ئاستىلىتىپ قويىدۇ. لېكىن دورا توختىتىلغاندىن كېيىن يۈرەك رىتىمى دەرھال ئەسلىگە كېلىدۇ. (2) بەزى ھالەتلەردە قان بېسىمنى تېز چۈشۈرۈۋېتىدۇ. بولۇپمۇ قان پلازمىسىدىكى renin (血管紧张肽原酶) نىڭ مىقدارى كۆپ بولغان يۈرەك زەئىپلىكى ۋە قان بېسىم كېسەللىكىگە ئىشلىتىلسە قان بېسىمنى ناھايىتى تېز چۈشۈرۈۋېتىپ، كۈتۈلمىگەن يامان ئاقىۋەتلەرنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. (3) بەزىبىر كېسەللەرنىڭ ئاق قان دانچىسىنى ئازايتىۋېتىدۇ. (4) بۆرەكنىڭ رولى ياخشى بولمىغان بۆرەك خاراكتېرلىك قان بېسىم كېسەللىكىگە ئىشلىتىلسە، بۆرەكنىڭ يۈكىنى تېخىمۇ ئېغىرلاشتۇرىدۇ. شۇڭلاشقىمۇ قاندىكى Cr (肌酐) نىڭ مىقدارى كۆپ بولغان كېسەللەرگە ئامالنىڭ بېرىچە ئىشلەتمەسلىك كېرەك. (5) بەزى كىشىلەردە تىل جاراھىتى پەيدا قىلىدۇ. ئەنگلىيىلىك Nicholls نىڭ خەۋەر قىلىشىچە، يۈرەك زەئىپلىكى بولغان بىر كېسەلگە بۇ دورىنى ئىشلەتكەندىن كېيىن كېسەلدە تىل يارىسى پەيدا بولغان، دورىنى توختاتقاندىن كېيىن تىل يارىسى ئۆزلۈكىدىن ساقىيىپ كەتكەن. قايتىدىن دورا ئىشلەتكەندىن كېيىن تىل يارىسى قايتىلانغان. (6) بەزى كىشىلەردە ئەسۋە پەيدا قىلىدۇ. بۇ خىل ئەكس تەسىر بۇ دورىنىڭ ئەڭ كۆپ پەيدا قىلىدىغان ئەكس تەسىرى بولۇپ، كۆپ ھاللاردا دورا ئىشلىتىلىپ بىر ھەپتىدىن - تۆت ھەپتىگىچە بولغان ئارىلىقتا پەيدا بولىدۇ.

6 - Hydralazine (肼苯酞嗪)

بۇ قىزىل قان تومۇرنى بىۋاستە كېڭەيتكۈچى بىر خىل دورا بولۇپ، ياشانغان كىشىلەردىكى قان بېسىم كېسەللىكى، يۈرەك زەئىپلىشىشنى داۋالاشتا بىر قەدەر كۆپ ئىشلىتىلىدۇ. بۇ دورىنىڭ شىپالىق ئۈنۈمى ياخشى، ئەكس تەسىرى ئاز بولۇپ، كۆپ ھاللاردا نىتراتلىق دورىلار بىلەن قوشۇپ ئىشلىتىلسە، ياخشى ئۈنۈم بېرىدۇ.

ئىشلىتىش ئۇسۇلى: يۈرەك زەئىپلىكى بولغان كىشىلەرگە ئىشلەتكەندە دەسلەپكى قېتىم كۈنىگە 100 ~ 400mg ئىشلىتىلىدۇ. ئەگەر ئۈنۈمى ياخشى بولمىسا، مىقدارىنى كۆپەيتىپ، كۈنىگە 200mg دىن ئۈچ قېتىم ئىشلىتىشكە بولىدۇ. ياشانغان كىشىلەرنىڭ قان بېسىم كېسەللىكىنى داۋالاشتا دورا مىقدارىنى ئازايتىپ ئىشلىتىش كېرەك. كۆپ ھاللاردا كۈنىگە 400mg ~ 100 دىن

ئىشلەتسە، ئۈنۈمى ياخشى، ئەكس تەسىرى ئاز بولىدۇ.

بۇ دورىنىڭ كۆپ ئۇچرايدىغان ئەكس تەسىرى: (1) يۈرەك رىتىمىنى تېزلىتىۋېتىدۇ. بەزىبىر تاجتومۇر يۈرەك كېسەللىرىگە ئىشلىتىلگەندە بەزى ھاللاردا يۈرەك سانجىقىنى ھەتتا يۈرەك تىقىلمىسىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. β ـ قوبۇللىغۇچىنى توسىغۇچى دورىلار بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندە بۇ خىل ئەكس تەسىردىن ساقلانغىلى بولىدۇ. (2) بەزى ھاللاردا نىتراتلىق دورىلار، يەنى (消心痛) Isosorbidi Dinitras بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندە بەدەن ھالىتى خاراكتېرلىك قان بېسىمى تۆۋەنلەپ كېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. (3) بەزى ھاللاردا ئەتراپ نېرۋا كېسەللىكىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. يەنى پۇت-قوللارنىڭ سەزگۈرلۈكى تۆۋەنلەپ كېتىدۇ، ئۇيۇشىدۇ، سانجىلىپ ئاغرىيدۇ. بۇ خىل ئەھۋال دورىنىڭ كۈندىلىك ئىشلىتىش مىقدارى 200mg دىن ئېشىپ كەتكەندە پەيدا بولىدۇ. دورا توختىتىلغاندىن كېيىن ياكى مىقدارى ئازايتىلغاندىن كېيىن بۇ خىل ئەكس تەسىرى يوقىلىدۇ.

(哌唑嗪) prazosin ـ7

بۇ α ئادرېنالىن (α 肾上腺素) نىڭ تەسىرىنى توسىغۇچى بىر خىل دورا بولۇپ، كىچىك قىزىل قان تومۇرنى كېڭەيتىش ئارقىلىق يۈرەك ئارقا بېسىمىنى تۆۋەنلىتىدۇ. كىچىك كۆك قان تومۇرنى كېڭەيتىش ئارقىلىق يۈرەكنىڭ ئارقا بېسىمىنى چۈشۈرىدۇ. بۇ خىل دورا ياشانغانلاردىكى قان بېسىم كېسەللىكىنى، يۈرەك زەئىپلىكىنى داۋالاشقا ئىشلىتىلىدۇ. لېكىن، بىرىنچى رەتتىكى دورا قاتارىدا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. چۈنكى بۇ خىل دورا بەزى ۋاقىتلاردا بەزىبىر كىشىلەردە دەسلەپكى مىقدار كەلتۈرۈپ چىقارغان يىغىندى كېسەللىك ئالامىتىنى پەيدا قىلىدۇ (首次剂量综合症). يەنى باش قېيىش، قان بېسىمى تۆۋەنلەپ كېتىش، ئايلىنىپ كېتىش ۋە باشقىلار. ئەگەر بۇ خىل ئەھۋال ياشانغان كىشىلەردە پەيدا بولسا، ياشانغانلارنىڭ سالامەتلىكىگە ئېغىر زىيانلارنى كەلتۈرىدۇ. شۇڭلاشقا، دىققەت قىلىپ ئىشلىتىش كېرەك.

دەسلەپكى مىقدار كەلتۈرۈپ چىقارغان يىغىندى كېسەللىك ئالامىتىنىڭ ئالدىنى ئېلىش ئۈچۈن، تۆۋەندىكى ئىشلارغا دىققەت قىلىش كېرەك: (1) بۇ خىل دورىنى ئىشلىتىشتىن بىر كۈن ئىلگىرى سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلارنىڭ ھەممىسىنى توختىتىش لازىم. (2) دەسلەپكى قېتىم بېرىلىدىغان دورا ئەڭ ياخشىسى ئۇخلاشتىن بۇرۇن بېرىلىشى كېرەك. بۇنداق ئىشلەتكەندە بەدەن ھالىتى خاراكتېرلىك قان بېسىم تۆۋەنلەپ كېتىشتىن ساقلانغىلى بولىدۇ. (3) دەسلەپكى ئىشلىتىش مىقدارى 0.5 ~ 1mg بولۇش كېرەك. 1151 نەپەر كېسەلگە مۇشۇ ئۇسۇلدا دورا ئىشلەتكەندە، بىر كېسەلدىمۇ دەسلەپكى مىقدار كەلتۈرۈپ چىقارغان كېسەللىك ئالامىتى كۆرۈلمىگەن.

(奎尼丁) Qninidini ـ8

بۇ يۈرەك رىتىمىنىڭ قالايمىقانلىشىشىنى توسىغۇچى بىر خىل دورا بولۇپ، كلىنىكىدا كۆپ ئىشلىتىلىدۇ. بۇ خىل دورىنى Digitalis (地高辛) بىلەن قوشۇپ ئىشلەتكەندە Digitalis نىڭ قاندىكى مىقدارىنى ئاشۇرۇۋېتىدۇ. نەتىجىدە ئاسانلا Digitalis بىلەن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ

چىقىرىدۇ، شۇڭلاشقا، بۇ خىل دورىنى يۈرەك ئۆتكۈزۈشچانلىقىنىڭ توسالغۇغا ئۇچراش كېسەللىكىگە، يۈرەك زەئىپلىشىش كېسەللىكىگە، قان بېسىم تۆۋەن بولغان كېسەللەرگە ۋە قاندىكى كالىيىنىڭ (K^+) مىقدارى ئاز بولغان كېسەللەرگە ئىشلىتىشكە بولمايدۇ.

9 ـ Disopyramide (双异丙吡胺)

بۇ يۈرەك رىتىمىنىڭ قالايمىقانلىشىشىنى توسىغۇچى تەسىرى بىر قەدەر كۈچلۈك بولغان بىر خىل دورا بولۇپ، ياشانغان كېسەللەرگە نىسبەتەن كۆزىتىش ئاساسىدا ئىشلەتسە ئۈنۈمى ياخشى بولىدۇ. لېكىن تۆۋەندىكى ئەھۋاللاردا ئىشلەتمەسلىك كېرەك ياكى دورىنى توختىتىش كېرەك: (1) يۈرەك زەئىپلىكى بولغان كىشىلەرگە ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. (2) يۈرەك ئۆتكۈزۈشچانلىقى توسالغۇغا ئۇچرىغان كېسەللەرگە ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. (3) مەزى بېزى يوغىناپ كەتكەن (前列腺肥达症) ياشانغان كىشىلەرگە ياكى شېكەر سىيىش كېسەللىكىگە مۇپتىلا بولغان كىشىلەرگە بۇ خىل دورىنى ئىشلەتسە، ئاسانلا سىيەلمەس قىلىپ قويىدۇ. (4) بەزىبىر كېسەللەرنىڭ كۆزىنىڭ كۆرۈش قۇۋۋىتىنى تۆۋەنلىتىۋېتىدۇ. بۇ خىل ئەكس تەسىر دورا ئىشلىتىپ 48 سائەت ئىچىدە پەيدا بولىدۇ. بۇ خىل ئەكس تەسىر پەيدا بولغاندا دورىنى توختاتماي بەلكى دورىنىڭ مىقدارىنى ئازايتىش كېرەك. دورىنىڭ مىقدارى ئازايتىلغاندىن كېيىن بۇ خىل ئەكس تەسىر ئاستا ـ ئاستا يوقىلىدۇ.

ئىشلىتىش ئۇسۇلى: (1) ۋېنادىن ئوكۇل قىلىپ ئىشلىتىش. بىر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقىغا 1.5 mg دىن ھېسابلاپ ۋېنادىن ئاستا ئوكۇل قىلىش كېرەك. ماتېرىياللاردىن قارىغاندا، ئامېرىكىدا بۇ خىل دورىنى ئاساسىي جەھەتتىن ۋېنادىن ئوكۇل قىلىپ ئىشلەتمەيدىكەن. (2) ئېغىزدىن ئىستېمال قىلىش، كۆپ ھاللاردا كېسەللەرگە 100~200mg دىن ئۈچ ـ تۆت قېتىم ئىشلىتىلىدۇ.

10 ـ lidocaini (利多卡因)

ياشانغان كىشىلەرنىڭ بەدىنىدە بۇ دورىنىڭ پارچىلىنىپ سىرتقا چىقىرىلىش جەريانى ئىنتايىن ئۇزۇن بولۇپ، ئەگەر ۋېنادىن ئوكۇل قىلىنغان مىقدارى ئارتۇق بولۇپ كەتسە، ياشانغان كىشىلەردە ئاسانلا ئۇيقۇچان بولۇپ قېلىش، ئايلىنىپ كېتىش، تارتىشىپ قېلىش، قالايمىقان سۆزلەش، يۈرەك رىتىمى ئاستىلاپ قېلىش ھەتتا يۈرەك توختاپ قېلىش قاتارلىق ئەكس تەسىرلەرنى قوزغايدۇ. شۇڭلاشقا، ياشانغانلارغا ئىشلەتكەندە دورا مىقدارىغا ئىنتايىن دىققەت قىلىش كېرەك. ياشانغان كىشىلەرگە ئىشلەتكەندە ئاز مىقداردىن ئىشلەتكەندە ئۈنۈمى ياخشى، ئەكس تەسىرى ئاز بولىدۇ.

11 ـ Amiodarone

بۇ ئۈنۈمى ئىنتايىن ياخشى، ئەكس تەسىرى كۆپ بولغان بىر خىل دورا بولۇپ، كىلىنىكىدا دالانچىلىق، قېرىنچىلىق، قېرىنچە ـ دالانچە تۈگۈنچە خاراكتېرلىك يۈرەك رىتىمىنىڭ قالايمىقانلىشىشىنى داۋالاشتا ئىشلىتىلىدۇ. ياشانغان كېسەللەرگە بىرىنچى رەتتىكى دورا قاتارىدا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. بۇ خىل دورىنىڭ بەدەندە پارچىلىنىپ سىرتقا چىقىرىلىش جەريانى ئۇزۇن بولۇپ، ئادەتتە 40~35 كۈن بولىدۇ. يۈرەك يوغىناپ

كەتكەن، يۈرەك زەئىپلىكى بولغان كىشىلەرگە ئىشلەتكەندە، ئاسانلا ئەكس تەسىر قوزغايدۇ. شۇڭلاشقا، ئىنتايىن دىققەت قىلىش كېرەك.

كۆپ ئۇچرايدىغان ئەكس تەسىرلەر: (1) ھەزىم قىلىش سىستېمىسى بويىچە ئېلىپ ئېيتقاندا، قۇسۇش، كۆڭۈل ئاينىش كۆپ ئۇچرايدۇ. (2) بۇ خىل دورىنى ئۇزۇن مۇددەت ئىشلەتكەندە بەزىبىر كېسەللەردە قالقان بەز (甲状腺) نىڭ رولىنى كۈچەيتىۋېتىدۇ ياكى ئاجىزلاشتۇرۇۋېتىدۇ. (3) بەزىدە ئۆپكىنى تالالاشتۇرۇپ قويىدۇ. (4) بەزىدە يۆنىلىشنىڭ جىددىي ئۆزگىرىش تۈپەيلىدىن (扭转性室速) يۈرەكنىڭ ھەرىكىتىنىڭ قىرىنچىلىق تۇتقاقلىق تېزلىشىپ كېتىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. (5) بەزىدە دالانچە-قېرىنچە ئۆتكۈزۈشچانلىقىنىڭ تولۇق توسۇلۇشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇڭلاشقىمۇ ياشانغان كېسەللەرگە بىرىنچى رەتتىكى دورا قاتارىدا ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. ئىشلىتىش توغرا كەلگەندە ئاز مىقداردىن كۆزىتىش ئاساسىدا ئىشلىتىش كېرەك.

ئىشلىتىش ئۇسۇلى: (1) ۋېنادىن ئوكۇل قىلىش. بىر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقىغا (5mg/1kg)5mg دىن ھېسابلاپ، 20ml گلۇكوزا سۇيۇقلۇقىغا ئارىلاشتۇرۇپ ۋېنادىن ئاستا-ئاستا ئوكۇل قىلىش كېرەك.

(2) ئېغىزدىن ئىستېمال قىلىش: ياشانغان كىشىلەرگە ئىشلەتكەندە 100~200mg دىن كۈنىگە بىر قېتىمدىن ئىككى قېتىمغىچە ئىشلەتسە، بىر قەدەر بىخەتەر بولىدۇ.

12- Isosorbidi Dinitrals (消心痛)

بۇ ئۈنۈمى ياخشى، ئەكس تەسىرى ئاز بولغان بىر خىل تومۇر كېڭەيتكۈچى دورا بولۇپ، ياشانغان كېسەللەرنىڭ يۈرەك سانجىقى، يۈرەك زەئىپلىكى قاتارلىق كېسەللىكلىرىنى داۋالاشقا ئىشلىتىلىدىغان بىرىنچى رەتتىكى دورىلارنىڭ بىرى. لېكىن ياشانغان كىشىلەرنىڭ بەدىنىدىكى قان مىقدارى ياشلارنىڭكىدىن ئاز بولۇپ، دورا بەدىنىدىكى بارلىق كىچىك ۋېنالارنى كېڭەيتىپ، ۋېنادىكى قاننىڭ نورمال ھالەتتە يۈرەككە قايتىش مىقدارىنى ئازلىتىدۇ. شۇڭلاشقا، ياشانغان كىشىلەر بۇ خىل دورىنى ئىشلەتكەندىن كېيىن بەزى ۋاقىتلاردا قان بېسىم تۆۋەنلەپ مېڭىگە قان يېتىشمەي قالىدۇ، شۇڭلاشقا، بۇ دورىنى ياشانغان كىشىلەرگە ئىشلەتكەندە ئاز مىقداردىن ئىشلىتىش لازىم. ئەڭ ياخشىسى دورا ئىچكەندە ئولتۇرۇپ ياكى يۆلىنىپ ئولتۇرۇپ ئىچىش كېرەك. دورا ئىچىپ بولغاندىن كېيىن يېتىۋېلىش كېرەك.

ئىشلىتىش ئۇسۇلى: ياشانغان كىشىلەر ئىشلەتكەندە 5mgدىن كۈنىگە 3~2 قېتىم ئىشلەتسە، ياخشى بولىدۇ.

参 考 文 献

1 A.shneewecis（美国）心血管疾病内科治疗学．第一版，北京人民出版社1988年10月

2 Edward. K. chung现代心血管病精荟．第一版，河北科学技术出版社1985年9月 331～339

3 罗雪琚．心血管病学进展1988；（2）：7～10

4 李祖兴．心血病学进展1989；（2）：1～5

(داۋامى 55-بەتتە)

نېرۋا سىستېمىسى كېسەللىكلىرىدە مەخسۇس ئىشلىتىلىدىغان بىر قىسىم ئالاھىدە دورىلارنى تونۇشتۇرۇش

شىنجاڭ تىببىي شۆبىسى 1 - دوختۇرخانىسى نېرۋا ئىچكى كېسەللىكلەر بۆلۈمىدىن

مەھەممەت سۇلتان

بىرىنچى. Sermion (脑通). يەنە بىر ئىسمى Nicergoline (麦角溴烟脂).

مەزمۇن: Sermion بولسا ئىتالىيىنىڭ ERBA دورا زاۋۇتى ئىشلەپچىقارغان، Ergotoxin (麦角毒硷) نىڭ ھىدروگېنلىق بىرىكمىسىمان دورىنىڭ يېڭى بىر ئەۋلاد مەھسۇلاتى بولۇپ، Dopamin (多巴胺) قابىلىيەتلىك نېرۋا ئۆتكۈزگۈچى ماددىنى ئالماشتۇرۇش رولىنى كۈچەيتىدۇ. نېيرونلارنىڭ ماددا ئالمىشىشىنى ۋە پائالىيىتىنى ئاشۇرىدۇ. دۆتلۈكنى ئۆز ئىچىگە ئالغان ھالدا ئاستا خاراكتېرلىك مېڭە ئىقتىدارى يېتەرسىزلىكىگە قارىتا روشەن ھالدا ياخشى ئۈنۈم بېرىدۇ. زەھەرلىك ۋە قوشۇمچە تەسىرى يوق دېيەرلىك.

ئاچقۇچ سۆز: ئاستا خاراكتېرلىك مېڭە ئىقتىدارى يېتەرسىزلىكى؛ دۆتلۈك؛ نېرۋا ئۆتكۈزگۈچ ماددا؛ Dopamin؛ ماددا ئالمىشىش

1 - Sermion نىڭ فارماكولوگىيىلىك رولى ۋە تەسىر قىلىش مېخانىزمى، ئىشلىتىلىشى

1.1 - Sermion مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ ماددا ئالمىشىشىنى كۈچەيتىپ، قاندىكى ئوكسىگېن ۋە گلۇكوزىنىڭ ئىشلىتىلىشىنى ئاشۇرىدۇ. ئەقلى بۇزۇلۇش ۋە ئاستا خاراكتېرلىك مېڭە ئىقتىدارى يېتەرسىزلىكىنىڭ ئالامەتلىرىنى ياخشىلايدۇ. ئاستا خاراكتېرلىك مېڭە ئىقتىدارى يېتەرسىزلىكى بىر خىل نېيرونلارنىڭ قېرىش ۋە ماددا ئالمىشىشى بۇزۇلۇشتىن كېلىپ چىققىدىغان نەتىجىدىن ئىبارەت بولۇپ، بۇنىڭ ئالامەتلىرى ئاساسەن:

بەدەن ئالامەتلىرى: باش ئايلىنىش، قۇلاق ۋىڭىلداش، باش ئاغرىش، كۆرۈش قۇۋۋىتى ناچارلىشىش؛

ئەقلىسىزلىك ئالامەتلەر: دىققەتنى يىغالماسلىق، سەزگۈرلۈكى تۆۋەنلەش، ئەستە قالدۇرۇش - خاتىرە ناچارلىشىش، خىزمەت ئۈنۈمى تۆۋەنلەش؛

روھىي كەيپىياتىنىڭ قالايمىقانلىشىشى: غەمكىنلىك، تەشۋىش، مىجەزى ئۆزگىرىشچان، ئۆزىنى باشقۇرالمايدىغان، ئەتراپ مۇھىتقا قارىتا بىپەرۋالىق قاتارلىق.

يۇقىرىقى ئالامەتلەر نورمال قېرىش جەريانىدىن ئىبارەت بولۇپ، داۋاملىق تەرەققىي قىلغاندا، «قېرىلىق دۆتلۈكى» گە ئېلىپ بارىدۇ.

ئەگەر مېڭە ئىقتىدارى يېتەرسىزلىكىنىڭ ئەسلىگە كېلىشىنى خالايدىكەنمىز، ئۇنداقتا

بۇ ماقالە 1990 - يىل 2 - ئايدا تاپشۇرۇپ ئېلىندى

نېۋرونلارنىڭ نورمال پائالىيىتىنى ئەسلىگە كەلتۈرۈش، نېۋرونلارنىڭ ماددا ئالمىشىش بۇزۇلۇشىنى چوقۇم تۈزەش لازىم. ئۇنداقتا Sermion مۇشۇ جەھەتتىكى ئۈنۈمى ياخشى يېڭى دورا ھېسابلىنىدۇ.

2. 1 ـ Sermion نېرۋونلارنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئىلگىرى سۈرۈپ، مېڭىدىكى Dopamin كونسىنتراتسىيىسىنى ئاشۇرىدۇ. Dopamin نىڭ نورمال ئالمىشىش پائالىيىتىنى ئىلگىرى سۈرۈپ، نېۋرونلارنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئۈنۈملۈك غىدىقلاش بىلەن روھىي ۋە كەيپىيات جەھەتتىكى غەيرى نورماللىقنى ياخشىلايدۇ. Dopamin بولسا ئەڭ مۇھىم نېرۋا ئۆتكۈزگۈچ ماددىدۇر. ئۇ سىنتېز قىلىنغاندىن كېيىن ئۈزلۈكسىز ھالدا ساقلىنىش، قويۇۋېتىلىش، قوبۇللىنغۇچ بىلەن بىرىكىپ ئۆز رولىنى جارى قىلدۇرۇش، قايتىدىن سۈمۈرۈلۈش، پارچىلىنىش، بىرىكىش قاتارلىق دەۋرلىنىش ئارقىلىق ئۆتكۈزگۈچ ـ يەتكۈزگۈچ پائالىيىتىنى ئادا قىلىپ، ھەر خىل مېڭە پائالىيىتىنىڭ نورمال ئىشلىشى جەريانىدا مۇھىم رول ئوينايدۇ. ئەگەر مېڭىدىكى ئۆتكۈزگۈچ ماددىلاردا ماددا ئالمىشىش نورمال بولمىغاندا، مېڭە ئىقتىدارى تەسىرگە ئۇچراپ، دۆتلۈك كېلىپ چىقىدۇ. Sermion نى ئىشلەتكەندىن كېيىن Dopamin ۋە باشقا ئۆتكۈزگۈچ ماددىلارنىڭ كونسىنتراتسىيىسى كۆچىيىپ، Dopamin نىڭ ماددا ئالمىشىشى ياخشىلىنىپ، نېرۋىلارنىڭ ئۆتكۈزۈش پائالىيىتى كۈچىيىپ، نېۋرونلارنىڭ قېرىش ھادىسىسى ياخشىلىنىدۇ.

3. 1 ـ Sermion مېڭە ئاقسىل ماددىلىرىنىڭ بىئوخىمىيىلىك بىرىكىش جەريانىنى روشەن ھالدا ئىلگىرى سۈرىدۇ. ئاقسىلنىڭ بىرىكىشى (سىنتېز) خاتىرە ـ ئەستە قالدۇرۇش، ئۆگىنىش پائالىيىتى بىلەن زىچ مۇناسىۋەتلىك. نېۋرونلار قېرىشقا يۈزلەنگەندە ئاقسىلنىڭ بىرىكىشى ئاجىزلايدۇ. ئاقسىل بىرىكىشىنىڭ ياخشىلىنىشى مېڭە ئىقتىدارى يېتەرسىزلىكىنى داۋالاشتا مۇھىم رول ئوينايدۇ. ھايۋانات ئۈستىدە ئېلىپ بېرىلغان تەتقىقات نەتىجىسى شۇنى ئىسپاتلىدىكى، ھايۋانغا ئالتە ھەپتە Sermion ئىشلەتكەندىن كېيىن ئامىنوكىسلاتالارنى ئۆلچەپ تەكشۈرگەندە مېڭىدە ئاقسىلنىڭ ھاسىل بولۇشى 49% ئاشقان. چاشقانلارنى ئوبيېكت قىلىپ دورىلارنىڭ مېڭە ھۈجەيرىلىرىدە ئاقسىلنىڭ ماددا ئالمىشىشى ۋە يادرو كىسلاتاغا بولغان تەسىرى ھەققىدە تەتقىقات ئېلىپ بارغاندا، Sermion نىڭ مېڭىدە ئاقسىلنى بىئوخىمىيىلىك سىنتېز قىلىش قابىلىيىتى باشقا دورىلارنىڭكىدىن ئېشىپ چۈشكەن.

(بېشى 53 ـ بەتتە)

老年心脏病用药应注意事项

新医一附院心内二科 **卖买提.阿不都热衣木**

提要 本文首选总结了老年人重要生理变化，药物动力学特点及老年药效学特点，然后重点阐述了老年心脏病常用药物的应用，用药过程中易产生的付作用及其预防处理措施。

关键词 老年心脏；病电生理；药物治疗

4 . 1 ـ Sermion مېڭە ئىقتىدارى ئاجىزلاش ئالامەتلىرىنى ئومۇمىيۈزلۈك ياخشىلاپ، كۆپىنچە كېسەللىكلەرنىڭ ئالامەتلىرىنى تۈگىتىدۇ ياكى كۆرۈنەرلىك ياخشىلايدۇ. بولۇپمۇ قۇلاق ۋىڭىلداش، باش ئايلىنىش ئالامەتلىرىگە قارىتا ئۈنۈمى روشەن.

5 . 1 ـ Sermion مېڭە ھەرىكەت نېرۋىلىرى پائالىيىتىنى ئۈنۈملۈك ھالدا ئىلگىرى سۈرۈپ، سەكتىدىن كېيىنكى يارتا پالەچلىك قاتارلىق مېڭە پائالىيىتى بۇزۇلۇش ھادىسىسىنى داۋالايدۇ. كلىنىكىلىق داۋالاشتا بايقىلىشىچە، Sermion نى ئالتە ھەپتە ئىشلەتكەندىن كېيىن پالەچ مۇچىلەرنىڭ ھەرىكەت ئىقتىدارى روشەن ھالدا ئەسلىگە كەلگەن. داۋاملىق داۋالىغاندىن كېيىن مۇقىم ھالدا داۋاملىق ياخشىلىنىپ بارغان.

بۇدورا بىخەتەر، زەھەرلىك خۇسۇسىيىتى يوق، قان بېسىمى ۋە يۈرەك سوقۇش جەھەتلەرگە قارىتا تەسىرى يوق دېيەرلىك بولۇپ، ئۇزۇن مۇددەت ئىشلەتكەندە ھېچقانداق يامان تەسىر كۆرۈلمەيدۇ.

2 ـ كلىنىكىلىق تەتقىقات نەتىجىسى

شاڭخەي تىببىي ئۇنىۋېرسىتېتى قارىمىقىدىكى خۇاسەن دوختۇرخانا نېرۋولوگىيە تەتقىقات ئورنى باشلىقى پىروفېسسور ۋاڭ ۋۇجى (汪无级) مەسئۇللۇقىدا Sermion نى كلىنىكىدا 42 نەپەر كېسەلگە ئىشلىتىپ تەتقىق قىلغان، ئەرلەر 28 نەپەر، ئاياللار 14 نەپەر، بولارنىڭ يېشى 76~42 بولۇپ، ئوتتۇرىچە يېشى 63 ياش، دورىنى ھەممىسىگە تاماقتىن بۇرۇن بەرگەن. 10mg دىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم، ئاز ساندىكى ئاغىرلارغا كۈنىگە تۆت قېتىم بېرىلگەن ياكى قوشۇمچە Sermion نىڭ 4mg لىق ئامپۇلىدىن گۆشكە ئوكۇل قىلغان (10 قېتىمدىن ئاشمايدۇ). داۋالاش جەريانىدا Neuroxin (脑复新)، peracetam (脑复康)، Hydergine (喜德镇)، Duxil (都可喜) قاتارلىق باشقا مېڭە ئىقتىدارىنى ئىلگىرى سۈرگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىشنى توختاتقان. ئۈچ ئاي بىر داۋالاش كۇرس قىلىنىپ، بىر كۇرس داۋالاش تاماملانغاندىن كېيىن داۋالاشنىڭ ئالدىدىكى ۋە كەينىدىكى ئالامەتلەرنىڭ ياخشىلىنىشىغا قاراپ، داۋالاش ئۈنۈمىگە ھۆكۈم قىلغان. مېڭە پائالىيىتى ئاجىزلاشنىڭ كوئېففىتسېنت سېلىشتۇرمىسى (داۋالاش ئالدى ـ كەينىدە) ۋە داۋالاش ئۈنۈمى كوئېففىتسېنتىنى بەلگىلەپ، كلىنىكىلىق ئالامەتلەرنىڭ ياخشىلىنىشى بويىچە ئومۇمىيۈزلۈك باھا بەرگەن. داۋالاش جەريانىدا مۇقىم دوختۇر، سېستىرالارنى مەخسۇس ئاجرىتىپ، تەپسىلىي كېسەللىك تارىخىنى ئىگىلەپ، بەدەن تەكشۈرۈش ۋە مۇناسىۋەتلىك تەكشۈرۈشلەرنى ئۆتكۈزگەن ۋە يېقىندىن كۆزىتىپ بارغان، نەتىجىدە Sermion بىلەن داۋالىغان 42 نەپەر كېسەلنىڭ يۇقىرىدا كۆرسىتىلگەن ئۈچ تۈرلۈك كۆرۈپپا ئالامەتلەر ئوخشاشمىغان دەرىجىدە ياخشىلانغان ياكى يوقالغان. داۋالاش ئۈنۈمى روشەن بولۇپ، قوشۇمچە تەسىر كۆرۈلمىگەن. مەسىلەن، ئوتتۇراق داۋالاش ئۈنۈمى كوئېففىتسېنتىنى 5 . 6 قىلىپ خۇلاسىلىغاندا، تۆۋەندىكىدەك بولغان:

بىر دىن تۆۋەن (ئۈنۈم كۆرۈلمىگەنلەر) يەتتە نەپەر بولۇپ، 16.7% نى ئىگىلەيدۇ. 5.6~1 (ئازراق ئۈنۈم كۆرۈلگەنلەر) 16 نەپەر، بولۇپ، 38.1% نى ئىگىلەيدۇ. 11.2~5.6 (ئۈنۈم كۆرۈلگەنلەر) 11 نەپەر، 26.2% نى ئىگىلەيدۇ. 11.2 دىن ئاشقان (روشەن ئۈنۈم كۆرۈلگەنلەر) سەككىز نەپەر، 19.0% نى ئىگىلەيدۇ. ئومۇمى شىپالىق ئۈنۈمى (35 نەپەرنىڭ) 83.3% گە يەتكەن.

ئاتاغلىق نېرۋولوگ پروفېسسور ۋاڭ ۋۇجى باشچىلىقىدىكى تەتقىقات گۇرۇپپىسىنىڭ خۇلاسە پىكرى:

«تەتقىقات نەتىجىسى شۇنى كۆرسەتتىكى، يېقىنقى يىللاردىن بۇيان ergotoxine نىڭ Hydride (氢化物) سى، مەسىلەن، Hydergine يەنى، Dihdroergocornine (氢化麦角碱) بىلەن داۋالىغاندا، مېڭە ئىقتىدارى يېتەرسىز بولغان (دۆتلۈك) كېسەللىكلەرگە قارىتا ئۈنۈمى ياخشى بولغان. Sermion بولسا شۇ تىپتىكى دورىنىڭ يېڭى ئەۋلاد مەھسۇلاتى بولۇپ، قېرىلىق دۆتلۈكى، مېڭە قان تومۇر كېسەللىكلىرىدىن بولغان دۆتلۈكنى ئۆز ئىچىگە ئالغان مېڭە ئىقتىدارى يېتەرسىزلىكى كېسەللىكلىرىگە قارىتا روشەن ئۈنۈم بېرىدىغان دورا. ئۇ، ئاغرىقلارنىڭ ياقتۇرۇپ ئىچىدىغان دورىسى بولۇپ قالدى. بۇنى تېخىمۇ ئىلگىرىلىگەن ھالدا كېڭەيتىشكە ئەرزىيدۇ».

3 ـ ئىشلىتىش ئۇسۇلى؛ مىقدارى، قاچىلىنىشى، قوشۇمچە تەسىرى

تابلېتى: 2~1 تالدىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم، تاماقتىن بۇرۇن ئىچىشكە بېرىلىدۇ. ئوكۇلى: بىر قېتىمدا 2~4 mg دىن كۈنىگە 2~1 قېتىم گۆشكە ئوكۇل قىلىنىدۇ. ۋېنادىن كىرگۈزگەندە 2~4 mg نى 0.9% لىك فىزىئولوگىيىلىك ئېرىتمىدىن 100ml گە قوشۇپ، ۋېنادىن ئاستا تامچىلىتىلىدۇ. كۈنىگە 2~1 قېتىم، ئېغىر كېسەللەرگە كۈنىگە 10mg غىچە مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلسا ياكى ۋېنادىن تامچىلاتسىمۇ بولىدۇ. تابلېتى بىر قورۇپكىدا 50 تال بولۇپ، ھەر تابلېتى 10mg. ئوكۇلى بىر قورۇپكىدا تۆت ئامپۇل بولۇپ، ھەر ئامپۇلى 4mg قاچىلانغان. بۇنىڭدىن باشقا يەنە ئېرىتكۈچى سۇيۇقلۇق تۆت ئامپۇل بىللە قاچىلانغان بولۇپ، ھەر ئامپۇلى 4ml. ئېرىتكەندىن كېيىن ئادەتتىكى ئۆي تېمپېراتۇرىسىدا، يورۇقلۇقتىن ساقلانغان ھالدا 48 سائەت ساقلىغىلى بولىدۇ.

قوشۇمچە تەسىرى: ئوكۇل قىلغاندا ناگاندا ۋاقىتلىق ئۆرە تۇرغاندا قان بېسىمى چۈشۈپ كېتىدىغان ياكى باش ئايلىنىدىغان ئەھۋاللار كۆرۈلۈشى مۇمكىن. شۇڭلاشقا، ئوكۇلدىن كېيىن بىر نەچچە مىنۇت ياتقان تۈزۈك. ئېغىزدىن ئىچىشكە بېرىلگەندە بىخەتەر، يېتىشىنىڭ ھاجىتى يوق.

神经系统疾病专用的一些特殊药物介绍

新医一附院神经内科**买买素唐**

第一、Sermion（脑通）又叫Nicercgoline（麦角溴烟脂）。

提要　脑通是意大利爱宝药厂生产的麦角毒硷（Ergotoxin）的氢化物类药品的新一代产品。此药具有明显的增强多巴胺能神经递质转化作用，能促进神经元的代谢与功能。治疗痴呆在内的慢性脑功能不足显示出良好的效果。几乎无毒付作用。

关键词　慢性脑功能不;足痴呆；神经传递物质；多巴胺；代谢

شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇتى ئىلمىي ژۇرنىلى 6 ـ يىللىق 1 ـ سان 1990 ـ يىلى 3 ـ ئاي
新疆医学院学报（维吾尔文） 第六卷第一期

شىنجاڭدىكى ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ تارقىلىش ئەھۋالىنى كۆزدە تۇتۇپ، تىببىي مائارىپ قۇرۇلمىسى ئىسلاھاتى توغرىسىدا مۇھاكىمە

شىنجاڭ تىببىي شۆيۈەنىدىن

سابىت ئىسلام، جاۋفۇشياڭ، فىڭ يەنجۈن، گۈلناز ئابدۇراخمان

شىنجاڭدىكى ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ تارقىلىشى شەھەر ۋە يېزا نوپۇسىنىڭ تارقىلىشى بىلەن ماسلاشمىغان قۇرۇلما نىسبىتى، ئوقۇش تارىخى قۇرۇلمىسى ھەم مۇۋاپىق ئەمەس. سان جەھەتتىكى تەرەققىيات بىر قەدەر تېز بولۇپ، كەسپلەر قۇرۇلمىسى جەھەتتىمۇ مۇۋاپىق بولمىغان. تىببىي مائارىپتا سوتسىيالىزم نىشانىدا چىڭ تۇرۇش ۋە ساقلىقنى ساقلاش ئىشلىرى تەرەققىياتىنىڭ ئېھتىياجىغا ماسلىشىش ئۈچۈن، ئاپتور ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ تارقىلىش ئەھۋالىنى تەكشۈرۈپ تەتقىق قىلىشنى، تىببىي شۆيۈەن ۋە ئالىي بىلىم يۇرتلىرى مەكتەپ باشقۇرۇش ئىدىيىسىنى توغرىلاپ، تىببىي مائارىپ قۇرۇلمىسىنى تەڭشەشنى، مەكتەپ پۈتتۈرگەندىن كېيىن ئۈزلۈكسىز تەربىيىلەش خىزمىتىنى كۈچەيتىشنى، كەم بولغان كەسپلەرنى مۇۋاپىق تەرەققىي قىلدۇرۇپ، ھەم قاتلام بويىچە ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملىرىنى تەربىيىلەشنىڭ نىشانىنى ۋە تەلىپىنى تۈزۈپ چىقىشنى تەكلىپ قىلىدۇ.

تىببىي مائارىپنىڭ ۋەزىپىسى سوتسىيالىستىك سەھىيە ئىشلىرى ئۈچۈن ئۆزىنى تەقدىم قىلىش ئىرادىسىگە ئىگە بولغان، كەسپىي، نەزەرىيە بىلىمنى پىششىق ئىگىلىگەن ۋە ئەمەلىي خىزمەت ئىقتىدارىغا ئىگە ھەر خىل ھەر قاتلام بويىچە ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملىرىنى تەربىيىلەپ چىقىشتىن ئىبارەت. جەمئىيەتنىڭ ھەر دەرىجىلىك ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىغا قارىتا سان ۋە سۈپەت جەھەتتىكى تەلىپى تىببىي مائارىپتا مۇۋاپىق بولغان قاتلام قۇرۇلمىسىنى قۇرۇپ چىقىشتا مۇھىم ئاساسلارنىڭ بىرسى بولۇپ ھېسابلىنىدۇ. يېڭى جۇڭگو قۇرۇلۇپ 40 يىلدىن بۇيان، شىنجاڭنىڭ مائارىپ ئىشلىرى دەسلەپ ئازاد بولغان ۋاقىتتىكى فېلدشېر تەربىيىلەيدىغان بىرلا مەكتەپتىن ھازىرقى تۆت تىببىي ئالىي مەكتەپ، 19 ئوتتۇرا دەرىجىلىك تىببىي (سېستىرالار) مەكتىپىگە تەرەققىي قىلىپ، مەكتەپ پۈتتۈرگەن ئوقۇغۇچىلار 30 مىڭغا يەتتى. بۇ قوشۇن ھەر مىللەت خەلقىنىڭ سالامەتلىكىنى ئاسراشتا، سوتسىيالىستىك قۇرۇلۇشنى ئىلگىرى سۈرۈشتە مۇھىم رول ئوينىدى. ئەمما ماكرو

بۇ ماقالە 1990 ـ يىل 1 ـ ئايدا تاپشۇرۇپ ئېلىندى

جەھەتتىن قارىغاندا ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ تارقىلىشىدا سوتسىيالىستىك قۇرۇلۇشنىڭ ئېھتىياجىغا ماسلىشالمايۋاتقان مەسىلە تېخى مەۋجۇت بولۇپ تۇرماقتا. بۇ ماقالىمىزدا 1988 ـ يىلى شىنجاڭدىكى ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ ھازىرقى ھالىتىنى تەھلىل قىلىپ كۆرگىنىمىزدە، شىنجاڭنىڭ تېببىي مائارىپ قاتلام قۇرۇلمىسى جەھەتتىكى ئىسلاھاتنىڭ تېخى تولۇق ئېلىپ بېرىلمىغانلىقىنى كۆرۈۋالغىلى بولىدۇ. شۇڭا، مائارىپنى تەرەققىي قىلدۇرۇشتا سىياسەت بەلگىلەيدىغان ئورۇنلارنىڭ بۇ مەسىلىگە ئېتىبار قىلىپ، ئەھمىيەت بېرىشىنى ئۈمىد قىلىمىز.

1 ـ شىنجاڭدىكى ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ تارقىلىشى جەھەتتىكى بىر قانچە ئالاھىدىلىك

«1988 ـ يىلى شىنجاڭ ئۇيغۇر ئاپتونوم رايونىنىڭ ساقلىقنى ساقلاش ئىشلىرى جەھەتتىكى ستاتىستىكىلانغان ئاساسىي ئەھۋال» تەمىنلىگەن ماتېرىيالغا ئاساسلانغاندا، تۆۋەندىكى بىرقانچە گەۋدىلىك ئالاھىدىلىكلەر بار.

1.1 ـ ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ تارقىلىشى بىلەن شەھەر ۋە يېزا نوپۇسىنىڭ تارقىلىشى ئۆزئارا ماسلاشمىغان:

1988 ـ يىلىنىڭ يىل ئاخىرىغىچە پۈتۈن شىنجاڭدىكى ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملار (ئەركىن كەسپتىكىلەرنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ) 75 045 نەپەر بولۇپ، بۇنىڭ ئىچىدىن 16 شەھەرگە ئورۇنلاشقان ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملار 35 365 نەپەر. بۇ سان ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملار ئومۇمىي سانىنىڭ 47% نى تەشكىل قىلىدۇ. 9 مىليون 400 مىڭ نوپۇسقا ئىگە بولغان 70 ناھىيە ۋە ئۇنىڭدىن تۆۋەنكى ئورۇنلاردا 39 680 نەپەر ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىم بولۇپ، پۈتۈن شىنجاڭدىكى ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملار ئومۇمىي سانىنىڭ 53% نى تەشكىل قىلىدۇ.

1.2 ـ ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ قاتلام قۇرۇلما نىسبىتى تەكشى ئەمەس: ئوخشىمايدىغان ساقلىقنى ساقلاش ئاپپاراتلىرىدىكى ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ ئىچىدە يۇقىرى دەرىجىلىك دوختۇر، دورىگەر، سېسترا ۋە تېخنىكلار بىلەن ئوتتۇرا دەرىجىلىك دوختۇر، دورىگەر، سېسترا، تېخنىكلارنىڭ نىسبىتىگە قاراپ باقساق، ئادەتتىكى ساقلىقنى ساقلاش ئاپپاراتلىرىنىڭ (ھەر خىل دوختۇرخانا، ساناتورىيە، ئامبۇلاتورىيە، كېسەللىكنىڭ ئالدىنى ئېلىش پونكىتى، ئانا ـ بالىلار ساقلىقنى ساقلاش پونكىتلىرى قاتارلىقلار) ھەممىسىدە 1.02 ~ 1:1.68 بولغان. پۈتۈن شىنجاڭ بويىچە ئېلىپ ئېيتقاندا، يۇقىرى دەرىجىلىك دوختۇر، دورىگەر، سېسترا، تېخنىكلار بىلەن ئوتتۇرا دەرىجىلىك دوختۇر، دورىگەر، سېسترا تېخنىكلارنىڭ نىسبىتى 1:1.23. دوختۇر بىلەن سېسترانىڭ نىسبىتى 1:1.4 بولۇپ بېشى چوڭ، پۇتى ئىنچىكە تەتۈر نىسبەت ھالىتى شەكىللەنگەن.

1.3 ـ ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملىرىنىڭ ئوقۇش تارىخى قۇرۇلمىسى مۇۋاپىق ئەمەس:

1988 ـ يىلى سەھىيە ساھەسى بويىچە كەسپىي تېخنىك ئۇنۋانىنى باھالاشتا سان بەلگىلەپ، دەرىجىگە بۆلۈپ باھالاش ئۇسۇلى قوللىنىلدى. كەسپىي تېخنىك ئۇنۋانى بىلەن يۇقىرى، ئوتتۇرا، باشلانغۇچ دەرىجىدىكى ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملىرىنىڭ نىسبىتىدە كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئۆزگىرىش كېلىپ چىقتى. (1 ـ، 2 ـ گرافىكقا قاراڭ). 1986 ـ يىلى ئاپتونوم رايونىمىزدا ئېلىپ بېرىلغان مەخسۇس خادىملارنى تەكشۈرۈش ماتېرىيالىدا ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملىرى ئىچىدە ئۇنۋانى بار، ئەمما مۇناسىپ ئوقۇش تارىخى يوقلار ساقلىقنى ساقلاش مەخسۇس خادىملىرى ئومۇمىي سانىنىڭ %38.83 نى تەشكىل قىلغان. بۇنىڭغا قارىغاندا تۆۋەنرەك مۆلچەرلىگەندىمۇ يۇقىرى ۋە ئوتتۇرا دەرىجىلىك ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملىرى ئىچىدە مۇناسىپ ئوقۇش تارىخى يوقلار يېرىم سانىنى ئىگىلەيدۇ.

1 ـ جەدۋەل 1987 ـ، 1988 ـ يىلى شىنجاڭدىكى تىببىي تېخنىك خادىملىرىنىڭ كەسپىي تېخنىكا ئۇنۋانى قۇرۇلمىسىدىكى ئۆزگىرىش

كەسپىي تېخنىكا ئۇنۋانى	1987 ـ يىلى سانى	1987 ـ يىلى قۇرۇلمىسى%	1988 ـ يىلى سانى	1988 ـ يىلى قۇرۇلمىسى%	يۇقىرىلىشى%
مۇدىر، مۇئاۋىن مۇدىر دوختۇر دورىگەر، سېستىرا، تېخنىكلار	332	0.58	1456	1.99	338.6
باش دوختۇر، دورىگەر سېستىرا، تېخنىكلار	2244	3.93	7746	10.57	245.1
يۇقىرى دەرىجىلىك دوختۇر دورىگەر، سېستىرا، تېخنىكلار	15 492	27.16	35 058	47.83	126.3
ئوتتۇرا دەرىجىلىك دوختۇر، سېستىرا دورىگەر، تېخنىكلار	38 962	68.31	29 033	39.61	ـ34.2
جەمئىي:	57 034	100.00	73 793	100.00	28.51

1.4 ـ ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرى سان جەھەتتە بەك تېز ئېشىپ كەتكەن: 1988 ـ يىلىنىڭ ئاخىرى پۈتۈن شىنجاڭدىكى ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملارنىڭ ئومۇمىي سانى 75 045 نەپەر بولۇپ، ئوتتۇرا ھېساب بىلەن ھەر مىڭ نوپۇسقا 5.34 نەپەردىن توغرا كەلگەن، بۇ مەملىكەت بويىچە ئوتتۇرىچە قىممەتتىن (3.43) 55.7% ئارتۇق. دوختۇرلارنىلا ئېلىپ ئېيتساق، ھەر مىڭ نوپۇسقا 1.49 نەپەر دوختۇر (تېۋىپ ۋە تىبابەتچىلىك بىلەن دوختۇرلۇقنى بىرلەشتۈرگەن دوختۇرلارنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ) توغرا كەلگەن. بۇ، مەملىكەت بويىچە ئوتتۇرىچە سەۋىيىدىن (1.01) 0.48 نەپەر ئارتۇق، يەنى 47.5% ئارتۇق بولۇپ، ياپونىيىنىڭ 1983 ـ يىلدىكى سەۋىيىسىگە تەڭ كېلىدۇ. ئاپتونوم رايونىمىزنىڭ يېرى كەڭ، نوپۇسى شالاڭ، ساقلىقنى ساقلاش ئورۇنلىرىنىڭ خىزمەت دائىرىسى كەڭ، خۇسۇسەن كەڭ يېزا، چارۋىچىلىق رايونلىرىنىڭ ئەسلىدىكى ساقلىقنى ساقلاش خىزمىتىنىڭ ئاساسى ئاجىز بولغاچقا، يۇقىرىدىكى سان كۆرسەتكۈچلەر گەرچە پۈتۈن دۆلەتنىڭ سەۋىيىسىدىن مۇۋاپىق دەرىجىدە يۇقىرى بولۇش كېرەك دەپ قارالسىمۇ، ئەمما سان جەھەتتە زىيادە تېز كۆپىيىپ كەتسە، ئۇ ۋاقىتتا ئاپتونوم رايونىمىزنىڭ ئىقتىسادىي تەرەققىيات كۆچىدىن ئېشىپ كېتىپ، ساقلىقنى ساقلاش ئىشلىرىنىڭ چەكلىك خىراجىتى ئارتۇق ھالدا مۇئاشقىلا ئىشلىتىلىپ، ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ سۈپىتىنى ئۆستۈرۈشكە، ساقلىقنى ساقلاش ئىشلىرىمىزنىڭ ئومۇمىي تەرەققىياتىغا پايدىسىز تەسىر كۆرسىتىدۇ.

1.5 ـ ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملارنىڭ كەسپىي قۇرۇلمىسى مۇۋاپىق ئەمەس:

ئاساسلىقى كېسەللىكنىڭ ئالدىنى ئېلىش، كېسەل بېقىش (پەرۋىش قىلىش)، ئانا ـ بالىلار ساقلىقىنى ساقلاش، ئېغىز بوشلۇقى مېدىتسىنىسى قاتارلىق كەسپتىكى خادىملارنىڭ نىسبىتى ناھايىتى ئاز.

2 ـ جەدۋەل 1987 ـ، 1988 ـ يىل مەملىكىتىمىز ۋە ئاپتونوم رايونىمىزدىكى يۇقىرى، ئوتتۇرا، باشلانغۇچ دەرىجىدىكى ساقلىقنى ساقلاش تېخنىك خادىملارنىڭ نىسبىتى

	يىل	يۇقىرى دەرىجىلىك:	ئوتتۇرا دەرىجىلىك:	باشلانغۇچ دەرىجىلىك
مەملىكەت بويىچە:	1987	1 :	1.74 :	0.95
	1988	1 :	0.82 :	0.42
شىنجاڭ بويىچە:	1987	1 :	2.50 :	1.2
	1988	1 :	0.83 :	0.31

2 ـ ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرى قۇرۇلمىسىنىڭ نىسبىتىنى بۇزۇشقا تەسىر كۆرسىتىدىغان ئامىللار

2.1 ـ ئۆزۈندىن بېرى يۇقىرى ۋە ئوتتۇرا دەرىجىلىك تىببىي مەكتەپلەر (چوڭلار مائارىپىنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ) گە ئوقۇغۇچى قوبۇل قىلىشتا ئالدىن مۆلچەر قىلىشتا

ئىلمىيلىك كەم بولۇپ، مەلۇم دەرىجىدە قارىغۇلۇق بىلەن قوبۇل قىلىنغان.

2.2 ـ يۇقىرى ۋە ئوتتۇرا دەرىجىلىك تىببىي مەكتەپلەردە مەكتەپ باشقۇرۇش نىشانى تازا ئېنىق بولماي، مەلۇم دەرىجىدە قارىغۇلارچە يۇقىرى قاتلامنى قوغلىشىش، سانىنىلا قوغلىشىپ، سۈپەتكە سەل قاراش خاھىشى مەۋجۇت بولۇپ كەلدى. تىببىي مائارىپتا قانداق قىلغاندا ساقلىقنى ساقلاش ئىشلىرىنىڭ تەرەققىيات ئېھتىياجىغا ئاكتىپ ماسلىشىش، قانداق قىلىپ ئەمەلىيەتنى چىقىش قىلىپ، شىنجاڭنىڭ خەلق ئىگىلىكىنىڭ ئاساسى بولغان دېھقانچىلىق، چارۋىچىلىق رايونلىرى ئۈچۈن تىببىي خادىملارنى تەربىيىلەپ بېرىش ۋە تىببىي جەھەتتىكى ئالدىنى ئېلىش خىزمەتلىرىنى ئويلىشىش ئەتراپلىق بولمىدى.

2.3 ـ ئۆزۈندىن بېرى ئىدىيىۋى سىياسىي خىزمەت بوشىشىپ قالدى. مائارىپ ئىدىيىسىدە پەقەت بىلىم بېرىشكىلا ئەھمىيەت بېرىپ، ئوقۇغۇچىلارنى ئەتراپلىق تەربىيىلەشكە سەل قارالدى. شۇنىڭ ئۈچۈن، مەكتەپ پۈتتۈرگەن ئوقۇغۇچىلاردا دېھقانچىلىق، چارۋىچىلىق رايونلىرىغا بېرىپ ئىشلەشنى خالىماسلىق، يېزىلارغا تەقسىم قىلىنىپ بارغان ھالەتتىمۇ، ئامال چارە تېپىپ شەھەرگە ئالمىشىپ قايتىپ كېلىۋالىدۇ. ھازىر ئاساسىي قاتلامغا بارغانلارغا يۈرگۈزۈلۈدىغان بەزى سىياسەتلىرىمىزدە ئىلھام بېرىپ، رىغبەتلەندۈرۈشكە ۋە يېزىلار ئۈچۈن مەخسۇس خادىملارنى تەربىيىلەپ ئەۋەتىشكە تۈرتكىلىك رول ئويناش يېتەرسىز بولۇۋاتىدۇ. شۇڭا، دېھقانچىلىق ۋە چارۋىچىلىق رايونىدا خىزمەت قىلغانلار ھەر خىل ئوبيېكتىپ ۋە سۇبيېكتىپ سەۋەبلەر بىلەن خاتىرجەم ئىشلىمەيۋاتىدۇ.

3 ـ شىنجاڭنىڭ ئەمەلىيىتىنى چىقىش قىلىپ تىببىي مائارىپ قۇرۇلمىسىدا ئىسلاھات يۈرگۈزۈپ، تەڭشەش يولىنى ئېچىش كېرەك

3.1 ـ تېز ئارىدا ئاپتونوم رايونىمىز بويىچە ساقلىقنى ساقلاش تىببىي خادىملارنى تەكشۈرۈش، ئېنىقلاش خىزمىتىنى چىڭ تۇتۇپ، ئۇلارنىڭ مىللىي تەركىبى، يېشى، ئوقۇش تارىخى، كەسپى، خىزمەت قىلىش ئورنى، تارقىلىش ئەھۋالى قاتارلىق ئاساسلىق ئەھۋاللارنى ئېنىقلاپ چىقىش كېرەك. رايونىمىزنىڭ ساقلىقنى ساقلاش ئىشلىرىنىڭ ئەمەلىيىتى ۋە سەھىيە ئىشلىرى تەرەققىياتىنىڭ ئىستراتېگىيىلىك نىشانىغا ئاساسەن، مائارىپ ۋە سەھىيە باشقۇرۇش ئورۇنلىرى بىرلىشىپ، ساقلىقنى ساقلاش خادىملىرىنىڭ تەرەققىيات ئېھتىياجىنى ئالدىن مۆلچەرلەپ، شىنجاڭدا سوتسىيالىستىك تۈس ئالغان تىببىي مائارىپ ئىشلىرىنى تەرەققىي قىلدۇرۇش ئۈچۈن، تىببىي مائارىپ قۇرۇلمىسىنى تەڭشەشنى ئىلمىي ئاساس بىلەن تەمىن ئېتىش كېرەك.

3.2 ـ شىنجاڭدا تىببىي ئالىي تېخنىكوملارنىڭ كەملىكىنى ۋە كەڭ دېھقانچىلىق ھەم چارۋىچىلىق رايونلىرىنىڭ تىببىي ئالىي تېخنىكومنى پۈتتۈرگەن تىببىي خادىملارغا بولغان جىددىي ئېھتىياجىنى نەزەردە تۇتۇپ، ئۈچ تىببىي ئىنستىتۇت ئۆز مەكتىپىدىكى ئوقۇتۇشنى ياخشى باشقۇرۇش بىلەن بىللە، مۇۋاپىق ھالدا ئالىي تېخنىكوم تىببىي سىنىپلىرىنى ئېچىشقا بەل باغلاپ، ناھىيە، يېزىلار ئۈچۈن مەخسۇس خادىملارنى تەربىيىلەپ بېرىشنى يولغا قويۇشنى تەكلىپ بېرىمىز. تىببىي ئالىي تېخنىكومغا ئاساسلىقى دېھقانچىلىق، چارۋ-

چىلىق رايونلار ۋە كان زاۋۇت قاتارلىق ئاساسىي قاتلامدىكى ئوتتۇرا مەكتەپ پۈتتۈرگەن ۋە ئالىي مەكتەپ ئوقۇش تارىخى بولمىغان خىزمەتتىكى مۇنەۋۋەر تىببىي خادىملارنى قوبۇل قىلىپ تەربىيىلەش كېرەك. بۇنىڭدىن سىرت، مەكتەپ پۈتتۈرگەندىن كېيىنكى تەربىيىلەشنى ۋە ئۈزلۈكسىز تەربىيىلەش خىزمىتىنى كۈچەيتىشكە دىققەت قىلىپ، چوڭلار مائارىپىدىمۇ ئوقۇغۇچى قوبۇل قىلىپ تەربىيىلەشتە دېھقانچىلىق، چارۋىچىلىق رايونلىرىغا يۈزلىنىش كېرەك.

3.3 ـ تىببىي شۆبىلەر شەرت ـ شارائىتى بىر قەدەر تولۇق بولغان ئوتتۇرا دەرىجىلىك تىببىي تېخنىكوملار بىلەن بىرلىشىپ، ئۆز ئورنىدا ئالىي تېخنىكوم تىببىي سىنىپلىرىنى ئېچىش كېرەك. خۇسۇسەن ئالدىنى ئېلىش، كېسەل بېقىش (پەرۋىش قىلىش)، ئېغىز ـ چىش بۆلۈمى، لابوراتورىيە قاتارلىق كەم كەسىپلەر بويىچە سىنىپ ئېچىش كېرەك.

3.4 ـ تىببىي مائارىپنى باھالاش ئاساسىدا ھازىرقى ئوتتۇرا دەرىجىلىك تىببىي تېخنىكوملارنى رەتلەپ، كەسىپنى ئورۇنلاشتۇرۇشتىمۇ ئىلمىي ئاساستا ئىسپاتلاشنى تەشكىللەش كېرەك.

3.5 ـ ئالىي مەكتەپلەر مەخسۇس كەسىپ ۋە ئوتتۇرا دەرىجىلىك تىببىي خادىملارغا بىلىم بېرىش، قابىلىيەتلىك قىلىپ تەربىيىلەش جەھەتتە تەربىيىلەش نىشانى ۋە تەلەپلەرنى تۈزۈپ چىقىپ، دېھقانچىلىق، چارۋىچىلىق رايونلىرىدا داۋالاش، ساقلىقنى ساقلاش خىزمىتى بىلەن شۇغۇللىنىشنى خالايدىغان تىببىي خادىملارنى تەربىيىلەپ چىقىشقا يېتەكچىلىك قىلىش ۋە بۇنى تىببىي مائارىپنى باشقۇرۇش ئىلمىنىڭ ۋەزىپىسى قاتارىدا تەتقىق قىلىپ ئىزدىنىش لازىم.

ئەسكەرتىش: ① بۇ ماقالە 1989 ـ يىلى 11 ـ ئاينىڭ 8 ـ كۈنى جۇڭخۇا تىببىي ئىلمىي جەمئىيىتىنىڭ 1989 ـ يىللىق مەملىكەتلىك تىببىي مائارىپ ئىلمىي مۇھاكىمە يىغىنىنىڭ ئىلمىي ماقالىسى قىلىپ تاللانغان.

② 1989 ـ يىلى 11 ـ ئاينىڭ 22 ـ كۈنى شىنجاڭ تىببىي مائارىپ شۆبە جەمئىيىتىنىڭ 1989 ـ يىللىق ئىلمىي مۇھاكىمە يىغىنىدا بىرىنچى دەرىجىلىك مۇنەۋۋەر ئىلمىي ماقالە بولۇپ تاللانغان.

mmHgنى kPaغا سۇندۇرۇپ ھېساپلاش جەدۋىلى

mmHg	kPa	mmHg	kPa	mmHg	kPa	mmHg	kPa	mmHg	kPa	mmHg	kPa
1	0.133	36	4.80	71	9.40	112	14.9	176	23.5	240	32.0
2	0.267	37	4.93	72	9.60	114	15.2	178	23.7	242	32.3
3	0.400	38	5.07	73	9.73	116	15.5	180	24.0	244	32.5
4	0.533	39	5.20	74	9.86	118	15.7	182	24.3	246	32.8
5	0.667	40	5.33	75	10.0	120	16.0	184	24.5	248	33.1
6	0.800	41	5.47	76	10.1	122	16.3	186	24.8	250	33.3
7	0.933	42	5.60	77	10.3	124	16.5	188	25.1	252	33.6
8	1.07	43	5.73	78	10.4	126	16.8	190	25.3	254	33.9
9	1.20	44	5.87	79	10.5	128	17.1	192	25.6	256	34.1
10	1.33	45	6.00	80	10.7	130	17.3	194	25.9	258	34.4
11	1.47	46	6.13	81	10.8	132	17.6	196	26.1	260	34.7
12	1.60	47	6.27	82	10.9	134	17.9	198	26.4	262	34.9
13	1.73	48	6.40	83	11.1	136	18.1	200	26.7	264	35.2
14	1.87	49	6.53	84	11.2	138	18.4	202	26.9	266	35.5
15	2.00	50	6.67	85	11.3	140	18.7	204	27.2	268	35.7
16	2.13	51	6.80	86	11.5	142	18.9	206	27.5	270	36.0
17	2.27	52	6.93	87	11.6	144	19.2	208	27.7	272	36.3
18	2.40	53	7.07	88	11.7	146	19.5	210	23.0	274	36.5
19	2.53	54	7.20	89	11.9	148	19.7	212	28.3	276	36.8
20	2.67	55	7.33	90	12.0	150	20.0	214	28.5	278	37.1
21	2.80	56	7.47	91	12.1	152	20.3	216	28.8	280	37.3
22	2.93	57	7.60	92	12.3	154	20.5	218	29.1	282	37.6
23	3.07	58	7.73	93	12.4	156	20.8	220	29.3	284	37.9
24	3.20	59	7.86	94	12.5	158	21.1	222	29.6	286	38.1
25	3.33	60	8.00	95	12.7	160	21.3	224	29.9	288	38.4
26	3.47	61	8.13	96	12.3	162	21.6	226	30.1	290	38.7
27	3.60	62	8.26	97	12.9	164	21.9	228	30.4	292	38.9
28	3.73	63	8.40	98	13.1	166	22.1	230	30.7	294	39.2
29	3.87	64	8.53	99	13.2	168	22.4	232	30.9	296	39.5
30	4.00	65	8.66	100	13.3	170	22.7	234	31.2	298	39.7
31	4.13	66	8.80	102	13.6	172	22.9	236	31.5	300	40.0
32	4.27	67	8.93	104	13.9	174	23.2	238	31.7		
33	4.40	68	9.06	106	14.1						
34	4.53	69	9.20	108	14.4						
35	4.67	70	9.33	110	14.7						

新疆医学院学报（维吾尔文）

第六卷第一期　　1990年一第期（总第15期）

目　　录

基　础　医　学

肿瘤的浸润和转移机制……………………………………………………………阿·热合满

临　床　医　学

甲状腺机能亢进性心脏病………………………………………………………………肉孜阿吉
中西医结合治疗急性心肌梗塞疗效初步总结……………………肉斯旦·艾力，洪秀芳
胆石症的药物治疗………………………………………………乌市科协哈米提·胡达拜尔地
内科医生遇到的急腹症……………………………………………………………艾山·艾里
老年心脏病用药应注意事项………………………………………买买提·阿不都热衣木

药　理　学

神经系统疾病专用的一些特殊药物………………………………………………买买素唐

调　查　研　究

从新疆卫生人力资源分布谈医学教育层次结构改革……………………………沙比提等

شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇتى ئىلمىي ژۇرنىلى 1990 - يىل 1 - سان (پەسىللىك ژۇرنال)
1985 - يىلدىن باشلاپ نەشر قىلىنغان. 6 - يىللىق 1 - سان

新疆医学院学报（维文）一九九0年第一期

باشقۇرغۇچى: شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇتى
باش مۇھەررىر: ئابدۇقادىر ئىممەت
تۈزگۈچى: شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇتى ئىلمىي ژۇرنىلى تەھرىر ھەيئىتى
(ئۈرۈمچى شەھەر شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇت يولى 8 - قورۇ)
نەشر قىلغۇچى: شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇتى
باسقۇچى: شىنجاڭ تىببىي ئىنستىتۇتى باسما زاۋۇتى
تارقاتقۇچى: ئۈرۈمچى شەھەرلىك پوچتا ئىدارىسى
مۇشتىرى قوبۇل قىلغۇچى: ئاپتونوم رايون دائىرىسىدىكى پوچتا ئىدارىلىرى
مەملىكەت ئىچىدىكى بىرلىككە كەلتۈرۈلگەن ژۇرنال نومۇرى CN65—1100/R
1990 - يىل 3 - ئايدا نەشىردىن چىقتى
ۋەكالەت نومۇرى: 33 — 58　　باھاسى 0.50 يۈەن.

国内统一刊号CN65—1100/R　代号：58—33　定价：0.50元