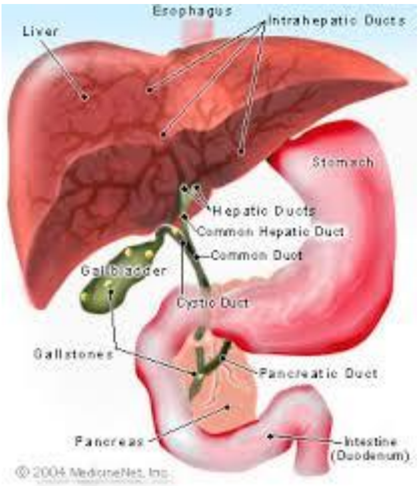
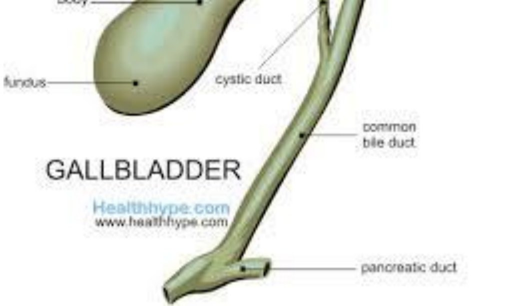
بسم الله الرحمن الرحیم

۱-۲ د صفراوی کڅوړی امبریولوژی



د ځیګر لمړنی جوړیدنه، خارج الکبدی قناتونه، صفراوی کڅوړه او د پانقراص وینترال برخه د داخل الرحمی ژوند په پنځمه اونی کی کوم وخت چی جنین ۵ ملی متره لویوالی ولری جوړیږی دا د اندودرم ضخیمی هغی برخی کی چی فورګټ د کودل برخه د میډګټ سره نښلوی جوړیږی چی علوی او سفلی فورګټ څخه په وینترل میزوګستریم کی کبدی دایورتیکولم نشونما کوی چی کرانیل سکولیشنی یی قداما سیپتم میزوګشتریم ته مهاجرت کوی کوم چی د بطن جوف د صدری جوف څخه جلا کوی او د اندودورم سفالیک بډ کلکه کتله یی د ځیګر ښیی او چپ لوبونه جوړوی او چی کله د امبریو اوږدوالی د ۵ میلی متره په اندازه شی نو د کودل هیپاتیک بډ کودل برخه صفراوی کڅوړه او سیستیک قنات او خارج الکبدی قناتونه جوړوی چی مشترک صفراوی قنات د اثناعشر د قدامی برخی سره نښلی او د پانقراص د قنات سره ډیر صمیمی ارتباط جوړوی نو کله چی په جنینی ژوند کی اثناعشر تدور کوی نو د پانقراص او د خارج الکبدی قناتونو پروکسیمل برخی هم تدور کوی او مشترک صفراوی قنات او د اثناعشر خلفی وجی خواته ځی دا تدور هغه مهال تر سره کیږی چی جنین د اوو اونیو او ۷ ملی متره ته ورسیږی کله چی د هیپاتک د ایورتکولم د فورګټ څخه جوړ شی نو د یوی ساقی په ډول اوږد شی نو کولیدوکوس جوړوی نو یوه وحشی جوانه ورکوی چی دا جوانه متوسع کیږی او صفراوی کڅوړه او سیستک قنات جوړوی د کبدی قناتونو امبریونیک بیا ډیری شعبی ورکوی او د ځیګر سره د خپلو کانالی کولای پواسطه یو ځای کیږی او د معمول پشان امبریونیک توبولری جوړښتونه جوړوی خو کله چی هایپر پلازیا وکړی نو ددی قناتی سیستم لمینا مختل کوی خو نورمال ډول یی په تعقیب سره مینځته راځی او صفراوی قنات کی د صفرا جریان پیل کیږی په مقدم جنینی ژوند کی صفراوی کڅوړه په بشپړ ډول په ځیګر کی وی او کله چی ۱۲ ملی مترو ته ورسیږی نو صفراوی کڅوړه او قناتونه خپل نورمال موقعیت ته راځی او د مشترک صفراوی قنات په نهایی برخه کی له سره د اوډی معصره د عضلی برخه د میزانشیم څخه جوړیږی البته د اثناعشر د عضلاتو د جوړیدو څخه پنځه اوونی وروسته جوړیږی

۱-۱ انځور



۲-۲ صفراوی کڅوړی جراحی اناتومی:

صفراوی کڅوړه د ناک په څیر جوړښت لری او د ځیګر د ښیی لوب تر سفلیوجهی لاندی په یوه فوسا کی چی د منضم نسج او اوعیو په

واسطه تثبیت شوی او د ښیې، چپ او یا د کوادرات کبدی لوبونه (۳-۱) او یا هم د ۴ او۵ کبدی سیګمنتونو څخه لاندی موقعیت نیسی د صفرا کڅوړه ځینی مهال په بشپړ ډول د پریتوان پواسطه پوښل شوی او ځینی مهال د خپلی میزو په امتداد چې همدا جوړښت یی د کڅوړی تدور ته زمینه مساعدوی خو په نادرو واقعاتو کی د ځیګر په پرانشیم نسج کی پټ وی داخل الکبدی صفراوی کڅوړه ورته وایی چې حتی د ځیګر د نسج د قطع کولو څخه وروسته کولای شو چې کیسی ته ځان ورسوو د صفراوی کڅوړی فوندوس اوسفلی وجهه د پریتوان پواسطه سطر شوی چې د همدی ځای څخه په ځیګر باندی منعکس کیږی صفراوی کڅوړه ۱۲-۷.۵ سانتی متره اوږدوالی او تقریبا په متوسط ډول ۵۰-۳۵ میلی لیتره حجم ظرفیت لری او که قنات کی یی انسداد مینځته راشی نو کیدای شی چې تر ۳۰۰ میلی لیتره پوری ورسیږی.

صفراوی کڅوړه د څلورو برخو څخه جوړه شوی چې عبارت دی له فوندوس، جسم، انفاندیبولم او عنق څخه چې فوندوس د ځیګر د قدامی څنډی او اثناعشر او یا هم د مستعرض کولون څخه شروع کیږی او ۲-۱ سانتی متره د کبدی څنډی څخه ښکته وی او د بطن د قدامی جدار د ښیې طرف مستقیمه عضلی وحشی سرحد سره په ارتباط کی وی که د صفرا کڅوړی جوړښت دندانه دار ډول سره وی نو دا یوه انامولی د چې دی ته PHRYGIAN CAP وایی جسم یی د فوندوس څخه شروع او په عنق (غاړه) باندی ختمیږی مخاطی غشایی د لوړو او ژورو (Mucosal folds) لرونکی ده چې د عضلاتو په مینځ کی او ژوری برخی جوړوی چې د crypts of luschka په نوم یادیږی.

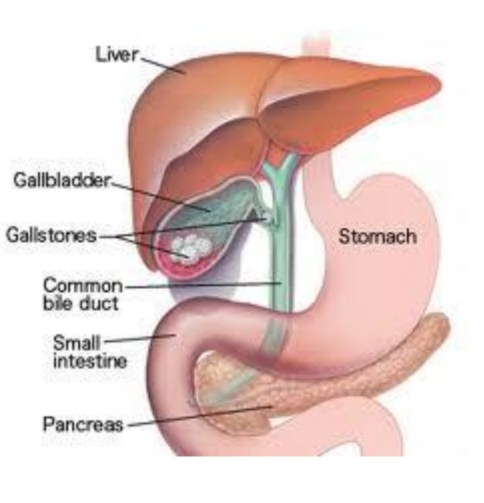
سیستیک قنات:- ۳-۱ میلی متره قطر لریچې ځینی وختونه سره توپیر لری د دی قنات مخاطی غشا د spiral folds لرونکی ده چې د وال په ډول کار کوی او valves of hiester په نوم یادیږی او جدار یی د معصروی جوړښت پواسطه احاطه شوی چې د lutkine sphincter په نوم یادیږی کله چې په فوق الاثناعشری ناحیی کی سیستیک قنات د مشترک کبدی قنات سره یو ځای کیږی نو ۸۰٪ واقعاتو کی کیدای شی چې خلف اثناعشری او یا هم د پانقراص شاته امتداد پیدا کړی تر څو د مشترک صفراوی قنات سره یو ځای شی او ځینی وختونه سیستیک قنات د ښی کبدی قنات سره یو ځای کیږی.

۲-۲ انځور

کبدی قناتونه:-

ځیګر څخه منشه اخلی او معمولا ۲،۵-۲ سانتی متره طول لری او ښکته سره یو ځای کیږی او مشترک کبدی قنات جوړوی.

مشترک کبدی قنات:- معمولا د ۲،۵ سانتی څخه لږ اوږدوالی لری او ښیی او کیڼ کبدی قناتونو د یو ځای کیدو څخه مینځته راځی.



مشترک صفراوی قنات:- دا قنات ۷،۵سانتی متره اوږدوالی لری او د سیستیک او مشترک کبدی قنات د یو ځای کیدو جوړیږی او څلور مهمی برخی لری.

آ - supra duodenal برخه:- ۲،۵ سانتی متره اوږد او د صغیر ثرب په ازاده څنډه کی ښکته سیر کوی.

ب –Retrodudenal برخه.

ج - Infra duodenal برخه:- په یو کانال (groove) کی موقعیت لری او ځینی وختونه په تونل کی د پانقراص په خلف کی تیریږی.

د –Intra duodenal برخه:- په مایل ډول راځی او د اثناعشر په دوهمه قطعه کی چی د oddi معصری سره یو ځای په papilla of vater کی ختمیږی.

۲-۳ د صفراوی کڅوړی اروا:

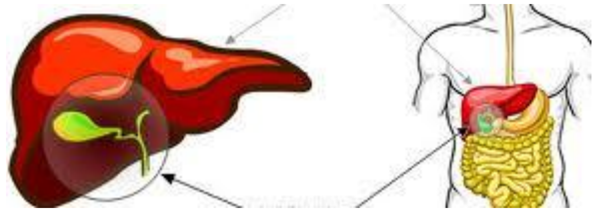
صفراوی کڅوړه د ښی کبدی شریان یوی شعبی پواسطه چی سیستیک شریان نومیږی اروا کیږی چی د مشترک کبدی قنات شاته موقعیت نیسی خو ځینی مهال یو اضافی شریان موجود وی چی ګشتروډینل شریان څخه راځی اوځینی وختونه ۱۵٪ د ښی کبدی شریان څخه سرچینه اخلی او سیستیک قنات په قدام کی سیر کوی او غیر منظم جوړښت مینځته راوړی چی د caterpillar turn او یا هم د moynihan’s hump په نوم یادیږی چی دغه تغیرات د کولیسیستیکتومی په مهال ډیری ستونزی مینځته راوړی په ځانګړی ډول که چیری په ناحیه کی التهاب موجود وی او سیتیک قنات یی هم په برکی نیولی وی ۲-۱انځور

۲-۲-۴ د صفراوی کڅوړی لمفاتیک تخلیه:

د صفراوی کڅوړی تحت المصلی او تحت المخاطی لمفاتیکه تخلیه سیستیک لمفماوی عقداتو کی چی د lund او sentinel lymphnodes په نوم یادیږی سرته رسیږی چی د سیستیک او مشترک کبدی قناتونو د اتصال په نقطه کی موقعیت لری چی ددی لمفاوی عقداتو افرینت او عیی د ځیګر

ثړی او ددی ځای څخه celiac لمفاوی عقداتو ته تخلیه کیږی او د تحت المصلی لمفاوی او عیی هم د ځیګر فوق الکپسولی لمفاوی چینل ته ځی همدا علت دی چی د صفراوی کڅوړی تومورونه ځیګر ته انتشار کوی.

۳-۲ د صفراوی کڅوړی فزیولوژی:

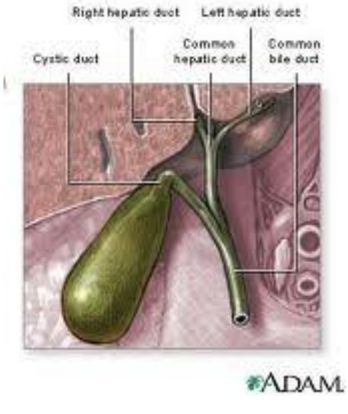


لکه څرنګه چی صفرا د ځیګر پواسطه جوړیږی نو د کبدی صفراوی قناتونو په زریعه مشترک کبدی قنات او مشترک صفراوی قنات ته چی خپل محتوی اثناعشر ته تخلیه کوی چی په همدی ناحیه کی د oddi معصری د تقلص له وجی صفرا دوباره په صفراوی کڅوړی کی زیرمه کیږی او غلظت یی لوړیږی او په نوبتی ډول په خپل سر تقلصاتو او یا هم د کولیسیستوکینین هورمون د افراز په نتیجه کی د غذا د خوړلو څخه وروسته افرازیږی تقلص کوی او د oddi معصری د استرخا سبب ګرځی تر څو صفرا ته زمینه مساعده شی چی اثناعشر ته جریان پیداکړی.

صفرا د ۹۷٪ اوبو ۲-۱٪ صفراوی مالګی او ۱٪ صباغ، کولسترول او شحمی اسیدونو څخه جوړه شوی ده چی تقریبا ۴۰ میلی لیتره په یو ساعت کی د ځیګر پواسطه افرازیږی د صفراوی کڅوړی عمده دندی په لاندی ډول دی.

ا – د صفرا زیرمه کول:- د ولږی په حالت کی د oddi معصری د مقاومت لوړوالی او د ځیګر څخه چی کومه صفرا راځی نو په صفراوی کڅوړه کی زیرمه کیږی چی کله غذایی مواد وخوړل شی نو د اثناعشر څخه د کولیسیستوکینین هورموند افراز په نتیجه کی صفراوی کڅوړه تقلص کوی او د oddi معصره استرخا کوی چی ددی په نتیجه کی صفرا اثناعشر ته خپل محتوی تخلیه کوی.

ب – په صفراوی کڅوړه کی د صفرا د منحله اوبو اوبای کاربونات او سودیم جزب دی چی د مخاطی غشا د لاری سرته رسیږی کله چی صفرا کڅوړی ته ننوځی نو غلظت یی ۹-۵ ځلی نور هم ډیریږی او د صفراوی مالګو، صباغاتو، کولسترول او کلسیم اندازه یی نوره هم ډیریږی.



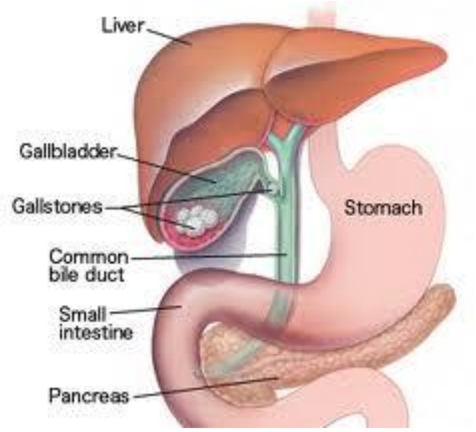
ج – د مخاط افراز کول:- په یو سالم کاهل کی صفراوی کڅوړه په ۲۴ ساعتونو کی ۲۰ ملی لیتره مخاط تولیدوی نو کله چی سیستیک قنات په بشپړ ډول وتړل شی نو ددی دندی د زیاتیدو له وجی د صفراوی کڅوړی موکوسل مینځته راځی.

۴-۲ انځور

د نورمالی صفرا جوړښت:

صفرا د ځيګر څخه افراز شوی محلول دی چی په اساسی ډول د اوبو، الکترلایتونو، او عضوی موادو څخه جوړشوی دی چی دا جوړښت د پلازما سره ایزوتونیک دی او فزیولوژیکو دندو لپاره ضروری دی چی عبارت دی د کولسترول د منحل کولو او هضمی وظایفو څخه، صفراوی مالګی، کولسترول او فاسفولیپیدونه هغه اساسی منحله مواد دی چی تقریبا ٪۸۰ د صفراوی وزن تشکیلوی نو تعریف له مخی صفراوی تیزابونه په ځیګر کی د کولسترول څخه جوړیږی په انسانانو کی شینودیوکسی کولیک او کولیک اسید چی دا لمړنی اسیدونه دی چی د تاورین او ګلایسین سره یو ځای (conjugate) کیږی نو ځکه په زیاته اندازه لمړی کولسترول په ځیګر کی جوړیږی لیسیتین هغه لمړنی ماده چی فاسفولیپیدونه جوړوی او د انسان په صفرا کی تقریبا ٪۸۰ موجود وی.

۲-۴ د صفراوی کڅوړی او د صفراوی لارو ډبری:



د لمړی ځل لپاره ۱۵۰۰ کاله پخوا د صفراوی ډبرو د موجودیت راپور ورکړل شوی او سلونه کالو راپیدیخوا اوس هم ناروغان ددی ستونزی څخه شاکی دی تشخیص او درملنه یی تر سره کیږی خو په منځنیو کلونو کی کوم مهال چی alchemist د صفراوی تیږو د سیر په هکله معلومات لاسته راوړل نو ناروغانو ته به یی توصیه کوله چی د مګنیزیوم لرونکو اوبو کی ځان پریمنځی تر څو اعراض یی ښه شی نو ځکه اوس موږ پوهیږو چی دا ماده د صفراوی کڅوړی د تقلص او تخلیه کیدو سبب ګرځی نو تر ۱۸۸۲ میلادی پیړی پوری لږ څه نور پرمختګ هم مینځته راغی او په ۱۸۸۲ م کال کی جرمنی عالم چی cale langenbach نومیده لمړنی خلاصه کولیسیستیکتومی یی ترسره کړه چی تر ۱۹۰۰م کال پوری دی کار د صفراوی تیږو په درملنی کی لږ څه پرمختګ مینځته راوړی چی ددی کلینکی پرمختګ په اساس موږ ته هم علم کی لږ څه زیاتوالی راغی تر څو د صفراوی تیږو د جوړیدو په پتوجنیزس پوه شو چی پدی دوران کی داکترانو او ساینس پوهانو دا وپتیله چی په صفرا کی د کولسترول د غلظت زیاتوالی او کبدی صفرا کی د شحمو موجودیت مختل کیدل او د کولسترولی تیږو جوړیدلو لپاره زمینه مساعدوی او په نژدی کلونو کی د صفراوی تیږو په پتوجنیزس کی د صفراوی کڅوړی وظیفوی مختل کیدل او په هغه میکانیزم چی د صفرا په جوړښت کی په څه ډول بدلون او د تیږو د جوړیدو هسته څنګه مینځته راځی ډیر تینګار کیږی.

د صفراوی تیږو ناروغی اوس په نړیواله کچه یوه ډیره لویه ستونزه جوړه شوی او د صفراوی تیږو د مینځته راتګ وقوعات په نړی کی په مختلفو اندازو ده د یوی پیړی راپدی خوا د صفراوی تیږو د درملنی په منظور کولیسیستیکتومی یو ستندرده درملنه ګڼل کیږی خو په ۱۹۸۲م کال کی د یو عصری تخنیکی بدلون په مینځته راتګ سره د صفراوی تیږو په درملنه کی غیر عملیاتی طریقی مینځته راغلی لکه د خولی د لاری د طبی درملو پواسطه د تیږو منحل کول او د هغه تخنیک په اساس چی په تماسی ډول تیږه له منیځه وړی لکه بیلیری لیتوتریپسی چی دی تخنیک د څو کلونو راهیسی په نړی کی ډیر شهرت پیدا کړی او وروستنیو پر مختګونو دا میتود د یو ثانوی میتود په ډول پریښودلی دی.

د صفراوي تيږو ناروغيوي درملنې پدې وروستيو کلونو کې ډير بدلون کړی او د لاپراسکوپيک کوليسيستکتومي او نورو اړونده مداخلو ډير بدلون مينځته راوړی دی نوی تيکنالوژی پرمختګ وکړ او په دی پيړی کی يی د صفراوی تيږو په جراحی درملنه کی ډير پلی کيږی او بر خلاف يی يوه لويه ستونزه يی هم مينځته راوړی خو بيا هم د صفراوی تيږو او د صفراوی کڅوړی حاد التهاب کی ورته ډيره ترجيح ورکول کيږی خو سره لدی دغه تکنالوژی ته وسعت ورکړل شوی او نور ستونزمنی ناروغی لکه د مشترک صفراوی قناتونو تيږو په عملياتونو کی هم تری کار اخيستل کيږی.

۲-۵ د صفراوی ډبرو تصنيف:

د صفراوی کڅوړی تيږی کيدای شی يوه او يا هم ډيری وی کوچنی او يا هم لوی وی او يا هم کيدای شی چی د رنګ، اندازی، شکل او جوړښت له مخی سره توپير وکړی، همدارنګه د تيږی جوړښت د جغرافيايی موقعيت او شکل له نظره هم سره توپير کوی او همدارنګه په ټولو ناروغانو کی هم په يو شان تيږی موجودی نه وی خو په اساسی ډول دری ډوله صفراوی تيږی موجودی دی چی:

ا – کولسترولی تيږی

ب – صباغی تيږی

ج – ميکس (mixed) تيږی

د امريکا د متحده ايالاتو او اکثرو لويديځو هيوادونو کی ٪۱۰ تيږی د کولسترول د نوعی ٪۱۵ يی صباغی تيږی ٪۷۵ ميکس تيږی په ناروغانو کی موجودی وی کولسترولی تيږی ٪۹۹-۵۱ د خالص کولسترول او صباغ نه جوړی دی او پکی د کلسيم مالګی صفراوی مالګی صباغونه او فاسفوليپيدونه او ډيرو اسيايی هيوادونو کی ناروغانو صباغی تيږی موجودی وی ٪۸۰ تشکيلوی او همدارنګه صباغی تيږی بيا هم په دوه ډوله تصنيف شوی چی نصواری رنګه او توری تيږی دی (black or brown) چی دغه توپيرونه د سبب د معلومولو له مخی ډير د ارزښت وړدی تر څو د عمليات په برخه کی پری ښه تصميم ونيول شی.

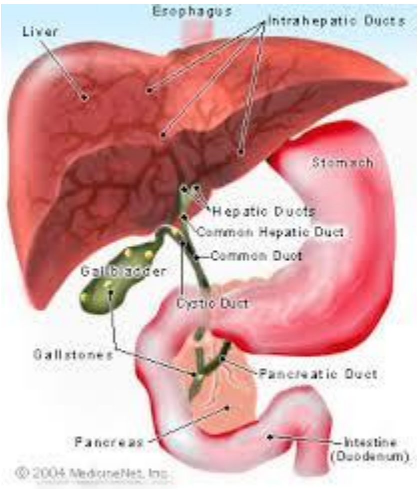
صفراوی تيږی کيدای شی چی په صفراوی کڅوړه کی او يا هم د ځيګر څخه دباندی صفراوی قناتونو کی مينځته راشی لويديځی نړی هغه ناروغان چی په صفراوی کڅوړه کی تيږی لری ځينی وختونه په داخل الکبدی او خارج الکبدی صفراوی قناتونو کی هم تيږی منځته راځی چی د خارجالکبدی قناتونو تيږی په لمړنی او ثنوی تيږو ويشل شوی دی چی دا هم د موقعيت او منشی له مخی سره توپير لری، ابتدايی تيږی خصوصا هغه تيږی چی په خارج الکبدی قناتونو کی مينځته راځی په عمومی ډول پستی، ښويه او yellowish tan رنګ وی دا تيږی معمولا د صفراوی قنات د جوړښت سره ځان سموی او زياته اندازه د

کولسترول لرونکی وی خو ثانوی تیږی (secondary retained stones) په صفراوی کڅوړه کی جوړیږی او د سیتک قنات او ځینی وختونه د صفراوی فیستول د لاری د امعاو لومن ته تیریږی دا تیږی د کیمیاوی ترکیب له نظره د هغه تیږو سره چی په صفراوی کڅوړه کی جوړیږی سره ورته دی او هغه تیږی چی داخل الکبدی موقعیت نیسی معمولا د مزمنو صفراوی انتاناتو له وجی چی د تضیق او رکودت مینځته راوړی.

۲-۵ انځور

۲-۶ وقعوعات:

د صفراوی ډبرو وقعوعات د نړی په کچه په مختلفو اندازو سره دی د امریکا په متحده ایالاتو کی تقریبا د نفوس ۱۰٪ خلک صفراوی تیږی لری.



او هر کال یی ۸۰۰۰۰۰ نوی واقعات راجستر کیږی او د نړی په نور و برخو کی د صفراوی ډیرو ناروغی ډیری عامی ندی چی ددی له جملی نه ۳٪ واقعات یی په افریقایی هیوادونو کی د ارثی او غذایی تړاو له مخی اړیکی لری د صفراوی ډبرو ناروغی په لری ختیځ کی په واضح ډول یو صحی او ټولنیزه ستونزه مینځته راوړی او کیدای شی چی د نفوسی فکتورونو پوری اړه لری لکه باکتریا او پرازیتونه په برکی نیسی. خو سره لدی د کولسترول او میکس ډبرو وقوعات په امریکا کی ډیر دی صباغی ډبرو وقوعات هم مخ پر زیاتیدو دی خو د کلسیوم بیلیروبینات ډبری په لری ختیځ کی د کمیدو او د کلسترول ډبرو وقوعات په ډیریدو دی چی دغه میلان د غذایی ریژیم او محیطی فکتورونو کی د تغیر په اساس بدلیدلای شی.

۲-۷ اپیدیمولوژی:

ا ــعمر:

په زړو اشخاصو کی یی لاتر اوسه دوقوعاتو د مینځته راتګ فزیولوژیک توضیحات لاڅرګند ندی خو د کولسترول مشبوعیت په مسنو ښځو کی نسبت ځوانو ناروغانو ته زیات وی د صفراوی تیږو وقوعات په کاهل نارینه ناروغ کی د اندروجن او ایستروجن هورمون په نسبت کی د بدلون راتګ او د صفراوی

کڅوړی په حرکاتو او ددی په نتیجه کی د صفراوی شحم په میتابولیزم کی د خلل دمینځته راتللو له وجی مینځته راځی د التراساونډ له مخی مطالعاتو داسی ښودلی چی د صفراوی کڅوړی حرکات د کولیسیتوکینین (cck) په مقابل کی د حساسیت، د صفراوی کڅوړی تقلص د لمړنی هورمونی تنبی په مقابل کی د عمر په ډیریدو سره کمیږی د پانقراصی پولی پپتایدونه د عمر په زیاتوالی سره ډیریږی خو تجربو داسی ښودلی دی چی دا پپتایدونه په صفراوی کڅوړه کی وروسته د تقلص څخه موثر وی نو پدی لحاظ نوری لازیاتی مطالعی ته اړتیا شته چی ددی پپتایدونو تاثیرات څرګند شی او مسنو وګړو کی د صفروی کڅوړی تقلصات باندی ښه څرګند شی.

سره لدی صفراوی تیږی په ماشومانو او کاهلانو کی په ندرت سره لیدل کیږی خو په هغه ځوانانو کی چی هیمولایتیک تشوشات لری ولادی انومالی او د ایلیوم تشوشات او (short bowel syndrome) راپور ورکړشویدی او همدارنګه په ماشومانو کی چی د اوږدی مودی داخل الوریدی تغذیه اخلی مینځته راځی اپیدیمولوژیک څیړنو ښودلی چی د عمر د زیاتوالی د او د صفراوی کڅوړی تیږو تر مینځ ارتباط موجود دی.

ب – ارثی او نژادی فکتورونه:

سره لدی چی په یقینی ډول ځینی ګروپونه او همدارنګه ځینی کورنیو کی په انفرادی ډول د صفراوی کڅوړی ډبری لیدل کیږی خو د ارثی عواملو رول پکی لا تر اوسه څرګند نه دی خو حقیقت دادی چی د صفراوی ډبری واقعات د نژاد او جغرافیایی ویش له مخی داسی ویل کیږی چی محیطی فکتورونه او ممکن غذایی جوړښت کیدای شی سره په مساوی ډول لکه څرنګه چی ارثی فکتورونه د ډبرو په جوړښت کی رول لری لکه د جنوبی امریکا pima Indians کی په زیاته اندازه د صفرا د کڅوړی ډبری لیدل کیږی چی تقریبا ۷۳٪ په ښځو کی د ۳۴-۲۵ کلونو په عمر کی لیدل کیږی خو مختلفو مطالعاتو د کوښښونو په اساس ځینی خاص جینیتکی نواقص موجود دی چی په لوړه سطحه په صفرا کی مشبوع کولسترول موجود وی چی ددی پدیدی ممکنه توضیحات داسی دی چی په هغه صفرا چی په ځیګر کی جوړیږی د کولسترول افراز ډیروالی او د صفراوی تیزابونو د کموالی سره یو ځای وی د ختیځی افریقا په خلکو کی د صفراوی کڅوړی تیږو وقوعات ممکن په ثانوی ډول د ارثی او نژادی فکتورونو له وجی وی خو غذایی موادوجوړښت یی په اساسی لاملونو کی نه شمیرل کیږی.

ج - جنس او هورمونونه:

د صفراوی تیږو ناروغی په ښځو کی نسبت نارینه ته زیات لیدل کیږی په ښځو کی د ژوند په اومه او اتمه لسیزه کی یی وقوعات ډیر لیدل کیږی خو وقوعات یی تقریبا ۲۰٪ په دواړو جنسونو کی لیدل کیږی خو په ښځو کی یی د مینځته راتللو لاملونه د هورمونی تغیراتو له وجی چی صفراوی شحمو میتابولیزم او د صفراوی کڅوړی حرکی دندی کی د بدلون راتللو له مخی د تیږو په مینځته راتللو کی سره میلان

پیداکوی د ایستروجن تطبیق په premenopausal او postmenopausal ښځو کی او یا هم په نارینه وکی د ایستروجن تطبیق کول په یقینی ډول د صفراوی کڅوړی د ډبرو د جوړیدو لامل ګرځی تجربو دا ښودلی چی د ایستروجن هورمون د ځیګر د هغه انزایمونو فعالیت چی کولسترول په صفراوی اسید باندی بدلوی کموی نو لدی وجی په صفرا کی صفراوی اسید جوړیدل او افراز کمیږی او د مشبوع کولسترول سویه لوړیږی د التراساونډ مطالعاتو ښودلی دی چی د صفراوی کڅوړی د تقلص څخه وروسته د residual volume پاتی کیدل په صفراوی کڅوړه کی د حمل په دوهم او دریم ترایمستر کی د صفراوی ډبرو د مینځته راتګ سبب ګرځی ځکه چی په دی موده کی صفراوی کڅوړه خپل ټول لمړنی مختوی نشی کولای چی تخلیه کړی چی دا تاثیرات کیدای شی چی د پروجسترون له وجی وی په نتیجه کی د صفراوی کڅوړی ناقصه تخلیه او د صفرا درکودت مینځته راځی چی فکر کیږی چی همدا فکتورونه دی چی د کولسترولی صفراوی ډبرو سبب ګرځی.

د – ثربښت:

کلینیکی شواهدو دا څرګنده کړی ده چی هغه اشخاص چی د نورمال حالت څخه ډیر وزن لری وقوعات یی دوه یا دری چنده وی او میتابولیک مطالعاتو دا ښودلی چی هغه ناروغان چی چاق دی په کبدی صفرا کی زیات کولستروارول افرازوی نو لدی وجی ډبری جوړونکی حالت نیسی خو برعکس په سرعت سره د وزن ضایع کولو کی هم ځیګر کولسترول افرازوی او د صفراوی ډبرو وقوعات ډیر وی خو سره لدی د ډبرو د مینځته راتګ میکانیزم لا تر اوسه سم څرګند شوی ندی خو د کبدی او معایی صفرا د تیزابونو دوران د کموالی سره ممکن د هغه جراحی عملیاتونه جی د ورن د ضیاع لپاره تر سره کیږی د صفراوی ډبرو د مینځته راتګ سبب ګرځی نو لدی وجی دی چی دهغه اشخاص چی دوزن د ضیاع په منظور د معدی عملیاتونه کوی اجراکوی د صفراوی ډبرو د مینځته راتګ وقوعاتو راپور ورکړل شوی دی ځکه چی د صفراوی کڅوړی تخلیه د کم خوراک له وجی بطی کیږی.

ح – دیابتس:

هغه ناروغان چی شکره لری دوه برابره د نسبت هغه اشخاصو ته چی شکره نلری د صفراوی تیږو لپاره ډیر مساعد دی خو ددی تیږو په هکله چی په ترکیب یی څه دی لا تر اوسه معلومات محدود دی خو پلټنو څرګنده کړی چی ددی ناروغانوپه صفراوی کی هم فوق العاده مشبوع وی نو له همدی وجی ډیری یی کولسترولی وی برسیره پردی چی صفرا یی فوق العاده مشبوع شحم لری صفراوی اسید او هم یی د صفراوی کڅوړی فعالیت مختل شوی وی مطالعاتو ښودلی چی ډیر لوړ خطرلرونکی شکر ناروغانو ښودلی چی د کولسترول د مشبوعیت درجه په صفرا کی په حقیقت کی د انسولین د درملنی په مهال لوړیږی او هغه ناروغان چی کولسترول یی لوړ وی د صفرا د کڅوړی د ډبرو جوړیدو ته ډیر مساعد دی.

ط – د ځیګر سیروزس:

سره لدی چی د الکول تاثیر د صفراوی ډبرو په جوړیدو کی معلوم ندی خو د اتوپسی مطالعاتو دا ښودلی ده چی صفراوی کڅوړی ډبری په هغه ناروغانو کی چی د سیروزس سبب یی الکول وی نو صفراوی ډبری هم درلودلی، دا لاسته راوړنی د صباغی تیرو د وقوعاتو له وجی لاسته راغلی وی په خاص ډول د صفراوی تیزابونو په میتابولیزم کی خلل مینځته راتلل داسی ښایی چی د سیروزس له وجی مینځته راغلی صباغی تیری دی او په سیروتیک ناروغانو کی د کولسیرول ډبری لږی وی نسبت هغه ناروغانو ته چی کولیسیستیکتومی شوی ځکه چی د دوی په صفرا کی کولسترول ډیر زیات وی.

ی – واګوتومی: مقدمو کلینیکی څیړنو دا ښودلی چی ترنکل واګوتومی د پپتیک قرحاتو د جراحی درملنی لپاره ډیره مهمه ده خو دصفراوی کڅوړی د ډبرو لپاره دری ځلی زمینه برابروی د پخوا څخه داسیفکر کیده چی د صفراوی ډبرو او ترنکل واګوتومی تر مینځ یوه اړیکه موجوده ده ځکه چی په ثانوی ډول د صفراوی کڅوړی د حرکی فعالیت دمختل کیدو سبب ګرځی ددی نظریی لپاره شواهد د التراساونډ او لابراتواری معاینات له مخی معلومیږی چی د صفراوی کڅوړی توسع او د کولیسیستوکینین د افراز په مقابل کی د کڅوړی د داخلی فشار زیاتوالی البته د واګوتومی او پایلوروپلاستی له وجی زیاتیږی تجربوی مطالعات واګوتومی لهوجی د صفراوی ډبرو مینځته راتللو نظریه ردوی

ه – داخل الوریدی تغذیه:

داسی معنی لری چی هغه ناروغان چی د هضمی جهاز داسی ناروغی ولری چی ناروغ ونشی کړای د خولی د لاری غذایی مواد وخوری د راپورونو له مخی چی تر اوسه پوری په نړی کی مطالعات تر سره شوی چی د اوږدی مودی لپاره د داخل الوریدی تغذیی تطبیق د acalculus او calculaus کولیسیستیت لپاره زمینه برابروی.

چی ډیرو لویو کلینکی مطالعاتو له مخی ښودلی شوی چی په کاهلانو او ماشومانو کی د اوږدی مودی داخل الوریدی تغذیی د صفراوی کڅوړی د ډبرو د مینځته راتللو سبب ګرځی د التراساوند د مطالعاتو له مخی معلومه شوی چی د صفراوی ډبرو ناروغی دی ناروغانو کی لمړی رکودت او بیا د sludge له وجی تیری مینځته راوړی لمړنی مطالعات داسی وړاندیز کوی چی د نوی ډبری جوړیدل په لمړی سر کی د کلسیوم بیلیروبینات څخه جوړی شوی دی سره لدی هم د داخل الوریدی تغذیی له وجی د تیرو مینځته راتللو سبب لا تر اوسه معلوم ندی د صفرا رکودت د کڅوړی د نه تخلیی له وجی یو خطرناکه فکتور شمیرل کیږی دواړه تجربوی او کلینکی مطالعات داسی پشنهاد کوی چی دروانی او فارماکولوژیک تخلیی کولای شی چی ددغی حادثی مخنیوی وکړی تر څو د اوږدی مودی داخل الوریدی تغذیه ختمه شی.

۲-۸ کولسترولی ډبری:

د کولسترولی ډبرو پتوجنیزس نه یوازی د ځیګر او نه یوازی د صفرا کڅوړی افات د ډبرو د مینځته راتللو سبب ګرځی بلکه د مختلفو فکتورونو له وجی مینځته راځی کولسترولی تیږی د صفراوی کڅوړی او ځیګر د متقابل عکس العمل له وجی مینځته راځی کوم وخت چی د صفراوی کڅوړی په دنده کی تشوش مسنځته راشی په صفرا کی د منحله مشبوع کولسترول د صفراوی کڅوړی د دندی د مختل کیدو له وجی د ډبری هسته پر مخ ځی او ډبره نشونما کوی

۲-۶ انځور

۲-۹ صباغی تیږی:

د نړی په سطحه صباغی ډبری په صفراوی کڅوړی کی په زیاته پیمانه پیدا کیږی اپیدیمولوژیکو مطالعاتو ښودلی دی سره لدی چی د کولسترول ډبری په امریکا کی ډیر لیدل کیږیصباغی ډبری د صفراوی ډبرو ۳۰٪ تشکیلوی د صباغی ډبرو د جوړښت د میکانیزم په هکله چی په څه ډول مینځته راځی لږی هڅی شوی دی خو یو څه تعداد فکتورونه شته چی دا واضح کړی چی صباغی ډبری څنګه مینځته راځی او په امریکا کی یی واقعات ولی لږ دی د مناسب حیوانی مودلونو نه موجودیت او د غیر متجانس طبعیت لرونکی دی خو سره لدی چی څرنګه مینځته راځی بیا هم د غیر مشبوع بیلیروبین یی د مینځته راتللو اساسی لامل پیژندل شوی دی.

۲-۱۰ د صباغی صفراوی تیږو تصنیف:

صباغی ډبری د زیات بیلیروبین د غلظت درلودلو له امله چی معمولا د ۴۰٪ زیات بیلیروبین او په کمه اندازه کولیسترول درلودلو له امله د یو خاص وصف لرونکی وی خو اکثره یی میکس ډبری وی خو اساسی ماده یی کلسیوم بیلیروبینیت تشکیلوی دا ډبری په تور او نصواری رنګه ډبرو تصنیف شوی توری صباغی تیږی عموما په هغه ناروغانو کی مینځته راځی چی د وینی هیمولایتیک تشوشات او یا هم د ځیګر سیروزس ولری پیدا کیږی صباغی ډبری د بنی له مخی د قیر په ډول (tarry appearance) وی او د تل لپاره پهصفراوی کڅوړه کی موقعیت نیسی او فکر کیږی چی د صفراوی میتابولیزم د مختل کیدو له وجی مینځته راځی خو برعکس نصواری ډبری اکثره په اسیایی ناروغانو کی موندل کیږی خو د ترکیب له مخی د مشترک صفراوی قنات ډبرو سره ورته وی او کیدای شی داخل الکبدی او یا هم خارج الکبدی صفراوی قناتونو کی هم ځای ونیسی او عموما د انتان سره یو ځای وی.

۲-۱۱ پتوجنیزس:

داسی فکر کیږی چی د صباغی ډبرو د مینځته راتللو عمده لاملبیلیروبین وی ځکه چی د free 7
unconjugated bilirubin له وجی چی د باکتریا پواسطه جوړیږی په اوبو کی غیر منحل وی او په صفرا کی د منحل کلسیم سره یوځای کیږی او تر څو د کلسیم بیلیروبینات مترکس جوړ کړی چی همدا د صباغی ډبرو یو عمده جوړښت تشکیلوی او باکتریا هم په کلسیم بیلیروبینات پروتین مترکس کس موجود وی چی په نصواری رنګه صباغی ډبرو کی موجودوی خو په تورو صباغ ډبرو او کولسترولی ډبرو کی موجود نه وی نو دغه لاسته راوړنی د اپیدیمولوژیک مطالعاتو پواسطه ښودلی چی نصواری ډبری په هغه ناروغانو کی چی د صفراوی طرقو انتانات پکی په اندیمیک ډول موجود وی پیدا کیږی خو توری صباغی ډبری په وصفی ډول په هغه ناروغانو کی چی د وینی هیمولایتیک تشوشات او د ځیګر سیروزس لری پیدا کیږی. خو پوهیږو چی صباغی ډبری په هغه ناروغانو کی چی د وینی هیمولایتیک تشوش لری او د ځیګر سیروزس لری پیداکیږی هغه ناروغان چی د اوږدی مودی لپاره داخل الوریدی تغذیه اخلی او یا هم د الیوم د resection څخه وروسته د صفراوی ډبرو انتاناتو مینځته راتلل د یوی واحدی نظریی په ډول نشی کولای چی د ټولو صباغی ډبرو پتوجنیزس واضح کړی او په هغه ناروغانو کی چی د وینی هیمولاتیک تشوش ولری نو د زیات بیلیروبین په کبدی صفرا کی تولیدیږی خو ددی لپاره دوه عمده وضاحتونه موجود دی چی د صباغی ډبرو وقوعات کی سیروزس او هایپرسپلینیزم ناروغانو کی او هیمولایزس او د ځیګر پواسطه د بیلیروبین مشبوعیت مختل کیدلو له وجی دی داسی پیشنهاد شوی دی چی غیر مشبوع بیلیروبین مستقیما د ځیګر پواسطه افرازیږی او نیمایی برخه یی د micelle او نیمایی برخه یی د کلسیم سره یو ځایی کیږی لاسته راوړنو ښودلی دی چی په اندوجنس ډول د b-glucurindase د انسانانو په صفرا کی تولییدیږی چی دا یو بل ممکنه سبب د صفراوی صباغی ډبرو لپاره پیژندل شوی دی. خو د کلسیم رول د ډبرو په جوړولو کی د صفرا په ترکیب کی د زیات مقدار کلسیم موجودیت د ډبرو د جوړیدلو سبب ګرځی او کولسترول د منحله وصف په ډول د mix micelle سره یو ځای کیدل د بیلروبین سره ورته فرضیه لری. له بله پلوه په صفراوی کڅوړی کی د صفرا رکودت هم یو د صباغی ډبرو د مینځته راتګ د مهمو فکتورونو څخه شمیرل کیږی خو د معلوماتو له مخی دا په ګوته شویدی چی هغه ناروغان چی داخل الوریدی تغذیه کیږی نو په صفراوی کڅوړه کی استراحت او رکودیت مینځته راځی او صفرا دی ته میلان پیدا کوی چی د کلسیم بلیروبینات تیری جوړی کړی همدارنګه sepsis هم د ډبرو د مینځته راتللو سبب شمیرل شوی ځکه د کولانجیو هپاتایتس داخل الکبدی ډبرو ناروغی او primary common duct stones ناروغی د نصواری رنګه صباغی تیګو د مینځته راتللو سبب ګرځی..

Biliary sludge:

په دی نژدی وختونو کی د کولسترولی او صباغی صفراوی ډبرو لپاره sludge یو مساعدونکی فکتور پیژندل شوی دی نو لکه څرنګه چی د التراساند له مخی مشاهده کیږی او یوه برخه د صفرا پکی د کلسیوم بلیروبنات د کرستلونو څخه چی د صفراوی رکودت په نتیجه کی پیداکیږی چی کله sludge تجزیه شی نو په زیاته اندازه فاسفولیپیدونه په خپل ترکیب کی لری. اوسنیو مطالعاتو ښودلی دی چی ceftrixone چی

یو cefrtiaxone سبب ګرځی ځکه چی third generation cephalosporin د sludges یوه غیر عضوی ماده چی تغیرات مینځته راوړی او په ځیګر کی د انیون خصوصا د (calcium sensitive anions) د افراز سبب ګرځی خو دغه ماده په کبدی میتابولیزم کی داسی تغیرات مینځته راوړی چی تر څو په صفرا کی sludg مینځته راشی خو سره لدی ددی درمل عمده علت د ډبرو په مینځته راتللو کی په سم ډول معلوم ندی.

۲-۱۲ کلینیکی اعراض او علایم:

د صفراوی ډبرو د مینځته راتګ ډیر مختلف اسباب موجود دی او په مختلفو لارو د کولسترولی او غیر کولسترولی ډبرو د مینځته راتګ سبب کیږی خو مطالعاتو ښودلی ده چی تقریبا ٪۵۰ ناروغان بی عرضه وی خو ډیری ناروغان د بطن د ښی پورتنی برخی د درد د صفراوی کولیک (٪۲۵-۱۰) څخه شاکی وی او نور یی په دومدار ډول حاد کولیسیستایتس صفراوی طرقو ډبری او یا هم د صفراوی کڅوړی ډبری پانکراتیت لری د خطر سره مخامخ ناروغانو پیژندل ډیر ګران کار دی چی د کوم اختلاط سره مخ شوی دی خو سره لدی مطالعاتو ښودلی دی چی صرف یو څه لږه فیصدی ناروعان بی عرضه ډبری لری او د ډیر وخیمو اختلاطو سره مراجعه کوی. د بی عرضه ډبرو د درملنی په هکله د کلونو راهیسی مباحثی روانی دی خو بیا هم راپورنه دا وایی چی د بی عرضه ډبرو طبیعی تاریخچی له مخی یوه سلیمه حادثه ده او په مقدم او یا هم په وقایوی ډول کولیسیتکتومی ښه استطباب لری خو دوو مطالعو دا ښودلی چی ٪۱۰ څخه لږ ناروغان چی بی عرضه ډبری لری د پنځو کلونو په ترڅ کی د اعراضو دمینځته راتللو سبب ګرځی خو ددی مطالعاتو په هکله ځینی مشاهدی موجود دی او ډیر سوالونه لا تر اوسه پوری حل شوی ندی خو یوه مسله چی ددی مناقشی په هکله ده چی معلومه شی چی په حقیقت کی کوم عرض مینځته راوړی خو دا په ډاګه ده چی یو شمیر ناروغان دی چی صفراوی ډبری لری خو درد نلری خو بد هضمی شدیده بطنی ناراحتی او حتی په خفیف ډول بطنی انتفاخ یی لمړنی تظاهراتو له جملی څخه شمیرل کیږی هغه ناروغان چی بد هضمی څخه شاکی ندی او بیلری کولیک نلری نو د کولسیستکتومی څخه وروسته هم د قنات وړ حالت نلری.

په حقیقت کی ٪۷۰ دغه ډول ناروغان د کولیسیستکتومی څخه واضح قنات لری خو په هر صورت دا وړاندیز کوی چی غیر وصفی اعراض معمولا د صفراوی ډبرو له وجی نه وی نو د کولیسیستکتومی پواسطه یی اعراض له مینځه ځی خو په هر صورت داسی وړاندیزونه هم شته چی دا غیر وصفی اعراض د صفراوی ډبرو له وجی وی نو دا ناروغان د بی عرضه ناروغانو په نوم نومول مناسب کار ندی.

خو ناکافی معلوماتو موجود دی چی معلوم کړی چی د ناروغانو طبیعی تاریخچی مشخصه شی نو ځکه د وقایوی تداوی رول لا تر اوسه معلوم ندی همدارنګه د خولی د لاری د ډبرو د منحل کولو درمل هم ناهیلی منځته راوړی ده او دغه پایلی یی د اقتصاد له مخی ګرانی تمامیږی نو د بی عرضه تیږو په تداوی کی کومه مناسبه معنی نلری.

ددی پشان لږ څه نور معلومات هم شته چی د تیږو ماتول (لیتوتراپسی) او یا هم د تیږو منحل کول د درملو پواسطه د بی عرضه ډبرو لپاره ځینی قواعد لری نو مقدمه کولیسیستکتومی باید په ټولو بی عرضه ډبرو کی په پام کی ولرو خصوصا هغه ناروغانو کی چی د صفراوی طرقو د اختلاط د مینځته راتګ توقع پکی کیږی او یا هم په هغه ناروغانوکی چی لوی خطی فکتور لری او په هغه ناروغانوکی چی عملیات پکی د خراب طبی حالت له وجی مظاد استطباب ندی د مثال په ډول حاد کولی سیستیت چی کله په immunosupreesed ناروغانو کی واقع شی یو خطرناکه ژوند تحدیدونکی اختلاط دی نو لدی وجی مقدم (early کولیسیستکتومی) په هغه ناروغانو کی چی بی عرضه صفراوی ډبری لری توصیه کیږی او هغه ناروغان چی د یو بل علت لپاره لاپراتومی کیږی او یا هم د کومی عضوی transplantation کیږی باید تر سره شی نو په بی عرضه ناروغان کی لاپراسکوپیکه کولیسیستکتومی په ډیرو ناحیو کی د بی عرضه ناروغانو لپاره یو ښه استطبابی ازادی مینځته راوستله.

ډیر عام کلینیک اعراض:

غیر وصفی اعراض:- د صفراوی ډبرو ناروغان مبهم بطنی ناراحتی لری خو سره لدی په وصفی ډول وروسته د غذا د خوړلو څخه درد مینځته راځی او ناروغ په دی قادر نه وی چی د غذا د خوړلو او درد د مینځته راتللو تر مینځ وخت به ډیر ښه ډول بیان کړی او دا ناراحتی د ګیدی په ښیی پوړتنی برخه کی وی سربیره پردی نور ناروغان د شرصوفی ناحیی د درد څخه شاکی وی نو د غیر وصفی اعراضو څخه هم شایک وی چی کیداشی د صفراوی ډبرو ناروغان یی ونلری لکه flatulence ارګمی او د زړه سوځیدل.

صفراوی کولیکی درد:

صفراوی کولیکی درد معمولا سیستیک قنات hartmann pouch اویا هم صفراوی لاروکی د ډبری د بندش له کبله مینځته راځی د کلیک اصطلاح یو څه د درد څخه تو پیر لری ځکه د درد وصف یی د نورو غړو د کولیکی دردونو څخه توأیر کوی هغه پدی ډول چی د امعاوو او حالب دردونه سره توپیر شی پدی ډول چی دا کولیکی دردونه په وقفوی ډول وی او سپاسمودیک وی او د لندی مودی لپاره وی خو د صفراوی کولیکی دردونو وصف پدی ډول وی چی په سرعت سره زیاتیږی او شدت یی ډیر وی او ناراحتی موده یی زیاته ده چی تر څو ساعتونو پوری دوام کوی خو په تدریج سره یی شدت کمیږی خو د پخوا پشان د صفراوی کولیک درد په بطن ښیی پورتنی برخه او middle epigasrium ناحیه کی وی او د ملا ناراحتی د ښیی scapular ناحیی په انسی سفلی برخه مینځته راځی BOA’S SIGN خو سره لدی درد په ښیی اوږه کی موجود وی د صفراوی کولیک دردونه معمولا د غذا د خوړلو څخه وروسته مینځته راځی او تل د زړه بدوالی او کانګو سره یو ځای وی دا حملی معمولا د شحمی غذا سره مینځته راځی او نورو غذاګانو سره هم مینځته راتلای شی..

۲-۷ انځور

۱۳-۲ د صفراوی کڅوړی حاد التهاب (حاد کولی سیستیت):

د صفراوی کولیک او صفراوی کڅوړی حاد التهاب کینیکی منظره یو د بل سره مغالطه کیږی او د کلینیکی له مخی ډیر گران کار دی چی سره توپیر شی او داسی فکر کیږی چی دا دواړه داسی واقعات دی چی سره نه توپیر کیږی د صفراوی کولیک سره ورته د حاد کولی سیستیت مینځته راوړنکی فکتور دادی چی ډېره په سیتیک قنات او یا هم په hartmann's puoch کی بندیږی نو د درد شروع وصف او د کولی سیتیت د ناروغ سره باید وکتل شی خو بر خلاف د صفراوی کولیک سره لدی چی درد عموما د څو دقیقو څخه تر څو ساعتونو پوری دوام کوی او د صفراوی کڅوړی حاد التهاب درد دوام حتی تر څو ورځو هم موجود وی نو د التهابی پروسی سره صفرا کڅوړه نوره هم متوسع کیږی او پای کی مجاور جداری پریتوان په التهاب باندی اخته کوی او ددی پسی ناروغ په وصفی ډول نور هم د بطن ښیی پورتنی برخه درد څخه شاکی وی ځینی وختونه په اعراضو کی توپیر مینځته راځی او درد د visceralنوعی څخه parietal نوعی ته تحول کوی ډیر ناروغان نوم اعراض هم لری لکه بی اشتهایی، زړه بدوالی او کانگی چی په تنیجه کی د پریتوان د تخریش سره یو ناروغ نشی کولای چی حرکت وکړی او په بستر باندی استراحت ډیر خوښوی.

د حاد کولی سیستیت عمده اعراض پدی ډول دی چی morphy's sign یکی مثبت وی چی پدی کی ناروغ د شهیق په صفحه کی د بطن ښیی پورتنی برخه د عیمق جس کولو په وخت کی ساه نشی اخیستلی او معمولا صرف د بطن ښیی پورتنی برخه درد او ناراحنی د ساده billiary colic سره توپیر کیږی او همدارنگه د لابراتواری معایناتو پوسیله ډیر وصفی نه وی ډیر ناروغان چی uncomplicated صفراوی کڅوړی حاد التهاب لری خفیف leukocytosis (۱۲۰۰۰-۱۵۰۰ میلی لیتر) لری او خفیف ژیړی هم کیدای شی چی ولری لو تقریبا ٪۲۰ واوسی او دا په وصفی ډول د صفراوی طرقو د التهال له وجی وی.

۲-۱۳-۱ پتوجنیزس:

سره لدی چی حاد کولی سیستیت د بطن د عمده عاجلو پیښو څخه شمیرل کیږی د مریض د منځته راتللو کوم واضح علت یی معلوم ندی acute chlecystitis په ٪۲۰-۱۰ صفراوی کڅوړی په ډېرو کی مینځته راځی د سیستیک قنات بندش په صفراوی کڅوړه کی د التهاب له وجی مینځته راځی د حاد کولی سیستیت لمړنی مرحله په حقیقت کی یو بیو شیمیک تغیر دی او باکتریایی انتان د ناروغی په مینځته راتللو کی ډیر رول نلری هو یو تعداد التهابی میداتورونه یی په مینځته راتللو کی دخیل شمیرل کیږی لکه pancreatic , lithogenic bile , bile acids phospholipase A , lysolecithin , juice او پروستاگلاندینونه نو د دوی څخه هر یو یی د حجروی مرگ او التهاب د مینځته راوړلو وړتیا ولری خو سره لدی لمړنیو مطالعاتو ښودلی دی چی د صفراوی تیزابونو او پانقراص عصاره مجروح کولو کی رول لری خو ډیرو اوسنیو مطالعاتو ښودلی چی د phospholipase A , lysolecithin او پروستاگلاندین هم سببی رول لری ځکه چی lysolicithin د hydrolysis څخه منشه اخلی او د صفرا په ترکیب کی هم شامل دی چی lecithin په lysolicithin باندی بدلوی او دا مواد د صفرا د رکودت سبب گرځی او کیدای شی چی تول مینځته راوړنکی گروبونه چی ددی جوړیدلو لپاره په prostaniod میتابولیزم کی اختلال مینځته

راشي. نور داسي شواهد هم موجود دي چي پروستاګلاندين يي سببي عامل شميرل کيږی ځکه د indomethacin تطبيق هم ددی ناروغانو د درد په ارامیدو کی رول لری ځکه چی دا درمل د prostaglandine synthetasee inhibitor دی.

په ډيرو ناروغانو کی چی حاد کولی سيستست لر کيدای شي ناروی په خبله ښه شي ځکه کيدای شي ی ډبره به خبله د سيستسک قنات څخه لری شي او جسم خواته dislodge شي او سيستيک قنات خلاص پاتی شي نو پدی حالاتو کی ناروغ د خپلو اعراضو د کموالی څخه يادونه کوی خو عموما د ۴-۳ کلونو په موده کی اغراض ونلری او که چيری د سيستيک قنات بندش دوام وکړی نو ډبره به په lumen کی پاتی شي او حتی په Hartman pouch کی هم نو ناروغی به همداسی دوام کوی نو پداسی ناروغانو کی ۱۰٪ واقعات يي د صفراوی کڅوړی حاد التهال د اختلاط سره مراجعه کوی لکه perforation , empyema , gangrene او يا هم cholangitis

۲-۱۳-۲ پتالوژی:

د سيستيک قنات بنديدل د يوی تيږی او ورسره د التهابی پروسی پواسطه د صفراوی کڅوړی د جدار د ازيما سبب ګرځی نو په نتيجه کی د کڅوړی د وريدی او لمفاوی جريان د بندش سبب ګرځی چی په ظاهره د صفرا کڅوړه په وصفی ډول متوسع او دار يي ضخيم کيږی او ډيره زياته ازيما مينځته راوړی نو د laparatomy په مهال چی که صفراوی کڅوړه وليدل شي نو د ثرب په واسطه به محاط وی او يا به د يعخيثدعړ او محاورو جوړښتونو سره ملتصق وی چی دا حالات د ناروغی د پرمختګ پوری اړه نيسی کيداشي د اسکيما واضح شواهد خصوصا په هغه ناحيه کی جی اروا نسبتا کمه وی خصوصا د fundus ناحيه موجود وی.

د histology له نظره په حادکولی سيستيت کی د مخاطی او subserosal ازيما hypervascularity او د poly morphonuclear حجراتو ارتشاح په submucosa کی موجوده وی علاوه پردی تغيراتو د مزمن التهاب شواهد لکه لمفوسايتونو ارتشاح هم کيدای شي چی په تحت المخاطی ناحيه کی وی او حتی د مخاطی طبقی هموارېدل (flattening) به هم مينځته راځی.

۳-۱۳-۲ باکتريالوژی::

په نورمال حالت کی جی يو شخص د صفراکڅوړی تيږی نلری نو د صفرا positive bile cultura يوقوعات يي صفرا وی خو د توبير له مخی د ٪۷۰-۳۰ ناروغانو کی چی د کينيک له نظره حادکولی سيستيت تشخيص شوی وی positive bile culture وی چی ددی کلچر اکثره باکترياګانو منشه معايی وی خو معمول ارګانيزم يي ischerichia coliوی او نوری باکترياګانی په وصفی ډول klebsiela , enterobacter او enterococcus هم په وصفی ډول موجود وی د positive bile culture وقوعات په هغه ناروغانو کی چی acute cholcystitis لری ٪۷۰-۳۰ لوړ وی نسبت هغه ناروغان ته

چې chronic cholecytistis لری کوم چې د صفراوی کولیک له وجې عملیات شوی دی یعنی ۵۰٪-۲۰ مثبت وی نو هغه ناروغان چې acute cholscystitis لری د دوی په تسبت د باکتریاوو موجویت د مرګ او میر لپاره یوه عمده منبع ده په ډیرو ناروغانو کی دا ارګانیزمونه د زخم د انتان سبب ګرځی.

د ناروغانو په prospective مطالعاتو کی ښودل شوی دی چې د positive bile culture واقعات د عمر د زیاتیدو سره ډیریږی او هغه ناروغان چې chlecystectomy کیږی او عمر یی د ۵۰ کالو څخه ټیټ وی نو د positive bile culture واقعات یی د ۳۰٪-۲۰ پوری او هغه چې ۷۰ کلنی او یا د هغی څخه هم پورته عمر لری ۵۰٪ څخه هم لوړ وی. نو په هغه وخت کی چې د ناروغ د حادکولی سیستیت په استطباب باندی عملیات کیږی نو پدوی کی د انتان اختلاطات ډیر د مړینی سبب ګرځی نو دا اختلاطات موږ د یو ښه انتی بیوتیک پواسطه وقایه کولای شو نو داسی انتی بیوتیک باید وټاکل شی د وینی په سیروم او انساجو کی او حتی په صفرا کی افراز شی او هغه خطری فکتورونه چې د کولیسیستکتومی څخه وروسته مینځته راځی انتانی اختلاطات دی هغه مریضان چې د ۷۰ کلنی څخه پورته عمر ولری د انسدادی زیړی تایخچه ولری او د CBD تیږی چې د ژیړی سره یو ځای وی او که نه prospective مطالعاتو دا هم په ګوته کړی دی چې د وقایوی انتی بیوتیکونو تطبیقول په دی ناروغانو کی ډیر ګټور تمامیږی.

۲-۱۴ صفراوی کڅوړی حاد التهاب تفریقی تشخیص:

الف- په عام ډول:

- د اپندکس حاد التهاب
- د پیپتک قرحی تثقب
- د پانقراص حاد التهاب

ب- په غیر عام ډول:

- Acute pyelonephritis
- د قلبی عضلی احتشا
- د سږی د ښیی لوب پنومونیا

د حاد صفراوی کڅوړی حاد التهاب د تشخیص لپاره التراساوند ښه مرستندویه معاینه دی خو بیا هم که تشخیص یقینی نه وی نو CT-scan باید تر سره شی.

۲-۱۵ د صفراوی ډبرو اختلاطات:

په صفراوی کڅوړی کی:

1. صفراوی کولیک
2. صفراوی کڅوړی حاد التهاب
3. د صفراوی کڅوړی مزمن التهاب
4. د صفراوی کڅوړی قیحی التهاب
5. موکوسل
6. تثقب

په صفراوی طرقو کی:

1. د صفراوی لارو انسداد
2. حاد کولانجیت
3. حاد پانکراتیت

په امعاو کی:

1. د امعاو انسداد (gallstone ileus)

۲-۱۶ صفراوی ډبروتشخیص:

د صفراوی ډبرو تشخیص د ناروغ په تاریخچی فزیکی معاینی او ځینو مطمینو رادیولوژیکو معایناتو باندی تر سره کیږی لکه د بطن التراساوند معاینه او radionuclide scan په حاده مرحله کی ناروغ د بطن ښیی پورتنی برخه ناحیی حساسیت چی د شهیق په وخت کی شدید کیږی البته د معاینه کوونکی د جس په واسطه (murphy's sign)چی د مثبت مورفی علامی دا راښایی چی حاد التهاب موجود دی او کیدای شی چی ناروغ به په متوسطه اندازه leukocytosis ولری او د ځیګر وظیفوی معاینات په متوسطه اندازه لوړوی کیداشی چی یوه کتله د ثرب پواسطه محاط شوی موجوده وی خو د نیکه مرغه په ډیرو ناروغانو کی دغه حالت د ناروغ د ډبری په دوباره ډول ولومن ته د داخلیدلو پواسطه ښه شی او د صفراوی کڅوړی محتوی د سیستیک قنات لاری تیر شی نو په کافی اندازه د صفراوی کڅوړی درناژ ښه کیږی او التهاب حالت له مینځه ځی که چیری شها مینځته رانغله نو په نتیجه کی د صفراوی کڅوړی empyema مینځته راځی نو جدار په یی نکروتیک شی او تثقب به وکړی او موضعی پریتونیت به مینځته راوړی او که ابسی یی مینځته راوړه نو دا به هم تثقب وکړی او د بطن جوف کی به septic peritonitis جوړ کړی خو په هر صورت دا ډیر عام نه واقع کیږی که چیری په جس سره د بطن ښیی پورتنی برخه کی بی درده صفراوی کڅوړه (Courvoisier sign) وی دا معمولا هغه وخت مینځته راځی چی په distal common duct د انسداد له وجی مینځته راځی چی معمولا په ثانوی ډول د peripancreatic malignancy له وجی او په نادر ډول بی درده کتله د جس وړ وی چی دا سیستیک قنات د تام بندش له وجی چی د لومن د صفراوی مالګو د دوباره جذب څخه او معقم مخاط د افراز له

وجی چی د epithelium پواسطه افرازیږی او په نتیجه کی صفراوی کڅوړی په mucocele باندی بدلیږی.
۲-۸ انځور

۱ــــد بطن رادیوګراف:--- سره لدی چی په استون استاخ او ولاړی وضیعتونو باندی د حاد بطن ناروغانو لپاره ډیر ضروری معاینه ده خو د صفراوی کڅوړی تیږی ناروغانو کی یی اهمیت ډیر محدود دی په ٪۲۰ واقعاتو کی د صفراوی ډبری پکی د لیدلو وړ دی خصوصا هغه مهال چی تیره متکلس شوی وی ځینی غیر معمول د صفراوی ډبرو واقعات چی د بطن رادیوګرافی یی په تشخیص کی مرسته کوی لکه د ډبرو د جوړیدو په مهال د ډبری په مرکز کی د ګاز موجودیت د صفراوی کڅوړی په جدار کی د هوا موجودیت په emphysematous صفراوی کڅوړی حاد التهاب دلالت کوی په صفراوی طرقو کی د هوا موجودیت په billiary enteric fistula دلالت کوی د صفراوی کڅوړی مجسم کیدل په porcelain gallbalder او یا هم د کلسیم صفرا شیدی (milk of calcium bile) باندی دلالت کوی ۲-۸ انځور

د ګیډی رادیوګرافی چی په صفراوی کڅوړه کی radio-opaque تیګو خیال ورکوی چی دا ډیر معمول ندی او ٪۱۰ پیبنی تشکیلوی ۲-۱۰ انځور

۲-- oral cholecystography intravenous cholangiogram :--- د صفراوی طرقو د ډبرو ناروغی په تشخیص کی معمولا ډیر عمده رول لری دا تست د ځیګر پواسطه د halogen compounds په اطراح کولو استناد لری چی کله د ځیګر پواسطه اطراح شول نو د صفرا کڅوړی ته ځی او هلته بیا د صفرا د منحله موادو او اوبو د جذب څخه وروسته رنګه مواد په صفرا وی کڅوړه کی باتی کیږی او بیا د صفرا کڅوړه د لیدلو وړ وی خو سره لدی دا تست په ٪۹۰ واقعاتو کی دقیق وی او هغه ناروغانو کی چی حادی ناروغی خراب صحی وضعیت او هغه ناروغان چی تابلیت یی د خواګرځی له امله نه جذبیږی سو هضم او یا هم اسهالات ژیړی او یا هم د ځیګر تشوشات لری باید تر سره نشی نود همدی معذرتونو له وجی دا تستونه په نسبی ډول دقیق تر سره کیدای نشی او ننی سبا یی ځای نورو معایناتو نیولی دی او صحنی څخه د وبلو په حال کی دی.

۲-۱۱ انځور

۳ . د بطن التراساوند:- د بطن التراساوند د کشکوکو صفراوی ډبرو او صفراوی کڅوړی حاد التهاب لپاره ډیره مناسبه معاینه ده د التراساونډ معاینه د oral cholecystography د ځینو ملحوظاتو له مخی په نسبت ښو بنه والی لری یو دا چی ناروغ د شعاع سره نه مخ کیږی او ځیګر او هضمی سیستم د وظایفو په مختل کیدلو هم کوم اثر نکوی خو سره لدی د بطن التراساونډ معاینه د صفراوی کڅوړی په ډبرو کی ډیره موثره معاینه ده او صفراوی کڅوړی حاد التهاب تشخیص هم پری ترسره کیږی او ډیرو معایناتو کی تر ٪۹۵ واقعاتو کی حساس او دقیق دی چی ددی معاینی په واسطه د صفراوی کڅوړی اندازه شکل او د جدار ضخامت او د peri chole cystic fluid تجمع موجودیت راښایی همدارنګه sonographic

Murphy sign هم مثبت وی (یعنی په ښیی برخه د بطن په پورتنی ناحیی کی د التراساونډ پروب حساسیت موجود وی) او نورو مطالعاتو ښودلی چی دغه علامه د صفراوی کڅوړی حادالتهاب په ٪۸۵ ناروغانو کی مثبت او دقیقه معاینه ده هم د بطن التراسونو گرافی د صفراوی ډبرو په نه موجودیت او موجودیت کی ډیره مرسته کوی خو د حاد او مزمن صفراوی کڅوړی حاد التهاب تفریق کول پری ډیر گران دی پر سیره پردی چی التراساونډ د ډبری موجودیت په صفراوی کڅوړی او صفراوی قناتونو کی معلوموی نو صفرتیو قناتونو، پانقراص او د ساحی د نورو غړو د اناتومی به هکله هم معلومات ورکوی د التراساونډ د پرمختګ نن سبا بله معاینه trans abdominal ultrasonography ده چی اوس د امړنی معاینی په ډول تر کار اخیستل کیږی او ډیره ارزانه ده او په چټکی سره ترسره کیدای شی او د جراحح پوری اړه لری او د شحمی ناروغانو او خصوصا به هغه حالت کی چی په امعاو کی ډیر ګاز موجود وی نه ترسره کیږی ددی معاینی په ذریعه کولای شوی چی د صفراوی طرقو ډبری دصفراوی کڅوړی اندازه جدار اندازه د صفراوی کڅوړی التهاب او د مشترک صفراوی قنات اندازه او ځینی مهال په صفراوی شجر کی د ډبرو موجودیت پری کتلای شو او ددی پواسطه کولای شو چی د پانقراص د تومورونه چی د مشترک قنات د انسداد سبب ګرځی وګورو. نو په هغه ناروغانو کی چی اسدادی ژیړی لری التراساونډ یوه مزسته کوونکی تشخیصیه اله ده دا معاینه د خارج الکبدی صفراوی قناتونو او د انسداد کچه هم معلوموی برسیره پردی د انسداد سبب هم پری معلومیږی له د صفراوی کڅوړی ډبری په مشترک کبدی قنات کی او مشترک صفراوی قنات کی او حتی کی افت د قنات په جدار کی هم وی چی دا په cholangiocarcinoma دلالت کوی او که د پانکراس راس لوی وښایی نو د راس په pancreatic carcimoma دلالت کوی دا اله د معدی او اثناعشر د لاری داخل او چی د التراساونډ یو transducer یی په څوکه موجود وی چی ځیګر صفراوی طرق د معدی او اثناعشر د لاری کتل کیږی.

۲-۱۲-۱۳ انځور ۲-۱۴انځور ۲-۱۵انځور ۲-۱۶ انځور ۲-۱۷ انځور

۴ . hepatobiliary scintigraphy (radioisotope scaning):- رادیونو کلایدونه radionuclides لکه tc-99mtc او یا هم د iminodiacetic مشتقات پکی استعمالیدای شی تر څو د صفراوی کڅوړی او صفراوی قناتونو مستقیم تصویر واخیستل شی دا رادیونکلاید مواد د ورید دلاری تطبیق کیږی او د هپاتو سیت پواسطه تصفیه کیږی او په غیر مشبوع حالت په مستقیم ډول په صفراوی قناتی سیستم ته داخلیږی نو نوی نسل biliary scintigraphy یو پرمختللی رادیوګرافیک معاینه مینځته راوړی. چی د شعاع سره مواجه کیدل پکی لږ واقع کیږی او هغه ایزوتوپونه چی لنډ half life لری پکی استعمالیږی او دی ته ورته نور مواد هم شته چی د ژیړی په مختلفو درجو ناروغانو کی ورته ترجیح ورکول کیږی چی ددی موارو استعمال د هیپاتوسیت جذب د پنتورګو د اطراح د هیپاتو سیتونو او صفراوی طرقو قناتونو ته د ترانسپورت پوری اړه لری.Hepatobiliary scintgraphy د سیتیک قنات په شمول د صفراوی قناتونو د خلاصوالی او بندښت په هکله معلومات وړاندی کوی نو د سیستیک قنات بندښ چی د حادکولی سیستست لپاره لازمی امر دی نو د حاد کولی سیستیت د تشخیص لپاره یو لازمی معاینه ده د سیستیک قنات انسداد د صفراوی کڅوړی په حاد التهاب دلالت کوی خو تشخیص څخه دمخه یی باید د اثناعشر ځیګر ا صفراوی

قناتونو کی د lables موجودیت تثبت نه وی که ۶۰ دقیقی وروسته سیستیت باندی دلالت کوی او که ۴ ساعته وروسته صفراوی کڅوړه او سیستیک قنات ونه لیدل شو نو حتی هغه ناروغانو کی د ځیګر حجروی وظایف یی هم ښه وی نو فوق العاده په صفرای کڅوړی حادالتهاب دلالت کوی هغه ناروغان چی داخل الورید تغذیه اخلی او یا هم د اوږدی مودی لپاره روږه وی دوی false positive معاینات ښیی نو له همدی وجی باید احتیاط تر سره شی چی کله هم scan اجرا کیږی نو بدون د radionuclide ځخه باید د صفراوی سیستم ځخه پوره معلومات واخلی خو برسیره پردی ځینی وختونه داسی لاسته راوړنی هم موجودی وی یو complex extra hepatic ډبری او تومورونه موجود وی چی دا حالت معمولا په diffuse hepatic parechymal disease کی موجود وی چی اکثره واقعاتو ۸۹٪ کی دا ښودل شوی دی چی radionuclide scaning د حاد کولی سیستیت لپاره دقیق او حساس تشخیصه معاینه ده د رادیونو کلاید سکن معاینه هغو ناروغانو لپاره چی په حاد ډول د بطن ښیی پورنتی برخی اعراض لری واضح نده ځکه چی د صفرای کڅوړی حاد التهاب تشخیص معمولا د کلینیکی criteria له مخی ترسره کیږی خو سره لدی هم د scintigraphy پواسطه تشخیص کیدای شی خو ځینی وختونه فوق العاده وی خو ډیر ډاکټران د ښو کلینیکی شواهدو په درلودلو سره په تشخیص باندی مشکوک وی چی ایا ډبره موجوده ده او که نه په هغه ناروغانو کی چی د بطن ښیی پورنتی برخه حساسیت mild leukocytosis او تبه لری نو تشخیص یی په یقینیی ډول حاد کولی سیستیت دی بدون ددی چی hepatobilairy scan ترسره کړی او هغه ناروغان چی غیر وصفی اعراض لری د یقینی تشخیص سره سره هم ممکن تشخیص مشکوک کړی لکه peptic ulcer disease نو پدی ډولناروغانو کی bilairy scintigraphy یوه ډیره ښه تشخیصیه معاینه ده ترڅو په ددقیق ډول تشخیص پری وضع شی.

۵ . Biliary Drainage and cholecystokinin cholecystography:- ځینی وختونه ناروغ ته داسی کلاسیک اعراض مینځته راځی چی د صفراوی ډبرو د موجودیت هیڅ شواهد په oral cholecystography او حتی په ultrasound کی هم موجود نه وی خو سره لدی هم دا ناروغان د صفراوی طرقو د اعراضولرونکی وی او یو څه فیصدید ناروغانو یی چی کوچنی ډبری لری د تشخیص وړنه وی cholestorolosis او یا هم biliary dykinesia لری نو ددی ناروغانو لپاره د اثناعشر د درناژ (duodenal drainage studies) مطالعه ترسره کیږی تر څو د صفرا cholesterol crystals د CKKارتباط د cholecystography سره معاینه شی نو ددی لپاره یو کوچنی تیوب د fluoroscope لاندی د اثناعشر دوهمی قطعی ته داخلوو وروسته داخل الوریدی CKK زرق کیږی او د تیوب پواسطه صفرا اخیستل کیږی نو پدی وخت کی د صفراوی کڅوړی رادیوګرافیاو التراساونډ ترسره کیږی تر څو د کڅوړی motility ارزیابی شی نو د مثبتی مطالعی لپاره criteria موجود دی چی که درد مینځته راغی د صفراوی کڅوړی د لیدلو وړ تقلص موجود وی او غیر نورمال صفرا د کولسترول او یا هم د کلسیم بلوریبینت کرستلونه ولری نو مثبت تست به ترسره شوی د ٪۸۰ څخه زیات ناروغان دی چی د غیرنورمال تیست په نتیجه کی چی د اثناعشر د درناژ تیست او د صفراوی کڅوړی motility هم غیر نورمال وی خو د اعراض د کولیسیستکتومی څخه وروسته ډیر ښه شویدی.

۶ . computerized tomography :- ددی معاینی پواسطه ځیګر صفراوی قناتونه صفراوی کڅوړه او پانقراص په ښه ډول معاینه کیږی او خصوصا د ځیګر ا پانقراسافات او د ځیګر صفراوی کڅوړی ا صفراوی قناتونو کانسرونه په ښه دول معاینه کیږی بل دا چی ددی معاینی په پواسطه د ابتدایی تومورونو وسعت او د هغی اړیکی د نورو غړو سره او اوغیو سره راښودلی شی او برسیره پردی د لویو امفاوی عقداتو او میتاستاتیک ناروغیو موجودیت هم پر پزندل کیږی د سلیمو صفراوی ناروغیو په تشخیص کی دیره د استفادی وړ نده او د صفراوی کڅوړی ډبری په کی ښه ډول نه لیدل کیږی او حتی التهاب یی هم د تشخیص څخه پاتی کیږی خو بیا هم د ستی سکن په برخه کی لږ څه پرمختګ شوی لکه د multidetector helical scanner جوړیدل چی په دری بعدی ډول ترسره کیږی او په تشخیص کی یی نوره هم اسانتیا مینځته راوړی او په راتلونکی کی به هم دا مودول ډیر د ګټی د اخیستلو لپاره وکارول شی. ۲-۱۹ انځور

۷ . magnetic resonance cholangiopancreatography :- دامعاینه په هستوی مقناطیسی اهتزازاتو استواره ده او صفراوی کڅوړی او صفراوی سیستم معاینه پری ترسره کیږی دا کومه invasiveمعاینه نده او د مقطعی اخیستلو په ډول ترسره کیږی او یا هم په projection په ډول تصویر واخلی کثیفه موادو ته اړه نشته او که په ډول معاینه ترسره شی نو د صفراوی لاروی ډیر ښه تصاویر لاسته راځی او کولای شو چی د قناتونو انسداد، تضیقات او داخل القناتی ابنار ملتی پری ولیدل شی او عکسون یی د ERCP او PTC (percutaneous transhepatic cholangiogram سره بغیر ددی چی کومم اختلاط ورکړی پرتله کیږی. ۲-۲۰ انځور

۸ . endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP):- دا تخنیک په پراخه توګه نن سبا ترسره کیږی او ددی پواسطه کولای شو چی ampulla of vater په ښه ډول ولیدل شی او ددی پواسطه کولای شو چی ampula canulate هم کړو اوو ددی پواسطه کثیفه مواد په صفراوی لارو کی زرق کړو او د قناتونو د اناتومی لپاره په واضح تصویر هم واخلو اوو د ډبرو له وجی د انسداد هم معلوم کړو او یا هم خبیثه تضیقات ولیدل شی حال دا چی د التراساونډ او ECRP محدود تشخیصیه معلومات ورکوی خو ERCP د ژیری ناروغانو د ارزیابی لپاره ښه تشخیصیه معاینه ده پدی نارغانو کی خصوصا د سببی عامل د پیژندلو لپاره او انسداد د موقعیت د معلومول پری تشخیص کیږی او ددی پواسطه د صفرا سایتولوژی معاینی لپاره او همدارنګه د stricture څخه مواد اخیستل او معایناتو لپاره استول کیږی او همدارنګه ددی معاینی پواسطه ځینی د درملنی مداخلی هم کولای شو لکه د stent ایښودل چی تضیق پری اصلاح شی او که ډبره موجوده وی نو ډبره وسیتل کیدای شی نو ځکه ERCP د درملنی په برخه کی ډیر استعمالیږی نسبت تشخیصیه مواردو ته. ۲-۲۱ انځور ۲-۲۲ انځور ۲-۲۳ انځور

۲-۲۱ انځور قسمی تضیق راښایی

۹ . percutaneous trans hepatic cholangiogram :- دا یوه مداخلوی تخنیک دی چی صفراوی طرقو کی کنولا ننویستل کیږی دا هغه وخت ترسره کیږی چی د ناروغ bleeding tendency معلومه شی او د ناروغ پروتو رومبین ټایم نورمال وی ددی تخنیک څخه دمخه ناروغ ته لمړی انتی بیوتیک ورکړل کیږی او معمولا د فلوروسکوپ تر مشاهدی لاندی تر سره کیږی او یوه ستنه (chiba او okuda ستن) د جلد څخه تیر او ځیګر ته ننویستل کیږی او د رادیولوژیک کنترول لاندی (یا د التراساونډ او یا هم CT) کنولا صفراوی قنات ته تیریږی او کامیابه مداخله د کثیفه موادو د زرق څخه وروسته معلومیږی پدی کی په اوبو کی منحل کثیف مواد زرق کیږی او صفراوی سیستم پری مشاهده کیږی ددی پواسطه په زیات تعداد تصویرونه د هغه ساحی اخیستل کیږی کوم چی تضیق لری او صفرا هم اخیستل کیږی او سایتولوژی ته استول کیږی علاوه پردی ددی معاینی پواسطه کولای شو چی صفراوی طرقو دریناژ بهر خواته او یا هم ددی لاری په صفراوی طرقو کی یو stent کښیږدو او دا تر ډیر وخت پوری پکی پریښودل کیږی او بیا دا track متوسع کیږی او یو نازکه flexible کولیدوکوسکوپ پکی داخلیږی او تر څو د تضیق څخه بایپوسی واخیستل شی او هم که ډیری موجودی وی نو وېری تری ویستل کیږی خو په عمومی ډول په ژیړی ناروغانو کی که ناروغ خبیثه تضیق ولری او د ښیی او چپ کبدی قناتونو څخه پورته وی نو PTC ته نسبت ERCP ته ترجیح ورکول کیږی.

۲-۲۴ انځور PTC په مشترک صفراوی قنات کی تضیق ښایی

۱۰ . PEROPERATIVE CHOLANGIOGRAM:- د خلاصی او لاپراسکوپیکی کولی سیستیکتومی په مهال یو متیتر په سیستیک قنات کی ایښودل کیږی او کثیفه مواد زرق کیږی. ددی تخنیک پواسطه کولای شو چی د اناتومی ښه وګورو او اساسا په صفراوی لاروی یک پاتی ډبری وګورو نو ددی لپاره د ناروغ ملا لاندی د عملیات په وخت کی یو image intesifeir ایښودل کیږی د عملیات میز سر په ۲۰ درجو ټیټیږی تر څو داخل الکبدی قناتونه ښه ډک شی خو سره لدی باید دقت وشی چی زرقی کثیفه موادو سره هوا تیره نشی ځکه هوا کیدای شی چی د ډبری پشان خیال ورکړی او موږ ته غلطه لارښوونه وکړی.
۲-۲۵ انځور د عملیات په مهال د کولانجو ګرام ترسره کول

۱۱ . (choledochoscopy) operative biliary endoscopy:- د عملیات په مهال یو فلکسیبل اندوسکوپ د سیستیک قنات د لاری تیریږی او مشترک صفراوی قنات ته داخلیږی تر څو پری ډبری وکتل شی او د مستقیمی لیدنی پواسطه ډبره وګورو دا تخنیک هم د یو ایکسری intensifier سره یو ځای ترسره شی تر څو په بشپړ ډول تری مطمین شو وروسته د صفراوی قنات د خلاصول څه یو تیوب په سیستیک قنات کی ایښودل کیږی او یا هم په CBD یو T-TUBE ایښودل کیږی او د صفراوی لارو دریناژ تر سره کیږی نو د ۱۰-۷ ورځو وروسته یو Track جوړیږی چی دا ترک د کولیدوکوسکپ د تیریدو لپاره چی کومی پاتی ډبری دی د هغه د ویستلو په مینظور پریښودل کیږی دا تخنیک د زیاتی مودی لپاره در مغلقو ډبرو په ویستلو کی ډیر ارزښتمن نه وی او د مشترک صفراوی قنات په عملیاتی تفتیش مخنیوی کوی

۲-۱۷ د صفراوی ډېرو درملنه:- ډیر لیکوالان دا وړاندیز کوی چی دا بهتره ده چی ناروغان په بی عرضه ډول تداوی کړی چی یوازی کولی سیستکتومی یی یوازینی درملنه ده خصویا د هغه ناروغانو لپاره چی اعراض او اختلاط یی ورکړی نه وی خو په هر صورت وقایوی کولیسیستکتومی په هغه ناروغانو کی چی دیابتس congenital haemolytic anemiaاو هغه ناروغان چی د چاقوالی له وجی bariatric surgery کوی ترسره کیږی ځکه چی دا ډله ناروغان د صفراوی ډبرو له وجی د ډیرو اختلاطاتو سره مخ وی او هغه ناروغان چی صفراوی کولیک او صفراوی کڅوړی حاد التهاب ولری نو یوازینی بهتره درملنه یی کولیسیستکتومی ده بدی شرط چی د داخلی له نظره کوم معذرت ونلری خو د مقدمی کولیسیستکتومی د ترسره کولو وخت لا تر اوسهد مناقشی لاندی ده خو ډیری جرحی مرکزونه د مقدمی کولیسیستکتومی په طرف دی او نور بیا موخری جراحی مداخلی ته ترجیح ورکوی

۲-۱۷-۱ محافظوی درملنه او د هغی وروسته کولیسیستکتومی ترسره کول:-

تجربو دا ښودلی ده چی ٪۹۰ څخه ډیر ناروغانو کی د حاد کولی سیستیت اعراض د محافظوی درملنی پواسطه له مینځه ځی د محافظوی درملنی اساسات څلور دی او په لاندی ډول دی

الف:- Nil per mouth (NPO) او د مایعاتو وریدی تطبیق

ب:- د انالجیزیک تطبیق

ج:- د انتی بیوتیک تطبیق. نو څرنګه چی سیستیک قنات بند وی نو په سیروم کی د انتی بوتیک د غلظت لوړوالی بهتر دی نسبت په صفرا کی و نو یو وسیع ساحه انتی بیوتیک چی د ګرام منفی انتاناتو باندی موثر وی لکه ceforuxime , cefazolin او یا هم gentamicinc ورته تطبیق شی

د:- تعقیبی درملنه:- نو کله چی د ناروغ د حرارت درجه نبض او نور فزیکی علایم او د انتان د موجودیت علایم له مینځه لاړ شی نو ناروغ ته د خولی د لاری مایعات او خال نورمال غذا شروع شی او بیا ناروغ ته التراساند توصیه تر څو معلومه شی چی کوم موضعی اختلاط یی نه وی ورکړی او دصفراوی طرقو اندازه نورمال او د ډبری موجودیت پکی رد شی او بیا ناروغ عملیات او یا هم چی کله د التهاب شواهد ټول له مینځه لاړل ناروغ دی بیا روغتون ته وغوښتل شی او بیا د عملیات پری ترسره شی.

محافظوی تداوی هغه مهال په ځنډ غورځو چی که د ناروغ درد ډیر شو (چی دا د ناروغ په حالت پوری اړه نیسی) نو ناروغ ته کولی سیستکتومی اجرا شی او که ناروغ ډیر خطرناکه وضعیت ولری نو ورته percutneous cholecystostomy ترسره کیږی البته د التراساوند د guide لاندی ځکه چی پدی سره د ناروغ اعراض په ډیر سرعت سره له مینځته ځی او بیا د هغه وروسته کولیسیستکتومی ترسره کیږی.

۲-۱۷-۲ ایا مقدمه کولیسیستکتومی ښه ده؟ او که موخره؟

پدی هکله چی د صفراوی کڅوړی حاد التهاب لپاره مقدمه کولیسیستیکتومی بهتره ده او که موخره نو دا موضوع لا تر اوسه د مناقشی لاندی ده پخوا داسی وه چی ناروغ به په روغتون کی بستر شو تر څو وریدی مایعات او انتی بیوتیک واخلی او د التهاب پروسته له مینځه لاړه شی او ناروغ به له روغتون څخه خارج شی او بیا به په انتخابی ډول ۱۰-۶ اونی وروسته عملیات کیده نو یوازی دا عقیده موجوده وی چی د التهاب پروسه له مینځه لاړه شی تر څو د عملیات په وخت کی ښه لاس رسی وشی خو دا نظریه د څو ناروغانو د مطالعی څخه وروسته د ستونزه سره مخ شوه تر څو مقدمه کولیسیستکتومی اجرا شی دی مطالعی دا وښودله چی په هغه ناروغانو کی موخره کولیسیستیکتومی اجرا کیږی او هغه نراوغان چی په مقدم ډول عملیات کیږی د دوی تر مینځ د مړینی او معیوبیت کچه په یوه اندازه ده نو مقدمه کولیسیستکتومی په روغتون کی د ناروغ د بستر کیدو موده لنده او قیمیت هم کموی او د recurrent صفراوی کڅوړی حاد التهاب حملی هم کموی او پروسپکتیف ازریابی دا ښودلی چی په موخر ډول کولیسیستکتومی د صفراوی کڅوړی حاد التهاب لپاره تقریبا ٪۲۴ د خارجیدو څخه وروسته د recurrence rate راپور ورکړل شوی دی. نو پدی وختونو کی لاپراسکوپیک کولیسیستکتومی یی منتخبه درملنه ده او د مقدمی او موخری کولیسیستکتومی په هکله مباحثی پدی ډول دی چی د مړینی او معیوبیت یی په یوه اندازه دی او حتی که صفرایو تیره په سرعت سره هم حاد کولی سیستیت په خاطر ویستل شوی وی باید پدی پوه شی چی کیدای شی چی خلاصه مداخله وشی خو ډیرو تجربو ښودلی چی یوه elective لاپراسکوپی کیدای حاد کولی سیستیت واقعات په خلاصه مداخله بدله شی چی دا واقعات تقریبا ۵-٪۳ پوری دی که چیری په حاد کولی سیستیت موجود وی نو لاپراسکوبیکه درملنه به ستونزمنه وی نو دا پروسیجر باید د یو مجرب لاپراسکوپیست پواسطه ترسره شی او جراح باید په لاندی اساساتو پوه وی تر څو په محفوظه توگه لاپراسکوپیکه کولیسیستکتومی او حاد کولی سیستیت په حالت کی ترسره شی

الف:- exposure او retraction ضروری دی

ب:- لوی او تیره فورسپس باید استعمال شی

ج:- صفرایو کڅوړه باید decompress شی

د:- او مخکی لدی چی جوړښتونه قطع شی نو اناتومی باید ښه معلومه شی

ه:- cholangiography باید ترسره شی

و:- مناسب وخت باید په نظر کی ونیسی

ز:- او خلاصی کولیسیستکتومی خواته یی تبدیلول ډیر لږ دی

۲-۱۷-۳ کولیسیستکتومی:

د ناروغ چمتو کول د عملیات لپاره:- د ناروغ څخه یوه دقیقه ناریخچه واخیستل شی او د ناروغ حالت اماده شی چی پدی کی د ناروغ د قلبی و عایی او تنفسی سیستمونه او د وینی بشپړه معاینه او بیوشیمک معاینات تر سره شی تر څو انیمیا او د ځیگر معاینات معلوم شی که د ژیړی تاریخچه مجوده وی نو د وینی تحثریت معاینه شی ناروغ ته وقایوی انتی بیوتیک د انستیزی څخه مخه د pre-medication په وخت کی ورکړل شی چی دوهم نسل (second generatio cephalosporin) ښه مناسب درمل دی ناروغ ته تحت الجلدی هپارین او anti embolic جرابی تطبیق شی د ناروغ څخه موافقه واخیستل شی او پری پوه شی چی خطر او اختلاط واقع کیدای شی.

۲-۱۷-۴ په لنډ ډول د ناروغ چمتو کول د عملیات لپاره:-

أ:- د وینی بشپړه معاینه

ب:- د پښتورگو او ځیگر وظیفوی تستونه بشپړ شی

ج:- د prothrombine time معاینه

د:- که چیری د ناروغ عمر د ۴۵ کلونو څخه ډیر وی نو ECG او د سږو رادیوگرافی

ه:- وقایوی انتی بیوتیک ورکول

و:- د deep vein thrombosis وقایه

ز:- د ناروغ د عملیات موافقه اخیستل

د صفراوی تیږو په درملنه کی لمړنی کوښښ چی د تیږی د لری کولو په منظور تر سره کیږی نو کولیسیستکتومی ته فکر کیږی خو په هر صورت جراحان پدی عقیده دی چی دا کار د ځینو هواقصو او په پنځه کالو کی د تیږو د بیا مینځته راتللو ۸۰-۵۰٪ سبب گرځی په کال ۱۸۸۲م جرمنی جراح چی langenbuch نومیده د لمړی ځل لپاره لمړنی بریالی کولیسیستکتومی تر سره کړه او دا پروسیجر ډیر ژر د منتخب عملیات په ډول د cholelithaisis ناروغانو لپاره وټاکل شو په تیرو سلو کلونو کی کولیسیستکتومی یو استندر ده او محفوظه درملنه ده او د laparascopic کولیسیستکتومی د تخنیک مینځته راتلل ددی ناروغانو په درملته کی یو انقلاب مینځته راوړ او د تیرو لسو کلونو راهیسی د صفراوی تیږو په درملنه کی یوازینی بی خطره درملنه ده.

۲-۱۷-۵ لاپراسکوپیکه کولیسیستکتومی:

د خلاصی او لاپراوسکوپیکی کولیسیستکتومی د ناروغانو عملیات ته اماده کول او اشتطباب په یو ډول دی خو لاپراسکوپیکه جراحی د صفراوی کڅوړی د ناروغیو منتخبه درملنه ده پدی کی هم اساسی نقطه لکه په خلاصه طریقه کی چی د calot’s triangle د اناتومی وضاحت دی نو پدی طریقه کی هم لمړی

ددی نقطی تسلیخ دی ناروغ ته د عملیات په میز د supine وضعیت ورکول کیږی او وروسته د انستیزی تطبیق څخه د ناروغ بطن د نورو عملیاتونو په څیر prep او drape کیږی او بیا pneumperitoneum د جرحی پواسطه مینځته راځی ډیر نور تخنیکونه هم موجود دی خو ډیری پدی ډول اجرا کوی چی تحت الثروی ناحیی قطع کوی او مستقمیا پریتوان ته ځان رسوی چی دی ته لمړنی لاره (initial port) وایی چی ددی لاری کامره ایښودل کیږی چی دی ته camera port وایی او ډیر جراحان تړلی تخنیک نه کار اخلی او د verres needle استعمالوی او لمړی peumoperitoneum مینځته راوړی او بیا وروسته کامره تثبیتوی او همدارنګه نوری لاری هم شته چی د subxiphoid او right sub costal ناحیه کی ایښودل کیږی او بیا ناروغ ته یو وضعیت (trendelendburg) ورکول کیږی او په کمه اندازه سره چپ طرف ته ناروغ میز په سر کوږ اچول کیږی دا د صفراوی کڅوړی fundus ښه واضح کوی او چی د یافرګم ښی خواته retract کړی او بیا وروسته د صفراوی کڅوړی عنق د بطن د جوف Rt.ilac fossae ښه retract کیږی تر څو د calot's مثلث ښه واضح شی او دا ناحیه د مربوطه برخی د پریتوان د قطع کید له وجی نوره هم پراخه کیږی او سیستیک قنات او شریان یی لوځیږی صفرا کڅوړه د خپل بستر څخه البته د ځیګر څخه په احتیاط سره جلاکیږی (د دوه سانتی متره په اندازه) دا پدی خاطر چی اناتومی واضح شی د ستندرد په څیر چی باید cholangiorgam پکی استطباب لری خو به هر صورت نه تر سره کیږی خو که چیری مشکوک یاست نو اجرای یی کړی نو کله چی توله اناتومی او د calot's مثلث په کافی اندازه پراخه شو نو سیستیک قنات او clip cystic artery کیږی او قطع کیږی او صفراوی کڅوړه د تیره تسلیخ پواسطه د خپل بیتر څخه جلا کیږی نو څه وخت چی ازاده شوه نو د umbilicus د لاری ویستل کیږی د صفراوی کڅوړی د ویستلو به خاطر یو endobag استعمالیږی تر څو د ثروی ناحیی زخم منتن نشی د لاپراسکوبیکی کولیسیستکتومی څخه وروسته د ناروغ recover کیدل ډیر سریع وی او ٪۸۰ ناروغان د روغتون څخه د ۲۴ ساعتونو په موده کی رخصت کیږی او پاتی سلنه یی دوه ورځی وروسته د اعراضو له کبله خارجیږی چی هغه پدی ډول دی چی:

أ:- که د چیری ناروغ په ریکوری کی تاخیر مینځته راشی نو د صفرایو طرفو او یا هم امعاو جروحات واضح شی

ب:- پدی کی د صفراوی طرقو جروحاتو واقعات پکی ٪۰،۰۵ دی

۲-۱۷-۶ د لاپراسکوپیکی جراحی اختلاطات به دوو لاندی ځایونو کی مینځته راځی:

د لاس رسی (access) اختلاطات او یا هم د صفراوی طرقو جروحات په اساسی لاس رسی کی د verres needle داخلول د پریتوان جوف ته چی تر څو pneumoperitonium مینځته راشی او یا هم د trocar داخلول که ددی الاتو داخلول په blind ډول تر سره شی نو یا هم پکی ستونزه وی نو حشوی جروحات باید په نظر یک ونیول شی او که چیری د احشاوو او یا هم د صفرایو طرقو جروحاتو باندی مشکوک یاستنو په خلاصه تخنیک باندی دی تبدیله شی

۲-۲۶ انځور لاپراسکوپیکه کولی سیستیکتومی

۲-۱۷-۷ خلاصه کولیسیستیکتومی:

د خلاصی کولیسیستکتومی په هکله ډیری تجربی د جراحانو تر مینځ موجودی دی چی د نړی به کچه په هر هیواد کی په خپلو درلودلو مهارتونو یی عملیاتوی خو د وخت په تیریدو سره دا عملیات یو محفوظ او مصون عملیات وپیژندل شو به امریکا ا نوره ټوله نړی کی ۱۹۴۶-۱۹۷۳م کال پوری به لسو مختلفو حالاتو کی تقریبا ۲۰۰۰۰ ناروغانو صفراوی کڅوړی عملیات شوی چی د مړینی کچه یی ٪۱،۶ وه چی دغه کچه د ٪۱،۷ مړینی د کچی سره چی په ۱۲۰۰۰ ناروغانو کی چی د صفراوی لارو تیږی ی درلودی او کال ۱۹۷۹-۱۹۳۲م کالو تر مینځ د امریکا په university center کی تر سره شودی د مقایسی وړ دی چی همدی ناروغانو کی د عملیات له وجی مړینه چی په elective ډول عملیات شوی ٪۰،۱ وه او هغه مطالعات چی په دی نږدی وختونو کی چی په متحده ایالاتو کی د نفوس په سطحه د ۱۲ میاشتو په موده کی تر سره شویدی د عملیات یی (خلاصه کولی سیستکتومی) شویدی البته په دوه ایالاتونو کی نو مړینی کچه یی ٪۰،۱۷ او د ناروغی معیوبیت (morbidity) کچه یی ٪۱۴،۱۷او د صفراوی طرقو د مجروح کیدلو وقوعات ٪۰،۲ پدی مطالعه کی د مړینی او ناروغتیا کچه یی د عمر او د ناروغی حالت پوری اړه لری.

خلاصه کولیسستکتومی:- د عملیات دا طریقه د هغه ناروغانو لپاره ترسره کیږی چی لاپراسکوپیکه درملنه یی معاوضه شی او خلاصه کولسیستکتومی ورته اجرا کیږی لمړی یو مستعرض شق په بطن ښیی پورتنی برخه د بطن مستقیمی عضلی په وحشی کنار کی ترسره کیږی او طبقات پلان په پلان خلاص او صفراوی کڅوړه په مناسبه اندازه expose او بیا د کولون په hepatic flexure د لویو ګازونو مرطوب packs اینودل کیږی او اثناعشر او صغیره ثرب یو خواته ټیله تر څو porta hepatis په واضح ډول ښکاره شی دا ګازونه د اسیستانت ډاکتر پواسطه retract کیږی البته د چپ لاس پواسطه کولای شی چی ټول کار ترسره کړی او یا هم یو ثابت ring retraactorاستعمال شی تر څو دا ګازونه ښه ونیول شی او د infandibulum په ناحیه کی یو duval forceps اینودل کیږی او د calot’s triangle د ناحیی پریتوان نیول کیږی بیا بریتوان د صفراوی کڅوړی د خلف خواته قطع کیږی او د calot’s tringle شاته شحم به احتیاط سره تسلیخ کیږی تر څو cystic شریان او سیستیک قنات په ښه ډول ښکاره شی نو چی کله سیستیک قنات تر مشترک صفراوی قنات بوری ښه لوڅ شو بیا سیستیک شریان تړل کیږی او قطع کیږی نو کله چی د calot’s tringle ټول جوړښتونه په همکمل ډول واضح شو نو او مطمین شواست چی اناتومی یی کومه ستونزه نلری نو قنات د غوټو تر مینځ قطع کیږی او بیا صفراوی کڅوړه د خپل بستر څخه تسلیخ کیږی.

۲-۲۷ انځور

د ستونزمن عملیات په مهال طلایی قوانین:-

أ:- که چیری د calot’s triangle اناتومی واضح نوی نو کورکورانه تسلیخ باید ترسره نشی اونو کورکورانه تسلیخ وځنډول شی

ب:- که د calot’s مثلث ته نژدی خونریزی موجوده وی نو خونریزی باید د فشار پواسطه کنترول شی او blind ډول باندی باید clampingونشی

ج:- او که چیری د اناتومی په هکله مشکوک یاست نو fundus first او یا هم retrograde کولیسیستکتومی ترسره کیږی نو تسلیخ باید د کڅوړی او cystic قنات لاندینی برخه کی تر سره شی چی ډیره مرسته کوی

د:- که سیستیک قنات د CBDسره ډیر نژدی التصاق ولری او د Mirizi syndrome (پدی کی صفراوی تیږه په مشترک قنات کی د تقرح امکان موجود وی) د مینځته راتللو امکان ډیر وی نو د کیسی infandibulum خلاصیږی او تیږه ویستل کیږی بیا ګنډل کیږی.

ه:- کولی سیستکتومی په نادر ډول استطباب لری خو که چیری ضروری وی او د ډیرو تیږو د ویستلو امکان وی نو یو لوی فولی کتیتر (14 F) په fundus کی اینودل کیږی او د باندی سره ارتباط ورکول کیږی نو ددی کار په کولو سره به تیږی به کڅوړه کی پاتی شی او بیا به د choleduchoascope پواسطه ویستل شی.

۲-۱۷-۸ د کولیسیستکتومی وروسته موخر اعراض:

په ۱۵٪ ناروغانو کی کولیسیستکتومی نشی کولای چی هغه اعراض چی د هغی لپاره ناروغ عملیات شوی له مینځه یی یوشی نو دا ناروغان به post کولیسیستکتومی syndrome ولری خو په هر صورت دا ستونزی معمولا د عملیات څخه دمخه اعراضو او یا هم یوازی ددی اعراضو ادامه ده نو د ناروغ بشپړ معاینات ترسره شی تر څو تشخیص وضع شی او معلومه شی چی په مشترک صفراوی قنات، سیستیک قنات او هم د سیستیک قنات په stump کی ډبره شته او که نه؟ او یا هم دا معلومه شی چی په صفراوی لارو کی تیږه موجوده ده او که نه؟چی د MRCP او ERCP په واسطه بنه معلومیدای شی او ERCP کولای شی چی په CBD کی بنده ډبره په اسانی سره وباسی.

۲-۱۸ ژیړی (Jaundice) :

کله چی د وینی د بیلروبین سویه د ۳ میلی ګرامه څخه په ۱۰۰ ملی (30- 60mmol/liter) لیتره کی زیات شی نو زیړی ورته ویل کیږی معمولا ژیړی په دری ډولونو دی چی hepatic, pre hepatic او obstructive (cholestatic jaundice) یا انسدادی ډولونو ویشل شویدی او کله کله په mix شکل هم لیدل کیږی او انسدادی او hepatic دولونه یی اکثرا سره یو ځای لیدل کیږی نو د زیړی څخه باید د په لاندی ډول یادونه وکړو.

أ:- hemolytic jaundice

ب:- congenital hyperbilirubnaemia

ج:- cholestatic jaundice چې د ځیګر د پاراشیم او لویو قناتونو انسداد هم پکی شامل دی.

أ:- Hemolytic jaundice:-

کله چی د وینی د سروکرویاتو تخریب ډیر شی نو په نتیجه کی د بیلروبین سویه لوړیږی او ددی په پایله کی د خفیف ژیړی (68-102mmol/liter او 4-6/100ml)لکه څرنګه چی د ځیګر نورماله دنده کولای شی چی دغه سویه بیلیروبین کنترول کړی خو uncojugated bilirubin په اوبو کی منحل ندی نو ځکه خو په ادرار کی نه اطراح کیږی نو بنا پردی د acholuric jaundice مینځته راځی او urobilinogen پکی ډیریږی.

د hemolysis اسباب د haemolytic anemia د اسبابو په څیر دی ددی ناروغانو کلینیکی اوحه د ناروغی د سبب پوری اړه لری لکه splenomegaly, jaundice, anemia gallstones او د پښو قرحات کیدای شی چی پکی ولیدل شی خو تحقیقاتو دا ښودلی دی چی د hemolysis اوحه کی د uncojugated بیلیروبین سویه لوړیږی بلکه د serume alkalin phophatase سویه transferase او البومین سویه نورمال وی او د سیروم hepatoglubolin سویه ټیټه وی ددی ناروغی تفریقی تشخیص د ژیړی د نورو ډولو سره تر سره کیږی

ب:- (non hemolytic) congenital hyperbinaemia:

ډیر عام یی gilbert’s syndrome دی او نور یی عبارت دی له dubin-, crigler- najjar johson او rotor سندرومونه دی چی دا ډیر نادر دی.

Gilbert’s syndrome:- دا یوه عامه فامیلی hyperbilirubinemia ده چی په ۵-۲٪ واقعاتو کی لیدل کیږی دا بی عرضه ده او په تصادفی ډول د لوړ bilirubine (3-5mg/dl) په حالت کی لیدل کیږی د ځیګر د ناروغی علایم موجود نوی او د ناروغانو په نزد ۱۵-۵٪ واقعاتو کی فامیلی تاریخچه موجوده وی ددی سندروم اسباب د مختلفو فکتومرونو (multifactorial) پواسطه وی او بلیروبین ډیری ابنارملتیګانی پکی لیدل کیږی ددی د تشخیص لپاره دا ډیره مهمه ده چی ناروغ پدی پوه شی چی دا کړمه خطرناکه ناروغی نده او په راتلونکی کی هم نورو معایناتو اړه نشته، تحقیقات صرف د unconjugated بیلیروبین سویه لوړه ښایی چی په ولږه او خفیفی ناروغی کی لږ څه لوړیږی صرف په ځینی حالاتو کی د ځیګر بایوپسی تر سره کیږی چی وکتل شی چی د ځیګر دننه کومه ناروغی موجوده نوی خو دا هم نورمال وی ددی ناروغی لپاره کومی درملنی ته اړینتیا نشته.

۲-۱۹ انسدادی ژیری (obstructive jaundice یا cholestatic):-

دا ژیری په لاندی ډولونو ویشل شویدی:

- Intrahepatic cholestasis:- دا د hepatocyte پړسوب او د ځیګر تخریب د paranchymal oedema له وجی (hepatocellular damage) له وجی او یا هم د ځیګر د صفراوی canaliculi وظیفوی خرابوالی دی چی په حجوی level باندی مینځته راځی.
- خارج الکبدی extra hepatic cholestasis :- دا د canaliculi څخه بښکته د لویو صفراوی طرقو په هره نقطه کی د انسداد له وجی مینځته راځی.

۲-۱۹-۱ د انسدادی ژیری اسباب:-

أ. خارج الکبدی (extra hepatic):

- Common duct stones
- Carcinomas (د پانقراس د راس، د امپولا تومورونه، او صفراوی طرقو)
- Biliary stricture
- Pancreatitis(او یا هم pseudocyst)
- Sclerosing cholangitis

ب:- داخل الکبدی اسباب (intrahepatic):-

- Viral hepatitis
- Drugs
- A lcholic hepatitis
- (any type) cirrhosis
- Pregnancy
- Recurrent idiopathic cholestatsis

دکلینیک له نظره ناروغان ژیری لری چی خاسف غایطه مواد او مکدر یا تو رنګه ادرار کوی او په سیروم کی یی conjugated بیلیروبین موجود وی د خارج الکبدی او داخل الکبدی زیری لکه څرنګه چی درملنه یی توپیر لری نو باید یو تر بله توپیر هم شی.

۲-۱۹-۲ د زیری تشخیص:-

د ناروغ څخه یوه سمه تاریخچه اخیستل هم تشخیص ته یوه لاره پیدا کوی نو د ناروغ څخه باید څه پوښتنی وشی چی په یاد ولری چی د ژیری ځینی نوعی په ځینو خاصو اشخاصو کی لیدل کیږی لکه په

ځوانانو کی د hepatitis نو لدی وجی د درملو الکولو او homosexuality په هکله پوښتنی کول ډیر مهم دی او به زاړو اشخاصو کی چی وزن یی بایللی وی نو کیدای شی چی carcinoma ولری.

د /زیړی ټول ناروغان د خستګی (malaise) څخه شاکی وی او بطنی درد هغه وخت مینځته راځی چی صفراوی لاری د gallstones پواسطه بنده شی او کله کله یو لوی ځیګر هم په جس سره موجود وی خو درد به یی د ځیګر د کپسول د distention له وجی وی په تاریخچه کی باید په ځینو حالاتو کی لاندی پوښتنی وشی.

- د ناروغی دوران (duration of illness) په کومه اندازه و؟:- که ناروغ زیړی ولری او وزن یی بایللی وی او عمر یی هم ډیر وی نو خباثت ته فکر کیږی که تاریخچه یی لنډه وی خو صوصا او د malaise لمړنی مرخلی کی وی نو hepatitis ته فکر کیږی.
- د ناروغی تازه حمله څه وخت وه (recent outbreak) :- که ژیړی په ټولنه کی خپور وی نو A hepatitis ته فکر کیږی.
- تاره خواړه (recent consumption):- که ناروغ shelfish خوړلی وی نو hepatitis A ته فکر کیږی.
- داخل الوریدی درمل؟:- male homosexuality زرقیات او یا هم د خالونو وهل (tattoos) دا ټول د hepatitis B چانسونه ډیروی
- نقل الدم (blood transfusion):- د وینی او د وینی د محتویاتو د تطبیق تاریخچه واخیستل شی په پر مختللو هیوادونو کی وینه او د هغه ترکیبی مواد د hepatitis B,C او HIV لپاره screen کیږی.
- د الکولو څښلو تاریخچه د هغه ناروغانو څخه چی ډیر زیات یی څښی پوښتنه وشی خو دا ناروغان په دقیقه توګه د څښل شویو الکولو اندازه نه وایی.
- د درملو اخیستل:- خصوصا هغه درمل چی په تیرو ۳-۲ میاشتو کی یی اخیستی وی.
- خارجی سفرونه:- خصوصا هغه منطقو ته سفر کول په کومو کی چی د hepatitis خطر موجود وی.
- د انستیزی اخیستل:- لکه هلوتان چی د ژیړی سبب ګرځی.
- فامیلی تاریخچه:- د مثال په ډول د gilbert’s syndrome ناروغان په دوی په recurrent jaundice سبب ګرځی.
- په نژدی وختونو کی د جراحی تاریخچه:- چی دصفراوی طرقو او یا هم د carcinoma د تشخیص لپاره ګټور تماميږی.
- کسبی (occupational):- په فارمونو او هغه کسان چی باطله دانی او د فضله موادو په لری کولو کی کار کوی نو د liptospirosis او همدارنګه لامبووهونکی اشخاص ورته مشاعد دی.
- تبه او لرزه؟ دا په هغه ناروغانو کی چی cholangitis او یا liver abscess لری موجود وی.

۲-۱۹-۳ کلینیکی معاینات (clinical examination):

د ځیګر د حاد او مزمنو ناروغیو علایم باید وپلټل شی او د ځینی نورو اضعافی علایمو پیداکول هم ډیر موثر تمامیږی لکه:

- Hepatomegally:- که ځیګر د نرم قوام سره د جس وړ وی نو په hepatitis او extrahepatic obstruction او که په غیر منظم ډول او نوډولر ډول جس شو نو metastasis ته فکر کیږی او خو په هر صورت د hepatomegally اسباب ډیر زیات دی چی باید وپلټل شی.
- Splenomegally:- که مزمن اعراض موجود وی د توری لویوالی دا راښایی چی کیدای شی چی داد portal hypertension له وجی وی خو ځینی وختونه په viral hepatitis کی هم موجود وی.
- Ascites:- دا په cirrhosis کی موجود وی خو ځینی وختونه په carcinoma (ovarian ca) او په ځینو نورو سرطانی ناوغیو کی هم موجود وی.
- د جس وړ صفراوی کڅوړه (palpable gallbladder) چی دا اکثره د پانقراص په ca کی چی د CBD د بندش سبب ګرځیدلای وی موجود وی.
- که ناروغ generalized lymphadenopathy ولری نو په lymphoma باندی دلالت کوی.

۲-۱۹-۳-۱ لابراتواری معاینات (investigation):- ژیری کوم تشخیص ندی خو سبب پیدا کول یی بهتر تشخیص دی ددی ډوول ناروغانو لپاره باید همیشه د التراساونډ معاینه توصیه شی تر څو خارج الکبدی انسداد حتی که ناروغ ځوان هم وی نو د hepatitis تشخیص شی خو ځینی خاصی نښی (markers) موجود دی چی عبارت دی له : دا به په التراساونډ کی ولیدل شی:

- د bile ducts اندازه
- د انسداد level
- سبب یی معمولا تومورونه وی خو په ۷۵٪ واقعاتو کی صفراوی تیږی وی
- د fine needle aspiration په واسطه تشخیص تقریبا په ۶۰٪ واقعاتو کی حساس وی.

د ټول افات څخه بید بایوپسی واخیستل شی چی پډی کی یو spring loaded اله د تحت الجلد د لاری ستنه داخلیږی او بایوپسی تر اخیستل کیږی او تقریبا ۹۰٪ واقعاتو کی یی دقیق تشخیص اینبودل کیږی.

۲-۱۹-۳-۲ د ځیګر بیو شیمیک معاینات:- په hepatitis کی د د سیروم AST په کمه اندازه لوړ وی خو بیا هم دا معاینات په یوازی توګه مرستندویه نه وی د prthrombine time د ځیګر په مزمنو ناروغیو کی لوړوی او serum albumin ټیټ وی.

۲-۱۹-۳-۳ د وینی معاینات (haematological tests):- د وینی د سپینو کرویاتو تعداد معاینات د haemlytic jaundice په تشخیص کی مرسته کوی خو تعدا یی لوړ وی نو په نتان دلالت کوی (cholangitis) که leucopenia وی نو په viral hepatitis او ابنارمل mononuclear وی نو infectious mononucleosis او یا toxoplasmosis لو کولای شو چی د infectous mononucleosis لپاره د monospot test هم تر سره شی.

۲-۱۹-۳-۴ د وینی نو معاینات:- دا د ویروسی مطالعاتو لپاره تر سره کیږی لکه hepatitis A,B,C د autoimmune antibodies, cytomegalovirus لپاره او د ANF , AMA تستونه د primary cirrhosis او د alpha-fetoprotein تست د hepatoma لپاره تر سره کیږی.

۲-۲۰ د صفراوی لارو ډبری:-

د مشرک صفراوی قنات تیږی کیدای شی چی کوچنی او یا هم غټی یوه او یا هم ډیری وی او په ناروغانو کی چی صفراوی کڅوړی تیږی ولری تقریبا ٪۱۲-۶ وی ددی تیږو وقوعات د عمر په ډیروالی سره زیاتیږی او تقریبا ۲۵-٪۲۰ هغه ناروغان د ۶۰ کلونو څخه پورته عمر لری او په صفراوی کڅوړه کی تیږی لری نو په مشترک قنات کی به هم تیږی ولری په لویدیځه نړی کی د قناتنو تیږی په صفراوی کڅوړه کی جوړیږی او سیستیک قنات د لاری مشترک قنات ته مهاجرت کوی نو دی تیږو ته ثانوی (secondary common bile duct stones) وایی او د ابتدایی تیږو (primary stones)سره یی توپیر دادی چی صفراوی قناتونو کی جوړیږی نانوی تسږی معمولا کولسترولی تیږی وی او حال دا چی ابتدایی تیږی نصواری رنګه صباغی تیږی وی. ابتایی تیږی معمولا د صفراوی رکودت او انتات سره یو ځای وی او په عام ډول په اسیایی خلکو کی لیدل کیږی صفراوی رکودت چی د ابتدایی تیږو یو لامل هم دی عمده سبب یی د صفراوی تضیقات papillary stenosis, (biliary stricture) تومورونه او یا هم ثانوی تیږی په بر کی نیسی.

۲-۲۰-۱ کلینیکی تظاهرات:- د صفراوی لارو تسږی کیدای شی چی خاموش وی او یا هم کیدای شی چی په ناڅاپه ډول سره و موندل شی دا تیږی کیدای شی چی د قسمی او یا هم د مطلق انسداد سبب شی او یا هم د صفراوی لارو د التهاب (cholangitis) سبب او یا هم د gallstone pancreatitis په ډول تظاهر وکړی. په صفراوی لارو کی د تیږی موجودیت له وجی چی کوم درد تولیدیږی د درد وصف یی دسیستیک قنات کی د بندس د درد په څیر colic وصف لری زړه بدوالی او کانګی هم یکی په عام ډول موجود وی کیدای شی چی فزیکی معاینه یی نورماله وی خو په خفیف ډول د بطښیی پورتنی برخه ناحیی حساسیت او هم په ناروغ کی خفیفه اندازه ژیړی عمومیت ولری، اعراض یی وقفوی (intermittent) وی لکه درد او په ګذری ډول ژیړی چی په موقتی ډول تیږی به امپولا کی بندی وی بلکه په ترتیب سره لری کیږی او ځینی وختونه کیدای شی چی یوه کوچنی تیره په خپل سر ډول د امپولا څخه تیره شی او اعراض یی هم له مینځه ولاړه

شی. په پایله کی کیدای شی چی تیری په مطلق ډول بندی شی او د پرمختللی ژیړی سبب شی او د ناروغ په سیروم کی د بیلیروبین، الکالین فاسفاتاز او transaminase سویه لوړه شی خو په هر صورت په ۱/۳ برخه ناروغانو کی د ځیګر کیمیاوی معاینات نورمال وی خو معمولا د التراساوند معاینه یی لمړنی رادیولژیکه معاینه ده چی په صفراوی کڅوړه او صفراوی لارو کی تیری تشخیص کوی او حتی د مشترک قنات قطر هم معلوموی او څرنګه چی په صفراوی قناتونو کی تیری د لاندی خواته د حرکت ته ډیر میلان لری نو د کولمو هوایی مخنیوی کوی نو که چیری د التراساوند په معاینه کی مشترک قنات قطر ډیر وی (۸ میلی متره څخه ډیر وی) خصوصا هغه ناروغان چی د صفراوی کڅوړی تیری ژیړی او کولیکی درد ولری نو فکر کیږی چی ناروغ به د CBD تیره ولری. بله معاینه یی Magnetic resonance cholangiography) MRC ده چی په ۹۵٪ په choleducholithiasis لپاره حساسه معاینه ده او په بشپړ ډول اناتومیک معلومات ورکوی او که تیره د ۵ میلی مترو څخه غټه وی هم یی معلوموی. بله معاینه یی چی gold standard معاینه ورته وایی هغه endscopic cholangiography ده چی د مشترک قنات تیړی پری تشخیص کیږی دا ډیره ګټوره معاینه ده چی ددی پوسیله موږ یی درملنه هم کولای شو خو باید ده چی د مجرب شخص بواسطه ترسره شی چی لمړی یوه کنولا په apulla of vater کی ننویستل کیږی او کولانجیوګرافی ترسره کیږی او د موربیدیتی د ۵٪ څخه لږه ده او یوازی د پانکراتیت او کولانجایتس خطر پکی موجود دی بله معاینه یی endoscopic ultrasound ده چی دا هم د تجربه لرونکی شخص ته اړه لری خو د ERCP پشان ګټور ندی د PTC معاینه په نادر ډول کارول کیږی خصوصا په ثانوی تیږو کی خو دواړه د ابتدایی تیږو د درملنی او هم تشخیص لپاره په کارول کیږی.

۲-۲۰-۲ درملنه:-

هغه ناروغان چی د صفراوی تیږو اعراض لری او یا هم د مشترک صفراوی قنات تیری لری سره لدی چی د عملیات څخه مخه په اندوسکوپیک ډول cholangiograpghy او یا هم د عملیات په جریان کی یی د cholangiogram پواسطه تشخیص کړو او که چیری اندوسکوپیک کولانجیوګرام کی تیره تشخیص شی نو ناروغ ته باید sphincterictomy او همدارنګه د قنات څخه د تیړی ویستل ښه مناسب کار دی او دا کار په لاپراسکوپیکی کولیسیستکتومی باندی تعقیبوو. او همدارنګه د عملیات په مهال intra operative cholangioram هم په قنات کی د شتون او نه شتون په هکله معلومات ورکوی د CBD تفبیش په لاپراسکوپیک ډول البته د سیستیک قنات د لاری او یا هم choleduchotomy د لاری تیره ویستل کیږی که چیری مجرب شخص او یا هم د لاپراسکوپی وسایل موجود نه وی نو تفبیش پری نشو تر سره کولای نو د سیستیک قنات تر څنګ یو عدد درن ږدو او ناروغ ته په راتلونکی ورځ endoscopic shincterotomy اجرا کوو او که چیری اندوسکوپیکه هڅه هم ترسره شوی وی نو ناروغ ته خلاصه عملیاتی طریقه اجرا کوو نو کله مو چی choleduchotomy اجرا کړه نو یو عدد T-Tube په مشترک قنات کی ږدو پدی

واقعاتو کی مشترک قنات ډیر متوسع وی (۲ سانتی متره قطر) نو که تیږه ډیره تغښتی او کلکه بنده وی او د خلاصی او لاپراسکوپی درملنی پواسطه یی امکان موجود نه وی نو ناروغ ته roux-en-y choledochojejunostony او یا هم choleduchodoudenostomy یوه ډیره موثره درملنه ده. هغه تیږی چی د کولیسیستکتومی څخه وروسته پاتی شوی او یا هم د تیږو بیا جوړیدنه (recurrent stones) صورت ونیسی نو مناسبه درملنه یی اندوسکوپی ده او که چیری تیږی په تصادفی ډولد عملیات په جریان کی پاتی کیږی او یا هم د عملیات څخه ډیره لنډه موده کی تشخیص کیږی نو په پاتی (retained) ډول تیږو کی که څو میاشتی او یا څو کاله وروسته تشخیص شی نو په دی تیږو ته recurrent تیږی وایی نو که مشترک قنات تفبیش شوی وی نو یو T-Tube اینښودل کیږی اومخکی ددی چی دا تیوب وویستل شی ددی تیوب د لاری ورته cholangiogram تر سره کیږی نو پاتی یا بندی تیږی د اندوسکوپی پواسطه او یا هم د ټی ټیوب د جوړ شوی قنات د لاری د ۴-۲ اونی وروسته ویستل کیږی نو کله چی تیوب وویستل شو نو او کتیتر د قنات د لاری تیر شو نو د فلوروسکوپ د لارښوونی په اساس تیږی د basket او یا هم د بالون پواسطه ویستل کیږی بیاځلی (recurrent stones) کیدای شی چی څو عدده او یا هم غټی وی نو دا هم په اندوسکوپیک ډول او یا هم په خپل سره خارجیږی د ۷۰ کلنی څخه پورته عمر کی د صفراوی قناتونو تیږی هم په اندوسکوپیک ډول ویستل کیږی دی ناروغانو کی د تیږو درملنه چی د اندوسکوپی په طریقه ترسره شی نو د ناروغی او مړینی کچه یی عملیاتی طریقی سره په پرتله ډول باندی یو شان دی دا نارغان کولیسیستکتومی نه غواړی خو صرف ٪۱۵ د صفراوی کڅوړی د تیږی له وجی اعراض مینځته راوړی او دا رنګه ناروغان کولیسیستکتومی ته اړین کیږی. ۲۸-۲ انځور

۲-۲۰-۲-۱ د choleducotomy استطبابات:-

د عملیات څخه دمخه ځینو مغلقو رادیولوژیکو معایناتو (imaging) کی او یا هم دا چی د عملیات څخه دمخه cholangioraphy په لاس په رسی کی نه وی نو دا مو باید په یاد وی چی په عروفی ډول د choleducotomy استطبابات موجود دی چی عبارت دی له :

أ:- که په کشترک صفراوی قنات کی تیږه د جس وړ وی

ب:- ژیړی،د ژیړی تاریخچه او یا هم کولانجیت ولری

ج:- مشترک صفراوی قنات متوسع وی

د:- د ځیګر وظیفوی معاینات نورمال نه وی خصوصا لوړ alkalinphasphatase

که چیری مجرب اشخاص هم موجود وی نو باید choleducotomy په لاپراسکوپیک ډول تر سره نشی بلکه هغه مهال باید په post operative او یا هم په خلاص ډول عملیات شی چی د

صفراوی طرقو د تیرو وقوعات مختلف دی (۸٪-۵ پوری رسیږی اساسا دا تیری په endoscopic ډول وویستل شی بدون ددی چی صفراوی قنات خلاص شی خو په هر صرت اوسنی مطالعات دا راښایی چی د تجربی لرونکی په لاس هم ترسره شی نو په دواړو تخنیکونو کی یی موربیدیتی سره یو شان ده.   ۲-۲۹ انځور   متوسع مشترک صفراوی قنات

ماخز:- maingot abdominal opration surgery , sabiston T- surgery , gendral surgery

ترتيب كوونكي:- دوكتور علي احمد (قانع) ترينر متخصيص جراحي عمومي ميرويس حوزوي روغتون كندهار افغانستان

دا ليكنه د تعليم الاسلام راډيو ويب پاڼي د لاري ډاونلوډ كړی:

www.taleemulislam-radio.com