

پرسش و پاسخ

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۶، صفحه ۴۶۷، ۱۳۵۱

پاسخ پرسش اول :

در نامه همکار ارجمند آقای دکتر حکیمی که توسط آن مجله باینجانب ارسال شده بود ایشان نوشته‌اند آنمی کولی يك بیماری غالب است درحالیکه درمقاله پیشرفتهای اخیر ژنیتیک نوشته شده که این بیماری يك بیماری مغلوب است. پس از تشکر از توجه آقای دکتر حکیمی به مقاله اینجانب لازم است توضیحات زیر داده شود :

اصولاً غالب وقتی است که تظاهر ژن درحالت هتروزیگوت و مغلوب موقعی است که تظاهر ژن درحالت هموزیگوت باشد و از آنجائیکه جهت تظاهر علائم آنمی کولی (کم خونی شدید، عظم طحال، تغییرات خونی و افزایش هموگلوبین فتال و غیره...) حتماً حالت هموزیگوت لازم است این بیماری را يك بیماری مغلوب باید دانست. ولی باید در نظر داشت که اطلاعاتی را که مافعلاً از این بیماری؟ (بیماریها) داریم خیلی بیش از آنست که کولی در حدود نیم قرن پیش شرح داده است. در شکل هتروزیگوت بتا تالاسمی از سندرمهای کولی يك کم خونی خفیف و افزایش هموگلوبین A2 وجود دارد و اگر این علائم را «بیماری» بدانیم چون تظاهر ژن درحالت هتروزیگوت است باید آنرا غالب تلقی نمائیم و شاید به همین جهت هم باشد که درمجله اخیر نورولژی صفحه ۲۹۴ شماره ۳-۲۲ چاپ آمریکا که عوارض عصبی کم خونی کولی مفصل شرح داده شده است این بیماری غالب نسبی و یا Partially dominant تعریف شده است ولی چون ما از لحاظ بالینی و بخصوص نحوه انتقال، منظورمان از آنمی کولی همان شکل شدید بیماری یعنی نوع هموزیگوت بتا تالاسمی است آنمی کولی را بیماری مغلوب توصیف کرده ایم.

دکتر مهدی باجنلی

بخش کودکان دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان.

پرسش اول :

۱- باتشکر از زحمات خاص از انتشار مجله علمی نظام پزشکی لازم میدانم باستحضار برسانم در صفحه ۲۶۰ سال دوم، شماره ۴-۵، ستون اول يك بیماری مغلوب مثلاً آنمی کولی باشد، بنظر اینجانب بیماری کولی غالب است.

خواهشمند است در صورت امکان باتذکر به نویسنده و همکار محترم، اینجانب را هم از نتیجه آن مطلع فرمایند.

دکتر بنیامین حکیمی

پرسش دوم :

تحقیقات آقای دکتر نیک اختر و همکاران در مورد علل فشارخون در ایران بسیار ارزنده و آموزنده است. متأسفانه آنچه در مقاله منعکس است با احتمال زیاد قسمت بسیار کمی از کل تحقیقات و اطلاعات حاصله است که بعلمت محدود بودن صفحات مجله یا علت دیگر نوشته نشده و اینجانب لازم دانستم موضوع را مطرح نمایم.

طبق ارقام موجود درمقاله، مملکت ایران باید یکی از شایعترین ممالک فشارخون خیز دنیا باشد.

در مورد روش مطالعه و انتخاب بیمار نکات مهمی از قبیل شرایط انتخاب بیمار، محل زندگی، علت مراجعه، آیامستقیماً مراجعه نموده یا توسط پزشک دیگری معرفی شده، مدت فشارخون در موقع مراجعه و غیره ذکر نشده است.

در مورد علت فشارخون تا آنجا که در کتب تخصصی عروق و کتابهای امراض کلیه و قلب از ممالک مختلف مشهود است، علت قسمت اعظم از فشارخونها ناشناخته میماند (حدود ۷۵٪) که بنام

همکاری نموده ماحصل مطالعات و ارقام حاصل از اندازه گیری فشار خون بیماران خود را برای ما ارسال دارند. بدیهی است باین همکاری نحوه انطباق تغییرات ارقام فشارخون در بیماران ماکه منحصرأ جنبه تخصص داشته و بیماران بیمارستانی و شهرستانی که بهیچ وجه انتخاب نوع بیماران در جمع آوری آنها مؤثر نبوده بسیار آسان شده است و ما توانستیم تاحدی ضرایب انحراف و اشتباه ممکنه را کم کنیم.

بامطالعه اصل مقاله وجدول اول نیز مشاهده میشود که رقم ذکر شده در مورد فشار خون بیماران ایرانی میانگین ارقام فشارخون بیماران تخصصی، بیمارستانی و شهرستانی بوده است.

۳- در مورد سؤال سوم: در مورد روش مطالعه و انتخاب بیماران از نظر محل زندگی و غیره و بالاخره علت مراجعه نیز تحقیقاتی صورت گرفته که در جداول مختلف مقاله منعکس است که مطالعه خواهید فرمود.

در مورد نحوه مراجعه بیماران نیز جداول مقاله منعکس کننده این مطلب است و بالاخره بیماران ما یا خود از فشارخون خویش مطلع نبوده و یا جهت بررسی علت فشارخون ب ما مراجعه نمودند و بالاخره دسته سوم کسانی بودند که همکاران ما در جریان يك مطالعه بالینی به وجود آن واقف شدند و آنها را در سری مطالعه اپیدمیولوژیکی قرار دادند.

۴- در مورد سؤال چهارم:

اینکه سؤال فرمودید در کتب کلاسیک ارقام فشارخون اسانسیل را در حدود ۷۵٪ میدانند ولی ما در آمار خود بیشتر از ۱۲٪ نداشتیم باید گفته شود که - آمار کتب کلاسیک جمع آوری شده مطالبی است که مصنفین و آمارگران آمریکائی و اروپائی آنها را از مطالعه بر روی افراد ساکن کشورهای خودشان بدست آورده اند و باز چون در این کشورها فشارخون اسانسیل ناشی از آرتریواسکلروز خیلی زیاد است بهمین مناسبت درصد فشارخون های کلیوی در این آمار پائین می آید ولی آیا وجود این ارقام در بین ساکنین مملکت ما نیز صدق میکند یا نه خود به توضیح در مورد چند مطلب دیگر بستگی دارد: تا این تاریخ هیچ نوع مطالعه اپیدمیولوژیکی در زمینه فشار خونهای اسانسیل و آرتریواسکلروز با استثنای مواردی که ما گزارش کردیم بعمل نیامده است و آیا بعلمت عدم انجام این مطالعات میتوان صرفاً بخاطر گزارش محققین خارجی ارقام آنها را در مورد ایرانیان نیز پذیرفت خودجای شك و تردید باقی میگذارد و همانطور که ارقام فشارخون در نژاد زرد بر مراتب کمتر از ساکنین ممالک دیگر است (۱) و همانطور که فشارخون کلیوی

فشارخون اسانسیل نامیده میشود. حال چه عاملی باعث شده که در ایران فقط ۱۲٪ آنها اسانسیل بوده و علت بیش از ۷۵٪ آنها ناراحتی های مختلف کلیوی است، نکته ایست که باید روشن شود. البته یکی از روشهای با ارزش از نظر تشخیص در صورت وجود شواهد پاراکلینیک دیگر بیوپسی کلیه است که اگر در شروع بیماری انجام شود از نظر تشخیص افتراقی بین ناراحتی کلیوی همراه با فشارخون و علت دیگر فشارخون بسیار مؤثر است. ولی متأسفانه پس از گذشت مدتی از شروع بیماری بعلمت تغییرات ثانوی عروقی و گلوومرولها کار تشخیص بخصوص با میکروسکپ عادی بسیار مشکل میشود.

مع الوصف اگر در مطالعه انجام شده، از تمام بیماران یا اقلا از آنها که احتمال بیماری گلوومرولر داشتند بیوپسی کلیه انجام شده باشد، این تحقیق مستند افتخاریست که در مراجع علمی دنیا قابل طرح و بحث است.

دکتر پرویز دامادزاده

بخش داخلی بیمارستان آریامهر ذوب آهن اصفهان.

پاسخ پرسش دوم:

جواب اینجانب و همکاران در مورد سئوالات مطرح شده توسط آقای دکتر پرویز دامادزاده همکار عزیزمان بشرح زیر است:

۱- در مورد سؤال اول: باید گفت که قسمت اعظم این مطالعات اپیدمیولوژیکی در نشریه سازمان بهداشت جهانی و مجله آکتامدیکا ایرانیکا بچاپ خواهد رسید. در این مقاله فقط سعی شد نکات اصلی و اساسی این مطالعات و اهمیت مسائلی که در این زمینه وجود دارد مطرح و بحث گردد.

۲- در مورد سؤال دوم:

همانطور که در اصل مقاله معروض افتاد منظور ما بهیچ وجه بررسی همه جانبه و گسترده اپیدمیولوژیکی فشار خون در سراسر ایران نبوده است، چون يك چنین مطالعه ای نه تنها برای ما امکان نداشت بلکه انجام چنین تحقیقاتی خود مستلزم هزینه بسیار گزاف و فراوانی نیز میشد که آنها از امکان مابدور بود بنابراین، این مطالعه فقط ماحصل تحقیقات چندین ساله اینجانبان بر روی بیماران مراجعه کننده ب ما و در بخش ها و بیمارستانهایی که در حوزه فعالیت علمی و تحقیقاتی ما قرار گرفته بودند انجام شد ولی در عین حال برای آنکه این مطالعات کنترل بیشتر و توسعه وسیع تری پیدا نماید از همکاران شهرستانی و بخصوص از کسانی که در زمینه بیماریهای داخلی فعالیت میکردند خواستیم تا در این زمینه ب ما

اختصار آنچه که وسیله افتراق ما در بدو امر در مورد بیماران فشار خون کلیوی از غیر کلیوی بوده بدین شرح است :

الف - وجود آلومینوژن از ۵/۰ گرم به بالا در ادرار ۲۴ ساعته.

ب - وجود ضایعات مشکوک کلیوی در اوروگرافی.

پ - سابقه بیماری ، جنس و سن بیمار وعدم وجود علائم مربوط به عمل دیگر فشارخون (مثل آندوکرینوپاتی).

ت- آنژیوگرافی کلیوی در موارد مشکوک (که جمعاً در ۴۲ مورد انجام گرفته است).

ث- و بالاخره در موارد بسیار مشکوک در صورتی که بارضایت بیمار توأم بوده است ، از بیوپسی کلیه آنهم در مراحل اول بیماری استمداد کردیم (جمع بیوپسی کلیه انجام شده در جریان این مطالعه ۱۱۷ مورد بوده است).

در خاتمه از اینکه جناب عالی با این دقت و حسن نظر کامل مقاله را مطالعه و ما را از سئوالات ارزنده خود مطلع فرمودید سپاسگزاریم. دکتر بیژن نیک اختر و همکاران

در بعضی از ممالک افریقائی و اسرائیل زیادتز از آن تعدادی است که تصور میشود (۳ و ۲) لذا ممکن است این مطلب با آنچه که مادر تحقیقات خود به آن رسیدیم تطبیق نماید . البته در جواب دیگر این سؤال در مورد افزایش ارقام فشار خونهای کلیوی آمار ما باید گفت که بطور قطع مقداری از این ارقام تحت تأثیر نوع بیماران مراجعه کننده بمانیز قرار گرفته است و بعبارت دیگر اینجانبان بمناسبت حرفه تخصصی و علاقه تحقیقاتی خود مجال مطالعه بر روی بیماران کلیوی را بیشتر داشتیم و بالطبع نسبت در صد فشار خونهای کلیوی مانیز بیشتر از نوع دیگر شده است .

۵- در مورد روشهای پاراکلینیک از نظر افتراق فشار خونهای کلیوی از غیر کلیوی باید متذکر شد که بعلت محدود بودن صفحات مجله نظام پزشکی از ذکر نحوه انجام آنها خودداری شده است ولی نوع این روشها بارها در جریان کنفرانسهایی که در این زمینه ترتیب داده ایم معروض افتاده است . این روشها همانهایی است که در بخشهای مجهز انجام میگردد ولی بطور

REFERENCES:

- 1- Nik-Akhtar. B. Hypertension, text book 1970.
- 2- Rosenfeld, J.B., Personal Communication 1971.
- 3- World Health organization, Personal communication 1970.