پرسش و پاسخ

مجله علمی نظام پزشکی
سال ۲ ، شماره ۶ ، صفحه ۴۶۷ ، ۱۳۵۱

پرسش اول :

۱ـ باتشکر از زحمات خاص ازانتشار مجله علمی نظام پزشکی لازم‌میداند باستحضار برساننددرصفحه ۲۶۰ سال‌دوم،شماره۴ـ۵، ستون‌اول«یك بیماری مغلوب مثلاآنمی کولی باشد، بنظر اینجانب بیماری کولی غالب‌است .

خواهشمند است درصورت‌امکان باتذکر به‌نویسنده‌وهمکارمحترم، اینجانب را هم از نتیجه آن مطلع فرمایند .

دکتر بنیامین‌حکیمی

●

پرسش دوم :

تحقیقات آقای دکتر نیك‌اختر وهمکاران درمورد علل‌فشارخون در ایران بسیار ارزنده وآموزنده است. متأسفانه آنچه درمقاله منعکس است باحتمال زیـاد قسمت بسیار کمی از کل تحقیقات واطلاعات حاصله است‌که بعلت محدود بودن صفحات مجله یـا علت دیگر نوشته نشده و اینجانب لازم دانستم موضوع را مطرح نمایم .

ـ طبق ارقام‌موجود درمقاله، مملکت‌ایران بایدیکی‌ازشایعترین ممالك فشارخون‌خیز دنیا باشد .

درمورد روش مطالعه وانتخاب بیمار نکات مهمی از قبیل شرایط انتخاب بیمار، محل‌زندگی، علت مراجعه ، آیامستقیماً مراجعه نموده یاتوسط پزشك دیگری معرفی شده ، مدت فشار خون در موقع مراجعه وغیره ذکری نشده‌است .

ـ در مورد علت فشار خون تـاآنجا که در کتب تخصصی عروق وکتابهای امراض کلیه وقلب از ممالك مختلف مشهود است، علت قسمت اعظم ازفشار خونها ناشناخته میماند (حدود ۷۵٪) که‌بنام

پاسخ پرسش اول :

در نامه همکار ارجمند آقـای دکترحکیمی که توسط آن مجله باینجانب ارسال‌شده بود ایشان نوشته‌اند آنمی‌کولی یك‌بیماری غالب‌است درحالیکه درمقاله پیشرفتهای اخیر ژنیتیك نوشته‌شده که این‌بیماری یك بیماری مغلوب است . پس ازتشکر از توجه آقای دکتر حکیمی به مقاله اینجانب لازم است توضیحات زیر داده شود :

اصولا غالب وقتی‌است‌که‌تظاهر ژن درحالت هتروزیگوت ومغلوب موقعی است که تظاهر ژن در حـالت هموزیگوت بـاشد و از آنجائیکه جهت تظاهر علائم آنمی‌کولی (کم خونی‌شدید، عظم طحال، تغییرات خونی وافزایش‌همو گلوبین‌فتال وغیره...)حتماً حالت هموزیگوت لازم است این بیماری را یك بیماری مغلوب باید دانست . ولی باید درنظر داشت‌که اطلاعاتی را که مافعلا از این بیماری ؟ (بیماریها) داریم خیلی بیش ازآنست‌که‌کولی درحدود نیم‌قرن پیش شرح داده است. در شکل هتروزیگوت بتا تالاسمی‌ازسندرمهای کولی‌یك‌کم‌خونی‌خفیف‌وافزایش‌همو گلوبین A2 وجود دارد واگر این علائم را «بیماری» بدانیم چون‌تظاهر ژن درحالت هتروزیگوت است‌باید آنرا غالب تلقی نمائیم‌وشاید بهمین جهت هم‌باشد‌که درمجله اخیر نورولژی صفحه۲۹۴شماره ۳ـ۲۲ چاپ آمریکاکه عوارض عصبی‌کم خونی‌کولی مفصل‌شرح داده‌شده است این‌بیماری غالب نسبی ویاPartially dominant تعریف‌شده‌است ولی‌چون‌ماازلحاظ بالینی‌وبخصوص نحوه‌انتقال، منظورمان از آنمی‌کولی همان شکل شدید بیمـاری یعنی نوع هموزیگوت‌بتاتالاسمی است آنمی‌کولی را بیماری مغلوب‌توصیف کرده‌ایم .

دکتر مهدی باجغلی
بخش‌کودکان‌دانشکده پزشکی،دانشگاه‌اصفهان.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

فشارخون اسانسیل نامیده میشود . حال چه عاملی باعث شده که درایران فقط ۱۲٪ آنها اسانسیل بوده وعلت بیش از ۷۵٪ آنها ناراحتی‌های مختلف کلیوی‌است، نکته‌ایست که باید روشن شود. البته یکی از روشهای با ارزش از نظر تشخیص درصورت وجود شواهد پاراکلینیك‌دیگر بیوپسی کلیه‌است که‌اگر درشروع بیماری انجام شود ازنظر تشخیص افتراقی بین ناراحتی کلیوی همراه بافشارخون وعلل دیگر فشارخون بسیار مؤثراست. ولی‌متأسفانه پس از گذشت مدتی‌از شروع بیماری بعلت تغییرات ثانوی‌عروقی و گلومرولهاکار تشخیص‌بخصوص بامیکرسکپ عادی بسیارمشکل میشود .

مع‌الوصف اگر درمطالعه انجام شده ، از تمام بیماران یااقلا از آنهاکه احتمال بیماری گلومرولر داشتند بیوپسی کلیه‌انجام شده باشد ، این تحقیق مستند افتخاریست‌که در مراجع علمی دنیا قابل طرح وبحث است .

دکتر پرویز دامادزاده
بخش‌داخلی بیمارستان آریامهر ذوب آهن‌اصفهان.

پاسخ پرسش دوم :

جواب اینجانب وهمکاران در مورد سئوالات مطرح شده توسط آقای دکتر پرویز دامادزاده همکار عزیزمان بشرح زیراست:

۱ـ درمورد سئوال اول: باید گفت که قسمت اعظم این مطالعات اپیدمیولوژیکی درنشریه سازمان‌بهداشت‌جهانی ومجله آکتامدیکا ایرانیکا بچاپ خواهد رسید . در این مقاله فقط سعی شد نکات اصلی واساسی‌این‌مطالعات واهمیت مسائلی‌که دراین زمینه‌وجود دارد مطرح وبحث گردد .

۲ـ درمورد سئوال دوم :

همانطورکه دراصل مقاله معروض‌افتاد منظور مابهیچ‌وجه بررسی همه‌جانبه وگسترده اپیدمیولوژیکی فشار خون درسرتاسرایران نبوده‌است، چون یك‌چنین مطالعه‌ای نه‌تنها برای ماامکان نداشت بلکه انجام چنین تحقیقاتی خود مستلزم هزینه بسیار گزاف وفراوانی نیز میشدکه‌آنهم از امکان مابدور بود بنابراین ، این مطالعه فقط ماحصل‌تحقیقات‌چندین‌ساله‌اینجانبان برروی‌بیماران مراجعه‌کننده بما ودربخش‌ها وبیمارستانهائی‌که درحوزه‌فعالیت علمی وتحقیقاتی ما قرارگرفته بودند انجام شد ولی درعین حال برای آنکه این مطالعات کنترل بیشتر وتوسعه وسیع‌تری پیدا نماید از همکاران شهرستانی وبخصوص از کسانی که در زمینه بیماریهای داخلی فعالیت میکردند خواستیم تادر این زمینه باما همکاری نموده ماحصل مطالعات وارقام حاصل از اندازه گیری فشار خون بیماران خود را برای ما ارسال دارند . بدیهی است بااین همکاری نحوه انطباق تغییرات ارقام فشارخون در بیماران ماکه منحصراً جنبه تخصص‌داشته وبیماران‌بیمارستانی‌وشهرستانی که بهیچ‌وجه انتخاب‌نوع بیماران درجمع‌آوری‌آنها مؤثر نبوده بسیار آسان شده است و ما توانستیم تاحدی ضرایب انحراف و اشتباه ممکنه را کم‌کنیم.

بامطالعه اصل مقاله وجدول اول نیز مشاهده میشودکه رقم ذکر شده درمورد فشار خون بیماران ایرانی میانگین ارقام فشارخون بیماران تخصصی، بیمارستانی‌وشهرستانی بوده است .

۳ـ درمورد سئوال سوم : درمورد روش‌مطالعه وانتخاب‌بیماران از نظرمحل زندگی وغیره وبالاخره علت مراجعه نیز تحقیقاتی صورت گرفته‌که درجداول مختلف مقاله منعکس است‌که مطالعه خواهید فرمود .

در مورد نحوه مراجعه بیماران نیز جداول مقاله منعکس‌کننده این‌مطلب‌استوبالاخره بیماران ماباخود ازفشارخون‌خویش‌مطلع نبوده ویاجهت‌بررسی‌علت فشارخون بمامراجعه نمودندوبالاخره دسته سوم‌کسانی‌بودندکه همکاران ما درجریان یك مطالعه‌بالینی بوجودآن واقف شدند وآنهارا درسری مطالعه اپیدمیولوژیکی قرار دادند .

۴ـ درمورد سئوال چهارم :

اینکه سئوال‌فرمودید درکتب کلاسیك ارقام فشارخون اسانسیل‌را درحدود ۷۵٪ میدانند ولی‌ما درآمار خود بیشتراز ۱۲٪نداشتیم باید گفته‌شودکه ـ آمارکتب کلاسیك جمع‌آوری شده مطالبی‌است که‌مصنفین‌وآمارگران‌آمریکائی‌واروپائی‌آنهارا ازمطالعه برروی افراد ساکن‌کشورهای خودشان بدست‌آورده‌اند وبازچون دراین کشورهافشارخون اسانسیل ناشی از آرتریواسکلروز خیلی زیاد است بهمین‌مناسبت درصد فشارخون‌های‌کلیوی دراین‌آمار پائین میآید ولی آیا وجود این‌ارقام دربین ساکنین مملکت مانیزصدق میکندیانه‌خود به‌توضیح درمورد چند مطلب دیگر بستگی دارد: تا این تاریخ هیچ نوع مطالعه اپیدمیولوژیکی در زمینه فشار خونهای اسانسیل وآرتریو اسکلروز باستثنای مواردی که ما گزارش کردیم بعمل نیآمده است و آیا بعلت عدم انجام این مطالعات میتوان‌صرفاً بخاطرگزارش‌محققین خارجی ارقام‌آنها را درمورد ایرانیان نیز پذیرفت خودجای شك وتردید باقی میگذارد وهمانطورکه ارقام فشارخون درنژاد زرد بمراتب‌کمتر ازساکنین ممالك دیگر است(۱) وهمانطورکه فشارخون‌کلیوی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

در بعضی ازممالك افریقائی واسرائیل زیادتر ازآن تعدادی‌است که تصور میشود (۲و۳) لذا ممکن است این مطلب باآنچه که مادرتحقیقات خود به‌آن رسیدیم تطبیق نماید . البته در جواب دیگر این سئوال در مورد افزایش ارقام فشار خونهای کلیوی آمار ما باید گفت که بطور قطع مقداری از این ارقام تحت تأثیر نوع بیماران مراجعه‌کننده بمانیز قرارگرفته‌است‌وبعبارت دیگر اینجانبان بمناسبت حرفه‌تخصصی‌وعلاقه تحقیقاتی‌خودمجال مطالعه برروی بیماران‌کلیوی را بیشتر داشتیم وبالطبع نسبت‌در صد فشار خونهای‌کلیوی مانیز بیشتر از نوع دیگر شده است .

۵ـ درمورد روش‌های پاراکلینیك از نظر افتراق فشار خونهای کلیوی از غیر کلیوی بـاید متذکر شد که بعلت محدود بودن صفحات مجله نظام‌پزشکی از ذکر نحوه انجام آنها خود داری شده‌است ولی نوع این‌روش‌ها بارها درجریان کنفرانس‌هائی که دراین زمینه ترتیب داده‌ایم معروض افتاده است . این روش‌هـا همانهائی است که در بخش‌های مجهز انجام میگیرد ولی بطور اختصار آنچه که وسیله افتراق ما در بدو امر در مورد بیماران فشار خون‌کلیوی از غیرکلیوی بوده بدین شرح است :

الف ـ وجودآلبومینوژن‌از۵/۰ گرم به‌بالا در ادرار ۲۴ساعته.

ب ـ وجود ضایعات مشکوك‌کلیوی در اوروگرافی.

پ ـ سابقه بیماری ، جنس وسن بیمار وعدم وجود علائم مربوط به‌علل دیگر فشارخون (مثل‌آندوکرینوپاتی).

ت‌ـ آنژیوگرافی‌کلیوی درموارد مشکوك (که جمعاً در۴۲مورد انجام‌گرفته است).

ث‌ـ وبالاخره درموارد بسیارمشکوك درصورتی‌که بارضایت‌بیمار توأم بوده است ، از بیوپسی‌کلیه آنهم در مراحل اول بیمـاری استمدادکردیم(جمع‌بیوپسی‌کلیه انجام شده درجریان این‌مطالعه ۱۱۷مورد بوده‌است).

درخاتمه از اینکه جنابعالی بااین دقت وحسن نظرکامل مقاله‌را مطالعه‌ومارا ازسئوالات ارزنده‌خود مطلع فرمودیدسپاسگزاریم.

دکتر بیژن نیك اختروهمکاران

REFERENCES:

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

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]