

# پرسش و پاسخ

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۶، صفحه ۴۶۷-۴۶۱، ۱۳۵۱

## پاسخ پرسش اول:

در نامه همکار ارجمند آقای دکتر حکیمی که توسط آن مجله  
باینجانب ارسال شده بود ایشان نوشتند آنmi کولی یک بیماری  
غالب است در حالیکه در مقاله پیش فتهای اخیر ژنتیک نوشته شده  
که این بیماری یک بیماری مغلوب است. پس از تشرک از توجه  
آقای دکتر حکیمی به مقاله اینجانب لازم است توضیحات زیر  
داده شود:

اصولاً غالب وققی است که ظاهر ژن در حالت هتروزیگوت و مغلوب  
موقعی است که ظاهر ژن در حالت هموزیگوت باشد و از  
آنچهایکه جهت ظاهر علائم آنmi کولی (کم خونی شدید، عظم  
طحال، تغییرات خونی و افزایش هموگلوبین فتال و غیره...) حتماً  
حالت هموزیگوت لازم است این بیماری را یک بیماری مغلوب  
باید دانست. ولی باید در نظر داشت که اطلاعاتی را که مافعلا  
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 سندرهای کولی یک کم خونی خفیف و افزایش هموگلوبین ۴۲  
وجود دارد و اگر این علامت را «بیماری» بدانیم چون ظاهر  
ژن در حالت هتروزیگوت است باید آنرا غالب تلقی نماییم و شاید  
به میان جهت هم باشد که در مجله اخیر نورولوژی صفحه ۲۹۴ شماره  
۲۲-۳ چاپ آمریکا که عوارض عصبی کم خونی کولی مفصل شرح  
داده شده است این بیماری غالباً نسبی و Partially dominant تعریف شده است ولی چون مازلحتاظ بالینی و بخصوص نحوه انتقال،  
منظورمان از آنmi کولی همان شکل شدید بیماری یعنی نوع  
هموزیگوت بتاتالاسمی است آنmi کولی را بیماری مغلوب توصیف  
کرده ایم.

دکتر مهدی باجلی

بخش کودکان دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان.

## پرسش دوم:

۱- با تشرک از زحمات خاص از انتشار مجله علمی نظام پزشکی  
لازم میداند با استحضار بر ساندد در صفحه ۲۶ سال دوم، شماره ۴-۵،  
ستون اول «یک بیماری مغلوب مثلاً آنmi کولی باشد»، بنظر اینجانب  
بیماری کولی غالب است.

خواهشمند است در صورت امکان با تذکر به ذوی‌سند 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 فشار خون  
در ایران بسیار ارزشمند و آموزنده است. متاسفانه آنچه در مقاله  
معنکس است باحتمال زیاد قسمت بسیار کمی از کل تحقیقات  
و اطلاعات حاصله است که بعلت محدود بودن صفحات مجله یا  
عملت دیگر نوشته نشده و اینجانب لازم دانستم موضوع را مطرح  
نمایم.

- طبق ارقام موجود در مقاله، مملکت ایران باید بکمی از شایعترین  
ممالک فشار خون خیز دنیا باشد.

در مورد روش مطالعه و انتخاب بیمار نکات مهمی از قبیل شرایط  
انتخاب بیمار، محل زندگی، علت مراجعة، آیامستقیماً مراجعه  
نموده یا توسط پزشک دیگری معرفی شده، مدت فشار خون در  
موقع مراجعة وغیره ذکری نشده است.

- در مورد علت فشار خون تا آنجا که در کتب تخصصی عروق  
و کتابهای امر انس کلیه و قلب از ممالک مختلف مشهود است، علت  
قسمت اعظم از فشار خونها 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 . بدینه است با این همکاری نحوه انتساب تغییرات ارقام فشارخون در بیماران ماکه منحصرأ جنبه تخصص داشته و بیماران بیمارستانی و شهرستانی که بهبیج وجه انتخاب نوع بیماران در جم 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 درمورد فشار خون بیماران ایرانی میانگین ارقام فشارخون بیماران تخصصی، بیمارستانی و شهرستانی بوده است .

۳- درمورد سؤال سوم : درمورد روش مطالعه و انتخاب بیماران از نظر محل زندگی وغیره وبالاخره علت مراجعته نیز تحقیقاتی صورت گرفته که در جداول مختلف مقاله منعکس است که مطالعه خواهید فرمود .

در مورد نحوه مراجعته بیماران نیز جداول مقاله منعکس کننده این مطلب است و بالاخره بیماران مایاخود از فشارخون خویش مطلع نبوده و یاجهت بررسی علت فشارخون بیمار ارجعه نمودند و بالاخره دسته سوم کسانی بودند که همکاران ما در جریان یک مطالعه بالینی به وجود آن واقع شدند و آنها در سری مطالعه اپیدمیولوژیکی قرار دادند .

#### ۴- درمورد 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 جم آوری شده مطالعه است که مصنفین و آمار گران آمریکائی و اروپائی آنها را از مطالعه بر روی افراد ساکن کشورهای خودشان بست آورده اند و بازچون در این کشورهای فشارخون اسانسیل ناشی از آرتربیوسکلروز خیلی زیاد است بهمین مناسبت درصد فشارخون های کلیوی در این آمار پائین می آید ولی آیا وجود این ارقام در بین ساکنین مملکت مانیز صدق میکنند یا نه خود به توضیح درمورد چند مطلب دیگر بستگی دارد : تا این تاریخ هیچ نوع مطالعه اپیدمیولوژیکی در زمینه فشار خونهای اسانسیل و آرتربیوسکلروز باشتنای موادری که مسا گزارش کردیم بعمل نیامده است و آیا بعلت عدم انجام این مطالعات میتوان صرفاً بخاطر گزارش محققین خارجی ارقام آنها را درمورد ایرانیان نیز پذیرفت خودجایی شک و تردید باقی میگذارد و همانطور که ارقام فشارخون در تراز زرد بمراتب 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 است 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 عمل دیگر فشارخون بسیار مؤثر است . ولی متأسفانه پس از گذشت مدتی از شروع بیماری بعلت تغییرات ثانوی عروقی و گلومرولهای کار تشخیص بخصوص بامیکر سکپ عادی بسیار مشکل میشود .

مع الوصف اگر در مطالعه انجام شده ، از تمام بیماران یا اقلال از آنها که احتمال بیماری گلومرولر 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 اینجا نب و همکاران در مورد سؤالات مطرح شده توسط آقای دکتر پرویز دامادزاده همکار عزیزان بشرح ذیراست :

۱- درمورد سؤال اول : باید گفت که قسم اعظم این مطالعات اپیدمیولوژیکی در شرایط سازمان بهداشت جهانی و مجله آکتمدیکا 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- درمورد سؤال دوم :

همانطور که در اصل مقاله معرفه افتاد منظور ما بهبیج وجه بررسی همه جانبه و گسترده اپیدمیولوژیکی فشار خون در سراسر ایران نبوده است، چون یک چنین مطالعه ای نه تنها برای هماهنگ نداشت بلکه انجام چنین تحقیقاتی خود مستلزم هزینه بسیار گزاف و فراوانی نیز میشده که آنهم از امکان مابدور بود بنا بر این ، این مطالعه فقط ماحصل تحقیقات چندین ساله اینجا نباید بر روی بیماران مراجعت کننده بما 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 تادر این زمینه باما

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

الف - وجود آلبومینوئن از ۵٪ - گرم به بالا در ادرار ۲۴ ساعته.

ب - وجود ضایعات مشکوک کلیوی در اورو گرافی.

ب - سابقه بیماری ، جنس و سن بیمار و عدم وجود علائم مر بوط به عمل دیگر فشار خون (مثل آندو کرینوپاتی).

ت - آنزیو گرافی کلیوی در مواد مشکوک (که جمماً در ۴۲ مورد انجام گرفته است).

ث - وبالاخره در مواد 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 جنابعالی با این دقت و حسن نظر کامل مقاله را مطالعه و مارا ارزش الات ارزش خود مطلع فرمودید سپاسگزاریم .  
دکتر بیژن نیک اختروهمکاران

در بعضی از ممالک افریقائی و اسراeیل زیادتر از آن تعدادی است که تصور می شود (۳۶) لذا ممکن است این مطلب با آنچه که مادر تحقیقات خود به آن رسیدم 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 مراجعت کننده بمانیز قرار گرفته است و بعبارت دیگر اینچنان بمناسبت حرفة تخصصی و علاقه تحقیقاتی خود مجال مطالعه بر روی بیماران کلیوی را بیشتر داشتم و بالطبع نسبت درصد فشار خونهای کلیوی مانیز بیشتر از نوع دیگر شده است .

۵- در مورد روش های 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 خود داری شده است ولی نوع این روش ها بارها در جریان کنفرانس هایی که در این زمینه ترتیب داده ایم معروف افتاده است . این روش ها همانهایی است که در بخش های مجهز انجام میگیرد 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.