

ISSN 1561-0217



مجلة

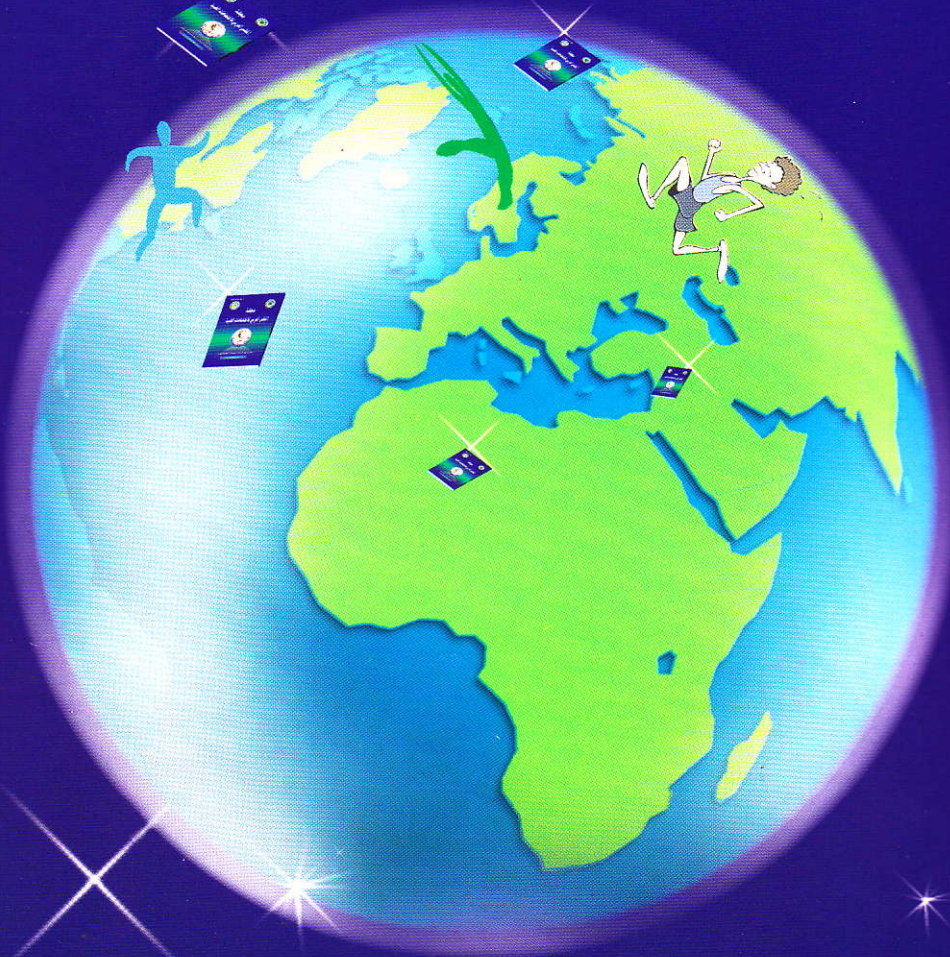
المجلس العربي للاختصاصات الطبية



مجلة طبية فصلية محكمة تعنى بكافة الاختصاصات الطبية

مجلة 1 عدد 3 شهر 7. 1999م - ربيع الثاني 1420هـ

للدعاية الطبية : الاتصال بملتب المجلة



ISSN 1561-0217



Journal Of The Arab Board Of Medical Specializations



*A Quarterly Medical Journal
Encompassing all Medical Specializations*

JABMS Vol. 1, No. 3, July 1999

مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

مجلة طبية دورية علمية تعنى بكافة الاختصاصات الطبية
تصدر كل ثلاثة أشهر

هيئة الإشراف العام

رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

الأستاذ الدكتور فيصل رضي الموسوي - وزير الصحة/البحرين

نائب رئيس الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

أمين صندوق المجلس العربي للاختصاصات الطبية
الأستاذ الدكتور محمد إياد الشطي - وزير الصحة/ سورية

الأستاذ الدكتور اسماعيل عوض الله سلام - وزير الصحة/ مصر

رئيس هيئة التحرير

الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار

الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

نائب رئيس هيئة التحرير

الأستاذة الدكتورة رائدة الخاني

المستشار الإداري

الأستاذ صادق خباز

مستشار التحرير

الدكتورة كارول فورسايت هيوز

هيئة التحرير

رئيس المجلس العلمي لاختصاص أمراض الجلدية

الأستاذ الدكتور عبد الوهاب الفوزان/ الكويت

رئيس المجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

الأستاذ الدكتور محمد طه الجاسر/ سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب العيون

الأستاذ الدكتور أحمد عبد الله أحمد/ البحرين

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي

الأستاذ الدكتور علي مطر/ البحرين

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة

الأستاذ الدكتور مجدي حامد عبده/ مصر

رئيس المجلس العلمي لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

الأستاذ مختار طنطاوي/ سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأطفال

الأستاذ الدكتور هاني مرتضى/ سورية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الولادة وأمراض النساء

الأستاذ الدكتور كرم كرم - وزير الصحة/ لبنان

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

الأستاذ الدكتور منصور النزهة/ السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص الجراحة

الأستاذ الدكتور عبد الرحمن البنيان/ السعودية

رئيس المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع

الأستاذ الدكتور شوقي عبد الله أمين/ البحرين

مساعداو التحرير

الدكتورة رولان محاسن

المهندس أسعد الحكيم

الصيدلانية منى بيطار

الصيدلانية مزنة الخاني

غسان جزائري

منى غراوي

لمى الطرابلسي

مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية هي مجلة طبية تصدر كل ثلاثة أشهر، تعنى بكافة الاختصاصات الطبية، تهدف إلى نشر أبحاث الأطباء العرب لتقوية التبادل العلمي الطبي العربي، وكذلك نشر أخبار ونشاطات المجلس العربي للاختصاصات الطبية.

تقبل المجلة الأبحاث الأصلية Original Articles، والدراسات في الأوب الطبية Review Articles، وتقارير عن الحالات الطبية الهامة Case Reports، وذلك بإحدى اللغتين العربية أو الإنكليزية، مع ملخص مرفق باللغة الأخرى، كما تقبل رسائل إلى المحرر عن المواضيع والملاحظات الطبية.

تقوم المجلة أيضاً بنشر ملخصات منتقاة من المقالات المهمة المنشورة في المجلات العلمية والطبية الأخرى، وذلك باللغة العربية، بهدف تسهيل إيصالها إلى الطبيب العربي.

تخضع مقالات المجلة للجنة تحكيم اختصاصية مؤلفة أساساً من السادة الأساتذة الأطباء أعضاء المجالس العلمية للاختصاصات الطبية، ومشاركة أساتذة الجامعات والاختصاصيين في كافة البلاد العربية.

نرسل كافة المراسلات إلى العنود التالي:

مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

المجلس العربي للاختصاصات الطبية - المزة - شارع الحرش - ص.ب. 7669

دمشق - الجمهورية العربية السورية

هاتف 6119249/6119742 - 11 963 - فاكس 6119259/6119739 - 11 963

دليل النشر في مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

يتبع النشر في المجلة الخطوط العامة للنشر الواردة في

Uniform Requirements For Manuscripts Submitted To Biomedical Journals,
by the International Committee of Medical Journal Editors .

- يرسل المقال مطبوعاً على ورق أبيض صقيل قياس A4 مع هوامش 2.5 سم على الأقل.
- الطباعة بخط واضح مقروء قياس 12-14 (يفضل خط النسخ)، مع الكتابة على وجه واحد من الورقة ومسافة مضاعفة بين الأسطر.
- يفضل إرسال المقال مطبوعاً بواسطة الكمبيوتر، مع إرساله منسوخاً على قرص مرن (IBM compatible).
- إرسال أربع نسخ من كل مقال (إحداها على الأقل أصلية).
- تقبل المقالات بإحدى اللغتين العربية أو الإنكليزية.
- اسم مؤلف المقال، العنوان، والملخص، ترسل باللغتين العربية والإنكليزية.
- في المقالات المرسلة باللغة العربية يجب أن تكون المصطلحات العلمية مطابقة لما ورد في المعجم الطبي الموحد، مع ذكر ترجمة المصطلح باللغة الإنكليزية أو اللاتينية.
- يتضمن المقال: ملخصاً، مقدمة، طريقة ومادة الدراسة، النتائج، المناقشة والاستنتاج، الخلاصة (المحصلة) والمراجع.
- ترسل على ورقة مستقلة كل من:
 - 1- صفحة العنوان (باللغة العربية والإنكليزية): عليها اسم المقال، واسم الباحث (أو الباحثين)، صفتهم العلمية (أعلى صفة علمية لهم)، وعنوان المراسلة.
 - 2- الملخص (باللغتين العربية والإنكليزية): لا تتجاوز صفحة واحدة لكل منها
 - 3- المراجع: تذكر حسب ترتيب ورودها في النص (يذكر رقم المرجع فقط ضمن النص).
 - لا تقبل المحاضرات الشخصية أو المقالات غير المنشورة كمراجع، ويقبل ما هو تحت الطباعة.
 - 4- المخططات و الجداول الإيضاحية يرسل كل منها على ورقة مستقلة
 - 5- الصور الإيضاحية: لا يتجاوز قياسها 254 × 203 ملم = 10 × 8 انش، وذات نوعية جيدة.
- المقالات الأصلية Original Articles: لا تتجاوز 10 صفحات (مع المراجع وبمسافة مضاعفة بين الأسطر).
- دراسات الأدب الطبي Review Articles: لا تتجاوز 14 صفحة (مع المراجع وبمسافة مضاعفة بين الأسطر).
- تقارير الحالات الطبية Case Reports: لا تتجاوز 3 صفحات (مع المراجع وبمسافة مضاعفة بين الأسطر).
- ملخصات المواضيع المنتقاة من المقالات المنشورة في المجلات العلمية ترسل باللغة العربية، مع إرسال النص الأساسي معها، ويشترط أن تكون حديثة النشر.
- تستعمل الأرقام العربية (3.2.1.....)
- لا تقبل المقالات الكاملة التي سبق نشرها في مجلة أخرى.

أ.د. عبد الكريم الخولاني (16)

اختصاص الولادة وأمراض النساء

- أ.د. عبد الله عيسى (1)
- أ.د. عارف بطاينة (1)
- أ.د. مكرم فرح اسحق (1)
- أ.د. محمود عمرو (1)
- أ.د. مأمون شقفة (2)
- أ.د. عقاف الشافعي (3)
- أ.د. هالة الشلي (4)
- أ.د. عبد العزيز المشاري (5)
- أ.د. محمد هشام السباعي (5)
- أ.د. عبد الله ياسلانة (5)
- أ.د. سعيد حمد مرزوق الجريبي (5)
- أ.د. سليمان عودة العودة (5)
- أ.د. القوتوني عبد الرحيم (6)
- أ.د. هاشم عبد الرحمن (6)
- أ.د. عمر أحمد مبرغني (6)
- أ.د. محمد أحمد أبو سلب (6)
- أ.د. محمد نور القسرا (7)
- أ.د. صلاح شيخة (7)
- أ.د. بشير ناصيف (7)
- أ.د. أحمد حسن يوسف (7)
- أ.د. إبراهيم حقي (7)
- أ.د. قيس عبد الحميد كبة (8)
- أ.د. سمر خولدة (8)
- أ.د. نوال بيجت قطان (8)
- أ.د. ندى صالح الامين (8)
- أ.د. سعدية بن عامر سلطان (9)
- أ.د. عدنان عصام عبد القادر (10)
- أ.د. عبد الرزاق العدواني (11)
- أ.د. جوزيف عبود (12)
- أ.د. غسان الحاج (13)
- أ.د. مبروكة القتيبي (13)
- أ.د. أبو عجيبة عكرة (13)
- أ.د. عبد العزيز عبد الله (14)
- أ.د. عبد الحميد بدوي (14)
- أ.د. محمد رأفت الشافعي (14)
- أ.د. أحمد حاتم عسقلاني (14)
- أ.د. فؤاد النواوي (14)
- أ.د. علي عبد المعطي (14)
- أ.د. عبد الحميد أباطلة (14)
- أ.د. شمس محمد مساح (16)

اختصاص الجراحة

- أ.د. إبراهيم بن هاني (1)
- أ.د. مازن محمد سعيد نصير (1)
- أ.د. أحمد شيخ سروجية (1)
- أ.د. السيد جعفر آل شرف (2)
- أ.د. عبد الوهاب محمد عبد الوهاب (3)
- أ.د. محمد توفيق هويسة (4)
- أ.د. ياسر صالح جمال (5)
- أ.د. مساعد بن محمد السلطان (5)
- أ.د. ثايف إبراهيم العواد (5)
- أ.د. عدنان مفتي (5)
- أ.د. عبد العزيز عبد اللطيف العرفج (5)
- أ.د. محمد المكي أحمد عبد الله (6)
- أ.د. حسن خلف الله (6)
- أ.د. عثمان طه محمد عثمان (6)
- أ.د. عبد الناصر مساعد (6)
- أ.د. عبد الماجد مساعد (6)
- أ.د. محمد عبد الله (7)
- أ.د. محمد معاوية عبد الهادي (7)
- أ.د. سامي القبايني (7)
- أ.د. سهيل سماعيل (7)
- أ.د. عمر المأمون (7)
- أ.د. محمد فوزي الشامي (7)
- أ.د. محمد زكي الشعام (7)
- أ.د. محمد الشامي (7)
- أ.د. محمد محمود سلمان (8)
- أ.د. سهيل عبد الرحمن صالح (8)
- أ.د. هشام محمد رؤوف الدوي (8)
- أ.د. دستان حسن مكي (8)
- أ.د. محمد علي جعفر اللواتي (9)
- أ.د. عبد الله عيسى بهياني (11)
- أ.د. محمد سعد النعيع (11)
- أ.د. بيير فرح (12)

أ.د. جابر محمود شوكت العباس (12)
أ.د. كمال حمادة (12)

- أ.د. جان عبد النور (12)
- أ.د. احتشوت فرج احتشوت (13)
- أ.د. الصادق أحمد مخلوف (13)
- أ.د. عبد الهادي موسى (13)
- أ.د. أحمد سامح همام (14)
- أ.د. أحمد فوزي بطني (14)
- أ.د. إبراهيم أبو الفتوح سعيد (14)
- أ.د. حسن الظاهر حسن (14)
- أ.د. علي الماعوني (15)
- أ.د. عزاز السعدي (16)
- أ.د. عبد الله علي الجريبي (16)
- أ.د. محمد عبد الله القطاع (16)

اختصاص طب الأسرة ولجنتهم

- أ.د. سعد حجازي (1)
- أ.د. عدنان عباس (1)
- أ.د. فاروق الشخاخرة (1)
- أ.د. رائدة القطبي (1)
- أ.د. عبد الغفار محمد الهاوي (2)
- أ.د. فيصل عبد اللطيف الناصر (3)
- أ.د. نور الدين عاشور (4)
- أ.د. يعقوب يوسف الزروع (5)
- أ.د. جمال صالح جبار الله (5)
- أ.د. بهاء أبا الخيل (5)
- أ.د. عدنان بن أحمد البار (5)
- أ.د. سمير صبان (5)
- أ.د. نبيل القرشي (5)
- أ.د. كامل مبرغني (6)
- أ.د. الصادق محبوب الطيب (6)
- أ.د. عباس مختار (6)
- أ.د. أحمد ديب داش (7)
- أ.د. محمد سعيد الصواف (7)
- أ.د. صباح عبد الله العبيدي (8)
- أ.د. صميم الدياب (8)
- أ.د. امجد نيازي (8)
- أ.د. قيس ظاهر حبيب (8)
- أ.د. علي جعفر محمد (9)
- أ.د. يوسف غلوم أبو الغين (10)
- أ.د. منصور صرخوخ (11)
- أ.د. مصطفى خولي (12)
- أ.د. نديم كرم (12)
- أ.د. حسان عواضة (12)
- أ.د. محمد محمد البكوش (13)
- أ.د. محمد صالح معافي (13)
- أ.د. عمر السوداني (13)
- أ.د. شفيقة صالح حسن ناصر (14)
- أ.د. تاهد كامل (14)
- أ.د. فكري إبراهيم نور الدين (15)
- أ.د. جاي جاوود (15)
- أ.د. ادريس عبد السلام (15)
- أ.د. عبد الله سعيد خطاب باحطاب (16)
- أ.د. علي محمد الصبري (16)

اختصاص الطب النفسي

- أ.د. جلال قردن (1)
- أ.د. نظام أبو حجلة (1)
- أ.د. حسن درادكه (2)
- أ.د. محمد فخر الدين الحفاني (4)
- أ.د. عبد الله السبيعي (5)
- أ.د. خليل إبراهيم القويقي (5)
- أ.د. عبد العال الادريسي (6)
- أ.د. طه بيشر (6)
- أ.د. ضياء الدين الجيلي أبو بكر (6)
- أ.د. وليد فحام (7)
- أ.د. حنا خوري (7)
- أ.د. عبد المنان مقلتي الجادري (8)
- أ.د. رياض عبد الرزاق الغزاوي (8)
- أ.د. طارق خماس (8)
- أ.د. سالم محمد المتاعي (10)
- أ.د. منير الخاني (12)
- أ.د. شارون فؤاد بدودة (12)
- أ.د. فؤاد أنطون (12)
- أ.د. يحيى الراخوي (14)
- أ.د. سهام الراشد (14)
- أ.د. عبد الله حسن الارياطي (16)

اختصاص الأمراض الجلدية

- أ.د. محمد شرف (1)

اختصاص طب الأطفال

- أ.د. عبد الكريم القضاة (1)
- أ.د. سمير غالب الفاغوري (1)
- أ.د. محمد عقله الرواشدة (1)
- أ.د. عبد القادر الشميلة (1)
- أ.د. محمود فتح الله (2)
- أ.د. يوسف محمد عبد الرزاق (2)
- أ.د. عبد الله إبراهيم الخياط (2)
- أ.د. أكبر محسن محمد (3)
- أ.د. عبد الجبار العباسي (3)
- أ.د. عبد الحسن السويلم (5)
- أ.د. عبد الرحمن صالح الفريح (5)
- أ.د. عبد اللطيف القرائني (5)
- أ.د. محمد يونس يعقوب جان (5)
- أ.د. عمرو حسين العامودي (5)
- أ.د. خالد عمران العمران (5)
- أ.د. جعفر بن عوف (6)
- أ.د. محمد سر الختم عبد السلام (6)
- أ.د. متولي عبد المجيد (6)
- أ.د. أدب مطر (7)
- أ.د. زياد شويكي (7)
- أ.د. محمود فتح الله (7)
- أ.د. هشام عبد المجيد حوراني (7)
- أ.د. إبراهيم جبار الناصر (8)
- أ.د. عبد الفتحي زغير الراوي (8)
- أ.د. حسام الدين الجرمولي (8)
- أ.د. نجم الدين الوزنامي (8)
- أ.د. صالح بن محمد الخصيني (9)
- أ.د. غالية محمد آل ثاني (9)
- أ.د. قصي عبد اللطيف الصالح (11)
- أ.د. منيب حلواني (12)
- أ.د. محمد ميقاتي (12)
- أ.د. كارلوكا تشاريان (12)
- أ.د. عبد المطلب علي بن موسى (13)
- أ.د. أصميده حسن أصميده (13)
- أ.د. عبد اللطيف شعبان (13)
- أ.د. جيلان عبد الحميد عثمان (14)
- أ.د. علي منصور سعيد الشافعي (16)

اختصاص الأمراض الباطنة

- أ.د. مصطفى الشناق (1)
- أ.د. فهد عبد العزيز الهنا (1)
- أ.د. منيب سليمان أيوب (1)
- أ.د. علي أكبر امير (3)
- أ.د. الهادي بن ميز (4)
- أ.د. البشير المكتيني (4)
- أ.د. سراج عبد الفتحي ميرة (5)
- أ.د. حسن يوسف الادريسي (5)
- أ.د. إبراهيم الطعيني (5)
- أ.د. عثمان خلف الله سعيد (6)
- أ.د. الجزولي دفع الله (6)
- أ.د. مكي الأزهرى (6)
- أ.د. محمد سراج ايشر (6)
- أ.د. سلوى الشيخ (7)
- أ.د. ليون فهدى (7)
- أ.د. علي سعد (7)
- أ.د. علي درويش (7)
- أ.د. زياد درويش (7)
- أ.د. مازن مصري زادة (7)
- أ.د. نبيل عسة (7)
- أ.د. رافع محمد خليل الراوي (8)
- أ.د. سركيس كريكوستراك (8)
- أ.د. خالد عبد الله (8)
- أ.د. قصي جمال الخياط (8)
- أ.د. غازي بن عمر الزبيدي (9)
- أ.د. يزدهي محمد الريامي (9)
- أ.د. سعد الكتبي (9)
- أ.د. ياسل النقيب (11)
- أ.د. نبيل شمس الدين (12)
- أ.د. سمير عطوى (12)
- أ.د. غادة الحاج (12)
- أ.د. سمير ملاط (12)
- أ.د. روبري شاهين (12)
- أ.د. أنيس القرياني (13)
- أ.د. صلاح الدين الستوسي قريو (13)
- أ.د. الطاهر الشنع (13)
- أ.د. عصام محمد سليمان خضر (14)
- أ.د. عبد الله بناني (15)
- أ.د. ثابت محسن ناضر (16)
- أ.د. محمد الجريبي (16)

- أ.د. عمر نجيب العقبوي (8)
- أ.د. ماجد سليمان يونس (8)
- أ.د. عبد الحسين جمعة اللواتي (9)
- أ.د. فهد القحطاني (10)
- أ.د. عبد الله إبراهيم العبد الرزاق (11)
- أ.د. بهاء نور الدين (12)
- أ.د. أنطون خوري (12)
- أ.د. ادوارد عبود (12)
- أ.د. نور الدين الشيكشو (13)
- أ.د. سعاد الفيتوري (13)
- أ.د. منصور عيسى بن عامر (13)

اختصاص الأذن والأنف والحنجرة

- أ.د. مصطفى المعايطة (1)
- أ.د. محمد أحمد إبراهيم العمري (1)
- أ.د. عبد الله النعيمي (2)
- أ.د. أحمد جاسم جمال (3)
- أ.د. عبد القادر الخديم (4)
- أ.د. عبد النعم الشيخ (5)
- أ.د. فؤاد مصطفى زهران (5)
- أ.د. عوض مرعي السرحاني (5)
- أ.د. عبد العزيز الدخيل (5)
- أ.د. عبد العزيز عاشور (5)
- أ.د. أبو القاسم الهادي (6)
- أ.د. عثمان محمد مصطفى (6)
- أ.د. غازي محمد نور (6)
- أ.د. أكرم الحجار (7)
- أ.د. مأمون السمان (7)
- أ.د. فيصل دبسي (7)
- أ.د. عبد الحلیم طيبا (7)
- أ.د. عبد الرزاق اليوسفي (7)
- أ.د. مصطفى إبراهيم (7)
- أ.د. عادل مهدي المنصوري (8)
- أ.د. مساعد البدري (8)
- أ.د. تافع شهاب (8)
- أ.د. محمد الموسوي (8)
- أ.د. مازن جواد جعفر الخابوري (9)
- أ.د. تاجي كمال ناجي (10)
- أ.د. أنطون سعيد هرموش (12)
- أ.د. نبيل فليحان (12)
- أ.د. صلاح منصور (12)
- أ.د. إبراهيم الشريف (13)
- أ.د. محمد شفيق خليفة (14)
- أ.د. دولا حسين أبو شليب (14)
- أ.د. حسين محمد سالم نصر (14)
- أ.د. محمد فارح العززي (16)
- أ.د. محمد عبد الوهاب الخطيب (16)

اختصاص جراحة الفم والوجه والفكين

- أ.د. غازي بقايعي (1)
- أ.د. رياض بقايعي (1)
- أ.د. خالد عبد الله الرحيمي (5)
- أ.د. عمر فايز شهاب (5)
- أ.د. النور إبراهيم البشير (6)
- أ.د. كمال عباس صالح (6)
- أ.د. عبد الإله طليعات (7)
- أ.د. محمد سبغ العرب (7)
- أ.د. محمد الامناعيلي (9)
- أ.د. عبد العزيز درويش (10)
- أ.د. أنطون خوري (12)
- أ.د. محمود خالد الميس (12)
- أ.د. حسن عادل بدران (14)
- أ.د. إبراهيم محمد زيتون (14)

اختصاص طب الفم

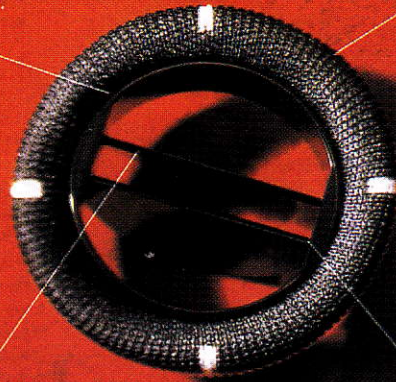
- أ.د. فاذ إبراهيم سرحان (1)
- أ.د. غسان الجيوسي (1)
- أ.د. محمود السالم (1)
- أ.د. أمال الورثاني (4)
- أ.د. خالد طيارة (5)
- أ.د. علي محمود أحمد السبيسي (5)
- أ.د. ميارك بن فهاد آل فاران (5)
- أ.د. عبد الرحمن القديان (5)
- أ.د. كامل محمد عبد الله (6)
- أ.د. تاج الدين عبد اللطيف (6)
- أ.د. سر الختم عمر ثابت (6)
- أ.د. الهادي أحمد الشيخ (6)
- أ.د. جوزيف فتوح (7)
- أ.د. رضا سعيد (7)
- أ.د. أنور العظيمة (7)
- أ.د. محمد سليم الخياط (7)
- أ.د. إيلي فرح (7)
- أ.د. معيد عبد الحميد الخشن (8)

- 1: المملكة الأردنية الهاشمية
- 2: الامارات العربية المتحدة
- 3: دولة البحرين
- 4: الجمهورية التونسية
- 5: المملكة العربية السعودية
- 6: جمهورية السودان
- 7: الجمهورية العربية السورية
- 8: جمهورية العراق
- 9: سلطنة عمان
- 10: دولة قطر
- 11: دولة الكويت
- 12: الجمهورية اللبنانية
- 13: الجماهيرية الليبية العظمى
- 14: جمهورية مصر العربية
- 15: المملكة المغربية
- 16: الجمهورية اليمنية

Complete range of sizes provides flexibility for varying patient anatomies.

Unique sewing cuff is easy to suture and with commissural markers facilitates implantation.

Titanium stiffening ring provides structural integrity and prevents orifice deformation.



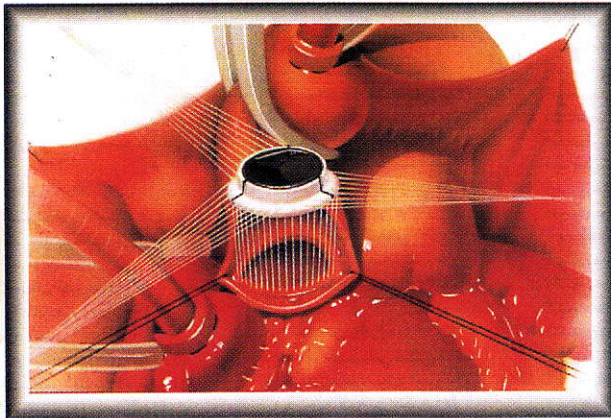
Rotatability allows ease of implantation and optimal orientation.

Leaflet angles of up to 78° provide excellent flow and low regurgitation.

Advanced pivot design allows controlled washing.

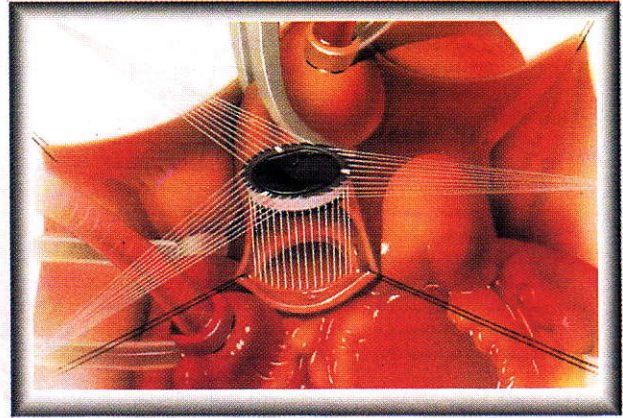
Excellent radiographic visibility.

SULZER MEDICA



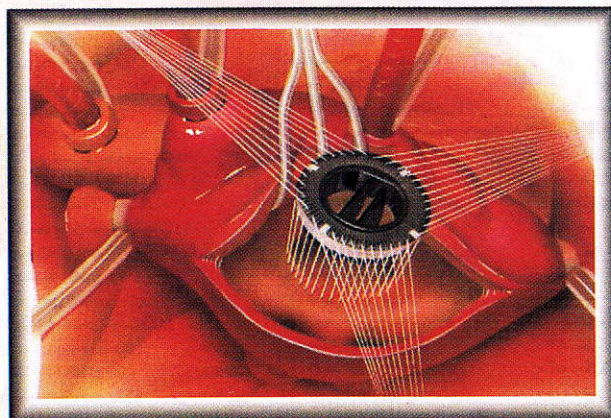
"TOP HAT"™ SUPRA-ANNULAR AORTIC VALVE

The **FIRST** bileaflet mechanical valve designed for supra-annular placement. It provides a potential 60% increase in valve flow area and a 65% reduction in pressure gradients. With no valve structure in the annulus, it is ideal for multiple valve procedures.



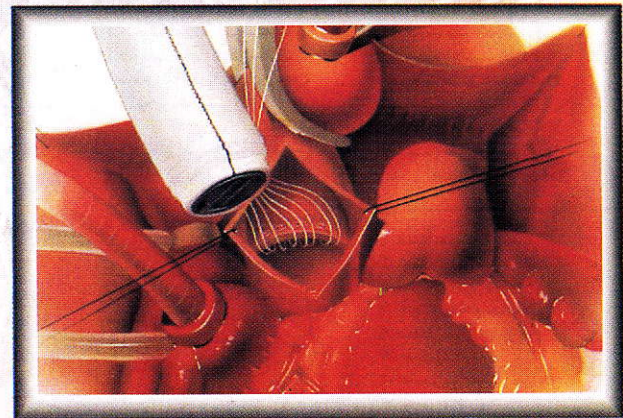
REDUCED "R" SERIES AORTIC VALVE

With a smaller outer cuff diameter, the "R" series valve provides a more effective flow area. It is also true-sized to eliminate sizing conflicts and downsizing.



CARBOMEDICS PROSTHETIC HEART VALVE-MITRAL

The soft, pliant sewing cuff of the mitral valve is easily sutured to form a seal around the native annulus. The unique form, easy rotation and intra-annular placement prevent interference with leaflets.



CARBO-SEAL® ASCENDING AORTIC PROSTHESIS

Featuring a unique gelatin impregnation, it provides true zero pre-clot. The twill woven fabric creates a "floating yarn" construction that enhances tissue incorporation and softens the graft, making it easier to handle.

وكالة التجهيزات الطبية
هاشم وشركاه

دمشق - صالحيه - ساحة وزارة المواصلات
تلفون ٣٣١٢٥٣٠ - ٣٣١٢٥٣١ - فاكس ٣٣١٢٥٣٣



مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

مجلة طبية دورية علمية تعنى بكافة الاختصاصات الطبية
تصدر كل ثلاثة أشهر

محتويات العدد

كلمة التحرير	■ خاطرة ورأي الدكتور مفيد الجوخدار رئيس هيئة التحرير، الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية	ص 8
مواضيع أصيلة	■ النشاط الجنيني ونتائج الاختبار غير الكرب عند النساء الحوامل اللواتي يقضين فترة صيام طويلة د. محمد إبراهيم الطعاني ■ فوائد تصنيع المثانة باستخدام قطعة دقاقية مقارنة مع قطعة دقاقية-أعورية لدى المرضى المصابين بسرطانة مرتشحة في المثانة د. محمد بلبل، د. وسيم وزان، د. وليد فرحات، د. جهاد قاووق، د. كمال حمادي ■ الكسور ما حول بدائل جسم الفخذ بعد التصنيع الأولي وإعادة التصنيع الكامل لمفصل عنق الفخذ: دراسة 1762 حالة تصنيع مفصل أولي، و249 حالة إعادة تصنيع د. جان عبد النور، د. دوميت سمعان ■ أنماط تغذية الأطفال تحت 24 شهراً بالإسكندرية، جمهورية مصر العربية د. ناهد محمد كامل، د. عفاف جابر إبراهيم، د. سها راشد عارف، د. فطمة يوسف زيو	ص 13 ص 17 ص 24 ص 32
تقرير حالة طبية	■ فقد السمع الفجائي في متلازمة وارسن بورغ د. جورج توماس، د. م. ب. ديفاكرن، د. حمد المحيميد	ص 37
مراجعة تاريخية وخبرة شخصية	■ دور التصوير المفصلي الظليل في معالجة خلع الورك الولادي د. مأمون قرملي، د. طريف الأخرس	ص 38
دراسات في الأدب الطبي	■ البدائل الجراحية الجديدة لغرس القلب كعلاج لقصور العضلة القلبية د. محمد بشار عزت، د. لؤي سامي القباني	ص 42
من تراثنا الطبي	■ فن المعالجة والمداواة عند العرب الصيدلانية منى بيطار	ص 45
ملخصات طبية مختارة		ص 47
أخبار وأنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية		ص 98

الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار

الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية
رئيس هيئة تحرير مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

خاطرة ورأي...

الموجه لهذه الفحوص المخبرية مكلف جدا في الوقت الذي أصبحت به الموارد شحيحة ويجب ترشيدها، وتعجز كافة الدول وحتى شركات التأمين العالمية عن الإجراءات غير المرشدة، كما أنها ترهق كاهل المرضى عندما لا يكون هنالك تأمين صحي.

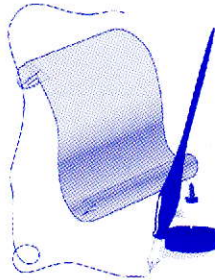
هنالك قفزات هائلة وسريعة في طرق التشخيص وطرق العلاج الجراحية وغير الجراحية والجراحة المجهرية والتنظيرية، وعلى المدرب أن يتأكد أنه قد وضع المتدرب في الطريق الصحيح للتدرب على هذه التقنيات وتطويرها.

إن أي إنسان اختار طريق العلم يكون قد نذر نفسه إلى التعلم اليومي والمستمر، فرحلة العلم للمتدرب تبدأ عند انتهاء التدريب وليس أثناءه، فالتعلم المستمر ضرورة بحضور الندوات واللقاءات والمؤتمرات والأهم من ذلك القراءة اليومية لكل جديد ومعرفة الطرق المؤدية إلى المعرفة والتي تتلخص بكلمة واحدة هي المعلوماتية التي أصبحت متاحة لكل إنسان يعلم كيف يصل إليها عبر الوسائل الحديثة للاتصالات، ليستمر في خدمة الإنسان الذي نذر نفسه ليضع كل ما تعلمه في سبيل وقايته وشفائه وتخفيف عبء المرض عنه وعن عائلته.

تشهد العلوم جميعها تطورا مذهلاً ومتسارعاً لا يسع المتتبع لها إلا أن يلهث ليلحق ولو بجزء من هذا الفيض. والعلوم الطبية هي جزء من هذه العلوم تتطور تطوراً مذهلاً وتتغير مفاهيمنا عن الأمراض وطرق التشخيص والمعالجة من يوم إلى يوم، وتتجدد أكثر من نصف معلوماتنا كل خمس سنين. فما هو دور كليات الطب والمشرفين على التدريب والمتدربين؟

لا أظن أنني سأطرق إلى كليات الطب في الوقت الحاضر ولكن يجب أن تعدل مناهج التدريب وطرق التدريس بصورة دورية لتواكب الحداثة، مع الاحتفاظ بالأسس التي لا تتغير بتغير الزمن، وأن يكون الحاسوب والمعلوماتية من أهم المواضيع التي تدرس على مدى سنوات الدراسة كلها، كما يجب الاهتمام بطرق البحث العلمي.

أما المشرّفون على التدريب، فعليهم يقع عبء تخريج أطباء أكفاء بمراقبتهم أثناء سني التدريب المتدرجة والتأكد من تدريبهم في كافة الأقسام والشعب وحضورهم كافة الفعاليات العلمية ومشاركتهم في التعليم والأبحاث الطبية. ومن المهم جدا التأكيد على الاستجواب الدقيق والفحص السريري الكامل للتوجه إلى التشخيص ومن ثم طلب الفحوص المخبرية والمكملة اللازمة، إذ أن الطلب غير





Old Damascus

دمشق القديمة

J Obstet Gynecol 1987;156:1509-15.

6. Timor-Tritsch IE, Dierker LJ, Hertz RH, Deagan NC, Rosen MG. Studies of antepartum behavioral state in the human fetus at term. *Am J Obstet Gynecol* 1978;132(5):524-28.

7. Willis DC, Blanco JD, Hamblen KA, Stovall DW. The nonstress test: criteria for the duration of fetal heart rate acceleration. *J. Reprod Med* 1990;35(9):901-903.

8. Keegan KA, Paul RH. Antepartum fetal heart rate testing. IV. The nonstress test as a primary approach. *Am J Obstet Gynecol* 1980;136(1):75-80.

9. Yudilevich DL, Eaton BM, Short AH, Leichtweiss HA. Glucose carriers at maternal and fetal sides of trophoblast in guinea pig placenta. *Am J Physiol* 1979;237(5):205-212.

10. DiGiacomo JE, Hay WW Jr. Regulation of placental glucose transfer and consumption by fetal glucose production. *Pediatr Res* 1989;25(5):429-34.

11. Richardson B, Hohimer AR, Mueggler P, Bissonette J. Effects of glucose concentration on fetal breathing movements and electrocortical activity in fetal lambs. *Am J Obstet*

Gynecol 1982;142:678-83.

12. Bocking A, Adamson L, Carmichael L, Patrick J, Probert C. Effect of intravenous glucose injection on human maternal and fetal heart rate at term. *Am J Obstet Gynecol* 1984;148(4):414-20.

13. Gelman SR, Spellacy WN, Wood S, Birk SA, Buhi WC. Fetal movements and ultrasound. Effect of maternal intravenous glucose administration. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137(4):459-61.

14. Miller FC, Skiba H, Klapholz H. The effect of maternal blood sugar levels on fetal activity. *Obstet Gynecol* 1978;52(6):662-65.

15. Phelan JP, Platt LD, Trujillo M, Paul RH. Continuing role of the nonstress test in the management of postdates pregnancy. *Obstet Gynecol* 1984;64(5):624-28.

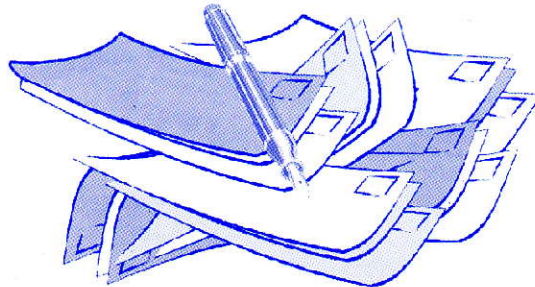
16. Eglinton GS, Paul RH, Broussard PM, Walla CA, Platt LD. Antepartum fetal heart rate testing. Stimulation with orange juice. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150(1):97-9.

17. Phelan JP, Kester R, Labudovich ML. Nonstress test and maternal serum glucose determinations. *Obstet Gynecol* ■

تعليق

أ.د. صادق فرعون

بدأ الحديث عن اختبار غير الكرب (1 غ ك) (NST) في نهاية الستينات (1968) على يد هام ماخر وصحبه، ووضع أسسه روشار وصحبه عام 1976، وما يزال هذا الاختبار موضع الاستعمال، ولكن يؤخذ عليه ارتفاع نسبة السليبي الكاذب. من مراجعتي للأدب الطبي لم أجد من بحث عن الأغك أثناء الصوم المديد، لهذا يعتبر البحث حديثاً من هذه الزاوية (الصوم)، ولكن أرى من الضروري والمفيد توسيع البحث سريراً للإجابة عن السؤال التالي: هل للصوم (الإسلامي)، على اعتبار أنه يزيد حالات اللا تفاعل، أثر ضار أم لا؟



Results	Fasting	After Eating	X ² test
Reactive	42 (70%)	56 (93.33%)	
Nonreactive	18 (30%)	4 (6.66%)	P=0.001
Total	60	60	

Table II Nonstress test results

nonreactive test during both sessions. Three tests, which were reactive during fasting, became nonreactive after eating.

All of the subjects were subsequently delivered at the hospital, and the fetal outcome was good in all cases with a minimum Apgar score of 8 at 5 minutes.

DISCUSSION

Glucose is a major substrate for energy production and metabolism in the fetus, and its transfer across the placenta is a concentration gradient dependent, saturable, carrier-mediated process allowing bi-directional transport.⁹ The fetus is not exposed to a constant supply of glucose even in normal pregnant women and the plasma level may vary up to 75%. Maternal hypoglycemia deprives the fetus of glucose¹⁰ and leaves the fetus at risk of hypoglycemia and shortage of substrate. Richardson et al¹¹ demonstrated the existence of changes in fetal lamb electrocortical activity with maternal deprivation of food and subsequent administration of glucose. Previous studies on the effects of maternal intravenous glucose injection on fetal activity have yielded conflicting results. Bocking¹² found no change in the incidence of gross fetal body movements or FHRA, but a significant increase in fetal heart rate. Gelman¹³ found a significant increase in fetal activity one hour post glucose infusion. In the current study, a highly significant reduction in fetal movement was noted during the fasting period compared to the period after eating. Miller¹⁴ reported an increase in fetal activity using a 3-hour glucose tolerance test, but he did not find a correlation between maternal blood sugar level and increased fetal activity. In this study, a highly significant increase in FHR was detected after breaking the fast as compared to the period of fasting. Fetal heart rate accelerations were significantly reduced during fasting which was also reflected in the results of the nonstress test where there was an

increase in the incidence of nonreactivity to 30% during fasting compared to 6.66% in the period after eating.

The incidence of nonreactivity after eating is not much different from that reported in larger studies¹⁵ showing that fasting has a negative effect on FHRA and NST results. Several authors found no effect on FHRA or NST results after glucose administration intravenously or orange juice orally or even a correlation between maternal blood glucose level and NST results.^{12,16,17} The differences in results may be explained by the fact that the subjects in those studies were not undergoing a prolonged fasting period or just an overnight fast of not more than 8 hours. In this study all subjects were fasted absolutely from food and drink for at least 12 hours.

CONCLUSION

In summary, the present study demonstrates that prolonged maternal fasting results in a significant reduction in fetal activity and increase in the incidence of the NST nonreactivity. This was not indicative of fetal compromise as demonstrated by the good fetal outcome in all cases studied.

In the assessment of fetal well being during a period of prolonged maternal fasting such as that encountered in Ramadan, the nonstress test is not reliable.

ACKNOWLEDGEMENT

I acknowledge with gratitude the help of Dr. Hani M. Samawi, Chairman of the Department of Statistics at Yarmouk University, in performing the statistical analyses.

REFERENCES

1. Phelan JP. The nonstress test. A review of 3000 tests. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139(1):7-10.
2. Goldkrand JW, Benjamin DS. Antepartum fetal heart testing: A clinical appraisal. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 63(1): 48-51.
3. Rochard F, Schiffrin BS, Goupil F, Legrand H, Blottiere J, Surreau C. Nonstressed fetal heart rate monitoring in the antepartum period. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126(6):699-706.
4. Evertson LR, Gauthier RJ, Schiffrin BS, Paul RH. Antepartum fetal heart rate testing 1. Evolution of the non-stress test. *Am J Obstet Gynecol* 1979;133(1):29-33.
5. Platt LD, Paul RH, Phelan J, Walla CA, Broussard P. Fifteen years of experience with antepartum fetal testing. *Am*



utes⁶ with cycle length gradually increasing with advancing gestational age. The activity part is related to rapid eye movement sleep during which period fetal movement is associated with fetal heart rate accelerations, while the rest phase is related to nonrapid eye movement sleep where fetal heart rate and accelerations are diminished.

This study was undertaken to identify the impact of an absolute and prolonged maternal fasting period on fetal activity with regard to fetal movement (FM), fetal heart rate (FHR), fetal heart rate acceleration (FHRA) and the results of the nonstress test (NST).

PATIENTS AND METHODS

The study was conducted during the month of Ramadan (the ninth month of the Hijri year). During this month, which varies in length from 29 to 30 days, healthy Moslems abstain from all forms of food and drink from sunrise until sunset. During the year of this study, the fasting day started at around 04:45 AM and ended at around 17:15 PM, i.e. about 12 hours of fasting.

For this study, sixty healthy pregnant women at 34-40 weeks of gestational age with singleton pregnancy who were fasting during Ramadan were recruited from the outpatient antenatal clinic. All underwent cardiotocography on the same day between 15:30 and 16:45 in the fasting period and again between 19:00 and 21:00 after breaking the fast. Venous blood sugar level was measured by the glucose oxidase method at the beginning of each monitoring session for each subject. Monitoring was done in the semi-Fowler's position or in the left lateral position. Ten minutes from the start of monitoring, blood pressure was measured. The fetal heart rate was recorded by an external cardiotocograph of the Seward monitoring machine (Model AFM 210). Fetal movements were recorded by the patient's pressing on the event marker whenever fetal movement was felt. This was verified by a nurse who stayed with each subject during the entire period of monitoring. Fetal heart rate and fetal movement were recorded on a cardiotocograph strip chart moving at the speed of 1 cm per minute. Recordings were obtained for a period of 20-40 minutes. All tracings were analyzed for baseline fetal heart rate, the number of fetal movements with relation to fetal heart rate acceleration, and the results of the test, whether reactive or nonreactive. Fetal heart rate acceleration was defined as an increase in the fetal heart rate of

15 beats per minute or more for at least 15 seconds' duration or more in response to fetal movement.⁷ The criterion for a reactive test was two or more accelerations associated with fetal movement in one of two twenty minute periods.⁸ Statistical analyses were performed at Yarmouk University. The paired differences were generated. Mean and standard deviation calculations were performed. The Z test was applied to determine whether the differences were statistically significant or not. The results of the nonstress test whether reactive or nonreactive were compared using the matched paired statistical test.

RESULTS

The mean venous blood sugar concentration during the fasting period at the beginning of the session was 78.65 ± 12.35 compared to 116.70 ± 14.40 mg/dl after breaking the fast ($P < 0.0001$). There was no statistical difference regarding the duration of monitoring. As shown in Table I, there was a highly significant reduction in fetal activity regarding FHR, FM, and FHRA during the fasting period as compared to the period after

Results	Mean $\pm$ 1 S.D.	Statistical Significance
Baseline FHR Fasting After Eating	136.6 $\pm$ 3.1 144.2 $\pm$ 4.2	$P < 0.0001$
FM Fasting After Eating	5.6 $\pm$ 4 6.8 $\pm$ 2.32	$P < 0.0003$
FHRA Fasting After Eating	4.3 $\pm$ 2.87 5.9 $\pm$ 2.30	$P < 0.0001$

Table I. Comparison of baseline fetal heart rate (FHR), fetal movement (FM), and fetal heart rate acceleration (FHRA) during fasting and after eating

breaking the fast. Table II shows the results of the nonstress test while the subjects were fasting and after breaking the fast. During the fasting period, 18 (30%) of the tracings showed nonreactive tests compared to 4 (6.66%) of the tracings after eating. One subject had a



FETAL ACTIVITY AND NONSTRESS TEST RESULTS IN PREGNANT WOMEN UNDERGOING A PROLONGED FASTING PERIOD

النشاط الجنيني ونتائج الاختبار غير الكرب عند النساء الحوامل اللواتي يقضين فترة صيام طويلة

Mohamad I. Altaani, M.D.

د. محمد إبراهيم الطعاني

ABSTRACT:

Objective: To identify the impact of prolonged maternal fasting on fetal activity and on the results of the non-stress test.

Patients and Methods: Sixty healthy pregnant women at 34-40 weeks of gestation were studied.

Each was monitored on the same day after 12 hours of absolute fasting and again after breaking the fast during the month of Ramadan.

Results: There was a highly significant reduction in fetal activity during the fasting period which was reflected in a significant increase in the incidence of nonstress test nonreactivity ($P < 0.001$) compared to after eating. The fetal outcome was good in all cases.

Conclusion: The nonstress test was not found to be reliable for the assessment of fetal well being during a period of prolonged maternal fasting

ملخص البحث:

الهدف: بيان تأثير الصيام الوالدي الطويل على النشاط الجنيني ونتيجة الاختبار غير الكرب (الا جهدي).
الطريقة: تمت دراسة ستين من النساء الحوامل الصحيحات عند 34-40 أسبوعاً من عمر الحمل. تمت مراقبة كل امرأة بعد 12 ساعة من الصيام الكلي، وأعيد ذلك بعد الإفطار في نفس اليوم خلال شهر رمضان.
النتائج: وجد انخفاض ملحوظ في النشاط الجنيني أثناء فترة الصيام ($P < 0.0001$) عكسته الزيادة الواضحة في النتائج غير المتفاعلة للاختبار غير الكرب، مقارنة مع تلك بعد الإفطار ($P < 0.001$).
وجد أن الحصيلة الجنينية جيدة ولم تحدث مضاعفات في جميع الحالات.
الخلاصة: لتقويم صحة الجنين في نهاية الحمل، يفضل عدم إجراء اختبار اللا كرب في فترة الصيام الوالدي الطويل، فلا يمكن الاعتماد عليه نظراً لكثرة حالات اللا تفاعل دون أن تظهر لذلك آثار سيئة على الحصيلة الجنينية.

INTRODUCTION

Careful surveillance of the fetus during both the antepartum and the intrapartum period is an essential component of optimal obstetric care. The nonstress test (NST) continues to be a useful adjunct in the management of the normal and the high risk gravida. In the non-stress test, as described by Rochard,³ a good fetal outcome is predicted by the presence of fetal heart acceleration associated with fetal movements. Negative results of the NST are rarely associated with fetal death within seven days.^{1,2}

Many authorities^{4,5} have validated the NST as a useful screening technique for both normal and high risk pregnancies because it is noninvasive, easily performed and interpreted, readily accepted by the patient, and inexpensive. In addition, the results are immediately available and it is a reliable indicator of fetal well being. Various factors that might influence the results of the nonstress test in normal conditions include: sleep rate, fetal maturity, level of maternal activity, maternal ingestion of drugs, and the fetal heart reserve. The fetus normally passes through rest-activity cycles of 60-90 min-

* Mohamad I. Altaani, M.D. Gynecologist, Royal Medical Services, Prince Rashed Ben Al-Hassan Hospital, Irbid, Jordan, P.O. Box 2286

patients undergoing cystectomy for invasive bladder cancer. Though many segments of the small and large bowel have been used in the construction of the neobladder, the ileal neobladder seems, at the present time, to offer superiority to the use of other segments.

REFERENCES

1. Elmajian DA, Stein JP, Esrig D et al. The Lock ileal neobladder: update experience in 295 male patients. *J Urol* 1996;156:920-5.
2. Alcini E, Racioppi M, D'Addessi A, Menchnelli P, Grassetti F, and Alcini A. Bladder replacement by detubularized ileal loop: 10 year of experience using a personal technique. *Br J Urol* 1996; 77:688-93.
3. Kock, NG, Ghoneim MA, Lyke KG, and Mahram MR. Replacement of the bladder of the urethral Kock pouch: functional results, urodynamic and radiological features. *J Urol* 1989;141:1111.
4. Studer UE, Gerher E, Springer J, and Zingg EJ. Bladder reconstruction from bowel after radical cystectomy. *World J Urol* 1992;10:11.
5. Abol-Enein H and Ghoneim MA. A novel uretero-ileal reimplantation technique: the serous lined extramural tunnel. A preliminary report. *J Urol* 1994; 151:1193-97.
6. Abol-Enein H and Ghoneim MA. Further clinical experience with the W-neobladder and a serous lined extramural tunnel for orthotopic substitution. *Br J Urol* 1995;76:558-64.
7. Flohr P, Hefty R, Paiss T and Hautmann R. The ileal neobladder-updated experience with 306 patients. *World J Urol* 1996;14:22-6.
8. Iwakiri J and Freiha F. Stanford pouch ileal neobladder: clinical, radiological and urodynamic follow-up. *Urology* 1993;41:517-22.
9. Stein JP, Stenzl A, Esrig D et al. Lower urinary tract reconstruction following cystectomy in women using the Kock ileal reservoir with bilateral ureteroileal ureterostomy: initial clinical experience. *J Urol* 1994;152:1404.
10. Stein JP, Grossfeld GD, Freeman JA et al. Orthotopic lower urinary tract reconstruction in women using the Kock ileal neobladder: update experience in 34 patients. *J Urol* 1997;158:400-5.
11. Marshall FF. Creation of ileocolic bladder after cystectomy. *J Urol* 1988;139:1214.
12. Marshall FF. Total bladder substitution; ileocolic neobladder. In Marshall ed. *Operative Urology* W.B. Saunders;1991. Pages 245-50.
13. Reddy PK. Detubularized sigmoid reservoir for bladder replacement after cystoprostatectomy: preliminary report of new configuration. *Urology* 1987;29:625.
14. Mikuma N, Hirose T, Yokoo A and Tsukamoto T. Voiding dysfunction in ileal neobladder. *J Urol* 1997;158:1365-8.
15. Bulbul MA, Wazzan W, Farhat W, Hemady K, and Shamseddine AI. Feasibility of radiation and chemotherapy following cystectomy and orthotopic neobladder for invasive bladder cancer. *Can J Urol* 1998;5:469-71.
16. Gschwend JE, May F, Paiss T, Gottfried HW, and Hautmann RE. High dose pelvic irradiation followed by ileal neobladder urinary diversion: complications and long term results. *Br J Urol* 1996;77:680-3.
17. DeCarli P, Micali S, O'Sullivan D, et al. Ureteral anastomosis in the ileal neobladder: comparison of two techniques. *J Urol* 1997;157:469-71.
18. Hautmann RE, Miller K, Steiner U and Wenderroth U. The ileal neobladder: 6 years experience with more than 200 patients. *J Urol* 1993;150:40-5. ■

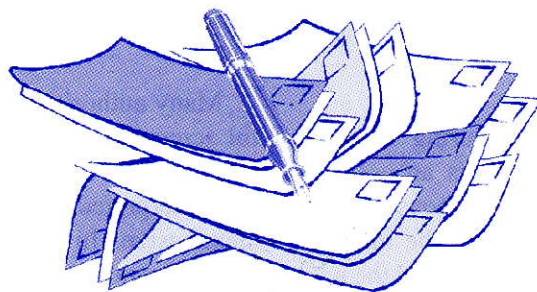


Table 1:

	Ileocecal	Ileal
Operative mortality	None	None
Intermittent catheterization	2	1
Renal function	Stable	Stable
Tolerance of adjuvant therapy	Good	Good
Uretero-intestinal stricture	3	1
Ileocecal valve	Lost	Intact
Mobilization of ascending colon (Longer operating time)	Yes	No
Mucus production	++++	+
Suprapubic tube	yes	No

patients of both groups.

RESULTS

There was no operative mortality in either group. All patients were actively continent during the day. Two patients used a small pad at night. Neither of these patients regularly woke up during the night to empty the bladder despite instruction to do so. Table 1 shows the pertinent differences between the two groups.

The need for intermittent catheterization for patients unable to completely empty the neobladder is comparable in both groups. Five patients in the ileocecal group and 3 patients in the ileal group required adjuvant chemotherapy. All 8 patients tolerated the therapy well without any change in the protocol, dose, or schedule related to the type of neobladder. Three patients, 2 from the ileocecal groups and 1 from the ileal group, received pelvic radiation for local recurrence with comparable tolerance. Mobilization of the cecum and the ascending colon plus appendectomy added significant operating time (mean 40 minutes) with the potential of additional morbidity as compared to the pure ileal neobladder in which no mobilization was done. In addition, preservation of the ileocecal valve reduced gastrointestinal symptoms. Mucus production with the ileal neobladder was significantly less than with the ileocecal substitute;

thus, there was no need for a suprapubic tube. This simplified the postoperative care when the patient was discharged from the hospital. Uretero-intestinal anastomotic strictures developed in 4 patients (8%). Three were from the ileocecal group and one was from the ileal group.

DISCUSSION

In the past few years, orthotopic neobladder has emerged as an excellent urinary substitute following cystectomy. It provides a low pressure, closed internal reservoir that protect the upper urinary tract and provides a superior quality of life through "natural" voiding.^{7,8} It has been extended over the last few years to women undergoing cystectomy with gratifying results.^{9,10} Different segments of small and large bowel have been utilized and advocated by several groups in North America and Europe.^{11,12,13}

In this study, ileocecal orthotopic neobladder was performed in the first 29 male patients undergoing cystoprostatectomy for invasive bladder cancer. Following that, 22 men and one woman underwent ileal neobladder (W pouch). These two groups are compared as far as morbidity, operating time, post-operative care, postoperative complications, and results. The two groups were comparable in terms of patient satisfaction. Timed voiding by abdominal straining to ensure complete bladder emptying was similar in both groups.¹⁴ In addition, both groups tolerated adjuvant chemotherapy and pelvic irradiation.^{15,16} Ureteral anastomotic strictures were comparable to other series.^{17,18} More strictures were encountered with the tunneled anastomosis in the colon than with the serosal technique popularized by the Mansoura group in Egypt.^{5,6}

The most significant differences between the two procedures are the following: (1) The ileal neobladder reduces operative time and potential morbidity. (2) The ileocecal valve remains intact with the ileal neobladder thus reducing gastrointestinal complications that might result as a result of its removal. (3) The ileal neobladder secretes far less mucus thus eliminating the need for a cecostomy tube with its own attendant morbidity and inconvenience to the patient.

In conclusion, we believe that the orthotopic neobladder is presently the optimum procedure for



احتاج ثلاثة مرضى لقطرة متقطعة.
مرضى كلتا المجموعتين تحملوا المعالجة الكيميائية المساعدة والمعالجة بالإشعاع.
حدث لدى ثلاثة مرضى من مجموعة التصنيع بالدقائية الأعورية تضيق حالي - معوي، مقابل مريض واحد من المجموعة الأخرى.
لوحظ زيادة الإفراز المخاطي في مجموعة الدقائية - الأعورية، كما أن الوقت الذي استغرقته الجراحة كان أطول في هذه المجموعة.
الخلاصة: تعتبر كلتا الطريقتين بدائل بولية جيدة، كما أنهما متعادلتان عملياً.
تقدم عملية التصنيع الدقائية الفوائد التالية:
- عدم الحاجة لنقل أو تحريك الأعور، والكولون الصاعد، واستئصال الزائدة الدودية أدى إلى اختصار الوقت المستغرق في الجراحة.
- صمام دقائي - أعوري سليم.
- نقص التضيق الحالبية - المعوية.
- نقص الإفراز المخاطي مما يؤدي لعدم الحاجة لوضع أنبوب فوق العانة.

INTRODUCTION

Orthotopic neobladder has become the most popular urinary substitute following cystectomy for invasive bladder cancer.^{1,2} It offers the closest alternative to "normal" voiding. It is a low pressure closed system that protects the upper tracts and reduces the incidence of infection.^{3,4} Different segments of small and large bowel have been used in the construction of the neobladder. The ileum, ileocecal segment, and even the sigmoid have been used. Detubularization has been the common factor providing a low-pressure neobladder. In this report, a comparison was made between the ileal and the ileocecal neobladder as performed in one institution over the previous six years.

MATERIALS AND METHODS

Between September 1992 and June 1998, 76 radical cystectomies were performed for invasive bladder cancer at our institution. Fifty-two patients had orthotopic neobladder constructed. There were 51 males and one female with an age range between 36 and 75 years. The criteria for performing the procedure included patient compliance, i.e. an understanding of the benefits of the urinary substitute and the need for commitment for complete bladder emptying and rigid follow up, and absence of disease in the prostatic fossa.

In 29 patients ileocecal neobladder substitution was performed. The cecum and the ascending colon were mobilized distal to the hepatic flexure. The ileum was

divided 10-15 cm from the ileocecal valve and the colon was divided at the hepatic flexure. An ileocolostomy was performed. The terminal ileum was opened along the anti-mesenteric border and across the ileocecal valve and up the cecum and ascending colon thus detubularizing the whole segment. The appendix was removed. The ureters were reimplanted at the taenia. A one cm opening was made in the dependent cecum that would be anastomosed to the urethra. After completion of the urethro-cecal anastomosis, a cecostomy tube was exteriorized from and a Foley catheter was placed in the neobladder. The Foley and the cecostomy tube were removed sequentially at one month after the surgery.

A second group of 23 patients (22 men and 1 woman) underwent ileal neobladder substitution (W pouch). A 40 cm segment of ileum around 15 cm proximal to the ileocecal valve was used. Mobilization of the cecum and ascending colon, disruption of the ileocecal valve, and appendectomy were not performed. After detubularization, the neobladder was constructed. Ureters were reimplanted using the subserosal technique of Abol-Enein.^{5,6} No cecostomy or other tubes were left in the neobladder other than a Foley catheter. The Foley was removed at one month after surgery.

Neobladdergram was done in both groups prior to the removal of the Foley. All patients had bladder drill instructions regarding bladder emptying. Intravenous pyelogram was done in all patients 3 months after surgery. Renal function tests were done periodically in both groups. Urodynamics were done in only a few



ADVANTAGES OF THE ILEAL OVER THE ILEOCECAL ORTHOTOPIC NEOBLADDER IN PATIENTS WITH INVASIVE BLADDER CANCER

فوائد تصنيع المثانة باستخدام قطعة دقاقية، مقارنة مع قطعة دقاقية-أعورية لدى المرضى المصابين بسرطانة مرتشحة في المثانة

Muhammad A. Bulbul, M.D.; Wassim Wazzan, M.D.; Walid Farhat, M.D.; Jihad Kaouk, M.D.; Kamal Hemady, M.D.

د. محمد بلبل، د. وسيم وزان، د. وليد فرحات، د. جهاد قاووق، د. كمال حمادي

ABSTRACT:

Introduction and Objectives: Different segments of small and large bowel have been used in the construction of the orthotopic neobladder in patients undergoing cystectomy for invasive bladder cancer. Ileocecal and ileal neobladders performed in a single institution are compared.

Materials and Methods: In 29 patients, ileocecal neobladder was constructed while 23 patients had ileal neobladder. In the ileocecal group, the cecum and the ascending colon are mobilized, appendectomy is performed, the ileocecal valve is opened, the ureters are implanted in the taenia, and a cecostomy tube is placed. In the ileal group, the ureters are subserosally implanted and no suprapubic tube is exteriorized.

Results: There was no operative mortality in either group. Three patients needed intermittent catheterization. Both groups tolerated adjuvant chemotherapy and radiation therapy. Three patients from the ileocecal group developed uretero-intestinal strictures versus one from the ileal group. Mucus production was significantly higher in the ileocecal group. Operating time was longer for the ileocecal group.

Conclusions: Both ileal and ileocecal neobladder are excellent urinary substitutes, and they are functionally comparable. The ileal neobladder offers the following advantages: (1) Mobilization of the cecum and ascending colon and appendectomy are not required which leads to a shorter operating time. (2) Intact ileocecal valve. (3) Fewer uretero-intestinal strictures. (4) Less mucus production meaning that there is no need for a suprapubic tube.

ملخص البحث

المقدمة والهدف: تم استخدام قطع مختلفة من الأمعاء الدقيقة والكولون من أجل تصنيع المثانة، لدى مرضى أجري لهم استئصال مثانة بسبب إصابتهم بسرطانة مرتشحة.

أجرينا مقارنة بين التصنيع باستخدام قطعة دقاقية، وقطعة دقاقية-أعورية.

الطريقة: أجري لـ ٢٩ مريضاً عملية تصنيع مثانة دقاقية أعورية، في حين أجري لـ ٢٣ مريضاً آخر تصنيع مثانة دقاقية. في المجموعة الأولى، تم نقل الأعور، والكولون الصاعد، كما تم استئصال الزائدة الدودية، وفتح أيضاً الصمام اللفائفي الأعوري، وتم غرس الحالبين في اللفافة والاستبدال بخزغ الأعور.

في مجموعة التصنيع بالقطعة الدقاقية، تم غرس الحالبين تحت المصلي دون تحويل أنبوب فوق العانة إلى الخارج.

النتائج: لم تحدث أية حالة وفاة بسبب الجراحة في كلتا المجموعتين.

* Muhammad A. Bulbul, M.D. FRCS (c) (For Correspondence)

Department of Surgery, Urology Division, American University of Beirut, P.O. Box 113-6044, Beirut, Lebanon.

* Wassim Wazzan, M.D., Department of Surgery, Urology Division, American University of Beirut.

* Walid Farhat, M.D., Department of Surgery, Urology Division, American University of Beirut.

* Jihad Kaouk, M.D., Department of Surgery, Urology Division, American University of Beirut.

* Kamal Hemady, M.D., Department of Surgery, Urology Division, American University of Beirut.

defect has healed. Patients who have had bilateral replacements had a higher incidence of periprosthetic fractures on the side of the second procedure. This could be explained on the basis of osteoporosis.

REFERENCES

1. Mallory TH, Kraus TJ, Vaughn BK. Intraoperative femoral fractures associated with total hip arthroplasty. *Orthopedics* 1989;12:231-39.
2. Duncan CP, Masri B. Fractures of the femur after hip replacement. *Instr Course Lect* 1995;44:293-303.
3. Schwartz JT Jr., Mayer JG, Engh CA. Femoral fracture during non-cemented total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg* 1989;71A:1135-42.
4. Johansson JE, McBroom R, Barrington TW et al. Fracture of the ipsilateral femur in patients with total hip replacement. *J Bone Joint Surg* 1981;63A:1435-42.
5. Talab YA, States JD, Evarts CM. Femoral shaft perforation: A complication of total hip reconstruction. *Clin Orthop* 1979;141:158-65.
6. Eschenroeder HC Jr., Krackow KA. Late onset femoral stress fracture associated with extruded cement following hip arthroplasty: A case report. *Clin Orthop* 1988;236:210-13.
7. Scher MA. Fractures of the femoral shaft following total hip replacement. *J Bone Joint Surg* 1981;63B:472.
8. Bethea JS III, DeAndrade JR, Fleming LL et al. Proximal femoral fractures following total hip arthroplasty. *Clin Orthop* 1982;170:95-106.
9. Sydney SV, Mallory TH. Controlled perforation: A safe method of cement removal from the femoral canal. *Clin Orthop* 1990;253:168-72.
10. Brown DE, Neumann, RD. Complication of total hip replacement. In: Haneley & Belfus eds. *Orthopedic Secrets*. Mosby; 1995:223-25. ■

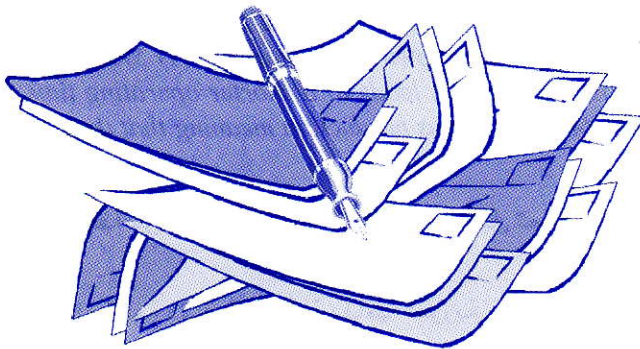




Figure 6 A type II fracture that occurred during surgery in a revision total hip replacement. It was treated with cerclage wiring.

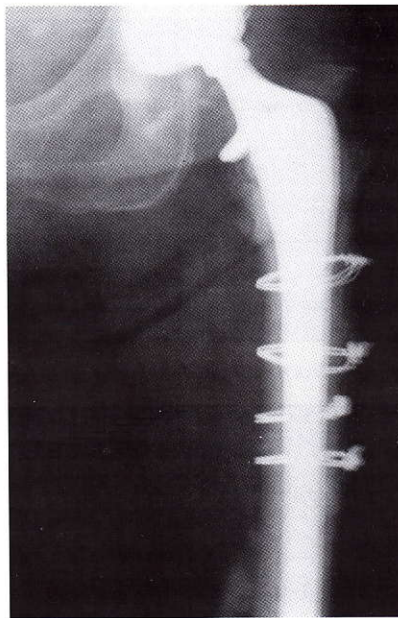


Figure 7 A revision case of total hip replacement in which a type II fracture occurred during the surgery and was treated by cerclage wiring. The cement that is extruded through the cortex should have been excised down to the endosteal bone and bone grafted. Left: AP view Right: lateral view

cult cases, once the stem is completely seated, whether primary or revision THA, should be x-rayed to rule out any defects resulting from poor directional reaming.

Migration of the stem or even cement extrusion should be treated accordingly. Longer stems may be used, and the patient should be kept off weight bearing until the

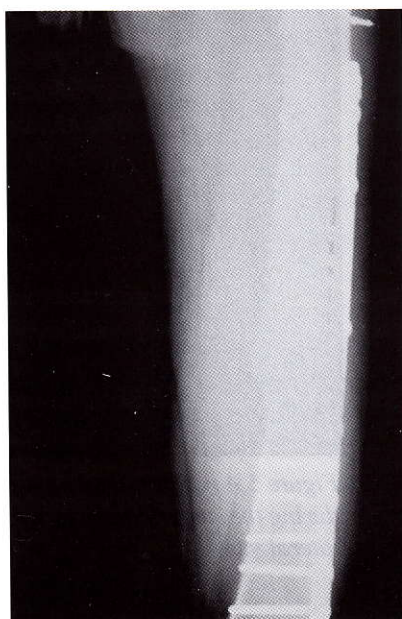
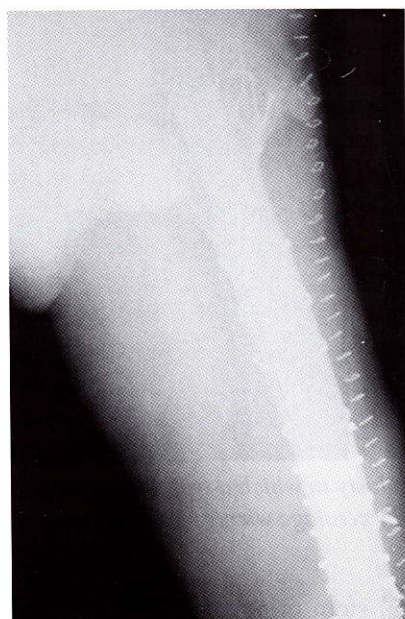


Figure 8 A revision THA in a 65 year old male in which a long split fracture occurred during the surgery resulting in type II and type III fractures that were treated by cerclage wiring. One month and a half after the surgery, the patient had a fracture at the tip of the prosthesis and was treated by ORIF (plate and screws). The callus formation shows on both views.

	Site	Pattern	Cause
Type I	Around the proximal 1/3	Linear	Excessive pounding
Type II	Middle 1/3	Oblique, spiral	Manipulation with excessive external rotation (osteoporosis-thin cortices)
Type III	Distal 1/3 Around the tip	Variable pattern	Poor directional reaming

Table I Classification of intraoperative fractures of the femur in total hip arthroplasty

	Site	Pattern	Cause
Type I	Around the proximal 1/3		
Type II	Middle 1/3		
Type III	Distal 1/3 Around the tip	Transverse Short oblique	Stress risers Trauma
Type IV	Below the stem	Transverse Oblique/spiral	Osteoporosis Trauma

Table II Classification of postoperative fractures of the femur in total hip arthroplasty

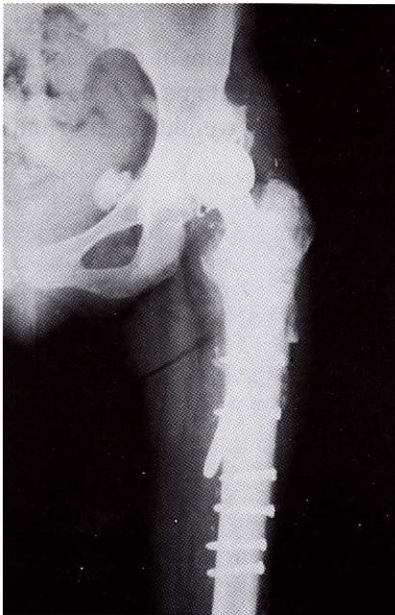


Figure 4 This is a special case in which the prosthesis has perforated the femoral cortex posteromedially and resulted in a split fracture that was discovered after inserting and cementing the prosthesis. The cement was holding so well that the prosthesis was left in place and the fracture was treated by screw fixation. Since the perforation was not on the tension side, this prosthesis held in place for 8 years before a revision was done



Figure 5 A revision total hip arthroplasty in which a type I fracture occurred during the surgery and was treated by cerclage wiring. Left: AP view Right: lateral view

the site of the distal stem prior to the revision surgery. (Figs 8 and 9). Defects with thinning of the femoral cortex, regardless of whether it is anterior or lateral, are sources of stress risers and have been associated with a high incidence of fractures. These should be treated immediately once detected with bone grafting. All diffi-



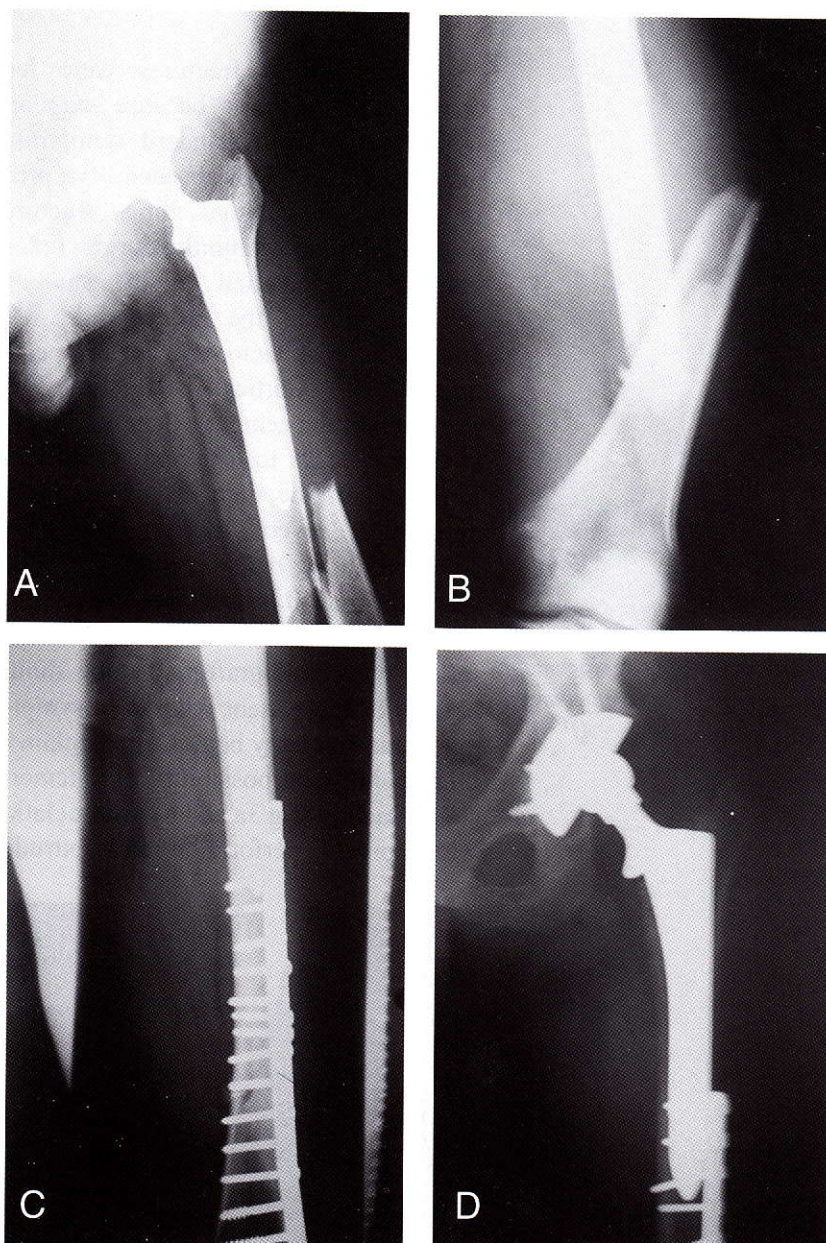


Figure 3 57 year old male operated on with a primary non-cemented total hip prosthesis for hip dysplasia. He underwent a type IV fracture following trauma six months after the surgery. A, B: before treatment C,D: after treatment by ORIF (plate and screws)

cement (fig 4) should be considered. Infection or loosening of the prosthesis are further possibilities.⁶ A bone scan will reveal a focal increase in uptake at the site of a perforation. Sydney et al,⁹ used multiple perforations in the anterior cortex to help remove the cement to endosteal cortex in the course of revision of cemented femoral components; this increased the incidence of fractures, but as a preventive precaution, a longer stem was used and, being anterior, put the perforation in a

region of far less stress than that of the accidental perforations that occurred on the lateral cortex, on the tension side. Other risk factors for femoral fractures in THA include loosening of the prosthesis with cortical bone loss, or stress risers within the cortex (old screw holes or ends of plates), or impingement of a loose stem against the lateral femoral cortex.⁸ The message given by the authors is that an attempt should be made to detect these fractures early, particularly if they occurred during surgery and to treat them accordingly without delay. All displaced fractures, regardless of location, were best treated surgically by cerclage, plating (fig 3 a,b,c, and d), using a long stem (fig 5,6, and 7), or changing from a cementless to a cemented prosthesis.¹ All prostheses when clinically or radiologically proven to be loose should be revised immediately during the management of the fracture.¹

CONCLUSION

The author would like to make the following points. A fracture should be suspected if a cracking sound is heard during forceful external rotation, as when the shaft is being rasped through an anterior approach. When pounding down on the stem, a sudden giving way may indicate a split in the proximal shaft of the femur that may be either oblique or spiral in shape. A wide exposure should be performed in difficult cases with abnormal anatomy due either to the disease condition or previous surgery. An image intensifier should be used during the procedure especially when removing the cement in revision surgery.

Special precautions should be used while rasping a femoral shaft with thin cortices either by applying prophylactic cerclage wires or Lowman clamps that might aid in preventing a fracture. Most of the revision surgery was performed on fractures at the tip of the femoral stem postoperatively. The majority of these patients had considerable osteoporosis and had been operated on because of femoral stem loosening as evidenced by surrounding osteolysis and had stress risers at



Table I and Table II).

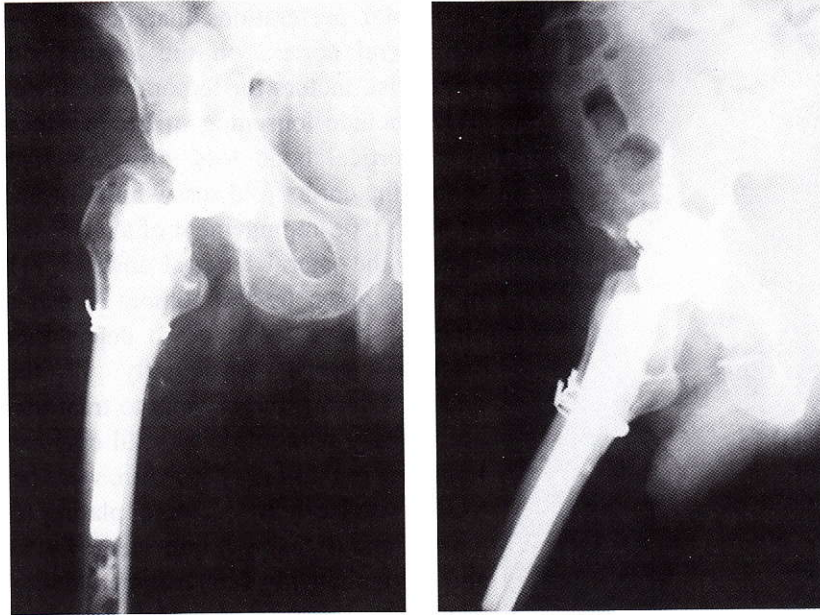


Figure 1 65 year old male who underwent a primary total hip replacement for a non union of a subcapital fracture of the hip. A type I fracture occurred during the surgery and was treated by cerclage wiring. Left: AP view Right: lateral view

Periprosthetic fractures were less common in the past because surgeons were faced with a standard stem, rasp, instrumentation, with absence of a press fit stem.^{1,3} At that time, fractures occurred most commonly during reduction or manipulation of the shaft in extremes during the procedure.¹ The number one risk factor was cortical perforation.^{5,6,7,8} Cortical perforation with extrusion of the cement, when not properly treated, leads to a periprosthetic fracture most of the time.^{5,6,7} This, in the opinion of several authors, was more common during revision surgery.² When this is the case, it is necessary to excise the cement down to the endosteal surface and follow with bone grafting.⁶ One should beware of the patient who was asymptomatic and suddenly begins to complain of thigh pain. The possibility of a femoral stress fracture (fig 3a and b) in association with cortical perforation and extruded

combination of cerclage wires with plates and screws.

DISCUSSION

Periprosthetic fractures have been a problem over the years both to the surgeon and to the patient. Many classifications have been presented in various reviews; all are quite similar to the original classification of Johansson.² This was based on the location of the fracture and was divided in three types: Type I, proximal to the tip of the stem (fig 1); Type II, around the tip (fig 2); and Type III, distal to the tip (fig 3).⁴ We have adopted this classification, but, in addition, associated the fracture pattern and cause for better understanding. Two classifications have been developed: one for intraoperative fractures, and the other for postoperative fractures of the femur in THA. The parameters in both classifications include the fracture site, the fracture pattern, and the cause of the fracture (See

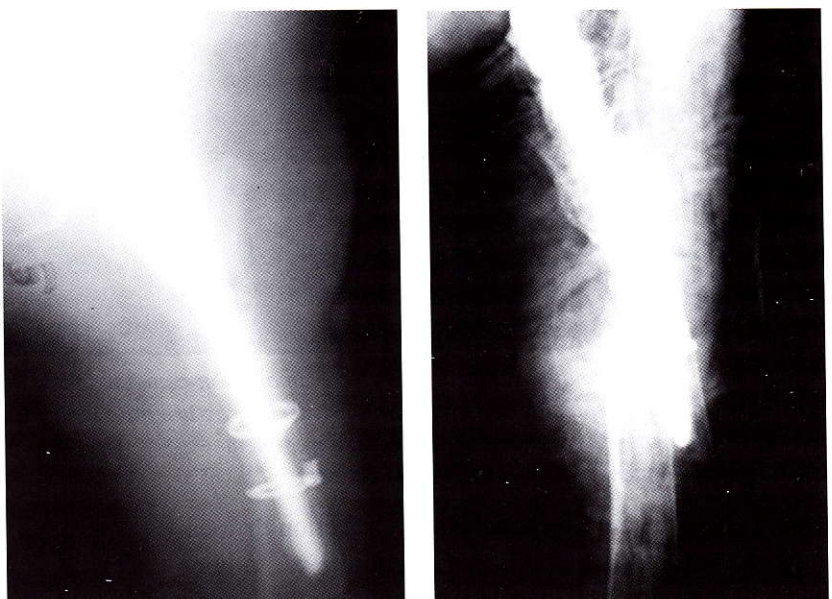


Figure 2 A case of primary total hip replacement for an intertrochanteric fracture. A type II fracture occurred during the surgery and was treated by cerclage wiring. After the surgery, the patient developed type III fracture in bed (left); this fracture was treated first conservatively by hip spica (right) but it displaced and ended up being treated by ORIF



PATIENTS AND METHODS

This study was divided into two major parts: (1) Peri-prosthetic fractures of the femur following primary THA and (2) Peri-prosthetic fractures of the femur following revision THA.

A total of 1762 cases of primary THA were reviewed. These procedures were performed over the ten-year period from 1988 to 1997 by eleven Lebanese orthopedic surgeons. The pathology in 83% of these cases included degenerative arthritis (idiopathic) or secondary to trauma, avascular necrosis, dysplasia, slipped capital epiphysis, and Legg-Perthes disease. The remaining 17% of the cases were secondary to inflammatory diseases including, most commonly, rheumatoid arthritis, followed by scleroderma, and ankylosing spondylitis. The ages ranged from 27 to 81 years. Cases in which femoral fractures occurred were divided into two groups. Group A included all of the preoperative fractures of the femur, and Group B included the postoperative fractures of the femur. In Group A, there were 37(2.1%) fractures. Of these, 26 (70%) were cemented and 11 (30%) were noncemented (press-fit). The causes for these fractures were attributed most often to under reaming (figure1) and over pounding (37%), followed by excessive reaming and over manipulation (27%), technical difficulties (27%) and by excessive osteoporosis (8.1%).

The surgeons felt that the incidence of these fractures declined with experience and with the use of an image intensifier during the reaming. This decreased the incidence of cortex perforation and subsequent fracture. In addition, some surgeons applied cerclage wires as a prophylaxis against fracture in those patients with poor bone quality. When fractures occurred, the treatment included cerclage in 71% of the cases, and screws and plates in 27%. One case (2%) was treated conservatively with traction. All healed with good results.

In Group B, there were 35 patients (2%) who had a femoral fracture following the THA. The mean time was 1 1/2 years (range from 6 months to 4 years). The causes were mainly trauma (74.2%) and osteoporosis (25.8%). The sites were reviewed, and it was found that the majority of the fractures (25/35) occurred below the femoral stem, 6/35 were at the tip of the femoral stem, 2/35 in the proximal third, and finally 1/35 occurred at

the middle third. The majority of these fractures were treated by plating (74%) and cerclage wires combined with a longer stem (22.8%) (see fig 2). In one case traction alone was used. All healed with acceptable results.

In Part II of this study, 249 cases of revision THA performed by the same group of surgeons in the same 10-year period were reviewed. The cases in which femoral fractures occurred were selected and studied. These were divided into two groups. Group A included those that occurred during the surgery itself and Group B those which occurred later. Group A included 27 cases (10.8%). In these, the fracture of the femur occurred during the surgery; 51.8% occurred while the cement was being removed; 23.4% occurred during drilling through the cement; 11.1% occurred while the prosthesis was being inserted; and 3.7% occurred when the prosthesis was being dislocated or when forced manipulation was applied. All the surgeons felt that cement removal was a major cause for these fractures. They were asked to comment on methods that they felt would be preventive, and 5/11 surgeons advised the use of an image intensifier while drilling, curetting, using an osteotome, or removing cement. Others stressed that all of the cement should be cleared off of the canal before reaming or rasping for the revision stem. Some stated that they avoided fractures of the greater trochanter by removing the cement off the proximal and lateral aspect of the primary stem for fear of having a fracture of the greater trochanter occur while extracting the prosthesis. Three of 11 surgeons felt that the Wagner technique for cement extraction was the best for fracture prevention. Three of 11 stressed that gentle reaming, drilling, and curetting combined with preventive cerclage in the region of the stem definite decreased the incidence of these fractures. The fractures, when they occurred, were treated with the insertion of longer stems, cerclage wires, and with plates and screws. The surgical plan was changed in 37% of the fracture cases where a cemented stem was used instead of a non-cemented one.

Group B, the fractures that occurred following surgery, included 4 cases. These cases were studied. The fracture occurred in 2 of the cases at the distal tip of the stem. In the other 2 cases, it occurred below the stem. The fractures occurred at a mean time of 5.75 months (range from 2 months to 1 year). The fractures were caused by minor trauma. Osteoporosis was present in all the patients. All were treated surgically using a



PERI-PROSTHETIC FRACTURES OF THE FEMORAL SHAFT FOLLOWING PRIMARY AND REVISION TOTAL HIP ARTHROPLASTY: THE INCIDENCE IN 1726 CASES OF PRIMARY AND 249 CASES OF REVISION TOTAL HIP ARTHROPLASTY

الكسور ما حول بدائل جسم الفخذ بعد التصنيع الأولي وإعادة التصنيع الكامل لمفصل عنق الفخذ:
دراسة ١٧٢٦ حالة تصنيع مفصل أولي، و٢٤٩ حالة إعادة تصنيع

John Abdelnoor, M.D.; Doumit Semaan, M.D.

د. جان عبد النور، د. دوميت سمعان

ABSTRACT:

This is a review of 1762 cases of primary total hip arthroplasty (THA) and 249 cases of revision THA performed over a 10 year period by 11 general orthopedic surgeons affiliated with the Lebanese University in order to determine the incidence of peri-prosthetic fractures. Peri-prosthetic fractures in this series are discussed according to timing, location, pattern, and cause. In addition, preventive measures and appropriate treatment are discussed.

ملخص البحث

هذه دراسة لـ 1762 حالة تصنيع مفصل كامل أولي، و249 حالة إعادة تصنيع مفصل كامل قام بها 11 جراحاً مختصاً بالجراحة العظمية من الجامعة اللبنانية واستغرقت عشر سنوات، وذلك لمعرفة انتشار الكسور المحيطة بالبدايل. تمت مناقشة أو دراسة هذه الكسور وفقاً لـ: الزمن، والتوضع، والنمط (الشكل)، والسبب. يتضمن الموضوع أيضاً مناقشة الوسائل الوقائية، والمعالجة المناسبة.

INTRODUCTION

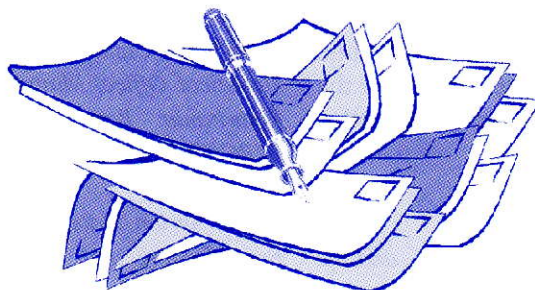
Peri-prosthetic fractures complicating primary and revision total hip arthroplasty (THA) may be avoided if the surgeon exercises caution while performing the procedure. A fracture may be avoided by reaming straight down the canal, avoiding putting too large a femoral component, and pounding the component down the canal slowly. This allows the viscoelastic nature of the bone to accept the component and definitely results in a decreased incidence of peri-prosthetic fractures.¹⁰ Preoperative planning is an essential part of the procedure, and failure to appreciate preexisting deformities or excessive narrowing of the canal distally increases the risk.¹⁰

In this study, the incidence of peri-prosthetic femoral fractures was reviewed in 1762 cases of primary THA and in 249 cases of revision THA. Eleven surgeons affiliated with the Lebanese University orthopedic program performed these procedures over a ten-year period from 1988 to 1997. The purpose of this study was to review the incidence of peri-prosthetic fractures in operations performed by general orthopedic surgeons in Lebanon who have not limited their practice to hip surgery only. In addition, a simplified classification of prevention based on the type of fracture will be given.

* John Abdelnoor, M.D., F.R.C.S., Head, Division of Orthopedics, Lebanese University, PO Box 165-518, Beirut, Lebanon

* Doumit Semman, MD, Resident in Orthopedics, Lebanese University.

- Algeria. PAPCHILD League of Arab States, Cairo, Egypt, 1994.
15. Yemen Demographic, Maternal and Child Health Survey (YMCHS). Child feeding and weaning practices. Central Statistical Organization, Pan Arab Project for Child Development PAPCHILD League of Arab States, Cairo, Egypt, 1994: 91-100.
 16. Sudan Maternal and Child Health Survey. Breastfeeding and weaning practices. Republic of the Sudan. PAPCHILD League of Arab States, Cairo, Egypt, 1995: 99-149.
 17. Al-Shehri SN, Farag MK, Baldo MH, AL-Mazrou YY, Aziz KMS. Overview on breastfeeding patterns in Saudi Arabia. *J Trop Pediatr* 1995; 41: 38-44.
 18. Goulam Z, Al-Awadi F, Amin E. Recent Trends in infant feeding patterns and weaning practices. Ministry of Health, KUWAIT. International Conference on Health, Environment and Development. High Institute of Public Health, in collaboration with WHO/EMRO Alexandria, Egypt 1996.
 19. Breastfeeding Promotion practice. Facts for action for health professionals: Baby and mother friendly hospital initiative. Cairo, Egypt, Ministry of Health, 1993.
 20. Hafez G, Bagchi K. Promotion of breastfeeding through MCH services and primary health care. Proceedings of the intercountry consultation, 1995. Teheran, Islamic Republic of Iran. Alexandria, WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1995.
 21. Lutter C. Recommended length of exclusive breastfeeding, age of introduction of complementary foods and the weaning dilemma. WHO/CDD Geneva, 1992.
 22. Combined control of diarrhoeal diseases and acute respiratory infections household survey (CCDD/ARI). Cairo, Egypt, Ministry of Health and Population, 1996.
 23. Ibrahim AG. Study of ingredients of traditional home made fluids used for managing diarrhoea among children under three years in Alexandria. Thesis, MDPHPS Alex: University of Alexandria, Faculty of Medicine, Alexandria 1987.
 24. Grant JP. Breastfeeding. In: *The state of the world's children 1993*. UNICEF; Oxford University Press 1993; 44.
 25. Khalil KA, Atta HY, Kamel FA, Youssef RA. Determinants of duration of lactational amenorrhea among mothers in Alexandria. A paper presented at the International Conference on Health, Environment and Development. High Institute of Public Health in Collaboration with WHO/EMRO. Alexandria, Egypt 1996.
 26. World Health Organization. Breastfeeding: The best start in life. WHO Global Data Bank on Breastfeeding. Nutrition Unit, WHO, Geneva, 1996.
 27. Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatr (suppl)* 1984; 74(4): 667-93.
 28. Lawrence RA. Host resistance factors and immunological significance of human milk. In: *Breastfeeding: A guide of medical profession*. 2nd ed. St Louis, Toronto, London: CV Mosby CO., 1985: 73-80.
 29. Lutter C. Recommended length of exclusive breastfeeding, age of introduction of complementary foods and the weaning dilemma. WHO/CDD. Geneva, 1992.
 30. Imong MS, Jackson DA, Robert F. Maternal behaviour and socioeconomic influences on the bacterial content of infant weaning foods in rural Northern Thailand. *J Trop Pediatr* 1995; (4): 234-40.
 31. Harfouche JK, Musaiger AO. Breastfeeding patterns. A review of studies in the Eastern Mediterranean Region. Alexandria, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1993.
 32. Hakim IA, El-Ashmawy IA. Breastfeeding patterns in Rural Village in Giza, Egypt. *Am J of Public Health* 1992; 82: (5): 731-2.
 33. Hijazi SS. Child Growth and nutrition in Jordan: A study of Factors and patterns. Royal Scientific Society Press, Amman. 1977: 176-200. ■



percentage increased to nearly 70% in children from 6 to 7 months of age. By 8 to 9 months of age, more than 70% of children received solid or mushy foods with or without breast milk. Weaning practices differ from one country to another not only in the type of food but also in the age of introducing these weaning foods. Imong et al³⁰ noted in 1995 that supplementary feeding tended to be introduced as early as two weeks of age in 17% of infants in Thailand. In this study, more than half (58%) of the children under 24 months of age had been given solid foods during the 24 hours preceding the interview. In those less than 6 months of age, 9.5% had been given solid food; 53.9% of those from 6 to less than 12 months had received solid food; and 81.1% of children from 12 to less than 24 months had received solid food. Solid foods are usually introduced after the eruption of teeth. All of the children were given the solid food by spoon. The most common solid foods given were bread, pulses, rice, beans, eggs, chicken, and fish. This pattern is similar to that reported by Hijazi³³ in Jordan in 1977.

Every effort should be made to promote homemade weaning foods. They ensure that the infant is provided with nutritious foods in adequate amounts at the appropriate age. They can be prepared from the same ingredients as food consumed by the family thus reducing the cost. Moreover, they are cooked in the traditional manner to which the family is accustomed. Commercially manufactured food may appeal to mothers for various reasons, but it may be of low nutritional value. Poor eating habits may develop which will affect the growing child.

CONCLUSION

This study has identified incorrect feeding and weaning practices involving children less than 24 months of age in Alexandria governorate. The results indicate that there is a need to educate mothers about proper feeding and weaning practices in order to improve the health and nutritional status of these children. Intervention in the form of appropriate health education is recommended.

REFERENCES

1. Knutsson KE, Mellbin T. Breastfeeding habits, and the cultural context: a study of three Ethiopian communities. *J Trop Pediatr* 1969;15: 40-9.
2. Jelliffe DB, Bennett FJ. Aspects of child feeding in Africa. *J Trop Pediatr Env Child Hlth* 1972; 18, 25 monograph no. 19.
3. Harfouche JK, Verhoestrade LJ. The state of child health in the Eastern Mediterranean Region. EMRO Technical Publication Series 9, WHO, 1995.
4. Patwardhan VN, and Darby WJ. The state of nutrition in the Arab Middle East. Chapter 10, 182-191. Vanderbilt University Press, Nashville, 1972.
5. Newton M, Newton N. The normal course and management of lactation. Child and family, Reprint Booklet series Vol.9. No 122: 4-20, 1972.
6. Kamel NM, Ibrahim AG, Aref SR, Ziyu FY. Current status of breastfeeding in Alexandria governorate: a community-based study. *Eastern Mediterranean Health Journal* 1997, Vol.3, No.3: 511-8.
7. Indicators for assessing breastfeeding practices: report of an informal meeting. Geneva, World Health Organization, 1991 (Unpublished document WHO/CDD/SER/91. 14; available on request from the Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland).
8. Abdel-Azeem F, Farid SM, Khalifa AM. Breastfeeding and weaning practices. Egyptian Maternal and Child Survey, 1991 (EMCHS). Cairo, Egypt, Pan Arab Project for Child Development, League of Arab States, 1991.
9. El-Zanaty FH, Sayed HA, Way AA. Infant feeding and maternal and child nutrition. Egyptian Demographic and Health Survey, 1992 (EDHS). National Population Council, Cairo, Egypt. Maryland, USA, Macro International Inc., 1993.
10. El-Zanaty FH, Hussein EM, Shawky GA, Way AA, Kishor S. Infant feeding and maternal and child nutrition. Egyptian Demographic and Health Survey, 1995 (EDHS). National Population Council, Cairo, Egypt. Maryland, USA, Macro International Inc., 1996.
11. Social Planing Analysis and Administration Consultation (SPAAC). Child Survival Pretest KAP Survey. Final Report Submitted to Child Survival Project, Egypt, 1996.
12. Mauritania Maternal and Child Health Survey (MMCHS). Child feeding and weaning practices. National Statistical Office, Ministry of Planning, Islamic Republic of Mauritania. Pan Arab Project for child Development PAPCHILD League of Arab States, Cairo, Egypt, 1992: 113-31.
13. Syrian Maternal and Child Health Survey (SMCHS). Breastfeeding and weaning practices. Ministry of Health, Central Statistical Office, Syria PAPCHILD League of Arab States, Cairo, Egypt, 1993.
14. Algeria Maternal and Child Health Survey (AMCHS). Child feeding. Ministry of Health, Central Statistical Office,



children. Fruit juice was more likely to be given for those from 12 to less than 24 months (38.5%) and from 6 to less than 12 months (33.1%) than to those less than 6 months (7.3%). Unfortunately, the bottle was the most common means of administering liquids to children under 6 months.

A small minority of children below 24 months of age had received vitamins or oral rehydration solution (2.2% and 1.4% respectively) in the preceding 24 hours. The bottle was the most common method for giving ORS. It is known that ORS should be given to children less than 2 years of age with diarrhea by spoon at a rate of 1 tea-spoon per minute.²³ To control fluid replacement effectively, the bottle should not be used at all. In addition, the use of the bottle in babies with diarrhea may aggravate this condition.²³

This study showed that more than one fifth (21.6%) of babies under 6 months of age were given milk substitutes (fresh diluted cow's milk, milk powder, and baby formula). Again, the bottle was the main method (80%) in the youngest age group. The EDHS9 reported in 1992 that 21% of infants from 4-6 months of age were given artificial milk. In 1995, the EDHS¹⁰ reported that among infants from newborn to 3 months, 3.7% received infant formula and 9.7 were given other milk. In those aged from 4-6 months the percentage had increased to 15.1% and 30.9% respectively. The present study indicated that the percentage of children given milk substitutes increased to 63.3% for those from 12 to less than 24 months and 53.2% for all children under 24 months. The bottle was the most frequent method. This practice is not recommended for young children, especially those less than 4 months.¹⁹ It is well documented that artificial feeding is associated with an increased incidence of infections such as gastroenteritis, respiratory infections and otitis media, malnutrition, and growth retardation.^{3,19,24}

The higher incidence of diarrhea among artificially fed infants can be explained on the basis of poor hygienic conditions and feeding errors.^{3,24} Early introduction of artificial feeding (less than 4 months) is the main cause of infantile marasmus which is widely prevalent in EMRO countries.³ The use of bottles should be discouraged.¹⁹ Bottles are vehicles for the introduction of germs. Improper handling easily leads to contamination. Proper cleaning is difficult.⁹ The use of the bottle may also have an impact on the health of the mother.

Supplemental bottle feeding is associated with a shortening of the period of postpartum amenorrhea.^{9,25}

In 1996, the WHO²⁶ defined weaning as a period that starts with the introduction of food other than breast milk on a regular basis and ends when the breast milk is completely stopped (6-30 months). The transformation of the infant's diet from breast milk to regular table food should be gradual. Supplementary foods are an integral part of this progress. As the child's age advances, the mixture of breast milk and supplements changes. The amount of breast milk given to the child declines until breast feeding is eventually terminated.²⁶ The addition of supplementary foods and choosing which ones to use are determined to a large degree socially and culturally.²⁷ In 1993, Ministry of Health consultants in Egypt recommended that complementary feeding using cup and spoon should be introduced at 4 to 6 months.¹⁹ Later on, in 1996, the WHO recommended that complementary feeding should not start until after 6 months.²⁶ Nutritional requirements are most critical during the weaning period when nutritional deficiencies can have a long lasting effect on subsequent growth and development.^{19,28} During the weaning period, the introduction of supplementary foods may be accompanied with diarrhea (weaning diarrhea or weaning dilemma).²⁹ Continued breastfeeding helps to protect infants from food borne pathogens during this transitional period.³⁰ Several studies^{3,30,31} have shown that early weaning (before 4 months) can be harmful because it reduces the beneficial effects of breast milk and it increases the risk of infection from contamination. In addition, the types of weaning foods available to poor families may be of questionable quality and benefit. Breast milk contains proteins of high biological value which will complement the protein of staple foods such as cereals, pulses, and tubers.³ Continued breastfeeding with the gradual introduction of appropriate weaning foods will have further positive effects on the health of the child. The present study showed that some 35.5% of all children under 24 months had been given semisolid foods during the preceding 24 hours including 22.4% of those less than 6 months of age. Other studies have also shown an early introduction of solid foods. A longitudinal study of infant feeding in rural Giza, Egypt revealed that solid foods were introduced much earlier than the recommended age of 4 to 6 months.³² According to the EDHS in 1992,⁹ supplements other than plain water were being given to many younger children. Some 38% of children less than 2 months of age were given supplements. This



Solid foods were given overall to 58% of the children. These foods included family foods such as rice, macaroni, chicken, meat, fish, eggs, potatoes and vegetables with sauce, beans, white beans, bread, biscuits, and home made baby foods. The proportion of children given solid foods, as expected, increased by age group going from 9.5% to 53.9% to 81.1% respectively. As expected, all solid foods were given by spoon.

DISCUSSION

There is a need to establish a national database on child feeding practices in order to permit monitoring and assessment over time. This will provide a reliable basis for remedial action and will determine the impact of promotional programs. The present study used the household survey approach to delineate current feeding practices. It indicated that the majority of children less than 6 months of age (92.7%) had received breast milk in the previous 24 hours. Breast feeding is deeply rooted in the Egyptian culture.⁸ An Egyptian Maternal and Child Health Survey (EMCHS) in 1991⁸ indicated that the prevalence of breastfeeding was as high as 94.3% for last born children in the five years preceding the survey. Similar results were reported by the Egyptian Demographic and Health Survey (EDHS) in 1992.⁹ This survey reported that almost all Egyptian children were being breastfed for some period of time. In 1995, similar results were also found by the EDHS.¹⁰ The present study revealed a pattern of prolonged breastfeeding in Alexandria where 79.5% of infants from 6 to less than 12 months of age and 53.1% of infants from 12 to less than 24 months were breastfed. The EMCHS8 in 1991 found a prevalence rate of breastfeeding that ranged from 80.6% to 84% in children aged from 6-11 months. The rate dropped to a range of from 32% to 76.8% for children from 12 to less than 24 months. Prolonged breastfeeding is common with a median duration of 19.1 months.⁹ The report of the SPAAC11 in 1996 reported a mean breastfeeding duration of 18.32±8.03 months.

Other countries including Mauritania,¹² Syria,¹³ Algeria,¹⁴ Yemen,¹⁵ and Sudan,¹⁶ also have a high prevalence of breastfeeding. In Saudi Arabia, the Maternal and Child Health Survey of 1995¹⁷ reported that 94% of babies were being breastfed at the end of the first month of age. The prevalence then declined to 84% at the end of the sixth month and 45% at the end of the first year. The mean duration of breastfeeding for Saudi

women was 18 months. In a study of 585 upper class children in Kuwait, 71% of newborns were breastfed, 50% were breastfed at 1 month; but only 10% were breastfed by the fifth month.³ In addition, Goulam et al.¹⁸ reported that the mean duration of breastfeeding in Kuwait was 4.9 months. This shift from breast feeding to artificial feeding could be explained by the rapid economic development with exposure to western practices and the easy availability of low-cost milk substitutes and bottles in Kuwait.³

Although the present study indicates that 92.7% of children under 6 months of age were being breastfed, the prevalence of exclusive breastfeeding is much lower than it should be as reported in 1997 by Kamel et al.⁶ They reported that the prevalence rate of exclusive breastfeeding was 42.2%. In order for breastfeeding to optimally serve as a means for spacing pregnancies and in order to promote the health of the child, exclusive breastfeeding is recommended for 4 to 6 months.^{19,20,21} Any food or drink given prior to 4 months, when complementary feeding should begin, may interfere with the maintenance of breastfeeding. Prior to the age of 4 months, breastfed babies do not need any fruit juices, herbal drinks, or water as breast milk contains enough water and vitamins.^{19,20} Any supplements given before the age of 4 months are not only unnecessary but potentially harmful if they are prepared in an unhygienic environment which can introduce gastrointestinal infection.^{20,21}

Kamel et al. did a study in 1997⁶ that revealed that breast milk plus fluids were being given to 21.1% of babies less than 4 months of age. This is similar to that reported by the combined CDD/ARI Household Survey in 1994 (20%), but much lower than that reported in the year 1996 by the same survey (46%).²² The EDHS in 1992 reported that one third of infants below 4 months of age received fluids other than plain water, and the proportion of infants who received fluids increased with age.⁹

Similar findings were reported by the EDHS in 1995.¹⁰ The present study confirms these findings. It indicated that 33.6% of children less than 6 months of age were given fluids such as plain water, water with sugar, and herbal fluids. The proportion increased to 57.5% for infants from 6 to less than 12 months and dropped to 36.9% for older children. Carbonated soft drinks were also given in around one tenth of young



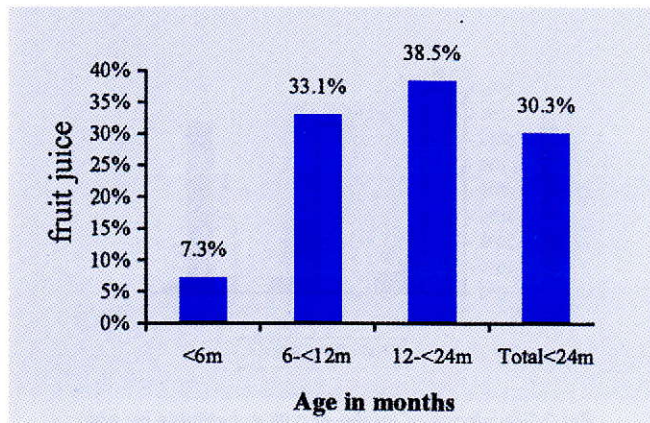


Fig.4c: Prevalence of intake of fruit juice by age.

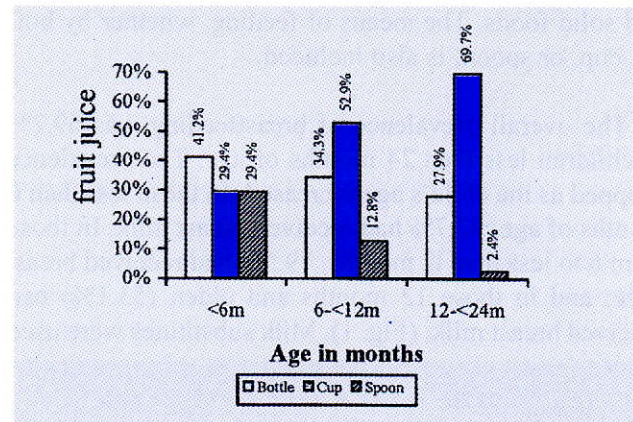


Fig. 7: Means of giving fruit juice by age

juice was given to 38.5% of children older than 12 months compared to only 7.3% of those less than 6 months.

categories, the cup was more commonly used with increasing age although the bottle was still being used some extent.

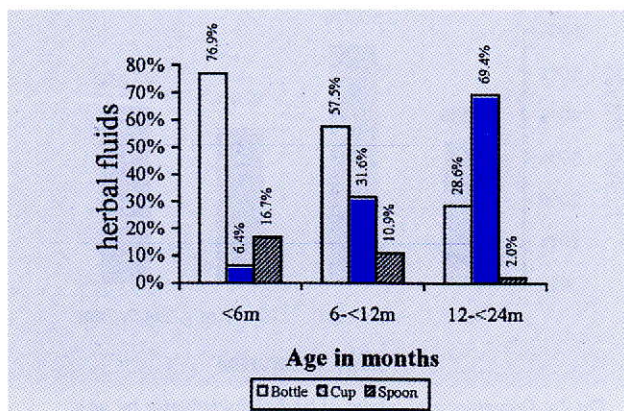


Fig. 5: Means of giving herbal fluids and water by age:

Herbal fluids and water (Fig. 5), carbonated soft drinks (Fig. 6), and fruit juice (Fig. 7) were usually administered by bottle in the younger age groups. In all

A minority of children was given vitamins (2.2%) and oral rehydration solution (1.4%). None of the under 6 months group received any vitamin supplementation. A small percentage 3.2% and 2.6% respectively of the two older age groups received vitamin supplementation. All received the vitamins by spoon. A small percentage of children in each age group were given oral rehydration solutions. 1.7% in the under 6 months; 1.9% in the 6 to less than 12 months; and 0.9% for those from 12 to less than 24 months. The most frequent method of giving ORS for those less than 6 months and from 6 to less than 12 months was the bottle (75% and 60% respectively). From 12 to less than 24 months, the cup was the most frequent method (60%); however, in 20%, the bottle was used. In the remainder, the spoon was used.

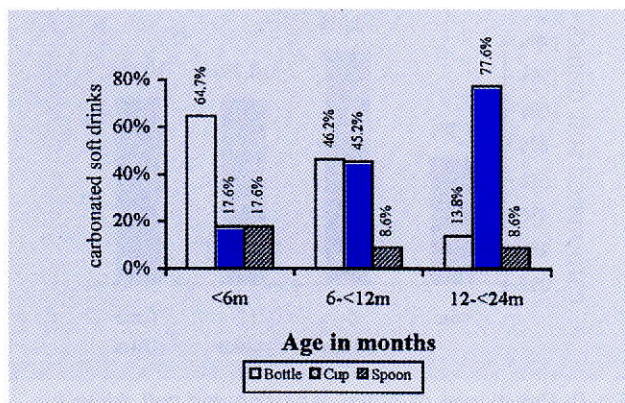


Fig. 6: Means of giving carbonated soft drinks by age

Semisolid foods were given to 35.5% of the total 1080 children. These included Mahalabya using rice and milk, mashed beans, or potatoes, Cerelac, biscuit and tea or milk, and vegetable soup, etc. Table I indicates that the percentage of children given semisolid foods was 22.4% below 6 months, 42.1% from 6 to below 12 months, and 35.6% among children from 12 to 24 months. The spoon was used most often to give semisolid foods: 80.8% under 6 months, 78.4% in those from 6 to less than 12 months, and 91.1% for those from 12 to less than 24 months. The cup as a method of feeding for semisolid food was used in 1.9%, 3.6%, and 2.6% respectively. The bottle was used in 17.3% of children of less than 6 months, 18.0% of children of 6 to less than 12 months and 6.3% of those from 12 to less than 24 months.



and solid foods. The means of feeding, whether by bottle, cup, or spoon, is also included.

The overall prevalence of breastfeeding was 69.2% in children less than 24 months of age. The prevalence dropped as the child's age increased. In those less than 6 months of age, 92.7% had received breast milk. In those from 6 to less than 12 months, 79.5% had received breast milk; and in those 12 months and older, (53.1%) had received breast milk. (Fig. 1). Milk substitutes were used

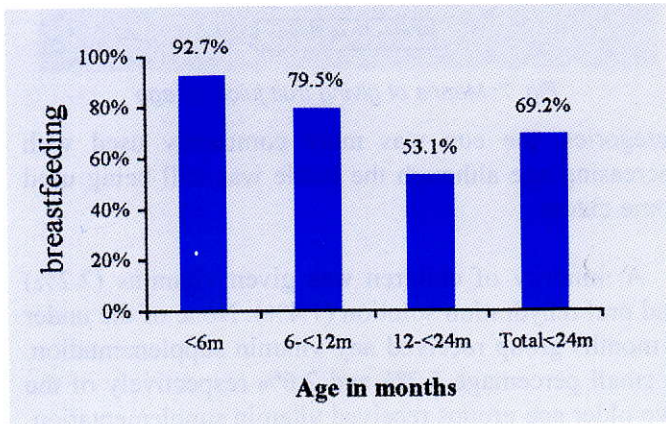


Fig.1: Prevalence of breastfeeding by age

by over half (53.2%) of the mothers overall. (Fig. 2) Only 21.6% of children younger than 6 months received milk substitutes. Less than two thirds of the older children

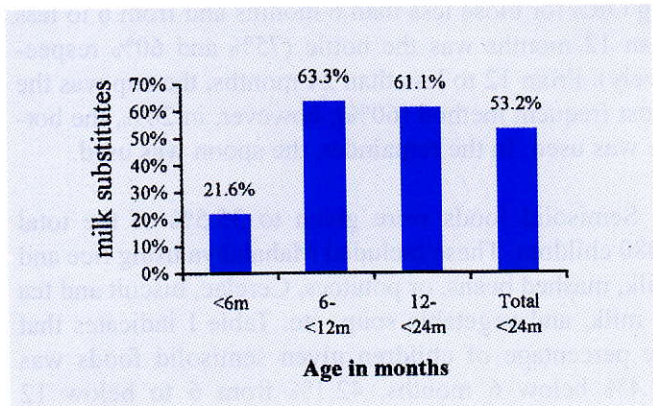


Fig.2: Prevalence of intake of milk substitutes by age

received milk substitutes. The most common means of giving milk substitutes. (Fig. 3) was the bottle for children under 6 months (80%) and for those from 6 to less than 12 months (66%). The spoon was seldom used in all age groups.

Fluids including herbal fluids, water, or water with sugar were given to 41.8% of the total sample. (Figs. 4

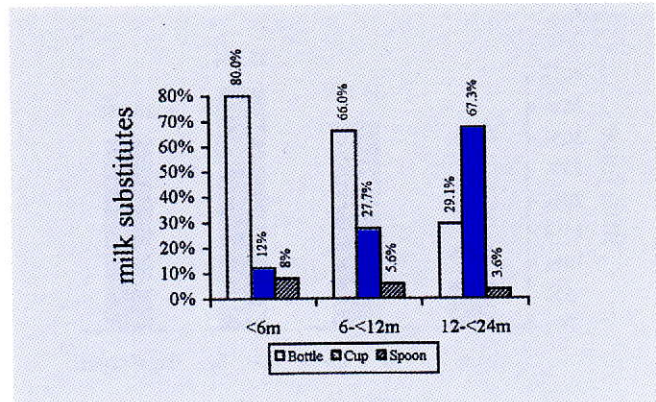


Fig.2: Prevalence of intake of milk substitutes by age

a,b,&c). Fruit juice was given to 30.3%. Carbonated soft drinks were given to 10.8%. Oral rehydration salts were

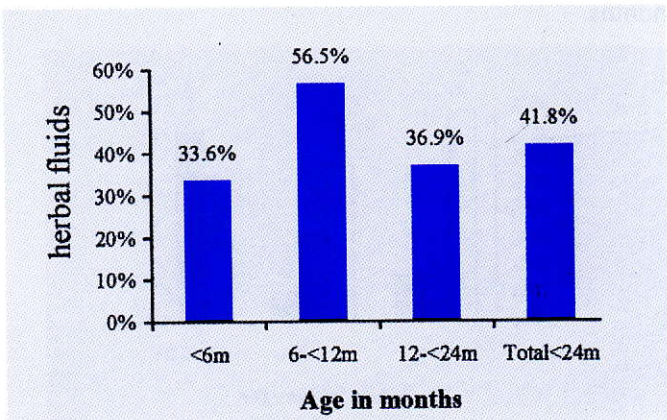


Fig.4a: Prevalence of intake of herbal fluids/water by age.

given to 1.4%. Type of fluid intake differed according to age as indicated by (Figs. 4 a,b,&c). Those less than 12 months most often received herbal fluids or water. Fruit

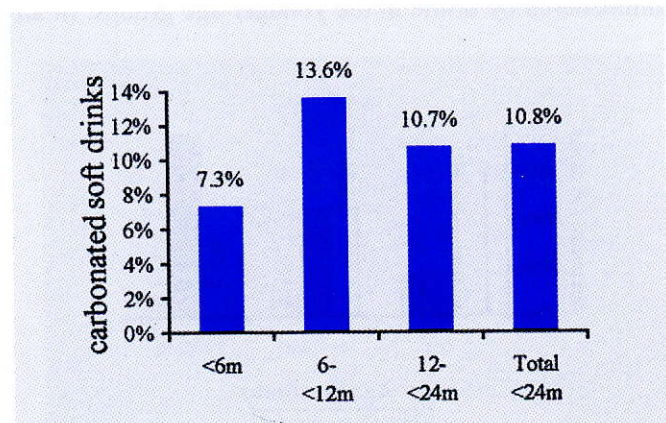


Fig.4b: Prevalence of intake of carbonated soft drinks by age.



INTRODUCTION

Patterns of child feeding, including breastfeeding, have an impact on the health and growth of young children. The wide prevalence of protein energy malnutrition is associated with errors in feeding and weaning practices.^{1,2} Methods of feeding develop gradually as the result of numerous constantly changing sociocultural, technical, economic, and ecological influences which affect human rearing patterns.^{1,2,3} Very few studies have focused on infant and toddler feeding practices.^{4,5} The majority of these studies were cross-sectional surveys of relatively small numbers of well or malnourished children, or sometimes institutionalized children, rather than randomly selected samples representative of the general population. The few representative surveys carried out were not designed to investigate the prevailing patterns of infant feeding.³ Kamel et al.⁶ studied the status of breast feeding in Alexandria governorate in 1997 and provided baseline data for a variety of indicators measuring breastfeeding and bottle feeding practices in Alexandria. The data are essential in order to monitor health education activities. Additional details on feeding and weaning practices are needed in order to design the content of health education programs. The goal of this study was to delineate current feeding and weaning practices in children younger than 24 months in Alexandria governorate.

METHODOLOGY

The household 24-hour dietary survey was selected because it is particularly appropriate in community-based surveys of dietary intake.⁷ The recall bias is eliminated and current behavior is revealed. The target population was mothers of children less than 24 months of age living within Alexandria governorate during the period from April 1, 1995 to December 31, 1995. The standard cluster sampling technique was chosen. The study covered 1080 children.⁶ Of these, 232 were less than 6 months of age, 308 were from 6 to less than 12 months, and the rest, 540, were from 12 to less than 24 months of age. The mothers were interviewed using a pretested schedule to collect data about the infant's age and his total oral consumption, including breastfeeding, in the 24 hours preceding the interview. All of the questions were close-ended, simply phrased, and precoded. Analysis was carried out by computer using the SPSS program

RESULTS

Table I reveals the patterns of feeding practiced by the total sample of mothers. The categories include the following: breast milk, milk substitutes, fluids (herbal fluids/water, carbonated soft drinks, and fruit juice), oral replacement solutions (ORS), vitamins, semisolid foods,

Type of feeding	Age of child in months						Total	
	< 6 months (n = 232)		6-<12 months (n = 308)		12-<24 months (n = 540)		< 24 months (n = 1080)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
- Breast milk	215	92.7	245	79.5	287	53.1	747	69.2
- Milk substitutes	50	21.6	195	63.3	330	61.1	575	53.2
- Fluids:								
• Herbal fluids/water	78	33.6	174	56.5	199	36.9	451	41.8
• Carbonated soft drinks	17	7.3	42	13.6	58	10.7	117	10.8
• Fruit juice	17	7.3	102	33.1	208	38.5	327	30.3
-ORS	4	1.7	6	1.9	5	0.9	15	1.4
- Vitamins	0	0	10	3.2	14	2.6	24	2.2
- Semisolid foods	52	22.4	139	42.1	192	35.6	383	35.5
- Solid foods	22	9.5	166	53.9	438	81.1	626	58.0

Table 1: Feeding pattern of children below 24 months in Alexandria in 1995 in the last 24 hours preceding the interview



FEEDING PATTERNS OF CHILDREN UNDER 24 MONTHS IN ALEXANDRIA, EGYPT

أنماط تغذية الأطفال تحت ٢٤ شهراً بالإسكندرية، جمهورية مصر العربية

Nahed Mohamed Kamel, M.D.; Afaf Gaber Ibrahim, M.D.; Soha Rashed Aref, M.D.; Fatma Youssef Ziyo, M.D.

د. ناهد محمد كامل، د. عفاف جابر إبراهيم، د. سها راشد عارف، د. فاطمة يوسف زيو

ABSTRACT

This community-based study was carried out to provide baseline data about the feeding patterns and weaning practices in children less than 24 months of age in Alexandria/Egypt. In 1995, a total of 1080 children were selected, using the cluster sampling technique, for a household 24-hour dietary survey. Children were categorized according to their age into three groups: under 6 months, from 6 to less than 12 months, and from 12 to less than 24 months. Findings revealed that the prevalence of breastfeeding dropped markedly as the child's age increased, i.e. 92.7% in babies under 6 months, 79.5% in those from 6 to less than 12 months, and 53.1% in those from 12 to less than 24 months. There was early introduction of milk substitutes (21.6%), fluids (33.6%), complementary semisolid (22.4%) and solid (9.5%) foods to babies less than 6 months of age. The bottle was the most commonly used method for giving milk substitutes and fluids, while the spoon was the most commonly used method for giving semi-solid or solid foods for different age groups. A minority of children under the age of 2 was given vitamins (2.2%) or oral rehydration solution (1.4%). None of the infants less than 6 months of age received vitamins. The results indicate that there is a need to educate mothers about proper feeding practices

ملخص البحث

أجريت هذه الدراسة المأخوذة من المجتمع بهدف إيجاد قاعدة بيانات لأنماط التغذية وممارسات الفطام بين الأطفال دون 24 شهراً من العمر في الإسكندرية. ففي عام 1995 تم اختيار 1080 طفلاً لم تتجاوز أعمارهم 24 شهراً، وذلك بطريقة العينة العنقودية. تم تقسيم الأطفال إلى ثلاث مجموعات مختلفة الأعمار: أعمار المجموعة الأولى لا تتجاوز 6 أشهر، أما في المجموعة الثانية فتتراوح الأعمار من 6 إلى 12 شهراً، ومن 12 إلى 24 شهراً في الثالثة. أظهرت النتائج أن معدل الإرضاع الطبيعي (من الثدي) ينخفض بدرجة ملحوظة كلما تقدم عمر الطفل؛ فبلغ 92.7% في المجموعة الأولى، و79.5% في الثانية، و53.1% في الثالثة. أظهرت النتائج أيضاً، أن الكثير من الأمهات يدخلن أنواعاً من الأغذية التكميلية في عمر دون 6 أشهر، فبلغت معدلات انتشار بدائل لبن الأم من السوائل والأغذية النصف صلبة أو الصلبة 21.6%، 33.6%، و22.4% و9.5% على الترتيب. كما وجد أيضاً أن غالبية الأمهات يستخدمن زجاجات الإطعام لإعطاء بدائل لبن الأم أو السوائل، ويستخدمن المعلقة لإعطاء الأغذية النصف صلبة أو الصلبة في المجموعات الثلاث. أما بالنسبة لاستخدام محلول الجفاف فكان معدل انتشاره 2.2%، بينما وجد أن 1.4% فقط من الأمهات يعطين أطفالهن فيتامينات. تتضمن هذه الدراسة أيضاً مناقشة لهذه النتائج، وتوصيات بضرورة التوعية والتثقيف الصحي للأمهات عن الطرق السليمة لتغذية أطفالهن من أجل الارتقاء بصحتهم وحالتهم الغذائية.

* Nahed Mohamed Kamel, M.D., Professor of Public Health, Community Medicine Department, Faculty of Medicine, University of Alexandria, Alexandria, Egypt

* Afaf Gaber Ibrahim, M.D., Professor of Public Health, Community Medicine Department, Faculty of Medicine, University of Alexandria, Alexandria, Egypt

* Soha Rashed Aref, M.D., Assistant Professor of Public Health, Community Medicine Department, Faculty of Medicine, University of Alexandria, Alexandria, Egypt

* Fatma Youssef Ziyo, M.D., Demonstrator of Public Health, Community Health Department, Faculty of Medicine, University of Arab Medicine, Libyan Arab Jamahiriya

8. Narod SA, Siegel-Bartelt J, Hoffman HJ. Cerebellar infarction in a patient with Waardenburg syndrome. *Am J Med Genet* 1988;31(4):903-7.
9. Goodman RM, Oelsner G, Berkenstadt M et al. Absence of a vagina and right sided adnexa uteri in the Waardenburg syndrome: a possible clue to the embryologic defect. *J Med Genet* 1988;25:355-7.
10. Senrui H. Congenital clasped thumb combined with Waardenburg syndrome in three generations of one family: an undescribed congenital anomalies complex. *J Paediatr Orthop* 1984;4:472-6.
11. Nutman J, Steinherz R, Sivan Y et al. Possible Waardenburg syndrome with gastrointestinal anomalies. *J Med Genet* 1986;23:175-8.
12. Mathieu M, Bourges E, Caron F. Syndrome de Waardenburg et cardiopathie cyanogene severe. *Arch Fr Pediatr* 1990;47:657-9.
13. Adams DA. The causes of deafness. In: Adams DA ed. *Paediatric otolaryngology*. Butterworth Heinemann. 1997:6,4,9.
14. O Mahoney CF, Luxon LM. Causes of balance disorders. In: Stephens D ed. *Adult audiology*. Butterworth Heinemann. 1997: 8.
15. Marcus RE. Vestibular function and additional findings in Waardenburg syndrome. *Acta Otolaryngologica* 1968;229:5-30.
16. Foy C, Newton V, Wellesley D et al. Assignment of the locus for Waardenburg syndrome type I to human chromosome 2q37 and possible homology to the splotch mouse. *Am J Hum Genet* 1990;46:1013-6.
17. Ishkiriya S, Tonoki H, Shibuya Y et al. Waardenburg syndrome type I in a child with de novo inversion 2 (q35q37.3). *Am J Med Genet* 1989;33:505-7.



skin, patches of white hair other than the forelock and/or mottled peripheral pigmentation of the retina. The white forelock may be present at birth only to become pigmented early in life. The hair may become prematurely gray or white.²

Deafness is the most serious feature and, if present, is usually bilateral and severe.² The defect seems to be in the organ of Corti with atrophic changes in the spiral ganglion and nerve.² In 1974, Friedman reported the histopathology of the temporal bone of a child with Waardenburg syndrome showing total absence of the organ of Corti, atrophy of the striae vascularis, and absence of the neurons of the spiral ganglion.¹ The sensorineural deafness which is the most serious part of the syndrome can be profound or moderate, unilateral or bilateral. If the hearing loss is partial, it may affect the low rather than the high frequencies.¹³ This patient has moderate mixed hearing loss in the right ear. (Figure 2) A combination of the two patterns of hearing loss in the same person is possible⁴ which is the condition in this case where there is profound hearing loss in the left ear and moderate mixed hearing loss on the other side. All of the investigations of a unilateral sudden hearing loss conducted did not reveal any possible cause. Sudden hearing loss could be a feature of Waardenburg syndrome. This finding would be supported if similar cases had been reported in the literature.

Vestibular hypofunction is an often-overlooked feature. It is estimated to have a prevalence of 75% in this condition.¹⁴ In 1975, Hageman reported a high incidence of vestibular dysfunction in Waardenburg syndrome.¹⁴ Marcus has reported similar findings in a case of ipsilateral depressed caloric reflex with unilateral deafness.¹⁵ The case presented here also had profound unilateral hearing loss with ipsilateral canal paresis. The patient did not suffer from any balance disturbance which might indicate early presentation of this canal paresis rather than sudden onset.

The pattern of inheritance for both types I and II is autosomal dominant. Fresh mutations may account for a few cases. Older paternal age is considered a factor in fresh mutation cases.² Cytogenetic studies have shown that the locus for the gene for type I may be at 2q35 or 2q37.3.^{16,17} The asymmetrical nature of many of the abnormalities is an indication that they are remote effects of the gene on the cells of the neural crest before differentiation of these cells into more complex tissues

or organs occurs. Like piebaldism, Waardenburg syndrome has been shown histopathologically to be a neural crest syndrome.⁴ Extensive investigations have confirmed that the inner ear originates from the cells of the neural crest. It has been shown that in Waardenburg syndrome the melanocytes in the depigmented areas are present but contain abnormal melanosomes. In piebaldism, melanocytes are totally absent.

The boy described here has two relatives, a sister and maternal grandfather, who have the white forelock. They were not available for clinical examination or further studies as they are living in a remote area of the desert. Variable penetrance of the genetic disorder leads to many possible combinations of signs of the syndrome in affected individuals. Only a minority of patients show all of the classical signs at the same time. Possible combinations that may occur in an affected person include profound hearing loss, heterochromia of the iris, white forelock without eyelid deformity or white forelock, eyelid deformity and profound hearing loss with normal eye color.⁴

CONCLUSION

A case of Waardenburg syndrome is reported. The patient conforms to the type I variety according to the clinical features displayed. Sudden onset of deafness could be an additional feature of this syndrome.

REFERENCES

1. Friedmann I. Pathology of the cochlea. In: Booth JB, ed. Scott-Brown's Otolaryngology. 1997:10-11.
2. Jones KL. Smith's recognizable patterns of human malformations. 4th edition. Saunders. 1988:208-9.
3. Hageman MJ, Dellman JW. Heterogeneity in Waardenburg syndrome. Am J Hum Genet 1977;29:468.
4. Fisch L. Syndromes associated with hearing loss. In: Beagley HA ed. Audiology and audiological medicine. Vol. 2. Oxford University Press. 1981:626-28
5. Kawabata E, Ohba N, Nakamura A et al. Waardenburg syndrome: a variant with neurological involvement. Ophthalmic Paediatr Genet 1987;8(3):165-70.
6. Caballero LG. Waardenburg syndrome associated with temporolimbic epilepsy. Rev Med Chil 1987;115:241-7.
7. Meire F, Standaert L, De-Laey JJ et al. Waardenburg syndrome, Hirschsprung megacolon and Marcus-Gunn ptosis. Am J Med Genet 1987;27:683-6.



response showed normal wave configuration with normal latency of waves I, III, and V, normal interpeak latency of waves I-III, III-V, and I-V with normal amplitude in the right ear. The left ear showed no response at 95 dB, which was suggestive of profound sensorineural hearing loss. (See figure 6) Vestibulometry: the caloric test showed left canal paresis. (See figure 7)

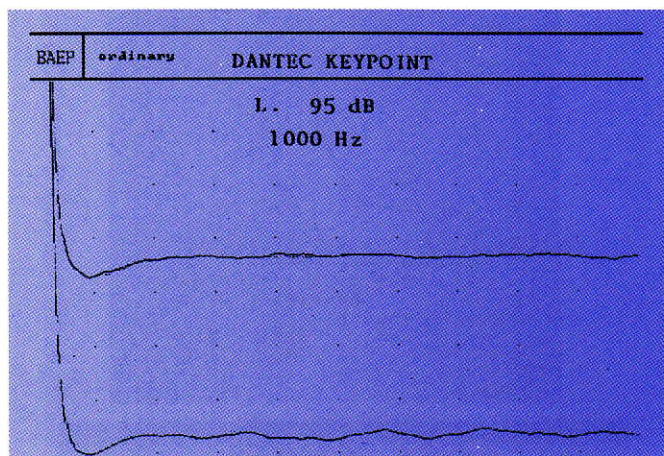
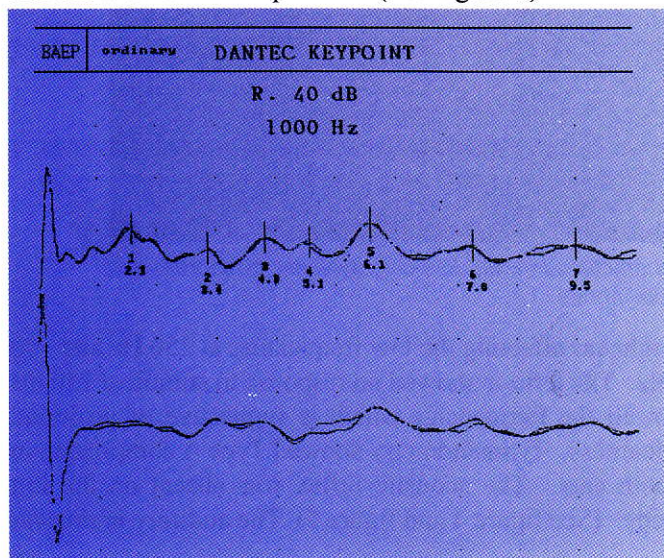


Figure 6 Auditory brainstem response showing normal wave configuration with normal latency of waves I, III and V; normal interpeak latency of waves I-III, III-V, and I-V in the right ear; left ear showing no response

DISCUSSION

Even though the association of dominantly inherited albinism and deafness was noted in cats as early as 1769 and subsequently in the horse and several types of dogs, the pattern of malformations in man was first set forth by

CALORIC TEST					
L30°C			↑		
			1'40"		
R30°C				↑	
				2'10"	
L44°C			↑		
			1'35"		
R44°C				↑	
				1'03"	

Figure 7 Vestibulometry: Caloric test showing left canal paresis

Waardenburg. He found this syndrome in 1.4% of congenitally deaf children and estimated the incidence to be about 1:42,000 in Holland.² Later Hageman and Dilleman³ distinguished two types based on the lateral displacement of the inner canthi. The common abnormalities noted are lateral displacement of the inner canthi (dystopia canthorum), broad and high nasal bridge with hypoplastic alae nasi, medial flare of the eyebrows which meet in the midline, partial albinism (white forelock), deafness and broad mandible.² Occasional abnormalities include round tip of the nose, full lips with accentuated "Cupid's bow" to the upper lip, cleft lip and palate, cardiac anomaly (VSD), upper limb defects, Hirschsprung's aganglionosis, Sprengel's anomaly, supernumerary vertebrae and ribs, spina bifida, and scoliosis. Mental ability and physical activity are usually normal.⁴ Many variants of the syndrome have been reported. Neurological involvement in the form of mental and motor retardation, gait disturbance, dystonia, muscular stiffness, and peripheral neuropathy,⁵ temporolimbic epilepsy,⁶ Marcus-Gunn ptosis,⁷ and cerebellar infarction⁸ have been documented in the literature. One case report mentions absence of the vagina and right-sided adnexa in an 18 year old girl with Waardenburg syndrome.⁹ Congenital clasped thumb¹⁰ and atretic lesions of the gastrointestinal tract such as anal and esophageal atresia and tracheoesophageal fistula have all been reported.¹¹ One case report had noted severe cyanotic heart disease as an associated feature of the syndrome.¹² The partial albinism is most commonly expressed as a white forelock (poliosis) and/or isochromic beautiful pale eyes with hypoplastic iridic stroma; however, it may be present as heterochromia of the iris, areas of vitiligo on the



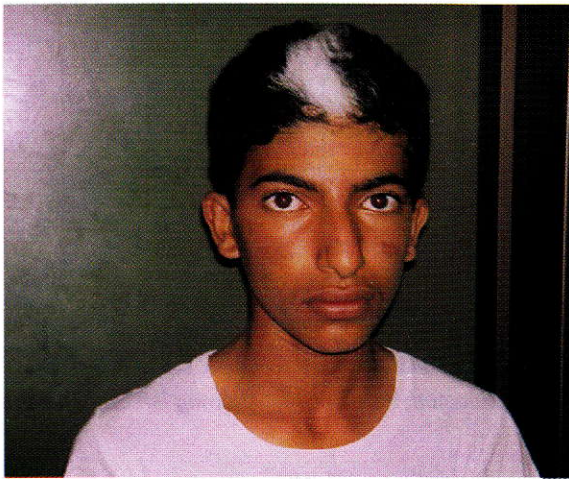


Figure 1 and Figure 2 Waardenburg syndrome: note the characteristic white forelock, dystopia canthorum and asymmetry of facial bones

The nose and throat examination and the remainder of the physical examination were normal. A clinical diagnosis of Waardenburg syndrome was made. Further inquiry revealed that his maternal grandfather and one elder sister have the white forelock. Neither has any hearing loss.

Investigations, which included complete blood picture, urinalysis, fasting blood sugar, renal function, liver function, cholesterol and triglycerides, were all within normal limits. Serology for syphilis (VDRL and TPHA), other TORCH agents, and brucellosis were negative. Plain x-rays of the chest, paranasal sinuses, skull, and lumbosacral spine were normal. Computerized tomography of the internal auditory meatus and inner ear were normal.

Pure tone audiometry at the time of admission (See figure 3) revealed moderate mixed hearing loss in the

right ear affecting the low frequencies at 250 Hz and 500 Hz. The left ear showed no response to stimuli at 120 dB in all the frequencies which is suggestive of profound deafness. Tympanometry showed Type A compliance in both ears. The acoustic reflex was absent on the left side. (See figure 4 and figure 5) The auditory brainstem

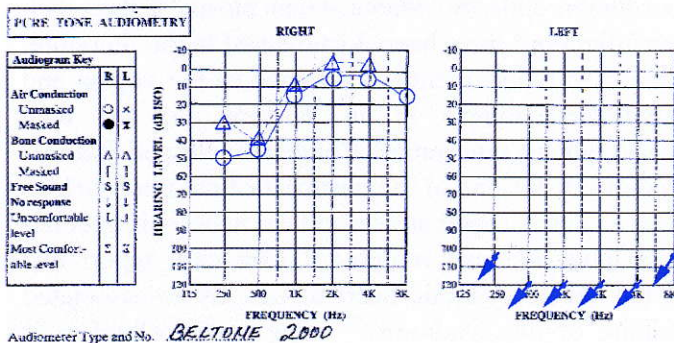


Figure 3 Pure tone audiometry showing mixed hearing loss in the right ear affecting the low frequencies; left ear showing no response to stimuli

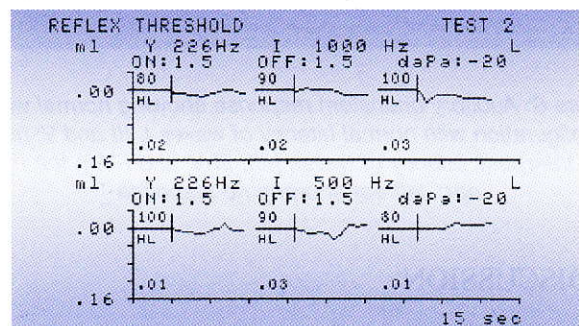
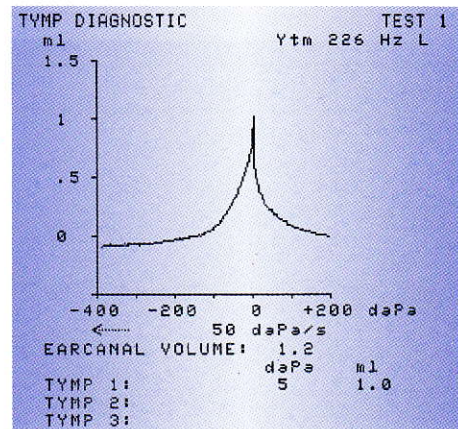


Figure 4 and Figure 5 Tympanometry showing type A compliance in left ear with absent acoustic reflex



SUDDEN HEARING LOSS IN WAARDENBURG SYNDROME

فقد السمع الفجائي في متلازمة واردن بورغ

George Thomas, M.D.; M.P. Divakaran, M.D.;
Hamad Al Muhaimed, M.D.

د. جورج توماس، د. م.ب. ديفا كرن،
د. حمد المحيميد

ABSTRACT

Sudden profound hearing loss in a young man with Waardenburg syndrome type I is reported. The classical features of white forelock and dystopia canthorum were present. Audiometry and auditory brainstem responses confirmed the nature of the deafness. This is the first case of this rare syndrome with the unusual presentation of sudden hearing loss reported from this part of the Kingdom of Saudi Arabia. The medical literature about this syndrome with different patterns of hearing loss is reviewed.

الملخص

تسجل هذه المقالة حالة مريض شاب يعاني من فقد سمع فجائي في الأذن اليسرى ولديه متلازمة واردن بورغ النمط الأول. كانت الخصائص المميزة لهذه المتلازمة وهي بياض ناصية الشعر والعلامات العينية واضحة لدى المريض. تم التأكد من فقد السمع بواسطة قياس السمع واستثارات جدار المخ السمعي، ولقد روجعت معظم المقالات التي تحدثت عن هذه المتلازمة وعلاقتها بفقد السمع الفجائي ولم نجد أي مقال يتحدث عن هذه العلاقة. لذا، يمكن اعتبار حالة هذا المريض أول حالة تسجيل لمتلازمة واردن بورغ وفقد السمع الفجائي.

INTRODUCTION

In 1951, P.J. Waardenburg, a Dutch ophthalmologist, described a genetically determined, autosomal dominant syndrome in which unilateral deafness was a feature. The partial albinism of the scalp hair has given the condition one of its names, "white forelock syndrome." The commonest and most important features of the condition are sensorineural deafness, eyelid deformity, and heterochromia of the iris. Since the original description, over 1200 cases of this syndrome have been reported from different parts of the world.¹ The syndrome seems to consist of two genetically distinct entities which can be differentiated clinically into Waardenburg syndrome with or without dystopia canthorum, type I and type II respectively. Congenital deafness in both ears may occur in about 25% of patients with type I and in about 50% of those with type II. Sudden onset of deafness is

quite uncommon, and we are reporting such a case, the first of its kind from this part of the Kingdom on Saudi Arabia.

CASE REPORT

A 18 year old boy presented with the complaint of sudden onset of deafness in the left ear of two days' duration. He denied any history of upper airway infection, trauma, or exposure to ototoxic medications. On examination, he appeared well built for his age. He had a white forelock, dystopia canthorum, light brown irises (hypochromia) and asymmetry of the facial bones. (See figure 1 and figure 2) Both ears were relatively small. Otoscopy showed intact tympanic membranes. Eye examination showed dystopia canthorum and light brown irises. His vision was normal. Retinal examination showed some pigmentation around both optic discs.

* George Thomas, MD, MBBS, DLO, Department of E.N.T. and Audiology, King Khalid Hospital, P.O.Box 1120, Najran, Saudi Arabia. (For Correspondence)

* M.P. Divakaran, MD, Head of the Department of Medicine, King Khalid Hospital, Najran, Saudi Arabia.

* Hamad Al Muhaimed, MD, Associate Professor, E.N.T. Department, King Abdulaziz University Hospital, Riyadh, Saudi Arabia

مراجعة تاريخية & خبرة شخصية Historical Review & Personal Experience

دور التصوير المفصلي الظليل في معالجة خلع الورك الولادي

THE ROLE OF ARTHROGRAPHY IN THE MANAGEMENT OF CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP

Maamoon Kurmly, M.D.; Tareef Al Akhras, M.D.

د. مأمون قرمللي، د. طريف الأخرس

الملخص

أصبح للتصوير المفصلي دوراً بارزاً في علاج خلع الورك الولادي. وهذا المقال يتضمن مراجعة موجزة لتاريخ هذه الوسيلة التشخيصية الهامة، مع استعراض مقتضب لآراء بعض المؤلفين والباحثين الذين عملوا في هذا المجال. ونظراً لأهمية هذه الوسيلة في وضع خطة المعالجة في خلع الورك الولادي فإننا في مستشفى الملك خالد الجامعي نستخدمها على نطاق واسع بمعدل وسطي 2-3 حالات أسبوعياً. نذكر في آخر هذا المقال الطريقة التي نتبعها والمضاعفات التي يمكن حدوثها.

ABSTRACT

Arthrography has a well established role in the management of congenital dislocation (dysplasia) of the hip (CDH). This paper includes a brief historical review of the uses of arthrography and the opinions of experienced clinicians. Arthrography plays an important role in confirming concentricity of closed reduction in the management of CDH and reduces the incidence of avascular necrosis (AVN). Arthrography is used in 2-3 cases of CDH every week at the King Khalid University Hospital (KKUH). The methods of arthrography and possible complications are discussed according to the experience of the authors at the KKUH.

مقدمة تاريخية

في عام 1925 نشر كل من Goldhamer¹ و Borak من الدراسات أجريت على الجثث تضمنت تصويراً لمفصل الورك، حيث تم حقن صبغة Prolacin iodide وتمكننا من رؤية شفا الحق Limbus .

تتألف معظم أجزاء رأس الفخذ والحق عند الأطفال من الغضروف الذي لا يظهر على الصورة الشعاعية البسيطة، لذلك فإن التصوير بأشعة رونتجين لا يسمح لنا برؤية الكثير من البنى التشريحية في ورك الأطفال. ولكي يتم التغلب على هذه المشكلة فقد لجأ الأطباء الشعاعيون وجراحو العظام منذ مطلع هذا القرن إلى حقن وسط تبايني في مفصل الورك.

بعدهما بقليل قام كل من Sievers و Bruner بتطوير طريقتهم في تصوير مفصل الورك لدراسة خلع الورك الولادي. استخدم سيفر مادة Iodopin واعتقد أنه استطاع من خلال التصوير المفصلي أن يرى كيف تتوضع الشفا ذات الطبيعة اللبيفية الغضروفية داخل المفصل ولكنه لم يستطع إثبات هذا الأمر. أما برونر فقد استخدم الهواء وحقنه من الأمام إلا أن صورته لم تكن أفضل من تلك التي حصل عليها سيفر بحقن Iodopin

كان Gocht من أوائل من عمل في هذا المجال حيث حصل على صورة جميلة للورك بحقن الهواء في المفصل عام 1908 ولكن عمله كان مقتصرًا في ذلك الوقت على الجثث ولم يطور هذه الفكرة لتصبح قابلة للتطبيق من الناحية السريرية.

* Maamoon Kurmly, M.D., Associate Professor and Consultant in Pediatric Orthopedic Surgery

* Tareef Al Akhras, M.D., Specialist in Pediatric Orthopedic Surgery

King Saud University Medical School, King Khalid University Hospital, P.O. Box 7805, Riyadh 11472, Fax 4679436, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia

الولادي أن يأخذ كل الاحتياطات اللازمة لمنع حدوث مثل تلك المضاعفة.

إننا لا ندعي أن إجراء التصوير المفصلي عند وضع خطة المعالجة لخلع الورك الولادي سوف يمنع حدوث النخر الإقفاري بشكل كامل، إذ أنه قد حدثت بعض حالات هذا النخر في مرضانا الذين عولجوا معالجة محافظة على الرغم من إجراء التصوير المفصلي والتأكد من عدم وجود ما يعيق الرد، إلا أن نسبة حدوث النخر الإقفاري هي أقل بكثير مما لو أجري الرد المغلق وثبت الورك في الجبس دون التأكد بواسطة التصوير المفصلي أنه لا توجد نسج رخوة تمنع الرد المتراكن، وبالتالي تعرض رأس الفخذ للضغط الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى النخر الإقفاري أو إلى انخلاع الورك مرة أخرى وتثدن الحق Acetabular dysplasia .

لقد استطاع الرنين المغناطيسي في الوقت الحاضر أن يزودنا بمعلومات جيدة عن النسج الرخوة المحيطة بمفصل الورك ويظهر لنا إن كان هناك نسج رخوة تعيق عملية الرد. إلا أن التصوير المفصلي لا تزال له الأفضلية لأنه يدرس حركة الورك تحت جهاز التنظير مبينا المنطقة الآمنة في الرد، وهذا ما يفتقر إليه التصوير بالرنين المغناطيسي الذي يتطلب تخديراً عاماً للأطفال مثله مثل التصوير المفصلي، وهو أكثر كلفة.

يدرس معظم العاملين على علاج خلع الورك الولادي الصور المفصلية من المنظر الأمامي-الخلفي بعد حقن المادة الظليلة. إلا أن مجموعة من الباحثين اليابانيين أشاروا في دراسة⁶ لهم أجريت حديثاً في طوكيو ونشرت في JBJS في عددها الصادر في سبتمبر 1997 إلى أن المنظر الأمامي الخلفي لصورة المفصل ليس كافياً وينبغي إجراء صورة جانبية لأن الصورة الأمامية الخلفية تظهر فقط الجزء العلوي من الشفا وتعجز عن كشف باقي أجزائها خاصة القسم الأمامي. وهذا قد يعطل بعض الشيء بقاء نسبة بسيطة من النخر الإقفاري رغم إجراء التصوير المفصلي إذا اعتمدنا فقط على المنظر الأمامي-الخلفي.

طريقة التصوير المفصلي :

نجري التصوير المفصلي تحت التخدير العام ويفضل استخدام مادة ظليلة مائية ليسهل امتصاصها من قبل الجسم بعد الانتهاء من التصوير. تستعمل إبرة البذل القطني لحقن المادة

في عام 1938 نشر¹ Faber عدة مقالات أشار فيها بوضوح إلى العناصر التشريحية لمفصل الورك التي يمكن رؤيتها بتصوير المفصل خاصة الحق الغضروفي والشفا، تبعه بعد ذلك Severin¹ الذي أجرى حتى نهاية عام 1940 حوالي 250 صورة مفصلية على أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 3 أشهر و 8 سنوات مستخدماً مادة Bayer perabordil كوسط تبايني، واستفاد من المعلومات التي حصل عليها وطبقها عملياً في وضع خطة علاج خلع الورك الولادي معلناً منذ ذلك الحين عن أهمية التصوير المفصلي وعن دوره في علاج خلع الورك الولادي.

أهمية التصوير المفصلي

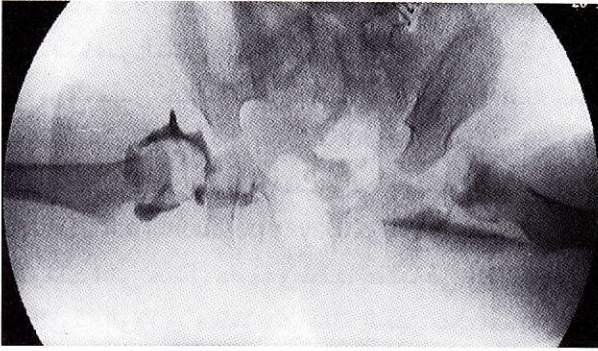
يستعمل التصوير المفصلي في الوقت الحاضر على نطاق واسع لدراسة تشريح مفصل الورك فهي طريقة ممتازة لكشف النسج الرخوة التي تعيق رد الخلع الولادي بالطريقة المغلقة.

كان Severin قد وضع في مطلع الخمسينات نظرية الرسو2 docking theory أشار فيها إلى أن تلك النسج التي تعيق الرد سوف تضمحل وترق مع الزمن، إلا أن Lloyd-Rbert و Swann رداً عليه في مقال³ نشر عام 1965 في مجلة جراحة العظام والمفاصل JBJS البريطانية أن هذا الأمر ليس دائماً يحدث. كما أكد Renshow⁴ عام 1981 على أن رد الخلع الولادي إذا أجري بالطريقة المغلقة ولم يكن كاملاً سوف ينتهي حتماً بالفشل لاسيما إذا كان انقلاب الشفا للداخل هو الذي عاق الرد.

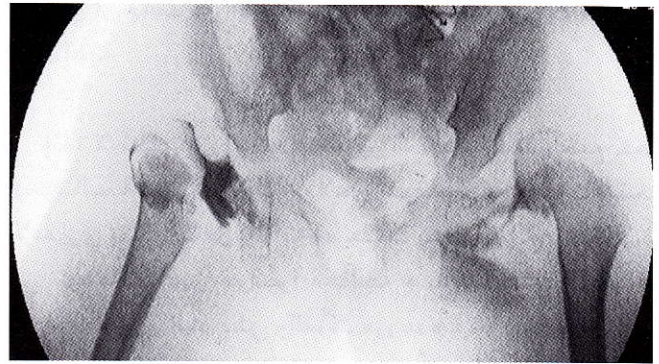
إن الهدف في معالجة خلع الورك الولادي هو الحصول على رد متجانس congrous ومتراكز concentric بأقل نسبة من النخر الإقفاري. وقد أشار Tonniss⁵ إلى أن نسبة حدوث النخر الإقفاري ischemic necrosis تزداد إذا أجري الرد الجراحي بعد فشل المعالجة المحافظة. ودون التصوير المفصلي يصعب علينا في كثير من الحالات الحكم على الرد المغلق إن كان متراكزاً أو غير متراكز، أي أننا لا نستطيع دون التصوير المفصلي أن نجزم منذ البداية إن كانت المعالجة المحافظة ستنتج ونصل إلى الهدف الذي ذكرناه منذ قليل أم لا.

إن النخر الإقفاري علاجي المنشأ فهو لا يحدث إذا لم يعالج خلع الورك الولادي. لذلك فإن الطبيب المعالج يتحمل بشكل أو بآخر، وبنسبة قلت أم كثرت، مسؤولية حدوث هذا النخر. وهذا الأمر يستدعي من جراح العظام الذي يتصدى لمعالجة خلع الورك

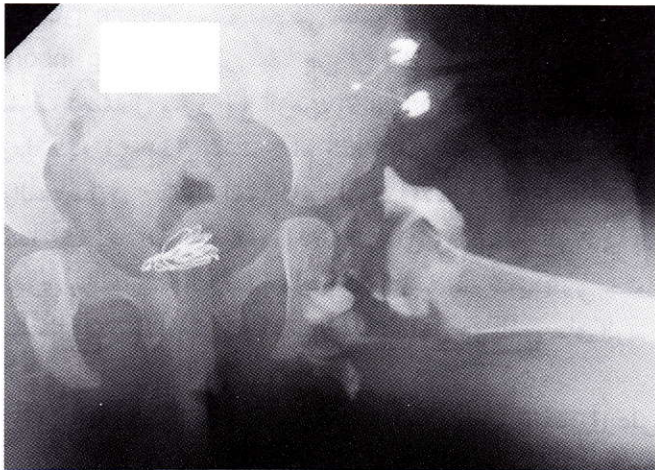




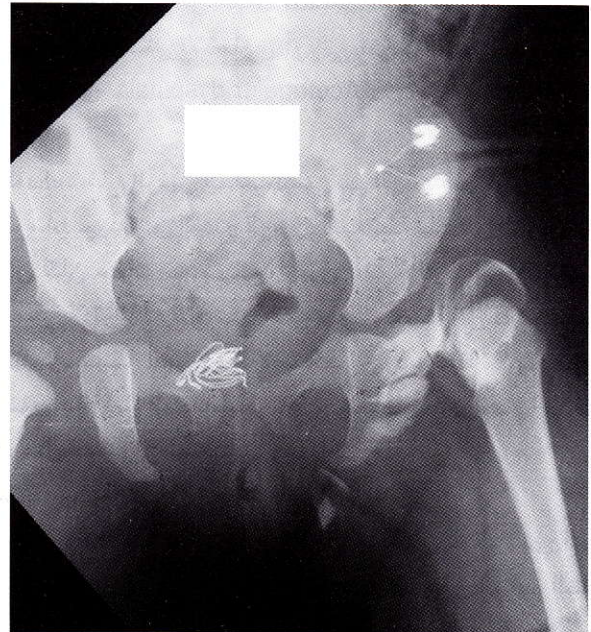
صورة لنفس مفصل الورك السابق بعد إجراء الرد المغلق، ويبدو هنا رأس الفخذ بعيداً عن الحافة الوحشية لسقف الحق رغم وجود مظهر سريري لرجوع المفصل إلى مكانه. تبدو شفا الحق متوضعة فوق رأس الفخذ ولا تساعد في تغطيته بشكل جيد، فلم تتمكن المادة الظليلة من ملء الحق بسبب وجود الوسادة الشحمية، مما يدل على أن الرد لم يكن متراكماً وبالتالي فهو غير مقبول.



صورة ظليلة لمفصل الورك الأيمن. يظهر فيها بوضوح حدود رأس الفخذ المخلوع وتجمع المادة الظليلة في الجهة الأنسية، كما يظهر شفا الحق المنقلبة والوسادة الشحمية وتضييق المحفظة على شكل الساعة الرملية.



نفس الورك السابق بعد محاولة إجراء الرد المغلق، وعلى الرغم من أن موقع الشفا فوق رأس الفخذ شبه طبيعي إلا أن رأس الفخذ مازال بعيداً عن سقف الحق بمسافة واضحة والسبب هو تضييق المحفظة الشديد الذي لم يسمح لرأس الفخذ بالعبور من خلاله إلى الحق.



صورة لمفصل الورك عند طفلة أخرى مصابة بخلع الورك الولادي يبدو فيها تدوير رأس الفخذ وتجمع المادة الظليلة في الناحية الأنسية، كما يظهر تضييق المحفظة بين رأس الفخذ والحق على شكل الساعة الرملية، ويظهر أعلى هذا التضييق شفا الحق المنقلبة.

السفلي لأن معظم الموجودات المرضية تقع في القسم العلوي. نحن في مستشفى الملك خالد الجامعي نفضل المدخل الأنسي السفلي، ونستخدم المستحضر conray 280 (محلول يودي ممدد) كوسط تبايني. ندخل الإبرة تحت العضلة المقربة الطويلة والورك مثني وبوضعية تباعد خفيف ودوران وحشي وتوجه نحو الكتف الموافق للورك المراد تصويره وبزاوية 30° مستخدمين جهاز التنظير للتأكد من موضع الإبرة، ثم نحقن 5، 0-1 سم من محلول فيزيولوجي في أول الأمر، فإذا تم الحقن بدون مقاومة

الظليلة تحت شروط صارمة من التعقيم لمنع واحدة من أهم مضاعفات التصوير المفصلي ألا وهي الخمج.

هناك عدة مداخل يمكن من خلالها الوصول إلى مفصل الورك؛ فهناك المدخل الأمامي والأنسي والوحشي والسفلي والعلوي. يفضل Mitchell⁷ المدخل العلوي لأن المادة الظليلة إذا خرجت من المفصل بعد الحقن سوف تتجه إلى الأعلى ولن تؤثر على صور المفصل ولكن كثير من المؤلفين يفضلون المدخل

الارتكاس التأقي anaphylactic reaction ولا تتجاوز نسبة حدوثه 1:100,000.

– الورم الدموي: ويشاهد عند استخدام المدخل الأمامي نتيجة لدخول الإبرة في الوريد أو الشريان الفخذي.

المراجع REFERENCES

1. Severin E. Congenital dislocation of the hip, late result of close reduction and arthrographic studies. STOCKHOLM 1941, kungl boktryckeriet. P.A. norstedt & soner 410658
2. Severin E. Congenital dislocation of the hip, development of the hip joint after close reduction; J bone joint surgery (Am) 1950,23A: 507-18
3. Lloyed-Roberts G, Swann M. Pitfalls in the management of congenital dislocation of the hip. J bone joint surgery (Br) 1966;48-B: 666-81
4. Renshow TS. Inadequate reduction of CDH, J bone joint surgery (Am) 1981; 63A: 1114-21
5. Tonniss D. Congenital hip dislocation. New York; Thime-Stratton Inc, 1982
6. Treatment of developmental dislocation of the hip in children after walking age. Indication from tow-directional arthrography. J bone joint surgery (Br) 1997;79-B: 710-8
7. Sharrard WJW. Paediatric orthopaedics and fractures. 3rd edition 1993, 315. Blackwell Scientific Publications.
8. Bowen JR, Kruse RW. Complications in pediatric orthopedic surgery. Eds. Epps, CH JR. Bowen JR. 1995; J.B. Lippincot Company, 344.
9. Janet LS, Rechard T, Alvin C. Hip. Arthrography in infant and children : The inferomedial approach. Radiology 1984, 152:536. ■

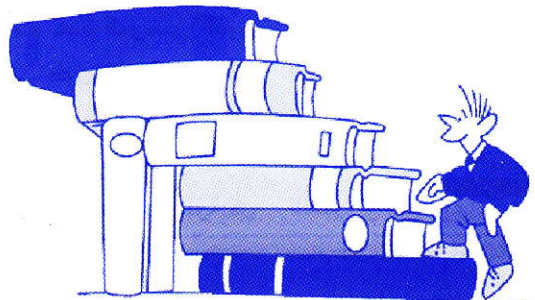
تذكر فالإبرة على الأغلب داخل المفصل، ونلاحظ خروج قطرات من السائل الزليلي من فوهة إبرة البذل بعد نزع المحقنة. بعد ذلك نحقن 1-2سم من المادة الظليلة ونراقب بجهاز التنظير ارتسام حدود الرأس الغضروفي وحدود الحق الغضروفي وحدود شفا الحق. ينبغي أن نجري التصوير بعد حقن المادة الظليلة قبل إجراء الرد وبعده. ونبحث عن منظر البركة الإنسية بعد الرد (تجمع المادة الظليلة بين رأس الفخذ الغضروفي والحق الغضروفي) فإذا زاد عن عرض 4مم فهذا يدل على تباعد الرأس إلى الوحشي. بعض المؤلفين يعتقد أنه يمكن قبول عرض البركة الإنسية أو التباعد حتى 7مم إذا أمكن رد الخلع بسهولة ولم نحتاج لوضع الورك في وضعيات غير فيزيولوجية للمحافظة على الرد.⁸ من بين الأمور التي تمنع رد الخلع ويمكن كشفها بالتصوير المفصلي انقلاب الشفا إلى الداخل وتضييق مدخل الحق بوتر العضلة القطنية الذي يسبب تضيقاً في المحفظة أنسي رأس الفخذ معطياً منظر الساعة الرملية أو الرقم 8. كما يمكن رؤية الرباط المدور المتضخم والوسادة الشحمية داخل تجويف الحق التي تمنع امتلاء الجوف الحقي بالمادة الظليلة.

الاختلاطات

على الرغم من أن المضاعفات نادرة جداً فهي لم تتجاوز في إحدى الدراسات 1%،⁹ إلا أنه لا بد من ذكرها لنوفي الموضوع حقه. وللأمانة العلمية فإننا لم نشاهد الاختلاطات التي تذكرها المراجع العلمية التي نتحدث عن هذا الموضوع رغم أننا نجري هذا التصوير في مستشفانا بمعدل 2-3 حالات في الأسبوع منذ أكثر من خمس سنوات. والاختلاطات التي ذكرت هي:

– الخمج المفصلي: وهو نادر الحدوث خاصة عند إتباع الاحتياطات الصارمة في التعقيم.

– الصمة الهوائية: وتشاهد عند استخدام الهواء كوسط تبايني بدلا من المادة الظليلة أو معها.



البدايل الجراحية الجديدة لغرس القلب كعلاج لقصور العضلة القلبية

EMERGING SURGICAL ALTERNATIVES TO TRANSPLANTATION FOR TREATMENT OF HEART FAILURE

Mohammad Bashar Izzat, M.D.; Loay Sami Kabbani, M.D.

د. محمد بشار عزت، د. لؤي سامي القباني

ملخص البحث

على الرغم من الفعالية المثبتة لغرس القلب كعلاج لقصور العضلة القلبية، إلا أن النقص الشديد في عدد الأعضاء المتوفرة للزرع يعني أن إمكانية الحصول على هذا العلاج تقتصر على نسبة صغيرة من المرضى فقط، ولهذا فإن البحث مستمر لإيجاد بدائل جديدة لغرس القلب كعلاج لقصور العضلة القلبية.

تم في الأعوام القليلة الماضية تطوير عمليات استئصال جدار البطين الأيسر الجزئي وتصنيع جوف البطين التي تهدف إلى إنقاص توتر جدار البطين وتحسين قلووية العضلة القلبية، كما عاد الاهتمام في تطبيق جراحة الشرايين الإكليلية وتصنيع الدسام التاجي كعلاج لمرضى قصور العضلة القلبية المتقدم. إن الخبرة السريرية المبدئية بهذه التداخلات الجراحية مشجعة، حيث نتج عنها تحسن ملحوظ في قلووية العضلة القلبية وفي الحالة الوظيفية للعديد من المرضى. على الرغم من ضرورة الحصول على خبرة سريرية أوسع وإجراء تجارب مقارنة مع الطرق العلاجية المثبتة قبل تطبيقها بشكل واسع، إلا أن هذه البدائل الجديدة لزرع القلب تمنح أملاً جديداً للمرضى المصابين بقصور العضلة القلبية المتقدم.

ABSTRACT

Although heart transplantation has proven efficacy in the treatment of heart failure, the limited number of donors makes it applicable to only a small proportion of patients. Alternatives to heart transplantation, therefore, are constantly being sought. Recently, partial left ventriculectomy and endoventricular patch plasty were proposed, aiming at reducing wall tension and improving myocardial contractility. Furthermore, there has been re-emergence of interest in the application of conventional cardiac surgical procedures, mainly mitral valve repair and myocardial revascularization, as treatment modalities for end-stage heart failure. Early experience has been promising, with significant improvements in ventricular contractility and functional class in many patients. A wider clinical experience and prospective randomized trials of therapeutic options are needed before these alternatives become standard procedures. At the present time, they offer a new hope for patients with end-stage heart failure.

هذه الأسباب دعت إلى أن يستمر البحث لإيجاد بدائل علاجية أخرى لمرضى قصور العضلة القلبية المتقدم².

حاز مؤخراً التغير الهندسي الذي يطرأ على البطين الأيسر والناجم عن اعتلال عضلة القلب على اهتمام عدد من الأطباء الباحثين، وكان أول من نقل هذه المعلومات إلى الحيز العملي هو الدكتور باتيستا Batista، الذي كشف النقاب عن اضطراب العلاقة بين كتلة البطين الأيسر وحجمه عند مرضى الاعتلالات القلبية واقترح إعادة هذه العلاقة إلى وضعها الطبيعي عن طريق

تعتبر عملية غرس القلب الحل الأمثل والأفضل للمرضى المصابين بقصور العضلة القلبية الاحتقاني الشديد في مراحله المتقدمة، ولكن التطبيق الواسع لهذه العمليات يواجهه مشكلة قلة عدد الأعضاء المتوفرة للغرس مقارنة مع عدد المرضى الذين يحتاجون لمثل هذه العملية مما يؤدي إلى طول قائمة الانتظار وإلى وفاة الكثير من المرضى قبل أن يحالفهم الحظ بإجراء عملية الغرس¹، كما أن مشاكل التقدم بالسن والإصابة بأمراض أخرى ما تزال تحول بين العديد من المرضى وبين إجراء هذه العملية. كل

For correspondence: M. B. Izzat, M.D., M.S., FRCS(CTh), FACC, Consultant Cardiothoracic Surgeon
Damascus University Cardiovascular Surgical Center
P.O.Box 33831, Damascus, Syria
Fax: (963) 11 3311 571 E-mail: izzat@Cyberia.net.lb

سابقاً أدى مؤخراً فشل العلاج الدوائي في تحسين حالة هؤلاء المرضى وبقائهم على قيد الحياة، بالإضافة إلى إدراك مفهومى العضلة القلبية المصعوقة Stunned والمسبوتة Hibernating، إلى عودة الاهتمام بإعادة التروية القلبية أملاً في إحداث تحسن ولو جزئي في وظيفة البطين الأيسر¹⁶. وبالفعل فقد أظهرت الدراسات الحديثة أن إعادة التروية القلبية عند أولئك المرضى يؤدي إلى تحسن ملحوظ ومديد في قلوصلية البطين الأيسر وحالة المريض الوظيفية، وهذا ينعكس في إطالة ملحوظة في احتمال بقاء المريض على قيد الحياة^{17,18}. يبدو أن إعادة التروية للشرايين الإكليلية يحمي ما تبقى من العضلة القلبية من حدوث احتشاء لاحق، كما يعيد النسيج العضلي القلبي المسبوت إلى وظيفته الطبيعية. لذلك، فإن الأدلة المتوفرة اليوم تؤيد بقوة إعادة التروية للقلب المصاب بالاعتلال الناجم عن نقص التروية.

أخيراً، حاز موضوع اعتلال البطين الأيسر بعد الاحتشاء الأمامي الواسع على اهتمام خاص من قبل جراحي القلب، إذ أن الندبة المتوضعة على الجدار الأمامي للبطين والممتدة إلى الحاجز بين البطينين لا تتقلص مع تقلصات القلب ولا تدعم النتاج القلبي. يؤدي هذا القسم الغير قلوصل إلى تشوه هندسة العضلة القلبية وارتفاع توتر جدار البطين، مما يؤدي بدوره إلى سوء عام في قلوصلية البطين وحدوث قصور عضلة قلبية مترقي¹⁹. إن إعادة بناء البطين هندسياً في هذه الحالات بطريقة التصنيع الرقعي الدائري داخل البطيني Endoventricular Circular Patch Plasty والتي وصفها الدكتور دور Dor²⁰ تعيد هندسة البطين الدائري الشكل عن طريق استبعاد الندبة الحاجزية وتصغير جوف البطين، وهذا بدوره يعيد توتر جدار البطين إلى طبيعته. يشابه مفهوم هذه الطريقة مبدأ عملية باتيستا ويمكن اعتبارها كتعديل منطقي لفكرته حيث تعالج هذه العملية حالة وجود ندبة لا يمكن استئصالها جراحياً في الحجاب بين البطينين، كما يمكن دمج هذه العملية مع عملية إعادة التروية الإكليلية حين الضرورة لإعادة التروية للعضلات المصعوقة أو المسبوتة. أكدت النتائج الأولية لهذه العملية أنها تؤدي إلى تحسن قلوصلية البطين والوضع السريري للمريض²⁰ لكننا لا نزال بحاجة إلى الدراسات طويلة الأمد للتحقق من مدى كفاءة هذه العملية في الوقاية من حدوث تطور المرض نحو قصور قلب متقدم.

تصغير حجم البطين الأيسر جراحياً (عملية باتيستا)، هادفاً إلى تخفيف توتر جدار البطين وتحسين قلوصلية العضلة القلبية³. أظهرت النتائج الأولية لهذه العملية تحسناً ملحوظاً في قلوصلية العضلة القلبية والحالة الوظيفية في الكثير من المرضى^{4,5} إلا أن العلة الأساسية المسببة للاعتلال القلبي لها تأثير مباشر على نتائج عملية باتيستا، فهذه العملية لم تكن ناجحة لدى مرضى الاعتلالات الناجمة عن نقص التروية القلبية أو التهاب العضلة القلبية الحماتي (الفيروسي)، على العكس من نجاحها الملحوظ في مرضى الاعتلالات الناجمة عن قصور الدسامات القلبية^{6,8}.

تشير التقارير الطبية إلى أن نسبة الفشل الفوري للعملية هي حوالي 15% وأن نسبة استمرار نجاحها لمدة سنة واحدة هي 60% فقط^{7,4} لكن هذه النتائج الأولية لا تعكس بالضرورة النتائج النهائية أو الأبعاد العلاجية الحقيقية لهذه العملية، وسوف يعتمد مستقبل عملية باتيستا على نتائج الدراسات العلمية المكثفة والشاملة والخبرة السريرية الواسعة، بالإضافة إلى الدراسات السريرية العشوائية التي تقارنها مع الطرق العلاجية الأخرى المتوفرة¹⁰.

حدث مؤخراً أيضاً عودة إلى الاهتمام في تطبيق العمليات الجراحية القلبية التقليدية، خاصة منها تصنيع الدسام التاجي وإعادة التروية القلبية، كعلاج لقصور العضلة القلبية المتقدم. ينجم قصور الدسام التاجي كاختلاط لاعتلال العضلة القلبية المتقدم إما عن توسع في حلقة الدسام التاجي، أو عن اضطراب عمل العضلات الحليمية^{16,12} ويؤدي هذا القصور الدسامي إلى زيادة في الحمل الحجمي على البطين المتوسع وهو يعتبر بنفسه مؤشراً على ضعف احتمال البقاء على قيد الحياة¹³. ينتج عن تصنيع الدسام القاصر إزالة الحمل الزائد عن البطين الأيسر وبالتالي إعادة بناء هيكله وعودة العلاقة بين كتلة البطين وحجمه إلى معدلها الطبيعي¹⁴ مما ينعكس سريراً في تحسن ملحوظ ومديد في النتاج القلبي وحالة المريض الوظيفية. تشير النتائج الأولية لعملية تصنيع الدسام التاجي أيضاً إلى زيادة في احتمال بقاء المريض على قيد الحياة بشكل ملحوظ، مع العلم أن المتابعات الطويلة الأمد للمرضى والدراسات المقارنة حول هذا الموضوع ما تزال غير متوفرة حتى الآن.

لا يزال موضوع إعادة تروية القلب لدى المرضى المصابين باعتلال في العضلة القلبية بسبب نقص في التروية الإكليلية عرضة للنقاش، على الرغم من أنه قد ذكر في الأدب الطبي



المركزة ضروري من أجل الحصول على أفضل النتائج الممكنة من هذه الطرق العلاجية.

إن أهمية هذه المعالجات الحديثة لمرضى قصور القلب المتقدم بالغة، وسوف يتطلب تطبيقها في المستقبل الإحاطة والمعرفة التامة بهذه العمليات الجراحية، فالخبرة السريرية الواسعة والدراسات المقارنة بينها وبين العلاج الدوائي الحديث أو عمليات غرس القلب ضرورية قبل القيام بتعميم هذه العلاجات وتطبيقها بشكل واسع. سوف يمنح تطوير طرق علاجية حديثة أملاً جديداً للمرضى المصابين بقصور العضلة القلبية المتقدم الذين يعانون اليوم من حياة مليئة بالقيود.

REFERENCES

1. O'Connell JB, Bristow MR. Economic impact of heart failure in the United States; time for a different approach. *J Heart Lung Transplant* 1994;13:S107-12
2. Taggart DP, Westaby S. Surgical management of heart failure. *BMJ* 1997;314:453-54
3. Batista RJV, Santos JLV, Takeshita N, Bocchino L, Lima PN, Cunha MA. Partial left ventriculectomy to improve left ventricular function in end-stage heart disease. *J Card Surg* 1996;11:96-7
4. McCarthy PM, Starling RC, Wong J, et al. Early results with partial left ventriculectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997;114:755-65
5. Angelini GD, Pryn S, Mehta D, Izzat MB, Walsh C, Wilde P, Bryan AJ. Left-ventricular-volume reduction for end-stage heart failure. *Lancet* 1997;350:489
6. Gorcsan J 3rd, Feldman AM, Kormos RL, Mandarino WA, Demetris AJ, Batista RJ. Heterogeneous immediate effects of partial left ventriculectomy on cardiac performance. *Circulation* 1998;97:839-842
7. Izzat MB, Kabbani SS, Suma H, Cherian KM, Pandey K, Morishita K, Yim APC. Early experience with partial left ventriculectomy in the Asia-Pacific region. *Ann Thorac Surg* [in press]
8. Kabbani SS, Jamil H, Hammoud A, Nabhani F, Kabbani LS. Batista operation in Syria - initial experience. *J Card Surg* [in press]
9. Bolling SF, Pagani FD, Deeb GM, Bach DS. Intermediate-term outcome of mitral reconstruction in cardiomyopathy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;115:381-8
10. Izzat MB, Yim APC, Wan S, Atassi W. A survey on partial left ventriculectomy in the Asia-Pacific region. *Ann Thorac Surg* [in press]
11. Boltwood CM, Tei C, Wong M, Shah PM. Quantitative echocardiography of the mitral complex in dilated cardiomyopathy: the mechanism of functional mitral regurgitation. *Circulation* 1983;68:498-508

وضعت هذه الطرق الجراحية الجديدة الجراحين والمخدرين وأطباء العناية المركزة أمام تحد كبير يتعلق برعاية المرضى المصابين بقصور قلب متقدم الذين يخضعون إلى عمليات جراحية عالية الخطورة، وقد برزت أهمية هذه الرعاية في عدة تقارير تشير إلى نسبة الاختلاطات والوفيات العالية بعد هذه العمليات الجراحية^{7,4}. من أجل ذلك، كان تطوير طرق خاصة للعناية الطبية قبل وبعد العملية الجراحية أمراً بالغ الأهمية، وقد تم مؤخراً تطوير عدة طرق خاصة لرعاية هؤلاء المرضى²¹. بالإضافة إلى ذلك، فإن تقديم المعالجات الدوائية الجريئة بعد العمل الجراحي ذو أهمية بالغة. من هنا، فإن التعاون الوثيق بين أطباء القلب الداخليين والجراحين وأطباء التخدير والعناية

12. Kono T, Sabbah HN, Rosman H, Alam M, Jafri S, Goldstein S. Left ventricular shape is the primary determinant of functional mitral regurgitation in heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1992;20:1594-8
13. Anguita M, Arizon JM, Bueno G, Latre JM, Sancho M, Torres F, et al. Clinical and hemodynamic predictors of survival in patients aged less than 65 years with severe congestive heart failure secondary to ischemic or nonischemic dilated cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 1993;72:413-7
14. Nagatsu M, Ishihara K, Zile MR, et al. The effects of complete versus incomplete mitral valve repair in experimental mitral regurgitation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994;107:416-23
15. Kron IL. When does one replace the heart in ischemic cardiomyopathy? *Ann Thorac Surg* 1993;55:581
16. Elefteriades JA, Zaret BL. Coronary bypass: the bad ventricle. In: *Mastery of Cardiothoracic Surgery*. Kaiser LR, Kron IL, Spray TL (eds). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1998.
17. Elefteriades JA, Morales DL, Gradel C, Tollis G Jr, Levi E, Zaret BL. Results of coronary artery bypass grafting by a single surgeon in patients with left ventricular ejection fractions $\leq 30\%$. *Am J Cardiol* 1997;79:1573-1578
18. Elefteriades JA, Kron IL. CABG in advanced left ventricular dysfunction. *Cardiol Clin* 1995;13:35-42
19. Swan JC. Left ventricular systolic and diastolic dysfunction in the acute phases of myocardial ischemia and infarction, and in the later phases of recovery: function follows morphology. *Eur Heart J* 1993;14(suppl A):48-56
20. Dor V, Sabatier M, Di Donato M, Montiglio F, Toso A, Maioli M. Efficacy of endoventricular patch plasty in large postinfarction akinetic scar and severe left ventricular dysfunction: comparison with a series of large dyskinesic scars. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;116:50-9
21. Izzat MB, Yim APC, Buckley T, Khaw KS, Sanderson JE, Angelini GD. Peri-operative care in left ventricular volume reduction. *J Card Surg* [in press]



فن المعالجة والمداواة عند العرب

THE ART OF TREATMENT AND MEDICATION

الصيدلانية منى البيطار

معه عند المريض، فإذا كان في الغد، حضر ونظر إلى دائه ونظر إلى قارورته وسأل المريض هل تناقص به المرض أم لا؟ ثم يرتب له قانوناً حسب مقتضى الحال، ويكتب له نسخة أيضاً ويسلمها إلى ذويه، وفي اليوم الثالث كذلك، ومثله اليوم الرابع وهكذا إلى أن يبرأ المريض أو يموت، فإن برئ من مرضه أخذ الطبيب أجره وكرامته، وإن مات، حضر أولياؤه عند الحكيم المشهور وعرضوا النسخ التي كتبها الطبيب، فإن رآها على مقتضى الحكمة وصناعة الطب من غير تفريط ولا تقصير من الطبيب، أعلمهم، وإن رأى الأمر بخلاف ذلك قال لهم خذوا دية صاحبكم من الطبيب فإنه هو الذي قتله بسوء صنعته وتفريطه.

كانت الصيدلة (المداواة) فرعاً لعلم الطب يبحث في أحوال النباتات، وكان الطبيب بادئ الأمر يحضر الأدوية بنفسه، ثم بدأت عملية المداواة تنفصل شيئاً فشيئاً عن الطب وتأخذ طابعها الخاص لتشمل البحث في النباتات ومعرفة خواصها الكيميائية والطبيعية وتأثيرها الطبي وكيفية استحضر الأدوية المركبة منها، مع ملاحظة أن أصول الأدوية قد تكون نباتية أو حيوانية أو معدنية، وإن كانت النباتية تمثل النسبة الغالبة فيها.

ويؤكد البيروني على أمرين هما: الحذف والتبديل. الأول، يشترك فيه الصيدلاني مع الطبيب، والثاني يكون في النوع أو في الجنس، ويقول: "أما الحذف فواجب عليه وعلى الطبيب إذا راما (أرادا) تركيباً مشهوراً بالنجاح في علة حاضرة". أما التبديل في النوع والجنس فيرجع إلى وجود قدر ما من المشاكلة بين الأدوية بحيث لا يصل الأمر بين الجيد والردىء إلى حد المنافرة.

أما في كتابه (الصيدلة) فيشبه البيروني العلم والتجربة بجناحي الصناعة الطبية، وفي هذا نجد أن التجربة تمشي ناحية العمل بالنسبة للعلم. وأن دور التجربة هو اختبار قوة الدواء في إحداث الشفاء للعليل.

ومما ورد في كتاب ابن سينا (القانون) الخاص بالمفردات

كان الطب عند العرب صناعة نبيلة لا يسمح بتعاطيها إلا لمن حصل على خبرة واسعة وأعد لذلك إعداداً علمياً وخلقياً يكفل حسن عنايته بالناس وتطبيبهم والاطلاع على أسرارهم.

عنى العرب بالمعالجة عناية عظيمة، فكانوا يعالجون بالوسائل الطبيعية ويعتمدون على الحمية والغذاء، فإن لم يتيسر الشفاء اعتمدوا المعالجة بالأدوية المفردة، فإذا استعصى الداء عالجوا بالأدوية المركبة.

وضع العرب في أنظمتهم تشريعاً ينظم صناعة الطب فعرفوا المحتسب (محافظ)، فكان ينظر إلى أمور عديدة تتعلق بالصحة والطب ومنها منع السحرة والكهان ودعوة الناس إلى عدم تصديقهم، ومنها أيضاً منع القوالب من إسقاط الجنين، ومنها الإشراف على بيع العقاقير وعدم بيعها إلا بوصفة طبية، وكان المحتسب ينظم اختبار الأطباء ويشرف على امتحانهم ليعرف علمهم من جهلهم ودرجة إتقانهم للصناعة ويأخذ على الأطباء عهد أبقرات ويحلفهم ألا يعطوا أحداً دواءً مضرًا، ولا يركبوا له سماً، ولا يصفوا سمايم عند أحد من العامة، ولا يذكروا للنساء الدواء الذي يسقط الأجنة، ولا للرجال الدواء الذي يقطع النسل، وليغضوا أبصارهم عن المحارم عند دخولهم على المرضى، ولا يفسوا الأسرار ولا يهتكوا الأستار ولا يتعرضوا لما ينكر عليهم فيه، كما ينبغي للطبيب أن يكون عنده جميع آلات الطب على الكمال.

أكد الطب العربي على ضرورة تشخيص المرض قبل إعطاء العلاج، يؤيد ذلك ما جاء في قول علي ابن رضوان: إذا دُعيت إلى مريض فأعطه ما لا يضره إلى أن تعرف علته فتعالجها عند ذلك. ومما ذكر عن عمل الطبيب وفحصه للناس وكيفية مداواتهم ووصف الدواء والعلاج لهم: ينبغي إذا دخل الطبيب على مريض أن يسأل عن سبب مرضه وعن ما يجد من الألم، ثم يرتب له قانوناً من الأشربة وغيرها من العقاقير، ثم يكتب نسخة بما ذكره للمريض، ويسلم نسخة لأولياء المريض بشهادة من حضر

"ربما لم نجد مركباً نقابل به مركباً أو نجده إلا أننا نحتاج إلى قوة زائدة". أي أننا قد نجد الدواء المفرد الذي يقابل حلاً مركباً، ولكن إحدى قوته أضعف أو أقوى فنحتاج إلى أن نخلط به ما يعدلها. ويؤكد ابن سينا على أن القليل من الأدوية خير من كثيرها في غرض واحد، فيقول:

"أعلم أن كثيراً من التركيب يؤدي إلى مفسد، وقليل من التركيب يؤدي إلى مزية أثر وفعل".

يؤكد على ذلك الرازي في كتابه (المرشد) وينصح بعدم اللجوء إلى الأدوية المركبة إلا عند الضرورة، وأن الأفضل الاختصار على الأدوية المفردة، ويؤكد الرازي أهمية التجربة في تركيب الأدوية في قوله: "ويحتاج في تركيب الأدوية وصناعة المراهم إلى دربة (تجربة) وحذق كثير".

لقد أدرك علماؤنا أهمية المشاهدة والتجربة في مجال المداواة، وليس من شك أنهما أهم مراحل المنهج العلمي التجريبي. ولقد نظم العرب مهنة الصيدلة، فجعلوا على الصيادلة نقيباً يسمى رئيس العشابين، وأخضعوها لنظام الحسبة حتى يحولوا دون غش الدواء، فكان على المحتسب أن يعرف عليهم عريفاً ثقة عارفاً بمعيشتهم، وأن يباشرهم ويخوفهم ويعظمهم وينهرهم بالعقوبة والتعزير، ويعتبر عليهم عقاقيرهم في كل أسبوع لأن العقاقير نحو 3000 عقار.

يأخذ المحتسب على الصيادلة ألا يخلطوا عقار وصفة طبية بوجه من الوجوه إلا بمحض الأمين عليهم، فيأتون إليه وكل دواء متحول على انفراد حتى يقابل بالمكان وتعد عقاقيره ويخلط الجميع بين يديه ويحلفهم على ألا يكثره بغيره ولا يعجنوه إلا بعسل طيب يؤدون فيه الأمانة والنصيحة وحينئذ ينصرفون لعقده.

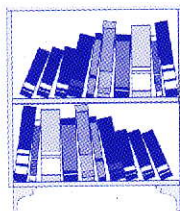
المراجع:

- 1- العرب والطب. أحمد شوكت الشطي
- 2- منهج البحث العلمي عند العرب. جلال محمد عبد الحميد
- 3- في آداب الحسبة. محمد ابن أحمد السقطي المالقي
- 4- نهاية الرتبة في طلب الحسبة. ابن بسام المحتسب
- 5- معالم القرية في أحكام الحسبة. محمد بن محمد القرشي

الطبية، أن الأدوية المفردة تقسمت تبعاً لمزاجها الطبيعي إلى أولى وثانية باعتبار تكوينها من عنصر واحد أو عدة عناصر. أما المركبة فقسمت تبعاً لخواصها إلى حارة وباردة ورطبة ويابسة. وهذا يطابق أقسام الأخلاط في الجسم الإنساني. ويعرف الدواء باعتبار آثاره في جسم الإنسان. فقد كانت المبادئ التي تقوم عليها نظرية ابن سينا في معالجة الأمراض، وبالتالي في تركيب الأدوية هي النظرية القائلة بتركيب جميع الكائنات من أربعة عناصر ومن أربعة كفاءات متضادة. فصحة البدن عبارة عن تعادل الأخلاط الأربعة في الجسم الإنساني وهي الدم والبلغم والمرارة السوداء والمرارة الصفراء قوة وصفة ومقداراً، وهو ما يسمى عنده بالمزاج، وإذا اختل الاعتدال الموجود بين الأخلاط مرض المزاج فلا عمل للطبيب إلا أن يعيده إلى ما كان عليه، وذلك بأن يقاوم أسباب الداء بما يضاهيها من الداء. ونظرية المزاج هي محور العلاج عند ابن سينا، إذ ينطبق على الأدوية، غير أن مزاج الأدوية لا يؤخذ مطلقاً، بل بالنسبة إلى البدن الإنساني. فالمهم في معرفة الأدوية إدراجها في أحد الأمزجة. إذ قواها وفعلها متوقف على طبيعة مزاجها الذي هو بالنسبة إلى البدن الإنساني، ولذلك كان المزاج المعتدل إنما يراد به أن "البدن الإنساني إذا لاقاه وفعل فيه بحرارته الغريزية لم يبعد أن يؤثر في بدن الإنسان تبريداً أو تسخيناً أو ترطيباً أو تيبساً، فوق الذي في الإنسان" ولا ينطبق هذا الاعتدال في المزاج الإنساني على أعدل قسمة وأكمل نسبة مطلقاً، على كل إنسان صحيح، بل هو أمر يختلف باختلاف الأقاليم والأجناس. وفي الجسم الصحيح يختلف باختلاف الأعضاء. فمزاج القلب غير مزاج الدماغ أو العين.

يشير ابن سينا إلى طريقتين لمعرفة قوى الأدوية: هما التجربة والقياس، وتقديم التجربة على القياس يفيد الجزم بقوة الدواء، لأن التجربة تعرفنا ما يصدر عن الدواء سواء أكان بالكيفية أو الصورة.

ولكن ما حاجتنا إلى الأدوية المركبة؟ يجب ابن سينا بقوله: "إننا قد لا نجد في كل علة خصوصاً المركبة دواء مقابلاً لها من المفردات، ولو وجدناه لما أثرنا عليه"، وقد يكون المرض مركباً ولا نجد دواءً مفرداً يقابل حلاً مفرداً، وذلك في قول ابن سينا



ملخصات

طبية

مختارة

Selected
Abstracts

■ صحة عامة

والدواء الموهوم.

- توقف 311 شخصاً عن المعالجة.

- بسبب الأعراض الجانبية، توقف 79 شخصاً عن المعالجة؛ 6 أشخاص في مجموعة الدواء الموهوم (3.8%)، و 16 في مجموعة لصقة النيكوتين (6.6%)، و 29 في مجموعة الببروبيون (11.9%)، و 28 في المجموعة بالمشاركة (11.4%).

- أكثر الأعراض الجانبية شيوعاً كانت الأرق والصداع.

الخلاصة: يؤدي العلاج بالببروبيون سواء أكان بمفرده أم بالمشاركة مع لصقة النيكوتين إلى فترات انقطاع طويلة عن التدخين، مقارنة مع العلاج بالنيكوتين بمفرده أو بالدواء الموهوم. إن المعالجة بالمشاركة تعطي معدل انقطاع مرتفع مقارنة مع المعالجة بالببروبيون بمفرده، ولكن هذا الاختلاف غير واضح إحصائياً.

نظام تغذية حوض المتوسط، وعوامل الخطر التقليدية،

ونسبة الاختلالات القلبية الوعائية التالية لاحتشاء

عضلة القلب:

تقرير نهائي عن دراسة نظام ليون القلبية

Mediterranean Diet, Traditional Risk Factors, and the Rate of Cardiovascular Complications after Myocardial Infarction:

Final Report of the Lyon Diet Heart Study

Circulation 1999 Feb 16; 99: 779-85

دوافع الدراسة: أشارت دراسة سابقة إلى أن نظام حمية حوض المتوسط قد يقلل من نسبة النكس التالي لاحتشاء العضلة القلبية الأول.

هدف الدراسة: معرفة النتائج على المدى الطويل للتقيد بنظام التغذية المتوسطي لدى المرضى الذين استمروا على قيد الحياة إثر احتشاء العضلة القلبية الأول.

المجموعة المدروسة: تألفت من 423 مريض بقوا على قيد الحياة بعد الإصابة باحتشاء عضلة القلب لأول مرة.

طريقة الدراسة: أخضعت المجموعة الأولى المؤلفة من 219 مريض لنظام تغذية متوسطي غني بحمض ألفالينولينك (Alpha-linolenic)، بينما تلقت مجموعة الشاهد المؤلفة من 204 مريض نصيحة طبية باتباع نظام حذر. توبع المرضى لمدة 46 شهراً وسطياً.

النتائج: كانت النتيجة الأولية للوفاة القلبية واحتشاء العضلة القلبية غير القاتل منخفضة بشكل واضح في المجموعة الأولى، مقارنة مع مجموعة الشاهد (14 مقابل 44 حادثاً، معدل الخطر

تجربة موجهة لاستخدام الببروبيون طويل أمد التأثير،

أو لصقة النيكوتين، أو كليهما، للتوقف عن التدخين

A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation

N Engl J Med 1999 Mar; 340: 685-91

خلفية الدراسة: يساعد العلاج ببدائل النيكوتين والببروبيون المضاد للاكتئاب في الإقلاع عن التدخين.

هدف الدراسة: المقارنة بين فائدة العلاج بالببروبيون بمفرده، والمشاركة بينه وبين لصقة النيكوتين.

المجموعة المدروسة: 893 مدخناً، تجاوزت أعمارهم 18 عاماً، يدخل كل منهم 15 سيجارة في اليوم، ويتجاوز وزنه 50 كغ، وقد تم تشجيعهم على التوقف عن التدخين.

طريقة الدراسة: قسم المرضى إلى 4 مجموعات، تناول 160 منهم الدواء الموهوم، وتناول 244 الببروبيون طويل أمد التأثير، و 244 لصقة النيكوتين، وتمت المعالجة بالمشاركة بين الببروبيون ولصقة النيكوتين لدى 245 مريضاً.

تم استثناء المدخنين المصابين باكتئاب سريري.

استمرت المعالجة لمدة 9 أسابيع. أعطي المرضى إما الببروبيون بجرعة 150 ملغ/يوم خلال الأيام الثلاثة الأولى، ثم بجرعة 150 ملغ/مرتين يومياً، أو الدواء الموهوم.

تم تطبيق لصقة النيكوتين لمدة 8 أسابيع بجرعة 21 ملغ/يوم اعتباراً من الأسبوع الثاني وحتى الأسبوع السابع، و 14 ملغ/يوم خلال الأسبوع الثامن، و 7 ملغ/يوم خلال الأسبوع التاسع. اعتبر اليوم الثامن هو اليوم الذي تم فيه التوقف عن التدخين.

النتائج:

- بعد مرور 12 شهراً، كانت نسبة الذين توقفوا عن التدخين 15.6% في المجموعة المتناولة للدواء الموهوم، و 16.4% في المجموعة المعالجة بلصقة النيكوتين، و 30.3% في المجموعة المعالجة بالببروبيون، و 35.5% في المجموعة المعالجة بالمشاركة.

- بمرور الأسبوع السابع، كان معدل ازدياد الوزن ضمن مجموعة الدواء الموهوم 2.1 كغ، و 1.6 كغ ضمن المجموعة المعالجة بلصقة النيكوتين، و 1.7 كغ ضمن مجموعة الببروبيون، و 1.1 كغ ضمن مجموعة المشاركة، وهي منخفضة بشكل ملحوظ عن معدل اكتساب الوزن في المجموعة المعالجة بالببروبيون



(0.28)

وخطر الأمراض القلبية الوعائية بين الرجال والنساء**A Prospective Study of Egg Consumption and Risk of Cardiovascular Disease in Men and Women**

JAMA 1999 Apr 21; 281: 1387-94

خلفية الدراسة: أصبح استهلاك البيض غير شائع كالتدخين، ولكن هل هناك ما يدعم هذا التغير في نمط الحياة؟

هدف الدراسة: توضيح العلاقة بين استهلاك البيض والحوادث القلبية.

المجموعة المدروسة: أجريت دراستان واسعتان في علم الأوبئة، ضمت الأولى 37851 رجلاً واستمرت لمدة 8 سنوات، وضمت المجموعة الثانية 80082 امرأة واستمرت لمدة 14 عاماً.

النتائج: عكس اتباع نظام غذائي ابتعد عن استهلاك البيض، انخفاضاً في معدل الاستهلاك الأسبوعي، فقد انخفض في عام 1986 من 2.3 إلى 1.6 في عام 1990 وذلك بين الرجال، كما انخفض في عام 1980 من 2.8 إلى 1.4 في عام 1990 بين النساء.

بعد ضبط بيانات سريرية أخرى، لم تتضح أية علاقة بين استهلاك البيض وخطر الأمراض القلبية الإكليلية، أو حوادث السكتة.

تضاعف خطر الإصابة القلبية الوعائية بين الرجال، وذلك لدى الأشخاص السكريين الذين تناولوا أكثر من بيضة يومياً، في حين ازداد بنسبة 49% بين النساء، مقارنة مع أولئك الذين تناولوا أقل من بيضة أسبوعياً.

الخلاصة: تطمئن هذه البيانات نوعاً ما بأن البيض لا يشكل خطراً على معظم الناس، ولكن قد يكون السبب في عدم ظهور خطر استهلاك البيض في هذه الدراسة هو المستوى العالي للدهن المشبعة في النظام الغذائي الأمريكي النموذجي.

الفومبيزول لعلاج الانسمام بالإيثيلين غليكول**Fomepizole for the Treatment of Ethylene Glycol Poisoning**

N Engl J Med 1999; 340: 832-8

دوافع الدراسة: يسبب التسمم بالإيثيلين غليكول حماساً استقلابياً وقصوراً كلوياً وقد يسبب الوفاة، والعلاج التقليدي هو: تثبيط الخميرة نازعة الهيدروجين الكحولي بالإيثانول حيث يعطى بجرعات سامة ويتبع بإجراء التحاليل الدموي.

هدف الدراسة: معرفة تأثير الفومبيزول (مثبط جديد للخميرة نازعة الهيدروجين الكحولي) في علاج التسمم بالإيثيلين غليكول.

انخفضت كل أسباب الوفاة في المجموعة الأولى (14 مقابل 24 وفاة، معدل الخطر 0.44)، كما انخفضت النتائج المركبة التي شملت المرحلة النهائية الثانوية كقصور القلب والحناق غير المستقر.

الخلاصة: تظهر هذه الدراسة أن تعديل نظام التغذية يؤدي إلى تخفيض المضاعفات، وذلك مقارنة مع العلاج بالستاتين. تشير النتائج أيضاً إلى أنه قد يكون لنوع الدهن في نظام التغذية نفس أهمية محتوى الدهن الكلي، إن لم يكن أكبر.

العلاقة بين توقف التنفس أثناء النوم**وخطر حوادث المرور****The Association between Sleep Apnea and the Risk of Traffic Accidents**

N Engl J Med 1999 Mar 18; 340: 847-51

خلفية الدراسة: تشير الأبحاث السابقة إلى وجود علاقة بين توقف التنفس أثناء النوم وخطر وقوع حوادث المرور.

هدف الدراسة: إثبات العلاقة بين توقف التنفس أثناء النوم وخطر وقوع حوادث المرور.

المجموعة المدروسة: أجريت في إسبانيا دراسة موجهة، حيث بين الباحثون انتشار توقف التنفس أثناء النوم لدى 102 شخصاً يتلقى معالجة طبية إسعافية إثر حوادث مرورية على الطرق السريعة، أما مجموعة الشاهد فضممت 152 شخصاً مماثلاً في العمر والجنس من نفس المنطقة.

طريقة الدراسة: أجريت عملية تخطيط رئوي Polygraphy Respiratory استمرت طوال الليل لجميع الأشخاص في منازلهم، كما أجري تخطيط نوم تقليدي للأشخاص الذين لديهم نتائج غير طبيعية، أو توقف تنفسي متوقع أثناء النوم.

النتائج: بعد ضبط المتغيرات المشوشة على النتائج مثل تعاطي الكحول، واستعمال الأدوية المهدئة، وخبرة القيادة، وجد أن الأشخاص المصابين بتوقف التنفس أثناء النوم (أي أن معامل توقف التنفس أثناء النوم/ قصور التنفس يتجاوز 10) معرضون بشكل كبير لحوادث المرور (نسبة الفرق = 7.2).

الخلاصة: تبين هذه الدراسة أن توقف التنفس أثناء النوم يزيد من خطورة وقوع حوادث مرورية، وتشير إلى سن قوانين خاصة للتعامل مع السائقين الذين يعانون من هذه المشكلة.

دراسة مستقبلية عن العلاقة بين استهلاك البيض

المجموعة المدروسة: 19 مريضاً لديه تسمم بالإيتيلين غليكول، حيث تجاوز تركيزه في المصورة 20 ملغ/ د.ل. الطريقة: أعطى المرضى وريدياً الفومبيزول، وأجري تحال دموي، وتوبع العلاج حتى وصل تركيز الإيتيلين غليكول في المصورة إلى تركيز لا يتجاوز 20 ملغ/ د.ل، ودرست حالة الحماس، والوظيفة الكلوية، واستقلاب الإيتيلين غليكول، وحركية الفومبيزول.

النتائج:

- لدى 15 مريضاً مصاباً بحماض (تركيز بيكربونات المصل 12.9 ملمول/ ليتر وسطياً)، مالت حالة الحماس للعودة إلى الحالة الطبيعية خلال ساعات من بدء العلاج بالفومبيزول.

- توفي مريض واحد لديه حماس شديد.

- ساءت وظيفة الكلية لدى 9 مرضى أثناء العلاج، كان لديهم عند البدء: تركيز مرتفع من الكرياتين في المصل، ومستوى مرتفع من الغليكولات glycolate في المصورة بشكل ملحوظ 97.7 ملغ/ د.ل.

- كانت الأذية الكلوية مستقلة عن تركيز الإيتيلين غليكول المصورى البدئي.

- انخفضت تراكيز المصورة من الغليكولات glycolate وكذلك إفراز البول من الحماضات (المستقلبات الأساسية للإيتيلين غليكول) وذلك بعد بدء العلاج.

- حدثت مضاعفات قليلة بسبب الفومبيزول.

الخلاصة: يقي إعطاء الفومبيزول مبكراً في حالات الانسداد بالإيتيلين غليكول من الأذية الكلوية عن طريق تثبيط تشكل المستقلبات السامة.

تم اختيار مجموعة الشاهد بشكل عشوائي من المجتمع ذاته. صنفت النشاطات الرياضية إلى 15 نشاطاً عالي الشدة مثل قيادة الدراجة والرياضة الهوائية aerobics والسباحة والتنس و 6 نشاطات متوسطة الشدة مثل المشي ورياضة الغولف والاعتناء بالحديقة gardening.

النتائج:

- كانت الخطورة النسبية للإصابة بتوقف القلب الأولي 0.36 لدى الأشخاص الذين يقومون بالتمارين المتوسطة أو العالية الشدة، مقارنة مع أولئك الذين لا يمارسون التمارين.

- كانت الخطورة النسبية لدى أولئك الذين يعتنون بالحديقة أو يمشون لمدة أطول من 60 دقيقة/ أسبوع تعادل 0.34 و 0.27 على الترتيب.

- لم يؤثر ضبط عوامل الخطورة المختلفة المعروفة المؤثرة على القلب في النتائج.

الخلاصة: يستنتج أن النشاطات الفيزيائية المتواضعة التي تتم في وقت الفراغ -والمفترض أنها ممتعة مثل المشي والاعتناء بالحديقة- تقي من الإصابة بتوقف القلب الأولي، ولا يقدم النشاط العالي الشدة أية فائدة إضافية.

استخدام الصادات الحيوية

بين الأهل والأطباء

Parents, Physicians, and Antibiotic Use

Pediatrics 1999 Feb; 103 (2): 395-401

دوافع الدراسة: أدى ظهور عوامل ممرضة جرثومية مقاومة إلى تزايد القلق بخصوص خطة وصف الصادات الحيوية، ويمكن أن يؤثر ضغط الأهل وتوقعاتهم في هذه الطريقة. هدف الدراسة: توضيح تأثير الأهل في طريقة وصف الأطباء، وماهية خطة الأطباء بغية تقليل الاستخدام غير المناسب لمضادات الجراثيم الفموية.

طريقة الدراسة: طلب من 1000 طبيب أطفال عضو في الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، تم اختيارهم بشكل عشوائي من قبل الأكاديمية، أن يملؤوا قسائم استقصاء حول هذا الموضوع.

النشاط الفيزيائي في وقت الفراغ

وخطورة توقف القلب الأولي

Leisure-Time Physical Activity

and the Risk of Primary Cardiac Arrest

Arch Intern Med 1999 Apr 12; 159: 686-90

دوافع الدراسة: يرتبط النشاط الفيزيائي بتحسين عام في الصحة والإقلال من العديد من المخاطر الطبية النوعية ومنها خطر داء الشريان الإكليلي.

هدف الدراسة: معرفة فيما إذا كان النشاط الفيزيائي المنتظم في وقت الفراغ يقي من الإصابة بتوقف القلب الأولي (primary cardiac arrest (PCA

طريقة الدراسة والمجموعة المدروسة: في هذه الدراسة الموجهة



النتائج:

- تأهل 915 طبيب أطفال للدراسة، فكانت نسبة استجابتهم 67٪، وتم تقديم 610 تقرير.
- معظم المستجيبين كانوا من الذكور (56٪)، ويعملون ضمن مجموعات (51٪)، ويقومون بفحص 114 مريضاً/أسبوع وسطياً، ويمارسون المهنة لمدة 14 عاماً.
- ذكر 40٪ من الأطباء أن الأهل طلبوا وصف الصاد الحيوي 10 مرات على الأقل في الشهر الماضي، في حين لم يشعر الطبيب بضرورة ذلك.
- 48٪ من الأطباء ذكروا أن الأهل دائماً أو معظم الوقت يقومون بدفع الطبيب لوصف الصادات الحيوية عندما يكون أطفالهم مرضى، وحيث لا موجب لتناول الصاد.
- في أسئلة المتابعة، ذكر حوالي ثلث الأطباء أنهم أحياناً أو في معظم الأحوال يستجيبون لهذه الطلبات.
- وقد اعتبر 78٪ من الأطباء أن الأهل المثقفين هم المعتمد الوحيد والأكثر أهمية للتقليل من الاستخدام غير المناسب للصادات الحيوية الفموية العائد حسب رأي 54٪ من الأطباء إلى الاستجابة لضغط الأهل، مقابل 12٪ خشية المساءلة القانونية، و 19٪ لنقص الخبرة.
- الخلاصة: يقوم أطباء الأطفال بوصف العوامل المضادة للجراثيم حتى عندما لا تكون هناك ضرورة لذلك، بتأثير من الأهل، وهم يعتقدون بضرورة تثقيف الأهل لتشجيع الاستخدام المتوازن لهذه العوامل.

■ طب أطفال

انخفاض سكر الدم العرضي لدى حديثي الولادة الأصحاء

ضمن فترة الرضاعة الطبيعية

Symptomatic Hypoglycemia in Otherwise Healthy, Breastfed Term Newborns

Pediatrics 1999 Apr; 103 (4 pt 1): 837-9

دوافع الدراسة: إن تشخيص انخفاض سكر الدم الوليدي العابر المترافق بأعراض، والذي يحدث في غرفة الحضانه، لا يتم عادة لدى الرضع الطبيعيين ظاهرياً الذين يتم تخريجهم من المشفى. هدف الدراسة: تصف هذه الدراسة 3 حالات مماثلة متواجدة في المنزل في اليوم الثالث من الولادة حدث لديهم نوبات انقطاع تنفس مهددة للحياة.

النتائج: أثبتت هذه الدراسة أن التخريج المبكر للرضع الطبيعيين

ظاهرياً الذين لديهم تكيّفات غذائية أو استقلابية حدية، يمكن أن يعرض بعض الأطفال الرضع إلى حدوث انخفاض سكر الدم بعد التخريج وإلى المخاطر المرافقة له.

تأثير وضعية النوم على التطور الحركي لدى الرضع

Effects of Sleep Position on Infant Motor Development

Pediatrics 1998 Nov; 102 (5): 1135-40

خلفية الدراسة: انخفضت نسبة عدد الرضع الذين ينامون على صدورهم بشكل كبير نتيجة لتوصيات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال والتي توصي بإضجاع الرضع الأصحاء على جنبهم أو ظهرهم عند النوم. ومع تزايد نسبة النوم على الظهر، تم سؤال أطباء الأطفال عن وجود اختلافات في نسبة اكتساب مظاهر حركية مبكرة بين الرضع الذين ينامون بوضعية الاستلقاء على الظهر والذين ينامون على الصدر.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة عملية متوقعة على رضع أصحاء أعمارهم أقل من شهرين، حيث طلب من أهاليهم تسجيل وضعية نوم أطفالهم، ووقت اليقظة الذي أمضاه الطفل بوضعية الانكباب على صدره حتى عمر 6 أشهر. وقد استخدم log التطور لتتبع المعالم الحركية من الولادة وحتى المشي. تم تحديد العمر الذي اكتسب فيه الرضيع 8 معالم حركية، ومقارنة وسطي الأعمار التي تم فيها تحقيق هذه المعالم في كلتا الحالتين.

النتائج:

- أتم 351 رضيعاً الدراسة.
- حقق الرضع الذين يتخذون وضعية النوم على الصدر معالم حركية في عمر أبكر من الذين يتخذون الوضعية الأخرى، فقد كان الاختلاف كبيراً في عمر الدحرجة، والجلوس مستنداً، والزحف، والحبو، ومحاولات الوقوف.
- لم يكن الاختلاف كبيراً في عمر المشي.
- الخلاصة: يتأثر نموذج التطور الحركي المبكر بوضعية النوم، حيث يحقق الرضع الذين ينامون على صدورهم معالم حركية عديدة في وقت أبكر من أولئك الذين ينامون مستلقين على ظهورهم. مع ذلك، فإن جميع الرضع يحققون جميع المعالم ضمن الفترة الطبيعية من العمر، مما يطمئن الأهل. من الجدير بالذكر، أنه يجب ألا تتخذ هذه الاختلافات ذريعة للتخلي عن توصيات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بشأن وضعية النوم.

طرق تغذية الخدج: محاولة عشوائية حول التلقيم

المعدي-المعوي وطريقة التغذية بالأنبوب



Feeding Strategies for Premature Infants: Randomized Trial of Gastrointestinal Priming and Tube-Feeding Method

Pediatrics 1999 Feb; 103 (2): 434-9

دوافع الدراسة: إن المعلومات حول تدبير التغذية المعوية للخدج محدودة، ولا تكون عادة موضوع المحاولات السريرية العشوائية. لقد أشارت العديد من الدراسات الصغيرة إلى فوائد البداية المبكرة للتغذية، ولكنها لم تقيم التأثيرات المشتركة لزمان بدء التغذية وطريقة التغذية بالأنبوب، ونوع الحليب المستخدم. يمكن لهذه المعالجات سواء أكانت مفردة أم مركبة أن تؤثر في النمو، وتمعدن العظم، والمعايير الحيوية الكيميائية للحالة الغذائية، وتحمل الغذاء، وأخيراً مدة المكوث في المستشفى.

طريقة الدراسة: شملت الدراسة 171 خديجاً صنفوا حسب عمر الحمل (من 26 إلى 30 أسبوعاً)، والتغذية (رضاعة طبيعية أم صيغة خاصة بالخدج).

تم التوزيع بشكل عشوائي بين 4 مشاركات علاجية تمت بطريقتين متوازنتين للمقارنة بين وجود أو غياب التلقيح الهضمي لمدة 10 أيام، وبين التسريب المستمر مقابل التغذية بالأنبوب بشكل جرعات متقطعة.

النتائج:

- النتيجة الرئيسية لهذه الدراسة هي: أن الوقت اللازم للرضع للوصول إلى تغذية تامة بطريق الفم كان متماثلاً في جميع المعالجات.

- لم يترافق التلقيح الهضمي بتأثيرات جانبية، ولكن ترافق بأخذ أفضل للكالسيوم والفوسفور، وارتفاع مستوى كالسيوم المصل وفعالية الفوسفاتاز القلوية، وبزمن عبور معوي أقصر.

- كان عدم تحمل التغذية أقل بشكل ملحوظ في طريقة التغذية بالأنبوب بجرعة واحدة، وكانت نسبة اكتساب الوزن أكبر مما هي عليه في الطريقة المستمرة.

- كلما ازدادت كمية حليب الأم المأخوذة كلما قلت الأمراض. الخلاصة: إن التغذية الهضمية المبكرة بحليب الأم باستخدام طريقة التغذية بالأنبوب يمكن أن تؤدي إلى أفضل النتائج لدى الخدج.

أنماط الداء الرئوي المزمن اللانموذجي لدى المواليد Atypical Chronic Lung Disease Patterns in Neonates

Pediatrics 1999 Apr; 103(4 pt 1): 759-65

هدف الدراسة: تحديد - في عصر ما بعد المنظفات - مدى حدوث والصفات السريرية للرضع ذوي الإصابات اللانموذجية، مقابل المصابين بخلل تنسج قصبي رئوي BPD محدد تقليدياً لدى

الخدج الذين لم يتجاوز وزنهم عند الولادة 1251 غرام. طريقة الدراسة: دراسة جماعية راجعة.

مكان الدراسة: وحدة عناية مشددة وليدية محلية واحدة (مستوى ثالث ورابع).

المجموعة المدروسة: 232 خديجاً لا يتجاوز أوزانهم 1251 غ عند الولادة، أحضروا بالتتابع إلى الوحدة على مدى سنتين. المعيار الرئيسي للنتائج: مدى حدوث BPD التقليدي والداء الرئوي المزمن اللانموذجي CLD، دون حدوث كرب تنفسي مسبق أو بعد الشفاء من كرب تنفسي.

النتائج:

من بين 177 رضيعاً لا يتجاوز وزنهم 1251 غ تبقيوا على قيد الحياة إلى 28 يوماً.

- 27 منهم (15%) أصيبوا بداء رئوي مزمن لا نموذجي.

- 61 (34.5%) أصيبوا بخلل تنسج قصبي رئوي تقليدي.

- كان الرضع المصابون بـ CLD لا نموذجي أثقل وزناً بشكل ملحوظ وأكثر نضجاً من الرضع المصابين بـ BPD تقليدي (وسطي الوزن عند الولادة 922 غ مقابل 854 غ، ووسطي عمر الحمل 26.8 أسبوعاً مقابل 26.1 أسبوعاً)

- وسطي فترة الدعم بجهاز التهوية 31 يوماً (تتراوح بين 2 و 127 يوماً) مقابل 42 يوماً (تتراوح بين 4 و 145 يوماً).

- وسطي فترة المعالجة بالأكسجين 30 يوماً (تتراوح بين 11 و 163 يوماً) مقابل 48 يوماً (تتراوح بين 19 و 180 يوماً).

أي أن وسطي الفترتين أقصر لدى المصابين بـ CLD لانموذجي منه لدى المصابين بـ BPD تقليدي.

الخلاصة: يشكل الداء الرئوي المزمن اللانموذجي 31% من مجموع حالات الداء الرئوي المزمن. يبدو الـ CLD اللانموذجي أقل شدة من الـ BPD التقليدي، كما تشير هذه المعلومات إلى أن الأذيات الرئوية الحادة الأولية ليست المسؤول الوحيد عن حدوث الداء المزمن الوليدي.

التوزع والعوامل المتعلقة بمستويات هوموسيستئين

المصل لدى الأطفال:

استقصاءات في مرحلتي الطفولة والبلوغ للتوصل إلى

الصحة القلبية الوعائية

Distribution of and Factors Associated with
Serum Homocysteine Levels in Children: Child
and Adolescent Trial for Cardiovascular Health

JAMA 1999 Apr 7; 281: 1189-96



له أطفالهم خلال السنوات السابقة، وتمت مراجعة السجلات الطبية لهؤلاء الأطفال.

النتائج: كان مجموع الأطفال المصابين بحالات ينطبق عليها تعريف السعال الديكي حسب التصنيف الكندي 941 طفلاً، منهم 558 طفلاً فقط (59%) راجعوا الطبيب.

كان مرض السعال الديكي ضمن التشخيص التفريقي لدى 24% فقط من هذه الحالات، بينما شخص لدى 12% فقط بشكل مؤكد. عندما تم استخدام تعريف حالة السعال الديكي - والذي يختلف قليلاً عن التصنيف الكندي - من قبل منظمة الصحة العالمية، كانت النتائج مماثلة، فقد راجع الطبيب 416 من 648 طفلاً (64%) حققوا تعريف الحالة، وحدث شك بالتشخيص لدى 26% فقط منهم، وكان التشخيص أكيداً لدى 14% منهم.

كان التوجه لتشخيص السعال الديكي أرجح في حال اشتداد الأعراض، كما أنه كان أكثر اعتباراً وبحثاً من قبل طبيب الأطفال الذي يقوم بالاستقصاءات والزرع أكثر مما يقوم به الطبيب العام.

الخلاصة: يجب التفكير بالسعال الديكي عند إصابة الأطفال بالسعال خاصة الطويل الأمد. تشير هذه الدراسة إلى النسبة العالية من حالات السعال الديكي المهمة وغير المشخصة من قبل الأطباء، وأن غياب إثبات التشخيص بالزرع الجرثومي لا يسمح بتحديد دقيق للحالات المهمة.

المعالجة المبكرة بالديكساميثازون لدى الخدج

Early Dexamethasone Therapy in Preterm Infants: A Follow-up Study

Pediatrics 1998 May; 101(5): E7

هدف الدراسة: معرفة أثر المعالجة الباكرة (أقل من 12 ساعة من العمر) بالديكساميثازون على الرضع لمنع الداء الرئوي المزمن .
Chronic Lung Disease CLD
المجموعة المدروسة: 133 طفلاً (63 طفلاً معالجا بالديكساميثازون، و70 طفلاً شاهداً).

تراوح وزن الأطفال عند الولادة بين 500 - 1999 غ، ولديهم متلازمة كرب تنفسي شديدة تطلبت تهوية آلية خلال الساعات الست الأولى من الولادة.

طريقة الدراسة: بدأت المعالجة بالديكساميثازون بعمر 8.1 ساعة، وأعطى الأطفال 0.25 ملغ/كغ/كل 12 ساعة لمدة أسبوع، ثم سحب الدواء تدريجياً خلال فترة تجاوزت الثلاثة أسابيع، وتوبعت المجموعتان لمدة عامين. تم تقييم: القصة الطبية، والخلفية الاقتصادية الاجتماعية،

خلفية الدراسة: يعتبر الهوموسيسيتئين Homocysteine عامل خطورة لحدوث الداء القلبي الوعائي لدى البالغين.

هدف الدراسة: تمت هذه الدراسة في الولايات المتحدة لمعرفة المزيد عن دور الهوموسيسيتئين لدى الأطفال.

يبلغ وسطي مستويات الهوموسيسيتئين في البلازما لدى الأطفال نصف مستوياته لدى البالغين.

طريقة الدراسة: تم تحديد مستويات هوموسيسيتئين المصل دون صيام بدراسة متصالبة لـ 3524 طفلاً تراوحت أعمارهم بين 13-14 عاماً اختيروا من أربع ولايات.

النتائج: بلغ متوسط مستوى الهوموسيسيتئين 4.9 ميكرومول/ليتر (يتراوح بين 0.1-25.7).

كانت المستويات لدى الفتيان أعلى بشكل ملحوظ منها لدى الفتيات، ولدى السود منها لدى البيض أو الأصل الإسباني، ولدى المدخنين منها لدى غير المدخنين.

كانت مستويات البلازما أقل بنسبة 6% لدى الأطفال الذين يتناولون الفيتامينات، وهو فرق كبير.

لا توجد علاقة بين مستويات هوموسيسيتئين المصل وبين مستويات دسم المصل، أو وجود داء قلبي وعائي في تاريخ العائلة.

الخلاصة: إن العلاقة السببية بين مستويات الهوموسيسيتئين لدى الأطفال وحدوث داء قلبي وعائي في مرحلة البلوغ غير مفهومة تماماً. وتعتبر الدراسات القائمة لتخفيض هذه المستويات دراسات واعدة، لذا، فمن المستحسن استمرار التشجيع على تناول غذاء غني بالفاكهة والخضار، علماً بأن تناول حمض الفوليك وفيتامين B6 و B12 يرتبط بمستويات أقل من هوموسيسيتئين البلازما.

إخفاق الأطباء في وضع السعال الديكي

موضع الاعتبار لدى الأطفال

Failure of Physicians to Consider the Diagnosis of Pertussis in Children

Clin Infect Dis 1999 Apr; 28: 840-6

خلفية الدراسة: على الرغم من الانتشار الواسع للقاح السعال الديكي، إلا أن هذا الداء مازال يصيب الأطفال الصغار.

هدف الدراسة: توضح هذه الدراسة التي تمت في كندا، كيف يهمل بعض الأطباء تشخيص السعال الديكي.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: قام أهالي 8235 مريض بملء استطلاع حول أي مرض ترافق بسعال طويل الأمد تعرض



Pediatrics 1999 Apr; 103: 783-90

خلفية الدراسة: إن سير المرض لدى أكثر الأطفال المصابين بالحمق الأولي هو سير حميد. ومع ذلك، فمن الممكن أن تتطور مضاعفات خطيرة مثل التهاب اللقافة الناخر NF الناتج عن المكورات العقدية من الفئة A Streptococcus.

هدف الدراسة: تحاول هذه الدراسة الموجهة إيجاد ارتباط محتمل بين التهاب اللقافة الناخر واستخدام الأيبوبروفن بالإضافة إلى عوامل خطورة أخرى.

طريقة الدراسة: خلال فترة زمنية قدرها 19 شهراً، تم قبول 19 طفلاً إلى المستشفى بسبب إصابتهم بالتهاب اللقافة الناخر خلال ثلاثة أسابيع من إصابتهم بخمج الحمق الأولي.

تألفت مجموعة الشاهد من 29 مريضاً أدخلوا إلى نفس المعهد بسبب إصابتهم بخمج النسيج الضام الرخو الخطير دون التهاب اللقافة الناخر، خلال الأسابيع الثلاثة الأولى من إصابتهم بالحمق الأولي.

النتائج: بعد ضبط العمر والجنس ووجود المكورات العقدية فئة أ، كان معدل تناول الأيبوبروفن أكبر بمعدل عشر مرات لدى الأطفال الذين تطور لديهم التهاب اللقافة الناخر مقارنة بمجموعة الشاهد.

84% من حالات NF كانت بسبب المكورات العقدية فئة أ، مقارنة مع 27% من حالات خمج النسيج الضام الرخو لدى مجموعة الشاهد.

في معظم الحالات، بدأ تناول الأيبوبروفن بعد بدء الخمج الثانوي.

كانت نسبة ظهور الاختلاطات التالية في مجموعة التجربة أكبر منها لدى مجموعة الشاهد؛ تجرثم الدم Bacteremia، ومتلازمة الصدمة السمية الناجمة عن المكورات العقدية، وانخفاض الضغط الشرياني، وداء الخثار.

لم يشاهد ارتباط بين التهاب اللقافة الناخر واستخدام الأسيتامينوفين acetaminophen.

الخلاصة: على الرغم من ترافق التهاب اللقافة الناخر مع استخدام الأيبوبروفن، إلا أن هذه النتائج لا تثبت وجود علاقة سببية بينهما. مع ذلك، فإن نتائج الدراسة تشير إلى أن السبب قد يكون قدرة مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية على تثبيط الاستجابة المناعية، أو على إخفاء الأعراض وبالتالي تأخير المعالجة. لذلك، يجب أن يتنبه الأطباء إلى إمكانية ازدياد خطورة حدوث التهاب اللقافة الناخر عند تناول الأيبوبروفن خلال فترة الإصابة بخمج الحمق.

والنمو الفيزيائي، والفحوص العصبية، ومعايير التطور الروحي الحركي والعقلي (MDI , PDI)، والوظيفة الرؤية، وتخطيط الدماغ الكهربائي، والمقدرة البصرية السمعية.

النتائج:

– كان لدى مجموعة الشاهد ميل أعلى لحدوث أخماج تنفسية علوية، وللمعودة للمشفى بسبب مشكلات تنفسية، مقارنة مع المجموعة المعالجة بالديكساميثازون.

– لم يظهر اختلاف بين المجموعات من حيث النمو الجسدي لدى الإناث على عكس الذكور، فقد ظهر لديهم نقص وزن ملحوظ وقصر في الطول بعد المعالجة بالديكساميثازون مقارنة مع ذكور الشاهد

الوزن: 10.7 ± 3 كغ مقابل 11.9 ± 2 كغ

الطول: 84.9 ± 5.7 سم مقابل 87.5 ± 4.8 سم.

– حدث لدى المجموعة المعالجة بالديكساميثازون اضطراب في الوظيفة الحركية العصبية بنسبة أعلى لدى 25 من 63 طفلاً، مقابل 12 من 70 طفلاً في مجموعة الشاهد.

– كانت معايير PDI منخفضة لدى المجموعة المعالجة بالديكساميثازون 79 ± 26 ، مقارنة مع مجموعة الشاهد 87 ± 23 ، لكن الاختلاف لم يكن واضحاً إحصائياً.

– كلتا المجموعتين قابلتين للمقارنة بمعايير MDI، حيث كان هناك اضطراب في الرؤية وفي القدرة البصرية والسمعية.

– لوحظ حدوث إعاقة، حددت بالاضطراب العصبي الشديد و/أو خلل عقلي فكري MDI و/أو PDI 69 لدى 22 طفلاً (31.4%) ضمن مجموعة الشاهد، مقابل 26 (41.2%) ضمن المجموعة المعالجة بالديكساميثازون.

الخلاصة: رغم أن المعالجة الباكرة عقب الولادة بالديكساميثازون لمدة أربعة أسابيع تقلل بشكل ملحوظ من حدوث CID، لكن لا يمكن التوصية بهذه المعالجة في الوقت الحاضر بسبب التأثيرات السيئة على الوظيفة العصبية الحركية والنمو الجسدي لدى الذكور الرضع والتي لوحظت خلال عمر السنتين.

■ (أعراض انتانية) (خمجية)

دراسة موجهة لالتهاب اللقافة الناخر في الحمق الأولي
A Case-Control Study of Necrotizing
Fasciitis During Primary Varicella



علاقة الأنفلونزا بالإمراضية ونسبة الوفيات

بين النساء اليافعات والمتوسطات بالعمر
Influenza-Associated Morbidity and Mortality
in Young and Middle-Aged Women

JAMA 1999 Mar 10; 281: 901-7

دوافع الدراسة: عادة ما تستهدف حملات لقاح الأنفلونزا المسنين، على الرغم من أن دراسات سابقة وجدت أنه من المفيد تمنيع البالغين الأقل عمراً.

هدف الدراسة: أجريت دراستان لإثبات فائدة لقاح الأنفلونزا على الشباب.

الدراسة الأولى:

تصف هذه الدراسة عواقب الأنفلونزا على نساء لم يتجاوزن 65 عاماً.

كانت هناك 53607 حالة إدخال إلى المستشفى ووفيات نتيجة داء قلبي رئوي، 24% من تلك الحالات ظهرت خلال فصل الأنفلونزا.

من بين النساء ذوات الخطر المرتفع، مثل أولئك المصابات بالـHIV، أو أية حالة من الحالات الست الأخرى التي ينصح فيها بلقاح الأنفلونزا، تم تسجيل إصابة 10000/23 فرداً شهرياً بالأنفلونزا بين نساء تراوحت أعمارهن بين 15-44 عاماً، وإصابة 10000/58 فرداً شهرياً بالأنفلونزا أيضاً بين نساء تراوحت أعمارهن بين 45-65 عاماً. كان معدل الإصابات أقل كثيراً بين النساء ذوات الخطر الأقل.

الدراسة الثانية:

اختبرت هذه الدراسة العشوائية تأثير لقاح الأنفلونزا ثلاثي التكافؤ على 264 مختصاً صحياً معافى، تتجاوز أعمارهم 50 عاماً.

بعد مراقبة شديدة أسبوعية للمرض بين 4746 شخصاً، كان لدى 14% من مجموعة الشاهد، و2% من المجموعة التي تلقت اللقاح دليل مصلي على الخمج.

مالت معدلات أيام الغياب عن العمل، وحدوث مرض حموي للانخفاض، وذلك بين الأفراد الذين تلقوا اللقاح.

الخلاصة: توضح هذه الدراسة أن الأفراد ذوي الخطورة العالية الذين لا تتجاوز أعمارهم 65 عاماً وكذلك الأصحاء الشباب من المختصين بالعناية الطبية، يكتسبون فوائد حقيقية من لقاح الأنفلونزا. لذلك، يجب أن تستهدف حملات التلقيح تلك المجموعات إلى جانب المسنين.

العلاقة بين وجود المفرزات القيحية

لأخماج الجهاز التنفسي العلوي

والعلاج بالمضادات الحيوية
The Relation Between
Purulent Manifestations
and Antibiotic Treatment of Upper
Respiratory Tract Infections

J Gen Intern Med 1999 Mar; 14: 151-6

خلفية الدراسة: إن قرار وصف المضادات الحيوية لعلاج خمج الجهاز التنفسي العلوي URI يرتبط دون شك بتوقعات المريض وتوجهات الطبيب.

هدف الدراسة: البحث في العوامل السريرية المؤثرة في وصف المضادات الحيوية لعلاج خمج الجهاز التنفسي العلوي. المجموعة المدروسة: 322 بالغاً تم تشخيص إصابتهم بخمج الجهاز العلوي التنفسي فقط، مع استثناء الإصابة بالتهاب الجيوب، والتهاب البلعوم، والتهاب الأذن، والتهاب القصبات الهوائية.

طريقة الدراسة: شوه 76% من المرضى في البدء من قبل ممرضة مجازة للعمل تحت إشراف طبيب، ووضع 33% من المرضى على الصادات.

لدى تحليل المتغيرات، تم تحديد خمسة عوامل وجهت إلى التنبؤ بوصف المضادات الحيوية وهي: التدخين، ومفرزات أنفية خضراء أو قشع أخضر ذكر من قبل المريض، ووجود مفرزات أنفية قيحية أو نضحة لوزية Tonsillar Exudate عند الفحص. النتيجة: كانت النتائج متشابهة بين زيارات الممرضين وزيارات الأطباء.

الخلاصة: يعتبر وجود مفرزات قيحية مثبتة في القصة المرضية أو لدى الفحص الفيزيائي، العامل الذي يحدد قرار وصف المضادات الحيوية للمرضى المصابين بخمج الجهاز التنفسي العلوي. مع ذلك، فقد بينت دراسات أخرى أنه لا يمكن للمفرزات القيحية وحدها التمييز بين الأخماج الجرثومية والفيروسية، ولا تشير بالضرورة إلى الأمراض التي تستوجب العلاج بالمضادات الحيوية.

تقدم نتائج هذه الدراسة أيضاً معلومات تثقيفية حول وجوب الحد من الاستخدام غير الملائم للمضادات الحيوية.



من العمر مصابين بخمج السالمونيلا، كما تم الحصول على المستنبتات من الأطعمة والأشخاص المقيمين في المنزل والحشرات والحيوانات الأليفة ومن المصادر المحيطة.

جرى فحص الأنماط المصلية المصادفة لدى المرضى الذين تمت دراستهم (المؤشر) والعينات المعزولة من المنزل بواسطة الرحلان الكهربائي ذي الحقل الهلامي النابض Pulsed-Field Gel Electrophoresis

النتائج: تمت معاينة 66% من المنازل المؤهلة للدراسة بعد 3.4 أيام وسطياً من إثبات وجود السلمونيلا.

وقد تم الحصول على 526 مستنبتاً من 50 منزلاً كالتالي:

- 120 من الأطعمة
- 52 من البرادات
- 47 من الماء
- 46 من الأسطح الداخلية
- 42 من التربة
- 36 من فتحات اللعب
- 34 من المكانس الكهربائية
- 26 من الحشرات والحيوانات الأليفة
- 50 من أماكن أخرى

وجدت عينات معزولة ذات نمط مصلي مماثل لذلك الموجود لدى المرضى (المؤشر) في 16 منزلاً، 3 منازل منها تحتوي على عينات معزولة من نمط مصلي ثان، و3 منازل أخرى اكتشف فيها نمط مصلي آخر.

كانت نماذج الرحلان الكهربائي للعينات المعزولة من الأشخاص ومن محيطهم غير قابلة للتمييز لدى جميع الأشخاص عدا اثنين منهم.

نماذج العينات المعزولة للنمط المصلي ذاته والمأخوذة من منازل متعددة كانت مختلفة:

وجد النمط المصلي المتمثل في:

- أماكن متعددة (4 حالات).
- واجهات الأبواب المحيطة المتسخة (4 حالات).
- أفراد المنزل (3).
- المكانس الكهربائية (1).
- الحشرات والحيوانات المنزلية (1).
- رفوف البرادات (1).

الخلاصة: تبين هذه المعلومات أهمية البيئة المحيطة بالطفل في تطور داء السالمونيلا. ويجب على الأطباء أن يركزوا على تثقيف أهل حول الانتشار المحيطي للسالمونيلا.

تلعب الأطعمة المنزلية الدور الأقل أهمية في إصابة الرضع والأطفال بهذا الخمج.

ذات الجنب السلية: دراسة مطبقة على 254 مريضاً

هجمة خمج الشيغللات *Shigella sonnei* والمرتبطة بتناول البقدونس الطازج في الولايات المتحدة وكندا،

خلال تموز-آب 1998

Outbreaks of *Shigella sonnei* Infection Associated with Eating Fresh Parsley

United States and Canada, July-August 1998

MMWR 1999 Apr 16; 48: 285-9

أصبحت الفاكهة والخضار الطازجة والمرتبطة عادة بالإصابة بإسهال المسافرين السبب الشائع للإسهال في المنزل.

كان انتشار الإسهال الخمجي في الولايات المتحدة في السنوات القليلة الماضية يرجع إلى الفريز والخس وأوراق الحبوب، والآن أصبح البقدونس الملوّث عاملاً فعالاً في نقل داء الشيغللات.

في صيف 1998 استقبل مركز أمراض التلوث تقارير عديدة حول الإصابة بداء الشيغللات، كانت حوالي 500 حالة منها مثبتة أو محتملة وبسبب البقدونس المفروم الذي تزين به الأطباق في المطاعم وذلك في ماساشوستس وكاليفورنيا ومينيسوتا وفلوريدا وأليبرتا (كندا).

أظهر الجرثوم المنتشر نموذج رحلان كهربائي Electrophoretic Pattern واضح، وكان مقاوماً للأمبيسيلين Ampicillin، والتريميثوبريم-سلفاميثوكسازول Trimethoprim-Sulfamethoxazole. أتى معظم هذا البقدونس من مزارع في باجا كاليفورنيا Baja California والمكسيك، حيث يستخدم الماء المحلي غير المعالج بالكور في صنع الثلج ليتم تعليبه مع البقدونس بغرض النقل.

وقد أثبت - تحت الشروط التجريبية - أن البقدونس المفروم المحفوظ في درجة حرارة الغرفة هو وسط إنباتي جيد للشيغللات، حيث يزداد عدد المستعمرات الجرثومية بمقدار 1000 ضعف خلال 24 ساعة.

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أهمية الغسل الجيد والتبريد للمواد الطازجة في البيوت والمطاعم، والذي من شأنه أن يقلل من خطورة الإصابة بهذا المرض.

البيئة المنزلية، والإصابة بالسالمونيلا لدى الأطفال The Home Environment and Salmonellosis in Children

Pediatrics 1999 Jan; 103(1): E1

هدف الدراسة: اكتشاف دور الأطعمة والبيئة المنزلية في تطور خمج السالمونيلا لدى الرضع والأطفال.

طريقة الدراسة: تم القيام بأبحاث منزلية لمرضى دون الرابعة



الحبيبومات المتجبنة ، وقد زاد زرع مادة الخزعة من الحساسية الكلية. اعتمد التشخيص على استقصاء الحبيبومات في الخزعة لدى 79.8% من المرضى، وعلى نتائج زرع الخزعة لدى 11.7% منهم، وعلى زرع سائل الجنب لدى 8.5% منهم.

– لم يكن الفحص الجليدي السلبي ضماناً لكون الانصباب غير سلي (حيث كان إيجابياً لدى 66.5% فقط من المرضى).

الخلاصة: إن انخفاض العمر الوسطي للمرضى وقلة حدوث الآفات الرئوية المرافقة قد يوجه لكون انصباب الجنب السلي هو إصابة درنية أولية في هذه المنطقة المدروسة، وإن سلبية تفاعل السلي لا تنفي الإصابة.

الستيروئيدات القشرية لمعالجة تدرن الصفاق (الخلب) Corticosteroid Treatment of Peritoneal Tuberculosis

Clin Infect Dis 1998 Jul; 27(1): 52-6

خلفية الدراسة: تفيد الستيروئيدات القشرية في علاج متلازمات سلية معينة.

هدف الدراسة: معرفة دور الستيروئيدات القشرية بالمشاركة مع المعالجة المضادة للسلي في معالجة سل البريتوان (تدرن الصفاق).

المجموعة المدروسة: تألفت المجموعة الأولى من 9 مرضى، أما المجموعة الثانية فتألفت من 26 مريضاً، مع غياب فوارق التوزيع السكاني والمرضي بين المجموعتين.

طريقة الدراسة: عولجت المجموعة الأولى بمشاركة الستيروئيدات مع الأدوية المضادة للتدرن، بينما تناولت المجموعة الثانية (الشاهد) أدوية مضادة للتدرن فقط.

النتائج:

– اشتكى 19 مريضاً من المجموعة الثانية (الشاهد) من ألم متكرر في البطن، مقارنةً مع مريض واحد من المجموعة الأولى.

– سجل 7 مرضى من المجموعة الثانية 17 زيارة للمستشفى بحالة إسعافية بسبب ألم في البطن، كما تم تشخيص انسداد في الأمعاء لدى خمسة منهم، وظهر لدى أربعة من الذين أجري لهم فتح بطن التصاقات واسعة.

– توفي ثلاثة مرضى من المجموعة الثانية، بينما لم تحدث وفاة ضمن المجموعة الأولى.

– لم يتم تشخيص انسداد في الأمعاء لدى أي مريض من المجموعة الأولى أجري له فتح بطني.

– لم يسجل ضمن المجموعة الأولى أية زيارة لقسم الإسعاف بسبب ألم في البطن.

Tuberculous Pleurisy: A Study of 254 Patients

Arch Intern Med 1998 Oct 12; 158 (18): 2017-21

هدف الدراسة: تحديد عمر حدوث انصبابات ذات الجنب السلية، وتعيين الخواص والمميزات الشعاعية والكيمائية الحيوية للانصباب، وتقييم حساسية الفحوص التشخيصية المتنوعة سواء أكانت مفردة أم متشاركة.

مكان الدراسة: أحد المشافي الجامعية في إسبانيا، في منطقة تكثر فيها الإصابة بالسلي.

المجموعة المدروسة: 254 مريضاً لديهم انصباب جنب سلي مثبت، تمت مشاهدتهم خلال الفترة ما بين الأول من كانون الثاني 1989 ونهاية حزيران 1997.

النتائج:

– كان الشباب هم الأكثر عرضة للإصابة، حيث إن 62.2% من المرضى لم تتجاوز أعمارهم 35 سنة، ووسطى العمر 34.1 ± 18.1 سنة.

– أصيبت الجهة اليمنى لدى 55.9% من المرضى، وأصيبت الجهة اليسرى لدى 42.5%، بينما كانت الإصابة ثنائية الجانب لدى 1.6% من المرضى. أصيب أقل من ثلثي نصف الصدر لدى 81.5% من المرضى.

– لم يترافق انصباب الجنب في أغلب الحالات بارتشاح رئوي، بينما لوحظت آفات رئوية مرافقة لدى 18.9% فقط من المرضى، وظهر تكهف لدى 14.6% منهم.

– كانت أكثر الانصبابات نتحية exudates ، وغنية بالمفاويات، حيث احتوت الانصبابات على بروتين كلي عال في 98.8% منها، ومستويات كولسترول عالية في 94.9%، ومستوى LDH Lactate dehydrogenase مرتفع في 82.3%، وتجاوزت نسبة اللمفاويات في سائل الجنب 50% في 93.3% من حالات الانصباب.

– إن تركيز Adenosine Deaminase (ADA) العالي هو علامة تشخيصية ذات حساسية مرتفعة، ويعود ذلك لارتفاع تركيز ADA2 بشكل أساسي. كان تركيز ADA لدى جميع المرضى باستثناء واحد منهم أي 99.6% أكثر من 47 وحدة /ل، وفي 96.8% أي 127/123 من الانصبابات مستويات عالية من ADA2، وفي 89% أي 82/73 من الانصبابات مستويات انترفيرون غاما عالية، واشترك ADA2 في 72.2% (12.5% من فعالية الـ ADA الكلية، أي ارتبطت فعالية ADA الكلية بشكل واضح مع مستويات عالية من ADA2 وانترفيرون غاما.

– كان المعيار الأكثر حساسية هو خزعة الجنب ورؤية



قمة السعة الهوائية VO2 كانت أفضل لدى المرضى المعالجين باللوسارتان بعد مضي ستة أشهر (13.5 مقابل 13.6 مل/كغ/دقيقة)، مقارنة مع الدواء الموهوم (14.1 مقابل 13.6 مل/كغ/دقيقة).

الخلاصة: توضح هذه الدراسة، الفوائد السريرية لكبت أكمل لجهاز الرينين-أنجيوتنسين، بواسطة مشاركة منافس مستقبل AT1 مع مثبط تقليدي للأنزيم القالب للأنجيوتنسين ACE لدى المرضى المصابين بقصور قلب احتقاني شديد. لاتزال هذه النتائج بحاجة إلى تجارب أوسع لتأكيد أمان وفعالية هذه الطريقة، وتقرير دورها الأساسي في تدبير مرض قصور القلب الاحتقاني.

تأثير تثبيط الخميرة القالبة للأنجيوتنسين على الموت

القلبي المفاجئ التالي لاحتشاء العضلة القلبية الحاد Effect of Angiotensin Converting Enzyme Inhibition on Sudden Cardiac Death in Patients Following Acute Myocardial Infarction

JACC 1999 Mar 1; 33: 598-604

دوافع الدراسة: أظهرت الاستقصاءات أن مثبطات الخميرة المحولة للأنجيوتنسين ACE تزيد من فرص بقيا المرضى المصابين باحتشاء العضلة القلبية MI وبسوء وظيفة البطين الأيسر، ولكن لاتزال الآلية غير واضحة.

هدف الدراسة: اختبار تأثير هذه العوامل على الموت القلبي المفاجئ SCD.

طريقة الدراسة: تقوم هذه الدراسة على تحليل 15 محاولة سريرية اختيرت بشكل عشوائي، حيث بلغ عدد المرضى 15104 مريض. اشتمل هذا التحليل فقط على الدراسات التي تم فيها بدء المعالجة بمثبطات ACE خلال 14 يوماً من حدوث احتشاء العضلة القلبية واستمرت هذه المعالجة لمدة تفوق الستة أسابيع.

النتائج: كانت نسبة الوفاة الكلية 16٪، واعتبر الباحثون 900 حالة وفاة منها مفاجئة (38٪ من العدد الكلي للوفيات). وجد بالمتابعات المختلفة التي استمرت من شهرين إلى 42 شهراً، أن المعالجة بمثبطات ACE تقلل من خطورة الوفاة الكلية بنسبة 17٪، والوفاة القلبية الوعائية بنسبة 18٪، والموت القلبي المفاجئ بنسبة 20٪ (5.3٪ مقابل 6.6٪ للدواء الموهوم).

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أن تخفيض حالات الموت القلبي المفاجئ يزيد فرص البقاء التي تعزى إلى استخدام مثبط ACE بعد احتشاء العضلة القلبية. من المحتمل أن الآليات تشتمل على خفض الفعالية الودية، وزيادة اصطناع البروستاسيكلين،

الخلاصة: إن مشاركة الستيروئيد القشري مع المعالجة المضادة للتدرن تخفض من تكرار الإصابة والاختلاطات لدى مرضى مصابين بتدرن صفاق (بريتوان).

إضافة حاصرات مستقبل الأنجيوتنسين II لزيادة تثبيط الخميرة المحولة للأنجيوتنسين يحسن القدرة على الجهد لدى المرضى المصابين بقصور القلب الاحتقاني الشديد Addition of Angiotensin II Receptor Blockade to Maximal Angiotensin-Converting Enzyme Inhibition Improves Exercise Capacity in Patients with Severe Congestive Heart Failure

Circulation 1999 Mar 2; 99: 990-2

خلفية الدراسة: تشير المعلومات الحديثة إلى أن تثبيط الأنزيم القالب للأنجيوتنسين ACE يؤدي فقط إلى كبت جزئي لجهاز الرينين-أنجيوتنسين المفعّل لدى مرضى قصور القلب الاحتقاني CHF، مما قد يساهم في تطور الأعراض لدى هؤلاء المرضى.

هدف الدراسة: معرفة فيما إذا كانت مشاركة مثبط الأنزيم القالب للأنجيوتنسين مع منافس مستقبل الأنجيوتنسين II نمط I (ATI) هو اللوسارتان Losartan، يؤدي إلى كبت تفعيل جهاز الرينين-أنجيوتنسين بشكل أتم.

طريقة الدراسة: أجريت دراسة عديدة المراكز ثنائية التعمية لمقارنة تأثير اللوسارتان Losartan مقابل دواء موهوم على القدرة على الجهد والدرجة الوظيفية لدى 33 مريضاً مصاباً بقصور قلب احتقاني شديد الأعراض من الدرجة الثالثة أو الرابعة، على الرغم من المعالجة بمثبطات الأنزيم القالب للأنجيوتنسين، والديجوكسين، والمدرات لمدة ثلاثة أشهر على الأقل.

تناول المرضى الذين تم اختيارهم عشوائياً اللوسارتان Losartan بمقدار 50 ملغ/يوم، أو الدواء الموهوم، وذلك لمدة 6 أشهر.

تم قياس قمة السعة الهوائية (VO2) خلال اختبار الجهد على السير المتحرك، والدرجة الوظيفية حسب تصنيف جمعية القلب في نيويورك (NYHA)، وذلك عند البدء وبعد ثلاثة أشهر وستة أشهر من بدء المعالجة.

النتائج: تحسنت الدرجة الوظيفية بمقدار درجة NYHA واحدة على الأقل لدى 9 من أصل 16 مريضاً تناولوا اللوسارتان Losartan، مقابل مريض واحد من 17 مريضاً تناولوا الدواء الموهوم.



مقارنة المعالجة بمضادات التخثر لمدة ثلاثة أشهر مع

تمديد هذه المدة لعلاج الانصمام الخثاري الوريدي

A Comparison of Three Months of Anticoagulation with Extended Anticoagulation for a First Episode of Idiopathic Venous Thromboembolism

N Engl J Med 1999 Mar 25; 340: 901-7

خلفية الدراسة: يصف العديد من الأطباء فترة علاجية من الوارفارين Warfarin مدتها ثلاثة أشهر للمرضى المصابين بالانصمام الخثاري الوريدي Venous Thromboembolism هدف الدراسة: تختبر هذه الدراسة التي تمت في أمريكا الشمالية فائدة إطالة مدة العلاج للمرضى المختارين.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: شملت الأبحاث 162 مريضاً أصيبوا للمرة الأولى بانصمام خثاري وريدي مجهول السبب (أي خثار وريدي عميق أو انصمام رئوي Pulmonary Embolism دون وجود عوامل مؤهبة هامة لحدوث الخثار) كان هناك استثناءات شملت وجود مضاد استطباب لاستخدام مانعات التخثر لمدة طويلة.

بعد تناول الهيبارين Heparin ثم العلاج بالوارفارين Warfarin لمدة ثلاثة أشهر، تم اختيار المرضى بشكل عشوائي للاستمرار في تناول الوارفارين أو الدواء الموهم.

أنهت الدراسة بعد متابعة لمدة عشرة أشهر وسطياً بسبب الاختلاف الكبير الذي وجد بين المجموعتين. النتائج:

بلغت نسبة عودة الانصمام الخثاري الوريدي 27.4% سنوياً لدى المرضى الذين تناولوا الدواء الموهم، في حين بلغت 1.3% عند استخدام الوارفارين.

أصيب ثلاثة مرضى من ضمن المجموعة المعالجة بالوارفارين بنزف هام غير مميت.

توفي مريض واحد من ضمن المجموعة المعالجة بالدواء الموهم، بسبب انصمام رئوي.

الخلاصة: وجد الباحثون أن المرضى الذين أصيبوا للمرة الأولى بانصمام خثاري وريدي مجهول السبب يجب أن يعالجوا لمدة تزيد على الثلاثة أشهر، ولكن لم يتم تحديد المدة المثالية للمعالجة بعد. مع ذلك، فمن الجدير بالذكر أن هذه الدراسة كانت ذات اصطفاية عالية للأشخاص الأقل عرضة لاختلاطات النزيف.

قلب نظم الرجفان الأذيني الانتيابي

في قسم الإسعاف

والوقاية من استنزاف البوتاسيوم، وتعزيز تنبيه المبهم enhanced vagal tone ، وتحسين إعادة تشكل البطين الأيسر.

توسيع الصمام التاجي عبر الجلد بواسطة مبضع صمام

معدني حديث التصميم:

نتائج فورية للخبرة البدئية لدى 153 مريضاً

Percutaneous Mechanical Mitral Commissurotomy with a Newly Designed Metallic Valvulotome: Immediate Results of the Initial Experience in 153 Patients

Circulation 1999 Feb 16; 99: 793-9

دوافع الدراسة: أصبحت طريقة توسيع الصمام بواسطة البالون عبر الجلد باستخدام قنطار بالون اينو Inoue balloon catheter أو تقنية البالون المزدوج الطريقة المثالية لعلاج التضيق التاجي الرثوي لدى المرضى ذوي الصمامات المتحركة غير المتكلسة، لكن الكلفة العالية للبالون، وكذلك فعاليته المحدودة في الصمامات المتكلسة أدت إلى الحد من استخدامه خاصة في الدول النامية حيث ينتشر هذا المرض.

هدف الدراسة: وصف النتائج السريرية الأولى لهذه الدراسة باستخدام مبضع الصمام المعدني الجديد. هذا الجهاز شبيه بموسع Tubbs ، ولكنه يثبت على جهاز إدخال القثطرة عوضاً عن استخدامه جراحياً.

النتائج: نجحت عملية توسيع الصمام باستخدام هذا الجهاز لدى 92% من 153 مريضاً وسطي أعمارهم 36 سنة، مع ازدياد مساحة الصمام التاجي من 1 إلى 2.2 سم². شملت المضاعفات قلنس تاجي بمقدار درجتين أو أكثر لدى 6% من المرضى، واندحاس tamponade لدى مريض واحد، وهجمة نقص تروية دماغية عابرة لدى مريض واحد، كما حدث انفتاح بجانب الصوار لدى 87% من الحالات.

الخلاصة: تبدو النتائج البدئية باستخدام هذا الجهاز الجديد مشابهة لتلك الناتجة عن استخدام تقنيات البالون المتداولة، كما أن إمكانية إعادة تعقيم واستخدام مبضع الصمام المعدني يمكن أن تخفف من الكلفة في البلدان النامية. إن تقرير ما إذا كان هذا الجهاز يؤدي إلى نتائج أفضل من طريقة توسيع الصمام بواسطة البالون في حال الصمامات ذات الشكل غير المثالي، يحتاج إلى مقارنة دراسات عشوائية، ومتابعة طويلة المدى.



J Am Coll Cardiol 1999 Mar 15; 33: 924-31

دوافع الدراسة: يعتبر قصور القلب الاحتقاني من الدرجة الرابعة عادة مضاد استطباب للكارفيديلول Carvedilol وحاصرات بيتا بسبب النسبة العالية للاختلاطات، ولكن هناك بعض المعطيات التي تشير إلى أن هؤلاء المرضى يمكن أن يكونوا أشد المستفيدين من تلك المعالجة.

طريقة الدراسة: قامت هذه الدراسة التي أجريت في أستراليا، بتحليل نتائج 230 مريضاً عولجوا بالكارفيديلول بسبب إصابتهم بقصور القلب، من بينهم 63 مريضاً من الدرجة الرابعة. النتائج:

- تحمل 71% مريضاً من الدرجة الرابعة الكارفيديلول لمدة طويلة، حيث تحسن 59% منهم على الأقل بمقدار درجة وظيفية واحدة، مقابل 37% من المرضى الأقل أعراضاً.

- حدثت أعراض جانبية خطيرة غير مميتة لدى 43% من مرضى الدرجة الرابعة، مقابل 24% من المرضى الأقل أعراضاً.

- كانت المشكلة الأكثر شيوعاً هي سوء حالة قصور القلب (22% مقابل 10%).

- كان ضغط الدم الانقباضي، ومستويات صوديوم المصل أقل لدى مرضى الدرجة الرابعة الأكثر عرضة لحدوث الأعراض الجانبية.

- حدثت معظم الأعراض الجانبية خلال ستة أسابيع من بدء المعالجة بالكارفيديلول، بحيث حدث أكثر من نصف هذه الأعراض خلال الأسبوعين الأولين عندما كان المرضى يتناولون الجرعات الأقل.

الخلاصة: وجد أن الكارفيديلول يسبب اختلاطات أكثر لدى مرضى قصور القلب الاحتقاني من الدرجة الرابعة، منها لدى المرضى ذوي الأعراض الأقل، لكن مرضى الدرجة الرابعة هم أكثر قابلية للتحسن باستخدام هذه المعالجة.

تؤكد هذه الدراسة على فائدة الكارفيديلول، وعلى ضرورة الحذر الشديد والمتابعة الدائمة عند محاولة المعالجة بحاصرات بيتا لدى مرضى قصور القلب الاحتقاني المتقدم.

تأثيرات اللوسارتان على ارتفاع الضغط

وعلى كتلة البطين الأيسر

Effects of Losartan on Hypertension and Left Ventricular Mass: A Long-Term Study

J Hum Hypertens 1998 Aug; 12(8): 505 -10

هدف الدراسة: تقييم فعالية اللوسارتان (مضاد منتخب لمستقبلات الأنجيوتنسين II) في تخفيض ارتفاع الضغط ومعرفة

Cardioversion of Paroxysmal Atrial Fibrillation in the Emergency Department

Ann Emerg Med 1999 Apr; 33: 379-87

خلفية الدراسة: تكرار قبول مرضى الرجفان الأذيني الحاد AF إلى المشفى.

هدف الدراسة: تدبير مرضى الرجفان الأذيني في قسم الإسعاف ED دون قبولهم في المشفى.

مكان الدراسة: في أوتاوا، بكندا.

المجموعة المدروسة: اشتملت على 168 مريضاً راجعوا قسم الإسعاف 289 مرة بسبب الرجفان الأذيني الحاد (سواء هجمة جديدة أو انتيابية)، وقد روعي عند اختيار المرضى استبعاد المصابين بالذبحة Angina، أو الوذمة الرئوية، أو الذين أدخلوا إلى المشفى بشكل نظامي بسبب أمراض أخرى.

النتائج:

- تم تطبيق قلب النظم القلبي الكيميائي، غالباً بزرق البروكائين أميد Procainamide وريدياً، في 180 مراجعة من مراجعات المرضى، وحقق نجاحاً في 95 منها.

- تم تطبيق قلب النظم القلبي الكهربائي في 80 مراجعة، وحقق نجاحاً في 71 منها.

- زال الرجفان الأذيني بشكل تلقائي قبل بدء المعالجة في 38 مراجعة.

- في 71 مراجعة تمت معالجة المرضى دوائياً لضبط سرعة القلب، وقد احتاج بعضهم لتدخلات علاجية عديدة.

- قبل 3% فقط من الحالات في المشفى.

- كانت الاختلاطات نادرة داخل قسم الإسعاف، وقد سجلت الدراسة حدوث اختلاط واحد قصير الأمد بعد الخروج من قسم الإسعاف، هو انصمام الشريان الفخذي.

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أن مرضى الرجفان الأذيني الحاد ذوي الحالة السريرية المستقرة يمكن تدبيرهم بأمان في قسم الإسعاف ثم يرسلون إلى المنزل، ولكن ما يحد من ذلك، أنه على الرغم من متابعة المرضى المعالجين بهذه الطريقة في المشفى، إلا أنه لم يتم بعد القيام بمتابعة نظامية مديدة.

قابلية التحمل وفعالية الكارفيديلول لدى مرضى قصور

القلب من الدرجة الرابعة،

حسب تصنيف جمعية القلب في نيويورك

Tolerability and Efficacy of Carvedilol in Patients with New York Heart Association Class IV Heart Failure



- لم يكن هناك علاقة واضحة بين الكوليسترول الكلي والحوادث القلبية اللاحقة.

- بالمقابل، ازداد خطر الوفاة الإكليلية واحتشاء القلب بمعدل 18% لكل 25 ملغ/د.ل زيادة في مستوى LDL قبل المعالجة.

- ازداد الخطر بين المتناولين للدواء الموهم، مما أحدث تقارباً في معدل الحوادث بين مرضى مجموعتي البرافاستاتين والدواء الموهم من الذين لديهم مستويات LDL منخفضة.

- عندما كان مستوى LDL لا يتجاوز 126 ملغ/د.ل، لم يكن تأثير البرافاستاتين في خفض الوفيات واحتشاء العضلة القلبية كبيراً (من 10.2 إلى 9%).

- لوحظت العلاقة العكسية المنتظرة بين مستوى كوليسترول الشحوم المرتفعة الكثافة HDL Cholesterol والحوادث الإكليلية، مع فوائد البرافاستاتين التي كانت قابلة للمقارنة لدى كل المجموعات.

الخلاصة: تثبت هذه الدراسة زيادة خطر الحوادث القلبية بعد احتشاء العضلة القلبية عند ارتفاع قيمة الكوليسترول قبل المعالجة.

يزداد الخطر بشكل حاد بوجود مستويات مرتفعة من الكوليسترول، وبالتالي فإن فائدة الستاتينات Statins أكبر لدى هؤلاء المرضى. أما عندما يكون مستوى LDL منخفضاً، فإن هذه الفائدة تصبح محدودة، وهذا يحث على القيام بجهود استقصائية جديدة لدى هؤلاء المرضى.

هل تقوم أفخم المشافي في أمريكا بأداء أفضل لعلاج

احتشاء العضلة القلبية؟

Do "America's Best Hospitals"

Perform Better for Acute Myocardial Infarction?

N Engl J Med 1999 Jan; 340: 286-92

خلفية الدراسة: "أفضل المشافي في أمريكا" قائمة مهمة ومؤثرة تنشرها سنوياً U.S. News & World Report، وتقوم بتحديد نوعية المستشفيات. من غير المعروف إذا كان قبول المرضى في هذه المشافي الرائدة في مجال طب القلب يؤدي إلى إنقاص معدل الوفيات القريب الأمد Short-term Mortality، وذلك مقارنة مع مستشفيات أخرى، أو إذا كانت الاختلافات بمعدل الوفيات معقدة أو مفسرة بالاستخدام المختلف للعلاج الموصى به.

المجموعة المدروسة: تألفت هذه المجموعة من 149177 مريض مسن منتفع من العناية الطبية الحكومية، ومصاب باحتشاء عضلة قلبية حاد.

مدى تحمله، وتأثيراته على كتلة البطين الأيسر.

المجموعة المدروسة: 77 مريضاً لديهم ارتفاع ضغط هام.

طريقة الدراسة: أعطيت المجموعة الأولى (44 مريضاً، وسطي أعمارهم 54 ± 9 سنة) 50 ملغ/يوميّاً من اللوسارتان، وأعطيت المجموعة الثانية (33 مريضاً، وسطي أعمارهم 56 ± 7 سنة) 25 ملغ/يوميّاً من الهيدروكلورثيازيد Hydrochlorothiazide.

استمرت المعالجة والمتابعة لمدة 22 شهراً.

أجري في بداية الدراسة، وفي الشهر العاشر، وفي الشهر الثاني والعشرين لجميع المرضى الفحوص التالية: فحص دم روتيني وكيمائي، وتخطيط قلب كهربائي، وفحص قلب بالأشعة فوق الصوتية، ومراقبة غير غازية لضغط الدم السيار على مدى 24 ساعة.

النتائج: ظهر تحمل جيد وانخفاض واضح بوسطي الضغط الانقباضي والانقباضي في المجموعتين، الأولى 22 ملم ز و 11 ملم ز، والثانية 11 ملم ز و 7 ملم ز، للضغط الشرياني الانقباضي والانقباضي على التوالي.

ظهر هبوط واضح في مؤشر كتلة البطين الأيسر بعد 10 و 22 شهراً في المجموعة الأولى فقط.

الخلاصة: اللوسارتان دواء جيد التحمل يحدث انخفاضاً واضحاً في قيم الضغط الشرياني وفي كتلة البطين الأيسر لدى مرضى ارتفاع الضغط الشرياني.

تأثير المستويات البدئية للشحوم

على فعالية البرافاستاتين في تكرر الحالات القلبية

Influence of Baseline Lipids on Effectiveness of Pravastatin in the CARE Trial

J Am Coll Cardiol 1999 Jan; 33: 125-30

دوافع الدراسة: أثبتت دراسة ضبط الكوليسترول والحالات القلبية المتكررة (CARE) Cholesterol and Recurrent Events، قدرة البرافاستاتين بجرعة 40 ملغ/يوميّاً على تخفيض الحوادث القلبية لدى الناجين من احتشاء العضلة القلبية MI ولديهم مستويات كوليسترول على المعدل قبل المعالجة.

بشكل عام، بلغ انخفاض الوفيات واحتشاء العضلة القلبية غير القاتل 24%، وذلك خلال متابعة لمدة 5 سنوات.

هدف الدراسة: معرفة دور البرافاستاتين عندما يكون مستوى الشحوم المنخفضة الكثافة LDL منخفض.

طريقة الدراسة: قسم المرضى إلى مجموعات حسب قيمة الدسم الأولية، وتوبعت الحوادث الإكليلية والوفيات بعد إعطاء البرافاستاتين أو الدواء الموهم.

النتائج:



طريقة الدراسة:

تم اختبار العناية الطبية والنتائج لمرضى مقبولين في ثلاثة أنواع من المشافي هي:

– مشاف مصنفة ضمن قائمة النخبة Top-Ranked Hospitals أو الريادة في طب القلب.

– مشاف ليست رائدة، ومجهزة بشكل مشابه Similarly Equipped Hospitals، ولديها خدمات مباشرة on-site facilities بالنسبة لقطرة القلب، ورأب الأوعية الإكليلية Coronary Angioplasty، والجراحة التحويلية By-pass Surgery.

– أما باقي المشافي فهي فليست مجهزة بشكل مماثل Non-similarly Equipped.

تمت مقارنة معدل وفيات 30 يوماً 30-day mortality، وتم تسجيل معدلات استهلاك الأسبرين، وحاصرات بيتا Beta-blockers، وإعادة التروية Reperfusion، وعلاقة الاختلافات في معدلات علاج الوفيات القريب الأمد.

النتائج:

– اقترن قبول المرضى في المشافي الرائدة بانخفاض معدل الوفيات المحدد بـ 30 يوماً.

– لوحظ بين المرضى الذين لم يكن لديهم مضادات استتباب للعلاج، أن استهلاك الأسبرين سجل معدلات أعلى في مستشفيات المرتبة الأولى؛ فقد بلغ 96.2٪، مقارنة مع 88.6٪ في المشافي المماثلة التجهيز Similarly Equipped، و 83.4٪ في المشافي غير المماثلة التجهيز.

– ارتفعت نسبة استهلاك هذه المستشفيات لمستحضرات حاصرات بيتا حيث بلغت 75٪ مقابل 61.8 ٪، و 58.7٪ على الترتيب، أما معدلات المعالجة بإعادة التروية فقد كانت أقل؛ فبلغت 61٪ مقابل 70.7٪، و 65.6٪.

– كانت العلاقة بين القبول في المشافي الرائدة والبقاء أقل قوة عندما تم ضبط استهلاك الأسبرين، وحاصرات بيتا.

الخلاصة: ارتبط قبول المرضى المسنين المصابين باحتشاء العضلة القلبية الحاد في قائمة "أفضل المشافي في أمريكا" بانخفاض معدل الوفيات المحدد بـ 30 يوماً.

يحتمل أيضاً وجود علاقة جزئية أكيدة بين البقاء وبين الاستهلاك المرتفع للأسبرين، والعلاج بحاصرات بيتا في تلك المشافي.

تحسن إنذار أمهات دم الأبهر الصدري

Improved Prognosis of Thoracic Aortic Aneurysms: A Population-Based Study

JAMA 1998 Dec 9; 280: 1926-9

هدف الدراسة: التعرف إلى إنذار أمهات دم الأبهر الصدري. المجموعة المدروسة: تألفت من 133 مريض، تم تشخيص إصابتهم بأم دم أبهر غير مسلخة.

طريقة الدراسة: تم فحص سجلات المرضى ما بين عام 1980 و 1994، ثم توبعوا من خلال سجلاتهم حتى عام 1997.

النتائج:

– تم إثبات 51٪ من أمهات الدم لدى إناث كنّ حين التشخيص أكبر عمراً من الذكور، فقد بلغ وسطي أعمارهن 75.9 عاماً مقابل 62.8 عاماً.

– بلغ متوسط قطر أم الدم حين التشخيص 4.9 سم (21٪ منها تجاوز قطره 6 سم).

– توضع 40٪ منها في الأبهر الصاعد، و 31٪ في الصدري النازل، و 29٪ في الإثنيين معاً.

– بلغت الإمكانية التصاعدية خلال 5 سنوات لحدوث الإنبثاق 20٪، كما كانت المدة الوسطية بين التشخيص وحدوث الإنبثاق 4.3 سنة.

– ظهرت 79٪ من التمزقات لدى النساء.

– ارتبط ازدياد خطر الإنبثاق عند كشف الآفة بالجنس الأنثوي وظهور الأعراض.

– عندما كان قطر أم الدم أقل من 4 سم، بلغت الإمكانية التصاعدية للإنبثاق 0٪، في حين بلغت 16٪ لأمهات دم تراوحت أقطارها بين 4-5.9 سم، و 31٪ لأمهات الدم التي بقطر 6 سم فأكثر.

– بلغ معدل البقاء الكلي خلال 5 سنوات 65٪. كان انبثاق أم دم الأبهر الصدري السبب الأكثر إحداثاً للوفاة، يليه في ذلك الحوادث القلبية الأخرى.

– بلغت إمكانية التدخل الجراحي 24٪ خلال خمس سنوات، فكانت نسبة البقاء لـ 30 يوماً 92٪ لدى مرضى أجري لهم إصلاح انتقائي، في حين بلغت 43٪ لدى المرضى الذين أجري لهم إصلاح إسعافي.

الخلاصة: تقيم هذه الدراسة الهامة الإنذار المألوف لأمهات دم الأبهر الصدري، ومن النتائج المدهشة أهمية الجنس الأنثوي كعامل خطورة لحدوث الانبثاق، ولأن نسبة الانبثاق بلغت 16٪ في أمهات الدم التي تراوح قطرها بين 4-5.9 سم، فمن المحبذ إجراء ترميم جراحي هجومي لأمهات الدم المتوسطة الحجم.

دراسة عشوائية لمقارنة التحميل من الوارفارين



والبالغين اليافعين: توصيات للوقاية من التأثيرات

الممرضة للتصلب العصيدي في دراسة على الشباب

Prevalence and Extent of Atherosclerosis in

Adolescents and Young Adults:

Implications for Prevention from the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study

JAMA 1999 Feb 24; 281: 727- 35

دوافع الدراسة: أظهر تشريح جثث الجنود الأميركيين الشباب عام 1953 وجود خطوط شحمية، ومؤشر باكراً آخر على التصلب العصيدي.

هدف الدراسة: معرفة مدى انتشار الآفات العصيديه الباكراً بين الأميركيين بعمر 15-34 سنة.

المجموعة المدروسة: ضمت 2876 شخصاً تراوحت أعمارهم بين 15-34 سنة، وقد توفوا بأسباب خارجية كالحوادث والقتل.

طريقة الدراسة: تم فحص الأبره والشرابين الإكليلية اليمنى للبحث عن الآفات العصيديه الباكراً.

النتائج:

- وجدت الآفات البطانية حتى بين الأشخاص بعمر 15-19 سنة في جميع الشرايين الأبرهية، وفي أكثر من نصف الشرايين الإكليلية.

- وجدت الآفات البارزة على البطانة في الأبره البطني لدى 13% من الذكور البيض الذين تراوحت أعمارهم بين 15-19 سنة، ولدى 65% من الذين تراوحت أعمارهم بين 30-34 سنة.

- بين الأشخاص بعمر 15-19 سنة، وجدت الآفات البارزة على البطانة في الشرايين الإكليلية اليمنى لدى 24% من الذكور السود والبيض، لكنها كانت أقل شيوعاً بين الإناث.

الخلاصة: تظهر هذه المعطيات المقلقة أن التصلب العصيدي الباكر لا يخلو حتى بين اليافعين بعمر 15-19 سنة في الولايات المتحدة، وتشير إلى وجوب البدء بالوقاية الأولية من التصلب العصيدي اعتباراً من مرحلة الطفولة والمراهقة.

المعلومات غير كافية لتقييم فعالية الجرعات وطرق إعطاء

العوامل الحالة للخطر لعلاج السكتة بنقص التروية

Data are Insufficient to Evaluate the Effectiveness of Doses and Administration Routes of

Thrombolytic Agents for Acute Ischemic Stroke

ACP Journal Club 1999 May/ June; 130 (3): 62

هدف الدراسة: معرفة أشد العوامل الحالة للتخثر فعالية في علاج

بجرعة 5 ملغ و 10 ملغ

A Randomized Trial Comparing 5 mg and 10 mg Warfarin Loading Doses

Arch Intern Med 1999 Jan 11; 159: 46-8

دوافع الدراسة: يتطلب البدء بمعالجة الانصمام الخثري الحاد البقاء في المشفى لفترة وجيزة من أجل تطبيق المعالجة بالمميعات، ومن ثم تحديد الجرعة الداعمة.

هدف الدراسة: اختيار جرعة التحميل المثلى من أجل اختصار الزمن المستغرق لضبط هذه الجرعة.

تقييم فعالية تحميل الوارفارين بجرعة 10 ملغ مقابل جرعة 5 ملغ، من أجل الوصول إلى معدل دولي طبيعي ثابت (INR) International Normalized Ratio يتراوح بين 2.0 و 3.0 وذلك خلال الخمسة أيام الأولى من العلاج.

المجموعة المدروسة: ضمت 57 مريضاً، بلغ متوسط أعمارهم 67 عاماً، ولدى 65% منهم حالة انصمام خثري حادة.

طريقة الدراسة: قسم المرضى عشوائياً إلى مجموعتين، ضمت المجموعة الأولى 21 مريضاً تناولوا الوارفارين بجرعة 10 ملغ/يوم، وضمت الثانية 32 مريضاً تناولوا الوارفارين بجرعة 5 ملغ/يوم، وذلك خلال اليومين الأولين من العلاج. تم تحديد الجرعات اللاحقة بواسطة مخطط لوغاريتمي للجرعات.

النتائج:

- من ضمن المجموعة الأولى، سجل 5 مرضى (24%)، و21 مريضاً (66%) من المجموعة الثانية، النهايات الأولية لقيم INR والتي تراوحت بين 2.0 و 3.0 وذلك في قياسين متسلسلين حصل عليهما خلال الأيام 3، و4، و5، ولم ترتفع قيم INR عن 3.0 طوال فترة الدراسة.

- حدثت زيادة في الميوعة عندما كانت INR أعلى من 3.0 وذلك لدى 24% من أفراد المجموعة الأولى، مقارنة مع 7% من المجموعة الثانية.

- لم تسجل أية اختلاطات نزفية.

الخلاصة: هذه النتيجة كانت مفاجئة نوعاً ما، إذ لم تكن جرعة التحميل 10 ملغ أكثر فعالية من الجرعة 5 ملغ في الوصول السريع إلى المستوى العلاجي لـ INR. توضح هذه المعطيات، أن طريقة التحميل بجرعة عالية لن تنقص فترة مكوث المرضى في المشفى، وقد تؤدي إلى حالة غير مرغوب بها من فرط الخثار ناتجة عن التثبيط الشديد لمستوى البروتين C خلال الأيام الثلاثة الأولى، كما قد تزداد الميوعة بعد هذه الأيام الثلاثة.

انتشار وامتداد التصلب العصيدي بين المراهقين



العالية من هذه العوامل تحمل خطراً متزايداً للإصابة بنزف داخل دماغي قاتل.

التدابير المتبعة لتخفيض ضغط الدم الشرياني غير كافية Inadequate Management of Blood Pressure in a Hypertensive Population

N Engl J Med 1998 Dec 31; 339: 1957- 63

دوافع الدراسة: رغم وجود خطوط واضحة لمعالجة فرط ضغط الدم، إلا أن معظم المصابين لا يصلون إلى الرقم المستهدف الذي لا يتجاوز 90/140 ملم ز.

هدف الدراسة: فحص طريقة تدبير الأطباء لارتفاع الضغط وتأثير عنايتهم بالمرضى.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: فحصت السجلات الطبية لـ 800 ذكر تلقوا علاجاً في 5 مناطق في New England لمدة تجاوزت العامين.

النتائج:

– في الزيارة الأساسية للمرضى كان وسطي الضغط الانقباضي والانبساطي 146.2 و 84.3 ملم ز على الترتيب.

– رغم أن زيارات العناية الصحية المتعلقة بارتفاع الضغط بلغت 6.4 زيارة سنوياً، إلا أن الضغط الانقباضي الوسطي هبط بمقدار 0.8 ملم ز فقط، كما هبط الضغط الانبساطي بمقدار 1.7 ملم ز، وذلك بعد سنتين من الرعاية.

– انخفضت نسبة المرضى ذوي الضغط البالغ 90/160 ملم ز من 46.3% إلى 39.4%، خلال سنتين.

– ارتفعت نسبة المعالجة بخافضات الضغط أثناء 6.7% من الزيارات المتعلقة بارتفاع الضغط.

– بمعزل عن عدد الزيارات أو المميزات الأصلية للداء، فقط نال المعالجون بشكل أكثر درجة أفضل من ضبط الضغط الشرياني. الخلاصة: تبرهن هذه الدراسة على عدم وصول نسبة هامة من مرضى ارتفاع الضغط إلى المستوى المستهدف، كما ترى بأن الأطباء لا يقدمون العلاج المركز الكافي للمرضى.

سكتة نقص التروية الحادة، والجرعة المثلى لهذه العوامل. مصادر المعلومات: حددت الدراسة بالرجوع إلى Medline وإلى Embase/ Excerpta Medica و Biosis وكذلك بالرجوع إلى مجلات وملخصات أخرى، والاتصال ببعض الباحثين وشركات الأدوية.

طريقة الدراسة: أجريت هذه المحاولات العشوائية الموجهة على المرضى خلال 14 يوماً من الإصابة بسكتة نقص التروية الحادة، وقد تمت مقارنة الأدوية الحالة للتخثر ببعضها مباشرة، أو مقارنة الجرعات المختلفة، أو طرق الإعطاء. قدرت المعطيات التي تضمنت: النشاط الوظيفي والوفاة والنزف الداخلي الدماغي والنزف الهام الخارج الدماغي، ووجود حالات خارج دماغية هامة أخرى.

شملت الدراسة جميع العوامل الحالة للتخثر: يوروكيناز Urokinase، وبرويوروكيناز Pro-urokinase، ستربتوكيناز Streptokinase، ومفعل البلازمينوجين النسيجي Tissue Activator Plasminogen، ولمبروكيناز Lumbrokinas.

تم استخلاص المعلومات بناء على نوعية الدراسة من حيث المرض، وخواص الدراسة التي تشتمل على العوامل الحالة للتخثر والجرعات وطرق الإعطاء والنتائج.

النتائج: أجريت الدراسة في اليابان، وشملت 8 محاولات عشوائية موجهة ضمت 1334 مريضاً، 7 محاولات قارنت بين الجرعات العالية للعوامل الحالة للتخثر والجرعات المنخفضة للعوامل ذاتها، في حين قارنت 3 محاولات بين عوامل مختلفة.

كانت النزوف داخل الدماغية أشد خطورة لدى مجموعات الجرعة العالية، منها لدى مجموعات الجرعة المنخفضة، ولم تشهد اختلافات أخرى بينها (وفاة، أو اعتياد في نهاية فترة المتابعة، أو وفاة بعد أسبوعين أو بنهاية فترة الدراسة، أو نزف داخل دماغي هام خلال فترة المتابعة، أو نزف خارج دماغي هام كلي خلال فترة المتابعة).

قارنت 3 محاولات بين عوامل مختلفة، فلم يظهر أي اختلاف في النتائج.

كانت المعلومات غير كافية لمعرفة فعالية طرق الإعطاء المختلفة.

الخلاصة: إن المعلومات غير كافية لمقارنة جرعات وطرق إعطاء العوامل المضادة للتخثر بشكل فردي، وكذلك مقارنة فعالية العوامل المضادة للتخثر المختلفة في معالجة سكتة نقص التروية الحادة.

مع ذلك، فإن بعض الشواهد المحدودة تشير إلى أن الجرعات

ميكوفينوليت موفيتيل لمعالجة التهاب الشريان لـ تاكاياسو:

تقرير عن ثلاث حالات

Mycophenolate Mofetil for the Treatment of Takayasu Arteritis: Report of Three Cases

Ann Intern Med. 1999; 130: 422- 426

دوافع الدراسة: داء تاكاياسو هو شكل نادر من الالتهاب المزمن الذي يصيب الأوعية الشريانية الكبيرة، وقد لا يستجيب بعض



مرضى بالكابتوبريل، أما الثانية المؤلفة من 5480 مريضاً فأعطيت معالجة تقليدية مكونة من المدرات أو حاصرات بيتا، أو كليهما، وتوبع المرضى لمدة ست سنوات وسطياً. النتائج: تم ضبط التحليل إحصائياً بسبب الاختلاف الواضح والمقدر بـ 2 ملم زلوسطي أساس ضغط الدم لدى كلتا المجموعتين.

أصيب بالمرحلة النهائية الأساسية (احتشاء عضلة قلبية قاتل أو غير قاتل، وسكتة دماغية، ووفاة قلبية وعائية) 363 مريضاً من المجموعة المعالجة بالكابتوبريل، و335 مريضاً من مجموعة المعالجة التقليدية (11.1 مقابل 10.2 لكل 1000 مريض سنوياً) وهو اختلاف غير كبير.

العنصر الوحيد الذي اختلف بشكل واضح هو السكتة، والتي حدثت بشكل أكثر شيوعاً لدى مجموعة الكابتوبريل عنها لدى مجموعة المعالجة التقليدية (189 مقابل 148 سكتة).

حدثت نهاية ثانوية واحدة هي السكري، وكانت أقل شيوعاً ضمن مجموعة الكابتوبريل مقارنة مع المجموعة الثانية أثناء التجربة (337 مقابل 380 حالة).

ضمن مجموعة فرعية تألفت من 572 مريضاً سكرياً عند بدء الدراسة حدثت تلك المرحلة النهائية الأساسية بشكل أقل تواتراً لدى مجموعة الكابتوبريل (الخطر النسبي 0.59).

الخلاصة: لاتفوق فوائد مثبطات الأنزيم المحول للأنجيوتنسين المعالجة التقليدية لارتفاع ضغط الدم، رغم أن مرضى السكري قد يشكلون استثناءً. ولكن ينصح معلقوا تحرير المقالات الأمريكية، مرضى ارتفاع الضغط الدموي بما فيهم المصابين بالنمط الثاني من السكري، بالاستمرار بتناول المعالجة التقليدية والتي هي: المدرات وحاصرات بيتا.

معالجة متلازمة النزح الوعائي الشعري

بالتريبتالين والتيوفيللين

Treatment of the Systemic Capillary Leak Syndrome with Terbutaline and Theophylline

Ann Intern Med, 1999; 130: 905-909

دوافع الدراسة: وصفت هذه المتلازمة النادرة لأول مرة من قبل كلاكسون ومعاونيه عام 1960، ومنذ ذلك الحين نشر في الأدب الطبي أكثر من 50 حالة، 76% من المرضى لم يبقوا على قيد الحياة بعد خمس سنوات من التشخيص. ومع أن نسبة الأمراض والوفيات عالية بهذه المتلازمة، فقد تحسن الإنذار منذ وقت قريب.

المرضى للمعالجة بالستيروئيدات أو الأدوية الكابتة للمناعة. هدف الدراسة: تقييم تأثير الميكوفينوليت موفيتيل على مرضى مصابين بداء تاكاياسو شديد.

مكان الدراسة: مركز الأبحاث السريرية للأمراض النادرة في Bergamo، بإيطاليا.

المجموعة المدروسة: ضمت 3 مرضى مصابين بداء تاكاياسو. طريقة الدراسة: أعطى المرضى بطريق الفم 2 غ/ يومياً، مقسمة على جرعتين، كما أجري أسبوعياً تقييم سريري وتعداد للكريات البيض، وتم تحديد الآثار الوعائية باستخدام الدوبلر. النتائج: ظهرت الفائدة السريرية لدى كافة المرضى، وعاد مريضان إلى ممارسة عملهما بعد توقف دام عدة أشهر.

استطاع المرضى أن يخففوا ومن ثم يوقفوا استعمال الستيروئيدات، كما أن الميكوفينوليت موفيتيل كان جيد التحمل دون ملاحظة أية علامات تسمم.

الخلاصة: قد يكون الميكوفينوليت موفيتيل بديلاً عن الستيروئيدات والمواد السامة للخلايا لدى مرضى مصابين بداء تاكاياسو، ولكن قبل أن تصبح نتائج التجارب الموجهة متوفرة، فمن الواجب ألا يوصف الميكوفينوليت موفيتيل إلا للمرضى الذين لم تتحسن حالتهم أو تستقر بنتيجة استخدام المعالجة التقليدية.

مقارنة بين تأثير تثبيط الأنزيم القالب للأنجيوتنسين والمعالجة

التقليدية على نسبة الوفيات والأمراض القلبية الوعائية في

ارتفاع ضغط الدم: دراسة عشوائية لبرنامج الوقاية بالكابتوبريل

Effect of Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibition

Compared with Conventional Therapy on Cardiovascular

Morbidity and Mortality in Hypertension:

The Captopril Prevention Project (CAPPP) Randomised Trial

Lancet 1999 Feb 20; 353: 611-6

دوافع الدراسة: اقتصرَت الدراسات السابقة لتأثير الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم على المراضة والوفيات، على المدرات وحاصرات بيتا بشكل رئيسي.

هدف الدراسة: المقارنة بين الكابتوبريل المثبط للأنزيم القالب للأنجيوتنسين وبين المعالجة التقليدية لارتفاع ضغط الدم بالمدرات، أو حاصرات بيتا، أو كليهما.

المجموعة المدروسة: ضمت 10958 مريضاً تراوحت أعمارهم بين 25-66 سنة، ولديهم ضغط دم انبساطي تجاوز 100 ملم ز. طريقة الدراسة: عولجت المجموعة الأولى المؤلفة من 5478



على الأبهـر النازل).

يشمل التسلخ فروع الأبهـر لدى 14 من 19 مريضاً (74٪)، وقد شوهدت أعراض إصابة وعائية عديدة الفروع لدى 7 مرضى (37٪).

صنع طعم الشبكة من الفولاذ عديم الصدأ ذاتي التمدد مغطى ببوليستر منسوج أو بمادة البولي تترافلوروايثيلين.

النتائج: نجح وضع طعم شبكة داخل وعائي عبر بؤرة الدخول الأولية من الناحية التقنية لدى جميع المرضى الـ 19. وقد تم الحصول على خثار تام للمعة الكاذبة للأبهـر الصدري لدى 15 مريضاً (79٪)، وعلى خثار جزئي لدى 4 مرضى (21٪).

شوهدت إعادة تروية الأوعية الفرعية الإقفارية مع زوال الأعراض المرافقة بالتدرج لـ 76٪ من الأوعية المسدودة.

توفي 3 من 19 مريضاً (16٪) خلال 30 يوماً، وهي نسبة وفاة مبكرة.

لم تحدث أية وفاة أو حالات أم دم أو تمزق الأبهـر خلال فترة المراجعة التالية والتي تبلغ 13 شهراً وسطياً.

الخلاصة: تشير هذه النتائج الأولية إلى أن تغطية بؤرة الدخول الأولية بطعم شبكة يمكن أن يكون واعداً بطريقة جديدة في معالجة مرضى مختارين مصابين بتسلخ الأبهـر الحاد. مع ذلك، فإن هذه التقنية تتطلب مزيداً من التقييم للوصول إلى فائدة علاجية تامة.

تأثير الباروكسيتين هيدروكلوريد (مثبط اصطفائي لإعادة قبـط السيروتونين) على الإغماء الوعائي المبهـمي المعند:

دراسة عشوائية ثنائية التعمية، مقارنة بالدواء الموهـم

Effect of Paroxetine Hydrochloride,
a Selective Serotonin Reuptake Inhibitor,
on Refractory Vasovagal Syncope:

A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study

J Am Coll Cardiol 1999 Apr; 33: 1227-30

دوافع الدراسة: يعتقد أن الإغماء الوعائي المبهـمي يحدث بسبب ضعف تنظيم المحرك Vasomotor Regulation بواسطة مشاركة بعض النواقل العصبية ومنها السيروتونين.

هدف الدراسة: تبحث هذه الدراسة فيما إذا كان الباروكسيتين Paroxetine وهو مثبط اصطفائي لإعادة التقاط السيروتونين والمعروف بتأثيره المضاد للاكتئاب، يمكن أن يقي من الإغماء الوعائي المبهـمي.

المجموعة المدروسة: تم اختيار عشوائي لـ 68 مريضاً لديهم

يتظاهر هذه المرض. سريرياً بصفات خاصة ثلاث هي: هبوط الضغط الشرياني، والتكثف الدموي، ونقص الألبومين الدموي الناجم عن نزوح 10-70٪ من المصورة إلى خارج الأوعية، وهناك غالباً اعتلال بالبروتين غاماً وحيد النسيلة دون أية دلالات على وجود الورم النقوي العديد.

هدف الدراسة: تقييم فعالية العلاج الوقائي من هذه المتلازمة.

مكان الدراسة: مركز علمي كبير يحال إليه المرضى.

المرضى: توبع ثمانية مرضى لمدة 18 سنة. تراوحت أعمار المصابين بين 21-68 سنة.

المعالجة: توربيوتالين فموي مع أمينوفيللين أو تيوفيللين.

المقياس: المتابعة السريرية المديدة.

النتائج: خلال متابعة وسطية لمدة 9 سنوات (تتراوح بين 2-18 سنة)، توفي مريضان (25٪): أحدهما خلال هجمة حادة، والآخر نتيجة مضاعفات المعالجة المديدة بالستيروئيدات القشرية. بقي المرضى الستة الآخرون على قيد الحياة وبصحة جيدة.

انخفض تواتر وشدة النوب بحوالي ثلاثين مرة، وقد ترافق النكس بانخفاض مستوى التيوفيللين بالمصل إما نتيجة تحريض خمائري أو تحريض ذاتي، وقد كانت الأدوية المديدة التأثير أكثر فعالية، والأعراض الودية كانت مهمة.

الخلاصة: يبدو أن إعطاء التريبوتالين والتيوفيللين فعال في الوقاية من متلازمة النزح الوعائي الشعري، ويجب المحافظة على المستوى العلاجي للدواء بالمصل للحصول على نتائج جيدة.

الخلاصة: يبدو أن إعطاء التريبوتالين والتيوفيللين فعال في الوقاية من متلازمة النزح الوعائي الشعري، ويجب المحافظة على المستوى العلاجي للدواء بالمصل للحصول على نتائج جيدة.

وضع طعم شبكة داخل وعائي لمعالجة تسلخ الأبهـر الحاد Endovascular Stent-Graft Placement for the Treatment of Acute Aortic Dissection

N Engl J Med 1999; 340: 1546-52

خلفية الدراسة: إن المعالجة المثالية لتسلخ الأبهـر الحاد تكون جراحية أو طبية، وذلك يتوقف على الصفات الشكلية للآفة، وعلى وجود اختلالات مترافقة. وبغض النظر عن طريقة المعالجة، فإن حدوث المراضة والوفاة هما على درجة من الأهمية.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: تمت دراسة وضع طعوم شبكة داخل وعائية عبر بؤرة الدخول الأولية لتدبير تسلخ الأبهـر الحاد الناشئ في الأبهـر الصدري النازل. وقد تم تقييم ملاءمة وأمان وفعالية وضع طعم شبكة عبر المعة فوق بؤرة الدخول لدى 4 مرضى مصابين بتسلخ أبهري حاد نمط أ (يصيب الأبهـر الصاعد)، و15 مريضاً مصاباً بتسلخ أبهري حاد نمط ب (يقتصر



آخر أو رجفان بطيني أو تسرع قلب أو قصور قلب احتقاني أو خناق غير مستقر)، وذلك بعد مرور 28 يوماً ثم بعد 6 أشهر. النتائج: لدى المقارنة بين الإناث والذكور، تبين أن الإناث:

- أكبر عمراً (وسطي العمر 68.6 مقابل 60.1).
- أكثر ميلاً لوجود داء سكري (52.9% مقابل 23.3%).
- أكثر إصابة بارتفاع التوتر الشرياني (63.9% مقابل 42.3%).
- أكثر ميلاً للإصابة بخناق سابق (44.6% مقابل 37.4%).
- أكثر إصابة بوذمة رئة أو صدمة قلبية المنشأ (24.8% مقابل 10.5%).
- لديهم معدل أعلى من الوفيات بعد مرور 28 يوماً (18.5% مقابل 8.3%).
- لديهم معدل وفيات أعلى بعد مرور 6 أشهر (28.5% مقابل 10.8%).
- لديهم نسبة عودة للمشفى أكبر بعد مرور 6 أشهر (23.3% مقابل 12.2%).

أما لدى الذكور:

- كان الميل أكبر لحدوث لانظميات بطينية شديدة (23.7% مقابل 14.7%).
- نسبة التدخين أعلى (58.5% مقابل 11.5%).
- نسبة أعلى لحدوث داء رئوي انسدادى مزمن (21.5% مقابل 7.9%).
- وأخذ المعالجة الحالة للخرثرة أكثر (41.3% مقابل 23.9%).

بعد ضبط العمر والداء السكري والضغط والتدخين وحدث خناق سابق وحل الخرثرة والسكتة القلبية المنشأ ووذمة الرئة الحادة واللانظميات الشديدة، وجد أنه لدى الإناث معدل أعلى في النهاية للوفاة والعودة إلى المشفى وذلك بعد مرور 6 أشهر. الخلاصة: إن نسبة تطبيق حالات الخرثرة لدى الإناث المصابات باحتشاء عضلة قلبية حاد لأول مرة أقل منه لدى الذكور، مع وجود خطر أعلى للوفيات والعودة إلى المشفى خلال 6 أشهر، وذلك بعد تعديل العمر والحالات المؤهبة والخناق السابق والتدخين والمعالجة الحالة للخرثرة.

إعادة تصنيع تسلخ الأبهر الصدري دون جراحة،

بواسطة وضع طعم شبكة

Nonsurgical Reconstruction of Thoracic Aortic Dissection by Stent-Graft Placement

N Engl J Med 1999; 340: 1539-45

خلفية الدراسة: توجه معالجة تسلخ الأبهر الصدري بالمعلومات الإنذارية والتشريحية، ويتطلب التسليخ الداني إجراء جراحياً، أما المعالجة الملائمة لتسلخ الأبهر الصدري القاصي فلم يتم تحديدها بعد بسبب فشل الجراحة في تحسين الإنذار. طريقة الدراسة: تم تقييم أمان وفعالية وضع شبكة داخل الوعاء بطريقة عبر الجلد، بإجراء لا إسعافي لدى 12 مريضاً مصاباً بتسلخ أبهر نازل (نمط ب)، وقورنت النتائج مع نتائج الجراحة

إغماء ناكس واختبار الطاولة المائية إيجابي، لتناول الباروكسيتين (20 ملغ) أو الدواء الموهوم يومياً. كان جميع هؤلاء المرضى غير مستجيبين لحاصرات بيتا والمعالجات التقليدية الأخرى.

النتائج: بمرور شهر من المعالجة كانت نتيجة إعادة اختبار الطاولة المائية سلبية لدى 62% من المجموعة المعالجة بالباروكسيتين، مقابل 38% لدى مجموعة الدواء الموهوم. خلال عامين من المتابعة، حدث إغماء مفاجئ لدى 18% من مجموعة الباروكسيتين، مقارنة مع 53% من مجموعة الدواء الموهوم، وكلا الفرقين كبير.

تم تحمل الباروكسيتين بشكل جيد، مع آثار جانبية لا تذكر. مريض واحد فقط (2.9%) طلب عدم الاستمرار في تناول الدواء بسبب إصابته بالصداع الشديد.

الخلاصة: تحتاج نتائج هذه الدراسة الصغيرة إلى تأكيد بدراسة أشمل. إن معالجة مثل هؤلاء المرضى من الصعوبة بمكان، بحيث تغري بأي اقتراح لمعالجة فعالة.

هناك ميزة إضافية للباروكسيتين وهي استخدامه الواسع والآمن لمعالجة الاكتئاب.

الإنذار بعد احتشاء العضلة القلبية أسوأ لدى الإناث

Women Had a Worse Prognosis than Men after Myocardial Infarction

ACP Journal Club 1999 March/April; 130 (2): 46

هدف الدراسة: معرفة الاختلاف الجنسي في نسبة الوفيات والعودة إلى المشفى بعد حدوث احتشاء العضلة القلبية لأول مرة. مكان الدراسة: عيادات المرضى الخارجيين في 4 مشافي تعليمية في كاتالونيا-إسبانيا.

المجموعة المدروسة: 1460 مريضاً، 77% منهم ذكور، أعمارهم لا تتجاوز 80 سنة، لديهم احتشاء عضلة قلبية حاد لأول مرة، تم قبولهم بالمشفى خلال 72 ساعة من بدء أعراض الاحتشاء، وقد أثبت تشخيص الاحتشاء بتخطيط القلب الكهربائي، ومستوى انزيمات القلب، والألم الصدري.

استبعد المرضى الموجودون خارج مكان الدراسة، أو المرضى الذين لديهم مرض مهدد للحياة أو مجازات إكليلية سابقة أو رأب وعائي إكليلي عبر اللعنة وعبر الجلد أو تصوير أوعية إكليلية، خلال الستة أشهر السابقة للدراسة. كانت نسبة المتابعة 99.8%. طريقة الدراسة: قُدرت العوامل الإنذارية (الخواص السكانية والتدخين والسيرة الطبية والحالة السريرية ومدة البقاء بالمشفى)، وقيست نسبة الوفيات والعودة للمشفى (بسبب احتشاء



Acute Deep Venous Thrombosis: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials

Ann Intern Med 1999; 130: 800-809

دوافع الدراسة: يمكن أن يبسط استخدام الهيبارينات ذات الوزن الجزيئي المنخفض تدبير الخثار الوريدي العميق، ولكن المسألة السريرية الحرجة هي: معرفة ما إذا كانت هذه المعالجة الأكثر ملاءمة بذات أمان وفعالية المعالجة بالهيبارين غير المجزأ. هدف الدراسة: مقارنة أمان وفعالية الهيبارينات منخفضة الوزن الجزيئي بأمان وفعالية الهيبارين غير المجزأ في معالجة الخثار الوريدي العميق الحاد.

تم الحصول على المعلومات من البحث في الـ MEDLINE، ومن المقالات الطبية المشابهة، وتصوير الملخصات من المؤتمرات، والاتصال بالباحثين والشركات الدوائية.

طريقة الدراسة: تقوم هذه المحاولات الموجهة العشوائية بمقارنة مستحضرات الهيبارين منخفضة الوزن الجزيئي بالهيبارين غير المجزأ لعلاج الخثار الوريدي العميق الحاد. النتائج:

- أدى استخدام الهيبارينات منخفضة الوزن الجزيئي إلى انخفاض نسبة الوفاة لمدة 3 إلى 6 أشهر من متابعة المرضى، مقارنة بالهيبارين غير المجزأ.

- كانت الهيبارينات منخفضة الوزن الجزيئي هي الأفضل فيما يخص اختلاطات النزف الهامة، ولكن انخفاض الخطر المطلق كان قليلاً.

- كانت فعالية الهيبارينات منخفضة الوزن الجزيئي في منع نكس الانصمام الخثاري مماثلة لفعالية الهيبارين غير المجزأ. الخلاصة: إن المعالجة بالهيبارين منخفضة الوزن الجزيئي تخفف من نسبة الوفاة التالية للإصابة بالخثار الوريدي العميق الحاد.

تبدو هذه المواد الدوائية آمنة مثل الهيبارين غير المجزأ بالنسبة لاختلاطات النزف الهامة، وتبدو فعاليتها مماثلة أيضاً في منع حدوث نكس الانصمام الخثاري.

البروستانويدات لعلاج نقص تروية الساق الحرج المزمن Prostanoids for Chronic Critical Leg Ischemia

Ann Intern Med 1999; 130: 412-421

دوافع الدراسة: تترافق الحالات الشديدة من نقص تروية الساق الحرج المزمن مع وفيات ومراضة عالية. ولا يوجد دواء فعال لمعالجة الحالة.

هدف الدراسة: تقييم أمان وفعالية البروستاغلاندين E1 في

لدى 12 حالة شاهد. تم تشخيص الإصابة بتسلخ الأبهر لدى جميع المرضى (24 مريضاً) بواسطة التصوير الوعائي بالرنين المغناطيسي.

في كل مجموعة، كان التسلخ يشمل القوس الأبهرى لدى 3 مرضى، والأبهر الصدري النازل لدى المرضى الإثنى عشر. تحت التخدير العام، أجري الإصلاح الجراحي، أو وضع طعم شبكة داخل وعائي مصمم وفقاً لحالة المريض وذلك بفتح شرياني وحيد الجانب.

النتائج: لم ينتج عن وضع طعم الشبكة مراضة Morbidity أو وفاة، بينما أدت جراحة التسلخ نمط B إلى 4 حالات وفاة (33%) و5 حالات ظهور مضاعفات خطيرة (42%) خلال 12 شهراً.

نجح وضع طعم شبكة بديل عبر اللمعة لدى جميع المرضى، دون حدوث تسرب، وقد تم التأكد من الامتداد التام للشبكة بواسطة نفخ البالون إلى 2-3 ضغط جوي.

تمت مراقبة التئام بؤرة الدخول خلال العملية بالتصوير فوق الصدى Ultrasonography والتصوير الوعائي، وقد أثبتت خثار اللمعة الكاذبة لدى المرضى الإثنى عشر بعد 3 أشهر وسطياً بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي.

لم تحدث حالات وفاة أو حالات أخرى مثل شلل نصفي سفلي، أو سكتة، أو انصمام أو انسداد فرع جانبي، أو حدوث خمج في مجموعة طعم الشبكة.

حدث لدى 9 مرضى متلازمة ما بعد الزرع Postimplantation Syndrome، وارتفاع عابر في مستويات البروتين الارتكاسي C، وفي درجة حرارة الجسم، بالإضافة إلى ارتفاع بسيط في تعداد الكريات البيض.

شفي جميع المرضى الذين تلقوا طعم الشبكة، وكذلك شفي 7 مرضى خضعوا لجراحة التسلخ نمط B (58%).

الخلاصة: بينت هذه النتائج أن وضع طعم شبكة داخل وعائي غير جراحي منتخب، آمن وفعال لدى مرضى منتخبين مصابين بتسلخ الأبهر الصدري (وهم الذين قرر علاجهم جراحياً).

يمكن أن يكون الإصلاح داخل اللمعة مفيداً في التصنيع الجراحي لتسلخ الأبهر الصدري.

مقارنة الهيبارينات منخفضة الوزن الجزيئي مع الهيبارين

غير المجزأ لعلاج الخثار الوريدي العميق الحاد :

تحليل وسطي لمحاولات موجهة عشوائية

Low-Molecular-Weight Heparins Compared with Unfractionated Heparin for Treatment of



الفينيتوين وريدياً في المشافي، غير مفهومة تماماً. هدف الدراسة: تحديد نسبة حدوث، وعوامل الخطورة، والعواقب على المدى الطويل لمتلازمة القفاز الأرجواني لدى مرضى المشافي الذين تم تسريب الفينيتوين لهم وريدياً. المجموعة المدروسة: 179 مريضاً تقرر إعطاؤهم الفينيتوين بالتسريب بطريق الوريد لمدة ثلاثة أشهر. طريقة الدراسة: استعرضت سجلات المرضى في المشفى من أجل: - إثبات تلقي العلاج بالفينيتوين وريدياً. - تواتر حدوث PGS بوزمة مترقية، وتغير اللون، وألم في الطرف، إثر تسريب الفينيتوين وريدياً. - عقابيل هذه المتلازمة. النتائج: تلقى 152 مريضاً الفينيتوين بطريق الوريد، وأثبت حدوث PGS لدى 9 مرضى فقط (5.9%). لوحظ أن وسطي الجرعة الأولية، وعدد الجرعات، والجرعة الكلية/24 ساعة، كان أعلى لدى المرضى المصابين بال PGS. لوحظ أن المصابين بـ PGS كانوا متقدمين في العمر، وأمضوا في المستشفى مدة أطول من غيرهم. كانت الاختلاجات الحادة هي السبب الرئيس لتطبيق الفينيتوين، بينما قل الميل لاستعماله في غرف العمليات. احتاج مريض واحد لعمل جراحي، وتمائل الآخرون للشفاء خلال ثلاثة أسابيع بالطريقة المحافظة. الخلاصة: إن متلازمة القفاز الأرجواني PGS غير نادرة الحدوث، ويزداد احتمال حدوثها لدى المسنين المتناولين لجرعات متعددة وكبيرة من الفينيتوين. يمكن الوقاية من هذه المضاعفة (العلاجية) المنشأ باستخدام الفوسفينيتوين بدلاً عن الفينيتوين بالتسريب بطريق الوريد.

فائدة البارافاستاتين في إنقاص حدوث السكتة بعد الإصابة باحتشاء العضلة القلبية:

دراسة الكوليسترول والحالات القلبية الناكسة

Reduction of Stroke Incidence after Myocardial Infarction with Pravastatin: The Cholesterol and Recurrent Events (CARE) Study

Circulation 1999 Jan 19; 99: 216 -23

دوافع الدراسة: رغم أن العلاقة الويائية بين فرط شحوم الدم وحدوث السكتة الدماغية ليست وثيقة كما هي مع حدوث الداء القلبي الوعائي، إلا أن تجارب عديدة لدراسة تأثير الستاتين على الداء القلبي بينت انخفاضاً في حدوث حالات السكتة.

تحسين إنذار ونوعية حياة المرضى المصابين بنقص تروية في الساق الحرج المزمن. مكان الدراسة: 56 مركزاً لأمراض الأوعية والجراحة الوعائية في إيطاليا. المجموعة المدروسة: تألفت من 1560 مريض مصاب بنقص تروية الساق الحاد. طريقة الدراسة: إضافة إلى كل العلاجات الروتينية في كل مركز، تم اختيار 771 مريض عشوائياً لتناول البروستاغلاندين E1 بشكل Alprostadil-a- Cyclodextrine بمقدار 60 مكغ/ يومياً بالتسريب الوريدي، أما باقي المرضى البالغ عددهم 789 مريضاً فلم يخضعوا لتلك المعالجة. استمر العلاج لمدة 28 يوماً.

تم تقييم المرحلة النهائية المشتركة بحدوث الوفاة ومرض وعائي محيطي وعائي دماغي قلبي (بتر مهم أو بقاء نقص التروية بالساق، أو احتشاء عضلة قلبية حاد، أو سكتة)، وذلك حين التخرج من المشفى وخلال 6 أشهر من المتابعة. النتائج:

كانت مقياس المرحلة النهائية أقل لدى مجموعة المعالجة بالألبروستاديل مقارنة مع مجموعة الشاهد، وذلك حين التخرج من المشفى فشملت 63.9% (493 مريض) مقابل 73.6% (581 مريض)، ولكن اختلفت قليلاً بمرور 6 أشهر لدى 338 من 661 مريض أي بنسبة 52.6% في المجموعة الأولى، مقارنة مع 387 من 673 مريض أي بنسبة 57.5% في مجموعة الشاهد. كانت استفادتهم أكبر باجتيازهم المرحلة الحرجة من نقص تروية الطرف.

الخلاصة: إن الفائدة السريرية للمرضى بنقص تروية الساق الحرج والتي تزودها المعالجة قصيرة الأمد باستخدام ألبروستاديل-ألفا- سيكلوديكتستين تفيد في المراحل الأولى من المعالجة لتنقص فائدتها مع مرور الوقت.

نسبة الحدوث، والعواقب السريرية لمتلازمة القفاز

الأرجواني لدى المعالجين بالفينيتوين وريدياً Incidence and Clinical Consequence of the Purple Glove Syndrome in Patients Receiving Intravenous Phenytoin

Neurology 1998 Oct; 51(4): 1034-9

دوافع الدراسة: إن الأسباب والعوامل المؤهبة والعقابيل الطويلة الأمد، لمتلازمة القفاز الأرجواني الناجمة عن تسريب



الآلية التقليدية لدى مرضى القصور التنفسي الحاد A Comparison of Noninvasive Positive-Pressure Ventilation and Conventional Mechanical Ventilation in Patients with Acute Respiratory Failure

N Engl J Med 1998; 339: 429-35

دوافع الدراسة: عدم معرفة دور التهوية غير الغازية بالضغط الإيجابي والتي تتم عبر قناع الوجه، لدى مرضى القصور التنفسي الحاد.

هدف الدراسة: المقارنة بين التهوية غير الغازية والتهوية الآلية التقليدية (تنبيب الرغامى).

المجموعة المدروسة: ضمت 64 مريضاً لديهم قصور تنفسي حاد ناقص الأكسجة، احتاجوا لتهوية آلية.

طريقة الدراسة: عولجت المجموعة الأولى المؤلفة من 32 مريضاً بالتهوية غير الغازية، بينما عولجت المجموعة الثانية المؤلفة من 32 مريضاً بالتهوية الآلية التقليدية (تنبيب الرغامى).

النتائج:

- خلال الساعة الأولى من التهوية، كان لدى 20 مريضاً (62%) من المجموعة الأولى و15 مريضاً (47%) من المجموعة الثانية تحسن في الضغط الجزئي للأوكسجين الشرياني إلى التركيز الجزئي للأوكسجين المستنشق $PaO_2 : FiO_2$

- احتاج 10 مرضى من المجموعة الأولى لتنبيب داخل الرغامى. - بقي 23 مريضاً (72%) من المجموعة الأولى و17 مريضاً (53%) من المجموعة الثانية في وحدة العناية المشددة.

- تخرج 22 مريضاً من المجموعة الأولى و16 مريضاً من الثانية من المشفى.

- حدثت اختلاطات هامة لدى 66% من المرضى في مجموعة التهوية التقليدية، مقابل 38% في مجموعة التهوية غير الغازية، كما حدثت لديهم ذات رئة أو التهاب جيوب بسبب التنبيب الرغامى 31% مقابل 3% في مجموعة التهوية غير الغازية.

- من بين المرضى الذين بقوا على قيد الحياة، احتاج مرضى التهوية غير الغازية لفترة تهوية ولمدة بقاء أقصر في وحدة العناية المركزة.

الخلاصة: تعتبر فعالية التهوية غير الغازية مماثلة لفعالية التهوية التقليدية في تحسين التبادل الغازي، لدى مرضى القصور التنفسي الحاد، كما أنها تترافق مع مضاعفات هامة قليلة، وبقاء لفترة أقل في وحدة العناية المركزة.

هدف الدراسة: معرفة دور البرافاستاتين في تقليل نسبة حدوث السكتة بعد الإصابة باحتشاء العضلة القلبية MI.

المجموعة المدروسة: 40159 مريض، مستويات الكوليسترول لديهم على المعدل، وذلك بعد الإصابة باحتشاء العضلة القلبية. طريقة الدراسة: أعطى المرضى إما الدواء الموهوم، أو البرافاستاتين بجرعة 40 ملغ/يومياً، وتم تحديد السكتة وهجمة نقص التروية العابرة (TIA)، كما تم تحديد الحوادث العصبية بنقاط نهاية أخفيت عن المجموعة المدروسة.

تم تصنيف السكتة مسبقاً كنقطة نهاية في دراسة الكوليسترول والحالات الناكسة CARE.

النتائج:

- أدى انخفاض كوليسترول المصل الكلي بنسبة 20%، وكوليسترول الشحوم المنخفضة الكثافة LDL Cholesterol بنسبة 32%، إلى إنقاص الخطر النسبي لحدوث السكتة الأولى بنسبة 32% ولمدة تجاوزت الخمس سنوات؛ فقد بلغت 52 حالة لدى المرضى المعالجين بالبرافاستاتين مقابل 76 حالة لدى مرضى الدواء الموهوم.

- كانت درجة انخفاض الحوادث متشابهة بين السكتة وهجمة نقص التروية العابرة، مثلما كانت بالنسبة للأشكال المختلفة للسكتة أيضاً.

- بعد فشل تنظيم عوامل الخطر الأساسية، تعزز دور البرافاستاتين في تخفيض حدوث السكتة أو هجمة نقص التروية العابرة، مما يدل على دوره المستقل في العلاج.

- بينت عملية الترتيب أو المطابقة بالقيم الأساسية للبيدات فائدة أعظم لدى مرضى لديهم مستويات أعلى من كوليسترول الشحوم المنخفضة الكثافة.

الخلاصة: تثبت هذه الدراسة بوضوح فوائد البرافاستاتين في منع حدوث السكتة وهجمة نقص التروية العابرة عندما يستخدم للوقاية الثانوية من الحوادث القلبية لدى مرضى لديهم مستويات كوليسترول على المعدل. كانت هذه الفائدة واضحة رغم تزامنها مع استخدام علاج مضاد للصفائح بلغ نسبة 85%. قد تنسب آلية التأثير لعدة عوامل، وليس فقط الآلية ضد التصلب العصيدي.

■ أمراض صدرية

التيوفيللين لعلاج تنفس شاين ستوكس قرب المميت

مقارنة بين التهوية غير الغازية بالضغط الإيجابي والتهوية



والمستخدمين، بالإضافة إلى العناية الطبية المعتادة، في تخفيض نسبة حدوث الوفاة وتقليل الحاجة إلى تنبيب الرغامى لدى المرضى المقبولين في المشفى بسبب وذمة رئوية قلبية المنشأ ولديهم قيم تبادل غازي شاذة.

طريقة الدراسة: تم تحديد الدراسة من خلال ال MEDLINE بالاستناد إلى كل ما يتعلق بمعالجة الوذمة الرئوية وقصور التنفس. وكذلك بالرجوع إلى الدراسات والمقالات والملخصات التي تدور حول الموضوع ذاته.

أجريت محاولات موجهة عشوائية (RCTs) على مرضى مقيمين في المشفى مصابين بوذمة رئوية حادة، وتمت المقارنة بين العناية الطبية المعتادة مفردة، وبين المعالجة بواسطة الضغط الإيجابي المستمر في الممرات الهوائية (CPAP) بمشاركة العناية الطبية المعتادة، أو بواسطة التهوية إيجابية الضغط غير الباضعة (NIPPV) بمشاركة العناية الطبية المعتادة، كما درست فرص البقاء في المشفى Hospital Survival، أو الحاجة إلى تنبيب الرغامى.

النتائج:

- تم تقييم CPAP لدى 179 مريضاً، حيث أدى CPAP مع العناية المعتادة إلى تقليل الحاجة إلى التنبيب مقارنة بالعناية المعتادة بمفردها، ولم يؤثر على نسبة الوفيات.

- لم تتوفر معلومات كافية حول NIPPV لأن الحالات المعالجة بال NIPPV بمشاركة العناية المعتادة غير متوفرة وغير كافية للحصول على نتائج ذات دلالة. وقد وجدت دراسة صغيرة على NIPPV و CPAP ولكنها لا تشتمل على مجموعة شاهد، كما أن المجموعات لم تكن متماثلة في الأساس.

الخلاصة: إن الضغط الإيجابي المستمر في الطرق التنفسية بالإضافة إلى العناية المعتادة للمرضى المصابين بوذمة رئوية قلبية المنشأ يقلل من الحاجة إلى تنبيب الرغامى، ولكن لم يظهر انخفاض واضح في عدد الوفيات. لم تتوفر حالات كافية لتقييم التهوية إيجابية الضغط غير الباضعة.

■ أمراض هضمية

دواء الأعشاب الصينية فعال في علاج

متلازمة الأمعاء الهيجية

Chinese Herbal Medicine Was Effective
in the Irritable Bowel Syndrome

ACP Journal Club 1999 May/June; 130 (3): 74

Theophylline Therapy for Near-Fatal Cheyne-Stokes Respiration

Ann Intern Med 1999; 130: 427- 430

دوافع الدراسة: يتميز تنفس شاين ستوكس بأنه تنفس دوري متناوب مع ضعف أو توقف تنفس.

هدف الدراسة: وصف تأثير التيوفيللين على تنفس شاين ستوكس قرب المميت.

الحالة المدروسة: امرأة تبلغ من العمر 48 سنة، مصابة بالسكري وقصة توقف قلب وتنفس تكررت ثلاث مرات، تصوير الشرايين الإكليلية لديها طبيعى، ووظيفة البطين الأيسر طبيعية، وتنفس شاين ستوكس شديد.

الطريقة والنتائج:

- قيس إشباع الأكسجين، وضغط الدم داخل الشريان، وضغط الوريد المركزي، وحركة جدار الصدر، وأجري تخطيط قلب كهربائي ECG، وتخطيط دماغ كهربائي EEG، وتخطيط عضلات كهربائي، وتم تخطيط كهربائية العين، والتهوية بالدقيقة، وقيست غازات الدم الشرياني، ومستوى التيوفيللين في المصل.

- أدى التسريب الوريدي لـ 1.2 ملغ من التيوفيللين بسرعة 0.6 ملغ/ كغ/ ساعة (مستوى التيوفيللين في المصل 5.6 مكغ/ مل)، إلى تحسن كل من تنفس شاين وسوء إشباع الأكسجين.

- زال تنفس شاين ستوكس تماماً بعد تسريب 2.4 ملغ من التيوفيللين (مستوى المصل 11.6 مكغ/ مل) ولم تشاهد أية تبدلات باستعمال الدواء الموهم.

- لم يتكرر حدوث تنفس شاين ستوكس أثناء معالجة المريضة خارج المشفى بالتيوفيللين الفموي.

الخلاصة: قد تكون المعالجة بالتيوفيللين سريعة وفعالة في علاج تنفس شاين ستوكس المهدد للحياة.

الدعم بالضغط الإيجابي المستمر للطرق التنفسية يقلل
من الحاجة إلى التنبيب لدى المرضى المصابين بوذمة

قلبية المنشأ

Continuous Positive Airway Pressure Support
Reduces the Need for Intubation in Patients with
Cardiogenic Pulmonary Edema

ACP Journal Club 1999 May/June; 130 (3): 58

هدف الدراسة: دراسة فعالية الضغط الإيجابي المستمر للطرق التنفسية (CPAP) أو التهوية إيجابية الضغط غير الباضعة (NIPPV) Noninvasive Positive- Pressure Ventilation



CHM المفردة منها في مجموعة الدواء الموهم (وسطى مجموع عدد النقاط حسب BSS 103 مقابل 150).
- في نهاية فترة الدراسة، كان نسبة التحسن أفضل ضمن مجموعات CHM منها في مجموعة الدواء الموهم، وذلك حسب تقدير المرضى والأطباء.
الخلاصة: إن دواء الأعشاب الصينية فعال في إزالة الأعراض لدى مرضى متلازمة الأمعاء الهیوجة.

يقلل السيبروفلوكساسين من فشل معالجة التهاب الكولون القرحي خلال مدة ٦ أشهر ولكن ليس خلال ١٢ شهراً Ciprofloxacin Reduced Treatment Failure in Ulcerative Colitis at 6 Months but Not at 12 Months

ACP Journal club 1999 May/June; 130 (3): 71

هدف الدراسة: معرفة مدى فعالية السيبروفلوكساسين في إحداث الهجوع والمحافظة عليه لدى المرضى المصابين بالتهاب الكولون القرحي المتوسط إلى الشديد، والذين عولجوا بالبريدنيزون و prednisone والميزالامين mesalamine طريقة الدراسة: محاولة عشوائية ثنائية التعمية مقارنة بالدواء الموهم، متابعة لمدة 12 شهراً.
مكان الدراسة: وحدة طب أمراض الهضم في جامعة هلسنكي، فنلندا.

المجموعة المدروسة: 83 مريضاً تتراوح أعمارهم بين 18 و 65 عاماً (وسطى أعمارهم 34 عاماً، 70٪ ذكور)، لديهم التهاب كولون قرحي مثبت نسيجياً مع مدة إصابة بلغت 5.4 سنوات وسطياً، وفعالية متوسطة إلى شديدة بالتنظير الداخلي، تعادل قطعتين على الأقل من الأمعاء.

شملت معايير الاستثناء التهاب المستقيم القرحي، والحاجة إلى المعالجة بالمضادات الحيوية، والعلاج بمضاد حيوي (باستثناء الميترونيدازول) خلال الأسبوعين الماضيين، والحمل، والإرضاع، ووجود مرض طبي أو جراحي شديد مرافق.

تمت متابعة الحالات بشكل كامل.
تم توزيع المرضى إلى مجموعتين: ضمت المجموعة الأولى 38 مريضاً تناولوا البريدنيزون والميزالامين والسيبروفلوكساسين، وضمت المجموعة الثانية 45 مريضاً تناولوا البريدنيزون والميزالامين والدواء الموهم.

تم إعطاء البريدنيزون بجرعات تبلغ 0.75 ملغ/كغ من وزن الجسم لمدة 4 أسابيع، ثم 0.5 ملغ/كغ لمدة 4 أسابيع التالية،

هدف الدراسة: معرفة فعالية دواء الأعشاب الصينية CHM في إزالة أعراض متلازمة الأمعاء الهیوجة IBS طريقة الدراسة: محاولة عشوائية ثنائية التعمية، مقارنة بالدواء الموهم، ومتابعة لمدة 16 أسبوعاً.
مكان الدراسة: في مشغفين تعليميين، ولدى خمسة اختصاصيين بالأمراض الهضمية.
المجموعة المدروسة: أجريت هذه الدراسة على 116 مريضاً تتراوح أعمارهم بين 18 و 75 عاماً (وسطى العمر 47 عاماً، 65٪ منهم نساء)، مصابين بال- IBS حسب معايير روما Rome Criteria

كانت المعايير المتبعة لاستثناء المرضى هي الحمل، والإرضاع، وإساءة استعمال الأدوية، ووجود مرض نفسي، والخرف، والحساسية تجاه المواد المضافة للأغذية، وعدم تحمل اللاكتوز، ووجود داء معوي التهابي أو داء كبدي أو قرحة معدية أو عفجية أو سرطان معدي-معوي أو داء بطني (زلاقي) أو الداء السكري.
شملت الدراسة المرضى الذين قاموا باستخدام الأدوية المضادة للكولين، أو اللاكتوز، أو مرخيات العضلات الملساء، أو مضادات الاكتئاب، وذلك في حال ظهور أعراض ال- IBS، وتابعوا العلاج لمدة ثلاثة أشهر مع تأثيرات ثابتة للدواء.
كانت نسبة المتابعة 85٪ حسب تقدير المرضى للأعراض، و 94٪ حسب تقدير أطباء الهضم.

تم تقسيم المرضى إلى 3 مجموعات بعد أسبوعين من بدء الدراسة. تناول مرضى المجموعة الأولى (38 مريضاً) صيغاً مفردة من دواء الأعشاب الصينية والمستخلصة من 81 عشبة صينية، بينما تناول مرضى المجموعة الثانية (43 مريضاً) صيغة قياسية من دواء الأعشاب الصينية.

أما المجموعة الثالثة فضمت 35 مريضاً تناولوا الدواء الموهم لمدة 16 أسبوعاً.

تم تناول الأعشاب الجافة أو الدواء الموهم بواسطة 5 محافظ Capsules أعطيت 3 مرات/يوم.

كان المعيار الرئيسي للناتج هو تغير أعراض متلازمة الأمعاء الهیوجة (والمقاس باستخدام مقياس أعراض الأمعاء [BSS]، والمكون من مقاييس التشابه المرئية Visual Analog Scales).
النتائج:

- ظهر تحسن أكبر في الأعراض لدى مجموعة ال- CHM القياسي من مجموعة الدواء الموهم حسب تقدير المرضى (وسطى مجموع عدد النقاط حسب BSS 106 مقابل 150).

- كان تحسن الأعراض حسب تقدير المرضى أكبر في مجموعة



- كانت جميع حالات قصور الكبد ذات مظهر نسجي متشابه، مع ظهور نخر في مناطق مركز الفصيص Zone 3
- نجحت زراعة الكبد لدى مريضة واحدة، بينما توفيت الأخرى بعد الزرع، وتحسنت الأخيرة دون زرع.
- دل البدء الزمني للداء بعد بدء المعالجة بالنيفازودون على أذية خلوية كبدية شديدة سببها الدواء.
الخلاصة: باعتبار أن النيفازودون يسبب أذية خلوية كبدية بآلية تحسسية، فمن الواجب إجراء اختبارات الوظائف الكبدية بصورة روتينية قبل بدء العلاج بالنيفازودون، كما يجب مراقبة المرضى بشكل منتظم.
يجب إيقاف العلاج إذا ارتفعت قيم الخمائر الكبدية إلى مستويات غير طبيعية.

زاد البديزونيد من معدلات الهدأة أكثر من الميزالامين

في داء كرون النضال

Budesonide Increased Remission Rates

More than Mesalamine in Active Crohn's Disease

ACP Journal Club 1999 March/April; 130 (2): 35

هدف الدراسة: معرفة فعالية وأمان البديزونيد مضبوط التحرر من اللفائفي، مقارنة مع الميزالامين المحرر ببطء لدى مرضى مصابين بداء كرون في المعى اللفائفي أو الكولون الصاعد أو كليهما.

مكان الدراسة: 25 مركزاً للدراسة في أوروبا وأستراليا وجنوب أفريقيا.

أجريت دراسة عشوائية ثنائية التعمية موجهة بالدواء الموهم، واستمرت المتابعة لمدة 16 أسبوع.

المجموعة المدروسة: 182 مريضاً تراوحت أعمارهم بين 18-74 سنة، كان 68% منهم إناث، لديهم داء كرون في اللفائفي البعيد والمنطقة اللفائية الأعورية، وفي الكولون الصاعد، ومثبت بواسطة تنظير الكولون، أو برحضة الباريوم خلال 24 شهراً قبل اختيارهم عشوائياً للتجربة.

استبعد المرضى المصابون بداء كرون في المستقيم، أو بخمج أو خراجات أو انثقاب أو ناسور فعال أو قطع كولون أو لفائفي أو استئصال أكثر من 100 سم من اللفائفي، أو المحتاجون لجراحة مباشرة أو الذين لديهم داء سكري أو قرحة هضمية فعالة أو داء قلبي وعائي أو كبدي أو كلوي هام سريرياً أو لديهم ربو أو بوجود حمل أو إرضاع أو تحسس للغلوكوكورتيكويدات أو للميزالامين. طريقة الدراسة: أعطى 93 مريضاً البديزونيد بجرعة 9 ملغ/ مرة

و0.25 ملغ/كغ لمدة 12 أسبوعاً، ثم خفضت الجرعة تدريجياً عند الإمكان.

أعطيت الكورتيكوستيرويدات و الميزالامين بطريق المستقيم بعد إنقاص جرعة الستيرويدات عندما أصبحت فعالية المرض مقتصرة على المستقيم.

تم الإدخال إلى المستشفى وإعطاء المعالجة الوريدية عند الضرورة منذ بدء الدراسة.

أعطى السيبروفلوكساسين بجرعة 500 إلى 750 ملغ مرتين يومياً لمدة 6 أشهر، والميزالامين 800 ملغ مرتين يومياً لمدة 12 شهراً. معيار الدراسة الرئيسي هو فشل المعالجة المقدر بفعالية متوسطة إلى شديدة في قطعتين على الأقل من الكولون مثبتة بتنظير الكولون، وذلك بعد انعدام الاستجابة للعلاج خلال 6 أشهر من المعالجة.

النتائج:

- بعد 6 أشهر من المعالجة، كان فشل المعالجة في مجموعة السيبروفلوكساسين أقل من مجموعة الدواء الموهم.

- بعد 12 شهراً، كان الاختلاف ضئيلاً بين المجموعتين. الخلاصة: تقلل إضافة السيبروفلوكساسين لدى المرضى المصابين بالتهاب الكولون القرصي والمعالجين بالبريدنيزون والميزالامين، من فشل المعالجة خلال 6 أشهر من بدء العلاج، لكنها لا تغير نتيجة المعالجة بعد مرور 12 شهراً.

قصور الكبد المحدث بالنيفازودون:

تقرير عن ثلاث حالات

Nefazodone-Induced Liver Failure:

Report of Three Cases

Ann Intern Med 1999; 130: 285-288

دوافع الدراسة: إن قصور الكبد الدوائي نادر، لكنه خطر جداً عند حدوثه.

هدف الدراسة: وصف لثلاث حالات من قصور كبد تحت صاعق، وناتج عن تناول النيفازودون الذي يعتبر مضاد اكتئاب جديد، ومشتق كيميائي للفينيل بيبيرازين.

المجموعة المدروسة: 3 نسوة تراوحت أعمارهن بين 16-57 سنة، أجري لمريضتين زرع كبد، في حين وضعت الثالثة على قائمة الزرع ولكنها تحسنت لاحقاً. شخضت الحالات بخزعة الكبد.

النتائج:

- أعطى النيفازودون لمدة 14-28 أسبوعاً قبل بدء الأعراض.
- تراوحت مدة اليرقان بين 4-8 أسابيع قبل بدء اعتلال الدماغ.



أربعة، أو ثمانية أسابيع.

النتائج:

- بمرور ثمانية أسابيع، زالت الأعراض لدى 74% من المرضى المعالجين بالأوميبرازول، ولدى 50% من أولئك المعالجين بالرانيتيدين، وهو اختلاف واضح.
- أخضع المرضى بعد ذلك لفترة متابعة، ثم اختبروا عشوائياً مرة أخرى لتناول الأوميبرازول بجرعة 10 ملغ/يوم، أو الرانيتيدين بجرعة 150 ملغ مرتين يومياً.

- بمضي 12 شهراً، كان وضع المرضى المعالجين بالأوميبرازول (68%) أفضل بكثير من أولئك المعالجين بالرانيتيدين (39%).

الخلاصة: إن تناول جرعة مثالية من الأوميبرازول يؤدي إلى إزالة الأعراض بشكل أفضل من تناول جرعة عالية من الرانيتيدين، وذلك عند بدء الإصابة وخلال سنة من المعالجة الداعمة، لدى مرضى ثبت بالتنظير الداخلي إصابتهم بالتهاب المريء القلبي المعتدل.

لم تقارن هذه الدراسة سرعة الالتئام بواسطة التنظير الداخلي.

القضاء على الحلزونية البوابية لايزيل أعراض عسر الهضم

غير المترافق بقرحة ولكنه يزيد من شفاء التهاب المعدة

Eradication of *Helicobacter pylori* Did Not
Relieve Symptoms of Nonulcer Dyspepsia
but Increased Healing of Gastritis

ACP Journal Club 1999 May/ June; 130 (3): 64

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كان القضاء على خمج الحلزونية البوابية يزيل الأعراض لدى المرضى المصابين بعسر هضم دون قرحة (عسر هضم وظيفي) NUD

طريقة الدراسة: محاولة عشوائية ثنائية التعمية موجهة بالدواء الموهم متابعة لمدة سنة. أجريت في مراكز في النمسا، كندا، أيسلاند، إيرلندا، جنوب أفريقيا، والسويد.

المجموعة المدروسة: تمت دراسة حالة 348 مريضاً راجعوا العيادة بسبب وجود أعراض عسر هضم (ألم أو شعور بالانزعاج في الجزء العلوي من البطن) استمرت لمدة تجاوزت 6 أشهر، ولا يوجد لديهم إصابة سابقة بقرحة معدية أو داء معدي مريئي، وأظهروا نتيجة إيجابية لاختبار الحلزونية البوابية.

كانت نسبة متابعة هؤلاء المرضى 86%، وتم تحليل حالة 328 مريضاً، وسطي أعمارهم 47 عاماً، و59% منهم إناث.

بعد أسبوع من تسجيلهم، تم توزيع المرضى لتلقي العلاج،

يومية، وتناول 89 مريضاً الميزالامين بجرعة 2 غ/ مرتين يومياً. كانت النتيجة الرئيسية هي الهدأة السريرية المحددة بمؤشر فعالية داء كرون عند درجة لا تتجاوز 150، أما النتائج الثانوية فتضمنت مدة بقاء الهدأة والمضاعفات.

النتائج: (استثنى 8 مرضى من التحليل بسبب فقد البيانات)

- أتم 77 مريضاً (83%) من مجموعة المعالجة بالبديزونايد، و50 مريضاً (56%) من مجموعة الميزالامين، 16 أسبوعاً من العلاج.

- بمرور الأسبوع 16، كان معدل الهدأة (الهجوع) أعلى في مجموعة البديزونايد، ولكن وسطي زمن حدوث الهدأة كان أقل لدى مجموعة الميزالامين حيث بلغ 28 يوماً مقابل 84 يوماً لدى مجموعة البديزونايد.

- حدث لدى 12 من مرضى مجموعة البديزونايد مضاعفات شديدة تميزت بعدم القدرة على العمل أو المشاركة بالنشاطات الطبيعية، مقابل 22 مريضاً من مجموعة الدواء الموهم.

الخلاصة: يؤدي البديزونايد المضبوط التحرر إلى معدل هدأة أعلى وأسرع، مقارنة مع الميزالامين بطيء التحرر، وذلك لدى مرضى مصابين بداء كرون فعال في اللفائفي أو الكولون الصاعد أو كليهما. كما يقل لدى المرضى المتناولين للبديزونايد حدوث المضاعفات الشديدة.

استخدام الأوميبرازول مقابل جرعة عالية من

الرانيتيدين لعلاج داء القلس المعدي المريئي المعتدل:

معالجة قصيرة وطويلة الأمد

Omeprazole Versus High Dose Ranitidine
in Mild Gastroesophageal Reflux Disease:
Short- and Long-Term Treatment

Am J Gastroenterol 1999 Apr; 94: 931- 6

خلفية الدراسة: تفوق فعالية مثبطات مضخة البروتون Proton-Pump Inhibitors بشكل واضح فعالية منافسات مستقبل H2 لعلاج التهاب المريء القلبي المتوسط إلى الشديد، ولكن ماذا عن الحالات المعتدلة؟

المجموعة المدروسة: في دراسة عشوائية ثنائية التعمية أجريت في هولندا، تم اختيار 446 مريض مصاب بداء القلس العرضي Symptomatic Reflux، والتهاب المريء الخفيف الذي تم تشخيصه بالتنظير الداخلي.

طريقة الدراسة: تناول المرضى الأوميبرازول بجرعة 20 ملغ يومياً، أو جرعة عالية من الرانيتيدين 300 ملغ/ يومياً لمدة



شافية، بينما لم تعط المجموعة الثانية المؤلفات من 10 مرضى أيضاً أية معالجة.

بعد سنة أعيدت الاستقصاءات الأساسية، ثم أعطي مرضى المجموعة الثانية نفس المعالجة الشافية المعطاة للمجموعة الأولى، وأعيد تقييمهم بعد 12 شهراً. توبعت المجموعتان لمدة 36 شهراً بعد العلاج. النتائج:

– بمرور سنة من الدراسة، أظهر مرضى المجموعة الأولى نتيجة سلبية بالنسبة للإصابة بالحلزونية البوابية مع تحسن واضح في الضمور القاعي وإفراز الحمض، مقارنة مع بدء الدراسة، بينما بقي مرضى المجموعة الثانية مصابين بالحلزونية البوابية دون تحسن ملموس؛ نسجي أو وظيفي.

– بإعادة التقييم بعد 12 شهراً، ظهر تحسن واضح في إفراز الحمض والضمور القاعي في المجموعة الثانية وذلك بعد القضاء على الجرثوم.

– بالمتابعة، وبعد 36 شهراً، استمر النموذج النسجي غير متبدل في المجموعتين، وبقي إفراز المعدة غير متأثر بالعلاج بشكل عام رغم أنه لوحظ لدى 3 مرضى إفراز معدي طبيعي (مقارنة مع إفراز متأخر ببداية الدراسة) وذلك بعد القضاء على الخمج بالحلزونية البوابية.

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى إمكان تراجع الضمور المخاطي أو حتى شفاؤه، بعد القضاء على الحلزونية البوابية، وهذا يترافق مع عودة الوظيفة المعدية الطبيعية.

تقلص المريء المستمر: مؤشر على الألم الصدري

المريئي، مشخص بالتصوير فوق الصوتي داخل اللمعة

Sustained Esophageal Contraction:

A Marker of Esophageal Chest Pain

Identified by Intraluminal Ultrasonography

Gastroenterology 1999 Jan; 116: 29-37

دوافع الدراسة: في حال عدم وجود سبب قلبي للألم الصدري، غالباً ما يتبادر إلى ذهن الأطباء وبسرعة ألم الصدر المريئي المنشأ.

هدف الدراسة: إيجاد التفسير الفيزيولوجي لهذه المتلازمة.

مكان الدراسة: جامعة من فيرجينيا.

المجموعة المدروسة: 10 مرضى لديهم ألم يومي مزمّن تحت القص دون وجود أسباب قلبية أو رئوية أو عضلية هيكلية، كما أن هذا الألم لا يستجيب للمعالجة المضادة للحموضة.

فتناول 164 منهم الأوميبرازول Omeprazole والمضادات الحيوية، في حين تناول 164 آخرين الأوميبرازول والدواء الموهم لمدة أسبوع، أعطي الأوميبرازول بمقدار 20 ملغ / يوم على جرعتين.

أما المضاد الحيوي المعطى فكان الأموكسيسيلين Amoxicillin بجرعة 1000 ملغ مرتان يومياً والكلاريثرومايسين 500 Clarithromycin ملغ مرتان يومياً.

كانت المعايير الرئيسية التي تمت الدراسة على أساسها هي نجاح المعالجة (زوال أعراض عسر الهضم) وشفاء التهاب المعدة، أما المعايير الثانوية فهي نوعية الحياة (مؤشر تحسن الحالة النفسية العامة) ومقياس درجة الأعراض المعدية المعوية والأعراض الجانبية.

النتائج: بمرور عام، تشابهت نسب نجاح المعالجة (زوال الأعراض) في كل المجموعات، بينما كان شفاء المرضى من التهاب المعدة في مجموعة المضاد الحيوي أكثر منه في مجموعة الدواء الموهم، وتشابهت نتائج مقياس نوعية الحياة بين المجموعات.

انسحب عدد أكبر من المرضى من مجموعة المضاد الحيوي بسبب الأعراض الجانبية، فكانت النسبة 7% مقابل 1% في مجموعة الدواء الموهم.

الخلاصة: إن القضاء على الحلزونية البوابية باستخدام الأوميبرازول والمضادات الحيوية لا يؤدي إلى زوال الأعراض لدى المرضى المصابين بعسر هضم غير المترافق بقرحة، ولكنه يرفع نسبة شفاء التهاب المعدة، كما أن العديد من المرضى الذين تناولوا المضاد الحيوي تركوا العلاج بسبب الأعراض الجانبية.

تراجع ضمور قاع المعدة بعد القضاء على

الحلزونية البوابية

Reversal of Fundic Atrophy after

Eradication of *Helicobacter pylori*

Am J Gastroenterol 1998 Sep; 93(9): 1425-31

هدف الدراسة: معرفة تأثير معالجة الحلزونية البوابية لدى مرضى مصابين بالتهاب قاع المعدة ضموري.

المجموعة المدروسة: 20 مريضاً لديهم التهاب قاع المعدة ضموري مع خمج بالحلزونية البوابية.

طريقة الدراسة: منذ البداية، أجري لكل المرضى استقصاءات أساسية (دراسة إفراز الحمض، وإفراز المعدة، ودراسة نسجية)، ثم أعطيت المجموعة الأولى المؤلفات من 10 مرضى معالجة



أمراض مختلفة. تمت ملاءمة العمر، والجنس، ومؤشر كتلة الجسم.

طريقة الدراسة: تناولت المجموعة الأولى مضادات الالتهاب غير الستيرويدية بانتظام، بينما لم تتناول مجموعة الشاهد تلك الأدوية. أجري لكلتا المجموعتين تصوير بطن علوي بالأشعة فوق الصوت.

النتائج: كان الانتشار الكلي لحصى المرارة متقارباً لدى كلتا المجموعتين، فقد بلغ 24% ضمن المجموعة التي تناولت الـ NSAIDs (15.7% حصيات حقيقية، و 8.3% استئصال مرارة سابق)، في حين بلغ 21.3% ضمن مجموعة الشاهد (13.9% حصيات، و 7.4% استئصال مرارة).

كان انتشار الداء الحصوي المراري بين النساء أكبر بشكل واضح، مقارنة مع الذكور، أما متوسط العمر فكان أكبر لدى المرضى الذين لديهم حصيات، عنه لدى الذين خلوا منها، وذلك ضمن كلتا المجموعتين.

لم يكن هناك اختلافات واضحة في نوع ومدة بقاء حالة التهاب المفاصل، ونوع وجراحة NSAIDs المتناولة، ومدة المعالجة بين المرضى الذين لديهم أو الذين ليس لديهم حصيات.

في التحليل الراجع، بدت العلاقة واضحة بين الجنس الأنثوي، والعمر، والقصة العائلية لوجود حصيات، مع ظهور حصيات في المرارة، بينما لم تكن هناك علاقة بين استخدام NSAIDs والداء الحصوي المراري.

الخلاصة: إن استخدام الـ NSAIDs لفترات طويلة، لا يمنع حدوث حصيات المرارة لدى مرضى التهاب المفاصل المزمن، إذ يرتبط الداء الحصوي المراري مع العوامل المؤهبة (العمر، الإناث).

خمج الكامبيلوباكتر الصائمية المقاومة للكينولون

في مينيسوتا بين 1992-1998

Quinolone-Resistant Campylobacter jejuni
Infections in Minnesota, 1992-1998

N Engl J Med 1999; 340: 1525-32

خلفية الدراسة: تم تقرير ارتفاع مقاومة الكامبيلوباكتر *Campylobacter* المعزولة من الإنسان للكينولونات في أوروبا وآسيا، ولم يشاهد ذلك في الولايات المتحدة، وقد تم تقييم مقاومة الكامبيلوباكتر المعزولة في ولاية مينيسوتا وذلك في الفترة ما بين 1992-1998.

طريقة الدراسة: تم اختبار مقاومة 4953 عينة كامبيلوباكتر معزولة من الإنسان لحمض الناليديكسيك Nalidixic acid

طريقة الدراسة: وضعت لكل مريض قثطرة مريئية عبر الأنف لمدة يوم واحد، وأجري فحص بمحول طاقة فوق صوتي Ultrasound Transducer، وبمحول طاقة بالضغط Pressure Transducer، وفحص الـ PH.

النتائج:

- من أصل 24 حادثة ألم صدري، أظهر التصوير فوق الصوتي تقلصاً مريئياً مثبتاً SEC لدى 18 حالة، وترافق مع ثخانة جدار المريء، واستمر لمدة 68 ثانية وسطياً قبل بدء الألم.

- بالمقابل، فقد ظهر خلال 24 فترة مراقبة غير مترافقة بأية أعراض، وجود أربعة تقلصات مريئية مثبتة، استمرت لمدة 29 ثانية وسطياً.

- بشكل مثير للاهتمام، لم يصاحب حدوث تقلص المريء المثبت SEC المرافق للألم الصدري، أية زيادة في الضغط داخل اللمعة، وحدث لدى نصف الحالات فقط، هبوط مرافق في درجة PH.

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى أن تقلص العضلة المريئية العفوي - غير المترافق عادة مع القلس الحامضي أو زيادة الضغط داخل اللمعة القابل للقياس - هو المسؤول عن بعض حالات الألم الصدري غير المفسرة، وهذا الأمر لم يكن معروفاً في السابق، وهو نموذج حركي يجب أن تتوجه نحوه طرق المعالجة الجديدة.

استخدام مضادات الالتهاب غير الستيرويدية

وانتشار الداء الحصوي المراري: دراسة موجهة
Nonsteroidal Antiinflammatory Drug Use
and Gallstone Disease Prevalence:
A Case-Control Study

Am J Gastroenterol 1998 Sep; 93(9): 1420-4

دوافع الدراسة: هناك نتائج متضاربة حول العلاقة بين الداء الحصوي المراري واستخدام مضادات الالتهاب غير الستيرويدية NSAIDs، وهناك ندرة في الدراسات حول تأثير هذه الأدوية على أفراد ليس لديهم عوامل خطر مؤهبة لحدوث حصيات مرارة. هدف الدراسة: معرفة تأثير NSAIDs على حصيات المرارة.

المجموعة المدروسة: تألفت المجموعة الأولى من 216 مريض، 43 منهم ذكور، و 173 إناث، و 147 منهم مصابون بالتهاب مفاصل رثياني، ولدى 49 منهم التهاب عظمي مفصلي، ولدى 20 مريض التهاب فقار مقسط Ankylosing Spondylitis. المجموعة الثانية هي مجموعة الشاهد، وضمت 216 مريض أيضاً، لديهم



القرحة أقل حدوثاً لدى الأشخاص غير المصابين بخمج
الكلونية البوابية منه لدى المصابين بخمج مستمر بعد
المعالجة؟

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة:

- تم تحديد الدراسة بعد البحث في الـ Medline من عام 1983،
باستخدام مصطلحات Pylori ، أو Pyloridis، قرحة، معالجة،
استئصال، انتكاس، ثنائي التعمية، والبحث في الملخصات
والدراسات المشابهة والاتصال بالباحثين والشركات الدوائية.
أجريت دراسات منشورة وغير منشورة اعتمدت على محاولات
عشوائية ثنائية التعمية من أجل القضاء على الكلونية البوابية،
واستخدمت التنظير الداخلي المجدول المنتظم لمدة تجاوزت 6
أشهر من المتابعة. اشتملت تلك الدراسات على المرضى الذين لم
يتناولوا مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية والمصابين
بقروح عفجية تم شفاؤها بعد تلقي العلاج للقضاء على
الكلونية البوابية.

- 7 دراسات ضمت 989 مريض، وافقت معايير الدراسة، وكانت
قد نشرت 5 دراسات منها فقط.

- 4 دراسات منها كانت موجهة بالدواء الموهم.

- جميع الدراسات اختبرت معالجة مزدوجة لمدة أسبوعين
للقضاء على الكلونية البوابية:

- دراستان استخدمتا: الأوميبرازول Omeprazole مع
الكلاريثروميسين Clarithromycin

- دراستان استخدمتا: الـ Ranitidine Bismuth Citrate (RBC)
مع الأموكسيسيللين Amoxicillin

- واستخدمت دراستان أخريان: الـ RBC مع الكلاريثروميسين.
- دراسة واحدة استخدمت الأوميبرازول مع الأموكسيسيللين.

النتائج: بإتمام المعالجة، أظهر 414 من 619 مريضاً لديهم قرحة
ملتئمة، نتيجة إيجابية لاختبار الكلونية البوابية، (21 مريضاً
من بين الذين استخدموا الدواء الموهم، و 316 من بين الذين تلقوا
المعالجة المفردة، و 77 من بين الذين تناولوا المعالجة
المزدوجة).

تم تحديد نكس القرحة في 6 دراسات بعد مدة وصلت إلى 24
أسبوعاً، وإلى 28 أسبوعاً في دراسة واحدة.

كان عدد المرضى غير المصابين بخمج الكلونية البوابية
والذين نكست لديهم القرحة، أقل من أولئك الذين بقي لديهم
الخمج بعد المعالجة.

20% تقريباً من المرضى الذين أظهروا نتيجة سلبية لاختبار
الكلونية البوابية أصيبوا بنكس قرحة خلال 6 أشهر.

وجميعها مستلمة من قبل قسم الصحة في مينيسوتا.

اختبرت عينات معزولة مقاومة، وأخرى معزولة حساسة لاختبار
مقاومتها للسيبروفلوكساسين Ciprofloxacin

أقيمت دراسة مقارنة للمرضى الذين تم عزل *Campylobacter jejuni*
مقاومة للسيبروفلوكساسين منهم خلال عام 1996 و 1997،
وقد اعتبر الدجاج مصدر هام للكامبيلوباكتريز المقاوم للكينولون.
النتائج: ارتفعت نسبة الجراثيم المعزولة من *C.jejuni* المقاومة
للكينولون المعزولة من الإنسان من 103% عام 1992 إلى 10.2%
عام 1998.

خلال عامي 1996 و 1997، ارتبطت الإصابة بخمج *C.jejuni*
المقاوم للكينولون بالسفر واستخدام الكينولون قبل جمع
عينات البراز. مع ذلك لم يتم استخدام الكينولون لدى أكثر من
15% من الحالات وذلك من عام 1996 إلى عام 1998، وقد ارتفع
أيضاً عدد الإصابات بالأخماج المقاومة للكينولون التي انتقلت
بطريق التدجين بين عامي 1996 و 1998.

عزلت عينات *C.jejuni* مقاومة للسيبروفلوكساسين من 14% من
أصل 91 منتج دجاج تم الحصول عليه من أسواق التجزئة عام
1997.

أظهر تحت النمط الجزيئي ارتباطاً بين سلالات *C.jejuni*
المقاومة المأخوذة من منتجات الدجاج والأخماج المكتسبة
بطريق التدجين في مقاطعة مينيسوتا.

الخلاصة: إن ازدياد الإصابة بخمج *C.jejuni* المقاومة
للكينولون في مينيسوتا يعود بشكل رئيسي إلى الأخماج
المكتسبة خلال السفر. ومع ذلك، فقد ارتفع أيضاً عدد الأخماج
المقاومة للكينولون المكتسبة بطريق التدجين، غالباً بسبب
اكتساب سلالات مقاومة من الدجاج.

أدى استخدام الفلوروكينولونات لدى الدجاج والذي بدأ في
الولايات المتحدة عام 1995 إلى تكوين مخزن من *C.jejuni*
المقاومة.

القضاء الناجح على الكلونية البوابية

يمنع نكس القرحة

Successful *Helicobacter pylori* Eradication Prevents Ulcer Recurrence

ACP Journal Club 1999 May/June; 130 (3): 63

دوافع الدراسة: هناك تساؤل يدور حول المرضى المصابين
بقرحة عفجية (في أمريكا الشمالية) الذين تماثلوا للشفاء بعد
تلقي العلاج للقضاء على الكلونية البوابية، هو: هل نكس



مصابين بالداء الشرياني الإكليلي، البرافاستاتين، أو الدواء الموهم. مع ملاحظة أن جميع المرضى كان لديهم ارتفاع في الكوليسترول والبروتينات الدسمة المنخفضة الكثافة LDL غير معالج.

النتائج: بمرور ستة أشهر، ومقارنة مع المرضى الذين تناولوا الدواء الموهم، انخفضت بشكل ملحوظ عملية تشكيل الخثرة لدى جميع المرضى المعالجين بالبرافاستاتين، سواء أكانوا مصابين أم غير مصابين بالداء الشرياني الإكليلي.

تحسنت أيضاً العوامل الحالة للفيبرين Fibrinolytic Profiles لديهم.

الخلاصة: تشير هذه الدراسات إلى أن الستاتينات يمكن أن تساعد على تجنب الإصابات الإكليلية بإضعاف قدرة الجسم على تشكيل الجلطات الدموية، ولا يزال دور الأسبرين في زيادة هذه التأثيرات مجهولاً حتى الآن.

تأثير المعالجة الداعمة بحمض الفوليك على فولات

البلازما وتركيز الهوموسيستئين الكلي

The Effect of Folic Acid Fortification on Plasma Folate and Total Homocysteine Concentrations

N Engl J Med 1999 May 13; 340: 1449-54

خلفية الدراسة: في عام 1996، قامت منظمة الغذاء والدواء بسن نظام يستلزم وجوب دعم جميع منتجات الحبوب المدعومة بإضافة حمض الفوليك للتقليل من خطورة حدوث عيوب الأنبوب العصبي لدى حديثي الولادة.

بدأ التدعيم (140 ميكروغرام/ 100 غرام) في عام 1996، واكتملت هذه العملية بحلول منتصف عام 1997.

طريقة الدراسة: للوصول إلى تأثير التدعيم بحمض الفوليك في وضع الفولات، تم قياس فولات البلازما وتركيز الهوموسيستئين الكلي (وهو مؤشر حساس لحالة الفولات) باستخدام عينات الدم المأخوذة من الفحص الخامس (كانون الثاني 1991 إلى كانون الأول 1994) السليبي بدراسة فرامنغهام Framingham Offspring Study كقيم أساسية، ومن الفحص السادس (كانون الثاني 1995 إلى آب 1998) كقيم متابعة.

المجموعة المدروسة: تتضمن مجموعتين على أساس تاريخ فحص المتابعة: تألفت مجموعة التجربة من 350 شخصاً شوهدوا بعد التدعيم (أيلول 1997 إلى آذار 1998)، وتألفت مجموعة الشاهد من 756 شخصاً شوهدوا قبل التدعيم (كانون

الخلاصة: بعد تلقي العلاج للقضاء على الحلزونية البوابية لدى المرضى المصابين بقروح عفجية ملتئمة، تبين أن نكس القرحة أقل لدى المرضى غير المصابين بالخمج، منه لدى المصابين بخمج مستمر. لكن القضاء على الحلزونية البوابية لم يمنع نكس القرحة تماماً.

■ أمراض دم

تثبيط توليد الثرومبين بواسطة السيمفاستاتين

وغياب التأثير الإضافي للأسبرين لدى مرضى مصابين

بضرط كوليسترول الدم الشديد

Inhibition of Thrombin Generation by Simvastatin and Lack of Additive Effects of Aspirin in Patients with Marked Hypercholesterolemia

J Am Coll Cardiol 1999 Apr; 33: 1286-93, 1294-304

دوافع الدراسة: كيف تقلل الستاتينات Statins من اختلاطات الداء القلبي الإكليلي؟ إن الإجابة التقليدية هي: بتخفيض مستوى الكوليسترول، ولكن هناك العديد من الدلائل على وجود آليات أخرى، وهي مازال قيد البحث.

هدف الدراسة: اختبار تأثير دوائين في مقدمة الستاتينات على جهاز التخثر. طريقة الدراسة:

الدراسة الأولى: تصف تأثير السيمفاستاتين Simvastatin بجرعة وسطية 24 ملغ/يوم على توليد الثرومبين Thrombin لدى 33 رجلاً كانت لديهم نسبة الكوليسترول الكلي في المصل أعلى من 250 ملغ/دسل، أما نسبة الشحوم الثلاثية Triglycerides فكانت أقل من 400 ملغ/دسل.

النتائج: عمل السيمفاستاتين على خفض الكوليسترول، وتثبيط توليد الثرومبين، مما يمكن أن يضعف تشكيل الجلطة الدموية. كان تأثير السيمفاستاتين على توليد الثرومبين أكبر من التأثير الناتج من استخدام الأسبرين بمفرده، ولم تعزز مشاركة الأسبرين معه من ذلك التأثير.

الدراسة الثانية: تبحث في تأثير البرافاستاتين Pravastatin على تشكيل الخثرة، وعلى العوامل المرقنة Hemostatic Profile طريقة الدراسة: تناول 31 مريضاً بالداء الشرياني الإكليلي CAD، البرافاستاتين، في حين تناول 62 مريضاً اختيروا عشوائياً، وغير



الثاني 1995 إلى أيلول 1996).

النتائج: لدى أفراد مجموعة التجربة الذين لا يتناولون فيتامينات إضافية، ارتفع وسطي تركيز الفولات من 4.6 إلى 10 نانوغرام/مل (من 11 إلى 23 نانومول/ل)، وذلك من الزيادة الأساسية إلى زيادة المتابعة، وانخفضت نسبة المصابين بنقص الفولات (>3 نانوغرام/مل = 7 نانومول/ل) من 22% إلى 107%. انخفض وسطي تركيز الهوموسيستئين الكلي من 10.1 إلى 9.4 ميكرومول/ل خلال هذه الفترة، وانخفض تأثير الهوموسيستئين المرتفع (<13 ميكرومول/ل) من 18.7% إلى 9.8%. لم تشاهد لدى مجموعة الشاهد تغيرات إحصائية هامة في تراكم الفولات أو الهوموسيستئين. الخلاصة: ارتبطت إضافة حمض الفوليك إلى منتجات الحبوب المدعومة بتحسين حقيقي في وضع الفولات لدى البالغين من متوسطي العمر وكبار السن.

تأثير المعالجة الكابتة للمناعة لدى المرضى

المتقدمين بالعمر والمصابين بفقر الدم اللاتنسجي

Effectiveness of Immunosuppressive Therapy
in Older Patients with Aplastic Anemia

Ann Intern Med 1999; 130: 193 - 201

دوافع الدراسة: تعتبر الأدوية الكابتة للمناعة ناجحة في علاج فقر الدم اللاتنسجي الشديد، ولكن المعلومات غير وافرة حول تأثير هذه الأدوية على المرضى المتقدمين في العمر. هدف الدراسة: أجريت هذه الدراسة الراجعة لتقييم نتائج المعالجة على مرضى تجاوزت أعمارهم 50 سنة، ولديهم فقر دم لا تنسجي.

المجموعة المدروسة: ضمت 810 مريض لديهم فقر دم لا تنسجي.

طريقة الدراسة: قسم المرضى حسب العمر إلى:

المجموعة الأولى: تألفت من 127 مريضاً تجاوزت أعمارهم 60 سنة أو أكثر.

المجموعة الثانية: تألفت من 115 مريضاً تراوحت أعمارهم بين 50-59 سنة.

المجموعة الثالثة: تألفت من 568 مريضاً لم تتجاوز أعمارهم 50 عاماً. - أعطى المرضى غلوبولين مضاد للمفاويات، أو سيكلوسبورين، أو كليهما.

- درست البقيا، وسبب الوفاة، والاستجابة للعلاج، ومعدل النكس، وخطر المضاعفات المتأخرة وذلك لدى جميع المرضى وحسب

مجموعات العمر.

النتائج:

- كان معدل البقيا لمدة خمس سنوات 50% بالنسبة للمجموعة الأولى، و57% للثانية، و72% للثالثة.

- ترافقت زيادة العمر بشكل ملحوظ مع زيادة خطر الوفاة، فبلغ الخطر النسبي 2.75 بالنسبة للمجموعة الأولى، و1.8 بالنسبة للمجموعة الثانية وذلك مقارنة مع الثالثة. ويعود ذلك بشكل أساسي إما إلى النزف أو إلى الخمج.

- تشابهت معدلات الاستجابة للعلاج، والنكس، وخطر المضاعفات في المجموعات الثلاث.

- بلغت الاستجابة للمعالجة 62% لدى كل المرضى بمرور عام.

- لم يشاهد اختلاف بين مجموعات العمر بالتحليل متعدد المتغيرات.

- أعقب ذلك نكس حدث لدى 66 من 379 مريضاً (17%) مستجيباً للعلاج.

- كان خطر الاضطرابات النسيجية 20% في السنة العاشرة.

الخلاصة: إن الاستجابة للأدوية الكابتة للمناعة في معالجة فقر الدم اللاتنسجي مستقلة عن العمر، ولكن العلاج يترافق مع زيادة الوفيات لدى المرضى المتقدمين في العمر.

■ الأمراض الاستقلابية والدرء السكري

التأثيرات الوراثية و البيئية على دهون الجسم الكلية و دهون

البطن المركزية: تأثير النشاط الفيزيائي لدى التوائم الإناث

Genetic and Environmental Influences on
Total-Body and Central Abdominal Fat:

The Effect of Physical Activity in Female Twins

Ann Intern Med 1999; 130: 873-882

دوافع الدراسة: أدى تزايد انتشار السمنة إلى تركيز الاهتمام على دور النشاط الفيزيائي وتفاعله مع العوامل الوراثية المرجحة. هدف الدراسة:

- دراسة العلاقة بين النشاط الفيزيائي والدهون الكلية في الجسم ودهون البطن المركزية بشكل مستقل عن العوامل الوراثية والعوامل المحيطة الأخرى.

- دراسة تأثير النشاط الفيزيائي لدى الأشخاص المعرضين وراثياً إلى شحامة adiposity معممة أو مركزة.

طريقة الدراسة: دراسة متصالبة.

مكان الدراسة: مستشفى لندن التعليمي الجامعي.

المجموعة المدروسة: 970 توأم من النساء الأصحاء، وسطي



الرياضي أكبر من تأثير العوامل المحيطية المقاسة الأخرى .
لم يكن للنشاط الفيزيائي تأثير أقل على كتلة دهون الجسم لدى المشاركين ذوات الاستعداد الوراثي للشحامة.

المدخلة المركزة المتعددة العوامل للمرضى السكريين من النمط 2 والذين لديهم بيلة ألبومينية مجهرية:

دراسة عشوائية محدودة نمط 2

Intensified Multifactorial Intervention in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Microalbuminuria: The StenoType 2 Randomized Study

Lancet 1999 Feb 20; 353: 617-22

هدف الدراسة: توضيح فائدة المعالجة المركزة للوقاية من
اختلالات الداء السكري.

المجموعة المدروسة: 160 مريضاً تراوحت أعمارهم بين 40-65
عاماً، مصابين بالداء السكري من النمط 2 مع بيلة ألبومينية
مجهرية.

طريقة الدراسة:

- طبق على مجموعة من المرضى المعالجة النموذجية
المتعارف عليها من قبل ممارس عام، في حين طبقت المعالجة
المركزة من قبل طبيب، أو ممرض، أو خبير تغذية على مجموعة
أخرى.

- تضمن علاج مرضى مجموعة المعالجة المركزة، تبدلات
سلوكية شملت الحمية قليلة الدسم، والتوقف عن التدخين،
وممارسة التمارين.

- أعطي المرضى مثبط للإنزيم القالب للأنجيوتنسين مع
معالجة مخفضة لارتفاع الضغط حسب الحاجة، بحيث أمكن
المحافظة على قيمة ضغط الدم أقل من 140/85 ملم ز. كما تم
إعطاء فيتامين E و C، والأسبرين لمن لديهم داء قلبي وعائي
إقفاري Ischemic Cardiovascular Disease، وعلاج للسكري
للوصل بالخضاب A1c لقيمة لا تتجاوز 7٪.

- أعطيت معالجة لفرط شحوم الدم، وتوبع المرضى لمدة أربع
سنوات تقريباً.

النتائج: أبدى مرضى مجموعة المعالجة المركزة مقارنة مع
مجموعة المعالجة التقليدية، معدلات اختلالات أقل بشكل
ملحوظ، وانخفاض تطور الاعتلال الكلوي إلى 8 مقابل 19
مريضاً، وتطور اعتلال الشبكية إلى 19 مقابل 33 مريضاً، وتطور
الاعتلال العصبي الذاتي إلى 8 مقابل 22 مريضاً.

أعمارهم 55.5 عاماً (يتراوح العمر بين 39 و 70 عاماً)، معامل
كتلة الجسم 24.4 كغ/م² (يتراوح بين 14.6 و 44.0 كغ/م²)
تشتمل المجموعة المدروسة على 241 توأماً حقيقياً و 228 توأماً
غير حقيقي و 32 أنثى لم تكن المعلومات وافية عن توأمهن.
كان وزن 56٪ من المشاركات طبيعياً، ولدى 30٪ منهن زيادة
وزن، وتعاني 7٪ منهن من السمنة، و 7٪ وزنهن أقل من
الطبيعي.

تم قياس دهون الجسم الكلية و دهون البطن المركزية بمقياس
امتصاص الأشعة السينية ثنائي الطاقة وتقدير النشاط
الفيزيائي بالقيام باستقصاءات كمية وشبه كمية.

تم جمع معلومات حول طريقة التغذية والحالة الاجتماعية و
الاقتصادية، والتدخين، وتناول معالجة تعويضية بالهرمون
(HRT)

النتائج:

- كانت الشحامة الكلية وشحامة البطن المركزية أقل عند ارتفاع
مستوى النشاطات المترافقة مثل الرياضة والنشاطات المنزلية.

- كانت الدهون الكلية و دهون البطن المركزية أقل بمقدار 5.6
كغ و 0.44 كغ، على الترتيب، لدى المشاركات اللواتي قمن بنشاط
فعال في إنقاص الوزن.

- وجد أن النشاط الفيزيائي هو أقوى عامل مستقل منبئ بدهون
الجسم الكلية و دهون البطن المركزية بنموذج تراجع يشمل العمر
والتغذية والتدخين واستخدام HRT والحالة الاجتماعية و
الاقتصادية.

- أظهر أزواج التوائم المتشابهة المتفوقون في حالة التدخين
واستخدام HRT، والمختلفون في القيام بنشاطات رياضية
متوسطة الشدة، اختلافات في دهون الجسم الكلية بين التوأمين
أكبر من الاختلافات الناتجة عن التوائم المتفوقين في مستوى
النشاط الرياضي.

في هذا النموذج، أدت الرياضة المتوسطة الشدة لمدة ساعة واحدة
و ساعتين إلى اختلاف في دهون الجسم الكلية بين التوأمين
بمقدار 1 كغ و 1.4 كغ على الترتيب.

- ترافقت المستويات العالية من النشاط الفيزيائي لدى التوائم
ذوات الوزن الزائد بنقصان كتلة الدهون الكلية بمقدار 3.96 كغ و
كتلة دهون البطن المركزية بمقدار 0.53 كغ.

الخلاصة: ينبئ النشاط الفيزيائي المستمر بانخفاض شحامة
الجسم الكلية و شحامة البطن المركزية لدى النساء الأصحاء
متوسطات العمر.

بعد ضبط العوامل الوراثية والمحيطية، كان تأثير النشاط



– حوادث نقص سكر الدم الكيماوية الحيوية حيث انخفضت من 0.6% مقابل 1%، إلى 1.5%.

– وكانت زيادة الوزن أقل من المجموعات الثلاث الأخرى.

الخلاصة: تبدو المشاركة بين الأنسولين المأخوذ مساءً والمضبوط ذاتياً مع الميتفورمين، الاختيار الأول المقبول لمرضى الداء السكري الذي لم يتم ضبطه بمركبات السلفونيل يوريا.

يفترض حالياً كون هذا النظام أكثر فائدة لعدم خشية المرضى زيادة الوزن، وبالتالي أخذهم جرعات أعلى من الأنسولين.

العلاقة بين اللياقة البدنية للذكور

وبين الداء السكري من النمط 2

The Association Between Cardiorespiratory Fitness and Impaired Fasting Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus in Men

Ann Intern Med 1999 Jan 19; 130: 89-96

دوافع الدراسة: اعتبار اللياقة الفيزيائية القليلة وعدم تحمل السكر، عوامل خطورة أكيدة في حدوث الداء القلبي الإكليلي.

هدف الدراسة: البحث عن العلاقة الزمنية بين اللياقة القلبية التنفسية وحدوث عدم تحمل السكر لدى مرضى غير سكريين.

المجموعة المدروسة: ضمت الدراسة 8633 رجلاً غير مصاباً بالداء السكري، من بينهم 1122 شخصاً لديهم عدم تحمل سكر عند بدء الدراسة.

طريقة الدراسة: تمت متابعة المرضى لمدة ست سنوات، تم خلالها تحديد حدوث عدم تحمل السكر، والإصابة بالداء السكري الصريح.

النتائج: بلغ معدل حدوث عدم تحمل السكر بين رجال لديهم مستوى منخفض من اللياقة الفيزيائية 2%، في حين بلغ 1.4% لدى رجال بمستوى لياقة متوسط، وبلغ 1% لدى من كانت اللياقة عندهم بمستوى مرتفع، في حين بلغت القيم المقابلة لحدوث السكري الصريح 0.6%، 0.3%، 0.2%، على الترتيب. وبعد ضبط العوامل المشوشة الكامنة التي تضمنت العمر والبدانة وسوابق الإصابة بالداء السكري لدى الوالدين، بقيت اللياقة القلبية التنفسية عامل تنبؤ لحدوث عدم تحمل السكر والإصابة بالداء السكري.

الخلاصة: تشير هذه الدراسة إلى العلاقة بين اللياقة القلبية التنفسية الضئيلة وخطر حدوث داء قلبي إكليلي لدى الذكور، حيث أن الذكور ذوي اللياقة القلبية التنفسية القليلة هم أكثر

بسبب قلة عدد المرضى، فقد افتقدت الدراسة القدرة على إظهار التأثير الواضح على الاختلالات في الأوعية الكبيرة، أو على الوفيات.

الخلاصة: تبين هذه الدراسة أن المعالجة المركزة المتعددة العوامل لمرضى الداء السكري من النمط 2 الذين لديهم بيئة ألومينية مجهرية، تخفف من تطور كل من الاعتلال الكلوي، واعتلال الشبكية، والاعتلال العصبي الذاتي. ولكن لم يتضح بدقة أي هذه العوامل المتعددة هو المسؤول عن تلك النتائج.

مقارنة بين أنظمة العلاج بالأنسولين عند النوم لدى مرضى

بالداء السكري من النمط 2: دراسة عشوائية موجهة

Comparison of Bedtime Insulin Regimens in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized, Controlled Trial

Ann Intern Med 1999 Mar 2; 130:

دوافع الدراسة: لم يتم التوصل حتى الآن لنظام العلاج الطبي المثالي لمرضى الداء السكري من النمط 2، والذين فشلت لديهم المعالجة بمركبات السلفونيل يوريا Sulfonylureas بمفردها.

هدف الدراسة: التوصل إلى نظام علاج مناسب لمرضى الداء السكري من النمط 2.

طريقة الدراسة: تمت المقارنة بين أربعة أنظمة من العلاج، بحيث تضمن كل منها جرعة عند النوم من الأنسولين المتوسط المفعول Intermediate- Acting Insulin، مضافاً إليه:

– إما الجليبوريد Glyburide بجرعة 3 ملغ عند الصباح، أو 7 ملغ عند المساء.

– أو الميتفورمين Metformin بجرعة 1 ملغ / مرتين يومياً.

– أو الجليبوريد مع الميتفورمين.

– تضمن النظام الرابع حقنة إضافية من الأنسولين قبل الإفطار.

تم ضبط زيادة جرعة الأنسولين المأخوذة عند النوم ذاتياً، في حين بقي الغلوكوز على الريق أعلى من 108 ملغ / د.ل، وذلك لثلاثة قياسات متسلسلة. استمرت الدراسة لمدة عام.

النتائج: من بين 88 شخصاً أتموا فترة الدراسة، كانت الجرعة الكلية للأنسولين أعلى لدى مجموعة العلاج بالأنسولين مع الميتفورمين منها لدى باقي المجموعات الثلاث، حيث بلغت 36 وحدة مقابل 20-24 وحدة عند النوم.

سجلت هذه المجموعة انخفاضاً واضحاً في كل من:

– الخضاب السكري Glycosylated Hemoglobin، حيث انخفض من 9.8% إلى 7.2%.



اختلافاً قيمته 10.3 ملم ز، في حين كانت قيمة هذا الاختلاف 4.5 ملم ز ضمن مجموعة المعالجة الفعالة.

- بعد ضبط العوامل المشوشة، وجد أن المعالجة الفعالة ضمن مجموعة المرضى المصابين بالداء السكري أدت إلى انخفاض الوفاة الكلية بنسبة 55٪، وانخفاض الوفاة بداء قلبي وعائي بنسبة 76٪، وانخفاض جميع الحوادث القلبية بنسبة 63٪، وانخفاض جميع الحوادث القلبية الوعائية بنسبة 69٪، مقابل 26٪ بين المرضى غير المصابين بالسكري، وانخفاض السكتات المميتة وغير المميتة بنسبة 73٪، مقابل 38٪ بين غير المصابين بالسكري.

- ضمن مجموعة المعالجة الفعالة، انخفض معدل الوفاة الكلية، والوفاة بسبب داء قلبي وعائي، وجميع الحوادث القلبية الوعائية بشكل أكبر بين المرضى السكريين، عنها لدى المرضى غير السكريين.

الخلاصة: تعتبر المعالجة المخفضة لارتفاع الضغط باستخدام النيترينديبين مفيدة، خاصة لدى المسنين المصابين بالداء السكري وضغط دم انقباضي معزول.

هذه النتائج لا تدعم الافتراض بأن استخدام حاصرات قناة الكالسيوم طويلة أمد التأثير قد تكون مؤذية لدى المرضى المصابين بالداء السكري.

■ أمراض غدد

تأثير الجرعات القليلة من اليود على وظيفة الدرق

لدى مرضى التهاب الدرق لهاشيموتو

القاطنين مناطق فيها عوز يود خفيف

Effect of Small Doses of Iodine on Thyroid Function in Patients with Hashimoto's Thyroiditis Residing in an Area of Mild Iodine Deficiency

Eur J Endocrinol 1998 Jul; 139(1): 23-8

دوافع الدراسة: وجدت عدة دراسات بأنه قد يكون لليود تأثير على حالة الدرق الهرمونية وربما على إنتاج الأضداد لدى مرضى مصابين بداء درقي مناعي ذاتي. حتى اليوم، فإن الدراسات المنجزة استخدمت كميات كبيرة من اليود.

هدف الدراسة: تقييم تأثير الجرعات الصغيرة من اليود على وظيفة الدرق وعلى مستويات أضداد الدرق لدى مرضى السواء الدرقي euthyroid، القاطنين في مناطق فيها عوز يود غذائي خفيف.

عرضة لخطر حدوث عدم تحمل السكر وحدث الداء السكري.

تأثير استخدام حاصرات قنوات الكالسيوم

لدى المسنين المصابين بالداء السكري

وبارتفاع الضغط الشرياني الانقباضي

Effects of Calcium-Channel Blockade in Older Patients with Diabetes and Systolic Hypertension

N Engl J Med 1999 Mar 4; 340: 677- 84

خلفية الدراسة: توضح التقارير الأخيرة أن حاصرات قناة الكالسيوم قد تسبب بعض الأذى لدى مرضى مصابين بارتفاع الضغط والداء السكري. أوضحت تقارير مسبقة، أن المعالجة المخفضة لارتفاع ضغط الدم باستخدام النيترينديبين (حاصر لقناة الكالسيوم) Nitrendipine تخفف من خطر الحوادث القلبية الوعائية.

هدف الدراسة: المقارنة بين نتائج المعالجة بالنيترينديبين لدى المرضى السكريين وغير السكريين.

المجموعة المدروسة: تألفت من 4695 مريض تجاوزت أعمارهم 60 عاماً، ولديهم ضغط انقباضي متراوح بين 160-219 ملم ز، أما قيمة الضغط الانبساطي فلم تتجاوز 95 ملم ز.

طريقة الدراسة: تم اختيار المرضى عشوائياً لتناول الدواء الموهم أو المعالجة الفعالة بالنيترينديبين، وذلك ضمن مجموعتين تألفت إحداهما من 492 مريض مصاب بالداء السكري تم اختيارهم عشوائياً، وتألفت الأخرى من باقي المرضى غير المصابين بالسكري.

أعطى المرضى النيترينديبين بجرعة 10-40 ملغ/يوم، مع إمكانية إضافة أو استبدال الإنالابريل Enalapril بجرعة 5-20 ملغ/يوم، أو الهيدروكلورثيازيد Hydrochlorothiazide بجرعة 12.5-25 ملغ/يوم، أو كليهما، وذلك من أجل خفض ضغط الدم الانقباضي بما لا يقل عن 20 ملم ز، وبحيث يصبح أقل من 150 ملم ز. تمت المتابعة لمدة عامين وسطياً.

النتائج:

- بين المرضى المصابين بالداء السكري والذين تناولوا الدواء الموهم، سجل الضغط الانقباضي والانبساطي اختلافاً قيمته 8.6 ملم ز، في حين كانت قيمة الاختلاف بين مجموعة المعالجة الفعالة 3.9 ملم ز.

- ضمن مجموعة المرضى غير المصابين بالداء السكري والذين تناولوا الدواء الموهم، سجل الضغط الانقباضي والانبساطي



الجراحي، ومقاطع بالتجميد، وتمت مقارنة النتائج ومعرفة الحساسية والنوعية. النتائج:

- وجدت 14 حالة كارسينوما درق حليمية، شخضت 13 حالة منها بالدراسة الخلوية أثناء العمل الجراحي، بينما مكنت الخزعة المجمدة، من تشخيص 11 حالة، مع ملاحظة أنه لم يكن هناك اختلاف بالحساسية، وتشابه الطريقتين بالنوعية.
- من ضمن 21 حالة عقيدة غرائية، تم تشخيص 16 حالة منها بالدراسة الخلوية أثناء العمل الجراحي، بينما شخضت 15 حالة بالخزعة المجمدة (كانت الحساسية أكبر بشكل قليل في IOC من الـ FS، في حين بلغت نوعية IOC 71%، والـ FS 98%).
- وجدت 17 حالة ورم غدي جرابي، تم تشخيص 9 حالات منها بشكل خاطئ بالـ IOC على أنها عقيدات غرائية (حيث كان أغلبها أوراماً غدية جرابية كبيرة الجريبات مع غراء غزير)، وتم وضع التشخيص الصحيح بالـ FS لـ 16 حالة على أنها تنشؤ جرابي، وشخضت الحالة السابعة عشرة خطأ على أنها عقيدة غرائية.
- من ضمن 11 حالة كارسينوما جرابية، وضع التشخيص الخاطئ بالـ IOC لثلاث حالات فقط على أنها عقيدة غرائية، بينما شخضت جميع الحالات على أنها تنشؤ جرابي بالـ FS
- الخلاصة: على الرغم من أن الفحص الخلوي أثناء العمل الجراحي أقل دقة من الخزعة المجمدة في تشخيص العقيدات الغرائية والتنشؤات الجرابية، إلا أنه عالي الحساسية والنوعية في تشخيص الكارسينوما الحلليمية، كما أنه إجراء سريع وسهل. وتفيد مشاركة الإجراءات في مسح العقيدات الدرقية لإيجاد الكارسينوما الحلليمية بشكل خاص.

■ أمراض عصبية

تنبيه العصب المبهم في الاعتلال الدماغى الصرعى

Vagal Nerve Stimulation in Epileptic Encephalopathies

Pediatrics 1999 Apr; 103(4 pt 1): 778-82

هدف الدراسة: توضيح تأثير تنبيه العصب المبهم (VNS) لدى الأطفال المصابين باعتلالات دماغية صرعية. طريقة الدراسة: شملت هذه الدراسة مجموعة من الأطفال الذين يتلقون منبهات العصب المبهم لمدة سنتين من أجل تحديد التغيرات الحاصلة في تكرر النوب وفي مخطط الدماغ الكهربائي (EEG) والسلوك التكيفي ونوعية الحياة والأداء العصبي وغير العصبي الملائم.

المجموعة المدروسة: تألفت من مجموعتين:

ضمت المجموعة الأولى 40 مريضاً، في حين ضمت الثانية وهي مجموعة الشاهد 43 مريضاً. أبدت كلتا المجموعتين فحص أضداد ضد الدرق إيجابي (TPO)، أو مع نقص صدى بالتصوير بالأصوات فوق الصوتية hypoechogenic on ultrasound، كما كان TBII سلبياً.

طريقة الدراسة: تناول مرضى المجموعة الأولى 250 ميكروغرام/يوم من يود البوتاسيم لمدة أربعة أشهر وسطياً (2-13 شهراً).

النتائج:- حدث لدى 7 مرضى من المجموعة الأولى قصور درق تحت سريري وعاد ثلاثة منهم إلى حالة السواء الدرقي مرة أخرى بعد إيقاف العلاج باليود، حدث في الوقت نفسه قصور درق تحت سريري لدى مريض واحد فقط من مجموعة الشاهد.

- تجاوز تركيز TSH 3 ميلي وحدة/ل لدى أربعة من المرضى الثمانية الذين أصيبوا بقصور درق تحت سريري.

- حدث لمريض واحد من المجموعة الأولى قصور درق، وتطور لدى آخر من المجموعة نفسها فرط نشاط درق مع زيادة مرافقة في عيار TBII إلى 17 وحدة/ل، ولكنه عاد إلى حالة السواء الدرقي مرة أخرى بعد سحب اليود.

- كان لدى المرضى التسعة الذين عانوا من سوء وظيفة الدرق نقص صدى بالأصوات فوق الصوتية.

- لم يلاحظ لدى 32 مريضاً من المجموعة الأولى، و42 من مجموعة الشاهد أي تبدل في وظيفة الدرق، وعيار الأضداد، وحجم الدرق.

الخلاصة: تسبب إضافة كميات صغيرة من اليود بمقدار 250 ميكروغرام تبدلات خفيفة، لكنها ملحوظة في وظيفة هورمون الدرق لدى المرضى المؤهين لذلك.

مقارنة بين الفحص الخلوي أثناء العمل الجراحي

والمقاطع بالتجميد في تشخيص آفات الدرق

Comparison of Intraoperative Cytology with Frozen Sections in the Diagnosis of Thyroid Lesions

Am J Clin Pathol 1998 Oct; 110(4): 456-61

هدف الدراسة: المقارنة بين الدراسة الخلوية أثناء العمل الجراحي IOC، والمقاطع بالتجميد FS في التشخيص السريع للآفات الدرقية.

المجموعة المدروسة: 68 آفة درقية. طريقة الدراسة: أجري لكل آفة دراسة خلوية أثناء العمل



سريرياً أو مخبرياً (سجلوا عدد نقاط من 0 إلى 5 بمقياس Kurtzke لقياس حالة العجز [EDSS] وقد حدث لديهم هجمتي نكس على الأقل خلال العامين الماضيين. استثنى من الدراسة المرضى الذين تلقوا سابقاً معالجة جهازية بالإنترفيرونات أو معالجات معدلة أو مثبتة للمناعة. كانت نسبة المتابعة 95%.

قسم المرضى إلى 3 مجموعات؛ فتلقى 198 مريضاً الإنترفيرون-B1a (Rebif) زرقاً تحت الجلد بمقدار 6 ملايين وحدة دولية (22 ميكروغرام) 3 مرات أسبوعياً، وتلقى 184 مريضاً 12 مليون وحدة دولية (44 ميكروغرام) 3 مرات أسبوعياً، في حين تلقى 187 مريضاً الدواء الموهم.

المعايير الرئيسية التي اعتمدت عليها الدراسة هي تردد وشدة النكس، وتزايد العجز، والتغيرات في صورة الرنين المغناطيسي (MRI)، وفعالية وشدة المرض.

النتائج:

- أتم 95% من المرضى المعالجة.
- حدث لدى مرضى مجموعات الإنترفيرون-B1a عدد قليل من هجمات النكس مع قلة حالات النكس المتوسط والشديد، وقد أعطوا علاجاً بالستيروئيدات، وأدخلوا المستشفى بسبب التصلب العديد وكان تزايد العجز- المقاس بتغيرات نتائج EDSS لديهم أقل منه لدى المرضى الذين تلقوا الدواء الموهم.
- قياسات MRI لشدة فعالية المرض كانت أقل لدى المرضى المعالجين.
- كان استمرار فترة النكس أطول لدى المرضى الذين أحرزوا عدد نقاط EDSS مسجل < 3.5 وذلك في مجموعة الجرعة العالية فقط.

الخلاصة: إن المعالجة بالإنترفيرون-B1a لدى المرضى المصابين بتصلب عديد ذي هجمات نكس وهجوع، أدت إلى تخفيض عدد حالات النكس، وخاصة حالات النكس المتوسط والشديد، وأدت إلى تغير أقل في نتائج EDSS، و MRI أقل سوءاً، مقارنة مع المرضى الذين تلقوا الدواء الموهم.

الإنترفيرون-B1b قلل من تطور التصلب العديد

المتطور الثانوي

Interferon-B1b Reduced the Progression of Secondary Progressive Multiple Sclerosis

ACP Journal Club 1999 May/June; 130 (3): 69

هدف الدراسة: معرفة إذا كان الإنترفيرون-B1b يؤخر تقدم التصلب العديد MS لثلاث سنوات، لدى المرضى المصابين

أجري التقييم قبل زرع جهاز التنبيه، وبعده بسنة واحدة على الأقل.

النتائج:

- درست حالة 16 طفلاً.
- أزيل جهاز واحد بسبب حدوث خمج.
- من بين الـ 15 طفلاً المتبقين، نقص تكرار النوب بمقدار تجاوز 50% لدى 4 أطفال، وازداد بمقدار تجاوز 50% لدى طفلين فقط خلال سنة واحدة من الزرع.
- كان وسطي نقص تكرار النوب 17%.
- لم يحدث تحسن في EEG أو السلوك التكيفي.
- لم يحدث تغير في نوعية الحياة في معظم المجالات، فيما عدا تحسن التأثيرات الجانبية لمعالجة الوعي، وتحسن السلوك العام.
- أجرى تقييم إضافي لـ 6 أطفال أدى إلى تحسن واضح في الأداء العصبي غير مرتبط بنقص تكرار النوب.
- الخلاصة: إن تنبيه العصب المبهم لم يحسن بصورة كبيرة من تكرار حدوث النوب أو شدتها أو من السلوك التكيفي أو تخطيط الدماغ الكهربائي، خلال السنة الأولى من المعالجة لدى المجموعة بأكملها، رغم الانخفاض الكبير في تكرار النوب لدى 4 أطفال (27%).
- شاهد تراجع كبير في التأثيرات الجانبية للمعالجة وتحسن كبير في الوعي وفي السلوك العام.

الإنترفيرون B1a يخفض النكس خلال سنتين، في

حالات التصلب العديد المتصف بهجمات النكس والهجوع Interferon-B1a Reduced Relapses at 2 Years in Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis

ACP Journal Club 1999 May/June; 130 (3): 68

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كان الإنترفيرون-B1a يقلل من سرعة وشدة النكس لدى المرضى المصابين بالتصلب العديد ذي الهجمات.

مكان الدراسة: أجريت هذه الدراسة في 22 مركزاً في أوروبا وأستراليا وأمريكا الشمالية.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: تمت هذه المحاولة العشوائية ثنائية التعمية الموجهة بالدواء الموهم والمتابعة لمدة عامين من قبل مجموعة دراسة منع النكس والعجز بواسطة زرق الإنترفيرون-B1a تحت الجلد لعلاج التصلب العديد [PRISM].

درست حالة 560 مريضاً، وسطي أعمارهم 32 عاماً، 69% منهم إناث، ووسطي مدة الإصابة 5.3 سنة، لديهم تصلب عديد مثبت



انخفاض النكس المتوسط أو الشديد 44٪ مقابل 54٪. انخفض أيضاً استخدام الستيروئيدات فبلغ 54٪ مقابل 68٪، كما كانت فترة المكوث في المشفى أقل، ولكن مع ظهور أعراض جانبية أكثر.

الخلاصة: إن المعالجة بالانترفيرون B1b تثبط تطور المرض لدى المصابين بتصلب عديد متطور ثانوي.

خطورة النزيف داخل الدماغى الأولي المترافق مع

استخدام الأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية
Risk of Primary Intracerebral Haemorrhage
Associated with Aspirin and
Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs:
Case-Control Study

BMJ 1999 Mar 20; 318: 759-64

دوافع الدراسة: تبين التجارب العشوائية لاستخدام الأسبرين للوقاية، أنه يمكن أن يشكل القليل من الخطورة في إحداث النزيف داخل الدماغى، وهذا مما قد يقلل من فوائده.

مع ذلك، فإن معظم هذه الدراسات شملت حالات قليلة من النزيف داخل الدماغى، ولم تميز المجموعات الفرعية العالية الخطورة. مكان الدراسة: تمت دراسة موجهة في أستراليا لتوضيح مدى خطورة حدوث نزيف داخل دماغى لدى الأشخاص الذين يتناولون الأسبرين.

المجموعة المدروسة: استمرت الدراسة لمدة عامين، وتضمنت 331 حالة نزيف داخل دماغى أولي مثبتة، و331 حالة شاهد مماثلة في العمر والجنس من المدينة ذاتها.

طريقة الدراسة: تناول 6٪ من حالات الشاهد و5٪ من المرضى بشكل منتظم جرعات منخفضة من الأسبرين لم تتجاوز 1.225 ملغ/أسبوع، في حين تناول 6٪ من المرضى و3٪ من حالات الشاهد جرعات متوسطة إلى عالية تجاوزت 1.225 ملغ/أسبوع. النتائج:

بعد مقارنة العوامل المؤثرة في النتائج كارتفاع الضغط الشرياني ومستوى الكوليسترول والداء السكري ووجود مرض قلبي وعائي سابق ومعامل كتلة الجسم والتمارين وتعاطي الكحول والتدخين، كانت نسبة فرق حدوث النزيف داخل الدماغى ضئيلة حيث بلغت 0.86 لدى المجموعة التي تناولت جرعات منخفضة من الأسبرين.

سجلت المجموعة التي تناولت جرعات متوسطة إلى عالية من الأسبرين نسبة مرتفعة من حدوث السكتة.

بتصلب متعدد متقدم ثانوي.

طريقة الدراسة: محاولة عشوائية ثنائية التعمية موجهة بالدواء الموهم.

مكان الدراسة: 32 مركزاً أوروبياً.

المجموعة المدروسة: شوه 768 مريضاً خارجياً، وقد تمت دراسة حالة 718 مريضاً وسطي أعمارهم 41 عاماً، 61٪ منهم إناث، ووسطي مدة المرض 13 عاماً.

شملت معايير الدراسة حالات التصلب المتعدد المثبت سريرياً أو مخبرياً ومن النمط المتقدم الثانوي (حسب فترة التردى، وعدم اعتماد النكس، والاستمرار لمدة تجاوزت 6 أشهر إثر فترة من حدوث التصلب العديد ذي الهجمات).

تراوحت أعمار المرضى بين 18 إلى 55 عاماً، وسجلوا عدد نقاط أساسية من 3 إلى 6.5 وفق مقياس Kurtzke لقياس حالة العجز Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS)، ولديهم نكسين سابقين أو أكثر أو زيادة بمقدار نقطة واحدة أو أكثر في الـ EDSS خلال العامين الماضيين.

تم استثناء المرضى الذين تلقوا حديثاً معالجة معدلة أو محولة للمناعة، أو عوامل ملطفة أخرى لعلاج الـ MS. يمكن استخدام الستيروئيدات لمنع النكس. وقد كانت نسبة المتابعة 92٪. تم اختيار 360 مريضاً لتلقي الإنترفيرون زرقاً تحت الجلد، بجرعة 4 ملايين IU كل يومين لمدة أسبوعين، ثم بجرعة 8 ملايين IU كل يومين لمدة 33 شهراً، بينما تناول 358 مريضاً الدواء الموهم.

اعتمدت معايير الدراسة على زمن تطور العجز المستمر لفترة تجاوزت 3 أشهر (1.0 نقطة بمقياس EDSS للمرضى الذين أحرزوا عدد نقاط أساسية > 0.6، أو زيادة بمقدار 0.5 نقطة للمرضى الذين أحرزوا عدد نقاط أساسية بمقدار 6.0 أو 6.5). النتائج:

– أتم المعالجة 270 مريضاً من مجموعة الإنترفيرون، و261 مريضاً من مجموعة الدواء الموهم.

– أظهر عدد قليل من المرضى تقدماً مثبتاً خلال فترة المتابعة، وكان زمن تطور المرض لدى مجموعة الإنترفيرون أطول منه لدى مجموعة الدواء الموهم فبلغ 644 يوماً وسطياً مقابل 403 أيام.

– كان التأثير غير معتمد على النقاط الأساسية المسجلة بمقياس EDSS وعلى حدوث النكس خلال سنتين قبل أو أثناء المعالجة.

– كان لدى مرضى مجموعة الإنترفيرون وقتاً أطول وفرصة أقل للاعتماد على الكرسي ذي العجلات، وكان تغير النقاط المحرزة في EDSS أقل، كما قلت لديهم حالات النكس، وبلغ



- لم تبد المجموعات الفرعية التي تم تصنيفها أي دليل على زيادة الخطورة.

- بين تحليل آخر أجري باستخدام مضاد التهاب غير ستيرويدي نتائج مماثلة.

الخلاصة: قد تكون هذه النتائج متأثرة نوعاً ما ببعض الدراسات الأخرى، لكنها تستنتج أن استخدام الأسبرين بجرعات منخفضة غير مرتبط بزيادة خطورة حدوث النزيف داخل الدماغ.

■ أمراض مناعية

متلازمة فرط IgE والأخماج المتكررة، هي اضطراب

صبغي ذاتي سائد يصيب أجهزة عديدة

**Hyper-IgE Syndrome with Recurrent Infections :
An Autosomal Dominant Multisystem Disorder**

N Engl J Med 1999; 340: 692-702

خلفية الدراسة: إن متلازمة فرط IgE مع الأخماج المتكررة هي عوز مناعي نادر يمتاز بخراجات جلدية ورئوية متكررة مصحوبة بمستوى عال جداً من IgE في المصل و يترافق بمظاهر هيكلية ووجهية مميزة، ولكن لا يزال توأترها مجهولاً، كما أن الأسس الوراثية لهذه المتلازمة ما تزال غير واضحة.

المجموعة المدروسة: اشتملت الدراسة على 30 مريضاً مصاباً بمتلازمة فرط IgE ، وعلى 70 من أقربائهم.

طريقة الدراسة: تم أخذ القصة المرضية، واستعراض السجلات، وإنجاز فحوص فيزيائية ومخبرية، وأخذ قياسات جسمية، وتتبع الدراسات المخبرية.

النتائج:

- تبدت ملامح مميزة غير مناعية لمتلازمة فرط IgE لدى جميع المرضى الذين تجاوزت أعمارهم سن الثامنة.

- أبدى 72% من المرضى مظاهر لم تكن ملاحظة مسبقاً، مثل تأخر سقوط الأسنان اللبنية والذي يعود لعدم ارتشاف الجذر.

- كانت الموجودات الشائعة بين المرضى هي: الكسور المتكررة لدى 57% من المرضى، وفرط انبساط المفاصل لدى 68% من المرضى، والجنف scoliosis لدى 76% من المرضى الذين تجاوزت أعمارهم 16 عاماً.

- ظهر الثلاثي التقليدي الذي يشمل الخراجات وذات الرئة وارتفاع مستوى IgE لدى 77% من كل المرضى، و85% من المرضى الذين تجاوزت أعمارهم 8 سنوات.

- انخفض مستوى IgE بمرور الوقت لدى 6 من 23 بالغاً (26%)،

واقترب من المجال الطبيعي موشكاً أن يصبح ضمنه.

- وجد انتقال صبغي ذاتي سائد لمتلازمة فرط IgE، ولكن بتظاهرات مختلفة.

- بين 27 شخصاً من الأقرباء الذين لديهم خطر وراثية متلازمة فرط IgE، سلم 11 منهم من الإصابة، وأصيب 15 إصابة كاملة، بينما ظهرت لدى 6 منهم علامات هيكلية وسنية ومناعية خفيفة لفرط IgE

الخلاصة: إن متلازمة فرط IgE هي اضطراب عديد الأجهزة يؤثر على الإنسان (الإثغار) Dentition، وعلى الهيكل العظمي والنسيج الضام والجهاز المناعي، كما أنه يورث كخاصية سائدة ذاتية الصبغي ومفردة الموضع مع تظاهرات متبدلة.

■ أمراض نسائية وتوليد

العلاج بسلفات المغنيزيوم

قبل الإرجاج (الشنج النفاسي) وأثناءه

**Magnesium Sulfate Therapy in
Preeclampsia and Eclampsia**

Obstet Gynecol 1998 Nov; 92(5): 883-9

هدف الدراسة: فحص فعالية وفوائد المعالجة بسلفات المغنيزيوم للوقاية من الاختلاجات عند نساء لديهن إرجاج، أو قبيل إرجاج، وخطورة هذه المعالجة.

طريقة الدراسة: تمت مراجعة 19 تجربة عشوائية محكمة، و5 دراسات مراجعة، و8 دراسات استقصائية، وحددت التأثيرات الجانبية وفعالية وفوائد سلفات المغنيزيوم عند استعماله في حالات الإرجاج، وما قبل الإرجاج.

النتائج:

- ترافق العلاج بسلفات المغنيزيوم مع زيادة زمن المخاض، وزيادة معدل الولادات القيصرية، وزيادة النزف بعد الولادة، وزيادة الكرب التنفسي، ونقص النقل العصبي العضلي، وزيادة وفيات الأمهات بسبب زيادة الجرعة.

- حدثت اختلاجات متكررة بنسبة 23.1% لدى النسوة اللواتي لديهن إرجاج، أي لدى 216 من 935 امرأة عولجن بالفينيتوين Phenytoin أو بالديازيبام Diazepam، مقارنة مع اختلاجات متكررة حدثت لدى 88 من 932 امرأة (9.4%) عولجن بسلفات المغنيزيوم.

- أظهرت التجارب حدوث اختلاجات عند نسوة لديهن قبيل إرجاج شديد بنسبة 2.8% (22 من 793) امرأة معالجة بخافضات



والثالثة حوالي ضعفي قابليته في المجموعة الأولى.
الخلاصة: إن معالجة الأزواج العقيمين بتحريض الإباضة
الفائقة مع حقن المني داخل الرحم تؤدي لحدوث الحمل بنسبة 3
أضعاف المعالجة بحقن المني داخل العنق، وضعفي المعالجة
بالإباضة الفائقة مع حقن المني داخل العنق، أو فقط بحقن
المني داخل الرحم.

■ أمراض جلدية

تقييم المعايير السريرية لتشخيص الفقاع الفقاعي

(مجموعة دراسة الفقاع الفرنسية)

Evaluation of Clinical Criteria for Diagnosis
of Bullous Pemphigoid.

French Bullous Study Group

Arch Dermatol 1998 Sep; 134(9): 1075-80

هدف الدراسة: تقييم المعايير السريرية لتشخيص الفقاع
الفقاعي عندما لا تتاح التقنيات الخاصة، مثل التجفيف
المناعي والرسب المناعي والتألق المناعي غير المباشر والدراسة
المناعية المباشرة بالمجهر الإلكتروني.
المجموعة المدروسة: 231 مريضاً لديهم آفة فقاعية مناعية
ذاتية تحت البشرة مع توضع C3 أو IgG في منطقة الغشاء
القاعدي (157 حالة فقاع فقاعي، و33 حالة فقاع ندبي، و30
حالة انحلال بشرية فقاعي مكتسب، و5 حالات ذآب حمامي، و6
حالات أخرى).
درست مجموعة أخرى من المرضى من أجل حساب القيم
التنبؤية.

طريقة الدراسة: تمت المقارنة بين المعايير السريرية لدى
مجموعتين من المرضى لديهم، أو ليس لديهم فقاع فقاعي مثبت
بالدراسة المناعية بالمجهر الإلكتروني، حيث استخدم كمعيار
قياسي.

تضمنت المعايير:

- غياب الندب الضمورية
- غياب إصابة الرأس والعنق
- غياب الإصابة المخاطية
- تجاوز العمر 70 عاماً

النتائج: أظهرت النتائج أنه عند وجود 3 من 4 خواص، فإنه يمكن
تشخيص فقاع فقاعي بحساسية تبلغ 90٪، ونوعية تبلغ 83٪.
وقد تم حساب تلك القيم التنبؤية الإيجابية على عينة مؤلفة من

الضغط الشرياني، وعند 7 من 815 امرأة (0.9 ٪) معالجة بسلفات
المغنيزيوم.

الخلاصة: لا يوجد حتى الآن دليل مثبت على فعالية سلفات
المغنيزيوم عند نساء لديهن إرجاج أو قبيل إرجاج شديد، كما أن
هناك حاجة لدراسة مضبوطة لتقييم فعالية العلاج بسلفات
المغنيزيوم عند نسوة لديهن قبيل إرجاج خفيف وارتفاع توتر
شرياني أثناء الحمل.

فعالية الإباضة الفائقة وحقن المني داخل الرحم

في علاج العقم

Efficacy of Superovulation and Intrauterine
Insemination in the Treatment of Infertility

N Engl J Med 1999; 340: 177-83

دوافع الدراسة: يستخدم تحريض الإباضة الفائقة بواسطة
الهرمونات المحرزة للأقنود gonadotropins، وحقن المني
داخل الرحم بشكل متكرر لعلاج العقم.

هدف الدراسة: دراسة سريرية عشوائية موجهة واسعة لهذه
العلاجات.

طريقة الدراسة: أجريت الدراسة على 932 زوجاً، بحيث لا يوجد
لدى النساء سبب معين للعقم، ويوجد لدى الرجال نطاف متحركة.
تم اختيار الأزواج عشوائياً لتلقي المعالجة، وتم تقسيمهم إلى 4
مجموعات:

المجموعة الأولى: تتألف من 233 زوجاً تلقوا المعالجة بحقن
المني داخل عنق الرحم.

المجموعة الثانية: تتألف من 234 زوجاً تلقوا المعالجة بحقن
المني داخل الرحم.

المجموعة الثالثة: تتألف من 234 زوجاً تلقوا المعالجة بالإباضة
الفائقة وحقن المني داخل العنق.

المجموعة الرابعة: تتألف من 231 زوجاً تلقوا المعالجة
بالإباضة الفائقة وحقن المني داخل الرحم.

استمرت المعالجة لأربع دورات، مالم يحدث الحمل.

النتائج: كانت نسبة الحمل أعلى في المجموعة الرابعة (33٪)
عنها في المجموعة الثانية (18٪)، والثالثة (19٪)، والأولى
(10٪).

أثبت التحليل أن المجموعة الرابعة أكثر قابلية لحدوث الحمل
بمقدار 3.2 ضعفاً من المجموعة الأولى، وبـ 107 مرة من
المجموعة الثانية.

كانت قابلية حدوث الحمل لدى الأزواج في المجموعتين الثانية



في 7 أكتاف (23%) مقارنة مع القيم المقابلة: 2 (8%) و 3 (12%) في مجموعة المعالجة الموهمة .
في نهاية المعالجة، أظهر المرضى الذين عولجوا بالأمواف فوق الصوتية نقصاً أكبر في الألم، وتحسناً أكبر في نوعية الحياة من أولئك الذين تلقوا المعالجة الموهمة. ففي نهاية الأشهر التسعة لم تعد الفروق بين المجموعتين بذات أهمية.
الخلاصة: تساعد المعالجة بالأمواف فوق الصوتية على إزالة التكلس لدى المرضى المصابين بالتهاب الوتر المتكلس العرضي في الكتف، وعلى التحسن السريري على المدى القريب.

■ جراحة

استئصال بطانة الشريان السباتي

يخفض قليلاً من حدوث السكتة في الجهة الموافقة

في حال التضيق دون أعراض

Carotid Endarterectomy Modestly Reduces Ipsilateral Stroke in Asymptomatic Stenosis

ACP Journal Club 1999 May/June; 130 (2): 59

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كان استئصال بطانة الشريان السباتي Carotid Endarterectomy يقلل من حدوث السكتة لدى المرضى المصابين بالتضيق دون أعراض.
طريقة الدراسة: تم تحديد الدراسة بعد البحث في الـ MEDLINE وكذلك من بعض المجلات والدراسات المتعلقة بهذا الموضوع، ومن الاتصال ببعض الباحثين.

تمت هذه الدراسة الموجهة العشوائية لمقارنة المعالجة باستئصال بطانة الشريان السباتي بالمعالجة الطبية المعتادة لدى المرضى المصابين بتضيق سباتي مثبت ودون أعراض ودون إصابة مسبقة بحادث دماغي وعائي، أو بتضيق سباتي مثبت دون أعراض مع سكتة سابقة، أو بهجمة نقص تروية عابرة في الدوران الفقري القاعدي أو المنطقة السباتية في الجانب المقابل، أو باستئصال سابق لبطانة الشريان السباتي في الجانب المقابل.

تم استخلاص البيانات والنتائج بشكل مزدوج بالاعتماد على المرضى وخواص المحاولة ونوعية الدراسة ودرجة التضيق واستخدام معالجة مضادة للثثار وعلى اختلاطات ما قبل العمل الجراحي (سكتة أو وفاة) خلال 30 يوماً من بدء الدراسة العشوائية.

70 حالة جديدة.

الخلاصة: إن وجود 3 من 4 معايير واضحة يسمح بتشخيص الفقاع الفقاعي بقيمة تنبؤية إيجابية تبلغ 95%، وتعتبر هذه المعايير السريرية ذات فائدة سريرية تشخيصية وعلاجية جيدة.

■ أمراض مفصليّة وعظمية

معالجة التهاب الوتر المتكلس في الكتف

بالأمواف فوق الصوتية

Ultrasound Therapy for

Calcific Tendinitis of the Shoulder

N Engl J Med 1999; 340: 1533-8

خلفية الدراسة: على الرغم من استخدام المعالجة بالأمواف فوق الصوتية لعلاج التهاب الوتر المتكلس في الكتف، إلا أنه لم يتم تقييم فعاليتها بعد بشكل قطعي.
طريقة الدراسة: تمت إقامة مقارنة عشوائية ثنائية التعمية بين التصوير بفوق الصدى ultra sonography ومعالجة موهمة لدى مرضى مصابين بالتهاب وتر متكلس مثبت بواسطة التصوير الشعاعي.

تقرر تطبيق 24 جلسة معالجة لكل مريض، تستغرق الجلسة الواحدة 15 دقيقة، وذلك باستخدام الأمواف فوق الصوتية النابضة pulsed ultrasound (بتردد H20.89 ، وشدة 2.5/سم²، ونمط نبضي 1:4)، أو معالجة موهمة فوق منطقة التكلس.

طبقت الجلسات الـ 15 الأولى بشكل يومي (5 مرات في الأسبوع)، وطبقت الجلسات المتبقية 3 مرات أسبوعياً لمدة 3 أسابيع. تم الاختيار العشوائي حسب حالة الأكتاف وليس المرضى، وبذلك فإن المريض المصاب بالتهاب الوتر بالجانبين يمكن أن يتلقى إحدى المعالجتين أو كليهما.

النتائج: تم إدراج 63 مريضاً (70 كتف)، تابع 54 مريضاً منهم (61 كتف) الدراسة. شملت مجموعة المعالجة بالأمواف فوق الصوتية 32 كتفاً، أما مجموعة المعالجة الموهمة فقد شملت 29 كتفاً. بعد 6 أسابيع من المعالجة زالت توضع الكالسيوم في 6 أكتاف (19%) في مجموعة المعالجة بالأمواف فوق الصوتية ونقص على الأقل بمقدار 50% في 9 أكتاف (28%)، مقارنة مع القيم المقابلة التي بلغت على التوالي: صفر و 3 (10%) في مجموعة المعالجة الموهمة.

خلال المراجعة بنهاية الشهر التاسع، زالت توضع الكالسيوم في 13 كتفاً (42%) في مجموعة الأمواف فوق الصوتية، وتحسن



- لم تحدث أية وفيات حول العمل الجراحي.
- تم الحصول على بيانات متابعة الحالات لمدة 8.7 سنوات وسطياً لـ 99% من المرضى (159 من 161 مريضاً).
- توفي 6 مرضى.
- كانت نسبة البقاء لمدة 5 سنوات و 10 سنوات 99% و 93% على التوالي.
- كانت البقايا مماثلة لتلك المشاهدة لدى عينة مقابلة في العمر والجنس في بيانات السكان في الولايات المتحدة (معدل الوفاة المثالي 0.98).
- الخلاصة: كانت بقايا المرضى المعالجين من داء كوشينغ باستخدام التقنيات الحالية بين عام 1978 و 1996 أفضل من فرص البقايا القليلة المشاهدة سابقاً للمرضى المصابين بهذا الداء.

الموت المتعلق بشفط الدهون

Deaths Related to Liposuction

N Engl J Med 1999; 340: 1471- 5

خلفية الدراسة: تتضمن تقنية شفط الدهون المنتفخ تسريب محلول يحتوي على الليدوكائين Lidocaine تحت الجلد، ويتبع بسحب الدهن عبر قنّيات دقيقة، وعلى الرغم من أن جرعات الليدوكائين المطلوبة تبلغ من الارتفاع ما يعادل 55 ملغ/ كغ من وزن الجسم، إلا أن بيانات قليلة عن السلامة متوفرة، وبما أن تسجيل المضاعفات المترافقة مع شفط الدهون غير إجباري فإن حدوث الاختلاطات والوفاة ما زال مجهولاً.

طريقة الدراسة: تم تحديد 5 حالات وفاة بعد عملية شفط الدهون المنتفخ من بين 48527 حالة وفاة سجلت في مكتب الفاحص الطبي الرئيسي في مدينة نيويورك بين عامي 1993 و 1998. تمت مراجعة سجلات المرضى ونتائج فحوصات تشريح الجثث لتحديد العوامل المشتركة المساهمة في الوفاة.

النتائج: تلقى المرضى الخمسة الليدوكائين بجرعات تتراوح بين 15 إلى 40 ملغ/ كغ، كما تناولوا أدوية أخرى مثل الميدازولام midazolam. مات ثلاثة مرضى نتيجة انخفاض الضغط الشرياني أثناء العمل الجراحي وبطء القلب، وذلك دون سبب محدد وحاسم.

بين تشريح جثتي مريضين أن تراكيز الليدوكائين في الدم كانت 5.2 و 2 ملغ/ ل، حيث مات أحدهما بسبب فرط السوائل، والآخر بسبب خثار وريدي عميق في أوردة الرولة مع انصمام خثاري رئوي بعد القيام بشفط الدهون المنتفخ من الأرجل.

شملت الدراسة 5 محاولات ضمت 1215 مريضاً ضمن مجموعات استئصال بطانة الشريان، و 1225 مريضاً ضمن مجموعات العناية الطبية.

النتائج:

- كان 74% من المرضى ذكوراً يتراوح وسطي أعمارهم من 64 إلى 74 عاماً، وكان وسطي المتابعة 3.1 سنة.
- أدى استئصال بطانة الشريان إلى تزايد حدوث السكتة والوفاة خلال فترة ثلاثين يوماً حول العمل الجراحي، ولكنه أدى إلى تخفيض حدوث السكتة بنفس الجهة، والاختلاطات حول العمل، والسكتة الكلية بنفس الجهة، والسكتة الكلية مع الوفاة حول العمل الجراحي.
- الخلاصة: إن استئصال بطانة الشريان السباتي يزيد بشكل عابر من خطورة السكتة والوفاة لدى المرضى المصابين بالتضييق غير المترافق بأعراض، وبالمقابل فإنه بالنهاية يخفض نسبة الإصابة بالسكتة بنفس الجهة والسكتة أو الوفاة حول العمل الجراحي، ونسبة حدوث السكتة الكلية بنفس الجهة والسكتة الكلية مع الوفاة حول العمل الجراحي.

نسبة الوفيات على المدى الطويل التالية

للجراحة عبر الوتدية لعلاج داء كوشينغ

Long-Term Mortality after Transsphenoidal Surgery for Cushing's Disease

Ann Intern Med 1999 May; 130: 821- 824

خلفية الدراسة: كان لداء كوشينغ سابقاً معدل وفاة عال، ولكن لم تسجل بعد البقايا الطويلة الأمد للمرضى المصابين بداء كوشينغ إثر الجراحة عبر الوتدية.

هدف الدراسة: تحديد معدل الوفاة على المدى الطويل للمرضى المعالجين من داء كوشينغ باستخدام التقنيات المستعملة حالياً.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: أجريت دراسة راجعة في مركز عناية طبية من الدرجة الثالثة لـ 161 مريضاً، 32 منهم ذكور و 129 إناث، وسطي أعمارهم 38 سنة، تم علاجهم من داء كوشينغ بين عامي 1978 و 1996، حيث أجريت لهم عملية استئصال الورم النخامي عبر الوتدي بالإضافة إلى معالجة مساعدة حسب الحالة.

تمت مراجعة السجلات وإجراء المقابلات للمتابعة.

النتائج:

- تماثل للشفاء 123 من 137 مريضاً (95%) مصاباً بأورام غدية صغيرة microadenomas دون معالجة مسبقة.



استخراج الحصى.
النتائج:

- تم استخراج حصيات القناة الصفراوية لدى 8 مرضى خلال المحاولة الثانية.

- أجري لـ 29 مريضاً جراحة انتخابية.

- توبع 28 مريضاً بوضع شبكة في الطرق الصفراوية في الموضع In Situ، لمدة 42 شهراً (21-52 شهراً)، وأثناء المتابعة، احتاج مريضان للجراحة، وأصيب مريضان بألم ناكس، واستمر 24 مريضاً المتبقين دون أعراض.

الخلاصة: إن وضع شبكة في الطرق الصفراوية طريقة فعالة وأمنة في علاج حصيات القناة الصفراوية الجامعة لمرضى فشلت لديهم عملية استخراج الحصى ببضع الحليمة التنظيري.

■ جراحة بولية

المعالجة الحرارية بالأموال القصار ذات الطاقة العالية

والحرارة المسيطرة عليها عبر الإحليل لفرط تصنع

الموثة السليم باستخدام طريقة الصدمة الحرارية

Temperature Controlled High Energy Transurethral
Microwave Thermotherapy for Benign Prostatic
Hyperplasia Using a Heat Shock Strategy

J Urol 1998 Sep; 160 (3 pt 1): 777-81; Discussion 781-2

هدف الدراسة: تقييم النتيجة السريرية للمعالجة الحرارية المحكمة الحرارة ذات الطاقة العالية بالأموال القصار عبر الإحليل لفرط تصنع الموثة السليم باستخدام طريقة الصدمة الحرارية.

المجموعة المدروسة: 32 مريضاً.

طريقة الدراسة: تم تقييم المرضى في الشهر 3، و6، و12 إثر المعالجة الحرارية وذلك اعتماداً على معيار الأعراض symptom scores، ومعدل الجريان، وحجم البول المتبقي، والوظيفة الجنسية، والآثار الجانبية.

النتائج:

في الشهر 12، حقق معيار الأعراض تحسناً بلغ 79٪ حيث انخفض من 13.5 إلى 2.9 مل/ثا، كما تحسن معدل الجريان الأقصى بنسبة 71٪ فارتفع من 10 إلى 17.1 مل/ثا.

تحسن أيضاً الشعور بالضجر، ونوعية الحياة، وحجم البول المتبقي والمطروح.

الخلاصة: يمكن أن تكون عملية شفط الدهون المنتفخ قاتلة، فقد يكون السبب هو الانسمام بالليدوكائين، أو تفاعلات الأدوية ذات الصلة بالليدوكائين.

دراسة مقارنة بين الطريقة المفتوحة وتنظير البطن

لإصلاح (ترميم) الفتق

Laparoscopic and Open Incisional
Hernia Repair: A Comparison Study

Surgery 1998 Oct; 124(4): 816-21; discussion 821-2

دوافع الدراسة: الفوائد الملاحظة لإصلاح الفتق بتنظير البطن مقارنة مع الطريق المفتوح.

هدف الدراسة: المقارنة بين الطريقتين المتبعتين لإصلاح الفتق. المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: أجريت دراسة راجعة على 56 حالة تم إصلاح الفتق فيها بتنظير البطن، وقورنت مع 49 حالة ترميم للفتق بفتح البطن، كما تمت مقارنة العمر والجنس وحجم الفتق ووجود قصة إصلاح سابق.

النتائج: استغرقت عملية الإصلاح بالتنظير وقتاً أطول مقارنة مع زمن عملية الترميم بفتح البطن، في حين كانت مدة المكوث بالمشفى أطول، وعدد مضاعفات ما حول العمل الجراحي أكثر لدى مجموعة الترميم المفتوح.

الخلاصة: يتطلب الترميم بالتنظير للفتق وقتاً أطول لإنجازه مقارنة مع الطريق المفتوح، لكنه يتميز بقلّة مضاعفات ما حول العمل الجراحي، وبقصر مدة المكوث بالمشفى.

وضع شبكة في الطرق الصفراوية لتدبير حصيات القناة

الجامعة الصفراوية

Biliary Stenting for Management
of Common Bile Duct Stones

J Gastroenterol Hepatol 1998 Jun; 13 (6): 594-7

دوافع الدراسة: قد تعند الحصيات الكبيرة والمتعددة في القناة الجامعة الصفراوية على الاستئصال رغم بضع الحليمة التنظيري الكافي.

هدف الدراسة: معرفة مدى فعالية الشبكة الصفراوية في علاج حصيات القناة الصفراوية الجامعة.

المجموعة المدروسة: 65 مريضاً لديهم حصيات قناة صفراوية عرضي.

طريقة الدراسة: عولج المرضى بوضع شبكة في الطرق الصفراوية، بطريق التنظير لديهم، وذلك بعد فشل محاولات



حدث لدى مريضين منهم حصر عجاني إضافي نتيجة استخدام مزيج متساو من 15سم3 من ليدوكائين 2% (دون إضافة إبينيفرين) و0.25% بريبيفاكين Bripivacaine أجري لعشرة مرضى تخدير شوكي، ولثلاثة آخرين عناية تخديرية.

أجريت جميع العمليات للمرضى الخارجيين، وكان وسطي مدة العملية 79 دقيقة (50-240د)، وخرج الجميع بنفس اليوم.

النتائج:

- بلغ وسطي حجم الموتة بالتصوير بالأشعة فوق الصوتية عبر المستقيم 48.1 سم3 (20-185سم3).

- انخفضت معايير أعراض الموتة الدولية وسطياً من قيمة 20.9 بالبداية إلى 15.4 بمرور الشهر الأول، ثم إلى 16.1 بمرور الشهر الثالث، و10.7 بمرور الشهر السادس، وإلى 9.9 بمرور السنة الأولى.

- تحسن معدل الجريان الذروي، فارتفع من 8.3 وسطياً بالبداية إلى 13.4 بمرور ثلاثة أشهر، وإلى 13.3 بمرور الشهر السادس، وإلى 14.9 بمرور السنة الأولى.

- فشلت العملية المجرة لمريضين، فاحتاج الأول لشق عنق المثانة في الشهر الثالث، واحتاج الآخر لاستئصال الموتة عبر الإحليل.

- بقيت قنطرة فولي Foley في موضعها لدى كل المرضى ولمدة 4.85 يوماً وسطياً.

الخلاصة: تبين النتائج، بعد متابعة تجاوزت 12 شهراً، أن استئصال الموتة بالإبرة عبر الإحليل هي طريقة فعالة لمعالجة فرط التنسج الموتي السليم العرضي، ولهذه العملية مزايا خفيفة وكلفة أقل من كلفة استئصال الموتة عبر الإحليل بالطريقة التقليدية بإجراء التجريف عبر الإحليل، كما يمكن إنجازها في العيادة الخارجية تحت التخدير الموضعي.

خلاصة نبات البالميتو المنشاري (*Serenoa repens*) ذات

فعالية وأمان في معالجة فرط تنسج البروستات الحميد
Saw Palmetto Plant Extract (*Serenoa repens*)
Is Effective and Safe in Benign Prostatic Hyperplasia

ACP Journal Club 1999 May/June; 130 (3): 61

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كانت خلاصة نبات البالميتو المنشاري *Serenoa repens* ذات فعالية وأمان الدواء الموهوم والمعالجات الدوائية الأخرى لدى الرجال المصابين بفرط تنسج الموتة (البروستات) الحميد.

مصادر المعلومات: تم تحديد الدراسة بعد البحث في الـ MEDLINE و EMBASE/Excerpta Medica، ومن المقالات

كانت المراضة أعلى من تلك المسجلة إثر استخدام العلاج بالطاقة الأخفض.

أثرت المعالجة على الوظيفة الجنسية وخاصة نوعية الدفق، فحدث دفق عقب العلاج لدى 29% فقط من المرضى.

استلزم أحجام الموتة التي تجاوزت 40 مل طاقة أقل من أجل بلوغ نفس مستوى الحرارة داخل الغدة، مقارنة مع الموتة ذات الحجم الأقل، وذلك اعتماداً على مقياس الأشعة.

الخلاصة: إن المعالجة الحرارية بالموجبة ذات الطاقة العالية عبر الإحليل باستخدام الصدمة الحرارية، هي تدبير فعال لفرط تنسج الموتة السليم، كما أن نتائجها كانت أفضل مقارنة مع استخدام نظام منخفض الطاقة. وعلى كل حال، لا يمكن إهمال المراضة حيث تأثرت نوعية الدفق.

وقد بين مقياس الأشعة الحاجة لطاقة أقل نسبياً في علاج موتة أكبر حجماً للوصول إلى نفس مستوى الحرارة داخل الموتة.

دراسة مفتوحة على فعالية وأمان استعمال الإبرة عبر الإحليل لاستئصال الموتة في مرضى لديهم فرط تنسج

موثي سليم عرضي

An Open Study on the Efficacy and Safety of Transurethral Needle Ablation of the Prostate in Treating Symptomatic Benign Prostatic Hyperplasia: The University of Florida Experience

J Urol 1998 Nov; 160(5): 1695-700

هدف الدراسة: تحديد أمان وفعالية استعمال الإبرة عبر الإحليل لاستئصال الموتة عند مرضى لديهم فرط تنسج موثي سليم مترافق مع أعراض متوسطة إلى شديدة.

المجموعة المدروسة: 45 مريضاً.

طريقة الدراسة: طبق العلاج حسب مستويين منفصلين عند أربعة أرباع موقع ساعة (2، 4، 8، 10)، وتراوح طول الموتة بين 2.5-3سم.

كان السطح الأول بمستوى 1سم تحت عنق المثانة، في حين كان السطح الثاني بمستوى 1سم قرب الشنخوب (الأكيمة المنوية). عندما كان طول الإحليل الموتي يتجاوز 3سم، فإن سطحاً علاجياً كان يضاف لكل سنتيمتر إضافي من الإحليل الموتي.

أجريت العملية تحت التخدير الموضعي لـ 26 مريضاً، فاستخدم 20سم3 من الليدوكائين 2% بشكل هلام، عبر الإحليل لدى 11 مريضاً منهم، وأضيف له 1.25 - 5 ملغ ميدوزولام Midazolam لدى 15 مريضاً.



هدف الدراسة: قياس وشرح آلية الوسائط المفترضة للارتكاسات المباشرة والشديدة الغير متوقعة للمادة الظليلة اليودية. المجموعة المدروسة: 20 مريضاً حدث لديهم ارتكاس خفيف إلى شديد تجاه المادة اليودية الظليلة، و20 حالة شاهد سليم. طريقة الدراسة: ترافق إعطاء المادة لدى 18 (90%) من 20 مريضاً بارتكاس، وتم قياس تركيز هيستامين المصل، التريبتاز، tryptase، وميتيل هيستامين البول، والغلوبيولين المناعي النوعي (IgE) تجاه الـ loxitalamate أو loxaglate، والذيفانات التأقية C3A و C4a، وذلك بطريقة المقايسة المناعية الشعاعية. تم قياس مستوى المتممة C3 و C4 بمقياس التعكر Nephelometry. النتائج: ارتفعت مستويات كل من: الهيستامين لدى 14 مريضاً، والتريبتاز لدى 16 مريضاً، والميتيل هيستامين لدى 6 مرضى. تعلقت قيم التريبتاز والهيستامين مع شدة الارتكاس، وكان مستوى IGE النوعي ضد الـ loxaglate والـ loxitalamate أعلى بشكل واضح لدى المرضى. لم توجد اختلافات في أجزاء المتممة. كانت نتائج الفحص الجلدي لدى مريضين لديهما ارتكاس مهدد للحياة إيجابية للمادة الظليلة. الخلاصة: يتعلق إطلاق الهيستامين وقذح الخلايا البدينة بالارتكاسات الشديدة، كما أن الآلية المتعلقة بالـ IgE مشتبه بها بشدة. يوصى الأطباء الشعاعيون بالتدرب على علاج الصدمة التأقية (التحسسية) عند المرضى الذين لديهم ارتكاس للمادة الظليلة اليودية.

تصوير الدماغ بالرنين المغناطيسي ونتائج التصوير

فوق الصوتي إثر انخفاض سكر الدم الوليدي

Cerebral Magnetic Resonance Imaging and Ultrasonography Findings after Neonatal Hypoglycemia

Pediatrics 1999 Apr; 103(4 pt 1): 724-9

هدف الدراسة: أجريت هذه الدراسة لبحث التغيرات العصبية الشعاعية في أدمغة الرضع بعد الإصابة بانخفاض سكر الدم الوليدي العابر.

تم تصوير الرأس بالرنين المغناطيسي MRI والتصوير فوق الصوتي US

المجموعة المدروسة: ضمت مجموعة انخفاض سكر الدم 18 رضيعاً وجدت لديهم أعراض كاملة حيث بلغت تراكيز الجلوكوز المصلي 45 ملغ/دسل على الأكثر (2.5 ملمول/ليتر) دون وجود

المتعلقة بهذا الموضوع، وكذلك مقابلة الباحثين وشركات الأدوية.

طريقة الدراسة: أجريت هذه الدراسة العشوائية الموجهة للمقارنة بين المعالجة بخلاصة البالميتو المنشاري بمفردها أو بالمشاركة مع مواد علاجية نباتية أخرى، مع المعالجة بالدواء الموهوم أو بمواد دوائية أخرى لمدة تزيد على 4 أسابيع وذلك لدى الرجال المصابين بفرط تنسج الموثة الحميد.

18 دراسة من أصل 24، تشتمل على 2939 رجلاً وسطي أعمارهم 65 سنة، وافقت المعايير المتضمنة للدراسة. كان وسطي مدة الدراسة 9 أسابيع (4 - 48 أسبوعاً).

النتائج:

- أدت المعالجة بخلاصة البالميتو المنشاري إلى تحسن كبير في مجموع نقاط مقياس الأعراض البولية، وفي الأعراض حسب اعتبار المشخص السريري clinician-rated symptoms والأعراض حسب اعتبار المريض self-rated symptoms، وذلك أكثر مما فعل الدواء الموهوم.

- لم يظهر اختلاف في تحسن مجموع نقاط مقياس الأعراض البولية بين بخلاصة البالميتو المنشاري و finasteride

- كانت نسب إيقاف العلاج الذاتي بخلاصة البالميتو المنشاري أكبر من نسبته لدى متناولي الدواء الموهوم (9% مقابل 7%)، ولكنها مماثلة لتلك الخاصة بـ finasteride (9% مقابل 11%). كان معدل تراجع الانتصاب بعد المعالجة بخلاصة البالميتو المنشاري أقل من التراجع الناتج عن finasteride (1.1% مقابل 4.9%)، ولكنه لا يختلف عنه لدى متناولي الدواء الموهوم (1.1% مقابل 0.7%).

الخلاصة: إن خلاصة نبات البالميتو المنشاري *Serenoa repens* أكثر فاعلية من الدواء الموهوم، وذات فعالية مماثلة للـ finasteride ضمن فترة المعالجة القصيرة لدى المرضى المصابين بفرط تنسج الموثة الحميد، ويؤدي استخدام *Serenoa repens* إلى تراجع الانتصاب بمعدل أقل مما يفعله الـ finasteride



آلية الارتكاسات المباشرة الشديدة للمادة الظليلة اليودية Mechanisms of Severe, Immediate Reactions to Iodinated Contrast Material

Radiology 1998 Oct; 209 (1): 183-90



هدف الدراسة: تختبر هذه الدراسة دقة التصوير بالصدى لدى 1671 مريضاً مصاباً بمرض بطني كليل شوهوا في قسم الإسعاف.

طريقة الدراسة: كان التصوير يتم عادة بواسطة خبير أشعة بعد وصول المريض بفترة قصيرة، وكانت الموجودات السريرية توجه إلى المتابعة.

تم تحديد النتائج النهائية بمشاركة التصوير الطبقي المحوري المبرمج CT scanning، والجراحة، والمتابعة السريرية. النتائج:

- كانت هناك 5 نتائج إيجابية كاذبة من أصل 90 نتيجة إيجابية للتصوير بالصدى (القيمة المتوقعة الإيجابية 94%).

- شوهت 12 نتيجة سلبية كاذبة من أصل 1581 نتيجة سلبية للتصوير بالصدى (القيمة المتوقعة السلبية 99%). مع ذلك، فإن مريضين فقط منهم تم تخريجهم من قسم الإسعاف بشكل خاطئ، وقد عادوا خلال فترة تراوحت من 24-48 ساعة، حيث تم فحصهم وظهرت لديهم نتائج جديدة مرضية بالفحص السريري والتصوير بالصدى.

- بقي المرضى العشرة الآخرون في المشفى، وتم تشخيصهم بشكل صحيح بإعادة التصوير بالصدى أو التصوير الطبقي المحوري.

- 8% فقط من المرضى احتاجوا لتصوير طبقي محوري مبرمج (محوسب).

الخلاصة: كان التصوير بالصدى وسيلة تشخيص جيدة لمرضى الرض البطني الكللي.

نصت الدراسة على أهمية البحث عن سائل حرة وأذية عضوية. بينت الدراسة أن النزف المتأخر من الطحال والذي يمكن أن يكون غير قابل للتشخيص عند الوصول إلى قسم الإسعاف، سجل لدى 7 من أصل 12 حالة سلبية كاذبة.

أمراض أخرى، أما مجموعة الشاهد فضمنت 19 رضيعاً حديث الولادة صحيحاً لديهم مستويات طبيعية من سكر الدم. طريقة الدراسة: تم تصوير الرأس بـ MRI و US عند عمر ظهور الأعراض وبمر شهرين لرضع المجموعتين، ثم قورنت النتائج. تمت متابعة النتائج العصبية في كلتا المجموعتين. النتائج:

- أظهر التصوير بـ MRI و US دليلاً على حدوث شذوذات لدى 39% من الرضع المصابين بانخفاض سكر الدم.

- كشف MRI وجود شذوذات دماغية أكثر مما ظهر بالـ US. - أظهرت صور Ti- Weighted لدى 4 رضع وجود آفات بقعية Patchy مفرطة الكثافة في المادة البيضاء القذالية حول البطينية Occipital Periventricular White Matter أوفي المهاد Thalamus. هذه الآفات ذات قابلية جيدة للشفاء، وقد تبين ظهور إصابة عصبية لدى طفل واحد فقط من الأطفال الأربعة.

- 10% من مجموعة الشاهد (2 من 19) ظهرت لديهم كيسات ذيلية مهادية Caudothalamic Cysts، تم كشفها بالـ MRI و US معاً.

- بلغت الخطورة النسبية لوجود شذوذات في الدماغ 3.7 لدى الأطفال المصابين بانخفاض سكر الدم مقارنة مع الأطفال الأصحاء.

الخلاصة: أظهر التصوير بعد الولادي بالرنين المغناطيسي والموجات فوق الصوتية وجود شذوذات تالية لانخفاض سكر الدم الوليدي العابر تزيد بمقدار 4 أضعاف عن وجودها لدى رضع مجموعة الشاهد الأصحاء. مع ذلك، فقد اختفت معظم هذه الآفات بعد مضي شهرين.

تبقى التظاهرات السريرية لهذه النتائج بحاجة إلى توضيح بمزيد من الفحوص العصبية والمتابعة.

التقييم السريري المبكر بالتصوير بالأمواج فوق

الصوتية لرض البطن الكللي

لدى 1671 مريض

Sonography in a Clinical Algorithm for Early Evaluation of 1671 Patients with Blunt Abdominal Trauma

AJR Am J Roentgenol 1999 Apr; 172: 905 - 11

دوافع الدراسة: في العديد من المراكز الأوروبية، يتم تقصي الرض البطني الكللي لدى المرضى بواسطة التصوير بالصدى Sonography

تشخيص التنشؤات الخبيثة بفتح الجثة: كم مرة يكون

التشخيص السريري خاطئاً؟

Autopsy Diagnoses of Malignant Neoplasms: How Often Are Clinical Diagnoses Incorrect?

JAMA 1998 Oct 14; 280 (14): 1245-8

دوافع الدراسة: غالباً ما يظهر تشريح الجثة تشخيصاً جديداً لتنشؤات خبيثة، لكن مع التطور التقني لتحسين التشخيص أثناء

■ أورام



1.4/100.000 مواطن بين عام 1976-1980 إلى 2.4/100.000 مواطن بين عام 1991-1995.

- بلغت نسبة الانتشار بين الذكور الزواج 6.1/100.000 ، و 2.8/100.000 بين الذكور البيض خلال الفترة ما بين عام 1991-1995.

- زادت نسبة الوفيات من سرطانة الكبد البدئي بمقدار 41٪، وزادت نسبة الاستشفاء من هذا المرض بمقدار 46٪ أثناء فترة الدراسة.

- ازداد انتشار المرض بشكل ملحوظ بين أفراد تراوحت أعمارهم بين 40-60 سنة وذلك بين عام 1991-1995، مقارنة مع الفترات الأبعد.

الخلاصة: ازداد عدد حالات سرطانة الخلية الكبدية في الولايات المتحدة خلال العقدين السابقين مع ميل الحدوث نحو فئات العمر الأصغر.

تتوافق التراكيز العالية من الإسترايديول والتستوستيرون

في المصل مع خطورة عالية لحدوث سرطان الثدي Elevated Serum Estradiol and Testosterone Concentrations Are Associated with a High Risk for Breast Cancer

Ann Intern Med 1999; 130: 270-277

دوافع الدراسة: إن العلاقة بين الهرمونات الستيروئيدية الداخلية المنشأ وحدوث سرطان الثدي غير أكيدة، وقد يفيد تحديد مستويات الهرمونات الجنسية في تصنيف نساء ذوات خطورة عالية للإصابة بسرطان الثدي مما يتطلب علاجاً وقائياً. هدف الدراسة: اختبار النظرية القائلة بأن التراكيز المصلية من الإسترايديول والتستوستيرون تنبئ بخطر الإصابة بسرطان الثدي.

مكان الدراسة: 4 مراكز سريرية في الولايات المتحدة. المجموعة المدروسة: تألفت من 97 امرأة مصابة بسرطان ثدي مثبت، أما مجموعة الشاهد فقد تألفت من 244 امرأة تم اختيارهن عشوائياً. كل الإناث كن ذوات بشرة بيضاء، وبأعمار تجاوزت 65 سنة، ولم يسبق لهن تناول الإستروجين.

طريقة الدراسة: تم تحديد تراكيز الهرمون الستيروئيدي الجنسي باستخدام مصل مجموع عند بدء الدراسة، محفوظ بدرجة حرارة 190 c. تم التثبت من عوامل الخطورة المؤهبة للإصابة بسرطان الثدي بإجراء استطلاع، كما أثبتت حالات السرطان الحادثة بمراجعة السجلات الطبية لفترة استمرت 3.2 سنة وسطياً.

الحياة، فإن معدل تشريح الجثث قد انخفض بشكل ملحوظ. هدف الدراسة: تحديد وجود معدل خلاف عال بين التشخيص السريري والتشخيص بتشريح الجثة للتنشؤات الخبيثة، رغم التطور التقني في طرق التشخيص.

مكان الدراسة: أجريت دراسة راجعة استمرت لمدة 10 سنوات ما بين 1986-1995، في مركز طبي في مدينة لويديانا بولاية نيو أورليانز.

المجموعة المدروسة: 1625 حالة أجري لها فتح جثة، بلغ وسطي أعمارهم 84.3 (1-98 سنة) منهم 654 ذكر و451 أنثى واستبعد الأجنة المولودون قبل فترة حمل كاملة وعددهم 250 طفلاً.

طريقة الدراسة: تم قياس الفرق بين معدل التشخيص السريري، والتشخيص بتشريح الجثة للتنشؤات الخبيثة.

النتائج: تم تشخيص 433 تنشؤاً، منها 250 تنشؤاً خبيثاً. وجد أن 111 تنشؤاً لدى 100 مريض كانوا غير مشخصين، أو كان هناك خطأ تشخيصي.

عزي السبب المباشر للوفاة لدى 57 مريضاً إلى التنشؤ الخبيث، أي أن الاختلاف بين التشخيص بتشريح الجثة والتشخيص السريري للتنشؤ الخبيث في هذه الدراسة هو 44٪، وهذا مشابه لما وجد في دراسات سابقة.

الخلاصة: هناك اختلاف كبير بنسبة التشخيص بفتح الجثة والتشخيص السريري للتنشؤ الخبيث، مما يؤكد ويدعم أهمية فتح الجثة.

زيادة حدوث سرطانة الخلية الكبدية في الولايات المتحدة Rising Incidence of Hepatocellular Carcinoma in the United States

N Engl J Med 1999; 340: 745- 50

دوافع الدراسة: تشير الملاحظات السريرية إلى ازدياد حالات سرطانة الخلية الكبدية في الولايات المتحدة.

طريقة الدراسة: تم تحليل نتائج المراقبة والدراسة الوبائية ونتائج الدراسة النهائية من أجل تحديد نسبة حدوث كارسينوما الخلية الكبدية حسب العمر من العام 1976 إلى 1995 في الولايات المتحدة، كما تم تحليل بيانات الإحصاء الحيوي الأمريكي من أجل تحديد معدلات الوفيات مقابل العمر من العام 1981 إلى 1995، وكذلك تحليل بيانات دائرة شؤون المتمرسين من أجل تحديد معدلات الاستشفاء من المرضى مقابل العمر أيضاً من العام 1983 إلى 1997.

النتائج:

- زادت نسبة حدوث سرطانة الخلية الكبدية المثبتة نسيجياً من



النتائج:

– بلغت نسبة الخطورة للإصابة بسرطان الثدي عند نسوة لديهن التركيز الأعلى من الإسترايول المتوافر حيويًا 3.6, مقارنة مع ذوات التركيز الأقل.

– بلغت نسبة الخطورة للإصابة بسرطان الثدي عند النسوة ذوات التركيز الأعلى من التستوستيرون الحر 3.3, مقارنة مع ذوات التركيز الأقل.

– قدر انتشار الإصابة بسرطان الثدي 1000/0.4 امرأة سنوياً وذلك بين نسوة لديهن أخفض تراكيز من الإسترايول المتوافر حيويًا والتستوستيرون الحر، مقارنة مع 1000/6.5 بين الإناث اللواتي لديهن أعلى تراكيز من هذه الهرمونات.

– تشابهت عوامل الخطورة التقليدية للإصابة بسرطان الثدي لدى كلتا المجموعتين، ولم يكن لضبط هذه العوامل تأثير كبير على النتائج.

الخلاصة:

قد يكون لتراكيز كل من الإسترايول والتستوستيرون دوراً هاماً في الإصابة بسرطان الثدي لدى الإناث المتقدمات بالعمر. وقد يفيد القياس المفرد للإسترايول المتوافر حيويًا والتستوستيرون الحر في تحديد الإناث ذوات الخطورة العالية، حيث قد تفيد هذه المعالجة المضادة للإستروجين للوقاية الأولية.

تأثيرات الإستروجين والإستروجين-بروجستين على

الكثافة البرانشيمية (المتنية) بتصوير الثدي

Effects of Estrogen and Estrogen- Progestin on Mammographic Parenchymal Density

Ann Intern Med 1999; 130: 262- 269

دوافع الدراسة: تترافق الكثافة الزائدة بتصوير الثدي مع ازدياد خطورة سرطان الثدي.

هدف الدراسة: تقدير الاختلاف بين تأثير كل من الدواء الموهم، الإستروجين، و3 أنظمة من الإستروجين-بروجستين على الكثافة بتصوير الثدي.

المجموعة المدروسة: تضم 307 امرأة بعد سن الضهي تتناول إستروجين-بروجستين. أجري لهن تصوير ثدي مع إعادة بعد فترة متابعة لمدة سنة.

طريقة الدراسة: أجري لهؤلاء النسوة تصوير ثدي، جميعهن لم يتناولن الإستروجين لمدة خمس سنوات على الأقل، كما لم يتعرضن لغرس ثدي. وأعطيت النسوة بحسب المجموعة المعالجة التالية:

المجموعة الأولى: الدواء الموهم.

المجموعة الثانية: إستروجينات خيلية مقترنة CEE

المجموعة الثالثة: CEE + ميدروكسي بروجسترون أسيتات MPA بشكل دوري.

المجموعة الرابعة: CEE + MPA يومياً.

المجموعة الخامسة: CEE + ميكرونايزد بروجسترون MP بشكل دوري.

قيست تبدلات الكثافة الشعاعية لصورة الثدي (حسب تصنيف الجمعية الأميركية لتصوير الثدي).

النتائج: حدثت كل الزيادات في الكثافة المشاهدة بتصوير الثدي في السنة الأولى، فبمرور الشهر 12 كانت نسبة اللواتي لديهن زيادة في درجة الكثافة كالتالي:

– 0 % في مجموعة الدواء الموهم

– 3.5 % في مجموعة CEE بمفرده

– 23.5 % في مجموعة CEE + MPA دورياً

– 19.4 % في مجموعة CEE + MPA يومياً

– 16.4 % في مجموعة CEE + MP دورياً

وقد بلغ التفاوت في زيادة الكثافة بتصوير الثدي بمرور الشهر 12 في المجموعات 5,4,3, مقارنة مع المجموعة الثانية:

– 13.1 في المجموعة الثالثة

– 9.0 في المجموعة الرابعة

– 7.2 في المجموعة الخامسة

الخلاصة: إن ظهور الكثافة بتصوير الثدي قد يكون له علاقة بخطورة حدوث سرطان الثدي، مما يستوجب إجراء دراسات أوسع حول أهمية ودلالة زيادة الكثافة الناتجة عن استخدام الإستروجين، والإستروجين-بروجستينات.

الستيروئيدات القشرية الموضعية لعلاج الفطار الفطري

Topical Corticosteroids for Mycosis Fungoides

Experience in 79 Patients

Arch Dermatol 1998 Aug; 134 (8): 949-54

هدف الدراسة: تحديد فعالية الستيروئيدات القشرية في علاج الفطار الفطري.

المجموعة المدروسة: ضمت 79 مريضاً مصاباً بفطار فطري، 75 منهم بمرحلة اللطخة Plaque، وأربعة بمرحلة اللويحة Patch، وقد تم التمييز بينهما بواسطة الفحص النسيجي.

طريقة الدراسة: تم تصنيف مرحلتين من الإصابة، مرحلة T1 حيث كانت نسبة الجلد المصاب أقل من 10٪، وصنف ضمن هذه المرحلة 51 مريضاً، في حين تم تصنيف 28 مريضاً آخر في



في المصورة plasma مع تقدم العمر عند الذكور، وقد أوضحت دراسات صغيرة العلاقة بين تلك المستويات المنخفضة والمزاج المكتئب.

هدف الدراسة: معرفة العلاقة بين الاكتئاب ومستويات التستوستيرون.

المجموعة المدروسة: 856 رجلاً تراوحت أعمارهم بين 50-89 عاماً.

طريقة الدراسة: قام الباحثون بقياس مستويات الهرمون الجنسي المصوري، ومعايير مؤشرات الاكتئاب Beck Depression Inventory (BDI)

النتائج:

- انخفض التستوستيرون المتوافر حيويًا بشكل واضح مع تقدم

العمر، في حين ارتفعت معايير BDI

- لم يرتبط أي من القياسين سواء بالتدخين أم بتناول الكحول.

- بعد ضبط العمر والجهد وتغيرات الوزن، وجدت علاقة عكسية

واضحة بين مستويات التوافر الحيوي للتستوستيرون ومعايير ال-

BDI، بالمقابل، فإن مستويات التستوستيرون الكلبي

والإسترايول المتوافر حيويًا والكلبي لم تكن مرتبطة مع معايير

الاكتئاب.

- ظهرت مستويات التستوستيرون المتوافر حيويًا الأكثر

انخفاضاً لدى 25 ذكراً مصاباً باكتئاب سريري.

الخلاصة: هذه أكبر دراسة قامت بفحص علاقة التستوستيرون

المتوافر حيويًا مع المزاج المكتئب، ولكن من لم يتضح تماماً

فيما إذا كانت المستويات المنخفضة من التستوستيرون المتوافر

حيويًا تسبب الاكتئاب أم أن العكس هو الصحيح، وإمكانية

استجابة الاكتئاب السريري للعلاج بالتستوستيرون عند ذكور

لديهم مستويات منخفضة من الهرمون المتوافر حيويًا في

المصورة.

عشبة سانت جون أكثر فعالية من الدواء الموهوم في

معالجة الاضطرابات الاكتئابية

St. John's Wort is More Effective than Placebo
for Treating Depressive Disorders

ACP Journal Club 1999 May/June; 130 (3): 60

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كانت خلاصات عشبة سانت جون

ذات فعالية وأمان مماثلان للدواء الموهوم ومضادات الاكتئاب

التقليدية لدى المرضى المصابين باضطرابات اكتئابية.

المجموعة المدروسة وطريقة الدراسة: تم تحديد الدراسة من

مرحلة T2 حيث ازدادت نسبة الجلد المصاب عن 10%.

عولج المرضى موضعياً بالستيروئيدات القشرية من الدرجة I حتى III.

أعطى جميع مرضى المرحلة T1 ستيروئيدات من الدرجة I ،

وعولج 4 (8%) منهم بستيروئيدات من الدرجة II أو III . عولج 19

(68%) من مرضى المرحلة T2 بستيروئيدات الدرجة I ، بينما

أعطى 12 (43%) مركبات الدرجة II أو III .

استخدم بعض المرضى أكثر من صنف من الستيروئيدات

القشرية.

طبقت المستحضرات بشكل دائم لمرتين يومياً.

استعمل 3 مرضى من مرحلة T1، واثنان من مرحلة T2 شريحة

بلاستيكية كغلاف.

أنشاء الدراسة، تم قياس مستويات الكورتيزول عند بدء الدراسة،

كما قيس كورتيزول المصل الصباحي لمدة شهر.

النتائج الرئيسية اعتمدت مدى الاستجابة للعلاج، والتأثيرات

الجانبية.

النتائج: بعد متابعة المرضى لمدة 9 أشهر وسطياً، حدث هجوع

كلي لدى 32 (63%) مريضاً من مرضى المرحلة T1 ، وهجوع

جزئي لدى 16 (31%)، وذلك من أجل معدل استجابة كلي بلغ 48 (94%).

حدث هجوع كلي لدى 7 (25%) من مرضى المرحلة T2 ، وهجوع

جزئي لدى 16 (57%)، وبلغ معدل الاستجابة لديهم 23 (82%).

تم تحديد الاستجابة بواسطة الفحص السريري، فوجد تراجع تام

للآفة السريرية لدى 39 مريضاً، كما أظهرت الخزعة المدروسة

لسبعة مرضى منهم زوال التبدلات النسجية.

حدث كبح عكوس لمستويات كورتيزول المصل لدى عشرة مرضى (13%).

حدث تهيج جلدي بسيط لدى مريضين، وضمور جلدي موضعي

عكوس لدى مريض واحد.

الخلاصة: تعتبر الستيروئيدات القشرية خاصة من الدرجة I

(class) ، فعالة في علاج الفطار الفطواني بمرحلته اللطخية.

■ أمراض نفسية وأمراض شيخوخة

التوافر الحيوي للتستوستيرون والمزاج المكتئب لدى

المسنين الذكور

Bioavailable Testosterone and
Depressed Mood in Older Men

J Clin Endocrinol Metab 1999 Feb; 84: 573-7

دوافع الدراسة: تنخفض مستويات التستوستيرون المتوافر حيويًا



106 مراكز أوروبية. كان عدد المرضى 2470 مريضاً تجاوزت أعمارهم 60 عاماً، مصابين بارتفاع ضغط انقباضي (بوضعية الجلوس) يتراوح بين 160 و 219 ملم زئبق، وضغط دم انبساطي > 95 ملم زئبق.

تم تحليل حالة 2418 مريضاً (98%)، وسطي أعمارهم 70 عاماً، 66% منهم إناث.

بعد ترتيب المرضى حسب الجنس ومركز المعالجة والاختلاطات القلبية الوعائية السابقة، تم تصنيفهم إلى مجموعة معالجة بخافضات الضغط الشرياني ضمت 1238 مريضاً، ومجموعة معالجة بالدواء الموهم ضمت 1180.

كان الهدف من معالجة ارتفاع الضغط الشرياني هو تخفيض ضغط الدم الانقباضي بمقدار تجاوز 20 ملم زئبق، أو الوصول إلى ضغط دم > 150 ملم زئبق.

ابتدأت المعالجة بالنيتريدبين Nitrendipine بجرعة 10 إلى 40 ملغ/يوم. وتمت عند الضرورة مشاركة النيتريدبين مع الإينالابريل Enalapril بجرعة 5 إلى 20 ملغ/يوم، أو الهيدروكلوروثيازيد Hydrochlorothiazide بجرعة 12.5 إلى 25 ملغ/يوم، أو الدوائين معاً.

النتائج: كان الهدف من هذه الدراسة هو المعالجة. وقد تم إيقاف هذه الدراسة (Syst-Eur trial) في وقت مبكر، حسب القوانين المتبعة في مثل هذه الحالات، بسبب انخفاض حوادث السكتة الدماغية بعد المعالجة بنسبة أعلى منها لدى متناولي الدواء الموهم.

بعد متابعة لمدة سنتين وسطياً سجلت 11 حالة خرف جديدة (8 حالات ألزهايمر و3 حالات خليطة) في المجموعة المعالجة من ارتفاع الضغط الشرياني، كما سجلت 21 حالة جديدة (15 حالة ألزهايمر، 4 حالات خليطة، حالتان وعائيتان) في المجموعة المعالجة بالدواء الموهم.

بين تحليل الزمن/الحالة أن المعالجة بخافضات الضغط الشرياني أنقصت نسبة حدوث الخرف أكثر مما فعل الدواء الموهم (3.8 مقابل 7.7 حالات لكل 1000 شخص).

الخلاصة: إن معالجة ارتفاع الضغط الشرياني لدى المسنين المصابين بارتفاع الضغط الانقباضي المعزول يمكن أن تؤدي إلى التقليل من حدوث الخرف.

البحث في الـ Medline و PsycLIT و Medica و EMBASE/Excerpta ومن دراسات أخرى في هذا المجال، وكذلك من مقابلة بعض الباحثين وشركات الأدوية.

أجريت هذه المحاولة العشوائية الموجهة (RCTs) لمقارنة عشبة سانت جون بالدواء الموهم، أو مضادات الاكتئاب الأخرى لمعالجة الاضطرابات الاكتئابية. وقد تم فقط استثناء الدراسات ذات المقاييس الفيزيولوجية. تم القيام بـ 27 دراسة ضمت 2291 مريضاً. 17 محاولة منها كانت موجهة بالدواء الموهم. تراوحت فترة المتابعة بين 2 إلى 12 أسبوع في 26 دراسة (5.5 أسبوع وسطياً)، استمرت دراسة واحدة فقط لمدة غير معروفة.

النتائج:

استجاب العديد من المرضى للمعالجة بالعشبة أكثر من الدواء الموهم وذلك ضمن 14 دراسة.

لم يسجل اختلاف في نسبة الاستجابة للعشبة مقارنة بمضادات الاكتئاب منخفضة الجرعة وذلك في 5 دراسات. كانت الأعراض الجانبية الناتجة عن استخدام العشبة أقل من تلك الناتجة عن مضادات الاكتئاب منخفضة الجرعة 28% مقابل 45%.

الخلاصة: إن عشبة سانت جون أكثر فعالية من الدواء الموهم في معالجة الاضطرابات الاكتئابية، ولا يوجد اختلاف بين نسبة الاستجابة لعشبة سانت جون ومضادات الاكتئاب منخفضة الجرعة، كما أن الأعراض الجانبية كانت أقل في حال المعالجة بالعشبة.

معالجة ارتفاع الضغط الشرياني

يمكن أن يقلل من نسبة حدوث الخرف لدى كبار السن

المصابين بارتفاع الضغط الانقباضي المعزول

Antihypertensive Treatment May Have Reduced the Rate of Dementia in Older Patients with Isolated Systolic Hypertension

ACP Journal Club 1999 May/June; 130 (3): 57

هدف الدراسة: معرفة ما إذا كانت معالجة ارتفاع الضغط الشرياني تقي من الخرف لدى كبار السن المصابين بارتفاع الضغط الانقباضي المعزول.

طريقة الدراسة والمجموعة المدروسة: دراسة مقارنة بالدواء الموهم، عشوائية ثنائية التعمية، ومتابعة لمدة 5 سنوات، شملت



أنشطة المجلس العربي للاختصاصات الطبية

خلال الفترة من 1999/4/1 لغاية 1999/6/30

الأمانة العامة اتخاذ ما يلزم خاصة فيما يتعلق بالأبحاث التي تنشر في مجلة المجلس العربي واعتمادها لأغراض الترقية والتعيين في الجامعات.

7- اعتماد توصيات المجلس العلمي الاستشاري المتخذة في اجتماعه المنعقد في دمشق بتاريخ 1999/4/13م، والتأكيد على تشكيل ورشات عمل مؤلفة من مقرري لجان التدريب ولجان الامتحانات لدراسة إمكانية تطوير برامج التدريب وتوحيد الإجراءات السابقة واللاحقة للامتحانات، والاستعانة بالممتحنين الأجانب للمشاركة في الامتحانات السريرية.

8- الموافقة على إحداث مجلس علمي جديد هو المجلس العلمي لاختصاص طب الطوارئ.

اجتماع المجلس العلمي الاستشاري

دمشق في 13/ نيسان - أبريل 1999م

بناء على الدعوة الموجهة من السيد الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية - سعادة الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار - عقد المجلس العلمي الاستشاري بحضور:

- معالي الأستاذ الدكتور كرم كرم (لبنان)
 - سعادة الأستاذ الدكتور هاني مرتضى (سورية)
 - الأستاذ الدكتور عبد الرحمن البنيان (السعودية)
 - الأستاذ الدكتور محمد طه الجاسر (سورية)
 - الأستاذ الدكتور محمد علي مطر (البحرين)
 - الأستاذ الدكتور أحمد عبد الله أحمد (البحرين)
 - الأستاذ الدكتور شوقي عبد الله أمين (البحرين)
- وقد حضر الاجتماع أيضاً وفد معهد الكويت للاختصاصات الطبية:

- الأستاذ الدكتور صالح الكندري
- الأستاذ الدكتور عبد الله البهبهاني
- الدكتور محمد سعيد المنيع
- الدكتور خالد السعيد
- الدكتور عبد الرزاق العدواني
- الدكتور خالد جبار الله

تمت في هذا الاجتماع الموافقة على جدول الأعمال، وتقرر ما يلي:

اجتماع الدورة التاسعة للهيئة العليا للمجلس

العربي للاختصاصات الطبية

دمشق في 14-15/ نيسان - أبريل 1999م

حضر اجتماع الدورة التاسعة للهيئة العليا ممثلون عن كافة الدول العربية: أعضاء الهيئة العليا، وممثلون عن مجلس وزراء الصحة العرب:

- معالي الأستاذ الدكتور فيصل رضى الموسوي
- رئيس الهيئة العليا - وزير الصحة في دولة البحرين
- معالي الأستاذ الدكتور محمد إياد الشطي
- أمين الصندوق - وزير الصحة في الجمهورية العربية السورية
- معالي الأستاذ الدكتور علي بن محمد بن موسى
- عضو الهيئة العليا - وزير الصحة في سلطنة عمان
- معالي الأستاذ الدكتور كرم كرم
- وزير الصحة في الجمهورية اللبنانية
- معالي الأستاذ الدكتور حسين الجزائري

المدير الإقليمي لشرق البحر المتوسط بمنظمة الصحة العالمية
تم في الاجتماع مناقشة المواضيع المدرجة في جدول الأعمال واتخاذ القرارات التالية:

- 1- اعتماد التقرير المقدم من سعادة الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية عن أنشطة المجلس خلال عام 1998م.
- 2- اعتماد التقارير المقدمة من السادة رؤساء المجالس العلمية عن الأحد عشر مجلساً.
- 3- الطلب من المجلس العلمي لاختصاص طب الأسرة والمجتمع تعديل مدة التدريب من ثلاث إلى أربع سنوات.
- 4- اعتماد تقرير معالي الأستاذ الدكتور محمد إياد الشطي أمين الصندوق عن الوضع المالي للمجلس، وتم إقرار الحساب الختامي لعام 1998م، والموافقة على مشروع موازنة عام 1999م.
- 5- اعتماد قرارات المكتب التنفيذي المتخذة في اجتماعه المنعقد في دمشق بتاريخ 2/ آذار - مارس 1999م، والطلب من الأمانة العامة إعداد خطة لإعادة تقييم كافة المستشفيات المعترف بصلاحياتها للتدريب والتي مضى على الاعتراف بها مدة خمس سنوات، على أن يتم ذلك بحلول عام 2000م.
- 6- الاطلاع على قرار مجلس وزراء الصحة العرب والطلب من



- 1- انتخاب كل من:
 - معالي الأستاذ الدكتور كرم كرم، رئيساً للمجلس العلمي الاستشاري
 - سعادة الأستاذ الدكتور هاني مرتضى، نائباً لرئيس المجلس العلمي الاستشاري
 - الأستاذ الدكتور عبد الرحمن البنيان، مقررًا للمجلس العلمي الاستشاري
- 2- التأكيد على قرارات المكتب التنفيذي المتخذة في اجتماعه المنعقد في دمشق 2/ آذار - مارس/ 1999م:
 - قيام المجالس العلمية بإعداد جدول لتقييم المستشفيات للاعتراف بصلاحياتها للتدريب وإعادة تقييم المستشفيات التي مضى على تقييمها أكثر من خمس سنوات.
 - إشراك ممتحن أجنبي على الأقل في الامتحانات السريرية التي تقوم بها المجالس.
 - التأكيد على الضوابط والمعايير الموضوعية سابقاً لمنح الشهادة الفخرية لأعضاء المجالس العلمية على أن تمنح شهادة فخرية واحدة سنوياً لكل مجلس علمي.
- 3- إحاطة العلم بقرار مجلس وزراء الصحة العرب رقم 19/ المتخذ بدورته العادية الثالثة والعشرين المنعقدة في القاهرة في 3-4/ آذار - مارس/ 1999م.
 - 4- توصية الأمانة العامة بتشكيل ورشة عمل مؤلفة من مقرري لجان الامتحانات في المجالس العلمية وممن تراه مناسباً للاجتماع، بهدف توحيد كافة الإجراءات السابقة واللاحقة للامتحانات وخاصة المواضيع التالية:
 - فرص التقدم للامتحانات الأولية والنهائية.
 - توحيد موعد إجراء الامتحانات الكتابية الأولية والنهائية.
 - توحيد نوعية أسئلة الامتحانات.
 - دراسة موضوع التنسيق مع المجالس المحلية من حيث نوعية الامتحانات، وشروط الممتحن، وعدد السنوات المؤهلة لدخول الامتحان، وتبادل المعلومات، وتبادل الممتحنين، وتقييم الامتحانات.
 - 5- فيما يتعلق بشؤون التدريب تقرر:
 - التأكيد على عدم قبول أي طلب للتسجيل أو لقبول الامتحانات لم يرد عن طريق الهيئات المحلية متضمنة معهد الكويت للاختصاصات الطبية.
 - توصية الأمانة العامة للقيام بورشة عمل مؤلفة من مقرري لجان التدريب والتوصيف ومن تراه مناسباً لمناقشة المواضيع التالية:
 - دراسة إمكانية الإعفاء من مدد التدريب الأولية بشكل لا يمس
- الأساسيات والشروط الموضوعية من قبل المجلس العربي للاختصاصات الطبية.
 - إيجاد الآلية للمحافظة على نوعية التدريب المطلوبة في المجلس العربي للاختصاصات الطبية.
 - تشجيع تبادل المدربين والمتدربين.
 - النظر في أصول التدريب والمشافي المعترف بصلاحياتها للتدريب من خلال التقييم المستمر والدوري.
 - الاعتراف بالمراكز التدريبية، وتحديد الاعتراف مع الاستفادة من الهيئات المحلية والبرامج الوطنية للدراسات العليا، للإشراف على التدريب وتعيين المتدربين.
 - دراسة موضوع إعادة النظر ببرامج التدريب على ضوء المستجدات العلمية الحديثة وإعداد صيغة للمتابعة.
 - تكليف المجالس العلمية بتحديث الأدلة.
- 6- حث وزارات الصحة وكليات الطب في البلدان العربية على تأكيد الدعم لاختصاص طب الأسرة والمجتمع وتشجيع إقامة المراكز التدريبية.
- 7- اعتماد أولي للصيغة الموحدة المقترحة لتقارير رؤساء المجالس العلمية، على أن يتم إقرارها نهائياً في اجتماعات الهيئة العليا والمكتب التنفيذي والمجالس العلمية القادمة، بعد أن يتم تعديلها من قبل المجالس العلمية إذا لزم الأمر.
- 8- توصية الجامعات وعمداء كليات الطب حث جميع الباحثين والأساتذة بنشر ما يستطيعون من أبحاث في مجلة المجلس العربي للاختصاصات الطبية، واعتماد الأبحاث التي تقبل للنشر لأغراض التعيين والترقية كونها مجلة محكمة.
- 9- تحديد اجتماع المجلس العلمي الاستشاري بصورة دائمة قبل يوم من اجتماع المكتب التنفيذي للهيئة العليا، أو قبل يوم من اجتماع الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية.
- 10- تقديم الشكر:
 - رفع جزيل الشكر إلى سيادة الرئيس المناضل حافظ الأسد رئيس الجمهورية العربية السورية بمناسبة عقد اجتماع الهيئة العليا للمجلس العربي للاختصاصات الطبية في دمشق لرعايته المجلس منذ تأسيسه.
 - تقديم جزيل الشكر إلى حكومة الجمهورية العربية السورية ممثلة بمعالي الأستاذ الدكتور محمد إياد الشطي وزير الصحة للمساهمة الكبيرة التي تقدمها للمجلس.
 - تقديم الشكر إلى سعادة السيد الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار والعاملين معه في الأمانة العامة لما بذلوه من جهود في تنظيم الاجتماع.



■ أنشطة المجالس العلمية

اختصاص الجراحة

1- اجتماع اللجنة التنفيذية للمجلس العلمي

لاختصاص الجراحة

دمشق 20/ نيسان - أبريل/ 1999

حضر الاجتماع: أ.د. عبد الرحمن البنيان، وأ.د. محمد علي جعفر اللواتي، وأ.د. زكي الشماع، وأ.د. ابراهيم بني هاني، وأ.د. عدنان مفتي.

وقد تقرر ما يلي:

- اعتماد نتائج الامتحانات المجرأة.
- تحديد مراكز الامتحانات القادمة، وتسمية المشرفين عليها.
- تأليف لجان لزيارة وتقييم المستشفيات.
- اقتراح إحداث الجراحة التجميلية تحت مظلة المجلس العلمي لاختصاص الجراحة.

2- الامتحان الأولي لاختصاص الجراحة العامة لدورة

/حزيران- جون/ 1999م

جرى هذا الامتحان بتاريخ 6 / 6 / 1998م في المراكز التالية دمشق - الرياض - الدوحة - طرابلس - بغداد
تقدم لهذا الامتحان 94 متقدماً نجح منهم 50 فكانت نسبة النجاح 53.2

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	26	20	76.9%
بغداد	7	4	57.1%
الرياض	31	17	54.8%
الدوحة	7	2	28.4%
طرابلس	23	7	30.4%
المجموع	94	50	53.2%

3- الامتحان النهائي الكتابي للجراحة العامة لدورة

/حزيران- جون/ 1999م

جرى هذا الامتحان بتاريخ 6/6/1998م في المراكز التالية: دمشق، الرياض، الدوحة، بغداد.
تقدم لهذا الامتحان 18 طالباً، نجح منهم 10 أي أن نسبة النجاح 55.5%.

اختصاص طب الأطفال

الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص طب الأطفال

جرى الامتحان الكتابي النهائي لاختصاص طب الأطفال بتاريخ 29/أيار - مايو/ 1999م في أربعة مراكز هي: بغداد - بنغازي - دمشق - الرياض. كان مجموع عدد المتقدمين: 72 طبيباً نجح منهم 25 طبيباً، فكانت نسبة النجاح العامة 34%.

المركز الامتحاني	المتقدمون	الناجحون	نسبة النجاح
بغداد	14	4	28%
بنغازي	5	-	0%
دمشق	12	5	41%
الرياض	41	16	39%
المجموع	72	25	34%

اختصاص الولادة وأمراض النساء

الامتحان الأولي دورة /نيسان- أبريل/ 1999

أجرى الامتحان الأولي في عدة مراكز، وقد تقدم للامتحان 165 طبيباً، نجح منهم 72 طبيباً، فكانت نسبة النجاح 44%.

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
الرياض	18	5	27.7%
جدة	9	3	33%
طرابلس	30	6	20%
عمان	15	10	66.6%
الدوحة	4	-	0%
دبي	17	4	23.5%
الدمام	7	1	14.3%
بغداد	31	29	93.5%
دمشق	16	4	25%
بنغازي	12	5	41.6%
صنعاء	6	5	83%
المجموع	165	72	44%



المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	7	2	%28.75
الرياض	5	3	%60
الدوحة	8	4	%50
المجموع	20	9	%45

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	5	3	%60
بغداد	5	4	%80
الرياض	7	2	%28.6
الدوحة	1	1	%100
المجموع	18	10	%55.5

اختصاص الطب النفسي

1- المجلس العلمي لاختصاص الطب النفسي

الدورة الرابعة

دمشق في 10-12/ نيسان-أبريل/1999م

أهم القرارات المتخذة في اجتماع المجلس العلمي:

- اعتماد تقرير رئيس المجلس العلمي الأستاذ الدكتور علي محمد مطر
- الاطلاع على قرارات الدورة الثالثة للجنة التنفيذية للمجلس العلمي المنعقدة في بيروت في 17/ نيسان-أبريل/1999م.
- انتخاب الأستاذ الدكتور توفيق درادكة (الإمارات العربية المتحدة) مقرراً للجنة الامتحانات.
- اعتماد نتائج الامتحانات المجراة في عام 1998م.
- اعتماد قائمة المتدربين للاختصاص.
- اعتماد قائمة المستشفيات المعترف بها.

2- الامتحان الأولي لاختصاص الطب النفسي

أجري الامتحان الأولي لاختصاص الطب النفسي بتاريخ 7/ نيسان-أبريل/1999م، وقد تقدم للامتحان 14 طبيباً، نجح منهم 8 أطباء، فكانت نسبة النجاح %57.14

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دبي	2	2	%100
بغداد	5	3	%60
الرياض	7	3	%42.85
المجموع	14	8	%57

طب الأسرة والمجتمع

اللجنة التنفيذية لطب الأسرة والمجتمع

دمشق في 11/ نيسان-أبريل/1999م

- عقد اجتماع اللجنة التنفيذية بناء على دعوة سعادة الأستاذ الدكتور مفيد الجوخدار الأمين العام للمجلس العربي للاختصاصات الطبية بحضور الدكتور شوقي أمين، والأستاذ الدكتور أحمد ديب دشا، والأستاذ الدكتور مصطفى خوجلي، وقد تقرر مايلي:
- اعتماد نتائج الامتحانات.
- التوصية بإجراء ورشات عمل تدريبية للمتحنين، وتوصيف الممتحنين والمشرفين على الرسائل.
- التوصية بوضع سجل عمل للمتدرب.
- تشجيع بعض الدول على البدء ببرامج طب الأسرة.
- اقتراح إجراء ورشات عمل مشتركة للمتدربين في مختلف البلدان العربية.
- اقتراح إجراء أطروحة في اختصاص طب الأسرة.

اختصاص الأمراض الجلدية والتناسلية

الامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الجلدية

والتناسلية

تم بتاريخ 10/ نيسان-أبريل/1999م في المراكز التالية: دمشق- الرياض- الدوحة، وقد تقدم للامتحان 20 طبيباً نجح منهم 9 أطباء، فكانت نسبة النجاح %45



اختصاص التخدير والعناية المركزة

المجلس العلمي لاختصاص التخدير والعناية المركزة

الدورة الرابعة - دمشق في 1-3 أيار-مايو/1999م

من أهم القرارات المتخذة في هذا المجلس:

- المصادقة على قرارات الدورة الثالثة للجنة التنفيذية للمجلس العلمي.

- وضع أسئلة الامتحان النهائي الكتابي ومراجعة أسئلة الامتحان الأولي لدورة أيلول- سبتمبر 1999م.

- تحديد موعد إجراء الامتحان السريري والشفوي في 20/ تشرين الثاني-نوفمبر/1999م.

- ترشيح الأستاذ الدكتور بشير عطيات ليكون عضواً في لجنة الامتحانات.

- إرسال استمارة طلب الاعتراف بالمستشفى إلى كافة المشافي المعترف بها مبدئياً، وستتم دراستها لاحقاً.

- الاطلاع على قوائم المسجلين الجدد للتدريب للاختصاص.

- الاطلاع على قائمة المستشفيات المتقدمة بطلبات الاعتراف بصلاحياتها للتدريب للاختصاص.

تم الاتفاق على مايلي:

- اعتماد طلبات دخول الامتحان الأولي الكتابي في مركزي بغداد ودمشق في 27/4/1999م.

- وضع أسئلة الامتحان الأولي الكتابي لدورة نيسان-أبريل/1999م.

- وضع شروط التقدم للامتحان الأولي والنهائي.

- تأليف اللجان الامتحانية للامتحان النهائي الكتابي

والشفوي في دمشق في 12-14/ تشرين الأول-أكتوبر/1999م

- تحديد المراكز الامتحانية للامتحان الأولي الكتابي.

- تبني التوصيات التالية:

1- عقد لقاء مع الأطباء المتقدمين للامتحان الأولي في المركز

الرئيسي لتداول المشكلات التي يواجهونها.

2- عقد اجتماع للجنة المشرفة على الامتحان في 28/4/1999م

لتقييم أسئلة الامتحانات.

3- عقد ورشة عمل حول طرق تقييم المتدربين، ووضع أسئلة

الامتحانات وطرق تقييمها، والامتحانات الشفوية.

اختصاص الأنف والأذن والحنجرة

والرأس والعنق وجراحاتها

اجتماع المجلس العلمي

دمشق في 2-4 أيار-مايو/1999م

أهم القرارات المتخذة في هذا المجلس:

- الاطلاع على تقرير رئيس المجلس العلمي لاختصاص الأذن

والأنف والحنجرة والرأس والعنق وجراحاتها

- المصادقة على قرارات الدورة الثانية للجنة التنفيذية

للمجلس العلمي لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة والرأس

والعنق وجراحاتها.

- تجديد انتخاب الأستاذ الدكتور مجدي حامد عبده (جمهورية

مصر العربية) رئيساً للمجلس العلمي

- انتخاب الدكتور احمد جاسم جمال (المملكة العربية

السعودية) نائباً للرئيس.

- انتخاب الأستاذ الدكتور عبد العزيز الدخيل (المملكة العربية

السعودية) مقرراً للمجلس العلمي.

- انتخاب لجنة الامتحانات مؤلفة من: أ.د. أكرم الحجار (سورية)

مقرراً للجنة، أ.د. فيصل دبسي (سورية)، أ.د. صلاح منصور

(لبنان)، الأستاذ الدكتور عثمان محمد المصطفى (السودان)،

اختصاص طب العيون

1- الامتحان الأولي لاختصاص طب العيون وجراحاتها

أجري الامتحان الأولي لاختصاص طب العيون وجراحاتها

بتاريخ 27/أيار-مايو/1999م في مركزي دمشق وبغداد، وقد

تقدم للامتحان 76 طبيباً، نجح منهم 20 طبيباً، فكانت نسبة

النجاح 26.31%

المركز	عدد المتقدمين	عدد الناجحين	نسبة النجاح
دمشق	48	12	25%
بغداد	28	8	28.5%
المجموع	76	20	26%

2- اجتماع لجنة الامتحانات والوثائق

دمشق في 6-7 نيسان-أبريل/1999م

عقد الاجتماع بحضور: أ.د. أحمد عبد الله أحمد، أ.د. محمود

السالم، أ.د. فهد القحطاني، أ.د. نافذ سرحان، أ.د. علي السيسي،

أ.د. عبد الرحمن الغديان.



- د. ناجي كمال ناجي (قطر)، أ.د. محمد شفيق خليفة (مصر)، أ.د. عبد القادر الخديم (تونس).
- د. ناجي كمال ناجي (قطر)، أ.د. محمد شفيق خليفة (مصر)، أ.د. عبد القادر الخديم (تونس).
- انتخاب لجنة التدريب مؤلفة من: أ.د. مصطفى المعاينة (الأردن) مقرراً للجنة، أ.د. محمد الخطيب (اليمن)، د. مازن جواد جعفر الخابوري (الأردن)، أ.د. عبد الله النعيمي (الإمارات العربية)، أ.د. غازي محمد علي نور (السودان)، أ.د. حسين نصر (مصر)، أ.د. أنطوان سعيد هرموش (لبنان).
- اعتماد نتائج الامتحانات الأولية والامتحان النهائي الكتابي والسريري والشفوي واعتماد المتخرجين.
- الاطلاع على قائمة أسماء المسجلين للتدريب للاختصاص.
- الاطلاع على قائمة بأسماء المستشفيات المعترف بها للتدريب.
- الاطلاع على قائمة بأسماء المستشفيات التي تقدمت بطلبات بغرض الاعتراف بصلاحياتها للتدريب وتم تقويمها من قبل لجنة التدريب والتوصيف.

■ خريجو المجلس العربي للاختصاصات الطبية

من ٤/١ إلى ٦/٣٠ / ١٩٩٩م

اختصاص الجراحة العامة

عاصم حامد الحاج (12)

- 1: المملكة الأردنية الهاشمية
- 2: الإمارات العربية المتحدة
- 3: دولة البحرين
- 4: الجمهورية التونسية
- 5: المملكة العربية السعودية
- 6: جمهورية السودان
- 7: الجمهورية العربية السورية
- 8: جمهورية العراق
- 9: سلطنة عمان
- 10: دولة قطر
- 11: دولة الكويت
- 12: الجمهورية اللبنانية
- 13: الجماهيرية الليبية العظمى
- 14: جمهورية مصر العربية
- 15: المملكة المغربية
- 16: الجمهورية اليمنية

اختصاص جراحة العظام

عمر محمد الحسن ابراهيم عكود (5)

الشاهد أحمد حسن فضل السيد (5)

حمود عبد الله عبد الرحمن الغاشم (5)

غازي طه الفنوش (5)

أيمن حسين مصطفى جواوي (5)

أحمد علي مبارك بانخر (5)

سالم جعفر سليمان باجعيفر (5)

مبروك صالح عبد الحفيظ بوحلفاية (13)

اسماعيل ميرزا جعفر (3)

فريد محسن أحمد سلوم (3)

محمد عبد الله علي مكي البقالي (3)

اختصاص الجراحة البولية

رؤوف محمد الكوافي (13)

فتحي عبد الرحيم حسن التريكي (13)

أحمد عيسى أحمد الحسين (5)



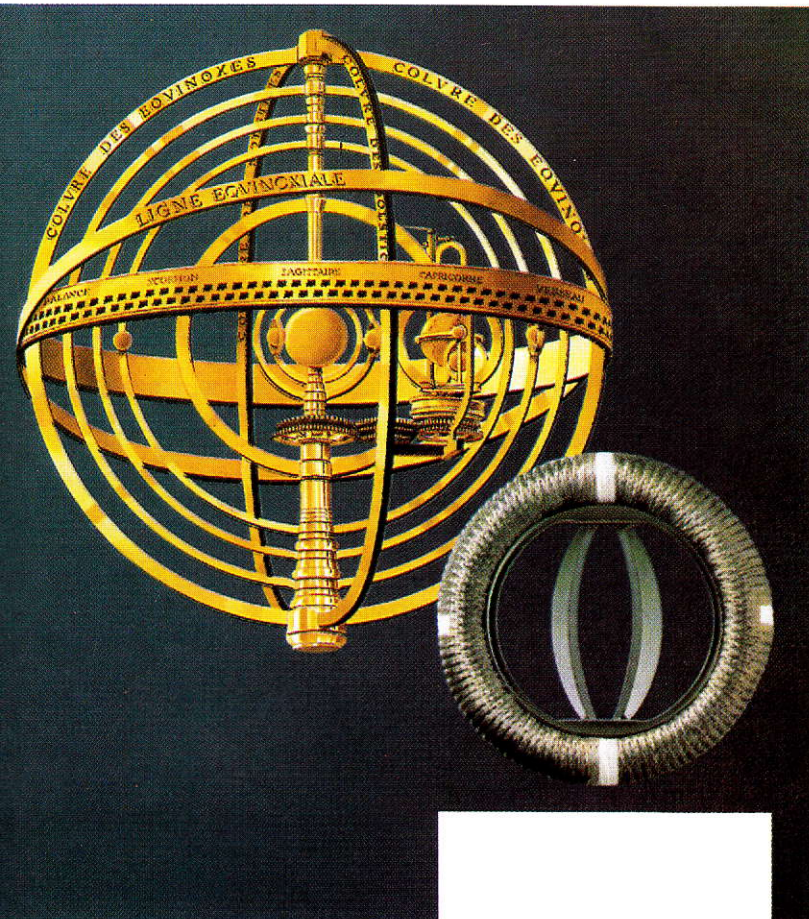
الأنشطة المتوقعة للمجلس العربي للاختصاصات الطبية

- ٩٩/٧/٢٤: مناقشة رسائل البحث لاختصاص طب المجتمع
- ٩٩/٧/٢٩: امتحان الجزء الثاني لاختصاص طب المجتمع ومناقشة رسائل البحث
- ٩٩/٨/١٥-١٤: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين
- ٩٩/٨/١٦-١٤: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص طب الأطفال
- ٩٩/٨/١٩-١٧: اجتماع لجنة الامتحانات لوضع أسئلة الامتحان الكتابي لاختصاص طب الأطفال
- ٩٩/٨/١٩: اجتماع اللجنة التنفيذية لاختصاص طب الأطفال
- ٩٩/٩/٦-٤: الامتحان السريري لاختصاص الأمراض الباطنة في مركز دمشق
- ٩٩/٩/٥: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة
- ٩٩/٩/١١-٧: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص الأمراض الباطنة
- ٩٩/٩/١٠: اجتماع اللجنة التنفيذية لاختصاص الأمراض الباطنة
- ٩٩/٩/١٤-١٠: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص أمراض القلب والأوعية
- ٩٩/٩/١٢: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص التخدير والعناية المركزة
- ٩٩/٩/٢١-١٨: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص الأسرة والمجتمع
- ٩٩/٩/٢٣-٢٠: الدورة السادسة والأربعين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط. منظمة الصحة العالمية في القاهرة
- ٩٩/٩/٢٧-٢٥: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص الجراحة لوضع أسئلة الامتحان الأولي والنهائي الكتابي
- ٩٩/١٠/٣-٢: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الولادة وأمراض النساء
- ٩٩/١٠/٢: امتحان الجزء الأول لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين
- ٩٩/١٠/٣-٢: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الجلدية
- ٩٩/١٠/٣-٢: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الطب النفسي في دولة الإمارات
- ٩٩/١٠/٤-٣: الامتحان السريري لاختصاص الطب النفسي في دولة الإمارات العربية المتحدة
- ٩٩/١٠/١١-٩: اجتماع لجنة الامتحانات لاختصاص طب العيون
- ٩٩/١٠/١٤-١٢: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي والشفوي لاختصاص طب العيون وجراحاتها
- ٩٩/١٠/٢٣: اجتماع لجنة تصحيح أسئلة امتحانات الولادة وأمراض النساء
- ٩٩/١١: اجتماع المجلس العلمي لاختصاص جراحة الفم والوجه والفكين
- ٩٩/١١/٧: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الجراحة العامة والجراحة العظمية والبولية
- ٩٩/١١/٢٠: الامتحان السريري والشفوي لاختصاص التخدير والعناية المركزة ووضع أسئلة الامتحانات لاختصاص التخدير
- ٩٩/١١/٢٨-٢٧: الامتحان السريري لاختصاص الولادة وأمراض النساء في بغداد - دمشق - الرياض
- ٩٩/١١/٢٩: الامتحان الأولي لاختصاص طب الأطفال
- ٩٩/١١/٣٠: الامتحان النهائي الكتابي لاختصاص طب الأطفال
- ٩٩/١٢/٢-١: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الباطنة
- ٩٩/١٢/٢-١: الامتحان السريري لاختصاص الجراحة العامة في مركز الرياض
- ٩٩/١٢/٤: الامتحان السريري لاختصاص الولادة وأمراض النساء في طرابلس
- ٩٩/١٢: الامتحان السريري لاختصاص الأنف والأذن والحنجرة
- ٩٩/١٢/١٤: الامتحان الأولي والنهائي الكتابي لاختصاص طب المجتمع
- ٩٩/١٢/١٧-١٦: اجتماع لجنة تصحيح أوراق الإجابة لاختصاص طب الأسرة والمجتمع
- ٢٠٠٠/١/١٦ - ١٥: الامتحان السريري لاختصاص الجراحة العامة في مركز بغداد



B I C A R B O N TM

SWING 200



- ▶ Unique and specific gravimetric acceleration sensor
 - ▶ Close correlation between pacing rate and patient's needs
 - ▶ Highly Refractory to non Physiological Signals (e.g. vibration)
 - ▶ Unique and Automatic "Rest Mode" providing a near normal rate response at rest
 - ▶ Pacing and Sensing Polarities Independently Programmable
 - ▶ Accurate Rate Trend Recordings
 - ▶ Automatic Pacing and Sensing Threshold Measurements
- Simple implantation - no special lead required

WE TAKE RESEARCH TO HEART

SORIN BIOMEDICA

وكالة التجهيزات الطبية
هاشم وشركاه
دمشق - صالحيية - ساحة وزارة المواصلات
تلفون ٣٣١٢٥٣٠ - ٣٣١٢٥٣١ - فاكس ٣٣١٢٥٣٣



SWING 200 IS-1 BI (P0077)
SWING 200 IS-1 BI coated (ICV0015)
SWING 200 C SORIN-CORDIS
Ø 6 mm (P000719)
SWING 200 C SORIN-CORDIS
Ø 6 mm coated (ICV0016)



Journal Of The Arab Board Of Medical Specializations

A Medical Journal Encompassing All Medical Specializations

Issued Quarterly

Contents

EDITORIAL

■ Editor's Opinion!

Moufid Jokhadar, M.D.

Editor- In- Chief, Secretary General of the Arab Board of Medical Specializations.....P105E

ORIGINAL ARTICLES

■ Fetal Activity and Nonstress Test Results in Pregnant Women Undergoing a Prolonged Fasting Period

M.I. Altaani, M.D.P100E

■ Advantages of the Ileal over the Ileocecal Orthotopic Neobladder in Patients with Invasive Bladder Cancer

M.A. Bulbul, M.D.; W. Wazzan, M.D.; W. Farhat, M.D.; J. Kaouk, M.D.; K. Hemady, M.D.P96E

■ Peri-Prosthetic Fractures of the Femoral Shaft Following Primary and Revision Total Hip Arthroplasty:

the Incidence in 1762 cases of Primary and 249 Cases of revision Total Hip Arthroplasty
J. Abdelnoor, M.D.; D. Semaan, M.D.P89E

■ Feeding Patterns of Children under 24 Months in Alexandria, Egypt

N.M. Kamel, M.D.; A.G. Ibrahim, M.D.; S.R.Aref, M.D.; F.Y. Ziyo, M.D.P81E

CASE REPORT

■ Sudden Hearing Loss in Waardenburg Syndrome

G. Thomas, M.D.; M.P. Divakaran, M.D.; H. Al Muhaimed, M.D..... P76E

HISTORICAL REVIEW & PERSONAL EXPERIENCE

■ The Role of Arthrography in the Management of Congenital Dislocation of the Hip

M. Kurmly, M.D.; T. Al Akhras, M.D..... P75E

REVIEW ARTICLES

■ Emerging Surgical Alternatives to Transplantation for Treatment of the Heart Failure

M.B. Izzat, M.D.; L.S. Kabbani, M.D.P71E

THE ARABIC MEDICAL HERITAGE

■ The Art of Treatment and Medication

M. Bitar.....P68E

SELECTED ABSTRACTS

.....P66E

NEWS & ACTIVITIES OF THE ARAB BOARD OF MEDICAL SPECIALIZATIONSP15E

A breakthrough in PE & DVT

DVT

innohep®
tinzaparin sodium

An injection of simplicity in Pulmonary Embolism and DVT

Now, for the very first time, a low molecular weight heparin has received a licence for the treatment of PE. This means that instead of having to give patients a continuous i.v. infusion of unfractionated heparin, you can simply give them a once-daily injection of innohep, which is just as effective,¹ but without the drawbacks of having to maintain an intravenous line.

innohep is the only truly once-daily treatment for PE and DVT, and is also available as variable-dose syringes for added convenience and simplicity.

innohep® Anticoagulant. Tinzaparin sodium. **Vials** of 2 ml Tinzaparin sodium 10,000 anti-Xa IU/ml, preserved with benzyl alcohol. Tinzaparin sodium 20,000 anti-Xa IU/ml, preserved with benzyl alcohol, stabilized with sodium bisulphite. **Syringe** of 0.35 ml or 0.45 ml Tinzaparin sodium 10,000 anti-Xa IU/ml. **Graduated syringe** of 0.50 ml, 0.70 ml or 0.90 ml Tinzaparin sodium 20,000 anti-Xa IU/ml stabilized with sodium bisulphite. **Properties** Tinzaparin sodium is a low molecular weight heparin produced by enzymatic depolymerization of conventional heparin. The molecular mass is between 1,000 and 14,000 dalton, with a peak maximum molecular mass of approx. 4,500 dalton. Tinzaparin sodium is an anti-thrombotic agent. Innohep has a bioavailability of about 90% following subcutaneous injection. The absorption half-life is 200 minutes, peak plasma activity being observed after 4-6 hours. The elimination half-life is about 80 minutes. Tinzaparin sodium is eliminated, primarily with the urine, as unchanged drug. The pharmacokinetics/pharmacodynamics of Innohep are monitored by anti-Xa activity. There is a linear dose-response relationship between plasma activity and the dose administered. The biological activity of Innohep is expressed in anti-Xa international units. **Indications** Treatment of deep-vein thrombosis and pulmonary embolism. Prevention of postoperative deep-vein thrombosis in patients undergoing general and orthopaedic surgery. Prevention of clotting in in-dwelling intravenous lines for extracorporeal circulation and haemodialysis. **Dosage** *Treatment of DVT and PE:* The recommended dose is 175 anti-Xa IU/kg body-weight s.c. once daily. *Thromboprophylaxis in patients with moderate risk of thrombosis (general surgery):* On the day of operation 3,500 anti-Xa IU s.c. until 2 hours before surgery and postoperatively once daily 3,500 anti-Xa IU for 7-10 days. *Thromboprophylaxis in patients with high risk of thrombosis (e.g. total hip replacement):* On the day of operation 50 anti-Xa IU/kg body-weight s.c. until 2 hours before surgery and then once daily until the patient has been mobilized. *For short-term haemodialysis (less than 4 hours):* A bolus dose of 2,000-2,500 anti-Xa IU into the arterial side of the dialyser (or intravenously) at the beginning of dialysis. *Long-term haemodialysis (more than 4 hours):* A bolus dose of 2,500 anti-Xa IU into the arterial side of the dialyser (or intravenously) at the beginning of dialysis, followed by an infusion of 750 anti-Xa IU/hour. Dose adjustment: Increase or decrease of the bolus dose, if required, can be made in steps of 250-500 anti-Xa IU until a satisfactory response is obtained. **Overdose** An overdose of Innohep may be complicated by haemorrhage. At recommended doses there should be no need for an anti-

dote, but in the event of accidental administration of an overdose, the effect of Innohep can be reversed by intravenous administration of 1% protamine sulphate solution. The dose of protamine sulphate required per neutralization should be accurately determined by titrating with the plasma of the patient. As a rule, 1 mg of protamine sulphate neutralizes the effect of 100 anti-Xa IU of tinzaparin. **Adverse effects** Innohep is safe with regard to bleeding risks, when applied at the doses recommended, provided that patients with increased bleeding potential (bleeding disorders, severe thrombocytopenia) are excluded or treated with special care. **Contraindications** Known hypersensitivity to any of the constituents. The 20,000 anti-Xa IU/ml formulation of Innohep contains sodium bisulphite, which may cause allergic reactions, including anaphylaxis in predisposed patients. In the remaining formulations without sulphite, this risk does not exist. Other contraindications are generalized or focal haemorrhagic tendency. Uncontrolled severe hypertension. Acute cerebral insults. Septic endocarditis. **Special precautions** Innohep should be given with caution to patients with renal or hepatic insufficiency. In such cases a dose reduction should be considered. Innohep should not be administered by intramuscular injection due to risk of local haematoma formation. **Interactions** Concomitant administration of other drugs affecting haemostasis, e.g. vitamin K antagonists and dextran, may enhance the anticoagulant effect of Innohep. **Use during Pregnancy and Lactation** Only limited clinical documentation is available on Innohep so far, and there has been no evidence of adverse reactions in animal models. No transplacental passage of Innohep was found (assessed by anti-Xa and anti-IIa activity) in patients given doses of 30-40 anti-Xa IU/kg in the second trimester of pregnancy. It is not known whether Innohep is excreted in breast milk. **Incompatibilities** Innohep is compatible with isotonic sodium chloride (9 mg/ml) or isotonic glucose (50 mg/ml). It should not be admixed with other infusion fluids. LEO PHARMACEUTICAL PRODUCTS - BALLERUP - DENMARK 11/97

Reference

1. Simonneau G et al.
N Engl J Med 1997; **337**
663-669.
Code No. XXXX



LEO PHARMACEUTICAL PRODUCTS SARATH LTD.
224, SYNGROU AVENUE, 176 72 KALLITHEA, ATHENS, GREECE
TEL. 9585 200, TLX: 225230 LEO'S GR, ATHENS, FAX: 9578 491
www.leo-pharma.com

Advisory Board

S.C. Pediatrics

Ak.Al-Kudat, MD (1)
SG.Al-Fao'ri, MD (1)
MO.Al-Rwashdeh, MD (1)
AK.Al-Shama'ela, MD (1)
M.Fathalla, MD (2)
Y.Abdulrazak, MD (2)
Aa.I.Al-Khe'at, MD (2)
A.M.Muhammed, MD (3)
Aj.AL-Abbasi, MD (3)
Am.Al-Swailem, MD (5)
Ar Al-Frayh, MD (5)
Al.Al-Frae'di, MD (5)
M.Y.Yakup Jan, MD (5)
OH.Al-A'modi, MD (5)
KhE.Al-Emran, MD (5)
J.Bin O'of, MD (6)
MS.Al-Kh.Abdulsalam, MD (6)
M.Abdulmajeed, MD (6)
A.Matter, MD (7)
Z.Shwaki, MD (7)
M.Fath-Allah, MD (7)
H.Horani, MD (7)
I.Al-Naser, MD (8)
Ag.Al-Rawi, MD (8)
H.D.Al-Jermokli, MD (8)
ND.Al-Roznamji, MD (8)
S.Al-Khusaibi, MD (9)
G.M.Aalhani, MD (10)
K.Al.Al-Saleh, MD (11)
M.Helwani, MD (12)
M.Mekati, MD (12)
K.Akatsharyan, MD (12)
A.Bin.Mousa, MD (13)
A.H.Asmada, MD (13)
Al.Sha'baan, MD (13)
J.Ah.Otman, MD (14)
A.M.Al-Shafe'i, MD (16)

S.C. Internal Medicine

M.Shennak, MD (1)
M.S.Ayoub, MD (1)
A.A.Murad, MD (3)
Ah.Bin.Mu'az, MD (4)
Ab.Makneni, MD (4)
S.Ag.Mera, MD (5)
H.Y.Idressi, MD (5)
I.Altua'ami, MD (5)
F.Al-Mhan'a, MD (5)
M.S.Abshar, MD (6)
M.S.Besher, MD (6)
O.Khalafallah Sa'eed, MD (6)
J.Daf'allah, MD (6)
M.Azhari, MD (6)
S.Shaikh, MD (7)
L.Fahdi, MD (7)
A.Sa'da, MD (7)
A.Darwish, MD (7)
Z.Darwish, MD (7)
M.Masri zada, MD (7)
N.ISSA, MD (7)
R.Rawi, MD (8)
S.Krekor Strak, MD (8)
Kh.Abdullah, MD (8)
K.G.Alkhayat, MD (8)
G.Zbaidi, MD (9)
Y.Al-reyami, MD (9)
S.Alka'bi, MD (10)
B.Alnakeeb, MD (11)
N.Shams Aldeen, MD (12)
S.Atwa', MD (12)
S.Mallat, MD (12)
R.Shaheen, MD (12)
A.Geryani, MD (13)
SD.Sanusi Kario, MD (13)
T.Alshafeh, MD (13)
I.M.Khuder, MD (14)
F.Al-Nawawi, MD (14)

A.Abd-Almu'ty, MD (14)
A.H.Abaza', MD (14)
Aa.Banani, MD (15)
Th.Muhsen Nasher, MD (16)
M.Alhreabi, MD (16)
A.K.Al-kholany, MD (16)

S.C. Obstetric & Gynecology

Aa.I'essa, MD (1)
A.Batayneh, MD (1)
M.Ishak, MD (1)
M.Amro, MD (1)
M.Shoukfeh, MD (2)
A.Ashafi'e, MD (3)
H.Alshelli, MD (4)
Aa.Almushari, MD (5)
M.H.Sba'i, MD (5)
Aa.Basalama, MD (5)
O.H.Alharbi, MD (5)
S.Al-Ouda', MD (5)
Alk.Abdulraheem, MD (6)
H.Abdulrahman, MD (6)
O.A.Mergni, MD (6)
M.A.Abu Salab, MD (6)
M.A.Alfarrah, MD (7)
S.Shekha, MD (7)
B.Naseef, MD (7)
A.H.Youssef, MD (7)
K.Kubbeh, MD (8)
S.Khondah, MD (8)
N.B.Kattan, MD (8)
N.S.Alameen, MD (8)
S.Sultan, MD (9)
A.Abdalkader, MD (10)
Ar.Aladwani, MD (11)
J.Aboud, MD (12)
G.Alhaj, MD (13)
M.Alkennin, MD (13)
A.O.E'kra, MD (13)
I.A.Almuntaser, MD (13)
A.A.Khalafallah, MD (14)
A.H.Badawi, MD (14)
M.R.Alshafe'e, MD (14)
A.H.Askalani, MD (14)
F.Nawawi, MD (14)
A.H.Abatha, MD (14)
Sh.M.Massah, MD (16)

S.C. Surgery

I.Bany Hany, MD (1)
M.Nessair, MD (1)
A.Srougeah, MD (1)
A.A.'Isharaf, MD (2)
A.Abdulwahab, MD (3)
M.Howesa, MD (4)
Y.Gamal, MD (5)
M.Alsalman, MD (5)
N.Alawad, MD (5)
A.L.Al-Arfag, MD (5)
M.Abdalal, MD (6)
H.Khalafalh, MD (6)
O.Otman, MD (6)
A.Mousa'ed, MD (6)
A.M.Mousa'ed, MD (6)
A.Imam, MD (7)
M.Abdalhadi, MD (7)
S.Kabbani, MD (7)
S.Samaan, MD (7)
I.Ujaili, MD (7)
M.F.Shami, MD (7)
M.Z.Shama'e, MD (7)
M.Salman, MD (8)
S.Saleh, MD (8)
H.Dure, MD (8)
S.Make, MD (8)
M.Allwate, MD (9)
M.Harame, MD (10)
A.Bahbahane, MD (11)
M.Mne'a, MD (11)

P.Farah, MD (12)
G.Alabass, MD (12)
K.Hamadah, MD (12)
J.Abdulnour, MD (12)
A.F.Ahtesh, MD (13)
A.Makhlouf, MD (13)
A.Moussa, MD (13)
A.S.Hammam, MD (14)
A.F.Bahnasy, MD (14)
I.A. AlfSae'ed, MD (14)
H.Alz.Hassan, MD (14)
A.Ma'ouny, MD (15)
A.Sadi, MD (16)
A.Hreabe, MD (16)
M.A.Al-kata'a, MD (16)

S.C. Family & Community Medicine

S.Hegazi, MD (1)
A.Abbass, MD (1)
F.Shakhatra, MD (1)
R.Al-kutob, MD (1)
Ag.Hawi, MD (2)
F.Naser, MD (3)
N.Ald.Ashour, MD (4)
Y.Almazrou'e, MD (5)
G.Garallah, MD (5)
B.Aba Alkheal, MD (5)
A.Albar, MD (5)
S.Sabban, MD (5)
N.Al-kurashi, MD (5)
K.Mergane, MD (6)
A.Alt'a'eeb, MD (6)
A.Moukhtar, MD (6)
A.Dashash, MD (7)
M.Sawaf, MD (7)
S.Obaide, MD (8)
S.Dabbag, MD (8)
A.Neaze, MD (8)
K.Habeeb, MD (8)
A.G.Mouhamad, MD (9)
Y.Abo Alfain, MD (10)
M.Sarakhoh, MD (11)
M.Khogle, MD (12)
N.Karam, MD (12)
H.Awadah, MD (12)
M.Bakoush, MD (13)
M.Mu'afa, MD (13)
O.Sudani, MD (13)
Sh.Nasser, MD (14)
N.Kamel, MD (14)
F.Nouralden, MD (15)
G.Gawood, MD (15)
I.Abdulsalam, MD (15)
A.Bahatab, MD (16)
A.Sabri, MD (16)

S.C. Psychiatry

G.Kurdan, MD (1)
N.Abu Hagleh, MD (1)
T.Daradkeh, MD (2)
M.Alhafany, MD (4)
A.Sba'ei, MD (5)
Kh.Al-kowailfy, MD (5)
A.Edrise, MD (6)
T.Ba'sher, MD (6)
D.Abubaker, MD (6)
W.Faham, MD (7)
H.Khure, MD (7)
A.Gaderi, MD (8)
R.Azawi, MD (8)
T.Khamas, MD (8)
S.Mana'ei, MD (10)
M.Khani, MD (12)
S.Badura, MD (12)
F.Antun, MD (12)
Y.Rekhawi, MD (14)
S.Rashed, MD (14)
A.Ariani, MD (16)

S.C. Dermatology

M.Sharaf, MD (1)
Y.Damen, MD (1)
I.Keldari, MD (2)
Kh.Areed, MD (3)
M.Kamun, MD (4)
A.Abdrahoh, MD (5)
O.Aalshekh, MD (5)
A.Muhandes, MD (5)
A.Al-turki, MD (5)
O.Taha, MD (6)
B.Ahmed, MD (6)
Kh.Allub, MD (7)
S.Dawood, MD (7)
A.Hussen, MD (7)
H.Blaban, MD (7)
H.Sleman, MD (7)
H.Anbar, MD (8)
Z.Agam, MD (8)
B.Mageed, MD (8)
N.Kusemy, MD (8)
A.Sweid, MD (9)
H.Abdallah, MD (10)
K.Saleh, MD (11)
A.Sef, MD (11)
A.Kube, MD (12)
R.Tanb, MD (12)
M.Ben Gzel, MD (13)
M.S.Balhag, MD (13)
I.Sas, MD (13)
M.I.Zarkani, MD (14)

S.C. Anesthesia & Intensive Care

I.Badran, MD (1)
A.Amrour, MD (1)
B.Ate'at, MD (1)
Ag. Kouhaji, MD (3)
M.A.Seraj, MD (5)
D.Khudhairi, MD (5)
S.Marzuki, MD (5)
A.M.Al-ghamedy, MD (5)
A.Salama, MD (6)
T.Mahmoud, MD (6)
K.Mobasher, MD (6)
Ak.Da'da', MD (7)
F.Assaf, MD (7)
B.Berzanji, MD (8)
M.Rekabi, MD (8)
Ar. Kattan, MD (11)
H.Abdulfattah, MD (11)
M.Mu'alem, MD (12)
A.Barakeh, MD (12)
M.Antaky, MD (12)
G.Bshareh, MD (12)
H.Aja'j, MD (13)
A.Al-Shareef, MD (13)
A.H.Al-filla'h, MD (13)
Am.Taha, MD (14)
M.H.Mahmoud, MD (14)
M.S.Albakri, MD (14)
Y.Al-hraiby, MD (16)

S.C. Ophthalmology

N.Sarhan, MD (1)
G.Jeuossi, MD (1)
M.Salem, MD (1)
A.Wartani, MD (4)
Kh.Tabbarah, MD (5)
A.Sisi, MD (5)
M.Faran, MD (5)
Ar.Gadyan, MD (5)
K.Abdallah, MD (6)
T.Abdellatif, MD (6)
S.Kh.Thabet, MD (6)
H.Shekh, MD (6)
J.Fatuoh, MD (7)
R.Said, MD (7)
A.Azmeh, MD (7)
M.S. Khayat, MD (7)

I. Farah, MD (7)
M.Kheshen, MD (8)
O.Al-yakoubi, MD (8)
M.Younes, MD (8)
Ah.Lavaty, MD (9)
F.Kahtany, MD (10)
A.Alabedlrazak, MD (11)
B.NouralDeen, MD (12)
A.Khoury, MD (12)
I.Aboud, MD (12)
Nd.Shishko, MD (12)
S.Feture, MD (13)
M.Bin A'amer, MD (13)

S.C. ENT, Head & Neck Surgery

M.Ma'eteh, MD (1)
M.Alomare, MD (1)
A.A-Al-noaime, MD (2)
A.Jammal, MD (3)
A.Khdeem, MD (4)
Am.Sheikh, MD (5)
F.Zahrn, MD (5)
A.Sarhani, MD (5)
A.A.Al-Dekheel, MD (5)
A.A.Ashour, MD (5)
Ak.Alhadi, MD (6)
O.Moustafa, MD (6)
G.Nour, MD (6)
A.Hajar, MD (7)
M. Samman, MD (7)
F.Debssi, MD (7)
Ah.Teba, MD (7)
Ar.Yusefi, MD (7)
M.Ibraheem, MD (7)
A.Mansuri, MD (8)
M.Badri, MD (8)
N.Shehab, MD (8)
M.Mousawi, MD (8)
M.Khabouri, MD (9)
N.Nagi, MD (10)
A.Harmoush, MD (12)
N.Flehan, MD (12)
S.Mansour, MD (12)
I.Sharif, MD (13)
I.Khalifa, MD (14)
W.Aboshlip, MD (14)
H.Naser, MD (14)
M.Alazazi, MD (16)
M.Al-khateeb, MD (16)

S.C. Oral & Maxillofacial Surgery

G.Buka'en, DDS (1)
R.Buka'en, DDS (1)
K.Rahemi, DDS (5)
A.Shehab, DDS (5)
A.Albasher, DDS (6)
K.Saleh, DDS (6)
A.Tulemat, DDS (7)
M.Sabe'larab, DDS (7)
M.Isma'eli, DDS (9)
A.Darwish, DDS (10)
A.Khuri, DDS (12)
M.Mais, DDS (12)
H.Badran, DDS (14)
I.Zetun, DDS (14)

1: Kingdom of Jordan
2: United Arab Emirates
3: State of Bahrain
4: Arab Republic of Tunis
5: Saudi Arabia
6: Arab Republic of Sudan
7: Syrian Arab Republic
8: Arab Republic of Iraq
9: Sultanate of Oman
10: State of Qatar
11: State of Kuwait
12: Lebanon
13: Libyan Arab Jamahiriya
14: Arab Republic of Egypt
15: Kingdom of Morocco
16: The Republic of Yemen

Requirements for Manuscripts Submitted to the Journal of the Arab Board of Medical Specializations

These requirements are adapted from the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals by the International Committee of Medical Editors".

- The manuscript should be typed double spaced, including the title page, abstract, text, acknowledgements, references, tables and legends. Use only one side of each paper. White bond paper 203x 254 (8x10 inch) mm with margins of at least 25 mm (1 inch) on each side.
- The JABMS prefers that all manuscripts be submitted on IBM compatible diskettes. If the typed manuscript is submitted, the original plus 3 additional copies should be included.
- Articles will be accepted either in Arabic or English.
- The title page should be submitted in Arabic and in English.
- Arabic terminology should be standardized according to the United Arabic Medical Dictionary.
- Illustrations should be submitted on separate paper. The measurement of each should not exceed 203x 254mm (8x10)inches..
- Specific medical terms should be accompanied by the correct English or Latin translation.
- The abstract should be submitted both in English and in Arabic; each should be less than one page in length.
- Personal lectures or unpublished articles are unacceptable references.
- All illustrations should be no larger than 8x10 inches.
- Original articles should be no longer than 10 double spaced pages including references.
- Review articles should not exceed 14 double spaced pages including references.
- Case reports should be no more than 3 pages including references.
- Abstracts of previously published articles should be submitted in Arabic and accompanied by a copy of the original article.
- Use Arabic numbers in all articles, both in English and Arabic (1.2.3...)
- Articles previously published elsewhere are not acceptable.

Journal Of The Arab Board Of Medical Specializations

A Medical Journal Encompassing All Medical Specializations

Issued Quarterly

Supervisory Board

President of the Higher Council of the Arab Board of Medical Specializations

Faisal Radi Al-Moussawi, M.D. - Minister of Health/Bahrain

Vice-President Higher Council of the Arab Board of Medical Specializations

Ismail Awadallah Salam, M.D. - Minister of Health/Egypt

Treasurer of the Arab Board of Medical Specializations

Mohammed Eyad Chatty, M.D. - Minister of Health/Syria

Editor-in-Chief

Moufid Jokhadar, M.D.

Secretary General of Arab Board of Medical Specializations

Co-Editor

Raydah Al Khani, M.D.

Editorial Advisor

Carol Forsyth Hughes, M.D., M.P.H

Management Advisor

Sadek Khabbaz

Editorial Board

Chairman of the Scientific Council of Pediatrics

Hani Murtada, M.D./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Obstetric & Gynecology

Karam Karam, M.D.- Minister of Health/ Lebanon

Chairman of the Scientific Council of Internal Medicine

Mansour Al-Nozha, M.D./ Saudi Arabia

Chairman of the Scientific Council of Surgery

Abedel Rahman Al-Bunyan, M.D./ Saudi Arabia

Chairman of the Scientific Council of Family & Community Medicine

Shawki Abdullah Amin, M.D./ Bahrain

Chairman of the Scientific Council of Oral & Maxillofacial Surgery

Mukhtar Tantawi, D.D.S./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Dermatology

Abdulwahab Al-Fawzan, M.D./ Kuwait

Chairman of the Scientific Council of Anesthesia & Intensive Care

Mohammed Taha Al-Jasser, M.D./ Syria

Chairman of the Scientific Council of Ophthalmology

Ahmed Abdallah Ahmed, M.D./ Bahrain

Chairman of the Scientific Council of Psychiatry

Ali Matter, M.D./ Bahrain

Chairman of the Scientific Council of ENT, Head & Neck Surgery

Majdi Hamed Abdo, M.D./ Egypt

Editorial Assistants

**Mouna Graoui
Lama Trabelsy**

**Mouna Bitar
Mouznah Al Khani
Ghassan Jazairi**

**Rolan Mahasen, M.D.
Asaad Al Hakeem**

The Journal of The Arab Board of Medical Specializations is a medical journal, issued quarterly, encompassing all medical specializations. It will strive to publish the research of Arab physicians in order to strengthen the communication and exchange of scientific, and medical information within the Arab World. The Journal will also publish the activities and news of the Arab Board of Medical Specializations.

The Journal of the Arab Board of Medical Specializations will publish original articles, reviews, and case reports, either in English or in Arabic, accompanied by a summary in the second language.

The journal will publish selected important medical abstracts which have recently been accepted for publication elsewhere. These will be translated into Arabic to facilitate communication.

All articles will be evaluated by a specialized committee consisting of the members of the Arab Board of Medical Specializations in cooperation with professors and specialists from all the Arab countries.

Correspondence :

Journal of the Arab Board of Medical Specializations

The Arab Board of Medical Specializations

P.O. Box 7669. Damascus. Syria.

Tel: 963 11 6119742/6119249 - Fax: 963 11 6119259/6119739