

التنبؤ المنحرفة بشحمة الأذن وعلاقتها بعوامل الخطورة القلبية - دراسة الحالات المحكمة بشاهد -

الدكتور محمد حامدة*

(ورد إلى المجلة في 1999/2/7، قبل للنشر في 1999/4/12)

□ الملخص □

هدفنا من إجراء هذه الدراسة معرفة إذا ما كانت هناك علاقة مثبتة إحصائياً بين وجود التنبؤ المنحرفة بشحمة الأذن (DELCO) وكل من عوامل الخطورة القلبية التالية: التدخين، البدانة، فرط الكوليسترول بالدم، فرط التوتر الشرياني والداء السكري. اعتمدنا طريقة دراسة الحالات المحكمة بشاهد (حالات مرضية ومجموعة ضابطة). قمنا بفحص واستجواب 228 شخصاً من الذكور والإناث ممن بلغوا سن الخامسة والأربعين وما فوق. كان منهم 107 مرضى احتشاء عضلة قلبية و121 غير مصابين بالاحتشاء (مجموعة ضابطة).

أكدت نتائجنا وبشكل مثبت إحصائياً كثرة وجود خناق الصدر عند من لديهم DELCO إيجابية مقارنة مع من تغيب عندهم هذه العلامة وكذلك كان الأمر بالنسبة لسوابق الإصابة باحتشاء سابق. وأيضاً وجدنا علاقة مثبتة إحصائياً وبدرجة ثقة كبيرة جداً بين DELCO والبدانة، وتأكد لنا أن الذين لديهم DELCO إيجابية أكثر عرضة لحدوث البدانة بمعدل 2.86 مرة مقارنة مع الذين تغيب عندهم هذه العلاقة.

كذلك تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين DELCO وارتفاع مستوى سكر الدم. وأيضاً بين وجودها وحدوث الداء السكري. وأن الأشخاص الذين لديهم DELCO إيجابية أكثر عرضة لحدوث الداء السكري بمعدل 2.6 مرة مقارنة مع من تغيب عندهم هذه العلامة. على حين لم نجد فروقات ذات دلالة إحصائية بالنسبة للعلاقة بين DELCO وكل من مستوى الكوليسترول، الشحوم الثلاثية والكرياتين بالمصل. كذلك لم نجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود DELCO والتدخين، وبينها وبين ارتفاع التوتر الشرياني.

* أستاذ مساعد في قسم التشريح المرضي - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Diagonal Ear-lobe Crease and Coronary Risk Factors - Case Control Study -

Dr. Mohammad HAMDEH*

(Received 7/2/1999, Accepted 14/4/1999)

□ ABSTRACT □

This case-control study aimed at evaluating the correlation between diagonal ear-lobe crease (DELC) and coronary risk factors: Smoking, Obesity, Cholesteremia, Arterial hypertension and Diabetes mellitus. 228 persons of both genders aged 45 year and over (107 with heart infarct and 121 without heart infarct) were analysed for the presence or absence of (DELC).

There was statistically significant correlation between (DELC) and angina pectoris, diabetes mellitus, obesity and high bloodglucose level, persons with (DELC) were exposed 2.86 times more than persons without (DELC) in relation to obesity and 2.6 times in relation to diabetes mellitus.

No significant correlation between (DELC) and smoking, arterial hypertension, cholesteremin and creatimnia.

CONCLUSIONS:

It is concluded that the diagonal ear-lobe crease (DELC) may be used as physical sign predictive of the person of coronary heart disease rather than a diagnostic test.

* Associate Professor, Pathology Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

المقدمة:

تُعرف الثنية المنحرفة بشحمة الأذن (Diagonal ear-lobe Crease) والتي سنرمز لها اختصاراً (DELIC) بأنها ثلم صغير في شحمة الأذن ينشأ من المسافة بين الزنمة والمرزة ويمتد باتجاه الأسفل والخلف، وتشاهد هذه الثنية عند نسبة ليااس بها من الناس خاصة بالأعمار المتقدمة.

أكد العديد من الباحثين أن احتمال وجود DELIC يزداد مع تقدم الإنسان بالعمر. وهذا الكلام لايعني بالمطلق أنها لا تشاهد إلا بالأعمار المتقدمة، فقد لاحظ (Oepen, 1970) وجودها عند 24% من الأطفال واليافع والشباب.

ميز بين نمونجين من DELIC:

أ- أولية: توجد منذ الولادة ولاعلاقة لها بتقدم العمر. ب- ثانوية: تتشكل وتتوضح مع تقدم الإنسان بالعمر.

ولاحظ (Oepen, 1970) وجودها عند 24% من الأطفال واليافع والشباب.

إن سبب ومنشأ DELIC ليس واضحاً تماماً ولايوجد أي تفسير علمي مقنع للعلاقة المحتملة بين هذه الثنية والاحتشاء. وقد ذكر (Dielmann, 1985) أنه لم يثبت ما إذا كانت هذه الثنية وغيرها من الأخاديد في صيوان الأذن التي تظهر مع التقدم بالعمر تحدث بالية مشابهة للاحتشاءات أم

أنها تحدث بسبب التقدم بالعمر فقط. ومن المحتمل أن يكون تشكل DELIC له علاقة بأمور وراثية تطورت مع تقدم الشخص بالعمر.

نشر العديد من المقالات العلمية حول العلاقة بين وجود (DELIC) وأمراض القلب الإكليلية وكذلك حول علاقة وجودها مع عوامل الخطورة القلبية المختلفة مثل: الداء السكري، ارتفاع التوتر الشرياني، فرط شحوم وكولسترول الدم، البدانة، التدخين.

وقد بين (Lichtenstein et al., 1974) أنهم لم يستطيعوا إيجاد فروقات مثبتة إحصائياً بالنسبة لبعض عوامل الخطورة القلبية كالداء السكري وارتفاع التوتر الشرياني بين الذين لديهم (DELIC) إيجابية مقارنة مع الأشخاص الذين ليس لديهم هذه العلامة. ونكروا أنه ليس من السهل القول بأن DELIC ليست ناجمة عن وجود مثل هذه العوامل.

لاحظ (Lichtenstein et al., 1976) أن شدة التصلب بالأوعية الإكليلية وتضيق لمعتها تتوضح بشكل مثبت إحصائياً عند الأشخاص الذين لديهم DELIC إيجابية بالجهتين مقارنة مع المجموعة الضابطة، ولم يلاحظوا وجود علاقة بين الجنس وإيجابية DELIC. لم يشاهد (Rhoads &

أهمية البحث وأهدافه:

يعتبر صيوان الأذن بمعالمه التشريحية المختلفة ذو أهمية كبيرة بالنسبة للطبيب الشرعي خاصة بمجال الاستعراف، وتعتبر حالات الوفاة الفجائية المشتبهة من الحالات التي تعرض بكثرة على الطبيب الشرعي وأكثر أسبابها مشاهدة ناجمة عن أمراض القلب الإكليلية. وإذا تبين لنا من نتائج هذه الدراسة أن هناك علاقة مثبتة إحصائياً بين DELC وعوامل الخطورة القلبية المختلفة فإن ذلك قد يكون مؤشراً له دلالاته بتوجيه تشخيص سبب الوفاة الفجائية حتى قبل تشريح الجثة.

يهدف هذا البحث للتوصل إلى نتائج تساعد على البت بالمقولة التي تتحدث عن احتمال وجود علاقة بين DELC وعوامل الخطورة القلبية المختلفة مثل الداء السكري، البدانة، قلة الحركة، ارتفاع التوتر الشرياني، فرط كوليسترول وشحوم الدم.

العينة وطريقة البحث:

أظهرت نتائج جزء آخر من البحث (الدراسة السابقة المشار إليها في المقدمة) قلة وجود التثنية المنحرفة بشحمة الأذن بعمر دون الخامسة والأربعين مقارنة مع كثرة وجودها بعمر الخامسة والأربعين وما فوق.

بما أن DELC يزداد احتمال وجوده بتقدم العمر وحتى لا تكون الفروقات

(Yano, 1977) أية علاقة ذات دلالة إحصائية بين (DELC) وارتفاع مستوى كوليسترول الدم أو اعتياد التدخين. ولكنهما وجدنا مثل هذه العلاقة بين (DELC) والبدانة.

أما (Elliott, 1983) فأكد أن هناك علاقة مثبتة إحصائياً بين DELC وحدث أمراض القلب الإكليلية. ولكن لم يجد علاقة مثبتة إحصائياً بين وجود DELC وأي من عوامل الخطورة القلبية التي درسها وكانت الداء السكري، ارتفاع التوتر الشرياني، الكوليسترول والتدخين.

وبيّن (Moraes et al., 1992) وجود علاقة بين DELC واحتشاء العضلة القلبية ولكنهم لم يجدوا هذه العلاقة بين وجودها وعادة التدخين.

إن هذا البحث هو ثاني بحث موسع أجريناه حول العلاقة بين وجود التثنية المنحرفة بشحمة الأذن واحتشاء العضلة القلبية وكذلك علاقتها مع عوامل الخطورة القلبية.

وسبق أن بيّنا في بحثنا الأول وجود علاقة مثبتة إحصائياً وبدرجة ثقة كبيرة جداً بين DELC واحتشاء العضلة القلبية وأن الأشخاص الذين لديهم DELC إيجابية أكثر احتمالاً للتعرض لحدث الاحتشاء بحوالي 3.5 مرة مقارنة مع الأشخاص الذين تغيب عندهم هذه العلامة.

- الفئة العمرية الأولى: 45 - 54 عاماً
- الفئة العمرية الثانية: 55 - 64 عاماً
- الفئة العمرية الثالثة: 65 عاماً وما فوق.

اعتمدنا شروطاً محددة لتقرير وجود DELC من عدمه عند أفراد عينة البحث، حيث اعتمدنا المعايير التالية لتشخيص وجودها (Dielmann, 1985): ثنية موجودة بشحمة الأذن بجهة واحدة أو بالجهتين، تنشأ من المسافة بين الزنمة والمرزة وتمتد باتجاه الأسفل والخلف ومنظورة بشكل واضح.

فحصنا جميع أفراد عينة البحث لتحديد وجود DELC من عدمه وهم بوضعية الوقوف أو الجلوس والراس منتصباً ماعداً بعض الحالات التي اضطررنا لفحصها والمريض بوضعية الاضطجاع بسبب حالة الاحتشاء الحاد الحديث لديهم ومعظمهم كانوا في العناية المشددة.

حددنا ما إذا كانت DELC موجودة بجهة واحدة أو بالجهتين وكذلك درجة تمايزها وشدة تشكلها ضمن ثلاث درجات هي: الخفيفة والمتوسطة والشديدة.

قابلنا واستجوبنا جميع أفراد عينة البحث سواء مرضى الاحتشاء أو أفراد المجموعة الضابطة وطرحنا على كل منهم خمسة أسئلة تتعلق بوضعهم الصحي وهي:

المشاهدة بين سلبيتها وإيجابيتها محض صدفة فقد قمنا بتوزيع أفراد عينة البحث سواء المجموعة الضابطة وكذلك مجموعة الحالات المرضية ضمن فئات عمرية محددة. ووجدنا الفروقات على مستوى كل مجموعة عمرية.

بلغ عدد أفراد عينة البحث بدراستنا هذه وهي من نوع دراسة الحالات المحكمة بشاهد 228 شخصاً كان منهم 168 ذكراً و 60 امرأة، وكانوا جميعاً بعمر الخامسة والأربعين وما فوق.

بلغ عدد أفراد المجموعة المرضية (مرضى احتشاء العضلة القلبية) موضوع الدراسة 107 مرضى (88 ذكراً و 19 أنثى) راجعوا مشفى الأسد الجامعي والمشفى الوطني والمشفى العسكري باللاذقية، إضافة إلى بعض الوحدات المهنية القلبية التابعة لكلية الطب بجامعة تشرين. أما أفراد المجموعة الضابطة، وكانوا أشخاصاً لا يعانون من احتشاء عضلة قلبية، فقد بلغ عددهم في دراستنا 121 شخصاً (80 ذكراً و 41 امرأة) من مراجعي العيادات الخارجية غير القلبية بمشفى الأسد الجامعي وكذلك من مستوصف مؤسسة التبغ باللاذقية.

تم توزيع جميع أفراد عينة البحث (مجموعة مرضية ومجموعة ضابطة) ضمن ثلاث فئات عمرية مختلفة هي:

س1: أ- هل أنت مدخن حالياً أو كنت مدخناً خلال الثلاث سنوات الأخيرة؟

إذا كان الجواب نعم!

ب- كم سيجارة تدخن يومياً بالمتوسط؟

ج- منذ كم سنة أنت مدخن؟

س2: هل تعلم أنه سبق وأصبحت باحتشاء عضلة قلبية غير الإصابة الأخيرة؟

س3: هل سبق وشكوت من أعراض خناق صدر، مثل نوبات من ألم ضاغط شديد خلف القص أو

بالصدر، ينتشر للكتف أو الساعد الأيسر أو الرقبة ويزداد بالجهد ويخف بالراحة؟

س4: هل سبق وأصيب أحد أفراد عائلتك باحتشاء عضلة قلبية؟

إذا كان الجواب نعم! فما هي درجة القرابة؟

س5: هل تمارس رياضة المشي بانتظام؟

إذا كان الجواب نعم! فكم ساعة أسبوعياً بالمتوسط؟

2- الشحوم الثلاثية

3- سكر الدم على الريق

4- الكرياتينين

اعتمدنا بتحديد المجال المرجعي السوي للشحوم الثلاثية وكولسترول المصل على نتائج دراسة (عبد الله، 1993) وكذلك (بيازيد، 1990) المجراة في مشفى الأسد الجامعي باللائقية. جميع التحاليل المخبرية السابقة كانت حديثة العهد ولم يمض على إجرائها أكثر من ثلاثة أسابيع ومعظمها أقل من ذلك.

جميع المعلومات بما فيها إجابات

الأسئلة وضعت باستمارة خاصة بكل

مريض أعدناها لهذا البحث .

الأشخاص الذين توقفوا عن التدخين

منذ أكثر من ثلاث سنوات اعتبروا غير

مدخنين.

تم أخذ المعلومات التالية حول كل مريض من

اضبارته بالمشفى أو من فحصه ومعاينته من قبل الباحث:

أ- الضغط الدموي الانقباضي والانبساطي.

ب- طول القامة بالسنتيمتر.

ج- وزن المريض بالكيلو غرام.

إضافة لما سبق من معلومات، فإن

نتائج التحاليل التالية أخذت وسجلت

بالاستمارة الخاصة لكل فرد من أفراد عينة

الدراسة: 1- كولسترول المصل

الرقم:		الثنية المنحرفة بشحمة الأذن واحتشاء العضلة القلبية		التاريخ:
الاسم:		الجنس:	العمر:	العمل:
طول القامة:		سم الوزن:	كغ الضغط الدموي:	_____
علامات فارقة بصيوان الأذن:				
فحص الأذن	الطول مم	العرض مم	DELS	درجة التمايز
الأذن اليسرى				
الأذن اليمنى				
استجواب المريض:				
س1: أ- هل أنت مدخن حالياً أو كنت مدخناً آخر ثلاث سنوات إذا كان الجواب نعم! ب- كم سيجارة تدخن يومياً بالمتوسط؟ ج- منذ كم سنة أنت مدخن؟	نعم	نعم	نعم	نعم
س2: هل تعلم أنه سبق وأصبت باحتشاء عضلة قلبية غير الإصابة الأخيرة؟	نعم	نعم	نعم	نعم
س3: هل سبق وشكوت من أعراض خناق صدر مثل نوبات من ألم ضاغط شديد خلف القص أو الصدر، ينتشر للكنتف أو الساعد الأيسر أو الرقبة ويزداد بالجهد ويخف بالراحة؟	نعم	نعم	نعم	نعم
س4: هل سبق وأصيب أحد أفراد عائلتك باحتشاء عضلة قلبية؟ إذا كان الجواب نعم! فما هي درجة القرابة؟	نعم	نعم	نعم	نعم
س5: هل تمارس رياضة المشي بانتظام. إذا كان الجواب نعم! كم ساعة أسبوعياً بالمتوسط؟	نعم	نعم	نعم	نعم
نتائج الفحوص المخبرية	عند المريض	القيم الطبيعية		
الكولسترول	165 - 240 مغ/100مل			
الشحوم الثلاثية	110 - 170 مغ/100مل			
سكر الدم	70 - 110 مغ/100مل			
الكرياتينين	0.5 - 1.5 مغ/100مل			
نتائج تخطيط القلب الكهربائي: هل يوجد احتشاء عضلة قلبية حديث أو سابق؟: نعم كلا				
السداء السكري: نعم كلا منذ متى:				
فرط التوتر الشرياني: نعم كلا منذ متى:				

الاستمارة

المخبرية للتحليل المجراة وعلاقتها بالـ
(DELIC) اعتمدنا على الطريقة الإحصائية
المعروفة باسم t - test (الحديدي، 1993)
وكذلك (كابوس، 1989).

النتائج:

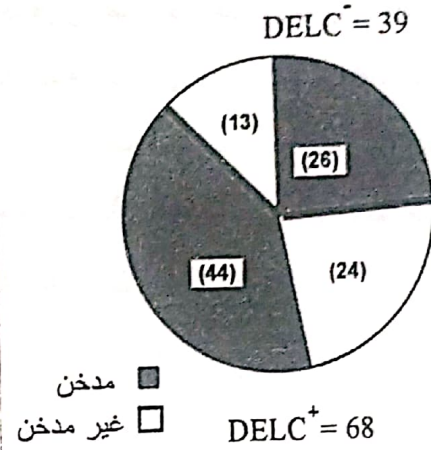
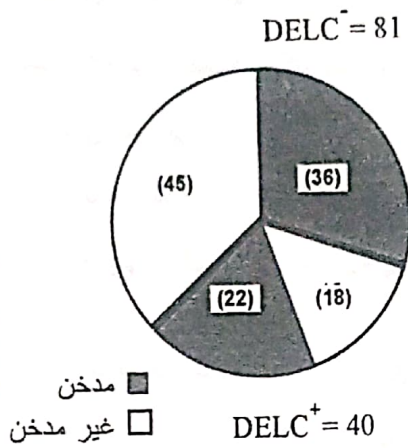
أظهرت نتائج الدراسة التمهيدية
للجزء الأول من هذا البحث والمجراة على
387 شخصاً من مختلف الأعمار، أن الثنية
المنحرفة بشحمة الأذن وجدت عند 64%

من أجل التقييم الإحصائي للنتائج
لجاناً إلى استخدام طريقة (كاي - مربع)
التي تعتمد على الاختلاف بين قيمة X^2
الفعلية المحسوبة وقيمتها النظرية (طيوب
1995)، وكذلك لجاناً لتقدير الخطورة
النسبية بحساب النسب الترجيحية Odds
ratio (كامل، 1997).

حسبنا الوسط الحسابي (\bar{X}) للقيم
المخبرية وكذلك الانحراف المعياري لها
(S). ومن أجل اختبار النتائج بمجال القيم

وعلاقة ذلك مع التثية المنحرفة بشحمة الأذن.

والشكلان التاليان يوضحان عدد المدخنين بين أفراد مجموعة مرضى الاحتشاء وكذلك المجموعة الضابطة



الشكل (2): عدد المدخنين بين أفراد المجموعة الضابطة وعلاقته مع DELC

الشكل (1): عدد المدخنين بين مرضى الاحتشاء وعلاقته مع DELC

القيم داخل القوسين تشير لعدد المدخنين وغير المدخنين. في القسم السفلي من المخطط عدد الأشخاص الذين لديهم DELC إيجابية. في القسم العلوي عدد الأشخاص الذين لا يوجد لديهم DELC.

يدخنون منذ 34.3 سنة بالمتوسط بمعدل وسطي 30.5 سيجارة يومياً.

في حين يدخن المدخنون من المجموعة الضابطة لنفس الفئة العمرية الثانية منذ 32.6 سنة بالمتوسط بمعدل وسطي يبلغ 18.8 سيجارة يومياً.

أما المدخنون من مرضى الاحتشاء الذين بلغوا الخامسة والستين وما فوق فهم يدخنون منذ 39.7 سنة بالمتوسط بمعدل وسطي يبلغ 18.3 سيجارة. على حين بالمجموعة الضابطة لنفس الفئة العمرية فبلغ متوسط سني التدخين 34.8 سنة بمعدل تدخين يومي 17.5 سيجارة بالمتوسط.

س1: ب + ج: إذا كان الجواب نعم. فكم سيجارة تدخن يومياً بشكل وسطي؟ ومنذ كم سنة أنت مدخن؟.

عند مرضى الاحتشاء تبين أن الفئة العمرية الأولى (45 - 54 عاماً) يدخن المدخنون منهم منذ حوالي 25.1 سنة بالمتوسط وبمعدل وسطي 29.3 سيجارة يومياً.

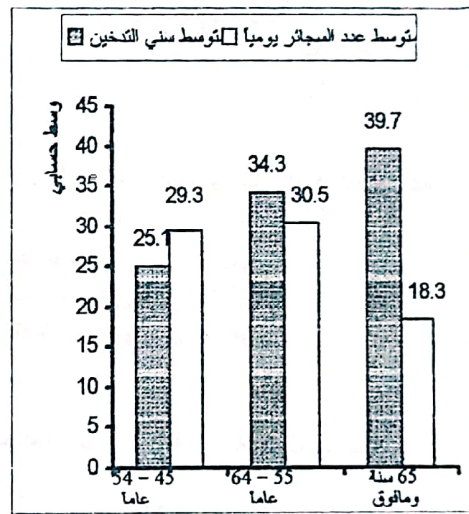
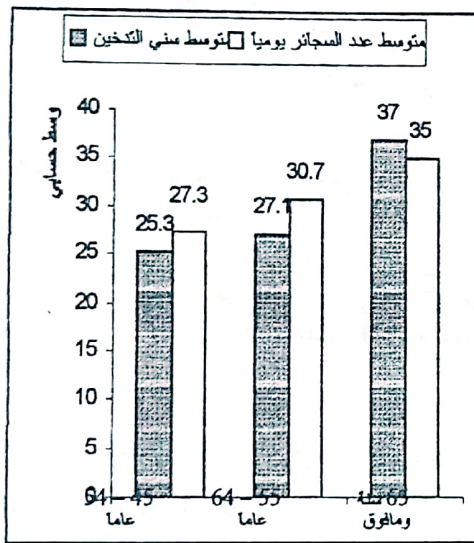
أما المدخنون من المجموعة الضابطة وب نفس الفئة العمرية الأولى فيدخنون منذ 25,2 سنة بمعدل وسطي 22.3 سيجارة يومياً.

بمرضى الاحتشاء من الفئة العمرية الثانية (55 - 64 عاماً) فالمدخنون منهم

الأذن حصلنا على نتائج وضخناها في الأشكال (3، 4، 5، 6) والتي توضح عدد السجائر المدخنة يوميا وكذلك متوسط سنّي التدخين عند المدخنين من أفراد عينة الدراسة وعلاقتها بوجود أو غياب DELC. ولم نشاهد فروقات ذات دلالة إحصائية بالنسبة لعادة التدخين عند من لديهم DELC ومن غابت عندهم.

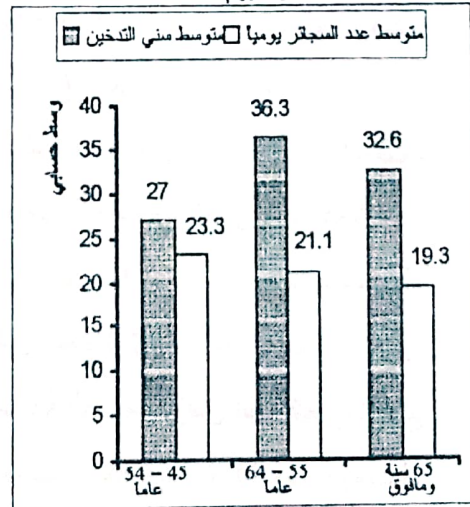
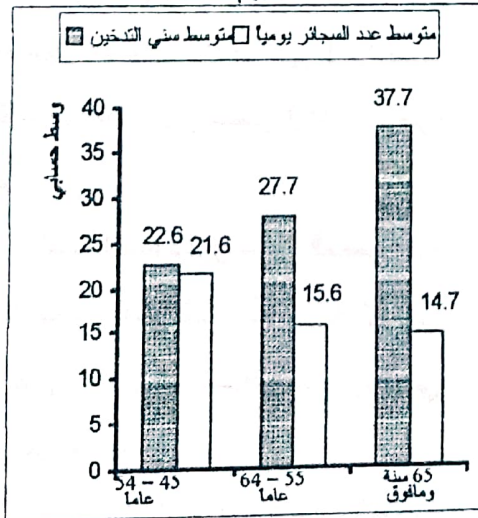
مما سبق يتبين لنا أن معدل تدخين السجائر اليومي عند مرضى الاحتشاء المدخنين أعلى مما هو عليه من المدخنين من أفراد المجموعة الضابطة خاصة بالفئتين العمريتين الأولى والثانية. وكذلك هو الأمر بالنسبة لسنّي التدخين.

وعندما بحثنا عن العلاقة بين عادة التدخين ووجود التئمة المنحرفة بشحمة



الشكل (4): عادة التدخين عند مرضى الاحتشاء وليس لديهم DELC

الشكل (3): عادة التدخين عند مرضى الاحتشاء ولديهم DELC



الشكل (6): عادة التدخين عند أفراد العينة الضابطة وليس لديهم DELC

الشكل (5): عادة التدخين عند أفراد العينة الضابطة ولديهم DELC إيجابية

سوابق الإصابة باحتشاء العضلة القلبية:

استوضحنا ما إذا كان في القصة المرضية لأفراد عينة مرضى الاحتشاء سوابق إصابة باحتشاء عضلة قلبية غير الاحتشاء الأخير. وذلك بالإجابة على السؤال الثاني:

س2: هل تعلم أنه سبق وأصبت باحتشاء عضلة قلبية غير الإصابة الأخيرة؟

وجاءت نتائج إجابة هذا السؤال لتشير إلى أنه من أصل 107 أشخاص مصابين فعلاً باحتشاء عضلة قلبية كان لدى 24 منهم (22.4%) سوابق إصابة باحتشاء عضلة قلبية قبل حدوث الاحتشاء الأخير. وكان منهم 18 مريضاً (75%) لديهم DELC و6 مرضى (25%) ليس لديهم DELC. والفرق هنا جوهرى جداً بدرجة ثقة تعادل 99% ($X^2 = 11.668$) وهذا يؤكد ثنائية العلاقة بين وجود DELC واحتشاء العضلة القلبية.

سوابق الإصابة بنقص التروية القلبية (خناق الصدر):

للاستدلال على ذلك طرحنا على جميع أفراد عينة البحث السؤال الثالث:

س3: هل سبق وشكوت من أعراض خناق صدر، مثل نوبات من ألم ضاغط شديد خلف القص أو بالصدر، ينتشر إلى الكتف أو الساعد الأيسر أو الرقبة ويزداد بالجهد ويخف بالراحة؟

أجاب 48 مريضاً من مجموعة مرضى الاحتشاء (44.9%) بكلمة نعم على هذا السؤال. وكان منهم 35 شخصاً (72.9%) لديهم DELC إيجابية و فقط 13 شخصاً (27.1%) ليس لديهم DELC. والفرق هنا جوهرى جداً ($X^2 = 20.167$). ومن أصل 121 شخصاً هم أفراد المجموعة الضابطة ذكر 13 شخصاً منهم (10.7%) وجود قصة نقص تروية قلبية.

من مجموع أفراد عينة البحث البالغ عددهم 228 شخصاً وجدت قصة خناق صدر سابق عند 61 شخصاً كان منهم 40 شخصاً لديه DELC إيجابية و 21 شخصاً ليس لديه DELC وبإجراء الدراسة الإحصائية تبين لنا أن خناق الصدر يكثر حدوثه عند الذين لديهم DELC مقارنة مع من تغيب عنده بشكل مثبت إحصائياً والفرق هنا جوهرى جداً ($X^2 = 11.836$).

السوابق العائلية باحتشاء العضلة القلبية:

طرح السؤال الرابع التالي على جميع أفراد عينة البحث:

س4: هل سبق وأصيب أحد أفراد عائلتك باحتشاء عضلة قلبية؟ إذا كان الجواب نعم؟ فما هي درجة القرابة؟

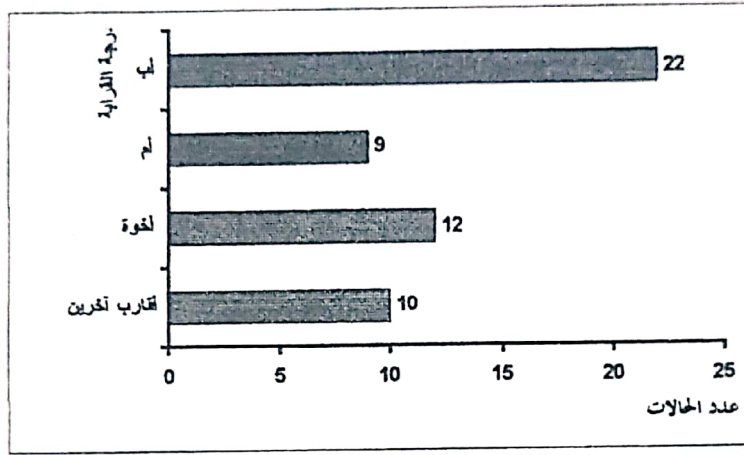
جاءت نتائج الإجابة على هذا السؤال لتظهر مايلي:

أكد 40 شخصاً من مجموعة مرضى الاحتشاء (37.3%) أن هناك قريباً لهم

أكبر بشكل واضح من عدد الأمهات أو الأخوة المصابين بالاحتشاء والشكل (7) يوضح عدد الأقارب الذين أصيبوا بالاحتشاء وكذلك درجة القرابة لمجموع عينة البحث.

بدرجة قرابة شديدة (أب، أم، أخ، ابن، عم) حدث لديه احتشاء عضلة قلبية. في حين أكد هذا الأمر 13 شخصاً فقط من أفراد المجموعة الضابطة (10.7%) والفرق هنا جوهري جداً ($X^2 = 22.586$).

وكان العدد الكلي بكلا المجموعتين للأباء الذين أصيبوا باحتشاء عضلة قلبية هو



الشكل (7): عدد الأقارب المصابين باحتشاء ودرجة القرابة لمجموع عينة البحث

وجاءت الإجابات على هذا السؤال بالنتائج التالية:

في مجموعة مرضى الاحتشاء يمارس منهم الرياضة بشكل منتظم 36 مريضاً أي بنسبة 33.6% في حين يمارسها فقط 22 شخصاً من المجموعة الضابطة بما يعادل نسبة 18.2% فقط، وتبين لنا إحصائياً أن الفرق هنا جوهري جداً بدلالة ثقة تعادل 99% ($X^2 = 7.158$).

من أصل 36 مريض احتشاء يمارس الرياضة وجدنا DELC إيجابية عند 21 منهم وسلبية عند 15 منهم والفرق هنا

ممارسة رياضة المشي:

من المعروف أن الخمول وقلة الحركة تعتبر من العوامل التي تلعب دوراً بأمراض القلب الإكليلية. وممارسة رياضة المشي بشكل منتظم لها دور إيجابي بالوقاية من حدوث هذه الأمراض. لذلك طرحنا السؤال الخامس التالي على أفراد عينة البحث:

س5: هل تمارس رياضة المشي بانتظام؟ إذا كان الجواب نعم! فكم ساعة أسبوعياً بالمتوسط؟

بلغ متوسط عدد ساعات ممارسة الرياضة أسبوعياً عند الممارسين لها من مرضى الاحتشاء 10.8 ساعة. وعند تقسيم مجموع ساعات التدريب الأسبوعية على العدد الكلي لمرضى الاحتشاء وصل المتوسط إلى 3.6 ساعات أسبوعياً يقابلها بالمجموعة الضابطة 9.5 ساعة أسبوعياً بالنسبة للممارسين للرياضة من المجموعة الضابطة و 1.7 ساعة أسبوعياً بالنسبة للعدد الكلي لأفراد المجموعة الضابطة.

ليس فرقاً جوهرياً وهذه النتيجة غير مثبتة إحصائياً ($X^2 = 2$).

أما في المجموعة الضابطة فوجد أنه من أصل 22 شخصاً يمارسون رياضة المشي بشكل منتظم، كان هناك 7 منهم لديهم DELC و 15 ليس لديهم DELC.

يمارس رياضة المشي بشكل منتظم 58 شخصاً من مجموع عينة البحث البالغة 218 شخصاً بما يعادل نسبة 25.4% فقط. كان منهم 28 شخصاً لديه DELC إيجابية و 30 شخصاً غير موجودة لديه. ولاتوجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين وجود DELC وممارسة الرياضة.

البدانة وعلاقتها بالاحتشاء و DELC:

قمنا بحساب الوزن النسبي لكل فرد من أفراد عينة البحث من المعادلة التالية:

$$\text{الوزن النسبي} = \frac{\text{الوزن بالكغ}}{\text{الطول بالسـم} - 100} \times 100$$

ويعتبر الوزن النسبي معياراً لزيادة الوزن عن المعدل الطبيعي (البدانة) أو نقصانه (Dielmann, 1985). والنتائج التي حصلنا عليها في هذا المجال يوضحها الجدول رقم (1).

الجدول (1):

متوسط الوزن النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب الفئات العمرية وكذلك حسب وجود DELC أو عدم وجودها

السوزن النسبي						مجموعات الدراسة
65 سنة وما فوق		55 - 64 سنة		45 - 54 سنة		
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
108	103	127	115	116	112	احتشاء ⁺ (DELC)
113	100	107	108	113	105	احتشاء ⁻ (DELC)
109	103	134	105	126	111	مجموعة ضابطة ⁺ (DELC)
109	97	108	100	103	102	مجموعة ضابطة ⁻ (DELC)

وتبين لنا بالدراسة الإحصائية أن الأشخاص الذين لديهم DELC إيجابية يعانون من البدانة أكثر من الأشخاص الذين ليس لديهم DELC. ووجدنا علاقة مثبتة إحصائية بدرجة ثقة تعادل 99% بين البدانة ووجود DELC حيث كانت ($X^2 = 14.594$). وبحساب Odds ratio تبين لنا أن معدل الخطورة لحدوث البدانة عند من لديه DELC إيجابية يعادل 2.86 مرة أكثر من الذين ليس لديهم DELC.

تقويم النتائج المخبرية:

تم الحصول على نتائج الفحوص المخبرية من إضبارة المرضى في المشفى بحيث لم يمض على إجرائها أكثر من ثلاثة أسابيع. وكذلك أجريت هذه الفحوص بطلب من الطبيب المعالج أو من قبل الباحث. أنواع التحاليل وقيمتها الطبيعية أجريت بحسب ماورد في فقرة (العينة وطريقة البحث). والجدول رقم (2) يبين الوسط الحسابي (\bar{X}) والاتحراف المعياري (S) للقيم المخبرية مقدرين بالمغ/100 مل.

لوحظت زيادة الوزن عن المعدل الطبيعي (بدانة) عند 73 شخصاً من مجموع مرضى الاحتشاء بما يعادل نسبة 68.2% في حين وجدت عند 64 شخصاً من أفراد المجموعة الضابطة (52.9%). وتبين لنا بالفحص الإحصائي أن البدانة موجودة بين مرضى الاحتشاء أكثر من وجودها بين أفراد المجموعة الضابطة بشكل مثبت إحصائياً والفرق هنا جوهري ($X^2 = 5.566$). وبحساب Odds ratio تبين لنا أن وجود البدانة يؤهب لحدوث الاحتشاء بمعدل 1.91 مرة قياساً لطبيعي الوزن.

لوحظت البدانة عند 137 شخصاً من أصل 228 شخصاً هم مجموع عينة البحث أي مانسبته 60.1%. وعندما بحثنا عن احتمال وجود علاقة بين البدانة و DELC تبين لنا أنه من أصل 108 أشخاص وجدت لديهم DELC إيجابية عانى منهم 79 شخصاً (73.2%) من البدانة. في حين عانى من البدانة 58 شخصاً فقط من أصل 120 شخصاً ليس لديهم DELC أي مانسبته 48.3% فقط.

الجدول (2): الوسط الحسابي (\bar{X}) للقيم المخبرية المجرأة مع الانحراف المعياري (S)

المجموعة الضابطة (العدد 121)		مجموعة مرضى الاحتشاء (العدد 107)		التحاليل المجرأة
S	\bar{X}	S	\bar{X}	
41.4	± 173.7	52.5	± 198.6	كولسترول
75.1	± 164.4	56.5	± 163.5	شحوم ثلاثية
62.7	± 138.3	75.2	± 145.9	سكر النمل
0.49	± 1.15	0.54	± 1.26	كرياتين المصل

المجموعة الضابطة بشكل مثبت إحصائياً وبدرجة ثقة تعادل 95% بدلالة ($P < 0.05$). بالنسبة ليقية النتائج المخبرية فلم نجد فروقات جوهرية بين مستواها عند مرضى الاحتشاء والمجموعة الضابطة. وعندما درسنا القيم المخبرية للتحاليل السابقة عند أفراد عينة البحث الذين كان لديهم DELC إيجابية وقارناها مع القيم عند الذين ليس لديهم DELC حصلنا على الجدول رقم (3).

بلغ المتوسط الحسابي لمستوى الكولسترول بالمصل عند مرضى الاحتشاء 198.6 مغ/100مل مع انحراف معياري يعادل 52.5 مغ/100مل. يقابله عند أفراد المجموعة الضابطة 173,7 مغ/100مل بانحراف معياري مقداره 41.4 مغ/100مل. وبإجراء اختبار t-test الإحصائي تبين لنا أن مستوى الكولسترول عند مرضى الاحتشاء أعلى من مستواه عند أفراد

الجدول (3) الوسط الحسابي (\bar{X}) للقيم المخبرية مع الانحراف المعياري لكل منها (S) عند من لديهم DELC وعند من غابت عندهم

الأشخاص الذين تغيب لديهم DELC إيجابية		الأشخاص الذين لديهم DELC إيجابية		التحاليل المجرأة
S	\bar{X}	S	\bar{X}	
51.4	± 183.5	42.5	± 188.8	كولسترول
69.3	± 171.1	72.3	± 169.1	شحوم ثلاثية
59.3	± 132.1	78.6	± 151.3	سكر النمل
0.47	± 1.18	0.55	± 1.2	كرياتين المصل

DELC وكل من الكولسترول والشحوم الثلاثية والكرياتينين.

بإجراء الاختبارات الإحصائية t-test على الجدول السابق لم نلاحظ فروقا ذات دلالة إحصائية بالنسبة للعلاقة بين وجود

وجدنا علاقة مثبتة إحصائياً ($P < 0.05$) بين وجود DELC وارتفاع مستوى سكر الدم.

تقييم الفحوصات الإضافية:

أجرينا قياساً للضغط الدموي الشرياني عند جميع الأشخاص موضوع الدراسة واستقصينا عن الإصابة بارتفاع التوتر الشرياني. وقمنا أيضاً بالاستقصاء عن وجود داء السكري لدى أفراد عينة البحث.

الضغط الشرياني وعلاقته بالاحتشاء ووجود DELC:

اعتبرنا الشخص مصاباً بارتفاع التوتر الشرياني حسب تعريف WHO لهذا المرض، حيث اعتبر كل من لديه ضغط انقباضي يعادل 160 مم زئبق وما فوق وكذلك الذين لديهم ضغط انبساطي يزيد عن 95 مم زئبق.

دخل في عداد مرضى ارتفاع التوتر الشرياني أيضاً الأشخاص الذين يعالجون منه وضغطهم مستقر بالمعالجة حالياً.

أظهرت نتائجنا أن 29 شخصاً من مجموع مرضى الاحتشاء (27.1%) عانوا من ارتفاع توتر شرياني، و فقط 23 شخصاً (19%) من المجموعة الضابطة عانوا من هذا الداء. ولم نجد فرقاً ذا دلالة إحصائية بين كلتا المجموعتين ($X^2 = 2.113$). ولكن بتقدير معدل الخطورة النسبية بحساب النسب الترجيحية Odds ratio تبين لنا أن الأشخاص الذين لديهم فرط توتر شرياني أكثر عرضة لحصول الاحتشاء بـ 1.58 مرة مقارنة مع الأشخاص السليمين.

وقيمة الضغط الشرياني الانقباضي والانبساطي بالمتوسط مع الانحراف المعياري للفئات العمرية الثلاثة موضحة في الجدولين (4 و 5).

الجدول (4): الوسط الحسابي (\bar{X}) للضغط الدموي مع الانحراف المعياري (S) حسب الأعمار
عند مرضى الاحتشاء وعلاقته بـ DELC

65 عاماً وما فوق		55 - 64 عاماً		45 - 54 عاماً		الفئات العمرية
S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	
						الضغط الانقباضي
17.7	± 146.8	19.5	± 137.1	16.9	± 140.7	DEL ⁺
15.2	± 151.7	16.5	± 140.5	13.5	± 137.5	DEL ⁻
						الضغط الانبساطي
14.1	± 82.3	13.1	± 84.8	14.8	± 87.6	DEL ⁺
12.1	± 82.4	15.6	± 81.1	10.6	± 86.2	DEL ⁻

الجدول (5): الوسط الحسابي (\bar{X}) للضغط الدموي مع الانحراف المعياري (S) حسب الأعمار
عند أفراد المجموعة الضابطة وعلاقته بـ DELC

65 عاماً وما فوق		55 - 64 عاماً		45 - 54 عاماً		الفئات العمرية
S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	
						الضغط الانقباضي
19.9	± 146,1	16.4	± 139,5	17.4	± 128,5	DEL ⁺
16.8	± 151.7	17.7	± 140.1	13.4	± 132.6	DEL ⁻
						الضغط الانبساطي
11.4	± 79.1	12.1	± 80.3	12.7	± 80.4	DEL ⁺
10.9	± 82.2	12.7	± 80.1	11.7	± 76.1	DEL ⁻

وأيضاً عند حساب Odds ratio لتقدير معدل الخطورة النسبية لاحظنا أن معدل الخطورة لحدوث ارتفاع التوتر الشرياني عند الذين لديهم DELC إيجابية يعادل تقريباً الذين ليس لديهم DELC.

ولكن تبين لنا أن وجود ارتفاع التوتر الشرياني عند مرضى الاحتشاء الذين بلغوا الخامسة والستين من العمر وما فوق كان أعلى مما هو عليه عند أفراد العينة الضابطة لنفس الفئة العمرية وكان الفرق بينهما جوهرياً جداً ($X^2 = 6.659$). ولم

عند البحث عن إمكانية وجود علاقة بين DELC وارتفاع التوتر الشرياني تبين لنا أن 26 شخصاً يعاني من ارتفاع التوتر الشرياني من مجموع 108 أشخاص لديهم DELC إيجابية بكامل عينة البحث أي ما نسبته 24.1%. في حين بلغت هذه النسبة 21.7% بين الأشخاص الذين لم تشاهد عندهم DELC. والفرق هنا ليس فرقاً ذا دلالة إحصائية ($X^2 = 0.170$). وبالتالي لا توجد علاقة مثبتة إحصائياً بدراستنا بين وجود DELC وارتفاع التوتر الشرياني.

نلاحظ فروقا جوهرياً بالنسبة للفئتين العمريتين الأولى والثانية.

وبإجراء t-test لم يتبين لنا وجود فروقات جوهرياً بين الوسط الحسابي لقيم الضغط الشرياني الانقباضي أو الانبساطي بين من لديهم DELC ومن تغيّب عنه.

بلغ الوسط الحسابي لقيم الضغط الشرياني الانبساطي عند كامل أفراد مجموعة الاحتشاء 84.9 ± 13.4 مم زئبق، على حين بلغ عند كامل أفراد المجموعة الضابطة 81.2 ± 11.9 مم زئبق وبإجراء الاختبارات الإحصائية بطريقة t-test والعودة لجدول ستودنت بين أن $t_c = 2.1928$ ويعني ذلك أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية جوهرياً بين وجود الضغط الانبساطي المرتفع وحدوث الاحتشاء. بدلالة قدرها ($P < 0.05$) وبدرجة ثقة تعادل 95%. ولكن الفرق لم يكن جوهرياً بالنسبة للضغط الشرياني الانقباضي بين كلا المجموعتين.

الداء السكري وعلاقته بالاحتشاء والـ
:DELC

بينت نتائجنا أن 24 شخصاً من مجموعة مرضى الاحتشاء (22.4%) يعانون من الداء السكري. فقط 15 شخصاً من المجموعة الضابطة لديهم الداء السكري (12.4%) وأظهرت الدراسة الإحصائية لما سبق أن الفرق جوهري ($X^2 = 4.032$) مما يسمح لنا القول بأن وجود الداء السكري عند

مرضى الاحتشاء أكثر من وجوده عند أفراد المجموعة الضابطة بشكل مثبت إحصائياً بدرجة ثقة تعادل 95%.

وجد الداء السكري عند 26.5% من مرضى الاحتشاء الذين لديهم DELC إيجابية في حين بلغت نسبة وجوده بين مرضى الاحتشاء الذين ليس لديهم DELC 15.4% فقط.

20% من أفراد المجموعة الضابطة الذين لديهم DELC يعانون من الداء السكري مقابل 8.6% من الذين ليس لديهم DELC.

تم وضع تشخيص "داء سكري" عند 26 شخصاً من مجموع 108 أشخاص وجدت لديهم DELC إيجابية بما يعادل نسبة 24.1%، في حين وجد هذا الداء عند 13 شخصاً فقط من مجموع 120 شخصاً لم تشاهد لديه DELC بما نسبته 10.8%.

ويمكننا القول بدرجة ثقة تعادل 99% أن وجود الداء السكري عند الأشخاص الذين لديهم DELC إيجابية هو أعلى من وجوده بين الأشخاص الذين ليس لديهم DELC ($X^2 = 7.028$).

وبحساب Odds ratio لتقدير معدل الخطورة النسبية تبين لنا أن الأشخاص الذين لديهم DELC أكثر تعرضاً للداء السكري من الذين لا توجد لديهم هذه العلاقة بمعدل 2.6 مرة.

المنافسة:

DELCO والتدخين. وهذا يتوافق تماماً مع ماتوصل إليه (Rhoads & Yano, 1977) وكذلك (Elliott, 1983) وأيضا (Morales, et al., 1992) بالإضافة لـ (Dielmann, 1985) فقط (Gutiu & El-Rifai, 1986) أكدوا العلاقة المثبتة إحصائياً بين التدخين ووجود DELCO، وربما كان سبب ذلك أنهما لم يأخذا عينة ضابطة بدراستهما التي اقتصرتا على 350 مريضاً أخذوا بشكل عشوائي من أحد المشافي في رومانيا.

أظهرت نتائجنا أن 75% من المرضى الذين وجدت في سوابقهم قصة احتشاء آخر، كان لديهم DELCO إيجابية. وذكر (Dielmann, 1985) أن 71.9% من الذين وجد بسوابقهم قصة احتشاء متكرر كانت لديهم DELCO إيجابية.

وهذا يؤكد لنا ثانياً العلاقة بين وجود DELCO وحدوث احتشاء العضلة القلبية. حيث كانت هذه العلاقة عند من تكرر حدوث الاحتشاء لديهم مقارنة مع من حدث لديه الاحتشاء لأول مرة، مثبتة إحصائياً بدرجة ثقة تعادل 99%.

بينت نتائجنا أن خناق الصدر يكثر حدوثه بشكل مثبت إحصائياً وبدرجة ثقة تعادل 99% عند من لديهم DELCO إيجابية مقارنة مع من تغيب عندهم. فقد وجدنا أن 65.6% من الذين بسوابقهم قصة خناق صدر يملكون DELCO مقابل 34.4% غابت عندهم هذه العلامة. وتوافقت نتائجنا هذه مع

أظهرت نتائجنا أن 56.1% من مجموع عينة البحث كانوا مدخنين. وبلغت نسبة المدخنين بين مرضى الاحتشاء 65.4% مقابل 47.9% بين أفراد المجموعة الضابطة. والفرق بالنسبة للتدخين بين كلا المجموعتين كان فرقاً جوهرياً. وإلى نفس النتيجة تقريباً توصل (Dielmann, 1985) حيث ذكر أن نسبة المدخنين بين مرضى الاحتشاء بدراسته بلغت 50.4% وهي أعلى بشكل مثبت إحصائياً مما وجدته عند المجموعة الضابطة، حيث بلغت نسبة المدخنين 36.9% فقط.

وبالفئات العمرية الثلاثة تبين لنا أن المدخنين من مرضى الاحتشاء يدخنون في المتوسط عدد سجائر أكبر من المدخنين من المجموعة الضابطة. خاصة بالفئتين العمريتين الأولى والثانية. وكذلك كان الأمر بالنسبة لسني التدخين.

وبالتالي فإن دور التدخين كعامل خطورة لحدوث الاحتشاء أثبت بهذه الدراسة كما هو متوقع ومعروف من أن التدخين يزيد من خطورة الإصابة بأمراض القلب الإكليلية. حيث تبين لنا من حساب Odds ratio أن خطر حدوث الاحتشاء عند المدخنين يعادل 2.1 مرة عند غير المدخنين.

ولم نثبت وجود فروقات جوهريّة ذات دلالة إحصائية بالنسبة للعلاقة بين

متواصل إليه (Dietmann, 1985) حيث وجد أن 66.7% من الذين عانوا سابقاً من خناق صدر كان لديهم DELC إيجابية.

وجدنا قصة عائلية لحدوث الاحتشاء عند 37.3% من مرضى الاحتشاء مقابل 10.7% بالمجموعة الضابطة والفرق هنا جوهرياً جداً بوجود القصة العائلية للاحتشاء بين أفراد مجموعة مرضى الاحتشاء مقارنة مع أفراد العينة الضابطة ($X^2 = 22.586$). وكان عدد الآباء الذين أصيبوا بالاحتشاء أعلى بشكل واضح من عدد الأمهات والأخوة.

وهذا يؤكد دور القصة العائلية كعامل خطر معروف بحدوث الاحتشاء علماً أن (Dietmann, 1985) لم يؤكد هذه العلاقة بدراسته، حيث وجد قصة عائلية لحدوث الاحتشاء عند أقارب 18% من مجموعة مرضى الاحتشاء مقابل 20% عند أفراد المجموعة الضابطة.

وربما يعود ذلك في رأي الشخصي إلى ضعف الروابط الأسرية في المجتمع الغربي بشكل عام وخصوصاً المجتمع الألماني الذي أجريت به الدراسة السابقة وهذا قد يؤدي إلى نقص بمعلومات المريض عن سوابقه العائلية.

توحي البيانات الوبائية الأمريكية أن للفعالية الحركية المنتظمة تأثيراً وقائياً من أمراض القلب الإكليلية والوفيات الناجمة عنها، حتى أن المشي الحثيث مدة ثلاثين

دقيقة يومياً لثلاث مرات أسبوعياً يفيد كثيراً في تعديل خطر الإصابة الإكليلية ومن ثم خفضها. والتأثيرات الوقائية للنشاط الحركي المنتظم مستقلة عن وجود عوامل الخطر الأخرى كقرط الكولسترول، قرط ضغط الدم، التدخين والقصة العائلية (بريت وزملاؤه، 1993).

بدراستنا وجدنا أن 25.4% من عينة البحث يمارسون رياضة المشي بشكل منتظم، ووصلت نسبتهم بين مرضى الاحتشاء إلى 33.6% مقابل 18.2% من المجموعة الضابطة. والفرق بينهما كان جوهرياً جداً، ويعزى ذلك برأسي إلى توجيهات الأطباء المعالجين لمرضى الاحتشاء بضرورة ممارسة الرياضة الخفيفة بشكل منتظم. ولم نجد فروقات مثبتة إحصائياً بين وجود DELC وممارسة الرياضة.

68.2% من مرضى الاحتشاء كانوا زائدي الوزن (بدانة) مقابل 52.9% من أفراد المجموعة الضابطة. وإحصائياً تبين لنا أن البدانة بين مرضى الاحتشاء أعلى بشكل مثبت إحصائياً وبدرجة ثقة تعادل 95% من وجودها بين أفراد المجموعة الضابطة. وأن وجود البدانة يؤهب لحدوث الاحتشاء بمعدل 1.9 مرة قياساً لطبيعي الوزن.

كذلك وجدنا علاقة مثبتة إحصائياً بدرجة ثقة تعادل 99% بين حدوث البدانة

0.05) < ولفس النتيجة توصل
(Dielmann, 1985).

أما بالنسبة لبقية الفحوصات
المخبرية وهي مستوى سكر الدم، الشحوم
الثلاثية، الكرياتين، فلم نجد فروقا ذات دلالة
إحصائية بين قيمها عند مرضى الاحتشاء
وقيمها بالمجموعة الضابطة.

بالنسبة للعلاقة بين وجود DELC
وقيم الفحوص المخبرية السابقة فقد أظهرت
نتائجنا انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية
بالنسبة للعلاقة بين DELC وكل من
الكولسترول والشحوم الثلاثية والكرياتين (P
> 0.05) ومقارنة مع ماورد بالأدب الطبي
العالمي تبين لنا اتفاق نتائجنا مع
(Lichtenstein et al., 1974) بالإضافة إلى
(Moraes, et al., 1992). في حين ذكر
(Gutiu & El-Rifai, 1986) أنهما وجدا
علاقة مثبتة إحصائيا بين مستوى
الكولسترول الدموي المرتفع ووجود DELC.

بدراستنا وجدنا علاقة مثبتة إحصائيا
(P < 0.05) بين DELC وارتفاع مستوى
سكر الدم. متفقين بذلك مع (Dielmann,
1985) ومختلفين في نتائجنا هذه عن
(Elliott, 1983) و (Gutiu & El-Rifai,
1986).

أظهرت نتائجنا أنه بالرغم من أن
27.1% من مرضى الاحتشاء يعانون من
ارتفاع توتر شرياني مقارنة مع 19% من

ووجود DELC، وتبين لنا أن معدل الخطورة
لحدوث البدانة عند من لديهم DELC إيجابية
يفوق بمعدل 2.86 مرة مقارنة مع من تغيب
لديهم هذه العلامة.

ولم نستطع تفسير كثرة وجود
DELC عند الأشخاص زاندي الوزن إلا من
ضمن العلاقة بين وجودها وحدوث
الاحتشاء لأن نور زيادة الوزن مثبت بأنه
عامل خطورة لحدوث الاحتشاء.

تتفق نتائجنا في هذا المجال مع
ماتوصل إليه (Rhoads & Yano, 1977)
وكذلك مع ما ذكره (Dielmann, 1985) من
أن إمكانية وجود DELC عند البدينين يبلغ
ضعف إمكانية وجودها عند طبيعي الوزن.

أما (Gral & Thromburg, 1983)
وكذلك (Gutiu & El-Rifai, 1986) فلم
يلاحظوا وجود أية علاقة مثبتة إحصائياً بين
DELC وزيادة الوزن.

إن الإصابة بأمراض القلب الإكليلية
تزداد بشكل خطي يتماشى مع زيادة
المستوى الاجمالي لكولسترول المصل
خلال منتصف العمر. وقد يصل خطر
الإصابة بالداء الإكليلي إلى 1% مع كل 1
مغ/100مل زيادة في الكولسترول (بريت
وزملاؤه، 1993).

إن نتائجنا بهذا المجال بينت أن
متوسط مستوى الكولسترول بالمصل عند
مرضى الاحتشاء أعلى مما هو عليه عند
المجموعة الضابطة بشكل مثبت إحصائياً (P

وكذلك (Gutiu & El-Rifai, 1986) بالإضافة إلى (Moraes, et al., 1992) وجود العلاقة المثبتة إحصائياً بين DELC وارتفاع التوتر الشرياني.

عانى من الداء السكري 22.4% من مرضى الاحتشاء مقابل 12.4% فقط من أفراد المجموعة الضابطة. وتسير الاختبارات الإحصائية لهذه النتيجة إلى أن وجود الداء السكري عند مرضى الاحتشاء أكثر من وجوده بين أفراد المجموعة الضابطة بشكل مثبت إحصائياً بدرجة ثقة تعادل 95% ($X^2 = 4.032$) وتوافقنا بذلك مع ماتوصل إليه (Dielmann, 1985) بهذا المجال.

وعندما بحثنا عن العلاقة بين وجود DELC والداء السكري توصلنا إلى نتيجة مفادها أن هناك علاقة مثبتة إحصائياً بدرجة ثقة تعادل 99% بين وجود DELC والداء السكري ($X^2 = 7.028$) وكذلك تبين لنا أن الأشخاص الذين لديهم DELC أكثر عرضة لحدوث الداء السكري مقارنة مع الذين تغيب عندهم هذه العلامة بمعدل 2,6 مرة. في حين لم يجد (Gutiu & El-Rifai, 1986) علاقة مثبتة إحصائياً بين وجود DELC والداء السكري.

ونعود لنذكر أننا وجدنا علاقة مثبتة إحصائياً بين DELC وكل من عوامل الخطر القلبي التالية: البدانة، الداء السكري،

المجموعة الضابطة، إلا أن الفرق هنا ليس جوهرياً ($X^2 = 2.113$). ولكن معدل الخطورة النسبية بحساب Odds ratio بين أن وجود فرط التوتر الشرياني يعرض الشخص للإصابة بالاحتشاء أكثر بـ 1.58 مرة من الأشخاص الذين لا يعانون من ارتفاع التوتر الشرياني.

وتبين لنا أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية جوهرياً ($P < 0.05$) بين وجود الضغط الشرياني الانبساطي المرتفع وحدوث الاحتشاء، في حين لم نجد هذا الفرق الجوهري بالنسبة للضغط الشرياني الانقباضي بين كلا مجموعتي الدراسة. وقد وجد (Dielmann, 1985) علاقة مثبتة إحصائياً بين ارتفاع التوتر الشرياني (خاصة الانبساطي) وحدوث الاحتشاء.

لم تظهر نتائجنا وجود أية علاقة مثبتة إحصائياً بين DELC وارتفاع التوتر الشرياني ($X^2 = 0.170$). وأيضاً عندما حسبنا Odds ratio لتقدير معدل الخطورة النسبية، لاحظنا معدل الخطورة لحدوث ارتفاع التوتر الشرياني عند من لديهم DELC إيجابية يعادل تقريباً عند من تغيب عنده هذه العلاقة.

وأيضاً لم تظهر دراستنا أية فروقات جوهرياً بين الوسط الحسابي لقيم الضغط الشرياني سواء الانقباضي أو الانبساطي بين من لديهم DELC إيجابية ومن تغيب عندهم ($P > 0.05$)، على حين أكد (Elliott, 1983)

سوابق إصابة باحتشاء آخر، سوابق إصابة بخناق الصدر.

إن ما وجدناه من علاقة مثبتة إحصائياً بين DELC وكل من عوامل الخطورة القلبية التالية: البدانة، الداء السكري، سوابق إصابة باحتشاء سابق، سوابق إصابة بخناق الصدر. يسمح لنا بالقول أنه من المحتمل جداً أن يكون للثنية المنحرفة بشحمة الأذن قيمة من ناحية توقع احتمال حصول احتشاء عضلة قلبية عند الأشخاص الذين لا يشكون من هذا الداء. وتزداد قيمتها هذه عند وجود الداء السكري والبدانة.

ومن البديهي أننا لا نستطيع أن نزيل تأثير وجود هذا العامل (DELC) لدى الأشخاص الذين يملكونها، ولكننا نستطيع تقليل خطر العوامل الأخرى خاصة البدانة بالتقليل من الوارد الغذائي وممارسة

الرياضة الخفيفة وخاصة المشي السريع بشكل منتظم وكذلك ضبط السكر الدموي لديهم ومعالجة ارتفاع التوتر الشرياني بالإضافة إلى تخفيف مستوى كولسترول الدم المرتفع.

الاستنتاجات:

يمكن اعتبار الثنية المنحرفة بشحمة الأذن كعلامة قد تفيد بالتنبؤ باحتمال حدوث أمراض القلب الوعائية ولكن لا يمكن اعتبارها علامة تشخيصية.

المراجع REFERENCES

- الحديدي، سيد، 1993 - أضواء على البحث العلمي، الطبعة الأولى، دار القلم العربي، حلب.
- بريت، كاسين وزملاؤه، 1993 - الطب الوقائي والصحة العامة والإحصاء الحيوي - ترجمة حسان قمحية ومحمد معصراني، الطبعة الأولى، دار المعاجم، دمشق.
- بيازيد، تغريد، 1990 - تحديد المعدل الطبيعي لكل من الكولسترول وكولسترول HDL وكولسترول LDL في محافظة اللاذقية، رسالة شهادة الدراسات العليا (الماجستير) في الطب المخبري، كلية الطب، جامعة تشرين، اللاذقية.
- طيوب، محمود، 1995 - الإحصاء الحيوي، الطبعة الأولى، منشورات جامعة تشرين، اللاذقية.
- عبد الله، أسمي، 1993 - تحديد المعدل الطبيعي للتري غليسريد، رسالة شهادة الدراسات العليا (الماجستير) في الطب المخبري، جامعة تشرين، اللاذقية.
- كابوس، أمل، 1989 - الإحصاء الحيوي، الطبعة الأولى، منشورات جامعة حلب.
- كامل، ناهد، 1997 - طرق وأساليب البحث العلمي، محاضرات أقيمت في مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية (غير منشورة).
- Dielmann, A. ; 1985 - *Die Diagonale ohrläpchenfürche, Diagnostisches Zeichen für einen drohenden Herzinfarkt.* Med. Diss., Görlich & weiershäuser, Marburg, Deutschland,.
- Elliott, W.J.; 1983- *Ear lobe crease and coronary heart disease.* Am.J. Med. 75 pp 1024.
- Gral,T., Thronburg, M.; 1983- *Earlobe crease in cohort of elderly veterans,* Am.J.Geriatr. soc. 31, pp. 134.
- Gutiu,I.,El-Rifai,C.; 1986- *Relation between diagonal ear lobe crease and ischemic chronic heart disease and the factors of coronaryrisk.* Med. Intern. Apr.-Jun. 24, pp 111.
- Lichtenstein, E., Chadda, K.D., Naik, D., Gupta, P.K.; 1974 - *Diagonal ear-lobe crease, prevalence and implication as acoronary risk factor.* N. Engl. J. Med. 290, pp 615.
- Lichtenstein, E., Chapman,I., Gupta, P.K.; 1976 - *Diagonal ear-lobe crease and coronary sclerosis.* Ann. Intern. Med. 85, pp 337.
- Moraes,D., Mc Cormack, P., Tyrrell, J., Felly, J.; 1992 - *Ear lobe crease and cornary heart disease.* Ir. Med. J. Dez., 85(4), pp 131.
- Oepen,I.; 1970 - *über die Häufigkeit einiger morphologischer Besonderheiten in Kopfbereich;* Anthropol. Anz., 32., pp 141.
- Rhoads,G., Yano, K.; 1977 - *Ear-lobe crease and coronary heart disease;* Ann. Intern. Med. 87, pp 245.