کیا فرماتے ہیں مفتیانِ کرام اس مسئلہ میں کہ:

ایک آدمی دل کا مریض ہے بعض اوقات تکلیف زیادہ ہونے کی وجہ سے منہ میں زبان کے نیچے گولی رکھنی پڑتی ہے یہ گولی منہ میں پگھل کر لعاب کے ساتھ اندر جاتی رہتی ہے یہ گولی تقریباً چنے کی دال کے برابر ہوتی ہے اور اس کو مکمل پگھلنے میں پانچ دس منٹ لگتے ہیں ہلکا سا ذائقہ بھی ہوتا ہے گولی کھانے کے بعد فوراً سکون مل جاتا ہے

اب سوال یہ ہے کہ:

(الف) کبھی کبھار ایسا ہوتا ہے کہ ادھر جماعت کی نماز ہونے لگی ادھر تکلیف زیادہ محسوس ہونے لگی تو کیا ایسی صورت میں گولی منہ میں رکھنے کے بعد جماعت میں شامل ہو سکتا ہے اس طور پر کہ نماز کے اندر اس گولی کا رس آہستہ آہستہ حلق سے اترتا رہے کیا اس طرح گولی کا منہ میں پگھلکر حلق سے اترنا مفسدِ صلوٰۃ ہے یا نہیں یا پھر ایسی صورت میں جماعت چھوڑ دینا اور بعد وقت کے اندر اندر بلا جماعت نماز ادا کر لینا شرعاً کیسا ہے؟

(ب) کیا ایسی صورت کو "اکل ما بین اسنانہ دون الحمصۃ" پر قیاس کر کے عدمِ فساد کا حکم لگایا جا سکتا ہے؟

(ج) یا پھر اس فقہی جزئیہ (ولو کان فی فمہ اهلیلجة فلاکها فان دخل فی حلقہ منها شئ یسیر من غیر ان یلوکها لا تفسد) کو سامنے رکھ کر عدم فساد کا حکم لگایا جا سکتا ہے یا نہیں؟

تسلی بخش جواب سے نوازیں۔

(د) مذکورہ شخص نے بعض نمازیں گولی منہ میں رکھ کر جماعت کے ساتھ ادا کیں بعد گولی کا رس منہ میں جاتا رہا ان نمازوں کے بارے میں کیا حکم ہے ان کی قضا کر لیگا یا نہیں؟

سائل

مولوی کلیم اللہ امام و خطیب جامع مسجد ...

ملاکنڈ ... ڈی۔ جی۔ خان۔

(جواب منسلکہ ورق پر ملاحظہ کریں)

2/12

27

5/11

206

مولوی کلیم اللہ

الجواب حامداً ومصلیاً

(الف) صورتِ مسئولہ میں زبان کے نیچے رکھی جانے والی گولی سے متعلق دل کے ماہر ڈاکٹروں سے رجوع کرنے سے پتہ چلا کہ یہ گولی اصلاً زبان کے نیچے پائی جانے والی رگوں اور مسامات کے ذریعے جذب ہو کر دل پر اثر انداز ہونے کے لیئے ہے، جس سے تکلیف کا ازالہ ہو جاتا ہے، لیکن اس صورت میں اس کا کچھ حصہ لعاب میں شامل ہو سکتا ہے اور عموماً مریض کی بے احتیاطی کی وجہ سے ایسا ہو جاتا ہے۔ لہٰذا اس گولی کا شرعی حکم یہ ہے کہ اگر گولی صرف مسامات ہی کے ذریعے جذب ہو اور اس کا کوئی جزء لعاب میں شامل نہ ہو تو نہ مفسدِ صلاۃ ہے اور نہ ہی مفسدِ صوم۔ اور اگر اس کا کوئی جزء لعاب میں شامل ہو جائے، جیسا کہ عموماً اس کا قوی امکان ہوتا ہے اور وہ حلق سے نیچے اتر جائے تو یہ مفسدِ صلاۃ اور مفسدِ صوم ہے، لہٰذا اس کے استعمال میں نماز و روزہ کے فاسد ہونے کا خطرہ بہرحال موجود ہے، اس لیئے اسکا متبادل طریقہ اختیار کرنا چاہیئے جو ایک ماہر ڈاکٹر نے بتلایا ہے، وہ یہ ہے کہ سینے پر Deponit پیچ لگا لیا جائے جو مساموں کے ذریعے دل پر اثر انداز ہوتا ہے، اسمیں نماز اور روزہ کے فاسد ہونے کا کوئی خطرہ نہیں، تاہم اگر یہ متبادل طریقہ کسی جگہ میسر نہ ہو یا ایسی حالت میں گولی کا استعمال ہی زیادہ ضروری ہو اور یہ صورتحال عین جماعت کے وقت پیش آجائے تو مریض کو اگر مکمل اطمینان ہو کہ زبان کے نیچے گولی رکھنے سے اس کا کوئی جزء لعاب میں شامل ہو کر حلق سے نہیں اترے گا تو گولی رکھ کر جماعت میں شامل ہو سکتا ہے، اور اگر مریض کو اطمینان نہ ہو بلکہ قوی اندیشہ ہو کہ اس صورت میں گولی کا کوئی جزء لعاب میں شامل ہو کر حلق سے اتر سکتا ہے تو تکلیف دور کرنے کیلیئے گولی منہ میں رکھ لے اور جماعت میں شامل نہ ہو، اور جب تکلیف سے افاقہ ہو جائے تو گھر میں جماعت سے نماز پڑھ لے اور اگر جماعت میسر نہ ہو تو انفراداً پڑھ لے، ایسی صورت میں ان شاء اللہ ترکِ جماعت کا وبال نہ ہوگا۔

(ب) صورتِ مسئولہ میں گولی کے کسی جزء کے حلق سے اترنے کی تقدیر پر اس کو "أکل ما بین الاسنان" پر قیاس کرنا چند وجوہ سے درست نہ ہوگا، جو کہ درج ذیل ہیں:

(۱) "أکل ما بین الأسنان دون الحمصۃ" والی صورت عادۃً پیش آتی ہے جس سے بچنا دشوار ہے، اسی وجہ سے حضراتِ فقہاءِ کرام رحمہم اللہ تعالیٰ نے اتنی مقدار طعام کو لعاب کے تابع قرار دیا ہے، بخلاف

CamScanner

صورتِ مسئولہ کے، کیونکہ یہ بعض اوقات پیش آتی ہے، نیز اس میں مبتلا ہونے والے افراد بھی مخصوص ہیں اور اس سے تحرّز بھی ممکن ہے بایں طور کہ جزء الف میں ذکر کردہ متبادل طریقہ اختیار کیا جائے اور اگر وہ میسر نہ ہو یا گولی کا استعمال ہی زیادہ ضروری ہو تو جزء الف میں ذکر کردہ تفصیل کے مطابق عمل کر لیا جائے، چنانچہ فقہی عبارات میں یہ مسئلہ مذکور ہے کہ اگر کوئی شخص (بلا عملِ کثیر) ایک تل بھی خارج فم سے منہ میں ڈال کر حلق سے اتارے تو اس کی نماز فاسد ہوگی اور علت یہ بیان کی گئی ہے کہ اس سے تحرّز ممکن ہے۔ (ملاحظہ کیجئے عبارات نمبر ۱ تا ۱۲ مع عبارت نمبر ۱۸)

(۲) متعدّد فقہاءِ کرام رحمہم اللہ کے نزدیک جو "اکل وشرب" مفسدِ صوم ہے وہ مفسدِ صلاۃ بھی ہے، ان فقہاءِ کرام رحمہم اللہ تعالیٰ میں علامہ زیلعیؒ، علامہ شلبیؒ (محشی تبیین الحقائق)، علامہ حلبیؒ، علامہ کاسانیؒ (صاحبِ بدائع)، صاحبِ خلاصۃ الفتاوی، صاحب النہر الفائق، صاحبِ درِّ مختار، علامہ بقالیؒ شامل ہیں، نیز علامہ شامیؒ اور علامہ شرنبلالیؒ کا رجحان بھی اسی قول کی طرف معلوم ہوتا ہے، تاہم ایک دوسرا قول یہ بھی ہے کہ فساد کے اعتبار سے صوم اور صلاۃ میں فرق ہے، چنانچہ قاضیخان، صاحبِ محیط، علامہ ولوالجی، صاحبِ بحر اور بعض دوسرے فقہاءِ کرام رحمہم اللہ نے اس کو اختیار کیا ہے۔ ان حضراتِ فقہاءِ کرام رحمہم اللہ کے نزدیک وجہِ فرق یہ ہے کہ فسادِ صلاۃ کا مدار عملِ کثیر پر ہے، جبکہ فسادِ صوم کا مدار معدے تک کسی چیز کے پہنچنے پر ہے، لیکن علامہ شرنبلالیؒ نے اس پر رد کرتے ہوئے یہ ذکر فرمایا ہے کہ مسئلہِ اکل میں فسادِ صلاۃ کا مدار عملِ کثیر پر نہیں بلکہ اس فساد کی علت یہ ہے کہ جس چیز کے کھانے سے احتراز ممکن ہو، نماز کے اندر اس چیز کا کھانا مفسد ہوگا، اگرچہ اس صورت میں عملِ کثیر نہ پایا جائے، نیز علامہ حلبیؒ اور علامہ رملیؒ نے "بناء فساد الصلاۃ علی العمل الکثیر فی مسئلۃ الأکل" پر اعتراض کرتے ہوئے ذکر کیا ہے کہ فقہاءِ کرام رحمہم اللہ تعالیٰ نے نماز کے اندر خارجِ فم سے تل لے کر حلق سے اتارنے کو مطلقاً مفسد قرار دیا ہے خواہ عملِ کثیر پایا جائے یا نہ پایا جائے۔

(ملاحظہ کیجئے عبارات نمبر ۲ تا ۶ مع عبارات نمبر ۱۰ تا ۲۵)

ان اعتراضات کا حاصل یہ ہے کہ نماز کی ادائیگی کی حالت میں اکل والے مسئلے میں عملِ کثیر کے مفسد ہونے کے علاوہ فسادِ صلاۃ کی اور علت بھی ہے اور وہ یہ ہے کہ کسی ایسی عینِ ماکول کا جوف تک پہنچنا جس سے احتراز ممکن ہو۔

صاحبِ بحرؒ نے علامہ حلبیؒ کے اعتراض کو نقل کر کے کوئی جواب نہیں دیا اور علامہ شامیؒ

نے منحۃ الخالق میں بناءِ فساد علی العمل الکثیر پر تأمل کا اظہار کرنے کے بعد علامہ شرنبلالیؒ اور علامہ رملیؒ کے مذکورہ اعتراضات کو نقل کر کے سکوت فرمایا ہے اور رد المحتار میں فقط قولِ اول کی تائیدات ذکر کی ہیں جس سے یہ بات واضح ہوجاتی ہے کہ علامہ شامیؒ کا رجحان قولِ اوّل کی طرف ہے، نیز اس رجحان پر ایک قرینہ یہ بھی ہے کہ فسادِ صلاۃ سے متعلق صاحبِ درِّ مختار کے قول "کسکر فی فیہ یبتلع ذوبہ" کے تحت علامہ شامیؒ نے ذکر فرمایا ہے کہ "شارحؒ نے یہ بتلایا کہ مفسد یا تو چبانا ہے یا پھر عینِ مأکول کا جوف تک پہنچنا"

(ملاحظہ کیجیئے عبارات نمبر ۱۶، ۱۸، ۲۱)

مذکورہ تفصیل کی روشنی میں قولِ اوّل راجح معلوم ہوتا ہے، یعنی جو "أکل وشرب" مفسدِ صوم ہے وہ مفسدِ صلاۃ بھی ہے اور روزے کی حالت میں چونکہ گولی کے اجزاء کا پگھل کر حلق سے اترنا روزے کے لیئے مفسد ہے تو مذکورہ ضابطے کی بنا پر یہ مفسدِ صلاۃ بھی ہوگا بخلاف "أکل ما بین الأسنان دون الحمصۃ" کے، کہ اسکو مفسدِ صوم قرار نہیں دیا گیا۔

علاوہ ازیں صورتِ مسئولہ کی زیادہ مناسبت سکر والے مسئلہ کے ساتھ ہے یعنی اگر کسی نے منہ میں شکر کی معمولی مقدار رکھ لی اور نماز کے اندر شکر پگھل کر حلق سے اتر گئی تو نماز فاسد ہو جائیگی اور اس میں قلیل وکثیر کی کوئی قید نہیں، اس مسئلہ سے یہ بات واضح ہوتی ہے کہ صورتِ مذکورہ فی السؤال میں گولی کا پگھل کر حلق سے اترنا مفسدِ صلاۃ ہوگا۔ (ملاحظہ کیجیئے عبارات نمبر ۹، ۱۴، ۲۱، ۲۳ تا ۲۷)

(ج) ــــــ گولی کے کسی جزء کے حلق سے اترنے کی تقدیر پر مذکورہ فقہی جزئیہ سے استدلال کر کے عدمِ فساد کا حکم لگانا درست نہیں، کیونکہ اس جزئیہ سے استدلال کی بنیاد اس پر ہے کہ اس میں "شیئ یسیر" سے مراد عینِ اھلیلہ (ہڑ) کا جزء ہے، یعنی اھلیلہ کے جزء کے حلق سے اترنے کے باوجود نماز فاسد نہ ہوگی، لیکن یہ مسلّم نہیں، کیونکہ شیئ یسیر سے مراد یہاں عین نہیں، بلکہ وہ ذائقہ (کڑواپن) ہے جو اس پھل کے منہ میں رکھنے سے لعاب میں پیدا ہوجاتا ہے اور ذائقہ مراد لینے کی وجہ یہ ہے کہ طبیبِ حاذق سے حاصل شدہ معلومات اور ذاتی مشاہدہ سے یہ بات سامنے آئی ہے کہ اھلیلہ (خشک ہڑ) ایک سخت قسم کا پھل ہے، منہ میں رکھنے کے بعد ابتدائی مراحل میں چوسنے یا معمولی چبانے سے اس پھل کی تجزی وتحلیل نہیں ہوتی، اور بغیر چبائے عموماً کم از کم پندرہ بیس منٹ تک اس کے پگھلنے کی ابتداء نہیں ہوتی، تاہم اس کا ذائقہ (کڑواپن) لعاب میں محسوس ہوتا

(جاری ہے....)

ہے، نیز درج ذیل فقہی جزئیات سے مذکورہ تفصیل کی تائید ہوتی ہے:

(۱) بحر میں "باب مایفسد الصوم ومالا یفسدہ" کے تحت مذکور عبارت کا حاصل یہ ہے کہ:

"اگر کسی نے ھلیلج (ہڑ) کو چوسا اور اسے چبانے لگا اور لعاب اس کے حلق کے اندر چلا گیا، لیکن عینِ ھلیلج جوف میں داخل نہیں ہوا تو روزہ فاسد نہ ہوگا اور اگر شکر اور فانید (قند) کے ساتھ یہی عمل کیا تو قضاء اور کفارہ دونوں واجب ہوں گے"

(۲) خلاصۃ الفتاویٰ میں مذکور عبارت کا حاصل یہ ہے کہ:

"اگر خشک اھلیلج کو دھویا اور اسے چوسنے لگا حالانکہ وہ روزہ دار ہے لیکن اس (اھلیلج) کا عین جوف میں داخل نہیں ہوا تو روزہ فاسد نہ ہوگا اور اگر یہی عمل شکر اور فانید (قند) کے ساتھ کیا تو روزہ فاسد ہو جائیگا"

اس طرح کی جزئیات فقہ کی دوسری کتابوں میں بھی مذکور ہیں۔

ان دونوں مذکورہ جزئیات سے اھلیلج کا سخت پن واضح ہوتا ہے کہ باوجود مضغ (چبانے) اور مص (چوسنے) کے اس میں یہ احتمال موجود ہے کہ اسکا جزء لعاب میں شامل نہ ہو اور بظاہر اسی احتمال کے غالب ہونے کی بنا پر جوف میں عین کے عدمِ دخول کا حکم ذکر کیا ہے، دخول کا حکم ذکر نہیں کیا، کیونکہ یہ احتمالِ ثانی کمزور تھا، تاہم مفہوم مخالف سے اس کا حکم بھی معلوم ہو جاتا ہے۔

نیز درِّ مختار کی کتاب الصوم میں مذکور ہے "کطعم الأدویۃ ومص الإھلیلج" یعنی أدویہ کا ذائقہ حلق میں اترنا اور اھلیلج کا چوسنا (مفسدِ صوم نہیں ہے)۔ اس عبارت میں أدویہ کے ساتھ طعم اور اھلیلج کے ساتھ مص کا ذکر کیا ہے، حالانکہ أدویہ اور اھلیلج دونوں کا حکم ایک ہی ہے یعنی فقط ذائقہ کا جوف میں اترنا مفسد نہیں، بلکہ عین کا اترنا مفسد ہے، چنانچہ علامہ شامی رحمہ اللہ نے یہی لکھا ہے، نیز اس میں مصِّ اھلیلج کی صورت میں عدمِ فسادِ صوم کے لیئے عدمِ وصولِ عین الی الجوف کی قید نہیں لگائی، حالانکہ وہ قید ضروری ہے، اس کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ اھلیلج کے سخت پن کی وجہ سے مص کے باوجود (ایک وقفہ تک) اس کے عین کے جوف میں نہ جانے کا احتمال اتنا قوی اور غالب ہے کہ عدمِ وصولِ عین الی الجوف کی قید لگانے کی ضرورت نہیں سمجھی گئی، جبکہ شکر والے مسئلہ میں ذکر کیا ہے کہ اگر اس (شکر) کو چوسا تو روزہ فاسد ہو جائیگا اور قضاء اور کفارہ دونوں واجب ہوں گے۔

اس مسئلہ میں فسادِ صوم، قضاء اور کفارہ کے لیے وصول عین سکر الی الجوف کی قید نہیں لگائی،
کیونکہ اس صورت میں یہ احتمال تقریباً طے ہے کہ شکر کے چوسنے سے اس کا عین جوف تک ضرور پہنچ گا۔
مذکورہ تفصیل سے یہ بات واضح طور پر سامنے آئی کہ اھلیلہ (ہڑ) ایک سخت قسم
کا پھل ہے اور بغیر چبائے ایک وقفے (تقریباً پندرہ سے بیس منٹ) تک اس کے کسی جزء کا حلق
میں اترنا متعذر ہے، اب ہم یہ کہتے ہیں کہ جزئیہ مذکورہ فی السؤال میں یہ بیان کیا گیا ہے کہ بغیر
لوک (چبانے) کے اگر اھلیلہ کی معمولی مقدار حلق سے اتر گئی تو نماز فاسد نہ ہوگی۔ ماقبل میں ذکر کردہ تفصیل
کی روشنی میں ظاہر یہی ہے کہ اس معمولی مقدار سے مراد یہاں جزء نہیں بلکہ ذائقہ ہے اور ذائقہ کو ہی بعض
فقہی جزئیات میں یسیر سے تعبیر کیا گیا ہے، چنانچہ حلبی کبیر ص ۴۵۱ میں ہے:

ولو أكل حلوا وبقي في فمه طعم الحلاوة وهو في الصلوة وابتلع ريقه لا تفسد
لأنه يسير جدًّا۔

اور التعلیق المیسر علی ملتقی الأبحر میں ہے:

كذا لو كان في فمه سكر فابتلع ذوبه تفسد الصلاة به لا لو بقي طعم الحلاوة
من قبل الدخول في الصلاة الى الدخول في الصلاة فابتلع ريقه لأنه يسير
جدًّا۔

نیز شیئ یسیر سے ذائقہ مراد لینے کے مزید قرائن درج ذیل فقہی جزئیات ہیں:

(۱) ہندیہ میں ذکر کردہ عبارت کا حاصل یہ ہے کہ:

"اگر نماز کی حالت میں فوفلہ (چھالیا) کو چبایا اور وہ ٹوٹی نہیں تو اگر بہت
چبایا تو اس سبب سے نماز فاسد ہوگی کہ یہ عملِ کثیر ہے اور اگر اس میں
سے کچھ ٹوٹ کر اسکے حلق میں داخل ہو گیا اگرچہ تھوڑی مقدار میں ہو، نماز فاسد
ہو جائیگی اور اگر اسکو نہیں چبایا اور اسکی ریق (لعاب) حلق کے اندر چلی
گئی تو نماز فاسد نہ ہوگی۔"

(۲) فتح القدیر میں مذکورہ عبارت کا حاصل یہ ہے کہ:

"اگر نمازی کے منہ میں عین سکرہ (شکر کا معمولی جزء) موجود ہو اور (نماز کے اندر)

پگھل کر حلق میں داخل ہو جائے تو نماز فاسد ہو جائیگی اور اگر شکر کا عین داخل نہ ہو بلکہ شکر کو نگلنے کے بعد نماز شروع کی اور مٹھاس منہ میں رہی تو اس صورت میں نماز فاسد نہ ہوگی۔"

(۳) علامہ شامیؒ نے صاحبِ درِّ مختار کے قول "كسكّر في فيه يبتلع ذوبه" کے تحت ذکر فرمایا ہے کہ:

"مذکورہ کلام سے شارح نے یہ بتلایا کہ مفسد یا تو چبانا ہے یا پھر عینِ ماکول کا جوف تک پہنچنا، نہ کہ ذائقہ (یعنی ذائقہ کا جوف تک پہنچنا مفسد نہیں)۔"

تاہم یہاں پر یہ اشکال ہو سکتا ہے کہ اگر جزئیہ مذکورہ فی السؤال میں شیئی یسیر سے مراد ذائقہ ہی ہے تو اس کے متصل آگے "فإن كثر فسدت" کا حکم لگانا صحیح نہ ہوگا، کیونکہ ذائقہ مراد لینے کی صورت میں قلیل و کثیر میں فرق نہ ہوگا۔ اس اشکال کا جواب یہ ہے کہ "فإن كثر" سے مراد یہاں یہ ہے کہ زیادہ دیر تک منہ میں رکھنے کی وجہ سے کثیر مقدار میں کڑوا پن لعاب کے ساتھ حلق میں اترے اس طور پر کہ پھل کا کوئی جزء بھی تحلیل ہو کر شامل ہو جائے، کیونکہ اس صورت میں زیادہ دیر تک منہ میں رکھنے کی وجہ سے غالب احتمال اس بات کا ہے کہ اس پھل کا کوئی جزء بھی تحلیل ہو کر لعاب کے ساتھ حلق میں اترے گا اور اس بنا پر فساد کا حکم لگانا صحیح ہے۔

اس جواب میں ذکر کردہ توجیہ کے لیئے قرینہ وہ فقہی جزئیات ہیں جو ماقبل میں فسادِ نماز کے بارے میں ذکر کی گئیں، نیز یسیر اور کثیر کا مذکورہ محمل بیان کرنے سے نہ صرف فقہی جزئیات میں تطبیق ہو جاتی ہے، بلکہ راجح قول پر عمل بھی ہو جاتا ہے، اس کی مزید وضاحت آگے آرہی ہے۔

یہ تمام مذکورہ بحث اس پر مبنی تھی کہ شیئی یسیر سے مراد ذائقہ ہے، عینِ اہلیلج کا جزء نہیں، تاہم اگر یہ تسلیم کر لیا جائے کہ شیئی یسیر سے مراد عینِ اہلیلج کا جزء ہے تو اس صورت میں ایک خرابی تو یہ لازم آئے گی کہ یہ ماقبل میں ذکر کردہ راجح قول کے مخالف ہے، کیونکہ راجح قول کے مطابق جو اکل و شرب مفسدِ صوم ہے، وہ مفسدِ صلاۃ بھی ہے اور حالتِ صوم میں اہلیلج کا عین جزء خواہ قلیل مقدار میں ہو اس کا حلق سے اترنا مفسدِ صوم ہے، جیسا کہ فقہی عبارات سے واضح طور پر معلوم ہوتا ہے لہٰذا اگر اس کو مفسدِ صلاۃ قرار نہ دیا جائے تو راجح قول کی مخالفت لازم آئیگی

دوسری خرابی یہ لازم آئے گی کہ فقہی جزئیات میں تعارض پیدا ہو جائیگا، مثلاً ماقبل میں

فتویٰ نمبر مع رجسٹر	تاریخ نقل فتاویٰ	نام و پتہ مستفتی	مضمون سوال وجواب

ھندیہ کے حوالے سے ذکر کردہ جزئیہ میں فوفلہ (چھالیا) کی قلیل مقدار کے حلق سے اترنے کو مفسدِ صلاۃ قرار دیا گیا ہے، اور فتح القدیر کے حوالے سے شکر کی قلیل مقدار حلق سے اترنے کو مفسدِ صلاۃ قرار دیا گیا ہے، لہٰذا اگر اھلیلج (ہڑ) کی قلیل مقدار کے حلق سے اترنے کو مفسدِ صلاۃ قرار نہ دیا جائے تو اس کا مذکورہ جزئیات کے ساتھ تعارض ہو جائے گا اور اگر اس تعارض کو دفع کرنے کے لئے یہ توجیہ اختیار کی جائے کہ یہاں پر تداوی اور تغذّی کے اعتبار سے فرق ہے، اھلیلج میں تداوی کی وجہ سے گنجائش دی گئی ہے اور شکر وغیرہ میں تغذّی اور تلذذ کی وجہ سے گنجائش نہیں دی گئی، تو اس توجیہ کا جواب یہ ہے کہ فقہی عبارات میں عموماً "أكل ما بين أسنانه دون الحمصة" والی صورت کے علاوہ مطلقاً أكل کو مفسد قرار دیا ہے، تداوی اور تغذّی کے اعتبار سے کوئی فرق نہیں کیا، مثلاً جامع الرموز (۱/۱۹۱) میں درجِ ذیل عبارت مذکور ہے:

والأكل ان يوصل الى جوفه ما يتأتى فيه المضغ مضغه أو لا والشرب أن يوصل إليه ما لا يتأتى فيه ذلك كما في الإيضاح وفيه اشعار بأن عمده و سهوه سواء وكذا قليله وكثيره الا اذا ابتلع ما بين أسنانه فان قليله غير مفسد كذا في شرح الطحاوی۔

نیز راجح قول (یعنی ما یفسد به الصوم تفسد به الصلاۃ) کو اختیار کرنے سے یہ بات ثابت ہوتی ہے کہ فسادِ صلاۃ کے بارے میں تداوی اور تغذّی کے اعتبار سے کوئی فرق نہیں، وہ اس طرح کہ فسادِ صوم کے بارے میں خلاصۃ الفتاوی میں مذکور ہے کہ:

والأصل في وجوب الكفارة ان الصائم إذا أكل متعمدا ما يتغذى به أو يتداوى به كالخبز والأطعمة ..... أو الهليلجة ..... تجب عليه القضاء والكفارة۔

اس طرح کی عبارات فقہ کی دوسری کتابوں میں بھی مذکور ہیں۔ مذکورہ بالا عبارت میں صراحۃً یہ بیان کیا گیا ہے کہ أكل کے مفسدِ صوم ہونے میں تداوی اور تغذّی کے اعتبار سے کوئی فرق نہیں، تو راجح قول کے مطابق أكل کے مفسدِ صلاۃ ہونے میں بھی تداوی اور تغذّی کے اعتبار سے کوئی فرق نہ ہوگا۔

حاصلِ جواب یہ نکلا کہ جزئیہ مذکورہ فی السوال سے گولی کے پگھل کر حلق میں اترنے کو مفسدِ صلاۃ قرار نہ دینے کے بارے میں استدلال کرنا درست نہیں۔ (ملاحظہ کیجئے عبارات نمبر ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۲۹)

(جاری ہے ...)

CS CamScanner

(د) ماقبل میں ذکر کردہ جوابات سے چونکہ یہ بات واضح ہوگئی کہ نماز ادا کرنے کے دوران گولی کے کسی جزء کا حلق سے اترنا مفسد ہے، اس لیے شخص مذکور نے جتنی نمازیں ایسی حالت میں ادا کی ہیں، شرعاً وہ درست نہیں ہوئیں، لہٰذا اس پر ان نمازوں کی قضا لازم ہے۔

① فی درر الحکام فی شرح غرر الأحکام: ص۱۰۵ :

(أو أكل ما بين أسنانه) فإنه لا يفسد لأنه تبع لريقه ولهذا لا يفسد به فإنه لا يفسد لأنه تبع لريقه ولهذا لا يفسد به الصوم وقيل إذا كان ما بين أسنانه قليلاً كما دون الحمصة لا تفسد صلوته وإذا كثر تفسد كذا في النهاية.

② فی حاشیة للشرنبلالی: ص۱۰۵

(قوله: أو أكل ما بين أسنانه) أي من غير فعل كثير. (قوله: وقيل إذا كان ما بين أسنانه) أقول لم يقتصر في النهاية على هذا ولم ينقله بصيغة قيل وعبارتها أما إذا كان بين أسنانه شيء فابتلعه لا تفسد صلاته لأن ما بين أسنانه تبع لريقه وهذا لا يفسد به الصوم قال بعضهم هذا إذا كان ما بين أسنانه قليلاً كما دون الحمصة فأما إذا كان أكثر من ذلك تفسد صلوته وسوى بينهما وبين الصوم وقال بعضهم قلت هو شيخ الإسلام كما ذكره الكمال ما دون ملء الفم لا يفسد صلوته وفرق بين الصلاة والصوم كذا في فتاوى قاضيخان رحمه الله تعالى وإليه أي عدم الفساد مال الشيخ الإمام حسام الدين رحمه الله كذا في التجنيس والمزيد اهـ. قد مال صاحب المحيط والولوالجي فرقا بين الصوم والصلاة. وصاحب البدائع والخلاصة لم يفرقا. ففي هذه المسئلة أقوال. قال صاحب البحر والشأن فيما هو الراجح فيهما وهو مبتنى على معرفة العمل الكثير وفيه اختلاف كما سبق اهـ. وفيه تأمل لأن القائل بأن ملء الفم يفسد وكذا نحوه لا يشترط معه العمل الكثير بل علته إمكان الاحتراز عنه

بلا كلفة بخلاف القليل لكونه تبعًا لريقه فلا يفسد إلا بالعمل الكثير وفي معرفته

الاختلاف المعلوم. اهـ

③ وفي المبسوط للإمام السرخسي: (١/١٩٥)

وإن كان في أسنانه شيئ فابتلعه لم يضره لأن ما يبقى بين الأسنان في حكم

التبع لريقه فلهذا لا يفسد الصوم وهذا إذا كان دون الحمصة فإن ذلك يبقى بين

الأسنان عادة.

④ في ملتقى الأبحر مع شرحه مجمع الأنهر: (١/١٨٠)

وأكله وشربه...... ولا أي لا تفسد إن نظر إلى مكتوب وفهمه أو أكل ما بين

أسنانه دون الحمصة وتفسد في قدرها.

⑤ في شرحه مجمع الأنهر: (١/١٨١)

(وأكله وشربه) يفسدانها مطلقًا عامدًا كان المصلي أو ناسيًا فرضًا كانت الصلاة

أو نفلًا وقيل: يجوز الشرب في النفل قيل: ينبغي أن يكون النسيان عفوًا كما في

الصوم أجيب بأنها ليست كالصوم لأن حالتها مذكرة دون حالته ولو أكل سمسمة

من خارج فسدت صلوته...... (قوله: أو أكل ما بين أسنانه دون الحمصة) لعدم

إمكان الإحتراز عنه يتبع لريقه ضرورة، ولهذا لا يفسد الصوم وقيل: ما دون ملء

الفم حتى لو ابتلع شيئًا بين أسنانه قدر الحمصة لا تفسد كما في المحيط، وكذا لو ابتلع عينًا

من السكر قبل الشروع، ثم ابتلع حلاوته لم تفسد.

⑥ في الدر المنتقى في شرح الملتقى: (١/١٨١)

ويفسدها (أكله وشربه)، ولو سهوًا إلا إذا كان بين أسنانه دون الحمصة

فابتلعه، ولو كان في فيه سكر فابتلع ذوبه تفسد الو بقي طعم الحلاوة فابتلع ريقه، لأنه

يسير جدًا...... (أو أكل ما بين أسنانه دون الحمصة) لأنه تبع لريقه كما في الصوم

و(تفسد الصلاة في قدرها) على الصحيح، قاله المصنف".

⑦ فی نور الإیضاح: (۱/ ۲۳۹)

وأكل شيئ من خارج فمه ولو قل وأكل ما بين أسنانه

⑧ فی مراقی الفلاح: (۱/ ۲۳۹)

ويفسدها أكل شيئ من خارج فمه ولو قل كسمسمة لإمكان الاحتراز عنه ويفسدها أكل ما بين أسنانه ان كان كثيرا وهو أي الكثير قدر الحمصة ولو بعمل قليل لإمكان الإحتراز عنه بخلاف القليل بعمل قليل لأنه تبع لريقه وان كان بعمل كثير فسد بالعمل. ويفسدها شربه لأنه ينافي الصلاة. ولو رفع رأسه الى السماء فوقع في حلقه برد أو مطر ووصل الى جوفه بطلت صلوته.

⑨ فی الطحطاوی علی المراقی: (۱/ ۲۳۹)

قوله: (وهو قدر الحمصة) وقال الإمام خواہرزاده: مادون ملء الفم لا يفسد وما في المصنف أولى كما في النهر. وفي الخلاصة: لو أكل شيئا من الحلاوة وابتلع عينها فوجد حلاوتها في فيه وابتلعها لا تفسد صلوته، ولو أدخل الفانيد أو السكر في فيه ولم يمضغه لكن يصلي والحلاوة تصل الى جوفه تفسد صلوته ثم قال ولو مضغ علكا فسدت صلوته إذا كثر.

⑩ فی بدائع الصنائع: (۱/ ۵۵۴)

ولو بقي بين أسنانه شيئ فابتلعه إن كان دون الحمصة لم يضره لأن ذلك القدر في حكم التبع لريقه لقلته ولأنه لا يمكن التحرز عنه لأنه يبقى بين الأسنان عادة فلو جعل مفسدا لوقع الناس في الحرج ولهذا لا يفسد الصوم به وان كان قدر الحمصة فصاعدا فسدت صلوته.

⑪ فی تبیین الحقائق (فی باب الصوم): (۲/ ۱۷۲)

وأما إذا أكل ما بين أسنانه فالمراد به ما إذا كان قليلا من الذي بقي من أكل الليل لعدم إمكان الإحتراز عنه وإن كان كثيرا يفطره....... ولنا أن القليل منه لا يمكن الامتناع عنه عادة فصار تبعا للأسنان بمنزلة ريقه والكثير يمكن الاحتراز عنه.

مستفتی	نقل فتاوی

(١٢) وفي حاشيته للعلامة الشلبي: (١٧٢/٢)

فصار تبعاً: وإنما اعتبر تابعاً لأنه لا يمكن الامتناع عن بقاء أثر من المأكل حوالي الأسنان وإن قل ثم يجري من الريق التابع من محله إلى الحلق فامتنع تعليق الإفطار بعينه فتعلق بالكثير، وهو ما يفسد الصلاة لأنه اعتبر كثيراً في فصل الصلاة، ومن المشايخ من جعل الفاصل كون ذلك مما يحتاج في ابتلاعه إلى الاستعانة بالريق أولا، والأول قليل والثاني كثير وهو حسن لأن المانع من الحكم بالإفطار بعد تحقق الوصول كونه لا يسهل الاحتراس عنه، وذلك فيما يجري بنفسه مع الريق إلى الجوف لا فيما يتعمد في إدخاله لأنه غير مضطر فيه۔

(١٣) في الحلبي الكبير: ص٣٥٢

ولا يبتلع المصلي ما بين أسنانه أي يكره له ذلك إن كان قليلاً دون قدر الحمصة وإن كان كثيراً زائداً على قدر الحمصة فإن صلاته تفسد والتقييد بالزيادة على الحمصة ليس كما ينبغي لأن المذكور في الفتاوى وغيرها أن قدر الحمصة يفسد أيضاً كما في الصوم وقيل لا يفسد ما لم يكن ملء الفم۔

(١٤) وفيه أيضاً: ص٤٥٢

ولو مضغ العلك أو مضغ الهليلج في الصلوة تفسد صلوته وإن لم يبتلعه وقيده في الخلاصة بما إذا كثر ولا بد منه لأنه عمل كثير حينئذ وتقديره بالثلث المتواليات كما في غيره وإن لم يمضغ الهليلج لكن دخل حلقه منه شيئ يسير لا يفسد ولو كان في فمه سكر أو فانيذ فابتلع ذوبه تفسد وإن لم يمضغه لأنه يؤكل كذلك ولو ابتلع ما بقي بين أسنانه من المأكول إن كان ذلك زائداً على قدر الحمصة تفسد صلوته كما يفسد صومه وإن كان أقل من قدر الحمصة لا تفسد صلوته و لا تفسد صومه وقد قدمنا الكلام عليه في فصل ما يكره ولو أكل حلواً وبقي في فمه طعم الحلاوة وهو في الصلاة وابتلع ريقه لا تفسد لأنه يسير جداً۔

(جاری ہے....)

⑮ في النهر الفائق: (١/٣٢٢)

ويفسدها أيضاً أكله وشربه ولو ناسياً لأن كل واحد منهما عمل كثير قال في الخانية:
لأنه عمل اليد والفم واللسان واستشكله الحلبي لو أخذ لسمسمة أو وقع في فيه قطرة
مطر فابتلعها فإنها تفسد مطلقاً كما نص عليه وليس كل أكل يفسدها بل ما يفسد الصوم
وهو أكل مقدار الحمصة كذا في الشرح تبعاً للخلاصة والبدائع وجعل في الخانية
هذا قول البعض وقال بعضهم: ما دون ملء الفم لا يفسد، وفرق بين الصلاة والصوم
وما في الشرح أولى ونبه بالأكل والشرب على أن العمل الكثير يفسد لا غيره.
(قوله: أو أكل ما بين أسنانه) مما هو دون الحمصة لأنه مما لا يمكن التحرز عنه
ولهذا لا يبطل به الصوم فصار كالريق أما إذا كان حمصة فما فوقها أفسد كذا في الشرح
تبعاً للبدائع وشرح الطحاوي وفي الولوالجية لو ابتلع ما بين أسنانه وكان قدر
الحمصة فسد صومه دون صلاته، والفرق أن إفساد الصوم بوصول ما يتغذى به
وقد وجد والصلاة بالعمل الكثير ولم يوجد وقدمنا عن الخانية أن ما دون ملء الفم
لا يفسد.

⑯ في البحر الرائق: (٢/١١)

(قوله: والأكل والشرب) أي يفسدانها لأن كل واحد منهما عمل كثير وليس من أعمال
الصلاة ولا ضرورة إليه، وعلل قاضيخان وجه كونه كثيراً بقوله لأنه عمل اليد والفم
واللسان. قال العلامة الحلبي: وهو مشكل بالنسبة إلى ما لو أخذ من خارج سمسمة فابتلعها
أو وقع في فيه قطرة مطر فابتلعها فإنهم نصوا على فساد الصلاة في كل من هذه الصور مطلقاً اهـ
أطلقه فيشمل العمد والنسيان لأن حالة الصلاة مذكرة فلا يعفى النسيان بخلاف الصوم
فإنه لا مذكر فيه. ويشمل القليل والكثير ولهذا فسره في الحاوي بقدر ما يصل إلى الحلق
وقيده الشارح بما يفسد الصوم وما لا يفسد الصوم لا يبطل الصلاة اهـ. وهو ممنوع كليا
فإنه لو ابتلع شيئاً بين أسنانه وكان قدر الحمصة لا تفسد صلاته وفي الصوم يفسد
وفرق بينهما الولوالجي وصاحب المحيط بأن فساد الصلاة معلق بعمل كثير ولم يوجد بخلاف

فساد الصوم فإنه متعلق بوصول المغذی الی جوفه لکن فی البدائع والخلاصة أنه لا
فرق بین الصلوٰة والصوم فی قدر الحمصة۔ وفی المحیط وغیره: ولو مضغ العلك وکثر
فسدت. وکذا لو کان فی فمه اهلیلجة فلاکها فإن وصل فی حلقه منهما شیئ یسیر من
غیر أن یلوکها لا تفسد وان کثر ذلك فسدت۔ وفی الخلاصة ولو أکل شیئا من الحلاوة
وابتلع عینها فدخل فی الصلاة فوجد یصلی والحلاوة تصل الی جوفه لا تفسد صلاته۔

(۱۷) وفیه أیضا: (۲/ ۱۴)

وأما الثانی وهو أکله ما بین أسنانه فلأنه عمل قلیل، أطلقه فشمل ما إذا کان قدر الحمصة کما قدمناه عن المحیط والوجیه من الفرق بین الصلاة والصوم۔ وفی البدائع: إن کان دون الحمصة لم یضره وان کان قدر الحمصة فصاعدا فسدت صلوته وهکذا فی شرح الطحاوی، وقال بعضهم: لا تفسد صلوته بما دون ملء الفم وعلیه مشی فی الخلاصة حیث قال: وقال الإمام خواهر زاده: ولو أکل بعض اللقمة وبقی البعض فی فیه حتی شرع فی الصلاة وابتلع الباقی لا تفسد صلوته ما لم یکن ملء الفم۔ فهذه ثلثة اقوال فی هذه المسئلة کما تری والشأن فیما هو الراجح منها وهو ینبنی علی معرفة العمل الکثیر وفیه اختلاف کما سبق۔

(۱۸) وفی منحة الخالق: (۲/ ۲۵)

(قوله: وهو ینبنی علی معرفة العمل الکثیر) أقول قد سبق ترجیح القول الأول ومقتضی هذا أنه لو ابتلع ما فوق الحمصة بدون مضغ یکون الأصح عدم الفساد فلیتأمل هذا۔
وفی الشرنبلالیة قال بعد ذکره قول المؤلف "وهو ینبنی الخ" وفیه تأمل لأن القائل بأن ملء الفم یفسد وکذا نحوه لا یشترط معه العمل الکثیر بل علته إمکان الاحتراز عنه بلا کلفة بخلاف القلیل لکونه تبعا لریقه فلا یفسد الا بالعمل الکثیر وفی معرفته الاختلاف المعلوم اھ۔
واعترضه الرملی أیضا بأنه لا یتجه ذلك مع تصریحهم بفسادها بابتلاع سمسمة تناولها من خارج وقطرة ماء وقعت فی فمه إذ لم یشترطوا فی ذلك الفساد به، وکذا لو کان فی فمه سکر أو فانید وابتلع ذوبه۔

(١٩) في تبيين الحقائق: (١/٣٩٨)

قال رحمه الله تعالى (والأكل والشرب) لأنهما منافيان للصلاة، ولا فرق بين العمد والنسيان لأن حالة الصلاة مذكرة لأنها على هيئة تخالف العادة..... ثم أطلق الكل ومراده ما يفسد الصوم، وما لا يفسد الصوم لا يبطل الصلاة۔

(٢٠) وفي الدر المختار: (١/٦٢٣)

(وأكله وشربه مطلقاً) ولو سمسمة ناسياً (إلا إذا كان بين أسنانه مأكول دون الحمصة) كما في الصوم هو الصحيح قاله الباقاني (فابتلعه) أما المضغ فمفسد كسكر في فيه يبتلع ذوبه۔

(٢١) وفي رد المحتار: (١/٦٢٣)

(قوله: مطلقاً) أي سواء كان كثيراً أو قليلاً عامداً أو ناسياً، ومثله ما لو وقع في فيه قطرة مطر فابتلعها كما في البحر۔ قوله: (قال الباقاني) أي في شرح الملتقى ونصه: وقال البقالي الصحيح أن كل ما يفسد به الصوم تفسد به الصلاة اهـ۔ وعليه مشى الزيلعي تبعاً للخلاصة والبدائع۔ قال في النهر: وجعل في الخانية هذا قول البعض. قال بعضهم ما دون ملء الفم لا يفسد، وفرق بين الصلاة والصوم، وما في الزيلعي أولى۔

(قوله: أما المضغ فمفسد) أي إن كثر وتقديره بالثلاث المتواليات كما في غيره، كذا في شرح المنية، وفي البحر عن المحيط وغيره۔ ولو مضغ العلك كثيراً فسدت، وكذا لو كان في فيه إهليلجة فلاكها، فإن دخل في حلقه منها شيء يسير من غير أن يلوكها لا تفسد وإن كثر ذلك فسدت۔

(قوله: كسكر) أفاد أن المفسد إما المضغ أو وصول عين المأكول إلى الجوف بخلاف الطعم قال في البحر عن الخلاصة: ولو أكل شيئاً من الحلاوة وابتلع عينها فدخل في الصلاة فوجد حلاوتها في فيه وابتلعها لا تفسد صلوته، ولو أدخل الفانيذ أو السكر في فيه ولم يمضغه لكن يصلي والحلاوة تصل إلى جوفه تفسد صلوته۔ ومثله في التتارخانية: (١/٥٨٩)

(جاری ہے...)

(٢٢) في الطحطاوي على الدر: (٢٦٤/١)

(قوله: ولو سمسمة) علل الفساد قاضي خان في الأكل والشرب بأنه عمل اليد والفم
واللسان واستشكله الحلبي بما لو أخذ سمسمة بفيه أو قطرة مطر فابتلعها فإنها تفسد
مطلقاً ووجه الاستشكال عدم وجود كثرة العمل بحر. (قوله: ناسياً) بيان للإطلاق
(قوله: دون الحمصة)... أما قدر الحمصة فمفسد للصوم والصلوة وهو الصحيح وقيل
قدر الحمصة لا تفسد الصلاة بخلاف الصوم والفرق أن فساد الصلاة معلق بعمل كثير
ولم يوجد بخلاف فساد الصوم فإنه معلق بوصول المغذي إلى جوفه بحر.
(قوله: أما المضغ فمفسد) يعني ان وصل الى حلقه كما في الصوم اه حلبي وينبغي تقييده
بالكثير ليكون عملاً كثيراً.... وكذا لو كان في فمه اهليلجة فلاكها فان دخل في حلقه منها
شيئ يسير من غير أن يلوكها لا تفسد وان كثر ذلك فسدت.
(قوله: ويبتلع دمه) وإن لم يمضغه أما لو أكل شيئاً من الحلاوة وابتلع عينها فدخل في
الصلوة فوجد حلاوتها في فيه وابتلعها لا تفسد صلوته.

(٢٣) وفي فتح القدير: (٤٢٥/١)

(قوله: وحالة الصلاة مذكرة) فلا يكون الأكل فيها ناسياً كالأكل في الصوم ناسياً ليلحق
به دلالة. ثم القدر الذي يتعلق به الفساد ما يفسد الصوم عزي إلى غريب الرواية لأبي
جعفر وهو قدر الحمصة من بين أسنانه، أما من خارج فلو أدخل سمسمة فابتلعها
تفسد وعن أبي حنيفة وأبي يوسف رحمهما الله تعالى لا تفسد، ولو كانت بين أسنانه
فابتلعها لا تفسد، ولو كان بين سكرة في فيه فذابت فدخل حلقه، فسدت، ولو
لم يكن عينها بل صلى على اثر ابتلاعها فوجد الحلاوة لا تفسد، ولو لاك اهليلجة فسدت
كمضغ العلك، ولو لم يلكها لكن دخل في جوفه منه شيئ يسير لا تفسد. وذكر شيخ الاسلام
أكل بعض اللقمة وبقي في فيه بعضها فدخل في الصلاة فابتلعه لا تفسد ما لم تكن مل الفم.

(٢٤) وفي الهندية: (١٠٢/١)

وان أكل أو شرب ناسياً تفسد صلوته كذا في فتاوى قاضيخان. اذا كان بين أسنانه

شیئ من الطعام فابتلعہ ان کان قلیلاً دون الحمصۃ لم تفسد صلوتہ الا أنہ یکرہ وان کان
مقدار الحمصۃ فسدت کذا فی السراج الوھاج ناقلاً عن العتابی وھٰکذا فی التبیین و
البدائع وشرح الطحاوی ذکر البقالی وھو الأصح ھٰکذا فی البرجندی.........
ولو أخذ سمسمۃ من خارج وابتلعھا فسدت وھو الأصح ولو أکل شیئاً من الحلاوۃ
وابتلع عینھا فدخل فی الصلوۃ فوجد حلاوتھا فی فیہ فابتلعھا لا تفسد صلوتہ ولو أدخل
الفانید أو السکر فی فیہ ولم یمضغہ لکن یصلی والحلاوۃ تصل الی جوفہ تفسد صلوتہ
کذا فی الخلاصۃ وھو المختار کذا فی الظھیریۃ ولو مضغ العلک کثیراً فسدت کما فی
محیط السرخسی۔ إذا لاک الفوفلۃ فلم ینفصل منھا شیئ ان کثر ذالک فسدت
من أجل أنہ عمل کثیر وان انفصل عنھا شیئ ودخل حلقہ فسدت ولو قل وأما
اذا لم یلکھا ودخل ریقہ لم تفسد ولو وقع فی فمہ بردۃ أو قطرۃ أو ثلج فابتلعہ فسدت
کذا فی السراج الوھاج۔ وانظر أیضا حاشیۃ الدرد علی الغرر: ص۲۳

(۲۵) وفی البزازیۃ: (۴/۴۸)

أکل بعض لقمۃ وبقی البعض بین أسنانہ فشرع فیھا وابتلع الباقی لاتفسد مالم یبلغ
ملء الفم وقدر الحمصۃ لا یفسد بخلاف الصوم۔ ابتلع شیئاً من الحلاوۃ ودخل فیھا فوجد حلاوۃ
فی فیہ وابتلعھا لاتفسد ولو أدخل السکر فیھا فی فیہ ولم یمصہ والحلاوۃ وصلت الی جوفہ
فسد۔

(۲) وفی فتاوی النوازل: ص۵۲

ولو ابتلع ما بین أسنانہ من الطعام ان وجد طعمہ یفسدھا والا فلا وان فی فیہ
سکر فذاب ودخل حلقہ یفسد۔

() وفی المبسوط للسرخسیؒ: (۱/۲۱۰)

وکذلک ان کان فی فمہ سکرۃ لا تجوز صلوتہ لأنہ أکل

وفی البحر الرائق فی باب ما یفسد الصوم وما لا یفسد ہ: (۲/۲۷۳)

ولو مص الھلیلج وجعل یمضغھا فدخل البزاق حلقہ ولا یدخل عینھا فی جوفہ لا یفسد صومہ

فإن فعل هذا بالفانيذ والسكر يلزمه القضاء والكفارة . وفي مآل الفتاوى : لو أفطر
على الحلاوة فوجد طعمها في فمه في الصلوة لا تفسد صلاته .

(۲۹) وفي خلاصة الفتاوى : (۱/ ۲۵۴)

اذا غسل الهليلجة اليابسة وجعل يمصها وهو صائم ولا يدخل عينهما في جوفه لم يفطر
ولو فعل هذا بالفانيذ والسكر فسدت صومه وعليه القضاء والكفارة .

[سابقہ عبارات میں آنے والے چند الفاظ کی لغوی تحقیق]

(۳۰) في لسان العرب : (۱۲/ ۳۵۹)

اللوك : أهون المضغ وقيل هو مضغ الشيء الصلب الممضغة تديره في فيك و
يقال لكت الشيء في فمي ألوكه إذا علكته .

(۳۱) في تاج العروس : (۲/ ۱۱۶)

الإهليلج : والواحدة بهاء إهليلجة ثمر معروف وهو على أقسام منه أصفر ومنه أسود و
هو البالغ النضيج ومنه كابلي وله منافع جمة وذكرها الأطباء في كتبهم منها أنه ينفع من
الخوانيق ويحفظ العقل ويزيل الصداع . ومثله في القاموس المحيط : (۱/ ۲۵۴)

(۳۲) في القاموس الوحيد : ص ۱۴۰

الإهليلج : ہڑ، ہلیلہ (ایک قسم کا کسیلا پھل جو بطور دوا استعمال ہوتا ہے)

(۳۳) في فیروز اللغات : ص ۱۴۴۶

ہلیلہ : ہڑ، ایک دوا کا نام

ہڑ : ہلیلہ، ایک قسم کا کسیلا پھل

(۳۴) في المنجد : ص ۵۹۹

الفوفل والفُوفل (ن) ثمر نبات في الهند يشبه جوزة الطيب ، يتناوله أهل الهند
لتطييب النكهة وقوته قريبة من قوة الصندل .

(۳۵) في لسان العرب : (۱۰/ ۳۵۰)

قال أبو حنيفة رحمه الله تعالى : الفوفل ثمر نخلة وهو صلب كأنه عود خشب ، وقال

مرة شجر الفوفل نخلة مثل نخلة النارجيل تحمل كبائس فيها الفوفل أمثال التمر

(٣٦) في المعجم الوسيط: ط ٤٣٩

السكر: مادة حلوة تستخرج غالباً من عصير القصب أو البنجر، وقصبة يعرف بقصب السكر ..... واحدته سكرة.

(٣٧) وفي المنجد: ط ٣٤١

السكر: ماء القصب أو عصير الرطب ونحوهما إذا غلى واشتد والقطعة منها سكرة.

(٣٨) في حاشية التاتارخانية: (١/ ٥٩٠)

فانيد: نوع من السكر غير السكر الأحمر: والله تعالى أعلم بالصواب

عبد الحفيظ حفظه الله تعالى

دار الافتاء جامعه دار العلوم كراچي
١٠-٤-١٤٢٧ھ

اصاب المجيب فيما أجاب، وأجاد فيما أفاد
حفظه الله تعالى وجزاه خيرا. والله سبحانه أعلم

محمد تقي عثماني عفي عنه
١٠-٤-١٤٢٧ھ

الجواب صحيح
بنده عبد الرؤف سكهروي
١١-٤-١٤٢٧ھ

الجواب صحيح
بارك الله تعالى في علم المجيب وعمله
العبد محمود اشرف غفر الله له
١١/٤/١٤٢٧ھ

الجواب صحيح والمجيب نجيح في سعيه
محمد عبد المنان عفي عنه
١١-٤-١٤٢٧ھ

بندہ بشكل غيبت اندريں جواب
أجاب المجيب كما في وكتاب
محمد عبد الله ... عفي عنه
١٢-٤-١٤٢٧ھ

۱

محترمی جناب مفتی صاحب دامت برکاتہم

السلام علیکم ورحمۃ اللہ وبرکاتہ

جس دوا کے متعلق استفسار ہے اس کا جواب یہ ہے کہ یہ گولی زبان کے نیچے (یعنی تحت اللسان) رکھنے کیلئے مریض کو کہا جاتا ہے تاکہ وہاں موجود شریانیں اور مسام کے ذریعے یہ فوراً جذب ہو کر دل کی شریانوں پر اثر انداز ہو۔ اکثر ہوتا یہ ہے کہ مریض کی لاپرواہی یا نا سمجھنے کی وجہ سے اس گولی کا کچھ حصہ زبان کے اوپر چلا جاتا ہے اور منہ کی رطوبت کے ذریعے حلق تک پہنچ سکتا ہے۔ بہرحال چونکہ دوا کی مقدار نہایت ہی قلیل ہوتی ہے تو مریض کو بہت ہی کم احساس ہوتا ہے کہ حلق میں چلی گئی۔

مریض اگر ہماری بتائی ہوئی ترکیب پر سو فیصدی عمل کرے تو دوا کے حلق میں جانے کے امکانات نہیں ہوتے

احقر

[signature]

DR. H.M. AYOUB
CONSULTANT CARDIOLOGIST
CONSULTANT PHYSICIAN & CHEST SPECIALIST
FELLOW AMERICAN COLLEGE OF C. PHYSICIAN

عزت مآب مفتی محمد عبد الرؤف صاحب

السلام علیکم

ناقص

اپنے علم اور تحقیق کے مطابق آپکے تفصیل شدہ سوالات کا جواب تحریر کر دیا ہوں امید ہے یہ جوابات اس شرعی مسئلے کے حل میں معاون ثابت ہونگے۔

(1) زبان کے نیچے رکھی جانے والی گولیاں جن میں NITRATES بھی شامل ہیں وہیں سے خون میں جذب ہو کر فوری اثر دکھانے کے لیے ہی تشکیل دی جاتی ہیں۔ پگھلنے کے عمل میں دوا کا کچھ حصہ ضرور لعاب میں شامل ہو کر حلق کے ذریعے معدے میں بھی اتر سکتا ہے۔ اور اس صورت میں دوا کا ترش ذائقہ فوراً ہی حلق میں محسوس ہوگا۔

(2) گولی کے پگھلنے کی رفتار قدرے تیز ہوتی ہے اور یہ زبان کے نیچے سے خون میں جذب ہونے کے ساتھ ساتھ لعاب میں بھی شامل ہوتی رہتی ہے۔ اور حلق سے اترنے کی صورت میں اس کا ذائقہ بھی حلق کے اندر محسوس ہوتا ہے۔

(3) گولی کا پگھلنا ابتدائی اور آخری مرحلے میں تقریباً ایک ہی جیسا ہوتا ہے۔ مریض کو یہ تلقین کی جاتی ہے کہ جیسے ہی تکلیف درد میں آرام محسوس ہو گولی کا بقیہ حصہ تھوک دینا چاہیے تاکہ غیر ضروری دوا خون میں نہ پہنچ سکے۔ جن لوگوں کے منہ میں لعاب کم ہوتا ہے ان میں گولی کے پگھلنے کا عمل سست اور دیرپا ہو سکتا ہے۔ معدے کی تیزابیت کا گولی کے پگھلنے سے کوئی تعلق نہیں۔

والسلام

دعا گو

DR. KHALID MAHMOOD
MBBS, FCPS, MACG
... of Medicine
... Hospital

خالد محمود

فتویٰ نمبر مع رجسٹر	تاریخ نقل فتاویٰ	نام وپتہ مستفتی	مضمون سوال وجواب	تبویب

علیکم السلام ورحمۃ اللہ وبرکاتہ

آپکا بے حد ممنون ہوں کہ آپ نے مجھ حقیر کو اس قابل سمجھا۔

جامعہ دارالعلوم کراچی کے دارالافتاء میں زیر غور مسئلے کے بارے میں میری رائے یہ ہے :-

نمبر (۱) مندرجہ مسئلے کے بارے میں یہ ہے کہ Angised گولی کا زیادہ تر جز زبان کے نیچے خون کی نالیوں کے ذریعے جذب ہوکر جسم میں جاتا ہے اور معمولی جز لعاب میں شامل بھی ہوتا ہے جسکی وجہ سے اس کا ذائقہ جلن (Burning) محسوس ہوتا ہے جو کہ گولی کے اثر انداز ہونے کے معیار کا پتہ دیتا ہے۔
جہاں تک حلق سے اترنے کا معاملہ ہے وہ تو انسان کے قبضہ قدرت میں ہے جب تک نگلا نہ جائے حلق سے نہیں اترتا۔

نمبر (۲) مندرجہ مسئلے کے بارے میں یہ ہے کہ گولی کے پگھلنے کی رفتار اتنی ہوتی ہے کہ جذب ہونے کے ساتھ ساتھ اسکا جز لعاب میں شامل ہوجاتا ہے۔

نمبر (۳) مندرجہ مسئلے کے بارے میں یہ ہے کہ گولی کا پگھلنا ابتدائی اور آخری مراحل میں تقریباً یکساں ہوتا ہے۔ لیکن مریض کو جیسے ہی آرام ہوجائے تو گولی فوراً نکال دے گولی کے پورے پگھلنے تک رکھنا ضروری نہیں۔

نمبر (۴) مندرجہ مسئلے کے بارے میں یہ ہے کہ گولی کے پگھلنے کا معدے کی تیزابیت سے کوئی تعلق نہیں البتہ عمر رسیدہ لوگوں اور مصنوعی دانت استعمال کرنے والوں میں گولی کے پگھلنے کا دورانیہ زیادہ ہوتا ہے۔

بحوالہ "The Pharmacological basis of Therapeutics. Goodman & Gilman's" 10th Edition. Page No. 851 - 852.

(منسلک)

دعاؤں کا طلبگار

والسلام

Prof. [illegible] SOOMRO
F.R.C.P (Edin) F.R.C.P.(Lon) F.C.P.S (Pak)
Professor of Medicine
Dow Medical College &
Civil Hospital, Karachi

1991; Rajfer *et al.*, 1992; and Burnett *et al.*, 1992). Nitric oxide stimulates the formation of cyclic GMP, which leads to relaxation of smooth muscle of the corpus cavernosum and penile arteries. The accumulation of cyclic GMP can be enhanced by inhibition of the cyclic GMP-specific phopshophodiesterase-5 (PDE5) family (Beavo *et al.*, 1994). *Sildenafil* (VIAGRA) was developed as an inhibitor of PDE5 (Boolell *et al.*, 1996) and has been demonstrated to improve erectile function in patients with various causes of erectile dysfunction (Goldstein *et al.*, 1998).

The side effects of sildenafil are largely predictable on the basis of its effects on PDE5. Headache, flushing, and rhinitis may be observed, as may dyspepsia due to relaxation of the lower esophageal sphincter, all thought to be consequences of the inhibition of PDE5. Sildenafil also is a weak inhibitor of PDE6, the isoenzyme involved in photoreceptor signal transduction (Beavo *et al.*, 1994), and sildenafil has been associated with visual disturbances, most notably changes in the perception of color hue or brightness (Wallis *et al.*, 1999; Goldstein *et al.*, 1998). Sildenafil's most important toxicity is hemodynamic. When given alone to men with severe coronary artery disease, sildenafil has modest effects on blood pressure, producing less than a 10% fall in systolic, diastolic, and mean systemic pressures and in pulmonary artery systolic and mean pressures (Herrman *et al.*, 2000). However, it has a significant and potentially dangerous interaction with nitrates. As discussed above, the therapeutic actions of organic nitrates are mediated *via* their conversion to NO with resultant increases in cyclic GMP. In the presence of a PDE5 inhibitor, nitrates cause profound increases in cyclic GMP and can produce dramatic reductions in blood pressure. Healthy male subjects pretreated with sildenafil exhibited a much greater decrease in systolic blood pressure when treated with sublingual glyceryl trinitrate, and in many a fall of more than 25 mm Hg was detected (Webb *et al.*, 1999). This interaction between sildenafil and nitrates is the basis for the warning that sildenafil should not be prescribed to patients receiving any form of nitrate (Cheitlen *et al.*, 1999) and dictates that patients should be questioned about the use of sildenafil within 24 hours before nitrates are administered. A period of longer than 24 hours may be needed after sildenafil for safe use of nitrates. In the event that patients develop significant hypotension following combined administration of sildenafil and a nitrate, fluids and α-adrenergic receptor agonists, if needed, should be used for support (Cheitlin *et al.*, 1999).

Sildenafil is metabolized *via* CYP3A4, and its toxicity may be enhanced in patients who receive other substrates of this enzyme, including macrolide and imidazole antibiotics, some HMG-CoA reductase inhibitors, and highly active antiretroviral therapy (HAART; *see* Chapter 51) (Hall and Ahmad, 1999). Sildenafil also has been demonstrated to prolong cardiac repolarization by blocking the I_{Kr} (Geelen *et al.*, 2000). Although these interactions and effects are clinically important, the overall incidence and profile of adverse events observed with sildenafil, when used without nitrates, are consistent with the expected background frequency of the same events in the treated population (Zusman *et al.*, 1999). In patients with coronary artery disease who are not currently taking nitrates and whose exercise capacity indicates that usual sexual activity is unlikely to precipitate angina, the use of sildenafil can be considered. Such therapy needs to be individualized and appropriate warnings given about the risk of toxicity if nitrates are taken during the next 24 hours for angina. Alternative nonnitrate antianginal therapy, such as β-adrenergic receptor antagonists, should be used during this time period (Cheitlin *et al.*, 1999).

Therapeutic Uses

Angina. Diseases that predispose to angina should be treated as part of a comprehensive therapeutic program with the primary goal being to prolong life. Such conditions as hypertension, anemia, thyrotoxicosis, obesity, heart failure, cardiac arrhythmias, and acute anxiety can precipitate anginal symptoms in many patients. The patient should be asked to stop smoking and overeating, hypertension and hyperlipidemia should be corrected (*see* Chapters 33 and 36), and daily aspirin (or a thienopyridine such as clopidogrel or ticlopidine, if aspirin is not tolerated; *see* Chapter 55) should be prescribed. Exposure to sympathomimetic agents (*e.g.*, those in nasal decongestants) should be avoided. The use of drugs that modify the perception of pain is a poor approach to the treatment of angina, since the underlying myocardial ischemia is not relieved. *See* Table 32–1 for preparations and dosages of the nitrites and organic nitrates. The rapidity of onset, the duration of action, and the likelihood of developing tolerance are related to the method of administration.

Sublingual Administration. Because of its rapid action, long-established efficacy, and low cost, nitroglycerin is the most useful drug among the organic nitrates that can be given sublingually. The onset of action is within 1 to 2 minutes, but the effects are undetectable by 1 hour after administration. An initial dose of 0.3 mg of nitroglycerin often will relieve pain within 3 minutes. Absorption may be limited in patients with dentures or with dry mouths. Tablets of nitroglycerin are stable but should be dispensed in glass containers and protected from moisture, light, and

CamScanner

extremes of temperature. Active tablets usually produce a burning sensation under the tongue, but the absence of a burning sensation does not reliably predict loss of activity. Patients, especially elderly ones, differ in the ability to detect the burning sensation. Anginal pain may be prevented when the drug is used prophylactically immediately prior to exercise or stress. The smallest effective dose should be prescribed. Patients should be taught to seek medical attention immediately when three tablets taken over a 15-minute period do not relieve a sustained attack, since this situation may be indicative of myocardial infarction or another cause of the pain. The patient also should be advised that there is no virtue in trying to avoid taking sublingual nitroglycerin for anginal pain. Other nitrates that can be taken sublingually do not appear to be longer acting than nitroglycerin, as their half-lives depend only on the rate at which they are delivered to the liver. They are not more effective than nitroglycerin and often are more expensive.

Oral Administration. Oral nitrates often are used to provide prophylaxis against anginal episodes in patients who have more than occasional angina. They must be given in sufficient dosage to provide effective plasma levels after first-pass hepatic degradation. At low doses (*e.g.*, 5 to 10 mg of isosorbide dinitrate) they are no more effective than placebo in decreasing the frequency of angina or increasing the patient's exercise tolerance. Clinical studies that have used higher doses of oral isosorbide dinitrate (*e.g.*, 20 mg or more orally every 4 hours) or sustained-release preparations of nitroglycerin indicate that such regimens decrease the frequency of attacks of angina and improve exercise tolerance. Effects peak at 60 to 90 minutes and last for 3 to 6 hours. Under these circumstances, the activities of less potent metabolites also may contribute to the therapeutic effect. Chronic oral administration of isosorbide dinitrate (120 to 720 mg daily) results in persistence of the parent compound and higher concentrations of metabolites in plasma. However, these doses are more likely to cause troublesome side effects and tolerance. Significant, prolonged (up to 4 hours) improvement of exercise tolerance also can be demonstrated with a sustained-release oral form of nitroglycerin, but high doses (*e.g.*, 6.5 mg) of nitroglycerin are required.

Cutaneous Administration. Application of nitroglycerin ointment can relieve angina, prolong exercise capacity, and reduce ischemic ST depression with exercise for 4 hours or more. Nitroglycerin ointment (2%) is applied to the skin [2.5 to 5 cm (1 to 2 in.) as it is squeezed from the tube; it is then spread in a uniform layer]; the dosage must be adjusted for each patient. Effects are apparent within 30 to 60 minutes (although absorption is variable) and last for 4 to 6 hours. The ointment is particularly useful for controlling nocturnal angina, which commonly develops within 3 hours after the patient goes to sleep. Transdermal nitroglycerin discs utilize a nitroglycerin-impregnated polymer (bonded to an adhesive bandage) that permits gradual absorption and a continuous plasma nitrate concentration over 24 hours. The onset of action is slow, with peak effects occurring at 1 to 2 hours. To avoid tolerance and loss of the therapeutic effect, therapy should be interrupted for at least 8 hours each day. With this regimen, long-term prophylaxis of ischemic episodes often can be attained.

Transmucosal or Buccal Nitroglycerin. This formulation is inserted under the upper lip above the incisors, where it adheres to the gingiva and gradually dissolves in a uniform manner. Hemodynamic effects are seen within 2 to 5 minutes, and it is therefore useful for short-term prophylaxis of angina. Nitroglycerin continues to be released into the circulation for a prolonged period, and exercise tolerance may be enhanced for up to 5 hours.

Congestive Heart Failure. The utility of nitrovasodilators to relieve pulmonary congestion and to increase cardiac output in congestive heart failure is well established and is addressed in Chapter 34.

Unstable Angina. Unstable angina has been considered a single entity in most therapeutic trials; it has included patients with new-onset exertional angina, with an increase in their usual pattern of angina, and with rest angina, with or without a preceding history of exertional angina. The electrocardiogram (ECG) may show either elevation or depression of the ST segment, with variable T-wave abnormalities. In patients with left main or three-vessel disease, revascularization leads to improved survival (Multicenter Study, 1978). In the remainder of patients, and in all patients prior to determination of the coronary anatomy, appropriate medical therapy provides important benefits. The pathophysiology in most patients studied involves thrombosis overlying a ruptured atherosclerotic plaque. However, there is some variability in the anatomic substrate of unstable angina, with gradually progressive atherosclerosis accounting for some cases of new-onset exertional angina, and vasospasm occurring in minimally atherosclerotic coronary vessels accounting for some cases where rest angina has never been preceded by or associated with exertional angina. It is likely that this variability accounts for the differences in therapeutic response seen in studies with differing inclusion criteria.

Multiple agents are employed in the acute phase of treatment, although few have been demonstrated conclusively to reduce mortality. Aspirin (*see* below), by inhibiting platelet aggregation, has been shown clearly to improve survival (Keraiss and FitzGerald, 1991). Heparin (either unfractionated or low-molecular-weight heparin) also appears to reduce angina and prevent infarction. These and related agents are discussed in detail in Chapters 27 and 55. Nitrates are useful in reducing vasospasm and controlling angina; their administration should be initiated intravenously. Intravenous administration of nitroglycerin allows high concentrations of drug to be attained rapidly. As nitroglycerin is promptly degraded, the plasma concentration can be titrated quickly and safely using this route. If coronary vasospasm is present, intravenous nitroglycerin is likely to be effective, although the addition of a Ca^{2+} channel blocker may be required to achieve complete control in some patients. Because of the potential risks of profound hypotension, nitrates should be withheld and alternate antianginal therapy administered if patients have consumed sildenafil within the prior 24 hours (*see* above).

Myocardial Infarction. Therapeutic maneuvers in myocardial infarction are directed at reducing the ultimate size of the infarction and preserving or retrieving viable tissue by reducing the oxygen demand of the myocardium. Since the proximate cause

تبویب		مستفتی	تاریخ نقل فتاوی	فتوی نمبر مع رجسٹر

CARDIOLOGY

OFFICE
AL-SEHAT CENTRE,
4th Floor, Room No.402, Regent Plaza,
Rafiquee Shaheed Road, Karachi
Ph: 5672204
Timings, 2:00 p.m. To 4:00 p.m.
Except Sunday & Friday

Date: ۱۸ ربیع الاول ۱۴۲۷ ہجری
مطابق ۱۷ اپریل

محترم و مکرم جناب مفتی عبدالرؤف صاحب

علیکم السلام ورحمۃ اللہ

Sorbide Nitrate کی ٹول لعاب میں شامل ہونے کے بعد کچھ حصہ منہ کے جھلی سے ڈائریکٹ خون کے سرکولیشن میں لیتا ہے اور کچھ حصہ خوراک کی نالیوں (معدہ) وغیرہ میں جاکر خون میں شامل ہوتا ہے

میرے اپنے خیال میں روزہ کی حالت میں DEPONIT (سوہ) پیچ سینہ اوپر لگائی جائے جو SKIN سے ڈائرکلٹ سرکولیشن میں داخل ہوتا ہے اور معدہ وغیرہ میں جانے کا احتمال نہیں۔

السلام علیکم ورحمۃ اللہ وبرکاتہ،

امید ہے کہ مزاج گرامی بخیر ہوں گے ؟

ہمارے ہاں دارالافتاء جامعہ دارالعلوم کراچی میں یہ مسئلہ زیر غور ہے کہ اگر دل کا مریض دل کی تکلیف کی وجہ سے نماز کے دوران زبان کے نیچے گولی (TAMGERIC یا SORBIDE NITRATE وغیرہ) رکھ لے یا روزہ کی حالت میں رکھ لے، تو اس کی وجہ سے نماز اور روزہ فاسد ہوں گے یا نہیں؟ اس سلسلے میں درج ذیل امور کی وضاحت مطلوب ہے: اپنی تحقیق اور تجربہ سے آگاہ فرمائیں۔

(۱)..... یہ گولی زبان کے نیچے موجود شریانوں اور مسام کے ذریعے جذب ہوکر جسم میں جاتی ہے یا پگھل کر لعاب کے ساتھ حلق سے اترتی ہے؟

(۲)..... اگر شریانوں اور مسام کے ذریعے جذب ہوتی ہے تو کیا یہ گولی اتنا آہستہ پگھلتی ہے کہ مکمل طور پر صرف شریانوں ہی کے راستے سے جذب ہوتی ہے اور اس کا کوئی جزء لعاب میں شامل نہیں ہوتا یا اس کے پگھلنے کی رفتار اتنی ہوتی ہے کہ شریانوں میں جذب ہونے کے ساتھ ساتھ اس کا کوئی جزء لعاب میں بھی شامل ہو جاتا ہے جیسا کہ ہماری طرف بھیجے گئے بعض سوالات میں مریضوں کا کہنا ہے کہ گولی کے بعض اجزاء پگھل کر حلق سے بھی اترتے ہیں اور حلق میں اس کا ذائقہ بھی محسوس ہوتا ہے، برائے کرم اس بارے میں صحیح تحقیق سے آگاہ فرمائیں۔

(۳)..... گولی کا پگھلنا ابتدائی مرحلہ اور آخری مرحلہ میں یکساں ہوتا ہے یا گولی ابتدائی مراحل میں تو سخت ہوتی ہے اور آہستہ آہستہ پگھلتی ہے جبکہ آخری مراحل میں گولی نرم پڑ جاتی ہے اور تیزی سے پگھلتی ہے اور اس مرحلہ میں اس کا کوئی جزء لعاب میں شامل ہوسکتا ہے یا نہیں؟ مہربانی فرما کر وضاحت کے ساتھ بیان کریں۔

CamScanner

مع رجسٹر	نقل فتاویٰ	مستفتی

(۴)......اس گولی کا پگھلنا ہر منہ میں رکھنے کے لئے یکساں ہوتا ہے یا فرق ہوتا ہے مثلاً جس آدمی کے معدہ میں تیزابیت ہو اس کے منہ میں تیزی سے پگھلتی ہو بنسبت دوسرے افراد کے کہ جن کے معدہ میں تیزابیت نہیں ان کے منہ میں آہستہ پگھلتی ہو یا ایسا نہیں؟ جو صورت بھی پائی جاتی ہو اس کی تعیین فرما کر ممنون فرمائیں۔

والسلام

(بندہ عبدالرؤف سکھروی)

دارالافتاء جامعہ دارالعلوم کراچی ۱۴

۱۴۲۷/۳/۱۰ھ

دار الافتاء

السلام علیکم ورحمۃ اللہ وبرکاتہ۔ آپ کے سوالنامہ کے مندرجہ ذیل جوابات ہیں۔

جواب ① یہ گولیاں زبان کے نیچے مساموں سے جذب ہو کر شریانوں میں جاتی ہے اور پھر دل کی شریانوں اور دل کے پٹھوں پر اثر انداز ہوتی ہے حوالہ ① صفحہ 806 (Six Edition) Kumer - Clarkes Clinical Medicine

جواب ② اس کا کچھ حصہ لعاب میں شامل ہو سکتا ہے اور وہ حصہ جو لعاب میں شامل ہوتا ہے وہ پیٹ میں پہنچ کر شریانوں کے ذریعہ اثر انداز نہیں ہوتا۔ مریض کو لعاب میں شامل حصہ کا علم زبان پر جلن سے ہو سکتا ہے۔ اگر مریض لعاب نہ نگلے تو بہتر ہے۔ اس دوا کا زیادہ تر حصہ زبان کے نیچے مساموں سے جذب ہوتا ہے۔

جواب ③ - گولی کا پگھلنا شروع سے آخر تک یکساں ہوتا ہے

جواب ④ معدہ کی تیزابیت کا گولی کے جذب ہونے سے کوئی تعلق نہیں البتہ کچھ بیماریوں میں لعاب کم پیدا ہوتا ہے اس لیے گولی جذب ہونے میں دیر لگتی ہے

نوٹ: ۱۔ آجکل اسی مقصد کیلئے اسپرے آگئے ہیں جو زبان کے نیچے کیئے جاتے ہیں جس سے دوا بہت جلد جذب ہو جاتی ہے اور لعاب میں شامل ہونے کا وقت نہیں ملتا۔

۲۔ مریضوں کو یہ ہدایت دی جاتی ہے کہ جیسے ہی درد رفع ہو جائے گولی تھوک دی جائے

۳۔ TEMGESIC گولی کا اثر دل کی شریانوں پر نہیں ہوتا بلکہ درد کا احساس کم ہو جاتا ہے۔ اس میں کچھ افیم کا اثر ہے

حوالہ ② صفحہ 337 ③ صفحہ 348 ④ صفحہ 1440-1441

عنوان	مضمون سوال وجواب	نام وپتہ مستفتی	تاریخ نقل فتاوی	فتوی نمبر مع رجسٹر
تبویب				

۲۔ احتیاط اس میں ہے کہ جن حضرات کو دل کی تکلیف کا درد اکثر ہوتا رہتا ہے
وہ نماز سے قبل گولی زبان کے نیچے رکھ لیا کریں تاکہ نماز سے قبل ٹھیک کر دیں
والسلام
واللہ اعلم
احقر کریم اللہ مکی

Current Medical Diagnosis & Treatment 2005
" " Harrison's Principal of Internal Medicine Vol. II 16th Edition 2006

DR. KARIM ULLAH MAKKI
M.B.B.S., M.C.P.S. F.C.P.S.
Consultant Physician
Associate Professor of Medicine
D.M.C. & Civil Hospital, Karachi

Table 13.27 Indications for coronary angiography

Angina refractory to medical therapy
Strongly positive exercise test
Unstable angina
Angina occurring after myocardial infarction
Patients under 50 years with angina or myocardial infarction
Where the diagnosis of angina is uncertain
Severe left ventricular dysfunction after myocardial infarction
Non-Q-wave myocardial infarction

Treatment of angina

General management

Patients should be informed as to the nature of their condition and reassured that the prognosis is good (annual mortality less than 2%). Underlying problems, such as anaemia or hyperthyroidism, should be treated. Management of coexistent conditions, such as diabetes and hypertension, should be optimized. Risk factors should be evaluated and steps made to correct them where possible; for example, smoking must be stopped, hypercholesterolaemia should be identified and treated (see below), weight loss, where appropriate, and regular exercise should be encouraged.

Choosing between medical therapy and revascularization (coronary artery bypass grafting and angioplasty) [illegible] patient physician preference. The [illegible] options are not mutually exclusive and should be considered as complementary.

Medical treatment

Prognostic therapies

Aspirin reduces the risk of coronary events in patients with coronary artery disease. All patients with angina, therefore, should take aspirin (75 mg daily is probably adequate) unless contraindicated.

Lipid-lowering therapy (see p. 1141) should be used in patients with total cholesterol above 4.8 mmol/L (particularly if the LDL is > 3.3 mmol/L and the HDL is < 1.0 mmol/L), despite a low fat diet. If the triglycerides (TGs) are under 3.5 mmol/L, then one of the statins (HMG-CoA reductase inhibitors) should be used. If the TGs are above 3.5 mmol/L, a fibrate is indicated. If simple therapy fails to reduce the LDL adequately, then the patient should be referred to a lipidologist. Lipid-lowering therapy can be expected to prevent 20–30 deaths or myocardial infarcts per 1000 patient-years.

Hormone replacement therapy (HRT) is of no value in prevention of CAD.

Symptomatic treatment

Glyceryl trinitrate (GTN) used sublingually, either as a tablet or as a spray, gives prompt relief (peak action 4–8 minutes and lasts 20–30 minutes). It can be used prior to performing activities that the patient knows will provoke angina. Transdermal GTN preparations last up to 24 hours.

All but the most mildly affected patients will probably require regular prophylactic therapy. The choice of drugs is between beta-blockers, nitrates and calcium-channel blockers. There is no commonly accepted algorithm and treatment needs to be tailored to the individual patient. Some patients will require combination therapy, but there is little evidence that adding a third drug is of benefit. Patients not controlled adequately on medical therapy should be considered for revascularization (see below).

Beta-blockers reduce the heart rate (negative chronotropic effect) and the force of ventricular contraction (negative inotropic effect), both of which reduce myocardial oxygen demand, especially on exertion. They are the drugs of choice in patients with previous myocardial infarction because of their proven benefit in secondary prevention. Atenolol, 50–100 mg daily, is the most commonly prescribed. Metoprolol, 25–50 mg twice daily, is often used if renal function is impaired. Beta-blockers may aggravate coronary artery spasm.

→ *Long-acting nitrates* (e.g. isosorbide mononitrate) are particularly useful in patients who gain relief from sublingual GTN. They reduce venous return and hence intracardiac diastolic pressures, reduce the impedance to the emptying of the left ventricle and relax the tone of the coronary arteries. Once-daily preparations are available which have a smooth pharmacokinetic profile and avoid the problem of tolerance. Nitrates should be given with care to patients on other hypotensive agents. Sildenafil [illegible] should not be given to patients [illegible]

[illegible] block calcium flux into the cell and [illegible] within the cell (Table 13.28). They relax coronary arteries, cause peripheral vasodilatation and reduce the force of left ventricular contraction, thereby reducing the oxygen demand of the myocardium. The non-dihydropyridine calcium antagonists (e.g. diltiazem and verapamil) also reduce the heart rate and are particularly useful anti-anginal agents, but should be used with caution in combination with beta-blockers. Short-acting dihydropyridines (e.g. nifedipine) can cause reflex tachycardia when used alone. Case-control studies have suggested that high-dose nifedipine is associated with adverse outcome. Slow-release formulations and the third-generation agents (e.g. amlodipine) can be used once daily and have a smooth profile of action with no significant effect on the heart rate and no significant negative inotropic effect.

Nicorandil is a potassium-channel activator with a nitrate component; it has both arterial and venous vasodilating properties. Whilst not used as a first-line drug, it is used when there are contraindications to the above agents and in refractory unstable angina.

Coronary angioplasty

Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) refers to the technique of dilating coronary atheromatous obstructions by inflating a balloon within the obstruction (Fig. 13.68). The balloon, which is mounted on the tip of a very thin catheter, is inserted through the obstruction

CamScanner

seeking further medical attention must be individualized. Nitroglycerin buccal spray is also available as a metered (0.4 mg) delivery system. It has the advantage of being more convenient for patients who have difficulty handling the pills and of being more stable. Nitroglycerin can also be used prophylactically before activities likely to precipitate angina. Pain not responding to three tablets or lasting more than 20 minutes may represent evolving infarction, and the patient should be instructed to seek immediate medical attention.

B. Prevention of Further Attacks

1. Aggravating factors—Angina may be aggravated by hypertension, left ventricular failure, arrhythmia (usually tachycardias), strenuous activity, cold temperatures, and emotional states. These factors should be identified and treated when possible.

2. Nitroglycerin—Nitroglycerin, 0.3–0.6 mg sublingually or 0.4–0.8 mg translingually by spray, should be taken 5 minutes before any activity likely to precipitate angina. Sublingual isosorbide dinitrate (2.5–10 mg) is only slightly longer-acting than sublingual nitroglycerin.

3. Long-acting nitrates—A number of longer-acting nitrate preparations are available. These include isosorbide dinitrate, 10–40 mg orally three times daily; isosorbide mononitrate, 10–40 mg orally twice daily or 60–120 mg once daily in a sustained-release preparation; oral sustained-release nitroglycerin preparations, 6.25–12.5 mg two to four times daily; nitroglycerin ointment, 6.25–25 mg applied two to four times daily; and transdermal nitroglycerin patches that deliver nitroglycerin at a predetermined rate (usually 5–20 mg/24 h). The main limitation to chronic nitrate therapy is tolerance, which occurs to some degree in most patients. The degree of tolerance can be limited by utilizing a regimen that includes a minimum 8- to 10-hour period per day without nitrates. Isosorbide dinitrate can be given three times daily, with the last dose after dinner, or longer-acting isosorbide mononitrate once daily. Transdermal nitrate preparations should be removed overnight in most patients.

Nitrate therapy is often limited by headache. Other side effects include nausea, light-headedness, and hypotension.

4. β-Blockers—β-Blockers prevent angina by reducing myocardial oxygen requirements during exertion and stress. This is accomplished by reducing the heart rate, myocardial contractility, and, to a lesser extent, blood pressure. The β-blockers are the only antianginal agents that have been demonstrated to prolong life in patients with coronary disease (post-myocardial infarction). They are at least as effective at relieving angina as alternative agents in studies employing exercise testing, ambulatory monitoring, and symptom assessment. As a result, they should be considered for first-line therapy in most patients with chronic angina.

β-Blockers with intrinsic sympathomimetic activity, such as pindolol, are less desirable because they may exacerbate angina in some individuals and have not been effective in secondary prevention trials. The pharmacology and side effects of the β-blockers are discussed in Chapter 11 (Table 11–6). The dosages of all these drugs when given for angina are similar. The major contraindications are severe bronchospastic disease, bradyarrhythmias, and decompensated heart failure.

5. Calcium channel blocking agents—Verapamil, diltiazem, and the dihydropyridine group of calcium blockers are chemically and pharmacologically heterogeneous agents that prevent angina by reducing myocardial oxygen requirements and by inducing coronary artery vasodilation. Myocardial oxygen demand is lessened by reducing blood pressure, left ventricular wall stress, and, in the case of verapamil and diltiazem, resting or exercise heart rate. Though these agents are all potent coronary vasodilators, it is unclear whether they improve myocardial blood flow in most patients with stable exertional angina. In those with coronary vasospasm, the calcium channel blockers may be the agents of choice.

Most calcium channel blockers have negative inotropic, chronotropic, and dromotropic properties in vitro, but the reflex sympathetic response may obscure these effects in vivo (except in the presence of β-blockade or severely depressed left ventricular function). Unlike the β-blockers, calcium channel blockers have not been shown to reduce mortality postinfarction and in some cases have increased ischemia and mortality rates. This appears to be the case with some dihydropyridines and with diltiazem and verapamil in patients with clinical heart failure or moderate to severe left ventricular dysfunction. Meta-analyses have suggested that short-acting nifedipine in moderate to high doses causes an increase in mortality. It is uncertain whether these findings are relevant to longer-acting dihydropyridines. Nevertheless, considering the uncertainties and the lack of demonstrated favorable effect on outcomes, calcium channel blockers should be considered third-line anti-ischemic drugs in the postinfarction patient. Similarly, with the exception of amlodipine, which in the PRAISE trial proved safe in patients with heart failure, these agents should be avoided in patients with congestive heart failure or low ejection fractions.

The pharmacologic effects and side effects of the calcium channel blockers are discussed in Chapter 11 and summarized in Table 11–8. Although all have been shown to be efficacious for angina, not all preparations and agents are approved for this indication. By and large, diltiazem and verapamil are preferable as first-line agents because they produce less reflex tachycardia and because the former, at least, may cause fewer side effects. Nifedipine, nicardipine, and amlodipine are also approved agents for angina. Isradipine, felodipine, and nisoldipine are not approved for angina but probably are as effective as the other dihydropyridines.

Treatment

A. Treatment of Anginal Episodes

Sublingual nitroglycerin is the drug of choice; it acts in about 1–2 minutes. Nitrates decrease arteriolar and venous tone, reduce preload and afterload, and lower the oxygen demand of the heart. Nitrates may also improve myocardial blood flow by dilating collateral channels and, in the presence of increased vasomotor tone, coronary stenoses. As soon as the attack begins, one fresh tablet is placed under the tongue. This may be repeated at 3- to 5-minute intervals. The dosage (0.3, 0.4, or 0.6 mg) and the number of tablets to be used before seeking further medical attention must be individualized. Nitroglycerin buccal spray is also available as a metered (0.4 mg) delivery system. It has the advantage of being more convenient for patients who have difficulty handling the pills and of being more stable. Nitroglycerin can also be used prophylactically before activities likely to precipitate angina. Pain not responding to three tablets or lasting more than 20 minutes may represent evolving infarction, and the patient should be instructed to seek immediate medical attention.

B. Prevention of Further Attacks

1. Aggravating factors—Angina may be aggravated by hypertension, LV failure, arrhythmia (usually tachycardias), strenuous activity, cold temperatures, and emotional states. These factors should be identified and treated when possible.

2. Nitroglycerin—Nitroglycerin, 0.3–0.6 mg sublingually or 0.4–0.8 mg translingually by spray, should be taken 5 minutes before any activity likely to precipitate angina. Sublingual isosorbide dinitrate (2.5–10 mg) is only slightly longer-acting than sublingual nitroglycerin.

3. Long-acting nitrates—A number of longer-acting nitrate preparations are available. These include isosorbide dinitrate, 10–40 mg orally three times daily; isosorbide mononitrate, 10–40 mg orally twice daily or 60–120 mg once daily in a sustained-release preparation; oral sustained-release nitroglycerin preparations, 6.25–12.5 mg two to four times daily; nitroglycerin ointment, 6.25–25 mg applied two to four times daily; and transdermal nitroglycerin patches that deliver nitroglycerin at a predetermined rate (usually 5–20 mg/24 h). The main limitation to chronic nitrate therapy is tolerance, which occurs to some degree in most patients. The degree of tolerance can be limited by utilizing a regimen that includes a minimum 8- to 10-hour period per day without nitrates. Isosorbide dinitrate can be given three times daily, with the last dose after dinner, or longer-acting isosorbide mononitrate once daily. Transdermal nitrate preparations should be removed overnight in most patients.

Nitrate therapy is often limited by headache. Other side effects include nausea, light-headedness,

4. β-Blockers—β-Blockers prevent angina by reducing myocardial oxygen requirements during exertion and stress. This is accomplished by reducing the heart rate, myocardial contractility, and, to a lesser extent, BP. The β-blockers are the only antianginal agents that have been demonstrated to prolong life in patients with coronary disease (post-myocardial infarction). They are at least as effective at relieving angina as alternative agents in studies employing exercise testing, ambulatory monitoring, and symptom assessment. As a result, they should be considered for first-line therapy in most patients with chronic angina.

β-Blockers with intrinsic sympathomimetic activity such as pindolol, are less desirable because they may exacerbate angina in some individuals and have not been effective in secondary prevention trials. The pharmacology and side effects of the β-blockers are discussed in Chapter 11 (Table 11–6). The dosages of all these drugs when given for angina are similar. The major contraindications are severe bronchospastic disease, bradyarrhythmias, and decompensated heart failure.

5. Calcium channel blocking agents—Verapamil, diltiazem, and the dihydropyridine group of calcium blockers are chemically and pharmacologically heterogeneous agents that prevent angina by reducing myocardial oxygen requirements and by inducing coronary artery vasodilation. Myocardial oxygen demand is decreased by reducing BP, LV wall stress, and, in the case of verapamil and diltiazem, resting or exercise heart rate. Though these agents are all potent coronary vasodilators, it is unclear whether they improve myocardial blood flow in most patients with stable exertional angina. In those with coronary vasospasm, the calcium channel blockers may be the agents of choice.

Most calcium channel blockers have negative inotropic, chronotropic, and dromotropic properties in vitro, but the reflex sympathetic response may obscure these effects in vivo (except in the presence of β-blockade or severely depressed LV function). Unlike the β-blockers, calcium channel blockers have not been shown to reduce mortality postinfarction and in some cases have increased ischemia and mortality rates. This appears to be the case with some dihydropyridines and with diltiazem and verapamil in patients with clinical heart failure or moderate to severe LV dysfunction. Meta-analyses have suggested that short-acting nifedipine in moderate to high doses causes an increase in mortality. It is uncertain whether these findings are relevant to longer-acting dihydropyridines. Nevertheless, considering the uncertainties and the lack of demonstrated favorable effect on outcomes, calcium channel blockers should be considered third-line anti-ischemic drugs in the postinfarction patient. Similarly, with the exception of amlodipine, which in the PRAISE trial proved safe in patients with heart failure, these agents should be avoided in patients with CHF or low EFs.

The pharmacologic effects and side effects of the calcium channel blockers are discussed in Chapter 11 and

CamScanner

تبویب

مضمون سوال وجواب

نام وپتہ مستفتی

تاریخ نقل فتاویٰ

(1)

TABLE 226-4 Drugs Commonly Used for Angina Pectoris

Drug	Usual Dose	Side Effects	Contraindications
NITRATES			
Sublingual NTG	0.3–0.6 mg	Flushing, headache	Intolerance of side effects
Isosorbide dinitrate SR			
Oral	10–60 mg q8h	Flushing, headache, tolerance after 24 h	As above, worsening ischemia on withdrawal
Sublingual	2.5–10 mg q4–6h		
Transdermal NTG patch	0.4–1.2 mg/h for 12–14 h	Flushing, headache, tolerance after 24 h	As above, worsening ischemia on withdrawal
Isosorbide-5-monitrate			
Oral	20–30 mg bid	Flushing, headache, tolerance after 24 h	As above, worsening ischemia on withdrawal
Oral SR	60–240 mg once daily		
BETA BLOCKERS			
Propranolol	20–80 mg qid	Depression, constipation, impotence, bronchospasm, heart failure, bradycardia	Asthma, AV conduction block, heart failure
Metoprolol	25–200 mg bid	As above	As above
Atenolol	50–150 mg once daily	As above	As above
CALCIUM CHANNEL BLOCKING DRUGS			
Nifedipine XL	30–90 mg daily	Hypotension, flushing, edema, worsening angina	Hypotension, intolerance of side effects
Diltiazem SR	60–120 mg bid	Constipation, AV conduction block, worsening heart failure	AV conduction block, impaired LV function, bradycardia
Verapamil SR	180–240 mg daily	Constipation, AV conduction block, worsening heart failure	AV conduction delay, impaired LV function, bradycardia
Amlodipine	5–10 mg daily	Edema	Intolerance of side effects

Note: NTG, nitroglycerin; SR, slow release; XL, slow release preparation

hypertension [illegible] effective treatment of hypertension can decrease the occurrence of adverse coronary events. *Diabetes mellitus* (Chap. 323) accelerates coronary and peripheral atherosclerosis and is frequently associated with dyslipidemias and increases in the risk of angina, myocardial infarction, and sudden coronary death. Strict control of the dyslipidemia and hypertension that are frequently found in diabetic patients is essential, as described below.

Dyslipidemia The treatment of dyslipidemia is central when aiming for long-term relief from angina, reduced need for revascularization, and reduction in myocardial infarction and death. Epidemiologic observations, angiographic trials, and controlled trials have shown that (1) men >45 years and women >55 years with two risk factors (family history of premature IHD, cigarette smoking, hypertension), diabetes mellitus, or evidence of atherosclerotic disease should have a total cholesterol ≤ 5.17 mmol/L (≤200 mg/dL), LDL ≤ 2.58 mmol/L (≤100 mg/dL), and HDL ≥ 1.03 mmol/L (≥40 mg/dL). The control of lipids can be achieved by the combination of a diet low in saturated fatty acids, exercise, and weight loss. Frequently, HMG CoA reductase inhibitors (statins) are required and can lower LDL cholesterol (25 to 50%), raise HDL cholesterol (5 to 9%), and lower triglycerides (5 to 30%). Niacin or fibrates can be used to raise HDL cholesterol and lower triglycerides (Chaps. 225 and 335). Controlled trials with lipid-regulating regimens have shown equal proportional benefit for men, women, the elderly, diabetics, and even smokers.

Risk Reduction in Women with IHD The incidence of clinical IHD in premenopausal women is very low. However, following the menopause, the atherogenic risk factors increase (e.g., increased LDL, reduced HDL) and the rate of clinical coronary events accelerates to the levels observed in men. Women have not given up cigarette smoking as effectively as have men. Diabetes mellitus, which is more common in women, greatly increases the occurrence of clinical IHD and amplifies the deleterious effects of hypertension, hyperlipidemia, and smoking. Cardiac catheterization and coronary revascularization are often applied more sparingly in women and at a later, and more severe, stage of the disease than in men. When cholesterol lowering, beta blockers after myocardial infarction, and coronary artery bypass grafting (CABG) are applied in the appropriate patient groups, women enjoy the same benefits of improved outcome as do men.

Compliance with regard to the health-promoting behaviors listed above is generally very poor, and the conscientious physician must not underestimate the major effort required to meet this challenge. Fewer than one-half of patients in the United States discharged from the hospital with proven coronary disease receive treatment for dyslipidemia. Given the proof that treating dyslipidemia brings major benefits, physicians need to secure treatment pathways, monitor compliance, and follow up.

Drug Therapy The commonly used drugs for the treatment of angina pectoris are summarized in Table 226-4.

NITRATES This valuable class of drugs in the management of angina pectoris acts by causing systemic venodilation, thereby reducing myocardial wall tension and oxygen requirements, and by dilating the epicardial coronary vessels [illegible] and collateral vessels. The nitrates likely bind to guanylate cyclase in vascular smooth muscle cells, oxidize sulfhydryl groups, and are converted to S-nitrosothiols. This leads to an increase in cyclic guanosine monophosphate, which causes relaxation of vascular smooth muscle. *The absorption of these agents is most* rapid and complete through the mucous membranes. For this reason, nitroglycerin is most commonly administered sublingually in tablets of 0.4 or 0.6 mg. Patients with angina should be instructed to take the medication both to relieve angina and also approximately 5 min before stress that is likely to induce an episode. The value of this prophylactic use of the drug cannot be overemphasized.

A pulsating feeling in the head or headache is the most common side effect of nitroglycerin and fortunately is only rarely disturbing at the doses usually required to relieve or prevent angina. Postural dizziness has also been reported. Nitroglycerin deteriorates with exposure to air, moisture, and sunlight, so that if the drug neither relieves discomfort nor produces a slight sensation of burning at the sublingual site of absorption, the preparation may be inactive and a fresh supply should be obtained. If relief is not achieved by rest and within 2 or 3 min after nitroglycerin, a second or third dose may be given at 5-min intervals. If discomfort continues despite treatment, the patient should consult a physician or report promptly to a hospital emergency room for evaluation of possible unstable angina or acute myocardial infarction (Chap. 228).

Nitrates improve exercise tolerance in patients with chronic angina and relieve ischemia in patients with unstable angina as well as patients with Prinzmetal's variant angina (Chap. 227). A diary of the patients with angina and nitroglycerin use may be valuable for detecting changes in the frequency, severity, or threshold for discomfort that may signal the development of unstable angina pectoris and/or herald an impending myocardial infarction.

Long-Acting Nitrates None of the long-acting nitrates is as effective as sublingual nitroglycerin for the acute relief of angina. These prep

Harrisons Principals of Internal Medicine
Vol. II 16th Edition.

tions can be swallowed, chewed, or administered as a patch or paste by the transdermal route. They can provide effective plasma levels for up to 24 h, but the therapeutic response is highly variable. Different preparations and/or administration during the daytime should be tried only to prevent discomfort while avoiding side effects such as headache and dizziness. Individual dose titration is important in order to prevent side effects. Useful preparations include isosorbide dinitrate (10 to 60 mg orally bid or tid), nitroglycerin ointment (0.5 to 2.0 in. qid), or sustained-release transdermal patches (5 to 25 mg/d). Tolerance with loss of efficacy develops with 12 to 24 h of continuous exposure to all of the long-acting nitrates due to depletion of sulfhydryl groups, decreased benefit through increased generation of oxygen free radicals, and to counterregulatory alterations in intravascular fluid balance with fluid retention. In order to minimize the effects of tolerance, the minimum effective dose should be used and a minimum of 8 h each day kept free of the drug so as to restore any useful response(s).

β ADRENERGIC BLOCKERS These drugs represent an important component of the pharmacologic treatment of angina pectoris. They reduce myocardial oxygen demand by inhibiting the increases in heart rate, arterial pressure, and myocardial contractility caused by adrenergic activation. Beta blockade reduces these variables most strikingly during exercise while causing only small reductions at rest. Long-acting beta-blocking drugs (e.g., atenolol, 50 to 100 mg/d, or nadolol, 40 to 80 mg/d) offer the advantage of once-a-day dosage (Table 226-4). The therapeutic aims include relief of angina and ischemia. These drugs can also reduce mortality and reinfarction in patients after myocardial infarction and are moderately effective antihypertensive agents. Relative contraindications include asthma and reversible airway obstruction in patients with chronic lung disease, atrioventricular conduction disturbances, severe bradycardia, Raynaud's phenomenon, and a history of mental depression. Side effects include fatigue, reduced exercise tolerance, nightmares, impotence, cold extremities, intermittent claudication, bradycardia (sometimes severe), impaired atrioventricular conduction, left ventricular failure, bronchial asthma, worsening claudication, and intensification of the hypoglycemia produced by oral hypoglycemic agents and insulin. Reducing the dose or even discontinuance may be necessary if these side effects develop and persist. Since sudden discontinuation can intensify ischemia, the doses should be tapered over 2 weeks.

Beta blockers with relative β_1-receptor specificity, such as metoprolol and atenolol, may be preferable in patients with mild bronchial obstruction, insulin-requiring diabetes mellitus, or intermittent claudication.

CALCIUM ANTAGONISTS Slow-release nifedipine (30 to 90 mg once daily), verapamil (80 to 120 mg tid), diltiazem (30 to 90 mg qid), amlodipine (2.5 to 10 mg daily), and other calcium antagonists are coronary vasodilators that produce variable and dose-dependent reductions in myocardial oxygen demand, contractility, and arterial pressure. These combined pharmacologic effects are advantageous and make these agents as effective as beta blockers in the treatment of angina pectoris. They are indicated when beta blockers are contraindicated, poorly tolerated, or ineffective. Verapamil and diltiazem may produce symptomatic disturbances in cardiac conduction and bradyarrhythmias. They also exert negative inotropic actions and are more likely to aggravate left ventricular failure, particularly when used in patients with left ventricular dysfunction, especially if they are also receiving beta blockers. Although useful effects are usually achieved when calcium antagonists are combined with beta blockers and nitrates, careful individual titrations of the doses are essential with these combinations. Variant (Prinzmetal's) angina responds particularly well to calcium antagonists, supplemented when necessary by nitrates (Chap. 227). Nifedipine as well as other calcium antagonists are formulated as long-acting preparations, including diltiazem (60 to 120 mg twice daily) and verapamil (180 to 240 mg once daily).

Verapamil should not ordinarily be combined with beta blockers because of the combined effects on heart rate and contractility. Diltiazem can be combined with beta blockers with caution in patients with normal ventricular function and no conduction disturbances. Amlodipine and beta blockers have complementary actions on coronary blood supply and myocardial oxygen demands. While the former decreases blood pressure and dilates coronary arteries, the latter slows heart rate and decreases contractility. Amlodipine and the other second-generation dihydropyridine calcium antagonists (nicardipine, isradipine, long-acting nifedipine, and felodipine) are potent vasodilators and useful in the simultaneous treatment of angina and hypertension. Short-acting dihydropyridines should be avoided because of the risk of precipitating infarction, particularly in the absence of beta blockers.

CHOICE BETWEEN BETA BLOCKERS AND CALCIUM ANTAGONISTS FOR INITIAL THERAPY Since beta blockers have been shown to improve life expectancy following acute myocardial infarction (Chap. 228) while calcium antagonists have not, the former may also be preferable in patients with chronic IHD. However, calcium antagonists are indicated in patients with the following: (1) inadequate responsiveness to the combination of beta blockers and nitrates; many such patients do well with a combination of a beta blocker and a dihydropyridine calcium antagonist; (2) adverse reactions to beta blockers such as depression, sexual disturbances, and fatigue; (3) angina and a history of asthma or chronic obstructive pulmonary disease; (4) sick-sinus syndrome or significant atrioventricular conduction disturbances; (5) Prinzmetal's angina; or (6) symptomatic peripheral arterial disease.

ANTIPLATELET DRUGS Aspirin is an irreversible inhibitor of platelet cyclooxygenase activity and thereby interferes with platelet activation. Chronic administration of 75 to 325 mg orally per day has been shown to reduce coronary events in asymptomatic adult men, patients with chronic stable angina, and patients with or who have survived unstable angina and myocardial infarction. Administration of this drug should be considered in all patients with IHD in the absence of gastrointestinal bleeding, allergy, or dyspepsia. Clopidogrel (300 mg loading and 75 mg/d) is an oral agent that blocks ADP receptor–mediated platelet aggregation. It provides the same benefits as aspirin, if not better, particularly if aspirin causes the side effects listed above. Clopidogrel with aspirin can improve coronary outcomes when given to patients for 1 year after an episode of unstable angina but with some increase in the risk of bleeding (Chap. 227). This increased risk is improved when the dose of aspirin is reduced.

Other Therapies The angiotensin-converting enzyme inhibitors have become widely used in the treatment of survivors of myocardial infarction, patients with hypertension or chronic IHD including angina pectoris, and those at high risk of vascular disease, such as diabetes. A large clinical trial (the Heart Outcomes Prevention Evaluation Study) has shown that up to 10 mg/d of ramipril can result in the reduction of major adverse events (death, myocardial infarction, and stroke), angina, and the need for revascularization in a group of high-risk patients with atherosclerotic cardiovascular disease (including chronic IHD) and normal left ventricular function. *The dosing and side effects of these agents are discussed in Chaps. 216, 228, and 230.*

Enhanced external counterpulsation utilizes pneumatic cuffs on the lower extremities to provide diastolic augmentation and systolic unloading of blood pressure in order to decrease cardiac work and oxygen consumption while enhancing coronary blood flow. Recent trials have shown that regular application improves angina, exercise capacity, and regional myocardial perfusion.

In summary, a regimen of diet, exercise, smoking cessation, together with treatment of hypertension and dyslipidemia and use of aspirin and beta blockers form a treatment plan that reduces angina, the need for revascularization, myocardial infarction, and coronary death. ACE inhibitors should be used in patients with angina, particularly those with hypertension and/or diabetes.

CS CamScanner